

參考資料

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

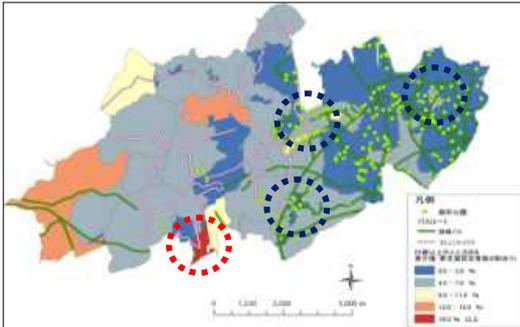
- ・ 多くの市民が自立的に、また必要に応じて地域の支援を得て、より活動的に暮らせるまちづくり
- ・ 日常生活圏域等における必要な機能(①健康機能、②医療機能、③福祉機能、④交流機能、⑤商業機能、⑥公共公益機能)の確保や、歩行空間、公共交通ネットワークの充実等を一体的に取り組む都市構造のコンパクト化の推進
- ・ 都市政策の取組に当たって、健康・医療・福祉の視点から必要な事業や施策へと大きく舵を切っていくことが必要

(1) 推進体制

- ・ 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(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

(2) 「現状」・「将来」の把握及び「見える化」

- ・ 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

- 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

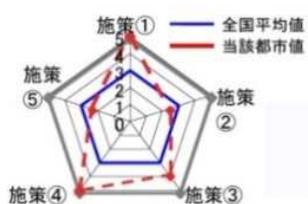
(4) 「診断」の実施

- ・ 優先施策の立案や関係者間の取組意識を高めるため、自都市の分析・評価(「診断」)が有効

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°外度	DID面積率 DID人口比率	3.4% 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
	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
施策の取り組み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	コミュニティ活動	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
- ・ 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



図：都市・地域診断による評価イメージ

- ①健康意識・運動習慣 ②コミュニティ活動の活性化
③都市機能の計画的確保 ④歩行空間 ⑤公共交通利用環境

	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 セッション者					
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

図:取組施策パッケージ化のイメージ

4. 取組効果のチェックと取組内容の改善

- 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組の内容の改善を行うことが必要
- 取組の施策効果について、定期的な実態調査を継続的に行うことが必要

【取組効果の試算について】

- 取組の施策効果の一つとして健康増進効果があげられるが、そのための指標の一つとなる「歩行量(歩数)」の調査の実施方法や取組効果の試算に活用できる原単位等について、「まちづくりにおける健康増進効果を把握するための歩行量(歩数)調査のガイドライン」に取りまとめている

(取組効果の試算例:年間の医療費抑制効果)

$$= 1 \text{日あたりの歩行量増加量} \times \text{歩行量の増加した住民数} \\ \times 0.065 \sim 0.072 \text{円/歩/日} \times 365 \text{日}$$

出典:まちづくりにおける健康増進効果を把握するための歩行量(歩数) 調査のガイドライン

参考資料2 健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドラインの検討体制

健康・医療・福祉のまちづくり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。また、まちづくりに対するニーズの把握等を行うために、社会福祉関連団体へのヒアリング等を行いました。

【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 譜也	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	ユ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	

※所属・役職は研究会当時のもの

まちづくりにおける健康増進効果を把握するための歩行量(歩数)調査のガイドラインの概要

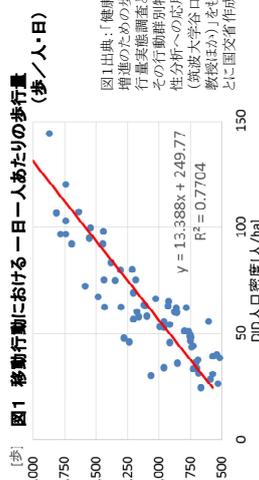
参考資料3

まちづくりにおける健康増進効果を把握するための歩行量(歩数)調査のガイドラインの概要

コンパクトシティの多様な効果の一つである健康増進効果を把握することを目的に、身体活動の基本であり、まちづくりの指標となる歩行量(歩数)の調査のためのガイドラインを策定

I ガイドラインの背景

- ・コンパクトシティの取組によって歩行量(歩数)の増大が期待される
- ・歩行は身体活動の基本、歩行量(歩数)の増大により健康増進効果が期待される



II 日常生活における歩行量(歩数)の特性

- ・多く歩く人の存在が平均を押し上げており、モニタリングには中央値を採用することを推奨
- ・都市規模別、男女別、年齢別の中央値を整理(都市規模が大きいほど歩行量(歩数)が多い→Iと合致)
- ・よく歩く人は都市規模に関係なく歩くが、あまり歩かない人の割合は地方都市の方が高い

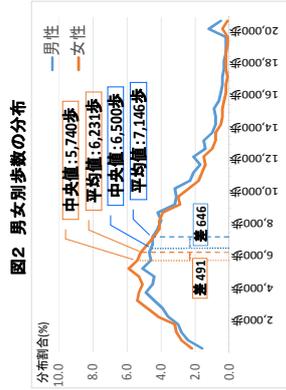


表1 1日当たりの歩数分布

都市規模別・年代別(男女計中央値)(例)	15万人未満	15万人以上	23区特別区
20代	7,568	7,038	6,954
30代	7,001	6,794	6,549
40代	7,398	6,973	6,815
50代	7,528	6,812	6,628
60代	6,521	6,155	5,961
			5,624

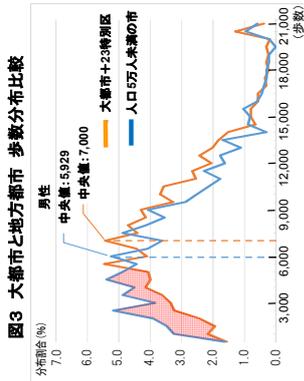
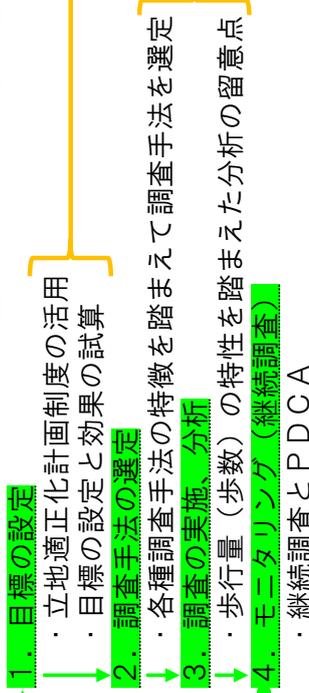


表1、図2、3出典:国民健康・栄養調査(2008～13、12除く)をもとに国交省作成

III 取組の流れと検討のポイント

- ・地方公共団体における取組フロー、留意点を提示
- ・特に重要な目標・効果・調査手法はIV・Vで詳細化



IV 目標の設定と効果の試算

- ・目標設定の考え方を提示(健康日本21(第二次)の歩数目標等)
(例 +約1,500歩、男性(20～64歳)9,000歩、(65歳～)7,000歩)
- ・既往の研究等から歩行による医療費抑制効果の原単位を整理(1日1歩あたりの医療費抑制効果を0.065～0.072円と整理)

V 調査手法の特徴とモニタリングのための調査手法の提案

- ・パーソントリップ調査、プローブパージョン調査、歩数計調査、アンケート(IPAQ)調査の特徴を整理
- ・モニタリングのための調査手法の提案と分析における留意事項を整理

※ 健康増進効果に着目したまちづくりの取組については、「健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン(平成26年8月)」を参照。