

## 参 考 資 料

1. 老人保健事業
  - 老人保健事業の基本的考え方
  - 老人保健事業の推移
  - 保健事業の一覧
  
2. 健康日本21
  - 厚生労働省健康局長通知「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について」
  
3. 介護予防事業
  - 介護予防・地域支え合い事業の主な事業の例
  
4. 医療保険、介護保険のリハビリテーション
  - リハビリテーション関連施設基準等の概要
  - 平成14年4月診療報酬、老人診療報酬等の一部改正におけるリハビリテーションの体系的な見直し
  - 介護報酬の見直しにおけるリハビリテーションの評価の概要
  
5. 福祉用具、住宅改修
  - 介護保険における福祉用具・住宅改修
  
6. 寝たきり老人ゼロ作戦
  
7. 地域リハビリテーション

## 1. 老人保健事業

各〔都道府県知事  
政令市長  
特別区長〕殿

厚生労働省健康局長

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針について

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

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

## 第1 基本方針の概要及び留意点について

基本方針の概要及び留意点は以下のとおりである。

### 1 国民の健康の増進の推進の基本的な方向

#### (1) 一次予防の重視

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

#### (2) 健康増進支援のための環境整備

##### ア 社会全体による支援

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

##### イ 休日、休暇の活用の促進

休日、休暇における健康づくりの活動の支援が必要である。

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

#### (3) 目標等の設定と評価

科学的根拠に基づく具体的目標を設定する。

活動の成果を適切に評価し、その評価結果を活用する。

#### (4) 多様な関係者による連携のとれた効果的な健康増進の取組の推進

#### ア 多様な経路による情報提供

各種の情報伝達手段等による多様な経路によるきめ細かな情報提供を推進する。

#### イ ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

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

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

#### ウ 多様な分野における連携

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

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

## 2 国民の健康の増進の目標に関する事項

国は、全国的な目標を設定し、関係者等に普及する。

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

地域、職場、学校、個人においても、目標を設定することが望まれる。

## 3 都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

### (1) 健康増進計画の目標設定

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

市町村は施策、事業の目標に重点を置く方法もある。

### (2) 計画策定に当たって留意すべき事項

既存の医療計画や老人保健福祉計画等との調和について配慮すること。

計画について、定期的な評価を実施すること。

計画策定について住民が関与するよう留意すること。

計画策定に当たり、保健所は専門的かつ技術的拠点としての役割を果たすこと。

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

### (1) 健康増進施策実施の際の調査の活用

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

### (2) 健康の増進に関する研究の推進

国民の生活習慣と生活習慣病との相関関係等に関する研究等を推進する。

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

## 第2 基本方針と健康日本21の関係について

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

## 21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について

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

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

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

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

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

## 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」

## 第一 趣旨

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

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

## 第二 基本的な方向

## 1 目的

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

## 2 期間

運動の期間は、2010年度までとする。

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

## 3 基本方針

## (1) 一次予防の重視

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

## (2) 健康づくり支援のための環境整備

## ① 社会全体による支援

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

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

## ② 休日、休暇の活用の促進

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

## (3) 目標等の設定と評価

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

## (4) 多様な関係者による連携のとれた効果的な運動の推進

## ① 多様な経路による情報提供

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

## ② ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組の推進

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

## ③ 多様な分野における連携

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

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

### 第三 目標等について

#### 1 性格

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

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

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

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

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

#### 2 設定の考え方

##### (1) 栄養・食生活

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

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

##### (2) 身体活動・運動

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

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

##### (3) 休養・こころの健康づくり

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

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

目標は、ストレスの低減、睡眠の確保及び自殺者の減少について設定する。

##### (4) たばこ

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

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

##### (5) アルコール

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

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

##### (6) 歯の健康

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

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

##### (7) 糖尿病

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

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

##### (8) 循環器病

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

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

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

#### (9) がん

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

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

### 第四 地域等における健康づくり運動の推進について

#### 1 計画の策定

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

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

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

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

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

#### 2 推進体制の整備

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

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

#### 3 その他運動の推進に当たり重要な事項

##### (1) 全国的な推進体制の整備

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

##### (2) 多様な経路による普及啓発の実施

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

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

##### (3) 地域等における地方計画の策定等に対する技術的支援

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

##### (4) 調査研究の推進及び人材の活用等

###### ① 調査研究の推進

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

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

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

② 人材の活用等

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

(5) 民間事業者等との連携

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

(6) 各種保健事業の連携の推進

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

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

(別表)

1. 栄養・食生活

適正な栄養素(食物)の摂取について(栄養状態、栄養素(食物)摂取レベル)

1.1 適正体重を維持している人の増加

指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児:日比式による標準体重の20%以上

肥満者: BMIが25以上の者

やせ: BMIが18.5未満の者

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

1.2 脂肪エネルギー比率の減少

指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

脂肪エネルギー比率:総摂取エネルギーに占める脂肪からのエネルギーの割合

1.3 食塩摂取量の減少

指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

1.4 野菜の摂取量の増加

指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

1.5 カルシウムに富む食品の摂取量の増加

指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

用語の説明

カルシウムに富む食品:牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜

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

1.6 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加

指標の目安

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

\*:平成10年国民栄養調査

用語の説明

適正体重：「[身長(m)]<sup>2</sup>×22」を標準(BMI=22を標準とする)

### 1.7 朝食を欠食する人の減少

#### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

### 1.8 量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加

#### 指標の目安

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

	現状*	2010年
1.8a 成人	56.3%	70%以上

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

#### 用語の説明

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

### 1.9 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加

#### 指標の目安

[参考にする人の割合]	現状*	2010年*
1.9a 成人	—	—

\*:平成11年国民栄養調査により、平成12年度中に設定

### 1.10 自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している人の増加

#### 指標の目安

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

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

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

#### 指標の目安

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

\*:平成8年国民栄養調査  
(全対象のうち食生活に問題があると思う人の割合は、男性31.6%、女性33.0%)

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

### 1.12 ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進

#### 指標の目安

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

\*:平成12年度中に調査し、設定する

#### 用語の説明

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

### 1.13 学習の場の増加と参加の促進

#### 指標の目安

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

1.13b

\*:平成12年度中に調査し、設定する

#### 用語の説明

学習の場：地域、職域において健康や栄養に関する情報を得られる場

### 1.14 学習や活動の自主グループの増加

#### 指標の目安

[自主グループの数]	現状*	2010年*
1.14a	—	—

\*:平成12年度中に調査し、設定する

#### 用語の説明

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

## 2 身体活動・運動

### 成人

#### 2.1 意識的に運動を心がけている人の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成8年保健福祉動向調査

#### 用語の説明

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

#### 2.2 日常生活における歩数の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

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

#### 2.3 運動習慣者の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

#### 用語の説明

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

### 高齢者

#### 2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成11年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)

#### 用語の説明

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



2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加

指標の目安

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

\*:平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)

2.6 日常生活における歩数の増加

指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

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

3 休養・こころの健康づくり

ストレスへの対応

3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

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

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

\*\*:1割以上の減少

用語の説明

ストレスを感じた人:最近1ヶ月間にストレスを感じた人

十分な睡眠の確保

3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

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

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

\*\*:1割以上の減少

3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

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

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

\*\*:1割以上の減少

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

自殺者の減少

3.4 自殺者の減少

指標の目安

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

\*:平成10年厚生省人口動態統計

4 たばこ

4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及

指標の目安

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

\*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

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

\*:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

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

指標の目安

[分煙を実施している割合]	現状*	2010年
4.3a 公共の場	—	100%
4.3b 職場	—	100%

  

[知っている人の割合]	現状*	2010年
4.3c 効果の高い分煙に関する知識の普及	—	100%

\*:平成12年度中に調査する

用語の説明

分煙の徹底:公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙:受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

4.4 禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

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

\*:平成12年度中に調査する

用語の説明

禁煙支援プログラム:個人の禁煙を支援するための個別保健指導等

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

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)

5 アルコール

5.1 多量に飲酒する人の減少

指標の目安

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

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

※:2割以上の減少

用語の説明

多量に飲酒する人：1日平均純アルコール約60グラムを超えて摂取する人

5.2 未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

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

※:平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査

5.3 「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

指標の目安

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

※:平成12年度中に調査する

用語の説明

節度ある適度な飲酒：1日平均純アルコールで約20グラム程度の飲酒

(注)主な酒類の換算の目安

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

6 歯の健康

幼児期のう蝕予防

6.1 う歯のない幼児の増加

指標の目安

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

※:平成10年度3歳児歯科健康診査結果

6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加

指標の目安

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

※:平成5年歯科疾患実態調査

6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少

指標の目安

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

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

\*\*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

頻回飲食：間食として1日3回以上の飲食

学齢期のう蝕予防

6.4 一人平均う歯数の減少

指標の目安

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

※:平成11年学校保健統計調査

用語の説明

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

6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

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

※:参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

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

※:参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

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

成人期の歯周病予防

6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

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

※:参考値、平成9~10年富士宮市モデル事業報告

\*\*:3割以上の減少

用語の説明

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

6.8 歯間部清掃器具の使用の増加

指標の目安

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

※:平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

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

6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4たばこ参照)

6.10 禁煙支援プログラムの普及(4たばこ参照)

歯の喪失防止

6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

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

※:平成5年歯科疾患実態調査

6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

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

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

6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

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

## 7 糖尿病

- 7.1 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)
- 7.2 日常生活における歩数の増加(2 身体活動・運動参照)
- 7.3 質・量ともにバランスのとれた食事(1 栄養・食生活参照)
- 7.4 糖尿病検診の受診の促進
- 指標の目安
- |                             |         |           |
|-----------------------------|---------|-----------|
| [受けている人の数]                  | 現状*     | 2010年**   |
| 7.4a 定期健康診断等糖尿病に関する健康診断受診者  | 4,573万人 | 6,860万人以上 |
| *:参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査 |         |           |
| **:5割以上の増加                  |         |           |
- 7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進
- 指標の目安
- |                                 |       |       |
|---------------------------------|-------|-------|
| [受けている人の割合]                     | 現状*   | 2010年 |
| 7.5a 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(男性) | 66.7% | 100%  |
| 7.5b 糖尿病検診における異常所見者の事後指導受診率(女性) | 74.6% | 100%  |
| *:平成9年糖尿病実態調査                   |       |       |
- 7.6 糖尿病有病者の減少(推計)
- |                                       |       |         |
|---------------------------------------|-------|---------|
| 推計値                                   | 現状*   | 2010年** |
| 7.6a 糖尿病有病者数                          | 690万人 | 1,000万人 |
| *:平成9年糖尿病実態調査                         |       |         |
| **:生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている        |       |         |
| 注)本推計値は、上記生活習慣の改善による2010年の有病者数の推計値を示す |       |         |
- 7.7 糖尿病有病者の治療の継続
- 指標の目安
- |                   |      |       |
|-------------------|------|-------|
| [治療継続している人の割合]    | 現状   | 2010年 |
| 7.7a 糖尿病有病者の治療継続率 | 45%* | 100%  |
| *:平成9年糖尿病実態調査     |      |       |
- 7.8 糖尿病合併症の減少
- 指標の目安
- |                          |           |       |
|--------------------------|-----------|-------|
| [合併症を発症した人の数]            | 現状        | 2010年 |
| 7.8a 糖尿病性腎症              | 10,729人*  | -***  |
| [合併症を有する人の数]             | 現状        | 2010年 |
| 7.8b 失明                  | 約3,000人** | -***  |
| *:1998年日本透析医学会           |           |       |
| **:1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」 |           |       |
| ***:平成14年度中に設定           |           |       |

## 8 循環器病

- 8.1 食塩摂取量の減少(1 栄養・食生活参照)
- 8.2 カリウム摂取量の増加
- 指標の目安
- |               |      |        |
|---------------|------|--------|
| [1日当たりの平均摂取量] | 現状*  | 2010年  |
| 8.2a 成人       | 2.5g | 3.5g以上 |
| *:平成9年国民栄養調査  |      |        |
- 8.3 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)
- 8.4 運動習慣者の増加(2 身体活動・運動参照)
- 8.5 高血圧の改善(推計)

- 推計値 平均最大血圧約4.2mmHgの低下
- 注)以下を実行することによる効果の推計
- ・成人1日あたりの平均食塩摂取量3.5g減少
  - ・平均カリウム摂取量1g増量
  - ・肥満者(BMI25以上)を男性15%(20歳以上)、女性18%(20歳以上)以下に減少
  - ・成人男性の多量飲酒者を1%低下
  - ・国民の10%が早歩きを毎日30分実行

## 8.6 たばこ対策の充実(4 たばこ参照)

## 8.7 高脂血症の減少

指標の目安	現状*	2010年
[高脂血症の人の割合]		
8.7a 男性	10.5%	5.2%以下
8.7b 女性	17.4%	8.7%以下
*:平成9年国民栄養調査		

## 用語の説明

高脂血症者：血清総コレステロール値240mg/dl以上の者

## 8.8 糖尿病有病者の減少(7 糖尿病参照)

## 8.9 飲酒対策の充実(5 アルコール参照)

## 8.10 健康診断を受ける人の増加

指標の目安	現状*	2010年
[検診受診者の数]		
8.10a 全国数	4,573万人	6,860万人以上
*:平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査		

## 8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)

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

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

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

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患 57.2(人口10万人対)死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

(平成10年厚生省人口動態統計)

## 9 がん

- 9.1 たばこ対策の充実(4 たばこ参照)
- 9.2 食塩摂取量の減少(1 栄養・食生活参照)
- 9.3 野菜の摂取量の増加(1 栄養・食生活参照)
- 9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加
- 指標の目安
- |              |       |       |
|--------------|-------|-------|
| [摂取している人の割合] | 現状*   | 2010年 |
| 9.4a 成人      | 29.3% | 60%以上 |
| *:平成9年国民栄養調査 |       |       |

9.5 脂肪エネルギー比率の減少（1 栄養・食生活参照）

9.6 飲酒対策の充実（5 アルコール参照）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

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

\*:参考値：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

\*\*：5割以上の増加

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

（別紙）

喫煙が及ぼす健康影響

1 喫煙者は非喫煙者に比べ病気になる危険度が何倍高いのか

（1）がんの死亡

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

（資料\*）厚生省 コホート（現在集計中）

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

がんの部位別死亡

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

（資料）左段：平山らによる計画調査（1966-82）

右段：アメリカがん協会の「がん予防研究」（1982-86）

（注）数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

（2）循環器病の死亡

	男性	女性
総死亡	1.2	1.2
循環器疾患総数	1.4	1.5
虚血性心疾患	1.7	—
脳卒中	1.7	1.7

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

（現在集計中）

30歳以上の約10,000人を対象。

（注）数字は非喫煙者を1とした1日20本喫煙する者の相対危険度

（3）その他の疾患

	男性	女性
気管支喘息*1	1.8	4.0
胃潰瘍*2	3.4	—
十二指腸潰瘍*2	3.0	—

（資料）\*1：平山らによる計画調査（1966-82）

\*2：ハワイ日系人男性の調査（1968-90）

（注）数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

（4）妊婦への影響

早産	3.3
低出生体重	2.4
全先天異常	1.3

（資料）昭和54年度厚生省心身障害研究

（注）数字は非喫煙者を1とした喫煙者の相対危険度

（5）歯周病

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

ブラウンら (1994) 2.7

(注) 数字は非喫煙者を 1 とした喫煙者の相対危険度

2 禁煙によってどの程度病気になる危険度が減少するのか

(1) 肺がんの死亡 (男性)

平山 (1990) 0.3 \*

ドールら (1976) 0.3

\* : 10 年以上の値

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

(2) 虚血性心疾患の死亡 (男性)

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

(資料) アメリカがん協会 (1969)

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

3 喫煙率が下がると循環器病の減少はどのくらい見込めるのか

喫煙率脳卒中の減少 虚血性心疾患の減少 総循環器疾患の減少

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

(注) それぞれの疾患の減少は、死亡率、罹患率及び疾患による新たな日常生活動作

能力 (ADL) 低下者数の減少割合を示す。

この循環器疾患予防への効果予測の前提は、

○ 成人の 1 日あたりの平均食塩摂取量 3.5g 減少

○ 平均カリウム摂取量 1g 増量

○ 肥満者 (BMI 25 以上) を男性 15%、女性 18% 以下に減少

○ 成人男性の多量飲酒者 (1 日 3 合以上) が 1% 低下

○ 国民の 10% が早歩き毎日 30 分を実行する

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

(別表)

1 栄養・食生活

適正な栄養素 (食物) の摂取について (栄養状態、栄養素 (食物) 摂取レベル)

1.1 適正体重を維持している人の増加

指標の目安

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

\*: 平成 9 年国民栄養調査

用語の説明

児童・生徒の肥満児: 日比式による標準体重の 20% 以上

肥満者: BMI が 25 以上の者

やせ: BMI が 18.5 未満の者

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

1.2 脂肪エネルギー比率の減少

指標の目安

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

\*: 平成 9 年国民栄養調査

用語の説明

脂肪エネルギー比率: 総摂取エネルギーに占める脂肪からのエネルギーの割合

1.3 食塩摂取量の減少

指標の目安

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

\*: 平成 9 年国民栄養調査

1.4 野菜の摂取量の増加

指標の目安

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

\*: 平成 9 年国民栄養調査

1.5 カルシウムに富む食品の摂取量の増加

指標の目安

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

\*: 平成 9 年国民栄養調査

用語の説明

カルシウムに富む食品:牛乳・乳製品、豆類、緑黄色野菜

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

### 1.6 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加

指標の目安

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

\*:平成10年国民栄養調査

用語の説明

適正体重:[身長(m)]<sup>2</sup>×22を標準(BMI=22を標準とする)

### 1.7 朝食を欠食する人の減少

指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

### 1.8 量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加

指標の目安

[1日最低1食、きちんとした食事を、家族等2人以上で楽しく、30分以上かけてとる人の割合]		現状*	2010年
1.8a	成人	56.3%	70%以上

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

用語の説明

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

### 1.9 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にしている人の増加

指標の目安

[参考にする人の割合]		現状*	2010年*
1.9a	成人	-	-

\*:平成11年国民栄養調査により、平成12年度中に設定

### 1.10 自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している人の増加

指標の目安

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

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

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

指標の目安

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

\*:平成8年国民栄養調査

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

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

### 1.12 ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進

指標の目安

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

\*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

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

### 1.13 学習の場の増加と参加の促進

指標の目安

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

\*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

学習の場:地域、職域において健康や栄養に関する情報を得られる場

### 1.14 学習や活動の自主グループの増加

指標の目安

[自主グループの数]		現状*	2010年*
1.14a		-	-

\*:平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

自主グループ:地域、職域において健康や栄養に関する学習や活動を、自主的に取

り  
組む住民、地区組織、企業等

## 2 身体活動・運動

### 成人

#### 2.1 意識的に運動を心がけている人の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成8年保健福祉動向調査

##### 用語の説明

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

#### 2.2 日常生活における歩数の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

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

#### 2.3 運動習慣者の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

##### 用語の説明:

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

### 高齢者

#### 2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成11年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)

##### 用語の説明

外出について積極的な態度をもつ人:

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

#### 2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)

#### 2.6 日常生活における歩数の増加

##### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

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

### 3 休養・こころの健康づくり

#### ストレスへの対応

##### 3.1 ストレスを感じた人の減少

指標の目安

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

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

\*\*:**1割以上の減少**

用語の説明

ストレスを感じた人:最近1ヶ月間にストレスを感じた人

#### 十分な睡眠の確保

##### 3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少

指標の目安

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

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

\*\*:**1割以上の減少**

##### 3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少

指標の目安

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

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

\*\*:**1割以上の減少**

用語の説明

睡眠補助品:睡眠薬・精神安定剤

#### 自殺者の減少

##### 3.4 自殺者の減少

指標の目安

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

\*:平成10年厚生省人口動態統計

### 4 たばこ

#### 4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及 指標の目安

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

\*:平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響:別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

#### 4.2 未成年者の喫煙をなくす

指標の目安

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

\*:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

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

指標の目安

[分煙を実施している割合]	現状*	2010年
4.3a 公共の場	-	100%
4.3b 職場	-	100%

  

[知っている人の割合]	現状*	2010年
4.3c 効果の高い分煙に関する知識の普及	-	100%

\*:平成12年度中に調査する

用語の説明

分煙の徹底:公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙:受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

#### 4.4 禁煙支援プログラムの普及

指標の目安

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

\*:平成12年度中に調査する

用語の説明

禁煙支援プログラム:個人の禁煙を支援するための個別保健指導等

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

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)



## 5 アルコール

### 5.1 多量に飲酒する人の減少

指標の目安

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

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

\*\* :2割以上の減少

用語の説明

多量に飲酒する人:1日平均純アルコール約60グラムを超えて摂取する人

### 5.2 未成年者の飲酒をなくす

指標の目安

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

\*:平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査

### 5.3 「節度ある適度な飲酒」の知識の普及

指標の目安

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

\*:平成12年度中に調査する

用語の説明

節度ある適度な飲酒:1日平均純アルコールで約20グラム程度の飲酒

(注)主な酒類の換算の目安

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

## 6 歯の健康

### 幼児期のう蝕予防

#### 6.1 う歯のない幼児の増加

指標の目安

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

\*:平成10年度3歳児歯科健康診査結果

#### 6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加

指標の目安

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

\*:平成5年歯科疾患実態調査

#### 6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少

指標の目安

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

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

\*\* :平成12年度中に調査し、設定する

用語の説明

頻回飲食:間食として1日3回以上の飲食

### 学齢期のう蝕予防

#### 6.4 一人平均う歯数の減少

指標の目安

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

\*:平成11年学校保健統計調査

用語の説明

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

#### 6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加

指標の目安

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

\*:参考値、児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査、平成3年)

#### 6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加

指標の目安

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

\*:参考値、平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)

用語の説明

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

#### 成人期の歯周病予防

##### 6.7 進行した歯周炎の減少

指標の目安

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

\*:参考値、平成9~10年富士宮市行<sup>1</sup>事業報告

\*\* : 3割以上の減少

用語の説明

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

##### 6.8 歯間部清掃用器具の使用の増加

指標の目安

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

\*:平成5年保健福祉動向調査

用語の説明

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

##### 6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4 たび参照)

##### 6.10 禁煙支援プログラムの普及(4 たび参照)

#### 歯の喪失防止

##### 6.11 80歳で20歯以上、60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加

指標の目安

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

\*:平成5年歯科疾患実態調査

##### 6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加

指標の目安

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

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

##### 6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加

指標の目安

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

\*:平成5年保健福祉動向調査

## 7 糖尿病

### 7.1 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)

### 7.2 日常生活における歩数の増加(2 身体活動・運動参照)

### 7.3 質・量ともにバランスのとれた食事(1 栄養・食生活参照)

### 7.4 糖尿病検診の受診の促進

#### 指標の目安

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

\*:参考値、平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

\*\*:**5割以上の増加**

### 7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進

#### 指標の目安

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

\*:平成9年糖尿病実態調査

### 7.6 糖尿病有病者の減少(推計)

#### 推計値

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

\*:平成9年糖尿病実態調査

\*\*:**生活習慣の改善がない場合、1080万人と推計されている**

注)本推計値は、上記生活習慣の改善による2010年の有病者数の推計値を示す

### 7.7 糖尿病有病者の治療の継続

#### 指標の目安

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

\*:平成9年糖尿病実態調査

### 7.8 糖尿病合併症の減少

#### 指標の目安

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

\*:1998年日本透析医学会

\*\*:**1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」**

\*\*\*:**平成14年度中に設定**

## 8 循環器病

### 8.1 食塩摂取量の減少(1 栄養・食生活参照)

### 8.2 カリウム摂取量の増加

#### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

### 8.3 成人の肥満者の減少(1 栄養・食生活参照)

### 8.4 運動習慣者の増加(2 身体活動・運動参照)

### 8.5 高血圧の改善(推計)

#### 推計値 平均最大血圧約4.2mmHgの低下

注)以下を実行することによる効果の推計

- ・成人1日あたりの平均食塩摂取量3.5g減少
- ・平均カリウム摂取量1g増量
- ・肥満者(BMI25以上)を男性15%(20歳以上)、女性18%(20歳以上)以下に減少
- ・成人男性の多量飲酒者を1%低下
- ・国民の10%が早歩きを毎日30分実行

### 8.6 たばこ対策の充実(4 たばこ参照)

### 8.7 高脂血症の減少

#### 指標の目安

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

\*:平成9年国民栄養調査

#### 用語の説明

高脂血症者:血清総コレステロール値240mg/dl以上の者

### 8.8 糖尿病有病者の減少(7 糖尿病参照)

### 8.9 飲酒対策の充実(5 アルコール参照)

### 8.10 健康診断を受ける人の増加

#### 指標の目安

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

\*:平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少（推計）

推計値

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

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

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

男性：死亡率106.9、死亡数6万5,529人

女性：死亡率113.1、死亡数7万2,290人

虚血性心疾患57.2（人口10万人対）死亡数7万1,678人

男性：死亡率62.9、死亡数3万8,566人

女性：死亡率51.8、死亡数3万3,112人

（平成10年厚生省人口動態統計）

9 がん

9.1 たばこ対策の充実（4 たばこ参照）

9.2 食塩摂取量の減少（1 栄養・食生活参照）

9.3 野菜の摂取量の増加（1 栄養・食生活参照）

9.4 1日の食事において、果物類を摂取している者の増加  
指標の目安

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

\*：平成9年国民栄養調査

9.5 脂肪エネルギー比率の減少（1 栄養・食生活参照）

9.6 飲酒対策の充実（5 アルコール参照）

9.7 がん検診の受診者の増加

指標の目安

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

\*：参考値：平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査

\*\*：5割以上の増加

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

### 3. 介護予防事業

#### (1) 高齢者等の生活支援事業

##### ア 外出支援サービス事業

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

##### イ 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業

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

##### ウ 軽度生活援助事業

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

##### エ 住宅改修支援事業

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

##### オ 訪問理美容サービス事業

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

##### カ 高齢者共同生活（グループリビング）支援事業

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

(2) 介護予防・生きがい活動支援事業

ア 介護予防教室等

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

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

イ 高齢者筋力向上トレーニング事業

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

ウ 生きがい活動支援通所事業

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

エ 生活管理指導事業

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

- ・生活管理指導員派遣事業
- ・生活管理指導短期宿泊事業

オ 「食」の自立支援事業

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

(3) 家族介護支援事業

ア 家族介護教室

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

イ 介護用品の支給

重度（要介護度4又は5相当）で低所得（市町村民税非課税世帯）の在宅高齢者を介護している家族に対し、紙おむつ、使い捨て手袋等の介護用品を支給する。  
（年額1人当たり上限75,000円）

ウ 家族介護者交流事業（元気回復事業）

家族を介護から一時的に解放し、宿泊・日帰り旅行、施設見学等を活用した介護者相互の交流会に参加するなど心身のリフレッシュを図る。  
（年額1人当たり上限25,000円）

エ 家族介護者ヘルパー受講支援事業

高齢者を介護しているか又は介護していた家族がヘルパー研修（2級又は3級課程）を受講した場合に、受講料の一部を助成する。  
（年額1人当たり上限30,000円）

オ 徘徊高齢者家族支援サービス事業

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

カ 家族介護慰労事業

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

キ 痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業

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

## リハビリテーション関連施設基準等の概要

### I 医療保険

表1 主なリハビリテーション関係施設基準の届出状況  
(平成14年7月1日現在)

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

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

## 4. 医療保険、介護保険のリハビリテーション

表2 医科診療報酬における特定入院料関係施設基準の届出状況(抜粋)  
(平成14年7月1日現在)

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

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

II 介護保険

表3 指定事業所数 (平成15年4月1日現在)

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

注) 厚生労働省老健局振興課調べ

表4 介護報酬請求事業所数

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

注) 介護給付費実態調査 (平成15年2月審査分)

表5 介護療養型医療施設におけるリハビリテーション提供体制別の請求状況

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

注) 介護給付費実態調査 (平成15年2月審査分)

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



主なリハビリテーション関連施設基準等の概要

1. 医療保険における主なリハビリテーション関連施設基準

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

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

2. 介護保険における主なリハビリテーション関連施設基準

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

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

3. 介護保険の通所・訪問系サービスにおける人員及び運営の基準

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

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

○ リハビリテーションの評価の適正化

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

① 個別療法、集団療法の別による評価の体系化

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

※ 20分を1単位とする。

※ 定期的な計画の見直し、効果判定等を算定要件に追加。

② 早期リハビリテーションの評価の充実

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

○ リハビリテーションに係る施設要件の見直し

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

4. 老人保健事業、介護予防事業におけるリハビリテーション関連事業の基準

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

## 介護報酬の見直しにおけるリハビリテーションの評価の概要

### I 基本的考え方

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

### II 主な見直しのポイント

#### 1 居宅サービスにおけるリハビリテーションの評価

##### (1) 訪問リハビリテーションの評価

日常生活活動訓練加算 (新設) → 50 単位 /日

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

##### (2) 通所リハビリテーションの評価

個別リハビリテーション加算 (新設)  
 退院・退所日から起算して1年以内の期間 130 単位 /日  
 退院・退所日から起算して1年を超えた期間 100 単位 /日

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

#### 2 施設サービスにおけるリハビリテーションの評価

##### (1) 介護老人保健施設(老人保健施設)におけるリハビリ体制加算の再編

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

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

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

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

ADL 加算 (新設) → 30 単位 /回

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

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

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

#### 3 個別リハビリテーション計画

- リハビリテーションの質の向上を図る観点から、個別計画を作成。
  - ・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション及び老人保健施設におけるリハビリテーションの場合 →別紙1
  - ・介護療養型医療施設におけるリハビリテーションの場合 →別紙2

利用者氏名 厚生花子 男 (81歳) T10年1月5日生 (81歳)	要介護度: 1 担当医: ○○ PT: ○○ OT: ○○ ST: ○○ SW: ○○ 看護師: ○○	健康状態(原因疾患、発症日等) 膝関節症(右強い、20年前から) + 廃用症候群	合併疾患 廃用症候群: 口軽度中等度口重度 原因: 膝痛のための活動性低下 障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A2 A⑥ B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 ⑤ I II III IV M
---	---	--	---

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

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

リハビリテーション・プログラム、家族への指導、リスク管理、終了の目安・時期等  
 膝痛のために歩行・家事などの活動制限を生じ、それによって生活が不活発となり、廃用症候群が進行している状態。そのため個別リハとして、活動能力を向上させて生活を活発化させ、廃用症候群を改善していく。具体的には、  
 1) 膝に負担の少ない自宅生活での諸活動のやり方をPT・OTが指導し、自宅で行ってもらう。  
 (特に家事は細かく指導していく。) (随時家族にも、自立までの介助方法を指導していく。)  
 2) 外出自立のために、適切な歩行補助具(買い物時はシルバーカー、それ以外は四脚杖)を使用した屋外移動、買い物等の活動能力向上訓練を行う。また家からの出入りや、靴の着脱能力向上をはかる。  
 外出が自立し、平日の家事が自立したら個別訓練は終了。その後は日常生活の中での活動性向上を指導していくことで、廃用症候群を改善させていく。  
 自己実施プログラム  
 下肢の運動(過用に注意)

前回計画書作成時からの改善・変化、プログラム変更内容 等

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

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

リハビリテーション総合実施計画書(記載例)

利用者氏名 厚生 太郎 女 T14年 5月 6日生 (78歳)	要介護度: 3 担当医: ○○ PT: ○○ OT: ○○ ST: ○○ SW: ○○	健康状態(原因疾患、発症・受補日等) 脳出血 (H13.11.10)、右片麻痺 + 肺炎 (H14.8) 時の安静による廃用症候群	障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A2 A⑥ B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 ⑤ I II III IV M	要介護度: 3 担当医: ○○ PT: ○○ OT: ○○ ST: ○○ SW: ○○	健康状態(原因疾患、発症・受補日等) 脳出血 (H13.11.10)、右片麻痺 + 肺炎 (H14.8) 時の安静による廃用症候群	障害老人の日常生活自立度 正常 J1 J2 A2 A⑥ B2 C1 C2 痴呆性老人の日常生活自立度 ⑤ I II III IV M
退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 退院未定	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 退院未定	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 退院未定	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 退院未定	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 退院未定	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 退院未定	退院先 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 退院未定
参加(主)目標 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人、週3-4回)	参加(主)目標 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人、週3-4回)	参加(主)目標 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人、週3-4回)	参加(主)目標 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人、週3-4回)	参加(主)目標 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人、週3-4回)	参加(主)目標 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人、週3-4回)	参加(主)目標 [退院時期: 15年6月上旬] 家庭内役割(家事への参加、等): 社会活動: 町内会(元会長)月1回、同窓会(年1回) 外出(内容・頻度等): 通院(隔週) 余暇活動(内容・頻度等) 囲碁(自宅、近所の友人、週3-4回)
目標(コロン)の後に具体的な内容を記入。[到達時期]	目標(コロン)の後に具体的な内容を記入。[到達時期]	目標(コロン)の後に具体的な内容を記入。[到達時期]	目標(コロン)の後に具体的な内容を記入。[到達時期]	目標(コロン)の後に具体的な内容を記入。[到達時期]	目標(コロン)の後に具体的な内容を記入。[到達時期]	目標(コロン)の後に具体的な内容を記入。[到達時期]
自立・介護状況	自立・介護状況	自立・介護状況	自立・介護状況	自立・介護状況	自立・介護状況	自立・介護状況
項目	項目	項目	項目	項目	項目	項目
屋外歩行 (※:家からの出入り)	屋外歩行 (※:家からの出入り)	屋外歩行 (※:家からの出入り)	屋外歩行 (※:家からの出入り)	屋外歩行 (※:家からの出入り)	屋外歩行 (※:家からの出入り)	屋外歩行 (※:家からの出入り)
交通機関利用 (含:通院)	交通機関利用 (含:通院)	交通機関利用 (含:通院)	交通機関利用 (含:通院)	交通機関利用 (含:通院)	交通機関利用 (含:通院)	交通機関利用 (含:通院)
階段昇降	階段昇降	階段昇降	階段昇降	階段昇降	階段昇降	階段昇降
トイレへの移動	トイレへの移動	トイレへの移動	トイレへの移動	トイレへの移動	トイレへの移動	トイレへの移動
食事	食事	食事	食事	食事	食事	食事
排泄(昼)	排泄(昼)	排泄(昼)	排泄(昼)	排泄(昼)	排泄(昼)	排泄(昼)
排泄(夜)	排泄(夜)	排泄(夜)	排泄(夜)	排泄(夜)	排泄(夜)	排泄(夜)



介護保険における福祉用具・住宅改修

1. 概要  
 福祉用具は、利用者にとって役立つというだけではなく、腰痛予防等介護者の負担軽減が図られるなど、介護を支えていく上で重要な役割を果たしており、また、利用者が、在宅生活を継続するため福祉用具を効果的に活用するために住宅のバリアフリー化等の住環境の整備を行う必要がある。  
 このため、介護保険においては、福祉用具及び住宅改修を在宅サービスとして位置づけ、その費用について介護保険の給付対象としているところである。

2. 給付内容

5. 福祉用具、住宅改修

	給付概要	対象種目
福祉用具貸与	<p>福祉用具は、対象者が高齢者であり、身体状況や介護度が変化しやすいこと等を考慮して原則として貸与としている。</p> <p>利用者が、都道府県知事が指定した福祉用具貸与事業者から、厚生労働大臣が定めた福祉用具のレンタルを受けた場合、レンタル料の9割が保険から支給される。</p> <p>(支給限度基準額)                      要支援、要介護度別の支給限度基準額の範囲内</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・車いす</li> <li>・車いす付属品</li> <li>・特殊寝台</li> <li>・特殊寝台付属品</li> <li>・じょく瘡予防用具</li> <li>・体位変換器</li> <li>・手すり</li> <li>・スロープ</li> <li>・歩行器</li> <li>・歩行補助つえ</li> <li>・痴呆性老人徘徊感知機器</li> <li>・移動用リフト(つり具の部分を除く)</li> </ul>
福祉用具購入	<p>入浴、排泄に供する物のように他人が使用したものを再利用することには心理的抵抗感があるものについては購入対象としている。</p> <p>利用者が厚生労働大臣が定めた特定福祉用具を購入した場合、購入費の9割が保険から償還払いにより支給される。</p> <p>(支給限度基準額)                      10万円                      ※同一支給限度額管理期間内(4月1日～3月31日)は、原則同一種目につき1回の支給に限られる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰掛便座</li> <li>・特殊尿器</li> <li>・入浴補助用具</li> <li>〔入浴用いす、浴槽用手すり〕</li> <li>〔浴槽内いす、入浴台、浴室〕</li> <li>内すのこ、浴槽内すのこ</li> <li>・簡易浴槽</li> <li>・移動用リフトのつり具の部分</li> </ul>
住宅改修	<p>利用者が一般的な住宅改修として、「手すりの取付け」等厚生労働大臣が定めた住宅改修を行った場合、工事費の9割が保険から償還払いにより支給される。</p> <p>(支給限度基準額)                      20万円                      ※原則ひとり生涯20万円まで</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手すりの取付け</li> <li>・段差の解消</li> <li>・滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更</li> <li>・引き戸等への扉の取替え</li> <li>・洋式便器等への便器の取替え</li> <li>・その他前記の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修</li> </ul>

## 6. 寝たきり老人ゼロ作戦

### 「寝たきりゼロへの10か条」の普及について

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

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

別添

#### 「寝たきりゼロへの10か条」策定委員会報告書

（平成3年3月7日  
「寝たきりゼロへの10か条」  
策定委員会）

#### 1. 「寝たきりゼロへの10か条」策定の趣旨

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

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

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

こうした背景のもとに本委員会は厚生省の依頼を受けて、昨年11月以降検討を重



ね、以下のとおり「寝たきりゼロへの10か条」を取りまとめた。

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

## II. 策定にあたっての基本的な考え方

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

- 平易で分かりやすく、実践しやすいものであること
- 作られた寝たきりを減らすことにつながるものであること
- 本人がなすべきこと、周囲（家族及び保健・医療・福祉の関係者）がなすべきことを両方取り入れたものとする
- 総論的、包括的なものではなく、具体的でインパクトのあるものとする
- できるだけ裏付けとなるデータ、文献等に基づいたものであること

一方、寝たきりを予防する上で基本となる点は、

- (1) 脳卒中や骨折等、寝たきりに導く原因疾患の発生を防止すること
- (2) 早期リハビリテーションの普及等により、原因疾患発生後に、それにより生じる障害を最小限にとどめること
- (3) 不幸にして障害が残っても、障害の悪化を防止し、社会復帰を促すためあらゆる方策を用いて積極的に「動かす」こと

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

- 原因や誘因の発生子防を訴えるもの
- 作られた寝たきりの防止を訴えるもの（寝かせきりを戒めるもの）
- 早期リハビリテーションの重要性を訴えるもの
- 生活リハビリテーションの考え方を周知するもの
- 寝・食分離をはじめ、生活にメリハリをつけるよう努力を促すもの
- 本人の主体性・自立性の尊重を訴えるもの
- 機器の積極的活用を促すもの
- 住環境の整備の促進を訴えるもの
- 社会参加の重要性を訴えるもの
- 地域の保健・福祉サービスの積極的利用を促すもの

## III. 策定委員名簿（五十音順）

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

## 寝たきりゼロへの10か条とその解説

### 第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩

#### 【原因や誘因の発生子防】

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

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

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

### 第2条 寝たきりは寝かせきりから作られる 過度の安静 逆効果

#### 【作られた寝たきりの防止】

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

一方、じっと寝させておく方が、本人も楽だし、介護する側も手がかからなくて

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

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

第3条 リハビリは 早期開始が 効果的 始めよう ベッドの上から訓練を  
【早期リハビリテーションの重要性】

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

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

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

第4条 暮らしの中での リハビリは 食事と排泄、着替えから  
【生活リハビリテーションの重要性】

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

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

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

第5条 朝起きて 先ずは着替えて 身だしなみ 寝・食分けて 生活にメリとハリ  
【寝・食分離をはじめ、生活のメリハリの必要性】

寝る場所と食事をとる場所の区別がつかない生活パターンは、外へ出る意欲を低

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

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

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

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

第6条 「手は出しすぎず 目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に  
【主体性・自立性の尊重】

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

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

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

第7条 ベッドから 移ろう移そう 車椅子 行動広げる 機器の活用  
【機器の積極的活用】

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 第9条 家庭でも社会でも よろこびを見つけ みんなで防ごう 閉じ込めり 【社会参加の重要性】

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

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

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

社会、家族の一員として、できるだけ長く役割を持ち続けましょう。

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

##### 【地域の保健・福祉サービスの積極的利用】

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

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

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

## 7. 地域リハビリテーション

- 1 実施主体 都道府県（補助率：2分の1）
- 2 趣旨  
高齢者等の様々な状況に応じたリハビリテーション事業が、適切かつ円滑に提供される体制の整備を図るもの。
- 3 事業内容
  - (1) 都道府県リハビリテーション協議会の設置・運営
    - リハビリテーション連携指針の作成
    - 都道府県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション広域支援センターの指定及び運営等に関する必要な調整・協議等
  - (2) 都道府県リハビリテーション支援センターの指定・運営  
(都道府県に1箇所指定)
    - 地域リハビリテーション広域支援センターへの支援
    - リハビリテーション資源の調査・研究等
  - (3) 地域リハビリテーション広域支援センターの運営  
(概ね老人保健福祉圏ごとに1箇所指定)
    - 地域におけるリハビリテーション実施機関への支援
      - ① 地域住民に対するリハビリテーション相談に対する技術的支援
      - ② 福祉用具、住宅改修等に対する技術的支援
    - 地域におけるリハビリテーション実施機関等の従事者への支援
      - ① リハビリテーション技術に関する相談・支援
      - ② 研修会等の開催
    - リハビリテーション施設・設備の共同利用
    - 地域における患者団体、患者の会、家族の会等からなる連絡協議会の設置・運営
  - (4) 都道府県における地域リハビリ調整者養成研修の実施
    - 地域におけるリハビリテーションに関する調整・相談・指導等を行う者を養成するための研修を実施
- 4 実施都道府県数(平成15年度):42都道府県

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の実施状況

(都道府県数)

実施都道府県	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度 (予定)
実施都道府県	7	9	30	38	40	42
都道府県リハビリテーション協会の設置	7	9	30	38	38	41
都道府県リハビリテーション支援センターの指定		3	19	19	26	36
地域リハビリテーション/広域支援センターの指定(かつこ内は指定数)	2(7)	3	11(50)	23(100)	30(159)	36(222)
都道府県リハビリテーション連携指針の策定	3	3	17	26	26	37

備考:平成15年度実施  
北海道、青森、岩手、宮城、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、岐阜、静岡、三重、滋賀、京都、大阪、奈良、和歌山、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

(厚生労働省老健局老人保健課調べ)

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業指定施設等一覧

(H15.5.31現在)

	都道府県リハビリテーション支援センター	広域支援センター	(参考) 広域支援センター一箇所数/圏域数(予定含む)
1	北海道 (社) 北海道総合在宅ケア事業部、札幌医科大学付属病院	医療法人社心会函館都市病院/医療法人社道和会旭川リハビリテーション病院/総合病院北見南十字病院/医療法人社道北斗南十字病院(他5施設指定予定)	9/21
2	青森 (財) 聖明老人リハビリテーション病院	青森病院/東八幡平病院/岩手労務病院/岩手クリニック水沢/東立大東病院/奥山病院/せいてつ北本病院/加藤病院/東立久慈病院	6/6
3	岩手 財団法人いわてリハビリテーションセンター	青森病院/東八幡平病院/岩手労務病院/岩手クリニック水沢/東立大東病院/奥山病院/せいてつ北本病院/加藤病院/東立久慈病院	9/9
4	宮城	仙南医療福祉事務所/仙台保健福祉事務所総合支所/大崎保健福祉事務所/鹿島保健福祉事務所/登米保健福祉事務所/石巻保健福祉事務所/奥山保健福祉事務所	7/7
5	秋田 (未実施)	(未実施)	0/8
6	山形 (未実施)	(未実施)	0/4
7	福島 福島県地域リハビリテーション協議会	田代病院/総合南東北病院/太田総合病院/白河厚生総合病院/竹田総合病院/原町市立病院/ふしな病院	7/7
8	茨城 茨城県立医科大学付属病院	茨城大学リハビリテーションセンター/土浦西病院/東茨城大学藤岡病院/水戸赤十字病院/鹿島労務病院/安城西南医療センター病院(日立製作所多発総合病院/なめがた地域総合病院/知手協同病院/奥土浦総合病院指定予定)	10/8
9	栃木 県立ともぞりリハビリテーションセンター		0/5
10	群馬 (検討中)		0/10
11	埼玉 埼玉県総合リハビリテーションセンター	埼玉県立看護福祉総合センター/埼玉県立福祉保健総合センター/埼玉県立介護福祉保健総合センター/埼玉県立障害福祉総合センター/埼玉県立障害福祉総合センター	7/8
12	千葉 千葉県千葉リハビリテーションセンター	国府中央病院(他3施設指定予定)	4/8
13	東京 東京都福祉センター	東京都立リハビリテーション病院/東京都多摩老人医療センター(他2施設指定予定)	4/13
14	神奈川 社会福祉法人神奈川保健会リハビリテーション事業部		0/10
15	新潟 (検討中)	(社) 法人長岡市産科/社団法人上越医療会指定予定)	2/13
16	富山 富山県立リハビリテーション病院	富山県立病院/社団法人日本赤十字社富山支部(富山赤十字病院)/かみい総合病院/富山市民病院/市立福生総合病院/公立井波総合病院	6/4
17	石川 石川県リハビリテーションセンター	南加賀保健福祉センター/石川中央保健福祉センター/能登中部保健福祉センター/能登北部保健福祉センター	4/4
18	福井 財団法人新田理医療福祉センター福井総合病院	社会福祉法人恩賜財団済生会病院/社団法人全国社会福祉協議会連合会福井社会保険病院/医療法人青木会立リハビリテーション病院/公立小浜病院公立小浜病院	4/4
19	山梨	(検討中)	0/8
20	長野 (未実施)	(未実施)	0/10
21	岐阜 岐阜県立下呂温泉病院	医療法人社団協立会岐阜中央病院/大垣市民病院/医療法人厚生会本沢記念病院/岐阜県立多治良病院/岐阜県立下呂温泉病院	5/5
22	静岡 (静岡県立総合病院指定予定)	豊楽共済中伊豆リハビリテーションセンター/医療法人社団清見会静岡リハビリテーション病院/盛岡市立総合病院/浜松市立リハビリテーション病院(他5施設指定予定)	9/10
23	愛知		0/8
24	三重 三重県身体障害者総合福祉センター	小山田記念遺児病院/静岡保健衛生大学七草サナトリウム/岡渡総合病院/済生会明和病院/山田赤十字病院/紀南病院	6/8
25	滋賀		0/7
26	京都 京都市立西京病院	西京赤十字病院(他4施設指定予定)	5/6
27	大阪 大阪府立身体障害者福祉センター	箕面市立病院(リハビリテーションセンター)/医療法人徳仁会リハビリテーション病院/医療法人若狭会わかさ総合リハビリテーション病院/医療法人徳実会箕面八尾リハビリテーション病院/医療法人永成会島田病院/大阪労務病院/医療法人生長会府中病院	7/8
28	兵庫 兵庫県総合リハビリテーションセンター	公立社会保険病院/医療法人社団順心会相生病院/姫路赤十字病院/赤穂中央病院/姫路長寿の郷/兵庫医科大学附属山崎院	6/10
29	奈良 (奈良県心身障害者リハビリテーションセンター指定予定)		0/3
30	和歌山 (未実施)	(未実施)	0/7
31	鳥取 (指定予定)	(3施設指定予定)	3/3
32	島根 (島根県立中央病院指定予定)	玉造厚生年金病院/公立雲南総合病院/甲田市立病院/大田市立病院/西部島根心身障害者医療福祉センター/益田地域医療センター/島根県立総合医療センター	7/7
33	岡山 財団法人岡山県健康づくり財団	(9施設指定予定)	9/9
34	広島 在宅介護推進センター	社会福祉法人恩賜財団広島済生会広島島病院/加計町国民保健福祉病院/医療法人社団昭和赤十字病院/リハビリテーション病院/島根県立総合病院/公立みつぎ総合病院/医療法人青和会脳神経センター/大田記念病院/社団法人三次地区医師会三次地区医療センター	8/7
35	山口 (指定予定)	岩国市立病院/一師会病院/萩市立病院/下関市立病院/周東総合病院/大島東部病院/鹿野市立総合病院/山口健康福祉センター/宇部健康福祉センター/那珂健康福祉センター/長門健康福祉センター	10/9
36	徳島 (徳島大学医学部附属病院指定予定)	(徳島赤十字病院/小松島病院/徳島西部診療所指定予定)	3/6
37	香川 香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター	三豊総合病院/(さどき市民病院/土庄中央病院/香川県身体障害者総合リハビリテーションセンター/香川労務病院指定予定)	5/5
38	愛媛 愛媛県医師会	医療法人愛媛会石川病院/社会福祉法人恩賜財団済生会高松病院/社団法人今治市医師会市民病院/社団法人済生会愛媛支社社会医療センター高松病院/医療法人益友会加戸病院/宇和島社会福祉病院	6/6
39	高知 高知県リハビリテーション研究会	東部保健所/中央東洋病院/高知市保健所/高知保健所/高知保健所/高知保健所	6/4
40	福岡		0/13
41	佐賀 (佐賀県医師会指定予定)	(佐賀社会保険病院/医療福祉専門学校扶生館/河野病院/西田病院/白石立立病院指定予定)	5/5
42	長崎 ナガサキリハビリテーションネットワーク	長崎市障害福祉センター/社団法人大村市医師会/医療法人東洋会地海病院/国民健康保険東海市市民病院/長崎県立総合病院/長崎県立総合病院/長崎県立総合病院/長崎県立総合病院/介護老人保健施設光島/長崎県立総合病院/長崎県立総合病院/長崎県立総合病院/長崎県立総合病院	8/9
43	熊本 熊本地域リハビリテーション支援協議会	医療法人東洋会熊本病院/医療法人熊本赤十字病院/医療法人熊本赤十字病院/医療法人社団聖和会熊本病院/医療法人社団熊本山鹿東部リハビリテーション病院/医療法人社団熊本山鹿西部リハビリテーション病院/医療法人社団熊本山鹿北部リハビリテーション病院/医療法人社団熊本山鹿南部リハビリテーション病院/医療法人社団熊本山鹿東部リハビリテーション病院/医療法人社団熊本山鹿西部リハビリテーション病院/医療法人社団熊本山鹿北部リハビリテーション病院/医療法人社団熊本山鹿南部リハビリテーション病院	12/11
44	大分 財団法人厚生年金事業振興会湯布院厚生年金病院	富国東広域医療総合病院/豊後共済別府リハビリテーションセンター/井野立病院/大分南病院/臼井市立総合病院/大分県立総合病院/大分県立総合病院/大分県立総合病院/大分県立総合病院/大分県立総合病院	11/10
45	宮崎 社団法人宮崎県医師会	財団法人別府リハビリテーション医療財団及和会新会病院/社団法人八日会藤元病院/医療法人中心会野村病院(他2施設指定予定)	6/7
46	鹿児島 鹿児島大学附属鹿児島リハビリテーションセンター	医療法人三州会大隅病院/介護老人保健施設ほけら/医療法人青仁会南田病院/医療法人前野会新野病院/社団法人山形市医師会市民病院/医療法人五島会加治去来病院/社団法人五島会加治去来病院/医療法人五島会加治去来病院/医療法人五島会加治去来病院	6/12
47	沖縄 医療法人ちゅうごん会ちゅうごん病院	社団法人本部地区医師会/医療法人外比呂神岡リハビリテーション病院/医療法人おもと会大浜第一病院/医療法人社会福祉会宮古島リハビリテーション病院/医療法人上野会かひりし病院	5/5
合計	36	36	222/367