

滋賀県リハビリテーション推進計画 (素案)

平成 27 年 2 月

滋賀県

目 次

第1章 計画策定にあたって

1 計画作成の趣旨	1
2 計画の位置付け	1
3 計画の期間	1

第2章 リハビリテーションを取り巻く状況

1 人口の推移・高齢化の状況	2
2 滋賀県の人口推移	2
3 疾病ごとの患者数の動向	5
4 介護保険の状況	11
5 市町における介護予防の状況	13
6 障害のある方の状況	14
7 平成37年（2025年）に向けた将来予測	15
8 平成37年（2025年）に向けた人材確保	18

第3章 計画の基本的な方向

1 リハビリテーションにおける基本的な考え方	20
(1) リハビリテーションの基本理念の共有と利用者視点の重視	
(2) 生活機能・障害・健康の国際分類（ICF）とリハビリテーション	
2 めざす姿	22
3 基本的な方向	24
(1) 地域リハビリテーションの推進	
(2) 医学的リハビリテーションの推進	
(3) リハビリテーション推進体制の整備	

第4章 施策の展開と目標

1 地域リハビリテーションの推進	28
(1) 小児期のリハビリテーションについて	
(2) 成人期（高次脳機能障害、脊髄損傷等）のリハビリテーションについて	
(3) 高齢期のリハビリテーションについて	
2 医学的リハビリテーションの推進	35
(1) 今後、増加が予想される疾患へのリハビリテーション	
ア がんに対するリハビリテーション	

- イ 呼吸器・循環器疾患に対するリハビリテーション
- ウ 認知症に対するリハビリテーション
- (2) 今後、質的向上が必要とされる疾患へのリハビリテーション
 - ア 高次脳機能障害に対するリハビリテーション
 - イ 神経難病に対するリハビリテーション
 - ウ 脊髄損傷に対するリハビリテーション
 - エ 低体重出生児等に対する急性期リハビリテーション
 - オ 小児期の障害における専門的リハビリテーション
 - カ 精神障害（発達障害や思春期精神障害）に対するリハビリテーション
- (3) 先進技術を活用したリハビリテーション分野の開拓
- 3 リハビリテーション推進体制の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
 - (1) リハビリテーションセンターの機能について
 - ア 小児から高齢期における新たなリハビリテーションニーズに対する地域支援機能
 - イ 障害者の社会生活に向けた支援機能
 - ウ 療育支援機能
 - エ テクノエイドセンター機能（ICT・ロボット技術支援機能）
 - オ 総合的なリハビリテーション支援に係る人材育成機能
 - カ リハビリテーション支援に係るシンクタンク機能
 - (2) 地域リハビリテーションを担うリハビリテーション専門職の人材養成および卒後教育について
 - ア 人材養成の基本的な考え方
 - イ 養成する人材像と目標数
 - ウ 人材養成の進め方
 - (3) 身近な地域におけるリハビリテーション提供体制について
 - ア 市町（一次保健医療圏域）の役割
 - イ リハビリテーション支援拠点（地域包括支援センター等）の役割
 - ウ 圏域（二次保健医療圏域）の役割
 - エ 県域（三次保健医療圏域）の役割

第1章 計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

○リハビリテーションは、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、誰もが住み慣れた土地で生活を続けられることを支援することです。世界保健機関（WHO）は、リハビリテーションは能力低下の改善のみでなく、高齢者や障害者の社会参加の達成をも目指すものと定義しています。そのため、リハビリテーションの対象は、小児期から高齢期のあらゆるライフステージ、急性期から回復期、維持期までの全ての人々となり、保健・医療・福祉・教育・職業・社会等の分野の取り組みとあわせて総合的な対策が求められています。

○本県では、平成17年に「滋賀県リハビリテーション連携指針」（以下、「連携指針」という。）を策定、平成23年度に改定し、県全体のリハビリテーション事業のネットワークや体制を構築するため、関係機関・施設、関係者が協働して取り組みを進めてきました。

○あわせて、平成18年度に設置したリハビリテーションセンターでは県域のリハビリテーションの総合的な発展を目的に、先駆的なリハビリテーションの実践、人材育成を包括的に進めるとともに、地域リハビリテーションを推進するため、市町・保健所の取り組みを支援してきました。

○また、地域への取り組みを推進するため、圏域ごとに地域リハビリテーション広域支援センターを整備しました。その後、より身近な支援体制の構築を目指して、市町単位の在宅リハビリテーションにその役割を移管する整備を進めてきました。

○しかし、団塊の世代が後期高齢者となる平成37年（2025年）には、滋賀県の65歳以上の高齢者の割合は27.5%となり、リハビリテーションを必要とする人の増加がさらに見込まれることから、主体となる市町を支援するためのリハビリテーション推進体制を改めて整備する必要性があると認識しました。

○こうした社会情勢に対応するため、中長期的な方向性を持ちながら、地域リハビリテーションを推進するとともに、医療機関における病態・疾患の特質に応じた専門的なリハビリテーションの推進について、具体的に取り組みを進める必要があることから、「滋賀県リハビリテーション推進計画」を策定します。

2 計画の位置付け

○滋賀県保健医療計画（平成25年～29年）のリハビリテーション分野の実施計画とします。

○連携指針、「地域リハビリテーションを担う人材養成基本計画」（H25）と整合性を図ります。

3 計画の期間

○平成27年から平成29年度までの3年間とします。

○以後、滋賀県保健医療計画の改定に合わせて改定し、平成37年（2025年）に向けて取り組みを進めます。

第2章 リハビリテーションを取り巻く状況

1 人口の推移・高齢化の状況

日本の総人口は、総務省統計局の資料によると平成25年(2013年)10月の時点で1億2726万人となっており、日本の総人口は減少に転じています。

一方で、65歳以上の高齢者人口については今後も増加することが見込まれ、国立社会保障・人口問題研究所の推計(2012年9月推計)によると、65歳以上人口は今後も増加傾向が続き、団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)には、高齢者人口は約3,600万人を超えると見込まれており、高齢化率は30.3%まで上昇すると推計されています。(表2-1)。

表2-1 我が国の65歳以上人口の推移

年次	総人口 (万人)	高齢者人口(万人)				総人口に占める割合(%)			
		65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上	65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上
昭和25年(1950)	8320	411	234	106	37	4.9	2.8	1.3	0.4
30年(1955)	8928	475	278	139	51	5.3	3.1	1.6	0.6
35年(1960)	9342	535	319	163	67	5.7	3.4	1.7	0.7
40年(1965)	9827	618	362	187	78	6.3	3.7	1.9	0.8
45年(1970)	10372	739	435	221	95	7.1	4.2	2.1	0.9
50年(1975)	11194	887	542	284	120	7.9	4.8	2.6	1.1
55年(1980)	11706	1065	669	366	162	9.1	5.7	3.1	1.4
60年(1985)	12105	1247	828	471	222	10.3	6.8	3.9	1.8
平成2年(1990)	12361	1493	981	599	290	12.1	7.9	4.8	2.4
7年(1995)	12557	1828	1187	718	383	14.6	9.5	5.7	3.1
12年(2000)	12693	2204	1492	901	486	17.4	11.8	7.1	3.8
17年(2005)	12777	2576	1830	1164	636	20.2	14.3	9.1	5.0
22年(2010)	12806	2948	2121	1419	820	23.0	16.6	11.1	6.4
24年(2012)	12750	3074	2258	1517	892	24.1	17.7	11.9	7.0
25年(2013)	12726	3186	2317	1560	930	25.0	18.2	12.3	7.3
平成27年(2015)	12680	3395	2424	1646	1013	26.8	19.1	13.0	8.0
32年(2020)	12410	3612	2797	1879	1173	29.1	22.5	15.1	8.4
37年(2025)	12086	3657	2950	2179	1339	30.3	24.5	18.1	11.1
42年(2030)	11662	3685	2949	2278	1571	31.6	25.3	19.5	13.5
47年(2035)	11212	3741	2945	2245	1627	33.4	26.3	20.0	14.5

資料：昭和25年～平成22年は「国勢調査」、平成24年及び25年は「人口推計」

平成27年以降は「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」出生(中位)死亡(中位)推計(国立社会保障・人口問題研究所)から作成

注1) 平成24年及び25年は9月15日現在、その他の年は10月1日現在

2) 国勢調査による人口及び割合は、年齢不詳をあん分した結果

3) 昭和45年までは沖縄県を含まない。

2 滋賀県の人口の推移・高齢化の状況

本県の人口は、平成27年(2015年)をピークに減少に転じます。国立社会保障・人口問題研究所の調べでは、平成37年(2025年)の本県の人口は約139.8万人と推計されており、平成22年(2010年)の人口と比較し、約1.2万人(0.9%)減少することが見込まれています。

また、平成37年(2025年)の65歳以上の高齢者人口は、平成27年(2015年)よりも約11.9%増加し、38.5万人に達します。高齢化率は27.5%に達すると見込まれています。一方、生産年齢人口(15歳～64歳人口)は83.6万人まで減少し、平成22年(2010年)と比

較しても約 7 万人減少することになります（表 2-2、図 2-1、表 2-3、図 2-2）。

表 2-2 滋賀県の年齢 3 区分別人口の推移と将来推計

年		滋賀県人口			
		0～14歳 (年少)	15～64歳 (生産年齢)	65歳以上 (老年)	計 (不詳含)
国勢調査結果	昭15 (1940)	245,407	413,971	44,151	703,679
	25 (1950)	286,042	521,093	54,027	861,180
	35 (1960)	242,327	536,713	63,655	842,695
	45 (1970)	205,440	605,063	79,265	889,768
	50 (1975)	238,315	655,159	91,937	985,621
	55 (1980)	265,737	705,815	108,245	1,079,898
	60 (1985)	270,330	760,695	124,657	1,155,844
	平2 (1990)	249,258	824,232	147,144	1,222,411
	7 (1995)	231,022	874,455	181,376	1,287,005
	12 (2000)	220,072	906,629	215,552	1,342,832
	17 (2005)	213,147	916,572	249,418	1,380,361
	22 (2010)	211,045	907,918	291,814	1,410,777
推計	27 (2015)	204,049	871,866	343,739	1,419,654
	32 (2020)	191,203	850,376	372,421	1,414,000
	37 (2025)	177,272	836,354	384,696	1,398,322
	42 (2030)	164,608	815,769	394,802	1,375,179
	47 (2035)	157,426	781,804	406,054	1,345,284
	52 (2040)	152,555	727,804	428,941	1,309,300

図 2-1

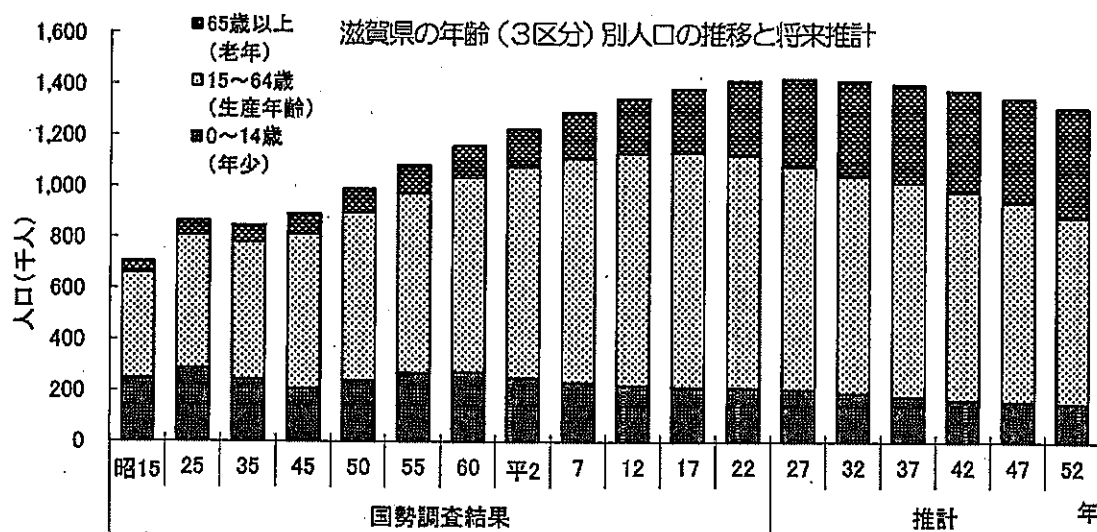


表 2-2、図 2-1

国勢調査結果：総務省「国勢調査」（平成 22 年（2010 年）まで）

推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 平成 25（2013）年 3 月推計」

表 2-3 滋賀県の年齢（3 区分）別人口割合の推移と人口

年		滋賀県						全国		
		0～14歳		15～64歳		65歳以上		0～14歳	15～64歳	65歳以上
		人口割合 (%)	順位	人口割合 (%)	順位	人口割合 (%)	順位	人口割合(%)		
国勢調査結果	昭15 (1940)	34.9	36	58.8	13	6.3	10	36.1	59.2	4.7
	25 (1950)	33.2	42	60.5	7	6.3	5	35.4	59.6	4.9
	35 (1960)	28.8	37	63.7	13	7.6	4	30.2	64.1	5.7
	45 (1970)	23.1	36	68.0	20	8.9	18	24.0	68.9	7.1
	50 (1975)	24.2	18	66.5	31	9.3	23	24.3	67.7	7.9
	55 (1980)	24.6	5	65.4	40	10.0	29	23.5	67.3	9.1
	60 (1985)	23.4	3	65.8	32	10.8	31	21.5	68.2	10.3
	平2 (1990)	20.4	3	67.4	22	12.0	35	18.2	69.5	12.0
	7 (1995)	18.0	3	67.9	17	14.1	38	15.9	69.4	14.5
	12 (2000)	16.4	2	67.5	13	16.1	40	14.6	68.1	17.4
	17 (2005)	15.5	2	66.5	8	18.1	42	13.7	65.8	20.1
	22 (2010)	15.0	2	64.4	9	20.7	42	13.1	63.8	23.0
推計	27 (2015)	14.4	2	61.4	7	24.2	43	12.5	60.7	26.8
	32 (2020)	13.5	2	60.1	6	26.3	43	11.7	59.2	29.1
	37 (2025)	12.7	2	59.8	7	27.5	43	11.0	58.7	30.3
	42 (2030)	12.0	2	59.3	6	28.7	44	10.3	58.1	31.6
	47 (2035)	11.7	2	58.1	5	30.2	44	10.1	56.6	33.3
	52 (2040)	11.7	2	55.6	4	32.8	45	10.0	53.9	36.1

図 2-2

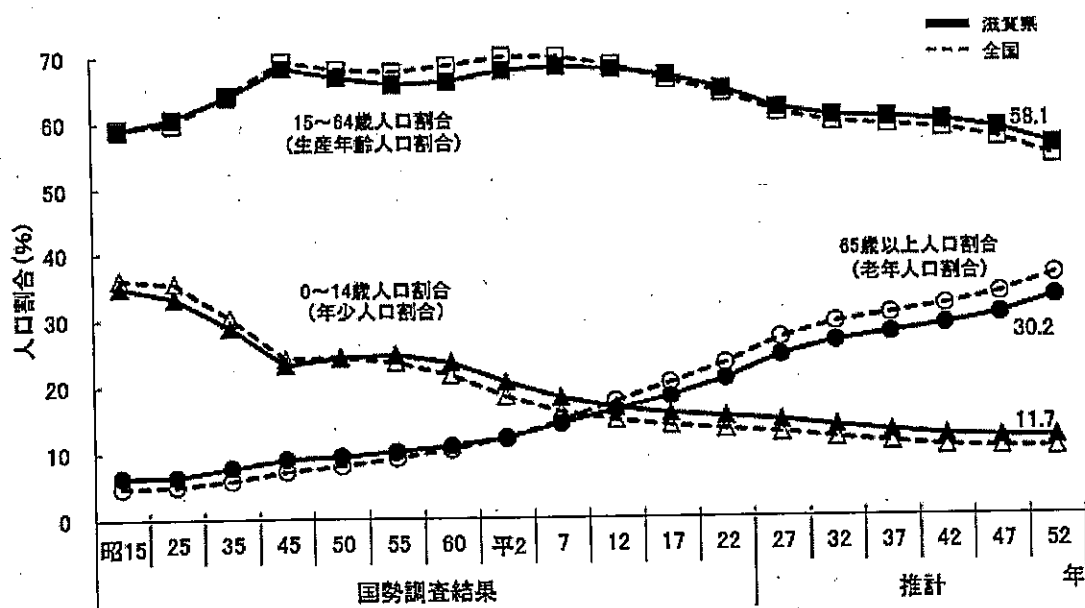


表 2-3、図 2-2

国勢調査結果：総務省「国勢調査」（平成 22 年（2010 年）まで）（政府統計の総合窓口 e-Stat）

推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 平成 25（2013）年 3 月推計」

<http://www.jpss.go.jp/>

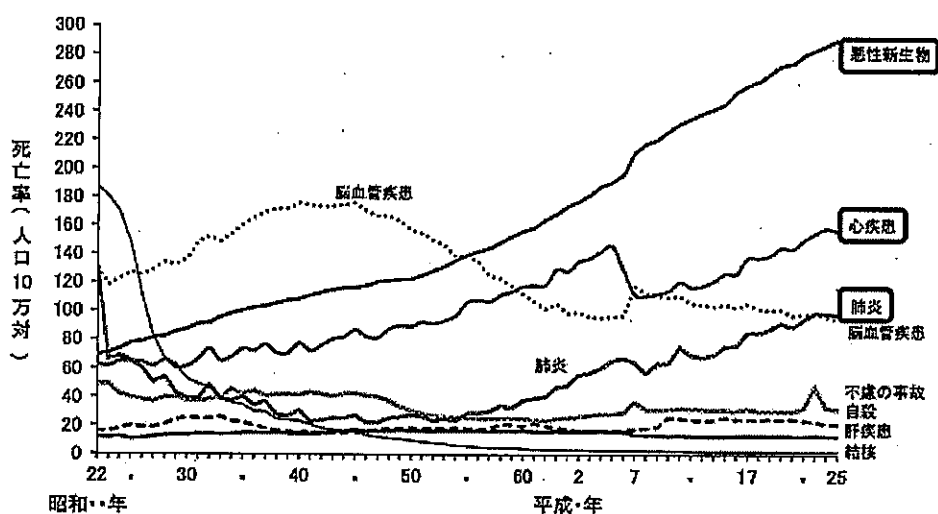
3 疾病ごとの患者数の動向

これまで医学的リハビリテーションは、脳血管障害や骨・関節および運動器の疾患などを主な対象としてきました。今後は、前述した超高齢社会の到来に伴い、さらに対象となる方が大幅に増加するものと考えられます。

図 2-3 では、死因別でみた死亡率の推移を示しています。今後の疾病構造の変化や医学的リハビリテーションの技術の進歩に伴い、これまで以上に医学的リハビリテーションの対象病態や疾患が拡大されと考えられます。

ここでは、平成 37 年（2025 年）における代表的な疾病について、その患者数について推計しています。

図 2-3 死因でみた死亡率の推移



注：1）平成 6・7 年の心疾患の低下は、死亡診断書（死体検案書）（平成 7 年 1 月施行）において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
2）平成 7 年の脳血管疾患の上昇の主な要因は、ICD-10（平成 7 年 1 月適用）による原死因選択ルールの特長化によるものと考えられる。

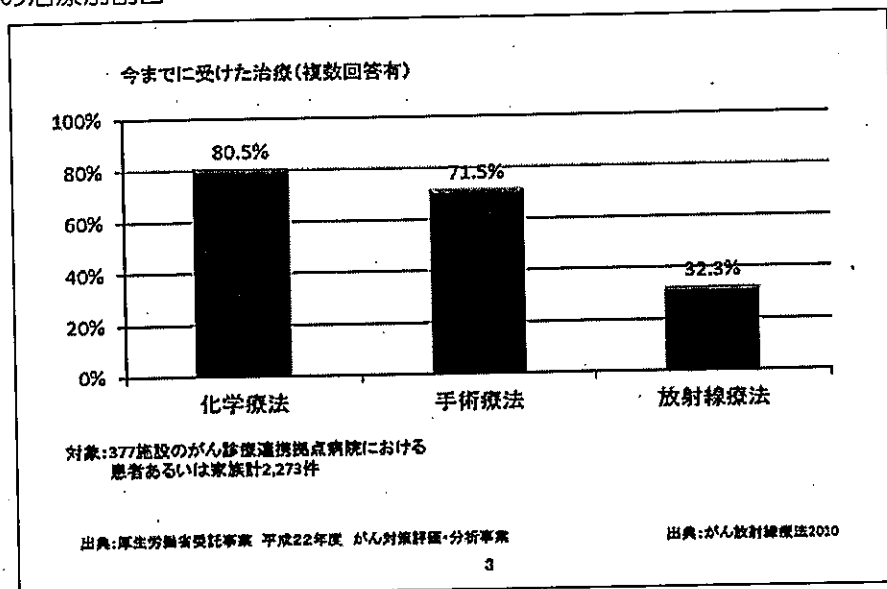
● がん（癌、肉腫、白血病、悪性リンパ腫など）

国立がん研究センターがん対策情報センターの「がん・統計白書 2012」データに基づく「がん対策のために（篠原出版新社）」によると、平成 22 年（2010 年）から平成 41 年（2029 年）の年平均の罹患数は、約 93 万人（男性 532,500 人、女性 392,700 人）と報告されています。

本県の人口比率から推計すると、年間およそ 9,300 人のがん患者が発生しているものと考えられます。

治療別割合（図 2-4）では、手術療法の割合が約 7 割となっており、術前術後のリハビリテーションの対象として 6,000 人程度が対象となると考えられます。

図 2-4 日本の治療別割合



● 脳卒中

滋賀脳卒中データベースでは、本県の脳卒中診療医療機関で平成 23 年（2011 年）に脳卒中発症として登録した症例は 2,738 例で、人口 10 万人当たりの発症率は男性が 210.3 人、女性が 177.3 人と報告しています。

国立社会保障・人口問題研究所の人口推計を基にした報告によると、平成 37 年（2025 年）の脳卒中発症期待値予測で全国の脳卒中患者が 33 万人に上ると報告（鈴木一夫、「まだまだ増える脳卒中患者」, 総合臨 58,194-198）しており、本県においても年間 3,000 人を超える発症者があるものと推計されます。

● 循環器疾患（心筋梗塞など）

厚生労働省が実施している「患者調査」で、平成 23 年（2011 年）の調査によると、心疾患（心筋梗塞や狭心症）の総患者数（継続的な治療を受けていると推測される患者数）は、161.1 万人としています。また、循環器病の全国推計入院患者数は、58.1 万人と報告されており、本県においても継続的な医療を受けている患者数は 1.6 万人と推計されます。

● 呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患等）

厚生労働省の統計によると平成 24 年（2012 年）の慢性閉塞性肺疾患（COPD）による死亡者数は 16,402 人とされています。診断率が低いために、患者数が多いにも関わらず死因に計上されない状況にあります。

治療を受けている患者数は日本で 22 万人とされ、実際の患者全体の 20～30 分の 1 しか治療を受けていないとされています。実際には、推定で 530～700 万人の患者がいるとも考えられています。

現在、本県においても約5～7万人程度の患者がいるものと推計され、実際に治療を受ける患者は2,200人程度いるものと思われます。

日本政策投資銀行が調べた将来推計入院患者数平成23年(2011年)では、平成22年(2010年)の約8万人の呼吸器疾患患者(COPD)が、平成37年(2025年)には1.5倍の約12万人に増加すると推計されており、これらを踏まえると、本県においても患者数は7.5万人～10.5万人に増加し、治療を受ける患者数は約3,300人にまで増加するものと考えられます。

また、これからの超高齢社会を迎えるにあたっては、肺炎(誤嚥性肺炎)の増加も見込まれます。これら肺炎なども含めると、リハビリテーションの対象はさらに増加するものと考えられます。

● 認知症

厚生労働省の推計では、認知症高齢者数を平成22年(2010年)で440万人と推計しています。(介護保険制度を利用している自立度Ⅱ以上の方が280万人、自立度Ⅰまたは介護保険を利用していない方が160万人。)

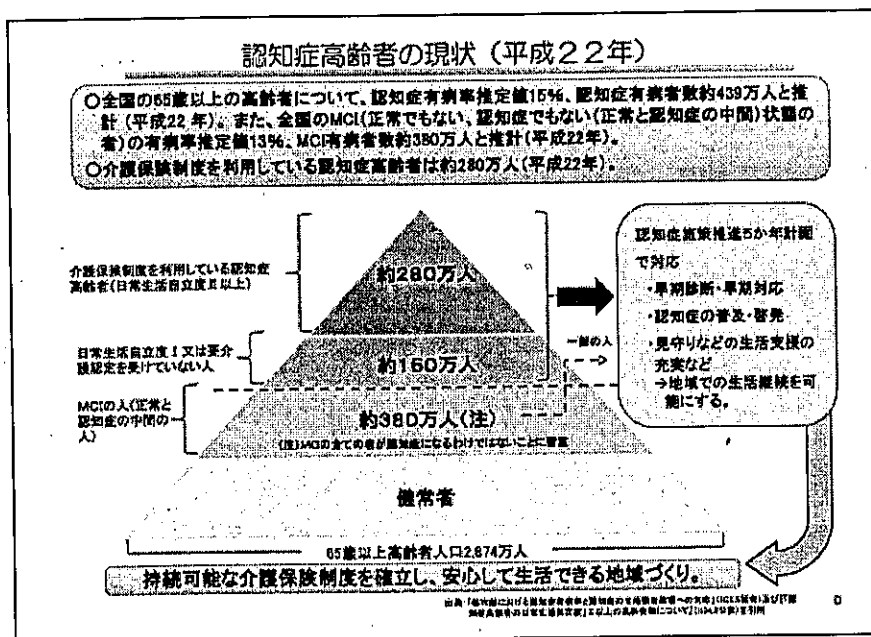
これに加えて、正常と認知症の間にあるリスク群が約380万人いることが平成25年(2013年)5月に報告されました。認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)は、将来推計では平成22年(2010年)の280万人から平成27年(2015年)は345万人(23.2%増、65歳以上の10.2%)、平成37年(2025年)は470万人(67.9%増、65歳以上の12.8%)と見込んでいます。

また、厚生労働省研究班の推計によると平成24年(2012年)時点で65歳以上の認知症高齢者が462万人、さらに将来発症する可能性のある予備軍(400万人)を含めると800万人以上に上ると報告しています(図2-5)。

本県の認知症高齢者は全国推計を基に算出すると、平成22年(2010年)約4.4万人、平成27年(2015年)約5.5万人(26.5%増)、平成32年(2020年)には約6.6万人(51.8%増)と推計されます。また、平成37年(2025年)の認知症高齢者数については約7.8万人に上ると推計されます。

加えて、厚生労働省が実施した「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」では、主にリハビリテーションの対象となる若年性認知症患者数は、18歳から64歳人口における人口10万人あたり47.6人と報告しています(若年性認知症:65歳未満で発症する認知症)。また、平成21年(2009年)の国の調査では、全国に3.8万人と推計されており、本県でも約400人と推計され、働き盛り世代でも発症するため、家族の介護負担だけでなく経済的負担なども大きくなるとされ包括的な支援を必要とします。

図 2-5 認知症高齢者の現状



● 高次脳機能障害

高次脳機能障害者については、厚生労働省の研究事業において調査が行われており、本県においてもリハビリテーションにより社会復帰が期待される障害程度の高次脳機能障害者は推計で680人程度いるとされ、毎年約30人増加していくと考えられます。

今後も患者数が減少する事は予想しがたく平成37年（2025年）には県内に約1,000人の患者がいると考えられます（表2-4）。

表 2-4 高次脳機能障害者数

対象者層	結果
6歳～69歳でリハビリテーションの対象となるような方 ※（軽症者・重症者を除く）	人口10万人に毎年2.3人の高次脳機能障害者が発生し、全国で2,884人と推計。全国でリハビリテーションが必要な高次脳機能障害者は68,048人と算出

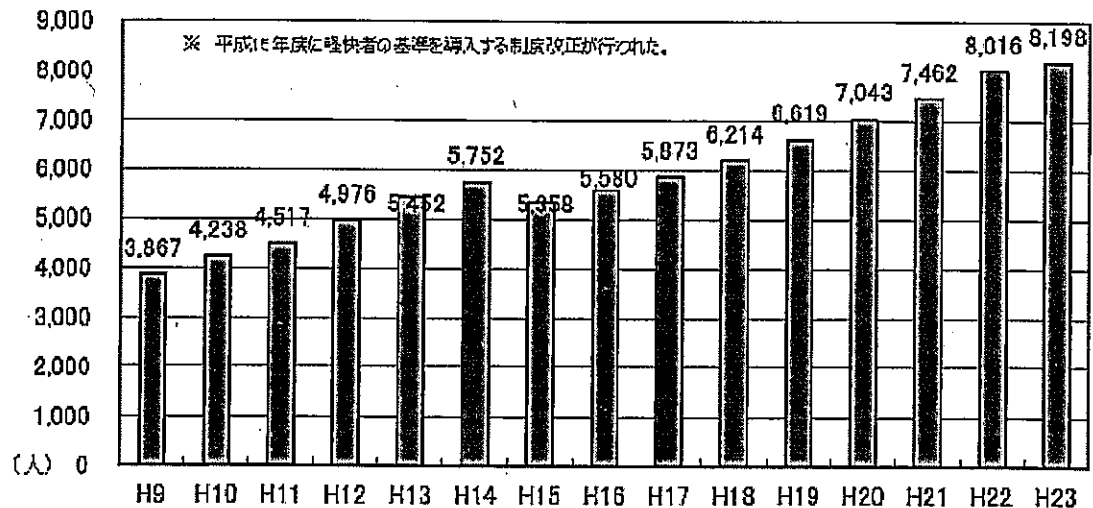
高次脳機能障害者に対する地域支援のネットワーク構築に関する研究 平成20年度 総括・分担研究報告書より
（厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業）

● 神経難病

特定疾患医療受給者証の交付件数は、年々増加傾向にあります（図2-6）。その中で、神経難病とは神経の病気の中で、はっきりした原因や治療法がないものをいいます。具体的には運動ニューロン病（筋萎縮性側索硬化症、脊髄性筋萎縮症など）、脊髄小脳変性症（脊髄小脳萎縮症、他系統萎縮症など）、多発性硬化症、重症筋無力症、パーキンソン病、進行性核上性麻痺などがあり

ます。(日本神経学会ホームページより)

図 2-6 本県の特典疾患医療受給者証交付件数(人)



県保健医療計画 平成 25 年(2013 年 3 月改定 P128)

● 骨・関節および運動器の疾患(外傷)

股関節骨折をはじめとする骨折は、高齢者の要介護の大きな原因の 1 つであり、その直接の受傷起点としては転倒が最も多く、およそ 80%を占めています。(日本整形外科学会骨粗鬆症委員会報告-平成 10 年股関節骨折の発生頻度調査-日整会誌 2000; 74: 373-377.)

ここでは高齢者に多いとされる大腿骨頸部骨折および転子部骨折を取りあげます。

ガイドラインでは大腿骨頸部/転子部骨折の将来発生数の予測が示されています(大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン,編集:日本整形外科学会診療ガイドライン委員会,大腿骨頸部/転子部骨折ガイドライン策定委員会,厚生労働省医療技術評価総合研究事業「大腿骨頸部骨折の診療ガイドライン作成」班)

平成 22 年(2010 年)には約 18 万人、平成 32 年(2020 年)には約 25 万人、平成 42 年(2030 年)には約 30 万人、平成 54 年(2042 年)には約 32 万人の大腿骨頸部/転子部骨折が発生すると推計されています。今後患者数が急増するものと思われます。

本県においても、平成 37 年(2025 年)には年間 2,500 人から 3,000 人の受傷者が発生するものと考えられます。

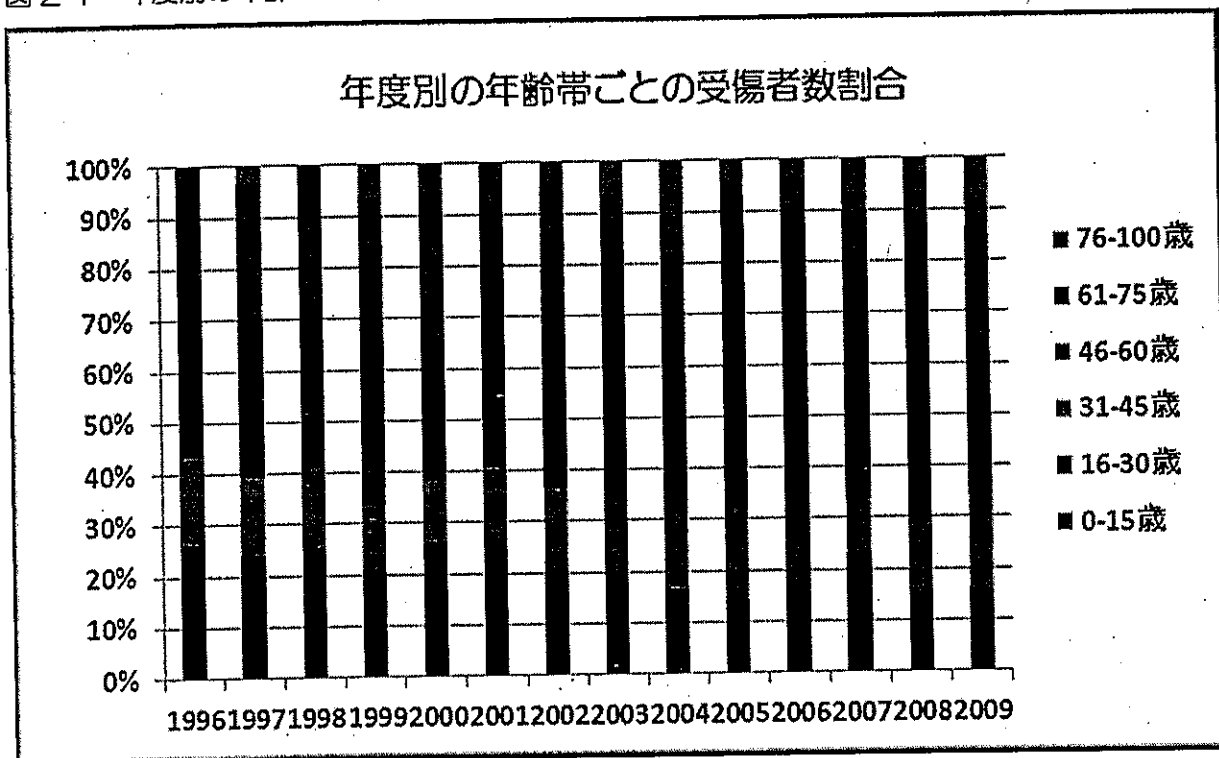
● 脊髄損傷

現在、日本には脊髄損傷者が 10 万人以上いると考えられ、毎年 5,000 人以上の新たな脊髄損傷患者が発生していると報告されます。(全国労災病院脊髄損傷データベースなど)

最近では高齢による頸椎変形が原因で、軽微な刺激で引き起こる「非骨傷性頸髄損傷」が増加傾向にあること、また、「非骨傷性頸髄損傷」で「中心性頸髄損傷」(頸髄の中心部分が損傷している状態)が増加していることが報告されています。

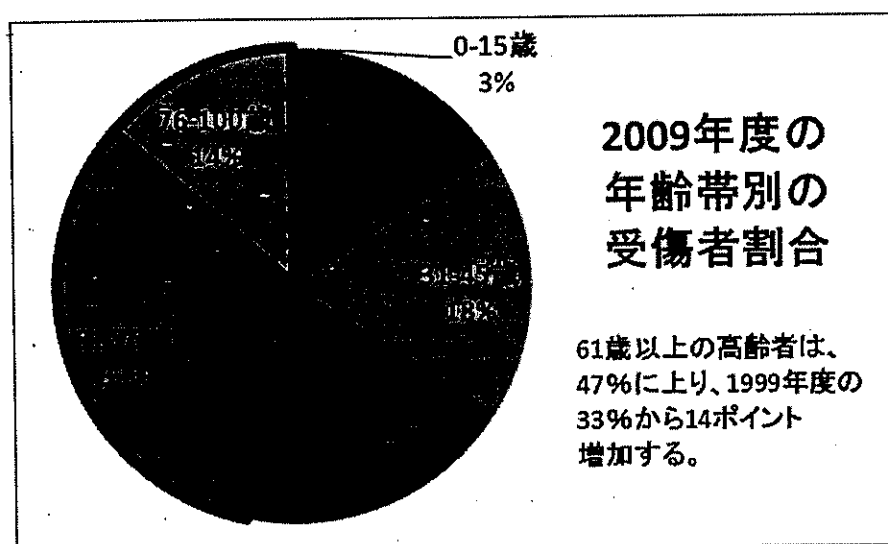
平成 37 年（2025 年）に向けた動向を報告したものではありませんが、今後、高齢者が増加する中で全国の動向同様、高齢者の頸髄損傷、中心性頸髄損傷者の増加が見込まれます（図 2-7、図 2-8）。

図 2-7 年度別の年齢ごとの脊髄損傷受傷者数割合



独立行政法人 労働者健康福祉機構吉備高原医療リハビリテーションセンター脊損データベースより

図 2-8 平成 21 年度（2009 年度）年齢帯別の脊髄損傷受傷者割合



独立行政法人 労働者健康福祉機構吉備高原医療リハビリテーションセンター脊損データベースより

平成 21 年度(2009 年度)に滋賀県立リハビリテーションセンターが実施した実態調査では、
 脊髄損傷と診断され県内の急性期病院に入院した脊髄損傷者の数は、軽症も含め 110 名であり
 ました。

この年、滋賀県の人口は 140.2 万人であったため、人口 100 万人あたりの脊髄損傷者の数は
 78.5 人となります。

これは平成 7 年(1995 年)新宮らが報告した 40 人(調査は平成 5 年)と比較すると、増加
 傾向にあると推測されます。

先の脊損データベースでは、61 歳以上の高齢者患者の割合は年々上昇し、平成 21 年(2009
 年)では患者数の 4 割を占める結果となっています。また、滋賀県立リハビリテーションセンタ
 ーが行った調査においても 53%が 65 歳以上の高齢者であり、半数以上を占めていました。

4 介護保険の状況

今後、病院における入院期間の短縮や介護保険におけるリハビリテーションサービスの適切な
 導入、また高齢者の増加、それに伴う患者数の増加など介護保険の領域でリハビリテーションの
 必要性は高まることが推測されます。

本県の平成 26 年(2014 年)の介護保険の要介護(要支援)認定者数は 57,300 人となってい
 ます。(表 2-5、図 2-9)

介護保険の居宅サービスにおけるリハビリテーションの利用者利用率は、平成 25 年度(201
 3 年度)において訪問リハに通所リハを加えても 14.2%にとどまっています。(表 2-6)。訪問
 リハビリテーション利用者数は 1,191 人、通所リハビリテーションの利用者数は 4,213 人とな
 っています。

今後、本県において平成 37 年度(2025 年度)の介護保険要介護認定者数は約 8.2 万人にの
 ぼり、多くの方がリハビリテーションの対象になると考えられます。

表 2-5 今後の要介護(要支援)認定者数と認定率の推計

単位:人

滋 賀 県	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度
総 数	57,300	60,147	62,700	65,528	72,670	81,709
第1号被保険者(人)	55,935	58,821	61,365	64,153	71,233	80,286
認 定 率 (第 1 号)	17.2%	17.4%	17.8%	18.3%	19.6%	21.6%
第2号被保険者(人)	1,365	1,326	1,335	1,375	1,437	1,423

注:市町介護保険事業計画(中間とりまとめ暫定値)

図 2-9 今後の要介護（要支援）認定者数と認定率の推計

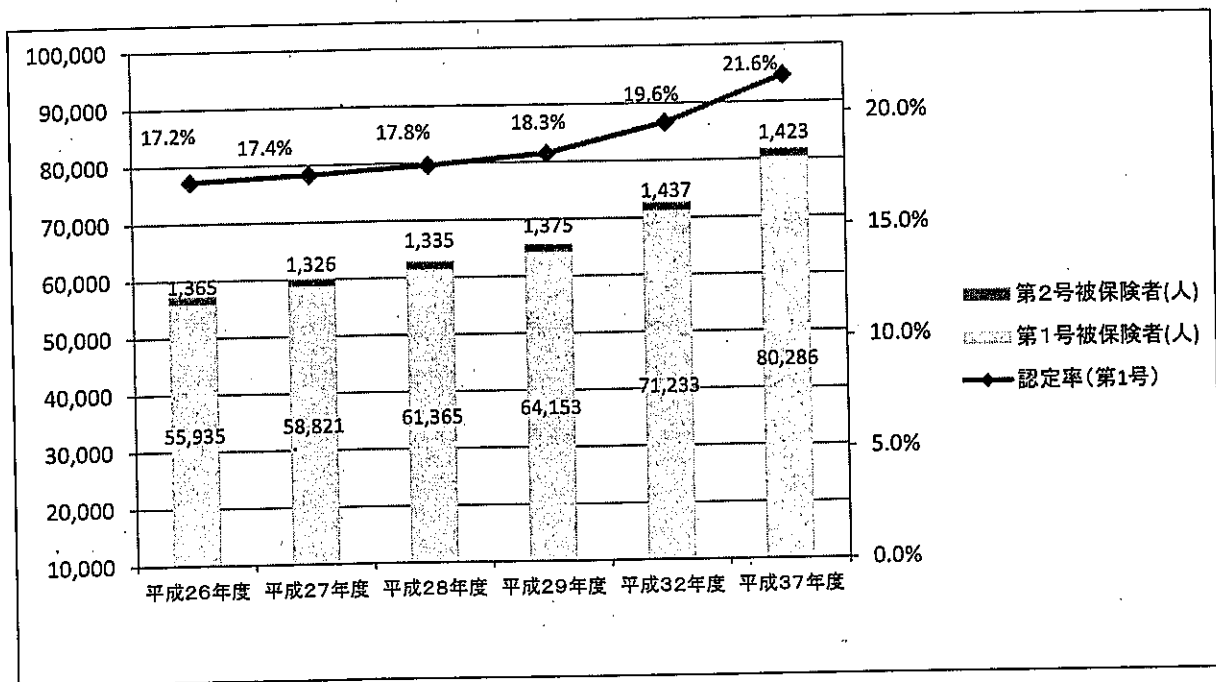


表 2-6 滋賀県の介護保険サービス利用者数

—サービス毎の平成 20 年度と 25 年度の比較—

区分	H20年度(実人数)	H25年度(実人数)	増加率	H25利用率
訪問介護	9,639	11,278	117.0%	29.7%
訪問入浴	1,089	1,052	96.6%	2.8%
訪問看護	3,311	4,170	125.9%	11.0%
訪問リハビリ	912	1,191	130.6%	3.1%
通所介護	15,398	19,232	124.9%	50.7%
通所リハビリ	3,481	4,213	121.0%	11.1%
福祉用具貸与	12,727	18,965	149.0%	50.0%
居宅療養管理	2,102	2,886	137.3%	7.6%
短期入所	4,634	5,217	112.6%	13.8%
特定施設	515	810	157.3%	2.1%
認知症対応型	1,036	1,516	146.3%	4.0%
認知症短期	11	3	27.3%	0.01%
認知症通所	1,212	1,286	106.1%	3.4%
小規模多機能	305	1,009	330.8%	2.7%
地域密着特養	89	376	422.5%	1.0%
短期徘徊・臨時対応型	0	0	—	0.0%
計	56,461	73,204	129.7%	—
利用人数(実)	28,515	37,924	133.0%	—

※国保連合会審査支払いベース

5 市町における介護予防の状況

本県の65歳以上の高齢者数は32万人に上ります。このなかで約5.4万人の方が介護保険の要介護認定を受けています。

これによりこの高齢者の中で約27万人は介護を必要としない高齢者と考えられ、今後高齢者がいかに健康や生活機能を維持するか、健康寿命を延伸するか、そのための取り組みを進めることが重要とされています。

このような中、県内の各市町においては、高齢者の健康維持、健康寿命の延伸に向け、介護保険の認定者・利用者を抑制するために、地域において自主グループの立ち上げによる介護予防教室や介護度の低い方に対して重症化予防に向けた取り組みを進めてきました。

平成37年(2025年)の本県における65歳以上の高齢者数は、先の資料からおよそ38.5万人に上るものと考えられ、前述したとおり高齢化の進展により介護保険の認定者数も増加するものとみられます。

この予測される超高齢社会の進展に対して、市町で取り組まれる介護予防や、介護保険のサービス利用者の重症化予防、要支援・軽度要介護者の自立支援に向けたマネジメントが有効であると考えられています。

表 2-7 平成 25 年度滋賀県の介護保険認定者数―要介護度別および圏域別の状況―

単位:人

	滋賀県計	保 健 福 祉 圏 域						
		大津圏域	湖南圏域	甲賀圏域	東近江圏域	湖東圏域	湖北圏域	湖西圏域
65歳以上人口	321,793	78,705	63,220	32,709	54,894	35,434	41,435	15,398
要 支 援 1	6,006 1.9%	1,670 2.1%	1,113 1.8%	750 2.3%	966 1.8%	578 1.6%	578 1.4%	351 2.3%
要 支 援 2	7,115 2.2%	2,428 3.1%	1,077 1.7%	577 1.8%	1,019 1.9%	603 1.7%	1,040 2.5%	371 2.4%
要 介 護 1	11,182 3.5%	2,248 2.9%	2,520 4.0%	1,228 3.7%	2,016 3.7%	1,374 3.9%	1,237 3.0%	561 3.6%
要 介 護 2	10,360 3.2%	3,010 3.8%	1,675 2.6%	762 2.3%	1,670 3.0%	1,230 3.5%	1,584 3.8%	429 2.8%
要 介 護 3	8,038 2.5%	2,180 2.8%	1,332 2.1%	625 1.9%	1,208 2.2%	1,007 2.8%	1,348 3.3%	338 2.2%
要 介 護 4	6,518 2.0%	1,669 2.1%	1,100 1.7%	633 1.9%	1,148 2.1%	702 2.0%	955 2.3%	311 2.0%
要 介 護 5	5,095 1.6%	1,223 1.6%	874 1.4%	566 1.7%	801 1.5%	585 1.7%	764 1.8%	282 1.8%
要 介 護 3 以上	19,651 6.1%	5,072 6.4%	3,306 5.2%	1,824 5.6%	3,157 5.8%	2,294 6.5%	3,087 7.4%	931 6.0%
合 計	54,314 16.9%	14,428 18.3%	9,691 15.3%	5,139 15.7%	8,828 16.1%	6,079 17.2%	7,506 18.1%	2,643 17.2%

注：65歳以上人口は第1号被保険者数
認定者数は、介護保険事業状況報告（平成26年3月暫定値）
各欄％は65歳以上人口に占める割合

6 障害のある方の状況

我が国において障害のある方は、平成 26 年度版障害者白書（内閣府）の障害者数によると身体障害、知的障害、精神障害の3区分で障害者数の概数は、身体障害者 393 万 7 千人、知的障害者 74 万 1 千人、精神障害者 320 万 1 千人となっています。（表 2-8）

これを人口千人当たりの人数で見ると、身体障害者 31 人、知的障害者は 6 人、精神障害者は 25 人となり、複数の障害を併せ持つ者もいるため、単純な合計数にはならないものの、およそ国民の 6% が何らかの障害を有していることになります。

一方、本県における障害者数については、平成 25 年度（2013 年度）末の身体障害者手帳所持者は 53,198 人、療育手帳所持者は 11,462 人、精神障害者保健福祉手帳所持者が 7,293 人となっています。平成 23 年度からは身体障害者手帳で 3,579 人、療育手帳で 1,345 人、精神障害者保健福祉手帳で 1,647 人それぞれ増加しています。今後、障害のある方についても、超高齢社会を迎えるにあたっては、可能な限り社会の支え手としての役割を担っていただく必要があります。それに向けた集中的でかつ包括的なリハビリテーションが必要となります。

表 2-8 障害者数

		総数	在宅数	施設入所者数
身体障害児・者	18歳未満	7.8	7.3	0.5
	男性	—	4.2	—
	女性	—	3.1	—
	18歳以上	383.4	376.6	6.8
	男性	—	189.8	—
	女性	—	185.9	—
	不詳	—	0.9	—
	年齢不詳	2.5	2.5	—
	男性	—	0.7	—
	女性	—	0.9	—
	不詳	—	0.9	—
	総計	393.7	386.4	7.3
	男性	—	194.7	—
	女性	—	189.9	—
	不詳	—	1.8	—
知的障害児・者	18歳未満	15.9	15.2	0.7
	男性	—	10.2	—
	女性	—	5.0	—
	18歳以上	57.8	46.6	11.2
	男性	—	25.1	—
	女性	—	21.4	—
	不詳	—	0.1	—
	年齢不詳	0.4	0.4	—
	男性	—	0.2	—
	女性	—	0.2	—
	不詳	—	0.1	—
	総計	74.1	62.2	11.9
	男性	—	35.5	—
	女性	—	26.6	—
	不詳	—	0.1	—

		総数	在宅数	施設入所者数
精神障害者	18歳未満	17.9	17.6	0.3
	男性	10.8	10.7	0.1
	女性	7.0	6.8	0.2
	18歳以上	301.1	269.2	31.9
	男性	123.7	108.9	14.8
	女性	177.5	160.4	17.1
	年齢不詳	1.1	1.0	0.1
	男性	0.5	0.5	0.0
	女性	0.6	0.6	0.1
	総計	320.1	287.8	32.3
	男性	135.0	120.0	15.0
	女性	185.1	167.8	17.3

注 1：平成 23 年患者調査の結果は、宮城県の一部と岩手県を除いた数値である。

注 2：精神障害者の数は、ICD-10 の「Ⅳ 精神及び行動の障害」から知的障害（精神遅滞）を除いた数に、てんかんとアルツハイマーの数を加えた患者数に対応している。

また、年齢別の集計において四捨五入をしているため、合計とその内訳の合計は必ずしも一致しない。

注 3：身体障害児・者の施設入所者数には、高齢者関係施設入所者は含まれていない。

注 4：四捨五入で人数を出しているため、合計が一致しない場合がある。

資料：

【身体障害者】

在宅者：厚生労働省「生活のしづらさに関する調査」（平成 23 年）

施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成 21 年）等より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

【知的障害者】

在宅者：厚生労働省「生活のしづらさに関する調査」（平成 23 年）

施設入所者：厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成 23 年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

【精神障害者】

外来患者：厚生労働省「患者調査」（平成 23 年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

入院患者：厚生労働省「患者調査」（平成 23 年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で作成

平成 26 年版 障害者白書（概要）

7 平成37年（2025年）に向けた将来予測

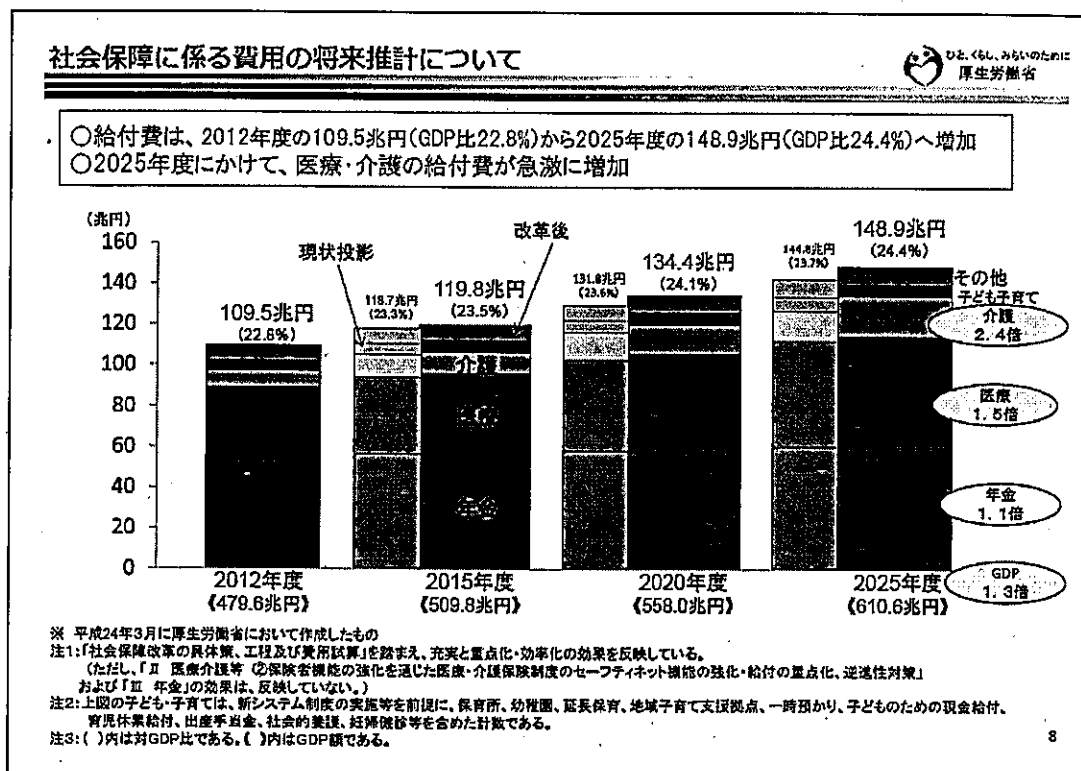
平成26年（2014年）の我が国の社会保障費は115兆円となり増額の一途を辿っています（図2-10）。厚生労働省の推計によると平成37年（2025年）には150兆円に上るとし、特に「団塊の世代」が75歳以上となり病気などにより要介護状態となることを最大の原因としています。

このような中、国は社会保障費の抑制に向け動き出そうとしています。医療では、『施設』から「地域」へ、「医療」から「介護」へのもと、病院や病床機能の役割分担を進め、より効率的・効果的な医療・介護サービスの提供体制を構築し、医療機関における在院日数の短縮を進めようとしています（図2-11）。

さらに平成26年（2014年）の診療報酬改定では、概ね全ての病期の医療機関に在宅復帰率を設定し、在宅に向けた医療の流れを強めました（図2-12）。

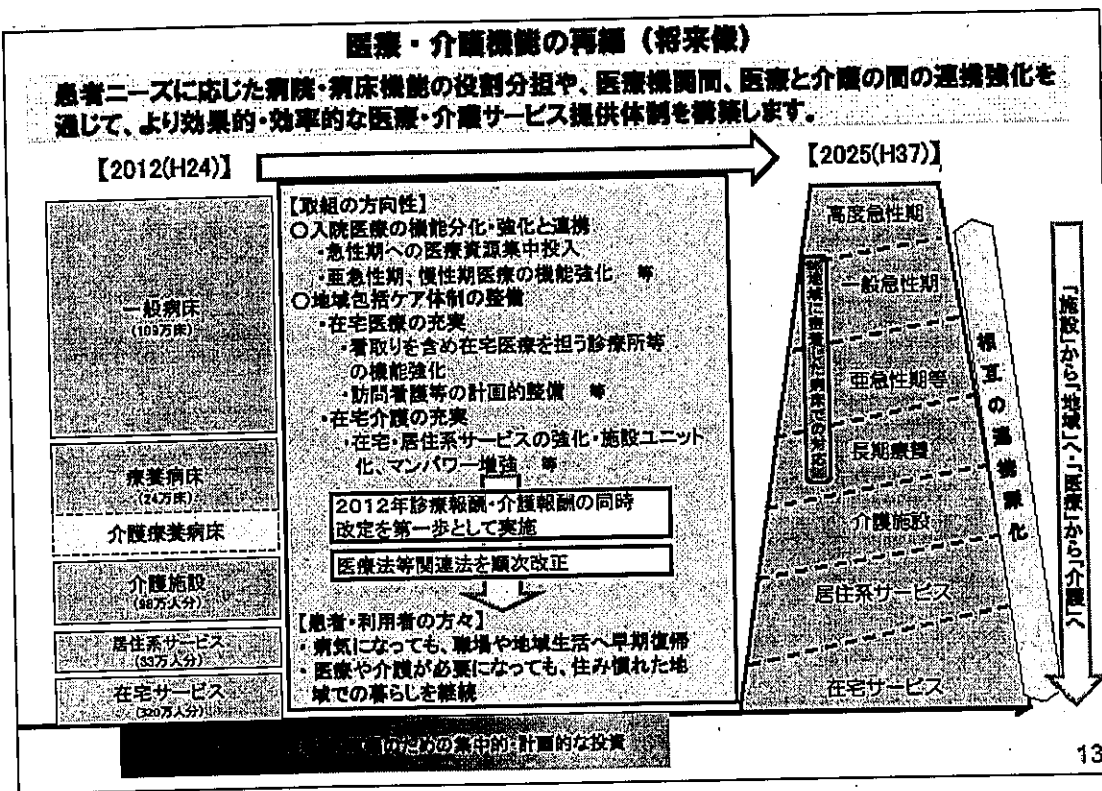
今後も国は、施設完結型の医療から地域完結型の医療への転換に向けた改革を進めるものとみられます。本県においても地域包括ケアシステムの構築や在宅医療の推進とともに、地域におけるリハビリテーションの提供体制の充実が必要になると考えられます。

図2-10 社会保障に係る費用の将来推計



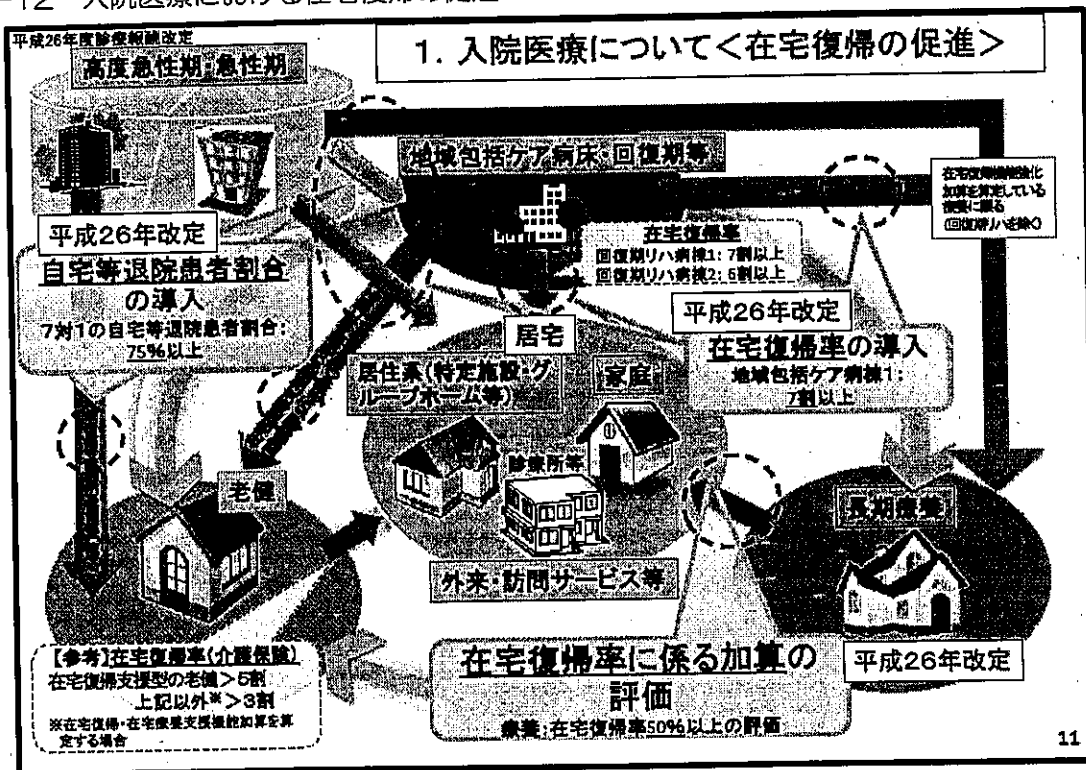
（厚生労働省資料より）

図 2-11 医療・介護機能の再編（将来像）



(第10回国議会参考資料より)

図 2-12 入院医療における在宅復帰の促進



(厚生労働省資料より)

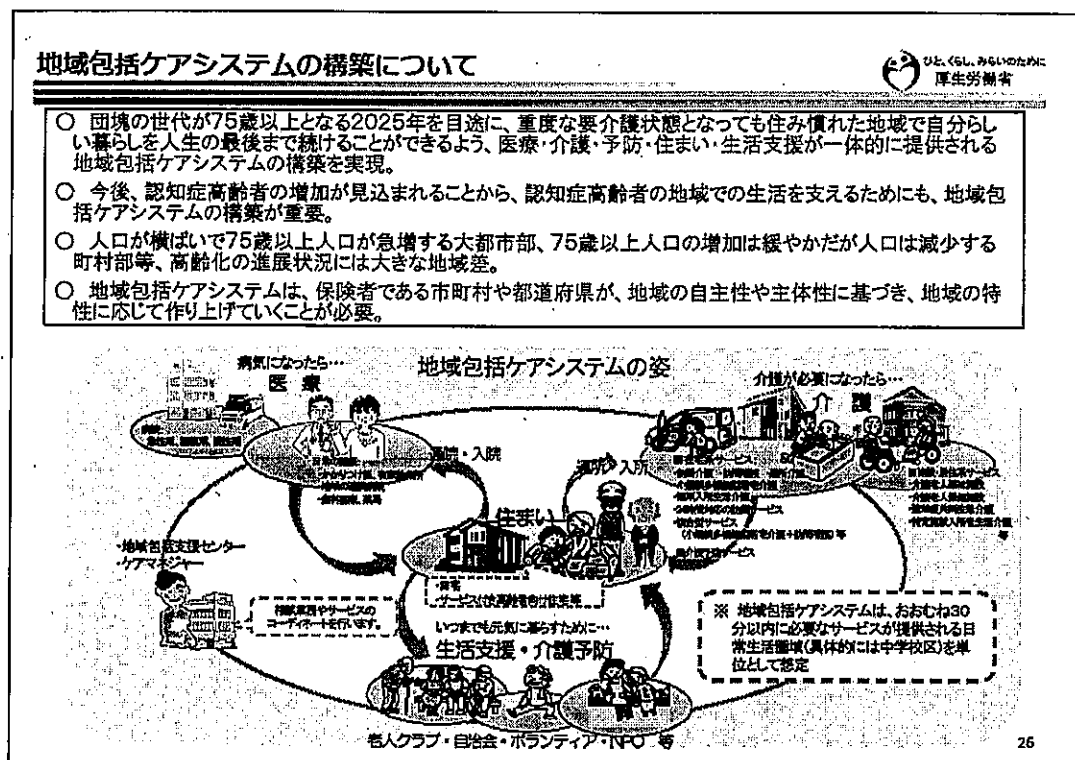
一方で、国は受け皿となる地域に対し団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）に向けて、概ね中学校区を単位とした地域包括ケアシステムの構築を進めています。

また、これは社会保障制度改革として取り組む項目の一つとしても取り上げています。

今後、高齢者の単身や夫婦のみの世帯が増加すること、また、後期高齢者の増加から要介護度の高い方の増加が見込まれることから、従来の「家族介護」や介護保険サービスで高齢者の地域生活を完結させることは難しい状況にあり、このため良好な居住環境と在宅ケアを組み合わせる高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」の構築が急務となっています。

県としても、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護など、地域密着型サービスのさらなる普及・充実を図るとともに、在宅医療・介護連携や日常生活支援など市町の新たな地域支援事業を支援していくことが求められています。（図2-13）。

図2-13 地域包括ケアシステム



（厚生労働省資料より）

今後、地域完結型の医療への転換が図られる中で、持続可能な社会保障制度にするためには、健康寿命の延伸や生活機能低下予防に向けた手厚い取り組み、そしてたとえ疾病や障害により医療が必要になっても、医療機関における濃密で集中的な医学的リハビリテーションの提供体制の整備、また、地域において生活支援だけではなく、社会参加や生活の質の向上など自立に向けた支援が提供される体制の整備が必要です。

8 平成37年(2025年)に向けた人材確保

厚生労働省では、医療機関における病床数を平成24年度(2012年度)の109万床から6万床減じ103万床に、また在宅医療については平成24年度(2012年度)の1日あたり17万人分から12万人分増加させ29万人分まで拡充させる計画としています(表2-9)。

また、その中では人的資源についても、医師数で33万人、看護職員で206万人まで拡充することとしています。

さらに、介護においても利用者数を平成24年度(2012年度)の1.5倍と見積もっており、それに合わせてサービスを提供する事業所および介護職員について拡充や増員が必要であるとしています。

現在、表2-10および表2-11に示す通り、本県では1,219人のリハビリテーション専門職が医療機関や介護保険の事業所などに従事しています。今後の高齢化の進展や疾病構造の変化、リハビリテーションの対象疾患の拡大、予防に向けた取り組みの充実に伴い国と同様に必要な人材の確保が必要になるものと考えられます。

表2-9 数値でみた平成37年(2025年)の主なサービスの拡充

平成24(2012)年度		平成37(2025)年度	
【医療】	病床数・平均在院日数	109万床・18~20日程度	【高度急性期】 22万床・15~18日程度
			【一般急性期】 48万床・9日程度
			【亜急性期等】 35万床・80日程度
	医師数	29万人	32~33万人
	看護職員数	145万	196~206万人
【介護】	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分
	利用者数	462万人	657万人(1.5倍) 介護予防・重症化予防により全体として3%減 入院の減少(介護への移行):14万人増
	在宅介護	320万人分	483万人分(1.5倍)
	居住系サービス	33万人分	62万人分(1.9倍)
	介護施設	98万人分	133万人分(1.4倍)
	介護職員	149万人	237万人から249万人
	訪問看護(1日あたり)	31万人分	51万人分

(資料) 厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」(平成24年7月2日)から抜粋

表 2-10 滋賀県の医療機関に在籍するリハビリテーション専門職数

	病院数	理学療法士数	作業療法士数	言語聴覚士数
病 院	59	474	269	58

(平成 24 年 (2012 年) 7 月 滋賀県立リハビリテーションセンター調査)

表 2-11 滋賀県の介護保険事業所に在籍するリハビリテーション専門職数

事業所種別	事業所数	理学療法士数	作業療法士数	言語聴覚士数
		(2012.7 調査)	(2012.7 調査)	(2013 会員数)
老人福祉施設	84	9	2	
老人保健施設	32	54	55	4
訪問リハ	27	66	21	1
通所リハ	48	99	50	
訪問看護	72	40	16	1
合計	263	268	144	6

(平成 24 年 (2012 年) 7 月 滋賀県立リハビリテーションセンター調査)

第3章 計画の基本的な方向

1 リハビリテーションにおける基本的な考え方

(1) リハビリテーションの基本理念の共有と利用者視点の重視

「リハビリテーション」については、これまでいくつかの機関により定義されていますが、基本的には、疾病や外傷等による障害があっても、社会生活から阻害されることなく、再び人間らしく生きることができるよう自主的(自立)あるいは主体的(自律)に取り組みを進めることであり、「人間らしく生きる権利の回復」とされています。

このように、リハビリテーションは、運動機能等の回復訓練の分野に限られたものではなく、日常生活や社会生活に必要な、人としての機能や役割を回復するとともに、高齢者や障害のある人たちなどをとりまく生活状況や社会的環境を再構築するなどの多様な取り組みです。

こうしたことから、高齢者や障害のある人たちが、家庭や地域社会で、そこに住む人たちとともに生活し、社会活動に参画できるようにしていくことを、最終的な目的として、リハビリテーションを推進する必要があります。

これらの理念について関係者や地域の人々が共有し、利用者の視点を重視したサービス体制や連携を構築することが必要です。

(参考) リハビリテーションの定義

「リハビリテーション」とは、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應させるだけでなく、障害者の直接的環境およ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する。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諸種のサービス計画と実施に関与しなければならない。

(世界保健機関による定義 1981年)

リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供することをめざし、かつ時間を限定したプロセスである。

(国際障害者世界行動計画による定義 1982年)

※ 環境因子へのアプローチ

リハビリテーションの基本理念を実現するためには、従来のリハビリテーションにかかる取り組みの他に、高齢者や障害のある人たちが生活する環境因子の改善に対するアプローチが重要である。具体的に、住宅等の居住環境、道路・公共施設等の地域環境、介護や当事者の生活自立に必要な福祉用具などの整備について、一体的に取り組むを進めていくことが必要である。

国際障害分類（ICIDH：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）は、1980年に世界保健機関（WHO）が発表したもので、障害を機能障害（impairment）、能力低下（disability）、社会的不利（handicap）の3つのレベルに分類しています。

リハビリテーションにおいては、国際障害分類による障害モデルを活用して、そのアプローチを計画し、記録や評価を行っており、大変重要な分類法でした。しかしながら、国際障害分類は、障害のみを対象としており、人としての社会的生活を基礎に、包括的視点からモデルを構築することが困難であったことから、2001年にWHOは国際障害分類を改定し、生活機能・障害・健康の国際分類（ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）としました。

このICFは、従来の国際障害分類の功績と問題点を指摘し、生活機能という重要な視点を確立しました。心身機能や活動、参加を生活機能として包括的に捉えるとともに、障害については、機能障害・活動制限・参加制約を包括するものとしています。また、人の生活状況に影響を与えるものとして、新たに環境因子や個人因子という背景の因子を取り上げており、さらに、それぞれの因子が相互作用的な存在であるとしています。

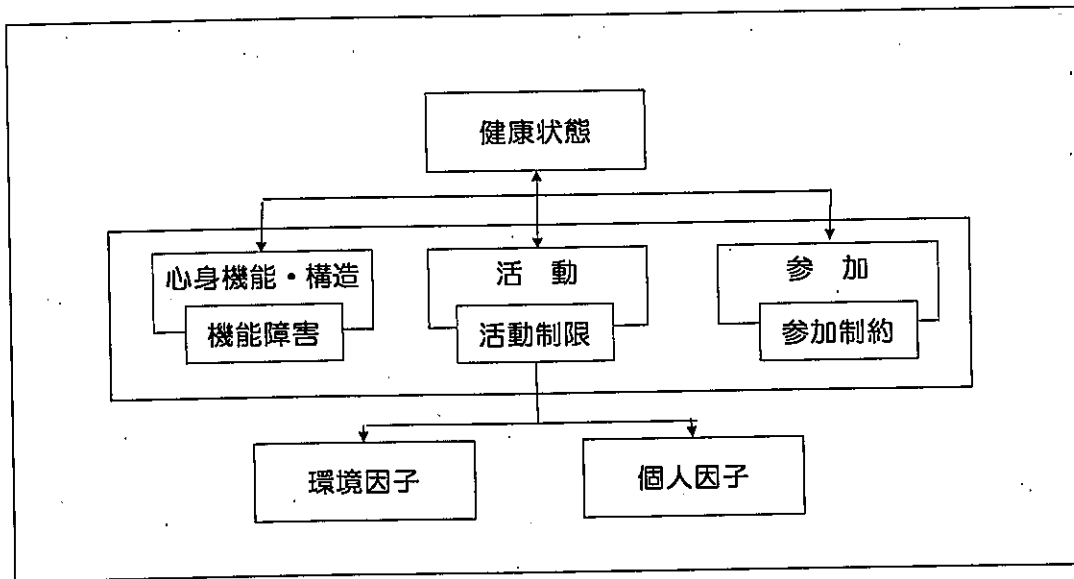
このため、ICFの「生活（機能）モデル」にもとづき、今後のリハビリテーション支援の基本的な方向を明らかにすると、それは、人としての社会的生活を基本に、生活機能の向上を目的として、様々な働きかけを連動して総合的に行い、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、高齢者や障害のある人たちが望む生活をできるよう支えていくことです。

従来、リハビリテーションについては、それぞれの分野のリハビリテーション専門職が実施する機能訓練を中心としたものとイメージされがちでしたが、生活機能の向上をその共通の目標として認識し、リハビリテーション専門職の助言のもと、高齢者や障害のある人たちが自主的あるいは主体的にリハビリテーションに取り組むようになってきました。

また、医療機関をはじめとする関係機関や施設が、日常生活の場に近い環境の中でサービスを提供するとともに、高齢者や障害のある人たちと事業を担う関係者が協働し、チームアプローチによって、それぞれの分野の取り組みを総合的に進めていくことが重要です。

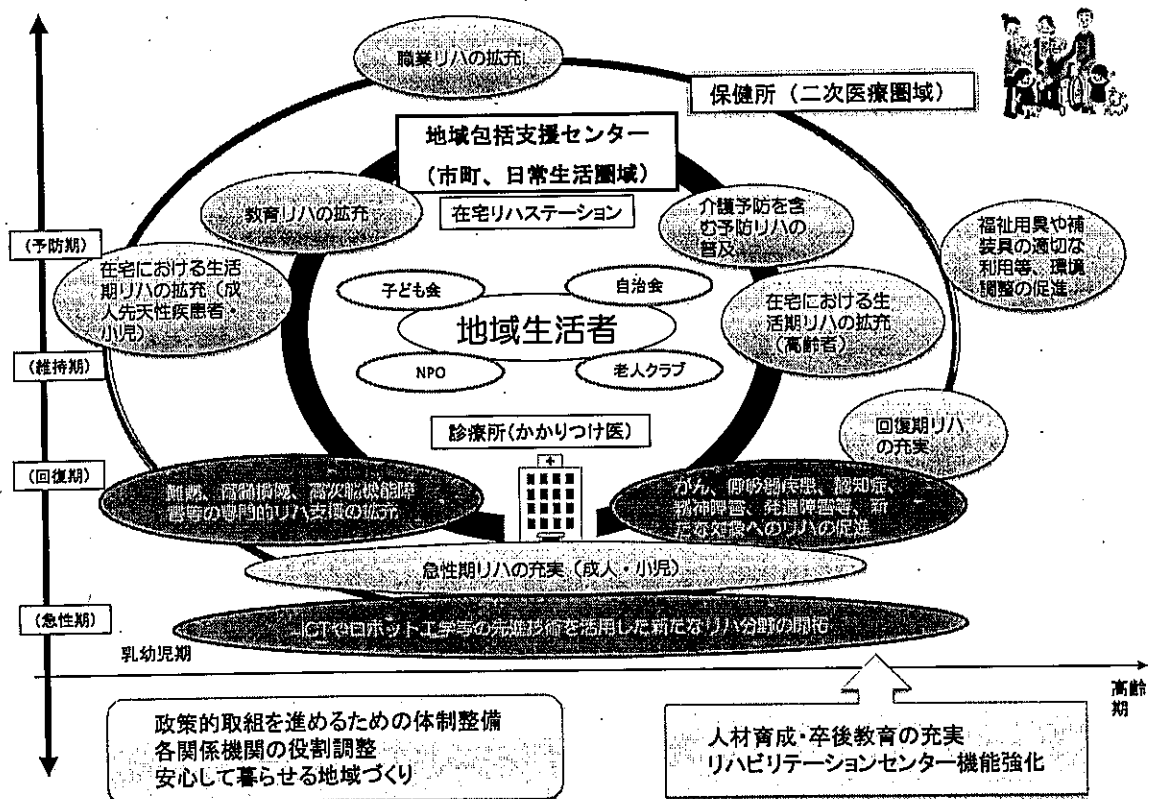
こうしたことから、ICFの考え方にに基づき、環境因子へのアプローチも含めた医学・教育・職業・社会リハビリテーションに取り組む機関・施設の連携を一層促進し、医学モデルから生活モデルまでを包括したリハビリテーションを推進する必要があります。

(参考) 生活機能・障害・健康の国際分類 (ICF) のモデル



2 めざす姿

平成 37 年 (2025 年) には地域生活者を中心に、質の高いリハビリテーションが日常生活圏域の中で提供され、障害のある人や高齢者およびその家族等が、住み慣れた場所で安心して自立した日常生活を送り、地域社会に参加し、望む生活を送ることができる姿をめざします。



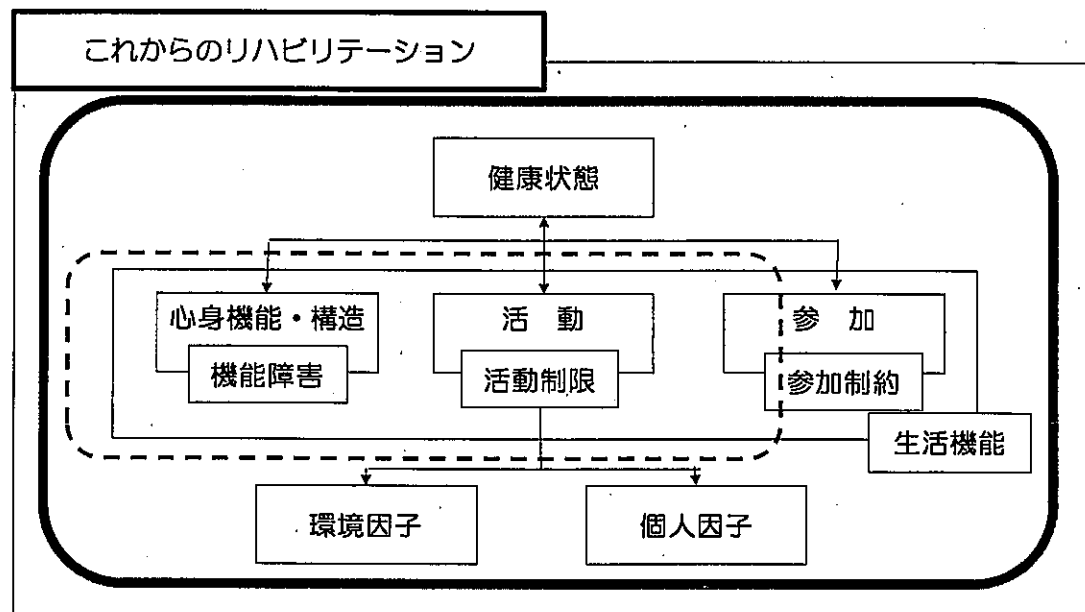
そのため、身近な日常生活圏域において、市町、地域包括支援センター等が中心となり、子どもから高齢者まで、また予防期や急性期、回復期、維持期のすべての病期にある方を支援します。

リハビリテーション提供体制としては、医療・教育・職業・社会リハビリテーションを提供する機関等が、それぞれの機能を十分に発揮するとともに、共通の具体的な目標のもと、機関相互の関係性を重視し、効果を最大限に発揮するため、関係者が利用者の視点を十分に理解し、必要な機関との円滑な連携によるサービス提供ができる仕組みづくりを強化します。

また、これまで医療・介護サービスにおいては、機能障害、活動制限への働きかけを主な視点として取り組んできましたが、今後は、今まで以上に社会参加を視野に入れたリハビリテーションの展開が重要となります。

そのため、子どもから高齢者までのあらゆるライフステージにおいて、社会参加までつなげるリハビリテーションの取り組みを推進します。

このような取り組みを推進するために、二次保健医療圏域においては保健所（健康福祉事務所）が、三次保健医療圏域では県立リハビリテーションセンターが、それぞれにおいて、相互に連携しながら市町やリハビリテーション支援拠点等と協働体制を構築します。



——（点線）：これまでの医療・介護サービスにおける主な視点

——（太線）：今後、さらに社会参加を視野に入れたリハビリテーションの展開が重要

3 基本的な方向

平成37年（2025年）に向けて、めざす姿を実現するため、以下の5つの視点と基本的方向となる3つの柱を基に進めることとします。

滋賀県のリハビリテーションを進める5つの視点

- ①障害の発生を予防する視点
- ②疾病や障害が発生した当初より医学的リハビリテーションを提供する視点
- ③ライフステージに対応したリハサービスの継続的に提供する視点
（急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続）
- ④改善が困難な人も社会参加し、生あるかぎり人間らしく過ごせるよう地域住民も含めた総合的な支援を行う視点
- ⑤県民が障害を負うことや年をとることを自分自身の問題として捉えられるよう啓発する視点

基本的方向となる3つの柱

地域リハビリテーションの推進

- ①急性期リハビリテーションの充実
- ②回復期リハビリテーションの充実
- ③在宅における維持期（生活期）リハビリテーション支援の拡充
- ④介護予防を含む予防リハビリテーションの普及
- ⑤職業リハビリテーション支援の拡充
- ⑥教育分野におけるリハビリテーション支援の拡充
- ⑦福祉用具や補装具の適切な利用等、環境調整の促進

医学的リハビリテーションの推進

- ①がん、呼吸器疾患、認知症、精神障害、発達障害等、今後、増加が予想される疾患への医学的リハビリテーション支援
- ②神経難病、脊髄損傷、高次脳機能障害等、今後、質的向上が必要とされる疾患への医学的リハビリテーション支援
- ③先進技術を活用したリハビリテーション分野の開拓

実施のための体制整備

リハビリテーション推進体制の整備

- ①リハビリテーションセンターの機能を強化し、関係機関との連携・協働を進める
- ②地域リハビリテーションを担う人材養成、および卒後教育の充実を図る
- ③地域で暮らす人々が、身近な日常生活圏域でリハビリテーションの提供を受けることができる、または自らが取り組むことができる仕組みを作る

(1) 地域リハビリテーションの推進

○地域リハビリテーションとは、障害のある人や高齢者が、家庭や住み慣れた地域で自立した生活がおくれるよう、医療・保健・福祉をはじめ、生活にかかわるあらゆる人々や機関・施設等が、リハビリテーションの立場から協力して行う活動です。

団塊の世代が後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）に向けてはさらに、リハビリテーション提供体制の構築に関する社会的要請が高まることとなり、一層の充実を図ることとします。

○提供される地域リハビリテーションは、高齢者や障害のある人たちなどの家庭や住み慣れた地域における一人ひとりの生活や社会参加に目を向けた訓練や支援が行われること、さらにはその訓練や支援が、保健・医療・福祉・教育・職業・社会といった地域の関係機関・施設等、地域に関わるあらゆる組織や人々によって行われることが重要です。

○加えて、高齢者や障害のある人たち（地域生活者）への具体的な支援において、自治会や、子ども会、老人クラブ等、地域のあらゆる活動を喚起し、地域ぐるみで支えあい、地域の中で生きがいや役割をもって安心して暮らせる「地域づくり」を進めることが重要です。

○地域リハビリテーションの推進に向けて、小児期・成人期・高齢期のすべてのライフステージにおいて、また保健・医療・福祉・教育・職業・社会のそれぞれの分野において、県民が地域ので生活者として過ごすことができる体制の充実を図ります。

(参考)

地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこにすむ人々とともに、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、福祉および生活にかか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合って行う活動のすべてをいう。

(2001 年 日本リハビリテーション病院・施設協会)

(2) 医学的リハビリテーションの推進

○前述のとおり、平成 37 年（2025 年）には、生活習慣病等の疾患を持つ県民が増加し、リハビリテーションの需要が高まると考えられています。その中で、がんや呼吸器疾患、心疾患、認知症等のリハビリテーションについては、身近な地域で提供されるよう体制整備を行い、こうした疾患にかかる県民が、医学的リハビリテーションを受けながら地域で暮らすことができる体制を整備します。

○高次脳機能障害、脊髄損傷、神経難病等の特定の障害にかかる専門的な医学的リハビリテーションや専門相談の充実を図ります。

○再生医療をはじめ、科学技術や情報技術は目まぐるしく進歩し、先進技術のリハビリテーシ

ョンへの応用は、障害の軽減に向けた治療技術への応用や日常生活の補助具、社会参加や障害の予防に向けたツールとして効果をあげることが期待されます。

今後の社会情勢の変化の中で、より人的負担を軽減し、生活の質の向上に向けてそういった技術が応用されるよう、専門の研究に取り組む必要があります。

(3) リハビリテーション推進体制の整備

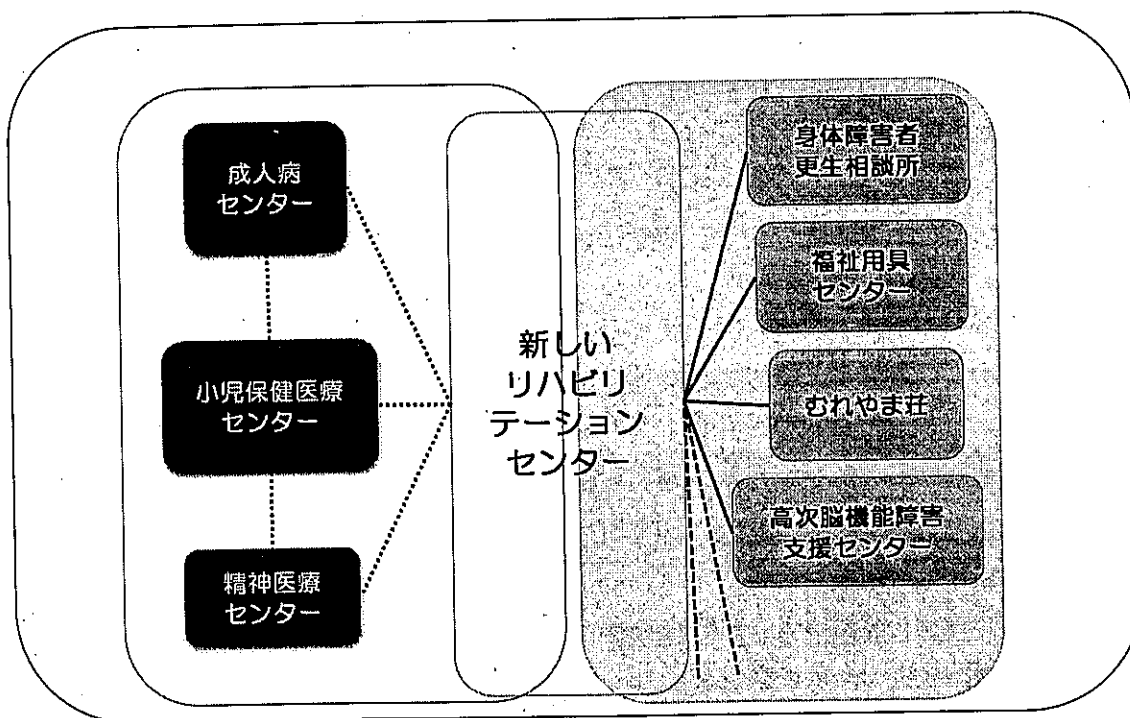
①県立リハビリテーションセンターの機能強化

○リハビリテーションセンターが担う基本的役割は、県域において、リハビリテーションの総合的な発展を目的に、先駆的なリハビリテーションの実践や、リハビリテーションを提供するための仕組みづくり、人材の育成等を包括的に進めることです。

○これまでのリハビリテーションセンターは、高齢者や障害のある方への直接的な支援や、市町の取組みに対する支援を事業の軸足に、リハビリテーションにかかる技術的な支援やモデル事業から得られたノウハウの提供を中心に取り組んできました。

○今後のリハビリテーションセンターは、県内唯一のリハビリテーション専門機関として、保健・医療・福祉・教育・職業・社会等を含む総合リハビリテーションに関わり、また、小児期から高齢期までの全てのライフステージの方々を対象とし、県民の全てに質の高いリハビリテーションが提供されるための中枢機関となる機能が必要となります。

○そのため、一次保健医療圏域、二次保健医療圏域の支援を行う三次保健医療圏域の支援体制として次のような統合体制を構想し、県域の保健、医療、福祉、教育、職業、社会等のあらゆる分野のリハビリテーション関係機関と協働できる体制づくりを目指します。



②地域リハビリテーションを担う人材養成、および卒後教育の充実

平成26年3月に策定した「滋賀県地域リハビリテーションの中核を担う人材養成基本計画」では、平成37年（2025年）に向けて、地域リハビリテーションに携わる人材を計画的に養成することとしており、この計画に基づき推進します。

第4章 施策の展開と目標

1 地域リハビリテーションの推進

(1) 小児期のリハビリテーションについて

現状

【急性期以降】

○小児期疾患に対応した医学的リハビリテーションの提供施設は、南北に偏在している状況です。そのため、県外の病院で急性期医療を受療した後、身近な地域で継続的に医学的リハビリテーションを受けることができず、患者・家族にとって選択肢が少ない状況です。

○急性期以降の重症心身障害児と、乳幼児期に何らかの障害があると診断された子ども、もしくはその疑いがある子どもは、県立小児保健医療センターやびわこ学園医療福祉センターでリハビリテーションを受けていますが、その後、施設や在宅移行においては、身体障害者手帳の取得前のため在宅環境の調整が難しいことや、小児期に対応できる訪問看護や医療ケアが可能な保育園が少ないこと等もあり、地域への移行が円滑ではない状況です。

○県立小児保健医療センター療育部や児童発達支援事業所の対象となる就学前の療育教室を利用する児童数は増加しています。また、療育教室（児童発達支援事業所）では、リハビリテーション専門職等の医療職種の関わりが少ないため、重症心身障害児の多くは全県から県立小児保健医療センターの療育部まで通っている状況です。

○児童発達支援事業所には県立小児保健医療センター療育部のリハビリテーション専門職が派遣され、児童発達支援事業所の従事者支援を行っていますが、ほとんどの児童発達支援事業所にリハビリテーション専門職等の医療職種がいない状況です。

【就学中（学童期）から就学後（思春期）】

○この10年間で、滋賀県の特別支援学校に通う児童は1.8倍（1年間に200人程度）に増加しており、全国平均の1.4倍を大きく上回っており、増加率が全国1位となっています。

○市町の普通学校の特別支援学級に通う児童においても2.5倍の増加率と報告されています。

○学齢期に支援が必要な児童は全体の13%と言われており、そのうち特別支援学校に通学している児童はわずか2%と報告されています。

○県内の特別支援学校や特別支援学級、通常学級において、特定の学校にはリハビリテーション専門職の関与があるものの、全県的な実態については明らかではない状況です。

○各市町において、障害児に関する相談支援体制が進められていますが、個々の特性をより理解するための医療的視点は十分に関わっていない状況です。

○発達障害の方においては、小児期に県立小児保健医療センターから支援を受けていた方が、途中支援が途切れ、思春期以降に精神医療センターの支援を受ける場合があります。

【壮年期以降】

- 小児期の疾患や障害が原因で、定期的な医学的リハビリテーションの支援が必要な方が、壮年期になられても県立小児保健医療センターに通わざるを得ない状況があります。また、その後、親の高齢化に伴い、通院できなくなり、年齢を重ねるとともに必要なケアが途切れてしまい、二次障害の発見のおそれや重度化する方が少なくない状況です。
- 就労支援事業所（就労移行支援や就労継続支援を行う障害福祉サービス事業所をいう。以下同じ。）において、一般就労できる能力のある人が就労支援事業所に留まっている場合があります。
- 障害者の就職や就労定着に向けた支援については、地域の働き・暮らし応援センター等の就労支援機関とともに、県立リハビリテーションセンターが二次障害予防に向けた支援や従事者研修、就労定着に向けた医学的リハビリテーションの視点を活かした支援を行っていますが、企業や就労支援事業所におけるこれまでの就労支援体制との協働支援体制の理解等については十分に進んでいる状況ではありません。

課題

【急性期・急性期以降】

- ONICU（新生児集中治療室）等、急性期における医学的リハビリテーションの必要性について啓発が必要です。
- 小児期の疾患や障害に対応できるリハビリテーション専門職の育成が必要です。
- 重症心身障害児の在宅移行については、小児期対応可能な訪問看護ステーションや訪問リハビリテーション等、在宅生活を支えるためのリハビリテーション資源が必要です。
- 児童発達支援事業所等の小児期の身近な通いの場にリハビリテーション専門職の視点が必要です。
- 県立小児保健医療センター療育部等から派遣されているリハビリテーション専門職の指導に加え、児童発達支援事業所（児童発達支援センターや放課後児童デイ等）の質の向上につながる体制整備が必要です。

【就学中（学童期）から就学後（思春期）】

- 学校への医学的リハビリテーション支援については、十分に実態が把握されておらず学校ごとの取組に格差が生じています。
- 学校生活の中に医学的リハビリテーションの視点を踏まえた合理的配慮の支援が必要です。
- 障害児に関する相談支援を行う市町や事業所においては、児童の障害特性をより理解するために医学的リハビリテーションの視点を加えたアセスメントが必要です。
- ライフステージによって支援者が異なるため、支援機関の連携体制の構築が必要です。

【壮年期以降】

○病院や訪問リハビリテーションについては、高齢者を中心に医学的リハビリテーションが提供されており、成人脳性まひの方などの二次障害予防や障害者対応ができる社会資源が不足しています。

○就労支援事業所や一般企業にむけて、障害特性や二次障害予防を踏まえ、最大限に能力を活用するためのアセスメントの普及と実際の取組支援がさらに必要です。

H37年(2025年)の目指すべき方向性

○小児期の疾病等で障害のある子どもに対して、必要な時期に必要な医学的リハビリテーションが提供されること。

○就学前の子どもが保育園や児童発達支援事業所等の通いの場で、必要に応じてより質の高い発達支援や家族支援を受けられること。

○診断の有無に関わらず、学習上または生活上に困難のある子どもが、より質の高い教育効果を得ることができるよう、さらに多様な環境因子（椅子・介助方法・福祉用具・二次障害予防）への働きかけが行われること。

○支援が必要な子どもが成人期になり望む仕事に就けることや、より長く健康に働くことができるよう、就業場面において二次障害予防等の配慮が受けられること。

○加齢とともに心身の二次障害予防に努める必要がある対象者には、身近な地域で医学的リハビリテーションが受けられること。

H29年(2017年)までの具体的な施策

○県民の方が必要なリハビリテーションを受けられるよう、医学的リハビリテーションの提供体制について、病院ごとの役割分担を明確にし、県民に見える形で公表し連携の促進を図ります。

○在宅生活において、必要な医学的リハビリテーションが継続して提供されるよう、高齢期を中心に医学的リハビリテーションを提供している訪問看護ステーションや、病院の訪問リハビリテーションに対して、小児期および障害者対応できるよう研修を行う等の人材育成に努めるとともに実践場面における後方支援体制を整備します。

○児童発達支援事業所、学校等の学びの場や、就労支援事業所、一般企業等の働く場において、質の高い発達支援や学習支援、働くことに必要な支援等、障害特性に応じた支援が受けられるようリハビリテーション専門職がアセスメントに関われる取組を進めます。

○福祉・教育・就労関係者とリハビリテーション専門職が必要に応じて協働で支援できるよう、福祉・教育・就労関係者に向けてリハビリテーションの理解や知識の習得を図ります。

○福祉・教育・就労関係者とリハビリテーション専門職が効果的な連携ができるよう人材育成を行うとともに、その連携事例について集積し、より効率的で効果的な支援体制の構築に向けた分析を行います。

(2) 成人期（高次脳機能障害、脊髄損傷等の成人障害領域）のリハビリテーションについて

現状

- 病院で行われるリハビリテーションは機能改善に主眼が置かれ、在宅生活や社会参加までを見据えたリハビリテーション支援が十分に行われていない状況です。
- 急性期病院から直接、地域に退院される患者も増えています。在宅において症状が顕在化した高次脳機能障害については、速やかに診断・評価が受けられる病院につながる等、一貫した支援体制が構築されていない状況にあります。
- 高次脳機能障害については、在宅生活の中でどのような症状が顕在化してくるか入院中は予測がしにくいため、入院中に症状に関する説明が十分に行われていない場合があります。そのため、症状や生活の困難さについて本人や家族は退院後初めて目の当たりにする現状があります。
- 高次脳機能障害のある人は、現状の地域生活や就労等を支える福祉サービスにおいて困難事例とされることがあり、県立リハビリテーションセンターや高次脳機能障害支援センターが、地域からの相談に対応し支援していますが、地域支援において医学的な視点が十分に関わっていない状況です。
- 一般病床を有する病院においては、在宅生活に向けた身体機能へのリハビリテーションは行われていますが、精神面や認知機能へのリハビリテーションについては十分に提供されていません。
- 脊髄損傷患者においては、個人情報保護等を理由に必要なピアサポート等と出会っていない状況です。
- 脊髄損傷者を対象とした二次障害予防を目的とした定期的な医学的リハビリテーションの提供が十分にされていない状況にあります。
- 医療機関のリハビリテーション専門職は、介護保険制度以外の在宅サービスの理解が十分とは言えず、その後の在宅生活を見通した支援が十分に行われていない状況です。
- 県立むれやま荘においては、医療的な支援を必要とする人への受け入れに制約があることなどから、夜間等に医療的ケアを必要とする利用者の受け入れが困難な状況です。
- 市町の相談窓口と当事者団体等のピアサポートとのつながりが希薄なため、病院から退院した患者がピアサポートを必要とした場合、患者自らが探さなければピアサポートにつながりにくい状況です。

課題

- 全県において高次脳機能障害や脊髄損傷に対する退院から生活構築や社会参加までの一貫した支援体制を整える必要があります。
- 病院で行われるリハビリテーションについて、生活の自立や社会参加までを見据えたリハビリテーション支援が行われる必要があります。
- 病院の医師やリハビリテーション専門職においても、さらに高次脳機能障害や脊髄損傷につ

いての理解が必要です。

- 高次脳機能障害のように目に見えにくい障害においては、運動機能だけでなく、精神面や認知機能についても退院時に情報提供が必要です。
- 高次脳機能障害や脊髄損傷など障害のある方が、社会生活や就労につながるための通過施設機能（サロンや訓練施設等）が必要です。
- 高次脳機能障害のある人の地域支援において、医療的な視点が介在した支援体制が必要です。
- 脊髄損傷の人などが二次障害予防を目的とした医学的リハビリテーションをスムーズに受けることができる仕組みが必要です。
- 市町の相談窓口とピアサポートのつながりがさらに必要です。

H37年（2025年）の目指すべき方向性

- 専門的リハビリテーションを提供する病院と、地域の病院等が役割分担し、必要に応じた医学的リハビリテーションが提供されること。
- 高次脳機能障害や脊髄損傷など障害のある方に対して、医療の段階から社会生活までを見据えた一貫したリハビリテーションが提供されること。
- 病院から必要な障害福祉サービスへの連携がスムーズに行われること。
- 社会生活を送りながら、必要に応じて就労等の相談を受けられる体制や医学的リハビリテーションのフォローを受けられる体制が整備されていること。

H29年（2017年）までの具体的な施策

- 県民の方が必要なリハビリテーションを受けられるよう、高次脳機能障害に係る病院ごとの診断・評価・訓練の実施状況と役割分担を明らかにし、県民に見える形で公表し連携の促進を図ります。
- 地域の医師やリハビリテーション専門職等に必要な知識・技術が普及されるよう、これまで高次脳機能障害や脊髄損傷の支援を中心に行ってきた専門病院のノウハウを活かした人材育成を行います。
- より良質なケアや障害特性に応じた福祉サービスが提供されるよう、地域の看護師や介護士、障害福祉サービス従事者に対する研修、技術支援、訪問相談等、従事者の支援を行います。
- リハビリテーション専門職が、市町の障害福祉に係る相談窓口や、障害福祉サービス等と効果的な連携ができるよう知識の習得を図ります。

（3）高齢期のリハビリテーションについて

現状

- 地域連携クリティカルパスの取り組みにより、急性期から回復期における切れ目のない医療連携は促進されつつありますが、リハビリテーションの連携については、患者の目標や生活構築につなげるための情報共有等が十分ではない状況です。

○急性期リハビリテーションを提供する病院においては、診療他科からリハビリテーション科への依頼が遅いことなどにより、早期からのリハビリテーションが十分に提供されていない状況です。

○病院においては、継続した在宅生活を送るための再発予防の取組等が十分に行われておらず、生活を想定した退院支援が十分に行われていない状況です。

○県内の回復期病床は、16の医療機関において708床整備されており、対10万人人口割合において全国をやや下回るものの、順調に全国平均病床数まで到達しつつあります。

回復期リハビリテーション病棟を有する病院

大津市民病院、大津赤十字病院、琵琶湖中央病院、草津総合病院、南草津病院、滋賀県立成人病センター、野洲病院、公立甲賀病院、甲西リハビリ病院、ヴォーリス記念病院、近江温泉病院、神崎中央病院、彦根中央病院、豊郷病院、市立長浜病院、今津病院

○回復期リハビリテーション病棟を有する病院においては、病院ごとにその人員体制やリハビリテーション提供の質と量に差異が生じているため、患者の状況に応じた急性期病棟から回復期病棟への連携が必要です。

○圏域をまたぐ病院連携については、地域ごとにその方式が異なり、十分な情報連携が行われていない地域があります。

○介護保険サービスにおいては、生活介護のサービスが優先されてしまい、自立に向けた介護計画やサービスの提供が行われていない状況です。

○在宅移行後、運動や体操等の身体機能訓練の継続が多く、当事者の生活に合わせたリハビリテーションサービスが提供されていない状況です。

○認知症に対する行動・心理症状（BPSD）等の発症を防ぐ、早期・事前的なリハビリテーションが確立されていない状況です。

○麻痺や骨折の既往がある等の虚弱な高齢者の参加を想定した介護予防の取り組みが実施されていない状況です。

課題

○急性期病床から維持期（生活期）までスムーズなリハビリテーションが継続されるよう、全県において情報連携等の更なる充実が必要です。

○急性期リハビリテーションがさらに早期から提供されるよう、医師やリハビリテーション専門職に向けた普及啓発が必要です。

○回復期病棟の専門分野（疾患や障害等）や、提供されるリハビリテーションの質と量について病院間で差異が生じているため、患者や家族、関係者がどこの病院でどんなリハビリテーションが行われているかを知ることが必要です。

○在宅や地域における活動や参加など、退院後の生活につながる患者情報の提供など医療と在

宅の連携が求められています。

- 本人の望む自立した生活に向けたマネジメントが行われるよう、ケアマネージャー等に対して対象者の生活行為を向上するマネジメントの普及が必要です。
- 在宅におけるリハビリテーションサービスについても、対象者の生活上の目標を明らかにしたサービス提供が必要です。
- 認知症の早期支援に係るリハビリテーション専門職の育成が必要です。
- 地域の介護予防の取り組みにおいて、麻痺や骨折の既往がある等の虚弱な高齢者に対して、再発予防の配慮をしつつ、参加につなげる関わりが十分ではありません。

H37年(2025年)の目指すべき方向性

- 入院早期から医学的リハビリテーションが提供されること。
- 患者や家族、関係者が状況に応じた病院の選択ができるよう、どこでどんなリハビリテーションができるかわかること。
- 在宅生活に向けたリハビリテーション支援に係る情報連携がスムーズに行われること。
- 在宅生活への移行に向けて、役割の回復や社会参加に目を向けたマネジメントが行われること。
- 骨折や内科疾患で入院しても認知症の行動・心理症状の発症や悪化等に留意した取組が提供されていること。
- 地域の介護予防の取組において、麻痺や骨折の既往のある人や認知症の方に配慮した取組が進められること。

H29年(2017年)までの具体的な施策

- 早期からリハビリテーションが提供されるよう、医師やリハビリテーション専門職が急性期リハビリテーションの理解を深めるための研修会を実施するとともに、モデル的な実践を行い、事例を集積し急性期リハビリテーションのあり方を検討します。
- 患者の状況に応じた回復期病棟の選択がされるよう回復期病棟のリハビリテーション機能について「見える化」を進めます。
- 看護師や介護職員等が日常的により質の高い関わりが行えるよう、リハビリテーションの理解や知識の習得を図ります。
- 県民の方の望む生活に向けたマネジメントが行われるよう、地域包括支援センターや地域の居宅介護支援事業所がリハビリテーションの視点でマネジメントできるための相談体制の整備を図ります。
- 認知症への早期対応が推進されるよう、リハビリテーションに関わる全ての職種を対象に、認知症支援に係る人材育成を進めます。
- 地域で取組まれる介護予防に資する通いの場に対して、虚弱な高齢者も参加できるようリハビリテーション専門職がアセスメントに関わる体制整備を進めます。

地域リハビリテーション推進における目標指標
(平成 29 年度 (2017 年度) までの目標指標)

【総合目標】

- リハビリテーション提供体制の構築に向けた取り組み
(二次保健医療圏域・三次保健医療圏域の機能強化)
- 身近な地域におけるリハビリテーション支援拠点の整備 (19 市町)
- 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) の配置に係る目標値の明確化
- 地域リハビリテーションの中核を担う人材育成数 (60 名)
- 滋賀県のリハビリテーション提供施設における「見える化」 (58 病院)

【小児期】

- リハビリテーション専門職が関わっている保育園、地域療育教室、学校の数と実態の把握

【成人期】

- 就業中の障害のある人にリハビリテーション専門職が関わっている事例の実態把握

【高齢期】

- リハビリテーション専門職が介護予防 (地域支援事業) に関わっている市町数 (19 市町)

2 医学的リハビリテーションの推進

(1) 今後、増加が予測される疾患へのリハビリテーション

前述 (2 章) にもあるように、平成 37 年 (2025 年) には主にがん、呼吸器・循環器疾患、認知症等の患者の増加が推測されています。これらの疾病に対する早期対応や予防の視点でのリハビリテーションの取組が必要であることから、早期からの診断・リハビリテーション支援体制の整備を進める必要があります。

現状と課題

ア がんに対するリハビリテーション

○がん患者リハビリテーション料を算定するためには、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士ががんリハビリテーションに係る一定の研修を受講する等、一定の要件が定められています。
(平成 24 年度診療報酬改定時点)

- がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組が必要です。
- 県内のがん拠点病院およびがん診療支援病院等において、高度がん治療に対応したリハビリテーションが提供されるようリハビリテーション専門職の人材育成が必要です。また、診療他科からの依頼が遅いことによる廃用症候群を引き起こしていることも少なくないため、早期からのリハビリテーション実施の理解を深める必要があります。
- 患者増加の傾向や他疾病等との合併患者も少なくないことから、拠点病院以外の医師やリハビリテーション専門職においても、がん治療やがんのリハビリテーションに対する理解を深める必要があります。
- 今後の患者増加を鑑み病院同士の情報共有を図るとともに、取組の成果についても集積を行う必要があります。

イ 呼吸器・循環器疾患に対するリハビリテーション

- 慢性呼吸器疾患などにより、全身の活動能力が低下している方に対して、残された肺機能や呼吸機能を最大限に使いながら全身運動を行い、呼吸機能の回復を図る医学的リハビリテーションの普及啓発が必要です。
- 患者数の増加に伴い、重症化する前のより軽症な段階からリハビリテーションが行われることが必要です。
- 患者が毎日の生活の中で、自己管理できるためのプログラムの提供などが求められています。

ウ 認知症に対するリハビリテーション

- 平成 26 年（2014 年）の診療報酬改定に伴い、認知症患者に対するリハビリテーション料が新設されています。
- また、各自治体における認知症ケアパスの策定に伴い、早期発見・早期対応の医療サービスの構築と専門的なリハビリテーションの提供が求められています。
- このため、認知症初期集中支援チームや認知症カフェ等の地域での支援体制においても、取組の普及のみならず、リハビリテーション専門職の活用による医学的視点を付加する等、支援体制の強化が求められています。
- 単純な認知機能の維持だけでなく、認知症の人やその家族の生活の維持・向上につながる医学的リハビリテーションの取組を集積し、より効果的で効率的な支援のあり方について検討が必要です。
- 高齢期の患者は、入院中に認知症の悪化や BPSD を発症することも少なくなく、在宅復帰への大きな障壁となっており、一般病院勤務の医師、看護師をはじめとする医療従事者が認知症ケアについて理解し、適切な対応ができるよう研修等の取組が必要です。

取組の方策

- 今後、増加が予測される疾患に対しては、効果的・効率的なリハビリテーションが提供されるよう、新たなリハビリテーション手法を開拓するなど先駆的な医学的リハビリテーションの実施を促進します。
- 必要なリハビリテーションの質、量がともに提供されるよう、県内の拠点病院や地域の病院と情報共有できる場をもち、その成果を広く県内の病院に周知することや、研修等を通して人材育成を行うなど県域全体の病院の対応レベルの向上を図ります。
- 医療機関や市町、患者自身が早期から継続的に予防的なリハビリテーションに取り組めるよう、そのノウハウについての普及啓発を図ります。

(2) 今後、質的向上が必要とされる疾患へのリハビリテーション

ア 高次脳機能障害に対するリハビリテーション

現状と課題

- 脳卒中や脳外傷等の受傷以後にみられる高次脳機能障害の診断・評価・訓練について、病院において、その対応できる状況が異なりますが、患者自身やリハビリテーション専門職などの関係者においても病院ごとに差異が生じている現状について十分に認識されていません。
- 高次脳機能障害の診断・評価・訓練については、県立リハビリテーションセンターが県内の中核を担っており、全県から患者が通院している状況です。
- 高次脳機能障害は、環境因子が社会生活への適応に大きく影響し、地域生活や社会参加の中で問題が顕在化することが多い状況です。

取組の方策

- 高次脳機能障害に対応し、日常生活や社会経済活動等と並行して支援できるよう外来リハビリテーションまたは通所リハビリテーション等の通過施設機能が必要です。
- また、高次脳機能障害のある方が利用する障害福祉サービス事業所や就業している一般企業に対して、障害特性に応じた支援が行われるようリハビリテーション専門職のアセスメント力を活かす支援体制が必要です。
- 高次脳機能障害の特性を理解し、包括的な支援が行われるよう、活動や参加に向けたリハビリテーションの提供に目を向けたリハビリテーション専門職を育成します。

イ 神経難病に対するリハビリテーション

現状と課題

- 神経難病患者に対しては、発症早期からの生活機能維持に向けた患者教育や、病状の進行に伴う生活機能低下を予防するためのリハビリテーションが提供される体制が必要です。
- 県内で難病患者リハビリテーション料を算定している病院はなく（平成25年4月現在）、また外来リハビリテーションを提供している病院も多くはありません。

○新たに発症する新規難病患者に対して、疾患理解等の患者教育やピアサポートの充実が求められています。

取組の方策

- 神経難病者がより良質な生活機能を維持できるよう、早期からのリハビリテーションの取組を啓発します。
- 発症早期からの患者教育が行われるよう取り組みの推進を図ります。
- 地域で暮らす神経難病者が、病期に応じたリハビリテーションの実施方法や生活上の課題を相談できるよう、ピアサポートの機会について検討します。

ウ 脊髄損傷に対するリハビリテーション

現状と課題

- 入院期間中に機能訓練や動作能力の獲得に向けた訓練を実施するとともに、障害の受け止め方等の精神的側面に配慮しつつ、生活環境の整備等を行い、地域社会環境への早期適応を図る取組が必要です。
- 入院期間中は合併症予防等の患者教育や社会体験等についての支援が十分に行われておらず、退院後、社会復帰が遅れる状況にあります。

取組の方策

- 脊髄損傷者が、早期に社会参加が可能となるよう、障害に伴う合併症の管理が適切にされる医療提供体制を構築する必要があります。
- 脊髄損傷者の患者教育や体験支援等について、県立リハビリテーションセンターとむれやま荘が一体となって支援できるよう体制整備を図ります。

エ 低体重出生児等に対する急性期リハビリテーション

現状と課題

- NICU（新生児集中治療室）対応病院は、県内で5か所となっています。低体重出生児等は、将来的な神経・運動発達への影響が懸念されますが、NICU はじめ小児領域における急性期リハビリテーションの提供は極めて少ない状況です。

NICU（新生児集中治療室）対応病院

大津赤十字病院、滋賀医科大学医学部附属病院、近江八幡市立総合医療センター、長浜赤十字病院、市立長浜病院（順不同）

- 小児期は一般病棟においても急性期からのリハビリテーションが実施されておらず、県立小児保健医療センター等の後方支援病院に転院してからリハビリテーションが実施されること

が多い状況です。

ONICU 等急性期からリハビリテーション介入が必要であることの理解が不足している状況です。

○小児急性期に対応できるリハビリテーション処方医と、リハビリテーション専門職が極めて少ない状況です。

取組の方策

ONICU のリハビリテーションが促進されるよう、対応できるリハビリテーション専門職の育成を図ります。

ONICU 対応病院において、効果的なリハビリテーションが実施されるよう、モデル的に早期リハビリテーション介入の取組を実践し、その事例について分析を行います。

オ 小児期の障害における専門的リハビリテーション

現状と課題

○県内では唯一、県立小児保健医療センターが小児期分野における高度専門的な診療機能（小児神経科・小児整形外科等）とリハビリテーション機能を担っています。

○専門性が要求される小児疾患の対象が拡大しており、身近な地域で子どもが診療やリハビリテーションを継続的に受けるために、県立小児保健医療センターと地域の病院との連携体制の構築が求められています。

○身近な地域の病院において、急変時の対応や、リハビリテーションに精通した取り組みが十分に整備されていないため、県立小児保健医療センターから地域の病院につなぐための取り組みが必要です。

○地域の病院や児童発達支援事業所では、脳性まひ児が少ないため、専門的な支援の理解が十分ではない現状があります。地域の病院や児童発達支援事業所では、専門的見地からの支援が求められています。

取組の方策

○病院から地域まで継続した支援が実施されるよう、小児期の医療から福祉における情報提供や連携のあり方について検討します。

○身近な地域で生活場面を含めたリハビリテーションが行われるよう、在宅生活に必要な急変時の対応や、訪問リハビリテーションの提供の拠点となる地域の小児診療体制およびリハビリテーション提供体制の整備を図ります。

○地域の病院における小児期へのリハビリテーションの提供が拡充されるよう、小児専門病院のリハビリテーション専門職による後方支援体制整備を図ります。

カ 精神障害（発達障害や思春期精神障害）に対するリハビリテーション

現状と課題

○発達障害は生まれながらの障害ですが、診断の有無に関わらず、問題が顕在化してくる就学前から早期に支援し、不適応体験を最小限にし、行動障害などの二次障害を予防することが求められています。

○発達障害に対して就学前から継続した支援を提供できる体制の整備が必要です。

○発達障害を診断できる体制整備と、児童発達支援事業所の取り組みに対して、早期から医学的リハビリテーションの視点で支援できるシステムの検討が必要です。

○主に就学前の支援に携わっている県立小児保健医療センターと、就学中・就学後の支援に携わっている県立精神医療センターにおいて、それぞれの役割や連携体制が明確でない状況です。

取組の方策

○発達障害の方に多い感覚障害や協調運動障害等に対するアセスメントや、機能向上に向けた訓練、環境調整等について、より早期から関われるようその必要性の普及を推進します。

○発達障害に対する専門的リハビリテーションの取り組みが促進されるようリハビリテーション専門職に向けた研修等、人材育成を行います。

○就学前からライフステージに応じた継続的な支援が行われるよう小児専門病院と精神専門病院が協働して、事例検討会等の研修会を行うなど連携体制の構築を進めます。

(3) 先進技術を活用したリハビリテーション分野の開拓

現状と課題

○今後の社会情勢の変化の中で、より人的負担を軽減し、生活の質を向上させるためには、情報技術やロボット工学等を活用する必要があります。

○ICTを活用した情報発信や福祉用具に係る相談対応機能を充実させるとともに、福祉用具のカスタマイズや改良を行う機能を強化する必要があります。

取組の方針

○将来的に在宅生活に向けたICTを活用した情報発信や最新のロボット技術の導入が促進されるよう、県内において先進技術やそれを活かした製品に関する情報収集等、専門的に取り組むことが出来るよう専門部門開設の検討を行います。

3 リハビリテーション推進体制の整備

平成37年(2025年)の身近な地域におけるめざす姿を想定し、地域リハビリテーションの

推進、医学的リハビリテーションを推進するための体制整備として、①リハビリテーションセンターの機能を強化し、さらに関係機関との連携・協働を進めること、②地域リハビリテーションを担う人材養成、および卒後教育の充実を図ること、③身近な日常生活圏域でリハビリテーションに取り組むことができるための、二次保健医療圏域、三次保健医療圏域の支援体制整備を図ること、以上の3点について本計画期間の重点取り組み課題とします。

(1) リハビリテーションセンターの機能について

今後、病院における在院日数の短縮に伴い、地域における在宅診療体制の充実だけでなく、リハビリテーションについても同様に急性期の充実が求められています。前述(3章)のとおり、今後のリハビリテーションセンターにおいては、県内唯一のリハビリテーション専門機関として、保健・医療・職業・教育・社会等の様々なリハビリテーション分野に関わるとともに、小児期から高齢期までの全てのライフステージに対応した取組を実践することが求められています。また、これまで以上に質の高いリハビリテーション提供体制の構築を目指し、先駆的な取り組みの実践や人材育成、行政施策に通じた活動などリハビリテーションの中核機関を担うための新たな体制整備が必要となります。

ア 小児期から高齢期における新たなリハビリテーションニーズに対する地域支援機能

リハビリテーションセンターの地域支援は、市町や二次医療圏域を基本に考え、身近な地域におけるリハビリテーション提供体制を構築するうえで、必要となる資源のモデル的な実践をリハビリテーションセンターが地域ごとの主体と協働し行います。

また、今後、医学的リハビリテーションの推進が求められる対象疾患についても、地域への移行がより質の高い次元で促進されるよう、専門的取組から得られた成果をもとにした研修会や、連携を促進するための事例検討会を行うことなど、保健・医療・福祉分野を問わず地域ごとのリハビリテーション支援の質の向上につながる取組を進めていきます。

現状、リハビリテーションセンターが行っている地域支援の実践

- ・介護保険重症化予防事業
- ・環境調整事業（福祉用具適性化事業）
- ・二次障害予防事業（作業所支援）
- ・就労支援事業
- ・高次脳機能障害支援事業
- ・難病支援事業
- ・脊髄損傷者自立支援事業

今後、さらに求められている地域支援

- ・保育園、幼稚園、学校への支援

- ・通所介護事業所やケアマネージャーのアセスメント、マネジメント支援
- ・摂食嚥下障害に対する支援
- ・発達障害者への支援
- ・余暇活動への支援
- ・障害者スポーツへの支援
- ・産前産後の妊婦、胎児に対する支援
- ・予防リハビリの普及啓発

イ 障害者の社会生活に向けた支援機能

高次脳機能障害や脊髄損傷等については専門診療や専門的な医学的リハビリテーションの提供が必要となりますが、医療のみではなく障害者総合支援制度に係る支援機能と合わせて整備することが必要です。

このため、働くことなどの社会生活の構築に向けた支援を行う一方で、必要に応じて外来（通所）機能や一時的な入院（入所）機能など医学的リハビリテーションが提供できる体制について再検討・再整備を図り、地域の障害福祉サービス事業所や障害者団体等との協働活動等をさらに進めます。

ウ 療育支援機能

障害のある児童が身近な地域で可能な限り、療育支援を受けられる仕組みが必要となりますが、医療から地域生活に向けた切れ目のないリハビリテーション支援の提供体制が重要となります。

そのため、地域療育の専門性の向上を目指し、児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所等と医学的リハビリテーションの視点を取り入れた支援体制を試行します。

エ テクノエイドセンター機能（ICT・ロボット技術支援機能）

今後、身近な地域で多様な活動や参加を支援するためには、リハビリテーション分野においても情報技術やロボット工学など、新たな技術に対する実践を通じた普及と活用が求められています。

このため、新たな技術や製品について、先駆的な試用を行い、リハビリテーション分野における効果検証を行い、効果的な技術や手法について県域における普及を促進します。

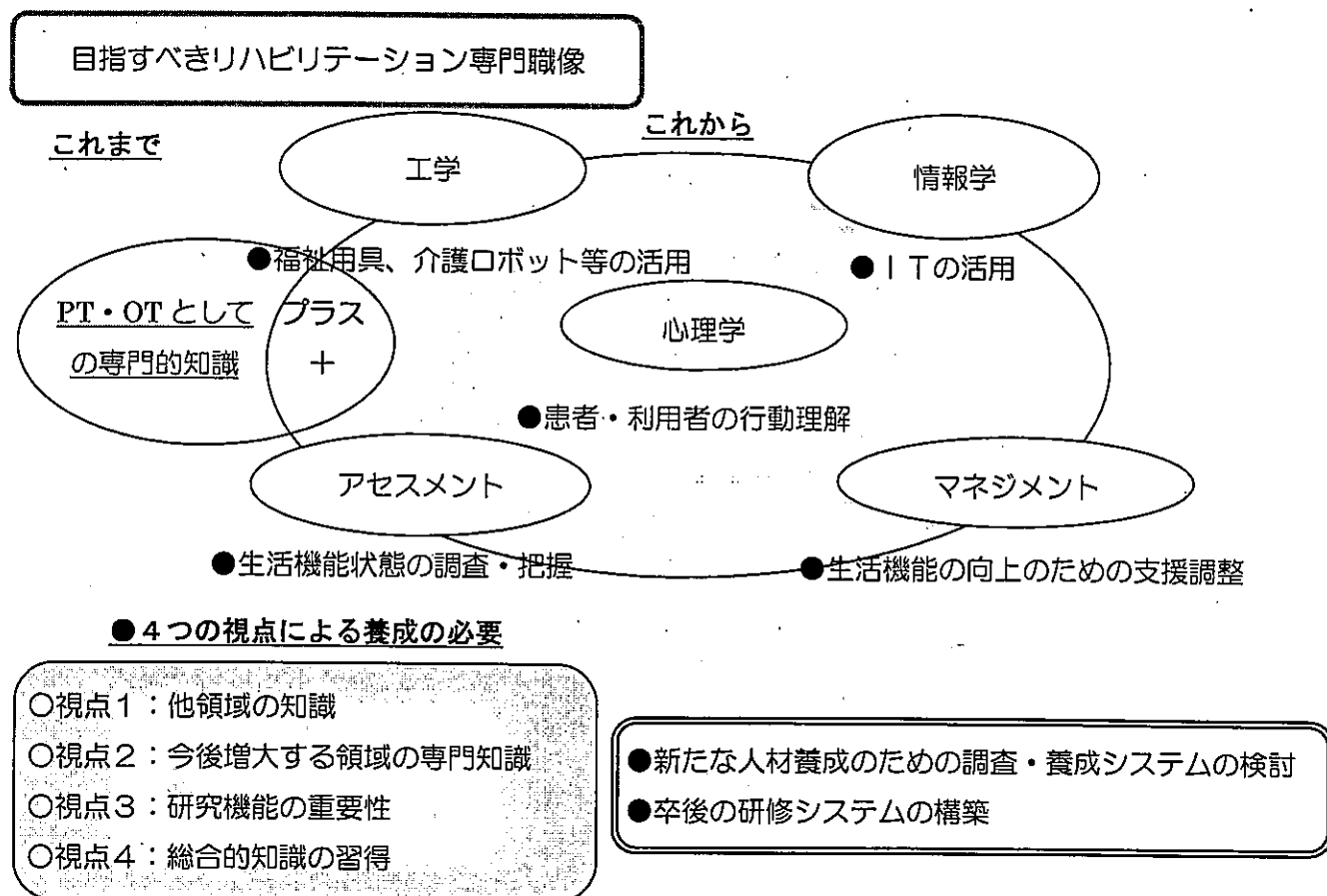
また、身近な地域のリハビリテーション提供体制において、住環境や地域のバリアフリー状況を評価・把握することが必要であり、また改善に向けた提案や地域特性に応じた環境調整支援を促進します。

オ 総合的なリハビリテーション支援に係る人材育成機能

総合的なリハビリテーション支援を行うためには、保健・医療・職業・教育・社会等の様々

な分野の多様な職種や支援者との連携が必要となるため、その職種間において、リハビリテーション支援に係る基本的な理解や知識の習得を図ることが必要です。また、リハビリテーション専門職については、地域ごとのリハビリテーション支援の中核を担う責務があることを自覚し、その専門性に係る知識・技術の習得と更なる向上に向けた研鑽が求められています。

そのためには、リハビリテーション支援に関わる多様な支援者に対する研修機会等を圏域ごとの実情に応じて取組、支援体制の構築につなげていく必要があります。また、リハビリテーション専門職に対する人材育成については、各職能団体と協議し、取組の目指すべき方向性を共通理解したうえで、系統だった研修システムの構築を進めていきます。



カ リハビリテーション支援に係るシンクタンク機能

リハビリテーションセンターは、県内唯一のリハビリテーション専門機関であるため、前述した新たなニーズに対する地域支援等を通じて支援事例の分析を行い、効果的な実践手法や関連する制度情報等、リハビリテーションに係るノウハウを蓄積し、圏域に還元していくことが求められています。

そのためには、圏域ごとにリハビリテーション提供体制構築に向けた目標を据えるとともに、その提供体制の評価を詳細に行う必要があります。また、リハビリテーションセンター

がこれまで行ってきた地域支援活動をさらに活発・多様に取り組む必要性と、その取組の成果や制度情報などあらゆる情報を整理し、政策立案につながる提言や情報提供を行えるシンクタンク機能の位置付けを明確にする必要があります。

リハビリテーションに係るシンクタンク機能として考えられる項目

- ① 地域リハビリテーション提供体制の評価
 - ・患者およびリハビリテーション支援が必要な人の実態調査
 - ・リハビリテーションに係る資源調査
(医療資源の評価、介護サービスのリハ機能評価、リハサービスの利用動向、地域の障害者環境の評価、市町村の介護予防事業実施状況、制度間連携等)
- ② 県民意識調査
- ③ リハビリテーションに係る国・世界の動向調査
- ④ リハビリテーションに係る全国の実施状況の調査
- ⑤ 調査に基づく政策立案・提言
- ⑥ 調査結果、政策立案に基づくモデル事業の実施
- ⑦ 政策立案に必要な経費や経済効果の試算
- ⑧ 先端医療におけるリハビリテーションの役割

(2) 地域リハビリテーションを担うリハビリテーション専門職の人材養成および卒後教育について

ア 人材養成の基本的考え方

地域リハビリテーションに対する社会的要請の高まりに応えるため、平成37年(2025年)に向けて地域リハビリテーションに携わるリハビリテーション専門職の人材を計画的に養成することが課題となっています。高齢者や障害のある人などが家庭や住み慣れた地域で自立して生活できる社会を実現するため、地域のリハビリテーション支援の中核を担う責務を主体的に実践できる人材の養成を目指す必要があります。

リハビリテーションの本質は、身体機能等が低下または制限されている状況にあって、いかにその人らしく生きるか、生活の質や生命の質を高めていくことにあります。人材養成に当たっては、このリハビリテーションの本質を常に根本に据えて教育を行うことを基本に考えます。

また、こうした人材養成は、現に資格取得を目指す者に対して養成学校における教育を通じて行うだけでなく、すでに業務に従事している有資格者に対しても併せて資質向上を図ることが必要であると考えられます。具体的な教育プログラムの作成に当たっては、職種ごとに求め

られる人材像を明確にし、それぞれの特性・能力を引き出すものとなるよう配慮するものとします。

イ 養成する人材像と目標数

人材像

高齢者や障害を持った人等が家庭や住み慣れた地域で自立して生活できることを目指す地域リハビリテーションにおいては、医療・保健・福祉等の関係機関・関係者等が連携して総合的なサポートを行うことが求められます。

その中で、リハビリテーション専門職は、基本的な知識・技能を前提として、各人の生活環境や仕事、家庭や地域での役割、趣味等に即し、家庭や地域でその人らしく生活できるよう、リハビリテーションの視点からアセスメントやマネジメントを行う役割が期待されています。

対象者に対する全人的なサポートを可能とするために、共に地域リハビリテーションを担う他職種の知識・技能を理解し、自らの知識・技能と他職種の知識・技能とをうまく連携させて課題解決を図る意識や調整能力を身につけることも望まれます。

主体的に地域リハビリテーションを実践できるリハビリテーションリハビリテーション専門職として、これらの資質を持った人材を養成することを目標とします。

地域リハビリテーションの中核を担う人材像

- ・リハビリテーション専門職に求められる基本的な知識・技能に加えて、地域リハビリテーションを実践するために必要な知識・技能を身につけている
- ・各人の生活環境や仕事、家庭や地域での役割、趣味等を考慮して、リハビリテーションの視点からアセスメントやマネジメントを行うことができる
- ・地域リハビリテーションを共に担う他職種と連携して課題解決を図る意識と調整能力を身につけている

目標数

養成を目指すリハビリテーション専門職は、前述したとおり他職種と連携し、複合的な知識・技術を生かしてリハビリテーションの視点からのマネジメントやアセスメントを行う地域リハビリテーションの中核を担う人材（病院におけるリハビリテーションから在宅等におけるリハビリテーションに至るまでのスーパーバイザー）であり、直接各療法を実施することを主な役割とするものではありません。

このため、「住み慣れた地域」にこうした人材を配置できるよう、人口2万人から2万5千人当たり1人に相当する合計60人の養成を目標とします。（例えば、各市町や広域的に支援

する二次保健医療圏域において、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置することなどが考えられますが、具体的には今後の滋賀県の地域リハビリテーションのあり方によって左右されます。) 具体的な配置数については、平成 29 年度(2017 年度)までに明確にします。

ウ 人材養成の進め方

人材養成にあたっては、いくつかの方法を組み合わせるなど、今後の本県のリハビリテーションのあり方をはじめコストや時間的制限などを総合的に勘案して決定する必要があります。

そのためには、4 年生教育課程や講習会・施設間ローテーションによる実践研修等、地域のリハビリテーションの中核を担う人材の養成と卒後教育について具体的な検討を進めます。

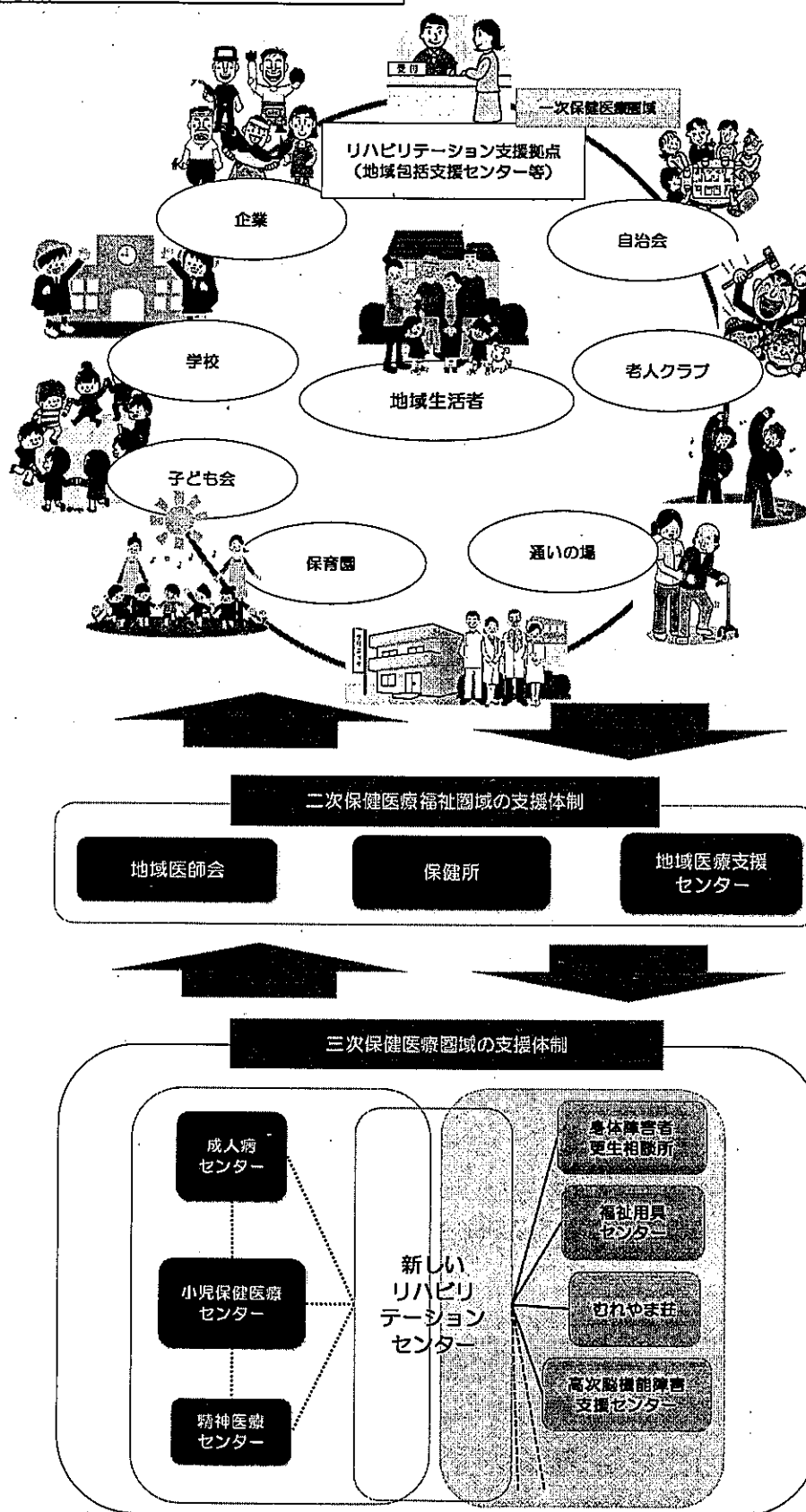
(3) 身近な地域におけるリハビリテーション提供体制について

リハビリテーションの取組については、子どもから高齢者まで全てのライフステージにおいて、これまで以上に社会参加を視野に入れた展開が求められています。身近な地域において、その人らしい暮らしの再構築を実現するためには、市町が主体となって取組がすすめられるようよう、保健・医療・教育・職業・社会等の様々な分野の取組が継続的に提供される仕組みが必要です。

そのためには、身近な地域で子どもから高齢者まであらゆるライフステージにおいて、取組が促進されるよう市町(一次保健医療圏域)におけるリハビリテーション支援拠点の整備を行うとともに、圏域(二次保健医療圏域)・県域(三次保健医療圏域)におけるリハビリテーション支援体制の役割を明確にし、取組を進めていく必要があります。

あわせて、高齢者や障害のある人の社会参加を通じて、地域住民が互いに支えある活動を育成支援できるよう、地域住民を含めた総合的な地域づくりにつながる取組として進めていく必要があります。

リハビリテーション推進体制の整備



ア 市町（一次保健医療圏域）の役割

- ① 総合相談窓口の設置
- ② 社会参加や日常生活にかかる情報把握と支援の総合調整
- ③ 自立支援型の地域ケア会議やサービス調整会議等を活用した総合的な地域調整
- ④ 地域の関係機関や施設等との連絡調整や活動支援
- ⑤ 福祉サービスの支給決定
- ⑥ 地域リハビリテーションの推進のための施策化
- ⑦ 日常生活圏域におけるリハビリテーション支援拠点の整備
- ⑧ 地域リハビリテーション検討会議の開催

イ リハビリテーション支援拠点（地域包括支援センター等）の役割

- ① 地域で行われる健康教室や住民主体のサロン等を通じて、リハビリテーションに関する相談対応
- ② 看護師や介護士などの地域リハビリテーション従事者に対する実地支援
- ③ 介護予防や介護保険サービス、児童発達支援事業所や障害福祉サービス等の地域リハビリテーション実施機関に対するアセスメントやマネジメント等の支援

ウ 圏域（二次保健医療圏域）の役割

- ① 地域ケアシステムの構築に向けて、急性期から維持期まで途切れのないリハビリテーション支援体制を構築し、市町や地域包括支援センター等の後方支援を行う。
- ② 市町や地域包括支援センター等のリハビリテーションにかかる取組の評価を行うとともに、圏域特性に応じた必要な取組について協働実践を行う
- ③ 地域リハビリテーションに係る情報共有と情報発信、圏域内のネットワークづくりに必要な支援
- ④ 地域医師会、病院、福祉施設、市町や圏域等の地域リハビリテーション関連機関・施設・団体との連絡調整
- ⑤ 地域のリハビリテーションニーズを把握するための実態調査や、市町や地域包括支援センター等との実践活動の研究
- ⑥ 地域リハビリテーション推進会議の開催

エ 県域（三次保健医療圏域）の役割

県内のリハビリテーションに係る三次機関は、これまで異なる組織のもとで活動を展開してきました。前述のとおり、県下全域を対象としたリハビリテーションの機能の充実が必要であり、新しいリハビリテーションセンターの構築に向けた検討が必要です。また、そのためには、子どもから高齢者、障害者施策、高齢者施策等を網羅できる横断的な庁内組織体制の構築についても検討を進めます。

