

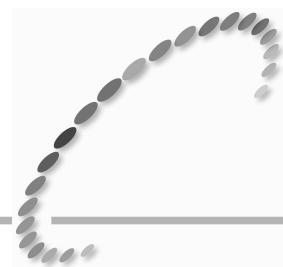
特別区議会議員講演会(令和3年度第2回)

高齢者の保健事業
～フレイル予防と健康寿命の延伸を目指して～
講演録

講師：東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長 石崎 達郎

日 時 令和3年9月1日（水）
場 所 東京区政会館 20 階会議室

公益財団法人 特別区協議会



目 次

	頁
講 演 録	1

この講演録は、令和3年9月1日に行われた講演の
内容を集録したものです。

はじめに

ご紹介ありがとうございます。東京都健康長寿医療センター研究所の石崎でございます。

今日は、高齢者の保健事業ということでお話をさせていただきますが、まず、講演に入る前にこのような機会をいただきました特別区協議会の小山田事業部長、また、東京都後期高齢者医療広域連合の関係者の皆様に御礼申し上げます。

東京都健康長寿医療センターについて

まず、私の職場を紹介させていただきます。こちらは東京都健康長寿医療センターの建物でございます。東京都健康長寿医療センターは、1872年に設立された養育院が前身で、初代院長は渋沢栄一です。養育院は、生活困窮者のシェルターですが、そういった方は病気を抱えている人が多いということで附属の診療所ができ、1972年には東京都老人医療センターという高齢者医療の第3次医療機関、高度医療提供病院となりました。1972年には東京都老人総合研究所、こちらは世界で初めての老年学、高齢者の様々な課題に取り組む研究所も設立されました。2009年に、この東京都老人医療センターと研究所が合併して、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターとなりました。

来年、2022年は、病院と研究所の50周年、そして、養育院創立150周年ということで、記念行事が企画されております。

病院のキャンパス南側に少し緑の多い場所があるのですが、そこに渋沢栄一の銅像が建っております。これは大正時代に養育院の板橋への引っ越しがひと段落した際、東京市民の寄付によって造られたもので、板橋区登録有形文化財となっております。

本日の話題について

本日お話をさせていただく内容は、初めに高齢期の健康をどう捉えるか、次に高齢期の健康課題とフレイルの予防です。高齢期とはここでは75歳以上と書いてありますが、必ずしも75歳に限らず、65歳以上の方で問題となる健康課題も含めます。そして最後は、令和2年度から大きく変わった高齢者の保健事業を取り上げ、保健事業と介護予防の一体的実施について紹介させていただきます。

I 高齢期の健康をどう捉えるか

高齢期の健康をどう捉えるかということですが、「健康」を考える際、世界全体の公衆衛生をつかさどる国際機関である世界保健機関（WHO）が、1946 年に健康の定義を策定しました。健康とは、単に疾病や虚弱な状態でないばかりでなく、身体的、精神的ならびに社会的に完全に良好な状態であると定義されています。この定義は、1946 年からずっと現在までも使われております。

厚生労働省は、3 年に一度、国民生活基礎調査を実施しています。65 歳以上の高齢者に限定しますと、何らかの自覚症状がある方は 47%、約半分おります。また、鍼灸・あんまも含めて通院されている高齢者は 7 割を占めています。

このような数字を見ると、高齢者の半分は健康ではない、不健康であると解釈が成り立ってしまいます。そのような中、高齢期における健康をどう捉えるかという WHO、世界保健機関の専門チームが組織されました。その専門チームによって 1984 年に「高齢者の健康は、生活機能の自立をもって健康とする」と提案されました。私自身はこの WHO の定義に則って、高齢期の健康への取組は、病気があるかどうかよりも生活機能が自立していることを重視するスタンスをとっております。

また、この WHO の考え方は、高齢者医療における治療のゴールを設定する際に、単に余命を延長することよりも、病気を治療する中で生活機能の自立期間の延長を考慮することに繋がります。血液検査の値、いろいろな検査値の正常化というよりも、生活機能を落とさないで治療をすすめることに重点が置かれており、健康寿命の延伸の重視に繋がっております。

ここで示されております「生活機能」とは、一般の方にはあまり聞きなれない言葉だと思いますので、次に、この生活機能について解説をさせていただきます。

生活機能とは？元気な身体と活動的な生活

簡単に申し上げますと生活機能とは、元気な体と活動的な生活です。これは三つのレベルから構成されており、生命レベルとして心身機能構造です。それから、生活レベルとして活動的であるかどうか、そして最後は、人生レベルとして、社会参加があります。この三つの側面が必要です。

「心身機能構造」は、心と体の働き、体の構造などです。「活動」は、生活行為、身の回りの行為とか家事、仕事などです。「参加」は、家庭内での役割はもちろん、仕事も含まれますが、地域における社会参加、これも重要となります。

この絵は、東京都福祉保健局が作成している「東京都介護予防・フレイル予防ポータルサイト」からの引用ですが、この詳しい説明は、こちらのポータルサイトをご覧ください。

生活機能自立度の推移

この生活機能自立度とは、どういうふうに変わっていくのか、このグラフは人が生まれた時から、そして、歳を取ってからの推移を示しています。横軸が年齢、縦軸は生活機能の自立状況です。上に行くほど自立しているということですが、青い線が平均的な推移で、人間は生まれた直後は、要介護状態です。そして成長と共にだんだん生活機能を獲得し、自分の身の回りのことができるようになります。人間、生まれたときは、誰でも食べることも排せつすることも移動することも全て要介護なわけです。そして、生活機能の自立を獲得していった、若い頃には、ピークに達することがわかります。

この青い線は、正常な老化です。やはり、加齢変化とともに生活機能というものは落ちていきます。他方、この赤い線は、病的老化状態を示しており、正常な方よりも生活機能の低下のスピードが速いのです。この横軸は年齢ですが、同じ年齢の人であっても生活機能が自立している人もいれば、自立していない方もいるということで、個人差がどんどん大きくなっていくことは加齢変化の特徴です。

私たち老化研究者は、どうすれば、この赤い線の低下を青い線に近づけることができるのか、もしくは、優秀な老化、成功した老化という言い方がありますけど、この青い線がもっとフラットになるにはどうしたらよいか、老年学研究者は目指しています。

生活機能が低下する二大原因

生活機能が低下する二つの原因には病気と老化現象があります。生活機能を低下させる原因となる疾患には、いろいろありますが、例えば、がん、メタボリック症候群、高血圧、糖尿病などの慢性疾患。それから、脳卒中とか心臓病、腎臓病など、機能不全を起こすような病気があります。

一方、老化現象としては、認知機能、判断能力とか記憶力が低下すること、口腔機能、かむ力が低下すること、そして筋力・歩行の機能低下や栄養状態が悪くなること、外に出たくなくなる閉じ籠もり、抑鬱など、こういった老化現象があります。病気と老化現象の二つが相まって生活機能が低下していくので、生活機能の低下を予防するためには、慢性疾患への対応と加齢変化の対応、この二つが必要となります。

Ⅱ フレイルとその予防

そういった中、近年、フレイルという言葉が一般の雑誌、それから、新聞紙上等でも見る機会が増えてきたと思いますけども、このフレイルという考え方についてお話をさせていただきます。

長寿科学振興財団は一般向けにいろいろな健康調査に関する情報を提供しています。フレイルというのは、一言で言えば加齢により心身が老い衰えた状態で、言い換えますと、高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、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です。

ちょっと長い表現ですが、生理的予備能は、私たちの体は、幾らか余力を持って機能をしています。例えば、新型コロナウイルスに感染をして指先で体の中の酸素飽和度を計るときに、酸素値が93 だったら低酸素血症であるとか、88 になったら入院が、酸素投与が必要だと、そういうような報道がよくなされますが、指先で計る最高値は100 です。その100 という値が99 になっても98 になったとしても別に息苦しさはありません。でも、やはり、93 とか80 台になると、息苦しくなる。多少の酸素飽和度は下がったとしても、人間の体はゆとりがありますので、すぐには息苦しさというものは感じない、また、心臓とか呼吸の働きが変わりません。人の体は、腎臓でも心臓でも肝臓でも、ある程度余裕があるのですが、そういった余裕がなくなってしまう、かつ、ストレスがかかると、余力があればすぐに正常な状態に戻ることができるのですが、余力が少なくなると、今までは問題のなかったストレスでも急に体の仕組みが悪循環に陥ってしまって、どんどん悪い方向に進んでいってしまう。そのような状態、脆弱性が亢進するということになって、その結果、生活機能の障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥ってしまうわけであります。

このフレイルという状態は、体だけの問題ではなくて、精神・心理的な側面、それから、社会的な側面を含む概念ですので、フレイル予防というのは体だけ、筋力だけ、筋肉だけ鍛えればいいというわけではなくて、体もよくする、心の面もよくする、社会的な参加を配慮するといった総合的な包括的な取組が必要とされます。

フレイルは、「元気」と「要介護」の間

こちらは、フレイル予防の重要性に関する図ですが、横軸が状態で、縦軸は機能的健康度です。まずは、元気な状態であると。そして、元気度が落ちてくる、生活機能の自立度、機能的健康度が悪くなってくるとフレイルという状態になります。そして、フレイルという状態がさらに進むと、心身機能障害、要支援とか要介護状態になってしまいます。このフレイルは、元気な状態と心身機能障害によって要支援、要介護状態になる中間に存在するのだというのが定義の一つです。

それから、この元気からフレイルへの右向きの矢印があり、さらにフレイルから心身機能障害へのもう一つ右向きの矢印がありますが、その一方で、左向きの矢印もあります。これはどういうことかということ、元気な方がフレイルになったとしても適切な介入を受け、適切に対応していただく

ことによって、元気な状態を取り戻すことができる。また、フレイルの状態から心身機能障害に陥ったとしてもその適切な対応によってまた、フレイル状態に戻ることができるということです。フレイルという状態は可逆的な状態であるということです。ですので、フレイルを予防する、元氣からフレイルに陥るのを予防する、また、フレイルからこの要介護を予防するという点では、狭い意味でいうと、元気な方がフレイルにならないようにするのをフレイル予防、そして、フレイルな状態から心身機能障害によって要支援、要介護状態に陥るのを介護予防と使い分ける場合もあります。

そして、この元氣からフレイルの状態までは、生活機能がある程度自立しているところで健康であるとして、生きてから死ぬまでの期間を余命とした場合に、フレイルまでは、健康余命です。それから、心身機能の障害を抱えて生きている平均的な期間というのは、障害期間というふうに表せるのですが、このフレイルな状態をできるだけ少なくしてかつ、健康な状態を長くするということが健康寿命で、「健康余命の延伸」は日本の施策目標になっています。

高齢者の虚弱（「フレイル」）について

フレイルは、公衆衛生や医学だけで使っている言葉ではありません。2015 年、平成 27 年の第 7 回経済財政諮問会議、いわゆる骨太の方針を決める会議において、当時の厚生労働大臣、塩崎さんが提出した資料ですが、とてもよくフレイルの特徴を示している図です。

ここにも定義が書いてありますけども、「フレイル」とは、加齢と共に心身の活力が低下して、生活機能障害、要介護状態、そして、死亡などの危険が高くなった状態です。

そして、加齢変化に伴って栄養状態が悪くなるとか、転倒しやすいとか、尿失禁などの老年症候群と言われるような状態になりやすくなります。

フレイルというのは、多面的であって、体の問題、身体的な側面、精神的な側面、そして、社会的な側面、三つの側面を総合的に見ていかないとはいけません。

このようなフレイル対策によって、要介護状態に陥る方を減らす、もしくは、要介護状態になることを減らすことで、健康寿命を延ばすという大きなゴールに向かっていくのです。

フレイルの多面性に応じた総合的な対策

そのような取組をするためには、医療、介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策が必要です。また、メタボ対策からフレイル対応の円滑な移行が必要であるということが、この経済財政諮問会議で示されまして、2016 年から高齢者の健康づくりが大きく変化しました。

フレイルの兆候

今までフレイルに関して、抽象的なお話が多かったのですが、フレイルの兆候といいますか、どんな状態になるのかを説明します。これは、身体的側面だけですが、体が縮んでいく、体重が減少してくる、疲れやすくなる、活動が少なくなる、握力が弱くなる、歩行が遅くなると、このような兆候が現れます。このような兆候は、年のせいだと放置するのではなく、フレイルかもしれないと察していただいて、フレイル予防が必要となります。

健康長寿への道のり

健康寿命を延伸する健康長寿への道のり、では、それぞれの年代ごとでどのような取組が必要であるかといったとき、まず、働き盛りの時期 64 歳まで、いわゆる高齢者とされる前の中年期、壮年期という場合には、生活習慣病の予防、そして、管理をしっかりと行うということが大事であります。

そして、前期高齢期、65 歳から 74 歳に関しましては、生活習慣病の管理を適切に行うことが大切です。生活習慣病による合併症等を抱えている方が増え始める時期ですので、生活習慣病の管理を適切に行うことが大切です。後期高齢期、75 歳以上になりますと、今度は、生活習慣病の管理もさることながら、フレイルの予防をしっかりと行うことが大切です。このような対応が必要になり、生涯を通じた健康管理は重要ですが、高齢期からでも健康管理が決して遅くないというメッセージでもあります。

新型コロナウイルスの感染予防と生活不活発病

少し話が外れますが、現在、新型コロナウイルス感染が拡大しています。コロナウイルス禍において、感染を予防するという意味でソーシャルディスタンスを取るとか、「不要不急」の外出を控えるとか、今まで活動できたものを制限する必要が生じています。それによって、生活不活発病という、名前の通りの病気が発生しています。これに対する血液検査やお薬はないわけですが、コロナウイルスの感染を予防するあまりに、その合併症として、生活不活発病というものが大きな問題となっております。「不要不急」の外出を控える、人が多く集まる場所を避ける、終日家に閉じ籠もって過ごす、テレビを見る時間が長くなる、このような結果、おなかがすかないで食事をたまたに抜かすということが増える、人と話すことが少なくなることが起こります。これはもちろん、新型コロナウイルスの感染予防という点では必要なのですが、からだの予備能が減っている高齢者にとっては、こういった感染予防対策が生活不活発病を引き起こすことになり、フレイルの進

行が早まってしまいます。このようにフレイルが進行してしまうと、心身機能が低下し、要支援、要介護状態になってしまうという別の問題が発生してしまいます。ですので、コロナウイルスの予防も大事なのですが、このフレイル予防を意識することも必要となります。

フレイルの予防習慣 3プラス1

フレイルの予防とは、こういった観点が必要かといいますと、包括的、総合的な対策が必要となりますので、体力、栄養、社会参加、この三つが重要となります。さらに、口腔の機能低下を防ぐことも必要です。お口の健康状態を良くするという事で、私どもはフレイルの予防習慣3プラス1というふうに呼んでいますが、この視点がフレイル予防には必要です。

フレイル予防のパンフレットについて

私どもの研究所では、健康長寿新ガイドラインというものを数年前に作成しました。このパンフレットを紹介させていただきます。

これはフレイル予防のパンフレットですが、「栄養・体力・社会参加」3本の矢でフレイルを防ごうというフレーズとなっていて、機能的健康、生活機能の自立と維持を第一にしています。フレイルのリスクを知って自分のリスク度をチェックします。いろいろ食べて、栄養をしっかりととりましょう。肉、魚、卵、牛乳などの動物性たんぱく質をしっかりと取りましょう。歳を取ってきたから肉を減らすとか、卵を減らすというのは、決していいことではなくて、しっかりとたんぱく質を取ることが大事です。

運動習慣をつけて筋力を保つことが必要です。運動教室などを利用して、週2回以上は運動しましょう。そのために、家には籠らず外に出ましょう。趣味活動や、地域活動に参加をしましょう。それから、糖尿病の進行を防ぐことも重要です。糖尿病を持っている方は6人に1人ぐらいいらっしゃいますので、糖尿病の進行も防ぎ、治療を継続することが必要です。

「栄養・体力・社会参加」3本の矢

3つの大きな矢があるので、それぞれを見ていきます。まず、栄養ですが、バランスよく栄養を取ることが大事になります。あっさりした食事を好む傾向があると、動物性たんぱく質は不足がちです。たんぱく質は、体に吸収されて病気やけがに対する抵抗力を高めることになりますから、お肉、鮭、お魚とか牛乳、卵、納豆、こういったものを満遍なく取りましょう。

ここに卵1個分とありますが、昔は、卵にはコレステロールが多く含まれているので、卵を多く

食べるとコレステロールが高くなって動脈硬化が悪化するというようなことを言われていました。そのような研究は、多くが欧米からの研究ですが、欧米人と日本人は、体格が違います。日本人は欧米人と比べて太っている方がものすごく少ないです。ですから、肥満に関連する動脈硬化は、アジア人では進行が遅くなるため、後期高齢者では、卵を2つ食べても体に大きな悪影響はないと思います。

もう一つ、食コレステロールに関する血液検査への反映の度合いは、食事で取ったコレステロール量の10%ぐらいという研究結果が出ています。ですので、肥満の方が多い欧米人で示された食事制限、例えば卵は1個までといったことはアジア人である私たちには当てはまらないと思います。

ただし、太りぎみの方、それから、若いときから血圧が高くて動脈硬化が進んでいて、心臓病とか脳卒中になりかけだという方は、しっかりとコレステロールは管理する必要があります。個人差が多いので、皆さん全員に「卵は毎日2つ以上食べましょう」とは言えませんが、動脈硬化のリスク、高血圧の管理、糖尿病の管理、それから脂質異常症、そういった病気がほとんどない方に関しては、こういった動物性たんぱく質をしっかり摂取していただく必要があります。

次は、第2の矢、体力です。

運動を習慣づけ、筋力を保つには、爪先立ちや膝伸ばしが大切です。膝伸ばしも座ったまま足を伸ばすと、足の重さは人によっては10キログラムぐらいありますので、座ったまま足を伸ばすと太ももがすごくきつくなります。ですから、座ったままでもこういった運動をすることによって足の筋力を維持することが大事になります。

それから、第3の矢は、社会参加です。

家に籠もらずに外に出ましょうということです。これらの運動、社会参加に関して、コロナ禍において、緊急事態宣言が出ている中で、どんどん外に出ましょうとは言えませんので、例えば、電話をするとか、それから、インターネット、スマートフォンを持っている方は相手の画像というかテレビ会議といいますか、そういった仕掛けがたくさんありますので、そういうものを使っている人とおしゃべりをするのが精神面、社会面において健康状態を維持するという点で大事なことです。

健康長寿のための12か条

こちらが、健康長寿のための12か条です。私たちのセンターで策定したものです。1から食生活からお口、身体、体力、社会参加、こころ、フレイル、生活習慣、それから、介護・終末期、まで12か条ということで出したのですが、本日は、フレイルに関する9番の「栄養・体力・社会

参加」3本の矢で、フレイルを防ごう」の部分だけ紹介させていただきました。そのほかにもご興味ある方は、こちらのガイドラインをご覧くださいはいかがでしょうか。

Ⅲ 高齢期（75歳以上）における健康課題

それでは、健康状態をもう少し狭めていって、高齢期における健康課題では、どんなものが問題となるのかについてお話をさせていただきます。

ここで、75歳以上と示しておりますけども、75歳以上でないと問題にならないというわけではなくて、75歳以上になるとこの次にお示しする健康課題を抱える方が、割合的に多くなるということですので、65歳から74歳、もしくは、60歳前半であっても次の健康課題に対する対策が必要な方は少なからずいらっしゃいます。加齢変化の個人差を考慮しながらお話をさせていただきます。

フレイル以外の健康課題

フレイル以外の健康課題として、まず、生活習慣病の重症化予防です。この後のスライドでお示ししますが、何らかの生活習慣病を抱える方は、かなり多くいらっしゃいます。高血圧、糖尿病、脂質異常症、いずれかの疾患を持っている方は、75歳以上の方の中で8割ぐらいいいらっしゃいます。この病気の発症を防ぐということではなく、既に病気にかかっている方の病気をより重症にさせないことが大事です。

高血圧、糖尿病、高脂血症、脂質異常症は、基本的には自覚症状はありません。自覚症状がないままに病気が進行すると、動脈硬化がどんどん進んでいき、動脈の壁が固く厚くなって血流が低下していきます。血が流れる部分の面積が狭くなることで、血流が低下して、最後には詰まってしまいます。もしくは、動脈硬化のあるところで、血管が破裂してしまうことが起こります。そういった状況が、脳の中の血管で起こると脳卒中、脳梗塞とか脳出血となります。心臓で起こる場合には狭心症とか心筋梗塞といった虚血性心疾患というものを起こします。糖尿病でも血糖が高いと動脈硬化をどんどん進めますので、糖尿病による腎臓障害を起こします。腎臓は血液をろ過してその老廃物を尿として体外へ捨てるため、腎臓にはたくさんの血管があります。腎臓の中の血管で動脈硬化が進むと、老廃物を効率よく尿の中に排出することができなくなり、腎臓機能が低下してしまい、腎不全という状態になってしまいます。

神経そのものも生きていくためには血液から栄養を取らなければなりません。神経に栄養を送っている血管で動脈硬化が進んでいくと、栄養不足によって神経の働きが悪くなってしまい、糖尿病性神経症という合併症が発生します。この症状として、何も触れていないのに手がしびれる、足が

しびれるようになります。ひどくなると、感覚がなくなってしまいます。このような合併症も、糖尿病の合併症として起こりやすいのです。

また、眼の奥にある網膜、これは映画館のスクリーンのようなものですが、ここにもとても細かい血管がたくさんあります。その血管によって網膜の細胞が活動をして私たちは視力が保たれますが、網膜の血管が潰れてしまう、破裂してしまうことで眼底出血が起これば、視力が低下してしまいます。これも糖尿病の合併症として起こりやすいのです。ですので、既に高血圧とか糖尿病とか高脂血症になっている方は、脳卒中とか心筋梗塞、心臓発作とか糖尿病の合併症を起こさないように管理するということが大事になります。

それから、老年症候群、これは歳のせいだからと言われているようないろいろな状態です。おしっこが漏れやすくなってしまうとか、転びやすくなる。幾ら食べても太らない、痩せてしまう。あとは、睡眠障害、不眠症、軽度の認知障害。それから、筋力の低下、歩く速さが遅くなってくる。腕の力が弱くなってきて今まで瓶詰めの蓋を回して開けることができたのだけでも、だんだん握力が低下してきたことによって、蓋を開けられなくなるといった状態です。歳のせい、明確な病気ではない、致命的ではない、これによって命を落とすわけではないということで、お薬で治療するのは難しいです。こういったものを老年症候群と呼んでいて、それに対する予防、非薬物的治療がとても重要です。この老年症候群をよく理解していないと、単に歳のせいだということで、放置されることが少なからずあります。それから、生活習慣病の重症化や老年症候群に対して、適切な管理を行うことで、生活機能の低下を防ぐことがとても大事になります。生活習慣病の重症化については、治療はできませんので病気を抱えながら生きていく。また、老年症候群も治癒ということは難しいのです。尿失禁のお薬もありますけれども、なかなか副作用が多くて難しいのです。ですので、病気とともにその病気を適切に管理しながら生活機能低下を防ぐということが大事になります。

後期高齢者の有病率

次に、東京都の後期高齢者医療のレセプトデータを使った結果を紹介いたします。傷病別の治療割合の有病率ですが、高血圧で治療をされている方は全体で6割ぐらいいいます。それから、胃潰瘍等で胃酸を抑える薬を飲んでいる方は4割ぐらいいいます。これは、平成26年の広域連合の受託事業なのですが、いずれか一つ病気を持っている方は、全体の8割ぐらいいいるという結果です。

また、一人あたり何種類の疾患を持っているかを見た場合、東京都の75歳以上の方、当時は131万人程度いらっしゃいましたが、全体の約8割が慢性疾患を二つ以上持っていました。これを年齢別に見ますと、灰色の部分は、この20数種類の対象疾患の、いずれもないという方が1割

ぐらいいました。90 歳、100 歳になると少しずつ増えていきました。90 歳以上になりますと、病気の数が減っていくということは、90 歳になるまでにお迎えが来てしまったということでもありますので、90 歳以上の方は、生存者バイアスといいますか、健康状態がいい人で、慢性疾患が少ないがために 90 歳、100 歳まで寿命を延ばすことができたと解釈できます。

病気がたくさんありますと、それに対する飲み薬も増えていきます。こちらは、東京都後期高齢者医療広域連合の匿名化済みのレセプトデータを使った分析です。109 万人の方の内服薬だけに限定して、一人何種類飲んでいるかを集計したものです。平均が 6 種類ととても多いです。5 種類以上の方が 64%、10 種類以上飲んでいる方が 19%ということで、お薬を飲んでいる方はとてもたくさんいますし、お薬の数もとても多くなっています。

お薬の数が 6 種類以上になると、転びやすくなるとか、入院期間が長くなるとか、いろいろな不具合が出やすい方が増えると言われていますが、こちらで中央値が 6 種類ということになりますと、6 種類以上の方は、東京都内だけで 50 万人以上います。こういった方に対してどのような服薬指導をするか、最後に紹介します。高齢者の保健事業という点で、服薬指導はとても重要なテーマになります。

疾患数・処方薬剤数と外来医療費

こちらは、東京のデータではなくて、私どものセンターが包括協定を結んでいる北海道後期高齢者医療広域連合のデータです。慢性疾患の数とそれらの疾患に対してお薬を何種類飲んでいるかを調査し、お薬を把握した月から 3 か月分の外来医療費を積み上げてみました。その結果、左側のグラフも右側のグラフもそうなのですが、疾患数、処方薬剤種類数が増えれば増えるほど外来医療費が高くなっていました。もちろん、それだけ大きな医学的な課題を抱えていますので、多くの医療処置が必要となるということで、当たり前といえば当たり前なのですけども、こういった集計は、海外ではたくさんあるのですが、日本国内ではあまり計算されていません。アメリカやイギリスでは、高齢者が複数の疾患を抱えていることに対し、どのように取り組んだらよいのかを、国を挙げて検討されているのですけども、日本ではまだまだそのような取組はほとんど行われていません。

その他の健康課題

これまでお話ししたように、複数の慢性疾患を抱えていることを「多疾患併存」と呼ぶことがあります。処方されるお薬が多い場合は「多剤処方」と呼ばれます。あとは、「低栄養」という課題がありますが、先ほどの東京都のデータをまとめますと、慢性疾患を 2 つ以上持っている方は、

全体の8割に達していました。3疾患以上で3分の1を占めます。大都市である東京都に特徴的な課題ですが、複数の医療機関を受診している方がとても多いのです。私もこの集計を見て驚いたのですが、1年間に一つの医療機関だけにかかった方は20%、二つの医療機関にかかった方は24%、三つの医療機関にかかった方は21%、四つ以上の方が15%、そして、五つ以上行った方が20%でした。東京都のなかでも、特に区内は医療機関へのアクセスがとてもいいので、75歳以上のほとんどの方は複数の医療機関を受診していたという結果です。

そうすると、何が課題かという、一つは、それぞれの医療機関におけるカルテ情報、診療情報を共有することが難しくなることです。お薬に関しては、おくすり手帳というのがありますが、これを1冊にまとめている方は多くはいるのですけども、わざわざ調剤薬局ごと、主治医ごとにおくすり手帳を分けている方もいらっしゃいます。そうすると、調剤薬局はその方がどのお薬を飲んでいるか、全体把握ができなくなります。また、処方薬剤数が多い場合に、飲み合わせの悪い薬剤があることも問題です。薬の数が多くて薬を飲む回数が多くなると、飲むのが煩わしくなりますので、どうしても飲み忘れというのが、起こりやすくなります。そうすると、お薬が余ってしまい、残薬という別の問題になります。残薬によってどのくらいお薬が無駄になっているかについては、きちんとした集計はありませんが、恐らく、無視できないような状況になっているのだと思います。

また、複数の医療機関からお薬が出ていると、同じ成分が含まれるお薬が複数の医療機関から同時に出てしまう、重複処方の問題が生じます。また、飲み合わせの問題があります。自分のところで出すお薬に関しては、飲み合わせが悪いようなお薬は減らす、相互作用というのですけども、相互作用が起こるようなお薬は意識して出さないようにできるのですが、ほかの医療機関でどんなお薬が出ているかは分からない場合には、相互作用に対する対応が遅れてしまいます。そうしますと、薬剤有害事象、いわゆる副作用が発生してしまったり、健康影響が出てしまいます。

こういった課題は、こちらのサイロ、貯蔵庫が並んでいます。日本ではタコつぼを例に挙げられますが、それぞれの医療機関が独自で医療を提供している、診療を提供しています。もしくは、大きな病院の中のそれぞれの診療科が専門的な診療を提供しています。医療機関内、もしくは、診療科の間で情報交換がきちんとできていないと、情報共有ができていないと、このようなタコつぼ化、サイロ化が起こってしまったり、治療が分断されてしまいます。これによっていろいろな課題が生じます。悪い意味でのサイロ効果というものがいろいろなところで起こっていることが予想されます。会社経営に関するビジネス書でもサイロ効果に関して書籍が出ています。医療においてもこれは大きな問題なのです。ですので、診療科を越えて、または医療機関を超えて全体を把握することが必要です。フレイルは身体面、心理面、社会面、それぞれ評価しながら全体を捉えなければいけない

というお話をしましたが、医療においても、やはり、高齢者を丸ごと評価することがとても重要です。健康上のニーズに対して、適切な保健・医療を提供する仕組みが必要ですが、行政組織に横串を通すことは実際には困難です。それから、厚生労働省にしてもそうなのですが、このような縦割り行政の弊害として、いろいろな課題に対し、適切なタイミングでの対応が遅れてしまうという問題が出ています。

低栄養について

次に、低栄養のお話をします。

ある自治体で低栄養の取組をすることになったそうで、役場の担当者が低栄養の可能性のある方にお電話をしたところ、「私はそれほどお金に困っているわけではない」と怒りの返答があったそうです。つまり、低栄養は貧困問題であると捉えている方がいらっしゃいます。しかし低栄養は貧困問題だけではありません。食事の準備がおっくうになることや、これは男性で多いのですが、配偶者である奥さんが亡くなったことで、男性が自分自身で食事を準備しなければいけなくなると、どうしても食事が偏ってしまいます。口の中の問題で、歯が悪いとか歯茎が腫れているといったことで、食べられる物、かめる物が限られてしまうことも低栄養に繋がります。あとは、うつ状態がひどくなってきて、食欲がわからないことのように、いろいろな問題が低栄養に関係します。ですので、この低栄養の課題は、とても複合的な問題です。お薬の副作用によっても食欲がわからないことが起こりますし、唾液の分泌が減ってしまうお薬も結構あります。このように、いろいろな問題がありますので、低栄養の課題は高齢期の大きな課題です。

体格指数（BMI）と生存率

こちらは、私どもの研究所で 1990 年の初めぐらいから東京都の小金井市、それから、秋田県の南外村（現大仙市南外地区）の高齢者を追跡した結果、痩せている方や太っている方の生存率、つまり余命はどうであったかを追跡研究で検討した結果です。赤い線が痩せている人（BMI 20 以下）です。BMI は体重（キログラム）を身長（メートル）の二乗で割った「体格指数」です。例えば、痩せている人（BMI 20 以下）とは、例えば、150 センチメートルの方ですと、体重は 45 キログラムだったら、BMI は 20 となります。160 センチメートルの人でしたら体重が 51 キログラムだと BMI は 20、170 センチメートルでは 57.8 キログラムです。また、BMI が 25 以上を日本では肥満としています。この BMI が 20 より小さい人は、死亡率が高くなっていたことを示しています。

一方、少し太めの方、それから、太い方は生存率が良かったです。65 歳、70 歳、80 歳の方においては、少し太めの方、太っている方のほうがいいですよという話は、40 代、50 代のような中年の方には当てはまらないことをご理解ください。

肥満は、動脈硬化を悪くします。動脈硬化は、悪い状態が 10 年、20 年、30 年続くといろいろな病気を起こします。ですので、30 歳、40 歳の方の 20 年後、30 年後にどうするかという取組と、60 歳、80 歳、90 歳の方の 10 年後、20 年後、30 年後にどうするかというと、75 歳以上の後期高齢者の方の 20 年後は 95 歳ですから、恐らく多くの方は、お迎えが来ているわけです。でも、75 歳、80 歳までお元気でいられるということは、中年期において、健康管理がしっかりできていたからなのですね。ですから、中年期において、大きな健康課題がなかった方が、後期高齢者になってその方の健康管理として、少し太りぎみのほうがいいという話と、40 歳、50 歳の方が BMI 25 以上、肥満という話では意味が全く異なりますので、残念な話ではありますがご理解いただければと思います。

この少し太めの方がなぜ長生きかということについての一つの仮説ですが、このような方は体力や栄養に余裕があることと関係していると推測されます。体力や栄養に余裕があれば、風邪を引いた時や感染性腸炎等で二、三日の間、水しか飲めなかったという状態に陥ったとしても、少し太っている方は栄養の蓄えがあるので、体がだるくなるとか、痩せがひどくなるとかそういった問題を回避することができると予想されます。逆に、痩せている方は、栄養面や体力面において余裕がないので、二、三日ご飯を食べなかったとすると、一挙に悪循環になってしまって筋力が落ちてしまったりとか、体がだるくなりやすいとか、そういった問題が表れてしまい、病気は治った、熱は下がったのだけれども、体がだるい状態が続いてしまう、足腰が弱くなってしまいうということが起こりやすくなると考えられます。

血清アルブミンと生存率

血清アルブミンは、血液中のたんぱく質の一つなのですが、栄養状態を示す指標です。血清アルブミンも先ほどの BMI（体格指数）と同様に、赤線の低い方では、生存率が低くなっていたという結果が出ております。やや低い人、やや高い人、高い人では、ほとんどグラフが重なっていますので明らかな差はないのですが、極端に低い方（男性で 3.8、女性で 3.9）は、低アルブミン血症という病名がつくぐらいの方です。血清アルブミンという血液検査は、後期高齢者の住民健診においては、必須項目にはなっていません。ただ、東京都区内を見てみますと、多くの自治体が血清アルブミンを評価はしているのですが、私としては、必須項目に入れる必要があるのだろう

とずっと思っていて、この後にお話しする厚生労働省の保健指導、健診の見直しのときにも発言をしてはいるのですが、年齢によって血液検査の項目が変わると、現場が混乱するという理由で必須項目に採用されていません。ですが、栄養状態を評価するとても大事な検査であることから、血清アルブミンが大事であると捉えている自治体は、これを血液検査の中に加えています。

IV 後期高齢者の保健事業:これまでとこれから(保健事業と介護予防の一体的実施)

それでは、後期高齢者の保健事業のこれまでとこれからということで、昨年度から始まった保健事業と介護予防の一体的実施についてお話をさせていただきます。

高齢者の保健事業は、健康状態を維持・増進することが大きな目的ですが、老人保健法が 1982 年に成立して、その翌年から保健事業が始まりました。老人保健法、現在は名前が変わって「高齢者の医療の確保に関する法律」となっていますが、老人保健法の保健事業の中には、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、老人医療が含まれます。それから、機能訓練、リハビリテーション、訪問指導と、とても包括的な事業が含まれていて、ほかの国には、このような保健事業はありません。ただ、この老人保健法は老人医療が含まれていたことで、20 年後、保健事業は大きな影響を受けることになるのでした。

健康診査について

健康診査は、病気の早期発見、早期治療を目的としており、生活習慣病とがん検診（胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん、大腸がん）が含まれていました。

5 か年計画を繰り返していった、2000 年から 2004 年の第 4 次計画のときに、高齢者の保健事業のあり方に関する専門委員会などが設置されました。それまで、生活習慣病が中心であった健診や保健事業を、健康寿命の延伸という考え方のもとで、生活機能評価や低栄養の評価などが重要であろうという方向になりました。

そして、2005 年から始まる 5 次計画は一体、どのように変わるだろうと期待をしていたのですが、ふたを開けてみると、第 5 次計画という名前ではなく、第 4 次計画に則った単年度計画ということで、トーンダウンしてしまったのです。

第 4 次計画のトーンダウン

なぜ、そうなったかという理由が二つあります。一つは、健康寿命の延伸、介護予防云々というものは、2000 年から介護予防制度・介護保険法が始まり、介護予防は、介護保険法に基づく事

業であることから、高齢者の健康づくり部署と重複が避けられたことが考えられます。

それから、もう一つ、一番大きな理由は、老人医療費の問題です。老人医療費が、どんどん増えていきました。老人医療の拠出金として、健康保険組合から多くのお金が老人医療に投入されていました。健康保険組合は若い加入者が多く、医療費もそんなに高くはありません。しかし、老人医療に対する拠出金によって、健康保険組合の財政が赤字になってしまう恐れがありました。このような状況は今でも続いているのですけども、拠出金が大きな課題で、2005 年、2006 年は医療制度改革の嵐が吹き荒れました。

医療制度改革の嵐

厚生労働省は、医療制度改革の特別室チームをつくり、どのように医療制度を変えていくか、全国各地で説明会を開催していました。私はちょうどこの頃に京都で仕事をしていたので、京都府医師会館で厚生労働省の説明会を聞きに行ったことを覚えています。

この頃は、厚生労働省だけでなく、健康保険組合とか、日本医師会も新しい医療制度の案を示し、熱心に議論していました。老人保健法は、2008 年に改正されて「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正されましたが、法改正の一番の目的は、高齢者医療における財政調整です。こちらが主課題であり、75 歳以上の方の保健事業をどうするかということは、隅に置かれていました。

74 歳未満を対象とする保健事業は、特定健診と特定保健指導、いわゆるメタボ健診が「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて開始されました。75 歳以上の保健事業はどうするかというと、努力義務として特定健診と同じようなことをやっておいてねというぐらいになってしまったのです。ですから、2000 年から 2004 年の健康寿命延伸に向かった生活機能評価は、消えてしまいました

現在の後期高齢者の保健事業について

現在の後期高齢者の保健事業はどうなっているかというと、健康診査の内容は、40 歳から 74 歳に対する特定健康診査と同じ内容で、生活習慣病の早期発見となっています。血液検査の項目もメタボリック症候群に関する項目ばかりですが、一部の自治体では、先ほどお話しした血清アルブミンなどを追加項目としてきちんと評価されています。

そういった中で東京都の後期高齢者医療制度のレセプトデータや健診データを私どもの研究室で利用させていただく機会がありました。東京都は、後期高齢者医療の健診受診率が日本第 1 位です。全国平均が 3 割弱のところ、東京都の 75 歳以上の健診受診率は 50 数%という驚異的な値をずっと

維持しています。とてもすばらしいことだと思います。

そこで、健診を受けた人の中で、慢性疾患でお薬を飲んでいる方がどのぐらいを占めるかデータを分析してみました。粗い集計なので、少し高めに出来てしまっているのですが、健診を受けた方の中で、高血圧の薬を飲んでいる方は6割、コレステロールを下げる薬を飲んでいる方は36%、糖尿病の方は12%でした。健診を受けた人の7割は既に何らかのお薬で治療を受けていることがわかりました。そうすると、健診の目的は二次予防、すなわち、病気の早期発見・早期治療ですが、後期高齢者の方に対しては、その意義は乏しいだろうということをこのデータから見いだしまして、厚生労働省にもこの結果を伝えております。

後期高齢者の保健事業の風向きの変化

その後、厚生労働省においては平均寿命延伸に向けての後期高齢者の保健事業が必要であるというふうな、風向きが変わってきました。高齢者の保健事業、保健指導は高齢者の特性を踏まえた内容へ変えていくのだということで、2016年から厚生労働省の中に「高齢者の保健事業のあり方検討ワーキンググループ」が設立され、私もそこに加わらせていただくことになりました。このワーキンググループは現在も続いております。直近のものと、ちょうど先週開催されたのですが、ワーキンググループの中で後期高齢者に対してどういう保健指導を行うのがいいかということ、ガイドライン等を作りながら準備を進め、2018年から新しい保健指導が本格実施されました。

目標設定の考え方

後期高齢者の保健事業目標設定の考え方について解説します。まず、高齢者の健康状態、フレイルの状態、生活状況等を包括的に把握することで、個々人の健康課題を把握します。適正受診・服薬、禁酒・禁煙、栄養の問題、お口の問題、運動の問題、社会参加の問題、まさにフレイルの三つの側面を含めて、状況を把握し、何か問題がある方に対しては、自治体を選択した保健指導を行うことになります。保健指導の中の慢性疾患のコントロール、重症化予防も、重要な保健指導です。保健指導のメニューとして、服薬指導とか低栄養の改善、口腔機能の低下予防、認知機能の低下予防とか運動機能の低下予防、いろいろなメニューがあり、自治体としては、全てやるというわけではなくて、得意なところから一つずつ始めていくことで、後期高齢者に対する保健指導に取り組んでいただくことを、厚生労働省は想定しています。例えば栄養の問題は、お口の働きが悪い、お口の問題が原因で栄養が取れないということが多々ありますので、栄養状態が悪いというときには、この横に並んでいる他の課題にも気配りしながら保健事業を進める必要があります。

この保健指導が効果的に実施されることで、健康状態に課題がある高齢者の減少、心身機能が低下した高齢者の減少が期待されます。その結果、生活習慣病の重症化が抑えられ、重篤な状態になる方が減ることが期待されます。心身機能の低下を防止し、老年症候群を抱えている方を減少させることで、在宅で自立した生活を送ることができる高齢者が増加する、「健康寿命の延伸」という大きなゴールが設定されています。

それでは、この黄色の部分をもどのように評価するのでしょうか。

後期高齢者の質問票（新）

これに関しては、これまでその術がありませんでした。メタボリック症候群に関する生活習慣として、体重が増えるような状態に関する生活習慣を把握してきました。そのような質問票が健康診査で使われてきましたが、75 歳以上の方に対しては、メタボリック症候群に関する生活習慣を把握する質問では、あまり意味がないということがわかりました。そこで、後期高齢者の健康特性を把握可能な新しい質問票を作成することになり、最終的に 15 項目の質問票が策定されました。

私もこの質問票のたたき台を作る段階から、関わらせていただいたのですが、最初の頃は、25 項目ぐらいありました。日本医師会からの代表として厚生労働省のワーキンググループのメンバーとなっている先生に言わせると、健康診査の問診として 25 項目では多過ぎるというご意見でした。東京都内では後期高齢者の健診はほぼ全員が医療機関で実施されています。医療機関での健診となると、外来診療の合間に健診を受ける患者さんがいらして、診察の順番を待つ間に問診票（質問票）に回答されるわけです。

そのときに、25 項目もあると回答は大きな負担となります。全ての問診項目を自分で記入できない場合には、診療所のスタッフもサポートしなければならないので、質問項目数を減らさなければなりません。どの項目を減らせばいいかというと、国保データベースシステムという情報データベースシステムに格納されているレセプト情報から把握できる情報、例えば、「現在通院している医療機関は幾つですか」とか「毎日飲んでいるお薬の種類は何種類ですか」、「あなたは幾つの慢性疾患を抱えていますか」など、そういった情報はご本人に回答していただくよりもレセプト情報から抽出するほうがより正確な情報を簡便に把握できます。そこで、レセプト情報から把握できる項目は全部、除外されました。

最終的にこの 15 項目が質問票に採択されました。そのうち、3～11、13～15 の 12 項目はフレイルに関する質問項目です。

このうち、4～6、8、10、11、13、14 の質問項目は、厚生労働省が策定した基本チェックリスト

が元になっています。基本チェックリストは介護保険法の中で使われており、介護が必要な状態となっているかどうかを評価するものです。

保健事業と介護予防

これまで説明してきた保健事業と介護保険制度における介護予防は、どちらも健康寿命の延伸という同じゴールを目指しています。また、75 歳のお誕生日までは国民健康保険または社会保険に加入となっていますが、75 歳のお誕生日から後期高齢者医療制度の加入者となります。国保と後期高齢者医療とで保険証が違くと、それぞれの制度に基づく保健事業は根拠法が違いますので、国保で実施した保健事業の情報は、後期高齢者医療における保健事業の情報とデータを繋げることができませんでした。今回、この一体的実施によって関連する法律が改正され、国保保健事業のデータを後期高齢者の保健事業でも使えるようになりました。

それから、高齢者の多くは、複数の慢性疾患をたくさん抱えていますので、いろいろな地域において介護予防は、行われていたわけなのですが、介護予防事業に関わる方は、理学療法士以外に医療専門職が少なかったのです。看護師とか保健師とか、その病気の評価をできるような方が少なかったのです。ですけれども、先ほど東京都のデータをお示しましたが、東京都 75 歳以上の 8 割の方は、二つ以上の慢性疾患を抱えていらっしゃるということを考えると、介護予防事業として運動のアプローチ、栄養のアプローチをするときには、その方が抱えていらっしゃる慢性疾患を悪化させないような形で保健指導を行うことが必要となり、介護予防部門でやっている取組に、医療専門職が関与することが必要になっております。

それから、保健事業との連携による支援メニューということで、65 歳からは介護保険の第 1 号被保険者になるわけですが、フレイルは決して後期高齢者、75 歳になってからの課題ではなくて、前期高齢者である 74 歳までで既に痩せ過ぎの方は、フレイル対策でやっぱり必要になります。そういった点で介護保険の第 1 号被保険者になった方のうち、痩せている方に対しても早い段階からフレイル対策が必要となります。

保健事業・介護予防との一体的実施

保健事業として行うフレイル予防、介護予防、それから、介護保険制度の中で行われている介護予防、フレイル予防を一体的に行うことによって、より効果的に事業を進めていくということが出されまして、これが、令和 2 年の 4 月から高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施というものが始まった経緯です。

保健事業と介護予防を一体的に行うのは、とても美しいことなのですが、これを簡単に進めることは難しいという現実があります。まず、区市町村では、医療専門職を配置して、その自治体全体の健康課題の把握、保健事業全体のコーディネート、企画調整を行うことが求められます。それから、個別的支援に関しては、日常生活圏域ごとに一人ずつ医療専門職を配置して、地域において保健事業、フレイル予防事業等を担います。そのためには、医療・介護データの分析、国保データベースシステムのデータを使って、現状把握をし、その地域ではどんな健康課題があるのか把握します。そして、把握された健康課題に対して、どのような資源がその自治体に備わっていて、どのような保健事業を実施できるかを検討して保健事業を企画・準備・実施します。こちらの保健事業は、ハイリスクアプローチでありまして、疾病予防とか重症化予防などを行います。

それから、地域においては、通いの場や高齢者が自主的に集まって体操をしたり、お茶を飲み話をしたりするところがあります。そういったところに医療専門職が顔を出すことで医療的なサポートも一緒に行っていくことが求められています。そのときには、かかりつけ医の先生との情報共有、情報交換も必要になります。この一体的実施という事業は、努力義務ではあるのですが、2024 年度（令和6年度）までに全国の全ての区市町村において実施することが求められています。

スライド 39 ページは、特別調整交付金の交付基準です。この1、2、3、4をやることによって特別調整交付金として人件費、その自治体において企画調整を行う医療専門職に対して年額 580 万円の3分の2の補助が、地域における生活圏域における保健事業や個別アプローチと通いの場等における指導等に関して、医療専門職一人年額 350 万円プラス事業費 50 万円、それぞれの3分の2の補助が受けられます。例えば、板橋区は生活圏域が 18 圏域あるので、企画調整の医療専門職は2人を配することができます。また、18 圏域全部に医療専門職が配置されると、5,000 万円近い補助金が得られます。補助金という意味では、良い仕掛けになっている印象があります。

一体的実施の難しさ

ところが、大都市圏ではこの一体的実施は難しいという声がよく聞かれます。なぜかという、やはり規模の大きな自治体では、行政の縦割りがしっかりしているため、庁内連携が難しくなります。健康づくりの担当部署、医療担当部署、介護予防担当部署、高齢者福祉担当部署等々、そういったものが小さな規模の町村であれば、一つのフロアに敷居もなく、例えば、医療担当者の後ろに健康づくり担当者がいるなど、ちょっとしたことでの情報交換をしやすいというメリットがあります。しかし大きな自治体ですと部の中にいろいろな課があり、課の中にいろいろな係があり細分化されています。また、一つの庁舎内でもフロアが違う、場合によっては建物が違うということで、

物理的に距離があることで、庁内連携を困難にします。

そういった中で、一体的実施のような部局横断的な事業をどのように取り組んでいけば良いかというと、これは理想論ではありますが、それぞれの部から人を出してプロジェクトチームを立ち上げ、リーダーの下でそのプロジェクトチームを動かすというマネジメントが良いと言われています。

東京都における「一体的実施」の現状と課題

今年度から開始された東京都高齢者福祉保健計画において、分野域として「介護予防・フレイル予防と社会参加の推進」というものがあります。新規事業として「高齢者の保健事業に関わる医療専門職の人材育成事業」という医療専門職を対象とする研修会を私どものところで受託させていただき、この11月と12月にのべ6日間の研修を開催する予定です。医療専門職に関わる医療関係団体として東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都理学療法士協会、東京都栄養士会、東京都薬剤師会、それぞれの団体と連絡を取り、それぞれから講師を派遣していただくことになっております。各講師から専門的知識を教えていただくと同時に、東京都における医療専門職のネットワーク構築のきっかけづくりを目的として現在、研修を企画しております。

介護予防・フレイル予防と社会参加の推進

介護予防・フレイル予防と支援強化事業においては、六、七年前から「東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター」が私どものセンターに設置されております。こちらは、介護保険の側面から介護予防やフレイル予防の推進をする区市町村に対して支援を行っています。

フレイル健診について

最後にもう一点、いわゆる「フレイル健診」と呼ばれるものがあります。こちらは、2019年の読売新聞、それから、同じく読売系の日本テレビが一体的実施によってフレイル健診というのが始まりますと報じた内容です。この「フレイル健診」とは何かというと、高齢者が質問票に回答する形で行うのだと紹介しています。15個の先ほどお示しした質問票の話です。区市町村が実施をして、健康状態を把握した上で運動などの助言を行い、必要であれば病院を受診するというふうに書かれているのですが、現状はどうかと申しますとそのような健診システムが完成されている自治体は、日本全国でもごくわずかだと思います。この問診票は京都府後期高齢者広域連合のホームページに掲載されているものですが、この問診票は3種類あり、医師会経由で国保データベースシステムに登録されるためのもの、医療機関用控え、そして、京都府では受診者用控えもあります。問診

票の受診者用控えがない自治体はたくさんあると思われます。

受診者用控えは重要となります。なぜかという、健診を受けた後の結果説明では、この問診内容に関する指導は、必須ではないのです。高齢者の医療の確保に関する法律の中で、質問票の回答に対するフィードバックが必須とはなっていません。そのために健診の結果説明は血液検査や体重等に関する内容が中心となってしまう、生活習慣やフレイルに関する説明が乏しくなりがちです。後期高齢者に対しては、先ほど言った一体的実施の中で、それぞれの自治体が得意とする保健事業を選択しますので、必ずしもフレイルに特化した保健指導を行うわけではありません。そうすると、問診票に受診者用控えがなければ、ご本人に生活習慣の見直しやフレイルに関する状況を伝える情報がないということになります。せっかく問診票で健康状態を把握したにもかかわらず、その人に対するフィードバックがしにくいという課題があります。

新型コロナウイルス対策ガイド

私に与えていただいた時間がほとんどなくなってきましたので、最後に、私どもの研究所が作成した「地域の通いの場の再開に向けた新型コロナウイルス対策ガイド」を紹介させていただきます。ご興味がある方はホームページでこちらをご覧ください。新型コロナウイルス感染症の感染拡大を予防するために、生活不活発病を起こすような厳格な活動の抑制について、国が言わなくても、危機感を持っていらっしゃる高齢の方は、とても慎重に活動をされています。

そういったときに、どういうタイミングで活動の場を再開すればいいのか、困っていらっしゃるところはたくさんあると思いますので、私どもの研究所の藤原研究部長らが留意点、ソーシャルディスタンス、消毒、換気等に関するパンフレットを作成しました。また、通いの場を再開するときに、一体、通いの場には何のために集まっているのかを改めて見直すことによって、通いの場を再開していただきたいという情報も含まれています。ご興味のある方は、ぜひ、ホームページをご覧ください。

まとめ

それでは、本日のまとめです。

後期高齢者の健康は、生活機能の自立をもって健康とするということ、これはとても大事です。また、フレイル予防、3本の矢、体力、栄養、社会参加、全ての側面に意識をして予防に当たっていただきたいと思います。

それから、高齢者の質問票が策定されました。全国で総合評価ができるようになりましたが、こ

の質問票の回答を基にして高齢者の健康状態に適した保健指導を展開し、健康寿命の延伸に向かっていただくことが始まりました。

以上、長くなりましたが、これでお話を終わらせていただきます。

ご清聴いただき、どうもありがとうございました。