

東京圏における高齢者介護の課題と求められる取り組み —基盤となる高齢者の生活拠点の確保に向けた課題—

調査部 副主任研究員 星 貴子

目 次

1. はじめに
2. 高齢者介護の潮流—Aging in Place
 - (1) 住み慣れた地域で最期まで
 - (2) わが国の方向性—地域包括ケア
3. 高齢者介護の現状
 - (1) 持続する介護関連施設の供給不足
 - (2) 背景に施設介護への高い依存
4. 東京圏で地域包括ケアを実現するには
 - (1) 整備すべき介護環境とは
 - (2) 環境整備のボトルネック
 - (3) 求められる取り組み
5. おわりに

要 約

1. 今後65歳以上の高齢者が爆発的に増えると予想される東京圏では、介護関連施設を中心に介護サービスの供給不足が一段と深刻化することが懸念されている。しかしながら、介護予防の徹底により介護サービスの需要の増勢を抑制しつつ、空き家や廃校舎等の不動産、資格を持ちながら介護職から離れている人材など域内に存在する様々な資源を活用し、「住み慣れた地域で最期まで」というコンセプトのAging in Placeの体制を構築していくことで、介護サービス不足を克服することは可能との考えに立脚し、その検証を行った。
2. 介護サービスの需給状況を見ると、要介護者の伸びに比べ、介護関連施設や介護サービス拠点の増勢が弱い。とりわけ介護老人福祉施設（特養）については、全国で50万人を超える入所待機者の存在が問題視されている。このうち東京圏には11万人の待機者がおり、これが東京圏で介護サービスの供給不足が深刻化するという懸念の根拠の一つとなっている。しかしながら、特養の入所者や待機者のなかには、他の施設や自宅での介護が可能な高齢者もあり、いわゆる社会的入所という状況を生じている。社会的入所を抑制していくことで、東京圏における現在の特養待機者を最大1.5万人程度にまで削減可能と試算される。
3. 社会的入所を在宅介護に切り替えていくためには、自宅でも、要介護者の状況に応じて介護サービスを柔軟、かつ適切に提供する環境が不可欠となる。併せて、家族や経済的理由等により自宅での介護が難しい高齢者に対し、特養や老健に代わる受け皿となる施設や高齢者向け住宅を確保することも重要である。東京圏では、24時間体制の介護サービスについては、比較的整備が進んでいる。こうしたサービスが成り立ち得る東京圏こそ、在宅介護に適したエリアであり、その強みを活かして地域包括ケアを実現し、高齢者の増加に対処すべきであろう。しかしながら、介護人材不足が足かせとなり、今後、整備のペースが減速する可能性は否めない。一方、特養や老健の代替施設・住宅については、高額な建設費や人材不足がボトルネックとなり、計画通りに整備は進んでいない。
4. 上記のような阻害要因を解消するには、下記の取り組みが求められる。
 - 1) 施設の整備費の抑制
一つは、空き家、廃校舎、遊休地など既存ストックの活用である。東京圏には160万戸以上の空き家と100校以上の廃校舎がある。これらを介護関連施設等に転用することで十数万人分の居住スペースの確保が可能になる。もう一つは、自治体の連携強化や介護圏域の広域化である。なかでも地域密着型施設・事業所は、要介護者の動向により過不足が生じる公算が大きく、東京圏でも、すでに需給の地理的ミスマッチが生じている。地域密着型施設・事業所を自治体相互で利用することで、その利用率の向上が図られ、過剰投資の抑制も期待できる。
 - 2) 人材不足の解消
まず、潜在的有資格者の掘起しを行う必要がある。復職を希望する潜在的有資格者が現場に戻ることができれば、不足数を充足することは可能である。ただし、低いとされる介護職の定着率を向上するには、労働環境や処遇の改善が不可欠であり、そのためには、ICT化・機械化を促進し介護労働の

効率化・省力化を図る必要がある。

5. 以上のように、東京圏において、24時間体制介護といった在宅サービスでの強みを活かすとともに、現在有効に活用されていない物的・人的資源を取り込むことで、懸念される介護サービスの不足を克服することは可能である。こうした高齢者の集住という特徴を踏まえた在宅中心の介護体制（東京WAY）は、「大都市ならでは」であり、大都市圏にとって有効な対策である。国、自治体の協力の下、効率性の向上が期待される分野では民間を巻き込みながら、Aging in Placeの実現に向け、こうした介護体制の整備を進めることが望まれる。

1. はじめに

高齢化・長寿化の進展に伴い、全国的に65歳以上人口（高齢者）の増加が見込まれるなか、今後高齢者が爆発的に増えると予想される東京圏（東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県）の1都3県）では、介護関連施設（介護保険施設、注1、特定施設、注2、認知症高齢者グループホーム）を中心に介護サービスの供給不足が一段と深刻化することが懸念されている。東京圏の介護資源のみでは高齢者を十分にケアできず、域外の資源を活用する必要性があるとの見解もある（注3）。

しかしながら、介護予防（注4）の徹底により介護サービスの需要の増勢を抑制すると同時に、空き家や廃校舎等の不動産、および資格を持ちながら介護職から離れている人材といった域内に存在する様々な資源を活用することで、介護サービス不足を克服するという選択肢もある。

本稿では、介護関連サービスの供給面に焦点を絞り、東京圏においてサービス需給のミスマッチを解消するための課題と行政に求められる取り組みについて考察する。なお、本稿で使用する介護保険サービスの名称とその概要は図表1および図表2に示した通りである。

（図表1）介護関連施設・高齢者向け住宅の概要

施設・住宅の種類		根拠法	概要
介護関連施設	介護保険施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム：特養）	老人福祉法 介護保険法 65歳以上の者であって、身体上または精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者を入所させ、養護することを目的とする施設。
		介護老人保健施設（老健）	介護保険法 要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護、その他の医療、世話および機能訓練、ならびに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設。
		介護療養型医療施設（介護療養病床）	介護保険法 療養病床等を有する病院または診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、その他の医療、世話および機能訓練を行うことを目的とする施設。2017年度までの他の施設への転換・廃止が決定。
		地域密着型特養（定員29人以下の特養）	老人福祉法 介護保険法 介護老人福祉施設と同じ。
	特定施設	養護老人ホーム	老人福祉法 入居者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導および訓練、ならびにその他の援助を行うことを目的とする施設。
		軽費老人ホーム（ケアハウス）	社会福祉法 老人福祉法 無料または低額な料金で、高齢者を入所させ、食事の提供のほか、日常生活に必要な便宜を供与することを目的とする施設。
		有料老人ホーム（サ高住で該当するものを含む）	老人福祉法 高齢者を入居させ、入浴、排泄若しくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事、健康管理をする事業を行う施設。
		地域密着型特定施設（定員29人以下の上記施設）	老人福祉法 介護保険法 上記各施設と同じ。
	認知症対応型共同生活介護	認知症高齢者グループホーム	老人福祉法 介護保険法 入居者に対して、その共同生活を営むべき住居において、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話および機能訓練を行うもの。
	高齢者向け住宅	サービス付高齢者向け住宅（サ高住）	高齢者住まい法 高齢者を入居させ、状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅。
サ高住以外の高齢者向け賃貸住宅		高齢者を入居させ、バリアフリー仕様の賃貸住宅。	

（資料）厚生労働省「介護報酬改定（2012年度）事務連絡」を基に日本総合研究所作成

（注1）介護保険施設：介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム：特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（介護療養病床）。

（注2）特定施設：福祉施設（養護老人ホーム、軽費老人ホーム）および有料老人ホーム（有料老人ホームと認定されたサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）を含む）のうち、老人福祉法の基準に則り、都道府県や市区町村～特定施設入居者生活介護の指

定を受け、入居者に対して身体介助・生活介助といった介護保険サービスを定額で提供する施設。

(注3) 日本創生会議首都圏問題検討分科会の東京圏高齢化危機回避戦略(2015年6月4日)を受け、東京圏の高齢者の地方移住を推進する動きがある。

(注4) 厚生労働省は、介護予防を「要介護状態の発生をできる限り防ぐ(遅らせる)こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と、定義している。

(図表2) 介護保険サービスの種類

類 型	種 類		概 要
居宅サービス	訪 問	訪問介護	利用者宅での買い物や掃除(生活援助)、食事や排泄の介助(身体介護)など。通院などを目的とした乗車・移送・降車の介助サービス。
		訪問入浴介護	利用者宅での移動式浴槽による入浴介護。
		訪問看護	利用者宅での医師の指示に基づく医療処置、医療機器の管理、看取り。
		訪問リハビリテーション(訪問リハ)	利用者の自宅でのリハビリテーションの指導・支援。
	通 所	通所介護	デイサービスセンター等による通いの利用者に対する身体介護、リハビリテーション、レクリエーションなどの提供。
		通所リハビリテーション(通所リハ)	
	短期入所	短期入所生活介護	介護保険施設が利用者を一定期間(連続利用日数30日まで)受け入れ、身体介護リハビリテーション、レクリエーションなどを提供。
		短期入所療養介護	
その他	特定施設入居者生活介護	有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームの入居者に対する身体介護、リハビリ、レクリエーションなどの提供。提携する外部の事業所によるサービス提供も可。	
施設サービス	介護老人福祉施設入居者生活介護		特養入居者に対する身体介護、リハビリテーションやレクリエーションなどの提供。
	介護老人保健施設入居者介護		老健入居者に対する医学管理下におけるケアと身体介護などの提供。
	介護療養型医療施設入居者介護		介護療養病床施設入居者に対する医学管理下におけるケアと身体介護などの提供。
地域密着型サービス	訪 問	夜間対応型訪問介護	夜間の定期的な訪問や緊急時の随時訪問による介護。
		定期巡回・臨時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じた定期訪問と緊急時の随時訪問による介護と看護の一体的な提供。
	複 合	小規模多機能型居宅介護	1拠点での訪問介護・通所介護・短期入所生活介護の提供。
		看護小規模多機能型居宅介護	1拠点での訪問介護・通所介護・短期入所生活介護、訪問看護の一体的な提供。
	認知症対応型	認知症対応型通所介護	デイサービスセンター等による通いの認知症患者に対する身体介護、リハビリテーション、レクリエーションなどの提供。
		認知症対応型共同生活介護	認知症高齢者グループホームにおける見守り、生活援助、リハビリテーションやレクリエーションなどの提供。
	施設・特定施設型	地域密着型介護老人福祉施設入居者介護	定員29人以下の特養や特定施設の入居者に対するサービス提供。
		地域密着型特定施設入居者介護	

(資料) 厚生労働省介護サービス情報公表システム (<http://www.kaigokensaku.jp/>) を基に日本総合研究所作成

2. 高齢者介護の潮流—Aging in Place

東京圏における介護サービス提供の現状と課題をみる前に、高齢者介護の世界的な潮流とわが国の方向性を確認する。

(1) 住み慣れた地域で最期まで

近年、「住み慣れた地域で最期まで暮らす」というAging in Placeの概念が、世界的に高齢者介護の主流になってきた。この概念は、「それまで主流であった施設介護が高コストであるばかりでなく、入所者にとって必ずしも尊厳や自立が守られるわけではない」との反省から、1980年代末から欧州を中心に広がり始めた。

ナーシングホーム（注5）に代表される欧米の施設介護では、介護に重点が置かれ、施設が入所者に対して生活サービスと医療・介護サービスを一体的に提供していた。提供される介護サービスは施設の種別により定められていたため、高齢者は状態に応じて他の施設への移転を求められる場合があった。

これに対し、1980年代末から、日常生活の継続を重視し、高齢者が住み慣れた地域に居住し続けながら、必要に応じて外部から医療・介護サービスを購入するAging in Placeの考え方に基づく体制づくりが広がり始めた。

Aging in Placeにおける住まいの概念は、それまで住み続けた自宅のみならず、必要に応じて医療・介護サービスや生活支援を利用できる高齢者向け住居も含み、虚弱化しても転居する必要がない、たとえ転居しても同一区域内にとどまることを前提としている。

Aging in Placeの実現が最も進んでいる国の一つがデンマークである。同国では、1988年に介護関連施設（プライエム）の新規建設が禁止（注6）される一方、地域において高齢者向け住宅と在宅24時間ケアの整備が進められた。とくに、在宅24時間ケアは、1984年から整備が始まり、1987年には自治体の63%、1993年には95%、現在ではすべての自治体で利用が可能となっている（注7）。

このほか、スウェーデン、ノルウェー、オランダでも、デンマークと同様に、Aging in Placeの実現に向けた取り組みが進められている。一方、Aging in Placeという言葉の発祥の地であるアメリカは、住まいに介護サービスを付加した定年退職者コミュニティというビジネスが展開されているものの、対象が富裕層中心であり、地域も限定されていることから、欧州のような国全体の動きには発展していない。

(2) わが国の方向性—地域包括ケア

わが国でも、欧州を中心としたAging in Placeの流れを受け、介護保険制度の下、地域包括ケアとして、地域の高齢者個々人の実情に応じた医療、介護、保健、生活支援を包括的に提供する体制の構築が進められている。

医療・介護の連携を通じた在宅ケアは、1970年代から一部の医療機関・介護関連施設で実施されていたものの、全国展開には至らなかった。むしろ入院治療・施設介護が主流となったことで、在宅医療・介護の環境の整備が遅れたこともあり、在宅で対応できる高齢者も入院や特養などの介護施設に入所することとなった。これが、社会的入院・社会的入所（注8）という状況を生じ、大きな社会問題となった。高齢者の増加に伴い、こうした社会的入院・社会的入所による社会保障財政への圧迫が無視できない状況となり、近年になって、在宅医療・在宅介護へと舵が切られた。

加えて、東京都墨田区が同区の高齢者を入所させていた域外の無届の施設で火災が発生し、一部の入所者が死亡する事故が起きた（注9）。この事故を契機に、自治体が責任主体となり、地域の高齢者の実情に応じた医療や介護を、継続して一体的に提供すべきであるとの考え方が一般的となった。

地域包括ケアにおいても、在宅介護を基本とし、自宅での生活が困難になった場合でも可能な限り住み慣れた地域で生活することを目指し、日常生活圏域（注10）での小規模の介護関連施設や高齢者向け住宅の整備が推進されている。

(注5) 主に欧米において、看護や介護が必要な高齢者等に対し、医療・介護サービスの提供をする施設。

(注6) 1995年に全面廃止が決定された。

(注7) 松岡洋子「エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅～日本とデンマークの実証的比較研究」p.158参照。

(注8) 医療や介護の必要性が低いにもかかわらず医療機関や介護関連施設に入院・入所すること。

(注9) 2009年3月19日、群馬県渋川市の老人施設「たまゆら」で火災が発生し、入所者16人中10人が死亡。このうち6人が同区に居住していた生活保護受給者。都内の特養や老健などの施設に入所できなかったことから、無届施設である「たまゆら」が彼らを引き受けた。

(注10) 中学校区を想定。おおむね30分以内に必要なサービスが提供される範囲。

3. 高齢者介護の現状

本章では、厚生労働省や関連機関の調査を基に、主に介護保険サービスの需給動向を整理したうえで、東京圏において不足が指摘される介護関連施設の現状とその背景を整理する。

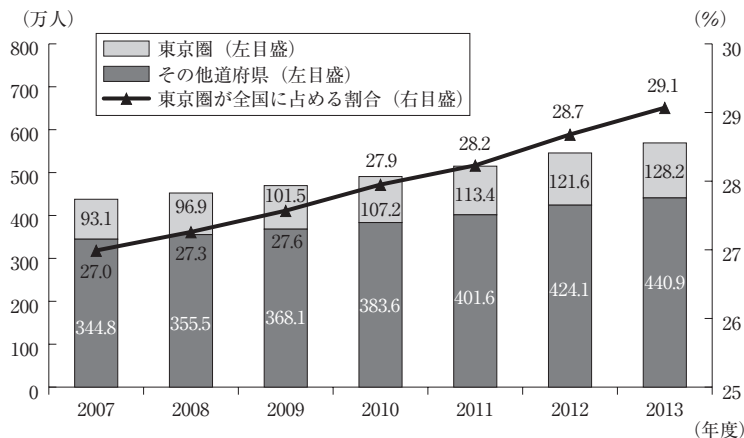
(1) 持続する介護関連施設の供給不足

わが国では、高齢者、なかでも75歳以上の後期高齢者の急増に伴い、介護サービスの需要も拡大している。こうしたなか、地域包括ケアの方針の下、訪問介護や通所介護などの在宅サービスの拡充が重点的に進められており、その利用も着実に増加しているものの、依然として施設介護に対するニーズは高い。しかしながら、介護関連施設の定員数はそれに追いついておらず、供給不足は年々深刻化している。とりわけ、東京圏でこの傾向が強く、介護関連施設の増設は焦眉の急と指摘されている。

A. 高まる施設介護ニーズ

わが国において、介護を必要とする高齢者（以下、要介護者）は年々増加し、2013年度には569万人に達した。これは介護保険制度導入時の2.5倍である（図表3）。このうち、東京圏の要介護者は128万人で、全体に占める割合は22.5%と、こちらも年を追うごとに上昇している。これに伴い、介護保険サービスの需要が拡大している。

（図表3）要介護者（要支援）認定者の推移

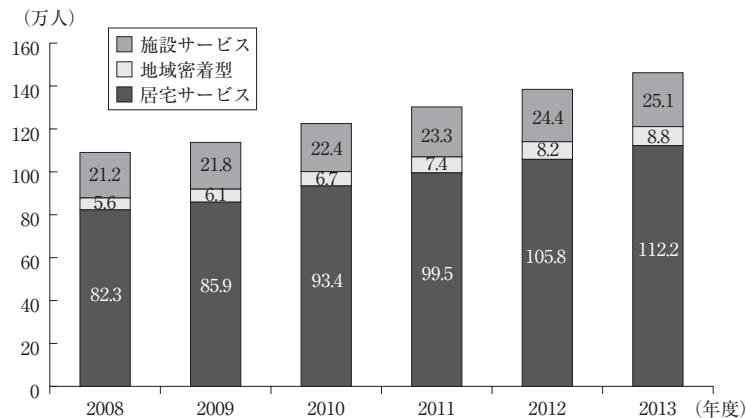


（資料）厚生労働省「介護保険事業状況報告（各年度）」

（注）第1号被保険者（65歳以上被保険者）。

全国の介護保険サービスの受給者数（実際に介護保険サービスを利用した要介護者数）は、2013年度時点で134万人（注11）と、2008年度からの5年間で1.3倍に増加した。サービス種別にみると、増勢に違いはあるものの、居宅サービスは2008年の82万人から2013年には112万人に、地域密着サービスは同じく5.6万人から8.8万人に、施設サービスは21万人から25万人に増加した（図表4、注12）。

（図表4）種類別にみた東京圏における介護サービス受給者数の推移



（資料）厚生労働省「介護給付費実態調査（各年度）」

（注）重複計上があるためサービス種別ごとの受給者の合計と総数は一致しない。

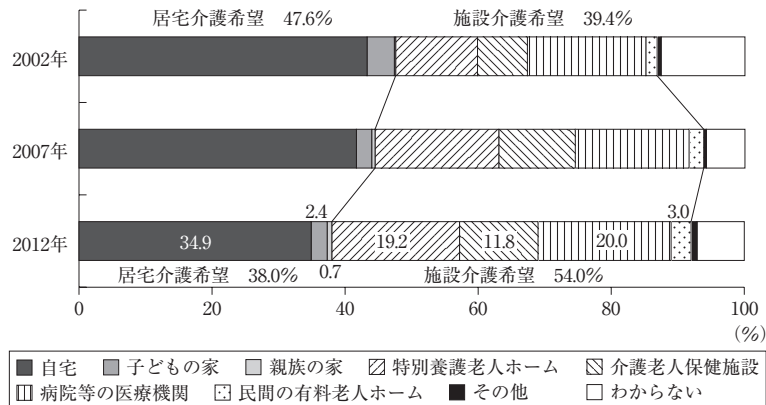
一見、在宅介護を選好する傾向が強まっているようにも見えるものの、必ずしもそうとは言い切れない。医療や介護は、そのインフラの整備状況に影響されやすいとされる。例えば、人口に対して医療機関のベッド数が多い地域ほど入院期間が長く、入院する割合が高いといった傾向がみられることから、医療費抑制のため、全国的にベッド数の削減が図られている。したがって、居宅サービスの伸びが顕著なのは、要介護者の増加に介護施設等の増設が追い付いていないため、施設に入所できない高齢者が、やむを得ず居宅サービスや地域密着型サービスを受けていることが背景にある可能性が大きい。

実際に、下記に示すように、依然として、潜在的な施設への入所希望は多く、むしろその傾向は強まっている。

内閣府の「高齢者の健康に関する意識調査（2012年、注13）」によれば、高齢者が介護を受けたい場所は、自宅が34.9%を占め最も多く、病院等の医療機関が20.0%、特別養護老人ホーム（特養）が19.2%、介護老人保健施設（老健）が11.8%であった（図表5）。これを、子どもの家や親戚の家を含む居宅介護と、医療機関、特養、老健および民間の有料老人ホームの施設介護に再分類し、時系列変化をみる。居宅介護は、2002年に47.6%、2007年に44.5%、2012年に38.0%と、調査の度に低下しているのに対し、施設介護は上昇傾向にあり、2002年に39.4%であったものが、2012年には54.0%と過半数に達した。

当該調査では都道府県別、地域別に分類していないものの、東京圏では単身あるいは夫婦のみの高齢者世帯の割合が他の地域に比べ高いことから、必然的に施設介護を望む声がより強いと推測される。

(図表5) 介護を受けたい場所



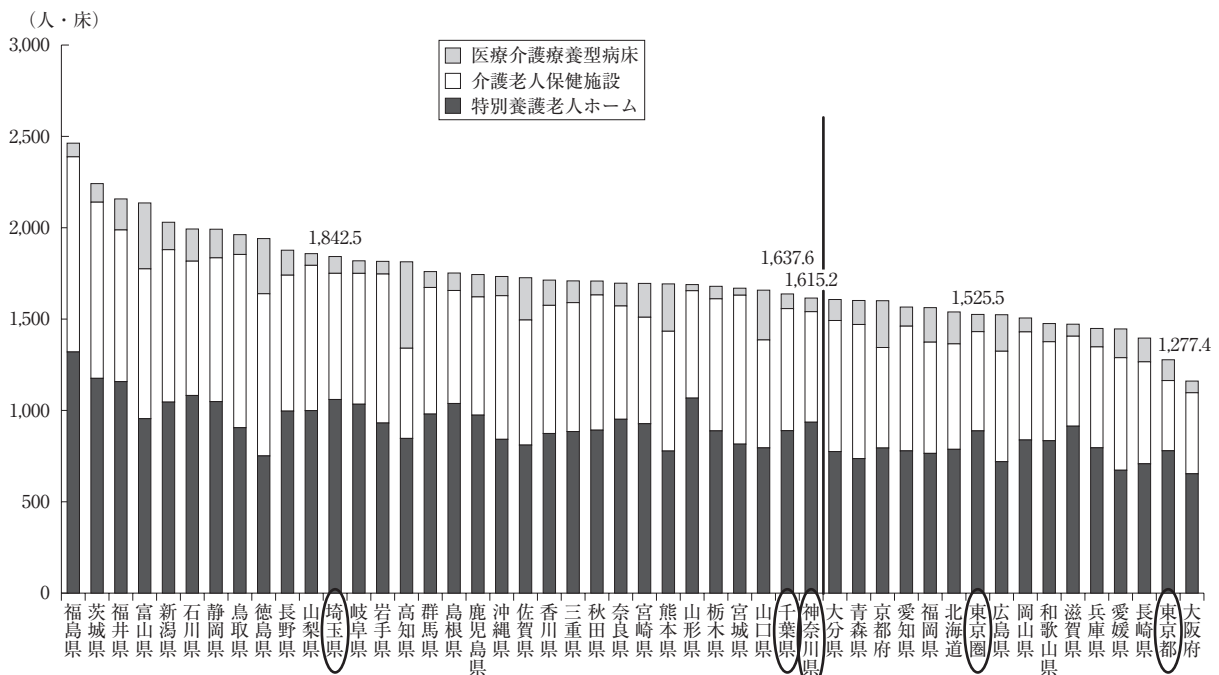
(資料) 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査(2002年、2007年、2012年)」
 (注) 2002年調査：全国の65歳以上の男女3,000人が対象(有効回答率 76.9%)。
 2007年調査：全国の55歳以上の男女5,000人が対象(同 63.1%)。
 2012年調査：全国の55歳以上の男女3,000人が対象(同 64.0%)。

B. 需要に追いつかない施設介護サービス提供

このような施設介護へのニーズの高まりに対して、介護関連施設の増勢は緩慢である。

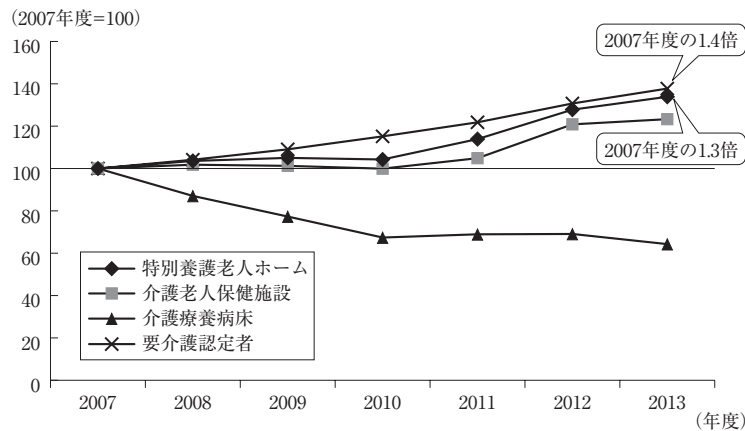
介護保険施設について、2013年度時点の都道府県別の要介護認定者1万人当たりの定員数・病床数をみると、下位2位の東京都に引っ張られるかたちで、東京圏全体では1,526人・床と、全国平均を下回った。しかし、残りの3県はいずれも平均以上であり、他の地域に比べ著しく供給力が小さいとはいえない(図表6)。また、東京圏における介護保険施設定員数の推移(2007~2013年度)をみると、

(図表6) 都道府県別 要介護認定者1万人当たりの介護保険施設の定員数・病床数



(資料) 厚生労働省「介護保険事業報告(2013年度)」および同「介護サービス施設・事業所調査(2013年度)」を基に日本総合研究所作成

(図表7) 東京圏における要介護認定者および介護保険施設定員数の推移



(資料) 厚生労働省「介護保険事業報告(各年度)」および「介護サービス施設・事業所調査(各年度)」を基に日本総合研究所作成

(注1) 要介護認定者には要支援1、2を含む。

(注2) 介護療養病床は2017年度末までに他の介護施設等へ転換、廃止予定。

(注3) 介護老人保健施設の増加分には介護療養病床からの転換分が含まれる。

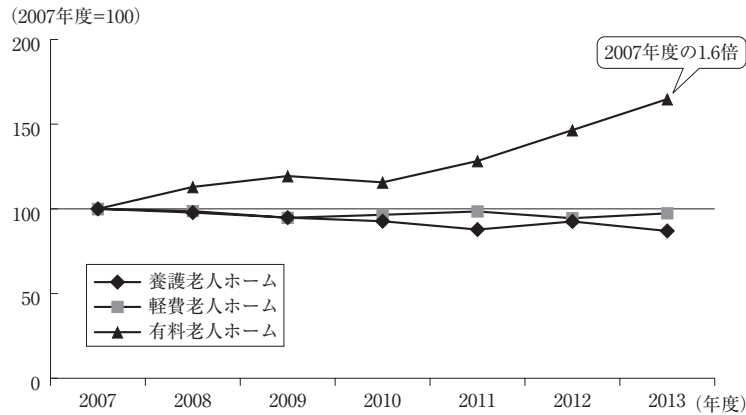
介護療養病床が、2017年度までの廃止あるいは従来型の老健や介護療養型老人保健施設(新設)等への転換が決定していることから、2007年に比べ3分の2まで減少した一方、特養が1.3倍、老健が1.2倍となった(図表7)。

特養や老健では、定員増が図られているとはいえ、介護療養病床の転換分もあることから、介護保険施設全体で見れば、定員数はほぼ横ばいで、いまだ需要を充足するには至っていない。深刻な施設不足にあると指摘されている特養に注目すると、厚生労働省によれば、2013年度の入所申込者(いわゆる待機者、注14)は、全国で52.4万人、このうち東京圏在住者は10.7万人であった。わが国の65歳以上高齢者の4人に1人が東京圏に居住していることを考えれば、決して待機者が多いとはいえないものの、これだけの待機者が存在するという事実は無視できない。

ところで、東京圏の特定施設や高齢者向け住宅は、種類によって定員数および戸数の動向が二極化している。まず、社会福祉を目的に運営主体が自治体や社会福祉法人に限定される施設では、定員数が伸び悩んでいる。2013年度の養護老人ホームは2007年度に比べて微減、軽費老人ホームはほぼ横ばいとなっている(図表8)。これに対して、営利目的の民間事業者が主な運営主体である施設や賃貸住宅は急増している。有料老人ホームは近年増勢を強め、2013年度には2007年度の1.5倍以上にあたる6.9万人となった。サービス付高齢者向け住宅(サ高住、注15)は、高齢者専用住宅や高齢者円滑入居賃貸住宅、および高齢者向け優良住宅からの転換分を含め、2015年7月末時点で3.7万戸と、2011年度の制度導入以降急増した。

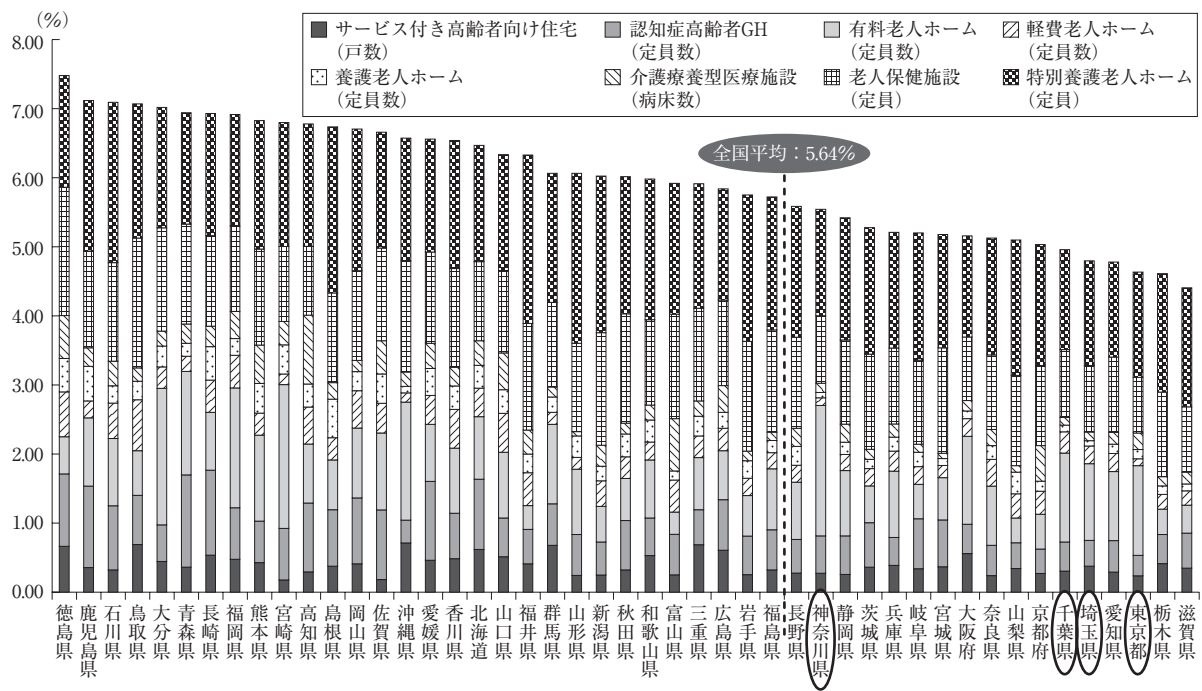
もっとも、一部で急増しているとはいえ、東京圏の介護関連施設および高齢者向け住宅を合わせた供給量は、全国的にみて少ない。厚生労働省の「都市部の高齢化対策に関する検討会」の資料によれば、2013年5月時点での65歳以上人口当たりの介護関連施設および高齢者向け住宅の整備率は、全国平均で5.64%であった。東京圏では、東京都が下位3位、埼玉県同5位、千葉県同6位と、神奈川県を除き下位10位内で、いずれの都県も全国平均を下回った(図表9)。

(図表 8) 東京圏における特定施設定員数の推移



(資料) 厚生労働省「社会福祉施設等調査(各年度)」を基に日本総合研究所作成

(図表 9) 都道府県別 介護関連施設および高齢者向け住宅の整備状況



・特養・老健・介護療養型 25.5審査分 介護給付費実態調査
 ・養護・軽費老人ホーム 23.10.1 社会福祉施設等調査
 ・有料老人ホーム 24.7.1 老健局高齢者支援課調べ
 ・認知症高齢者グループホーム 25.5審査分 介護給付費実態調査
 ・サービス付き高齢者向け住宅 25.6.30 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム

(資料) 厚生労働省「都市部の高齢化対策に関する検討報告書(案) 参考資料(2013年9月20日)」
 (注) 施設ごとの65歳以上人口当たりの定員数(戸数)を積み上げたもの。

介護関連施設の供給不足が全国的に常態化していたため、2010年10月7日に介護保険施設と特定施設に対して適用されていた37%参酌標準(注16)が撤廃された。これにより、各自治体では、地域の状況に応じて介護保険計画の定員の枠組みを算定できるようになったことから、特養や老健の定員数が増加に転じた。ただし、域内での定員数の上限を設定する総量規制(注17)そのものはいまだ存在するため、定員数は小幅な増加にとどまった。

(2) 背景に施設介護への高い依存

介護関連施設が供給不足になる要因は、高齢者のニーズに対して介護関連施設の増設が追いついていないことであるものの、社会的入所者にみられるように施設介護への高い依存もその一つとして指摘できる。

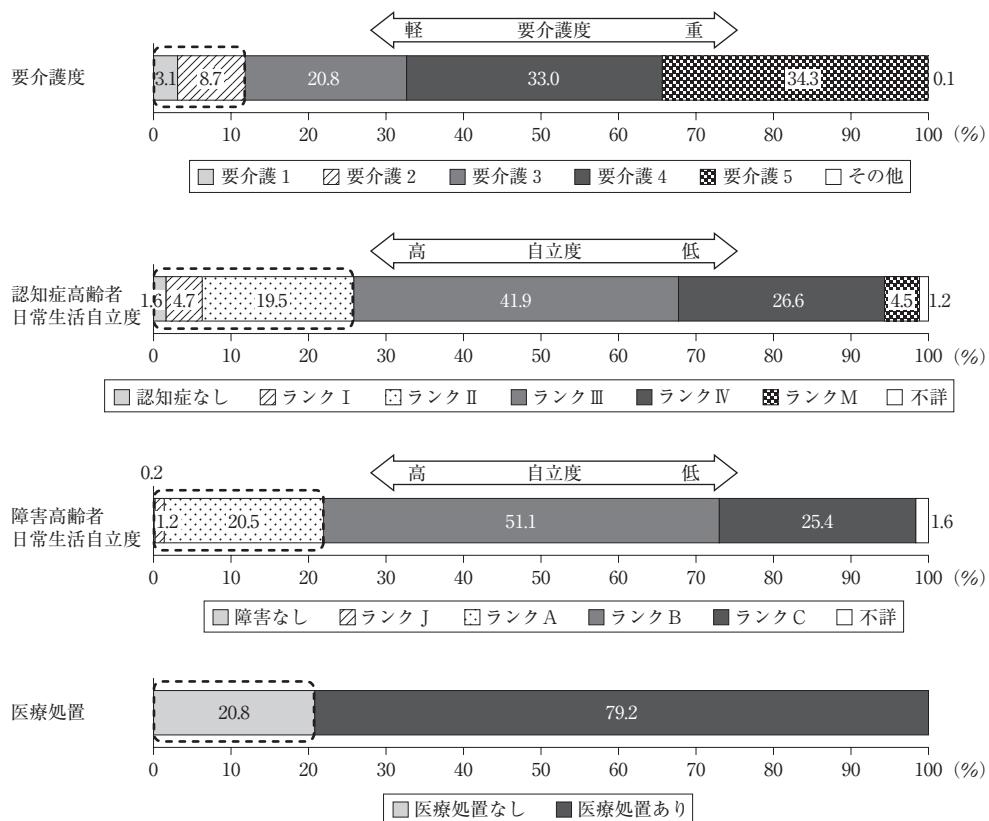
A. いまだ解消されない社会的入所

社会保障財政を圧迫する社会的入院・社会的入所の解消は、介護保険制度導入のきっかけの一つであったにもかかわらず、いまだ改善されていないのが実情である。

厚生労働省の「介護サービス施設・事業所調査（2013年度）」によれば、特養の入所者のなかには要介護度が低く、自立した日常生活を送ることが可能な者や医療処置が不要な者が一定数みられる。図表10に示した通り、特養入所者のうち、要介護1、2の軽度の要介護者が全体の1割以上、認知症高齢者日常生活自立度（注18）が高い高齢者（認知症なしおよびランクⅠ、Ⅱ）が全体の4分の1以上、障害高齢者日常生活自立度（寝たきり度、注19）が比較的高い高齢者（ランクⅡ、Ⅲ）が全体の5分の1を占めた。医療ニーズについては、入所者の2割が医療処置なし（ニーズなし）との結果となった。

全国老人福祉施設協議会が特養に入所する軽度の要介護者を調査（注20）したところ、入所理由が解

(図表10) 特養入所者の状態

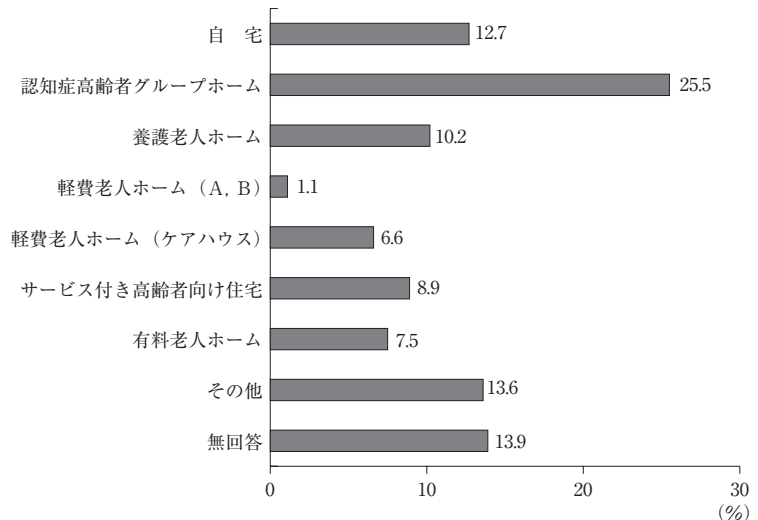


(資料) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（2013年度）」を基に日本総合研究所作成
 (注) 点線囲みは在宅介護の可能性がある特養入所者。

消できた場合にふさわしい居住場所としては、「認知症高齢者グループホーム」が25.5%、「自宅」が12.7%、「養護老人ホーム」が10.2%、「サ高住」が8.9%であった（図表11）。居宅サービスや地域密着型サービスを利用することで、特養に入所する軽度要介護者の7割が自宅や高齢者向け住宅および特養以外の施設で生活することが可能といえよう。

また、特養への入所待機者についても、その4割は在宅での介護が可能とみられる。医療経済研究機構の調査研究（注21）を基に、特養への入所待機者の状況を見ると、まず、自宅で入所を待つ高齢者については、現状から判断した望ましい生活の場として、「特養」とする回答が全体の46.4%と最も多かったものの、「可能な限り自宅で生活」との回答が43.7%、「特養以外の施設」との回答が8.8%であった。さらに、自宅で十分な介護を受けることができるとの条

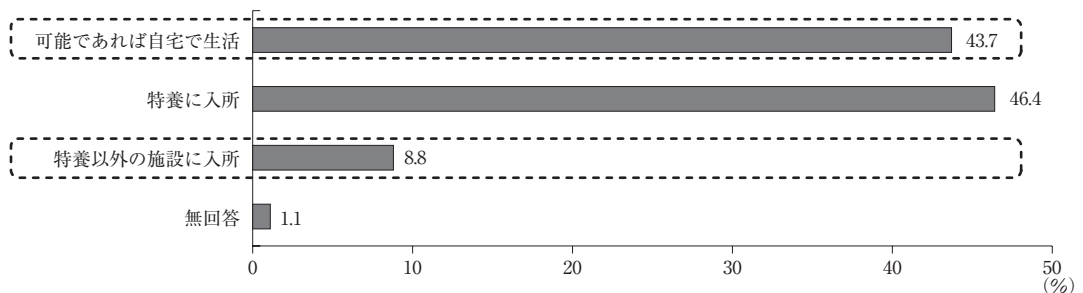
（図表11）入所理由が解消した場合特養以外で最もふさわしい受け皿



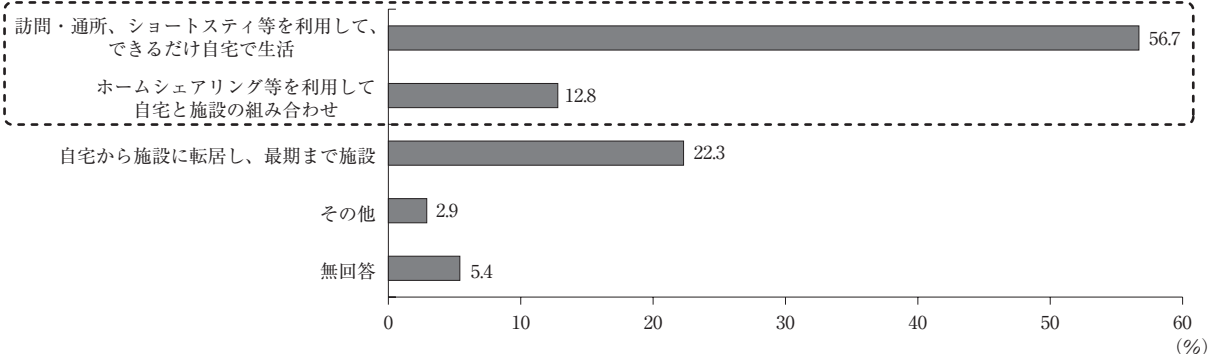
（資料）全国老人福祉施設協議会「特別養護老人ホームに入所する軽度要介護者に関する状況調査報告書（2013年1月）」

（図表12）【特養入所待機者：在宅】ケアマネジャーからみた望ましい生活の場

【現在の状況から判断した望ましい生活の場】



【自宅で十分な介護サービスが受けられるとした場合の望ましい生活の場】

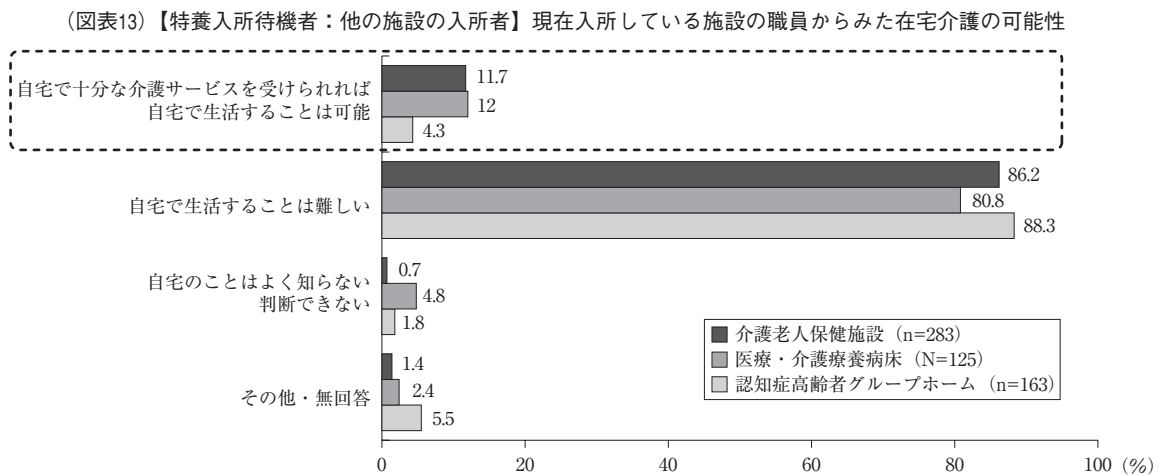


（資料）医療経済研究機構「平成23年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業」

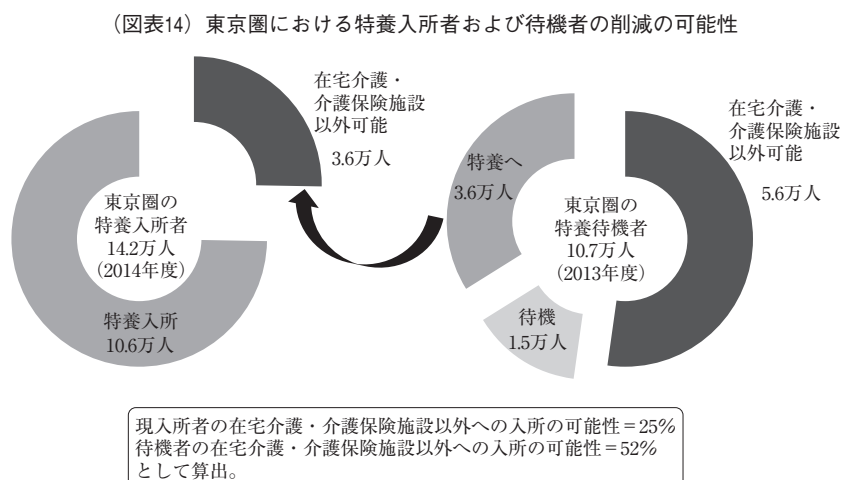
件を付けると、「訪問・通所、ショートステイ等を利用して、できるだけ自宅で生活」との回答が全体の56.7%、「ホームシェアリング等を利用して自宅と施設の組み合わせ」が12.8%と、在宅介護が可能な高齢者の割合は70%近くに上昇した（図表12）。

待機者のうち特養以外の施設に入所している高齢者では、「自宅での生活が難しい」高齢者が大半であるものの、現在入所している施設によって多少バラツキがあるとはいえ、十分な介護サービスを受けることができる環境があれば「自宅生活が可能」となる入所者も4～11%存在した（図表13）。また、老健では3分の1、介護療養病床では6割の入所者について、「生活重視の施設が相応しい」との回答が得られ、特養以外の施設も選択肢となりうることが示唆された。

上記の統計データや調査結果を基に、既入所者の25%、待機者の52%が自宅や高齢者住宅および特養以外の施設での介護に切り替えると、図表14に示した通り、現行の東京圏における特養待機者を最大1.5万人程度にまで削減することは可能とみられる。



(資料) 医療経済研究機構「平成23年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業」



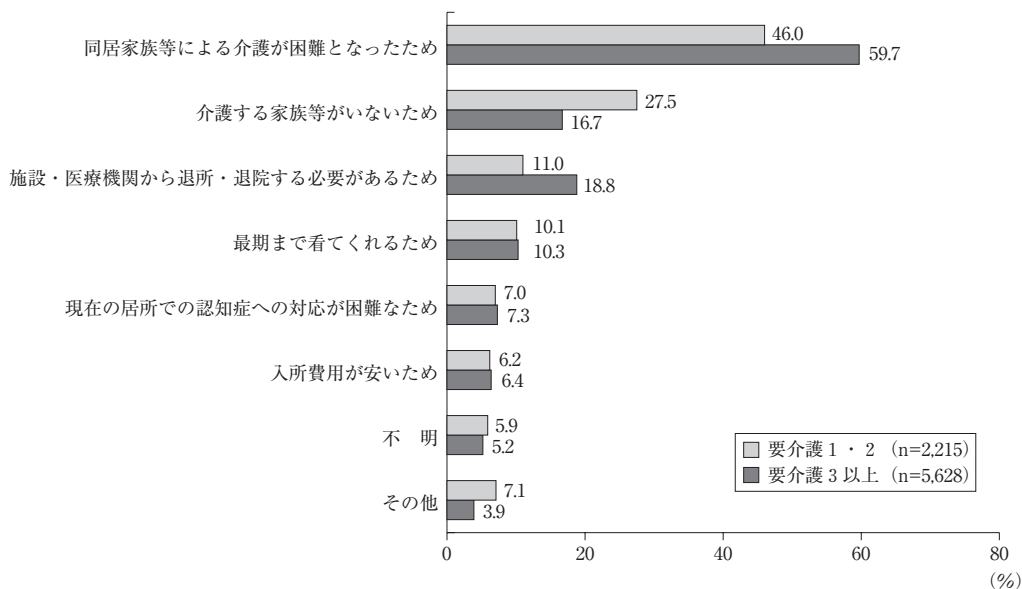
(資料) 厚生労働省「介護給付費実態調査 (2013年度)」、同「介護サービス施設・事業所調査 (2013年度)」および医療経済研究機構「平成23年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業」を基に日本総合研究所作成

B. 家族介護力の低下が要因

介護関連施設への依存度を高めている要因には、同居・近居の家族による介護が期待できない高齢者が増加している、すなわち家族介護力が低下していることがある。

医療経済研究機構の別の調査研究（注22）を基に、特養への入所申込の理由をみると、要介護1、2の軽度の要介護者、要介護3以上の重度の要介護者ともに、「同居家族等による介護が困難となったため」や「介護する家族等がないため」と、対応可能な家族の不在を挙げる高齢者が多かった（図表15）。また、前述の医療経済研究機構の調査研究によれば、要介護度が低い高齢者ほど、将来への不安を理由とする割合が高いとの結果が得られた。

（図表15）特養への入所申込の理由（複数回答）



（資料）医療経済研究機構「平成22年度老人保健健康増進等事業 特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究事業」

少子高齢化や核家族化が進展するなか、高齢者のみ世帯、しかも子どものいない夫婦や単身者の世帯が増加していることで、医療ニーズ・介護ニーズが低くとも、将来に対する不安から、施設介護が選択されているとみられる。

このほか、低所得・低資産も施設介護への依存度を押し上げる要因の一つと考えられる。高齢者夫婦世帯の平均持ち家率が90%である（注23）のに対し、例えば、年間収入、貯蓄残高がともに300万円未満の高齢者夫婦世帯のそれは68%に過ぎない。要介護者の入居を敬遠する一般の民間住宅が少ないなか、こうした高齢者は、有料老人ホームやサ高住など民間施設・住宅に入居する経済的余裕がないため、年金や生活保護費の範囲内で入所できる特養や軽費老人ホームに依存せざるを得ないのが実情であろう。

東京圏をみると、高齢者世帯のなかでも単身者や夫婦のみ世帯が多く、2015年度時点で339万世帯と全国の高齢者のみ世帯の27.7%を占めた。今後もこうした世帯は増加し、2025年度には381万世帯と、

全国の28.3%を占めると予想されている。一方、低所得・低資産、いわゆる被保護者にあたる高齢者は、2013年度で東京圏の高齢者の2.3%にあたる19万人であった。被保護者の割合が現行のままと仮定しても、2025年には22万人以上になると推計される。大阪圏等の他の都市圏に比べると割合としては小さいものの、東京圏においても、今後、経済的理由による介護関連施設への入所希望者は確実に増加すると見込まれる。

- (注11) 受給者の名寄せがされているものの、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上されているため、要介護者数と必ずしも一致しない。
- (注12) 重複計上があるため、サービス種別ごとの受給者の合計と総数は一致しない。
- (注13) 高齢者社会対策の策定に資することを目的とする高齢者の健康に関する意識調査。これまで、1996年、2002年、2007年、2012年の計4回実施。それぞれの対象者と有効回答率は次の通り。1996年調査：全国60歳以上の男女3,000人（有効回答率78.8%）、2002年調査：全国65歳以上の男女3,000人（同76.9%）、2007年調査：全国55歳以上の男女5,000人（同63.1%）、2012年調査：全国55歳以上の男女3,000人（同64.0%）。
- (注14) 2014年3月25日公表。各都道府県調査を厚生労働省が集計。なお、調査時点は都道府県によって異なる。
- (注15) 高齢者の居住の安定確保に関する法律の改正に伴い、高専賃（高齢者専用賃貸住宅）、高円賃（高齢者円滑入居賃貸住宅）、高優賃（高齢者向け優良賃貸住宅）は廃止され、サ高住に一本化された。ただし、高優賃については、各自治体によって存続している。
- (注16) 市区町村において、特養、老健、療養病床、認知症高齢者グループホームおよび介護専用型特定施設（全入所者が要介護者およびその配偶者の特定施設）の利用者を要介護2～5の認定者の37%以下にすること。参酌標準とは、介護保険法第116条に基づき、国が定める「基本方針」において、各自治体が介護保険事業（支援）計画に定めるサービス見込み量を算定するにあたっての参酌すべき標準のこと。
- (注17) 市区町村長は自らの自治体の状況に応じて事業者を指定するものの、当該自治体が所属する老人福祉圏（≡二次医療圏）全体の定員枠を超える場合や計画達成に支障が生じるおそれがある場合には、都道府県知事が事業者の指定を拒否することができる。
- (注18) ランクごとの判定基準は次の通り。ランクⅠ：何らかの認知症を有するものの日常生活はほぼ自立、ランクⅡ：日常生活に支障をきたすような症状等が多少みられるものの誰かが注視していれば自立可能、ランクⅢ：日常生活に支障をきたすような症状等がときどきみられ介護が必要、ランクⅣ：日常生活に支障をきたすような症状等が頻繁にみられ常に介護が必要、ランクⅤ：著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な疾患がみられ専門医療が必要。
- (注19) ランクごとの判定基準は次の通り。ランクJ（生活自立）：何らかの障害等を有するものの日常生活は自立し独力での外出は可能、ランクA（準寝たきり）：屋内はおおむね自立しているものの介助なしでは外出しない、ランクB（寝たきり）：屋内での生活は介助が必要でベッド上での生活が主体であるものの座位を保つことは可能、ランクC（寝たきり）：1日中ベッドで過ごし排泄・食事・着替えにおいて介助が必要。
- (注20) 「特別養護老人ホームに入所する軽度要介護者に関する状況調査」、調査期間：2012年12月14日～同年12月25日、調査施設：同協議会の代議員186施設、調査対象者：軽度要介護者（入所時あるいは調査時点で要介護1あるいは2の入所者）：回収状況：56施設（47.5%）の361人分。回答者は施設長等、施設の職員。
- (注21) 2011年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業（厚生労働省）「特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究」調査期間：2011年12月12日～2012年1月16日（基準日は2011年12月1日）、調査依頼施設：2,802施設（居宅介護支援事業所、介護老人保健施設（老健）、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）、介護療養病床を有する病院）、調査対象者：6,180人、回収状況：915施設（32.7%）の1,393人分。自宅での待機者については担当ケアマネジャー、特養以外の施設入所・入院者については当該施設の担当者が回答。
- (注22) 2010年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業（厚生労働省）「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研究」調査期間：2011年2月3日～2011年2月24日（基準日は2011年2月1日）、調査依頼施設：1,500施設（2011年1月20日時点でWAM-NETに登録されている特養および地域密着型特養6,650施設から無作為抽出）、回収状況：570施設（39.5%）の7,998人分。回答は施設長・事務責任者および申込の施設担当者。
- (注23) 総務省「全国消費実態調査（2009年度）」。高齢者夫婦世帯とは夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦のみ世帯。

4. 東京圏で地域包括ケアを実現するには

以上を踏まえると、現行体制のままでは、東京圏における地域包括ケアの実現には、更なるハードルがあるといわざるを得ない。社会的入所者やその予備軍の存在が物語るように、家族による介護が期待

できない単身世帯や高齢者のみ世帯、および低所得・低資産の高齢者が増加するにもかかわらず、彼らの介護を支える環境が必ずしも整備されていないためである。

しかしながら、介護予防の徹底によって介護サービス需要の抑制を図るとともに、介護サービスの提供体制を見直すことで、遠方の介護資源に依存せずとも、東京圏で地域包括ケアを実現することは可能になると思われる。

以下では、東京圏で地域包括ケアを実現するために必要な介護環境を整理したうえで、依然として残存する課題を明らかにするとともに、その解消に向けて求められる取り組みについて考察する。

(1) 整備すべき介護環境とは

高齢者が要介護状態となっても安心・安全に居住地で生活するには、介護サービスが要介護者の状況に応じて柔軟に提供されるばかりでなく、容体悪化などの緊急事態でも適切に提供される環境が不可欠である。さらに、在宅介護の環境が整備されても、家族環境や経済的理由等により自宅に居住し続けることが難しい高齢者に対して、特養や老健に代わる受け皿を確保することも重要である。

A. 複合的な介護サービスの提供

要介護者が在宅介護のサービスを受けつつ日々の暮らしを維持していくには、訪問介護、通所介護、ショートステイを状況に応じて組み合わせて利用できる環境が重要である。前述の入所待機者に関する調査研究でも、これらを組み合わせて利用することで特養待機者（在宅）のうち過半数が在宅での生活が可能との結果が得られた（前出、図表11）。

こうした複合的なサービス提供については、サービスの連続性や統一性の観点から、一つの事業所で対応できることが望ましい。現行制度では、地域密着型サービスの小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護（旧複合型サービス）がこれに該当する。

とはいえ、これらの介護事業所については、一定面積以上の居室スペースの確保や入浴、食事室等の設備の整備が必要なことから、用地に余裕がないなど設置が難しい地域が存在する。東京圏における小規模多機能型居宅介護事業所の整備率（注24）は4.2%と、全国平均の7.4%を大幅に下回っている（図表16）。また、看護小規模多機能型居宅介護については後述するように看護師の確保が難しく、2013年

（図表16）東京圏における主な居宅系サービスの整備率

居宅系サービス	全 国	東京圏				
		埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	
訪問介護	57.6	58.3	53.2	63.9	61.2	53.8
訪問看護	12.6	12.2	10.4	11.2	13.5	12.4
通所介護	67.0	63.0	69.0	73.1	59.0	58.6
小規模多機能型居宅介護	7.4	4.2	3.7	4.6	2.5	6.8
看護小規模多機能型居宅介護	0.13	0.05	0.04	0.09	0.08	—
夜間対応型訪問介護	0.34	0.73	0.30	0.56	0.82	1.01
定期巡回・臨時対応型訪問介護看護	0.49	0.62	0.43	0.61	1.00	0.18

（資料）厚生労働省「介護保険事業報告（2013年度）」および同「介護サービス施設・事業所調査（2013年度）」を基に日本総合研究所作成

（注）太字イタリック体は全国平均を上回っていることを示す。

時点での事業所数は、全国で74事業所、東京圏では7事業所に過ぎず、整備率は全国平均の0.13%に対し、東京圏はその半分以下の0.05%である。

こうした現状を踏まえると、多機能型事業所の設立ばかりでなく、機能の異なる事業所の併設（注25）や地域内の事業所の連携を強化することで、継続したサービスを提供することも必要となろう。さらに、中長期的には、現在細分化されているサービスを簡素化し、要介護者にとって利用しやすい仕組みとすることも必要である。

B. 24時間365日利用可能なサービスの提供

施設介護に対するニーズが高い背景には、介護が24時間365日、必要なときにすぐに受けることができるというメリットがある。在宅でも、これと同様の環境を整備することが望まれる。

国が地域包括ケアの推進を明確にして以降、介護保険サービスの種類に夜間対応型訪問介護や定期巡回・臨時対応型訪問介護といった機能が相次いで追加された。しかしながら、2013年度末時点で夜間対応型訪問介護事業所は全国で196カ所、定期巡回・臨時対応型訪問介護看護事業所は同281カ所にとどまっており、なかにはこれらの事業所が一つも存在しない県もあった。

そうしたなかであって、東京圏には夜間対応型訪問介護事業所が全国の約半分にあたる94カ所、定期巡回・臨時対応型訪問介護看護事業所が80カ所と全国の4分の1以上が存在し、整備率も総じて全国平均を上回るなど、いずれも他の地域に比べ整備が進んでいる。要介護者の絶対数が多く需要が見込めるほか、人口密度が高く地方圏に比べ効率的にサービスを提供できることが背景となっている。この点については、東京圏が他の地域に比べ明らかに優位性がある。こうしたサービスが成り立ち得る東京圏こそ、在宅介護に適したエリアであり、その強みを活かして地域包括ケアを実現し、高齢者の増加に対処すべきであろう。

C. 社会的入所者およびその予備軍の受け皿の確保

社会的入所者およびその予備軍の受け皿は、「常時見守り」、「必要な医療・介護の提供」、「終の棲家」など、彼らが特養に期待する環境が提供されることが条件となる。すなわち、家族や介護者がいなくても、最期まで入居者が安心・安全に生活でき、かつ必要に応じて医療・介護サービスを利用できることが重要である。

こうした点からみると、有料老人ホームやサ高住といった高齢者向け住宅や認知症高齢者グループホームが特養の代替として有力であり、重点的に増設する必要がある。このほか、高齢者向けのシェアハウスも受け皿として有効な選択肢になりうる。

加えて、低所得・低資産の高齢者が増加する公算が大きいことを勘案すると、そうした要介護者を受け入れる施設や住宅の拡充も必要である。必要に応じて介護を提供する、あるいは外部の介護サービスの利用が可能な養護老人ホームや軽費老人ホームのほか、低額で入居できるシェアハウスの確保も求められよう。

(2) 環境整備のボトルネック

東京圏において、上述のような介護環境を整備するには様々な阻害要因が存在する。主なものとしては、下記に示した2点が挙げられる。

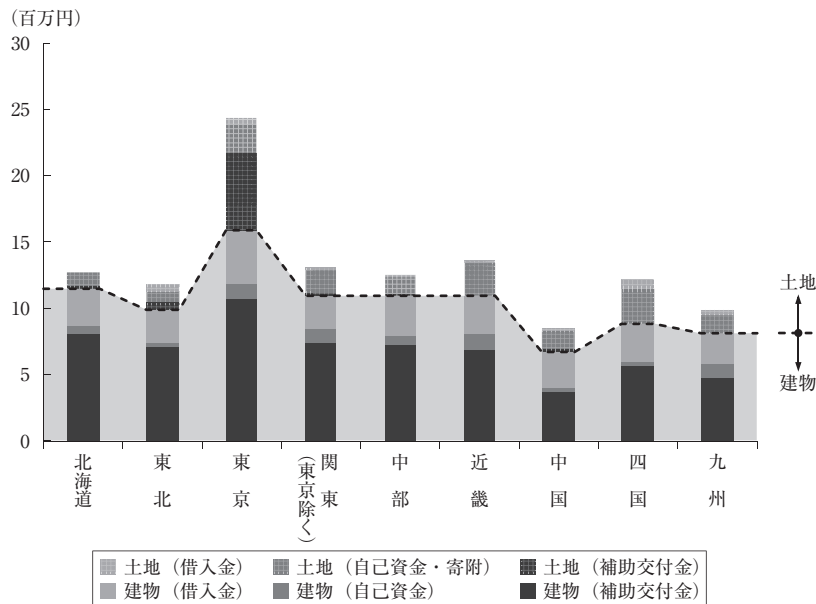
A. 高額な整備費

第1は、高額な整備費である。東京圏では、介護関連施設や高齢者向け住宅の整備にかかる費用が他地域に比べ高額となっている。とりわけ深刻な施設不足と指摘されている特養について、1床当たりの整備費（土地取得費・賃料+建設費）をみると、従来型（注26）の場合、東京都が最も高く、最低の中国地方の約3倍、乖離幅が縮小するもののユニット型（注27）でも、最も高額の東京都と最低の四国地方では1.7倍の開きがあった（図表17、図表18）。

もっとも、整備費を押し上げているのは土地にかかる費用で、他の地域では整備費全体に占める土地費用の割合が5分の1以下であるのに対し、東京都では3分の1以上であった。一方建設費は、従来型に関しては東京都が最も高額であるものの、ユニット型に関しては東京都に比べ東北地方、中部地方、近畿地方が高かった。

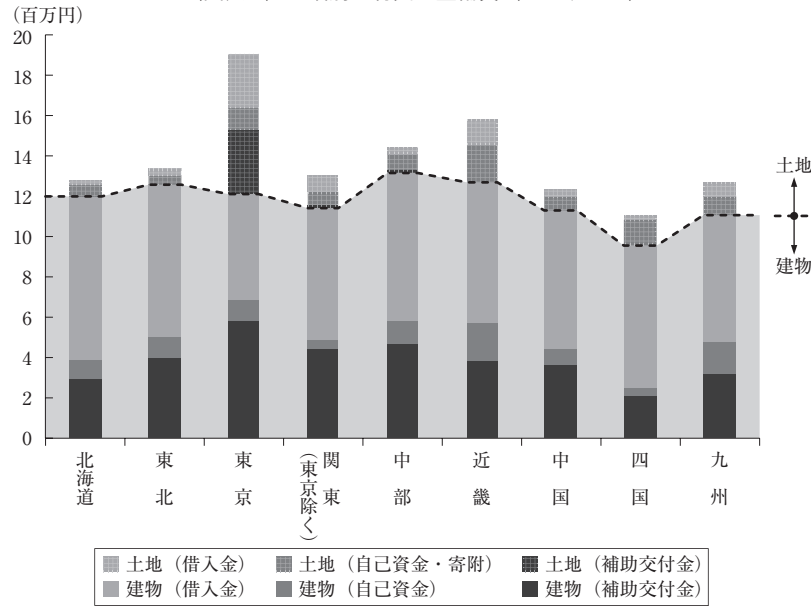
特養や老健といった介護保険施設については、食堂・医務室など付随施設・設備が必要なうえ、居室を含めそれら付随施設は一定水準の床面積を確保しなければならず、建設するにはそれなりの土地が必要である。ただし、地価が他に比べ極めて高額な東京都においては、施設目的からみて入居料金（家賃）への整備費の転嫁は難しいため、初期投資の回収の見通しが立てづらく、建設用地の取得は容易ではない。建物の建設費そのものに大きな差がないことから、東京都においては、高額な地価が、介護関連施設を整備するうえでの最大のボトルネックといえよう。

(図表17) 地域別の特養の整備費（従来型）



(資料) 日本医療福祉建築協会「平成24年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業良質な特別養護老人ホームの建設コスト低減手法に関する調査研究報告書」

(図表18) 地域別の特養の整備費 (ユニット型)



(資料) 日本医療福祉建築協会「平成24年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業良質な特別養護老人ホームの建設コスト低減手法に関する調査研究報告書」

B. 介護人材不足

第2は、介護人材の不足である。これは、全国的な傾向であるものの、東京圏では他の地域に比べ介護人材の確保が一段と厳しさを増している。厚生労働省の資料を基に介護関連のパートを含めた求人状況をみると、有効求人倍率は東京都が3.87倍と全国で最も高かったのをはじめ、千葉県2.88倍、神奈川県2.49倍、埼玉県2.27倍と、いずれの都県も全国計の2.24倍を上回った。さらに充足率(注28)は、東京都10.0%、神奈川県10.1%、埼玉県12.1%、千葉県12.5%と、いずれも全国の半分から3分の2にとどまり、下位5位以下であった(図表19)。

(図表19) 東京圏における介護人材の求人状況

順位	都県	有効求人倍率(倍)	充足率(%)
1	東京都	3.87	東京都 10.0
2	神奈川県	2.49	神奈川県 10.1
3			埼玉県 12.1
4	千葉県	2.88	千葉県 12.5
5			千葉県 12.5
11	神奈川県	2.49	埼玉県 12.1
19	埼玉県	2.27	
全国計		2.24	19.3

(資料) 厚生労働省「職業安定業務統計(2015年4月)」
 (注) 有効求人倍率は高い順、充足率は低い順。

介護職のなかでも不足感が強い種別は訪問介護事業所の従業員(訪問介護員、注29)である。厚生労働省の社会保障審議会資料によれば、2013年時点で、介護職員(訪問事業所以外の指定事業所の従業員)について「不足している」と回答した事業所は全回答事業所の17.1%、「大いに不足している」と回答した事業所は5.6%であった。これに対し、訪問介護員については「不足している」と回答した事業所は27.1%、「大いに不足している」が14.9%であった。この水準は、おおむね介護職員の2倍に達する。

さらに、近年、服薬の介助、たん吸引、ストマー(人工肛門)の処置といった医療行為のほか、食事や入浴の介助などの身体介護についても専門知識や技術が要求され始めたことから、介護人材に関しては、単に介護にあたる人員を増やすのではなく、一定水準の医療・介護の知識・技術を有する専門人材

を確保することも重要課題といえよう。

(3) 求められる取り組み

これらの課題を踏まえ、他の地域の資源を活用せずに、東京圏で地域包括ケアを実現するためには、介護関連施設・高齢者向け住宅不足や介護人材不足の解消に向け、次のような取り組みが求められる。

A. 介護関連施設・高齢者向け住宅の拡充

介護関連施設・高齢者向け住宅を拡充するための取り組みとしては、既存ストックの活用による整備費の抑制や自治体の連携強化や介護圏域の広域化による介護関連施設・事業所の利用率向上が挙げられる。

a. 既存ストックの活用による整備費の抑制

介護関連施設や高齢者向け住宅の整備にかかる費用を節減するには、空き家、廃校舎、造成済みの遊休地など既存ストックを活用することが有効である。既存の空き家や空室率の高い大規模団地を介護関連施設や高齢者向け施設・住宅に転用することで、バリアフリー等の改修が必要となるものの、新築に比べコストを抑えることは可能である。なかでも、自治体所有の住宅や土地などの公有不動産を活用することで、更なるコスト削減を図ることができる。

現在、東京圏では、利用可能な一戸建て、長屋、共同住宅の空き家が161万戸、廃校舎が105校存在する。これらを介護関連施設等に転用、転換することで十数万人分の居住スペースを確保できると考えられる（図表20）。

具体的にみると、空き家のうち都市再生機構（UR）の賃貸住宅（団地）は2015年3月末時点で47,197戸（注30）あり、1戸当たり1～2人が居住する高齢者向け住宅にすべて転換すると仮定すれば約9万人分、そのうち60㎡未満の住戸のみを転換すると約5.5万人分の確保が可能である。

その他の空き家については、一戸建て住宅の場合、小規模多機能型居宅介護事業所や認知症高齢者グループホーム、共同住宅の場合、高齢者向け住宅への転用・転換が見込まれ、最低でも10万人程度の居住スペースを確保することは可能と考えられる。

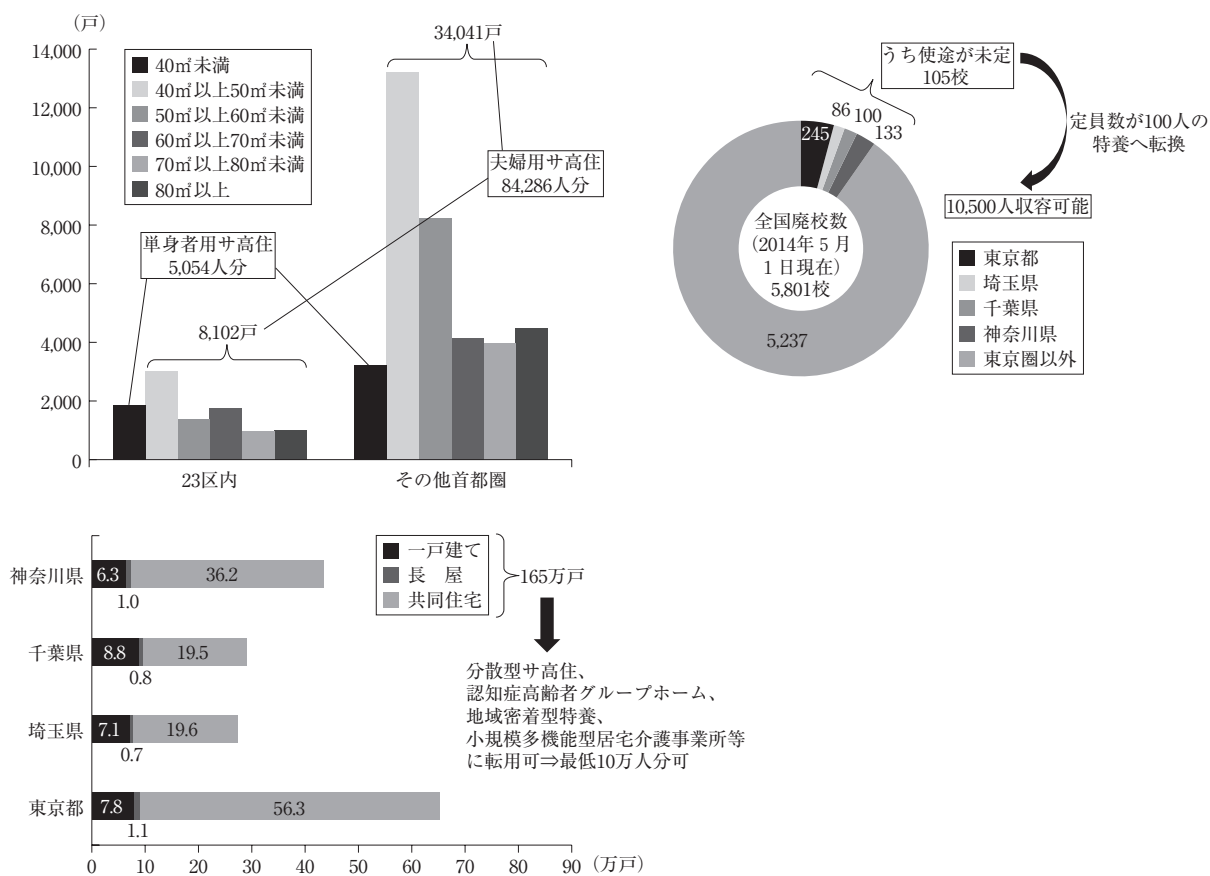
廃校舎については、特養に転換すると新たに約1万人分（注31）、通所介護や小規模多機能型居宅介護の事業所を併設する地域密着型特養とすると約3,000人分の定員が創出できると見積もられる。

ただし、空き家のなかには、耐震基準や防災基準を十分に満たさない住戸やエレベーターが設置されていない住宅があることから、これらについては、転換する施設・住宅の種別に応じて、リフォーム、リノベーションが必要になる。

このほか、使用されなくなった公共施設やその跡地など一定の面積が確保できる公有不動産については、特養や軽費老人ホームなどに転換することが可能である。

すでに、幾つかの取り組みが実施されている。例えば、東京都では、介護保険施設・事業所の建設を条件に、公有地を市場価格の1～5割の賃料で50年の定期借地として民間事業者に貸し出し、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症高齢者グループホーム、地域密着型特養、軽費老人ホームなどの施設・

(図表20) 既存ストックの介護関連施設・高齢者向け住宅への転用・転換の可能性



(資料) 都市再生機構「改革工程表に基づく情報開示(2015年度)」、文部科学省資料、総務省統計局「住宅・土地調査(2013年)」を基に日本総合研究所作成

事業所の誘致に結び付けた(図表21)。

また、東京都品川区では廃校舎をそのまま活用した公設民営の特別養護老人ホーム・小規模多機能型生活介護事業所・認知症高齢者グループホームを合わせた複合施設が建設された。

一方URは、民間事業者と20年の定期建物賃貸借契約を締結し、東京都板橋区の高島平団地の空き室30戸(注32)をサ高住に転換したほか、東京圏以外も併せて358カ所(注33)において、UR団地内の空き店舗・施設に訪問介護事業所や通所介護事業所などの居宅介護サービスの事業所を誘致している。

(図表21) 東京都における介護関連施設向け公有地の貸し出し状況

所在地	施設	開設(予定)
荒川区南千住	小規模多機能型居宅介護事業所 認知症高齢者グループホーム	2017年度
東大和市	小規模多機能型居宅介護事業所 認知症高齢者グループホーム	2016年度
東村山市	特別養護老人ホーム (空床を短期入所生活介護として利用) 居宅介護支援事業所	2017年度
新宿区落合	小規模多機能型居宅介護事業所 認知症高齢者グループホーム 短期入所生活介護	2016年度
足立区花畑	特別養護老人ホーム 短期入所生活介護 認知症高齢者グループホーム 居宅介護支援事業所	2016年度
立川市	小規模特別養護老人ホーム 老人短期入所施設	2014年度
中野区白鷺	小規模多機能型居宅介護事業所 都市型軽費老人ホーム 通所介護 訪問介護 訪問看護	2013年度

(資料) 東京都福祉保健局資料を基に日本総合研究所作成

民間所有の遊休地や空き家に関しても、民間住宅活用型住宅セーフティネット整備推進事業として、空き家をサ高住や高齢者向けのシェアハウスへ転用するための費用の一部について、国や都県による補助金制度（注34）が導入されている。東京都では、この制度の下、2013年度末までに295軒が整備された（注35）。

b. 既存ストックの活用の更なる課題

既存ストックを活用した介護関連施設や高齢者向け住宅の整備が着々と進められている一方で、依然として下記のような規制が阻害要因として残存している。

まず、特養に関しては、経営主体が地方公共団体（注36）、社会福祉法人、日本赤十字社、社会福祉協議会に限定される（注37）。しかも施設の建物を当該主体が所有していることが必須となっている。前述の通り、東京圏、なかでも東京都において不動産価格が他に比べ極端に高額な状況を踏まえると、建物所有の規制を緩和し、他の事業者・個人が所有する物件を借り受けて特養を展開できるようにする必要があろう。

次に、サ高住に関しては、上述したように分散型といった新たなモデルが可能となったものの、当該モデルで提供できるサービスは見守りや安否確認の基本サービスのみである。配食や家事援助を行うには有料老人ホームとしての指定が必要となり、そのためにはスプリンクラーの設置等の設備基準を充足しなければならない。同じ建物に一般の住民も居住する分散型では、それらの入居者の承認が必要となるため、対応が難しいのが実情である。利用者にとっては家事援助等も一括して提供される方が利便性が高く、サ高住の事業者にとってもサービスを一括して提供することで収益の確保が期待できる。したがって、サ高住の外部から別の事業者によるサービスを購入する事業者に限り、有料老人ホームに限定している家事援助の提供ができるよう検討する必要がある。

このほか、狭小あるいは既存不適格建築物（注38）といった理由で放置されている空き家や空き地についても、等価交換などにより土地の集約化を進めることや、高齢者向け施設・住宅を建設することを条件に、自治体が老朽化した建物の撤去や更地にする費用を補助することで、活用の促進が期待できる。

もっとも、公有不動産を市場価格に比べ低額で賃貸・売却する手法や民間所有の不動産に補助金を交付することについては、「土地や住宅市場に影響を及ぼす」、あるいは「利益供与である」などの批判が予想されることから、公共の利益、高齢者福祉といった目的を周知、説明し、住民の理解を得ることが必要である。

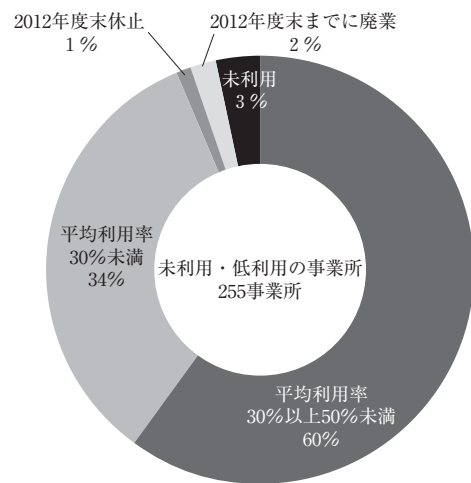
c. 自治体の連携強化や介護圏域の広域化による介護関連施設・事業所の利用率向上

上記のような方針で施設整備を進めても、介護関連施設や高齢者向け住宅の需給が一致するとは限らない。高齢者や要介護者の動態は一律ではないことから、見込み以上に要介護者が増加し介護関連施設の不足状態が常態化する自治体、逆に余剰が生じる自治体が出現する可能性は大きい。こうした需給の地理的ミスマッチは、利用者を地域住民に限定する地域密着型の事業所で発生しやすく、こうしたケースはすでに各地で発生している。

会計検査院が、認知通所介護および小規模多機能事業所の地域密着型施設の利用状況（注39）につい

て、2006年度から2011年度までの間に整備交付金（注40）を受け整備された25都道府県（注41）の326事業所を対象に実施した調査によると、25都道府県の255事業所において、全く利用されていない、あるいは利用が低調との結果が得られた（注42）。具体的に、開所時から全く利用されなかった事業所は8事業所、開所後の平均利用率が50%未満の事業所は247事業所であった（図表22）。このうち94事業所は平均利用率が30%未満、2012年度末時点で事業を休止していた事業所は3事業所、2012年度末までに廃業した事業所は5事業所であった。会計検査院は都道府県ごとの未利用・低利用の事業所や数を公表していないものの、東京都や神奈川県などの東京圏も含まれている。

（図表22）未利用・低利用の地域密着型施設の状況



（資料）会計検査院資料を基に日本総合研究所作成

未利用・低利用の施設・事業所が生じた要因には、整備交付金の取得に重点が置かれ利用者の推計が必ずしも十分でないことも指摘される。こうした施設・事業所の解消、あるいは発生を抑制するには、交付金制度の仕組みそのものを見直す必要があると同時に、介護関連施設や高齢者向け施設・住宅の利用率を高め、既存資源を有効に活用するという観点から、次のような対応も必要になる。

一つは、利用者が所在する自治体の住民に限定される地域密着型特養や小規模多機能型居宅介護事業所など地域密着型サービスを、隣接自治体の住民でも利用できる仕組みである。保険者である近隣自治体が共同で地域密着型サービス事業所を設置し、それぞれの地域住民の利用を可能にする、あるいは既存の事業所についても、地域での利用状況や近隣自治体の要介護者のニーズに応じて、相互利用に関する協定を締結するなど、自治体間の連携の強化が求められる。さらに、介護サービス拠点を有効利用するためには、同一都県内のみならず、その枠組みを越えて連携することも必要になるとと思われる。

このほか、大都市圏のなかでも、2025年以降、高齢者人口が減少する自治体も出てくると予測されることから、地域包括ケアシステムを維持するために、広域連合を組成することも視野に入れる必要がある。

こうした自治体間の連携や介護圏域の広域化は、介護関連施設・事業所の利用率を向上させるばかりでなく、空き施設を利用することで、不要な施設の建設といった過剰投資を抑制する効果も期待できる。

B. 介護人材不足の解消

介護人材不足の解消については、潜在的有資格者の掘起しやICT化・機械化によるサービス提供の効率化・省力化が挙げられる。

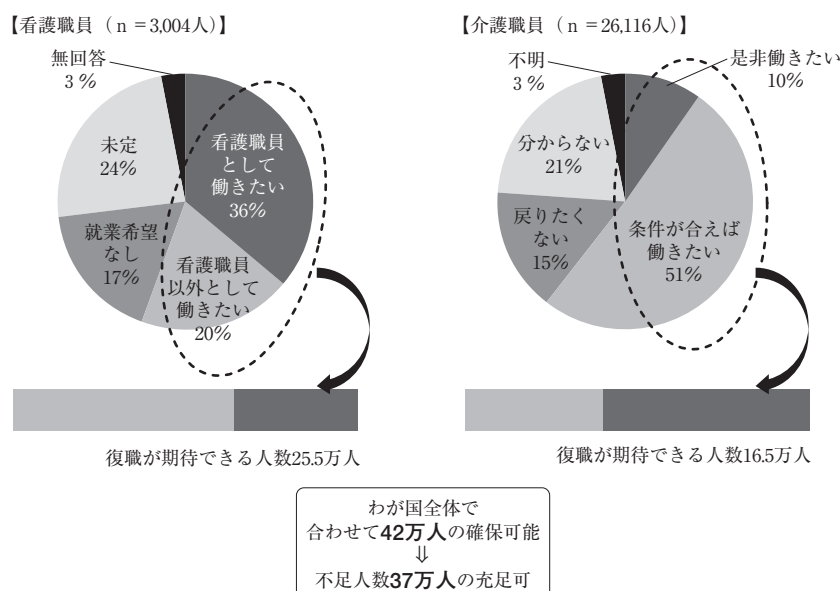
a. 潜在資源の掘起しによる人材不足の補完

介護分野において恒常的な人員不足を補完するためには、人材育成や民間事業者の取り込みのほか、資格を持ちながら介護職についていない、いわゆる潜在的有資格者を医療・介護分野に復帰させること

が有効と思われる。潜在的有資格者には、それだけで不足する人材を補完し得るだけのボリュームが期待できる。

全国の潜在的有資格者は、看護職員（注43）が約71万人（注44）、介護福祉士が約27.5万人（注45）存在する。厚生労働省（注46）や社会福祉振興・試験センター（注47）の調査によれば（注48）、潜在的看護職員の36%、潜在的介護福祉士の60%が医療・介護分野への復帰の意向を示している。彼らが現場復帰することで、看護職員で25.5万人、介護福祉士で16.5万人の確保が可能になる（図表23）。厚生労働省は、2025年時点で約37万人の介護関連の人材が不足すると予測しているものの、仮にこうした復帰の意向がある潜在的有資格者がすべて復職できれば人材不足の解消は、十分可能と考えられる。

（図表23）潜在的有資格者の復職の可能性



（資料）厚生労働省医政局看護課「看護職員就業状況等実態調査結果（2010年度）」および社会福祉振興・試験センター「介護福祉士等現況把握調査（2008年度）」を基に日本総合研究所作成

潜在的有資格者の復職を促進するため、国は介護分野における求職者と求人事業者のマッチングを支援する有資格者の登録制度を導入する方針を示した。もっとも、介護分野からの離職の主な理由として処遇や職場環境に関するものが多いことを踏まえると、勤務体系や報酬体系の見直し・改善、安全衛生対策の強化・徹底など、労働環境の改善を図ることも重要である（注49）。とりわけ、介護職の定着率の低さの主因である低賃金の改善が不可欠であるが、介護が公的サービスである以上、現在の労働投入が維持される限り多くは望めない。次項に示す効率化・省力化に不可欠な労働者のスキル向上が、賃金の上昇を招来することが期待される。

加えて、他の職業に従事していても、ボランティアとしてではなく、有資格者として介護分野に参加できる仕組みを検討する必要もある。例えば、地域ごとに介護職についていない有資格者を登録・プールし、介護する家族の入院など緊急で介護が必要になった要介護者への担当職員の派遣が難しいケース、あるいは地震・洪水等の災害時に臨時介護職員として要介護者の介護にあたることなどが考えられる。

b. ICT化・機械化によるサービス提供の効率化・省力化

介護人材不足を解決するには、サービス提供の効率化や省力化によって、少ない人数でも従来と同様のサービスの量、質を提供できるようにすることも求められよう。

その有効な方策の一つが、作業のICT化や機械化など人手に代わる手段の普及促進である。これらを活用することで、サービスの質を維持しつつ、訪問頻度の低減や作業時間の短縮が可能になるとみられる。

従来に比べ高齢者のITリテラシーは向上しており、現在では、パソコンやスマートフォンの使用も一般的である。ICT化・機械化を受け入れる素地は整っているといえよう。

具体的な手段・ツールとしては、要介護者情報データベースのクラウド化、PCやスマートフォンの動画送信機能を活用した要介護者の健康状態確認、人感センサーによる要介護者の異常検知、専用機器による血圧や血糖値等の医療機関・介護事業所への送信・登録などがある。最近では、肉体的な負担を軽減するロボットスーツも出てきた。

すでに、上述した技術のうち幾つかは実用化、あるいは実証実験段階にあり、各地で利用され始めている。確かに、これらの技術の導入による効果、例えば労働者あたりの生産性の向上については明確に確認されていないものの、新たな技術の導入なしに、担い手の給与を引き上げることはできず、いくら有資格者がいても、慢性的な人手不足の状況を改善するには至らないだろう。効果が確認されるのを待つのではなく、労働生産性や効率性が更に向上するように改良を加えつつ、ICTや新技術を積極的に取り入れることが重要である。

(注24) 要介護認定者1万人当たりの事業所数。

(注25) 訪問介護と通所介護、訪問リハビリと通所リハビリと老健、訪問介護と訪問看護、認知症高齢者グループホームと小規模多機能型居宅介護などのパターンがある。

(注26) 多床室（一部屋当たり最大四人まで）と個室がある。

(注27) 10人程度を一つの生活単位（＝ユニット）として、入所者の自立生活を保障する居室（個室）と入所者同士が共に過ごす共同生活室で構成される。台所・食堂・浴室などの共用スペースが併設されている。

(注28) 充足率＝充足数÷新規求人数。

(注29) 介護福祉士以外に、介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員養成研修修了者（ホームヘルパー1級、2級）。

(注30) 都市再生機構「改革工程表に基づく情報開示（2015年度）」。総空き家戸数。

(注31) これまで転換された施設の平均定員（100人）を基に算出。

(注32) 空き家の発生状況に応じて更に20戸追加し、最大50戸のサ高住の提供が可能になる。

(注33) 2014年度末時点。

(注34) 国（国庫補助金）については改修費用の3分の1、ただし、空き家1戸あたり100万円が上限。都県の補助金制度は総じて金額は国と同様であるものの、対象案件の条件が異なる。したがって、国と自治体双方の制度を利用できる案件もあれば、自治体の制度のみが利用可能という案件もある。

(注35) 子育て世帯や障害者世帯向けも補助金の対象であるため、高齢者向け住宅とそれらを合わせた総数。

(注36) 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合。

(注37) 厚労省「介護サービス施設・事業所調査（2013年度）」によれば、都道府県ごとにバラツキはあるものの、特養の設置主体は社会福祉法人が92.5%、地方公共団体が7.3%、日本赤十字社と社会福祉協議会がそれぞれ0.1%であった。

(注38) 建てられた当時は合法であったものの、その後の法改正や都市計画変更等によって、不適格な部分が生じた建築物。

(注39) 開所時から2013年3月までの利用率を調査。利用率とは、認知通所事業者においては開所日数に利用定員を乗じた定員に対する実際の延べ利用者の割合、小規模多機能事業所においては登録定員に対する実際の登録者の割合。

(注40) 地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金と、介護基盤緊急整備等臨時特例交付金等により造成した基金からの補助金。

(注41) 東京都、北海道、大阪府、青森県、秋田県、栃木県、群馬県、神奈川県、富山県、石川県、山梨県、岐阜県、愛知県、三重県、兵庫県、和歌山県、鳥取県、広島県、山口県、愛媛県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県、沖縄県。

- (注42) 厚生労働大臣あて改善の処置の要求「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金等により整備した地域密着型施設の利用状況について」(2013年10月22日)。
- (注43) 看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師の総称。なお、保健師および助産師は看護師免許を取得していることが資格要件である。
- (注44) 厚生労働省による推計(2011年)。
- (注45) 公益社団法人日本介護福祉士会による推計(2009年)。日本介護福祉士会とは介護福祉士によって構成される公益法人(任意加盟)。会員数49,692名(2014年度)。
- (注46) 厚生労働省医政局看護課「看護職員就業状況等実態調査結果(2010年度)」。
- (注47) 公益財団法人社会福祉振興・試験センター。国家資格である社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士の指定試験機関ならびに指定登録機関として国家試験の実施と登録事務を行う。
- (注48) 厚生労働省「看護職員就業状況等実態調査(2010年度)」および社会福祉振興・試験センター「介護福祉士等現況把握調査(2008年)」。
- (注49) 2012年度から「介護職員の処遇改善が図られた」と都道府県が認定した介護事業所に対し、介護報酬の加算を認める制度(介護職処遇改善支援)が導入された。なお、当該制度は2009年度から2011年度に実施された介護職員処遇改善交付金の後継である。

5. おわりに

以上みてきたように、東京圏に居住する高齢者が住み慣れた地域やその周辺で人生を全うする環境を整備することは、現在有効に活用されていない物的・人的資源を取り込むことで、十分可能であると試算される。

もっとも、これまで指摘してきた課題は東京圏に限ったものではない。今後、大阪圏や名古屋圏といった大都市圏のみならず、地方においても人口が集中傾向にある中核都市などでも発生が見込まれる課題である。24時間介護の拡充や潜在資源の有効利用、サービス需給のミスマッチの解消を同時並行的に進めることによる地域包括ケアの実現(東京WAY)は、高齢者が集住する「大都市ならでは」の介護体制であり、大都市圏にとって有効な対策といえる。

ただし、介護関連施設や高齢者向け施設の設備基準、ならびに運営主体の要件の緩和等、自治体だけで取り組むにはハードルが高く、国が取り組むべき課題があることも事実である。介護保険制度を維持するためにも、地域包括ケアの早期実現が不可欠とされており、国の柔軟な対応が望まれる。また、効率性向上など民間の得意とする分野もあることから、官民連携の一段の強化が必要となろう。

(2015. 9. 30)

参考文献・資料

- ・松岡洋子 [2011]. 「エイジング・イン・プレイス(地域居住)と高齢者住宅～日本とデンマークの実証的比較研究」新評論、2011年7月
- ・西村修三監修、国立社会保障・人口問題研究所編 [2013]. 「地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして」慶應義塾大学出版会、2013年3月
- ・白川康之 [2014]. 「空き家と生活支援でつくる「地域善隣事業」～「住まい」と連動した地域包括ケア」中央法規、2014年8月
- ・一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 [2011]. 2010年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームにおける入所申込の実態に関する調査研

究報告書」、2011年3月

- ・一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 [2012]. 2011年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業—待機者のニーズと入所決定のあり方等に関する研究—報告書」、2012年3月
- ・公益社団法人全国福祉施設協議会 [2013]. 「特別養護老人ホームに入所する軽度要介護者に関する状況調査報告書」、2013年1月
- ・一般社団法人日本医療福祉建築協会 [2013]. 2012年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業「良質な特別養護老人ホームの建設コスト低減手法に関する調査研究報告書」、2013年3月
- ・内閣府 [2012]. 「高齢者の健康に関する意識調査（2012年度）」
- ・厚生労働省 [2013]. 「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」、2013年10月
- ・経済産業省ホームページ (<http://www.meti.go.jp/>)
- ・厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)
- ・国土交通省ホームページ (<http://www.mlit.go.jp/>)
- ・財務省ホームページ (<http://www.mof.go.jp/>)
- ・総務省ホームページ (<http://www.soumu.go.jp/>)
- ・総務省統計局ホームページ (<http://www.stat.go.jp/>)
- ・内閣府ホームページ (<http://www.cao.go.jp/>)
- ・文部科学省ホームページ (<http://www.mext.go.jp/>)
- ・国立社会保障・人口問題研究所ホームページ (<http://www.ipss.go.jp/>)
- ・独立行政法人都市再生機構ホームページ (<http://www.ur-net.go.jp/>)
- ・東京都福祉保健局ホームページ (<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/index.html>)
- ・埼玉県ホームページ (<https://www.pref.saitama.lg.jp/index.html>)
- ・千葉県ホームページ (<https://www.pref.chiba.lg.jp/index.html>)
- ・神奈川県ホームページ (<http://www.pref.kanagawa.jp/>)
- ・一般財団法人高齢者住宅財団ホームページ (<http://www.koujuuzai.or.jp/>)
- ・公益財団法人社会福祉振興・試験センターホームページ (<http://www.sssc.or.jp/>)
- ・公益社団法人全国福祉施設協議会ホームページ (<http://www.roushikyo.or.jp/>)
- ・社会福祉法人全国社会福祉協議会ホームページ (<http://www.shakyo.or.jp/>)
- ・公益社団法人日本介護福祉士会ホームページ (<http://www.jaccw.or.jp/>)
- ・一般社団法人日本医療福祉建築協会ホームページ (<http://www.jiha.jp/>)