

<参 考>

参 考 資 料 1

○ 老人保健事業関連通知

保健事業実施要領

第1 共通的事項

- 1 市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、老人保健法（昭和57年法律第80号）による医療等以外の保健事業（以下単に「保健事業」という。）の実施に当たっては、「医療等以外の保健事業の実施の基準」（昭和57年11月厚生省告示第185号）及びこの実施要領を基に、市町村の人口規模、年齢構成、地理的状况、住民の健康及び疾病の状況、保健事業の実施に必要な要員、施設の状況、財政事情等に配慮し、地域住民の多様な需要にきめ細かく対応した魅力ある保健事業の実施を図るべく、具体的な実施方法、事業量等に関し地域の実情に即した実施計画を作成し、計画的に事業を推進するものとする。この際には、老人保健法及び老人福祉法（昭和38年法律第133号）による市町村老人保健福祉計画及び介護保険法（平成9年法律第123号）による市町村介護保険事業計画との整合を十分図らなければならない。
- 2 市町村は、保健事業の実施の計画の作成、その他保健事業の企画及び運営に関し、保健所、福祉事務所その他の関係行政機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会その他の保健医療関係団体、社会福祉協議会その他の福祉関係団体、ボランティアを含む住民の代表等からなる協議会において、これらの者の意見を聴き、その協力を得るとともに、保健所保健事業連絡協議会、都道府県高齢者サービス総合調整推進会議等の機会をも利用し、保健事業相互間、保健事業と医療及び福祉サービス並びに地域と職域の保健サービスの有機的な連携及び調整を積極的に図るものとする。
- 3 市町村は、広報誌、パンフレット、ポスター、有線放送その他を活用し、保健事業の意義、対象となる者の範囲、各事業の内容、実施期日、実施方法その他必要な事項について、地域の住民に周知徹底させるよう努め、また、地域住民やボランティア活動等地域社会の協力も得て、住民が積極的に保健事業に参加しうる体制づくりに努めるとともに、特に都市及びその周辺部においては、対象者の移動状況、住民の健康意識、医療機関の利用実態等に係る都市部特有の事情に留意するものとする。
- 4 市町村は、保健事業の実施に当たっては、自ら適宜、適切な評価を行い、その評価に基づき、事業のより一層の充実・強化を図るものとする。
- 5 都道府県保健所は、保健所保健事業連絡協議会の活用を図り、市町村が地域特性等を踏まえて保健事業を円滑かつ効果的に実施できるよう、必要な助言、技術的支援、連絡調整及び健康指標その他の保健医療情報の収集及び提供を行い、必要に応じ保健事業についての評価を行うことが望ましい。

- 6 都道府県は、保健・医療・福祉の連携を図るとともに、老人保健事業と医療保険制度の保険者による保健事業との効果的な連携を図るために、地域・職域保健連絡協議会を活性化していくことが望ましい。
- 7 地域保健法施行令（昭和23年政令第77号）に定める市及び特別区は、1から4までに掲げる市町村の役割と5に掲げる都道府県の役割を併せ持つことから、地域の実情に応じて、その役割分担を工夫することが望ましい。

第2 健康手帳の交付

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 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

- (1) 老人保健法に基づく医療を受けることができる者全員。
- (2) (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（以下「要介護者等」という。）のうち、希望する者又は市町村が必要と認める者。

3 様式及び内容

- (1) 医療の受給資格を証するページ及び医療の記録に係るページについては、「健康手帳の医療の受給資格を証するページ及び医療の記録に係るページの様式」（昭和57年11月厚生省告示第192号）に定める様式とする。
- (2) 健康診査の記録に係るページについては、別添1の様式1～3を標準的な様式例とする。
- (3) 生活習慣行動等の把握に係るページについては、各市町村において自らの創意工夫を生かして作成する（手帳本体とは別に作成することもある）。その際には、健康度評価事業の一環として活用するため、生活習慣病の予防及び介護を要する状態等の予防に関する健康度評価に係る質問票を設けることが望ましい。それぞれについて、別添2の様式1に日本総合健診医学会作成（一部改変）の「生活習慣病問診票」を、別添2の様式2に東京都老人総合研究所作成の「老研式活動能力指標」を例示するので、作成の際の参考とされたい。
- (4) 健康教育、健康相談、機能訓練及び訪問指導の記録に係るページ、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受療のための知識に係るページ等を設ける場合にあっては、各種の保健情報が記載しやすく、ま

た、分かりやすいものとなるよう各市町村において自らの創意工夫を生かして作成する。

- (5) 老人保健法に基づく健康手帳であることが明らかとなるよう留意する。

4 交付の方法

健康手帳の交付は、市町村における健康診査等の実施方法その他地域の諸事情に応じ、次の事項を考慮した適切な方法によるものとする。

- (1) 交付の対象となる者にとっての便宜が図られた方法であること。
(2) 交付の事務を的確に処理できる方法であること。

5 記載方法等

- (1) 医療の記録に係るページの各欄は、保険医療機関、保険薬局、特定承認保険医療機関若しくは指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者（訪問看護事業、訪問リハビリテーション事業、居宅療養管理指導事業、通所リハビリテーション事業若しくは短期入所療養介護事業を行う者に限る。以下同じ。）、介護老人保健施設若しくは介護療養型医療施設において記載する。
(2) 医療の記録を補足するページの各欄は、保険医療機関、保険薬局、特定承認保険医療機関若しくは指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護老人保健施設若しくは介護療養型医療施設において記載する。
(3) (1)、(2)以外のページの各欄は、原則として交付を受けた者又はその家族が記載し、必要に応じて保健事業の担当者等が記載する。
(4) 健康手帳の記載方法及び活用方法については、交付の際その他適切な機会をとらえ必要な指導を行う。

6 その他

- (1) 健康診査の記録その他の記録に係るページ（医療の記録を補足するページを含む。）に記載すべき余白がなくなった健康手帳については、交付を受けた者からの申し出に基づき、健康手帳の再交付を行う。
(2) 健康手帳を破損し、汚し、又は、紛失したときは、交付を受けた者からの申し出に基づき、健康手帳の再交付を行う。

第3 健康教育

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 健康教育の種類

健康教育の種類については、次に掲げるものとする。

- (1) 個別健康教育
- (2) 集団健康教育
- (3) 介護家族健康教育

3 個別健康教育

(1) 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。

(2) 個別健康教育の種類

健康教育の種類については、次に掲げるものとする。

- ア 高血圧個別健康教育
- イ 高脂血症個別健康教育
- ウ 糖尿病個別健康教育
- エ 喫煙者個別健康教育

(3) 対象者

ア 高血圧個別健康教育

(7) 基本健康診査の血圧測定において「要指導」と判定された者。

(イ) 「要医療」と判定された者のうち、受診の結果、医師が必要と判断したもの。

イ 高脂血症個別健康教育

(7) 基本健康診査の血液化学検査において「要指導」と判定された者。

(イ) 「要医療」と判定された者のうち、受診の結果、医師が必要と判断したもの。

(いずれも、血清総コレステロールが高値である者を対象とする。)

ウ 糖尿病個別健康教育

(7) 基本健康診査の糖尿病に関する検査において「要指導」と判定された者。

(イ) 「要医療」と判定された者のうち、受診の結果、医師が必要と判断したもの。

エ 喫煙者個別健康教育

喫煙者(喫煙本数がおおむね1日平均20本以上の者で、禁煙の実行を希望しているものを対象とする)。

(4) 実施内容

ア 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。

(7) 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。

(4) 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（尿中ナトリウム、カリウム及びクレアチニン）とし、高脂血症個別健康教育においては血液化学検査（血清総コレステロール、HDL-コレステロール及び中性脂肪）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A1c検査とする。

(5) 面接による保健指導

(7)及び(4)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。

面接は、各回の検査の後速やかに行うとともに、必要に応じて回数を追加する。1回の面接時間はおおむね20分を標準とする。

イ 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。

(7) 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（呼気中一酸化炭素濃度及び尿中ニコチン濃度の測定）を実施する。これらの結果を踏まえ、健康教育教材等を用いた説明や禁煙実施に関する指導について、個人面接により実施する。面接時間はおおむね20分を標準とする。

(4) 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か月ごとに実施するものとし、個人面接又は電話若しくはこれに準ずる方法により行う。最終の指導を面接により実施する場合には、初回指導時と同様の検査を実施することが望ましい。

(5) 実施方法

ア 実施場所

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。

イ 実施担当者

食生活運動調査及び各種指導については、医師、保健師、管理栄養士等が実施する（個別健康教育の実施を担当するにふさわしい経験を有する者が実施することが望ましい。）。

ウ 事業の委託

(7) 市町村は、実施体制等から判断して適当と認められる実施機関（以下「受託実施機関」という。）に個別健康教育の実施を委託することができる。

(4) 受託実施機関は、個別健康教育の質の向上を図るよう努める。

(6) 記録の整備及び評価

個別健康教育の実施担当者は、対象者ごとの記録票に、氏名、年齢、基本健康診査の結果、個別健康教育の指導状況（日時、指導内容、設定目標の要点等）、検査結果の推移等を記録する。

市町村は、受託実施機関の協力も得て、実施人数、被指導者の年齢、指導内容、結果の推移等について分析し、質の向上に資するよう努める。

市町村のこうした取組について、都道府県は、保健所の機能等も活用し、必要に応じて技術的な助言・支援を行う。

(7) 実施に当たっての留意事項

指導に当たっては、対象者の特性及び実施意欲に十分配慮し、画一的な指導とならないようにする。

実施に当たっては、医療機関の十分な協力体制を得るとともに、必要な場合には、速やかに医療機関への受診を指導する。

個別健康教育を実施した者に対しては、集団健康教育、訪問指導その他の保健事業の活用や、自主グループの育成・支援など、地域の実情に応じて効果的と思われる方法により、適切な指導が継続して行われるよう配慮する。

また、都道府県は、保健事業第4次計画の5年間において、全ての市町村が個別健康教育を導入することができるよう、事業の普及のための担当者の配置や講習会の開催等の所要の措置を講じ、個別健康教育の計画的な普及を図ることが望ましい。

4 集団健康教育

(1) 目的

生活習慣病の予防、介護を要する状態になることの予防その他健康に関する事項について、正しい知識の普及を図ることにより、「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) 集団健康教育の種類

集団健康教育の種類は次のとおりとする。

- (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。

(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

族等を対象とすることができる。

(4) 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、老人福祉センター、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。

(5) 実施内容

集団健康教育はおおむね次に掲げる内容について行う。

(7) 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・副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、食生活の在り方その他健康に関して必要な事項について

(6) 評価

市町村は、保健学級、講演会等に参加した者に対してアンケート調査等を行い、実施方法や内容が適切なものであったかどうかを検討し、その後の改善に努める。

(7) 教材の利用

(7) 保健学級、講演会等を実施するに当たっては、スライド、ビデオ、映画等の視聴覚教材やパンフレット等を十分に活用し、その効果をあげるよう工夫する。

(イ) 都道府県、保健所は、教材の効率的利用の観点から、映画、スライド等の集中管理及び相互利用の調整等を行い、市町村への便宜を図る。

(8) 実施に当たっての留意事項

(7) 実施に当たっては、それぞれの市町村の実情に応じ、独自に実施方法の工夫を行い、実効をあげるよう努める。

(イ) 集団健康教育は単なる知識の伝達ではなく、自らの健康管理に対する主体的な実践を促すよう、特に配慮する。また、個別健康教育や生活習慣行動の改善指導等と適切に組み合わせることにより、具体的な生活習

慣の改善がもたらされるよう、総合的な取組みに配慮するとともに、同じ病態を共有する者に対する集団的な指導を通じて、共通の目的に向けて対象者が主体的に取組みができるよう工夫を行う。

- (ウ) 病態別健康教育、骨粗鬆症（転倒予防）健康教育等を行う場合にあっては、地域の医師会等関係団体の協力を得て、講師の確保等に配慮する。
- (エ) 歯周疾患健康教育を行う場合にあっては、地域の歯科医師会等関係団体の協力を得て、講師の確保等に配慮する。
- (オ) 薬健康教育を行う場合にあっては、地域の医師会、薬剤師会等関係団体の協力を得て、講師の確保等に配慮する。

5 介護家族健康教育

(1) 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。

(2) 対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者のうち、家族等の介護を担う者を主な対象とする。

(3) 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。

(4) その他

介護家族健康教育の実施方法、評価、教材の利用、実施にあたっての留意事項等は、集団健康教育と同様とする。

6 周知徹底

健康教育の趣旨及び内容等について積極的に広報を行い、対象者の参加の促進等を図る。

第4 健康相談

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 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。

3 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。

- (1) 重点健康相談
- (2) 介護家族健康相談
- (3) 総合健康相談

4 重点健康相談

(1) 重点課題

重点健康相談の課題は次のとおりとする。

- ア 高血圧健康相談
- イ 高脂血症健康相談
- ウ 糖尿病健康相談
- エ 歯周疾患健康相談
- オ 骨粗鬆症健康相談
- カ 病態別健康相談

(2) 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、(1)に掲げるもののうちから重点課題を選定して実施する。

(3) 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。

(4) 実施内容

重点健康相談は次に掲げる内容により行う。

- ア 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相談指導等
- エ 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 骨粗鬆症について、個人の食生活、運動その他の生活習慣を勘案し

て行う相談指導等

カ 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勧告して行う相談指導等（アからオに掲げるものを除く。）

5 介護家族健康相談

介護家族健康相談は、家族等の介護を行う者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。

6 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。

7 相談内容等の記録及び保存

爾後の指導助言に役立てるために、相談の内容及び指導、助言の内容等を記録して保存する。

8 評価

健康相談を受けた者の人数、年齢、相談内容等を分析し、実施方法等の改善に努める。

9 実施に当たっての留意事項

健康相談を実施するに当たっては、健康教育、健康診査等他の保健事業や、保健所等で実施されている精神保健福祉相談等の事業と連携を保ちながら実施する。

また、地域の医師会及び歯科医師会等の協力を得て、かかりつけ医の指導を受ける等の連携のもとに健全な生活習慣の定着を図る。さらに、専門スタッフの確保に努め、地域の栄養士会、食生活改善推進員協議会等栄養関係団体、社会福祉協議会、老人クラブ等老人福祉関係団体等各方面の関係者の協力を得て、相談内容の多様化等に対応できるよう配慮する。

第5 健康診査

1 総論

(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) 健康診査の種類

健康診査の種類は、次の診査及び当該診査に基づく指導とする。

- ア 基本健康診査
- イ 歯周疾患検診
- ウ 骨粗鬆症検診
- エ 健康度評価

- (3) 診査の結果に基づき、必要な指導を行う。特に、医療機関での受診が必要な者又は生活習慣の改善が必要な者に対しては、個別に指導する。

(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。

(5) 実施回数

健康診査は原則として同一人について年1回行う。

(6) 実施についての基本的事項

ア 目標受診率の設定

市町村は、現在の受診率等地域の特性を踏まえ、それぞれ独自の目標受診率を設定し、目標受診率の達成に向けて受診率を向上するよう努める。

イ 実施計画の策定

- (7) 健康診査の実施方法、実施時期、実施場所等の実施計画を作成するに当たっては、地域の医師会、歯科医師会等の理解と協力を得るとともに、保健所、医療機関、検診団体等関係機関と十分に調整を図る。
- (8) 健康診査の実施方法、実施時期、実施場所については、地域の実情を十分考慮し、受診しやすい方法、時期、場所を選定する。
- (9) 健康診査は、実施体制、精度管理の状況等から判断して適当と認められる実施機関に委託することができる。

ウ 実施方法の創意工夫

実施計画の作成に当たっては、一定年齢の者全員に対して通知を行い健康診査を実施するいわゆる「計画健診」の実施及び利用券（受診券）を提示して医療機関において健康診査を受診するいわゆる「利用券方式」による健康診査の実施等の配慮を行う。

エ 周知徹底

健康診査の実施に当たっては、広報や個別の通知等により、その意義や実施の日時、場所、方法等をあらかじめ十分に地域住民に対し周知徹底する。

オ 精度管理及び評価

健康診査の実施に当たっては、健康度評価の結果を事後指導に活用すること、検診データを時系列的に把握することなどに努める。また、検査方法、受診率、受診者の年齢分布、初回受診者の割合、判定結果及び指導区分ごとの割合、事後指導の実施状況等を検討し、健康診査の精度の向上及び維持を図る。

なお、必要に応じて健康診査の実施を委託した機関（以下「受託実施機関」という。）に対して指導を行うとともに、健康診査の結果及び効率について評価する。

カ 市町村は、健康診査が円滑に行われるよう精密検査機関の確保等の体制整備に努める。

(7) 都道府県の役割

ア 都道府県は、市町村が健康診査の実施計画を作成するに当たって、健康診査の実施状況等に関して市町村間の均衡にも配慮しつつ、関連機関との連携を密にして必要な助言及び調整を行う。

イ 都道府県は、市町村が健康診査を実施するに当たって、必要に応じ職員の派遣等技術的な援助を行う。

ウ 都道府県は、常に疾病動向を把握し、市町村の行う健康診査が適切に行われているかを評価し、必要な指導を行う。

エ 都道府県は、受託実施機関に対し、健康診査の質の向上及び維持を図るよう指導する。また、必要に応じ従事者の指導講習を実施する。

オ 都道府県は、市町村の健康診査が円滑に行われるよう、保健所の整備及び精密検診機関の確保等の体制整備に努める。

(8) 受託実施機関の役割

ア 受託実施機関は、健康診査の精度を維持・向上するため、検査機器の保守点検及び整備を行うとともに、血液検査等の標準化に関する管理・点検機構の確立を図る。

イ 受託実施機関は、従事者の資質の向上に努める。

ウ 受託実施機関は、健康診査の結果を速やかに実施主体に報告する。

エ 受託実施機関は、判定に用いた検体やフィルム等を保存する。

オ 受託実施機関は、市町村や都道府県の求めに応じ、健康診査の質の確保を図る上で必要な資料の提出等の協力をしなければならない。

2 基本健康診査

(1) 目的

基本健康診査は、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。

(2) 基本健康診査の実施

ア 検査項目及び方法

基本健康診査は、問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、検尿、循環器検査、貧血検査、肝機能検査、腎機能検査、血糖検査及びヘモグロビンA1c検査を実施する。

(7) 問診

現状の症状、既往歴、家族歴、嗜好、過去の健康診査受診状況等を聴取する。

(イ) 身体計測

原則として身長、体重を測定し、比体重等を算定する。

(ウ) 理学的検査

視診、打聴診、腹部触診その他必要な検査を実施する。

(エ) 血圧測定

聴診法又は自動血圧計により、収縮期血圧及び拡張期血圧を測定する。

(オ) 検尿

随時に採取した尿について、糖、蛋白、潜血を試験紙を用いて検査する。

(カ) 循環器検査

① 心電図検査

安静時の標準12誘導心電図を記録する。

② 眼底検査

眼底カメラによりスライド用カラーフィルムを用いて行う。撮影は、右眼の乳頭部位、上耳側動静脈部位、下耳側動静脈部位及び黄斑乳頭を両端におさめた部位の4枚を原則とする。

③ 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を測定する。

(キ) 貧血検査

血液中の赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）及びヘマトクリット値を測定する。

(ク) 肝機能検査

血清GOT、GPT及びγ-GTPを測定する。

(ケ) 腎機能検査

血清クレアチニンを測定する。

(コ) 血糖検査

空腹時又は随時の血糖を測定する。

(サ) ヘモグロビンA1c検査

ヘモグロビン中の安定型ヘモグロビンA1cの比率を測定する。

なお、心電図検査、眼底検査、貧血検査及びヘモグロビンA1c検査については医師の判断に基づき選択的に実施する。

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。検査項目はアに準ずる。

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ものに対して、医師及び看護師を派遣し、基本健康診査を行う。検査項目はアに準ずる。

(3) 検査結果の判定と指導区分

検査結果については、各検査ごとに所定の方法で判定し、指導区分の決定に当たっては、これらの判定結果を総合的に判断し、「異常認めず」、「要指導」及び「要医療」に区分する。

なお、区分に当たっては、年齢、性、生活環境等の個人差について十分配慮する。

(4) 結果の通知

基本健康診査の結果については、指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

(5) 記録の整備

基本健康診査の記録は、氏名、年齢、過去の健康診査の受診状況、各検査結果及び判定結果、基本健康診査の指導区分等を記録する。

また、個別健康教育、健康度評価及び受診指導等の記録と併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成するなどして受診者の記録を一貫して記録し、継続的な保健指導に役立てるものとする。

3 歯周疾患検診

(1) 目的

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。

(2) 歯周疾患検診の実施

検診の項目は問診及び歯周組織検査とする。

ア 問診

歯周疾患に関連する自覚症状の有無等を聴取する。

イ 歯周組織検査

歯及び歯周組織等口腔内の状況について検査する。

(3) 検診結果の判定

「歯周疾患検診マニュアル」（厚生省）に基づき、「異常なし」、「要指導」及び「要精検」に区分する。

(4) 指導区分

それぞれの指導区分につき、次の内容の指導を行う。

ア 「要指導」と区分された者

問診の結果から、歯みがきの方法等特に改善を必要とする日常生活について指導する。

イ 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するよう指導する。

(5) 結果の通知

検診の結果については、指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

(6) 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、検診の結果、指導、歯周疾患検診の指導区分等を記録する。また、必要に応じ、治療の状況や事後の指導その他必要な事項についても記録する。

(7) その他の留意事項

歯周疾患検診は、疾病の発見のみならず、検診の実施により健康自立への意識を高揚させ、実践へ結びつけることにより快適な高齢期を迎えることを目的とするものであることから、健康教育、健康相談及び訪問指導等他の保健事業と有機的な連携を図ることにより、適切な指導等が継続して行われるよう配慮する。

4 骨粗鬆症検診

(1) 目的

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。

(2) 検診の実施

検診の項目は問診及び骨量測定とする。

ア 問診

運動習慣、食生活の内容等を聴取する。

イ 骨量測定

C X D 法、D I P 法、S X A 法、D X A 法、p Q C T 法又は超音波法等により実施する。

(3) 検診結果の判定

「骨粗鬆症予防マニュアル」（厚生省）に基づき、「異常なし」、「要指導」及び「要精検」に区分する。

(4) 指導区分等

それぞれの指導区分につき、次の内容の指導を行う。

ア 「要指導」と区分された者

食生活指導や運動指導等日常生活上の注意を促すとともに、生活習慣行動の改善指導等の保健事業への参加を指導する。

イ 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するよう指導する。

(5) 結果の通知

検診の結果については、指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

(6) 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、検診の結果並びに指導、精密検査の必要性の有無等を記録する。また、必要に応じ、治療の状況や事後の指導その他必要な事項についても記録する。

(7) その他の留意事項

骨粗鬆症検診は、疾病の発見のみならず、検診の実施により健康自立への意識を高揚させ、実践へ結びつけることにより快適な高齢期を迎えることを目的とするものであることから、健康教育、健康相談及び訪問指導等他の保健事業と有機的な連携を図ることにより、適切な指導等が継続して行われるよう配慮する。

5 健康度評価

(1) 目的

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。

(2) 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。

(3) 健康度評価の種類

健康度評価の種類については、次に掲げるものとする。

ア 生活習慣病の予防に関する健康度評価

イ 介護を要する状態等の予防に関する健康度評価

ウ 生活習慣行動の改善指導

(4) 健康度評価の実施

ア 生活習慣病予防に関する健康度評価

(7) 生活習慣行動質問票の配布

健康手帳の交付時や、健康相談、基本健康診査の実施時等、対象者と保健事業の接点となる機会を幅広くとらえ、生活習慣行動質問票（以下「A票」という。）を配布する。

A票の内容は、総合的な健康度の把握、生活習慣病の危険度の把握等を目的としたものとする。配布の方法は、健康手帳への添付、対象者への郵送、基本健康診査の会場や結果説明会での配布その他の適切な方法とする。

(4) 生活習慣行動の把握及び評価

A票を直接又は郵送等により回収し、その内容を把握する。医師、保健師、管理栄養士その他保健事業に従事する専門家は、A票の回答結果や基本健康診査の結果その他当該対象者の生活習慣行動の把握に資する情報を総合的に評価し、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する。

イ 介護を要する状態等の予防に関する健康度評価

(7) 社会・生活環境等質問票の配布

健康手帳の交付時、健康相談その他の保健事業の実施時、要介護等認定（介護保険法に規定する要介護認定又は要支援認定をいう。以下同じ。）の結果通知時など、対象者と保健事業との接点となる機会を幅広く

くとらえ、社会・生活環境等質問票（以下「B票」という。）を配布する。

B票の内容は、総合的な生活機能や、介護を要する状態となることの危険度（閉じこもりや転倒の危険度など）の把握等を目的としたものとする。配布の方法は、健康手帳への添付、対象者への郵送、要介護等認定の申請時又は結果通知時における配布その他の適切な方法とする。

(4) 社会・生活環境等の把握及び評価

B票を直接又は郵送等により回収し、その内容を把握する。医師、保健師、管理栄養士その他保健事業に従事する専門家は、B票の結果その他対象者の社会・生活環境等の把握に資する情報を総合的に評価し、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する。

ウ 生活習慣行動の改善指導

(7) 目的

A票や基本健康診査等の結果、食生活、運動、休養等の生活習慣を改善する必要が認められる者に対して、具体的な行動変容を支援する指導を行い、健全な生活習慣の確立を通じて生活習慣病を予防することを目的とする。

(4) 対象者

- ① 基本健康診査又は骨粗鬆症検診において、「要指導」と判定された者のうち、生活習慣行動の改善指導が必要と評価されたもの。
- ② 基本健康診査又は骨粗鬆症検診において、「要医療」又は「要精検」と判定された者のうち、受診の結果医療の必要はないが生活習慣行動の改善指導が必要と判定されたもの。
- ③ 上記以外で生活習慣予防のために生活習慣行動の改善指導が必要と認められる者。

(4) 指導の担当者

医師、保健師、管理栄養士等とする。

(4) 指導内容

健康度評価（A票に関するもの）や基本健康診査等の結果から判断される健康状態について説明するとともに、生活習慣行動における問題点を指摘し、対象者の状況に即した具体的な生活習慣行動の改善点を指導する。

(4) 実施場所

市町村保健センター、公民館等住民に身近な場所で行うよう配慮するとともに、必要に応じ医療機関等で行う。

(4) 受託実施機関

受託実施機関は、把握された生活習慣及び指導内容を速やかに実施主体に報告する。

(5) 記録の整備

氏名、年齢、健康度評価の方法及びその後のサービスの活用状況等を個人ごとの記録票に記録する。生活習慣行動の改善指導については、指導内容の要点についても記録する。

(6) 実施上の留意事項

健康度評価は、質問票の交付の機会及びその内容、評価の手法、他の保健事業への活用法などの多様性にかんがみ、各市町村において、自らの創意工夫を生かして実施することが重要である。また、健康度評価の結果については、実施した保健活動を対象者個人ごとに又は地域全体として評価する際の指標とするなど、その活用について工夫することが望ましい。

健康度評価を実施した者に対しては、健康教育、訪問指導等他の保健事業が継続して行われるように配慮する。なお、必要に応じ食生活改善推進員等のボランティアの協力を得るものとする。

6 受診指導

(1) 目的

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。

(2) 対象者

- ア 基本健康診査において「要医療」と判定された者
- イ 歯周疾患検診において「要精検」と判定された者
- ウ 骨粗鬆症検診において「要精検」と判定された者

(3) 受診指導の実施

ア 指導の内容

対象となる者に対して医療機関への受診を指導する。

イ 結果等の把握

医療機関との連携のもとに、受診結果等について把握に努める。

(4) 記録の整備

受診指導及びその後の受診状況の記録は、診査の記録に合わせて記録し、継続的な保健指導に役立てる。

第6 機能訓練

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

機能訓練の種類については、次に掲げるものとする。

- (1) A型（基本型）（以下「A型」という。）
- (2) B型（地域参加型）（以下「B型」という。）

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。

(1) 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。

(2) 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「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成3年11月18日付老健第102-2号大臣官房老人保健福祉部長通知）の別添「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」のランクJに相当するもの。

4 実施手続

実施手続は次のような方法により行う。

(1) 訓練の申込

訓練希望者にあらかじめ所定の申込書を市町村あてに提出させる。

(2) 訓練対象者の決定

A型及びB型それぞれの訓練対象者の決定に当たっては、あらかじめ医師の判定を得、訓練施設の整備の状況、訓練担当者の状況、その他の状況を勘案の上行う。

(3) 訓練実施等の通知

訓練希望者に対し、訓練の適否及びその理由、訓練の開始日等その他必要な事項を通知する。

5 実施場所

(1) A型

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、公民館等で適当と認められる施設とする。

(2) B型

(1)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とする。

6 送迎

対象者の心身の機能の状態に応じ、リフトバス等による送迎を行う。ただし、原則としてB型については行わない。

7 実施方法

(1) 訓練実施者

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、看護師等が実施する。

イ B型

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を活用して実施する。

(2) 訓練内容

ア A型

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。

- (7) 転倒予防、失禁予防、体力増進等を目的とした体操
- (4) 習字、絵画、陶芸、皮細工等の手工芸
- (7) 軽度のスポーツやレクリエーション
- (1) 交流会、懇談会 等

イ B型

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。

- (7) 絵画、工芸等の創作を主体とした活動
- (4) レクリエーション及びスポーツ
- (7) 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

8 実施回数及び実施期間

(1) A型

訓練の実施回数はおおむね週2回とする。実施期間はおおむね6か月を1期間とし、訓練の効果等を勘案し継続実施の要否の判定を行う。

(2) B型

訓練の実施回数はおおむね週1回とする。実施期間はおおむね1年間とし、訓練の効果等を勘案し継続実施の要否の判定を行う。

9 訓練記録の作成

対象者の名簿、訓練計画実施台帳、訓練日誌その他必要な記録票を整備し、訓練対象者の氏名、年齢、住所、生活歴、家庭環境及び訓練経過、機能回復の状況等を記録する。

10 関係機関との連携について

- (1) 訓練を必要とする者を把握するに当たっては、保健所、地域医師会、老人クラブ及び自治会等関係機関と緊密な連携を図る。
- (2) 訓練の実施方法等について、地域医師会や医療機関と十分な連絡調整を図る。
- (3) 訓練終了に当たっては、対象者の状況に応じ、他の保健事業、高齢者生きがい活動支援通所事業（生きがい対応型デイサービス事業）等の福祉サービス等と結びつけ、引き続き適切なサービスが提供されるよう配慮する。
- (4) 訓練の実施並びに実施後の指導に必要な対象者の日常生活及び家庭環境

等の把握について、福祉事務所等の協力を求める。

11 周知徹底

- (1) 訓練は特に家族の積極的な協力を得て行うことが必要であり、家族に対しても訓練の趣旨及び内容等を十分に理解させるよう努める。
- (2) 広報紙等を通じ訓練の趣旨、内容及び送迎の実施等を周知する。

12 その他の留意事項

- (1) 地域の実情に即し、市町村の直接実施のほか、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等への委託、複数市町村による共同実施等の方法を活用することにより、実施体制の整備を図る。
- (2) 特別養護老人ホーム等における訓練の実施に当たっては、当該施設入所者の処遇に支障のないよう配慮する。
- (3) 介護を要する状態の予防をより一層効果的に行う観点から、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業と十分な連携を図る。
- (4) 訓練に従事若しくは従事しようとする者を研修に参加させる等により、その資質の向上を図る。
- (5) 対象者は心身の機能が低下している者であることにかんがみ、通所及び訓練の実施に当たっては事故防止に万全を期す。
- (6) 訓練終了者については、回復した機能の低下を防止する観点から、自主的なグループ活動の育成を図ることが望ましい。
- (7) 要介護者等は機能訓練の対象とならないことを原則とするが、通所介護、通所リハビリテーション等の介護保険サービスを十分確保することが困難な市町村においては、当面の間に限り、要介護者等を機能訓練の対象として差し支えない。ただし、この場合にあっても、介護保険制度担当部局との調整を図るとともに介護保険給付の対象となるサービス量の確保に努め、要介護者等が機能訓練を利用せざるを得ない状況を解消していくことが必要である。

第 7 訪問指導

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 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。

3 訪問担当者

訪問担当者は保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士等とする。

4 実施の要領

(1) 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。

(2) 初回訪問指導の実施と訪問指導計画の策定

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。

(3) 訪問指導の内容

訪問指導の内容はおおむね次の事項とする。

ア 家庭における療養方法に関する指導

栄養、運動、口腔衛生その他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

閉じこもりの予防、転倒の予防その他の介護を要する状態になることの予防のために必要な指導

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

医療、保健、福祉その他の諸制度及びサービスの活用方法等に関する情報提供、相談、指導及び調整

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

(4) 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) その他の留意事項

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。

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るため、保健所への報告、保健所が

開催する連絡会議への参加等を行い、必要に応じ保健所の指導・調整を受ける。

ウ 本事業の訪問指導は、健康管理上の観点から行うものであるが、老人医療費適正化対策事業等として行う重複・頻回受診者に対する訪問指導等とも対象者が重複しうることから、十分な連携を図るとともに、必要に応じ保健事業に従事する保健師等も、老人医療担当課等において雇用した保健師等に対する指導、調整の任に当たるなど、重複した指導にならず効果的な指導が実施されるよう有機的な連携体制の確立を図る。

5 記録の整備及び評価

対象者の氏名、年齢、訪問指導計画、指導内容等を記録する。また、その内容を分析、評価することにより、爾後の訪問指導に資することとする。

6 関係機関等との連携

対象者の把握、実施計画の策定その他訪問指導の円滑かつ効果的な実施を推進する観点から、緊急時の措置等についてあらかじめ地域医師会、関係医療機関と協議するほか、ホームヘルパー、民生委員その他の関係者との連携及び保健所、福祉関係機関、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者、民間団体、ボランティアその他の住民組織等との連携を図り、必要な協力を得るものとする。また、必要に応じて地域ケア会議（従来の高齢者サービス調整チーム）等の活用を図る。

7 都道府県、保健所の役割

都道府県、保健所は、保健師その他の訪問指導に従事する者の資質を向上するため研修を行うものとする。

別添1 省略

別添2

様式1

(参考例)

健康度評価のための質問票 (A票)

年齢 () 歳 性別 ()

1. 体重について

1.1 18~20歳頃の体重に比べてどの位変動しましたか

☐ 増加した () Kg ☐ 減少した () Kg

1.2 この半年での体重の変動はどうですか

☐ 2Kg以上増加した () Kg ☐ 変動なし ☐ 2Kg以上減少 () Kg

2. 飲酒について

2.1 現在の飲酒について ☐ 飲む ☐ 飲まない

2.2 飲む量について(次の飲み物の中で、該当するものに一つ○をつけて下さい)

酒の種類

☐ ビール大瓶 ☐ ビール中瓶 ☐ ビール小瓶

☐ ビール350ml缶 ☐ ビール500ml缶 ☐ 日本酒(合)

☐ 焼酎(杯) ☐ ワイン(杯) ☐ ウィスキーシングル(杯)

☐ ウィスキーダブル(杯) ☐ ブランデー(杯)

上のものを1日にどのくらい飲みますか ()

2.3 週に何日飲みますか () 日

3. 喫煙について

3.1 現在の喫煙について ☐ 吸っている ☐ 過去に吸っていた ☐ 吸わない

3.2 吸い始めた年齢は () 歳

3.3 たばこをやめた年齢は () 歳

3.4 1日の喫煙本数は () 本

3.5 禁煙することに関心がありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

3.6 今後6ヶ月以内に禁煙しようと考えていますか ☐ はい ☐ いいえ

3.7 今後1ヶ月以内に禁煙しようと考えていますか ☐ はい ☐ いいえ

4. 運動について

4.1 運動不足と思いますか ☐ 思う ☐ 思わない

4.2 1日におよそ何分くらい歩いていますか () 分

4.3 仕事以外に、汗をかくような運動を行いますか。

☐ 週に () 回する ☐ しない

5. 食事について

5.1 食事の速度は ☐ 早いほうである ☐ それほどでない

5.2 おなか一杯食べる方である ☐ そうである ☐ それほどでない

5.3 食事の規則性は ☐ 規則正しい ☐ それほどでない

6. 甘いものについて ☐ よく食べる ☐ 食べない

7. 脂分の多い食事について ☐ 好んで食べる ☐ そうでもない

8. 塩味について ☐ 濃い方である ☐ ふつう ☐ 薄味にしている

9. 睡眠について ☐ 熟睡感がある ☐ 寝不足を感じる

10. 歯磨きについて ☐ 毎食後に磨く ☐ 1日1回は磨く ☐ 1回も磨かないことがある

(参考例)

健康度評価のための質問票 (B票)

手的自立 (IADL)

- | | | |
|-------------------------|-------|--------|
| 1. バスや電車を使って一人で外出できますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 2. 日用品の買い物ができますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 3. 自分の食事の用意ができますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 4. 請求書の支払いができますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 5. 銀行預金 郵便貯金の出し入れができますか | 1. はい | 0. いいえ |

知的能動性

- | | | |
|--------------------------|-------|--------|
| 6. 年金などの書類が書けますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 7. 新聞を読んでいますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 8. 本や雑誌を読んでいますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 9. 健康についての記事や番組に関心がありますか | 1. はい | 0. いいえ |

社会的役割

- | | | |
|--------------------------|-------|--------|
| 10. 友達の家を訪ねることがありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 11. 家族や友達の相談にのることがありますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 12. 病人を見舞うことができますか | 1. はい | 0. いいえ |
| 13. 若い人に自分から話かけることがありますか | 1. はい | 0. いいえ |

老 発 第 3 3 3 号
健 医 発 第 6 1 4 号
平成 1 2 年 3 月 3 1 日

各 { 都 道 府 県 知 事
指 定 都 市 市 長
中 核 市 市 長
保健所設置市(区)長 } 殿

厚生省老人保健福祉局長

厚生省保健医療局長

保健事業第4次計画による保健事業の推進について

壮年期から高齢期にいたる予防対策については、老人保健法（昭和58年法律第80号）に基づく医療等以外の保健事業（以下単に「保健事業」という。）を核として、昭和58年以来、3次にわたる計画に基づき推進してきたところである。今般、介護保険法（平成9年法律第123号）の施行、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進（平成12年3月31日厚生省発健医第115号厚生事務次官通知による。以下「健康日本21」という。）及び「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向」（ゴールドプラン21）の策定等を踏まえ、保健事業をより効果的に推進していくため、平成12年度を初年度とする「保健事業第4次計画」を別紙のとおり策定したので、貴職におかれては、下記事項に留意の上、行財政面で所要の措置を講ずるとともに、貴管下市町村、関係団体等に対する周知徹底及び適切な支援を行うなど、保健事業の一層の推進に向けた特段の御努力をお願いする。

おって、本通知は、平成12年4月1日から適用する。

記

保健事業第4次計画は、平成12年度から平成16年度までの5か年間に
いて、保健事業を推進していくための基本方針及び全国における事業量に
関する現時点での厚生省の考え方を示すものである。各市町村（特別区
を含む。以下同じ。）においては、この保健事業第4次計画の趣旨を踏
まえ、また、それぞれの地域の実情を踏まえて保健事業を計画的に展
開するよう努められたい。

なお、平成12年度の計画については、平成12年度予算の内容に一致
するものであり、平成13年度以降の計画については、各年度の予算
編成に合わせ、逐年明らかにしていくこととしているので、了知され
たい。

保健事業第4次計画

1 基本的性格

21世紀を迎えるに当たり、明るく活力ある社会を築き上げていくため、一人ひとりの高齢者が社会参加をしながら健康で生きがいをもって過ごせるよう支援していくことが重要である。こうした観点から、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（健康寿命）の延伸等を目標に、健康日本21を国民的な運動として推進することとしているが、保健事業第4次計画は、こうした目標を実現するための実践計画として、生活習慣病などの疾病や介護を要する状態に陥ることをできる限り予防していくことを目指すものである。

2 実施期間

保健事業第4次計画の実施期間は、平成12年度から平成16年度までの5か年間とする。

なお、老人保健福祉計画及び介護保険事業計画について、平成14年度末までに見直しが行われることから、保健事業第4次計画についても同時期を目途として、必要と認められる場合には中間的な見直しを行うこととする。

3 重点的に取り組む疾患

重点的に取り組む疾患として、第一に、死亡や生活の質の低下をもたらすがん、脳卒中、心臓病及び糖尿病とし、第二に、脳卒中及び心臓病の危険因子である高血圧及び高脂血症とし、第三に、高齢期の生活の質に深くかかわる、痴呆、骨粗鬆症及び歯周疾患とする。

これらの疾患は、疾患のもたらす問題の大きさ（死亡、有病、罹患、国民の生活の質に与える影響、医療費等）や、疾患予防のため

の方策の効果に関する科学的知見の現状等を踏まえ、厚生省の考え方として示したものである。ここに示されていない疾患等に対する市町村の取組みを妨げるものではない。

4 具体的目標

保健事業第4次計画の推進に当たっては、特に上記3に掲げた疾患について、健康日本21において設定された目標等を参考として、地域の実情に応じて具体的な目標を設定することが望ましい。

5 重点事項

1) 生活習慣改善等を通じた疾病予防対策の推進

上記3に掲げた疾患を予防するためには、疾患やその危険因子を早期に発見することと併せ、生活習慣の改善を図ることが不可欠である。

このため、個別健康教育の導入などにより、食事及び栄養、運動、ストレス、喫煙、飲酒等について、一人ひとりの対象者が自らの生活習慣改善に向けて行う努力を支援するとともに、健康診査の精度管理等を適切に行う。

2) 介護を要する状態となることを予防する対策等の推進

介護保険制度の実施を背景として、寝たきり、痴呆などにより介護を要する状態となることを予防することがますます重要となることから、その予防対策に重点的に取り組む。

このため、脳卒中や骨粗鬆症の予防を推進するとともに、転倒、閉じこもりその他の原因による社会活動性の低下、運動機能の低下などに着目した効果的な予防対策の推進を図る。

併せて、介護に携わる家族等の健康管理を支援する取組みを重視する。

3) 健康度評価の実施

上記1)及び2)に掲げる対策を、個々の対象者の必要性に応じて効果的、効率的に行うためには、それぞれの対象者における疾病や介護を要する状態に陥る危険性及びこれらを予防するためのサービスの必要性について把握及び評価し、その結果を対象者に還元し、適切なサービスの選択を支援することが重要である。

4) 多様な主体の参画による健康づくり運動の展開

今後の健康づくり運動の展開に当たっては、保健サービスの利用者である地域住民の主体的な参画を核として、行政機関や保健医療関係者のみならず、医療保険の保険者（以下「保険者」という。）や事業者、住民ボランティア組織を含む非営利団体、マスメディア等が、それぞれの特性を生かして相互に連携していくことが重要である。

5) 計画的な保健事業の展開と基盤整備

保健・医療・福祉のサービスを一体的に提供できる体制を構築するため、老人保健福祉計画等を軸として、多面的なサービスを計画的かつ調和のとれた形で提供するよう努めるとともに、保健事業第4次計画に沿って、今後の保健事業の推進の趣旨及び内容について、老人保健福祉計画や健康日本21地方計画に盛り込むよう努める。

また、必要に応じて保健婦、管理栄養士等の配置を進めるとともに、研修を計画的に実施する等、人的資源の質及び量にわたる充実に努める。

6) 適切な保健事業の評価等

目標の設定や事業評価のための健康情報の収集等に関しては、可能な限り、地域における健康日本21の取組みと共同で実施することが望ましい。

将来にわたり保健事業を効果的に推進していく観点からは、予防や健康づくりに関する科学的成果を適宜取り入れていくことが重要である。今後、国による調査、研究及びこれに基づく情報提供並び

に都道府県による助言や技術的支援等を踏まえつつ、各市町村の実態に即して、事業の評価等を行い、その実施方法等につき工夫を行うことが重要である。

保健事業第4次計画に位置づけられる保健サービス等については、これらの重点事項に沿って推進を図ることとする。事業ごとの考え方を（別添1）に、これらの事業等の全国における事業量に関する考え方を（別添2）に示すので、各地域における取組みの推進に当たって参照されたい。

(別添 1)

重点事項に沿った各保健事業の推進

1 生活習慣改善等を通じた疾病予防対策の推進

1) 健康教育等

生活習慣病の予防対策を効果的に行うには、疾病の特性や対象者一人ひとりの置かれた生活環境等を踏まえた支援を継続的に行うことが重要である。このため、新たに個別健康教育を導入し、今後5年間でその全国的普及を図る。また、従来の健康教育、健康相談等の取組みについても、新たに薬の健康教育を導入するなど内容の一層の充実を図りつつ、引き続き推進することが重要である。

2) 健康診査

健康診査は、疾病の早期発見のみならず、健康教育その他の事後指導を行う際に有用な所見を得る観点からも重要であり、今後ともその充実を図る。具体的には、基本健康診査の受診率の向上を目指すとともに、事後指導の充実を図り、健診データの時系列的把握、検査方法の標準化その他の精度管理体制の確保に努める。

従来の総合健康診査については、歯周疾患検診及び骨粗鬆症検診として、それぞれ独立の事業としたところであるが、市町村の判断により、総合的に実施することを妨げるものではない。

3) その他関連施策

がんの予防対策を推進する上で、がん検診及びがんに関する健康教育は極めて重要であることから、保健事業第4次計画の各事業(喫煙者個別健康教育など)との連携を図りながら、積極的に実施していくことが望ましい。なお、乳がん検診については、50歳以上の者に対して視触診と乳房エックス線検査の併用方式を、取組み可能な地域から漸次導入できるよう支援する。

2 介護を要する状態となることを予防する対策等の推進

1) 機能訓練

介護保険制度の実施に伴い、閉じこもりや転倒の予防、日常生活の自立の支援など、介護を要する状態となることの予防に重点をおいた事業とし、必要な事業量の確保を図る。

2) 訪問指導

生活習慣病の予防、保健・医療・福祉サービスの活用方法に関する相談、調整等及び介護を要する状態となることの予防に重点をおいた事業とし、必要な事業量の確保を図る。

3) 介護家族等の健康管理に対する支援

家族介護を担う者については、健康管理のための時間も十分でない等の状況があることから、その健康管理を支援するための健康教育、健康相談、訪問健康診査及び訪問指導を新たに開始し、その充実、普及を図る。

4) その他の関連施策との連携

機能訓練や訪問指導を効果的に推進する観点から、地域リハビリテーション広域支援センターによる援助、介護予防・生活支援事業における配食サービス事業や高齢者生きがい活動支援通所事業（生きがい対応型デイサービス事業）の活用などを通じて、関連施策との連携を図ることが重要である。

3 健康度評価の実施

疾病又は介護を要する状態に陥る危険性や、これらの予防のためのサービスの必要性を把握及び評価し、利用者による適切なサービスの選択を支援する観点から、新たに健康度評価事業を導入し、その普及と内容の充実を図る。

その際、対象者との接点となる機会を幅広く捉えて、健康度評価を推進するため、健康手帳の配布時に、健康度評価のための質問票を添付し、これを活用する。また、健康度評価の結果を、健康診査の事後指導や機能訓練などの他の保健事業に活用するよう努める。

4 多様な主体の参画による健康づくり運動の展開

健康づくり運動の展開に当たっては、特に、保険者による保健事業との間で具体的な手法を共有化することなどを通じた連携を図ることが重要である。このため、従来の職域保健連絡協議会を地域・職域保健連絡協議会と改称し、その活性化を図ることとする。具体的内容については、別に通知する。

(別添 2)

	11年度（第3次計画最終年度）	12年度（初年度）	16年度（目標年度）
・健康手帳の交付	医療対象者全員と健康診査の受診者等で希望する者に交付	医療対象者全員と健康診査の受診者等及び介護保険の要介護者等で希望する者又は市町村が必要と認める者に交付	同 左
・健康教育	人口1万～3万人の市町村でおおむね ・一般健康教育 年 31回 ・重点健康教育 年 21回	新たに個別健康教育、薬に関する集団健康教育、介護家族健康教育を実施する。 1 個別健康教育 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・喫煙者 実施体制の整った市町村から段階的にその導入を図る。 市町村実施率 20% 2 集団健康教育 ・歯周疾患 ・骨粗鬆症（転倒予防） ・病態別 ・薬 ・一般 人口1万から3万人の市町村でおおむね 年 43回 3 介護家族健康教育 人口1万から3万人の市町村でおおむね 年 2回	1 個別健康教育 2 市町村実施率 100% 集団健康教育 平成12年度の事業量を基本として、その維持又は増加を図る。 3 介護家族健康教育 平成12年度の事業量を基本として、その維持又は増加を図る。
・健康相談	人口1万～3万人の市町村でおおむね	新たに重点健康相談として高血圧、高脂血症、骨粗鬆症に関する	

	・一般健康相談 月 11回 ・重点健康相談 年 26回	健康相談、介護家族健康相談を実施する。 人口1万から3万人の市町村でおむね 1 重点健康相談 ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・歯周疾患 ・骨粗鬆症 ・病態別 年 32回 2 介護家族健康相談 年 2回 3 総合健康相談 年 132回	1 重点健康相談 平成12年度の事業量を基本として、その維持又は増加を図る。 2 介護家族健康相談 平成12年度の事業量を基本として、その維持又は増加を図る。 3 総合健康相談 平成12年度の事業量を基本として、その維持又は増加を図る。
・健康診査	基本健康診査 受診率 50%	新たに健康度評価事業を実施する。 ・基本健康診査 受診率 50% ・健康度評価事業 地域の実情に応じ適宜その事業量の確保を図る。	・基本健康診査 受診率 50% ・健康度評価事業 同左
・機能訓練	9,755か所	A型 6,500 か所 B型 3,905 か所	地域の実情に応じ、機能訓練の実施に必要なか所数の確保を図る。
・訪問指導	寝たきり者 ・年6～12回 ・栄養及び口腔衛生指導が必要な者については、さらに年1回実施	検診の要指導者等、介護予防の観点から支援が必要な者及び介護に携わる家族のそれぞれについて、地域の実情に応じて必要な訪問回数を実施する。	同左

	約55万人 要 注 意 者 ・ 年 1 ～ 6 回 約20万人 生活習慣改善指導対象者 ・ 年 1 回 約64万人 痴呆性老人（精神症状を呈する者又は行動異常がある者を除く。） ・ 年 1 ～ 3 回 約 9 万人		
・ 関連事業	今後の保健事業への導入を検討するため、歯科検診の有効性に関するデータを収集するための歯周疾患モデル事業を実施する。		
（人的資源の充実等） ・ 保健婦 ・ 医師、歯科医師・薬剤師・歯科衛生士 ・ 理学療法士、作業療法士 ・ 管理栄養士、栄養士 ・ 施設及び設備の整備	市町村及び保健所に配置を進めるほか退職保健婦（雇上）の活用を図る。 約18,800人 地域の関係機関等の協力を得て確保する。 保健事業の実施に必要な検診機器等の設備及び市町村保健センターを地域の実情に応じ整備する。 ・ 市町村保健センター 約1,900か所	市町村及び保健所に配置を進めるほか退職保健婦（雇上）の活用を図る。 地域の関係機関等の協力を得て確保する。 保健事業の実施に必要な検診機器等の設備及び市町村保健センターを地域の実情に応じ整備する。	同 左 同 左 同 左

※ 基本健康診査の受診率の目標については、国全体としては50%とするが、各市町村の現在の受診率その他の地域の特性を踏まえ、市町村ごとの目標を設定する。

地域リハビリテーション推進事業実施要綱

第1 事業の目的

元気高齢者づくり対策を推進するため、「今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」においては「ヤング・オールド（若々しい高齢者）作戦」を推進することとしている。

このため、地域リハビリテーション支援体制の整備及び市町村が在宅脳卒中患者に対し、適切な保健福祉サービスを提供するための脳卒中情報システム事業を行うことにより、保健事業がより効果的、効率的に実施されることを目的とする。

第2 事業の実施主体

都道府県とする。

第3 地域リハビリテーション支援体制整備推進事業

1 趣旨

高齢者が寝たきり状態になることを予防するためには、脳卒中や骨折等による障害発生時においては、急性期リハビリテーション及びその後の回復期リハビリテーション、また、病状安定期にある場合や廃用症候群に対しては、維持期リハビリテーションというように、高齢者それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションが提供されることが必要である。

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

本事業は、上記のように、高齢者の様々な状況に応じたりハビリテーション事業（総称して「地域リハビリテーション事業」という。）が、適切かつ円滑に提供される体制の整備を図るものである。

2 事業内容

（1）都道府県リハビリテーション協議会

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

ア 協議会の構成

協議会は、都道府県医師会、都道府県病院協会、都道府県老人保健施設協会、都道府県看護協会、都道府県理学療法士会、都道府県作業療法士会、等の関係団体、保健所、市町村、患者の会、家族の会の代表者及びその他事業の推進に必要と認められる者を構成員とする。

イ 協議会の役割

(ア) 都道府県及び地域におけるリハビリテーション連携指針の作成

脳卒中等の疾患について、急性期から回復期、維持期へと必要なリハビリテーションの内容が移行していく過程、さらに障害を持つ者等の閉じこもりや寝たきり状態の予防対策等についての十分な理解を踏まえ、医療機関と保健、福祉の担当機関との円滑な連携確保のための指針を作成する。

(イ) 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指定に係る調整・協議

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

(2) 都道府県リハビリテーション支援センター

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

ア 地域リハビリテーション広域支援センターへの支援

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

イ リハビリテーション資源の調査・研究

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

ウ 関係団体、医療機関との連絡・調整

関係団体、医療機関（救急医療実施医療機関を含む。）との連携を密に行い、必要な連絡調整を実施する。

(3) 地域リハビリテーション広域支援センター

都道府県は、協議会の意見を聴いて、以下に掲げる事業を実施する地域リハビリテーション広域支援センターを概ね老人保健福祉圏ごとに1箇所指定するものとする。

ア 地域におけるリハビリテーション実施機関の支援

(ア) 地域住民の相談への対応に係る支援

(イ) 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）

イ リハビリテーション施設の共同利用

ウ 地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者に対する援助・研修

(ア) 地域におけるリハビリテーション実施機関の従事者に対する実地の技術援助

(イ) リハビリテーション従事者に対する研修

エ 地域における関係団体、患者の会、家族の会等からなる連絡協議会の設置・運営

(4) 地域リハビリ調整者養成研修

在宅の寝たきり老人等に対して、地域における社会資源を活用しつつ、一人一人の需要及び心身の状況等に応じて最も適していると認められるリハビリテーシ

ョンサービスを提供するため、地域におけるリハビリテーションに関する調整相談及び指導等（以下「地域リハビリ・コーディネーション」という。）を行う者（以下、「地域リハビリ調整者」という。）を養成するための研修を実施するものとする。

ア 研修の内容

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

（ア）地域リハビリ・コーディネーションに関する基礎的知識の習得

（イ）地域リハビリ調整者の役割

地域リハビリ調整者の役割としては、概ね次のとおりである。

- a 在宅の寝たきり老人等の心身の状況及びリハビリテーションに関する需要の把握、並びに地域における保健・医療・福祉のサービスとの連絡・調整
- b 在宅の寝たきり老人等に対する地域住民の理解を深めるため、家族会及びボランティア等の地域組織の育成・支援
- c 地域リハビリ・コーディネーションの観点からみた地域における保健・医療・福祉サービスの実態把握及びその問題点の改善に係る企画・調整

（ウ）地域リハビリ・コーディネーションの具体的な援助活動の進め方

地域での活動事例等の研究を通じた地域リハビリ・コーディネーションの果たす役割及び援助活動方法の習得に関すること。

（エ）その他地域リハビリ調整者に必要な知識及び技術

なお、講師については、地域リハビリ・コーディネーションに関する専門的な知識又は技術を有する者を選定すること。

イ 受講対象者

受講対象者は、原則として市町村の職員であって、在宅の寝たきり老人等に対する保健又は福祉に関する業務に従事する保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士及び介護福祉士等とする。

ウ 受講人員

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

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

エ 研修期間

1回の研修期間は、3日間程度とする。

オ 開催場所

都道府県が指定する場所とする。

カ その他留意事項

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

第4 脳卒中情報システム事業

1 趣旨

寝たきり予防対策を効果的に推進するため、医療機関から保健所等に提供される脳卒中患者の診療情報等をもとに、市町村がこれら在宅脳卒中患者に対する適切な保健福祉サービスの実施を図るための脳卒中情報システム事業を行うものである。

2 脳卒中委員会の設置

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

(1) 委員会の構成

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

(2) 委員会の運営

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

ア 生活習慣病予防対策を効果的、効率的に推進するため、脳卒中患者の登録を実施するとともに、医療機関からの保健所等に提供される脳卒中患者の診療情報等をもとに、市町村がこれら在宅脳卒中患者に対する適切な保健福祉サービスの実施を図ることを目的とした脳卒中情報システム事業の実施について、情報提供件数、早期訪問の実施状況、適切な保健福祉サービスの選定・提供等の観点から評価を行う。

イ その他脳卒中情報システム事業の評価に必要な事項を検討する。

3 事業の実施方法

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

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

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

(3) 収集、整理した登録情報に基づき、生活習慣病のり患率、受療状況、生存率等を集計及び解析するものとする。

また、この際、患者登録票と市町村において実施される健康診査を受診した者の全員又はその一部の者の受診結果とを照合することによって、健康診査の死亡率の減少に対する寄与度等を解析し、生活習慣病予防対策の推進に資するものとする。

なお、解析した結果については年毎にまとめ、関係機関に報告するものとする。

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

関等に出張し、情報を採録するものとする。

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

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

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

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

4 事業実施上の留意事項

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

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

(2) 本事業の関係者は、対象者のプライバシーの保護に十分留意し、個人情報部外者に漏洩することがないように、秘密厳守に徹するものとする。

第5 経費負担

都道府県がこの実施要綱に基づき実施する事業に要する経費については、厚生労働大臣が別に定めるところにより予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

参 考 資 料 2

○ 介護予防・地域支え合い事業通知



老発第0609002号
平成15年6月9日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長

「介護予防・生活支援事業の実施について」の一部改正について

標記については、平成13年5月25日老発第213号本職通知の別紙「介護予防・生活支援事業実施要綱」により行われているところであるが、今般その一部を別紙のとおり改正し、平成15年4月1日から適用することとしたので通知する。

ついては、本事業の実施に努められるよう特段の御配慮をお願いするとともに、管内市町村に対して、周知徹底を図るなど、本事業の円滑な実施についてご協力を賜りたい。

(別紙)

本事業の名称を「介護予防・地域支え合い事業」に、事業実施要綱の名称を「介護予防・地域支え合い事業実施要綱」に改める。

1 中「介護予防・生活支援」を「介護予防・地域支え合い」に改める。

別記 1 (1) オ (エ) ③ 中「居宅介護住宅改修費又は居宅支援住宅改修費の支給の対象となる住宅改修について十分な専門性があると認められる者が、」を「居宅介護住宅改修費又は居宅支援住宅改修費の支給の対象となる住宅改修について十分な専門性があると認められる者が、居宅介護支援の提供を受けていない要介護者又は要支援者に対し、」に改める。

同 (2) オ (ア) ① 中 e を f とし、d の次に次のように加える。

e 足指・爪のケアに関する事業

- 足指・爪ケア教室等の開催（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、足指・爪のケアの重要性と適切なケア方法の普及を図る教室等の開催）
- 普及啓発パンフレット等の配布

同オ中 (イ) を (ウ) とし、(ア) の次に次のように加える。

(イ) 高齢者筋力向上トレーニング事業

① 実施方法

転倒骨折の防止及び加齢に伴う運動機能の低下の防止の観点から、負荷量の微調整が可能な高齢者向けに改良されたトレーニング機器（以下「高齢者向けトレーニング機器」という。）を使用し、運動機能の向上に資する包括的なトレーニングを行う。

② 利用対象者

おおむね 60 歳以上の在宅の高齢者であって、事業実施により効果が期待できるものとする。

なお、要支援者のほか、要介護 1 又は 2 の者も対象として差し支えないが、介護保険サービスの通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションの利用者は、本事業の対象としない。

③ 事業内容

a 専門スタッフによるアセスメント

専門スタッフ（医師、理学療法士、健康運動指導士、保健師等）は、事業開始前に対象者の健康状態、生活習慣、体力などの個別の状況を把握する。

b 個別運動プログラムの作成

専門スタッフは、対象者の特性にあわせて個別プログラムを作成する。

個別プログラムとは、体力測定等により初期評価を行った上で、対象者の筋力を高め、柔軟性とバランス能力を向上させることを期待できる、包括的なトレーニングプログラムを言う。

(a) プログラム実施期間

おおむね3ヶ月程度とし、実施回数は、対象者の負担とならず、かつ、効果が期待できる回数を設定すること。

(b) プログラム内容

高齢者向けトレーニング機器を使用し、①トレーニングの基礎的な技能を修得する期間、②筋力を強化するトレーニングを行う期間、③生活動作の機能向上を目的としてトレーニングを行う期間等、一定の期間毎に一定の目標を定め、対象者の状況に応じて、過度の負担がかからないようにプログラムを設定する。

c トレーニング効果等のフォローアップ

トレーニング期間の終了時に、参加状況、生活改善状況、トレーニングの効果測定等の評価を行うとともに、利用者が継続してトレーニングを行えるよう配慮する。

④ 事業実施に当たっての留意点

a 市町村は、高齢者向けトレーニング機器を整備するとともに、専門スタッフに対して、筋力トレーニングの指導に必要な研修を行うものとする。

b 市町村は、関係団体および関係機関等と連携・調整し、事業の円滑な実施のための体制の整備を図るものとする。

c 専門スタッフによるアセスメントを行わない場合や、高齢者向けトレーニング機器を整備しない運動施設等での事業は、本事業の対象とはならないので留意すること。

d 事業が安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施するものとする。

e 事故防止のため十分な注意を払うとともに、参加者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。

同オ中(ウ)を(エ)、(エ)を(オ)、(オ)を(カ)及び(カ)を(キ)とし、(オ)を次のように改める。

(オ) 生きがい活動支援通所事業

① 実施方法

家に閉じこもりがちなひとり暮らし高齢者等に対し、通所によって、その希望及び身体状況に応じた日常動作訓練、趣味活動等のきめ細かなサービスを提供する。

② 利用対象者

おおむね60歳以上のひとり暮らし高齢者等であって、家に閉じこもりがちなものとする。

③ 事業実施にあたっての留意点

- a 市町村は、事業の実施について、地域住民に対して広報誌等を通じて周知を図るものとする。
- b 市町村は、日常動作訓練から趣味活動等の各種事業を幅広く提供できるよう、事業の実施施設の状況及び利用対象者の希望を把握し、事業を計画的に実施するものとする。
- c 事業の実施は、実施施設を中心に行うものとするが、特に高齢者スポーツや園芸等を行う場合は、他の適切な場所において行うこととして差しつかえない。
- d 市町村は、実施施設、社会福祉協議会、老人クラブ等の関係機関と連携を密にするものとする。
- e 本事業を民家を改修する等により指定通所介護事業を実施する者に委託する場合については、事業に要する経費のうち、初度設備費として、5,000千円を上限に補助できるものとする。(ただし、社会福祉施設等施設整備費など公的な補助を受けた者を除く。)

別記2中(7)の次に次のように加える。

(8) 高齢者介護施設等支援事業

ア 事業の趣旨

地域における在宅高齢者に対する介護サービスの充実を図るため、高齢者介護施設等に対し、地域の実情に応じて福祉人材の就業の援助、人材確保相談、情報提供等の事業を実施する福祉人材センター等の運営に対して支援することにより、高齢者等の地域支援体制の充実を図る。

イ 事業主体

(ア) 都道府県福祉人材センター運営事業

実施主体は、都道府県・指定都市とする。この場合において、都道府県は、人材センターの指定を受けた都道府県社会福祉協議会、また指定都市は適切な事業運営が確保できると認められる指定都市社会福祉協議会にそれぞれ事業を委託することができるものとする。

(イ) 福祉人材バンク運営事業

実施主体は、指定都市・中核市とする。この場合において、指定都市・中核市は適切な事業運営が確保できると認められる指定都市・中核市社会福祉協議会に事業を委託することができるものとする。

ウ 事業内容

(ア) 都道府県福祉人材センター運営事業

- ① 福祉人材無料職業紹介事業の実施
- ② 社会福祉事業に従事しようとする者に対する説明会、講習会等の実施
- ③ 社会福祉事業従事者の確保に関する調査研究の実施
都道府県内の社会福祉事業の人材確保の現状と今後の動向について

- の情報収集及び調査研究を行う。
- ④ 社会福祉事業従事者に対する研修の企画及び実施
に関する研修の企画及び実施を行う。
 - ⑤ 福祉人材確保相談事業
社会福祉事業経営者に対し、社会福祉事業従事者の確保に関する相談に応じ、基本指針に規定する措置の実施に関する技術的事項について必要な援助を行う。
 - ⑥ 福祉に関する啓発・広報事業の推進
福祉サービスに関する理解と関心を高め、社会福祉を目的とする事業への就労を促進するための啓発・広報事業を行う。
 - ⑦ その他、社会福祉事業従事者の確保に資する事業の実施
- (イ) 福祉人材バンク運営事業
- ① 福祉人材無料職業紹介事業の実施
 - ② 福祉サービスに関する啓発・広報事業の推進
地域住民に対し、福祉サービスに対する理解と関心を高め、社会福祉を目的とする事業への就労を促進するための啓発・広報事業を行う。
 - ③ その他、社会福祉事業従事者の確保に資する事業の実施

【改正後全文】

一部改正

老 発 第 2 1 3 号
平成13年5月25日
老発第0609002号
平成15年6月9日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長

介護予防・地域支え合い事業の実施について

標記については、介護保険制度の円滑な実施の観点から、高齢者が要介護状態に陥ったり、状態が悪化することがないようにする介護予防施策や自立した生活を確保するために必要な支援を行う生活支援施策の推進を図るため、今般、別紙のとおり「介護予防・地域支え合い事業実施要綱」を定め、平成13年4月1日から適用することとしたので通知する。

については、本事業の実施に努められるよう特段の御配慮をお願いするとともに、管内市町村に対して、周知徹底を図るなど、本事業の円滑な実施についてご協力を賜りたい。

介護予防・地域支え合い事業実施要綱

1 目 的

介護予防・地域支え合い支援事業は、要援護高齢者及びひとり暮らし高齢者並びにその家族等に対し、要介護状態にならないための介護予防サービス、生活支援サービス又は家族介護支援サービスを提供することにより、これらの者の自立と生活の質の確保を図るとともに、在宅の高齢者に対する生きがいや健康づくり活動及び寝たきり予防のための知識の普及啓発等により、健やかで活力ある地域づくりを推進し、もって、要援護高齢者及びひとり暮らし高齢者並びにその家族等の総合的な保健福祉の向上に資することを目的とする。

2 事業内容

別記のとおり。

3 実施方法

- (1) 介護予防・生活支援サービスについては、市町村が、高齢者の需要や生活実態に基づいて総合的な判断を行い、必要とされるサービスを調整・提供していく一連の仕組みが必要となる。例えば、要介護認定調査に併せて、認定調査とは別に必要な調査を行い、その結果に基づいて、在宅介護支援センター等を活用し、総合的なサービス計画を作成するなど、各市町村において、地域の実情に応じた取り組みを進めていくことが望まれる。
- (2) 介護予防・生活支援サービスの提供にあたっては、市町村内の保健及び福祉担当者などの関係者が密接な連携を保ち、チームとして一体的な活動を行うことが重要である。市町村及び関係団体などにおいて全体的な調整を行う場として、基幹型在宅介護支援センターなどにおける「地域ケア会議」等を積極的に活用されたい。

別 記

1 市町村事業

(1) 高齢者等の生活支援事業

ア 事業内容

本事業は、地域の実情に応じて、要援護高齢者及びひとり暮らし高齢者等に対し外出支援サービス等の事業を提供することにより、高齢者が住み慣れた地域社会の中で引き続き生活していくことを支援し、もって、高齢者の保健福祉の向上を図る。

イ 実施主体

実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ。）とし、その責任の下にサービスを提供するものとする。この場合においては、市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、適切な事業運営が確保できると認められる市町村社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、民間事業者、特定非営利活動法人、農業協同組合及び農業協同組合連合会等に委託することができるものとする。

ウ 利用料

市町村は、介護保険の対象サービスの利用料との均衡を考慮しつつ、食材料費等の実費等を定め、利用者がこれを負担するものとする。

エ 運 営

- ① 市町村は、本事業の利用申請があったときは、本要綱に照らしてその必要性を検討した上で、本事業の利用決定をするものとする。
- ② 市町村は、本事業の実施状況を記録する利用者台帳その他必要な帳簿を整備するものとする。
- ③ 市町村は、本事業の適正な実施を図るため、委託を受けた者が行う本事業の内容を定期的に調査し、必要な措置を講じるものとする。
- ④ 実施施設は、本事業に係る経理を他の事業に係る経理と明確に区分するとともに、提供したサービスの内容、利用回数等を市町村に報告するものとする。
- ⑤ 市町村は、地域住民に対し、広報等を通じ、本事業の周知を図るものとする。

オ 実施事業

(ア) 外出支援サービス事業

① 実施方法

- a 移送用車輛（リフト付車輛及びストレッチャー装着ワゴン車等）により利用者の居宅と在宅福祉サービスや介護予防・生きがい活動支援事業を提供する場所、医療機関等との間を送迎する。
- b ショッピングセンター等での移動支援のための拠点を整備し、各種情報の提供や電動スクーター、車いすの貸出等を行う。

② 利用対象者

- a おおむね65歳以上の高齢者であって、一般の交通機関を利用することが困難なもの。
- b おおむね60歳以上の高齢者であって、下肢が不自由なもの。

③ 事業実施にあたっての留意点

道路運送法（昭和26年法律第183号）等他の法令等に抵触しないよう留意すること。

(イ) 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業

① 実施方法

寝具類等の衛生管理のための水洗い及び乾燥消毒等のサービスを行う。

② 利用対象者

おおむね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する高齢者並びに身体障害者であって、老衰、心身の障害及び傷病等の理由により寝具類等の衛生管理が困難なものとする。

③ 事業実施にあたっての留意点

実施施設は利用者の健康等に十分勘案するとともに、衛生管理、排水管理等に十分配慮して実施すること。

(ウ) 軽度生活援助事業

① 実施方法

軽易な日常生活上の援助を行うことにより、在宅のひとり暮らし高齢者等の自立した生活の継続を可能にするとともに、要介護状態への進行を防止す

る。

② 利用対象者

おおむね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する高齢者であって、日常生活上の援助が必要なものとする。

③ 事業内容

- 外出・散歩の付き添いなどの外出時の援助
- 宅配の手配、食材の買物などの食事・食材の確保
- 寝具類等大物の洗濯・日干し、クリーニングの洗濯物搬出入
- 庭・生垣・庭木等家周りの手入れ
- 家屋の軽微な修繕、電気修理などの軽微な修繕等
- 家屋内の整理・整頓
- 朗読・代筆などの多少目が不自由な方に対する援助
- 雪下ろし、除雪
- 台風時等自然災害への防備
- 健康管理に関する助言等
- 栄養管理に関する助言等
- その他在宅のひとり暮らし高齢者等の生活支援に資する軽易な日常生活上の援助

④ 事業実施にあたっての留意点

この事業は、生活援助内容に応じ必要な知識経験を有している人々がサービスの担い手として幅広く参加することを想定している。このため、経験豊富で健康な高齢者をはじめとする地域住民やボランティアが積極的に参加できるよう、シルバー人材センター等を活用した体制づくりを行うこと。

(エ) 住宅改修支援事業

① 実施方法

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。

② 事業内容

- 住宅の改良に関し、保健師、理学療法士、作業療法士等が利用対象者の

居宅を訪問等により、家屋の構造、高齢者の身体状況及び保健福祉サービスの活用状況等を踏まえて相談に応じ、助言。

- 施工者の紹介及び改良内容についての業者への連絡、調整。
- 施工後の評価及び利用対象者に対する指導。
- その他、住宅改良が円滑に行われるよう関係機関との連絡調整。

③ 留意事項

介護支援専門員又は作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験２級以上その他これに準ずる資格等を有する者など、居宅介護住宅改修費又は居宅支援住宅改修費の支給の対象となる住宅改修について十分な専門性があると認められる者が、居宅介護支援の提供を受けていない要介護者又は要支援者に対し、居宅介護住宅改修費又は居宅支援住宅改修費の支給の申請に係る理由書を作成した場合について、これを市町村の委託事業又は市町村助成事業として、本メニューの対象事業とすることができる。

なお、その場合の単価は、１件当たり２，０００円とする。

(オ) 訪問理美容サービス事業

① 実施方法

老衰、心身の障害及び傷病等の理由により理髪店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理美容チームによる訪問理美容サービスを提供する。

② 利用対象者

おおむね６５歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する高齢者並びに身体障害者であって、老衰、心身の障害及び傷病等の理由により一般の理美容サービスを利用することが困難なものとする。

③ 利用者負担

理美容料金については利用者負担とする。

(カ) 高齢者共同生活（グループリビング）支援事業

① 実施方法

加齢による身体機能の低下を補うため、共同で生活している形態（グルー

プリビング) に対し、次の支援を行う。

- a グループプリビングに対する支援プログラムの作成・調整
- b 近隣住民、ボランティア団体による各般の支援体制の構築

② 利用対象者

おおむね60歳以上の高齢者であって、同一家屋内で食事等、お互いに生活を共同で行うことができるもの。

③ 利用定員

5人から9人。

④ 事業実施にあたっての留意点

当該居住形態が5年以上続くと見込まれること。また居住者について、所有権の共有や賃借権等居住に関する権利関係を明確にしておくこと。

(キ) その他の事業

① 実施方法

(ア) から (カ) までに掲げる事業のほか、地域の実情に応じて、在宅の要介護高齢者、ひとり暮らし高齢者等の介護予防・生活支援に資する事業であって厚生労働大臣が適当と認めるものを行う。

② 事業実施にあたっての留意点

本事業を実施するに当たっては、都道府県とも十分な協議の上、適切に事業を実施すること。

(2) 介護予防・生きがい活動支援事業

ア 事業内容

本事業は、高齢者が家庭・地域・企業等社会の各分野で、豊かな経験と知識・技能を活かし、地域の各団体の参加と協力のもとに、高齢者の生きがいと社会参加を促進するとともに、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等に対し、通所等による各種サービスを提供することにより、社会的孤立感の解消、自立生活の助長及び要介護状態になることの予防を図る。

イ 実施主体

実施主体は、市町村とし、その責任の下にサービスを提供するものとする。

この場合においては、市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、適切な事業運営が確保できると認められる市町村社会福祉協議会、社会福祉法人、医療法人、民間事業者、特定非営利活動法人、農業協同組合及び農業協同組合連合会等に委託することができるものとする。

ウ 利用料

市町村は、介護保険の対象サービスの利用料との均衡を考慮しつつ、食材料費等の実費等を定め、利用者がこれを負担するものとする。

エ 運 営

市町村は、本事業の運営に当たっては、1の(1)のエの①から⑤に準じて行うこととするほか、次に留意するものとする。

- ① 市町村は、特に、保健センター及び基幹型在宅介護支援センターを有効に活用し、保健担当部局と福祉担当部局とが一体となって本事業の運営に当たるものとする。
- ② 保健事業実施要領（平成12年3月31日老発第334号）において実施している「機能訓練（B型）」については、本事業の中で、一体的に実施するものとする。

オ 実施事業

(ア) 介護予防事業

高齢者ができる限り要介護状態になることなく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。

① 事業内容

a 転倒骨折予防教室（寝たきり防止事業）

- 転倒骨折予防教室の開催（生活相談、健康診断、生活指導、運動機能訓練等）
- 生活環境・習慣の改善（転倒骨折予防ケアのための生活支援）

b アクティビティ・痴呆介護教室

- アクティビティサービスの実施（音楽活動、絵画、書道、演劇等）
- 痴呆介護教室の開催

c IADL（日常生活関連動作）訓練事業

- 自立支援教室の開催（炊事・洗濯等の家事訓練を中心とした教室）
- 生活環境・習慣の改善

d 地域住民グループ支援事業

○ 住民の自主グループ活動育成支援（ボランティアで、介護予防に資する活動を行おうとする地域住民に対する場の提供等の支援）

○ 地域住民による定期訪問活動

e 足指・爪のケアに関する事業

○ 足指・爪ケア教室等の開催（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、足指・爪のケアの重要性と適切なケア方法の普及を図る教室等の開催）

○ 普及啓発パンフレット等の配布

f その他事業

その他気道感染予防等介護予防に資する教室等であって厚生労働大臣が適当と認めるものを開催する事業

② 事業実施に当たっての留意点

本事業を指定痴呆対応型共同生活介護事業を実施する者に委託する場合については、事業に要する経費のうち、初度設備費として、5,000千円を上限に補助できるものとする。（ただし、社会福祉施設等施設整備費又は保健衛生施設整備費など公的な補助を受けた者を除く。）

(イ) 高齢者筋力向上トレーニング事業

① 実施方法

転倒骨折の防止及び加齢に伴う運動機能の低下の防止の観点から、負荷量の微調整が可能な高齢者向けに改良されたトレーニング機器（以下「高齢者向けトレーニング機器」という。）を使用し、運動機能の向上に資する包括的なトレーニングを行う。

② 利用対象者

おおむね60歳以上の在宅の高齢者であって、事業実施により効果が期待できるものとする。

なお、要支援者のほか、要介護1又は2の者も対象として差し支えないが、介護保険サービスの通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションの利用者は、本事業の対象としない。

③ 事業内容

a 専門スタッフによるアセスメント

専門スタッフ（医師、理学療法士、健康運動指導士、保健師等）は、事業開始前に対象者の健康状態、生活習慣、体力などの個別の状況を把握する。

b 個別運動プログラムの作成

専門スタッフは、対象者の特性にあわせて個別プログラムを作成する。

個別プログラムとは、体力測定等により初期評価を行った上で、対象者の筋力を高め、柔軟性とバランス能力を向上させることを期待できる、包括的なトレーニングプログラムを言う。

(a) プログラム実施機関

おおむね3ヶ月程度とし、実施回数は、対象者の負担とならず、かつ、効果が期待できる回数を設定すること。

(b) プログラム内容

高齢者向けトレーニング機器を使用し、①トレーニングの基礎的な技能を修得する期間、②筋力を強化するトレーニングを行う期間、③生活動作の機能向上を目的としてトレーニングを行う期間等、一定の期間毎に一定の目標を定め、対象者の状況に応じて、過度の負担がかからないようにプログラムを設定する。

c トレーニング効果等のフォローアップ

トレーニング期間の終了時に、参加状況、生活改善状況、トレーニングの効果測定等の評価を行うとともに、利用者が継続してトレーニングを行えるよう配慮する。

④ 事業実施に当たっての留意点

a 市町村は、高齢者向けトレーニング機器を整備するとともに、専門スタッフに対して、筋力トレーニングの指導に必要な研修を行うものとする。

b 市町村は、関係団体および関係機関等と連携・調整し、事業の円滑な実施のための体制の整備を図るものとする。

c 専門スタッフによるアセスメントを行わない場合や、高齢者向けトレーニング機器を整備しない運動施設等での事業は、本事業の対象とはならないので留意すること。

d 事業が安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施するものとする。

- e 事故防止のため十分な注意を払うとともに、参加者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。

(ウ) 高齢者食生活改善事業

① 事業目的

高齢者及びその家族を対象に、高齢者の食生活改善を支援することを目的とする。

② 事業内容

- 高齢者及びその家族に対し、高齢者の食生活において必要な注意事項とその対策に関する指導を行う者（在宅栄養士、食生活改善推進員、ボランティア等）に対する研修の実施
- 高齢者及びその家族を対象とする高齢者の食生活において必要な注意事項とその対策に関する教室等の開催
- 食生活改善推進員等が高齢者宅を訪問して行う食生活改善の支援
- 高齢者の食生活上の留意点等に関する普及・啓発

③ 事業実施に当たっての留意点

- 保健・福祉・医療関係部局との連携を図り、事業の円滑な実施のための体制の整備を図るものとする。
- 関係団体および関係機関等と連携・調整を図るものとする。

(エ) 運動指導事業

① 実施方法

生活習慣病予防のための運動指導を効果的に推進する。

② 利用対象者

40歳以上の者で基本健康診査や健康度評価等の結果から、運動指導を行うことにより、生活習慣病予防の効果が期待できると認められる者

③ 事業内容

○ 初期のアセスメント

指導担当者（医師、理学療法士、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等）が対象者の健康状態、生活習慣、運動能力などを把握する。

○ 運動プログラムの作成

指導担当者は、対象者の特性にあわせて運動プログラムを作成する。

プログラムの内容は、ストレッチング、軽体操、ウォーキング、水中運動等の具体的な運動方法、運動開始時・終了時のセルフチェック方法等とする。

○ 運動指導

運動指導にあたっては、対象者が運動プログラムに従い適切に運動を行い、かつ継続できるよう指導する。実施回数は、週1回程度、実施期間はおおむね2か月程度とする。

④ 記録の整備

対象者ごとに、指導内容、指導日付、担当者、運動の内容・強度等の記録簿を作成する。

⑤ 効果の評価

実施期間終了時に、参加状況、種々の健康評価項目、生活改善状況などを評価する。

⑥ 事業の実施場所

市町村保健センター等とする。必要に応じ、健康増進施設、老人保健施設等に委託できるものとする。

⑦ 事業実施に当たっての留意点

- 市町村は指導担当者に対して、生活習慣改善に必要な運動指導についての研修を、必要に応じて行うものとする。
- 保健・福祉・医療関係部局との連携を図り、事業の円滑な実施のための体制の整備を図るものとする。
- 関係団体および関係機関等と連携・調整を図るものとする。
- 事業が安全に行われるよう、かかりつけ医等との連携の上で実施するものとする。

(オ) 生きがい活動支援通所事業

① 実施方法

家に閉じこもりがちなひとり暮らし高齢者等に対し、通所によって、その希望及び身体状況に応じた日常動作訓練、趣味活動等のきめ細かなサービスを提供する。

② 利用対象者

おおむね60歳以上のひとり暮らし高齢者等であって、家に閉じこもりがちなものとする。

③ 事業実施にあたっての留意点

- a 市町村は、事業の実施について、地域住民に対して広報誌等を通じて周知を図るものとする。
- b 市町村は、日常動作訓練から趣味活動等の各種事業を幅広く提供できるよう、事業の実施施設の状況及び利用対象者の希望を把握し、事業を計画的に実施するものとする。
- c 事業の実施は、実施施設を中心に行うものとするが、特に高齢者スポーツや園芸等を行う場合は、他の適切な場所において行うこととして差しつかえない。
- d 市町村は、実施施設、社会福祉協議会、老人クラブ等の関係機関と連携を密にするものとする。
- e 本事業を民家を改修する等により指定通所介護事業を実施する者に委託する場合については、事業に要する経費のうち、初度設備費として、5,000千円を上限に補助できるものとする。(ただし、社会福祉施設等施設整備費など公的な補助を受けた者を除く。)

(カ) 生活管理指導事業

基本的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、要介護状態への進行を予防する事業。

① 生活管理指導員派遣事業

日常生活に関する支援・指導（基本的生活習慣を習得させるための支援・指導）、家事に対する支援・指導、対人関係の構築のための支援・指導（近隣住民との関係修復等）、関係機関等との連絡調整等を行う。

② 生活管理指導短期宿泊事業

養護老人ホーム、生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム等の空きベッドを活用して一時的に宿泊させ、生活習慣等の指導を行うとともに体調調整を図る。

(キ)「食」の自立支援事業

在宅の高齢者等が健康で自立した生活を送ることができるよう、配食サービスや食事の提供を伴う生きがい活動通所支援事業等の「食」に関わるサービスを、「食」の自立の観点から十分なアセスメントを行った上で計画的・有機的につなげて提供する事業。

① 事業内容

a 食関連サービスの利用調整

対象者の心身の状況、その置かれている環境、対象者及びその家族等の希望等の情報を収集、分析するとともに、地域の実情に応じ、配食サービス、生きがい活動通所支援事業等のほか、地域住民が主体となった活動などのインフォーマルサービスも含めた社会資源の状況を勘案して、「食」の自立の観点から、食関連サービスの利用調整を行う。また、定期的（おおむね3か月～6か月程度）にサービスの実施状況、利用者の状態等を確認し、必要に応じ、サービスの再調整を行う。

b 配食サービスの実施

aにより必要と認められた者に対し、配食サービスを実施する。

(a) 実施方法

調理が困難な高齢者等に対して、定期的に居宅に訪問して栄養のバランスのとれた食事を提供するとともに、当該利用者の安否確認を行う。

(b) 利用対象者

おおむね65歳以上の単身世帯、高齢者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する高齢者並びに身体障害者であって、自立支援の観点からサービスを利用することが適切であると市町村が認めたものとする。

(c) サービス提供に当たっての留意点

・ サービス提供に当たっては、対象者の心身の状況、その置かれている環境、対象者及びその家族等の希望等の情報を収集、分析することが必須となるが、その体制整備に一定の期間を要することに鑑み、当分の間は、改正前の通知に基づく「配食サービス事業」とし

て実施することができるものとする。

- ・ 実施施設は、利用者の健康等を十分勘案するとともに、食品衛生管理に十分配慮し、保健所等関係機関と密接な連携を保つこと。
- ・ 市町村は、実施施設、民生委員、社会福祉協議会等の関係機関との連携を密にするとともに、食生活改善推進員、ボランティア等の協力が得られるよう配慮し、円滑な運営に努めること。

② 事業実施に当たっての留意点

- a 食関連サービスの利用調整については、その記録を独立したプランとして作成するのではなく、既存の居宅介護サービス計画（ケアプラン）又は介護予防プランに反映させる形で作成するものとする。
- b 市町村は、常にインフォーマルサービスを含めた地域の社会資源を把握し、サービスの利用調整等に適切に反映できるよう努めるものとする。

(3) 家族介護支援事業

ア 事業の趣旨

本事業は、高齢者（40歳以上65歳未満の者であって特定疾病に該当するものを含む。以下この事業において同じ。）を介護している家族等の様々なニーズに対応し、各種サービスを提供することにより、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継続、向上を図ることを目的とするものである。

イ 事業主体

実施主体は、市町村とし、その責任の下に事業を実施するものとする。この場合において、市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、本事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができるものとする。

ウ 運 営

市町村は、本事業の運営に当たっては、1の（1）のエの①から⑤に準じて行うこととするほか、次に留意するものとする。

- ① 市町村は、特に、保健センター及び基幹型在宅介護支援センターを有効に活用し、保健担当部局と福祉担当部局とが一体となって本事業の運営に当たるものとする。

- ② 保健事業実施要領（平成12年3月31日老発第334号）において実施している「介護家族健康教育」及び「介護家族健康相談」については、本事業の中で、一体的に実施するものとする。

エ 実施事業

（ア）家族介護教室

① 実施方法

利用対象者に対し、介護方法や介護に関する効果的な記録方法、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。

② 利用対象者

高齢者を現に介護している家族や近隣の援助者等

③ 事業実施に当たっての留意点

- a 家族介護者交流事業（元気回復事業）と一体的に実施することも可とする。
- b 利用者は、教材費等の実費を負担するものとする。

（イ）介護用品の支給

① 実施方法

支給対象者に対して、介護用品（紙おむつ、尿取りパット、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプーなど）を支給する。

② 支給対象者

要介護4又は5に相当する在宅の高齢者であって市町村民税非課税世帯に属するものを現に介護している家族

③ 事業実施に当たっての留意点

- a 支給額は、年額1人当たり上限75,000円とする。
ただし、対象者が家族介護者交流事業（元気回復事業）のサービスを併せて受けることを希望しない場合に限り、年額1人当たりの上限を100,000円とすることができるものとする。
- b 具体的な支給方法は市町村の判断によるものであり、地域の実情に応じて紙おむつ等の引き換えのためのクーポン券で支給することも可とする。
ただし、現金（いわゆる償還払い方式を含む）でおむつ代等を支給するこ

とは不可とする。

(ウ) 家族介護者交流事業（元気回復事業）

① 実施方法

利用対象者に対して、介護から一時的に解放し、宿泊・日帰り旅行、施設見学などを活用した介護者相互の交流会に参加するなど心身の元気回復（リフレッシュ）を図る。

② 利用対象者

高齢者を現に介護している家族

③ 事業実施に当たっての留意点

a 助成額は、年額1人当たり上限25,000円とする。

b 家族介護教室と一体的に実施することも可とする。

(エ) 家族介護者ヘルパー受講支援事業

① 実施方法

利用対象者が家族介護の経験を活かしてホームヘルパーとして社会で活躍することを支援するため、訪問介護員に関する省令（平成12年厚生省令第23号）に規定する訪問介護員研修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。

② 利用対象者

高齢者を現に介護しているか又は介護していた家族

③ 事業実施に当たっての留意点

a 助成額は、年額1人当たり上限30,000円とする。

b 利用者は、教材費等の実費を負担するものとする。

(オ) 徘徊高齢者家族支援サービス事業

① 実施方法

痴呆性高齢者が徘徊した場合に、早期に発見できる仕組み（システム）を活用してその居場所を家族等に伝え、事故の防止を図るなど家族が安心して介護できる環境を整備する。

② 利用対象者

徘徊の見られる痴呆性の高齢者を介護している家族

③ 事業実施に当たっての留意点

利用者は、機器のリース料等の実費を負担するものとする。

(カ) 家族介護慰労事業

① 実施方法

支給対象者に対して、介護を行っていることの慰労として金品（年額100,000円まで）を贈呈した場合に、これに要する経費を助成する。

② 支給対象者

要介護4又は5に相当する市町村民税非課税世帯に属する在宅の高齢者であって過去1年間介護保険サービス（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。

③ 事業実施に当たっての留意点

- a 要介護認定を受けていない高齢者については、市町村の判断で、正式な審査判定を経ないまでも、基本的には要介護認定と同じ方法を利用して、要介護4又は5に相当すると判断されるものを対象とする。
- b 家族が高齢者と同居していない場合であっても、隣地に居住していて事実上同居に近い形で介護に当たっている場合などは、実情に応じて市町村が支給するかどうか判断するものとする。
- c 過去1年間介護保険サービス（年間1週間程度のショートステイの利用を除く。）を受けなかった高齢者を介護する家族を支給対象者とすることから、支給を行う1年前に要介護4又は5に相当することが認められていることが必要である。したがって、市町村は、支給を行う1年前から順次対象予定者のリストアップを行った上で、それぞれの者について1年間のサービスの利用状況を見て支給を行うか否かの判断を行うものとする。

(キ) 痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業

痴呆性高齢者を介護する家族への支援の充実を図る観点から、対象となる痴呆性高齢者の近隣に居住する者、ボランティア等が痴呆性高齢者の居宅を訪問し、見守りや話し相手をする事業。

① 事業内容

a 「やすらぎ支援員」の養成事業

近隣者、ボランティア等を対象として痴呆の基礎知識、接遇の基礎、緊急時の連絡等に関するオリエンテーションを実施し、当該オリエンテーションを受けた者（以下「やすらぎ支援員」という。）を登録する。登録の際には、やすらぎ支援員の訪問可能な日時等の活動に関する情報を記載した台帳を整備するとともに、定期的に記載内容の更新を行うものとする。

b 対象者とやすらぎ支援員とのなじみの関係づくり

コーディネーター（対象者とやすらぎ支援員との関係づくりを調整する者をいう。以下同じ。）は、やすらぎ支援員の中から訪問日時等の条件が合致する者を選定し、対象となる痴呆性高齢者に受け容れられやすいよう、対象者とやすらぎ支援員との顔合わせの場を設けたり、やすらぎ支援員による対象者への言葉かけが容易になるように対象者の趣味や関心事等を伝えたりするなど、「なじみの関係づくり」の支援を行う。

c やすらぎ訪問事業の実施

家族が外出することが必要な時間帯又は介護疲れで休息が必要な時間帯に、やすらぎ支援員が対象者の居宅を訪問する。原則として、直接身体に触れる介護は行わないが、トイレ誘導程度は必要に応じて実施する。

② 事業実施に当たっての留意点

a 市町村は、医療機関、指定居宅介護支援事業者、指定居宅サービス事業者等の関係機関との連携体制を確保すること。

b 市町村は、やすらぎ支援員の訪問可能な日時等の活動に関する情報、対象者の家族状況・生活状況・健康管理状況等に関する情報及び訪問活動の結果を記録する台帳等を整備すること。

c コーディネーターは、痴呆性高齢者の特性に関する知識を有し、かつ、対象者の状況を熟知している者とする。

d やすらぎ支援員は、対象者が訪問介護等の専門性の高いサービスを必要とする状態にあると判断した時は、適切に専門職との連絡調整を図るものとする。

(4) 在宅介護支援事業

ア 事業の趣旨

在宅の要援護高齢者又は要援護となるおそれのある高齢者の心身の状況及びその家族等の状況等の実態を把握するとともに、これらの者の介護等に関するニーズの評価を行った上、要介護状態のおそれのある高齢者等に対し、できる限り寝たきり等の要介護状態にならないよう介護予防サービス等の利用調整を行い、もって地域の高齢者等の福祉の向上を図ることを目的とするものである。

イ 事業主体

実施主体は市町村とし、その責任の下に事業を実施するものとする。この場合において、市町村は、在宅介護支援センター運営事業を実施する者に事業の全部又は一部を委託することができる。

ウ 実施事業

(ア) 高齢者実態把握事業

地域の要援護高齢者等の心身の状況及びその家族等の状況等の実態を把握するとともに、介護ニーズ等の評価を行う。

(イ) 介護予防プラン作成事業

要介護状態になる危険因子の高い者に対して、できる限り寝たきり等の要介護状態にならないための適切な介護予防サービス等を利用できるように支援する。

(5) 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業

ア 事業内容

本事業は、高齢者が家庭・地域・企業等社会の各分野で、豊かな経験と知識・技能を生かし、地域の各団体の参加と協力のもとに、高齢者の生きがいと社会参加を促進するとともに、家に閉じこもりがちなひとり暮らし高齢者等に対し、様々な施設を活用し、通所により各種サービスを提供することにより、社会的孤立感の解消及び自立生活の助長を図る。

イ 実施主体

実施主体は市町村とする。ただし、市町村は地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、適切な事業運営が確保できると認められる市町村老人クラブ連合会、市町村社会福祉協議会、社会福祉法人、民間事業者、特定非営利活動法人、農業協同組合及び農業協同組合連合会等に委託する

ことができるものとする。

ウ 実施方法

- ① 本事業を実施する市町村には、市町村老人クラブ連合会、市町村社会福祉協議会等の団体に広く参加を呼びかけ、高齢者の生きがいと健康づくり推進会議（以下「推進会議」という。）を設置するものとする。
- ② 推進会議は、本事業についての総合的な企画、立案を行うとともに、事業間の連絡調整、事業の進行管理及び事業上の各段階における評価とそれに基づく事業の見直し、改善等を行うものとする。

エ 利用対象者

おおむね60歳以上の高齢者

オ 事業内容

- ① 高齢者の社会活動についての広報活動等
- ② 文化伝承活動、三世代交流活動等高齢者の地域活動の振興
- ③ スポーツ・娯楽活動、健康増進活動の推進、同好会等の育成及び関係団体等との連絡・調整
- ④ 木工・陶芸・手芸・園芸等の生産・創造活動の振興、市町村高齢者教養講座及び中高年者健康生きがい講座等の開催
- ⑤ 高齢指導者（シニアリーダー）の活用事業
- ⑥ その他、本事業として適当と認められる事業

カ 事業実施に当たっての留意点

- ① 本事業は老人クラブ連合会をはじめとする各種団体の協力のもと、地域の元気な高齢者が中心となり、かつ主体的に活動のできる事業となるよう配慮すること。
- ② 学校の空き教室、農林漁業関係施設、さらには地域の優れた人材等、既存の「人、物」を有効に活用しながら事業を推進すること。
- ③ 本事業と推進機構が実施する事業とは相互に密接に関連するものであることから、推進機構との連絡調整を密にするとともに、事業を共同で実施するなど、相互の協力・支援体制を整備すること。

（6）成年後見制度利用支援事業

ア 事業の趣旨

介護保険サービス、障害者福祉サービスの利用等の観点から、痴呆性高齢者又は知的障害者にとって、成年後見制度の利用が有効と認められるにも関わらず、制度に対する理解が不十分であることや費用負担が困難なこと等から利用が進まないといった事態に陥らないために、市町村が行う成年後見制度の利用を支援する事業に対して補助を行うものである。

イ 事業内容

(ア) 成年後見制度利用促進のための広報・普及活動の実施

- ① 在宅介護支援センター、居宅介護支援事業者等を通じた、成年後見制度のわかりやすいパンフレットの作成・配布
- ② 高齢者、知的障害者やその家族に対する説明会の開催
- ③ 高齢者、知的障害者やその家族に対する相談会の開催
- ④ 後見事務等を廉価で実施する団体等の紹介
- ⑤ その他成年後見制度の利用促進に資する事業

(イ) 成年後見制度の利用に係る経費に対する助成

① 利用対象者

次のいずれにも該当する者

- a 介護保険サービス又は障害者福祉サービスを利用し、又は利用しようとする身寄りのない重度の痴呆性高齢者、知的障害者
- b 市町村が、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第32条又は知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第27条の3の規定に基づき、民法（明治29年法律第89号）第7条（後見開始の審判）、第11条（保佐開始の審判）、第14条第1項（補助開始の審判）等に規定する審判の請求を行うことが必要と認める者
- c 後見人等の報酬等必要となる経費の一部について、助成を受けなければ成年後見制度の利用が困難と認められる者

② 助成対象経費

成年後見制度の申立てに要する経費（登記手数料、鑑定費用等）及び後見人等の報酬の全部又は一部

(7) 緊急通報体制等整備事業

ア 実施方法

ひとり暮らしの高齢者等の急病や災害等の緊急時に迅速かつ適切な対応を図るために次の事業を行う。

(ア) 近隣住民、ボランティア等に対する啓発普及活動

(イ) 近隣住民、ボランティア等であって安否の確認や、緊急時の対応等必要な措置を執ることができる者（協力員）の確保（登録等）

(ウ) その他、緊急時の連絡体制整備に資する事業

なお、当分の間、必要と認められる場合には、緊急通報装置の給付又は貸与を併せて実施することができるものとする。この場合にあっては、利用者の負担能力に応じ、実費に相当する額を定めて徴収することができるものとする。

イ 利用対象者

おおむね65歳以上の独居世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する高齢者並びに身体障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する身体障害者

ウ 緊急通報装置の性能

対象者が身につけることが可能で、ごく簡単な操作により緊急事態を自動的に受信センター等に通報することが可能な機器等とする。

エ 事業実施にあたっての留意点

緊急時の救護等のため、消防署、老人福祉施設、医療機関、協力員等による連携システムを確立すること。

(8) 高齢者住宅等安心確保事業

ア 事業内容

本事業は、高齢者の生活面・健康面での不安に対応するため、地域の実情に応じて、高齢者の安否確認や生活相談等を実施するための計画づくりを行い、生活援助員の派遣や関係機関の連携及び各種資源を活用することにより、高齢者の安心を確保するための体制づくりを図る。

イ 実施主体

実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ。）とする。

ウ 実施方法

地域の状況に応じて、地域の資源や他事業の活用を図るとともに、以下の

(ア) ～ (ウ) の事業を行う。

(ア) 高齢者住宅等安心確保計画の策定

- ① 高齢者の安否確認や生活相談等の支援を適切に行うための基本となる計画づくりを行う。
- ② 計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
 - a 当該市町村の区域における安否確認や生活相談等の訪問活動が必要な高齢者の人数、その居住実態その他の事情を勘案した事業の量の見込み
 - b 生活援助員のほか、民生委員、老人クラブ、市町村社会福祉協議会、特定非営利活動法人等の訪問活動に従事する者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項
 - c 地域の関係機関との連携の確保に関する事項
 - d その他本事業の円滑な実施を図るために市町村が必要と認める事項

(イ) 高齢者住宅等安心確保連絡協議会の設置

生活援助員等の訪問活動に従事する者や市町村等からなる協議会を設置し、地域の関係機関の連携体制の整備を行う。

また、本要綱中（７）緊急通報体制等整備事業における協力員等との連携に十分配慮すること。

(ウ) 生活援助員の派遣

（ア）の計画に基づき、高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）や高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成１３年法律第２６号）による高齢者向け優良賃貸住宅及び高齢者円滑入居賃貸住宅（登録住宅）等を対象に、安否確認や生活相談等を行う生活援助員を派遣することができる。

なお、生活援助員の派遣については、（ア）及び（イ）を踏まえた上で、必要性が認められる範囲で行うものとする。

① 生活援助員の行うサービスの内容

生活援助員の行うサービスは、次に掲げるものとし、必要に応じ提供するものとする。

- a 生活指導・相談
- b 安否の確認
- c 一時的な家事援助
- d 緊急時の対応

e 関係機関等との連絡

f その他日常生活上必要な援助

② 生活援助員の身分

生活援助員は、在宅介護支援センター、介護保険施設又は通所介護等事業所の職員であって市町村が適当と認めた者とする。

③ 生活援助員の研修

生活援助員に対し、採用時及びその後適宜、業務に必要な基礎的な知識及び技術に関する研修を実施するものとする。

④ 関連事業との連携

市町村は、生活援助員の派遣に当たり、必要に応じ、訪問介護員の派遣、通所介護事業等を活用するなど高齢者に係る保健医療及び福祉の増進に関する諸事業との連携を図るものとする。

エ 事業実施に当たっての留意点

(ア) 市町村は、生活援助員の派遣に要する費用について入居者負担額を定め、入居者の負担能力に応じて、これを徴収することができるものとする。

(イ) 本事業の実施に当たっては、原則として、ウの(ア)及び(イ)の事業の実施を必須とする。

(9) 寝たきり予防対策事業（寝たきり予防対策普及啓発事業）

ア 事業の趣旨

高齢者の寝たきり状態を予防するための保健事業を始めとする各種施策をより効果的に展開するために、地域の高齢者やその家族等に対して、「寝たきりゼロへの10か条」の広報など積極的な普及啓発活動等を行うことにより、寝たきり予防対策の一層の推進を図るものである。

イ 事業内容

市町村は、地域の実情に応じて次のうちから適宜必要な事業を実施するものとする。

(ア) 市町村の実情を十分把握し、寝たきり予防対策に向けた推進方策の企画、立案及び事業の実施効果の分析

(イ) 寝たきり予防推進のための広報紙、パンフレット、ポスターその他の広報媒体を通じた寝たきり予防推進対策の普及・啓発

(ウ) 寝たきり予防推進対策のための住民大会、講演会、シンポジウム等、各種行事を通じた寝たきり予防推進対策の普及・啓発

(エ) その他寝たきり予防対策の推進に必要な普及・啓発事業

ウ 委員会の設置

(ア) 市町村は、保健所、福祉事務所、教育委員会、医師会、歯科医師会、地域住民組織、老人クラブ等の代表者、保健師、看護師その他本事業の推進に必要と認められる者を構成員とする「寝たきり予防推進委員会」（以下「委員会」という。）を設置するものとする。

(イ) 委員会は、市町村に対しイに掲げる事業の効果的な実施に向けての助言その他の支援を行うものとする。

(ウ) 委員会は、本事業の推進を図るため、年4回程度開催するものとする。

エ 事業実施に当たっての留意点

事業の実施に当たっては、地域の医療機関、社会福祉施設等関係団体等との連携を図るものとする。

(10) 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

ア 事業内容

この事業は、高齢者が生きがいを持ち、健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成を促進するため、市町村がそれぞれの地域の特性に応じて、公民の協力の下に地域住民の老後における健康や福祉をはじめとする高齢化に対応するための様々な機能の総合的、計画的な整備を図るための基本となる計画（以下「基本計画」という。）を策定し、併せて基本計画の広報啓発活動を実施することにより、管内の地域住民に対して広く普及啓発を図ることとする。

イ まちづくりにおける基本的考え方

(ア) 地域住民が生涯を通じて住みやすい地域社会の形成を図るものであり、特に、高齢者が住み慣れた地域社会から孤立することなく、多世代の交流が図られるものであること。

(イ) 高齢者が「健康」、「生きがい」及び「安心」を享受するために必要な健康及び福祉に関する機能が、高齢者の日常生活圏のなかに総合的に備わっているものであること。

(ウ) 健康や福祉をはじめとする高齢化に対応した様々な機能が各々有機的に連携を図ることができるよう計画的に整備されているものであること。

(エ) 高齢者の多様な需要に対応するため、公的な施策の一層の推進と併せ、これとの適切な連携の下に民間事業者の積極的な事業参画が図られるものであること。

(オ) 計画策定内容を広く地域住民に普及させる観点から、計画地域における住民に対して広報啓発活動を積極的に実施するものであること。

ウ 基本計画の策定主体

基本計画の策定主体は、市町村とする。

エ 基本計画の策定内容

基本計画の策定は、計画地域内の特定地域における保健福祉関連施設の整備に関するものだけにとどまらず、計画地域全体にわたる保健、福祉サービスについて行うことを基本とし、あわせて高齢化への対応に関連する各般の分野を含めできる限り総合的な視点に立って行うものとし、これを実現するための現実的かつ具体的施策について検討を行うこと。

なお、既に策定済の基本計画との整合性を図りつつ、その実施・具体化に向けての計画（面的施設整備計画）づくりを行う場合は、次の事項によらず当該計画の目的等に照らし必要な事項について行うものとする。

(ア) 計画の背景及び目的

(イ) 計画の地域及び期間

(ウ) 計画地域の人口の高齢化、地域開発の状況、高齢者の居住実態、地域住民の保健福祉活動の状況等高齢者の保健・福祉の需要に影響を与える事項の現状及び今後の見通し

(エ) 計画地域における高齢者のための保健福祉及び関連分野に係る公的事業及び民間事業の現況

(オ) 計画地域における高齢者のための保健福祉及び関連分野に係る公的事業及び民間事業の今後の整備目標

(カ) 整備目標達成のための計画地域における保健福祉関連施設の整備計画（事業主体、種類、規模、利用範囲・人員、既存関連施設との連携方策）

(キ) 整備目標達成のための計画地域における施設整備以外の保健福祉に係る事業の実施計画

(ク) 整備目標達成のための関連分野に係る事業の推進に関すること

(ケ) (カ) ～ (ク) における公民の役割分担及び連携の考え方

(コ) 民間事業者による特定民間施設の整備を行う場合にあっては、その具体的な内容

(サ) その他

オ 基本計画策定上の留意事項

基本計画の策定に当たっては、当該都道府県と密接な連携を図るとともに、地域における地域団体の代表、保健、医療、福祉、建築の関係者等をその構成員とする委員会の設置や地域住民の意向の把握等により、関係者の意見を広く聴取するとともに、各地域の特性を十分に生かせるよう配慮すること。

カ 広報啓発活動

本事業の目的及びまちづくりにおける基本的考え方に基づいて、本計画策定主体が、地域住民への本計画策定事業の趣旨の普及促進を一層図ることを目的とし、おおむね次の事項など計画地域の住民に対して計画策定段階から広報啓発をすること。

(ア) イベント開催等広報啓発に関すること。

(イ) パンフレット、ビデオ作成等啓発資料作成に関すること。

(11) 高齢者地域支援体制整備・評価事業

ア 事業の趣旨

介護予防・生活支援サービスにおける取組みを支援し、サービスの充実・強化を図ることにより、地域における高齢者支援の体制整備等を図ることを目的とする。

イ 実施主体

実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ。）とする。この場合において市町村は、適切な事業運営が確保できると認められる市区町村社会福祉協議会等に事業を委託することができるものとする。

ウ 事業内容

(ア) ニーズ把握

地域における高齢者の介護予防・生活支援サービスに関するニーズを把握する。

(イ) 研修

把握された高齢者の新たなニーズに対応できる介護予防・生活支援サービ

スに関する研修を実施する。

(ウ) 評価・改善指導

介護予防・生活支援サービスを行う団体の活動に関する評価を行うとともに、活動上の問題点や課題等について、助言・提言による指導を行う。

(エ) ネットワーク形成

介護予防・生活支援サービスを行う団体が必要とする協力関係を構築できるよう、関係団体間の連絡会議の開催等によりネットワークの形成を図る。

(オ) 高齢者等に対する身近な相談支援体制の確立

高齢者等が気軽に来所できる場所に相談窓口を設置し、高齢者等の様々な相談に応じ、その問題の解決に努める。

(カ) その他、本事業として適当と認められる事業

エ 事業実施にあたっての留意点

(ア) 介護予防・生活支援サービスを行う団体の活動に関する評価については、地域住民、関係団体等が幅広く参加した会議を開催して行うこと。

(イ) 高齢者のニーズに関する情報やネットワーク等に関する情報を適宜都道府県や市町村へ提供すること。

(ウ) (オ) の事業については、特に以下の点に留意すること。

- ① 相談に当たる者は、高齢者等に身近な存在である民生委員、高齢者等の支援に熱意のあるボランティア等とし、相談の内容や地域の実情に応じて社会福祉の専門家等を加えること。
- ② 相談は、無料とすること。
- ③ あらゆる相談に対応すること。
- ④ 在宅介護支援センター等の公的相談機関と常に連携を密にし、問題解決が困難なケースについては当該機関へ連絡を行うなど適切に対応すること。
- ⑤ 相談に当たる者及び当たった者は、相談者のプライバシーの尊重に万全を期すものとし、正当な理由なく知り得た秘密を漏らしてはならないこと。

2 都道府県・指定都市事業

(1) 高齢者自身の取組み支援事業

ア 事業内容

高齢者の生きがいと健康づくりを推進するため、関係団体・機関の参加と協

力のもと、高齢者のスポーツ活動、健康づくり活動及び地域活動等を推進するための組織づくり事業、高齢者の社会活動の振興のための指導者等育成事業並びに趣味や同好の仲間づくり（高齢者サークル）を通じての生きがいづくりを支援するための仲間づくり支援事業を実施することにより、高齢者の社会活動の振興を図ることを目的とする。

イ 実施主体

本事業の実施主体は、都道府県・指定都市とする。

ただし、事業の全部又は一部をこの事業を適切に実施することができると思われる団体等に委託することができる。

なお、都道府県・指定都市に替わって財団法人等が実施する場合には、次の要件を満たす場合に、当該財団法人等に助成することができる。

- (ア) 高齢者の生きがいと健康づくりを推進するために設立された財団法人等であること。
- (イ) 当該事業の実施に当たっては、都道府県・指定都市が主体となって作成した実施計画に基づき行う事業であること。

ウ 実施事業

- (ア) 高齢者のスポーツ、健康づくり及び地域活動等を促進するための組織づくり事業

① 実施方法

地域の実情に応じて、各種調査等を通して高齢者の意識を把握するとともに高齢者の意志を尊重しながら社会参加を推進するものとする。

② 対象者

おおむね60歳以上の高齢者

③ 事業内容

- a 都道府県健康福祉祭（高齢者のスポーツ・健康づくり・福祉等の総合イベント）の開催及び全国健康福祉祭の参加選手の選考及び派遣
- b aの他、高齢者が参加するイベントの開催
- c 高齢者の生きがいと健康づくり活動及び高齢者を対象として民間事業者が行う各種のサービス、事業に関する情報収集、提供及び調査・研究
- d 市町村及び関係団体・機関が行う同様の事業への協力・支援
- e その他、本事業として適当と認められる事業

(イ) 高齢者の社会活動の振興のための指導者等育成事業

① 実施方法

高齢者の社会参加を促進するために高齢者を対象とした各種講習等を実施し、高齢者の中から指導者を育成する。

② 対象者

おおむね60歳以上の高齢者

③ 事業内容

- a 高齢者教養講座等事業（高齢者の生きがい・健康づくりに関するもの、いわゆる老人大学校運営事業）の実施
- b 高齢者の社会参加を積極的に促進することを目的とした指導的高齢者の養成・研修
- c その他、本事業として適当と認められる事業

(ウ) 仲間づくり支援事業

① 実施方法

仲間づくり支援相談員を配置し、高齢者サークルの立ち上げ、高齢者サークルへの入会、募集を支援する。

② 対象者

概ね60歳以上の者

③ 職員の配置

本事業を実施するために、仲間づくり支援相談員を2人以内配置するものとする。

④ 仲間づくり支援相談員の業務

仲間づくり支援相談員は、高齢者の仲間づくりを支援するために、高齢者サークル等の動向や高齢者のニーズを把握し、下記の事業を行うこととする。

- a 高齢者サークルの結成支援
- b 高齢者サークル活動に関する情報の収集及び提供
- c 高齢者サークルでの活動を希望する高齢者の相談・登録及び高齢者サークルへの紹介
- d 会員を募集している高齢者サークルからの相談・登録及び高齢者の紹介

e その他、本事業として適当と認められる事業

(2) 寝たきり予防対策事業（寝たきり予防対策普及啓発事業）

ア 事業の趣旨

高齢者の寝たきり状態を予防するための保健事業をはじめとする各種施策をより効果的に展開するために、関係部局及び市町村並びに関係団体等との連携を図り、地域の高齢者やその家族等に対して「寝たきりは予防できる」ことについて積極的な普及啓発活動等を行うことにより、寝たきり予防対策の一層の推進を図るものである。

イ 事業内容

- (ア) 都道府県内の実績を十分把握した上で、寝たきり予防対策に向けた今後の推進方策について企画、立案及び事業の実施効果について分析等を行う。
- (イ) 市町村、保健所等に対し寝たきり予防対策の推進に必要な指導、助言を行い、効果的、効率的な事業実施に向けての支援を行う。
- (ウ) 住民に対し寝たきり予防推進のための広報紙、パンフレット、ポスター、ビデオその他広報媒体等を通じ、寝たきり予防推進対策の普及・啓発を行うとともに、保健事業の重要性に対する住民の意識の高揚を図る。
- (エ) 寝たきり予防推進対策のための住民大会、講演会等各種行事を通じ、寝たきり予防推進対策の普及・啓発を行うとともに、保健事業の重要性に対する住民の意識の高揚を図る。
- (オ) その他地域の実情に合わせて、寝たきり予防対策の推進のために必要な普及・啓発事業等を実施する。

ウ 寝たきり予防推進本部の設置

- (ア) 都道府県は、衛生主管部（局）長、民生主管部（局）長、市町村長、保健所長、福祉事務所長、教育委員会、医師会・歯科医師会・看護協会、地域住民組織、老人クラブ等のそれぞれの代表者、保健師、報道関係者及びその他事業の推進に必要と認められる者を構成員とする「寝たきり予防推進本部」を設置し、本事業の効果的、効率的な推進を図るものとする。
- (イ) 寝たきり予防推進本部は、本事業の推進を図るため、会議（以下「推進会議」という。）を開催し、積極的な運営を行うものとする。
- (ウ) 推進会議は、年4回程度開催するものとする。

エ 留意事項

本事業の実施に当たっては次の事項に留意し事業を実施するものとする。

- (ア) 保健・福祉・医療関係部局との連携を図り、効果的な事業の推進を図る。
- (イ) 地域の住民組織及び老人クラブ並びに保健・福祉・医療の関係団体等を通じ、施策の充実を図る。

(3) 介護予防指導者養成事業

ア 事業の趣旨

市町村における介護予防事業の適切かつ効果的な推進を図るため、その具体的な進め方や手法に関する研修を実施し、もって、介護予防に関する専門性を有する指導者の養成を図るものである。

イ 事業内容

都道府県において、市町村の介護予防事業に関わる者（保健師、理学療法士、作業療法士、運動療法指導担当者、ヘルパー等介護担当者、相談援助業務担当者等）を対象とした養成研修を実施する。

(4) 高齢者訪問支援活動推進事業

ア 事業内容

本事業は、在宅の高齢者に対して、話し相手や日常生活上の援助などの訪問活動等を実施している地域のボランティア等を対象に、実践的指導者となるリーダーの養成及び支援能力の向上を図るための講習会の開催等により、地域における訪問活動のより一層の推進を図る。

イ 実施主体

本事業の実施主体は、都道府県・指定都市とする。ただし、都道府県・指定都市は地域の実状に応じ、適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができる。

ウ 実施方法

- (ア) 本事業を実施する都道府県・指定都市には、民生委員、保健所、特定非営利活動法人等の各代表により構成された訪問支援活動推進検討委員会を設置するものとし、在宅の高齢者に対する支援策の現状を把握し、今後の支援策の展開の検討等を行う。

(イ) 地域で訪問支援活動を行っている者を対象に、在宅の高齢者に対する訪問支援活動の実践的指導者となる訪問支援活動推進リーダーの養成研修を実施する。

研修カリキュラムは、以下を標準とする。

① 講義 計8時間

- 高齢者訪問支援活動入門（1時間）
- 対人援助の技術（1時間）
- 活動の基礎知識と援助方法（2時間）
- 高齢者福祉・保健・医療（1時間）
- 高齢期の身体と心（1時間）
- 家庭介護の方法（1時間）
- 地域の関係機関とサービス（1時間）

② 実技 計5時間

- 訪問等の技術（3時間）
- 簡単な家庭介護と救急法（2時間）

(ウ) 訪問支援活動推進リーダーを講師として、養成研修で得た知識・技能等を、地域で訪問支援活動を行っている者及び行おうとする者に対して講習会を開催する。

(エ) 高齢者訪問支援活動推進員の活動を事例集としてとりまとめ、今後の活動や在宅高齢者支援講習会の資料として活用する。

(オ) 本事業の実施に際しては、必要に応じ、その他関連する機関との連携を図ることとする。

(5) 高齢者に関する介護知識・技術等普及促進事業

ア 目的

本事業は、国民の介護に関する意識啓発や介護知識・介護技術の普及などにより、高齢者の生活の質の確保を図るとともに、高齢者を社会全体で支える地域づくりを支援することを目的とする。

イ 実施主体

事業の実施主体は、都道府県・指定都市とする。

ただし、事業の全部又は一部をこの事業を適切に実施することができると認

められる団体等に委託することができるものとする。

ウ 講習費

教材等については、利用者の実費負担とすることができる。

エ 事業内容

(ア) 高齢者生活支援のための意識啓発事業

① 実施方法

広く、都道府県・指定都市の住民を対象に、高齢者介護に関する意識の啓発や介護の基礎知識を習得するための講習会、情報提供等を行う。

② 対象者

当該都道府県・指定都市内に居住する者

③ 事業内容

a 高齢者の介護についての意識啓発

b 高齢者の生活についての情報提供

c 高齢者の介護や生活支援に関する基礎知識を習得させるための講習会の実施

d 介護機器・住宅改修についての普及啓発、情報提供

e その他、本事業として適当と認められる事業

(イ) 高齢者介護に関する知識・技術習得講習会実施事業

① 実施方法

講義と実技を取り入れた集中研修を通じ、介護に関する知識や技術を習得させることによって、高齢者介護や高齢者の生活支援を担う者を支援する。

② 対象者

現に高齢者を介護している家族、高齢者を介護する可能性がある家族、現に高齢者に対するボランティア活動をしている者又は希望する者

③ 実施場所

事業の実施については、介護実習・普及センターを有効に活用すること。

ただし、他に適当な会場等がある場合は、これを利用しても差し支えない。

④ 事業内容

a 高齢者の身体介護に関する講義、実技

b 高齢者の食事に関する講義、実技

- c 高齢者の家屋内での事故防止に関する講義
- d 高齢者の服薬管理に関する講義
- e 介護機器の利用方法、利用手続きに関する講義
- f その他、本事業として適当と認められる事業

(6) 高齢者地域支援体制整備・評価事業

ア 事業の趣旨

介護予防・生活支援サービスの充実を図る市町村に対し、サービスの充実・強化に関する情報の提供等を行うことにより、都道府県・指定都市域全体における高齢者地域支援体制の充実・強化を図る。

イ 実施主体

実施主体は、都道府県・指定都市とする。この場合において、都道府県・指定都市は、適切な事業運営が確保できると認められる都道府県・指定都市社会福祉協議会等に事業を委託することができるものとする。

ウ 実業内容

(ア) 広報・啓発

地域住民に対し、介護予防・生活支援サービスを行うサービス提供団体活動への積極的な参加を促すための広報・啓発を行う。

(イ) 情報収集

介護予防・生活支援サービスに関する県内外の優良事例・先進事例の収集・分析を行う。

(ウ) 研究・開発

高齢者のニーズ等をもとに、新たな介護予防・生活支援サービスの研究・開発を行う。

(エ) 情報提供

(イ) 及び (ウ) の成果について、市町村に対し詳細に情報提供を行う。

(オ) その他、本事業として適当と認められる事業

(7) 老人性痴呆指導対策事業

ア 事業の趣旨

市町村が、高齢者やその家族に対して痴呆に関する正しい知識を付与し、若

しくは相談対応を行う場合などに、その技術援助を行い、もって地域の痴呆性高齢者等の保健医療・福祉サービスの向上を図ることを目的とする。

イ 事業主体

実施主体は都道府県とし、その責任の下に事業を実施するものとする。この場合において、都道府県は、適切な事業運営が確保できると認められる老人性痴呆疾患センター等に委託することができるものとする。

ウ 事業内容

(ア) 市町村の保健医療・福祉関係者への技術援助

- ① 市町村、市町村保健センター、在宅介護支援センター等の職員、地区医師会の会員等に対する研修会の開催
- ② 保健医療・福祉関係者からの電話照会の対応

(イ) 情報収集・情報提供

- ① 高齢者総合相談センター、保健所、福祉事務所等との連絡・調整
- ② 事業内容等に関する広報

(ウ) 専門相談の実施

(エ) 困難事例等個別の高齢者の処遇に係る関係機関との調整（ケースワーク）

エ 事業実施に当たっての留意事項

本通知の施行後に新たに指定した老人性痴呆疾患センターに本事業を委託することは認めないものとする。

(8) 高齢者介護施設等支援事業

ア 事業の趣旨

地域における在宅高齢者に対する介護サービスの充実を図るため、高齢者介護施設等に対し、地域の実情に応じて福祉人材の就業の援助、人材確保相談、情報提供等の事業を実施する福祉人材センター等の運営に対して支援することにより、高齢者等の地域支援体制の充実を図る。

イ 事業主体

(ア) 都道府県福祉人材センター運営事業

実施主体は、都道府県・指定都市とする。この場合において、都道府県は、人材センターの指定を受けた都道府県社会福祉協議会、また指定都市は適切な事業運営が確保できると認められる指定都市社会福祉協議会にそれぞれ事

業を委託することができるものとする。

(イ) 福祉人材バンク運営事業

実施主体は、指定都市・中核市とする。この場合において、指定都市・中核市は適切な事業運営が確保できると認められる指定都市・中核市社会福祉協議会に事業を委託することができるものとする。

ウ 事業内容

(ア) 都道府県福祉人材センター運営事業

- ① 福祉人材無料職業紹介事業の実施
- ② 社会福祉事業に従事しようとする者に対する説明会、講習会等の実施
- ③ 社会福祉事業従事者の確保に関する調査研究の実施

都道府県内の社会福祉事業の人材確保の現状と今後の動向についての情報収集及び調査研究を行う。

- ④ 社会福祉事業従事者に対する研修の企画及び実施
- ⑤ 福祉人材確保相談事業

社会福祉事業経営者に対し、社会福祉事業従事者の確保に関する相談に応じ、基本指針に規定する措置の実施に関する技術的事項について必要な援助を行う。

- ⑥ 福祉に関する啓発・広報事業の推進

福祉サービスに関する理解と関心を高め、社会福祉を目的とする事業への就労を促進するための啓発・広報事業を行う。

- ⑦ その他、社会福祉事業従事者の確保に資する事業の実施

(イ) 福祉人材バンク運営事業

- ① 福祉人材無料職業紹介事業の実施
- ② 福祉サービスに関する啓発・広報事業の推進

地域住民に対し、福祉サービスに対する理解と関心を高め、社会福祉を目的とする事業への就労を促進するための啓発・広報事業を行う。

- ③ その他、社会福祉事業従事者の確保に資する事業の実施

参 考 資 料 3

○ 島根県地域リハビリテーション指針

島根県地域リハビリテーション指針

平成12年 3 月

島根県健康福祉部

目 次

I. 指針策定の目的	1
II. リハビリテーションの概念及び流れ	3
1. リハビリテーションの概念	3
2. リハビリテーションの流れ	4
III. 地域リハビリテーションの推進	6
1. 現状と課題	6
2. 基本的考え方	8
3. 基本的推進方針	11
(1) 要介護状態になることの予防の推進	11
(2) 医療提供体制の整備（施設・設備整備）	12
(3) 介護保険サービス提供体制の整備	13
(4) 地域リハビリテーション推進体制の整備	14
(5) 人材（リハビリテーション専門職員）の確保、育成	15
(6) 地域リハビリテーションに関する普及・啓発の実施	15
(7) 圏域別地域リハビリテーション連携指針の策定	15
4. 具体的推進方策	15
(1) 要介護状態になることの予防の推進	15
①老人保健事業	
②高齢者丸ごと安心生活サポート事業	
③調査・研究事業	
④生きがい対策（社会参加活動）	
(2) 医療提供体制の整備（施設・設備整備）	17
(3) 介護保険サービス提供体制の整備	19

(4) 地域リハビリテーション推進体制の整備	19
① 支援体制の整備	
○ 島根県リハビリテーション支援センター	
○ 地域リハビリテーション支援センター	
② 関係機関・団体の機能と役割分担	
○ 県	
・ 本庁	
・ 健康福祉センター	
・ 介護研修センター	
○ 市町村	
・ 保健福祉担当課	
・ 市町村保健福祉総合センター	
○ 市町村社会福祉協議会	
○ 在宅介護支援センター	
○ 医療機関	
・ 県立中央病院	
・ 地域中核病院等	
・ リハビリテーション機能を持つ医療機関	
・ かかりつけ医	
○ 老人保健施設	
○ 訪問看護ステーション	
○ 特別養護老人ホーム	
○ デイサービスセンター	
○ 身体障害者更正援護施設	
○ 住民団体等	
③ 関係機関・団体の連携方法	
○ 二次医療圏	
○ 一次医療圏（市町村）	
(5) 人材（リハビリテーション専門職員）の確保、育成	28
(6) 地域リハビリテーションに関する普及・啓発の実施	28
(7) 圏域別地域リハビリテーション連携指針の策定	29

- ①協議機関（地域保健福祉協議会）
- ②内容
- ③検討すべき具体的項目及び方向性（例示）
- ④報告
- ⑤進行管理

Ⅳ．参考資料	33
1．リハビリテーション用語の整理	33
①リハビリテーションサービス	
②医学的リハビリテーションサービス	
③リハビリテーションプログラム	
④維持期リハビリテーション	
⑤地域リハビリテーション	
2．リハビリテーション資源の状況	34
(1) 医療機関のリハビリテーション機能の状況	35
(2) リハビリテーション資源調査（アンケート）の実施	37
3．リハビリテーション関連補助事業等一覧	42

I. 指針策定の目的

近年の急速な人口の高齢化による慢性疾患の増加等、疾病構造の変化を背景として、脳血管疾患、心疾患、筋骨格系の疾患等の機能障害を伴う患者が増加してきており、リハビリテーションに対する需要が増加してきている。

また、平成12年4月からの介護保険制度の導入を契機としてリハビリテーションの重要性が広く認識されるようになってきている。

こうした社会情勢の変化を踏まえ、平成11年8月31日に告示された「島根県保健医療計画～しまね健康プラン～」の重要な柱の一つとして、「地域リハビリテーションの推進」（第5章第1節6）を位置づけ、「体制整備の方向」を示したところである。これを受けて、島根県のリハビリテーションの円滑な推進を図るため、この指針を策定するものである。

なお、平成12年度には本指針を受け、各二次医療圏域ごとにそれぞれの地域実情を十分に踏まえ、圏域内の医療提供体制、介護保険サービス提供体制、要介護状態になることの予防対策の推進、地域リハビリテーション推進体制の整備、人材の確保・育成等について現状及び課題の把握、課題解決のための具体的方策等を検討するとともに、それぞれの関係機関等の役割・連携のあり方等を記載した「圏域地域リハビリテーション連携指針」を策定し、住民の身近な地域でのリハビリテーションの円滑な推進を図ることを目的とする。

◎二次医療圏



Ⅱ. リハビリテーションの概念及び流れ

1. リハビリテーションの概念

リハビリテーションの定義については、現在は以下のような定義が一般的に用いられており、単に運動障害の機能回復訓練の分野を言うのではなく、障害をもつために社会生活から疎外されている者が全人権的復権を目指し、住み慣れた地域でより豊かな生活が送れるよう、健常者とともに社会参加していくノーマライゼーションを実践する社会をつくりあげていくことであるといえることができる。

◎リハビリテーションの定義

- リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利を起こす諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会統合を実現することを目指すあらゆる処置を含むものである。リハビリテーションは、障害者を訓練してその環境に適応させるだけでなく、障害者の直接的環境及び社会全体に介入して彼らの社会統合を容易にすることを目的とする。障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会はリハビリテーションに関係する諸種のサービス計画と実施に関与しなければならない。(WHO 1981)
- リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限定したプロセスである。(国際障害者世界行動計画による定義 1982)
- リハビリテーションは、障害者の身体的、精神的、社会的能力を最大限に回復させ、積極的な自立を促すことである。リハビリテーションには、①医学的リハビリテーション、②教育的リハビリテーション、③職業的リハビリテーション、④社会的リハビリテーションの四つの分野がある。医学的リハビリテーションの対象であった結核等は減少してきたが、人口の高齢化や社会環境の変化に伴い、心臓疾患、脳血管障害、交通災害等の後遺症、精神障害に対するリハビリテーションの需要が増大している。(国民衛生の動向)

◎地域リハビリテーションの定義

- 地域リハビリテーションとは、維持期リハビリテーションを包括する概念である。すなわち、医学的リハビリテーションとしての維持期リハビリテーションを含め、現行法の保健・福祉の領域及び地域住民やボランティアまで含めた生活に関わるあらゆる人々

が実践する、地域における総合的リハビリテーションサービスである。

その活動は、障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、すなわち健康で快適な生活を楽しむ、教育・社会・文化・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するものであり、社会におけるリハビリテーションの発展、障害のある全ての人々の機会均等や社会的統合を目指した戦略である。

それは、障害のある人々自身、その家族、そして地域住民、さらに保健・医療・教育・職業・社会サービスなどが一体となって努力する中で履行されていくものである。(厚生省：維持期におけるリハビリテーションの在り方に関する検討委員会 1966)

○ 地域リハビリテーションとは、障害を持つ人々や老人が住み慣れたところでそこに住む人々とともに、一生安全に生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを言う。

その活動は、障害を持つ人々のニーズに対し先験的で、しかも身近で素早く、包括的、継続的そして体系的に対応するものでなければならない。また活動が実効あるものとなるためには、個々の活動母体を組織化する作業がなければならない。(澤村・大田・浜村：日本リハビリテーション病院協会 1991)

2. リハビリテーションの流れ

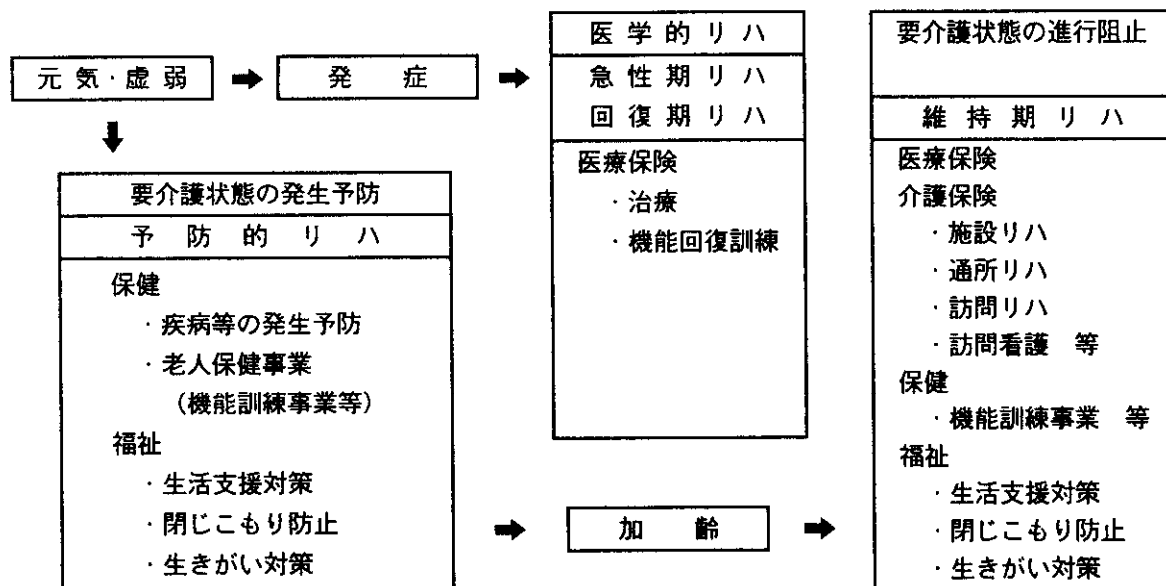
リハビリテーションに関する保健・医療・福祉制度上のサービスには、まず、要介護状態になることを可能な限り予防する予防的リハビリテーションとしての老人保健事業による機能訓練事業（B型）や高齢者丸ごと安心生活サポート事業等があり、次に、脳卒中や骨折などによる障害が発生した際に、急性期や回復期の治療の一環として行われる医療におけるリハビリテーション、さらに、機能低下を防ぐための維持期リハビリテーションとしての介護保険で対応される通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション等及び老人保健事業による機能訓練事業（B型）等が存在する。

リハビリテーションの役割としては、脳卒中や骨折などの後の急性期もしくは回復期のリハビリテーションが重要であるが、一般的な老化を予防する、あるいは運動能力を維持して転倒などを防ぐための予防的リハビリテーション、また、急性期、回復期を過ぎて退院して日常生活に戻ってからの機能低下を防ぐための維持期リハビリテーションも、長期的視野に立てば同じように重要である。これを提供するのが、従来の医療の枠を超えた地域リハビリテーションである。

このように、各段階におけるリハビリテーションは、独立して機能するものではなく、強力

な連携を持ち、対象者の状態に応じた適切なリハビリテーションが提供される体制を整備することが重要である。

◎高齢者のリハビリテーションの流れ



Ⅲ. 地域リハビリテーションの推進

1. 現状と課題

地域リハビリテーション関連項目の現状と課題について、以下のように整理した。

- 平成10年度に実施した高齢者実態調査の結果、要援護高齢者は27,982人（要支援6,085人、寝たきり等要介護21,897人）であり、高齢者全体の15.4%にあたる。この中で痴呆性高齢者は、約1,300人である。高齢者人口の増加に伴い、要援護高齢者は今後とも増加すると予想される。

患者調査（平成8年）によると、脳血管疾患患者は2,923人（脳梗塞2,027人、その他の脳血管疾患896人）であるが、前述の高齢者実態調査では寝たきり者（B、Cランク）は3,790人であり、その原因疾患は脳血管疾患が38.1%（男性49.2%、女性31.3%）と脳血管疾患が約4割を占める。骨折は13.3%（男性6.8%、女性17.2%）である。

また、脳卒中等情報システム事業で1994年からの4年間に登録のあった4,295人のうち70歳未満の発症者は1,541人であり、壮年期の発症も多い。

退院時に連絡があった2,325人の転帰が軽快であった割合は70歳未満は8割である一方、70歳以上は7割弱である。退院時現症は、麻痺71.4%、言語障害26.2%、痴呆17.2%等である。退院時ADLは全介助2割弱、部分介助約2割、自立3割強、正常3割であった。

脳卒中壮年期発症者、中途障害者も多いことから、一人一人に適したリハビリテーションが実施できるよう、体制の整備と連携の強化が必要である。

- リハビリテーション医療は、その遅れによる治療効果の減退もみられることから、障害等の発生後、可能な限り早期から開始することが望ましく、そのためには施設の整備と理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等の専門職員の配置による高度で専門的な医療サービスが提供される必要がある。しかしながら、県内のリハビリテーション医療施設の整備状況は質的、量的にも必ずしも十分ではなく、しかも、二次医療圏域間の格差、圏域内の偏在もみられる。

島根県保健医療計画では、各二次医療圏ごとに確保する医療機能（A欄機能）、可能な限りの整備を図る医療機能（B欄機能）を定めている。B欄機能とされている総合リハビリテーション施設は大田圏域、浜田圏域、益田圏域にはなく、全体的に質的・量的とも西部地域、隠岐地域における体制は不十分である。各二次医療圏域ごとに医療機能の評価をし、体制整備と連携体制の確立を図ることが必要である。

- 特別養護老人ホーム、老人保健施設等施設サービスについては、介護保険の整備目標

に対して、概ね目標量の達成が見込まれている。しかし、リハビリテーションの必要な高齢者や痴呆性高齢者の入所が増加しており、短期入所も増加が予想されることから職員の確保、専門技術の習得や環境整備によるサービスの向上が必要である。

- 病院でのリハビリテーション終了後も在宅で長期療養をしている高齢者等が多くなってきたことから、在宅での機能訓練を支えるデイ・ケア施設の整備、訪問リハビリテーションや老人保健法による機能訓練事業を早急に充実していくことが必要である。

しかしながら、医療機関等を退院後、住み慣れた地域で機能の維持回復を図る在宅リハビリテーション体制は十分でない。

市町村では、老人保健法による機能訓練事業を実施しているが、平成10年度で46市町村（A型43市町村、B型14市町村）であり、二次医療圏ごとの実施率に格差がある。今後はほとんどの市町村が実施を計画しており、早急な体制の整備が望まれる。

一方、在宅での機能訓練を支える通所リハビリテーション（デイケア）、訪問リハビリテーションの実施は少なく、これらの確保及び充実が必要である。

在宅の痴呆性高齢者を対象とする痴呆型デイサービス事業（E型）や老人デイ・ケア事業が推進されているが、痴呆型デイサービスの実施はまだ15か所（13市町）と少ないのが現状である。また、初期の痴呆は、適切な診断・治療・保健指導を行うことにより症状の改善が期待されることから、保健・医療・福祉関係機関の連携を強化しながら、対象者の状況及びニーズを的確に把握し、早期かつ適切なサービス提供が重要である。

○ 個人の状態を評価し、適切なリハビリテーションが実施されるためには理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等の専門職員の充実が不可欠である。

平成11年度医療機関、老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、市町村等に行った資源調査によれば、回答の得られた範囲ではPT141名、OT87名、ST14名、視能訓練士3名等が常勤で従事している。このうち73.5%は東部地域の機関に配置されており、偏在がみられる。なお、市町村、在宅介護支援センター、健康福祉センター等、地域においては5名配置されているのみであり、市町村は医療機関等からの派遣・協力を得て機能訓練事業を実施しているのが現状である。

一方、今後リハビリテーションを充実したいと考えている機関（市町村等も含む）は37.7%であり、その半数が問題点として人材の確保をあげている。

平成12年度以降の採用予定については、PT64名、OT40名、ST12名と回答があった。県内2つの養成校卒業生の県内定着を図っていく必要がある。

- リハビリテーションに対するニーズはますます増大していくと考えられ、急性期、回

復期、維持期のリハビリテーション及び医療・保健・福祉の連携体制の強化が必要である。

しかし、各分野間の連携は必ずしも十分とはいえない現状にある。前述の調査においても、リハビリテーションを必要とする患者等に関する連絡連携システムがあると答えた機関は5割弱であった。また、今後リハビリテーションを充実する上で問題と考えることでは、関係機関の連携不足や支援体制の未整備をあげた機関があわせて2割あった。

県内どこでも必要なリハビリテーションを受けることができるよう、急性期、回復期、維持期等の各段階に応じた体系的なリハビリテーション体制の整備、予防から入院治療、リハビリテーション、退院後のケアまでが一貫して行われるよう、地域における寝たきり予防の連携システムの確立が必要である。身近な地域で整えられる必要があることから、二次医療圏単位での検討が必要である。

- これまで本県では、「寝たきりは予防できる」を合い言葉に、寝たきりゼロ推進大会を開催し、また、関係者の研修に取り組んできた。

今後、「地域ぐるみで高齢者・障害者を支える体制づくり」を展開していくためにも、県民への普及啓発活動、関係者への研修、住宅改修、補助具等の普及、家族や介護者に対する意識の啓発、関係機関への働きかけ等幅広く取り組んでいく必要がある。

2. 基本的考え方

本県のリハビリテーション体制整備に当たっては、上記の現状と課題を踏まえ、以下の基本的考え方に基づいて進めることとする。

- 高齢化の進展により、骨折や脳卒中発症後の寝たきり老人の増加が大きな問題となっており、リハビリテーションの需要は今後ますます増大していくと考えられる。痴呆性高齢者は年々増加しており、痴呆の発症や悪化を予防するとともに、痴呆性高齢者を地域で支えていく体制を整備することが重要である。

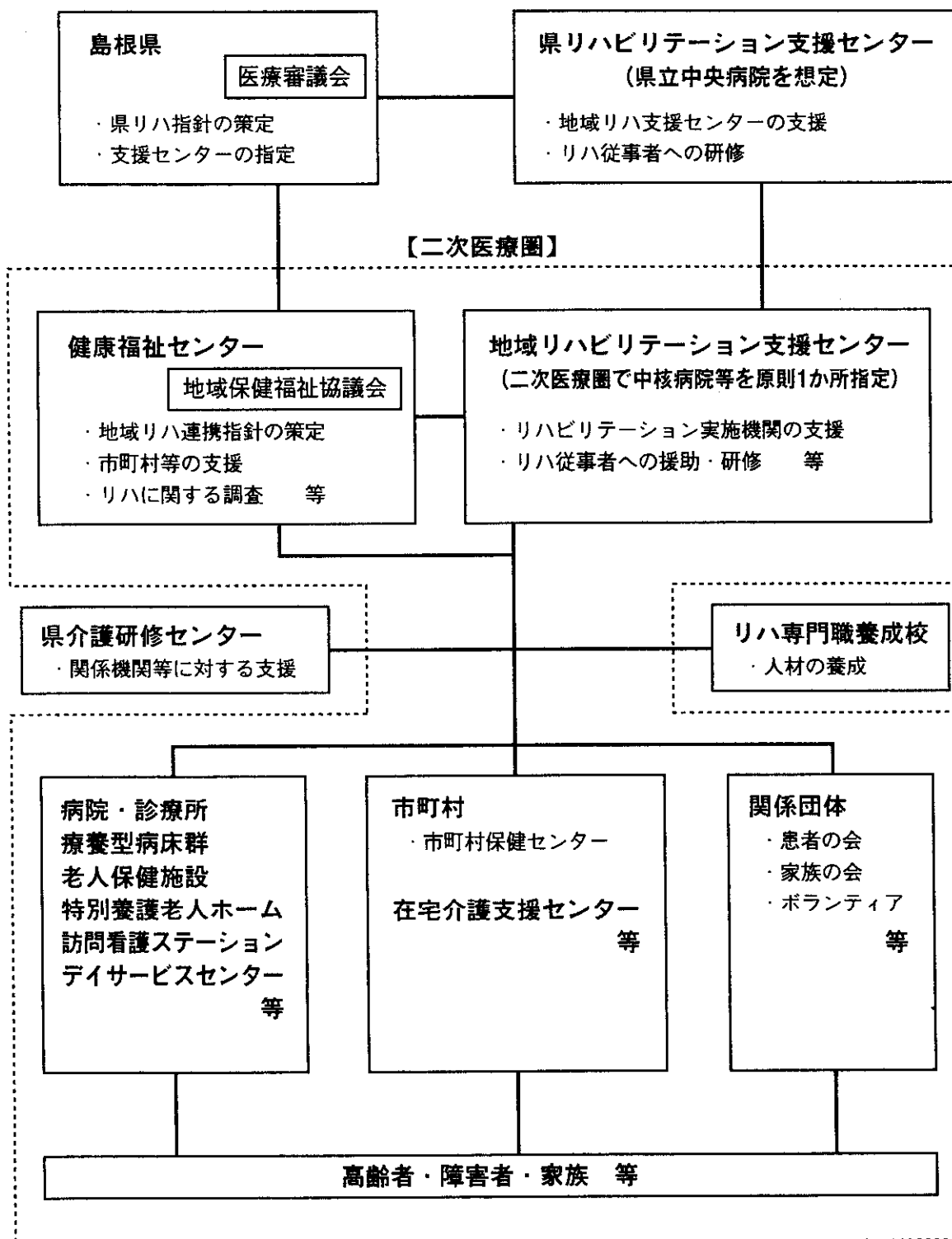
- リハビリテーションは、要介護者になることを予防する観点から、要介護・要支援状態でない高齢者にとっても必要かつ重要な問題である。

この指針での対象者については、リハビリテーション医療対象者、中途障害者、介護保険対象者、機能訓練事業対象者、高齢者丸ごと安心生活サポート事業対象者とする。

- 本県においては、リハビリテーション医療施設等の整備状況は必ずしも十分でなく、しかもリハビリテーション資源の地域的偏在がみられる。なるべく身近なところで適切なリハビリテーションが受けられることが必要である。

- したがって、本県のリハビリテーション施策を展開するに当たっては、これら増大す

地域リハビリテーション推進体制



る需要に対応し、保健・医療・福祉が一体となった効率的かつ包括的なリハビリテーションシステムが重要であると考えられることから、別図に示すリハビリテーション推進体制をつくることとする。すなわち、各二次医療圏域ごとに地域保健福祉協議会において圏域のリハビリテーション体制を検討するとともに、地域リハビリテーションを推進する中核機関として地域リハビリテーション支援センターを指定し、地域のリハビリテーション実施機関の支援、リハビリテーション従事者への援助・研修等を行う。これらを通じて、各関係機関が連携して圏域のリハビリテーション提供体制の整備を図る。さらに、全県的な視野で支援する機能を持つ県リハビリテーション支援センターを指定する。

- また、地域リハビリテーションは、高齢者や障害のある人々が、たとえ介護を必要とするようになって、住み慣れた地域で生活が続けられること、つまりノーマライゼーションを基本理念とし、本人のリハビリテーションのみならず、住宅、交通、環境の整備、住民参加によるまちづくりなども含めた包括的な概念に基づくものと考えられる。

したがって、医療だけでなく、保健・医療・福祉・教育・職業・住宅・環境・都市計画・交通機関さらには地域住民の理解など、極めて多くの分野の関与が必要であり、各分野の積極的な参画が期待されるところである。

- 島根県においては、「島根県ひとにやさしいまちづくり条例」（平成10年6月30日島根県条例第25号）に基づき、障害者、高齢者等のハンディキャップをもつ人の社会参加を進めるためのハード、ソフトの整備を推進していく。

なお、知的障害者、精神障害者については、保健医療から社会復帰に至るまでの固有の包括的な体制が必要であることから、「しまね障害者プラン」（平成9年9月）に基づいて、別途体制の整備を図っていくものとする。

◎地域リハビリテーション活動の対象整理

- 発症（脳卒中、骨折等）、慢性疾患の急性転化、障害の急速悪化

	急性期リハ	回復期リハ	維持期リハ	自立
制 度	医療保険	医療保険	介護保険	老人保健
サービス	入院リハ	入院リハ 通院リハ 訪問リハ	入所リハ 通所リハ 訪問リハ 訪問看護	機能訓練事業 訪問指導
提供機関	中核病院等	リハ専門病院 中核病院 療養型病床群	各種介護サービス 事業者	市町村

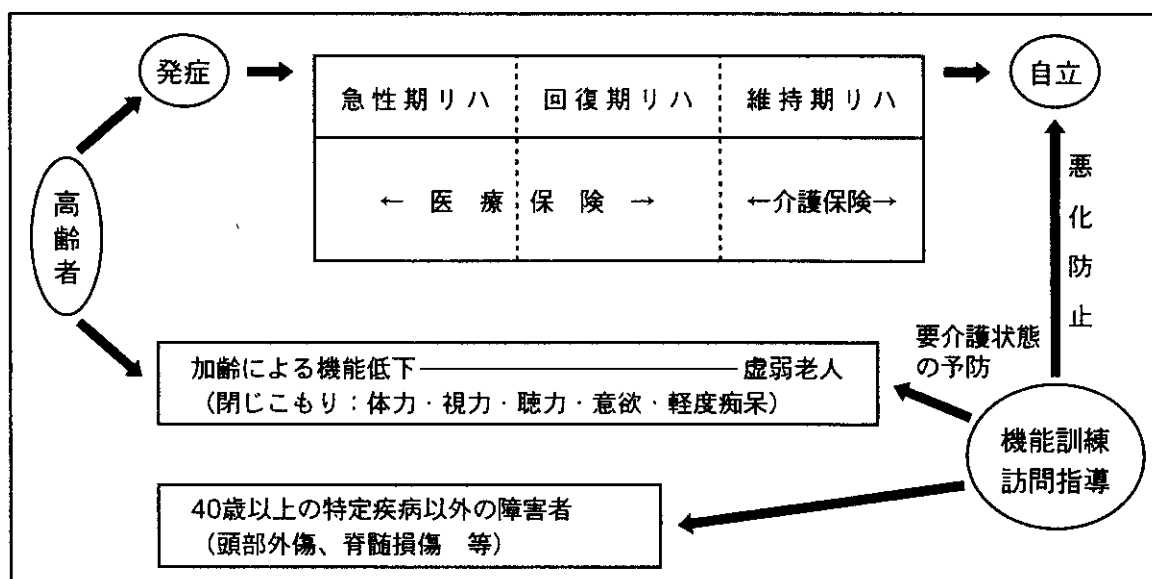
○中途障害者（特定疾病、頭部外傷、脊髄損傷等）

	治 療	介 護	機 能 訓 練
特定疾病及び65歳以上	医療保険	介護保険	介護保険、老人保健
特定疾病以外（40歳未満）	医療保険	福 祉	福祉
特定疾病以外（40歳以上65歳未満）	医療保険	福 祉	福祉、老人保健

○加齢による機能低下（体力・視力・聴力等の低下、痴呆）

	自立老人	虚弱老人	要介護老人
制 度	老人保健・福祉	老人保健・福祉	介護保険
サービス	生きがいづくり 健康づくり	機能訓練、訪問指導 配食・入浴サービス	施設・通所リハ 訪問看護・リハ
提供機関	市町村・県	市町村・県	各種介護サービス事業者

◎リハビリテーション対象者



3. 基本的推進方針

地域リハビリテーションを推進するためには、予防から入院治療、医学的リハビリテーション、退院後のケアまでが一貫して、緊密に連携して行われる体制を整備することが必要である。

(1) 要介護状態になることの予防の推進

県民全てが生涯にわたって、健康で明るく生きがいを持ち、可能な限り健康である期間を保

持しつつ、質の高い生活を送るためには、要介護状態となることを予防することが重要である。

このため、老人保健事業による疾病の予防対策、機能訓練事業、訪問指導を充実するとともに、転倒予防教室、痴呆予防教室の開催などの介護予防事業、配食サービス、外出支援サービスなどの生活支援事業、家族介護教室の開催などの家族介護支援対策等からなる高齢者丸ごと安心生活サポート事業、社会参加による生きがいを推進する。また、寝たきりの原因となる転倒予防等の調査・研究事業を実施する。

(2) 医療提供体制の整備（施設・設備整備）

県民全てが、いずれの地域においても質の高い適切なリハビリテーション医療が受けられるよう、急性期、回復期、維持期の各段階において必要なリハビリテーション医療機能の確保・充実と医療機関相互の機能分担と連携を図る。

具体的には、住民に身近な地域においては、プライマリ・ケアの一環としてかかりつけ医を中心としたリハビリテーション医療サービス、二次医療圏においては、急性期・回復期及び維持期の専門的リハビリテーション医療サービス、三次医療圏においては、二次医療圏では対応できない特殊・高機能なリハビリテーション医療サービスを担うこととする。

このうち、二次医療圏域は、原則として入院医療（高度・特殊な医療を除く。）の需要に対応し、健康増進から疾病予防、診断・治療及びリハビリテーションに至る包括的な医療提供体制の整備を進める圏域とされており、二次医療圏におけるリハビリテーション機能の整備、特に圏域ごとによりリハビリテーション医療の中心となる中核病院等の整備を促進する。

この中核病院等については、島根県保健医療計画の中で各二次医療圏ごとに次のように位置付けられている。

◎各二次医療圏における中核病院等

圏域	中核病院等
松江圏	松江赤十字病院、松江市立病院、町立広瀬病院、安来能義医師会病院
雲南圏	公立雲南総合病院、町立頓原病院、町立仁多病院
出雲圏	県立中央病院、平田市立病院
大田圏	大田市立病院、公立邑智病院
浜田圏	国立浜田病院、済生会江津総合病院
益田圏	益田赤十字病院、益田地域医療センター医師会病院、日原共存病院、津和野共存病院
隠岐圏	隠岐病院、島前診療所

また、リハビリテーション機能については、各二次医療圏において、島根県保健医療計画に示されている別表「二次医療圏で確保すべき医療機能」によるリハビリテーション機能の確保を図る。この別表とは、A欄として、そもそも「二次医療圏で確保する医療機能」、B欄として、三次医療の範疇に入る機能を多く含むが、「可能な限りの整備を図る医療機能」に分けて掲げられており、「二次医療圏で確保すべき医療機能」の水準を明確にしている。

別表のうち、リハビリテーションに係る機能は、次のとおりである。

◎別表「二次医療圏で確保すべき医療機能」（抜粋）

疾患対象	A 欄	B 欄
	二次医療圏で確保する医療機能	可能な限りの整備を図る医療機能
リハビリテーション医療	理学療法 作業療法 言語聴覚障害療法 医療相談（MSW） 急性期リハビリテーション デイ・ケア 訪問リハビリテーション — 在宅支援	総合リハビリテーション施設 発達障害児リハビリテーション機能 精神科リハビリテーション機能 心臓、呼吸器リハビリテーション 心理判定・相談 職員の教育研修機能 他の医療機関等への職員派遣センター

(3) 介護保険サービス提供体制の整備

脳卒中や骨折などによる障害が発生した際の急性期や回復期におけるリハビリテーション医療に引き続き、介護や支援の必要な高齢者に対する維持期リハビリテーションは、主に介護保険で対応されることとなる。

小規模な自治体が多い本県では、介護保険の実施に当たって、財政の安定運営、介護認定の公平性の確保などの観点に立ち、保険者の一元化等、業務の広域化を図ってきているところであり、「市町村介護保険事業計画」、「島根県介護保険事業支援計画」に基づき、すべての圏域において介護保険に対応できるよう施設及び在宅におけるリハビリテーションサービス提供体制の整備を進める。

また、利用者に質の高いサービスを提供するため、介護サービス提供事業者の質の確保に努めるとともに、サービスの内容を随時利用者等に情報提供していく。

①施設サービス

- ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- ・介護老人保健施設（老人保健施設）
- ・介護療養型医療施設（療養型病床群）

②居宅サービス

- ・訪問介護
- ・訪問入浴介護
- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所介護
- ・通所リハビリテーション
- ・短期入所生活介護・療養介護
- ・グループホーム（痴呆対応型共同生活介護）
- ・福祉用具貸与
- ・福祉用具購入
- ・住宅改修

(4) 地域リハビリテーション推進体制の整備

リハビリテーションの必要な人が、急性期、回復期、維持期等の各段階において、適時、適切にサービスを享受するためには、各種サービスが量的にも質的にも確保されるとともに、これが効果的に実施される体系的な保健・医療・福祉サービスの提供体制を整備することが重要である。

このため、各健康福祉センターの地域保健福祉協議会に地域リハビリテーション専門部会を設置して、医師会、医療機関、老人保健施設、社会復帰施設、行政機関等が緊密な連携をとりながら、各二次医療圏のリハビリテーション体制について検討を行い、各種のリハビリテーションサービスが円滑に提供されるよう、関係機関、団体等の役割分担と連携方法を明確にするとともに、支援体制の整備を図る。

この支援体制として、各二次医療圏ごとの中核病院等の中から、原則として一カ所を地域リハビリテーション支援センターに指定し、リハビリテーションに携わるスタッフへの研修等の実施や地域のリハビリテーション実施機関の支援等地域リハビリテーションを推進するための中核とする。

また、二次医療圏域のリハビリテーション機能については、圏域間で偏在が見られることから各二次医療圏のリハビリテーション体制について、全県的な視野で支援する機能を持つ県リハビリテーション支援センターを一カ所指定する。

(5) 人材（リハビリテーション専門職員）の確保、育成

理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等は年々充足してきているが、医療施設等の需給調査によると需要は多く、不足している状況にある。今後、医療施設のみならず、寝たきり予防や社会復帰のための各種保健・福祉施設や在宅におけるリハビリテーション等の推進・充実に対応できるPT、OT、ST等の確保が必要である。

平成10年に仁多町と三隅町に養成施設が開校し、PT、OT、STの確保と資質の向上が期待されるところであり、修学資金貸与制度の充実や情報提供等により、在学生の県内就業を促進する。

(6) 地域リハビリテーションに関する普及・啓発の実施

地域でのリハビリテーションを円滑に推進していくためには、「地域ぐるみで高齢者、障害者等を支える体制づくり」を展開していく必要があることから、寝たきり予防、リハビリテーション、高齢者、障害者を支える地域づくりの重要性について、医療機関、施設、行政機関等の関係者をはじめ、地域住民に対して各種講演会・講習会等の実施などにより意識啓発を図っていく。

(7) 圏域別地域リハビリテーション連携指針の策定

各二次医療圏域ごとの実情に合わせたリハビリテーション体制を整備するため、各健康福祉センターの地域保健福祉協議会に地域リハビリテーション専門部会を設置して検討を行い、その結果を地域リハビリテーション連携指針としてとりまとめる。この指針を関係機関、団体等へ周知を図ることにより、圏域内のリハビリテーションを推進していく。

4. 具体的推進方策

(1) 要介護状態になることの予防の推進

県民が生涯を通じて健康で健やかな生活を送るために、要介護状態にならないための対策が求められている。高齢者に対しては、各種の保健あるいは生活支援サービスの提供や交流の場の提供などが行われてきたところであるが、今後、高齢化が一層進行する中で、介護状態にならないよう地域の実情に応じたより一層きめ細やかなサービスが必要である。

また、高齢者や障害者の積極的な社会活動を促進し、介護が必要になっても通所・訪問リハビリテーションや福祉用具などを活用しながら社会参加を促すことも重要である。

①老人保健事業

○疾病の予防（健康教育、健康相談、健康診査）

寝たきり等の原因となる脳卒中や骨折等の疾病の発症を予防するため、健康教育等による生活習慣改善等の一次予防に関係機関・団体等との連携を図りながら推進する。

○機能訓練事業、訪問指導

市町村は、老人保健法に基づく機能訓練事業について、介護保険事業との調整を図りながら引き続きその推進を図る。

訪問指導についても、PT、OT、ST等の同行などにより、本人に対する指導とともに、介護に当たる家族に対しても家庭内で機能訓練ができるよう指導の充実を図る。

○脳卒中等情報システム事業

寝たきり等の防止対策を推進していくために、脳卒中患者の発症と経過に関する情報を医療機関から健康福祉センターが収集・登録・評価することにより、今後の脳卒中予防に資するとともに、市町村及び関係機関へ情報を提供し、患者の再発予防、社会復帰の促進、寝たきり防止に努めるものであり、一層の医療機関との協力体制づくりを推進していく。

②高齢者丸ごと安心生活サポート事業

市町村が地域の実情に合わせて取り組む日常生活の支援をはじめ、介護を要する状態にならないための施策や介護家族への支援対策を「高齢者丸ごと安心生活サポート事業」として総合的に展開する。

○介護予防事業

寝たきりの原因となる転倒を防ぐための転倒予防教室、痴呆高齢者やその家族を対象とした痴呆介護教室、生活習慣病予防のための運動指導、寝たきり予防の啓発事業など、要介護状態にならないための施策を保健・福祉の連携の下で実施する。

○生活支援事業

高齢者の生活の負担を軽減し、QOLの向上を図るため、従来から行ってきた配食サービス、寝具洗濯乾燥消毒サービスなどのほか、独居高齢者等を対象とした買い物や家屋修理等の生活援助サービス、外出支援サービス、訪問理美容サービス、住宅改修の指導等の事業を地域住民やボランティアの協力を得て、きめ細やかに実施する。

○家族介護支援対策

家族や近隣の援助者を対象とした介護教室の開催、家族介護者の元気回復のための交流事業など、家族介護者を支援する事業を積極的に実施する。

③調査・研究事業

現在、市町村の介護予防事業として転倒予防事業、生きがい対策事業等があるが、地域の実態にあわせた要介護状態とならないための予防事業に関する調査・研究事業を実施する。この調査・研究事業は、健康福祉センターの調査・研究機能を活かして、健康福祉センターの医師、保健婦、PT、OT等のスタッフを中心に例えば、転倒予防のための要因や脳卒中の予防、また効果的なリハビリテーションの方法等の調査・研究に取り組み、その調査・研究結果を管内の市町村等関係機関に対して周知を図る。

④生きがい対策（社会参加活動）

高齢期を迎えても、自立した生活が送れるよう、関係機関と連携し、高齢者組織としての老人クラブの自主的な活動の促進や、高齢者の生きがいと健康づくりの推進、生涯学習の充実、就労の場の確保対策を進める。

なお、社会参加活動を支援するボランティアの育成、地域住民の参加についても促進する。

○しまね長寿社会振興基金による健康・生きがいづくり活動助成事業

- ・夢ファクトリー事業等

○地域福祉5000ネット推進事業

高齢者や障害者が住み慣れた地域で安心して生活を送れるよう小字単位（5000ネット）に、民生委員、ボランティアなど民間組織の福祉ネットを形成し、小地域の住民参加型のケアシステムづくりを推進する。

- ・明るい長寿社会づくり県民運動推進事業
- ・ボランティアのまちづくり事業
- ・地域福祉総合推進事業
- ・小地域福祉ネットワークづくり推進モデル事業

(2) 医療提供体制の整備（施設・設備整備）

リハビリテーション施設・設備に対する助成制度としては、国庫補助事業として、施設・設備整備に対し医療施設等施設・設備整備費補助金による補助制度があるほか、県単独事業として、設備整備に対し地域医療推進交付金及び中核病院診療機能強化対策補助金の制度がある。

地域医療推進交付金及び中核病院診療機能強化対策補助金については、「島根県保健医療計画」に基づき、高度・特殊医療、救急医療及びへき地医療の確保・充実を図ることを目的とし、島根県地域医療推進協会に「中核病院診療機能強化基金」をつくり、圏域の中核病院

の医療設備の整備に対し助成を行っているが、今後は、リハビリテーション医療に対して、重点的に助成措置を行う方向での検討を進める。

◎リハビリテーションに関するA欄、B欄機能の充足状況

○A欄機能

	二次医療圏で確保する医療機能	松江圏域	雲南圏域	出雲圏域	大田圏域	浜田圏域	益田圏域	隠岐圏域
施設	機能訓練室	○	○	○	○	○	○	○
	理学療法室	○	○	○	○	○	○	○
	作業療法室	○	○	○	○	○	○	○
	水治療室	○	○	○	○	○	○	○
マンパワー	理学療法士	○	○	○	○	○	○	○
	作業療法士	○	○	○	○	○	○	
	言語聴覚士	○		○	○	○	○	
機能	急性期リハビリテーション	○	○	○	○	○	○	○
	在宅リハビリテーションの支援	○	○	○		○	○	

※網掛けは該当機能を持たないことを表す。

○B欄機能

	可能な限りの整備を図る医療機能	松江圏域	雲南圏域	出雲圏域	大田圏域	浜田圏域	益田圏域	隠岐圏域
施設	総合リハビリテーション施設	○	○	○				○
	発達障害児リハビリテーション機能	○		○		○	○	
マンパワー	心理判定士	○		○		○	○	
機能	各療法士の教育機能	○	○	○		○	○	
	各療法士の地域医療機関への派遣センター機能	○		○		○	○	

※網掛けは該当機能を持たないことを表す。

(3) 介護保険サービス提供体制の整備

各二次医療圏域ごとに地域保健福祉協議会において圏域内の各施設等におけるリハビリテーション機能の評価を行い、この評価結果に基づいて介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）の施設サービスや通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の在宅サービスの整備について検討を行い、「市町村介護保険事業計画」、「島根県介護保険事業支援計画」に定める目標の達成を図る。

また、どこに住んでいても、適切なサービスを受けることのできる量の確保とともに、良質なサービス提供をきめ細やかに行っていくため、サービスの質の向上を図るための取り組みを進めていく。

①施設サービス

- ・特別養護老人ホーム及び老人保健施設の整備については、介護保険施設として療養型病床群を含めた総合的な目標量の設定及び整備を進める。
- ・老人保健施設は、デイ・ケア及びショートステイ等の在宅支援機能を重視した施設として整備を推進する。

②居宅サービス

- ・各圏域及び各市町村の実情に応じたサービス提供基盤の整備を進める。
- ・ホームヘルプサービスでは、24時間対応の確立を推進するとともに、民間事業者等の参入を図り、利用の促進を図る。
- ・デイサービスは、利用者の希望に即したサービス提供が図れるよう、開設時間・曜日の拡充、サテライト型デイサービスの推進及び痴呆型デイサービスの設置を推進する。
- ・短期入所療養介護（老人保健施設、療養型病床群等における短期入所）施設の整備を進める。
- ・質の高い訪問看護サービスを受けることができるよう、訪問看護の普及を図るとともに、サテライト方式も含めて、県西部地域、隠岐地域をはじめ開設困難地域での整備を進める。
- ・デイ・ケアは、実施機関の不足している雲南地域、隠岐地域における普及・拡大を図る。
- ・訪問リハビリテーションを実施している医療機関が少ない状況の中で、当面、訪問看護ステーションの訪問看護婦によるリハビリテーションの促進を図る。

(4) 地域リハビリテーション推進体制の整備

地域リハビリテーションを推進するためには、各種サービスが量的にも質的にも確保され

ることとこれが効果的に提供されることが必要である。しかしながら、地域リハビリテーションに関係したサービスは多岐にわたり、関係団体も多数になることから、その中で有効なサービスを提供するためには、それぞれのサービスをコーディネートする必要がある。

このため、地域保健福祉協議会は、各種のリハビリテーションサービスが円滑に実施されるよう、二次医療圏内の地域リハビリテーション実施上の課題を整理し、医療機関、介護保険施設、訪問看護ステーション等の役割分担と連携方法及び支援体制について、検討を行い、関係機関へ周知を図る。

①支援体制の整備

○島根県リハビリテーション支援センター	
・指定	全県で1か所指定することとし、島根県医療審議会の意見を聞いた上で指定する。
・機能	・地域リハビリテーション支援センターへの支援 ・地域リハビリテーション支援センターからの研修の受け入れ ・全県的なリハビリテーション研修会の企画・実施
○地域リハビリテーション支援センター	
・指定	各二次医療圏域における中核病院等の中から地域保健福祉協議会において原則として1か所選定し、島根県医療審議会の意見を聞いた上で、指定する。 なお、候補としては、総合リハビリテーション施設の基準を満たしている医療機関が最も望ましいが、地域の実情により、その他のリハビリテーション実施体制の整った病院等も挙げられる。
・機能	・地域のリハビリテーション実施機関の支援 ・地域のリハビリテーション施設等における従事者への援助・研修

②関係機関・団体の機能と役割分担

○県	
・本庁	「島根県地域リハビリテーション指針」に基づく、各種施策の企画、立案、予算化や各圏域間の調整、関係機関等との連絡調整を行う。

・健康福祉センター

地域保健福祉協議会（地域リハビリテーション専門部会）の事務局機能、市町村の支援、患者の会・家族の会等の育成、地域活動への支援、要介護状態になることの予防に関する調査・研究事業、圏域におけるリハビリテーション資源調査を行うなど、その広域性を活かし、圏域内のリハビリテーションシステムが効率的に稼働するようコーディネート機能を発揮する。

また、リハビリテーション関係者に対する研修や住民への啓発活動を実施する。

- ・地域の患者の会・家族の会・ボランティアの会等の育成
- ・地域活動への支援

保健・医療・福祉の関係者や地域住民が一体となって、高齢者や障害者を地域全体で支える地域活動を推進していくための調整を行う。

- ・要介護状態になることの予防に関する調査・研究事業
- ・資源調査の実施

圏域内のリハビリテーション資源について調査を実施し、関係機関の連携や今後の対策の検討に活用する。

・介護研修センター

東・西部にそれぞれ設置した介護研修センターにおいて、高齢者や障害者が日常生活を営む上で必要な各種介護機器を取りそろえ、展示、相談、助言、普及を行うとともに、移動展示車を活用して介護技術や介護機器に関する幅広い普及・啓発活動を展開する。さらに、センターのOT等が在宅介護支援センター等に出向き、介護機器について、職員や住民からの相談に応じる。

また、「福祉用具プランナー研修」を実施し、福祉用具の専門指導者等、地域の中核となるマンパワーを養成する。

家屋内で介護機器を効果的に使うためにも住宅改造等の環境整備は重要であり、建築関係者等の専門家とも連携して、対応することも必要である。

○市町村

・保健福祉担当課

老人保健事業に基づく保健婦等の訪問指導や機能訓練事業を通じて適切なサービスを提供する。

また、高齢者丸ごと安心生活サポート事業、日常生活用具給付事業、機能訓練事業などのサービスを提供するとともに、地域リハビリテーションサービスが一体的

	に提供できるよう、高齢者サービス調整チームや基幹在宅介護支援センターの地域ケア会議等の機能を活用し、維持期リハビリテーションを総合的に調整する窓口になれるよう、機能強化を図る。
	・市町村保健福祉総合センター 住民に身近なサービスである健康相談、保健指導、健康診査、機能訓練等の対人保健サービスを地域の個性を発揮しつつ福祉サービスと一体的に提供するとともに、地域住民の自主的な保健活動の場を提供する。
	○市町村社会福祉協議会 住民に身近な相談窓口として、また、福祉に関する地域のオーガナイザーとして市町村と協同して、在宅介護支援センターの運営やボランティアセンターとしてボランティアの育成・連携強化のための活動のほか、老人クラブの育成その他の老人福祉活動、在宅障害者に対する援護活動、障害者のための権利擁護事業、福祉サービスの提供等を行っており、今後も市町村の補完をしていく役割が期待される。
	○在宅介護支援センター 在宅で高齢者の介護を行う者等に対し、24時間体制で、在宅介護に関する相談やサービス実施機関との連携調整などを行っている。 介護保険制度下においては、居宅介護支援事業への取り組みを強める一方で、総合相談や介護保険給付の対象とならないサービスの調整、福祉用具の普及・専門指導、地域における情報提供体制の整備など地域ケアの拠点としての機能を充実していく必要がある。 また、情報の連携が円滑に行われるよう、市町村のすべての在宅介護支援センターを包摂する連絡支援体制を整備するとともに、他の在宅介護支援センターを統括支援する「基幹型支援センター」を市町村に1か所定める。 基幹型支援センターは、地域ケアの中核を担うことが期待されるものであり、個別のサービス提供機関から独立した中立的な立場で市町村全域にわたる在宅医療・保健・福祉サービスを全体調整する役割を担う。 高齢者の居住環境を重視するとともに、地域全体で高齢者を支える基幹型在宅介護支援センターを中心とする「地域ケア体制」を構築する。
	○医療機関 患者の多くは病院から地域に帰り、急性増悪すれば入院することになり病院はケアの入り口と出口に位置している。また、病院には在宅医療の諸資源である訪問の

ための看護婦、PT、OT、ST、往診のための医師等が確保されていることから、福祉や保健のシステムと連携して、地域での在宅ケアシステムの一端を担って機能することが望まれる。

病院から退院し地域に帰った障害者を支えていくためには、医療・保健・福祉等の関係者が早期から関わりを持ち、切れ目のない支援をしていく必要がある。病院では、退院する障害者の「機能障害」、「能力障害」、「社会的不利」の3つの部分についての見極めを行い、地域で生活する際に予想される問題点を整理し、地域の保健・医療・福祉スタッフに提示する「退院前カンファレンス」を開催することが望まれる。

・ 県立中央病院

県内全域をエリアとする三次医療機能を持った中心的な病院として、二次医療圏までのリハビリテーション施設では対応できない特殊な疾患、状態、障害に対する特殊・高機能リハビリテーション医療サービスが提供できる機能や卒後研修機能の付与を検討する。

・ 地域中核病院等

政策医療を担っている公的病院や医師会立病院等であり、二次医療圏におけるリハビリテーション医療の中心として、「二次医療圏で確保すべき医療機能」を整備し、主に急性期、回復期のリハビリテーション及び専門的リハビリテーションを実施するとともに、圏域内の他の医療機関等に対する助言・指導の役割を担う。

また、地域医療支援病院制度等とあわせ、かかりつけ医等を支援する機能も持つとともに、市町村の行う機能訓練事業や研修等に対して、PT、OT、ST等の職員を派遣するなど人材面で必要な支援を行う。

・ リハビリテーション機能を持つ医療機関

概ね急性期と回復期の治療とリハビリテーションを実施する。今後は維持期リハビリテーションとして、在宅支援のための訪問看護ステーションの併設や通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの実施を進めるとともに、中核病院等と連携して市町村の機能訓練事業等への協力を実施する。

・ かかりつけ医

日常の健康管理・健康相談から一般的にみられる疾病や外傷等に対する適切な診断・治療を行うとともに、必要に応じ専門的医療施設等への紹介、また専門的医療機関から逆紹介を受け、診療の継続を行うなど、地域に密着した保健・医療・福祉

	にいたる包括的な医療であり、地域医療体制の基本となるプライマリ・ケアを担い、主として開業の医師や公立診療所の医師などが担っている。 今後一層の増加が見込まれる看護や介護を中心とした在宅医療では、中核病院等との病診連携強化や、患者の介護など家庭生活面での支援については、訪問看護、訪問介護の連携や介護保険制度や障害者・難病患者への在宅福祉制度などとの一体的提供が必要であるなど、在宅ケアに関わるすべての職種の連携等が必要である。
○老人保健施設	医師、PT、OT、ST、看護職員、介護職員等を配置して、安定期の寝たきり高齢者や痴呆性高齢者等に対する看護・介護や機能訓練を中心とする医療ケアと生活サービスを提供し、高齢者の自立と家庭復帰を支援する。 また、入所者に対する機能訓練だけでなく、通所リハビリテーションの充実を図り、心身の機能の維持回復による日常生活の自立を図る。 今後は、施設整備の促進を図るとともに、複数のPT、OT、STを配置して、より効果的なリハビリテーションが提供できるよう充実が望まれる。
○訪問看護ステーション	看護職員の外、PT、OT、STを配置し、在宅療養をする上で必要な歩行や排泄、整容、食事などの機能の維持のための支援と痴呆性高齢者等に対する訪問看護などを提供しているが、PT、OT、STが不足していることから、より身近な地域リハビリテーションの担い手として、訪問看護婦による機能訓練の充実が必要であり、訪問看護婦に対するリハビリテーション研修を実施するなど、サービス内容の充実を図っていくことが期待されるところである。
○特別養護老人ホーム	入所者の生活意欲の増進を図るため、個々のリハビリテーション計画に基づき、その身体的、精神的条件に応じた減退機能の回復訓練又は機能減退防止のための訓練を実施するとともに、日常生活やレクリエーション、行事の実施等を通じた機能訓練を実施している。 今後は、機能訓練指導員が生活指導員や介護職員と十分に連携し、日常生活やレクリエーション、行事等を通じて行う機能訓練をより効果的に実施するとともに、専従の機能訓練指導員（有資格者）を配置するなど、専門的な機能回復訓練にも積極的に取り組むことが望まれる。
○デイサービスセンター	

身体上または精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障のある高齢者が通いや送迎により、日常動作訓練や健康管理、入浴・給食サービスを受けたり、家族の介護負担の軽減を図るための家族介護者教室、健康チェック等を行う。

今後は、痴呆性高齢者の増加が予想されることから、痴呆性高齢者向けのE型デイサービスセンターの拡充、ホリデイサービスや時間延長サービスの充実等が望まれる。

○身体障害者更正援護施設

身体に障害をもつ人の障害の程度に合わせて、治療、リハビリテーションを行い、自立生活、社会参加に向けた支援を行う。

- ・身体障害者更正施設
- ・身体障害者授産施設
- ・身体障害者療護施設
- ・共同作業所

○住民団体等

地域レベルの関係団体、脳卒中友の会（当事者組織）、リハビリクラブ等のリハビリテーション関連組織（ボランティア団体等）により、高齢者、障害者の社会参加を促進するなどの支援を行う。

また、老人クラブは、自らの老後を健全で豊かなものにするための自主的な組織で、地域ごとの多様な自主活動を基盤に、健康づくり運動や各種のレクリエーション等の会員自身の楽しみや生きがいを中心とした活動から環境美化、地域のひとり暮らしや寝たきり高齢者の家庭を訪問し話し相手になったり、日常生活の援助等を行う社会活動まで幅広い取り組みが行われている。高齢者が各種サービスの受益者から提供する側、社会貢献する側に位置づけられるよう積極的な展開を図ろうとしており、老人クラブの役割はますます大きくなっている。

③関係機関・団体の連携方法

○二次医療圏

地域保健福祉協議会、保健・福祉サービス調整会議等を通じて、共同で調査、協議、調整等を行うことにより、連携体制のより一層の充実を図る。

また、地域のリハビリテーションを担当する関係機関を発症前、急性期（概ね発症～発症後1か月）、回復期（概ね発症後1か月から6か月）、維持期（概ね発症後

6 か月以降)の四つの時期ごとに区分することによって、役割分担を明確にした上で関係機関に周知し、リハビリテーション資源の有効活用を進める。併せて各リハビリテーション実施機関の連携体制を構築することにより、地域のリハビリテーションのレベルアップを図る。

また、地域リハビリテーションの推進に当たっては、医師、PT、OT、ST、看護婦、保健婦、ケースワーカー、ホームヘルパー、保健・福祉担当職員、社会福祉協議会職員、ボランティア等多職種の人が必要である。しかし、それぞれのスタッフのリハビリテーションに対する認識もさまざまであることから、研修を実施することにより、これら関係者が地域リハビリテーションについての知識と理解を深め、共通の理念を持って活動できるようにする。

○一次医療圏（市町村）

個々の高齢者等のニーズに見合う最も適切なサービスを提供するため、「高齢者サービス調整チーム」や「地域ケア会議」による会議を開催して、保健・医療・福祉の関係スタッフが共同で処遇検討や調査、情報交換等を行う。介護保険制度下においては、要介護者の個別処遇はケアプランの中で検討されることになるが、全般的な施策検討を行う場としての機能は介護保険制度実施後も確保される必要がある。

また、要介護認定から漏れたケースへの支援検討が必要である。

◎二次医療圏におけるリハビリテーション連携体制（例）

	自立老人	急性期	回復期	維持期
時期	発症前	概ね発症～発症後1か月	概ね発症後1か月から6か月	概ね発症後6か月以降
区分	介護予防事業	急性期リハビリテーション	回復期リハビリテーション	維持期リハビリテーション
リハビリ内容	機能訓練事業 B型	疾患リスク管理に重点を置きつつ、発症後可能な限り早期から二次的合併症を防止し、能動的な機能回復訓練を中心とした各種のリハビリテーション医療サービス。	急性期および回復期のリハビリテーションに引き続いて、高齢者の体力や機能の維持もしくは改善、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、高齢者の自立生活を支援することを目的としたリハビリテーション医療サービス。	
担当機関と施設基準	〇〇市保健センター (TEL)	〇〇病院(TEL) 施設基準： 〇〇病院(TEL) 施設基準：	〇〇病院(TEL) 施設基準： 〇〇病院(TEL) 施設基準：	介護養護型医療施設 〇〇病院（施設基準： TEL) 介護老人保健施設 〇〇老人保健施設（施設基準： TEL) 介護老人福祉施設 〇〇介護老人福祉施設（施設基準： TEL) 通所リハビリ事業者 〇〇病院（施設基準： TEL) 〇〇診療所（施設基準： TEL) 〇〇老人保健施設（施設基準： TEL) 訪問リハビリ事業者 〇〇病院（施設基準： TEL) 〇〇診療所（施設基準： TEL) 〇〇訪問看護ステーション（TEL)
連携方法	月1回、〇〇病院リハビリテーション科においてリハビリテーションサービス調整会議を実施し、二次医療圏内のリハビリテーションサービスについて調整を行っている。			
地域リハビリテーション広域支援センター	〇〇病院(TEL) 施設基準：総合リハビリテーション施設（リハビリ専門医〇名、PT〇名、OT〇名、ST〇名、MSW〇名）			
地域リハビリテーション支援センターの機能	(1) 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：リハビリテーションの知識・技術・当該地域のリハビリテーション実態およびテクニカルエイドサービス等に関する情報を2か月に1回提供。 ② 福祉用具、住宅改修等の相談への対応に係る支援（テクノエイド）：テクノエイドサース（機能障害や能力障害に対して工学技術の面から補助することの総称であり、住宅改修および福祉用具等のサービスのこと。）に関する相談、展示、販売、試用、貸し出し、改修、修理、調整、改造、製作等を専門家の助言、指導のもとに実施。 (2) リハビリテーション施設の共同利用 (3) 地域のリハビリテーション従事者への援助 ① 施設に出向いて行うリハビリテーション従事者への援助：施設の要請に応じてPT、OTを派遣。機能訓練事業の支援。 ② リハビリテーション従事者に対する研修：見学及び実習を目的とした研修会を年6回実施。講義、講演を中心とした研修会を月1回実施。 (4) 地域レベルの関係機関、関係団体、脳卒中友の会、リハビリ・クラブ等からなる連絡協議会を設置し、3か月に1回会議を開催			

(5) 人材（リハビリテーション専門職員）の確保、育成

理学療法士、作業療法士は年々充足してきているものの、平成11年度に実施した医療施設等の需給調査によると、平成12年度以降の採用予定について、医療機関においては理学療法士46名、作業療法士34名、言語聴覚士11名、ソーシャルワーカー2名の採用予定があり、老人保健施設等福祉関係施設では理学療法士18名、作業療法士6名、言語聴覚士1名、ソーシャルワーカー1名の採用予定があり、全体では理学療法士64名、作業療法士40名、言語聴覚士12名、ソーシャルワーカー3名となっており、今後医療施設のみならず、寝たきり予防や社会復帰のための各種保健・福祉施設や在宅におけるリハビリテーション等の推進・充実に対応できるPT、OT、STの確保が必要となり、需要はますます増加することが予測される。

今後の需要の増大に応えるため、次の施策について推進・検討する。

- 理学療法士・作業療法士修学資金貸与制度の活用により県内定着を図る。
- 平成10年度に開校した島根リハビリテーション学院（仁多町）、リハビリテーションカレッジ島根（三隅町）に対する情報提供（需要状況等）を強化するとともに、在学生の意識調査等を実施し、卒業生の県内就業を促進する。
- 島根県理学療法士会、島根県作業療法士会との連携を強化し、理学療法士、作業療法士等の交流・資質向上を図るとともに、適正配置、広域での活用等、有効活用について検討する。
- リハビリテーションに従事する者については、豊富な臨床経験とともに資質の向上が期待される場所であり、研修等が体系的に提供できる体制を構築するとともに、リハビリテーション関係者の資質の向上と関係者間の連携を深めるために、ホームヘルパー、特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション等の職員も含めた保健・医療・福祉関係者の研修の場を拡充する。

(6) 地域リハビリテーションに関する普及・啓発の実施

地域でのリハビリテーションを進めるためには、「地域ぐるみで高齢者、障害者等を支える体制づくり」を進めていく必要があることから、寝たきり予防、リハビリテーション、高齢者・障害者を支える地域づくりの重要性について、地域住民をはじめ、医療機関、施設、行政機関等の関係者を含め、各種講演会・講習会等の実施などにより意識啓発を図る。

具体的には、地域リハビリテーションに関する県民の理解と協力を得るために、次のような広報活動等を通じて普及・啓発を推進する。

- 「寝たきりは予防できる」ことを広く県民に理解してもらい、寝たきりゼロを目指すため、講演やシンポジウムによる寝たきり予防推進大会を開催する。

- 圏域ごとにリハビリテーション関係機関・団体、関係者の連携を図り、地域住民、当事者、家族等へ寝たきり等の要介護状態になることの予防への関心を高め、地域のリハビリテーションの状況等について共通の認識を深めるため、圏域別地域リハビリテーション推進フォーラムを開催する。
- 寝かせきりによりつくられた寝たきりも多いことから、このつくられた寝たきを予防するため、住宅改修等により家庭生活における本人の意欲を喚起するとともに、家族や介護者に対する意識の啓発を推進する。
- リハビリテーション関係施設等従事者の意識啓発を図るため、リハビリテーション技術職員研修を実施し、資質の向上と一層の連携体制の確保を図る。

(7) 圏域別地域リハビリテーション連携指針の策定

具体的な連携体制については、地域ごとの実情に合わせて推進されるべきであり、各二次医療圏域ごとに地域リハビリテーション連携指針を策定する。

①協議機関（地域保健福祉協議会）

地域保健福祉協議会に圏域のリハビリテーションを検討するため、従事者（地区医師会、PT代表、OT代表、地区看護協会、養成校等）、提供施設（医療機関、老人保健施設、訪問看護ステーション、社会復帰施設等）、行政機関等（市町村、社会福祉協議会）、受療者（患者会等）の代表者からなる地域リハビリテーション専門部会を設置する。

②内容

概ね、以下に示す項目を盛り込むものとする。

○指針策定の目的

○地域リハビリテーションに関する基本的考え方

- ・圏域の区域及び関係機関等
- ・地域リハビリテーションの現状と課題
- ・基本的推進方針

○地域リハビリテーション推進方策

- ・要介護状態になることの予防の推進
- ・医療提供体制の整備
- ・介護保険サービス提供体制の整備
- ・地域リハビリテーション推進体制の整備
- ・人材の確保・育成

- ・地域リハビリテーションに関する普及・啓発

○参考資料

- ・圏域内リハビリテーション資源の状況（一覧表）

③検討すべき具体的項目及び方向性（例示）

1. 圏域内リハビリテーションの現状と課題

(1) 現状の把握

- ①保健医療計画、老人保健福祉計画、介護保険事業支援計画策定時の資料等の活用

- ②リハビリテーションサービス実態調査（聞き取り調査、アンケート調査）

- ・サービス提供施設

- ・サービス利用者

- ③地域活動状況

- ・ボランティア、自主グループ等の活動

- ・地区住民組織活動

- ・社会資源

(2) 課題の抽出

- ①圏域で不足しているリハビリテーションサービス

- ・医療機能

- ・介護保険サービス

- ・老人保健事業

- ・社会活動、交流の場

- ②体系的なリハビリテーション体制（地域活動を含む）の欠如

- ・推進体制

- ・連携体制

- ③人材の不足

- ・リハビリテーション専門職員

- ④リハビリテーションに関する正しい知識の不足

2. 課題解決のための具体的方策の検討（地域の実情を十分に踏まえる）

(1) 要介護状態になることの子防対策の推進

- ①老人保健事業の充実

②高齢者丸ごと安心生活サポート事業の推進

③調査・研究事業の実施

(2) 医療提供体制の整備

①施設・設備の整備

- ・既存補助制度の活用により、リハビリテーション医療の中心となる中核病院等の整備を促進する

②専門職員の確保

(3) 介護保険サービス提供体制の整備

①施設・設備の整備

②専門職員の確保

(4) 地域リハビリテーション体制の整備

①連携体制の整備

- ・関係機関・団体等の機能と役割分担、連携方法を明確化する

②支援体制の整備

- ・地域リハビリテーション支援センターを指定して、中核機関としての機能を発揮する

③地域の活動体制の整備

- ・ボランティア、自主グループ、地区住民組織活動を積極的に展開する

(5) 人材の確保・育成

(6) 普及・啓発活動

①リハビリテーション推進フォーラムの開催

②リハビリテーション技術職員研修

3. 重点検討事項例

(1) 市町村の機能訓練事業充実のための医療機関からの人材の派遣

(2) 県西部地域、隠岐地域におけるリハビリテーション医療の中心となる中核病院等の整備

(3) 県内養成校卒業生の定着の促進

④報告

各地域保健福祉協議会は、二次医療圏における地域リハビリテーション体制について検討した結果を健康福祉部長あて提出する。健康福祉部長は、その内容について、島根県医療審

議会に報告するものとする。

⑤進行管理

指針の推進に当たっては、県、市町村、保健・医療・福祉の関係団体等の一体的な取り組みが必要であることから、地域保健福祉協議会において、進捗状況の確認を行い、方策について協議する。

Ⅳ．参考資料

1．リハビリテーション用語の整理

平成9年度厚生省老人保健推進事業「維持期におけるリハビリテーションのあり方に関する検討委員会報告書」での概念整理により、次のとおり整理する。

①リハビリテーションサービス

医学的・教育的・職業的・社会的リハビリテーションサービスの総称

②医学的リハビリテーションサービス

上記リハビリテーションサービスの中の一つであり、リハビリテーション医学に基づいたサービスを指す。リハビリテーション医療サービスと同意語。

※急性期・回復期（亜急性期）リハビリテーション医療サービス

疾患・リスク管理に重点を置きつつ、発症後可能な限り早期から二次的合併症を予防し、円滑な自宅復帰が可能となるように能動的な機能回復訓練を中心とした各種のリハビリテーション医療サービスを実施する。

※維持期リハビリテーション医療サービス

急性期及び回復期のリハビリテーションに引き続いて、高齢者の体力や機能の維持若しくは改善、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、高齢者等の自立生活を支援することを目的としたリハビリテーション医療サービスを実施する。

なお、時期別のリハビリテーション医療サービスの提供は、入院、外来通院、通所、訪問の形態で実施されている。

※診療報酬上のリハビリテーション医療の定義

リハビリテーション医療は、基本動作能力の回復を目的とする理学療法や、応用動作能力、社会的適応能力の回復を目的とした作業療法、言語能力の回復を目的とした言語療法等の治療法により構成される。

③リハビリテーションプログラム

リハビリテーション技術を含む具体的なサービス内容を指す。

④維持期リハビリテーション

維持期リハビリテーションとは、障害のある高齢者等に対する医学的リハビリテーションサービス（リハビリテーション医療サービス）の一部を構成し、急性発症する傷病においては、急性期・回復期（亜急性期）のリハビリテーションに引き続き実施されるリハビリテーションサービスであり、慢性進行性疾患においては発症当初から必要に応じて実施

されるリハビリテーション医療サービスである。また、維持期リハビリテーションは、在宅・施設を問わず、機能や能力の低下を防ぎ、身体的・精神的かつ社会的に最も適した生活のために行われるリハビリテーション医療サービスであり、高齢者等の体力や機能の維持向上を図るだけでなく、生活環境の整備、社会参加の促進、介護負担の軽減などに努め、その自立生活を支援することを目的としている。

※保険制度においては、維持期リハビリテーションは医療保険対応部分と介護保険対応部分がある。

※障害のある高齢者等とは、高齢になって障害者になった場合、乳幼児期等からの障害者が高齢化した場合の2群に分けられる。

※急性発症する傷病とは、脳血管疾患等を指し、慢性進行性疾患とは、痴呆、難病等を指す。また、乳幼児期からの障害者とは脳性麻痺等を指す。

⑤地域リハビリテーション

地域リハビリテーションとは、維持期リハビリテーションを包含する概念である。すなわち、医学的リハビリテーションとしての維持期リハビリテーションを含め、現行法の保健・福祉の領域及び地域住民やボランティアまでを含めた生活に関わるあらゆる人々が実践する地域における総合的リハビリテーションサービスである。

その活動は、障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、すなわち健康で快適な生活を楽しむ、教育・社会・文化・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するものであり、地域におけるリハビリテーションの発展、障害のあるすべての人々の機会均等や社会統合を目指した戦略である。

それは、障害のある人々自身、その家族、そして地域住民、さらに保健・医療・教育・職業・社会サービスなどが一体となって努力する中で履行されていくものである。

2. リハビリテーション資源の状況

◎医療機関のリハビリテーション機能の状況（施設基準承認施設）

	総合リハビリテーション施設 老人総合リハビリテーション施設	理学療法Ⅱ 老人理学療法Ⅱ	理学療法Ⅲ 老人理学療法Ⅲ	作業療法Ⅱ 老人作業療法Ⅱ
松江圏	松江赤十字病院 玉造厚生年金病院	総合病院松江市立病院 国立療養所松江病院 医療法人社団創健会松江記念病院 松江生協リハビリテーション病院 医療法人昌林会安来第一病院 広瀬町立広瀬病院 安来能義医師会病院 東部島根心身障害医療福祉センター 総合病院松江生協病院 医療法人財団公仁会鹿島病院	日立記念病院	総合病院松江市立病院 国立療養所松江病院 松江生協リハビリテーション病院 東部島根心身障害医療福祉センター 広瀬町立広瀬病院 総合病院松江生協病院
	2	10	1	6
雲南圏	公立雲南総合病院	仁多町立仁多病院	平成記念病院	仁多町立仁多病院
	1	1	1	1
出雲圏	島根県立中央病院	島根医科大学医学部付属病院 平田市立病院 第二出雲市民病院 高鳥クリニック		医療法人出雲勤労者健康管理協会出雲市民病院
	1	4		1
大田圏		大田市立病院 石見町外6ヵ町村病院組合公立邑智病院	医療法人仁寿会加藤病院	
		2	1	
浜田圏		西部島根心身障害医療福祉センター 医療法人社団清和会西川病院 島根県済生会総合病院 国立浜田病院 島根済生会高砂病院		西部島根心身障害医療福祉センター
		5		1
益田圏		益田赤十字病院 津和野共存病院	益田地域医療センター医師会病院	益田赤十字病院
		2	1	1
隠岐圏		隠岐広域連合立隠岐病院		
		1		
県全体	4	25	4	10

(二) 医療機関のリハビリテーション機能の状況

	老人デイ・ケアⅠ	老人デイ・ケアⅡ	痴呆性老人デイ・ケア加算	重度痴呆患者デイ・ケア加算
松江圏	国立療養所松江病院	医療法人釜瀬クリニック 吉岡病院 松江生協リハビリテーション病院 医療法人同仁会湖南病院 広瀬町立広瀬病院 杉原クリニック 咲花クリニック 生協東出雲診療所 安来能義医師会病院 総合病院松江生協病院 医療法人財団公仁会鹿島病院	医療法人釜瀬クリニック 吉岡病院 松江生協リハビリテーション病院 医療法人同仁会湖南病院 広瀬町立広瀬病院 杉原クリニック 咲花クリニック 生協東出雲診療所 安来能義医師会病院 総合病院松江生協病院 医療法人財団公仁会鹿島病院	医療法人仁風会八雲病院
	1	11	11	1
雲南圏				
出雲圏		第二出雲市民病院 医療法人エスポータル出雲クリニック 医療法人出雲勤労者健康管理協会出雲市民病院 斐川生協病院 深田医院	第二出雲市民病院 医療法人エスポータル出雲クリニック 医療法人出雲勤労者健康管理協会出雲市民病院 斐川生協病院 深田医院	医療法人エスポータル出雲クリニック
		5	5	1
大田圏	大田市立病院			
	1			
浜田圏		医療法人社団沖田内科医院	医療法人社団沖田内科医院	医療法人社団清和会西川病院
		1	1	1
益田圏		益田地域医療センター医師会病院	浜田地域医療センター医師会病院	医療法人正光会松ヶ丘病院
		1	1	1
隠岐圏				
県全体	2	18	18	4

(2) リハビリテーション資源調査（アンケート）の実施

①目的

県内におけるリハビリテーションの現状と問題点及び今後の動向を把握し、指針策定の基礎資料とするため、リハビリテーションに関する資源について実態調査を実施する。

②実施時期

平成11年12月

③調査方法

次表のとおりリハビリテーション関係の医療機関、老人保健施設、福祉施設、市町村等を対象に理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等のリハビリテーション関連従事者の就業状況、リハビリテーション機能の概要、リハビリテーション活動の実施状況、課題及びそれぞれの今後の見込み等について、調査票を郵送し、回答してもらう。

対象分野	施設等の種類	施設数	人員の配置状況	リハビリテーションの実施状況等
医 療	病 院	62	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護婦、保健婦、介護員等のリハビリテーションに関する職員の配置状況及び採用見込み	医学的リハビリテーション、機能訓練、訪問看護、訪問リハ、通所リハ等のリハビリテーション機能の概要とその実施状況、課題及び今後の取り組み意向
	診療所(歯科診療所等を除く)	641		
介護保険	老人保健施設	23		
	訪問看護ステーション	45		
	特別養護老人ホーム	57		
	デイサービスセンター	121		
福 祉	身体障害者療護施設等	27		
	在宅介護支援センター	76		
保 健	市町村	59		
合 計		1,111		

④調査結果

各項目について、各施設種類ごとに県計及び二次医療圏域別に集計

（医療機関については、リハビリテーション機能（施設基準）の有無を考慮し集計）

◎リハビリテーション資源調査結果の概要

1) アンケート回収状況

<医療圏別>

		施設数	回収数	回収率(%)
島根県		1111	714	64.3
二次医療圏	松江	320	195	60.9
	雲南	117	82	70.1
	出雲	214	135	63.1
	大田	160	116	72.5
	浜田	135	76	56.3
	益田	108	73	67.6
	隠岐	57	37	64.9

<施設別>

	施設数	回収数	回収率
医療機関	703	429	61.0
老人保健施設	23	17	73.9
訪問看護ステーション	45	34	75.6
特別養護老人ホーム	57	44	77.2
デイサービスセンター	121	64	52.9
その他福祉施設	27	20	74.1
在宅介護支援センター	76	50	65.8
市町村	59	56	94.9
合 計	1111	714	64.3

2) リハビリテーション関係従事者状況

<医療圏別>

		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	視能訓練士	ソーシャル ワーカー	臨床心理士	あんまマッ サージ指圧師
島根県		141	87	14	3	32	4	18
二次医療圏	松江	78	41	6	2	8	2	6
	雲南	10	5	0	0	7	0	0
	出雲	22	14	1	1	7	1	3
	大田	8	1	1	0	2	0	1
	浜田	17	21	4	0	3	1	3
	益田	5	4	2	0	4	0	4
	隠岐	1	1	0	0	1	0	1

<施設別>

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	視能訓練士	ソーシャル ワーカー	臨床心理士	あんまマッ サージ指匠師
医療機関	126	72	11	3	11	4	10
老人保健施設	9	7		0	5		
訪問看護ステーション	1		0		0		
特別養護老人ホーム		0		0		0	8
デイサービスセンター		0		0		0	
その他福祉施設	5	6	3		0		
在宅介護支援センター		1		0	16		
市町村		1		0		0	
合 計	141	87	14	3	32	4	18

3) 平成12年度以降の採用予定

<医療圏別>

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	ソーシャル ワーカー
島 根 県	64	40	12	3
二 次 医 療 圏	松 江	23	21	8
	雲 南	10	4	
	出 雲	8	4	
	大 田	5	5	1
	浜 田	7	3	
	益 田	9	3	3
	隠 岐	2		

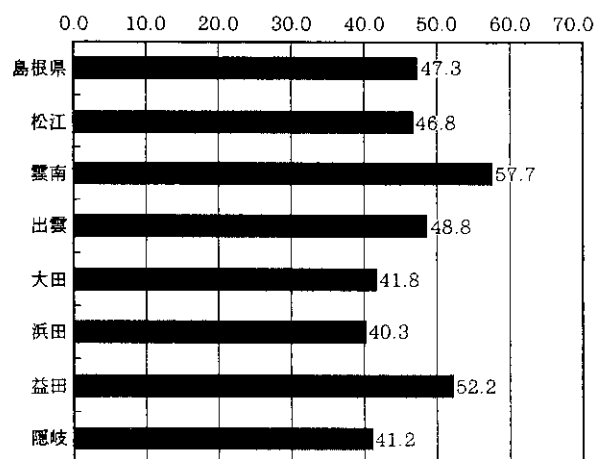
<施設別>

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	ソーシャル ワーカー
医療機関	46	34	11	2
老人保健施設	6	4	1	
訪問看護ステーション	6	1		
特別養護老人ホーム	5	1		1
デイサービスセンター	1			
合 計	64	40	12	3

4) リハビリテーションを必要とする患者等に関する連絡・連携システム

		あ る	割 合 (%)	な い	割 合 (%)
二 次 医 療 圏	島 根 県	318	47.3	355	52.7
	松 江	88	46.8	100	53.2
	雲 南	45	57.7	33	42.3
	出 雲	63	48.8	66	51.2
	大 田	46	41.8	64	58.2
	浜 田	27	40.3	40	59.7
	益 田	35	52.2	32	47.8
	隠 岐	14	41.2	20	58.8

医療圏別連絡・連携システム「ある」の割合

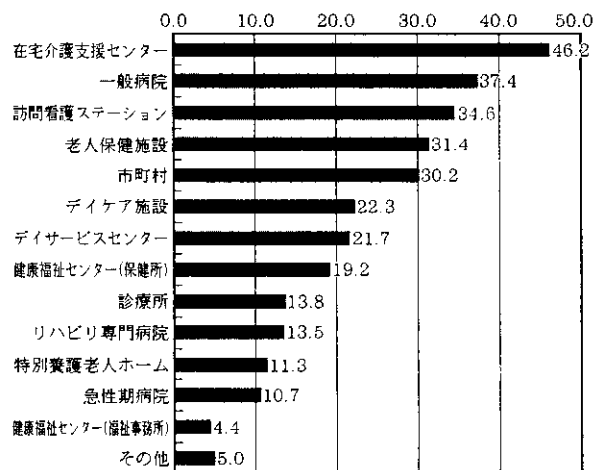


「ある」場合、どこと連絡・連携しているか

※「ある」と答えた318施設について重複回答

	施設数	割合(%)
在宅介護支援センター	147	46.2
一般病院	119	37.4
訪問看護ステーション	110	34.6
老人保健施設	100	31.4
市町村	96	30.2
デイケア施設	71	22.3
デイサービス	69	21.7
健康福祉センター(保健所)	61	19.2
診療所	44	13.8
リハビリ専門病院	43	13.5
特別養護老人ホーム	36	11.3
急性期病院	34	10.7
健康福祉センター(福祉事務所)	14	4.4
その他	16	5.0

どこと連絡・連携しているか



5) 今後のリハビリテーションへの取り組み

	施 設 数				割 合 (%)			
	充実したい	考えていない	何とも言えない	合 計	充実したい	考えていない	何とも言えない	合 計
島根県	244	212	192	100.0	37.7	32.7	29.6	648
松 江	64	51	61	100.0	36.4	29.0	34.7	176
雲 南	35	26	17	100.0	44.9	33.3	21.8	78
出 雲	45	46	33	100.0	36.3	37.1	26.6	124
大 田	33	32	43	100.0	30.6	29.6	39.8	108
浜 田	21	26	16	100.0	33.3	41.3	25.4	63
益 田	33	17	15	100.0	50.8	26.2	23.1	65
隠 岐	13	14	7	100.0	38.2	41.2	20.6	34

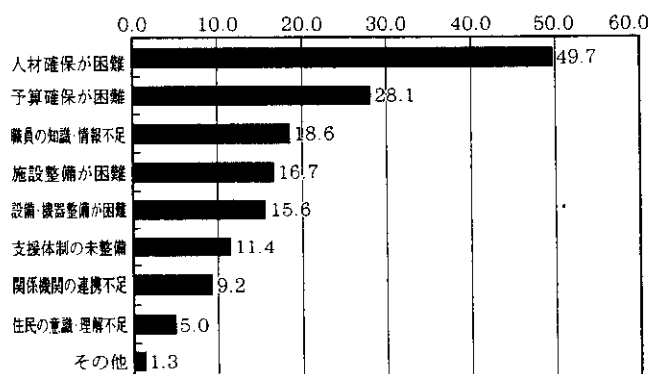
今後のリハビリテーションへの取り組み



6) リハビリテーションを充実する上で問題と考えること

項 目	割合(%)
人材確保が困難	49.7
予算確保が困難	28.1
職員の知識・情報不足	18.6
施設整備が困難	16.7
設備・機器整備が困難	15.6
支援体制の未整備	11.4
関係機関の連携不足	9.2
住民の意識・理解不足	5.0
その他	1.3

リハビリテーションを充実する上で問題と考えること



◎リハビリテーション関連補助事業等一覧

区 分	補助金等名	補 助 内 容	補 助 額
医療施設	医療施設等施設整備費補助金 【国庫補助】	○実施主体：公的団体 ○基準面積：450㎡ ○対象経費：医学的リハビリテーション施設として必要な次の各部門の新築・増改築 機能訓練棟 機能訓練室、水治療室、電気マッサージ室、診療室、休養室、待合室、寝具倉庫、便所等	○下限額 1,666千円 ○補助率 1/3
医療設備	医療施設等設備整備費補助金 【国庫補助】	○実施主体：公的団体 ○対象経費：医学的リハビリテーション施設として必要な医療機器の備品購入費	○基準額 10,500千円/1カ所 ○下限額99千円/1品
	中核病院等診療機能強化対策補助金【県単独補助】	○実施主体：中核病院等（県内7医療機関） ○対象経費：高度・特殊救急医療及び僻地医療の確保充実に必要な医療機器の備品購入費	○基準額 150,000千円/1カ所 ○補助率 1/3 （一部 1/2）
	地域医療推進交付金 【地域医療推進協会補助】	○実施主体：自治体立病院 ○対象経費：診療機能の向上を目的とした医療機器の整備及び医療機器等の整備のため借り入れた病院事業債の償還に要する経費	○基準額 150,000千円/1カ所
老人保健施設	老人保健施設整備促進事業 【県単独補助】	（老人保健施設整備資金借入利子補給） ○助成対象：老人保健施設を開設した医療法人、社会福祉法人等 ○対象借入資金：老人保健施設の新築及び増改築等のための社会福祉・医療事業団及び年金福祉事業団の融資資金	○利子補給額 利子支払い時における借り入れ残額の年1.5%
		（小規模地域密着型老人保健施設整備事業） ○助成対象：老人保健施設未設置の過疎地域及び半島地域の町村において、町村のふるさと0融資を受けて設置を計画する医療法人等	○助成額 1床当たり900千円 限度額45,000千円
		（痴呆性型老人保健施設整備助成） ○助成対象：痴呆性老人入所者基本施設療養費及び痴呆専門棟入所者基本施設療養費加算老人保健施設であって、保健衛生施設等施設整備費国庫補助金または老人保健拠出金事業助成金の交付を受けた市町村、医療法人、社会福祉法人等	○助成額 国庫補助加算額×痴呆性型/入所定員×0.5 但し、痴呆性型施設定員≥入所定員×1/2の場合は国庫補助加算額と同額
	保健衛生施設等施設整備費補助金【国庫補助】	○助成対象：老人保健施設の新築	○助成額 25,000千円 ●加算あり 過疎地・痴呆・病床転換・療養環境整備・増床

区 分	補助金等名	補 助 内 容	補 助 額
老人保健施設 設備	保健衛生施設等設備整備費補 助金【国庫補助】	○助成対象：民間立施設において入所者の処遇向上及び職員の業 務省力化に資する設備（機能訓練を効果的に行うた めの機器であって1品目20万円以上）	○助成額 5,000千円以内
訪問看護ステ ーション	保健衛生施設等施設整備費補 助金【国庫補助】	○助成対象：老人訪問看護事業所の新設	○助成額 基準額：177,800円／ 1㎡ 補助率：1／2
訪問看護ステ ーション設備	保健衛生施設等設備整備費補 助金【国庫補助】	○助成対象：老人訪問看護事業所の備品等の設備(単価2万円以上)	○助成額 補助率：1／2
修学資金貸与 制度	理学療法士及び作業療法士修 学資金貸与制度	○ 応募資格：理学療法士及び作業療法士法第11条及び第12条の 規定に基づく養成施設に在学し、県内に居住し、 卒業後免許を取得し、県内の指定機関において療 法士の業務に従事する意思のある者。 ○募集人員：20名（H11年度） ○貸与期間：貸与が決定した日の属する月から卒業する日の属す る月 ○貸与金の返還免除：卒業後1年以内に免許を取得し、取得後1 月以内に県内の指定機関において一定期間 療法士の業務に従事したとき	○貸与額 36千円／月

島根県地域リハビリテーション指針

平成12年 3 月

島根県健康福祉部健康推進課

〒690-8501 島根県松江市殿町1番地

TEL 0852-22-6195

FAX 0852-22-6328

参 考 資 料 4

- 『運動器の10年』世界運動
- 大腿骨頸部骨折・定点観測平成11, 12年発生分
調査結果(日整会骨粗鬆症委員会報告)

『運動器の10年』世界運動

～運動器障害の克服を目指す～

健やかな人生を求めて



『運動器の10年』世界運動

『運動器の10年』世界宣言(2002.9.13 リオデジャネイロ宣言)

1. 運動器の障害は、長期的で深刻な痛みや身体の機能障害をもたらす大きな原因であり、人々の充実した生活を阻害し、経済的・精神的負担を与えている
1. 運動器の障害は、リウマチや変形性関節症による関節病、骨粗鬆症、腰痛と脊椎脊髄病、子供の骨・関節障害、交通事故、労働災害、スポーツによる運動器外傷などがあり、世界の国々のあらゆる年齢の人々に苦痛を与えている
1. 運動器の障害は、社会の労働力を低下させ、健康の保持や地域の支援体制整備のために膨大な経費を要して、社会的・経済的に大きな損失を与えている
1. 運動器の障害は、世界の人々の平均年齢が高くなるにつれて、骨粗鬆症とそれに伴う骨折、脊椎病、変形性関節症が増加し、その治療費を増大させる
1. 運動器の疾患と障害の克服について全世界的な取り組みを行うことを国連事務総長とWHOおよび43カ国が切望している

今こそ、運動器障害の難題に挑戦し、世界中の総力を結集し、予防と治療の最新の情報・知識を高めていく時である。

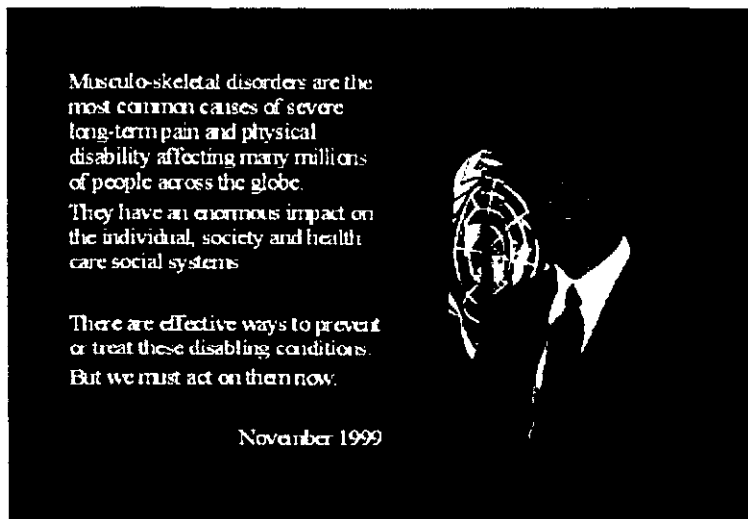
ここに私達は、『運動器の10年活動』に集う世界各国が固い決意のもとに署名し、下記の項目に向かってお互いの協調を深め、共に行動することを宣言する。

- 1) 各国政府をととして2000-2010年の10年を『運動器の10年』と表明する
- 2) 運動器の障害が社会に大きい負担をもたらしつつあることを人々に喚起する
- 3) 運動器の障害を持つ人々やその家族が自らの健康管理に参加し、健やかさを保つことが出来るよう支援する
- 4) 運動器の障害に対して真に有効な予防と治療を推進する
- 5) 運動器の障害を解明し、予防と治療そして完治させる研究を深める
- 6) 運動器の障害のケアに携わる専門職業人の教育・研修を普及する
- 7) これらの事柄を達成するために、政府機関、非政府機関、学術機関、企業、メディアの相互連携を推進する

-----『運動器の10年』日本委員会-----

『運動器の10年』世界運動

「運動器の10年：2000－2010（The Bone and Joint Decade）」は、1998年スウェーデン・ルンド大学リドグレン教授が提唱し、1999年アナン国連事務総長が支持を表明、2001年WHOにより正式に発足が宣言され、現在世界の90ヵ国750を超える学会・団体が参加して世界宣言（表紙参照）目標達成に向けて運動を展開している。高齢化の進む日本ではBone and Jointを『運動器』と訳して、子供から高齢者までのすべての人々の健やかな生活と自立と尊厳の確立に向けて幅広い領域と一緒に活動を行っている。米国ではブッシュ大統領もこの活動を支持する声明文を出しており、活発な活動が展開されている。



アナン国連事務総長の声明：世界のあらゆる国の人々が運動器の障害に苦しんでいる。それは個人だけでなく、社会にとって大きな課題である。今こそ、効果的な予防と治療の開発に挑む時期である。

『運動器の10年』世界参加国・地域（下線の国…政府が支持を表明している国）

ヨーロッパ(33カ国)

スウェーデン、スイス、英国、フランス、オランダ、ベルギー、デンマーク、ノルウェー、ドイツ、アイルランド、フィンランド、エストニア、リトアニア、ロシア、チェコ、スロバキア、ブルガリア、ハンガリー、ポーランド、ルーマニア、オーストリア、イタリア、ポルトガル、スペイン、ギリシャ、ヴァチカン市国、…等

アメリカ(23カ国)

米国、カナダ、メキシコ、ヴェネズエラ、ブラジル、チリ、エクアドル、キューバ、ハイチ、グアテマラ、ペルー、コロンビア、ウルグアイ、アルゼンチン、ジョージア…等

アフリカ(10カ国)

アルジェリア、エジプト、モロッコ、タンザニア、チュニジア、南アフリカ、コンゴ、ナイジェリア、ケニア…等

アジア・太平洋(26カ国・地域)

日本、韓国、中国、香港、台湾、シンガポール、タイ、フィリピン、インドネシア、ベトナム、インド、パキスタン、サウジアラビア、クウェート、イラン、オマーン、レバノン、イスラエル、ヨルダン、ニュージーランド、オーストラリア、バングラディシュ、トルコ…等

『運動器の10年』日本委員会の活動

『運動器の10年』日本委員会（委員長：杉岡洋一九州労災病院院長）は、「運動器の10年：2000-2010（The Bone and Joint Decade）」世界運動の世界宣言で謳われている7つの目標を達成するための活動を展開している。「運動器フォーラム」、「市民公開講座」、「市民との対話集会」などを通して、広く一般市民に分かりやすく、体をうごかす骨、関節、筋肉等の運動器が人の健康における意義や運動器障害の治療や予防について啓発活動を行い、市民が年代に拘らず自らの健康を自らが守り、健やかに生きることの知識を修得し

てもらう活動を毎年行なっていく。そのためにもできるだけ早く政府・行政の方のご支援もお願いする。

『運動器の10年』日本委員会運営委員会

『運動器の10年』日本委員会に、『運動器の10年』運動を推進する基本方針決定・準備・運営及び関連諸行事を行うため、『運動器の10年』日本委員会運営委員会を設置している。

WHO『運動器の10年』キャンペーンシンポジウム

平成14年3月18日に骨や関節など運動器にかかわる病気の制圧を目指す世界運動の一環として、WHO『運動器の10年』キャンペーンシンポジウムをよみうりホール東京で開催。

プログラム：第一部 「21世紀の活力ある社会は『運動器』の健康とともに」

第二部 「いつまでも若々しい体の動きを」

運動器フォーラム2002

平成14年10月19日・20日、明治神宮会館にて運動器フォーラム2002を開催した。

第1日目：「運動器の10年世界宣言」と有名人を交えて運動器の意義と役割を分かりやすく説明

運動器トライアルわーど（楽しいスポーツ、子供も楽しめるイベントなど）

第2日目：市民講座「骨粗鬆症と高齢者の骨折」、「老化への挑戦（運動器とリハビリテーション）」、「関節の痛み（関節症とリウマチ）」、「腰痛の予防と治療」、「成長期のスポーツ障害とその予防」

運動器相談コーナー（専門医による医療相談）、運動器トライアルわーど

運動器フォーラム2003

（1）「運動器フォーラム2003・仙台」 平成15年10月11日（土曜日） 仙台市民会館

（2）「健康づくり悠々トーク in 大阪」 平成15年10月18日（土曜日） 大阪NHKホール

いろいろな機会に市民公開講座を開催し、市民の方々に啓発活動を広く実施します。

運動器とは： 健やかな生活を営むための身体の器官

運動器とは、身体活動を担っている筋・骨格・神経系の総称です。循環器、呼吸器、泌尿器などがそれぞれに独自の役割を持っているのと同様に、運動器は、「筋肉、腱、靱帯、骨、関節、軟骨、脊椎・脊髄、神経などがお互いに連動して作用することで身体を動かす」という役割を担っています。

運動器だけが自分の意志で動かすことのできる唯一の器官です。他の臓器や器官は生存には必須ですが、自分の意志で自在にコントロールできません。人は運動器をうまく活用して立ち、歩いて行動することから始め、次第にその能力を開発し、文明や文化を発展させて、霊長になりました。

運動器による身体活動を介して人は生活や社会活動を行っています。動作やしぐさなどの身体活動はコミュニケーションにとっても重要です。運動器を巧みに操れない状態（運動障害）になると、極めて不自由であり、意気込みや精神性までも失われがちです。時には運動器の一部の機能を失うこともあります。しかし、残された運動能力を存分に発揮して活躍している人の姿は見事で美しく、賞賛に値します。逆に、五体満足にみえても、運動器の機能を存分に発揮することなくただただと生きている姿は、実に頼りないものです。運動器の活用の度合いがその人の精神性や社会活動に大きく影響しています。人の生活と尊厳に直結しています。

これまでの医学や医療は、生命を長らえることが主な関心事で、運動器の意義についてはあまり注目されてきませんでした。運動器のけがや病気は、個人的な出来事として見過ごされてきましたが、しかし、個人的な不自由が積み重なると、社会的な損失は膨大です。米国では25兆円を超える社会的損失であると試算

されており、我が国も人口比で換算すると、12兆円の損失になります。また長命になったものの、健康寿命こそが大切であることが認識され、健やかに過ごす為にも運動器を保全し、生活習慣病を減少することが話題になっています。

しかし、人の運動器は未だ発展途上にあります。決して完成された状態には至っていません。僅かな疲労や負担で運動器は容易に破綻して痛みを生じ、機能不全となります。しかし、この原因、予防、治療については十分な解明が進んでいないのが実情です。そのなかで、世の中は便利さを求めつつ非常な速度で進んでいます。便利な世の中は有り難いのですが、運動器を使う機会が少なくなっており、運動器を退化させています。そして、生活習慣病的要素が強い糖尿病や循環器病など内科的な病気を増加させます。21世紀は運動器を活用し、健やかに暮りたいものです。

高齢になると誰でも運動器の意義がよく理解できますがしかし、子供の頃から運動器の役割を理解することこそが重要なのです。身体を整えて自分の魂を磨き、長い人生を健やかに、充実感を持って過ごすことが人生の目標なのかもしれません。

今や、個人の自立と尊厳を尊び、生活・人生の質(QOL)の向上を目指すには、健やかな運動器を保ち、向上させることが、個人のみならず社会の課題です。ここに「運動器の10年活動」の意義があることをご理解ください。

日本委員会参加団体・組織 医療関係 46団体(五十音順)

関東整形災害外科学会	硬組織生物学会	中国・四国整形外科学会
中部整形外科災害外科学会	東北整形災害外科学会	西日本整形・災害外科学会
日本足の外科学会	日本運動器移植・再生医学研究会	日本肩関節学会
日本関節鏡学会	日本義肢装具学会	日本靴医学会
日本形成外科学会	日本結合組織学会	日本股関節学会
日本骨・関節感染症研究会	日本骨形態計測学会	日本骨折治療学会
日本骨粗鬆症学会	日本骨代謝学会	日本作業療法士協会
日本小児整形外科学会	日本人工関節学会	日本整形外科学会
日本整形外科スポーツ医会	日本脊髄障害医学会	日本脊椎脊髄病学会
日本創外固定・骨延長学会	日本側彎症学会	日本手の外科学会
日本軟骨代謝学会	日本バイオマテリアル学会	日本膝関節学会
日本マイクロサージャリー学会	日本腰痛学会	日本リウマチ学会
日本リウマチ・関節外科学会	日本理学診療医学会	日本理学療法士協会
日本リハビリテーション医学会	日本臨床整形外科医会	日本臨床バイオメカニクス学会
日本臨床リウマチ学会	脳性麻痺の外科研究会	東日本整形災害外科学会
北海道整形災害外科学会		

日本委員会参加団体・組織 スポーツ関係 5団体

日本体育協会	世界少年野球推進財団	日本高等学校野球連盟
全国高等学校体育連盟	日本中学校体育連盟	

ホームページアドレス： (日本) <http://www.bjdiapan.org/>

(スウェーデン本部) <http://www.boneandjointdecade.org>



『運動器の10年』日本委員会

〒113-8418 東京都文京区本郷2-40-8

社団法人 日本整形外科学会内

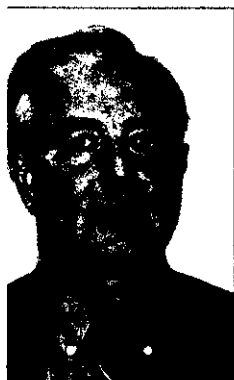
TEL: (03) 3816-3671

FAX: (03) 3818-2337

E-mail: office@joa.or.jp : kouga@joa.or.jp

BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS



Letter from the Chairman

Never before have so many organisations joined together to begin to work collaboratively to improve the health-related quality of life for people with musculoskeletal disorders around the world. When United Nations Secretary General, Kofi Annan, declared support in November 1999 for the Bone and Joint Decade 2000–2010, national governments, professional societies, patient organisations, institutions, and industry were inspired to see their role in defining and working toward a united vision of appropriate prevention and treatment of the pervasive and crippling disorders of joint diseases, osteoporosis, back pain and spine disorders, and musculoskeletal trauma.

The Bone and Joint Decade is an umbrella initiative designed to increase support for and connect the actions of musculoskeletal-related organisations into a unified movement to:

- Raise awareness of the growing burden of musculoskeletal disorders on society
- Empower patients to participate in their own care
- Promote cost-effective prevention and treatment
- Advance understanding of musculoskeletal disorders through research to improve prevention and treatment

In every community in every nation, musculoskeletal disorders are increasing. Yet science and research investment have not kept up with the increasing burden on individuals, families and societies. The Bone and Joint Decade is intended to call global attention to and promote positive actions to combat these disorders.

Your help is important in the Bone and Joint Decade. We invite you to get involved with your professional society and patient organisation. Only by working together can we turn the tide and build a brighter future for the 400 million people affected by musculoskeletal disorders.

Lars Lidgren

Professor Lars Lidgren, MD, PhD
Chairman, International Steering Committee

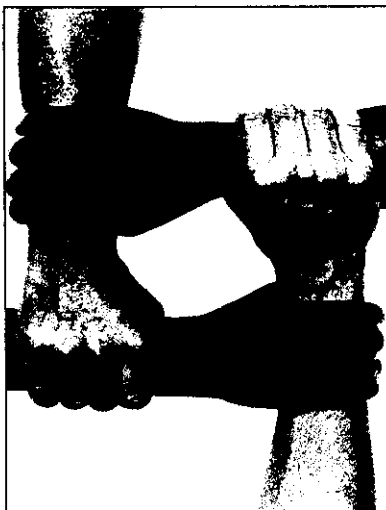


www.boneandjointdecade.org

BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

"The mission of the Bone and Joint Decade is to improve the health-related quality of life for people with musculoskeletal disorders worldwide. The Initiative provides the umbrella organisation through which professional organisations, patient advocacy groups, governments, industry and researchers are partnering to effect change. The goals are to raise awareness, empower patients, promote cost-effective prevention and treatment, and advance understanding through research and education."



"Reaching out and working together are the foundation of the Bone and Joint Decade."

CONTENTS

1. Letter from the Chairman
2. Contents of Booklet
3. Facts about Musculoskeletal Disorders
4. Mission and Goals
5. Beginnings
6. Progress Highlights: Communications
11. Progress Highlights: Promoting Musculoskeletal Research
13. Progress Highlights: Partnerships
15. National Action Networks
16. Participating Organisations
21. How To Get Involved
22. Partners and Contributors
24. Bone and Joint Decade International Steering Committee



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

FACTS ABOUT MUSCULOSKELETAL DISORDERS

The facts are surprising. Did you know . . .

- **Joint Diseases**, the leading cause of *disability* in the United States,¹ account for half of all chronic conditions in persons age 65 and over.
- It is estimated that the number of people in the U.S. affected by **arthritis** or rheumatism will skyrocket from 43 million to *epidemic proportions* of 60 million people by the year 2020.²
- **Osteoarthritis** is the 4th most frequent predicted cause of health problems worldwide in women and the 8th in men.³
- **Back pain** is the *second leading cause of work place sick leave*.
- Fractures related to **osteoporosis** have almost *doubled in number* in the last decade. One in three women over age 50 will suffer a fracture caused by osteoporosis.
- The frequency of global hip fractures from **osteoporosis** will *double* in Asia and Latin America in the coming decades.⁴
- **Musculoskeletal conditions** were the *most expensive disease* category in a Swedish cost of illness study, representing one forth of the total cost of illness.⁵
- In five short years, the economic impact of **musculoskeletal conditions** in the U.S. rose from \$215 billion to \$254 billion – an increase of 18.1%.⁶
- Several hundred million people worldwide already suffer from **bone and joint diseases**, and this figure is set to increase sharply due to the predicted doubling in numbers of people over age 50 by the year 2020.
- **Every 30 seconds** someone dies from an accident on the world's roads.
- Every year 23-34 million people worldwide are injured in **road traffic accidents**.⁷
- *Twenty five percent of health expenditure* of developing countries will be spent on **trauma-related care** by the year 2010.
- **Road traffic accidents** are the *leading cause of death and hospital admission* for people under age 45.

The Bone and Joint Decade is dedicated to reversing these trends, and thereby improve the health-related quality of life for people with musculoskeletal disorders worldwide.

SOURCE:

1. U.S. Centers for Disease Control & Prevention. *Prevalence of disability and associated health conditions –US, 1991-1992*. MMWR 1994; 43(40): 730-731, 737-739.
2. CDC. *Arthritis prevalence and activity limitations – United States, 1990*. MMWR: 1994 43(24): 433-8.
3. Murray JL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
4. International Osteoporosis Foundation: Fact Sheet.
5. Jacobson L, Lindgren B. *Vad kostar sjukdomarna?* [What are the costs of illness?] Stockholm: Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare), 1996.
6. Praemer, Furner and Rice. *Musculoskeletal conditions in the United States*, 1999.
7. Crowthorne, B. Estimating global road fatalities. Transport Research Laboratory, 2000. TRL Report 445.



"Musculoskeletal disorders are the most common causes of severe long-term pain and physical disability affecting many millions of people across the globe. They have an enormous impact on the individual, society and health care social systems. There are effective ways to prevent or treat these disabling conditions. But we must act on them now."

– KOFI ANNAN
Secretary-General,
The United Nations



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

MISSION AND GOALS

The mission of the Bone and Joint Decade is to improve the health-related quality of life for people affected by musculoskeletal disorders worldwide. Musculoskeletal disorders include five target areas:

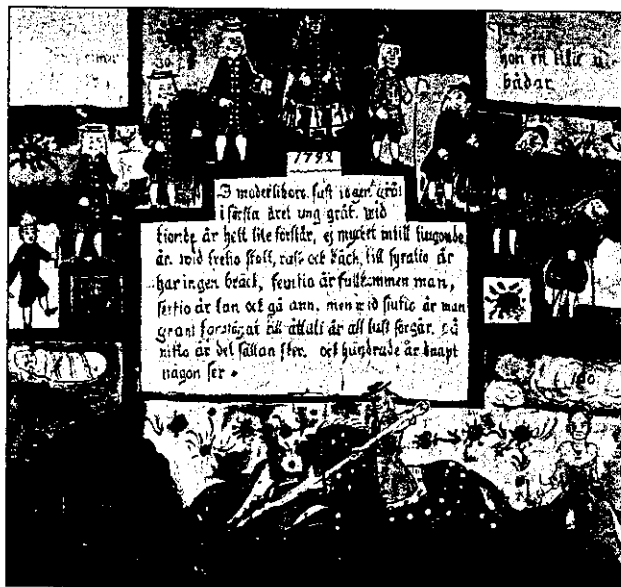
- Joint diseases, such as osteoarthritis, rheumatoid arthritis and more than 100 other forms of inflammatory conditions
- Osteoporosis
- Back pain and spine disorders
- Childhood musculoskeletal disorders, such as juvenile arthritis
- Musculoskeletal trauma from road traffic injuries

While there are many types of musculoskeletal conditions, these disorders are the most notorious and pervasive causes of severe long-term pain and physical disability, affecting hundreds of millions of people across the world. The Decade aims to raise awareness, promote positive actions to combat the suffering, and minimize costs to society associated with these musculoskeletal disorders.

The mission will be achieved by:

- **Raising awareness** of the growing burden of musculoskeletal disorders on society
- **Empowering patients** to participate in their own care
- Promoting cost-effective **prevention and treatment**
- **Advancing** understanding of musculoskeletal disorders through **research** to improve prevention and treatment

No one single organisation alone can accomplish the desired benefits for the person or family affected by these disorders. The Decade is a multi-disciplinary, collaborative, global campaign that will implement and promote initiatives in many parts of the world. The initiatives will be developed in partnership with appropriate patient, professional and scientific organisations, companies, healthcare providers, governments and non-government organisations in consultation with global and regional stakeholders.



German folk art portraying osteoporosis through the lifespan.



"His Holiness Pope John Paul II sends his warm greetings to all involved in this initiative to discover and make available even more effective remedies and treatments for such disorders, to bring the benefits of advanced medical science to more and more people afflicted by these diseases. (Evangelium vitae, 26)."

POPE JOHN PAUL II
The Vatican



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

BEGINNINGS

The initiative originated with healthcare professionals who believed that the significant and growing impact from bone and joint disorders on society, healthcare systems and individuals needed to be addressed at the international level with particular focus on the use of resources. The idea was inspired by the success of the Decade of the Brain (1990–2000), which served to raise awareness about brain disorders and led to significant scientific advances. An inaugural consensus meeting was held April 1998 in Sweden that culminated in a proposal for the Decade of the Bone and Joint 2000-2010 and the formation of an International Steering Committee, consensus document and a plan of continued work.

INTERNATIONAL LAUNCH

The Bone and Joint Decade was launched January 2000 in Geneva, Switzerland with an international press conference and World Health Organisation conference, "The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium." Leading musculoskeletal epidemiologists and health science researchers gathered to begin the process of identifying prevalence and severity of these disorders.

INTERNATIONAL STEERING COMMITTEE

Today an International Steering Committee (ISC) of 13 experts from various geographical regions and disciplines guide the international Bone and Joint Decade. The diversity of the ISC and its staff includes leading rheumatologists, researchers, orthopedic surgeons, patient advocates, trauma, rehabilitation, and emergency medicine experts covering all continents.

The Bone and Joint Decade initiative and its European-based charitable foundation are headquartered in Lund, Sweden under the leadership of the ISC Chairman, Prof. Lars Lidgren, MD, Chairman of the Department of Orthopedics, University of Lund. The staff consists of a full-time Secretariat (Sweden), two part-time directors (Director of Development in Germany and Spokesperson & Director of Strategic Relations in the United States) and Technical Support (Sweden).

INITIAL STRATEGIES

The *outreach* strategy calls for: (1) endorsement of the Bone and Joint Decade by patient and health professional organisations throughout the world; (2) collaboration among endorsing organisations within national borders into National Action Networks to identify and change national priorities; (3) creating awareness about the need for increasing collaborative action for multi-disciplinary, musculoskeletal research; and (4) broad communication about the Decade through media and health professional journals.

The *research promotion* strategy includes: (1) identifying the global burden of musculoskeletal disorders; (2) developing estimates of what it will be in the future; and (3) promoting evidence of what can and should be done to reduce this burden.

The *partnership* strategy calls for: (1) developing partnerships with governmental organisations and industry to support the mission, outreach and organisation of the initiative; (2) encouraging virtual communication among musculoskeletal organisations to develop a process for working together on common goals; and (3) promoting public-private-government relationships to develop projects within the Bone and Joint Decade mission.



"I am confident that the outcome will be of great value not only to rheumatologists, physicians and healthcare workers throughout the world, but that it leads to action that will bring relief and hope to the millions who suffer from musculoskeletal diseases."

— DR. GRO HARLEM BRUNDTLAND
Director-General,
World Health Organisation

www.boneandjointdecade.org



BONE AND JOINT DECADE 2000-2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

PROGRESS HIGHLIGHTS: COMMUNICATIONS

INTERNATIONAL ENDORSEMENTS

Within its first year, the Bone and Joint Decade has gained international recognition by endorsements and support from the United Nations, the World Health Organization, the World Bank, and the Vatican.

"There are effective ways to prevent and treat these disabling disorders, but we must act now. Joint diseases, back complaints, osteoporosis and limb trauma resulting from accidents have an enormous impact on individuals and societies, and on healthcare services and economies."

— UN Secretary General, Kofi Annan
November 1999 endorsement by the United Nations



"One out of every four Americans suffers from musculoskeletal conditions. You are bringing hope to countless people around the world and helping to create a brighter, healthier future for us all."

— BILL CLINTON
42nd President of the United States

GOVERNMENT ENDORSEMENTS

As of September 2001 (just 20 months into the initiative), the Bone and Joint Decade has received declared support from 37 governments. Health Ministers and top government officials have pledged their support for program activities and research initiatives to support the mission of the Bone and Joint Decade. The countries include:

ARGENTINA	FINLAND	INDONESIA	NIGERIA	SWITZERLAND
AUSTRALIA	FRANCE	IRAN	OMAN	TAIWAN
AUSTRIA	GEORGIA	ITALY	POLAND	TANZANIA
BRAZIL	GERMANY	KUWAIT	ROMANIA	THAILAND
BULGARIA	GUATEMALA	LITHUANIA	RUSSIA	UNITED KINGDOM
CZECH REPUBLIC	HUNGARY	MOROCCO	SAUDI ARABIA	UNITED STATES
DENMARK	INDIA	THE NETHERLANDS	SLOVAKIA	THE VATICAN
		NEW ZEALAND	SWEDEN	

EDITORIALS & ARTICLES

The initiative has been the subject of editorials and articles in over 150 professional health and patient advocacy journals and newsletters, including:

Journal of the American Medical Association
British Medical Journal
Annals of Rheumatic Diseases
Arthritis and Rheumatism
Journal of Bone and Joint Surgery
Journal of Rheumatology
European Orthopedics
Osteoporosis Action
Orthopädie Mitteilungen
Finnish Medical Journal
Ugeskr Laeger
Canadian Orthopaedic Association Bulletin

Clinical Rheumatology
Patient Care
Deutsches Ärzteblatt
Medical Journal of Australia
Bulgarian Journal of Orthopaedics and Traumatology
Acta Orthopaedica Scandinavica
The Patient's Network
Biomaterials News Digest
Rehabilitacija u Zajednici
(Community-based Rehabilitation, Croatia)
SPINE
Kuwait Medical Journal
Chinese Journal of Orthopaedics



www.boneandjointdecade.org

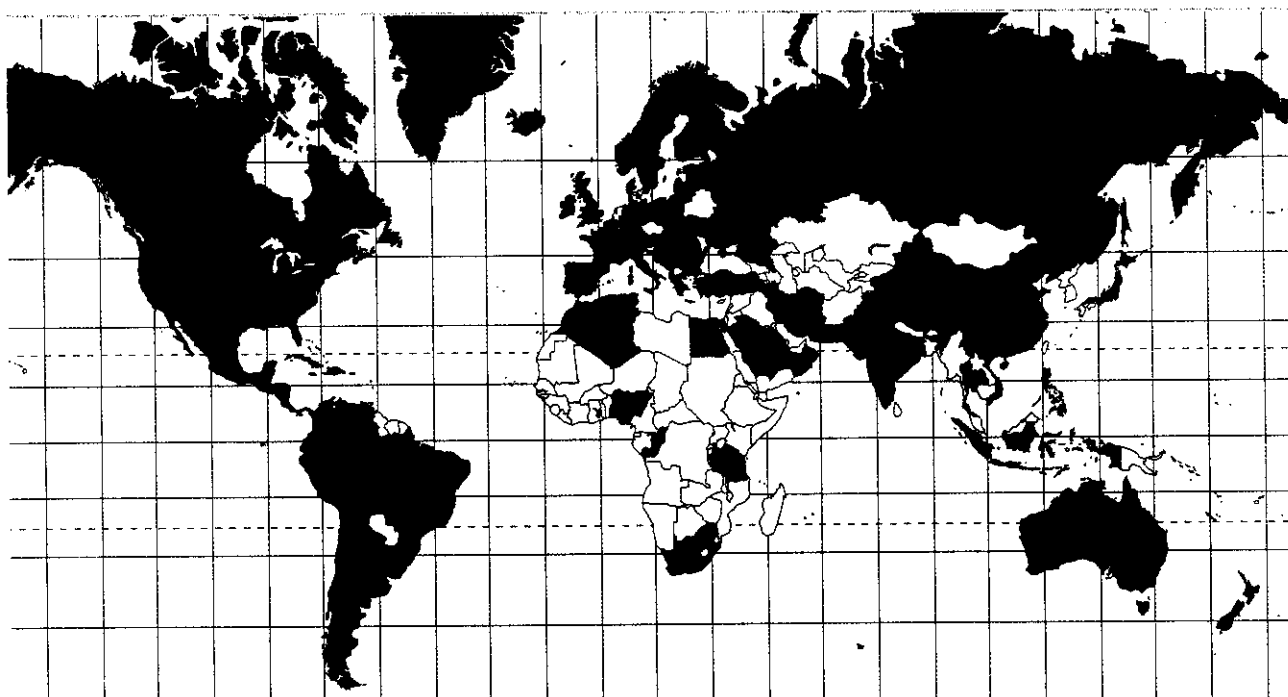
BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

NATIONAL ACTION NETWORKS

In 49 nations, core groups of musculoskeletal-related organizations have convened to develop chartered National Action Networks to work together for the first time on common issues to advance the mission of the Bone and Joint Decade. These organisations include the predominant musculoskeletal health professional and patient advocacy groups in each country. For example, the US National Action Network includes 56 musculoskeletal-related organizations, the Germany Network includes 22 organisations, the Netherlands Network includes 11 organisations, the Australia Network includes 12 organisations, the Japanese network includes 5 organisations, and the Turkish Network includes 11 organisations. For information on each National Network, visit www.boneandjointdecade.org.

As of September 2001, countries with National Action Networks include:



ARGENTINA	CZECH REPUBLIC	ITALY	PHILIPPINES	SPAIN
AUSTRALIA	DENMARK	JAPAN	POLAND	SWEDEN
AUSTRIA	FINLAND	KUWAIT	PORTUGAL	SWITZERLAND
BANGLADESH	FRANCE	MOROCCO	ROMANIA	TAIWAN
BELGIUM	GEORGIA	NETHERLANDS	RUSSIA	TANZANIA
BRAZIL	GERMANY	NEW ZEALAND	SAUDI ARABIA	THAILAND
BULGARIA	HONG KONG	NIGERIA	SINGAPORE	TURKEY
CANADA	HUNGARY	NORWAY	SLOVAKIA	UNITED KINGDOM
CHINA	INDIA	OMAN	SLOVENIA	UNITED STATES
COLOMBIA	IRAN	PAKISTAN	SOUTH AFRICA	

"In the U.S., arthritis is the number one cause of disability. It is a major world health problem that is not being addressed with the scope and vigor needed compared to the devastating impact arthritis and musculoskeletal diseases have on people and societies. The Bone and Joint Decade places a worldwide spotlight on these conditions in a way that can both highlight the urgency and bring concerted action."

—TINO J. MANTELLA
President and CEO,
Arthritis Foundation,
Atlanta, Georgia
USA



BONE AND JOINT DECADE 2000-2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

PARTICIPATING ORGANISATIONS

More than 750 patient advocacy organisations and health professional societies around the world have endorsed the Bone and Joint Decade and are actively collaborating with similar organisations within their national borders. They represent the major patient-centered, education and advocacy groups and the major musculoskeletal-related professional societies in the world.

COMMUNICATIONS

To communicate effectively with its National Action Networks, coordinators and participating organizations, a four-part strategy was initiated:

An electronic and fax Infoletter provides bi-monthly updates to the National Coordinators, Participating Organisations and Corporate Partners.

An annual Network Coordinator's Meeting was established to provide training and networking opportunities to build synergy among and between National Action Networks.

The web site (www.boneandjointdecade.org) is continually updated to reflect the actions of the National Action Networks and international initiatives.

A portal project, Musculoskeletal e-Cooperative, was initiated with Corporate Partner, Pharmacia, to develop a web-based communications and education system between the Bone and Joint Decade network, its professional societies, their members and patients of the members. It was launched in August 2001 in Paris.

"Our Academy strongly supports the Bone and Joint Decade because we think the Decade will have a tremendous, positive impact on people around the world. Its goals coincide with our own: We support education about the musculoskeletal system, for patients and physicians, and we believe continuing research will lead to more effective care and efficient use of resources. We believe in empowering patients to participate in their own care and we have numerous injury prevention programs. We welcome the BJD and want to help make it a success."

WILLIAM W. TIPTON, JR., MD
Executive Vice President,
American Academy of
Orthopaedic Surgeons,
Rosemont, Illinois, USA



National coordinators around the world gather in Muscat, Oman for 2000 annual meeting.

"STANDING TALL" LIVE CONCERT AND CD

The Bone and Joint Decade is collaborating with the Awareness Foundation and the Arthritis Foundation USA to conduct a live concert in New York City featuring international artists such as Stevie Wonder, Al Jarreau, Destiny's Child and Santana to use the creative arts to bring public attention to the cause of musculoskeletal disorders. The project, called "Standing Tall" includes an original song sung by international artists, a CD, a documentary and a television program. The benefit concert will be held at Lincoln Center in New York City. The date will be announced.



www.boneandjointdecade.org

BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

BONE AND JOINT DECADE ANNUAL 'ACTION WEEK'

Initiated at the start of the Decade, 'Action Week' annually highlights collaborations among and activities of organizations to reduce the burden of musculoskeletal disorders and to call for increased research and education for prevention and treatment. Organisations are encouraged to connect their events under the umbrella the Bone and Joint Decade. Some of the 2000 and 2001 activities included:

World Arthritis Day (October 12)

ARI & ILAR: Declaration and activities by Arthritis and Rheumatism International (ARI) and the International League of Associations for Rheumatology (ILAR) to "Think global — Act local."

CHINA: Activities in four major regions: Conducted a media briefing, free diagnosis and consultation, a variety of radio and TV programs (Shanghai); major media briefing attended by more than 50 key national media (Beijing); several media roundtable briefings; and free diagnosis and consultations (Guangzhou and Chengdu).

FINLAND: The Finnish League Against Musculoskeletal Disorders (a coalition of organisations), organized lectures throughout the country. With support from the European Disability Forum, a national Design for All seminar focused on product and services designs that attracted service providers, designers and disability groups. Winners of a design competition were announced.

HUNGARY: Conducted educational activities at Spa Héviz, the second largest hot lake in the world.

KOREA: The Korean Rheumatism Association conducted an open public campaign through news channels, including working with Moonhwa Broadcasting Company (MBC), one of the most prestigious broadcasting companies in Korea.

SLOVENIA: Patients were transported by bus and train to a national meeting with rheumatologists and patient societies on October 12. The Slovenia Bone Society conducted a similar patient symposium on October 20 with media presence. Public attention was created about the problem of waiting lists for hip and knee replacement surgeries with the slogan "No more waiting than one year!"

THAILAND: The Arthritis Foundation Thailand, under the royal patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, conducted educational activities throughout the country.

World Spine Day (October 16)

HUNGARY: (1) Conducted 'Back to Back Day which included a conference titled "Health Care, Health Economy & Prevention of Low Back Pain" under the patronage of the Secretary of Finance and the Secretary of National Health Insurance; (2) The Hungarian Parliament and Government agreed that more physical education teaching hours should be included in the curricula of all primary and secondary schools; (3) October 13th of the annual congress of the Hungarian Pain Society was dedicated to the diagnosis, differential diagnosis, conservative and operative treatment of back pain; (4) The opening lecture of the Millennial Congress of the Hungarian Rehabilitation Society was delivered by the national coordinator; (5) The National Institute of Rheumatology and Physiotherapy organized a scientific conference celebrating Back to Back Day; (6) Media coverage was widespread; and (7) the Mydeton Prize, founded by Gedeon Richter Pharmaceuticals, was awarded to the best physiotherapist involved in the nationwide back pain prevention program.

ITALY: Conducted a medical conference titled Spine Day "Back to Motion" and issued a specific communiqué.

www.boneandjointdecade.org



"The BJD global campaign gives patient and medical musculoskeletal organizations a wonderful opportunity to work together improve access to diagnosis, management and care of these painful, debilitating disorders which currently are under recognised and under funded. Working together we can achieve much more to improve the health related quality of life of our families and friends who suffer from these disorders"

— MARY ANDERSON BSc (Hons) Pharm
Osteoporosis Patient Advocate Board Member
International Osteoporosis Foundation



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

EUROPEAN UNION: The European Agency for Safety and Health at Work “Back to Future” Week conducted workplace education in 15 EU member states.

World Trauma Day (October 17):

THE VATICAN: The church bells in the Vatican rang on World Trauma Day to honor those killed. In addition, to raise awareness that every 30 seconds someone dies on the world's roads, the Tuscany church of the Bishop of Brescia rang its bells every 30 seconds for twenty-four hours to honor those killed.

BRAZIL: Conducted a Children's Day at Baixo Bebe-Leblon beach in Rio de Janeiro with a full day of services, campaign and information about children's trauma prevention.

SLOVENIA: The Institute of Public Health of the Ministry of Health conducted prevention activities on traffic safety to students, and prevention of low back pain and fragility fractures in the elderly to parents.

USA: ‘Moments of silence’ were observed in hospital units at the University of Connecticut to honor those killed from trauma-related musculoskeletal injuries.

World Osteoporosis Day (October 20)

International Osteoporosis Foundation conducted “Invest in your Bones,” educational activities, which included a One-Minute Osteoporosis Risk Test, the theme song “Bone of My Own,” international journalism awards, and remarks by IOF patron Queen Rania of Jordan. The IOF consists of 96 member national societies in 56 countries.

JAPAN: The Japanese Orthopaedic Association organised forums, lectures and exhibitions for public education in 79 prefectures throughout the country. A major professional education symposium, a citizen's symposium involving nationally-recognized citizens were conducted, and publications on orthopaedic diseases were also distributed.

SAUDI ARABIA: Conducted an International Symposium on Osteoporosis (October 21-24) involving experts from radiology, orthopaedics, gynecology, endocrinology, rehabilitation and nutrition. It also involved a major public awareness campaign.



Ceremonial lighting commemorates the inauguration of the Bone and Joint Decade in India. Dr. K. Phadke, Mission Arthritis India.

“The more educational and awareness activities which include osteoporosis the better. As sadly today osteoporosis is still under-diagnosed and under-treated leading to avoidable pain and disability. The International Osteoporosis Foundation is delighted to work with the BJD to prevent unnecessary fractures caused by osteoporosis.”

— **PIERRE D. DELMAS MD, PhD**
President, International Osteoporosis Foundation,
Lyon, France



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

PROGRESS HIGHLIGHTS: PROMOTING RESEARCH

THE BONE AND JOINT DECADE MONITOR PROJECT

The Monitor Project was launched January 2000 at the World Health Organisation (W.H.O.) headquarters to identify the global burden of the major musculoskeletal disorders. Under the chairmanship of Prof. Anthony Woolf (United Kingdom), vice chairmanship of Dr. Kristina Åkesson (Sweden) and Prof. J. M. Hazes (The Netherlands), assistance of Dr. Nikolai Khaltsev of the W.H.O. and input from musculoskeletal and epidemiological experts around the world, the Bone and Joint Decade Monitor Project will, for the first time, identify datasets and produce evidence-based documents on the size and severity of musculoskeletal disorders, risk factors, prevention strategies, provision of care, and health and economic indicators. This is a critical step to lay the foundation about the need for increased research, improved prevention and treatment, access to care and education, and patient empowerment in health decisions. A technical report was presented to the W.H.O. in November 2001 for inclusion into the W.H.O. Global Burden of Disease Report. Working with researchers around the world, the Monitor Project will continue to identify and coalesce data on the burden of musculoskeletal disorders.



"Recognition of the burden of musculoskeletal conditions will result in greater awareness of the pervasive effects they have on individuals and of their cost to society. Measuring the burden should ensure they receive higher priority in health strategies."

— ANTHONY WOOLF, MD,
PROFESSOR
Chair, Bone and Joint
Decade Monitor Project,
Royal Cornwall Hospital,
Truro, United Kingdom



W.H.O. Director-General, Dr. Gro Harlem Brundtland, supports the Bone and Joint Decade Monitor Project.

EUROPEAN BONE AND JOINT HEALTH STRATEGIES PROJECT

The Bone and Joint Decade is collaborating with the European League Against Rheumatism (EULAR), the European Federation of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) and the International Osteoporosis Foundation (IOF) in a unique project that aims to shape European musculoskeletal policy. Funded by the European Union, the 2-year project aims to develop health strategies that can be implemented at a national, regional and local level to reduce the burden of bone and joint disorders. It will cover all aspects of musculoskeletal strategies from prevention to rehabilitation and will draw on expert knowledge from the fields of rheumatology, orthopaedics, public health and health promotion from all member countries. Key stages of the project include:

- (1) producing a resource document on incidence and prevalence, identify priority areas, give targets for prevention and the range of intervention options currently available; and
- (2) developing evidence-based policy recommendations.

www.boneandjointdecade.org



BONE AND JOINT DECADE 2000-2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

INDICATORS FOR MUSCULOSKELETAL CONDITIONS PROJECT

The Bone and Joint Decade is collaborating with the University of Oslo Norway to identify and develop appropriate indicators to monitor musculoskeletal disorders in the population, focusing on the public health aspects. Funded by a grant from the European Union and carried out in close cooperation with the Bone and Joint Decade Monitor Group, the project aims to gather information from member countries on determinants, prevalence, trends and consequences on a national and community level. The project will recommend a set of indicators to be included in a permanent Community Health Monitoring System.

W.H.O. OSTEOPOROSIS CONSENSUS CONFERENCE

Under the leadership of the German National Network, the Bone and Joint Decade is collaborating with the World Health Organisation (W.H.O.) and the German Ministry of Health to conduct a consensus conference on primary, secondary and tertiary prevention of osteoporosis. With generous support from the German Ministry of Health, the German Network of the Bone and Joint Decade will convene sixty osteoporosis experts in a 2002 meeting.

EUROPEAN UNION OSTEOPOROSIS INTEREST GROUP

The Bone and Joint Decade is collaborating with the International Osteoporosis Foundation on a press conference at the European Parliament (EP) in Brussels December 2001 to launch the EP osteoporosis interest group, whose purpose is to guide the implementation of the draft European Council Recommendations on Osteoporosis. Results of a newly published audit examines progress since the "1998 Report on Osteoporosis in the European Community", a European Commission publication. Other press conference collaborators include the Business & Professional Women International, the European Institute of Women's Health and the World Health Organization office at the European Union.



"I wish the Bone and Joint Decade a lot of success in reducing the burden of musculoskeletal diseases on individuals and societies as well. Hungary was among the first countries to join the Decade's goals and since then we have done much to promote prevention of musculoskeletal diseases. The government of the Republic of Hungary wants to reach the achievement of the Decade, and is looking forward to partnerships in the days ahead. We send our best wishes to all the countries involved in the Bone and Joint Decade and do encourage governments to take part in the Decade's activities."

HONORABLE ISTVÁN MIKOLA, MD
Minister of Health,
Republic of Hungary,
Budapest, Hungary



Left, BJD is supported by Hungarian President, Prof. Ferenc Mádl.
Above, Former President of Hungary, Mr. Göncz, and National Coordinator, Dr. Géza Bálint at the 2000 BJD opening ceremony in Budapest.



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

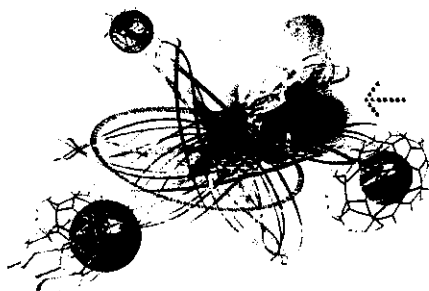
FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

PROGRESS HIGHLIGHTS: PARTNERSHIPS

MUSCULOSKELETAL e-COOPERATIVE: AN INNOVATIVE PORTAL PROJECT

A Partnership with Pharmacia

The Bone and Joint Decade is partnering with Pharmacia to create a state-of-the-art portal technology project that provides Internet-based communications between orthopaedic and rheumatology societies and their physician members. Utilizing the innovative technology of IBM, the e-Cooperative will provide ease of web-based communications among societies and their members. Some of the features include ease of online continuing medical education, polls and surveys, and updates on professional information affecting members and their practice. Members will be able to create communities relevant to them, making it easier to share information on clinical trials, practice management issues and general medical news with their colleagues. Ultimately, members will be able to provide their patients with customized web sites featuring information about themselves and their practices. The patient web sites will provide details on treatment plans, recommended health information and a secure email option. Societies will have the ability to hold committee and other leadership meetings online using the latest online meeting technology. Launched in August 2001, information about the Bone and Joint Decade is being weaved throughout the project.



"We are very excited to see the e-Cooperative come online, as it will help accelerate achievement of the Bone and Joint Decade's goals, which are to bring together the professions, as well as patient and interest groups, for increased awareness and social impact, in order to increase funding, expand research and improve education."

— PROF. DR. MED. WOLFHART PUHL,
Coordinator, German National Action Network,
Chairman, Department of Orthopaedics, Rehabilitationsklinikhaus, Ulm University Hospital, Ulm, Germany

MUSCULOSKELETAL EDUCATION IN MEDICAL SCHOOLS

A Partnership with Many Musculoskeletal Organisations

The Bone and Joint Decade is partnering with many musculoskeletal organisations to improve the quality of musculoskeletal training in undergraduate medical education. With the increasing prevalence and impact of musculoskeletal conditions, an aim of the Bone and Joint Decade is to ensure that undergraduate education reflects the burden of musculoskeletal conditions. The Bone and Joint Decade Education Task Force is gathering information about undergraduate curriculae of musculoskeletal conditions to develop guides and materials for learning objectives and teaching methodology. Results will include a proposal for implementation relative to who should teach, in what setting, and at what stage of the curriculum. Participants in this project include experts in medical education and curriculum design from rheumatology, orthopaedics, rehabilitation and the basic sciences.



Increasing musculoskeletal education in medical schools is a priority that involves many BJD partners.



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

UNITED NATIONS MEETING ON GLOBAL ROAD TRAFFIC INJURIES

A Partnership with the United Nations

The Bone and Joint Decade is working with the United Nations to develop an international meeting on "The Global Road Traffic Injury Epidemic" at the UN building in New York City for 2002. For the first time, stakeholders from diverse groups will come together to develop global strategies to reduce the incidence and impact of road traffic injuries. These groups include international health organisations, auto manufacturing industry, ecumenical groups, road safety, insurance, police, advocacy and victims groups, and public health organisations. The Bone and Joint Decade serves as the coordinating body.

"SICOT, as an orthopaedic world organization and a participant in the Musculoskeletal e-Cooperative project, is the ideal platform to distribute information all over the world about the Bone and Joint Decade as well as collect data not only from developed countries but also from remote areas concerning bone and joint diseases."

— PROF. DR. RANIER KOTZ
Department of
Orthopaedic Surgery,
University of Vienna
Medical School,
Vienna, Austria



The Brazilian National Network blanketed the capital with 130,000 crosses on BJD Trauma Day calling attention to death and disability from traffic accidents.

ROAD TRAFFIC INJURIES

- Road traffic crashes cause one million deaths worldwide and 25–35 million serious or disabling injuries annually
- Problem is worsening in developing countries (75% of deaths)
- W.H.O. predicts by 2020 road traffic injuries will move from 9th to 3rd in the list of 15 most disabling diseases
- World Bank reports annual global cost of road traffic injuries is US \$500 billion

e-MOTION PICTURES: AN EXHIBIT OF ORTHOPAEDICS IN ART

A Partnership with the American Academy of Orthopaedic Surgeons

Premiered in February 2001 at the AAOS meeting in San Francisco in partnership with the Bone and Joint Decade, the juried art exhibit features artwork created by orthopaedic patients and surgeons, including well-known guest artists. The compelling works of art tell the story of the personal impact and burden of musculoskeletal disorders on patients and the physicians who treat them. More than 1,300 entries were received, representing 17 countries and 43 states. The artwork submitted by patients reflects an aspect of the artist's feeling toward or relationship with his/her orthopaedic condition; for example: healing, rehabilitation, anger, self-image, mobility, frustration, strength, pain, weakness, movement, hope, wellness, freedom or independence. Physician artwork illustrates an aspect of the orthopaedic surgeon's feeling about the patient/physician partnership or the specialty such as: making a difference in the lives of patients, why the artist became an orthopaedic surgeon, practicing the art of healing, frustration, outcomes, or compassion. The exhibit will be display at the United Nations in January 2002 and will travel through the US and Europe over the coming years.



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

NATIONAL ACTION NETWORKS

Bone and Joint Decade National Action Networks (NANs) guide musculoskeletal collaborative activities within their national borders. As of September 2001, forty-nine National Coordinators have brought together the major national patient advocacy organisations and professional societies to work collaboratively. Each NAN develops strategic priorities and a national plan to advance understanding and treatment of musculoskeletal disorders through awareness, education, prevention and research. Each NAN may have different priorities within the Bone and Joint Decade mission depending upon national incidence and prevalence data, relationships and opportunities. To get involved with NAN activities, have your organisation contact the NAN Coordinator. For up-to-date information on NAN activities, visit www.boneandjointdecade.org.



ARGENTINA



AUSTRALIA



AUSTRIA



BANGLADESH



BELGIUM



BRAZIL



BULGARIA



CANADA



CHINA



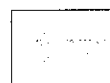
COLOMBIA



CZECH REPUBLIC



DENMARK



FINLAND



FRANCE



GEORGIA



GERMANY



HONG KONG



HUNGARY



INDIA



IRAN



ITALY



JAPAN



KUWAIT



MOROCCO



NETHERLANDS



NEW ZEALAND



NIGERIA



NORWAY



OMAN



PAKISTAN



PHILIPPINES



POLAND



PORTUGAL



ROMANIA



RUSSIA



SAUDI ARABIA



SINGAPORE



SLOVAKIA



SLOVENIA



SOUTH AFRICA



SPAIN



SWEDEN



SWITZERLAND



TAIWAN



TANZANIA



THAILAND



TURKEY



UNITED KINGDOM



UNITED STATES



"A rising tide lifts all ships. Only by working together can we in the musculoskeletal community make the kind of difference that will endure for the well-being of our patients and families."

— PROF. MIEKE HAZES, MSc
PhD
Coordinator, Dutch
National Action Network
Chairman, Department
of Rheumatology,
University Hospital
Rotterdam,
The Netherlands



www.boneandjointdecade.org

BONE AND JOINT DECADE 2000-2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

PARTICIPATING ORGANISATIONS

A

ACC Healthwise (New Zealand)
Academic Orthopaedic Society
ACROD - National Industry Association for Disability Services (Australia)
AFLAR (French Social League)
African League Against Rheumatism
Algerian Orthopaedic Association
American Academy of Orthopaedic Surgeons
American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation
American Association for Hand Surgery
American Association of Hip and Knee Surgeons
American Association of Neurological Surgeons
American Board of Orthopaedic Surgery, Inc
American Board of Physical Medicine and Rehabilitation
American Chiropractic Association
American College of Rheumatology
American Congress of Rehabilitation Medicine
American Occupational Therapy Association
American Orthopaedic Association
American Orthopaedic Foot and Ankle Society
American Orthopaedic Society for Sports Medicine
American Physical Therapy Association
American Podiatric Medical Association
American Shoulder and Elbow Surgeons
American Society for Bone Mineral Research
American Society for Surgery of the Hand
American Society for Temporomandibular Joint Surgeons
American Spinal Injury Association
Amputee's Federation of New Zealand
Annals of the Rheumatic Diseases
AO ASIF Foundation
Applied Biomaterials
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
Arbeitsgemeinschaft für Kinder-und Jugendrheumatologie
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation
Argentine Academy of Medicine
Argentine Arthroscopy Association
Argentine Association of Orthopaedics and Traumatology
Argentine Association of Osteology and Mineral Metabolism
Argentine Association of Physical Medicine and Rehabilitation
Argentine Orthopaedic Oncology Association
Argentine Society of Orthotics and Prosthetics
Argentine Society of Osteology and Bone Metabolism
Argentine Society of Osteoporosis
Argentine Society of Rheumatology
Arthritis Care (UK)
Arthritis Care and Research Foundation of the Philippines
Arthritis Foundation (US)
Arthritis Foundation of Australia
Arthritis Foundation of New Zealand
Arthritis Research Campaign (UK)
Arthritis & Rheumatism International
Arthritis Society (Canada)
Arthroscopy Association of North America
Asia Pacific League of Associations for Rheumatology
Asia Pacific Orthopaedic Association
Asia Pacific Society for Surgery of the Hand
Asian Musculoskeletal Society
Asociacion Colombiana de Reumatologia
Asociacion Costarricense de Ortopedia y Traumatologia
Asociacion Costarricense de Reumatologia
Asociacion Guatemalteca de Ortopedia

Asociacion Guatemalteca de Rehabilitacion
Asociacion Mexicana de Ortopedia y Traumatologia
Asociacion Peruana de Reumatologia
Asociacion Salvadoreña de Ortopedia y Traumatologia
Association for the Rational Treatment of Fractures (US)
Association for the Study and Application of the Method of Ilizarov
Association of Academic Physiatrists (US)
Association of Bone and Joint Surgeons (US)
Association of Children's Prosthetic-Orthotic Clinics (US)
Association of Danish Prosthetists and Orthotists
Association of Disabled Persons in the Czech Republic
Association of Hungarian Physiotherapists
Association of Orthopaedic Patients (Netherlands)
Association of Research Circulation Osseous
Association of Rheumatologists of Russia
Association for the Study and Application of the Method of Ilizarov International
Associazione Italiana Studio Osteosintesi
Associazione Nazionale Malati Reumatici
Associazione Nazionale Per Le Infezioni Oseo-Articolari
Associazione per lo Studio e l'Applicazione del Metodo Lizarov
Assoziation für Orthopädische Rheumatologie
Atlantic-Euro-Mediterranean Academy of Medical Sciences
Australian and New Zealand Bone and Mineral Society
Australian and New Zealand Orthopaedic Research Society
Australian Orthopaedic Association
Australian Orthopaedic Nurses Association and Allied Health
Australian Rheumatology Association
Austrian Association of Physiatrists
Austrian Chronic Polyarthritis Association
Austrian League against Rheumatism
Austrian Orthopaedic Society
Austrian Society for Orthopaedics and Orthopaedic Surgery

B

Bangladesh Association of Physical Medicine & Rehabilitation
Bangladesh League against Musculoskeletal Disorders
Bangladesh Rheumatology Society
Barbados Council for the Disabled
Belgian Bone Club
Belgian Chiropractic Union
Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie
Berufsverband der Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Austria)
Berufsverband der Ärzte für Orthopädie
Bombay Orthopaedic Society
BONE
British Coalition of Heritable Disorders of Connective Tissue
British Health Professionals in Rheumatology
British Institute of Musculoskeletal Medicine
British League Against Rheumatism
British Orthopaedic Association
British Orthopaedic Research Society
British Pediatric Rheumatology Group
British Scoliosis Society
British Sjögren's Syndrome Association
British Society of Rehabilitation Medicine
British Society for Rheumatology
British Society for Surgery of the Hand
Bulgarian Acupuncture Association of Physical Therapists
Bulgarian Orthopaedic and Traumatologic Association



The BJD provides a great forum for patients, consumers, health professionals and the health industry to focus on these chronic conditions and explore ways of improving quality of life for those effected. It also provides opportunities to develop and promote preventive strategies to reduce the burden of disease in the future. These outcomes can be achieved by supporting the health care "trinity" of research, teaching and service."

PROFESSOR PETER BROOKS
Executive Dean,
Faculty of Health Sciences,
University of Queensland
Brisbane, Australia



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

Bulgarian Osteoporosis League
Bulgarian Society for Endocrinology
Bulgarian Society for Physiotherapy and Rehabilitation
Bulgarian Society for Rheumatology
Bulgarian Spine Surgery Society
Bulgarian Union for Kinesitherapy
Bulgarka National Civic Forum (Bulgaria)
Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose
Bureau du Groupe d'Etude et de Recherche en Rhumatologie Congo

C

California Orthopaedic Association
Canadian Academy of Sport Medicine
Canadian Arthritis Society
Canadian Arthritis Network
Canadian Association of Occupational Therapists
Canadian Association of Physical Therapists
Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation
Canadian Medical Association
Canadian Operational Research Society
Canadian Orthopaedic Association
Canadian Orthopaedic Foundation
Canadian Orthopaedic Nurses Association
Canadian Orthopaedic Research Society
Canadian Physiotherapy Association
Canadian Rheumatology Association
Canadian Society of Orthopaedic Technologists
Cervical Spine Research Society (US)
Cervical Spine Research Society-European Section
Chinese Association of Rehabilitation Medicine
Chinese Medical Association Orthopaedic Society
Chinese Rheumatology Association
Classified Tissue International
Clinic for Orthopaedic Surgery-Clinical Centre Skopje
Clinical Orthopaedic Society (US)
Clinical Orthopaedics and Related Research
College and Society of Physiotherapists (New Zealand)
Collegio Reumatologi Ospedalieri
CORS
Council of Musculoskeletal Specialty Societies (US)
Crippled Children's Rehabilitation Effort - CCURE
Croatian Orthopaedic Society
Croatian Society for Physical Medicine and Rehabilitation
Cuban Society of Orthopaedics and Traumatology
Cuban Society of Rheumatology
Cyprus Society for Rheumatology
Czech Association of Orthopaedic Surgery and Traumatology
Czech Medical Society J.E.Purkyne Prague
Czech Myoskeletal Society
Czech Paediatric Society
Czech Republic Rheuma-Ligue
Czech Society for Connective tissue Research and Application
Czech Society of Musculoskeletal Medicine
Czech Society of Rehabilitation and Physical Medicine
Czech Society of Rheumatology
Czech Society of Skeletal Metabolic Diseases

D

Danish Association of Chiropractic Patients
Danish Orthopaedic Society
Danish Society of Rehabilitation
Danish Association of Psychomotor and Relaxation Therapists
Danish Association of Truss Makers
Danish Chiropractors' Association

Danish Muscular Dystrophy Association
Danish Nurses' Organization
Danish Organisation of Polio- and Traffic Accident Patients
Danish Osteoporosis Society
Danish Physiotherapy Association
Danish Psoriasis Association
Dansk Idrætsmedicinsk Selskab
Dansk Reumatologisk Selskab
Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin
Danish Society of Clinical Biomechanics and Chiropractics
Danish Society of Rheumatology
Deutsche Akademie der osteologischen und rheumatologischen Wissenschaften
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
Deutsche Gesellschaft für Osteologie
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin
Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention
Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie
Deutsche Rheumaliga
Deutsches Grünes Kreuz
Dutch Arthritis and Rheumatism Foundation
Dutch Health Research and Development Council
Dutch League against Rheumatism
Dutch League of Associations of Patients with Rheumatic Diseases
Dutch Osteoporosis Foundation
Dutch Orthopaedic Association
Dutch Society for Rheumatology

E

Education Programme of Indonesian Rheumatic Center
Egyptian Orthopaedic Association
Egyptian Society for Muscle and Locomotor Disorders
Egyptian Society for Rheumatology
Estonian Society for Rheumatology
European Bone and Joint Infection Society
European Federation of Associations for Orthopaedics and Traumatology
European Federation of Physical Medicine and Rehabilitation
European Federation of Societies for Surgery of the Hand
European Foundation for Osteoporosis
European League Against Rheumatism
European Orthopaedic Research Society
European Rheumatoid Arthritis Surgical Society
European Society for Biomaterials
European Society of Biomechanics
European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery & Arthroscopy
European Spinal Deformities Society
European Spine Society

F

Fédération Internationale de Chiropratique Sportive
Finnish Association of Physiotherapy
Finnish Institute of Occupational Health
Finnish League Against Musculoskeletal Disorders
Finnish Orthopaedic Association
Finnish Rheumatism Association
Finnish Society for Rheumatology
Finnish Society of Occupational Medicine
Fondazione Lotta contro Artrosi e Osteoporosi
Fondazione Ricerca Lesioni Midollo Spinale Foundation for Development of Hungarian Rheumatology



"The BJD will be a landmark to promote understanding, knowledge and future research for musculoskeletal disorders, injuries and costs. Research coming out of this effort will promote well-being and increase quality of life for individuals and societies in all cultures. It reinforces the necessity to collaborate for the prevention and reduction of disability and related cost. The goal is set high; it should be because collaboration is critical and possible. We must work together to find solutions."

— MARGARETA NORDIN,
Dr. ScI,
Director Occupational
and Industrial Orthopaedic
Center (OIOC),
Hospital for Joint Diseases
Orthopaedic Institute,
Mount Sinai NYU Health,
New York, NY, USA



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

Foundation Women without Osteoporosis (Bulgaria)
Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades
Metabólicas Óseas

G

GEM-Group-Inst Français de Chirurgie de la Main
Georgian Society for Rheumatology
Gigtforeningen (Denmark)
Global Road Safety Partnership
Greater Glasgow Health Board
Gruppo Italiano Studio Terapia Infezioni Osteoarticolari
Guatemalan Association for Rheumatology
Gulf Co-Operation Council

H

Haemophilia Foundation of New Zealand
Hand Surgery
Handicaps and Welfare Organisation and Singapore Sports
Council for the Disabled
Health Volunteers Overseas
Hellenic Association of Orthopaedic Surgery and Traumatology
Hellenic Society for Disabled Children
Hellenic Scientific Society of Physical Therapy
Hellenic Society of Physical Medicine and Rehabilitation
Hellenic Society for Rheumatology
Hillary Commission for Sport, Fitness and Leisure (New Zealand)
Hip Society (US)
Hong Kong Association of Rehabilitation Medicine
Hong Kong College of Community Medicine
Hong Kong College of Family Physicians
Hong Kong Orthopaedic Association
Hong Kong Physiotherapy Association
Hong Kong Society for Rehabilitation
Hong Kong Society for Rheumatology
Hungarian Association of Orthopaedic Surgery
Hungarian Association of Rheumatologists
Hungarian Balneological Society
Hungarian Orthopaedic Association
Hungarian Osteoporosis and Osteoarthritis Society
Hungarian Osteoporosis Patient Association
Hungarian Society for Traumatology (Magyar Traumatológus
Társaság)

I

Icelandic League against Rheumatism
Icelandic Orthopaedic Society
Icelandic Society for Rheumatology
Indian Association for Physical Medicine and Rehabilitation
Indian Orthopaedic Association
Indian Rheumatism Association
Indiana Hand Center
Indonesian Orthopaedic Association
Indonesian Rheumatism Association
Innovet Osteoarthritis Veterinary Association
Institute for General Practice Erasmus University Rotterdam
International Cartilage Repair Society
International Federation of Societies for Surgery of the Hand
International Hip Society
International League of Associations for Rheumatology
International Musculoskeletal Laser Society
International Osteoporosis Foundation
International Red Cross
International Research Society of Orthopaedics and Traumatology

International Society for Clinical Densitometry
International Society for Minimal Intervention in Spinal Surgery
International Society for Prosthetics and Orthotics
International Society for the Study of the Lumbar Spine
International Society of Arthroscopy Knee Surgery and
Orthopaedic Sports Medicine
International Society of Biomechanics
International Society of Bone Morphometry
International Society of Orthopaedic Surgery and Traumatology
International Society of Orthopaedic and Traumatological Research
Iranian Orthopaedic Association
Iranian Rheumatology Association
Irish Orthopaedic Association
Irish Society for Rheumatology
Israel Orthopaedic Association
Israel Society for Rheumatology
Israeli Association of Tissue Banking
Italian Orthopaedic Association

J-K

J. Robert Gladden Orthopedic Society
Jamaican Orthopaedic Association
Japan Rheumatism Association
Japanese Orthopaedic Association
Japanese Orthopaedic Research Society
Japanese Society for Surgery of the Hand
Japanese Spine Society
Knee Society (US)
Kommission Rehabilitationsmedizin der Deutschen Gesellschaft
für Rheumatologie
Korean Academy of Rehabilitation Medicine
Korean Orthopaedic Association
Korean Rheumatism Association
Kuwait League Against Rheumatism and Autoimmunity

L-M

Lady Hoare Trust for Physically Disabled Children (UK)
Latvian Association of Rheumatologists
Lebanese Rheumatism Association
Lebanese Rheumatology Association
Lega Italiana Malattie Reumatologiche
Lega Italiana Osteoporosi
Lithuanian Society of Osteologists
Lithuanian Fund of Osteoporosis
Long Island Joint Replacement Association
Lupus UK
Lupus Patient Association (Portugal)
Macedonian Association for Rheumatology
Macedonian Society for Rheumatology
Malaysian Orthopaedic Association
Malaysian Society of Rheumatology
Manus Canada
Marfan Foundation Switzerland
Maurice E. Mueller Center for Continuing Education and
Documentation in Orthopaedic Surgery (Switzerland)
Medical Devices Canada
Metabolic Bone Disease Subspecialty of Thai Orthopaedic Association
Mid-America Orthopaedic Association
Moldovan League against Rheumatological Diseases
Morbus Bechterew Society (Austria)
Moroccan Orthopaedic Society
MRC Health Services (UK)
Musculoskeletal Society of the World Federation of Hemophilia
Musculoskeletal Tumor Society (US)



*"The Bone and Joint
Decade Initiative in
the United States
gives us the opportunity
to demonstrate to
Health Care Policy
makers the significant
Ongoing Burden of
Musculoskeletal
Disease that exists in
the United States.
With a clear under-
standing of the mag-
nitude of the problem
in turn should be
able to glean more
Federal, state and
industry funding for
research and prevention
activities which
timely will lead to
reduction in the
burden of disease."*

STUART WEINSTEIN, MD
Chairman, US National
Bone and Joint Decade
Network
University of Iowa
Hospitals,
Iowa City, Iowa USA



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

N

National Association Ankylosing Spondylitis Patient (Portugal)
 National Association Against Osteoporosis (Portugal)
 National Association for the Relief of Paget's Disease (UK)
 National Association of Patients with Infantile Arthritis (Portugal)
 National Association of Patients with Lupus (Portugal)
 National Association of Patients with Rheumatoid Arthritis (Portugal)
 National Back Pain Association (UK)
 National Center for Spinal Disorders
 National Council for Persons with Physical Disabilities in South Africa
 National Osteoporosis Foundation
 National Osteoporosis Society (UK)
 National Rehabilitation Board (Ireland)
 National Rheumatoid Arthritis Patient Association (Portugal)
 Netherlands Antilles Association of Orthopaedic Surgeons
 Netherlands Expert Centre for Work related Musculoskeletal Disorders
 Netherlands Society of Rehabilitation Physicians
 Netherlands Society of Rheumatoid Arthritis Surgery
 Netherlands Society of Traumatologists
 New Zealand Artificial Limb Board
 New Zealand Association of Occupational Therapists
 New Zealand Chiropractors Association
 New Zealand Federation of Amputees
 New Zealand Orthopaedic Association
 New Zealand Register for Osteopaths
 New Zealand Rheumatology Association
 New Zealand Society of Physiotherapists
 Nigerian Orthopaedic Association
 Nordic Orthopaedic Federation
 Nordic Rheuma Council
 North American Spine Society
 Norsk Revmatikerforbund (Norwegian Rheumatism Association)
 Norwegian Orthopaedic Association
 Norwegian Society for Rheumatology

O-P

Orthopaedic Association, Republic of China (Taiwan)
 Orthopaedic Rehabilitation Association (US)
 Orthopaedic Research and Education Foundation (US)
 Orthopaedic Research Society
 Orthopaedic Research Foundation (Netherlands)
 Orthopaedic Society of Istanbul
 Orthopaedic Society of Izmir
 Orthopaedic Trauma Association (US)
 Orthopaedics Overseas
 Orthopedics and Traumatology Society of Uruguay
 Orthopädische Gesellschaft für Osteologie
 Orton Orthopaedic Hospital, Invalit Foundation
 Osteoarthritis and Cartilage
 Osteoarthritis Research Society International
 Osteogenesis Imperfecta Federation Europe
 Osteogenesis Imperfecta Foundation
 Osteoporosis New Zealand
 Osteoporosis Association (Netherlands)
 Osteoporosis Australia
 Osteoporosis International
 Osteoporosis Society of Canada
 Osteoporosis Society of the Philippines
 Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und Osteoporosis
 Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie
 Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie
 Paget's Disease Charitable Trust and Support Group (New Zealand)

Paget Foundation for Paget's Disease of Bone and Related Disorders (US)
 Pakistan Orthopaedic Association
 Pakistan Society for the Rehabilitation of the Disabled
 Pakistan Society for Rheumatology
 Pan American League of Associations for Rheumatology
 Patient National Association Against Osteoporosis (Portugal)
 Pediatric Orthopaedic Society of North America
 Peruvian Society for Rheumatology
 Peruvian Society of Orthopaedics and Traumatology
 Philippine Bone Foundation
 Philippine Orthopaedic Association
 Philippine Rheumatology Association
 Philippines Rheumatism Association
 Physiatric Association of Spine, Sports and Occupational Rehabilitation
 Physical Medicine Research Foundation (Canada)
 Polish Orthopaedic and Traumatologic Society
 Polish Rheumatological Society
 Portuguese League Against Rheumatic Diseases
 Portuguese Medical Association
 Portuguese Society for Osteoporosis and Metabolic Bone Diseases
 Portuguese Society of Orthopaedics and Traumatology
 Portuguese Society of Physical Medicine and Rehabilitation
 Primary Care Rheumatology Society
 Psoriatic Arthropathy Alliance (UK)
 Puerto Rican Society of Orthopaedics and Traumatology

Q-R

Quebec Physiatrist Association
 Raynaud's and Scleroderma Association
 Rehabilitation Centre Victoria Mane Seychelles
 Rheuma Association of Slovenia
 Rheumatology Association of Bosnia and Herzegovina
 Rheumatology Nursing Forum
 Rehabilitation International Medical Commission
 Reumatikerförbundet
 Revisat Española de Enfermedades Metabólicas Óseas
 Rheumatism Foundation (Finland)
 Rheumatoid Arthritis Surgical Society
 Rheumatology Association of Georgia
 Rheumatology Society of Taiwan
 Romanian Association of Orthopaedics and Traumatology
 Romanian Society for Rheumatology
 Romanian Society of Physical Medicine and Rehabilitation
 Royal Association for Disability and Rehabilitation
 Royal Netherlands Society for Physiotherapy
 Russian Orthopaedic Association
 Ruth Jackson Orthopaedic Society (US)

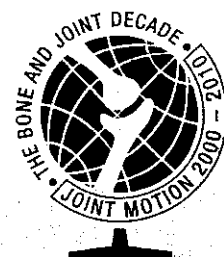
S

SALUS Foundation
 Saudi Arabian Orthopaedic Society
 Scandinavian Society for Surgery of the Hand
 Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie
 Schweizerische Rheumaliga
 Scientific Society of Rheumatologists of Lithuania
 Scoliosis Research Society (US)
 Sektion Kinderorthopädie der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
 Sektion Osteologie der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
 Sektion Wirbelsäule der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie



"It is rare that only one professional group is involved in the care of a patient. On the contrary, in order to achieve the optimal care and outcome for the musculoskeletal patient we need work together, each health care professional pitching in his or her expertise. Too often claims are made, forgetting this aspect that really should be obvious."

— KRISTINA ÅKESSON, MD, PhD
 Department of Orthopaedics,
 Malmö University Hospital,
 Malmö SWEDEN



BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS



*he BJD is important
orthopaedic and
umatology surgeons
ecause statistics
ow longer life
xpectancy and the
creasing number of
uma and degener-
ative pathologies and
ther related conditions
at we need to
nderstand, diagnose
nd treat with current
sources. The BJD
ill help provide and
iscover much needed
ew resources."*

MARCOS E. MUSAFIR, MD
Chief, Emergency
Medicine and Trauma,
Federal University
of Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro BRAZIL



20

Singapore Orthopaedic Association
Singapore Physiotherapy Association
Singapore Radiological Society
Singapore Society of Immunology, Allergy and Rheumatology
Slovak League against Rheumatism
Slovak Orthopaedic and Traumatologic Society
Slovak Osteoporosis Society
Slovak Rheumatological Society
Slovak Union against Osteoporosis
Slovenian Orthopaedic Association
Slovenian Section of Rheumatology
Sociedad Argentina de Medicina Fisica y Rehabilitacion
Sociedad Argentina de Reumatologia
Sociedad Boliviana de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Chilena de Reumatologia
Sociedad Colombiana de Cirurgia Ortopedica y Traumatologia
Sociedad Cubana de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Cubana de Reumatologia
Sociedad Dominicana de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Dominicana de Reumatologia
Sociedad Ecuatoriana de Ortopedia
Sociedad Ecuatoriana de Reumatologia
Sociedad Española de Investigaciones Oseas y del Metabolismo Mineral
Sociedad Hondurena de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Iberoamericana de Osteologia y Metabolismo Mineral
Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Nicaraguense de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Panameña de Ortopedia y Traumatologia
Sociedad Panameña de Reumatologia
Sociedad Salvadorena de Reumatologia
Sociedad Venezolana de Cirurgia Ortopedica e Traumatologia
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Sociedade Brasileira de Reumatologia
Società Italiana di Reumatologia
Società Emiliana Romagnola e Triveneta di Ortopedia e Traumatologia
Società Italiana Chirurgia della Mano
Società Italiana Osteoporosi e Malattie del Metabolismo Minerale e Scheletrico
Società Italiana Revisioni Protesi
Società Italiana dell'osteoporosi del Malattie dello scheletro
Società Italiana di Microchirurgia
Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia
Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia Pediatrica
Società Medica Italiana della Paraplegia
Società Piemontese, Ligure, Lombarda Ortopedia e Traumatologia
Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
Société Française de Rhumatologie
Société Haitienne d'Orthopédie et Traumatologie
Société Royale Belge d'Orthopédie et de Traumatologie
Société Royale Belge de Rhumatologie
Society for Backpain Research
Society for Biomaterials (US)
Society for Connective Tissue Research (Czech Republic)
Society for Physical and Rehabilitation Medicine of Slovenian Medical Association
South African Orthopaedic Association
South African Orthopaedic Society
South African Rheumatism and Arthritis Association

Spanish League against Rheumatism
Spanish Society for Rheumatism
Spanish Society for Surgery of the Hand
Spanish Society of Orthopaedics and Traumatology
Spanish Society of Rehabilitation and Physical Medicine
Spinal Cord Injuries Association of Nigeria
Spine Society of Europe
Sports Medicine Association of Nigeria
Sports Medicine Association of Singapore
SPRI
Stichting Patiëntenbelangen Orthopaedie
Swedish Association of Traffic and Polio Victims
Swedish Medical Research Council
Swedish Orthopedic Association
Swedish Osteoporosis Patient Society
Swedish Osteoporosis Society
Swedish Rheumatism Association
Swedish Society for Rheumatology
Svensk Idrottsmedicin
Swiss Association of Orthopaedic Surgery
Swiss League against Rheumatism
Swiss Orthopaedic Association
Swiss Polyarthritis Association
Swiss Society for Traumatology and Insurance Medicine
Swiss Society for Pediatric Surgery
Swiss Society for Public Health
Swiss Society for Surgery of the Hand
Swiss Society of Physical Medicine and Rehabilitation

T-U

Tamil Nadu Orthopaedic Association
Thai Orthopaedic Association
Thai Rheumatism Association
Traumatologists and Orthopaedics Association of Russia
Tunisian League Against Rheumatism
Turkish Association of Foot and Ankle
Turkish Association of Sportive Trauma
Turkish Association of the Knee and Arthroscopy
Turkish League Against Rheumatism
Turkish Society for Surgery of the Hand
Turkish Society of Arthroplasty
Turkish Society of Orthopaedic Surgeons and Traumatology
Turkish Society of Spine Surgery
Turkish Society of Trauma
Ukrainian Association of Rheumatologists
Union of Bulgarian Journalists
United Nations
Uruguayan Society of Rheumatology

V-Z

Vereins für Chron Polyarthritis
Vietnam Rheumatology Association
Western Orthopaedic Association (US)
Wishbone Trust (UK)
World Confederation for Physical Therapy
World Federation of Chiropractic
World Federation of Occupational Therapists
World Health Organisation
World Orthopaedic Concern
Zentralverband der Krankengymnasten

www.boneandjointdecade.org

BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

HOW TO GET INVOLVED

You have an important role in the Bone and Joint Decade. Until we stand together united in our commitment and actions to improve the health-related quality of life for people affected by musculoskeletal disorders, there is much that can be done to turn the tide. For more information, go to www.boneandjointdecade.org. Here's how you can help:

IF YOU ARE AFFECTED BY A MUSCULOSKELETAL DISORDER

- Join one of the more than 750 organisations that participate with the Bone and Joint Decade and get actively involved. If your organisation is already a Participating Organisation of the Bone and Joint Decade, encourage them to get involved with the national activities in your country. If you don't know if your organisation is participating member, go to www.boneandjointdecade.org for the full list.
- Participate in a musculoskeletal awareness or education program sponsored by your organisation to learn effective tips in managing the disorder and preventing disability. If you know of others affected by musculoskeletal disorders, encourage them to get involved in these beneficial programs.
- Encourage your organisation to advocate for increased funding for musculoskeletal research by government, funding foundations and industry.
- Help develop, implement and publicize education, support and advocacy programs to help those affected live better lives.
- Write letters to your legislative representative and state/province's top health officials. Explain how your musculoskeletal disorder impacts your life and advocate for increased funding for musculoskeletal research and education.
- Write similar letters to the editor of your local newspaper to be published.
- Encourage your physician and health care professionals to get involved in the Bone and Joint Decade activities in their professional societies.

IF YOU ARE A PHYSICIAN OR HEALTH CARE PROFESSIONAL

- Encourage your musculoskeletal-related professional society or patient organisation to become a Participating Organisation of the Bone and Joint Decade and take a leadership role in the development of activities in your country's National Action Network.
- Encourage other community service organisations to which you belong to collaborate with Participating Organisations in your country, for example, in public awareness campaigns to promote early detection and treatment to prevent disability.
- Write letters to your legislative representative and state/province's and nation's top health officials to encourage increased funding for musculoskeletal research.

BECOME A PARTICIPATING ORGANISATION

If your organisation or institution is interested in becoming a Participating Organisation of the Bone and Joint Decade, contact the Bone and Joint Decade Secretariat at bjd@ort.lu.se.

BECOME A CORPORATE PARTNER

If your company is interested in becoming involved with the Bone and Joint Decade, contact Karsten Dreinhöfer, MD, Director of Development, at karsten.dreinhoefer@medizin.uni-ulm.de.

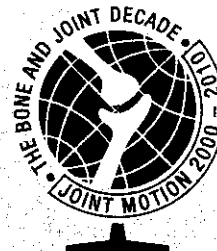
MEDIA AND PUBLIC RELATIONS

If you are a journalist or media representative, contact Amye Leong, Spokesperson & Director of Strategic Relations, at AmyeLeong@aol.com.



"Annually, on roads throughout the world one million people die and thirty four million are seriously injured or disabled. Musculoskeletal injuries occur in fifty percent of the cases and play an important role in determining outcome. The problem is growing in the developing countries, resulting in great suffering and economic losses. Under the Bone and Joint Decade, a coalition of professional and advocacy groups with government and industry will work together to control the neglected epidemic of road traffic injuries."

— BRUCE D. BROWNER,
MD, PROFESSOR
Chairman, Department
of Orthopaedic Surgery,
University of Connecticut
Health Center,
Director of Orthopaedics,
Hartford Hospital
Farmington, Connecticut
USA



BONE AND JOINT DECADE 2000-2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

PARTNERS AND CONTRIBUTORS

The Bone and Joint Decade extends its gratitude to the many individuals, organisations and corporations which have contributed funds and services toward its programs, activities and global development.

Founding Corporate Partners for Research and Education

PHARMACIA WYETH®

Corporate Partners for Technical Development

Aircast, Inc.

Verigen

Corporate Supporters

Merck & Company

Schering-Plough

Major Grants

Commission of the European Communities

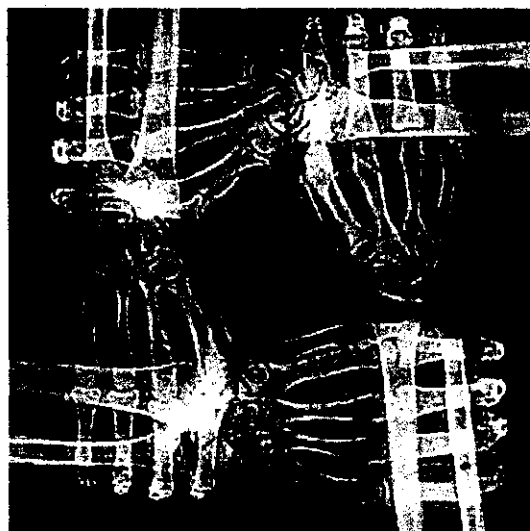
Musculoskeletal e-Cooperative Project

Pharmacia



"In nearly thirty years with the Arthritis Foundation, I have been amazed at the learning that occurs and strength which develops when diverse patients, and professionals, get together. The Decade is the best opportunity I have yet seen for that process to have real impact at every level, from the lives of the individuals who become a part of the effort, to the national and international agencies they can move when working together."

— ARMIN U. KUDER,
ESQUIRE
Partner with Kuder,
Smollar & Friedman, PC
Trustee Emeritus,
Arthritis Foundation
Washington, District of
Columbia USA



Partnerships and collaborations are the building blocks of the Bone and Joint Decade.



www.boneandjointdecade.org

BONE AND JOINT DECADE 2000–2010

FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL DISORDERS

Conferences, Meetings, Other Support

Acta Orthopaedica Scandinavia
 American Academy of Orthopaedic Surgeons
 American Board of Physical Medicine and Rheumatology
 American College of Rheumatology
 American Orthopaedic Association
 American Physical Therapy Association
 Arthritis Foundation USA
 Association Bone and Joint Surgeons
 Association of Academic Physiatrists
 Aventis Pharmaceuticals
 Baugarten Stiftung Zürich
 Biomet, Inc.
 British Orthopaedic Association
 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
 European Federation of Orthopaedics and Traumatology (EFORT)
 German Orthopaedic Association
 Gösta och Sonia Strandquists stiftelse
 Health Ministry of Oman
 Japanese Orthopaedic Association
 LL Foundation
 Lund University
 Minister of Health, Germany
 Minister of Health, Sultanate of Oman
 North American Spine Society
 Novartis Pharma AG
 Orthopaedic Research Society
 Osteoarthritis Research Society
 Plus Endoprothetic AG
 Rheumatology Association of the Republic of China
 Salus Foundation
 Searle Scandinavia
 Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFOT)
 Spanish Orthopaedic Association
 Spine Society of Europe
 Sulzer Medica
 Swedish Medical Research Council
 Swiss Orthopaedic Association



"Rheumatologists in the USA want very much to be part of a global effort. The BJD provides the vehicle for interaction and communication, data pooling, and generation of the feeling that our approaches to rheumatic diseases are international in scope. Now, more than ever, rheumatologists and the patients that they care for need to interact globally with their colleagues, united and not fragmented, in the knowledge about rheumatic diseases and the therapies for them."

— EDWARD D. HARRIS, JR., MD
 George DeForest Barnett Professor of Medicine,
 Stanford University School of Medicine,
 Palo Alto, California USA



参 考 資 料 5

○ 委員意見提出依頼関連資料

事 務 連 絡

平成15年7月17日

高齢者リハビリテーション研究会

委員各位

厚生労働省老健局老人保健課

高齢者リハビリテーションに係る意見等の提出について(依頼)

第1回高齢者リハビリテーション研究会については、ご多忙の中、ご参画いただきまして、ありがとうございました。

さて、第2回高齢者リハビリテーション研究会における検討事項は、①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、②各ステージ毎のリハビリテーション提供体制について、となっております。

つきましては、誠に恐縮ではございますが、研究会における検討に資するため、別添により、あらかじめ各委員からご意見及び資料の提出をいただきたいと存じますので、よろしくお願いいたします。

厚生労働省老健局老人保健課

03(5253)1111 代

課長補佐 椎葉(内3941)

課長補佐 柳原(内3961)

リハビリ推進係長 河原(内3942)

西村(内3946)

I. 参考1の「疾患タイプと時期による高齢者のリハビリテーションのあり方」の図に基に、「急性期発症疾患タイプ」及び「慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプ」の高齢者リハビリテーションについて、別紙1、別紙2及び別紙3の記載をお願いいたします(参考2を参照)。

II. 別紙1「急性期発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方」及び「慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢リハビリテーションのあり方」について

- ① 第1については、高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態についての記載をお願いします。
- ② 第2については、高齢者リハビリテーションの各ステージ、
 1. 健康増進
 2. 生活機能低下・予防
 3. 急性期リハ(別紙2はなし)
 4. 集中的リハ
 5. 間欠期リハ

それぞれにおける1)現状と課題及び2)今後のあるべき姿について、箇条書きにて記載いただき、3)について、1)及び2)の根拠となる調査・研究データ、資料を記載又は添付してお送りいただきますよう、お願いいたします。

III. 別紙3については、その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見を箇条書きにて簡潔におまとめください。

IV. 別紙1、別紙2及び別紙3については、8月8日(金)までにお送りくださいますようお願いいたします。お送りいただいたものについては、第2回高齢者リハビリテーション研究会資料とさせていただきます予定です。

急性発症疾患タイプの
高齢者リハビリテーションのあり方

※ 適宜、記載欄を調整いただいて差し支えありません。

第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

○

○

第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

1：健康増進

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

2：生活機能低下予防・改善

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4：集中的なリハビリテーション

在宅生活・地域社会への早期復帰と在宅生活・社会生活継続に向けて行う

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

**慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの
高齢者リハビリテーションのあり方**

※ 適宜、記載欄を調整いただいて差し支えありません。

第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

○

○

第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

1：健康増進

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

2：生活機能低下予防・改善

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

4：集中的なリハビリテーション

在宅生活・地域社会への早期復帰と在宅生活・社会生活継続に向けて行う

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

5：間欠的なリハビリテーション

1) 現状及び課題

2) 今後のあるべき姿

3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

※ 箇条書きにて簡潔におまとめください。

- ○
○

疾患タイプと時期による高齢者のリハビリテーションのあり方

図1. 急性発症疾患 タイプ(脳卒中・骨折など)

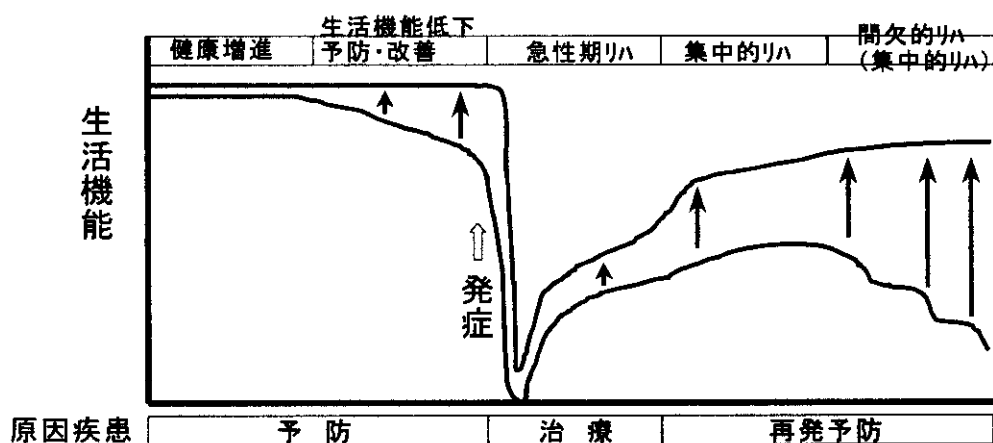
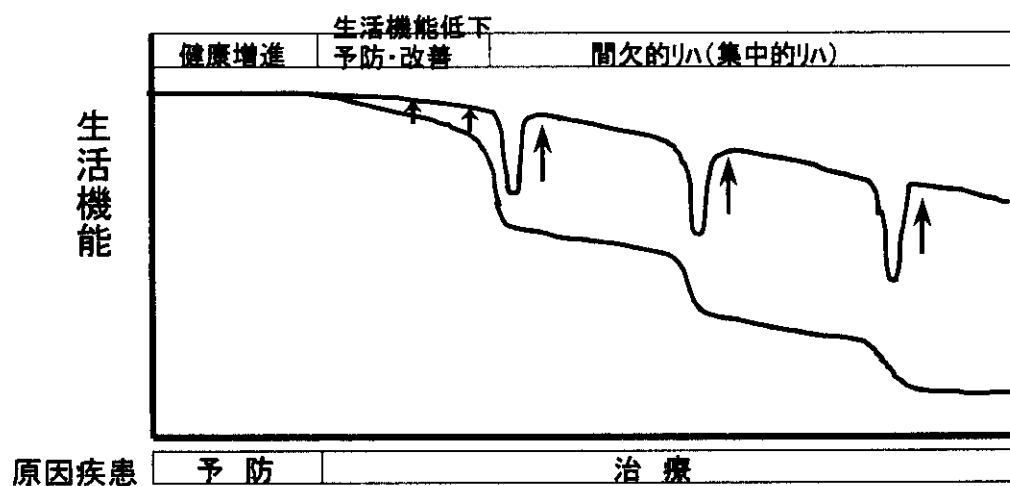


図2. 慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環 タイプ
(パーキンソン病・OAなど)



(7月10日第1回高齢者リハビリテーション研究会会議資料
上田座長プレゼンテーション資料p. 2～3参照)

各時期の特徴

1：健康増進

- ・ はつらつとした有意義な生活・人生（活動・参加）を送れるよう支援
- ・ 生活機能低下、「廃用症候群の悪循環」の発生予防

2：生活機能低下予防・改善

- ・ 徐々に生じた「生活機能」（特に「活動」）の低下からの回復を支援
- ・ いったん生じた「廃用症候群の悪循環」の「良循環」への転換

----- ※以上1. 2. の対応で、その後の経過も大きく変わる。 -----

3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

- ①廃用症候群の悪循環の進行予防
- ②負荷量軽減型 ADL 指導による ADL の早期自立性向上
- ③その後のリハビリテーションのすすめ方のトリアージュ
- ④リハビリテーションに関しての正しいオリエンテーション

4：集中的なリハビリテーション

在宅生活・地域社会への早期復帰と在宅生活・社会生活継続に向けて行う

- 入院は病院でなければ行えないプログラムに限る。
- 外来で（在宅生活をしながら）行うことがより効果的な場合も多い（特に「活動」「参加」について）

5：間欠的なリハビリテーション

- ①新しい課題（「参加」の拡大・向上のための「活動」向上など）の設定と達成
 - ②生活機能低下に対する対応
- 時には短期間の集中的な対応（4）も必要

— 各時期が本人中心の連携ですすめられることが大事 —

（7月10日第1回高齢者リハビリテーション研究会会議資料
上田座長プレゼンテーション資料p. 2～3参照）

記載例

急性発症疾患タイプの 高齢者リハビリテーションのあり方

第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

○脳卒中

○骨折

第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

1) 現状及び課題

○発症3時間以内に治療が行われていない現状（36％）。

2) 今後のあるべき姿

○発症3時間以内に治療が行われるような取組み体制が必要。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

○山口武典（主任研究者）,「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究」, 厚生科学研究, 2000