

(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	<p>人口1万～3万人の市町村でおおむね</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般健康教育 年 31回 ・重点健康教育 年 21回 	<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 個別健康教育 <ul style="list-style-type: none"> ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・喫煙者 <p>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%</p> 2 集団健康教育 <ul style="list-style-type: none"> ・歯周疾患 ・骨粗鬆症 (転倒予防) ・病態別 ・薬 ・一般 <p>人口1万から3万人の市町村でおおむね 年 43回</p> 3 介護家族健康教育 <p>人口1万から3万人の市町村でおおむね 年 2回</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 個別健康教育 2 集団健康教育 <p>市町村実施率 100% 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。</p> 3 介護家族健康教育 <p>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。</p>
・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	

	<ul style="list-style-type: none"> ・一般健康相談 月 11回 ・重点健康相談 年 26回 	<p>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おむね</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 重点健康相談 <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
<ul style="list-style-type: none"> ・健康診査 	<p>基本健康診査 受診率 50%</p>	<p>新たに健康度評価事業を実施する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本健康診査 受診率 50% ・健康度評価事業 同左
<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練 	<p>9,755か所</p>	<p>A型 6,500 か所 B型 3,905 か所</p>	<p>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。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問指導 	<p>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</p>	<p>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。</p>	<p>同左</p>

	<p>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</p>		
・関連事業	<p>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。</p>		
<p>(人的資源の充実等) ・保健婦</p> <p>・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</p> <p>・施設及び設備の整備</p>	<p>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</p> <p>地域の関係機関等の協力を得て 確保する。</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p>地域の関係機関等の協力を得て 確保する。</p> <p>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。</p>	<p>同 左</p> <p>同 左</p> <p>同 左</p>

※ 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。