

見解

ウィズコロナを見据えたレジリエントな、
かつ安心感ある地域づくりと
医療ケア体制の再構築



令和5年（2023年）9月27日

日本学術会議

臨床医学委員会

老化分科会

この見解は、日本学術会議 臨床医学委員会 老化分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議 臨床医学委員会 老化分科会

委員長	荒井 秀典	(第二部会員)	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長
副委員長	遠藤 玉夫	(第二部会員)	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 シニアフェロー
幹事	秋下 雅弘	(連携会員)	東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座老年病学分野 教授
幹事	飯島 勝矢	(連携会員)	東京大学未来ビジョン研究センター 教授、高齢社会総合研究機構 機構長
	野口 晴子	(第一部会員)	早稲田大学政治経済学術院 教授
	和氣 純子	(第一部会員)	東京都立大学大学院人文科学研究科 教授
	市川 哲雄	(第二部会員)	徳島大学大学院医歯薬学研究部 教授
	尾崎 紀夫	(第二部会員)	名古屋大学大学院医学系研究科 教授
	小松 浩子	(第二部会員)	日本赤十字九州国際看護大学 学長
	寺崎 浩子	(第二部会員)	名古屋大学未来社会創造機構 特任教授
	西村 ユミ	(第二部会員)	東京都立大学 教授
	宮地 元彦	(第二部会員)	早稲田大学スポーツ科学学術院 教授
	安村 誠司	(第二部会員)	福島県立医科大学 理事・副学長、医学部 教授
	小笠原康悦	(連携会員)	東北大学加齢医学研究所 教授
	柏原 直樹	(連携会員)	川崎医科大学 副学長、腎臓・高血圧内科学 主任教授
	木原 康樹	(連携会員)	地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院 院長
	葛谷 雅文	(連携会員)	名鉄病院 病院長、名古屋大学 名誉教授
	土岐祐一郎	(連携会員)	大阪大学大学院医学系研究科消化器外科 教授
	西 希代子	(連携会員)	慶應義塾大学大学院法務研究科 教授
	芳賀 信彦	(連携会員)	国立障害者リハビリテーションセンター 総長

本件の作成に当たっては、以下の職員が事務を担当した。

事務局	増子 則義	参事官 (審議第一担当) (令和5年4月まで)
	根来 恭子	参事官 (審議第一担当) (令和5年5月から)
	山田 寛	参事官 (審議第一担当) 付参事官補佐(令和5年3月まで)
	若尾 公章	参事官 (審議第一担当) 付参事官補佐(令和5年4月から)
	作本 明日香	参事官 (審議第一担当) 付審議専門職付(令和5年3月まで)
	沖山 清観	参事官 (審議第一担当) 付審議専門職(令和5年4月から)

要 旨

1 作成の背景

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の高齢者の高い重症化及び死亡リスクが注目され、3年以上が経過したが、この期間は、流行前から存在していた地域課題や社会課題(地域医療も含めた医療全般における課題も含む)を一気に顕在化させたといっても過言ではない。また、もう一つ忘れてはならないのが、高齢者への自粛生活長期化による生活不活発や人との交流の断絶等を基盤とする健康二次被害、いわゆる「コロナフレイル」である。4年目を迎えた今、COVID-19が5類感染症になったとはいえ軽視することは出来ない。その上で、ウィズコロナ/ポストコロナ社会を見据え、快活な住民活動が再開される地域社会、多角的な視点においてレジリエントな地域社会、さらには国民に安心感を与えることの出来る医療・ケア体制などを改めて再構築しながら地域づくりにつなげていく必要がある。

2 現状及び問題点

(1) 新興感染症や災害等の有事における医療・ケア体制が脆弱である。

COVID-19 パンデミックは、わが国の高齢者医療における課題を顕在化させた。COVID-19のみならず、他の新興感染症や災害等の有事にも共通して生じうる課題であるが、今回のパンデミックで改めて高齢者の脆弱性が浮き彫りになった。

(2) 有事の際にエンドオブライフ(EOL)ケアおよび Advance care planning(ACP:人生会議)が機能していない。

COVID-19 パンデミックは、多くの高齢者の EOL に多大な影響を及ぼした。ACP の未実施と機能不全が最大の要因であるが、本人の価値観・意向・人生の目標などを家族や医療・ケア従事者と共有することが困難であった。

(3) ICT(Information and communication technology)及び最新技術の活用が不十分である。

デジタル分野の格差(デジタルデバイド)は高齢層でより顕著であり、デジタル化やロボットなど最新技術の恩恵も高齢者には十分に届いていない。それらが高齢者の社会的孤立やフレイル(虚弱)化の一因ともなった。

(4) コロナ禍で多様な健康二次被害が顕在化した。

コロナ禍では、過剰な自粛生活が長期化する中で、誤情報(Misinformation)や虚偽情報(Disinformation)の影響も関与し、健康二次被害が加速した。そこには情報の取捨選択能力も大きく問われるが、一般的に高齢者はIT技術等に弱く、正しい情報への適正なアクセスが困難なケースも多く認められた。

(5) 公衆衛生領域における人材が不足している。

今回の COVID-19 パンデミックを経験し、ワクチン開発や治療薬開発、高齢者への重症化予防対策などの普段からの推進も大きな課題として残った。保健・医療・介護分野における平時からの情報収集や分析も課題で、そのための人材不足も明らかとなった。

3 見解の内容

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)によるパンデミックを経験し、単に個の健康という視点だけではなく、医療界における体制の在り方、さらには地域社会や環境の在り方という広い視野から高齢化する日本社会の将来ビジョンを今回見解としてまとめた。本見解が、日本老年学会などの学協会、厚生労働省、文部科学省、経済産業省、国土交通省、内閣府、各種職能団体等の施策(省庁横断的な流れも含む)に反映されることを期待する。

(1) 他の新興感染症や災害等の有事にも迅速に対応できる医療・ケア体制を再構築すべきである。

COVID-19のみならず、他の新興感染症や災害等の有事にも共通して生じうる課題として、最も脆弱な高齢者層を想定した医療・ケア体制の整備が必要である。

(2) 有事の際にも十分に尊重されるエンドオブライフ(EOL)ケアおよび Advance care planning(ACP:人生会議)を加速するべきである。

有事の際にも一人ひとりの高齢者が最期まで本人らしく生きることができるよう、早期からACPを実施することにより、本人の価値観・意向・人生の目標などを家族や医療・ケア従事者と共有し、EOLケアに反映できるよう全ての関係者が配慮すべきである。

(3) ICT(Information and communication technology)及び最新技術の活用を促進し、新しい地域コミュニケーションを積極的に構築していくべきである。

デジタル分野の格差(デジタルデバイド)を解消し、誰もがデジタル化の恩恵を受けられる環境を整備していく必要がある。また、社会的孤立を防止するために、新たな地域コミュニケーションを創生する必要があり、そこには移動支援の視点も不可欠である。

(4) 高齢者におけるコロナ禍で顕在化した多様な健康二次被害を多角的なアプローチにより防止すべきである。

単なる健康維持への啓発だけではなく、健康維持に関わる適正な情報提供のあり方など多角的なアプローチにより健康二次被害の防止に最大限の注意を払うべきである。

(5) 保健・医療・介護に関する平時からの情報分析を心掛け、公衆衛生領域における研究を推進し、かつその分野の人材育成も強化すべきである。

ワクチン開発や治療薬開発、高齢者への重症化予防対策などの普段からの推進、平時からの情報収集や分析など公衆衛生領域における研究をさらに推進すると同時に、臨床応用のシーズとなる基礎研究にも、事態が発生する以前からの継続的な支援が必要である。

特に大学や研究組織などの研究者側がこれらの推進に心掛けるべきであるが、同時に、行政(データを持つ自治体や国、研究や人材育成を支える国)の役割も非常に大きい。

目 次

1. はじめに.....	1
2. 医療体制の構築.....	2
(1) 急性期における対応、クラスター予防など感染対策、適正医療	
(2) 適切なケア、エンドオブライフケア・Advance care planning (ACP:人生会議)の加速	
(3) トリアージ、法的な問題	
(4) 口腔機能、感覚器機能（視機能や聴覚機能等）、運動器機能	
(5) 遠隔診療	
(6) 外科手術	
(7) 障がい者対応	
3. 快活および安心できる地域づくりの再構築：新しい地域コミュニケーション構築..	8
(1) ICT (Information and communication technology) 活用促進	
(2) 社会的孤立の防止：新たな地域コミュニケーション	
(3) 移動手段（モビリティ）の充実	
4. 多様な健康二次被害を減らすための国民啓発、特に適正な情報提供のあり方.....	9
(1) コロナ禍による生活習慣の変化と健康二次被害	
(2) 適正な情報提供のあり方（Misinformation, Disinformation への指摘と今後の課題）	
(3) 介護現場に生じた二次被害とその防止にむけて	
5. 公衆衛生（保健・医療・介護に関する平時からの情報分析）領域における研究推進と人材育成.....	11
6. 見解.....	12
<参考文献>.....	14
<参考資料>.....	18

1. はじめに

近年、わが国では平均寿命が著しく伸び、2022年においては、男性が81.05歳、女性が87.09歳と、世界の中でも長寿国となっている。2023年版高齢社会白書によると、65歳以上人口は3,624万人となり、総人口に占める割合（高齢化率）は29.0%となった。65歳以上人口は増加傾向が続き、2043年に3,953万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推計されている。一方、65歳以上の新体力テストの合計点は10年前より向上し、健康寿命は男性が2.26年、女性は1.76年延びており、この健康寿命の伸びは平均寿命の伸び（男性1.86年、女性1.15年）と比較して上回っている。わが国の高齢化は今後ますます進み、なかでも75歳以上の後期高齢者の増加が著しく、かつてどの国も経験したことのない超高齢社会の到来が予測されており、「人生100年時代」の到来も現実的なものになりつつある。

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の高齢者の高い重症化及び死亡リスクが注目され、3年以上が経過したが、この期間は、流行前から存在していた地域課題や社会課題（地域医療も含めた医療全般における課題も含む）を一気に顕在化させたといっても過言ではない。4年目を迎えたコロナ禍において、ウィズコロナ/ポストコロナ社会を見据え、快活な住民の活動が再開できる地域社会、そして多角的な視点においてレジリエントな地域社会、さらには国民に安心感を与えることの出来る医療・ケア体制など、これらを改めて再構築しながら地域づくりにつなげていく必要がある。もう一つ忘れてはならないのが、高齢者の自粛生活長期化による生活不活発や人との交流の断絶等を基盤とする健康二次被害、いわゆる「コロナフレイル」である。これにより、多くの住民（特に高齢者）の心身機能が低下するに至った。感染予防に配慮しながら、前向きに地域の活動を再開させ、多面的な視点で包括的にフレイル（虚弱）対策を進められるよう、当事者である高齢住民の意識変容だけではなく、行政側も含めた多くのステークホルダーが地域社会の再構築の意識を持つ必要がある。ワクチンや治療薬も含めた医療提供体制の確立と同時に、真の人間中心社会に向けて、「我々が忘れてはならない原点」と「次世代の新しい地域コミュニティ像（新たなデジタル社会含む）」の両方を実現しながら、人と人との心を近づけ、絆を強化し、豊かな社会に向けた新たな価値を創造していくことが求められる。

「人生100年時代」とも言われる中で、わが国では国民が健康な生活と長寿を享受できる健康長寿社会の仕組みづくりが急務となってきている。さらに高齢者の経済活動・地域活動への積極的な参画を促すことによって、高齢者も「社会の支え手」となる新しい社会システムを追い求める必要があり、まさにコミュニティのリデザインという考え方も求められる。なかでも健康寿命の延伸は国家戦略の中核であり、フレイル（虚弱）をいかに喰い留めるのが鍵になる。

本老化分科会では、COVID-19パンデミックの経験を踏まえた医療体制構築の視点に加え、超高齢化に対応する社会の仕組みづくりなどの視点から、活力ある超高齢社会の構築に向けての課題を整理し、その実現に向けた方策について見解を述べたい。

2. 医療体制の構築

(1) 急性期における対応、クラスター予防など感染対策、適正医療

COVID-19 のパンデミックは、本邦の高齢者に関する医療・ケアにおける課題を顕在化させる機会となった。本感染症に最も脆弱な層に焦点を当てることで、ウィズコロナ・ポストコロナ時代における医療・ケアの課題を特定し、有効な対策を立案する契機となる。

同パンデミック初期より、高齢者、心血管疾患、高血圧等の基礎疾患を有する患者は重症化リスクが高いことが示されてきた。また、同パンデミックは個別の専門医療については短期間に総量的な負荷を加え、透析をはじめとするそれぞれの診療部門で大きな混乱が発生した。保険償還制度を鋳型として細部まで調整されたわが国の診療体制は、新たに出現した異常事態に対して自ら率先して適応することが困難であった。出来高に基づき構築された制度は予防的措置を組み込むことに後ろ向きであり、結果的に大量の補助金が投入されることとなった。しかも COVID-19 の影響は臓器横断的であり、本邦の医療・ケアにおいては個々の患者（特に高齢者）の管理に関する統合的な情報共有手法や一元的な指揮命令体制が不十分であった。

以上の事態はコロナ感染症のみならず、他の新興感染症、災害時にも共通して生じうる課題である。そして、今回のコロナ禍においては、感染の懸念等により医療機関の受診を控える傾向も認められたため、医療提供体制の改革と同時に、医療機関の安心かつ適正な受診を国民に伝えていく必要もある。こうした有事（新興感染症や災害時等）が再び起こったとしても、適正医療としての安心感ある医療提供体制を確保するためには、早期に住民への注意喚起や医療提供体制の強化（医療機関等への呼びかけ）を行うことが重要である。特に、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、かかりつけ医機能も含めた緩やかなゲートキーパー機能（緊急時を除いて、患者は基本的にかかりつけ医の診療を受け、定期管理やその後の方針を受けること）も必要となる[1, 2, 3]。そして、かかる有事に際して、高齢者を含む最も脆弱な患者層を想定して、以下の1)～7)の視点に対して医療体制を整備する必要がある。

- 1) 有事の際の入院受け入れ機関を決定する調整機能の明確化
- 2) 感染拡大時に一般病床を感染症病床に転換しうる医療機関の確保
- 3) 治療薬の優先的な確保
- 4) 医療資材（PPE、ガウン、手袋、マスク等）の備蓄と必要な医療現場への迅速な配置
- 5) 予防的措置を現行の診療報酬制度に組み込む抜本改訂
- 6) かかりつけ医などの包括的医療の担い手に関する制度の構築と人材の育成
- 7) 急性期病院における早期からのリハビリテーションの導入

そして、その中でも1) 2) 6) を迅速に実現するためには、受け入れ医療機関やかかりつけ医における病診連携・病病連携、個々の患者を中心に多職種をつなげる情報ネットワークの構築などが重要であり、まさに平時からの地域包括ケアシステム構築の取り組

みも大きな要素となる。

(2) 適切なケア、エンドオブライフケア・Advance care planning (ACP:人生会議)の加速

日本老年学会・日本老年医学会は2017年に「高齢者に関する定義検討ワーキンググループ報告書」を発出し、75歳以上を高齢者と定義することを提言した[4]。この提言は高齢者の年齢を定義するのみではなく、現在、高齢者とされる65歳以上の者は、社会活動が可能、かつ多様な健康状態にあり、必ずしも支えられる者、ケアを受ける者という受け身な存在なのではないことを意味している。報告書でも、「同世代の社会的弱者とよばれる人々を助け、また若年層の負担を軽減することにつながり、わが国における社会保障制度をより一層強化し、かつ持続可能なものすることにつながる効果があると考え」とある[4]。こうした考えのもとにおいて、高齢者は単にケアを受ける側の者ではなく、地域の人々と相互に支えあう存在として位置づけることができる。

人生の最終段階をどのように迎えるか、という課題においても、高齢者の個々人の生き方や尊厳が重視され、エンドオブライフケア (End of Life: EOL ケア) という言葉が用いられるようになった。一人ひとりの高齢者が最期まで本人らしく生きることができるよう支援し、その目的に資するよう医療・ケアを提供することの重要性はますます高まっている。それを実現するために Advance care planning (ACP : 人生会議) は大きな役割を果たす。ACP とは「将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス」を指し[5]、その実践には事前に本人の価値観・意向・人生の目標などを家族や医療・ケア従事者と共有し、理解した上で今後の医療ケアに対する意思決定のために協働する必要がある。

しかし、COVID-19 パンデミックは、多くの高齢者の EOL に多大な影響を及ぼした。感染によって病院へ入院し、治療、ケアの選択ができないまま、家族との面会も許されずに死を迎える者が多く見られた。また、生命維持装置の選択を迫られる時には自ら意思表明することが難しいことが多く、ACP の欠如により医療者のみならず家族をも悩ませるだけではなく、本人の望む医療ケアが行われない事態となっていた[6]。さらには、最期を過ごす選択肢が制限されたり、面会制限のために余儀なく在宅を選んだ者がいたなどの報告も見られる[7]。多死時代を迎えているわが国においては、本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現するには ACP の推進は不可欠である。

どの時期に、またどのように ACP を行っていくかについては様々なケースが考えられるが、人生の最終段階を見据えてできるだけ早く開始することが望ましく、また繰り返し ACP を実践することが重要である。さらに、本人の疾病・身体の状態などの医療ケア情報は本人の意思決定には不可欠であり、本人ならびに家族などの親しい人のみならず、医療ケア従事者とともに適切な情報を共有しながら共同意思決定に導くことが必要である。従って、今後の ACP の推進には市民のみならず、医療・ケア従事者へのさらなる啓発が望まれる。

(3) トリアージ、法的な問題

COVID-19 パンデミック時の医療資源の不足は、災害現場等で活用が進むトリアージとは異なる性格を有するコロナ・トリアージとも呼ぶべき選別をめぐる議論を引き起こした[8]。従来のトリアージでは、重症度や治療緊急度が搬送・治療優先順位を決定するための基準とされてきたのに対して、コロナ・トリアージでは、救命可能性が、当該患者に ECMO（体外式膜型人工肺）等の医療機器や人的資源を投入するか否かのみならず、他の患者のためにそれらを譲るべきか否かという治療中止を判断するための基準としてクローズアップされることになった。一般に重症化しやすい高齢者は、コロナ・トリアージでは不利な立場に置かれることになる。より多くの命を救うというコロナ・トリアージの目的の合理性は否定できない。他方で、コロナ・トリアージが実際に救命数の最大化・効率化につながることを示すエビデンスは十分ではない。何よりも、命の選別と命の数量的な衡量を行うこと自体の不公正さに加えて、高齢者差別、一般化すれば、カテゴリー（トリアージも含む）による生命の価値の差別化と平等原則及び人間の尊厳との抵触等が問題となる。

このような難問に対して、近時改定された公益社団法人日本医師会の「医の倫理綱領」においても、「適切な医学的判断に基づいた差別のない公平な対応が求められる」と述べられているものの、具体的な指針は示されていない。医療資源の逼迫は、COVID-19 の治療現場に限らず起こりうる。これを機に、限られた医療資源の配分を余儀なくされた場合の対応方法について、医療関係者のみならず、広く国民的議論を踏まえた公的なガイドラインを策定すべきである。医療関係者に過重な判断や民事的・刑事的責任追及のリスクを負わせることによる治療等の遅れを防ぐためにも不可欠である。ACP を普及させ患者本人の意向に基づく決定を行うのが目指すべき方向であるとしても、他者に治療順位を譲ることが死を意味する場合があるとすれば、尊厳死・安楽死との関係も含めて、死ぬ権利の法的位置づけ、生死に関する自己決定の在り方とその限界が改めて問われることになる。さらに、患者本人の意向が明らかでない場合における家族の同意権等の法的根拠とその明確化、家族等がない場合に特に重要となる成年後見人等への同意権付与、または、医療に関する決定・同意権等を有する代理人制度創設の可能性等も検討課題になりうる。

(4) 口腔機能、感覚器機能（視機能や聴覚機能等）、運動器機能

今回の COVID-19 パンデミックでは、単なる呼吸器疾患としての問題だけではなく、口腔機能、感覚器機能（視機能や聴覚機能等）、運動器機能などへの影響も無視できない。まず口腔領域は、摂食・嚥下、喋る、呼吸など人体と外界とのインターフェース部分である。口から食べることは、栄養の面からも、ヒトの尊厳、ウェルビーイングの観点からも維持されるべき必須の機能である。安全に嚥下するためにも口での咀嚼、食塊形成は重要であるとともに、食べるという行為は味覚、触覚だけでなく、視覚、聴覚、嗅覚などの五感を使う行為である。老化、認知機能低下を促進する因子としてこの感覚機能低下が指摘されていることから口腔の重要性が見直されるべきである。誤嚥性肺炎だ

けでなく、ウイルスも含めた感染症予防の面からも口腔衛生の重要性が指摘されている。また、高齢者の健康維持にとって重要とされる社会との関わりの面からも、口腔機能はコミュニケーションにも関連している。口腔機能の視点から全身の健康維持を考えるにあたり、新しい概念「オーラルフレイル」が世に出ている[9]。これは、歯の数が少ない、噛み応えのある食材を噛みにくい、汁物でむせが増えてきている、口が渇く、滑舌が悪い、などの口の周りの些細な衰えが重複している状態である。コロナ禍の社会状況では地域交流も遮断されたため、日常での会話も激減し、長期間の自粛生活によって口腔機能低下（滑舌低下も含む）も助長された[10, 11]。口腔機能低下症という新たな傷病名も存在することから[12]、適切かつ総合的な歯科的評価と介入によって予防・改善されることを期待している。ただし、これは高齢期だけの問題ではなく、小児期からの全世代にわたるシームレスな口腔健康管理が求められ、さらに多職種協働で推進していく必要がある[13, 14]。

感覚器機能においては、五感に代表される視覚や聴覚、味覚、嗅覚など様々な外界情報を受感しており、人間の生命活動や社会生活の維持において不可欠な機能である。なかでも、視覚と聴覚の低下は高齢者のフレイル（虚弱）状態を顕著に進行させてしまう。まず視機能の低下により、高齢者では自立機能が低下するだけでなく、転倒リスクの増加や認知症の進行、社会参加の減少や地域社会との繋がりが希薄になる傾向が強い。2015年に新規で視覚障がい者に認定された人のなかで、70歳以上が62.5%を占めることから分かるように、高齢になってから高度な視機能障害に至るケースが多い。そして2030年には、本邦での視機能障害を持つ人は200万人に達すると推計されている[15]。

このような視覚障害に至る原因としては緑内障、加齢黄斑変性、糖尿病網膜症などの治療可能な慢性疾患が上位を占めており、予防のためには定期的な診察が必要である。白内障では先進的な手術の普及により早期から治療ができており、高齢者の認知機能低下に一定の抑制効果を示してきたが、コロナ禍では患者側の受診控えと病院の手術制限により大きく停滞してしまった。さらに、高齢者の転倒に伴う眼球破裂、急性緑内障発作などにおいても迅速な医療対応に遅れが生じ、網膜剥離では初診の時期の遅れもあり、恒久的な機能喪失に繋がったケースも存在する。パンデミックの有無にかかわらず、通常からのかかりつけ医による視機能障害の早期発見・早期対応も重要であり、さらにこのような緊急性を有する状態に対し、24時間を通してハイレベルな救急対応が可能な施設へ搬送できる体制を維持した地域の医療体制も求められている。一方、聴覚障害においてもフレイルと関連していることが横断研究や縦断研究から報告されている[16, 17]。COVID-19感染による味覚障害は多く報告されたが、感染による聴力への影響や受診控えによる悪影響などは、今後のエビデンス蓄積が求められる。以上より、高齢化が急速に進行しているわが国において、健康寿命延伸や認知症・フレイル予防のために高齢者の感覚器における早期スクリーニングや定期的ケアは非常に重要である。

運動器機能では、整形外科領域が中心となった調査により、運動器不安定症やロコモティブシンドローム（ロコモ）を有する高齢者（特に女性）が多く、今回のCOVID-19パンデミックでの長期にわたる自粛生活による生活不活発で、さらに筋肉減弱症（サルコ

ペニア)も進行したことによる自立機能の低下が認められた[18, 19]。特に感染症が重症化しやすい高齢者においてはフレイルの増加となって現れている。このような活動自粛は、身体的な活動のみならず社会的な交流も激減させ、ロコモやフレイルの進行も含む身体機能だけではなく、認知機能の低下、栄養状態の悪化などを引き起こし、負の連鎖に陥ることが危惧される。そこで、2022年に一般社団法人日本医学会連盟から「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」が発出されている[20]。ここでは、フレイル・ロコモの状態を有すると生活機能が低下しやすく、要介護のリスクが高まる（要介護に至る危険度が約4倍）が、この状態は適切な対策により要介護に至る危険度を下げたり、元の健常な状態に戻したりすることが期待できると示している。基礎疾患が根底にある場合も多いが、同時に、今回のCOVID-19パンデミックに代表されるような長期間にわたる自粛生活が、これら運動器機能を顕著に低下させていることは間違いない。平時でも、そしてパンデミックのような有事であっても、生活不活発の状態がいかにも運動器機能を中心として身体機能を低下させるのかを国民に明らかにし、自身の日常生活が不活発にならないような工夫ができるように促す必要がある。

(5) 遠隔診療

遠隔診療は、ICTの進歩と普及により技術的に身近なものとなっていたが、COVID-19の流行を受けて感染対策としての意味もあり、その活用が世界的に加速した。しかし、ICTに不慣れな高齢者にとっては、まだ遠隔診療の単身利用は簡単ではない。また、多疾患を併存し、非定型的兆候やコミュニケーション能力の低下といった問題を抱える高齢者には遠隔診療自体が不向きであるとの見方もある。

このような課題はありつつも、遠隔診療が高齢者医療のブレイクスルーになるのではと期待され[21]、その発展と整備が望まれる。具体的には、オンライン上を含む家族同席での重症度判定は可能であり、それによって不要な緊急受診や往診を減らすことができる。認知症や閉じこもりなど外来受診につなげるのが容易でないケースでも、オンラインならば心理的なハードルが下がり気軽に受診できる場合がある（ゲートウェイ診療）。訪問診療などかかりつけ医と患者がいる状態で専門医が遠隔診療を行う（ハイブリッド診療）など僻地での専門医療、あるいは訪問看護師と患者がいる状態で主治医が遠隔診療を行うといった多職種連携へも活用できる。また、外来診療では十分に把握できない自宅の状況をカメラ越しに見せてもらい、生活指導に活かす、さらには高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment, CGA）を行うことも可能である。また、看護やリハビリテーションといった多職種による医療や介護への応用も将来は期待できる。ただ、あくまで高齢者診療の基本は対面であり、遠隔診療は現在のところ対面診療を補完するものでしかないことを強調しておく。また、対面診療を補完する可能性があるオンライン診療におけるエビデンスレベルはまだ不十分であるため、その実証が喫緊の課題である。

(6) 外科手術

COVID-19 パンデミックにより最も大きな影響を受けた医療の一つが外科手術である。2020年の最初の緊急事態宣言の時には、海外からの情報で感染者の手術リスクの増大や手術時の医療者への感染が大きな課題となり、手術を自粛する傾向があった。二つ目の危機的状況は、2021年の第4波～6波で、非常に多くの重症患者が発生し、その治療のために救急医療、ICU 病床、専門看護師などの高度な医療資源をコロナ診療に集中させるために結果として手術を削減せざるを得なかった時期である。第三の危機は、2022年の第7波以降でコロナ感染症自体は中等症・軽症が中心となったが、患者数が爆発的に増えたため病院内で患者や医療従事者のクラスターが多発し、病棟閉鎖（特に外科系病棟で感染が拡大しやすい）が頻発し、その度に手術を中止・延期せざるを得なかったという状況である。

手術数に関しては、悉皆性の極めて高いNational Clinical Databaseにて代表的な20の術式（がん、循環器、感染など含む）の集計を見ると、2020年は2019年に対して95%と著明な減少を示し[22]、国民医療費の減少が3.2%であったこと[23]と比較しても、影響が大きかったことが理解される。悪性腫瘍の手術はがん種による差が大きく、胃がん・大腸がんでは検診の自粛、受診控えの傾向により早期がんが減少し進行がんの割合が増えているが、一方で、膵臓がんなどもともと早期発見の難しいがんでは手術数は減少していない。また、2020年当時の感染の特徴として都市部での手術数の減少が大きかったが、最近は感染が一般化し地方でも人口当たりの感染者数は変わらない。こうなってくると、元々医療機関が少ない地方での手術の制限がより顕著になる可能性がある。

高齢者という観点からは、悪性腫瘍や循環器疾患の発見が遅れていることは今後に大きな課題を残している。また、高齢者手術のリスクを考えた場合、外出や運動が減少したためにフレイル高齢者が増えることも大きな懸念の一つである。ウィズコロナ時代では医療へのアクセスを確保し、高齢者に適切な外科手術を提供することが、救える命を救い健康寿命を確保するために必要である。

(7) 障がい者対応

世界で高齢障がい者が増加している[24]。令和5年版障害者白書によると[25]、日本では65歳以上の在宅身体障害者数が1996年には158.7万人（全年齢の52.7%）であったのに対し、2016年には311.2万人（同72.6%）となっており、知的障がい者や精神障がい者にも同様の傾向がみられる。このような状況には、日本人全体における高齢化の進行に加えて、障害のない高齢者が障がい者になる機会の増加と、障害を持つ者の加齢が関係していると考えられる。その代表的なものが加齢に伴う視力障害や聴力障害である。さらに、フレイルを含む高齢者の身体的特徴、様々な基礎疾患や嚥下障害などの合併症を考慮しつつ、精神面や認知面にも配慮して適切なリハビリテーション診療を行う必要がある。COVID-19 パンデミックにおいて、障がい者は医療サービスへのアクセシビリティなどの問題から感染や重症化のリスクが高く[26]、特に高齢障がい者では配慮が必要である。

そして、医療の進歩により障がい者の寿命が延長している。身体障がい者では「活動の制限」と「参加の制約」によって生活活動や運動が制限され、身体活動量が減少しやすい。このため生活習慣病の合併が多く、虚血性心疾患や脳血管障害などを発症し重複障がい者となるリスクが高い。また知的障がい者や精神障がい者でも生活習慣病の合併が多いことが分かっており、生活習慣病を予防するためには、全ての障がい者において、障害があっても身体活動量を維持する取り組みが必要である[27]。

このような高齢障がい者の増加に適切に対応するためには、知識と経験を有する医師やリハビリテーション関連職種、福祉職の育成が必要である。また医療や福祉の従事者に加えて、障がい者自身にも適切な教育を行う体制を構築する必要がある。

3. 快活および安心できる地域づくりの再構築：新しい地域コミュニケーション構築

(1) ICT(Information and communication technology)活用促進

今後の高齢社会を考えると、デジタル化の加速は必要不可欠である。総務省は、2013年（平成25年）のICT超高齢社会構想会議報告書において、「スマートプラチナ社会ーICTで創る安心・安全な暮らし」の実現を掲げ、3つのビジョンを掲げている。このうちの2つ「健康を長く維持して自立的に暮らす」「生きがいをもって働き、社会参加する」においては、ICT健康モデル（予防）の確立、ライフサポートビジネスの創出、ICTリテラシーの向上、ロボット×ICTの開発・実用化など、高齢者が健康を維持し、社会参加を継続するためにICTの活用が推奨されている[28]。さらには、社会変革に向けたICT基盤強化とデジタル変革の推進も求められている[29]。

しかし、2021年（令和3年）の情報通信白書によると[30]、70歳以上の高齢者の約60%がスマートフォンやタブレットを利用していない状態である。COVID-19パンデミックによって社会経済上の様々な制約が生じている中で、人との接触を避けながらも、デジタル化によりオンラインでの買い物や家族・友人等との交流が実施できる等、生活の利便性を明らかに向上させる可能性がある。これらのメリットは、行政や防災などのサービス享受など、生活のあらゆる場面に及んでおり、一方で、このメリットを享受できないことによって、今や社会から取り残される可能性もある。生活基盤がデジタル化していく社会において、高齢者でこれまでデジタルデバイス活用の経験のない者も多い現実もあり、誰もが取り残されることのない支援体制が必要である。デジタル分野の格差（デジタルデバイド）を解消し、誰もがデジタル化の恩恵を受けられる環境を整備していく必要がある。現時点では、自治体によって取り組みにばらつきが見られ、地域間格差が大きい。今後、デジタルデバイスを所有しない、もしくは不慣れな高齢者に対して、無償配布とその使用・活用方法の講習等、全国レベルでの対策が求められる。実際に、高齢者向けの利用支援の一環として、地域交流事業の中で、自治体におけるICT支援（例：高齢者向けのスマホ教室、アプリ開発、機器の貸し出し、若年層もジョイントする企画）などが地域で進んでおり、全国的に加速すべきである。高齢者へのICT普及の中で、地域における通いの場での携帯端末を介したデジタル教育も取り入れていくべきである。

(2) 社会的孤立の防止：新たな地域コミュニケーション

高齢者がグループ活動に参加する割合は、年々減少の傾向にあることが内閣府の調査により報告されている[31]。2014年調査と2021年調査の結果を比較すると、参加したいと思わない割合が増加している（2014年 18.2% → 2021年 27.4%）。このような地域でのグループ活動への不参加は段階的に起こってしまい、将来的に社会から離脱する可能性を示唆している。社会からの孤立を避けるためにも、いかに社会との繋がりや地域の人々との多様な繋がりを維持するのが課題である。

近年、高齢者の孤立を防ぐ地域づくり、小さな多様なコミュニティづくり、地域自体が相互にケアする共同社会となる取り組みが進んでいる。「目的をもった活動に参加をする」という在り方のみではなく、「地域や場そのものが高齢者を見守り、あるいは相互にケアをし合うことを可能にする仕組み」である。ここで注目されるのは高齢者のみではなく、多世代における相互の交流である。こうした新しいケアをするまち、そして多様な人々が当たり前のように交流する場を、いかにデザインし構築するのが課題である。さらに、前述のデジタルデバイスを活用したオンラインでの通いの場（いわゆるオンラインサロン）も様々な取り組みが始まっている。従来の対面での集いとともに、オンラインでの集いも上手く組み合わせていく、いわゆるハイブリッド型の新たな地域コミュニケーションへのチャレンジも重要である。そして、住民活力を底上げしながら、自助・互助・共助・公助の4つを基盤とする地域づくりの取り組みをさらに強化する必要がある。

(3) 移動手段（モビリティ）の充実

高齢者の社会参加を促進するためには、本人への啓発だけでは不十分であり、移動手段（モビリティ）の充実も必要不可欠である。地域別の特長（特に高低差など）や公共交通の不足により、日常的な買物や通院だけではなく、前向きに社会参加をするための移動に苦慮している場面も少なくない。また、外出等の社会参加が減少するとフレイル（虚弱）状態の進行も強く懸念され、負の連鎖で地域での交流が減ってしまう。現在、国を挙げて高齢者が安心して移動できる環境の整備、高齢者の移動手段の確保などの取り組みを進めている[32]。高齢や障害によって外出を困難に感じる人たちが、使いやすく安全な移動手段を確保することを目指しており、既存の公共交通手段の見直し、市町村が主体となった自家用有償旅客運送の実施、NPO等によるその支援、住民などによる移動支援、つまりボランティアや市域の助け合い（互助）がさらに底上げされるべきである。

4. 多様な健康二次被害を減らすための国民啓発、特に適正な情報提供のあり方

(1) コロナ禍による生活習慣の変化と健康二次被害

世界中で行われたロックダウン等による COVID-19 対策は、感染者を減らす点に関しては効果的だったと考えられるが、その代償として多くの人々の生活様式を大きく変えた。わが国では首都圏4都県において、2019年のコロナ禍前と比較して緊急事態

宣言の発令により、数ヶ月間にわたり歩数が有意に 1500 歩程度（歩く時間で 15 分程度）減少した[33]。緊急事態宣言の解除により身体活動の減少は解消されたが、1 日 15 分程度の身体活動量低下が長期にわたり習慣化してしまうと、生活習慣病・気分障害などの発症リスクや総死亡リスクの上昇だけでなく、COVID-19 の重症化や死亡のリスクも高まる[34]。また、COVID-19 対策に伴い人々の活動範囲が狭まることで、社会性や生活の質も低下する[35]。このように、コロナ禍での高齢者における過剰な自粛生活長期化による健康二次被害が顕著であった。これは言い換えれば、コロナフレイルである。具体的には、筋肉減弱症や認知機能低下などが進んでしまったことが危惧される。今後、コロナ禍による国民の慢性的な生活習慣の変容とその健康二次被害の実態を明らかにし、エビデンスに基づく対策を講じていくことが必要である。

(2) 適正な情報提供のあり方（Misinformation, Disinformation への指摘と今後の課題）

COVID-19 パンデミックは、情報弱者としての高齢者とその対応策の必要性を社会に認識させることになった。高齢者のワクチン接種の予約等をめぐるトラブルないし混乱の一因は、一般に高齢者は IT 技術等が劣り、情報へのアクセス力が弱いことにある。この情報アクセス力の弱さは、SNS 等における確認不足や勘違い等による誤情報（Misinformation）や意図的に流される虚偽情報（Disinformation）の影響を受ける危険が少ないことを意味する反面、それらに接したときに、それらの情報を相対化し、誤りに気付く機会が乏しいことをも意味する。今回のパンデミックにおいても、特に認知機能低下を持ち合わせる高齢者等において、メディア報道を通して一方的な情報により混乱した事実もある。かかりつけ医や専門職、地域包括支援センターも含めた行政等、地域を構成している多様なルートからの適切な情報提供が必要である。このような問題は、コロナ禍に限らず、災害時等には生死を分ける深刻なものになりうる。今後、より一層情報化が進み、他方で、家族・親族、同居人、親しい知人等がいない高齢者の増加が予想される中、高齢者個人の情報アクセス力及び情報選別力の強化が不可欠である。

(3) 介護現場に生じた二次被害とその防止にむけて

コロナ禍では、介護施設に入所している高齢者らが、適切な医療を受けることができないまま、感染予防に必要な衛生用品や専門的知識をもたない介護スタッフによる看取りを余儀なくされた。厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症対策推進本部ほか連名事務連絡として、高齢者施設等における施設内療養について支援策「オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策徹底を踏まえた対応について（高齢者施設等における医療支援の更なる強化等）の考え方について（令和 4 年 4 月 4 日）」を打ち出したが、医師や看護師の派遣や往診を要請できる医療機関を確保できている施設は令和 4 年 4 月の段階で 65%に留まっていたこともあり、続けて「オミクロン株の特性を踏まえた保健・医療提供体制の対策徹底を踏まえた取組状況及び更なる体制

強化について（令和4年4月28日）」を打ち出した。今後、感染症や大規模災害により医療的ニーズが拡大し、入院による医療の提供が制限される場合、市町村をはじめ都道府県や国も含む広域的な協力・連携体制のもとで、必要な医療的ケアが介護施設内あるいは在宅で提供できる体制の整備が求められる。

一方、介護施設のみならず、在宅で介護サービスを利用しながら生活を維持している高齢者、家族介護者およびサービス事業者もコロナ禍で多大な影響を受けている。感染を恐れる高齢者らのサービスの利用自粛により、高齢者らにおいては心身機能の低下や孤立・孤独が増加した。こうした状況は、同時に在宅で介護にあたる家族介護者らの心身の負担につながり、仕事を含めた彼らの社会的・経済的活動の制限をもたらしている。他方で、サービスを提供する訪問介護事業所や通所介護事業所の介護スタッフらは、介護施設同様に不十分な感染防護体制のもとで業務遂行を余儀なくされる一方、利用者の減少による経営状態の悪化から、休業や事業縮小・停止に追い込まれる事業所もあった[36]。平時より、マンパワーの不足や苦しい経営状況にある小規模な介護事業所が、災害時においても事業を継続し、必要な介護サービスを提供できる体制の確保と、介護施設や介護事業所のスタッフらが、感染防御に関する医療的助言や指導のもとで実践を継続するための教育的、実践的な支援が不可欠である。

5. 公衆衛生（保健・医療・介護に関する平時からの情報分析）領域における研究推進と人材育成

国の健康政策を示した「健康日本21（第二次）」は健康増進法に基づき2013年度から実施され、10年を経て最終評価が示された。最終目標である「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」に関しては、健康寿命の延伸は達成したが、健康格差の縮小は未達成となった。また、「高齢者の健康」領域の6項目でも2項目のみの達成であった。

「SDGs（持続可能な達成目標）」においても「3. すべての人に健康と福祉を」が目標の1つとされており、その実現は極めて重要である。高齢になると、徐々に疾病や障害が増えるが、自立して日常生活を送れるような基盤を整備すること、つまり、社会全体として高齢者が能力を発揮できるよう体制を構築することは、結果的に疾病や障害の発生や悪化を増加させないことになる。

そのため、公衆衛生の視点からは、具体的に就労継続希望の場合には就労支援、ボランティア活動継続希望の場合にはその場の提供など、一次予防的整備が求められる。しかし、加齢により、一定の支援、介護、医療が必要になってきた場合に、それを早期に発見し、対応する二次予防の体制充実には、高齢者に安心を提供するうえで必須であろう。具体的には、高齢者の身近な生活空間（日常生活圏域）で支援を行う地域包括ケアシステムの充実が喫緊の課題である。さらに、より高度な医療や専門性の高いリハビリテーション等（三次予防）が必要な際に、身近な保健・医療・ケア分野それぞれのシステムから、シームレスに情報伝達やサービス提供が行われることが重要である。そのためにも、患者のあらゆる医療情報をどの施設からも共有・閲覧できるような情報ネットワーク、医療・介護分野のDX化（デジタル・トランスフォーメーション）の推進が急務である。

上述のように地域における高齢者を支えるシステムは現存するが、その有効性や課題等について、十分な評価、検証がなされているとは言い難い。今後必要なのは、地域におけるさまざまな公衆衛生の取り組みを科学的に評価するための継続的な研究であり、さらに、これらの研究成果を具現化したサービスとして、実際の地域社会において社会実装する仕組みを構築するところまで推し進めることである。そのことにより、公衆衛生の取り組みを医療・ケアシステムに適切につなげ、ひいては、高齢者のみならず、住民全員にとって住みやすい、安心感ある地域づくりに貢献できると考える。

今回のパンデミックを経験し、ワクチン開発や治療薬開発、高齢者への重症化予防対策などへの普段からの推進が不十分であったことも教訓である。保健・医療・介護分野において、平時からの情報収集や分析が重要であり、かつ、臨床応用のシーズとなる基礎研究には、事態が発生する以前からの継続的な支援が必要である。また、近年、上述のような基礎医学的解析を行う研究者の減少も著しく、わが国の科学の衰退を食い止めるために喫緊の対応を要する。なかでも、公衆衛生学分野および基礎医学分野の研究者の底上げのためにも、保健・医療・福祉などの分野における学部および大学院教育の促進が必要である。2023年（令和5年）6月16日に日本学術会議の多くの委員会および分科会から合同で「感染症パンデミックに対するわが国の平時・緊急時の臨床・疫学・基礎研究の現状と課題」が報告されている[37]。ここでは、平時から基礎研究、橋渡し研究を進め、緊急時に速やかに基礎・臨床研究が行えるよう、産官学が協働した長期的な研究基盤形成と投資が必要であることが述べられており、わが国には有事に対して迅速に対応できるような盤石な研究体制が求められている。

6. 見解

わが国における超高齢社会到来の深刻な影響は近年認識されつつあるが、対応が後手に回っている面のあることは否めない。また、COVID-19パンデミックを背景として、従来から水面下で進行していた諸問題がさらに顕著化し、加えてコロナフレイルに代表される健康二次被害も浮上した。ウィズコロナ/ポストコロナ社会を見据え、レジリエントな地域社会が構築され、そこに安心ある医療・ケア体制などを改めて再構築しなければならない。そして、官民学の協働により、「社会の新たな仕組みづくり、地域づくり」への包括的アプローチが必要であり、これらの社会実装を実現するための早急かつ不断の努力が求められる。

本分科会では、COVID-19パンデミックの経験を踏まえ、単に個の健康という視点だけではなく、医療界における体制の在り方、さらには地域社会や環境の在り方という広い視野から、喫緊の課題解決のために実施すべきことも含めて、以下の見解を述べたい。そして、本見解の内容が、日本老年学会などの学協会、厚生労働省、文部科学省、経済産業省、国土交通省、内閣府、各種職能団体等の施策に反映され、さらに省庁横断的な流れにもつながることを期待したい。

- (1) 他の新興感染症や災害等の有事にも迅速に対応できる医療体制を再構築すべきである。

COVID-19のみならず、他の新興感染症や災害等の有事にも共通して生じうる課題として、最も脆弱な高齢者層を想定した医療ケア体制の整備が必要である。

(2) 有事の際にも十分に尊重されるエンドオブライフ(EOL)ケアおよび Advance care planning(ACP:人生会議)を加速するべきである。

有事の際にも一人ひとりの高齢者が最期まで本人らしく生きることができるよう、早期からACPを実施することにより、本人の価値観・意向・人生の目標などを家族や医療・ケア従事者と共有し、EOLケアに反映できるよう全ての関係者が配慮すべきである。

(3) ICT(Information and communication technology)活用を促進し、新しい地域コミュニケーションを積極的に構築していくべきである。

デジタルデバイドを解消し、誰もがデジタル化の恩恵を受けられる環境を整備していく必要がある。また、社会的孤立を防止するために、新たな地域コミュニケーションを創生する必要があり、そこには移動支援の視点も不可欠である。

(4) 高齢者におけるコロナ禍で顕在化した多様な健康二次被害を多角的なアプローチにより防止すべきである。

単なる健康維持への啓発だけではなく、健康維持に関わる適正な情報提供のあり方など多角的なアプローチにより健康二次被害の防止に最大限の注意を払うべきである。

(5) 保健・医療・介護に関する平時からの情報分析を心掛け、公衆衛生領域における研究を推進し、かつその分野の人材育成も強化すべきである。

研究者は、ワクチン開発や治療薬開発、高齢者への重症化予防対策などの普段からの推進、平時からの情報収集や分析など公衆衛生領域の研究の推進を心掛ける。また、特に臨床応用のシーズとなる基礎研究を行う研究者に対しては、平時からの継続的な支援が必要である。

<参考文献>

- [1] 厚生労働省医政局「医療提供体制改革について」 令和4年(2022年)12月7日 内閣官房全世代型社会保障構築会議(第10回)提出資料
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/dai10/siryou2.pdf
- [2] 新型コロナウイルス感染症対策本部決定「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」 令和5年(2023年)3月10日
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r_050310.pdf
- [3] 厚生労働省.「新型コロナウイルス感染対策を踏まえた適切な医療機関の受診(上手な医療のかかり方)について」2021年
<https://kakarikata.mhlw.go.jp/corona/index.html>
- [4] 日本老年学会・一般社団法人日本老年医学会「高齢者に関する定義検討ワーキンググループ報告書」
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170410_01_01.pdf
- [5] 一般社団法人日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会(2019)「ACP推進に関する提言」令和元年(2019年)6月
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf
- [6] 一般社団法人日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」新型コロナウイルス対策チーム「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言-ACP実施のタイミングを考える-」令和2年(2020年)8月4日
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid_teigen.pdf
- [7] 畑吉節末, 畑正夫「新型コロナウイルス感染症の拡大が在宅ケアの利用者に与えた影響-終末期と看取りのケアへの影響に焦点を当てて」日本在宅医療連合学会誌. 2022;3(1):45-50
- [8] 土井健司, 田坂さつき, 加藤泰史編著.「コロナ禍とトリアージを問う-社会が命を選別するという事」青弓社, 2022年
- [9] 飯島勝矢.「高齢者と社会(オーラルフレイルを含む)」日本内科学会雑誌 2018;107(12):2469-2477
- [10] Tanaka T, Son BK, Iijima K. Poor Health Behaviors among Housebound Japanese Community-Dwelling Older Adults Due to Prolonged Self-Restraint during the First COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey. J Frailty Aging 2023;12: 86-90.
- [11] Son BK, Imoto T, Inoue T, Iijima K. Social Detachment Influenced Muscle Mass and Strength during the COVID-19 Pandemic in Japanese Community-Dwelling Older Women. J Frailty Aging. 2022;11:231-235.
- [12] 日本歯科医学会.「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」平成30年(2018年)

- 3月 https://www.jads.jp/basic/pdf/document_02.pdf
- [13] 日本歯科医学会. 「2040年への歯科イノベーションロードマップ」 日歯医学会誌 2020;39:5-30.
<https://www.dental-innovation-roadmap-jads.jp/>
- [14] 日本学術会議第24期歯学委員会病態系歯学分科会、臨床系歯学分科会提言「地域包括ケアシステム構築のために求められる歯科保健医療体制」令和2(2020)年9月11日
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t289-5.pdf>
- [15] 辻川明孝. 特集 フレイルUpdate2022. Seminar 8. 「アイフレイル」 Geriat.Med. 2022;60(6):527-531
- [16] Kamil RJ, Betz J, Powers BB, Pratt S, Kritchevsky S, Ayonayon HN, Harris TB, Helzner E, Deal JA, Martin K, Peterson M, Satterfield S, Simonsick EM, Lin FR; Health ABC study: Association of hearing impairment with incident frailty and falls in older adults. J Aging Health. 2016;28:644-60.
- [17] Doba N, Tokuda Y, Goldstein NE, Kushiro T, Hinohara S. A pilot trial to predict frailty syndrome: the Japanese Health Research Volunteer Study. Exp Gerontol. 2012;47:638-643.
- [18] Nikaido M, Arai S, Fujino K, Hayashi S. JCOA The Japanese Clinical Orthopaedic Association the questionnaire survey on the physical changes after the self-restraint of outdoor activities with the COVID-19 crisis- corona loco and corona stress. J Orthop Sci. 2023 Jan;28(1):272-279.
- [19] Nakamura M, Imaoka M, Nakao H, Hida M, Imai R, Tazaki F, Takeda M. Increased anxiety about falls and walking ability among community-dwelling Japanese older adults during the COVID-19 pandemic. Psychogeriatrics. 2021 Sep;21(5):826-831. doi: 10.1111/psyg.12750.
- [20] 一般社団法人日本医学会連合. 「フレイル・ロコモ克服のための医学会宣言」2022年
https://www.jmsf.or.jp/activity/page_792.html
- [21] 一般社団法人日本老年医学会高齢者医療委員会. 「高齢者を診察する医師に向けての「高齢者のオンライン診療に関する提言」ー通常診療を補完する医療としてのオンライン診療ー」2022年
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/online_medicalcare.pdf?202207
- [22] Ikeda N, Yamamoto H, Taketomi A, Hibi T, Ono M, Niikura N, Sugitani I, Isozumi U, Miyata H, Nagano H, Unno M, Kitagawa Y, Mori M. The impact of COVID-19 on surgical procedures in Japan: analysis of data from the National Clinical Database. Surg Today. 2022 Jan;52(1):22-35.
- [23] 厚生労働省「年度国民医療費の概況」(2020年)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/20/dl/kekka.pdf>
- [24] World Health Organization: World report on disability. 14 December 2011 Global

- report <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
- [25] 内閣府「令和5年版障害者白書」2023年
<https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r05hakusho/zenbun/index-pdf.html>
- [26] World Health Organization: Disability considerations during the COVID-19 outbreak. 26 March 2020 Technical document
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Disability-2020-1>
- [27] 日本学術会議第22期臨床医学委員会運動器分科会. 提言「超高齢社会における運動器の健康—健康寿命延伸に向けて—」平成26年(2014)年9月1日
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t195-5.pdf>
- [28] 総務省(2013)「ICT超高齢社会構想会議 報告書」—「スマートプラチナ社会の実現—」平成25年(2013年)5月
https://www.soumu.go.jp/menu_seisaku/ictseisaku/ict_choukoureishakai/index.html
- [29] 日本学術会議第24期第二部大規模感染症予防・制圧体制検討分科会、情報学委員会ユビキタス状況認識社会基盤分科会提言「感染症対策と社会変革に向けたICT基盤強化とデジタル変革の推進」令和2(2020)年9月15日
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t298-3.pdf>
- [30] 総務省「令和3年版情報通信白書」2021年
<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r03/html/nd111430.html>
- [31] 内閣府「令和3年度高齢者の日常生活・地域社会への参加に関する調査結果」2021年 https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/r03/zentai/pdf_index.html
- [32] 国土交通省「高齢者の移動手段の確保に関する検討会」2018年
https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/transport/sosei_transport_fr_000084.html
- [33] Yamada Y, Yoshida T, Nakagata T, Nanri H, Miyachi M. Letter to the Editor: 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):1032-3.
- [34] Sallis R, Young DR, Tartof SY, Sallis JF, Sall J, Li Q, et al. Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *Br J Sports Med*. 2021;55(19):1099-105.
- [35] Rantanen T, Eronen J, Kauppinen M, Kokko K, Sanaslahti S, Kajan N, et al. Life-Space Mobility and Active Aging as Factors Underlying Quality of Life Among Older People Before and During COVID-19 Lockdown in Finland—A Longitudinal Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021;76(3):e60-e7.
- [36] 高野龍昭. 「新型コロナウイルス感染症が及ぼす介護サービス事業所・施設への影響: 事業経営と介護施策の再考」都市問題. 2020;111(7):35-39.
- [37] 日本学術会議第25期統合生物学委員会・基礎生物学委員会・農学委員会・基礎医学

委員会・臨床医学委員会合同総合微生物科学分科会、臨床医学委員会臨床研究分科会、
健康・生活科学委員会・基礎医学委員会合同パブリックヘルス科学分科会報告「感染
症パンデミックに対するわが国の平時・緊急時の臨床・疫学・基礎研究の現状と課題」
令和5年（2023年）6月16日

<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-25-h230616.pdf>

＜参考資料＞審議経過

令和3年2月12日 老化分科会（第1回）

役員を選出、今後の進め方について

令和3年5月23日

ケアサイエンス分科会との合同公開シンポジウム

「With/After コロナ時代におけるケアの課題と新たな取り組み」

令和4年7月30日 日本学術会議 高齢者の健康分科会との共催

公開シンポジウム

「高齢者の健康・生活の視点から新型コロナウイルス感染症対策に求められる老年学の役割と発揮」

令和4年9月10日 老化分科会（第2回）

今年度の活動方針、今期分科会活動報告（見解等）の方針、内容について

令和5年3月18日

ケアサイエンス分科会との合同公開シンポジウム

第3回「With/After コロナ時代におけるケアの課題と新たな取り組み～医療・ケア、倫理、政策の捉え直しと提案～」

令和5年3月31日 老化分科会（第3回）

提言のまとめ方について 提言骨子案について 今後の予定