

平成 28 年生活のしづらさなどに関する調査 (全国在宅障害児・者等実態調査) 結果の概要

平成 30 年 4 月 9 日
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課

I 調査の概要

障害者施策の推進に向けた検討の基礎資料とするため、在宅の障害児・者等（難病等患者やこれまでの法制度では支援の対象とならない方を含む。）の生活実態とニーズを把握することを目的とする。

(1) 調査の時期 平成 28 年 12 月 1 日現在

(2) 調査の対象 全国約 2,400 の国勢調査の調査区^{※1}に居住する在宅の障害児・者等（障害者手帳所持者^{※2}、医師から難病と診断された者、長引く病気やけが等により生活のしづらさがある者^{※3}）を対象とした。
調査票配布数 12,601 人、調査票回収数 7,179 人（回収率 57.0%）、有効回答数 6,175 人であった。

※1 鳥取県倉吉市は鳥取県中部地震の影響により、調査を実施していない。

※2 身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳

※3 本人またはその家族等から「眼鏡などを使っても見えにくい」「音や声が聞こえにくい」「歩いたり階段を上り下りすることが難しい」「思い出すことや集中することに困難を伴う」などの回答があった者。

(3) 調査方法 調査員が調査区内の世帯を訪問し、調査趣旨等を説明の上、調査対象者の有無を確認。
調査対象者がいる場合は、本人またはその家族などに調査票を手渡し、記入と郵送による返送を依頼した上で、返送されてきた調査票の内容を集計。

(4) 推計方法 推計値については、全国推計人口（平成 28 年 10 月 1 日現在）に、この調査の調査対象地区の世帯人員数に占める調査対象者の割合（約 6.1%（＝調査地区内の調査対象者の出現率））と、調査票が回収されたもののうち回答があった者の数に占める各項目の回答数の割合を掛けて算出。

II 調査結果の概要

※ 推計値は 100 の位を、構成割合は小数点以下第 2 位を、それぞれ四捨五入しているため、必ずしも総数と一致しないものがある。

1 障害者手帳所持者数等（推計値）

今回の調査結果によると、障害者手帳所持者数は、5,594千人と推計される。

このうち、身体障害者手帳が4,287千人、療育手帳が962千人、精神障害者保健福祉手帳が841千人となっている。

表1 障害の種類別にみた障害者手帳所持者数等

(単位：千人)

	総数	障害者手帳所持者			障害者手帳非所持者		
		障害者手帳の種類（複数回答）			自立支援 給付等を受 けている者※1	自立支援給付等を受けてい ない者	
		身体障害 者手帳	療育手帳	精神障害者保 健福祉手帳		障害による日 常生活を送る 上での生活の しづらさがあ る者	
平成28年	5,594	4,287	962	841	338	1,845	1,378※2
平成23年	4,792	3,864	622	568	320	1,888	1,329
対前年比 (%)	116.7	110.9	154.7	148.1	105.6	97.7	103.7

※1 例えば、精神障害者保健福祉手帳を所持していないが、精神科医療機関に通院している者。

※2 このうち、福祉サービスを利用しておらず、福祉サービスの利用を希望する者の推計値は、258千人。

2 障害種別にみた身体障害者手帳所持者数（推計値）

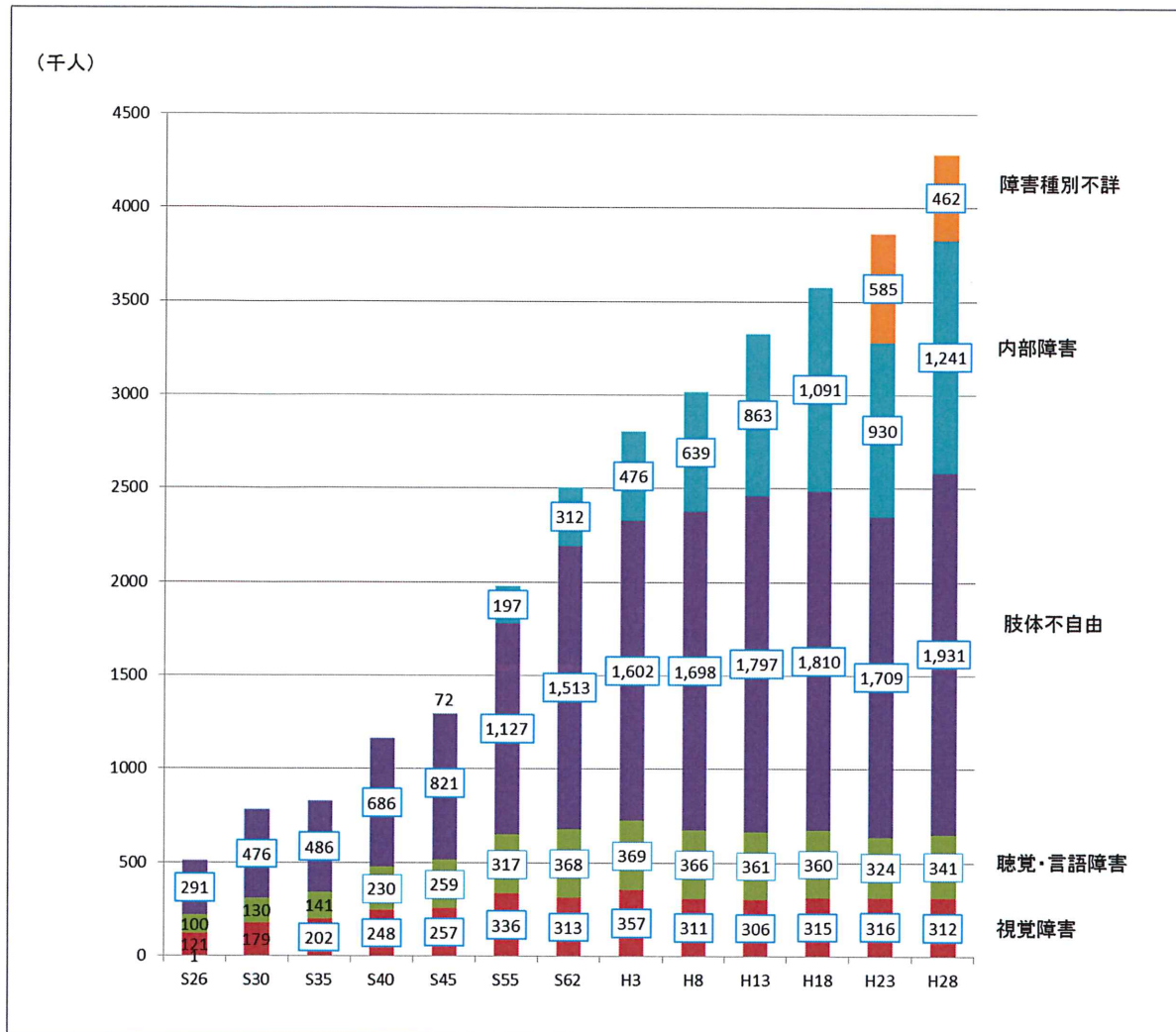
障害種別では、肢体不自由の割合が最も高く、全体の45.0%となっている。

表2 障害の種類別にみた身体障害者手帳所持者数

(単位：千人)

	総数	視覚障害	聴覚・言語 障害	肢体不自由	内部障害	不詳
平成28年	4,287 (100.0)	312 (7.3)	341 (8.0)	1,931 (45.0)	1,241 (28.9)	462 (10.8)
平成23年	3,864 (100.0)	316 (8.2)	324 (8.4)	1,709 (44.2)	930 (24.1)	585 (15.1)

図1 障害種別に応じた推移



(注) 厚生労働省「身体障害児・者実態調査」(~平成18年)、厚生労働省「生活のしづらさなどに関する調査」(平成23年~)

【資料2】

別添

「地域リハビリテーション推進のための指針」

第1 事業の目的

地域リハビリテーションは、活力ある超高齢社会の実現や高齢者に対する自立支援・重度化防止の取組の推進にとって重要であることから、都道府県が行う地域リハビリテーション推進のための事業及び脳卒中情報システムの整備・活用により、地域における介護予防の効果的、効率的な実施に資することを目的とする。

第2 事業の実施主体

都道府県とする。

第3 地域リハビリテーション支援体制の整備

1 趣旨

高齢者に対する自立支援・重度化防止の取組を推進するためには、脳卒中や骨折等による障害発生時においては、急性期リハビリテーション及びその後の回復期リハビリテーション、また、病状安定期にある場合や廃用症候群に対しては、生活期リハビリテーションと言うように、高齢者それぞれの状態に応じた適時・適切なりハビリテーションが提供されることが必要である。

さらに、高齢者等が、閉じこもり状態となり、老化に伴う心身機能の低下等をきたすことを予防し、住み慣れた地域において、生涯にわたって生き生きとした生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉の関係者のみならず、ボランティア等の地域における住民が参画して行う、いわゆる地域リハビリテーションが適切に行われることも重要である。

地域リハビリテーション支援体制は、地域包括ケアシステムの構築かつ市町村の一般介護予防事業を中心とした地域支援事業の充実・強化のための体制の整備を図るものである。

2 事業内容

(1) 都道府県リハビリテーション協議会

都道府県は、保健・医療・福祉の関係者で構成される「都道府県リハビリテーション協議会」（以下「協議会」という。）を設置するものとする。

ア 協議会の構成

協議会は、都道府県医師会、都道府県病院協会、都道府県老人保健施設協会、都道府県歯科医師会、都道府県薬剤師会、都道府県看護協会、都道府県理学療法士会、都道府県作業療法士協会、都道府県言語聴覚士会、都道府県栄養士会、都道府県歯科衛生士会、介護支援専門員協会等の関係団体、保健所、市町村、患者の会、家族の会の

代表者及びその他事業の推進に必要と認められる者を構成員とする。協議会における円滑な課題解決においては都道府県医師会の積極的な関わりが望ましい。

イ 協議会の役割

(ア) 地域包括ケア推進に資するリハビリテーションのあり方の検討

都道府県内のリハビリテーションの提供体制及び地域支援事業（一般介護予防事業における地域リハビリテーション活動支援事業含む）の実態を把握するとともに、都道府県単位でのリハビリテーションのあり方を検討する。

(イ) 地域リハビリテーション連携指針の作成

脳卒中等の疾患について、急性期から回復期、生活期へと必要なリハビリテーションの内容が移行していく過程、さらに高齢者等の閉じこもりや心身機能の低下等の予防対策等についての十分な理解を踏まえ、医療機関と保健、福祉の担当機関との円滑な連携のための指針を作成する。

(ウ) 都道府県リハビリテーション支援センター・地域リハビリテーション支援センターの指定に係る調整・協議

協議会は、(2)及び(3)に掲げる都道府県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション支援センターの指定のために必要な調整及び協議を行う。

(2) 都道府県リハビリテーション支援センター

都道府県は、協議会の意見を聴いて、地域リハビリテーションを推進するための中核として、以下に掲げる事業を実施する都道府県リハビリテーション支援センターを1箇所指定するものとする。

都道府県リハビリテーション支援センターの役割としては以下が挙げられる。

ア 関係団体、医療機関との連絡・調整、都道府県行政への支援

医師会をはじめとする関係団体、医療機関（救急医療実施医療機関を含む。）との連携を密に行い、必要な連絡・調整を実施する。都道府県行政担当者に対してリハビリテーションに関する助言や支援を行う。

イ リハビリテーション資源の調査・情報収集

リハビリテーションの実施及び関係機関との連携に資するため、地域におけるリハビリテーションの実施体制等に関する調査を実施する。

ウ 地域リハビリテーション支援センターへの支援

都道府県リハビリテーション支援センターは、地域リハビリテーション支援センターに対して、相談支援、新たなリハビリテーション技術の研修等を行う。

エ 研修の企画等

行政職員及びリハビリテーション専門職に対し、地域リハビリテーション支援センターと協働し研修の企画等を行う。

オ 災害リハビリテーション体制整備、調整

関係職種が協働する災害リハビリテーションの支援体制の構築及び調整を実施する。

(3) 地域リハビリテーション支援センター

都道府県は、協議会の意見を聴いて、以下に掲げる事業を実施する地域リハビリテーション支援センターを地域の実情に応じて指定するものとする。地域リハビリテーションの活動を効率的に推進する観点からは、医師会等の関係団体や行政との連絡協議会を設置・運営することが望ましい。

地域リハビリテーション支援センターの役割としては以下が挙げられる。

ア リハビリテーション関係者等への支援

(ア) 地域住民の相談への対応に係る支援

(イ) 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援

(ウ) 包括支援センター等への支援

イ 地域における行政職員及びリハビリテーション実施機関・介護福祉施設・事業所等の従事者に対する研修会の開催

ウ リハビリテーション専門職等の連携に資する支援及びリハビリテーション施設の共同利用

(4) 地域リハビリテーションに係る研修

地域の高齢者等に対して、地域における社会資源を活用しつつ、一人一人の需要及び心身の状況等に応じて最も適していると認められるリハビリテーションサービスを提供するため、地域におけるリハビリテーションに関する調整相談及び指導等を行う者を養成するための研修を実施するものとする。

ア 研修の内容

研修内容は、おおむね次に掲げる事項とするが、地域の実情に応じた実務的な研修を実施すること。

(ア) 地域リハビリテーションに関する基礎的知識の習得

(イ) 地域リハビリテーションに関する調整・相談

a 地域の高齢者等の心身の状況及びリハビリテーションに関する需要の把握、並びに地域における保健・医療・福祉のサービスとの連絡・調整

b 地域の高齢者等に対する地域住民の理解を深めるため、家族会及びボランティア等の地域組織の育成・支援

c 地域リハビリテーションのコーディネーションの観点からみた地域における保健・医療・福祉サービスの実態把握及びその問題点の改善に係る企画・調整

(ウ) 地域リハビリテーションに関する指導

a 介護予防や自立支援の考え方を取り入れたケアマネジメントの手法

b 生活機能や認知症等の地域の高齢者等の困り事に対するアセスメントや説

明の手法

c 地域の高齢者等の基本的な生活機能向上に役立つ運動・栄養・口腔・活動と参加等への支援の方法

イ 受講対象者

受講対象者は、原則として市町村・地域包括支援センター又は介護サービス事業所等の職員であって、地域の高齢者等に対する保健又は福祉に関する業務に従事する者とする。

ウ 受講人員

受講人員は、原則として毎年各市町村1名以上が受講できる適切な規模を設定する者とする。

なお、1回当たりの受講定員の設定に当たっては、交通の利便等を考慮しつつ、研修の実効を上げられるよう配慮すること。

エ 1回の研修期間は、3日間程度とする。

オ 開催場所

都道府県が指定する場所とする。

カ その他留意事項

開催時期の選定に当たっては、受講対象者が参加しやすい時期を考慮して決定すること。

第4 脳卒中情報システムの整備

1 趣旨

自立支援・重度化防止の対策を効果的に推進するため、医療機関から保健所等に提供される脳卒中患者の診療情報等を元に、市町村がこれら在宅脳卒中患者に対する適切な保健福祉サービスの実施を図るための脳卒中情報システムの整備を行うものである。

2 脳卒中委員会の設置

都道府県は、保健・医療・福祉の関係者から構成する「脳卒中委員会」（以下「委員会」という。）を設置するものとする。

(1) 委員会の構成

委員会は、保健所、医師会、学識経験者及び脳卒中情報システムの整備に係わる専門家等によって構成するものとする。

(2) 委員会の運営

委員会は、次の事項について審議し、その結果を都道府県知事に報告するものとする。

ア 自立支援・重度化防止の対策を効果的、効率的に推進するため、脳卒中患者の登録を実施するとともに、医療機関からの保健所等に提供される脳卒中患者の診療情報等をもとに、市町村がこれら在宅脳卒中患者に対する適切な保健福祉サービ

スの実施を図ることを目的とした脳卒中情報システムの整備の実施について、情報提供件数、早期訪問の実施状況、適切な保健福祉サービスの選定・提供等の観点から評価を行う。

イ その他脳卒中情報システムの評価に必要な事項を検討する。

3 事業の実施方法

(1) 脳卒中の登録の方法については、地域の実情を考慮しつつ、関係諸機関の協力を得て決定するものとする。

なお、登録を実施するに当たっては、「脳卒中登録管理ガイドライン」(厚生省循環器病研究委託費による地域における脳卒中の登録と管理に関する研究班、昭和57年3月)を参考にするものとする。

(2) 収集した情報は個人ごとに整理するとともに患者登録票を作成し、その保管に当たっては個々の患者の秘密が保持されるよう厳重に注意するものとする。

(3) 収集、整理した登録情報に基づき、脳卒中患者のり患率、受領状況、生存率等を集計及び解析するものとする。

なお、解析した結果については年毎にまとめ、関係機関に報告するものとする。

(4) 登録に当たっては、その制度を常に管理し、その向上に努めるものとする。そのため、医療機関等に対し届出体制の整備を依頼するとともに、必要に応じて医療機関に出張し、情報を採録するものとする。

(5) 保健所は、医療機関から提供された脳卒中患者(以下「対象者」という。)の診療情報等を整理するとともに、対象者の住居地の市町村が同じ情報を受けているか確認し、受けていない場合は、整理した情報を当該市町村に対し、速やかに連絡するものとする。

(6) 市町村は、医療機関もしくは保健所からの対象者の情報をもとに、保健・医療・福祉の各担当部門が連携を密にして、対象者に必要な保健福祉サービスを選定し、対象者及びその家族の意向を踏まえたうえで、適切なサービスを提供するものとする。

また、保健所が同じ情報を受けているか確認し、受けていない場合は、その情報を速やかに連絡するものとする。

(7) 保健所は、管内市町村における脳卒中情報システムの実施状況を取りまとめ脳卒中委員会に報告するものとする。

4 実施上の留意事項

(1) 都道府県は、医療機関、市町村等関係機関と密接な連携を保ちつつ、本システムを実施するものとする。

特に、本システムが効果的に行われるよう市町村に対し適切な指導を行うとともに、医療機関等に対し本システムの趣旨を周知徹底し、積極的な協力が得られるよう努めるものとする。

(2) 本システムの関係者は、対象者のプライバシーの保護に十分留意し、個人情報部

外者に漏洩することがないように、秘密厳守に徹するものとする。

- (3) 対象者の登録に当たっては、医療機関等において本システムの趣旨等を十分に説明し、対象者の同意を得ることを原則とする。

地域包括ケアシステム

1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて

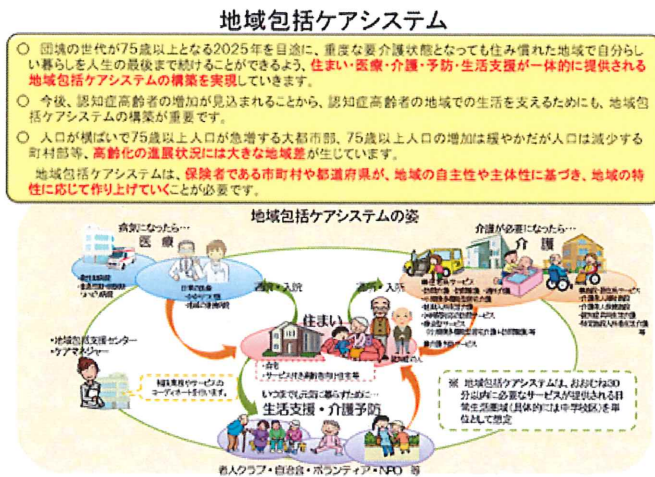
日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。
 65歳以上の人口は、現在3,500万人を超えており、2042年の約3,900万人でピークを迎えますが、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されています。
 このような状況の中、団塊の世代が75歳以上となる2025年(令和7年)以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。
 このため、厚生労働省においては、**2025年(令和7年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進**しています。

地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、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必要です。



出典:平成28年3月 地域包括ケア研究会報告書より

地域包括ケアシステム構築のプロセス

市町村では、2025年に向けて、3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築していきます。

地域包括ケアをご存じですか？

地域包括ケアって、どんなもの？

ひと言でいえば、「地域包括ケア」とは、「医療や介護が必要な状態になっても、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生活を続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される」という考え方で。

そのしくみ（ネットワーク）を「地域包括ケアシステム」といい、2025年（平成37年）を目途に構築することを目指しています。

キーワードは、「地域」

高齢化の状況や地域にある資源（医療機関や、施設、NPOなどの地域包括ケアの担い手など）の状況などは地域によって異なります。

したがって、それぞれの地域の実情に応じた取組を進めることが重要です。

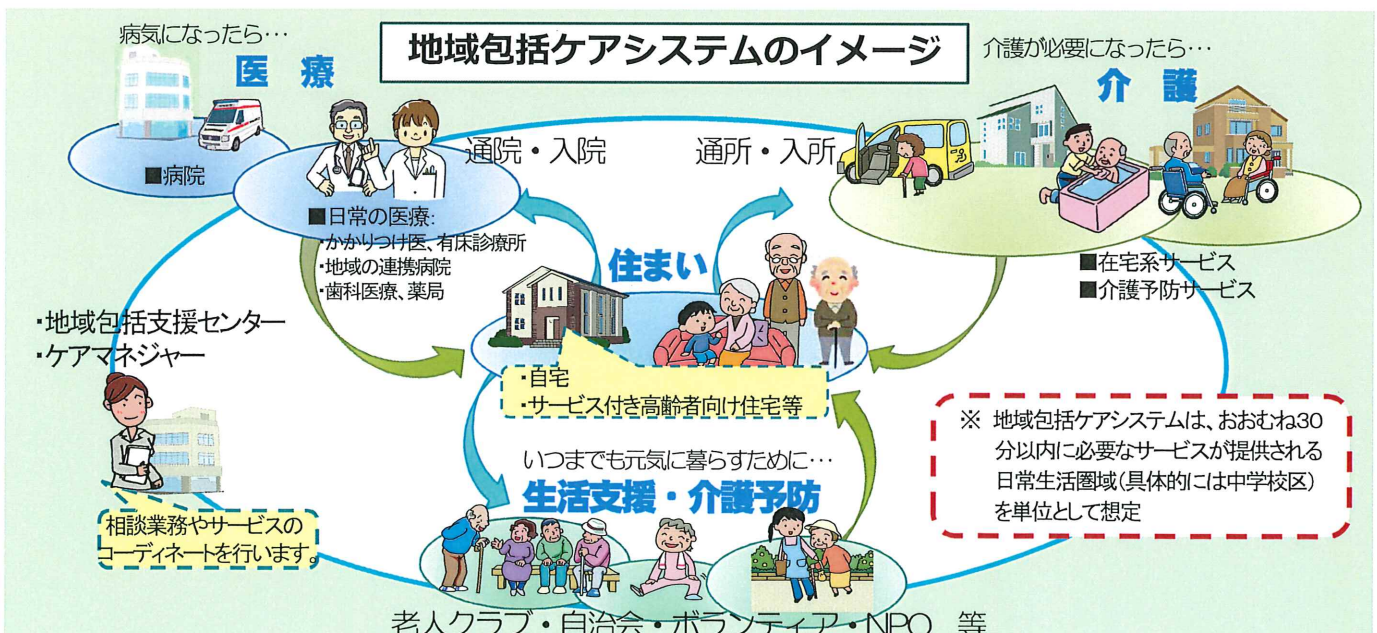
そのためには、自分たちの地域には、どういうニーズがあるのかを知り、どういう資源があって、不足している資源は何か、どのように資源をつなげば有効に活用できるのか、といったことを把握しなければなりません。

こうしたことを、それぞれの地域で検討し、実施していくことが求められています。

いわば「ご当地システム」。これが「地域包括ケアシステム」の特徴の一つを表しています。

地域包括ケアシステムでこんな地域を目指しています！

- ① 退院しても、訪問診療、訪問看護、リハビリなどを、自宅で医師、看護師などから受けることができます。
- ② デイサービスなどの介護保険のサービスに加えて、配食、見守り、買い物支援などといった、日常生活に必要なサービスも受けることができます。
- ③ 地域の体操通いの場や趣味の集い場などに参加し、活動することができます。多くの方とふれ合うことで、生きがいを持ちつつ、今ある身体能力を維持していくことができます。
- ④ 生活に必要な様々なサービスが、適宜コーディネートされて、切れ目なく提供されます。
- ⑤ 中学校区を基本とした圏域ごとに整備され、おおむね30分以内に①～④のサービスが受けられます。



なぜ、地域包括ケアシステムが必要なのでしょう？

1. 「人口減」 + 「高齢者の増加」 → 「担い手の減少」 + 「ケアを必要とする方の増加」

我が国では、人口減少と高齢化が急速に進んでいくことが見込まれます（※）。

すると、いままで介護やケアの担い手であった専門職や家族の方が高齢化するとともに、担い手の方の数自体も少なくなります。

こうした状況を打開するためには、① できる限り高齢者の方も元気でいていただいて、② 他の方たちを支える、生活支援の担い手にもなっていただくといった取組が必要です。

したがって、住み慣れた地域で、能力に応じ自立した生活を続けることを目指す、地域包括ケアシステムを構築することが求められるのです。

（※）2015（平成27）年における75歳以上の高齢者が人口に占める割合は13.0%ですが、団塊の世代（昭和22年から24年生まれの方）が75歳以上となる2025（平成37）年には18.1%と、5.5人に1人が75歳以上の高齢者になると見込まれます。出典：厚生労働白書 平成27年版

2. 高齢者のみの世帯が増加 → 高齢者の日常生活支援のニーズが増大

今後、高齢者しかいない世帯が増加することが見込まれます。2025年（平成37年）には世帯数全体に占める割合が4分の1を超える見込みです（※）。

一方、介護が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で生活を続けることができるようにすることが重要です。

そのため、医療、介護、生活支援など日常生活を支えるサービスの基盤を確保しなければなりません。その担い手として、様々な団体や方々による地域の支え合いの取組を促進することが求められています。この点からも、地域包括ケアシステムの構築を推進する必要があるのです。

（※）出典：厚生労働白書 平成27年版

3. 本人も、家族も、「自宅での介護」を希望

自身や家族が介護を必要とするようになったときに、介護を受けたい場所の希望を調査したアンケートによれば、自宅での介護を希望する方は70%を超えています（※）。ここには、「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けたい。」という希望が表れていると考えられます。

こうした希望を実現するためには、地域において、介護・福祉サービス等が確保され、高齢者の生活を支えていく体制を整備することが強く求められているのです。

（※）出典：厚生労働白書 平成27年版

4. 社会保障を持続可能なものとするために

我が国の社会保障費は、年110兆円を超えています。そして、このまま高齢者が増える割合で増えていくと、2025年（平成37年）には、約150兆円になると見込まれています（※）。

しかし、少子高齢化で、支える側の働き手は減少する一方です。

また、病院等の病床の数を取ってみても、高齢化が進めば、必要な病床数はどんどん増えていきます。しかし、少子高齢化が進む中、それだけの病院と病床を必ずしもすべて確保できるとは限りません。

そのため、近くのかかりつけ医にきちんと診てもらい、安心して在宅で療養生活を送れるような、医療と介護の連携や、地域での生活支援の体制づくりが必要となるのです。

（※）出典：財務省ホームページ

5. 自分のこと、家族のこと、そう遠くない将来の日本のこと

現在、団塊の世代の方が75歳以上になる2025年（平成37年）を目指した取組が進められています。また、誰もが歳を重ねていく以上、「自分のこと」「家族のこと」として受け止めていかねばなりません。

しかし、地域での体制の整備は、一朝一夕にできるものではありません。

だからこそ、今のうちから、誰もが「自分のこと」「家族のこと」ひいては、そう遠くない「将来の日本のこと」として準備を進めていく必要があるのです。

今、主にどんな取組が進められているのでしょうか？

生活支援

身体の介護のみならず、高齢者には、例えば、掃除や洗濯、調理、買い物、草むしりなどといった日常生活の支援（「生活支援」）を必要とする場合があります。

しかし、今、地域にそうしたサービスの担い手がいるとは限りません。また、そもそも、地域にどんなニーズがあるか把握する必要もあります。このため、幅広い担い手による様々なサービス（多様なサービス）の開発・創出や、ニーズの把握などを行い、生活支援を推進する体制の整備を行っています。

1 介護保険制度の地域支援事業における「総合事業」の実施

介護保険制度には、全国一律の保険給付の他、保険者である市町村が地域の高齢者全般を対象に、地域で必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがあります。その仕組みのうち、介護予防と日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる介護予防・日常生活支援総合事業（「総合事業」）について、全ての市町村が、2017（平成29）年4月までに実施することとされており、生活支援等のサービスの体制整備等を進めています。

2 多様な生活支援ニーズと地域における支え合いの体制づくり

高齢者の生活支援のニーズは様々です。一方、助け合いの活動への意欲を持つ方も相当程度います。このため、地域のボランティア活動と連携を図るなど、地域の人材や資源を活用していくことが重要です。また、元気な高齢者が生活支援の支え手として、地域で社会参加する機会を増やすことで、高齢者自身の介護予防にもつながります。

これらのことから、各地域で、市町村が中心となって地域の支え合い体制づくりを進めています。



医療と介護の連携

高齢化の進展に伴い、生活習慣病を持っていることは、「誰にでも起こりうること」になりつつあります。そのため、病気を治すことよりも、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、そういった方を、どのようにケアしていくかに問題が移行してきています。（「治す医療」から「治し、支える医療」へ）

このため、都道府県と市町村が地域の医師会等と協働して、必要とされる体制の整備を行っています。

1 在宅医療の体制整備

多くの方が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでいます。このため、高齢になっても病気になっても自分らしい生活を送ることができるよう支援するために、在宅診療に取り組む医師を増やすことを始め、様々な医療関係職種による在宅医療の体制を整備しています。

2 在宅医療・介護連携の推進

入院医療から在宅への円滑な復帰を可能とするためには、医療・介護関係職種による包括的なケアのための協働・連携の体制を整える必要があります。

このため、地域において医療・介護の関係機関が連携し、多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職、ヘルパー等々）が協働して、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組を推進しています。



介護予防

要支援や要介護状態になることを予防するための取組を推進しています。具体的には、住民が運営する「通いの場」（例えば、「体操教室」）を充実して、そこでの人と人とのつながりを広げていきます。そうすることで、参加者が増えていき、別の通いの場ができるなど、取組がどんどん拡大し、地域全体で介護予防に取り組んでいくような地域づくりを推進しています。

また、その一環として、地域においてリハビリテーションの専門職が地域住民を指導するなどの方法で、介護に頼らず自立できるようにする（「自立支援」）の取組を推進しています。



認知症

我が国における認知症の方の数は、2012（平成24）年で約462万人と推計されています。また、高齢化の進展に伴い、認知症の方は今後さらに増加していく見込みで、2025（平成37）年には約700万人前後となり、65歳以上高齢者に対する割合は約5人に1人まで上昇するとの推計もあります。

こうした状況を踏まえ、認知症の方が認知症とともによりよく生きていくことができる環境づくりを目指して「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が策定されました。

新オレンジプランに基づき、2025年を見据え、認知症の方の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指して、取組が進められています。



新オレンジプランの7本の柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

認知症サポーター

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の方や家族に対してできる範囲での手助けをする方として、「認知症サポーター養成講座」を受講した方を「認知症サポーター」といいます。

地域や職域で認知症サポーターの養成を進めるとともに、ボランティアとして、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるよう、取組を進めています。

ぜひ、認知症サポーター養成講座を受講してみてください。

【認知症サポーター養成講座実施主体】
都道府県、市町村、職域団体等



認知症サポーターが身に付ける「オレンジリング」

お住まいの地域は、どうなのでしょう？

地域包括ケアの推進は、様々な方々にご協力をいただきながら、市町村が主体となって行っています。また、都道府県や、国（厚生労働省及び地方厚生局）が市町村を支援しています。

お住まいの地域の状況については、市町村又は府県のホームページをご覧ください。

近畿厚生局管内 府県ホームページURL

福 井 県	http://www.pref.fukui.jp/doc/kourei/index.html
滋 賀 県	http://www.pref.shiga.lg.jp/e/lakadia/index.html
京 都 府	http://www.kyoto-houkatucare.org/ （京都地域包括ケア推進機構） http://www.kyoto-ninchisho.org/ （京都認知症あんしんナビ）
大 阪 府	http://www.pref.osaka.lg.jp/kaigoshien/shokai.html
兵 庫 県	http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf05/tiikisienn.html （地域支援事業の推進について） http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf05/nintisyou.html （認知症施策の総合的な推進について）
奈 良 県	http://www.pref.nara.jp/34776.htm
和 歌 山 県	http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/040300/index.html

作成：近畿厚生局地域包括ケア推進課 URL <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/tiikihokatsu/tiikihokatsukeasuishinka.html>

健康寿命延伸に向けた取組

平成30年4月12日経済財政諮問会議
加藤厚生労働大臣提出資料

- **健康格差の解消**により、2040年までに健康寿命を3年以上延伸、平均寿命との差の縮小を目指す。
- 重点取組分野を設定、2つのアプローチで格差を解消。

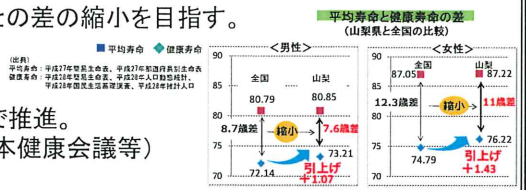
①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

・多様な主体の連携により、無関心層も含めた予防・健康づくりを社会全体で推進。

②地域間の格差の解消

・健康寿命には、大きな地域間格差。地域ぐるみで取り組み、格差を解消。

※全都道府県が、健康寿命の最も高い山梨県の水準に到達すれば、**男性+1.07年、女性+1.43年の延伸**。



① 健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

② 地域間の格差の解消

重点取組分野	具体的な方向性	目指す2040年の姿
成育 健やか親子施策	・すべての子どもの適切な生活習慣形成のための介入手法の確立、総合的な支援 ・リスクのある事例の早期把握や個性に合わせた適切な介入手法の確立 ・成育に関わる関係機関の連携体制の構築	・成育環境に関わらず、すべての子どもが心身ともに健やかに育まれる。 例) 低出生体重児の割合や10代の自殺死亡率を先進諸国トップレベルに改善する。
疾病予防・重症化予防 がん対策・生活習慣病対策等	・個別・最適化されたがん検診・ゲノム医療の開発・推進、受けやすいがん検診の体制づくり ・インセンティブ改革、健康経営の推進 ・健康無関心層も自然に健康になれる社会づくり(企業、自治体、医療関係者等の意識共有・連携)(日本健康会議等)	・個々人に応じた最適ながん治療が受けられる。 ・所得水準や地域・職域等によらず、各種の健康指標の格差が解消される。
介護・フレイル予防 介護予防と保健事業の一体的実施	・介護予防(フレイル対策(口腔、運動、栄養等)を含む)と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する仕組みの構築、インセンティブも活用 ・実施拠点として、高齢者の通いの場の充実、認知症カフェの更なる設置等 地域交流の促進	・身近な地域で、生活機能低下防止と疾病予防・重症化予防のサービスが一体的に受けられる。 例) 通いの場への参加率 15% 認知症カフェの設置箇所数 9,500箇所
基盤整備		
見える化	データヘルス	研究開発
社会全体での取組み		

「経済財政運営と改革の基本方針2018」(関連部分抜粋) (平成30年6月15日 閣議決定)

(予防・健康づくりの推進)

糖尿病等の生活習慣病や透析の原因にもなる慢性腎臓病及び認知症の予防に重点的に取り組む。糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会等が連携して進める埼玉県等の取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む。胃がんをはじめとする感染も原因となるがんの検診の在り方を含め、内容を不断に見直しつつ、膵(すい)がんをはじめとする早期診断が困難ながんを含めて早期発見と早期治療につなげる。傷病休暇の導入や活用の促進により、がんの治療と就労を両立させる。日本健康会議について、都道府県レベルでも開催の促進など、多様な主体の連携により無関心層や健診の機会が少ない層を含めた予防・健康づくりを社会全体で推進する。医療・介護制度において、データの整備・分析を進め、保険者機能を強化するとともに、科学的根拠に基づき施策を重点化しつつ、予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度を整備する。

認知症に関する研究開発を重点的に推進するとともに、認知症予防に関する先進・優良事例を収集・横展開する。新オレンジプランの実現等により、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等が提供されるよう、循環型ネットワークにおける認知症疾患医療センターの司令塔としての機能を引き続き強化し、相談機能の確立等や地域包括支援センター等との連携を進めることを通じ、地域包括ケアシステムの整備を推進する。認知症の人が尊厳を保持しつつ暮らすことのできる共助の地域社会を構築する。

高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ市町村が一体的に実施する仕組みを検討するとともに、インセンティブを活用することにより、健康寿命の地域間格差を解消することを目指す。また、フレイル対策にも資する新たな食事摂取基準の活用を図るとともに、事業所、地方自治体等の多様な主体が参加した国民全体の健康づくりの取組を各地域において一層推進する。(中略)口腔の健康は全身の健康にもつながることから、生涯を通じた歯科健診の充実、入院患者や要介護者をはじめとする国民に対する口腔機能管理の推進など歯科口腔保健の充実や、地域における医科歯科連携の構築など歯科保健医療の充実に取り組む。生涯を通じた女性の健康支援の強化に取り組む。乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用の検討などに取り組む。アレルギー疾患対策基本指針に基づき、アレルギー疾患の重症化の予防や症状の軽減に向けた対策を推進する。

23.愛知県(2019年版)

資_図表 23-1 人口動態

二次医療圏	市区町村	人口	人口密度	2025年総人口	2040年総人口	2015→25年総人口増減率	2015→40年総人口増減率	2015年75歳以上人口	2025年75歳以上人口	2040年75歳以上人口	2015→25年75歳以上人口増減率	2015→40年75歳以上人口増減率	平均寿命男性	平均寿命女性
全国		127,094,745	340.8	122,544,102	110,918,554	-4%	-13%	16,322,237	21,799,724	22,391,805	34%	37%	80.8	87.0
愛知県	愛知県	7,483,128	1,448	7,455,615	7,070,766	0%	-6%	808,449	1,168,774	1,207,796	45%	49%	81.1	86.9
名古屋	名古屋市中千種区	164,696	9,059	170,537	168,290	4%	2%	18,866	25,617	27,864	36%	48%	81.5	87.1
名古屋	名古屋市中東区	78,043	10,122	83,902	86,613	8%	11%	8,846	12,627	14,424	43%	63%	81.2	86.7
名古屋	名古屋市中北区	163,579	9,331	156,194	143,061	-5%	-13%	22,186	28,542	27,343	29%	23%	80.1	86.6
名古屋	名古屋市中西区	149,098	8,316	152,774	150,705	2%	1%	17,493	22,344	22,469	28%	28%	80.3	86.5
名古屋	名古屋市中村区	133,206	8,172	126,616	117,094	-5%	-12%	18,028	20,970	18,088	16%	0%	79.8	86.0
名古屋	名古屋市中区	83,203	8,870	90,667	93,788	9%	13%	8,471	11,699	13,399	38%	58%	80.6	86.9
名古屋	名古屋市昭和区	107,170	9,796	107,363	104,853	0%	-2%	12,604	15,737	16,801	25%	33%	81.3	87.1
名古屋	名古屋市瑞穂区	105,357	9,390	104,932	100,775	0%	-4%	13,258	17,301	17,604	30%	33%	80.9	86.9
名古屋	名古屋市熱田区	65,895	8,036	66,917	65,371	2%	-1%	8,530	11,506	12,565	35%	47%	80.5	86.8
名古屋	名古屋市中川区	220,281	6,879	215,150	199,878	-2%	-9%	24,709	33,963	33,413	37%	35%	80.1	86.2
名古屋	名古屋市港区	146,745	3,215	138,371	120,207	-6%	-18%	17,138	24,640	24,711	44%	44%	79.8	86.1
名古屋	名古屋市南区	136,935	7,418	127,351	111,531	-7%	-19%	18,907	24,504	22,838	30%	21%	79.6	86.5
名古屋	名古屋市守山区	172,845	5,082	176,659	172,065	2%	0%	18,891	28,328	29,388	50%	56%	80.7	86.8
名古屋	名古屋市緑区	241,822	6,379	257,406	262,553	6%	9%	23,083	36,237	40,799	57%	77%	81.7	87.4
名古屋	名古屋市中東区	164,080	8,436	166,526	161,867	1%	-1%	15,891	24,225	27,988	52%	76%	81.5	87.6
名古屋	名古屋市天白区	162,683	7,539	165,470	161,781	2%	-1%	16,547	24,769	29,319	50%	77%	81.1	87.1
海部	津島市	63,431	2,528	58,043	48,158	-8%	-24%	8,201	11,559	11,204	41%	37%	81.3	86.8
海部	愛西市	63,088	946	57,046	46,481	-10%	-26%	8,206	11,619	10,163	42%	24%	81.0	86.5
海部	弥富市	43,269	883	42,209	38,810	-2%	-10%	4,856	7,013	6,748	44%	39%	81.0	86.7
海部	あま市	86,898	3,161	83,846	75,744	-4%	-13%	9,180	13,627	11,190	48%	22%	80.8	86.5
海部	海部郡大治町	30,990	4,703	31,619	30,650	2%	-1%	2,604	4,301	4,252	65%	63%	80.8	86.8
海部	海部郡蟹江町	37,085	3,344	36,280	33,599	-2%	-9%	3,951	5,606	5,550	42%	40%	81.2	87.0
海部	海部郡飛鳥村	4,397	196	4,099	3,489	-7%	-21%	702	894	930	27%	32%	81.0	86.9
尾張中部	清須市	67,327	3,881	68,596	67,077	2%	0%	7,093	9,685	9,404	37%	33%	80.7	86.6
尾張中部	北名古屋市	84,133	4,580	86,000	83,412	2%	-1%	8,372	12,910	10,939	54%	31%	81.1	86.6
尾張中部	西春日井郡豊山町	15,177	2,456	16,033	16,074	6%	6%	1,350	2,118	1,897	57%	41%	80.9	86.9
尾張東部	瀬戸市	129,046	1,158	119,610	101,282	-7%	-22%	16,300	23,718	22,198	46%	36%	81.0	86.9
尾張東部	尾張旭市	80,787	3,842	78,348	71,028	-3%	-12%	8,871	14,233	14,669	60%	65%	82.0	87.2
尾張東部	豊明市	69,127	2,977	66,619	60,493	-4%	-12%	7,491	11,528	11,281	54%	51%	81.7	87.2
尾張東部	日進市	87,977	2,520	92,933	94,714	6%	8%	7,808	12,218	13,977	56%	79%	82.1	87.8
尾張東部	長久手市	57,598	2,673	65,514	70,432	14%	22%	3,707	6,612	8,503	78%	129%	81.3	87.3
尾張東部	愛知郡東郷町	42,858	2,377	43,320	41,607	1%	-3%	3,879	6,667	6,635	72%	71%	81.6	87.1
尾張西部	一宮市	380,868	3,346	373,817	346,776	-2%	-9%	44,655	63,024	61,983	41%	39%	80.9	87.1
尾張西部	稲沢市	136,867	1,725	134,253	124,856	-2%	-9%	15,460	22,521	22,446	46%	45%	81.1	86.6
尾張北部	春日井市	306,508	3,304	299,843	275,653	-2%	-10%	32,435	50,995	47,809	57%	47%	81.1	87.2
尾張北部	犬山市	74,308	992	70,851	62,451	-5%	-16%	9,273	13,813	12,580	49%	36%	81.3	86.9
尾張北部	江南市	98,359	3,257	92,961	81,384	-5%	-17%	11,608	16,909	15,852	46%	37%	80.9	86.4
尾張北部	小牧市	149,462	2,380	148,807	139,227	0%	-7%	14,423	23,844	24,734	65%	71%	81.0	86.7
尾張北部	岩倉市	47,562	4,543	46,744	43,422	-2%	-9%	4,904	7,478	7,236	52%	48%	80.9	86.5
尾張北部	丹羽郡大口町	23,274	1,710	24,111	23,862	4%	3%	2,411	3,773	3,883	56%	61%	81.2	87.0
尾張北部	丹羽郡扶桑町	33,806	3,021	33,249	30,838	-2%	-9%	3,987	5,710	5,174	43%	30%	81.5	87.2
知多半島	半田市	116,908	2,465	111,072	99,079	-5%	-15%	12,326	17,019	18,114	38%	47%	81.1	86.6
知多半島	常滑市	56,547	1,012	58,733	59,904	4%	6%	7,162	8,763	8,381	22%	17%	81.1	86.7
知多半島	東海市	111,944	2,578	116,602	116,597	4%	4%	10,879	15,530	15,624	43%	44%	81.1	86.8
知多半島	大府市	89,157	2,649	93,634	94,653	5%	6%	8,039	12,557	12,913	56%	61%	81.7	86.9
知多半島	知多市	84,617	1,844	82,263	74,604	-3%	-12%	9,032	14,558	14,223	61%	57%	81.3	86.9
知多半島	知多郡阿久比町	27,747	1,166	29,189	28,670	5%	3%	3,225	4,779	4,634	48%	44%	81.5	87.4
知多半島	知多郡東浦町	49,230	1,581	47,727	43,916	-3%	-11%	5,342	8,133	8,402	52%	57%	81.6	86.6
知多半島	知多郡南知多町	18,707	488	15,054	10,216	-20%	-45%	3,344	3,600	3,289	8%	-2%	80.9	86.9
知多半島	知多郡美浜町	23,575	510	20,149	14,992	-15%	-36%	3,124	4,146	4,284	33%	37%	80.9	86.9
知多半島	知多郡武豊町	42,473	1,639	41,537	38,072	-2%	-10%	4,137	6,619	6,238	60%	51%	80.8	87.2
西三河北部	豊田市	422,542	460	425,768	408,866	1%	-3%	35,536	59,099	65,084	66%	83%	81.8	86.9
西三河北部	みよし市	61,810	1,920	63,100	61,556	2%	0%	4,150	7,276	8,828	75%	113%	81.8	86.9
西三河南部西	碧南市	71,346	1,945	69,130	63,800	-3%	-11%	7,849	10,180	11,228	30%	43%	81.2	86.6
西三河南部西	刈谷市	149,765	2,972	154,624	153,533	3%	3%	12,378	19,142	21,713	55%	75%	81.4	87.1
西三河南部西	安城市	184,140	2,140	190,491	189,242	3%	3%	15,791	24,184	27,705	53%	75%	81.4	86.9
西三河南部西	西尾市	167,990	1,042	170,550	167,605	2%	0%	18,828	25,761	27,649	37%	47%	81.0	86.8
西三河南部西	知立市	70,501	4,323	72,870	72,706	3%	3%	6,191	9,159	10,551	48%	70%	81.5	86.9
西三河南部西	高浜市	46,236	3,527	49,453	51,754	7%	12%	4,297	5,680	6,750	32%	57%	80.7	86.7
西三河南部東	岡崎市	381,051	984	390,594	384,525	3%	1%	36,236	55,497	64,729	53%	79%	81.8	87.3

23.愛知県(2019年版)

二次医療圏	市区町村	人口	人口 密度	2025年 総人口	2040年 総人口	2015→ 25年 総人口 増減率	2015→ 40年 総人口 増減率	2015年 75歳以上 人口	2025年 75歳以上 人口	2040年 75歳以上 人口	2015→ 25年 75歳以上 人口 増減率	2015→ 40年 75歳以上 人口 増減率	平均 寿命 男性	平均 寿命 女性
全国		127,094,745	340.8	122,544,102	110,918,554	-4%	-13%	16,322,237	21,799,724	22,391,805	34%	37%	80.8	87.0
愛知県	愛知県	7,483,128	1,448	7,455,615	7,070,766	0%	-6%	808,449	1,168,774	1,207,796	45%	49%	81.1	86.9
西三河南部東	額田郡幸田町	39,549	697	41,844	43,115	6%	9%	3,544	5,517	6,353	56%	79%	81.5	86.9
東三河北部	新城市	47,133	94	41,592	32,875	-12%	-30%	8,087	9,801	10,086	21%	25%	81.6	87.4
東三河北部	北設楽郡設楽町	5,074	19	3,941	2,676	-22%	-47%	1,489	1,332	1,080	-11%	-27%	81.1	87.0
東三河北部	北設楽郡東栄町	3,446	28	2,684	1,818	-22%	-47%	1,063	929	716	-13%	-33%	81.1	86.8
東三河北部	北設楽郡豊根村	1,135	7	835	545	-26%	-52%	356	306	253	-14%	-29%	81.1	87.0
東三河南部	豊橋市	374,765	1,431	365,237	335,897	-3%	-10%	41,169	59,222	62,811	44%	53%	81.3	86.9
東三河南部	豊川市	182,436	1,132	179,923	167,953	-1%	-8%	20,588	30,079	30,731	46%	49%	80.9	86.8
東三河南部	蒲郡市	81,100	1,424	77,048	68,891	-5%	-15%	11,079	14,353	13,783	30%	24%	80.8	86.7
東三河南部	田原市	62,364	326	58,385	50,755	-6%	-19%	8,033	10,169	11,394	27%	42%	81.0	86.8
出典	<人口、75歳以上人口(2015年)>平成27年国勢調査 人口等基本集計 平成27年10月 <人口、75歳以上人口(2025年、2040年)>日本の地域別将来推計人口 国立社会保障・人口問題研究所 平成30年3月推計 <平均寿命>平成27年厚生労働省市区町村別生命表の概況 平成27年10月													

(注1) 政令指定都市のうち、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、堺市、岡山市、熊本市については、原則区単位で掲載しているが、2025年、2040年の推計人口は、市単位でしかデータが公開されていないため、その項目についてはブランクとしている。なお、全国と都道府県の合計値は、政令指定都市の値を含んだ数値を掲載している。
 (注2) 福島県の市区町村別将来人口推計は現在取得できないため、その項目についてはブランクとしている。なお、全国値は福島県全体に対する推計値を含んでいる。
 (注3) 平均寿命は、平成27年国勢調査人口が過少である8町村(福島県双葉郡楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村及び相馬郡飯館村)を除く。

1 地域包括ケアモデル事業について

(1) 高齢化の進行

- 急速な高齢化の進行により、今後ますます高齢者が増加することが予測されており、国立社会保障・人口問題研究所が平成25年3月に公表した日本の地域別将来推計人口によると、愛知県の高齢者数は平成22年に151万人だったものが、団塊の世代の方々が75歳以上となる平成37年には194万人に増加すると推計されている。

特に75歳以上高齢者の割合は、平成22年の8.9%から平成37年には15.9%に大幅に高くなると推計されている。

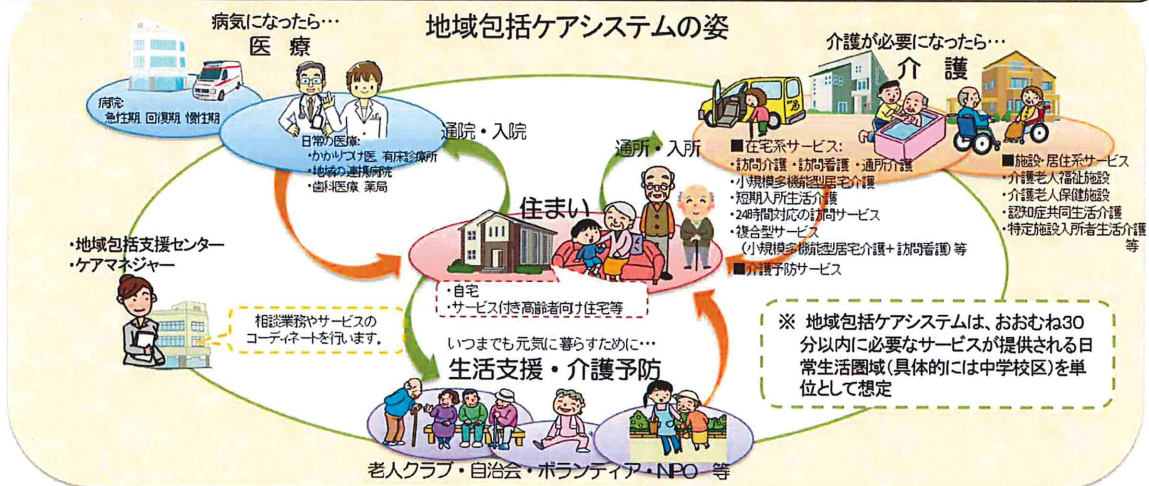
- 世帯主が65歳以上の単身世帯や夫婦のみの世帯は、平成22年には単身世帯が約23万世帯、夫婦のみ世帯が約29万世帯だったものが、平成37年にはそれぞれ約35万世帯に増加すると予測されている。

(2) 地域包括ケアの必要性

- 団塊の世代の方々が75歳以上となる平成37年には、医療や介護等を必要とする人が大幅に増えると予想されているが、医療や介護等が必要な状態になっても、多くの方々は適切なサービスを利用し、尊厳を保持しながら住み慣れた地域で自立した日常生活を送りたいと願っている。
- 高齢者が地域で安心して暮らし続けるためには、医療、介護のみならず、予防、生活支援、住まいを地域において切れ目なく一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を構築していく必要がある。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、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必要。**

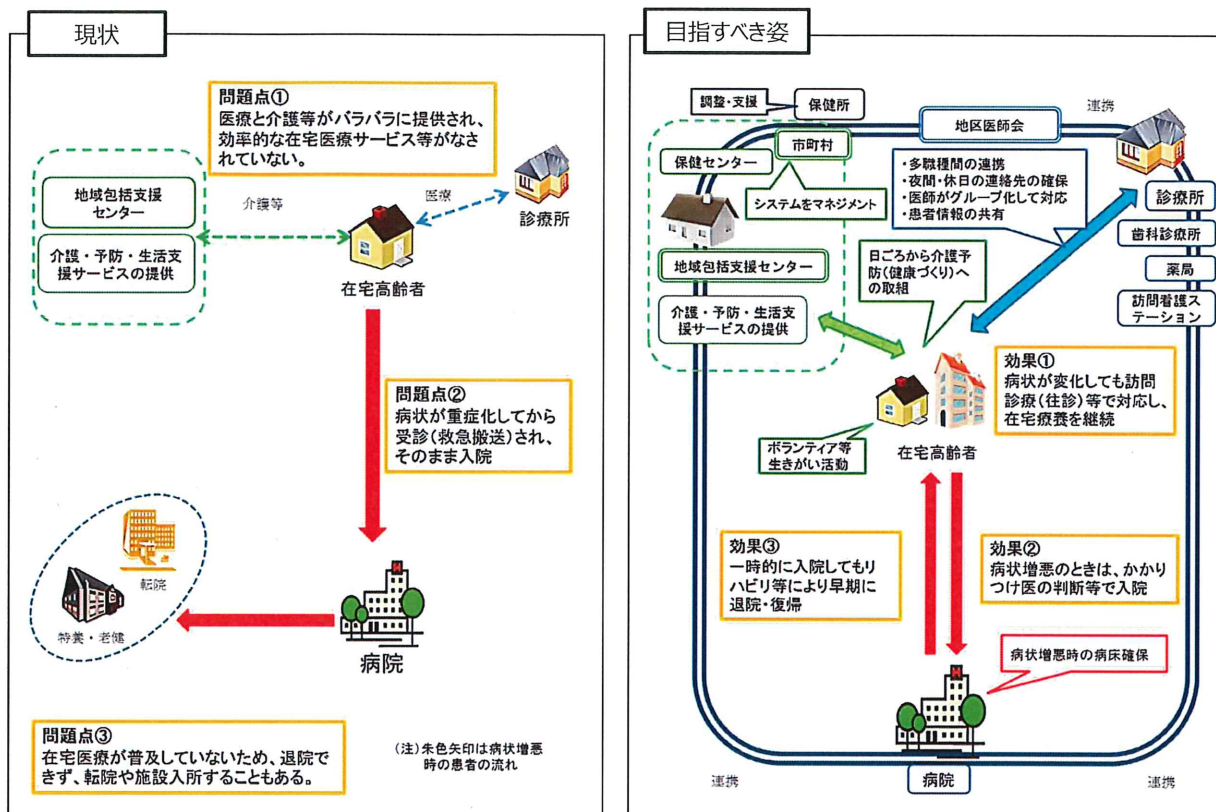


資料：厚生労働省

(3) 地域包括ケアモデル事業の実施

- 本県における地域包括ケアシステムのあるべき姿やその構築の進め方等を明らかにするため、平成24年度に、医療・介護・福祉関係団体の代表者や有識者を委員とした「あいちの地域包括ケアを考える懇談会」を設置し、平成26年1月に「地域包括ケアシステム構築に向けた提言」がとりまとめられた。

- 提言において指摘された本県の現状と目指すべき姿は、以下のとおりである。



- この提言では、地域包括ケアシステムの核となる在宅医療提供体制の整備や、医療と介護の連携について、市町村と一緒に中心となる役割を果たす機関に着目した3つのモデルと、今後大幅に増加することが見込まれる認知症に対応したモデルの計4つのモデル事業を実施し、その成果や課題を他の地域の参考にしてもらい、取組を促進させることが有効であると示された。

<モデルの説明>

地区医師会モデル
在宅医療を提供する医師が複数いる地域で、地区医師会と市町村が中心となって、診療所のグループ化などにより在宅医療提供体制を整えるとともに、医療・介護・予防・生活支援を担う各関係職種が連携するモデル。
訪問看護ステーションモデル
在宅医療を提供する医師が限られている地域で、医療・介護の双方に通じた訪問看護ステーションが中心となって高齢者の在宅療養を支えるモデル。
医療・介護等一体提供モデル
医療・介護に係る複数の事業所を持つ法人（又は法人グループ）が一体的にサービスを提供しながら、市町村、地区医師会と協議の場を持ち、地域包括ケアの方向性を共有しながら、システムを構築していくモデル。
認知症対応モデル
地域包括ケアシステムの枠組みの中で安心して暮らすことができるよう、関係者の認知症対応力の向上を図るなど、認知症対応に重点を置いたモデル。

- こうしたことから本県では、平成 26 年度から 28 年度までの 3 年間、モデル事業を実施するとともに、その実施状況について報告会等を開催して、市町村や医療・介護関係者、県民の方々等に対してこの取組の成果等を広く周知した。

<モデル事業実施市町村>

モデル	箇所数	実施市町村
地区医師会モデル	3 箇所	安城市、豊川市、田原市
訪問看護ステーションモデル	1 箇所	新城市
医療・介護等一体提供モデル	1 箇所	豊明市
認知症対応モデル	1 箇所	半田市

< 3年間の主な取組 >

年度	主な取組内容
26	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係機関のネットワーク化（関係機関連絡会議、地域ケア会議の開催等） ・ 医療と介護の連携（ICTを活用した情報共有、多職種の研修、普及啓発等） ・ 認知症に関する多職種の研修、普及啓発〈認知症対応モデル〉 等
27	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1年目の取組の継続 ・ 介護予防の取組（介護予防のための通いの場を開催等） ・ 生活支援サービスの強化策の取組の検討・実施 ・ 要介護等の高齢者の住まいの課題に対する具体策の検討 ・ 認知症に対応した新たな取組（認知症カフェの設置等）〈認知症対応モデル〉 等
28	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1、2年目の取組の継続 ・ 生活支援サービスの強化策の実施 ・ 要介護等の高齢者の住まいの課題に対する具体策の検討・実施 ・ 認知症に対応した取組の充実〈認知症対応モデル〉 等

<報告会の実施状況>

年度	会議名	開催日	開催場所	内 容	参加者数
26	事業説明会	平成 26 年 6 月 30 日	ウィル あいち	・モデル事業について（安城市、豊川市、田原市、新城市、豊明市、半田市）	303 名
	中間報告会	平成 26 年 10 月 31 日	愛知県 自治 研修所	・モデル事業の取組（安城市、豊川市、田原市、新城市、豊明市、半田市） ・講演「地域包括ケアの考え方」産業医科大学医学部 松田晋哉教授	172 名
	活動成果報告会	平成 27 年 3 月 23 日	ウィル あいち	・モデル事業の取組（豊明市、半田市） ・広島県尾道市公立みつぎ総合病院の取組	397 名
		平成 27 年 3 月 24 日	豊橋市 公会堂	・モデル事業の取組（豊川市、田原市、新城市） ・長野県川上村の取組	150 名
		平成 27 年 3 月 27 日	刈谷市 産業振興 センター	・モデル事業の取組（安城市） ・三重県名張市の取組	207 名
27	中間報告会	平成 27 年 10 月 29 日	ウィル あいち	・モデル事業の取組（安城市、豊川市、田原市、新城市、豊明市、半田市）	148 名
	活動成果報告会	平成 28 年 3 月 23 日	豊橋市 公会堂	・モデル事業の取組（豊川市、田原市、新城市） ・三重県四日市市の取組	180 名
		平成 28 年 3 月 24 日	吹上 ホール	・モデル事業の取組（安城市、豊明市、半田市） ・東京都武蔵野市の取組	261 名
28	中間報告会	平成 28 年 10 月 28 日	ウィル あいち	・モデル事業の取組（安城市、豊川市、田原市、新城市、豊明市、半田市）	146 名
	活動成果報告会	平成 29 年 3 月 21 日	吹上 ホール	・モデル事業の取組（安城市、豊明市、半田市） ・さわやか福祉財団の取組	255 名
		平成 29 年 3 月 23 日	豊橋市 公会堂	・モデル事業の取組（豊川市、田原市、新城市） ・全国コミュニティライフサポートセンターの取組	149 名

出席者は、市町村職員、医療・介護・福祉等団体関係者、地域包括支援センター職員、一般県民等

<報告会の様子>



地域包括ケアモデル事業活動成果報告会（平成 27 年 3 月 23 日ウィルあいち）

<あいちの地域包括ケアを考える懇談会の開催状況>

年度	開催状況	
24	第 1 回（平成 24 年 6 月 12 日） 第 2 回（平成 25 年 3 月 26 日）	<ul style="list-style-type: none"> ・愛知県における地域包括ケアシステム構築に向けた取組の検討 ・「地域包括ケアシステム構築に向けた提言」のとりまとめ
25	第 1 回（平成 25 年 10 月 7 日） 第 2 回（平成 25 年 12 月 25 日） 第 3 回（平成 26 年 1 月 31 日）	
26	第 1 回（平成 27 年 2 月 10 日）	<ul style="list-style-type: none"> ・「地域包括ケアモデル事業」の評価
27	第 1 回（平成 28 年 2 月 4 日）	
28	第 1 回（平成 29 年 2 月 13 日）	

Ⅲ一般介護予防事業
5. 地域リハビリテーション活動支援事業

(単位:市町村数)

都道府県名	(1)地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況 ⁵⁾			(2)市町村からの専門職の派遣依頼の実施状況												
	(単位:市町村数)			専門職の派遣の有無												
	計	実施「有」の市町村数	実施「無」の市町村数	派遣「有」の市町村数	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士	その他	
全国	1,741	1,178	563	1,206	218	186	465	218	304	1,076	814	364	604	582	380	
北海道	179	95	84	97	11	5	19	12	15	68	70	38	21	26	17	
青森県	40	24	16	27	5	6	9	4	7	21	13	4	11	9	8	
岩手県	33	21	12	21	4	1	8	3	10	20	16	4	8	10	5	
宮城県	35	26	9	26	3	5	11	4	8	25	19	12	13	10	8	
秋田県	25	10	15	10	1	2	1	3	4	6	3	1	5	5	4	
山形県	35	20	15	20	4	1	15	4	6	16	18	11	16	18	7	
福島県	59	30	29	31	4	2	21	6	6	30	25	21	24	25	9	
茨城県	44	28	16	28	6	3	7	5	8	26	19	12	5	9	6	
栃木県	25	18	7	18	2	2	2	2	4	13	9	5	12	9	7	
群馬県	35	26	9	26	8	7	12	3	4	25	17	9	12	16	7	
埼玉県	63	53	10	55	13	15	33	2	11	53	40	15	40	29	17	
千葉県	54	40	14	41	7	9	11	5	12	38	23	8	16	17	6	
東京都	62	41	21	41	8	6	8	6	9	40	24	15	18	14	13	
神奈川県	33	16	17	18	4	1	3	5	2	18	9	5	9	5	5	
新潟県	30	22	8	22	6	4	12	5	6	18	18	13	12	14	6	
富山県	15	15	0	15	5	3	11	7	4	15	15	8	12	9	9	
石川県	19	13	6	13	1	2	5	2	2	12	13	2	5	7	2	
福井県	17	12	5	12	5	2	8	3	7	12	9	6	8	7	7	
山梨県	27	21	6	21	5	7	8	6	9	18	15	5	12	9	11	
長野県	77	48	29	49	4	5	7	7	6	43	16	5	10	12	12	
岐阜県	42	21	21	21	5	6	6	1	4	20	5	2	9	12	6	
静岡県	35	32	3	32	2	3	8	7	7	32	18	4	18	17	6	
愛知県	54	43	11	43	7	9	11	6	9	40	21	10	16	15	17	
三重県	29	17	12	18	4	2	10	3	4	15	12	5	14	14	5	
滋賀県	19	17	2	17	2	1	5	3	6	14	14	4	12	11	6	
京都府	26	16	10	17	3	5	5	2	2	12	12	1	7	3	2	
大阪府	43	33	10	33	5	3	9	5	8	30	25	10	23	21	9	
兵庫県	41	37	4	39	16	14	23	13	21	35	36	12	26	21	16	
奈良県	39	23	16	25	1	2	5	3	4	19	16	1	11	10	8	
和歌山県	30	18	12	18	2	1	10	4	4	16	10	4	9	8	7	
鳥取県	19	8	11	9	5	5	5	1	4	9	6	2	2	4	3	
島根県	19	15	4	16	3	1	9	3	5	14	15	8	8	11	7	
岡山県	27	21	6	20	3	1	7	4	3	17	11	4	8	7	3	
広島県	23	19	4	21	8	9	9	6	8	20	13	7	10	10	10	
山口県	19	13	6	14	2	2	2	3	3	14	12	6	5	2	7	
徳島県	24	15	9	15	0	1	0	1	2	15	4	2	3	2	1	
香川県	17	9	8	10	3	4	4	4	6	8	8	2	5	4	4	
愛媛県	20	16	4	16	3	1	9	6	2	14	12	4	10	6	3	
高知県	34	25	9	26	9	1	18	6	11	25	14	10	13	18	11	
福岡県	60	39	21	40	7	5	12	13	10	32	30	12	23	25	20	
佐賀県	20	16	4	16	3	4	10	2	6	16	15	6	11	11	7	
長崎県	21	14	7	14	4	8	10	3	5	13	10	4	8	8	8	
熊本県	45	36	9	36	3	1	16	8	9	35	26	8	16	15	11	
大分県	18	17	1	17	6	2	14	6	8	17	17	9	16	17	8	
宮崎県	26	18	8	18	1	3	14	3	3	18	14	10	14	12	5	
鹿児島県	43	35	8	38	4	3	12	8	6	35	31	8	25	24	17	
沖縄県	41	26	15	26	1	1	11	0	4	24	16	10	13	14	7	

5) 専門職の派遣実績のない市町村は実施「無」として集計した。

3 理学療法士、作業療法士、その他

【現状と課題】

現 状	課 題
1 理学療法士、作業療法士 <ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働省の平成28年病院報告によれば、本県の病院に勤務している理学療法士は常勤換算で3,425.8人（人口10万対45.6人、全国平均58.5人）、作業療法士は1,898.2人（人口10万対25.3人、全国平均34.6人）となっています。 ○ 県内には、平成29(2017)年4月1日現在、理学療法士の養成施設が18施設（入学定員950人）、作業療法士が13施設（入学定員480人）あります。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 理学療法士及び作業療法士は、人口の高齢化の進展に伴い、介護保険法等による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業等で、今後ますます需要が多くなることから、質的、量的充実が求められます。
2 歯科衛生士、歯科技工士 <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成28年度衛生行政報告例(厚生労働省)によると、平成28(2016)年末現在、本県に就業している歯科衛生士は5,675人（人口10万対75.6人、全国平均97.6人）で、このうち95.5%が病院、診療所に勤務しています。 ○ 歯科技工士は1,562人（人口10万対20.8人、全国平均27.3人）で、主な就業先は歯科技工所が80.2%、病院・歯科診療所が19.4%となっています。 ○ 県内には、平成29(2017)年4月1日現在、歯科衛生士の養成施設は10施設（入学定員562人）あります。歯科技工士の養成施設は3施設（入学定員105人）ありますが、入学定員に対する充足率が59.0%と大きく定員割れをしている状況です。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会構造や医療ニーズの変化等に伴い、歯科衛生士の担う業務が多様化、高度化してきており、資質の向上と人材の確保が求められています。 ○ 歯科衛生士の確保のため、早期離職の防止と未就労歯科衛生士の再就労を支援する必要があります。 ○ 歯科技工士は、全国的に人手不足の傾向が続く中、人材の確保が課題となっています。
3 診療放射線技師等 <ul style="list-style-type: none"> ○ 上記以外に保健医療関係の資格制度として、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、あん摩マッサージ指圧師等があります。（表9-3-1） 	

【今後の方策】

- 医師や看護師を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるよう、資質の高い保健医療従事者の養成を推進します。

表9-3-1 病院の従事者状況（毎年10月1日時点）

職 種	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
理学療法士	1,488.4	1,646.2	1,830.6	1,977.8	2,214.1	2,450.3	2,651.7
作業療法士	797.4	900.5	983.6	1,116.3	1,257.2	1,348.3	1,476.4
視能訓練士	146.2	158.9	180.0	197.1	206.5	214.6	230.6
言語聴覚士	299.4	352.5	382.3	427.9	500.6	531.4	595.9
義肢装具士	4.7	4.8	4.5	4.6	4.5	4.6	6.6
歯科衛生士	216.6	222.5	225.8	236.5	237.5	237.1	246.8
歯科技工士	37.0	41.0	39.0	38.0	38.0	36.4	36.2
診療放射線技師	1,751.9	1,817.8	1,850.7	1,891.2	1,918.1	1,978.7	2,046.1
診療エックス線技師	5.4	7.1	6.3	4.3	4.2	4.1	4.2
臨床検査技師	2,320.1	2,330.9	2,354.2	2,434.7	2,456.4	2,451.4	2,526.6
臨床工学技士	491.0	535.2	592.5	617.8	676.5	699	735.2
あん摩マッサージ指圧師	138.6	118.8	120.6	103.7	89.1	77.2	66.2

職 種	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	本県養成施設	
					施設数	定員数
理学療法士	2,889	3,098.9	3,251.1	3,425.8	18施設	定員950人
作業療法士	1,563.7	1,690.8	1,762	1,898.2	13	480
視能訓練士	240.1	241	257.4	267.8	2	60
言語聴覚士	643.9	693.1	749	797.9	5	220
義肢装具士	4.6	6.5	5.4	4.4	1	30
歯科衛生士	257.1	272.1	289.7	299.6	10	562
歯科技工士	33.1	34.1	35.1	33.1	3	105
診療放射線技師	2,102.6	2,159.9	2,204.9	2,280.1	3	175
診療エックス線技師	4.1	3.1	3.2	3.2	-	-
臨床検査技師	2,602.7	2,613.7	2,642.8	2,705.7	-	-
臨床工学技士	797.1	849.7	909.7	958	4	210
あん摩マッサージ指圧師	63.5	52.5	52.1	47	4	116

資料：病院報告（厚生労働省） 単位：人（常勤換算）

但し、養成施設については愛知県健康福祉部調べ（平成29年4月1日現在）



NEWS

名女ニュース

2021.03.15 お知らせ

社会医療法人宏潤会との協定締結について

学校法人越原学園と社会医療法人宏潤会は、令和3年3月5日に「相互協力に関する協定」を締結しました。

この協定締結は、教育・保健・医療・福祉の振興、実習・共同研究・研修等の学術協力等に関して包括的な連携のもと、継続的な相互協力を推進することにより、健やかで心豊かに生活できる地域社会の実現に寄与することを目的とするものです。



[一覧はこちら](#)

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

平成29年2月7日 厚生労働省 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

「地域共生社会」とは

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

地域丸ごとのつながりの強化

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正

- ◆市町村による包括的支援体制の制度化
- ◆共生型サービスの創設 など

平成30(2018)年：

- ◆介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価 など
- ◆生活困窮者自立支援制度の強化

平成31(2019)年以降：
更なる制度見直し

2020年代初頭：
全面展開

【検討課題】

- ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
- ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③共通基礎課程の創設 等

第2章 第三次作業療法5ヵ年戦略（2018-2022）

I. 本計画に係る直近の施策動向

本計画のうち、施策動向で作業療法（士）に関係する直近の施策動向を、下記2つに絞って概観するが、それらは2025年の地域包括ケアシステムの構築に向けて一体化する様相を見せている。

1. 高齢者だけでなくすべての住民を対象に深化した「地域包括ケアシステム」

「地域包括ケアシステム」という言葉は、2003年の高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』で用いられたものであるが、2005年介護保険法改正時に「地域包括ケア体制整備」という表現で、「地域包括ケアの考え方」と「地域包括支援センターの創設と役割」が示されたことを契機に、幾度かの法改正においても継続的に言及されながら、2013年「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」において「今後の高齢化の進展に対応して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、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をいう。）を構築すること」と明示され、高齢者を対象とした施策として位置付けられた。

しかし、その一方で、2012年の『地域包括ケア研究会報告書』では「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、地域のすべて住民にとっての仕組みである」、「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まず重要である」などと提言されており、2016年7月、厚生労働省は『地域共生社会』という新しい地域福祉の概念を公表、大臣直轄でその実現に向けた検討が開始された。

この点について、2016年10月『平成28年版厚生労働白書』の刊行にあたっての前文では「地域包括ケアは、これまで高齢者施策の文脈で語られることが多かったわけですが、その目指す姿は文字通り『地域まるごとの支援』です。制度はいろいろあっても、住民にとって、地域は一つです。『地域包括ケア』を、『地域』という面で今一度、考えていきたいと思えます。そして、高齢者施策の問題にとどめることなく、すべての住民のための仕組みに深化させたいと思えます。」と記載されており、当初は高齢者対策とされた「地域包括ケアシステム」が、高齢者を含めた地域住民全体を対象とする施策として位置付けられた。

このことによって国は、医療制度、介護保険制度、障害者制度等の相互関係性を強化する施策を示し、その実質的な担い手である都道府県ならびに市町村は、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて、住民すべてのための「地域包括ケアシステム」を作り上げていくこととなった。

2017年「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では「地域包括ケアシステムの深化・推進」が掲げられ、その内容として、

1. 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）
 2. 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）
 3. 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）
- の3項目が示された。また、2017年2月8日「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」においても「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が明示された。

このように、高齢者への対応から始まった「地域包括ケアシステム」は、従来の高齢者や子ども、身体障害、精神障害、知的障害などの対象者ごとに制度化されてきた各々のサービスを、それぞれの地域実情を前提に一体化するための方策であり、都道府県ならびに市町村が、それぞれの地域が抱えている地域課題に対して、すべての住民を対象に制度横断的な対応体制を整備していくこととなった。

その具体例として、2018年度から概ね3年の期間ごとで設定されていく各都道府県の医療計画（その一部として「地域医療構想」が位置付けられ、その実現のために「協議の場」を構想区域ごとに設置することになった。）、介護保険事業（支援）計画、障害福祉計画・障害児福祉計画とそれに対応した市町村の各計画が整合性を確保していく動きが始まっている。さらには、東日本大震災の経験をもとに災害支援の視点から地域包括ケ

アシシステムの姿を検討する必要性も指摘されている。

また、2018年度の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定も、2025年を目処とした地域包括ケアシステムの構築に向けた改定内容となっている。

2. 「理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」の動き

2018年3月14日、厚生労働大臣が医道審議会理学療法士作業療法士分科会（以下、分科会）に対して理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則を改正することについての意見を求め（諮問）、同年3月15日に分科会としての意見が提出された（答申）。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-idou.html?tid=127800>)

このことによって、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令が発効し、2019年4月1日から施行（第2条第1項第5号及び第3条第1項第4号の改正規定は2022年4月1日から施行）されることとなった。

今回の改正内容は、2017年6月26日から12月25日までの間に5回開催された厚生労働省「理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会」での検討結果が反映されているが、高度化する医療、地域包括ケアシステムへの対応、障害者の自立支援・就労支援に対応する作業療法士の教育を、養成教育の段階から推進するため、カリキュラム、臨床実習指導者の要件も含めた臨床教育のあり方、専任教員の要件等の見直しが行われることとなった。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=452033>)

II. 本計画の構成

この計画は、「地域包括ケアシステムへの寄与」を5年間の目標とし、その目標の達成に向けた53項目の具体的行動目標で構成されている。53項目の一覧は本文末に示した（表1）。その中で、重点的に取り組む事項として、「共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進」と「地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化」の2つが設定されている。なお、本計画を前期と後期の2期に分け、開始から3年目には各項目の進捗状況を確認・点検し、必要に応じて該当する項目の見直しを行うこととする。

III. 本計画における重点事項と具体的行動目標

1. 重点事項

本計画の重点的スローガンである「地域包括ケアシステムへの寄与」を推進していくための重点事項として、「共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進」と「地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化」の2つを掲げ、それぞれに対応する具体的項目を設定した（図1）。

2. 具体的行動目標

具体的行動目標は、定款第4条に掲げられた事業を大項目とし、定款施行規則第31条に示される部門の業務分掌事項に準じて整理している。以下、大項目に沿って内容を説明する。

(1) 作業療法の学術の発展に関する事業

○作業療法の臨床領域における専門基準に関すること

1. 「作業療法ガイドライン（2018年版）」（これまでの作業療法ガイドラインと作業療法ガイドライン実践指針の内容を統合したもの）を発行する（新規）
2. 2018年度社員総会に「作業療法の定義」改定案を提出する（新規）
3. 従来事例、MTDLP事例の集積分析及び適用方法について検討し、学術的利用のための方向性を示す（新規）

地域包括ケアシステムへの寄与(「第三次作業療法5ヵ年戦略」重点事項)

共生社会の実現に向けた、地域を基盤とする包括的ケアにおける作業療法の活用推進	
地域包括ケアシステムにおける作業療法に関すること	
地域包括ケアシステムにおいて、医療介護連携のみならず、障害児・者にも対応できる作業療法(士)促進のための方策を提示する (21)	
地域包括ケアシステムにおいて、認知症の状態に応じた作業療法の役割を明示することのできる評価ツールと介入手段を提示する (22)	
生活行為向上マネジメントの予防事業への応用について示し、一般高齢者の介護予防として普及する (23)	
市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業(「総合事業」)への参画促進のための方策を提示する (24)	
精神障害にも対応する地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方を学術的観点からも検討し、提示する (25)	
保健・福祉・教育における地域生活支援に関すること	
作業療法士による就労支援実績と支援モデルを提示し、他職種、他団体との交流を図る (27)	
児童福祉法、障害者総合支援法における障害福祉サービス事業等への作業療法士配置促進のための方策を提言する (29)	
学校教育領域への作業療法士の参画促進のための現状分析と人材育成を進め、その方策を提言する (30)	
地域共生社会に寄与する作業療法士を養成する教育の整備と強化	
「作業療法教育ガイドライン」ならびに「作業療法臨床実習指針」の改定発行とその周知を図る (8)	
学校養成施設指定規則等の改定に対応した教員資格取得研修のプログラム(MTDLP推進含む)を作成し、研修会を実施する (9)	
学校養成施設指定規則等の改定に対応した臨床実習指導者資格取得研修のプログラム(MTDLP推進含む)を作成し、研修会を実施する (10)	
臨床実習共用試験を検討し、試行する (12)	
国際基準に合致した作業療法教育水準に向けた方策を検討する(14)	

() 内は具体的行動目標番号

図1 「第三次作業療法5ヵ年戦略」重点事項

「作業療法ガイドライン」は作業療法(士)業務指針の意味付けで1991年に初版が作成され、以降作業療法を取り巻く社会情勢や制度の変化に対応して概ね5年ごとに見直しを重ね、他職種・関連諸機関に作業療法の内容を示す資料としても利用されてきた。「作業療法ガイドライン実践指針」については、作業療法士向けに「作業療法ガイドライン」に記載されている業務を遂行するための具体的な説明、作業療法事例などを提示したもので、2008年に初版を作成し、2013年度に改訂版を作成した。

他方、このところ「作業療法マニュアル」や「疾患別ガイドライン」など作業療法の具体的な内容に関するものが順次発行されてきている。このような状況を踏まえると、今までの「作業療法ガイドライン」「作業療法ガイドライン実践指針」を統合して「作業療法ガイドライン」を作成することとし、「作業療法の定義」改定案が社員総会で承認されれば、新たな定義を組み入れて編集・発行を目指す。

作業療法への多様化するニーズや作業療法士の活躍の場の拡大が読み取れるような作業療法定義の必要性から、定義改定の作業を進めてきたところである。2017年度は社員総会での審議を見送り、歴代会長など学識経験者へのヒアリング、理事会での検討等を重ねてきた。2017年度第12回理事会で第6次草案が最終案として承認され、2018年度社員総会に諮られることとなった。これは「理学療法士及び作業療法士法」(昭和40年6月29日法律第137号)の改正やさらなる職域拡大にもつながる可能性のある重要事項である。

事例報告登録制度は、①会員の作業療法実践の質的向上を図る、②報告の分析によって作業療法成果の根拠資料を作成する、③報告の提示によって作業療法実践の成果を内外に示す、という目的によって2005年より開始され、2015年度には生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance: 以下MTDLP)事例の登録も開始されているところであるが、作業療法成果の根拠資料とするには、登録形式や審査等における課題も指摘されている。従来事例、MTDLP事例の学術的利用の可能性とその方法につ

いて検討し、今後の事例報告登録制度およびその利活用について方向性を示す。

○学会の企画・運営に関すること

4. 今後の学会について、国際化、専門分化、多職種連携等の見地から検討し、そのあり方を提示する（継続）

学会の企画には研修・教育を目的とした講演やセミナー等が多く含まれていたが、これからは発表を中心とした学術的議論の場に集約する方向へ転換を図りたい。その上で、英語セッションや国際シンポジウムを継続し国際化を推進すること、専門分化や多職種連携のあり方を検討していくことが必要となる。

○学術資料の作成と収集に関すること

5. 生活行為向上マネジメントの成果とその根拠を分析し、マニュアル、ガイドライン等に反映させる（継続）

事例分析、課題研究助成制度、その他研究の成果によってMTDLPの適用範囲や効果を検証して学術的基盤を確立し、「作業療法ガイドライン」に明示する。高齢者の生活支援のみでなく、多くの領域でMTDLPを活用した事例を集積し、「作業療法マニュアル」や「疾患別ガイドライン」でも効果を示してゆく。

○学術雑誌の編集と論文表彰に関すること

6. Asian Journal of Occupational Therapy の査読・編集体制を強化する（継続）

査読者の増員、編集委員会の開催など編集体制を強化し、質の保証とともに国際誌としての地位を高めていく。

○その他学術に関すること

7. 協会としての組織的学術研究体制を整備し運用する（新規）

①作業療法の学術的発展、②政策提言の根拠となる情報を収集して作業療法の有効利用を促進、という2つの目標のため、組織的学術研究体制を整備する。課題研究助成制度は、作業療法の学術的発展のために通常業務として継続するが、そのあり方は継続した検討が必要である。今後、登録団体を設けての研究委託、関連学会との連携など幅広い手段で作業療法の学術的発展および有効活用のための組織的・継続的な学術研究体制を整備する。

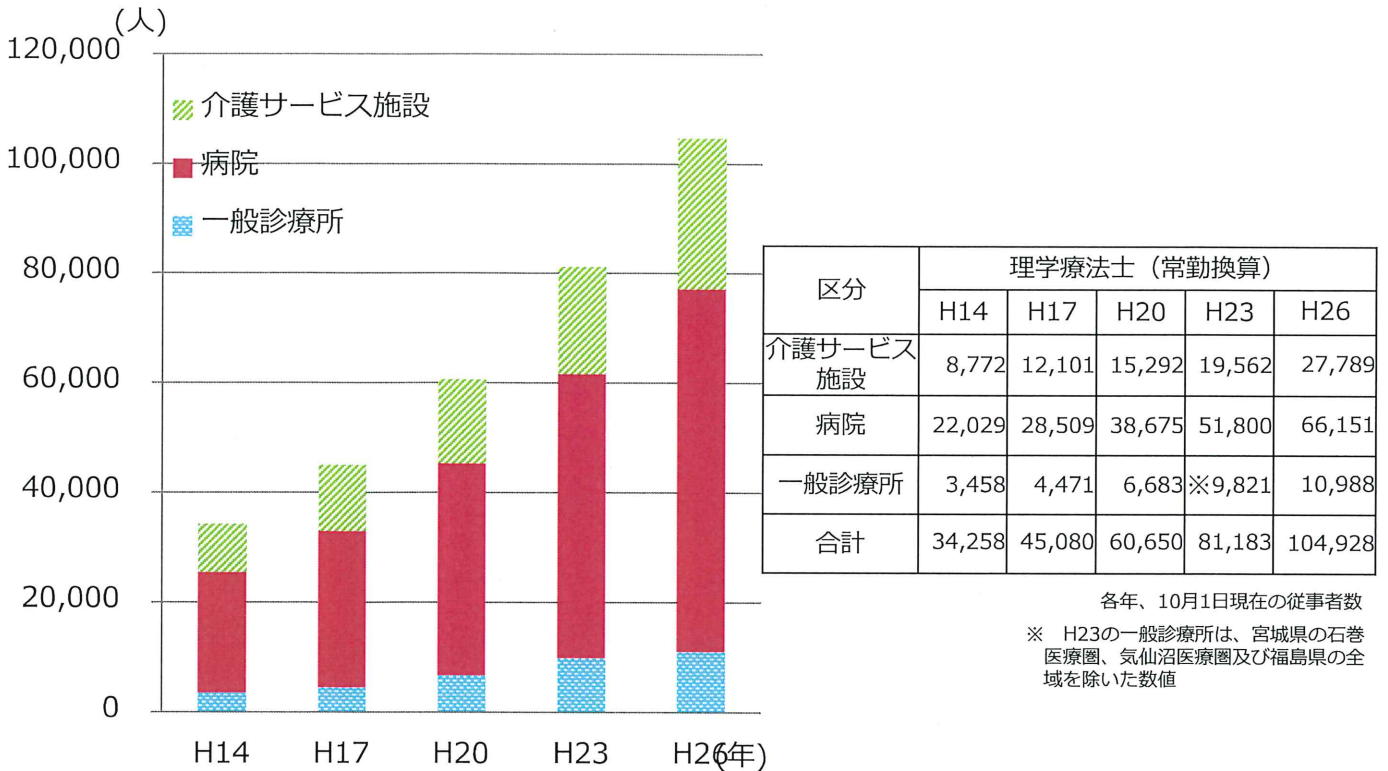
(2) 作業療法士の技能の向上に関する事業

○養成教育の制度と基準に関すること

8. 「作業療法教育ガイドライン」ならびに「作業療法臨床実習指針」の改定発行とその周知を図る（継続）
9. 学校養成施設指定規則等の改定に対応した専任教員養成講習会のプログラム（MTDLP推進含む）を作成し、講習会を実施する（新規）
10. 学校養成施設指定規則等の改定に対応した臨床実習指導者講習会のプログラム（MTDLP推進含む）を作成し、講習会を実施する（新規）
11. 『作業療法士学校養成施設連絡会（仮）』設置し、指定規則等の改定に対応する（新規）
12. 臨床実習共用試験を検討し、試行する（新規）
13. 作業療法学全書を改訂し、発行を開始する（新規）
14. 国際基準に合致した作業療法教育水準に向けた方策を検討する（新規）

2019年4月1日から施行（第2条第1項第5号及び第3条第1項第4号の改正規定は2022年4月1日から施行）される理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部を改正する省令に対応するために、「作

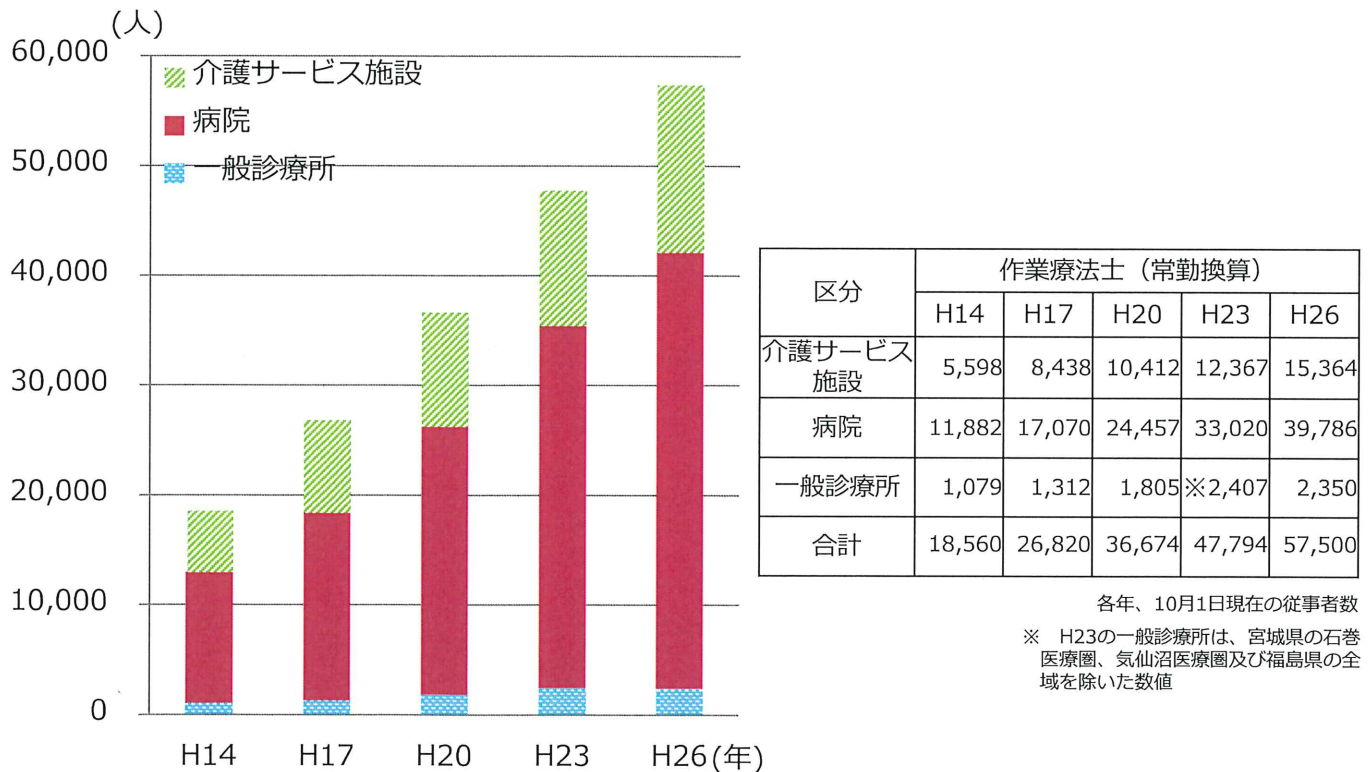
理学療法士従事者数の年次推移（常勤換算）



※介護サービス施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、訪問看護ステーション、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、特定施設入所者生活介護

出典：「医療施設調査」、「病院報告」、及び「介護サービス施設・事業所調査」

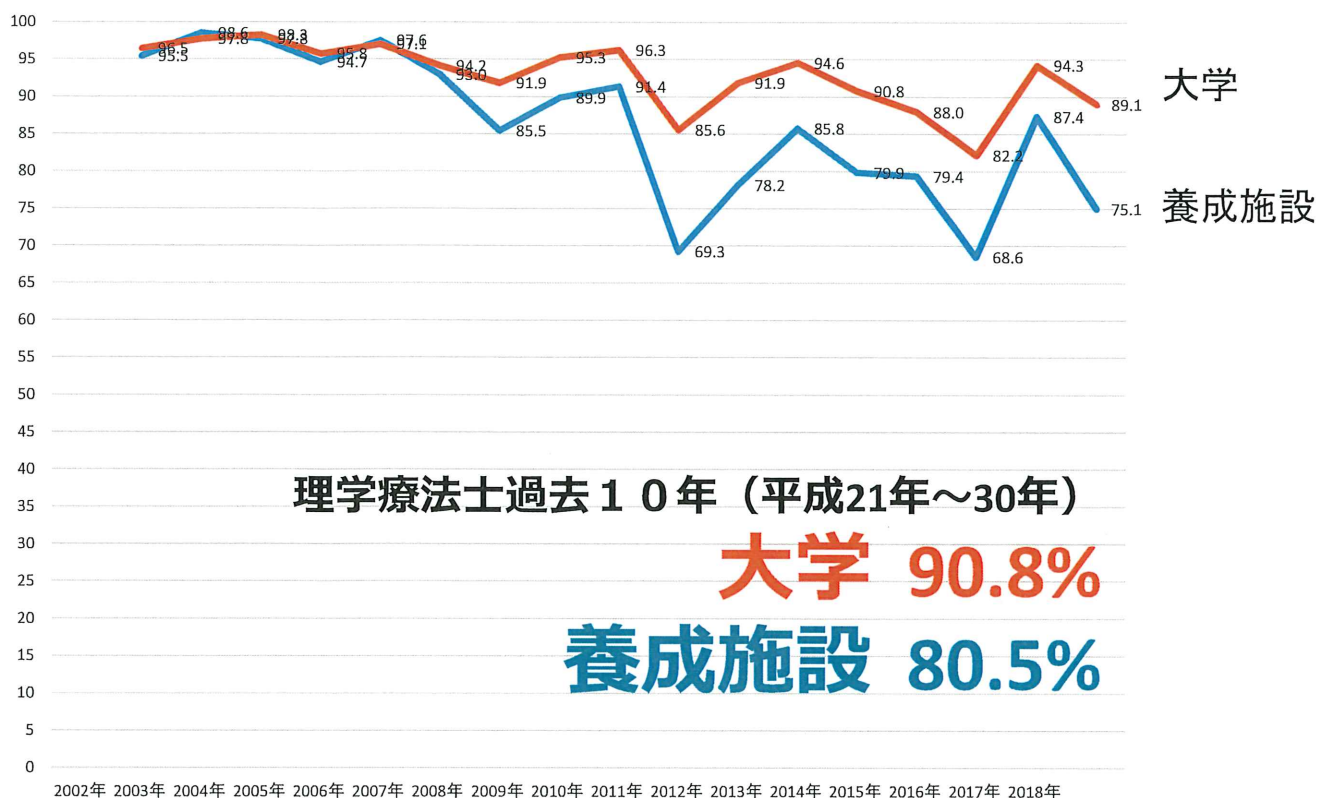
作業療法士従事者数の年次推移（常勤換算）



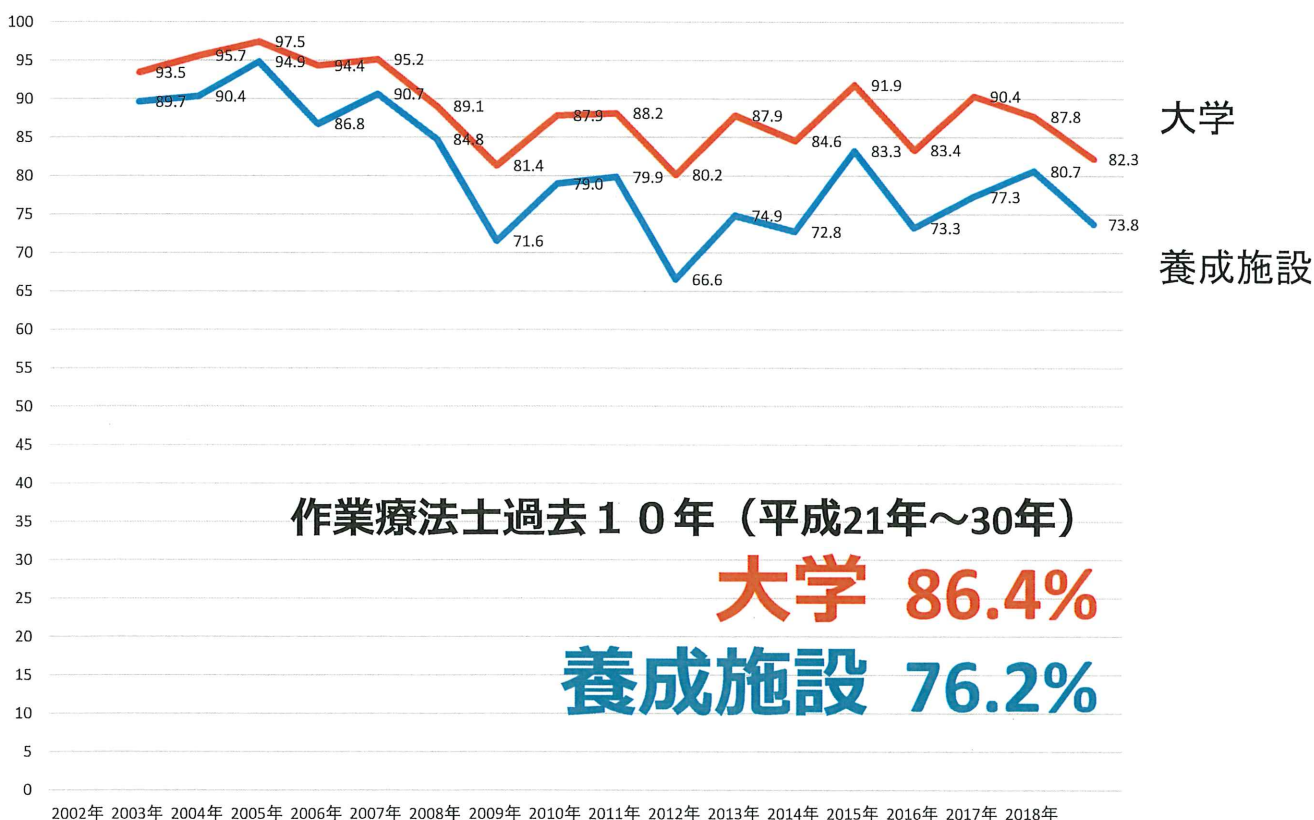
※介護サービス施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、訪問看護ステーション、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、特定施設入所者生活介護

出典：「医療施設調査」、「病院報告」、及び「介護サービス施設・事業所調査」

理学療法士の国家試験合格率



作業療法士の国家試験合格率



【質の低下関係】

- 最近の新卒者を見ていると、質が非常に厳しいと感じられる。新卒者の就業先選定が質に影響しているのか。(第1回)
- 理学療法士の養成の質の低下が懸念されていることから、今後、理学療法士の質に関しても検討を進めていくことが重要である。(第2回)
- 理学療法学教育は、4年制大学教育で約40%なされており、質の担保の観点からも、大学教育体制が望ましいのではないかと。(第2回)
- 各種学校の質について、教員のうち、関東近圏の我々の知り得る専門学校の教員の学位の取得状況等を見ると、極端な差がある。(第2回)

【質の向上関係】

- 大学教育では、最終学年に卒業研究を位置づけ、必修科目としている大学が81%、うち研究発表会を実施し、論文集を作成しているのが82%という、高い数字が見られている。いわゆる研究マインドを身につけた、質の高い理学療法士を輩出しているのではないかと。(第2回)
- 研究職、教育職を目指す理学療法士も増加しつつあり、社会貢献と理学療法学の質の向上にもつながっているのではないかと。(第2回)
- より良い教育を実施して、社会に貢献できる理学療法士を輩出するために、教員の質も維持・向上していく必要がある。(第2回)

中部

下の表は横にスクロールできます。

都道府県	学校名	所管	設置主体		理学療法士 () は募集停止中			
			種別	名称	定員 昼	年 限	定員 夜	年 限
富山	富山医療福祉専門学校 □	厚生	社会福祉法人	周山会	30	4		
富山	富山リハビリテーション医療福祉大学校 □	厚生	学校法人	青池学園	40	4		
石川	専門学校金沢リハビリテーションカレッジ □	厚生	学校法人	エンチャリカレッジ	40	3		
石川	金沢大学医薬保健学域保健学類理学療法専攻 □	文科	国立大学法人	金沢大学	20	4		
石川	国際医療福祉専門学校七尾校 □	厚生	学校法人	阿弥陀寺教育学園	35	3		
石川	金城大学医療健康学部理学療法学科 □	文科	学校法人	金城学園	60	4		
福井	若狭医療福祉専門学校 □	厚生	学校法人	青池学園	(40)	4		
福井	福井医療短期大学リハビリテーション学科理学療法専攻 □	文科	学校法人	新田塚学園	(50)	3		
福井	福井医療大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法専攻 □	文科	学校法人	新田塚学園	50	4		
岐阜	中部学院大学看護リハビリテーション学部理学療法学科 □	文科	学校法人	岐阜済美学院	60	4		
岐阜	平成医療短期大学リハビリテーション学科理学療法専攻 □	文科	学校法人	誠広学園	80	3		
岐阜	岐阜保健大学リハビリテーション学部理学療法学科 □	文科	学校法人	豊田学園	60	4		
静岡	静岡医療科学専門学校 □	厚生	医療法人社団	明徳会	60	3		
静岡	聖隷クリスティア大学リハビリテーション学部理学療法学科 □	文科	学校法人	聖隷学園	40	4		
岐阜	専門学校富山リハビリテーション大学	厚生	学校法人	木島学	40	4		

静岡	静岡子供福祉センター 子儀法人	厚生	子儀法人	林岡子園	40	4		
静岡	専門学校白寿医療学院 学校法人	厚生	学校法人	原学園	40	4		
静岡	専門学校中央医療健康大学校 学校法人	厚生	学校法人	鈴木学園	40	4		
静岡	常葉大学健康科学部静岡理学療法学科 学校法人	文科	学校法人	常葉大学	60	4		
静岡	常葉大学保健医療学部理学療法学科 学校法人	文科	学校法人	常葉大学	40	4		
愛知	理学・作業名古屋専門学校 学校法人	厚生	学校法人	たちばな学園	40	4		
愛知	東名古屋病院附属リハビリテーション学院 独立行政法人	厚生	独立行政法人	国立病院機構	20	3		
愛知	中部リハビリテーション専門学校 学校法人	厚生	学校法人	珪山学園	40	3	40	4
愛知	国際医学技術専門学校 学校法人	厚生	学校法人	東洋学園	80	3		
愛知	星城大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科理学療法学専攻 学校法人	文科	学校法人	名古屋石田学園	40	4		
愛知	名古屋大学医学部保健科学理学療法学専攻 国立大学法人	文科	国立大学法人	名古屋大学	20	4		
愛知	中部大学生命健康科学部理学療法学科 学校法人	文科	学校法人	中部大学	40	4		
愛知	専門学校星城大学リハビリテーション学院 学校法人	厚生	学校法人	名古屋石田学園	40	3	40	3
愛知	藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科理学療法専攻 学校法人	文科	学校法人	藤田学園	70	4		
愛知	あいち福祉医療専門学校 学校法人	厚生	学校法人	電波学園	40	3		
愛知	豊橋創造大学保健医療学部理学療法学科 学校法人	文科	学校法人	藤ノ花学園	60	4		
愛知	東海医療科学専門学校 学校法人	厚生	学校法人	ゆい学園	80	3		
愛知	名古屋平成看護医療専門学校 学校法人	厚生	学校法人	平成医療学園	35	4		
愛知	名古屋医専 学校法人	厚生	学校法人	日本教育財団	40	4	(40)	4



愛知	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科理学療法学専攻 □	文科	学校法人	日本福祉大学	40	4		
愛知	愛知医療学院短期大学リハビリテーション学科理学療法学専攻 □	文科	学校法人	佑愛学園	40	3		
愛知	名古屋学院大学リハビリテーション学部理学療法学科 □	文科	学校法人	名古屋学院大学	80	4		
愛知	名古屋医療スポーツ専門学校 □	厚生	学校法人	滋慶コミュニケーションアート	40	3		
三重	専門学校マニカ医療福祉大学校 □	厚生	学校法人	大橋学園	40	4		
三重	鈴鹿医療科学大学保健衛生学部リハビリテーション学科理学療法学専攻 □	文科	学校法人	鈴鹿医療科学大学	40	4		
三重	鈴鹿医療科学大学保健衛生学部理学療法学科	文科	学校法人	鈴鹿医療科学大学	(40)	4		
三重	伊勢志摩リハビリテーション専門学校 □	厚生	学校法人	協栄学園	40	4		

関西

下の表は横にスクロールできます。

都道府県	学校名	所管	設置主体		理学療法士 () は募集停止中			
			種別	名称	定員昼	年限	定員夜	年限
滋賀	びわこリハビリテーション専門職大学 □	文科	学校法人	藍野大学	80	4		
滋賀	滋賀医療技術専門学校 □	厚生	学校法人	藍野大学	(80)	3		
京都	京都大学医学部人間健康科学科先端リハビリテーション科学コース(理学療法学講座) □	文科	国立大学法人	京都大学	40	4		
京都	佛教大学保健医療技術学部理学療法学科 □	文科	学校法人	佛教教育学園	40	4		



▶ 作業療法士とは

▶ 作業療法士の支援を受ける

▶ 作業療法士になるには

◎ 協会について

◎ 入会案内

◎

			横浜市戸塚区品濃町550-1		
神奈川	2002	横浜YMCA学院専門学校	〒231-8458 横浜市中区常盤町1-7	045-641-5785	40名
神奈川	2003	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部リハビリテーション学科	〒238-8522 横須賀市平成町1-10-1	046-828-2500	20名
神奈川	2006	国際医療福祉大学小田原保健医療学部作業療法学科	〒250-8588 小田原市城山1-2-25	0465-21-0361	40名
神奈川	2015	湘南医療大学保健医療学部リハビリテーション学科	〒244-0806 横浜市戸塚区上品濃16-48	045-82-0111	40名

中部

都道府県	開設	名称	住所	電話	定員数
新潟	1995	晴陵リハビリテーション学院	〒940-2138 長岡市大字日越319	0258-47-4690	40名
新潟	2001	新潟医療福祉大学医療技術学部作業療法学科	〒950-3198 新潟市北区島見町1398	025-257-4455	50名
新潟	2013	新潟リハビリテーション大学医療学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒958-0053 村上市上の山2-16	0254-56-8292	20名
富山	1996	富山医療福祉専門学校	〒936-0023 滑川市柳原149-9	076-476-0001	募集停止
富山	2017	富山リハビリテーション医療福祉大学校	〒930-0083 富山県富山市総曲輪4丁目4番5号	076-491-117	40名
石川	1979	金沢大学医薬保健学域保健学類作業療法学専攻	〒920-0942 金沢市小立野5-11-80	076-265-2500	20名
石川	2000	専門学校 金沢リハビリテーションアカデミー	〒921-8032 金沢市清川町2-10	076-280-8151	40名
石川	1999	国際医療福祉専門学校七尾校	〒926-0816 七尾市藤橋町西部1	0767-54-0177	募集停止
石川	2013	金城大学医療健康学部作業療法学科	〒924-8511 白山市笠間町1200	076-276-4400	30名
福井	2017	福井医療大学保健医療学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒910-3190 福井市江上町55字鳥町13-1	0776-59-2200	40名
山梨	2003	健康科学大学健康科学部作業療法学科	〒401-0380 南都留郡富士河口湖町小立7187	0555-83-5200	80名
山梨	2008	帝京科学大学医療科学部作業療法学科	〒409-0193 上野原市ハツ沢2525	0554-63-4411	40名
長野	1983	信州大学医学部保健学科作業療法学専攻	〒390-8621 松本市旭3-1-1	0263-35-4600	18名
長野	2015	長野保健医療大学保健科学部	〒381-2227 長野市川中島町今井原11-1	026-283-6111	40名
岐阜	1993	平成医療専門学校	〒501-1131 岐阜市黒野182	058-234-1199	募集停止
岐阜	1998	サンビレッジ国際医療福祉専門学校	〒503-2413 揖斐郡池田町白鳥104	0585-45-2220	40名
岐阜	2011	岐阜保健大学短期大学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒500-8281 岐阜市東鶉2-92	058-274-5001	30名
岐阜	2014	平成医療短期大学リハビリテーション学科作業療法士専攻	〒501-1131 岐阜市黒野180	058-234-3324	40名
静岡	1996	専門学校静岡医療科学専門学校	〒434-0041 浜松市浜北区平口2000	053-585-1551	30名

◎ 作業療法士とは

◎ 作業療法士の支援を受ける

◎ 作業療法士になるには

◎ 協会について

◎ 入会案内

◎

			名古屋市東区大幸南1-1-20		
愛知	2002	星城大学リハビリテーション学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒476-8588 東海市富貴ノ台2-172	052-601-6000	40名
愛知	2002	理学・作業名古屋専門学校	〒453-0014 名古屋市中村区則武1-1-4	052-454-3500	40名
愛知	2003	国際医学技術専門学校	〒451-0051 名古屋市西区則武新町3-8-26	052-562-0011	40名
愛知	2004	藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒470-1192 豊明市省掛町田楽ヶ窪1-98	0562-93-2000	45名
愛知	2005	あいち福祉医療専門学校	〒456-0002 名古屋市熱田区金山町1-7-13	052-678-8101	40名
愛知	2007	東海医療科学専門学校	〒450-0003 名古屋市中村区名駅南2-7-2	052-588-2977	40名
愛知	2008	日本福祉大学健康科学部リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒475-0012 半田市東生見町26-2	0569-20-0111	40名
愛知	2008	愛知医療学院短期大学リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒452-0931 清須市一場519	052-409-3311	40名
愛知	2008	名古屋医専	〒450-0002 名古屋市中村区名駅4-27-1	052-582-3000	20名
愛知	2010	中部大学生命健康科学部作業療法学科	〒487-8501 春日井市松本町1200	0568-51-1111	40名
愛知	2016	名古屋医健スポーツ専門学校	〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄3-20-3	0120-532-305	40名
三重	1999	ユマニテク医療福祉大学校作業療法学科	〒510-0854 四日市市塩浜本町2-34	059-349-6033	40名
三重	2019	鈴鹿医療科学大学リハビリテーション学科作業療法学専攻	〒510-0293 鈴鹿市岸岡町1001-1	059-383-8991	40名

近畿

都道府県	開設	名称	住所	電話	定員数
滋賀	2020	びわこリハビリテーション専門職大学	〒527-0145 滋賀県東近江市北坂町967	0749-46-2311	40名
京都	1982	京都大学医学部人間健康科学科作業療法学専攻	〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町53	075-751-3906	40名
京都	2006	佛教大学保健医療技術学部作業療法学科	〒603-8301 京都市北区紫野北花ノ坊町96	075-491-2141	40名
京都	2012	京都医健専門学校	〒604-8203 京都市中京区三条通室町西入衣棚町51-2	0120-448-808	40名
京都	2018	京都橘大学	〒607-8175 京都市山科区大宅山田町34	075-571-1111	40名
大阪	1994	大阪府立大学地域保健学域総合リハビリテーション学類作業療法学専攻	〒583-8555 羽曳野市はびきの3-7-30	072-950-2111	25名
大阪	1996	阪奈中央リハビリテーション専門学校	〒575-0013 四條畷市田原台6丁目4番43号	0743-78-8711	40名
大阪	1998	箕面学園福祉保育専門学校	〒563-0037 池田市八王寺1-1-25	072-751-2233	40名
大阪	2000	大阪医専	〒531-0076	06-6452-0110	40名
	2000		大阪市北区大淀中1-10-3		40名
大阪	2002	大阪医療福祉専門学校	〒532-0003 大阪市淀川区宮原1-2-14	06-6393-2288	昼40名 夜40名
大阪	2004	藍野大学医療保健学部作業療法学科	〒567-0012	072-627-1711	46名

5. 主な学部別の志願者・入学者動向（大学）

学部名称の表記は、集計数3以上の学部とし、集計数2以下は「その他」とした。

系 統 区 分 学 部 名	集計学部数			入学定員(人)			志願者(人)			入学者数(人)			入学定員充足率(%)		
	R元年度	R2年度	増減	R元年度	R2年度	増減	R元年度	R2年度	増減	R元年度	R2年度	増減	R元年度	R2年度	増減
医学	31	31	0	4,101	4,084	△ 17	111,002	108,429	△ 2,573	4,127	4,092	△ 35	100.63	100.20	△ 0.43
歯学	17	17	0	2,063	2,039	△ 24	10,115	9,187	△ 928	1,713	1,692	△ 21	83.03	82.98	△ 0.05
薬学	57	59	2	11,356	11,451	95	89,223	82,668	△ 6,555	10,613	10,629	16	93.46	92.82	△ 0.64
保健系	236	244	8	35,781	37,221	1,440	188,352	200,366	12,014	36,071	37,721	1,650	100.81	101.34	0.53
看護学部	101	100	△ 1	9,335	9,150	△ 185	56,868	54,346	△ 2,522	9,604	9,406	△ 198	102.88	102.80	△ 0.08
保健医療学部	34	35	1	6,460	6,780	320	28,502	32,529	4,027	6,636	7,121	485	102.72	105.03	2.31
リハビリテーション学部	12	12	0	1,395	1,395	0	6,665	6,943	278	1,410	1,374	△ 36	101.08	98.49	△ 2.59
医療保健学部	8	8	0	1,770	1,815	45	8,618	9,269	651	1,767	1,889	122	99.83	104.08	4.25
保健科学部	6	5	△ 1	1,175	1,130	△ 45	5,041	5,780	739	1,227	1,246	19	104.43	110.27	5.84
医療学部	5	5	0	495	470	△ 25	821	1,020	199	477	481	4	96.36	102.34	5.98
栄養学部	4	4	0	897	897	0	4,018	3,734	△ 284	845	816	△ 29	94.20	90.97	△ 3.23
医療技術学部	4	4	0	1,595	1,655	60	10,418	11,472	1,054	1,573	1,552	△ 21	98.62	93.78	△ 4.84
医療科学部	3	4	1	760	840	80	3,799	4,391	592	792	866	74	104.21	103.10	△ 1.11
医療福祉学部	4	3	△ 1	946	846	△ 100	1,652	1,495	△ 157	781	730	△ 51	82.56	86.29	3.73
看護福祉学部	3	3	0	600	600	0	2,625	2,644	19	572	570	△ 2	95.33	95.00	△ 0.33
保健福祉学部	3	3	0	695	715	20	1,589	1,610	21	609	648	39	87.63	90.63	3.00
看護栄養学部	3	3	0	437	455	18	1,606	1,582	△ 24	461	445	△ 16	105.49	97.80	△ 7.69
保健看護学部	3	3	0	330	330	0	2,647	2,652	5	348	349	1	105.45	105.76	0.31
ヒューマンケア学部	3	3	0	657	657	0	4,649	5,277	628	693	668	△ 25	105.48	101.67	△ 3.81
その他	40	49	9	8,234	9,486	1,252	48,834	55,622	6,788	8,276	9,560	1,284	100.51	100.78	0.27
理・工学系	151	157	6	61,812	62,107	295	795,496	842,140	46,644	63,263	63,949	686	102.35	102.97	0.62
工学部	49	48	△ 1	22,979	22,010	△ 969	256,256	265,197	8,941	24,293	23,507	△ 786	105.72	106.80	1.08
理工学部	29	30	1	18,441	18,581	140	275,555	292,296	16,741	18,318	18,496	178	99.33	99.54	0.21
理学部	13	13	0	4,354	4,354	0	47,898	49,849	1,951	4,163	4,255	92	95.61	97.73	2.12
生命科学部	8	8	0	1,911	1,911	0	28,677	29,165	488	1,846	1,857	11	96.60	97.17	0.57
建築学部	5	8	3	1,315	1,655	340	28,342	28,648	306	1,352	1,806	454	102.81	109.12	6.31
情報科学部	4	4	0	1,046	1,046	0	26,130	27,781	1,651	1,126	1,136	10	107.65	108.60	0.95
デザイン工学部	4	4	0	1,066	1,070	4	15,846	15,974	128	1,089	1,104	15	102.16	103.18	1.02
その他	39	42	3	10,700	11,480	780	116,792	133,230	16,438	11,076	11,788	712	103.51	102.68	△ 0.83
農学系	22	23	1	8,409	8,784	375	80,940	87,982	7,042	8,641	8,973	332	102.76	102.15	△ 0.61
農学部	9	10	1	3,309	3,671	362	45,347	52,530	7,183	3,279	3,562	283	99.09	97.03	△ 2.06
獣医学部	4	4	0	970	970	0	12,867	11,910	△ 957	1,029	1,037	8	106.08	106.91	0.83
その他	9	9	0	4,130	4,143	13	22,726	23,542	816	4,333	4,374	41	104.92	105.58	0.66
人文科学系	243	245	2	68,494	68,104	△ 390	644,739	608,854	△ 35,885	70,826	70,067	△ 759	103.40	102.88	△ 0.52
文学部	84	83	△ 1	33,146	32,703	△ 443	340,040	318,865	△ 21,175	34,561	33,471	△ 1,090	104.27	102.35	△ 1.92
人文学部	32	32	0	6,890	6,765	△ 125	45,587	45,370	△ 217	7,064	7,076	12	102.53	104.60	2.07
外国語学部	28	29	1	9,628	9,833	205	95,158	91,083	△ 4,075	9,975	10,098	123	103.60	102.70	△ 0.90
心理学部	18	21	3	2,713	2,968	255	28,076	29,548	1,472	2,832	3,098	266	104.39	104.38	△ 0.01
人間学部	12	11	△ 1	2,595	2,260	△ 335	10,701	9,273	△ 1,428	2,602	2,302	△ 300	100.27	101.86	1.59
国際文化学部	9	10	1	1,565	1,735	170	12,862	13,868	1,006	1,552	1,782	230	99.17	102.71	3.54
神学部	6	6	0	183	181	△ 2	1,298	1,030	△ 268	181	177	△ 4	98.91	97.79	△ 1.12
仏教学部	5	5	0	487	487	0	3,286	2,167	△ 1,119	470	480	10	96.51	98.56	2.05
人間関係学部	5	5	0	1,030	1,060	30	4,789	3,792	△ 997	1,120	1,217	97	108.74	114.81	6.07
グローバル・コミュニケーション学部（群）	5	5	0	888	888	0	8,001	8,006	5	937	873	△ 64	105.52	98.31	△ 7.21
現代文化学部	5	3	△ 2	815	445	△ 370	2,080	1,262	△ 818	856	436	△ 420	105.03	97.98	△ 7.05
文芸学部	3	3	0	1,240	1,240	0	22,880	19,713	△ 3,167	1,182	1,325	143	95.32	106.85	11.53
その他	31	32	1	7,314	7,539	225	69,981	64,877	△ 5,104	7,494	7,732	238	102.46	102.56	0.10
社会科学系	515	520	5	169,074	170,182	1,108	1,665,089	1,576,350	△ 88,739	175,004	176,402	1,398	103.51	103.65	0.14
経済学部	91	91	0	39,077	38,695	△ 382	422,743	391,925	△ 30,818	39,805	39,733	△ 72	101.86	102.68	0.82
経営学部	85	88	3	26,870	27,861	991	296,026	292,165	△ 3,861	27,889	29,329	1,440	103.79	105.27	1.48
法学部	80	79	△ 1	30,926	30,803	△ 123	303,828	276,032	△ 27,796	31,473	31,574	101	101.77	102.50	0.73
商学部	30	29	△ 1	14,399	14,296	△ 103	136,618	132,978	△ 3,640	14,796	14,638	△ 158	102.76	102.39	△ 0.37
社会学部	23	24	1	8,075	8,313	238	102,309	96,310	△ 5,999	8,210	8,410	200	101.67	101.17	△ 0.50
社会福祉学部	22	21	△ 1	4,084	3,684	△ 400	14,442	11,735	△ 2,707	4,009	3,811	△ 198	98.16	103.45	5.29
総合政策学部	13	13	0	3,145	3,005	△ 140	30,212	25,450	△ 4,762	3,349	3,096	△ 253	106.49	103.03	△ 3.46
人間社会学部	13	13	0	3,240	3,570	330	18,530	17,964	△ 566	3,483	3,764	281	107.50	105.43	△ 2.07
現代社会学部	12	12	0	2,715	2,741	26	27,693	28,055	362	2,855	2,805	△ 50	105.16	102.33	△ 2.83
経営情報学部	11	10	△ 1	2,282	2,102	△ 180	8,000	8,373	373	2,626	2,300	△ 326	115.07	109.42	△ 5.65

※次のページに続く

近隣養成大学の志願状況及び入学者数

大学名	学科・専攻	定員	志願者数		入学者数		定員充足率	
			R2年度	R3年度	R2年度	R3年度	R2年度	R3年度
藤田医科大	理学療法	70人	527人	573人	70人	70人	100.0%	100.0%
	作業療法	45人	251人	267人	50人	50人	111.1%	111.1%
中部大	理学療法	40人	621人	525人	47人	40人	117.5%	100.0%
	作業療法	40人	219人	214人	39人	41人	97.5%	102.5%
名古屋学院大	理学療法	80人	964人	774人	82人	84人	102.5%	105.0%
日本福祉大	理学療法	40人	425人	407人	39人	56人	97.5%	140.0%
	作業療法	40人	255人	201人	41人	45人	102.5%	112.5%
星城大	理学療法	40人	530人	244人	44人	44人	110.0%	110.0%
	作業療法	40人	320人	115人	33人	42人	82.5%	105.0%

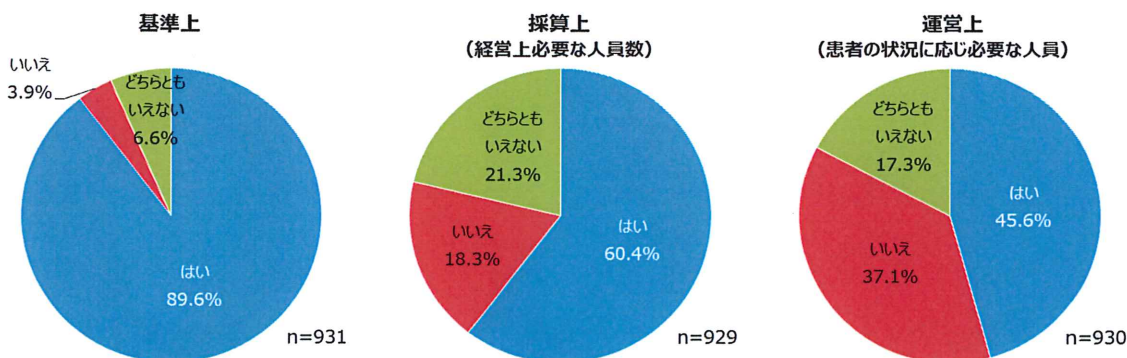
旺文社入試情報サイト「パスナビ」及び各大学HP、本学による聞き取りから作成資料

2-3. 現在、貴院において数は充足していますか。

(1) 理学療法士

※1：採算上（経営上必要な人員数）
 ※2：運営上（患者の状況に応じ必要な人員）

	基準上		採算上※1		運営上※2	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
はい	834	89.6%	561	60.4%	424	45.6%
いいえ	36	3.9%	170	18.3%	345	37.1%
どちらともいえない	61	6.6%	198	21.3%	161	17.3%
合計	931	100.0%	929	100.0%	930	100.0%



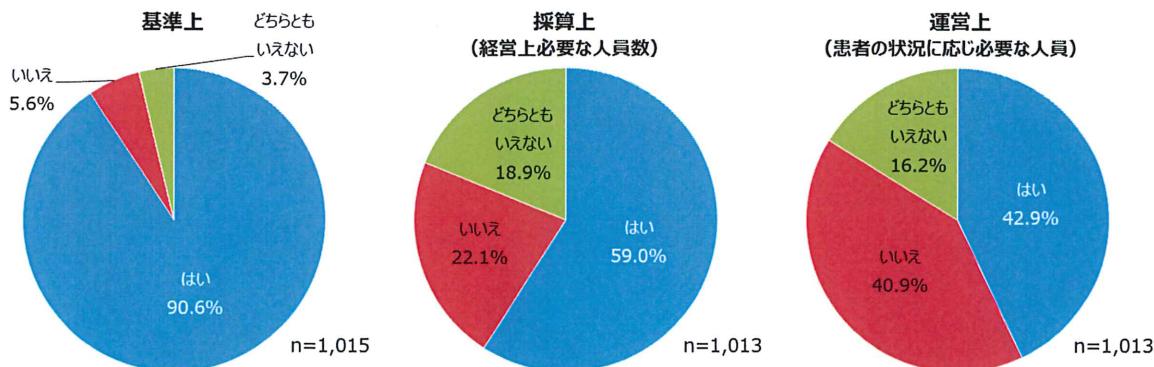
基準上は、ほぼすべての施設が充足しているが（89.6%）、採算上充足しているについては、60.4%、運営上は、45.6%と減少し、充足していないと答えた割合が増加した。基準上の充足はしているが、経営上必要とする人員が不足し、患者に対し十分なリハビリが提供できていない施設があることがわかる。※ P 26自由記載参照

2-3. 現在、貴院において数は充足していますか。

(2) 作業療法士

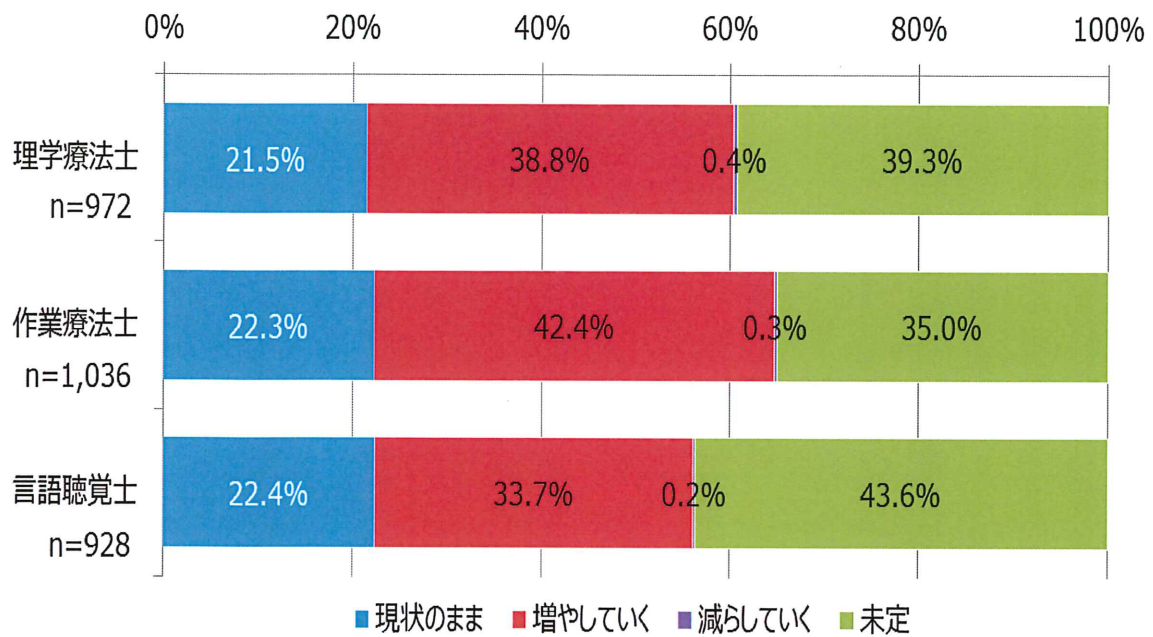
※1：採算上（経営上必要な人員数）
 ※2：運営上（患者の状況に応じ必要な人員）

	基準上		採算上※1		運営上※2	
	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
はい	920	90.6%	598	59.0%	435	42.9%
いいえ	57	5.6%	224	22.1%	414	40.9%
どちらともいえない	38	3.7%	191	18.9%	164	16.2%
合計	1,015	100.0%	1,013	100.0%	1,013	100.0%



基準上は、ほぼすべての施設が充足しているが（90.6%）、採算上充足しているについては、59.0%、運営上は、42.9%となり減少し、充足していないと答えた割合が増加した。基準上の充足はしているが、経営上必要とする人員が不足し、患者に対し十分なリハビリが提供できていない施設があることがわかる。※ P 26自由記載参照

現在と比較して、2025年までに雇用を増やしていく予定ですか。



3職種ともに「増やしていく」と回答した施設の割合が、「現状のまま」よりも高かった。
 理学療法士、言語聴覚士では、「未定」と回答した施設の割合が若干高かった（理学療法士39.3%、言語聴覚士43.6%）

「医療科学部(理学療法学科・作業療法学科)に関する
 学生確保の見通しと社会的な人材需要の調査」
 名古屋女子大学 2021年2月 実施株式会社マイナビ

【理学療法士・作業療法士の充足状況】

【現在勤務している理学療法士の数について】

				2020
	回答項目	回答数	構成比	構成比
1	十分に足りている	16	10.9%	70.1%
2	足りている	87	59.2%	
3	あまり足りていない	27	18.4%	27.3%
4	足りていない	12	8.2%	
5	全く足りていない	1	0.7%	
	無回答	4	2.7%	
	合計	147	100.1%	

【新卒理学療法士の採用方針】

				2020
	回答項目	回答数	構成比	構成比
1	積極的に採用したい	32	21.8%	69.4%
2	一応採用を考える	26	17.7%	
3	状況によって採用を考える	44	29.9%	
4	採用は考えてない	45	30.6%	
	無回答	0	0.0%	
	合計	147	100.0%	

【現在勤務している作業療法士の数について】

				2020
	回答項目	回答数	構成比	構成比
1	十分に足りている	10	6.8%	47.0%
2	足りている	59	40.2%	
3	あまり足りていない	36	24.5%	51.0%
4	足りていない	34	23.1%	
5	全く足りていない	5	3.4%	
	無回答	3	2.0%	
	合計	147	100.0%	

【新卒作業療法士の採用方針】

				2020
	回答項目	回答数	構成比	構成比
1	積極的に採用したい	52	35.4%	73.5%
2	一応採用を考える	17	11.6%	
3	状況によって採用を考える	39	26.5%	
4	採用は考えてない	37	25.2%	
	無回答	2	1.3%	
	合計	147	100.0%	

【別紙1】 入学者選抜に関わる評価基準の概要

上記のアドミッション・ポリシー（AP）に対応する入学者選抜に関わる評価基準を以下とする。（数字は各アドミッション・ポリシーの項目に対応）

		学部 AP	理学 AP	作業 AP		
学力	知識	大学での学びの構築に向けて、高等学校までに学習する範囲における基礎的な知識・技能を習得している。		4	5	4
	能力	志望する学科・専攻において学ぶために必要な基本的能力（思考力・判断力・表現力）を有している。				
		思考力	自分の興味ある学問領域を深く追究していくために、さまざまな資料や情報と自分の持っている知識をつなげ、分析できる力を有している。	4	4	5
		判断力	学問的問題や社会的問題を解決していくことに興味を持ち、確かな根拠をもとに適切に判断する力を有している。	4	5	4
	表現力	自分が思考した結果や見つけた根拠について、言語化したり図表化したりすることや、必要に応じて身体表現を利用することで、相手に的確に伝える力を有している。	4	5	2	
	態度	志望する学科・専攻において主体的・協働的に学び、お互いの多様なあり方を認め合う姿勢がある。				
		主体性	家庭や社会で活躍するために必要な高い能力・教養を身につけたいという姿勢を有している。	4	4	3,5
		協働性	「親切」を家庭生活や社会生活の中で体現することで多くの人と協力して活動したいという態度を有している。	1,2,3	1,3	1,2
	多様性	現代社会を生きる女性として、他者の多様な志を受容する態度を有している。	2	1,3	1	
	志望度	志望する学科・専攻における学びへの強い関心・意欲及び入学意志がある。				
関心		学科・専攻の領域に対して強い興味がある。	1	2,5	4	
意欲		学科・専攻の領域において進んで学ぶ姿勢がある。	1	2,5	4	

【別紙2】(1)【専願】総合型選抜Ⅰ期・Ⅱ期

	出願時期	入試時期	合格発表	入学前教育
Ⅰ期	10月上～中	10月下	11月上	翌年1～3月
Ⅱ期	11月中～下	12月上	12月中	翌年1～3月

			事前提出		入学試験		
			エントリーカード	調査書	学力試験	面接	
学力	知識	知識	/	○	○	/	知識 能力 120点
		技能					
	能力	思考力		○	○		
		判断力		△			
		表現力					
	態度	主体性		○	△		
協働性							
多様性							
志望度	関心		○	/	/	○	態度 志望度 80点
	意欲						
200点満点			50	20	100	30	200点満点

* ○：評価、△：参考

【別紙3】(2)自己推薦型選抜

	出願時期	入試時期	合格発表
自己推薦型	10月中～下	11月上	11月中

			事前提出	入学試験					
			調査書	学力試験	面接				
学力	知識	知識	○	○	○	知識 能力 120点			
		技能							
	能力	思考力					○	△	○
		判断力							
		表現力							
	態度	主体性					△		
協働性									
多様性									
志望度	関心		/	/	○	態度 志望度 30点			
	意欲								
150点満点			20	100	30	150点満点			

* ○：評価、△：参考

【別紙4】(3)【専願】学校推薦型選抜

	出願時期	入試時期	合格発表	入学前教育
学校推薦型	11 月上	11 月下	12 月上	翌年 1～3 月

			事前提出			入学試験			
			エントリー カード	調査書	推薦書	課題作文	面接		
学力	知識	知識	/	○	○	○	/	/	知識 能力
		技能		○	○	○			
	能力	思考力		○	○	○			
		判断力		△	○	○			
		表現力							
	態度	主体性		○	△	○			
協働性									
多様性									
志望度	関心		○		○		○		
	意欲								

* ○：評価、△：参考

【別紙5】(4) 一般選抜 I 期・II 期

	出願時期	入試時期	合格発表
I 期	1 月上～中	2 月上	2 月中
II 期	2 月中～下	3 月上	3 月中

			事前提出	入学試験	I 期	II 期		
			調査書	学力試験				
学力	知識	知識	○	○	知識 能力 220 点	知識 能力 120 点		
		技能						
	能力	思考力					○	○
		判断力					△	
		表現力						
	態度	主体性					△	/
協働性								
多様性								
志望度	関心		/	/	220 点 満点	120 点 満点		
	意欲							
I 期：220 点満点			20	200				
II 期：120 点満点			20	100				

*○：評価、△：参考

【別紙 6】(5) 大学入学共通テスト利用 I 期・II 期

	出願時期	入試時期	合格発表
I 期	1 月上～中	共通テスト	2 月下
II 期	2 月中～下	共通テスト	3 月中

			事前提出	入学試験		I 期	II 期
			調査書	大学入学 共通テスト			
学力	知識	知識	○	○	/	知識 能力 320 点 220 点 120 点	知識 能力 120 点
		技能					
	能力	思考力	○ △	○			
		判断力					
		表現力					
	態度	主体性	△				
協働性							
多様性							
志望度	関心		/	/			
	意欲						
I 期 : 320 点/220 点/120 点満点			20	300/200/100		320 点満点	120 点満点
II 期 : 120 点満点			20	100		220 点満点	
						120 点満点	

* ○ : 評価、△ : 参考

【別紙 7】(6) 大学入学共通テストプラス

	出願時期	入試時期	合格発表
I 期	1 月上～中	共通テスト 一般 I 期*	2 月下

			事前提出	入学試験		
			調査書	大学入学 共通テスト	学力試験	
学力	知識	知識	○	○	○	知識 能力 220 点
		技能				
	能力	思考力	○ △	○	○	
		判断力				
		表現力				
	態度	主体性	△			
協働性						
多様性						
志望度	関心		/	/	/	
	意欲					
220 点満点			20	100	100	220 点満点

* ○：評価、△：参考

【別紙 8】(7) 特別選抜 I 期・II 期

	出願時期	入試時期	合格発表
I 期	10 月中～下	11 月上	11 月中
II 期	2 月中～下	3 月上	3 月中

		事前提出		入学試験			
		出願申請書		課題 作文	面接	学力試験	
学力	知識	知識	/	○	/	○	知識 能力 200 点
		技能					
	能力	思考力		○			
		判断力					
		表現力					
	態度	主体性		○		○	
協働性							
多様性							
志望度	関心	○	○				
	意欲						
250 点満点		20	100	30	100	250 点満点	

* ○：評価、△：参考

【別紙 9】全国私立大学保健系の入学定員充足率推移

H28 年度	H29 年度	H30 年度	R 元年度	R2 年度
104.14%	102.16%	101.06%	100.81%	101.34%

「私立大学・短期大学入学志願動向」(日本私立学校振興・共済事業団私学経営情報センター)

【別紙 10】全国私立大学の内「リハビリテーション学部」の志願者数等の推移

	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R 元年度	R2 年度
入学定員(人)	915	915	1,165	1,395	1,395
志願者数(人)	4,239	3,812	4,876	6,665	6,943
入学者数(人)	971	889	1,214	1,410	1,374
入学定員充足率	106.12%	97.16%	104.21%	101.08	98.49%

「私立大学・短期大学入学志願動向」(日本私立学校振興・共済事業団私学経営情報センター)

【別紙 11】近隣養成大学の志願状況及び入学者数

大学名	学科・専攻	定員	志願者数		入学者数		定員充足率	
			R2 年度	R3 年度	R2 年度	R3 年度	R2 年度	R3 年度
藤田医科大	理学療法	70 人	527 人	573 人	70 人	70 人	100.0%	100.0%
	作業療法	45 人	251 人	267 人	50 人	50 人	111.1%	111.1%
中部大	理学療法	40 人	621 人	525 人	47 人	40 人	117.5%	100.0%
	作業療法	40 人	219 人	214 人	39 人	41 人	97.5%	102.5%
名古屋学院大	理学療法	80 人	964 人	774 人	82 人	84 人	102.5%	105.0%
日本福祉大	理学療法	40 人	425 人	407 人	39 人	56 人	97.5%	140.0%
	作業療法	40 人	255 人	201 人	41 人	45 人	102.5%	112.5%
星城大	理学療法	40 人	530 人	244 人	44 人	44 人	110.0%	110.0%
	作業療法	40 人	320 人	115 人	33 人	42 人	82.5%	105.0%

旺文社入試情報サイト「パスナビ」及び各大学HP、本学による聞き取りから作成

【別紙 12】近隣養成大学の合格者数及び女子の割合

大学名	学科・専攻	合格者数		うち女子の合格者数		合格者に占める女子割合	
		R2 年度	R3 年度	R2 年度	R3 年度	R2 年度	R3 年度
藤田医科大	理学療法	183 人	224 人	90 人	125 人	49.2%	55.8%
	作業療法	136 人	163 人	107 人	109 人	78.7%	66.9%
中部大	理学療法	80 人	76 人	37 人	39 人	46.3%	51.3%
	作業療法	111 人	100 人	85 人	69 人	76.6%	69.0%
名古屋学院大	理学療法	240 人	191 人	91 人	77 人	37.9%	40.3%
日本福祉大	理学療法	101 人	136 人	43 人	未公表	42.6%	未公表
	作業療法	94 人	131 人	67 人	未公表	71.3%	未公表
星城大	理学療法	148 人	未公表	66 人	未公表	44.6%	未公表
	作業療法	121 人	未公表	68 人	未公表	56.2%	未公表

旺文社入試情報サイト「パスナビ」及び各大学HP、本学による聞き取りから作成

<旺文社パスナビURL><https://passnavi.evidus.com/>

【別紙 13】甲南女子大学 看護リハビリテーション学部理学療法学科

定員	収容定員	平均入学定員超過率	収容定員充足率
60 人	240 人	1.10	1.01

甲南女子大学HPより

<URL>[組織・教職員数・学生数 | 基本情報 | 大学案内 | 甲南女子大学 \(konan-](#)

wu.ac.jp)

【別紙 14】 東京家政大学 健康科学部リハビリテーション学科入学者数

	H30 年度	R 元年度	R2 年度	収容定員	在籍者数	収容定員充足率
作業療法学科 (定員 40 人)	21 人	32 人	43 人	120 人	96 人	0.80
理学療法学科 (定員 40 人)	33 人	40 人	51 人	120 人	124 人	1.03

東京家政大学HPより

<URL>syu_you_te_i_in.pdf (tokyo-kasei.ac.jp)