

会 議 要 録		
第3回 和光市健康づくり基本条例検討委員会		
開催年月日・招集時刻		平成25年1月22日 13時30分
開催場所		和光市役所 5階 503会議室
開 会 時 刻		13時30分
閉 会 時 刻		15時00分
出席委員		事務局
菅野 隆 笹尾 道昭 清水 勝子 斉藤 富美代 山崎 正治 中村 好男 藤崎 健吉 谷 美菜子 (8人)		保健福祉部長 東内 京一 健康支援課長 大坂 秀樹 健康支援課主幹 細田 武 保健センター所長 牧田 いづみ 長寿あんしん課課長補佐 阿部 剛 健康支援課 統括主査 梶原 絵里 健康支援課 保健師 端山 明子
欠席委員		傍聴者
福島 富士子 井上 久美子 藤原 佳典 鈴木 恵治 清水 武 (5人)		(7人)
備考	(発表者) 東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 小林 江里香 氏 国立保健医療科学院 研究情報センター 藤井 仁 氏	
会議録作成者氏名		端山 明子

発言者	会 議 内 容 (概要)
健康支援課長	第3回(仮称)和光市健康づくり基本条例検討委員会を開催いたします。本日は、ご多用のところお集まりいただき、誠にありがとうございます。本日福島委員長は、急な会議のため欠席ですので、途中までの進行を事務局が行います。なお、傍聴の方に配布いたしました資料につきましては、会議終了後回収させていただきますので、ご協力をよろしくお願いいたします。 ＜ 議 題 ＞
健康支援課長	それでは、これより議題に入らせていただきます。 条例事項検討にあたり、基礎資料について説明いたします。まず、東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム実施の調査集計の速報値について、藤原委員が都合により欠席のため、同研究チームの小林氏が代理で説明いたします。よろしくお願いいたします。
小林氏	よろしくお願いいたします。調査の目的は前回報告があったということですので、省略いたします。調査は、2つの世代に分けて行われ、65歳以上の市民に関しては要介護4以上及び施設入所者を除く全数調査、20歳から64歳までの市民に関しては4,000人無作為抽出して調査しています。いずれも郵送調査です。 集計方法は、年齢層に関しては、20歳から64歳までの調査を若年層、中年層の2つに分けて、20歳代と30歳代を若年層、40歳～64歳を中年層、65歳以上は高年層としました。エリアに関しては、市内を北・中央・南の3エリアに分けて集計しています。エリア別回答者数は、資料のとおりです。若年層南エリアの人数が若干少なくなっています。 調査結果ですが、全部で5つの領域に分けた内容を、順にご報告いたします。 1番目は、「孤立の状況」についてです。ここでの「孤立」は、「別居の親族や友人、近所の人との交流頻度が週1回未満」と定義されており、電話での交流を含みます。従って、同居家族との交流は含まれておりません。該当グラフの実線の青が男性、赤が女性ですが、明らかに男性の方の孤立割合が高くなっています。特に中年男性が高いのですが、これはおそらく仕事関係以外のつきあい以外があまりないために高くなっているのではないかと思います。現時点で中年男性に問題があるということではないのですが、今後仕

発言者	会 議 内 容 (概要)
小林氏	事を退職されたあとにこのままの状態が続くのか、地域との関係が増えていくのかということが一つの課題かと思われます。一方、該当グラフの点線は「主観的な孤立」で、「周りの人から孤立していると感じることがどのくらいあるか」という質問に対して、「よくある」「ときどきある」と回答した方の割合です。「主観的な孤立」については、若い人の割合が高くなっています。また、女性の方が孤立の割合が低いのですが、80 歳代以上になると高くなっていることがわかります。 交流頻度で定義した孤立者の割合を、同居者の分別に示したのが次の表です。同居家族の交流が含まれていないこともあります、全体に同居家族のいる人の方が、独居者より孤立の割合が高くなっています。エリア別では、あまり差がみられません。住居形態別の孤立者の割合を見ると、持ち家層の方が低く、民間の賃貸住宅や公営住宅は高くなっています。住宅資産を持っている層かどうかという経済状態による差を反映しているのではないかと思います。 2 番目は、「栄養・運動の状況」についてです。「栄養バランスのよい食事をしている」という質問に対して「はい」と答えた人の割合ですが、中高年層は若年層に比べると栄養バランスのよい食事をしているという傾向があります。しかし、高齢独居男性は、若年層並みにあまり栄養バランスのよい食事をしていないという傾向が見られます。運動については、高齢者の調査には運動に関する質問項目がありませんでしたので、「毎日 1 回以上は外出する」に回答した方の割合で集計しています。運動に関しては、同居者の有無による差はなかったのですが、男性の方が女性より実施率が高い傾向が見られます。運動の項目をエリア別に見ると、特徴としては中央エリアで実施率が高く、相対的に北エリアが低くなっています。 3 番目は、「団体や公的機関とのつながり」についてです。これは、グループ、団体への加入割合を表します。年齢別では、高齢になるほど団体加入が増えており、若い人は団体加入が少なくなっています。エリア別では、町内会や老人会などの地域組織への加入は南エリアが高くなっています。中央エリアは地域組織への加入は低いのですが、趣味やスポーツ関係団体への加入が高いという特徴が見られます。北エリアはどの団体についても加入率はあまり高くありません。「日常生活で問題や心配事があるときに市役所等の公的機関、あるいは地縁団体、ボランティア、NPO、市民活動団体などがどの程度頼りになるか」という質問に対して「頼りになる」と答えた人の割合ですが、若い人ほど信頼度が低いという傾向が見られます。特に「地縁団体に関する信頼」は高年層の半分以下となって

発言者	会 議 内 容 (概要)
小林氏	います。地域包括支援センターについては、高年層の 4 割程度が「知っている」という回答となっており、エリア差はあまり見られませんでした。 4 番目は、「居住地域の評価」についてです。この領域は全て年齢、エリア別に集計していますが、代表的な 2 つの項目についての結果を報告いたします。「私の住んでいる地区はとても安全である」という質問に対して「そう思う」「どちらかというと思う」と答えた人の割合と、「私の地域ではお互いに気軽に挨拶を交わしあう」といった住民同士の関係性に関する質問の結果です。これを見ると、中央エリアが特徴的で、安全性への評価が高いのですが、住民同士の関係性への評価はちょっと低くなっています。北、南エリアでは、住民同士の関係性への評価は、中央エリアに比べて高く、また若年層まで含めると南エリアが高く、エリアでの特徴が見られます。 「物理的な環境」について「自宅から 1 km 以内に次に該当する場所がどのくらいあるか」という質問です。「運動や散歩に適した公園、歩道などがどれくらいあるか」という質問に対して、エリアの傾向ははっきりしており、中央エリアでは、「ある」と回答した割合が高く、「坂や段差など歩行が大変な場所」及び「バスや電車などの交通機関の便が悪い」と回答した割合が低くなっており、他の 2 エリアとは対照的な結果になっています。つまり、中央エリアは外出に適した環境として高い評価を得ているようです。相対的に、北エリアは評価が低くなっています。 「将来も今住んでいる地域に住み続けたいか」という居住継続の意向の質問に対しては、高齢になるほど居住継続意向の割合が高くなっています。エリア別では、中央エリアが若干高い傾向が見られます。 5 番目は、「今後の生活への不安」についてです。「寝たきりや認知症になり周囲に迷惑をかける」、「または身体の状態が悪くなり、認知症になる、その時十分な公的サービスが受けられない」等といった要介護状態になるような不安に関しては、中高年層で高くなっています。若い人はまだぴんときていないのではないかと思います。「生活費、医療費、介護費用がかさむ」、「地震、台風等の災害」等への不安に関しては、どの年齢層でも約 7 割以上に見られ、比較的若い人の不安が高くなっています。「友達や知り合いが少なくなる」、「周りから孤立する」といった周囲とのつながりがなくなることへの不安は高年層では 5 割以上の人が感じっていますが、若年層はさほど感じていないようです。その他「急病や怪我で

発言者	会 議 内 容 (概要)
小林氏	動けないとき助けを呼べない」、「犯罪に巻き込まれる」等は 5 割程度の方が不安に感じていました。「住むところなくなる」についての不安は、3 割強の人に見られ、他の項目に比べれば低いのですが、質問の内容から考えると 3 割以上いるということは決して少ない値ではないと思います。 まとめとして、年齢、エリア別に見た特徴や課題ということで調査結果を整理しました。高年層は、別居の親族や友人、近所の人との交流が乏しい孤立者の割合は男性、特に独居男性や賃貸住宅居住者が高くなっています。ただし、女性でも 80 歳代以降になりますと、孤立者や孤立感を持つ割合が高くなっています。独居男性は、食事の栄養バランスに注意が必要です。中年層、若年層に関しては、中年男性は孤立割合が高く今後仕事を引退した後に地域との交流を増やせるかどうかというのが課題としてあげられます。若年層は上の世代に比べて主観的な孤立感が高く、地域団体への関与が低く、栄養や運動の状況にも課題があります。ただ、若年層はいつの時代でも、どこの地域でもこのような傾向が見られますので、行政としてどれくらい介入していくかというのは別の議論になるかと思いますが、若い人が就職したり結婚した後も和光市に住み続ければ、活力になったり、市の収入に影響してくると思いますので、居住継続意向をいかに高めるかというのが 1 つの課題かと思っています。 エリア別に見ると、比較的はっきりしていたのですが、中央エリアは地域環境への評価が高く、活動的な住民が多く、居住継続率も高くなっています。近隣住民とのつながりについては、南エリアが強いようです。北エリアでは、団体参加や外出、運動の実施がやや低い傾向が見られました。以上で報告を終わらせていただきます。
健康支援課長	どうもありがとうございました。 引き続きまして、国立保健医療科学院研究情報センター実施の和光市国民健康保険医療費分析の集計結果の概要について、同センターの藤井氏から説明をお願いします。
藤井氏	ただいまご紹介に預かりました国立保健医療科学院の藤井と申します。分析の概要を説明いたします。 分析には、和光市国民健康保険加入者 12,430 人分のデータを用いました。医療費、健診のデータは注釈をつけない限り、平成 23 年度のものであります。医療費ですが、これは主病名で集計しています。埼玉県のリセプトの限界なのですが、複数の病名はついていません。主病名が糖尿病であれば、その他にいくつ病気があっても全て

発言者	会 議 内 容 (概要)
藤井氏	糖尿病で集計される点をご配慮ください。つまり、糖尿病がこれからの説明に出てきますが、かなり過大集計されている点があるとお考えください。糖尿病の人がアレルギーで受診した医療費も糖尿病の医療費として加算されてしまいます。地域名は、北・中央・南エリアとし、その分類は資料のとおりとなっています。 まず、国が示している標準的な健診・保健指導プログラムで推奨されている分析例の様式 6-10 に沿って、和光市国保加入者がどんな状態にあるかをフローチャートの的にまとめたものです。基本的に、表の右側の方に症状が軽い方を集めて作図しています。この図で、下方の欄の健診データ部分を見ると、一番症状が軽いといわれる情報提供の人でもかなりの割合で糖尿病の臨界域に入っており、また要医療にも入っているということです。現在の特定健診・保健指導の枠組みでは、動機づけ支援または積極的支援といわれる人しか保健指導対象にならないのですが、この状況を見ると情報提供の人にも沢山リスクを抱えている人がいらっしや、その方々への対策も重要になってくることがあげられます。 次に、疾病別にレセプトをまとめてみました。有名な話ですが、糖尿病が悪化しても自覚症状がほとんどありません。自覚症状がないまま糖尿病が何年も経過すると虚血性心疾患や最悪の場合には透析へとつながります。それぞれの医療費は、資料のとおりです。和光市は、比較的人口が少ないので、1年分の医療費を単純に集計しました。糖尿病が主病名としている患者さんは年間約 70 万円の医療費がかかっています。これを放置していくと虚血性心疾患等が出てくるわけです。深刻な状態の人が年間 70 万円の医療費で済んでいるとは考えてほしくないのですが、この中には「糖尿病の疑い等」の人を含みますので、少し金額が安めに計算されています。それがさらに脳血管疾患及び透析にまでつながると、このように医療費が増えていくということになります。透析に至っては、わずか 50 人で 2 億円近くの医療費を使っていることになります。いかにして早い段階で悪化を食い止めるかというのが医療費をセーブする術であることを、先進的な自治体の分析からも学ぶことができます。静岡県や尼崎市などの先進的な自治体では、地方をブロックに分けて、どこの地域の血圧が高い、喫煙率が高い等を挙げて、そこに徹底的な介入をするという分析をしています。有名な例で言いますと、静岡県は東部が悪いことが分析結果を地図に落とし込むことで一目でわかったといいます。それを参考に、和光市を 3 エリアに分けて、どこの健康状態に課題があるのかを見てみました。 エリア別分析結果に入る前に、エリア毎の地域的特性をについて

発言者	会 議 内 容 (概要)
藤井氏	触れておかななくてはなりません。例えば、北エリアだけ平均年齢が高いのだとしたら、医療費等の数値が悪く出てもそれは当たり前なのです。年齢が高い地域ほど喫煙率や健康状態も悪いはずです。 平均年齢については、中央エリアが一番高く、北エリアが一番低くなっています。資料の表内にひげのようなものがついていますが、これは 95%信頼区間といい、ひげの中に入っている場合、それは偶然に高いまたは低いのではなく、何か意味があって高いまたは低いということになります。次頁の喫煙率をご覧ください。中央の喫煙率は約 11%となっておりますが、真の喫煙率はこのひげの区間の間にあると想定されます。ひげを超えて、南エリアや北エリアは高くなっていますね。これは、中央エリアの喫煙率が偶然低いのではなく、何らか理由があって低くなっているということになります。喫煙率については、中央エリアは年齢層が高いにもかかわらず、喫煙率が意外と低いということになります。逆に、北エリアは平均年齢が若かったのに、喫煙率が高いということになります。これは、北エリアの男性比率が比較的高かったことが影響しているものと思います。これらを勘案すると、真っ先にどの地域から介入しなくてはならないのかが明らかになります。例えば喫煙の例でいくと、北エリアもしくは南エリアからの積極的な介入が必要になってくるのではないかと思います。健診受診率も同様の手法で分析したところ、中央エリアの受診率が低いということが明らかになっています。 次に、国民健康栄養調査という国全体の平均的な血圧、血糖、脂質、食習慣、生活習慣等の集計結果と、和光市健診結果と比較して統計的に明白に「良い」もしくは「悪い」といえるところだけ印をつけてみました。国民健康栄養調査に比べると、ほとんど全ての性、年齢層で血圧、血糖、脂質、体重のいずれかが「良い」という結果になっています。これは、北エリア、中央エリア、南エリアの3 エリアで見ても、悪かったところは一つもありませんでしたので、比較的健康状態が良いと考えられるのですが、いくつか注意が必要です。全国平均と比べて良いので万歳というのではなく、第一に健診データは基本的に全国でみると西高東低の傾向にあります。そのため、西の地域の住民の結果を多数含む国民健康栄養調査と比べて、和光市のデータが良いのはある種当たり前なので、国民健康栄養調査と比較して悪かった部分について検討が必要という位に考えていただけるとよいと思います。ひどい所ですと、糖尿病のレセプトが全体の4割から6割を占める自治体もありますので。東の地域のデータと比較するとよいのですが、残念ながら埼玉県のみ

発言者	会 議 内 容 (概要)
藤井氏	健康栄養調査では、血圧、血糖、脂質等のデータを取っていませんので、比較できませんでした。 次に、保健指導の実施に意味があるのかという分析がよく行われるのですが、和光市での保健指導の効果について見てみました。この棒グラフは、特定健診・特定保健指導が始まった平成 20 年度に動機づけ支援と判定された人のうち、実際に指導を受けた人と受けない人の医療費を表しています。青棒が動機づけ支援判定者で指導を受けた人で、赤棒は動機づけ支援判定者で指導を受けなかった人です。要指導判定者で指導を受けた人の方が、医療費が低くなっています。95%信頼区間からみると、平成 20 年度、21 年度は統計的な有意差は出ていませんが、平成 22 年度、23 年度は統計的な有意差は出ているように見え、効果が出るのはやや長期的なのかという気もいたします。また、平成 20 年度に積極的支援と判定された人についても同様に分析しました。青棒が積極的支援判定者で指導を受けた人で、赤棒は積極的支援判定者で指導を受けなかった人ですが、これは残念ながらあまり差は出ていないようです。 次に、平成 23 年度の医療費について、保健指導を受けた人と受けない人でどれくらい差があるのかを見てみました。「過去 0 回」というのは、平成 20 年度、平成 21 年度、平成 22 年度のうち、1 回も受けていない方です。「過去 1 回」、「過去 2 回」、「過去 3 回」というのは、平成 20 年度、平成 21 年度、平成 22 年度のいずれかの年度に該当回数の保健指導を受けた人です。資料を見ていただくとわかるとおり、如実に保健指導を受けている人のほうが医療費は少ない傾向が出ています。残念ながら、「過去 3 回」の方は 5 人と少数のため、グラフの右側に行くにつれ信頼性が落ちるということはご了承ください。特定保健指導の積極的支援を受診すると、約 3 万円～5 万円の費用がかかると言われております。和光市での特定保健指導実施にかかる費用はわかりませんが、保健指導を一回受けることによって、このデータが正しければ医療費は 10 万程度下がる計算になりますので、十分に費用対効果があるということが言えると思われます。 まとめですが、情報提供つまり保健指導の網にかからない方の中にも非常に体調が悪い方が多く含まれていることがわかりました。情報提供扱いの方にも、積極的なアプローチが必要と思われます。先進的な自治体では、単にリーフレットを配るのではなく、相手の層に合わせてリーフレットを刷り分けて配る自治体もあり、そうすることにより健診受診率の上昇につながるという分析結果も出ております。

発言者	会 議 内 容（概要）
藤井氏	また、可能であればより詳しく運動習慣や食生活等今回取り扱わなかったデータについても地域別の特性を出して、それに合わせた対策というのが必要ではないかと思います。 健診データ自体は、いくつか配慮する点はあるものの全体的に優良と思われます。健診データの資料において、「良」の印がつかなかった所について検討が必要ではないかと思われます。 保健指導ですが、よく「効果があるのか」と問われますが、和光市の統計データを見る限りは有効なのではないかと思われます。以上が私の報告です。ありがとうございました。
健康支援課長	どうもありがとうございました。 ご質問等ございましたら、挙手をお願いします。 （質問なし）
健康支援課長	質問がないようですので、今回の報告を踏まえて、和光市健康づくり基本条例（案）の内容に関する討議に移りたいと思います。 討議に先立ちまして、年末に委員の方々に文書で、条例（案）について意見をお伺いいたしました。その意見内容を踏まえて、平成25年1月12日から31日まで、パブリック・コメントを実施しております。その中で、委員の方々、及び政策会議等からの意見を受けて、条文内容で少し変更した部分がございますので、説明いたします。【資料3】和光市健康づくり基本条例（案）をご覧ください。まず、検討委員会の委員の方からの意見と回答です。 （質問1） 第6条の【事業者は、使用する者（雇用者）の健康に配慮…】という内容は、和光市外在住で通勤する者も含めて職場環境を整備するという主旨と考えます。これは、第9条で健康状態を調査及び分析する対象市民と合致するのでしょうか。対象者とする市民の定義は必要ないのでしょうか。また、事業者が市民に向けて提供する（たとえば食環境）内容についての責務は必要ないのでしょうか。 （回答） 和光市外在住の在勤者については、第9条の調査分析対象に含んでいます。市民は、在住・在勤などを含め広義に解釈できるよう定義づけはしていません。事業者においては、従業員の健康管理及び市の健康づくり施策への協力を努力義務とすることで、市民全体への健康づくりへの役割を担うとしています。

発言者	会 議 内 容 (概要)
健康支援課長	(質問2) 第8条のヘルスアップという表現は的確でしょうか。 また、病気からリハビリをして社会復帰を目指す方々や障害をお持ちの方々への視点が欠けているように思いますが、いかがでしょうか。健康づくりは、どのような状況にある方にとっても必要かと思います。 (回答) ヘルスアップは今回の条例の基本コンセプトの一つであり、その中には、第3条1項の市民一人ひとりの心身の状態等に応じた取り組みを含んでいることから、リハビリ・社会復帰を目指す方が現在の心身状態を向上するための取り組みを含んだものとなっています。同用語については、概要版及び逐条解説にて説明する予定です。 (質問3) 第5条：一般市民からすると、市民が健康づくりに責務を持つ意義が不明瞭な印象を受けます。健康維持についての自己責任論のような文面ですが、ソーシャルキャピタルはそもそも、健康づくりに自己責任を持てないようなハンディのある人も健康になれる環境づくりの要素ですので、矛盾した印象を受けます。市民が健康づくりに努めなければならないという表現は強圧的で富国強兵的な誤解を受けるのではと危惧します。「健康を維持する権利がある」的な、民主的な表現であればベターだと思います。市民一人一人が健康づくりに積極的になれば、地域全体が健康的になり、健康的な地域から、さらに市民一人一人が健康的な生活を享受できるといった個人と地域の互惠的・相乗的な健康づくりを進めることをどこか（例えば、前文の黄色ラインのあたり）に記載すると個人の健康と市全体・地域全体の健康づくりがリンクできると思います。 (回答) 健康増進法第2条では国民の責務として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。」と、健康に対しての自己責務が明記されています。医療費の適正化などの成果につなげるためには、協働の中での市民自身の取り組みが重要であることを理解していただくために第5条の表現としています。第3条1項及び3項はご意見を踏まえ、変更いたします。 (質問4) 第15条：ヘルスソーシャルキャピタルという用語が唐突な印象

発言者	会 議 内 容（概要）
健康支援課長	を受けます。どこかにソーシャルキャピタルの説明が必要ではないでしょうか？ （回答） 条例文上審議会名以外での使用がなく、かつ審議会の目的が明記されていること及びヘルスソーシャルキャピタルの説明と一致しない可能性があることから、条例での説明は行わないこととしました。 （質問５） 「ソーシャルキャピタル」、「地域力」を活用した等の文言を入れて頂きたいと思います。 （回答） 質問４の回答を参照ください。地域力については、「地域が一体となって」と言い換え、前文にて使用いたします。 （質問６） 第１条に「市の健康づくり」とありますが、「市の健康づくり施策」あるいは「市民の健康づくり」の誤りではないでしょうか。 （回答） 附則、第８条などとの整合を図り「市の行う健康づくりに関する施策」と変更します。 （質問７） 条によって「市は」と「市長は」と使い分けられていますが、第１３条が「市」で、第１４条が「市長」となっていることの差異（の意味）がよくわかりませんでした。 （回答） 「市」は施策の実施主体となるもの、「市長」は事業主体となるものと使い分けています。 （質問８） 第８条「次に掲げる取り組みを行うものとする」の文章に「市民とともに」を加筆するのはどいかがでしょうか。 （回答） 前文及び第３条第３項にて市民、事業者、関係団体等との協働で推進する旨を記載しておりますので、第８条の記載としております。 次に、政策会議等からの意見と回答です。 （質問９） 第３条（基本理念）中、「次に掲げる基本理念にのっとり、推進しなければならない。」とあるが、基本理念を定めるのであれば、

発言者	会 議 内 容 (概要)
健康支援課長	「健康づくりの基本理念は、次に掲げるものとする」とすべきではないか。 (回答) 第3条は、基本理念を直接号立てでの表現に変更しました。 (質問 10) 第 14 条の「市民ボランティア」では実施内容が分かりにくいのではないか。 (回答) 第 1 4 条の見出しを（ヘルスサポーターの育成）に変更し、「市民ボランティアとしてヘルスサポーター」という記述に変更しました。 以上の変更を行った条例（素案）を市ホームページ等にて公表し、パブリック・コメントを実施しています。 ただいま、変更点をご説明いたしました。改めて条例（案）について説明いたします。【資料 3】をご覧ください。この条例（案）は前文及び 5 章 19 条の構成となります。 （【資料 3】和光市健康づくり基本条例（案）を参照） 条例についての説明は以上です。 次に【資料 4】「シームレス会議の全体像（案）」について、保健福祉部長より説明いたします。
保健福祉部長	それでは、ご説明をいたします。条例の第 13 条「推進体制の整備」については、今回 2 機関より詳細な調査分析結果の説明がございましたが、その結果等から出た課題を実際に解決していくという部分に対して、この条例機能がどう果たせるかということです。条例というのは、上位法がなければ一つの最高法規の部類になります。また、条例に細かい内容を記載するのは法制上できないのですが、条例第 13 条は 2 行の中に大きな内容を含んでおります。 【資料 4】の中に、現段階では仮称ですが「シームレス会議」として、いわゆる介護保険法、健康増進法等各種法令による計画、制度の縦割り等を解消して、課題解決に必要な事項についてはこの会議で調整がとれるというものです。課の縦割りをなくして、個人、地域、政策等に効果的に調整を図る会議です。【資料 4】の左側に、シームレス個別会議（仮称）とありますが、第 13 条の推進体制を平成 25 年 4 月 1 日以降には要綱等に落とし込んでいく予定です。この会議で、個人の健康を推進するような施策を話し合い、個人を

発言者	会 議 内 容 (概要)
保健福祉部長	支援します。もちろん、支援を必要としない人もたくさんいらっしゃると思います。個別の課題が発生した場合には、その解決機能を有し、ヘルスアップ、ヘルスサポートの両視点において対応していきます。特に今想定されているのは、本日の調査結果でもありました若年層の孤立です。調査結果にもありましたが、全国的にも同様の結果がでていたとの話でした。和光市でも、なかなか関わることができない若年層については、地域力、ヘルスソーシャルキャピタルの関係で調整を補うことを想定しております。また、シームレス個別会議（仮称）での個別的な課題、及びそれが大きくなって地域的な課題となったものについて、今回の調査でも3つの地域エリアが出ていましたが、日常生活圏域を設定して、その中に会議を設置していきます。また、シームレス推進会議（仮称）は、スポーツを所管する課、介護保険を所管する課、成人や子どもの健康を所管する課など、政策が分かれて計画を作るのではなく、「包括的な健康づくり推進システムの実現から市民のQOL（生活の質）の向上へ」という形で、政策形成の機能を調整していきます。加えて、全体の諮問答申を図る組織として、ヘルスソーシャルキャピタル審議会を設置し、市長の諮問機関としての調査、研究、及び要綱等の検証や評価を行う機能を設けていきたいと考えております。 資料裏面の「シームレス会議を活用した個別課題解決から包括的な健康づくり推進システム実現までのイメージ」をご覧ください。 大きな枠として市内全体の政策等を検討するシームレス推進会議（仮称）があります。その中に、2つの四角い枠がありますが、シームレス個別会議（仮称）としてAエリア、Bエリア等があり、拠点としては、地域包括支援センターや、例えば子育て支援センター等いろいろな機関がありますので、エリア拠点を平成 25 年4月1日に向けて定める形で会議を行っていきたいと考えています。そして、支援ネットワークの輪がありますが、市の所管課、朝霞地区医師会をはじめとした医療機関、ヘルスサポーターが登録するヘルスサポーターバンク、これは一定度、時間数で言えば130時間以上の研修等を受けたボランティアの方を想定しています。その上位には、潜在看護師、潜在管理栄養士など、産後の子育てで家庭にいる専門職の方が和光市には結構いらっしゃいます。保健センターやNPOで活躍されている方等にご参加いただいて実施したいと考えます。NPO、民間企業、社会福祉協議会、住民組織等が和光市の健康課題を解決するための目標に取り組んでいく、そこから上の矢印に向かって、「地域づくり・資源開発の検討」、ひいては今回は理念条例ではなく、実行機能条例ですので政策形成を行い、「基盤整

発言者	会 議 内 容 (概要)
保健福祉部長	備・所管の各種計画等への位置づけなど」を行い、アウトカムに向かうような形の機能を有していく、そのような部分を推進体制としていきたいと考えています。以上です。
健康支援課長	一点、委員の方の意見と回答の説明をもらしておりました。 「条文の中に歯科医師会の協力が円滑に行えるように、歯科保健の文言を盛り込んでほしい。」という意見をいただきましたが、こちらは条例自体が実効機能条例のため、個々の課題については載せられないということです。歯科保健については、ヘルスアップの一つということで考えていただきたいと思います。 それでは、質問がございましたので、和光市健康づくり基本条例の内容の討議に移りたいと思います。この討議につきましては、菅野副委員長に進行をお願いいたします。
副委員長	それでは、和光市健康づくり基本条例（案）についての討議に入らせていただきます。ご意見のある方は、挙手をお願いいたします。発言は、氏名を述べた後にお願いいたします。 (意見なし) それでは、先ほどの説明された変更がありました条例（案）の内容を最終案とすることよろしいでしょうか。 (参加委員全員が挙手) 全員賛成ということで、先ほど説明された条例（案）を最終案といたします。 その他に何かありますか。斉藤委員どうぞ。
斉藤委員	シームレス会議の全体像の資料を拝見しておりますが、それは行政の中の課をまたいで実施していくということでしょうか。
保健福祉部長	条例の中の推進体制をつくる、それは制度の縦割り等を解消するために、AさんBさんという個人の課題を解決するための会議、例えば保健と医療が連携する、権利擁護と何かをしなければいけないといったシームレスな会議が一つあります。また、都市公園の関係

発言者	会 議 内 容 (概要)
保健福祉部長	で遊具の整備等といったときに、都市公園の遊具の整備だけという議論ではなく、例えば介護予防のために公園でいろいろな事業をやりたい、課でいえば長寿あんしん課と都市整備課、健康支援課など、複数の課で政策調整をして、優先度等を決めていくという内容です。
副委員長	他にいかがでしょうか。藤崎委員、どうぞ。
藤崎委員	健康という概念を前文にワークショップ等で積み上げてきた内容が入っていて、関心しております。先日、他市でこども子育て会議ができるということで、その取りまとめワークショップに参加してきたのですが、健康という概念に対して、子どもとか子育てなどその辺を広く、シームレス会議の中で取り上げていただけるものと考えてよろしいのでしょうか。
保健福祉部長	まさにタイムリーな質問です。平成 27 年 4 月 1 日から、政権交代をして少し遅れるのかどうかは別として、税と社会保障の一体改革でいけば子育て新システムが始まる、平成 25 年から準備をすすめるところがあります。その中には、妊婦健診等健康面も入ってくる等、健康支援課とこども福祉課、教育委員会や幼稚園を担当する課などが連携して実施していくことになります。
藤崎委員	ありがとうございます。
副委員長	他にございませんか。それでは、先ほどの条例（案）を委員会の最終案とさせていただきます。 では、事務局から連絡事項をお願いします。
健康支援課長	今後の条例制定までのスケジュールをご説明いたします。 パブリック・コメントの募集を 1 月 31 日まで実施し、その意見及び今回の検討委員会での最終案を基に、市としての最終条例（案）を議会に上程する予定です。また、平成 25 年度には、ヘルスサポーターの育成や、埼玉県健康長寿埼玉モデル強化事業という補助金がつく事業がありまして、正式決定ではございませんが、その実施を予定しております。ヘルシーサポートということで、事業所及び市の食堂等と協力し、食事プラス運動指導等を行い、健診数値を下げっていくといった事業を予定しております。今後条例が策定され、市民一人一人が健康になっていただくよい機会と考えており

発言者	会 議 内 容 (概要)
健康支援課長 保健福祉部長	ます。 条例については全3回の議論をいただき、パブリック・コメント ×切は平成25年1月31日です。今回の委員会で、和光市健康 づくり基本条例（案）を委員会の最終案としてご承認いただいた ということですが、パブリック・コメントの中でいろいろな意見が 出てきた場合には、最終案の決定は和光市健康づくり基本条例 検討委員会委員長に一任いただき、皆様にご報告、承認をお願い することとなります。 地方分権、地域主権が進む中では、従来の、上位に国が決め た法律があり、法律の中で「条例で定めたことにより…」とい った形ではなく、健康増進等に関しては初の自治基本の条例に なります。世田谷区様の例などをご覧になっている議員の方も いらっしゃると思いますが、ほとんどが理念条例の形になって おります。今回は課題解決目標を定めて、その目標を解決す るために機能させていく条例ということになりますので、全 国の中でもあまり例がないものと考えています。今後とも 引き続き委員の皆様には、いろいろご協力をいただきなが ら、ヘルスソーシャルキャピタル審議会等への参加をお願い することもあるかと思います。 今回の条例が3月議会に上程する形をとり、めでたく議決 を経て4月1日から稼働できることを目指していきたく思 っております。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。長 い間条例策定にご協力いただきましてありがとうございました。
健康支援課長	以上をもちまして、第3回（仮称）和光市健康づくり基本 条例検討委員会を閉会させていただきます。どうもありが とうございました。