

## 平成17年度 第1回 京都市民長寿すこやかプラン推進協議会 摘録

日 時：平成17年6月20日(月) 午後2時～4時30分

場 所：ホテルニュー京都 3階「鳳凰の間」

出席委員：足達，荒綱，上原，小川，長上，木俣，木村，源野，玄武，斎藤，坂口，真田，清水(保)，清水(紘)，玉置，橋本，浜岡，福岩，森永，山田，吉光，渡邊(五十音順・敬称略)

司会 (前田部長)	定刻になったので、ただ今から平成17年度の第1回京都市民長寿すこやかプラン推進協議会を開催させていただく。 本日は、皆様方におかれては、御多忙な中、本協議会に御出席をいただき感謝申し上げます。 開会にあたり、折坂保健福祉局長から御挨拶申し上げます。
折坂 保健福祉局長	(挨拶)
司会 (前田部長)	続いて、新しく御就任いただいた委員を紹介させていただく。(社)京都府歯科医師会からは、理事の弘部様に替わって、理事の足達様に御就任いただいた。足達委員には保健医療の専門家からの御意見・御提言を賜りたい。高齢者保健福祉計画ワーキンググループに御参加いただく。 また、京都市在宅介護支援センター連絡協議会からは、常任委員の梶谷様に替わって、副会長の源野様に御就任いただいた。源野委員には保健福祉の専門家からの御意見・御提言をお願いする。高齢者保健福祉計画ワーキンググループ、及び基盤整備計画等ワーキンググループに御参加いただく。
足達委員・ 源野委員	(立礼)
司会 (前田部長)	続いて、事務局においても人事異動があったので紹介させていただく。 (大槻保健衛生推進室部長，西田健康増進課長，亀井健康増進課担当課長，松本長寿福祉課長，大西介護保険課担当課長の着任を紹介)
浜岡会長	それでは、議事に入る。 本日の議題は、報告事項が三点，協議事項が二点となっている。 まず，報告事項について，資料2～4までを一括して事務局から説明いただきたい。
事務局 (江口課長) (松本課長)	報告事項1「国の動向について」，報告事項2「『高齢者の生活と健康に関する調査』で見られる要介護状態となるリスク要因の分析について」，報告事項3「基盤整備計画(施設生活環境改善計画，市町村整備計画)について」を資料2，3，4に基づき説明。

森永委員	<p>要介護状態となるリスク要因の分析結果を拝見し、資料3の3頁の下の表中で、「外出」については、『自立 軽度層』と『中度層 重度層』でその内容がかなり違うのではないかと思う。一人で外出するのか、ガイドヘルパーが付いて外出するのかなど、外出の仕方についての資料はあるのか。</p>
事務局 (松本課長)	<p>御指摘のとおり『自立 軽度層』と『中度層 重度層』では外出の内容の違いが推測されるが、外出の仕方まで問う設問とはなっていないため、差を示す資料はない。</p>
渡邊委員	<p>資料3の3頁の説明変数(6)～(11)、3区分の真ん中の「以前からできる又は変化なし」について、「以前からできる」と「変更なし」を同等に扱ってよかったのだろうか。事前に指摘した方がよかったかもしれないが、その点で、この結果をもって要介護程度の変化との関連性を評価するのは少ししんどいかなという気がする。</p> <p>また、5、6頁の「家族と同居している」という項目が、『自立 軽度層』ではプラス、『中度層 重度層』ではマイナスというように逆向きに出てくる。『中度層 重度層』でだけこの項目を省かれているようだが、『自立 軽度層』でも省いた方がよかったのではないか。より分析的な話になるのだが、このようにプラスとマイナスとが逆向きに出る項目をモデルに置いておくことの妥当性について吟味されたのかどうか。</p>
事務局 (松本課長)	<p>工程の「以前からできる又は変化なし」を同等に扱っている点について、このような分析の仕方が正しいかどうかについては、今の時点では確かにご指摘のとおりと考えられるのではないかと考えている。</p> <p>二点目におっしゃられた「家族と同居している」という項目については、『自立 軽度層』では係数上、大きな値を示しており、判別に大きく寄与しているのではないかということで分析に入れたが、『軽度層 中度層』では外している。</p>
浜岡会長	<p>引き続き検討していくということか。</p>
事務局 (松本課長)	<p>その辺も含めて検討させていただく。</p>
斎藤委員	<p>7頁の「足腰を鍛える」、「転倒経験がない」の係数の値が低いということは、新予防給付の効果が薄いということか。</p>
事務局 (松本課長)	<p>この分析のリスク要因では、口腔機能と生きがい活動の係数が高く、「足腰を鍛える」、「転倒経験がない」はどちらも0.176で、前の2つに比べると相対的に低くなっているが、全般的に見て低いとは言えないと思う。</p>
渡邊委員	<p>判別分析をするということは、各項目が互いに独立であることが前提である。「足腰を鍛える」と「転倒経験がない」が本当に独立なのかということには、やや問題があると思う。関連のある項目が混じっていると、見かけ上の関連が小さく出たり大きく出たりするからである。</p> <p>この解析については、今事務局がお答えになったように、プラスは関連があるというぐらいの評価でいいのではないか。係数の大きさまで議論するのは難しい。</p>

先程プラス・マイナスが逆に出た「同居」の項目を問題にしたのは、マイナスであっても絶対値が大きい項目を外さなければならないモデルとするのであれば、そのような項目をあらかじめ外しておいた方がよいのではないかという考えからである。

要は、人を相手にした解析なので、厳密にするといろいろと割り切れない点が出てくる。したがって、どちらかと言うとこういう人の方が多い、どちらかと言うとプラス、どちらかと言うとマイナスといった理解で結果を見ていった方がいいのではないかと思う。

事務局  
(松本課長)

御意見をいただいたように、アンケート結果から分析、判別を行っているわけで、厳密に追及していけば、果たしてアンケートという方法でよかったのかということにもなる。ここでは、どういう傾向がみられるかを出す形で、これらの項目や係数を使って工程 まで導き、結果が出たということで御理解いただきたい。

長上委員

こういう傾向があるということで全体を捉えた方がよいというお話であったが、資料3の7頁、工程 の移行区分の判別に用いるリスク要因の表を見て、先ほどの御説明を考え合わせると、「足腰を鍛える」をまるで第一位のように捉えてしまうかもしれない。しかし、係数をみると「足腰を鍛える」はむしろ順位がかなり低い。これをもって、筋トレという新予防給付の効果と結び付けて強調するのはどうだろうか。あくまでも、このリスク要因の表は項目を並べてあるだけなので、そこを誤解しないように読まなければ少し危険だと思う。

事務局  
(松本課長)

御指摘の通り、リスク要因の表の項目はまさに並べてあるだけで、順位を示すものではない。

「足腰を鍛えているかどうか」という項目は、1番目の値ではないが、『軽度層 中度層』で挙げてある項目については、「頭をよく使うことの有無」なども含めて、一定国の言っている介護予防にもこういうリスク要因が並んでいく、それも横並びでこういう傾向があるということで御理解いただきたい。筋トレを強調しているつもりはない。

浜岡会長

ほかに御質問がないようであれば、協議事項1について説明をお願いします。

事務局  
(江口課長)

協議事項1「現時点における次期プランの介護サービス量の見込みについて」を資料5に基づき説明。

浜岡会長

この件については、二つのワーキンググループで一定の論議を行ってきた。不確定要素が沢山ある中での、現時点でのサービス量の見込みであるので、今後新しい条件が加われば、数字について色々と検討していくことになるかと思う。

御意見、御質問をお願いしたい。

いくつかの推計値を紹介させていただくと、高齢者人口については、住基等に基づいて計算すると、現行よりも高齢者数が低めになるということである。また、介護予防を実施する効果を見込んで、要介護認定者数の伸びが、自然体でいった場合よりもかなり低めに算定されている。それに基づいて、実際どれくらいサービス利用者が見込まれるかという計算の仕方

になっている。

7頁の「要介護認定者数（予防後）の推計及び自然体との差」の表で、18年度から20年度までの3年間、自然体でいった場合と介護予防サービスを実際実施した場合とで、かなりの差が出てきている。これについて、介護予防サービスを受けたことによって要介護者が減少するという実証的なデータ（県レベルや自治体レベル、モデル的なもの）はあるのか。

事務局  
（江口課長）

介護予防の効果は、サービス量の推計において二点見込まれている。地域支援事業を実施することによって要介護認定者にならないというのが一点、要支援または要介護1の一部の方に新予防給付を実施することによって重度化しないというのが一点。この二点が合わさって、自然体と介護予防後の推計値に差が出てきている。

地域支援事業の実施による効果20%、新予防給付の実施による効果10%については、全国一律に、こういうことを見込んで要介護認定者の推計をするようにと、国から示されたものである。どこかの具体的な資料に基づいて、これらの数字が出てきているわけではないと聞いている。目標という意味も含めて、この程度の数字は（効果が）出てくるだろうという考えに基づいた設定と思われる。

上原委員

今、手元にデータを持っていないが、日医総研が島根県で実施した結果を厚労省が参考にしていないか。

事務局  
（江口課長）

島根県のいくつかの市町村で介護予防のモデル事業を行ったことは聞いているが、この10%、20%という数字がその結果と結びついているのかどうかについては、「直接的な根拠はない」というのが、国からの回答であった。

浜岡会長

と言うことは、効果が過大に見込まれているとすると、実際にそこまでいかない場合には、介護保険の赤字ファクターになるということか。

事務局  
（江口課長）

おっしゃられたとおり、効果が上がらなければ事業計画と比べて保険給付が多くなるし、これ以上の効果が上がれば逆に保険給付が少なくなるということである。

予防効果をどの程度見込むかについては、第2号被保険者の保険料が介護保険給付の32%と全国一律に定められており、介護予防の効果によって全国の第2号被保険者の保険料も決まってくることから、本市だけが予防効果を低く見込むことはできず、国の参酌標準に基づき推計したということである。

事務局  
（土井室長）

補足であるが、高齢者の分野においては、社会参加のための事業も、健康づくりの事業もある。そういうものをまとめて、介護に至らないための様々な事業を、市町村を中心として工夫しなさいというのが国の考え方であるし、各自治体、本市においても取組を進めてきたところである。

厳格に言うと、生活に密着した介護予防の様々な事業には、全国統一の姿で実施されているものはまずない、というところからスタートした方がいいと思う。

転倒予防や閉じこもり、口腔予防等に関しても、実際にそれぞれの自治体が工夫した結果こんな方法があると会議で報告を行ったものや、国が研

究班を作って参加を呼びかけるという形で実施したものであり、極めて予防効果があったとも聞いている。

一方、これらの手法を、同じ条件の対象者に対して一定の方法でもって行ったということの検証に関しては、論文・報告ごとに評価が違っている。

概してこういうものは、傾向としては役に立つであろうという見方であり、本日の報告の「高齢者の生活と健康に関する調査」の分析結果に関しても、一定の傾向が見えたという受取り方を現在私どもはしている。

長上委員

介護予防の取組によって、要介護者が若干減るのではないかという考え方であるが、一方で、今の給付では在宅介護がとても全うできないという状況もある。独居高齢者や高齢者夫婦世帯が多くなるにつれて、給付が不十分なことは明らかである。そういう点のある程度考慮して、今回のサービス量を算定されたのだろうか。いささか、予防給付などで“切る”という面ばかりが強調されているように感じるが、果たして在宅介護を行っている人の状況を見て算定されたのだろうかというのが一点。

二点目は、施設の入所者が重度者に重点化されるということは、入所者にとってもしんどい状況だと思うが、働いている人にとっても非常に労働がきつくなる。今回のサービス量算定に直接関係はないかもしれないが、常勤換算の方法なども考えないと、施設は本当に大変な状況になるのではないのか。今回の議論とは少し外れるが、大事なことだと思っている。

事務局  
(江口課長)

一点目について、本市においても、介護保険サービスだけですべてができるというわけではないので、一般施策として保健福祉施策を提供している状況である。

また、今回、介護保険の中で、住み慣れた地域で高齢者が生活できるようにということで、新たに地域密着型サービスの整備を行うこととなっている。地域密着型サービスには、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症高齢者専用のデイサービスなど、国で六つのサービスが考えられており、本市としても、それらを提供することによって、在宅介護を維持するための取組を行っていかなければならないと考えている。

また保健福祉施策については、今後皆様に方向性をお示しし、検討していくことになろうと考えている。よろしく願いしたい。

荒網委員

ゴールドプランが制定された時に、施設の参酌標準は3.2%であったが、本市のように高齢化率が非常に高く、後期高齢者が多い中では、少し見直すことも必要であろう。

また、京都らしさを出すために、今、国が進めている地域密着型サービスの中で、小回りの効くサービスを計画の中に是非入れて頂きたい。高齢者が安心して地域で共に暮らせるようなサービスが、特に京都では必要ではないかと思っており、そうなるよう願っている。

事務局  
(江口課長)

施設サービスについて、以前は高齢者人口の3.4%を見込んでいたが、今回は3.3%としている。全国の平均は、第2期事業計画において3.2%、今回は3.1%ぐらいになると思っている。それに比べて、本市では3.3%という比率を本日御提示したところである。

また、今回の算定では、居住系サービスについて、資料の8頁にあるとおり、平成26年度において1,460人と見込んでいる。これは高齢者人口の0.4%にあたる。さらに、居宅サービスの中の特定施設入居者生活介護利用

者を 900～1,000 人と見込んでいる。

これらを合わせると 3.95% ぐらいになる。施設ということだけでなく住まいという視点からも様々な選択肢を増やしていくことが必要ではないかと考えている。

浜岡会長                   ほかに御質問がないようであれば、協議事項 2 について説明をお願いします。

事務局  
(松本課長)               協議事項 2「介護保険制度の見直しに係る本市の考えについて」を資料 5 に基づき説明。

渡邊委員                   元学区や中学校区、介護保険施設の場所などを示した地図をいただければ、と思う。地域のコミュニティを考える上で、実際に地図を見なければ実感が湧かず、議論しにくいのではと思う。

事務局  
(松本課長)               御指摘の地図については、現状のデータがなく、作成中である。盛り込む内容が多いので、その辺りを考慮しながら作業を行っている最中である。

上原委員                   地域包括支援センターは、地域型在宅介護支援センターから移行されるということだが、地域包括支援センターは基幹型と業務内容も重なってくると思う。これができた後の基幹型はどのようになるのか。

事務局  
(松本課長)               御質問いただいた基幹型の支援センターについては、本市の各区の福祉事務所に設置し、活動を行っている。今回の見直しで盛り込まれる内容との整合性をどうしていくかについては、包括支援センターに対する指導的、総括的な役割を担ってまいりたい。各区ごとに地域ケア会議その他で地域のネットワークが作られてきているので、その辺りを考慮しながら検討していく。

上原委員                   そういう役割も、ほとんどが地域包括支援センター運営協議会の仕事になるのではないか。

事務局  
(松本課長)               ある程度は運営協議会が担っていくことだとは思いますが、資料 6 の 3 頁にあるように、「地域包括支援センター運営協議会は全市レベルで設置するほか、政令指定都市である本市の場合、地域ごとの固有の課題等について議論する場が必要である」ということで、各区ごとの分も含めて検討していきたい。

上原委員                   地域ごとの固有の課題等について議論する場として、地域包括支援センター運営協議会が今の基幹型の代わりになるものではないか。

事務局  
(松本課長)               地域ごとの運営協議会的なものに対しても、今の基幹型がどのような役割を担っていくかということを検討しているところである。

上原委員                   日常生活圏域というのは、基盤整備を進めるための考え方ということだが、医療の分野では圏域を決めたがために“しぼり”が随分出てきているのではないか。圏域設定は、基盤整備をする時には確かに便利ではあるが、横のつながりを考えずにやってしまうと大変なことになってしまう。幸い

京都市では、各サービスの基盤整備の考え方であって、圏域外のサービス利用を制限するものではないとのことであり、安心した。今後ともそのような考え方でやっていただきたいと思う。

事務局  
(松本課長) その辺りについては、地域密着型サービスを含めて、圏域以外のサービスの利用を制限することはないという方向で進めさせていただきたい。

事務局  
(江口課長) 地域密着型サービスは、その市町村の住民のみがサービス利用できることから、例えば今後、京都市にお住まいの方が他都市のサービスを利用しようと思っても利用できないし、他都市の方も同じく、京都市の地域密着型サービスを利用できないという状況が生じてくる可能性がある。こういう制限はあるが、市内で日常生活圏域を越えて利用できないというような制限はない。

荒網委員 地域包括支援センターが設置されても、機能するかどうか、いささか不安を感じる。

7頁の地域密着型サービスの中で、認知症対応型デイサービスセンターは「検討中」となっているが、若年期の認知症、あるいは高齢でも若干体力があって多動的な認知症の人たちの受け皿がないということで、ケアマネジャーが非常に困っている。

こういった、問題行動のある人ということで行き場のない状態になっている人たちの受け皿として、地域密着型サービスは本領を發揮できると我々は受け止めている。「検討中」とのことなので、いずれは実現するのだろうが、きちっと整備していただくことをお願いしておきたい。

事務局  
(松本課長) 認知症対応型デイサービスセンターについては、圏域設定する必要があるかどうかも含めて、圏域内でどの程度整備すべきかを検討している段階である。整備自体は行うという方向で検討している。ただし、参入見込みが難しい部分がある。同じ地域密着型で整備していく認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護等の圏域との調整も含めて検討してまいりたい。

事務局  
(江口課長) 認知症専用型の通所介護の事業所は、現在、本市に17箇所ある。今度、地域密着型サービスということで、指定権限が京都府から京都市に移り、18年4月からは、市が指定する地域密着型サービスになっていく。現在17箇所あるので、それに加えてどの程度設置していくかということは今後の検討課題と考えている。

上原委員 介護保険制度見直しの中で、「施設志向の是正」が一つ大きな問題として挙げられているが、京都市独自の対策といったものは考えておられるのか。

事務局  
(江口課長) おっしゃるように、介護保険の中で、施設志向になっているというのが現状である。

これについて、国の参酌標準では、施設の利用者数を、要介護2以上の41%から37%へと、介護予防の効果や多様な住まいの提供等を含めて1割削減するということになっている。

本市としては、居住系サービスの見込みを第二期計画よりも増やして見込んでいる。介護専用型ではない特定施設についても一定見込んで居住系

の割合を増やしていき、利用者の選択肢を拡げたいと考えている。

さらに、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護等も整備をして、居宅でも生活し続けられるようにサービスの充実を図ってまいりたい。

事務局  
(折坂局長)

市独自の対策ということであるが、一点目は、介護保険そのものが全国画一の制度として運営していくことになっているので、この枠組みの中で市独自の取組というのはかなり難しい。ただし、介護予防については、独自の工夫の余地が大いにある。色々な論文や実証データがあるが、そのほとんどはかなり高いレベルで実施しておられる。これを、現実に限られた職種やスキルのスタッフで行う際に、どれだけの効果があるかは、かなり未知数の部分があると思う。

その中で本市においては、すでに10年前から南区に健康増進センターをつくり、保健医療とトレーニングとの連動、あるいは保健所においても転倒予防教室など様々な取組をしている。昨年度からは独自の筋力トレーニングの普及活動も行っている。

二点目は、地域密着ということが重視されてくると、介護保険サービス事業者と地域の福祉力との連携が重要になってくる。この点については、昨年3月に「京(みやこ)・地域福祉推進プラン」を策定して、各地域、とりわけ学区を中心とした地域の力を活かしていこうという取組を進めている。こういう動きと地域密着型サービスとをいかに連携させていくかということが、行政の関わりどころがあるのではないかと考えている。

将来的な課題として、私見であるが、今日、結婚なさらない单身の方が非常に増えている。また、住まいについても、持ち家志向ではなく、“借りて暮らす”ということがかなり多くなってくると、現役の時代は何とか暮らしていけても、引退後、所得が低くなった場合に非常に生活が苦しくなる。とりわけ、介護を要する状態になった場合に、低所得の方で住んでおられるような住居では、介護そのものもできないといった場合、従来は特別養護老人ホームなり養護老人ホームに入っておられたわけだが、これらの施設の入所対象にもならないということになると、低所得者向けの新たな居住系サービスが将来的に重要になってくるのではないかと。

上原委員

お答えいただいた後半部分が聞きたかった。前半部分の「介護保険は全国一律だから」ということについては少し疑問を感じるが。

介護保険の中でも、やはり保険者機能というものを重視して地域密着型サービスをつくるというのは、介護というものはそれぞれの地域で特性があるからである。こういう考え方から、市独自の方向というものが何かできてもいいのではないかとということで質問した。

浜岡会長

地域支援事業について、高齢者人口の5%ぐらいを対象にして介護予防事業を実施し、そのうち20%については介護保険のサービス利用へ移行するのを防ぎたいということであるが、現在の老人保健事業と介護予防事業は、高齢者人口の5%程度という水準をすでに上回っているのか。今後、地域支援事業を実施していくためにはプラスアルファで何か新しいメニューをイメージしていく必要があると思うが、現状はどうなっているのか。

事務局  
(土井室長)

介護予防としては、健康手帳の交付、健康診断等、さまざまな事業を実施しているが、今後、補助金になるのか、あるいは医療保険で出されるのかについて、まだ結論が出ていない。また、現時点では、(地域支援事業に

において)多数の人たちに集団で実施する介護予防事業の範囲についても不確定である。

介護予防に相当する老人保健事業が今後どこに入っていくのか、現在検討しているところであるが、予算との関係でどうなるのか、あるいは介護予防の効果を示す指標を設定していく場合の事業としてどのように挙げていくかということは未定である。

老人保健事業というのはかなり幅広く、ニーズに応じて実施されているところである。

事務局  
(松本課長)

各事業の割合は今手元にはないが、事業の分類として、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチ、それぞれを介護予防・地域支え合い事業、老人保健事業として各種展開しており、それらの経費の総額が平成15年度では25億ほどとなっている。

浜岡会長

高齢者人口の5%だと、京都市の場合15,000人ぐらいが想定されるが、現行でそのぐらいの介護予防をすでに実施していれば、その水準を超えてプラスアルファしていけばより効果が強まって、介護保険への移行を防止できるようになるのではないかと考えた。しかし、様々な新しいメニューは、現行よりもさらに強化された介護予防メニューではあるが、その中身については未定ということである。

上原委員

京都市は、老健事業の中で介護予防事業をかなり行っているように思う。新たなことを考えるより、むしろ動員をどうするか。今の事業の中で5%動員すれば、もう新たなことを設ける必要がないくらいだと私は見ている。

事務局  
(折坂局長)

先ほどの上原先生の、介護保険が画一的かどうかという御指摘について、回答が不十分であった。制度のメニュー等の枠組みは画一的ではあるが、その運用については保険者ごとに独自のものをやっていくというのが介護保険の前提であり、この運営協議会そのものがその方針に基づき審議いただいているということである。御指摘のとおりである。

事務局  
(大槻部長)

本市における介護予防の取組について補足させていただくと、各保健所における取組と併せて、地域で人数と時間と場所をある程度確保していただければ、こちらの方からスタッフを派遣させていただき、身近な生活空間で「転倒予防教室」等の支援を行っていきこうという取組を進めている。

このようなきめ細かな取組と併せて、御指摘のとおり、参加していただける人数をできるだけ増やしていく、そういう機会を沢山創り出していくことを、5%のメニューの中心的な課題としていきたい。

また、本市における具体的な特色ある取組として、筋力トレーニングのためのプログラムを、地域での様々な取組と連携して、普及させていただくよう頑張っていきたい。

山田委員

施設志向が強まっている中、今回の介護保険の見直しで市民が心配されているのは、施設に入れないという状況が本当に改善されるのだろうかということである。

参酌標準により、高齢者人口の3.数%という施設の総枠は変わらないし、施設に入れる比率も変わらない。我々も実際、施設待機者に日常的に直面しており、大変重い課題だと感じている。

ただ、要介護1～3の方で、施設にお入りになりたい、お待ちになっている方では、やはり独居や認知症の問題が大きい。10年後には施設入所者の7割が要介護4、5となるような方向が示されている中、今回の地域密着の取組については、要介護3ぐらいの方をいかに施設ではなく、地域で暮らせるよう支援していくかが一つのポイントだと思う。

というのは、申し込んでいる方全てが施設を望んでおられるのではなく、在宅で住み続けられないという状況があるからである。そういう意味では、資料に示して頂いている「ケアマネジャーの質の向上」等によって、施設でしか住めない状況を、具体的な手順としてきちんとニーズをアセスメントし、新しいサービスに繋いでいく、そのことで新しいサービスとして何が必要かを考えていくことが重要である。

もう一点は、資料5の14頁の表中の、自立者も入居可能な特定施設が平成16年度269名、平成26年度889名となっている。私の手元の数字では今日現在、高齢者人口の0.09%ぐらいだと思うが、それを10年後に0.26%ぐらいに増やすことになる。特定施設を少し拡大する方向でお考えになっているのか御回答いただきたい。

福祉先進国でも、高齢者介護施設のベッド数の対高齢者比率は3%ぐらいで、日本もそれに引けを取っていないというのはデータ的にも正しいようである。一方、日本には、新しい居住系サービスが圧倒的に少ないと言われている。厚労省は高齢者人口の5%程度必要だと言っている。

それらを、京都市ではかなり拡大していく方向でお考えと思う。ただ、14頁の889名というのは、介護専用型と違って自立者も入居可能ということで、要介護者ばかりではないということなのかお答えいただきたい。

また、23頁の棒グラフ、『居住系サービス・新たな住まい』の約2,400人に889人を合わせて高齢者人口の3.96%ということであるが、自立者も入居可能な特定施設の活用等を含めて、積極的に御検討いただくことをお願いしたい。

事務局  
(江口課長)

14頁の889人については、要介護認定者ということで数字を置いている。特定施設の利用者については、平成17年3月現在の実績で278人ということで、平成16年度の計画の269人を上回って推移している。今後、有料老人ホーム等の整備が進むだろう、それに伴って特定施設入居者生活介護の対象者も増えていくだろうということで、この数字を置いている。この合計(利用者数)については、すべて介護保険の対象者ということである。

浜岡会長

他に御意見、御質問等がないようなので、本日の推進協議会はこれで終わりにしたい。

司会  
(前田部長)

長時間にわたって本当に熱心に御議論いただき、皆様に感謝を申し上げます。次回は8月の中旬に開催をさせていただきたいので、よろしく願います。

土井室長

(挨拶)