

通所介護・訪問介護ピークアウト初期自治体での立地動態と立地適正化計画との関係

静岡県の立地適正化計画策定自治体での 2010 年から 2020 年までの立地動態から

The Relationship between the Location Dynamics and the Location Normalization Plan in the Local Governments where Day Care Facilities and Home Visiting Care Facilities are in the early stages of peak out

A Case study of the location dynamics from 2010 to 2020 at the local governments in Shizuoka Prefecture which have the location normalization plan

山口 行介*

Gyosuke Yamaguchi*

The national government has set an example of positioning day care facilities and home visiting care facilities, as guided facilities in the location normalization plans. If locations that are not in line with needs are formed under the market economy, there is a strong need for policy intervention. However, if locations that meet needs are formed autonomously, there is less need for policy intervention. In this study, we analyzed location dynamics in the local governments where day care facilities and home visiting care facilities are in the early stages of peak-out, and considered the significance and challenges of positioning them as guided facilities in location normalization plans.

Keywords: Location Normalization Plan, Location Dynamics, Day care facility, Home visiting care facility, Replacement

立地適正化計画、立地動態、通所介護、訪問介護、新陳代謝

1. はじめに

2014 年の都市再生特別措置法の改正によりコンパクト・プラス・ネットワークの考えの下、都市空間を人口の減少に伴ってコンパクトなものへと再構築していくために立地適正化計画（以下、「立適」とする。）により、医療施設、福祉施設、商業施設その他の都市の居住者の共同の福祉又は利便のために必要な施設を誘導施設として位置付け、その立地を誘導していくことが制度化された。立適は人口減少と同時に超高齢社会にも対応した都市空間を構築することを企図しており、「在宅医療・介護も含めた地域包括ケアの考え方を踏まえ、既存ストックを活用しながら医療・福祉を住まいの身近に配置し、高齢化に対応した都市づくりを推進する」ために、在宅系介護施設を誘導施設として位置付け、都市機能誘導区域（以下、「都市機能区域」とする。）に立地を誘導していくことが国により例示されているが¹⁾、最終的に何を誘導施設とするかは市町村の判断に依っている。在宅系介護施設は用途地域による立地の制限がほとんどなく、その立地は民間事業者の自由意思により決定されている。在宅系介護施設を誘導施設として位置付けるか否かは、民間事業者による立地選択の下で、ニーズに対応した立地が形成されているか否かによる。ニーズの分布と立地との間に乖離があるのであれば、政策的に立地を誘導する必要は高く、立適で誘導施設として位置付けることは有効だが、ニーズに対応した立地が形成されているのであれば、政策介入する必要は低い。在宅系介護施設は、地方部では施設総数が増加から、減少又は変動なし（以下、「ピークアウト」とする。）に転じつつあり、人口減少・超高齢社会へと都市構造を転換していくためには、ピークアウト初期を迎えた地域での在宅系介護施設の立地動態を把握することは重要である。

誘導施設に関しては、その運用の初動期（2018 年まで）には立適策定前から既に計画されていた施設整備計画を立適に位置付けたものが多いことや²⁾、誘導施設を先に決定し、その後に都市機能区域の範囲を検討、決定している場合には、既存の施設立地と乖離しないよう配慮した結果、既存の誘導施設の立地を受容するために都市機能区域が広範となることが報告されている³⁾。また、誘導施設の施主に対するアンケート調査では、施設整備の検討にあたって誘導施設であることへの意識が少なく、継続した周知の必要性が課題として指摘されている⁴⁾。

在宅系介護施設との関係からは、立適策定前の 2003 年と策定後の 2018 年を比較し、福祉施設は高齢化による施設増加を背景として都市機能区域で立地が集中している点が報告されているが⁵⁾、福祉施設には様々な種類の施設が含まれており、具体の施設ごとの立地についての詳細な分析結果は示されていない。また、立適で介護福祉機能を誘導施設として位置付けている自治体は 35%未満であり、その要因としては「特定の地域にサービスを集中させる立地適正化計画の考え方は高齢者福祉にそぐわない」が最も多いことが報告されているが⁶⁾、立適策定自治体と未策定自治体での立地動態の比較までは行われていない。在宅系介護施設の立地動態については、大都市圏郊外部の施設増加期には、民間事業者の自由意思による立地判断であっても、通所系事業所、訪問系事業所ともに介護ニーズに対応した立地が形成されている点が報告されている⁷⁾。

既往研究では誘導施設全般について決定プロセスや運用については明らかにされているが、在宅系介護施設を対象として誘導施設の位置付けについて、ピークアウト期の立地動態を踏まえて検討を行なった研究の蓄積は少ない。

本研究は、在宅系介護施設総数がピークアウト初期を迎

え、かつ立適策定済の地域を対象として、その立地動態と立適による区域との関係を明らかにした上で、在宅系介護施設を誘導施設として位置付ける効果について検討することを目的とする。

2. 研究の方法

(1) 研究の対象

対象とする在宅系介護施設は、利用者に直接サービスを提供し、かつ設置数の多い通所介護⁽¹⁾と訪問介護とし、これらが急激な増加からピークアウト初期を迎えた静岡県⁽²⁾の中で立適を策定し、立適区域のデータが公開⁽³⁾されている 15 自治体を対象とした(図-1)。全国では通所介護は 2016 年に、訪問介護は 2017 年に設置数のピークを迎え、その後は徐々に減少している。この傾向は都道府県によりばらつきはあるが、通所介護、訪問介護ともに多くの都道府県で 2016 年から 2019 年の間に設置数のピークを迎えている。静岡県は通所介護、訪問介護ともに 2017 年に設置数のピークを迎え、全国の多くの都道府県と同様の傾向を示している。静岡県を分析対象とすることで、通所介護、訪問介護がピークアウト初期を迎えている都道府県へと、得られた知見を一般化することが可能と考える。15 自治体のピークアウト前からピークアウト初期にかけての立地動態を把握するため、通所介護、訪問介護の 2010 年、2015 年、2020 年の各年 4 月 1 日時点の一覧データを静岡県福祉指導課より入手し分析を行なった⁽⁴⁾。15 自治体の 3 時点での総数の変化では、通所介護は 2015 年にピークを迎え、2020 年にかけて減少し、訪問介護は 2020 年まで増加だが、自治体別に見ると通所介護のピークが 2015 年の自治体と 2020 年まで増加している自治体が同数、訪問介護もピークが 2015 年の自治体と 2020 年まで増加している自治体が同数となっている(図-2)。介護ニーズの推計にあたって基礎となる 75 歳以上人口⁽⁵⁾は森町を除く 14 自治体で 2020 年まで増加している。分析では、2010 年と 2015 年にピークアウトを迎えた自治体(以下、「ピークアウト自治体」とする。)と 2020 年まで増加している自治体(以下、「増加自治体」とする。)とに分類して分析した。

(2) 分析の視点

通所介護と訪問介護は民間事業者間の競争に晒されながら新設、運営、廃止されている。施設総数が 5 年前と比較して増加している場合は、5 年前に存在していたものの一部が継続して立地し、一部は廃止される一方で新設があり、廃止よりも新設の方が多いために、施設総数としては増加となる(図-3)。施設総数が減少している場合には、新設よりも廃止の方が多。新設と廃止により施設は新陳代謝し、新設と廃止のバランスにより、施設総数は変化する。本研究では 15 自治体⁽⁶⁾の通所介護、訪問介護の施設の継続と新陳代謝について、立適で定められた区域毎の変化に着目して分析した。

(3) 研究の構成

本研究では、3 章で通所介護、訪問介護が増加期からピ

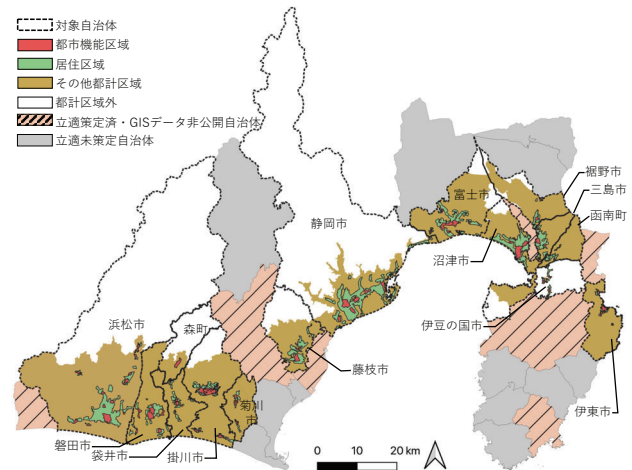


図-1 対象とする 15 自治体の都市機能区域、居住区域等の状況

表-1 対象自治体の通所介護、訪問介護、75 歳以上人口の推移

	2010年	2015年	2020年		2010年	2015年	2020年
伊豆の国市	通所介護 15	24	16	裾野市	通所介護 31	53	55
	訪問介護 8	13	10		訪問介護 13	16	15
	75歳以上人口 6,033	6,992	8,257	沼津市	75歳以上人口 18,095	20,328	23,269
沼津市	通所介護 48	83	79		通所介護 11	16	13
	訪問介護 44	57	59	掛川市	訪問介護 7	6	7
	75歳以上人口 22,297	26,343	30,978		75歳以上人口 18,989	20,264	21,833
静岡市	通所介護 11	16	17	伊豆の国市	通所介護 36	56	58
	訪問介護 10	13	12		訪問介護 22	24	21
	75歳以上人口 4,577	5,503	6,851	藤枝市	75歳以上人口 16,317	18,826	21,743
森町	通所介護 9	9	9	裾野市	通所介護 11	18	15
	訪問介護 3	3	2		訪問介護 4	6	8
	75歳以上人口 3,452	3,481	3,367	沼津市	75歳以上人口 4,426	5,401	6,428
掛川市	通所介護 22	40	37		通所介護 191	270	277
	訪問介護 15	16	12	静岡市	訪問介護 132	148	163
	75歳以上人口 13,519	14,520	15,634		75歳以上人口 80,926	94,672	108,725
浜松市	通所介護 176	262	258	三島市	通所介護 24	39	32
	訪問介護 97	123	128		訪問介護 21	26	23
	75歳以上人口 89,196	102,757	115,341	伊豆の国市	75歳以上人口 7,263	9,060	11,164
豊田市	通所介護 18	27	30	富士市	通所介護 49	84	85
	訪問介護 8	10	8		訪問介護 45	51	46
	75歳以上人口 7,918	8,842	10,041	沼津市	75歳以上人口 24,163	29,407	34,966
森町	通所介護 18	29	33	合計	通所介護 670	1,026	1,014
	訪問介護 18	23	25		訪問介護 447	535	539
	75歳以上人口 9,784	11,612	14,032		75歳以上人口 326,955	378,007	432,629

は3時点の中で最も大きい値を示す。

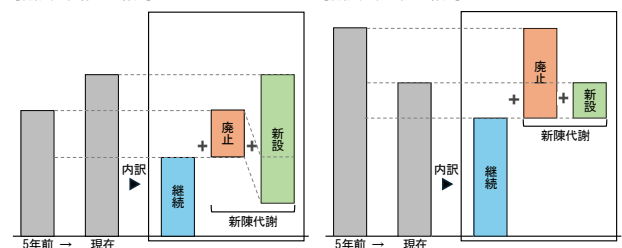


図-2 施設総数の変化と新陳代謝の関係

ークアウト初期へと変化する中で、施設の継続と新陳代謝のバランスがどのように変化しているか、その実態を分析した(図-3)。4 章では立適の計画図書での誘導施設に関する記述を抽出し、立適策定前の施設の分布と立適による区域設定の関係から、それぞれの自治体がどのような意図を持って通所介護、訪問介護を立適で誘導施設として位置付けているか、又は位置付けていないのかについて分析した。5 章では、対象自治体の行政区域を立適により設定された都市機能区域、居住誘導区域(以下、「居住区域」とする。)、居住誘導区域外の都市計画区域(以下、「その他都計区域」とする。)、都市計画区域外(以下、「都計区域外」とする。))

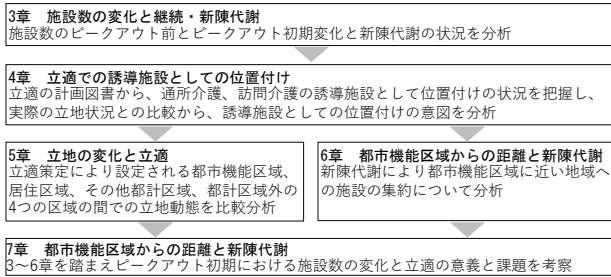


図-3 研究の構成

の4区域(図-4)に分類し、それらの区域間での立地動態を分析した。6章では、立適では都市機能区域内への施設集約を企図して

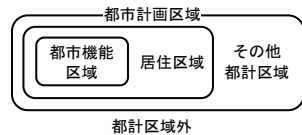


図-4 4区域の類型

いるが、都市機能区域内へは集約できなくても、都市機能区域に近い場所という形での緩やかな集約が発生することもあると考えられるため、新設、廃止施設の都市機能区域からの距離を算定することにより、都市機能区域周辺への集約の実態について分析した。7章では、これらの分析を踏まえ、ピークアウト初期における通所介護、訪問介護の立地動態の特徴をまとめ、立適において誘導施設として位置付ける効果について考察した。

3. 施設総数の変化と継続・新陳代謝

5年前に存在していた施設のうち、5年後も継続している施設の割合を継続率とし、当該年の総数から継続を差し引いたものの総数に占める割合を新陳代謝率とし、継続率と新陳代謝率の変化から、施設総数にどのような変化が発生しているか分析した。

通所介護は2010年から2015年にかけてピークアウト自治体、増加自治体ともに総数は増加し、2010年に立地していた施設の88%程度が継続し、新設が廃止を大きく上回り、それぞれ200施設以上が新陳代謝により増加し、新陳代謝率は40%を超えている(表-2)。2015年から2020年にかけては、ピークアウト自治体では施設数が減少しているが、それは新設による新陳代謝率が28.5%低下したこと、及び廃止が増加したことに伴い継続率が8%減少したことによる。このように新陳代謝率は低下しているが、5年間で15%以上は新陳代謝が図られている。増加自治体では、継続率、新陳代謝率ともに減少しているが、ピークアウト自治体より減少幅が少ないため、新設が廃止を上回り総数は増加している。

訪問介護は2010年から2015年にかけてピークアウト自治体、増加自治体ともに継続率は80%程度、新陳代謝率は31～33%で、新設が廃止を上回り総数は増加している。2015年から2020年にかけて、ピークアウト自治体では継続率が13%、新陳代謝率が10.5%減少し、総数が減少した。総数が減少しても新陳代謝率は2割を超え、通所介護よりも新陳代謝が活発に行われている。増加自治体では、継続率は大きく変わらず、新陳代謝率は低下しているが、新設が廃

表-2 通所介護・訪問介護の施設数の変化

		ピークアウト自治体			増加自治体		
		2010年	2015年	2020年	2010年	2015年	2020年
通所介護	新設	-	216	71	-	221	103
	新陳代謝率	-	44.0%	15.5%	-	41.3%	18.6%
	廃止	-	41	103	-	40	83
	継続	-	275	388	-	314	452
	(継続率)	-	(87.0%)	(79.0%)	-	(88.7%)	(84.5%)
訪問介護	総数	316	491	459	354	535	555
	新設	-	54	31	-	122	97
	新陳代謝率	-	31.4%	20.8%	-	33.6%	24.9%
	廃止	-	27	54	-	61	70
	継続	-	118	118	-	241	293
	(継続率)	-	(81.4%)	(68.6%)	-	(79.8%)	(80.7%)
訪問介護	総数	145	172	149	302	363	390

※1 新設、廃止、継続は5年前からの変化を示す。

※2 新陳代謝率は当該年の総数に対して、総数から継続を差し引いた純増事業所の割合を示す。

※3 継続率は5年前の総数に対する当該年の継続の割合を示す。

止を上回っているため施設数は増加している。

通所介護、訪問介護はピークアウト自治体で、総数は減少しているが、通所介護、訪問介護はピークアウト初期では、5年間のうちに1.5～2.5割程度は新陳代謝が図られている。

4. 立適での誘導施設としての位置付け

(1) 誘導施設としての位置付けの有無

立適での通所介護、訪問介護の誘導施設の位置付けの有無について把握した。

通所介護、訪問介護の両方を誘導施設として位置付けているのは伊豆の国市、沼津市の2自治体だが、うち沼津市は通所介護、訪問介護を含む特定の用途が2つ以上複合され、それらの床面積の合計が3,000㎡以上でのもののみを対象としている。通所介護のみを対象としているのは5自治体あり、過半数を超える8自治体では通所介護、訪問介護ともに誘導施設としての位置付けを行っていない。

(2) 誘導施設としての位置付けの考え方

各自治体の立適での記載内容から、誘導施設として位置付けている自治体では、どのような方針のもとで誘導施設を選択し、その方針に照らして通所介護、訪問介護をどのように捉えているのか、立適での誘導施設の設定方針と通所介護、訪問介護の個別記載を抽出し、併せて立適策定前の通所介護、訪問介護の立地状況を把握し、誘導施設として位置付ける考え方を分析した。

通所介護、又は訪問介護を誘導施設として位置付けている自治体では、誘導施設の設定方針として「居住の利便性を図る生活利便施設」といった生活利便施設という表現に留める自治体や、「高齢化が進む中で必要性が高まる施設」、「福祉拠点の形成に寄与する施設」といった対象施設の具体像に踏み込んだ記述を行う自治体など設定方針は様々である(表-3)。しかし、そのような設定方針に基づく施設的具体像としては、4自治体で『都市計画運用指針』や『立地適正化計画策定の手引き』で通所介護や在宅系介護拠点が誘導施設として例示されていることを引用し、通所介護、又は訪問介護を誘導施設として位置付けている。

通所介護と訪問介護の両方を誘導施設として位置付けて

表-3 誘導施設として通所介護、訪問介護の位置付けがある自治体での立適の記載

誘導施設	自治体名 (策定年)	誘導施設の設定方針	通所介護、訪問介護の個別記載	3時点での施設数のピーク	
				通所介護	訪問介護
通所介護と訪問介護	伊豆の国市 (2018年)	・高齢化が進む中で必要性が高まる施設 ・子育て世代にとって居住場所を決める目安となる施設 ・集客力がありまちの賑わいを生み出す施設 ・市民サービスの拠点となる施設	・都市計画運用指針の中に老人デイサービスセンターが誘導施設として例示されていることを記載 ・都市機能誘導区域を改善・向上させる機能	2015年	2015年
	沼津市 (2019年)	・都市的居住圏への「ヒト・モノ・コト」の引き込みを指向し、広域からの利用が見込まれる施設 ・中心市街地や宅地整備が進む区域に、居住の利便性を図る生活利便施設	・都市計画運用指針の中に老人デイサービスセンターが誘導施設として例示されていることを記載	2015年	2020年
通所介護のみ	函南町 (2019年)	・高齢者世代が安心して生活ができる福祉拠点の形成に寄与する施設	・都市計画運用指針の中に老人デイサービスセンターが誘導施設として例示されていることを記載	2020年	2015年
	森町 (2020年)	・周辺地域だけでなく、町全体の生活を支えるうえでなくてはならない施設 ・森町のコミュニティ維持に必要な施設 ・町内だけでなく町外からも人やモノを呼び込み、町の活力を高める施設	・立地適正化計画作成の手引きの中に在宅系介護施設が拠点に必要な機能として例示されていることを記載	2010年	2010年
	掛川市 (2018年)	・人口が十分確保された地域での立地を促進する必要がある施設	・用途地域外で立地している施設がありますが、新たな施設の立地の際には、人口が十分確保された地域での立地を促進する必要がある	2015年	2015年
	浜松市 (2019年)	・生活サービス機能の向上や維持を図れる機能	記載なし	2015年	2020年
	袋井市 (2018年)	記載なし	記載なし	2020年	2015年

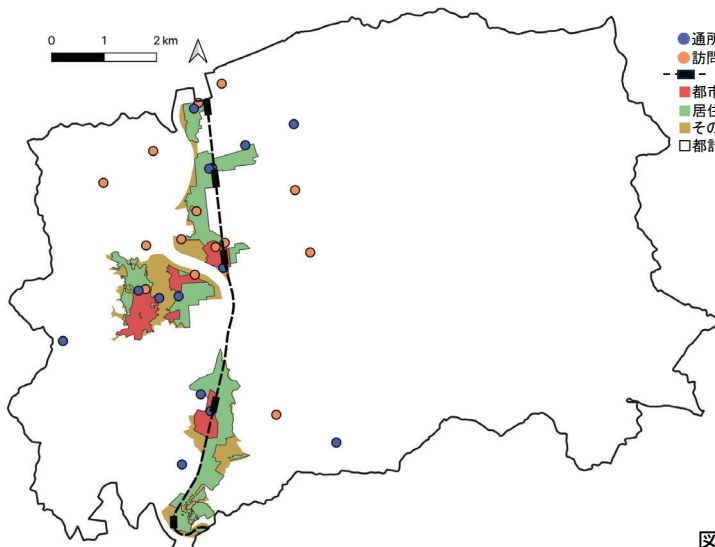


図-5 伊豆の国市の2015年の立地状況と立適の区域

いるのは伊豆の国市と沼津市だが、沼津市は通所介護、訪問介護ともに、床面積が3,000㎡を以上のものを対象としており、これらが通所介護、又は訪問介護単独で整備される場合には誘導施設には該当せず、要件を満たす施設はほとんどないと考えられる⁶⁾。全ての訪問介護を誘導施設として位置付けているのは伊豆の国市のみとなっている。伊豆の国市の立地状況を見ると、通所介護は2施設が都市機能区域、7施設が居住区域、15施設がその他都計区域及び都計区域外に立地し、訪問介護は2施設が都市機能区域、5施設が居住区域、6施設がその他都計区域及び都計区域外に立地し、通所介護、訪問介護ともに都市機能区域での立地は限られている(図-5)。伊豆の国市では、立適の中で誘導施設を「都市機能の維持を図る誘導施設」と「都市機能を改善・向上する誘導施設」とに分類し、通所介護、訪問介護は後者に該当するものとして位置付けており、誘導施設に位置付けることにより、都市機能区域外に大部分が立地している通所介護、訪問介護を都市機能区域に誘導し、

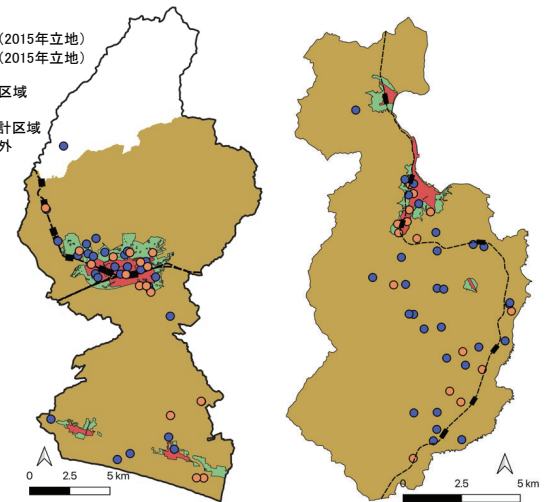


図-6 掛川市の2015年の立地状況と立適の区域 図-7 伊東市の2015年の立地状況と立適の区域

都市機能機能の向上を図ろうとしている。

通所介護のみを誘導施設として位置付けているのは5自治体で、通所介護と訪問介護の両方を位置付けている自治体よりも多い。通所介護は利用者が通い、直接利用する施設であり、また、『都市計画運用指針』に老人デイサービスセンターとして通所介護が位置付けられているが、訪問介護は、利用者が直接利用する施設ではなく、利用者にとっての利便性は求められず、また、『都市計画運用指針』や『立地適正化計画の手引き』でも訪問介護を特定しての記述は見られないため、誘導施設への位置付けは少ないと考えられる。通所介護のみを誘導施設として位置付けている掛川市での施設の立地状況を見ると、通所介護は12施設が都市機能区域、12施設が居住区域、15施設がその他都計区域、1施設が都計区域外に立地し、訪問介護は4施設が都市機能区域、4施設が居住区域、8施設がその他都計区域に立地し、都計区域外の立地はない(図-6)。通所介護、訪問介護ともに都市機能区域での立地が多いが、通所介護は誘

表-4 誘導施設として通所介護、訪問介護の位置付けのない自治体での立適の記載

誘導施設	自治体名 (策定年)	居住区域の考え方	通所介護、訪問介護の個別記載	3時点での施設数のピーク	
				通所介護	訪問介護
通所 介護 ・ 訪問 介護 共に 位置 付け なし	伊東市 (2023年)	・市民の生活利便性やコミュニティの維持ができるよう都市機能を確保するために、人口密度を維持する区域	・立地適正化計画作成の手引きの中に在宅系介護施設が拠点に必要な機能として例示されていることを記載 ・利用者の送迎がある等、立地場所による利用者への影響は少ないと考えられるため誘導施設としない	2020年	2020年
	磐田市 (2018年)	・人口密度が高く生活サービス施設の維持が可能となる利用者が確保されている区域	・都市計画運用指針の中に通所介護が誘導施設として例示されていることを記載 ・送迎による利用を基本とした施設のため、誘導施設としない	2020年	2015年
	菊川市 (2021年)	・生活サービス施設等の維持が可能となる利用者が確保されている、一定以上の人口が集積している区域	・立地適正化計画作成の手引きの中に在宅系介護施設が拠点に必要な機能として例示されていることを記載 ・施設利用にあたっては車での送迎を基本としていること、市域全域で高齢化の進展が見込まれていることから…(略)…市内各地に分散して配置されることが望ましい	2015年	2020年
	藤枝市 (2018年)	・医療、福祉、商業などの生活サービス機能の持続的な確保が可能な人口密度がある区域	・都市計画運用指針の中に通所介護が誘導施設として例示されていることを記載 ・高齢者が安心して、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、市内の各地域に立地するべき施設であるため、誘導施設とはしない。	2020年	2015年
	裾野市 (2019年)	・高齢者等が、できる限り長く住み慣れた地域で安心して暮らすことができるように、地域の支え合いによる福祉を推進し、市街地との連携による生活利便性・コミュニティを維持	・都市計画運用指針の中に通所介護が誘導施設として例示されていることを記載 ・各地域に必要な機能として誘導施設には位置づけない	2015年	2020年
	静岡市 (2017年)	・住む人が便利に暮らせるよう、生活に必要なサービスの維持を図る区域	・全域的に広く配置することが望ましい施設	2020年	2020年
	三島市 (2019年)	・高齢者・障がいを持った方が暮らしやすい良好な居住環境づくり ・「地域包括ケアシステム」を構築し、超高齢社会における高齢者が安全・安心に住みやすく、利便性が向上した良好な居住環境づくりを推進	記載なし	2015年	2015年
	富士市 (2019年)	・一定の人口密度を維持し、利便性の高い公共交通と生活利便施設の立地を維持する区域	記載なし	2020年	2015年

導施設として位置付けることにより都市機能区域への誘導が図られているが、訪問介護は誘導施設として位置付けず、既存の立地を継続することが企図されている。

誘導施設として位置付けていない自治体では居住区域での通所介護、訪問介護の立地を想定しているため、居住区域をどのように捉え、どのような考えの下で誘導施設として位置付けない選択をしたか、立適での居住区域の考え方と通所介護、訪問介護の個別記載を抽出し、併せて立適策定前の通所介護、訪問介護の立地状況を分析した。誘導施設として位置付けていない8自治体のうち伊東市、磐田市、菊川市、藤枝市、裾野市、静岡市では、居住区域を「生活利便性・コミュニティを維持」のようにサービスの維持に記述を留めるものと、「都市機能を確保するために人口密度を維持する区域」のように人口密度の維持について記述をしているものと様々ある(表-4)。個別施設としての通所介護、訪問介護については、誘導施設として位置付けていないにも関わらず、5自治体で『都市計画運用指針』又は『立地適正化計画の手引き』で誘導施設と位置付けることが例示されていることを示した上で、「利用者の送迎がある等、立地場所による利用者への影響は少ない」、「各地域に必要な機能」として、誘導施設には位置付けないことを記述している。また、三島市では、居住区域で地域包括ケアシステムの構築を目指し、「高齢者が安全・安心に住みやすく、利便性が向上した良好な居住環境」の形成を目指しているため、誘導施設として位置付けてはいない。立適策定前の2015年の立地状況を伊東市を例に見ると、都市機能区域内には通所介護は2施設が都市機能区域、1施設が居住区域、26施設はその他都計区域に立地し、訪問介護は7施設が都市機能区域、1施設が居住区域で15施設がその他都計区域

に立地している(図-7)。他の自治体でも同様の傾向が見られ、既に都市機能区域外で形成されている立地を継続させることを前提として、誘導施設に位置付けないという選択がされていると考えられる。

通所介護又は訪問介護を誘導施設として位置付けているのは半数未滿で、誘導施設として位置付けている自治体でも通所介護のみを位置付けているものが多く、訪問介護を位置付けているのは1自治体に留まる。誘導施設に位置付けている自治体は『都市計画運用指針』や『立地適正化計画の手引き』を引用しながら位置付けの必要性を示し、都市機能区域の利便性を高めるために、既に都市機能区域外で展開されている立地の集約を図ろうとしている。位置付けていない自治体では、施設の特異性を重視するという考えの下、既存の都市機能区域外の施設立地を維持しようとしている。

5. 立地の変化と立適

(1) 分析の方法

本章では、ピークアウト前からピークアウト初期にかけての立地動態と、ピークアウト初期における誘導施設の位置付けの影響を明らかにするため、2節で2010年から2020年までの4区域ごとの75歳以上人口の変化と立地数の変化を分析し⁽⁷⁾、3節で4区域に通所介護、訪問介護の立地数の変化を、4節では4区域での施設の継続性と新陳代謝の関係を、誘導施設の位置付けの有無から比較分析した。

(2) 75歳以上人口と立地区域の関係

ピークアウト自治体では、通所介護、訪問介護ともに2010年から2020年にかけて75歳以上人口は増加又は横ばいとなっており、ニーズが減少する前にピークアウトが始

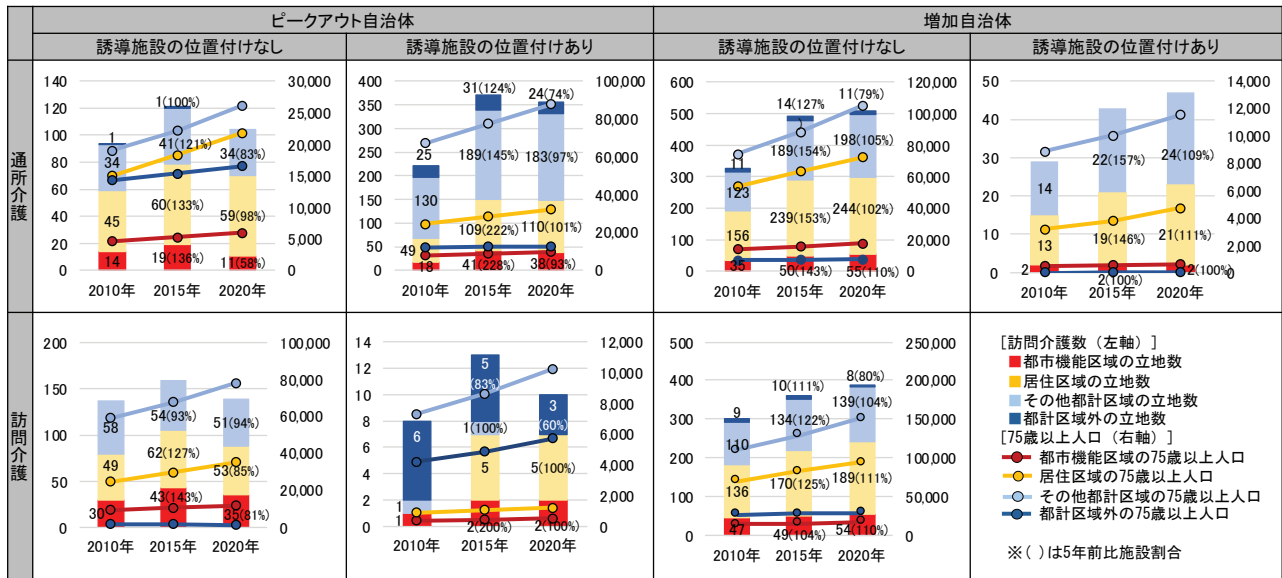


図-7 4区域毎の施設数の推移と75歳以上人口の関係

まっている(図-7)。75歳以上人口は、訪問介護のピークアウト自治体、誘導施設の位置付けありを除いて、居住区域とその他都計区域に多く分布し、これらの地域では2010年から2020年まで常に増加している。通所介護、訪問介護も居住区域とその他都計区域に多くが立地し、居住区域では、ピークアウト自治体は通所介護、訪問介護ともに誘導施設の位置付けの有無にかかわらず減少又は微増だが、増加自治体では増加している。その他都計区域では、ピークアウト自治体では通所介護、訪問介護ともにいずれの場合でも減少し、増加自治体ではいずれの場合でも増加している。

都市機能区域の外側の居住区域やその他都計区域で75歳以上人口が増加し、通所介護、訪問介護も都市機能区域外に多くが立地し、都市機能区域に通所介護、訪問介護を集約させることはサービス提供にあたっての非効率をもたらす可能性が高く、誘導施設の位置付けにあたっては慎重な検討が必要となる。

(3) 4区域間での立地の変化

ピークアウト自治体で誘導施設の位置付けがある場合は、2010年から2015年まで4区域全てで増加の後、2015年から2020年にかけて通所介護では都計区域外、その他都計区域、都市機能区域で、訪問介護では都計区域外、その他都計区域で施設数が減少している(図-7)。ピークアウト自治体で誘導施設の位置付けがない場合でも、通所介護、訪問介護ともに2015年から2020年にかけて4つの区域全てで施設数は減少している。誘導施設の位置付けの有無からピークアウト自治体の都市機能区域の施設数を見ると、誘導施設の位置付けがある場合、通所介護の2020年の5年前比施設割合は5年前比93%であるのに対し、誘導施設の位置付けのない場合は58%となり、誘導施設の位置付けがある場合の訪問介護の2020年の施設数は5年前比100%であるのに対し、位置付けのない場合は81%となり、誘導施設の位置付けがある場合には、施設数は減少するものの都

市機能区域での減少は少ない。

ピークアウト自治体のピークアウト初期には、施設数は通所介護、訪問介護ともに4区域全てで増加することはない、減少又は変化なしとなっており、集約を図ろうとしている都市機能区域でも施設数は減少している。しかし、誘導施設を位置付けている自治体の都市機能区域の5年前比施設割合は他の区域よりも高く、誘導施設として位置付けることにより、都市機能区域での施設の減少を抑制できる可能性がある。

(4) 施設の継続と新陳代謝

2015年、2020年の直近5年間の継続率と新陳代謝率の変化を比較すると、通所介護は誘導施設の位置付けの有無にかかわらず継続率よりも新陳代謝率の方が低下しているものが多いのに対し、訪問介護では誘導施設の位置付けの有無にかかわらず、新陳代謝率よりも継続率の方が低下しているものが多い(図-8)。それぞれの施設ごとに詳細を見ると、通所介護の誘導施設の位置付けありでは、ピークアウト自治体は4区域共通して継続率の低下は10%未満である一方で、新陳代謝率は20%以上低下している。誘導施設の位置付けなしでは、大部分が継続率、新陳代謝率ともに低下し、特にピークアウト自治体の都市機能区域を除いて新陳代謝率の低下が継続率の低下を上回っている。

訪問介護の誘導施設の位置付けありでは、比較が可能な都市機能区域と都計区域外では新陳代謝率の減少はなく、継続率のみが減少している。誘導施設の位置付けなしでは、ピークアウト自治体、増加自治体ともに、都市機能区域と都計区域外で新陳代謝率の変化は5%であるにもかかわらず継続率は10%以上減少している。

ピークアウト初期、又は施設数が増加していても増加量が減少した時期では、立地動態は通所介護と訪問介護とで異なっている。通所介護は、既存施設が概ね7割以上の水準で継続しながら、新設による新陳代謝が少なくなることに伴うピークアウトであり、特に誘導施設の位置付けがあ

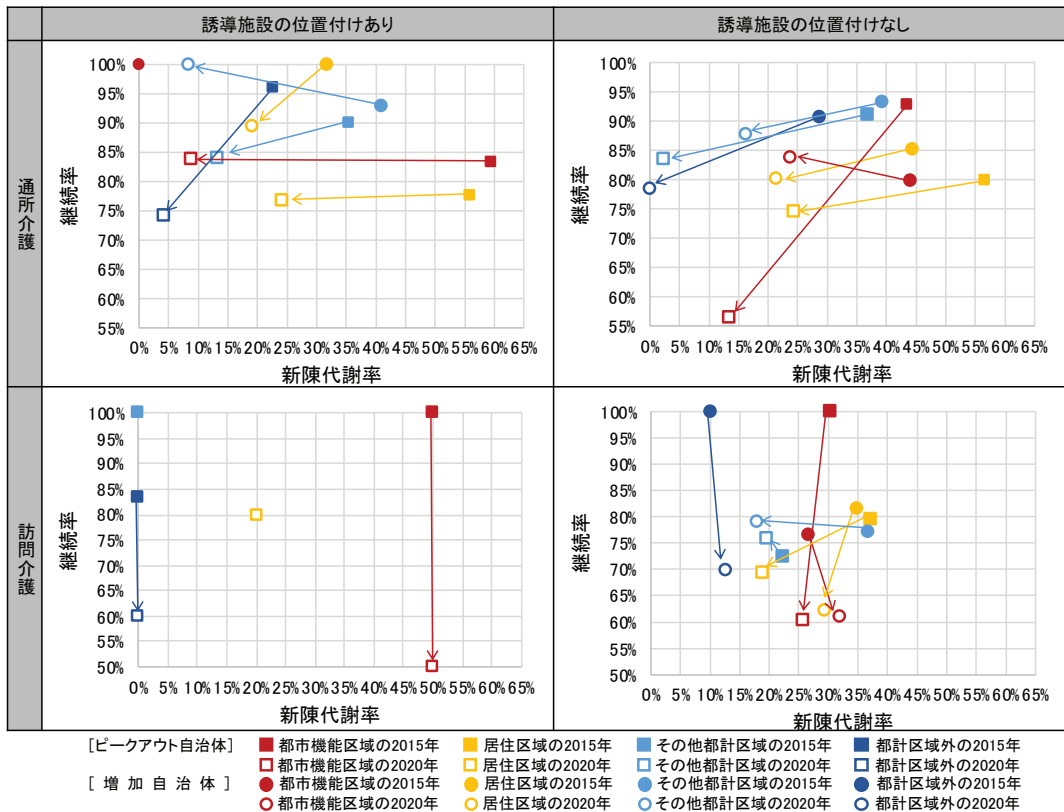


図8 直近5年間での新陳代謝率と継続率の変化関係

る場合はその傾向が顕著で、誘導施設の位置付けが既存施設の継続につながっている可能性がある。一方で、訪問介護は、新陳代謝の変化は少なく、既存施設の継続率が低下することに起因するピークアウトとなっていた。

6. 都市機能区域境界からの距離と新陳代謝

都市機能区域外での立地が新陳代謝によってどのように変化しているかを明らかにするため、廃止される施設の都市機能区域境界からの距離の分布と新設される施設の都市機能区域境界からの距離の分布を、2015年、2020年の両時点で新設・廃止がそれぞれ10施設以上発生している静岡市、浜松市を対象として分析した。

静岡市では、通所介護は2015年・新設は3.95kmに第4分位点があるのに対し、2015年・廃止は2.86kmにあり、廃止よりも新設の方が都市機能区域境界から離れた地域に分布し、立地地域は都市機能区域から離れた地域へと拡大している(図-9)。このような傾向はピークアウト初期を迎えた2020年にも継続している。訪問介護は、2015年では第3分位点、第4分位点ともに新設の方が廃止よりも遠く、都市機能区域から離れた地域へと施設の分布は拡大している。しかし、2020年は廃止よりも新設の方が第4分位点は低く、新陳代謝の中で廃止よりも新設の方が都市機能区域に近い地域へと施設の分布が縮小へと変化している。

浜松市では、通所介護は2015年には新設の方が廃止よりも第3、第4分位点ともに都市機能区域から離れているが、2020年には廃止の方が第4分位点は高くなり、廃止よりも新設の方が都市機能区域に近い立地が形成されている

のような時期には新設・廃止による新陳代謝の中で都市機能区域から離れた地域へと立地は拡大していった。しかし、施設総数がピークアウト初期になると、より都市機能区域に近い地域での立地へと変化し、この傾向は通所介護よりも訪問介護で顕著であった。

訪問介護は通所介護よりも施設立地に必要な人口圏が大規模なことが報告されている⁽⁸⁾。この報告を踏まえ、訪問介護の方が新陳代謝の中で都市機能区域に近い立地が形成されていることを考察すると、立地に必要な人口圏が大規模な訪問介護は新陳代謝の中で都市機能区域に近い地域で

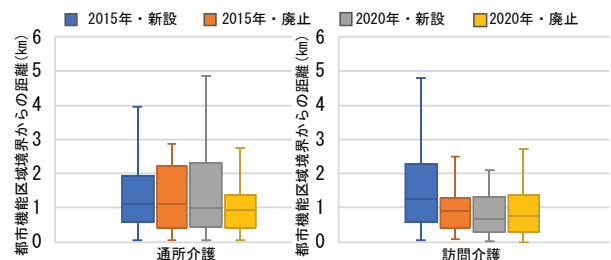


図9 静岡市の都市機能区域外での新設・廃止の都市機能区域境界からの距離の分布

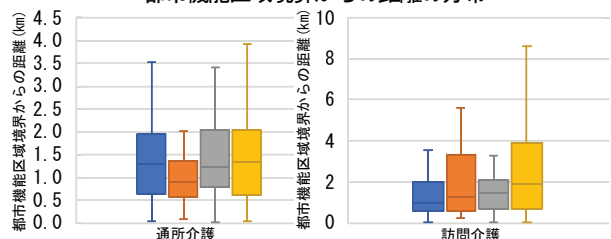


図10 浜松市の都市機能区域外での新設・廃止の都市機能区域境界からの距離の分布

(図-10)。訪問介護では、2015年、2020年ともに第3、第4分位点ともに新設より廃止の方が遠くなり、廃止よりも新設の方が都市機能区域に近い立地となっている。

これら2つの都市の事例から、2015年時点では廃止よりも新設の方が都市機能区域よりも遠距離に立地し、また、訪問介護よりも通所介護の方が遠距離に立地する傾向が見られた。2015年までは施設総数が増加した時期であり、そ

の立地へと集約化が図られやすいのに対し、人口圏が小規模な通所介護はニーズに対してきめ細やかに対応した立地となるために、都市機能区域に近い地域への集約化が図られにくくなっていると考えられる。

7. ピークアウト初期の通所介護・訪問介護の立地動態と誘導施設として位置付けの効果

通所介護、訪問介護について、施設総数がピークアウト初期自治体での立地動態と立適上の位置付けを分析し、以下の3点が明らかとなった。

- (1) ピークアウト初期には施設総数は減少し、その要因は通所介護では新陳代謝率の低下が、訪問介護では継続率の低下が大きく影響しており、ピークアウト初期における施設減少であっても通所介護と訪問介護では減少要因は異なっていた。
- (2) 立適での誘導施設への位置付けを行っている自治体は半数未満で、位置付けを行っている自治体でも通所介護のみを位置付けている場合が多い。誘導施設としての位置付けを行っていない理由としては、送迎があるから集約の必要性がない、日常生活に必要な施設のため集約を図るべきではないという施設固有の特性が多く自治体で挙げられていた。加えて、位置付けを行っていない場合には、ピークアウト初期において都市機能区域外に立地が拡大することはなく、誘導施設の位置付けを行わない場合でも都市機能区域外では通所介護、訪問介護ともに施設数は減少し、また施設の新陳代謝の中で都市機能区域外ではあるものの都市機能区域に近い地域への立地へと緩やかな集約が進行し、このような緩やかな集約は訪問介護よりも通所介護で発生しやすい。
- (3) 誘導施設として位置付けている場合には、ピークアウト自治体で通所介護、訪問介護ともに都市機能区域での施設の減少が他の3区域よりも少なく、誘導施設として位置づけることで、ピークアウト期の都市機能区域での施設の減少が抑制され、他の区域では施設の減少が進行し、結果として都市機能区域への施設の集約が図られたということにつながる可能性がある。

立適で通所介護、訪問介護を誘導施設として位置付けるかどうかは各自治体の判断となるが、位置付けない場合でも新陳代謝と民間事業者による自由意思の立地の下で、都市機能区域に近い地域へと徐々に変化する可能性があること、また、位置付ける場合には都市機能区域での施設の減少幅が他の3区域と比べると抑制されながら結果的に集約化が図られる可能性があることに留意した上で、それぞれの自治体の75歳以上人口の推計と施設立地のあり方を丁寧に検討していく必要がある。なお、誘導施設への位置付けを行う場合の誘導施策の検討に当たっては、通所介護と訪問介護とで減少の要因は異なることに留意し、それぞれに対し適切な施策を検討する必要がある。

本研究は2010年から2020年にかけての変化から、通所

介護、訪問介護のピークアウト初期について得た知見である点に研究の限界があり、今後さらに直近の時点を追加し、ピークアウト期における通所介護、訪問介護の立地動態についての継続的な研究の蓄積が必要となる。

【謝辞】

本研究の一部は東京大学 CSIS 共同研究(No.1271)による成果です(平成 22、27 年地域メッシュ統計(シンフォニカ提供))。記して感謝の意を表します。

【補注】

- (1) 通所介護のうち定員が 18 人以下のものは 2016 年から地域密着型通所介護と分類されているが、利用者に通所サービスを提供するという点では共通しているため、2020 年の通所介護は通所介護と地域密着型通所介護の双方を含んでいる。
- (2) 静岡県は、通所介護と訪問介護の合計では、2000 年の 465 施設から 2015 年の 2010 施設まで増加し、その後減少に転じ、2020 年には 1954 施設となっている。内訳では、通所介護は 2015 年まで増加したのち減少に転じたが、訪問介護は 2015 年まで増加し、その後、5 年前比 1.03 倍の微増となっている。
- (3) 国土交通省ホームページ⁸⁾で立地適正化計画区域の GIS データが公表されている自治体を対象とした。
- (4) 2020 年 4 月以降は緊急事態宣言等のコロナ禍の影響を受け、介護施設数は変化したと考えられるが、本研究は 2020 年 4 月 1 日時点のデータを用いているためコロナ禍の影響はほとんどないと考え分析を進めた。
- (5) 介護ニーズの推計にあたっては 75 歳以上人口を元に推計することが妥当である点が指摘されており⁹⁾、本研究では介護ニーズの代替指標として 75 歳以上人口を用いた。
- (6) 沼津市は訪問介護のうち特定用途との複合のものでかつ床面積が 3,000 m² 以上のものを誘導施設としているが、そのような条件を満たす大規模な訪問介護は少ないため、5 章以降の分析では沼津市の訪問介護は誘導施設の位置付けなしとして扱った。
- (7) 本研究では 2010 年から 2020 年の間の立地動態を分析しており、15 自治体のうち伊東市は立適の策定が 2023 年であるために 2020 年までの立地動態に立適は影響していない。しかし、伊東市は通所介護、訪問介護ともに誘導施設として位置付けていないため、立適策定のタイミングに関わらず誘導施設の位置付けがない場合の、民間事業者の自由意思による立地における施設の継続、新陳代謝のサンプルとしては適していると捉え、分析対象とした。
- (8) 4 区域毎の 75 歳以上人口は 3 次メッシュでの 75 歳以上人口を基本とし、3 次メッシュ内での 4 区域の面積比から按分して算出した。
- (9) 通所介護は施設の立地する確率が 50%となる人口規模が 6,500 人、80%となる人口規模が 9,500 人であるのに対し、訪問介護は 50%が 22,500 人、80%が 27,500 人とされ¹⁰⁾、1 施設当たりの立地に必要な人口規模が訪問介護の方が多い。

【参考文献】

- 1) 国土交通省都市局都市計画課(2024),「立地適正化計画の手引き【基本編】」
- 2) 野澤千絵・饗庭伸・讃岐亮・中西正彦・望月春花(2019.10),「立地適正化計画の策定を機にした自治体による立地誘導施策の取り組み実態と課題—立地適正化計画制度創設後の初動機への取り組みに関するアンケート調査の分析—」,日本都市計画学会都市計画論文集 54 巻 3 号, pp.840-847
- 3) 渡辺哲也・丸岡陽・松川寿也・中出文平(2020.10),「都市機能誘導区域の設定経緯に関する研究—主に用途地域との関係に着目して—」,日本都市計画学会都市計画論文集 55 巻 3 号, pp.490-497
- 4) 山口邦雄(2023.10),「立地適正化計画の運用による誘導施設等の立地変化と開発・建築主の意識に関する研究—地方線引き都市・秋田市を対象として—」,日本都市計画学会都市計画論文集 58 巻 3 号, pp.1328-1335
- 5) 岡野圭吾・小松崎諒子・片山茜・谷口守(2019.10),「人口減少都市における拠点での施設立地の実態—都市機能誘導区域のあり方を考える—」,日本都市計画学会都市計画論文集 54 巻 3 号, pp.508-515
- 6) 姥浦道生(2019.9),「立地適正化計画と介護保険事業計画の計画間調整の実態と課題に関する研究」,日本建築学会大会学術講演梗概集(都市計画), pp.661-664
- 7) 山口行介・饗庭伸(2024.10),「通所系・訪問系介護事業所の立地地域の時系列的変遷—八王子市における介護保険法施行以前から 2020 年までの変化を対象として—」,日本都市計画学会都市計画論文集 59 巻 2 号, pp.320-330
- 8) 国土交通省,都市計画決定 GIS データ 全国データダウンロードページ, https://www.mlit.go.jp/toshi/tosiko/toshi_tosiko_k0.000087.html, 2025 年 3 月 1 日最終確認
- 9) 西野辰哉(2016.3),「2010 年介護保険関連施設利用者率からみた 2025 年改革モデルの検証とその定量的整備指標の応用可能性」,日本建築学会計画系論文集第 81 巻第 721 号, pp.559-567
- 10) 国土交通省(2024.8),「令和 6 年度版国土交通白書」, pp.29