

### 第3節 在宅医療の推進

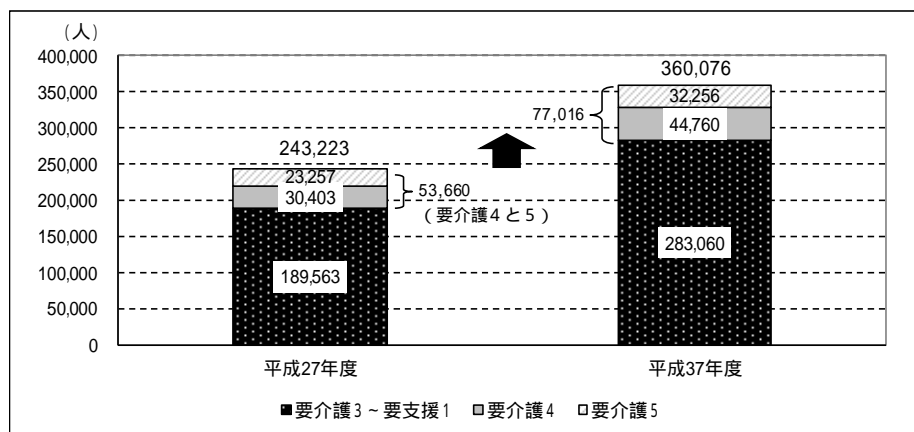
#### (ア) 施策の現状・課題

##### a. 在宅医療の対象者の状況

国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所の推計（平成25年3月推計）によると、本県の高齢者人口は、平成27年度（2015年度）から平成37年度（2025年度）までの間に、65歳以上人口の増加率は全国第5位、75歳以上人口の増加率は全国第1位となることを見込まれ、特に75歳以上の人口は平成37年度時点で100万人を超えると推計されています。

また、本県における要介護等認定者数は、平成27年度の24万人が平成37年度には36万人に急増すると見込まれており、このうち、要介護4及び5のいわゆる重度者は、平成27年度の5万4千人から平成37年度には7万7千人を超える見込みとなっています。

図表 2-1-3-1 要介護等認定者数の推計

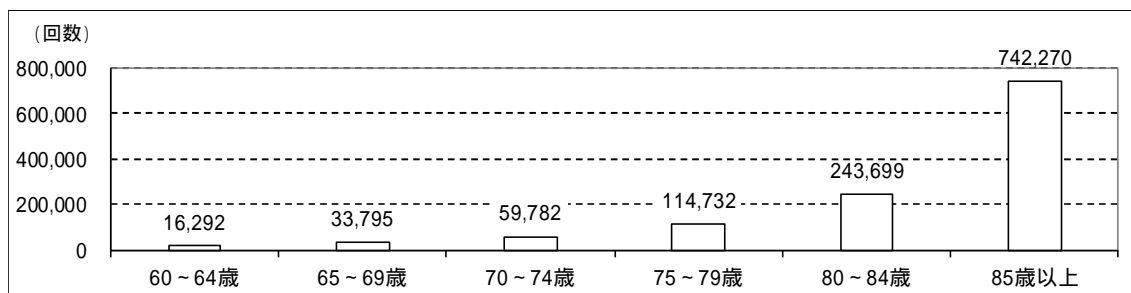


資料：千葉県高齢者保健福祉計画

訪問診療\*の需要を年齢別にみると、高齢になるにつれて急増しています。

また、在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者数は、年々増加しており、特に、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。

図表 2-1-3-2 全国の年齢別訪問診療回数



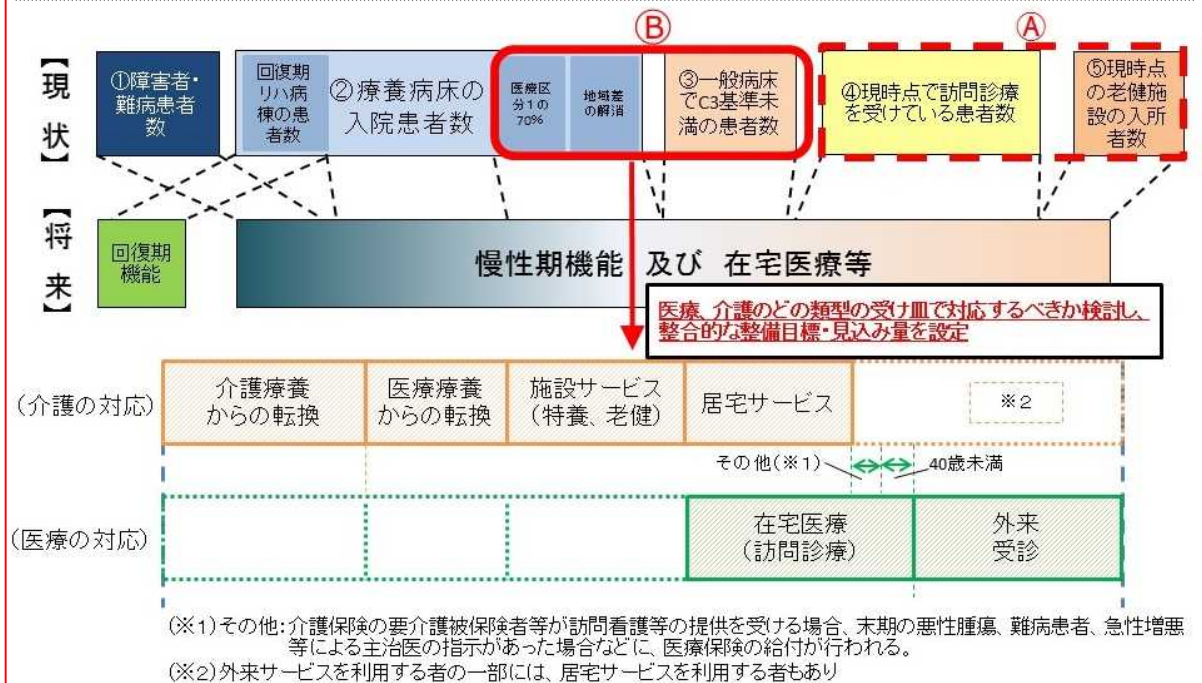
資料：平成27年 社会医療診療行為別統計（厚生労働省・平成27年6月審査分）

疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL向上を重視した医療への期待の高まりなどにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。

また、地域医療構想においては、現状の療養病床の患者の一部を、将来的には在宅医療や介護老人保健施設\*、特別養護老人ホーム等が担っていくこととされています。病床機能の分化・連携が進んだ先には、在宅医療等の利用見込者数は平成37年には7.8万人になると見込まれており、そのうち訪問診療のニーズは、平成25年度の1.8倍以上になると推計されています。

図表 2-1-3-3 地域医療構想策定における在宅医療等の新たなサービス必要量のイメージ

在宅医療等 = 居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療



資料：H29.3.8 第10回医療計画の見直し等に関する検討会資料（一部改変）

現在の在宅医療患者（ ）に加えて、病院の入院患者のうち比較的病状が安定している療養病床の入院患者と一般病床の入院患者（ ）について、在宅医療等又は外来診療で対応することとなる。

図はイメージであり在宅医療等の需要増には高齢化に伴う需要増が含まれることになる。

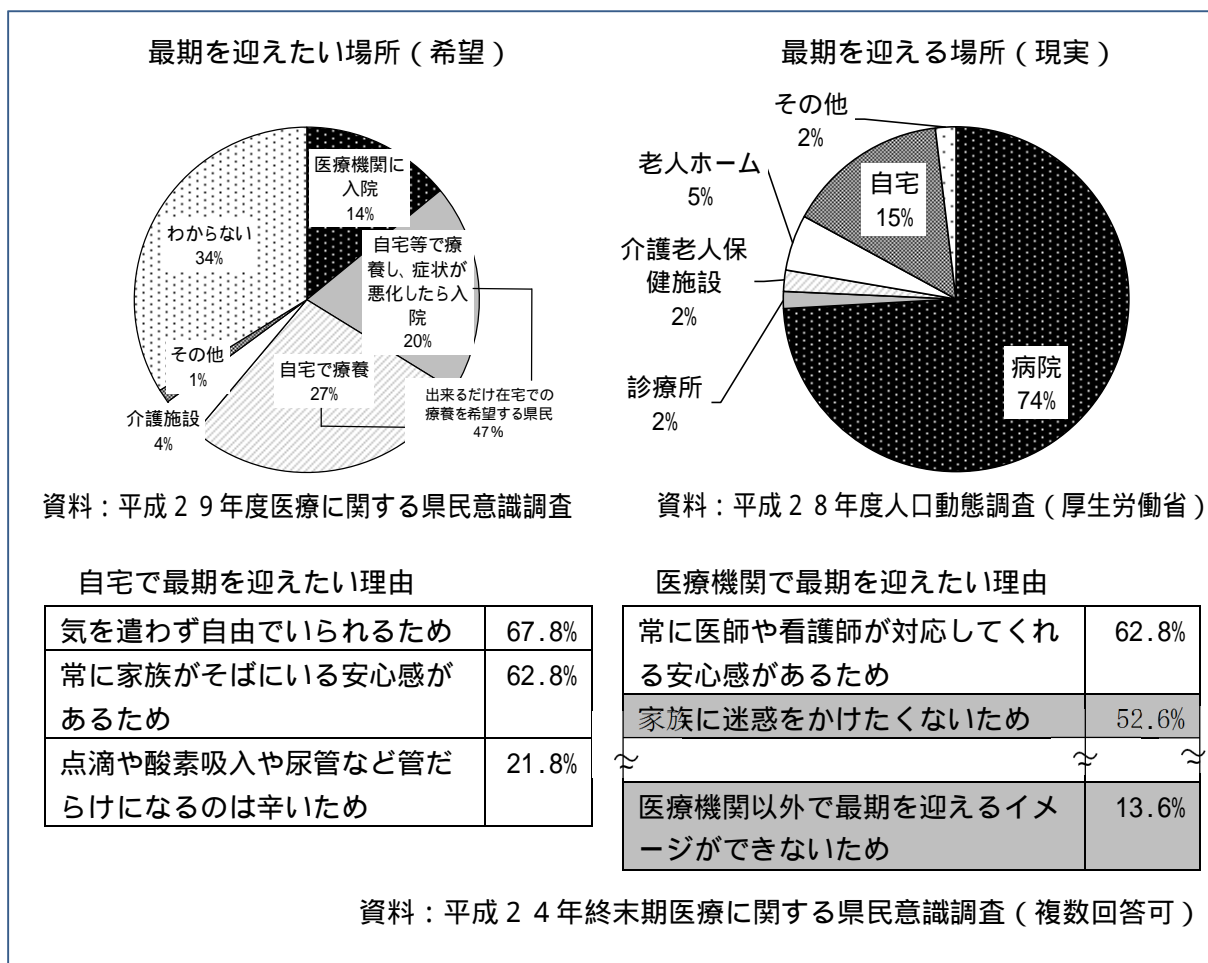
b. 県民の希望と意識

県がインターネット上で実施した「医療に関する県民意識調査（平成29年度）」によれば、病気で長期に渡る治療（療養）が必要になった場合に、「入院治療」を希望すると回答した方は、34.2%、「在宅医療」を希望すると回答した方は34.4%、「わからない」と回答した方が31.4%でした。

自分が最期を迎えたい場所としては、「医療機関への入院」を希望すると回答した方は、14.1%でした。「居住の場（自宅や老人ホームなど）」を希望すると回答した方は27.4%、「居住の場や施設等で療養して、病状が悪化したら医療機関への入院」を希望すると回答した方は、19.7%で、これらを併せると47.1%の方が、出来るだけ居住の場での療養を望んでいます。

また、県が実施した「終末期医療に関する県民意識調査（平成24年）」において、「医療機関に入院して最期を迎えたい」の理由には、「家族に迷惑をかけたくない」「医療機関以外で最期を迎えるイメージができないため」が相当程度あり、在宅での医療・介護の条件が整うならば、自宅での療養を希望する県民が多数いることがうかがえます。

図表 2-1-3-4 最期を迎える場所に関する県民の意識と実態



## c . 退院支援

入院中の患者が、安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員\*（ケアマネジャー\*）との連携など退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

病床機能報告\*では、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、平成28年度時点で報告のあった245病院中163病院でした。

また、退院困難な患者に対して退院支援計画書や退院目標を設定して、退院までの調整を行っている有床診療所・病院は125箇所（平成27年）であり、全ての医療機関で退院支援が十分に行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援を進めるためには、病院と受け入れ側の医療・介護事業者間において、多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有ができる体制の構築が求められています。

## d . 日常の療養支援

## 〔訪問診療等の医療資源〕

県内で訪問診療を行う病院は101箇所（平成26年9月）であり、訪問診療の実施件数（1ヶ月間）は平成26年には5,240件で、平成23年の3,733件に比べて大きく増加しています。

訪問診療を行う診療所は491箇所（平成26年9月）であり、訪問診療の実施件数（1ヶ月間）は平成26年には37,652件と、平成23年の21,633件から大きく増加しています。これらの内訳は、在宅療養支援診療所\*245箇所、34,408件、一般の診療所246箇所、3,244件となっています。

図表 2-1-3-5 訪問診療実施医療機関

	平成23年	平成26年
訪問診療実施診療所数	449 一般診療所総数：3,678	491 一般診療所総数：3,710
訪問診療実施病院数	99 病院総数：279	101 病院総数：284
訪問診療実施件数	合計：25,366 一般診療所：21,633 病院：3,733	合計：42,892 一般診療所：37,652 病院：5,240

資料：医療施設調査

訪問歯科診療\*を行う歯科診療所は、居宅への訪問の場合は、実施診療所は342箇所（平成26年）、実施件数（1ヶ月間）は5,171件であり、施設への訪問の場合は、実施診療所は286箇所（平成26年）、実施件数（1ヶ月間）は16,800件でした。平成23年の居宅341箇所・3,402件、施設227箇所・8,459件から、実施件数は大きく増加しています。

図表 2-1-3-6 歯科診療所訪問診療実施機関

	平成23年	平成26年
訪問診療実施診療所（居宅）	341	342
訪問診療実施診療所（施設）	227	286
訪問診療実施件数（居宅）	3,402	5,171
訪問診療実施件数（施設）	8,459	16,800

資料：医療施設調査（厚生労働省）

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局<sup>\*</sup>数は、1,749箇所（平成29年7月）でした。平成24年9月の1,348箇所から増加しています。

図表 2-1-3-7 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局

	平成24年	平成29年
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所

資料：関東信越厚生局届出

訪問看護ステーション<sup>\*</sup>の設置数については、平成28年10月時点で308箇所であり、訪問看護ステーションの利用者数は9,470人（平成22年9月）から18,370人（平成28年9月）と増加しています。

在宅医療を支える訪問看護は、このほか、病院や診療所からも実施されています。退院後も継続的な医療的ケアを受けながら日常生活を営むことが出来るよう、病院や診療所からの訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携が重要です。

図表 2-1-3-8 訪問看護ステーション数

	平成24年	平成28年
訪問看護ステーション数	219箇所	308箇所

資料：介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

訪問リハビリテーションの介護給付費請求事業所数は、平成25年4月審査分の108箇所から平成29年4月審査分は、133箇所と1.2倍に増加しています。リハビリテーションは、患者の症状に応じて必要な時期に提供されることが重要であり、医療的ケアを要する人へのリハビリテーションや摂食嚥下障害<sup>\*</sup>のリハビリテーションなども含め、通院、通所が困難になった場合に居宅で実施する訪問リハビリテーションの重要性が増すと考えられます。

図表 2-1-3-9 訪問リハビリテーション請求事業所数

	平成25年4月審査分	平成29年4月審査分
訪問リハビリテーション請求事業所数	108箇所	133箇所

資料：介護給付費等実態調査（厚生労働省）

平成24年9月と平成29年7月時点と比較すると、在宅医療の中心的な役割を担う在宅療養支援診療所は、302箇所から343箇所、在宅療養支援病院\*は23箇所から33箇所、在宅療養支援歯科診療所\*は113箇所から329箇所、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は1,348箇所から1,749箇所と概ね増加しています。また、機能強化型訪問看護ステーション\*は平成29年6月時点で16箇所となっています。

図表 2-1-3-10 在宅療養支援診療所・病院等の数（千葉県）

	平成24年	平成29年
在宅療養支援診療所	302箇所	343箇所
在宅療養支援病院	23箇所	33箇所
在宅療養支援歯科診療所	113箇所	329箇所
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局	1,348箇所	1,749箇所
機能強化型訪問看護ステーション 平成26年創設	14箇所(27年)	16箇所

資料：関東信越厚生局届出

しかしながら、県内の在宅医療資源は増えているものの、全国的に見ると、人口10万人あたりの在宅療養支援診療所数・病院数が6.1箇所(平成29年8月時点：全国平均11.8)、訪問看護ステーション数は5箇所(平成28年10月時点：全国平均7.6)と相対的に少なく、在宅療養支援診療所が1箇所もない市町村もあるなど資源の偏りも見られます。また、人工呼吸や気管切開などの医療的ケアが必要となる医療的ケア児\*等の訪問診療などに対応できる医療機関が少ないことも課題です。これらのことから、在宅療養を希望する患者を日常的に支える医療体制の整備が重要となります。

図表 2-1-3-11 医療的ケア児への対応可能施設数

	調査対象	対応可能機関数
在宅療養支援診療所	326	39
在宅療養支援病院	29	0
訪問看護事業所	242	81

資料：平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業における調査（千葉県）

### 〔在宅医療・介護の多職種連携〕

在宅医療を必要とする方は、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。外来での診療を通じて患者の生活を支援し、通院が困難に

なっても適切に往診\*・訪問診療につなぐことが重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護など、在宅医療を担う多職種の協働を推進することが必要です。

その際には、高齢者の孤立化を防ぐ観点からも、在宅生活を支える介護・福祉分野の職種との連携も重要です。

e . 急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族の負担への懸念が挙げられています。(内閣府調査)

在宅療養患者の急変時等に往診を実施している医療機関数は、1,152箇所(平成27年度)、在宅療養後方支援病院\*として届出されている病院は、12箇所(平成29年4月)となっています。24時間対応可能な訪問看護ステーションは、296箇所(平成29年6月時点)となっています。

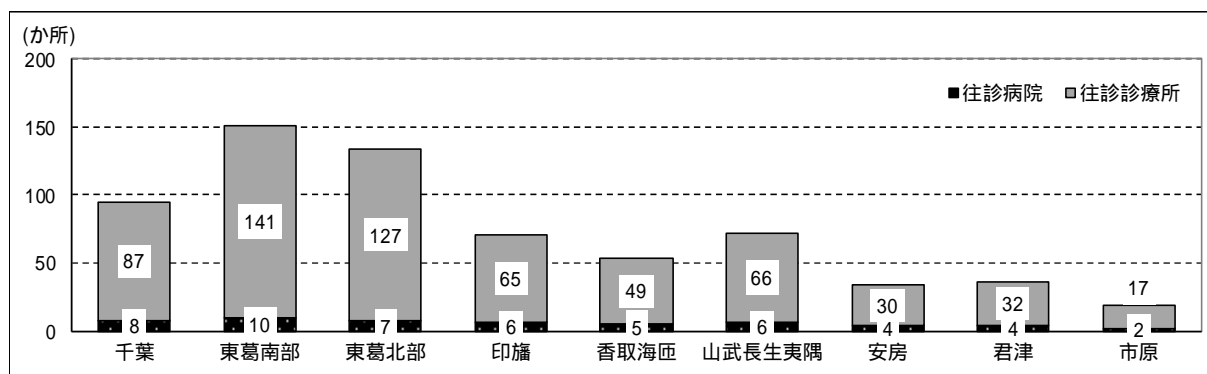
複数の医師や訪問看護師の連携などにより、24時間対応の連携体制の構築や入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要です。

図表 2-1-3-12 往診実施医療機関数

	平成23年	平成26年
往診実施診療所数	610 一般診療所総数：3,678	614 一般診療所総数：3,710
往診実施病院数	49 病院総数：279	52 病院総数：284
往診実施件数	合計：5,649 一般診療所：4,707 病院：942	合計：6,256 一般診療所：5,623 病院：633

資料：医療施設調査(厚生労働省)

図表 2-1-3-13 往診実施医療機関数



資料：平成26年医療施設調査(厚生労働省)

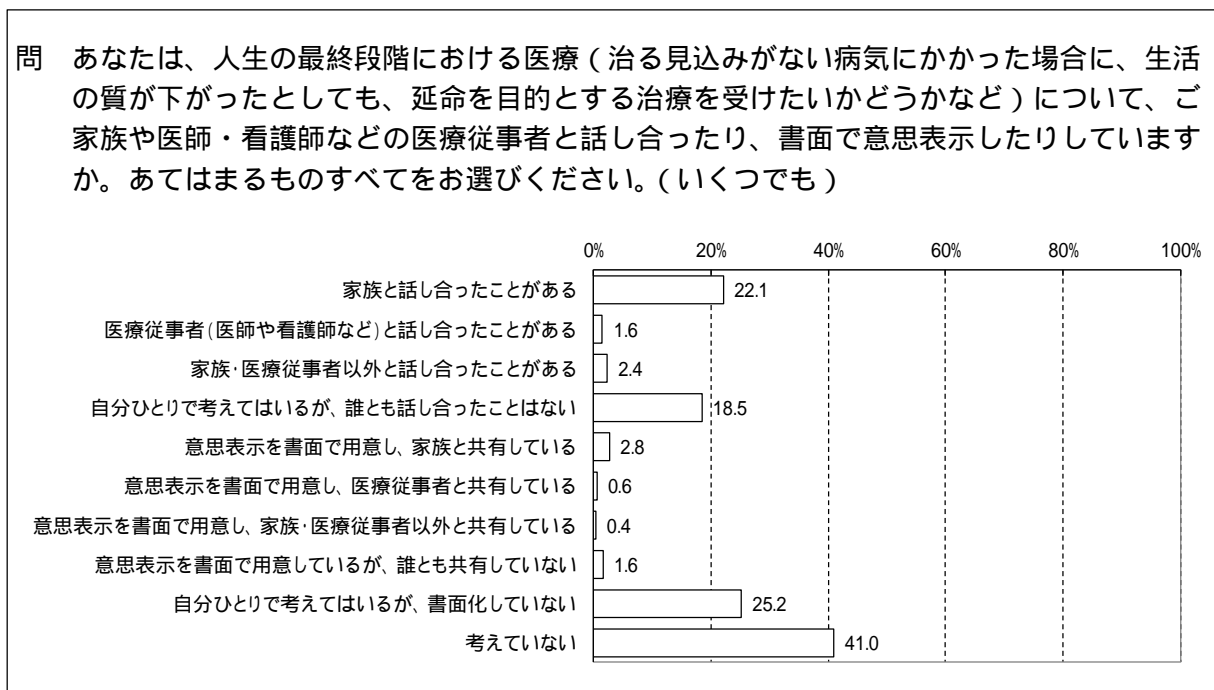
f . 在宅での看取りなど

本県の在宅死亡率は、20.1%で、全国平均の19.1%よりも高くなっていますが、医療機関で亡くなる方が7割を超えており、出来るだけ居住の場での療養を望む県民の希望とはかい離がみられます。

平成29年に千葉県が行った「医療に関する県民意識調査」によれば、人生の最終段階における医療について、41%の方が「考えていない」という状況でした。

そのため、在宅看取りのための医療提供体制の整備と併せて、県民ひとりひとりが、在宅医療の理解を深めるとともに、自身の医療について考え、家族や医療従事者等と話し合い、県民自身が望む場所で看取りができる環境づくりも重要な課題です。

図表 2-1-3-14 医療に関する県民意識調査の主な結果（再掲）



資料：医療に関する県民意識調査（平成29年度・千葉県）

g . 市町村等との連携

今後は、在宅医療を担う医療機関の拡充と連携を促進するとともに、地域包括ケアの推進の観点も踏まえ、在宅での療養生活に欠かせない介護・福祉サービスを担う市町村や介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携を強化していくために、市町村圏域を基本としながら、地域の医療・介護資源や連携の状況などを踏まえて、在宅医療の提供体制の整備を進めていく必要があります。



(イ) 施策の具体的展開

a . 退院支援

〔医療・介護の多職種連携の促進〕

患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進します。

多職種連携を促進するために、入退院支援の仕組みづくりやICT\*等の活用の検討など、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

b . 日常の療養支援

〔在宅医療を担う医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師等の増加、質の向上〕

在宅医療を支える診療所や訪問看護ステーションやそれに関わる人材等の医療資源の増加に取り組みます。

訪問診療の普及のためには訪問看護の充実が不可欠であることから訪問看護ステーションの増加等対策をすすめるとともに、訪問看護師の人材確保と定着促進のため、訪問看護師の育成や相談、普及啓発等の事業を県看護協会と協働して取り組みます。

病院や診療所が実施する訪問看護と地域の訪問看護ステーションとの連携を推進します。

在宅医療機関等が、がん患者や医療的ケア児等にも対応できるよう、医師、看護師等医療関係者の一層のスキルアップに取り組みます。

患者が住み慣れた自宅や地域で安心して療養生活を送れるようにするために、かかりつけ医\*を中心とした在宅医療提供体制整備を関係団体と連携を図りながら促進します。

「千葉県地域医療総合支援センター」において、県医師会が行う在宅医療に関する県民への普及啓発などについて支援します。

在宅歯科診療を担う医療従事者の研修や訪問歯科診療に必要な設備を整備するとともに、「在宅歯科医療連携室」において、在宅歯科診療に関する県民への情報提供や相談などについて県歯科医師会と協働して取り組みます。

在宅医療における薬剤師・薬局の役割や機能を確立するために、県薬剤師会が行う市町村など関係機関との多職種連携強化について支援します。

〔市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援〕

医療と介護の広域的な連携を図るための場を地域の実情に応じて提供するほか、市町村職員等を対象とした勉強会の開催や医療と介護の連携に関する相談に関する研修等を実施するなど、在宅医療・介護連携に取り組む市町村を支援します。

c . 急変時の対応

〔在宅医療に対する医師等の負担の軽減〕

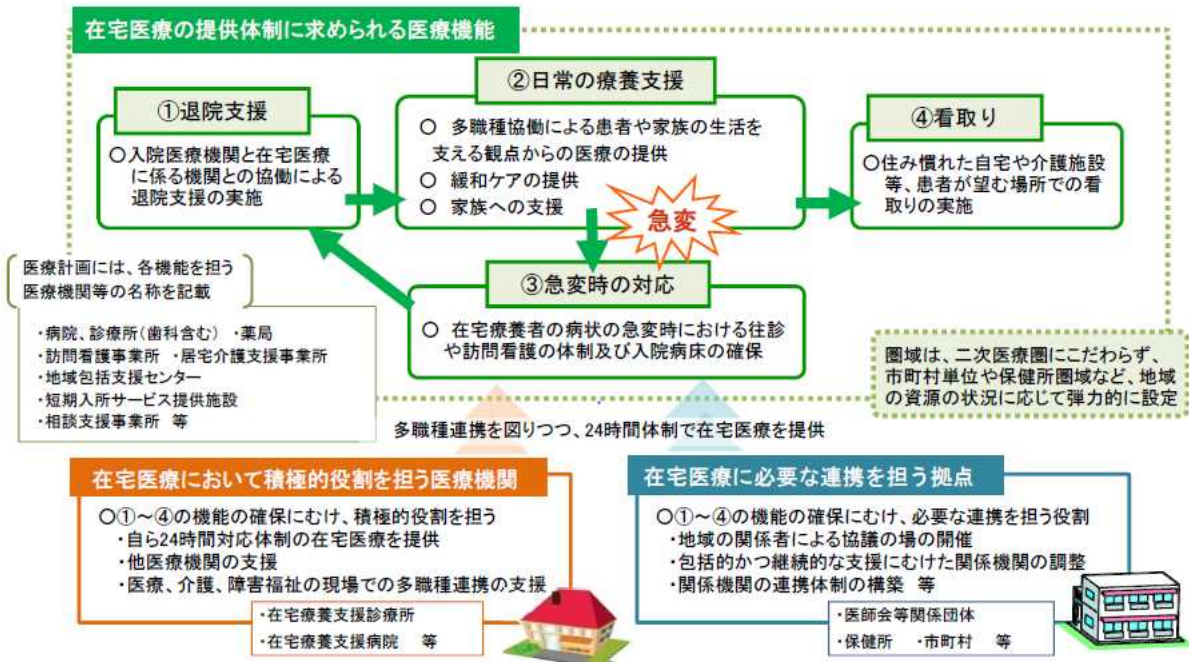
在宅医療の推進に当たり、医師が最も負担に感じる24時間体制の確保や急性増悪時等への対応などの医師の負担の軽減に向けた支援に取り組みます。

d . 看取り

〔患者が望む場所で看取りができる環境づくり〕

県民に、人生の最終段階の時期における生き方や本人が望む場所での看取りについて考えてもらえるよう、日常の療養支援体制の整備促進に取り組むとともに、医療・介護の関係団体と連携を図りながら啓発活動を行います。

図表 2-1-3-15 在宅医療の提供体制のイメージ



(ウ) 施策の評価指標

〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状	目標
退院支援を実施している診療所数・病院数 <sup>1</sup>	125箇所 (平成27年)	増加 (平成32年)
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	767箇所 (平成27年)	976箇所 (平成32年)
在宅患者訪問診療(居宅)実施歯科診療所数	342箇所 (平成26年10月)	421箇所 (平成32年)
在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数	1,749箇所 (平成29年)	1,875箇所 (平成32年)
訪問看護ステーション数	308箇所 (平成28年10月)	395箇所 (平成32年)
往診を実施している診療所・病院	1,152箇所 (平成27年)	1,263箇所 (平成32年)
在宅療養後方支援病院数	12箇所 (平成29年4月)	23箇所 (平成32年)
機能強化型訪問看護ステーション数	16箇所 (平成29年6月)	28箇所 (平成32年)
在宅看取り(ターミナルケア)実施診療所・病院数 <sup>2</sup>	335箇所 (平成27年)	511箇所 (平成32年)

1 「退院支援加算」は平成28年度の診療報酬改定により変更された「退院支援加算1、2」を算定した診療所・病院数としているため、現状の値は参考数値として「退院調整加算(退院時1回)」を算定した医療機関数を記載。

2 「在宅ターミナルケア加算」「看取り加算」を算定した医療機関の箇所数。

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現状	目標
訪問診療を受けた患者数	26,366人/日 (平成25年)	39,595人/日 (平成32年)
訪問看護ステーションの利用者数	18,370人/月 (平成28年9月)	26,377人/月 (平成32年)
在宅での看取り数 <sup>3</sup>	5,528件 (平成27年)	増加 (平成32年)

3 看取り加算、死亡診断加算の算定件数

〔成果（アウトカム）〕

指 標 名	現状	目標
介護が必要になっても自宅や地域で暮らし続けられると感じられる県民の割合	40.5% (平成27年)	50.0% (平成32年)

## 10 リハビリテーション対策

### (ア) 施策の現状・課題

リハビリテーションには、障害のある人(子どもを含む)や高齢者の機能低下を予防する予防的リハビリテーション\*、各種疾病に対して医療機関が実施する急性期・回復期リハビリテーション\*、主に介護保険で対応される地域生活期リハビリテーション\*があり、これらを患者の症状に応じて適切な時期に行うことが必要です。

脳卒中\*等の疾患による機能障害への対応や生活の再構築のためには、急性期病院\*での早期からのリハビリテーションが重要であり、急性期リハビリテーションのさらなる充実が求められています。さらに、回復期\*のリハビリテーションが効果的に実施され、地域生活期\*においても回復した機能を向上・維持していくためには、回復期リハビリテーション病棟\*や地域生活期を担うリハビリテーション関係機関の質と量の充実とともに、急性期から回復期、地域生活期のリハビリテーションを担う各医療機関及び当事者・家族の生活に関わるさまざまな機関との情報共有と連携が重要です。

### 〔地域リハビリテーション支援体制の整備〕

障害のある人(子どもを含む)や高齢者を含め地域に暮らすすべての県民が、いつまでもいきいきとした生活を送ることが出来る社会を目指し、リハビリテーションの視点から保健・医療・福祉等の関係機関をつなぎ、適切な支援が切れ目なく提供されるように関係機関等の支援体制の整備を図る「地域リハビリテーション\*」の取組が重要です。

高齢化が急速に進む一方で、地域リハビリテーション関連資源の水準は高齢者人口ベースで全国平均を下回っています。また、介護保険制度の改正に伴う介護予防事業の見直しにより、リハビリテーション専門職の同事業への関与が促進されていることから、市町村等からの地域リハビリテーションへの期待が高まっています。

このため、リハビリテーション専門職が在籍していない関係機関に対する支援や多様な分野の関係機関・職種間での情報共有及び協働の充実を図る必要があります。

さらに、リハビリテーションやケアを必要とする県民が地域社会で生活していくためには、本人やその家族を取り巻く地域社会の力が大きな役割を果たすことが期待されているため、地域住民に対しても地域リハビリテーションの理念を広く啓発するとともに、地域住民の主体的活動を促進する体制づくりが必要です。

平成29年4月現在、二次保健医療圏域ごとのリハビリテーション関係機関への支援を行う「地域リハビリテーション広域支援センター\*」を県内9箇所に、地域リハビリテーション広域支援センターへの支援を行い、県全域の地域リハビリテーションの推進を図る「千葉県リハビリテーション支援センター\*」を県内1箇所に指定して、地域リハビリテーションの充実を進めています。

各圏域においては、人口、面積、構成市町村数、地域リハビリテーション関連資源の状況等が大きく異なり、広域支援センターではマンパワー不足や経費不足、さらに

行政機関から事業協力を要望する声などがあります。このため、各広域支援センターが単独で圏域全てを支援していくには限界があることから、関係機関・職種とのさらなる連携強化や県民への直接的支援を主導する市町村等の行政機関との協働を進めていくことが必要です。

#### 〔総合リハビリテーションセンター機能の確保〕

個々の医療機関等では対応できない、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリテーション療法、補装具\*作製、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能（相談、診察、治療、訓練、補装具作成、家屋改造指導、御家族への介護法などの指導、復学・復職や社会資源利用のお手伝い、地域との連携等を含む）についても、その確保が必要です。

#### 〔高次脳機能障害支援体制の整備〕

外傷性脳損傷などにより、記憶障害、注意障害、遂行機能障害等、外見では判断しにくい後遺症を呈する高次脳機能障害\*のある人(子どもを含む)の支援については、県内3カ所に支援拠点機関を設置し、支援コーディネーターを配置して、情報発信、研修等を行い、支援普及を行っています。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、県全域を対象として、より専門的な支援を実施しています。

一方、身近な地域における支援を強化するために、相談対応ができる人材の育成や機関間の連携が必要です。

#### （イ）施策の具体的展開

#### 〔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、急性期・回復期リハビリテーション、地域生活期リハビリテーションを患者の症状に応じて適切な時期に行っていくためには、地域の医療機関、介護保険施設、市町村等の連携を強化・推進していくことが重要であることから、連携・支援の中核となる地域リハビリテーション広域支援センターを二次保健医療圏ごとに概ね1箇所指定するとともに、広域支援センターの支援機能を補完する役割を担う「ちば地域リハ・パートナー」などの協力医療機関等を指定するほか、職能団体や市町村等行政機関との連携・協力を進め、保健・医療・福祉等の関係機関をつなぐ、有機的な連携体制の整備・推進を図ります。

広域支援センター、職能団体及び行政機関等が、共通の理念のもと連携を強化し、関係機関に対する支援を充実させることにより、地域リハビリテーションのさらなる推進を図るため、各職能団体の代表者等が一体となって地域リハビリテーションの課題や推進方法を検討する場の設置や職能団体等の組織間連携を強化するための広域支援センター連絡協議会の開催、圏域外における先駆的取組等の導入を支援するための県内全域に係る情報共有体制の構築、リハビリテーション

専門職が在籍していない関係機関に対する相談の支援等を実施します。

地域住民の日常の生活・活動に密着した地域リハビリテーションを推進するため、関係機関が協働し、地域住民に対する地域リハビリテーションの理念や意識の啓発の取組、地域住民の主体的活動への助言等を実施します。また、介護予防事業等への事業協力を通じて市町村等行政機関と広域支援センターとの連携を強化するとともに、地域リハビリテーションは各市町村の進める地域包括ケア等の政策と関わり合い、一体となって推進していくことが重要であることから、地域ケア会議等によりリハビリテーション専門職等が積極的に参加するよう促進します。

#### 〔総合リハビリテーションセンター機能の確保〕

千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーションセンター機能を担います。

特に、

- ・障害のある子どもに対する療育\*の提供（医療型障害児入所施設等の運営を含む）
- ・重症化・重複障害化\*の脳血管障害のある人に対する効率的な訓練実施
- ・脳外傷等による高次脳機能障害、脊髄損傷など、一般病院では対応しきれない障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供
- ・障害のある人等に対するテクノエイド\*機能の整備
- ・全身性骨・関節疾患（リウマチを含む）への医療・リハビリテーションの提供
- ・四肢の切断患者等への義肢・装具の作製とリハビリテーションの提供

等に取り組みます。

千葉県千葉リハビリテーションセンターが、こうした県立施設としての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズにこたえるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能の充実などが求められます。このため、施設の整備方針について関係機関や有識者等の意見を聞きながら検討を行い、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組みます。

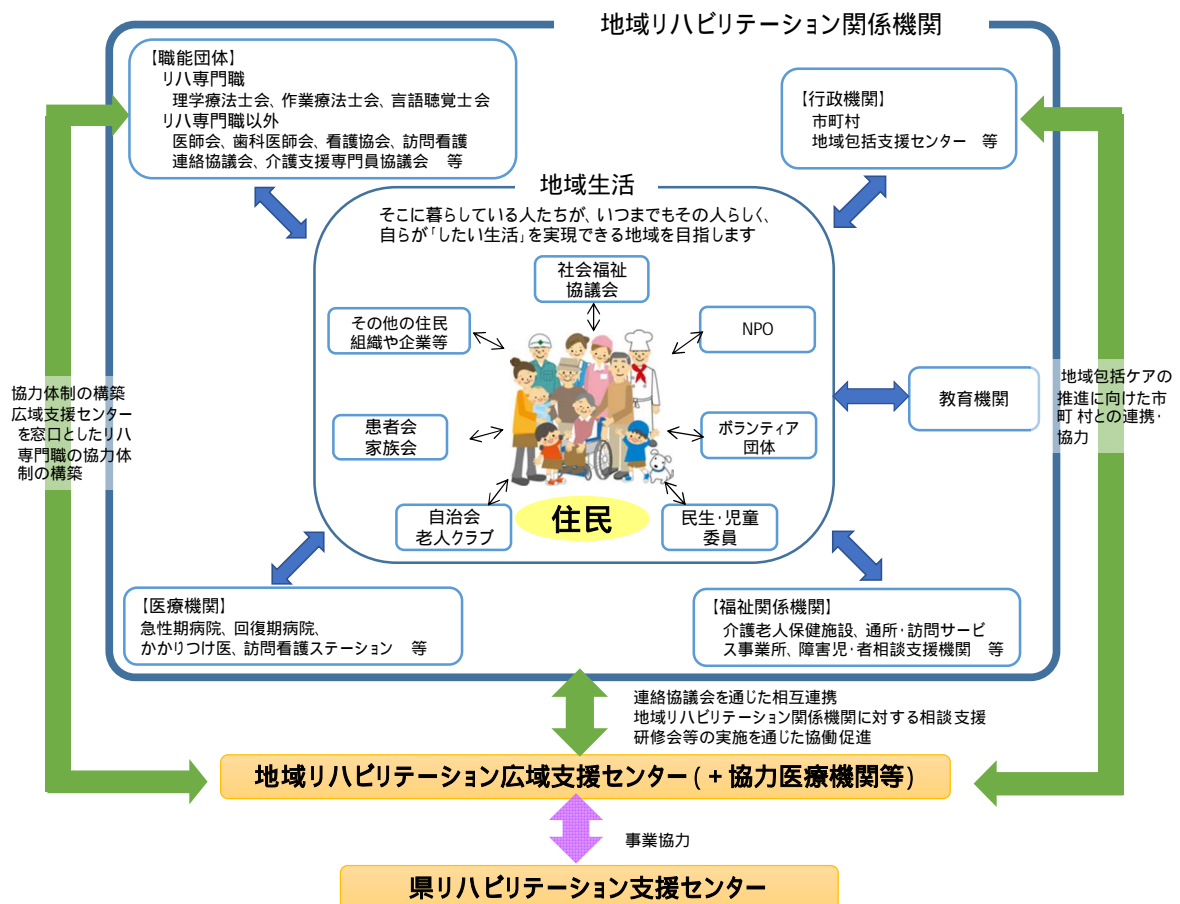
#### 〔高次脳機能障害支援体制の整備〕

地域の相談支援事業所等の支援体制を強化するとともに、地域支援拠点機関を中心としたネットワークの構築に取り組みます。

(ウ) 施策の評価指標

指標名	現状	目標(平成35年度)
高次脳機能障害支援普及事業 支援拠点機関	3箇所 (平成29年度)	4箇所
広域支援センターの支援機能を補完する指定機関数	- (平成28年度)	200
広域支援センターと連携している行政機関数	市町村 13 地域包括支援センター* 41 (平成27年度)	市町村 40 地域包括支援センター 150

図表 2-1-4-10-1 地域リハビリテーション支援体制の目指す姿



図表 2-1-4-10-2 千葉県内の地域リハビリテーション支援体制

