

パブリックコメントで提出された意見

お寄せいただいた意見のみを公表するものです。

※意見に対する市の考え方並びに計画等の案を修正した際の修正の内容及び理由は、まとまり次第公表します。

計画等の名称： 第5期健康つくば21プラン(案)

No.	パブリックコメントで提出された意見(原文)
1	35ページ「自分らしく いきいきと暮らせるまち つくば」これは、スローガンです。基本理念にするためには「実現を目指す」などを最後に入れるべきです。
2	40ページや152ページ 悩みへの対応策として、「相談窓口の周知」や「ゲートキーパー講座」などとありましたが、実際に悩んでいる人が自分からSOSを出さないケースも多いと思います。 「悩んでいたら支援しますよ」と支援を充実させるだけでなく、「なにか困っていませんか？」と支援者から働きかける必要もあるのではないか？私は他県で出産しましたが、難産だったこともあります、産後に保健師さんが頻繁に訪問や電話をしてくださいました。産後うつのリスクが高いと思われていたようです。 実際には産後うつにはならなかつたし、産後に頻繁に訪問されても少し迷惑に感じることもありましたが、今思うと、「相手から頼まれなくても声をかける」という支援のあり方は、産後の母親だけでなく、すべての人にとって必要な支援方法なのではと思うことがあります。 「なにか困っていませんか？」とすべての人を対象に声かけをする。支援者が、すべての人に電話をしたり訪問したり、もしくはアンケートのような形でもよいかと思います。リスクのありそうな人、だけでなく、なにも悩みがなさそうな人、もぜひ対象にしてほしいのです。 平気そうにしている人でも、聞かれたら「実はこんなことで悩んでいて」と打ち明け話をしてくれるかもしれない。そのことが、自殺予備軍や犯罪者予備軍の人たちを見つけ出し、助け出すきっかけになるかもしれない。一度で打ち明けてくれなくても、半年に一回くらい定期的に聞かれたら、そのうち「実は」と打ち明けてくれることもあるかもしれない。 だから、困っている人が SOSを出すのを待つだけでなく、困っている人を見つける、というアクションが大切だと思います。 すべての人に声かけしてリサーチ、というのは非常に手間のかかる作業かもしれません、私は税金をそういうことに使ってほしい。

	<p>いつか国にもそういう対策をしてほしい。 まずはつくばから、ぜひ始めていただけたらと願っています。</p>
3	<p>つくば市の特徴はデータなどから次のようなことが言えると思います。</p> <p>人口・構造 総人口: 260,224人 (R7) 5年間で約18,000人増(転入超過) 高齢化率: まだ20%台前半と県より低いが、将来は上昇見込み 地区別: 筑波・茎崎が高齢化率35%超でかなり高齢社会 桜・谷田部は年少人口多め=子育て世代が集中 出生・死亡 出生数: 年間約2,200人で横ばい 死亡数: 出生を下回っていて、自然増はまだプラス (R6で+34人) 合計特殊出生率: 1.49 (H30～R4の推定値) で国・県より高め 低出生体重児率: 8.7% (国9.4%よりやや良好) 健康寿命・介護 平均余命 (R5) 男性: 82.3年、女性: 87.2年 健康寿命(平均自立期間・要介護2以上になるまでの平均) 男性: 80.8年、女性: 84.0年 要支援・要介護認定者: 4年間で418人増、計8,224人 死因・疾病 死因のトップ: 悪性新生物(がん) 25.6%、心疾患 14.9%、脳血管疾患 7.2% → いわゆる生活習慣病が約半分、 がん死亡率: 肺・大腸・胃・膵臓が主。県平均よりやや低い傾向。 医療費 総医療費(市全体)はR3以降やや減少傾向。 1人当たり医療費は年々増加 (R5で24,060円) それでも県・国・同規模市より低水準。</p> <p>自殺の状況</p> <p>自殺死亡率: 市: 15.5 (人口10万人当たり、R5) 国: 17.3 → 全国より少し低い 直近5年の特徴: 20代・60代以上の女性の自殺死亡率が、全国平均より高い 男性は20～50代が多く、女性は20代と70代が多い 原因・動機(複数回答): 健康問題: 33.3% (最多)、経済・生活問題: 17.6% 勤務問題: 12.1% (全国11.0%よりやや高い) 職業別構成: 「有職者」の割合が全国より高い 典型パターン(上位5区分): 男性40～59歳・有職・同居、女性60歳以上・無職・同居(病苦型) 男性20～39歳・有職・同居(ブラック企業・パワハラ・過労) 男性60歳以上・無職・同居(退職+生活苦+介護負担+病気) 男性40～59歳・有職・独居(過労+アルコール)</p>

	<p>市民アンケート・前計画の評価</p> <p>健康感・関心</p> <p>「自分は健康だ」系(健康+まあ健康): 77.6%</p> <p>健康への関心あり(関心+少し関心): 94.3%</p> <p>→ 関心は高いが、実行・行動への落とし込みが課題という典型パターン。</p> <p>第4期計画(健康つくば21)の目標達成状況</p> <p>評価S/A(達成・改善)が41.8%、C(悪化)が**55.8%**と半数超</p> <p>悪化の主な理由としてコロナで事業中止・縮小、受診控えで検診・健診が進まず</p> <p>ジャンル別に見ると:がん検診や特定健診受診率 →かなり目標未達&悪化も多い</p> <p>食生活(朝食、野菜摂取、バランス食、家族での食卓、食育ボランティア数など)も、目標未達・悪化が目立つ</p> <p>運動習慣: やや改善もあるが、特に女性20~40代、70代以上の歩行習慣などは課題</p> <p>睡眠・ストレス: 「睡眠で休養取れている」→悪化、</p> <p>「ストレスあり」→成人で増加、高校生女子も悪化</p> <p>喫煙・飲酒: 成人の喫煙率は改善傾向、高校生喫煙・飲酒は依然ゼロ目標には遠い</p> <p>受動喫煙機会はむしろ増加</p> <p>歯科・口腔: 3歳児むし歯ゼロ: 改善・目標達成、12歳むし歯ゼロ: 逆に悪化(D評価)</p> <p>「かかりつけ医・歯科・薬局」の割合、</p> <p>「地域の健康ボランティア(食改さん・運動普及員・シルバーリハビリ指導士)の認知」</p> <p>→ かなり低く、目標にも届かず</p> <p>自殺対策計画(前計画)の評価</p> <p>指標5項目のうち:S(達成)…4、</p> <p>C(悪化)…1(「1年以内に自殺を考えたことがある人の割合」が増加)</p> <p>会議開催・ゲートキーパー研修・相談先の認知・SOSの出し方教育は一応達成</p>
4	<p>1 「自己責任」ではなく、構造や働き方へのアプローチを文言として「自分の健康を自分事として捉える」「生活習慣の改善」が強く出ている一方で、</p> <p>データ上、自殺の主要パターンは仕事の配置転換・過労・パワハラ、退職後の生活苦+介護+病気など、個人の努力ではどうにもならない構造要因が目立つ。</p> <p>「生活習慣の改善」に加え、長時間労働・不安定就労・ハラスメント・介護負担など</p>

社会的要因への施策(労政部門・福祉部門・企業との連携)を明示すべき
「自己管理が足りない人」像に寄りすぎないよう、計画本文の表現のバランスを取ること

2 若年～中年のメンタルヘルス・自殺対策の強化

データで明示されているように、男性は20～50代有職者、女性は20代・70代が自殺のポイント。

ここに対して、仕事・学業・研究環境(つくばらしさとしての研究者/学生も多い)に根差した支援、高齢者の病苦+孤立+介護負担に対応する多職種連携(医療・福祉・地域包括支援センター・精神保健)

年代・性別ごとの特徴的なリスクに応じた「ターゲット別の具体施策メニュー」を本文にもう一段書き込んでほしい。特に20～30代の女性、研究職・非正規雇用者・ひきこもり傾向の若者など、つくばらしい層への配慮。

3 高齢化が進む地区(筑波・茎崎)への重点支援

地区別にみると、筑波・茎崎の高齢化率が35%超。

交通・医療アクセス・地域活動への参加機会が他地区より弱い懸念。

パブコメ: 地区別の状況(医療機関・公共交通・地域拠点の有無)を踏まえた「地域別実行計画」風の章立て・事業例が欲しい。

例えば「高齢化率30%超の地区を健康増進・フレイル予防の重点地域として指定し、出張講座・移動健診・口腔ケア・買い物支援などを重点配分」など。

4 「健康格差」への視点がもう一步ほしい

国の健康日本21(第三次)や県計画では「健康格差の縮小」がかなり重視されているが、この案は「健康格差」という言葉がやや弱く見える。

実際には、所得・雇用形態、障害の有無、単身世帯・ひとり親世帯、外国人住民などで健康格差が出やすい。

計画全体の視点として、「健康格差の縮小」「社会的に弱い立場の人を優先した支援」を明文化してほしい。

指標も、全体平均だけでなく、所得階層別・年齢階層別等の格差指標を検討してほしい。

5 メンタルヘルス＝「こころの健康」をもう少し広く・やわらかく

現在も「休養・こころの健康」や「自殺対策」はあるが、「睡眠で休養が取れている人」悪化

「強いストレスあり」増加

「ストレス・睡眠・孤立」への対策を、自殺予防だけでなく、日常的なメンタルヘルス向上として位置づけること。

市民が気軽に参加できる「こころの健康講座」「ピアサポート」「オンライン相談」

	<p>「若者向けSNS相談」の充実。</p> <p>学校・職場・地域での「心理的安全性」づくりをうたうこと(ハラスメント防止など)。</p> <p>6 障害や持病のある人の「当事者参加」</p> <p>計画本文では、健康づくりの主体として「市民」一般・「家庭・学校・地域」が語られているが、</p> <p>精神障害・発達障害・慢性疾患を抱える人</p> <p>統合失調症など、健康行動や生活習慣が薬の副作用等の影響を強く受ける人への配慮・当事者参加の文言はあまり見えない。</p> <p>計画推進・評価の場に、障害当事者・家族・ピアソポーターを参画させること。</p> <p>「生活習慣の改善が難しい人」「医療へのアクセスが難しい人」に対する個別支援の仕組み(訪問・アウトリーチ・居場所づくり)の強化。</p> <p>7 食育・食環境のところで「物価高・所得格差」を見てほしい</p> <p>食育目標の多くが「達成できず・悪化」になっている一方、</p> <p>物価高・共働き・単身世帯増など、食生活を個人努力だけで整えるのが難しい状況。</p> <p>「安くて手軽で健康的な食」を支える環境(学校給食・地域の食堂・スーパーの健康配慮コーナー等)への支援。</p> <p>食育を「マナー」「理想的な家庭像」押し付けにならないようにし、多様な家族形態・生活スタイルを前提にした食育にしてほしい。</p>
5	<p>1. 全体について(当事者の関与と視点の位置づけ)</p> <p>第5期健康つくば21プランでは、健康寿命の延伸や自殺対策を重要な柱としている点は評価します。一方で、精神障害や精神疾患(うつ病、双極性障害、統合失調症、不安症、PTSD、発達障害など)を抱えて暮らしている当事者・家族の視点が、計画全体の中でまだ十分に見える形で位置づけられていないように感じます。</p> <p>障害者基本法、障害者差別解消法、精神保健福祉法などの理念も踏まえ、「障害・メンタルヘルス当事者の地域生活を支える健康づくり」という観点を計画の基本理念・基本目標の説明の中に明記していただきたいです。また、推進協議会や各分野の検討の場に、精神障害当事者や家族会の代表、ピアスタッフ等が必ず参画できるよう、体制面も明記していただきたいです。</p> <p>2. 「自己責任」ではなく、環境調整と合理的配慮の視点を</p> <p>第3章の基本目標では、個人の行動と健康状態の改善が強調されていますが、精神障害や発達障害、知的障害、身体障害などがある場合、「生活リズムを整える」「運動習慣をつける」「健診や受診をする」といった行動そのものに高いハードルがあります。</p> <p>例えば、うつ病や陰性症状のある統合失調症では、強い倦怠感や意欲低下、認</p>

	<p>知機能の低下があり、「行動を変える力」そのものが落ちています。また、対人不安や感覚過敏、パニックなどにより、健診会場や運動教室、人が多い施設に行きにくい人も多くいます。</p> <p>そのため、「個人の努力不足」としてではなく、「環境側の合理的配慮と支援があれば参加できる人」がいることを明記し、少人数・静かな時間帯の健診枠、付き添いの容認、オンライン・在宅での相談、教室、わかりやすい案内・事前見学・写真付きガイドなど、環境調整や合理的配慮を計画の中で具体的な方向性として位置づけていただきたいです。</p> <p>3. 「こころの健康」「自殺対策」を“病気になってから”だけでなく、生活全体の支援として</p> <p>第2章4節の自殺の現状では、「健康問題」「経済・生活問題」「勤務問題」が主な要因として挙げられていますが、第4章・第6章の記述は、やや「ストレス対処」「相談先の周知」に重点が置かれている印象があります。</p> <p>精神障害の当事者の立場からは、自殺リスクは「病気」であると同時に、低所得・生活困窮、長時間労働、不安定雇用、学校や職場でのいじめ・ハラスメント、合理的配慮の不足、障害年金や手帳の手続きの難しさ、制度へのアクセスのしづらさ、家族の介護・支援負担の集中といった社会的要因と強く結びついています。</p> <p>第6章の自殺対策計画の基本方針の中に、「生きづらさを生み出している生活・就労・教育・福祉の条件を改善する」という文言を入れ、福祉・就労支援・住宅支援・生活困窮者自立支援との連携を、より明確に書き込んでいただきたいです。</p> <p>4. 精神障害者の健康課題(薬の副作用・生活習慣病リスク)への具体的な言及を</p> <p>第2章3節「疾病等の状況」や第4章(生活習慣病の発症予防と重症化予防)では、がん・心疾患・糖尿病などの一般的な生活習慣病の記述は充実していますが、精神障害者に特有の健康課題への言及がありません。抗精神病薬・気分安定薬・抗うつ薬などの長期服用に伴う、体重増加・糖尿病・脂質異常・高尿酸血症・肝機能障害・口腔乾燥による虫歯・歯周病のリスク・日中の眠気や倦怠感による活動量低下といった、身体合併症のリスクがよく知られています。</p> <p>第4章の「生活習慣病の発症予防と重症化予防」の中に、精神科医療機関との連携(血液検査・健診データの共有のしくみづくり)精神科に通院している人向けの、薬の副作用を踏まえた生活習慣改善・栄養・運動支援、精神科デイケアや地域活動支援センター等での健康教室・歯科相談の実施など、精神障害者の身体健康を守るための視点を追加していただきたいです。</p>
6	<p>5. 指標の分解と「見えない健康格差」への配慮</p> <p>第2章・第6節で前計画の評価が詳細にまとめられているのはとてもよいと思います。ただし、現在の指標は性別・年齢階層別が中心であり、障害の有無や精神疾</p>

患の有無ごとのデータが見えません。

可能な範囲で、障害者手帳(身体・知的・精神)所持者、自立支援医療(精神通院)利用者、生活保護・就学援助等の利用者などの層ごとに、健診受診率・がん検診受診率・運動習慣・喫煙率・自殺企図率などの指標を把握・分析し、「見えない健康格差」を可視化する工夫を、計画の中に盛り込んでいただきたいです。

また、「1年以内に自殺を考えたことのある人の割合」(現在5.9%)などは、障害の有無で差があることが予想されるため、可能であれば当事者に近い層を細かく分析し、優先的な対策対象として位置づけていただきたいです。

6. 情報提供・啓発のバリアフリー化

第3章4節のライフコースアプローチや、第4章・第5章での啓発・普及は重要ですが、精神障害や発達障害、知的障害のある人、読み書きに困難のある人、外国ルーツの人などにとって、今の情報提供の方法はハードルが高い場合があります。

計画の推進にあたっては、やさしい日本語・ピクトグラム・イラストを用いた案内、字が小さくないパンフレット、音声・動画での説明、オンライン相談の併用(外出が難しい人向け)、精神科医療機関・デイケア・就労支援事業所・地域活動支援センターなどを通じた配布など、「情報を受け取ること自体が難しい人」にも届く形での普及啓発を、計画に明記していただきたいです。

7. ピアサポートと当事者団体との協働

第6章「地域におけるネットワークの強化」「自殺対策を支える人材の育成」の項目では、ゲートキーパー研修などが挙げられていますが、精神障害当事者のピアサポートや、自助グループ・家族会の役割にも触れていただきたいです。

実際に精神疾患を経験した人だからこそ、受診や制度利用への不安と一緒に整理する、服薬や副作用、生活の工夫などを具体的に共有する、「同じ経験をした人がいる」という安心感を提供するといった支援ができます。

計画の中に、ピアサポート養成の位置づけ、当事者・家族団体への委託事業や場の確保、ネットワーク会議等への参加の保障(謝金・交通費などの配慮)を盛り込んでいただけると、当事者の経験が生きた計画になると考えます。

8. 学校・若者支援におけるメンタルヘルスと発達障害への具体的対応

自殺総合対策大綱でも「子ども・若者の自殺対策」が重視されていますが、本計画でも、不登校・ひきこもり・発達障害・学習障害、いじめ・SNSトラブル・性暴力・性的マイノリティへの差別など、若者のメンタルヘルスに関わる具体的な課題への言及を強めていただきたいです。

	<p>特に、学校内の相談体制(スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー)の充実、発達障害や精神疾患が疑われる子どもに対する早期支援と二次障害の予防、「SOSの出し方教育」の中に、精神疾患・発達障害の理解や合理的配慮の内容を含めるといった方向性を、自殺対策計画と健康増進計画の両方にまたがる形で、明記していただきたいです。</p>
7	<p>1. 総論:自殺を「自己責任」にしない仕組みづくりを 自殺は個人の「心の弱さ」や「自己責任」の問題ではなく、貧困・雇用・債務・健康・障害など、複数の困難が重なった結果として起きる社会問題です。 したがって、〇〇市の自殺対策においても、「早めに相談して」「ストレス解消を」だけで終わらせず、生活の安定(収入・住まい・債務整理)、安全な居場所・つながりの確保、障害・メンタルヘルスへの理解と合理的配慮、当事者・経験者の声を反映した支援体制を、計画の柱として明記していただきたいです。</p> <p>2. 貧困・生活困窮の視点からの自殺対策 生活保護や生活困窮者自立支援などの制度があっても、実際には「役所に相談するのが恥ずかしい／怖い」、手続きが複雑で途中であきらめる、これまでの対応で嫌な思いをして二度と行きたくない、という理由で、制度につながれない人が多くいます。家賃・公共料金・医療費の滞納、クレジットカードの延滞などが重なり、「もう死ぬしかない」と追い詰められてしまうケースも少なくありません。</p> <p>提案:生活困窮・債務・メンタルヘルスをワンストップで相談できる窓口の設置・強化(「ここに来れば、とりあえず全部相談できる」とわかる場所)、匿名・ニックネームでも相談開始できるオンライン・電話相談の拡充、役所の窓口対応者に、「生活困窮と自殺の関係」「当事者の心理」に関する研修を実施、フードバンク、無料低額宿泊所、一時的な住居支援などと自殺対策窓口の連携を明記、生活が破綻しかけている人にとって、「明日食べるもの」「今夜眠れる場所」が確保されることは、どんなカウンセリングよりもまず先に必要な自殺予防だと思います。</p> <p>3. 離職者・求職者の視点からの自殺対策 突然の解雇・契約終了・倒産などで仕事を失うと、収入の喪失への不安、「家族に申し訳ない」「自分には価値がない」という自己否定感、ハローワークに通う恥ずかしさやプレッシャーから、強い抑うつ状態に陥ることがあります。特に中高年・単身・非正規の人ほど、再就職の難しさと孤立が重なり、リスクが高くなります。</p> <p>提案:離職者向けのハローワークや市の就労支援窓口に、メンタルヘルス相談・ピアサポート(同じ経験者)を常設・定期開催する失業した人への早期面談で、「就職支援+生活支援+メンタルヘルス」の三つをセットで案内、長期失業者や</p>

	<p>就労系の福祉サービス(就労移行・就労継続)利用者を、自殺対策計画上の重点層として明記、失業と同時に住まいも失いやすい人に向けて、住宅確保支援と自殺対策の連携を書く、「働けない自分は役に立たないから、迷惑をかける前に消えた方がいい」と感じてしまう人が、そう思わず済む支援の形を、具体的に計画の中で位置づけていただきたいです。</p>
8	<p>4. 多重債務者の視点からの自殺対策</p> <p>多重債務は、単に「お金の問題」だけではなく、督促状や電話が来るたびに強い不安・恐怖に襲われる、家族や友人に相談できず、完全に孤立する、「借金を返せない人間は生きている価値がない」と思い込むという、強い精神的ストレスと深い絶望感を伴います。</p> <p>ところが実際には、債務整理や自己破産などの法的手続きによって「人生を立て直すことができるケース」が多くあります。</p> <p>しかしその情報が届いておらず、「もう死ぬしかない」と思い込んでしまう人が少なくありません。</p> <p>提案:市の自殺対策計画の中に、「多重債務問題への対応」を明確な項目として位置づける 消費生活センター・法テラス・弁護士会・司法書士会と連携し、無料の債務整理相談・法律相談の窓口を、わかりやすく周知する 「債務整理をしても人生はやり直せる」「自己破産=人生の終わりではない」というメッセージを自殺対策広報の中に含める 督促や返済のプレッシャーでうつ状態にある人に対して、心理的支援(カウンセリング・精神科受診)と法律支援をセットで案内する 「借金のことで、死ぬしかないと思っている人へ」という、ターゲットを絞った啓発チラシやWebページを作成していただければ、助かる人は確実に出てくると思います。</p> <p>5. 障害・メンタルヘルス当事者の視点からの自殺対策</p> <p>精神障害や発達障害、慢性疾患などを抱える人は、もともと就労が不安定になりやすい、収入が低くなりやすい、治療費や交通費の負担が重い、社会的な偏見・差別のストレスが大きいといったリスクを抱えています。ここに、離職・多重債務・家族関係の悪化などが重なると、自殺リスクは一気に高まります。</p> <p>しかし、実際の支援現場では、福祉窓口が「精神疾患の特性(認知機能の低下、対人不安など)」を十分理解していない障害年金や手帳の手続きが複雑で、途中であきらめてしまう病状が悪化していても、「怠け」「自己管理不足」と誤解されることが多く、支援につながりにくい現状があります。</p>

	<p>提案：自殺対策計画の中に、「精神障害・発達障害当事者の自殺予防」を独立した小項目として記載</p> <p>福祉・保健・就労支援・生活困窮者支援の各担当職員に対し、精神障害の特性・合理的配慮・ピアサポートに関する研修を行う</p> <p>手続きが複雑な制度（障害年金、自立支援医療、手帳など）について、当事者が相談しやすい伴走支援（書類作成のサポート、オンライン面談など）を整備</p> <p>精神科デイケア、地域活動支援センター、就労支援事業所などを、自殺対策の「身近な相談窓口」として位置づける</p> <p>当事者・家族会やピアサポートを計画推進のパートナーとして明記し、事業の企画段階から参画できる仕組みを作る</p> <p>「障害があるから苦しい」のではなく、「障害がある人への配慮や制度が足りないから、追い詰められてしまう」という構造を、計画の中でぜひ言語化していただきたいです。</p>
9	<p>6. 横断的に共通するポイント</p> <p>上記のような人たちに共通しているのは、自分から助けを求めるのが難しい（恥・恐怖・手続きの負担・情報へのアクセス格差）、問題が複数重なっている（お金＋仕事＋健康＋家族関係など）、制度につながる前に、限界を迎えてしまいやすいという点です。</p> <p>そのため、自殺対策としては、こちらから「気づき・声かけ・アウトリーチ」をする仕組み（訪問・アウトリーチ型支援）、生活・債務・就労・医療・メンタルヘルスを1か所で相談できる連携・窓口、当事者や経験者（ピア）が関わることで、「相談してもいいんだ」と思える雰囲気づくり、指標・データの中で、貧困層・障害者・失業者・多重債務者などの層を意識した分析を、計画の中に具体的に位置づけていただくことを要望します。</p> <p>7. つくば市スーパーシティ型国家戦略特区としての先進的な医療・福祉連携と、自殺対策への活用について</p> <p>つくば市はスーパーシティ型国家戦略特区として位置付けられており、本来であれば国が進めている電子カルテ共有サービスや医療情報連携を、全国に先行して実装・検証できるポジションにあると思います。</p> <p>しかし現状、当事者の実感としては、医療・福祉・就労支援・債務整理支援などの情報連携が十分とは言えず、「何度も同じ説明をさせられる」「窓口ごとに話が途切れる」「困っていても支援につながらない」という状況が続いている。</p> <p>とくに、貧困状態にある人、離職・求職中のひと、多重債務に苦しむ人、障害者・精神疾患のある人やその家族は、生活再建・債務整理・就労支援・医療・福祉を同</p>

時並行で利用する必要がありますが、現在の縦割りの仕組みでは「どこにも十分につながれないまま、孤立と疲弊だけが進む」リスクが高く、自殺の大きな要因にもなっています。

そこで、スーパーシティ型国家戦略特区であるつくば市だからこそ、以下のような先進的な取り組みを、国と連携しながら進めていただきたいです。

「医療・福祉・就労・債務・生活困窮」をつなぐ地域データ連携基盤のモデル事業化

国の電子カルテ共有サービスやレセプト・健診データ等と連動させつつ、精神科・心療内科、内科・かかりつけ医、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所、生活困窮者自立支援窓口・社会福祉協議会、法テラスや多重債務相談窓口などが、**本人の同意のもとで必要最小限の情報を共有し、切れ目のない支援につなげるための「地域版ケアコーディネーション・プラットフォーム」**を構築してほしいです。

その際、「自殺リスクが高まりうる兆候」(治療中断の増加、受診の途絶、生活保護申請や債務相談の増加など)を、あくまで個人をスコア化して排除するのではなく、「支援チームが早めに声をかけるため」の情報として活用する設計にしていただきたいです。

電子カルテ・情報連携に対する医療機関への補助金・助成の拡充

中小の診療所や精神科クリニック、訪問看護ステーション、在宅療養支援診療所などは、電子カルテ更新やシステム連携に必要な投資負担が重く、「やりたくてもできない」状況があります。

スーパーシティとして国と連携し、電子カルテ・情報連携システム導入・更新の補助、情報セキュリティ対策費用の補助、職員研修(デジタルリテラシー・個人情報保護・当事者への説明方法)の支援など、医療・福祉機関が安心してデジタル化・連携に踏み出せる補助制度を整備していただきたいです。

「データを読める人」を支える人件費補助(ケアコーディネーター配置)

データ基盤だけが高度になっても、それを読み取って当事者に寄り添い、「ここで一度、支援に声をかけよう」と判断し動いてくれるケアコーディネーターがいなければ、実際の自殺対策にはつながりません。

つくば市が国の補助金を活用し、精神疾患や障害のある人、貧困・多重債務・離職など複合的な困難を抱える人を専門的に支えるケアコーディネーター(ソーシャルワーカー等)の配置や人件費に対する支援制度を創設していただきたいです。

プライバシー保護・差別防止の観点からのがバナス強化

精神疾患歴・多重債務・生活保護利用歴などが、クレジット・住宅・就職等で不利

	<p>益に使われることはあってはならず、「支援のためのデータ」であって「排除や選別のためのデータ」にしてはならないと思います。そのために、利用目的を「自殺対策・生活支援・医療連携」に厳格に限定すること、本人による情報閲覧・同意・撤回が容易にできる仕組み、第三者機関を含む監査・苦情受付の仕組みを、計画段階から明示し、当事者・家族・支援団体も参加する形でガバナンスを構築していただきたいです。</p> <p>デジタル弱者への配慮とオフライン窓口の維持</p> <p>ホームレス状態の方、DV被害で身分証を持てない方、デジタル機器にアクセスできない高齢者・障害者など、もっとも自殺リスクの高い人ほどデジタルサービスにアクセスしづらい現実があります。</p> <p>スーパーシティとしてDXを進めつつも、匿名・低ハードルで相談できる窓口の維持、紙媒体や電話、対面での手続きルートの確保、支援者が代理してオンライン手続きをサポートできる制度をあわせて整備し、「デジタル化が弱い立場の人をこぼれ落とさない」ことを自殺対策の重要な柱として位置付けていただきたいです。</p>
10	<p>マイナンバー、マイナポータルについて、導入当時の担当者からは「障害、貧困、ひとり親、多重債務など、複数の困難を抱える人や家庭の情報が省庁・窓口ごとにバラバラで見えないことが問題であり、それらをつなぎ、可視化して“支えるため”の仕組みとして設計している」と説明を受けたことがあります。</p> <p>しかし現在、当事者の立場から見ると、マイナンバーは「本人確認」や「事務効率化」の側面ばかりが強調され、複合的な困難を抱える人を早期に見つけて支えるという、本来の目的が十分に活かされているとは言い難い状況です。</p> <p>つくば市はスーパーシティ型国家戦略特区でもあり、国の制度を「単なる効率化」ではなく、自殺対策・困窮者支援・障害者支援に資する方向で先行モデル化できる自治体だと考えています。そこでぜひ、マイナンバー・マイナポータルを、医療（とくに精神科・心療内科）、障害福祉サービス、生活困窮者自立支援・生活保護、多重債務・法テラス等の相談、子育て支援・教育支援などを**“つなぐため”のインフラ**として再定義し直すこと</p> <p>本人の明確な同意とプライバシー保護を前提に、「支援が必要そうなのに、どの窓口にもたどり着けていない人」</p> <p>「複数の困難が重なり、自殺リスクが高くなりうる世帯」を、スコアリングや排除のためではなく、「早めに手を差し伸べるため」に見える化する仕組みを、つくば市モデルとして国と連携しながら構築していただきたいです。</p> <p>あわせて、当事者・家族・支援団体・弁護士・ソーシャルワーカーなどが参加する検討会を設け、「どこまで見えると助かるのか」「どこからは見えない方が安心なのか」という線引きを、当事者の実感に即して決めていくことをお願いしたいです。</p>

	<p>マイナンバー・マイナポータルが「管理・監視」の象徴ではなく、**「多重・複合の困難を抱える人を見捨てずにつなぎ留めるための、人に優しいインフラ」**として機能している状態を、ぜひつくば市から実現していただきたいと考えています。</p>
11	<p>食と健康、所得格差の視点からの提案— 中食・外食・子ども食堂との連携による“食べやすい健康”づくり —</p> <p>私はこれまで、地元スーパー・マーケット・カスミの「栄養バランス弁当」の紹介や、台湾の素食文化、関西のおばんざい文化、地方の調味料やミールキットの活用、「少しいい調味料を使って、同じ手間で一段上の料理を」という提案、さらにスーパーへの「野菜一品追加のお惣菜」「アスリート飯」「お粥・胃弱向けごはん」などの提案を行ってきました。その立場から見ると、健康格差・所得格差・時間格差が、そのまま“食の格差”として現れている現状があります。</p> <p>安い炭水化物中心の食事になりやすい自炊する体力・気力・時間がない人ほど、栄養バランスが崩れがち、精神疾患や障害のある人、シングル家庭、非正規労働者ほど「ちゃんと食べる余裕」が削られやすい、こうした人たちに「自炊しろ」「栄養を考えろ」と言うだけでは届きません。</p> <p>**“中食・外食でも、手軽に・安く・おいしく、そこそこバランスが取れる選択肢”**を増やすことが、自殺対策・健康政策としても重要だと考えます。</p> <p>そこで、つくば市には以下のような取り組みを検討していただきたいです。</p> <p>地元スーパー・飲食店との連携による「バランス食」キャンペーン</p> <p>管理栄養士監修の「栄養バランス弁当」「野菜プラス惣菜」「胃にやさしいリカバリ一食」「アスリート飯」などに、市の推奨マークを付与。</p> <p>生活困窮世帯・ひとり親家庭・障害者手帳所持者などには、こうした商品の割引クーポンやポイント還元を行い、「健康的な選択の方がコスパがいい」状態をつくる。</p> <p>台湾の素食やおばんざいに学ぶ“野菜中心のやさしい日常食”的普及</p> <p>肉を使わなくても満足度の高い素食(ベジ系)メニュー、おばんざい的な小鉢文化を、中食・外食の期間限定フェアとして展開。</p> <p>地元野菜・地方の調味料を活かし、**「贅沢ではないけれど、ちょっと豊かな日常食」**を提案することで、心の満足度と栄養バランスを両立させる。</p> <p>子ども食堂・学童・部活動とのコラボレーション、子ども食堂向けに、スーパー・中食業者と連携した「野菜多めの特別メニュー」「部活帰りのアスリート飯」「試験前の脳の栄養ごはん」などを共同開発。</p> <p>「安くてお腹がふくれればいい」から一步進めて、**子どもの将来の健康と学力を支える“投資としての食”**という発想を共有していただきたいです。</p> <p>「胃弱飯」「食べたくても食べられない人」のための選択肢の充実</p> <p>精神疾患や服薬、副作用、ストレスなどで食欲が落ちている人、消化器が弱い人</p>

	<p>向けに、お粥・雑炊・やわらかい麺・スープなど「やさしい中食」を、分かりやすくコーナー化・表示。</p> <p>「しっかり食べられない時でも、少しは栄養が取れる」選択肢があることは、自殺予防・メンタルヘルスの観点でも重要です。</p> <p>食育を“説教”ではなく、“一緒に楽しめる工夫”として店頭ポップやマイナポータル等を活用し、「この弁当+この野菜惣菜で、1日の野菜目標の〇%」「この調味料に変えると、塩分は〇%減、でも満足感はそのまま」といった、“ゲーム感覚で選べる情報”を提供する。</p> <p>料理が苦手な人、疲れ切っている人にも、**「がんばらなくていいけど、ちょっとマシになる選択肢」**を提示することを重視してほしいです。</p> <p>「ちゃんとした食事を自炊できる人」だけを前提にした健康政策ではなく、中食・外食に頼らざるを得ない人、所得や体調の問題で“料理どころではない人”も含めて支える食政策を、ぜひつくば市から進めていただきたいと考えています。</p>
12	<p>中核市移行と保健所権限の移譲について</p> <p>つくば市には、将来的に中核市への移行を視野に入れ、県から保健所をはじめとする保健・医療・福祉分野の権限移譲を積極的に進めていただきたいと考えています。</p> <p>つくば市は、研究学園都市としての性格に加え、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生・研究者・外国人住民が多いこと・車社会で移動距離も長く、高齢者や障害者にとって移動が負担になりやすいこと ・ベッドタウン的な住宅地と研究機関エリアが混在していることなど、県全体とは異なる特性を持った都市です。 <p>にもかかわらず、保健所機能が県に置かれていることで、・精神保健福祉、自殺対策、生活困窮・多重困難世帯の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害、貧困、メンタルヘルスなど複数の課題を抱える世帯への「切れ目ない支援」・災害時や感染症流行時の、地域特性に即した迅速な対応 <p>といった点で、市の福祉・子ども・教育部門との一体的な政策運営が難しくなっている側面があると感じます。</p> <p>中核市となり、保健所機能を市が持つことで、保健・医療・福祉・教育・子ども支援の一体化生活保護・子ども家庭支援・障害福祉・学校保健・精神保健福祉を、一つの市役所の枠組みの中で総合的にコーディネートしやすくなります。</p> <p>多重債務・離職・精神疾患・発達障害・家族問題などが絡み合った「複合ケース」に対して、部局横断のチームで早期介入がしやすくなります。</p> <p>自殺対策・メンタルヘルス対策の強化</p>

	<p>保健所が市内にあれば、精神科医療・地域移行支援・就労支援・福祉サービス・地域包括支援センター等との連携を、市が主導して細かく設計できます。</p> <p>若者・学生・研究者・ひとり親・非正規労働者など、つくば特有の層に応じた自殺対策・メンタルヘルス施策を、きめ細かく展開できます。</p> <p>災害・感染症へのレジリエンス向上</p> <p>地震・水害・猛暑等の災害や、新興感染症への対応において、保健所と市の危機管理部門が同じ自治体内にあることで、現場判断と意思決定が迅速になります。</p> <p>研究機関との連携やデータ活用により、「科学技術都市らしい公衆衛生モデル」を全国に先駆けて構築できます。</p> <p>スーパーシティ型特区とのシナジー</p> <p>すでにスーパーシティ型国家戦略特区である強みを活かし、電子カルテ・PHR・マイナポータル等との連携による、先進的な地域保健モデルを、市主導で設計できます。</p> <p>匿名化データを用いたヘルスビッグデータ解析により、生活習慣病・メンタルヘルス・貧困と健康の関連などを可視化し、より効果的な予防・支援策につなげることが可能になります。</p> <p>以上から、</p> <p>つくば市独自の課題に即した保健・医療・福祉政策を強化するためにも、中核市移行と保健所権限の移譲に向けた検討を、今後の総合計画・将来ビジョンの中に位置付けていただきたいです。</p> <p>具体的には、</p> <p>中核市移行に関する調査・研究とロードマップの作成・県との協議の場の設置 市民・当事者・専門家を交えた検討会の設置 などを進めていただけるよう、強く要望いたします。</p>
13	<p>「家庭内での受動喫煙防止」について目標値が設定されていますが、「家庭で受動喫煙のあった人の割合(成人)」を14.0%以下とした理由がわかりませんでした。なぜ市独自でこの項目を盛り込んだのか、またなぜ14.0%以下という値になったのか、どのように目標値を達成する考えなのか、これら3点について説明していただきたいです。</p> <p>なお私は家庭に行政が関与すること自体に違和感を感じます。宜しくお願ひ致します。</p>
14	<p>103P食育推進計画</p> <p>これは市内の飲食店などでも申請できる助成金などもあるということですか？</p>

	<p>物価高なので給食費、給食の材料費や人件費などにももう少し回してほしいです。</p> <p>あまりに現場では削りすぎると食育にならんません。</p>
15	<p>第5期健康つくば21プラン 第4章:健康増進計画 2.基本施策(2)喫煙と飲酒 77ページのグラフを見ると、最も受動喫煙が生じているのは路上となっている。 現につくば市は公共喫煙所をいっさい設置しておらず、受動喫煙対策が不十分だと思う。 受動喫煙の割合が最も高いのは路上であり、屋外での路上喫煙を禁止するだけでなく、公衆喫煙所の設置を検討すべきです。 したがって駅周辺や人通りの多いエリアに、適切な公共喫煙所を設置することを求めます。</p>
16	<p>p.51 ○身体活動量を増やしやすい環境を整備します。の項目について「公園のトイレを洋式化し、高齢者にもウォーキングのしやすい環境を整える」ことを追加してほしいと思います。</p> <p>定年後の女性ですが、足腰を鍛えるため公園を散歩しています。つくば市にはよい公園が多くありますが、公園のトイレの多くが和式であることに困っています。腰を痛めているので和式トイレは足腰に負担が大きく、和式トイレしかない公園には歩きにいけません。洋式で快適なトイレが公園に整備され広報されることで、市民(特に女性高齢者)の自主的な運動機会が自ずと増加し、市民の健康増進に繋がると思います。また、つくばに多い海外からの訪問者のためにも必要かと思います。</p>
17	<p>(全体・構成)</p> <p>健康増進のための取組として、予防接種について記載してほしいです。県の計画には含まれていませんが、水戸市、土浦市、牛久市、常総市、取手市、守谷市、阿見町など多くの自治体では計画に記載しています。特に水戸市は任意接種の補助や予防接種の情報も充実していて、取組が進んでいると感じます。※反ワクチン市議会議員への忖度なのでしょうか？HPVワクチンだけでなく、乳幼児期の定期接種を着実に実施することが大切だと思います。</p> <p>p.38「歯科口腔保健推進計画」</p> <p>歯と口腔の健康として、乳幼児期～思春期にも「口の機能の衰え(オーラルフレイル)を予防」とありますが、子どもにもあてはまる用語なのでしょうか？特に乳幼児期・学童期は口の機能が発達する時期で、「衰え」という用語は適切でないと思います。乳幼児期～思春期は別の取組(目標)とした方が良いのではないでしょうか。</p>

p.40「食育推進計画」

乳幼児期～思春期に「毎日体重を測定し、適正な体重を維持しましょう」とあります。この時期に毎日体重を測定するというのは非現実的であると思います。特に思春期については肥満ではなく「やせ」も問題になってくるところ、その状況を助長する可能性もあるのではないかでしょうか。

p.79 喫煙に関する市の取組

アンケートで受動喫煙があった場所として路上が多くなっているので(p.77)、路上喫煙防止の取組をすすめてはどうでしょうか。現状、駅周辺が路上喫煙禁止区域となっていますが、吸い殻が落ちていることも多く、啓発や取り締まりなどの取組が必要なように思います。

p.80

「20歳未満の喫煙防止についての教育及び普及啓発及び受動喫煙防止のための環境整備を行います。」

「及び」が並んでいるのが公文書の用語の使い方として誤っています。正しくは「20歳未満の喫煙防止についての教育、普及啓発及び受動喫煙防止のための環境整備を行います。」もしくは「20歳未満の喫煙防止についての教育及び普及啓発並びに受動喫煙防止のための環境整備を行います。」でしょうか。

「妊産婦の禁煙・受動喫煙及び乳児・幼児の受動喫煙についての個別指導及び普及啓発及び受動喫煙防止のための環境整備を行います。」も同様です。