

高齢化率 30%と要介護認定率 20%時代の介護保険

——高齢者福祉と新しい総合事業の類型——

高木俊之*

0. はじめに

本論文は、まず介護保険制度の背景にある事情について、厚生労働省や地方自治体が公表した統計データを分析することで、地域の状況について傾向をつかむ。結論として早晩、わが国は高齢化率が 30%、要介護認定率が 20%を迎える時代が来る。そうした時代における「地域包括ケアシステム」の望ましいあり方は、公的な医療機関や福祉専門職と民間社会福祉事業者に加えて、市民活動による介護予防や日常生活支援も行うという「成熟した超高齢社会」の形成であるとする。

そのためには、運営主体を市町村とする介護保険制度の分析を、県単位でなく市区町村単位で行う。高齢化率と要介護認定率に関する鳥取県、神奈川県、東京都の分析を通じて、①成熟した超高齢社会、②ゲマインシャフト型、③ゲゼルシャフト型の三つのパターンによる新たな高齢者福祉の類型を考案する。最後に、その類型を介護保険の「新しい総合事業」への応用を提案する。なお高齢者福祉の類型を考案するにあたっては、神奈川県愛甲郡清川村の調査からヒントを得ており、その時点で執筆した論文の一部(高木 2022:106-108)を用いてさらに充実させている。

1. 「自然変数と社会変数」そして土台にある文化

本研究における社会学的方法論を、ここに述べることにする。それは、社会福祉政策¹⁾に関わる類型化には、まず「自然変数」と「社会変数」を対にする組み合わせで考えることを提案したい。

次節から述べる高齢化率は、ある社会集団の中で人間が年齢を経て生物的に老化していくことで、その集団に占める高齢者の割合が増加していくという、抗し難い自然の流れを数値化したものである。それを「自然変数」とする。それに対して、「社会変数」は、変数を社会的文脈で考えるという意味で社会学的发想である。それは、高齢者とその家族が快適に生き生きと生活できるように政府・地方自治体や地域住民が努力することの総体を、「社会変数」として考えることにしたい。

その場合、独立変数が自然変数で、従属変数を社会変数と考える。介護というテーマを考察するにあたって、その「社会変数」に「要介護認定率」をあてることにする。しかしながら、この 2 変数ですべての問題を割り切ることができるはずもなく、その両変数の下には土台としての文化が横たわっているとする。これについては、古典的社会学者であるフェルディナンド・テンニースによる「ゲマインシャフトとゲゼルシャフト」の概念を紹介する。

2010 年以降の人口減少期に入ったわが国の社会福祉政策を考える場合、「需要と供給」「費用対効果」「コストパフォーマンス」といった経済・経営的发想、あるいは統計学でいう「正の相関関係」といった右肩上がりの発想だけでは対応できない。上述の経済・経営・統計学的発想には、近代社会の原理の一つである功利主義の考え

投稿日 2026 年 1 月 31 日 受理日 2026 年 1 月 31 日

* 教養学部人間環境学科准教授

方が土台に存在していることが問題なのである。功利主義というのは、個人を有用性から判断する思想で、市場原理と親和性を持つ、いわば強者になじむ論理である。

それに対して、社会学的発想とは、ロバート・K・マートンの「意図した社会的行為の予期せざる結果(The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action)」(Merton 1936)を考えることである。前述の経済学・経営学・統計学はそれとは逆に、意図した行為によって、予期した結果を得ようとする学問であるといえよう。だが、もとより人間および社会というものは、目標を目指して計画を策定しても、その通りには実現できない。機械で製品を作ることとは同じようにはいかず、常に例外的な事例が起こりうる。そこで、予期できない結果をも視野に入れて類型化することが機能主義分析の社会学なのである。

2. 日本における高齢化率の上昇

周知のように「高齢化率」とは、人口に占める 65 歳以上の高齢者の割合のことである。図 1 によって、わが国における高齢化率の推移を振り返ってみれば、ILO による「高齢化社会」7%、「高齢社会」14%を経て、「超高齢社会」の 21%をすでに超えている。最新の『高齢社会白書(令和 7 年版)』によると、日本の高齢化率は 2024 年 10 月 1 日現在、29.3%になった(内閣府編 2025:2-3)。それに対して、「国勢調査」によると総人口は、少子化によって 2010 年をピークに減少を始めている。わが国において早晚、高齢化率が 30%に達するだろうが、その社会を、いわば「成熟した高齢社会」に移行させていくことができるかは、これからの福祉政策にかかっている。

しかし、この約 30%という高齢化率は、あくまで全国の平均にすぎない。そこで、総務省による 2025 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳をもとにした統計を調べると、最も高齢者人口の割合が高い町村は群馬県南牧村の 68.22%である。市では北海道歌志内市は 55.16%で最も高い。順位としては 7 位であるが、関東地方からほど近い静岡県熱海市は 50.26%が高齢者人口である²⁾。

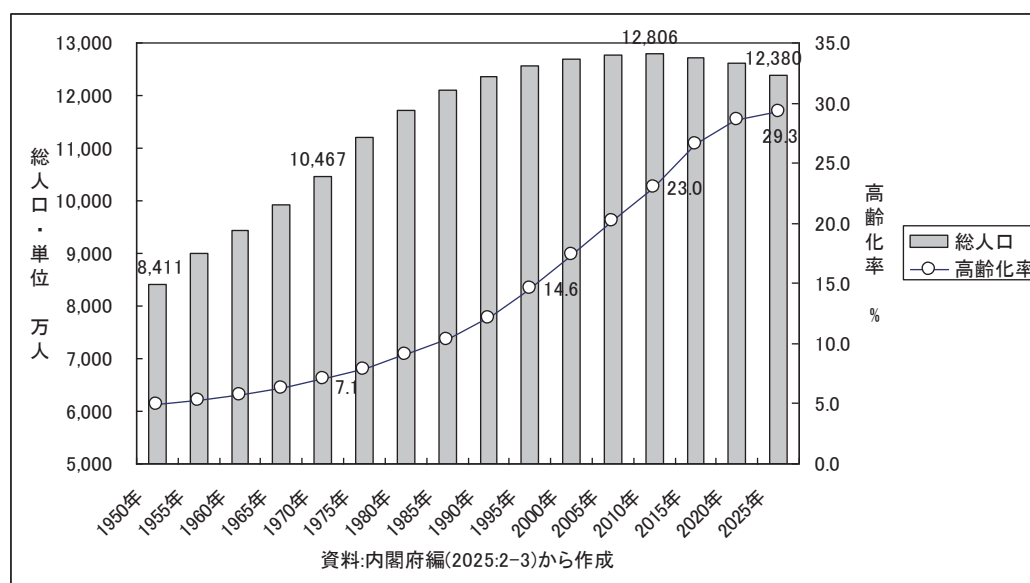


図1 日本の高齢化率と総人口の推移

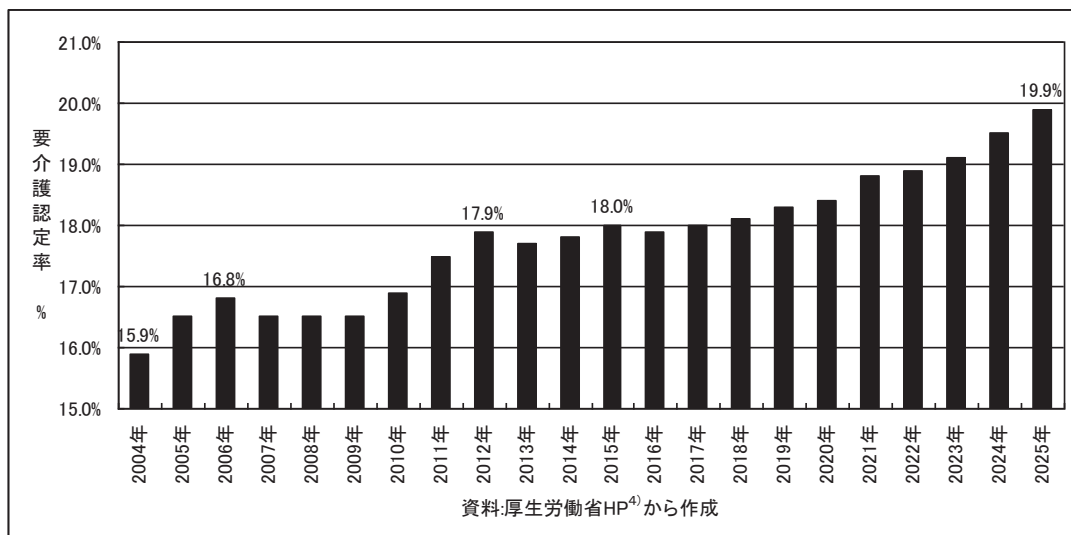
このように高齢化率は市町村によって相当なバラツキがあり、すでに 50%を超えている自治体が存在するのが現実である。このことから、高齢化について市町村を運営単位とする介護保険に関わる分析をするには、全国平均や県平均のデータだけでは不十分である。そこで、後述するように、本研究では市町村を単位に分析を進めることにする。次に、より介護保険に関わる指標である要介護認定率について見てみよう。

3. 要介護認定率とその地域較差

「要介護認定率」とは、第1号被保険者に占める要介護認定者の割合のことである。「認定率」と表現される場合もある。要介護認定率の基礎をなす要介護認定は、65歳以上の高齢者が、介護保険を用いたサービスを受けようとする場合に、まず行政や地域包括支援センターの担当者が訪問して、統一された質問項目によって高齢者の心身の状態をチェックすることである。介護保険制度利用の入口をなすものであり、その段階によってケアプランの内容が作成されることから極めて重要な指標である。厚生労働省 HP によると、その 2025 年 5 月の要介護認定率は全国平均 19.9%である³⁾。

図2は、厚生労働省 HP の「介護保険事業状況報告の概要」に、要介護認定率が掲載された 2004 年からの推移をグラフ化したものである。2004 年は 15.9%だったが、2006 年には 16.8%と、2 年間で 1%近く増加したが、2007 年～2009 年には一旦減少している。これは介護保険制度の改正によって 2005 年から介護予防が取り入れられたことと無関係ではあるまい。しかし、その後は、ほぼ増加を続け、2015 年の 18.0%を経て、前記のように 2025 年には 19.9%にまで上昇してきている。この要介護認定率は、間もなく 20%を超える前提で準備にとりかかるべきである。

図2 要介護認定率の推移(各年 5 月の値)



しかし逆に考えれば、高齢者で要介護認定を受けているのは、2025 年現在で約 20%に過ぎないのであって、8 割の高齢者は介護保険を利用どころか認定すら受けていないのが現状なのである。その要因については、後述する。

要介護認定率が 15.9%から 19.9%まで 4%増加するのに、約 20 年が必要だったということは、平均して 1 年 0.2%の増加ということになる。単位を変えれば 1,000 分の 2 を示す 2%が年率であることを意味する。

加えて、この要介護認定率も先の高齢化率と同様に全国の平均値であって、自治体ごとの人口事情やその取り組みによって相当に異なっている。厚生労働省 HP による 2023 年のデータでは、表 1 に見られるよう、20%を上回った 12 の都道府県のうち大阪府、京都府、和歌山県、岡山県、愛媛県といった西日本 9 つの府県の要介護認定率が高い。要介護認定率の、大まかな地域的較差は「西高東低」といってよい。

要介護認定率の地域差については、すでに『厚生労働白書(平成 17 年

表1 要介護認定率が20%以上の都道府県

	要介護認定率
1 大阪府	22.9%
2 京都府	22.2%
3 和歌山県	22.1%
4 岡山県	21.0%
5 愛媛県	21.0%
6 島根県	20.9%
7 兵庫県	20.8%
8 北海道	20.7%
9 東京都	20.3%
10 秋田県	20.3%
11 長崎県	20.1%
12 香川県	20.0%

資料:厚生労働省HP⁵⁾および内閣府編(2025:12)から作成

度版)』で指摘されている。それによると、要支援、要介護1のレベルで都道府県別に差が大きく、要介護2以上では比較的地域差が小さい。高齢単身世帯は、軽度の認定率が高い傾向にある。今後、高齢単身世帯の増加が予想されるところであり、こういった世帯に対する介護サービスがますます必要とされるものと考えられる(厚生労働省編,2005:52-53)。

この重要な分析は、2005年に公表されたが、用いられたデータは2003年のものである。2005年の改正によって介護保険制度に介護予防の視点が入り入れられたことは周知の通りである。そこから静岡福祉大学の小林哲也は、要介護認定率の地域差を理由として2005年に介護保険制度に介護予防型システムの確立が図られることになったと推測している(小林 2011b:118)。したがって要介護認定率は介護保険制度の運用を考える上で重要な指標である。それにもかかわらず、要介護認定率の地域差についての研究の蓄積はされておらず、上記の小林哲也のもう一つの研究(小林 2010;2011a)が唯一のものであるので、次に紹介する。

4. 小林哲也による要介護認定率の都道府県較差の類型

小林哲也は47都道府県別について2007年度のデータを、17の変数で主成分分析を行った。その研究によると、要介護認定率の都道府県別較差の要因は世帯構造にあるという。具体的には「総世帯数に占める単身高齢者の単独世帯数の割合が高い都道府県ほど要介護認定率が高くなる傾向にある」という。すなわち単身高齢者の世帯の場合、家族介護を期待できない。そのため、援助を

表2 小林哲也による都道府県類型	
① 東日本都市型	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、神奈川、山梨、岐阜、静岡、愛知
② 西日本都市型	北海道、東京、大阪、兵庫、奈良、和歌山
③ 西日本地方型	青森、三重、京都、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島
④ 東日本地方型	岩手、宮崎、秋田、山形、福島、新潟、富山、石川、福井、長野、滋賀、佐賀、沖縄

資料:小林(2011a:108)を入れ替えて作成

必要とする場合、軽度の段階で要介護認定を受けているのに対し、家族介護に期待できる核家族世帯や三世帯世帯では、家族では補いきれない重度の段階で要介護認定を受けていると考えられるという(小林 2010:39-41)。この推論は、わが国の家族介護の現状と照らし合わせて、要介護認定率の低い理由として首肯できる。

さらに小林哲也は次の研究で推論を進め、第一主成分得点の分布から「西日本の都道府県は全体として要介護認定率が高い。さらに世帯構造からみると高齢者の単独

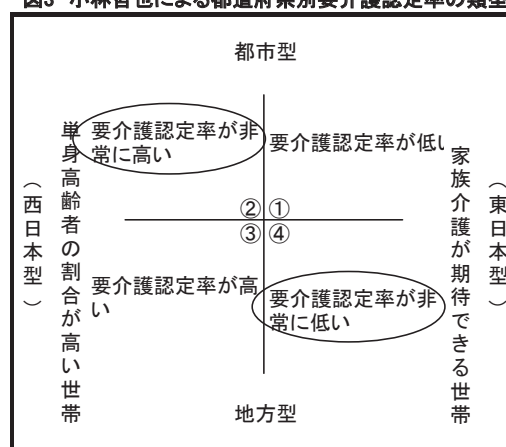
世帯割合が高い都道府県が多く見られる。それに対して、東日本の都道府県は、その逆の傾向の都道府県が多い」とした。さらに、第二主成分得点の分布によって、「人口200万人以下の都道府県は要介護認定率が高く、人口200万人以上の都道府県はその逆である」(小林 2011a:105-107)という。

そこで、小林は第一と第二主成分得点をクラスター分析によって類型化した。それによって得られた分類が表2に示された「西日本地方型」、「西日本都市型」、「東日本地方型」、「東日本都市型」の四つのタイプである(小林 2011a:108)。

その結果を要約すると、全体として西日本は要介護認定率が高いが、特に西日本都市型が非常に高い。それに対して東日本も全体として要介護認定率が低い、東日本地方型が非常に低い。その背景にあるのは前述のように単身高齢者の世帯の割合と家族介護を期待できる核家族世帯や三世帯世帯の割合であるという(小林 2011a:109-113)。それらを筆者なりに整理して図3とした。

結論として、小林哲也は要介護認定率に対する世帯構造の関係性だけでなく、その地域性にまで踏み込んで解明しようとしたのである。これは社会学的発想力のある類型である。そのことには小林哲也も気付いており最後に次のような仮説を述べている。

図3 小林哲也による都道府県別要介護認定率の類型



資料:小林(2011a:105-107)から著者作成

それは福武直による「同族結合と講組結合」という日本の農村の地域性と結びつけて理解できるという。同族結合は本家分家という縦の結合であり、講組結合は同等のイエによる横の結合である。福武直は、その同族結合を東北型の農村、講組結合を西南型の農村に対応させたのである。この地域性が世帯構造に影響を与えたという仮説が立てられるという(小林 2011a: 114)。これは日本社会学の成果を生かした研究として大変ユニークである。

しかし、表 2 に示された都道府県を再検討すれば、要介護認定率が非常に高いとされる東京と北海道が西日本都市型に分類されていることと、青森が西日本地方型というのには違和感がある。さらに鹿児島が何らの説明なく西日本地方型に分類されていることにも頷けない。奥山正司の指摘するように、日本の農村は西南日本と東北に分かれるにせよ鹿児島県だけは末子相続で祖父母は隠居へ行くという異質な地域なのである(奥山 2018:40)。

それにも増して、介護保険は市町村が運営単位であるので、分析も市町村単位で行うべきである。

5.市町村別の高齡化率と要介護認定率の分析——鳥取県と神奈川県事例

ここで本研究のオリジナリティとして、①要介護認定率の分析を市町村単位へ応用すること、②小林の分析した「世帯」をさらに「家族」と「住まい」の要素に分けて考えることを提案する。

そこで具体例として、まず高齡化が全国平均を上回る鳥取県を取り上げる。鳥取県内には 20 の自治体が存在するが、日吉津村、南部町、伯耆町が南部箕蚊屋広域連合を設立しているため 17 市町組合の高齡化率と要介護認定率を散布図にプロットしたのが図 4 である。図中の実線は、高齡化率 30%と要介護認定率 20%を示しており、右上から時計と反対回りに第 1～第 4 象限として観察する。

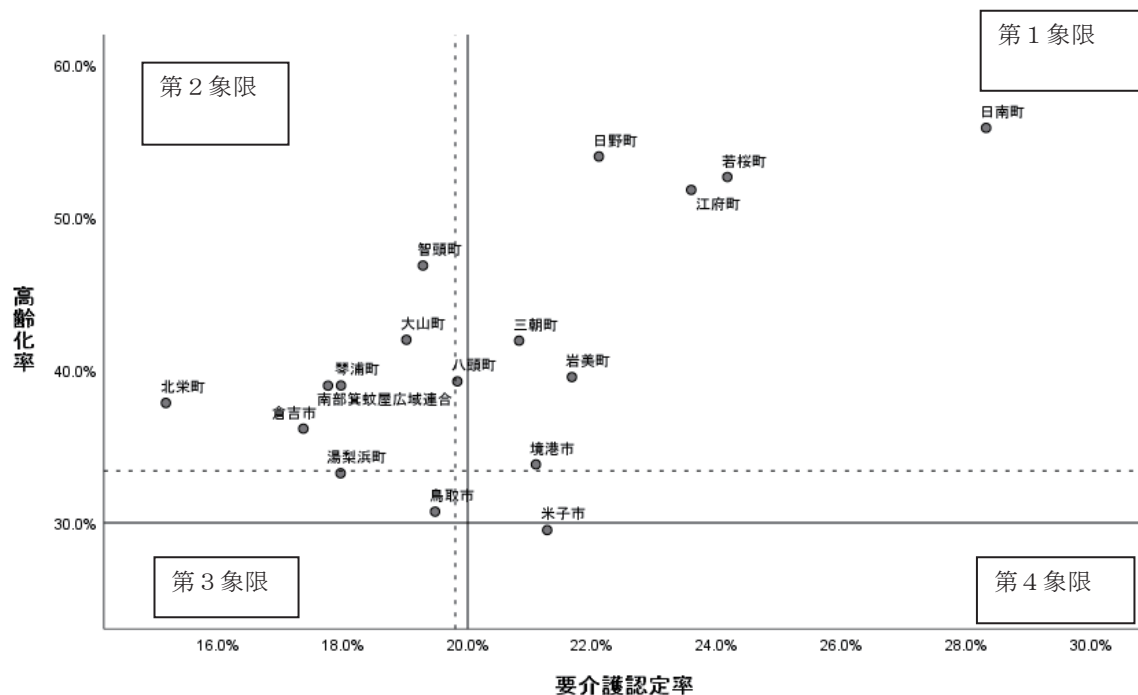


図 4 鳥取県内 17 市町組合の高齡化率と要介護認定率(2025 年 5 月現在)

資料：厚生労働省 HP および鳥取県庁 HP のデータから作成⁶⁾。

点線は鳥取県内の平均値である、高齡化率 33.4%、要介護認定率 19.8%を示した。

図 4 から読み取ることができるのは、まず鳥取県の高齡化率と要介護認定率の平均値は、全国平均に近いことである。ここから鳥取県の例に近い将来の日本の姿とみなすこともできる。しかし、同じ県内でも、その高齡化率は日南町が 55.8%であるのに、米子市は 29.5%と大幅な開きがある。また要介護認定率も日南町の 28.3%と北栄町の 15.2%では、12.8%も差がある。

まず第1象限を見ると、鳥取県においては高齢化率も要介護認定率も全国平均を上回っている7つの自治体が存在する。次に、第2象限の9自治体・組合は、高齢化率は高いが要介護認定率は低いので、元気なお年寄が多いのか、介護の供給が足りない状況を示している。それに次いで、高齢化率も要介護認定率も全国平均を下回る第3象限の自治体は存在しない。最後に、高齢化率が比較的低いが、要介護認定率が高い第4象限の自治体は米子市のみである。

以上の全体状況から、鳥取県においては高齢化率と要介護認定率の二つの変数が、いわば正の相関関係を示しており、第1象限の自治体の多さは、高齢化率が高くなっていくにしたがって、高齢者が次第に要介護認定を受けることになっていった結果であると見られる。その背景に公的な医療機関や福祉専門職と民間社会福祉法人に加えて、市民活動による介護予防や日常生活支援が行われているとしたら、それは「成熟した高齢社会」が形成されてきたと考える。その具体例として、日南町の住民主体通所型サービス運営事業については、別の機会に発表することにする⁷⁾。

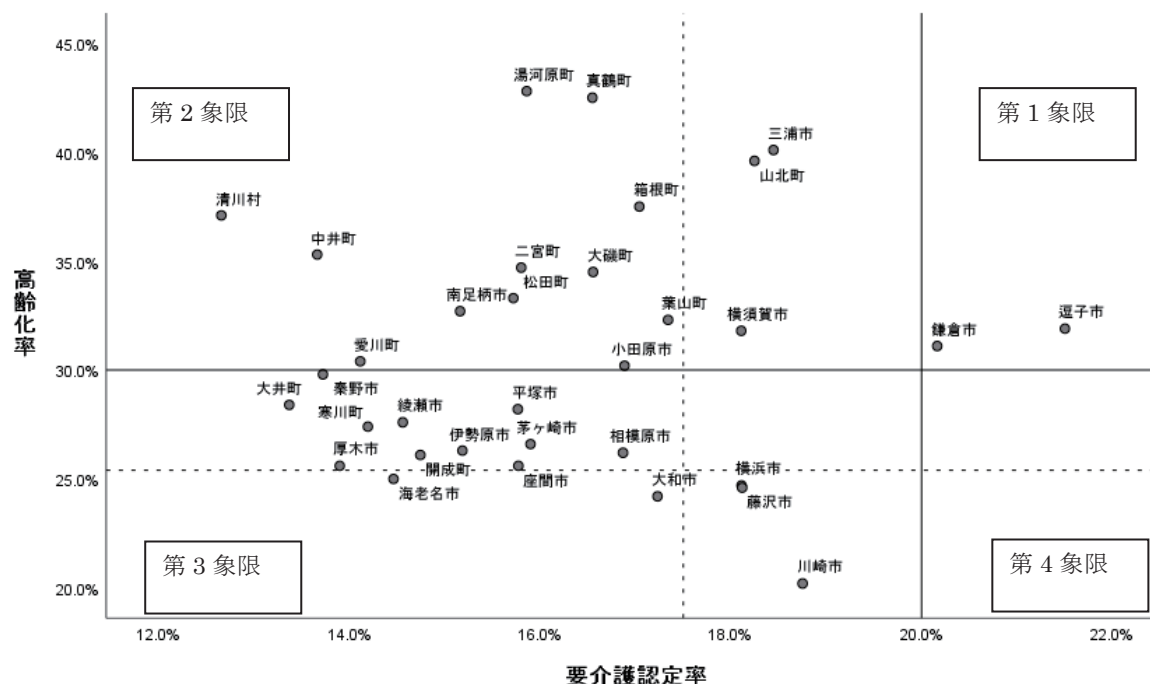


図5 神奈川県内33自治体の高齢化率と要介護認定率(2020年1月現在)

資料:神奈川県庁 HP⁸⁾ から作成。

点線は神奈川県平均の高齢化率 25.4%と要介護認定率 17.5%を示している。

次に高齢化率が全国平均を下回る神奈川県を例とする。鳥取県同様に、実線で高齢化率 30%と要介護認定率 20%を示し、点線は神奈川県平均である。鳥取県に比べて、自治体数が多いのでやや詳しく分類する。

第1象限:鎌倉市、逗子市の2自治体だけが一つの類型を形成している。

第2象限:神奈川県内に存する郡部の町村の多く(三浦郡、中郡、足柄上・下郡、愛甲郡)と、横須賀市、小田原市、南足柄市といった市町村が含まれる類型である。

第3象限:政令指定都市かつ大手製造業が立地する横浜市、川崎市、相模原市をはじめとして藤沢市、平塚市、茅ヶ崎市、大和市、座間市、海老名市、厚木市、開成町、寒川町など東京や横浜に通勤可能な市町である。

第4象限:平均以上の要介護認定率の市町村はまだ存在しない。

次に、こうしたプロットをどのように解釈するかを考える。点線が、現実の平均値であるから、神奈川県は高齢化率についてはまだ猶予がある自治体である。それに対して、要介護認定率はまだ20%を下回っていることから、政策次第による「伸び代」があると考えたい。神奈川県現状は、第3象限に位置する政令指定都市や県央地域(清川村を除く)や湘南地域の自治体の高齢化率が低い中、社会資源が豊富なので、介護に関する需要は比較

的満たされていると考えられる。しかし、県西地域(開成町を除く)や三浦市は高齡化が著しい分、介護需給は満たされているとはいえないだろう。今後、第3象限の市町が、市民活動も含めた成熟した高齡社会である第1象限に移行していくことができるかがポイントとなる。だが、現状は総じて右肩上がりの状態を保っている。

6. 高齡化率と要介護認定率から見た日本の高齡者福祉の類型

まず仮説として、上記の鳥取県と神奈川県各市町村のプロットを社会心理的に理解しようとするならば、第1象限と第3象限の類型を通じて、高齡化率と要介護認定が「正の相関関係」にあると看做すことができる。第1象限は、高齡化率が高くなればなるほど、自然の流れとして高齡者は要介護認定を受けてきたと考える類型である。加えて、高齡者が利用しようとする病院や介護事業所の数も足りている上に、市民による介護予防や日常生活支援が行われている地域である。いわば介護需要を、公共・民間・ボランティアで供給が満たしうる「成熟した超高齡社会」といえよう。

その対極にあるのは第3象限の類型で、高齡化率が低いので、要介護認定率も低い、すなわち需要が少ないから供給も少なくて済むという、昭和～平成初期に見られた現役中心の「産業社会」のようである。前述したように、すでに鳥取県にこの類型に該当する自治体は存在しない。

それらと異なり解釈が難しいのは第2・4象限の類型で、これが冒頭に述べた「意図せざる結果」の類型である。まず第2象限の類型は、高齡化率が高いのにもかかわらず、要介護認定率が低い。言い換えて、需要があるのに供給が足りないのである。これは経済学的には説明できず、高齡者が介護サービスを受けることを我慢している、言い換えて「迷惑をかけまいとする社会」なのか。または「自助が重視される社会」と解釈することができまいか。それよりも採算を見通せず民間事業者が撤退したか、進出してこないことが現実には大きな理由と考える。

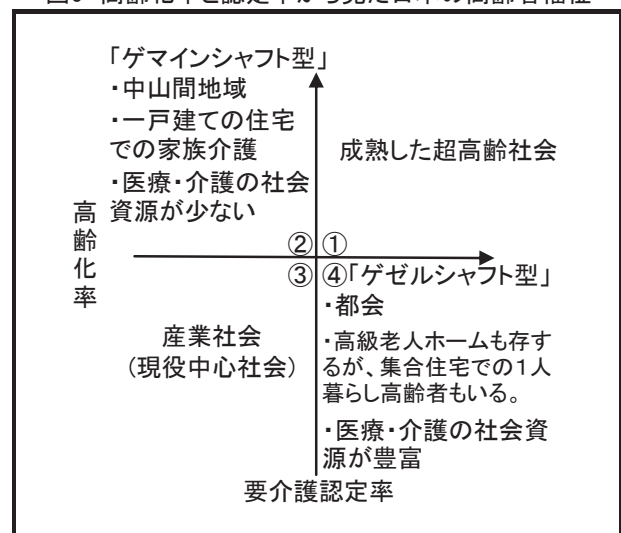
次に第4象限の類型は高齡化率が低いにもかかわらず、要介護認定率が高いという、経済学的には介護事業の「供給過剰」というべきである。いずれにせよ第2・4の類型間で、介護にかかわる労働市場のミスマッチとして調整し得ず、その展望には社会学的想像力が必要である。

しかし、以上の解釈は現代社会の心理的類推に過ぎない。それよりも医療や介護といった社会資源や地域包括ケアシステムでは中心の位置におかれている「住まい」のあり方、家族や近隣との人間関係といった社会的な要因から考察して、図6のように考えてみることにする。この内容は本研究の最も肝要な部分である。

まず、第2象限は、中山間地域において家族とともに先祖から所有する土地に、一戸建ての住宅を建てて住む高齡者が想定されるので、介護は家族が行い要介護認定を認知症や体調が重症化するまで受けない。それにも増して人口が少なく地形も険しい地域なので、介護サービスを担う事業者が進出してこないで「社会資源」が少ない。さらに、ご近所の手前、すぐに行政や地域包括支援センターには相談しないと考える。

さらに同居の家族のあり方の変化についても考える必要がある。角能の研究によると、近年は高齡者が子夫婦と同居する割合は低下の一途を辿っている。しかし、未婚の子どもの同居する高齡者の割合は増加しているという(角 2021:41)。すなわち未婚の子どもが、実家に住み続ける場合、持ち家率の高い中山間地域や地方都市では、それを可能とする条件がある。いずれにせよ日本では家族介護はその形を変えて続いていくと考えられる。これらが複合的な理由となって、高齡化率が高くても要介護認定率が低いままである自治体が存在することは想定してお

図6 高齡化率と認定率から見た日本の高齡者福祉



資料: 著者作成

かなければならない。こうした高齢者福祉の類型を、社会学者テンニースのいう、切っても切り離せない統一体の関係を意味する「ゲマインシャフト型」(Tönnies 1887)と名づける。

それに対して、第4象限は、都会をイメージする。退職した高齢者人口も多いため、民間の社会福祉法人の進出が豊富であると考えられ、利用できる医療・介護の「社会資源」が豊富である。そして、入居金の高い高級老人ホームも立地しているため、他地域からも富裕層の高齢者が移住してくる。

また従前からの人口が多い理由として、宅地が開発され一戸建ての住宅地が形成されている。あるいは、昭和～平成期に建設されたURや県営・市営の団地も自治体内に多く建てられていることが想定される。そうした住宅や団地に住み続けて高齢となった夫婦のみ世帯や高齢者単独世帯の高齢者は、かかりつけ医などに勧められて要介護認定を受けると考えられる。

さらに、都市的なドライな人間関係の地域特性であるため、そうした申請や利用に関して近所を気にせずに行い、サービスを受けることができるだろう。こうした民間の社会福祉事業者が豊富な地域においては、介護保険によるサービスを受けることが主流となると考える。こうした特性を、社会学者テンニースの用語を用いて、お互いの利益によって結びつく「ゲゼルシャフト型」(Tönnies 1887)とする。次にこうした特性をもった自治体の典型として東京都の市区町村ごとの高齢化率と要介護認定率を図7として掲げる。

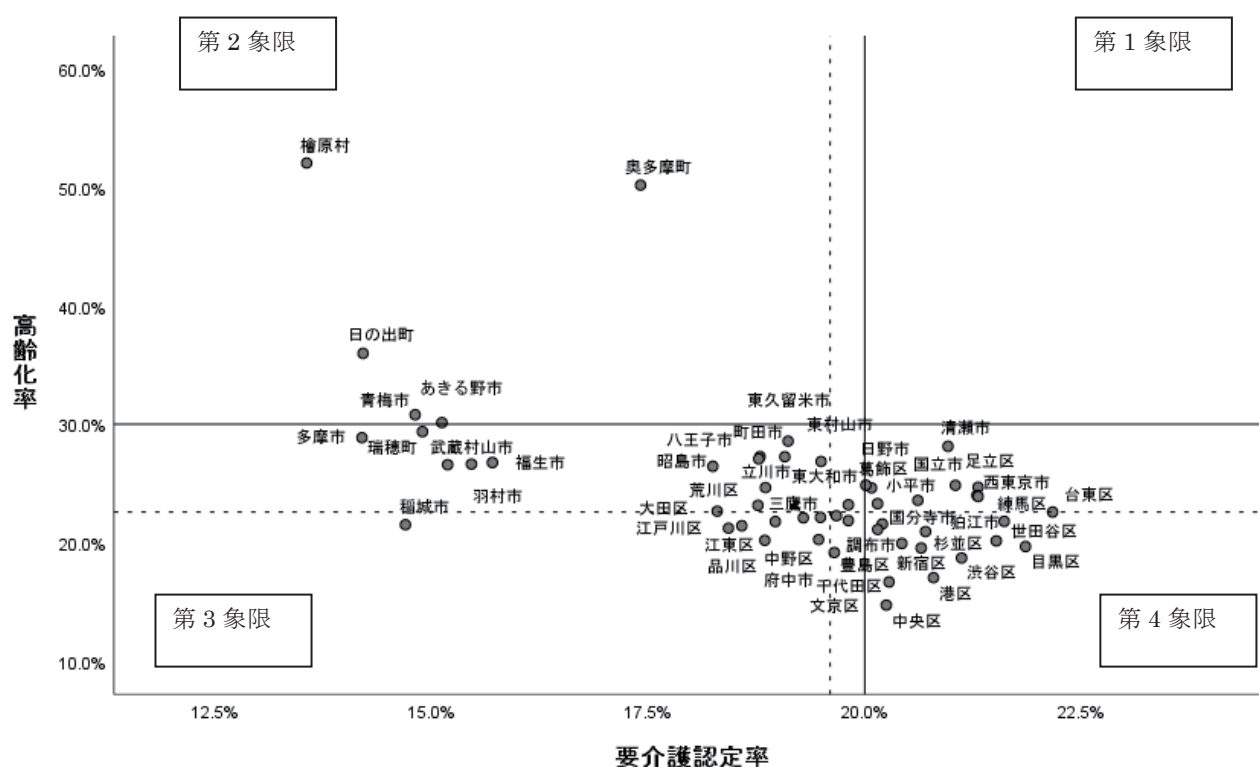


図7 東京都53市区町村(島嶼部を除く)の高齢化率と要介護認定率(2021年1月現在)

資料：厚生労働省 HP および東京都庁 HP⁹⁾ のデータから作成。

点線は東京都の平均値である、高齢化率22.6%、要介護認定率19.6%を示した。

東京都は、第1象限に位置する自治体が存在せず、第2象限もわずかである。第3・4象限に集中しているが、東京23区のほとんどは第4象限に集中している。高齢化率が低いにもかかわらず、医療・介護の社会資源が豊富という、いわば右肩下がりパターンなのであり、これが鳥取県や神奈川県と異なる東京都における介護に関する需給の大きな特徴である。

話を本筋に戻すと、高齢化率30%、要介護認定率20%のこれからの日本社会では、先にふれた第3象限の「産業社会」から、第1象限の「成熟した超高齢社会」へ類型が移行することが、日本社会の理想であるとする。

その第3象限から第1象限に直に移行するには、自治体内に社会資源・地理的条件・活動可能な市民に恵まれていなければならない。その一方で、第2象限にとどまり、中山間地域でゲマインシャフトの性格を持ち続ける自治体も存在する。さらに、第3象限から第4象限へと、市民活動が高まる前に民間事業者が進出しているという、いわば「先老成熟」として、ゲゼルシャフト的に介護保険を多くの高齢者が利用する性格をもつ自治体という三つのパターンをも想定して考えることは、日本の高齢者福祉を考える上で重要なことである。

7. 要介護認定率と新しい総合事業との関連

本研究のまとめとして、上記の3パターンを、2014年から導入されてきている介護保険の「新しい総合事業」に応用する。「新しい総合事業」は、「現行相当」、「A」、「B」、「C」という4つのサービス類型がある。そのうち、最大の問題は「住民主体による支援B」を実施するには住民のボランティア組織が必要なことである。しかし、日本人の働き方から、日常的にその担い手に若年世代を期待するのは未だ難しい状況にある。

そこで担い手に前期高齢者をあてようとするなら、高齡化率がそれほど高くない状態で、ある程度のボランティアが確保できる人口が維持されている市町村が最適であると考ええる。前述した神奈川県内の第3象限に位置した自治体が今のうちに、前期高齢者を中心として組織化を進めておけば、いずれ高齡化率が高くなっていった時に、無理なく第3象限の類型に移行できる可能性がある。これは「成熟した高齢社会」を別の言い方で「共助の社会」の実現ということもできる。

次に、東京都に見られるような第4象限に集中した自治体は、医療・介護の社会資源が豊富なことから、団地など集合住宅で暮らす、ひとり暮らしの高齢者にはサロン活動を「住民主体による支援B」で実施することが必要であるが、同様のサービスは高級老人ホームに暮らす高齢者には必要ないのかもしれない。そこで例えば団地の自治会など、市町村内の一部の地区で、要介護認定を受けていなくても利用できる「一般介護予防事業」に関わる住民ボランティア組織を作ることがあっても良いと考える。

最後に、第2象限の類型であるが、高齡化率が30%を越えて後期高齢者が増加してくると、その地域では「訪問型」のみならず「通所型」も担い手の確保が難しくなってくると考える。それに加えて、社会資源の少ない中山間地域であることを想定すると、「現行相当」と「緩和した基準によるA」による介護サービスを、近隣の自治体と連携して維持していくことでその自治体は精一杯であり、それが許されると考える。以上、今後も調査・研究を重ねて行っていきたい。

注

- 1) 例えば「少子化と子育て支援」など、人に対する福祉政策について応用可能である。それに対して、広い意味の社会保障である社会保険、公的扶助、公衆衛生には「需要と供給」を変数と考えることも可能である。
- 2) 総務省 HP「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和7年1月1日現在）」
(https://www.soumu.go.jp/main_content/000892947.pdf)(2025年8月16日閲覧)。
- 3) 厚生労働省 HP「介護保険事業状況報告（暫定）2025年5月」
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m25/dl/2505a.pdf>)(2025年8月16日閲覧)。
- 4) 厚生労働省 HP「介護保険事業状況報告：結果の概要」「介護保険事業状況報告 月報（暫定版）」
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html>)から2004年～2025年5月のデータ（2025年12月27日閲覧）
- 5) 厚生労働省 HP「介護保険事業状況報告（暫定）令和5年10月末現在」
(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m23/2310.html>)から「第2-1表 都道府県別 要介護（要支援）認定者数－男女計－（その1）」のデータを用いて計算した(2025年8月23日閲覧)。
- 6) 鳥取県庁 HP「鳥取県統計年鑑（令和6年刊）」「3 人口・世帯」(<https://www.pref.tottori.lg.jp/321945.htm>)(2025年9月15日閲覧)。鳥取県庁 HP「県内の市町村」(<https://www.pref.tottori.lg.jp/>)(2025年9月16日閲覧)および厚生労働省 HP(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m25/2505.html>)保険者別、第2-1表 保険介護保険事業状況報告 月報（暫定版）令和7年5月分介護保険事業状況報告（暫定）から作成。
- 7) 日南町については、「鳥取県日野郡日南町における住民主体通所型サービス運営事業」として発表予定である。

- 8) 神奈川県各市町村別人口、65歳以上人口と高齢化率(2020年1月)は、神奈川県庁 HP「神奈川県年齢別人口統計調査結果」(<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/x6z/tc30/jinko/nenreibetu.html>) (2021年12月9日閲覧)。要介護認定者数(第1号、2020年1月)は、神奈川県庁 HP「介護保険事業状況報告(月報・暫定版)」の「男女・年齢層別 要介護(要支援)認定者数」(<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/u6s/cnt/f13624/p41946.html>) (2021年12月9日閲覧)。
- 9) 東京都の島嶼部を除いた区市町村別の人口総数、65歳以上人口は総務省 HP「報道資料 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(2021年1月1日現在)」(https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01gyosei02_02000233.html) から65歳以上の人口を合計して高齢化率を計算。要介護認定率は、厚生労働省 HP「介護保険事業状況報告(暫定)」(<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m21/2101.html>)から保険者別、2021年1月分「第2-1表 保険者別 要介護(要支援)認定者数-男女計」の「再掲第一号被保険者」の数値を用いて計算した(2022年6月30日閲覧)。

引用文献

- 角能,2021,『ケアをデザインする——準市場時代の自治体・サービス主体・家族』ミネルヴァ書房。
- 小林哲也,2010,「都道府県別要介護認定率の較差とその要因に関する考察——世帯構造からの分析を中心に」『コミュニティ福祉学部紀要』(12):31-44。
- 小林哲也,2011a,「介護保険制度における要介護認定率と世帯構造による都道府県の類型化」『コミュニティ福祉学部紀要』(13):101-116。
- 小林哲也,2011b,「介護保険制度における都道府県別要介護認定率の較差と要介護度の関係性」『人間関係学研究 大妻女子大学人間関係学部紀要』(13):117-128。
- 厚生労働省編,2015,『厚生労働白書(平成17年版)』ぎょうせい。
- 厚生労働統計協会編,2020,『国民の福祉と介護の動向(2020/2021)』vol.67.No.10。
- Merton Robert K.,1936, “The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action”, *American Sociological Review*, Vol. 1, No. 6 (Dec., 1936), pp. 894-904(中野正大訳,1994,「目的を持つ社会的行為の予期せざる結果」『京都工芸繊維大学工芸学部研究報告 人文』(43):93-103)。
- 内閣府編,2025,『高齢社会白書(令和7年版)』日経印刷。
- 奥山正司,2018,「社会老年学の推移と発展——自身の研究をふりかえって」『現代法学(東京経済大学現代法学会誌)』(34):31-45。
- 高木俊之,2022,「神奈川県愛甲郡清川村の人口変動と高齢者福祉——要介護認定率と新しい総合事業との関連」『東海大学紀要 教養学部』第52輯:99-110。
- Tönnies,Ferdinand,1887,*Gemeinschaft und Gesellschaft: Grundbegriffe der reinen Soziologie*(杉之原寿一訳,1957,『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト——純粋社会学の基本概念』上下,岩波書店)。

abstract

Long-Term Care Insurance in an Era of 30% Aging Rate and 20% Care Need Certification Rate:
Types of Elderly Welfare and New Comprehensive Services

Toshiyuki TAKAGI

Japan will soon face an era where the aging rate reaches 30% and the certified care-needs rate reaches 20%. The ideal form is considered to be the formation of a “mature super-aged society.” This involves not only public medical institutions, welfare professionals, and private social welfare providers but also citizen activities that provide care prevention and daily life support.

To achieve this, the analysis of the Long-Term Care Insurance System, whose operating entities are municipalities, should be analyzed at the city/town/village level rather than the prefectural level. Through analysis of aging rates and certified care needs rates in Tottori Prefecture, Kanagawa Prefecture, and Tokyo, we propose three new models for elderly welfare: ①mature super-aged society, ②Gemeinschaft-type model, and ③Gesellschaft-type model. Finally, we propose applying these typologies to the “new comprehensive services” under the Long-Term Care Insurance system.