

# 健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン

超高齢社会の到来に対応するため、多くの高齢者が地域において活動的に暮らせるとともに、助けが必要な高齢者に対しては、「地域包括ケアシステム」とまちづくりとの連携等により、地域全体で生活を支えることができる社会の構築が必要です。

このような社会の実現に向け、日々の暮らしにおける、「街を歩くこと」、「コミュニティ活動」といった生活活動に着目し、これらの活動を高めるための「健康・医療・福祉のまちづくり」に速やかに着手し、スピード感を持って取り組むことが強く求められています。

## 1. 更なる超高齢化を迎える都市政策の課題

- ① 高齢者等が安心して暮らすことが困難となる社会
  - ・2055年には人口が約3割減少、総人口の約4割は65歳以上の高齢者
  - ・徒歩圏内に生鮮食料品店がない高齢者単独世帯数が約2.5倍に増加
- ② 更に低下する地域の活力
  - ・社会参加の場の減少による地域交流、地域活動の停滞
  - ・特に大都市においては地縁によるコミュニティ関係が薄く、高い孤立化リスク
- ③ 厳しさを増す都市経営
  - ・2025年には社会保障に係る公費負担分は1.5倍増の約60兆円
  - ・社会資本(国土交通省所管)の維持管理費は20年間で約1.3~1.5倍増加
- ④ 健康・医療・福祉施策との施策連携の不足
  - ・8割以上の地方公共団体において政策連携の必要性を認識しているものの、共同して提案した計画は、全体の1割程度

## 2. 健康・医療・福祉政策における取組

- ① 地域における医療・介護体制の見直し
  - ・2025年を目途に医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現(概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域)
- ② 医療費適正化の推進
  - ・若い時からの生活習慣病の予防対策、入院期間の短縮対策
- ③ 「健康日本21(第二次)」を中心とした健康づくりの推進
  - ・日常生活における歩数の増加(約1,200~1,500歩の増加)、運動習慣者の割合の増加(約10%増加)、住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加(47都道府県とする)

## 3. 「健康・医療・福祉のまちづくり」の推進

- 多くの市民が自立的に、また必要に応じて地域の支援を得て、より活動的に暮らせるまちづくり
- 日常生活圏域等における必要な機能(①健康機能、②医療機能、③福祉機能、④交流機能、⑤商業機能、⑥公共公益機能)の確保や、歩行空間、公共交通ネットワークの充実等を一体的に取り組む都市構造のコンパクト化の推進
- 都市政策の取組に当たって、健康・医療・福祉の視点から必要な事業や施策へと大きく舵を切っていくことが必要

超高齢社会に対応した都市への転換は、全ての都市において避けることができない政策テーマ

地域包括ケアシステム      医療費適性化健康日本

<<健康・医療・福祉の視点からの都市政策が必要>>

### 「健康・医療・福祉のまちづくりの推進」

多くの市民が自立的に、また、必要に応じて地域の支援を得て、より活動的に暮らせるまちづくり

#### <基本となる5つの取組>

- ・住民の健康意識を高め、運動習慣を身につける。
- ・コミュニティ活動への参加を高め、地域を支えるコミュニティ活動の活性化を図る。
- ・日常生活圏・徒歩圏域に都市機能を計画的に確保する。
- ・街歩きを促す歩行空間を形成する。
- ・公共交通の利用環境を高める。

市民意識

都市構造のコンパクト化

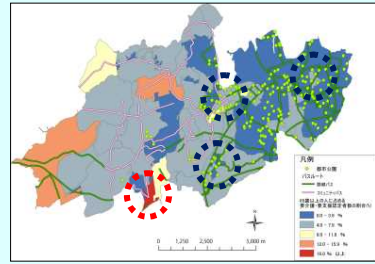
ライフスタイル

(1). 推進体制の構築

- 首長を中心に、都市部局、住宅部局、健康部局、医療部局、福祉部局等の横断的な組織体制づくりを行うことが必要  
(データ共有、計画連携、住民との合意形成等)
- 道路管理者、交通管理者、交通事業者、NPO、新たなコミュニティ等との連携を図っていくことが必要

(2). 「現状」「将来」の把握、「見える化」の推進

- 必要な対策検討の前に「現状」「将来」の把握を実施
  - ・高齢者等の暮らし、必要な都市機能の配置状況、地域の交通環境等
- 分析結果の「見える化」による、関係者間の意識共有



図：A市における都市公園分布・バスルートと要介護・要支援認定者の割合  
※町丁字界、都市公園、バスルート、要介護要支援のデータの重ね図を作成

(3). 必要な5つの取組

■ モデル都市における先行事例や研究成果等から、「健康・医療・福祉のまちづくり」を進めるために、以下に示す5つの取組が効果的であることが明らかとなっている

〈主な知見〉

・健康に対する意識の高い人は、そうでない人と比べて、1日の平均歩行数が多い  
・1日8千歩を達成している人は、運動器の衰えや低体力化が低い傾向がある

・人とのコミュニケーションが多い人や地域での助け合い活動に参加している人は、1日あたりの平均歩行数が多い  
・友人・仲間がたくさんいる高齢者や自主的な活動に参加したことがある高齢者は、生きがいを感じる人の割合が高い

・交流施設が「徒歩圏域」に多くある地区の高齢者は地域活動やサークル等への参加率が高く、外出頻度が高い  
・公園が「徒歩圏域」にある高齢者は運動頻度が高い

・高齢者が「徒歩」で外出するために必要な要因として「沿道景観」「休憩施設」が重視されている  
・高齢者は歩行経路の決定に当たり「道路横断の安全性」「歩道の凹凸、段差」を重視している

・鉄道駅から1.5km圏外で免許を保有していない人は、免許を保有している人と比べて外出率が低い  
・高齢者は居住地がバス停までの距離が離れる毎に、外出行動が自立しなくなる傾向がある

〈5つの取組〉

① 住民の健康意識を高め、運動習慣を身につける  
・社会環境の改善を通じた市民意識等の向上

② コミュニティ活動への参加を高め、地域を支えるコミュニティ活動の活性化を図る  
・高齢者のコミュニティ活動への参加等生きがいの創出、多様な主体の連携、コミュニティ活動の拠点づくり、コミュニティビジネスの活用

③ 日常生活圏域・徒歩圏域に都市機能を計画的に確保する  
・計画的に確保することが望ましい都市機能と機能確保の考え方、都市機能を計画的に確保する際の方策

④ 街歩きを促す歩行空間を形成する  
・歩行ネットワークの構築、世代を超えて利用される歩行空間づくり、歩行をサポートするモビリティ等の活用、歩行を促す仕掛けづくり

⑤ 公共交通の利用環境を高める  
・公共交通のサービス水準の向上、地域のコミュニティ等が主体となった交通サービスの提供、公共交通の待合空間等の整備

(4). 診断の実施

■ 取組に当たっては、一定の客観的な指標等を用いて、自分たちの都市が他の都市と比較し、何が優れているのか、また、何が十分ではないのかなどを分析、評価すること(診断)は、優先的に取り組むべく施策の立案や、関係者間の共通の取組意識を高めるうえで有効である。

■ 診断の対象としては、  
 (a) 他都市との都市間比較を行い、自分たちの都市の全体的な傾向を把握するために、都市全域を対象。  
 (b) 重点的に施策に取り組むことが必要な地域等を検討するために、都市内の地域、地区を対象。  
 とすることが考えられる。

■ どちらの場合であっても、関係者間の共通の取組意識を高めるためには、診断結果やその根拠等について、市民やNPO、民間事業者等に対して、視覚的にも分かりやすく開示(見える化)することが必要である。

図：診断指標(例)

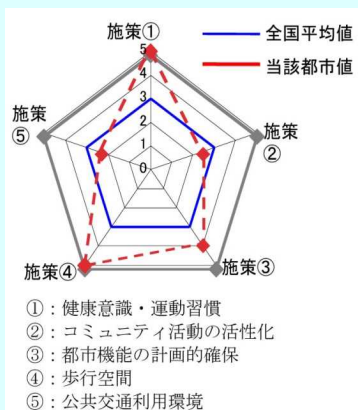
指標例	診断の視点	指標	データ	全国平均
都市の基礎的状況を診断する指標	市街地の現況・形状	市街地のコンパクト度	DID面積率	3.4%
			DID人口比率	67.3%
	高齢者の生活と健康状況	高齢化進展度	65歳以上の人口の割合	22.8%
		健康寿命	健康寿命	男 70.4 歳 女 73.6 歳
都市経営の状況	財政力	財政力指数	0.49	
施策の取組状況を診断する指標	住民の健康意識、運動習慣	健康意識	健康習慣実践者の割合	39.4%
		コミュニティ活動の活性化	人口1万人あたりのコミュニティ活動団体数	8.3
	都市機能の計画的な確保	健康機能	徒歩圏内に公園がない住宅の割合	38.8%
		医療機能	徒歩圏内に医療機関がない住宅の割合	39.3%
	街歩きを促す歩行空間	歩行空間整備率	歩道整備率	14.3%
			道路植栽率	9.7%
	公共交通の利用環境	公共交通のサービス水準	公共交通利便性の高いエリアの住宅の割合	67.0%

(5). パッケージによる取組

■ 「診断」を踏まえて5つの取組については、優先順位を定め、必要な施策の組み合わせを工夫することが必要である。

■ 地域や関係者とのコミュニケーションを重ねながら、多世代の交流等が高まるよう施策間の連携を高め、一体的なパッケージとして取り組むことが大切である。

図：都市・地域の「診断」による評価イメージ  
 ・ダイアグラム等を活用した評価により、当該地域に必要とされる施策の優先度を判断



図：取組施策パッケージ化のイメージ  
 ・評価イメージに基づき、優先的に取り組む項目や主なターゲットを定め、それらをパッケージとした取組施策を検討

	①	②	③	④	⑤
小学生から高校生 (7~18 歳)		○			○
社会人 (~64 歳)		○	○		◎
子育て世代・主婦	○	◎	○	○	○
健康な前期高齢者 (65~74 歳)	○	◎	○	○	◎
後期高齢者 (75 歳~)	要支援 1~2		◎		◎
	要介護 1~2		○		
	要介護 3~5		○		
治療・リハビリテーション者	入院回復期				
	自宅維持期		○		○

(凡例)  
 ■：優先的に取り組む項目  
 ◎：主なターゲット  
 ○：関連するターゲット



## 【「健康・医療・福祉のまちづくり」のイメージ】

### 市街地イメージ



### 取組効果のチェックと取組内容の改善

■ 具体的に地域において取組を促進（パイロット事業等）し、その実践を通じたノウハウ等を集積することによって、取り組み内容の改善を進めていくことが必要である。

■ また、「健康・医療・福祉のまちづくり」の取組効果の1つとして、医療費抑制効果が指摘されており、下記の試算方法が提案されている。前頁の診断指標による施策効果の把握と合わせて活用していくことが考えられる。

#### 【取組効果の事例】

（年間の医療費抑制効果）

$$= \text{歩行数の増加した住民数} \\ \times 1 \text{日当たりの歩数増加量} \\ \times 0.061 \text{円/歩} \times 365 \text{日}$$

出典：筑波大学 久野研究室

### 【健康・医療・福祉のまちづくり研究会】

■ ガイドラインの策定に当たっては、有識者や地方公共団体等からなる「健康・医療・福祉まちづくり研究会」を設置し、平成25年5月より10月にかけて3回会議を開催し、多面的な観点からご意見を頂きました。

#### 健康・医療・福祉まちづくり研究会 名簿

（学識経験者）

岸井 隆幸	日本大学 理工学部土木工学科 教授 【座長】
秋山 正子	(株) ケアーズ 白十字訪問看護ステーション 代表取締役・統括所長
久野 謙也	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授
久保田 尚	埼玉大学大学院 教授 (理工学研究科環境科学・社会基盤部門)
酒向 正春	コペンハーゲン大学医学部 客員教授
田辺 恵一郎	プラットフォームサービス株式会社 代表取締役会長
谷口 守	筑波大学 システム情報系 教授
中川 雅之	日本大学 経済学部 教授
羽藤 英二	東京大学大学院 教授 (工学研究科社会基盤学専攻)
平野 隆之	日本福祉大学 社会福祉学部 教授
広井 良典	千葉大学 法経学部 教授
福井 恒明	法政大学 教授 (デザイン工学部都市環境デザイン工学科)
村木 美貴	千葉大学大学院 工学研究科 教授
室田 昌子	東京都市大学 環境創生学部 教授
渡辺 修一郎	桜美林大学大学院 教授

（地方公共団体）

伊達市 牛久市 志木市 渋谷区 調布市  
新潟市 見附市 岐阜市 高石市 松山市

（関係省庁）

内閣官房 厚生労働省

国土交通省 都市局 まちづくり推進課・都市計画課・街路交通施設課

「健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン」は、国土交通省のホームページ ([http://www.mlit.go.jp/toshi/toshi\\_machi\\_tk\\_000055.html](http://www.mlit.go.jp/toshi/toshi_machi_tk_000055.html)) に掲載しています。