人口減少・超高齢化を乗り切るための地域包括ケア・コンパクトシティ構想
― 財政の視点から ―

法政大学経済学部准教授
小黒　一正

要旨

本稿では、急速な人口減少・超高齢化が進む日本において、「財政問題」「急増する都市部高齢者問題」「消滅の危機に直面する自治体問題」といった 3 つの問題に対応するため、「地域包括ケアシステム」と人口集約を図る「コンパクトシティ」との融合、すなわち、「地域包括ケア・コンパクトシティ」構想を提唱し、それを推進するための財源スキーム案や推進した場合の財政面の効果（人口集約によるコスト節減効果）を説明している。具体的には、「地域包括ケア・コンパクトシティ」等による人口集約政策の実行によって約 2490 億円の財源を節減できる可能性や、「地域包括ケア・コンパクトシティ」を郊外で推進する際のカギを握る都市部と地方の連携の重要性やその他の課題を説明している。

Key words; 地域包括ケア, コンパクトシティ, 介護, 住まい, 人口減少, 財政, 集中と選択
JEL Classification; H55, H75, I13, J10, R12

1. はじめに

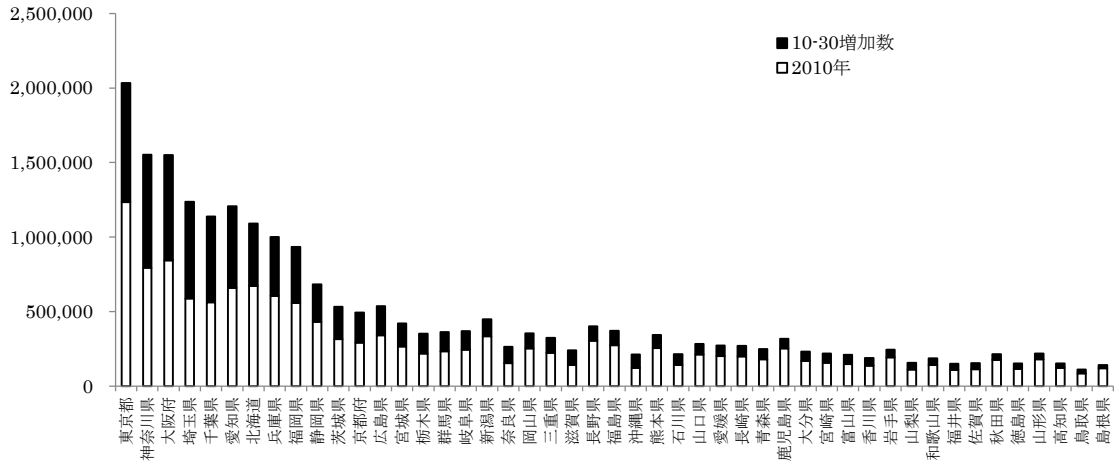
IMF(2014)の推計によると、2014 年における日本の政府純債務（対 GDP）は約 137%に達し、その後も上昇することが予測されている。債務膨張の主因は恒常化する財政赤字と社会保障費の急増であり、その背後には急速に進む人口減少・超高齢化が関係している。

このような状況の下、現在、政府は「社会保障・税一体改革」や「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」等に基づき、介護保険制度では「地域包括ケアシステム」（同法第 5 条）を推進しつつある。

「地域包括ケアシステム」とは、「団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、高齢者等が重度の要介護状態となっても、住み慣れた自宅や地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、「住まい」「医療」「介護」「予防」「生活支援」の 5 つのサービスを一体的にして提供する枠組みを構築しようというもの」である[1]。

しかしながら、地域包括ケアシステムの推進には 3 つの大きな問題が存在すると考えられる。第 1 は、財政問題である。高齢化の進展で社会保障費は膨張し、日本の財政赤字は拡大傾向にある。2003 年度の社会保障給付費は約 84 兆円であったが、高齢化の進展により、2013 年度は GDP の約 2 割に相当する約 110 兆円となった。この 10 年間において、年平均の社会保障給付費は 2.6 兆円程度のスピードで膨張してきたが、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025 年に向けて、社会保障費増の圧力が一層強まる可能性が高い。

図表 1：都道府県別・75 歳以上高齢者の増加数



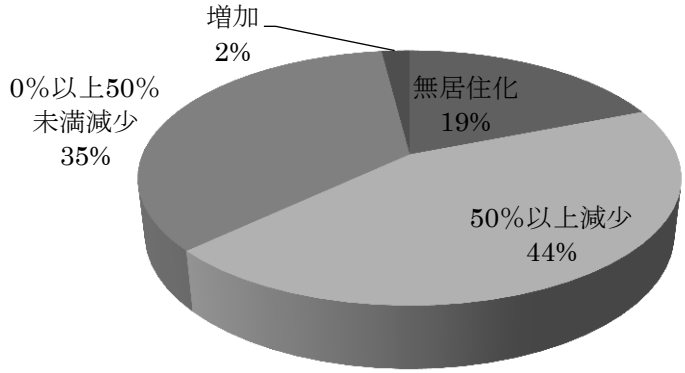
（出所）国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口』（平成 25 年 3 月推計）から作成

第 2 は、都市部に住む高齢者が急増する問題である。2000 年時には 900 万人に過ぎなかった後期高齢者（75 歳以上）が 2025 年には 2000 万人に達する。それに伴い、医療・介護

[1] 日本において、地域包括ケアという概念は、「ねたきりゼロ作戦」の提唱者で有名な公立みつぎ総合病院（広島県尾道市、当時は御調町）の山口昇医師によって昭和 50 年代に使われ始めたもの。地域包括ケアには、「地域を基盤としたケア」（community based care）と「統合型のケア」（integrated care）という 2 つの独立したコンセプトが存在し、各国で取り組み状況が異なるものの、近年、この 2 つのコンセプトをケアの中で統合させて取り組もうという議論が世界的に活性化している。

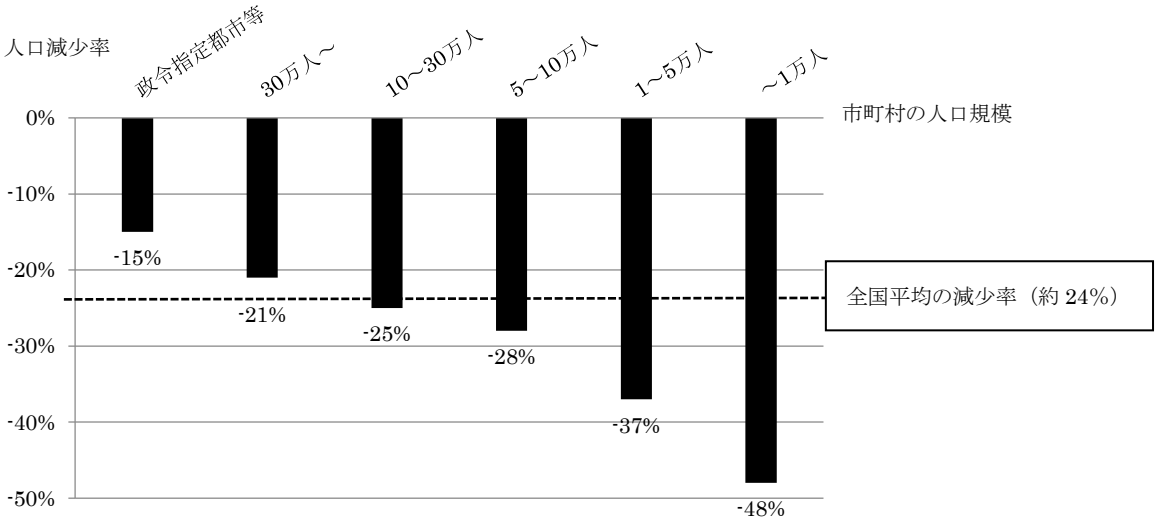
ニーズが急増する。その際、後期高齢者の増加数が著しいのは都市部である。例えば、東京都において、2010 年時には 123 万人に過ぎなかった後期高齢者は 2030 年には約 1.7 倍の約 203 万人に達する（図表 1）。首都圏の神奈川県・埼玉県・千葉県も同様、大阪府や愛知県も似たような状況である。つまり、都市部では特別養護老人ホーム等の待機待ちが急増し、介護施設の不足が一層深刻になる。

図表 2：6 割以上の地点で人口が半分以下に減少



（出所）国土交通省（2014）「国土のグランドデザイン 2050」から作成

図表 3：市町村の人口規模別の人口減少率



（出所）国土交通省（2014）「国土のグランドデザイン 2050」から抜粋

第 3 は、消滅の危機に直面する自治体の問題である。国土交通省が 2014 年 7 月に公表した「国土のグランドデザイン 2050～対流促進型国土の形成～」では、2050 年の人口が 2010

年と比較して半分以下となる地点（全国を「1km² 毎の地点」で見る）が、現在の居住地域の 6 割以上（＝44%＋19%）を占めることを明らかした（図表 2)。そして、人口が半分以下となる 6 割以上の地点のうち約 2 割が無居住化する可能性を予測している。これを「市区町村の人口規模別」(図表 3) に見ると、人口規模が小さい地域ほど人口減少率が大きく、現在の人口が 1 万人未満の市区町村は人口が約半分に減少する。これは、現在（2010 年）の日本人口が半減するのは約 70 年後の 2083 年であるが、約 40 年間（2010 年→2050 年）で人口が半分以下になる地域は、全国平均の 2 倍以上のスピードで人口が減少することを意味する。その結果、人口規模が小さい自治体ほど財政基盤が危機に直面する可能性が高い。また、増田寛也元総務相が座長の日本創成会議・人口減少問題検討分科会(2014)は、地方から都市への人口移動が継続する場合、市区町村の 49.8%が「消滅可能性がある」との試算を公表している[2]。

以上のような 3 つの問題を同時に解決する方法は限られており、考えられる有効な施策は、「地域包括ケアシステム」と人口集約を図る「コンパクトシティ」[3]との融合、すなわち、「地域包括ケア・コンパクトシティ」（Chiiki Comprehensive Care Compact City, 5C's）の推進である。「地域包括ケア・コンパクトシティ」とは、効率的かつ効果的な医療・介護などのサービスを、「コンパクトシティ」という集約的で質の高い住まいや、地域の空間の中で提供するというものである。

そこで、本稿では、「地域包括ケア・コンパクトシティ」を推進する場合の財政面の効果や課題などを簡単に紹介する。具体的には、第 2 節で特別養護老人ホームの入所待機者数に関する簡易予測を行い、第 3 節で「地域包括ケア・コンパクトシティ」のイメージと財源に対する試案を紹介する。また、第 4 節ではそのカギを握る都市部と地方の連携を扱い、第 5 節では人口集約によるコスト節減効果を説明し、第 6 節は「地域包括ケア・コンパクトシティ」推進にあたってのその他の課題とまとめを述べる。

2. 特別養護老人ホームの入所待機者数に対する簡易予測

前述の通り、「地域包括ケアシステム」とは、高齢者等が重度の要介護状態となっても、住み慣れた自宅や地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援の 5 つのサービスを一体的にして提供する枠組みをいう。

その際、地域包括ケア構築で重要となるのは 4 つのサービス（医療・介護・予防・生活支援）を効率的かつ効果的に提供する「体制」と、「空間」（＝住まい）のあり方である。前者の「体制」の効率性は後者の「空間」に依存する。例えば、拡散的な空間では、移動コストの上昇等により介護サービス等の密度は低下し、体制の効率性は低下する。他方、コンパクトな空間では、移動コストの低下等により介護サービス等の密度は上昇し、体制の効率性

[2] 同試算では、出産年齢の中心である 20 歳から 39 歳女性が 2010 年から 2040 年で 50%以上減少する都市を「消滅可能性都市」と定義している。

[3] 現在、コンパクトシティ（Compact city）という場合、「空間形態的にコンパクトな都市」という意味と、「持続可能な都市」という意味のどちらかで利用されることが多いが、Dantzig and Saaty(1973)が提唱した当初のコンパクトシティの概念は、高集積・高効率な自立的な都市を実現しようとするもの。

は上昇する。急激な人口減少・超高齢化が進む下での介護サービス水準等を考えるとき、「空間」（＝住まい）は他の 4 つのサービス水準に大きな影響を与えるキー・ファクター（Key factor）である。

ところが地域包括ケアシステムでは現在、概ね 30 分以内に（自動車等で）駆けつけられる圏域を「単位」として想定している。30 分内圏域は、都市の人口や面積などの条件で異なるものの、相当に広いエリアとなる地域が多いことが予想される。効率的かつ効果的なサービス提供がかなりの困難を伴うことは明らかである。

政府も同様の問題意識を持っている。例えば国土交通省が 2013 年 7 月に公表した「都市再構築戦略検討委員会・中間とりまとめ」には、以下の旨の記述がある。

「地域包括ケアとの連携については、以下のようなまちの姿を目標とする。(1) 増加する高齢者に対して、今後ニーズが高まる在宅型の医療･介護サービスが適切に提供される。(2) サービス拠点がまちの中に適切に配置されることで、地域包括ケアシステムが効率的・効果的に機能する」。

つまり、効率的かつ効果的な介護サービス等の提供には、供給する「体制」とそのサービスを需要する「空間」が一体的かつ緊密な形であることが望ましい。「規模の経済」を働かせるためにも、サービスを提供する「空間」（＝住まい）はできる限り一定エリアに集約する必要があろう。

「空間」（＝住まい）を集約して介護サービスを提供する仕組みとして、既に特別養護老人ホーム（以下「特養」という）がある。特養は、常時介護が必要な 65 歳以上の高齢者（寝たきりや認知症などで自宅では適切な介護ができない者）が入所する施設をいう。厚生労働省が発行する「介護サービス施設・事業所調査」（2008 年 10 月 1 日時点）によると、特養の入所定員は約 42 万人である。

厚生労働省は 2009 年 12 月に公表した調査結果において、特養の入所申し込み者数（2008 年 4 月以降の入所申し込み状況で、１人で複数の申し込みを行った重複などを除いた数）が全国ベースで 42 万人に達したと明らかにした。入所定員とほぼ同数であり、2010 年 1 月に公表した内訳（都道府県別）によると、入所申し込みが最も多いのは東京都（約 4.3 万人）で、最も少ないのは佐賀県（約 0.13 万人）であった。都市部において入所待機者が多い傾向が読み取れる。

もっとも、「入所申し込み者数＝真の入所待機者」とは限らない。というのは、特養の入所申し込み者に対する「真の入所待機者」の割合は平均 22.5%の可能性があるとの報告もあるからである（例：2010 年 10 月 7 日に発表された第 34 回社会保障審議会・介護保険部会資料「特別養護老人ホームの入所申込者及び待機者（優先入所申込者）の状況」）。

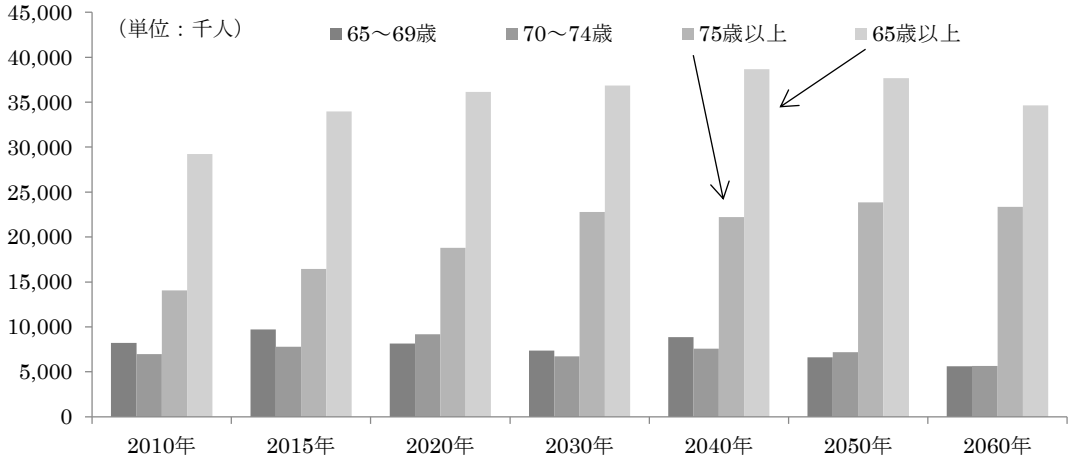
「真の入所待機者」とは、特養への入所を申し込んだ者のうち、その入所基準に合致した者をいう。入所基準は、①要介護度、②介護の必要性（例：居宅サービスの利用状況）、③介護する家族の状況、④入所申し込みからの期間などを勘案して都道府県が定めている。①については「要介護 3」（立ち上がりや歩行などが自力ではできず、排泄・入浴・衣服の着

脱など全面的な介助が必要）以上の中重度者を優先して入所させてきた。

このため、入所申し込み者のうち入所基準を満たすのは平均 22.5%に低下するという説明である。特養の入所申し込み者 42 万人のうち、入所基準に合致した者の割合が仮にこの 22.5%である場合、現在のところ、真の入所待機者は約 9.5 万人と予測できる。

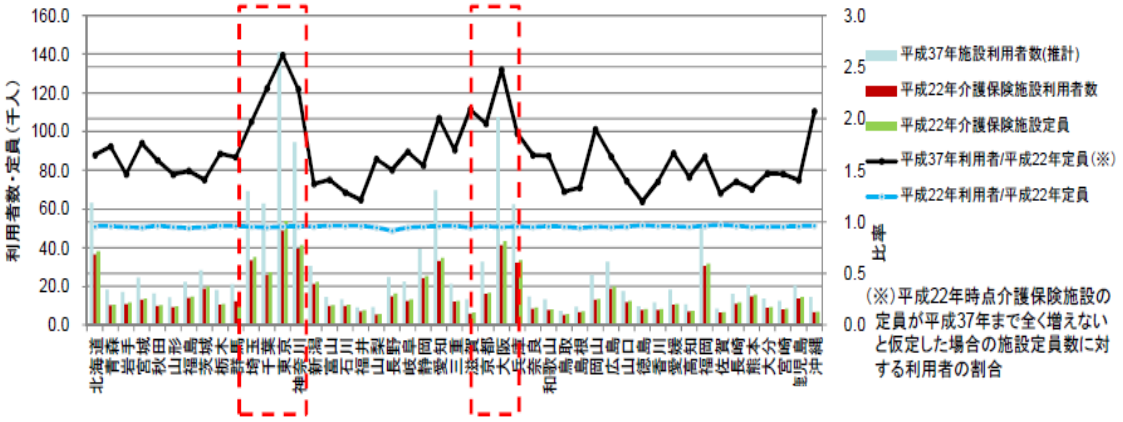
また、国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計（出生中位・死亡中位）によると、2020 年の 75 歳以上の高齢者は 2010 年の約 1.3 倍、2030 年は約 1.6 倍、2050 年は約 1.7 倍になる。このため、現状の供給量では、真の入所待機者は 2020 年には約 12.7 万人（＝9.5 万人×1.3)、2030 年には約 15.4 万人、2050 年には約 16.1 万人に増加することが予測される。その際、65 歳以上人口は 2040 年頃をピークに減少するが、要介護認定率が急上昇する 75 歳以上人口は 2060 年頃でも減少しないという見通しも重要である（図表 4)。

図表 4：高齢者数の将来見通し



（出所）2010 年は「国勢調査」、2015 年以降は社人研「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計)」の中位推計

図表 5：2025 の介護施設サービス利用者数に対する現定員の比率



（出所）国土交通省（2014)「国土のグランドデザイン 2050」から抜粋

なお、介護施設には特養以外の施設も存在する。「国土のグランドデザイン 2050」参考資料では、一定の前提の下、「介護老人福祉施設（特養）」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」といった 2025 年における施設サービス利用者の推計を行い、それが現在（2010 年）の施設定員数の何倍になるかを試算している（図表 5）。この試算によると、高齢者数の急増が見込まれる東京圏や関西圏では介護サービス需要が急増し、2025 年における東京都の施設サービス利用者は現定員の約 2.5 倍になると推計している。

3. 「地域包括ケア・コンパクトシティ」の財源をどう捻出するか

では、現下の厳しい財政事情の下、2050 年で約 16.1 万人にも及ぶ入所待機者にどう対応していくのか。

しかも、既述の通り、2025 年には団塊の世代のすべてが 75 歳以上になり、医療・介護ニーズが急増する。医療・介護のコストは前期高齢者（60～74 歳）よりも後期高齢者の方がずっと高い。「首都圏等の都市部では当面は人口増加が続くため、高齢化は地方の問題」と見なす傾向が強いが、それは正しい見方ではない。むしろ、都市部高齢者の急増が問題であることが図表 1 から読み取れる。「白色の棒グラフ」は 2010 年時の後期高齢者の数、「黒色の棒グラフ」は 2010 年から 2030 年の間の増加数を表し、都市部の医療・介護ニーズが急増することを示唆する。財源が無限にあれば、すべてのニーズに対応可能であるが、財務省(2014)の財政の長期推計や Oguro and Sato (2014)の分析等が示すように、現下の厳しい財政状況では限界がある。

意外に見過ごされている視点は、社会保障給費の「規模」である。社会保障給付費は、現在約 110 兆円もある。内訳は年金 50 兆円、医療 35 兆円、介護 9 兆円等である。一方で、一般会計予算は 90 兆円に過ぎない。つまり、「社会保障給付費 110 兆円＞一般会計予算 90 兆円」である。一般会計予算の規模を考えたとき、介護・医療の財源が不足するのであれば、50 兆円ある年金の一部を医療や介護に回し、老齢世代内で再分配する発想が出てきてもよいはずである。

そこで、本稿では一つの試案として、年金給付の 1%削減で捻出した財源を活用し、地域包括ケアシステムの「受け皿」となる介護施設を民間主導で整備する方式を提案したい。これは、社会保障予算の配分を見直すことで、高齢世代内で再分配することを意味する。

具体的な方式は以下の通りである。現在、年金給付総額（年間）は約 50 兆円である。この 1%を削減するだけで年間 0.5 兆円の財源が調達できる。10 年間では約 5 兆円の財源となる。ただ、年金給付を 1%削減する方式については、高齢世代内の再分配を意図しても、政治的反発が発生する可能性がある。その場合、第 1 号被保険者（65 歳以上）の介護保険料徴収の 9 割は特別徴収（年金天引き）、残りの 1 割は普通徴収（市町村の個別徴収）であることから、第 1 号被保険者の介護保険料に必要な財源を上乗せして徴収する方式も考えられる。いずれにせよ、年間 0.5 兆円を財源として、やや極論だが、介護施設を 100%公費で施設を建設するケースを考えよう。

いま、有料老人ホームの建設データを参考に、1 戸（専有部分 20 平方メートル、共有部分 20 平方メートル）の建設費が 1000 万円（土地代込み）とすると、1 年間で 5 万戸（＝0.5 兆円÷1000 万円）が供給可能な試算となる[4]。3 年で約 15 万戸を供給できるので、2020 年の特養待機者 12.7 万人を十分に収容できる。

10 年では 50 万戸を供給できるため、要介護度が中重度の入所希望者のみでなく、軽度の介護しか要しない高齢者にも対応することができるはずである。また、低所得者向けに必要であれば、100%公費で建設するので賃料は無料に近い額で設定できよう。現在、有料老人ホームの入居者は、毎月一定額の賃料（例：6 万円）を支払う必要がある。

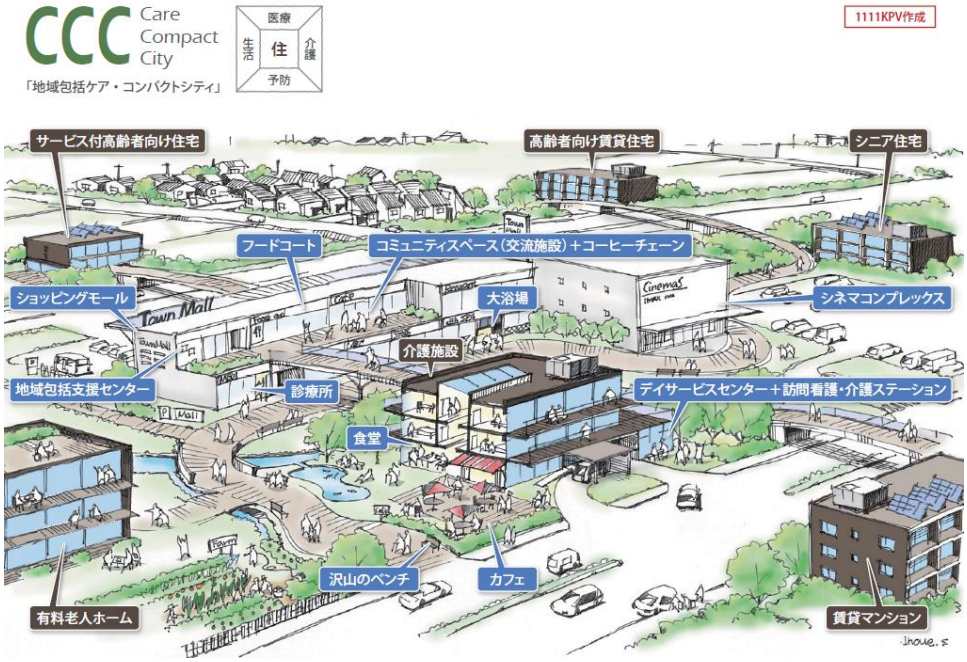
ところで、第 2 節で説明した通り、こうした介護を要する高齢者に対し、介護・医療といったサービスを効率的かつ効果的に供給するには、可能な限り、サービスを必要とする高齢者を一定エリアに集約することが望ましい。12.7 万人と言えば、東京都多摩市の人口 14 万人に匹敵する。「建設には多摩市並の広大な土地が必要となり、そのような施設の供給は不可能である」と誤解される可能性もある。

しかし、その心配は必要ない。施設を高層ビルでイメージすると違う印象を受けるはずである。例えば、上記の 1 戸当たり面積 40 平方メートル（＝専有部分 20 平方メートル＋共有部分 20 平方メートル）の住宅 5 万戸の総延べ床面積は 200 万平方メートルとなる。東京駅前の丸ビル（総延べ床面積 16 万平方メートル）で換算すると、12.5 棟分に過ぎない。高層建築物を活用してコンパクトなエリアに必要な介護施設を供給し、医療・介護と連携したサービスを提供する「地域包括ケア・コンパクトシティ」を整備するイメージとなる（図表 6・上段）。

図表 6：「地域包括ケア・コンパクトシティ」のイメージ

[4] 建物の建設に要するコストを 840 万円、土地取得に要するコストを 160 万円との設定しており、合計で 1000 万円となる。建設コストは、1 坪当たり 70 万円と設定。12 坪（専有 20 平方メートル＋共用 20 平方メートル）×70 万円/坪で、1 戸当たり 840 万円となる。土地にかかるコストは、郊外の比較的地価の安い場所での立地を想定

（出所）社会福祉法人 西日本至福祉会ホームページから転載。写真は九州・中間市のウエルパークヒルズで、同プロジェクトは厚生労働省の指導に従い、4 つの特定民間施設（疾病予防運動センター、高齢者総合福祉センター、在宅介護サービスセンター、有料老人ホーム）を核に整備が進められている「福祉・医療・保健の総合まちづくり事業」をいう。



注：地域包括ケア・コンパクトシティとは、厚生労働省・国土交通省共管の事業「地域包括ケア」と国土交通省が推進する「コンパクトシティ」を合体したコンセプト。地域包括ケアは、「団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムの構築を実現」しようとするもの。一方、コンパクトシティは、都市の郊外（スプロール）化に伴う財政負担の拡大、高齢者等の交通弱者の増大、環境破壊等を抑制するため、市街地を敢えて中心部に集約する政策。2006 年の都市計画法、中心市街地活性化法改正はこの政策に則った改正だった。両者を合体させるのは、地域包括ケアの舞台となる住み慣れた地域の住宅の近傍には、医療・介護・予防・生活支援を提供する施設に止まらず、他の年代も出入りする徘徊・回遊できる時間消費型の施設（例えばシネマ・コンプレックスを含んだショッピング・センター）が立地しているべきという認識に基づいている。

地域包括ケア・コンパクトシティの整備は、PFI 法（民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律）等を利用して建設を民間に委託することも考えられる[5]。政府が UR 都市機構に補助金を支給し、同機構が建設する選択もあろう。

このような施設を整備するのに、「サービス付き高齢者向け住宅」（以下「サ高住」という）の制度を活用することも考えられる。というのは、政府は現在、民間主導で「サ高住」の供給を増やす政策を推進している。

サ高住とは、高齢者の居住の安定を確保するため、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携して、60 歳以上の高齢者などを支援するサービスを提供する施設をいう。国土交

[5] PFI 法を利用する場合、建設した「空間」（＝住まい）の「所有権」は国が持ち、これを利用する高齢者に（利用権として）現物給付する形式が考えられる。一方、「空間」（＝住まい）の所有者（例：建設者）に対して、当該高齢者が支払う数十年分の家賃を公費で 100%一括補助する形式も考えられる。

通省と厚生労働省が共管する「高齢者住まい法」に基づくもので、2011 年 10 月の改正法施行により、これまでの高円賃（高齢者円滑入居賃貸住宅）、高専賃（高齢者専用賃貸住宅）、高優賃（高齢者向け優良賃貸住宅）の 3 施設を廃止し「サ高住」に一本化した。

もし現状の法体系が上述の「地域包括ケア・コンパクトシティ」に対応できないならば、特区制度を利用あるいは「高齢者住まい法」の改正等を行い、集約する一定エリアのみで補助を拡充する措置を講じればよい。

むしろ、重要なのは、「空間」（＝住まい）の「質とコスト」である。というのは、特養の個室ユニット型の入居率は現在（2009 年）、全定員の 25.4%に留まっている。特養は低所得者を対象とし、4 人部屋が主流だったが、2003 年度に個室ユニット型を原則とすることに改めた。入居者の尊厳を守る観点から、厚生労働省が方針を転換し、「個室ユニット型施設の入所定員の合計数が占める割合を 50%以上」とする目標を定めた。だが、入居者負担などが低所得者にとってハードルとなっている[6]。

入居者の尊厳を守りつつ、地域包括ケアの目的を達成するには、介護を要する高齢者の視点に立った「空間」（＝住まい）を整備することが重要である。現在の特養の内部やその周辺環境にはまだ改善の余地がある。質の高い地域包括ケアシステムを構築するには、介護・医療以外の生活関連の商業施設を含め、通常のコンパクトシティのように一定エリアを単位に開発する必要がある。

例えば、図表 6・下段のイメージである。友人や家族は互いに近い部屋となるよう配慮する。施設内にはホテルのような雰囲気、域内病院の待合室にはカフェのような雰囲気を持たせる。回遊できるシネマ・コンプレックスや大型書店に加え、フード・コートが入居する時間消費型ショッピング・モールも設置する。住空間とこれらの施設を渡り廊下で連結、どの施設にも徒歩 30 分以内で移動できるようにする。隣接地に公園も設ける。

このような発想は、既述の「都市再構築戦略検討委員会・中間とりまとめ」にも記載が見られ、「高齢者が出かけやすく、生きがいを感じられるまちの実現に向けた戦略」として、「『出歩きしたくなるまち』という観点が重要であることに鑑み、出歩きを誘発する魅力と歩きやすさを備えたまちづくりを推進するとともに、出歩きのきっかけとなるイベントなどの仕掛けづくりに対する支援を行うべき」としている[7]。

また、社会保障制度改革国民会議(2013)も指摘するように、「介護事業者も含めたネットワーク化や高齢化に伴いコンパクトシティ化が進められているまちづくりに貢献していくことも見据えて、医療法人や社会福祉法人が非営利性を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度や、ヘルスケアをベースとしたコンパクトシティづくりに要する資金調達の手段を、今後慎重に設計されるべきヘルスケアリート等を通じて促進する制度」や「医療法

6　特養のほか、中重度の介護を要する高齢者向けの施設には、「介護老人保健施設」、「介護療養型医療施設」（2018 年 3 月までに廃止予定）、「有料老人ホーム」、「認知症高齢者グループホーム」等がある。場合によってはこれら施設を、年金給付 1%削減を財源に供給する「空間」（＝住まい）に統合してもよい。

7　PFI 法に基づいて、地域包括ケアを提供するコンパクトシティの建設のみでなく、その運営も民間委託する場合、ショッピング・モールといったエリア商業施設の収入の一部を、介護士や医師・看護士に還元する仕組みを構築することもできよう。

人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正」など、総合的な規制の見直しも幅広い観点から必要となってこよう。

4. カギを握る都市部と地方の連携

地域包括ケア・コンパクトシティの建設コストを引き下げるためには、当然、特養などの施設を郊外で整備する必要がある。そのためには都市部と地方との連携が必要となってくる。

現行法の下でこのような連携をすることは不可能であるとの批判も考えられるが、それは違う。東京都の杉並区が静岡県の南伊豆町で展開する「保養地型特養」の事例が既に存在する。さらに、このような「広域型施設の整備数の圏域間調整」の重要性について、2013年 9 月に厚生労働省が公表した「都市部の高齢化対策に関する検討会報告書」も取り上げている。

同報告書は、東京都の特殊性について以下のとおり触れている。

「都道府県は、介護保険事業支援計画の策定に当たり、広域型施設の整備を調整する単位として、二次医療圏と一致した老人福祉圏域を設定することとなっている。（略）この老人福祉圏域の設定状況をみると、東京都特別区では 7 圏域（東京都全体では 13 圏域）が設定されており、他の都市部 6 都府県の政令指定都市（横浜市・さいたま市・千葉市・名古屋市・大阪市）が 1 つの市で 1 つの圏域となっていることと比べると状況が異なっている。（略）こうした東京都の置かれた特殊事情を踏まえると、施設入所のニーズを、まずは老人福祉圏域内での調整によって受け止めるのが現行制度の仕組みではあるものの、それが困難である場合には、広域型施設の整備を老人福祉圏域内で完結させることを前提としていることの例外として、東京都内の老人福祉圏域間で整備数の調整をする方策が考えられる。（略）あわせて、交通網が発達していることや狭い面積に人口が密集しているといった東京都の置かれた特殊事情を考えた場合、二次医療圏との一致を求めている老人福祉圏域の設定の方法そのものについても、検討すべきである」

その上で、杉並区の取り組みについて、以下のとおり言及している。

「東京都杉並区では、地域包括ケアの推進の観点から、在宅医療の推進、高齢者の社会参加の取組、生活サービスの充実などの取組を進めるとともに、区内での特別養護老人ホーム、認知症グループホーム、有料老人ホーム等の整備を図ってきたが、ここ数年で緊急性の高い特別養護老人ホーム入所者が増加するとともに、今後、75 歳以上高齢者の増加が見込まれる中、選択肢の一つとして、静岡県南伊豆町に保有する施設の跡地を利用した保養地型特別養護老人ホームの設置を検討している。

これについては、杉並区の小学校の臨海学校や区民の保養所が南伊豆町にあり、かねてより住民同士のつながりが深く、両自治体で災害時に備えた協力協定を締結するなど、自

治体間連携が進んでいることを背景に進められているものであるが、東京都と静岡県の介護保険事業支援計画において、杉並区から南伊豆町の特別養護老人ホームに入所するニーズを明記した上で調整が図られることが必要となる。

今後、特別養護老人ホームの設置に向けて、東京都・杉並区・静岡県・南伊豆町間で、より具体的な調整を進めていく中で、東日本大震災の教訓を踏まえて地震・津波等などの災害への対応に万全を期すとともに、静岡県における当該地域の医療提供体制との整合性などについても検討する必要がある。もちろん、本事例については、入居者本人の意思の尊重が大前提であり、重度の要介護状態となったら、本人の意思にかかわらず、家族や地域から切り離されて地方の施設に入所させられるといったことにはならないよう十分な配慮が求められる」

つまり、厚生労働省は都市部と地方の自治体間で調整が済めば、都市部高齢者を受け入れる特養などの施設を郊外に整備することを認めているのである。そして、以下のように言及している。

「本事例と同様の取組が、都道府県をまたいで、今後実施される場合においても、まずは、関係する都道府県間において、相手自治体から自身の自治体の施設に入所するニーズを相互に把握した上で、双方の介護保険事業支援計画で明記する形で調整することが最低限必要である」

杉並区・南伊豆町スキームの課題となっているのは「住所地特例」などに関する問題である。住所地特例とは、社会保険制度において、被保険者（高齢者）が住所地以外の市区町村に所在する特養などの施設に入所した場合、住所を移す前の市区町村（例：杉並区）が引き続き保険者となる特例措置をいう。受け入れ側（例：南伊豆町）の財政負担を軽減する役割を担っている。

しかしながら現在、当該被保険者が入所後に 75 歳となり、後期高齢者医療制度に移行した場合、その医療費等は受け入れ側（例：南伊豆町）が負担することになる仕組みとなっている。これを変更し、住所を移す前の市区町村が引き続き医療費等を負担できるようにするためには、住所地特例措置の制度間継続を図る法改正が必要となる。これが実施されない限り、杉並区・南伊豆町スキームが全国的に広がることは期待できない。

5. 人口集約によるコスト節減効果

ところで、「地域包括ケア・コンパクトシティ」の推進により、介護関係のコストをどの程度効率化する可能性があるだろうか。以下では粗々の試算を紹介する。

まず、介護関係のコストとして介護給付費が存在する。人口集約を進めた場合、1 人当たり介護給付費がどのような影響を受けるかを把握するため、市町村における 65 歳以上人口密度と、認定者 1 人当たり介護給付費の関係を見てみよう。「平成 24 年度 介護給付費実態調査」及び「平成 22 年 国勢調査（都道府県・市区町村別統計表）」のデータから、縦軸に「認定者 1 人当たり介護給付費の対数」を、横軸に「65 歳以上人口密度の対数」を取り、

それらの関係をプロットしたものが図表 7 である。

回帰直線は水平であり、65 歳以上人口密度と 1 人当たり介護給付費の相関は極めて低いことが読み取れる。この事実は、「65 歳以上人口密度が高まっても、1 人当たり介護給付費が膨張するとは限らない」という可能性を示唆する[8]。

次に、介護関係のコストとして、介護給付費以外のコストを考えてみよう。これらのコストには、老人ホームなど老人福祉施設にかかる経費などが存在する。老人ホームなど老人福祉施設にかかる経費などは、市町村の老人福祉費に含まれる。

そして、老人福祉費は①老人福祉関係職員の人件費、②老人福祉法に基づいて行う老人福祉行政に要する経費、③老人ホーム等老人福祉施設に係る経費、④介護保険事業会計および後期高齢者医療事業会計への繰出金などから構成される。このうち、「地域包括ケア・コンパクトシティ」に直接関係するコストは③と④と考えられるが、現状のデータからは識別することが困難であるため、取りあえず、老人福祉費で代用する。

このような前提の下、市町村における 65 歳以上人口密度と 65 歳以上 1 人当たり老人福祉費の関係を見てみよう。「平成 24 年度 老人福祉費」及び「平成 22 年 国勢調査（都道府県・市区町村別統計表）」のデータから、縦軸に「65 歳以上 1 人当たり老人福祉費の対数」、横軸に「65 歳以上人口密度の対数」を取り、それらの関係をプロットしたものが図表 8 である。

回帰曲線は右下がりである。65 歳以上人口密度と 65 歳以上 1 人当たり老人福祉費は一定の相関をもつことが読み取れる。この事実は、「65 歳以上人口密度が高いほど、1 人当たり老人福祉費は低下傾向」となる可能性を示唆する。

以上の 2 つの傾向が妥当な場合、「地域包括ケア・コンパクトシティ」の推進は、1 人当たり介護給付費を膨張させることなく、それ以外のコストを低下させる可能性を持つことが分かる。

では、「地域包括ケア・コンパクトシティ」の推進は、財政をどのくらい効率化する可能性があるだろうか。

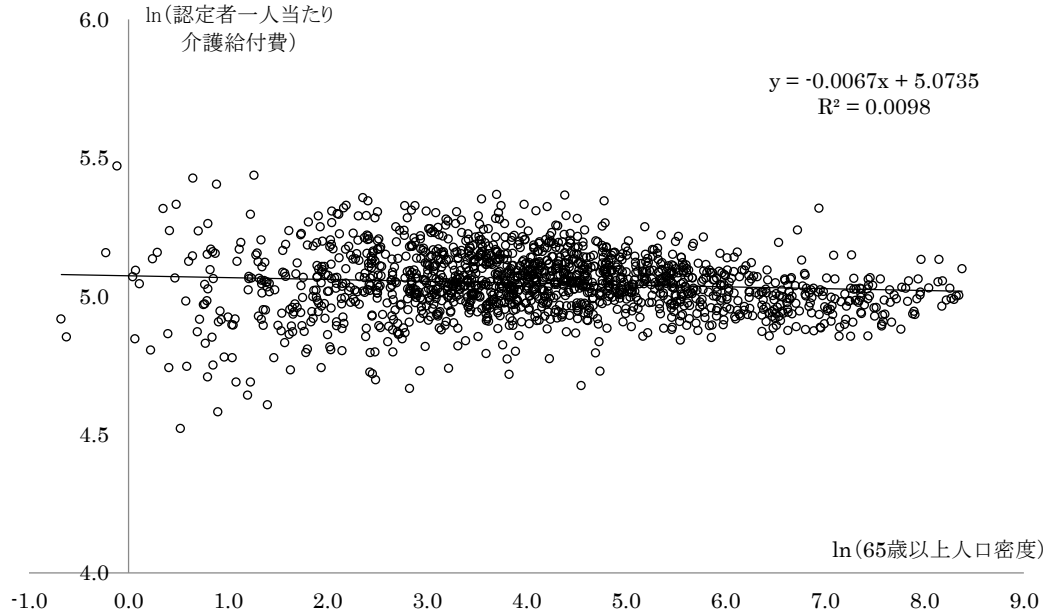
図表 8 において、65 歳以上人口密度の対数が 6 未満で、市町村の 1 人当たり老人福祉費（図表中、点線で囲んだ範囲）が、人口集約化を進めることで、65 歳以上人口密度の対数が 6 の値（回帰曲線上の矢印のプロット点）まで低下させることができた場合を考えてみよう。人口密度の対数が 6 未満とは、65 歳以上人口密度が 403 人/km^2 未満の市町村に等しい。具体的には、埼玉県鴻巣市（370 人/km^2）や熊本市（396 人/km^2）がこれに近い。65 歳以上人口密度のイメージをつかんでもらうために他の都市の 65 歳以上人口密度をいくつか列挙すると、東京都の港区（1731)、 国立市（1776)、多摩市（1466)、 千葉市（756)、北海道旭川市（124)、鳥取市（60）という具合である。

このような前提の下、人口を集約化する政策を実行し、図表 8 の点線範囲の 1 人当たり

[8] これは包括ケアがコスト縮減的であるとは限らない可能性も示唆する。実際、Aggie T.G. Paulus, et al. (2008)は、1999 年から 2003 年のオランダの約 23000 のリストを精緻に分析し、「包括ケアがコスト縮減的である」という仮説が成立しない可能性を明らかにしている。

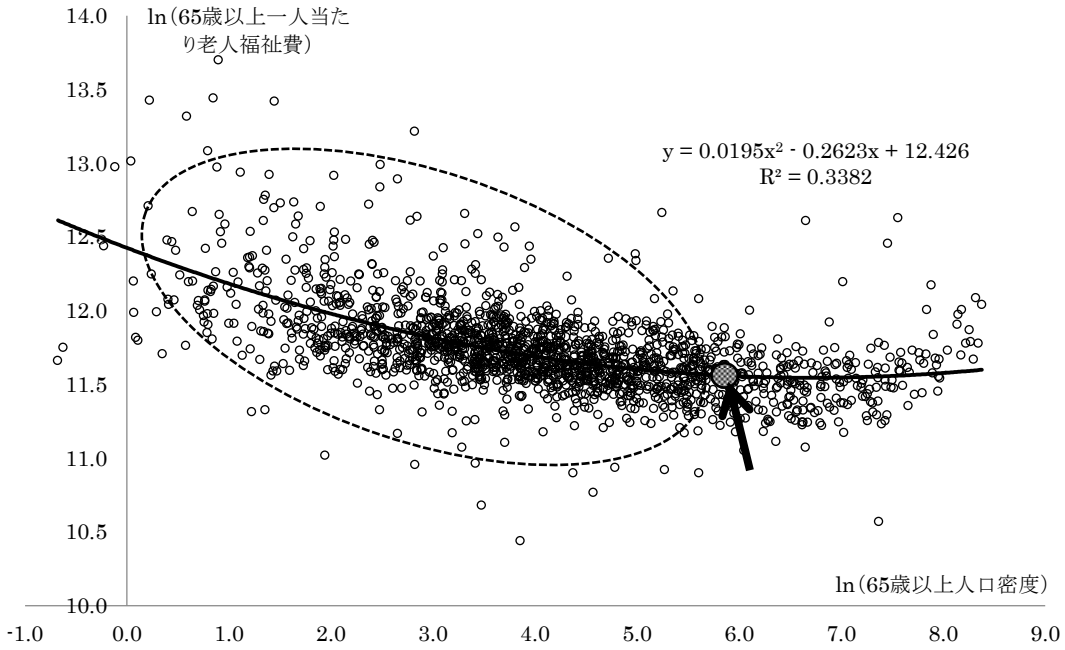
老人福祉費を、65 歳以上人口密度が 403.4 人/km2 の値（矢印のプロット点）まで低下させることができた場合、粗々の試算では、総額約 2490 億円の老人福祉費が節減可能であることが分かる。

図表 7：65 歳以上人口密度と 1 人当たり介護給付費との関係



（出所）「平成 24 年度 介護給付費実態調査」及び「平成 22 年 国勢調査」から作成

図表 8：65 以上人口密度と 1 人当たり老人福祉費の関係



（出所）「平成 24 年度 老人福祉費」及び「平成 22 年 国勢調査」から作成

6. まとめと課題

本稿では、急速な人口減少・超高齢化が進む日本において、「財政問題」「急増する都市部高齢者問題」「消滅の危機に直面する自治体問題」といった 3 つの問題に対応するため、「地域包括ケアシステム」と人口集約を図る「コンパクトシティ」との融合、すなわち、「地域包括ケア・コンパクトシティ」構想を提唱し、それを推進するための財源スキーム案や推進した場合の財政面の効果（人口集約によるコスト節減効果）を説明した。

その際、粗々の試算では、「地域包括ケア・コンパクトシティ」を推進するために想定した年金給付 1%削減（＝約 5000 億円）で調達した財源のうち、人口を集約する政策の実行により、その半分の約 2490 億円の財源を節減できる可能性を示した。

また、建設コストを引き下げるため、「地域包括ケア・コンパクトシティ」を郊外で推進する際のカギを握る都市部と地方の連携の重要性や課題を説明した。

ところで、「地域包括ケア・コンパクトシティ」を推進するにあたっては、上記のほかにも、3 つの課題が存在すると考えられる。3 つの課題とは、「空間選択の重要性」「時間軸の重要性」「コンパクトシティ推進施策の総合調整と拡充」である。以下、簡単に説明しよう。

まず第 1 は「空間選択の重要性」である。図表 2 は「2050 年の人口が 2010 年と比較して半分以下となる地点が現在の居住地域の 6 割以上となる可能性」、図表 3 は「現人口が 10 万人未満の市町村は全国平均の減少率（約 24%）を上回るスピードで人口が減少する可能性」を示しており、投資という視点でみた場合、このような空間に多くの介護施設を供給するのは非効率でリスクが高い。

「国土のグランドデザイン 2050」参考資料によると、対家計サービスの施設が立地する確率が 80%以上となる自治体の人口規模は約 30 万人以上であり、医療・福祉サービスの施設が立地する確率が 80%以上となる人口規模は約 5 万人以上である（図表 9）。このため、投資という視点で介護施設の供給を効率的に行うためには、40 年後の 2050 年も、このような人口規模を有する地域に立地するのが望ましい。

第 2 は「時間軸の重要性」である。時間的な視野を考慮する場合、一般的に介護施設等の最適な供給量は、人口増減率によって異なってくる。議論を単純化するため、人口 1 単位当たりの最適な供給量を 1 とし、人口が 50 年間で 100 から 160 まで増加するケースと、人口が 50 年間で 100 から 40 まで減少するケースを考えよう。このとき、人口 100 の時点で 100 の供給を行っても、人口増加ケースでは人口 160 の時点で 160 の供給が必要なことから、100 の供給は無駄にならない。しかし、人口減少ケースでは、人口 40 の時点では 40 の供給しか必要でないため、60 の供給が無駄になってしまう。しかも、介護施設等の供給にあたっては、時間的な視野として、建物のライフサイクルコストも深く考慮する必要がある。例えば、建物（鉄筋コンクリート造）の法定耐用年数が 60 年としても、建物に付随する設備類設備類の耐用年数は 15 年から 30 年程度と短く、建物の一生に最低 2 回から 3

回程度の設備更新が必要となる（図表 10）。このような費用を含め、建物のライフサイクルコストを推計すると、設計・建設費は当該コストの 20%に過ぎず、維持管理費が 77%、解体等の廃棄費が 3%を占めるケースも多い。こうした人口減少のスピードや建物のライフサイクルコストといった時間軸も含め、施設立地の選択を行うことが望ましい。

第 3 は、「コンパクトシティ推進施策の総合調整と拡充」である。コンパクトシティ推進施策としては現在、「地方中枢拠点都市圏構想」や「集約的都市構造化戦略」等が存在するが、集約エリアの指定等が不透明で、整合性がない中で動いている[9]。各省庁の縦割りを排除し、整合性がない人口集約施策の総合調整を強化するには、長期ビジョンや選択と集中を図る選別基準が不可欠であり、国土形成計画法を改正し、「広域地方計画」（複数の都府県に跨る広域ブロック毎に国と都府県等が相互に連携・協力して策定するもの）において、集約エリアの指定や集中と選択の数値目標を定めることも重要である。

かつての国土政策では、全国総合開発計画等による「国土の均衡ある発展」をスローガンとし、都市から地方への再分配が様々な形で実施されてきたが、その役割を終了し、2005 年に国土総合開発法は国土形成計画法に改正された。現在は国土形成計画の「全国計画」（2008 年閣議決定）や「広域地方計画」により、数値目標がない形で国土政策（2018 年までの計画）が進められているが、急速に人口減少・超高齢化が進む今こそ、空間選択や時間軸の重要性が増しており、縮減時代の国土政策のあり方が問われている。その際、人口減少により消滅の危機に直面する自治体も多い状況では、地方分権一辺倒でなく、全国の隅々までインフラを整備・維持し、フルセットの行政サービスを提供するという発想は捨て、基礎的自治体のスリム化を図りつつ、政策によっては中核都市・広域自治体や国に権限を集中させるような試みも重要となってこよう。

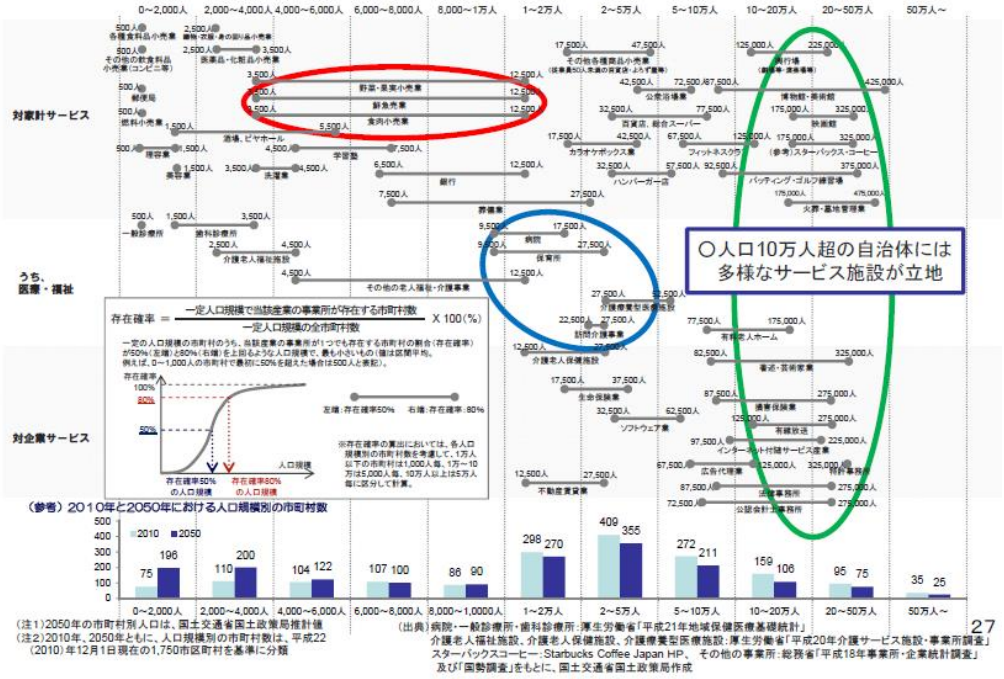
なお、コンパクトシティ関連施策の拡充としては、人口密度が一定以下に陥ったエリアでの固定資産税等の引き上げ、地方交付税の人口要因の見直し（例：人口減で交付税が減少するメカニズムの強化）、空き家対策（例：住宅が建つ土地の固定資産税を軽減する措置の廃止）、戦略的エリアマネージメント等も必要となるはずである。従来のような交付税制度では、結局薄く広く財源を全国に配分し、立ち行かない自治体の延命にしかならない可能性が高い。急速な人口減少が見込まれる地域において必要となるのは、いわばダウンサイジングを図るための「撤退作戦」であり、そのための政策手段や合意形成の手法が求められている。この点で、辻(2014b)は、人口減少社会における戦略的エリアマネージメント

[9] 前者（地方中枢拠点都市圏構想）は 2014 年 5 月に地方自治法を改正し、総務省を中心に進めている。三大都市圏を除く政令指定都市と中核都市（人口 20 万人以上）のうち、昼夜間人口比率 1 以上の 61 市（平均人口約 45 万人、中央値約 34 万人）を対象に、近隣市町村と「連携契約」（医療・福祉・教育・公共交通といった様々な生活関連サービスにつき、自治体間で相互に供給することを議会で議決し義務付けるもの）を結んだ都市を地方中枢拠点都市に指定し、地方財政措置（普通交付税や特別交付税）を講ずるものである。従来の定住自立圏構想と比較し、道府県でなく都市に直接普通交付税で一定額を恒常的に措置するのが特徴で、総務省は 2014 年 6 月、「地方中枢拠点都市」制度のモデルに 9 地域（盛岡市、姫路市、倉敷市、広島市、福山市、下関・北九州（両市合同）、北九州市、熊本市、宮崎市）を選定した。また、後者（集約的都市構造化戦略）は 2014 年 5 月に都市再生特別措置法を改正し、国土交通省が中心に進めている。一定エリアでの人口密度の維持、都市機能（医療・福祉・子育て支援・商業等）の計画的な配置、公共交通の充実を図るため、都市機能誘導区域や居住誘導区域等を設定する地方公共団体を社会資本整備総合交付金・税制措置・容積率規制等で支援するのが目的である。なお、「地方中枢拠点都市圏構想」や「集約的都市構造化戦略」の詳細は、辻(2014a)等が参考になる。

について、都市構造の集約化と減築を進めるドイツの興味深い事例を紹介している。また、生田・周藤(2012)等が主張するように、国土利用計画法や都市計画法の見直しも重要である。

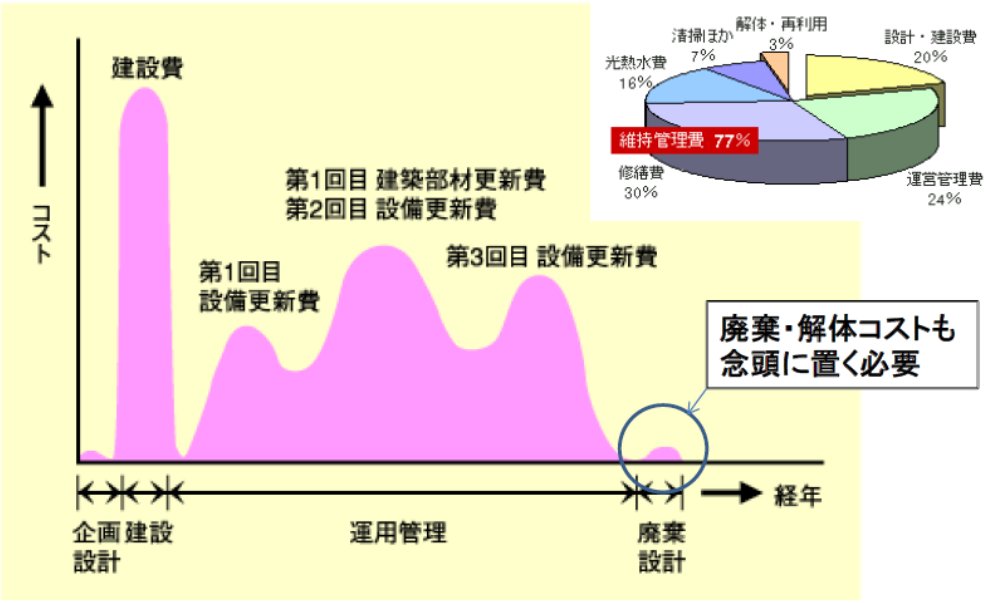
いずれにせよ、急速な人口減少・超高齢化がもたらす影響が顕在化し本格化するのはこれからが本番であり、その現実を直視し、果敢に集中と選択をしない限り、日本に未来はない。強制的な移住は難しい中で粘り強い取組みが必要であることは言うまでもないが、いま日本の叡智が試されている。

図表 9：サービス施設の立地する確率が 50%及び 80%となる自治体の人口規模



（出所）国土交通省（2014）「国土のグランドデザイン 2050」から抜粋

図表 10：建物のライフサイクルコスト



（出所）国土交通省近畿整備局ホームページから抜粋

参考文献

生田長人・周藤利一（2012），「縮減の時代における都市計画制度に関する研究」，国土交通政策研究 第 102 号.

厚生労働省（2008),「介護サービス施設・事業所調査」

厚生労働省（2010),「特別養護老人ホームの入所申込者及び待機者（優先入所申込者）の状況」，第 34 回社会保障審議会・介護保険部会資料.

国土交通省（2013),「都市再構築戦略検討委員会・中間とりまとめ」
http://www.mlit.go.jp/common/001006353.pdf

国土交通省（2014),「国土のグランドデザイン 2050～対流促進型国土の形成～」

財務省（2014),「我が国の財政に関する長期推計」，起草検討委員提出資料.

社会保障制度改革国民会議（2013),「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf

辻琢也（2014a),「自治体間で争っている場合ではない 全国の中枢拠点都市に集中投資せよ（特集 すべての町は救えない: 壊死する地方都市)」，中央公論 129 巻 7 号, pp.46-53.

辻琢也（2014b),「人口減少社会におけるまちづくりと自治体経営～ドイツ・ザクセンアンハルト州・シュテンダール市より～」，季刊行政管理研究 No.146, pp.1-4.

日本創成会議・人口減少問題検討分科会（2014),「ストップ少子化・地方元気戦略」
http://www.policycouncil.jp/

Aggie T.G. Paulus, Arno J.A. van Raak, and Hans J.A.M. Maarse (2008), “Is integrated nursing home care cheaper than traditional care? A cost comparison”, *International Journal of Nursing Studies*, Volume 45, Issue 12, pp.1764–1777.

George B. Dantzig, and Thomas L. Saaty (1973), *Compact City: Plan for a Liveable Urban Environment*, W. H. Freeman & Co, San Francisco.

IMF (2014), “World Economic Outlook Databases, April 2014”
http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/01/weodata/index.aspx

Kazumasa Oguro, and Motohiro Sato (2014), “Public Debt Accumulation and Fiscal Consolidation”, *Applied Economics*, Volume 46, Issue 7, pp. 663-673.