

高齢者リハビリテーションのあるべき方向

平成16年1月

高齢者リハビリテーション研究会

目 次

I	はじめに	1
II	高齢者リハビリテーションの現状	3
1	高齢者リハビリテーションの歩み	3
(1)	わが国における高齢者リハビリテーションの歩み	3
(2)	国際的な動向	8
2	高齢者の状況	12
3	サービスの実施状況	15
(1)	予防	16
(2)	医療	20
(3)	介護	26
(4)	地域リハビリテーションの支援体制の整備	32
(5)	リハビリテーション専門職等の現状	33
III	介護保険制度施行後見えてきた課題	37
1	死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる	37
2	軽度の要介護者が急増している	38
3	介護予防の効果があがっていない	45
4	高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要	47
IV	高齢者リハビリテーションの基本的な考え方	49
1	高齢者の態様に応じた対策が必要	49
2	廃用症候群の対策の重要性	51
3	生活を支えるという目標	52
4	個別的、総合的なサービスの提供	53
5	評価に基づく計画的な提供	53
6	地域で提供できる体制の整備	54
(1)	地域資源の確保	54
(2)	連携、分担	54
(3)	国民にサービスの所在がわかるシステム	55
7	質の確保	56
8	基盤の整備	56

V	現行サービスの見直しへの提案	57
1	生活機能低下の予防	57
2	医療・介護におけるリハビリテーション	59
(1)	急性期・回復期におけるリハビリテーション(医療保険)	59
(2)	医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの関係	60
(3)	各種サービスにおけるリハビリテーション	61
3	地域リハビリテーションシステム	65
(1)	情報と連携	65
(2)	システム	66
VI	必要な基盤整備	68
1	目標の設定	68
2	サービス提供拠点の整備	71
(1)	早期リハビリテーション提供体制の拡充	71
(2)	早期リハビリテーションに続くリハビリテーション提供体制	72
3	人材育成	73
4	研究	74
5	その他	75
VII	国民と専門家に求められること	76
1	国民	76
2	かかりつけ医	77
3	介護支援専門員	77
4	専門職	78
VIII	おわりに	80

I はじめに

- リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。したがって、介護を要する状態となった高齢者が、全人間的に復権し、新しい生活を支えることは、リハビリテーションの本来の理念である。
- わが国は、世界最長寿を享受し、今後も急速な人口の高齢化が進むことが予測されている。高齢者が最期まで元気で、健康な生涯を送れることが、個人にとっても、社会にとってもきわめて切実な課題である。
可能な限り要介護状態にならないようにする「介護予防」や、要介護になっても自立を促すリハビリテーションの充実が、わが国の高齢者の医療と介護において最重要の課題と言えよう。
- 2000（平成12）年4月から実施された介護保険制度は、在宅重視と自立支援を理念として、要介護状態になることや要介護度の重度化を予防し、要介護度の軽減を図るとともに、要介護状態となっても、できる限り在宅生活を継続することができるよう、保健医療サービス及び福祉サービスの提供を行うこととして創設された。それ以降、高齢者へのリハビリテーションは、主に介護保険を通じて提供されてきたが、必ずしも満足すべき状況には至っていない。
- このような中、厚生労働省老健局の求めに応じ、「高齢者介護研究会」（座長：堀田力）が介護保険制度の3年間の検証を踏まえ、2003（平成15）年6月に報告書を取りまとめた。その報告書においては、高齢者がたとえ介護を要する状態になっても、その人らしい生活を自分の意思で送ることを可能とする「高齢者の尊厳を支えるケア」の実現を目指す必要があるとし、介護予防・リハビリテーションの充実はその重要な柱であり、今後精査・研究が必要であると指摘している。

- この報告を踏まえ、２００３（平成１５）年７月に老健局内に設置された本研究会には、高齢者のリハビリテーションに関係する各分野の専門家、当事者（利用者）、メディアなどから２０人の委員が参画し、２００４（平成１６）年１月まで７回にわたって保健（予防）、医療、介護、福祉用具、自治体などの関連分野とリハビリテーション医学、理学療法、作業療法、言語聴覚療法などのリハビリテーション専門分野にわたるヒアリングや総合討論を行い、今後の高齢者のリハビリテーションのあるべき方向について中間報告をとりまとめた。
- この研究会では、わが国の高齢者リハビリテーションの現状と課題、これからの見直しの方向性についてとりまとめている。また、とりまとめに際しては、超高齢社会でますます重要になるリハビリテーションと介護予防について、広く国民の理解を得るための一助になることを目指して、専門技術的な用語はなるべく避け、分かりやすい記載となるように配慮した。
- 本報告書が、高齢化がさらに進行する２１世紀にあって、高齢者リハビリテーションの確立に向けた新たな一歩となるよう期待する。

Ⅱ 高齢者リハビリテーションの現状

1 高齢者リハビリテーションの歩み

(1) わが国における高齢者リハビリテーションの歩み（図表1）

（1940年代～50年代 医療における取組）

- わが国のリハビリテーションは、1945（昭和20）年までは、ポリオ（急性灰白髄炎）の後遺症などの肢体不自由児や、第二次世界大戦等で負傷した傷痍軍人を主たる対象としていた。戦後は、米国から新しいリハビリテーションの思想や技術も導入され、その対象は障害者一般に拡大され、専門的に深く取り組まれるようになった。

- 高齢者に対してリハビリテーションが行われることになった歴史は比較的新しく、1960年代初頭に一部の医療機関で脳卒中患者に対して実施され、その取組はリハビリテーション関係学会・協会や医師会などを通じて次第に全国に広がっていった。

（1960年代～70年代 福祉における取組）

- 1969（昭和44）年に養護老人ホームと特別養護老人ホームに関する基準が制定され、「被収容者に対し、その身体的及び精神的条件に応じ、機能を回復し又は機能の減退を防止するための訓練に参加する機会を与えなければならない」と規定された。また、同年には、高齢者に対する福祉用具を給付・貸与する日常生活用具給付等事業も創設された。
- 1979（昭和54）年には、在宅の要介護高齢者等に対して日帰り介護施設（デイサービスセンター）等に通所させ、入浴や食事、日常動作訓練等を行うデイサービス事業が創設され、1982（昭和57）年からは在宅の寝たきり老人等に対して、居宅まで訪問して入浴・給食等のサービスを提供する訪問サービス事業が開始された。

（１９８０年代 老人保健法に基づく取組）

- １９８２（昭和５７）年に制定された老人保健法は、１９７３（昭和４８）年からの老人医療費無料化制度の転換を図るもので、予防から治療、リハビリテーションまで総合的な保健医療サービスを提供することを目指した。このときに創設された保健事業（以下「老人保健事業」という。）では、壮年期（４０歳）からを対象として健康教育、健康診査、機能訓練及び訪問指導などの体系的な予防サービスが市町村で提供されることとなった。特に、機能訓練や訪問指導において、リハビリテーションが施設以外の住みなれた地域で提供されることとなった。
- １９８５（昭和６０）年８月には、「中間施設に関する懇談会」中間報告において、①入院治療後に家庭・社会復帰のためのリハビリテーション・生活訓練などを行う、②病院に入院して治療するほどではないが家庭では十分なケアのできない要介護老人に対し医学的な管理と看護を中心としたサービスを行う、という役割を担う施設の必要性が指摘された。これを受け、１９８６（昭和６１）年に、医療と福祉とが連携した総合的なサービスを提供する施設として、老人保健施設が創設され、モデル事業を経て全国的な整備が図られてきた。

（１９９０年代 ゴールドプランにおける取組）

- １９９０年代には、高齢者保健福祉推進１０か年戦略（ゴールドプラン）や老人保健福祉計画に基づき、市町村を中心として高齢者の保健福祉の基盤整備が図られてきた。この中で推進された「寝たきり老人ゼロ作戦」は、１９８９（平成元）年に公表された在宅・施設で寝たきり状態にある老人比率の国際比較に関する研究（「寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究」（班長：竹中浩治））における、わが国の長期ケア施設入所者に寝たきり状態が多く、これは過度の安静によりつくられたものであるという指摘を踏まえて策定された。また併せて、寝たきりを予防するための標語（寝たきりゼロへの１０か条）や障害老人の日常生活自立度（寝たきり）判定基準が作成された。この標語や判定基準は、保健・医療・福祉の各分野において共通の尺度として活用され、高齢者の保健医療福祉

サービス提供者の意識の変革を促し、いわゆる「つくられた寝たきり」の予防につながった。

- また、１９９２（平成４）年には、老人訪問看護制度が創設され、訪問看護ステーションから、看護師、理学療法士、作業療法士などによる在宅での看護・リハビリテーションが実施されることになった。

（２０００年以降 介護保険等における取組）

- ２０００（平成１２）年からは、老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みである介護保険制度が施行された。これまで高齢者に提供されてきたリハビリテーションやその関連サービスのほとんどは、そのままの形で介護保険に継承されている。市町村で要介護認定を受けた要介護者に対して、介護支援専門員が作成するケアプランに基づいて、介護保険からリハビリテーションが提供されることとなった。これまでの予算に基づいた措置から社会保険への転換により高齢者に提供されるサービスの量は飛躍的に拡大し、高齢者に対するリハビリテーションはより身近なものとなったと言える。
- また、介護保険制度施行に併せて介護予防事業が創設され、要介護状態にならないための介護予防^１の取組や、同時期に「健康日本２１^２」が開始され、国民的な生活習慣病予防対策の強化が図られた。さらに医療保険においては、脳卒中等の患者に対して入院中に病棟で集中的にリハビリテーションを提供し、在宅復帰を目的とする「回復期リハビリテーション病棟」も創設された。

- ２００２（平成１４）年度の診療報酬改定においては、①従来の実施時

^１ 介護予防：高齢者の生活機能の低下を予防するための取組。厚生労働省においては、これまで介護予防事業として、高齢者ができる限り要介護状態となったり、状態が悪化することがないようにするために、疾病・事故の予防教育や筋力向上のための訓練、生きがいづくりのためのデイサービス、低栄養予防等のための食の自立支援などを実施してきている。

^２ 健康日本２１：生活習慣病の早期発見や早期治療とともに、疾病を予防する健康的な生活習慣を普及・定着させるため、２０００（平成１２）年から生活習慣病予防として重要な９つの分野について２０１０（平成２２）年までの目標を設定し、その達成に向けた国民運動を展開している。

間を中心とした評価から患者の症状に応じた個別療法を中心とする評価、②病棟等におけるADL³（Activities of Daily Living:日常生活活動）の自立を目的とした理学療法の評価など早期リハビリテーションの評価の充実、③施設要件における訓練室面積要件を緩和し、高い人員配置を要件とした類型の設置、などが行われた。

- 2003（平成15）年4月には、介護保険制度施行後、初めてとなる介護保険料の見直しと介護報酬改定が行われ、自立支援の観点から、個々の利用者のニーズに対応した、きめ細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションにおいて個別リハビリテーションが導入された。
- このように、これまでわが国においては、予防、医療、介護において一体となった高齢者リハビリテーション提供体制の整備が図られてきているが、
 - ① 最も重点的に行われるべき急性期のリハビリテーション医療が十分に行われていないこと
 - ② 長期間にわたって効果が明らかでないリハビリテーション医療が行われている場合があること
 - ③ 医療から介護への連続するシステムが機能していないこと
 - ④ リハビリテーションとケアとの境界が明確に区別されておらず、リハビリテーションとケアとが混同して提供されているものがあること
 - ⑤ 在宅におけるリハビリテーションが十分でないことなどの課題があり、必ずしも満足すべき状況には至っていない。そのため、今後の高齢者介護の基盤となるリハビリテーションの現状についての検証と今後のあるべき姿の検討が求められている。

³ ADL：ひとりの人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人に共通して毎日繰り返される食事、排泄、歩行、更衣、整容、入浴などの一連の身体動作群のこと。ADLの評価の対象は、主としてこれらの身体的運動機能であるが、精神活動やコミュニケーション能力などが評価される場合もある。

図表1 わが国における高齢者のリハビリテーションの主な取組み

年代	主な対策	疾病予防・介護予防	急性期 (1月以内)	回復期 (6～9月以内)	維持期 (10月以上)
1965(S40)	理学療法士及び作業療法士法				
1982(S57)	老人保健法 保健事業第1次計画(～S62)	老人保健事業 機能訓練・訪問指導			
1986(S61)	老人保健施設創設			老人理学療法(I～Ⅲ)	
1987(S62)	保健事業第2次計画(～H4)				老健デイケア
1989(H元)	高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)	寝たきりゼロ作戦			
1990(H2)	福祉関係8法改正(在宅福祉3本柱)				
1991(H3)	老人訪問看護制度創設 障害老人の日常生活自立度(寝たきり)判定基準				
1992(H4)	保健事業第3次計画(～H11)		老人早期理学療法		老健デイケアⅡ
1993(H5)	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律				すべての老人保健施設で介護義務化
1994(H6)	高齢者保健福祉推進10か年戦略見直し(新ゴールドプラン)				
1995(H7)	地域保健法 (保健事業第3次計画中間見直し)			老人理学療法Ⅰ～Ⅳ	
1996(H8)					
1997(H9)	言語聴覚士法		老人早期理学療法Ⅰ,Ⅱ	老人リハビリテーション総合計画評価料	
1998(H10)	地域リハビリテーション支援体制整備推進事業				
2000(H12)	介護保険法 今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向性(ゴールドプラン21)(～H17) 健康日本21(～H22) 保健事業第4次計画(～H16) 国際生活機能分類(ICF)	介護予防・生活支援事業		回復期リハビリテーション病棟	○訪問リハビリテーション ○通所リハビリテーション ○老健リハビリ体制加算 ○療養型特定診療費 ○リハビリテーション総合
2002(H14)	健康増進法		個別リハビリテーション創設		
2003(H15)					○集団リハビリ→個別リハビリ ○老人保健施設機能強化加算 ○リハビリテーション実施計画書
2004(H16)	(ゴールドプラン21終了年)	(保健事業第4次計画終了年)			
2005(H17)	(健康日本21中間評価)				

(2) 国際的な動向

(世界の諸国のリハビリテーション)

- リハビリテーションは、地理的、民族的、歴史的、文化的な背景によりそれぞれの国で独自の発展を遂げてきており、その様態もさまざまである。大きく分類すると、米国のようにリハビリテーションの技術（医学、工学、福祉など）を発達させ、それを担う専門職が、それぞれの分野で高度の専門性と独自性を発揮していくような取組と、欧州のように社会保障や地域福祉、住宅政策などの社会的な施策を通じてリハビリテーションを提供していくような取組とに大別できる。
- わが国のリハビリテーションは、戦前はドイツ、戦後は米国の影響を大きく受け、近年は北欧の影響も受けつつ発展してきており、米国的なリハビリテーション技術と欧州的な社会的施策を組み合わせた状況にあるともいえる。世界の諸国は、その背景となる歴史や文化などによりさまざまな試行を繰り返し、その国に相応しいリハビリテーションを作り上げて来ている。わが国も、このような世界の諸国の動向を把握し、その教訓を学びながら、わが国独自のリハビリテーションのあるべき姿に向けて努力することが求められている。

(ノーマライゼーション)

- 1950年代にデンマークにおいて、知的障害者の処遇から端を発し提唱されたノーマライゼーションの理念は、障害を持つ人たちを特殊な施設に隔離してケアするのではなく、できるだけ住み慣れた地域で日常的生活ができるようにケアすることを原則とするという考え方であり、この理念は世界のリハビリテーションの発展にも大きな影響を与えてきた。

(WHOの取組)

- また、世界保健機関（WHO：World Health Organization）においては、障害に関する国際的な共通言語として、国際障害分類と国際生活機能

分類を制定してきた。(図表 2)

(国際障害分類)

- 1980(昭和55)年にWHOが発表した国際障害分類(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)と障害モデルは、世界の障害者医療やリハビリテーション、障害者福祉の発展に貢献してきた。このモデルは、疾病から、例えば下肢の麻痺などの「機能障害」が起こり、その機能障害が原因となって歩行障害などの「能力低下」が生じ、疾病と機能障害、能力低下の結果として「社会的不利」(社会生活を送る上での困難・不自由)が生じるというもので、これまでのリハビリテーションの分野で広く普及してきた。
- しかし、このモデルには、①障害というマイナス面しかみていないこと、②人の生活に影響を与える住居や地域社会の交通機関などの社会的環境が考慮されていないこと、③機能障害が改善しなければ能力低下も改善せず結果として社会的不利も改善しない、といった一方向的なものであるとの誤解を生じやすいこと、などの問題点が公表されて以降指摘されてきた。その他に、④専門家中心に作られたものであり当事者の意向の反映が十分ではなかった、⑤社会的不利の分類が不備である、などの問題点もあった。

(国際生活機能分類)

- このような問題点の指摘に応え、2001(平成13)年に、新たに国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)とそのモデルが策定された。

このモデルは、国際障害分類と違って障害というマイナス面だけではなくプラス面を重視することが大きな特徴である。すなわち、人が生きていくための機能全体を「生活機能」⁴としてとらえ、

- ① 体の働きや精神の働きである「心身機能」、

⁴ 生活機能: 生活機能とは、健康・福祉・障害にかかわる人々の共通の言語として、2001年5月、WHOが採択した国際生活機能分類(ICF)の基本概念で、人が有する心身機能(構造)と日常生活の活動、社会への参加を包括的に捉えたもの。言い換えると、その人の有する生命、生活、人生の全体像であり、ひとりひとり異なるものである。

② ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、

③ 家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」、
の3つの要素から成るものとした。

そして、このような「心身機能」、「活動」、「参加」という生活機能の三要素が低下した状態をそれぞれ「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」とし、それらを総称して「障害（生活機能低下）」と呼んでいる。

○ このような生活機能の低下を招く原因としては、これまでの国際障害分類の「疾病」に代わって、「健康状態」という、より広い概念が取り入れられた。これは、疾患・外傷に加え、加齢、妊娠、ストレス状況等を含むものであり、特に高齢者リハビリテーションを考える場合に、加齢が含まれた意義は大きい。

○ また、生活機能の3つの要素の間には相互作用があり、これに対して、上記の「健康状態」や2つの「背景因子」、すなわち、性や年齢、価値観といった「個人」因子と、人を取り巻く物的な環境や人的環境、また、社会的な制度などの「環境」因子が種々の影響を与えるものとされている。これに伴い、これまでの国際障害分類の障害モデルの「機能障害→能力低下→社会的不利」といった一方向的なものであるとの誤解を生みやすかった点は改められている。

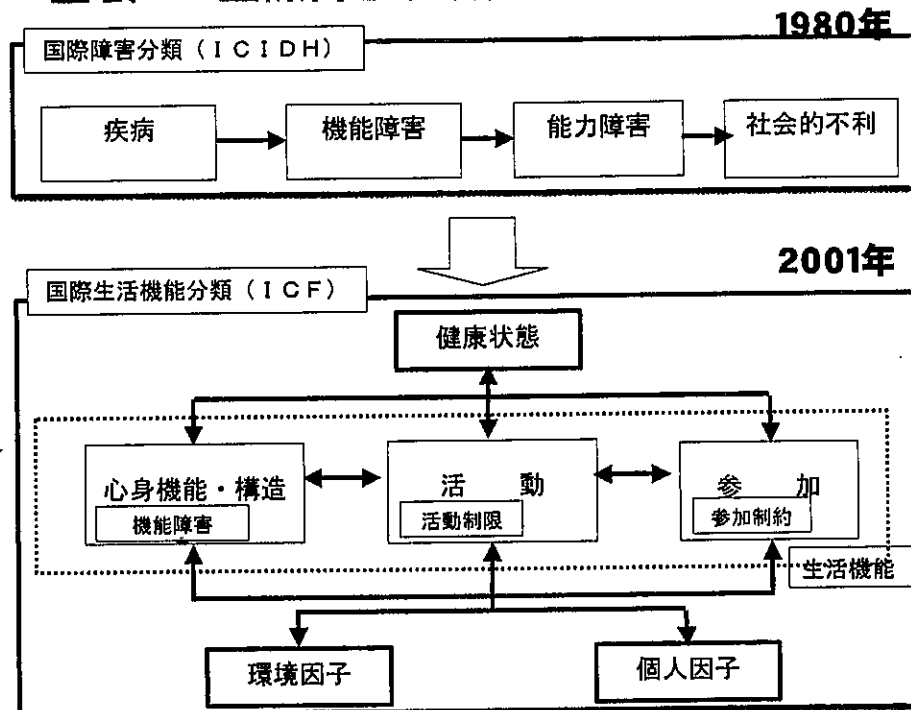
○ 機能障害そのものに直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、残っている「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方に立っている。

○ とするとこれまででは、例えば、利用者に対して、医療関係者は医療施設での「心身機能」への働きかけを、ホームヘルパーは自宅での「日常生

活活動」への働きかけを、ケースワーカーは地域での「社会参加」への働きかけを、住宅改修事業者は利用者宅の「物的環境」への働きかけを、それぞれが別々に提供することも少なくなかった。

- 今後の高齢者のリハビリテーションは、生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくことが求められている。

図表2 国際障害分類と国際生活機能分類

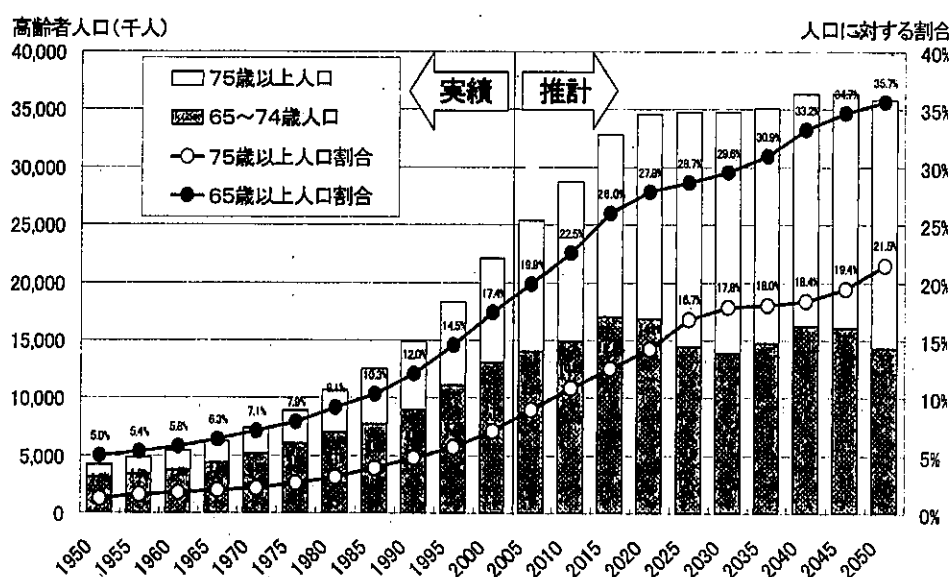


- さらに、国際生活機能分類では、国際的な共通言語に加えて、専門家間及び専門家と利用者本人との共通言語としての面が強調されている。わが国においても、今後これが専門家のチームワーク及び利用者本人の自己決定権の尊重に活用されることが望まれる。

2 高齢者の状況

- 現在、わが国の65歳以上の高齢者の全人口に占める比率は18%を超え（2002（平成14）年10月1日時点）、平均寿命は男性77.7歳、女性84.6歳（2000（平成12）年）となっており、既に5人に1人は高齢者で、長寿を全うできる環境となっている。このように高齢化、長寿化が進行する中で、高齢者の健康状態や生活機能は多様なものになってきている。（図表3）

図表3 高齢者人口（65～74歳、75歳以上）とその割合



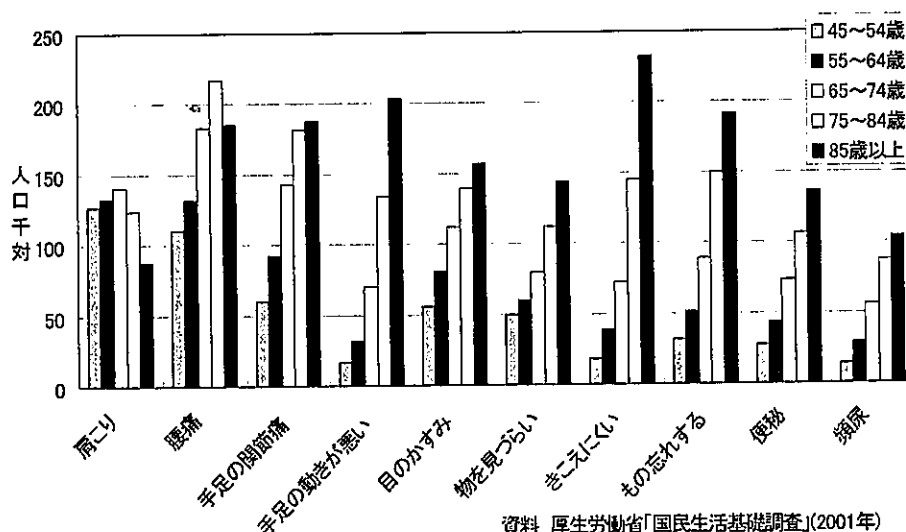
資料：2000年までは総務省統計局「国勢調査」、2005年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」

（高齢者の多くは健康上の問題を有している）

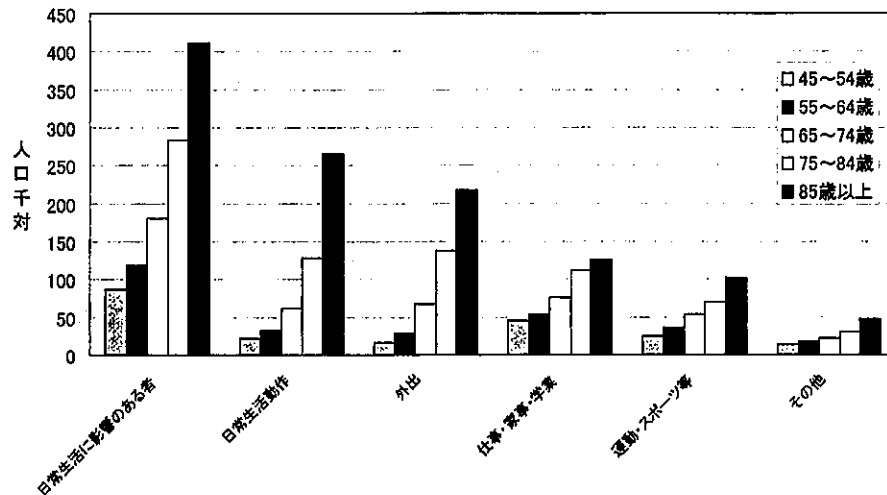
- 65歳以上の高齢者で病気やけが等で自覚症状のある者の状況をみると、「肩こり、腰痛、手足の関節が痛む」「手足の動きが悪い」「目がかすむ」「もの忘れ」「便秘」等の各症状について、約10人に1人が自覚症状があると答えている。（図表4）

- 65歳以上の高齢者で、同様に健康上の問題で日常生活に影響がある者の状況をみると、「日常生活動作」や「外出」への影響は、それぞれの活動の項目について約4人に1人が影響があると答えている。（図表5）
- また、一人当たりの外来受診日数をみると、65歳以上高齢者受診日数は、64歳以下のものと比較して、3～4倍となっている。（図表6）
- 高齢者の多く、特に75歳以上の後期高齢者は、病気やけが等での自覚症状を有していたり、日常生活活動や社会への参加といった生活機能に、健康上の問題が影響を及ぼしていることが分かる。このような高齢者の多様な健康状態や生活機能を良好に保つために、予防から医療、介護にわたる幅広いサービスを検証していくことが求められる。

図表4 病気やけが等で自覚症状のある者（有訴者）の状況



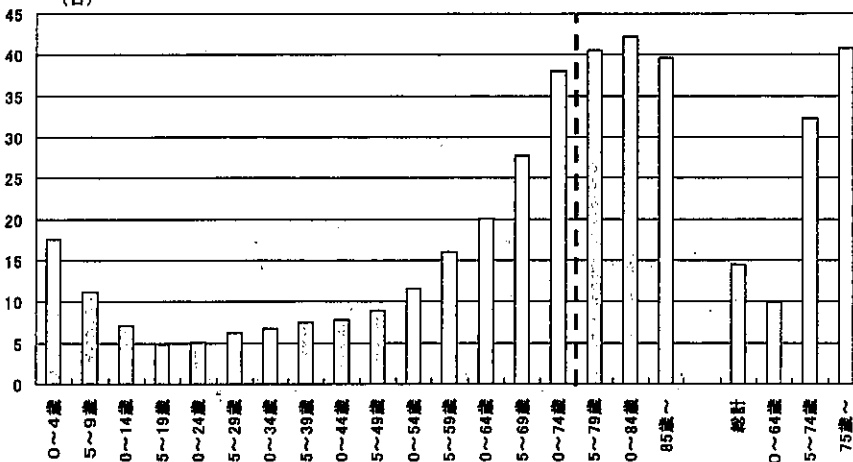
図表5 健康上の問題で日常生活に影響がある者の状況



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図表6 年齢階級別に見た一人当たり外来受診日数

1人当たり外来受診日数
(日)



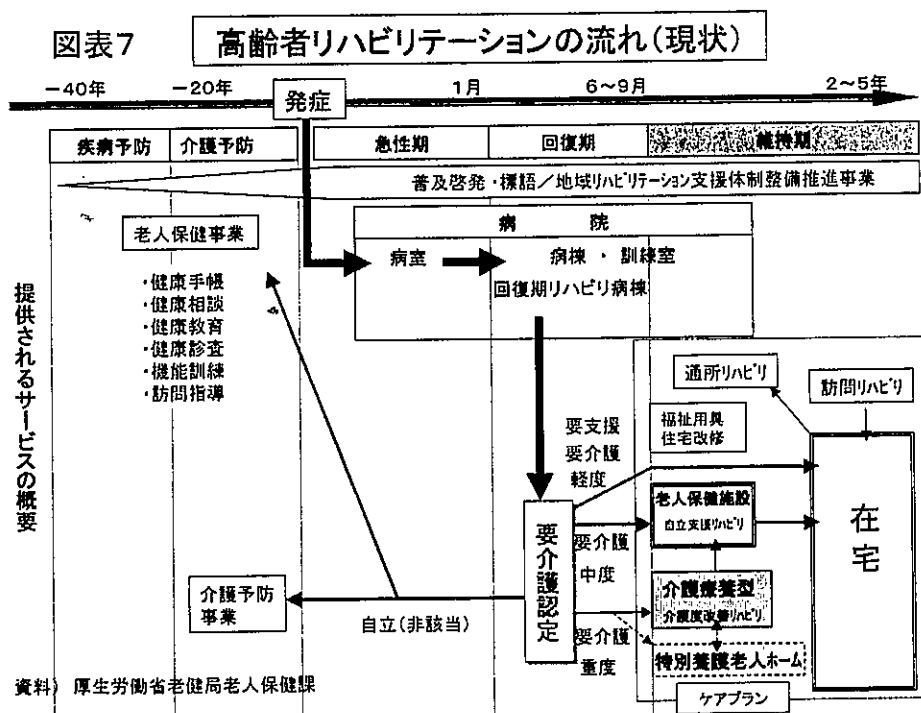
資料出所:平成13年度社会保険庁「事業年報」,「国民健康保険事業年報」等による保険局推計

(注) 平成13年度社会保険庁「事業年報」等の被保険者数、被扶養者数及び総受診日数を元に、抽出調査である保険局「健康保険被保険者実態調査」、社会保険庁「医療給付受給者状況調査報告」等の結果を用いて、各年齢階級ごとの被保険者数、被扶養者数及び受診日数を推計。それを用いて各年齢階級別一人当たりの受診日数を算出。

3 サービスの実施状況

わが国においては、これまで高齢者に対して、脳卒中を中心とした枠組みの中で、予防、医療、介護の各分野のリハビリテーション及び関連事業が提供されてきた。

予防分野では主として、「健康日本21」及び老人保健事業や介護予防事業が、医療分野では主として、発症直後の急性期と急性期以降のいわゆる回復期のリハビリテーションが、介護分野では主として、いわゆる維持期のリハビリテーションが提供されてきた。(図表7)



(1) 予防

(「健康日本21」の取組)

- 介護が必要になった原因の約30%を脳卒中が占めている。脳卒中を含めたいわゆる生活習慣病は、心身機能を脅かすだけでなく、日常生活活動や社会参加などを含めた高齢者の生活機能を低下させる原因となっている。このため、生活習慣病の早期発見や早期治療とともに、疾病を予防する健康的な生活習慣を普及・定着させるための取組が重要であることから、2000（平成12）年から「健康日本21」が推進されている。
- 「健康日本21」は、生活習慣病予防として重要な9つの分野について2010（平成22）年までの目標を設定し、その達成に向けた国民運動を展開している。中でも日常生活における身体活動に対する意識の向上及び運動習慣の普及定着は、重点課題の一つとなっている。特に、栄養・食生活や運動等は、生活習慣病の発症に大きく関与する生活習慣であり、脳卒中の正しい知識や生活習慣の改善による予防の重要性等について健康教育による啓発活動が広く行われている。（図表8、図表9）

図表8 健康日本21の概要

○基本的な方向

- (1)一次予防の重視
- (2)健康づくり支援のための環境整備
- (3)目標の設定と評価
- (4)多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

○目標値

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病(心臓病・脳卒中)、がんの9分野にわたり、70項目の目標値を設定

生活習慣の見直し

- 栄養・食生活
- 身体活動・運動
- 休養・こころの健康づくり
- たばこ
- アルコール
- 歯の健康

危険因子の減少

- 肥満
- 高血圧
- 高脂血
- 高血糖

健診等の充実

- 健診受診者の増加
- 健診後の対応の強化等

疾病等の減少

- がん
- 心臓病
- 脳卒中
- 糖尿病
- 歯の喪失
- 自殺

健康寿命の延伸と生活の質の向上など

◎合計で70項目からなる具体的な目標値を決めています。これは、目的の明確な共有と、取組の成果の見直しに役立ちます。

【具体例】

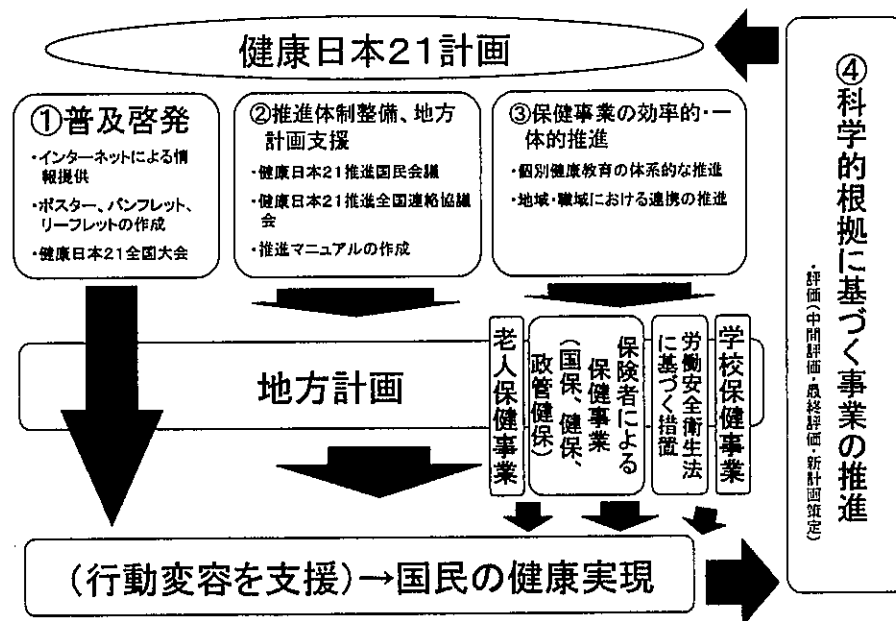
現状	2010年	現状	2010年
・食塩摂取量の減少 成人 135g → 10g未満		・日常生活における歩数の増加 男性 8,202歩 → 9,200歩以上	
・野菜の摂取量の増加 成人 292g → 350g以上		女性 7,282歩 → 8,300歩以上	

◎生活習慣の改善により、2010年には次のとおり減少が見込まれます。

・心臓病	男性約25%減少、女性約15%減少
・脳卒中	男性約30%減少、女性約15%減少
・糖尿病	約7%減少

資料) 厚生労働省健康局生活習慣病対策室において作成

図表 9 健康日本 21 の推進方策

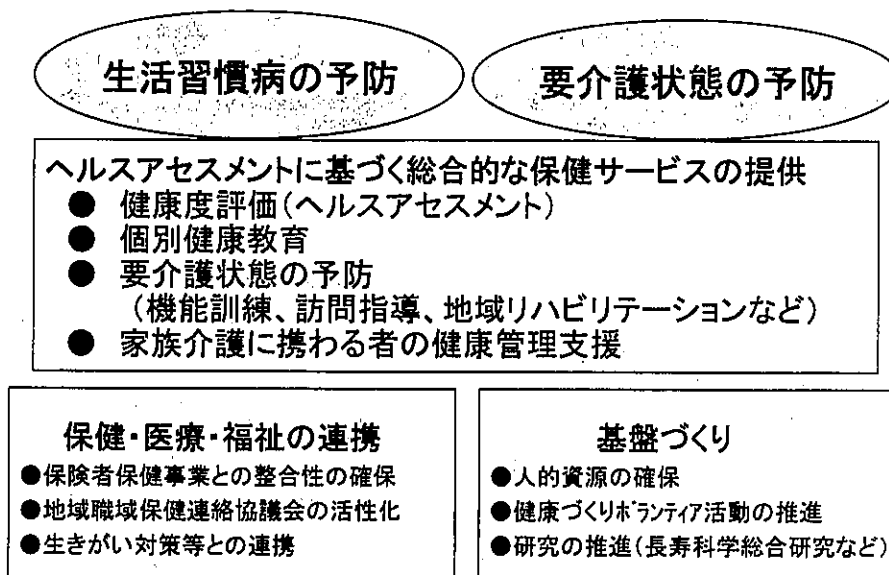


資料）厚生労働省健康局生活習慣病対策室において作成

（老人保健事業）

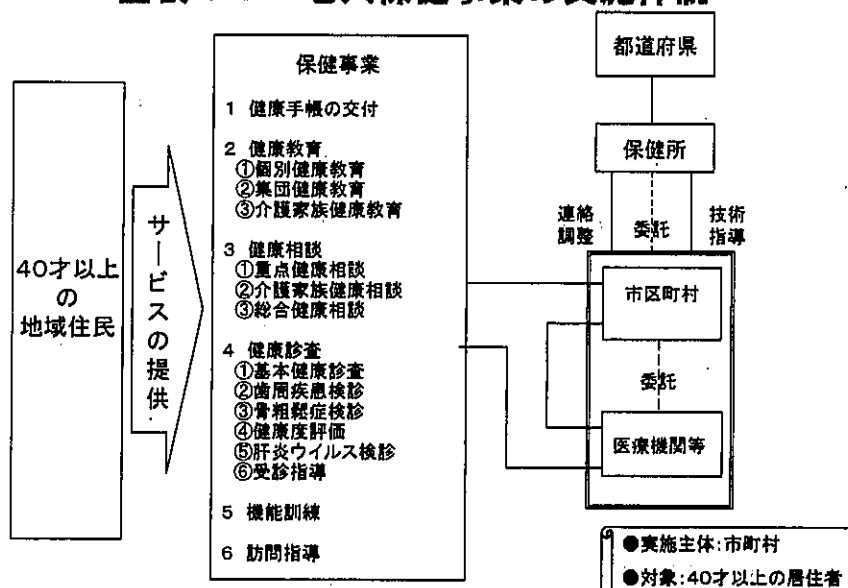
- 老人保健事業は、現在、保健事業第4次計画（計画期間：2000（平成12）年度～2004（平成16）年度）により市町村において推進されている。「健康日本21」に掲げられた重点9分野の目標を実現するため、生活習慣病などの疾病や、介護を要する状態となることをできる限り予防していくことを目標に実施されている。
- 老人保健事業では、疾病の早期発見をめざした健康診査を中心に、生活習慣の改善を通じて疾病を予防するための健康教育、健康相談、訪問指導などが実施されており、また、介護を要する状態となることを予防するための機能訓練、訪問指導なども実施されている。保健事業第4次計画からは、介護保険制度の施行に併せて疾病や介護を要する状態となる危険度（リスク）を早期に把握し、その予防のためのサービスを選択できるようにする健康度評価が新たに導入されている。しかしながら、老人保健事業は、後期高齢者に多い骨関節疾患などの予防には必ずしも十分な効果をあげているとは言えない。（図表10、図表11）

図表 1 0 保健事業第 4 次計画の推進の概要



資料）厚生労働省老健局老人保健課

図表 1 1 老人保健事業の実施体制



※ただし、保健事業に相当する保健サービスを受けることができる場合は対象にならない。

資料）厚生労働省老健局老人保健課

(新たに設けられた介護予防事業)

- 介護予防事業は、2000（平成12）年度の介護保険制度施行と併せて新しく設けられたものであり、高齢者が要支援・要介護になったり、要介護状態が悪化したりすることを予防するための各市町村が行う各種の事業を国と都道府県で支援する仕組みである。
- 現行の介護予防事業には、転倒骨折予防教室やIADL⁵（日常生活関連動作：Instrumental ADL）訓練事業、高齢者筋力向上トレーニング事業などがメニューとして組み込まれ、高齢者の自立を支援する重要な事業として市町村における取組も進められてきている。介護予防事業として実施されている事業の多くは、教室での集団による座学が中心で、個々の利用者を実際に評価して目標を設定し、個別のプログラムを組んでトレーニングなどを実施しているところは少ない。（図表12）

図表12 主な介護予防事業の実施状況

＜介護予防関係の主な事業例と実施市町村数(平成15.4月1日現在)＞

事業名	市町村数
転倒骨折予防教室	1,968
アクティビティ・痴呆介護教室	1,112
IADL訓練事業	590
足指・爪のケアに関する事業	35
高齢者筋力向上トレーニング事業	175

注)「高齢者筋力向上トレーニング事業」と「足指・爪のケアに関する事業」は、平成15年度予算から新規計上

資料) 厚生労働省老健局

⁵ IADL:生活に関連する、食事の用意、家事一般、金銭管理、買物、交通手段の利用などの日常生活上の活動のこと。手段的日常生活活動ともいう。

(2) 医療

(医療保険におけるリハビリテーション)

- 現行の医療保険制度におけるリハビリテーションは、「投薬、処置又は手術によって治療の効果を上げることが困難な場合であって、この療法がより効果があると認められるとき、又はこの療法を併用する必要があるときに行う」(保険医療機関及び保険医療療養担当規則第20条など)という方針に従って行うこととされている。なお、診療報酬においては、リハビリテーションの一般的事項として、「リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである」(2002(平成14)年3月8日保医発0308001)とされている。

- 医療保険のリハビリテーションは、医療機関において入院中に実施されるもの、外来で実施されるもの、訪問リハビリテーションのように在宅で実施されるものがあり、一定の施設基準を満たすものとして届け出た医療機関等において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等により行われている。(図表13)

老人医療について、社会医療診療行為別調査(2002(平成14)年)によると、医療保険のリハビリテーションの実施状況は以下のようになっている。

(理学療法、作業療法、言語聴覚療法の実施状況)

- リハビリテーション(個別療法)の実施状況をみると、理学療法は1か月当たり約82万件で、その内訳は、入院中に実施されるものが約34万6,000件、外来で実施されるものが約47万4,000件となっている。作業療法は1か月当たり約7万3,000件で、その内訳は、入院中に実施されるものが約5万8,000件、外来で実施されるものが約1万

5,000件となっている。言語聴覚療法は1か月当たり約2万8,000件で、その内訳は、入院が約2万3,000件、外来が約5,000件となっている。医療保険では、入院中及び外来において、主として理学療法が中心に行われているが、作業療法と言語聴覚療法についてみると、大部分が入院中に実施されている。なお、利用者の居宅を訪問して行う訪問リハビリテーションは1か月当たり約1,000件となっており、利用はわずかである。(図表14)

**図表13 リハビリテーション関連施設基準等の概要
(医療保険)**

主なリハビリテーション関係施設基準の届出状況

(平成14年7月1日現在)

	病院	診療所
総合リハビリテーション施設A	603	2
総合リハビリテーション施設B	23	0
理学療法Ⅱ	3,678	719
理学療法Ⅲ	746	568
作業療法Ⅱ	1,421	156
言語聴覚療法Ⅰ	250	20
言語聴覚療法Ⅱ	1,400	131

注)平成15年6月4日中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第28回)資料より作成

医科診療報酬における特定入院料関係施設基準の届出状況(抜粋)

(平成14年7月1日現在)

回復期リハビリテーション病棟入院料	
医療機関数	232
一般病棟数	93
療養病棟数	178
病床数	12,594
一般病棟数	4,082
療養病棟数	8,512

(回復期リハビリテーション病棟)

- 2000(平成12)年度にADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的として制度化された回復期リハビリテーション病棟については、2002(平成14)年の社会医療診療行為別調査では、入院患者数が1か月当たり約3,100件となっている。(図表14)
- 回復期リハビリテーション病棟の最近の状況については、日本リハビリテーション病院・施設協会によると、現在、400病棟を越え、2万床以

上になっており、スタートしてから、いまだ日が浅い状況にあるが、2002年の報告では平均80日の入院期間で、73%の自宅復帰率になっている。自宅復帰率については、今後さらなる向上が期待される。

図表 1 4 リハビリテーション医療の1か月の利用状況

	総数(件数)	入院	入院外(外来)
理学療法 (Ⅰ)～(Ⅳ)個別療法合計	820,433	346,112	474,321
作業療法 (Ⅰ)～(Ⅱ)個別療法合計	72,816	57,836	14,980
言語聴覚療法 (Ⅰ)～(Ⅱ)個別療法合計	28,272	23,136	5,136
		件数	
リハビリテーション総合計画評価料		10,661	
		件数	
回復期リハビリテーション病棟入院料		3,149	
		件数	回数
訪問リハビリテーション指導管理料		985	3,211

資料 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」(2002年)から老健局老人保健課において、老人医療について特別集計

※件数とは、それぞれの診療行為に記載されている明細書の件数である。

(主な疾患別のリハビリテーション)

- リハビリテーションの1か月当たりの実施件数(個別療法・集団療法)を主な疾患別にみると以下のとおりとなっている。(図表 1 5)

ア 脳血管疾患に対するリハビリテーション

(脳血管疾患では総合的に実施されている)

- 脳血管疾患を対象として行われているリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、理学療法が約17万6,000件、作業療法が約4万3,000件、言語聴覚療法が約2万2,000件となっている。脳血管疾患以外の他の傷病と比べると、作業療法や言語聴覚療法の実施割合が高く、総合的に実施されていると言える。

○ 脳血管疾患を対象として行われている早期のリハビリテーションの実施状況について、1か月当たりの早期リハビリテーション加算（理学療法及び作業療法のⅠ及びⅡにおいて発症後90日以内に算定可。以下同じ。）の算定状況でみると、理学療法では約3万2,000件で、作業療法では約1万3,000件となっている。理学療法と作業療法の実施状況と比較すると、脳血管疾患に対する早期リハビリテーションは相対的に作業療法での実施割合が高くなっている。

○ 脳血管疾患を対象として病棟等で行われているADLの自立を目指したリハビリテーションの実施状況について、早期リハビリテーション加算を算定し、さらに病棟等で早期歩行・ADLの自立等の活動向上訓練を目的としたリハビリテーションを実施した場合に算定する加算（以下「ADL加算」という。）の1か月当たりの算定状況でみると、理学療法では約8,500件で、作業療法では約3,800件となっている。

イ 筋骨格系及び結合組織疾患に対するリハビリテーション

（筋骨格系及び結合組織疾患では外来の理学療法中心）

○ 筋骨格系及び結合組織疾患（運動器疾患）を対象として行われているリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、理学療法が約48万2,000件、作業療法が約8,300件となっており、理学療法が大半を占めている。特に、外来で、理学療法士の配置のない理学療法Ⅳで行われることが多いと言える。また、早期リハビリテーション加算の状況は、理学療法で約1万件、ADL加算の状況は、理学療法で約1,500件となっている。

ウ 骨折に対するリハビリテーション

（骨折のリハビリテーションは入院中に実施され、早期リハビリテーションが多く実施されている）

- 骨折を対象に行われるリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、理学療法が約8万4,000件、作業療法が約5,200件となっており、その大半は入院中に実施されている。早期リハビリテーション加算の状況は、理学療法では約3万2,000件、作業療法では約3,000件となっており、他の傷病と比べると、骨折では早期リハビリテーションが多く実施されていると言える。また、ADL加算の状況は、理学療法では約5,800件、作業療法では約500件となっている。

(リハビリテーション総合実施計画)

- 2002（平成14）年4月の診療報酬改定において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等の多職種が、利用者の状態を踏まえ、必要なリハビリテーションの目的と内容を定め評価を行うために作成する総合的な計画書（リハビリテーション総合実施計画）に生活機能向上重視の考え方が導入された。リハビリテーション総合実施計画の作成は、1か月当たり1万5,000件となっている。（図表14）

図表15 入院及び入院外のリハビリテーション医療の実施状況（主な疾病別）

理学療法

作業療法

言語聴覚療法

脳血管疾患	
入院	入院外

筋骨格系及び結合組織	
入院	入院外

骨折	
入院	入院外

理学療法Ⅰ	20,579	9,942
うち、個別療法	20,059	8,193
うち、集団療法	521	1,749

5,595	12,415
5,071	5,972
525	6,443

6,246	926
6,246	748
-	178

理学療法Ⅱ	62,705	21,720
うち、個別療法	60,037	15,519
うち、集団療法	2,668	6,200

28,599	81,846
25,362	42,567
3,237	39,279

37,177	8,799
35,032	5,003
2,145	3,796

理学療法Ⅰ及び理学療法Ⅱ		
うち、早期リハビリテーション加算	31,090	560
うち、ADLの自立等	8,522	-

9,620	576
1,454	-

29,909	1,673
5,830	-

理学療法Ⅲ	17,912	4,741
うち、個別療法	17,423	4,134
うち、集団療法	490	607

5,099	57,239
4,407	38,525
693	18,714

4,430	3,550
4,338	3,005
91	545

理学療法Ⅳ	21,549	17,283
うち、個別療法	20,251	13,589
うち、集団療法	1,298	3,694

7,981	283,170
5,997	200,779
985	82,391

8,017	14,913
6,812	9,569
1,205	5,344

作業療法Ⅰ	15,941	4,473
うち、個別療法	15,093	3,678
うち、集団療法	848	795

2,512	622
2,308	240
204	382

2,123	986
1,902	476
222	510

作業療法Ⅱ	18,164	3,993
うち、個別療法	17,141	3,108
うち、集団療法	1,023	825

1,848	3,352
1,644	2,248
204	1,104

1,147	936
895	758
252	178

作業療法Ⅰ及び作業療法Ⅱ		
うち、早期リハビリテーション加算	13,187	-
うち、ADLの自立等	3,840	-

318	-
140	-

2,396	476
508	-

言語聴覚療法Ⅰ	4,318	948
うち、個別療法	3,885	547
うち、集団療法	433	401

55	-
55	-
-	-

204	-
204	-
-	-

言語聴覚療法Ⅱ	12,258	4,512
うち、個別療法	11,784	3,158
うち、集団療法	474	1,344

-	-
-	-
-	-

214	-
214	-
-	-

資料 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」（2002年）から老健局老人保健課において、老人医療について特別集計。

主な疾病とは、最も医療資源を投入した傷病（主傷病）をいう。

※件数とは、それぞれの診療行為の記載されている明細書の件数である。

(3) 介護

(介護保険におけるリハビリテーション)

- 介護保険法においては、「要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。」

(介護保険法第4条)とされ、リハビリテーション重視の考え方が示されている。介護保険制度におけるリハビリテーションは、医療保険と同様に一定の基準を満たすものとして届け出たサービス事業者において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等により行われている。施設サービスとしては、主に介護療養型医療施設及び介護老人保健施設において行われており、居宅サービスとしては、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護によるリハビリテーションが、また、リハビリテーションに関連の深いサービスとして、福祉用具・住宅改修の提供が行われている。また、特別養護老人ホームや通所介護においても、理学療法士、作業療法士等の専門職を配置し、実施しているところもある。

(図表16)

ア 予防給付におけるリハビリテーション

- 介護保険においては、要支援者については、要介護状態にならないようにするための予防給付のサービスが提供されている。しかしながら、要介護者に対する介護給付と同一のサービスメニューであり、支給限度額に差があるのみである。今後は、要介護者と同一のサービスメニューではなく、より介護予防を重視したものとすることが求められている。

イ 施設サービスにおけるリハビリテーション

- 介護給付費実態調査(2003(平成15)年7月審査分)により施設サービスにおける1か月当たりのリハビリテーションの実施状

況をみると、介護療養型医療施設は、理学療法が約6万3,000件、作業療法が約1万7,000件、言語聴覚療法が約6,000件実施されている。医療保険による入院者に対するリハビリテーション実施状況と比べると、作業療法と言語聴覚療法の実施の割合が高くなっている。(図表17)

- 介護保険は、医療保険の早期リハビリテーションに相当するものは設定されていない。一方、病棟等におけるADLの自立等を目的としたリハビリテーションを実施した場合のADL加算(理学療法Ⅰ～Ⅲ、作業療法Ⅰ～Ⅱにおいて算定可。)は、1か月当たり、理学療法では約8,900件で、作業療法では約2,900件となっている。(図表17)

- 介護老人保健施設については、2003(平成15)年4月に新設されたリハビリテーション機能強化加算が全入所者の約60%に算定され、施設のリハビリテーション専門職の配置に応じ、理学療法、作業療法、言語聴覚療法が実施されている。なお、特別養護老人ホームについては、看護師、柔道整復師等の常勤専従の機能訓練指導員を配置した場合に算定できる機能訓練体制加算が、1か月当たり全入所者の約50%に算定されている。

(在宅復帰の状況)

- 2002(平成14)年の介護サービス施設・事業所調査によれば、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設を退所したものの退所後の行き先をみると、介護老人保健施設では「家庭」が54.1%となっており、介護療養型医療施設では「病院・診療所」が31.6%、「家庭」が30.6%となっている。利用者の家庭復帰を支援する観点から、介護保険施設におけるリハビリテーションの充実が求められている。

ウ 居宅サービスにおけるリハビリテーション

(居宅サービスの状況)

- 居宅サービスにおけるリハビリテーションの1か月当たりの実施状況をみると、通所リハビリテーションについては、約43万5,000件で、約298万7,000回となっている。このうち、医師または理学療法士、作業療法士等の専門職が利用者に個別計画に基づき活動向上訓練を中心に行う場合に算定するもので、2003（平成15）年に創設された個別リハビリテーション加算は約87万回となっている。
- 訪問リハビリテーションは、1か月当たり約2万件で、約8万5,000回が実施されているが、現行の介護保険サービスの中で最も利用が少ないサービスとなっている。このうち、ADL訓練等の活動向上訓練を中心に行う場合に算定するもので、2003（平成15）年に新設された日常生活活動訓練加算は約9,000回が算定されている。一方、訪問看護のうち理学療法士及び作業療法士が行ったものは、約3万5,000件で13万2,000回となっており、訪問リハビリテーションより多くなっている。（図表17）

(在宅と施設で共通のリハビリテーション（総合）実施計画書)

- 2003（平成15）年4月の介護報酬改定において、介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションにおいて個別リハビリテーションを行う際には共通の様式でその実施内容等の基本的事項を評価・計画するリハビリテーション実施計画書を作成することが新たに導入された。この計画書は、医療と同様に生活機能向上重視の考え方に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等の多職種が、利用者の状態を踏まえ必要なリハビリテーションの目的と内容を定め評価を行うために作成される。
- 介護保険制度施行時から導入され、リハビリテーションの実施内容

等を多角的、総合的に評価・計画する場合にリハビリテーションそのものの実施とは別に算定する介護療養型医療施設のリハビリテーション総合実施計画も同様の趣旨に基づき変更がなされている。介護療養型医療施設でのリハビリテーション総合実施計画の作成状況は、1か月当たり、理学療法では約6,000件、作業療法では約1,200件となっている。(図表17)

図表16 リハビリテーション関連施設基準等の概要
(介護保険)

指定事業者数	
区分	事業者数
通所リハビリテーション	5,828
介護老人保健施設	2,942
介護療養型医療施設	4,007

注)厚生労働省老健局振興課調べ(平成15年4月1日現在)

介護報酬請求事業者数	
区分	事業者数
訪問看護	8,849
訪問リハビリテーション	2,042
通所リハビリテーション	5,690
福祉用具貸与	5,352
介護保健施設サービス	2,918
介護療養施設サービス	3,451

注)介護給付費実態調査(平成15年2月審査分)

介護療養型医療施設におけるリハビリテーション提供体制別の請求状況		
区分	請求事業者数	
	病院療養型	診療所療養型
総合リハビリテーション	132	3
理学療法Ⅱ	1,198	65
理学療法Ⅲ	432	62
作業療法Ⅱ	530	15

注)介護給付費実態調査(平成15年2月審査分)

図表17 介護保険におけるリハビリテーションの実施状況

介護老人保健施設	
	日数
介護保健施設サービス費	7,248,248
リハビリテーション機能強化加算	4,388,871

介護療養型医療施設(病院)		
	件数	回数
理学療法(Ⅰ)	7,609	86,840
理学療法(Ⅱ)	29,266	318,268
理学療法(Ⅲ)	11,027	145,073
ADL加算	8,992	90,810
リハビリテーション計画加算	5,954	-
理学療法(Ⅳ)	14,680	270,647
作業療法(Ⅰ)	5628	64,548
作業療法(Ⅱ)	11,418	119,030
ADL加算	2,888	25,462
リハビリテーション計画加算	1,202	-
言語聴覚療法(Ⅰ)	1,738	18,653
言語聴覚療法(Ⅱ)	4,641	49,703

居宅サービス		
	件数	回数
通所リハビリテーション	434,615	2,987,487
個別リハビリテーション加算	150,170	869,763
訪問看護(PT、OT実施)	34,827	132,366
訪問リハビリテーション	20,612	85,378
日常生活活動訓練加算	2,308	9,323

資料)介護給付費実態調査(平成15年7月審査分)

※回数・日数は、介護給付費明細書に記載された介護給付費単位数サービスコードごとのサービス提供回数・日数であり、件数は、サービス種類ごとの請求件数であり、介護給付費明細書の件数枚数とは異なる。

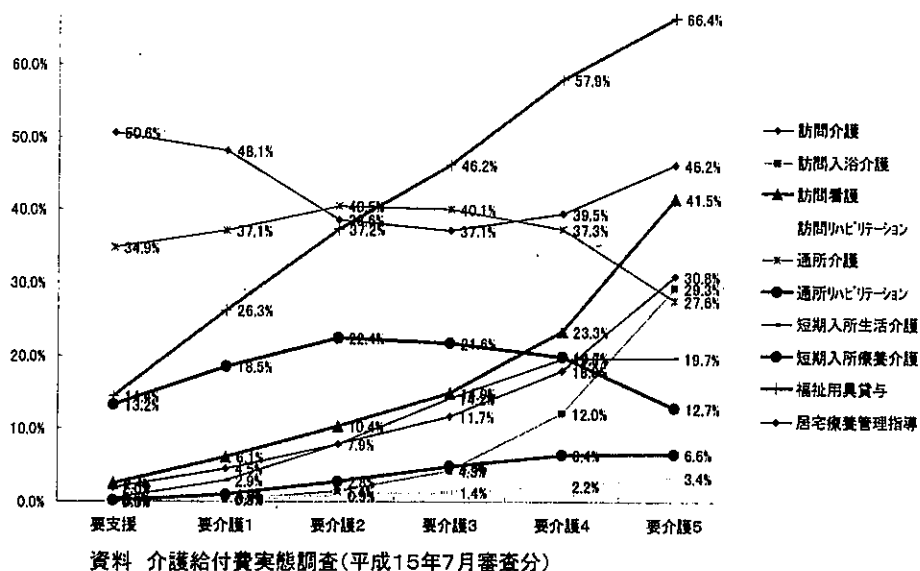
(福祉用具の状況)

- 要介護者の自立の促進や介助者の負担軽減を目的として設けられた福祉用具についてみると、介護保険による居宅サービスの利用者の3人に1人の34.7%（2003（平成15）年7月審査分）が福祉用具貸与を受けている。また、福祉用具貸与事業者への介護給付費支給額は制度当初の2000（平成12）年4月分では4億円であったが、2003（平成15）年5月分では100億円に達しているなど、福祉用具の普及は急速に進んでいる。（図表18、図表19）

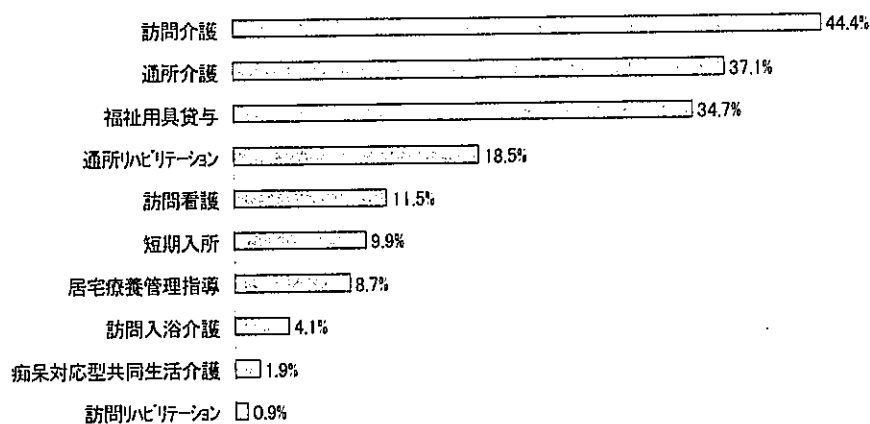
(福祉用具の給付は車いすと特殊寝台が多い)

- 福祉用具の給付の内容をみると、車いすと特殊寝台及びそれらの付属品で、給付費の約80%を占めている。また、要介護度ごとの給付状況では、要介護1に最も多く給付されており、中には要支援者に対して電動車いすや移動用リフトといった、実際の状態像からは不適切な福祉用具の貸与がなされている例もみられている。(図表20)

**図表 18 要介護度別にみた居宅サービス利用者
総数に対するサービス別利用者の割合**

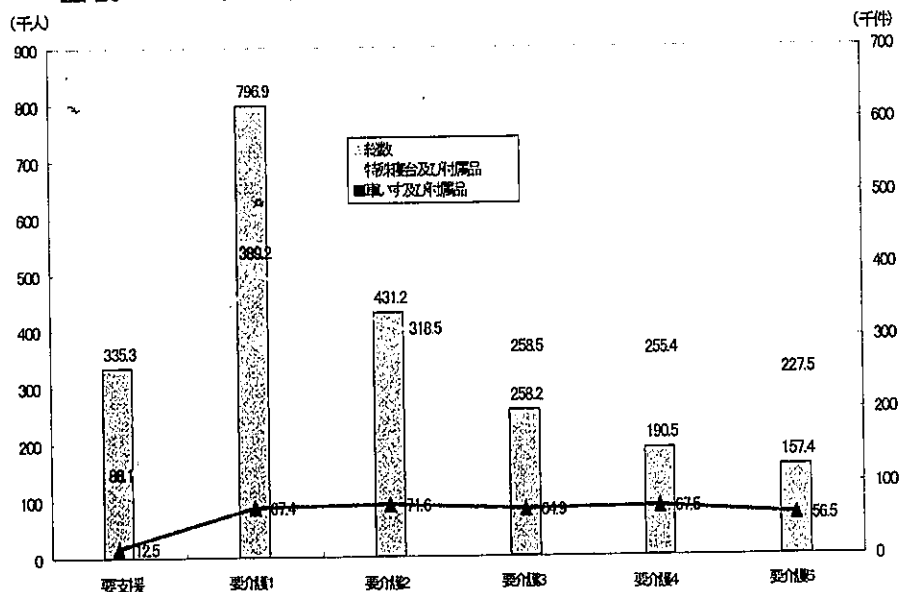


図表 1 9 居宅サービスの利用状況



資料 介護給付実態調査(平成15年7月審査分)

図表 2 0 在宅サービス受給者数と福祉用具貸与の件数



資料 介護給付実態調査(平成15年7月審査分)

(住宅改修の状況)

- 住宅改修の介護給付費支給額は、制度当初の2000（平成12）年4、5月の約1億8千万円から2003（平成15）年8、9月の約3億2千万円となり、同年3月末までの延べ支給件数が約79万件となるなど、福祉用具と同様に普及が進んでいる。

住宅改修の給付の内容をみると、住宅内の安全な移動の確保のために「手すりの取付け」と「段差の解消」で、給付費の約70%を占めている。また、要介護度ごとの給付状況では、要支援及び要介護1の者に多く給付されており、伸び率も高くなっている。

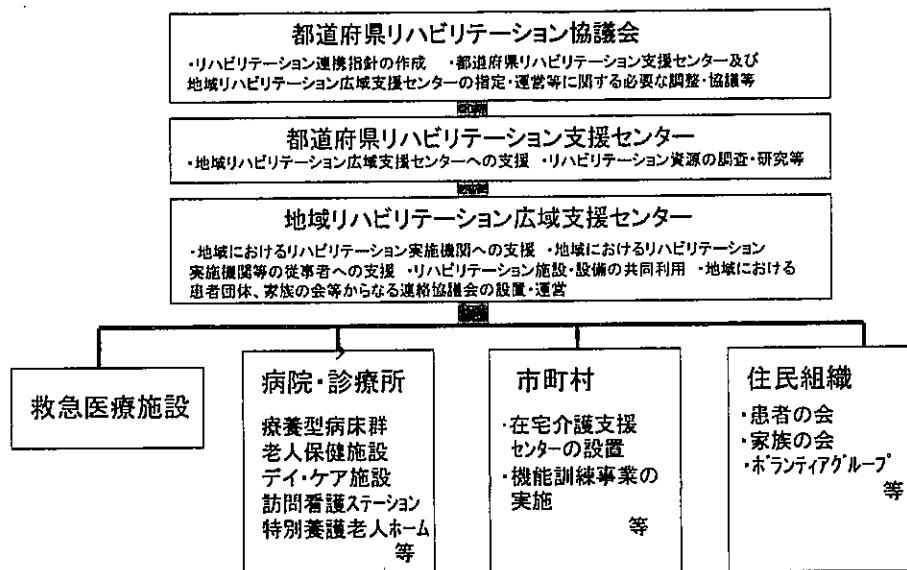
(4) 地域リハビリテーションの支援体制の整備

(地域リハビリテーション支援体制整備推進事業)

- 高齢者が寝たきり状態になることを予防し、高齢者それぞれの状態に応じたリハビリテーションが適切かつ円滑に提供されるためには、それを支援する体制を整備することが重要である。このようなことから、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」が、介護保険制度が施行される前の1998（平成10）年度から実施されている。本事業は、老人保健福祉圏（2次医療圏）ごとにリハビリテーションを提供する体制の整備、リハビリテーション従事者に対する研修、保健・医療・福祉の関係者やボランティア等の地域における住民への普及啓発などを目的とするものである。（図表21）

- 2003（平成15）年度には、42都道府県において実施されているが、自治体間の取組の格差があることなどが指摘されている。

図表21 地域リハビリテーションの推進体制



* 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広域支援センターは既存の施設等を指定。

(5) リハビリテーション専門職等の現状

- 質の高いリハビリテーションが提供されるためには、それを担うリハビリテーション専門職の養成・確保と資質の向上が重要である。リハビリテーション専門医や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成確保等の現状は、以下のとおりである。

(少ないリハビリテーション専門医)

- リハビリテーション医学会によれば、リハビリテーション医学会の認定による専門医数は全国で813人（2002（平成14）年11月時点）で、年間に合格する専門医数は30～40人と少ない状況にあり、リハビリテーション医学の進歩と施設あるいは地域でのリハビリテーション医療の発展を担う職種として、その養成を図っていくことが求められている。

(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成は伸びている)

- 一方、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の養成の状況をみると、養成所数及び入学定員の増加もあり、その養成数は着実に伸びている。

(図表22)

○ 理学療法士及び作業療法士については、医療関係者審議会（２０００（平成１２）年）が２００４（平成１６）年を目途とした理学療法士及び作業療法士の需給の推計を行っている。これによれば、２００４（平成１６）年には、理学療法士は約４万６千人の需要に対して約３万７千人の供給、作業療法士は約３万３千人の需要に対して約２万４千人の供給と見込まれている。（言語聴覚士法は１９９７（平成９）年１２月に制定。）

○ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が所属する分野は、各療法士協会の調査によれば、保健、医療、福祉等さまざまな領域において活動を行っているものの、三者とも医療（病院・診療所）に所属する割合がおおよそ６０～７０％となっている。今後は予防や介護分野への活動の参入が課題である。（図表２３、図表２４、図表２５）

（市町村保健師の役割は変化してきている）

○ 在宅の患者あるいは利用者と身近な存在である市町村の保健師は、老人保健事業の機能訓練や訪問指導で、地域においてリハビリテーション等を実施する役割を果たしてきた。

近年は、医療保険におけるリハビリテーションの充実、介護保険制度の導入により、リハビリテーションそのものを実施する役割に加え、要介護状態になることの予防活動の強化やケアのコーディネート及びシステムづくりの役割がより重視されてきており、今後、その養成を図る必要がある。

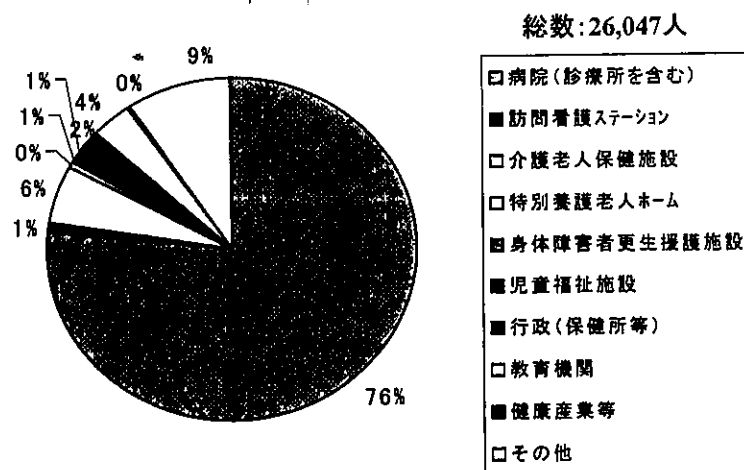
図表 2 2 リハビリテーション専門職の養成所数等の
年次推移

	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	施設数	入学定員	施設数	入学定員	施設数	入学定員
昭和50年	11	200	5	100	—	—
55年	22	435	13	270	—	—
60年	43	980	28	585	—	—
平成 2年	48	1,115	33	700	—	—
7年	80	2,640	58	1,690	—	—
11年	107	3,631	97	3,113	27	920
12年	118	4,231	107	3,593	32	1,125
13年	134	4,964	122	4,283	41	1,445
14年	153	6,249	136	5,096	48	1,765

参考) 平成14年12月31日現在の各名簿登録者数は、理学療法士:33,439人、作業療法士:19,817人、
言語聴覚士:6,723人(厚生労働省医政局医事課調べ(言語聴覚士は(財)医療研修推進財団調べ))

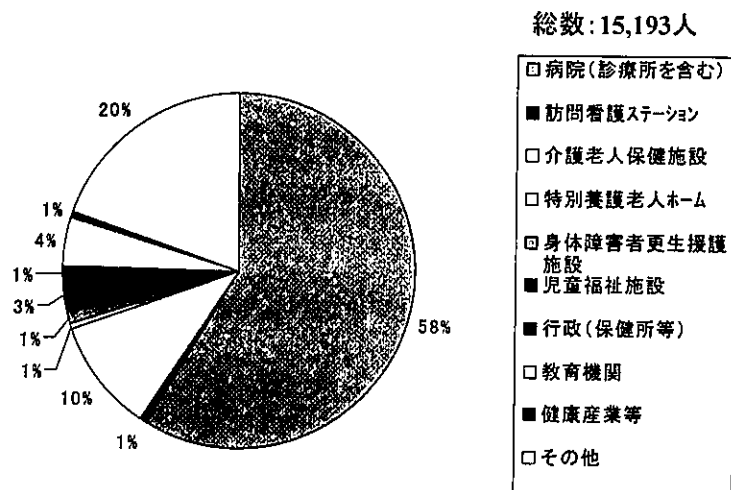
注)施設数、入学定員数は、厚生労働省医政局医事課調べ(各年4月、平成14年度を除く。)

図表23 所属別PT割合



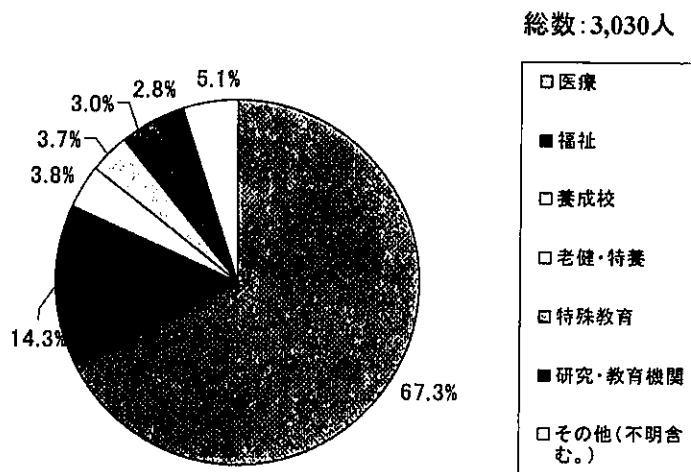
注) (社)日本理学療法士協会に所属している会員の平成14年3月31日現在のデータ

図表24 所属別OT割合



注) (社)日本作業療法士協会に所属している会員の平成13年3月31日現在のデータ

図表25 所属別ST割合



注) 日本言語聴覚士協会に所属している会員の平成13年12月16日現在のデータ

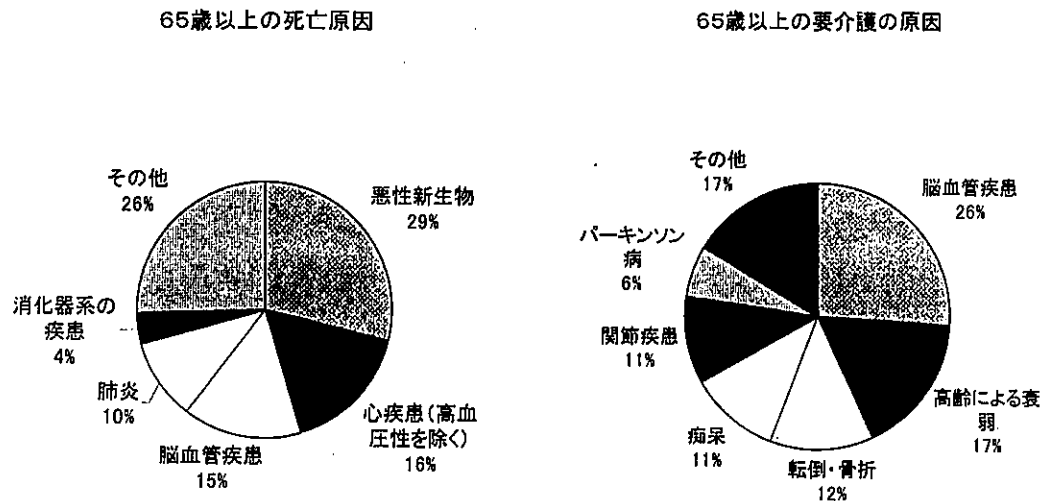
Ⅲ 介護保険制度施行後見えてきた課題

- 介護保険制度は、高齢者のリハビリテーションに大きな転換と変化を与えるものであった。ここでは導入として、介護保険制度が施行され約4年を経過した段階で見えてきたさまざまな課題について述べる。
- 介護保険制度では、全国同一の基準により、高齢者の心身の状態に関する詳細なデータをもとに要介護認定及び要支援認定（以下「要介護認定」という。）が行われるため、要介護度の変化や要介護高齢者の心身の状態についてさまざまな分析が可能となっている。

1 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる

- 65歳以上の死亡原因は、2001（平成13）年人口動態統計によれば、第1位悪性新生物（28.9%）、第2位心疾患（16.4%）、第3位脳血管疾患（14.9%）となっており、約60%が生活習慣病となっている。
- 一方、65歳以上の要介護の原因は、2001（平成13）年国民生活基礎調査によれば、第1位脳血管疾患（26.1%）、第2位高齢による衰弱（17.0%）、第3位転倒骨折（12.4%）、第4位痴呆（11.2%）、第5位関節疾患（10.6%）となっている。
- このように要介護の原因と死亡の原因を比較すると、脳血管疾患は共通だが、要介護の原因としては高齢による衰弱、転倒骨折、痴呆、関節疾患といった生活機能の低下を来す疾患・状態が重きを占めている。
- これまで行政施策として行われてきた予防対策は、主として死亡の原因となる生活習慣病の予防が中心として取り組まれ、現在「健康日本21」により推進されている。今後、介護の問題を考える場合は、死亡の原因と要介護状態の原因とが異なることを踏まえた予防対策が必要である。（図表26）

図表 2 6 65歳以上の死亡原因と要介護の原因



資料 人口動態統計及び国民生活基礎調査(2001年)から65歳以上高齢者について作成

2 軽度の要介護者が急増している

(要介護認定者は増加しているが、軽度の者の増加が著しい)

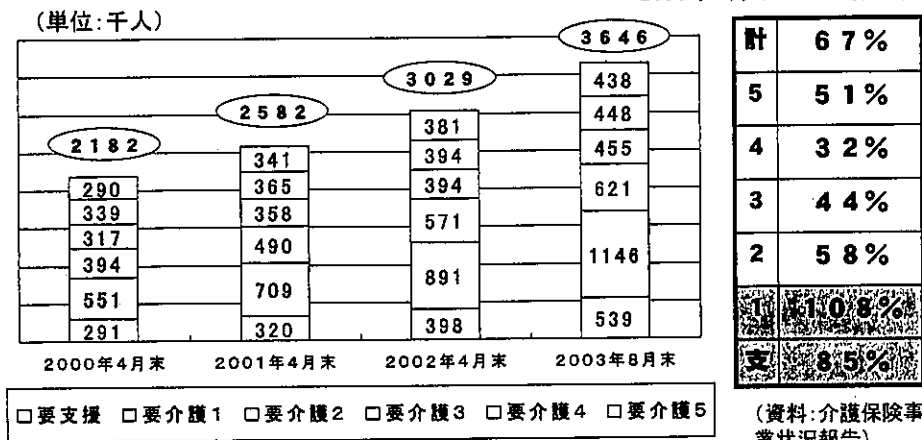
- 介護保険制度施行後3年間の状況を見ると、要介護認定者数は、65歳以上の高齢者数の伸びを上回る勢いで増加している。年齢階級別では、要介護認定者の約80%が75歳以上の後期高齢者となっている。その中でも、要支援及び要介護1という軽度の者の増加が著しい。

一方、性別では、介護保険の受給者数をみると、約70%が女性となっている。(図表27、図表28、図表29、図表30)

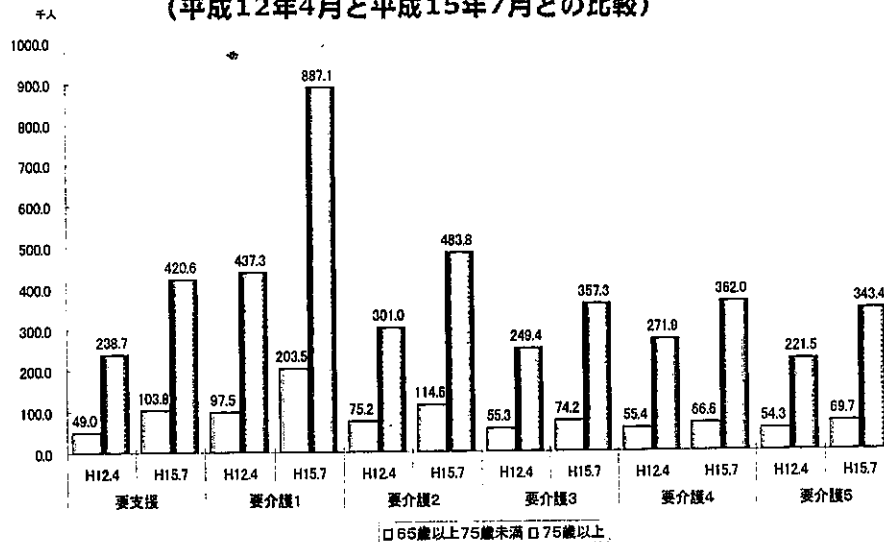
図表 2 7 要支援・要介護 1 の高齢者の増加

- 要介護認定を受けた人は3年4か月で約147万人増加(67%)
- 特に、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加(100%)
(要介護度別認定者数の推移)

2000年4月末からの増加率

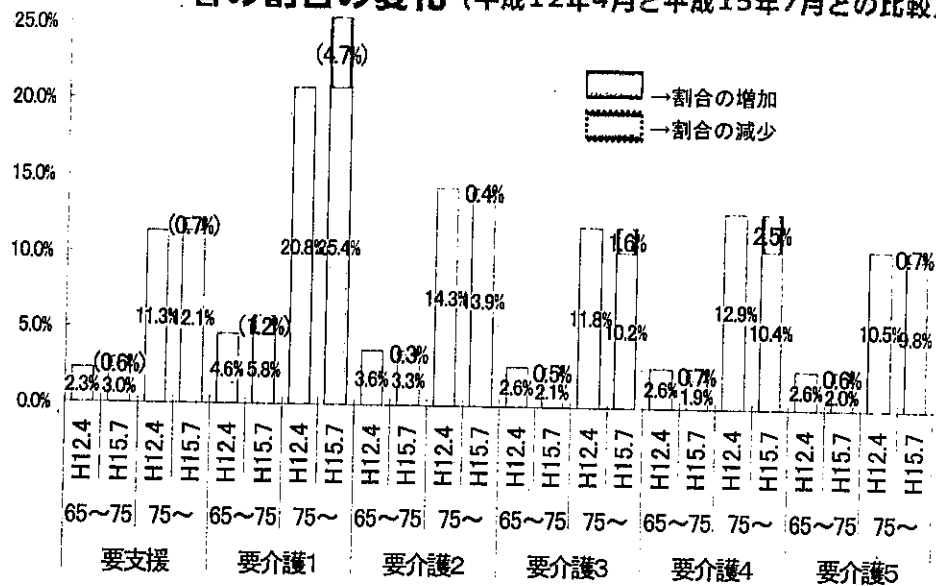


図表 2 8 要介護認定者に占める前期高齢者と後期高齢者数
(平成12年4月と平成15年7月との比較)



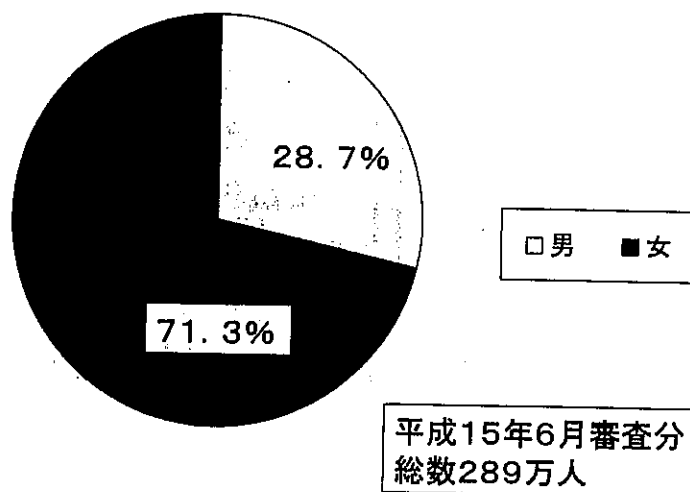
資料 介護保険事業状況報告(2003年12月9日時点集計)

図表 2 9 要介護認定者に占める前期高齢者と後期高齢者の割合の変化（平成12年4月と平成15年7月との比較）



資料 介護保険事業状況報告(2003年12月9日時点集計)

図表 3 0 性別受給者数



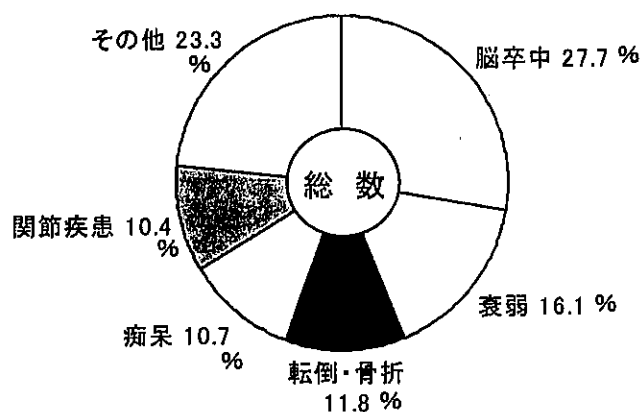
(要介護状態となった原因疾患は性別や年齢によって異なる)

- 2001(平成13)年国民生活基礎調査によれば、介護が必要になった主な原因は、第1位が脳卒中であり、第2位が衰弱、第3位が転倒・骨折となっている。性別にみると、男性の場合は脳卒中が約43%を占めるが、女性の場合は原因が多様で、衰弱、転倒・骨折、関節疾患を合わせた割合は約46%となっている。また、年齢階級別にみると、65歳以上75歳未満の前期高齢期は脳卒中が多いが、後期高齢期は転倒・骨折、衰弱が多くなっている。(図表31、図表32、図表33)

(要介護度別にみても原因疾患が異なる)

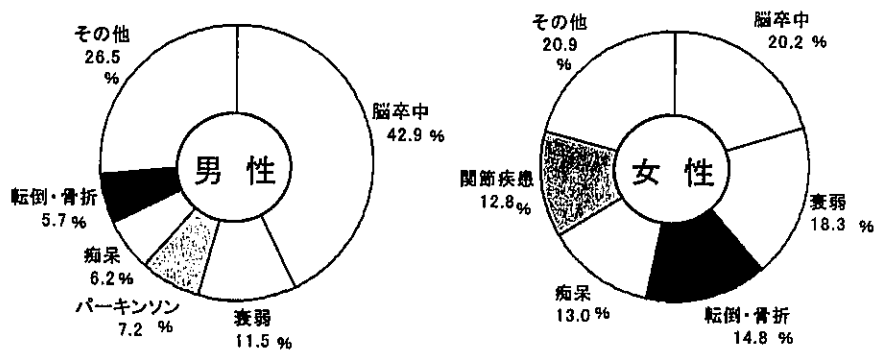
- また、介護が必要になった主な原因を要介護度別にみると、要支援及び要介護1の者は、高齢による衰弱、転倒・骨折及び関節疾患(リウマチ等)が、要介護2以上では脳血管疾患と痴呆の割合が高くなっている。
(図表34)

図表 3 1 介護が必要となった原因



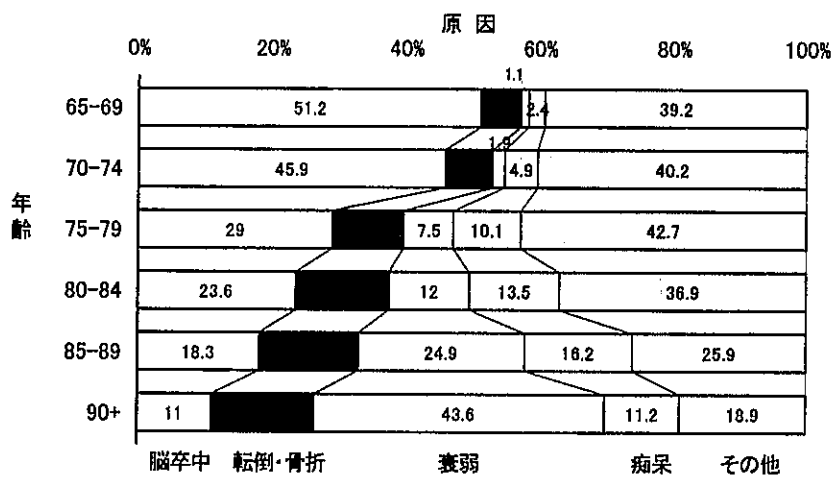
資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図表 3 2 介護が必要となった原因（男女別）



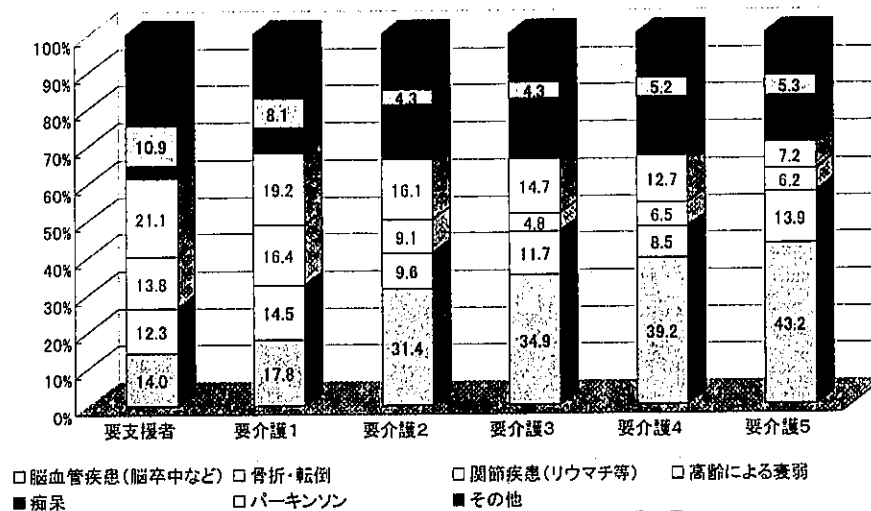
資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2001年）

図表 3 3 介護が必要となった主な原因（年齢別）



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2001年）

図表 3 4 要介護度別介護が必要となった原因割合



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)から厚生労働省老健局老人保健課において特別集計

(軽度の要介護者と重度の要介護者の有する疾患は異なる)

- 要介護者が有する疾患については、要介護認定に必要な主治医意見書を分析した北九州市の調査(2000(平成12)年)によると、要支援及び要介護1の軽度の要介護者の多くは、高血圧性疾患、関節症、骨の密度及び骨の構造の障害などを、要介護2以上の中度から重度の要介護者は、脳梗塞や痴呆などを有している。
- この北九州市の調査結果は、前述した国民生活基礎調査と本質的には同様な結果を示すものと解釈できる。すなわち、北九州市の調査における軽度の要介護者が有する高血圧性疾患や骨の密度及び骨の構造の障害は廃用症候群⁶のきっかけとなり、国民生活基礎調査における軽度の要介護者の原因として見られる衰弱は、その多くが廃用症候群に起因すると考えるこ

⁶廃用症候群：廃用症候群は、1950年代に提唱された概念で、病気やけがによる安静を含む不活動さによって全身又は身体の局所に生じる機能の低下であり、高齢者の寝たきり発生の主要な原因とされている。全身性の廃用症候には心肺機能低下、起立性低血圧、静脈血栓などがあり、局所性廃用症候には拘縮、廃用性筋萎縮、廃用性骨萎縮などがある。

とができるからである。(図表35)

- 一方、2001（平成13）年介護サービス施設・事業所調査により、介護保険三施設入所者の主たる傷病を要介護度別にみると、脳血管疾患と痴呆の割合が高くなっており、北九州市の調査に近い結果となっている。(図表36)

- これらの結果から、要支援及び要介護1の群と、要介護2以上及び施設入所者の群で介護を要する状態に至る原因疾患が異なっていることがわかる。

(前期高齢者からの対応が必要)

- 現在、増加の著しい要支援及び要介護1は、後期高齢者に多い。これは、骨関節疾患や腰痛症、廃用症候群などを有する高齢者に対して、いわゆる「前期高齢者時代」からの生活機能低下の予防や運動器疾患のリハビリテーションなどによる適切な対応がなされていないことが要因の一つと考えられる。

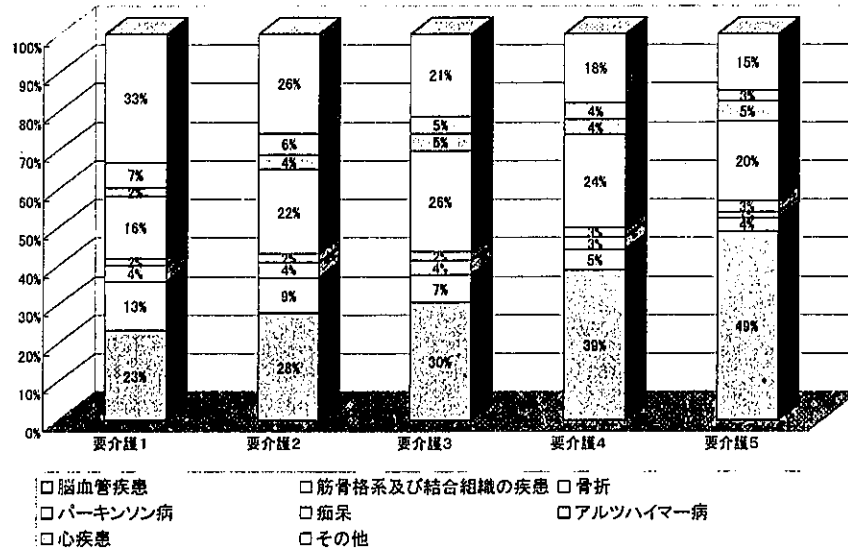
図表35 主治医意見書に記載された要介護状態の原因と考えられる疾患

在宅	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
2位	関節症	関節症	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患

施設	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
1位	高血圧性疾患	脳梗塞	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	脳梗塞
2位	脳梗塞	高血圧性疾患	血管性及び詳細不明の痴呆	脳梗塞	血管性及び詳細不明の痴呆	血管性及び詳細不明の痴呆
3位	骨の密度及び構造の障害	血管性及び詳細不明の痴呆	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患

出典：北九州市(2002)

図表 3 6 介護保険施設入所者の主な傷病割合



資料 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(2001年)

3 介護予防の効果があがっていない

(重度化する要介護度)

- 日本医師会総合政策研究機構（以下「日医総研」という。）の島根県の2000（平成12）年度から2年間の要介護認定のデータを分析すると、要介護2以上に比べて、要支援及び要介護1の者は要介護度が重度化した割合が多くなっている。（図表37）
- 一方、2001（平成13）年国民生活基礎調査による要介護度のデータを分析した結果をみると、2000（平成12）年に要支援者のうち、2001（平成13）年に要介護度が重度化した者の割合は約34%であり、日医総研の調査と同様に、要支援者を含めた軽度の要介護者の要介護度が、一定期間後に重度化する割合が高いことを示している。これは、現行の要支援者への予防給付や軽度の要介護者への給付が、必ずしも要介護度の改善につながっていないと言える。（図表38）

- この要因の一つとして、高齢者の生活機能の低下の早期把握と早期対応などがなされていないことが考えられる。

図表 3 7 要介護認定の変化

2002.10 2000.10	認定あり						認定なし	
	要支援 (439)	要介護1 (1,316)	要介護2 (1,010)	要介護3 (855)	要介護4 (957)	要介護5 (1,151)	横計 (2,150)	死亡 (再掲) (1,830)
要支援 (961)	32.4%	34.8%	8.4%	2.9%	1.7%	1.1%	18.7%	8.8%
要介護1 (1,967)	5.9%	39.8%	18.5%	8.4%	5.5%	2.4%	19.5%	14.8%
要介護2 (1,366)	0.5%	11.6%	31.8%	17.9%	10.2%	4.1%	23.9%	20.4%
要介護3 (1,157)	0.3%	2.6%	9.8%	27.8%	22.9%	10.3%	26.4%	23.9%
要介護4 (1,219)	0.1%	0.7%	1.4%	7.1%	29.9%	25.6%	35.3%	32.7%
要介護5 (1,208)	0.0%	0.1%	0.2%	0.8%	5.2%	50.2%	43.5%	41.4%
縦計(7,878)	5.6%	16.7%	12.8%	10.9%	12.1%	14.6%	27.3%	23.2%

注1. () 内はN数 注2. 構成割合は、2000年10月時点の要介護度別認定者に対するもの。
日医総研 川越雅弘主席研究員の調査研究。松江広域、出雲市、瑞穂町の被保険者を対象に分析。

図表 3 8 要介護認定の状況変化の割合

(2001年6月の要介護度と1年前の要介護度との比較)

		2001年6月							
		総数	要支援者	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護度不詳
2000年6月	総数	100.0	13.5	27.2	20.6	12.9	11.5	11.0	3.3
	要支援者	100.0	66.8	25.6	4.0	1.9	0.3	0.9	1.0
	要介護1	100.0	3.5	68.1	20.6	4.5	1.7	1.0	0.5
	要介護2	100.0	1.2	14.4	61.6	16.0	4.3	2.1	0.3
	要介護3	100.0	0.6	4.5	17.9	47.1	24.7	5.1	0.2
	要介護4	100.0	-	1.3	1.1	11.6	61.4	23.8	0.7
	要介護5	100.0	0.3	-	-	1.9	11.1	85.4	1.4
	自立	100.0	31.3	21.8	17.7	13.9	1.6	9.1	4.6
	申請中	100.0	25.3	36.3	15.7	8.0	6.7	2.4	5.5
	申請ない	100.0	18.7	27.9	16.7	14.0	7.3	8.0	7.5
	不詳	100.0	7.8	17.0	10.6	11.4	6.4	2.8	44.1

資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)から厚生労働省老健局老人保健課において特別集計

4 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要

- これまで、わが国の予防や医療・介護のリハビリテーションは、歴史的にも脳卒中を主要な対象（脳卒中モデル）として形成されてきた。その理由としては、脳卒中は、かつて死因の第1位を占め、また、現在でも、要介護状態となる原因の第1位の疾患であることから、リハビリテーションの対象として重きがおかれ、モデルとして発展してきたことによる。今日においても、脳卒中は代表的な死因であり、また、要介護2以上の原因疾患は脳卒中が多いことから、このモデルが重要であることには変わりはない。

（脳卒中モデル）

- 脳卒中の発症予防においては、市町村保健師等による過剰な塩分摂取習慣の是正など栄養・食生活や運動に関する健康教育、健康診査の実施と保健指導を中心とした対策が行われてきた。また、医療においては、かかりつけ医による高血圧症の管理などの日常的な治療や薬剤師による服薬指導などが行われてきた。
- 脳卒中発症後の対応としては、発症後1か月以内を目安に急性期の治療や並行してのリハビリテーション、急性期以降の9か月までを目安に回復期のリハビリテーション、9か月以降を目安に維持期のリハビリテーションを提供する体制が構築されてきた。急性期と回復期は主として医療保険で、維持期は主として介護保険で行われてきた。
- このように脳卒中モデルにおいては、これまでリハビリテーションを「急性期」、「回復期」、「維持期」の3つの時期に分けて、それぞれに応じたプログラムやシステムが整備されてきた。このモデルは、転倒による大腿骨頸部骨折などのように、生活機能の低下が急性に生じるものについては、時期区分の経過は共通していたことから、一定の効果を上げてきている。

(廃用症候群モデル)

- 一方、廃用症候群や変形性骨関節症のように徐々に生活機能が低下するものも多く、これらは脳卒中モデルのような時期区分の経過はたどらない。これらには早期から予防とリハビリテーションを行うことが効果的であるが、従来は、その重要性に対する認識が不十分であった。このようなことから、廃用症候群のように徐々に生活機能が低下するものについては、これを第2のモデル（廃用症候群モデル）として、脳卒中モデルと並ぶ新たな枠組みとして取り上げる必要がある。

(痴呆高齢者モデル)

- 以上のいずれのモデルにも属さないが、重度の要介護者の代表的な原因疾患として、痴呆がある。これに対しては、今後、生活機能向上の視点からの取組が重要である。

IV 高齢者リハビリテーションの基本的な考え方

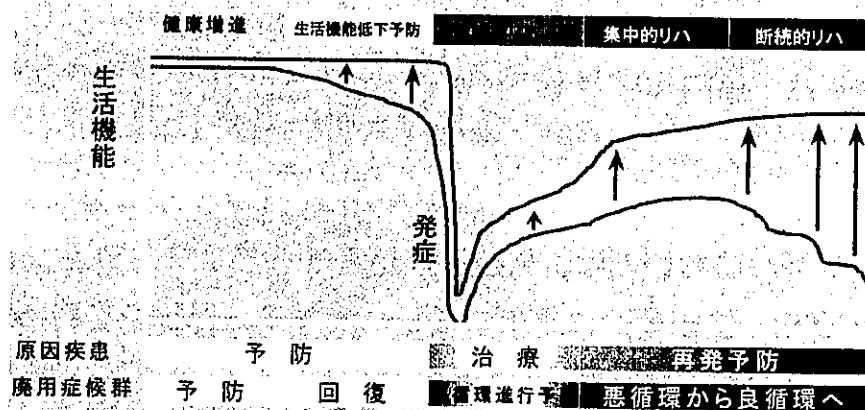
1 高齢者の態様に応じた対策が必要

- 脳卒中モデルと廃用症候群モデルとでは、リハビリテーションの内容は異なる。さらに、原因疾患や生活機能低下の状況を踏まえ、適切なリハビリテーションを提供する必要がある。(図表39、図表40)
- 脳卒中モデルにおいては、発症直後からリハビリテーションを開始し、自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリテーションを行った後に、自宅復帰後は日常的に適切な自己訓練を行うとともに具体的な課題やさらなる目標が設定された時に、必要に応じて、期間を定めて計画的にリハビリテーションを行うことが基本となる。
- 廃用症候群モデルにおいては、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを行うことが基本となる。リハビリテーションの提供にあたっては、必要な時に、期間を定めて計画的に行われることが必要である。
- そのいずれのモデルにも属さない痴呆高齢者については、環境の変化に対応することが難しいため、生活の継続性やなじみの人間関係⁷が維持される環境の下にケアが提供されることが必要となる。その上で今後、必要な専門医療と連携し適切なリハビリテーションが検討されるべきである。

⁷なじみの人間関係：家庭的な雰囲気の小規模な生活空間における利用者と介護者の人間関係。周囲の環境の変化に対応することが難しい痴呆高齢者のケアに求められる最も重要な要素の一つである。

図表 3 9 生活機能低下の状態像—①—

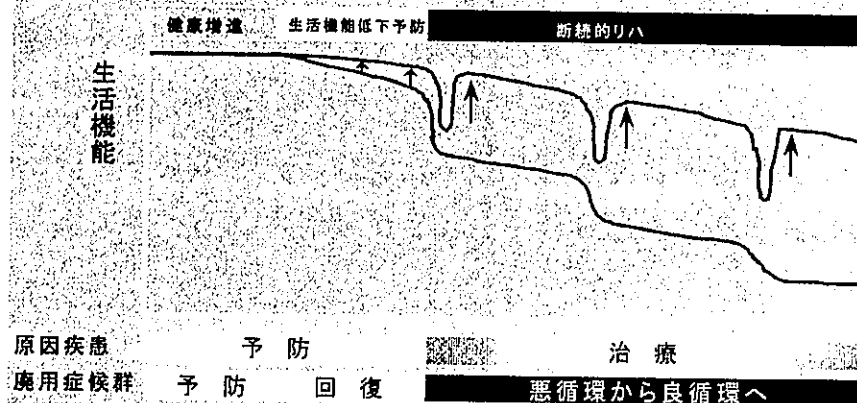
脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第1回)上田委員プレゼンテーション資料より作成

図表 4 0 生活機能低下の状態像—②—

廃用症候群モデル
(廃用症候群、変形性関節症など)



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第1回)上田委員プレゼンテーション資料より作成

2 廃用症候群の対策の重要性

- 後期高齢者に多い衰弱を含め、高齢者の心身機能の低下は、「年だから仕方がない」などと考えがちであるが、これは、実は廃用症候群であったことが見逃されていたことが少なくない。今後は十分に認識される必要がある。
- 廃用症候群は、在宅や施設での原疾患の急性期から慢性期にわたる治療や療養において、本来必要である以上の安静（過度の安静）の指導がなされたり、また、早期離床や早期の日常生活活動の向上のための取組がなされなかったことなどによって生じる。このためにも廃用症候群の原因となる入院（所）中の「過度の安静」を防止するために、これまで医療機関で日常的に使用されてきた入院者への評価である「安静度」という用語を見直し、「活動度」に変更する必要がある。
- 医療現場に限らず、介護の現場においても、「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」、あるいは「安全第一」という考え方で過剰な介護をして、かえって廃用症候群を惹起する場合がある。

（つくられた寝たきりとつくられた歩行不能）

- 車いすには利用者の参加の拡大につながる一面があることは確かである。しかしながら、訓練のときは歩けるのに、実用歩行訓練が不十分なまま、実生活では車いすを使わせたり、歩行ができるのに車いす介助で移動させるなど不適切かつ尊厳に欠けるような車いすの使用がなされる場合がある。「つくられた寝たきり」「座らせきり」は、多くの高齢者のケアの関係者に理解されている。しかし、このような高齢者の状態像に合わない車いすの使用などによる「つくられた歩行不能」については、いまだその危険度が十分に認識されていない。歩行や、立って活動を行うことが困難になると、在宅での日常生活の活動が低下し、地域社会への参加も難しくなる。今後は、歩行しないことによる廃用症候群の危険性について、予防・医療・介護の関係者はもとより、高齢者自身やその家族は十分に認識する必要がある。

(つくられた家事不能)

- また、例えば、調理などの家事を行う能力があるにもかかわらず、訪問介護による家事代行を利用することにより、能力が次第に低下して、家事不能に陥る場合もある。このような状態を防ぐためには、身の回りの行為だけでなく、調理を含めた家事や外出などの生活活動全般への働きかけを積極的に行う必要がある。

3 生活を支えるという目標

- これまでは、入院（所）中は、訓練室での歩行訓練といった心身機能の回復訓練が中心になりがちで、実際の生活の場で歩行し、例えば、台所に立って家事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、買い物を想定して屋外で歩行を行うなどの日常生活のさまざまな活動をどのように高めるのか、という観点からの取組が必ずしも十分ではなかった。
- 高齢者の生活機能は、これまで生活してきた家庭、地域の環境で培われてきており、生活機能を向上させるためのリハビリテーションは、住み慣れた地域において提供されることによってより高い効果が期待できる。このため、施設におけるリハビリテーションは、入院（所）しなければ受けられないプログラムを実施する場合に限って利用することが基本であり、入院（所）した場合においても、常に在宅復帰を想定してリハビリテーションを提供していくことが基本となる。
- 在宅の高齢者については、できるだけ長く住み慣れた自宅で生活を送れるよう、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの居宅サービスを一体的に提供していくことが基本となる。
- 施設の訓練室、病棟・居室や通所サービスの訓練室などの設備をできるだけ実生活に近い環境で提供していくことが基本となる。

4 個別的、総合的なサービスの提供

- 高齢者の状態像は、年齢、性、健康状態、生活機能、本人の生活歴・価値観、家庭環境、居住環境などによって多様であり、これまでの長い生活、人生を反映した、極めて個別的、個性的なものである。しかし従来は、画一的なプログラムが提供されがちであった。これによって、高齢者の自己決定権は形骸化されていた面も否定できない。
- 今後は、個別性を重視したリハビリテーションを提供するために、本人の積極的参加を促し自己決定権を尊重することが必要である。
- また、高齢者に対し、リハビリテーションを提供する場合には、生活機能低下を克服し、新たな生活を踏み出そうとする高齢者の気概や、より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいとする思いを引き出し、これを適切に支えることが重要である。
- 生活機能の低下をきたした高齢者は、健康な時の自己の姿と現状を比較してうつ状態に陥ったり、その受容が困難になることがある。このため、生活を再構築するためのリハビリテーションを継続するための心のケア、精神的な支えも重要である。
- 高齢者のリハビリテーションは、このような個別性や個性を的確に把握した上で、適時・適切なリハビリテーションが提供できるようにしていくことが必要である。

5 評価に基づく計画的な提供

- リハビリテーションは、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた個別的な計画に基づき、期間を設定して、行われるべきものである。計画は、定期的に評価され、

必要に応じて修正又は更新される。

- このような目標や計画は、利用者が主体となって専門職がこれを支援するような取組で設定・作成されるものである。このような過程を経ないで設定された目標や、計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない。これは訓練そのものが目的化することになり、いわゆる「訓練人生」を生むことになる。

6 地域で提供できる体制の整備

(1) 地域資源の確保

- 地域によっては、リハビリテーションを提供するような医療施設がなく、住み慣れた地域から遠く離れた施設などでリハビリテーションを利用せざるを得ない状況もある。また、施設でのリハビリテーションを終了し、在宅復帰する場合に、自宅に戻った際に連続してリハビリテーションが利用できず、または利用しようとしても地域にリハビリテーション提供体制が整備されていないといった状況がある。
- 今後は、住みなれた地域において一体的に予防、治療、在宅生活への復帰とその継続を支援できるようなリハビリテーション提供体制を計画的に確保していく必要がある。

(2) 連携、分担

- リハビリテーションは連携が必須にもかかわらず、これまでの取組は必ずしも十分とは言えなかった。特に、医療と介護の連携、入院中や外来で行われる通常の一般医療とリハビリテーションの連携、また、介護保険の中での各サービス間の連携や、専門職種間の連携が不足していたと言える。

- 今後、リハビリテーションが、患者・利用者を中心として、予防、医療と介護の多くの施設や事業者、職種により切れ目なく、一体的に提供されるためには、個々の利用者の生活機能に関する情報の交換、履歴の共有化による連携、利用者のケアの現場を通じて、関係者が具体的な取組・技術を共有化するチームアプローチが不可欠である。
- 高齢者のリハビリテーションに関わる多職種が利用者の生活機能を踏まえたリハビリテーション計画の作成に参画するとともに、リハビリテーション専門職が訓練を行い向上させた高齢者の活動能力を、看護職・介護職が日常でのケアを通じ、実生活で実行できるように定着させるような連携が重要である。

(3) 国民にサービスの所在がわかるシステム

- 高齢者に対して適切な介護予防サービスやリハビリテーションが提供され、必要なときにいつでも利用できるようにするためには、まず、地域社会の構成員である国民ひとりひとりがリハビリテーションについて理解を深めることが重要である。また、地域の専門職もそのための役割を十分に果たしているとは言い難い状況である。このため、リハビリテーションに関する普及啓発は大きな課題である。
- 脳卒中は緊急対応が必要な疾患であるが、国民の多くは脳卒中の症状についての知識が十分ではないため、脳卒中の初期症状が現れているにもかかわらず早期に医療機関を受診することにつながらず、重症化する場合も多いとされている。また、脳卒中を発症した場合に、適切なリハビリテーションをどこの医療機関で受ければよいのか、といった情報も十分ではないとの指摘もあることから、今後は国民にサービスの所在がわかるシステムを構築する必要がある。

7 質の確保

- 高齢者のリハビリテーションは、プログラムや技術の質によって成果が大きく左右されるものである。その質的向上を図るために、これまで述べた内容を行うことが必要である。
- また、リハビリテーションの質の確保・向上や効率化を促進させる観点から、リハビリテーション技術の研究についても積極的に取り組む必要がある。

8 基盤の整備

- これまで述べたように予防、施設サービス、訪問、通所（外来）、ショートステイ、福祉用具・住宅改修といった在宅サービスは、利用者を中心として総合的に提供されるべきであり、そのために住み慣れた地域での基盤整備がなされる必要がある。
- 人材の育成については、高齢者の状態像が多様化し、リハビリテーションに対する要請も多様化、高度化しており、これに対応したリハビリテーション専門職の養成が必要である。リハビリテーション技術は、その専門性から、理学療法、作業療法、言語聴覚療法など個々のサービス分野の分化が進んでいるが、反面、連携が困難になるといった弊害も生み出しており、連携を重視した教育が重要である。今後は、高齢者の生活機能を総合的に見ていけるような教育・訓練が必要である。

V 現行サービスの見直しへの提案

- 高齢者には、生活機能低下の原因疾患の予防サービスや、発症直後の治療と並行して早期から行うリハビリテーション、在宅に復帰してからの在宅支援のためのリハビリテーションが断片的でなく総合的に提供されなければならない。
- これまで述べてきた「IV 高齢者リハビリテーションの基本的な考え方」に沿って、リハビリテーションの一層の向上を図っていくため、ここでは、予防、医療・介護のリハビリテーション、地域リハビリテーションシステムの3つの項目について提言を行う。

1 生活機能低下の予防

- これまで予防対策は、疾病そのものを予防する観点から、生活習慣病の予防を中心に取られてきたが、今後は、新たに要介護状態や要介護度の重度化を予防する観点から、生活機能低下の予防対策に取り組む必要がある。
- 生活習慣病の予防は、要介護状態の予防の観点からも重要であり、従来から実施されている「健康日本21」に基づく、生活習慣病の予防対策をさらに推進していくべきである。
- 「健康日本21」における生活習慣病の予防や生活習慣の改善の取組については、高齢者の虚弱の原因とされている高血圧性疾患や低栄養の予防、転倒・骨折の要因とされている高齢者の身体活動・運動能力の低下の予防について、介護予防といった別の観点からも、進めていく必要がある。
- 脳卒中をはじめとした要介護状態となる原因疾患の発症予防は、今後とも生活習慣病予防対策としても強化する必要がある。特に女性の要介護状態の

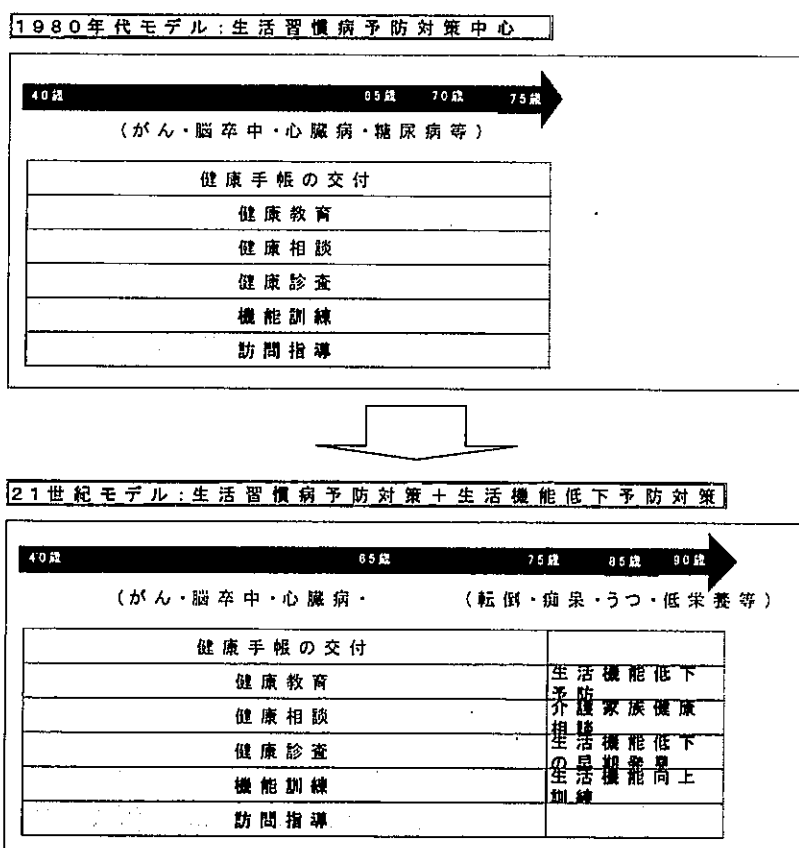
原因となっている転倒・骨折については、75歳以上、歩行速度が落ちた高齢者、最近転倒した経験のある高齢者、ふらつき等の原因となる薬剤を服用している高齢者などの危険因子を持つ人々に対し、早期に介入することにより予防効果があることから、今後は、地域において危険因子を持つ人々に対し転倒・骨折予防の取組を体系的に進める必要がある。

(老人保健事業・介護予防事業の見直し)

- 老人保健事業については健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導の6事業が実施されているが、これらの6事業に生活機能低下の予防を図るための取組を盛り込むべきである。例えば、生活機能に関する情報を健康手帳に加えることや、健康教育・健康相談への生活機能の考え方の導入、健康診査への生活機能低下のスクリーニングの導入など、生活機能低下の予防のための適切なプログラムの開発などが考えられる。

(図表4-1)

図表4-1 生活習慣病予防対策と生活機能低下予防対策



資料「高齢者に対する老人保健事業の在り方に関する調査研究事業報告書」(2003年3月)より引用

○ 介護予防事業については、個々の利用者毎に、生活機能を向上させるといった目標を明らかにし、ひとりひとりについて適切なアセスメントを踏まえたサービス内容の検討や、サービス提供の効果の把握・評価を行っていくことが必要である。このため、高齢者の生活機能を個別に評価した上で、介護予防プログラムの作成・管理を行い、これに基づき、提供する介護予防サービスの内容を決定するシステムとすべきである。その際、民間事業者や地域の社会資源の活用に努めるべきである。

○ 老人保健事業と介護予防事業については、市町村において生活習慣病予防と生活機能低下予防を効果的に進めていく観点から、総合的なシステム・体制づくりを検討すべきである。

(介護保険の予防給付等の在り方の見直し)

○ 介護保険においては、要支援者や軽度の要介護者の生活機能を向上させ、要介護度を積極的に改善させるという観点から軽度の要介護者に対するサービス内容とそのためのマネジメントシステムの在り方について、基本的な見直しを検討すべきである。

2 医療・介護におけるリハビリテーション

(1) 急性期・回復期におけるリハビリテーション（医療保険）

○ 疾患治療を担う医療機関においては、急性期・回復期のリハビリテーションが行われる。このリハビリテーションは、全身的な疾病の治療や合併症のコントロールと並行して、生活機能の低下の早い時期から、病態に応じて実施され、廃用症候群の予防と早期離床、ADLの早期自立・向上を図る必要がある。

○ また、医療におけるリハビリテーションは、疾患の発症や手術の直後か

ら、患者が在宅でどのような活動・生活を送るのかを具体的に想定した活動向上訓練など自立支援に向けて集中的に行う必要がある。

○ 医療保険制度におけるリハビリテーションについては、リハビリテーションの計画的実施、早期のリハビリテーションの重点評価、病棟等における早期歩行・ADLの自立等を目的とした理学療法・作業療法の重点評価、在宅でのリハビリテーションの評価等が行われているところであるが、今後とも以上のような観点から、充実を図っていく必要がある。この趣旨を踏まえれば、前述した保険医療機関及び保険医療費担当規則の表現は、実際の診療報酬上の評価にそぐわないものとなっているため、見直しを検討する必要がある。

○ リハビリテーションは、ともするとリハビリテーション専門の医療機関のリハビリテーション専門職だけが訓練室で実施するものであるというような誤解が生じがちである。しかし、リハビリテーション専門医療機関あるいは専門職のみならず、身近な医療機関において医師・看護師などが日常の医療や看護業務の中で実際の生活の場に近い環境で行うことが重要である。

○ リハビリテーションが急性期から回復期、その後の介護保険施設、在宅復帰へ至るまで一貫した淀みないサービスが提供されるような体制を地域に整備していく必要がある。

(2) 医療保険と介護保険におけるリハビリテーションの関係

○ ひとりの人間の、要介護状態となる原因疾患の発症、疾患の治療と並行したリハビリテーション、そして退院・在宅復帰するまでの過程をみると、制度上は医療保険と介護保険のリハビリテーションが提供されることになるが、これらのリハビリテーションは連続性が確保される必要がある。医療保険と介護保険の制度に分かれることによって、それぞれ提供されるリハビリテーションに制度上の差異があるかのごとく考えられやすいが、リハビリテ

ーションの目的や目標に差異があってはならない。

(3) 各種サービスにおけるリハビリテーション

医療保険と介護保険で提供されるリハビリテーションについて、入院（所）、訪問、外来・通所、ショートステイ、環境の5種類について記載した。

ア 入院（所）におけるリハビリテーション

○ 入院（所）リハビリテーションについては、これまでの訓練室中心のプログラムから病棟・居室中心のプログラムの充実を図る必要がある。入院（所）直後からの日常生活の活動向上訓練、福祉用具の適切な選択と使用方法や使い分けの指導が、病棟・居室等の実生活の場で在宅生活と同じような環境の中で行われる必要がある。それに加え、必要に応じて、入院（所）中からも、患者・利用者が外泊したり、看護師、理学療法士、作業療法士などが患者の自宅を訪問したりして、在宅生活の場での活動向上訓練を行うことも考えられる。

○ 早期の在宅復帰の促進を図るために、病棟・居室等の設備については、車いす用設備に偏らない、通常の在宅生活・社会生活に近い多様なものが望ましい。

イ 訪問リハビリテーション

○ 訪問リハビリテーションの目的は、在宅という現実の生活の場で日常生活活動の自立と社会参加の向上を図ることであり、高齢者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援の効果的なサービスである。

○ このように考えると、訪問リハビリテーションは、在宅復帰と自立支援を理念とする高齢者介護において有効なサービスであるが、現状では最も

利用が進んでいないサービスとなっており、今後、拡充していく必要がある。また、脳卒中による失語症の患者が在宅に多いにもかかわらず、言語聴覚士がサービス提供者として位置づけられていないといった問題も指摘されている。

- 現行の訪問リハビリテーションは、退院（所）直後や生活機能が低下した時に、計画的に、集中して実施するサービスとしても位置づけ、拡充していく必要がある。また、その内容は、日常生活活動と社会参加の向上に働きかけることを重視する必要がある。

ウ 外来・通所リハビリテーション

- 外来リハビリテーション・通所リハビリテーションは、高齢者が住み慣れた地域で、在宅での日常生活活動と社会参加の向上のために行われるものであり、今後のリハビリテーションの柱となるべきものである。
- 現行の通所リハビリテーションは、利用者の年齢層や介護が必要となった原因疾患、生活機能低下の状態がさまざまであるなど幅広いニーズに対応しているため、①日常の継続した健康管理（医学的管理）、②リハビリテーションそのものの提供、③介護者の休息、④閉じこもり対策、として行われている。
- 一方、2003（平成15）年4月の介護報酬改定で新設された個別リハビリテーションへの利用者のニーズは高く、このような専門職によるリハビリテーションのみを求める利用者が増えている。
- 通所リハビリテーションについては、これまで必ずしもその効果について十分に評価がなされないまま実施されてきたという側面がある。今後は、真に有効なリハビリテーションを提供していく観点から、日常生活活動の自立と社会参加の向上を支援するリハビリテーション機能そのものについては強化するとともに、必要な時期に期間を定めて提供するなど、その

機能の在り方を検討する必要がある。

- 通所サービスには、通所リハビリテーションと通所介護があるが、介護者の休息や閉じこもり対策などの通所介護と同様の機能の提供にとどまっている通所リハビリテーションについては、見直しを検討する必要がある。
- なお、少人数でなじみの集団で行う場合は、痴呆ケアとして通所リハビリテーションを位置づけることを考えていくことも必要である。

エ ショートステイ（短期入所療養介護）

（生活機能が低下しないショートステイへ）

- ショートステイについては、介護家族の支援の観点から実施されている場合が多いが、ショートステイ利用後に利用者の状態が悪化する例も指摘されている。
- このため、ショートステイについては、ショートステイ利用中に必要に応じ、在宅生活が継続できるよう生活機能の評価を行い、生活機能が低下しないようリハビリテーションの提供、または、適切なサービスにつなげる機能の強化が必要である。

オ 環境⁹

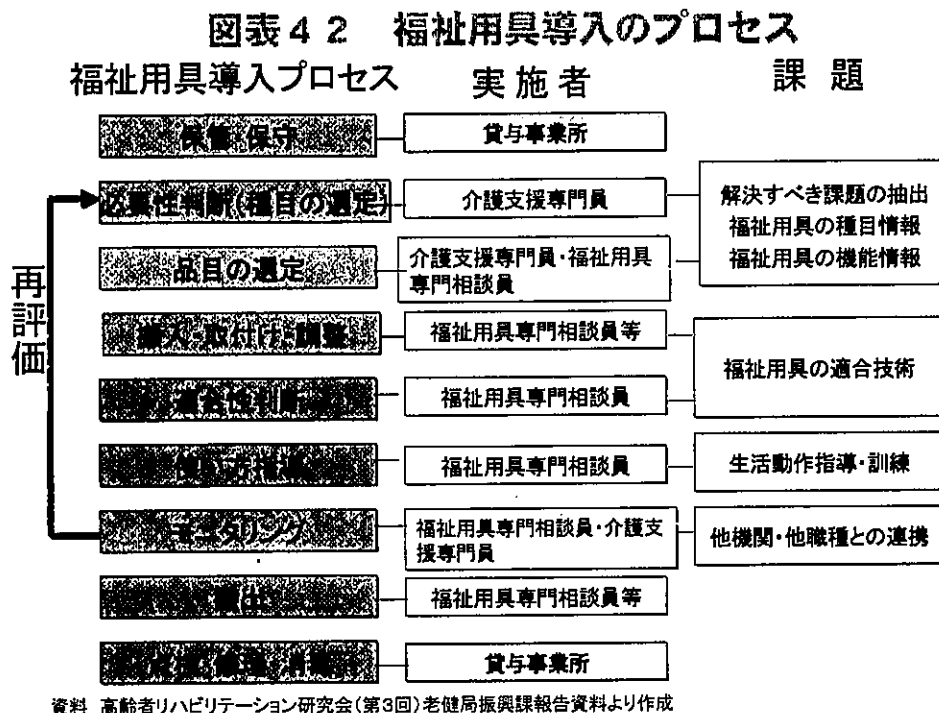
（福祉用具・住宅改修にはリハビリテーション専門職の関与と訓練が必要）

- 介護保険制度施行後、福祉用具・住宅改修の利用は大幅に増加したが、要支援者に対して、電動車いすや移動用リフトといった実際の状態像からは不適切な福祉用具の貸与がなされている例もある。

⁹ 環境：ICFでは、福祉用具・住宅改修を含む物的環境、家族等の人的環境、各種社会的制度などの社会的環境のすべてを環境因子としている。

- 本来、福祉用具や住宅改修の導入は、その必要性の判断、適切な福祉用具・住宅改修内容の決定、取り付け・調整、使い方指導、モニタリング等の過程で行われるものである。これに照らしてみた現状は、福祉用具の種目・機能情報の不足による必要性の判断の誤り、個々の要介護者等の生活機能に適合させる技術の不足、実際の訓練や指導の未実施などが想定される。このような状況では、福祉用具・住宅改修の目的である要介護者等の自立支援に十分な効果を上げることは困難と考えられる。
- 今後は、福祉用具・住宅改修を日常生活活動向上の重要な手段と位置づけ、その導入のプロセスにリハビリテーション専門職が関与すべきである。さらに、このような福祉用具・住宅改修の導入や指導・訓練が適切に行われるためには、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション、施設の入所やショートステイの場において、これらのサービスと一体的に、在宅で使用する福祉用具を用いた日常生活活動の向上に向けた指導・訓練や、住宅改修を具体的に想定した日常生活活動向上訓練を積極的に行う必要がある。
- さらに、福祉用具・住宅改修が適切に提供・実施されるためには、①福祉用具・住宅改修の開発・適合に関する最新の情報が幅広く収集・加工され、利用者、家族、介護支援専門員、専門職等の関係者に対して提供されること、②さまざまな福祉用具・住宅改修について、これらの関係者が試すことができること、③高度な適合・調整技術を必要とする福祉用具・住宅改修に関し、これらの関係者が必要な助言を受けることができる人的・物的資源を備えたテクノエイド支援機能が、できる限り利用者の身近で確保されることが重要である。
- このためには、現在実施している「福祉用具等情報化推進事業」により開発中の福祉用具・住宅改修情報検索システムを活用し、積極的な情報の収集・加工・発信を進めるとともに、介護実習・普及センターや在宅介護支援センターにおける福祉用具・住宅改修に係る支援機能の強化を含め、

テクノエイド支援機能の充実のための新たな取組を進める必要がある。



3 地域リハビリテーションシステム

現在、地域においては、予防には、老人保健事業と介護予防事業が、リハビリテーションには、医療保険によるものと介護保険によるものがあり、これらの事業間の連携や一体的な提供が重要である。

(1) 情報と連携

- 高齢者へのリハビリテーションの提供にあたっては、利用者を中心に、地域において予防・医療・介護サービスが切れ目なく流れるような体制をつくりあげる必要がある。このための各事業者間の情報の流れや連携が重要である。

- 近年、医療機関で急性期医療、長期療養などの機能分化の取組が進められているが、リハビリテーションを担う医療機関のみならず一般医療機関においても、利用者の在宅復帰を共通の目的として、それぞれの時期において担っている役割・機能を自覚し、その責任を果たしていくことが求められる。
- 例えば、一般医療機関とリハビリテーションを担う機関が相互に、患者・利用者の生活機能に関する情報の交換や履歴の共有化を行うことが、リハビリテーションの内容とその効果を確認することを可能とし、地域におけるリハビリテーションの質の向上につながる。このような取組を円滑に進めるツールとしてリハビリテーション実施計画書の普及・活用や、関係職種間の連絡会議（ケア会議）の開催を促進すべきである。
- 入院医療から介護保険サービスへの移行に際しては、医療機関が、退院前の早期から介護支援専門員や訪問看護等居宅サービス事業者、在宅介護支援センターと十分な情報交換を行い、利用者が退院した際に迅速な初期対応がなされ、必要なサービスを切れ目なく利用できるようにすべきである。
- このような情報の共有化や、利用者と専門職の連携を図るためには、地域における拠点が必要であり、市町村や在宅介護支援センター、都道府県の保健所など、その地域の実情に合った機関の機能強化を検討する必要がある。特に、在宅介護支援センターについては、地域包括ケアのコーディネーションを担う上での機能強化が必要である。

（２） システム

- これまで、高齢者の状態に応じたりハビリテーションが、適切かつ円滑に提供される体制を整備するため、地域住民への普及啓発なども含めた、「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」の取組を進めてきた。この事業は、リハビリテーション実施施設への支援や従事者への研修・情報提供など専門的な機能については、一定の成果をあげてきた。

- 現行のシステムは、基本的に脳卒中モデルに立ったものであり、また、当時のリハビリテーションの提供量が少ない中で、早急に提供システムを構築していく必要があり、市町村圏域である一次、二次医療圏（老人保健福祉圏）である二次、都道府県圏域である三次の各圏域における医療提供体制の整備にあわせて構築されてきたものである。
- 介護保険制度施行後のリハビリテーションが身近になった状況でも継続していくかという指摘や、システムが廃用症候群モデルに対応していないこと、かかりつけ医との関係が明確でないこと、市町村の行う老人保健事業や介護予防事業などの予防対策との関係が明確でないことなど、適切なサービスの質の確保の面についての課題が指摘されている。
- 今後は、老人保健事業や介護予防事業など高齢者の生活習慣病や生活機能低下の予防と早期発見して対応するシステムや、徐々に生活機能が低下するものへの対応を積極的に行い、急性期の医療やプライマリケアを担うかかりつけ医などの医療との関係、市町村との関係などを明確にして、従来の地域リハビリテーション支援体制を見直し、再構築する必要がある。
- また、地域におけるリハビリテーションシステムの構築にあたっては、当事者である高齢者、家族を中心に、地域住民（ボランティアや地区組織など）、専門職や関係機関・団体、行政が一体となって地域づくり、まちづくりとして取り組むことも重要である。

VI 必要な基盤整備

1 目標の設定

- 現在、「健康日本21」においては、生活習慣病予防対策を推進するにあたり、一次予防や健康づくり支援のための環境整備に係る目標が設定され、また、老人保健事業における保健事業第4次計画においても目標が設定され、さまざまな施策が展開されている。
- 今後、高齢者のリハビリテーションを計画的・効果的に推進していくためには、これらの計画と同様に、その取組の成果を検証していくことができるよう具体的な目標を設定していくことが必要である。
- 例えば、リハビリテーションを必要とする各種疾患の中で、脳卒中については、1999（平成11）年の厚生省「脳卒中対策に関する検討会中間報告」（座長：山口武典）によると、脳卒中を発症した1年後の状態は、回復又は自立（一部不自由）している者の割合が約53%にとどまり、施設や在宅での介護が必要となる者の割合は、全体の約25%と推計されている。また、（社）日本整形外科学会の調査によれば、「大腿骨頸部骨折発症前の日常生活自立度¹⁰（寝たきり度）がJランク又はAランクであった割合が、約88%であったのに、発症後1年後のそれは約65%に低下していた」ことが報告されている。また、大腿骨頸部骨折は、2000（平成12）年には年間約8万件であったが、2020（平成32）年には年間16万件に増加すると推計されている。（図表43、図表44、図表45、図表46）
- このような調査研究の結果等を踏まえ、例えば、脳卒中を発症した1年後

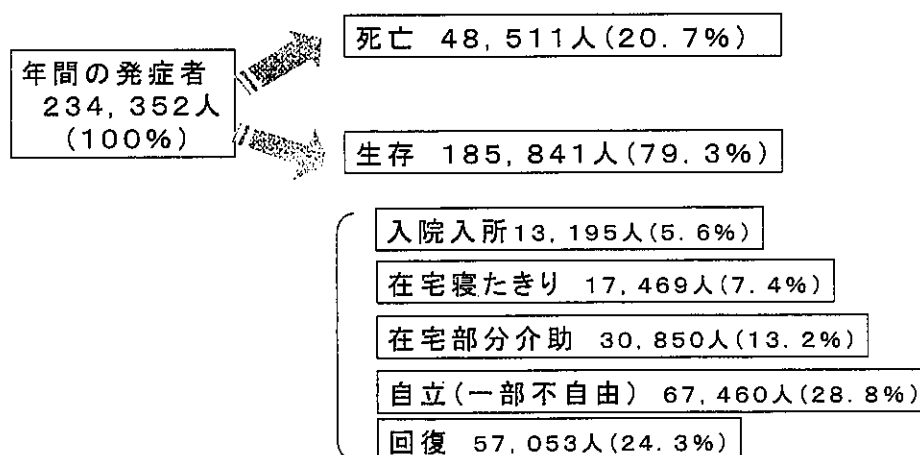
¹⁰ 日常生活自立度：障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準。地域や施設等で何らかの傷害を有する高齢者の日常生活自立を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成されている。判定はJ：何らかの身体的障害等を有するが日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる、A：屋内での生活はおおむね自立している介助なしに外出できない、B：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ、C：1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介護を要する、に区分されている。

に回復又は自立（一部不自由）している者の割合、大腿骨頸部骨折発症後の1年後の寝たきり度J、Aである割合、大腿骨頸部骨折の年間発症数などについて目標を設定することを検討する必要がある。

- 今後、リハビリテーションの直接的な対象である生活機能に関する指標、要介護度改善の観点からの指標、在宅復帰に関する指標、その他人材育成や施設整備などの目標などを設定する必要がある。

このような目標が設定されると、その実現に向けてリハビリテーションを担う機関における取組が促進されることが期待される。目標の設定は、利用者のサービス選択に資する情報提供を促進する観点からも重要であると考えられる。

図表 4 3 わが国における脳卒中発症一年後の姿



資料 厚生省「脳卒中对策に関する検討会中間報告書」(1999年)より老健局老人保健課において作成

図表 4 4 わが国の骨折発症後の一年後の姿

寝たきり老人日常生活自立度※	骨折前のADL自立度	1年後のADL自立度
ランクJ	2,317人(56.2%)	1,378人(38.9%)
ランクA	1,327人(32.2%)	937人(26.5%)
ランクB	388人(9.4%)	721人(20.4%)
ランクC	47人(1.2%)	135人(3.8%)
その他・不明	40人(1.0%)	374人(10.5%)
計	4,119人(100%)	3,545人(100%)

※ 参考1 大腿骨頭部骨折に関する定点観測調査において、4,119人の骨折前ADL自立度と1年後のADL

※ 参考2 年間大腿骨頭部骨折手術件数:約85,000件(推計)

(厚生科学研究 主任研究者:萩野 浩「大腿骨頭部骨折の発生頻度および受傷状況に関する全国調査」結果より老健局老人保健課において作成)

※ 寝たきり老人日常生活自立度

ランクJ…何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

1: 交通機関等を利用して外出する

2: 隣近所へなら外出する

ランクA…屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない

1: 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する

2: 外出する頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている

ランクB…屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ

1: 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う

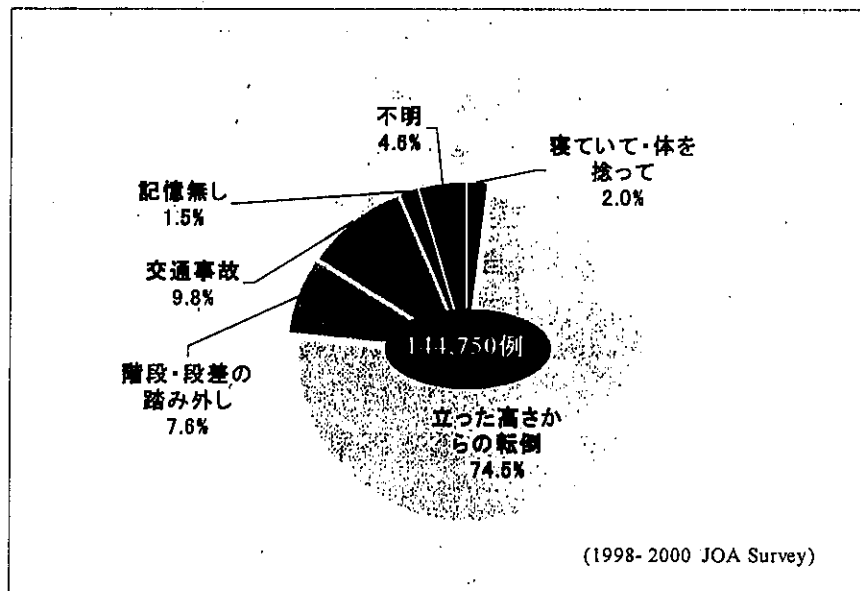
2: 介助により車椅子に移乗する

ランクC…1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する

1: 自力で寝返りをうつ

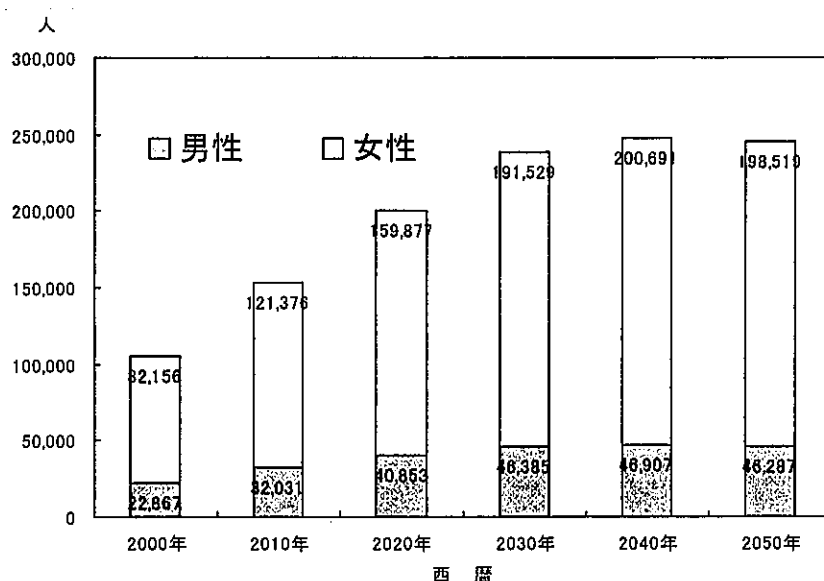
2: 自力では寝返りも出来ない

図表 4 5 骨折受傷の原因



資料 高齢者リハビリテーション研究会(第3回)越智委員プレゼンテーション資料より作成

図表46 わが国における大腿骨頸部骨折患者数予測



資料 厚生労働科学研究「長寿科学総合研究事業－大腿骨頸部骨折の発生頻度及び受傷状況に関する全国調査」(主任研究者 荻野浩 鳥取大医学部整形外科)より老健局老人保健課において作成

2 サービス提供拠点の整備

(1) 早期リハビリテーション提供体制の拡充

- 脳卒中や骨折に代表される急性に生活機能が低下するものは、発症後から治療までに要する時間と、治療と同時に早期から提供される適切なリハビリテーションの有無で生活機能の低下の程度が大きく左右される。
- 特に、脳卒中については、欧米では、発症後直ちに医療機関に搬送して画像診断によって病変を確認し、梗塞の場合には3時間以内に血栓溶解剤を投与する治療を、また、くも膜下出血に対しては脳動脈瘤クリッピングを行うなどの、脳卒中の早期の総合的な治療を行い、これと並行したリハビリテーションを実施するケア・ユニット(ストローク・ケア・ユニット)での取組により、死亡率の減少や在宅復帰率が向上することが確認されて

いる。

- このような諸外国の成果も踏まえ、わが国においても、総合的な救急医療体制を整備するとともに、急性期の医療と並行して適切な早期リハビリテーションが提供できる体制の整備を促進する必要がある。
- また、早期リハビリテーションにおけるクリティカルパスの利用とチームケアの標準化を図る必要がある。

(2) 早期リハビリテーションに続くリハビリテーション提供体制

(回復期リハビリテーション病棟)

- 回復期リハビリテーション病棟は、今後、在宅復帰を目的とする施設として、活動向上訓練など自立支援に向けたリハビリテーション機能の充実を一層図るとともに、地域的に偏りなく整備される必要がある。

(介護老人保健施設)

- 制度創設時には医療機関と在宅の中間施設として整備された介護老人保健施設は、回復期リハビリテーション病棟が急性期の医療機関から在宅復帰を目的とした「通過型」としての役割を担いつつある現状を踏まえ、在宅の高齢者で徐々に生活機能が低下した際に介護老人保健施設のリハビリテーションを利用し、生活機能を向上させて再び在宅へ復帰することを支援するような「往復型」としての位置づけも検討する必要がある。
- 今後の介護老人保健施設は、その有する通所リハビリテーション機能及び訪問リハビリテーション機能を組み合わせた在宅復帰・在宅支援機能や、短期間に集中して入所リハビリテーションを提供する機能の強化を図る必要があり、そのための専門職の充実が求められる。

(介護療養型医療施設)

- 介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比較して重介護・重医療が

必要な高齢者が入院してきており、今後その傾向はさらに進んでいくものと考えられる。また、在院患者の平均入院期間は長期間にわたり、これまでの生活の継続性を重視する観点から、日常生活に近い療養環境の一層の向上を進めるとともに、生活機能の向上のためのリハビリテーション機能の充実・向上を図る必要がある。

（特別養護老人ホーム）

○ 特別養護老人ホームの実態をみると、入居者の70%近くが死亡退所であり、家庭への復帰は約3%にとどまっている。このことは、現在の特別養護老人ホームが事実上「終の棲家」となっていることを意味している。そうであるならば、特別養護老人ホームは入居者にとってまさに人生の最後の生活の場であり、入居者の自立を支援し、生活の質を確保することによって、ひとりひとりが尊厳をもって生きられるように配慮していくことが必要である。

○ こうした観点から見れば、これまで述べてきたリハビリテーションの考え方を、特別養護老人ホームにおけるケアにあたっても十分に踏まえる必要がある。すなわち、現在、特別養護老人ホームにおいて実施することとされている機能訓練については、施設が定めた日課の中で訓練室を用いて行うのではなく、ひとりひとりの日常生活の中で、できるだけ実生活に近い居住環境の下、例えば、食事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、居室からトイレに歩行したりといった活動を高めていく取組が重要である。

なお、新たに制度化されたユニットケアは、入居者の生活そのものをケアとして組み立てる手法であり、こうした取組に最も適したものと考えられる。

3 人材育成

○ リハビリテーションを担うリハビリテーション専門職については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の養成・確保に着実に取り組むとともに、施

設あるいは地域でのリハビリテーションチームの推進役としてのリハビリテーション専門医の確保が必要である。また、生活機能を高める看護業務の推進役としてのリハビリテーション専門看護師の育成も進める必要がある。

4 研究

(リハビリテーション研究の困難性)

- 近年、急速に根拠に基づく医療（EBM: Evidence-based Medicine）¹¹が普及しているが、リハビリテーションについては、利用者の状態やリハビリテーション提供の条件が複雑であることなどの理由から、十分な科学的根拠を得られにくい状況にあった。
- 例えば、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、入院（所）時のリハビリテーションなどについて、最も効果的で適切なリハビリテーションプログラムがどのようなものであるかという点は、必ずしも十分に明確とはなっておらず、経験に基づき判断と対応が行われてきたという側面もある。また、高齢者筋力向上トレーニングは、介護予防の観点から有効であるとの報告がなされており介護予防事業などで実施されているが、その適応などについては今後検証が必要であると指摘されている。
- このため、リハビリテーションの分野においても、これまで蓄積された根拠を整理し、疾患の治療と並行した、早期リハビリテーションを安全に行うための基準や、各時期に行われるリハビリテーションの効果、高次脳機能障害へのリハビリテーションなどの分野に実際に活用できるようにする必要がある。特に、高齢者の生活機能の実態について調査研究を行う必要がある。

¹¹ 根拠に基づく医療(EBM): 診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと。

5 その他

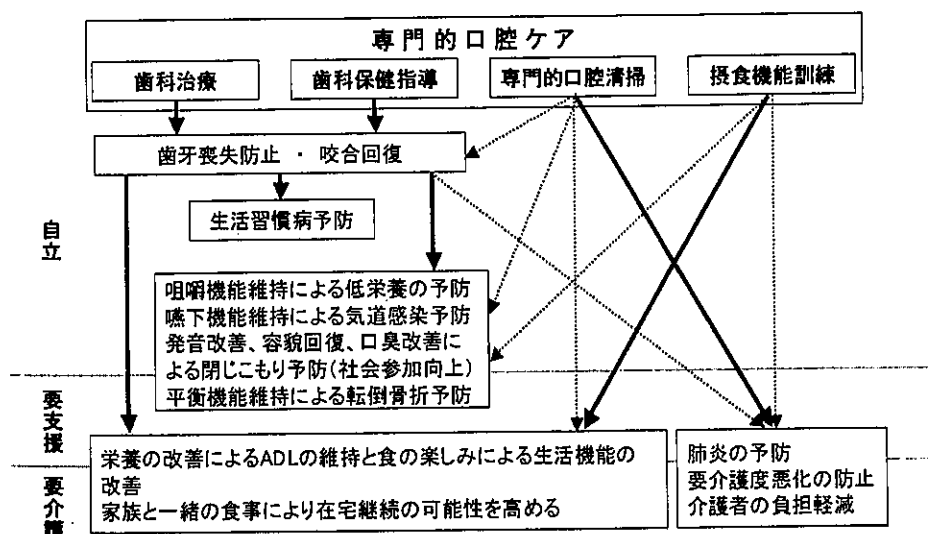
○ 痴呆高齢者、認知障害者のリハビリテーションを中心とするケアの確立に向けた取組や、摂食・嚥下障害、排泄障害、慢性呼吸器疾患、悪性腫瘍など高齢者に多発する生活機能低下に効果的なリハビリテーションの開発を進める必要がある。

○ 80歳になっても20本以上自分の歯を保とうという「8020運動」が1989（平成元）年より実施され、いわゆる「8020」達成者率の増加等の成果をあげているが、現在までの高齢者に対するアプローチは不十分であった。特に、専門的口腔ケア（歯科治療、歯科保健指導、専門的口腔清掃、摂食機能訓練）は、低栄養、転倒・骨折、気道感染、閉じこもりに対する介護予防効果があり、高齢者リハビリテーションの効果を高めることが確認されているにもかかわらず、このような専門的な口腔ケアを受けている高齢者は少数であった。今後、高齢者に対する歯科医師による歯科健康診査を推進するとともに歯科医師・歯科衛生士による専門的口腔ケアを充実させ、高齢者の健康と生活機能の向上を図る必要がある。

（図表47）

図表 4 7

専門的口腔ケアが高齢者の健康や生活機能に与える効果



VII 国民と専門家に求められること

リハビリテーションは、単なる機能回復訓練と捉えがちであるが、本来の意義である生命・生活・人生のすべての側面に働きかけ、その人の持つ潜在的な生活機能を引き出し、生活上の活動を高め、それにより豊かな暮らしを送ることも可能とするものであることの理解を、より一層進める必要がある。そのための国民と専門家に求められることを整理した。

1 国民

- これまで私たちの多くは、ともするとリハビリテーションの意義や効果を十分に知らないままに現在の超高齢社会を過ごしてきた。今後は、地域社会の構成員である国民ひとりひとりが日頃からの生活習慣病や生活機能の低下予防、リハビリテーションについて理解を深めることが重要である。
- 例えば、日常生活の不活発さや過度の安静、不適切な福祉用具の使用などにより廃用症候群が生じ、これが歩行困難や寝たきりの原因となることが多いこと、早期に適切なリハビリテーションを行うことによりこの廃用症候群が予防できること、などについての認識は十分ではない。また、リハビリテーションは、生活機能低下の2つのモデルによって内容が異なること、個別的なものであること、計画的に行われること、さまざまな専門職のチームにより行われること、などについての国民の理解も十分ではない。今後は、なによりも「年だからといってあきらめない」高齢者を増やしていくことが必要である。
- このため、生活機能低下をいち早く発見して自ら積極的に適切なリハビリテーションを行えば、元気で生き生きとした、自分らしい生活を送ることができ介護を要する状態となることを予防できること、リハビリテーションの意義や効果、国民が日常生活で留意すべき取組などについて、わかりやすい標語などの活用による国民への啓発運動を計画的に展開する必要がある。

- リハビリテーションは、利用者本人の選択や自己決定が重要であることから、利用者本人がリハビリテーションに関する理解を深め、日頃より情報収集などができるよう、身近な地域においてリハビリテーションに関する情報提供の推進や専門的な相談を受け、適切な対応を行うことができる体制の整備が必要である。

2 かかりつけ医

- リハビリテーションを必要とする高齢者の多くは、医療機関において初めて「リハビリテーションが必要です」という説明を受ける。これは、いわば出発点となるものであり、このときにリハビリテーションに関する正しい方向づけがなされる必要がある。特に、利用者本人に説明することの多いかかりつけ医は、自らリハビリテーションについて認識を深めるとともに、患者・利用者本人や家族がリハビリテーションに主体的に参加できるような働きかけを行う必要がある。また、定期的な疾病管理を通じて生活機能に応じた適切なリハビリテーションの提供が行われるよう、積極的に取り組む必要がある。

3 介護支援専門員

- 介護支援専門員は、多職種によるケア会議などを通じて利用者の生活機能を適切に評価し、さまざまな介護サービスをケアプランとして組み立てる。このときに、必要な場合には、利用者の生活機能の状態に応じて、その生活の自立を目指した適切なリハビリテーションを積極的に組み込む必要がある。そして継続的にリハビリテーションの実施状況や利用者の生活機能の変化を把握（モニタリング）し、ケアの内容等の再評価・改善を図るようにする必要がある。

4 専門職

- 高齢者の予防・医療・介護にかかわる全ての専門職と関係者¹²は、リハビリテーションの考え方を基本的知識として保有すべきものであるが、現状は、その重要性についての認識は必ずしも十分ではなく、意識改革が必要である。リハビリテーションは、それが必要な人に必要な期間、適正な量のサービスが届くことが重要である。専門職は専門的な立場から、利用者とともに設定した目標を、設定した期間内に達成すべきである。それによって利用者の必要を満たし、リハビリテーションを終了することができる。
- また、過度の安静や過剰な介護はこれまで述べてきたリハビリテーションの目的や目標の達成を妨げる要因となり、廃用症候群を生じることもある。このように高齢者の医療・介護に携わる専門職や関係者の役割は重いことから、今後の専門職や関係者の教育にリハビリテーションの考え方の重要性を十分に反映させていく必要がある。
- 地域における予防・医療・介護の中心的な役割を担う、かかりつけ医、介護支援専門員、住民と直接触れ合う機会の多い保健師や在宅介護支援センター職員は、リハビリテーションについてより一層の理解を深める必要があり、相互に密接な連携を保ち、リハビリテーションの提供を進めることが求められる。
- 利用者本人に直接に接することの多い専門職は、利用者本人の生きる喜び、生きがいにつながるようリハビリテーションを提供できるよう努力していく必要がある。例えば、状態像の異なる多くの高齢者に対して漫然と集団的・画一的に実施するのではなく、個々の利用者と協働して作成した個別的な目標に向けて利用者が主体的に取り組めるようにする必要がある。たとえ、集団的なレクリエーションを実施する場合であっても、このような考え方を踏まえて行うことが望まれる。

¹² 高齢者の医療・介護に携わる専門職と関係者：ここでは、地域における保健医療、介護福祉、福祉用具、社会教育、建築、交通などの多くの職種が含まれる。

- 今後、専門職と関係者向けに共通したリハビリテーションのガイドラインを作成し、予防・医療・介護サービスが十分に連携して支援できるようにする必要がある。

VIII おわりに

- 本報告書では、超高齢社会に生きる高齢者が、健康で実りのある生活を実現することを支援するリハビリテーションの在り方を検討した。その際、在宅生活の継続と生活機能の向上および自立支援を重視した。
- このようなリハビリテーションは、生活機能を向上させ、高齢者本人が希望する生活を実現することにつながるものであり、超高齢社会の中で、地域における予防や医療・介護をはじめとするさまざまな分野で、今後、重要度が一層増すものと考えられる。
- 本報告書の内容は、今後の介護保険制度の見直し、ゴールドプラン21の後継プランや老人保健事業の第5次計画の策定、2006（平成18）年度に予定されている介護報酬改定等において、検討されることを期待する。
- また、痴呆高齢者に対するリハビリテーションなど本報告書で検討しきれなかった事項については、今後、さまざまな形で議論が進むことを期待する。
- 本報告書を契機として、ひとりひとり異なる価値観を持っている高齢者へのリハビリテーションについての理解が国民及び専門家の間で深く浸透することを願っている。

「高齢者リハビリテーション研究会」

青井	禮子	(社) 日本医師会常任理事
石神	重信	(社) 日本リハビリテーション医学会常任理事
○ 上田	敏	(財) 日本障害者リハビリテーション協会顧問
大川	弥生	国立長寿医療研究センター老人ケア研究部部長
太田	睦美	(社) 日本作業療法士協会保険部部員
越智	隆弘	国立相模原病院院長
柏木	知臣	全国脳卒中者友の会連合会副会長
川越	雅弘	日本医師会総合政策研究所主席研究員
木村	隆次	全国介護支援専門員連絡協議会会長
小宮	英美	NHK解説委員
齊藤	正身	全国老人デイ・ケア連絡協議会会長
坂井	剛	(社) 日本歯科医師会常務理事
正林	督章	島根県健康福祉部次長
鈴木	隆雄	東京都老人総合研究所副所長
浜村	明德	日本リハビリテーション病院・施設協会会長、 (社) 全国老人保健施設協会常任理事
備酒	伸彦	兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷地域ケア課主査
藤田	郁代	日本言語聴覚士協会会長
山口	武典	国立循環器病センター名誉総長
山崎	摩耶	(社) 日本看護協会常任理事
吉尾	雅春	(社) 日本理学療法士協会神経系研究部会部長

(敬称略、五十音順、○は座長)

高齢者リハビリテーション研究会の経緯

2002(平成15)年

7月10日 第1回研究会

- 高齢者リハビリテーションの現状と課題について

8月21日 第2回研究会

- 要介護状態にならないようにする予防的リハビリテーションについて
- 各ステージ毎のリハビリテーション提供体制について
- 地域リハビリテーション提供システムについて

9月18日 第3回研究会

- 福祉用具・住宅改修の提供体制について
- 利用者のニーズに応じた多様なリハビリテーション提供体制について

10月29日 第4回研究会

- 論点整理

11月17日 第5回研究会

- ヒアリング及び報告書骨子討議

ヒアリング実施者：

原寛美(相澤病院リハビリテーション科統括医長)

竹内孝仁(日本医科大学教授)

澤村誠志(兵庫県立総合リハビリテーションセンター顧問)

新井誠四郎(日本歯科医師会専務理事)

松田晋哉(産業医科大学教授)

2004(平成16)年

1月15日 第6回研究会

- 中間報告(案)討議

1月29日 第7回研究会

- 中間報告とりまとめ

参 考 資 料

1. 老人保健事業

- 老人保健事業の基本的考え方
- 老人保健事業の推移
- 保健事業の一覧

2. 健康日本21

- 厚生労働省健康局長通知「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について」

3. 介護予防事業

- 介護予防・地域支え合い事業の主な事業の例

4. 医療保険、介護保険のリハビリテーション

- リハビリテーション関連施設基準等の概要
- 平成14年4月診療報酬、老人診療報酬等の一部改正におけるリハビリテーションの体系的な見直し
- 介護報酬の見直しにおけるリハビリテーションの評価の概要

5. 福祉用具、住宅改修

- 介護保険における福祉用具・住宅改修

6. 寝たきり老人ゼロ作戦

7. 地域リハビリテーション



1. 老人保健事業

老人保健事業の基本的考え方

老人保健法に基づく保健事業は、心臓病・脳卒中等の生活習慣病が、国民の死因の過半数を占め、国民医療費においても大きな割合を占めていることに鑑み、壮年期からの健康づくりとこれらの生活習慣病の予防、早期発見、早期治療を図るとともに、介護を要する状態に陥ることをできるだけ予防し、その自立を促進、援助すること主眼として、これらの生活習慣病の発生が急速に増加する40歳以上の者を対象に行うものである。

保健事業の実施の基準は国において定めているが、市町村はこの基準を基に人口、規模、年齢構成、要員及び施設の状況等地域の実情に即した実施の計画を作成し、計画的かつ段階的に事業を推進している。

厚生省は昭和57年度以降、第1次5か年計画、昭和62年度からは第2次5か年計画、平成4年度からは保健事業第3次計画に基づいて逐年事業の充実に努め、着実な成果をあげてきたところであるが、平成12年度からは保健事業第4次（5か年）計画を策定し、保健事業のより一層の推進を図っているところであり、今後とも長期にわたって、事業を積み重ねていく方針である。

老人保健事業（ヘルス事業）の推移

昭和57年度
第1次計画

事業内容

- ・健康手帳の交付
- ・健康教育
- ・健康相談
- ・健康診査
 - 一般診査（問診・身体測定・理学的検査・血圧測定・検尿）
 - 精密診査（心電図・眼底検査・貧血検査・血糖検査）
 - がん検診（胃・子宮）
- ・機能訓練
- ・訪問指導（寝たきり者・要注意者）
 - * 昭和61年度より、一般診査に総コレステロール・肝機能検査を追加

昭和62年度
第2次計画

- 重点健康教育の導入（肺がん予防・乳がん予防・寝たきり予防・歯）
- 重点健康相談の導入（病態別・歯・老人）
- 基本健康診査の導入（一般診査（必須）と精密診査（選択）を同時に実施）
- がん検診の項目追加（子宮体部・肺・乳）
 - * 平成2年度より：重点教育に骨粗しょう症予防、病態別が追加
 - 健康診査に生活習慣改善指導事業を導入

平成4年度
第3次計画

公衆衛生審議会老人保健
部会に設置された小委員
会において検討

- 重点健康教育の項目追加（大腸がん予防・糖尿病予防）
- 重点健康相談の項目追加（糖尿病）
- 基本健診の項目追加（HDL-コレステロール・中性脂肪・ γ -GTP・クレアチニン）
- 総合健康診査の導入
- がん検診の項目追加（大腸）
- 訪問指導の対象拡大（生活習慣改善指導対象者・痴呆性老人）

平成7年度
第3次計画
中間見直し

老人保健福祉審議会保健
サービス部会に設置された
専門委員会において検討

- 基本健康診査の項目追加（血糖検査・ヘモグロビンA1c）
- 総合健康診査の項目追加（骨粗しょう症・歯周疾患）
- 機能訓練のB型（地域参加型）の創設

平成10年度

がん検診費、重点健康教育費のがん関係予防健康教育（肺がん、乳がん、大腸がん）にかかる経費等の一般財源化

平成12年度
第4次計画

医療保険福祉審議会老人
保健福祉部会に設置された
専門委員会において検討

- 健康手帳の様式変更
- 健康教育の組み替え
 - ・個別健康教育（高血圧・高脂血症・糖尿病・喫煙者）
 - ・集団健康教育（歯周疾患・骨粗しょう症（転倒予防）・病態別・薬・一般）
 - ・介護家族健康教育
- 健康相談の組み替え
 - ・重点健康相談（高血圧・高脂血症・歯周疾患・骨粗しょう症）
 - ・総合健康相談
 - ・介護家族健康相談
- 健康診査の組み替え
 - ・基本健康診査（基本健康診査・訪問基本健康診査・介護家族訪問基本健康診査）
 - ・歯周疾患検診
 - ・骨粗しょう症検診
 - ・健康度評価
 - ・受診指導
- 機能訓練A型（基本型）の対象者見直し（介護保険との調整）
- B型（地域参加型）の重点化
- 訪問指導の内容見直し（介護保険との調整）

第4次計画は平成16年度で終了

○保健事業の一覧

種 類 等		対 象 者	内 容	実施場所
健康手帳の交付		・老人保健法の医療の受給資格がある者 ・健康診査の受診者、要介護者等で希望する者	○医療受給者証及び医療の記録並びに医療の記録の補足 ○健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導の記録 ○生活習慣行動等の把握 ○生活習慣病の予防及び老後における健康の保持と適切な医療のための知識等については、市町村が創意工夫し作成	
健康教育	・個別健康教育	・基本健康診査の結果「要指導」の者等	○個人の生活習慣を具体的に把握しながら、継続的に個別に健康教育を行う ・高血圧個別健康教育 ・高脂血症個別健康教育 ・糖尿病個別健康教育 ・喫煙者個別健康教育	市町村保健センター 医療機関等
	・集団健康教育	・40歳以上の者 ・必要に応じ、その家族等	○健康教室、講演会等により、以下の健康教育を行う ・歯周疾患健康教育 ・骨粗鬆症（転倒予防）健康教育 ・病態別健康教育 ・薬健康教育 ・一般健康教育	
	・介護家族健康教育	・40歳以上の者のうち、家族の介護を担う者等	○介護を行う者に発生しやすい健康上の問題に関する一般的な知識や留意事項	
健康相談	・重点健康相談	・40歳以上の者 ・必要に応じ、その家族等	○幅広く相談できる窓口を開設し、以下の健康相談を行う ・高血圧健康相談・高脂血症健康相談・糖尿病健康相談・歯周疾患健康相談・骨粗鬆症健康相談・病態別健康相談	市町村保健センター等
	・総合健康相談		○対象者の心身の健康に関する一般的な事項に関する指導、助言	
	・介護家族健康相談		○家族等の介護を行う者の心身の健康に関する指導、助言	
健康診査	基本健康診査	・40歳以上の者	○必須項目 ・問診・身体計測（身長、体重等）・理学的検査（視診、打診診、腹部触診等）・血圧測定・検尿（糖、蛋白、潜血）・循環器検査（血液化学検査）（血清総コレステロール、HDL-Cコレステロール、中性脂肪）・肝機能検査（血清GOT、GPT、γ-GTP）・腎機能検査（血清クレアチニン）・血糖検査 ○選択項目（医師の判断に基づき実施）・心電図検査・眼底検査・貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値）・ヘモグロビンA _{1c} 検査 ○基本健康診査の検査項目に準ずる ○基本健康診査の検査項目に準ずる	市町村保健センター 保健所 検診車 医療機関等
	・訪問基本健康診査 ・介護家族訪問健康診査	・40歳以上の寝たきり者等 ・40歳以上で家族等の介護を担う者		
	歯周疾患検診	・40歳及び50歳の者	○検診項目・問診 ・歯周組織検査	
	骨粗鬆症検診	・40歳及び50歳の女性	○検診項目・問診 ・骨量測定	
	健康度評価 ・生活習慣病の予防に関する健康度評価 ・介護を要する状態等の予防に関する健康度評価 ・生活習慣行動の改善指導	・40歳以上の者	○生活習慣行動質問票及び社会、生活環境等訪問表の配布 ○質問票の回答結果及び基本健康診査の結果等並びに問診等の方法による食生活、運動、休養等に関する個人の生活習慣を把握、評価し、当該対象者にふさわしい保健サービスを提供するための計画を策定 ○個人に即した具体的な生活習慣改善方法の提示	
	肝炎ウイルス検診	節目検診（5歳刻み） 「40, 45, 50, 55, 60, 65, 70歳で老人保健法に基づく基本健康診査の受診者」 節目外検診 「上記節目検診以外の対象者のうち、過去に肝機能異常を指摘されたことのある者、広範な外科的処置を受けたことのある者又は妊娠・分娩時に多量に出血したことのある者であって定期的に肝機能検査を受けていない者、及び、基本健康診査においてALT(GPT)値により要指導とされた者」	○C型肝炎ウイルス検査 ・HCV抗体検査 ・HCV抗原検査（必要な者のみ） ・HCV核酸増幅検査（必要な者のみ） ○HBs抗原検査（必要な者のみ） （注）節目検診については基本健康診査とあわせて実施	市町村保健センター 保健所 検診車 医療機関等
	受診指導	・基本健康診査の結果「要医療」等と判定された者	○医療機関への受診指導	
地域育成計画		〔A型（基本型）〕 ・40歳以上の者で・疾病、外傷その他の原因による身体又は精神機能の障害又は低下に対する訓練を行う必要がある者 〔B型（地域参加型）〕 ・虚弱老人（寝たきり判定基準のランクJに相当する者）	○市町村保健センター等適当と認められる施設で実施 ・転倒予防、失禁予防、体力増進等を目的とした体操 ・習字、絵画、陶芸、皮細工等の手工芸 ・レクリエーション及びスポーツ、交流会・懇談会等 ○集会場、公民館等の身近な施設や公園等の屋外で実施 ・スポーツや絵画・工芸等の創作を主体とした活動 ・交流会、懇談会及び地域の諸行事への参加等を主体とした活動	市町村保健センター 老人福祉センター 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設等 公民館、集会場、体育館、公園等の地域住民の身近な場所
訪問指導		・40歳以上の者であって、その心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者	○家庭における療養方法等に関する指導 ○介護を要する状態になることの予防に関する指導 ○家庭における機能訓練方法、住宅改造、福祉用具の使用に関する指導 ○家族介護を担う者の健康管理に関する指導 ○生活習慣病の予防に関する指導 ○関係諸制度の活用方法等に関する指導 ○病果に対する正しい知識等に関する指導	対象者の居宅

※介護家族健康教育・介護家族健康相談・機能訓練B型については、平成13年度から費用負担を介護予防・生活支援事業で対応

2. 健康日本21

各

都道府県知事
政令市長
特別区長

 殿

厚生労働省健康局長

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について

健康増進法（平成14年法律第103号）第7条に基づく国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「基本方針」という。）は、平成15年厚生労働省告示第195号をもって告示されたところであるが、その概要等は、以下のとおりであるので、御了知の上、関係方面への周知に御配慮をお願いしたい。

なお、平成12年3月31日健医発第612号厚生省保健医療局長通知は廃止する。

第1 基本方針の概要及び留意点について

基本方針の概要及び留意点は以下のとおりである。

1 国民の健康の増進の推進の基本的な方向

(1) 一次予防の重視

従来の疾病対策の中心であった二次・三次予防にとどまることなく、一次予防に重点を置いた対策を推進する。

(2) 健康増進支援のための環境整備

ア 社会全体による支援

個人が主体的に行う健康増進の取組を、家庭、地域、職場等を含めた社会全体で支援していくことが重要である。

イ 休日、休暇の活用の促進

休日、休暇における健康づくりの活動の支援が必要である。

健康づくりのために取得する休暇（健康休暇）の普及促進等を図るための環境整備を行う。

(3) 目標等の設定と評価

科学的根拠に基づく具体的目標を設定する。

活動の成果を適切に評価し、その評価結果を活用する。

(4) 多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進

ア 多様な経路による情報提供

各種の情報伝達手段等による多様な経路によるきめ細かな情報提供を推進する。

イ ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

地域、職場等を通じた国民全体に対する働きかけと生活習慣病を発病する危険度の高い集団への働きかけとを適切に組み合わせる。

ライフステージ（乳幼児期、思春期等における課題）、性差等に応じた対策を効果的に推進する。

ウ 多様な分野における連携

厚生労働行政分野における健康増進対策のみならず、学校保健対策、まちづくり対策、豊かな自然環境の利用促進対策、生涯スポーツ分野における対策等、関係行政分野との連携をとる必要がある。

国、都道府県、市町村、健康増進事業実施者、医療機関等の関係者が相互に連携を図りながら協力するよう努める。

2 国民の健康の増進の目標に関する事項

国は、全国的な目標を設定し、関係者等に普及する。

地方公共団体は、それぞれの実情に応じた関係者間で共有されるべき目標を設定する。

地域、職場、学校、個人においても、目標を設定することが望まれる。

3 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

(1) 健康増進計画の目標設定

都道府県、市町村の計画は、地域の実情等に応じ、独自の課題を設定する等により作成する。

市町村は施策、事業の目標に重点を置く方法もある。

(2) 計画策定に当たって留意すべき事項

既存の医療計画や老人保健福祉計画等との調和について配慮すること。

計画について、周期的な評価を実施すること。

計画策定について住民が関与するよう留意すること。

計画策定に当たり、保健所は専門的かつ技術的拠点としての役割を果たすこと。

4 国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

(1) 健康増進施策実施の際の調査の活用

国民健康・栄養調査その他各種統計情報等を活用し、科学的根拠に基づく健康増進施策を効率的に実施する。

(2) 健康の増進に関する研究の推進

国民の生活習慣と生活習慣病との相関関係等に関する研究等を推進する。

- 5 健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項
生涯を通じた健康増進のために、保健事業実施に当たっての共同事業を行うなど、健康増進事業実施者間において連携の促進を図る。
健康診査の精度管理、健康診査のデータの本人への通知や健康手帳のあり方等を定める健康増進法第9条の健診指針については、別途策定する。
- 6 食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項
(1) 基本的考え方
インターネット、指針の策定等の多様な方法により普及啓発を行う。
(2) 健康増進普及月間
9月を健康増進普及月間とし、健康日本21全国大会を実施する。
- 7 その他国民の健康の増進に関する重要事項
(1) 国民の健康増進の推進体制整備
医療保険者、医療機関、市町村保健センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の幅広い関係者により構成される推進体制を整備する。
地方公共団体に対し、データベースの作成等、国は技術的援助を行う。
(2) 民間事業者等との連携
有酸素運動や温泉利用のできる健康増進施設及び医療機関、地域産業保健センター、社会保険センター並びに一般公衆浴場等民間事業者等と連携を図る。
(3) 健康増進を担う人材
地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、住民からの相談及び保健指導を担当する。管理栄養士及び栄養士は、特に、栄養改善に関する事項につき、住民からの相談に応じ、必要な栄養指導を行う。
国及び地方公共団体は、保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、日本医師会認定健康スポーツ医、健康づくりのための運動指導者等との連携、日本食生活協会の食生活改善推進員、ヘルスサポーター等のボランティア組織の支援等に努める。

第2 基本方針と健康日本21の関係について

基本方針は、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の内容を踏まえつつ、国民の健康づくりの理念となる基本的事項を記述したものである。一方、健康日本21は、基本方針の理念に基づく、目標期間、目標数値を有する具体的な計画として位置づけられる。今後の健康日本21の推進については別添のとおりとする。

21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について

我が国の平均寿命は、戦後、国民の生活環境が改善し、医学が進歩したことによって、急速に延伸したため、我が国はいまや世界有数の長寿国となっている。しかし、人口の急速な高齢化とともに、生活習慣病及びこれに起因して痴呆、寝たきり等の要介護状態等になる者の増加等は深刻な社会問題となっている。

このような人口の高齢化及び疾病構造の変化を勘案すれば、21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするためには、従来の疾病予防の中心であった「二次予防」（健康診査等による早期発見・早期治療）や「三次予防」（疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持・回復を図ること）に留まることなく、「一次予防」（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等の発病を予防すること）に重点を置いた対策を強力に推進して、壮年期死亡の減少及び痴呆若しくは寝たきりにならない状態で生活できる期間（以下「健康寿命」という。）の延伸等を図っていくことが極めて重要である。

厚生省では、昭和53年からの第1次国民健康づくり対策及び昭和63年からの第2次国民健康づくり対策の一環として、老人健康診査体制の確立、市町村保健センター等の整備、健康運動指導士の養成等の国民の健康づくりのための基盤整備等を推進してきた。また、これらの健康づくり運動の実績や国内外における公衆衛生活動の成果を踏まえ、21世紀における我が国の健康寿命の延伸等のための計画づくりについて検討するため、平成10年11月、公衆衛生審議会の了承を得て、多数の有識者や専門家からなる「健康日本21企画検討会」及び「健康日本21計画策定検討会」を設置し、約1年半にわたって精力的に検討を進め、その成果が「健康日本21企画検討会・計画策定検討会報告書」としてまとめられた。これを踏まえ、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について」（平成12年3月31日付厚生省発健医第115号事務次官通知）において、第3次の国民健康づくり対策として、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題を選定した。また、それらの課題に対して、2010年度までを目途とした目標等を提示する「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を定めるとともに、行政のみならず、広く国民の健康づくりを支援する民間団体等の積極的な参加協力を得ながら、国民が主体的に取り組める健康づくり運動を総合的に推進していくこととした。

今般、健康増進法の成立に伴い、同法第7条に基づく国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定め、これに基づき「健康日本21」も下記のとおりとしたところである。

各都道府県、政令市及び特別区におかれては、本運動の趣旨を御理解いただき、本運動が効果的に推進されることが期待されるものである。

記

「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」

第一 趣 旨

健康を実現することは、元来、個人の健康観に基づき、一人一人が主体的に取り組む課題であるが、個人による健康の実現には、こうした個人の力と併せて、社会全体としても、個人の主体的な健康づくりを支援していくことが不可欠である。

そこで、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（以下「運動」という。）では、健康寿命の延伸等を実現するために、2010年度を目途とした具体的な目標等を提示すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとするものである。

第二 基本的な方向

1 目的

21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とする。

2 期間

運動の期間は、2010年度までとする。

運動の評価は、2005年度を目途に中間評価を行うとともに、2010年度に最終評価を行い、その評価をその後の運動の推進に反映させる。

3 基本方針

（1）一次予防の重視

人口の高齢化の進展に伴い、疾病の治療や介護に係る社会的負担が過大となることが予想されているので、従来の疾病対策の中心であった二次予防や三次予防にとどまることなく、一次予防に一層の重点を置いた対策を推進する。

（2）健康づくり支援のための環境整備

① 社会全体による支援

運動の目的を達成するためには、生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする個人を家庭、地域、職場等を含めた社会全体として支援していく環境を整備することが不可欠である。このため、行政機関をはじめ、医療保険者、医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の健康に関わる様

々な関係者がそれぞれの特性を生かしつつ連携することにより、個人が健康づくりに取り組むための環境を整備し、個人の健康づくりを総合的に支援する。

② 休日、休暇の活用の促進

休日や休暇の健康づくりに対する活用は、重要であり、個人が休日、休暇において、運動を行う等の積極的に健康づくりを図ろうとする活動の支援や、健康づくりのための年次有給休暇の取得促進、長期休暇制度の普及促進等を図るための環境整備を行うことが必要である。

(3) 目標等の設定と評価

運動を効果的に推進するためには、健康づくりに関わる多くの関係者が健康状態等に関する情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、重要な課題を選択し、科学的根拠に基づいて、取り組むべき具体的な目標を設定する必要がある。また、目標に到達するための具体的な諸活動の成果を適切に評価して、その後の健康づくり運動に反映できるようにする必要がある。

(4) 多様な関係者による連携のとれた効果的な運動の推進

① 多様な経路による情報提供

個人による選択を基本とした、生活習慣の改善等の国民の主体的な健康づくりを支援するためには、国民に対する十分かつ的確な情報提供が重要である。このため、マスメディア等による広範な情報伝達手段や保健事業における健康相談、健康教育等の、多様な経路により、それぞれの特徴を生かしたきめ細かな情報提供を推進する必要がある。

② ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

また、地域、職場等を通じた国民全体に対する働きかけと生活習慣病を発症する危険度の高い集団への働きかけとを適切に組み合わせる等により、対象者の特性やニーズ等を十分に把握しながら、運動を効果的に推進することに配慮することが重要である。この場合、ライフステージや性差に応じた健康課題に対して配慮が必要である。例えば、思春期は、不登校、引きこもり、思春期やせ症をはじめとした課題があることに留意する必要がある。また、女性の生涯にわたる健康についても、性差に着目した対策が講じられるよう配慮が必要である。

③ 多様な分野における連携

健康増進の取組を進めるにあたっては、健康づくり対策（健康日本21）、母子保健分野における対策（健やか親子21）、精神保健分野における対策、老人保健分野における対策及び産業保健分野における対策、医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進対策のみならず、学校保健対策、ウォーキングロードの整備などまちづくり対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、生涯スポーツ分野における対策等、関係行政分野、関係行政機関等と十分に連携をとって国民の健康の増進を図っていく必要がある。

また、国、都道府県、市町村及び特別区、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努める必要がある。

第三 目標等について

1 性格

運動の目標等は、別表に記載されたものであるが、これは健康日本21企画検討会・計画策定検討会、地方公聴会、地方シンポジウム等における広範な議論の中で、多数の専門家及び関係者が情報を共有するとともに、現状及び課題について共通の認識を得る過程を経て提示された指標とその評価の目安である。

国は広く関係者等に対して目標等を普及するとともに、継続的に健康指標の推移等を調査、分析し、その結果に関する情報を還元することにより、関係者をはじめ広く国民一般の自由な意思決定に基づいた意識の向上及び自主的な取組を支援するものである。

運動の目標等は、全国レベルのものであるので、地方公共団体等のそれぞれの運動の実施主体においては、運動の目標等を参考に、それぞれの実情に応じて、関係者間で共有されるべき目標等が設定されるべきである。

なお、地域、職場、学校、個人等の健康づくりの目標は、上記の目標等を参考としつつ、地域等の実情に応じて、生活上の創意工夫をこらして、個別具体的に設定すべきものである。

また、平成十二年に提示した目標等については適宜、拡充若しくは見直しを行うこととしている。

2 設定の考え方

(1) 栄養・食生活

栄養・食生活は、多くの生活習慣病との関連が深く、また、生活の質との関連も深いことから、健康・栄養状態の改善を図るとともに、人々が良好な食生活を実現するための個人の行動変容、及び「食育」等により個人の行動変容を支援する環境の確保が必要である。

目標は、適正な栄養状態、栄養素（食物）の摂取、適正な栄養素（食物）の摂取のための個人の行動及び個人の行動を支援するための環境づくりについて設定する。

(2) 身体活動・運動

身体活動・運動には、生活習慣病の発生を予防する効果があり、健康づくりの重要な要素であることから、国民の身体活動・運動に対する意識を高め、日常の活動性及び運動習慣を持つ者の割合を増加させるとともに、これらの活動を行うことができる環境づくりを行う必要がある。

目標は、日常の生活における身体活動に対する意識、運動習慣等について、成人及び高齢者に分けて設定する。

(3) 休養・こころの健康づくり

こころの健康は、生活の質を大きく左右する要素である。身体及びこころの健康を保つための三要素は、適度な「運動」、バランスの取れた「栄養・食生活」、心身

の疲労回復と充実した人生を目指す「休養」とされている。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっている。

目標は、ストレスの低減、睡眠の確保及び自殺者の減少について設定する。

(4) たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患と関連があるほか、妊娠に関連した異常の危険因子である。また、厚生科学審議会の「今後のたばこ対策の基本的考え方について」（平成14年12月25日意見具申）においては、「国民の健康増進の観点から、今後、たばこ対策に一層取り組むことにより、喫煙率を引き下げ、たばこの消費を抑制し、国民の健康に与える悪影響を低減させていくことが必要である。」と指摘されている。

目標は、たばこの健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙防止（防煙）、受動喫煙の害を排除し、減少させるための環境づくり（分煙）、禁煙希望者に対する禁煙支援について設定する。

(5) アルコール

アルコールは、慢性影響としての臓器障害等の健康に対する大きな影響を与えるものである。近年、成人の飲酒による健康影響の問題のみならず、未成年者による飲酒が問題となっており、また、アルコールに関連した問題は、健康に限らず交通事故等社会的な問題にも影響するものである。

目標は、多量飲酒者の減少、未成年者の飲酒防止及び節度ある適度な飲酒についての知識の普及について設定する。

(6) 歯の健康

歯の健康は、食物の咀嚼のほか、食事や会話を楽しむ等による、生活の質を確保するための基礎となる重要な要素である。歯科保健の分野では、生涯にわたり自分の歯を20歯以上保つことにより健全な咀嚼能力を維持し、健やかで楽しい生活をすごそうという8020（ハチマル・ニイマル）運動が推進されており、この実現に向けた歯及び口腔の健康増進の推進が必要である。

目標は、歯の喪失防止と歯の喪失の原因となるう蝕及び歯周病の予防について設定する。

(7) 糖尿病

我が国の糖尿病患者数は、生活習慣と社会の変化に伴って、急速に増加している。糖尿病は自覚症状がないことが多く、また、放置すると重大な合併症を引き起こすことが多いことから、生活の質の低下等を招いている。この疾患の対策としては、発症の予防、早期発見、合併症の予防が重要である。

目標は、糖尿病の一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、糖尿病有病者の早期発見及び治療の継続について設定する。あわせて、生活習慣の改善が糖尿病有病者の減少に及ぼす影響について推計する。

(8) 循環器病

脳血管疾患と虚血性心疾患を含む循環器病は我が国の主要な死亡原因の一つであるが、これらの後遺症のために、本人の生活の質の低下を招く大きな原因となって

いる。特に脳卒中は、寝たきり・痴呆の主要な要因となっており、循環器病の死亡率及び罹患率の改善が必要である。

目標は、循環器病の一次予防の観点から、生活習慣の改善及び循環器病の早期発見について設定する。あわせて、生活習慣の改善が循環器病による死亡率等の減少に及ぼす影響について推計する。

(9) がん

がんは、現在、我が国最大の死亡原因であるが、これに対応するために、生活習慣の改善による予防のための取組が重要である。また、がんの診断・治療技術も進歩してきており、検診による早期発見・早期治療により、死亡者数の低下も期待される。なお、厚生労働省においては、数次にわたり対がん対策が実施されているところである。

目標は、がんの一次予防の推進を図る観点から、生活習慣の改善、がんの検診の受診者等について設定する。

第四 地域等における健康づくり運動の推進について

1 計画の策定

運動を効果的に推進するために、各地域等において、住民、健康に関連する多様な関係機関及び関係団体等の参加を得て、計画策定委員会等を設置する等により、地域等の実情に応じた都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「地方計画」という。）が策定される必要がある。

特に、都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、地方計画の策定及びこれらの関係者との連携の強化について、中心的な役割を果たす必要がある。さらに、地域の実情に応じ、都道府県における計画策定及び推進にあたり、都道府県労働局と連携を図る必要がある。保健所は、関係機関との連携を図り、地域保健の専門的かつ技術的拠点として、かつ市町村における計画策定の支援を行う必要がある。

また、都道府県又は市区町村において、地方計画を策定する際には、健康増進が疾病予防・介護予防の鍵であることを踏まえ、関係機関との連携の下、既存の医療計画又は老人保健福祉計画等との調和に配慮することが求められる。なお、地方公共団体は、地域住民の健康に関する各種指標の状況や地域の社会資源等の地域の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標等を設定すべきである。市町村においては、国や都道府県が設定した目標等を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備などに関する目標等に重点を置いて設定することも考えられる。

さらに、地方計画については、一定の期間ごとに評価・改定を行い、継続的な取組に結びつけることが望ましい。

なお、地方計画の策定等に係る具体的な立案の方法等については、「健康日本21 企画検討会・計画策定検討会報告書」、「地域における健康日本21 実践の手引き」、「健康日本21 地方計画事例集」を参照されたい。

2 推進体制の整備

運動の推進に当たっては、関係機関及び関係団体等がそれぞれの目的を持ちつつも、住民の健康増進という目的に向かい、調整のとれた取組を継続的に実施していくことが不可欠であり、そのためには、医療保険者、医療機関、市町村保健センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の広く健康に関連する関係機関及び関係団体等から構成される中核的な推進組織を設置し、十分に意見交換・経験交流を行い、効果的な運用を図ることが重要である。その際には既存の組織を有効に活用し、その機能を拡充強化することも考慮すべきである。

また、保健所は管内における関係機関、関係団体等の連携を推進するための中核機関としての役割を担うとともに、健康情報の収集、分析及び提供並びに市町村に対する技術的支援等を通じ、管内の運動の拠点としての役割を担う必要がある。さらに、保健所は、住民の健康に関するあらゆる問題についての相談窓口という機能を果たす。

3 その他運動の推進に当たり重要な事項

(1) 全国的な推進体制の整備

広く関係者が協力して、継続的に運動を進めるため、国、地方公共団体、各種健康関連団体等により構成する健康日本21推進全国会議を設置するなど運動の中核となる体制を整備する。

(2) 多様な経路による普及啓発の実施

運動に対する国民及び関係者の理解を深めるため、マスメディアを通じた広報やインターネットによる情報の提供、ボランティアによる情報の提供等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせ行っていくことが重要である。また、情報提供の内容は、科学的知見に基づいたものであるとともに、分かり易く、取組に結びつき易いものとなるよう、工夫する必要がある。さらに、国等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定・普及等に取り組む必要がある。

また、九月を健康増進普及月間とし、国民一人一人の自覚を高め、健康増進の取組を一層促進するよう健康日本二十一全国大会を実施するなどの広報を行うこととする。

(3) 地域等における地方計画の策定等に対する技術的支援

国は、地方計画の策定及び保健事業推進に係るマニュアルの作成配布や各種統計資料のデータベースを構築し、地方計画の策定等の際に利用できるようにするなどの技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

(4) 調査研究の推進及び人材の活用等

① 調査研究の推進

国及び地方公共団体においては、国民健康・栄養調査や地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計その他の収集した情報等をもとに、個人情報取り扱いに十分留意しつつ、現状分析を行うとともに、健康増進施策の評価の際に、

各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進施策を効率的に実施していくことが重要である。

また、国及び地方公共団体においては、国民の生活習慣と生活習慣病との相関関係等に関する研究を、個人情報の取扱いに十分留意しつつ、推進し、研究結果に關して的確かつ十分な情報の提供を行うことにより、個人の効果的な健康増進の支援を行っていくことが必要である。

② 人材の活用等

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、住民からの相談及び保健指導を担当する。管理栄養士及び栄養士は、特に、栄養改善に関する事項につき住民からの相談に応じ、必要な栄養指導を行う。また、国及び地方公共団体は、健康増進対策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、日本医師会認定健康スポーツ医や健康づくりのための運動指導者との連携、日本食生活協会の食生活改善推進員、ヘルスサポーター等のボランティア組織の支援に努める必要がある。さらに、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携に努める必要がある。

(5) 民間事業者等との連携

国及び地方公共団体においては、有酸素運動や温泉利用を安全かつ適切に行うことのできる健康増進施設及び医療機関、労働者の健康管理等に係る業務についての相談、情報提供等を行う地域産業保健センター、社会保険センター並びに一般公衆浴場等民間事業者等と一層の連携を図り、健康増進の取組を推進する必要がある。

(6) 各種保健事業の連携の推進

生涯を通じた効率的で一貫性のある保健事業の実施を図るため、老人保健事業や医療保険者等による保健事業が相互に連携しつつ実施されるよう、連携のための既存の組織の有効活用のほか、保健事業の実施に当たって、共同事業の実施等事業間の連携を円滑に進めるための共通の基盤づくりを推進する。また、地域保健分野と学校保健分野において、健康増進のために十分に連携を図ることが重要である。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、上述によるほか、健康増進法第9条に基づく健康診査の実施等に関する指針の定めるところによるものである。

(別表)

1. 栄養・食生活

適正な栄養素（食物）の摂取について（栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル）

1.1 適正体重を維持している人の増加

指標の目安

〔肥満者等の割合〕		現状*	2010年
1.1a	児童・生徒の肥満児	10.7%	7%以下
1.1b	20歳代女性のやせの者	23.3%	15%以下
1.1c	20～60歳代男性の肥満者	24.3%	15%以下
1.1d	40～60歳代女性の肥満者	25.2%	20%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児：日比式による標準体重の20%以上

肥満者：BMIが25以上の者

やせ：BMIが18.5未満の者

BMI(Body Mass Index):体重(kg)/[身長(m)]²

1.2 脂肪エネルギー比率の減少

指標の目安

〔1日当たりの平均摂取比率〕		現状*	2010年
1.2a	20～40歳代	27.1%	25%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

脂肪エネルギー比率：総摂取エネルギーに占める脂肪からのエネルギーの割合

1.3 食塩摂取量の減少

指標の目安

〔1日当たりの平均摂取量〕		現状*	2010年
1.3a	成人	13.5g	10g未満

*:平成9年国民栄養調査

1.4 野菜の摂取量の増加

指標の目安

〔1日当たりの平均摂取量〕		現状*	2010年
1.4a	成人	292g	350g以上

*:平成9年国民栄養調査

1.5 カルシウムに富む食品の摂取量の増加

指標の目安

〔1日当たりの平均摂取量（成人）〕		現状*	2010年
1.5a	牛乳・乳製品	107g	130g以上
1.5b	豆類	76g	100g以上
1.5c	緑黄色野菜	98g	120g以上

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

カルシウムに富む食品：牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜

適正な栄養素（食物）を摂取するための行動の変容について（知識・態度・行動レベル）

1.6 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加

指標の目安

〔実践する人の割合〕		現状*	2010年
1.6a	男性(15歳以上)	62.6%	90%以上
1.6b	女性(15歳以上)	80.1%	90%以上

*:平成10年国民栄養調査

用語の説明

適正体重：「[身長(m)]²×22」を標準(BMI=22を標準とする)

1.7 朝食を欠食する人の減少

指標の目安

[欠食する人の割合]		現状*	2010年
1.7a	中学、高校生	6.0%	0%
1.7b	男性(20歳代)	32.9%	15%以下
1.7c	男性(30歳代)	20.5%	15%以下

*:平成9年国民栄養調査

1.8 量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加

指標の目安

[1日最低1食、きちんとした食事を、家族等2人以上で楽しく、30分以上かけてとる人の割合]

		現状*	2010年
1.8a	成人	56.3%	70%以上

*:参考値、「適量の食事を、家族や友人等と共に、ゆっくり時間をかけてとる人の割合」平成8年国民栄養調査

用語の説明

きちんとした食事：1日あたりのエネルギー必要量及び各種栄養素密度について一定条件をみたす食事

1.9 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加

指標の目安

[参考にする人の割合]		現状*	2010年*
1.9a	成人	—	—

*:平成11年国民栄養調査により、平成12年度中に設定

1.10 自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している人の増加

指標の目安

[理解している人の割合]		現状*	2010年
1.10a	成人男性	65.6%	80%以上
1.10b	成人女性	73.0%	80%以上

*:参考値、「自分にとって適切な食事内容・量を知っている人の割合」平成8年国民栄養調査

1.11 自分の食生活に問題があると思う人のうち、食生活の改善意欲のある人の増加

指標の目安

[改善意欲のある人の割合]		現状*	2010年
1.11a	成人男性	55.6%	80%以上
1.11b	成人女性	67.7%	80%以上

*:平成8年国民栄養調査

(全対象のうち食生活に問題があると思う人の割合は、男性31.6%、女性33.0%)

適正な栄養素(食物)の摂取のための個人の行動変容に係る環境づくりについて(環境レベル)

1.12 ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進

指標の目安

[提供数]		現状*	2010年*
1.12a		—	—
[利用する人の割合]		現状*	2010年*
1.12b		—	—

*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

ヘルシーメニューの提供：給食、レストラン、食品売場における、食生活改善のためのバランスのとれたメニューの提供。

1.13 学習の場の増加と参加の促進

指標の目安

[学習の場の数]		現状*	2010年*
1.13a		—	—
[学習に参加する人の割合]		現状*	2010年*

1.13b

*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

学習の場：地域、職域において健康や栄養に関する情報を得られる場

1.14 学習や活動の自主グループの増加

指標の目安

〔自主グループの数〕

現状*

2010年*

1.14a

*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

自主グループ：地域、職域において健康や栄養に関する学習や活動を、自主的に取り組む住民、地区組織、企業等

2 身体活動・運動

成人

2.1 意識的に運動を心がけている人の増加

指標の目安

〔意識的に運動をしている人の割合〕

現状*

2010年

2.1a 男性

52.6%

63%以上

2.1b 女性

52.8%

63%以上

*:平成8年保健福祉動向調査

用語の説明

意識的に運動を心がけている人：日頃から日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に体を動かすなどの運動をしている人

2.2 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活における歩数〕

現状*

2010年**

2.2a 男性

8,202歩

9,200歩以上**

2.2b 女性

7,282歩

8,300歩以上**

*:平成9年国民栄養調査

**：約1,000歩の増加：1,000歩は、歩く時間で約10分、歩行距離で600~700m程度の歩行に相当

2.3 運動習慣者の増加

指標の目安

〔運動習慣者の割合〕

現状*

2010年

2.2a 男性

28.6%

39%以上

2.2b 女性

24.6%

35%以上

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明：

運動習慣者：1回30分以上の運動を、週2回以上実施し、1年以上持続している人

高齢者

2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加

指標の目安

〔運動習慣者の割合〕

現状*

2010年

2.4a 男性(60歳以上)

59.8%

70%以上

2.4b 女性(60歳以上)

59.4%

70%以上

2.4c 80歳以上(全体)

46.3%

56%以上

*:平成11年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)

用語の説明

外出について積極的な態度をもつ人：日常生活の中で買物や散歩などを含めた外出について、「自分から積極的に外出する方である」と意識している人

2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加

指標の目安

〔地域活動を実施している人〕		現状*	2010年
2.5a	男性(60歳以上)	48.3%	58%以上
2.5b	女性(60歳以上)	39.7%	50%以上

*:平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

〔日常生活の歩数〕		現状*	2010年**
2.6a	男性(70歳以上)	5,436歩	6,700歩以上**
2.6b	女性(70歳以上)	4,604歩	5,900歩以上**

*:平成9年国民栄養調査

** :約1,300歩の増加:約1,300歩は、歩く時間で約15分、歩行距離で650~800m程度の歩行に相当

3 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

〔ストレスを感じた人の割合〕		現状*	2010年
3.1a	全国平均	54.6%	49%以下**

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)
** :1割以上の減少

用語の説明

ストレスを感じた人:最近1ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

〔とれない人の割合〕		現状*	2010年
3.2a	全国平均	23.1%	21%以下**

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)
** :1割以上の減少

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

〔睡眠補助品等を使用する人の割合〕		現状*	2010年
3.3a	全国平均	14.1%	13%以下**

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)
** :1割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少

指標の目安

〔自殺者数〕		現状*	2010年
3.4a	全国数	31,755人	22,000人以下

*:平成10年厚生省人口動態統計

4 たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合]	現状*	2010年
4.1a 肺がん	84.5%	100%
4.1b 喘息	59.9%	100%
4.1c 気管支炎	65.5%	100%
4.1d 心臓病	40.5%	100%
4.1e 脳卒中	35.1%	100%
4.1f 胃潰瘍	34.1%	100%
4.1g 妊娠に関連した異常	79.6%	100%
4.1h 歯周病	27.3%	100%

*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響：別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

[喫煙している人の割合]	現状*	2010年
4.2a 男性(中学1年)	7.5%	0%
4.2b 男性(高校3年)	36.9%	0%
4.2c 女性(中学1年)	3.8%	0%
4.2d 女性(高校3年)	15.6%	0%

*:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

4.3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

指標の目安

[分煙を実施している割合]	現状*	2010年
4.3a 公共の場	—	100%
4.3b 職場	—	100%
[知っている人の割合]	現状*	2010年
4.3c 効果の高い分煙に関する知識の普及	—	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

分煙の徹底：公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙：受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

4.4 禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

[禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合]	現状*	2010年
4.4a 全国	—	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

禁煙支援プログラム：個人の禁煙を支援するための個別保健指導等

禁煙・節煙を希望する人	男性	女性	総数
禁煙希望	24.8%	34.9%	26.7%
節煙希望	38.3%	34.7%	37.5%
合 計	63.1%	69.6%	64.2%

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)

5 アルコール

5.1 多量に飲酒する人の減少

指標の目安

[多量に飲酒する人の割合]	現状*	2010年**
5.1a 男性	4.1%	3.2%以下
5.1b 女性	0.3%	0.2%以下

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

**:2割以上の減少

用語の説明

多量に飲酒する人：1日平均純アルコール約60グラムを超えて摂取する人

5.2 未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

[飲酒している人の割合]		現状*	2010年
5.2a	男性(中学3年)	25.4%	0%
5.2b	男性(高校3年)	51.5%	0%
5.2c	女性(中学3年)	17.2%	0%
5.2d	女性(高校3年)	35.9%	0%

*:平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査

5.3 「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合]		現状*	2010年
5.3a	男性	—	100%
5.3b	女性	—	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

節度ある適度な飲酒：1日平均純アルコールで約20グラム程度の飲酒

(注)主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶1本500ml)	清酒 (1合180ml)	ウイスキー・ブランデー (ダブル60ml)	焼酎(35度) (1合180ml)	ワイ (1杯120g)
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	50g	12g

6 歯の健康

幼児期のう蝕予防

6.1 う歯のない幼児の増加

指標の目安

[う歯のない幼児の割合(3歳)]		現状*	2010年
6.1a	全国平均	59.5%	80%以上

*:平成10年度3歳児歯科健康診査結果

6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加

指標の目安

[受けたことのある幼児の割合(3歳)]		現状*	2010年
6.2a	全国平均	39.6%	50%以上

*:平成5年歯科疾患実態調査

6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少

指標の目安

[習慣のある幼児の割合(1歳6ヶ月児)]		現状*,**	2010年**
6.3a	全国平均	29.9%	—

*:参考値、1日3回以上の間食をする1歳6か月児の割合(久保田らによる調査、平成3年)

** :平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

頻回飲食：間食として1日3回以上の飲食

学齢期のう蝕予防

6.4 一人平均う歯数の減少

指標の目安

[1人平均う歯数(12歳)]		現状*	2010年
6.4a	全国平均	2.9歯	1歯以下

※:平成11年学校保健統計調査

用語の説明

一人平均う歯数:一人あたり平均の未治療のう歯、う蝕により失った歯、治療済のう歯の合計(DMF歯数)

6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

〔使用している人の割合〕

6.5a 全国平均	現状*	2010年
	45.6%	90%以上

※:参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

〔過去1年間に受けたことのある人の割合〕	現状*	2010年
6.6a 全国平均	12.8%	30%以上

※:参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

個別的な歯口清掃指導:歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

〔有する人の割合〕	現状*	2010年**
6.7a 40歳	32.0%	22%以下
6.7b 50歳	46.9%	33%以下

※:参考値、平成9~10年富士宮市モデル事業報告

** : 3割以上の減少

用語の説明

進行した歯周炎:歯周疾患の検査であるCPI検査で4mm以上の深い歯周ポケットのあるもの

6.8 歯間部清掃器具の使用の増加

指標の目安

〔使用する人の割合〕	現状*	2010年
6.8a 40歳(35~44歳)	19.3%	50%以上
6.8b 50歳(45~54歳)	17.8%	50%以上

※:平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

歯間部清掃器具:歯と歯の間を清掃するための専用器具(デンタルフロス、歯間ブラシ等)

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4 たび参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4 たび参照)

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

〔自分の歯を有する人の割合〕	現状*	2010年
6.11a 80歳(75~84歳)で20歯以上	11.5%	20%以上
6.11b 60歳(55~64歳)で24歯以上	44.1%	50%以上

※:平成5年歯科疾患実態調査

※:平成5年歯科疾患実態調査

6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

〔過去1年間に受けた人の割合〕	現状*	2010年
6.12a 60歳(55~64歳)	15.9%	30%以上

※:参考値、過去1年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合、平成4年寝屋川市調査

6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

[過去1年間に受けた人の割合]	現状*	2010年
6.13a 60歳(55～64歳)	16.4%	30%以上
*:平成5年保健福祉動向調査		

7 糖尿病

- 7.1 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)
- 7.2 日常生活における歩数の増加(2 身体活動・運動参照)
- 7.3 質・量ともにバランスのとれた食事(1 栄養・食生活参照)
- 7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

[受けている人の数]

7.4a 定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者	現状*	2010年**
	4,573万人	6,860万人以上

*:参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

** :5割以上の増加

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

指標の目安

[受けている人の割合]

7.5a 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性)	現状*	2010年
	66.7%	100%
7.5b 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性)	74.6%	100%

*:平成9年糖尿病実態調査

7.6 糖尿病有病者の減少(推計)

推計値

7.6a 糖尿病有病者数	現状*	2010年**
	690万人	1,000万人

*:平成9年糖尿病実態調査

** :生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている

注)本推計値は、上記生活習慣の改善による2010年の有病者数の推計値を示す

7.7 糖尿病有病者の治療の継続

指標の目安

[治療継続している人の割合]

7.7a 糖尿病有病者の治療継続率	現状	2010年
	45%*	100%

*:平成9年糖尿病実態調査

7.8 糖尿病合併症の減少

指標の目安

[合併症を発症した人の数]

7.8a 糖尿病性腎症	現状	2010年
	10,729人*	—***

[合併症を有する人の数]

7.8b 失明	現状	2010年
	約3,000人**	—***

*:1998年日本透析医学会

** :1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」

***:平成14年度中に設定

8 循環器病

8.1 食塩摂取量の減少(1 栄養・食生活参照)

8.2 カリウム摂取量の増加

指標の目安

[1日当たりの平均摂取量]

8.2a 成人	現状*	2010年
	2.5g	3.5g以上

*:平成9年国民栄養調査

8.3 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)

8.4 運動習慣者の増加(2 身体活動・運動参照)

8.5 高血圧の改善(推計)

推計値 平均最大血圧約4.2mmHgの低下

注) 以下を実行することによる効果の推計

- ・成人1日あたりの平均食塩摂取量3.5g減少
- ・平均カリウム摂取量1g増量
- ・肥満者(BMI 25以上)を男性15%(20歳以上)、女性18%(20歳以上)以下に減少
- ・成人男性の多量飲酒者を1%低下
- ・国民の10%が早歩きを毎日30分実行

8.6 たばこ対策の充実(4 たばこ参照)

8.7 高脂血症の減少

指標の目安

[高脂血症の人の割合]

	現状*	2010年
8.7a 男性	10.5%	5.2%以下
8.7b 女性	17.4%	8.7%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

高脂血症者:血清総コレステロール値240mg/dl以上の者

8.8 糖尿病有病者の減少(7 糖尿病参照)

8.9 飲酒対策の充実(5 アルコール参照)

8.10 健康診断を受ける人の増加

指標の目安

[検診受診者の数]

	現状*	2010年
8.10a 全国数	4,573万人	6,860万人以上

*:平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)

推計値

喫煙率			脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性		男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%		16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10		29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10		42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5		55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5		68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0		87	33	60	82	36	59	66	23	45

注1)それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

注2)現状:脳卒中死亡率110.0(人口10万人対)死亡数13万7,819人

男性:死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性:死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患 57.2(人口10万人対)死亡数7万1,678人

男性:死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性:死亡率51.8、死亡数3万3,112人

(平成10年厚生省人口動態統計)

9 がん

9.1 たばこ対策の充実(4 たばこ参照)

9.2 食塩摂取量の減少(1 栄養・食生活参照)

9.3 野菜の摂取量の増加(1 栄養・食生活参照)

9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加

指標の目安

[摂取している人の割合]

	現状*	2010年
9.4a 成人	29.3%	60%以上

*:平成9年国民栄養調査

9.5 脂肪エネルギー比率の減少（1 栄養・食生活参照）

9.6 飲酒対策の充実（5 アルコール参照）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

[検診受診者数]	現状*	2010年**
9.7a 胃がん	1,401万人	2,100万人以上
9.7b 子宮がん	1,241万人	1,860万人以上
9.7c 乳がん	1,064万人	1,600万人以上
9.7d 肺がん	1,023万人	1,540万人以上
9.7e 大腸がん	1,231万人	1,850万人以上

*:参考値：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

**:5割以上の増加

注) 各がん検診の受診者数は「平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査」の各がん検診の受診者数と人間ドック受診者の合計である。

(別紙)

喫煙が及ぼす健康影響

1 喫煙者は非喫煙者に比べ病気になる危険度が何倍高いのか

(1) がんの死亡

	男 性	女 性
平山らによる計画調査(1966-82)	1.7	1.3
原爆被爆者コホート(1963-87)	1.6 (男女)	
厚生省コホート(1990-)*	1.5	1.6

(資料*) 厚生省 コホート (現在集計中)

4 保健所管内の 40 ～ 59 歳の地域住民男女各 2 万人を 1990 年より 7 年間追跡。
がんの部位別死亡

	男 性		女 性	
肺がん	4.5	22.4	2.3	11.9
喉頭がん	32.5	10.5	3.3	17.8
口腔・咽頭がん	3.0	27.5	1.1	5.6
食道がん	2.2	7.6	1.8	10.3
胃がん	1.5	—	1.2	—
肝がん	1.5	—	1.7	—
腎がん	—	3.0	—	1.4
膵臓がん	1.6	2.1	1.4	2.3
膀胱がん	1.6	2.9	2.3	2.6
子宮頸部がん	—	—	1.6	1.4

(資料) 左段：平山らによる計画調査(1966-82)

右段：アメリカがん協会の「がん予防研究」(1982-86)

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(2) 循環器病の死亡

	男 性	女 性
総死亡	1.2	1.2
循環器疾患総数	1.4	1.5
虚血性心疾患	1.7	—
脳卒中	1.7	1.7

(資料) 1980-90 年の循環器疾患基礎調査、いわゆる「NIPPON DATA」
(現在集計中)

30 歳以上の約 10,000 人を対象。

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした 1 日 20 本喫煙する者の相対危険度

(3) その他の疾患

	男 性	女 性
気管支喘息*1	1.8	4.0
胃潰瘍*2	3.4	—
十二指腸潰瘍*2	3.0	—

(資料) *1 : 平山らによる計画調査(1966-82)

*2 : ハワイ日系人男性の調査(1968-90)

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(4) 妊婦への影響

早産	3.3
低出生体重	2.4
全先天異常	1.3

(資料) 昭和 54 年度厚生省心身障害研究

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

(5) 歯周病

零 石 (1998)	2.1
ドランら (1997)	1.9
サッキら (1995)	1.7

ブラウンら (1994) 2.7

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

2 禁煙によってどの程度病気になる危険度が減少するのか

(1) 肺がんの死亡 (男性)

平 山 (1990) 0.3 *

ドールら (1976) 0.3

* : 10 年以上の値

(注) 数字は喫煙者を 1 としたときの禁煙して 10-14 年経過した者の相対危険度

(2) 虚血性心疾患の死亡 (男性)

喫煙本数 (本/日)	禁煙して 1 - 4 年	禁煙して 10 - 14 年
1 - 19 本	0.6	0.5
20 本以上	0.6	0.5

(資料) アメリカがん協会 (1969)

(注) 数字は、現在喫煙している者を 1 としたときの禁煙した者の相対危険度

3 喫煙率が下がると循環器病の減少はどのくらい見込めるのか

喫煙率脳卒中の減少虚血性心疾患の減少総循環器疾患の減少

男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55 %	15 %	16 %	6 %	11 %	11 %	7 %	9 %	17 %	4 %	10 %
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

(注) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たな日常生活動作能力 (ADL) 低下者数の減少割合を示す。

この循環器疾患予防への効果予測の前提は、

- 成人の 1 日あたりの平均食塩摂取量 3.5g 減少
- 平均カリウム摂取量 1g 増量
- 肥満者 (BMI 25 以上) を男性 15 %、女性 18 %以下に減少
- 成人男性の多量飲酒者 (1 日 3 合以上) が 1 %低下
- 国民の 10 %が早歩き毎日 30 分を実行する

などの生活習慣の改善による平均最大血圧約 4.2mmHg の低下を前提とする。

(別表)

1 栄養・食生活

適正な栄養素（食物）の摂取について（栄養状態、栄養素（食物）摂取レベル）

1.1 適正体重を維持している人の増加

指標の目安

[肥満者等の割合]		現状*	2010 年
1. 1a	児童・生徒の肥満児	10. 7%	7%以下
1. 1b	20 歳代女性のやせの者	23. 3%	15%以下
1. 1c	20～60 歳代男性の肥満者	24. 3%	15%以下
1. 1d	40～60 歳代女性の肥満者	25. 2%	20%以下

*:平成 9 年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児:日比式による標準体重の 20%以上

肥満者: BMI が 25 以上の者

やせ: BMI が 18.5 未満の者

BMI (Body Mass Index): 体重(kg) / [身長(m)]²

1.2 脂肪エネルギー比率の減少

指標の目安

[1 日当たりの平均摂取比率]		現状*	2010 年
1. 2a	20～40 歳代	27. 1%	25%以下

*:平成 9 年国民栄養調査

用語の説明

脂肪エネルギー比率:総摂取エネルギーに占める脂肪からのエネルギーの割合

1.3 食塩摂取量の減少

指標の目安

[1 日当たりの平均摂取量]		現状*	2010 年
1. 3a	成人	13. 5g	10g 未満

*:平成 9 年国民栄養調査

1.4 野菜の摂取量の増加

指標の目安

[1 日当たりの平均摂取量]		現状*	2010 年
1. 4a	成人	292g	350g 以上

*:平成 9 年国民栄養調査

1.5 カルシウムに富む食品の摂取量の増加

指標の目安

[1 日当たりの平均摂取量 (成人)]		現状*	2010 年
1. 5a	牛乳・乳製品	107g	130g 以上
1. 5b	豆類	76g	100g 以上
1. 5c	緑黄色野菜	98g	120g 以上

*:平成 9 年国民栄養調査

用語の説明

カルシウムに富む食品：牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜

適正な栄養素（食物）を摂取するための行動の変容について（知識・態度・行動レベル）

1.6 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加

指標の目安

[実践する人の割合]		現状*	2010 年
1.6a	男性(15 歳以上)	62.6%	90%以上
1.6b	女性(15 歳以上)	80.1%	90%以上

*:平成 10 年国民栄養調査

用語の説明

適正体重:「[身長(m)]²×22」を標準(BMI=22 を標準とする)

1.7 朝食を欠食する人の減少

指標の目安

[欠食する人の割合]		現状*	2010 年
1.7a	中学、高校生	6.0%	0%
1.7b	男性(20 歳代)	32.9%	15%以下
1.7c	男性(30 歳代)	20.5%	15%以下

*:平成 9 年国民栄養調査

1.8 量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加

指標の目安

[1 日最低 1 食、きちんとした食事を、家族等 2 人以上で楽しく、30 分以上かけてとる人の割合]

	現状*	2010 年
1.8a 成人	56.3%	70%以上

*:参考値、「適量の食事を、家族や友人等と共に、ゆっくり時間をかけてとる人の割合」平成 8 年国民栄養調査

用語の説明

きちんとした食事:1 日あたりのエネルギー必要量及び各種栄養素密度について一定条件をみたす食事

1.9 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加

指標の目安

[参考にする人の割合]		現状*	2010 年*
1.9a	成人	-	-

*:平成 11 年国民栄養調査により、平成 12 年度中に設定

1.10 自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している人の増加

指標の目安

[理解している人の割合]		現状*	2010 年
1.10a	成人男性	65.6%	80%以上
1.10b	成人女性	73.0%	80%以上

*:参考値、「自分にとって適切な食事内容・量を知っている人の割合」平成 8 年国民栄養調査

1.11 自分の食生活に問題があると思う人のうち、食生活の改善意欲のある人の増加

指標の目安

[改善意欲のある人の割合]		現状*	2010 年
1.11a	成人男性	55.6%	80%以上
1.11b	成人女性	67.7%	80%以上

*:平成 8 年国民栄養調査

(全対象のうち食生活に問題があると思う人の割合は、男性 31.6%、女性 33.0%)

適正な栄養素（食物）の摂取のための個人の行動変容に係る環境づくりについて（環境レベル）

1.12 ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進

指標の目安

[提供数]		現状*	2010 年*
1.12a		-	-
[利用する人の割合]		現状*	2010 年*
1.12b		-	-

*:平成 12 年度中に調査し、設定する

用語の説明

ヘルシーメニューの提供：給食、レストラン、食品売場における、食生活改善のためのバランスのとれたメニューの提供。

1.13 学習の場の増加と参加の促進

指標の目安

[学習の場の数]		現状*	2010 年*
1.13a		-	-
[学習に参加する人の割合]		現状*	2010 年*
1.13b		-	-

*:平成 12 年度中に調査し、設定する

用語の説明

学習の場：地域、職域において健康や栄養に関する情報を得られる場

1.14 学習や活動の自主グループの増加

指標の目安

[自主グループの数]		現状*	2010 年*
1.14a		-	-

*:平成 12 年度中に調査し、設定する

用語の説明

自主グループ：地域、職域において健康や栄養に関する学習や活動を、自主的に取

り

組む住民、地区組織、企業等

2 身体活動・運動

成人

2.1 意識的に運動を心がけている人の増加

指標の目安

[意識的に運動をしている人の割合]		現状*	2010 年
2.1a	男性	52.6%	63%以上
2.1b	女性	52.8%	63%以上

*:平成8年保健福祉動向調査

用語の説明

意識的に運動を心がけている人:日頃から日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に体を動かすなどの運動をしている人

2.2 日常生活における歩数の増加

指標の目安

[日常生活における歩数]		現状*	2010 年**
2.2a	男性	8,202 歩	9,200 歩以上**
2.2b	女性	7,282 歩	8,300 歩以上**

*:平成9年国民栄養調査

** :約1,000歩の増加:1,000歩は、歩く時間で約10分、歩行距離で600～700m程度の歩行に相当

2.3 運動習慣者の増加

指標の目安

[運動習慣者の割合]		現状*	2010 年
2.2a	男性	28.6%	39%以上
2.2b	女性	24.6%	35%以上

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明:

運動習慣者:1 回 30 分以上の運動を、週 2 回以上実施し、1 年以上持続している人

高齢者

2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加

指標の目安

[運動習慣者の割合]		現状*	2010 年
2.4a	男性(60 歳以上)	59.8%	70%以上
2.4b	女性(60 歳以上)	59.4%	70%以上
2.4c	80 歳以上(全体)	46.3%	56%以上

*:平成 11 年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)

用語の説明

外出について積極的な態度をもつ人:

日常生活の中で買物や散歩などを含めた外出について、「自分から積極的に外出する方である」と意識している人

2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加

指標の目安

[地域活動を実施している人]		現状*	2010 年
2.5a	男性(60 歳以上)	48.3%	58%以上
2.5b	女性(60 歳以上)	39.7%	50%以上

*:平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

[日常生活の歩数]		現状*	2010 年**
2.6a	男性(70 歳以上)	5,436 歩	6,700 歩以上**
2.6b	女性(70 歳以上)	4,604 歩	5,900 歩以上**

*:平成9年国民栄養調査

:約1,300歩の増加**: 約1,300歩は、歩く時間で約15分、歩行距離で650～800m程度の歩行に相当

3 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

[ストレスを感じた人の割合]		現状*	2010 年
3.1a	全国平均	54.6%	49%以下**

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

用語の説明

ストレスを感じた人:最近1ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

[とれない人の割合]		現状*	2010 年
3.2a	全国平均	23.1%	21%以下**

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

[睡眠補助品等を使用する人の割合]		現状*	2010 年
3.3a	全国平均	14.1%	13%以下**

*:平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :1割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少

指標の目安

[自殺者数]		現状*	2010 年
3.4a	全国数	31,755 人	22,000 人以下

*:平成10年厚生省人口動態統計

4 たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及 指標の目安

[知っている人の割合]		現状*	2010 年
4.1a	肺がん	84.5%	100%
4.1b	喘息	59.9%	100%
4.1c	気管支炎	65.5%	100%
4.1d	心臓病	40.5%	100%
4.1e	脳卒中	35.1%	100%
4.1f	胃潰瘍	34.1%	100%
4.1g	妊娠に関連した異常	79.6%	100%
4.1h	歯周病	27.3%	100%

*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

[喫煙している人の割合]		現状*	2010 年
4.2a	男性(中学1年)	7.5%	0%
4.2b	男性(高校3年)	36.9%	0%
4.2c	女性(中学1年)	3.8%	0%
4.2d	女性(高校3年)	15.6%	0%

*:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

4.3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及

指標の目安

[分煙を実施している割合]		現状*	2010 年
4.3a	公共の場	-	100%
4.3b	職場	-	100%
[知っている人の割合]		現状*	2010 年
4.3c	効果の高い分煙に関する知識の普及	-	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

分煙の徹底:公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙:受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

4.4 禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

[禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合]		現状*	2010 年
4.4a	全国	-	100%

*:平成12年度中に調査する

用語の説明

禁煙支援プログラム:個人の禁煙を支援するための個別保健指導等

禁煙・節煙を希望する人	男性	女性	総数
禁煙希望	24.8%	34.9%	26.7%
節煙希望	38.3%	34.7%	37.5%
合 計	63.1%	69.6%	64.2%

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)

5 アルコール

5.1 多量に飲酒する人の減少

指標の目安

[多量に飲酒する人の割合]		現状*	2010 年**
5.1a	男性	4.1%	3.2%以下
5.1b	女性	0.3%	0.2%以下

*:平成 8 年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)

** :2 割以上の減少

用語の説明

多量に飲酒する人:1 日平均純アルコール約 60 グラムを超えて摂取する人

5.2 未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

[飲酒している人の割合]		現状*	2010 年
5.2a	男性(中学 3 年)	25.4%	0%
5.2b	男性(高校 3 年)	51.5%	0%
5.2c	女性(中学 3 年)	17.2%	0%
5.2d	女性(高校 3 年)	35.9%	0%

*:平成 8 年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査

5.3 「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

指標の目安

[知っている人の割合]		現状*	2010 年
5.3a	男性	-	100%
5.3b	女性	-	100%

*:平成 12 年度中に調査する

用語の説明

節度ある適度な飲酒:1 日平均純アルコールで約 20 グラム程度の飲酒

(注)主な酒類の換算の目安

お酒の種類	ビール (中瓶 1 本 500ml)	清酒 (1 合 180ml)	ウイスキー・ブランデー (ダブ 1 杯 60ml)	焼酎(35 度) (1 合 180ml)	ワイン (1 杯 120ml)
アルコール度数	5%	15%	43%	35%	12%
純アルコール量	20g	22g	20g	50g	12g

6 歯の健康

幼児期のう蝕予防

6.1 う歯のない幼児の増加

指標の目安

[う歯のない幼児の割合(3歳)]		現状*	2010年
6.1a	全国平均	59.5%	80%以上

*:平成10年度3歳児歯科健康診査結果

6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加

指標の目安

[受けたことのある幼児の割合(3歳)]		現状*	2010年
6.2a	全国平均	39.6%	50%以上

*:平成5年歯科疾患実態調査

6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少

指標の目安

[習慣のある幼児の割合(1歳6ヶ月児)]		現状*,**	2010年**
6.3a	全国平均	29.9%	—

*:参考値、1日3回以上の間食をする1歳6ヶ月児の割合(久保田らによる調査、平成3年)

** :平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

頻回飲食:間食として1日3回以上の飲食

学齢期のう蝕予防

6.4 一人平均う歯数の減少

指標の目安

[1人平均う歯数(12歳)]		現状*	2010年
6.4a	全国平均	2.9歯	1歯以下

*:平成11年学校保健統計調査

用語の説明

一人平均う歯数:一人あたり平均の未治療のう歯、う蝕により失った歯、治療済の歯の合計(DMF歯数)

6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

[使用している人の割合]		現状*	2010年
6.5a	全国平均	45.6%	90%以上

*:参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

[過去1年間に受けたことのある人の割合]		現状*	2010年
6.6a	全国平均	12.8	30%以上

*:参考値、平成5年保健福祉動向調査(15～24歳)

用語の説明

個別的な歯口清掃指導:歯科医師、歯科衛生士により個人の口の中の状態に基づいて行われる歯磨き指導

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

[有する人の割合]		現状*	2010年**
6.7a	40歳	32.0%	22%以下
6.7b	50歳	46.9%	33%以下

*:参考値、平成9～10年富士宮市モデル事業報告

** : 3割以上の減少

用語の説明

進行した歯周炎:歯周疾患の検査であるCPI検査で4mm以上の深い歯周ポケットのあるもの

6.8 歯間部清掃用器具の使用の増加

指標の目安

[使用する人の割合]		現状*	2010年
6.8a	40歳(35～44歳)	19.3%	50%以上
6.8b	50歳(45～54歳)	17.8%	50%以上

*:平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

歯間部清掃用器具:歯と歯の間を清掃するための専用器具(デンタルフロス、歯間ブラシ等)

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4 タバコ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4 タバコ参照)

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

[自分の歯を有する人の割合]		現状*	2010年
6.11a	80歳(75～84歳)で20歯以上	11.5%	20%以上
6.11b	60歳(55～64歳)で24歯以上	44.1%	50%以上

*:平成5年歯科疾患実態調査

6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

[過去1年間に受けた人の割合]		現状*	2010年
6.12a	60歳(55～64歳)	15.9%	30%以上

*:参考値、過去1年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合、平成4年寝屋川市調査

6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

〔過去1年間に受けた人の割合〕		現状*	2010年
6.13a	60歳(55～64歳)	16.4%	30%以上

*:平成5年保健福祉動向調査

7 糖尿病

7.1 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)

7.2 日常生活における歩数の増加(2 身体活動・運動参照)

7.3 質・量ともにバランスのとれた食事(1 栄養・食生活参照)

7.4 糖尿病検診の受診の促進

指標の目安

[受けている人の数]	現状*	2010年**
7.4a 定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者	4,573万人	6,860万人以

*:参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

** :5割以上の増加

7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

指標の目安

[受けている人の割合]	現状*	2010年
7.5a 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性)	66.7%	100%
7.5b 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性)	74.6%	100%

*:平成9年糖尿病実態調査

7.6 糖尿病有病者の減少(推計)

推計値

	現状*	2010年**
7.6a 糖尿病有病者数	690万人	1,000万人

*:平成9年糖尿病実態調査

** :生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている

注)本推計値は、上記生活習慣の改善による2010年の有病者数の推計値を示す

7.7 糖尿病有病者の治療の継続

指標の目安

[治療継続している人の割合]	現状	2010年
7.7a 糖尿病有病者の治療継続率	45%*	100%

*:平成9年糖尿病実態調査

7.8 糖尿病合併症の減少

指標の目安

[合併症を発症した人の数]	現状	2010年
7.8a 糖尿病性腎症	10,729人*	—***
[合併症を有する人の数]	現状	2010年
7.8b 失明	約3,000人**	—***

*:1998年日本透析医学会

** :1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」

***:平成14年度中に設定

8 循環器病

8.1 食塩摂取量の減少(1 栄養・食生活参照)

8.2 カリウム摂取量の増加

指標の目安

[1 日当たりの平均摂取量]		現状*	2010 年
8.2a	成人	2.5g	3.5g 以上

*:平成9年国民栄養調査

8.3 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)

8.4 運動習慣者の増加(2 身体活動・運動参照)

8.5 高血圧の改善(推計)

推計値 平均最大血圧約 4.2mmHg の低下

注) 以下を実行することによる効果の推計

- ・成人1日あたりの平均食塩摂取量 3.5g 減少
- ・平均カリウム摂取量 1 g 増量
- ・肥満者 (BMI 25 以上) を男性 15%(20 歳以上)、女性 18%(20 歳以上) 以下に減少
- ・成人男性の多量飲酒者を 1 %低下
- ・国民の 10%が早歩きを毎日 30 分実行

8.6 たばこ対策の充実(4 たばこ参照)

8.7 高脂血症の減少

指標の目安

[高脂血症の人の割合]		現状*	2010 年
8.7a	男性	10.5%	5.2%以下
8.7b	女性	17.4%	8.7%以下

*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

高脂血症者: 血清総コレステロール値 240mg/dl 以上の者

8.8 糖尿病有病者の減少(7 糖尿病参照)

8.9 飲酒対策の充実(5 アルコール参照)

8.10 健康診断を受ける人の増加

指標の目安

[検診受診者の数]		現状*	2010 年
8.10a	全国数	4,573 万人	6,860 万人以上

*:平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

推計値

喫煙率		脳卒中の減少			虚血性心疾患の減少			循環器病の減少		
男性	女性	男性	女性	全体	男性	女性	全体	男性	女性	全体
55%	15%	16%	6%	11%	11%	7%	9%	17%	4%	10%
45	10	29	15	22	24	17	20	26	10	18
35	10	42	15	28	37	17	26	35	10	22
25	5	55	24	39	50	26	38	44	17	30
15	5	68	24	46	63	26	44	53	17	35
0	0	87	33	60	82	36	59	66	23	45

注1)それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たなADL低下の割合を示す。

注2)現状：脳卒中死亡率110.0（人口10万人対）死亡数13万7,819人

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患57.2（人口10万人対）死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

9 がん

9.1 たばこ対策の充実（4 たばこ参照）

9.2 食塩摂取量の減少（1 栄養・食生活参照）

9.3 野菜の摂取量の増加（1 栄養・食生活参照）

9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加
指標の目安

[摂取している人の割合]		現状*	2010年
9.4a	成人	29.3%	60%以上

*：平成9年国民栄養調査

9.5 脂肪エネルギー比率の減少（1 栄養・食生活参照）

9.6 飲酒対策の充実（5 アルコール参照）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

[検診受診者数]		現状*	2010年**
9.7a	胃がん	1,401万人	2,100万人以上
9.7b	子宮がん	1,241万人	1,860万人以上
9.7c	乳がん	1,064万人	1,600万人以上
9.7d	肺がん	1,023万人	1,540万人以上
9.7e	大腸がん	1,231万人	1,850万人以上

*：参考値：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

**：5割以上の増加

注) 各がん検診の受診者数は「平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査」の
各がん検診の受診者数と人間ドック受診者の合計である。

3. 介護予防事業

介護予防・地域支え合い事業の主な事業の例

(1) 高齢者等の生活支援事業

ア 外出支援サービス事業

生きがい活動支援通所施設及び生活管理指導短期宿泊施設を利用する場合に、利用者の居宅とこれらサービスを提供する施設との間を送迎する事業

イ 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業

寝具の衛生管理のための水洗い及び乾燥消毒車による寝具の乾燥消毒等のサービスを実施する事業

ウ 軽度生活援助事業

軽易な日常生活上の援助を行うことにより、当該高齢者の在宅での自立した生活の継続を可能にするとともに、要介護状態の進行を防止する事業

エ 住宅改修支援事業

高齢者向けに居室等の改良を希望する者に対して、住宅改修に関する相談・助言を行うとともに、介護保険制度の利用（住宅改修費）に関する助言を行う事業

オ 訪問理美容サービス事業

理容院や美容院に出向くことが困難である高齢者に対して、居宅で手軽にこれらのサービスを受けられるようにするため、移動理美容車や出張美容チームによる訪問理美容サービスを提供する事業

カ 高齢者共同生活（グループリビング）支援事業

加齢による身体機能の低下を補うため、互いに生活を共同化、合理化して共同で生活している形態（グループリビング：5～9人）に対し、公的ケアサービスの提供や近隣住民、ボランティアによる各般の生活援助を組織する事業

(2) 介護予防・生きがい活動支援事業

ア 介護予防教室等

高齢者ができる限り介護状態にならずに健康で生き生きとした老後生活を送れるよう支援する観点から、介護予防教室等を開催する事業

- ・ 転倒骨折予防教室
- ・ アクティビティ・痴呆介護教室
- ・ I A D L 訓練事業
- ・ 地域住民グループ支援事業
- ・ 足指・爪のケアに関する事業

イ 高齢者筋力向上トレーニング事業

高齢者の転倒防止及び加齢に伴う運動機能の低下を防止するため高齢者向けのトレーニング機器を使用し、運動機能の向上をもたらす包括的トレーニング事業

ウ 生きがい活動支援通所事業

家に閉じこもりがちな高齢者に対して、老人福祉センター、老人憩いの家、公民館等において、日常動作訓練から趣味活動（生きがい活動）等の各種サービスを提供する事業

エ 生活管理指導事業

基本的な生活習慣が欠如していたり、対人関係が成立しないなど、いわゆる社会適応能力が困難な高齢者に対して、訪問又は短期間の宿泊により日常生活に対する指導、支援を行い、基本的な生活習慣を身につけさせることにより、要介護状態への進行を予防する事業

- ・ 生活管理指導員派遣事業
- ・ 生活管理指導短期宿泊事業

オ 「食」の自立支援事業

在宅の高齢者が健康で自立した生活を送れるよう、十分なアセスメントを行った上で、食関連サービスのプログラムを作成、提供し、定期的に評価を行いサービス調整を実施。

(3) 家族介護支援事業

ア 家族介護教室

高齢者を介護している家族に対し、介護方法や介護予防、介護者の健康づくり等についての知識・技術を習得させるための教育を開催する。

イ 介護用品の支給

重度（要介護度4又は5相当）で低所得（市町村民税非課税・帯）の在宅高齢者を介護している家族に対し、紙おむつ、使い捨て手袋等の介護用品を支給する。

（年額1人当たり上限75,000円）

ウ 家族介護者交流事業（元気回復事業）

家族を介護から一時的に解放し、宿泊・日帰り旅行、施設見学等を活用した介護者相互の交流会に参加するなど心身のリフレッシュを図る。

（年額1人当たり上限25,000円）

エ 家族介護者ヘルパー受講支援事業

高齢者を介護しているか又は介護していた家族がヘルパー研修（2級又は3級課程）を受講した場合に、受講料の一部を助成する。

（年額1人当たり上限30,000円）

オ 徘徊高齢者家族支援サービス事業

発信装置による位置探知システム等を利用して徘徊高齢者を早期に発見し、家族の負担軽減を図る。

カ 家族介護慰労事業

要介護4又は5に相当する市町村民税非課税世帯の在宅高齢者であって過去1年間介護保険のサービス（年間1週間程度のショートステイの利用を除く。）を受けなかったものを現に介護している家族に対し、介護を行っていることの慰労として金品（年額10万円）を贈呈する。

キ 痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業

家族介護者の支援の観点から、近隣者、ボランティア等による痴呆性高齢者の見守りや話し相手のための訪問を行う。

4. 医療保険、介護保険のリハビリテーション

リハビリテーション関連施設基準等の概要

I 医療保険

表1 主なりハビリテーション関係施設基準の届出状況

(平成14年7月1日現在)

	病 院	診療所
心疾患リハビリテーション	114	0
総合リハビリテーション施設A	603	2
総合リハビリテーション施設B	23	0
理学療養Ⅱ	3,678	719
理学療法Ⅲ	746	568
作業療法Ⅱ	1,421	156
言語聴覚療法Ⅰ	250	20
言語聴覚療法Ⅱ	1,400	131
難病患者リハビリテーション	13	7

注) 平成15年6月4日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第28回)資料より作成

表2 医科診療報酬における特定入院料関係施設基準の届出状況(抜粋)

(平成14年7月1日現在)

回復期リハビリテーション病棟入院料	
医療機関数	232
一般病棟数	93
療養病棟数	178
病床数	12,594
一般病床数	4,082
療養病床数	8,512

注) 平成15年6月4日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第28回)資料より作成

Ⅱ 介護保険

表3 指定事業所数 (平成15年4月1日現在)

区 分	事業所数
通所リハビリテーション	5,828
介護老人保健施設	2,942
介護療養型医療施設	4,007

注) 厚生労働省老健局振興課調べ

表4 介護報酬請求事業所数

区 分	事業所数
訪問看護	8,849
訪問リハビリテーション	2,042
通所リハビリテーション	5,690
福祉用具貸与	5,352
介護保健施設サービス	2,918
介護療養施設サービス	3,451

注) 介護給付費実態調査(平成15年2月審査分)

表5 介護療養型医療施設におけるリハビリテーション提供体制別の請求状況

区 分	請求事業所数	
	病院療養型	診療所療養型
総合リハビリテーション	132	3
理学療法Ⅱ	1,198	65
理学療法Ⅲ	432	62
作業療法Ⅱ	530	15

注) 介護給付費実態調査(平成15年2月審査分)

(単位：点、単位)

主なリハビリテーション算定要件等

	医療保険	介護保険
回復期リハビリ病棟入院料	1, 680 (1日につき)	—
理学療法Ⅰ～Ⅳ	イ 個別療法 250～50 (1回につき) ※毎月11回目以降は、所定点数の100分の70を算定	□ 集団療法 (包括化)
作業療法Ⅰ～Ⅱ	イ 個別療法 250～50 (1回につき) ※毎月11回目以降は、所定点数の100分の70を算定	□ 集団療法 (包括化)
①早期リハビリテーション加算 (急性発症した脳血管疾患等の患者に実施の場合)	<算定対象> ・理学療法Ⅰ、Ⅱ (個別療法) ・作業療法Ⅰ、Ⅱ (個別療法) イ 発症後14日以内 100 ロ 同15日以上30日以内 80 ハ 同31日以上90日以内 30	加算無し
②ADL加算	<算定対象等> 上記①の加算を算定する場合でADL訓練(個別療法)を実施した場合(発症から90日まで) 30	<算定対象等> ・理学療法Ⅰ～Ⅲ (個別療法) ・作業療法Ⅰ～Ⅱ (個別療法) ・ADL訓練(個別療法)を実施した場合(90日を超えても入院中は算定可) 30
③リハビリテーション総合計画評価料	<算定対象等> ・理学療法Ⅰ ・作業療法Ⅰ ・入院月、入院月から起算して2月、3月及び6月(1月1回を限度) 480	<算定対象等> ・理学療法Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ ・作業療法Ⅰ、Ⅱ ・入院月、入院月から起算して3月毎(1月1回を限度) 480
④入院生活リハビリテーション管理指導料	<算定対象> ・理学療法又は作業療法を算定 ・週1回以上の指導で1週間につき1回(入院日から6月、月4回を限度) 300	<算定対象> ・理学療法又は作業療法を算定 ・月2回以上の指導で1月1回算定(期間制限なし) 300
言語聴覚療法Ⅰ～Ⅱ	イ 個別療法 250～180 (1回につき) ※毎月11回目以降は、所定点数の100分の70を算定	□ 集団療法 (包括化)

加算

主なリハビリテーション関連施設基準等の概要

保険における主なリハビリテーション関連施設基準

施設基準名	医師	リハ専門職	対象者	左記以外の施設基準	その他
病 回復期リハビリテーション病棟入院料	病棟専従で1名以上の常勤配置	病棟専従のPT2名以上、OT1名以上の常勤配置	① 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3か月以内の状態 ② 大腿骨頸部、下肢又は骨盤等の骨折の発症後3か月以内の状態 ③ 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後又は発症後3か月以内の状態 ④ ①～③に準じる状態	- 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者（左記）を8割以上入院（病棟単位）。 - 総合リハビリテーションの届出を行なっていること、又は理学療法(Ⅱ)及び作業療法(Ⅱ)の届出を行なっていること。 - 看護職員数3:1以上 - 看護職員の4割以上が看護師であること - 看護補助者の数が6:1以上 - 病室面積1床あたり6.4m²以上。 - 患者の利用に適した浴室、トイレが設けられていること。 - 病室に隣接する廊下の幅は1.8m以上であることが望ましい。 - 適切な理学療法又は作業療法の実施計画を作成する体制、効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。	- リハビリテーション科を標榜 - 医師等が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成
完 総合リハビリテーションA	専任の常勤医師2名以上	PT5名以上、OT3名以上（専従常勤：回復期リハビリテーション病棟の常勤PT、OTと兼任でないこと。）	—	- 理学療法の専用施設の広さが300m²以上かつ、作業療法の専用施設が100m²以上。 - 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—
総合リハビリテーションB	専任の常勤医師2名以上	PT6名以上、OT6名以上かつ、合計数が15名以上（専従常勤：回復期リハビリテーション病棟の常勤PT、OTと兼任でないこと。）	—	- 理学療法及び作業療法の専用施設の広さが合計240m²以上。 - 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—

保険	施設基準名		医師	リハ専門職	対象者	左記以外の施設基準	その他
医療保険	病院	理学療法（Ⅱ）	専任の常勤医師1名以上	専任の常勤PT1名以上	—	・ 専用の施設を有しており、100㎡以上。 ・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—
		作業療法（Ⅱ）	専任の常勤医師1名以上	専任の常勤OT1名以上	—	・ 専用の施設を有しており、75㎡以上。 ・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—
		理学療法（Ⅲ）	医師1名以上	・ 週2日以上勤務するPT1名以上 ・ 専従する理学療法の経験を有する従事者1名以上	—	・ 専用の施設を有しており、45㎡以上。 ・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—
	院	言語聴覚療法Ⅰ	専任の常勤医師1名以上	3人以上（専従の常勤）	失語症、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ患者	・ 専用の療法室 個別療法室(8㎡以上)3室以上かつ、集団療法室(16㎡以上)1室以上 - 車椅子、歩行器、杖等を使用する患者が容易かつ安全に出入りが可能であり、遮音等に配慮した部屋であること。 ・ 必要な器械・器具を備えていること	—
		言語聴覚療法Ⅱ	専任の常勤医師1名以上	1人以上（専従の常勤）	失語症、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ患者	・ 専用の療法室 個別療法室(8㎡以上)1室以上かつ、集団療法室(16㎡以上)1室以上 - 車椅子、歩行器、杖等を使用する患者が容易かつ安全に出入りが可能であり、遮音等に配慮した部屋であること。 ・ 必要な器械・器具を備えていること	—

2. 介護保険における主なリハビリテーション関連施設基準

保険	施設基準名		医師	リハ専門職	対象者	左記以外の施設基準	その他
介護 保 険	介護老人福祉施設		—	—	身体上・精神上著しい障害があるため常時介護を必要とし、在宅介護が困難な要介護者	食堂・機能訓練室合計1人あたり3㎡以上	・ 入所者100人以上に生活相談員常勤1人以上、介護支援専門員常勤1人以上
	介護老人保健施設		常勤換算で100:1以上	・PT・OT常勤換算で100:1以上 ・リハビリ機能強化加算を算定する場合PT、OT又はSTが50:1以上	病状が安定期にあり、以下の①～③にサービスを必要とする要介護者 ①看護 ②医学的管理下での介護 ③機能訓練等の必要な医療	＜必要な施設＞ ①療養室、②診察室、③機能訓練室、④談話室、⑤食堂、⑥浴室、⑦レクリエーションルーム等 ・ 原則、療養室は定員4人以下で1人あたり8㎡以上。 ・ 機能訓練室は1人あたり1㎡以上。 ・ 食堂は1人あたり2㎡以上。	・ リハビリ機能強化加算 ・ 上記加算の算定要件として個別リハビリテーション実施計画を作成
	介護療養型医療施設（特定診療費）	総合リハビリテーション	専任の常勤医師2名以上	PT5名以上、OT3名以上（専従常勤：回復期リハビリテーション病棟の常勤PT、OTと兼任でないこと。）	—	・ 理学療法及び作業療法の専用施設の広さが合計240㎡以上。 ・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	総合リハビリテーション施設の施設基準 ・ 人員基準は医療保険の総合リハビリテーション施設Aの基準 ・ 専用施設の基準は医療保険の総合リハビリテーション施設Bの基準を採用
		理学療法（Ⅱ）	専任の常勤医師1名以上	専任の常勤PT1名以上	—	・ 専用の施設を有しており、100㎡以上。 ・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—
		作業療法（Ⅱ）	専任の常勤医師1名以上	専任の常勤OT1名以上	—	・ 専用の施設を有しており、75㎡以上。 ・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—

		理学療法（Ⅲ）	医師1名以上	・ 週2日以上勤務するPT1名以上 ・ 専従する理学療法の経験を有する従事者1名以上	—	・ 専用の施設を有しており、45m²以上。 ・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。	—
		言語聴覚療法Ⅰ	専任の常勤医師1名以上	3人以上（専従の常勤）	失語症、構音障害、難聴に伴う聴覚に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ患者	・ 専用の療法室 個別療法室(8m²以上)3室以上かつ、集団療法室(16m²以上)1室以上 - 車椅子、歩行器、杖等を使用する患者が容易かつ安全に出入りが可能であり、遮音等に配慮した部屋であること。 ・ 必要な器械・器具を備えていること	—
		言語聴覚療法Ⅱ	専任の常勤医師1名以上	1人以上（専従の常勤）	失語症、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込術後等の言語聴覚機能に障害を持つ患者	・ 専用の療法室 個別療法室(8m²以上)1室以上かつ、集団療法室(16m²以上)1室以上 - 車椅子、歩行器、杖等を使用する患者が容易かつ安全に出入りが可能であり、遮音等に配慮した部屋であること。 ・ 必要な器械・器具を備えていること	—

3. 介護保険の通所・訪問系サービスにおける人員及び運営の基準

	施設基準名	医師	リハ専門職	対象者	左記以外の施設基準	その他
通所リハビリテーション	通常規模の医療機関又は介護老人保健施設	専任の常勤医師が1人以上	通所リハビリテーションの単位ごとに、提供時間帯を通じ、PT、OTまたはSTが常勤換算で0.2以上	要支援者 要介護者	3㎡に利用定員を乗じた面積以上の専用部屋 同上	- 個別リハビリテーション加算 - 上記加算の算定要件として個別リハビリテーション計画を作成
	小規模診療所	専任医師が1人以上	通所リハビリテーションの単位ごとに、提供時間帯を通じ、PT、OT、STまたは経験看護師が常勤換算で0.1人以上	要支援者 要介護者		
訪問リハビリ	病院・診療所（訪問リハ）	—	PT・OT	通院が困難な要支援者、要介護者	—	- ADL加算（退院・退所後6月以内） - 個別リハビリテーション計画を作成
訪問看護	訪問看護ステーション（訪問看護）	—	看護師 PT・OT	訪問看護が必要な要支援者、要介護者	—	—

4. 老人保健事業、介護予防事業におけるリハビリテーション関連事業の基準

	事業名	医師	リハ専門職	対象者	施設(場所)	その他
老人保健事業	機能訓練A	医師 医師の指導のもとPT、OT、保健師、看護師		40歳以上 疾病、外傷その他の原因による身体又は精神機能の障害又は低下に対する訓練を行なう必要がある者	市町村保健センター 老人福祉センター 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 等	—
	機能訓練B	—	保健師、 看護師、 PT、OT	虚弱高齢者 (ランクJ)	公民館、集会場、体育館、 公園等地域住民の身近な所	—
	訪問指導	—	保健師、 看護師、 PT、OT	40歳以上 心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者	対象者の自宅	<指導内容> - 家庭における機能訓練方法 - 住宅改修及び福祉用具の使用に関する指導
介護予防事業	高齢者筋力向上トレーニング事業	医師、理学療法士、健康運動指導士、保健師等		おおむね60才以上の在宅の高齢者	市町村保健センター等	—
	高齢者転倒骨折予防教室 アクティビティ・痴呆介護教室 IADL 訓練事業	—	—	家に閉じこもりがちな高齢者、要介護状態になるおそれのある高齢者	市町村保健センター 基幹型在宅介護支援センター 社会福祉協議会 社会福祉法人、医療法人等への委託可	—

平成14年4月診療報酬、老人診療報酬等の一部改正における リハビリテーションの体系的な見直し

○ リハビリテーションの評価の適正化

従来の実施時間を中心とした評価を見直し、患者の商用に応じたリハビリテーションを応じたリハビリテーションを適切に評価する観点から、体系的な見直しを行う。

① 個別療法、集団療法の別による評価の体系化

	I	II	III	IV
個別療法(1単位)	250点	180点	100点	50点
集団療法(1単位)	100点	80点	40点	35点

※ 20分を1単位とする。

※ 定期的な計画の見直し、効果判定等を算定要件に追加。

② 早期リハビリテーションの評価の充実

発症後14日以内	100点(1単位につき)
発症後15日以上30日以内	80点(1単位につき)
発症後31日以上90日以内	30点(1単位につき)

○ リハビリテーションに係る施設要件の見直し

理学療法士や作業療法士の増加を踏まえ、また、都市部における質の高いリハビリテーションの確保等の観点から、現行の総合リハビリテーション施設の要件を見直し、現行の類型の他、訓練室面積を緩和し、高い人員配置を要件とした類型を設ける。

介護報酬の見直しにおけるリハビリテーションの評価の概要

I 基本的考え方

- 今回の介護報酬の見直しにおいては、在宅重視と自立支援の観点から、個々の利用者のニーズに対応した、きめの細かく満足度の高いサービスが提供されるよう、個別リハビリテーション計画に基づくサービスの質の向上に重点を置いた見直しを行ったものであること。

II 主な見直しのポイント

1 居宅サービスにおけるリハビリテーションの評価

(1) 訪問リハビリテーションの評価

日常生活活動訓練加算	(新設)	→	50 単位 / 日
------------	------	---	-----------

- 基本単位の評価に加え、円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、退所（退院）後 6 月以内の利用者に対して具体的なリハビリテーション計画に基づき ADL の自立性の向上を目的としたリハビリテーションを行った場合を新たに評価。

(2) 通所リハビリテーションの評価

個別リハビリテーション加算 (新設)

退院・退所日から起算して 1 年以内の期間	130 単位 / 日
-----------------------	------------

退院・退所日から起算して 1 年を超えた期間	100 単位 / 日
------------------------	------------

- 基本単位の評価に加え、円滑な在宅生活への移行、在宅での日常生活における自立支援を図る観点から、身体障害や廃用症候群等の利用者に対して個別リハビリテーション計画に基づき、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別にリハビリテーションを行った場合のリハビリテーションを新たに評価。

2 施設サービスにおけるリハビリテーションの評価

(1) 介護老人保健施設（老人保健施設）におけるリハビリ体制加算の再編

リハビリ機能強化加算 12 単位 / 日 → 30 単位 / 日
 （リハビリ体制加算の再編）

- 入所者の介護度の改善と在宅復帰を進める観点から、日常生活活動等の向上等を重点とした個別的なリハビリテーション計画に基づくリハビリテーションを行う体制を高く評価。また、老人保健施設が行う訪問リハビリテーションを新たに評価。

(2) 介護療養型医療施設（病院・診療所）のリハビリテーションの体系的な見直し

理学療法（Ⅰ）	200-175 単位 / 日	理学療法（Ⅰ）	250 単位 / 回
理学療法（Ⅱ）	185-160 単位 / 日	理学療法（Ⅱ）	180 単位 / 回
理学療法（Ⅲ）	100 単位 / 日	理学療法（Ⅲ）	100 単位 / 回
理学療法（Ⅳ）	65 単位 / 日	理学療法（Ⅳ）	50 単位 / 回
作業療法（Ⅰ）	200-175 単位 / 日	作業療法（Ⅰ）	250 単位 / 回
作業療法（Ⅱ）	185-160 単位 / 日	作業療法（Ⅱ）	180 単位 / 回
言語療法	135 単位 / 日	言語聴覚療法（Ⅰ）	250 単位 / 回
		言語聴覚療法（Ⅱ）	180 単位 / 回

ADL 加算 （新設） → 30 単位 / 回

- 従来の集団療法を中心とした評価を施設サービス費に包括化し、個別的なリハビリテーションを評価するとともに、ADL加算を新設。また、リハビリテーション総合実施計画に基づく質の高いリハビリテーションの提供を評価。

※ADL加算：病棟等においてADLの自立等を目的としたリハビリテーションを行った場合に算定。

（介護療養型医療施設サービス費の基本単位については、一定の引き下げを行った。）

3 個別リハビリテーション計画

- リハビリテーションの質の向上を図る観点から、個別計画を作成。

- ・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び老人保健施設におけるリハビリテーションの場合 →別紙 1
- ・介護療養型医療施設におけるリハビリテーションの場合 →別紙 2

計画評価実施日 ○○年 ○月 ○○日

利用者氏名 厚生花子 男 (81歳)	T10年1月5日生 (81歳)	要介護度: 1	担当医: ○○	PT: ○○	OT: ○○	ST: ○○	SW: ○○	看護師: ○○
健康状態(原因疾患、発症日等) 膝関節症(右強い、20年前から) +廃用症候群		合併疾患		廃用症候群: □軽度 □中等度 □重度 原因: 膝痛のための活動性低下			障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 <u>A1</u> A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 <u>正常</u> I IIa IIb IIIa IIIb IV M	

本人の希望 一人で外出したい(特に近所、買い物)	家族の希望 これ以上悪くなって欲しくない(平日は家事をして欲しい)
-----------------------------	--------------------------------------

参加(主)目標	目標[到達時期]						評価項目・内容																
	家庭内役割: 平日の主婦業						家庭内役割: 特になし(2ヶ月前まで平日の家事実施。現在嫁が行っているが、嫁はパートにも行っている。)																
	外出(目的・頻度等): 買い物(週2回)、友人宅(週3回)、 老人会(週1回)						外出: 家族の介助時のみ(3ヶ月前から介助必要)																
活動	自立・介護 状況	自宅での実行状況(目標):「する“活動”」						日常生活での実行状況:「している“活動”」						評価・訓練時の能力:「できる“活動”」									
	項目	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	独立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	行わず	備考	
	屋外歩行 (含:家からの出入り)	レ						買い物:シルバーカー それ以外:四脚杖				レ				腕組み		レ					シルバーカー
	階段昇降	レ						手すり					レ				レ						
	トイレへの移動	レ						家具配置換え つたい歩きも	レ								レ						
	食事	レ							レ								レ						
	排泄	レ							レ								レ						
	整容	レ							レ								レ						
	更衣 (含:靴・装具の着脱)	レ							レ								レ						
	入浴		レ								レ							レ					伝い歩き指導 洗い椅子使用
家事	レ						平日の昼・夕食 掃除					レ					レ					膝への負担の 少ない方法の 指導	
コミュニケーション							問題なし						問題なし										

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等

膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、

- 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。
(特に家事は細かく指導していく。)(随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)
- 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。

外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。

自己実施プログラム

下肢の運動(過用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

本人・家族への説明 H ○○ 年 ○月 ○ 日	本人サイン	厚生花子	家族サイン	厚生次郎	説明者サイン	○○
-------------------------	-------	------	-------	------	--------	----

<注>:・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

リハビリテーション総合実施計画書(記載例)

利用者氏名 厚生 太郎		T14年 5月 6日生 (78歳)		要介護度: 3		担当医: ○○		PT: ○○		OT: ○○		ST: ○○		SW: ○○		計画評価実施日 年 月 日																																																																													
健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)		脳出血 (H13.11.10)、右片麻痺 + 肺炎 (H14.8) 時の安静による廃用症候群		合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等) 糖尿病(インスリン朝 1 回注射)		廃用症候群: □軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓		障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A1 A2 ⑤ B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 ⑤ I Ia Ib IIIa IIIb IV M		看護師: ○○																																																																																			
目標(コロンの後に具体的な内容を記入。)[到達時期] 退院先 □自宅 □その他: □退院未定 [退院時期: 15年6月上旬 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長) 月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人 週3-4回)]																																																																																													
評価項目・内容(コロンの後に具体的な内容を記入。) 退院実現に向けた課題・条件: ・自宅内生活自立(自宅に隣接する店舗での仕事の合間での介護で十分な状態) ・特に排泄自立。 ・緊急時に店舗に連絡する緊急プザーを適切に押せる。 ・6月は店舗が忙しくない時期なので、その時期なら頻回に自宅の状況の確認可能																																																																																													
日常生活での実行状況(目標):「する“活動”」 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">自立・介護 項目</th> <th rowspan="2">自立 見守り</th> <th rowspan="2">見守り 指導</th> <th colspan="2">退院先での実行状況(目標):「する“活動”」</th> <th colspan="2">日常生活での実行状況:「している“活動”」</th> <th colspan="2">評価・訓練時の能力:「できる“活動”」</th> </tr> <tr> <th>見守り 指導</th> <th>見守り 指導</th> <th>見守り 指導</th> <th>見守り 指導</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>屋外移動 (含:家の出入り)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>介護内容 つたいもたれ等 [到達時期]</td> <td>使用用具 杖・装具 短下肢装具 ウオーカー・ケイン</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> </tr> <tr> <td>交通機関利用 (含:通院)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td>杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> </tr> <tr> <td>階段昇降</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td>杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> </tr> <tr> <td>トイレへの移動</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>つたい歩き</td> <td>杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> </tr> <tr> <td>食事</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td>用具: 箸</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> </tr> <tr> <td>排泄(昼)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td>便器: 尿:立ち便器 便:洋式</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> </tr> <tr> <td>排泄(夜)</td> <td>○</td> <td>○</td> <td></td> <td>便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> <td>見守り 指導</td> </tr> </tbody> </table>																		自立・介護 項目	自立 見守り	見守り 指導	退院先での実行状況(目標):「する“活動”」		日常生活での実行状況:「している“活動”」		評価・訓練時の能力:「できる“活動”」		見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	屋外移動 (含:家の出入り)	○	○	介護内容 つたいもたれ等 [到達時期]	使用用具 杖・装具 短下肢装具 ウオーカー・ケイン	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	交通機関利用 (含:通院)	○	○		杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	階段昇降	○	○		杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	トイレへの移動	○	○	つたい歩き	杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	食事	○	○		用具: 箸	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	排泄(昼)	○	○		便器: 尿:立ち便器 便:洋式	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	排泄(夜)	○	○		便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導
自立・介護 項目	自立 見守り	見守り 指導	退院先での実行状況(目標):「する“活動”」		日常生活での実行状況:「している“活動”」		評価・訓練時の能力:「できる“活動”」																																																																																						
			見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																							
屋外移動 (含:家の出入り)	○	○	介護内容 つたいもたれ等 [到達時期]	使用用具 杖・装具 短下肢装具 ウオーカー・ケイン	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																					
交通機関利用 (含:通院)	○	○		杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																					
階段昇降	○	○		杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																					
トイレへの移動	○	○	つたい歩き	杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																					
食事	○	○		用具: 箸	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																					
排泄(昼)	○	○		便器: 尿:立ち便器 便:洋式	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																					
排泄(夜)	○	○		便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導	見守り 指導																																																																																					

目標(コロン(:)の後に具体的な内容を記入。)		評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的な内容を記入。)															
自立・介護状況		退院先での実行状況:「到達時期」					日常生活での実行状況:「活動」					評価・訓練時の能力:「できる」「活動」					
項目	自立・介護状況	自立	見守り	一部介助	全介助	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ等 [到達時期]	重点項目	自立	見守り	一部介助	全介助	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ等	使用用具 杖・装具	介護内容 つたい・もたれ等	
整容		立				つたい、 短下肢装具	移動方法・姿勢: 歩行・立位	レ	立						短下肢装具 リカーケイ	移動方法・姿勢: 歩行・立位	
更衣 (含:靴・装具の着脱)		レ					姿勢: 立位	レ	レ						短下肢装具	姿勢: もたれ立位 (短下肢装具:座位)	
入浴			レ			浴槽:									浴槽: 訓練用・洋式	浴槽出入り:要介助 歩行:ウォーカー・ケイ	
家事					レ												
コミュニケーション																	
心身機能	拘縮は改善し、関節可動域正常 (但し退院後も自己訓練として、毎日足関節は背屈訓練を行ふ必要あり)		☒ 運動機能障害: ☒ 中枢性麻痺(ステージⅡ) 右下肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 左下肢: 左手指: 左下肢: 6 ☐ その他 ☐ 知覚障害: ☐ 視覚、 ☐ 聴覚 ☐ 高次脳機能障害: ☐ 音声・発話障害: ☐ 構音障害、 ☐ 失語症(種類: ☒ 拘縮: 足関節: 背屈-5° 右膝関節: 屈曲-10° 右股関節: 伸展-5°														
心理																	
環境	自宅改造 ☒ 不要 ☐ 要: 福祉用具 ☐ 不要 ☒ 要 ウォーカー・ケイ、短下肢装具 ・つたい歩きし易いように家具配置一部変更必要 退院後の家族の変化: 仕事の合間に太郎氏の状態確認が必要 (特に退院直後)		家屋: 2階建て。本人の部屋は1階。トイレ: 洋式+立便器(朝顔型)。浴槽: 洋式、主に椅子生活。 家屋周囲: 勝手口から出る道は交通量少なく、50m先に公園あり(園芸友達をへもこの道から行く)。 同居家族: 長男夫婦 (日中2人とも店舗) 社会保険サービス: 自身障害手帳(1級) ☒ 障害年金(1級) ☐ その他: 家族の生活機能 (長男夫婦) 参加面: 自宅に隣接する食料品店経営 (配達もあり、2人とも店舗にいる必要あり) 健康上の問題: 特になし														

本人の希望 参加面： 以前のように近所の友人宅もしくは自宅で囲碁をうちたい。 店の仕事に、迷惑をかけたくない。 活動面： 身の回りのことは一人でやれる	家族の希望 参加面： 日中は一人で自宅生活ができる。 活動面： 一人でトイレが行えること				
基本方針(ケアプラン)の目標、特に退院に向けての具体的計画) 移動を、入院前までの「訓練はT字杖と短下肢装具の歩行、実生活は車椅子」から、「ウォーカーケインと短下肢装具」に変更し、実用歩行訓練、活動向上訓練を行うことで、車椅子生活レベルから歩行生活へ向上させる。 自宅生活が椅子生活、つたい歩きで自立するように、自宅生活を想定した活動向上訓練を開始時から行う。(自宅・自宅周囲見取り図で細かくチェックしていく) 退院後の寝たきり予防のために頻回に外出できるように、自宅周辺の屋外環境を想定して訓練を行う。	具体的プログラム(リハビリテーションの方針・計画) 廊下歩行がウォーカーケインと短下肢装具で自立可能と予測される。自立までは介護職により、その後自己訓練として頻回に行う。これによって廃用症候群の改善のための活動性向上をはかる。 歩行・立位姿勢でのADLが、まず整容で自立するよう、PT・OTによる「できる活動」、看護・介護による「している活動」ともに重点をおく。 その後屋内トイレ歩行、屋外歩行へとすすめる。ウォーカーケインと短下肢装具で室内歩行自立後、量上の家具の伝い歩きを行う。 日中はダイルームで囲碁を左手でうったり、囲碁の本を読むことをすすめる。	リスク・疾病管理(含:過用・誤用) 低血糖発作の危険があるため、訓練時は角砂糖を常備し、発作が起きた可能性がある場合は角砂糖を投与し、医師を呼ぶこと			
自己実施プログラム - 廊下歩行 片道ずつ×2往復 1時間毎 - 起立台での足関節背屈 5分 朝・夕	活動度指示 - 姿勢： 日中ダイルームで椅子座位 - 移動： 病棟内；歩行 病棟外；介助歩行 1日歩行量：3,000歩以上	家族への指導 退院後の介護者： 入浴時一長男			
前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 備考					
本人・家族への説明	年 月 日	本人サイン	厚生 太郎	家族サイン	説明者サイン ○ ○

<註> : ・健康状態・参加・活動(実行状況、能力)・心身機能・環境は、WHO ICF(国際生活機能分類)による
・詳細な内容が必要な場合は別紙記載の上、添付のこと

5. 福祉用具、住宅改修

介護保険における福祉用具・住宅改修

1. 概 要

福祉用具は、利用者にとって役立つというだけではなく、腰痛予防等介護者の負担軽減が図られるなど、介護を支えていく上で重要な役割を果たしており、また、利用者が、在宅生活を継続するため福祉用具を効果的に活用するためには住宅のバリアフリー化等の住環境の整備を行う必要がある。

このため、介護保険においては、福祉用具及び住宅改修を在宅サービスとして位置づけ、その費用について介護保険の給付対象としているところである。

2. 給付内容

	給 付 概 要	対 象 種 目
福祉用具貸与	福祉用具は、対象者が高齢者であり、身体状況や介護度が変化しやすいこと等を考慮して原則として貸与としている。 利用者が、都道府県知事が指定した福祉用具貸与事業者から、厚生労働大臣が定めた福祉用具のレンタルを受けた場合、レンタル料の9割が保険から支給される。 （支給限度基準額） 要支援、要介護度別の支給限度基準額の範囲内	・車いす ・車いす付属品 ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・じょく瘡予防用具 ・体位変換器 ・手すり ・スロープ ・歩行器 ・歩行補助つえ ・痴呆性老人徘徊感知機器 ・移動用リフト（つり具の部分を除く）
福祉用具購入	入浴、排泄に供する物のように他人が使用したものを再利用することには心理的抵抗感があるものについては購入対象としている。 利用者が厚生労働大臣が定めた特定福祉用具を購入した場合、購入費の9割が保険から償還払いにより支給される。 （支給限度基準額） 10万円 ※同一支給限度額管理期間内（4月1日～3月31日）は、原則同一種目につき1回の支給に限られる。	・腰掛便座 ・特殊尿器 ・入浴補助用具 （入浴用いす、浴槽用手すり） （浴槽内いす、入浴台、浴室） （内すのこ、浴槽内すのこ） ・簡易浴槽 ・移動用リフトのつり具の部分
住宅改修	利用者が一般的な住宅改修として、「手すりの取付け」等厚生労働大臣が定めた住宅改修を行った場合、工事費の9割が保険から償還払いにより支給される。 （支給限度基準額） 20万円 ※原則ひとり生涯20万円まで	・手すりの取付け ・段差の解消 ・滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ・引き戸等への扉の取替え ・洋式便器等への便器の取替え ・その他前記の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

6. 寝たきり老人ゼロ作戦

「寝たきりゼロへの10か条」の普及について

(平成3年3月7日 老健第18号
各都道府県知事・指定都市市長あて 厚生省大臣官房老人保
健福祉部長)

平成2年度からスタートした「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(ゴールドプラン)により、「寝たきり老人ゼロ作戦」が進められているところであるが、今般、その啓発活動の一環として、別添のとおり「寝たきりゼロへの10か条」を作成したので、その趣旨を踏まえ保健、医療、福祉関係者をはじめ、広く地域住民に普及されるよう特段の御配慮をお願いする。

別添

「寝たきりゼロへの10か条」策定委員会報告書

(平成3年3月7日
「寝たきりゼロへの10か条」
策定委員会)

1. 「寝たきりゼロへの10か条」策定の趣旨

我が国は、いまや平均寿命80年という世界の最長寿国となり、30年後には国民の4人に1人が65歳以上という、諸外国にも例を見ない超高齢社会の到来を迎えようとしている。

国民の老後の不安のひとつである寝たきりは、本人の生活の質を著しく損なうばかりでなく、家族や国民全体としても大きな課題となっている。我が国では現在、約70万人の寝たきり老人が存在すると見込まれているが、高齢化の進展、特に後期高齢者の増加に伴い、西暦2000年には100万人に達するとの推計もある。

従来より我が国では、「年をとれば寝たきりになるのは仕方のないこと」、「脳卒中に罹れば寝たきりは避けられないもの」という考えが根強くあったが、寝たきりのかなりの部分は適切な訓練と介護によって十分予防できると考えてよく、このことを医療・福祉関係者をはじめ広く国民に周知することが重要である。このため、平成2年度からスタートした「高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)」では、「寝たきり老人ゼロ作戦」を重要な柱のひとつと位置づけ、寝たきり予防の啓発活動が進められているところである。

こうした背景のもとに本委員会は厚生省の依頼を受けて、昨年11月以降検討を重

ね、以下のとおり「寝たきりゼロへの10か条」を取りまとめた。

この10か条が全国各地で利用され、「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開に効果的な役割を果たすことを期待する。

Ⅱ．策定にあたっての基本的な考え方

「寝たきりゼロへの10か条」の策定にあたっては、これを広く一般に普及するという観点から、以下の点を策定の基本方針とした。

○平易で分かりやすく、実践しやすいものであること

○作られた寝たきりを減らすことにつながるものであること

○本人がなすべきこと、周囲（家族及び保健・医療・福祉の関係者）がなすべきことを両方取り入れたものとする

○総論的、包括的なものではなく、具体的でインパクトのあるものとする

○できるだけ裏付けとなるデータ、文献等に基づいたものであること

一方、寝たきりを予防する上で基本となる点は、

(1) 脳卒中や骨折等、寝たきりに導く原因疾患の発生を防止すること

(2) 早期リハビリテーションの普及等により、原因疾患発生後に、それにより生じる障害を最小限にとどめること

(3) 不幸にして障害が残っても、障害の悪化を防止し、社会復帰を促すためあらゆる方策を用いて積極的に「動かす」こと

であることから、10か条の各標語に盛り込むべき具体的テーマとしては、以下のようなものとした。

○原因や誘因の発生予防を訴えるもの

○作られた寝たきりの防止を訴えるもの（寝かせきりを戒めるもの）

○早期リハビリテーションの重要性を訴えるもの

○生活リハビリテーションの考え方を周知するもの

○寝・食分離をはじめ、生活にメリハリをつけるよう努力を促すもの

○本人の主体性・自立性の尊重を訴えるもの

○機器の積極的活用を促すもの

○住環境の整備の促進を訴えるもの

○社会参加の重要性を訴えるもの

○地域の保健・福祉サービスの積極的利用を促すもの

Ⅲ．策定委員名簿（五十音順）

伊東律子（日本放送協会 番組制作局 生活情報番組プロダクション部長）
岡島重孝（川崎市立井田病院副院長）
押川泰夫（逗子ホームせせらぎ施設長）
折茂 肇（東京大学医学部教授、策定委員長）
佐藤哲朗（毎日新聞社編集委員）
竹中浩治（社会福祉・医療事業団副理事長、起草委員長）
外山 義（国立医療・病院管理研究所施設計画研究部 地域医療施設計画研究室長）
松田鈴夫（時事通信社 厚生福祉編集長）
山口 昇（公立みつぎ総合病院長）
米本恭三（東京慈恵会医科大学教授）

寝たきりゼロへの10か条とその解説

第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩

【原因や誘因の発生予防】

寝たきりの原因となる疾患の第1位は脳卒中（約3～5割）で、第2位が老衰（約2割）、第3位は骨折（約1割）となっています。従って、脳卒中と骨折が寝たきりの原因の約半分を占めることになり、この二つの病気を減らすことが寝たきり予防の第一歩といえます。

脳卒中の基礎疾患である高血圧、動脈硬化、糖尿病などの成人病や、骨折の基礎疾患である骨粗しょう症の予防には、ふだんから、①適度な運動、②塩分を控えバランスのとれた食生活〔栄養〕、③積極的な余暇の活用〔休養〕を心がけ、定期的に健診を受けて成人病の早期発見・早期治療に努めることが大切です。

完治が困難な疾病にかかった場合でも「一病息災」の考え方で、病気と上手に付き合っていけば、寝たきりにならずに長寿を全うすることも可能です。

第2条 寝たきりは 寝かせきりから 作られる 過度の安静 逆効果

【作られた寝たきりの防止】

高齢者は、若い人と異なり、一週間寝こんでだけで、また、点滴注射等のために臥床状態が続くだけで、筋肉の力が衰えたり、起きあがろうという意欲がなくなり、簡単に寝たきりになってしまいます。

一方、じっと寝させておく方が、本人も楽だし、介護する側も手がかからなくて

楽だと錯覚しがちですが、実は、寝かせきりにすることによっていろいろな病気（肺炎、床ずれ、ボケなど）を併発することが知られています。

寝たきりを作らないためには、常に日常生活活動（ADL）の維持を重視し、風邪やケガでも素早く治療して、安静期間をできるだけ短くする心がけが大切です。

第3条 リハビリは 早期開始が 効果的 始めよう ベッドの上から訓練を

【早期リハビリテーションの重要性】

従来、我が国では、脳卒中の発作が起きた場合、安静第一が治療の基本と考えられてきました。そのため、脳卒中のリハビリテーションの開始時期が、発作後何か月も経ってからということが普通でした。

しかしながら、リハビリテーション医学の進歩により、リハビリテーションを早く始めれば始めるほど、機能の回復が見込まれるということが明らかになってきました。

特に、意識がはっきりしていて全身状態が良ければ、脳卒中の発作直後、遅くとも1週間以内にはリハビリテーションを開始すべきだとさえいわれています。

第4条 暮らしの中での リハビリは 食事と排泄、着替えから

【生活リハビリテーションの重要性】

脳卒中、骨折等で入院して、リハビリテーションの結果歩行機能が回復しても、退院後自宅に帰ってから徐々に機能が低下して、歩けなくなってしまったという例が少なくありません。

従って、家庭に戻ってからも、回復した機能が維持できるよう、リハビリテーションを続ける必要があります。とはいっても、家庭で医療機関と同じレベルのリハビリテーションをする必要はありません。日常生活の中であたりまえの、そしてもっとも基本的な動作（食事、排泄、着替え等）を、体を動かせる範囲で、なるべく元気な頃と同じように行うよう心がければよいのです。これを「生活リハビリテーション」といいます。

リハビリテーションは、訓練だけを意味するものではなく、日常生活活動（ADL）のレベルアップを図って生活の質を高めていくことが、その目的といえましょう。

第5条 朝おきて 先ずは着替えて 身だしなみ 寝・食分けて 生活にメリとハリ

【寝・食分離をはじめ、生活のメリハリの必要性】

寝る場所と食事をとる場所の区別がつかない生活パターンは、外へ出る意欲を低

下させ、閉じ込めから寝込み、ひいては寝たきりへとつながっていきます。身体に障害が残っているからといって、一日中寝間着を着たままでいたり、寝床で食事をとったりすることが習慣になってしまうと、生活のリズムにメリハリをなくしてしまいます。

このことは、施設入所中の高齢者にも当てはまることです。病状が安定した後でも、ベッドの上で食事や排泄も行うような療養生活のあり方は自立のチャンスを奪うことにもなりかねません。食事の時間は車椅子に乗って食堂へ行くという生活パターンを作り上げたいものです。

一方、身だしなみを整えることは、外出の予定がなくても、気分の転換になったり、他人に良い印象を与えることで自分に自信がもてるなど、活動的な生活への動機づけとなります。

身だしなみの第一歩は、清潔です。皮膚、口腔、頭髮、衣服などを常に清潔に保つことは、臭気を防ぐとともに、感染症の予防にとっても大切です。

第6条 「手は出しすぎず 目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に

【主体性・自立性の尊重】

従来、我が国では、高齢者にはできるだけ何もさせずに過ごしてもらおうという考え方がありましたが、このようなことはかえって高齢者の運動機能を低下させ、行動力の減退を招き、ひいては寝たきりのきっかけを作ります。

時間がかかっても、自分でできることは自分で実行してもらうよう周囲が配慮し、高齢者が自力で実行するという気持ちを持ち続けられるよう支援して、心身の機能の低下を招かないようにすることが大切です。

また、安易なオムツの使用は、自尊心を傷つけることで生活意欲を奪い、社交性を低下させ、結果として寝たきりに陥りやすくなります。排泄も可能な限り自力ですることが大切です。

第7条 ベッドから 移ろう移そう 車椅子 行動広げる 機器の活用

【機器の積極的活用】

寝たきり状態から自立を図っていくためには、各種の機器を活用することが効果的です。布団よりもベッドの方が、楽に起きあがれますし、車椅子やポータブルトイレ（腰掛け便座）も使いやすくなりますから、できるだけベッドを使いたいものです。ギャッジベッド（特殊寝台）といって、頭部や脚部の傾斜角を自由に変えられるものがあります。

ベッド上で体を起こすことができる人は車椅子を利用して、短時間でも毎日ベッドから離れることを目標にしましょう。褥瘡（床ずれ）の予防や食欲の向上につながります。また、寝・食を区別する上でも車椅子は重要な役割を果たします。車椅子を使いこなせるようになった人は屋外に出ることを目標にしましょう。外出ができれば、生活範囲が広がって意欲の向上につながります。

また、歩行ができなくても座ることができれば、ポータブルトイレを使って気持ちよく排泄できますし、排泄の自立も達成されます。

こうした福祉機器の活用は住宅の高齢者だけでなく、施設入所中の人にとっても大切なことです。医療・福祉関係者が患者や入所者に積極的に機器の利用を促し、自立をすすめることが、在宅復帰への近道となるでしょう。

ほかにも、入浴担架や体位変換器をはじめ多くの福祉機器が開発され、給付・貸与の制度の対象になっているものも増えています。国では新しい機器の開発に積極的に取組み、自立と介護を側面から支援しています。

第8条 手すりつけ 段差をなくし 住みやすく アイデア生かした 住まいの改善 【住環境の整備促進】

高齢者は、たとえ麻痺等がなくとも、筋力の低下、平衡機能や目、耳の衰えなどから転びやすくなっています。そのため、若い人にはなんでもない家の中の段差でも高齢者には障害物となって立ちほだかります。住宅内でも、廊下、浴室、寝室、トイレ、階段などではしばしば転倒事故が起こります。それに骨粗しょう症を合併していると、ちょっと転んだだけで骨折し、しかも骨折が治りにくいいため、寝たきりになりがちです。

手すりの取付け、段差の解消、すべり止めの処置、適切な照明の設置などの廊下、階段、トイレ、浴室等の住環境の改善により、できるだけ動きやすく、安全で住みやすくする工夫が必要です。

第9条 家庭でも社会でも よろこび見つけ みんなで防ごう 閉じ込めり

【社会参加の重要性】

老後は孫の世話や自分一人だけの趣味に生きがいを求めることが理想とされたのは昔のことです。社会とのかかわりをもたず、一日中何もしないで家の中に閉じ込められていることは、運動機能の低下や意欲の消失を招くことから、寝たきりの前兆とさえいわれています。人生80年時代の今日にあっては、仕事や子育てが終わってからも家庭や社会の中で一定の役割を持ち、主体的な生活を送ることによるこびを

感じていくことが、心身の機能の低下を防いで寝たきりを予防することになります。

高齢者が日常生活の中でよろこびを持って取組むことのできる役割については、個人個人が置かれた状況によって大きく異なるので一概にはいえませんが、その活動の場がその高齢者の生活している場のごく身近にあること、過去の経験や知識を生かせること、他人に良い影響を与えるものであること、そしてなんといっても心から楽しめるものであることなどが基本になるでしょう。

社会、家族の一員として、できるだけ長く役割を持ち続けましょう。

第10条 進んで利用 機能訓練 デイ・サービス 寝たきりなくす 人の和 地域の輪

【地域の保健・福祉サービスの積極的利用】

地域においては、在宅の高齢者のために、保健サービスとして健康相談、機能訓練、保健婦による訪問指導などが、また、福祉サービスとしてホームヘルパー派遣、ショートステイ（老人ホームの短期滞在）、デイ・サービス（日帰りで受ける介護サービス）などの各種事業が実施されています。こうしたサービスを積極的に利用して、日常生活活動（ADL）の維持を図り、寝たきりを予防しましょう。

また、介護者自身の高齢化や女性の社会進出などにより、家庭での介護が難しくなっています。一方、家庭介護が可能な場合でも家族の力だけでは、どうしても限界があります。このような場合には、本人や家族だけで悩みを抱え込まずに、公的な相談窓口積極的に相談してください。専門の窓口としては、都道府県高齢者総合相談センターが実施するシルバー110番（プッシュホン全国共通8080番）のほか、市町村の在宅介護支援センターでも24時間体制で相談に応じています。また身近な保健所、市町村役場、福祉事務所等でも随時相談に応じてくれます。専門のスタッフに相談すれば、力になってくれるはずです。

一方、地域の住民組織などのボランティア活動も公的サービスとともに、地域活動を充実する大きな力となっています。関係者・関係機関がともに手を携えて人の和、地域の輪がつくられてこそ、寝たきりをなくすことが可能となります。

7. 地域リハビリテーション

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業について

1 実施主体 都道府県（補助率：2分の1）

2 趣旨

高齢者等の様々な状況に応じたリハビリテーション事業が、適切かつ円滑に提供される体制の整備を図るもの。

3 事業内容

（1）都道府県リハビリテーション協議会の設置・運営

○リハビリテーション連携指針の作成

○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広域支援センターの指定及び運営等に関する必要な調整・協議等

（2）都道府県リハビリテーション支援センターの指定・運営

（都道府県に1箇所指定）

○地域リハビリテーション広域支援センターへの支援

○リハビリテーション資源の調査・研究等

（3）地域リハビリテーション広域支援センターの運営

（概ね老人保健福祉圏ごとに1箇所指定）

○地域におけるリハビリテーション実施機関への支援

① 地域住民に対するリハビリテーション相談に対する技術的支援

② 福祉用具、住宅改修等に対する技術的支援

○地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者への支援

① リハビリテーション技術に関する相談・支援

② 研修会等の開催

○リハビリテーション施設・設備の共同利用

○地域における患者団体、患者の会、家族の会等からなる連絡協議会の設置・運営

（4）都道府県における地域リハビリ調整者養成研修の実施

○地域におけるリハビリテーションに関する調整・相談・指導等を行う者を養成するための研修を実施

4 実施都道府県数（平成15年度）：42都道府県

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の実施状況

(都道府県数)							
	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度 (予定)	
実施都道府県	7	9	30	38	40	42	
都道府県リハビリテーション協議 会の設置	7	9	30	38	38	41	
都道府県リハビリテーション支援 センターの指定		3	19	19	26	36	
地域リハビリテーション広域支援 センターの指定(かっこ内は指定 数)		2(7)	11(50)	23(100)	30(159)	36(222)	
都道府県リハビリテーション連携 指針の策定		3	17	26	26	37	
備考:平成15年度実施 北海道、青森、岩手、宮城、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、岐阜、静岡、三重、滋賀、 京都、大阪、兵庫、奈良、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、佐賀、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄							

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業指定施設等一覧

(H15.5.31現在)

	都道府県リハビリテーション支援センター	広域支援センター	(参考) 広域支援センター箇所数/図域数(予定含む。)
1 北海道	(社団法人北海道総合在宅ケア事業団、札幌医科大学指定予定)	医療法人健心会函館新都市病院/医療法人社団道和会旭川リハビリテーション病院/総合病院北見赤十字病院/医療法人社団北斗赤十字病院(他5施設指定予定)	9/21
2 青森	(財)黎明郷リハビリテーション病院	労働福祉事業団青森労災病院(他5施設指定予定)	6/6
3 岩手	財団法人いわてリハビリテーションセンター	南奥病院/東八幡平病院/岩手労災病院/岩手クリニック水沢/県立大東病院/気仙苑/せいてつ記念病院/加藤病院/県立久慈病院	9/9
4 宮城	—	仙南保健福祉事務所/仙合保健福祉事務所塩釜総合支所/大崎保健福祉事務所/栗原保健福祉事務所/登米保健福祉事務所/石巻保健福祉事務所/気仙沼保健福祉事務所	7/7
5 秋田	(未実施)	(未実施)	0/8
6 山形	(未実施)	(未実施)	0/4
7 福島	福島県地域リハビリテーション協議会	損記念病院/総合南東北病院/太田熱海病院/白河厚生総合病院/竹田総合病院/原町市立病院/かしま病院	7/7
8 茨城	茨城県立医療大学付属病院	筑波メディカルセンター病院/土浦協同病院/東京医科大学霞ヶ浦病院/水戸赤十字病院/鹿島労災病院/茨城西南医療センター病院(日立製作所多賀総合病院/なめがた地域総合病院/取手協同病院/県立総合病院指定予定)	10/9
9 栃木	県立とちぎリハビリテーションセンター	—	0/5
10 群馬	(検討中)	—	0/10
11 埼玉	埼玉県総合リハビリテーションセンター	埼玉県立介護福祉保健総合センター/埼玉県立福祉保健総合センター/埼玉県立東武福祉保健総合センター/埼玉県立福祉保健総合センター/埼玉県立西武福祉保健総合センター/埼玉県立福祉保健総合センター	7/9
12 千葉	千葉県千葉リハビリテーションセンター	国保旭中央病院(他3施設指定予定)	4/8
13 東京	—	東京都リハビリテーション病院/東京都多摩老人医療センター(他2施設指定予定)	4/13
14 神奈川	社会福祉法人神奈川県総合リハビリテーション事業団	—	0/10
15 新潟	(検討中)	(社団法人長岡市医師会/社団法人上越医師会指定予定)	2/13
16 富山	富山県高志リハビリテーション病院	黒部市民病院/社団法人日本赤十字社富山県支部(富山赤十字病院)/かみいち総合病院/高岡市市民病院/市立砺波総合病院/公立石川総合病院	6/4
17 石川	石川県リハビリテーションセンター	南加賀保健福祉センター/石川中央保健福祉センター/能登中部保健福祉センター/能登北部保健福祉センター	4/4
18 福井	財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院	社会福祉法人恩賜財団福井県済生会病院/社団法人全国社会保険協会連合会福井社会保険病院/医療法人野人会鯖江リハビリテーション病院/公立小浜病院組合公立小浜病院	4/4
19 山梨	—	(検討中)	0/8
20 長野	(未実施)	(未実施)	0/10
21 岐阜	岐阜県立下呂温泉病院	医療法人社団誠広会岐阜中央病院/大垣市民病院/医療法人厚生会木沢記念病院/岐阜県立多治見病院/岐阜県立下呂温泉病院	5/5
22 静岡	(静岡県立総合病院指定予定)	農業共済中伊豆リハビリテーションセンター/医療法人社団済明会静岡リハビリテーション病院/藤枝市立総合病院/浜松市リハビリテーション病院(他5施設指定予定)	9/10
23 愛知	—	—	0/8
24 三重	三重県身体障害者総合福祉センター	小山田記念温泉病院/藤田保健衛生大学七葉サナトリウム/岡波総合病院/済生会明和病院/山田赤十字病院/紀南病院	6/6
25 滋賀	—	—	0/7
26 京都	—	舞鶴赤十字病院(他4施設指定予定)	5/6
27 大阪	大阪府立身体障害者福祉センター	箕面市立病院(リハビリテーションセンター)/医療法人愛仁会リハビリテーション病院/医療法人若弘会わかづき竜岡リハビリテーション病院/医療法人医真会八尾リハビリテーション病院/医療法人永広会島田病院/大阪労災病院/医療法人生長会府中病院	7/8
28 兵庫	兵庫県総合リハビリテーションセンター	公立社総合病院/医療法人社団順心会幸生病院/姫路赤十字病院/赤穂中央病院/但馬長寿の郷/兵庫医科大学篠山病院	6/10
29 奈良	(奈良県心身障害者リハビリテーションセンター指定予定)	—	0/3
30 和歌山	(未実施)	(未実施)	0/7
31 鳥取	(指定予定)	(3施設指定予定)	3/3
32 島根	(島根県立中央病院指定予定)	玉造厚生年金病院/公立雲南総合病院/平田市立病院/大田市立病院/西部島根心身障害医療福祉センター/益田地域医療センター医師会病院/隠岐広域連合上隠岐病院	7/7
33 岡山	財団法人岡山県健康づくり財団	(9施設指定予定)	9/9
34 広島	在宅介護推進センター	社会福祉法人恩賜財団広島済生会済生会広島病院/加計町国民健康保険病院/医療法人社団朋和会広島リハビリテーション病院/県立身体障害者リハビリテーション医療センター/労働福祉事業団中国労災病院/公立みつぎ総合病院/医療法人祥和会脳神経センター大田記念病院/社団法人三次地区医師会三次地区医療センター	8/7
35 山口	(指定予定)	岩国市医師会病院/萩健康福祉センター/下関市医師会/周東総合病院/大島東部病院/徳山市医師会病院/山口健康福祉センター/宇部健康福祉センター/防府健康福祉センター/長門健康福祉センター	10/9
36 徳島	(徳島大学医学部附属病院指定予定)	(徳島赤十字病院/小松島病院/健生西診療所指定予定)	3/6
37 香川	香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター	三豊総合病院/(さぬき市民病院/土庄中央病院/香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター/香川労災病院指定予定)	5/5
38 愛媛	愛媛県医師会	医療法人愛媛会石川病院/社会福祉法人恩賜財団済生会西条病院/社団法人今治市医師会市民病院/財団法人相善会愛媛十全医療学院附属病院/医療法人弘友会加戸病院/宇和島社会保険病院	6/6
39 高知	高知県リハビリテーション研究会	東部保健所/中央東保健所/高知市保健所/中央西保健所/高橋保健所/幡豆保健所	6/4
40 福岡	—	—	0/13
41 佐賀	(佐賀医師会指定予定)	(佐賀社会保険病院/医療福祉専門学校緑生館/河野病院/西田病院/白石共立病院指定予定)	5/5
42 長崎	ナガサキリハビリテーションネットワーク	長崎市障害福祉センター/社団法人大村市医師会/医療法人東洋会池田病院/国民健康保険平戸市民病院/長崎県立医療組合五島中央病院/長崎県立医療組合上五島病院/介護老人保健施設光風/長崎県立医療組合対馬中央病院	8/9
43 熊本	熊本地域リハビリテーション支援協議会	医療法人済生会熊本済生会病院/医療法人堀尾会熊本済生会病院/医療法人群幸会くまもと病院/医療法人社団聖和会明成に病院/医療法人社団本星会山鹿温泉リハビリテーション病院/医療法人社団熊本丸田会熊本リハビリテーション病院/医療法人社団坂本会阿蘇温泉病院/医療法人厚生会リハビリテーションセンター熊本厚生会病院/労働福祉事業団熊本労災病院/国保水俣市立湯之尻病院/医療法人社団健康会介護老人保健施設リバーサイド御楽園/社団法人全国社会保険協会連合会熊本県立中央総合病院	12/11
44 大分	財団法人厚生年金事業振興会湯布院厚生年金病院	東国東広域国保総合病院/農協共済別府リハビリテーションセンター/井野辺病院/大分岡病院/臼杵市医師会コスモス病院/長門記念病院/岡本病院/大久保病院/大分県済生会日田病院/川島整形外科/老人保健施設清流荘	11/10
45 宮崎	社団法人宮崎県医師会	財団法人清和リハビリテーション振興財団清和会祈念病院/社団法人八日会藤元早稲病院/医療法人中心会野村病院(他2施設指定予定)	5/7
46 鹿児島	鹿児島大学附属鹿児島リハビリテーションセンター	医療法人三州会大崎病院/介護老人保健施設はびと/医療法人青仁会池田病院/医療法人菊野会菊野病院/社団法人川内市医師会川内市医師会立市民病院/医療法人玉皇会加治木温泉病院	6/12
47 沖縄	医療法人ちゅうざん会ちゅうざん病院	社団法人北部地区医師会病院/医療法人タビック沖縄リハビリテーションセンター/医療法人おもと会大浜第一病院/医療法人祐真会宮古島リハビリテーション病院/医療法人上善会かゆし病院	5/5
合 計	36	36	222/367

