

行政における身体活動支援

花家 薫*

*堺市 健康福祉局 長寿社会部 地域包括ケア推進課

Physical Activity Support Administration

Kaoru Hanaie *

*Sakai City Government Health and Welfare Bureau Senior Citizens' Welfare Department
Regional Comprehensive Care Promotion Division Assistant Manager Speech-Language-Hearing Therapist

〈要旨〉

超高齢化に伴い、高齢者のひとり暮らし、または高齢者同士の世帯の増加など、社会構造の変化を認める。この高齢者を取り巻く背景を踏まえ、地域社会が今後の目指す方向性は、住み慣れた地域で心豊かに暮らし続けることのできるまちづくりである「地域包括ケアシステム」を推進することである。「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「日常生活支援」が一体的に確保される体制のことで、地域の実情に応じて行政、医療介護等関係者、市民が力を合わせて、支え合う社会をつくることである。

社会が超高齢社会に突入している現在、これまでとは異なる「新しい社会保障」が必要である。元気高齢者が担い手になり、地域の支え合いの中心的役割を果たすことで、身体機能や認知機能の低下を予防を実現する高齢者施策が期待されている。医療や介護ニーズを減少させ、地域の担い手を増やすことができるような地域づくりには、行政だけでなく、医療介護等関係機関、企業、ボランティアなど多様な主体が融合的に関わり、共通のゴールや目標を共有することが大切である。

キーワード
地域包括ケアシステム
介護予防
フレイル
地域
支え合い

I. 高齢者を取り巻く背景

日本の高齢者を取り巻く背景は、平成29年度の第19回社会保障審議会人口部会での国立社会保障・人口問題研究所による国勢調査を基にした報告によると、2030年に3,716万人となった後、第二次ベビーブーム世代が老年人口に入った後の2042年に3,935万人でピークを迎える。その後は一貫した減少に転じ、2065年には3,381万人となる。また、老年人口割合を見ると、2015年の26.6%で4人に1人を上回る状態から、出生中位推計では、2036年

に33.3%で3人に1人となり、2065年には38.4%、すなわち2.6人に1人が老年人口となる¹⁾。特に都市部において高齢化のスピードは急激であり、医療や介護ニーズの増加が見込まれ、これまでの対応の延長では課題解決を図ることは困難な状況である。

また、認知症者も増えており、高齢者の15%に認知症を有するという有病率があり約439万人、7人に1人程度が認知症有病者と推計されている²⁾。早期発見・早期対応から認知症ケアに至る地域での支援体制の構築が必要で、徘徊等の周辺症状の課題

は、家族だけでは支援が困難で、社会全体でケアをするような介護の概念の見直しが必要である。

高齢化に伴い、世帯の社会構造の変化も認める。高齢者のひとり暮らし、または高齢者同士の夫婦のみ世帯の増加している。このため、在宅での家族の介護力の低下や地域コミュニティの脆弱化が認められ、介護保険サービスのみならず、互助としての地域での見守りなどのサービスを強化していく必要がある。また、高齢者の住まい方の変化により、住まいの確保も重要な要素である。医療、介護、見守り等の生活支援サービスが一体的に住まいの一部に含まれるような社会的なイノベーションが必要で、地域の身近なところである日常生活圏域で展開されることが必要である。

医療においては、疾患構造の変化があり、糖尿病などの慢性疾患が増加しつつも、平均寿命の延伸に伴い、加齢に伴う心身の虚弱であるフレイルや更に悪化した筋肉量の減少によるサルコペニア、足腰の関節の衰えであるロコモティブシンドローム、認知症と言った加齢に特化した医療課題に重点がシフトしている。

この高齢者を取り巻く背景を踏まえ、地域社会が今後の目指す方向性として、住み慣れた地域で心豊かに暮らし続けることのできるまちづくりである「地域包括ケアシステム」を推進している。地域包括ケアシステムは、「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「日常生活支援」が一体的に確保される体制のことで、実現するためには、地域の实情に応じて行政、医療介護等関係者、市民が力を合わせて、支え合う社会をつくっていくことである。

同システムにおいて、高齢者の身体活動であるフレイル予防については、医療介護等の専門職と市民の両者が、機能低下が顕在化する前段階の視点を持って取組を進める必要がある。行政や専門機関等が、市民に分かりやすいチェックリストのような評価法や基準指標を示し、わかりやすい早期介入のポイントを市民自らが知って、保健行動につながるような働きかけや、元気高齢者はボランティアや就労などの担い手側になり、市民同士で楽しく、自律的に日常生活活動を継続し、支え合う「自助」「互助」の活動が実現することが重要である。

II. 行政の取組

超高齢社会において最も重要なことは「健康寿命の延伸（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）」であり、国においても健康増進法（平成十四年法律第百三十三号）第七条第一項の規定に基づき、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示している。「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」において、高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命の延伸を実現することを明記している。

また、高齢化に伴い、要介護状態にならないように介護予防の取組も健康づくりと両輪で推進し、健康寿命の延伸を実現することに資するものである。このような中、厚生労働省においては、2005年、2008年、2012年の介護保険法改正を経て、制度の方向性を「介護」から「介護予防」を重要視するようパラダイムシフトしている。要介護等認定を受けていない高齢者に、加齢に伴う心身の虚弱の状態である「フレイル」状態の方がおり、要介護等認定に至るリスクの高い対象を含んでいる。このフレイルの状態は、より良い日常生活の取組で健康で自立した状態に改善する可逆性が期待でき、予防意義が高いと言える。

高齢者の特徴は「加齢に伴う様々な機能変化や生理的予備能力の低下することで、外的ストレスに対する心身の脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態」とされており^{3~4)}、サルコペニア、生活機能障害、免疫異常、神経内分泌異常に関与するとされている⁵⁾。フレイルは悪化すると要介護等認定に陥るリスクが高い状態⁶⁾であるが、適切な介入によって予防や自立の状態への改善が可能であるとされている⁷⁾。国内の推計では、フレイルの方は309万人、その前段階であるフレイル予備軍は1,795万人とされている⁸⁾。これらの層が日常生活の中で、自律的に予防活動に取り組むことが改善につながることを期待されている。その方策として、日常的な身体活動や社会的活動、バランスの良い食生活などが挙げられる。

これまで、高齢者の身体的・社会的活動への参加

による死亡率の低下、抑うつ状態の緩和、認知症リスクの減少、要介護等認定の減少などが報告されている。また、運動などの身体活動は独りで実施するよりも、グループや組織に参加することで要介護等認定を受けにくくなるとされている、こうした地域コミュニティ活動への参画は、身体活動による運動生理学的な効果以外に、他者とのコミュニケーションが心身の健康や社会的な支援を介して、予後に良い影響を与えると考えられる。フレイルは運動、や認知機能に加え、社会参加や孤立感との関連性が報告されている^{9~10)}。フレイル予防の方策は、一つだけに取り組むよりも、身体活動、社会的活動、認知機能など多様なプログラムを複数組み合わせることで効果的である¹¹⁾。

2001年に世界保健機構(WHO)が採択した国際機能分類(ICF)において、環境要因は、人々が生活し、人生を送っている物理的環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する要因であり、健康状態や生活機能と相互に作用する要因¹²⁾であるとされている。ICFの大きな特徴は、その評価に「環境因子」という観点を加えた点である。この因子は個人の外部にあり、その人の社会の一員としての実行状況、課題や行為の遂行能力、心身機能・構造に対して、肯定的な影響または否定的な影響を及ぼしうる。環境因子は、2つの異なるレベルに焦点を当てて整理されている。家庭や職場、学校などの場面を含む個人にとって身近な環境(個人的)とコミュニティや社会における公式または非公式な社会構造、サービス、全般的なアプローチ、または制度であり、個人に影響を与えるもの(社会的)である¹³⁾。

身体機能による生活機能の障害を分類するという考え方が中心であったが、同じレベルの機能障害でも、バリアフリーの整備が進んだ環境で生活していることと比較して活動や参加のレベルが向上する。このような考え方は、今後の障害者はもとより、全国民の保健・医療・福祉サービス、ひいては社会システムや技術のあり方の方向性を示唆するものである。

高齢者のフレイルの予防には、身体・心理的要因、生活習慣だけでなく社会的要因も明らかになってい

る¹⁴⁾。このことからわが国では世帯構成の変化や地域社会の希薄化等により、多世代と関わりを持つことが困難である。特に高齢者のフレイル予防について、地域社会全体で取り組む意義は高いと言える。

この健康寿命の延伸に資する介護予防の取組を行政が施策として実施するために、介護保険法において定められる高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画、社会福祉法に定められる地域福祉計画などに明記し、より実践的な施策を展開することが不可欠である。

Ⅲ. 健康寿命の延伸に大切なフレイル予防

政策目的を明確化させ、その目的のために真に効果が上がる行政手段は何かなど、政策立案の論理を明確にし、これに即してデータ等の根拠を可能な限り求める取組であるEBPM(Evidence Based Policy Making)が自治体には求められている。

より早期からのフレイルの予防を行政が行う場合には、根拠に基づき、より合理的な説明により、行動変容を促すような施策の実施が不可欠である。

- 1) 早期発見・早期対応のための『気づき』により、市民自身の意識や行動変容のためのきっかけづくり
- 2) フレイル予防のための『身体活動』『社会参加』『食生活』という具体的な行動目標の知識の理解
- 3) 従来型の施策だけではなく、企業などと連携した新しい知見や方法による取組との融合により、効果的で多様なアイデアやプログラムメニューなどの開発
- 4) データ収集、効果判定、成果検証など研究と検証を行い、地域性や参加者層分類による分析と社会保障費との突合による経済的効果などの社会的インパクトも考慮

Ⅳ. 堺市の取組「あ・し・たプロジェクト」

要支援・介護認定率が23.4%(令和元年9月時点)と国18.5%・府21.6%よりも高く、それはフレイル状態やその予備群がそのまま悪化し、要支援・介護認定につながっているのではと感じていた。また、「高齢者等実態調査」の地域分析によると、特徴として、前期高齢者が多いこと、うつリスク、認知症

リスクが高いこと、孤立傾向が高いこと、「暮らしが苦しい」と感じる人が多いこと、趣味の会やスポーツへの参加志向が高いことが挙げられ、市民は、きっかけがあれば、介護予防に関する通いの場への参加などで行動変容やセルフマネジメントできるポテンシャルが高いことを導いた。

また、これまでの行政施策の課題や弱点として、取組の担い手不足や開催場所がないなどの社会資源不足、地域では、活動内容が偏る、取組を推進していく市民リーダーがいなかったといった活動のマンネリ化、事業PRが不十分で参加者層がいつも同じといった参加者の偏りが挙げられた。

このような状況を変えるには、元気高齢者、特に介護予防の活動を行っていない無関心層に対し、活動に自ら取り組む行動変容を促す必要があると考えた。興味・関心が多種多様な元気高齢者を、効果的に介護予防活動に促していくためには民間のコンテンツ（資源・場所・アイデア）が有効と考え、民間企業との連携手法について検討した。

堺市に関わるすべての人に、地域包括ケアシステムの理念だけでなく、「地域包括ケアシステムの中で自分たちはどのようなことが出来るのか」などの意識を高めるため、平成30年10月に「堺市超高齢社会に対応するための地域包括ケアシステムの推進に関する条例（堺市地域包括ケアシステム条例）」を制定。条例の中で「市」、「医療介護等関係者」、「市民等」のそれぞれの役割や責務、市が進める取組等を明記した。市民に対しては、元気な時から介護予防に取り組むことを明記した。

《めざす成果》

要介護状態ではない高齢者の介護予防・自立支援を行うことにより、高齢者の生活の質を向上させる。また、介護給付費の適正化を図る。

《サービス提供対象者》

市内在住のおおむね65歳以上の高齢者のうち、主に介護認定を受けていない人（普段、介護予防の取組を行っていない、または介護予防の取組に無関心な人が望ましい）

《サービス内容》

サービス対象者に対し、「あるく」（運動）、「しゃべる」（社会参加）、「たべる」（食生活・口腔機能）というフレイル予防に有効な要素を取り入れたプログラムを提供する。参加者を拡大するための「きっかけづくりのプログラム」、多様な興味関心に対応し、地域課題も踏まえた本格的な「学びのプログラム」、活動を披露する機会となる「活躍の場プログラム」を組み合わせ、日常生活の中で継続して介護予防につながる行動を促し、プログラム終了後も、参加者が地域で活躍し続けることを目指す。

上記取組について、スマートフォンアプリを活用した日常活動のモニタリングを行い、参加者に効果を実感させることで継続的な活動を支援する。

《成果指標》

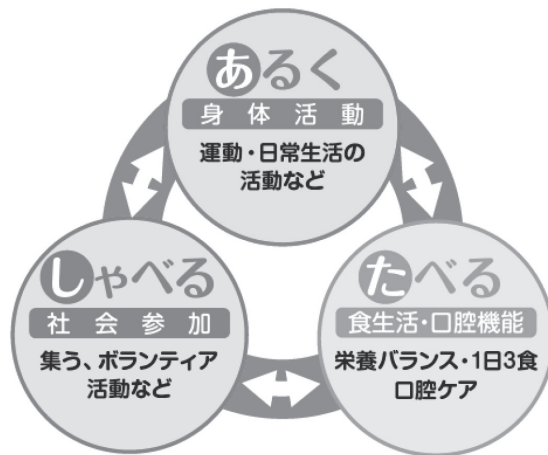
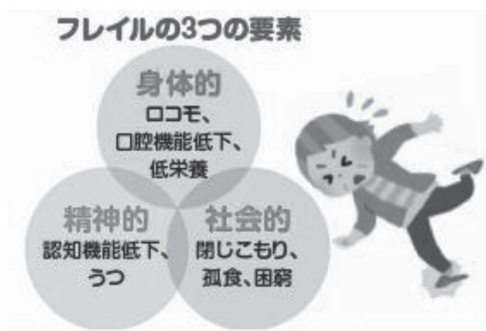
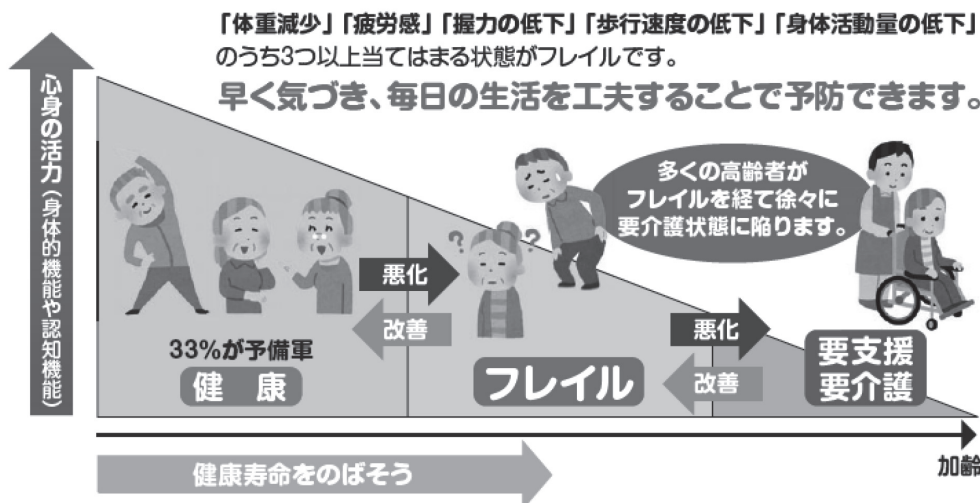
事業参加者総数、週1回の参加を6か月継続した参加人数、要介護状態進行遅延人数

V. 医療と介護の連携

地域在住の高齢者は、病気を有しながら生活する『生活者』も含む。地域では、かかりつけ医等が身近な場所で定期的に治療により、“生活の質”を高めるよう関わっている。介護サービスの提供を受けて生活を継続させながら、在宅医療を中心とした医療サービスによる治療や療養を続けていくことが必要な高齢者がますます増えていく。医療と介護の連携は、このように医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくために、医師をはじめ、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ関係職種など

表1 堺市「あ・し・たプロジェクト」の各プログラムの主な実施内容

タイプ	内容
気づきの場プログラム	健康イベント、健康計測、学びの場体験、ウォーキングイベントと健康体操等
学びの場プログラム	男・本気のパン教室、男・本気の木工教室、歌劇体験ワークショップ、防災教育インストラクター、シニアヨガ、チアリーダー等
活躍の場プログラム	カフェ開催、ステージ披露等



多くの医療職、またこれらに介護関係職種を加えた多職種・多業種による包括的なケアのための協働・連携の体制を整えていくことである。

しかし、医療サービスと介護サービスは、それぞれを提供する主体が異なるだけでなく、それぞれの基盤となる保険制度も異なることから、多職種・他業種間の相互理解や情報共有を進めていくことが課題であると認識している。

また、行政においても、医療政策が都道府県事務であるのに対し、介護保険が市町村事務に位置付けられ、議論の場も医療と介護で異なるなど、様々な場面で制度の枠組みを構築した上で、連携する必要がある。

VI. おわりに

社会が超高齢社会に突入している現在、これまでとは異なる「新しい社会保障」が必要である。それは、元気な高齢者が担い手になり、地域の支え合いの中心的役割を果たすことで、介護予防も実現するような予防策である。医療や介護ニーズを減少させ、地域の担い手を増やすことができるような地域づくりには、行政だけでなく、医療介護等関係機関、企業、ボランティアなど多様な主体が融合的に関わり、共通のゴールや目標を共有することが大切である。このことにより大きな社会課題を解決し、人生100年時代に、全ての住民が住み慣れた地域で、いつまでも安心して心豊かに暮らし続けることができる、健康長寿のまちづくりが実現するものと考えられる。

引用文献

- 1) 内閣府：令和元年度版高齢社会白書（全体版），
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html>2020.6.30
- 2) 内閣府：平成 29 年度版高齢社会白書（概要版），
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/index.html>2020.6.30
- 3) Gotaro K, Ann EML, Steve I: Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy, *Risk Management and Healthcare Policy*, 12: 23-30, 2019
- 4) Chang SF, Lin PL: Frail phenotype and mortality prediction: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies, *Int J Nurs Stud*, 52: 1362-1374, 2015
- 5) 荒井秀典：フレイルの意義，*日本老年医学会雑誌*，51：497-501, 2014
- 6) Mei-Hsun Cheng, Shu - Fang Chang: Frailty as a Risk Factor for Falls Among Community Dwelling People: Evidence From a Meta-Analysis, 49: 529-536, 2017
- 7) 葛谷雅文：高齢者医療におけるサルコペニア・フレイルの重要性，*日本内科学会雑誌*，106：557-561, 2017
- 8) 下方浩史，安藤富士子：フレイル・サルコペニアの長期縦断疫学研究，*体力科学*，66：133-142, 2017
- 9) Hiroyuki H, Katsunori K, Tokunori T, Ichiro K: Social interaction and cognitive decline: results of a 7-year community intervention, *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 3: 23-32, 2017
- 10) Jun A, Katsunori K, Hiroshi H, Subramanian SV, Chiyoe M, Naoki K, Yukinobu I, Kokoro S, Ken O: Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. *BMC Public Health*, 11: 499-511, 2011
- 11) 吉澤裕世，田中友規，高橋競，藤崎万裕，飯島勝矢：地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルの関係，*日本公衆衛生誌*，66：306-316, 2019
- 12) 瀬戸佳苗，田高悦子，有本梓：地域在住自立高齢者におけるフレイルの実態と関連要因，*日本地域看護学会誌*，19：15-23, 2016
- 13) 厚生労働省：「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について，<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>, 2020.6.30
- 14) 渡邊良太，竹田徳則，林尊弘，金森悟，辻大士，近藤克則：フレイルから改善した地域在住高齢者の特徴—JAGES 縦断研究，*総合リハ*，46：853-862, 2018