

超高齢社会を担うリハビリテーション専門職が取り組むべき課題に関する論考

－現状と展望をふまえて－

Consideration of New Issues to be Solved by Rehabilitation Professionals in a Hyper-Aged Society

－Current Status and Future Prospects－

滝本 幸治

Koji TAKIMOTO

要旨

少子高齢社会が進行した我が国において、解決すべき喫緊の課題が山積している。なかでも、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年以降は、更なる医療・介護需要が見込まれている。このような時勢のなか、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）が取り組むべき課題は多岐に渡っている。これまで、リハビリテーション専門職は三次予防という位置づけで病気や怪我をした人々に対して職責を果たしてきた。しかし、これからは病気や怪我をしないように、あるいは要介護状態にならないようになど、日常生活が自立している高齢者などに対して「予防」に取り組んでいくことが求められている。また、今後さらに高齢化が進むことが予測されるわが国においては、「地域包括ケアシステム」の構築は重要課題の一つであり、リハビリテーション専門職に対する要請や期待が高まっている。本論文では、このような時代趨勢をとらえながら、リハビリテーション専門職の職域が拡大しつつあることを踏まえたりハビリテーションのパラダイム転換を試みた。そのうえで、リハビリテーション専門職が取り組む予防活動のターゲットを確認し、公的にリハビリテーション専門職の事業参画が求められた「地域リハビリテーション活動支援事業」等に触れ、それぞれの事業でリハビリテーション専門職が担うべき役割や解決すべき課題について提案した。

キーワード：リハビリテーション専門職、地域包括ケアシステム、予防活動、地域リハビリテーション活動支援事業

I. 緒言

芥川賞を受賞したスクラップ・アンド・ビルド（羽田圭介・著）という小説がある¹⁾。「早く死にたい」が口癖の祖父と、同居している孫との物語である。祖父は、訪問介護場面で自助（自分でできることは自分でやる）を徹底される。一方、孫は祖父の身の回り一切を介助することで祖父の自助の機会を奪い、はやく体力を損なわせ（廃用障害を進行させ）、祖父の願いを叶えようとする。何を「スクラップ」して「ビルド」するのか、読み手によっていくつもの解釈が得られる興味深い作品であるが、この物語の登場人物のようにどの家庭にもさまざまな人間模様があり、その様は千差万別である。現代では、全国的に共通してみられるような家庭での困りごとや課題を解決するための制度構築は、行政機関の重要な役割のひとつとなっている。しかし、全国共通の公的サービスはあくまでも枠組みに過ぎず、各地域や各家庭における極めて個別性の高い課題解決に努めているのは、それに携わる人々

である。地域包括ケアの施策の端々に「地域の実情に応じた対応」という表現をみるが、全国一律の枠組みでは対応しきれない、対応不可能な側面は多々存在する。また、多くの施策が都市型モデルで描かれているきらいがあるが、都市部と比較して社会資源の乏しい、あるいは偏在している地方都市では同じような対応を講じることができないことは自明である。したがって、そのような地域差を人々の自助努力や互助によって補っていく方策が選択されたと解釈するのが自然であろう。

一方、世界に誇る長寿大国であるわが国においては、健康寿命をいかに延伸できるかに注目が集まっており、厚生労働省は健康増進法に基づく「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21（第2次）」に定める健康寿命の延伸と健康格差の縮小をはじめとした国民の健康増進目標を定めている²⁾。また、世界規模でもさまざまな領域の持続可能な開発目標（SDGs）³⁾が叫ばれているが、そのなかにもあらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する「保健」に関する目標が位置づけられている。これらに関連して、厚生労働省が我が国の2035年の保健医療政策のビジョンを定めた「保健医療2035」においては、保健医療システムの持続可能性とともに、人々が自らの健康の維持・増進に主体的に関与しデザインする「ライフ・デザイン」を社会で支える取り組みを進めることを謳っている⁴⁾。さらに厚生労働省では、医療福祉分野においてIoT、AI、ロボット技術などの第4次産業革命が進展しつつある状況を踏まえて、人と先端技術が共生する一人ひとりの生き方を共に支える次世代ケアの実現に向けた「未来イノベーションWG」を立ち上げ、2040年を目標に中長期的な戦略を構築し始めている⁵⁾。この未来イノベーションWGでは健康寿命延伸プラン⁶⁾も踏まえられており、現在の高齢者施策としての地域包括ケアに終始するのではなく、将来を見据えた長期的な戦略が唱えられている点は評価に値する。このように国を挙げて持続可能な少子高齢社会をどのように構築していくのが各方面で議論されているが、この社会の潮流にあって職能を活かすべく貢献が期待されているのは医療・保健にかかわる専門職である。なかでも、リハビリテーション専門職（理学療法士PT、作業療法士OT、言語聴覚士ST）は、人々の生活機能に着眼した極めて個別性の高い支援を強みとした専門性を有し、これらの職能は地域で生活する多くの人々に還元し得るものである。例えば、公社）日本理学療法士協会では、地域包括ケアに貢献できる人材を育成するために「地域ケア会議推進リーダー（旧：地域包括ケア推進リーダー）」や「介護予防推進リーダー」の育成、「フレイル予防人材育成研修プログラム」などの事業を行っている⁷⁾。しかしながら、主として三次予防（リハビリテーション）という位置づけで医療提供施設にてその職能を求められてきたリハビリテーション専門職にとって、二次予防（早期発見・早期対応、ハイリスクアプローチ相当）や一次予防（健康増進・介護予防、ポピュレーションアプローチ相当）にどれだけ貢献するか解決すべき課題は残る。そこで、本論文では、少子高齢社会でリハビリテーション専門職が如何に貢献するか、地域包括ケアや予防活動、あるいは公的事業などに触れながら、現状とともに将来の展望について論ずる。

II. 地域包括ケアシステム構築に至った背景

厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上になる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。また、この地域包括システムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であるとしている⁸⁾。自助や互助の理念が重視される地域包括ケアであるが、一方で一億総活躍社会⁹⁾や地域共生社会¹⁰⁾の実現に向けて、あるいはコンパクトなまちづくりなどの国土交通政策¹¹⁾とあわせた地域包括ケアの推進なども今後の大きな課題となっている。日本全国でこのような体制を構築するには、多くの人的・物的社会資源の整備が必要であり、多くの時間を有することはいうまでもない。令和3（2021）年時点においては、全国各地で地

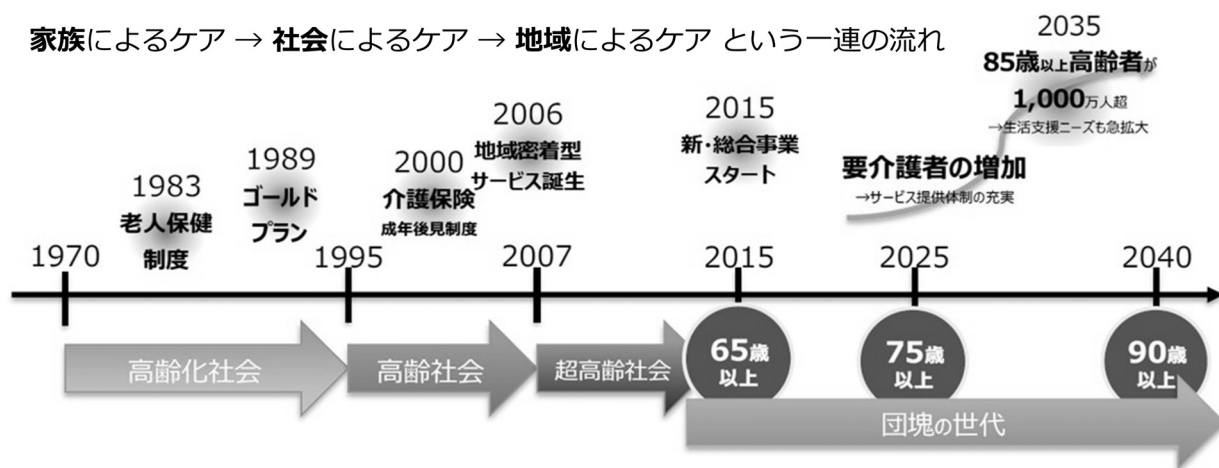


図1 1970年代から2040年までの高齢化に伴う社会の動き（文献12に著者一部追記）

域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みが進められており、有益な取り組み事例は省庁のHP等を通して紹介されるなど、各自治体を中心となって懸命な努力が継続されている。2025年という時限設定にもう少し猶予があればいいが、これには国の将来推計を上回る勢いで高齢化が進行したことも無関係ではないであろう。厚生白書（平成2（1990）年版）^{12）}によると、平成元年10月1日時点の65歳以上の人口（老年人口）は1,431万人であり、総人口に占める割合（高齢化率）は11.6%であったことが示されている。さらに、同報告書には高齢化の将来予測についても触れられており、「今後、老年人口は急速に上昇を続け、平成33（2021）年には23.6%のピークに達すると予測されている」とある。参考までに、高齢社会白書（令和3年版）13）には、令和2（2020）年10月1日現在の老年人口は3,619万人であり、高齢化率は28.8%であると示されている。なお、厚生白書（平成2年版）が将来予測として示していた高齢化率23.6%を初めて超えたのは、平成24（2012）年のことであった。当初の高齢化の予測を大きく上回るかたちで高齢化が進んだ背景には、少子化の将来推計を読み誤ったこともあるが、少子化も反映して、高齢社会を取り巻く状況変化が非常に早い展開となったことは否めない（図1）。かつて、1970年代の高齢化社会（高齢化率が7%に達した社会）では家族がケアを担い、1990年代の高齢社会（高齢化率が14%に達した社会）では社会がケアを担うべく2000（平成12）年に介護保険制度がスタートした。しかし、2006（平成18）年には介護保険制度の抜本的な見直しとともに予防の重要性が位置づけられるなど、早くも制度の持続可能性が懸念されるに至っている。そして、2007（平成19）年に超高齢社会（高齢化率が21%に達した社会）に至ると、制度に依存しない自助や互助を重要視した地域によるケア、つまり地域包括ケアという考え方が次第に議論され始めるのである。このことは、従来の高齢者中心型（1970年代モデル）といわれる年金・医療・介護中心のモデル（現役世代は雇用、高齢者世代は社会保障を手厚く）から、全世代型（21世紀日本モデル）といわれる高齢者施策のみならず現役世代の雇用や子育て支援、低所得・格差や住まいの課題解決なども踏まえた社会保障制度システムの移行にも反映しているということになる^{14）}。

このような社会趨勢の延長線上に現在の少子高齢社会があるが、過去や過程を知ることで将来に向けた戦略を立てることの重要性を改めて強調しておきたい。いつの時代も、歴史に学ぶことの重要性は先達が訴え続けてきたが、例えば近年では楠木ら^{15）}が過去の確定しているファクト（事実）から学ぶことの重要性を説いている。過去の事実の中にこそ本質があり、そして本質とはそう簡単に変わらないものであるが故に、過去のファクトをしっかりと吟味することで現在、そして未来に活かすべき本質に気づきヒントを得ることができるというものである。リハビリテーション専門職は、その歴史が浅く平均年齢が非常に若い故にバイタリティーあふれる職能集団であるが、「巨人の肩の上

に立つ」という温故知新の姿勢を忘れず、少子高齢社会にどのようなかたちで貢献し得るか熟慮する必要がある。

Ⅲ. リハビリテーションのパラダイム転換

リハビリテーションは、re（再び）、habilitate（能力をもたせる）という語源に表されるように、一般には病気や怪我をした人に対する社会復帰支援を指すことが多い。したがって、これまでは病気や怪我をした人々が有する医学的ニーズを解決する専門機関である医療提供施設においてリハビリテーション専門職は職責を全うしてきた。しかしながら、高度に高齢化が進んだ日本においては、病気や怪我を未然に予防する取り組みが重要であり、社会のリハビリテーションニーズは次第に三次予防から二次予防、一次予防へと変遷してきた。但し、ここで留意すべき点が2つある。ひとつは、予防に資する活動がリハビリテーション専門職に法的に認められているかという問題である。例えば理学療法の定義は、「身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行わせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。」（理学療法士及び作業療法士法第二条第一項）と定められている。同様に、作業療法の定義は、「身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることをいう。」（同法第二条第二項）であり、いずれも「障害のある者」が理学療法・作業療法の対象となっている。しかし、2006（平成18）年の介護保険制度改革により予防重視型システムの構築が急がれたため、全国のリハビリテーション専門職はその要請に応えるべく参画を求められた。しかし、ここで懸念されたのは、介護予防事業等において身体に障害のない者に対して指導等を行うときに、理学療法士等の名称を使用することや医師の指示なく指導できるか（理学療法士及び作業療法士法では、理学療法・作業療法ともに医師の指示の下に行うことが定められている）という点が法に抵触しないかということである。これに対し、厚生労働省医政局は、「介護予防事業等において、身体に障害のない者に対して業務を行う際に、理学療法士という名称を使用しても問題がないこと、そして、医師の指示は不要であること」を通知した（医政医発1127第3号平成25年11月27日「理学療法士の名称の使用等について（通知）」）。翌年、一社）日本作業療法士協会も理学療法士同様に作業療法士の名称の使用等に関する要望を厚生労働省に提出しているが、少なくともこの時点で理学療法士は法的な制約にとらわれることなく介護予防事業等に参画することが国によって認められたのである。奇しくもこのタイミングは、平成24（2012）年の「社会保障制度改革推進法」成立、平成25（2013）年の「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（通称：プログラム法）」にて地域包括ケアシステムがはじめて明文化されたことに加え、平成26（2014）年の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（通称：医療介護総合確保推進法）」が成立し病床機能報告制度や地域医療構想（地域医療ビジョン）が制度化されるなど、現在の地域包括ケアシステム構築に向けた基礎が着々と築きあげられ始めるタイミングでもあった。そして、現在に至るまで、この時代の潮流に乗り遅れることなくリハビリテーション専門職の各団体が地域包括ケアシステム構築に貢献できる人材育成に取り組んできていることは、その成否は別として最低限の責務を果てしてきたといえるだろう。

もうひとつ再考すべきは、「リハビリテーション」という言葉と「予防」という言葉の矛盾である。リハビリテーション専門職の職能は、「予防」に大いに活かすことができるものである。しかし、本来リハビリテーションという言葉は「後療法」に位置づけられるため、病気や怪我をしていない人々に対して行われる生活習慣病予防（生活習慣病にならないように予防する）や介護予防（要介護状態にならないように予防する）などと相性が悪い。したがって、筆者はリハビリテーションと各種療法（理学療法、作業療法、言語聴覚療法）の位置づけを再構築することを試みた。ここでは理学療法に着眼して取り上げるが、作業療法や言語聴覚療法においても基本的な考え方は同

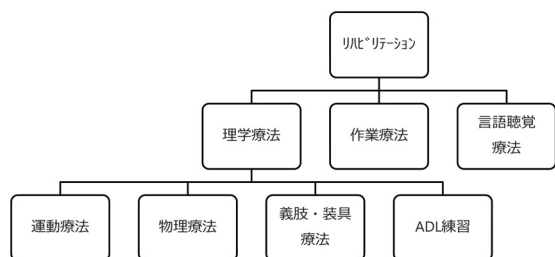


図2 これまでのリハビリテーションと各療法の位置づけ

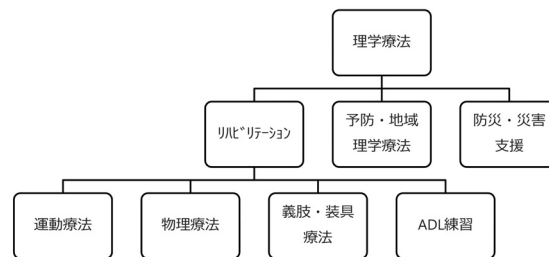


図3 新しいリハビリテーションと理学療法の位置づけ

様である。図2には、リハビリテーションと各療法の現在の位置づけを示した。リハビリテーションという枠組みの中に各療法が位置づけられており、その中の一つである理学療法は、さらに運動療法や物理療法、義肢・装具療法、ADL（日常生活）練習などにより構成されることになる。このパラダイムでは、理学療法士はあくまでもリハビリテーションという枠組みに組み込まれているため、その対象は、リハビリテーションの語源を反映するように、病気や怪我をした人ということになる。したがって、予防の対象となる自立高齢者などの対象者はここには含まれないことになる。そこで、図2のパラダイムを転換して図3のような新たなパラダイムを構築した。ここでは理学療法が最上位に位置しており、リハビリテーションが理学療法の枠組みの中に位置づけられている点に注目していただきたい。昨今、理学療法の職域はリハビリテーション領域のみならず、予防・地域理学療法あるいは防災・災害支援へと拡大しており、これらリハビリテーションの枠組みに組み入れることには無理があるため、このような図式とした。なお、理学療法士がリハビリテーションを展開する際には、運動療法や物理療法等を駆使して社会復帰支援を行うという構成は従前と同様である。この新しいパラダイムでは、リハビリテーションの対象者（障害のある者）と予防の対象者（障害のない者）が差別化されているため、予防とリハビリテーションとの位置づけが明確である。現行の理学療法士及び作業療法士法に定められた定義とは異なる対象がリハビリテーション専門職の対象となっている点に注目すべきで、このことは社会の要請に応じてきた実績を反映している。法に定められた定義の見直しも必要と思われるが、一方で各種団体では時世に応じた新たな定義・声明を発表している。例えば、一社）作業療法士協会は、作業療法士の定義を「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す。」として2018年に発表¹⁶⁾しており、作業療法の対象は障害のある者に限らず拡大されていることが読み取れる。また、理学療法に関しては、日本予防理学療法学会が予防理学療法の定義を「国民がいつまでも「参加」し続けられるために、障がいを引き起こす恐れのある疾病や老年症候群の発症予防・再発予防を含む身体活動について研究する学問」として、新しい社会的ニーズに応えるための活動を展開している¹⁷⁾。

なお、理学療法や作業療法は手段（療法）であるのに対して、リハビリテーションは概念であることから、それらを並立して示す図式は必ずしも妥当ではないとも考えている。しかしながら、予防領域に理学療法士や作業療法士が職域を拡大するとき、リハビリテーションの概念とは異なる領域に足を踏み入れる必要性があることを意図して図式化したものであることをご理解いただきたい。

IV. リハビリテーション専門職における予防活動のターゲット

リハビリテーション専門職は、2006（平成18）年に予防重視が唱えられた介護保険制度改正以前から予防活動に取り組んできた経過がある。それ以前は、「予防」という位置づけの公的な事業は皆無であり、将来的な高齢化

の進行を見据えた各都道府県や自治体のモデル事業への参加・協力などであった¹⁸⁾。その後、介護保険制度によって介護予防事業が実施されることになり、予防と名の付く公的な事業に本格的に参画するに至った。なお、当初の介護予防事業は現在では改変され、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）の中に一般介護予防事業として位置づけられている¹⁹⁾。これまで、理学療法士等をはじめとした専門職による介護予防事業への介入効果については、肯定的な報告が多い²⁰⁾。昨今では、要介護状態に至る前段階の症候であるフレイル（Frailty）に着眼した取り組みが増えている。フレイルは、老年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増大し、不健康状態に至りやすい状態である²¹⁾。フレイルが注目される理由は、①フレイルが将来の要支援・要介護発生リスクを反映すること²²⁾、②フレイルの判定基準が簡易であること^{21) 23)}、③フレイルは早期に適切な介入を行うことで健康な状態へ改善させることができる可逆性があること²⁴⁾、があげられる。フレイルに対する介入研究のエビデンスから、フレイル予防には①栄養（食・口腔機能）、②身体活動（運動、社会活動）、③社会参加（就労、余暇活動、ボランティアなど）が3つの柱として集約されることが分かってきた。この3つの柱は、リハビリテーション専門職が専門とする領域がそのまま反映されており（①は言語聴覚士、②は理学療法士、③は作業療法士）、フレイル予防に対するリハビリテーション専門職のさらなる活躍が期待される。なお、フレイルは上記で触れた身体面が虚弱な状態を表した「身体的フレイル」のみならず、抑うつ状態や認知機能低下などの「精神・心理的フレイル」、閉じこもりなど社会的に孤立したり社交の機会が減少した「社会的フレイル」があり、人によりどのフレイルが強く表出するか、あるいは重複する場合などさまざまである。例えば、認知症は要介護状態に至る要因の第1位（24.3%）²⁵⁾であり、認知症予防は喫緊の課題である。認知症治療薬の開発も待たれるが、一方で認知症の前駆症状である軽度認知障害（MCI; mild cognitive impairment）が注目されている。MCIは、軽度の認知機能低下を有する状態で、放置するとMCIでない者と比較してアルツハイマー病の発症率が高くなることが知られており²⁶⁾、日本でも地域在住高齢者の10~20%程度がMCIに該当することが報告されている²⁷⁾。このMCIに対して、多角的なアプローチ（生活習慣や疾病管理、運動指導など）を行うことにより認知機能が維持・改善したというフィンランドの研究（The FINGERstudy）は有名であるが²⁸⁾、わが国においても世界に誇る成果が理学療法士を中心とした専門職の介入により報告されている。国立長寿医療研究センターの研究グループは、有酸素運動を行いながら認知機能に負荷をかける運動プログラムであるコグニサイズ（「Cognition; 認知機能」と「Exercise; 運動」を組み合わせた造語）を開発し、コグニサイズを行うことでMCI高齢者の認知機能低下抑制や脳萎縮の抑制が可能かRCT（ランダム化比較試験）で検証した。結果、認知機能低下がある程度抑制されることが確認され、加えて脳容量は介入期間の前後で対照群と比較して有意な改善を認めたと^{29) 30)}。

以上のように、フレイルやMCIなどに対する予防介入のエビデンスが構築されてきており、これらの情報をリハビリテーション専門職が絶えずアップデートし、それらを地域住民に還元するという一連の活動を全国各地で展開していくことが必要である。

V. コロナ禍における高齢者の問題と対応策

近年では、従前と比較して高齢者の握力や歩行スピードが上昇し、フレイルの有病率などが低下するなど、かつての高齢者よりも現在の高齢者の方が若返りしているとも解釈される調査結果が報告され始めている^{31) 32)}。しかし、2019年末以降、世界各地に拡大したCOVID-19パンデミックにより決して安心してられない事態に至った。フレイル予防などを講じる中で、地域包括ケアシステムの構築とも相まって地域在住高齢者を主体とした活動の場の創造が急がれていたが、緊急事態宣言等の発出によって外出自粛など生活様式の変容が政府より求められた。これにより、高齢者の活動の機会が損なわれることになり、結果としてフレイルや要介護状態に至る高齢者が増大する

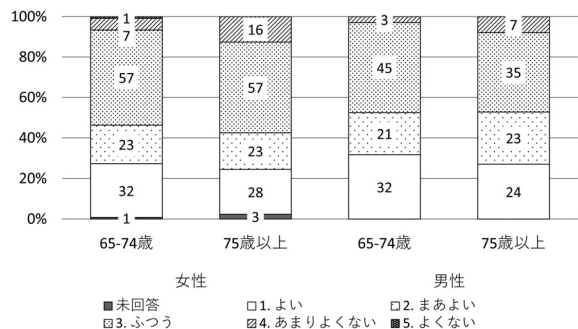


図4 あなたの現在の健康状態はいかがですか？

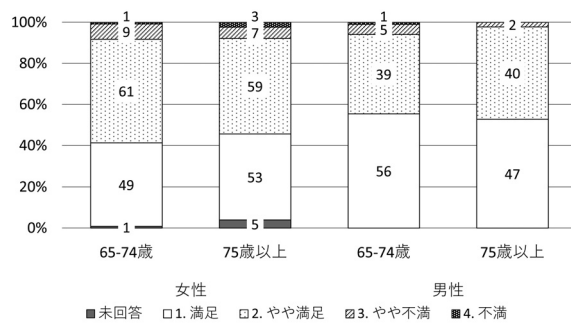


図5 毎日の生活に満足していますか？

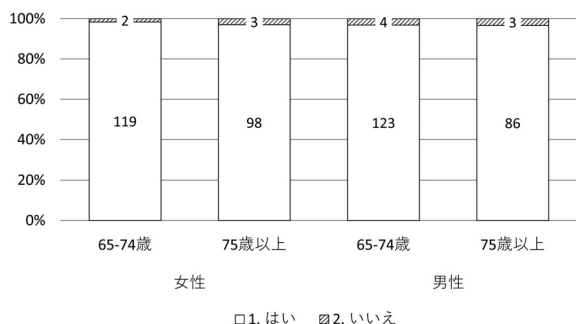


図6 普段から家族や友人と付き合いがありますか？

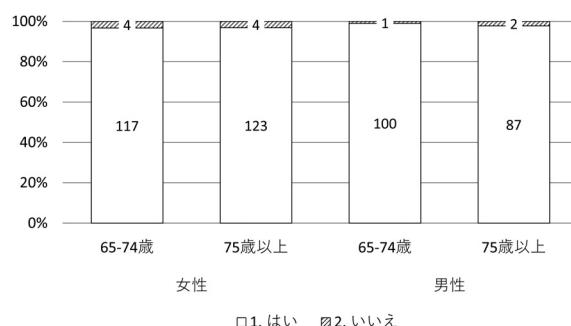


図7 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか？

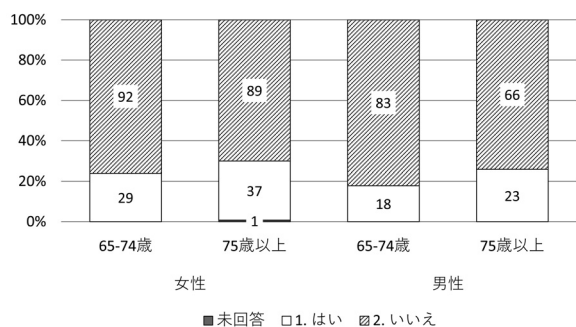


図8 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？

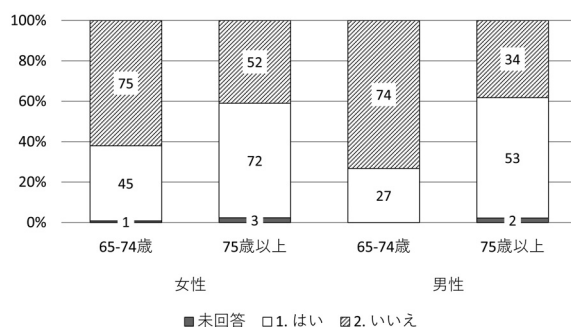


図9 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？

懸念があった。そこで、2020年の4月以降の早い段階で質問紙やIoTを駆使して、COVID-19による影響の調査がリハビリテーション専門職によっても積極的に展開された^{33) 34)}。

著者も奈良県曽爾村において、2020年6月時点における高齢者の質問紙調査を実施した（奈良学園大学研究倫理審査会研究倫理審査番号：2-003）。曽爾村は、自治体規模が小さく（総人口1,374人）高齢化率が高い（49.3%）過疎の村である（2020年6月末現在）。当初、後期高齢者の質問票（通称、フレイル健診）という位置づけで実施を計画していたものであり、体力測定などは感染予防の観点から未実施となったものの、質問紙のみの調査を実施した。調査は、曽爾村役場保健福祉課の協力のもと、曽爾村在住の65歳以上高齢者693名（2020年6月時点）を対象に郵送法にて実施された。回収した質問紙（後期高齢者の質問票）は、個人が特定されないようにデータ化され、年代・性別に単純集計を行った。結果、質問紙の回収率は63.2%（438名）であった。年代および性別に集計した結果、総じて、健康状態（図4）や生活の満足度（図5）については肯定的な回答が多く、家族や友人との付き合い（図6）、または身近に相談できる人の存在（図7）など社交が保たれていた。一方で、半年前と比べた口腔・嚥下機能については、全体として約30%の高齢者が主観的に低下した（固いものが食べにくくなった）と回答し

ている（図8）。加えて、主観的な歩行速度について、以前より遅くなったと感じている者の割合は加齢とともに増加し、特に後期高齢者（75歳以上）では半数以上に上った（図9）。Yamadaら³⁶⁾の地域在住高齢者1,600人に対してオンライン調査を行った研究では、COVID-19の流行により、身体活動時間が大幅に減少したと報告している。しかし、著者の調査では、同様の調査方法ではないものの、COVID-19流行にあまり影響を受けずに生活を継続できているとも解釈できる回答が多数を占めており、生活環境の相違（都市部や山間地域など）が反映している可能性がある。しかし、主観的な歩行速度低下の訴えは高齢者のほど高い割合を示したため、注意を払う必要がある。

なお、歩数（steps/day）と日中活動量（kcal/day）についてCOVID-19による影響を2年間の縦断調査から分析した報告³⁶⁾によると、2020年4月に初めて緊急事態宣言が発出された際、歩数は高齢女性を除く若年女性と若年・高齢男性で減少し、日中活動量は地方都市よりも首都圏や都市部で大幅な減少を呈した。しかし、Go ToトラベルやGo Toイートなどのキャンペーンにより、一部で歩数がコロナ禍前の水準に戻るなど、政府による戦略の影響を大きく受けることも浮き彫りとなった。コロナ禍では、さまざまな活動の自粛により1日当たりの活動量とともに歩数が減少しているが、身体的フレイルあるいはプレフレイルに該当する者の中でも、歩行速度の低下を伴う者はとりわけ要支援・要介護に至るリスクが高くなることが知られており³⁷⁾、コロナ禍でどのようなかたちであれば高齢者の活動の機会を提供することができるか試行していく必要がある。例えば、国立長寿医療研究センターでは、在宅活動ガイド2020というコロナ禍における健康増進のためのテレワーク体操HEPOP（ヒーポップ；Home Exercise Program for Older People）を開発し公開している³⁸⁾。このようなリソースを巧みに活用しながら、医療専門職であるリハビリテーション専門職が対象者の体調管理（リスク管理）を行いながら地域高齢者に指導介入していくことも重要な視点であろう。

VI. リハビリテーション専門職の関与が期待される関連事業

2006（平成18）年の介護保険制度改正により始まった当初の介護予防事業は、対象者の参加率が極めて低かったことや、介護予防事業の効果は認めるものの、その後の活動的な生活を維持するための住民の通いの場を創出することが不十分であったこと、そして費用対効果にも課題が残るなど解決すべき問題が明確となった。そこで、現在では介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）として新たに展開されるに至っている。

総合事業は、ポピュレーション・アプローチとしての「一般介護予防事業」と、ハイリスク・アプローチとしての「介護予防・生活支援サービス事業」で構成されている。前者の一般介護予防事業では、リハビリテーション専門職が地域で貢献することが公的に位置づけられた「地域リハビリテーション活動支援事業」（以下、地域リハ活動支援事業）が設けられている。この事業は、「地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する」というものである。リハビリテーション専門職は、主に地域包括支援センターと連携して、地域の実情に応じたさまざまな支援を総合的に行っていくことが求められている。地域リハ活動支援事業においてリハビリテーション専門職の貢献が期待されているもののひとつに、「地域ケア会議」がある。地域ケア会議には、個別事例について検討する「地域ケア個別会議」と、地域内で共通する課題解決のために政策形成につなげる「地域ケア推進会議」があるが、特に前者においてリハビリテーション専門職のアドバイザーとしての参画が求められている。地域ケア個別会議では、特に支援に難渋している事例等を扱うが、その課題解決のために助言を求められる。その際には、専門的な助言はもちろんのこと、当該地域における社会資源なども配慮し、自助や互助をも汲みした対応が必要である。しかし、地域ケア会議をはじめとする地域リハ活動支援事業にリハビリテーション専門職の派遣依頼の実績

がある市町村の割合（平成30年度実施分）は、理学療法士が57.2%、作業療法士が40.3%、言語聴覚士が17.2%となっており、増加の傾向ではあるものの未だ不十分といわざるを得ない状況である³⁹⁾。その背景には、平日の勤務中に参加できるリハビリテーション専門職が少ないという理由が68.6%を占め、次いでリハビリテーション専門職の所属施設の長の理解が得られないが22.7%で次点である³⁹⁾。それぞれのリハビリテーション専門職団体は、これまで人材育成を行ってきているものの、その活躍の機会が所属施設の制約により制限されている現状が浮き彫りとなった。さまざまな条件が絡むが故に難しい課題ではあるが、多くのリハビリテーション専門職が医療提供施設に勤務している実態を鑑みると、「医療提供施設は地域包括ケアシステム構築のための地域資源の一つである」という認識を関係職種や関連機関・事業所で意識統一できなければ、この問題は解決しない。一方で、自治体側はリハビリテーション専門職の協力に対する対価についても軽んじてはならない。国は、高齢者の自立支援や重症化予防等に向けた保険者（自治体）や都道府県の取り組みなどに対して財政的インセンティブを設けており（保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金）、リハビリテーション専門職等と連携して効果的な介護予防に取り組むことなどが例示されている⁴⁰⁾。このような交付金を地域でリハビリテーション専門職が活躍する資源として活用する他あるまい。

一方で、総合事業における介護予防・生活支援サービス事業には、訪問型サービスや通所型サービスなどがあり、保健・医療の専門職による支援が期待されている。中でも「訪問型サービスC」「通所型サービスC」は、短期集中予防サービスという位置づけであり、保健・医療の専門職の中でも理学療法士や作業療法士の関与が中心となり、対象者の評価や個別プログラムの作成、生きがいや役割を取り戻すための助言などを行うものである。短期集中予防サービスは、期限が設けられており（基本3か月、最大6か月）、生活行為の改善を目的としていることが重要で、サービス終了するにあたっては、社会参加に資する取り組みにつなぐことが想定されている⁴¹⁾。奈良県生駒市における短期集中予防サービスは、リハビリテーション専門職の関与を重要なポイントとして取り組まれており、成果として予防給付や総合事業の決算額にも反映されるなど、後期高齢者の実数が増加しているにもかかわらず給付額が減少するという結果を生んでいる⁴²⁾。生駒市では、市外病院のリハビリテーション専門職の協力により取り組みを開始し、のちに市内病院の専門職が関与するに至り、その後は短期集中予防サービスのみならず地域リハビリテーション活動支援事業を積極的に活用するという取り組みの経過が紹介されており、リハビリテーション専門職がどのようなかたちで参画し得るかモデルケースとして非常に参考になると思われる。

また、2020（令和2）年度からは、医療保険制度の適正かつ効率的な運用を図るための健康保険法等の一部改正が成立したこと受け、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」に関する取り組みが始まった⁴³⁾。一体的実施に至った背景には、75歳に達すると保健事業の主体が市町村等から後期高齢者医療広域連合に変わるため、疾病予防と生活機能維持の両ニーズを有し得る後期高齢者の保健事業（広域連合）と介護予防（市町村）の主体が異なっていたことにある。そこで、きめ細やかな住民サービスの提供やノウハウを有している市町村が保健事業を実施できるように法整備がなされた。この一体的実施では、高齢者に対する個別的支援や通いの場等への関与等を行うため、日常生活圏域に保健師らとともに理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置することが示されている。また、一体的実施の施行に合わせて後期高齢者向けの質問票（フレイル健診）が作成された⁴³⁾。15項目からなる質問票であるが、フレイル予防は先述した通り、リハビリテーション専門職が大いに貢献できるターゲットであるため、このような取り組みに積極的に働きかけていくことが望まれる。

VII. さいごに（魅力的な長寿社会を創造するために）

社会変化を感じ取り、広く分析する学問を考現学という。少子高齢社会、人口減少社会にある我が国においては、

この考現学的な視点が必要であり、いまこれから何が起こりうるのかを感じ取る能力が、これから10年、20年先の未来を拓いていく素地になるであろう。近年は、本来、社会的共通資本（それなしでは人々が集団として生きてゆくことができないもの）として扱われるべき医療や保健サービスが、市場経済的な経営効率という理由で制御されることに違和感を覚えることが少なくない。例えば、日本の医療供給システムは、公的（国立・公的）病院病床の割合が約20%であり、イギリス（ほぼ100%）やドイツ（約90%）、フランス（約70%）などと比較して極めて低く、「公共性」の低さや不足という特徴が際立っている⁴⁴⁾。今後は、医療・保健・福祉のみならず教育や自然環境などの社会的共通資本に対して、人々が社会全体にとって最適あり方とは何かを考え行動し、創造・構築していく「公共性」という視点を再認識する必要があるだろう。かつて、ジェレミー・レフキンが著書「限界費用ゼロ社会」⁴⁵⁾のなかで、『これからの社会では「所有」に代わって社会を駆動する原理となるのは「共有」である』と予測している。SDGsなどの啓蒙によりエコロジー意識が高い若い世代などでは、あらゆるモノの価値が個人の「所有」から、シェアリングサービスなどの「共有」を通して、それらを「共感」する精神性が根つきつつあるが、これらもこの流れを汲んだものといえるだろう。注目すべきは、個人の所有物である「土地」「持ち家」という『閉じた運命共同体』から、次第に「地域」という『開かれた生活共同体』における共有、共感へと展開されている地域包括ケアをはじめとした現代日本の潮流も見事に当てはまるということである。

本論文では、リハビリテーション専門職がこれからの少子高齢社会において地域包括ケアシステムの構築や予防活動への参画を通してどのような貢献ができるか、現状を踏まえながら論じてきた。いまここで改めて強調しておきたいのは、リハビリテーション専門職をはじめとするあらゆる医療・福祉の（特に若い世代の）専門職は、その職能を社会に還元する責務を愚直に全うするだけでなく、社会変化を感じ取ることのできる感性を磨き、それに応じた行動をいかに選択することができるかということである。そのような次世代を担う人材により、老後を憂うことのない、長寿にさらなる魅力や価値を見出すことができる長寿社会が創造されることを願ってやまない。

謝辞

本論文の一部は、2020年度奈良学園大学保健医療学部共同研究費の助成により執筆した。また、奈良県曽爾村役場保健福祉課および曽爾村にて質問紙調査にご協力頂いた皆さまに深謝致します。

文献

- 1) 羽田圭介：スクラップ・アンド・ビルド。文芸春秋。2015年。
- 2) 国立健康・栄養研究所：健康日本21（第二次）分析評価事業。 <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/index.html>（最終閲覧日：2021年10月1日）
- 3) 村上芽，渡辺珠子：SDGs入門。日経文庫：2019年
- 4) 厚生労働省：保健医療2035提言書。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088654.pdf（最終閲覧日：2021年10月2日）
- 5) 厚生労働省：未来イノベーションワーキンググループ中間とりまとめ（概要版）。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000490566.pdf>（最終閲覧日：2021年10月2日）
- 6) 厚生労働省：健康寿命延伸プラン。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000514142.pdf>（最終閲覧日：2021年10月2日）
- 7) 公社）日本理学療法士協会：日本理学療法士協会の地域包括ケアシステムへの取り組み。 https://www.japanpt.or.jp/assets/pdf/pt/function/healthpromotion/torikumi_210311.pdf（最終閲覧日：2021年10月2日）

- 8) 厚生労働省:地域包括ケアシステムの実現へ向けて. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (最終閲覧日: 2021年10月2日)
- 9) 首相官邸: 一億総活躍社会の実現. <https://www.kantei.go.jp/jp/headline/ichiokusoukatsuyaku/index.html> (最終閲覧日: 2021年10月2日)
- 10) 厚生労働省: 「地域共生社会」の実現に向けて. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (最終閲覧日: 2021年10月2日)
- 11) 国土交通省: 重点施策コンパクト・プラス・ネットワーク. https://www.mlit.go.jp/toshi/toshi_ccpn_000016.html (最終閲覧日: 2021年10月2日)
- 12) 厚生労働省: 厚生白書 (平成2年版). https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1990/ (最終閲覧日: 2021年10月2日)
- 13) 内閣府: 令和3年版高齢社会白書. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/zenbun/03pdf_index.html (最終閲覧日: 2021年10月2日)
- 14) 菊池馨実: 社会保障再考〈地域〉で支える. 岩波新書. 2019年.
- 15) 楠木健, 他: 2030年ビジネスの未来地図これからを生き抜くための戦い方. PHP: pp90-105, 2021年.
- 16) 一社) 日本作業療法士協会: 作業療法の定義. <https://www.jaot.or.jp/about/definition/> (最終閲覧日: 2021年10月2日)
- 17) 大淵修一, 他: 予防理学療法学要論. 医歯薬出版: pp2-8, 2017年.
- 18) 滝本幸治, 宮本謙三, 他: 介護予防事業を通じた町づくりに貢献する理学療法士の視点. PTジャーナル. 2009; 43(11): 983-988.
- 19) 厚生労働省: 総合事業 (介護予防・日常生活支援総合事業). <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192992.html> (最終閲覧日: 2021年10月3日)
- 20) 鶴川重和, 玉腰睦子, 坂元あい: 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムに関する文献レビュー. 日本公衆衛生雑誌. 2015; 62(1): 3-19.
- 21) FriedLP, TangenCM, et al.: Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3): M146-156.
- 22) Makizako H, Shimada H, et al.: Impact of Physical Frailty on Disability in Community-Dwelling Older Adults: A Prospective Cohort Study. *BMJ Open*. 2015; 5(9): e008462.
- 23) 佐竹昭介: フレイルの進行に関わる要因に関する研究 (25-11). 長寿医療研究開発費平成27年度総括研究報告 (総合報告及び年次報告). <https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/27/25xx-11.pdf> (2021年10月3日閲覧)
- 24) Cadore EL, Rodriguez-Manas L, et al.: Effects of Different Exercise Interventions on Risk of Falls, Gait Ability, and Balance in Physically Frail Older Adults: A Systematic Review. *Rejuvenation Res*. 2013; 16(2): 105-14.
- 25) 厚生労働省: 令和元(2019)年国民生活基礎調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html> (2021年10月3日閲覧)
- 26) Mitchell AJ, Shiri-Feshki M.: Rate of Progression of Mild Cognitive Impairment to Dementia--Meta-Analysis of 41 Robust Inception Cohort Studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 119(4): 252-65.
- 27) Shimada H, Makizako H, et al.: Combined Prevalence of Frailty and Mild Cognitive Impairment in a

- Population of Elderly Japanese People. *J Am Med Dir Assoc.* 2013; 14(7): 518-24.
- 28) Livingston, G, Sommerlad A, et al.: Dementia Prevention, Intervention, and Care. *Lancet.* 2017; 390 (10113): 2673-2734.
- 29) Suzuki T, Shimada H, et al.: Effects of Multicomponent Exercise on Cognitive Function in Older Adults with Amnesic Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *BMC Neurol.* 2012; 12: 128.
- 30) Suzuki, Takao, Hiroyuki Shimada, Hyuma Makizako, Takehiko Doi, Daisuke Yoshida, Kengo Ito, Hiroshi Shimokata, Yukihiko Washimi, Hidetoshi Endo と Takashi Kato. 「A Randomized Controlled Trial of Multicomponent Exercise in Older Adults with Mild Cognitive Impairment」. *PloS One* 8, no.4 (2013年): e61483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061483>.
- 31) Suzuki T, Nishita Y, et al.: Are Japanese Older Adults Rejuvenating? Changes in Health-Related Measures Among Older Community Dwellers in the Last Decade]. *Rejuvenation Res.* 2021; 24(1): 37-48.
- 32) Makizako H, Nishita Y, et al.: TRENDS IN THE PREVALENCE OF FRAILITY IN JAPAN: A META-ANALYSIS FROM THE ILSA-J.J Frailty Aging. 2021; 10(3): 211-218.
- 33) Shinohara T, Saida K, et al.: Do Lifestyle Measures to Counter COVID-19 Affect Frailty Rates in Elderly Community Dwelling? Protocol for Cross-Sectional and Cohort Study. *BMJ Open.* 2020; 10(10): e040341.
- 34) Yamada M, Kimura Y, et al.: Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey. *J Nutr Health Aging.* 2020; 24(9): 948-950.
- 35) Yamada M, Kimura Y, et al.: The Influence of the COVID-19 Pandemic on Physical Activity and New Incidence of Frailty among Initially Non-Frail Older Adults in Japan: A Follow-Up Online Survey. *J Nutr Health Aging.* 2021; 25(6): 751-756.
- 36) Yamada Y, Yoshida T, et al.: Age, Sex, and Regional Differences in the Effect of COVID-19 Pandemic on Objective Physical Activity in Japan: A 2-Year Nationwide Longitudinal Study. *J Nutr Health Aging.* 2021; 25(8): 1032-1033.
- 37) Shimada H, Makizako H, et al.: Incidence of Disability in Frail Older Persons With or Without Slow Walking Speed. *J Am Med Dir Assoc.* 2015; 16(8): 690-6.
- 38) 国立長寿医療研究センター：在宅活動ガイド 2020 一般高齢者向け基本運動・活動編. <https://www.ncgg.go.jp/hospital/guide/index.html> (最終閲覧日：2021年10月4日)
- 39) 厚生労働省老健局老人保健課：一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ (参考資料). <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000576582.pdf> (最終閲覧日：2021年10月4日)
- 40) 厚生労働省 HP：保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08408.html (最終閲覧日：2021年10月4日)
- 41) 服部真治：介護予防・日常生活支援総合事業における理学療法の効果. *PT ジャーナル.* 2020 ; 54(3) : 275-283.
- 42) 田村純子：総合事業の実施状況を踏まえた課題と対応事例. 厚生労働省第 136 回市町村セミナー資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000361953.pdf> (最終閲覧日：2021年10月5日)
- 43) 厚生労働省保険局高齢者医療課：高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000604327.pdf> (最終閲覧日：2021年10月5日)
- 44) 広井良典：持続可能な医療—超高齢化時代の科学・公共性・死生観. ちくま新書：2018年.

- 45) ジェレミー・リフキン：限界費用ゼロ社会〈モノのインターネット〉と共有型経済の台頭，柴田裕之（訳），NHK 出版，2015 年。