

第2回 川崎市高齢者外出支援乗車事業のあり方検討会議
次第

日 時 令和2年8月19日(水)午後6時～
場 所 川崎市役所第3庁舎15階会議室

1 開会

2 検討事項

(1) 川崎市高齢者外出支援乗車事業の今後のあり方について

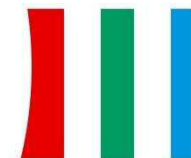
- ・福祉政策及び交通政策における本事業の位置づけ等について
- ・年齢要件のあり方について
- ・受益者負担及び三者負担のあり方について
- ・ICT技術の導入について
- ・他の外出支援施策について
- ・その他各委員から寄せられた意見
- ・今後のスケジュール

(2) その他

3 閉会

(配布資料)

- ・資料1
- ・資料2 「福祉政策等における本事業の位置づけ」
- ・資料3 「藤原委員からの提供資料」
- ・資料4 「石山委員からの提供資料」
- ・資料5 「中村委員からの提供資料」
- ・資料6 「ICT化媒体別メリット・デメリット」
- ・資料7 「第1回 高齢者外出支援乗車事業のあり方検討会議 摘録」
- ・資料8 「各委員からの意見一覧」



Colors, Future!

いろいろって、未来。

川崎市

第2回 川崎市高齢者外出支援乗車事業 のあり方検討会議

令和2年8月19日（水）

川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者在宅サービス課

- ◆交通政策及び福祉政策における本事業の位置づけ等
について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 3
- ◆年齢要件のあり方について・・・・・・・・・・・・・・・・ P 5
- ◆受益者負担及び三者負担のあり方について・・・・ P 8
- ◆ICT技術の導入について・・・・・・・・・・・・・・・・ P 13
- ◆他の外出支援施策について・・・・・・・・・・・・・・・・ P 16
- ◆その他各委員から寄せられた意見・・・・・・・・ P 18
- ◆今後のスケジュール・・・・・・・・・・・・・・・・ P 20

交通政策及び福祉政策における 本事業の位置づけ等について

- 交通政策等における本事業等の位置づけについて
- 藤原委員からの提供資料
- 石山委員からの提供資料
- 中村委員からの提供資料

年齢要件のあり方について

1 現行制度について

現行制度では、満70歳以上を対象としているが、これについては、制度開始（昭和49年7月）の前年（昭和48年1月）に創設された老人医療費支給制度にならったものと予想される。

2 他都市の状況

| 対象年齢 | 都市名 |
|-------|---|
| 65歳以上 | 名古屋市、堺市、新潟市 |
| 70歳以上 | 川崎市、札幌市、仙台市、東京都、横浜市、京都市、大阪市、神戸市、広島市、福岡市、熊本市 |
| 75歳以上 | 北九州市 |

※さいたま市、相模原市、岡山市は未実施。静岡市、千葉市、浜松市は制度廃止。
※広島市は令和2年8月をもって制度廃止の予定。

3 各委員からの主な意見

- ・ 財政面を配慮すれば後期高齢者の75歳以上、一方で定年退職後も継続的に活動する環境を整備する観点では65歳以上とすべきであるが、間を取って現行の70歳以上は妥当と考える。
- ・ 現在の75歳は20年前の65歳相当の体力があるとの分析結果も出ており、医療においても75歳を分岐点としていることなどから、75歳以上が妥当と考える。ただし、75歳未満でも移動制約者や運転免許返納者への配慮は必要であり、激変緩和措置の検討も必要である。
- ・ 70歳以上が妥当と考えるが、70歳未満でも介護保険利用者などを対象にしてはどうか。
- ・ 定年延長により70歳まで働く人も今後増加することが予想されるため、現行の70歳以上は妥当と考える。
- ・ 現行の定年年齢の65歳以上が望ましいが、財政面などを鑑みると、現行の70歳以上はやむを得ないものとする。

受益者負担及び三者負担のあり方 について

1 受益者負担について

(1) 現行制度について

本市では、一般的に公共交通機関は応益負担であることなどから、応益負担制、且つフリーパス式とコイン式（都度払い方式）の併用制を採用している。

(2) 他都市の状況

| | 方式 | 代表都市 | 内容 |
|------|------------------------|----------------|---|
| 応益負担 | フリーパス式とコイン式(都度払い方式)の併用 | 川崎市 | 省略 |
| | コイン式(都度払い方式) | 大阪市 (ほか4都市) | 乗車時に50円負担 |
| | 利用上限設定方式 | 札幌市 (ほか3都市) | 利用者納入金1,000～17,000円で、10,000～70,000円分の利用が可能 |
| 応能負担 | フリーパス式 | 横浜市 (ほか4都市) | 障害者等・・・・・・無料／年 ↓ 合計所得金額が700万以上の方 ・・・・20,500円／年 |

(3) 各委員からの主な意見

- ・障害のある方など、移動困難者は割引く、もしくは無料にするという発想と、所得の多い方はある程度負担してもらうという発想を組み合わせるのが基本と考える。
- ・応能負担による若干の値上げはやむを得ないものとする。
- ・応益負担の場合、低所得者層の負担感は大きくなり、一方で応能負担の場合、資産の範囲や把握方法、そのための事務処理や経費を要し、これらを総合的に勘案すると、大人普通乗車料金の半額となっていることをもって、十分に低所得者への配慮がなされているとみなし、現行の応益負担のままでよいものとする。
- ・バス代を補助するという生活支援が目的であれば応能負担という考え方もあると思うが、本事業はそうではないため、現行の応益負担のままで良いものとする。
- ・サービスを受ける度合いが高い人ほど自己負担が多くなるという、現行の応益負担の考え方は、公平性の観点から今後も踏襲すべきである。所得状況に応じて制限を課すという考え方もあるが、高所得者の利用を制限することは、本事業の主旨と異なるのではないか。

2 三者負担割合について

(1) コイン式（高齢者特別乗車証明書）＝都度払い方式

①負担割合

- ・川崎市内を運行するバスの乗車料金：210円
(※ただし、一部距離別料金の路線あり)
- ・**利用者負担 110円：市負担 100円：事業者負担 0円**
(※ICカードの場合は、利用者負担105円：市負担105円：事業者負担0円)

②補助金算定方法

紙の証明書であり、正確な利用実績の把握が困難であることから、数年に一度、利用実態調査を実施し、調査結果から一日あたり
の平均利用率を算出し、その平均利用率を用いて補助金を算定している。

(2) フリーパス式 (高齢者フリーパス)

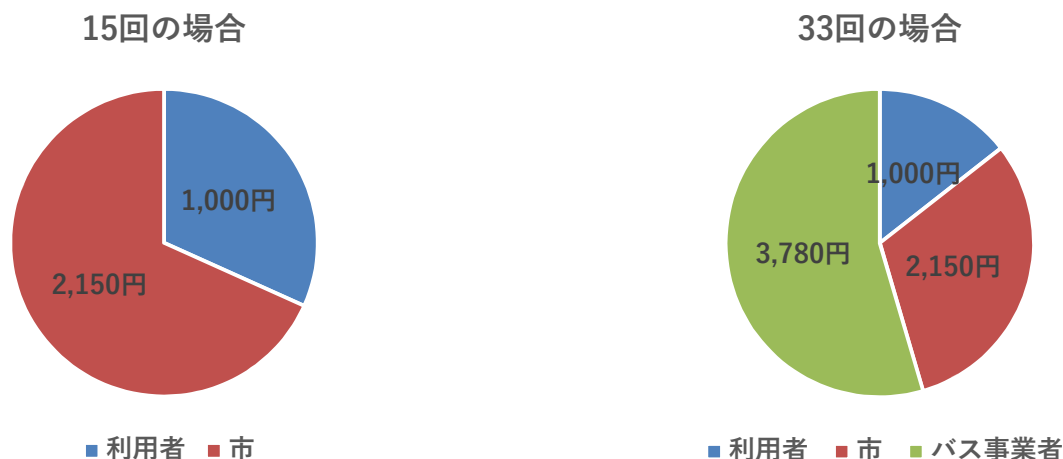
①負担割合

- ・ 高齢者フリーパスひと月あたりの単価：3,150円(210円×15回)
- ・ 利用者負担 1,000円：市負担 2,150円：事業者負担 0円(16回目以降は全額負担)

②補助金算定方法

紙の証明書であり、正確な利用実績の把握が困難であることから、平成16年の制度改正当時より、川崎市高齢者実態調査結果等から、ひと月あたりの平均乗車回数を15回に設定し、補助金を算定している。

<負担割合イメージグラフ>



I C T 技術の導入について

1 各媒体のメリット・デメリット

資料6「I C化媒体別メリット・デメリット」を参照。

2 他都市の状況

| I Cカード | 該当都市名 |
|------------|--|
| I Cカード導入済み | 札幌市、仙台市、新潟市、名古屋市、大阪市、神戸市、堺市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市 |
| I Cカード未導入 | 川崎市 、東京都、横浜市、京都市 |

※さいたま市、相模原市、岡山市は未実施。静岡市、千葉市、浜松市は制度廃止。

※広島市は令和2年8月をもって制度廃止の予定。

3 各委員からの主な意見

- ・ I C T技術の導入にあたっては、目的がぶれないこと、初期導入費用が10年以上あるいはそれ以上の視点で財政的評価をすること、誰もが使えるシステムであることが基本と考える。
- ・ 対象が高齢者であるため、非接触型で手間のかからない方式にすべき。
- ・ 若年者と比べ紛失リスクが高いことが予想されるため、高齢者が見やすい色にするなど紛失リスクを低減する必要がある、紛失時のサポート体制の整備も必要。また、不正利用防止対策なども必要である。
- ・ 誰でも使いやすいことが最低条件だが、それに加えて、個人情報の取扱いとセキュリティー面が重要。
- ・ 数億～数十億と試算される導入コストについて、三者がどのような割合で負担するのか検討する必要がある。
- ・ 医療や介護データとの紐づけや、地域経済の活性化など、どこまでの機能を付加させるのか検討が必要。
- ・ 希望者には、救急情報も付加できるようにし、緊急時に活用できるようにしてはどうか。
- ・ 高齢者がスマホを介して何ができるのか、必要とされるのか分からない。Suica、PASMOで十分だと考える。

他の外出支援施策について

各委員からの主な意見

- ・ 地域交通とはなんなのかの整理が必要。タクシーを地域の交通としてどう位置づけるのかがあって、その上での議論だと考える。その議論を行った上で、タクシーにも条件を付して適用とするのが良いと考える。
- ・ 他の交通手段を対象とする場合に、事前の試算を十分に検討し、受益者負担額を算出してから議論すべき。
- ・ 活動性を高めるという観点、また、地域によって生じる交通機関の整備状況の相違（公平性）から、タクシーや電車を対象とするか検討してはどうか。
- ・ 川崎市の場合、過疎地域で元々バスがなかったり、廃止された代替措置とは違う。
- ・ 高齢者の外出ニーズは、小回りの利くサービスである。
- ・ 福祉分野とまちづくり分野の政策連携が望ましい。

その他各委員から寄せられた意見

その他各委員から寄せられた意見

- ・「高齢者の社会活動への参加を促進し、もって高齢者の福祉の増進を図ること」という事業目的が曖昧で、事業の目指すべきところが良く分からないため、今後、事業が目指していくことも踏まえ、目的を明確化すべき。
- ・新型コロナウイルス感染症との共生社会が求められており、本事業を継続しつつ、より高齢者に身近な事業に視点を変えることが重要である。
- ・三者の間でどこかが過度に負担することなく、三者が痛み分けをしないと本事業の維持は困難であり、問題を単にバス事業者の経営や、財政負担・利用者負担の増、と捉えると、三竦みの状態になってしまう。
- ・本事業を持続可能な制度とするためにも、減算上の利用回数の把握は必須であり、利用回数を把握した上で、三者負担についても検討すべきである。

今後のスケジュール

| | 日 程 | 内 容 |
|-----|-------------------------|---|
| 第3回 | 令和2年9月24日(木) 18:30~ | <ul style="list-style-type: none">・市民アンケート速報結果の提示・報告書素案の提示・報告書素案の内容について検討 |
| 第4回 | 令和2年10月20日(火) 18:30~ | <ul style="list-style-type: none">・報告書案の提示・報告書案の内容について検討 |
| 第5回 | 令和3年2月 | <ul style="list-style-type: none">・報告書最終案の提示 |

高齢者の健康づくり、介護予防の一体的な推進に向けて (案)

介護予防関連事業の現状と課題

かわさきいきいき長寿プラン

かわさき健康づくり21

川崎市国民健康保険データヘルス

等

- 各計画で実施している事業を健康づくり、介護予防の視点から目的・目標別に整理し体系化
- 事業の関連性や重複、不足等の確認
- 国の動きを注視しながら事業の方向性を確認

今後の取組

指標の検討
 目指すべき目標を焦点化し体系的に事業を推進
 関係部署間で協議・調整し横断的な事業展開の検討

≪例≫ 効果的な普及啓発方法の検討
 通いの場の情報集約と活用
 フレイル(虚弱)、認知症の早期発見と普及啓発
 社会参加の機会の拡大に向けた取組

介護予防関連施策の共通の目標設定及び事業の体系化を行い効率的・効果的な事業展開のための検討

介護予防関連事業の体系の整理 (検討中)

目標及び指標

事業の例

課題

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>①主体的な健康づくり・介護予防につながる普及啓発の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防の認知度 (い) ○生活習慣病予防の情報源がある人の割合 (健) | <p>普及啓発</p> | <p>健康フェア等の各種のイベント、講演会 いこい元気広場、かわさき健康チャレンジ 介護予防いきいき大作戦啓発イベント</p> | <p>無関心層へのアプローチの検討 効果的なターゲット層の検討 事業間の連携による効果的な広報</p> |
| <p>②身近で多様な居場所(通いの場)の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ○住民主体の通いの場に参加する高齢者の数 | <p>地域活動支援</p> | <p>自主活動グループの立ち上げや活動支援 活動場所調査、老人クラブ支援 地域カフェ等ネットワークづくり</p> | <p>働きかけの裾野の拡大 住民等の主体的な取組を支援</p> |
| <p>③いきがづくり・社会参加の促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ○生活に「はり」や「楽しみ」を感じている人の割合 (い) ○ほぼ毎日外出している高齢者の割合 (い) | <p>担い手の支援</p> | <p>健康づくりボランティア養成及び活動支援 いきいきリーダー養成、シニア向け傾聴講座 認知症サポーター養成</p> | <p>既存の担い手の固定化・高齢化と支援方法 養成後の活動場所とのマッチング方法 事業間の連携による効率的な手法の検討</p> |
| <p>④早期発見及び予防的介入の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防の認知度 (い) ○生活習慣病予防の情報源がある人の割合 (健) | <p>社会参加</p> | <p>地域活動紹介 (マップ、HP) ねんりんピック、高齢者外出支援乗車事業</p> | <p>テーマを限定しない集いの場の充実 コミュニティ施策との連携</p> |
| <p>⑤重度化予防に資するサービス等の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域包括支援センターの事業評価(介護予防ケアマネジメント) | <p>相談</p> | <p>個別健康教育、個別相談支援 地域包括支援センターの総合相談支援</p> | <p>個人、地域活動、関係機関等が相談できる窓口</p> |
| | <p>早期発見及び対応</p> | <p>がん検診、特定健診、特定保健指導</p> | <p>健診(検診)受診率及び保健指導実施率向上 データを活用した支援対象者層選定の検討</p> |
| | <p>把握</p> | <p>事業、地域活動、個別支援からの把握 ひとり暮らし等高齢者見守り事業</p> | <p>把握した対象者を支援等につなげるための事業間の連携強化</p> |
| | <p>重症化予防 重度化予防</p> | <p>生活習慣病重症化予防事業 介護予防ケアマネジメント</p> | <p>地域包括支援センターの介護支援専門員への支援を通じた 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメントの強化</p> |

(い) いきいき長寿プラン、(健) かわさき健康づくり21

交通政策における本事業等の位置づけについて

本市における輸送資源を踏まえた地域公共交通計画の対象範囲

(1) 路線バス

- 不特定多数の旅客を一度に輸送する、通勤、通学、私事など幅広い目的で利用される、駅などへのアクセスを担う交通手段。
- 路線バスネットワークは、ターミナル駅などへのアクセスを中心に、市内各地や隣接都市に広がる路線網を形成している。
- 本市では、平成26年に路線バスネットワーク構築やサービス向上に向けた路線新設又は既存路線の見直しを検討する路線バス社会実験制度を設立して、これまで運行本数の増加や、系統新設を行ってきた。

| 実施年度 | 事業者 | 内容 |
|--------|----------|--------------------------|
| 平成26年度 | 小田急バス | 既存路線の増便（新百合ヶ丘～向原【新04】） |
| 平成28年度 | 市バス、東急バス | 路線新設（向ヶ丘遊園駅～たまプラーザ【た83】） |

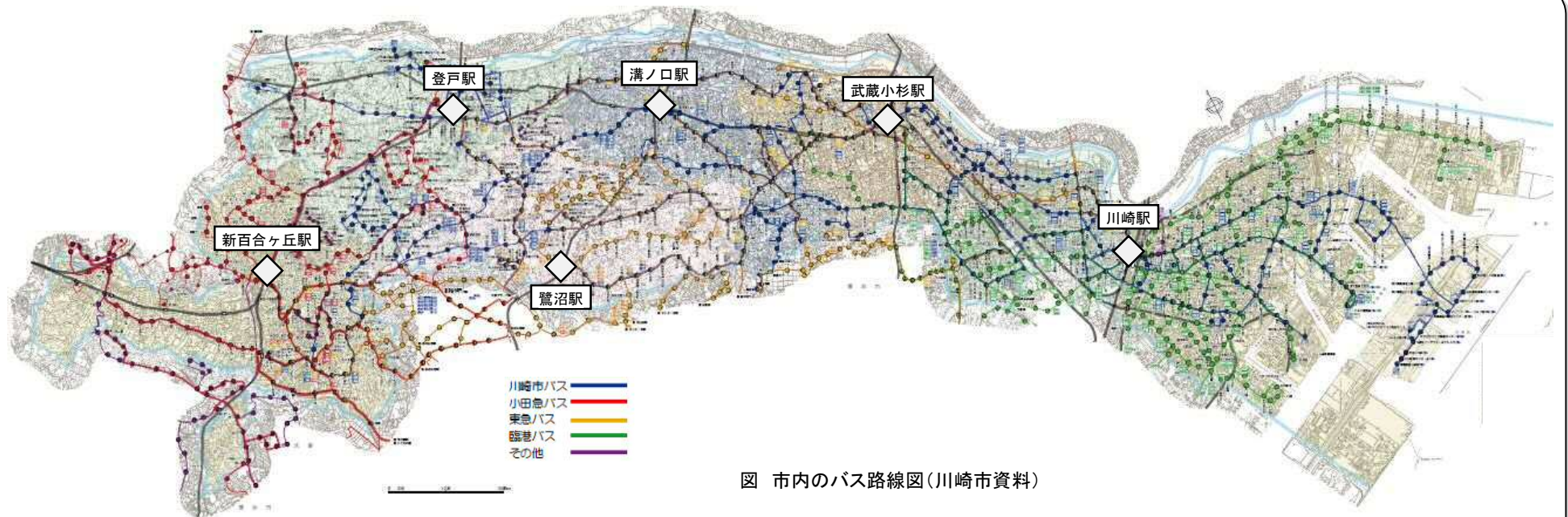


図 市内のバス路線図(川崎市資料)

(2) タクシー

- 幅広い利用者の日常生活を支える需要に応じた自由度の高い交通手段として、ドアツードアのきめ細かなサービスを提供する交通手段。
- 本市では、平成25年にユニバーサルデザインタクシー導入費の補助を開始し、子育て世帯から高齢者、障害者をはじめ誰もが安全・安心で快適に利用できる交通環境の整備を推進している。



ユニバーサルデザインタクシー

①乗合型の運行、タクシーの活用

- 停留所を設定して乗降する乗合型やタクシーを活用した予約型などにより地域交通環境の向上を推進。
- これまで麻生区高石と多摩区長尾台の2地区において、乗合型が導入されている。



山ゆり号(高石地区)



あじさい号(長尾台地区)

(3) 企業送迎バス・観光バス

- 需要に応じ、有償で自動車を貸し切って特定の利用者を運送するバスのことで、市内においては、臨海部立地企業への送迎や、観光などがある。



企業送迎バス

②ボランティア運行

- 道路運送法の許可を要さない無償により旅客を輸送する運行形態。
- 宮前区野川南台地区においては、自治会などが主体となり、自治会費や寄付などにより平成20年度から運行している。



みらい号(野川南台地区)

(4) コミュニティ交通

- 路線バスの運行がない地域や道路環境等の理由により路線バスが運行できない地域において、地域住民が主体となって導入し、運営、運行にも参画するものであって、地域特性に応じた地域の足となる交通手段。
- 本市では、平成19年3月に地域交通導入の考え方をまとめた「地域交通の手引き」を策定し、地域の取組を支援している。

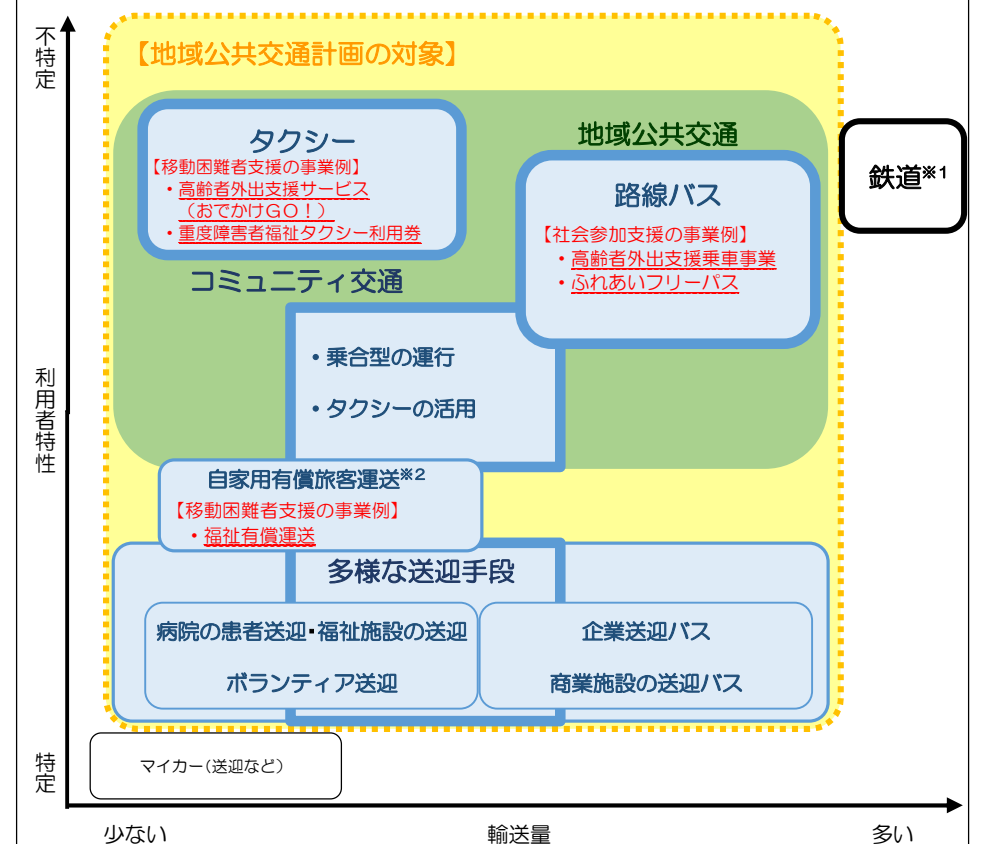
③施設送迎

- 商業施設や病院など、施設利用者の送迎を目的とする交通手段。
- 宮前区白幡台地区では、平成25年度に地元協議会が設置され、検討を重ねた結果、買い物需要等に対応するため、令和元年10月から買い物送迎バスの運行が開始されている。



買い物バス(白幡台地区)

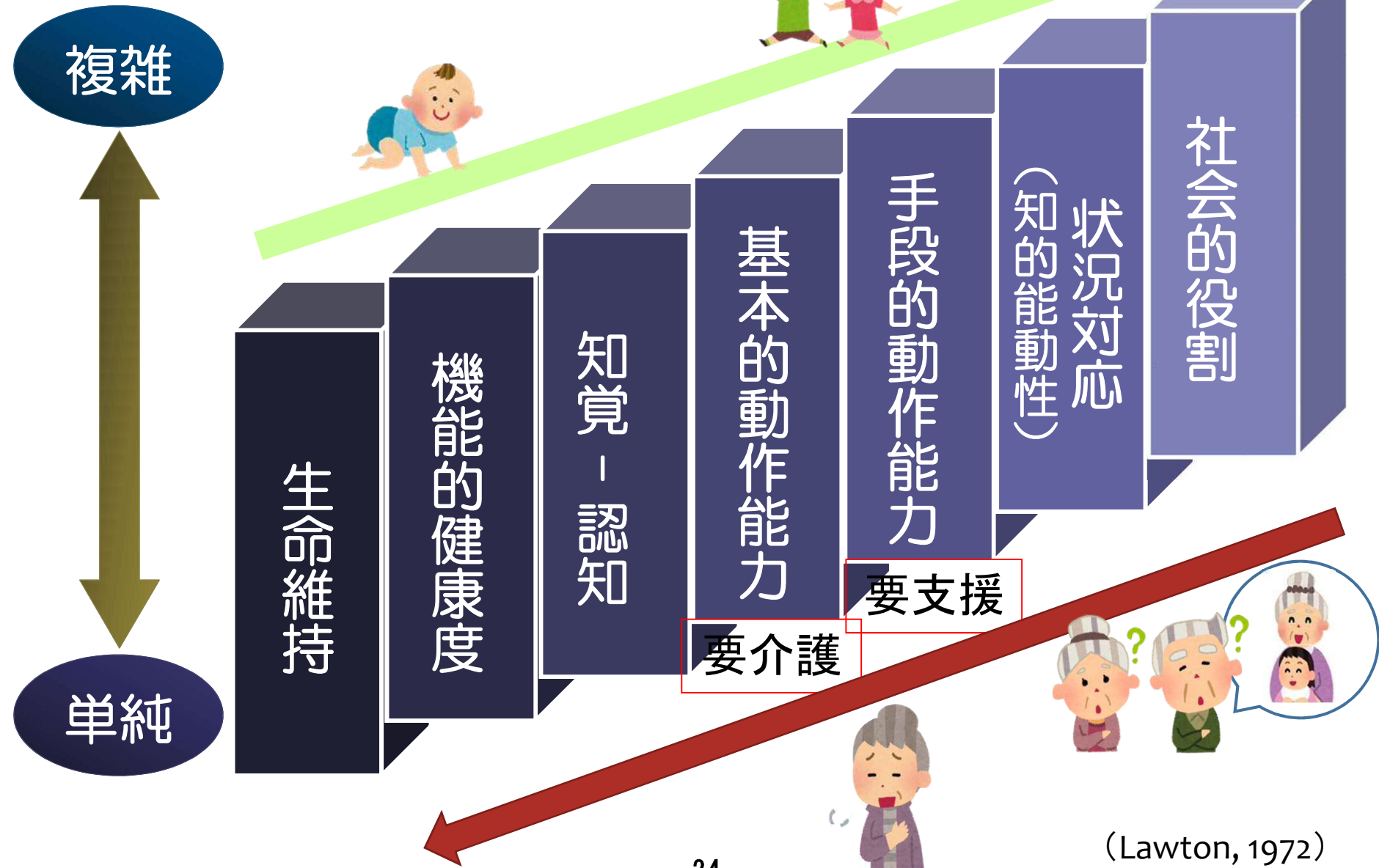
<交通政策における本事業等の位置づけ>



(国土交通省「地域公共交通網形成計画及び地域公共交通再編実施計画作成のための手引き【入門編】(H30.10)を基に作成)

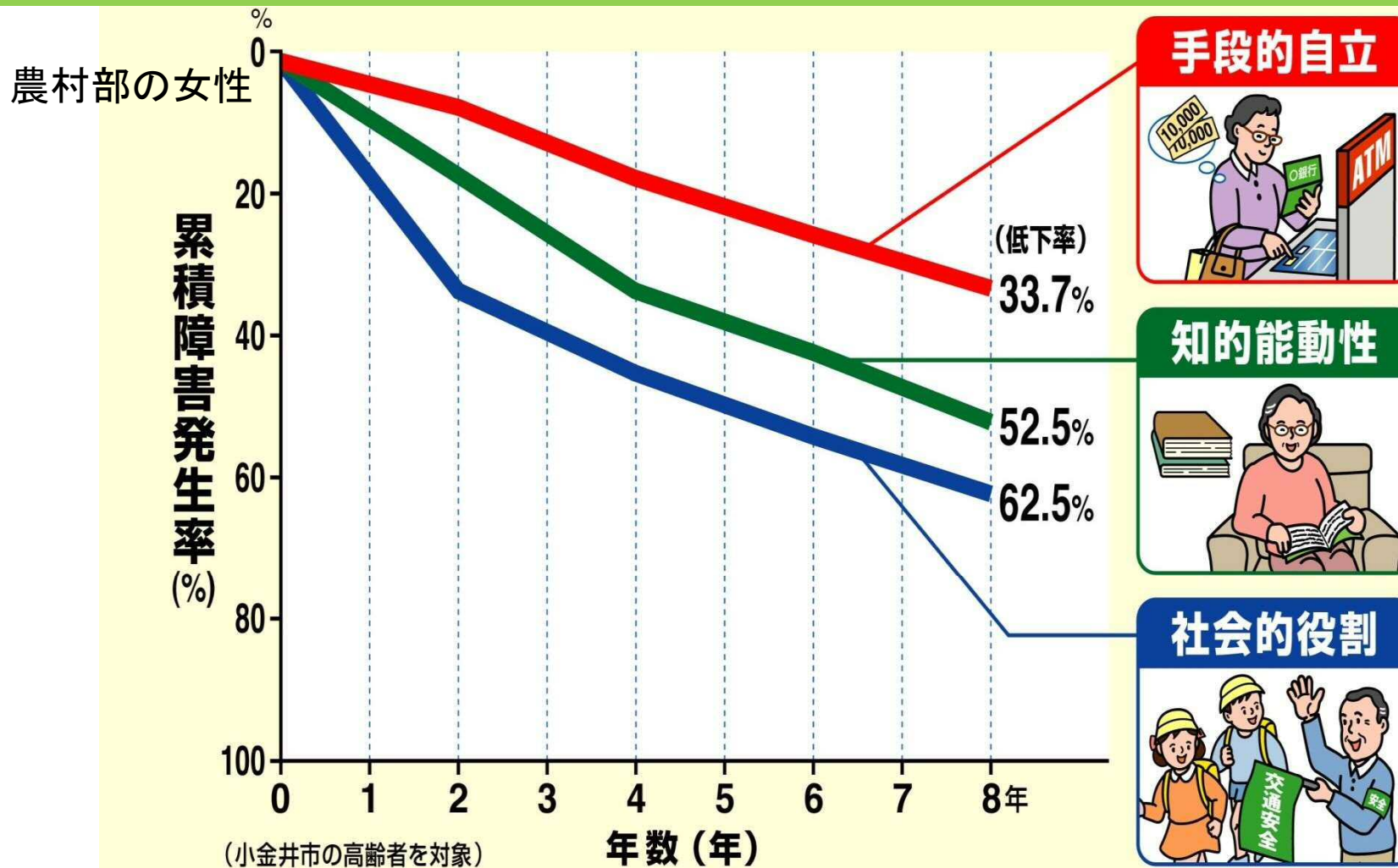
※1 「鉄道」については総合都市交通計画の位置づけを基本とし、路線バス等と相互に連携した円滑な乗継等による交通環境整備を対象範囲とする。
 ※2 「自家用有償旅客運送」とは、路線バス・タクシー事業が成り立たない場合であって、地域における輸送手段の確保が必要な場合に、必要な安全上の措置をとった上で、市町村や NPO 法人等が自家用車を用いて提供する運送サービス。

社会的役割は人の最高能力！



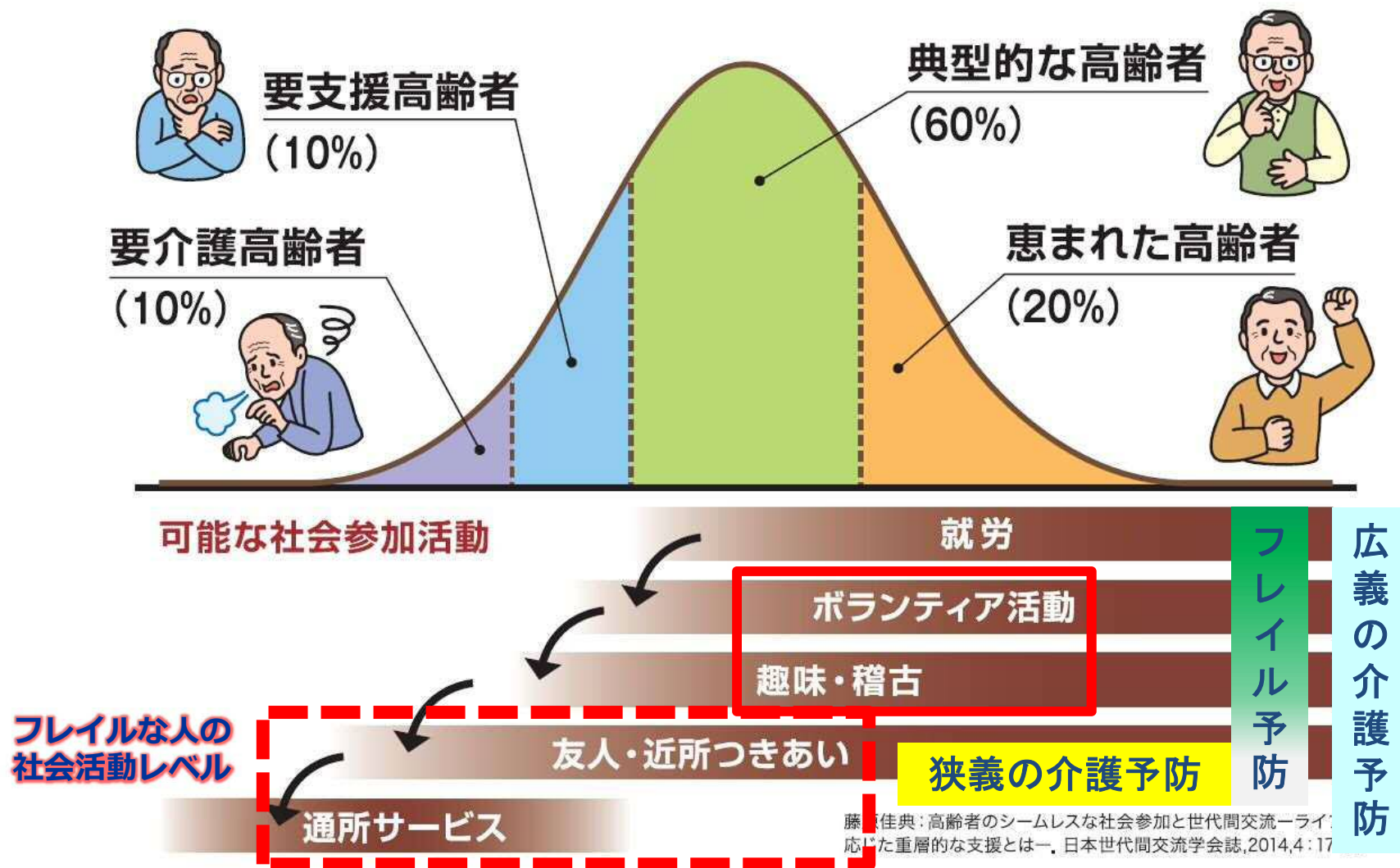
なぜ、社会参加か？

高齢者の高次生活機能の加齢変化

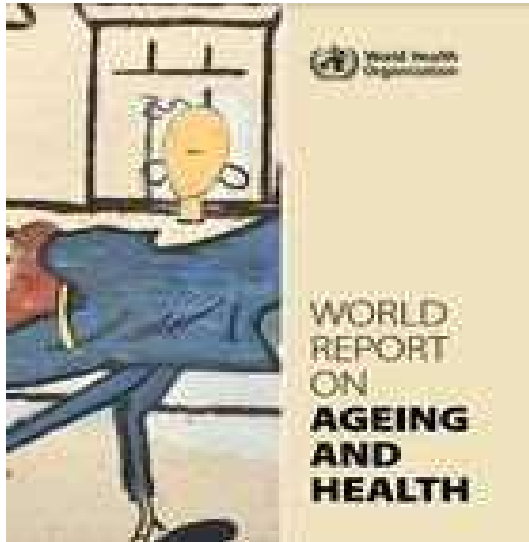


Fujiwara Y, et al. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2003;36:141-153.

ライフステージに応じた社会活動とフレイル予防



WHO ワールドレポートにて優良事例として紹介



Box 6.14. Older people helping children read and learn: the United States of America

Experience Corps is a volunteer programme in the United States that places older volunteers in public elementary schools, giving them meaningful roles that are designed to help schools meet the needs of their students as well as increasing the social, physical, and cognitive activities of the volunteers. The programme is designed to have an impact in areas such as improving:

- children's interest in reading and discovering books;
- children's literacy;
- children's ability to solve problems;
- children's ability to play nonviolently;
- school attendance.

Teams of 7-10 volunteers are assigned to each school, thus ensuring that sufficient volunteers are available to have an effect across all grades within the school. Volunteers commit to spending at least 15 hours each week at the school for the duration of the school year; they receive training and a stipend to reimburse the costs of travel and meals. Volunteers receive 30 hours of skills training that encourages mental flexibility, coordination, visual-spatial learning and problem-solving. The volunteers meet regularly to plan, solve problems and socialize. Physical activity is stimulated by virtue of participating in the programme, and includes commuting to the school and moving around the school, for example, by going up and down the stairs.

This programme has demonstrated positive effects on the health of older people. A number of randomized trials have evaluated the impact of participating in Experience Corps. Benefits for participants compared with controls have shown:

- an increase in physical strength and capacity (173, 174);
- increased cognitive activity;
- maintenance of walking speed;
- improvements in social networks – that is, volunteers had people that they could turn to for help (174);
- fewer depressive symptoms (173).

Volunteers are attracted to Experience Corps by the chance to make a meaningful contribution to society and assist children in achieving academic success. Satisfaction levels among volunteers are as high as 98%, and 80% of those surveyed returned during the following school year (175). Traditional health-promotion programmes that focus explicitly on physical activity tend to have significantly lower retention rates.

Initiated in 1996 in five cities in the United States, the programme has expanded to 17 cities and inspired similar initiatives internationally. For example, in Japan a programme called REPRINTS places teams of 6-8 older volunteers in kindergartens and elementary schools to read to young children. A follow-up assessment found that those who volunteered most intensively had a significantly higher frequency of contact with their own grandchildren and other children in their neighbourhoods, as well as better self-rated health compared with those who did not volunteer or only did so minimally (176).

Volunteering opportunities, if well-designed, can be a win-win for older people and their communities. Programmes like Experience Corps and Reprints, need not be costly to put in place, and they have the potential to yield positive returns in terms of health gains and social benefits for the older and younger generations alike (145, 177).



読売福祉文化賞受賞 2018/12/11



川崎市社協より表彰(2017)



munity-dwelling older people range from 7 to 17%, depending on the definitions and outcome measures used; approximately 40% of older people report feeling lonely (195). The causal links are difficult to determine but loneliness,



パネリスト: 櫻木 順子 氏
(りぶりんと・かわさき代表)

絵本の読み聞かせを通して、頭や身体を使い、毎日忙しく充実していることが元気の秘訣！



神奈川県未病改善シンポ
2018/11/10

文化活動だけで体力も維持 — 7年間の長期効果 —



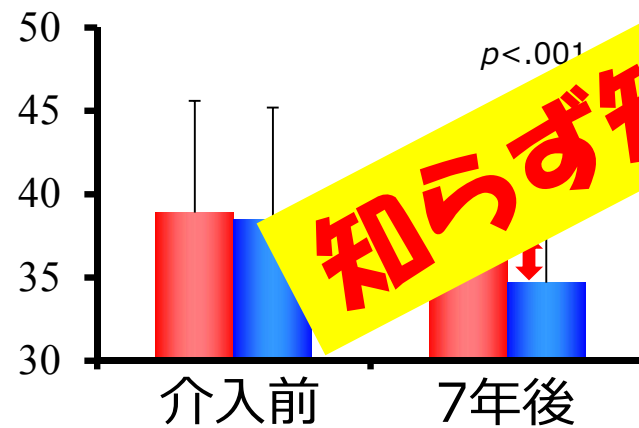
介入群(ボランティア)62名、対照群(ボランティア)62名、7年間追跡

■ 介入群 ■ 対照群

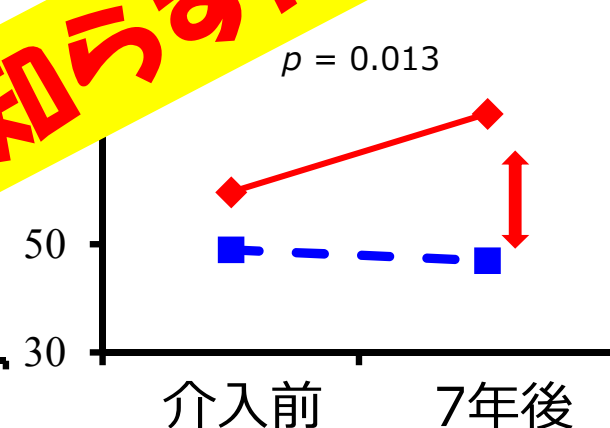
— 介入群

※交絡因子を調整

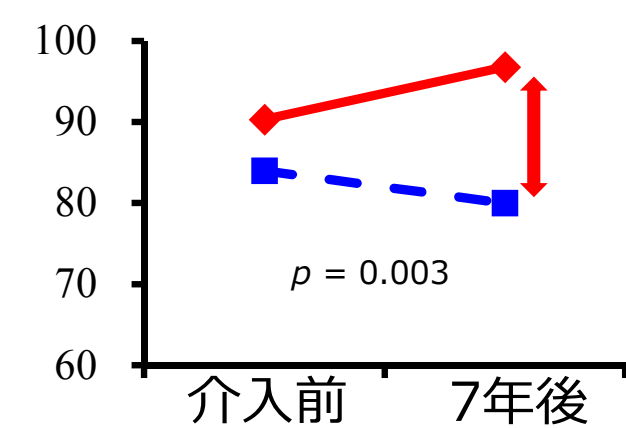
前のめりバランス(cm)



近隣歩行速度(%)



知的能動性維持・向上者(%)



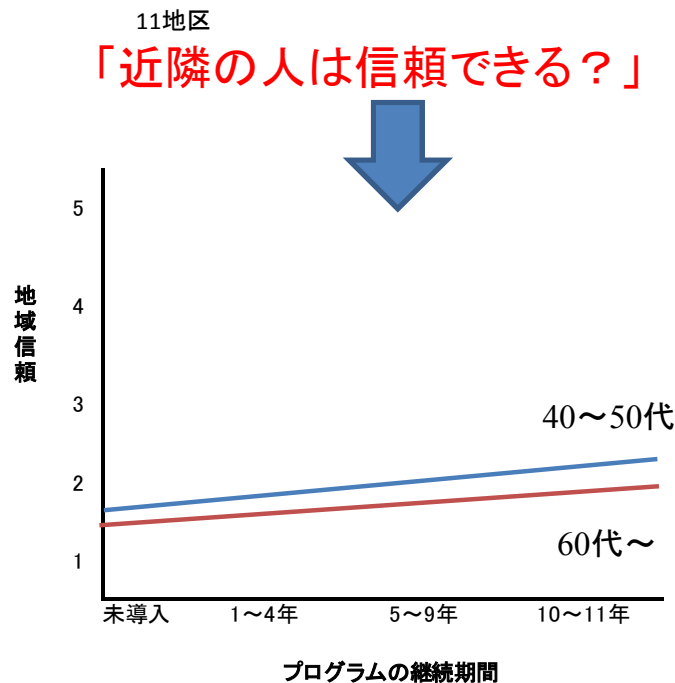
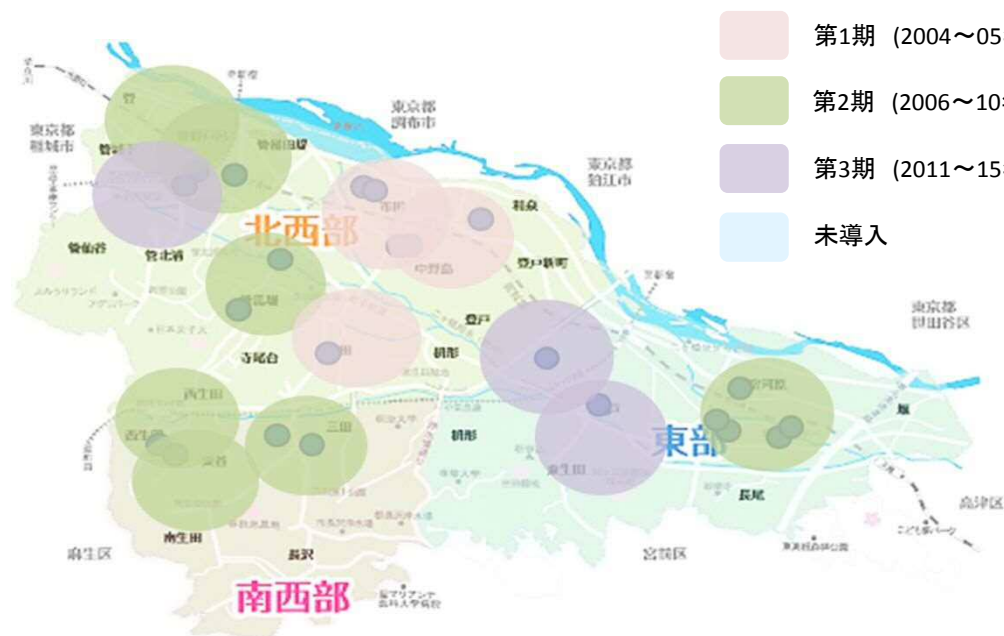
知らず知らずに一日1万歩!

Sakurai et al. (2015) Arch Gerontol Geriatr

【結論】 **意味のある**介護予防・認知症予防なら効果的に継続可能

りぷりんと活動の広がり(浸透)が、生活圏域全体のソーシャルキャピタルに及ぼす影響は？

川崎市多摩区 の“絵本読み聞かせ”活動施設の広がり 2004年度→2015年度



川崎市多摩区在住20～84歳979人 (性・年齢層化無作為抽出)

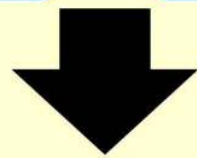
閉じこもり



タイプ1



タイプ2

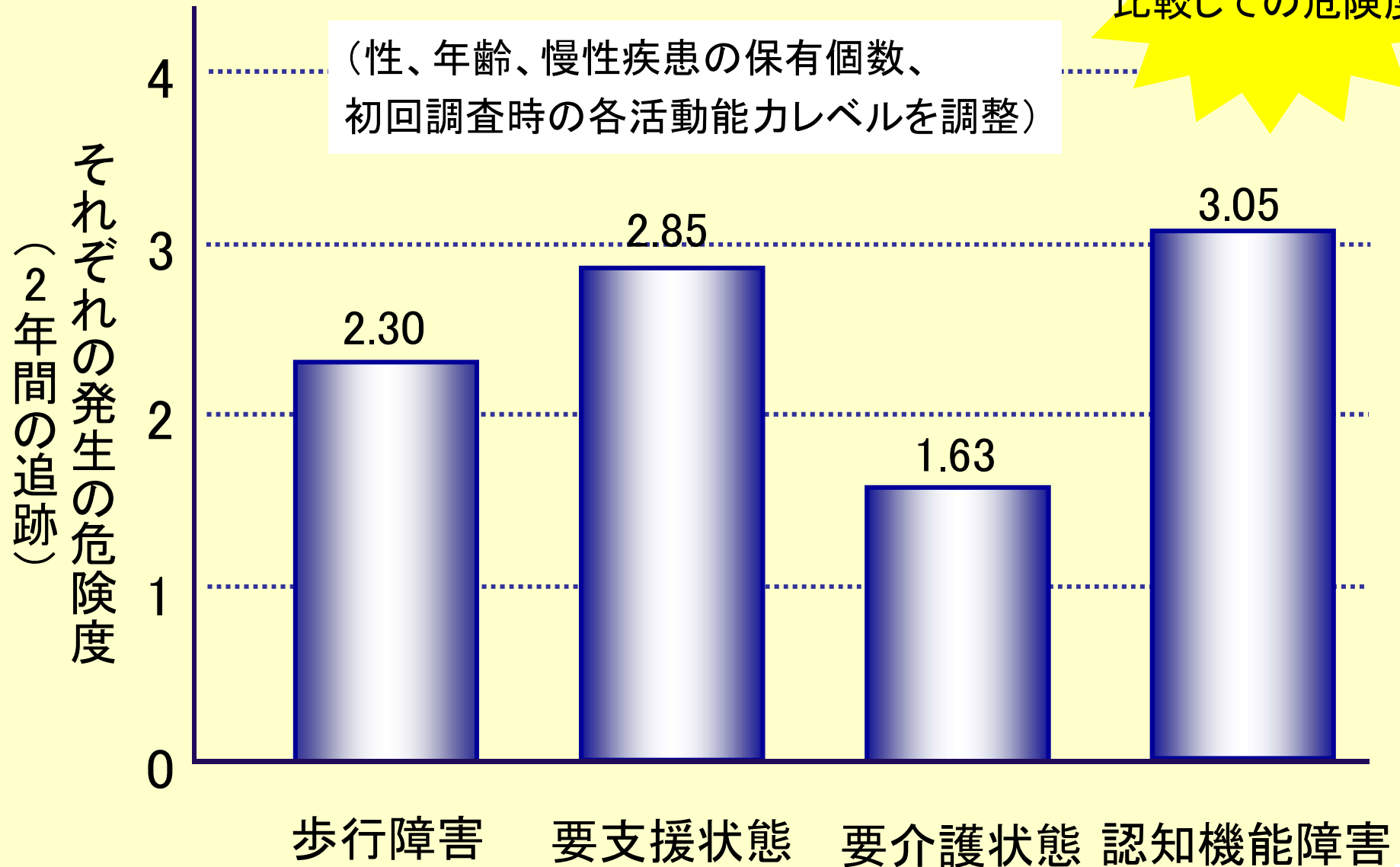


老化促進

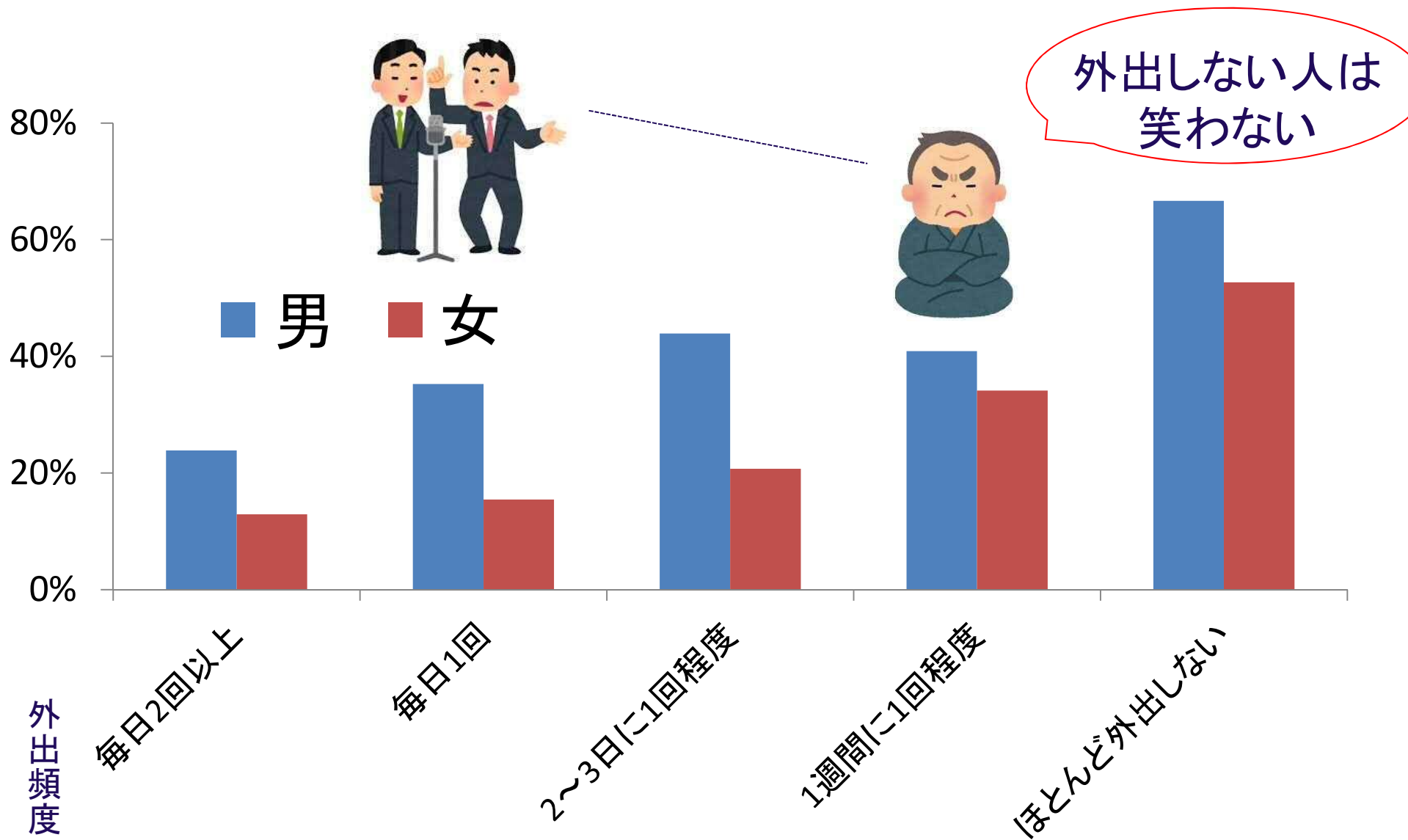
タイプ2閉じこもりの予後

「非閉じこもり」と比較しての危険度

(性、年齢、慢性疾患の保有個数、初回調査時の各活動能力レベルを調整)



外出頻度別にみた「声を出して笑うこと」があまりない人の割合



東京都大田区入新井地区一人暮らし2000人の調査(2011)より

孤立とは

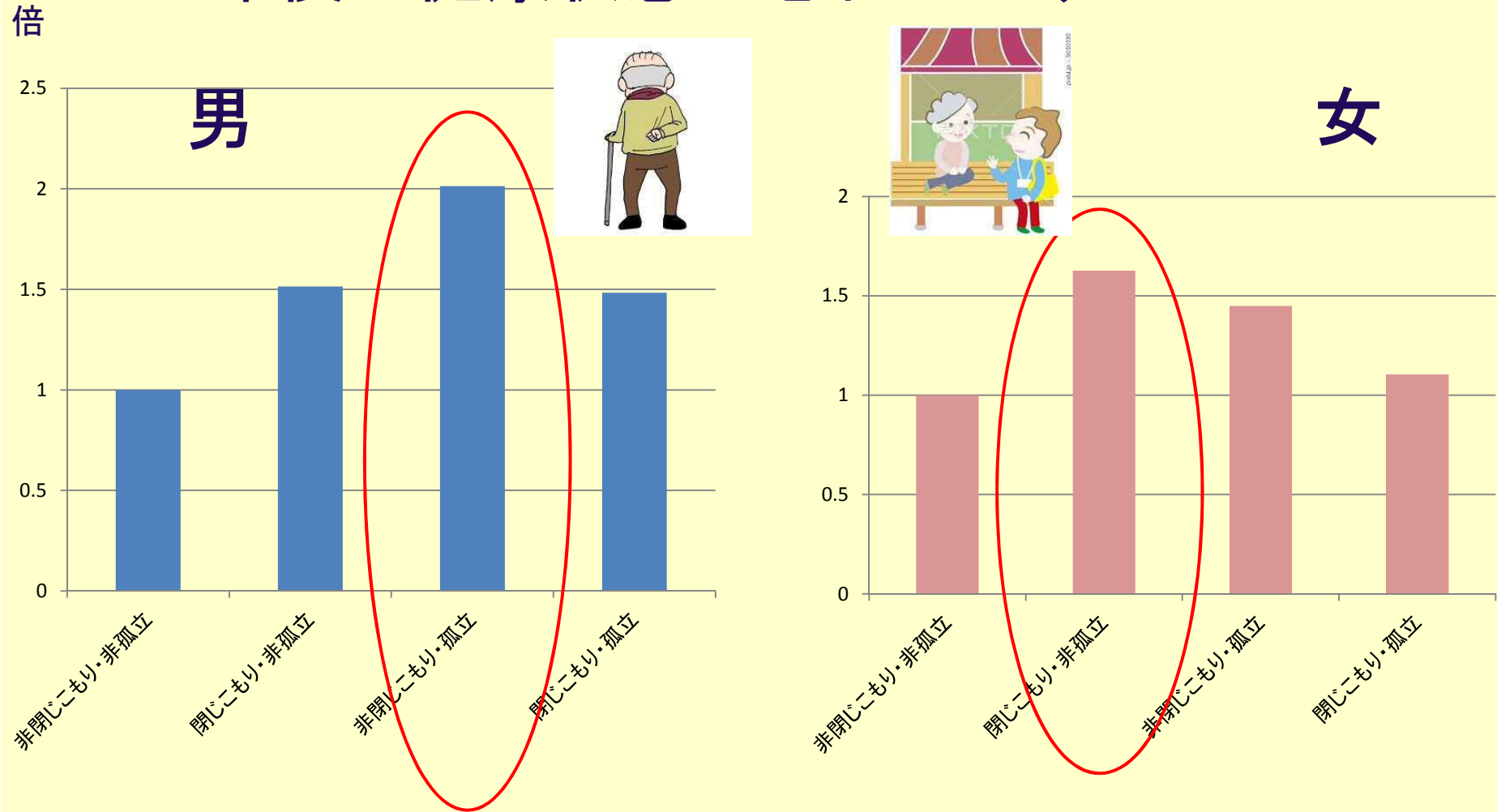
同居家族以外との接触頻度が極端に少ない

- 別居親族との接触
友人・近所の人との接触
- 対面接触（会ったり、一緒に出かけたりする）、
非対面接触（電話、電子メール、fax）

どちらも週に1回未満

交流なき外出と外出なき交流の弊害

4年後に健康状態が悪化しやすい人は？

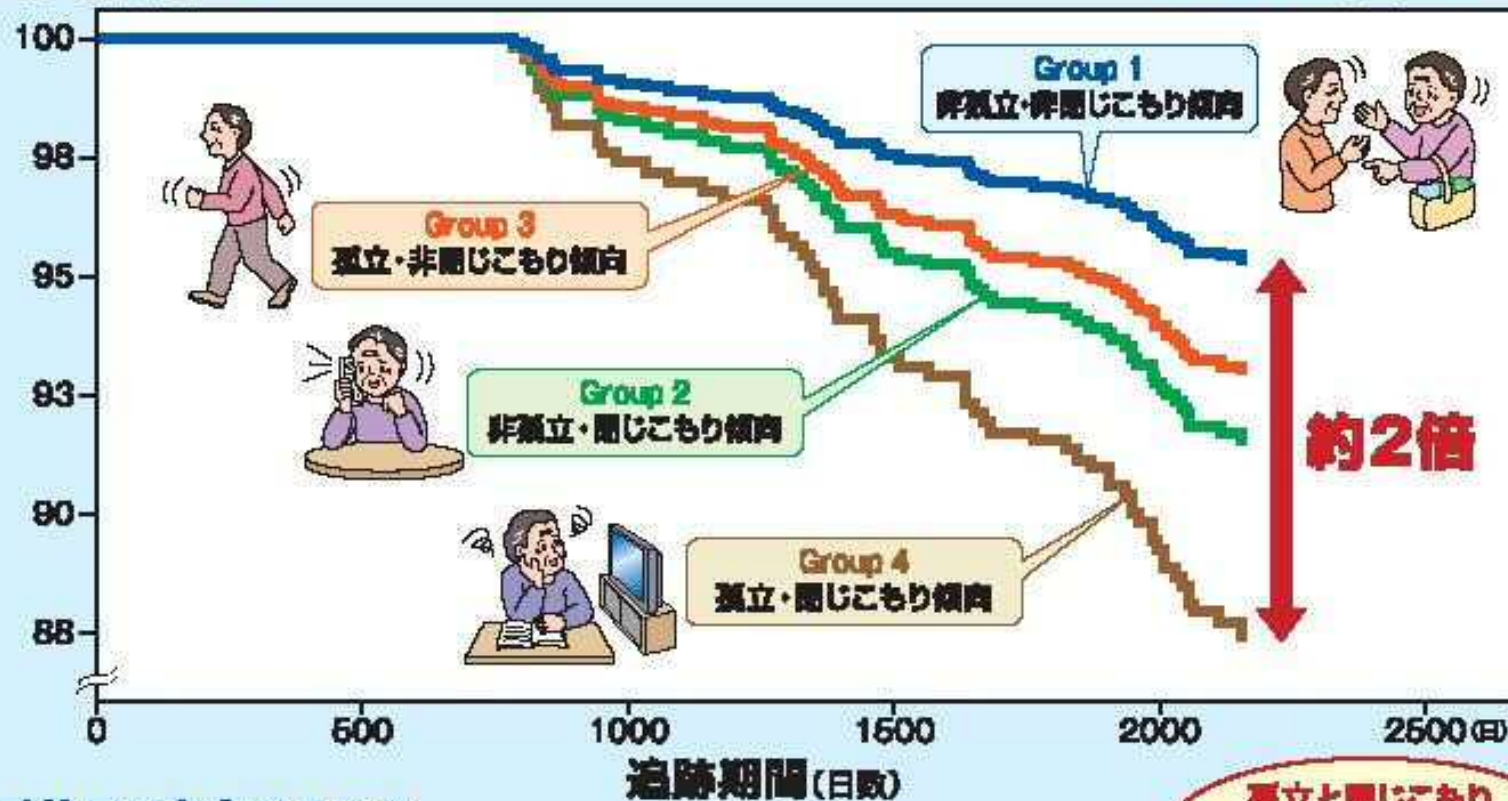


埼玉県W市、年齢、同居者有無、健康度自己評価、年収、抑うつ、初回の生活機能を調整

外出頻度低下と孤立の重層効果

生存者割合 (%)

Sakurai et al., *Int Psychogeriatr*, 2015



相乗効果は存在するか?

1023名の高齢者を6年追跡、4つのグループの死亡率を調査

- ① 閉じこもり傾向: 1日1回未満の外出頻度 ② 社会的孤立: 週1日未満の同居家族以外との交流(対面および非対面)

孤立と閉じこもり傾向が重積している者ほど死亡リスクが高い!

第2回川崎市高齢者外出乗車事業に関するありかた検討会

高齢者の入院前3か月の状態から疾患別の死亡場所まで
～KDBを用いた医療・介護連携に係る地域の特性に関する調査研究から～

2020年8月19日(水)

国際医療福祉大学大学院 石山 麗子

■ 目的

退院時の医療・介護連携に関する診療報酬と介護報酬の算定状況を地域別に集計、医療介護連携に係る報酬の算定がどのように地域の医療・介護連携の成果とむすびについているかを分析する。

■ 本研究の分析に用いたデータ

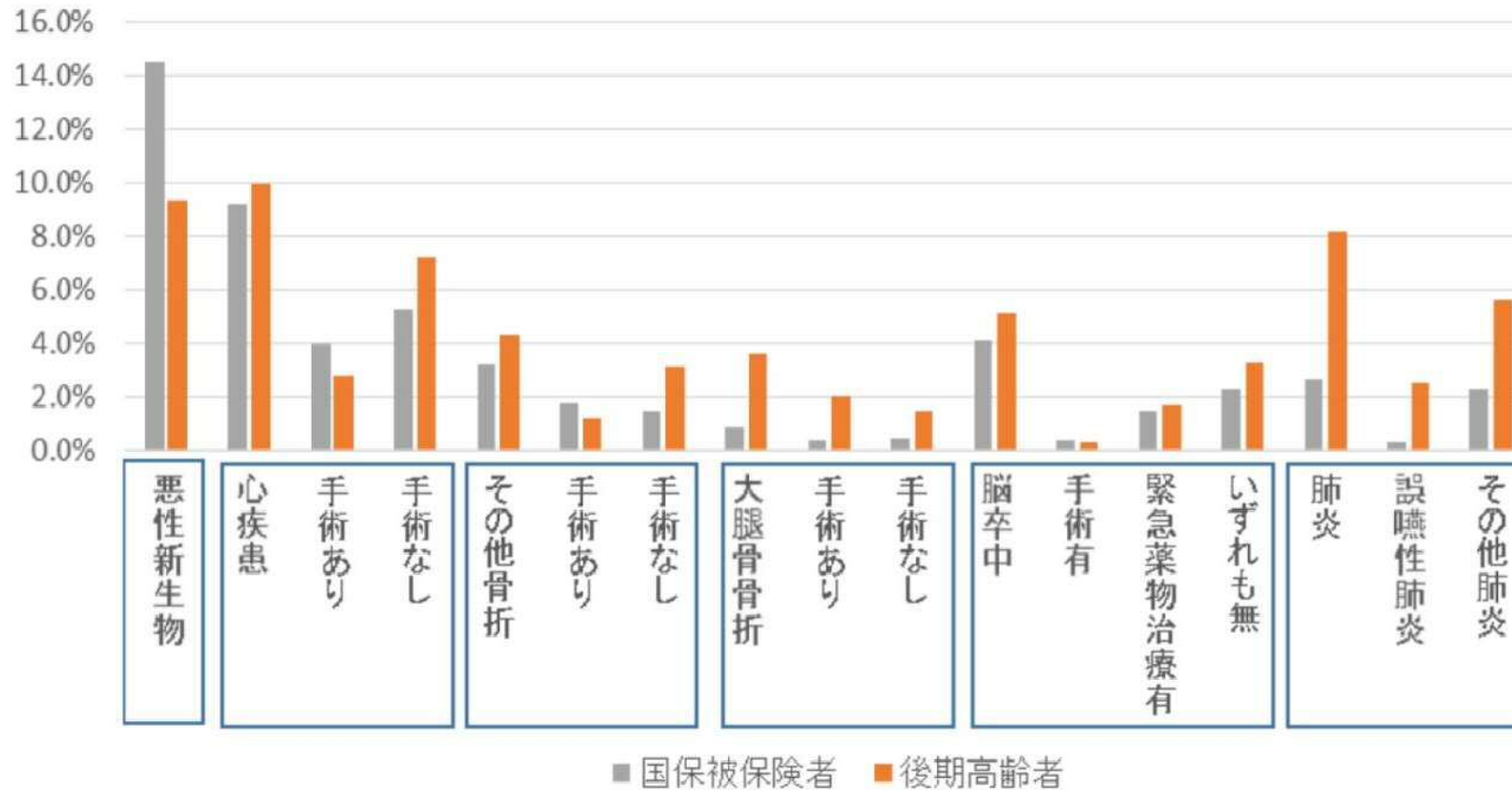
- KDB: 国保データベース
- NDB (National Database): 医療機関を受診した際に、医療機関から保険者に対して発行されるレセプト(診療報酬明細書)と、40歳以上を対象に行われている特定健診・保健指導の結果からなるデータベース。
- 介護 DB 介護報酬の請求データベース
- 地域指標データの分析

■ 対象者

KDB 上の国保被保険者、後期高齢者医療制度の被保険者について、入院をスタートとして 12 か月の退院後の状況をとらえられる対象者として、以下の条件により抽出を行った。

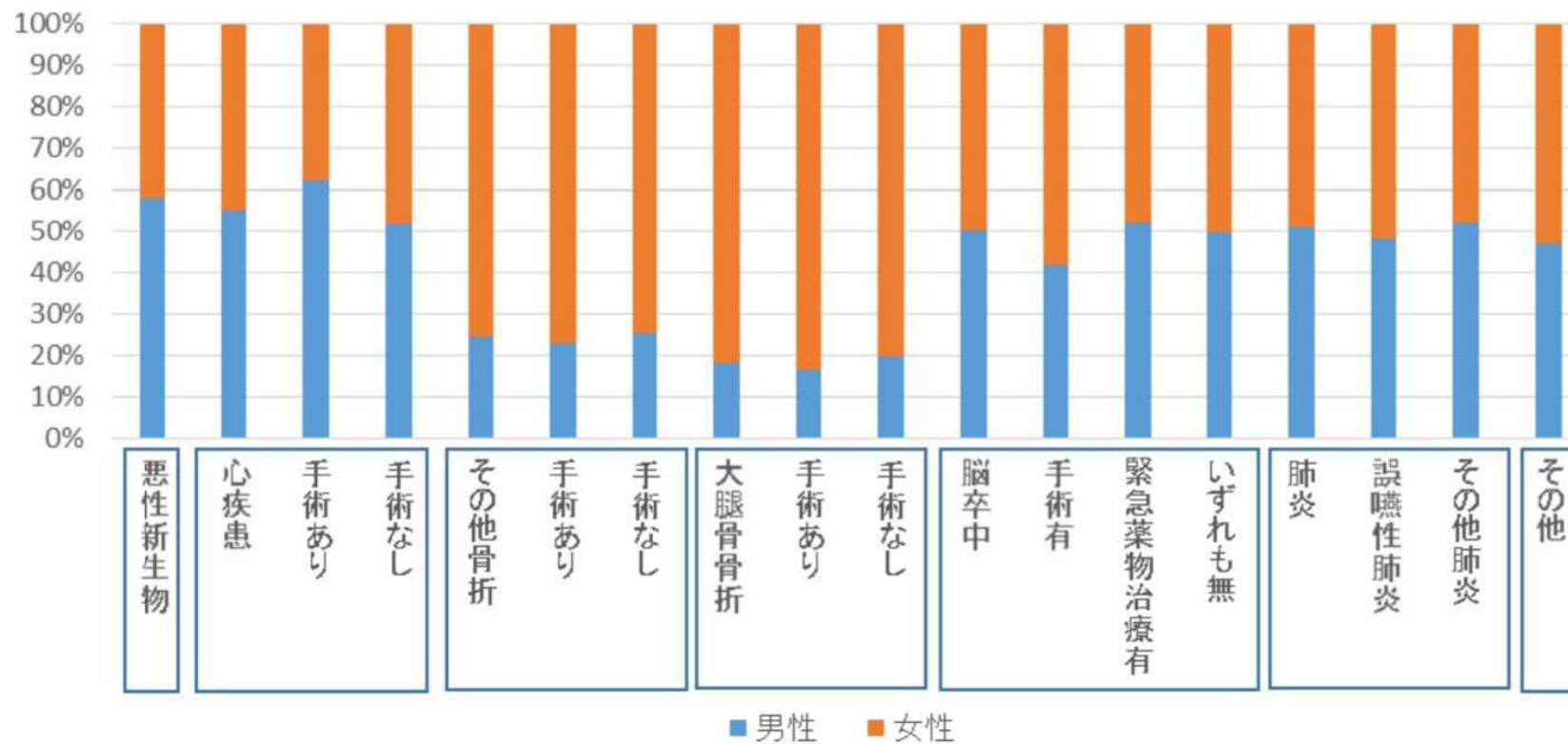
- 平成 28 年 7 月時点で 65 歳以上
- 平成 28 年 7 月より前の 3 か月間に入院がない(入院前 3 か月間に入院がないものをエピソードデータの起点となる初回入院としてとらえる)
- 平成 28 年 7 月以降の初回入院日からの 1 年間に、死亡以外の理由で被保険者資格の喪失がない。(入院 1 年後の評価に必要なため)

初回入院の疾患別報告(国保65歳以上／後期高齢者)



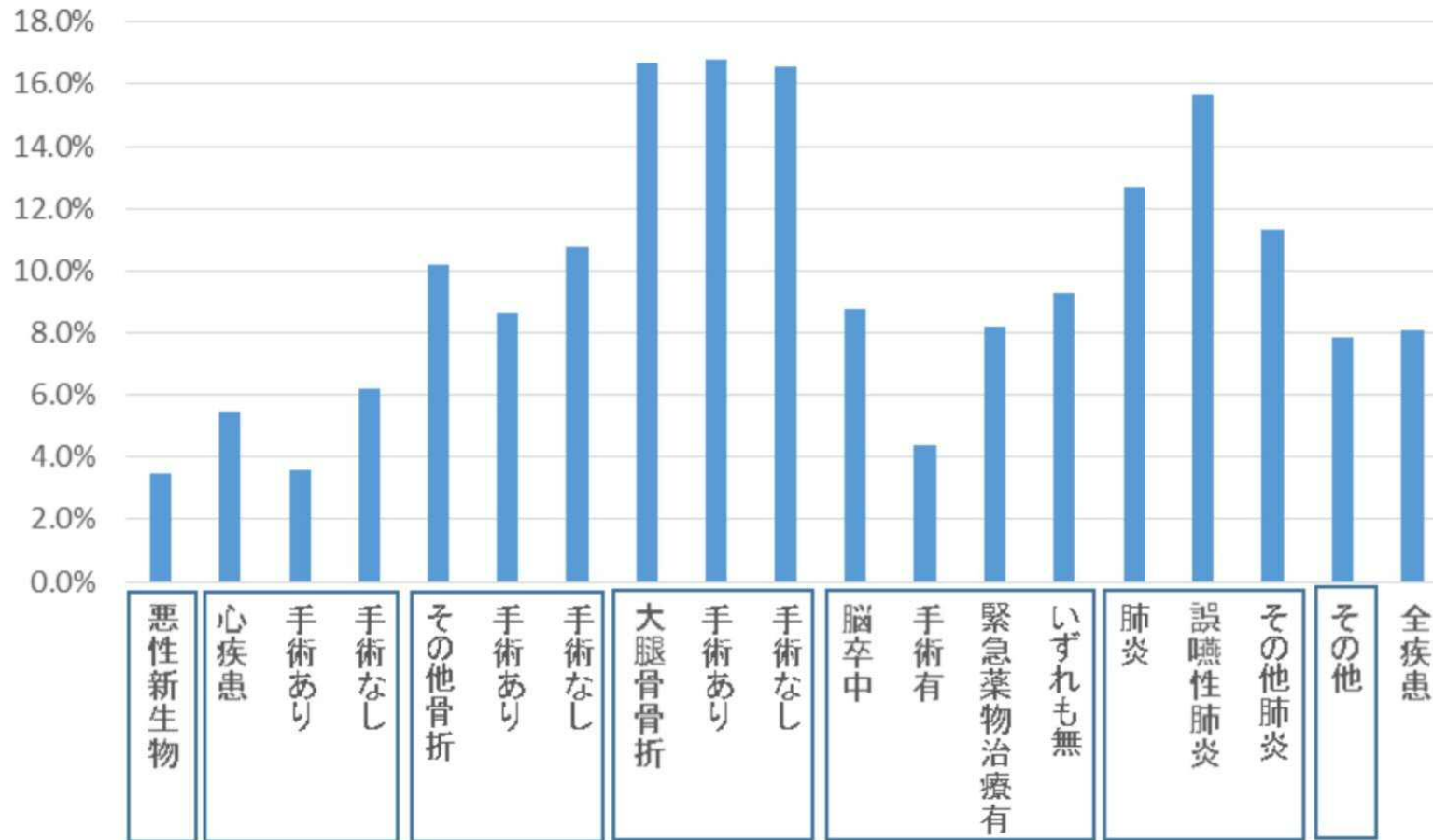
出典： みずほ情報総研株式会社『KDB を用いた医療・介護連携に係る 地域に関する調査研究 報告書』報告書 2020年3月

疾患別男女構成比



出典： みずほ情報総研株式会社『KDB を用いた医療・介護連携に係る 地域の特性に関する調査研究 報告書』報告書 2020年3月

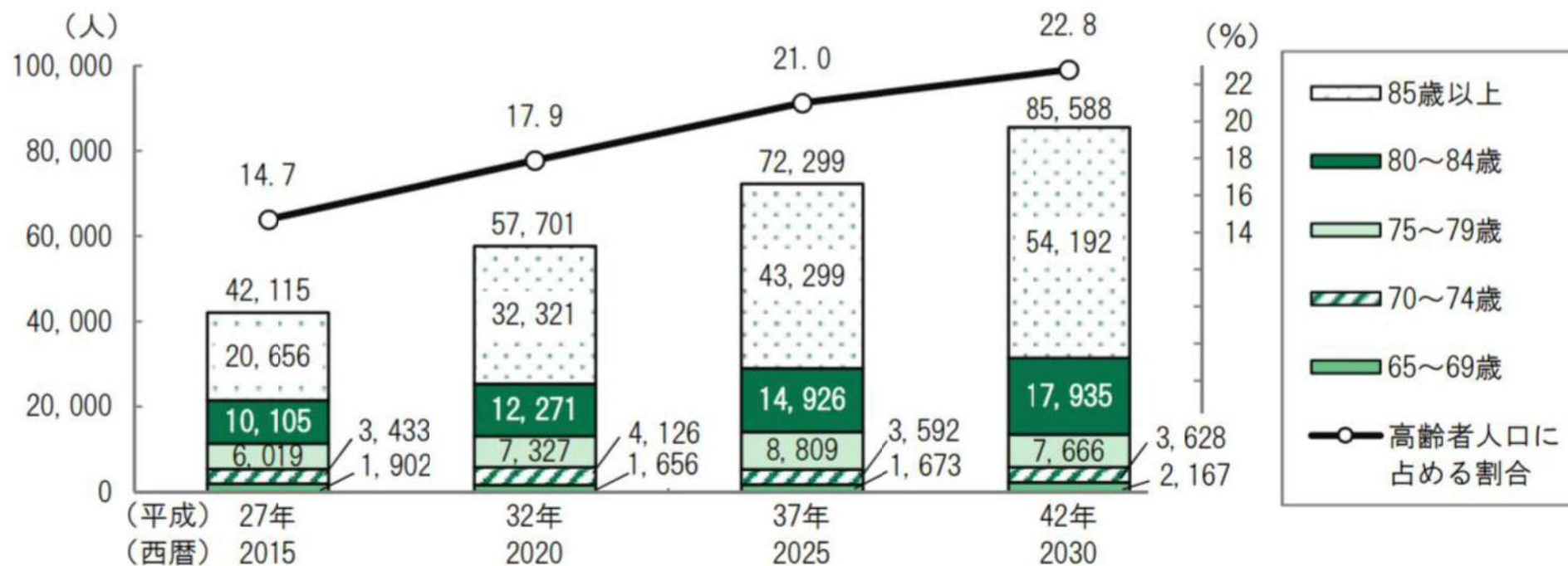
入院 3ヶ月前における疾患別認知症薬使用率



出典： みずほ情報総研株式会社『KDB を用いた医療・介護連携に係る 地域の特性に関する調査研究 報告書』報告書 2020年3月

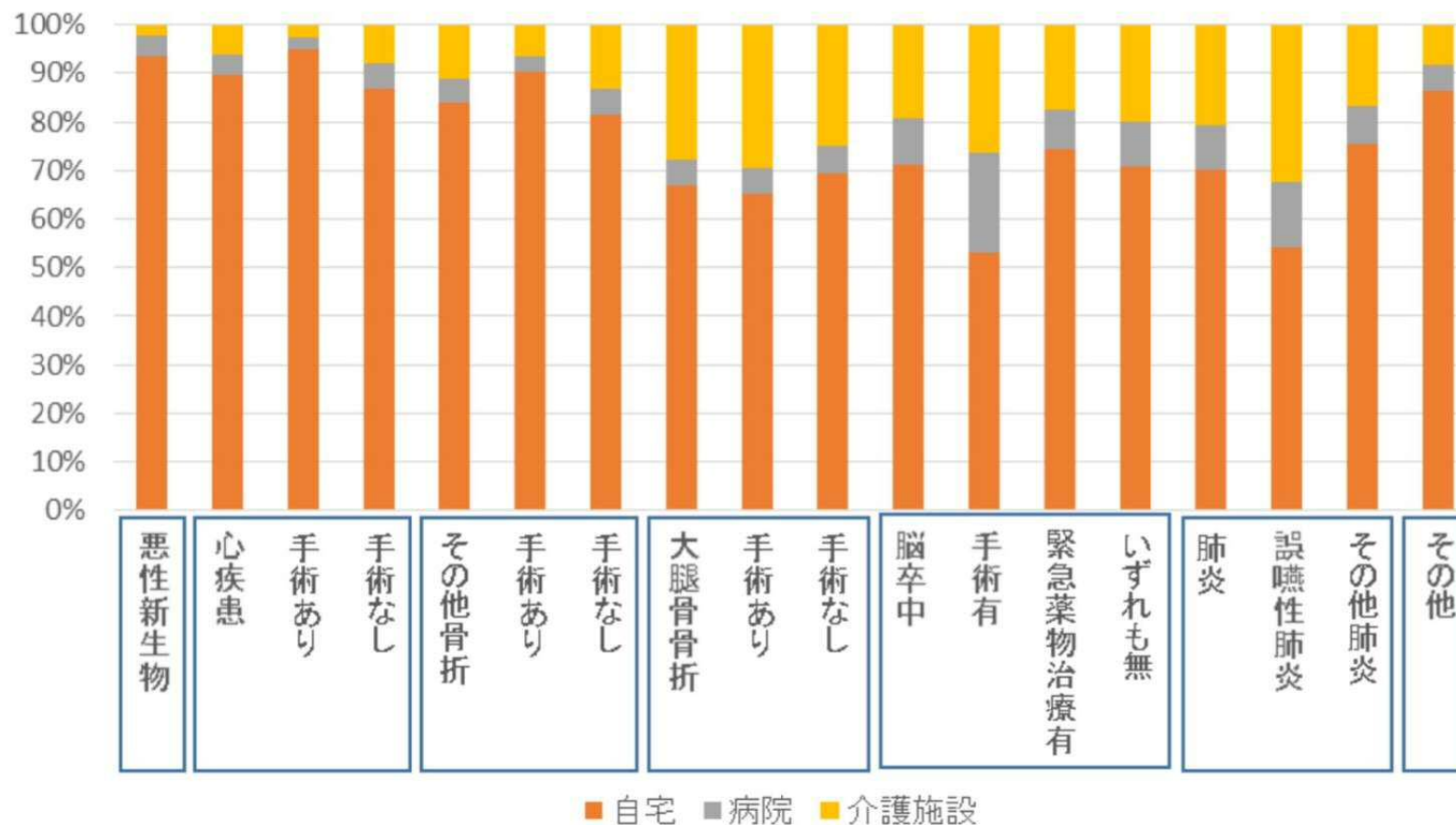
川崎市における認知症高齢者の推移

【本市の認知症高齢者数の推移】



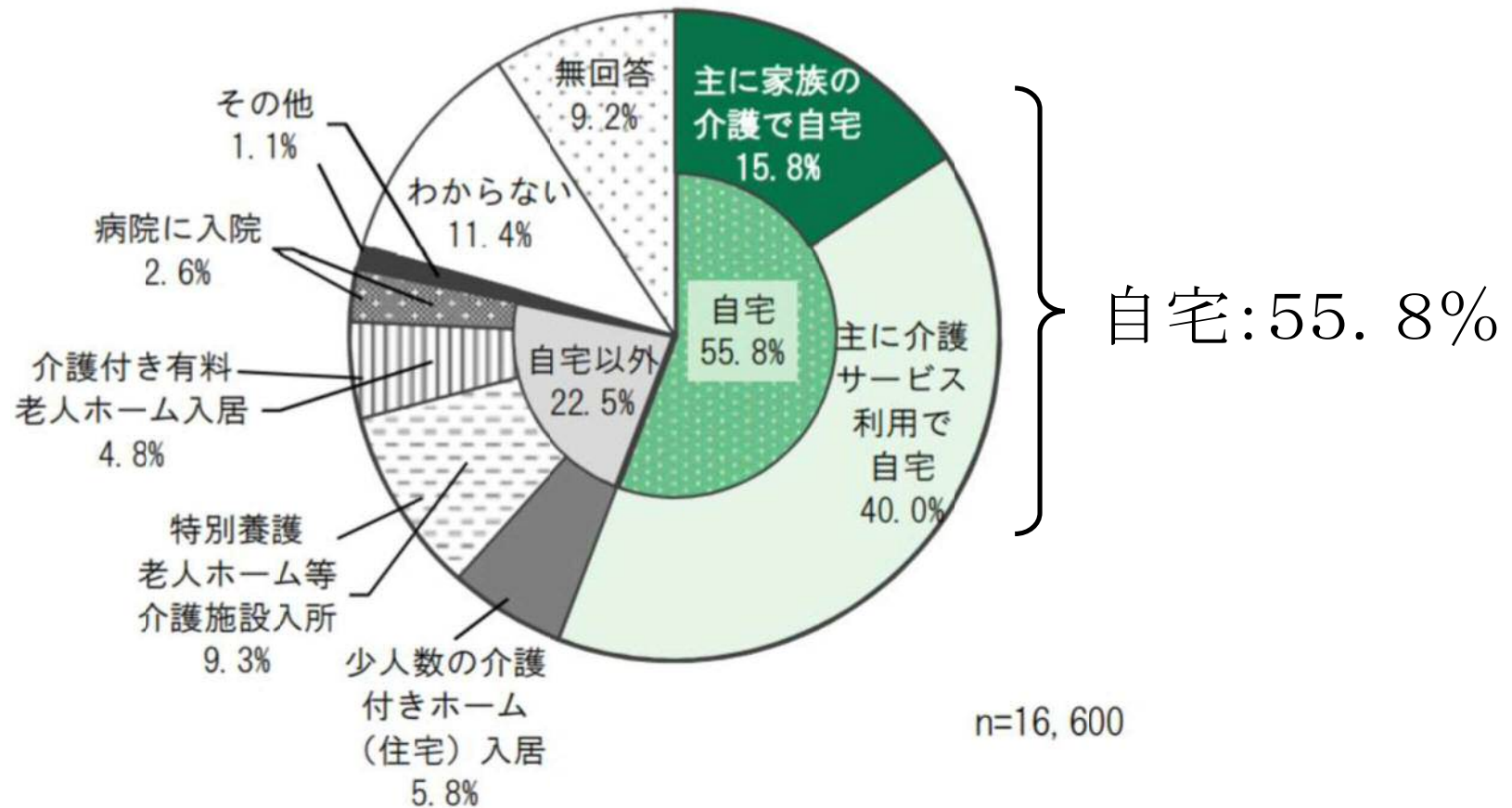
出典：かわさきいきき長寿プラン2018年～2020年度 第2章12頁

後期高齢者の疾患別入院 12ヶ月後の居所



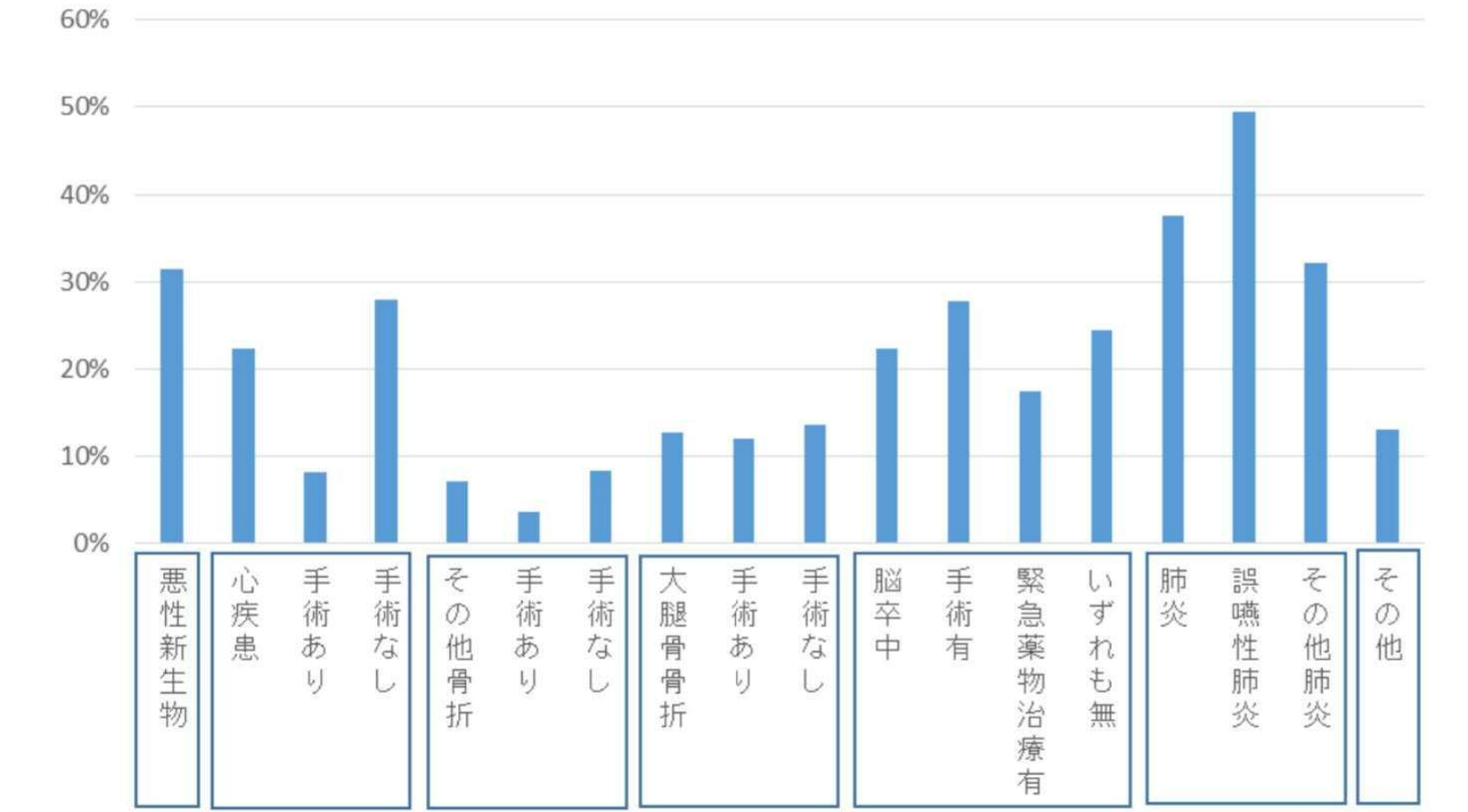
出典： みずほ情報総研株式会社『KDB を用いた医療・介護連携に係る 地域の特性に関する調査研究 報告書』報告書 2020年3月

川崎市:あなたは、介護が必要になった場合、どのようにしたいですか(SA)



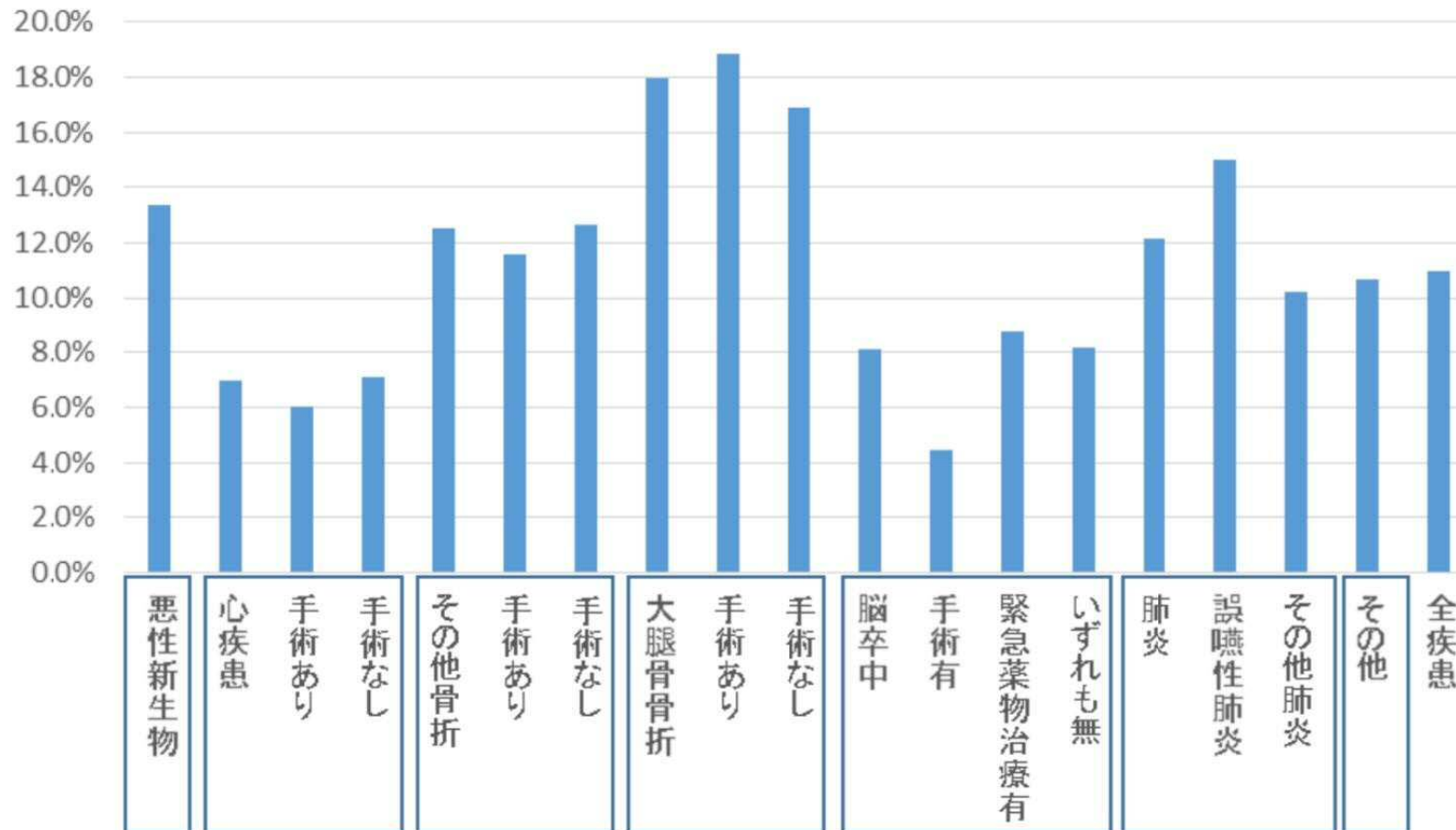
出典：かわさきいきいき長寿プラン2018年～2020年度 第2章27頁

後期高齢者の疾患別入院後 12 ヶ月以内の死亡率



出典『KDB を用いた医療・介護連携に係る 地域の特性に関する調査研究 報告書』報告書

後期高齢者の死亡月の在宅ターミナルケア等の算定率



出典： みずほ情報総研株式会社『KDB を用いた医療・介護連携に係る 地域の特性に関する調査研究 報告書』報告書 2020年3月

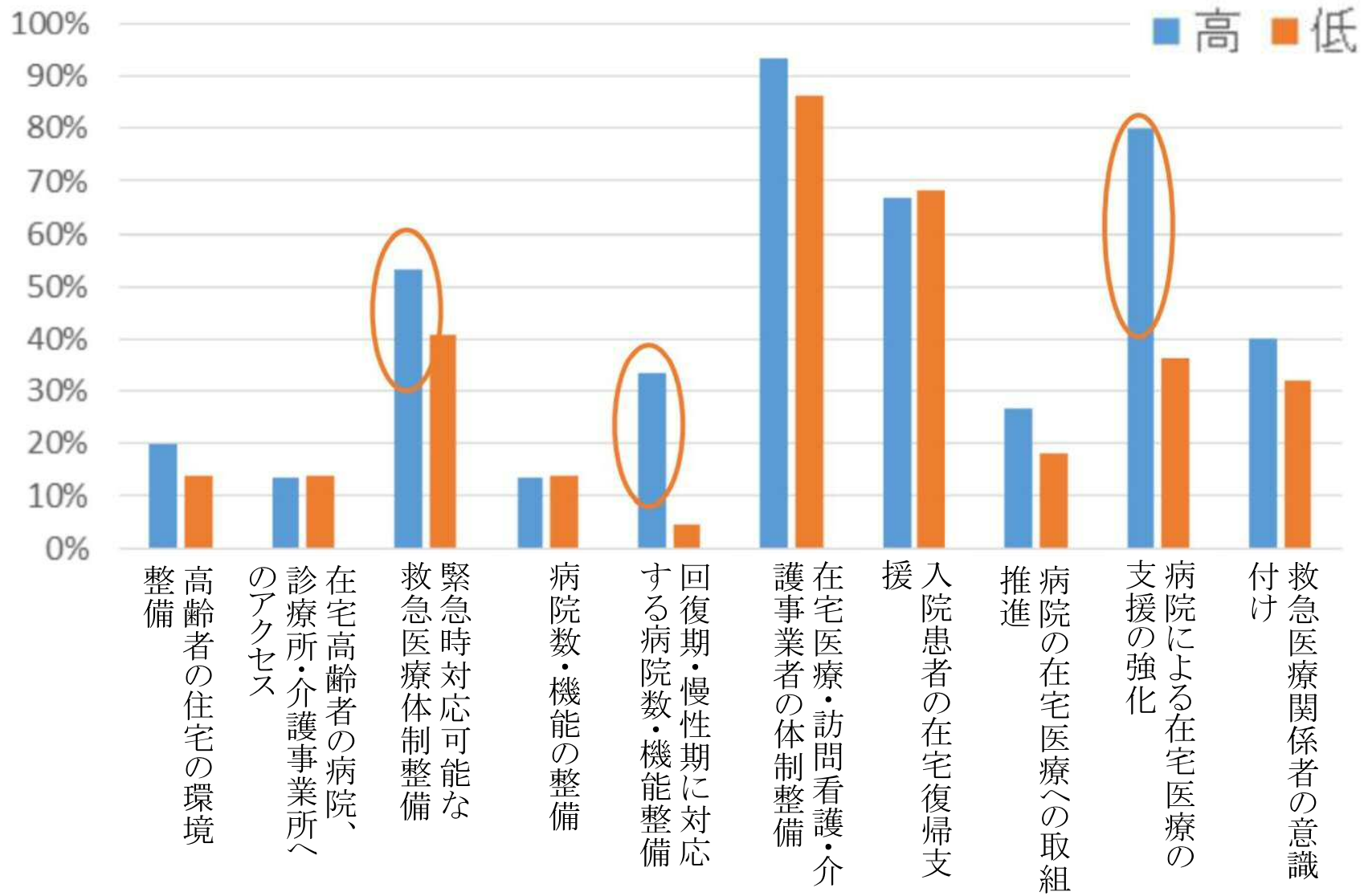
川崎市における死亡場所別死亡割合の推移

【本市の死亡場所別死亡割合の推移】



出典：かわさきいきいき長寿プラン2018年～2020年度 第2章23頁

駅から 1km 未満の住居率の高低別重要と考える対策項目



出典… みずほ情報総研株式会社「DBを用いた医療・介護連携に係る地域の特
性に関する調査研究報告書」報告書 2020年3月

死亡時の在宅ターミナルケア等の算定状況と地域指標の相関

出典…みずほ情報総研株式会社「FDBを用いた医療・介護連携に係る地域の特性に関する調査研究報告書」報告書 2020年3月

| 地域指標 | 相関係数 | 地域指標 | 相関係数 |
|------------------------|---------|----------------------|---------|
| 人口密度(1km2当たり) | 0.3500 | 地域支援病床数 | -0.0087 |
| 高齢化率 | -0.4524 | 駅から1km未満の住居比率 | 0.4728 |
| 後期高齢化率 | -0.4657 | 最寄り医療機関から500m未満の住居比率 | 0.4749 |
| 男_平均寿命(歳) | 0.2293 | 世帯あたり人数(人) | -0.3471 |
| 女_平均寿命(歳) | 0.0918 | 高齢者独居世帯の比率 | -0.0256 |
| 男女差(歳) | -0.2668 | 戸建て住宅の比率 | -0.3846 |
| 要介護認定_全体 | -0.0034 | 自宅死の割合 | 0.6289 |
| サービス利用量_全体(単位) | -0.1364 | 老人ホーム死の割合 | 0.4173 |
| サービス利用量_居宅介護(単位) | 0.1351 | 納税義務者あたり所得(千円/人) | 0.5333 |
| サービス利用量_訪問介護(単位) | 0.4491 | 介護支援等連携指導料 | -0.1096 |
| サービス利用量_通所介護(単位) | -0.3340 | 退院時リハビリテーション指導 | 0.0279 |
| サービス利用量_短期入所(単位) | -0.1669 | 入退院支援加算 | -0.0265 |
| サービス利用量_特定施設(単位) | 0.4685 | 栄養サポート | 0.0840 |
| サービス利用率_施設 | -0.1981 | 訪問診療 | 0.7226 |
| サービス利用率_居宅 | 0.1253 | 訪問看護指示料 | 0.6934 |
| サービス利用率_訪問看護 | 0.4643 | 在医総管 | 0.7006 |
| 訪問診療実施状況_全体(回) | 0.4086 | 訪問介護 | 0.2747 |
| 看取り実施件数_全体(回) | 0.4049 | 訪問看護 | 0.5497 |
| 医療・介護体制_介護療養型医療施設病床数 | -0.3544 | 居宅療養管理指導 | 0.6926 |
| 医療・介護体制_介護老人保健施設定員(人) | -0.4586 | 通所サービス | -0.5143 |
| 医療・介護体制_介護老人福祉施設定員(人) | -0.1867 | 短期入所 | -0.2625 |
| 医療・介護体制_訪問看護ステーション数(人) | 0.2941 | 入院レセ在宅維持率 | -0.6915 |
| 医療・介護体制_訪問看護ST看護職員(人) | 0.2711 | | 0.0895 |

駅や最寄り医療機関との相関がある

訪問系医療サービスの実施率との強い相関

エピソードデータに基づく指標を加えた相関分析

| | 高齢化率 | 後期高齢化率 | 男女差(歳) | 訪問診療実施状況全体(回) | 看取り実施件数全体(回) | 医療・介護体制 介護療養型医療施設病床数(人) | 医療・介護体制 介護老人保健施設定員(人) | 医療・介護体制 介護老人福祉施設定員(人) | 医療・介護体制 訪問看護ステーション数(人) | 医療・介護体制 訪問看護ST看護職員(人) | 療養病床数 | 一般病床数 | 地域支援病床数 | 駅から1km未満の住居比率 | 最寄り医療機関から1km以上の住居比率 | 世帯あたり人数(人) | 高齢者独居世帯の比率 | 戸建て住宅の比率 | 自宅死の割合 | 老人ホームの割合 | 退院後在医診察 | 退院後訪問介護 | 退院後訪問看護(介護) | 退院後通所介護 |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------------|--------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|---------|---------|---------|---------------|---------------------|------------|------------|----------|---------|----------|---------|---------|-------------|---------|
| 高齢化率 | 1.0000 | 0.9727 | 0.2370 | -0.3620 | -0.1854 | 0.1096 | 0.5690 | 0.5881 | -0.1790 | -0.2187 | 0.2320 | -0.0395 | 0.4278 | -0.7461 | 0.6322 | 0.6336 | 0.2691 | 0.8410 | -0.6568 | 0.2668 | -0.7120 | 0.0047 | -0.2855 | 0.5874 |
| 後期高齢化率 | 0.9727 | 1.0000 | 0.2869 | -0.3021 | -0.1749 | 0.0860 | 0.5546 | 0.6207 | -0.0836 | -0.1352 | 0.2047 | -0.0330 | 0.3897 | -0.6556 | 0.6107 | 0.5479 | 0.3403 | 0.7648 | -0.6190 | 0.2311 | -0.6286 | 0.1144 | -0.1915 | 0.6207 |
| 男女差(歳) | 0.2370 | 0.2869 | 1.0000 | 0.0684 | 0.0199 | 0.2189 | 0.0638 | 0.3030 | 0.2894 | 0.1754 | 0.1796 | 0.2937 | 0.1121 | 0.0113 | 0.1767 | -0.1845 | 0.3126 | -0.0237 | -0.3168 | 0.0102 | -0.0181 | 0.2394 | -0.1193 | 0.4403 |
| 訪問診療実施状況全体(回) | -0.3620 | -0.3021 | 0.0684 | 1.0000 | 0.4629 | -0.1851 | -0.1215 | -0.0576 | 0.5565 | 0.4772 | -0.1728 | 0.2344 | -0.0664 | 0.4331 | -0.4837 | -0.5551 | 0.4898 | -0.4451 | 0.3840 | -0.0013 | 0.5309 | 0.3090 | 0.1477 | -0.1751 |
| 看取り実施件数全体(回) | -0.1854 | -0.1749 | 0.0199 | 0.4629 | 1.0000 | -0.0853 | -0.0005 | 0.0323 | 0.2870 | 0.2163 | -0.1667 | -0.0067 | 0.0757 | 0.3069 | -0.3286 | -0.2893 | 0.1909 | -0.2891 | 0.2783 | 0.2133 | 0.3295 | 0.0872 | 0.3741 | -0.1045 |
| 医療・介護体制 介護療養型医療施設病床数(人) | 0.1096 | 0.0860 | 0.2189 | -0.1851 | -0.0853 | 1.0000 | 0.0161 | -0.0519 | 0.1181 | 0.0519 | 0.8478 | 0.2045 | 0.2045 | -0.0051 | -0.0219 | -0.0947 | 0.0138 | 0.0487 | -0.2219 | -0.2246 | -0.2223 | 0.0738 | -0.1776 | 0.2072 |
| 医療・介護体制 介護老人保健施設定員(人) | 0.5690 | 0.5546 | 0.0638 | -0.1215 | -0.0005 | 0.0161 | 1.0000 | 0.5444 | -0.1830 | -0.1569 | 0.1130 | -0.0540 | 0.3236 | -0.5827 | 0.5060 | 0.5726 | -0.0300 | 0.6212 | -0.4376 | 0.0526 | -0.6394 | -0.1560 | -0.1894 | 0.3521 |
| 医療・介護体制 介護老人福祉施設定員(人) | 0.5881 | 0.6207 | 0.3030 | -0.0576 | 0.0323 | -0.0519 | 0.5444 | 1.0000 | -0.1312 | -0.0831 | -0.0035 | -0.1224 | 0.1858 | -0.4665 | 0.4820 | 0.4131 | 0.0730 | 0.5837 | -0.4220 | 0.3751 | -0.2964 | 0.1575 | 0.0323 | 0.4302 |
| 医療・介護体制 訪問看護ステーション数(人) | -0.1790 | -0.0836 | 0.2894 | 0.5565 | 0.2870 | 0.1181 | -0.1830 | -0.1312 | 1.0000 | 0.8554 | 0.0989 | 0.3577 | 0.1137 | 0.4310 | -0.3526 | -0.5117 | 0.4381 | -0.4219 | 0.1524 | 0.0292 | 0.4469 | 0.4864 | 0.3616 | -0.0143 |
| 医療・介護体制 訪問看護ST看護職員(人) | -0.2187 | -0.1352 | 0.1754 | 0.4772 | 0.2163 | 0.0519 | -0.1569 | -0.0831 | 0.8554 | 1.0000 | 0.1304 | 0.2197 | 0.0088 | 0.3324 | -0.2948 | -0.4100 | 0.2803 | -0.3260 | 0.0512 | 0.1460 | 0.3791 | 0.3009 | 0.3580 | -0.0516 |
| 療養病床数 | 0.2320 | 0.2047 | 0.1796 | -0.1728 | -0.1667 | 0.8478 | 0.1130 | -0.0035 | 0.0989 | 0.1304 | 1.0000 | 0.2477 | 0.2765 | -0.2660 | 0.1180 | 0.0647 | 0.0363 | 0.2221 | -0.3976 | -0.1113 | -0.4038 | -0.0327 | -0.2452 | 0.3246 |
| 一般病床数 | -0.0395 | -0.0330 | 0.2937 | 0.2344 | -0.0067 | 0.2045 | -0.0540 | -0.1224 | 0.3577 | 0.2197 | 0.2477 | 1.0000 | 0.3082 | 0.0267 | 0.0054 | -0.3563 | 0.2917 | -0.1489 | -0.0784 | -0.0912 | 0.0201 | 0.2590 | -0.0580 | 0.1643 |
| 地域支援病床数 | 0.4278 | 0.3897 | 0.1121 | -0.0664 | 0.0757 | 0.2045 | 0.3236 | 0.1858 | 0.1137 | 0.0088 | 0.2765 | 0.3082 | 1.0000 | -0.3183 | 0.1163 | 0.3323 | 0.1261 | 0.3829 | -0.3267 | 0.1845 | -0.3505 | 0.1635 | -0.1122 | 0.3732 |
| 駅から1km未満の住居比率 | -0.7461 | -0.6556 | 0.0113 | 0.4331 | 0.3069 | -0.0051 | -0.5827 | -0.4665 | 0.4310 | 0.3324 | -0.2660 | 0.0267 | -0.3183 | 1.0000 | -0.6836 | -0.7410 | 0.0539 | -0.8325 | 0.6768 | -0.3023 | 0.8445 | 0.2975 | 0.4156 | -0.4231 |
| 最寄り医療機関から1km以上の住居比率 | 0.6322 | 0.6107 | 0.1767 | -0.4837 | -0.3286 | -0.0219 | 0.5060 | 0.4820 | -0.3526 | -0.2948 | 0.1180 | 0.0054 | 0.1163 | -0.6836 | 1.0000 | 0.6319 | -0.0965 | 0.7335 | -0.6049 | 0.2152 | -0.6959 | -0.2674 | -0.2261 | 0.5951 |
| 世帯あたり人数(人) | 0.6336 | 0.5479 | -0.1845 | -0.5551 | -0.2893 | -0.0947 | 0.5726 | 0.4131 | -0.5117 | -0.4100 | 0.0647 | -0.3563 | 0.3323 | -0.7410 | 0.6319 | 1.0000 | -0.3278 | 0.8296 | -0.5252 | 0.1865 | -0.7734 | -0.4932 | -0.3440 | 0.3519 |
| 高齢者独居世帯の比率 | 0.2691 | 0.3403 | 0.3126 | 0.4898 | 0.1909 | 0.0138 | -0.0300 | 0.0730 | 0.4381 | 0.2803 | 0.0363 | 0.2917 | 0.1261 | 0.0539 | -0.0965 | -0.3278 | 1.0000 | -0.0437 | 0.0131 | 0.0996 | 0.0766 | 0.3713 | -0.0379 | 0.1876 |
| 戸建て住宅の比率 | 0.8410 | 0.7648 | -0.0237 | -0.4451 | -0.2891 | 0.0487 | 0.6212 | 0.5837 | -0.4219 | -0.3260 | 0.2221 | -0.1489 | 0.3829 | -0.8325 | 0.7335 | 0.8296 | -0.0437 | 1.0000 | -0.6678 | 0.3494 | -0.7843 | -0.2065 | -0.2781 | 0.4591 |
| 自宅死の割合 | -0.6568 | -0.6190 | -0.3168 | 0.3840 | 0.2783 | -0.2219 | -0.4376 | -0.4220 | 0.1524 | 0.0512 | -0.3976 | -0.0784 | -0.3267 | 0.6768 | -0.6049 | -0.5252 | 0.0131 | -0.6678 | 1.0000 | -0.2247 | 0.6982 | 0.1619 | 0.3349 | -0.5751 |
| 老人ホーム死の割合 | 0.2668 | 0.2311 | 0.0102 | -0.0013 | 0.2133 | -0.2246 | 0.0526 | 0.3751 | 0.0292 | 0.1460 | -0.1113 | -0.0912 | 0.1845 | -0.3023 | 0.2152 | 0.1865 | 0.0996 | 0.3494 | -0.2247 | 1.0000 | -0.0645 | 0.0588 | 0.1067 | 0.0750 |
| 退院後在医診察 | -0.7120 | -0.6286 | -0.0181 | 0.5309 | 0.3295 | -0.2223 | -0.6394 | -0.2964 | 0.4469 | 0.3791 | -0.4038 | 0.0201 | -0.3505 | 0.8445 | -0.6959 | -0.7734 | 0.0766 | -0.7843 | 0.6982 | -0.0645 | 1.0000 | 0.4130 | 0.5798 | -0.5304 |
| 退院後訪問介護 | 0.0047 | 0.1144 | 0.2394 | 0.3090 | 0.0872 | 0.0738 | -0.1560 | 0.1575 | 0.4864 | 0.3009 | -0.0327 | 0.2590 | 0.1635 | 0.2975 | -0.2674 | -0.4932 | 0.3713 | -0.2065 | 0.1619 | 0.0588 | 0.4130 | 1.0000 | 0.3900 | 0.1812 |
| 退院後訪問看護(介護) | -0.2855 | -0.1915 | -0.1193 | 0.1477 | 0.3741 | -0.1776 | -0.1894 | 0.0323 | 0.3616 | 0.3580 | -0.2452 | -0.0580 | -0.1122 | 0.4156 | -0.2261 | -0.3440 | -0.0379 | -0.2781 | 0.3349 | 0.1067 | 0.5798 | 0.3900 | 1.0000 | -0.2336 |
| 退院後通所介護 | 0.5874 | 0.6207 | 0.4403 | -0.1751 | -0.1045 | 0.2072 | 0.3521 | 0.4302 | -0.0143 | -0.0516 | 0.3246 | 0.1643 | 0.3732 | -0.4231 | 0.5951 | 0.3519 | 0.1876 | 0.4591 | -0.5751 | 0.0750 | -0.5304 | 0.1812 | -0.2336 | 1.0000 |

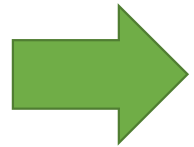
駅から1km未満の住居比率との相関

| 地域指標 | 相関係数 |
|----------|--------|
| 退院後在医総管 | 0.8445 |
| 在宅死 | 0.6768 |
| 訪問診療実施状況 | 0.4331 |

出典：みずほ情報総研株式会社『KDBを用いた医療・介護連携に係る地域の特性に関する調査研究 報告書』報告書 2020年3月



まとめ



データ分析に基づき、新たな取り組みを生み出す可能性！？

交通計画と福祉政策

考え方の整理

横浜国立大学

副学長

都市イノベーション研究院教授

交通計画とは その1

- 将来(5年後、10年後、20年後)のための計画
 - 将来の都市の土地利用(住宅、商業、工場他)前提
 - 鉄道網の計画(新線、新駅、複々線化、増発)
 - 道路網の計画(専用道路、幹線道路、地区内道路)
 - バス輸送の計画(路線、時刻表)
- 行政が計画するが、鉄道やバスや事業者が実施。
- バス会社のバスが運行されない地域へは、川崎の場合には、コミュニティ交通で対応

交通計画とは その2

- 交通システムの計画
- 計画の対象
 - 鉄道、道路(自動車、自転車、徒歩)、バス 等
- 計画の目標
 - 一般には
 - 混雑(渋滞)緩和(円滑化)と交通安全(事故削減)
 - 政策論的には
 - サステナブルな社会
 - 環境にやさしい 大気汚染や地球温暖化への影響小さく 事故少なく
 - 財政にやさしい 限られた予算を有効に活用し
 - 人にやさしい 誰もが外出を躊躇せずに済む
 - クリエイティブな都市
 - 多くの出会いや交流がある街を支える

交通計画とは その3

• 計画の道具

- さまざまな交通手段が選べるように マルチモーダル
- いろいろな交通手段がつながるように インターモーダル
- それぞれの交通手段を適材適所に
 - 新技術も
 - CASE 電子連携、自動運転、シェアリング、電動
 - MaaS 案内検索、予約、決済、データ活用














• 計画の連携

- 交通計画は都市計画の一部
 - 移動の多くは用事(活動)から派生している(派生需要という)
 - 立地適正化計画と地域公共交通網形成計画
- 環境政策との連携
 - 地球環境、局地環境
- 経済政策との連携
 - 産業振興、商業活性化、財政管理
- 福祉政策との連携
 - 外出支援

交通計画と外出支援事業

- 外出促進は交通計画の目標のひとつ
- 誰をどうやって支援するか？
 - 外出が困難な人、外出を躊躇している人
 - バリアフリー構想での支援
 - 道路改良での支援
 - 鉄道やバスの改良での支援
 - 駅やバス停、車両、**運賃制度**
 - 配慮できていないところへの対応
 - タクシー活用
 - 自家用車有償
 - 福祉有償サービス
- 誰が支援するか 役所は縦割り？

■ICT化 媒体別メリット・デメリット

| 媒体 | イメージ | 市 | | 利用者 | | |
|--------------------------|---|---|--|---|--|---|
| | | メリット | デメリット | メリット | デメリット | |
| ICカード | 交通系ICカード |  | <ul style="list-style-type: none"> 知名度が高い 新たな機器の導入が不要 | <ul style="list-style-type: none"> 改修・ランニングコストが高額になる 既存システムへの影響があるため制約が多く、サービスの拡張性がハウスカードに比べて低い 全国相互利用カードであるため、施策内容によっては全国の相互利用事業者への影響可否を首都圏のバス共通ICカード協会を経由し確認する必要がある 日付・回数制限等の細かな運用が不可能 | <ul style="list-style-type: none"> 公共交通機関(鉄道・バス等)・電子マネーとしての利用範囲が広い 既に交通系ICカードを所持している場合、所持している交通系ICカードで対応可能 | <ul style="list-style-type: none"> 券面に印字ができないため、見た目から該当カードか判断できない |
| | ハウスカード |  | <ul style="list-style-type: none"> 導入・ランニングコストが交通系ICカードに比べて安い サービスの拡張性が交通系ICカードに比べて高い 印刷が可能であるため、該当カードであることが判断しやすい | <ul style="list-style-type: none"> 交通系ICカードに比べて知名度が低い 専用の機器導入が必要 発行・管理コストが発生する | <ul style="list-style-type: none"> 事業者独自のサービスを利用可能 印刷が可能であるため、該当カードであることが判断しやすい | <ul style="list-style-type: none"> 交通系ICカード保有者は、カード2枚持ちになる |
| | マイナンバーカード |  | <ul style="list-style-type: none"> マイナンバーカードの普及促進になる 事業者側でのカード発行が不要 行政での登録内容が反映され、5年更新で管理される | <ul style="list-style-type: none"> マイナンバーカード情報の開示のために、総務省指定メーカーからのデータ受領となる 現時点では普及率が低い 専用端末が必要 | <ul style="list-style-type: none"> カード保有者は、新たに媒体を持つ必要がない | <ul style="list-style-type: none"> カード非保有者は、申請する必要あり 多用することによる紛失のリスクが高くなる |
| | クレジットカード |  | <ul style="list-style-type: none"> 市民向けにはプリペイドカード発行が必要 | <ul style="list-style-type: none"> クレジットカード決済専用端末が必要 セキュリティの要求水準が高い 審査があるため、申請～発行までに時間が掛かる クレジットの有効期限によって、媒体が変わるため都度登録作業が発生する。また、クレジットの有効期限と高齢者フリーパスの有効期限が一致しない。 | <ul style="list-style-type: none"> クレジットカード向け他サービスにも利用可能 | <ul style="list-style-type: none"> 審査があるため、申請～発行までに時間が掛かる 審査結果によりカードを作れない場合がある |
| | Feilca-LiteS |  | <ul style="list-style-type: none"> 媒体が安価である 様々な媒体に張り付けることが可能(シールタイプの場合) 製造時にユニークな番号が付与されているため、新たな番号管理が不要 交通系ICカードと同レベルのセキュリティである 様々なサービスが提供可能 | <ul style="list-style-type: none"> 専用端末が必要 | <ul style="list-style-type: none"> 様々な媒体に張り付けることが可能(シールタイプの場合) ※現状の高齢者フリーパスにも張り付け可能 見た目で高齢者フリーパスであることが判断できる 媒体によっては、小型化ができるためカードより携帯しやすい | <ul style="list-style-type: none"> シールタイプの場合、剥がれたり劣化することがある |
| 物販系カード (nanako、WAON等) |  | <ul style="list-style-type: none"> 物販との連携によるサービス展開が可能 | <ul style="list-style-type: none"> 関係省庁への調整が必要 nanaco、WAON等は発行元への確認・申請が必要 専用端末が必要 カード発行会社への利用承認が困難 民間の動向に左右され継続性が担保されない | <ul style="list-style-type: none"> 物販でも利用可能 | <ul style="list-style-type: none"> 回数券として利用できない 交通系ICカード保有者は、カード2枚持ちになる 券面に印字ができないため、見た目から該当カードか判断できない | |
| スマートフォン | QRコード (スマートフォンにQRコードを表示してバスで読み取る) |  | <ul style="list-style-type: none"> 導入・ランニングコストがICカードに比べて安い 媒体コストが掛からない | <ul style="list-style-type: none"> 高齢者のスマートフォン保有率が低い バッテリー切れ時等の考慮が必要 利用方法に関する問い合わせ対応が増える 機種変更への対応が必要 専用端末及び専用アプリが必要 端末を持っていない人への対応が困難(強制できない) 不正利用防止対応にコストがかかる | <ul style="list-style-type: none"> スマートフォン保有者は新たに媒体を持つ必要がない | <ul style="list-style-type: none"> スマートフォン非保有者は新たにスマートフォンを購入する必要あり QRコード表示までの操作が手間 反応速度がICカードに比べて遅い 機種変更への対応が必要 専用アプリ立ち上げなど高齢者にとって困難 QRを読み取れるようにカメラに合わせる必要がある |
| | スマートフォン (QRコード以外) |  | | | | <ul style="list-style-type: none"> アプリのインストール・設定が手間である アプリの操作に慣れるまで時間が掛かる 機種変更への対応が必要 |
| NFCタグ・RFIDタグ | NFC (Felicaカード以外) |  | <ul style="list-style-type: none"> 媒体コストが安い 媒体の形状バリエーションが多い 様々なサービスに対応可 | <ul style="list-style-type: none"> 新たなナンバリングが必要。発行時にエンコードが必要 アプリでのコピーが可能 | <ul style="list-style-type: none"> 様々な媒体に張り付けることが可能(シールタイプの場合) ※現状の高齢者フリーパスにも張り付け可能 見た目で高齢者フリーパスであることが判断できる 媒体によっては、小型化ができるためカードより携帯しやすい 障害物に強いため、財布等の中でも反応する | <ul style="list-style-type: none"> 媒体によっては紛失しやすい シールタイプの場合、はがれたり劣化することがある |
| | RFID |  | <ul style="list-style-type: none"> 媒体コストが安い 媒体の形状バリエーションが多い 様々なサービスに対応可 複数の媒体を同時に認識することが可能 | <ul style="list-style-type: none"> アンテナの出力レベル(1W以上)によって、無線局の届け出が必要 | | |
| QRコード(印刷) | QRコード(印刷) |  | <ul style="list-style-type: none"> 媒体コストが安い | <ul style="list-style-type: none"> 不正利用防止対応にコストがかかる 汚れに弱い 間違えて印刷した場合、修正不可 バーコードコピー等セキュリティ対策が高額 | | <ul style="list-style-type: none"> 汚れに弱いため、取り扱いに注意が必要 QRが隠れていると読み取りができない QRを読み取れるようにカメラに合わせる必要がある |
| 生体認証 | 顔認証 |  | <ul style="list-style-type: none"> 媒体が不要なため、紛失防止となり、再発行手続きが不要になる | <ul style="list-style-type: none"> 初期登録のための登録設備が各所に必要 開発規模が大掛かりになるためが高額 専用カメラを全車両に取り付ける必要がある | <ul style="list-style-type: none"> 媒体忘れ、紛失することがない | <ul style="list-style-type: none"> コロナ禍によりマスクをしている場合、認証するためにマスクを取る必要がある カメラへの向き方により、認証エラーになりやすい |
| | 指紋認証 |  | <ul style="list-style-type: none"> 媒体が不要なため、紛失防止となり、再発行手続きが不要になる | <ul style="list-style-type: none"> 初期登録のための登録設備が各所に必要 開発規模が大掛かりになるためが高額 専用読み取り機を全車両に取り付ける必要がある | <ul style="list-style-type: none"> 媒体忘れ、紛失することがない | <ul style="list-style-type: none"> 雨の日など、水分により指がふやけた場合に認証エラーになりやすい 冬場などに手袋をしている人は、手袋を外さなくてはならない コロナ禍のため、認証用リーダに触れることに抵抗感がある。また、消毒等を考慮する必要がある |

第 1 回川崎市高齢者外出支援乗車事業のあり方検討委員会議 摘録

日 時：令和 2 年 6 月 25 日（木）17：55～19：45

場 所：第 3 庁舎 15 階第 1・2 会議室

出席者：飯嶋委員、池田委員、石山委員、遠藤委員、佐藤委員、中村委員、八郷委員、福芝委員、藤原委員、町田委員（50音順）

事務局：長寿社会部長（相澤）、高齢者在宅サービス課長（菅野）、高齢者在宅サービス課いきがい係長（荒井）、高齢者在宅サービス課いきがい係職員（金澤、小林、岩本）

傍聴者：17名

1 開会

相澤部長から開会挨拶及び委員の紹介

2 検討事項

（1）「川崎市高齢者外出支援乗車事業に関するあり方検討について」

【主な発言】

町田委員： 対象者について、公共交通機関の利用が困難な方を除くとあるが、このことについて具体的に教えてほしい。

菅野課長： 要介護 4・5 の方及び特別養護老人ホーム入所者について、あらかじめ対象者から除いた上で、高齢者特別乗車証明書を送付している。

福芝委員： どのようなロードマップで見直しを検討しているのか教えてほしい。

菅野課長： 議論の行方にもよるが、今年度が第 8 期高齢者保健福祉計画の策定年となっていることから、計画の見直しと歩調を合わせる形で進めていく必要があり、本事業のあり方検討においても、秋頃を目途に一定の方向性をまとめたいと考えている。また、まとまった結論については、高齢者計画の中でしっかり位置付けたいと思っている。

八郷委員： 参考資料 2 のとおり、神奈川県バス協会では、平成 30 年、令和元年と二度の利用実態調査を実施しているが、行政の方ではどのような調査を行っているのか。

菅野課長： 3 年に一度、高齢者実態調査というアンケート調査を実施しており、その中で、9 月 1 か月間でバスに何回乗車したかを尋ねている。

飯嶋委員： バス事業者側の調査手法はどのようなものか。

八郷委員： 平成 30 年度、令和元年度に合計 2 回、いずれも 5 月に乗務員によるカウント調査を実施している。

飯嶋委員： 調査の時間帯は何時から何時か。

八郷委員： 始発から終わりまで丸一日実施している。

飯嶋委員： 横浜市でも同様に乖離があると聞いているが、乖離の要因は何だと考えるか。

八郷委員： 何度かバスを乗換えて出かける方もいると思うが、一度の外出で一回と数えてしまっている方もいるのではないかと考えている。

飯嶋委員： これは神奈川県全体の調査結果ということか。

八郷委員： 制度が違うため、川崎市のみの調査結果である。横浜市の結果は、27 回くらいであり、毎年同じような結果となっている。

- 相澤部長： 行政と事業者側の調査結果の乖離については、原因説明には至っておらず、行政としても大きな課題だと認識している。
- 中村委員： コイン式とフリーパス式の二方式を採用した理由と、なぜバスのみなのかについて教えてほしい。
- 菅野課長： 分かりうる範囲での回答になるが、本事業は昭和 49 年に無料のバス券という形で開始しており、平成 16 年に制度を見直した際に、無料のバス券を一か月あたり 1,000 円のフリーパスに見直し、バスに頻繁には乗らない方への支援策として、コイン式との併用制を採用したものと認識している。
- また、バスのみである理由については、電車に関しての要望などもあるが、制度設計にあたっては、本市の場合は、行政が所管している事業が市バスしかなかったことから、市バスと、加えて民間バスにも範囲を広げたものと考えている。
- 藤原委員： ICカードの導入に関して、初期投資の面でブレーキがかかっているか、場合によっては、紙ベースよりも安上がりになるのではないかと思ったが、実情はどうか。
- 菅野課長： ICカードについては、関東圏だと Suica、PASMO、関西だと ICOCA といった、いわゆる IC カードが普及した際に、それに乗っかれた自治体は IC 化が進んでおり、そこに乗っかれなかった本市や横浜市などは IC カード化できていないという状況にあると思っている。また、政令市で導入している自治体はないと思うが、IC カード以外に独自カードという手法もあると業者から聞いている。
- 石山委員： この事業の対象者は満 70 歳以上だが、いつの時点からどのような経過で満 70 歳以上としたのか、分かる範囲で教えてほしい。
- 菅野課長： 過去の資料などを見る限りは、制度開始当初から満 70 歳以上であったと思っているが、次回までに正確な情報を確認する。
- 遠藤委員： 同じく対象者のことだが、障害を持っている方とか、若年性認知症の方とかは対象外か。
- 菅野課長： 満 70 歳未満で障害者手帳を持っている方は、障害者の制度でふれあいフリーパスという制度を実施しており、70 歳を超えると、高齢者の制度に移行することとなり、福祉パスという、ふれあいフリーパスと同様に無料のパスの交付を受けることができるといった制度内容となっている。
- 遠藤委員： 若年性認知症の方は対象外ということか。
- 菅野課長： あくまでも障害者手帳をお持ちの方に限られるため、手帳を持っていない若年性認知症の方は対象外である。
- 石山委員： 2号被保険者も対象外という認識で良いか。
- 菅野課長： あくまでも年齢でやっているため対象外である。
- 遠藤委員： 財政的にも大変だとは思いますが、70 歳で切るのではなく、65 歳で元気でない人もいれば 90 歳で元気な人もたくさんおり、その人の実態に合ったサービスを提供するのが本来ではないか。
- 菅野課長： 年齢要件のあり方を検討する中で、そのような議論もありうると思っている。本事業の目的は、高齢者の社会参加を図ることであり、外出が困難な方の外出支援というのは別の部分で考えるべきところだが、本事業との連動性といったところでどのように整理していくかは重要である。

- 中村委員： 他の政令都市の資料があるが、事務局側でどのくらいあり方に違いがあるとか、あるいは進んでいると思うようなところがあれば教えてほしい。
- 菅野課長： 制度自体やっていないところや廃止した自治体もあり、年齢要件では、70歳以上としている自治体が一番多いが、65歳から対象としているところもあり、高齢者の社会参加あるいは外出支援を早い段階から行っていくという考え方や、また、人生100年時代や定年延長といった点で適切かなどの議論はあるかと思う。
- また、例えば、50円のコイン式一本で実施している大阪市や、選択制ではあるが、バスに加えて、地下鉄やJRも対象にしているにもかかわらず、それほど事業費が膨らんでいない福岡市などは気になるところ。また、名古屋では、年齢や利用者負担という点でもこの事業に力を入れているという印象。
- 遠藤委員： 経済効果のような指標は出ているのか。
- 菅野課長： 名古屋市ではアンケートという手法で、外出一回あたりどれくらい使うか尋ねているが、アンケート以外で経済効果を出すのは難しいと思われる。本市で把握している数字はない。
- 福芝委員： バス停が近くに無い人や、若年層など、対象者間や世代間の公平性について加味した上で、あり方を決めるべきである。
- 町田委員： 本事業の事業費が増えることは課題だが、金銭面での不公平感を感じる。利用者が利用すればするほどバス事業者の負担となることや、利用しない人に対しても郵送費や印刷費を掛けて交付していること、実態が把握できないがためにお金を掛けて調査を行っていることなど、そのお金があるならもっと有効的に活用すべき。今回、あり方検討会議の市民委員に応募したのもそういった趣旨からである。また、事業費の内訳が知りたかったため、その他資料3を用意してもらった。支援の手法についてもバスのみではなく、色々選べる形が望ましいと思ったところ。
- 遠藤委員： 経費を削減する手法を考えがちだが、経費だけの視点ではなく、経済効果の視点も必要。要するに外出をしてもらって、お金を使ってもらって、税金にリターンするといった、循環型の考えが大事だと思う。
- 石山委員： 事業の目的が「高齢者の社会的活動への参加の促進」であるため、ここに価値を置いて検討を進める必要がある。社会的活動への参加の促進という観点で、川崎市で実施している事業はこの事業だけでなく、多角的な視点でのサポートがあり、そういった施策全体の絵図があった中で、この事業の位置づけなどを考えていく必要がある。
- 相澤部長： 第8期高齢者保健福祉計画策定の段階にあるため、他の施策との関連性などについて、次回の会議に向けて準備したい。
- 福芝委員： 今回、論点が三つあり、その一つが「時代に即した高齢者の外出支援全体のあり方」であるが、交通困難地域のあり方や買い物支援など、様々なものがあり、論点1・2は、比較的、利用者・行政・バス事業者、三者のあり方の話だが、論点3についてもしっかり議論をしないと、三すくみの議論で結論がでるとは思えず、全体のあり方の中で位置づけるなどしないと、方向性を決めるのが難しい。
- 菅野課長： 次回は、見取り図のような、全体の位置づけの中で、本事業がどの位置づけにあるのか、それが分かる資料を準備したい。また、本事業を見直すにあたっては、コスト面だけでなく、目的をどう捉えるかについても検討していきたい。

藤原委員： 論点1の年齢要件のあり方について、65歳を一つの境にする意味は、定年延長があって、退職から社会参加を継続して支援するという点であり、その一方で、身体機能の低下の大きな節目が75歳であることから、現行制度は、その間を取って70歳に設定しているものと解釈している。対象年齢を65歳以上として、定年から継続して社会参加を支援することが一番望ましいが、65歳と75歳を同じ割引制度とするのかといった点もあるため、年齢によって支援のグレードを変えるということも必要だと考える。

論点2については、ICカードを導入することで、それを活用して買い物に行くとポイントが付くなどといったことも可能となり、外出の頻度が増え、店の利用頻度も増加にも繋がる。初期投資の面で難しい部分もあると思うが、色んなモニタリングとしても使えたりと、非常に多機能化できると思われ、そういう意味でもICカードの導入は待ったなしという印象。

福芝委員： 先ほど経済効果の話があったが、名古屋市では、敬老パスによる経済効果が一人あたり4,200円で、全体で316億円の経済効果があり、そのほか、自宅からバス停まで平均1,400歩で、高齢者の社会参加に非常に効果があるなどの結果がでているため、次回そういったものも情報共有してほしい。名古屋市と川崎市ではそう大差ないと思われ、そういった指標は議論の土台となり、公費を充てる理屈にもなると思う。

遠藤委員： 小さなコミュニティで色んな、自宅の玄関までバスが来てくれるようなことも行く行くは考えないといけない。特にスウェーデンではそういったことをやっており、なぜそこができてできないのか、そういったことも大事である。

相澤部長： 現状、宮前や麻生でやっているコミュニティバスなどが該当か。

遠藤委員： そうである。

中村委員： 今の話を受けて、北欧の国々では運輸事業の仕掛けも税制も違うことから一概には言えないが、制度や文化が違うからではなく、どうやったらできるのか、これはまちづくり局の方で議論がなされている。先ほどの福祉全体の施策の中で、高齢者の社会参加の位置づけを考える一方で、交通施策全体ではどこに位置付けられるか、その両側を見るのと効果の話は非常に重要である。医療費の削減効果などは複合的な要因で決まるため簡単には言えないが、人々が健康になることでの社会的効果や財政的効果はあると思う。交通の方では、乗合いの乗り物は高齢者に配慮した乗り物である一方で、実は子どもも乗れるなど、複合的に、その全体の見取り図の議論は一度しておかないと、狭い範囲での議論になってしまう。技術の進展なども見据えて議論をしないと、持続可能性がなくなってしまうと思う。

特定の方を対象とした乗り物だとかえってコストがかかり、少し工夫を加えると色んな人がシェアできて、一緒に乗ることで交流が図れるといった社会的効果が生まれるなど、交通全体という見方もあり、福祉も上手く位置づける必要がある。

藤原委員： 中村委員の言うとおりでと思っており、バス停まで遠い人はどうすべきかという議論があったが、それには小回りが利く移動手段が必要だろうし、そういったもので社会実験をしているという話もよく聞く。既存のサービスだけでは限界があると思われるので、民間企業などを活用して社会実験をして、使えるもの使えないものを選んでいくことも大事だと思う。

- 福芝委員： 例えば、宮前区では社会福祉法人の空いている車を、日中に高齢者の買い物支援に活用しているなど、バス以外にも様々な資源があるため、そういった地域資源をフル動員した上で、バスでしか担えないものはこうだといった位置づけの方が、説得力が増すと思う。
- 池田委員： 買い物支援の話が出たが、言うのは容易いがやるのは大変。私も実際にボランティアをやっているが、車、運転手、援助者などが必要で、車を借りるにしても修理費をどうするかといった話もある。ただ、こういった支援が必要な時代に入っていると感じており、やはり外出支援全体で考えなくてはならない。たまたまやっていたため、感想を申し上げた。
- 遠藤委員： 新型コロナウイルスを経て、人との接触のあり方は変化していくと思う。そのため、コロナウイルスとの共存の社会を見据えて、乗り物やサービスなどを考えないと、今までの延長線では解決しない。
- 相澤部長： 新型コロナウイルスに伴う新しい生活様式が示され、外出そのものの形が変わっていくものと思われ、そういったことも踏まえて議論する必要がある。
- 菅野課長： 各委員から様々な意見があり、全体の位置づけの中での事業のあり方というのは、整理する必要がある、地域交通政策全体の検討も別途進められているため、そことも連携を図りながら、本事業をどうしていくか整理したいと思う。
- 藤原委員： 高齢者の社会参加全体や、社会効果をどう促進するかという位置づけの関係にもなるが、この第8期高齢者保健福祉計画の一般介護予防施策の中で、どういう社会参加を進めていくかという議論がなされていくと思うが、外出に消極的な方をどう誘っていくかが共通の課題になると思う。それこそポイント制度など、既に川崎市でも色々やっていると思うが、どのようなインセンティブを付けていくかが、これからの介護予防全体の政策の方向になるのではないかと思う。また、生活圏内の通いの場など、徒歩10～15分圏内で完結することを国では目指しているが、元気な方は東京や横浜に出ることも考えられ、広域で動くためにはバスで乗り継いで行けるような支援も大切であり、そういったときに介護予防のポイントという側面で見るとも大切である。
- 中村委員： ICカードについて、この事業のためだけに初期投資するというのは辛い部分があるが、他の委員からも意見があったように、福祉政策や交通政策、あるいは地域振興に繋がるなどの効果があるため、初期投資は意味があると言えるのか、そうでないのかをきちんと見定めるべき。そのために、他都市や海外の事例を調べてみてほしい。
- 菅野課長： そのとおりだと思っており、行政としては、限られた財源の中で物事を考えていかななくてはならないといったときに、ICカード化等は避けられないという議論もあるかと思うが、この事業のためだけにICカード化等というのは費用対効果としてはかなり薄いものと認識している。また、ICカード化等することで、介護予防効果など、これまで見えてこなかった部分が見えてくると思っているが、初期投資との見合いになるかと思うので、次回、間に合うようであればコスト面の資料も用意したい。
- 福芝委員： 年齢要件や受益者負担、三者負担のあり方については、様々な議論があるかと思うが、それぞれのメリット・デメリットが整理できると、より結論が早く見えると思う。また、ICカード化についても、この事業以外の活用方法がどんなものか見えてると

有意義な議論ができると思う。

相澤部長： 次回の議論に備えて、メリット・デメリットも含めて整理し提示したい。そのほか無いようであれば、検討事項2に移りたいと思う。

(2)「市民アンケート調査について」

【主な発言】

町田委員： 70歳未満について、年齢が低くなると関心が薄れ、回答率が低くなることが予想されるが、回答率を上げる策などはあるか。

菅野課長： 年齢ごとの回収率の差はかなりあるものと認識している。結果的に、統計上有効となる回収数に満たないということがあれば、20代と30代を括るなど工夫したいと考えている。設問の中での工夫はなかなか難しいものと考えており、工夫とはいえないと思うが、事業を知らない人にも理解してもらえよう事業の概要資料を作成した。何か意見があれば教えてほしい。

福芝委員： 70歳以上の事業の対象者について、先ほども意見のあった経済効果に関する設問を設けると、新たな指標になっていろいろと分析できると思う。せっかくやるのだから是非入れてほしい。

遠藤委員： 70歳以上と70歳未満それぞれ1万人ずつということか。

菅野課長： 無作為で、両方合わせて1万人を予定している。

遠藤委員： 作為的に年齢層をいじったりすることはないか。また、地域別はどうか。

菅野課長： 年齢層については、人口構成率に応じた形で抽出する予定である。地域別という点では、ある区に偏ることがないように補正を掛ける予定。

中村委員： そもそもこのアンケートをなぜこのタイミングでやるのか教えてほしい。検討会議で諸々の議論をしておいて、アンケートはアンケートでやるという整理なのか。ICカードの設問では、ストレートに実施の可否を尋ねているが、IC化賛成反対なんか問わずに、日常的にICカードを使っているかなどを尋ねる方が有益だと思う。また、高齢者がどこで困っているのかを知るためや、事業の課題を認識してもらうためなど、狙いはいくつかあると思うが、それが混ざってしまっている気がする。色々と事情はあるかと思うが、せっかくお金をかけてやるのだから、本当にこのタイミングで聞くべきことを精査する方が議論をすべきことな気がする。

菅野課長： 確かに行政都合で聞いている部分もあり、また、検討が足りないという指摘もあろうかと思う。このアンケート調査の目的は、これからも増加していく高齢者のための施策というのも当然必要だが、一方で、その高齢者を支える若年層も含めて、社会全体で捉えていく必要があると考えており、年代ごとの意識の違いを見たいという思いがあった。設問数が増えることで回答率に影響が出てしまうため、事務局で再度整理し、改めて提示したい。

中村委員： スケジュール的にはこのタイミングでないと都合が悪いのか。

菅野課長： スケジュールが遅れるとあり方検討会議にも影響が生じてしまうため、御協力いただきたい。

八郷委員： 3年間に渡って市長宛てに「ICカード等により透明性・客観性を確保し、利用実態を反映した新制度の構築をお願いしたい」と要望してきて中で、今回の調査票のI

C化はお金がかかるかどうかという設問はどうか。我々としては、利用実態が行政が実施したものと倍ぐらい乖離があり、予算も半分しかもらえておらず、公共交通機関とはいえ事業をしていかなければならない。これらを是正するためにこの検討会議に入ったところ。

藤原委員： 70歳以上のアンケートで、年齢を70歳から85歳以上の4区分に分けているが、身体機能や外出が可能かどうか、あるいは要介護認定を受けているかなどを考慮せずにやるということか。要介護の人とそうでない人とでかなり内容も変わってくると思う。要介護認定を受けているかや外出できるかなど、健康状態については押さえておいた方が、分けて分析するなどできると思うので、少し工夫してほしい。

菅野課長： 冒頭で申し上げたとおり、運用上、特別養護老人ホーム入所者と要介護4・5の方を除いているため、本アンケート調査においてもそういった方をあらかじめ除いた形で抽出し発送すること考えており、それ以外の軽度の方がどういう属性にあるのか分かるような設問は加えたいと思う。

福芝委員： この検討会議は、いわゆる市長から諮問を受けて答申を出す諮問機関ではなく、あくまでも意見を聞いて、それを上位会議に挙げて、最終的に行政が判断ということだと思うが、ICカードについても市民意見とかではなく、これは必要なことだと行政が判断すべきだと思う。行政が責任を持って判断する部分と市民の意見を求める部分とできちんと住み分けしてほしい。

町田委員： ICカードの導入の設問について、自らが回答しようとしたときに、答えるのが非常に難しいと感じた。利用実態の把握に有効だけどどう思うかという設問ではなく、ICカードを導入するとこんなこともできるけどどうかという設問の方が前向きで回答し易いと思った。

相澤部長： 検討事項2については、いただいた御意見を踏まえて、改めて調査票案をお示ししたい。また、本日の議論を踏まえて、次回の会議に向けて事務局の方で諸々準備したい。

3 閉会

以上

| 項目 | 意見内容 |
|-----------------|--|
| <p>1. 年齢要件</p> | <ul style="list-style-type: none"> ●名古屋市のように社会参加の観点から最近のサラリーマン実質退職推定年齢の65歳が望ましいが、対象者がかなり増加することから、現行の70歳でやむを得ない。それ以上は、健康寿命を考えれば、意味をなさない。病院通い用では悲しい。 ●長い間住民税を払ってきたサラリーマンのうちには、市から直接利益を受けるこのバスを心待ちにしている者もいるだろう。私なら受給年齢を引き上げたら腹が立ってふるさと納税に走る。 ●昭和40年代に規定された年齢であり、今日に当てはめれば何歳程度になるのかは参考として知りたいところ。 ●年齢別にみた財政影響の試算がわからないので、あくまで感覚的な意見にとどまるが、過去の経緯は切り離して考えた場合、財政面に配慮すれば後期高齢者75歳。一方で定年退職後も継続的に活動する環境を整備する観点からは、65歳。85歳では利用者が限られ、目的も失われる。したがって、65歳と75歳の間をとって70歳。 ●対象年齢としては、満70歳以上が良いと思われれます。満70歳未満の方でも介護保険の利用者には事業対象者にしては如何か。 ●年齢に特にこだわりはない。近隣他自治体との横並びにも配慮して、原則70歳でよいように思われる。 ●当面は、現行どおり満70歳以上を維持すべきと思う。本事業は、「高齢者の外出支援・社会参加」と考えるが、現在の70歳以上は、身体的にも心理的にも若返っていると感じる。一方で、社会全体の働き方といましようか、70歳以上が定職をもっている割合は、低いと思っている。そういう状況の中、家に閉じこもることのないようこの制度は極めて重要と考える。 ●高齢者の体力が向上しており、敬老の意味合いが薄れている。現在の75歳は20年前の65歳と同じレベルの体力があるとの報告がある。（スポーツ庁調査による分析結果） ●川崎市では、現時点で71歳～73歳がベビーブーマー世代であることから、今後、本事業の対象者の急増が見込まれる。 ●対象年齢を75歳以上とした場合に、75歳未満であっても移動制約者、運転免許返納者等への配慮は必要である。 ●激変緩和のため、対象年齢を段階的に引き上げることとしてはどうか。 ●他都市では75歳以上とする事例がある。（北九州市、福島市、姫路市ほか） ●医療分野では、後期高齢者医療制度（75歳～）のほか、財政調整の仕組みとしての前期高齢者医療（65歳～74歳）があり、75歳を区分点としている。 ●65歳以上がベストだが、市財政との兼ね合いもあるので、65～74(又は69)歳と75(又は70)歳以上で料金設定を2段階にするのが良い気がする(JR東日本の大人の休日割引も2段階設定)。 ●定年延長等の影響により70歳ぐらいまで働く人が増えていくと思われるので、対象年齢は70歳のままでよいと思う。 |
| <p>2. 受益者負担</p> | <ul style="list-style-type: none"> ●適正な受益者負担は必須。適正でない、さほど使わないのに所持する人が増えるから。横浜市では、個人負担があまりに少ないことから「夢のようなバス」と揶揄されているようだ。 ●都度払い方式との併用は残したい。フリーパス式はIC化費用として初年度30～50%程度の値上げはやむなし。早期に、ICT化、IC化の見積もりを提示してほしい。 ●高齢者においては、経済格差があると思われ、受益者負担の場合低所得層の負担感は大きくなる。一方で応能負担の場合、資産の範囲（収入・金融資産・不動産資産等）や把握の方法、そのための事務処理事の負担に係る経費等を要する。総合して考えれば、実額の半額になっていることをもって十分に低所得者への配慮は行われているとみなし、受益者負担でよしと考えてよいのではないか。 ●現在の応益負担制を支持する。高齢者の社会活動への参加のセーフティーネットという視点が重要と考える。 ●応能と応益という区分で整理することがそもそも適切かどうか理解しきれていない。障害のある人、移動が困難な人は割り引くあるいは無料にするという発想と、所得の多い人はある程度は負担してもらうという発想を組み合わせるのが基本だと思われる。 ●川崎市の場合は、フリーパス方式の応能負担制とコイン式の応益負担制の2種類で事業をされているが、応能負担制については、利用者・バス事業者・川崎市の3者負担割合をどのようにするかが、大きな課題と考える。 ●受益者負担は、公平性の観点から、制度の恩恵を受けられる方と受けられない方の不公平ができるだけ生じないように配慮する必要がある。 ●サービスを受ける度合いが高い人ほど自己負担も多くなるという、現在の応益負担の考え方は、公平性の観点から踏襲していくべきと考える。 ●所得別の負担区分は応能負担として分かりやすく、世代間の公平性という観点で他世代からも理解が得られやすいと思うが、「本人・世帯非課税」とそれ以上の所得階層の区分けに関して、制度が複雑にならぬような配慮が必要である。 ●利用者の所得状況に応じて制限を課すという考えもあるが、高齢者の社会参加の支援という制度の目的に照らすと、所得に応じて一部の高所得者層を対象から除外することは適当ではない。一定所得以上の者の利用が制約されては、本来の趣旨と異なってしまう。 ●応能負担による若干の値上げはやむを得ないと思われる。 ●バス代を補助するという生活支援が事業の目的であれば応能負担という考えもあるが生活支援が目的でなければ、応益負担でいいのではないかと。 |

| 項目 | 意見内容 |
|----------------|--|
| 3. ICT技術の導入 | <ul style="list-style-type: none"> ●皆さんが何をイメージしているのか不明。高齢者スマホを介して何ができるのか、必要とされるのか全く分からない。少なくとも、このバス事業がその中心とならないのはハッキリしている。せいぜいIT程度かと思っている。つまり、Suica、PASMOで十分。 ●若年者に比べ紛失リスクは高いことが予想されるため、高齢者にとって見やすい色にし、紛失リスクを低減する、紛失した際の手続き方法のわかりやすさ、サポート体制。 ●盗難・紛失による第三者利用、意図的な第三者による不正利用の防止等 ●誰でも使いやすいことは最低条件だが、個人情報の取り扱いとセキュリティが重要と考える。例えば、スウェーデンでは、赤ん坊が生まれると税務署に出生届けを提出して、生まれた子どもの番号を取得するそうだ。そのように全国民背番号制を可能にしているのは、政府と国民の信頼関係に裏打ちされているからだ。日本の場合は、理念に乏しいので個人情報の取り扱いが難しいのと、セキュリティへの意識が低いことを改善することが求められるが、先進的な川崎モデルを作ってはどうか。 ●なんのためのICT技術の導入かがぶれないこと、初期導入費用が高くとも10年あるいはそれ以上の視点で財務的評価をすること、誰もが使えるシステムであること、が基本。 ●対象者が御高齢の方であることから、非接触式で手間のかからない方式にすべきと考える。 ●10カードの場合に数十億円と試算されている導入コストについて、三者（利用者、バス事業者、行政）がどんな割合で負担するのかが考慮すべき点となる。 ●ICT技術により、本事業は医療や介護データとの関連付けなどが可能になると思われるが、どこまでの機能を付加させるのかが考慮すべき点となる。その機能は保健・医療・福祉分野に留めるのか、地域経済の活性化など他分野にも紐づけしていくのかを示す必要がある。 ●NTTによれば、60代の7割、70代の4割がスマホを使用しているという利用実態があるとされており、今後、抵抗感の少ない利用者の増加が見込まれるため、ICT活用に向けた取組は積極的に推進するべきである。 ●数年に一度実施している現在の利用実態調査は、コストと労力の割に実態が詳らかにできないという費用対効果の面で大きな課題がある。 ●高齢者でも使いやすいものにすべき。 ●希望者には救急情報（かわさき福寿手帳の救急情報連絡票の内容など）が情報として付加できるようにし、緊急時にも活用できるようにしてはどうか。 |
| 4. 他の外出支援策について | <ul style="list-style-type: none"> ●川崎市のパス事業は、過疎地域で、もともとバスが全く無かったりバスが廃止された代替措置とは違う。都市部でタクシー事業をしたらきりがなくなる。バス停まで歩けないのなら、福祉の範疇ではないか。 ●活動性を高めるという観点、また地域によって生じる交通機関の整備状況の相違(公平性)からタクシーや電車を対象とするか、いったん検討してはどうか。 ●高齢者の外出支援策は経済効果を生む。そのことを念頭に、高齢者の外出ニーズをみると、小回りのきくサービスということになると思われる。バスだけではなく、小型タクシーなどもある。また、フランスでは市民の交通手段としても利用されている自転車タクシーなども検討に値すると思われる。 ●地域の交通とはなんなのか、の整理が必要。タクシーを地域の交通としてどう位置付けるのかがあって、その上での議論だと思う。それらの議論がなされる上でだが、タクシーにも条件を付して適用するのがよいと思われる。行政側の事情や、事業者団体の事情は十分に勘案するとして、市民からみたときに、選びうる選択肢がなにごとで、それらの間に不自然な不整合がないことが重要。 ●社会福法人は地域における公益的な取組を行う法的な責務があることから、法人の保有する送迎車両等の資源をフル動員した上で、路線バスでは担えない領域を法人が支援していくという働きかけが必要と考える。 ●多様な主体により地域包括ケアシステムを地域全体で取り組むという視点からは、移動手段の課題を解決するために、住民の方々が中心となって地域交通システムを導入するなど、福祉分野とまちづくり分野との政策連携が望ましい。その際には、「川崎市地域公共交通会議」の取組などが参考になる。 ●外出支援施策は、介護予防や健康長寿の点から意義があると言えるが、高齢者の社会参加を促進していくという目的を鑑みれば、川崎市における様々な高齢者施策の全体像を見据えながら、本事業の優先度を検討していく方向性が求められる。 ●タクシーも事業の対象とする際の事前の試算を十分検討し受益者負担額を算出してから議論すべき。 ●タクシー（自宅から外出したい方のため）、自転車駐車場の一時利用（自宅から鉄道駅まで自転車利用する方のため）など、外出支援の選択肢が増えるといいと思う。（名称は外出支援乗車事業ではなくなるが…） |

| 項目 | 意見内容 |
|--------|--|
| 5. その他 | <ul style="list-style-type: none"> ●総花的に福祉的見地からこの事業を見ると収拾がつかなくなる。予算が膨れ上がり、方向性がブレ見捨てられる。社会的風潮、関心は、老人福祉施策から子育て世代へと財政支出が移ってきている。ここで他の世代から反感を買うような優遇策は控えるべき。あくまでも、この事業の存続、継続のため福祉施策との切り離し、多少の受益者負担増は甘受すべきかと考える。 ●議事の進め方は、好き勝手に発言ではなく、テーマを挙げて討論形式が良いかと思う。 ●今後、新型コロナウイルス感染症との共生社会が求められているが、路線バスを対象とした事業を続けながら、より高齢者に身近な事業に視点を変えることが重要と考える。また、災害時の医療や介護に目を向けることがある。 ●この事業を持続可能な制度とするためにも、現状の利用回数の把握は必須で、利用回数を把握した上で、3者負担について検討すべきと考える。 ●今後、ICTの導入により利用実態が明らかになると推測できるが、利用実態の現状と三者（利用者、バス事業者、行政）における費用負担の在り方は、必ずしも連動するものではないと考える。 ●三者の間でどこかが過度に負担することなく、三者が痛み分けをしていかないと本事業は維持できないことは明らかであるが、問題を単にバス事業者の経営や財政負担の増、利用者負担の増と捉えようと、三竦みの状態になってしまう。 ●交通事業者は、高齢者の移動はじめ、通勤・通学に利用され移動手段として重要な役割がある地域の公共交通を担っており、交通事業者には一定程度の負担を求めるべきという意見がある一方で、地域公共交通を担う事業者を行政が支援するという国の支援スキームも存在する。（地域公共交通活性化再生法など） ●本事業の利用者が増加することを高齢者の長寿命化によるQOLの向上として前向きに捉えることにより、今後の社会情勢や人口動態等を踏まえ、地域公共交通を担う事業者の経営を含めた本事業の負担の在り方は、市民全体で受け止めていく必要があると考える。 ●ボランティアに対しては、ポイント還元の意味で、割引特典を付加して良いと思う。 ●「高齢者の社会活動への参加を促進し、もって高齢者の福祉の増進を図ること」という事業目的があいまいで、外出支援乗車事業が目指すところがよくわからない気がする。今後、事業が目指していくことも踏まえ、目的を明確にしてほしい。 |