

Working Paper No.66

介護予防・日常生活支援総合事業における
供給構造の転換をもたらす地域特性

相浦 洋志

2026年3月

南山大学
経済学会

介護予防・日常生活支援総合事業における 供給構造の転換をもたらす地域特性*

相浦 洋志[†]

2026年3月4日

概要

本稿は、介護予防・日常生活支援総合事業における多様な担い手への供給構造転換が、どのような地域特性と関連するかを市町村別データで実証分析する。制度は市町村に広範な裁量を認め、専門職中心から住民主体等への再編を企図するが、実際には従前相当サービスの利用が高止まりしている。そこで財政要因、供給要因、需要要因の三側面から仮説を設定し、トービットモデルにより制度の転換をもたらす地域特性を検証する。分析の結果、総合事業における供給構造の転換は、単一の要因によるものではなく、財政条件、既存供給体制、人口構成といった複数の地域特性が複合的に作用した結果として形成されていることが示唆された。これは、多様な担い手の参画という理念が、地域間で非対称的に実現され得ることを意味しており、裁量の拡大が必ずしも均質な制度効果をもたらすわけではないことを示唆している。

キーワード：公的介護保険

JEL 分類コード：H75, R53

1 はじめに

日本の介護保険制度は、急速な高齢化の進展と給付費の増大という構造的課題の下で、制度の持続可能性と給付の質の確保をいかに両立させるかという問いに直面してきた。とりわけ、軽度要介護者に対する予防給付のあり方は、財政制約と自立支援理念の双方の観点から再検討の対象となり、その帰結として導入されたのが介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）である。本稿は、この総合事業における制度理念と実施実態との関係に着目し、地域レベルでの供給構造の転換が、いかなる地域特性と関連しているのかを検討するものである。

*本稿は JSPS 科研費 25K05064 及び公益財団法人シキシマ学術・文化振興財団の助成を受けたものである。

[†]南山大学経済学部, E-mail: aiura@nanzan-u.ac.jp

本稿で対象とする総合事業は、平成24年度に導入された介護予防・日常生活支援総合事業¹を基礎として、平成26年（2014年）の介護保険法改正において地域支援事業の一環として制度化・拡充されたもの²である。厚生労働省 老健局（2015）「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」では、保険者である市町村が中心となり、地域の実情に応じて多様な主体の参画を得ながら、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援体制を構築することを目的とする制度と位置付けている。

本制度が拡充・本格実施された背景には、2010年代前半に本格化した「社会保障と税の一体改革」と、それを踏まえて平成25年（2013年）に成立した「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」がある（中村秀一，2021）。急速な高齢化と医療・介護給付費の増大のもとで、社会保障制度の持続可能性を確保することが政策課題となり、給付の重点化・効率化が求められた。介護保険制度においては、とりわけ軽度者への給付のあり方が見直しの対象となり、従来、全国一律基準で実施されていた予防給付のうち訪問介護および通所介護が、市町村が実施主体となる事業へと再編された³。

厚生労働省 老健局振興課（2014）「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」によると、総合事業の制度設計上の特徴は次の3つに整理できる。第一に、サービス内容や単価設定等について市町村に広範な裁量が認められた点である。第二に、専門職による公的給付を中心とした供給構造を見直し、(a) 有資格でない雇用労働者⁴の活用を可能にするとともに、(b) 地域住民やボランティア等の主体的参画を制度的に位置づけることで、多様な担い手によるサービス供給体制を構築した点にある。第三に、こうした制度的枠組みに加え、一定期間の集中的介入によって生活機能の改善と自立を促す短期集中型の介護予防サービスも採用している点である。これらの制度設計の下で、総合事業における訪問型・通所型サービスは、概ねサービスAからDまでの四つの類型として整理されており、従来の介護予防給付に相当するサービスを基準緩和のもとで提供するサービスA（緩和型）、住民主体の活動やボランティア等が中心となって生活支援や交流の場を提供するサービスB（住民主体型）、専門職が一定期間集中的に介入し生活機能の改善

¹厚生労働省（2012）「平成23年介護保険法改正について」

²厚生労働省（2014）「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要」

³厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会（2013）「第43回社会保障審議会介護保険部会資料」

⁴ただし、市町村による最低限の研修を必要とする。

を図るサービス C（短期集中型）、さらに移動支援等により日常生活を補完するサービス D（支援型）から構成される。これら四類型のうち、サービス A は専門職中心の供給構造を再編し、有資格でない雇用労働者を介護の担い手として位置づけ得るよう基準を緩和した類型であり、サービス B 及び D は地域住民やボランティア団体等が主体となる点に特徴がある。他方、サービス C は専門職による短期集中型介入を制度的に位置づけたものであり、生活機能の改善と自立支援という第三の特徴を具体化する類型といえる。

このような制度設計は、論理的には次のような因果メカニズムを想定していると考えられる。第一に、サービス内容や単価設定について市町村に裁量を認めることで、地域の人口構造や人的資源の制約に応じた柔軟な事業設計が可能となり、限られた介護資源の配分効率が高まる。とりわけ、専門職が担うべき高度な介護サービスと、地域住民や民間主体が担い得る生活支援的サービスとを再編成することにより、介護人材の専門性をより適切に活用する体制が構築される。第二に、こうした供給構造の再編と短期集中型の予防モデルの下で、早期かつ多様な予防的介入が促進され、要介護認定への移行確率の低下が期待される。第三に、これらの資源再配分と予防効果の累積を通じて、中長期的には給付費の伸びが抑制される可能性がある。

しかしながら、総合事業においては、従前の介護予防訪問介護・通所介護に相当する「従前相当サービス」も引き続き実施可能とされている。制度移行に伴う影響を緩和する措置として位置づけられたこの枠組みの下で、制度理念が想定した供給構造への転換は、必ずしも十分に進展しているとは言い難い。厚生労働省による令和 5 年度「介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況」によれば、総合事業におけるサービス利用者のうち「従前相当サービス」を利用している割合は、訪問型で 73 %、通所型で 78 %を占めている。これらの数値は、多様な担い手によるサービスへの転換がなお限定的である可能性を示唆している。その上、なぜ市町村間で転換の進展度に差異が生じているのか、その規定要因については十分な実証分析が行われているとは言い難い。制度設計が想定する供給構造の再編は、自動的に実現されるものではなく、地域の人口構造、介護資源の分布、財政状況等の条件に依存すると考えられる。

以上を踏まえ、本稿は、制度効果そのものを直接検証するのではなく、その前提となる供給構造の転換に着目する。具体的には、公的介護保険を運営する保険者別クロスセ

クッションデータを用いて、サービス A・B・D といった多様な担い手によるサービスの推進度合いと関連する地域特性を実証的に分析する。多くの市町村において当該サービスの利用実績がゼロであることから、従属変数は左側でゼロに打ち切られた非負連続変数となる。この点を踏まえ、本稿ではトービットモデルを用いて推定を行う。説明変数の選定にあたっては、地域特性を需要要因、供給要因、財政要因の三側面から整理を行う。

本稿の構成は以下の通りである。第 2 節では、本稿の分析枠組みを提示し、財政要因・供給要因・需要要因の三側面から論理的仮説を導出する。第 3 節では、実証モデルの定式化と変数の定義を示し、トービットモデルを用いた推定方法について説明すると共に、使用データの出所および加工方法について述べる。第 4 節では、推定結果を提示し、仮説との整合性を検討する。最後に第 5 節で、本稿の分析結果を要約するとともに、その政策的含意および分析上の課題について論じる。

2 仮説

本稿では、公的介護保険を運営する保険者単位のクロスセクションデータを用いて、多様な担い手によるサービス（サービス A・B・D）の推進度合いと関連する地域特性を明らかにする。保険者は主として市町村であり、総合事業については各保険者に広範な裁量が認められている。総合事業における従来型サービスから多様な担い手によるサービスへの転換は、各保険者が置かれた地域の (1) 財政的要因、(2) 供給構造、(3) 潜在的な需要構造という三つの側面から規定されると考えられる。本節では、まず論理的な観点からこれらの側面が多様な担い手によるサービスの推進度合いに与える影響を考察し、それらを仮説として提示する。

2.1 財政的要因に基づく仮説

財政要因として、(1) 介護保険特別会計における財政圧力、(2) 一般会計を通じた制度実施能力という二つの経路を通じて多様な担い手によるサービスの推進度合いに影響を及ぼすと考えられる。

(1) 介護保険特別会計における財政圧力 要介護認定率が高い地域では、専門職による要介護サービスへの支出が増加する。これらの支出は短期的に代替困難である一方、総

合事業の予防領域には市町村裁量の余地が存在する。そのため、裁量の及ぶ予防領域において基準緩和型や住民主体型サービスを活用する誘因が高まると考えられる。

仮説 1. 要介護認定率が高い地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

また、保険料水準は給付費負担の大きさを住民に可視化する指標である。保険料が高い地域では、給付費抑制への政治的・財政的圧力が強まりやすく、予防領域でのコスト抑制策として多様な担い手の活用が進む可能性がある。

仮説 2. 介護保険料が高い地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

(2) **一般会計を通じた制度実施能力** 総合事業への移行は、研修の実施、住民組織との調整、事業設計の見直しなど一定の行政コストを伴う。財政力指数が高い自治体は、こうした移行コストを負担しやすく、制度実施能力が高いと考えられる。他方、財政力が低い自治体では、給付費抑制の必要性が強く、コスト削減動機から多様な担い手の活用を進める可能性もある。

仮説 3a (実施能力仮説) . 財政力指数が高い地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

仮説 3b (節約圧力仮説) . 財政力指数が低い地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

2.2 供給要因に基づく仮説

多様な担い手の活用は、地域における人的資源の利用可能性および既存供給構造に依存すると考えられる。

第一に、生産年齢人口の割合が高い地域では、潜在的な労働供給が相対的に豊富である。総合事業の多様な担い手によるサービスは、必ずしも高度な資格を要しないため、地域住民の参加を制度的に取り込みやすい。したがって、潜在的労働供給が豊富な地域ほど、多様な担い手の活用が進展する可能性がある。

仮説 4. 生産年齢人口の割合が高い地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

第二に、地域住民による高齢者支援活動の蓄積は、制度移行の基盤として機能する。既に住民主体の活動が活発な地域では、組織的基盤や社会関係資本が形成されており、供給構造転換に伴う調整コストが相対的に低い。

仮説 5. 地域住民による高齢者支援活動が活発な地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

第三に、専門職による要介護サービスの供給体制が既に充実している地域では、既存事業者の存在や制度的慣性により、供給構造の再編が進みにくい可能性がある。すなわち、専門職供給が豊富な地域では、従前相当サービスを維持する誘因が強く、多様な担い手への代替は相対的に抑制されると考えられる。

他方で、専門職供給が豊富な地域では、人材、組織運営能力、ノウハウといった余力資源が蓄積されている可能性がある。このような余力は、制度変更や環境変化への対応コストを吸収しうるため、当該地域は高い適応能力を有すると考えられる。その結果、供給構造の再編はむしろ進みやすいとも考えられる。

仮説 6a (抑制仮説) . 専門職による要介護サービスの供給体制が充実している地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは低いと予想される。

仮説 6b (余力仮説) . 専門職による要介護サービスの供給体制が充実している地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

2.3 需要要因に基づく仮説

多様な担い手の活用は、地域における潜在的な予防需要の厚みにも依存すると考えられる。

第一に、後期高齢者の割合が高い地域では、生活機能低下リスクが相対的に高く、予防サービスの潜在的対象人口が厚いと考えられる⁵。予防ニーズが大きい地域では、サー

⁵厚生労働省の介護保険事業状況報告によると令和7年(2025年)11月において、65歳以上75歳未満の前期高齢者のうち、要介護の認定を受けている人の割合は2.9%に対し、75歳以上の後期高齢者では22.2%であり、75歳以上の後期高齢者が予防サービスの潜在的対象になり得ると考えられる。

ビス提供体制を拡充する必要性が高まり、その一環として基準緩和型や住民主体型サービスの活用が進む可能性がある。

仮説 7. 後期高齢者の割合が高い地域ほど、多様な担い手による介護サービスの推進度合いは高いと予想される。

第二に、単身高齢世帯や高齢者夫婦のみ世帯の割合が高い地域では、家族による介護が相対的に限定される⁶。このため、生活支援的性格の強い在宅サービスへの依存度が高まり、多様な担い手によるサービスが拡充される可能性がある。

仮説 8. 単身高齢世帯や高齢者夫婦のみ世帯の割合が高い地域ほど、多様な担い手によるサービスの推進度合いは高いと予想される。

3 実証戦略

3.1 推定モデル

本稿では、多様な担い手によるサービスの推進度合いを示す指標として、四つの割合指標を用いる。具体的には、(1) 訪問型サービスの全実利用者数に占めるサービス A 実利用者数の割合、(2) 訪問型サービスの全実利用者数に占めるサービス B および D 実利用者数の割合、(3) 通所型サービスの全実利用者数に占めるサービス A 実利用者数の割合、(4) 通所型サービスの全実利用者数に占めるサービス B 実利用者数の割合である。これらの指標は、サービス種別（訪問型／通所型）と、担い手の性格（雇用労働者主体の基準緩和型／住民主体型）という二つの軸に基づき設定している。いずれも 0%以上 100%以下の割合変数である。なお、これらのデータは厚生労働省が実施している「介護予防・日常生活支援総合事業報告」に基づき、直近で公表されている 2023 年のデータを用いる。なお、実利用者数が公表されていない市町村については分析から除外し、介護保険事業を広域連合にて実施している市町村は、広域連合でひとつの市町村とみなし、広域連合単位で加重平均を行っている。

⁶清水昌人 (2023a) の分析では、都道府県別のクロスセクションデータにおいて世帯の家族類型が「その他」（単身、夫婦のみ、施設世帯以外）である割合と訪問介護の常勤換算従事者数との間に負の相関を示している。つまり、子供など同居している高齢者が多い地域ほど訪問介護サービスは利用されない傾向が示されている。清水昌人 (2023b) の分析では、5 年前との世帯の家族類型の変化に着目し、「子どもの同居等」への移行が施設サービスの供給が多い地域で促進され、訪問介護サービスの多い地域では抑制される傾向を示している。

表 1: 多様な担い手によるサービスの推進度合いを示す指標に関する度数分布表
訪問型 通所型

実利用者数割合	訪問型		通所型	
	サービス A	サービス B,D	サービス A	サービス B
0%	774 (52.5%)	1163 (79.0%)	742 (50.0%)	1240 (83.5%)
(0%,10%)	246 (16.7%)	134 (9.1%)	198 (13.3%)	90 (6.1%)
[10%, 20%)	83 (5.6%)	55 (3.7%)	107 (7.2%)	42 (2.8%)
[20%, 30%)	57 (3.9%)	31 (2.1%)	88 (5.9%)	31 (2.1%)
[30%, 40%)	38 (2.6%)	25 (1.7%)	59 (4.0%)	16 (1.1%)
[40%, 50%)	33 (2.2%)	16 (1.1%)	49 (3.3%)	18 (1.2%)
[50%, 60%)	24 (1.6%)	18 (1.2%)	34 (2.3%)	17 (1.1%)
[60%, 70%)	38 (2.6%)	9 (0.6%)	29 (2.0%)	8 (0.5%)
[70%, 80%)	33 (2.2%)	9 (0.6%)	29 (2.0%)	9 (0.6%)
[80%, 90%)	52 (3.5%)	1 (0.1%)	32 (2.2%)	4 (0.3%)
[90%, 100%)	25 (1.7%)	3 (0.2%)	29 (2.0%)	3 (0.2%)
100%	70 (4.8%)	9 (0.6%)	89 (6.0%)	8 (0.5%)
全階級	1473	1473	1485	1485

注: 括弧の中の割合は全階級度数に対する各階級度数の割合を示している。

出所: 厚生労働省 令和 4 年『介護予防・日常生活支援総合事業報告』を基に筆者作成

表 1 に示す各指標の度数分布を確認すると、いずれの指標についても実利用者数割合が 0% である保険者が多数を占めている。すなわち、多様な担い手によるサービスが導入・実施されていない市町村が相当数存在する。制度上はすべての市町村で実施が可能であることから、実利用者数割合が 0% であることは、潜在的な推進度合いが一定の閾値を下回っている結果と解釈できる。一方、実利用者数割合が 100% である保険者も一部であるが存在している。この場合、潜在的な推進度合いが一定の閾値を上回っている結果と解釈できる。

このような性質を踏まえ、本稿では各指標を左側でゼロに右側で 100 に打ち切られた潜在変数 Y_{ki}^* の観測値とみなし、トービットモデルを推定する ($k = 1, \dots, 4$)。

$$Y_{ki}^* = X_i \beta_k + \varepsilon_{ki}$$

$$Y_{ki} = \begin{cases} Y_{ki}^* & \text{if } 0 < Y_{ki}^* < 100 \\ 0 & \text{if } Y_{ki}^* \leq 0 \\ 100 & \text{if } Y_{ki}^* \geq 100 \end{cases}$$

ここで i は保険者を表す添え字である。 Y_{ki} は保険者 i における各推進度合い指標、 X_i は財政要因、供給要因、需要要因を含む説明変数ベクトルである。本稿はクロスセクション分析であるため、時間添え字は付していない。以下では、前節で提示した仮説に対応する各説明変数の定義および測定方法を示す。

財政要因 要介護認定率は、全高齢者のうち要介護認定を受けている者の割合によって測定する。介護保険料は、高齢者（介護保険第1号被保険者）の基準月額保険料を用いる。財政力指数は、自治体の財政力を示す指標として用いる。

供給要因 生産年齢人口の割合は、全人口に占める65歳未満人口の比率によって測定する。地域住民による高齢者支援活動の活発さは、高齢者人口当たりの「通いの場」の数によって測定する。「通いの場」は市町村が把握している住民主体の介護予防活動の場であり、地域住民による高齢者支援活動の活発さの代理変数と位置づける。専門職による要介護サービスの供給体制は、資格保有者数に関する統計が利用困難であるため、高齢者人口当たりの介護事業所数によって測定する。

需要要因 後期高齢者の割合は、65歳以上人口に占める75歳以上人口の比率によって測定する。本指標は公的介護保険の給付対象となる高齢者全体における介護予防の潜在的な需要者となり得る後期高齢者の相対的な厚みを示すものである。単身高齢世帯および高齢者夫婦のみ世帯の割合は、高齢世帯に占めるそれぞれの該当世帯の比率によって測定する。

以上の変数を用いて、多様な担い手によるサービス推進度合いを規定する各指標 Y_{ki} について個別に推定を行う。

3.2 データ

公的介護保険は原則として市町村単位で運営されているため、本稿では市町村を基本的な分析単位とする。ただし、複数の市町村が広域連合を構成し、介護保険事業を共同で運営している場合には、当該広域連合を一つの地域単位として扱う。その際、利用者数等の実数データについては構成市町村の合算値を用い、割合変数については必要に応じて加重平均を算出している。

多様な担い手によるサービス推進度合いを規定する各指標は、厚生労働省が実施している「介護予防・日常生活支援総合事業報告」におけるデータを用いる。具体的には、(1) 訪問型サービスの全利用者数に占めるサービス A 利用者数の割合、(2) 訪問型サービスの全利用者数に占めるサービス B および D 利用者数の割合、(3) 通所型サービスの全利用者数に占めるサービス A 利用者数の割合、(4) 通所型サービスの全利用者数に占めるサービス B 利用者数の割合である。直近のデータは 2023 年のものであるため、他の説明変数においても 2023 年のデータを用いる。ただし、単身高齢世帯および高齢者夫婦のみ世帯の割合は国勢調査に基づくため、2020 年のデータを用いている。

各説明変数の出所は以下の通りである。多様な担い手によるサービス利用者数および要介護認定率は厚生労働省「介護保険事業状況報告」に基づく。介護保険料は、厚生労働省報道発表資料「第 8 期介護保険事業計画期間における介護保険の第 1 号保険料及びサービス見込み量等について」に基づく。財政力指数は総務省「地方財政状況調査」に基づく。人口構成および世帯構造に関する変数は総務省「住民基本台帳人口要覧」および「国勢調査」に基づく。「通いの場」に関するデータは厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業報告」に基づく。

4 結果及び考察

これまでに説明したモデル及びデータを用いて、回帰分析をした結果が、2 である⁷。本稿の被説明変数は各サービス利用者数の割合であり、とりわけサービス B では観測値の 80%程度が 0 に集中している。このため本推定は、観測値そのものというよりも潜在的な利用割合に対する説明変数の影響を推定するものであり、係数の解釈にあたってはその点に留意する必要がある。また、疑似決定係数は最大でも 0.051 と大きくはないが、ゼロ値が多い割合データという構造上、説明可能な分散が限定されやすいことが影響していると考えられる。したがって、本結果は多様な担い手によるサービス展開に関連する要因の一部を示すものであり、未観測の制度運用要因や地域特性の影響も相当程度存在すると考えられる。

まず財政要因について見ると、介護保険料の係数はすべてのサービスで正の値を示し

⁷多重共線性の診断のため、説明変数間の線形依存関係を確認する目的で OLS により VIF を算出したところ、すべての変数で 4 未満であった。したがって、深刻な多重共線性は生じていないと判断される。

表 2: 回帰結果
訪問型

	訪問型		通所型	
	サービス A	サービス B,D	サービス A	サービス B
財政要因				
要介護認定率 (%)	1.124 (2.041)	-3.053** (1.251)	-1.136 (1.860)	0.249 (2.065)
介護保険料 (千円)	8.751 (6.565)	21.539*** (5.169)	10.545** (4.878)	10.770* (6.370)
財政指数	-0.004 (0.184)	0.293*** (0.102)	-0.379** (0.157)	0.341*** (0.132)
供給要因				
生産年齢人口割合 (%)	3.263*** (0.907)	1.811*** (0.663)	3.285*** (0.811)	1.563** (0.775)
「通いの場」数 (高齢者千人当たり)	-0.416 (0.695)	-0.468 (0.645)	-0.446 (0.544)	-0.851 (0.989)
通所介護事業所数 (高齢者千人当たり)			1.418 (2.919)	-7.753 (4.799)
訪問介護事業所数 (高齢者千人当たり)	8.730** (3.942)	-5.961** (2.659)		
需要要因				
後期高齢者割合 (%)	2.023** (1.022)	1.751** (0.832)	3.285*** (0.811)	1.343 (1.483)
独身世帯割合 (%)	-0.659 (0.563)	0.309 (0.417)	-1.815*** (0.402)	0.164 (0.684)
夫婦世帯割合 (%)	1.072 (0.759)	1.844** (0.859)	0.453 (0.587)	-0.129 (0.828)
定数項	-386.227*** (89.521)	-369.372*** (94.590)	-352.343*** (70.842)	-271.350*** (101.729)
疑似決定係数	0.028	0.051	0.010	0.030
観測数	1,473	1,473	1,485	1,485

Robust standard errors in parentheses

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

ており、訪問型サービス B・D では1%水準で有意、通所型サービス A では5%水準で有意である。一方、介護認定率の係数は、サービスごとに符号を含めて値が異なっている。したがって、給付費負担の大きさを住民に可視化する保険料については、給付費抑制に対する政治的・財政的圧力が強まりやすく、その結果、予防領域におけるコスト抑制策として多様な担い手の活用が進む可能性があると考えられる。他方で、要介護認定率が高く、要介護サービスへの支出依存度が高いからといって、多様な担い手の活用が進むとは限らないことが示唆される。また、財政力指数の係数を見ると、通所型サービス A では符号が負で5%水準で有意である一方、訪問型サービス B・D および通所型サービス B では符号が正で1%水準で有意となっており、対照的な結果が得られている。この背景として、訪問型サービス A および通所型サービス A は、有資格でない雇用労働者を担い手として位置づけ得るよう事業所設置基準を緩和したサービス類型であるのに対し、訪問型サービス B・D や通所型サービス B は、地域住民やボランティア団体等が主体となるサービス類型である点が考えられる。訪問型サービス B・D や通所型サービス B を促進するためには、住民組織との新たな調整が必要となり、一定の事務コストが追加的に発生すると考えられる。一方、訪問型サービス A や通所型サービス A においても、有資格でない雇用労働者への研修や基準緩和に伴う事務コストは生じるが、住民組織との新たな調整に比べれば、その負担は相対的に小さいと考えられる。したがって、財政力指数が高く、運営能力に余力のある地域ほど、住民組織との新たな調整を要する訪問型サービス B・D や通所型サービス B の潜在的な推進度合いを高める一方、財政力指数が低く、運営能力に余力のない自治体では、比較的低い行政コストで実施可能な通所型サービス A の潜在的な推進度合いを高めると考えられる。なお、訪問型サービス A については、財政力指数の係数の絶対値が他のサービスに比べて非常に小さく、介護保険料の係数も他のサービスよりやや小さく、有意ではない。このことは、訪問型サービス A の潜在的な推進度合いを高めることに対する財政的要因の影響が、供給要因や需要要因に比べて相対的に大きくないことを示していると考えられる。

次に、供給要因について検討する。生産年齢人口割合の係数は、すべてのサービスにおいて正であり、少なくとも5%水準で有意である。生産年齢人口割合が高い地域では、潜在的な労働供給が相対的に豊富であるため、多様な担い手の活用が進みやすいと考え

られる。とりわけ、雇用労働者を担い手として位置づけているサービス A において係数値が大きく、その傾向がより強く表れている。一方、ボランティア主体と位置づけられているサービス B・D では、健康な高齢者も担い手となり得る。そのため、生産年齢人口割合の影響はサービス A と比較して相対的に弱いと考えられる。この推測は訪問型サービス B,D における要介護認定率の係数が負で 5%水準で有意であることと整合的である。要介護認定率が低いということは、介護を必要としない高齢者が多いということであり、ボランティア主体と位置づけられているサービス B・D の担い手となり得るからである。「通いの場」数の係数は、すべてのサービスで負であるが、有意ではない。すなわち、多様な担い手による介護予防サービスの潜在的な推進度合いと、介護予防に関する住民主体の活動状況との間に明確な正の相関は確認されなかった。この結果は、自治体が介護予防サービスの枠組みにおいて住民組織と協働することの制度的・運営上の困難さを示唆している。介護事業所数の係数については、訪問型・通所型のいずれにおいても、サービス A では正、サービス B・D では負となっている。サービス A は事業所設置基準を緩和した類型であるため、既存の介護事業所にとっては、従来の人的・物的資源を活用しつつ、多様な担い手による介護予防分野へとサービスを拡大しやすいと考えられる。他方、サービス B・D は住民主体によるサービスであり、介護事業所にとっては代替的な関係に立つ。このため、介護事業所が多い地域ほど、これら住民主体型サービスへの転換は相対的に抑制される可能性がある。さらに、係数の有意性に注目すると、訪問型ではサービス A およびサービス B・D のいずれも 5%水準で有意であるのに対し、通所型ではサービス A・B ともに有意ではない。訪問型は利用者ごとに個別的・柔軟なサービス提供が可能であり、基準緩和への適応も比較的容易であると考えられる。そのため、既存事業所の存在といった供給側条件の影響が直接的に表れやすい。一方、通所型は集团的・施設型の性格が強く、提供体制の柔軟な再編が難しいため、既存事業所の構成がそのまま新類型への転換に結びつかない可能性がある。このことは、訪問型サービス A の潜在的な推進度合いにおいて財政的要因の影響が確認されなかった一方で、供給要因（とりわけ事業所数）が有意であったという結果と整合的である。すなわち、訪問型サービス A の展開は、財政制約よりも、既存事業所の対応能力や地域の供給構造により強く影響を受ける可能性が高いと考えられる。

最後に、需要要因について検討する。後期高齢者割合の係数は、すべてのサービスにおいて正であり、通所型サービス B を除き、5%もしくは1%水準で統計的に有意である。この結果は、後期高齢者の割合が高い地域ほど介護予防ニーズが大きく、それに対応するためサービス提供体制の拡充が求められ、多様な担い手によるサービスの潜在的な推進度合いが高くなる可能性を示唆している。夫婦世帯割合の係数については、通所型サービス D を除いて正の符号を示しており、訪問型サービス B および D においてのみ5%水準で有意である。一般に夫婦世帯は子どもからの支援を受けにくいと考えられることから、介護予防ニーズが相対的に高いと想定される。しかしながら、有意な結果は一部のサービスにとどまっており、統計的検出力も十分とはいえないため、この仮説を強く支持する結果とは言い難い。さらに、独身世帯割合の係数については、サービス A で負の符号を示しており、とりわけ通所型サービス A では1%水準で有意な負の関係が確認された。このことは、公的支援の必要性が高いと考えられる独身高齢者が多い地域ほど、多様な担い手による介護予防サービスの潜在的推進が阻害される可能性を示唆している。すなわち、自治体が介護予防ニーズに十分に対応できていない可能性がある。もっとも、独身高齢者に対するケアは専門的知識や経験を要する場合が多く、地域住民などの非専門的担い手では十分に対応できない可能性もある。その結果、これらの地域では従来型の公的介護予防サービスが中心的役割を担っていることも考えられる。したがって、本結果の解釈には慎重さが求められ、今後さらなる分析による検討が必要である。

以上の推定結果を仮説との対応関係から整理すると、仮説2、仮説4および仮説7は概ね支持され、仮説3aと3bおよび仮説6aと6bについてはサービス類型により結果が分かれた。仮説1および仮説5については明確な支持は得られなかった。また、仮説8のうち独身世帯割合に関する部分については、予想とは逆方向の有意な結果が一部で確認された。したがって、本稿で提示した論理仮説は部分的に支持されたものの、制度設計上想定されたメカニズムが一様に機能しているわけではないことが示唆される。ただし、本分析は潜在利用割合に対する条件付き相関を示すものであり、ここで得られた結果は因果関係を直接的に確定するものではない点には留意する必要がある。

5 おわりに

本稿は、介護予防・日常生活支援総合事業における供給構造の転換に着目し、市町村（広域連合を含む）単位のクロスセクションデータを用いて、多様な担い手によるサービス（サービス A・B・D）の推進度合いと関連する地域特性を実証的に分析した。制度設計上は、市町村に広範な裁量が付与されることで、地域の実情に応じた供給構造への転換が進むことが想定されているが、実際には市町村間で大きな差異が存在している。本稿は、この差異を財政要因、供給要因、需要要因の三側面から説明することを試みた。トビットモデルによる推定の結果、第一に、介護保険料が高い地域ほど多様な担い手によるサービスの潜在的な進捗度合いが高くなる傾向が確認され、給付費抑制に対する財政的・政治的圧力が予防領域での供給構造転換を後押ししている可能性が示唆された。第二に、供給要因として、生産年齢人口割合は一貫して正の影響を示し、潜在的労働供給の豊富さが多様な担い手の活用を支えている可能性が確認された。また、既存の介護事業所数はサービス類型によって異なる影響を与えており、基準緩和型サービス A とは補完的關係、住民主体型サービス B・D とは代替的關係にある可能性が示唆された。第三に、需要要因として、後期高齢者割合は概ね正の影響を示し、予防ニーズの厚みが供給体制の拡充を促している可能性が示された。他方、独身高齢世帯割合については一部で負の有意な結果が得られ、公的支援ニーズが高い地域ほど必ずしも多様な担い手によるサービスが展開しているとは限らないことが明らかとなった。以上より、総合事業における供給構造の転換は、単一の決定要因によるものではなく、財政条件、既存供給体制、人口構成といった複数の地域特性が複合的に作用した結果として形成されていることが示唆される。

これらの推定結果から得られる第一の政策的含意は、財政的圧力が供給構造転換の重要な誘因となっている可能性である。介護保険料が高い地域ほど、多様な担い手によるサービスの展開が進んでいるという結果は、給付費負担の可視化が制度運営に対する改革インセンティブを生み出していることを示唆している。これは、財政規律が単に支出抑制をもたらすだけでなく、供給体制の再編という制度的革新を促す契機となり得ることを意味する。第二に、供給構造転換は財政的必要性のみならず、地域の人的資源および既存供給体制に強く依存している。生産年齢人口割合が高い地域ほど多様な担い手の活

用が進んでいるという結果は、地域における潜在的労働供給の厚みが制度改革の実効性を左右することを示している。また、既存の介護事業所数がサービス類型によって補完的あるいは代替的に作用している点は、制度改革が既存事業者のインセンティブ構造と密接に関連していることを示唆する。さらに注目すべきは、住民主体の介護予防活動の指標である「通いの場」の数が、多様な担い手によるサービスの推進度合いと有意な正の関係を示さなかった点である。制度設計上、総合事業は地域住民の主体的参加を制度的に取り込むことを理念として掲げている。しかし本稿の結果は、既存の住民主体活動が自動的に総合事業の担い手へと転化しているわけではない可能性を示唆している。すなわち、「活動が存在すること」と「制度の担い手として機能すること」との間には制度的・運営上の断絶が存在し得る。このことは政策的に重要である。単に住民活動を増やすことと、制度内サービスの担い手として位置づけることは同義ではなく、総合事業の担い手となるためには、追加的な制度的要件が求められる。そのため、供給構造転換を促進するためには、人的資源の量的条件だけでなく、住民活動を制度的担い手へと橋渡しする組織的・制度的インフラの整備が必要である。第三に、需要構造との関係では、後期高齢者割合が高い地域で多様な担い手によるサービスが拡充される傾向が確認された一方、独身高齢世帯割合が高い地域では必ずしも供給構造転換が進んでいない可能性が示された。この結果は、公的支援ニーズが高い地域ほど必ずしも制度理念に沿った供給再編が進むわけではないことを意味している。すなわち、需要の大きさと制度対応能力との間にはギャップが存在し得る。

もっとも、本稿の分析結果の解釈にあたってはいくつかの留意点がある。第一に、本稿では被説明変数の性質を踏まえてトービットモデルを採用したが、割合データに対してはフラクショナル・ロジットモデルやベータ回帰モデルなど、他の推定手法も理論的に考えられる。特に0および100に多くの観測値が集中しているという分布特性をより厳密に扱うためには、二部モデル (hurdle model) 等の適用も検討の余地がある。したがって、本稿の結果は推定手法の選択に依存する可能性がある。第二に、本稿は単年度のクロスセクションデータを用いた分析であり、係数はあくまで変数間の条件付き相関を示すものである。したがって、ここで得られた結果は因果関係を直接的に示すものではない。例えば、財政圧力が多様な担い手の活用を促進しているのか、あるいは既に供給構

造転換が進んでいる地域で保険料水準が異なっているのかといった内生性の問題は完全には排除できない。第三に、本稿では市町村間の空間的相互依存関係を明示的に考慮していない。隣接自治体の制度運用や事業展開が模倣や競争を通じて影響を及ぼす可能性を考慮すると、空間自己相関が存在する可能性がある。この点については、空間計量経済学的手法を用いた分析が今後の課題である。

さらに、本稿では制度運用の詳細や自治体職員の政策志向といった定性的要因を十分に把握できていない。総合事業の実施は制度的裁量の下で行われているため、行政の政策選好や地域の社会関係資本といった要因も重要であると考えられる。これらの未観測要因を組み込んだ分析は、今後の研究課題である。本稿の結果はあくまで供給構造転換をもたらす地域特性を提示するものであり、因果的メカニズムの確定や政策効果の評価については、さらなるデータの蓄積と分析手法の拡張が必要である。

以上の分析上の課題が残されているとはいえ、本稿の結果は、総合事業における供給構造の転換が、市町村の裁量に委ねられた結果として自動的に実現するものではないことを示している。むしろ、財政圧力、人的資源、既存供給体制、人口構成といった地域条件が整合的に作用した場合にのみ、制度理念に沿った転換が進展する可能性が高い。これは、「多様な担い手の参画」という理念が、地域間で非対称的に実現され得ることを意味しており、裁量の拡大が必ずしも均質な制度効果をもたらすわけではないことを示唆している。したがって政策的には、第一に、財政的インセンティブ設計を通じて供給構造転換を後押しする仕組みの強化が求められる。第二に、人的資源や制度運営能力が乏しい地域に対しては、広域的な人材育成や中間支援組織の整備を含む伴走型支援が不可欠である。第三に、既存事業者との補完的關係を構築する制度設計を明確化するとともに、住民主体活動を制度内供給へと転換する媒介的メカニズムの構築が重要となる。総合事業は、単なる給付費抑制策ではなく、地域包括ケア体制の再編を伴う制度改革である。本稿の分析は、その成否が地域の構造条件に強く依存していることを示しており、今後は「裁量の付与」にとどまらず、「裁量を機能させる制度的基盤の整備」へと政策の焦点を移す必要があることを提起するものである。

参考文献

厚生労働省 (2012) 「平成23年介護保険法改正について」, 概要資料, 厚生労働省, URL:https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/k2012.pdf, 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要.

—— (2014) 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要」, 概要資料, 厚生労働省, URL:<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2014.pdf>, 介護保険法等関係法律の改正に関する概要(地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための法律).

厚生労働省 社会保障審議会 介護保険部会 (2013) 「第43回社会保障審議会介護保険部会資料」, 審議会資料, 厚生労働省, URL:<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000030swa.html>, 開催:平成25年4月25日(資料公開:平成25年4月26日). 議事次第・関連資料を掲載.

厚生労働省 老健局 (2015) 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」, ガイドライン, 厚生労働省, URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001285188.pdf>, 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的考え方・実施手順等を示したガイドライン。平成27年6月5日発出(最終改正 令和7年7月17日).

厚生労働省 老健局振興課 (2014) 「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」, 基礎資料, 厚生労働省, URL:<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000192996.pdf>, 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方を示した資料.

清水昌人 (2023a) 「高齢者の家族類型と介護保険サービスの地域差」, 『人口問題研究』, 第79巻, 第1号, 21-36頁, 3月.

—— (2023b) 「単独世帯・夫婦のみの世帯に住む高齢者の世帯変動—介護保険サービ

スの供給量と住居移動との関連一」,『人口問題研究』,第79巻,第4号,305-330頁,
12月.

中村秀一(2021)「社会保障と税の一体改革は何であったか—社会保障の充実・安定化の
側面一」,『社会保障研究』,第5巻,第4号,435-448頁.