

## 1. 老人保健事業

# 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・ $\gamma$ -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	○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	○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	○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	○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	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	・40歳以上の寝たきり者等			
	介護家族訪問健康診査	・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			
	骨粗鬆症検診	・40歳及び50歳の女性			
	健康度評価	・40歳以上の者			
	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」		○必須項目 ・問診・身体計測（身長、体重等）・理学的検査（視診、打聴診、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-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 <sub>1c</sub> 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	
	受診指導	・基本健康診査の結果「要医療」と判定された者		○医療機関への受診指導	
	機能育成訓練	[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		○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	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
		[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）		○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	
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 ○痴呆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

# 健康手帳の交付

## 1. 事業の概要

### (1) 目的

健康手帳は健康診査の記録、その他老後における健康の保持のために必要な事項を記載し、自らの健康管理と適切な医療の確保に資することを目的とする。

### (2) 実施主体 市町村（特別区を含む）

### (3) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者で次に掲げるもの

ア 老人保健法に基づく医療を受けることができる者全員。

イ (1)に定める者のほか、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練又は訪問指導を受けた者並びに介護保険法における要介護者及び要支援者のうち、希望する者又は市町村が必要と認める者。

### (4) 実施方法

医療対象者については原則として本人の届出により、それ以外の者については、健康診査等の実施の機会等対象者にとって便宜な方法により交付する。

# 健康教育

## 1. 事業の概要

### (1) 目的

健康教育は、生活習慣病の予防及び介護を要する状態となることの予防、その他の健康に関する事項について、正しい知識の普及を図るとともに、適切な指導や支援を行うことにより、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、壮年期からの健康の保持・増進に資することを目的とする。

### (2) 実施主体 市町村（特別区を含む）

### (3) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象とする。ただし、健康教育の内容や対象者の状況によっては、対象者に代わってその家族等を対象としてもよいものとする。

### (4) 健康教育の種類

- ア 個別健康教育
- イ 集団健康教育
- ウ 介護家族健康教育

### (5) 個別健康教育

#### ア 個別健康教育

##### (ア) 目的

疾病の特性や個人の生活習慣等を具体的に把握しながら、継続的に健康教育を行うことにより、生活習慣行動の改善を支援し、生活習慣病の予防に資することを目的とする。

##### (イ) 個別健康教育の種類

- a 高血圧個別健康教育
- b 高脂血症個別健康教育
- c 糖尿病個別健康教育
- d 喫煙者個別健康教育

##### (ウ) 実施内容

#### a 高血圧、高脂血症及び糖尿病個別健康教育

期間は6か月間を原則とし、以下の手順に沿って実施することを標準とする。

##### (a) 食生活運動調査

質問票やフードモデル等を用いて、対象者の食生活、運動習慣その他の生活習慣の状況について、個人面接により聴取する。

##### (b) 検査

食生活運動調査の実施後、4回程度実施する。

検査項目は、高血圧個別健康教育においては血圧測定及び尿検査とし、高脂血症個別健康教育においては血液化学検査とし、糖尿病個別健康教育においては血糖検査及びヘモグロビンA<sub>1c</sub>検査とする。

(c) 面接による保健指導

(a) 及び (b) の結果を踏まえて、前回面接時に設定した生活習慣改善目標の達成度の確認、健康教育教材等を用いた説明、対象者の特性や実施意欲を踏まえた生活習慣改善目標の設定等について、個人面接により実施する。

b 喫煙者個別健康教育

期間は3か月間を原則とし、以下の手順に沿って実施することを標準とする。

(a) 初回指導

質問票を用いて、対象者の喫煙状況等を把握するとともに、検査を実施する。

(b) 禁煙の実行に関する指導

初回指導の後、禁煙の準備や実行等に関して必要な指導を実施する。指導は、禁煙開始の前後及び禁煙開始後おおむね1ヵ月後とに実施するものとし、個人面接または電話若しくはこれに順ずる方法により行う。

(エ) 実施方法

食生活運動調査及び各種指導については、医師、保健師、管理栄養士等が市町村保健センター、医療機関、健康増進センター等において実施する。

(5) 集団健康教育

ア 集団健康教育の種類

- (ア) 歯周疾患健康教育
- (イ) 骨粗鬆症（転倒予防）健康教育
- (ウ) 病態別健康教育
- (エ) 薬健康教育
- (オ) 一般健康教育

なお、市町村において、地域の実情その他保健事業の実施状況等を勘案し、上記に掲げるもののうちから重点課題を選定して実施することができる。

イ 実施方法

健康教育の内容に関して、知識経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を講師として、市町村保健センター、健康増進センター、公民館等において実施する。

実施に当たっては、他の保健事業との同時実施、特別の教材の使用等方法を工夫して、保健学級、健康教室、講演会、学習会等を開催するとともに、必要に応じ有線放送等を活用する。

ウ 実施内容

- (ア) 歯周疾患健康教育  
歯科疾患の予防及び治療、日常生活における歯口清掃、義歯の機能及びその管理等の正しい理解について
- (イ) 骨粗鬆症（転倒予防）健康教育  
骨粗鬆症及び転倒予防に関する正しい知識、生活上の留意点について
- (ウ) 病態別健康教育  
肥満、高血圧、心臓病等と個人の生活習慣との関係及び健康的な生活習慣の形成について
- (エ) 薬健康教育  
薬の保管、適正な服用方法等に関する一般的な留意事項、薬の作用・服作用の発現に関する一般的な知識について

(オ) 一般健康教育

生活習慣病の予防のための日常生活上の心得、健康増進の方法、食生活のあり方その他健康に関して必要な事項について

(6) 介護家族健康教育（費用負担：13年度から介護予防・生活支援事業で対応）

ア 目的

介護を行う者の健康に関する正しい知識の普及を図ることにより、介護者の健康の保持・増進を図ることを目的とする。

イ 実施内容

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等についての内容とする。



# 健康相談

## 1. 事業の概要

### (1) 目的

健康相談は心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導及び助言を行い、家庭における健康管理に資することを目的とする。

### (2) 実施主体 市町村（特別区を含む）

### (3) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象とする。ただし、健康相談の内容や対象者の状況によっては、対象者に代わってその家族等を対象とすることができる。

### (4) 健康相談の種類

健康相談の種類については、次に掲げるものとする。

#### ア 重点健康相談

#### イ 介護家族健康相談

#### ウ 総合健康相談

### (5) 重点健康相談

#### ア 重点課題

重点健康相談の課題及び実施内容は次のとおりとする。

##### (ア) 高血圧健康相談

高血圧について、個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等

##### (イ) 高脂血症健康相談

高脂血症について、個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等

##### (ウ) 糖尿病健康相談

糖尿病の進行防止及び糖尿病が引き起こす動脈硬化等の合併症の防止等個人に適した正しい健康管理方法に関する健康指導等

##### (エ) 歯周疾患健康相談

口腔歯肉、歯牙の状態等について行う観察及びそれに基づく相談指導、並びに歯垢及び歯石の除去、ブラッシング等について行う相談指導等

なお、個人の歯の健康状態に応じて、歯槽膿漏、歯肉炎等歯周疾患の予防及び管理を図る。

##### (オ) 骨粗鬆症健康相談

骨粗鬆症について、個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等

##### (カ) 病態別健康相談

肥満、心臓病等の病態別に、個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等（（ア）から（オ）に掲げるものを除く。）

#### イ 重点課題の選定

市町村は、地域の実情、重点健康相談の実施体制の状況等を勘案し、毎年、アに掲げるもののうちから重点課題を選定して実施する。

## ウ 実施方法

市町村は、選定した重点課題に関し、知識経験を有する医師、歯科医師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を担当者として、健康に関する指導及び助言を行う。また、必要に応じ血圧測定、検尿等を実施する。

実施にあたっては、市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等に気軽にかつ幅広く相談できる健康相談室等の窓口を設置する。

なお、健康相談室等の運営に当たっては、医師及び歯科医師と密接な連携を図る。

### (6) 介護家族健康相談（費用負担：13年度から介護予防・生活支援事業で対応）

介護家族健康相談は、家族等の介護を行うものの心身の健康に関する指導及び助言を行うことを主な内容とし、重点健康相談と同様の方法により実施する。

### (7) 総合健康相談

総合健康相談は対象者の心身の健康に関する一般的事項について、総合的な指導・助言を行うことを主な内容とし、重点健康相談と同様の方法により実施する。

# 健康診査

## 1. 事業の概要

### (1) 目的

健康診査は、心臓病、脳卒中等生活習慣病を予防する対策の一環として、これらの疾患の疑いのある者又は危険因子をもつ者をスクリーニングするとともに、診査の結果、必要な者に対して、栄養や運動等に関する保健指導や健康管理に関する正しい知識の普及を行うこと、又は医療機関への受診を指導することによって、壮年期からの健康についての認識と自覚の高揚を図ることを目的とする。

### (2) 実施主体 市町村（特別区を含む）

### (3) 健康診査の種類

#### ア 基本健康診査

##### (ア) 基本健康診査

近年の循環器疾患等の動向を踏まえ、これらの疾患又はその危険因子を早期に発見し、栄養や運動等の生活指導や適切な治療と結びつけることによって、これらの疾患等を予防することを目的とする

##### (イ) 訪問基本健康診査

在宅の寝たきり者及びこれに準ずる者に対し、必要に応じ医師及び看護師を派遣し、基本健康診査を行う。

##### (ウ) 介護家族訪問基本健康診査

家族等の介護を担う者のうち、訪問による健康診査の実施が必要な者に対して、医師及び看護師を派遣し、基本健康診査を行う。

#### イ 歯周疾患検診

高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防することを目的とする。

#### ウ 骨粗鬆症検診

骨粗鬆症は骨折等の基礎疾患となり、高齢社会の進展によりその増加が予想されることから、早期に骨量減少者を発見し、骨粗鬆症を予防することを目的とする。

#### エ 健康度評価

個人の生活習慣行動や社会・生活環境等の把握を行うとともに、その評価等を基に生活習慣改善に係る指導を実施することにより、対象者個人の必要性に応じた、計画的かつ総合的なサービスの提供に資することを目的とする。

#### オ 肝炎ウイルス検診

C型肝炎等緊急総合対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関に受診することにより、肝炎による健康障害を回避し、症状を軽減し、進行を遅延させることを目的とする。

#### カ 受診指導

基本健康診査の結果「要医療」と判定された者、歯周疾患検診又は骨粗鬆症検診の結果「要精検」と判定された者について、医療機関への受診を指導することにより、的確な受診が確保されることを目的とする。

(4) 対象者

ア 基本健康診査及び健康度評価については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象とする。

イ 歯周疾患検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳及び50歳の者を対象とする。

ウ 骨粗鬆症検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳及び50歳の女性を対象とする。

エ 肝炎ウイルス検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳の者を対象とする。

上記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とする。

(5) 実施方法

健康診査は、次の種類、検査項目について集団検診（検診車）、保健所、医療機関等のいずれかで市町村自ら若しくは委託の方法により実施する。

種 類	検 査 項 目
基本健康診査	問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、検尿、循環器検査（※心電図検査、※眼底検査、血液化学検査（血清総コレステロール、HDL-コレステロール及び中性脂肪））、※貧血検査、肝機能(GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP)検査、腎機能（クレアチニン）検査、血糖検査（グルコース）、※ヘモグロビンA <sub>1c</sub> 検査 〔※は医師の判断に基づき選択的に実施〕
歯周疾患検診	問診、歯周組織検査
骨粗鬆症検診	問診、骨量測定
健康度評価	1)生活習慣病予防に関する健康度評価 生活習慣行動質問票の配布 2)介護を要する状態等の予防に関する健康度評価 社会・生活環境等質問票の配布 3)生活習慣行動の改善指導
肝炎ウイルス検診	問診、HCV抗体検査、HCV核酸増幅検査（必要な者） HBs抗原検査（必要な者）

# 機能訓練

## 1 事業の概要

### (1) 目的

疾病、外傷、老化等により心身の機能が低下している者に対し、心身機能の維持回復に必要な訓練を行うことにより、閉じこもりを防止するとともに日常生活の自立を助け、介護を要する状態となることを予防することを目的とする。

### (2) 機能訓練の種類

ア A型（基本型）

イ B型（地域参加型）

### (3) 実施主体 市町村（特別区を含む）

### (4) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者で、次に掲げるものとする。ただし、医療におけるリハビリテーションを要する者は対象としない。また、介護保険法に規定する要介護者及び要支援者（以下「要介護者等」という。）も原則として本事業の対象としない。

ア A型

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。

イ B型

老化等により心身機能が低下している者であって、当該者の日常生活自立度がランクJに相当する者。

### (5) 実施方法

ア A型

訓練は、医師及び医師の指導のもとに理学療法士、作業療法士、保健師又は看護師等が、市町村保健センター、保健所、健康増進センター、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、公民館等適当と認められる施設で、麻痺や拘縮等の機能障害及び食事や衣服の着脱等の能力障害並びにこれらにより生じる閉じこもりや孤立等の社会的障害の回復のための訓練を、おおむね次に掲げる活動を通して実施する。

(ア) 転倒予防、失禁予防、体力増進等を目的とした体操

(イ) 習字、絵画、陶芸、皮細工等の手工芸

(ウ) 軽度のスポーツやレクリエーション

(エ) 交流会、懇談会 等

イ B型（費用負担：13年度から介護予防・生活支援事業で対応）

訓練は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士等の保健・医療・福祉関係職種の市町村職員又は市町村から契約により委託された機関の当該職員を中心とし、地域のボランティア等がアに示している実施場所のほか、集会場、公共施設等の会議室、体育館、公園、広場、運動場等地域住民の身近な場所で、心身機能の低下により生じる閉じこもりや孤立等の社会的障害の回復又は予防に重点を置いた訓練を、おおむね以下に掲げる活動を通して実施する。

(ア) 絵画、工芸等の創作を主体とした活動

(イ) レクリエーション及びスポーツ

(ウ) 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等

(6) 実施回数及び実施期間

ア A型

実施回数はおおむね週2回とし、実施期間はおおむね6か月を1期間とする。

イ B型

実施回数はおおむね週1回とし、実施期間はおおむね1年間とする。

# 訪 問 指 導

## 1 事業の概要

### (1) 目的

療養上の保健指導が必要であると認められる者及びその家族等に対して、保健師等が訪問して、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図ることを目的とする。

### (2) 実施主体 市町村（特別区を含む）

### (3) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者で、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ものを対象とする。

### (4) 実施方法

#### ア 対象者の把握及び名簿の作成

市町村は、本人及び家族等からの相談、健康度評価その他の保健事業の実施に伴う情報、医療機関、福祉関係機関その他の関係団体からの依頼等に基づき、対象者を把握し、対象者名簿を作成する。

#### イ 訪問計画の策定

対象者名簿に基づき、訪問指導を実施する。初回訪問指導は原則として保健師が行い、対象者及び家族の状況（心身の状態、既往歴、生活習慣、栄養状態、口腔衛生状態、家族の介護等の状況、生活環境等）を把握する。その後、必要に応じて管理栄養士、歯科衛生士等と協議の上、訪問指導の目標、内容その他必要な事項からなる訪問指導計画を策定する。

#### ウ 訪問指導の内容

(ア) 家庭における療養方法に関する指導

(イ) 介護を要する状態になることの予防に関する指導

(ウ) 家庭における機能訓練方法、住宅改造及び福祉用具の使用に関する指導

(エ) 家族介護を担う者の健康管理に関する指導

(オ) 生活習慣病の予防等に関する指導

(カ) 関係諸制度の活用方法等に関する指導

(キ) 痴呆に関する正しい知識、緊急の場合の相談先等に関する指導

(ク) その他健康管理上必要と認められる指導

#### エ かかりつけ医との連携

疾病等を有する者に対する訪問指導に際しては、かかりつけ医と連携を図り、その指導のもとに実施する。

### (5) その他

ア 医療保険により訪問看護若しくは訪問リハビリテーションを受けている者又は介護保険において要介護者等である者に対して訪問指導を実施する場合には、訪問看護及び訪問リハビリテーションと内容的に重複するサービスについては行わないことを原則とし、それらのサービス提供者等と連携を十分に図ることとする。

イ 痴呆性老人に対する訪問指導の実施については、保健所で実施されている老人精神保健相談事業との連携を図り、必要に応じ保健所の指導・調整を受けるものとする。

## 2. 健康増進法・健康日本21



# 健康増進法の概要

## 第1章 総則

### (1) 目的

国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の健康の増進を図るための措置を講じ、国民保健の向上を図る。

### (2) 責務

- ① 国民 健康な生活習慣の重要性に対し関心と理解を深め、生涯にわたり、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努める。
- ② 国及び地方公共団体 健康の増進に関する正しい知識の普及、情報の収集・整理・分析・提供、研究の推進、人材の養成・資質の向上を図るとともに、関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努める。
- ③ 健康増進事業実施者（保険者、事業者、市町村、学校等） 健康相談等国民の健康の増進のための事業を積極的に推進するよう努める。

### (3) 国、地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者の連携及び協力

## 第2章 基本方針等（「健康日本21」の法制化）

### (1) 基本方針

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本方針を厚生労働大臣が策定。

- ① 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向
- ② 国民の健康の増進の目標に関する事項
- 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事項
- ④ 国民健康・栄養調査その他の調査・研究に関する基本的事項
- ⑤ 健康増進事業実施者間の連携及び協力に関する基本的事項
- ⑥ 食生活、運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康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
- ⑦ その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

### (2) 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画）の策定。

### (3) 健康診査の実施等に関する指針

生涯を通じた健康自己管理を支援するため、健康増進事業実施者による健康診査の実施及びその結果の通知、健康手帳の交付その他の措置に関する指針を厚生労働大臣が策定。

### 第3章 国民健康・栄養調査等

- (1) 国民健康・栄養調査を実施（現行の栄養改善法による国民栄養調査を拡充）
- (2) 生活習慣病の発生状況の把握  
国及び地方公共団体は、生活習慣とがん、循環器病その他の生活習慣病との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生状況の把握に努める。

### 第4章 保健指導等

- 市町村 栄養改善その他の生活習慣の改善に関する事項についての相談・保健指導
- 都道府県等 特に専門的な知識・技術を必要とする栄養指導等の保健指導（現行の栄養改善法による市町村の栄養相談等及び都道府県等の専門的な栄養指導等に関する規定を拡充）

### 第5章 特定給食施設等

- (1) 特定給食施設における栄養管理（現行の栄養改善法による集団給食施設における栄養管理の規定を引き継ぐとともに、所要の規定を整備）
- (2) 受動喫煙の防止  
学校、官公庁施設等多数の者が利用する施設を管理する者は、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努める。

### 第6章 特別用途表示及び栄養表示基準

- 現行の栄養改善法による特別用途表示制度及び栄養表示基準制度を引き継ぐ。

### 附則

- (1) 施行期日  
公布日（平成14年8月2日）から9月を超えない範囲内で政令で定める日（平成15年5月1日）  
（健康診査の実施等に関する指針に関する規定については、公布の日から2年を超えない範囲内で政令で定める日）
- (2) 各法の改正  
医療保険各法を改正し、保健事業の適切かつ有効な実施を図るための指針を定める。  
栄養改善法は廃止する。

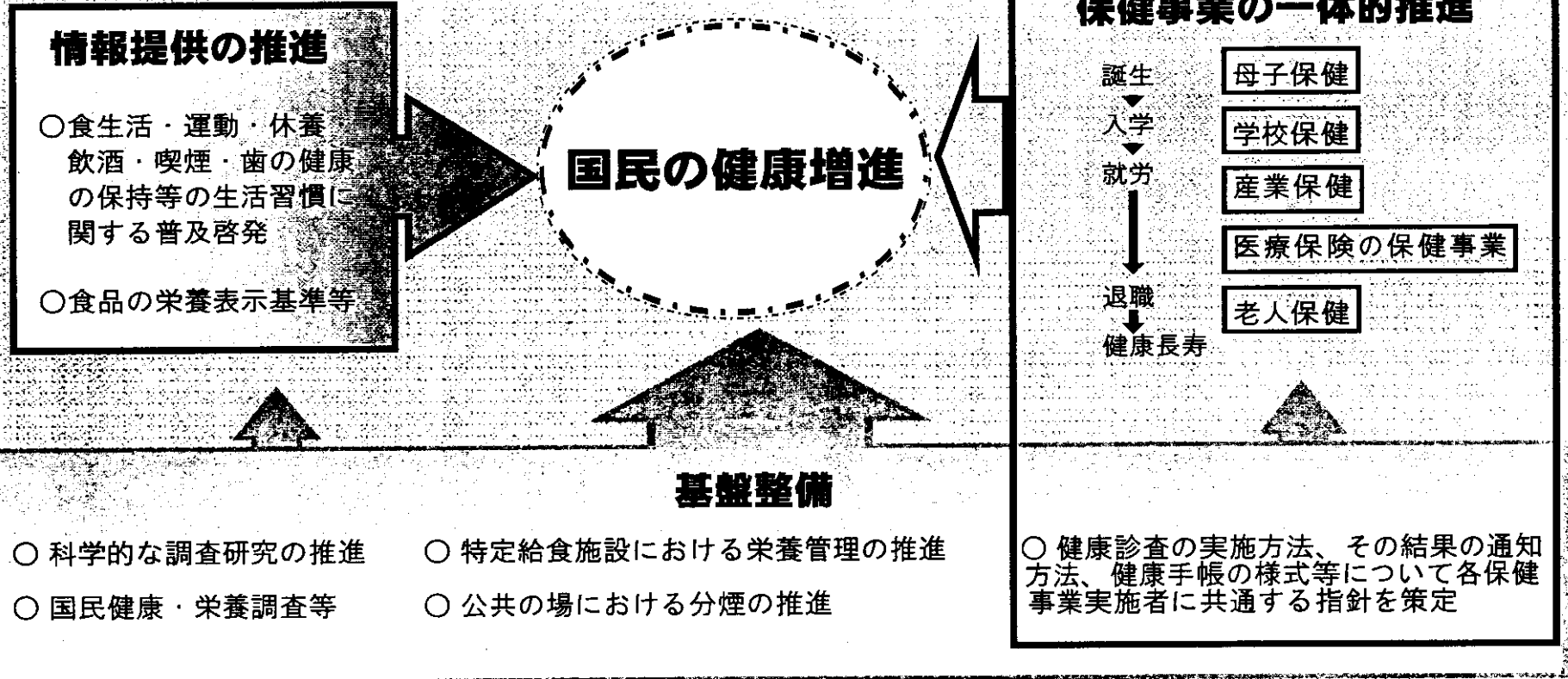
# 健康増進法の骨格

## 基本的考え方

国民は自ら健康の増進に努め、国、地方公共団体、保健事業実施者、医療機関その他の関係者は相互に連携、協力しながらその努力を支援

## 運動推進のための方策

- 全国的目標の設定
- 地方健康増進計画の策定



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確か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、個人情報取り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)]<sup>2</sup>

### 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)]<sup>2</sup>×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]	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たばこ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4たばこ参照)

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]	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	
	左段	右段	左段	右段
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

歯石 (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。

# 健康日本21(平成12年3月31日厚生事務次官通知、保健医療局長通知、

## 3局長通知)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	13.5g	・日常生活における歩数の増加	男性	8,202歩
		→ 10g未満		女性	7,282歩
・野菜の摂取量の増加	成人	292g		→ 9,200歩以上	8,300歩以上
		→ 350g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

# 健康日本21の推進方策

## 健康日本21計画

**①普及啓発**

- ・インターネットによる情報提供
- ・ポスター、パンフレット、リーフレットの作成
- ・健康日本21全国大会

**②推進体制整備、地方計画支援**

- ・健康日本21推進国民会議
- ・健康日本21推進全国連絡協議会
- ・推進マニュアルの作成

**③保健事業の効率的・一体的推進**

- ・個別健康教育の体系的な推進
- ・地域・職域における連携の推進

### 地方計画

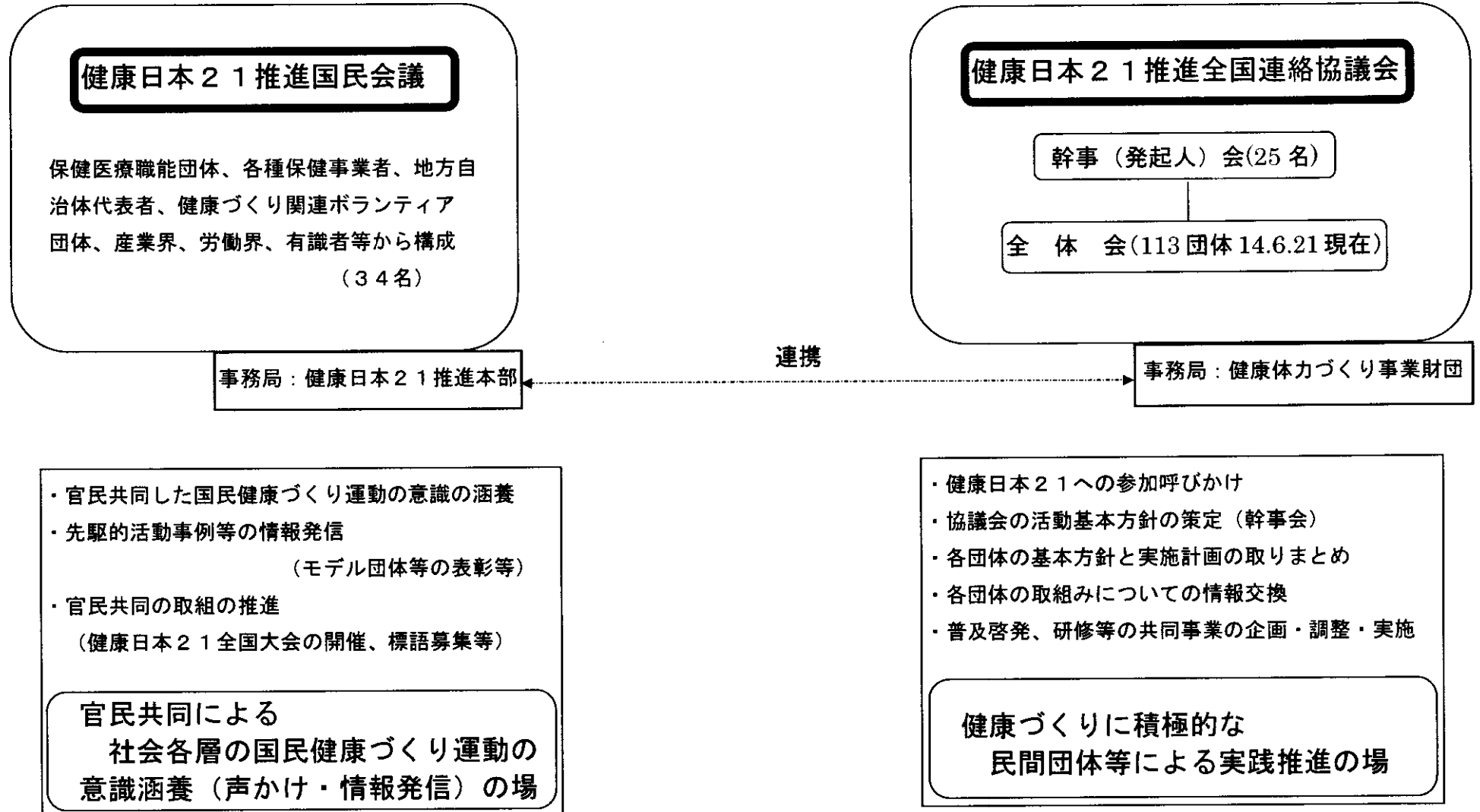
- 老人保健事業
- （国保、健保、政管健保）
- 保険者による保健事業
- 労働安全衛生法に基づく措置
- 学校保健事業

(行動変容を支援) → 国民の健康実現

**④科学的根拠に基づく事業の推進**

・評価(中間評価・最終評価・新計画策定)

## 健康日本21推進国民会議・協議会の概要



※都道府県における同様の会議のモデルとなることを目指す

### 3. 介護予防事業

## 介護予防対策等の充実

平成14年度予算額 平成15年度予算額  
50,000百万円 → 45,000百万円

### ○介護予防・地域支え合い事業（介護予防・生活支援事業より名称変更）

※ 高齢者ができる限り長く住み慣れた地域で生きがいをもって生活を送ることができるようにするためには、効果的な介護予防対策の推進とともに、高齢者を取り巻く地域社会が果たす「支え合い（共助）の役割」が、今後、ますます重要となることから名称を変更したものの。

#### 1. 趣 旨

在宅の高齢者に対し、要介護状態にならないようにするとともに、自立した生活を送ることができるよう、市町村が地域の実情に応じて実施する事業等の推進を図る。

#### 2. 事業内容

##### (1) 市町村事業

###### ① 生活支援事業

高齢者が住み慣れた地域社会の中で自立した生活を送れるよう支援するため「外出支援サービス事業」「軽度生活援助事業」などを実施。

###### ② 介護予防・生きがい活動支援事業

高齢者ができる限り要介護状態になったり、状態が悪化することがないようにするため、「介護予防教室」「食」の自立支援事業」などを実施。

###### ③ 家族介護支援事業

高齢者を介護している家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の維持向上を図るため、「家族介護教室」などを実施。

##### (2) 都道府県・指定都市事業

市町村の実施する介護予防事業に関する支援などを実施。

##### (3) 老人クラブ活動等事業

高齢者の社会参加や生きがいと健康づくり等を行う老人クラブの活動については、介護保険の周辺施策として位置づけ事業を実施。

#### 1. 平成15年度追加の主な新規メニュー

##### ○ 高齢者筋力向上トレーニング事業

加齢に伴う、運動機能の低下を防ぐ観点から、専門家によるアセスメントを経て、高齢者向けのトレーニング機器等を用いたトレーニングを実施。

##### ○ 足指・爪のケアに関する事業

不適切な足指・爪のケアの実施により生じる転倒、歩行障害等を未然に防止するため、足指・爪のケアの重要性と適切なケアの方法を普及。

#### 2. メニューの一部の一般財源化

##### ○ 生きがい活動支援通所事業の人件費相当分を一般財源化

## 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

美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、自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
- ・ IADL 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室を開催する。

#### イ 介護用品の支給

重度（要介護度4又は5相当）で低所得（市町村民税非課税世帯）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。

## 介護予防・地域支え合い事業のメニュー一覧

### 1. 市町村事業

- 高齢者等の生活支援事業
  - ・外出支援サービス事業
  - ・寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業
  - ・軽度生活援助事業
  - ・住宅改修支援事業
  - ・訪問理美容サービス事業
  - ・高齢者共同生活（グループリビング）支援事業
- 介護予防・生きがい活動支援事業（\*従来の機能訓練事業B型についても本メニューとして実施）
  - ・介護予防教室等
    - a. 転倒骨折予防教室（寝たきり防止事業）
    - b. アクティビティ・痴呆介護教室
    - c. IADL（日常生活関連動作）訓練事業
    - d. 地域住民グループ支援事業
    - e. 足指・爪のケアに関する事業【15' 新規】
  - ・高齢者筋力向上トレーニング事業【15' 新規】
  - ・高齢者食生活改善事業
  - ・運動指導事業
  - ・生きがい活動支援通所事業
  - ・生活管理指導事業
    - a. 生活管理指導員派遣事業
    - b. 生活管理指導短期宿泊事業
  - ・「食」の自立支援事業
- 家族介護支援事業（\*従来の介護家族健康教育、介護家族健康相談についても本メニューとして実施）
  - ・家族介護教室
  - ・介護用品の支給
  - ・家族介護者交流事業（元気回復事業）
  - ・家族介護者ヘルパー受講支援事業
  - ・徘徊高齢者家族支援サービス事業
  - ・家族介護慰労事業
  - ・痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業
- 在宅介護支援事業
  - ・高齢者実態把握事業
  - ・介護予防プラン作成事業
- 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業
- 成年後見制度利用支援事業
- 緊急通報体制等整備事業
- 寝たきり予防対策普及啓発事業
- 健やかで活力あるまちづくり基本計画策定・普及啓発推進事業
- 高齢者地域支援体制整備・評価事業
- 高齢者住宅等安心確保事業

### 2. 都道府県・指定都市事業

- 高齢者自身の取り組み支援事業
- 寝たきり予防対策普及啓発事業
- 介護予防指導者養成事業
- 高齢者訪問支援活動推進事業
- 高齢者に関する介護知識・技術等普及促進事業
- 高齢者地域支援体制整備・評価事業
- 老人性痴呆指導対策事業
- 高齢者介護施設等支援事業【15' 新規】

### 3. 老人クラブ活動等事業

## 足指・爪のケアに関する事業

### 1 趣 旨

趾間の保清や爪のケアは、セルフケアとして日常生活の中でごく当たり前に行われていると考えられている。

しかし、足指・爪のケアの重要性を認識せず、ケアが行き届かなくなったり、間違ったケアを行っていると、爪の変形や感染症の発生に由来して、

① 歩行時の痛みによる歩行の躊躇から外出しなくなる、

② 歩行時・起立時の重心の偏りによる転倒事故や足・腰関節の障害の発生等の弊害を生ずる、

ことがある

このような事態を未然に防止するために、高齢者本人、家族及び介護従事者等に対し、足指・爪のケアの重要性についての知識と適切なケアの方法を広く普及させるものである。

### 2 事業内容

#### (1) 足指・爪ケア教室等の開催

地域の高齢者とその同居家族、保健福祉関係者及び施設従事職員等を対象として、定期的に足指・爪のケア教室等を開催し、ケアの重要性と適切なケア方法の普及を図る。

#### (2) 普及啓発パンフレット等の配布

足指・爪のケアの重要性に関するパンフレット等を作成し、家庭や高齢関係施設等に配布する。

### 3 実施主体

市町村

### 4 負担割合

国 1 / 2、都道府県 1 / 4、市町村 1 / 4

## 高齢者筋力向上トレーニング事業

### 1 趣 旨

高齢期においては、加齢に伴う筋力の低下や平衡感覚の低下等により、転倒、骨折するケースや、体力の低下に伴い外出が億劫になり、閉じこもるケースが多く見られる。

これらの大きな原因の一つは、筋力、柔軟性、バランス能力の低下であることから、転倒骨折及び閉じこもり防止のための専門プログラムとして、医師、理学療法士、健康運動指導士等の専門スタッフによりアセスメントを行った上で、高齢者向けのトレーニング機器を使用し、筋力を付け、柔軟性を養い、バランス能力を向上させるための包括的トレーニングを行うものである。

このプログラムは、

- ① 効果が数値として示されるので、利用者の意欲向上に容易につながる、
- ② 機器を使用することから、利用者が楽しみながら運動でき、長続きする、

と言った特色がある。

これにより高齢者の運動機能の向上をもたらし、寝たきり等の要介護状態になることを防ぐものである。

### 2 事業内容

専門スタッフにより、次の項目を実施。

- ① アセスメントと個別運動プログラムの作成
- ② 筋力トレーニングの実施
- ③ トレーニング効果等のフォローアップ

※ 筋力トレーニングには、高齢者が無理せず行えるよう、改良された各種のトレーニング機器を使用

### 3 実施主体

市町村

### 4 負担割合

国 1 / 2、都道府県 1 / 4、市町村 1 / 4

#### 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
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)



主なリハビリテーション算定要件等

(単位：点、単位)

	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) □ 集団療法 (包括化) ※毎月11回目以降は、所定点数の100分の70を算定		
作業療法Ⅰ～Ⅱ	イ 個別療法 250～50 (1回につき) □ 集団療法 (包括化) ※毎月11回目以降は、所定点数の100分の70を算定		
加算	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 □ 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) □ 集団療法 (包括化) ※毎月11回目以降は、所定点数の100分の70を算定		

## 主なリハビリテーション関連施設基準等の概要

### 1. 医療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	
医療保険	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3か月以内の状態</li> <li>② 大腿骨頭部、下肢又は骨盤等の骨折の発症後3か月以内の状態</li> <li>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</li> <li>④ ①～③に準じる状態</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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)。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 看護職員数3:1以上</li> <li>・ 看護職員の4割以上が看護師であること</li> <li>・ 看護補助者の数が6:1以上</li> <li>・ 病室面積1床あたり6.4㎡以上。</li> <li>・ 患者の利用に適した浴室、トイレが設けられていること。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ リハビリテーション科を標榜</li> <li>・ 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</li> </ul>	
			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。)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法の専用施設の広さが300㎡以上かつ、作業療法の専用施設が100㎡以上。</li> <li>・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。</li> </ul>	-
			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。)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理学療法及び作業療法の専用施設の広さが合計240㎡以上。</li> <li>・ 必要な施設及び器械・器具を備えていること。</li> </ul>	-

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	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>専用の施設を有しており、100m<sup>2</sup>以上。</li> <li>必要な施設及び器械・器具を備えていること。</li> </ul>	-
		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	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>専用の施設を有しており、75m<sup>2</sup>以上。</li> <li>必要な施設及び器械・器具を備えていること。</li> </ul>	-
		理学療法(Ⅲ)	医師1名以上	<ul style="list-style-type: none"> <li>週2日以上勤務するPT1名以上</li> <li>専従する理学療法の経験を有する従事者1名以上</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>専用の施設を有しており、45m<sup>2</sup>以上。</li> <li>必要な施設及び器械・器具を備えていること。</li> </ul>	-
	診療所	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>専用の療法室 個別療法室(8m<sup>2</sup>以上)3室以上かつ、集団療法室(16m<sup>2</sup>以上)1室以上</li> <li>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。</li> <li>必要な器械・器具を備えていること</li> </ul>	-
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>専用の療法室 個別療法室(8m<sup>2</sup>以上)1室以上かつ、集団療法室(16m<sup>2</sup>以上)1室以上</li> <li>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。</li> <li>必要な器械・器具を備えていること</li> </ul>	-

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3m <sup>2</sup> 以上	・入所者100人に生活相談員常勤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8m <sup>2</sup> 以上。 ・機能訓練室は1人あたり1m <sup>2</sup> 以上。 ・食堂は1人あたり2m <sup>2</sup> 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240m <sup>2</sup> 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（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、100m <sup>2</sup> 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、75m <sup>2</sup> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週2日以上勤務するPT1名以上</li> <li>・専従する理学療法の経験を有する従事者1名以上</li> </ul>	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の施設を有しており、45m<sup>2</sup>以上。</li> <li>・必要な施設及び器械・器具を備えていること。</li> </ul>	—
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の療法室 個別療法室(8m<sup>2</sup>以上)3室以上かつ、集団療法室(16m<sup>2</sup>以上)1室以上</li> <li>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。</li> <li>・必要な器械・器具を備えていること</li> </ul>	—
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の療法室 個別療法室(8m<sup>2</sup>以上)1室以上かつ、集団療法室(16m<sup>2</sup>以上)1室以上</li> <li>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。</li> <li>・必要な器械・器具を備えていること</li> </ul>	—

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>個別リハビリテーション加算</li> <li>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</li> </ul>
	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	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>ADL加算(退院・退所後6月以内)</li> <li>個別リハビリテーション計画を作成</li> </ul>
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>家庭における機能訓練方法</li> <li>住宅改修及び福祉用具の使用に関する指導</li> </ul>
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	—	—	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	—
	アクティビティ・ 痴呆介護教室 IADL 訓練 事業	—	—		社会福祉協議会 社会福祉法人、医療法人等への委託可	—

## 心筋梗塞・脳卒中の早期治療体制の整備(メディカル・フロンティア戦略)

(平成14年度予算額)

(平成15年度予算額)

[27億1,400万円→24億7,700万円]

心筋梗塞・脳卒中については発作後、できる限り早期(ゴールデンタイム)に適切な治療を行うことが重要であることから、救急医療体制の充実・強化を図る。

### (1) ドクターヘリの導入(9ヶ所)

- ・ ドクターヘリの導入促進事業 [6億6,200万円→7億3,800万円]

救急患者に早期に治療を開始すると共に、救命救急センターへ迅速に搬送し救命率の向上を図るため、ドクターヘリ(医師が同乗する救急専用ヘリコプター)を計画的に導入する。

### (2) 救命救急センターにおける心臓病及び脳卒中の専門医の配置

- ・ 心臓病及び脳卒中専門医確保経費 [6億3,400万円→3億9,500万円]

心臓病及び脳卒中に対する救命医療の機能強化を図るため、救命救急センターに心疾患専門医及び脳卒中専門医を配置する。

### (3) 救命救急センター等へのCCU、SCU専用病室・医療機器の整備

- ・ CCU、SCU専用病室施設整備事業 [3億7,800万円→3億4,600万円]
- ・ CCU、SCU専用医療機器整備事業 [9億7,500万円→9億7,500万円]

心臓病及び脳卒中に対する救命救急医療体制の充実を図ることを目的として、救命救急センター及び第二次救急医療施設に、CCU(Coronary Care Unit:心疾患治療のための集中治療室)およびSCU(Stroke Care Unit:脳卒中の治療のための集中治療室)の専用病室・医療機器の整備を促進する。

### (4) 二次救急医療施設に勤務する医師の研修

- ・ 第二次救急医療施設勤務医師研修事業 [3,500万円→1,200万円]

第二次救急医療施設に勤務する医師を対象として、心臓病及び脳卒中分野の研修を救命救急センターなどに於いて実施する。

### (5) 初期救急医療施設(診療所)の医師の研修

- ・ 初期救急医療施設(診療所)医師研修事業 [3,000万円→1,000万円]

初期救急医療を担っている地域の診療所の医師を対象として、心臓病及び脳卒中の診断の質向上を図るための研修を実施する。

## リハビリテーション医療施設に対する助成制度について

### 1. 施設整備費（機能訓練室などの整備費に対する補助）

- |                            |             |             |
|----------------------------|-------------|-------------|
|                            | (平成14年度予算額) | (平成15年度予算額) |
| ● 医療施設など施設整備費（直接補助：メニュー予算） | 194 億円      | → 177 億円    |
- ・ 補助先：都道府県、市町村、日赤など公的団体
  - ・ 補助率：1／3（国 1/3、事業者 2/3）
  - ・ 基準額：8,487 万円（450 m<sup>2</sup>×188,600 円(補助単価)）
  - ・ 補助実績（平成 14 年度）：18 件 3 億 4,200 万円

### 2. 設備整備費（歩行訓練機器など医療器械の整備費に対する補助）

- |                            |             |             |
|----------------------------|-------------|-------------|
|                            | (平成14年度予算額) | (平成15年度予算額) |
| ● 医療施設など施設整備費（直接補助：メニュー予算） | 36 億円       | → 36 億円     |
- ・ 補助先：都道府県、市町村、日赤など公的団体
  - ・ 補助率：1／3（国 1/3、事業者 2/3）
  - ・ 基準額：1,050 万円
  - ・ 補助実績（平成 14 年度）：21 件 6,200 万円



# 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

利用者氏名 厚生花子 <small>男</small> (81歳)	T10年1月5日生	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 (A) A2 B1 B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 (正) 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)
-----------------------------	--------------------------------------

目標[到達時期]	評価項目・内容
<b>参加[主目標]</b> 家庭内役割: 平日の主婦業  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)	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: 家族の介助時のみ(3ヶ月前から介助必要)

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”」											
	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			
項目																								
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																								

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)

改正後

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名 厚生 太郎	性別 男 女	生年月日 T14年 5月 6日生 (78歳)	要介護度: 3	担当医: ○○	PT: ○○	OT: ○○	ST: ○○	SW: ○○	看護師: ○○
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 (B) B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 (正常) I IIa IIb IIIa IIIb IV M

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)[到達時期]							評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)																							
参加「主目標」	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 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)							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ブ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																						
	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”」															
	自立・介護状況	自見	口頭	一部	全	行	重点	自見	口頭	一部	全	行	重点	独見	口頭	一部	全	行	重点	項目	使用用具	介護内容	項目	使用用具	介護内容	項目	使用用具	介護内容		
	項目	立	守	指	助	助	項目	立	守	指	助	助	項目	立	守	指	助	助	項目	項目	杖・装具	杖・装具	杖・装具	杖・装具	杖・装具	杖・装具	杖・装具	杖・装具	杖・装具	杖・装具
	屋外移動(含:家の出入り)	レ					杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン	レ					杖・装具						杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン											
	交通機関利用(含:通院)	レ					電車(タケン) 通院時																						乗車時: 腰の横移動介助	
	階段昇降		レ				杖・装具 短下肢装具 手すり 杖・装具																	杖・装具 短下肢装具	てすり					
	トイレへの移動	レ						レ																杖・装具 短下肢装具 ウォーカーケイン						
食事	レ					用具: 箸	レ																用具: スプーン フォーク	左手 (箸指導不十分)	レ				用具: 箸	
排泄(昼)	レ					便器: 尿:立ち便器 便:洋式	レ																便器: 車椅子用				レ	便器: 尿:立ち便器	前方もたれ必要	
排泄(夜)	レ					便器: 尿:立ち便器 便:差し込み便器	レ																便器: 差し込み便器				レ	便器: 尿:立ち便器		

目標(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)		到達時期										評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入。)																			
自立・介護状況		退院先での実行状況:「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	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	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	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具	介護内容 つたいもたれ等	独り立ち	見守り	口頭指導	一部介助	全介助	行わず	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	使用用具 杖・装具	介護内容 つたいもたれ等		
活動(2)	整容	レ					つたい、短下肢装具	移動方法・姿勢: 歩行、立位	レ	レ						移動方法・姿勢: 車椅子、座位							レ	短下肢装具 ウォーカーケイン	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							姿勢: ベット上座位							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:							レ	浴槽: 介護浴槽								レ	浴槽: 訓練用・洋式	浴槽出入り:要介助 歩行:ウォーカーケイン						
	家事					レ									レ									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う必要あり)										<input checked="" type="checkbox"/> 運動機能障害: <input checked="" type="checkbox"/> 中枢性麻痺(ステージ④レベル) 右上肢: 3 右手指: 1 右下肢: 6 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> その他  基本動作 立位保持(装具: なし) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 訓練室内歩行: <input checked="" type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 (杖・装具等: T字杖、シューホン)										<input type="checkbox"/> 知覚障害: <input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害: <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症(種類: <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要: 福祉用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 ウォーカーケイン、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										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(囲碁友達宅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)  社会保障サービス <input checked="" type="checkbox"/> 自身障手帳(1級) <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金(1級) <input type="checkbox"/> その他:																				
第三者(家族等)への影響	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																				

<b>本人の希望</b> <b>参加面:</b> 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。 <b>活動面:</b> 身の回りのことは一人でやれる	<b>家族の希望</b> <b>参加面:</b> 日中は一人で自宅生活ができる。 <b>活動面:</b> 一人でトイレが行えること
---	---

<b>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)</b>  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。	<b>具体的プログラム(リハビリテーションの方針・計画)</b>  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に、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、畳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。	<b>リスク・疾病管理(含:過用・誤用)</b>  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
---	---	--

<b>自己実施プログラム</b>  ・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	<b>活動度指示</b> ・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	<b>家族への指導</b> ・退院後の介護者： 入浴時一長男
---	---	-----------------------------------

<b>前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容</b>	<b>備考</b>
-----------------------------------	-----------

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. リハビリテーション専門職

リハビリテーション専門職の養成所数、入学定員の年次推移

	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

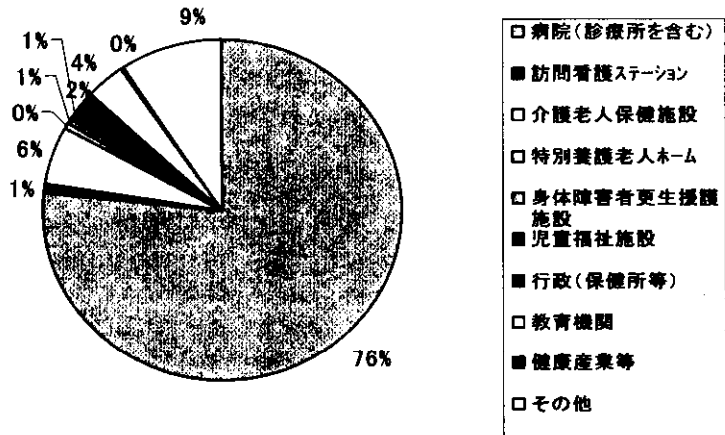
参考) 平成14年12月31日現在の各名簿登録者数は、理学療法士:33,439人、作業療法士:19,817人、言語聴覚士:6,723人(厚生労働省医政局医事課調べ(言語聴覚士は(財)医療研修推進財団調べ))

注)資料は、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。)



## 所属別PT割合

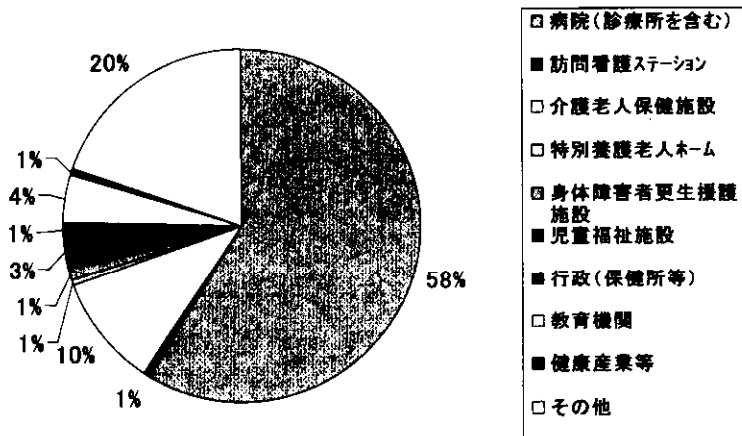
総数: 26,047人



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

## 所属別OT割合

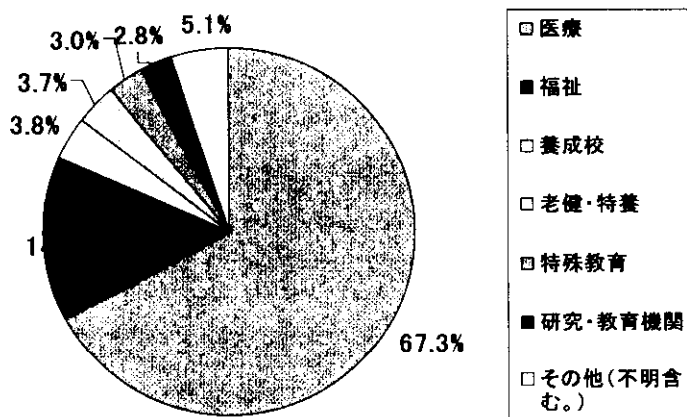
総数: 15,193人



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

# 所属別ST割合

総数: 3,030人



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

## 6. 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。

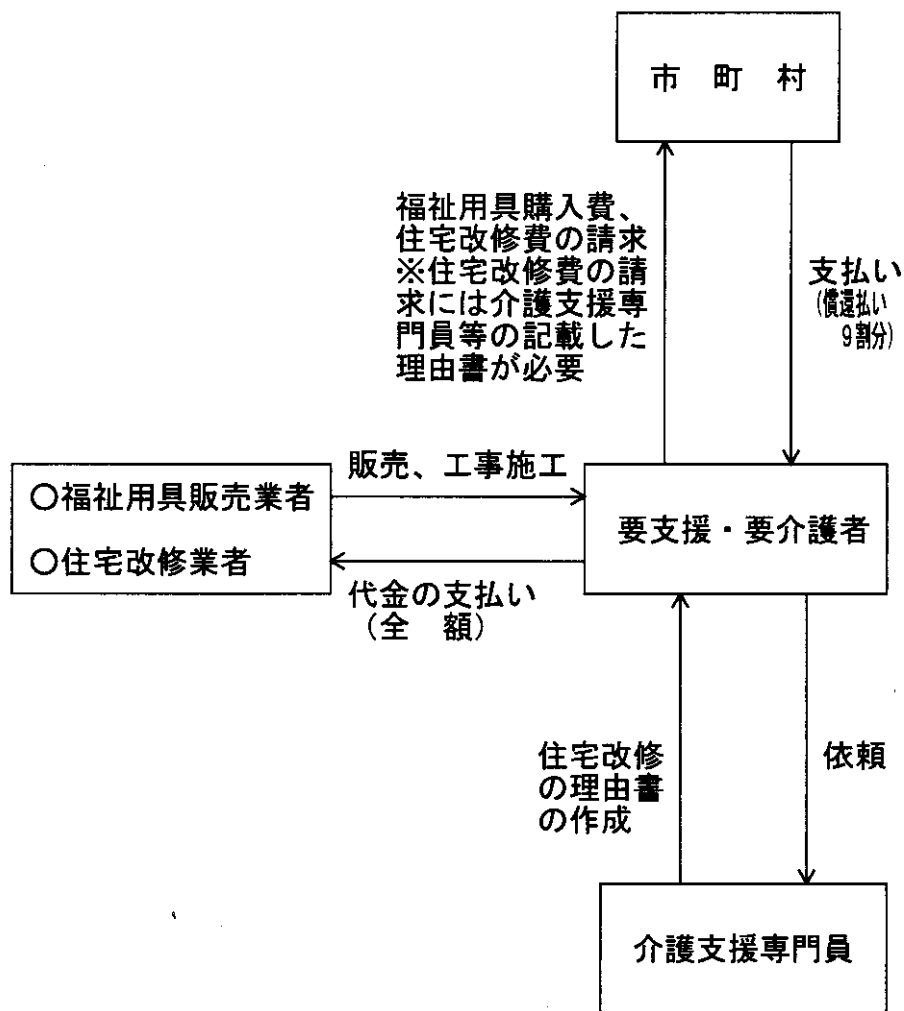
このため、介護保険においては、福祉用具及び住宅改修を在宅サービスとして位置づけ、その費用について介護保険の給付対象としているところである。

### 2. 給付内容

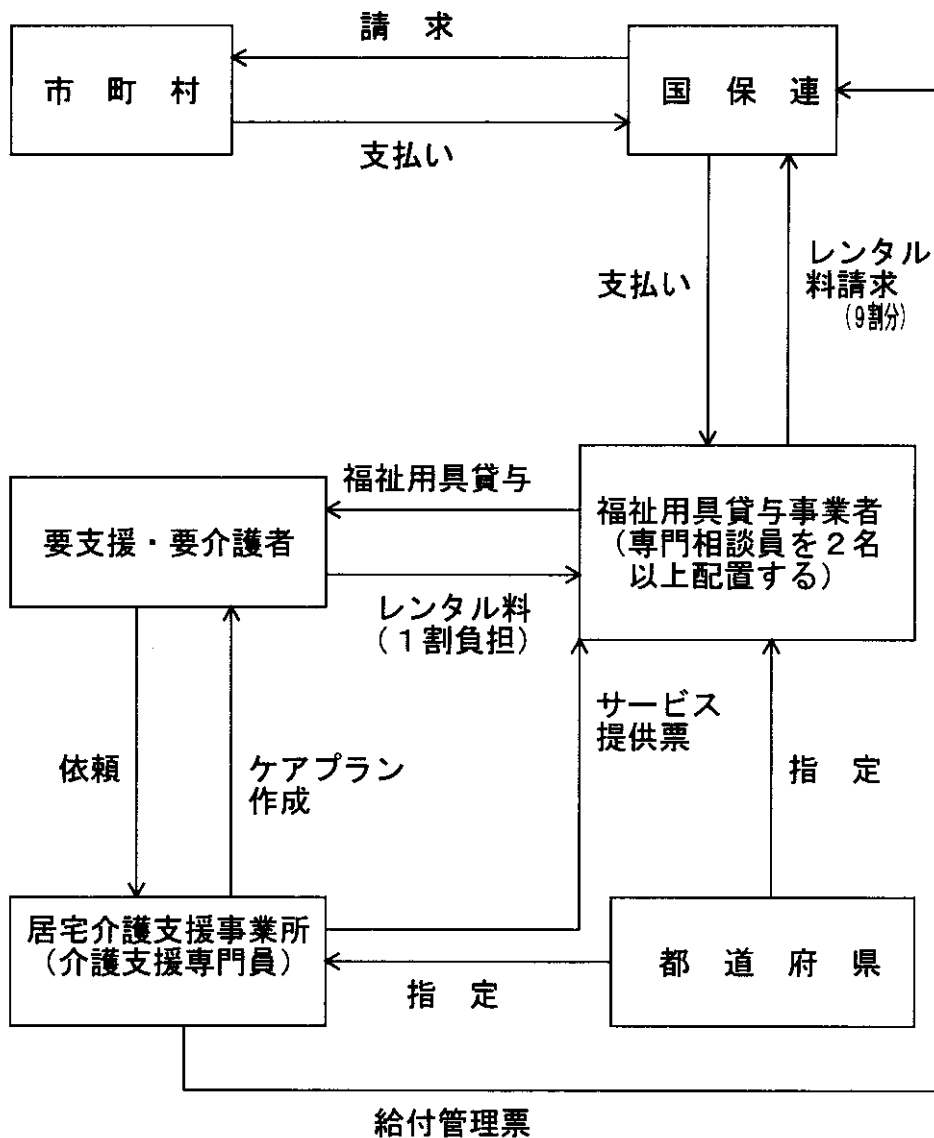
	給 付 概 要	対 象 種 目
福祉用具貸与	<p>福祉用具は、対象者が高齢者であり、身体状況や介護度が変化しやすいこと等を考慮して原則として貸与としている。</p> <p>利用者が、都道府県知事が指定した福祉用具貸与事業者から、厚生労働大臣が定めた福祉用具のレンタルを受けた場合、レンタル料の9割が保険から支給される。</p> <p>(支給限度基準額) 要支援、要介護度別の支給限度基準額の範囲内</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車いす</li> <li>・車いす付属品</li> <li>・特殊寝台</li> <li>・特殊寝台付属品</li> <li>・じょく瘡予防用具</li> <li>・体位変換器</li> <li>・手すり</li> <li>・スロープ</li> <li>・歩行器</li> <li>・歩行補助つえ</li> <li>・痴呆性老人徘徊感知機器</li> <li>・移動用リフト（つり具の部分を除く）</li> </ul>
福祉用具購入	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰掛便座</li> <li>・特殊尿器</li> <li>・入浴補助用具</li> <li>（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）</li> <li>・簡易浴槽</li> <li>・移動用リフトのつり具の部分</li> </ul>
住宅改修	<p>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。</p> <p>(支給限度基準額) 20万円 ※原則ひとり生涯20万円まで</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手すりの取付け</li> <li>・段差の解消</li> <li>・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</li> <li>・引き戸等への扉の取替え</li> <li>・洋式便器等への便器の取替え</li> <li>・その他前記の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修</li> </ul>

# 介護保険における福祉用具の貸与及び購入並びに住宅改修の流れ図

## 福祉用具購入及び住宅改修



## 福祉用具貸与



福祉用具貸与(訪問通所サービス)関係介護保険給付の給付状況 (国保連調)

(単位:億円)

12年度	平成12年4月 サービス分	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成13年1月	2月	3月	合計
福祉用具貸与	4	12	19	20	23	26	28	30	31	34	35	38	300

13年度	平成13年4月 サービス分	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成14年1月	2月	3月	合計
福祉用具貸与	40	44	46	49	51	54	56	58	60	61	63	65	647

14年度	平成14年4月 サービス分	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成15年1月	2月	3月	合計
福祉用具貸与	69	72	75	78	79	82	85	86	87	89	90		892

特定福祉用具購入費及び居宅介護住宅改修費等の給付状況 (厚生労働省調)

(単位:百万円)

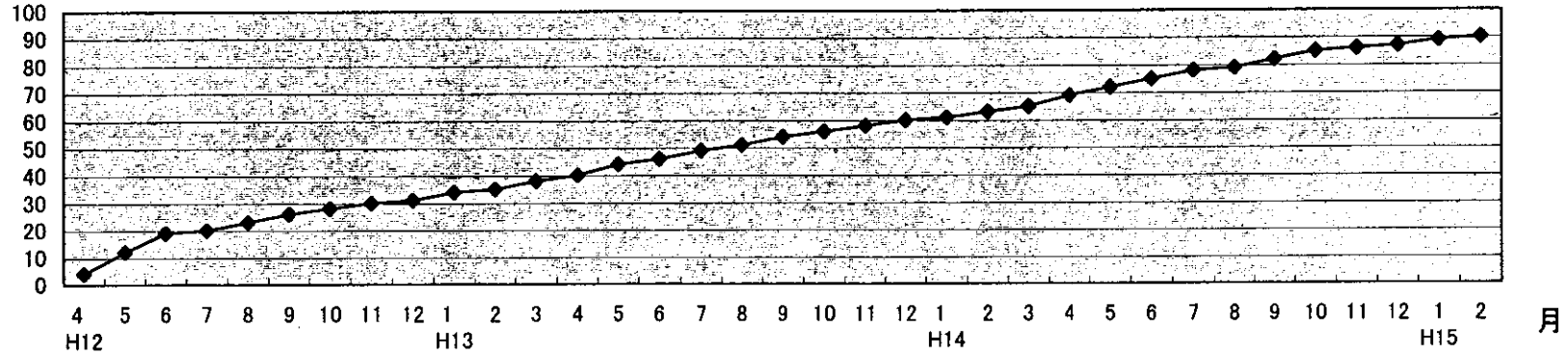
12年度	平成12年4、5 月サービス分	5、6月	6、7月	7、8月	8、9月	9、10月	10、11月	11、12月	12月、 平成13年1月	1、2月	2、3月	3、4月	合計
福祉用具購入費	146	295	400	447	473	520	533	588	565	565	760	485	5,777
住宅改修費	182	569	970	1,265	1,373	1,499	1,651	1,834	1,816	1,803	2,367	1,513	16,842

13年度	平成13年4、5 月サービス分	5、6月	6、7月	7、8月	8、9月	9、10月	10、11月	11、12月	12月、 平成14年1月	1、2月	2、3月	3、4月	合計
福祉用具購入費	643	647	679	676	653	693	743	748	748	717	853	730	8,530
住宅改修費	2,067	2,295	2,429	2,547	2,388	2,553	2,694	2,862	2,842	2,601	2,904	2,435	30,617

14年度	平成14年4、5 月サービス分	5、6月	6、7月	7、8月	8、9月	9、10月	10、11月	11、12月	12月、 平成15年1月	1、2月	2、3月	3、4月	合計
福祉用具購入費	796	789	827	819	786	830	874	868	875	838			8,302
住宅改修費	2,920	3,060	3,300	3,249	3,122	3,272	3,372	3,343	3,377	3,072			32,087

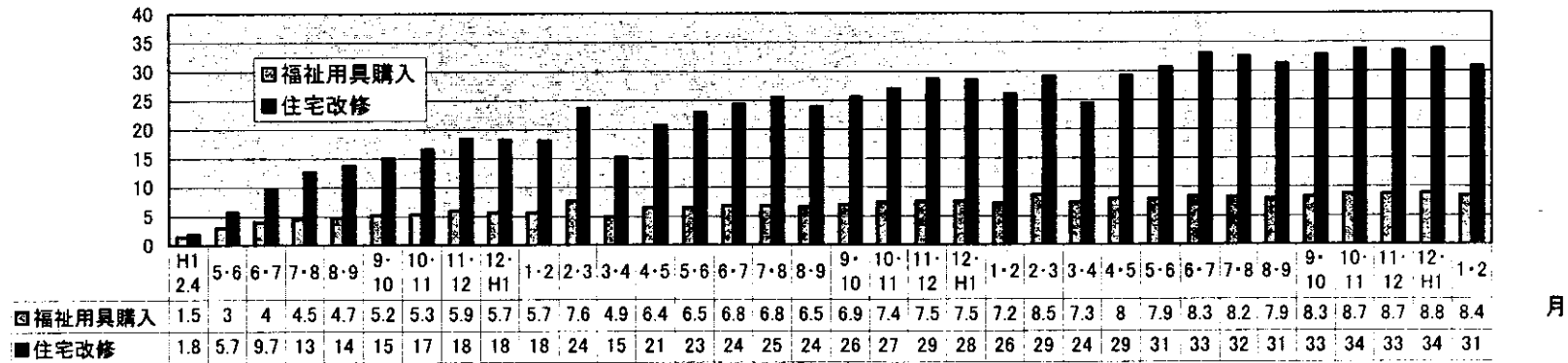
福祉用具貸与の給付状況

億円



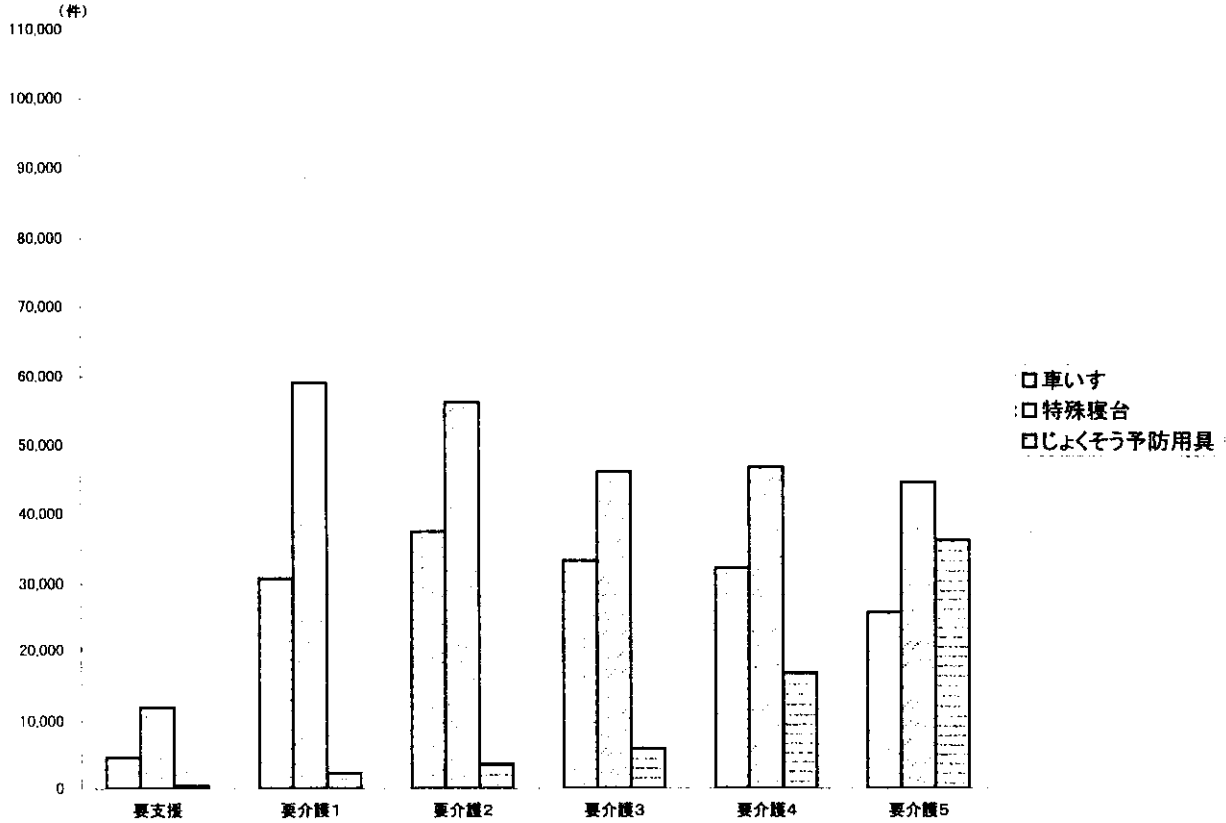
福祉用具購入費と住宅改修費の給付状況

億円

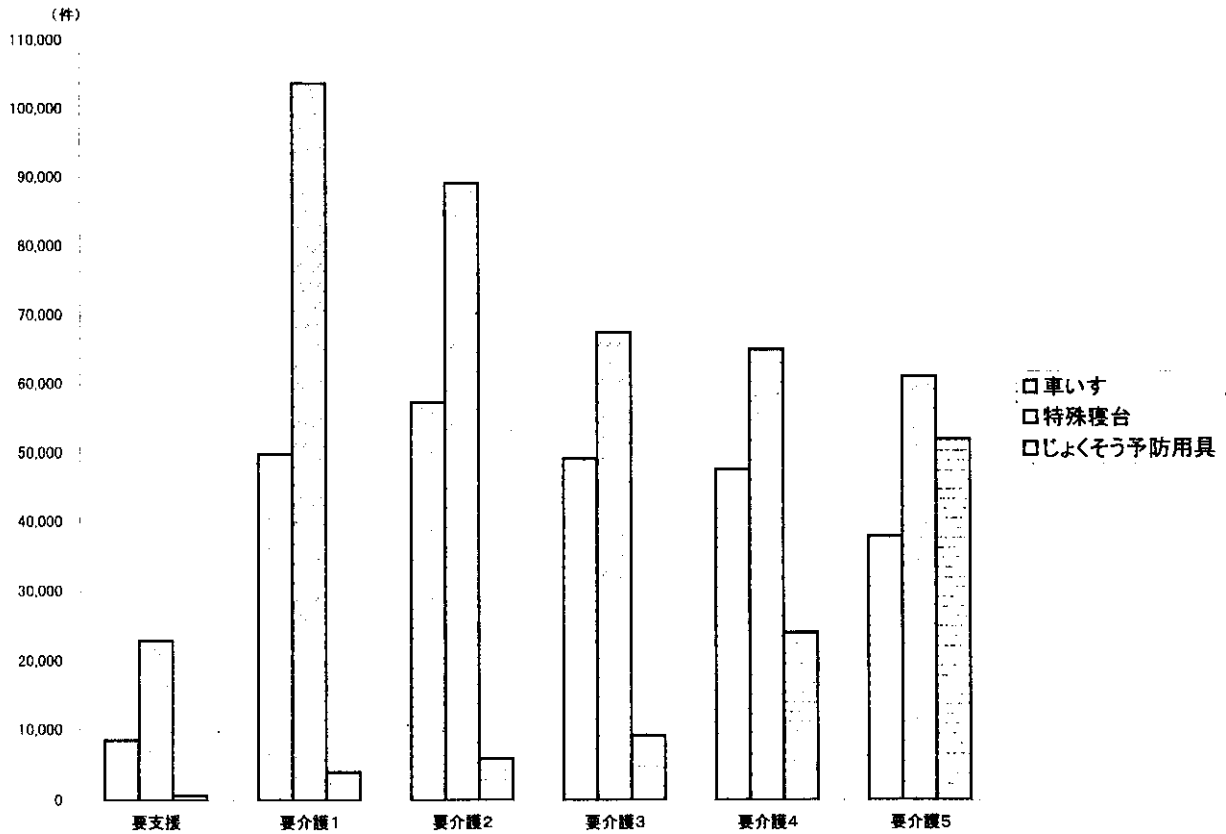


要介護度別にみた福祉用具貸与種目別利用件数

平成13年10月



平成14年10月



注)同一種目に分類される用具を複数利用した場合には、それぞれを1件として計上している。

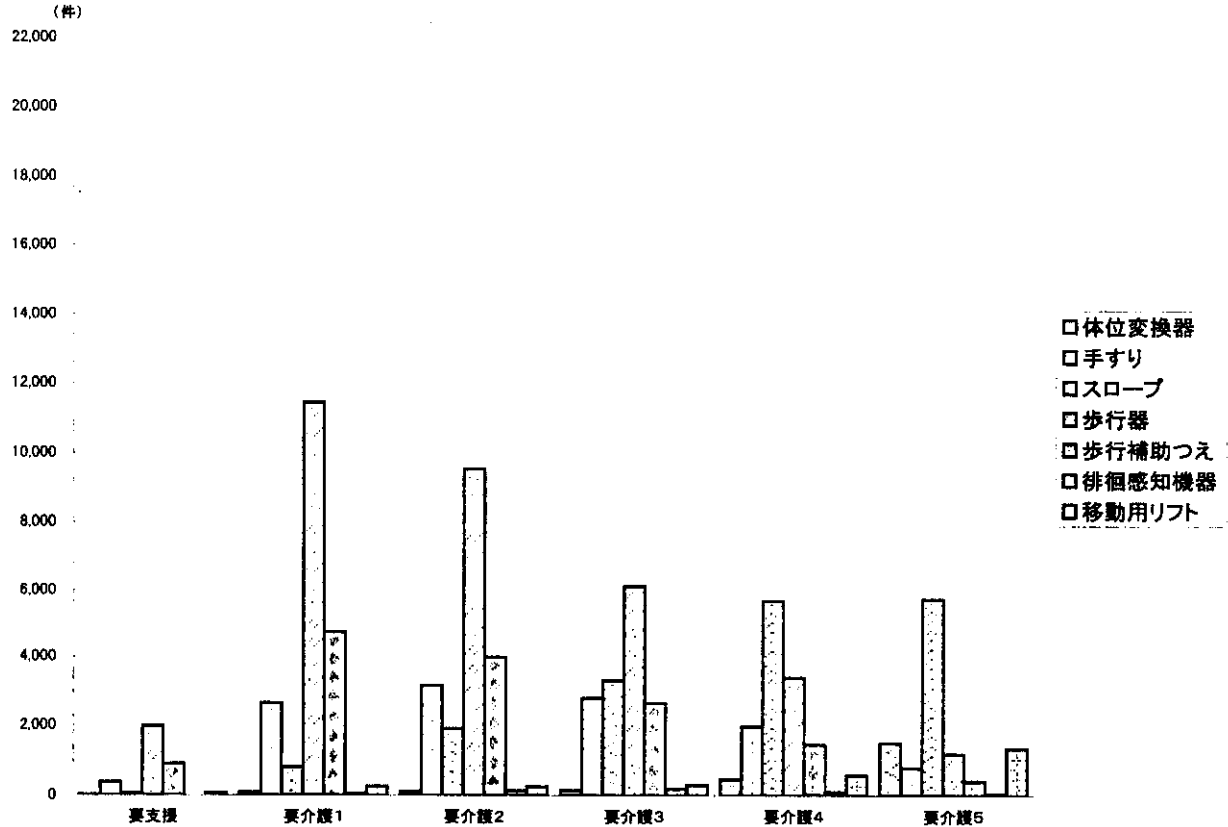
\*介護給付費実態調査

(当調査は、当該審査月に保険請求のあった介護給付費明細書等を審査対象としているため、一般的に、サービス提供月は当該審査月の前月となる。)

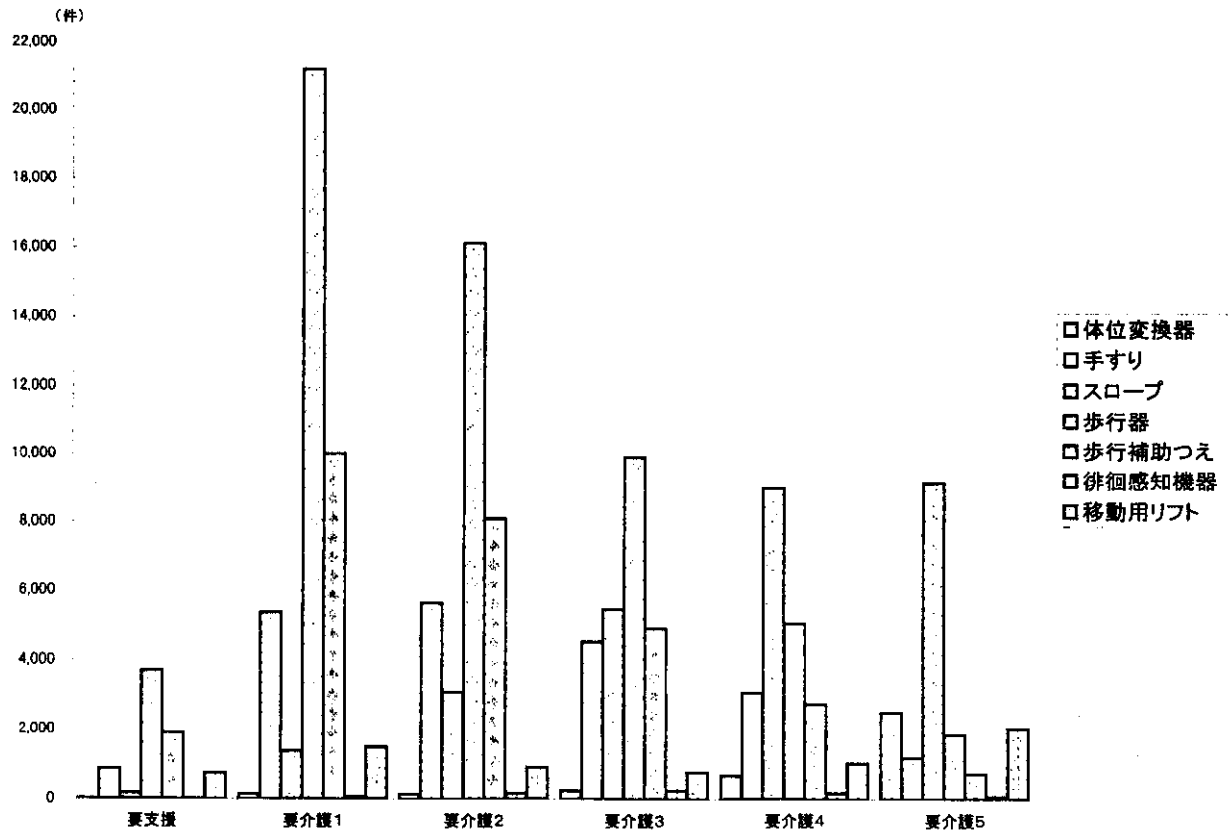


## 要介護度別にみた福祉用具貸与種目別利用件数

平成13年10月



平成14年10月

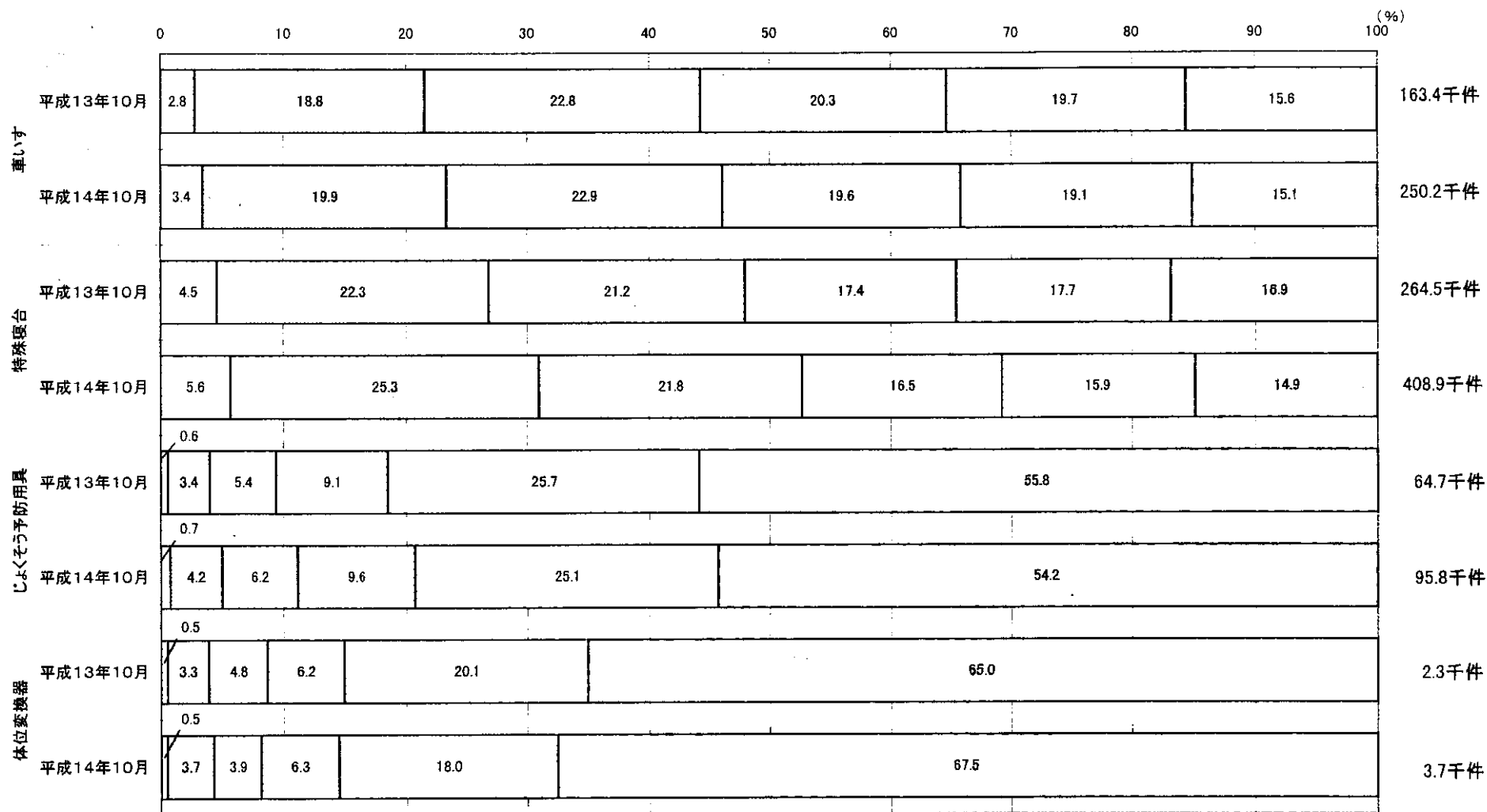


注)同一種目に分類される用具を複数利用した場合には、それぞれを1件として計上している。

\*介護給付費実態調査

(当調査は、当該審査月に保険請求のあった介護給付費明細書を審査対象としているため、一般的に、サービス提供月は当該審査月の前月となる。)

# 福祉用具貸与種目別にみた要介護状態区別構成割合の推移



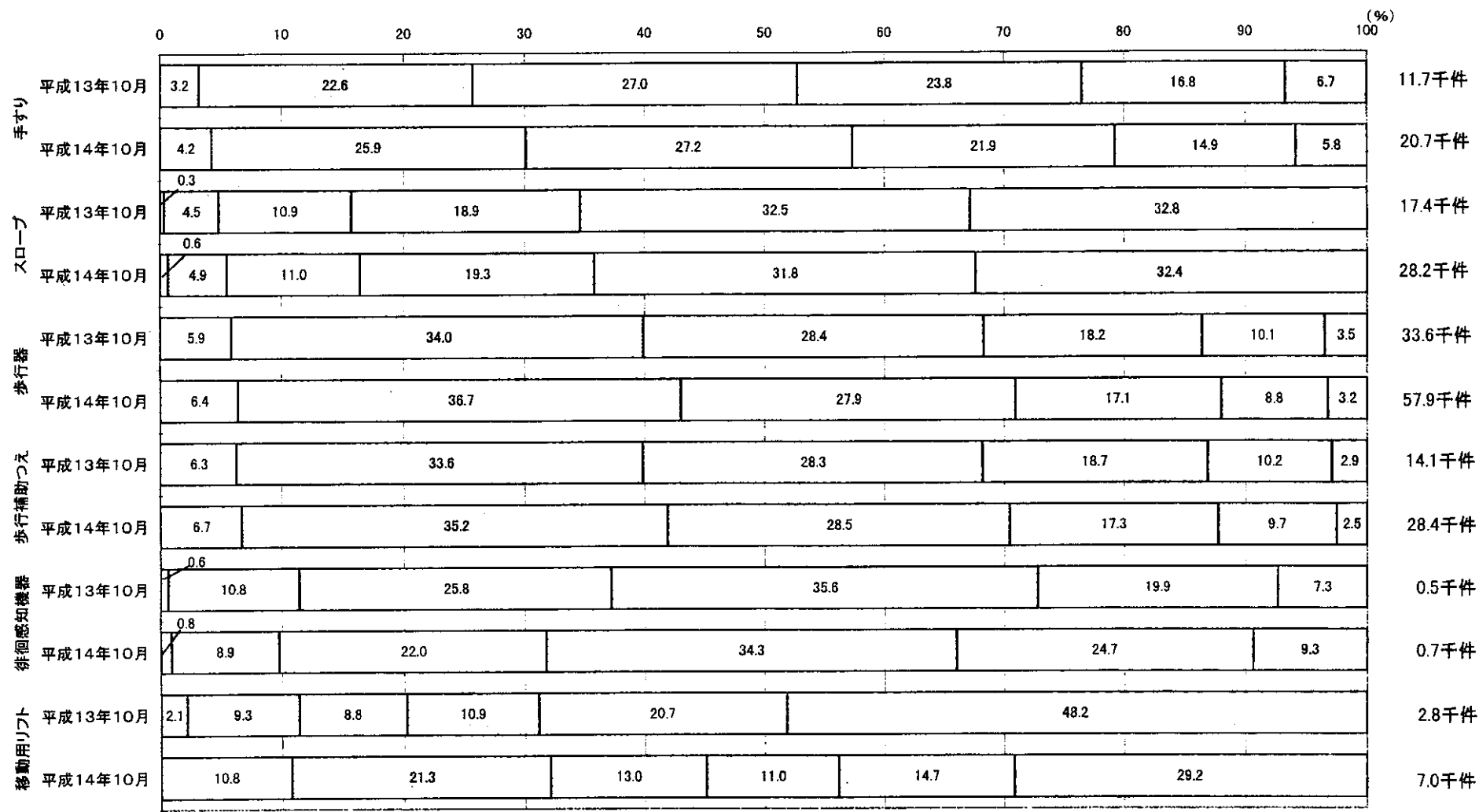
□要支援 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5

注)同一種目に分類される用具を複数利用した場合には、それぞれを1件として計上している。

\*介護給付費実態調査

(当調査は、当該審査月に保険請求のあった介護給付費明細書等を審査対象としているため、一般的に、サービス提供月は当該審査月の前月となる。)

# 福祉用具貸与種目別にみた要介護状態区分別構成割合の推移



□要支援 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5

注)同一種目に分類される用具を複数利用した場合には、それぞれを1件として計上している。

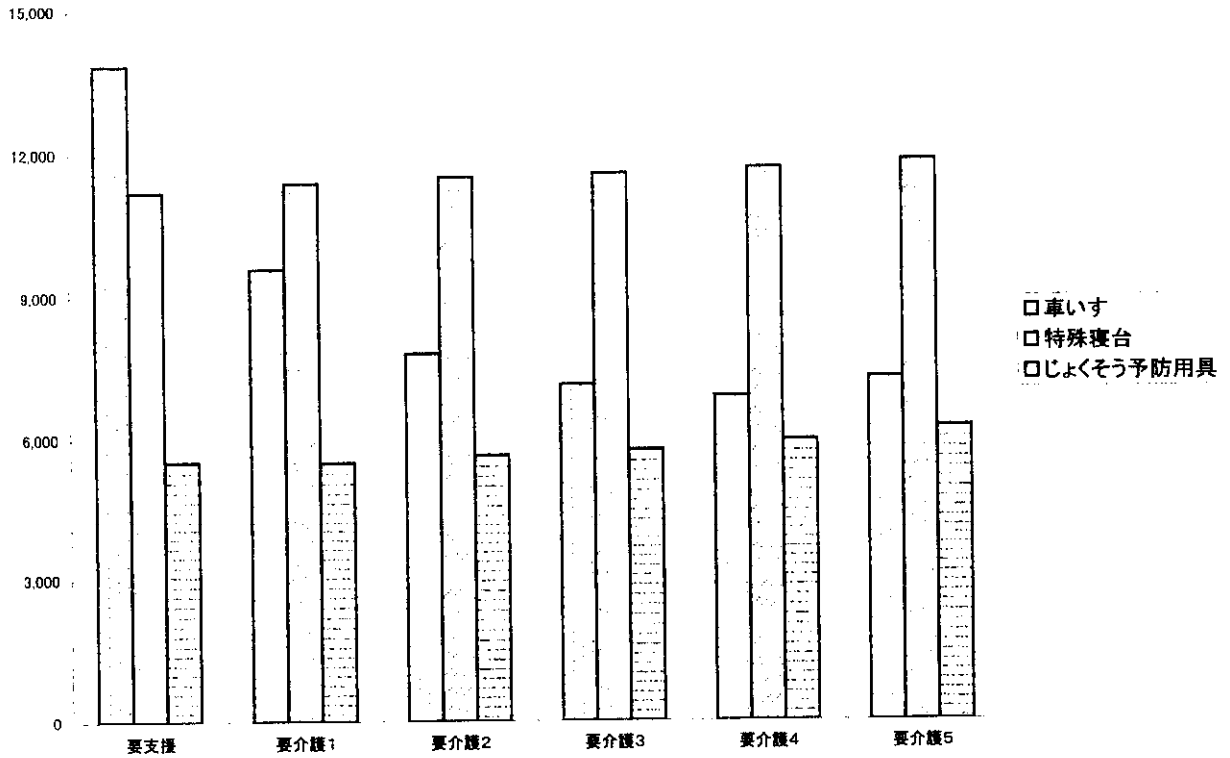
\*介護給付費実態調査

(当調査は、当該審査月に保険請求のあった介護給付費明細書等を審査対象としているため、一般的に、サービス提供月は当該審査月の前月となる。)

要介護度別にみた福祉用具貸与種目別1件あたり費用(月額)

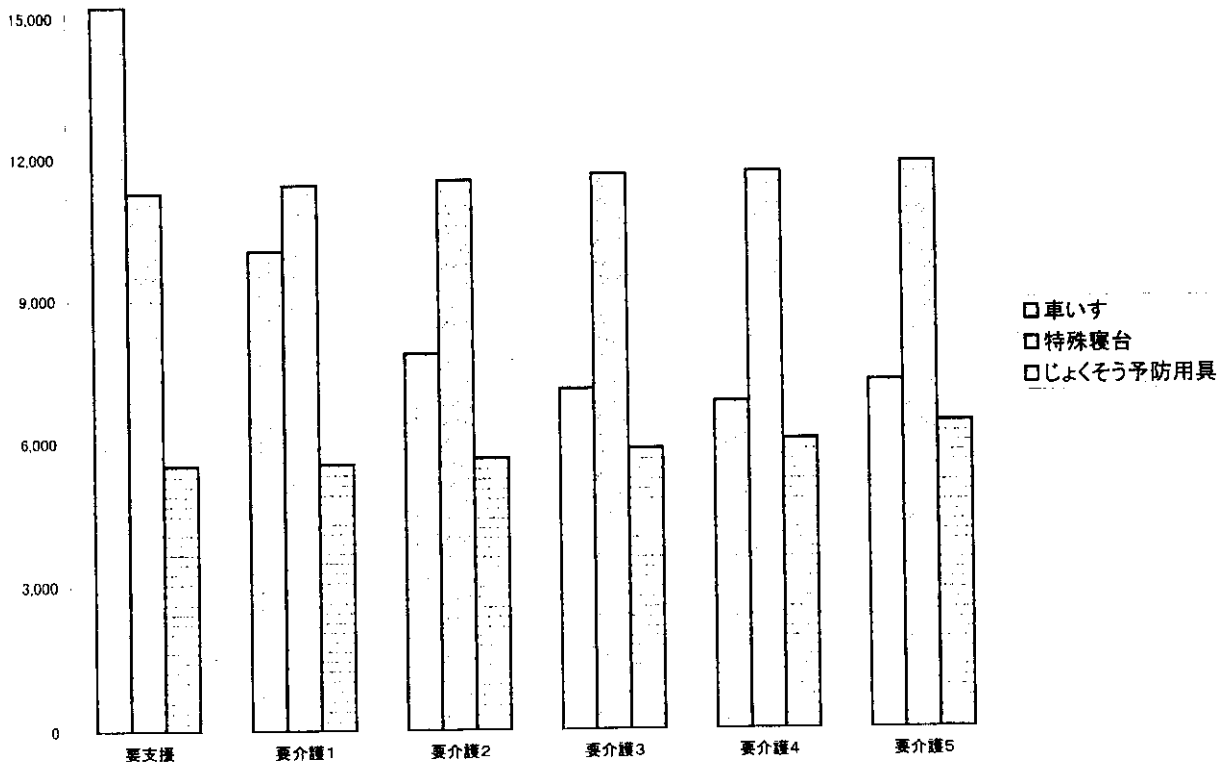
平成13年10月

(円)



平成14年10月

(円)



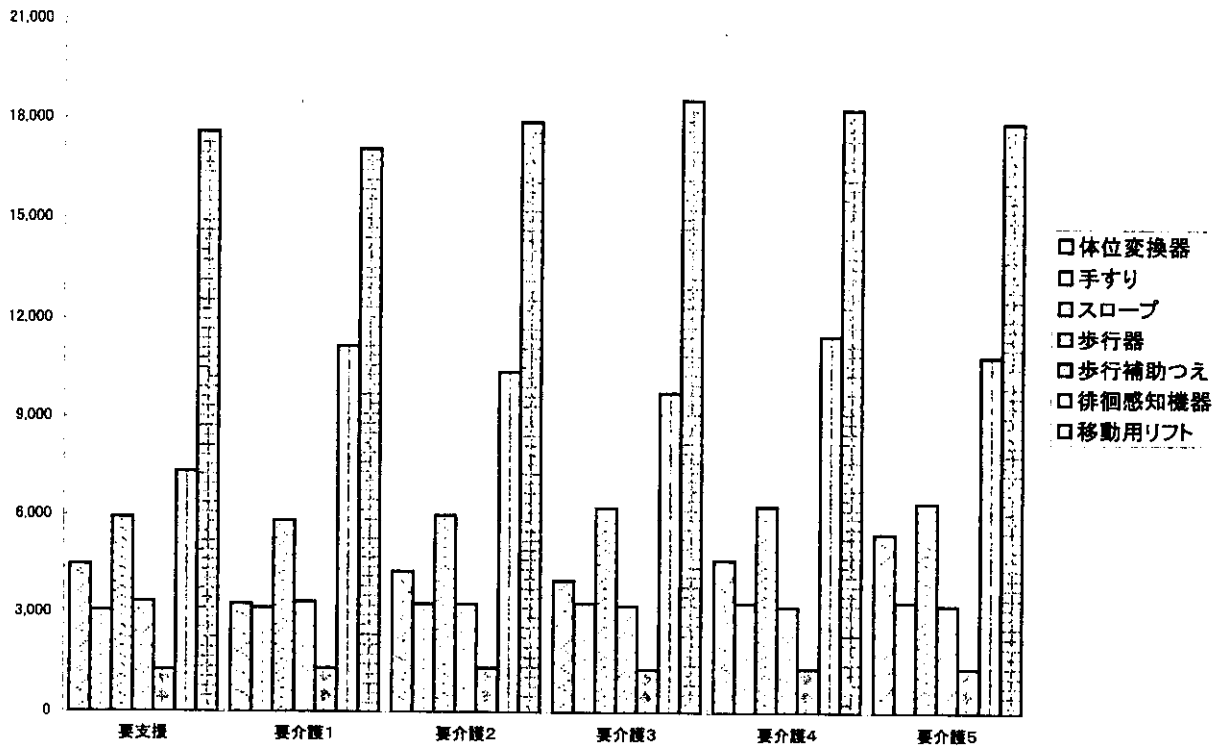
注)同一種目に分類される用具を複数利用した場合には、それぞれを1件として計上している。

\*介護給付費実態調査

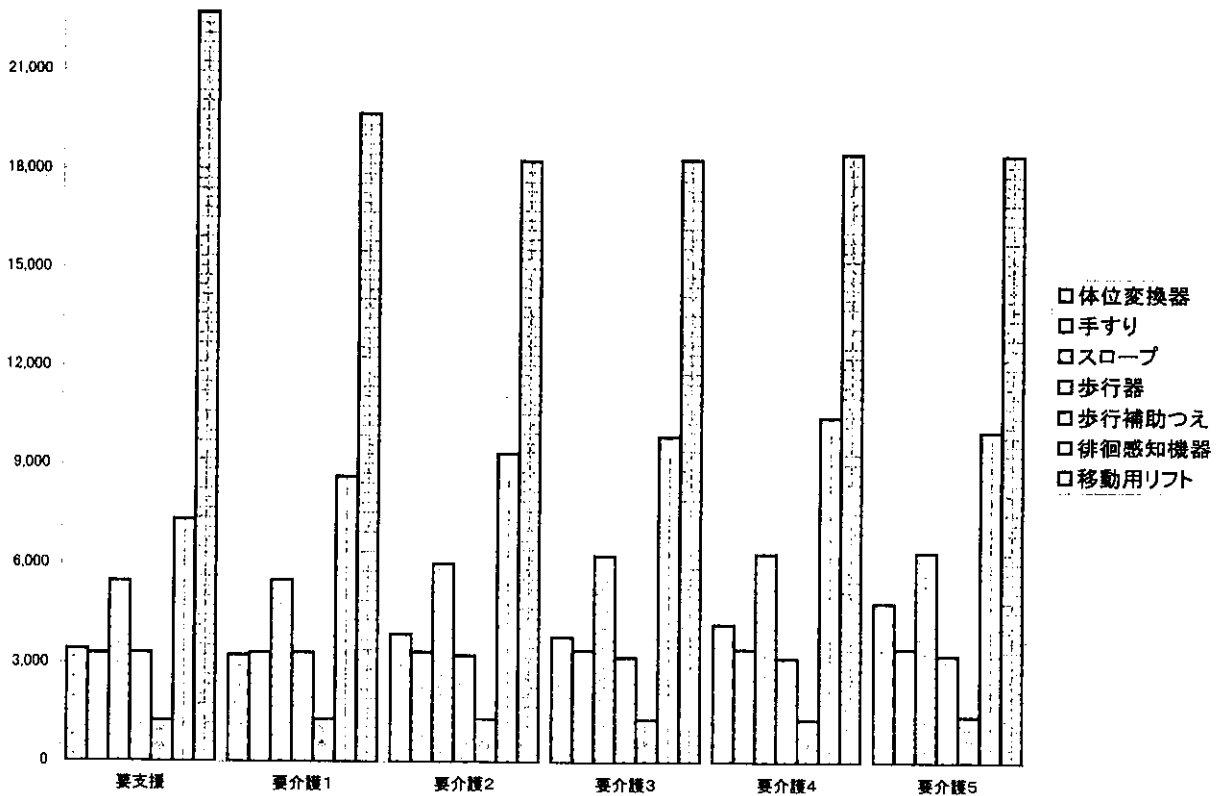
(当調査は、当該審査月に保険請求のあった介護給付費明細書等を審査対象としているため、一般的に、サービス提供月は当該審査月の前月となる。)

要介護度別にみた福祉用具貸与種目別1件あたり費用(月額)

平成13年10月  
(円)



平成14年10月  
(円)



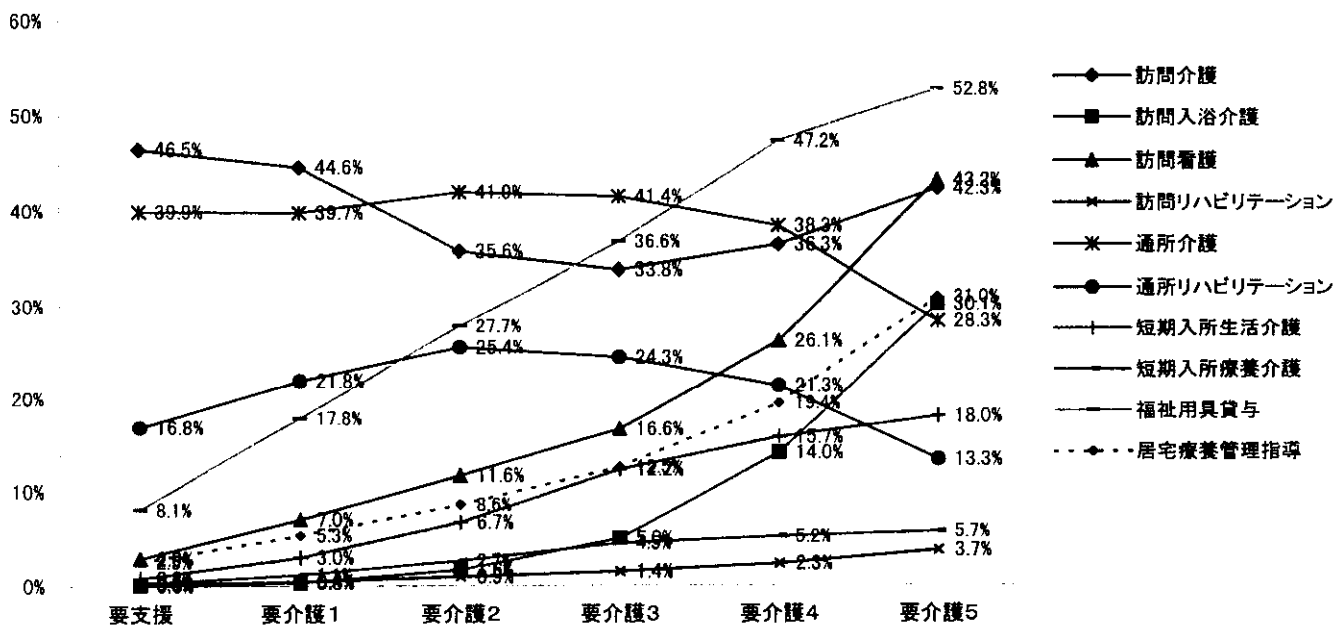
注)同一種目に分類される用具を複数利用した場合には、それぞれを1件として計上している。

\*介護給付費実態調査

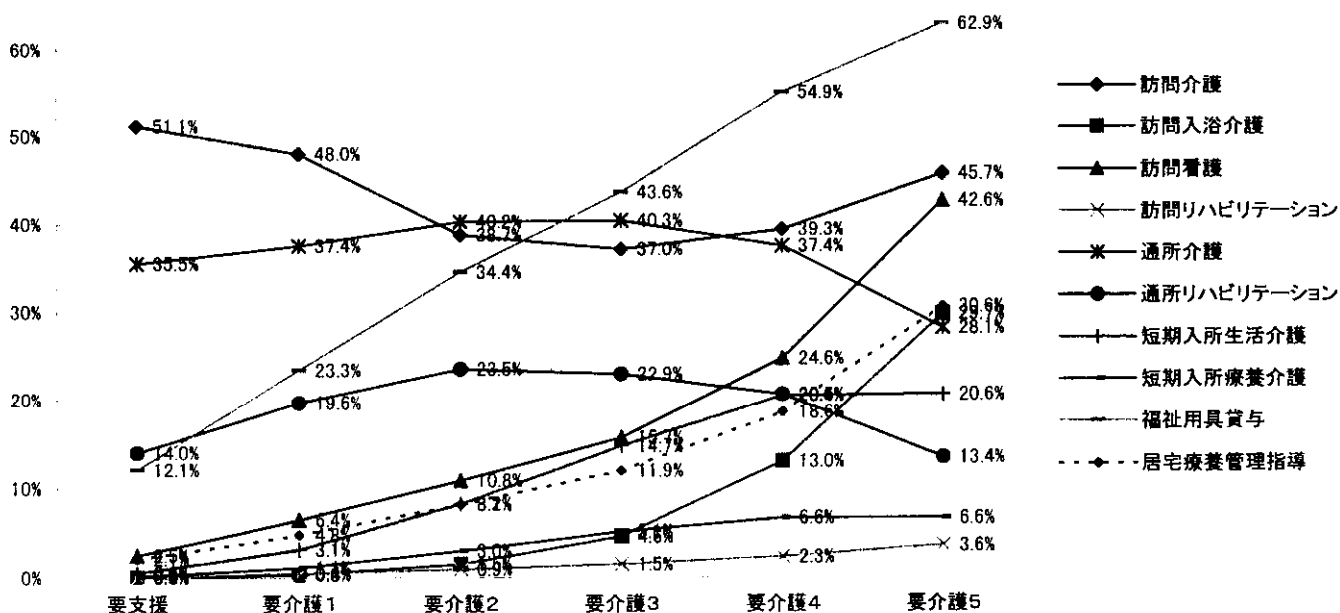
(当調査は、当該審査月に保険請求のあった介護給付費明細書を審査対象としているため、一般的に、サービス提供月は当該審査月の前月となる。)

# 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

平成13年10月



平成14年10月



\* 介護給付費実態調査

(当調査は、当該審査月に保険請求のあった介護給付費明細等を審査対象としているため、一般的に、サービス提供月は当該審査月の前月となる。)

(参考)

## 福祉用具専門相談員及び指定講習会の概要

### 1. 福祉用具専門相談員の役割

福祉用具専門相談員は、福祉用具貸与事業の目的である利用者の自立支援のために、福祉用具の利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえた適切な福祉用具の選定の援助、取付け、調整等を行うことにより福祉用具利用者の日常生活上の便宜を図っている。

なお、指定福祉用具貸与事業所に2名以上配置されることが義務づけられている。

### 2. 福祉用具専門相談員の要件

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第194条に定められており、

①介護福祉士、義肢装具士、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士

②厚生労働大臣が指定した講習会（福祉用具専門相談員指定講習会：40時間の講習）を修了した者

③都道府県知事がこれと同程度以上の講習を受けたと認める者が福祉用具専門相談員として認められている。

### 3. 福祉用具専門相談員指定講習会について

#### (1) 講習内容（40H）

○ 老人保健福祉に関する基礎知識（2H）

・老人保健福祉制度の概要

○ 介護と福祉用具に関する知識（20H）

・介護に関する基礎知識

・介護技術

・介護場面における福祉用具の活用

○ 関連領域に関する基礎知識（10H）

・高齢者等の心理

・医学の基礎知識

・リハビリテーション概要

○ 福祉用具の活用に関する実習（8H）

#### (2) 指定方法

上記2の②の「厚生労働大臣が指定した講習会」の指定にあたっては、福祉用具専門相談員指定講習会指定要綱に基づき、各種法人からの申請を受けて内容を審査したうえで指定を行っている。

#### (3) 指定講習数

平成15年6月末現在 123講習会

## 福祉用具貸与事業所数

		福祉用具貸与事業所数	(Aのうち休止事業者数を除く)
平成12年度	平成12年9月	4,581	2,685
	平成13年3月	5,000	
平成13年度	平成13年9月	5,456	3,839
	平成14年3月	5,884	
平成14年度	平成14年9月	6,433	
	平成15年3月	6,877	
平成15年度	平成15年5月	7,039	

※参考資料:WAM NET「介護サービス事業者情報」  
平成13年介護サービス施設・事業所調査の概況(厚生労働省発表)

## 福祉用具貸与事業所従事者数(平成13年10月1日現在)

	福祉用具専門相談員 A	その他の職員 B	合計 A+B=C
常勤職員	8,740	2,505	11,245
非常勤職員	449	290	739
合計	9,189	2,795	11,984

※1事業所(休止事業所を除く)あたりの福祉用具専門相談員(常勤職員)は平均2.27人  
※参考資料:平成13年介護サービス施設・事業所調査の概況(厚生労働省発表)

## 福祉用具専門相談員指定講習会実施状況

	指定講習会の指定団体数 D	指定講習会実施回数 E	指定講習会修了者数 F
平成12年度	70	275	16,830
平成13年度	94	408	15,079
平成14年度	125	569	19,994

※福祉用具専門相談員指定講習会の実施回数及び修了者数については事業実績報告ベース



## 7. 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) 早朝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

#### 【原因や誘因の発生子防】

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、一週間寝こんだだけで、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、閉じ込めりから寝込み、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、ベッドの上で食事も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、頭髪、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お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がちです。排泄も可能な限り自力であることが大切です。

## 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、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り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きました。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。



## 8. 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

平成15年度予算額 250,541千円  
(平成14年度予算額 281,669千円)

### 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14年度):40都道府県

# 地域リハビリテーションの推進

## 都道府県リハビリテーション協議会

- ・ 都道府県及び地域における連携指針の作成
- ・ 都道府県及び地域リハビリテーション広域支援センターの指定

## 都道府県リハビリテーション支援センター

- ・ 地域リハビリテーション広域支援センターの支援
- ・ リハビリ資源の調査・研究
- ・ 関係団体との連絡調整

## 地域リハビリテーション広域支援センター (二次医療圏の中核的リハビリ医療機関など)

### 地域のリハビリテーション 実施機関の支援

- (1) 地域住民の相談への対応に係る支援
- (2) 福祉用具、住宅改修等の相談実施に係る支援  
(テクノエイド：注)

### リハビリ資源 の共同利用

### 地域のリハビリ施設等における 従事者への援助・研修

- (1) 施設に向いて行うリハビリ従事者への援助
- (2) リハビリ従事者に対する研修

### 地域レベルの関係 団体の支援

救急医療施設

病院・診療所  
療養型病床群  
老人保健施設  
デイケア施設  
特別養護老人ホーム  
訪問看護ステーション  
等

市 町 村

〔在宅介護支援  
センターの設置  
・機能訓練事業の  
実施 等〕

住民組織

〔患者の会  
家族の会  
ボランティア  
グループ 等〕

住 民

注：テクノエイド：住宅改修や福祉用具使用について専門的な指導・助言を行う。

## 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
実施都道府県	7	9	30	38	40
都道府県リハビリテーション協議会の設置	7	9	30	38	38
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
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)
都道府県リハビリテーション連携指針の策定		3	17	26	26
<p>備考:平成14年度実施</p> <p>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、富山、石川、福井、山梨、岐阜、静岡、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄</p>					

(厚生労働省老健局老人保健課調べ)

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

(H15.3.31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) 広域支援センター一箇所数/圏域数
1	北海道	医療法人雄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/医療法人社団北斗希広北斗病院	4/21
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	1/6
3	岩手 財)いわてリハビリテーションセンター	東八幡平病院/盛岡聖温泉病院/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/県立久慈病院	8/9
4	宮城	仙南保健福祉事務所/仙台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)	0/4
7	福島 福島県地域リハビリテーション協議会	祈記念病院/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	6/9
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		0/10
11	埼玉 埼玉県総合リハビリテーションセンター	埼玉県比企福祉保健総合センター/埼玉県秩父福祉保健総合センター/埼玉県人間福祉保健総合センター/埼玉県大里福祉保健福祉センター/埼玉県児玉福祉保健総合センター	5/9
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	1/8
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	2/13
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		0/13
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)日本赤十字社富山県支部(富山赤十字病院)/上市厚生病院/高岡市民病院/市立砺波総合病院/公立井波総合病院	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/医療法人寿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		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	農業共済中伊豆リハビリテーションセンター/医療法人社団清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	4/10
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	真鶴赤十字病院	1/6
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/夏ヶ丘厚生年金病院/医療法人医真会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	2/10
29	奈良 (未実施)	(未実施)	0/3
30	和歌山 (未実施)	(未実施)	0/7
31	鳥取		0/3
32	島根	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/隠岐広域連立隠岐病院	7/7
33	岡山 財団法人岡山県健康づくり財団		0/5
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西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/公立みづぎ総合病院/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	岩国市医療センター医師会病院/萩健康福祉センター/下関市医師会/柳井健康福祉センター/徳山健康福祉センター/山口健康福祉センター/宇部健康福祉センター	7/7
36	徳島		0/6
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	1/5
38	愛媛 愛媛県医師会	医療法人愛愛会石川病院/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/財団法人積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/高幡保健所/幡多保健所	6/4
40	福岡		0/13
41	佐賀		0/5
42	長崎 ナガサキリハビリテーションネットワーク	長崎県障害福祉センター/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/長崎県離島医療圏組合五島中央病院/長崎県離島医療圏組合上五島病院/介護老人保健施設光風/長崎県離島医療圏組合対馬中央病院	8/9
43	熊本 熊本地域リハビリテーション支援協議会	医療法人寿量会熊本機能病院/医療法人旭尾会熊本託麻台病院/医療法人緑幸会(くまもと)病院/医療法人社団聖和会有明成仁病院/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/医療法人社団大徳会大阿蘇病院/医療法人回生会リハビリテーションセンター熊本回生会病院/労働福祉事業団熊本労災病院/国保水俣市立湯之尻病院/医療法人社団健成会介護老人保健施設リバーサイド御妻園/社団法人全国社会保険協会連合会神宮保障天草中央総合病院	12/11
44	大分 財団法人厚生年金事業振興団湯布院厚生年金病院	東国東広域国保総合病院/農業共済別府リハビリテーションセンター/井野辺病院/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	10/10
45	宮崎 社団法人宮崎県医師会	財団法人酒和リハビリテーション振興財団酒和会折念病院/社団法人八日会藤元早節病院/医療法人中心会野村病院	3/7
46	鹿児島 鹿児島大学附属霧島リハビリテーションセンター	医療法人三州会大勝病院/介護老人保健施設はやひと/医療法人青仁会池田病院/医療法人菊野会菊野病院/社)川内市医師会立市民病院/医療法人加治木温泉病院	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病院/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/医療法人上善会かりゆし病院	5/5
合計	26	30	159/361