

第7回川越市介護保険事業計画等審議会 次第

日 時：令和8年5月25日（月）

午後2時～

場 所：川越市医師会館4階講堂

1 開 会

2 あいさつ

3 諮 問

4 報 告

- (1) 第6回川越市介護保険事業計画等審議会について…………… 資料1
- (2) 川越市高齢者等実態調査について…………… 資料2
- (3) 本年度の審議会の進め方について…………… 資料3

5 議 事

重点テーマ①「介護予防」「生活支援」

- (1) 国の動向について
 - 介護予防の機能強化に向けた国の主な施策…………… 資料4
- (2) 川越市の現状について
 - ① 第9期計画の施策体系と介護予防施策の位置づけ・取組・
成果指標…………… 資料5
 - ② 各種データから見えてきたこと…………… 資料6
 - ・ 認定率
 - ・ 要介護度の変化
 - ・ 主観的幸福感
 - ・ 認定なし高齢者と要支援高齢者の生活機能等の比較（85歳以上）
- (3) 議論のポイント…………… 資料7

6 そ の 他

7 閉 会

会 議 要 旨

会議の名称	第 6 回川越市介護保険事業計画等審議会
開催日時	令和 8 年 2 月 1 0 日（火） 1 4 時 0 0 分 開会 ・ 1 5 時 5 5 分 閉会
開催場所	川越市医師会館 4 階講堂 A～C
議長	齊藤正身会長
出席委員 (21 名)	小林委員、小島委員、糸委員、池浜委員、田畑委員、高橋委員、 柴崎委員、川越委員、西村委員、平島委員、山寄委員、 柴委員、益子委員、阿久澤委員、長峰委員、宮根委員、 村田委員、福田委員、鈴木委員、中原委員、横堀委員
欠席委員	なし
事務局職員	福祉部 新井部長 高齢者いきがい課 三佐崎参事、宮澤副課長 介護保険課 中村課長、新井副課長、 辻本副主幹、長押主査 健康づくり支援課 千葉課長 地域包括ケア推進課 富田参事、神立副課長、内藤主幹、 丸山主査、望月主任
配布資料	○第 6 回川越市介護保険事業計画等審議会 次第 ○【資料 1】第 5 回川越市介護保険事業計画等審議会（会議要旨） ○【資料 2】第 1 0 期計画策定に向けた各調査の回収率等について ○【資料 3】①国の動向（介護保険制度の見直し） ○【資料 4】②国の動向（計画策定関連） ○【資料 5】川越市における介護保険の現状について ○【資料 6】第 1 0 期計画策定に向けた審議会スケジュール（案） 当日配布資料 ○名簿 ○【チラシ】めぐり逢エールかわごえ ○【チラシ】川越市市民健康講演会 ○【チラシ】ねんりんピック彩の国さいたま 2 0 2 6 ○ねんりんピックの付箋とボールペン

議 事 の 経 過	
会長	<p>1 開 会</p> <p>2 あいさつ 齊藤会長よりあいさつ</p> <p>3 報 告 (1) 第5回川越市介護保険事業計画等審議会について 【資料1】、【資料2】を基に事務局より報告</p> <p>事務局からの報告に対して意見はあるか。 (意見等なし)</p>
説明委員	<p>4 議 事 (1) すこやかプラン・川越 第10期計画策定に向けて ①国の動向（介護保険制度の見直し） 【資料3】を基に川越委員より説明</p> <p>来年度4月以降、この審議会で、介護保険事業計画の中身を検討することになる。計画を策定していくが、介護保険事業計画は、地域包括ケア計画という位置付けになっている。要は、地域包括ケアを推進するための計画である。</p> <p>そのため、国では今、地域包括ケアシステムをどのように構築・深化させていこうとしているのか、どこに重点テーマを置いているのかなど、国の動向について、説明する。</p> <p>(P1)</p> <p>目次に、制度見直しの主なポイントとして、5つの内容を挙げている。1つは、そもそも地域包括ケアシステムとはどういうシステムなのか、何のためのシステムなのか。2つ目以降は、地域包括ケアシステムを構成する介護予防、生活支援、今般重要テーマとなっている、認知症の施策、介護人材の確保、今後増えていく独居高齢者対策である。今、国の動きの中で重要テーマになっているため、国はどんな動き方をしているのか、説明する。</p> <p>(P3)</p> <p>地域包括ケアシステムの大事なことは、上の枠に囲われている3つの丸。2つ目の丸、ポイントは2040年に向けて生産年齢人口がこれから減少していく。生産年齢人口は、15歳から64歳の人口のこと。医療・介護</p>

専門職の確保がこれから難しくなる。

85歳以上の人口は、2040年近くまで増加が続く。川越市では85歳以上の人口が、2025年で約15,000人である。その後、2040年までに、約26,000人に増える。

一方で、若い世代の人口が減っていく。医療と介護を担う方々が減っていく中で、医療と介護を必要とする方が増えてくる。85歳以上の方は、医療を受けている方がたくさんおり、約6割の方が介護保険を使っている。医療と介護だけでなく、見守りや買い物支援、通院支援など、いろいろな意味で生活を支える仕組みがないと生活が成り立たない。医療と介護と生活支援という仕組みをどう作っていくか。

在宅で生活したい方がほとんどであるが、重度化していくと難しくなっていく。したがって、できるだけ重度化をしないようにしていこうと、医療と介護の提供体制の確保、生活支援体制の確保、重度化をできるだけしないための介護予防の推進が重要なテーマとなる。この併せた仕組みを作っていくのが、地域包括ケアシステムということである。

ただし、85歳以上の人口の増加の具合や、医療と介護の提供体制の状況は、市町村ごとに全然違う。市町村の状況に応じて、地域包括ケアの仕組み作りをしていく。そのための計画を来年度以降立てていくのが、介護保険事業計画である。

(P5)

重点テーマの1つとして、国は介護予防と生活支援を総合的に進めていく動き方をしている。1つは若い世代の人口がこれから減っていく。85歳以上が増えていくため、生活支援を担う方々を専門職に頼るだけでは、現状難しい。したがって、地域の様々な方、住民やNPOなどの活動をしている方、そして民間企業でも買い物支援や移動などに関わる企業があるため、多様な関係者によるサービス提供体制の確保をしていこうということである。見守り、外出支援、買い物支援と併せて、高齢者の社会参加を進めていきながら、元気な高齢者を増やしていこうということになる。

高齢者の中には、社会参加によって元気になっていくことと併せて、地域のために何かしたいという人もたくさんいる。そうした方が担い手にもなりながら、自身の介護予防もしていく、そのようなことを総合的に進めていこうと、国は2015年から進めている。その1つの手段として、高齢者の方が集まる場所をたくさん作っていこう、繋がりづくりを深めていこうと、今、国は通いの場をたくさん作っていこうとしている。

(P7)

要は、高齢者の方々に、住民主体の通いの場に来ていただき、そこで体操をしたり世間話をしたり、地域のためにいろいろなことをやっていこうということである。例えば、地域活動をみんなで進めていくなど、いろいろなことをする。そうした通いの場、みんなが集まるような場所が、川越市内の拠点でたくさんできていくことが、今、期待されていることになる。

(P 9)

現在川越市内では、そういった通いの場、集い場の中での体操やお茶を飲みながらお話をすることなどを実は行っている。様々な高齢者の活動をこれから進めていこうという例として、秋田県の藤里町の取組がある。これから15歳～64歳の人口が減り、企業も働いてほしい人の確保が難しくなってくる。高齢者の方で、いろいろなことがまだまだできる方はたくさんいるため、そうした方々には、地域でこういったことをやってほしいというニーズに対して、応えていただくようなことも併せて行っていく。社会福祉協議会が委託を受けて、企業やいろいろな団体でこういう手伝いをしてほしいという要望を聞いて、こういったことだったらできるという町民をマッチングして、高齢者の働き方を推進するという取組である。ふきの皮むき作業を手伝ってほしいという企業に高齢者の方が参加し、みんなで皮むき作業をしている。このような社会参加、地域の課題解決への貢献も含めた形で、様々な場所で高齢者の方に関わっていこうという動き方もある。

(P 11)

全国的に、多様な主体による、移動手段の確保や見守り、ちょっとした庭の手入れなど、いろいろなことで困っている方を支援する仕組みを作っていく。多様な担い手の確保をしていこうと、各市町村には生活支援コーディネーターが配置され、多様な主体による生活支援の仕組みを作ろうとしている。地域の様々な住民が困っているという支援ニーズと、支援しても良いという方々を結びつけていくマッチング作業が必要になる。しかし、どのような支援ニーズがあって、地域にはどのような活動があるのかというところも、現在まだまだ明らかにはできていないところがある。

(P 13)

川越市では、「めぐり逢エールかわごえ」を立ち上げて、社会福祉協議会が事務局をし、市と協働で運営をしている。

毎回5～6名の団体の方々が、自分たちはどんな活動をしているのかを発表し、地域の様々な活動をみんなが知るような機会を作っている。そういった地域の様々な活動の見える化を図る動きも、川越市では現在行っている。

(P 15)

これから非常に重要となるのが、認知症の施策である。認知症の方はどれくらい発症するのかということ、全国ベースで調べた調査がある。

左側が認知症、右側が認知症ではないけれども少し認知機能が低下されているMCIと呼ばれる軽度認知障害の方の発生率である。左側の折れ線グラフから、75歳から79歳で認知症と診断されている方は、6%から7%くらいだが、85歳から89歳になると30%を超えてくる。男性よりも、一般的に女性の方が、認知症の出現率が高いと言われている。

これから人口として増えてくるのが85歳以上であり、それに伴い認知症

の方がかなり増えてくるため、国では認知症施策を重要テーマと位置付けている。

(P 1 6)

令和6年1月1日に認知症基本法が施行された。この基本法の目的は、認知症の人が尊厳を保持しながら希望を持って暮らすことができる地域を作っていくことである。この基本法と併せて、認知症施策を推進するための計画をこれから作っていく。市町村の中でも認知症施策をどのように進めていくのかを、重要テーマとして議論しなければならない。

その中で、認知症の人に対するものの見方、周りの人が認知症の人をどう捉えるのかということの捉え方も、見直しをしている。

(P 1 7)

新しい認知症観というものが打ち出されている。今までは認知症になるといろいろなことができなくなる、いろいろなことに困っている人だと捉えられる視点が少しあった。しかし、認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になっても一人一人が個人としてできること、やりたいことが実はある。

住み慣れた地域で、いろいろな仲間と繋がりながら、希望を持って実現できる、今までどおり暮らし続けられる状況を作っていく、これが新しい認知症観である。認知症の人がどんなことをしてほしいのか、どんなことに困っているのかを知った上で、その人に必要な支援を提供できる状況をこれから作っていくことになっている。

市町村は認知症に対する計画作りを進めていくことになっているが、次期介護保険事業計画の中の1つの章として取り扱うことでも構わないという整理になっている。

(P 1 9)

認知症の方ご本人を支援することと併せて、家族の方の支援ということも非常に重要なテーマと位置付けられている。認知症当事者の本人と家族の方を併せて、世帯として支援をしていく仕組みも強化する必要があるため、家族介護者を支援するためのマニュアルや方法論の整理など、現在国では進めている。

(P 2 1)

これから若い世代の人口が減っていき、医療職、介護職の人材確保が難しくなってくる。第9期において、将来的に介護職の方が、必要な量に対してどれぐらい供給できるか、ギャップがどれぐらいありそうかの調査データである。必要量を確保しようとする、かなりの人数を確保しなければならない状況である。

(P 2 2)

実際に働いている介護職員数は、介護保険が始まった平成12年から年々増えていたが、令和4年から令和5年の間に減ってきている。若い世代の人口が減る中で、介護に従事する職員数を確保することが遷移的に少しずつ

	<p>つ難しい状況が顕在化してきている。</p> <p>(P 2 3)</p> <p>国は、総合的な対策を打つ必要があるため、介護職員の賃金の確保などを含めた処遇改善、多様な人材確保ができる仕組みづくり、現在働いている方の離職防止と生産性向上、介護職の魅力の向上を図ろうとしている。また、多くの施設で今、外国人の方々の受け入れも行っている。様々な手段を講じながら、介護職員の確保も行っていこうとしている。</p> <p>(P 2 4)</p> <p>その一環として、例えば、老人保健施設や特別養護老人ホームなどで食事の準備やベッドメイキングのような、必ずしも専門職でないとできないことではない、専門職以外でできる部分について、一般の高齢者の方が介護助手としてお手伝いをしている地域が既にある。介護助手の仕組みが幾つかの地域で既に導入され、そこで働いている高齢者の方々も、いろいろな意味で非常に参考になった、人から助かったと言われ、喜んでいる姿などが報告されている。</p> <p>(P 2 6)</p> <p>今後、必要となるのが、独居高齢者への支援の強化である。単身世帯が年々増加しているなかで、高齢者の方の単身世帯も年々増加している。全世帯の約5分の1が、2050年頃には単独世帯になると推計されている。理由として、結婚しない方が増えてきていること、結婚したけれどもその後別れて一人になっている方、いろいろあるが、独居の方はこれから増えていく。</p> <p>(P 2 7)</p> <p>ポイントとなる問題として、身寄りのない高齢者の方がこれから増えてくること。その方々に対して必要なことが、生活支援や財産の管理、身元の保証、死後の事務手続関係である。生活上困っている方がこれから出てくる。そうした方々に寄り添って、必要な支援を提供できるよう、地域の中で繋いでいく。そういう体制を強化していく仕組みも必要になってくる。国では、身寄りのない高齢者の方々が困らないような仕組みづくりも、強化していこうとしている。</p> <p>地域包括ケアシステムを構築する上で、国が重点テーマとして挙げている介護予防・生活支援の総合的推進、認知症施策と介護人材の確保、独居高齢者への対策について、どのように考え、行っているのかを説明した。</p> <p>会長 委員からの説明に対して意見はあるか。</p> <p>委員 P 1 1 に協議体の設置とあり、生活支援コーディネーターの活動を支援するための協議体が全国10,858箇所に設置されている。これは、各自治体あるいは、地区単位ごとに設けられているのか。</p> <p>また、川越市は協議体組織がいくつあるのか。</p>
--	---

事務局	<p>生活支援コーディネーターは、社会福祉協議会に委託し、様々な活動を行っており、23の第2層協議体がある。第1層協議体は市全域で、年に1、2回協議会を開催している。</p>
委員	<p>川越市には22の地区社協があり、その中で生活支援コーディネーターが活動し、地区の話し合いを協議体として位置付けている。</p> <p>地区ごとの協議体、地区社協が中心になっている協議体は、十分ではないと感じている。</p>
委員	<p>P27に、身寄りのない高齢者が課題で、ケアマネジャーなどの仕事を整理していくことが、国で考えられているが、介護職員の処遇改善加算などは付かないと伺っている。また、決まった仕事以外の多くの仕事を抱え、大変だという情報も見た。今の川越市の状況などを教えてほしい。</p>
委員	<p>介護支援専門員と訪問看護、訪問リハビリの職員に対する処遇改善加算は、令和7年12月25日から申請をすればもらえる。</p> <p>介護職、介護支援専門員の減少も、非常に緊急の問題と国は判断している。高齢者支援のための介護支援専門員のシャドーワークも問題になっている。その点に関して、身元保証など社会福祉協議会の中でも支援の体制がある。もしくは有償での支援体制も非常に増えている。そういったインフォーマル的なものも踏まえつつ、ケアマネジャーが様々な連携体制を取っている。</p>
会長	<p>どの事業所も処遇改善の交付金などに頼らずに何とか基本給を上げていかなければならないと考えている。ただ、それなりの報酬が入ってこないと上げていけないため、来年の介護報酬改定に向けてどうするのかを考えていると思う。</p>
委員	<p>地域では民生委員の選任も難しくなっている。生活支援コーディネーターは、現在どのくらいいるのか。</p> <p>移動支援や食事、買い物、通院の付き添いなどは、民間事業者の対応が必要な部分もあり、仕組みづくりが必要ではないか。</p> <p>コミュニティスクールなどで高齢者と若い世代の交流が増えてくると、高齢者の活力向上にもなる。幅の広がるようなことについて、どのように考えているのか。</p>
委員	<p>生活支援コーディネーターは、介護保険事業計画の中で14圏域に区切って配置している。本来11人体制であるが、9名程度の配置となっている。</p> <p>P5のような参加の場づくりに力を入れている。生活支援の担い手として</p>

	<p>の社会参加、元気な高齢者が地域の居場所での活動を担った組織づくり、体制づくりに取り組んでいる。地域でこんな活動をしたいという申し入れがあった場合、手を挙げた方と、どんな内容でいつ行うのかなど相談する。小さな協議体の位置付けになるが、そのような活動が徐々に増えている。例として、自治会単位で生活支援を行っている活動の場所と、ボランティアのコーディネーターを地区社協の役員が担い、地域住民からニーズがあったら日程調整をする支援を行っている。また、車を使って通院の付き添いを行っている自治会が数か所ある。サロンなどの居場所づくりと併せて、生活支援サービスを行いたい団体に対し、生活支援コーディネーターがどのように行うかアドバイスをするなど、立ち上げ支援を行うことが一つの役割である。</p> <p>参加の場の把握として、ラジオ体操を行う団体を訪ね、支援の必要な方から人が集まれる場所に行きたいなどの要望があったら、参加の場所を調べて紹介している。また、居場所のマップも作成した。</p> <p>第4地区社協では、買い物や草むしり、電球の交換などを行う「サポート4th」を立ち上げた。</p> <p>2月26日にウエスタ川越で開催される「めぐり逢エールかわごえ」にて、活動報告をする。</p>
委員	<p>①国の動向（計画策定関係）</p> <p>【資料4】を基に川越委員より説明</p>
説明委員	<p>介護保険事業計画の元々の位置付けや、何が求められ、どのような計画が期待されているのかについてである。</p> <p>(P3)</p> <p>介護保険は、2000年4月にスタートし、3年ごとに計画を策定することになっており、計画の中身を、本審議会で議論している。</p> <p>第1期から第4期の2011年までは、介護保険の事業をどのように整備していくのかという視点だけだった。それに対して、給付費や保険料がどのくらいになるのかを算出することが、2011年までの位置付けであった。</p> <p>2012年から、地域包括ケアを推進するための計画に位置付けが変わり、在宅医療、介護、住まい、認知症、医療と介護の連携、人材確保を含めて、総合的に包括的なケア提供をどのように構築するのかを考えるための計画となった。</p> <p>そのため、認知症施策や介護予防をどのように進めていくのかなども含めて、総合的に議論し、計画を作っていくといけない。</p> <p>そして、2027年から2029年までの3年間の地域包括ケアを構築す</p>

	<p>るための施策の計画策定が来年度である。</p> <p>認知症や独居、介護予防などの様々なテーマがあり、議論していかなければならない。来年度は、そのテーマごとに議論をする審議会が展開され、進めていくことになる。</p> <p>(P 6)</p> <p>2040年を見据え、県の計画との整合性を図りながら、市町村の計画を作っていくが必要となる。</p> <p>(P 7)</p> <p>市町村ごとに置かれている状況は異なるため、客観的なデータを踏まえた議論を展開していくことも必要である。</p> <p>検討のためのデータの例として、今後人口はどのように推移していくか、認定者の数は今後どのようになりそうか、介護サービスは今後どのくらい必要になりそうか、高齢者の住まいはどのような状況になっているか、人材は今どのくらいいて、今後どのくらい必要になりそうか、医療と介護の連携や在宅で医療を提供する体制は今どのようになっているかなどがある。様々な客観的なデータから、現状を押さえた上で、将来を見据えた計画を作っていくこととなる。</p> <p>川越市では、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、在宅介護実態調査などの調査が行われ、現在はその結果を取りまとめている。このデータと併せて、国が公表している既存データなどいろいろなデータを基に、川越市の置かれている状況を整理しながら、関係者へのヒアリングも並行して計画づくりを進めることが求められる。</p> <p>(P 9)</p> <p>在宅での医療提供体制については、主に市町村単位で考えることになる。一方で、都道府県も病院や病床の数をどのくらい整備するのかを検討するため、地域医療構想、地域医療ビジョンを策定する。埼玉県として、二次医療圏ごとに、どのくらいの病院、病床を整備していくか、在宅医療が今後どのくらい必要になりそうか、提供体制をどのように整備していくかの議論が並行して行われている。</p> <p>来年度から本審議会でも審議していく介護保険事業計画は、埼玉県の計画と整合を図るとともに、地域医療構想との整合も図りながら、川越市の介護保険事業計画を策定していく。</p>
会長	<p>委員からの説明に対して意見はあるか。</p> <p>(意見等なし)</p>
会長	<p>地域医療構想との兼ね合いだが、二次保健医療圏ごとに進めており、川越は川越比企保健医療圏として東松山や坂戸、鶴ヶ島や比企を含めた広い範囲で計画を立てている。</p> <p>地域医療構想は「川越」、「鶴ヶ島・坂戸」、「比企」の3つに分かれて</p>

	<p>おり、それぞれで部会を開いてから、その3つが集まって川越比企地域医療構想調整会議を行っている。</p> <p>これまでは主に急性期や慢性期の病床数をどのくらいにするのかが議題の中心であったが、今後は在宅医療や在宅にいる患者の救急体制をどのようにしていくのかに重点が移りつつある。国のガイドラインに沿って埼玉県や二次医療圏、川越も検討していくことになる。</p> <p>②川越市における介護保険の現状について 【資料5】を基に事務局より説明</p> <p>事務局からの説明に対して意見はあるか。</p> <p>P8にある圏域の内、本庁第一、本庁第二、本庁第三とは具体的にどの辺りの地区を指すのか。</p> <p>P33にあるケアマネジャーが「量的に不足している」と思うサービスは、訪問介護と定期巡回・随時対応型訪問介護看護となっており、訪問看護ステーションの不足や、これに関わる介護職員の不足が原因ではないかと思う。この現状を打開するための方策、対策について伺いたい。</p> <p>具体的な地区は「すこやかプラン・川越 川越市高齢者保健福祉計画・第9期川越市介護保険事業計画」の6、7ページに記載している。</p> <p>ケアマネジャーが「量的に不足している」と思うサービスで訪問介護が不足している原因として、この5年間で要介護認定者数が急増している。訪問介護の事業所数は5年前より増えているが、その事業所にサービスを提供する人員が追いついていない現状がある。</p> <p>また、前回の介護報酬改定で訪問介護の報酬が下がったことも要因の一つである。川越市では、国の補助金制度を活用し、訪問介護事業所を対象とした人員確保体制の構築に対する補助を行っているが、事業所側で補助対象となる仕組み自体を築けていない現状がある。</p> <p>川越市だけの問題ではなく、全国で、特に介護職の不足は深刻な問題となっている。全国規模で多様なアイデアを出していく必要がある。</p> <p>外国人材の活用も一つの方法である。現在は、介護に関わる外国人は施設で働いているが、訪問には行っていない。能力のある外国人も増えてきており、起用していくのも一つの方法である。</p> <p>利用者側のニーズのデータも必要であり、在宅で介護していくことが厳しい状況を加味する必要がある。</p> <p>また、ケアマネジャーがどのサービスを誰に選ぶかなどのマネジメント能力を上げ、サービスのない状況でのやりくりが必要になってくる。今後の</p>
会長	
委員	
事務局	
会長	

	<p>審議会で議論していただきたい。</p>
委員	<p>P 2 2にある、認知症状のある人の割合について、男女差が顕著であり、 どういったところに原因があるのか。</p> <p>P 3 3にある、ケアマネジャーが「量的に不足している」と思うサービス では「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が多い一方で、P 3 4にある、 サービス種類別にみた現在および将来の利用者数では「定期巡回・随時対 応型訪問介護看護」が全体数から見ると少ない。なぜ、このような状況が 出てくるのか、川越市の現状等はどうか。</p>
委員	<p>認知症状のある人の男女差の原因であるが、40歳から64歳の若年性認 知症の方では、脳血管性の認知症の男性が多いと一般的に捉えている。た だ、認知症の主な原因疾患はアルツハイマーであり、女性の方がアルツハ イマーになりやすいことが関連していると思われる。</p>
会長	<p>年齢を重ねるごとに認知症になる確率は高くなっていく。男性よりも女性 のほうが長生きされる方が多いため、認知症になる確率も高くなるとい うことではないか。</p>
事務局	<p>市の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は、1事業所を整備し、8 事業所になる予定であった。しかし、整備事業者の募集を行ったが応募が なく、また、廃止の事業所があり現在は5事業所となっている。</p> <p>応募がなかった原因は、建築資材の高騰や介護人材不足の影響であり、全 国的にも同様の傾向である。</p>
会長	<p>訪問介護だけの話ではなく、スタッフの高齢化の問題があり、50代後半 から60代の方が増えてきた。できるだけ定年を延ばして対応しているが、 訪問系サービスは利用者宅へ車で移動する必要があり、体力的な負担が大 きく運営が厳しい状況である。若いスタッフは、病棟や特養で働きたい傾 向がある。医療・介護職員の高齢化も表に出てきていないが、重大な問題 である。</p>
委員	<p>P 3 0にある、医療介護需要の予測の計算値は、全国で統一されているの か。</p> <p>2040年問題を見据えて検討しているが、川越市は2050年にかけて 増えていく予測となっている。これは川越市特有の特徴なのか。</p>
事務局	<p>医療介護需要の予測の計算値は全国で統一されている。</p> <p>今後の予測については、次回以降テーマごとの議論の中で深掘していき たい。</p>

委員	<p>補足であるが、医療介護需要の予測は、日本医師会で統一された方法論である。年齢階級別、性別の人口に医療や介護を必要とする方の何割を掛けて算出している。</p> <p>川越市の予測が2040年までは横ばいで、その後増加する理由は、85歳以上が2035年にかけて急増し、要介護者や費用が膨らむが、2040年にかけて横ばいになりその後減少に転じる。75歳から84歳は団塊ジュニア世代の影響で2040から2050年にかけて増加していく。段階世代と団塊ジュニア世代の2つ動きがあり、結果として2040年以降に再び認定者数と費用が増えていく。</p>
委員	<p>訪問介護について、令和6年度に訪問介護の基本報酬が引き下げられたため、昨年9月議会で再引き上げを求める意見書を可決して国に提出した。その際、令和6年度に川越市で廃業した訪問介護の事業所は5件と伺ったが、令和7年度の川越市の廃業件数を教えてほしい。</p>
事務局	<p>現在、新規の指定が3事業所、廃止は6事業所である。</p>
会長	<p>合計特殊出生率を調べたが、全国平均は1.15、埼玉県は1.14、川越市は0.97であった。2040年は今生まれている子供たちが働き盛りの年代になるため、その世代の出生率が上がるようなことも考えていく必要がある。</p> <p>本日の内容を今後の審議会で一つずつ議論していきたい。</p> <p>③今後のスケジュールについて 【資料6】を基に事務局より説明</p> <p>5 その他 「めぐり逢エールかわごえ」 「川越市市民健康講演会」 「ねんりんピック彩の国さいたま2026」についての案内。</p> <p>6 閉会 次回、第7回審議会は令和8年5月開催予定。</p>

■ 第10期計画策定に向けた各調査の回収率等について

資料2

令和8年（2026年）5月25日
第7回川越市介護保険事業計画等審議会

(1)高齢者保健福祉の意識調査及び実態調査等

	介護予防・日常生活 圏域ニーズ調査	保健・福祉等 実態調査	在宅介護実態調査
調査対象者数	9,030名	2,100名	603名
郵送回収数	5,266名	456名	－
オンライン回収数	763名	492名	－
有効回収数(合計)	6,029名	948名	－
有効回収率	66.8%	45.1%	－

(2)高齢者保健福祉の事業者調査

	在宅生活改善調査	居宅介護支援事業所実 態調査	介護サービス事業所実 態調査
調査対象者数	102事業所	93事業所	339施設
有効回答数	65事業所	74事業所	233施設
有効回収率	63.7%	79.6%	68.7%

参考

前回(R4)調査

	介護予防・日常生活 圏域ニーズ調査	保健・福祉等 実態調査	在宅介護実態調査
調査対象者数	8,624名	2,100名	602名
郵送回収数	4,970名	547名	－
オンライン回収数	418名	318名	－
有効回収数(合計)	5,373名	862名	－
有効回収率	62.3%	41.0%	－

	在宅生活改善調査	居宅介護支援事業所実 態調査	介護サービス事業所実 態調査
調査対象者数	82事業所	82事業所	301施設
有効回答数	55事業所	63事業所	195施設
有効回収率	67.1%	76.8%	64.8%

本年度の審議会の進め方について

※スケジュール(予定)については、第6回(R8.2.10)
川越市介護保険事業計画等審議会資料より一部抜粋

第10期計画策定に向けた審議会スケジュール(予定)

※基本指針案(R8.7頃公表)、基本指針の公表(R9.1頃公表)

第7回 R8.5.25 (月) 14:00～

- ・重点テーマ①「介護予防」「生活支援」

第8回 R8.7.13 (月) 14:00～

- ・重点テーマ②「認知症施策」「在宅医療・介護連携」

第9回 R8.8.17 (月) 14:00～

- ・重点テーマ③「サービス提供体制」「介護人材」
- ・第10期計画の介護サービス基盤整備
(在宅サービス、居住系サービス、施設系サービス)

第10回 R8.9.28 (月) 14:00～

- ・その他のテーマ「災害・地域づくり」
- ・重点テーマ①～③の意見の整理
- ・第10期計画(素案)

第11回 R8.10.26 (月) 14:00～

- ・第10期計画(原案)

第12回 R8.11.16 (月) 14:00～

- ・第10期計画(原案)
- ・介護サービスの見込量及び保険料(概算)

第13回 R9.1.25 (月) 14:00～

- ・第10期計画(最終案)の検討
- ・介護サービスの見込量及び保険料(概算)の変更点
- ・パブリック・コメントの結果、答申案の検討

審議会の進め方

- ・第7回から第10回までの審議会では、それぞれのテーマごとに御審議いただき、審議会でご頂いた御意見を踏まえながら、第10期計画案を事務局で作成します。
- ・第10回から第12回までの審議会では、第10期計画案について御審議いただき、その後のパブリック・コメントを経て、第13回の審議会において、最終的な計画案の検討及び答申案の検討を行うことを予定しております。

介護予防の機能強化に向けた国の主な施策について

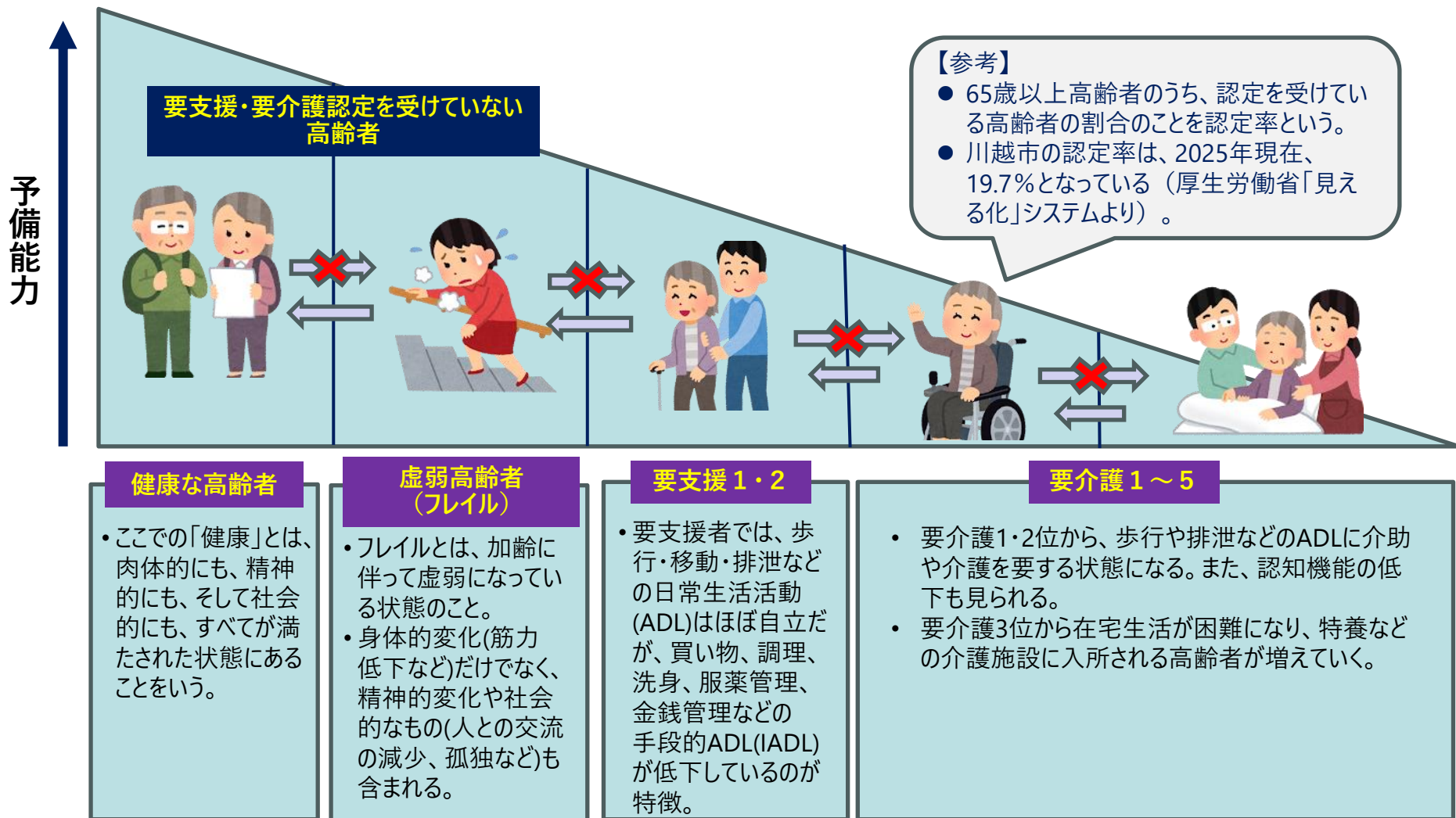
（内容）

1. 高齢者の機能低下の流れと介護予防の基本的考え方
2. 介護予防の見直しとその考え方（2015年4月～）
3. 健康な高齢者／虚弱高齢者／要支援者に対する介護予防の機能強化に向けた国の主な施策について
4. 要支援・要介護高齢者の介護予防の機能強化に向けた国の主な施策について

1. 高齢者の機能低下の流れと介護予防の基本的考え方

高齢者の機能低下の流れとその特徴（概念図）

- 高齢者は、加齢に伴い、身体・精神機能の低下、活動性の低下、交流機会の減少などの複合要因により、虚弱な状態（フレイル）に陥りやすくなる。こうした状態がさらに進むと、要支援や要介護状態となっていく。
- 介護予防とは、①健康な高齢者や虚弱高齢者が要支援・要介護状態にならないようにする、②要支援・要介護者の要介護度が重度化していくことを防ぐという2つの意味を含んだ概念のことをいう。



介護予防の理念と考え方

介護予防の理念

- 介護予防は、以下を目的として行うもの。
 - ① 要支援・要介護状態になることの予防（介護予防・日常生活支援総合事業）
 - ② 要支援者の状態等の軽減もしくは重度化の防止（予防給付）
 - ③ 要介護者の状態等の軽減もしくは重度化の防止（介護給付）
- 生活機能の低下した高齢者に対しては「心身機能」「活動」「参加」の各要素にバランスよく働きかけることが重要。
- 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のではなく、日常生活の活動性を高め、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り組みを支援して、QOLの向上を目指すもの。

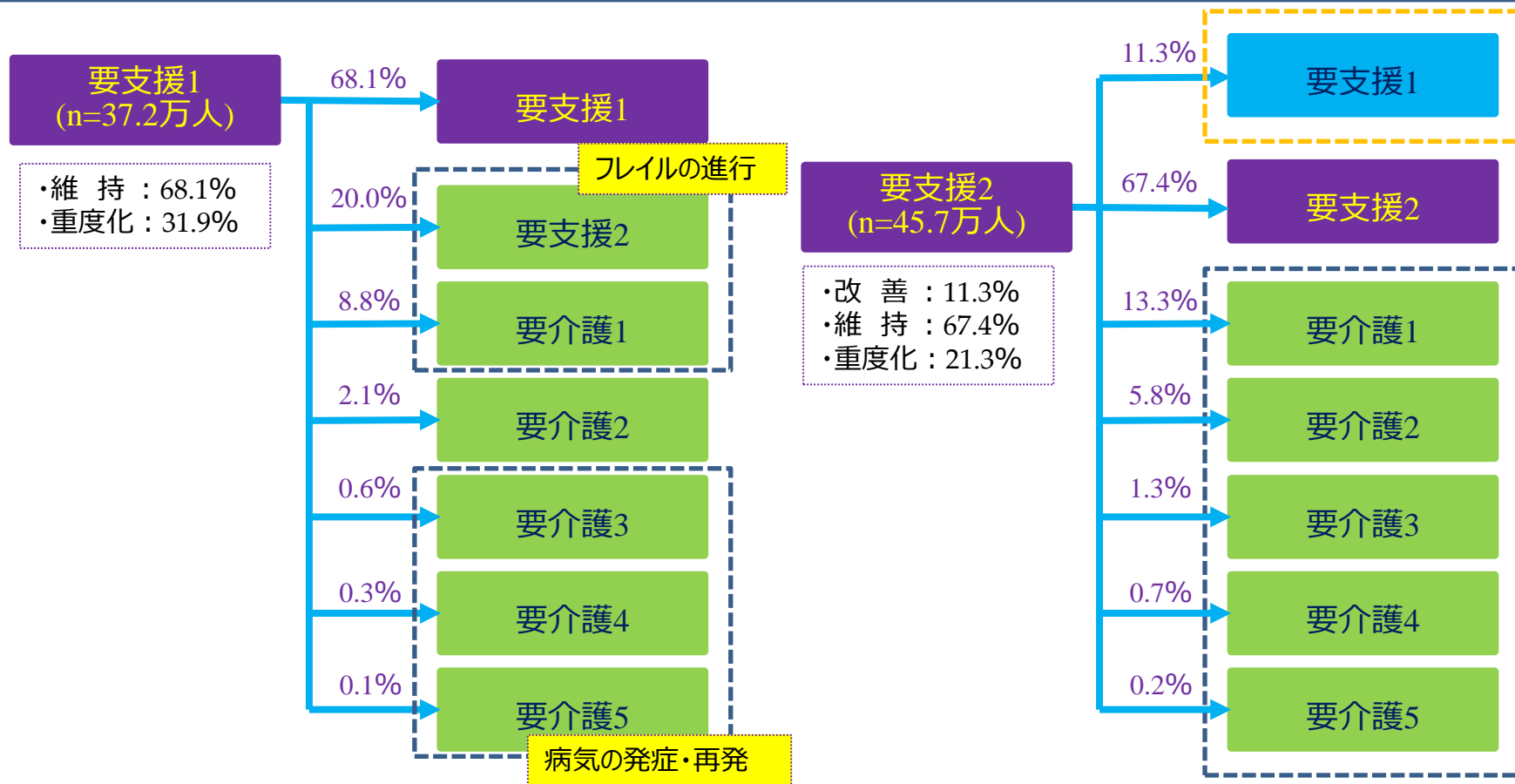
【参考】川越市の第9期介護保険事業計画における基本方針

- 川越市では、第9期計画の基本方針を「住み慣れた地域で、見守りながら、支え合いながら、「健幸」で安心して暮らせるまちの実現」とした上で、「幸福だと感じている高齢者の割合」を上位の評価指標としています。
- ちなみに、ここでの健幸とは「身体面の健康だけでなく、人々が生きがいを感じ、安心安全で豊かな生活を送ること」を意味しています（造語）。

2. 介護予防の見直しとその考え方 (2015年4月～)

見直しが必要になった背景（サービス受給者の要介護度の変化より）

- 1年間継続して予防又は介護サービスを受けた要支援者の1年後の認定状況をみると、要支援1では維持68.1%、重度化31.9%、要支援2では、改善11.3%、維持67.4%、重度化21.3%であった。



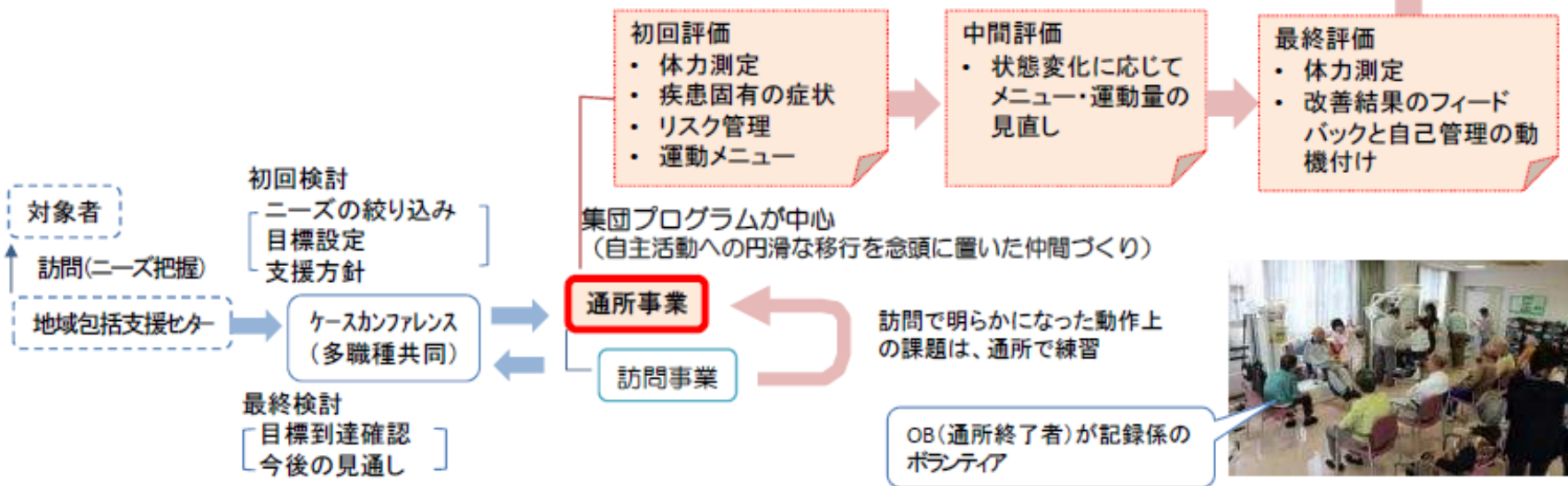
モデル事業を通じた効果的な手法の開発 (2012-2013年市町村介護予防強化推進事業)

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為(風呂のまたぎや荷物を持った歩行など)の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- リハ職の役割 : 機能評価、疾患固有の症状(疼痛・変形等)に配慮した運動プログラムの提示(PT)、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入(OT)、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職種構成 : 通所スタッフ(介護職員・運動指導員等) & 理学療法士(作業療法士)
- 対応の頻度 : 1クール3か月(週2回×12週)の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価(初回・中間・最終)
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

通所の実際

通所終了後も、定期的な運動を習慣づける。(ウォーキング、体操の集い等)



従来の介護予防の手法の問題点と見直しの考え方 (2014年介護保険法改正)

平成26年法改正までの介護予防の問題点

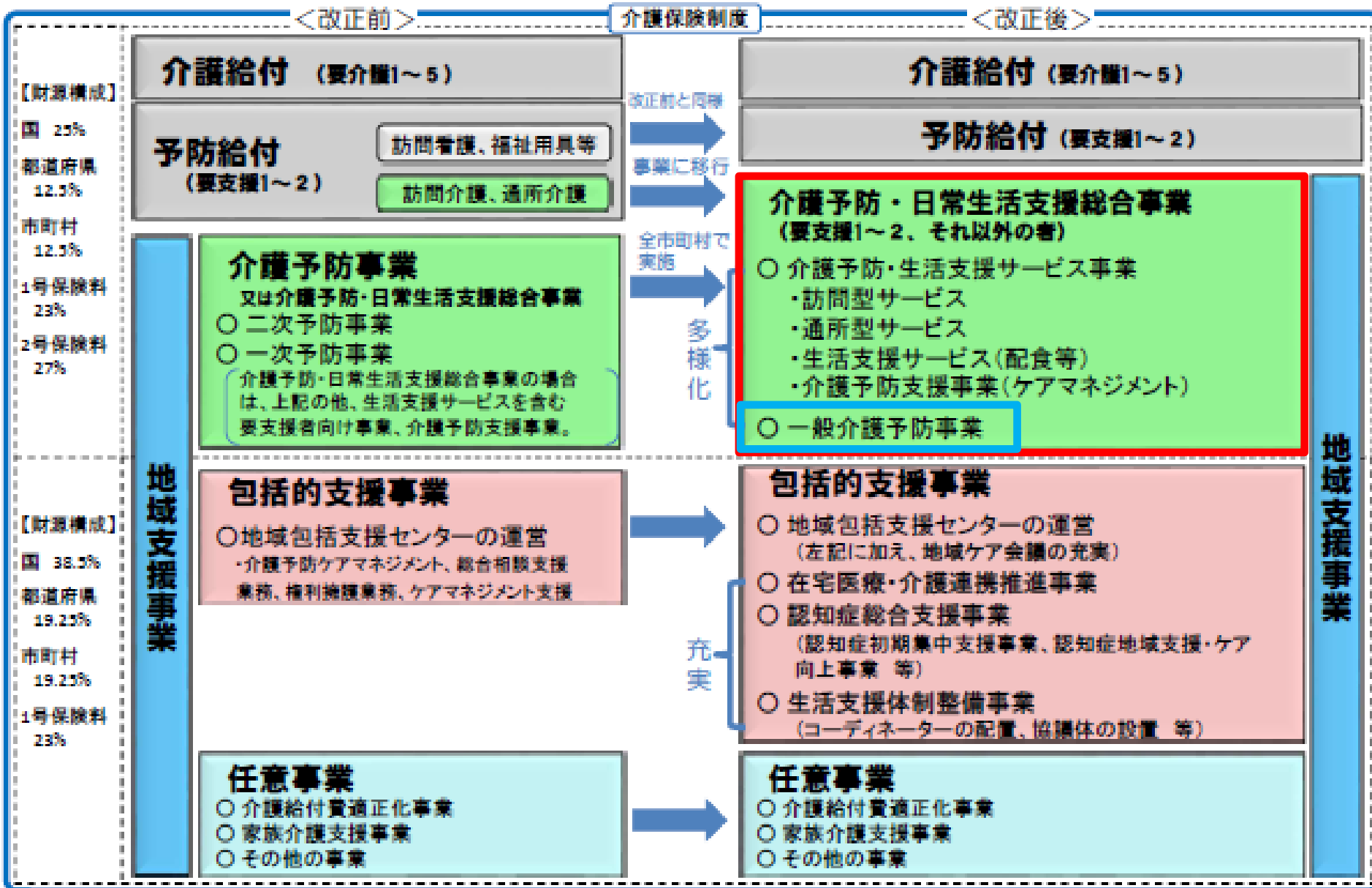
- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかと。

平成26年法改正からの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、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も含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

3. 健康な高齢者／虚弱高齢者／要支援者に対する 介護予防の機能強化に向けた国の主な施策について

地域支援事業及び予防・介護給付の全体像（2015年4月以降）



一般介護予防事業とは

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的して行うものである。
- 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下5つの事業のうち必要な事業を組み合わせ、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。

○ 介護予防把握事業

地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる。

○ 介護予防普及啓発事業

介護予防活動の普及・啓発を行う。

○ 地域介護予防活動支援事業

市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行う。

○ 一般介護予防事業評価事業

介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

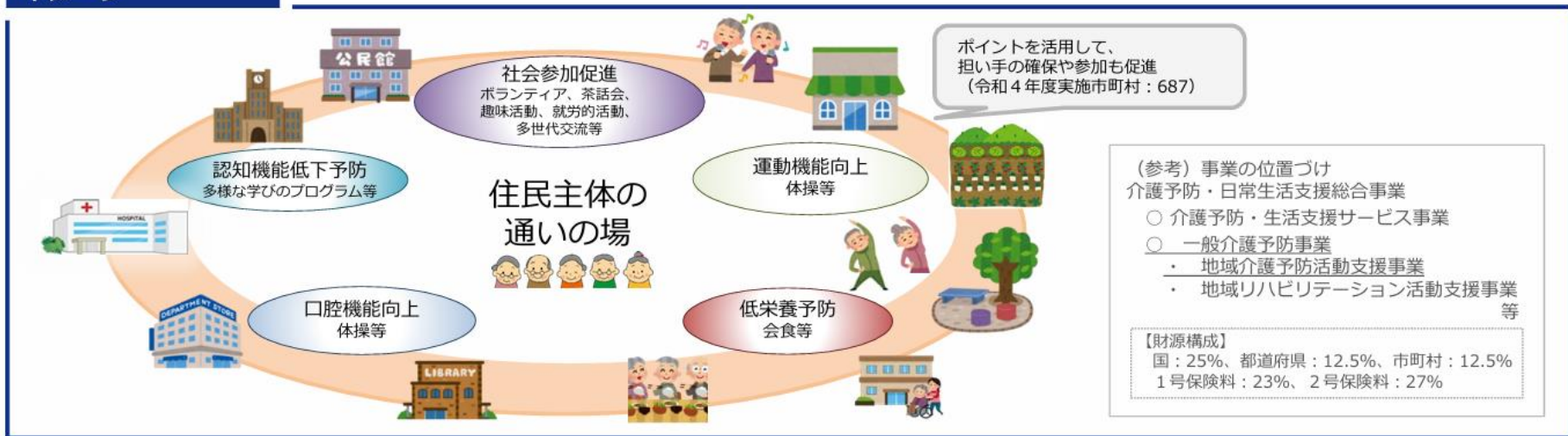
○ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

住民主体の通いの場の推進（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進。
- 通いの場の数や参加率は令和元年度まで上昇傾向であったが、令和2年度に低下し、令和3年度以降、再び上昇。
- 取組内容としては体操、趣味活動、茶話会の順が多い。

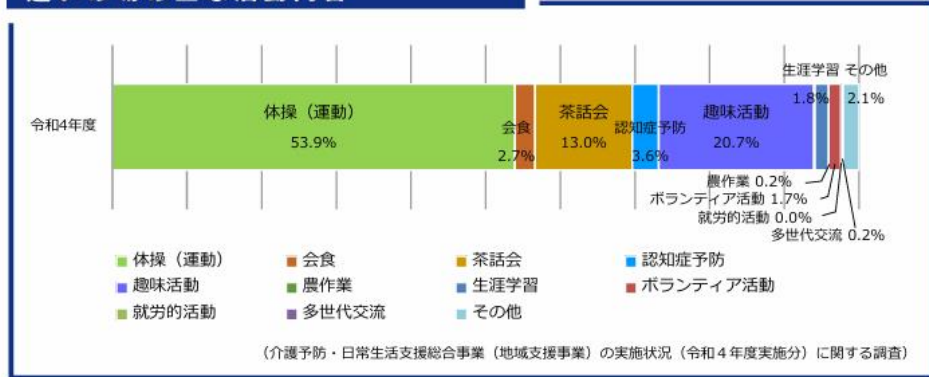
イメージ



通いの場の数と参加率の推移

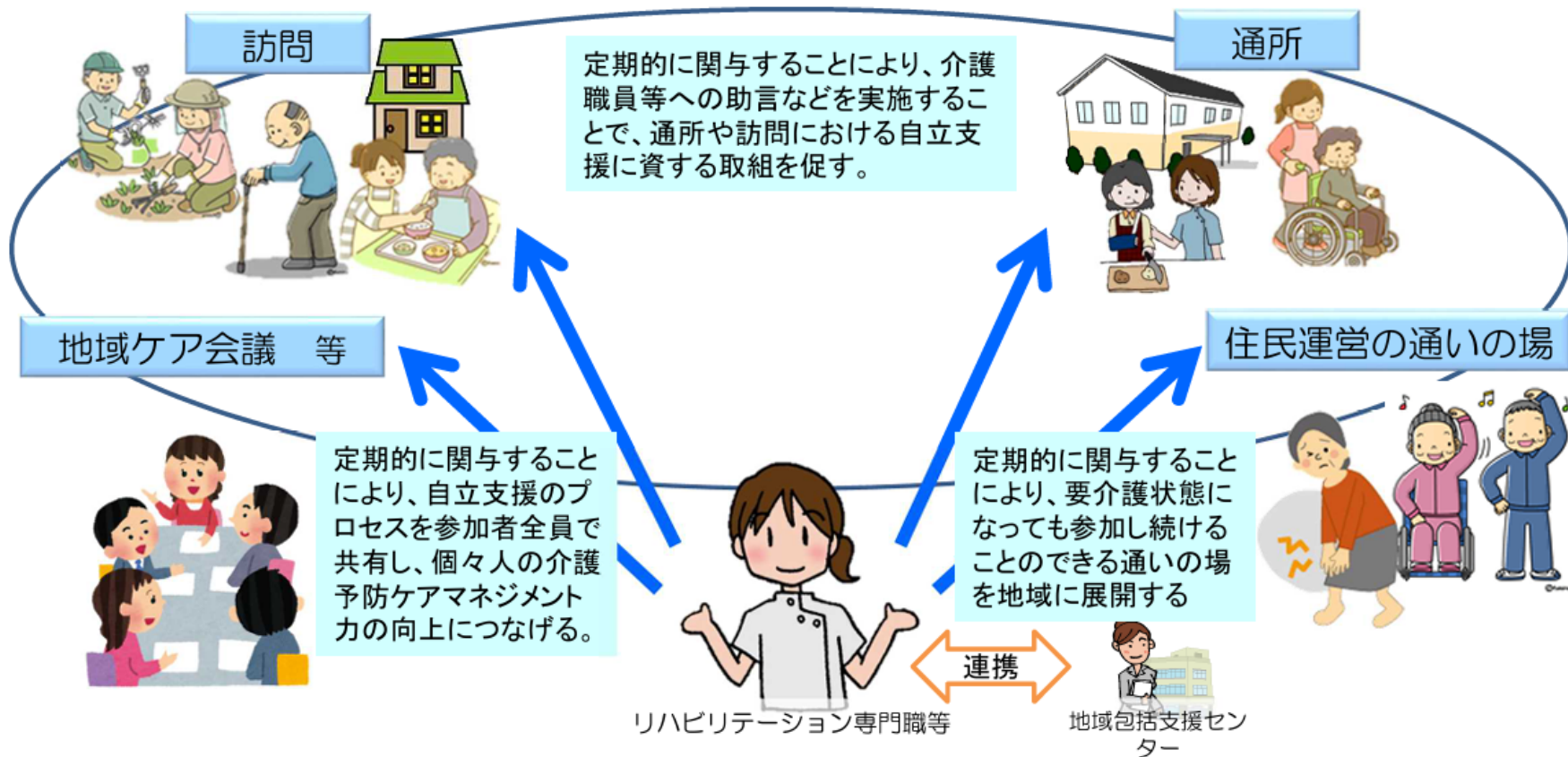


通いの場の主な活動内容



通いの場などへのリハビリ専門職の関わりの強化 (地域リハビリテーション活動支援事業)

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

「地域の茶の間」を通じた多世代交流の推進 (新潟市)

子どもから高齢者まで、
障がいの有無や国籍などを
問わず、誰でも参加できる場



人と人が知り合い、
お互いの不自由を知り、
自然な助け合いが生まれる場

それぞれの人の役割を引き出し、
生きがいが生まれる場



ほかにも、さまざまな効果が期待されます…



地域のあらゆる資源を活用した通いの場づくり (愛知県豊明市)



無料送迎バスで天然温泉が通いの場
楽の湯みどり店(株)ナカシロ



高齢者が毎日通う喫茶店での見守り
市内70店以上の喫茶店



お寺のお堂で、男性が多く参加する健康麻雀
曹源寺



自動車販売店の商談スペースで毎日体操
名古屋トヨペット(株)豊明店

男性の社会参加の場づくり (世田谷区)



■ 奥沢・東玉川

ダンディーエクササイズクラブ ■

平成29年4月より活動開始。

地域に男性が参加しているサークルがほとんどなく、有志により立ち上げた男性対象の体操グループ。運営者だけでなく参加者同士でサポートし合い、認知症の方の見守りにもなっている。回を重ねるごとに、連帯感が深まり、**まちのパトロール等ボランティア活動への参加にも発展**している。



生涯現役を目指した就労支敵活動の推進 (秋田県藤里町)

- 年代を問わず、地域活動等に意欲がある人が「働き方登録票」を事務局（社会福祉協議会）に登録。
- 事務局が町内企業や町民からの依頼と登録者をマッチング。
- 自分の希望に添った働き方で地域の特産品づくり等に取り組むことを通じ、生涯現役を希望する全ての人が活躍できる環境づくりを目指している。

【働き方登録票】

分類	番号	働くおた	働き方
A 収入	1	収入が1万円未満	定額収入が少なく、収入が不安定な状態
	2	収入が1万円以上2万円未満	収入が安定しているが、収入が低い状態
	3	収入が2万円以上	収入が安定しているが、収入が低い状態
B 仕事時間	1	1時間未満	仕事時間が短く、収入が不安定な状態
	2	1時間以上2時間未満	仕事時間が安定しているが、収入が低い状態
	3	2時間以上	仕事時間が安定しているが、収入が低い状態
C やる気	1	やる気が低い	やる気が低く、収入が不安定な状態
	2	やる気がある	やる気があるが、収入が不安定な状態
	3	やる気がある	やる気があるが、収入が低い状態
D 職種	1	非正規雇用	非正規雇用で、収入が不安定な状態
	2	パート・アルバイト	パート・アルバイトで、収入が不安定な状態
	3	正社員	正社員で、収入が不安定な状態

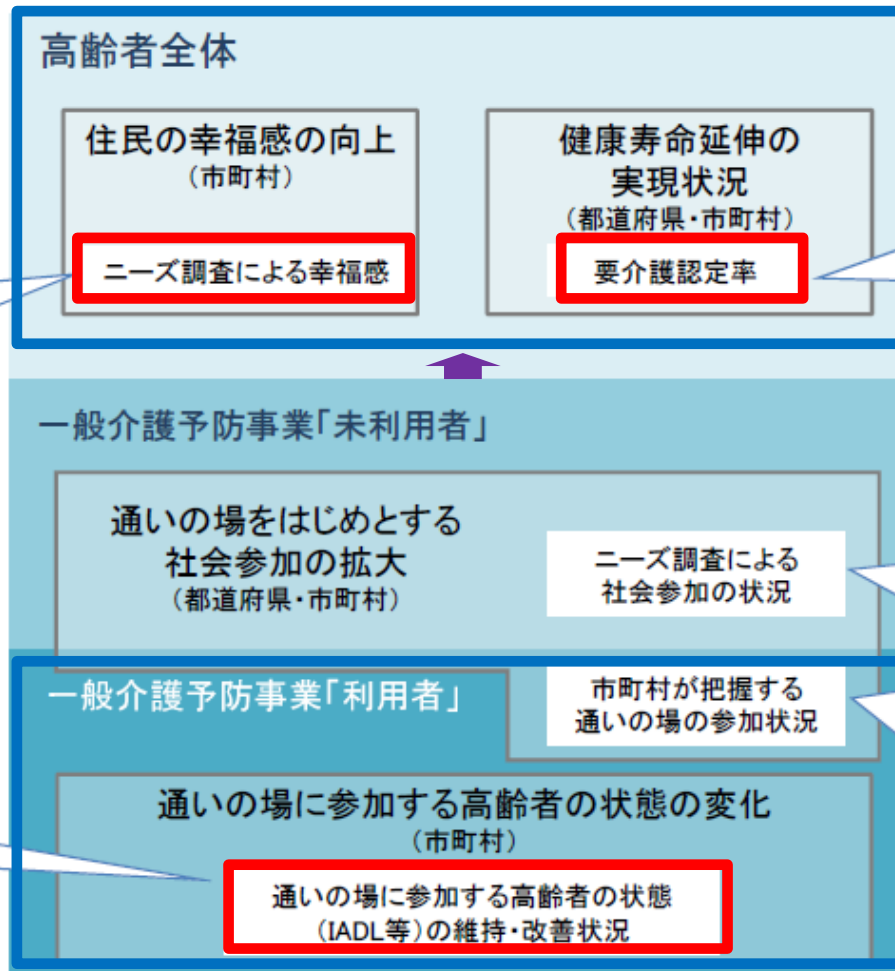
【ふきの皮むき作業】



介護予防に関する成果の評価イメージ (地域リハビリテーション活動支援事業)

介護予防に関する成果をみる際は、個々の事業の成果に加えて、事業全体を評価する観点から高齢者全体の成果についても、各指標を設定。

高齢者全体



[指標案]
住民の幸福度の変化率
※ただし、ニーズ調査の対象は、要介護1～5以外の高齢者

[指標案]
要介護2以上の年齢調整後
認定率、その変化率

[指標案]
社会参加（就労、ボラン
ティア、通いの場等）の
状況

[指標案]
通いの場（全体/週1回以
上）の参加率（実数/延べ
数）、その変化率、週1回
以上開催の通いの場の有無

※まずは、高齢者の状態を
把握・分析する手法につい
て検討

事業参加者

4. 要支援・要介護高齢者の介護予防の機能強化に向けた 国の主な施策について

2018年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「I.地域包括ケアシステムの推進」、「II.自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「III.多様な人材の確保と生産性の向上」、「IV.介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

2024年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進
 - ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
 - ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
 - ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
 - ・ 看取りへの対応強化
 - ・ 感染症や災害への対応力向上
 - ・ 高齢者虐待防止の推進
 - ・ 認知症の対応力向上
 - ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進
 - ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
 - ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
 - ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築
 - ・ 評価の適正化・重点化
 - ・ 報酬の整理・簡素化

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進
 - ・ 介護職員の処遇改善
 - ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
 - ・ 効率的なサービス提供の推進

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

第9期計画の施策体系と 介護予防施策の位置づけ・取組・成果指標

- 1. 第9期計画における施策体系と介護予防施策の位置づけ・・・ P2
- 2. 介護予防施策における主な取組と成果指標・・・・・・・・・・・・ P4
- 3. 第9期計画期間中に新規・拡充した取組紹介・・・・・・・・・・・・ P7

1. 第9期計画の施策体系と 介護予防施策の位置づけ

豊かな歴史・文化にはぐくまれながら、一人ひとりにふさわしく、いきいきと充実した生活を送れるまちの実現

住み慣れた地域で、見守りながら、支え合いながら、健幸で安心して暮らせるまちの実現をめざします

I
生涯にわたる
健幸づくりの推進

- 1 生きがいをもっていきいきと生活できている
- 2 健康を維持できている
- 3 再び元気な生活を取り戻すことができている

介護予防

II
認知症にやさしい
まちづくりの推進

- 1 認知症の人とその家族が不安なく生活できている
- 2 認知症に関する気づき・早期発見・早期対応ができている
- 3 認知症になっても自分らしく暮らしていく備えができている

認知症

III
地域の協力体制の
強化

- 1 地域で支え合いながら不安なく生活できている
- 2 本人が困ったときに身近なところで声を発信できている
- 3 地域包括支援センターの機能が強化されている
- 4 医療や介護が必要なときに適時・適切なサービスを受けることができている

医療・介護
連携

IV
安全・安心な
在宅生活の確保

- 1 本人が望む住まい方を選択できている
- 2 権利が擁護され尊厳のある本人らしい生活ができている
- 3 さまざまなニーズに応じた日常生活の支援を受けることができている
- 4 必要なサービスが必要なときに利用できるように介護サービスの基盤が整っている
- 5 災害や感染症が発生しても高齢者が必要な支援・サービスを受けることができている

生活支援

V
持続可能な
介護サービス
提供の推進

- 1 本人を主体としたサービスが提供できている
- 2 業務負担軽減および介護人材の確保ができている
- 3 所得に関わらず利用できるように各種軽減制度を周知できている
- 4 適切な介護保険制度の運営ができている

介護人材
の確保

2. 介護予防施策における主な取組と成果指標

基本方針

住み慣れた地域で、見守りながら、支え合いながら、
けんこう
健幸*で安心して暮らせるまちの実現をめざします



指標

幸福だと感じている高齢者の割合

現状値
(令和4年度)

43.0%

目標値
(令和8年度)

増加

実績値
(令和7年度)

44.4%

介護予防施策における主な取組と成果指標

柱Ⅰ 生涯にわたる健幸づくりの推進



目標

いきいきとした暮らしを送ることができる

① 主な取組内容

施策の方向性1 生きがいをもっていきいきと生活できている

- 高齢者の生きがい発揮の場を設けるため、市が行う老人福祉に関する事業について、老人クラブ連合会に委託し、シニアスポーツ大会や芸能大会等を行った。
- 介護支援いきいきポイント事業は、介護支援いきいき活動(ボランティア活動)を奨励及び支援のため、受入機関の拡充について、サービス付高齢者住宅等の受け入れを行った。

施策の方向性2 健康を維持できている

- 健康まつりや歯ツッピーフェスティバル、栄養改善教室を開催し、健康意識の向上を図った。
- 健康マイレージ事業は、コバトンALKOOマイレージを導入し、健康づくりの動機付け及び習慣化を図った。

施策の方向性3 再び元気な生活を取り戻すことができている

- 自身の体力を確認し、健康づくりやフレイル予防に早期に取り組むことができるように、体力測定会を開催した。また、体力測定会に来た人を介護予防に関する教室につながるよう周知した。
- 運動器の機能向上や栄養改善及び口腔機能向上などを学ぶ、介護予防に関する教室を開催した。

② 成果指標および事業実施の指標

成果指標	策定時目標		実績値
	現状 (令和4年度)	目標 (令和8年度)	令和7年度
1 65歳からの健康寿命の延伸 (平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加)埼玉県算出	男性18.01年 女性20.66年 (R3年時点)	増加	《参考》 男性17.99年 女性20.75年 (R6年時点)
2 健康だと感じている人の割合	75.2%	増加	75.4%
3 要介護(要支援)認定者の要介護度の維持 および改善率	資料6 P21参照	増加	資料6 P21参照

事業実施の指標	策定時目標		実績値
	現状 (令和4年度)	目標 (令和8年度)	令和7年度
1 情報機器端末等による介護予防ポイント付与事業	513人	9,000人	553人
2 かわごえ体力測定会 (旧 ときも体力測定会)	77人	450人	603人
3 介護予防の自主グループ	188団体	増加	198団体
4 介護予防サポーター養成講座	84人	135人	103人

生活支援施策における取組と成果指標

柱Ⅳ 安全・安心な在宅生活の確保



目標

住まい方を選択でき、望む場所で安心して暮らし続けることができる

① 主な取組内容

施策の方向性 3 さまざまなニーズに応じた日常生活の支援を受けることができる

- 在宅高齢者配食サービスを実施し、食生活及び栄養の改善を図るとともに安否確認を行った。
- 日常生活を支援する在宅福祉サービスについて、広報川越、ホームページ、小冊子等により周知を行うほか、老人クラブや民生委員・児童委員の会議などにおいても事業の周知を行った。

② 成果指標および事業実施の指標

成果指標	策定時目標		実績値
	現状 (令和4年度)	目標 (令和8年度)	令和7年度
1 自宅で最期を迎えられることを希望し、実現可能だと思う人の割合の増加	12.7%	増加	10.0%

事業実施の指標	策定時目標		実績値
	現状 (令和4年度)	目標 (令和8年度)	令和7年度
1 緊急通報システム事業	446件	増加	472件
2 在宅高齢者配食サービス	4,651人	増加	5,653人

3. 第9期計画期間中に新規・拡充 した取組紹介(一部)

第9期計画における位置づけ

施策の柱Ⅴ 持続可能な介護サービス提供の推進

施策の方向性 1

本人を主体としたサービスが提供できている

ウ) 地域リハビリテーション提供体制の充実

介護予防に関する機能強化型地域包括支援センターの機能を、市内すべての地域包括支援センターに拡充を図るため、リハビリテーション専門職を配置し、必要に応じてケアマネジャーと同行訪問するなど、各圏域の核となり、住み慣れた地域でその人らしく安心して暮らし続けられるよう、地域リハビリテーション活動支援事業をさらに進めていきます。(略)

経過

平成27年 4月	機能強化型地域包括支援センターを設置 (介護予防事業の強化を図るため、市内1か所の地域包括支援センターに理学療法士を配置)
令和5年 1月	第9期計画策定に向けた現場の声を聴く会で下記の意見が聞かれた(一部抜粋) <ul style="list-style-type: none"> ✓ 訪看・訪リハなど専門職からの支援は有効であるが、利用するには単価が高い。 ✓ ケアマネへの支援として、支援の最初の部分で、専門職(リハ職など)にピンポイントに相談でき、必要に応じて同行訪問してもらう機会があったら良い。
令和5年度 ～ 令和6年度	川越市地域包括支援センター等運営協議会にて「地域包括支援センターの体制強化について」の1つの取組として検討を重ねる
令和7年 3月	機能強化型地域包括支援センターを廃止
令和7年 4月	各地域包括支援センターにリハビリテーション専門職を配置

配置後のヒアリングから聞かれた声

小江戸ケアマネジャー協会に協力いただき、ケアマネジャー3名から意見聴取

主な意見

- ✓ 訪問リハを導入するには、主治医の意見書が必要。導入前に、見立てをした上で導入の可否について助言をもらえることで適切なサービスの導入につながっている。
- ✓ 急に動けなくなった高齢者に対し、同行訪問し、予後予測をしてもらった。本人・ご家族と話をしてもらい、訪問リハの導入に至った。その際、家族に対して、介助方法のアドバイスもあり、介護者の負担軽減につながった。
- ✓ 自宅内の環境を確認した上での福祉用具の提案をもらえるので助かっている。最初から福祉用具を導入すると、以降福祉用具ありきのサービス利用になり、途中からサービス利用をやめることがなかなかできない。
- ✓ 家族としては、訪問リハや通所リハについて、「効果があれば使うけど」といった反応が多い。ケアマネとして断言できない中、リハ職が根拠をもって話をしてもらおうと、家族も納得してくれる。
- ✓ 機能強化型地域包括支援センターのときと比べ、すべての包括に配置されたので気軽に頼めるようになり、心強い。

同行訪問事例

住宅改修や福祉用具の提案

- 90歳代 / 女性 / 1人暮らし(団地の2階)
- 慣れた生活であれば自立
- やや認知機能の低下あり
- 既往として、圧迫骨折で安静にしていた期間あり

家族の心配 ← 据え置き浴槽での入浴が危険ではないか

慣れているから大丈夫

本人の思い

自宅訪問(本人/家族/ケアマネ/福祉用具事業者/訪問介護/包括PT)

- ✓ 普段の暮らし方や本人の希望を共有
- ✓ メモを活用でき、宅配の手配や服薬管理も自立していることを確認
- ✓ PTが運動や認知機能のアセスメントを行った
 - 転倒リスクが低く、体力は回復傾向
 - 踏み台と手すりを設置することで入浴可能と判断

大きな改修はせず、慣れた生活を継続することを決め、引き続き多職種で支援をしながら在宅生活を継続

第9期計画における位置づけ

施策の柱Ⅴ 持続可能な介護サービス提供の推進

施策の方向性 1

本人を主体としたサービスが提供できている

ア) 本人主体のケアマネジメントの推進

本市が目指す自立(自律)支援について、冊子にまとめ、研修会を開催するなど、全ての事業者や関係者に本人主体のケアマネジメントをより実践できるよう取り組んでいきます。(略)

検討会・研修会の実施

【令和6年度検討会】

自立支援応援ハンドブック作成に係る検討会を組織し、全5回開催。

【令和7年度検討会】

令和6年度と同メンバーの検討会にて、全5回開催し、市民向けリーフレット及び実例集を検討・作成。

検討会参加職種

介護サービス事業所職員、主任介護支援専門員、リハビリテーション専門職、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター職員、市職員



成果品



高齢者自身が主体的に生活できるよう支援するガイドブック

(令和6年度作成)

高齢者のwell-beingを実現するための支援を、市内の医療や介護に携わるすべての方が共有の考えのもと実践できる1つのツールとして作成。

ガイドブック等を用いて、ケアマネジャーや通所介護事業所、地域包括支援センターや自立支援型地域ケア会議の助言者(薬剤師、管理栄養士等)を対象とした研修会を開催し、自立支援に資する取組の普及を図る。



未来を拓ける事例集

(令和7年度作成)

検討会参加メンバーを中心に、本人・家族・支援者間で対話を重ねながら、高齢者ご本人の望む暮らしの実現のために行った支援をまとめた「事例集」を作成。



市民向けリーフレット

(令和7年度作成)

配布対象者は、介護保険サービス利用を検討し始め、相談窓口に来られた市民の方。

窓口で困りごとの整理やインフォーマルサービスの情報提供などを行い、適切なサービス利用の助言や高齢者自身が元気になれるような生活の過ごし方を提案することを目的として作成。

第9期計画における位置づけ

施策の柱 I 生涯にわたる健幸づくりの推進

施策の方向性 3

再び元気な生活を取り戻すことができる

イ)フレイル予防に関する体制整備と普及啓発

高齢者および支援する専門職一人ひとりがフレイル予防に意識を持って、運動の習慣化や食生活の改善等に、日常生活の中で工夫して取り組めるよう、フレイルを含む介護予防の重要性や具体的な方法について、パンフレットの作成や配布、メディアなどの活用、体力測定会や講演会の開催等を通じて普及啓発していきます。

目的

- ✓ 高齢者自身が自分の体力を知り、フレイルリスクに早く気づくことができる。また、専門職の助言により、早期にフレイル予防の取り組みにつながる
- ✓ 支援が必要な人は、その場で必要な機関につなぎ、早期対応を図ることができる
- ✓ 地域の担い手の発掘の場

内容

- ✓ 60歳以上の高齢者を対象とし、市内9会場／年で開催
- ✓ 測定結果を、リハビリテーション専門職が参加者一人ひとりに対して個別アドバイスを行いながら返却する
- ✓ 必要に応じて、地域包括支援センターや生活支援コーディネーターにその場でつなぎ、迅速な相談支援を行う

従事者

リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター職員、介護予防サポーター(住民)、保健推進員(住民)、市健康づくり支援課、市高齢・障害医療課

受付

体力測定

結果返し



- ✓ リハビリテーション専門職から、参加者一人ひとりに結果に基づき直接アドバイス、
- ✓ 必要に応じて、地域包括支援センター・生活支援コーディネーター・管理栄養士・歯科衛生士へ相談できる仕組み

個別相談
(希望者のみ)

骨健康度測定
(希望者のみ)

講話
(希望者のみ)

3か月後・・・アンケート

(以下、アンケート結果より抜粋)

- ✓ 測定会で教えてもらった運動のアドバイスを参考に運動をするようになった
- ✓ 結果を返却してもらった時に、いもっこ体操を勧められたので、自主グループに参加するようになった
- ✓ 社会参加の必要性をアドバイスしてもらい、そのあと社会福祉協議会とつながり、ボランティアを始めた

第9期計画における位置づけ

施策の柱 I 生涯にわたる健幸づくりの推進

施策の方向性 3

再び元気な生活を取り戻すことができる

力)介護予防・日常生活支援総合事業の推進

また、短期集中予防サービスとして実施している通所型サービスC「ときも運動教室」や訪問型サービスC「いきいき栄養訪問」について、リハビリテーション専門職による事前同行訪問の実施など効果的な運営方法や提供するプログラム内容を検討しながら、市民やケアマネジャーなどの関係機関に事業効果を周知するとともに、早い段階からの事業利用につながるようアウトリーチなどによる支援を行っていきます。

取組概要

- ✓ 日常生活総合事業の通所型サービス・活動C事業にて、3か月間週2回、短期集中的に支援を行い、生活機能が落ちてきた方を再び元気にする通所型サービス
- ✓ 対象者は、事業対象者または要支援認定者
- ✓ 市内8事業所(R8.5現在)で事業を展開中



入口／出口支援

3か月間、多職種で高齢者ご本人のやりたいことの実現に向けた支援を実施

(申請時には)
地域包括支援センター

(アセスメント時には)
リハビリテーション専門職
(地域包括支援センター)

事業のプログラム(運動・栄養・口腔)を
実施する委託先
(リハビリテーション専門職・管理栄養士)

(出口支援には)
生活支援コーディネーター



運動などのプログラムのほか、
利用終了後の暮らしも見据えて面談を重要視。
セルフマネジメントツールの活用も始めている。

わたしの目標

1. 今のわたしの生活目標

いつ頃までに

年

月頃の達成を目指します

2. 目標を達成するための方法を考えてみましょう

自分で取り組むこと(具体的に記入しましょう)

(例：脚の力をつけるため、毎日5000歩歩く)

第9期計画における位置づけ

施策の柱Ⅲ 地域の協力体制の強化

施策の方向性 1

地域で支え合いながら不安なく生活できている

ア) 地域住民と共に支え合う地域づくりの推進

多様な主体による多様なサービスの創出に向けて、第1層および第2層の生活支援コーディネーターが、各地域のニーズを把握し、住民主体に限らず民間事業者等を含めた資源の把握に努め、(途中省略)進めていきます。

住民相互の助け合いの重要性を認識し、高齢者自身が就労的活動等を通じて、生活支援の担い手として社会参加できるようなしくみづくりもあわせて検討していきます。

取組概要

- ✓ 生活支援コーディネーターが把握／発掘／立ち上げ支援をしてきたインフォーマルサービス等が、お互いエール(応援)しあい、困りごとの解決につなげるためめぐり逢う場所として、年2～3回開催(令和6年1月～)
- ✓ 1回あたり4～5団体が活動報告を実施
- ✓ インフォーマルサービスや民間企業の取組紹介を行うだけでなく、紹介された事例同士がマッチングし、新たな取組につながった事例もみられている



<マッチング例>

就労継続支援
B型事業所



自治会役員運営の
学習支援教室

コミュニケーション能力トレーニングの一環でボードゲームを活用している事業所と、夏休みのメニューを増やしたい学習支援教室がめぐり逢い、子どもたちの休憩時間にアイスブレイクとしてボードゲームを活用

各種データから見えてきたこと

川越市の各種データから見えてきたこと …………… P2

【参考】

- ・認定率 …………… P4
- ・要介護度の変化 …………… P17
- ・主観的幸福感 …………… P26
- ・認定なし高齢者と要支援高齢者の
生活機能等の比較(85歳以上) …………… P38

川越市の各種データから見えてきたこと

■ 認定率

- 80歳を超えると認定率は急増。
※75-79歳(11.8%)、80-84歳(26.3%)、85-89歳(48.3%)、90歳以上(76.8%)[P6](#)
- 川越市の65歳以上及び75歳以上の認定率は埼玉県より高く、その差は拡大傾向で推移している。[P7](#)
- 川越市の要介護度別及び要支援度別にみた75歳以上の認定率は、「要介護1」と「要介護3」が埼玉県や全国より高い。[P9](#)、[P10](#)
- 川越市の「軽度認定率(要支援1～要介護2)」は、全国より低い、重度認定率(要介護3以上)は、全国より高い。[P11](#)
- 川越市の「軽度認定率(要支援1～要介護2)」と、「重度認定率(要介護3以上)」は、ともに埼玉県より高い。[P11](#)
- 令和7年度の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では、「要支援1」の41.9%、「要支援2」の24.7%が、「介護・介助は必要ない」と回答している。[P13](#)
- 窓口聞き取りによる介護認定申請理由は多い順に、「家族の意向」、「周囲の助言」、「介護サービス未利用者への更新勧奨通知」、「用心・不安のため」であった。[P15](#)

■ 要介護度の変化

- 「① 2019年と2022年に認定を持っていた方の要介護度の変化」と、「② 2022年と2025年に認定を持っていた方の要介護度の変化」をみると、それぞれ、「改善(約1割)」、「維持(約4割)」、「重度化(約5割)」であった。要介護度別の重度化率は、それぞれ、高い順に「要支援1」、「要介護1」であった。[P19](#)、[P20](#)
- 上記①,②の重度化率を要介護度別で比較すると、「要介護4」を除く、全ての要介護度の重度化率が低下している。[P21](#)
- 要介護度別の軽度化率と重度化率を、「同居・独居・認知症・非認知症」の4群で比較すると、非認知症群では、同居、独居にかかわらず、要介護2から要介護5までの軽度化率が高い傾向にあり、認知症群では、同居、独居にかかわらず、要支援1から要介護4までの重度化率が高い傾向にある。[P24](#)、[P25](#)

川越市の各種データから見えてきたこと

■ 主観的幸福感

- 性別、認定区分別にみる主観的幸福感は、女性より男性の方が低く、介護の必要度が高くなるほど、男女ともに低くなる。

[P28](#)

【主観的幸福感が低い人(0-4点)の特徴(認定なし高齢者を分析)】

- 全年齢階級で女性より男性の割合が高い(特に65-69歳男性)。[P31](#)
- 1人暮らし世帯(特に男性)。[P31](#)
- 経済状況が苦しい。[P31](#)
- 心理的、精神的健康度が低い。[P32](#)
- 身体的健康度、日常生活活動が低い。[P33](#)
- 主観的健康観が低い。[P34](#)
- 社会的な活動、人とのつながりが低い。[P35](#)

【専門職との関わりの状況】

- 主観的幸福感が低くなるほど、困りごとを相談できる医師、歯科医師、薬剤師がいない。[P37](#)
- 地域包括支援センターを利用したことがある割合は、主観的幸福感が低い群が最も高い。[P37](#)

■ 認定なし高齢者と要支援者高齢者の生活機能等の比較 (対象：85歳以上)

- 全体的にみて、多くの項目で、介護の必要度が高くなるほど機能低下やできないことの割合が増加する。
- 全体的にみて、認定なし高齢者の段階から男女ともに割合が高い項目は、「転倒歴あり」、「転倒不安がある」、「咀嚼機能低下あり」、「物忘れが多い」であった。[P42](#)、[P45](#)、[P47](#)
- 運動機能：リスク判定に用いる5項目の内、両群の割合の差が一番大きいのは、「階段昇降」であった。[P42](#)
- 外出、移動：「買い物や通院の移動に困っている」は、両群の割合の差が大きい。[P43](#)
- IADL：判定に用いる5項目について、両群の割合の差をみると、男女ともに上から、「バス等を使った1人での外出」、「日用品の買い物」の順であった。[P46](#)
- 社会との関わり：「共食機会」、「人とのつながり」がない割合は、女性より男性の方が高く、差が大きい。[P44](#)、[P52](#)
- 日常生活での困りごと：高い割合であった項目は、どの認定区分も「日常の力仕事」、要支援高齢者でみると、「買い物に行くのが困難」、「庭の手入れ」、「掃除」、「外出の移動手段」であった。[P50](#)

【現状分析】 認定率

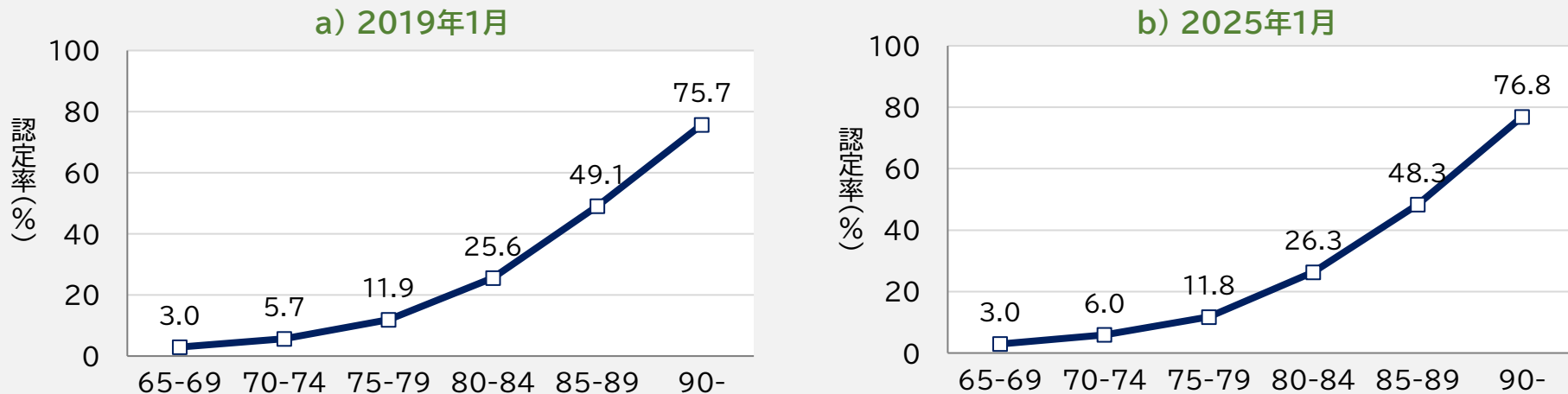
- 1. 年齢階級別にみた認定率の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ P5
- 2. 要介護度別にみた認定率の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ P8
- 3. 認定なし／要支援者／事業対象者における
介護・介助の必要度・・・・・・・・・・・・・・・・ P12

1. 年齢階級別にみた認定率の状況

年齢階級別にみた認定率の分布とその変化

- 2025年1月1日時点の川越市の年齢階級別認定率をみると、80歳を超えると急増し、「85-89歳」48.3%、「90歳以上」76.8%であった。これを2019年と比較すると、「75-79歳」で0.1ポイント、「85-89歳」で0.8ポイント減少していたが、「70-74歳」では0.3ポイント、「80-84歳」では0.7ポイント、「90歳以上」では1.1ポイント増加していた(図表1-1)。
- 2025年の認定率を埼玉県と比較すると、全年齢階級で川越市が上回っていた。また、全国との比較では、「85-89歳」では0.4ポイント低かったものの、それ以外は全国を上回っていた(図表1-2右)。

■ 図表1-1. 年齢階級別にみた認定率の分布とその変化 (川越市)



■ 図表1-2. 年齢階級別にみた認定率の埼玉県・全国との比較(2時点)

2019.1	川越市	埼玉県	全国	市と県の差	市と国の差
65~69歳	3.0	2.7	2.9	0.3	0.0
70~74歳	5.7	5.3	5.8	0.4	-0.1
75~79歳	11.9	11.6	12.7	0.4	-0.8
80~84歳	25.6	25.8	28.0	-0.2	-2.4
85~89歳	49.1	48.0	50.4	1.1	-1.3
90歳以上	75.7	73.3	75.1	2.4	0.6

2025.1	川越市	埼玉県	全国	市と県の差	市と国の差
65~69歳	3.0	2.7	2.8	0.3	0.2
70~74歳	6.0	5.5	5.7	0.5	0.2
75~79歳	11.8	10.8	11.3	0.9	0.4
80~84歳	26.3	24.6	26.0	1.7	0.3
85~89歳	48.3	46.6	48.7	1.7	-0.4
90歳以上	76.8	73.1	75.8	3.8	1.1

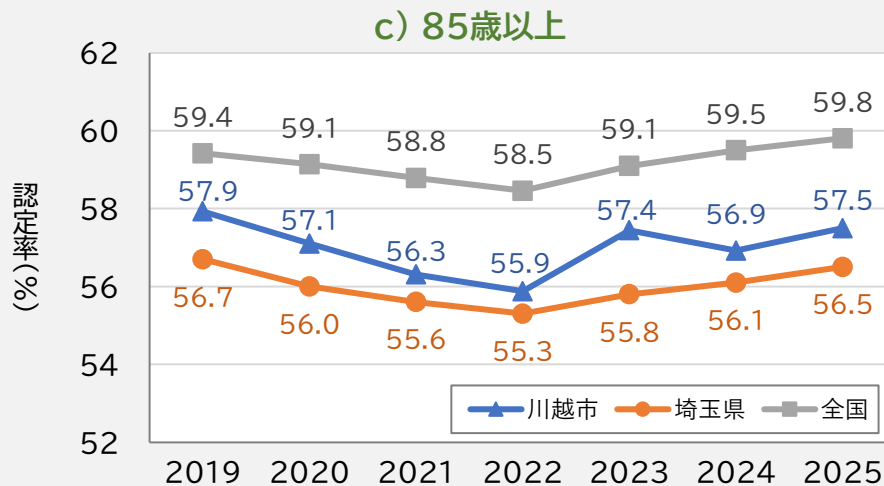
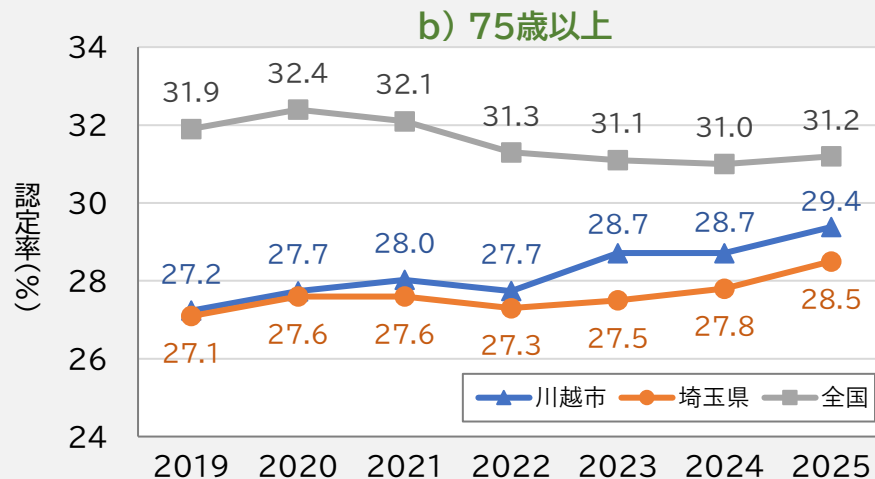
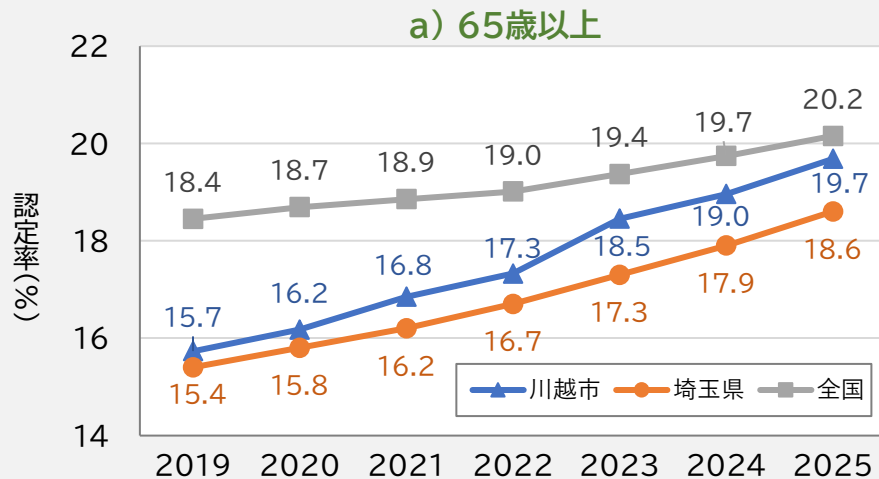
注：(図表1-2) 認定率は小数点第2位を四捨五入したものを表示しているため、川越市と埼玉県、川越市と全国の認定率の差異で表示されている数値は、実際の計算結果と一致しない場合がある。

出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告(各年前月12月時点)」、住民基本台帳年齢階級別人口(各年1月1日時点)をもとに作成。

65歳以上／75歳以上／85歳以上認定率の推移と埼玉県・全国との比較

- 65歳以上の認定率の推移をみると、2019年の15.7%から年々増加し、2025年現在で19.7%となっている。これを埼玉県と比較すると、2019年は0.3ポイント高く、その差は2025年現在で1.1ポイント差に拡大している。また、全国と比較すると、2019年は2.7ポイント低かったものの、その差は2025年現在で0.5ポイント差に縮小している。(75歳以上でも同様の傾向)
- 85歳以上の認定率の推移をみると、2019～2022年間は認定率の低下の幅が埼玉県・全国よりも大きかったが、2022年以降は上昇傾向に転じている(埼玉県・全国も同様)。

■ 認定率の推移と埼玉県・全国との比較

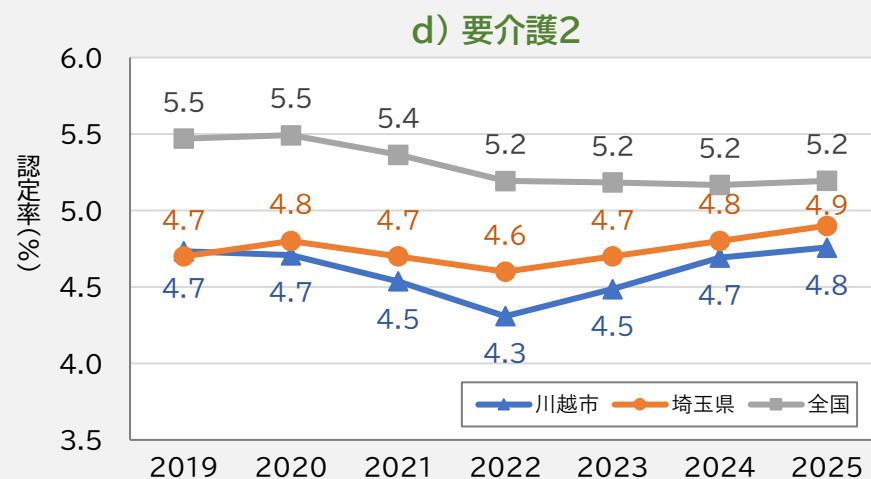
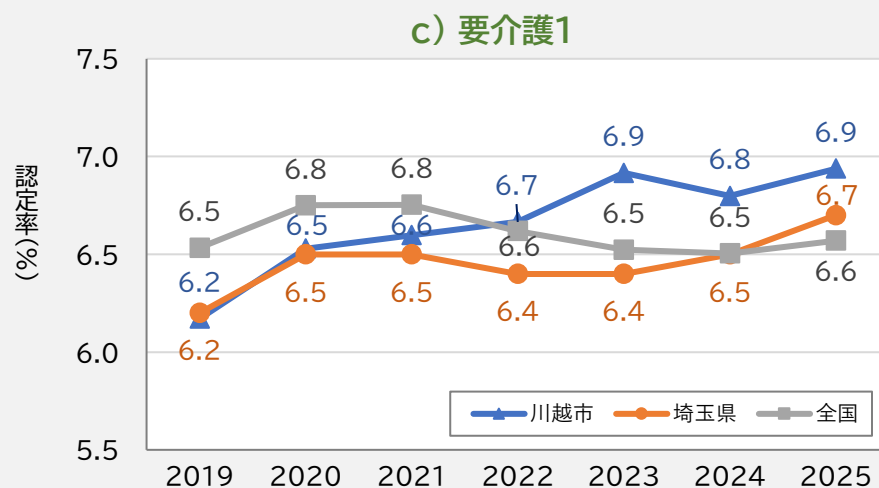
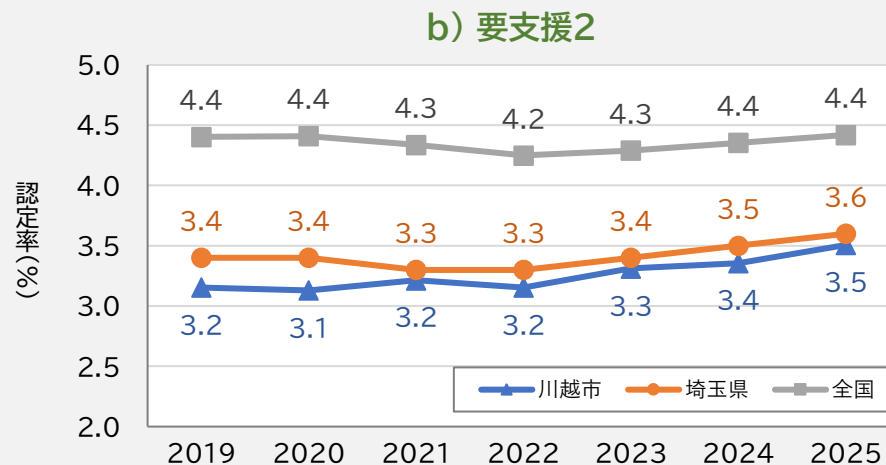
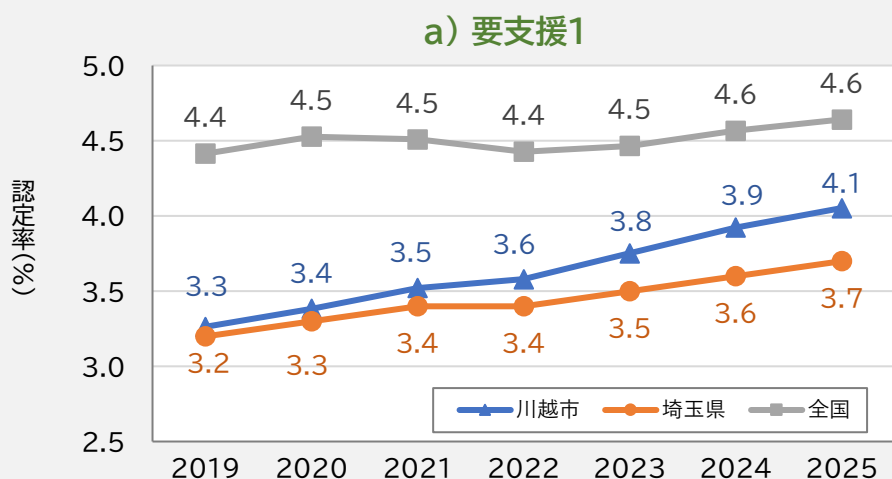


2. 要介護度別にみた認定率の状況

要介護(要支援)度別にみた75歳以上認定率の推移と埼玉県・全国との比較(要支援1～要介護2)

- 2025年現在の75歳以上認定率を要介護度別にみると、川越市の認定率は「要介護1」「要介護3」で埼玉県・全国を上回り、「要支援2」「要介護2」で埼玉県・全国を下回っていた。
- また、それ以外の要介護度でも、2019年に比べ、埼玉県との差が増加傾向に、全国との差が縮小傾向にあった。

■ 要介護度別にみた75歳以上認定率の推移と埼玉県・全国との比較

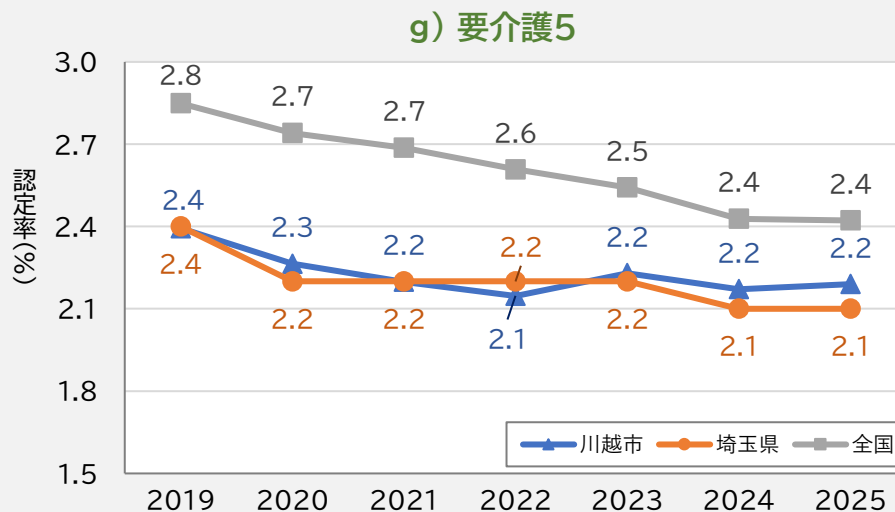
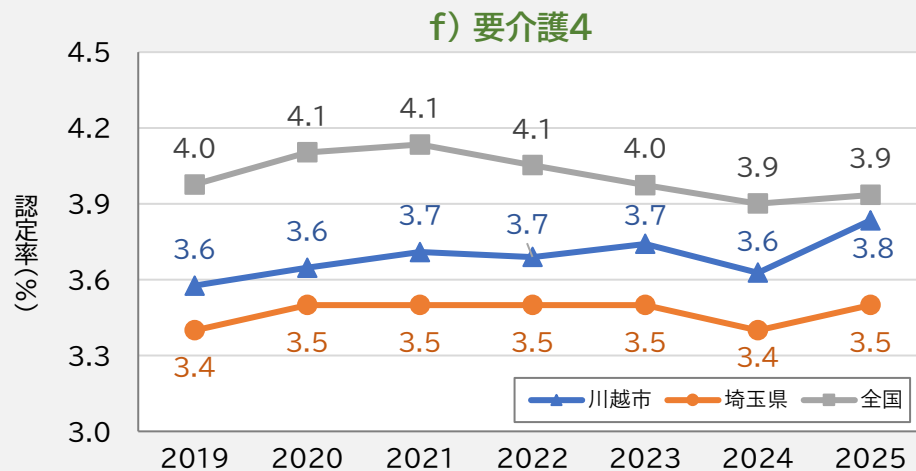
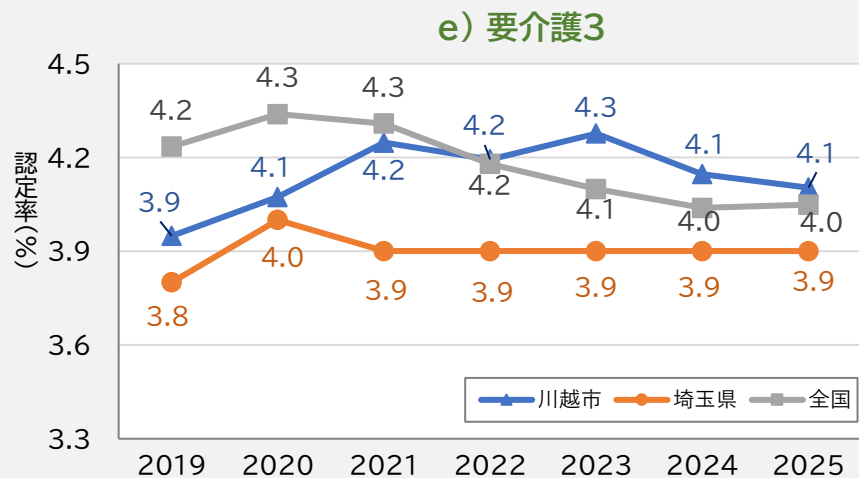


出所) 厚生労働省: 地域包括ケア「見える化」システムのデータをもとに作成。

要介護(要支援)度別にみた75歳以上認定率の推移と埼玉県・全国との比較(要介護3～要介護5)

- 2025年現在の75歳以上認定率を要介護度別にみると、川越市の認定率は「要介護1」「要介護3」で埼玉県・全国を上回り、「要支援2」「要介護2」で埼玉県・全国を下回っていた。
- また、それ以外の要介護度でも、2019年に比べ、埼玉県との差が増加傾向に、全国との差が縮小傾向にあった。

■ 要介護度別にみた75歳以上認定率の推移と埼玉県・全国との比較

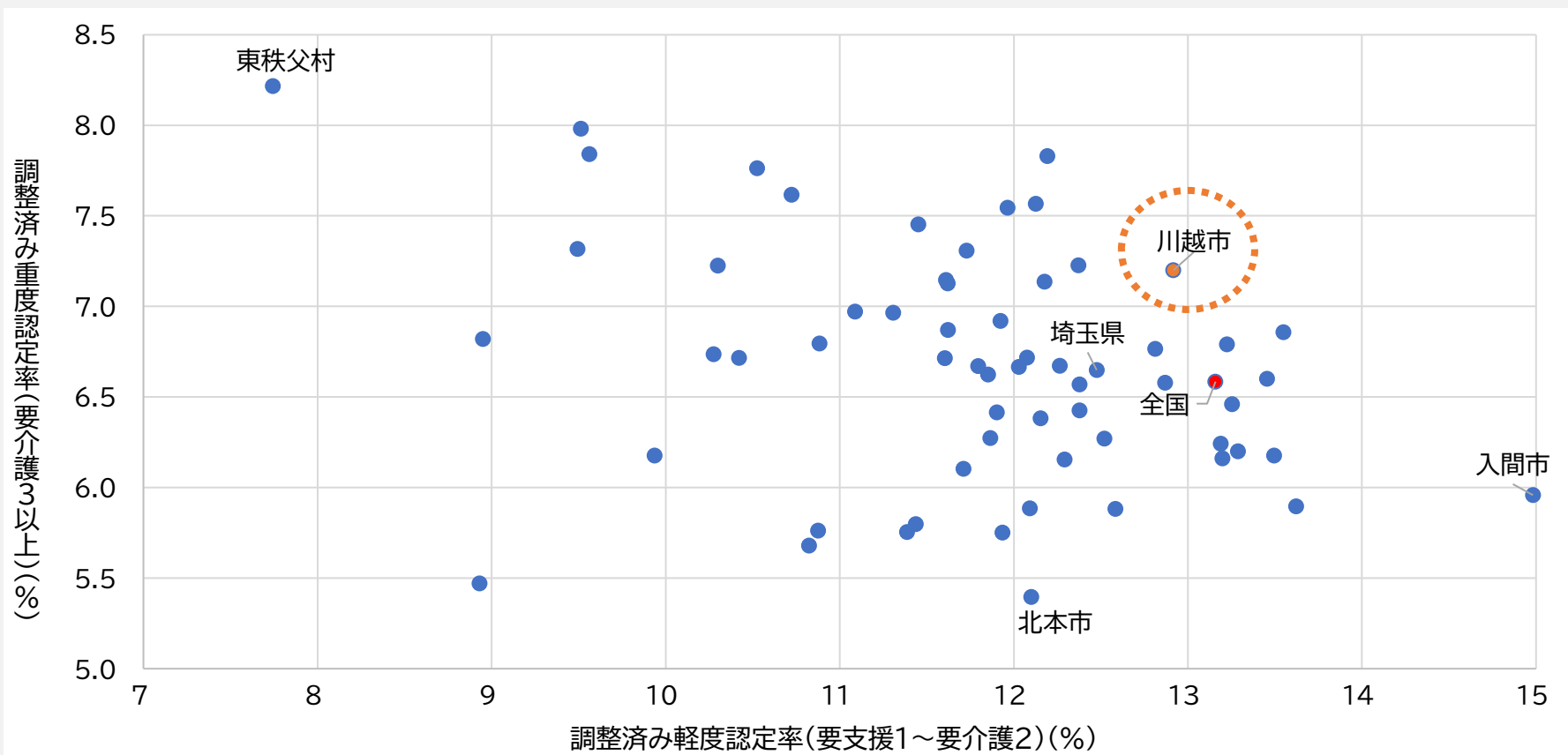


出所) 厚生労働省: 地域包括ケア「見える化」システムのデータをもとに作成。

性別・年齢構成を調整した「軽度・重度認定率」の全国・市町村間比較(2024年)

- 調整済み軽度認定率(要支援1～要介護2)をみると、「全国」13.2%、「埼玉県」12.5%、「川越市」12.9%と、全国より低いものの、県平均より高かった。県内61保険者と比較すると、11番目に高い状況であった。
- 調整済み重度認定率(要介護3以上)をみると、「全国」6.6%、「埼玉県」6.7%、「川越市」7.2%と、全国・県平均より高かった。県内保険者と比較すると、14番目に高い状況であった。

調整済み軽度認定率・重度認定率の全国・市町村間比較



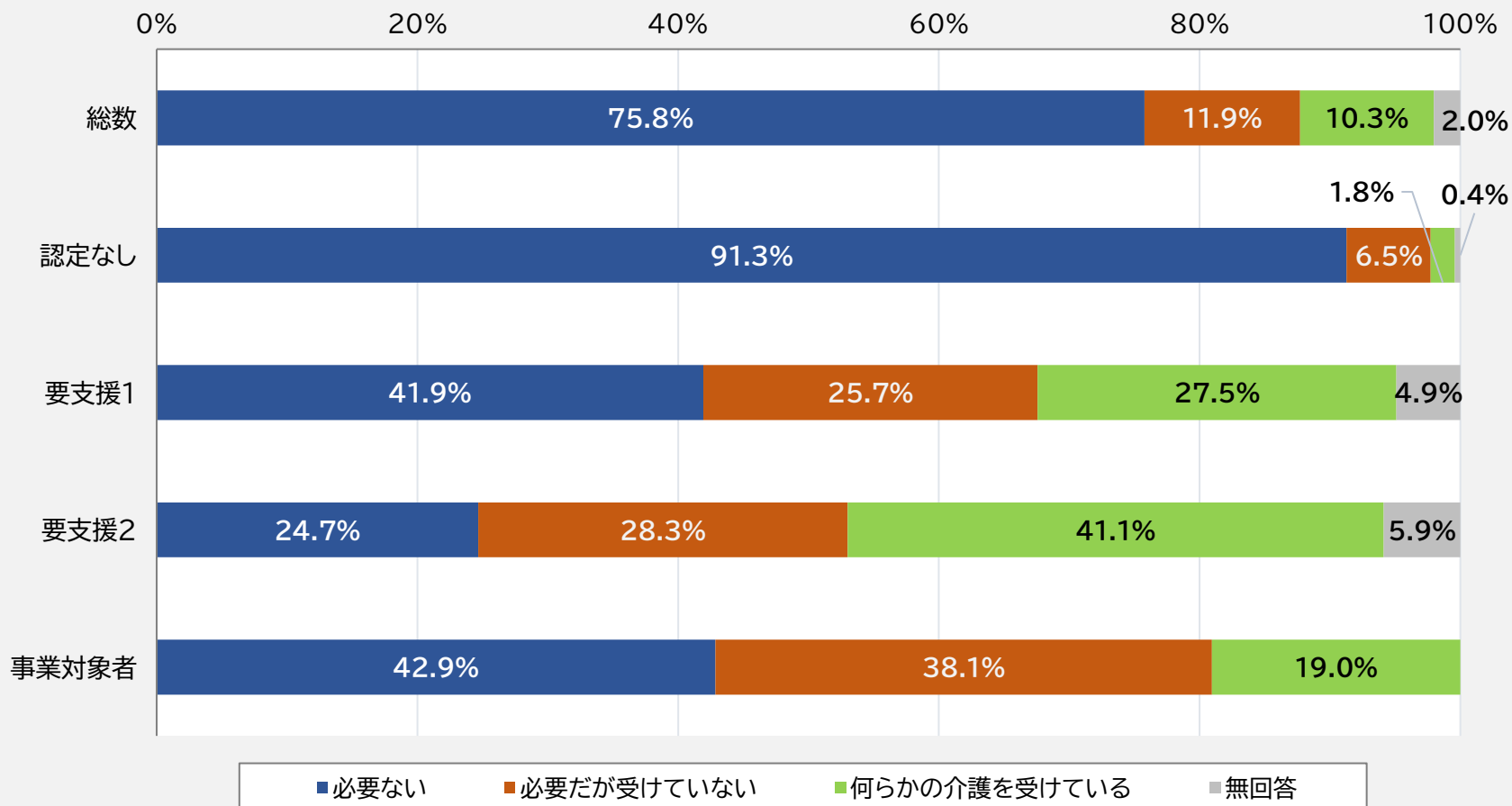
注. 軽度認定率とは要支援1～要介護2、重度認定率は要介護3以上の認定者数を第1号被保険者数で除した値で、これを第1号被保険者の性別・年齢構成の影響を除外したものが調整済み認定率
出所) 厚生労働省: 地域包括ケア「見える化」システムをもとに作成。

3. 認定なし／要支援者／事業対象者における 介護・介助の必要度

認定なし／要支援者／事業対象者における介護・介助の必要度

- 認定を受けていない高齢者、要支援者、事業対象者を対象に令和7年度に実施した、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(以下、ニーズ調査)における設問「あなたは、普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか」の回答状況を見ると、「認定なし」の91.3%、「要支援1」の41.9%、「要支援2」の24.7%、「事業対象者」の42.9%が「介護・介助は必要ない」と回答していた。

■ 認定なし／要支援者／事業対象者における介護・介助の必要度



※事業対象者とは、要支援や要介護の認定は受けていないものの、基本チェックリストを用いた評価で生活機能の低下が見られ、介護予防・生活支援サービス事業の利用が必要と判断された方のこと。

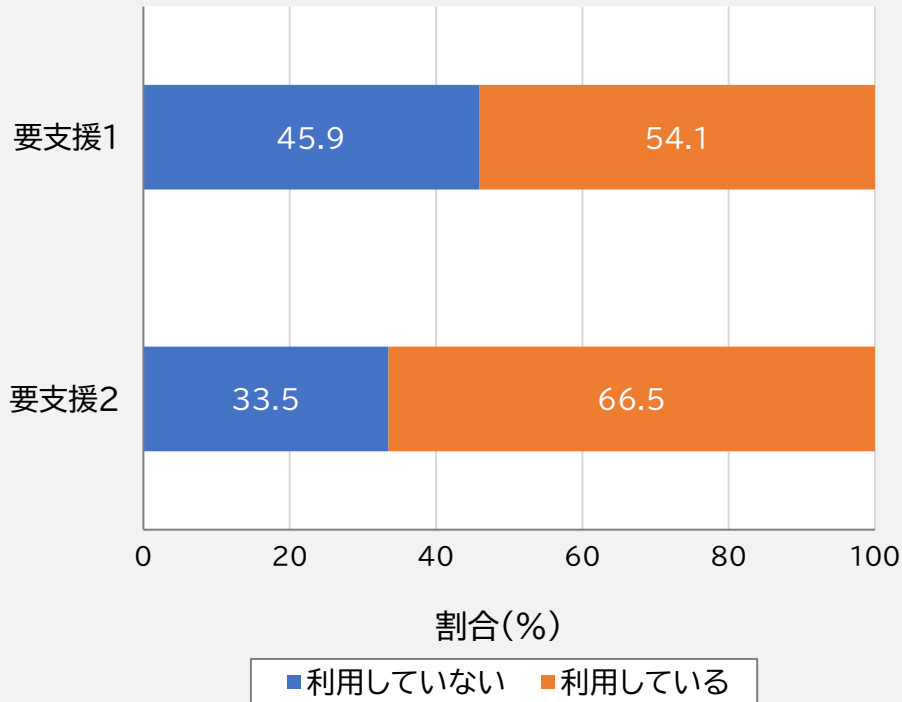
出所) 川崎市：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和7年度実施)をもとに作成。

要支援者のサービス「未利用」の現状

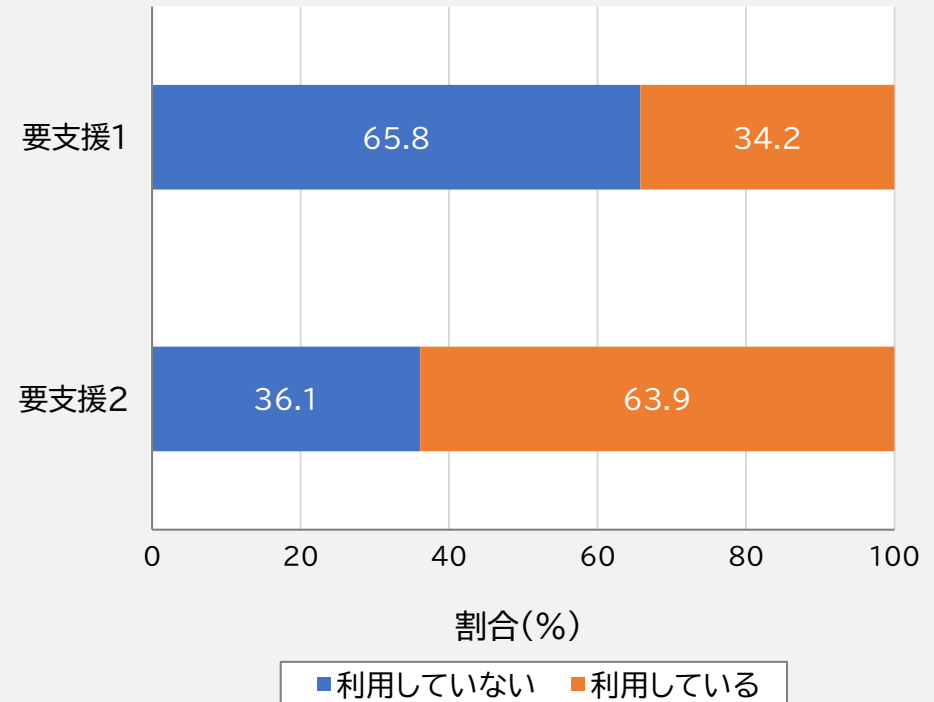
- 令和7年度に実施した在宅介護実態調査をみると、「要支援1の認定を受けた方」の65.8%、「要支援2の認定を受けた方」の36.1%が、「現在サービスを利用していない」と回答した。これを令和4年度に実施した調査と比較すると、「要支援1」で19.9ポイント、「要支援2」で2.6ポイント増加していた。

■ 認定なし／要支援者／事業対象者における介護・介助の必要度

a) 令和4年度調査



b) 令和7年度調査



窓口聞き取りによる介護認定申請理由の傾向

- 令和7年9月から令和8年4月にかけて、可能な範囲で窓口来庁者への介護認定申請理由の聞き取りを実施したところ、「(家族の意向)サービスを利用させたいため申請」「周囲の助言により申請」「更新勧奨通知が届いたため申請(サービスの利用なし)」の順であった。

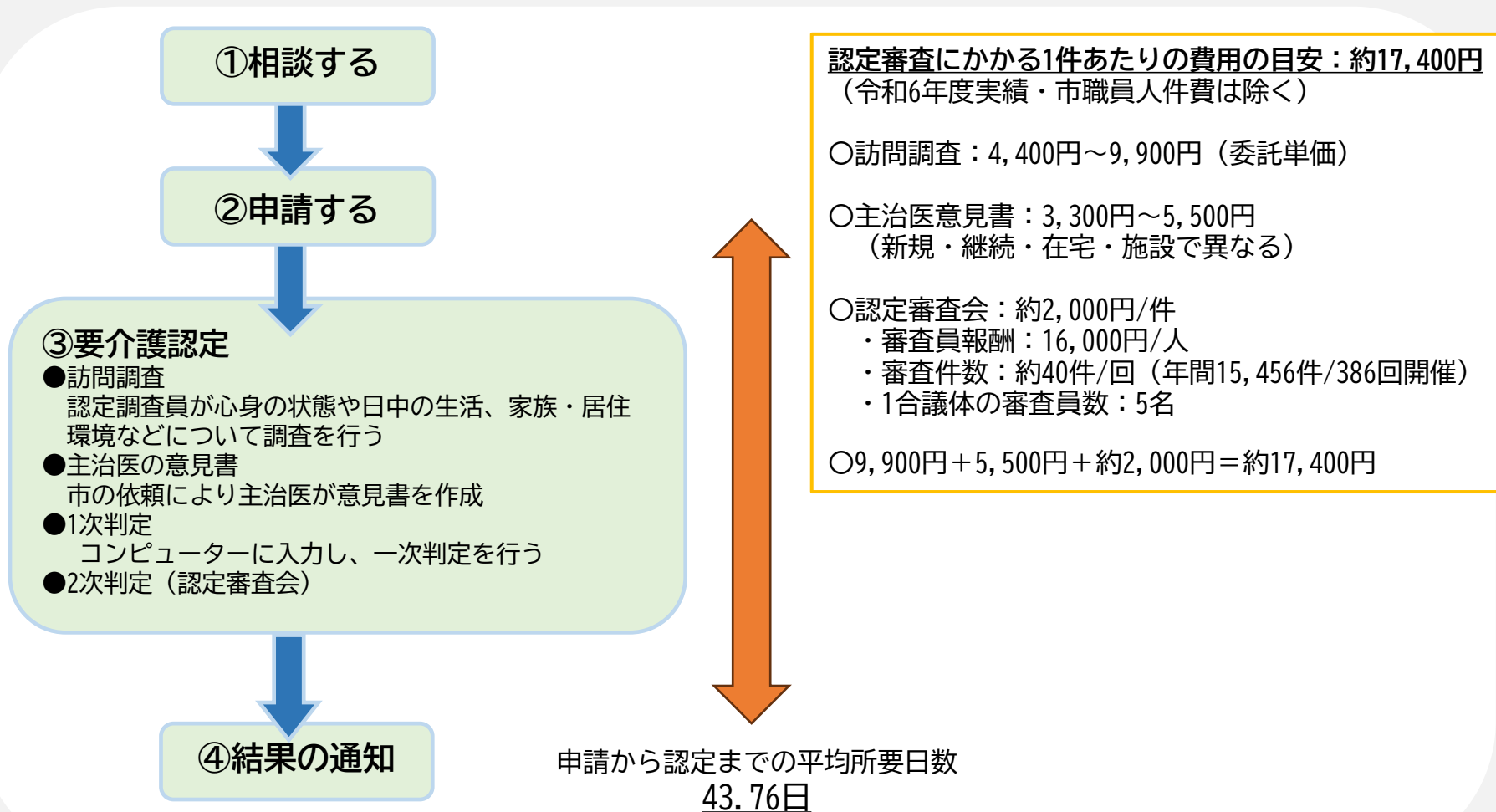
■ 主な申請理由（窓口聞き取り）

来庁理由	人数
① (家族の意向) サービスを利用させたいため申請	78
② 周囲の助言により申請	74
③ 更新勧奨通知が届いたため申請 (サービスの利用なし)	39
④ 用心のため・不安なため申請	30
⑤ (本人の意向) サービスを利用したいため申請	18
⑥ 更新勧奨が届いたため申請 (サービスの利用あり又は今後利用希望あり)	16
⑦ その他	25
合計	280

要介護認定の手順と認定審査にかかる費用の目安

- 認定審査にかかる費用の目安は、1件あたり約17,400円であった。(市職員人件費は除く)
- 申請から認定までの平均所要日数は、約44日であった。

■ 申請から認定までのフロー図



【現状分析】 要介護度の変化

- 1. 要介護度の変化の状況・・・・・・・・・・・・・・・・ P18
- 2. 要介護度の変化の4群間比較・・・・・・・・ P22
(認知症の有無×独居・同居)

1. 要介護度の変化の状況

継続認定者の要介護度の変化(2022年9月末と2025年9月末時点の比較)

- 継続認定者6,768人の3年後の要介護度の変化をみると、「軽度化」10.5%、「維持」41.3%、「重度化」48.2%であった。
- 重度化率を開始時点の要介護度別にみると、「要支援1」が61.0%と最も高く、次いで「要介護1」55.0%、「要支援2」52.7%の順であった。

■ 継続認定者の要介護(要支援)度の3年後の変化(上段:人数、下段:構成割合)

人数 (人)	2025年9月30日時点							3年間の要介護度の変化			合計	
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	軽度化	維持	重度化		
2022年9月30日時点	要支援1	458	198	240	116	73	58	32	-	458	717	1,175
	要支援2	86	356	202	135	80	65	11	86	356	493	935
	要介護1	45	53	655	343	294	201	83	98	655	921	1,674
	要介護2	13	13	132	353	284	187	87	158	353	558	1,069
	要介護3	6	8	45	63	391	261	139	122	391	400	913
	要介護4	6	6	20	42	74	334	173	148	334	173	655
	要介護5	1	2	7	8	19	62	248	99	248	-	347
	合計	615	636	1,301	1,060	1,215	1,168	773	711	2,795	3,262	6,768

構成割合 (%)	2025年9月30日時点							3年間の要介護度の変化			合計	
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	軽度化	維持	重度化		
2022年9月30日時点	要支援1	39.0	16.9	20.4	9.9	6.2	4.9	2.7	-	39.0	61.0	100.0
	要支援2	9.2	38.1	21.6	14.4	8.6	7.0	1.2	9.2	38.1	52.7	100.0
	要介護1	2.7	3.2	39.1	20.5	17.6	12.0	5.0	5.9	39.1	55.0	100.0
	要介護2	1.2	1.2	12.3	33.0	26.6	17.5	8.1	14.8	33.0	52.2	100.0
	要介護3	0.7	0.9	4.9	6.9	42.8	28.6	15.2	13.4	42.8	43.8	100.0
	要介護4	0.9	0.9	3.1	6.4	11.3	51.0	26.4	22.6	51.0	26.4	100.0
	要介護5	0.3	0.6	2.0	2.3	5.5	17.9	71.5	28.5	71.5	-	100.0
	合計	9.1	9.4	19.2	15.7	18.0	17.3	11.4	10.5	41.3	48.2	100.0

※継続認定者には、死亡・転出などの理由ですでに介護保険の資格を喪失している方は含まれていない。

出所) 川越市認定・給付データをもとに作成

継続認定者の要介護度の変化(2019年9月末と2022年9月末時点の比較)

- 継続認定者4,194人の3年後の要介護度の変化をみると、「軽度化」11.1%、「維持」38.4%、「重度化」50.5%であった。
- 重度化率を開始時点の要介護度別にみると、「要支援1」が61.7%と最も高く、次いで「要介護1」55.7%、「要介護2」55.3%の順であった。

■ 継続認定者の要介護(要支援)度の3年後の変化(上段:人数、下段:構成割合)

人数 (人)	2022年9月30日時点							3年間の要介護度の変化			合計	
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	軽度化	維持	重度化		
2019年9月30日時点	要支援1	260	126	119	66	48	42	18	-	260	419	679
	要支援2	50	215	126	80	49	42	11	50	215	308	573
	要介護1	34	51	412	248	199	138	39	85	412	624	1,121
	要介護2	9	8	75	242	206	137	70	92	242	413	747
	要介護3	3	6	18	38	191	142	116	65	191	258	514
	要介護4	2	2	18	26	58	186	96	106	186	96	388
	要介護5	1	0	4	4	21	37	105	67	105	-	172
	合計	359	408	772	704	772	724	455	465	1,611	2,118	4,194

構成割合 (%)	2022年9月30日時点							3年間の要介護度の変化			合計	
	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	軽度化	維持	重度化		
2019年9月30日時点	要支援1	38.3	18.6	17.5	9.7	7.1	6.2	2.7	-	38.3	61.7	100.0
	要支援2	8.7	37.5	22.0	14.0	8.6	7.3	1.9	8.7	37.5	53.8	100.0
	要介護1	3.0	4.5	36.8	22.1	17.8	12.3	3.5	7.6	36.8	55.7	100.0
	要介護2	1.2	1.1	10.0	32.4	27.6	18.3	9.4	12.3	32.4	55.3	100.0
	要介護3	0.6	1.2	3.5	7.4	37.2	27.6	22.6	12.6	37.2	50.2	100.0
	要介護4	0.5	0.5	4.6	6.7	14.9	47.9	24.7	27.3	47.9	24.7	100.0
	要介護5	0.6	0.0	2.3	2.3	12.2	21.5	61.0	39.0	61.0	-	100.0
	合計	8.6	9.7	18.4	16.8	18.4	17.3	10.8	11.1	38.4	50.5	100.0

※継続認定者には、死亡・転出などの理由ですでに介護保険の資格を喪失している方は含まれていない。

出所) 川越市認定・給付データをもとに作成

要介護度の軽度化／維持／重度化率の前回との比較

- 第9期計画策定時の分析結果(2019年9月末と2022年9月末)と、第10期計画策定時の分析結果(2022年9月末と2025年9月末)の継続認定者の要介護度の軽度化／維持／重度化率を比較した。
- ここで、重度化率の変化をみると、要介護4を除く全ての要介護度で、重度化率が低下していた。特に、要介護3(6.4ポイント低下)、要介護2(3.1ポイント低下)の低下率が高かった。
- 軽度化率をみると、「要介護2」で2.5ポイント、「要介護3」で0.7ポイント高くなっていたものの、「要介護5」では10.4ポイント、「要介護4」では4.7ポイント、軽度化率が低下していた。

■ 継続認定者の要介護度の軽度化／維持／重度化率の変化（前回との比較）

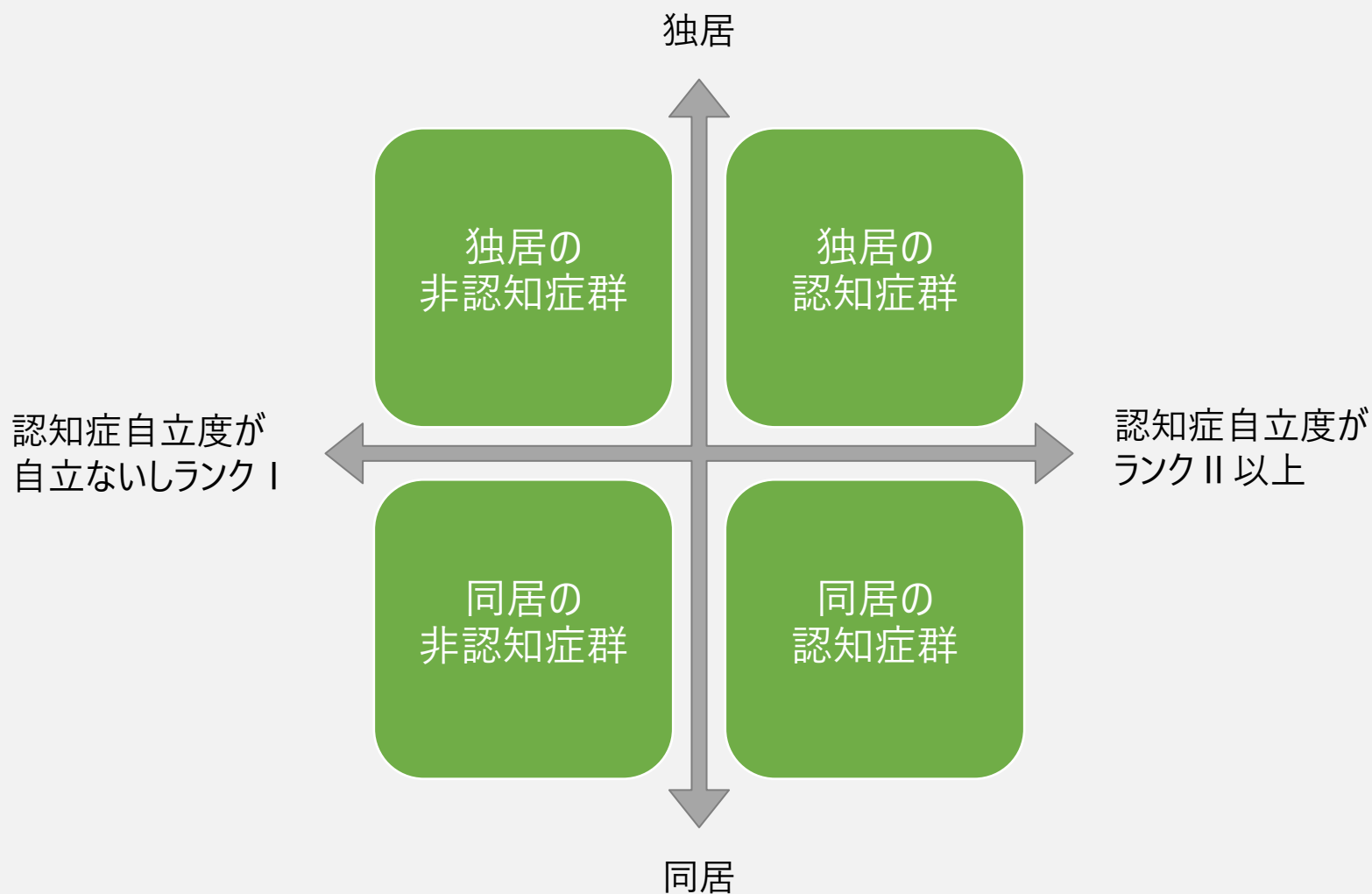
	2019年および2022年の各9月末の比較 (第9期計画策定時の評価、前回)			2022年および2025年の各9月末の比較 (第10期計画のための分析、今回)			両者の差(ポイント)		
	軽度化	維持	重度化	軽度化	維持	重度化	軽度化	維持	重度化
要支援1	-	38.3%	61.7%	-	39.0%	61.0%	-	0.7	-0.7
要支援2	8.7%	37.5%	53.8%	9.2%	38.1%	52.7%	0.5	0.6	-1.0
要介護1	7.6%	36.8%	55.7%	5.9%	39.1%	55.0%	-1.7	2.4	-0.6
要介護2	12.3%	32.4%	55.3%	14.8%	33.0%	52.2%	2.5	0.6	-3.1
要介護3	12.6%	37.2%	50.2%	13.4%	42.8%	43.8%	0.7	5.7	-6.4
要介護4	27.3%	47.9%	24.7%	22.6%	51.0%	26.4%	-4.7	3.1	1.7
要介護5	39.0%	61.0%	-	28.5%	71.5%	-	-10.4	10.4	-

注. コロナ禍においては、認定調査が行わずに前回認定結果をそのまま流用する対応が一部でとられていたことがわかったため、実際に認定調査が行われたケースに絞って再度分析を行った。そのため、前回調査結果は、第9期計画書に記載した数字とは異なっている。

2. 要介護度の変化の4群間比較

2. 要介護度の変化の4群間比較

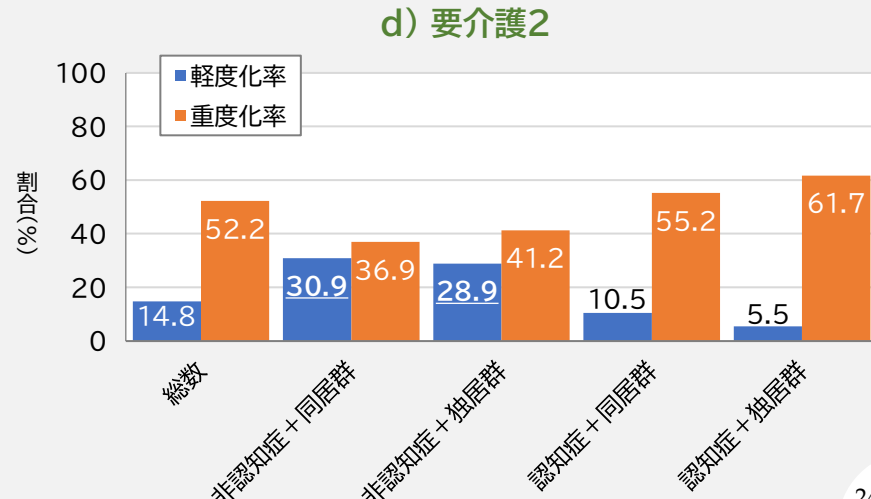
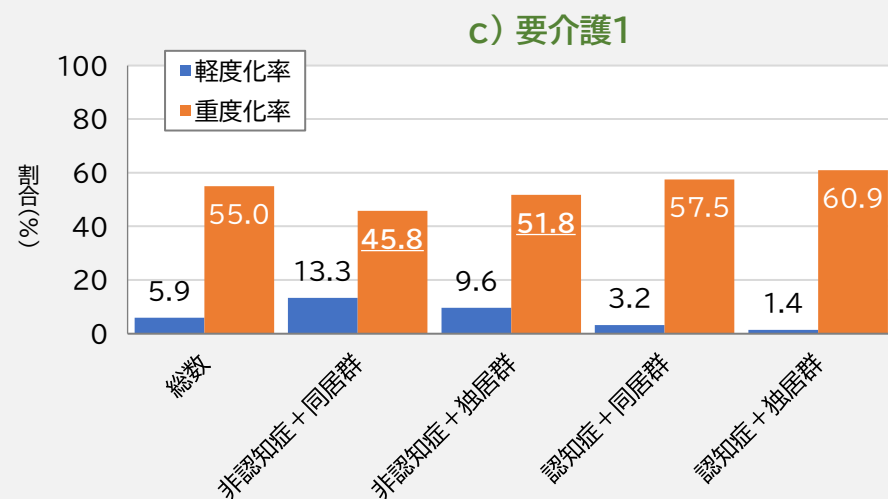
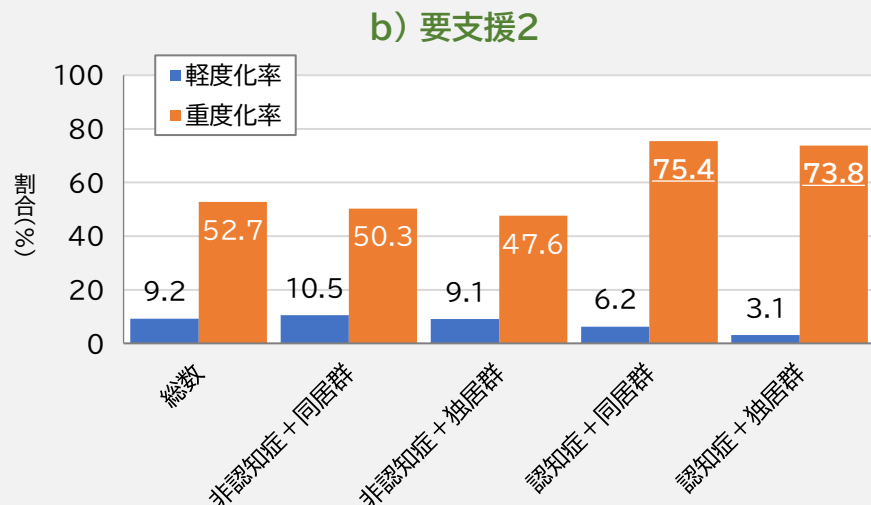
- 要介護度別にみた軽度化／重度化率を非認知症か認知症、かつ、同居か独居の4群間により比較していく。



要介護度別にみた軽度化／重度化率の4群間での比較(要支援1～要介護2)

- 要支援1・2では、認知症群(同居・独居)の重度化率が、非認知症群に比べ高かった。
- 要介護1では、要介護2に比べ、非認知症群の軽度化率が低く、かつ、重度化率が高かった。
- 要介護2では、非認知症群において、約3割が軽度化していた。

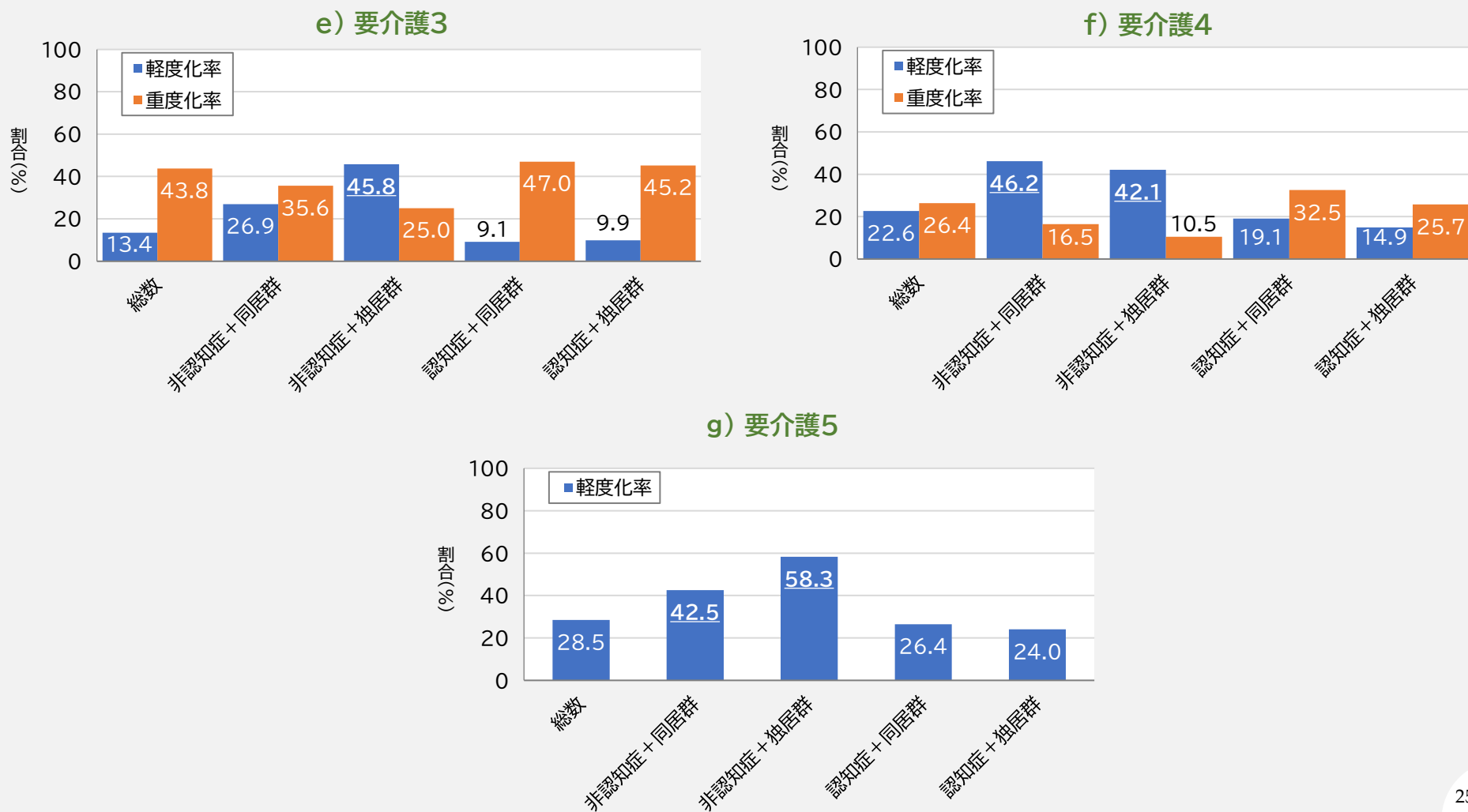
■ 要介護度別にみた軽度化／重度化率の4群間比較



要介護度別にみた軽度化／重度化率の4群間での比較(要介護3～要介護5)

- 要介護3～5でも、非認知症群において、約3～6割が軽度化していた。

■ 要介護度別にみた軽度化／重度化率の4群間比較（続き）



【現状分析】 主観的幸福感

1. 性別・年齢階級・認定区分別にみた主観的幸福感の状況・・・ P27
2. 主観的幸福感が低い人の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・ P29
(対象:認定を受けていない高齢者4,092人)
3. 専門職との関わりの状況・・・・・・・・・・・・・・・・ P36

1. 性別・年齢階級・認定区分別にみた 主観的幸福感の状況

基本方針

住み慣れた地域で、見守りながら、支え合いながら、
けんこう
健幸*で安心して暮らせるまちの実現をめざします



幸福だと感じている高齢者の割合

現状値
(令和4年度)

43.0%

目標値
(令和8年度)

増加

実績値
(令和7年度)

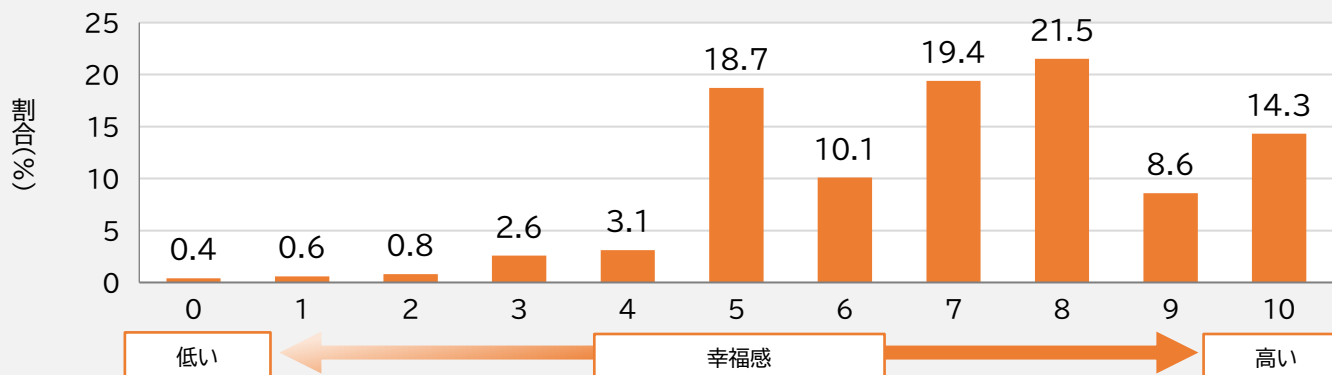
44.4%

高齢者の主観的幸福感の状況

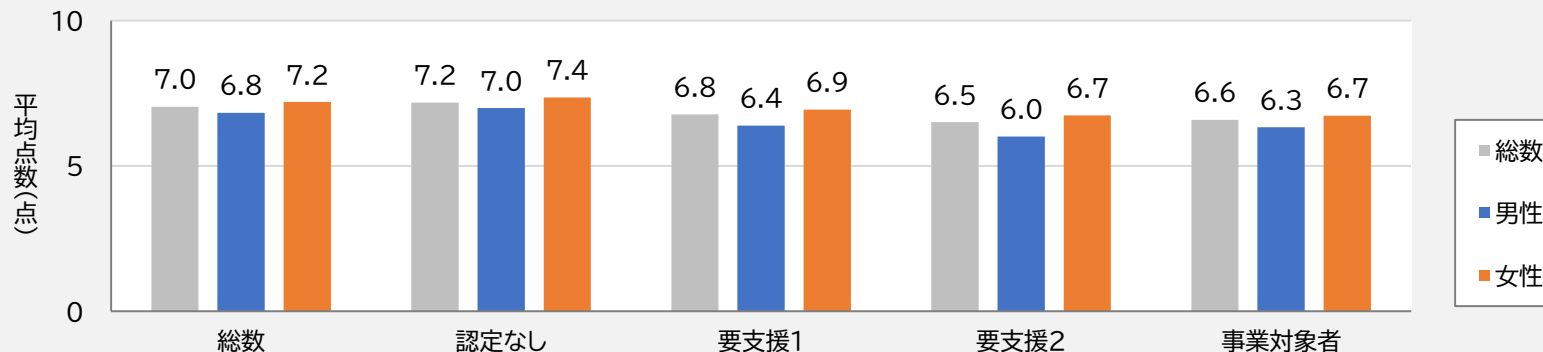
- 主観的幸福感の設問「あなたは、現在どの程度幸せですか」の回答状況をみると、「8点」、「7点」、「5点」の順で、平均は7.0点であった(図表1-1)。これを性別にみると、「男性」6.8点、「女性」7.2点と、女性の方が幸福感が高かった。なお、この傾向は、認定区分(認定なし、要支援1・2、事業対象者)別にみても同様であった(図表1-2)。
- 平均点数を認定区分別にみると、「認定なし」7.2点、「要支援1」6.8点、「要支援2」6.5点と、介護の必要度が高くなるほど主観的幸福感の点数が低くなっていた(図表1-2)。

■ 高齢者の主観的幸福感の点数

(図表1-1)主観的幸福感の点数分布



(図表1-2)性別・認定区分別にみた平均点数



2. 主観的幸福感が低い人の特徴 (対象: 認定を受けていない高齢者4,092人)

【WHOの健康の定義】

- 健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、社会的にも全てが満たされた状態にあることをいう（日本WHO協会の翻訳）。

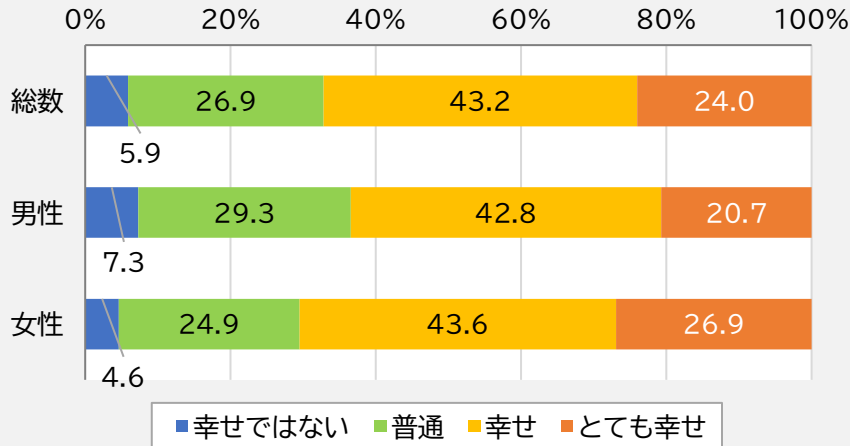
→本資料では、身体的・精神的・社会的健康に加えて、経済的影響も含めた分析を行った。

主観的幸福感の回答者数・構成割合と回答状況

- 主観的幸福感をみると、「とても～やや不幸(0-4点)」5.9%、「普通(5-6点)」26.9%、「幸せ(7-8点)」43.2%、「とても幸せ(9-10点)」43.2%であった(図表2-1、図表2-2)。
- 「とても～やや不幸(0-4点)」と回答した人(以下、主観的幸福感が低い人)の割合を性別にみると、「男性」7.3%、「女性」4.6%と、男性の方が高かった(図表2-1、図表2-2)。

■ 高齢者の主観的幸福感の点数

(図表2-1)性別にみた主観的幸福感の回答状況



(図表2-2)性別にみた主観的幸福感の回答者数と構成割合

	総数	幸せではない (0-4点)	普通 (5-6点)	幸せ (7-8点)	とても幸せ (9-10点)
総数	4,092	241	1,102	1,767	982
男性	1,921	140	562	822	397
女性	2,168	100	539	945	584
その他・無回答	3	1	1	0	1
総数	100.0%	5.9%	26.9%	43.2%	24.0%
男性	100.0%	7.3%	29.3%	42.8%	20.7%
女性	100.0%	4.6%	24.9%	43.6%	26.9%
その他・無回答	100.0%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%

(参考)主観的幸福感(10点法)の点数と幸福度(7段階)の関係

出所) 東京大学未来ビジョン研究センター「日本人の主観的幸福感～何をどのように測るべきか～」より引用

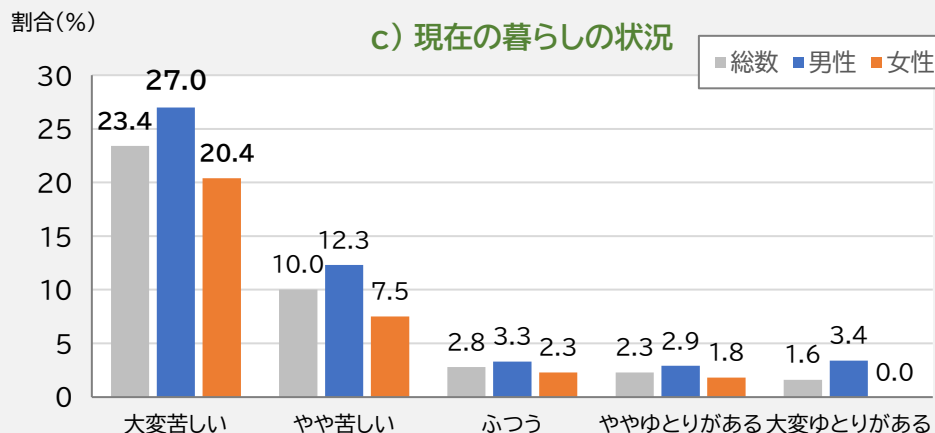
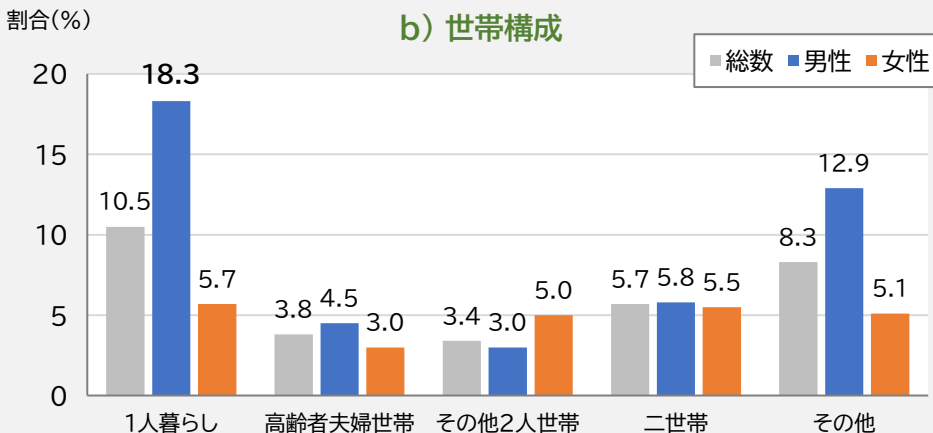
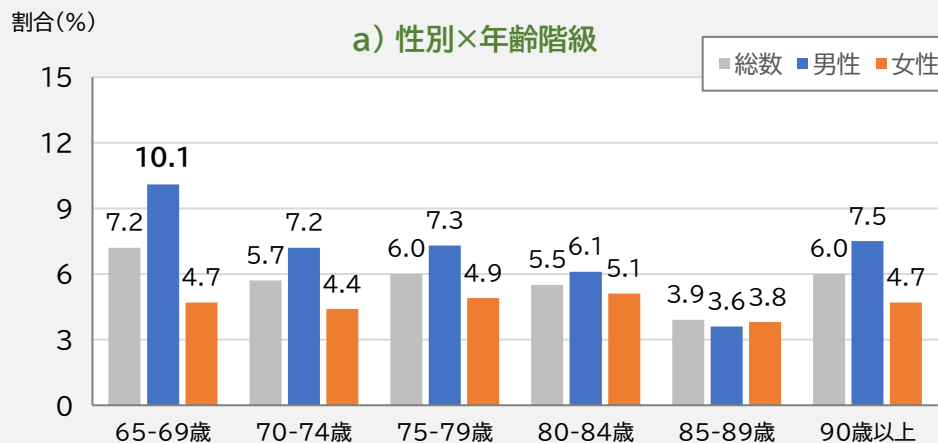
	n	幸福度 10点法										平均値	
		0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点		10点
TOTAL	1300	2.0	2.5	3.8	5.8	5.9	15.9	13.9	20.5	20.5	6.0	3.2	6.1
幸福度 7段階													
とても幸せ	61	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	1.6	19.7	27.9	49.2	9.2
幸せ	256	0.0	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	2.3	15.6	58.2	19.9	3.1	8.0
やや幸せ	279	0.0	0.0	0.7	0.7	1.4	6.1	19.0	46.6	23.7	1.8	0.0	7.0
普通	381	0.0	0.0	0.5	1.8	5.0	36.0	25.5	21.3	8.1	1.0	0.0	6.0
やや不幸	179	0.0	1.7	6.7	17.3	24.6	24.6	13.4	7.3	3.9	0.6	0.0	6.0
不幸	92	2.2	15.2	27.2	32.6	9.8	9.8	1.1	0.0	1.1	0.0	1.1	11.0
とても不幸	52	46.2	28.8	13.5	7.7	0.0	0.0	0.0	1.9	1.9	0.0	0.0	0.0

9-10点が「とても幸せ」
7-8点が「やや幸せ～幸せ」
5-6点が「普通」
0-4点が「とても～やや不幸」
にほぼ該当

主観的幸福感が低い人の特徴(①性別・年齢・世帯および経済状況)

- 性別・年齢階級別にみると、男性では「65-69歳」、「90歳以上」の順、女性では「80-84歳」、「75-79歳」の順であった(図表2-3 a)。
- 世帯構成別にみると、「1人暮らし」が10.5%と最も高かったが、うち「男性の1人暮らし」は18.3%と非常に高い割合であった(図表2-3 b)。
- 現在の暮らしの状況別にみると、「大変苦しい」が最も高かったが、この傾向は男女とも同様であった(図表2-3 c)。

■ 図表2-3 幸福感が低い人の特徴(性別・年齢・世帯・経済状況)

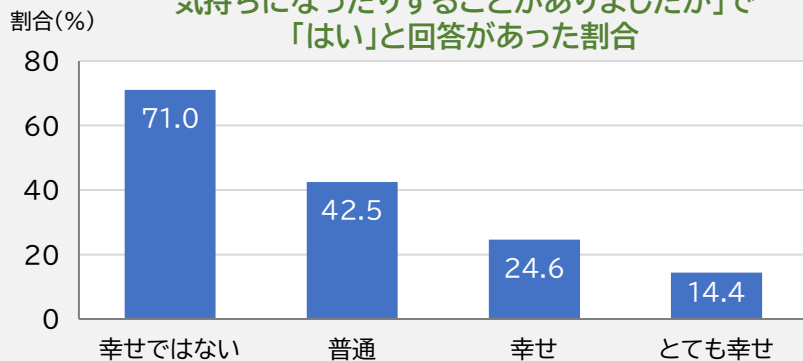


主観的幸福感が低い人の特徴(②心理的・精神的健康度)

- 設問「この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか」に対して「はい」と回答した割合をみると、「とても幸せ」14.4%、「幸せ」24.6%に対し、「幸せではない」では71.0%と高かった(図表2-4)。なお、この傾向は、設問「この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか」でも同様であった(図表2-5)。
- 設問「この2週間、明るく、楽しい気分で過ごしましたか」で「まったくなかった」と回答した割合をみると、「とても幸せ」「幸せ」0.5%に対し、「幸せではない」では13.7%と高かった(図表2-6)。
- 設問「物忘れが多いと感じますか」で「はい」と回答した割合をみると、「とても幸せ」32.1%、「幸せ」32.5%に対し、「幸せではない」では51.0%と高かった(図表2-7)。

■ 幸福感が低い人の特徴(心理的・精神的健康度)

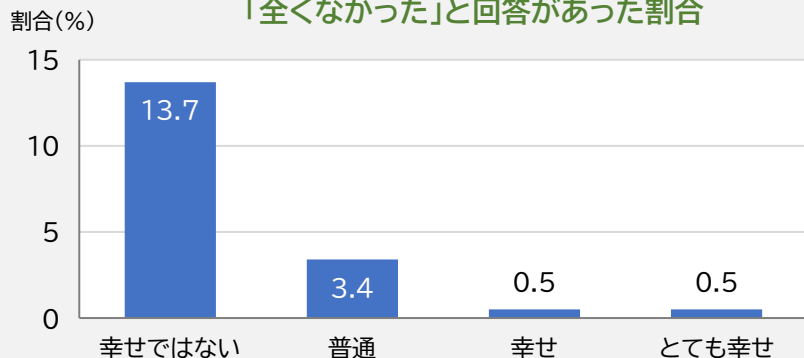
図表2-4. 設問「この1か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがありましたか」で「はい」と回答があった割合



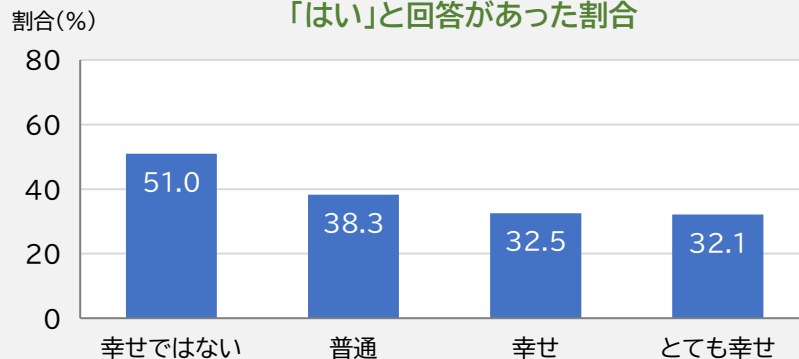
図表2-5. 設問「この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか」で「はい」と回答があった割合



図表2-6. 設問「この2週間、明るく、楽しい気分で過ごしましたか」で「全くなかった」と回答があった割合



図表2-7. 設問「物忘れが多いと感じますか」で「はい」と回答があった割合

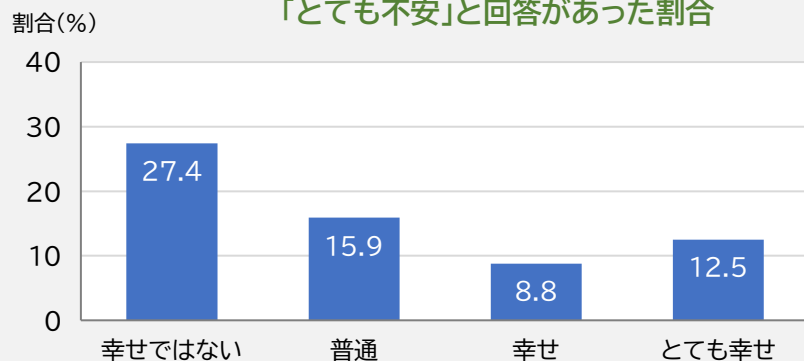


主観的幸福感が低い人の特徴(③身体的健康度および日常生活活動)

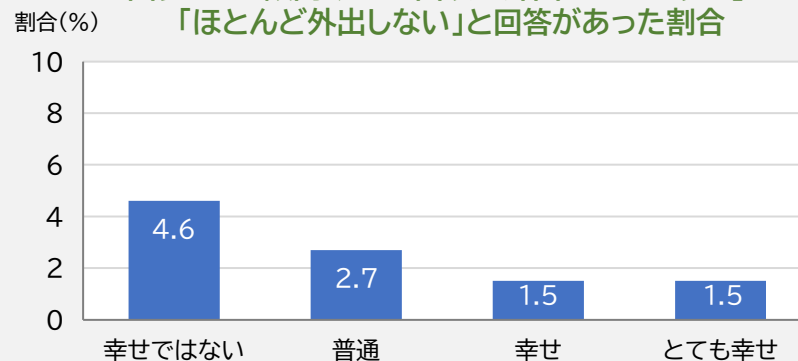
- 設問「転倒に対する不安が大きいですか」に対して「とても不安」と回答した割合をみると、「とても幸せ」12.5%、「幸せ」8.8%に対し、「幸せではない」では27.4%と高かった(図表2-8)。
- 設問「週1回以上外出をしていますか」に対し「ほとんど外出しない」と回答した割合も、「とても幸せ」「幸せ」1.5%に対し、「幸せではない」では4.6%と高かった(図表2-9)。なお、主観的幸福感が低い群では、外出回数が減少している割合も高かった(図表2-10)。
- 設問「買い物の移動に困っていますか」で「非常に～やや困っている」と回答した割合をみると、「とても幸せ」11.6%、「幸せ」13.6%に対し、「幸せではない」では36.5%と高かった(図表2-11)。

■ 身体的健康度および日常生活活動の状況

図表2-8. 設問「転倒に対する不安が大きいですか」で「とても不安」と回答があった割合



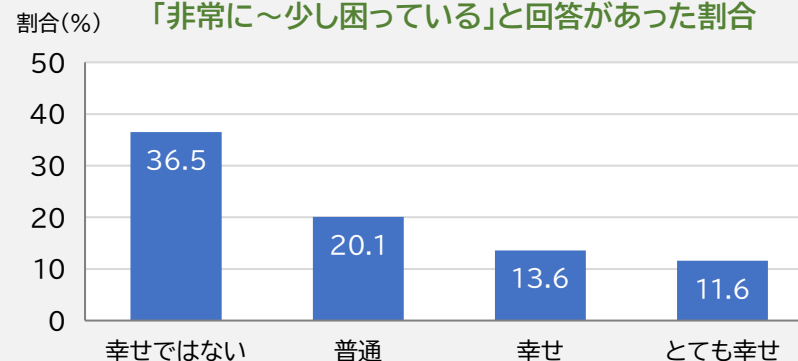
図表2-9. 設問「週に1回以上外出していますか」で「ほとんど外出しない」と回答があった割合



図表2-10. 設問「昨年に比べて外出の回数が減っていますか」で「とても減っている～減っている」と回答があった割合



図表2-11. 設問「買い物の移動に困っていますか」で「非常に～少し困っている」と回答があった割合

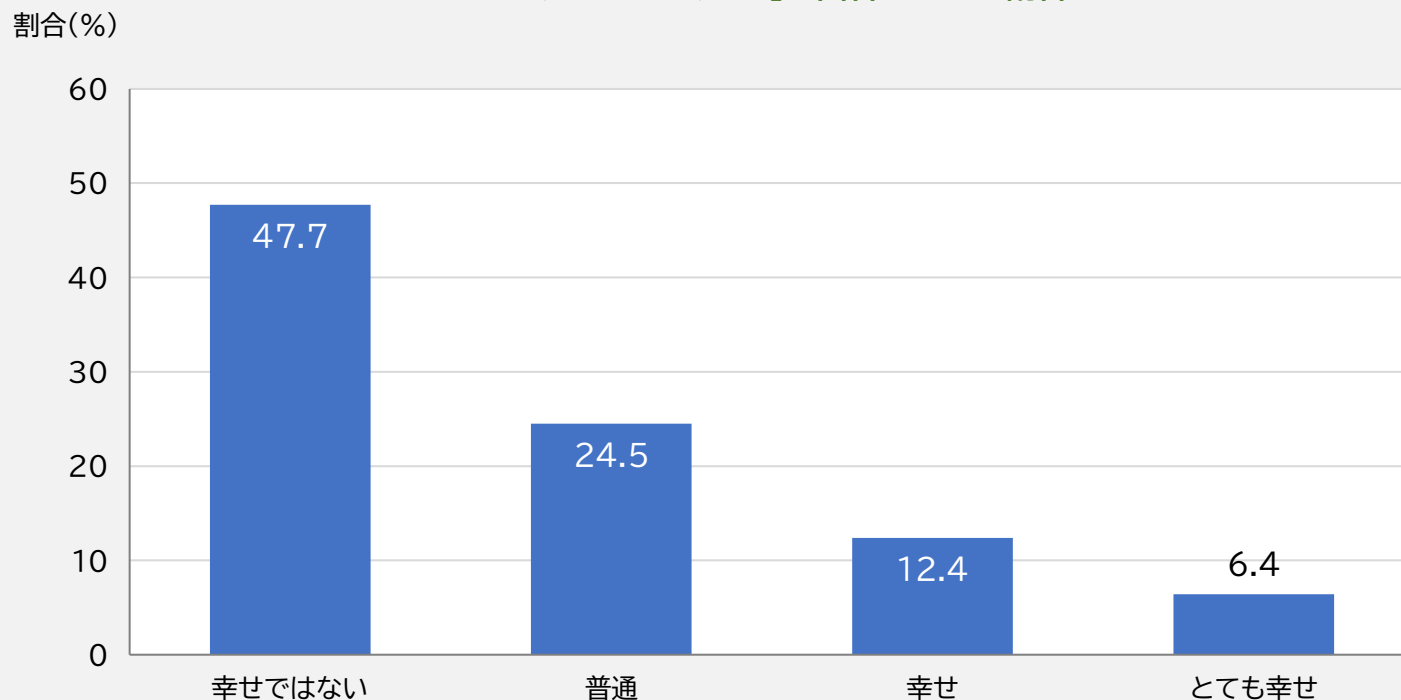


主観的幸福感が低い人の特徴(④主観的健康観)

- 設問「現在のあなたの健康状態はいかがですか」に対して「あまりよくない～よくない」と回答した割合をみると、「とても幸せ」6.4%、「幸せ」12.4%に対し、「幸せではない」では47.7%と高かった(図表2-12)。

■ 主観的健康観の状況

図表2-12. 設問「現在のあなたの健康状態はいかがですか」で「あまりよくない～よくない」と回答があった割合



主観的幸福感が低い人の特徴(⑤社会との関わり)

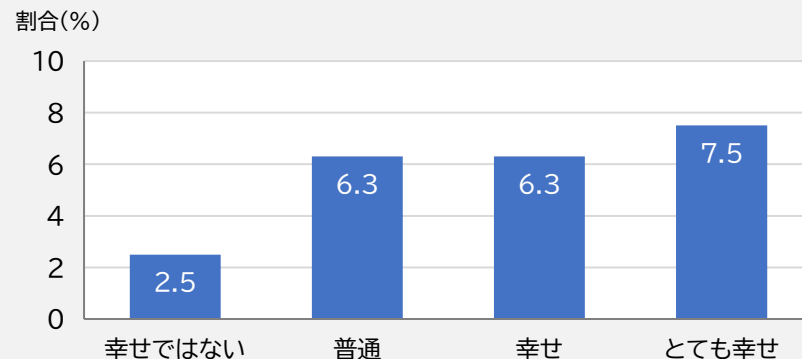
- 「スポーツ関係のグループやクラブに月1回以上参加している」割合をみると、「とても幸せ」24.5%、「幸せ」24.8%であるのに対し、「幸せではない」では10.8%と低かった(図表2-13)。通いの場への月1回以上の参加割合も、「とても幸せ」7.5%、「幸せ」「普通」6.3%に対し、「幸せではない」では2.5%と低かった(図表2-14)。
 - 設問「少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする家族や親戚は何人いますか」に対し「いない」と回答した割合をみると、「とても幸せ」4.3%、「幸せ」5.7%、「普通」12.4%に対し、「幸せではない」では26.1%と高かった(図表2-15)。
- なお、主観的幸福感が低い群では、友人・知人がいない割合も、他の群に比べ高かった(図表2-16)。

■ 社会との関わり

図表2-13. 「スポーツ関係のグループやクラブに月1回以上参加している」と回答があった割合



図表2-14. 「介護予防のための通いの場(いもっこ体操などの体操やサロンなど)」に月1回以上参加している」と回答があった割合



図表2-15. 設問「少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする家族や親戚は何人いますか」で「いない」と回答があった割合



図表2-16. 設問「少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする友人や知人は何人いますか」で「いない」と回答があった割合



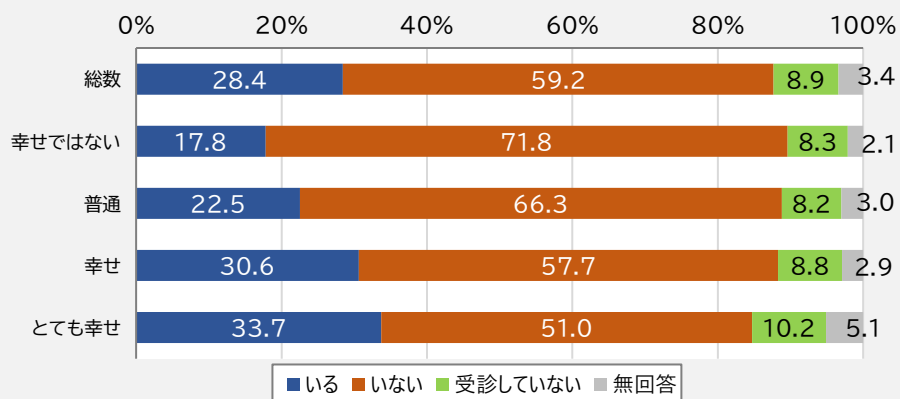
3. 専門職との関わりの状況

専門職との関わりの状況

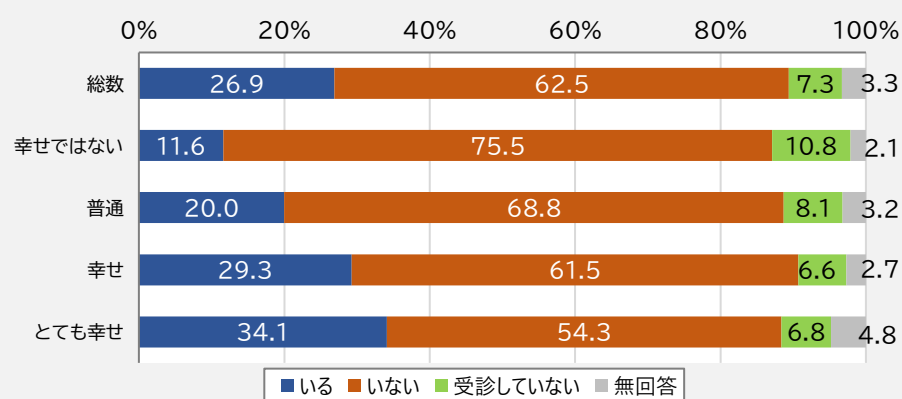
- 日常生活の困りごとを気軽に相談できる医師・歯科医師・薬剤師(薬局)の有無をみると、主観的幸福感が低くなるほど「いない」割合が高くなっていった(図表2-17 a・b・c)。
- 地域包括支援センターの利用「あり」の割合をみると、「とても幸せ」11.2%、「幸せ」13.4%、「普通」12.3%、「幸せでない」15.4%と、主観的幸福感が低い群で最も利用率が高かった。一方、地域包括支援センターを「知らない」割合をみると、「幸せでない」では43.2%と、他の群より知らない割合が高かった(図表2-17 d)。

■ 図表2-17 専門職との関わりの状況

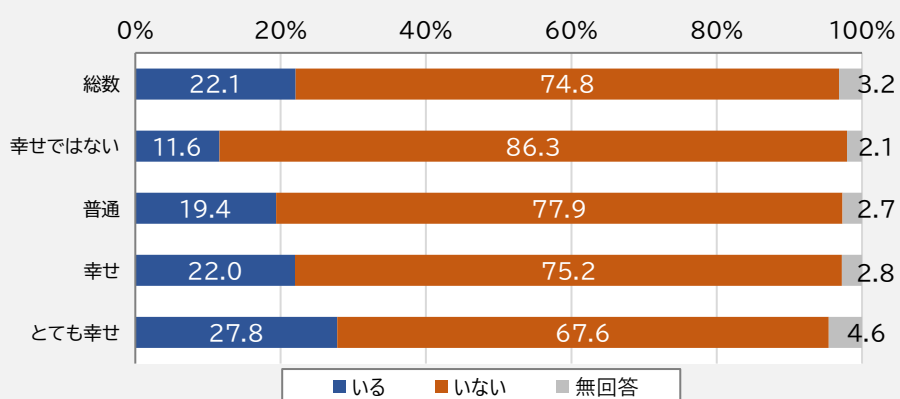
a) 日常生活の困りごとを気軽に相談できる医師の有無



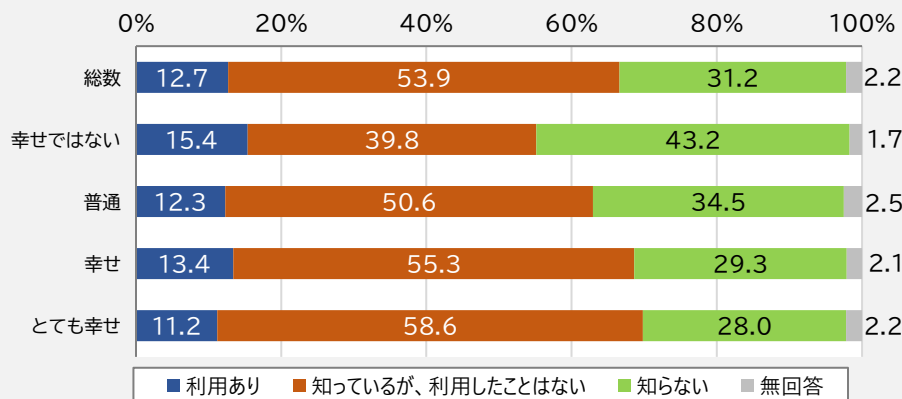
b) 日常生活の困りごとを気軽に相談できる歯科医師の有無



c) 日常生活の困りごとを気軽に相談できる薬剤師・薬局の有無



d) 地域包括支援センターの利用状況



出所) 川越市：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（令和7年度）をもとに作成。（対象：認定を受けていない高齢者4,092人）

【現状分析】 認定なし高齢者と要支援高齢者の 生活機能等の比較(対象:85歳以上)

1. 分析対象者.....	P39
2. 機能および活動.....	P41
3. 日常生活で困っていること.....	P49
4. 社会との関わり.....	P51

1. 分析対象者

分析対象者数および性別構成割合

- 対象者数は1,209人で、それぞれの人数と割合は「認定なし」668人(55.25%)、「要支援1」280人(23.16%)、「要支援2」211人(17.45%)であった。
- 認定区分別にみると、「認定なし」では男性51.35%、女性48.50%、「要支援1」では男性30.00%、女性69.29%、「要支援2」では男性28.44%、女性71.09%であった(図表1-1)。

■ 図表1-1 認定区分別にみた性別対象者数と構成割合

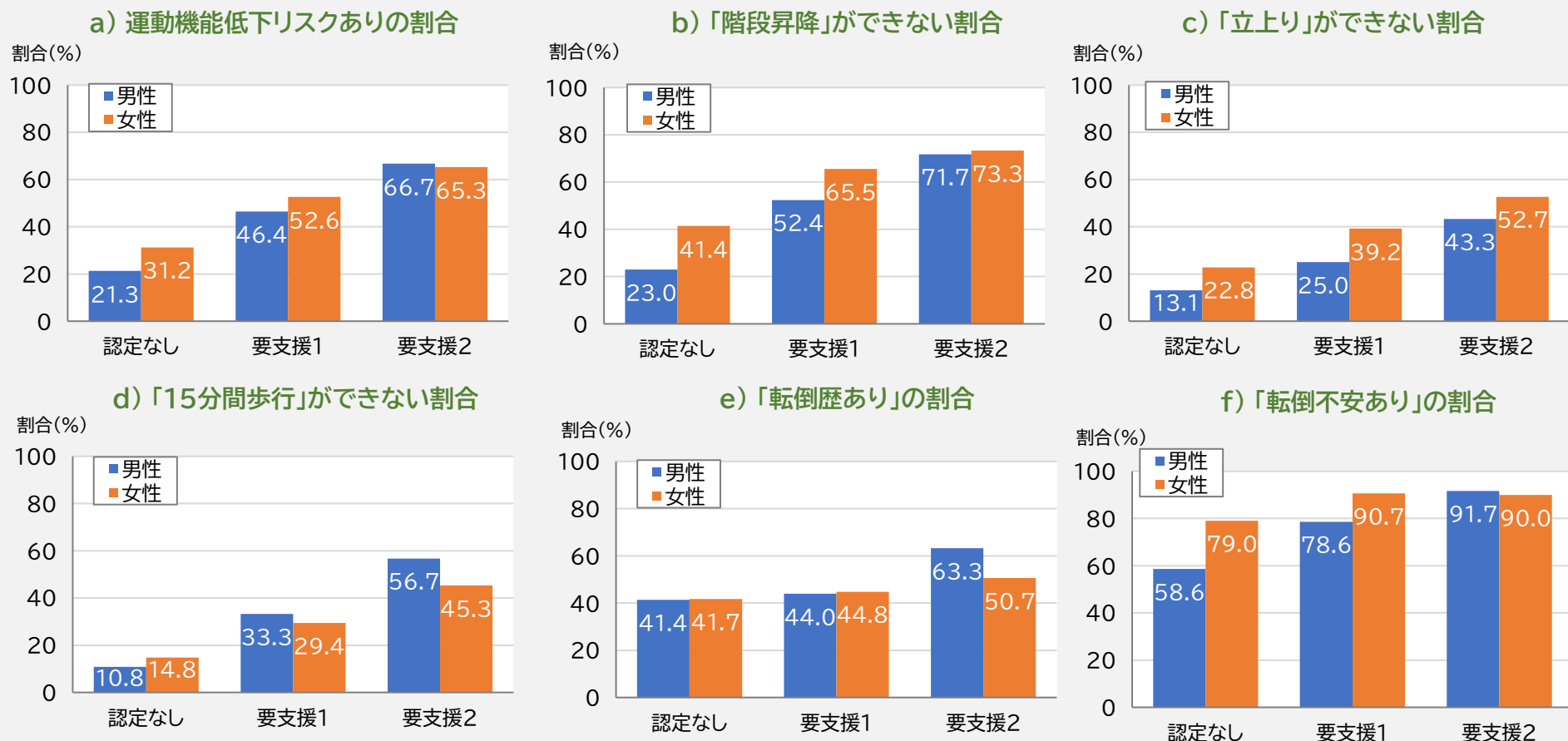
	人数				割合		
	総数	男性	女性	その他・無回答	男性	女性	その他・無回答
総数	1,209 (100.00%)	512	692	5	42.35%	57.24%	0.41%
認定なし	668 (55.25%)	343	324	1	51.35%	48.50%	0.15%
要支援1	280 (23.16%)	84	194	2	30.00%	69.29%	0.71%
要支援2	211 (17.45%)	60	150	1	28.44%	71.09%	0.47%
事業対象者	6 (0.50%)	1	5	0	16.67%	83.33%	0.00%
無回答	44 (3.64%)	24	19	1	54.55%	43.18%	2.27%

2. 機能および活動

「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(①運動機能)

- 運動機能低下リスクありの割合を性別にみると、男性では「認定なし」21.3%、「要支援1」46.4%、「要支援2」66.7%と、要介護度が高くなるにつれて低下ありの割合が高くなっていった。なお、この傾向は女性でも同様であった(図表2-1 a)。
- 「認定なし」と「要支援1」の割合の差を、リスク評価に用いられる5つの項目別にみると、男性では「階段昇降」「15分間歩行」「転倒不安」の順、女性では「階段昇降」「立上り」「15分間歩行」の順であった(図表2-1 b~f)。

■ 図表2-1 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(運動機能)



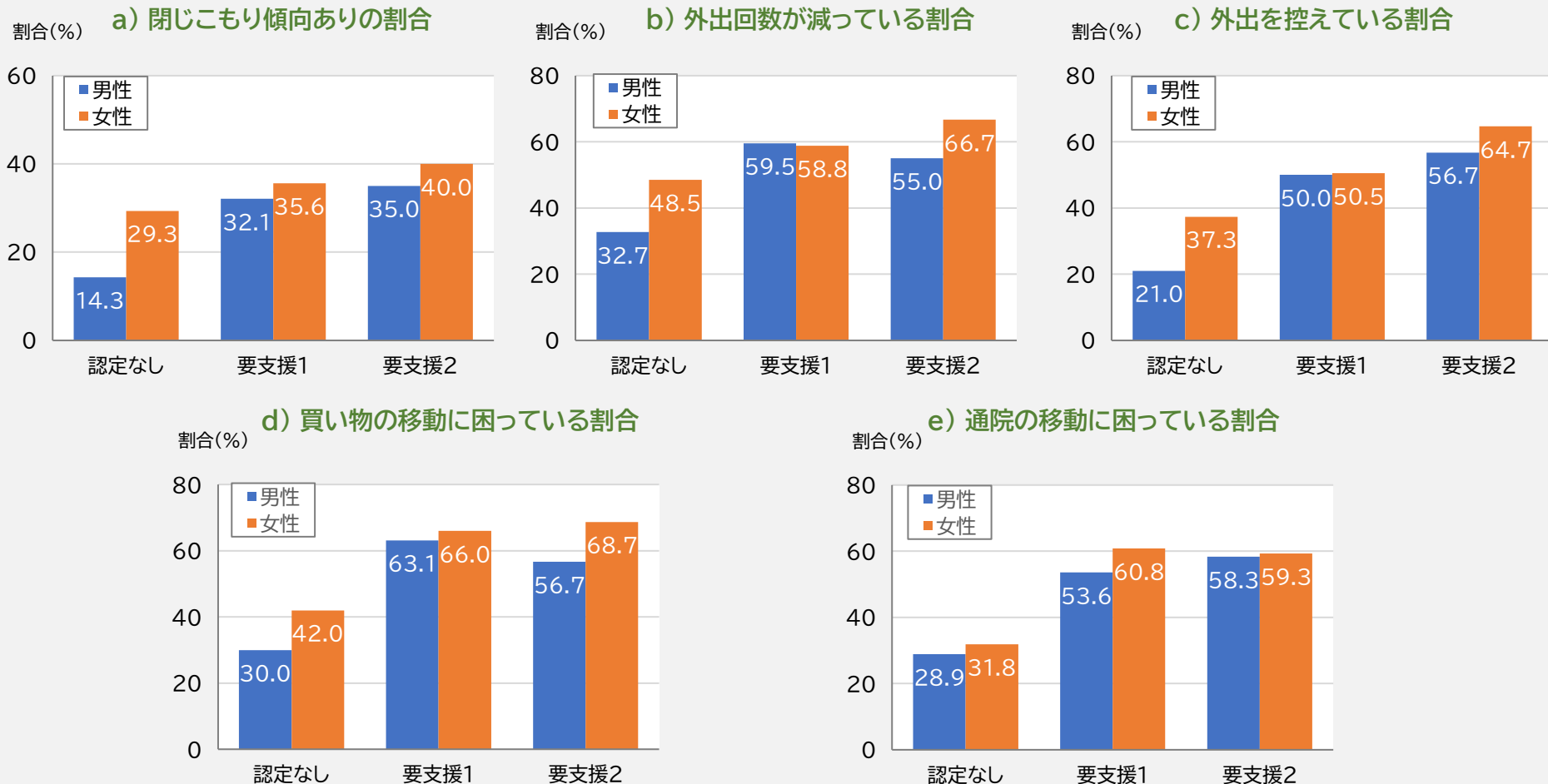
※「b から f」は、運動機能のリスク評価項目となっており、この内、3項目以上に該当する場合、「aの運動機能低下リスクあり」として集計している。

出所) 川越市：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和7年度)をもとに作成。

「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(②外出・移動)

- 閉じこもり傾向ありの割合を性別にみると、男性では「認定なし」14.3%、「要支援1」32.1%、「要支援2」35.0%と、要介護度が高くなるにつれて閉じこもりの割合が高くなっていった。なお、この傾向は女性でも同様であった(図表2-2 a)。
- 「認定なし」と「要支援1」の割合の差を、外出関連の項目別にみると、男性では「買い物の移動に困っている」「外出を控えている」「外出回数が減っている」の順、女性では「通院の移動に困っている」「買い物の移動に困っている」「外出を控えている」の順であった(図表2-2 b~e)。

■ 図表2-2 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(外出・移動)



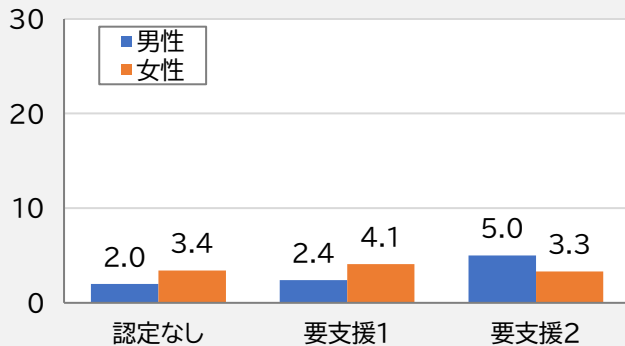
出所) 川越市：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和7年度)をもとに作成。

「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(③栄養・食事)

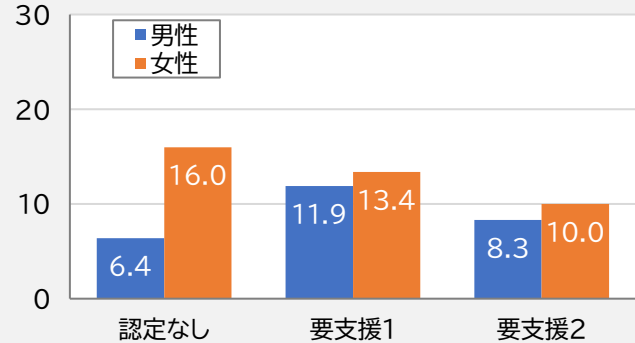
- 低栄養のリスクありの割合を性別にみると、男性では「認定なし」2.0%、「要支援1」2.4%、「要支援2」5.0%と、要介護度が高くなるにつれてリスク割合が高くなっていったが、女性では、「要支援1」が4.1%、「認定なし」3.4%、「要支援2」3.3%と、傾向は異なっていた(図表2-3 a)。
- 低栄養リスクの評価項目のうち、BMI<18.5をみると、男性では「要支援1」が、女性では「認定なし」が最も高かった。半年間の体重減少も、男性では「要支援1」が、女性では「要支援2」が最も高かった(図表2-3 b・c)。
- 共食機会がほとんどない割合をみると、男性では「認定なし」10.5%、「要支援1」14.3%、「要支援2」21.7%と、要介護度が高くなるにつれて、共食機会が減少していた。なお、この傾向は女性でも同様であった(図表2-3 d)。

■ 図表2-3 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(栄養・食事)

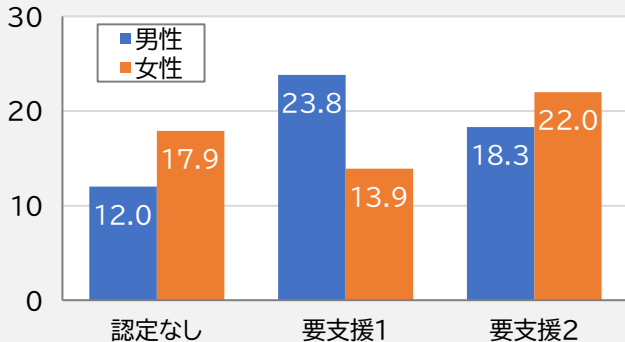
割合(%) a) 低栄養リスクありの割合



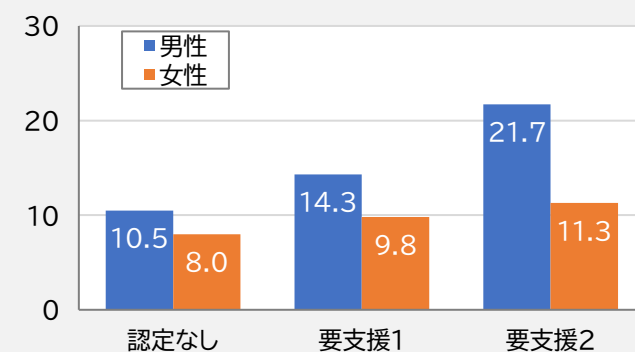
割合(%) b) BMI<18.5の割合



割合(%) c) 体重減少の割合



割合(%) d) 共食機会がほとんどない割合



※「cの体重減少」は、直近半年間で2～3キロ以上の体重減少があった場合に集計しており、この体重減少と、「bのBMIが18.5未満」に該当する場合に「aの低栄養リスクあり」として集計している。

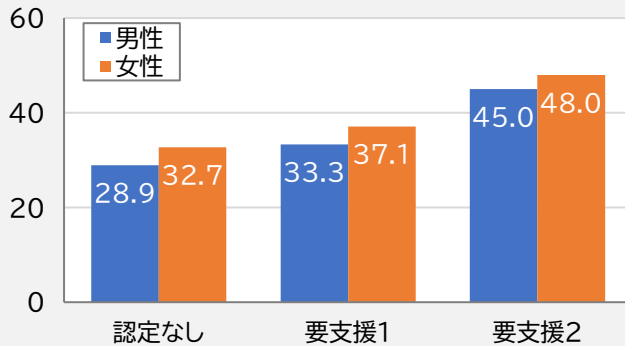
出所) 川越市：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和7年度)をもとに作成。

「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(④口腔機能)

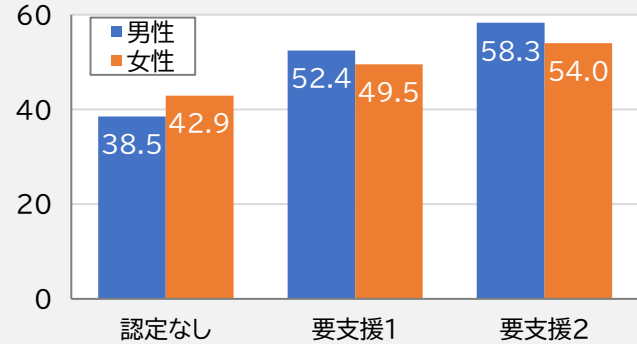
- 口腔機能低下ありの割合を性別にみると、男性では「認定なし」28.9%、「要支援1」33.3%、「要支援2」45.0%と、要介護度が高くなるにつれて低下ありの割合が高くなっていった。なお、この傾向は女性でも同様であった(図表2-4 a)。
- 「認定なし」と「要支援1」の割合の差を、リスク評価に用いられる3つの項目別にみると、男性では「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」「口の渇きが気になる」「お茶や汁物でむせることがある」の順、女性では「半年前に比べて固いものが食べにくくなった」「お茶や汁物でむせることがある」「口の渇きが気になる」の順であった(図表2-4 b・c・d)。

■ 図表2-4 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(口腔機能)

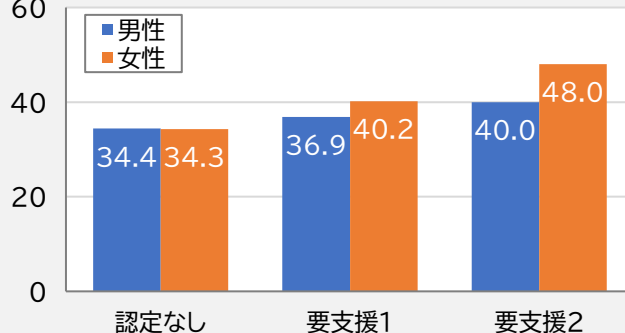
割合(%) a) 口腔機能低下リスクありの割合



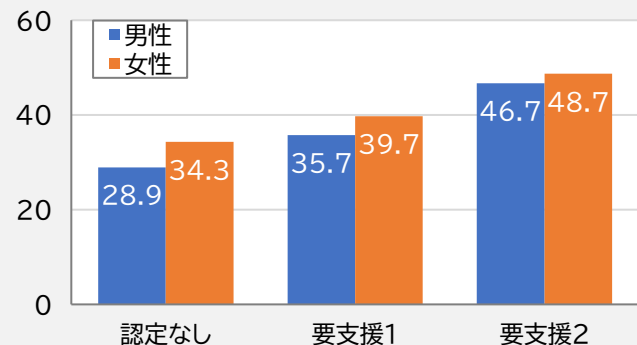
割合(%) b) 咀嚼機能低下ありの割合



割合(%) c) むせありの割合 (お茶や汁物等)



割合(%) d) 口の渇きありの割合



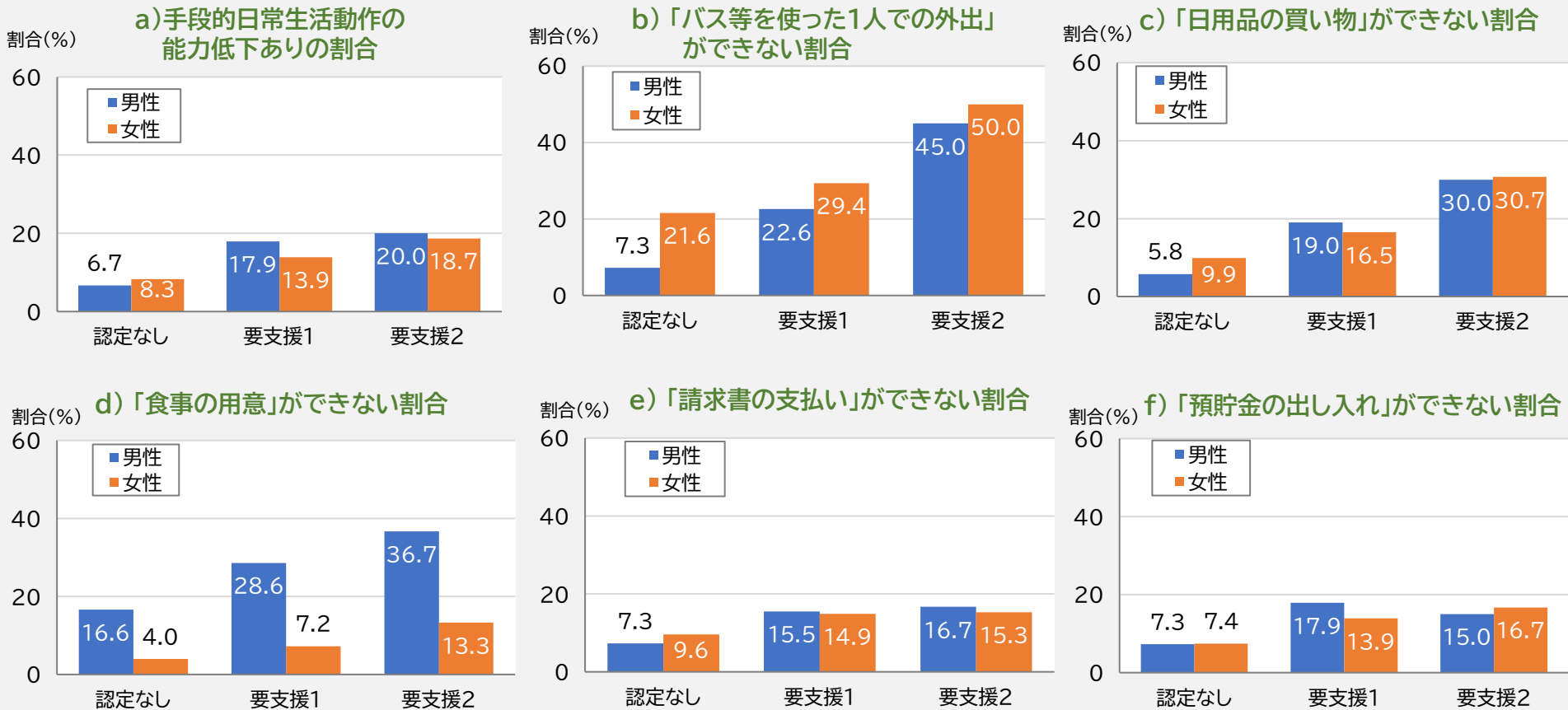
※「b から d」は、口腔機能のリスク評価項目となっており、この内、2項目以上に該当する場合、「aの口腔機能低下リスクあり」として集計している。

出所) 川越市：介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和7年度)をもとに作成。

「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(⑤手段的日常生活動作(IADL))

- 手段的日常生活活動(IADL)の能力低下ありの割合を性別にみると、男性では「認定なし」6.7%、「要支援1」17.9%、「要支援2」20.0%と、要介護度が高くなるにつれてIADLの能力低下の割合が高くなっていった。なお、この傾向は女性でも同様であった(図表2-5 a)。
- 「認定なし」と「要支援1」の割合の差を、評価に用いられる5つの項目別にみると、男女とも「バスや電車、車を使った1人での外出」、「日用品の買い物」の順であった(図表2-5 b~f)。

■ 図表2-5 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(手段的日常生活動作)



※「bからf」は、手段的日常生活動作の能力低下の判定項目となっており、この内、2項目以上に該当する場合、「aの手段的日常生活動作の能力低下あり」として集計している。

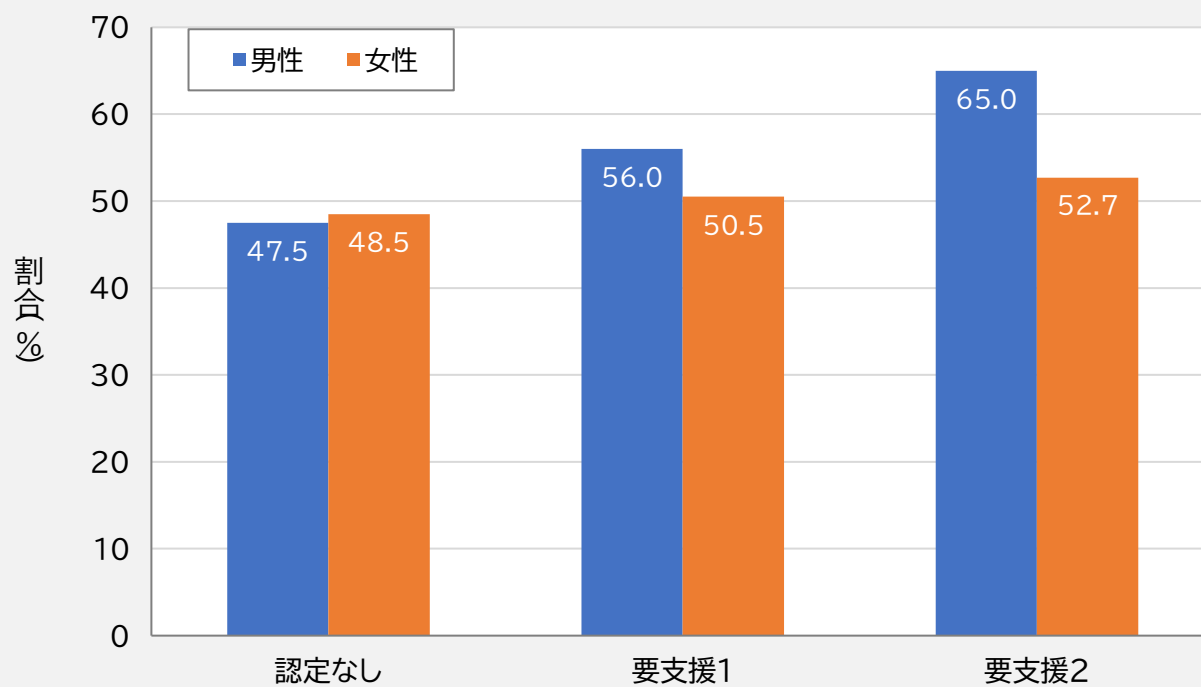
※手段的日常生活動作(IADL)とは、社会生活を送るための応用的な動作(料理、買物、掃除、金銭管理)のこと。

出所)川越市:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(令和7年度)をもとに作成。

「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(⑥認知機能／うつ傾向)

- 物忘れが多いと回答した割合を性別にみると、男性では「認定なし」47.5%、「要支援1」56.0%、「要支援2」65.0%と、要介護度が高くなるにつれて割合が高くなっていった。なお、この傾向は女性でも同様であった(図表2-6)。

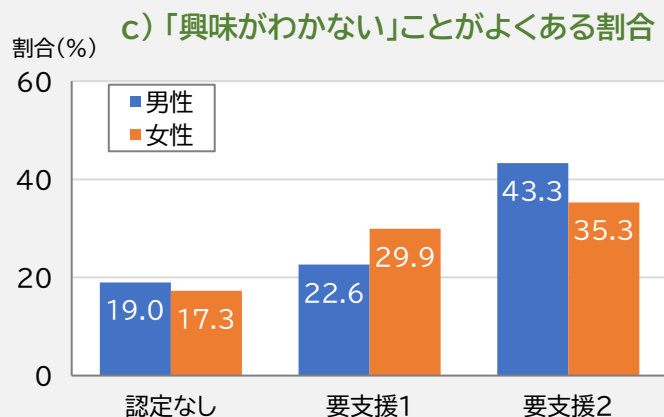
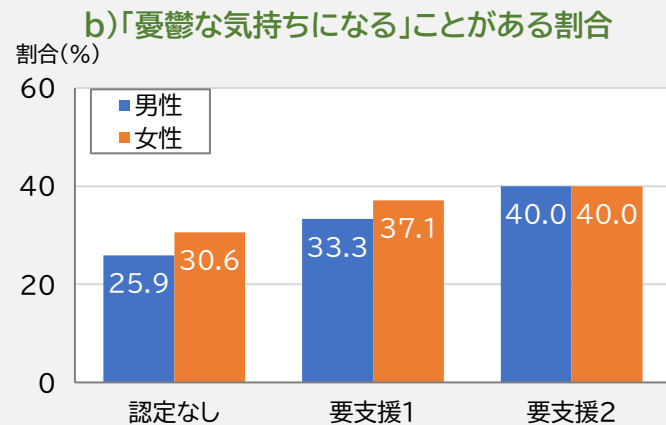
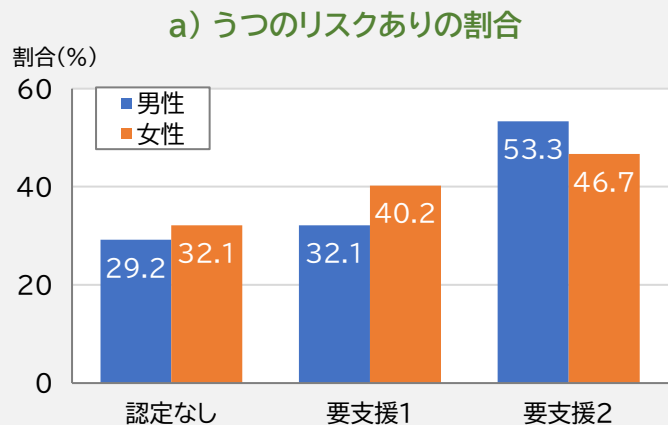
■ 図表2-6 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(物忘れが多いと回答した割合)



「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(⑥認知機能／うつ傾向)続き

- うちリスクありの割合を性別にみると、男性では「認定なし」29.2%、「要支援1」32.1%、「要支援2」53.3%と、要介護度が高くなるにつれてリスクの割合が高くなっていった。なお、この傾向は女性でも同様であった(図表2-7 a)。

■ 図表2-7 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(うつ傾向)



※「bとc」は、うつのリスク評価項目となっており、この内、1項目以上に該当する場合、「aのうつのリスクあり」として集計している。

3. 日常生活で困っていること

「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(日常生活での困りごと)

- 日常生活で困っている割合をみると、認定なしでは、男女とも「特にはない」「日常の力仕事(家具の移動等)」の順であった。
- 要支援1では、男性では「日常の力仕事(家具の移動等)」「庭の手入れ」の順、女性では「日常の力仕事(家具の移動等)」「外出の際の移動手段」の順であった。
- 要支援2では、男性では「日常の力仕事(家具の移動等)」「掃除」の順、女性では「外出の際の移動手段」、「日常の力仕事(家具の移動等)」の順であった。
- 「認定なし」と「要支援1」の割合の差をみると、男性では「掃除」「日常の力仕事(家具の移動等)」「庭の手入れ」の順、女性では「外出の際の移動手段」「日常の力仕事(家具の移動等)」「買い物に行くのが困難」の順であった。

■ 図表3-1 認定なし高齢者と要支援高齢者の比較(日常生活での困りごと)

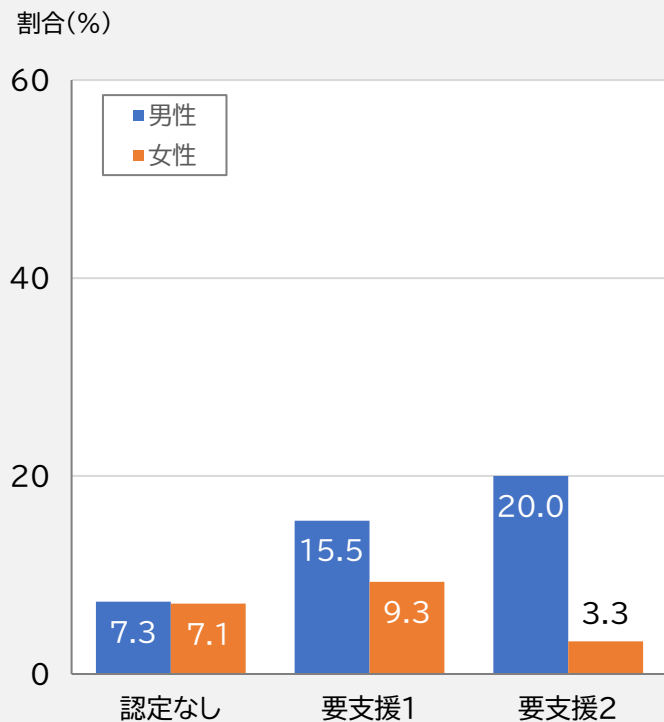
■生活生活での困りごと	認定なし		要支援1		要支援2	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
税金の支払い等	11.1	6.8	13.1	15.5	26.7	17.3
財産やお金の管理	5.8	3.1	8.3	6.7	15	4
近くで買い物する場所がない	9.9	14.8	19	19.6	20	25.3
買い物に行くのが困難	7	13.9	17.9	25.8	36.7	36.7
日々のゴミ出し	6.1	6.2	9.5	11.9	20	16.7
日常の力仕事(家具の移動等)	25.7	33	47.6	51	45	44
庭の手入れ	16.3	22.2	38.1	21.1	38.3	31.3
掃除	9.9	13.6	34.5	21.1	40	32
洗濯	4.1	3.1	11.9	5.7	23.3	8
食事の準備	13.7	8	20.2	15.5	25	16.7
外出の際の移動手段	17.2	18.2	36.9	38.7	38.3	44.7
電化製品の扱い方	15.5	21.3	16.7	28.9	23.3	29.3
ペットの世話	1.2	0.3	1.2	2.1	0	2
特にはない	43.1	40.7	20.2	18.6	8.3	15.3

4. 社会との関わり

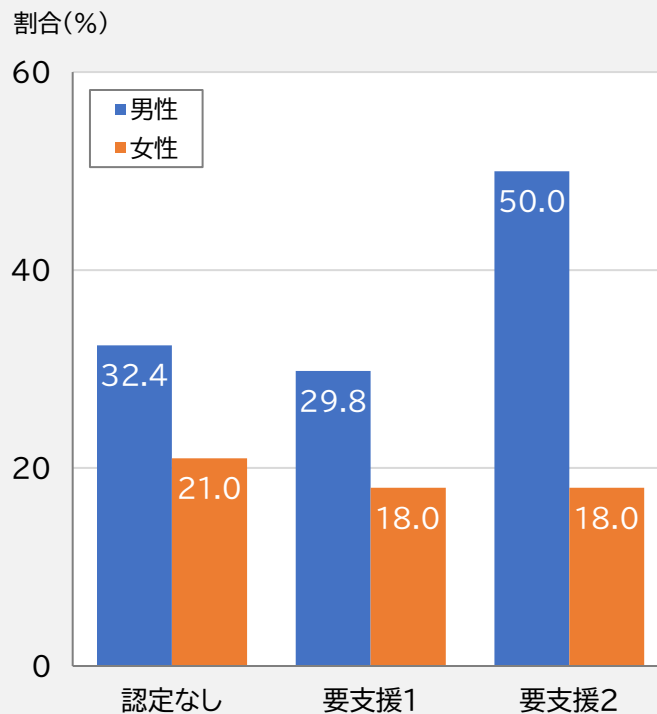
「認定なし高齢者」と「要支援高齢者」の比較(社会との関わり)

- 設問「少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする家族や親戚は何人いますか」に対し「いない」と回答した割合をみると、男性では「認定なし」7.3%、「要支援1」15.5%、「要支援2」20.0%と、要介護度が高くなるにつれて割合が高くなっていった。一方、女性では「認定なし」7.1%、「要支援1」9.3%、「要支援2」3.3%と、要支援1が最も高かった(図表4-1)。
- 設問「少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする友人や知人は何人いますか」に対し「いない」と回答した割合をみると、男性では「認定なし」32.4%、「要支援1」29.8%、「要支援2」50.0%、女性では「認定なし」21.0%、「要支援1」18.0%、「要支援2」18.0%であった(図表4-2)。

■ 図表4-1 設問「少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする家族や親戚は何人いますか」で「いない」と回答があった割合



■ 図表4-2 設問「少なくとも月に1回、会ったり話をしたりする友人や知人は何人いますか」で「いない」と回答があった割合



議論のポイント

- 【ポイント1】 認定率の改善を図るにはどうしたらよいか
- 【ポイント2】 要介護度の維持・改善率を上げる(=重度化率を下げる)にはどうしたらよいか
- 【ポイント3】 主観的幸福感を高めるにはどうしたらよいか
- 【ポイント4】 高齢者が要支援状態にできるだけならないようにするにはどうしたらよいか

【ポイント1】認定率の改善を図るにはどうしたらよいか

調査結果等から分かったこと

- 65歳以上の認定率は埼玉県よりも高く、全国よりも低い。2019年から2025年にかけて、埼玉県との差が拡大傾向、全国との差が縮小傾向で推移している。この傾向は75歳以上でも同様であった。
- 2025年現在の75歳以上の要介護度別認定率をみると、埼玉県や全国と比べて「要支援1」の伸び率が大きかった。また、「要介護1」は2022年以降、「要介護3」は2023年以降の認定率が全国を上回っていた。
- 性別・年齢階級を調整した「調整済み軽度認定率(要支援1～要介護2)」は全国より低いものの、県平均より高く、「調整済み重度認定率(要介護3以上)」は、全国・県平均より高かった。
- 要支援1の約40%、要支援2の約25%が、アンケート調査で「介護や介助は必要ない」と回答していた。

議論のポイント

- 新規認定者をできるだけ増やさないためには、どのような対策や取組が考えられるか？
- 「要支援1から要介護2までの認定率が全国を上回るペースで増加している」、「調整済み軽度認定率(要支援1～要介護2)が県平均より高い」要因として何が考えられるか？
軽度者の認定率の改善を図るためには、どのような対策や取組が考えられるか？
- 「調整済み重度認定率(要介護3以上)が全国・県平均より高い」要因として何が考えられるか？
重度者の認定率の改善を図るためには、どのような対策や取組が考えられるか？

【ポイント2】要介護度の維持・改善率を上げる(=重度化率を下げる)にはどうしたらよいか

調査結果等から分かったこと

- 2022年と2025年に認定を持っていた方の要介護度の変化をみると、約1割が改善、約4割が維持、約5割が重度化という状況であった。これを第9期の分析結果と比較すると、要介護4以外の全てで維持・改善率が向上していた(重度化率は下がっていた)。
- 要介護度の変化の状況を、認知症の有無の4区分で比較すると、要支援では、認知症あり群で重度化率が高い傾向を示していた。
- 要介護2～4の軽度化率をみると、認知症なし群では3～5割の改善がみられた。他方、認知症群では、認知症なし群に比べ、重度化率が高い傾向を示していた。

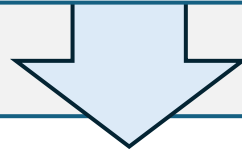
議論のポイント

- 要支援の認知症の人が重度化しやすい要因として何が考えられるか？要支援の認知症の人の重度化を防ぐためには、どのような対策や取組が必要だと思うか？
- 要介護1～2、要介護3以上の認知症の人の重度化を防ぐためには、それぞれに対してどのような対策や取組が必要だと思うか？(それぞれの状態に合った支援は何か)
- 認知症ではない要介護2～4の人では改善率が高いが、どのような取組がこうした結果につながっていると考えられるか？

【ポイント3】主観的幸福感を高めるにはどうしたらよいか

調査結果等から分かったこと

- 主観的幸福感(0-10点評価)をみると、平均は7点で、「5点」と「7-8点」が特に多かった。また、全体の7.5%が「0-4点(とても不幸～不幸に相当)」と回答していた。
- 認定を受けていない、主観的幸福感が低い(0-4点)高齢者の特徴を分析した結果、次の傾向がみられた。
 - ① 男性のほうが女性より割合が高い(特に65-69歳男性)
 - ② 1人暮らし世帯(特に男性)
 - ③ 生活が苦しい(男女とも)
 - ④ 精神的健康度、主観的健康観が低い
 - ⑤ 身体的健康度および活動性が低い
 - ⑥ 社会とのつながりが薄い
- 専門職とのつながりの状況について、日常生活の困りごとを気軽に相談できるかかりつけの医師・歯科医師・薬剤師がいない人が多かった。
- 地域包括支援センターの利用率は、主観的幸福感が低い群が最も高かったものの、地域包括支援センターを知らない人の割合も主観的幸福感が低い群で最も高かった。



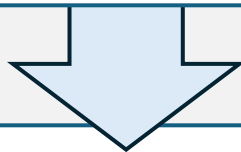
議論のポイント

- 高齢者の主観的幸福感を高めていくためには、どのような対策や取組があるとよいか？
- 医療機関にかかっている高齢者が、医療面や健康面に加えて、生活面のことに関しても気軽に相談できる状況を作っていくためにはどうしたらよいか？
- 地域包括支援センターと主観的幸福感が低い高齢者がうまくつながるためには、どのような対策や取組があるとよいか？

【ポイント4】高齢者が要支援状態にできるだけならないようにするにはどうしたらよいか

調査結果等から分かったこと

- 85歳以上高齢者のうち、「認定なし」と「要支援1・2」の運動機能等を比較した結果、① 認定なしの段階から、「転倒あり」「転倒不安あり」の割合が高いこと、② 「階段を手すりを使わずには上れない」割合や「買い物や通院の移動に困っている」割合に差が大きいことなどがわかった。
- 手段的日常生活動作(IADL)の5項目について、「要支援1」と「認定なし」の割合の差をみると、男女とも第1位「バスや電車、車を使った1人での外出」、第2位「日用品の買い物」の順であった。
- うつのリスクありの割合を性別にみると、男性では「認定なし」29.2%、「要支援1」32.1%、「要支援2」53.3%と、要介護度が高くなるにつれて高くなっていった。なお、この傾向は女性でも同様であった。
- 要介護度が高くなるにつれて、「誰かと一緒に食事をする機会がない」「話をする友人や知人がいない」割合が高くなっていった(特に男性)。



議論のポイント

- 要支援段階から、運動機能の低下、心身機能の低下、社会との関わりが薄くなっているが、こうした状況を改善するにはどのような対策や取組があるとよいか？
- 要支援段階から、通院や買い物への移動に不便さを感じる高齢者が増加していることから、移動を支える、あるいは移動をしなくても通院や買い物ができるようにするなど、どのような対策や取組があるとよいか？