

コンパクトシティと介護サービス施設・事業所の立地と課題

日本福祉大学経済学部

遠藤 秀紀

1. はじめに

近年、長期的な人口減少と少子・高齢化の進展を背景に、都市政策は大都市・地方中枢都市をセンターあるいはサブセンターとする都市圏の形成を前提としたものから、比較的小規模な地域での経済活動や居住・生活を主眼とするコンパクトシティの形成を促進するものへと変化しつつある（国土交通省成長戦略会議（2010））。

また、2005年に改正された介護保険法では、65歳以上の者（高齢者）等が住み慣れたまちで安心して暮らし、ニーズに応じたサポートを受けられる地域包括ケア体制を整える方針が打ち出された。それに伴い、同一市町村の住民のみが利用可能とする地域密着型の介護サービス（地域密着型サービス）が新たに創設されている¹。また、介護サービス関係者と医療・保健サービスや、ボランティア活動を行う地域住民などとの協力・連携をマネジメントする機関として、地域包括支援センターが各市区町村に設置されている。

コンパクトシティの概念は複数あるが、主に高度な土地利用によって小地域に都市機能と居住人口を集約・近接化させた空間構造を指す。ここでは、行政や住民、民間団体が協力することで高い利便性を享受でき、域内経済を持続的に成長させることが期待されている。一方、地域包括ケアも小地域内の連携で高齢者をサポートすることを念頭に置いているため、コンパクトシティの促進は介護サービス体制の充実にも寄与するかもしれない。

そこで、本稿では介護サービス施設・事業所がコンパクトシティへの立地で得られるメリットと、経済学の視点から想定される課題をいくつか考察する。なお、本稿のコンパクトシティは上記概念を満たす各市区町村内の小地域とし、必要に応じて「まち」と略記する。また、特に必要な場合、まちの中心部を「まちなか」と記す。

2. 介護サービスがコンパクトシティから受けるメリット

身体的機能が低下する高齢期は、利便性の高さが生活の質（快適性）を高めるだけでなく、歩行あるいは自転車で行ける程度の近所に多様な店舗や介護予防サービス関連の施設などがあることで、高齢者の活動範囲は広がるだろう。その上、歩行や自転車の使用は高齢期の健康維持に有効であることが、国内外の多くの研究により示されている²。

さらに、要介護の高齢者もまちの暮らしと接点を持つことで活力が高まり得る。たとえば三浦（2005）では、地域密着型サービスの施設利用者を対象に調査を行った結果、利用者がまちに出かけることで施設外の人々との触れ合いが増加し、食欲の改善や会話意欲の増進などが確認されたと報告している。

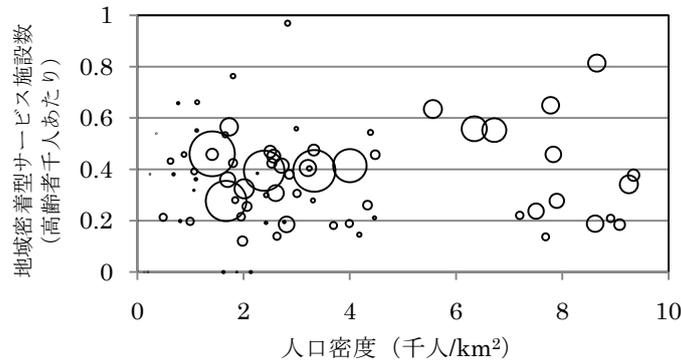
これらの側面を考慮すると、まちに介護サービス施設・事業所を集約することで、介護が必要になっても心身を良好に保ちやすくできるかもしれない。

一方、介護サービスは、施設や事業所のスタッフが要介護者の身体的サポートや生活上の支援を行うサービスだが、サポートが常時必要な要介護者への対応には相当数の介護労働力が必要となる。多数のスタッフを擁する施設・事業所は限られており、平均勤続年数も他産業に比べて短いことから、介護労働力の不足は最重要課題のひとつとなっている。

¹ 地域密着型サービスには、夜間対応訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設が該当する。また、介護保険施設によるサービスは施設サービス、その他、訪問介護や通所介護などのサービスは居宅サービスといわれる。本稿では、これらをまとめて介護サービスと記す。

² マッカーシー（1999）や多田羅（2001）など、概説も多い。

(図) 人口密度と地域密着型サービス施設数 (愛知県 76 市区町村、2009 年)



(出所) 人口は、総務省自治行政局「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数 (平成 22 年 3 月 31 日現在)」(2010 年 7 月 31 日報道発表資料) を使用。地域密着型サービス施設数は、愛知県介護サービス情報公表センター「愛知県介護サービス情報公表システム」の施設情報から作成。

ここで、まち全体が要介護者のサポート機能を果たせれば、施設・事業所スタッフの不足を補えるかもしれない。たとえば、三重県志摩市では自治会や民生委員、地元金融機関などが見守りを目的とするネットワークを形成した結果、警察署による徘徊者の捜索が 2006 年度の 13 件から翌年度にはゼロに減少した (レジデンシャルケア研究会議 (2009))。

このように、まちに介護サービス施設・事業所が立地することで、要介護者 (利用者) と施設・事業所の双方が恩恵を受けると考えられる。だとすれば、現時点でまちに施設や事業所が集中していても不思議ではない。では、現状はどうか? 統計により確認しよう。

3. 居住と介護サービス施設・事業所の立地

各種の統計から、人口の多い (高齢者の多い) 市区町村ほど多数の介護サービス施設・事業所が立地していることは明示できる。ただし、同等の人口規模でも住宅が密集している市区町村と分散している市区町村とがあることに注意が必要である。コンパクトシティのイメージに近い地域を含むのは前者であり、住宅が密集している市町村ほど施設・事業所も集中していることが望ましい。

住宅や居住人口の密集度を測るのは難しいため、ここでは可住地面積 1km²あたり人口密度 (以下、人口密度) をその代理指標として、施設・事業所の立地との関係を見てみよう。

(図) は、2009 年の愛知県内 76 市区町村の人口密度と地域密着型サービス施設数との関係である。施設数は高齢者千人当たりの数を用いて、高齢者数の違いによる影響を調整する。この数値が高いほど施設へのアクセスがしやすく、施設の集中度が高いと考えることができる。(図) から、人口密度と高齢者千人当たり施設数との間に関係は見出し難く、人口が密集する市町村で地域密着型サービスのアクセシビリティが高いとは言い切れない。

また、円の幅は各市区町村の人口を示しており、人口規模が大きいほど円が大きくなる。人口密度が 1500~4,000 人/km²のところと大小の円が混在しているので、人口規模が大きいほど地域密着型サービスへのアクセスがしやすくなるわけでもなさそうである。他のサービスや施設定員を用いても類似の傾向を示す。

まちのにぎわいや見守りが要介護者に欠かせないものであり、施設・事業所の運営にも寄与するとすれば、住宅が密集し、人々が多く集う場所に集中立地しないのはなぜか?

4. なぜ、人々が集う場所に集中立地しないのか—経済学の視点から

介護サービス施設・事業所の立地に関する研究は少ないが、2つの理由が考えられる。な

お、これらは施設・事業所がコンパクトシティに立地した場合の問題点を示唆している。

(1) 土地の取得費用

ここでは施設についてのみ考える。施設の土地取得費用は他の費用と異なり、まちなかほど高くなりやすい。特に、定員のある入所系施設の場合は、定員の充足が土地取得費用を含む初期投資費用の回収に影響する。そのため、まちなかと郊外で定員充足率があまり変わらなければ、郊外に立地するインセンティブが高まる。

次に、施設の設置には広い敷地面積が必要となる。利用者である高齢者の身体機能の低下を考慮すると、施設を複数階にして敷地面積を抑えると利便性の低下が懸念され、エレベーターを設置すれば初期投資費用は増加する。車いすで施設内を移動するには、通路にも余裕が必要である。施設の小規模化も考えられるが、定員の拡大がもたらす規模の経済効果にも注意しなくてはならない（菅原・中村（2007）³）。

土地需要の高いまちで広い敷地を確保しようとする、土地取得費用は高額化する。土地を賃借すれば取得費用分は減額できるが、（社）日本医療福祉建築協会（2009）の指摘のように、土地取得費用に相当する賃料を支払った後はどうするかという問題が生じる。

また、商業施設などがより高い購入価格や賃料を提示した場合、不動産業者（所有者）はどちらとの契約を重視するか、行政上の配慮で不動産業者に介護サービス施設との契約を優先させた場合、不動産業者の収入減少への補償はどうするか、などの問題も生じる。

このような土地取得費用の高額化は、施設の郊外立地を促すと考えられる。

(2) 施設・事業所間の直面する競争状態

通常、地価の高いまちなかに多様な店舗が集中するのは、集積の経済とよばれるメリットによる。集積の経済とは、企業の生産活動で規模の経済が生じ、かつ企業同士が近接立地することで、取引における移動費用の削減や直接交流が容易になるときに生じる大きな便益のことだが、それ以外に多様な（差別化された）商品やサービスの取引による効果も含まれる（金本（1997））。では、集積の経済は介護サービス施設・事業所でも生じるのか？

複数の施設・事業所が集中すれば、利用者にとっては選択肢の拡大につながり、より好みに合ったサービスを提供する施設・事業所を利用しやすくなる。ここで、運営体制の違いがわずかであれば、各施設あるいは事業所がサービス内容などを見直し、同業他社との差別化を図ることで、地域全体に多くの利用者を集めることができる。

しかし、介護サービス市場は、先に立地した施設や事業所ほど有利な立場に立つため、菅原・中村（2007）では後発組の競争環境が不利と指摘されている。遠藤（2007）では、愛知県の訪問介護サービス事業所 875 件を対象に分析した結果、同一町内に同業他社がいる場合、後発参入した事業所は同業他社のいない（狭い範囲で独占状態にある）事業所よりも存続期間が短くなることを示している。

原因は複数あると考えられるが、施設については菅原・中村（2007）が入居一時金などの初期支出額の存在を指摘している。初期支出額は、金額自体の大きさに加え、早い段階で退所しても入居申込金などは戻らないことが多い。そのため、初期支出額の一部が施設変更時の負担（スイッチングコスト）となり、利用者はほかの施設に移りづらくなる。その結果、後発参入施設は利用者の十分な確保が難しくなるというものである。もし周囲に同業他社がいなければ比較は困難なので、後発組は利用者確保できる可能性が高まる。

サービスの提供開始時期のように、事業運営の工夫ではどうすることもできないポイント

³ 多数の利用者を一部屋に押し込めるなどの行為は、利用者の満足感の著しい低下をもたらすし、経済学的にも望ましくない。ここで示す規模の経済効果は、たとえば1名のスタッフで利用者3名のサポートをするときと比べて、5名のスタッフで15名の利用者に対応したほうが業務分担をしやすくなり、利用者1名あたりの費用が削減される状況が該当する。

トが介護サービス事業継続のカベであれば、近接立地は施設や事業所にとって便益以上の負担をもたらす。この場合、施設や事業所は同業他社の少ない地域を選ぶことになる。

5. まちでの介護サービス提供に伴う懸念

最後に、介護サービス施設・事業所がまちに充実し、主要交通機関へのアクセスも良好になったとしよう。前節で示した、土地取得費用や利用者確保に関する問題も解決できた場合、そのまちはうまく機能するだろうか？

介護サービスの充実がそこで生活する高齢者に安心感をもたらす場合、その地域に暮らしたいと一番強く希望するのは、介護を必要とする高齢者とその家族と考えられる。懸念はここに起因する。

2節で紹介した、地域住民による見守りなどのサポート機能は、見守る人々が存在してはじめて成り立つ。まず、この役割を担い得るのは高齢でない住民と考えられる。その人々が昼間に在宅していれば、緊急時のサポート体制は整えやすい。

だが、今日では結婚・出産後の女性が職場復帰や再就職しやすい環境の整備も重視されている。そうすると夫婦は仕事、子どもは学校という世帯が増加し、昼間に在宅者のいる世帯は減少する可能性がある。その結果、残りの在宅世帯の担う役割が肥大化する。

また、高齢者・要介護者（の割合）が増加すると、その地域の介護保険料は押し上げ圧力がかかる。さらに安藤（2008）は、介護保険料が高い保険者は施設定員率（施設定員÷高齢者数）が高いと指摘している。これを考慮すると、増加する要介護者への対応として施設定員を拡充した場合、介護保険料のさらなる上昇も懸念される。

サポートの役割が特定の世帯に集中したり、居住地の介護保険料が上昇したりしても、住むことで得る便益が高ければ問題ないが、そうでない場合は住民、特に若い世代が徐々に別の市町村に引っ越したり、転入を避けるようになっていたりするかもしれない。

ちなみに、介護サービスと同じく、高齢者の利用機会が多いものとして医療サービスがあげられる。コンパクトシティ研究の中には、医療施設の地理的集中による効果を期待する報告もある（高齢化に対応した地域医療に関する研究会（2010））。ただし、医療サービスは「すべての世代」を対象とするのに対し、介護サービスの多くは「高齢世代」が対象となる。医療施設の集中により効率的な医療サービスが提供されると、全世代がその恩恵を受けられるが、介護サービスの場合、直接恩恵を受けやすいのは高齢者となるので、安易に同等の効果を期待するのは注意が必要である。

6. まとめ

コンパクトシティに介護サービス施設・事業所を設けることで、要介護者の活力増進などのメリットが期待される。一方で、実現への課題も複数あり、実現後の懸念も残される。

ただし、コンパクトシティは介護サービスの充実だけのために検討されているのではなく、どの世代も便益を受けられるサービスの充実も検討されている。また、元気な高齢者がサポートを必要とする高齢者を見守るなど、将来を見据えた提案も各所でなされている。さらに、さまざまな特徴を持った複数のコンパクトシティを交通機関で結ぶことにより、一体として成長できる都市計画も検討されている。今後、さまざまな分野での研究や検討が活発に行われることを期待したい。

（えんどう ひでき）

謝辞

本稿は、2009年度日本福祉大学課題研究「介護サービス情報公表制度が介護サービス市場に与える影響」（研究代表者：遠藤秀紀）の成果の一部を使用した。なお、本稿は筆者個

人の見解である。

参考文献

- [1] 安藤道人（2008）「介護給付水準と介護保険料の地域差の実証分析－保険者データを用いた分析－」、『季刊社会保障研究』、第 44 巻第 1 号、94～109 ページ。
- [2] 遠藤秀紀（2007）「訪問介護事業所の存続期間と地理的集中」、第 21 回応用地域学会報告論文。
- [3] 金本良嗣（1997）『都市経済学』、東洋経済新報社。
- [4] 高齢化に対応した地域医療に関する研究会（2010）『「まちなか集積医療」の提言－医療は地域が解決する－』、（財）総合研究開発機構。
- [5] 国土交通省成長戦略会議（2010）「国土交通省成長戦略（平成 22 年 5 月 17 日）」。（ホームページ：<http://www.mlit.go.jp/common/000115442.pdf>）。
- [6] 菅原琢磨・中村卓弘（2007）「介護特定施設経営における事業性評価の一考察」、『医療と社会』、第 17 巻第 2 号、223～240 ページ。
- [7] 多田羅浩三編（2001）『健康日本 21 推進ガイドライン』、ぎょうせい。
- [8] （社）日本医療福祉建築協会（2009）『高齢者施設における建物整備と法人経営』（ホームページ：http://www.wam.go.jp/ca90/kenkyu/20090801/emb/shiryuu_all.pdf）
- [9] マーク・マッカーシー（1999）「交通事情と健康」、マイケル・マーモット＝リチャード・ウィルキンソン編『21 世紀の健康づくり 10 の提言』第 7 章、日本医療企画。
- [10] 三浦研（2005）「高齢社会の生活空間」、間宮陽介ほか編『都市の再生を考える（3）都市の個性と市民生活』第 3 章、岩波書店。
- [11] レジデンシャルケア研究会議編（2009）『地域包括ケアの行方－「みえ高齢者元気・かがやきプラン」から課題とあり方を探る』、筒井書房。