

「新潟県を元気にしたい」
提言：私が考える地域の未来

地域住民によるフレイル（虚弱）予防と主体的な地域づくり
地域共生社会を実現する

平成 30 年 2 月

〒950-0926

新潟市中央区高志 2 丁目 20 番 3 号

TEL 025 (287) 5800 fax 025 (287) 6688

齋藤内科クリニック 院長

新潟県小規模多機能型居宅介護事業者協議会 会長

齋藤 忠雄

■要旨

超高齢社会の2025年には、団塊の世代すべてが75歳以上の後期高齢者となる。認知症患者数や単身世帯、老齢世帯数が増加し、新潟県も例外ではない。そのような状況下で、障がい者や生活困窮者、子ども、難病、若年認知症、さらにはがん患者など支援を必要とする対象者も拡大すると予想されるが、すべての人が安心して地域で暮らすためには、これまでの社会保障制度だけに依存するわけにはいかない。新たな生活保障と居場所づくりが必要となり、「支え手」や「受け手」という二分法を解消した地域共生社会の実現が必要条件となる。その中で、将来、平均寿命が100歳を超えると予想される高齢者では自らの健康寿命の延伸（寝たきり予防）に努めることが欠かせない。

寝たきり予防の解決策のひとつとして、東京大学高齢社会総合研究機構が取り組む高齢介入「フレイル」予防モデル事業が挙げられるが、新潟県に特徴的な「居場所」の役割を持つ「地域の茶の間」で実施することで、住民運動として展開することが期待される。

一方、当初高齢者の自立を掲げた地域包括ケアシステムは、対象者の拡大に伴いさらなる深化が求められている。地域の課題を「我が事」ととらえ、「丸ごと」相談できる拠点がより身近な場所に必要となるが、地域密着型サービスの中で、365日切れ目なくケアが提供される小規模多機能型居宅介護には、直接的ケア（排泄、入浴、食事など）に加え、間接的ケア（生活や人生など）をも含むライフ・サポート・ワークがそのケアマネジメントの中心にあり、地域のさまざまな課題に対する相談窓口・拠点となる

高齢者を含む支援を必要とするすべての人を支える地域共生社会が、より身近な生活圏域内で実現されなければならない。新潟県民が、たとえ認知症になっても一人暮らしでも、老齢世帯でも、いつまでも住み慣れた地域で生き生きと元気に生活することができる仕組みを提言する。

■現状について

○2025年は、団塊の世代(昭和22年～24年生まれ)が75歳以上の後期高齢者となり、その数は2000万人を超える。また、2015年に280万人台であった認知症患者数は、MCI(軽度認知障害)を含め800万人台となり、85歳以上では、4人に一人が認知症と診断され、もはや特別な疾病ではなく、老耄(ろうもう)の1つの表現形となる。一方、65歳以上の単身(いわゆるおひとり様)または高齢世帯が激増することも挙げられる。

○2009(平成21)年には、「親と未婚の子のみ」の世帯数が急増し、生涯未婚率の上昇、雇用の不安定化などとも重なり、「老老」でも「独居」でもない、80歳代の親と50歳代の子のみの世帯という「8050(はちまるごーまる)問題」も深刻化している。

○これらの状況は新潟県の都市部でも例外ではなく、2040年、とくに新潟市では生産年齢人口が36万人(53%)にとどまり、年少人口も6万3千人(9%)と減少し、高齢者数は25万人(36%)へ増加すると予想される(医療介護総合確保推進法に基づく平成26年度新潟県計画資料による)。

■現状の課題

○高齢者が安心して住み慣れた地域で寝たきりにならず健康寿命をどのようにして延伸できるか。

○高齢者に限らず、支援を必要とするすべての人(たとえば障がい者、子ども、若年認知症、生活困窮者、難病、がん終末期患者等)が安心して共生し暮らしていくための仕組みはどうか。

■目的

○高齢者が自立して健康に過ごすためには、平均寿命がどれくらい伸びたかではなく、寝たきりにならないための健康寿命の延伸が重要となる。共助・公助ばかりに頼るのではなく、住民自身または住民同士が参画する、いわゆる自助・互助により実現する方策を検討する。

○地域では、独居者数や高齢世帯数が急増するだけでなく、80歳代の高齢者と未就労の50歳代が同居する「8050問題」、赤ちゃんを世話しながら高齢者の介護にもあたるといふダブルケア問題、子どもたちの孤食（両親の就労のため一人で食事をする）・貧困などがある。これらを解決する地域共生社会実現への仕組みづくりを提案する。

■健康寿命延伸～フレイル予防住民運動の啓発（「地域の茶の間」の活用）

○生活を支えるための住民主体の地域支援事業には、おおむね5つの要素が想定される。「介護保険に依存しない介護」、「移動」、「配食」、「居場所・茶の間・サロン」、そして困った時の「便利屋」機能が挙げられる。

○居場所・サロンについては、他県には類を見ない新潟オリジナルの居場所「地域の茶の間」システムが全県下に数多く設置されている（新潟市内だけでも400カ所以上）。この「茶の間」を利用し、介護予防をはじめとした様々な取り組みを提案することができる。

○その1つに、加齢介入モデルとしての「フレイル（虚弱）」予防が挙げられる。

○ヒトは健康な状態からいずれは寝たきり（いわば避けられない最終段階）状態となる。「フレイル」とはそれらの中間ステージをさし、適切な予防介入があれば健康な状態へ戻すことも可能となり、寝たきりの期間を短縮できる。

○「フレイル」というと、「身体的フレイル」ばかりが注目されるが、ボランティア活動や地域の行事などに参加しない「社会的フレイル」から始まることが多く、引きこもりなど孤立による「精神的フレイル」がひきつづき起こる。そして、食事が不規則になることで栄養の問題が起こり「身体的フレイル」となる。「栄養（食・口腔機能）・運動・社会参加」を三位一体とした包括的取組みがなされず、三者の歯車がうまくかみ合わないことで「寝たきり状態」になる。

○住民主体の「フレイル予防ムーブメント」は、東京大学高齢社会総合研究機構の飯島

勝矢教授が提唱されるフレイルチェックで始めることができる。フレイルチェックは、誰にでもわかりやすい簡易評価法を用いて、早期に軽微なフレイルの徴候に気づくことにある。具体的な測定項目は、サルコペニアのリスクをみる「ふくらはぎの指輪っかテスト」と「栄養」「口腔」「運動」「社会性・こころ」の4分野、11項目の質問からなる「イレブン・チェック」、簡易機器による滑舌や握力、四肢骨格筋量等の計測、簡易ロコモチェック、心理社会面にかかわる質問紙調査である。フレイルチェックの担い手は高齢者市民サポーター（フレイルサポーター）であり、市民の市民による、市民のためのチェックである。フレイルサポーターは定年後の、主に65歳から74歳までの元気なシニアがその役を担うことで、「地域の茶の間」を舞台に、住民同士がお互いを見守っていく体制が構築できる。

○フレイルサポーターの養成研修は2日間からなり、初日に講義とフレイルチェック体験、二日目に測定練習会を実施するが、東京大学高齢社会総合研究機構の作成したフレイルサポーター養成研修プログラムにのっとり、その協力により行う。

○フレイルチェック事業の最終目標は、参加した市民の気付きの場および自分事化するための動機づけと位置づけられている（東京大学・飯島勝矢教授）。たとえば半年後のフレイルチェックにおいて、意識変容による行動変異が起き、実測値や社会性を中心とした質問事項において改善を実感できる。次回のフレイルチェックまでに何をすべきか、どの部分の活動が足りなかったのかなどの原点となる意識に立ち返ることができ、栄養・運動・社会参加という三位一体的包括的取組みを振り返る。

○身体的フレイルは「オーラルフレイル（お口の虚弱）」から始まり、負のスパイラルを引き起こす。硬いものが食べられない、噛めないや柔らかいものを好んで食べ、その結果噛む機能が徐々に弱まる。更に噛めなくなって口腔機能全体が低下し、肉や魚などが避けられ、蛋白質の摂取不足が助長され、いずれはサルコペニアをきたす。そうして転倒・骨折を繰り返し、いずれは寝たきり状態になる。

○住民参加型のフレイルチェックをきっかけに、「地域の茶の間」などに人が集まると、コミュニケーションが密になり、ともに飲食する。そして、食べることでサルコペニア

を予防し、筋肉量の低下を防ぐことができる。その意味でも「茶の間」という居場所の存在は大変有用で、新潟らしさを演出できる。

○さらにオーラルフレイル予防への専門的支援については、新潟県内各地で歯科医有志により立ち上げられた食支援チームがあり、その協力をいただきながら行う。

○食支援チームは、歯科医とともに歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士、耳鼻科医師など数多くの専門職による多職種連携で展開され、口腔状態の確認から衛生指導、摂食・嚥下機能の評価から食形態の検討など、幅広く行われる。

○なお、住民の集う「地域の茶の間」は、これまで主としてボランティア的支援活動にゆだねられており、「継続性」という課題が残る。現在、行政からの補助金等で賄われているが、今後、公的制度に基づく介護サービス事業所や一般企業と共同することで、「集う居場所」としての「茶の間」が経済的支援をうけ、「常設型茶の間」開設も可能になる。これまで経験のない超高齢社会に立ち向かうためには、前例にこだわらない行政の包括的・横断的理解が不可欠となり、自治体行政側の戦略的な介護予防事業をより身近な地域の中で展開することが必要である。

■地域包括ケアの深化による地域共生社会実現

○これまで主として高齢者支援を目的とした「地域包括ケア」は、地域で抱える課題が高齢者にとどまらず、障がい者、生活困窮者、若年認知症患者、子どもの貧困、難病、がん患者などが含まれより複合的になったことで、すべてのヒトが共生するためには地域包括ケアのさらなる深化が欠かせない。

○「地域共生社会」を定義すると、「住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」であり、実現するにはこれまでの制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超え、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代を超えて「丸ごと」つながり地域づくりをめざすことであり、その担い手として深化した地域包括ケアシステムが欠かせない。ここでのキーワードは3つある。まず、「縦割り」や「支え手」「受け手」という二分法を解消すること、

地域住民が主体的に参加すること、そして住民の手で地域づくりをおこなうことである。
○地域包括ケアシステムは、必要とされる医療・介護サービスがおおよそ 30 分以内に提供され、人口約 1 万人規模の中学校区や小学校区など生活圏域内が原則であり、これを共通認識とする。地域差の著しい新潟市全体、延いては新潟県全体など広い範囲で一元的に論じるべきでない。

○「医療」では、2017 年の地域医療構想で、病院を含めた切れ目ないチームアプローチによる在宅医療推進が提案された。一方「介護」では、居宅介護（デイサービス、ショートステイ、訪問介護など）、施設介護（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設）とともに、2005 年度に制度化された、24 時間 365 日切れ目なく介護サービスが提供される地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護サービスや定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス）の活用が挙げられ、医療と介護の連携がより重要課題となった。

○住民が主体的に地域の課題を把握し、解決をはかろうとした自助・互助による試みはどうか。地域には、自治会、子ども会、民生児童委員、地区コミュニティ協議会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、NPO などによる支えあいネットワークなどが設置されているが、お互いの役割や活動が住民同士、十分周知・理解されているとはいえない。

○地域共生社会では、地域の中の「他人事」を「我が事」として捉え、「丸ごと」受け止める場へつなぐ。その「丸ごと」受け止める場として、社会福祉協議会、NPO ボランティアグループなどが担っても良いが、介護保険制度の中の地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護事業所には、利用者だけでなくその家族や地域の課題を丸ごと支える仕組みがはじめからあり、それらを利用して「丸ごと相談所」として活用することができる（平成 29 年 9 月介護給付分科会資料）。

○小規模多機能サービスを概略すると、住み慣れた地域の自宅を中心として、「通い」「泊まり」「訪問」が利用者の様態に応じて柔軟に組み合わせることができ、同一事業所内のスタッフで様々なサービスが提供されることから、高齢者にとっては安心につながる。

「在宅ケアにおいて中心的役割を担う」、と地域包括ケア強化法(2017年5月26日制定)で位置づけられ、第7期新潟県介護計画の中でもその普及推進が掲げられている。

○小規模多機能サービスは、利用者への直接的ケア(食事、入浴、排泄介助)のみならず、相談機能(高齢者ケアだけでなく地域の困りごとなど)、集いの場(住民活動の場の提供)、緊急避難場所(地域の駆け込み寺、高齢・児童・障がい・生活困窮等)としての役割をも兼ね備える。相談された課題を直接解決するだけでなく、適切な専門職へ繋ぎ、共に向き合う。生命、生活そして人生やQOLなど間接的ケアにまで関わる、ライフサポートワークをケアマネジメントの基本理念としている。

○権利擁護など繊細な事案に関しては、今後2020年頃までに市町村など公的機関(行政や社会福祉協議会など)を中心に設置される包括的自立支援機関へ相談することになる。

○一例として新潟市中央区山潟圏域、高志地区での取り組みを紹介する。

○山潟圏域は高志地区、京王地区、姥ヶ山地区など9地区に分けられ、人口約17千人、世帯数7千7百弱(平成29年12月1日時点)。事業所(看護小規模多機能型居宅介護ケアステーションるぴなす)の所在地である高志地区には、高志二丁目自治会、子ども会、やまがたお互いさまネットワーク、京王自治会、地域の茶の間、夜の茶の間、山潟コミュニティ協議会などの支える体制がある。そこへ小・中学校地域教育コーディネーター、地域包括支援センター姥ヶ山、第2層生活支援コーディネーター、地区社協、石山地区公民館、南地域保健福祉センター等を加えて、平成29年4月『「我が事・丸ごと」地域共生社会実現会議 in 高志』を発足させた。

○地域には住民主体の様々な課題解決体制がすでに存在しているが、それぞれの取り組み内容についての周知がお互いに不足していることが明らかとなった。

○それぞれの体制同士間の連絡方法が「見える化」されていなかった。

■実行スケジュール

○住民運動としての「フレイル予防ムーブメント」を新潟県に特徴的な「地域の茶の間」から発信し、市・県福祉行政関係団体ならびに市民へ積極的に啓発する。

○地域共生社会実現のために地域密着型介護サービスの一つである小規模多機能型居宅介護が「丸ごと相談所」としての役割を担うことから、これまでの山潟圏域での取り組みを紹介していく。

■フォローアップ

○「地域の茶の間」で開始されるフレイルチェックを数ヵ月ごとに行い、虚弱状態の改善を数値化し公表していく。

○「丸ごと相談所」での具体的症例について集計し、市民公開講座などで紹介する。

■おわりに

○平均寿命の延長、就労人口数の減少が見込まれる日本において、健康寿命の延伸は必要かつ絶対条件となるが、加齢介入モデルによるフレイル予防を新潟県特有のサロンの居場所の「茶の間」を有効活用することで実現可能となり、自治体による介護予防事業と協調できる。

○高齢者のみならず、支援を必要とするすべての人が共に生きる「地域共生社会」を実現するための、自助・互助を基とした地域住民の主体的支援体制（自治会、子ども会、敬老会、地域コミュニティ協議会など）を支援する態勢がこれまで整備されなかった。地域の困りごとを「我が事」として捉え、それらを「丸ごと」相談できる拠点として地域密着型サービスを担う小規模多機能型居宅介護事業所の今後の役割を期待する。

○現在の社会保障制度は「支え手」や「受け手」という普遍主義や選別主義による二分法であり、生活保障を補っているとはいえない。今後、孤立を防ぐ居場所づくりや「働き手」世代の更なる就労問題（正規・非正規など）を解決する新たな仕組み（共生保障）を導入することで就労環境が整い、住み慣れた地域で共に生きる「地域共生社会」、元気で安心できる新潟県が創られることを期待したい。