

見 解

エイジ・フレンドリーな地域社会の実現
ー住民主体・住環境・データ活用を統合する
学際的アプローチー



令和8年（2026年）6月18日

日 本 学 術 会 議
健康・生活科学委員会
高齢者の健康・生活分科会

この見解は、日本学術会議健康・生活科学委員会高齢者の健康・生活分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議健康・生活委員会高齢者の健康・生活分科会

委員長	森山美知子	(第二部会員)	広島大学大学院医系科学研究科教授
副委員長	住居 広士	(連携会員)	広島国際大学総合リハビリテーション学部客員教授
幹事	飯島 勝矢	(連携会員)	東京大学高齢社会総合研究機構機構長・未来ビジョン研究センター教授
幹事	伊香賀俊治	(連携会員)	慶應義塾大学名誉教授／一般財団法人住宅・建築SDGs推進センター理事長
	秋下 雅弘	(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センター長
	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
	磯 博康	(第二部会員)	国立健康危機管理研究機構国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター長・理事長特任補佐
	奥野 恭史	(第二部会員)	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻ビッグデータ医科学分野教授
	玉腰 暁子	(第二部会員)	北海道大学大学院医学研究院教授
	岩澤 美帆	(連携会員)	国立社会保障・人口問題研究所人口動向研究部長
	鹿嶋小緒里	(連携会員)	広島大学IDEC国際連携機構プラネタリーヘルスイノベーションサイエンスセンター (PHIS) センター長／広島大学大学院先進理工系科学研究科教授
	金子 周一	(連携会員)	金沢大学大学院医薬保健学総合研究科特任教授
	神吉紀世子	(連携会員)	京都大学大学院工学研究科建築学専攻教授
	須田木綿子	(連携会員)	東洋大学社会学部社会学科教授
	田高 悦子	(連携会員)	北海道大学大学院保健科学研究院教授
	長澤 夏子	(連携会員)	お茶の水女子大学基幹研究院自然科学系教授／東北大学大学院工学研究科都市・建築学専攻教授
	中村 桂子	(連携会員)	東京科学大学名誉教授
	佐藤 栄治	(連携会員(特任))	宇都宮大学地域デザイン科学部建築都市デザイン学科学科教授

本見解の作成に当たり、以下の方々に御協力いただいた。

山川みやえ	大阪大学大学院医学系研究科統合保健看護科学分野老年看護学准教授／日本学術会議連携会員
山田あすか	東京電機大学未来科学部建築学科教授／日本学術会議連携会員
曾我部勇貴	神奈川県政策局いのち・未来戦略本部室国際戦略グループ
秋山 弘子	東京大学名誉教授／高齢社会共創センター長／鎌倉市政策創造専門委員
更科 安春	一般社団法人まめな Founder
山端 聡	奈良県吉野郡天川村議会議員
福田 治久	九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座准教授・総合コホートセンター准教授

本見解の作成に当たり、以下の職員が事務を担当した。

事務局	郷家 康德	参事官（審議第一担当）
	加瀬 博一	参事官（審議第一担当）付参事官補佐
	實川 雅貴	参事官（審議第一担当）付審議専門職

要 旨

1 作成の背景

超高齢化が進展する我が国において、誰もが取り残されることなく、障害の有無にかかわらず安心して生活し、生き生きと社会参加できる「幸福長寿社会」の実現には、コミュニティ単位での多様性、包摂性、結束性を尊重する総合的施策の推進が不可欠である。その実現に向けては、世界保健機関 (WHO) が提唱する「エイジ・フレンドリー・シティ」(AFC) を基本枠組みとし、デジタル技術を活用し、高齢者を取り巻く環境をデータに基づき多元的かつ包括的に捉え、最新の科学的知見に基づき住環境（都市環境、住宅内外環境）や交通・就労環境を構築することが重要である。加えて、住民の主体的参加を促し、自治体・政府・大学・NGO・民間企業が連携し、健康科学、建築工学、環境学、情報学等による学際領域の研究成果を融合させたイノベーションの創出が求められる。

2 現状及び問題点

我が国では、2025年現在、65歳以上人口が全体の約3割に達しており、急速な高齢化が進行している。多くの市区町村では高齢者人口が増加する一方で、若年層の減少が進み、地域の担い手不足や自治体機能の維持が課題となっている。また、単身高齢者・高齢夫婦世帯の増加や地域活動への参加不足により、社会的孤立が深刻化しており、地域のつながり（ソーシャルキャピタル）の低下が懸念される。さらに、買物や移動が困難な弱者の増加や、所得・地域格差に伴う医療・介護サービスへのアクセスの不平等も顕著である。加えて、地球の温暖化による猛暑や異常気象の増加は、高齢者の外出機会や社会参加を制限し、高齢者の心身の健康に長期的な悪影響を及ぼす。さらには、日本の住宅の断熱性能の低さや老朽化といった住環境の整備の遅れは、夏季の熱中症や冬季のヒートショックといった健康被害のリスクを高めている。

一方で、こうした課題に対応するための自治体の政策的枠組みや、関連データを活用した地域課題の科学的分析・評価、政策立案の体制は十分に整っていない。産官学民の連携も依然として不十分であり、実効性のある地域包括的な支援体制の構築が今後の大きな課題となっている。

3 見解の内容

多角的、総合的な政策実施に向けては、2007年にWHOで定義された「高齢者が健康に暮らし、社会参加できる環境整備」であるAFCの枠組みの活用が1つの解決策として示される。ここでは、「コミュニティ支援と医療サービス」「屋外空間と建物」「交通」「住宅」「社会参加」「敬意と社会的包摂性」「市民参加と仕事」「コミュニケーションと情報」の8つの領域にわたる取組を通じて、高齢者に優しい都市やコミュニティを目指している。そのためには、住民個人への働きかけと環境の両面を俯瞰して見直し、地域特性と地域格差等も鑑み、地域の課題解決に向け、全国の自治体及びそこに居住する複数の関係主体が、以下を含めた取組をしていくことが求められる。

(1) 新たな住民主体による健康長寿に向けたまちづくり

地域住民が主体となり、「歩きたくなる、集まりたくなるまちづくり」を進め、①栄養（口腔含む）②身体活動（運動・生活活動）③社会参加の三位一体の施策に取り組み、住民同士がサポーターとなる仕組みの構築等、フレイル対策を含めた健康長寿に向けた取組が必要である。

(2) 住環境（住宅内外の環境）改善による高齢者の健康・生活支援

① 高齢者が要介護状態となった後も住み慣れた地域で生活を継続できるよう、住環境、交通、社会参加、就労および介護環境を総合的に整備する必要がある。特に、経済的な余裕のない高齢者世帯の住宅の断熱改修対策を速やかに進める必要がある。

② 安全で歩きやすい歩道と公園の整備、デジタル技術を活用した新たな移動支援、地域包括ケアシステムの強化、高齢者の社会参加を促す近隣農地や就労の場の質的整備等を速やかに進める必要がある。

(3) データ活用と医療・健康 DX（デジタルトランスフォーメーション）

① データサイエンティストの配置と総合的な行動計画立案部署の設置

自治体において関連するデータを突合・連結分析できる人材（データサイエンティスト）を配置し、自治体の状況を、根拠を持って総合的に評価した上で、行動計画を立案することが必要である。また、地域の複数の関係主体を取りまとめ、政策実行を指示し、指標に基づき進捗管理できる総合的な部署の設置が必要である。

② 高齢者を見守り、ニーズに対応する仕組みの構築

デジタル機器を活用し、本人の意思と尊厳を尊重しつつ、必要に応じた高齢者の見守り支援体制を構築する必要がある。ウェアラブル端末を活用した見守りは早期兆候把握と行動変容を促す有効な媒体である。

③ DX（デジタルトランスフォーメーション）環境の整備

地域施設を活用した「共用型デジタル支援拠点」の整備などによるデジタルデバイド（デジタル技術への脆弱性）の克服、デジタルインクルージョン政策の推進、生成 AI 等の新規デジタル技術については、個人情報保護をはじめとした Ethical, Legal and Social Issues /Implications: ELSI（倫理的・法的・社会的課題/含意）への十分な配慮と有効性検証を前提として段階的導入を検討する必要があるだろう。

(4) 産官学民連携の推進

産学民の起業の取組を自治体が支援することで、持続可能で多様な活動を各地域で起こしていくことが必要とされる。その際、網羅的な視点として、AFC の 8 領域を軸に、住民主体のフレイル予防とデータ駆動の政策、住環境・交通・就労の一体的整備を同時並行で進めること、そして、行政の縦割りを超え、産官学民の共創と公平性指標に基づく評価を徹底し、健康寿命の延伸にとどまらない、地域社会を支える主体として高齢住民を位置づけ、「健康長寿」から「幸福長寿」への転換を支える地域づくりが求められる。

目 次

1	はじめに	1
2	現状と課題	1
	(1) 我が国の高齢者人口構造の変化	1
	(2) 高齢期の生活環境における地域差とその課題	2
	(3) 高齢者の社会経済的要因から起こる課題	2
3	世界における展開	3
4	エイジ・フレンドリー・シティ（AFC）	4
	(1) アクティブ・エイジングからエイジ・フレンドリーな環境	4
	(2) AFCを支える環境の要素	4
	(3) 評価指標	5
	(4) 我が国における展開	5
	① 神奈川県ヘルスケア・ニューフロンティア政策とAFCの取組	5
	② 神奈川県鎌倉市における産官学民連携による実践	6
	③ 広島県呉市島しょ部における民間主導型持続可能なまちづくりの実践	6
	④ 奈良県天川村における中山間地域・過疎地の医療・福祉連携の革新的実践	8
5	住民主体による幸福長寿に向けた新たなまちづくり	9
	(1) 幸福長寿社会の実現に向けた対策と課題	9
	(2) フレイル概念とサルコペニア対策も含めた予防の重要点	9
	(3) 住民主体フレイル予防活動を軸とした地域づくり：展開の実際	9
6	住環境・交通・市民参加と就労・雇用の場の整備による高齢者の健康・生活支援	11
	(1) 高齢者の住宅内環境整備	11
	(2) 歩行環境・交通の整備	11
	(3) 高齢者のつながり・就労・活動の場	12
	(4) 高齢者施設の利用者の特徴と地域・環境での対応	12
7	関連データの活用によるデジタルトランスフォーメーション（DX）と政策立案	14
	(1) エビデンスに基づいた高齢者の健康・生活に関する政策立案	14
	① 自治体/医療保険者の有するデータを用いた政策立案	14
	② 地域情報の可視化と診療情報明細書の解析	15
	③ 行動情報の広域可視化とコミュニティ形成を含む移動販売政策	16
	(2) 地域の高齢者（ハイリスク者）を見守る仕組みの構築・ケアイノベーション	17
	① 大学との連携強化によるプロアクティブな仕組みの構築：データサイエンスに立脚した「根拠に基づいた政策」への変革	17
	② 住民の不安や健康ニーズに対応するための看護職者の自治体への配	

置・連携	18
③ 地域住民の安全・安心を支えるウェアラブル端末データ活用の仕組み構築	18
(3) 医療DX化における課題.....	19
8 見解	21
(1) 新たな住民主体による健康長寿に向けたまちづくり	21
(2) 住環境（住宅内外の環境）改善による高齢者の健康・生活支援	21
(3) データ活用と医療・健康DX.....	22
(4) 産官学民連携の推進	22
<参考文献>	23
<参考資料1> 審議経過	32
<参考資料2> シンポジウム開催	33

1 はじめに

我が国は 1995 年に高齢社会対策基本法を制定し、高齢社会対策を総合的に推進している。そして健康及び福祉の分野では、地域における保健及び医療並びに福祉の相互の有機的な連携を図りつつ適正な医療保健サービス及び福祉サービスを総合的に提供する体制の整備を図ること、適切な介護サービスを受けることができる基盤の整備を推進することを基本的な施策としている。

2022 年の厚生労働省の統計によると、日本人の平均寿命と健康寿命（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）の差は縮小傾向にはあるが、それでもなお、約 9 年から 12 年の差が生じており、最期まで健康で生き生きと過ごせる期間を延伸することは多くの国民の願うところである。このため、国は健康寿命の延伸、地域・性別・社会経済的背景等を含む健康格差の縮小、フレイル・認知症・生活習慣病の予防、若年期からの健康づくりに向け、「健康日本 21（第三次）」や「スマート・ライフ・プロジェクト」「日本健康会議の設置」等、継続的な取組を推進しているところである。

その一方で、人口流出、少子化に伴う過疎化や高齢化の進行の影響を受け、地方においては必要なサービス総量が不足する、また都市部においては経済的採算性が優先されることにより、提供されるサービスの種類や配置に偏りが生じ、高齢期に利用できるサービスに差が生じる等の課題が起きている。これらを大局的な視点から解決していくためには、コミュニティ単位での多様性、包摂性、結束性を尊重する総合的施策としての世界保健機関（WHO）が提唱する「エイジ・フレンドリー・シティ（Age-friendly Cities : AFC）」の枠組みを参照しつつ、自治体において包括的な枠組みを構築し、①フレイル対策や住環境・交通環境・就労の整備に代表される健康寿命を延伸させる具体的な施策を展開すること、②国や自治体が有する様々な住民データを活用して科学的に対策を検討すること、が必須となる。また、③多世代が交流し、意見を出し合っまちづくりを推進する産官学民の協働が必須となる。

2 現状と課題

(1) 我が国の高齢者人口構造の変化

日本の総人口は 2010 年頃から減少基調に入っている。65 歳以上といった高齢者の人口は「国勢調査」が始まった 1920 年には 294 万人であったが、その後ほぼ一貫して増加、2020 年には 3,602 万人に達し、総人口に占める高齢者人口の割合はこの間 5.3%から 28.6%に上昇した。今後の見通しでいえば、65 歳以上の人口は 2043 年には 3,953 万人となりピークを迎える[1]。この時、総人口に占める割合は 35.8%であるが、この構成比はその後の年少人口の減少に伴って上昇を続け、2070 年には 38.7%に達すると推計されている。死亡率によって記述する生命表に基づけば、最も多くの人亡くなる年齢は、2020 年は男性 89 歳、女性 93 歳であるが、2070 年にはそれぞれ 92 歳と 96 歳に達すると想定されている[1]。

高齢化率の上昇や長寿化は全国で起きているが、地方では高齢者の人口増加よりも

地域の人口減少による生活基盤の維持可能性が問題化する。一方、関東の1都6県、そして愛知県、兵庫県、福岡県、沖縄県では、2020年を100とした65歳以上の人口が2050年には130を超える等、高齢者の人口増という大きな時代を迎える[2]。ただし、こうした人口の変化は、高齢者の健康、生活環境がどのように変わるかによって評価が変わる。2040年代を目前に、高齢者の生活にどのような課題があり、どのような改善の選択肢があるのかを理解し、早急に取り組むことが急務となっている[1, 2]。

(2) 高齢期の生活環境における地域差とその課題

我が国では高齢期における孤立と社会参加不足が顕著であり、都市部において単身世帯は3割を超え、ボランティア活動の経験者の割合は60歳以上で20%程度にとどまるなど[3]、ソーシャルキャピタル（地域のつながり）の低下が課題となっている。一方で、過疎地では医療・介護資源へのアクセス困難性や、交通手段の制約による社会参加の難しさといった支援サービス総量の不足が課題である。食料アクセス難や孤食に伴う低栄養リスクに加え、若年層流出による就労者の不足、地域コミュニティの維持の困難さがあり、都市部と同様に孤立が進行している。

こうした孤立と社会参加不足は、運動不足や閉じこもりを招き、フレイルの進行と関連することが示されている[4, 5]。さらに、都道府県別調査から、在宅時居間平均室温の差といった地域によって生じる住環境の差や断熱不足による冬季のヒートショック、熱中症リスクの影響があることが明らかになった[6]。

(3) 高齢者の社会経済的要因から起こる課題

低所得地域に居住する高齢者では、全死亡リスクの上昇および健康寿命の短縮との関連が報告されており[7-9]、地域の所得格差は医療アクセスの差異をもたらし、健康格差をさらに拡大させる要因となっている[7]。救命救急センターに搬送される高齢者は年々増加しており[10]、救急搬送例の多くは外傷よりも肺炎や心機能の悪化といった健康管理や慢性疾患管理の不十分さに起因すると考えられ、経済的困窮や社会的孤立、家族/介護者の不在や支援不足などの社会経済的要因との関連が指摘されている。特に入院や救急対応を要しない搬送例にその傾向が強く表れている[11, 12]。

市区町村単位で高齢者救急搬送率を分析した研究では、高齢者単身世帯割合や生活保護世帯割合が高い地域、医療費水準が相対的に低い地域で搬送率が高い傾向が示されている[13, 14]。低所得者は受診を控え遅らせる傾向があり、外来受診が少ない一方で入院利用が多く、結果として高額医療費につながることを指摘されている[15, 16]。また経済的困窮は住宅の温熱・衛生環境の悪化を招き、これが健康状態の悪化を介して高齢者の入院や救急搬送の増加につながることも指摘されている[17, 18]。

以上より、低所得地域、地域のつながりや家族の支援力が脆弱な環境では適切な住居・生活環境の維持が困難であり、継続的な医療・介護サービスへのアクセスが制約される状況がある。その結果、地域で支えるべき生活課題が、救急搬送や入院という形で代替的に対応されている事例が一定程度存在する可能性が示唆される。

3 世界における展開

ヨーロッパ諸国やアジア諸国においても高齢化や人口減少に直面しており、各国で対策が進められている。WHOは、2010年にエイジ・フレンドリー・シティ・ネットワークを設立し[19]、世界的な人口の高齢化と急速な都市化への対応として、高齢者の地域生活への参画を促進し、健康で活発な高齢化を促進するための産官学民共同による地域レベルでの行動/政策化に焦点を当てている。

AFCグローバルネットワークには現在（2025年12月時点）、57か国1,739都市とコミュニティが参加し[20]、参加都市・コミュニティの知識や経験、成果の情報交換と共有を行っている。各都市では、AFCを目指す政策目標が設定され次第、住民のニーズと分野横断の地域資源の調査を実施し、計画を策定し、事業を実施し、実施状況の評価を行うという、4つの段階を繰り返す。調査の実施、政策形成、評価には行政関係者だけでなく、事業者、高齢者を含む市民、民間団体等が参加することが推奨されている。都市ごとの進捗状況や特長はデータベースで確認することができる [20]。

グローバルネットワークに加え、国や地域単位で都市やコミュニティのネットワーク形成を通じて、当該国や地域におけるAFCが活性化される例が多い。コミュニティや都市の熱心な活動とグローバルネットワーク参加から地域や国の規模のネットワーク組織が形成されて、AFCを推進する。その代表例は、ポルトガルやブラジルのパラナ州などに見られる。国や地方自治体の規模の組織がAFCの推進を主導して多くのコミュニティの参加に波及した例は、チリ、スロベニア、アラブ首長国連邦のシャールジャ首長国などに見られる。全国規模の組織が主導する米国のネットワークには多くの自治体が参加し[21]、AFC展開の進捗評価、雇用や社会参加事業や、住宅や地域の安全な居住環境整備を通じた地域の公平性推進の事業等 [22]を支援している。都市やコミュニティ主導と、全国規模の組織主導の両方のアプローチを通じてネットワークを形成しているノルウェーや英国の例もある。

高齢者の健康・社会参加の促進という面では、多面的な脆弱性を含んだフレイルの概念が打ち出され、特に介護予防において、先進諸国では新しい包括的な取組が推進されている。住民同士が支え合う取組を広く進める「ポピュレーションアプローチ」と同時に、重複したリスク保有者に対して重点的な支援を行う「ハイリスクアプローチ」等、両者のバランスの取れたシステムが強化されつつある。

住環境の改善に関しては、WHOが2018年11月に公表した「住まいと健康に関するガイドライン」において、住まいの冬季最低室温18℃以上、新築・改修時の断熱工事、夏季室内熱中症対策の推進と調査研究の継続を各国に勧告し、我が国においても住宅政策、健康政策に反映されつつある[23]。

データを活用した施策については、米国を始め、中国やヨーロッパ諸国において、生活関連の諸データとヘルスケア関連のデータを連結させたビッグデータを用い、Data-drivenの政策立案が推し進められている。我が国においても、データヘルス改革の中でのマイナンバーカードと保健医療データとの連結が推進されている。

4 エイジ・フレンドリー・シティ（AFC）

地域の包括的な取組として世界各地で実践されている AFC の概念と評価項目、AFC の枠組みによる我が国における展開を分析する。

(1) アクティブ・エイジングからエイジ・フレンドリーな環境

高齢者の社会参加、健康、安全を優先する「アクティブ・エイジング」の考え方が 1990 年代頃から広がり [24]、2002 年のアクティブ・エイジング政策枠組み [25] の提唱を経て、都市単位で総合政策的な取組を推進する WHO の AFC の議論に発展した [26]。日本語では「高齢者に優しい都市」と呼ばれるが [27]、あらゆる年齢や能力を備えた人々の健康推進を支え、多様性、包摂性、結束性を尊重してデザインされた都市と認識される。各都市で住民参画を基本に行動計画を策定し、具体的な事業等を展開しエイジ・フレンドリーな環境づくりに取り組むことが、実践的な展開手法として推奨されている。物理的な環境の整備と社会的な環境の整備の双方を必要とし、さらに、取組の成果を人々が公平に享受できることも重視されている。

AFC は、大きな都市の単位ばかりでなく更に小さな地域単位、つまり「コミュニティ」の単位での環境整備の積み重ねでもある [19]。この取組の特長は、一人一人へのアプローチというより、都市やコミュニティの環境を整えることにあり、「エイジ・フレンドリーな環境」の創出として展開されている¹ [19]。

(2) AFC を支える環境の要素

WHO が 2007 年に出版した AFC の指針 [26] には、環境整備として「8つの領域」が特定され、領域ごとに備えるべき特徴とそれを点検するためのチェックリストが示され、世界各地での展開に活用されている [28] (図 1)。

例えば屋外空間と建物について、AFC が考慮すべき要素として、心地よく清潔な環境、緑地、休憩場所、都市の安全、道路、建物、公衆トイレ、サービス等である。

AFC ネットワークに参加した都市やコミュニティは、8つの領域を踏まえて行動計画を策定して事業を実施し、5年を単位に経緯と成果を評価した上で継続的に取組を改善し、AFC を目指している。この AFC のグローバルネットワークの取組は、アクティブ・エイジングに価値を置く健康都市政策の一つとしても広く取り入れられた [29]。



図 1 エイジ・フレンドリー・シティ 8つの主要ドメイン (出典 World Health Organization 2023 [28] 日本語訳筆者追加)

¹ 2007 年、AFC の概念が提案された。その後、AFC における「city」は、さらに小さな地域単位、つまり「community」の単位での環境整備の積み重ねでもあることから、2010 年に発足した WHO のネットワークでは、「Age-friendly Cities and Communities」を使っている。

(3) 評価指標

8領域ごとのチェックリストが活用されることと並行し、公平性の指標、環境の指標、インパクトの指標に分類されたコア指標が開発されている[30-33]。

公平性の指標では、特定の指標について、国全体の指標値と当該都市の指標値の比、都市内の地区や性別、社会階層等、異なる群間の差または比が候補である。環境の指標では、物的環境条件の評価指標として、近隣の歩行しやすさ、公共のスペースや建物へのアクセスしやすさ、公共交通機関の利用しやすさ、停留所や駅へのアクセスしやすさ、手頃な価格で入手可能な住宅が列挙されている。高齢者を包摂する社会環境であるかを評価する指標として、社会全体の高齢者に対する肯定的な姿勢、高齢者のボランティア活動参加、高齢者の雇用、高齢者の社会・文化活動への参加、高齢者の地域の意思決定への参加、健康情報へのアクセス、高齢者への保健・社会・福祉サービスへのアクセス、高齢者の経済的安定が列挙されている。インパクトの指標には、健康寿命やQOL（Quality of Life：生活の質）の指標が候補指標としてある。

チェックリスト及びコア指標では、評価すべき要素が記載されており、どの国でも共通に取得可能な数値指標を示しているわけではない。行政の業務統計に基づくデータ、独立した調査に基づくデータ、新たに実施する調査により得られるデータを用いて具体的な評価指標を定めることが必須となる。我が国の行政が指標の設定に取り組む場合、一つの部署が管轄する数値指標やデータだけでなく、複数の部署が管轄する指標やデータを組み合わせる必要がある。既存の数値指標だけでなく、新たな個別評価が必要な場合もある。

(4) 我が国における展開

我が国からも、AFC グローバルネットワークに参加して、世界の都市と情報共有を行いながら事業を展開している都市がある[34]。秋田県秋田市が2011年、兵庫県宝塚市が2015年、神奈川県と神奈川県内の22市町が2017年から2019年に加わり、地域の特性を踏まえたまちづくり、コミュニティづくりが展開されている[35, 36]。

① 神奈川県のヘルスケア・ニューフロンティア政策とAFCの取組

神奈川県では、心身の状態を健康と病気の二分論の概念で捉えるのではなく、「健康」と「病気」の間を連続的に変化するものとして捉え、この全ての変化の過程を表す概念を「未病」とする未病コンセプトを推進している[37]。このコンセプトのもと、「食・運動・社会参加」の3つを柱に、個人の行動変容を通じて心身全体をより健康な状態に近づけていく「未病改善」に取り組めるよう、市町村や企業等と連携しながら、様々な取組を推進している。

この「未病改善」と「最先端医療・最新技術の追求」という2つのアプローチを融合するヘルスケア・ニューフロンティア政策において、健康寿命の延伸と、新たな市場・産業の創出を目指し、さらに海外の政府機関や大学等とのネットワークの構築を進めている。

こうした連携の中、神奈川県は、WHO の AFC グローバルネットワークに、参加市町の活動をサポートする提携機関（アフィリエイト）として参加している。神奈川県では 33 市町村中 22 市町が WHO の AFC グローバルネットワークに参加し、高齢者保健福祉計画等に基づき、WHO が提唱する 8 つの領域を参考に行動計画を策定している。県はアフィリエイトとして参加自治体間の情報共有や、高齢者に優しい地域づくりを支援する役割を担う。各自治体と WHO との連絡調整に係る言語面での支援に加え、WHO のホームページや WHO と連携したセミナー等での自治体の取組紹介や海外への情報発信支援、海外からの視察や研修の受入れサポート等を行っている。このほか、自治体が保有する高齢者の医療や介護関係のデータ分析を通じた健康課題の明確化や対策の検討のサポート等をしてきた。

実践的事例としては、神奈川県小田原市を拠点に、シニア世代の居場所や活動の場を提供している民間団体「シニアネットワークおだわら&あしがら」（社会参加）の取組や、高齢者の買物困難の課題解決に向けて、行政・町民・民間事業者が連携し、町民同士の交流の場にもなっている移動スーパー「くるまつくん」（交通機関）の取組等があり、こうした県内参加自治体の行動計画や具体的な取組事例は、県のホームページに掲載されている[38]。

② 神奈川県鎌倉市における産官学民連携による実践

鎌倉市では産官学民（企業、市役所、東京大学、住民）が共創する『長寿社会のまちづくり：鎌倉リビングラボ』が進む[39]。まず地域住民の視点から課題や実現したい夢を抽出し、産官学民メンバーで解決策のアイデア出し、プロトタイプの試行、住民が実生活の場で使ってみるテストと評価を重ねて改善し、完成品を市場へ送り出す。具体的には、でこぼこ坂道や段差があっても走るモビリティ（交通）、在宅ワークを可能にする取組（住宅、市民参加と仕事）、荒れた公園を多機能なコミュニティ拠点に変えるモバイルパーク（屋外空間）、独居高齢者が望んだ相棒としてのソーシャルロボットや自分を見守るウェアラブルセンサー（コミュニティ支援）等に取り組んできた。その過程で主体性を身に付けた住民が自らシャッターの下りた商店街にクラウドファンディングで魚屋や八百屋を開店、移動販売も（市民参加、仕事、コミュニティ支援）、空き家を活用した小規模多機能サービス（住宅、コミュニティ支援）、働く認知症デイサービス（社会的包摂性、仕事）、住民による自然保護活動やコミュニティの畑で収穫した大豆での味噌づくり（社会参加）等を行ってきた。

③ 広島県呉市島しょ部における民間主導型持続可能なまちづくりの実践

WHO のグローバルネットワークには参加していないが、他の地域におけるまちづくりも参考になる。広島県呉市では、一般社団法人が中心となってプロジェクトを立ち上げ、自治体や大学と連携するモデルを展開している[40]。呉市島しょ部・大崎下島（人口約 5,000 人、高齢化率 67%）では、特に展開地区において人口約 300

人、高齢化率 70%超という深刻な過疎・高齢化の状況に直面している。

多くの高齢者が農業を通じて「生涯現役」を実践している地域において、この法人は、「自分の力で、自分の家で生き抜く」「健康寿命を延伸し介護のない生活をつくる」「家族が責任を持つ介護から、コミュニティで支えるケアへ」の理念の下、地域の活性化を目指す。具体的には、「介護＋農業＋学び」を柱とし、テクノロジーを活用した持続可能な事業展開を行い、若い世代の参画を促進することで、多様な年代層の共生を図っている。

地域の人口減少・高齢化という不可逆的な課題に対しては、「多拠点生活」という新たなライフスタイルを提案し、都市部と現地を行き来しながら生活する人々のための拠点づくりを進める。これにより、移住によらず地域との関わりを持つことが可能となり、人口の概念も「年間居住期間に応じた人口計算（例：東京都民として 0.5 人、呉市民として 0.5 人）」という柔軟な考え方を提案している。将来的には、島内に分散している人口を徐々に集約し、「コンパクトシティ」構想を推進する予定である。「ここにいた方が安全だ」と思える地域づくりを目指し、安心して暮らせる未来のまちづくりを目指す。

これらの取組は、民間の活力を最大限に活かしながら、自治体（官）と大学（学）が共同する仕組みである。自治体が民間を支援する体制を整えることで、持続可能な地域包括ケアの実現に向けた新たなモデルとして注目される。

この地域の課題解決に向けた取組を AFC の 8 つの主要領域に整理してみると、以下ようになる。

AFC の 8 つの主要領域に重なる事業展開

- ア コミュニティ支援と医療サービス：**訪問看護ステーション（会社）を設立したことで看護師がこの地域に移住。高齢者たちの地域相互扶助環境を専門的立場から支援。また、地域住民の集まれる場所「食堂」を設置し、孤食を減らし、買物に困らないように食からサポートすることで高齢者のウェルビーイングを支援
- イ 屋外空間と建物：**遊び＝学びの場として、オープンスペース学舎を開設。子どもから高齢者までいつでも利用できるオープンスペースとして、放課後子ども教室、コミュニティランチや健康教室、音楽会などを開催し高齢者が培ってきた様々なノウハウを若い世代に伝える、生き甲斐コミュニケーションの場を創出
- ウ 交通：**瀬戸内海、島という地域特色をより身近に取り戻すべく、高齢者にも優しく、行動範囲を拡げる海上モビリティ（船）の機能の更新を行っている。船を走らすためのガソリンから自然エネルギーへの変換、自動操縦テクノロジーなどの研究
- エ 住宅：**地域に残る空き家を改修し、多拠点生活者の宿泊施設を開設。また独居高齢者が看護師や若者等と居住する住居を計画中

- オ **社会参加**：やりたいことの事業化・起業を支援。現在、訪問看護事業所、ソフトウェア開発会社、ケーキ屋等を起業
- カ **市民参加と仕事**：耕作放棄農地の増加に対して、都市からのボランティアを誘導し、柑橘畑の再生や収穫等の手伝い等を実施。将来的に柑橘農家となる人材の育成や農業ファームの起業などを地域の柑橘栽培技術を持つ高齢者の助けを借り推進。雇用促進に加えて複業など多様な働き方も提案
- キ **コミュニケーションと情報**：食堂や学びの場において、多世代が交流し従来の地域の限られた仲間だけでない新たなコミュニケーションを創出。また高齢者のインターネット環境を若者が支援
- ク **尊敬と社会的包摂**：ダイバーシティ（多様性）を目指し外国人も含め多様な人々が楽しく安心して過ごせる地域の共有基盤を形成。市場価値や効率だけではない、尊敬と信頼に基づく地域循環型社会を志向し、様々な試みを実践

④ 奈良県天川村における中山間地域・過疎地の医療・福祉連携の革新的実践

奈良県天川村は、人口約1,200人、高齢化率約51%という中山間地域の過疎地である。地理的な制約や人材不足により、必要な医療・介護サービスが十分に行き届かない状況が続いていた。こうした課題に対し、天川村では「地域おこし協力隊」として、介護福祉士の資格と経験を有した臨床経験が豊富な看護師を採用する先進的な取組を行った。この看護師は、「地域おこし協力隊」の任期終了後に独立し、一般社団法人を設立している。従来の「看護師は特定の医療機関に専従で雇用される」という働き方から脱却し、「越境型看護師」として、住民や医療・介護サービスのニーズに応じて、複数のサービス機関と連携しながら分散型でサービスを提供する新しい働き方を実践している（図2）。

さらに、看護師自身が「中間支援者（コーディネーター）」として、医療・介護専門職・複数の事業所をつなぎ、地域住民の希望に沿ったサービスの再構築を行う。多職種によるケアの再構築を通じて、利用者の希望に沿った柔軟な支援体制を構築することは、利用者の自立の促進にもつながる。この看護師は、医療・福祉分野に加え、地場産業である観光業や林業の振興にも積極的に関与する。「林業×医療・福祉」の国際・国内ワークショップの企画や、大学生インターンシップの受入れなどを通じて、多世代・多分野交流を促進している。また、「観光×福祉・看護」の越境実践として、看護職が観光現場に入り、地域課題（人材不足、空き家、つながりの希薄化）の解決にも取り組む。これらの活動を通じて、暮らし・観光・福祉をつなぐ“共創の場”の創出と、地域に根ざす持続可能な支援体制の構築を目指す。



看護師が各医療機関・施設に専従するのではなく、独立した看護師が必要に応じて動く

図2 人口減少地域に対応したヘルスケアケア人材の働き方

5 住民主体による幸福長寿に向けた新たなまちづくり

(1) 幸福長寿社会の実現に向けた対策と課題

ここまで健康長寿社会の実現に向けた AFC の産官学民の取組を紹介してきたが、今まで以上に住民の幸福や生きがいを重視した形に成長させていく必要がある。すなわち、国民が健康で生きがいを感じ、幸福な長寿を享受できる新たなまちづくりの実現が急務となっている。これまでの活動は、行政が保健施策やサービスを考案し、住民に対して一方向で提供する「高齢者がサービスの受給者」という建付けが圧倒的に多かった。しかし、今後は高齢者自身が地域社会活動や経済活動を生み出し、自らが担い手となって主体的に地域運営ができるようなコミュニティの実現が求められる。そのためには、行政側及び住民側双方の意識の改革が重要となる。

高齢者の社会参加を阻害する一つの要因として、身体の脆弱性や機能低下を示す「フレイル」の概念がある。フレイルには多面性があり、これらが様々な負の連鎖を起こし、自立度の低下を加速していく。その負の連鎖を早期の段階で断ち切るために、医療専門職者のアプローチだけではなく、住民自身がフレイル予防の重要性に気づき合い、新たな自助・互助の活動として地域づくりに貢献できるような地域基盤が求められる。

(2) フレイル概念とサルコペニア対策も含めた予防の重要点

フレイルは加齢に伴う機能低下を基盤とし、多様に出現する機能障害に対する脆弱性が増加した状態である一方、適切な介入によってその予防や自立への回復が可能な状態である[41]。また、フレイルは身体機能の衰えだけでなく、うつ傾向等の精神心理的要因や、孤立、孤食、独居、地域とのつながりの低下等の社会的な要因等、多面的な要因を含んでいるため、包括的なアプローチが重要である[42]。フレイル状態の根底をなすサルコペニア（筋肉減弱）という大きな問題もあり、自立度の低下も含め様々な負の現象を引き起こす。これをいかに住民相互に意識してもらい、自分事化するよう促すことができるのかが重要である。

フレイル予防の3つの柱は、「①栄養（食事・口腔機能）」「②身体活動（運動、非運動性活動である生活活動）」「③社会参加（就労、社会貢献、余暇活動、ボランティア等）も含めた人とのつながり」に集約でき、それらを三位一体として包括的に底上げし、より早い時期からのサルコペニア予防・フレイル予防につなげることが強く求められる[43, 44]。

(3) 住民主体フレイル予防活動を軸とした地域づくり：展開の実際

住民の積極的参加を促す一例として、地域住民主体のフレイル予防活動を通じた、新たな自助・互助の地域基盤構築の取組を示す。主に高齢の地域住民が養成研修を受けてフレイルサポーターとなり、栄養（食事・口腔機能）、身体活動・身体機能、さらには社会参加を含む社会的側面など、多面的な視点からフレイルのさまざまな兆候

を住民同士で確認する「フレイルチェック」プログラムである[45]。この活動は、専門職が前面に立つのではなく、高齢の住民サポーターが同世代の視点から参加住民とともに測定や対話を行い、互いに気づき合い、高め合うことを特徴とする。さらに、住民フレイルサポーターを支援するフレイルトレーナー（地域の



図3 自治体と地域住民との連携体制の構築

現役専門職）と、介護予防事業等を担当する行政職員が加わり、住民・専門職・行政の三者の協働により、住民主体のフレイル予防活動が展開されている。（図3）。活動の場は、介護予防センターのような固定的な施設に限定されるものではなく、地域の通いの場や公民館等を活用するとともに、空き家活用の機会も作る。また、全国のフレイルサポーター、フレイルトレーナー、行政担当者が共通のユニフォーム（黄緑色のシャツ）を着用することにより、活動理念や目標の共有を図る。さらに、オンライン機能を活用して各地域の取組状況や成果、課題等に関する情報共有を継続的に行うことで、地域間の相互学習と連携を促進し、フレイル予防活動の質の向上と全国的な展開を支えている。

この住民主体フレイル予防活動は、全国フレイルサポーター連絡会連合会を核として活動基盤が構築されている[45]。現在、住民フレイルサポーターの活動には、疾病や障害を有する高齢住民も参画しており、健康状態にかかわらず住民支援の担い手として活躍している。この活動は、健常な高齢者のみならず要介護リスクを有する高齢住民の参加も促しており、フレイルトレーナーや行政専門職との連携のもと、介護予防と社会参加を一体的に推進する持続可能な仕組みとして機能している。

フレイルサポーター活動は、単なる質問票調査や身体機能測定によるフレイル状態の把握にとどまらず、住民とともにフレイルの概念や予防の重要性を学びながら、相互交流を通じて主体的な健康づくりの機会を提供している。こうした活動は、地域貢献を通じた生きがいや住民間の連帯感を高めるとともに、住民同士が支え合いながら健康行動を促進するポピュレーションアプローチとして機能している[45]。さらに、モデル自治体における検証では、本活動への参加者は非参加者と比較して介護給付費の抑制効果が示されており、住民主体の活動の有効性が明らかになりつつある。

このフレイル予防活動を通して、「健康長寿から幸福長寿への転換」を支える地域づくりを目指す。本見解でいう「幸福長寿」とは、健康寿命の延伸にとどまらない、高齢者が主体性・生きがい・社会的つながり・地域参加を維持しながら、自ら望む生活を継続できる状態を意味する。高齢者が輝く場を創出することは、未来への希望を生み出し、地域コミュニティ全体が一体となって困難に立ち向かう力強い基盤を築くものである。そして、高齢者も「地域社会の支え手」となれる新しい社会システムを追い求める必要がある[46]。

6 住環境・交通・市民参加と就労・雇用の場の整備による高齢者の健康・生活支援
要介護状態となっても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ためには、住まいの環境（住環境）が良好であることが求められている。WHO の AFC の重要な領域にもなっている。

(1) 高齢者の住宅内環境整備

住環境と高齢者の健康問題は関連が深い。WHO は、住環境と健康に関する世界各国のエビデンスにより、「住まいと健康に関するガイドライン (WHO Housing and Health Guidelines)」を 2018 年 11 月に公表した。住まいの冬季最低室温を 18℃以上とすること、住まいの新築時・改修時の断熱工事、夏季室内熱中症対策、室内空気質対策等を各国に勧告した[23]。このガイドラインは持続可能な開発目標 (SDGs) のゴール 3 (健康・福祉) とゴール 11 (まちづくり) の達成に寄与するものと位置付けられる。

我が国では、『健康日本 21 (第三次) (2023 年 5 月告示)』[47]において「建築・住宅等の分野における取組と積極的に連携することが必要」が追記され、厚生労働省の『健康づくりサポートネット』[48]にも 2024 年 1 月から「室温と高血圧、睡眠の関係」の項に、居間、寝室、脱衣所、トイレ等の室温チェックシートが紹介されるようになった。さらには、新たな『住生活基本計画 (全国計画) (2024 年 3 月閣議決定)』には、人生 100 年時代の持続可能な住生活を支える基盤を再構築する政策の方向性が示された[49]。それらに参照される研究が、国土交通省が厚生労働省と連携して 2014 年度から実施している「住宅の断熱化と居住者の健康への影響に関する全国調査」[6]である。全国 2 千世帯・4 千人規模の住環境と家庭血圧、身体活動量、血中脂質、心電図等の測定調査が行われ、これらのエビデンスに基づいて、既存住宅の断熱改修が推進され、国・自治体からの補助金制度が整備された。

しかしながら、老朽化した持ち家あるいは借家の住宅内環境は十分ではなく、そこに住む経済的にゆとりのない高齢者世帯への健康対策が課題となっている。冬季の過度な寒冷や夏季の高温、さらにカビ・ダニの発生など不衛生な居住環境を改善するため、既存住宅の断熱改修等を一層推進する必要がある。

(2) 歩行環境・交通の整備

温暖な気候を有する日本では、歩きやすい道路や公園、公共交通機関など、建築・都市環境を充実させることで、人々の身体活動量をさらに高める可能性がある[50]。近年では、地形や属性ごとに健康性と環境についてのより詳細な対応関係の研究が進められている。丘陵地域ではフレイル予防の可能性が高いこと[51]、歩行者の安全性の高い環境においては中高年者の歩数が多いこと[52]、遊歩道の整備等が高齢期の女性の歩数を増加させること[53]などが報告されている。しかし、ここ 10 年では高齢者の運動習慣の変化はそれほどないにもかかわらず、日本全体での歩数の平均値は有意に低下していることや、高齢者、特に高齢女性の歩数平均値は少ないなどから[4]、利用者の行動の特徴と地域の構造を合わせて検討を行い、交通安全性の高い日常生活

環境の整備が必要となる。また、いわゆるウォークブル・シティ（歩いて移動しやすいまちづくり）の取組は都市地域で見られ、街路の整備に注目が集まりがちだが、歩く行動は友人やコミュニティとのふれあいやまちづくり参画の活性に密接にかかわっている可能性も高く[54]、AFCが都市の経済成長のための戦略であるという視点も重要であろう。

移動手段の確保は、高齢者の社会参加、生活機能の維持を支える基盤として重要である。2020年11月に「地域公共交通の活性化及び再生に関する法律」が改正され、自治体には地域の実情に応じて、多様な輸送資源を総動員する取組等を推進し、持続可能な地域旅客運送サービスを提供する体制の構築が求められる。「共創・Maas² 実証プロジェクト」[55]に示されているように、医療、介護、福祉、商業、農業と連携し、AIや自動運転等のデジタルトランスフォーメーション(DX)³を含んだ、高齢期の移動手段の社会実装が進んでいる。

(3) 高齢者のつながり・就労・活動の場

ソーシャルキャピタル⁴(地域のつながり)が健康維持に果たす重要性が認識され、住環境や活動の場との対応についても、高齢者の生活の活動範囲の維持拡大[56]、多世代交流が促進される環境づくり[57]なども提案されている。また、ソーシャルキャピタルの増進が介護リスクを減らすといった知見もあることから[58]、積極的に整備を進める必要がある。高齢期の就労活動についても、健康や生きがいの面から高齢者の暮らし方の重要な要素となることから、自治体等でも機会拡大の取組が進められ[59]、今後も増加することが予想される。しかしながら、高齢期の住環境や就労の場と心身状況との相関については、実態調査や検証は不足しており、今後、更なる研究や検討が必要である。

(4) 高齢者施設の利用者の特徴と地域・環境での対応

要介護者数の増加に伴い、高齢者施設・障害者施設等の生活系施設において、利用者の重度化への対応が重要な課題として顕在化している。サービス付き高齢者住宅は比較的健康的な高齢者が入居する想定の入居形態だったが、実態調査によると、入居者の重度化後の転居先となる高齢者施設が不足している。入居者の重度化後、重度認知症対応や、看取り対応ができる場所・設備がサービス付き高齢者向け住宅に備わっている場合には転居せず住み続けられることなどが報告されており[60-62]、今後の高齢化の進展を踏まえて、ケア体制や受入れ施設の検討が必要であろう。

認知症高齢者が暮らしやすいデザインとして、ヨーロッパでは認知症ビレッジの建設等の取組がある[63]。「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づい

² Mobility as a Service。複数の交通手段をデジタルでつなぎ、移動の検索・予約・決済を一体化する仕組み。

³ デジタル技術を活用した社会・組織・業務・サービスの変革。

⁴ 地域住民同士のつながりや信頼関係、助け合いの仕組みを通じて、人々の健康や生活の質、地域の持続可能性を支える社会的基盤。

て、我が国の地域に合った環境整備を進める上での研究・調査を推進させる必要がある。特に、地域包括支援センターを中心とする地域でのケアを念頭とした仕組みづくりの中で、重度者に対して、建築・都市環境をどのように対応させるかは課題となる。

また、都市市街地の新しい土地利用が高齢者施設の活動とともに試みられ、一定の成果を見せている。特に大都市圏では都市農地、ときには公式には農地とされない空地の農業利用等が既に広まり始めている[64]。地価高騰の趨勢の中ではこうした都市農地の拡がりを促進することは難しく、土地利用を不動産動向に任せずに、従来の都市農地・公園緑地政策を超えた、都市のみどりの拡張を重視する施策が必要である。

7 関連データの活用によるデジタルトランスフォーメーション（DX）と政策立案

(1) エビデンスに基づいた高齢者の健康・生活に関する政策立案

AFC では、データを用いて評価、政策立案を行い、実行することの重要性が指摘されている。国は 2015 年、「日本再興戦略」の一環として、健康寿命の延伸と医療費適正化を目指す取組である「データヘルス計画」を医療保険者に義務化した[65]。データヘルス計画とは、医療保険者がレセプト（診療報酬明細書）や健診データ等の情報を分析し、加入者の健康保持・増進を目的とした保健事業を効果的・効率的に実施するための計画と実施である。国は更にこれを推し進め、健康・医療・介護のビッグデータ分析・活用に向けプラットフォームを構築した上で、保険者がガバナンスの利いた主体的な保険運営が図れるよう機能を強化し、実効的なデータヘルスの推進を図ることで、国民が予防・健康管理・重症化予防に向けた効果的なサポートを受けられる環境を整備する「データヘルス改革」を推進している[66]。推進する医療デジタルトランスフォーメーション（医療 DX）では、マイナンバーカードの利用を前提として、2030 年に向けて「全国医療情報プラットフォーム」の仕組みの一つである電子カルテ情報共有サービスを用いた情報共有化が進められる。このプラットフォームは医療機関で利用する医療情報基盤に加え介護情報基盤及び行政・自治体情報基盤からなり、これらの情報を用いることによって社会保障の改革に関わる構想も議論されている。

① 自治体/医療保険者の有するデータを用いた政策立案

自治体／医療保険者レベルにおける、医療 DX の推進による社会保障改革の具体的な政策推進の方向を検討する。その際、近年のレセプト解析の傾向を読み解くことを通じて、実効的な方策を探る。

レセプト解析においては、医療 DX の推進に合わせ、各都道府県の国保連合会や後期高齢者広域連合への研究申請によって、個人情報匿名化等により大容量のデータ群が利用できる環境が整備されつつある。多くは診療報酬点数の地域集計や特定疾患に関する集計により、将来的な社会保障費の削減に向けた政策立案に資する解析が行われている[67]。これらの解析は、政策立案に向けた大きな舵取りにはなるが、地域の具体的な課題解決に向けた指針に乏しいことも指摘されている。

一方で、自治体/医療保険者等が、大学や企業と連携し、保健医療の専門家だけではなく、融合領域の分析結果を概観することで、データに基づいたヘルスケア等の政策立案が可能となる。都市解析（空間情報科学）分野は、地理情報や人の動き方のデータといった大容量のデータ群を一律に分析し、行動科学の数理モデルや経済モデルとの適合度や現象の解析を行う分野である。人文地理、都市経済学、オペレーションズ・リサーチ等の融合領域に位置する。これらの分野でのレセプト解析は、人口、世帯数、就業者数等、自治体が保有する計測データの可視化や、地図情報から得られる公的サービス機関や医療・介護事業所、スーパー等へのアクセス（アクセシビリティ）に併せて、医療・介護レセプト情報から得られる各医療・介

護サービスの利用状況を突合することにより、都市の様相を可視化している。これらの可視化データ群から、サービスの過不足、介護等に関わる人的資源の将来予測等を評価可能としている。これらを地域/生活圏域ごとに分析することで、過疎・人口減少の中でも、都市部/地方部の維持/増強/撤退といった医療・介護サービスの具体的な誘導方策を導くことを目指している。都市/地方/市街地辺縁/過疎地等では、民間誘導のサービス展開、公的なサービス展開が異なる。単純な診療報酬点数の多寡で判断するのではなく、人々が暮らす地理的な情報を組み入れることで、地域性を有する課題解決に向けた政策立案を目指すことが可能となる。

② 地域情報の可視化と診療情報明細書の解析

具体的な分析例として、まず、医科レセプトデータを用いた、かかりつけ医の立地と機能的特徴に関する研究[68]を用いて説明を行う。栃木県の後期高齢医科レセプトの2017年1月分、再診料・外来診療料が算定されたレセプトを対象とし、診療所を利用した2,419,850件を分析対象データとした分析結果である。図4には、かかりつけ医機能認定施設から80%利用距離帯(患者カバー圏域)と高齢者人口分布、無認定施設(948施設)のうち認定施設の患者カバー圏域外に位置する59施設(抽出した無認定施設)を示す。またかかりつけ医機能認定施設(93施設)/患者カバー圏域外の無認定施設(59施設)/無認定施設(899施設)の特徴を、「標榜診療科」「ICD-10(国際疾病分類 第10版)」の観点から分析した結果を図5に示す。抽出した無認定施設は認定施設と同様にICD-10種類数が多い施設を含み、かかりつけ医がカバーできていない地域の日常的な医療を支えている施設と考えられる。

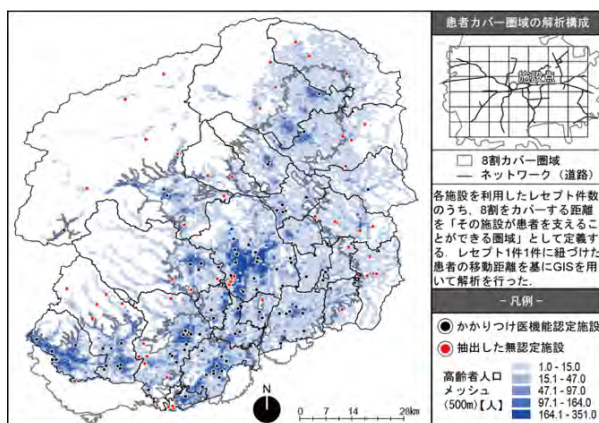


図4 かかりつけ医機能認定施設の患者カバー圏域

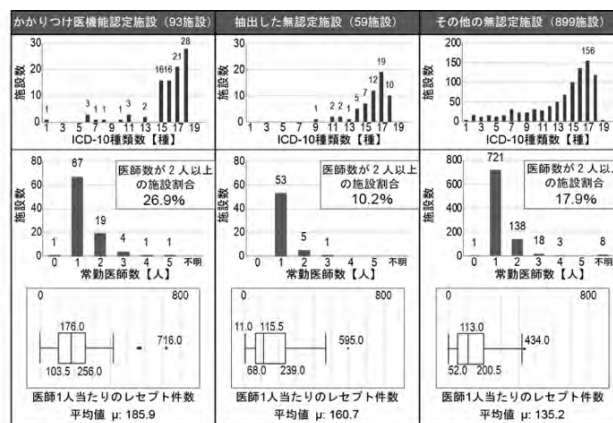


図5 ICD-10の種類別、常勤医師数、レセプト件数

(図出典：佐藤栄治ら. 日本建築学会計画系論文集. 2026:91(839):102-8 [68])

本分析から、認定施設は医師が2人以上の施設の割合が高く、医師1人当たりのレセプト件数も多いことがわかる。一方、“抽出した無認定施設”は医師が2人以上の施設の割合が最も低く、医師1人当たりのレセプト件数の平均値はその他の無認定施設よりも多く、認定施設よりも少ない。これより“抽出した無認定

施設”には、医師が1人で一定数の患者を支えている施設が含まれると推察される。かかりつけ医機能の定義には「診療時間外（休日や夜間）にも患者対応ができる体制を構築すること」と記載され、かかりつけ医機能を評価する診療報酬である「地域包括診療加算」の「24時間対応の薬局との連携」等の要件が、医療資源に乏しい地域に位置する施設での認定取得を困難にしていると推察される。これら、かかりつけ医の認定に困難をきたしている地域では、国保診療所等の補助事業での医療機能誘致が望ましい。また本分析結果の提示は、医療過疎の課題に対し、どのような地域単位で医療資源を誘導していくかの基礎資料となる。

このようなレセプトと空間情報の分析結果の連携は、具体的な政策として、都道府県による国保診療所の誘致や診療日の確保に伴う補助制度、また医師の高齢化に伴う代替医師の派遣、研修を受けた看護師（特定行為研修修了者や高度実践看護師（診療看護師や専門看護師））等の配置による医師との共同実践、病床の（看護）小規模多機能介護施設への転換又は新規併設による医療・看護・介護の一体的・効率的な提供、また新たな医療資源提供手法としての車両を用いた移動診療所の導入等、エビデンスを持った政策展開に寄与する。

上記に加え、経年的レセプト分析で、被保険者の受診行動から繰り返す入退院や重複・頻回受診、高額な医療・介護費を使用するなどのハイリスク者の特定、その背景要因の解明が可能となる。

また、レセプトや健診データを人工知能（AI）に学習させることで、こういったハイリスク者を予測的に特定し、かかりつけ医等と連携し、疾病管理やケアマネジメント等の対策を打つことが可能となる[69]。さらには、ハイリスク者をその住所（郵便番号）を用いて地図上にマッピングすることで、特定の地域への集積が確認され、地域ごとの医療機関等の施設の配置や環境と関連を解析することが可能となる（図6）。こういった解析結果を基に、自治体/医療保険者は地区別にリスク要因を特定して改善に向けた対策に取り組むことが可能となる。

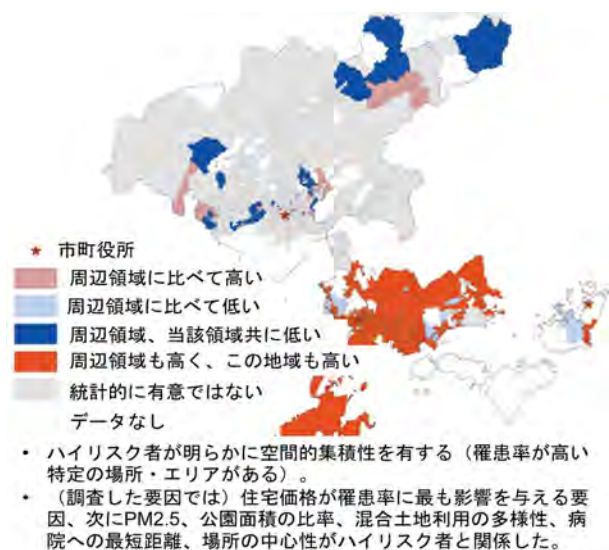


図6 郵便番号によるハイリスク者のマッピング（AI予測結果）（出典：Li, et al. Int J Environ Health Res. 2023;33(12) [69]の図3の一部を抜粋）

③ 行動情報の広域可視化とコミュニティ形成を含む移動販売政策

移動行動の可視化は、COVID-19 蔓延期以降、モバイル空間統計等の携帯端末の移動データに代表される人流データの活用のもとに種々の活用実績がある。活用

例として、過疎地の移動販売事業データ群の可視化によるコミュニティ政策の有効性を検証した事例を参照する[70]。

買物弱者に対して、各種移動販売、EC (Electronic Commerce) サイト (通販等のweb上の買物サイト) の利用支援等の政策支援が進んでいるが、どのような効果が具体的に表出するかや、政策としての評価はその具体性に欠ける。そこで、栃木県北東部の中山間地域 (大田原市、那珂川町) で展開している移動販売の移動データ、従業員との関わり (販売員の1名は看護師資格有)、POSデータ、既存買物施設との関連、波及効果等を計測した事例を概観する (図7)。

結果として、単純な行動記録の分析から、近隣に買物施設が存在する地域においても移動販売の利用ニーズが存在していること、また、運営者の行動範囲からは、単一自治体に依存しない広域的な補助政策の必要性等が可視化された。さらに、滞在時間の分析からは、従業員が購入品を自宅まで運ぶ過程において、生活状況の観察、食品の備蓄状況や服薬状況の確認、コミュニケーションの機会の創出など、孤立予防にも資する「ついで行動」が行われていることが確認された。

本事業は利用者視点のサービス提供を担っており、事業の有効性が多角的なデータ分析から確認されている。これらの計測結果を用い、買物支援から孤立予防、都市交通政策としての具体的評価や、今後の継続的な補助制度の在り方について、適切な政策展開が可能となる。

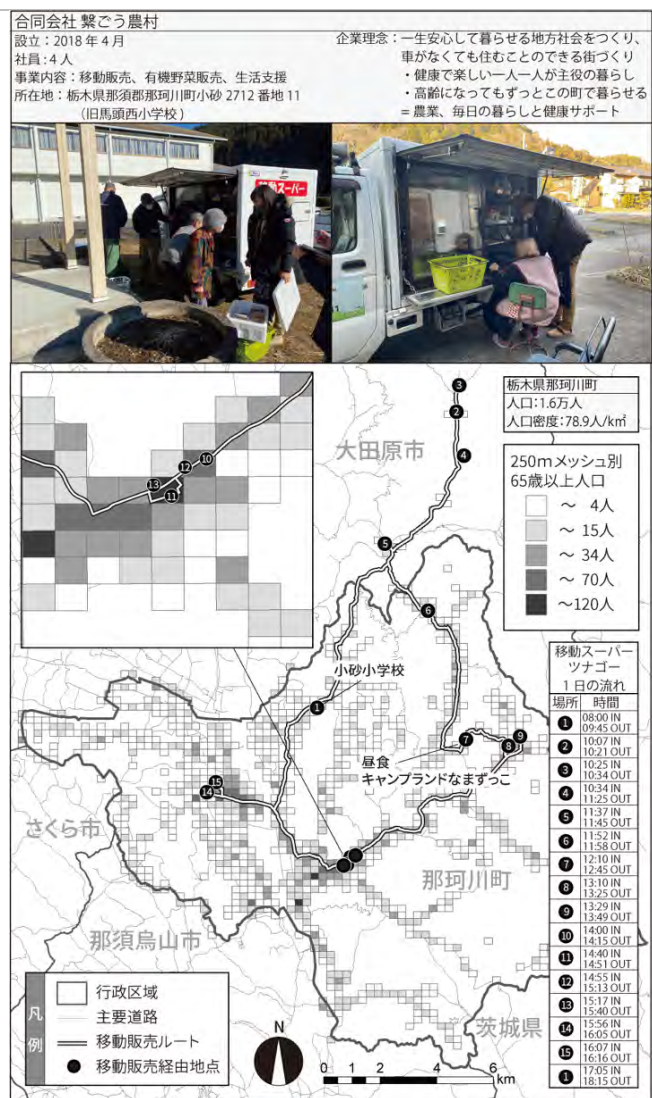


図7 移動販売+看護師が行う地域支援の1日の記録 (図出典: 佐藤栄治, 竹澤くるみ. 日本建築学会, 地域施設計画研究 2022 [70])

(2) 地域の高齢者 (ハイリスク者) を見守る仕組みの構築・ケアイノベーション

① 大学との連携強化によるプロアクティブな仕組みの構築: データサイエンスに

立脚した「根拠に基づいた政策」への変革

ヘルスケア産業における開発プロセス革新に向け九州大学が展開する「LIFE Study」は、自治体が保有する保健・医療・介護・行政等の健康関連データを住民単位で統合したデータベースを構築し、今後20年間にわたり追跡評価するもので、成長発達段階ごとのリスクや、人生の各時期を通じて生じるリスクを特定することを可能にしている。さらに、当該データベースを学術機関が利用できるプラットフォームを整備している[71]。

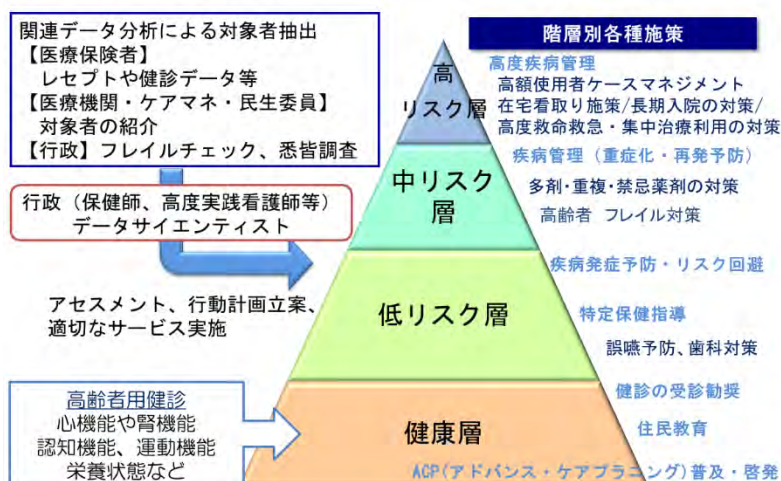


図8 集団の健康リスク階層化と、リスクに応じたサービスの適正配分戦略(図出典:森山美知子.看護研究 2022 [76]を当分科会改変)

また、広島県呉市では、自治体が有する複数の医療・介護関連データを突合・連結して分析することで、住民を健康リスク別に階層化し、図8に示すような健康リスク特性に応じたプロアクティブな仕組み(先取りして予防するサービス提供の仕組み)を、大学が自治体や地域の民間事業者と連携して提供するモデルを構築、実施した[72-78]。

② 住民の不安や健康ニーズに対応するための看護職者の自治体への配置・連携

先の「移動販売政策」にも活用された、看護師が地域住民の複数のニーズに対応するモデルについては、過疎・高齢化が進む奈良県天川村の実践がある(4章の事例)。地域おこし協力隊として採用された看護師は村の観光産業開発にも従事しながら、医療・介護レセプト情報の分析から住民のサービス利用需要と医療・介護従事者の供給の最適化を狙い、複数の医療・介護機関の勤務を柔軟に行う体制を組んでいる。このように、自治体が配置や調整に関与する、看護師による継続的な見守りと医療・介護上の緊急対応体制は、独居高齢者の多い過疎地域における在宅生活を支える重要な基盤となっている。

③ 地域住民の安全・安心を支えるウェアラブル端末データ活用の仕組み構築

独居高齢者や高齢者のみの世帯では、健康状態の急変や認知症・要介護状態への移行に対する不安が日増しに高まっており、これは本人だけでなく離れて暮らす家族にとっても大きな懸念である。病院入院時のように「常に誰かが見守ってくれる」体制を地域でどのように実現するかは、超高齢社会が直面する我が国の最重要課題の一つである[79]。

この課題に対応するため、全国 11 の自治体が大学や研究機関と連携し、希望する住民に対して睡眠センサー等のウェアラブル端末を貸与し、取得されたデータを地域の看護職が活用する取組を進めている[80, 81]。また単なる見守りだけでなく、睡眠状態の「見える化」によって住民自身の健康意識が高まり、生活習慣改善が促されることも確認できている。健康増進の側面も持ち合わせているウェアラブル端末の活用は有用であり、重要な視点である。

実証の成果として、睡眠の乱れが体調不良の前兆を示す事例をいち早く察知し、看護職による迅速な介入につなげられることが確認された。また、脳卒中や高次脳機能障害の予兆を把握できた例もあり、予防的支援の可能性が示された。さらに、看護職が住民とデータを基に振り返りを行うことで、睡眠薬の使用量の減少、昼夜のリズムの是正（図 9）、血圧管理の改善等具体的な生活習慣の改善が得られた。こうした取組は、単なるモニタリングにとどまらず、地域全体の健康管理体制を変革する力を持つことを明らかにした。

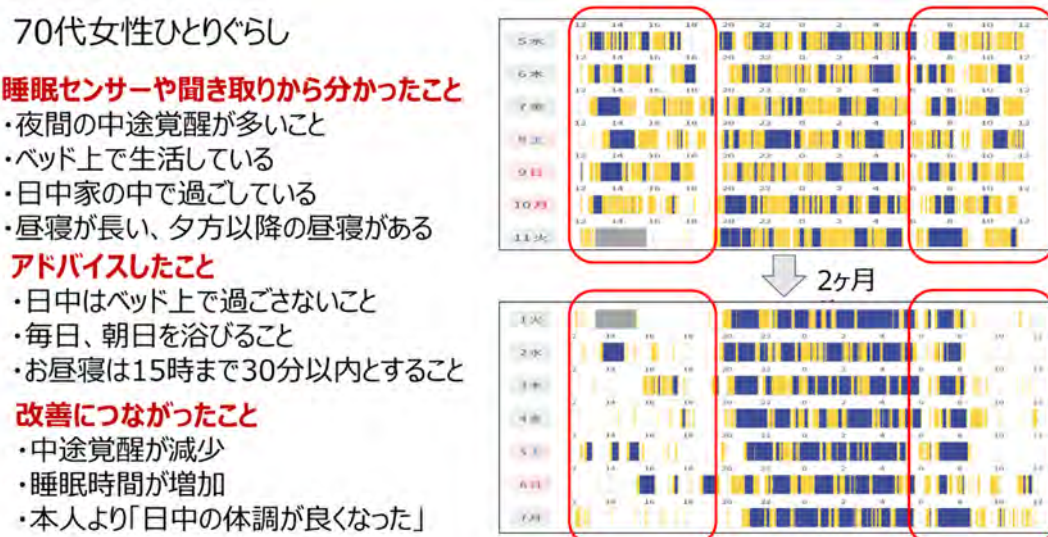


図 9 昼夜のリズムがなくなっている者に対するアドバイス前後の睡眠リズム（青が睡眠、黄色が覚醒、白は離床、赤枠は日中時間帯を示す）（当分科会作成）

今後の展開としては、対象者の特性を見極めた選定や費用対効果の向上が不可欠であり、総合事業やデイサービスといった地域資源と統合して持続可能な仕組みを設計する必要がある。そのために現在、大阪大学の研究チームは 2 自治体とともに、地域の保健師がウェアラブル端末データを用いて保健指導を行えるよう、訓練プログラムを整備し、現場で実装を進めている。これにより、従来の経験依存型の支援から、データに基づいた予防的介入（プロアクティブな仕組み）へと進化しつつある。

(3) 医療 DX 化における課題

DX の推進の一方で、医療 DX[82]と高齢社会対策基本法[83]が掲げる地域におけ

る有機的な連携と適正なサービスの提供とに関していくつかの課題が示されている。その一つは高齢者の情報通信技術（ICT）へのアクセスや利用能力の格差であるデジタルデバイドの課題である。デジタル機器は個々の所有者によって管理されるものではあるが、医療 DX においてはデジタル機器を活用できない高齢者が公民館や学校のような地域の施設を活用して共用の機器を用いることで、オンライン診療や保健・福祉サービスを受けられるようにすることも必要である。

今後、独居や認知機能及び身体能力が低下する高齢者が更に増加すると予測されており、デジタル化やロボット等新しい技術を開発及び活用するとともに、地域における多様なニーズに応じた「高齢者を取り残さない支援体制の構築」が必要である。とりわけ外出弱者となった高齢者に対しては、地域住民や民間・自治体による支援に加えて、ウェアラブル端末等の逐次異変を感知・情報連携する端末等での積極的なデジタル整備が求められる。これらは、WHO が提示しているデジタルインクルージョンの概念にも合致し[84]、物理的アクセスの保証、経済的アクセス、デジタルリテラシー、利用支援、利用機会に関わる補助制度等の拡充が期待される。

全国共通で医療情報を整備し医療の質の向上を目指す医療 DX のもう一つの課題は、使用する電子カルテ情報共有サービスの情報が「文書情報（3 文書）及び電子カルテ情報（6 情報）⁵」[85, 86]に限られていることである。しかし佐久総合病院グループを中心とした地域医療連携室に実装されているように[87]、電子カルテの地域共用化によって、救急・医療・介護の切れ目ないサービス提供、医療機関や自治体サービスの効率化と負担軽減等が期待される。さらに高齢者に対する医療と介護の質を上げるためには、住み慣れた地域における病院、医院、薬局及び介護施設のリアルタイムでより詳細な情報の共有が重要であり、福島県会津若松市等で社会実験が行われている都市全体のデータ連携基盤である都市基盤オペレーティングシステム等の実装[88]が必要になってくる。

高齢化率が上昇し生産人口が減少する我が国において、高齢者に対する情報駆動型社会を形成するためには、暮らしている地域におけるより詳細な情報共有の整備が必須となる。それを達成するためには、生成 AI 等を活用することによって異なる施設間、業種間の情報共有を進める基盤の整備が必要である。

これを全国共通で行うことは技術のみならず費用及び運用の面から課題がある。一方、高齢者の情報は地域において利活用されることがほとんどである[89]。したがって、高齢者に対しては全国共通の医療 DX の整備とともに、地域におけるより詳細な医療 DX の整備が必要である。同時に、新しい科学技術が社会に導入される際に生じる様々な倫理的、法的、社会的課題／合意（ELSI）の検討や、過剰な個人情報保護法の解釈等について、早期に検討が必要である。

⁵ 医療機関における情報共有を円滑に進めるための、標準化されたデータセット。3 文書は、診療情報提供書、退院時サマリー、健康診断結果報告書の 3 種類の文書を指し、6 情報とは、傷病名、アレルギー情報、感染症情報、薬剤禁忌情報、検査情報、処方情報の 6 種類の情報を指す[85, 86]。

8 見解

超高齢社会の進行と地域コミュニティの希薄化を背景に、高齢社会政策は、高齢者を支援の対象として捉える発想から、あらゆる人々が生涯を通じて地域社会に参画し、互いに支え合う住民主体・地域参加型モデルへの転換が求められている。その基盤となるのが、人とのつながりや社会参加、自己決定を通じて実現される「幸福長寿」の考え方である。

幸福長寿社会の実現には、住環境・移動環境・地域活動の機会を、参加と包摂を支える社会的基盤として整備するとともに、医療・介護・福祉・人口動態・移動等の多様なデータを活用し、科学的根拠と住民の経験知を融合した政策形成を進めることで、地域固有の課題に応じた持続可能な社会づくりにつながる。本見解では、住民主体のまちづくり、住環境改善、医療 DX、産官学民連携の4つの視点から、「健康長寿」から「幸福長寿」への転換と包括的 AFC 実現の推進について示す。

(1) 新たな住民主体による健康長寿に向けたまちづくり

人生 100 年時代を迎え、国民が健康で長寿を享受するだけでなく、生きがいを持って暮らせる「幸福長寿社会」の実現が求められている。高齢者を支援の対象とする従来の枠組みを超え、社会の担い手として位置付ける新たな社会システムの構築が必要である。健康寿命の延伸は国家戦略の中核に位置付けられ、多世代が共生し、ウェルビーイングを高め合う社会が期待されている。その鍵を握るのがフレイル対策であり、身体的側面に加え、心理的・社会的要因が複合的に影響する点が重要である。孤立や経済的困窮等の社会的フレイルは、身体機能の低下と負の連鎖を引き起こし、自立を損なう危険がある。したがって、個人の健康行動を支援するとともに、地域コミュニティの構造そのものを再設計する必要がある。健康福祉政策とまちづくり戦略を融合させた包括的な取組が今こそ求められている。さらに、フレイルに関する科学的エビデンスの創出と、それに基づく政策立案が不可欠である。ポピュレーションアプローチから疾病悪化リスクの高い集団へのハイリスクアプローチまでを一体的に推進し、産官学民が連携して実効的な体制を構築すべきである。そして「フレイル予防は地域づくりである」との理念のもと、住民が相互に支え合い、達成感や自己効力感を感じられる社会をデザインしていくことが、次世代の幸福長寿社会の鍵となる。

(2) 住環境（住宅内外の環境）改善による高齢者の健康・生活支援

地球温暖化に対する住宅政策で断熱化が進められるなかで、特に高齢期には冬に暖かい家が良いことなど、住居環境が健康に好影響をもたらすことは徐々に認識されるようになったが、まだ十分に住環境が改善されたとはいえない。特に、既存住宅の断熱改修等、住環境改善を促す制度や技術開発を推進する必要がある。特に経済的にゆとりのない高齢者世帯に対しては、健康・福祉の向上に資する住環境改善施策を優先的に実施すべきである。

また、歩行しやすい安全な交通・歩道の環境、公共交通、近隣農地や就労の場の質

的整備等、高齢者の社会参加を促す環境の整備を、地域の特性に合わせたまちづくりとともに推進することが重要である。

(3) データ活用と医療・健康 DX

国は健康長寿社会の実現に向け、ビッグデータ活用によるエビデンスに基づく高齢者の健康・生活に関する政策立案を推進している。しかし、自治体にはデータサイエンティストが不足しており、庁内外の多様なデータを取得・連結・分析し、その結果を活用した横断的な政策形成はまだ途上にある。ヘルスケア施策とまちづくり施策を融合するためには、ビッグデータを中核とした分析体制の整備が必要であり、自治体・医療保険者等が連携し、データ分析を担う専門部署の設置と専門人材の配置が求められる。また、医療分野のDX化が進む一方で、デジタル機器を活用できない高齢者への配慮が課題であり、個人機器に依存せず地域施設を活用した「共用型デジタル支援拠点」を整備し、オンライン診療や福祉サービスへのアクセスを保障するデジタルインクルージョンの推進が必要である。さらに、独居や外出が困難な高齢者を支援するため、地域住民・自治体・民間が連携した見守り体制の構築が急務である。全国共通の医療DXに加え、病院・診療所・薬局・介護施設等がリアルタイムで詳細な情報を共有できる地域型の医療DXを実装することで、救急から在宅までの切れ目のないサービス提供を実現し、地域全体の医療・介護の質向上と負担軽減を図ることができる。

今後は、生成AI等の新技術を活用し、費用・運用両面で持続可能な地域医療情報基盤を確立することが重要である。さらに、AI・IoT・ロボット技術を活用してハイリスク高齢者を見守り、支援する仕組みを構築し、産官学民連携による研究と社会実装を推進することで、世界をリードする新たな高齢者支援モデルを創出していくことが求められる。

(4) 産官学民連携の推進

課題解決に向け、計画段階から住民参加を促すこと、そして産学民による地域事業の創出を自治体が支援することで、持続可能で多様な活動を各地域で起こしていくことが必要とされる。その際、網羅的な視点として、AFCの8つの領域を軸に、住民主体のフレイル予防とデータ駆動の政策、住環境・交通・就労の一体整備を同時並行で進めること、そして、行政の縦割りを越え、産官学民の共創と公平性指標に基づく評価を徹底し、地域社会を支える主体として高齢住民を位置づけ、「健康長寿」から「幸福長寿」への転換を支える地域づくりが求められる。

なお、本見解の推進にあたっては、自治体ごとの人口構造や財政基盤、地域資源の状況等の差異を十分に踏まえ、地域特性に応じた具体的方策を検討・提示していくことが重要である。また、AFCの理念を実効性ある形で具現化するためには、継続的なモニタリング体制の整備と、客観的かつ実践的な評価手法の構築を併せて推進していく必要があることを付言する。

<参考文献>

- [1] 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口（令和5年推計）報告書（全体版）. 2023. https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp (accessed January 19, 2026)
- [2] 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の地域別将来推計人口－令和2(2020)～32(2050)年－（令和5年推計）. 2023. <https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/6houkoku/houkoku.asp> (accessed January 19, 2026)
- [3] 内閣府. 2022年度（令和4年度）市民の社会貢献に関する実態調査報告書. 2023. https://www.npo-homepage.go.jp/uploads/R4_shimin_report.pdf (accessed June 01, 2026)
- [4] 厚生労働省. 令和5年国民健康・栄養調査報告. 2025. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/r5-houkoku_00001.html (accessed October 27, 2025)
- [5] 飯島 勝矢, 田中 友規, 吉澤 裕世. 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進及び効果検証のための研究」 分担研究報告書 一体的実施事業の有用性の検証：自治体の一体的実施報告書ストラクチャーシート得点とフレイル、介護等との関連～JIHPOP Databaseを用いて～. 東京：厚生労働省科学研究成果データベース, 2024. Available from: https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202401014A-buntan4.pdf
- [6] 日本サステナブル建築協会. 住宅の断熱化と居住者の健康への影響に関する全国調査 第10回報告会資料（2026）. 東京都：日本サステナブル建築協会；2026. https://www.jsbc.or.jp/document/files/260216_10th_document.pdf (accessed April 12, 2026)
- [7] Hanibuchi T, Nakaya T. Associations of neighborhood socioeconomic conditions with self-rated health, mental distress, and health behaviors: A nationwide cross-sectional study in Japan. *Prev Med Rep.* 2020;18:101075. Epub 20200304. doi: 10.1016/j.pmedr.2020.101075.
- [8] Kataoka A, Fukui K, Sato T, Kikuchi H, Inoue S, Kondo N, et al. Geographical socioeconomic inequalities in healthy life expectancy in Japan, 2010–2014: An ecological study. *Lancet Reg Health West Pac.* 2021;14:100204. Epub 20210715. doi: 10.1016/j.lanwpc.2021.100204.
- [9] Nakaya T, Honjo K, Hanibuchi T, Ikeda A, Iso H, Inoue M, et al. Associations of all-cause mortality with census-based neighbourhood deprivation and population density in Japan: a multilevel survival analysis. *PLoS One.* 2014;9(6):e97802. Epub 20140606. doi: 10.1371/journal.pone.0097802.
- [10] 中央社会保険医療協議会. 入院（その8）高齢者の救急患者等に対応する入院医

療 に つ い て . 2023.
https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001178990.pdf?utm_source=chatgpt.com (accessed January 19, 2026)

- [11] 上野 恵子, 寺本 千恵, 西岡 大輔, 近藤 尚己. 救急搬送された軽症高齢者の社会生活状況を多職種で把握・共有するためのチェックシートの開発. 日本臨床救急医学会雑誌. 2023;26(4):455-67. doi: 10.11240/jsem.26.455.
- [12] 上野 恵子. 救急搬送された高齢者の社会経済的要因を抽出する 多職種情報共有シートの開発と応用. 東京: 一般財団法人救急振興財団, 2020. Available from: <https://fasd.jp/files/libs/763/202003301420524992.pdf>
- [13] 大重 賢治, 井伊 雅子, 縄田 和満, 水嶋 春朔, 朽久保 修. 横浜市における救急医療の需要分析. 日本公衆衛生雑誌. 2003;50(9):879-89. doi: 10.11236/jph.50.9_879.
- [14] 芝 理仁. 高齢者救急搬送に関する実証研究 : 地域特性とソーシャルキャピタル要因を含めた市町村データによる分析. KGPS review : Kwansai Gakuin policy studies review: 2023. Available from: http://purl.org/coar/resource_type/c_6501
- [15] Hamada S, Takahashi H, Sakata N, Jeon B, Mori T, Iijima K, et al. Household Income Relationship With Health Services Utilization and Healthcare Expenditures in People Aged 75 Years or Older in Japan: A Population-Based Study Using Medical and Long-term Care Insurance Claims Data. J Epidemiol. 2019;29(10):377-83. doi: 10.2188/jea.JE20180055.
- [16] Murata C, Yamada T, Chen CC, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2010;7(4):1330-41. Epub 20100326. doi: 10.3390/ijerph7041330.
- [17] Takaesu A, Hanashiro K, Nakamura K. Characteristics of Older People from a Poor Residential Environment in Okinawa, Japan: An Emergency Department-Based Cross-Sectional Study. Gerontology. 2022;68(10):1111-20. Epub 20220110. doi: 10.1159/000520809.
- [18] The Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2030: Quality of Housing. 2026. <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/quality-housing> (accessed June 01, 2026)
- [19] World Health Organization. The Global Network for Age-friendly Cities and Communities: Looking back over the last decade, looking forward to the next. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. (WHO/FWC/ALC/18.4). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4> (accessed October 27, 2025)

- [20] World Health Organization. Age-friendly World, WHO Global Network. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2025. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/search-network/> (accessed January 19, 2026)
- [21] AARP. AARP Network of Age-Friendly States and Communities. 2026. <https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/> (accessed January 19, 2026)
- [22] AARP. Helping built environment professionals incorporate an aging and equity lens in their work. 2026. <https://www.aarpinternational.org/resources/equity-by-design> (accessed January 19, 2026)
- [23] World Health Organization. WHO Housing and health guidelines. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376> (accessed October 27, 2025)
- [24] United Nations. United Nations Principles for Older Persons. New York, USA: General Assembly resolution 46/91; 1991.
- [25] United Nations. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. New York, USA: The Second World Assembly on Ageing; 2002. Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>
- [26] World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547307> (accessed January 19, 2026)
- [27] World Health Organization 編著, 日本生活協同組合連合会医療部会翻訳. WHO 「アクティブ・エイジング」の提唱 : 政策的枠組みと高齢者にやさしい都市ガイド. 東京都: 萌文社; 2007. 248 p.
- [28] World Health Organization. National programmes for age-friendly cities and communities: a guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068698> (accessed October 27, 2025)
- [29] Leeuw Ed, Simos J. Healthy cities : the theory, policy, and practice of value-based urban planning. New York, NY: Springer; 2017. 515 p.
- [30] Kano M, Rosenberg PE, Dalton SD. A Global Pilot Study of Age-Friendly City Indicators. Soc Indic Res. 2018;138(3):1205-27. doi: 10.1007/s11205-017-1680-7.

- [31] World Health Organization. Measuring the age-friendliness of cities: A guide to using core indicators. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509695>
- [32] World Health Organization - Regional Office for Europe. Age-friendly environments in Europe: indicators, monitoring and assessments. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-2020-1088-40834-55192>
- [33] 狩野 恵美. エイジフレンドリーシティと都市評価について. 都市計画 = City planning review. 2015;64(4):52-7.
- [34] World Health Organization. Age-friendly World, WHO Global Network, Cities of Japan. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2025. https://extranet.who.int/agefriendlyworld/search-network/?_sft_countries=japan (accessed October 27, 2025)
- [35] Noguchi T, Fujihara S, Ide K, Jeong S, Saito T, Kondo K, et al. Association of Age-Friendly Communities With Health and Well-Being Among Older Adults: An Ecological and Multilevel Analysis From the Japan Gerontological Evaluation Study. J Appl Gerontol. 2025. doi: 10.1177/07334648251352306.
- [36] Aung MN, Koyanagi Y, Ueno S, Tiraphat S, Yuasa M. Age-Friendly Environment and Community-Based Social Innovation in Japan: A Mixed-Method Study. Gerontologist. 2022;62(1):89-99. doi: 10.1093/geront/gnab121.
- [37] いのち・未来戦略本部室 神. ME-BYO STYLE (未病スタイル) . 神奈川県政策局 いのち・未来戦略本部室; 2025. https://www.pref.kanagawa.jp/docs/mv4/me-byo_style/index.html (accessed October 31, 2025)
- [38] 神奈川県政策局 いのち・未来戦略本部室. エイジフレンドリーシティ参加市町等の取組紹介. 神奈川県政策局 いのち・未来戦略本部室; 2025. https://www.pref.kanagawa.jp/docs/bs5/age-friendlyactivities_kanagawa.html (accessed October 31, 2025)
- [39] 未来社会共創センター. 鎌倉リビングラボ. 2026. <https://www.kamakurall.cc-aa.or.jp/> (accessed June 01, 2026)
- [40] まめなコモンズ. まめなコモンズ. 2025. <https://mamena-commons.com/> (accessed October 31, 2025)
- [41] 日本老年医学会, editor. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント: 日本老年医学会; 2014.
- [42] 藺牟田 洋美. 総論 フレイルの全体像を学ぶ 6. 社会的フレイル: 概念とアプローチ. 2021. <https://www.tyojyu.or.jp/kankoubutsu/gyoseki/frailty-yobotaishaku/R2-2-6.html> (accessed January 19, 2026)
- [43] Lyu W, Tanaka T, Bo-Kyung S, Yoshizawa Y, Akishita M, Iijima K. Integrated

- effects of nutrition-related, physical, and social factors on frailty among community-dwelling older adults: A 7-year follow-up from the Kashiwa cohort study. *Geriatr Gerontol Int.* 2024;24:162-9. doi: 10.1111/ggi.14734.
- [44] Lyu W, Tanaka T, Son BK, Akishita M, Iijima K. Associations of multifaceted factors and their combinations with frailty in Japanese community-dwelling older adults: Kashiwa cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2022;102. doi: 10.1016/j.archger.2022.104734.
- [45] Tanaka T, Lyu W, Yoshizawa Y, Son B-K, Iijima K. Predictive validity of senior volunteer-led frailty check-up results for disability and mortality among community-dwelling older adults: a cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2025;139:105998. doi: 10.1016/j.archger.2025.105998.
- [46] Iijima K, Akishita M, Endo T, Ichikawa T, Ozaki N, Ogasawara K, et al. Reconstruction of a resilient and secure community and medical care system in the coronavirus era - English translation of the Japanese opinion released from the Science Council of Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2025;25(4):481-90. doi: 10.1111/ggi.15073.
- [47] 厚生労働省 . 健康日本 21 (第三次) . 2023. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kounippon21_00006.html (accessed January 19, 2026)
- [48] 厚生労働省健康づくりネット. 「室温と高血圧、睡眠の関係」. 厚生労働省健康づくりネット ; 2024. https://kennet.mhlw.go.jp/tools/tools_temperature/index (accessed October 27, 2025)
- [49] 国土交通省 . 住生活基本計画 (全国計画) . 2026. https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk2_000032.html (accessed April 12, 2026)
- [50] Althoff T, Sosic R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature.* 2017;547(7663):336-9. Epub 20170710. doi: 10.1038/nature23018.
- [51] 吉田直子, 大原一興, 李鎔根, 泰寛藤. 丘陵郊外住宅地における高齢者の健康と建築環境に関する研究: フレイルと外出行動、屋外階段からの検討. *日本建築学会計画系論文集.* 2023;88(814):3215-24. doi: 10.3130/aija.88.3215.
- [52] 森田洋史, 樋野公宏, 山田育穂, 薄井宏行, 野原卓, 浅見泰司. 近隣住環境と中高齢者の歩数との関係 -交通安全性の観点から街路構成に着目して-. *日本建築学会計画系論文集.* 2022;87(791):133-9. doi: 10.3130/aija.87.133.
- [53] 宮川大輝, 樋野公宏. 遊歩道整備が周辺居住高齢者の歩数に与える影響 横浜市における縦断的研究. *日本建築学会計画系論文集.* 2020;85(776):2201-7.

doi: 10.3130/aija.85.2201.

- [54] 進梅 庚, 舞. 樺, 黄 雅, 赤木 優也, 呉代 華容, 清重 映里, et al. 地域通いの場に参加する高齢者におけるフレイルの実態といきいき百歳体操効果の縦断的検討～大阪府能勢町いきいき百歳体操効果検証～. 日本老年医学会雑誌. 2021;58(3):459-69. doi: 10.3143/geriatrics.58.459.
- [55] 国土交通省. 地域交通共創モデル実証プロジェクト. 2022. <https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/transport/kyousou/> (accessed April 12, 2026)
- [56] 吉田 哲, 岩田 伸一郎. 高齢者による居住地小学校区外でのまちづくり活動. 日本建築学会計画系論文集. 2020;85(770):877-87. doi: 10.3130/aija.85.877.
- [57] 藤岡 泰寛, 大原 一興. 学生入居と高齢者の暮らしの関係に関する研究－高齢化したUR住宅団地における異世代居住の試みに着目して－. 日本建築学会計画系論文集. 2023;88(814):3225-34. doi: 10.3130/aija.88.3225.
- [58] 宮崎 笑里, 安藤 真太郎, 伊香賀 俊治. 住環境によるソーシャル・キャピタルの醸成が要介護リスクに与える影響の階層構造モデル. 日本建築学会環境系論文集. 2021;86(782):399-408. doi: 10.3130/aije.86.399.
- [59] 厚生労働省. 生涯現役促進地域連携事業について. 2016. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/koureisha/koureisha-koyou_00005.html (accessed October 27, 2025)
- [60] 詹 慧, 三浦 研. サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態(その3):平面構成に基づく分析. 日本建築学会計画系論文集. 2024;89(818):606-15. doi: 10.3130/aija.89.606.
- [61] 詹 慧, 三浦 研. サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態(その1):ハードの要素・類型にもとづく分析. 日本建築学会計画系論文集. 2022;87(801):2114-23. doi: 10.3130/aija.87.2114.
- [62] 詹 慧, 三浦 研. サービス付き高齢者向け住宅における看取り・重度認知症への対応実態(その2):併設サービスと職員配置に基づく分析. 日本建築学会計画系論文集. 2023;88(811):2464-75. doi: 10.3130/aija.88.2464.
- [63] DVA Dementia Village Associates. The Hogeweyk - Normal life for people living with severe dementia. DVA Dementia Village Associates; 2025. <https://hogeweyk.dementiavillage.com/> (accessed January 19, 2026)
- [64] 一般財団法人都市農地活用支援センター. ポスト2022年の都市農地. 2024. https://www.tosinouti.or.jp/download/report/jireisyu_post2022.pdf (accessed June 01, 2026)
- [65] 厚生労働省. 医療保険者によるデータヘルス/予防・健康づくり. 2025. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/hokenjigyuu/index.html (accessed October 31, 2025)
- [66] 厚生労働省. データヘルス改革推進本部. 2025.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148743.html>

(accessed October 31, 2025)

- [67] 中西康裕, 今村知明, 赤羽学. 保健医療科学 医療・介護レセプトデータを用いた政策研究の実際. 保健医療科学. 2023;72(4):293-302.
- [68] 佐藤 栄治, 古謝 正太朗, 三宅 貴之, 竹澤 くるみ, 鈴木 達也. 医科レセプトデータを用いたかかりつけ医の立地と機能的特徴に関する研究 -栃木県内の診療所を事例として-. 日本建築学会計画系論文集. 2026;91(839):102-8. doi: 10.3130/aija.91.102.
- [69] Li S, Zhang J, Moriyama M, Kazawa K. Spatially heterogeneous associations between the built environment and objective health outcomes in Japanese cities. *Int J Environ Health Res.* 2023;33(12):1205-17. Epub 20220607. doi: 10.1080/09603123.2022.2083086.
- [70] 佐藤 栄治, 竹澤くるみ. 人口減少地域における地域福祉事業の活性化- 地域共生社会の実現に向けた地域福祉事業の展開手法 日本建築学会, 地域施設計画研究. 2022;40:163-8.
- [71] Fukuda H, Ishiguro C, Ono R, Kiyohara K. The Longevity Improvement & Fair Evidence (LIFE) Study: Overview of the Study Design and Baseline Participant Profile. *J Epidemiol.* 2023;33(8):428-37. doi: 10.2188/jea.JE20210513.
- [72] Sato K, Ishii S, Moriyama M, Zhang JY, Kazawa K. Development of a predictive model using the Kihon Checklist for older adults at risk of needing long-term care based on cohort data of 19 months. *Geriatr Gerontol Int.* 2022;22(9):797-802. doi: 10.1111/ggi.14456.
- [73] Kazawa K, Moriyama M. Community-Based Advanced Case Management for Patients with Complex Multimorbidity and High Medical Dependence: A Longitudinal Study. *Int J Env Res Pub He.* 2022;19(13). doi: 10.3390/ijerph19137807.
- [74] Sato K, Huq KATME, Kazawa K, Kawai M, Moriyama M. Evaluate a comprehensive geriatric assessment service framework targeting frail older people who had high risk of requiring long-term care services in Japan: a community-based pilot study. *Bmc Geriatr.* 2024;24(1). doi: 10.1186/s12877-024-05200-0.
- [75] Kazawa K, Kawai M, Moriyama M. Efficacy of extracting and preventively intervening late-stage older adults who are at high risk for spending high medical costs by using the health check-up system in Japan: a pilot study. *Front Public Health.* 2024;12. doi: 10.3389/fpubh.2024.1434800.
- [76] 森山 美知子. 研究開発された看護技術を世界に届ける : 医療保険者とのコラボによる糖尿病性腎症重症化予防事業,そしてポピュレーション・ヘルス・マネジ

- メントへ : 広島大学大学院医系科学研究科成人看護開発学研究室. 看護研究. 2022;55(5):462-8.
- [77] Kazawa K, Rahman MM, Moriyama M. An Investigation of Factors Influencing High Usage of Medical and Long-Term Care Services in an Aging Society in Japan. *Asia Pac J Public Health*. 2018;30(2):95-106. Epub 20180105. doi: 10.1177/1010539517751444.
- [78] Kazawa K, Takeshita Y, Yorioka N, Moriyama M. Efficacy of a disease management program focused on acquisition of self-management skills in pre-dialysis patients with diabetic nephropathy: 24 months follow-up. *J Nephrol*. 2015;28(3):329-38. Epub 20140924. doi: 10.1007/s40620-014-0144-2.
- [79] Wong AKC, Tso WC, Su JJ, Hui VCC, Chow KKS, Wong SM, et al. Effectiveness of support from community health workers on the sustained use of a wearable monitoring device among community-dwelling older adults: A randomized trial protocol. *PLoS One*. 2023;18(12):e0294517. Epub 20231222. doi: 10.1371/journal.pone.0294517.
- [80] 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構. 令和4年度「予防・健康づくりの社会実装に向けた研究開発基盤整備事業(ヘルスケア社会実装基盤整備事業)」。2025. https://www.amed.go.jp/program/list/12/02/004_r6_jigo.html (accessed November 6, 2025)
- [81] 山川 みやえ. Personal Life Record (PLR) と専門職の知見を組み合わせたヘルスケアサービスの社会実装を促進する研究プロセスとデザインのフローの可視化. 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構; 2025. <https://www.amed.go.jp/content/000149369.pdf> (accessed January 19, 2026)
- [82] 厚生労働省. 医療DXについて. 2025. <https://www.mhlw.go.jp/stf/iryoudx.html> (accessed October 31, 2025)
- [83] 内閣府. 高齢社会対策基本法(平成7年法律129号). 1995年11月15日公布. https://www8.cao.go.jp/kourei/measure/a_4.html (accessed May 21, 2026)
- [84] World Health Organization - Regional Office for Europe. Global strategy on digital health 2020-2025: World Health Organization; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- [85] 厚生労働省. 文書情報(3文書)及び電子カルテ情報(6情報)の取扱について. 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001016921.pdf> (accessed January 19, 2026)
- [86] 厚生労働省. 電子カルテ情報共有サービス. 2025. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/johoka/denkarukyoyuu.html (accessed October 31, 2025)
- [87] JA長野厚生連 佐久総合病院グループ. 佐久総合病院グループのの個人情報の取

り扱いについて. <https://sakuhp.or.jp/ethics/policy.html> (accessed January 19, 2026)

[88] 一般社団法人 AiCT コンソーシアム. スマートシティ会津若松、分野を超えた 22 サービスが都市 OS と連携. 2023. <https://www.aict.or.jp/blog/22-os> (accessed November 6, 2025)

[89] 厚生労働省 . 地域包括ケアシステム . 2025. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kou_reisha/chiiki-houkatsu/index.html (accessed November 5, 2025)

<参考資料 1> 審議経過

2024 年

- 3月14日 高齢者の健康・生活分科会（第1回）
役員の選出、今後の進め方について
- 5月22日 高齢者の健康・生活分科会（第2回）
見解の内容に向けた討議（高齢者をめぐる人口と人口構造の変化、エイジ・フレンドリー・シティ）
- 7月30日 高齢者の健康・生活分科会（第3回）
見解の内容に向けた討議（高齢者ケア制度における課題、農山村地域における高齢者施策、高齢者関連建築分野の研究動向）
- 10月28日 高齢者の健康・生活分科会（第4回）
見解の内容に向けた討議（健康関連ビッグデータ解析、医療 DX と高齢者の健康・生活、人工知能（AI）による生活習慣病の発症予測と予防戦略）

2025 年

- 3月1日 高齢者の健康・生活分科会（第5回）
見解の構成・骨子案について

2026 年

- 4月1日 高齢者の健康・生活分科会（第6回）
見解の修正・発出、第2回シンポジウムの企画について

<参考資料2>シンポジウム開催

公開シンポジウム

「高齢者の健康と生活に与える環境の影響：学際領域の研究成果を融合」

主催：日本学術会議健康・生活科学委員会高齢者の健康・生活分科会、臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同老化分科会、土木工学・建築学委員会・環境学委員会合同カーボンニュートラル都市分科会、環境学委員会・健康・生活科学委員会合同環境リスク分科会

後援：一般社団法人日本老年医学会、一般社団法人日本老年学会、一般社団法人日本応用老年学会、一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会、一般社団法人日本建築学会、公益社団法人空気調和・衛生工学会、日本介護福祉学会、日本保健福祉学会、一般財団法人住宅・建築SDGs推進センター、一般社団法人日本看護系学会協議会

日時：2025年3月1日（土）13：00～16：00

場所：オンライン開催

開催趣旨：

超高齢化が進む我が国においては、誰もが取り残されず、障害を有しても社会で安心して生き生きと生活・活動できるよう、生活機能を包括的に捉える視点と環境因子への働きかけやデジタルトランスフォーメーション（DX）が必須である。

本シンポジウムでは、高齢者を取り巻く環境を多元的に、とくに data-driven で科学的に捉え、最新の科学的知見による住環境（都市環境、住宅内環境）や交通・就労環境の構築による「エイジフレンドリーシティ（Age-friendly cities and communities）」の実現に向け、建築工学、健康科学、環境学、情報学等による学際領域が研究成果を融合させ、産業界と共にイノベーションを起こすための提言について話し合う。

総合司会：

秋下 雅弘（日本学術会議第二部会員／地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター センター長）

伊香賀 俊治（日本学術会議連携会員／慶應義塾大学名誉教授／一般財団法人住宅・建築SDGs推進センター 理事長）

委員長挨拶：

森山 美知子（日本学術会議第二部会員／広島大学大学院医系科学研究科 教授）

司会：

住居 広土（日本学術会議連携会員／県立広島大学大学院 特任教授）

森山 美知子

話題提供

松野 秀生（国土交通省住宅局住宅生産課長）

堀 裕行（厚生労働省老健局老人保健課長）

第1セッション

1) 『エイジ・フレンドリー・コミュニティ』

中村 桂子（日本学術会議連携会員／東京科学大学大学院医歯学総合研究科国際保健
医療事業開発学分野 教授）

2) 『データからみる高齢者の健康・生活に関する課題』

長澤 夏子（日本学術会議連携会員／お茶の水女子大学基幹研究院自然科学系 教授）

第2セッション

1) 『高齢者の健康と生活を支える住宅環境の改善に向けて』

伊香賀 俊治

2) 『高齢者の健康と医療 DX』

金子 周一（日本学術会議連携会員／金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 特任教授）

3) 『データを活用して地域住民の生活上の安全と安心を守る／DX化の推進』

山川 みやえ（日本学術会議連携会員／大阪大学大学院医学系研究科統合保健看護科
学分野老年看護学 准教授）

総合討論

指定発言

飯島 勝矢（日本学術会議連携会員／東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・東京大
学未来ビジョン研究センター 教授）

閉会の挨拶

荒井 秀典（日本学術会議第二部会員／国立研究開発法人国立長寿医療研究センター
理事長）