

第1章 計画の概要

1 計画策定の背景

介護保険制度は第9期で25年目を迎えました。目黒区の要支援・要介護認定者数は制度創設時のおよそ2.5倍となる12,000人を超えており、介護保険は介護や支援が必要となった高齢者やその家族などを社会全体で支える制度として定着しています。

今後、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上の後期高齢者となることから、この数年間は高齢者人口が横ばいで推移する一方で、より介護のニーズが高い85歳以上の高齢者人口が増加することが予測されます。このような状況の下、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯、認知症高齢者が更に増加することが見込まれており、また、介護する家族の負担増や介護離職者の増加、介護職員の人材不足など、様々な課題も浮かび上がっています。

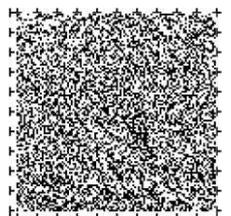
これらの課題に直面する中、介護が必要になった場合でも、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくために、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の一層の推進が必要とされています。更には、高齢者がいつまでも元気に生き生きと暮らしていけるよう、介護予防を推進し、健康寿命[※]の延伸を図っていくことが重要です。

国は、高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、支える側と支えられる側という関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことができる包摂的な社会である「地域共生社会」の実現を目指し、法令や体制の整備を進めています。この流れの中で、令和5年5月には「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が、同年6月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（以下「認知症基本法」という。）が公布され、医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化や認知症施策の更なる推進が図られています。

このような状況を踏まえ、第9期介護保険事業計画では、自立支援・介護予防・重度化防止の取組を推進するとともに、地域包括ケアシステムの推進、認知症施策の推進等を重点課題に掲げ、各種取組を推進していきます。

※健康寿命

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間。平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「健康ではない期間」を意味する。



2 制度改正等の動向

介護保険制度では、これまで、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）を見据え、住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築を目指してきました。今回の第9期計画期間中に令和7年（2025年）を迎えることとなりますが、今後85歳以上人口の割合が上昇し、サービス需要や給付費が増加する一方で生産年齢人口は急激に減少することが見込まれています。高齢者の生活を支える介護保険制度であり続けるためには、地域ニーズに対応したサービス基盤等の整備や介護人材の確保、保険制度の持続可能性の確保に向けた早急な対応が必要とされています。

第9期計画に合わせて行われる今回の制度改正は、全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けて、質の高い医療・介護を効率的に提供するための基盤整備を図ること、地域包括ケアシステムの構築及び地域共生社会の実現を目指す取組を更に加速させること、介護保険制度の財政的な持続可能性に加え、足下の介護人材確保と介護現場の生産性向上によりサービスの質の確保や基盤整備、職員の負担軽減を図り、サービス提供の持続可能性を高めること等を目的としています。

（1）地域包括ケアシステムの深化・推進

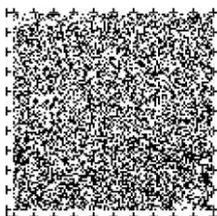
認知症・要介護状態や、ひとり暮らし・夫婦のみ世帯等の高齢者の増加が見込まれる中、高齢者本人への支援のみならず、その家族等の介護者が抱える負担や複雑化した課題への対応が必要とされています。

国は、高齢者だけではなく、障害者、ひとり親家庭、生活困窮者など、これらの要素が複合化したケースに対応するため、重層的支援体制整備事業[※]の創設等により、制度・分野の枠や「支える側」・「支えられる側」という関係を超えて、全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合う「地域共生社会」の実現を目指しています。

このような状況の下、今回の介護保険制度の改正では、柔軟なサービス提供によるケアの質の向上や家族負担の軽減に資するよう、訪問介護や通所介護などの複数の在宅サービスを組み合わせて提供する新たなタイプの複合型サービスが新設されるとともに、地域住民への総合相談支援等を担っている地域包括支援センターの業務負担の軽減を図るために、従来地域包括支援センターに限定されていた介護予防支援の指定対象を居宅介護支援事業所に拡大する等の改正が行われました。

※重層的支援体制整備事業

社会福祉法の改正により創設された国の事業。地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、①相談支援（属性を問わない相談支援、多機関協働による支援、アウトリーチ等を通じた継続的支援）、②参加支援、③地域づくりに向けた支援を一体的に実施するもの。



（２）介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

団塊ジュニア世代が65歳以上となり高齢者人口がピークを迎える2040年に向けて、生産年齢人口の減少と高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大が見込まれる中、介護現場の生産性向上の取組は、利用者に対するサービスの質の向上等が見込まれるとともに、働く環境の改善等により介護現場の職員の負担軽減等にもつながるものとなります。

これまでも処遇改善やマッチング支援、介護のしごとの魅力発信などの人材確保策が行われるとともに、介護ロボット・ICT^{*}等のテクノロジー導入や、介護助手の活用など様々な支援施策が行われてきましたが、介護保険制度の持続可能性を確保していくためには、更なる取組が必要とされています。

このような状況を受けて、介護サービスを提供する事業所又は施設の生産性の向上に資する取組の促進が都道府県の努力義務となり、一層の推進が図られることとなりました。

（３）認知症基本法の制定

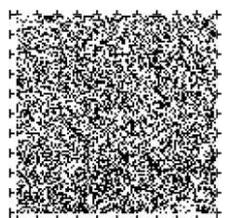
新たに制定された認知症基本法は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することで、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会である「共生社会」の実現を推進していくことを目的としており、以下の7点が基本理念として定められています。

- ① 本人の意向尊重
- ② 国民の理解による共生社会の実現
- ③ 社会活動参加の機会確保
- ④ 切れ目ない保健医療・福祉サービスの提供
- ⑤ 本人・家族等への支援
- ⑥ 予防・リハビリテーション等の研究開発の推進
- ⑦ 関連分野の総合的な取組

（４）医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

今回の介護保険制度の改正では、介護サービスを提供する事業所等における生産性の向上に関する事項や地域包括支援センターの業務見直しに関する事項等の改正が行われるとともに、介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等が行われます。

※ICT…情報通信技術のこと。Information and Communication Technologyの略。



このうち、新たに創設される介護情報の収集・提供等に係る事業では、医療・介護間の連携を強化しつつ、多様な主体が協働して高齢者を地域で支えていく地域包括ケアシステムを深化・推進するため、自治体・利用者・介護事業所・医療機関等が介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備することとされました。これにより、利用者が受けている自立支援・重度化防止の取組の推進や介護・医療サービスの質の向上、介護事業者の事務負担軽減などの効果が期待されています。

3 計画の位置づけと計画期間

(1) 計画の位置づけ

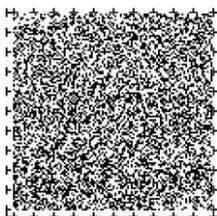
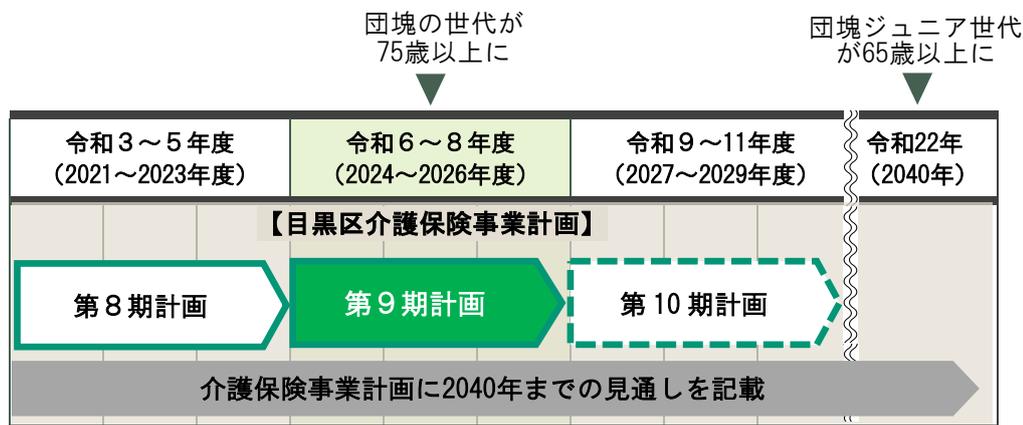
介護保険事業計画は、介護保険法第117条の規定に基づき、本区における介護保険事業に係る保険給付等の円滑な実施に関して定めるもので、目黒区基本計画の補助計画として位置づけられています。

また、介護保険事業計画は、地域福祉計画と老人福祉計画の性格を併せ持つ目黒区保健医療福祉計画との整合を図るとともに、本区の高齢者の福祉に関係する各種計画との調和を保つよう策定しています。さらには、都の介護保険事業支援計画及び医療計画と連携を図っています。

(2) 計画期間

介護保険料は概ね3年を通じ財政の均衡を保つものでなければならないとされているため、その算定の基礎となる介護給付等対象サービス及び地域支援事業の量の見込み等について定める介護保険事業計画は、3年を1期として作成しています。

今回の第9期介護保険事業計画の計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）までの3年間とし、その後の計画については、第9期介護保険事業計画に係る検証等を行った上で、令和8年度（2026年度）に必要な見直しを行い策定します。



4 計画策定のための体制等

(1) 目黒区地域福祉審議会における検討

区では、福祉に係る計画の重要な事項について総合的に検討し、施策の推進を図るため、区長の付属機関として目黒区地域福祉審議会を設置しています。

第9期介護保険事業計画の策定に当たっては、令和4年7月に地域福祉審議会に基本的方向について諮問し、地域福祉審議会の小委員会である計画改定専門委員会での検討を経て、令和5年9月に答申を受けました。

(2) 被保険者等の意見反映のための取組

本計画の素案をとりまとめた段階で公表するとともに、素案説明会の開催及び意見募集を実施し、関係団体、被保険者を含む区民から広く意見を求め、その意見を踏まえて計画案の作成を行います。

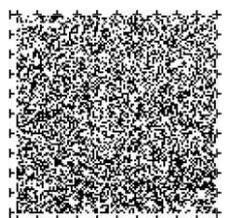
(3) 都との連携

本区の介護保険事業計画を策定する上で、都の介護保険事業支援計画及び医療計画との広域的調整が必要であるため、当該計画と整合を図るよう、都と連携します。

(4) 要介護者等の実態の把握

令和4年10月～11月に、介護保険制度や介護保険料に対する区民の意向及び地域の実情等を把握するために、「第9期介護保険事業計画基礎調査」及び「高齢者の生活に関する調査」を実施し、要介護者等の実態の把握に努めました。

調査種別	調査対象	配布数	有効回収数	有効回収率
①要介護認定者調査	要介護1～5の第1号・第2号被保険者（施設等への入居者は除く）	2,500	1,398	55.9%
②在宅介護実態調査	調査種別①の配布対象者を介護している家族等	2,500	1,018	40.7%
③介護予防・日常生活圏域ニーズ調査	区内在住の要支援2以下の第1号被保険者（要介護認定を受けていない被保険者を含む）	4,000	2,681	67.0%
④在宅介護支援事業所調査	目黒区被保険者5人以上のケアプランを作成している区内在宅介護支援事業者	66	53	80.3%
⑤サービス提供事業所調査	目黒区被保険者5人以上に介護サービスを提供している区内事業者（みなし指定事業者を除く）	221	152	68.8%
⑥高齢者の生活に関する調査	区内在住の65歳以上の高齢者（施設等への入居者は除く）	3,000	2,001	66.7%



（5）地域ケア会議による検討

地域包括ケアシステムの実現のため、定期的に開催する地域ケア個別会議において、多職種協働による個別事例の検討を行っています。そこで明らかになった地域課題について、地域ケア推進会議において、関係機関、地域住民、行政などで共有し、解決に向けた地域づくりについて、意識の醸成を図りました。

5 計画の進捗管理

（1）適切な対応策の検討

各年度において、次の項目について状況等を把握し、実施状況が計画と大きく異なる場合には、その原因を分析するとともに、適切な対応策を検討します。

- 要支援・要介護認定者数
- 各サービスの利用者数
- 各サービスの利用実績
- サービス基盤の整備
- 地域支援事業の実績
- 事業経費

（2）目黒区地域福祉審議会への報告及び意見聴取

介護保険事業計画の進捗状況及び実績については、適宜、地域福祉審議会に報告を行い、その意見を踏まえて対応策の検討等を行っていきます。

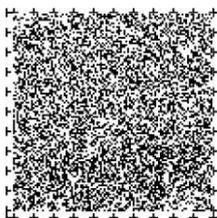
6 計画とSDGs※の関係

令和4年3月に策定された目黒区基本計画において、区はSDGsの17の分野ごとに各施策を結び付け、SDGsの視点で「誰一人取り残さない」社会の実現に取り組んでいます。

本計画では、特に関係が深いSDGsの3つの目標「目標3：すべての人に健康と福祉を」、「目標8：働きがいも経済成長も」、「目標11：住み続けられるまちづくりを」を踏まえて関連する取組を実施していきます。

※SDGs

平成27（2015）年9月の国連サミットで加盟国の全会一致で採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された、令和12（2030）年までに持続可能でより良い世界を目指す国際目標。17のゴール・169のターゲットから構成され、地球上の「誰一人取り残さない」ことを誓っている。



第2章 計画の基本理念・重点的な取組等

1 計画の基本理念と基本的な考え方

(1) 基本理念

この計画は、地域福祉計画と老人福祉計画の性格を併せ持つ目黒区保健医療福祉計画との一体性を保つものであることを踏まえ、基本理念を次のとおりとします。

『住み慣れた地域で自分らしく暮らし続ける』

(2) 基本的な考え方

区では、基本理念の実現に向けて、次の考え方に従って施策を推進します。

■ 区民の共同連帯

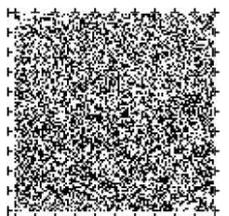
区民の共同連帯の理念に基づき、要介護者やその介護をする家族等を地域社会全体で支えます。

■ 地域福祉の一環としての制度の運営

住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に住み慣れた地域で提供される「地域包括ケアシステム」の推進を基本に、区民・行政をはじめとする関係者の協働による地域福祉の一環として、介護保険制度を運営します。

■ 自立支援と介護予防

高齢者が個人の尊厳を保持し、その有する能力・状態に応じて、社会に参加しながら自立した日常生活を営むことができるよう、保健事業等との連携を図りながら要介護状態の発生や重度化を可能な限り防ぎ、さらには軽減を目指す介護予防の観点に立った施策を推進します。



■ 保険者機能の強化

区の実情に応じた事業を効果的に展開するとともに、P D C Aサイクル※に沿って事業の実施状況を検証し、取組内容の改善を図ります。

また、介護サービスが介護保険制度の目的に沿って提供されるよう、給付の適正化等に取り組めます。

■ サービスの充実

サービスの質の向上を図るため、事業者の人材育成や人材確保への支援を行うとともに、介護サービス事業者等と連携を図り、地域住民等の多様な主体による多様なサービスの充実を図ります。

■ 利用者本位と利用者保護

利用者が必要とするサービスを利用者自らが適切に選択できるよう、また、事業者間の適正な競争の下で良質なサービスが提供されるよう、区民等に向けて介護サービス情報を積極的に提供します。

事業者との契約によるサービス利用において、自らが契約することが困難な人を含め、全ての利用者がサービスを受ける上で不利益を被らないよう、利用者等からの苦情に適切に対応するとともに、事業者指導を強化します。

■ 介護サービス基盤の整備

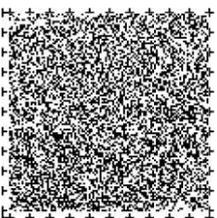
住み慣れた地域で必要なサービスが利用できるよう、民間活力の積極的な活用により、介護サービス基盤の整備を進め、必要なサービス供給量を確保します。

■ 公平で公正な負担

負担と給付を明確にし、そのバランスを図り、公平で公正な負担に基づき制度を運営します。

※P D C Aサイクル

P l a n（計画）→D o（実行）→C h e c k（評価）→A c t i o n（改善）という一連のプロセスを繰り返し、業務を継続的に実施・改善していく手法。



2 第9期における重点的な取組

(1) 自立支援・介護予防・重度化防止の取組

高齢者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することや、要介護状態等となることの予防、要介護状態等の軽減、悪化の防止という介護保険制度の理念を踏まえ、以下の取組を行います。

(取組内容は第5章、第7章に掲載)

自立支援・介護予防に関する普及啓発

- ・各種説明会・研修・講座の実施、配布物等による区民・事業者への普及啓発（37～38ページ）
- ・めぐろフレイル*予防プロジェクトの推進（37～38ページ）

高齢者の社会参加の促進と活躍の場づくり

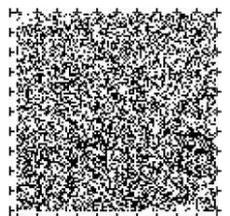
- ・シニア健康応援隊の育成、活動支援（37～38ページ）
- ・介護予防に資する住民主体の活動の推進（37～38ページ）
- ・リハビリテーション専門職による住民主体の介護予防活動への支援（37～38ページ）
- ・めぐろシニアいきいきポイント事業の実施（37～38ページ）
- ・生活支援コーディネーターや協議体を中心となった地域の支え合いの推進と通いの場の創出（39～40、44～45ページ）

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントの質の向上

- ・自立支援に資するケアマネジメント研修の実施（39、46、59～60ページ）
- ・ケアプラン点検の実施（57ページ）
- ・地域ケア会議における多職種連携によるケアマネジメント支援（39、45、60ページ）

※フレイル

「筋力」、「認知機能」、「社会とのつながり」が低下し、「加齢等により心身が衰えた状態」のことで、健康な状態と日常生活でサポートが必要な介護状態の中間を意味する。フレイルは、早く気づき対策を行えば元の健常な状態に戻る可能性がある。



（２）地域包括ケアシステム推進のための取組

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、尊厳を持って自立した日常生活を送ることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を引き続き推進するため、以下の取組を行います。

（取組内容は第4章、第5章、第7章に掲載）

- 地域包括支援センターの設置運営（41～42ページ）
- 在宅医療・介護・福祉の連携の推進（43、64ページ）
- 介護予防・生活支援サービスの体制整備の推進（39～40、44～45ページ）
- 地域ケア会議の充実（45ページ）
- 住み慣れた地域での生活を支える介護サービス基盤の整備（23～28ページ）

（３）認知症施策の推進

認知症の人やその家族が、可能な限り地域の住み慣れた環境で自分らしく暮らし続けていけるよう、認知症の人やその家族を地域で支えるための取組を行います。

（取組内容は第5章43～44ページに掲載）

（４）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等の保健事業とフレイル対策等の介護予防事業の連携により高齢者を支援していきます。

今後は医療・介護双方のデータを活用し区の健康課題を抽出した上で、より効果的に介護予防・フレイル予防を推進し、健康寿命の延伸を図ります。

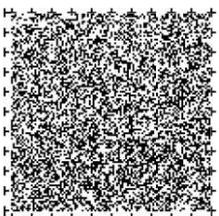
（取組内容は第5章37～38ページに掲載）

（５）介護人材確保・定着・育成のための取組

介護を必要とする人の増加に伴い、介護サービスの需要増大や多様化が見込まれており、高い倫理観に基づいた利用者本位の質の高いサービス提供が求められている一方で、担い手である人材の確保は難しい状況にあります。

サービス提供に当たり根幹となる介護人材の確保・定着・育成は、今後より一層重要となるため、引き続き事業の充実を図っていきます。

（取組内容は第7章59～63ページに掲載）



（6）介護給付の適正化への取組

介護保険制度への信頼を高め、持続可能な介護保険制度の構築に資するため、介護給付を必要とする受給者を適切に認定し、受給者が真に必要なとする過不足のないサービスを事業者が適切に提供できるよう、以下の取組を行います。

（取組内容は第7章56～59ページに掲載）

- 要介護認定の適正化
- ケアプラン等の点検
- 医療情報との突合・縦覧点検

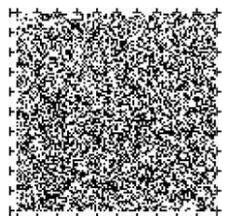
3 日常生活圏域の状況

（1）日常生活圏域の設定

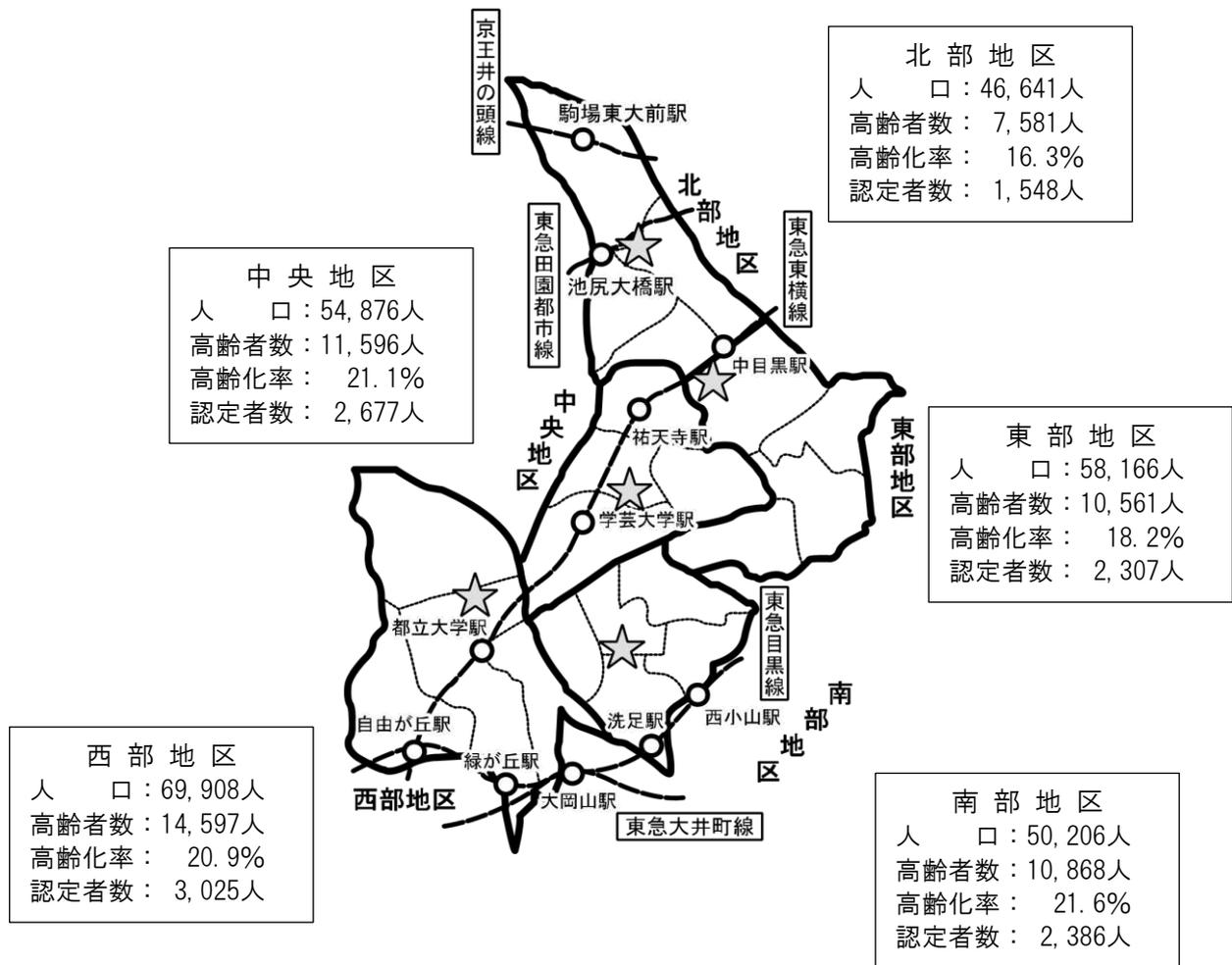
介護保険制度では、地域の要介護高齢者などが住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活できるように日常生活圏域の設定が求められており、日常生活圏域は区における地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して決定することとされています。

区では、主として大人の生活行動の領域に相当し、買物、通学、レクリエーションなどの一般的な日常生活を充足することができる区域として5つの「地区」を定めており、介護保険制度における日常生活圏域は、この「地区」の区域を設定しています。

第9期介護保険事業計画においても、引き続き「地区」を日常生活圏域として、地域包括支援センターを設置するとともに、地域密着型サービス事業所の整備を進めます。

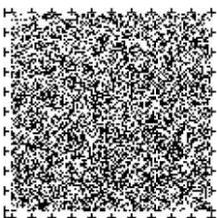


（2）各圏域の状況



※★は地域包括支援センター
 ※数値は令和5年10月1日現在

地区名 (面積)	該当する町丁目
北部地区 (2.69km ²)	駒場、青葉台、東山、大橋、上目黒1丁目1・6～22番、上目黒2丁目46～49番、上目黒3丁目1～3・6～44番、上目黒5丁目
東部地区 (2.87km ²)	上目黒1丁目2～5・23～26番、上目黒2丁目1～45番、上目黒3丁目4～5番、中目黒1丁目～4丁目、中目黒5丁目1～7・22～23番、三田、目黒1～3丁目、下目黒、目黒本町1丁目
中央地区 (2.64km ²)	上目黒4丁目、中目黒5丁目8～21・24～28番、目黒4丁目、中町、五本木、祐天寺、中央町、碑文谷5～6丁目、鷹番
南部地区 (2.27km ²)	目黒本町2～6丁目、原町、洗足、南1～2丁目、碑文谷1～4丁目
西部地区 (4.20km ²)	南3丁目、平町、大岡山、緑が丘、自由が丘、中根、柿の木坂、八雲、東が丘



第3章 被保険者数等の現状と見込み

1 高齢者人口

介護保険事業計画の各年度の被保険者数推計の前提となる人口は、令和4年度（2022年度）及び5年度（2023年度）の各年度の10月1日時点の実績を基準として、コーホート変化率法※により算出しました。また、令和22年度（2040年度）は令和2年度に公表された「目黒区 人口・世帯数の予測」より引用しています。

これによれば、高齢化率は令和8年度（2026年度）までは19%台で推移しますが、令和22年度（2040年度）には23.3%になるものと見込まれます。

また、年代別にみると、令和7年度（2025年度）まで、前期高齢者（65～74歳）は減少していく一方で、後期高齢者（75歳以上）は増加していく見込みとなっています。

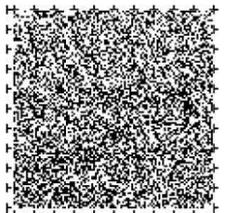
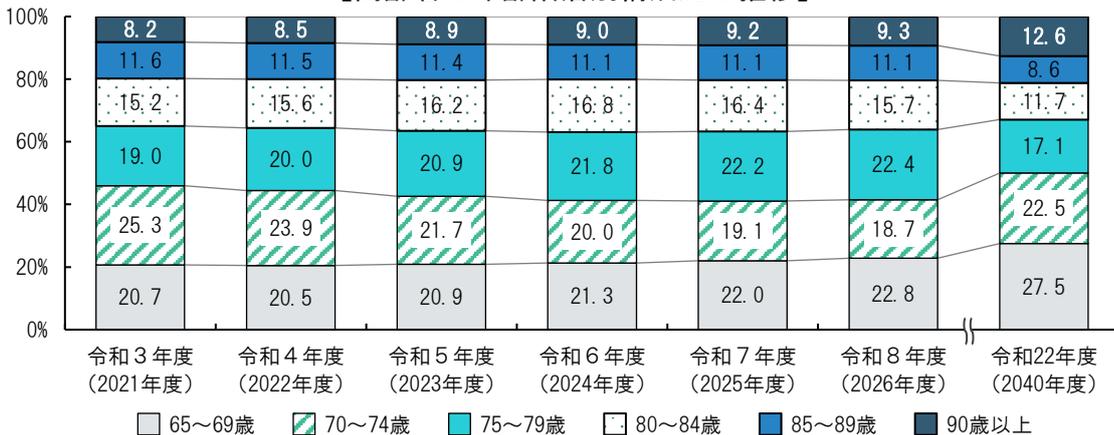
【年齢別人口と高齢化率の実績と推計】

各年度10月1日現在、単位：人

区 分	実績値			推計値			
	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
住民基本台帳人口	279,489	278,782	279,797	279,959	280,169	280,426	296,767
0～39歳	120,860	119,686	119,746	119,448	119,439	119,711	127,467
40～64歳	103,335	104,049	104,848	105,248	105,253	105,034	100,209
65～74歳	25,422	24,408	23,520	22,831	22,806	23,057	34,500
65～69歳	11,422	11,262	11,530	11,751	12,212	12,668	18,969
70～74歳	14,000	13,146	11,990	11,080	10,594	10,389	15,531
75歳以上	29,872	30,639	31,683	32,432	32,671	32,624	34,592
75～79歳	10,491	11,000	11,561	12,041	12,327	12,480	11,829
80～84歳	8,415	8,612	8,945	9,267	9,099	8,740	8,072
85～89歳	6,437	6,349	6,293	6,120	6,174	6,207	5,976
90歳以上	4,529	4,678	4,884	5,004	5,071	5,197	8,715
高齢者人口	55,294	55,047	55,203	55,263	55,477	55,681	69,093
高齢化率	19.8%	19.7%	19.7%	19.7%	19.8%	19.9%	23.3%

・推計値は、小数点以下の取扱上、表示上の数値の合計値が一致しない場合があります。

【高齢者の年齢階層別構成比の推移】



2 被保険者数

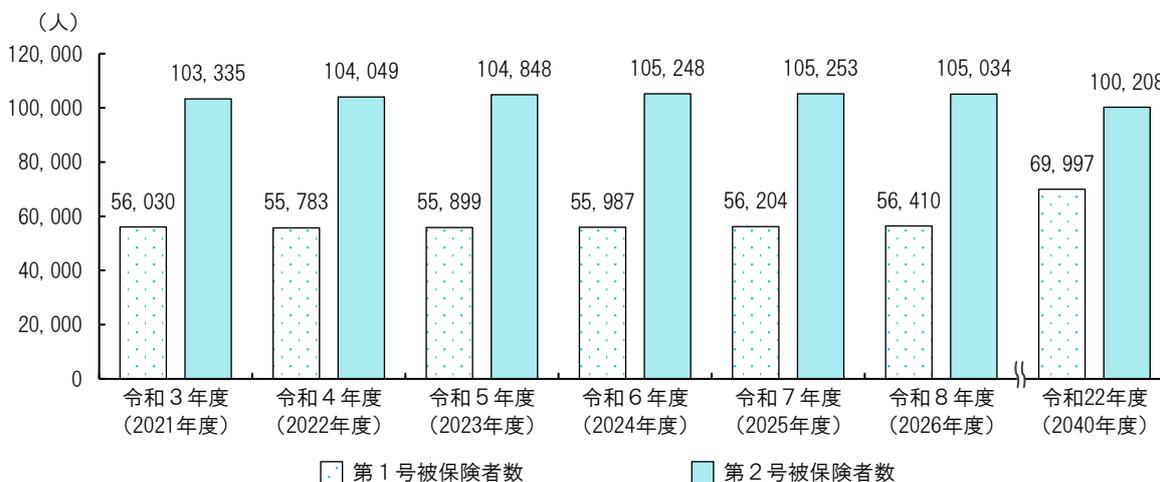
第1号被保険者数は、高齢者人口に住所地特例者等の見込数を増減して推計しました。

これによれば、第1号被保険者数は令和8年度（2026年度）までゆるやかに増加していき、また、被保険者の年齢構成では、より介護のニーズが高い85歳以上の高齢者の構成比が高くなっていく見込みとなっています。

【被保険者数の実績と推計】

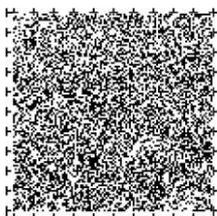
各年度10月1日現在、単位：人

区 分	実績値			推計値			
	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
第1号被保険者数	56,030	55,783	55,899	55,987	56,204	56,410	69,997
65～74歳	25,480	24,462	23,561	22,869	22,844	23,095	34,547
75～84歳	19,098	19,810	20,720	21,529	21,648	21,443	20,177
85歳以上	11,452	11,511	11,618	11,589	11,712	11,872	15,273
構成比							
65～74歳	45.5%	43.9%	42.2%	40.9%	40.7%	40.9%	49.4%
75～84歳	34.1%	35.5%	37.0%	38.4%	38.5%	38.0%	28.8%
85歳以上	20.4%	20.6%	20.8%	20.7%	20.8%	21.1%	21.8%
第2号被保険者数	103,335	104,049	104,848	105,248	105,253	105,034	100,208



※コーホート変化率法

「コーホート」とは、同じ年（又は同じ期間）に生まれた人々の集団のことを指す。コーホート変化率法は、各コーホートについて、過去における実績人口の動勢から「変化率」を求め、それに基づき将来人口を推計する方法である。推計するものが比較的近い将来の人口であり、変化率の算出基礎となる近い過去に特殊な人口変動がなく、また推計対象となる近い将来にも特殊な人口変動が予想されない場合は、比較的簡便なこの方法を用いることができる。

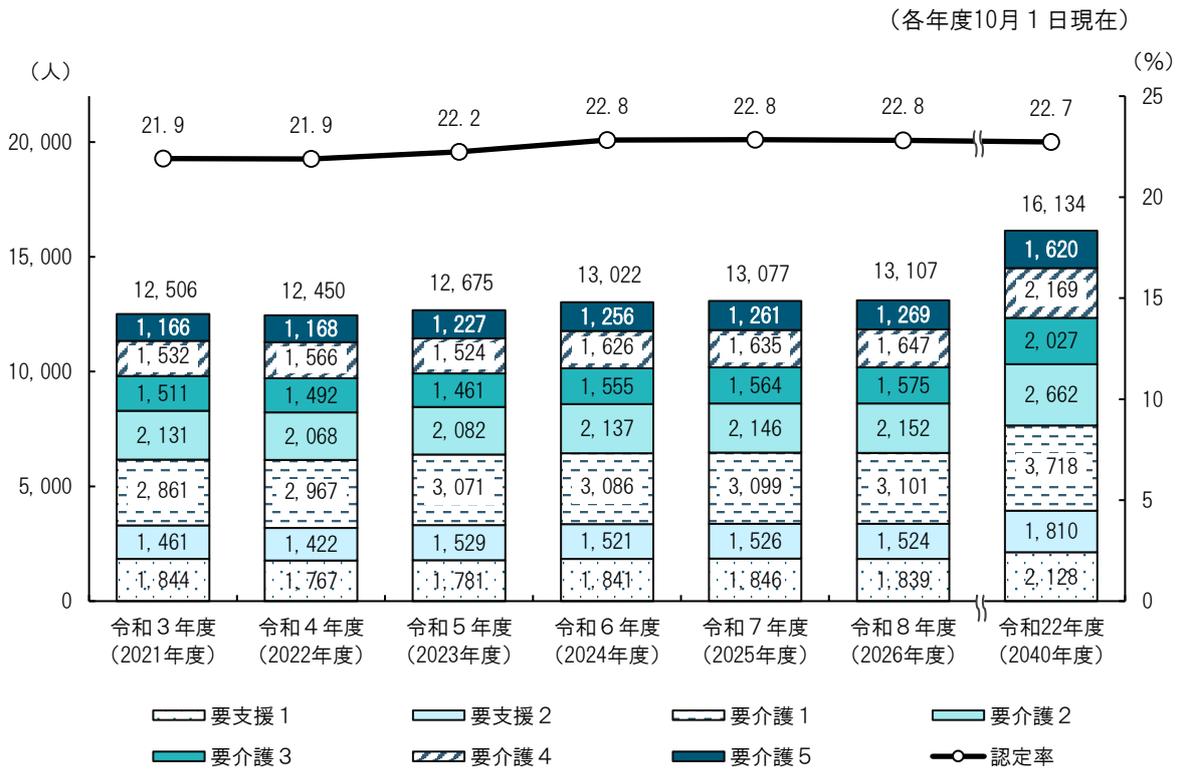


3 要支援・要介護認定者数

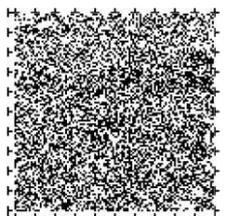
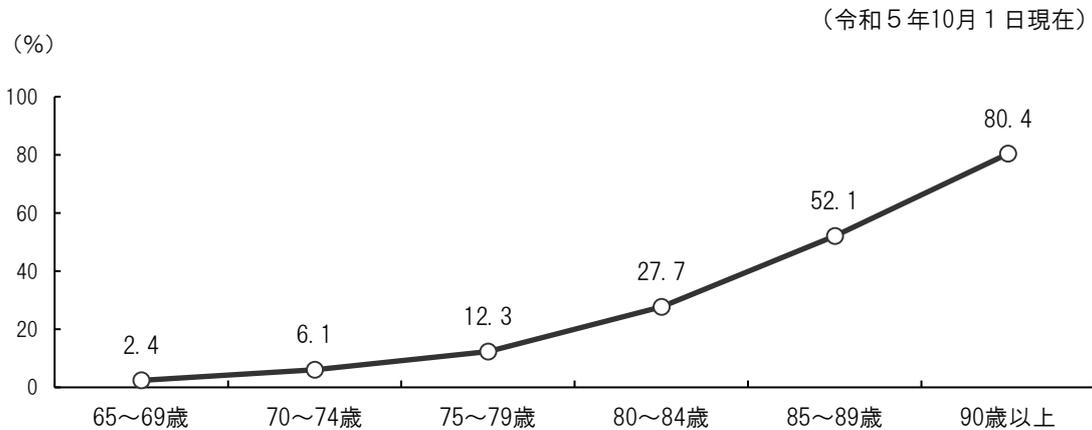
要支援・要介護認定者数は、被保険者を性別・5歳階層別に区分し、区分ごとに要支援・要介護認定を受けている人の割合（認定率）を勘案して推計しました。

これによれば、第1号被保険者の認定率は、第9期計画期間中（令和6年度～8年度）は横ばいで推移するものと見込まれます。

【要介護等認定者数及び第1号被保険者認定率の実績と推計】



【年齢階層別認定率】



【要介護等認定者数及び認定率の実績と推計】

単位：人

区 分	実績値			推計値			
	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)	令和5年度 (2023年度)	令和6年度 (2024年度)	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和22年度 (2040年度)
第1号被保険者数	56,030	55,783	55,899	55,987	56,204	56,410	69,997
要介護等認定者数	12,506	12,450	12,675	13,022	13,077	13,107	16,134
要支援1	1,844	1,767	1,781	1,841	1,846	1,839	2,128
要支援2	1,461	1,422	1,529	1,521	1,526	1,524	1,810
要介護1	2,861	2,967	3,071	3,086	3,099	3,101	3,718
要介護2	2,131	2,068	2,082	2,137	2,146	2,152	2,662
要介護3	1,511	1,492	1,461	1,555	1,564	1,575	2,027
要介護4	1,532	1,566	1,524	1,626	1,635	1,647	2,169
要介護5	1,166	1,168	1,227	1,256	1,261	1,269	1,620
うち第1号被保険者	12,277	12,211	12,437	12,784	12,841	12,871	15,908
要支援1	1,829	1,754	1,769	1,828	1,833	1,826	2,115
要支援2	1,446	1,404	1,502	1,501	1,506	1,504	1,791
要介護1	2,811	2,911	3,022	3,033	3,047	3,049	3,668
要介護2	2,081	2,016	2,030	2,085	2,094	2,100	2,613
要介護3	1,471	1,451	1,425	1,516	1,525	1,536	1,989
要介護4	1,512	1,547	1,500	1,605	1,614	1,626	2,149
要介護5	1,127	1,128	1,189	1,216	1,222	1,230	1,583
認定率	21.9%	21.9%	22.2%	22.8%	22.8%	22.8%	22.7%
男	15.8%	15.9%	16.2%	16.5%	16.5%	16.4%	16.9%
女	26.2%	26.1%	26.5%	27.3%	27.3%	27.4%	26.8%
性別・年齢階層別認定率	65～69歳	2.9%	2.6%	2.4%	2.3%	2.4%	2.3%
	男	3.1%	2.9%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%
	女	2.7%	2.4%	2.2%	2.1%	2.2%	2.2%
	70～74歳	5.8%	5.7%	6.1%	6.1%	6.1%	6.1%
	男	6.2%	5.9%	6.2%	6.2%	6.2%	6.2%
	女	5.5%	5.5%	6.1%	6.1%	6.1%	6.0%
	75～79歳	13.3%	12.7%	12.3%	12.3%	12.3%	12.3%
	男	11.8%	11.3%	11.2%	11.2%	11.2%	11.2%
	女	14.4%	13.7%	13.1%	13.1%	13.1%	13.1%
	80～84歳	28.2%	27.9%	27.7%	28.0%	27.9%	27.9%
	男	23.0%	23.7%	23.1%	23.2%	23.3%	23.2%
	女	31.6%	30.7%	30.8%	31.0%	31.0%	31.0%
	85～89歳	53.0%	51.5%	52.1%	52.3%	52.3%	52.1%
	男	43.2%	42.2%	43.3%	42.9%	42.9%	42.9%
女	58.1%	56.3%	56.5%	57.0%	57.0%	57.0%	
90歳以上	79.6%	80.2%	80.4%	83.6%	83.6%	83.6%	
男	66.8%	67.7%	68.9%	72.4%	72.3%	72.3%	
女	84.0%	84.6%	84.5%	87.5%	87.5%	87.5%	

