

「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」

(都市部の高齢化対策に関する検討会報告書)

目次

1. はじめに
2. 都市部を取り巻く状況
 - (1) 都市部の地域特性
 - (2) 2025 年の高齢者像
 - (3) 2025 年における医療・介護サービス提供体制の姿
3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築
 - (1) 在宅医療・介護を徹底して追求する
 - (2) 住まいの新たな展開を図る
 - (3) 地域づくりの観点から介護予防を推進する
 - (4) 多様なサービスを活用して生活を支える
4. 都市部における施設整備等
 - (1) 施設の整備手法の工夫
 - (2) 広域型施設の整備数の圏域間調整
 - (3) 地方への早期からの住み替え
5. 中長期的な視点に立った対策
6. おわりに

1. はじめに

（都市部で急増する 75 歳以上高齢者）

「都市部においては、日本全体を通じた高齢化をさらに大幅に上回るインパクトの急激な高齢化が起こることになる」、「高齢者介護のあり方について、先に高齢化が進み、今後の増加は比較的緩やかな地域において従来取られてきたものとは異なる発想と対応が求められる」。これは、2003 年にまとめられた「高齢者介護研究会」の報告書の一節である。

既に 10 年前に、都市部の高齢化について警鐘が鳴らされていたわけであるが、今後、都市部における高齢者の増加は、さらに勢いを増していく。また、これからは、高齢者の中でも、要介護状態や認知症の人の割合の高い 75 歳以上高齢者（後期高齢者）の急増が見込まれる。

介護保険制度が施行された 2000 年当時、後期高齢者数は約 900 万人だったが、現在は約 1400 万人となっており、2025 年には約 2200 万人となり、「後期高齢者 2000 万人社会」になっていく。

2010 年から 2025 年までの 15 年間で、75 歳以上高齢者の増加数が上位の 6 都府県（東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、千葉県、愛知県。以下「都市部 6 都府県」という。）をみると、75 歳以上高齢者の増加数は約 373.4 万人と、この間の全国の増加数約 759.2 万人の半分程度を占めている。また、1995 年から 2010 年までの 15 年間の増加数が約 253.7 万人であったことと比べると、約 1.5 倍のスピードで増加する。

増加数が一番多いのは東京都で、2010 年 123.4 万人から 2025 年 197.7 万人へ 74.3 万人増加する。増加率が一番高いのは埼玉県で 2010 年 58.9 万人から 2025 年 117.7 万人へ倍増する。

高齢化の問題は、「高齢化率」だけで捉えるのではなく、「高齢者の絶対数の増加」に注目すべきである。なぜなら、医療、介護等のニーズは、高齢者の絶対数に連動するからである。

（地域包括ケアシステムの構築に向けた改革の潮流）

2003 年の高齢者介護研究会報告以降、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最後まで続けることができるよう、介護・医療・住まい・生活支援・予防が一体的に提供される、「地域包括ケアシステム」の構築を目指した介護保険制度等の改革が順次行われてきた。今後、これを更に進めるとともに、社会保障制度改革国民会議からも提案されているように、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革が求められている。

「地域完結型」の医療へ転換し、QOL（Quality of Life）の維持・向上を目標とした場合、地域での生活を支えるためには、医療や介護のみならず、住まい、移動、食事、見守りなど、生活全般にわたる支援を併せて考える必要

があり、これは、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において、社会保障制度改革国民会議の言葉を借りれば、“21 世紀型のコミュニティの再生”であり、介護保険制度改革が目指した地域包括ケアシステムの実現に他ならない。

本検討会は、急速に高齢化が進む都市部における高齢化対策について必要な方策を検討するため、本年 5 月に設置され、延べ 5 回にわたって議論を行ったが、このたび、報告書を取りまとめるに当たっては、このような社会保障制度改革の動向に沿ったものとなるよう留意した。

（本検討会の趣旨）

本検討会の役割は、国と都市部の地方自治体に危機意識を持ってもらうことと、2025 年を見通した行動を起こすことを促すことにあったと考えた。「高齢者介護研究会」の警鐘から既に 10 年が経ち、もはや待ったなしの状況にある。

ただし、都市部における高齢者の急増は、大きな課題ではあるが、対応が不可能な課題ではないと考える。都市部の強みを活かした取組を推進することで対応可能であり、必ずしも悲観する必要はない。高齢者の急増といった問題は、何も日本の都市部に限った問題ではなく、今後、アジアでは、2040 年にかけて 65 歳以上高齢者数が 2 倍から 5 倍程度に増加する国もあることを考えれば、日本の都市部がこの問題に適切に対処できれば、世界の都市部における高齢化対策のモデルになると考える。

2. 都市部を取り巻く状況

都市部の高齢化対策を考えるに当たっては、まずは都市部の地域特性を踏まえることが大前提となる。都市部でも市によって、また同一市内でも圏域によって状況は異なり、一括りで議論することはできないが、都市部の地域特性について大きな傾向を把握する必要がある。

また、2025 年には、いわゆる「団塊の世代」（1947（昭和 22）年から 1949（昭和 24）年生まれ）が 75 歳以上になりきり、高齢者層の大きな比重を占めることとなる。もちろん、団塊の世代も一人ひとり多様であるが、2025 年の高齢者像、特に介護サービスを必要とする高齢者像は、現在の高齢者像の延長線上ではないことは、十分に認識する必要がある。

さらには、2025 年を目指して、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、そして、地域包括ケアシステムの構築に向けた改革が進められることとなっており、このような大きな潮流に沿った都市部高齢化対策の検討が求められている。

このような問題意識から、都市部高齢化対策を考える前提として、以下の 3 点について整理した。

(1) 都市部の地域特性

(集住)

まず、都市部の最大の特性は、何と言っても、多くの人、多くの高齢者が狭い範囲に「集住」していることにある。

都市部 6 都府県には、日本の総人口の約 4 割が住み、65 歳以上高齢者でも約 4 割が住んでいる。東京都でみると、日本人の約 1 割、65 歳以上高齢者も同様に約 1 割が東京都に集中して住んでいる。

65 歳以上人口の人口密度でみると、全国では 77 人/km²に対して、東京都 1,208 人/km²、大阪府 1,034 人/km²、神奈川県 753 人/km²、埼玉県 386 人/km²、愛知県 289 人/km²、千葉県 256 人/km²となっており、東京都特別区に限っては 2,850 人/km²と全国の 37 倍程度と極めて高くなっている。

(充実した生活インフラ)

狭い範囲に集住しているため、交通・物流等は発達し、企業活動が活発で、多くの「生活インフラ」が整い、地価は高くなっている。

生活インフラの一つとしては、「住まい」がある。人が多い以上、都市部には多くの住まいがある。それも密集してある。ただし、都市部の持家率は地方と比べて低く、低所得者・生活困窮者を中心に、住まいの確保が課題となっている。

また、住まいに関し、地方の問題と捉えられがちな空家についても、都市部にも近年は多くみられる状況にある。

(団地等で起きる一斉の高齢化)

都市部に流入する人々の住まいの受け皿として、集合住宅の建設や宅地開発が都市部の各地で行われたが、同一世代が一斉に入居する形態であるため、現在、局地的に一斉かつ急速に高齢化が進展している状況にある。

(更なる充実が求められる在宅サービス)

介護基盤についてみると、都市部においては、地価が高く、特に東京都特別区では施設整備が行いにくい面があり、施設整備率は低い状況にある。

このため、在宅要介護者の割合は高くなっているが、その一方で、必ずしも在宅サービスの利用環境が整っているとはいえない状況にある。重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えることを目的として平成 24 年度に導入された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービスは、制度を導入して間もないということもあり、整備数が少ない。

また、サービスを提供する人材の確保も大きな課題となっている。もともと

全産業の中で高い傾向にある介護関係職種の有効求人倍率については、都道府県ごとに大きな差があるが、愛知県、東京都は全国平均を大きく上回っており、総じて都市部での人材確保は難しくなっている。

（強い職場とのつながり、弱い地域とのつながり）

家族・生活関連については、三世帯同居の割合は低く、世帯人員が小さく、住民同士の支え合いも希薄で、職場とのつながり（社縁）だけの人が多い。退職後はじめて地域と接する人も多い。また、地域とのつながりの弱い都市部では、家族介護者も身体的、精神的に追い込まれ、地域から孤立しがちな状況にある。

所得水準も高く、市場からサービスを購入することで生活を成り立たせることができる者がいる一方で、親族や近隣住民による支援も受けられない低所得者・生活困窮者がいる。

（２）2025 年の高齢者像

戦後の変化の象徴と称される「団塊の世代」が、75 歳以上になりきる 2025 年の高齢者像は従来の高齢者像と大きく異なると考えられる。「団塊の世代」の特徴・現状・意識などについて、主だったものを取り上げる。

（高学歴化）

高校や大学の進学者数は「団塊の世代」の時に急増している。1960 年代後半の学生運動の中心になったのも「団塊の世代」であった。

（高度経済成長と都市化）

新規学卒の就職者数が多かったのは、中学校卒では 1960 年代、高校卒では 1960 年代後半と、「団塊の世代」の卒業時期にピークとなっている。それにほぼ一致して、1960 年代から 1970 年代初めに、人口が都市部に向けて大規模に移動した。

この時期の大量の若年労働力の増加に支えられて、日本経済は高度成長のピークに達している。「団塊の世代」が就職したこの高度成長期は、年功賃金・長期雇用を柱とした日本的雇用慣行が普及・定着した時期と言われており、その時期に就職した「団塊の世代」の男性は、「会社人間」となる人も多かった。一方で、「団塊の世代」の女性は、専業主婦の割合が高かった。

（消費文化の享受と多彩な生活スタイル）

「団塊の世代」は、小学校高学年から中学生時代を過ごした 1960 年代にはテレビ、電気洗濯機、電気冷蔵庫などの耐久消費財の急速な普及を経験し、30 歳代半ばとなった 1980 年代には乗用車保有によるレジャーを体験するなど、時代の流行、文化・社会現象を牽引してきた。また、40 歳代から 50 歳代とな

った 1990 年代は、日本全体の消費を牽引してきた。その後、長らく景気は低迷したが、1990 年代後半から 2000 年代に急速に普及した携帯電話やインターネットは、高齢者の消費生活やライフスタイルを大きく変えた。

このような消費文化を享受してきた「団塊の世代」は、例えば、30 歳代半ばに乗用車を保有したことを背景として、高齢になっても、自動車を移動手段として活用し、これが積極的な国内観光旅行にもつながっている。また、「団塊の世代」は、会社や自宅でパソコンを使う機会が多く、携帯電話の普及も進んでいるため、高齢者となっても、パソコンやインターネット、携帯電話を多用する生活スタイルを実践できる環境にある。

（幅のある世帯年収）

「団塊の世代の意識に関する調査（平成 24 年、内閣府。以降「意識調査」という。）」によれば、「団塊の世代」の世帯の主な収入源は、年金であるという人が最も多く、50%を超えている。世帯年収は、「240 万円から 300 万円未満」の層が最も多く 17.3%であり、480 万円以上も 18.8%いる一方で、年収 120 万未満（収入はないを含む）が 8.3%となっている。

（高い持家率と住まいへの意識）

意識調査によれば、「団塊の世代」は持家率が 9 割近くと高く、「現在の住まいから転居したいと考えているか」という質問に対し、今住んでいる家に住み続けたいという意向が 7 割を超えている。

（在宅医療・介護に対する高いニーズ）

意識調査で「団塊の世代」に、要介護状態になった場合に希望する生活場所を聞いてみると、「自宅」が最も多く 38.2%、次いで「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」16.1%、「病院などの医療機関」12.4%、「介護老人保健施設」8.6%の順となっている。また、治る見込みのない病気になった場合、延命治療を希望するかを聞いてみると、「望まない」が 94.8%となっている一方で、「望む」は 3.6%となっている。

なお、「団塊の世代」のみならず、高齢者全体に、在宅で「介護を頼みたい相手」を聞いてみると、2012 年度の調査では 2002 年度の調査と比べても、「ホームヘルパー」が増加している。

（定年後の高い就労意欲）

意識調査によれば、「団塊の世代」の 60 歳以降の働き方は、定年等を境に、正社員から嘱託・契約社員、パート・アルバイトの非正規社員に移行している人が多い。そして、仕事をしている理由を聞いてみると、60 歳の時の理由に比べて「健康維持」や「生きがい」という理由が増加している。

また、「働けるうちはいつまでも働きたい」という人が多く、就労意欲が高い。高齢期には就業形態、就業時間など働き方のニーズが多様化することから、

ニーズに対応した就業環境を整備するとともに、企業における就労のほか、コミュニティビジネスの起業支援等も重要となる。

（高い社会活動への参加意識）

意識調査によれば、「団塊の世代」は、地域における様々な社会活動への参加の意向を持っているものの、現状では社会活動には参加していない人が多い。今後参加したい社会活動は、「趣味、スポーツ活動」が最も高く、次が「一人暮らしなど見守りが必要な高齢者の支援をする活動」となっている。

参加していない理由を聞いてみると、「仕事が忙しく時間がないから」が最も多くなっているが、今後、退職をしたり、労働時間が短くなり時間的に余裕ができるようになったとき、地域における活動にスムーズに参加できるように環境を整備することが重要となる。

（３）2025 年における医療・介護サービス提供体制の姿

急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容に変化をもたらしている。平均寿命 60 歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となる。

こうした時代の医療は、病気と共存しながらＱＯＬの維持・向上を目指す医療となる。すなわち、かつての「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、そして、医療のみならず、医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なく、つながる医療に変わることが求められている。

我が国の高齢者介護の歴史を振り返ってみると、老人医療費の無料化以降、介護サービスの基盤整備の遅れもあり、高齢者介護ニーズは、病院で受け止められてきた。高齢者にとって一番大切なことは、日常性、生活の継続性であるが、病院は、その性格上、治療が優先され、日常性、生活の視点は乏しかった。複数の慢性疾患を持ち、医療と介護の両方のニーズを持つ高齢者の特性を考えれば、高齢者の支援は、これまでの生活の継続性を重視しながら“生活の場”で行っていくことが必要であり、“治療の場”であるはずの病院での治療が終われば、“生活の場”でこれまでの生活を継続しながら暮らすことが高齢者にとって望ましいのである。

都市部には、回復期・慢性期の受け皿が少ない状況にあり、この点で、在宅医療・介護の必要性が大きくなっている。今後、病院・病床機能の分化・連携が進められる中で、急性期医療から在宅介護までの一連の流れにおいて、“川

上”に位置する医療提供体制の改革と合わせて、“川下”に位置する地域包括ケアシステムの更なる充実を進めていくことが必要となっている。

3. 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

「団塊の世代」は、高学歴で、就学・就職をきっかけに都市に出てきており、高度経済成長を第一線で支えた人々である。また、「団塊の世代」の成長とともに、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれ、消費と流行を牽引してきた人々である。多彩な生活スタイルと趣味を持ち、経済成長の中で育まれた価値観は、介護サービスを含めて、サービスの内容と質を重視し満足感を求めていくことになろう。さらに、退職後も就労意欲が高く、地域における社会活動への参加の意向を持っており、培った能力や経験を活かした生涯現役を望んでいる人々と言えよう。

もちろん、一括りで語ることはできないが、このような「団塊の世代」が75歳以上となる2025年の高齢者像は、従前的高齢者像と異なっていることは間違いない。そして、都市部にはこのような高齢者が多く住んでいる。

こうした2025年の「高齢者像の変化」と「医療・介護サービス提供体制の姿」とを併せ考えれば、これまで介護保険制度改革が目指してきたとおり、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けられる社会の構築が必要であるということは論をまたない。

特に、都市部は、高齢者は狭い地域に集住していることから、高齢者の「住まい」に、「介護」・「医療」・「生活支援」・「予防」のサービスを適切に提供し、ケア付きコミュニティを実現することで、施設同様の安心感を確保できると考える。つまり、これは、高齢者数の増加に応じた形で介護施設を整備する必要がないことを意味する。

都市部においては、以下に述べるように、集住、多様な人材、整備された生活インフラ、活発な企業活動等といった都市部の強みを最大限に活かした地域包括ケアシステムを追求すべきである。なお、地域包括ケアシステムは、サービスのネットワークを作り、様々なサービスが日常生活圏域に適切に提供できるような地域全体の体制・仕組みであり、地域における実践が求められるものである。

（１）在宅医療・介護を徹底して追求する

（在宅生活の限界点を高めるためのサービスの普及促進）

介護が必要となっても、自分の住まいで介護を受けることができれば、これ

までの生活を継続することができる。このような利点から在宅生活を望む高齢者が多いにもかかわらず、施設へ入所せざるを得ないのは、在宅では、365日・24時間の安心感を確保できないことが原因の一つとしてある。

この点、人口密度が高い都市部では、その強みを活かし、十分な在宅サービスを確保することで、一人暮らしであっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境を整備し、高齢者の自宅で介護を受けたいという願いを実現していくべきである。

具体的には、在宅生活の限界点を高めるため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護のほか、さらには、訪問診療、訪問看護などを面的に整備するとともに、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や、生活支援サービスの充実等が必要である。

例えば、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、制度化前に実施したモデル事業の実績を活かして区内全域でのサービス提供体制を確保した保険者や、ケアマネジャー連絡会での制度説明や事業者連絡会の発足等を通じ事業者等との信頼関係を構築して市内全区で事業を展開した保険者など、保険者が積極的に関与することで普及が進んでいる地域がある。また、事業の普及に向けて積極的に取組を行っている都道府県もある。

このように地方自治体が自らこれらのサービスの必要性を認識し、普及促進の取組を進めることが重要である。その際、ケアマネジャーをはじめ関係者が利用のメリットや実態を知らない等の課題が浮かび上がっており、地方自治体が事業者やケアマネジャーに対して積極的に説明を行うなど、サービスに対する正しい認識を広める必要がある。また、事業者の参入を促すため、引き続き立ち上げ時の機器購入費の補助を行っていくべきである。

加えて、特別養護老人ホームの在宅入所相互利用を実施している施設は全国でも少ないが、1ベッドを複数人でシェアすることでベッドの有効活用が可能となること等から、介護職等の育成を進めつつ普及を検討すべきである。

（施設を運営する社会福祉法人の在宅サービスへの取組）

365日・24時間介護スタッフが常駐する施設機能は、地域における有用な資源である。都市部には、介護施設を運営する社会福祉法人が多くあり、施設の経営だけでなく、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等の地域を支える介護サービスに取り組むよう促すことで在宅サービスの充実が図られるとともに、介護職員のキャリアパスの多様化が図られ、定着の促進につながると考えられる。このため、市区町村や地域包括支援センターが中心となって、地域の社会福祉法人、ケアマネジャーなどとともに、地域の具体的なサービスの普及方策を検討すべきである。

また、地域全体で面的な支援を進めるためには、事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを通じて、複数のサービスがネットワーク化された主体が

ら提供されることを目指すべきである。そのためには、事業者間の業務提携、複数の法人間の連携などを容易にするための制度的な枠組みについて検討すべきである。専門職の有効活用を図る観点から、地域全体としての効果的な人員配置を考え、適正かつ柔軟な人員配置基準のあり方等についても検討すべきである。

（在宅医療の推進、在宅医療・介護連携）

都市部における高齢者の急増と医療提供体制の見直しが相まって、今後、在宅で医療・介護を必要とする人が増加する。地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携がますます重要であり、在宅医療・介護の提供体制の充実と医療・介護連携の推進が必要である。

具体的には、在宅医療を支える拠点として、緊急時の往診、看取りなどの役割を積極的に果たす在宅療養支援診療所の整備や機能強化を図ることが必要である。さらに、高齢化に伴う疾病構造の変化により、医療機関に求められるニーズは、今後、変化することが考えられるため、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所の整備のみならず、都市部に多く存在する既存の医療機関、特に病院の在宅医療への参画や支援を促すことを検討すべきである。

また、多くの医療機関が在宅医療に参画することを促すため、例えば、地域で中核をなす病院に対して段階的に在宅診療部門の設置を求めることや、医師臨床研修制度の到達目標において在宅医療の実施を必修項目とすることで、都市部に多数存在する臨床研修病院に対し、在宅医療への取組を促すことについても検討すべきである。

在宅医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面で求められる。特に、今後増加する退院による在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや、再入院をできる限り防ぎ在宅生活を継続するため、在宅医療・介護の連携強化が求められている。さらに、重度な高齢者に対しては在宅での看取りも視野に入れつつ、連携することが必要である。その中で、地域包括支援センターや介護支援専門員が果たす役割は大きいが、医師との連携に困難を感じる介護支援専門員が多いといった現状にあり、医療側からも取組の強化が求められている。

この点、これまでの医療行政は、医療計画の策定等、都道府県が実施してきたが、在宅医療と介護の連携という観点からは、今後は、都道府県との連携のもと、市区町村が主体となって取り組むことが重要である。

さらに、在宅医療・介護及び生活支援サービスを担う様々な主体が連携して高齢者の地域での生活を支えられるよう、ICT を活用し必要な情報を相互に共有していけるよう環境整備を進めるべきである。

（訪問看護の推進）

今後、都市部では訪問看護従事者の需要が増大し、従事者の確保が困難とな

ることが予想されることから、地域の実情を踏まえつつ、従事者確保策に取り組むべきである。

具体的には、病院・診療所数の多い都市部においては、病院・診療所で訪問看護を実施することや、訪問看護ステーションの併設を促進することが考えられる。また、病院に勤務する看護職員が病棟看護と訪問看護を人事異動のローテーションを通じて勤務することで、訪問看護に従事するよう誘導することも考えられる。

また、訪問看護の提供主体の多様性を図り、効果的・効率的にサービスを供給することに加え、老人保健施設から退所した人の後方支援等を推進する観点から、看護師を配置する老人保健施設を運営する医療法人等による訪問看護ステーションの併設促進を検討すべきである。

（介護人材確保）

高齢者数の急増とともに支え手となる年齢層の減少が進み、他産業との競争も激しい都市部においては、介護職員の人材確保が地方に比べて難しくなることが想定される。

しかしながら、離職率については、事業所のばらつきが大きく、30%を超える事業所がある一方、5%程度のところもあり、まずは、事業者の意識改革や自主的取組を推進することが重要となる。例えば、介護職員の職業能力を共通のものさしで評価するキャリア段位制度はOJTのツールともなりうるものであり、その活用を図っていくことも考えられる。その上で、国・都道府県等が役割分担しつつ、それぞれが積極的に人材確保に取り組むことが必要である。

国は、介護報酬改定を通じた処遇改善の取組の推進やキャリアパス制度の確立に向けた取組が必要である。

都道府県については、地域によって人口構成や雇用情勢等の状況が異なることから、今後必要となる介護職員の数を推計した上で広域的・総合的な取組を進めていくことが必要である。具体的には、介護に関係する団体が幅広く参画する協議会を都道府県が中心となって立ち上げ、小学生・中学生・高校生の頃から介護分野に関心を持ってもらうよう、積極的な働きかけや、潜在的有資格者などの介護人材の掘り起こし等に取り組むことが考えられる。

（２）住まいの新たな展開を図る

（多様な住まい・住まい方の実現）

都市部に住んでいる「団塊の世代」の多くは、高度経済成長期を背景にして都市部へと集まり、その後、右肩上がりの経済の中で豊かさを実現してきた世代であり、都市部におけるライフスタイルを自ら構築し、それを享受してきた人々である。そして、「団塊の世代」が生んだ多様な価値観が共存し、多くの

人々の生活の拠点となった都市部において、今後、介護が必要となる 75 歳以上高齢者にとっては、「住まい」「住まい方」のあり方が非常に重要になってくる。すなわち、都市部で生活する「団塊の世代」の多様な価値観に対応するような多様な「住まい」「住まい方」が、これまで以上に求められることとなるのである。

もちろん、「団塊の世代」のみならず、誰しも、これまでの人生を積み重ねてきた自宅での生活の継続を望むであろう。そのため、持ち家に住む場合には、介護が必要になった際に備えて、自宅でできる限り在宅生活を継続できるよう、住宅改修に対する介護保険給付の活用等に加えて、高齢者自身も介護環境の整備に努めていくことが重要であり、例えば、居室間の壁を取り払うなどの改修が自費により可能であれば、自宅の介護環境を改善し、より機動的に介護サービスを受けることができることとなる。こうした「自助」による工夫は、特に、価値観が多様化する高齢者の「住まい方」を考える上で、特に重要な視点である。

しかしながら、その自宅の現状や環境によっては、大規模な改修が必要であったり、医療・介護サービスを十分に受けることが立地上難しい場合も想定し得るのであり、その際は、適切な住み替えという選択が重要となってくる。そこで注目すべきなのが、有料老人ホームや平成 23 年に創設されたサービス付き高齢者向け住宅の存在である。これらは、住宅としての居住環境を確保しつつ、必要に応じて医療や介護につなぐ「住まい」としての役割を果たし、住み替えの選択肢として、多様な価値観を持つ都市部に住む高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができる環境の整備に大いに寄与することが期待されていると言える。

（入居者のニーズに応じた住まい）

高齢者による多様な住まい・住まい方を実現する上で重要となってくるのは、高齢者自身のニーズの多様性であり、事実、入居する高齢者の多様なニーズに応じたサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの整備が順調に進められてきている。

具体的に、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームについては、入居者の負担の面において、所得の高い層向けのものから、比較的所得の低い層向けのものまで、多様なものが存在しており、設備や入居者に提供されるサービスの内容も様々である。また、それぞれの住まいの多様性を反映し、住まいの規模や設備に応じて決定される「家賃」や、介護保険サービス以外の状況把握・生活相談などの「サービス費」については、広い価格帯に分散している。

さらに、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームに入居する動機について、「介護が必要になったため」や、「一人暮らしが不安になったため」という理由が多くなっている現状があるものの、「早目の住み替え」という観点から選択肢の一つとしてライフスタイルの自由度を高めていることも事実

であり、こうしたサービス付き高齢者向け住宅等の多様性について周知していくことが必要である。

（医療・介護サービスとの連携）

サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームについては、実態として居宅サービス事業所が併設されているものも多いが、制度的には、医療・介護サービスの提供が義務づけられているものではない。このため、入居する高齢者が、自身のニーズや期待に沿った住まいを、適切に選択することができるよう、どのような医療・介護サービス（外部サービスを含む）を具体的に受けることができるのかについて、情報提供体制の充実を図ることが必要である。そして、この点、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの基本的な性格について、これまで以上に高齢者の理解を得るための努力をしていくことも国・地方自治体には求められる。

また、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの入居者の利益を保護する観点から、事業者が入居者の望む医療・介護サービスの利用を制限すべきではないとされていることから、そのような事案が生じた場合には、地方自治体において、必要に応じて事業者に対する指導・監督を行うこと等により、適切なサービス提供体制が確保されるように努めるべきである。

さらに、将来も含め、入居する高齢者の医療・介護ニーズに適切に対応したサービスが地域から提供されるようにするため、地方自治体の住宅部局と福祉部局は、これまで以上に連携することが求められている。例えば、UR など今後一斉に高齢化が進む大規模団地やニュータウンの改築・再開発の際には、医療・介護サービスの提供を組み合わせしていくことが必要である。

また、人口の減少と高齢者の増加を背景に今後の街づくりを進めるに当たっては、医療や介護の拠点が、どのような考え方で、どこに配置されているのが望ましいかを検討するなど、都市部局と福祉部局の連携も必要である。

なお、「介護サービス」の見込み量を定める介護保険事業計画の策定主体が市区町村となっている一方で、「住まい」の供給目標を定める高齢者居住安定確保計画の策定主体は都道府県となっている。この点、両計画の有機的な連携が求められるところであるが、少数ではあるものの、任意とされている高齢者居住安定確保計画の策定を行っている市区町村が存在することを踏まえ、こうした市区町村による取組を促進するとともに、市区町村がその中で把握したニーズを都道府県の高齢者居住安定確保計画に適切に反映させることが望ましい。

（サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例）

高齢者向けの多様な「住まい」の供給を一層促進していく上で課題となっているのが、高齢者の移動による介護保険の財政の負担の在り方についてである。特に、サービス付き高齢者向け住宅においては、現状において、要支援・要介

護の認定を受けている入居者が多い。

現在、有料老人ホームは、特定施設入居者生活介護の指定を受けている事業所か否かにかかわらず、住所地特例の対象となっている一方で、サービス付き高齢者向け住宅については、有料老人ホームに該当している場合であっても住所地特例の適用除外となっている。しかしながら、サービス付き高齢者向け住宅のうち有料老人ホームに該当するものはその 94%を占め、入居者の介護ニーズもその他の有料老人ホームと似通った状況になってきていることから、立地自治体の保険財政の悪化を危惧する声があがっており、何らかの負担の調整を行う必要性が生じている。

具体的な方法としては、①サービス付き高齢者向け住宅を住所地特例の対象に組み入れる方法と、②保険者間の財政調整を行う仕組みを新たに作る方法が想定される。

住所地特例は、住所地の地方自治体が保険者とならないため、被保険者は要介護認定等の各種の手続きを従前の住所地にしなければならず、また、住所地のサービス水準に関わらず、従前の住所地の保険料を負担することになる。さらに、この制度はいわば地域包括ケアの例外となり、これまでの仕組みでは、地域住民である住所地特例の被保険者が地域密着型サービスや地域支援事業を利用できないなどの課題がある。

一方、保険者間の財政調整を行う場合には、保険者と保険給付の実質的な負担者が一致なくなり、給付と負担の一致という社会保険の基本的な枠組みの例外的な取扱いとなり、どのような単価や考え方に基づき財政調整を行うのかという点や、医療保険制度と整合的な対応が図られるのかといった課題がある。

この点、制度創設時には介護保険 3 施設を対象としていた住所地特例の対象を平成 18 年度には有料老人ホーム全体にまで拡大した経緯を踏まえると、有料老人ホームのうちサービス付き高齢者向け住宅に該当するものに住所地特例を適用することが考えられる。この際、地域包括ケアの考え方に従い、住所地特例を適用した場合にも住所地の地域密着型サービスや地域支援事業を使えるようにするなど課題を解決していく必要がある。

なお、医療保険の住所地特例については、介護保険の対応も踏まえ検討するとともに、入居後に 75 歳を迎えた場合に国民健康保険の住所地特例が後期高齢者医療に引き継がれないという問題も指摘されており、併せて検討が必要である。

（既存インフラの有効活用）

「住まい」の新たな展開を図り、高齢者の自宅での生活を継続させるという目的を達成する上で、見落としとしてはならないのは、都市部における多くの既存インフラの存在である。

都市部においては、新たな住宅の整備が進む一方で、空家が増加しており、

これらを有効利用しない手はない。また、少子化の影響で、廃校となる学校等も有効活用できる可能性がある。

現在、都市部では、東京都 75.0 万戸、大阪府 62.5 万戸、神奈川県 42.9 万戸、千葉県 35.6 万戸、愛知県 34.4 万戸、埼玉県 32.3 万戸と相当数の空家がある。この空家を活用し、NPO 法人や社会福祉法人等が、連帯保証や転貸といった住まいを確保するための支援と、見守り等の生活支援などを合わせて実施することで、空家の所有者が安心して賃貸できるようになり、低所得・低資産の高齢者向けの低廉な家賃の住まいが確保されることにつながるものと考ええる。この際、グループリビングのような共同生活も併せて推進することで、入居者同士の互助による見守りや生活支援も期待できる。

また、低所得・低資産高齢者向けの住まいとしては、養護老人ホームや軽費老人ホームがある。これらは、元来、暮らしと住まいに困難を抱える高齢者の受入先としての機能を担ってきたが、地域に増大する生活困窮や処遇困難を抱える高齢者のニーズに十分に答えきれていないとの指摘がある。今後、養護老人ホーム、軽費老人ホームの果たすべき役割について、社会福祉法人としての特性を踏まえた上で、再構築すべきである。

なお、空家などの既存施設を改修・改築して介護サービスの拠点として活用しようとする、バリアフリー条例等の地方自治体が独自に定めている規制が厳しすぎるという指摘があるところ、既存施設の有効活用の観点から、規模や利用状況を踏まえて柔軟な対応を行うなど、各地方自治体において、関係部局間の連携を一層強化して取り組むべきである。

（多世代共生の住まい方）

高齢者にとっての「住まい方」の多様性を考える上では、高齢者以外の若い世代や地域コミュニティをも巻き込みつつ、「住まい」が形成されていくことが望ましい。

例えば、サービス付き高齢者向け住宅は、住戸ごとの登録が可能であることから、一棟の共同住宅の中に高齢者や若者、子育て世代など、多世代が共生する取組を進めていくことが可能である。特に、都市部においては、多くの大学等の教育機関が立地し、学生が多い状況にあるため、これらの学生を巻き込んだ取組を進めることで、世代間交流の実現によるコミュニティの活性化が期待できる。例えば、高齢者と若者が同一建物に居住することにより、見守り等に協力する若者の家賃を減額することや、一定期間継続してボランティア活動を行った学生には単位の付与や奨学金の免除などを行うこと等が考えられる。

また、かつて郊外に住まいを購入した高齢者にとっては、これまでの社会的なつながりを維持しながら、将来も含めた適切な医療・介護ニーズを享受できるようにするため、便利な駅前など街の中心部に住み替えを行う「街中居住」やグループリビングなども選択肢の一つである。その際、郊外にある高齢者の

従前の住まいについては、高齢者から現役世代に賃貸を行い、現役世代の郊外での豊かな生活につなげるといった、様々な可能性にもつながるものと考えられる。

(3) 地域づくりの観点から介護予防を推進する

(ポピュレーションアプローチの重要性)

長寿を全うすることは私たちの願いである。介護が必要な状態を遅らせること、たとえ介護が必要となっても最後まで自分らしく生きることができる社会を実現することは、長寿国としての使命である。

今後、ますます高齢化が進んでいく中で、高齢者一人ひとりが、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持していくためには、高齢者自身が社会参加、社会貢献、就労、生きがいづくり、健康づくりなどの活動に取り組むことが必要であり、このことが結果として介護予防につながる。

介護予防は、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

そのためには、高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチ、すなわち「ポピュレーションアプローチ」こそが重要となる。

(都市部における介護予防の推進)

全国各地においては、生活機能の低下した高齢者であっても参加することのできる体操を活用して、元気な高齢者も一緒に参加することのできる住民運営の活動の場を数多く展開し、“地域の絆”を高め、結果として、地域全体の要介護認定率の伸びを抑制している取組がある。

これに対して、これはコミュニティ・互助機能が残る地方であるからこそ可能な取組なのではないかという指摘もあろう。

もちろん、そのような側面は地方の強みの一つとして考えられるが、一方で、都市部では、今後、多くの退職者が見込まれるという強みがある。「団塊の世代」を中心とした、これからの退職者は、社会参加意識も高く、健康で知力・体力的にも衰えていない元気な高齢者である。

このような退職者の就労や社会参加を推進することや、地域の課題を解決するためのコミュニティビジネスを起業することを支援することを通じて、介護予防事業や生活支援サービスの担い手になってもらうとともに、こうした社会的役割を持つことで、その人自身の生きがいや介護予防にもつながると考えら

れる。

また、多様な地域資源が存在する都市部の強みを活かして、地域包括支援センター等が主軸となって、多様な主体を巻き込んだ地域づくりも、都市部ならではの介護予防であり、既に都市部の地方自治体でも取組が進んでいる。例えば、退職した高齢者が社会とのつながりを保ち、地域で孤立しないよう、就労の場を創る取組や、介護予防を目的に高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与する取組などがある。

さらには、高齢者になってから介護予防に取り組むのではなく、高齢期に入る前の40歳代・50歳代からの備えが重要となるが、この点、都市部には、フィットネスクラブなどの民間サービスが豊富にあり、人々の消費意欲も高いことから、青壮年期層を含めて地域の健康意識を高めることが効果的と言える。

なお、介護予防については、その効果の実証的な研究やデータ整備が不十分であるとの指摘がある。地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、厚生労働省は、都道府県と連携しながら市区町村への技術的支援を行うとともに、データの提供・公表を行っていくべきである。

(4) 多様なサービスを活用して生活を支える

(多様な生活支援サービスのニーズへの対応)

都市部でも、単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中で、高齢者が地域で生活を継続するためには、高齢者の多様なニーズに対応し、地域の実情に応じた、見守り、配食、孤立防止等の生活支援が必要となっている。

都市部における幅広く多様な生活支援ニーズを満たすためには、様々なサービスを充実させる必要があり、ボランティア、NPO、協同組合、社会福祉法人、民間企業等の多様な主体がサービスを提供することが必要である。

そして、多種多様な生活支援サービスを生み出し、充実させていくためには、これらの生活支援サービス全体のマネジメントについて、市区町村が主体的に取り組むことが必要である。

特に、都市部には、一定の所得と資産を有した「団塊の世代」も多くいる。都市部では様々な民間企業がサービスを提供しているといった特徴もあることから、こうした民間企業の力も最大限活用するため、これらが参加する協議体を市区町村が中心となって形成して、情報提供等を行っていくことが求められる。

また、市場からのサービス購入を補完できるような「互助」の取組を推進し

ていくことが必要である。「都市部では近隣の関係が希薄で互助は難しい」との指摘もあるが、果たしてそうであろうか。高齢者は狭い地域に集住していることから、やり方によっては互助の関係も生まれ、互いの見守りも行いやすいと考える。地域での成功事例をみれば、適切なコーディネーターの配置と、市区町村のマネジメント力こそが求められているのである。

このため、多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市区町村が支援することについて、制度的な位置づけを図ることが必要である。また、生活支援サービスについては、福祉部局を超えた対応が必要であり、縦割りを廃して、例えば、関連部署が幅広く参画するプロジェクトチームを設置して対応する等の工夫が求められる。

さらに、生活支援サービスを充実するためには、介護サービス事業者にも積極的に取り組んでもらうことを期待したい。生活支援サービスの事業に取り組むことは、介護サービス事業者にとっては介護サービス事業以外からも収入を得られて、経営が安定化するビジネスチャンスであると考えている。

4. 都市部における施設整備等

都市部に生きる高齢者の多様な「住まい方」を実現し、それを支える医療・介護サービスが「住まい」に届くようにすることで、高齢者が住み慣れた地域での生活を継続していくことのできる社会を目指していくべきであることは、繰り返し述べてきたとおりである。

しかしながら、要介護高齢者の様態、家庭環境、地域コミュニティとの関係などは高齢者によって様々であることから、在宅での自立生活が困難な場合の施設への入所ニーズにも適切に対応していく必要がある。

この点、都市部においては、用地の確保が課題となっており、大規模な施設を建設することが困難であることや、多くの人々が密集していること等を踏まえると、まずは、以下の（１）のように、地域密着型の施設の整備等を促進するとともに、多様な整備手法の活用を積極的に図るべきである。そして、それでもなお、住民の施設への入所ニーズを充足することが困難であるような場合には、利用者のニーズを的確に把握した上で、（２）で挙げるような圏域間調整等の工夫について検討していくことが考えられる。

（１）施設の整備手法の工夫

（地域密着型施設の整備等の促進）

重度の要介護度となったとしても、住み慣れた地域で最後まで生活することを実現するという観点から、地域に根ざした小規模の特別養護老人ホームの整

備を弾力的に進めるとともに、小規模多機能型居宅介護や在宅サービスを併設する等の工夫も行うことで、地域包括ケアの担い手となるような複合型の施設整備を行うことが望ましい。

具体的には、特別養護老人ホームの整備を進めるに当たっては、土地を賃借して運営事業者が建物を設置することが可能となっているが、サテライト型の地域密着型特別養護老人ホームを整備する際には、資産要件が緩和され、運営事業者が建物を賃借して実施することも可能となっていることを踏まえ、特に土地の確保が困難な都市部においては、これらの手法を積極的に活用していくことが有効である。

また、都市部に存在する既存ストックの有効活用は、今後の特別養護老人ホーム等の施設整備を考える上でも重要であり、都市再生機構（UR）との連携や、未利用公有地や小学校の跡地等を活用した特別養護老人ホーム等の整備が考えられる。

（多様な整備手法の活用等）

都市部の限られた用地を有効活用するとの観点から、例えば、ディベロッパー等の民間事業者が高層のマンションやオフィスを建設する際に、一部フロアを特別養護老人ホームとして整備し、社会福祉法人が当該部分を買収するといった手法が有効であると考えられるが、こうした手法が一般的に普及しているとは言い難い。

施設整備に課題を抱える都市部の地方自治体は、まずは、こうした手法を普及・促進させるための方策について、十分に検討を進め、あらかじめ方針を明らかにするべきである。また、このような整備手法を活用し、開発事業者がマンション等の建設に当たって施設整備を組み込む場合には、福祉部局と建築部局が情報の共有化を図ることが一層重要となってくることについて認識する必要もある。

さらに、今後、既存施設の建て替えが必要になってくる時期を迎えることにも留意が必要で、こうした建て替えがスムーズに進むよう、地方自治体において、都市計画、建築等の関係部局との連携の下、容積率緩和制度の活用などを検討していく必要がある。また、例えば、建て替え中の施設の利用者を一時的に受け入れることができるような施設を整備すること等についても検討が必要である。

なお、一般的に、特別養護老人ホームの整備には、選定から建設、開所まで少なくとも3年間の期間が必要であるが、特に多様な施設整備の手法を実践する上では、地方自治体と事業者の想定する期間の長さの相違が障害となり得るため、介護保険事業（支援）計画の策定において、必要に応じて長期スパンでの整備見込み量を示していくことも検討していくべきである。

このような現行の整備手法を最大限活用するほか、都市部における施設整備

を進めるために必要な制度的対応等があるかどうか検討していくべきである。

(2) 広域型施設の整備数の圏域間調整

(整備数の圏域間調整)

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。そして、各市区町村の要介護者数の見込み等から求められる施設入所のニーズを圏域ごとに積み上げた上で、広域型施設の必要定員数と新たに整備する整備数を圏域ごとに設定し、具体的な施設整備を行うこととなっている。

老人福祉圏域内において、市区町村による的確なニーズの把握と都道府県による調整が円滑に行われることで、要介護高齢者が日常生活圏域を超えることはあるものの、住み慣れた地域に近接する地域で施設の入所等が可能となる仕組みとなっている。

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。

東京都特別区においては、他の都市部に比べても極めて狭い面積の中に高い人口密度で密集しており、地価も高く、施設整備のための用地を確保することが非常に厳しい状況にある一方で、交通網も発達し、老人福祉圏域を超えた移動も容易となっている。全国に344ある圏域（2次医療圏ベース、平成25年）をみると、東京都特別区の合計面積（621.83km²）を上回る圏域が210あり、東京都全体の合計面積（2187.50km²）を上回る圏域も36ある。

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。

そして、老人福祉圏域間で整備数の調整を行う場合は、東京都の介護保険事業支援計画において、調整する整備数を明記するとともに、老人福祉圏域をまたいで要介護高齢者を受け入れる際には、特別養護老人ホームの入所判定に当たって、運用上、入所しやすくなるような形をとることを認めるべきである。

なお、この点、津地方裁判所は、「指定介護老人福祉施設は、正当な理由なく、指定介護福祉施設サービスの提供を拒んではない」との省令の規定を根拠に、特別養護老人ホームの利用を特定の市区町村の住民に限定させることは介護保険法に反しているとの判決を下している（平成14年7月4日）。しかしながら、介護保険事業支援計画で明記しつつ、老人福祉圏域をまたぐ形で整

備数の調整が行われた上で、入所の際に一定程度配慮されるような運営を行うことについては、当該判決の事案のように、個別の施設が特定の地域の住民のみに入所を限定し、それ以外の住民を排除する場合とは異なり、許容されるものと考えられる。

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。

以上の点に関して、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）は、市内、すなわち、老人福祉圏域内での施設整備が困難という状況には無いとのことであり、特に東京都において対応が求められる問題だと考えられる。

（地域コミュニティや自治体間のつながりが強い場合の事例）

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。

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。さらに、要介護高齢者のこれま

での人生を顧みた際に、相手自治体の施設への入所が、本人自身の真の意向であると解釈することが合理的であると言えるだけの背景についても必要となると考えられる。この点、例えば、かねてより住民・地域コミュニティ同士のつながりが存在し、強い連携が進んでいる自治体間であったり、都道府県をまたぎ、帰郷を望む高齢者が具体的に見込まれるといった事情が存在する場合が考えられる。

他方で、地方の市町村が不特定多数の都市部からの入所を期待して特別養護老人ホーム等を整備しようとするということについては、都市部の高齢者本人の意思に反して地方の施設入所を強いる形となってしまう恐れがあることに加えて、地域包括ケアシステムの構築を進めているそれぞれの地域において把握される医療・介護サービスの需給に意図しないギャップを生じさせることにもつながりかねないことから、慎重に検討すべきである。

（３）地方への早期からの住み替え

地域包括ケアの観点からは、要介護状態になってから移り住むよりは、健康なうちに移住し、移住先の地で社会的関係を築きながら歳を重ねていき、仮に要介護状態となった場合はその地で介護サービス等を利用していく姿がより望ましい。

地方圏への移住や、地域おこしを促進するための取組を総務省が進めており、例えば、都市圏から地方部に移住し、住民の生活支援や地域おこしの支援等の地域協力活動に従事する者を「地域おこし協力隊員」とし、こうした者に対する地方自治体の支援等に対して財政措置が行われているが、都市部には、就学期・就職期に移動してきた「団塊の世代」が多いことを考えれば、Ｕターン・Ｉターンで高齢期を地方で過ごしたいというニーズがあると思われる。

この点に関し、米国には、健康なうちに移住し、健康状態の推移に応じて、同一敷地内で移動の心配なしに暮らし続けられる地域を作っていこうとする取組があるが、様々な世代が共存する地域づくりは一考に値する。地方が都市部からの移住を期待するのであれば、特別養護老人ホームのみを整備し、入所を求めていくのではなく、自立型の住まいを用意し、医療・介護サービスを届けるといった形を目指すのも一つではないかと考える。

５．中長期的な視点に立った対策

（中長期的な視点に立った介護保険事業計画の策定）

今後、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組と、具体的な施設整備は、地方自治体の介護保険事業（支援）計画に位置づけられて、進められることとなる。このうち、地域包括ケアシステムの構築は、一朝一夕で実現できるものではなく、短期と中長期に分けて改革の実現を図っていく必要がある。

このため、まずは、2015（平成 27）年度からの第 6 期以降の介護保険事業計画を、2025 年の地域包括ケアシステムの構築を視野に入れた「地域包括ケア計画」の始まりとも言うべき、実のあるものにしていけることが必要である。

その際、2025 年を見据えた対応を進めるためには、各地方自治体が計画期間中の給付費を推計して保険料を設定するだけでなく、高齢者数、サービス量、給付と保険料水準等の見通しを 2025 年まで推計し、これを見据えた具体的な対応策を検討する必要がある。

そして、このような中長期的な視点に立った介護保険事業（支援）計画の策定を通じ、行政と地域住民が、地域の高齢化の状況を共有化し、自らの地域の将来像を考えるきっかけにすべきであるとする。

なお、都市部でも、市区町村や圏域単位ごとに状況は大きく異なり、一括りで議論すべきではないことは言うまでもない。ケアの基本単位である日常生活圏域で、社会資源も異なることから、その状況を客観的なデータに基づいて分析し、対応することが求められる。このため、厚生労働省は、地方自治体が情報を利活用できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」のシステム整備を進めるなど、地方自治体の計画策定を支援することが必要である。

（好事例の共有等）

本検討会では、地域・企業・団体の取組のヒアリングを行った。各地域には多くの好事例があり、このような取組を各地方自治体が自らの地域の状況に落とし込みながら応用していくことが、第一歩として取り組みやすい。しかしながら、好事例の蓄積と共有が図られていない状況にあることから、厚生労働省においては、単なる事例の紹介にとどまらず、プロセスやノウハウを含めた好事例集を作成し、地方自治体等に広く提供すべきである。

また、東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県の上 3 県は、地理的な近接性のみならず、住民の職・住環境が密接しており、共通した課題もあることから、首都圏という範囲で継続的に連携・協議していくことが重要である。

6. おわりに

都市部の高齢化問題は、詰まるところ、日本の高齢化問題の縮図である。5 回の検討会の開催で日本の高齢化問題全般を議論しきることはできないが、都市部の高齢化問題を乗り切る“糸口”は、これまで進めてきた地域包括ケアシステムの構築、すなわち、都市部においては集住といったその強みを活かした地域包括ケアシステムの構築にあるという方向性は共有化できたものと考えられる。

本とりまとめに盛り込まれたもののうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護

看護、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護、訪問看護といった各サービスの普及」「市区町村が主体となった在宅医療・介護連携」「サービス付き高齢者向け住宅の住所地特例」「空家を活用した低所得者向け住まいの確保・生活支援の推進」「生活支援・介護予防の基盤整備」「施設の整備手法の工夫や整備数の圏域間調整」「中長期的視点に立った介護保険事業（支援）計画の策定」は、法改正、基準等の運用面の見直し、予算の手当といった対応が必要である。

今後、この取りまとめを受けて、社会保障審議会介護保険部会や介護給付費分科会等で具体化に向けた議論が進むことを期待したい。地域包括ケアシステムの構築に“特効薬”はない。この取りまとめの中でも指摘した様々な課題を一つ一つ着実に克服するとともに、施策・地域資源を総動員して取り組んでいくことが求められている。

【都市部の高齢化対策に関する検討会 委員名簿】

(座長)	大森 彌	(東京大学名誉教授)
	大杉 覚	(首都大学東京教授)
	鎌形 太郎	(三菱総合研究所プラチナ社会研究センター長)
	熊坂 義裕	(盛岡大学栄養科学部教授、元宮古市長)
	高橋 紘士	(国際医療福祉大学大学院教授)
	馬場園 明	(九州大学大学院医学研究院教授)
	藻谷 浩介	(日本総合研究所調査部主席研究員)
	山崎 敏	(立教大学 コミュニティ福祉学部 兼任講師)
	中山 政昭	(東京都福祉保健局高齢社会対策部長)
	岡田 輝彦	(横浜市健康福祉局長)
	大塔 幸重	(さいたま市保健福祉局長)
	生田 直樹	(千葉市保健福祉局局長) ※ 第3回まで
	岡部 史哉	(千葉市保健福祉局次長) ※ 第4回から
	松雄 俊憲	(名古屋市健康福祉局高齢福祉部長)
	西嶋 善親	(大阪市福祉局長)
	秋山 由美子	(東京都世田谷区副区長)

【開催スケジュール】

- 第1回：5月20日
委員からのプレゼンテーション
- 第2回：6月13日
委員のプレゼンテーション、有識者、地方自治体のヒアリング
- 第3回：7月23日
有識者、サービス実施団体等のヒアリング
- 第4回：8月27日
論点整理
- 第5回：9月20日
報告書とりまとめ