

第1章

計画策定の概要

第1章 計画策定の概要



第1節

計画策定の背景

1. 平成37（2025）年を見据えて

日本の将来の高齢者人口は、団塊の世代（昭和22年～24年生まれ）が65歳以上になる平成27（2015）年には3,395万人、75歳以上になる平成37（2025）年には3,657万人に達し、約3人に1人が65歳以上という状況が見込まれており（「日本の将来推計人口」[平成24年1月推計]¹）、特に、75歳以上人口は都市部で急速に増加するであろうと考えられています。

また、高齢者人口に占める一人暮らし高齢者の割合は、平成37（2025）年で男性14.6%、女性22.6%と見込まれ（日本の世帯数の将来推計[平成25年1月推計]）、認知症高齢者数も、国で算出した将来推計では平成27（2015）年で345万人（65歳以上人口の10.2%）、平成37（2025）年で470万人（65歳以上人口の12.8%）に達するなど、人口構造1つをみても、この10年間で様々な面から大きく変化すると考えられます。

さらに、日本は、生活環境の改善や医学の進歩などによって平均寿命（平成25年簡易生命表 男性：80.21歳 女性：86.61歳）は世界のトップクラスになりつつも、死亡者数は増え続けています。その背景には、80歳以上の死亡者数が増えていること、つまり、寿命やどうしても治癒できない疾病による死亡が増えていることがあげられます。そしてその方が現在、亡くなる場所としては、病院・診療所で約8割、介護施設で約1割、自宅で約1割です。しかし、自宅で最期を迎えたいという方は多数います。これらの意味するところは、高齢者本人やそのご家族のみならず、様々な方が、老いることや亡くなることについて、真摯に向き合っていく時代になったということです。

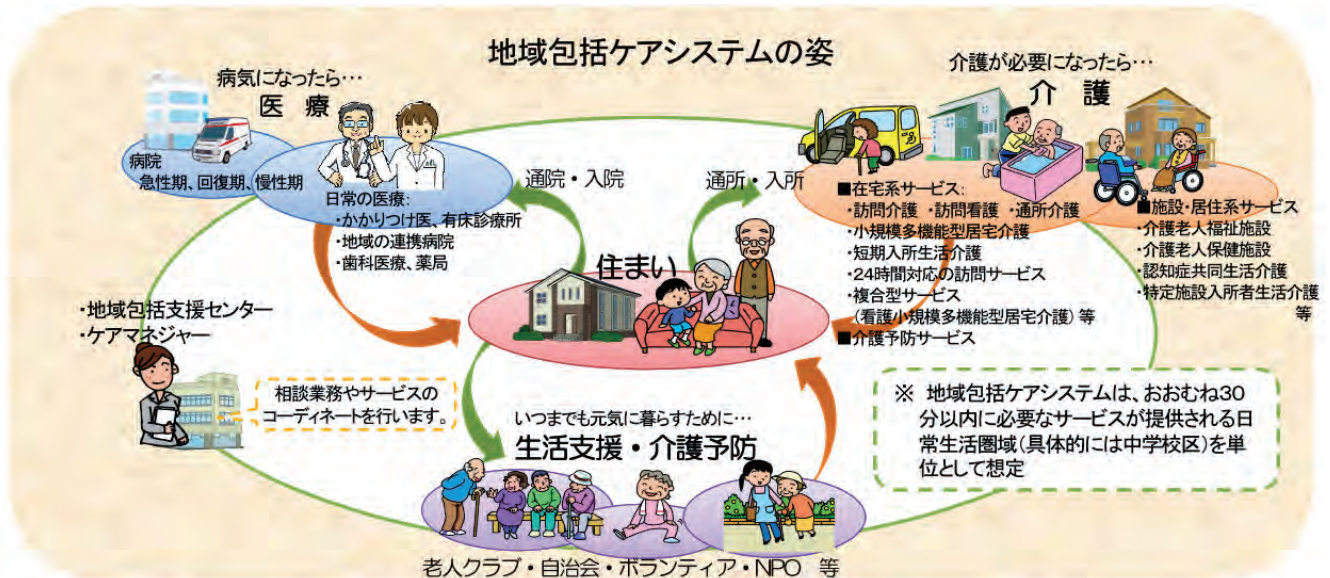
高齢者の介護を社会全体で支える介護保険制度が平成12年にスタートし、平成18年4月から、平成27（2015）年に団塊の世代が高齢者となることを見据え、高齢者福祉の充実と介護保険制度の持続可能性を確保することができるよう、また、顕在化する新たな課題に対応するため、新たな介護保険法がスタートしました。

そして、その考え方を踏まえながら、平成24年度～平成26年度には、高齢者が住み慣れた地域で様々な支援を受けながら安心して暮らし続けられるための「地域包括ケアシステム」構築の取組をスタートさせました。

今後10年間で大きく人口構造が変化する背景が見込まれる中、あるいは、その先の将

¹ 国立社会保障・人口問題研究所による推計値（平成22（2010）年の国勢調査を基に推計した値）。

来を見据えていく中で、介護や医療の需要はさらに増加すると考えられることから、高齢者の生活における様々な場面を適切に支えるしくみをより発展させ、強固なものにしていく必要があります。できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、これまでの考え方を承継しつつ、「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組の強化が求められています。



出典：厚生労働省資料

地域包括ケアシステムとは、生活の中心となる住まいにおいて、できる限り自身が元気で自立した暮らしを送るための介護予防に努めることを基本とし、安心した日常生活を送るための生活支援が受けられ、万が一、医療や介護が必要になっても、高齢者本人やその家族等が、地域の様々な支援や専門的なサービスを包括的に利用することによって、可能な限り在宅で生活できるような仕組みのことです。

2. 地域包括ケアシステムの実現に向けて

地域包括ケアの推進については、介護保険の目的が高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援であることを再確認し、本人の住まい方や暮らし方に対する意思に基づいた選択と、自立支援の観点からの統合的なケアの提供が前提となります。

国では、平成25年12月に、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(社会保障制度改革プログラム法)を成立させ、社会保障制度改革の全体像やその方向性、進め方などを明示しました。この法律では、自助・互助・共助・公助の適切な組み合わせという考えのもと、少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度の分野別方向性が示されました。そして、社会保障制度改革プログラム法を踏まえて、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(地域医療・介護総合確保推進法)が平成26年6月に成立し、医療・介護のあり方を一体的に

見直す動きが本格化しました。

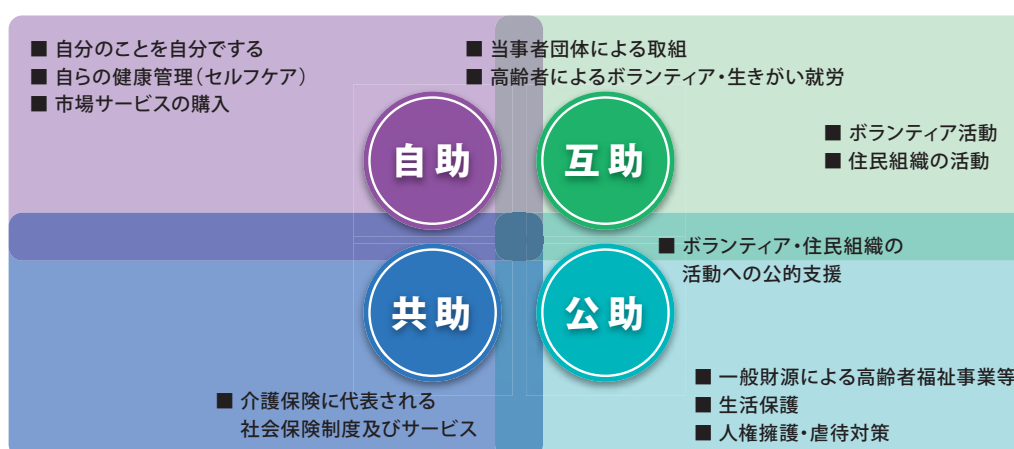
医療面では、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の確保を行うために、都が策定する医療計画と、区の介護保険事業計画を支援するための介護保険事業支援計画を、見直しの時期を合わせることも含めて、一体的で強い整合性を持った形で策定する方針が示されました。区の計画に記載される在宅医療・介護の連携の推進に係る目標が達成できるよう、都の医療計画において、在宅医療と介護との連携に関する記載の充実が求められています。また、急性期の治療後の受け入れや緊急時の受け入れ、在宅・生活への復帰支援の受け皿として「地域包括ケア病棟¹」が新設され、地域包括ケアシステムを支える病棟の充実に向けた動きが広まりつつあります。

介護面では、「地域包括ケアシステムの構築」と「費用負担の公平化」の2つが大きな柱です。これらの実現に向けて、在宅医療・介護連携や認知症施策などの充実を図ることや、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市区町村が実施する地域支援事業に移行しサービス内容を多様化します。また、低所得者の保険料の軽減割合の拡大や、一定以上の所得・資産のある人の利用者負担の見直しを行うこととなります。

これらの法整備が進められていく中で、いずれの事項についても、様々な制度の動きに対応した政策を展開していくのが、区民に最も身近な基礎自治体としての役割であり、横断的な視点を持つ「地域包括ケアシステム」をいかに実現するか、その手腕が問われています。そして、地域の高齢者のニーズを的確に把握し、自治体の目指すべき姿を明確にして、関係者との共通理解のもと、多様な主体によるサービス基盤の整備を進めていくことが求められています。

また、少子高齢化や財政状況からみて、今後、共助・公助の大幅な拡充を期待することは難しくなっており、自助・互助の果たすべき役割が重要となってきます。

自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム



出典：地域包括ケア研究会報告書（平成25年3月）より作成

¹ 入院治療後、病状が安定した患者様に対して、リハビリや退院支援など、効率的かつ密度の高い医療を提供する為に、厳しい施設基準をクリアし、国から許可を受けた在宅復帰支援のための病床のこと。

第2節

計画の位置付け等

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

資料編

1. 計画の策定目的

「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」は、高齢者の自立を支援し、高齢者が尊厳を持って、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けるため、区の高齢者保健福祉施策及び介護保険サービス体制整備における基本的な考え方や目標を定め、その実現に向けた施策を体系的に整理するとともに、取組の方向性を明らかにすることを目的としています。

2. 計画の位置付け

高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第20条の8の規定¹に基づく法定計画、介護保険事業計画は、介護保険法第117条の規定²に基づく法定計画であり、区ではこれらを一体的に作成しています。また、この計画は「新宿区健康づくり行動計画」との調和を図っており、生活習慣病の予防や在宅療養支援等の施策も含めたものとなっています。

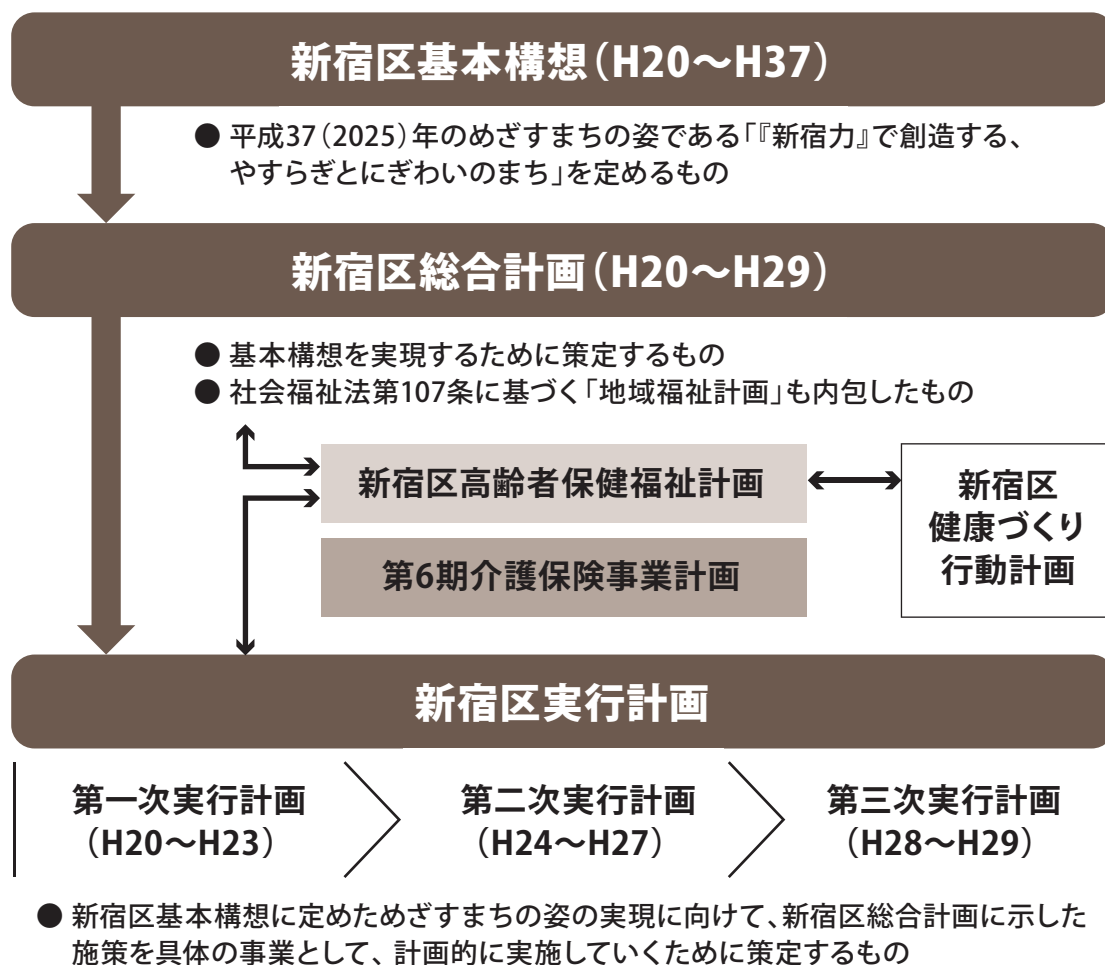
計画体系においては、「新宿区基本構想」「新宿区総合計画」を上位計画と位置付けています。新宿区基本構想は、まちづくり推進に向けての基本理念、めざすまちの姿、まちづくりの基本目標及び区政運営の基本姿勢を明らかにしたものです。この構想は、平成37（2025）年を想定し、『新宿力』で創造する、やすらぎとにぎわいのまち」をめざすまちの姿と定めています。これを受けて、各分野の個別計画を総合的に調整する指針として新宿区総合計画があり、これは社会福祉法第107条³に基づく「地域福祉計画」も内包したものとなっています。高齢者保健福祉分野では、「心身ともに健やかにらせるまち」「だれもが互いに支え合い、安心してらせるまち」を目指しています。また、総合計画に示した施策を計画的に実施していくために策定する行財政計画として「新宿区実行計画」があり、平成27（2015）年度までは第二次実行計画として進めており、平成28年度からは第三次実行計画が進められます。これらの実行計画で実施している施策や事業との整合を図りつつ、個別計画である「新宿区高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画」（第6期計画）を進めていきます。

¹ 市町村は、老人福祉事業の共有体制の確保に関する計画（市町村老人福祉計画）を定めるものとする。

² 市町村は、基本指針に即して、三年を一期とする当該市町村が行う介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施に関する計画（市町村介護保険事業計画）を定めるものとする。

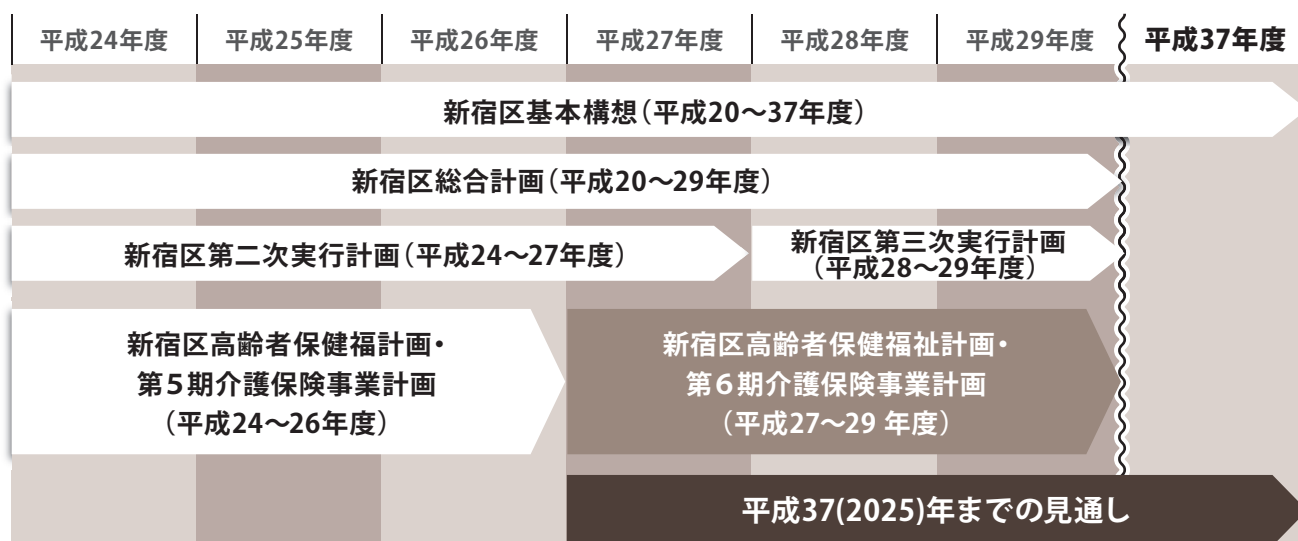
³ 市町村は、地域福祉の推進に関する事項として次に掲げる事項（福祉サービスの適切な利用の推進に関する事項、地域における社会福祉を目的とする事業の健全な発達に関する事項、地域福祉に関する活動への住民の参加の促進に関する事項）を一体的に定める計画（市町村地域福祉計画）を策定。

計画の位置付け



3. 計画の期間

第6期計画は、平成27年度から平成29年度までの3年間を計画期間とします。また、平成37(2025)年までの中長期的な視野に立った施策の展開を図ります。



第3節

大都市東京の中心に位置する新宿区の特徴

新宿区は東京23区のほぼ中央に位置し、区内には主要道路が多く、公共交通も発達し、全国でも有数の利便性の高いまちです。

区のまちなみの特徴として、東京都庁をはじめとする高層ビルが立ち並ぶオフィス街・西新宿エリアや商業施設が集中する新宿駅周辺エリアがあり、その一方で、住宅街や緑地も広がっています。このような多様な生活環境を有している新宿区は、全国を対象とした「高齢化対応度調査」¹で、高齢者が地域で安心して暮らせるまちとして高く評価されています。

新宿区の人口は約32万人と、東京23区の中では12番目²に人口規模の大きな自治体です。このうち、65歳以上の高齢者は2割弱であり、高齢化率は東京23区中7番目に低い割合となっています（図表1）。しかし、高齢者人口は着実に増加しています。平成25年度の「高齢者の保健と福祉に関する調査」からは、高齢者の約4人に3人は健康と回答しており、区には元気な高齢者が多いことから、高齢者人口の増加は、地域を支える担い手が増えているとも捉えることができます。

一方で、高齢者人口に占める一人暮らし高齢者の割合は、東京23区中で最も高く、高齢者の約3人に1人は一人暮らしという状況があります（図表2）。また、国の将来推計によれば、認知症高齢者の増加も見込まれることから、日ごろから見守りを必要とする方が急速に増えることが想定されます。そして、平成25年度の「高齢者の保健と福祉に関する調査」では、高齢者の9割強が、住民同士の助け合いなど、地域のつながりの必要性を感じています。

こうしたことから、高齢者福祉サービス、介護保険サービスといった公的なサービスの充実は当然のことながら、元気な高齢者の方自身が、身近な人間関係の中で、自発的に地域の高齢者を支える担い手となって活躍できるまちづくりが期待されています。

区内のサービス提供基盤をみると、大規模病院を含めて医療機関が区内には多く、人口10万人あたりの一般病床数も23区内で高い水準にあります（図表3）。しかし、療養病床が少ない現状もあり、今後さらに、区内の医療機関・訪問看護ステーション等との連携を図ることにより、安心して在宅療養ができる体制を整えていきます。

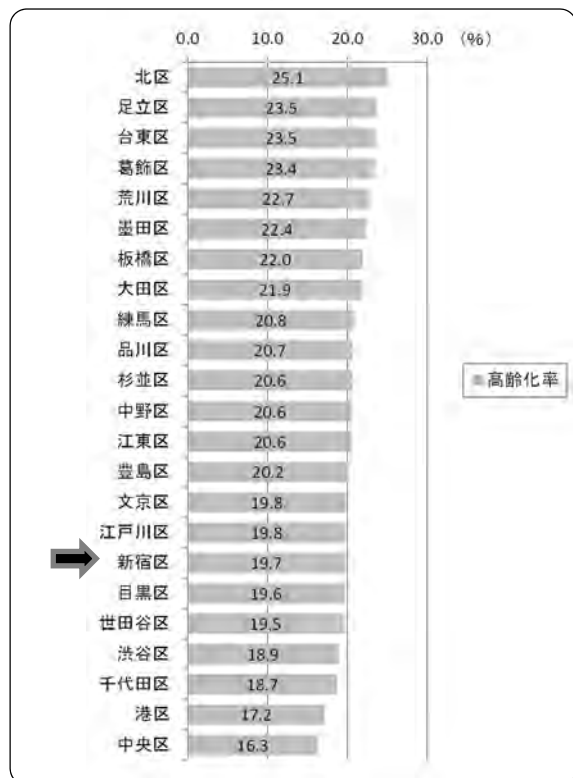
一方、介護保険の各種居宅サービス事業所によるサービス提供や在宅生活が困難な方に対するセーフティネットとしての施設サービスの整備などにより、高齢者の暮らしを支えています。

¹ 「日経グローバル」（平成25年11月発行 日本経済新聞社産業地域研究所）から引用。調査期間：平成25年8月～9月、調査自治体：702市区。

² 「住民基本台帳による東京都の世帯と人口（平成26年1月）」から引用。

今後は、区民一人ひとりの自立した生活を支援する観点から総合的にサポートしていきけるよう、多様な主体によるサービス提供が実現できる土壌を生かして、区民や関連機関と協働しながら、地域包括ケアシステムの実現を目指していきます。

図表1 高齢化率※1



図表2 一人暮らし高齢者の割合※1



※1 高齢化率：住民基本台帳による東京都の世帯と人口（平成26年1月）

※1 一人暮らし高齢者の割合：国勢調査

図表3 人口10万対病床数（区独自試算）

区	一般病床 総数 ※1	人口 ※2	10万人 あたり 病床数		順位	区	療養病床 総数 ※1	人口 ※2	10万人 あたり 病床数		順位
			10万人 あたり 病床数	順位					10万人 あたり 病床数	順位	
千代田区	2,265	52,180	4340.7	1位	千代田区	50	52,180	95.8	13位		
中央区	1,167	127,879	912.6	8位	中央区	52	127,879	40.7	21位		
港区	3,855	231,649	1664.2	4位	港区	68	231,649	29.4	22位		
新宿区	5,903	319,892	1845.3	3位	新宿区	45	319,892	14.1	23位		
文京区	5,045	201,253	2506.8	2位	文京区	118	201,253	58.6	19位		
台東区	690	184,595	373.8	20位	台東区	303	184,595	164.1	6位		
墨田区	2,329	251,715	925.3	7位	墨田区	173	251,715	68.7	17位		
江東区	2,364	478,636	493.9	16位	江東区	238	478,636	49.7	20位		
品川区	2,326	366,520	634.6	10位	品川区	492	366,520	134.2	8位		
目黒区	2,250	264,113	851.9	9位	目黒区	175	264,113	66.3	18位		
大田区	3,909	696,873	560.9	12位	大田区	885	696,873	127.0	9位		
世田谷区	3,530	860,456	410.2	19位	世田谷区	850	860,456	98.8	12位		
渋谷区	2,122	211,809	1001.8	6位	渋谷区	713	211,809	336.6	2位		
中野区	1,451	311,037	466.5	17位	中野区	505	311,037	162.4	7位		
杉並区	1,338	540,125	247.7	22位	杉並区	971	540,125	179.8	4位		
豊島区	1,427	268,725	531.0	14位	豊島区	287	268,725	106.8	11位		
北区	1,684	332,794	506.0	15位	北区	359	332,794	107.9	10位		
荒川区	1,109	205,844	538.8	13位	荒川区	434	205,844	210.8	3位		
板橋区	5,593	536,914	1041.7	5位	板橋区	2,254	536,914	419.8	1位		
練馬区	1,362	709,427	192.0	23位	練馬区	547	709,427	77.1	16位		
足立区	3,962	669,533	591.8	11位	足立区	1,194	669,533	178.3	5位		
葛飾区	1,839	447,393	411.0	18位	葛飾区	373	447,393	83.4	15位		
江戸川区	1,980	675,798	293.0	21位	江戸川区	574	675,798	84.9	14位		

※1 東京都の医療施設（平成24年医療施設（動態）調査・病院報告結果報告書

※2 住民基本台帳人口（平成24年10月1日現在）

第4節

新宿区における高齢者の状況

第1章

第2章

第3章

第4章

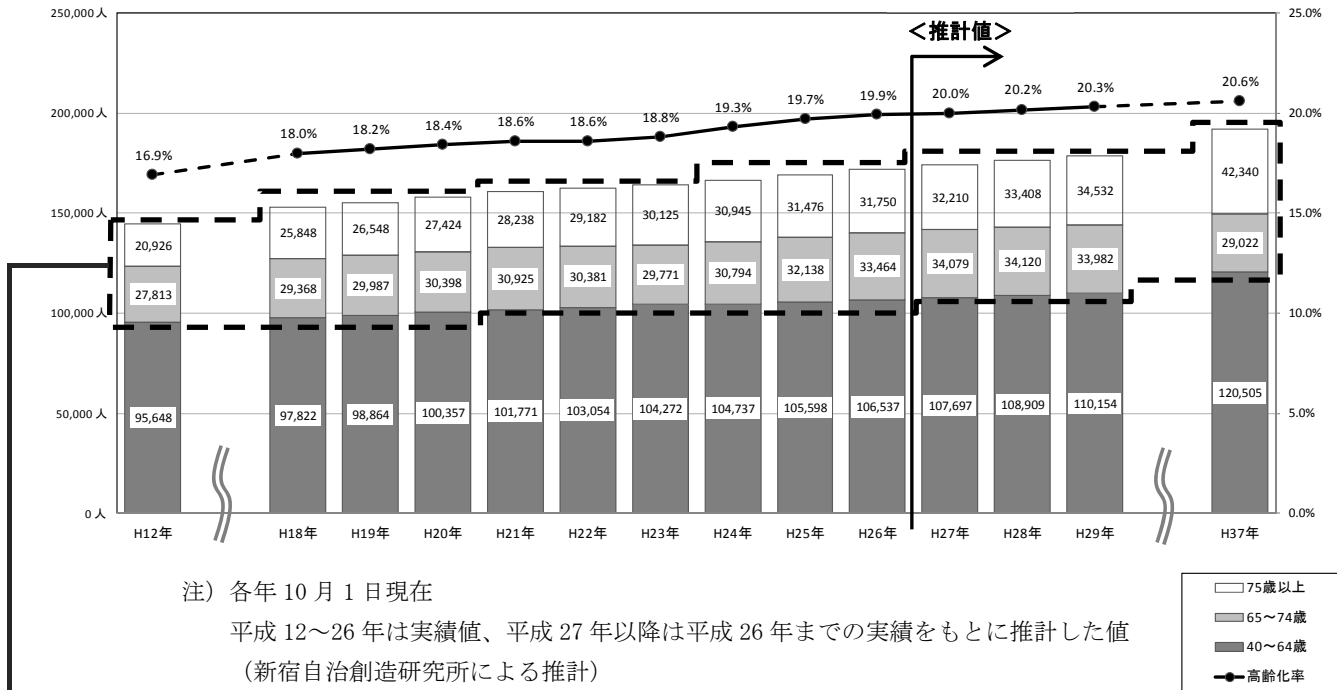
第5章

資料編

1. 人口の推移と将来推計

新宿区における平成26年10月1日現在の高齢者人口は65,214人で、高齢化率は19.9%となっています。介護保険制度創設時の平成12年10月1日現在の48,739人、高齢化率16.9%と比較すると、高齢者人口は33.8%の増加、高齢化率は3.0ポイントの増加となっています。平成37(2025)年には、高齢者人口は71,362人で6,148人の増加が見込まれます。また、年齢階層別では、65歳～74歳人口が29,022人、75歳以上人口が42,340人となり、75歳以上人口が65歳～74歳人口の約1.5倍となります。

図表4 40歳以上の人口推移と将来推計



注) 各年10月1日現在

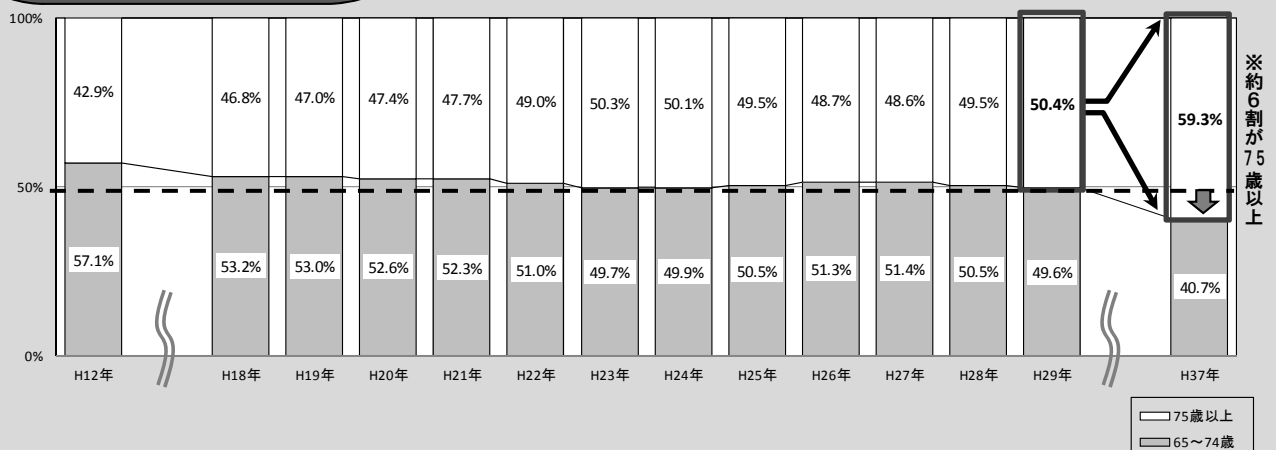
平成12～26年は実績値、平成27年以降は平成26年までの実績をもとに推計した値
(新宿自治創造研究所による推計)

実績値・推計値ともに外国人人口を含む

高齢化率=65歳以上人口÷総人口

65歳以上の構成比に注目すると

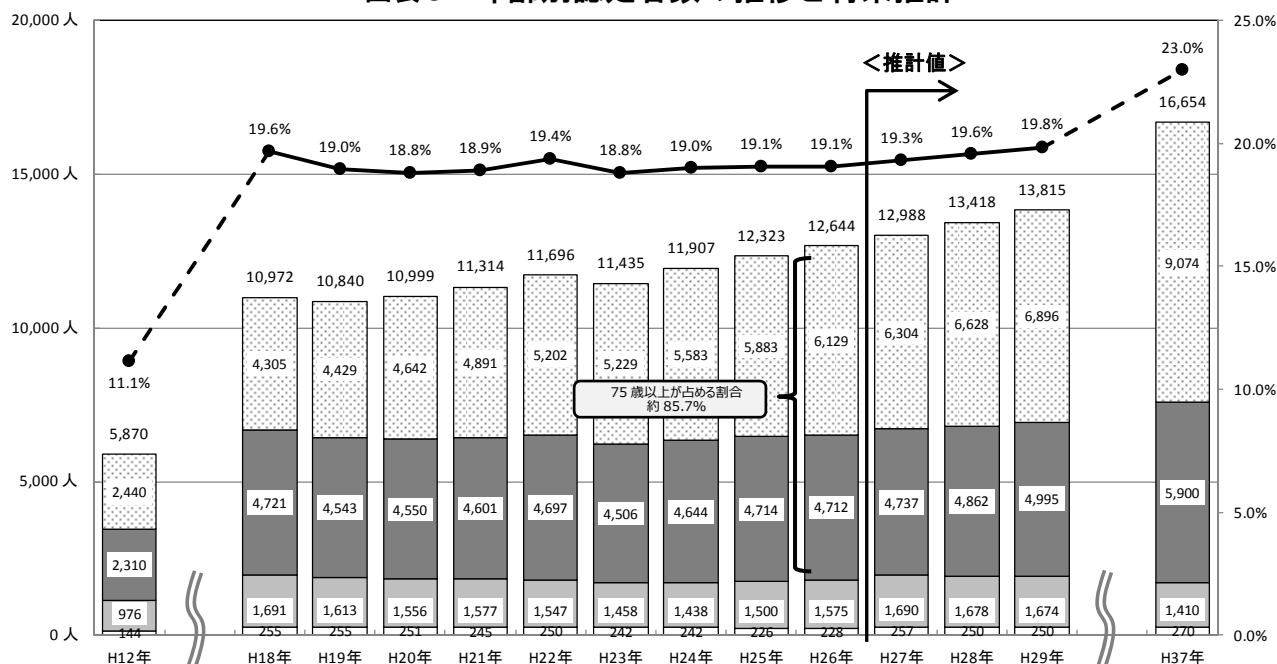
図表5 高齢者人口の構成比



2. 要支援・要介護認定者の推移と将来推計

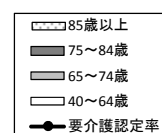
新宿区における平成26年10月1日現在の要支援・要介護認定者数（第1号被保険者及び第2号被保険者）は12,644人です。介護保険制度創設時の平成12年から比較すると、約2.2倍となっています。年齢階層別でみると、75歳以上の高齢者が占める割合が年々増加しており、平成26年10月1日現在で約85.7%となっております。また、平成37（2025）年には、要支援・要介護認定者数は16,654人で、認定率は23.0%になると見込まれます。

図表6 年齢別認定者数の推移と将来推計



注) 各年10月1日現在

平成12～26年は実績値、平成27年以降は平成26年までの実績をもとに、過去の実績や出現率、人口推計の動向を踏まえて推計した自然体推計
平成12年度の認定者数は、平成13年3月末現在の実績



3. 新宿区の高齢者像（平成25年度「高齢者の保健と福祉に関する調査」から）

区では、平成25年度に、区民向け調査として、一般高齢者調査（要支援・要介護を受けていない65歳以上の方）、要支援・要介護認定者調査（施設サービス利用者を除く要支援・要介護認定を受けている65歳以上の方）、第2号被保険者調査（要支援・要介護認定を受けていない40～64歳の方）の3つの調査を実施しました。（調査概要は資料編P230参照）

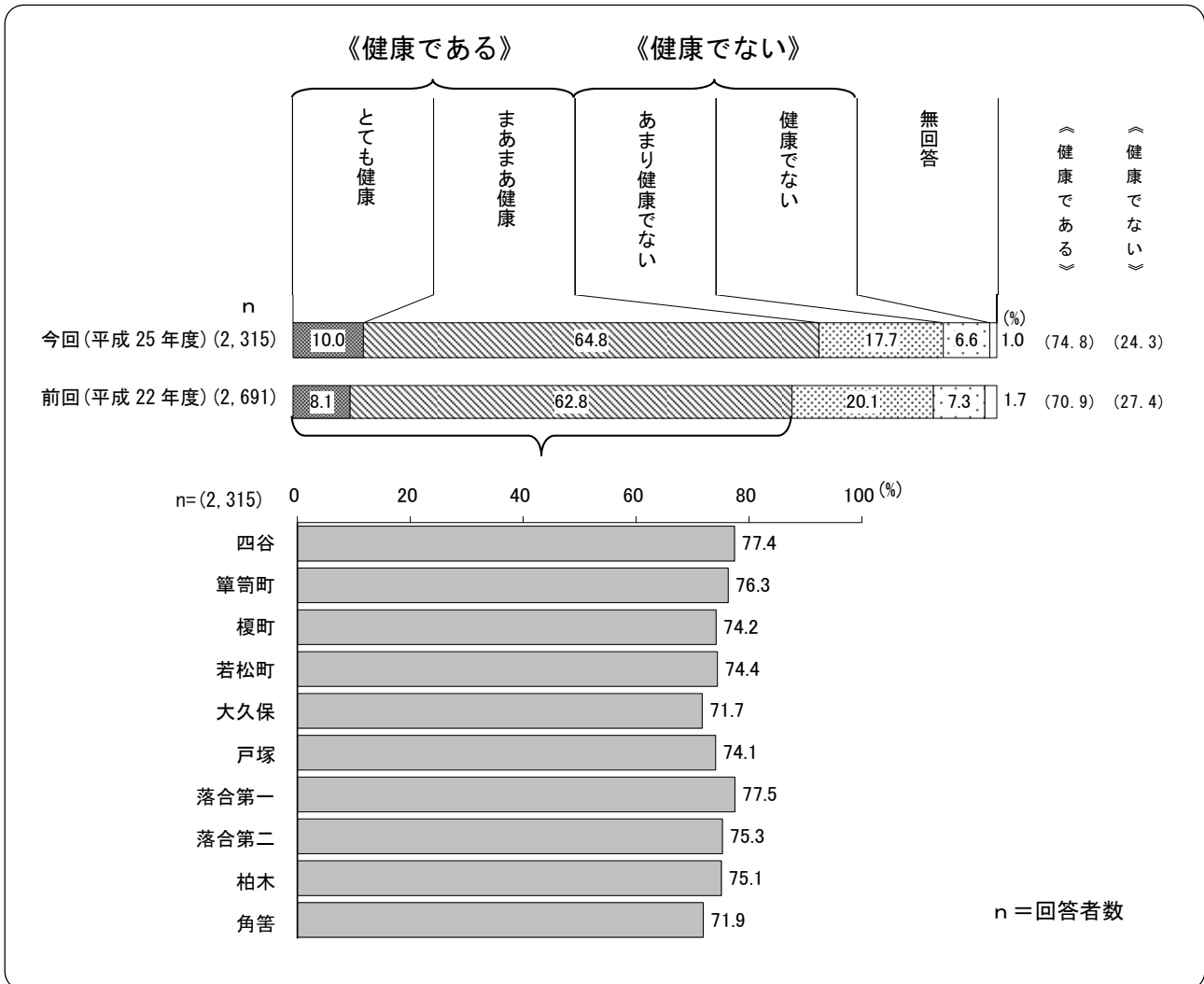
ここでは、この「高齢者の保健と福祉に関する調査」からみえてくる新宿区の高齢者像について、健康づくりや介護予防に関する意識、認知症ケアに関する意識、在宅介護や在宅療養に関する意識、地域の支え合いに関する意識を整理しました。

(1) 健康づくり・介護予防について

1 健康状態

高齢者の生活の質（QOL）の指標とも考えられる自身の健康感は、一般高齢者調査で74.8%と多くの方が《健康である》と回答しています。このことは、日常生活圏域¹別にみても全て7割台となっており、区全体的に健康感を高く感じていると考えられます。

図表7 自身の健康感（一般高齢者調査）



¹ 地域包括ケアの実現のために必要なサービスを身近な地域で受けられる体制の整備を進める単位のこと。本区では「特別出張所管轄区域」（10 区域）を日常生活圏域と位置付けている。（P34 参照）

ただし、健康であるか否かに関わらず、「高血圧症」をはじめとした、生活習慣病を治療している方も多くいるのが現状です（図表8）。

要支援・要介護認定者調査の結果では、介護が必要となった主な原因には、「骨折・転倒」といったケガに続き、「脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等）」が続いています（図表9）。「脳血管疾患」、特に、脳梗塞については、前駆症状（自覚症状）の有無とは関係なく、高血圧、糖尿病などの病気や、喫煙などの生活習慣が、リスク要因¹であることが分かっています。

一般高齢者調査の結果であっても、現時点で「脳血管疾患（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等）」を発症するリスクを高く有している方が多いと考えられます。

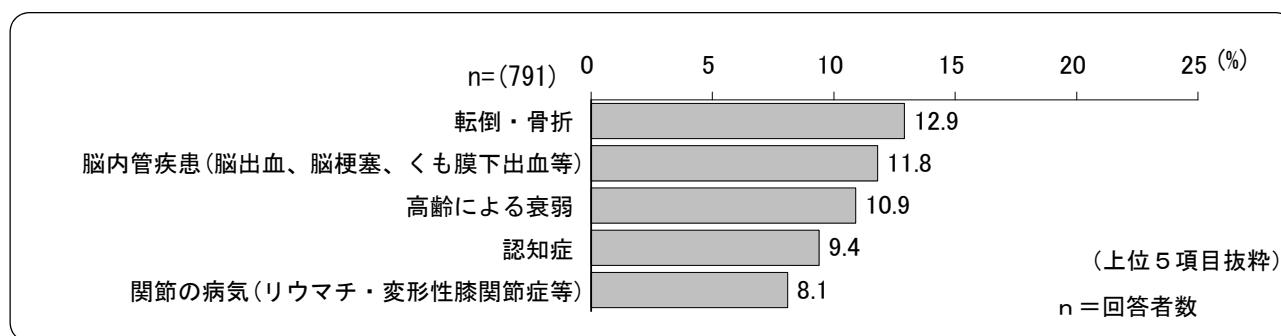
図表8 治療中の病気（一般高齢者調査）

n = 回答者数

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
《健康である》 (n=1,020)	高血圧症 54.7%	脂質異常症（高脂血症） 17.7%	糖尿病 12.9%	心臓病 10.6%	関節の病気（リウマチ・変形性膝関節症等） 8.8%
《健康でない》 (n=501)	高血圧症 49.1%	糖尿病 24.2%	心臓病 22.8%	関節の病気（リウマチ・変形性膝関節症等） 16.2%	がん（悪性新生物） 12.8%

（治療中の病気が「ある」と回答した方のみ）

図表9 介護が必要となった主な原因（要支援・要介護認定者調査）



¹ 国立がんセンター「10年間で脳卒中を発症する確率について」などの研究から。

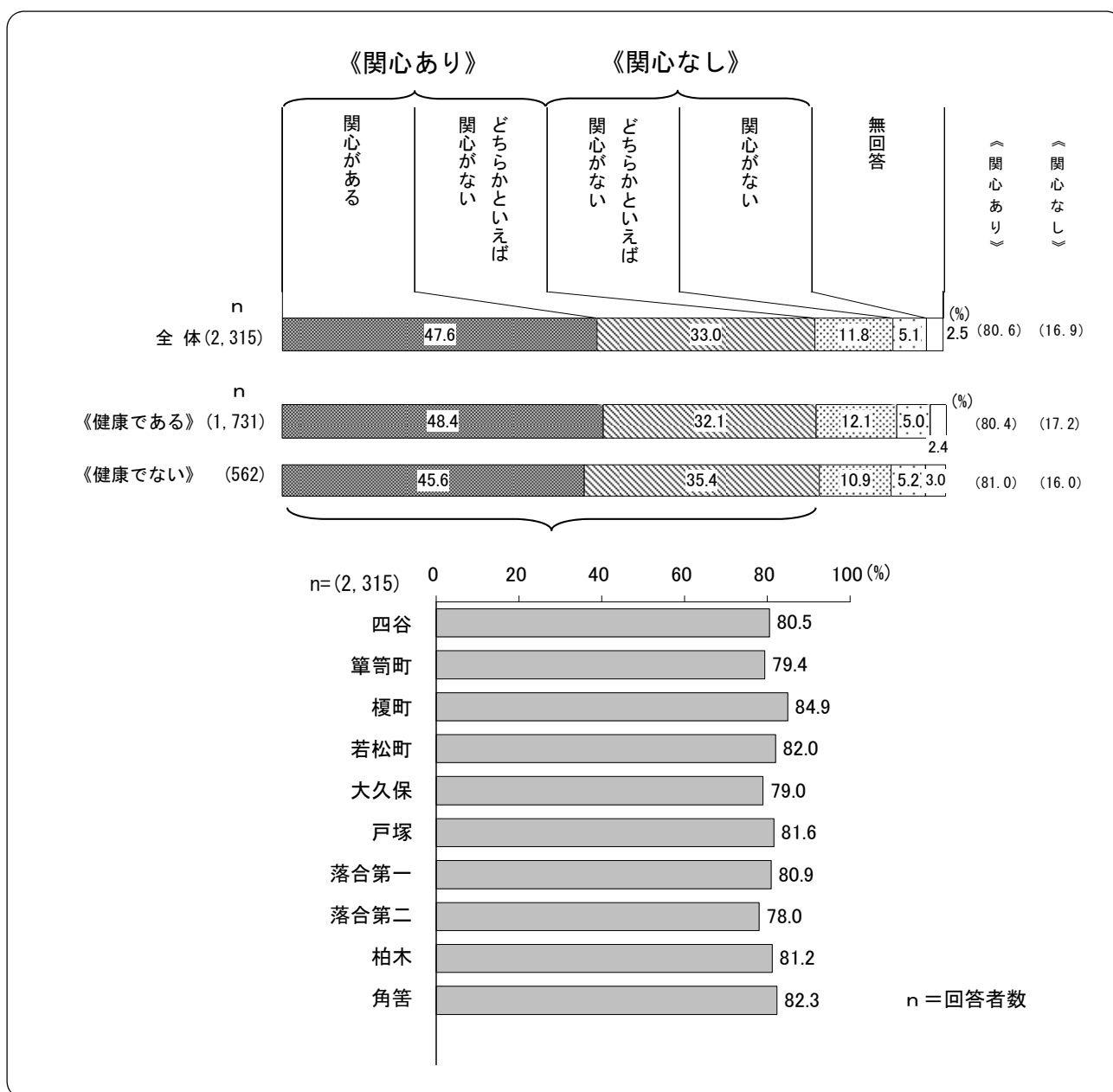
2 介護予防

いつまでも自分らしく、元気でいきいきと暮らしていくためには、早期に加齢に伴う心身の機能の低下に気づき、介護予防に取り組むことが大切です。

一般高齢者調査で介護予防に関心のある高齢者の割合は、80.6%の方が《関心あり》と回答しています。このことは、自身の健康感に関わらず、介護予防への関心度に特に大きな違いはありません。

また、日常生活圏域別では、すべての地区で8割前後となっており、区全体的に介護予防への関心度は高いと考えられます。

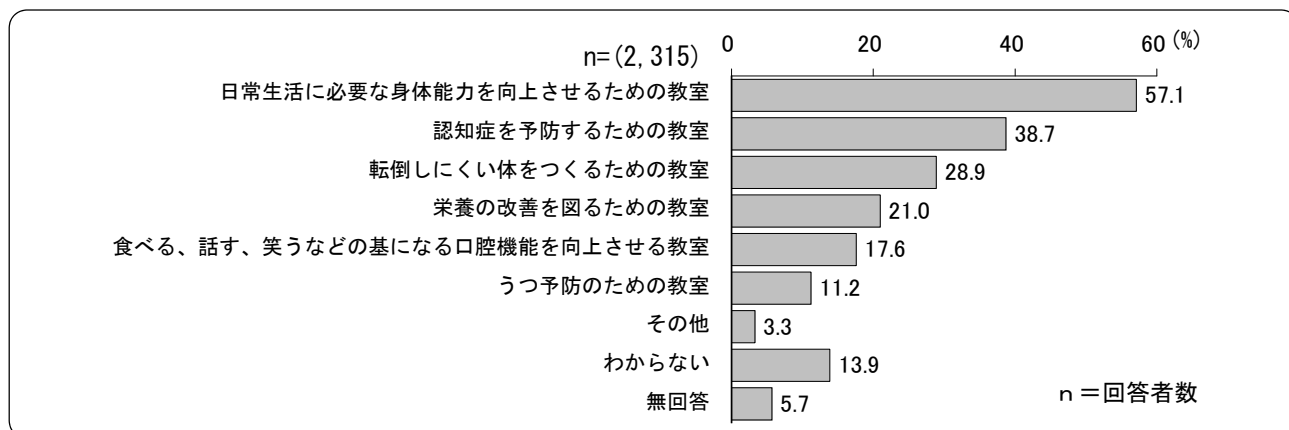
図表10 介護予防に関心のある高齢者の割合（一般高齢者調査）



そして、希望する介護予防教室の内容は、「日常生活に必要な身体能力を向上させるための教室」が57.1%で最も高く、次いで、「認知症を予防するための教室」が38.7%、「転倒しにくい体をつくるための教室」が28.9%となっています。

このことは、前述している「介護が必要となった主な原因」（P12参照）で「骨折・転倒」が高いことへの予防にもつながる意識であると考えられます。

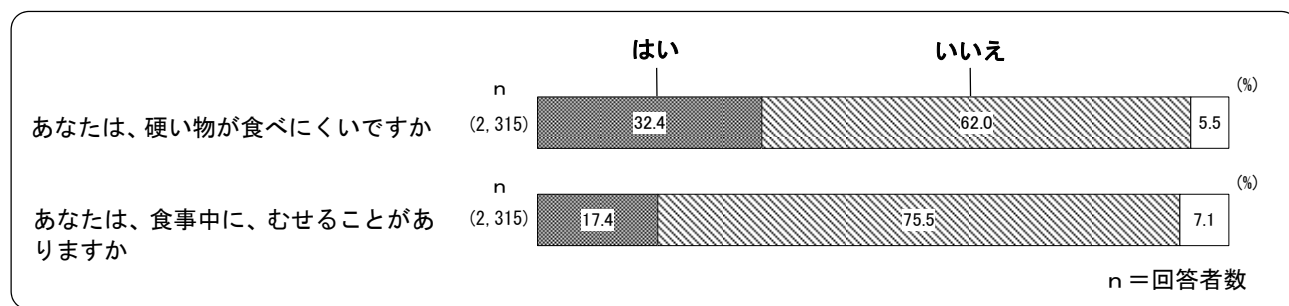
図表11 希望する介護予防教室の内容（一般高齢者調査）



地域支援事業における二次予防事業対象者の把握で用いられる「基本チェックリスト」¹の判定結果では、運動器（身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経などの総称）の機能低下のリスク、口腔の機能低下のリスクにより、二次予防事業対象者と選定される傾向が多くあります。そして、最近では、口腔機能の機能低下のリスクが、運動器の機能低下のリスクを上回る傾向にあると考えられています。

一般高齢者調査では、口腔機能に関する状態をたずねましたが、実際に、摂食や嚥下に不自由を感じている方がいます。その反面、前述の希望する介護予防教室の内容で「食べる、話す、笑うなどの基になる口腔機能を向上させる教室」が低い状況にあります。

図表12 口腔機能に関する状態（一般高齢者調査）



¹ 全25項目から構成され、介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で「運動」、「口腔」、「栄養」、「物忘れ」、「うつ」、「閉じこもり」等のリスクを判定する質問票（P229参照）のこと。そのうち、「運動」、「口腔」、「栄養」、「虚弱」のいずれかで該当した高齢者が、二次予防事業対象者となる。

希望する介護予防教室の内容から、介護予防は、身体能力や運動機能の向上というイメージを持つ方が多くいると考えられます。しかし、現状を踏まえた場合には、身体面のイメージだけでなく、口腔機能を維持する意識をきちんと持つ必要があります。

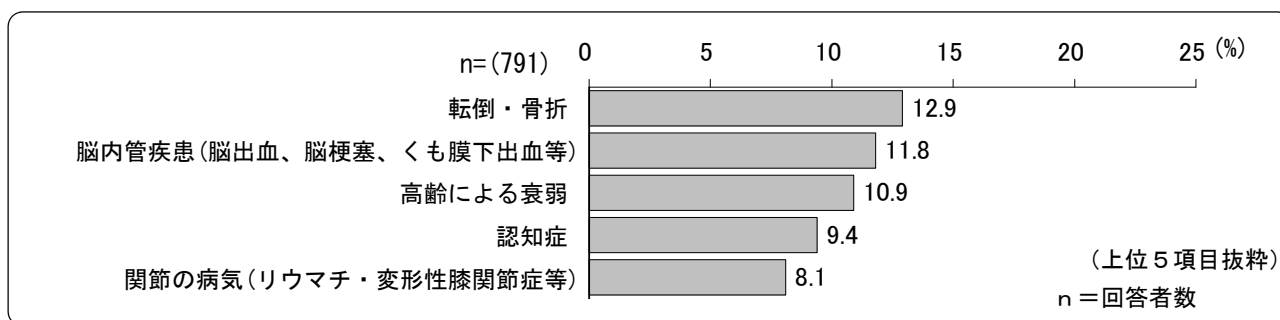
(2) 認知症ケアについて

1 介護が必要となった原因としての認知症割合

要支援・要介護認定者調査では、認知症が「介護が必要となった主な原因」として4番目に高い疾病となっています。

認知症は、超高齢社会の大きな不安要因であり、今後もその数の増加が見込まれています。特に、都市部では、認知症の方の割合が高い後期高齢者が急増していることから、初期段階からの対応や生活支援サービスの充実等が必要です。

図表13 介護が必要となった主な原因（要支援・要介護認定者調査）【再掲】



2 認知症のリスク該当者

今後の認知症高齢者の出現リスクという視点に立つと、一般高齢者調査における「認知機能障害程度 (C P S)」¹の結果から、全体で13.8%が認知症ないしは認知症に移行する恐れがあります。そして、年齢が上がるほど、その割合は増加する傾向がみられます。

¹ Cognitive Performance Scale の略。認知機能の障害程度の指標として有用とされる指標で、判断能力、意思伝達の状況等の4項目から判定するもの。

図表14 認知機能障害程度（一般高齢者調査）

(%)

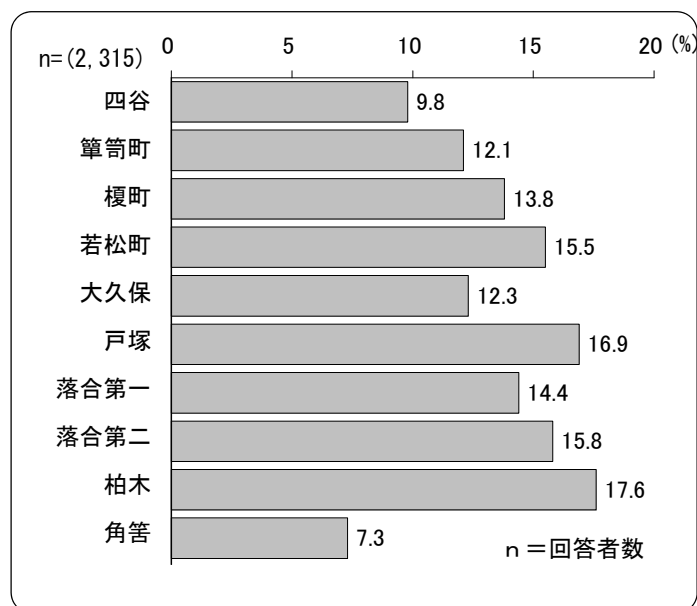
	回答者数	0レベル	リスク該当者割合	1レベル	2レベル	3レベル	4レベル	5レベル	6レベル	無回答
全体	2,315	81.9	13.8	10.7	1.8	1.0	0.0	0.3	0.0	4.1
年齢別	65歳～69歳	697	87.7	9.8	8.2	0.9	0.4	-	0.3	2.6
	70歳～74歳	630	85.1	11.2	8.6	1.3	1.0	-	0.3	3.8
	75歳～79歳	495	77.2	18.1	13.9	2.6	1.2	-	0.4	4.6
	80歳～84歳	282	78.4	16.0	12.8	1.1	1.4	-	0.7	5.7
	85歳～89歳	122	70.5	23.7	16.4	5.7	0.8	-	0.8	5.7
	90歳以上	45	64.4	28.9	8.9	8.9	8.9	2.2	-	6.7

注) 0レベル＝「障害なし」、1レベル＝「境界的である」、2レベル＝「軽度の障害がある」、
3レベル＝「中等度の障害がある」、4＝「やや重度の障害がある」、5レベル＝「重度の障害がある」、
6レベル＝「最重度の障害がある」

3 日常生活圏域の認知症のリスク該当者

区全体での認知症高齢者の出現リスクでは、年齢が上がるほど増加する傾向がみられました。しかし、日常生活圏域別でみると、必ずしも後期高齢者の占める割合が高い圏域で、認知症リスク該当者割合が高いというわけではありません。前期高齢者率が高くても、リスク該当者割合が高い圏域もあり、それぞれの圏域における認知症ケアの在り方を考えていく必要があります。

図表15 認知機能障害程度のリスク該当者割合 [日常生活圏域別]（一般高齢者調査）



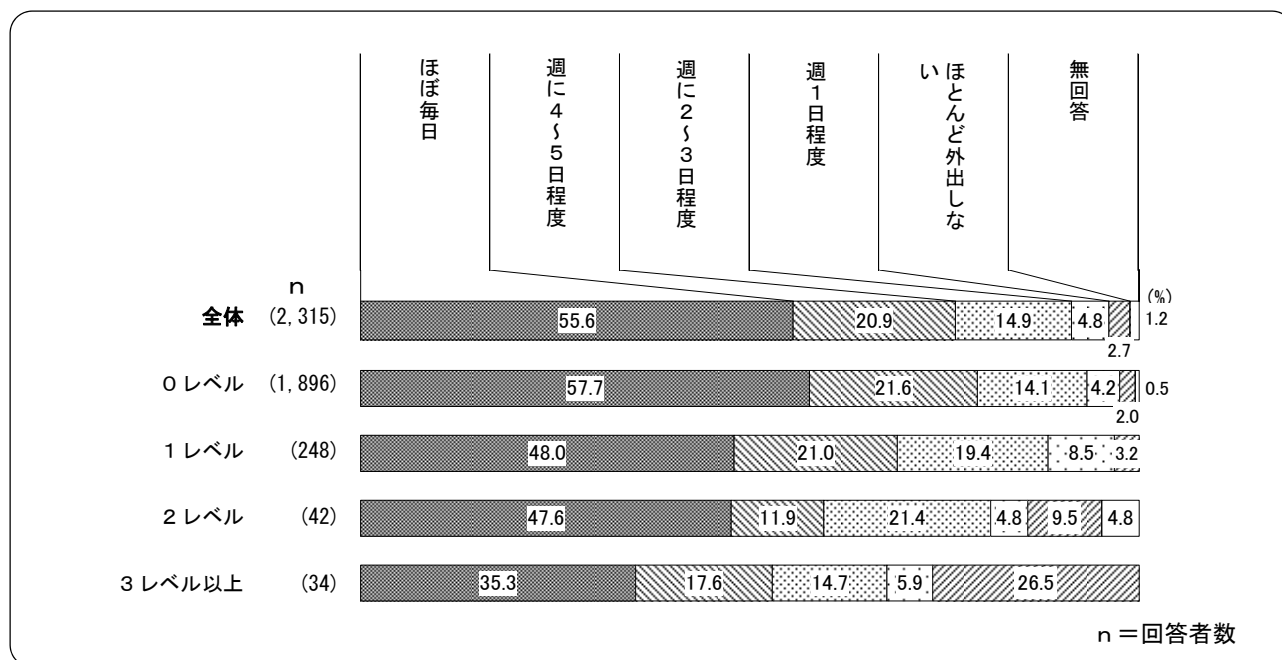
図表16 調査における前期高齢者・後期高齢者率

地区	前期高齢者率	後期高齢者率
四谷	63.1	36.5
簞笥町	57.4	42.2
榎町	58.6	40.9
若松町	56.5	42.3
大久保	56.7	42.0
戸塚	56.9	41.2
落合第一	55.0	43.5
落合第二	56.4	42.3
柏木	61.2	37.6
角筈	56.3	41.7

4 認知症のリスク該当者と外出傾向

さらに、一般高齢者調査の結果からは、認知機能障害程度が高いほど、外出頻度が低くなる傾向がみられます。また、閉じこもったり、社会活動が不活発であることが、認知機能の低下を進めてしまう恐れもあることから、活動的な生活を進める必要があります。

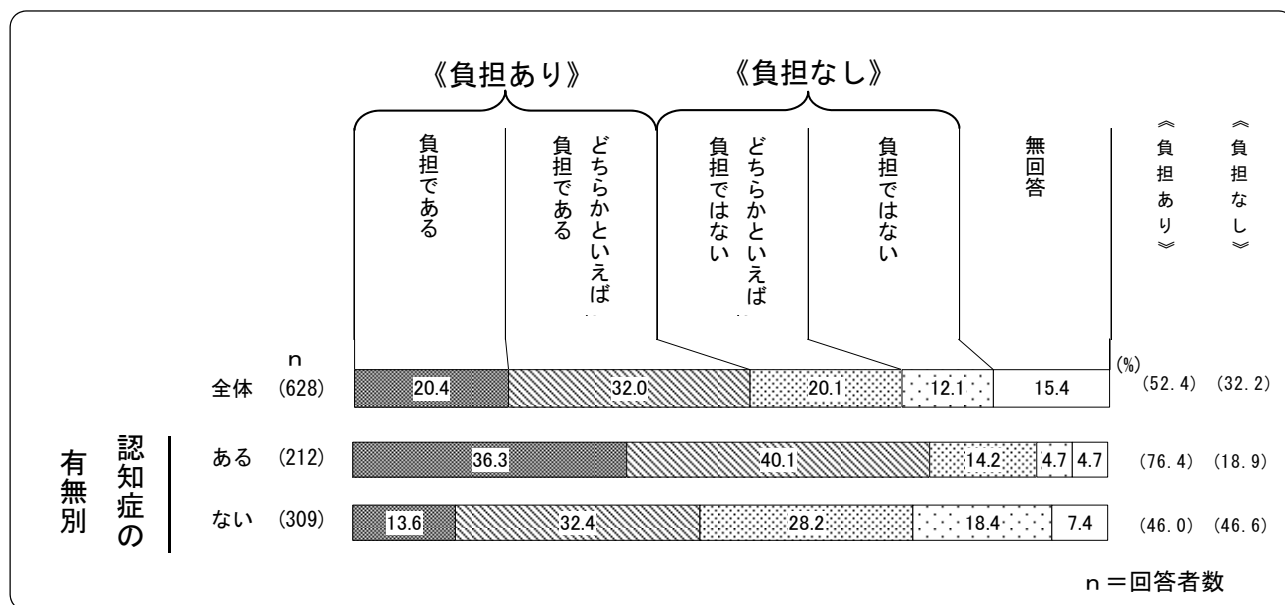
図表17 外出頻度（一般高齢者調査）



5 認知症高齢者の介護負担感

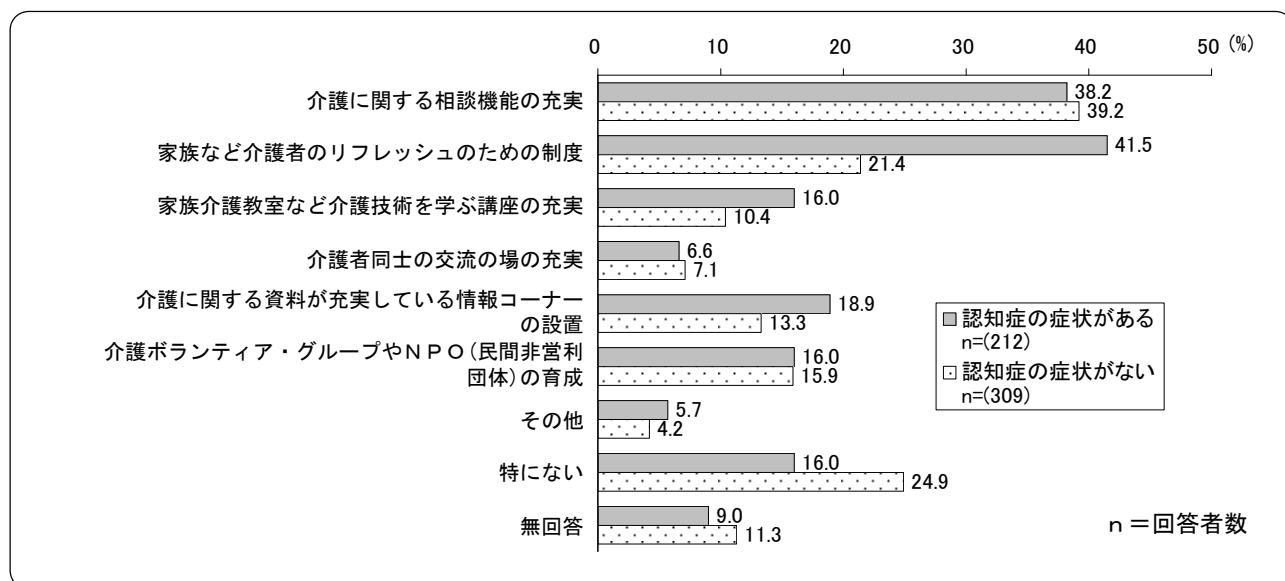
要支援・要介護認定者調査では、介護の負担感をたずねており、認知症の症状を持つ高齢者の介護者ほど、負担感が高い状況にあります。

図表18 介護負担感（要支援・要介護認定者調査）



また「新宿区に力を入れてほしいこと」では、「介護に関する相談機能の充実」は、認知症の症状を持つ高齢者の介護者であるか否かを問わずほぼ同率ですが、「家族など介護者のリフレッシュのための制度」は、認知症の症状を持つ高齢者の介護者が、持たない高齢者の介護者の約2倍となっており、強く望んでいることが分かります。

図表19 新宿区に力を入れてほしいこと（要支援・要介護認定者調査）

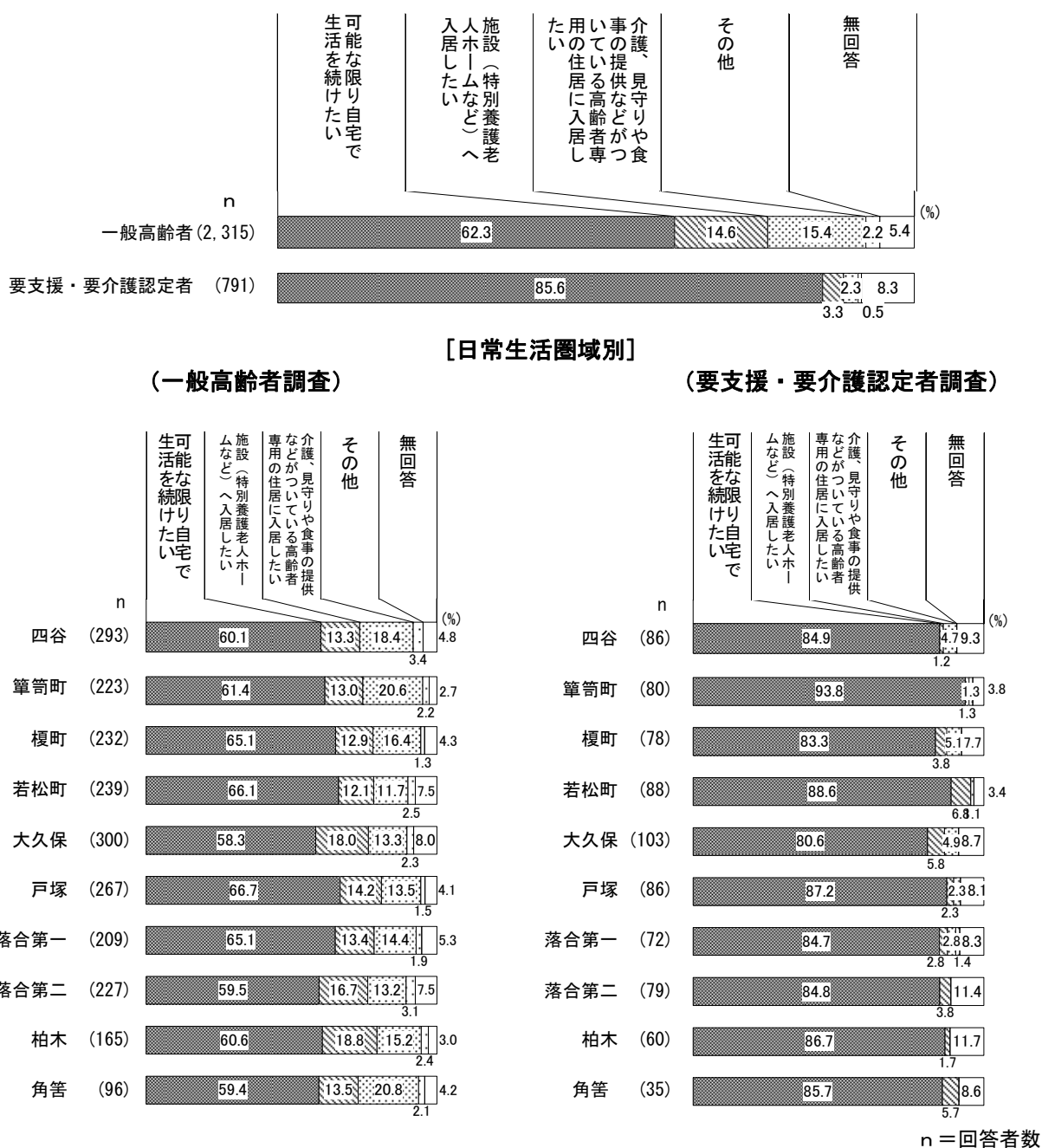


(3) 在宅介護・在宅療養について

1 生活を続けたい場所

生活を続けたい場所は、一般高齢者調査、要支援・要介護認定者調査とも、自宅での生活を一番望んでいます。特に、要支援・要介護の状況になると85.6%と大変高くなり、日常生活圏域別でみると簗笥町は93.8%と、最も低い大久保（80.6%）とは、13.2ポイントの差があります。一方、施設（特別養護老人ホーム）等への入居意向は、大久保が5.8%と高く、四谷（1.2%）、簗笥町（1.3%）は低くなっています。

図表20 生活を続けたい場所（一般高齢者調査、要支援・要介護認定者調査）



2 在宅生活の継続に必要なこと

在宅生活を支えるためには、医療では、退院して在宅に帰った時でも往診してくれる医師が見つかることなど、地域における適切な介護・医療サービスの提供体制の実現が必要とされています。

一般高齢者調査、要支援・要介護認定者調査とも、在宅生活の継続に必要なことをたずねており、その結果として、医療・介護・福祉の多様なサービスが望まれています。

この在宅生活の継続に必要なことを日常生活圏域別でみるのに際して、調査回答者における後期高齢者の割合と一人暮らしの割合について、整理すると下表（図表22・23）のとおりとなります。

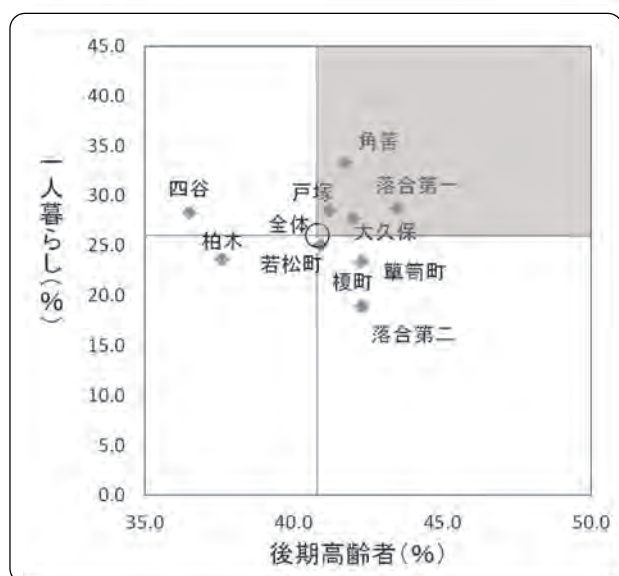
そのうち、圏域による散らばりが大きな要支援・要介護認定者調査についてみると、後期高齢者の割合も高く、一人暮らしの割合も高い圏域である、大久保、落合第二、若松町、戸塚であっても、在宅生活の継続に必要なことのニーズは異なります（図表24）。

図表21 在宅生活の継続に必要なこと（一般高齢者調査、要支援・要介護認定者調査）

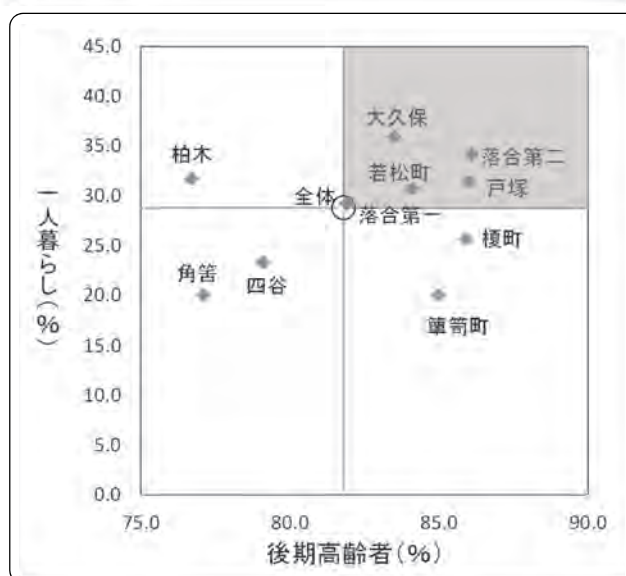
	第1位	第2位	第3位
一般高齢者調査 (n=2,315)	往診してくれる医療機関 50.5%	介護してくれる家族等 44.4%	安心して住み続けられる住まい 35.4%
要支援・要介護認定者調査 (n=791)	介護してくれる家族等 53.4%	往診してくれる医療機関 46.0%	安心して住み続けられる住まい 36.9%

n = 回答者数

図表22 後期高齢者割合と一人暮らしの割合（一般高齢者調査）



図表23 後期高齢者割合と一人暮らしの割合（要支援・要介護認定者調査）



注) 右上の領域に属する圏域が、区全体に比べて、後期高齢者の割合も高く、一人暮らし世帯の割合も高い圏域。

図表24 在宅生活の継続に必要なこと[日常生活圏域別] (要支援・要介護認定者調査)

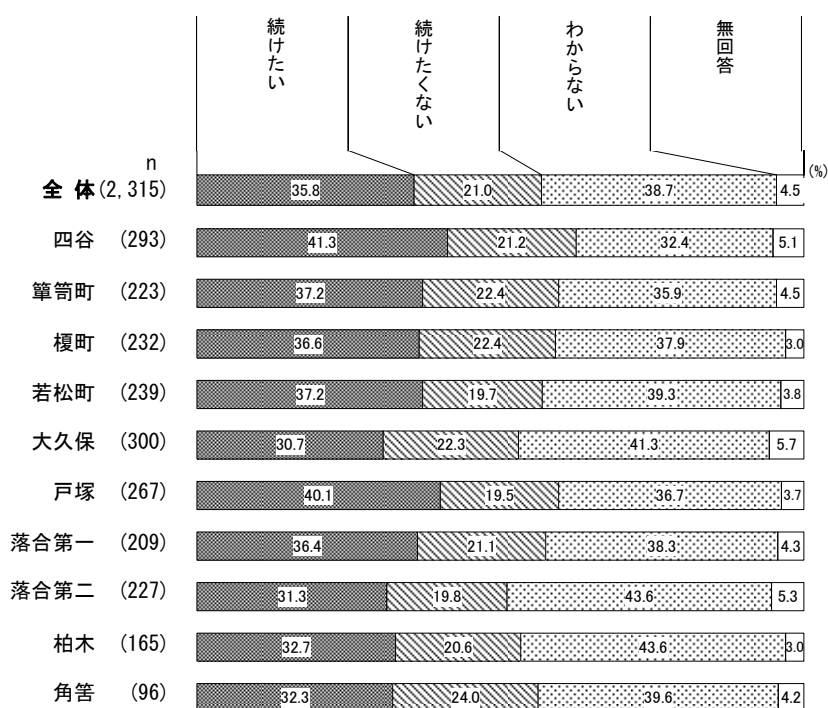
	第1位	第2位	第3位
四谷 (n=86)	介護してくれる家族等 50.0%	往診してくれる医療機関 47.7%	安心して住み続けられる住まい 36.0%
簗笥町 (n=80)	介護してくれる家族等 60.0%	往診してくれる医療機関 46.3%	安心して住み続けられる住まい 33.8%
榎町 (n=78)	介護してくれる家族等 60.3%	往診してくれる医療機関 55.1%	安心して住み続けられる住まい 29.5%
若松町 (n=88)	介護してくれる家族等 59.1%	往診してくれる医療機関 42.0%	安心して住み続けられる住まい 38.6%
大久保 (n=103)	安心して住み続けられる住まい 45.6%	介護してくれる家族等 43.7%	往診してくれる医療機関 38.8%
戸塚 (n=86)	安心して住み続けられる住まい 50.0%	介護してくれる家族等 45.3%	往診してくれる医療機関 39.5%
落合第一 (n=72)	介護してくれる家族等 58.3%	往診してくれる医療機関 44.4%	いつでも訪問して身の回りの世話をしてくれるサービス 34.7%
落合第二 (n=79)	往診してくれる医療機関 54.4%	介護してくれる家族等 49.4%	安心して住み続けられる住まい 39.2%
柏木 (n=60)	介護してくれる家族等 53.3%	往診してくれる医療機関 45.0%	いつでも訪問して身の回りの世話をしてくれるサービス 41.7%
角筈 (n=35)	介護してくれる家族等 71.4%	往診してくれる医療機関 60.0%	いつでも訪問して身の回りの世話をしてくれるサービス 28.6%

n = 回答者数

3 在宅療養の意向と手助けを受けられる環境

一般高齢者調査では、長期の療養が必要になった場合の在宅療養の意向をたずねており、日常生活圏域別のどの圏域においても、「続けたい」の割合は「続けたくない」の割合より高くなっています。

図表25 在宅療養の意向 (一般高齢者調査)



n = 回答者数

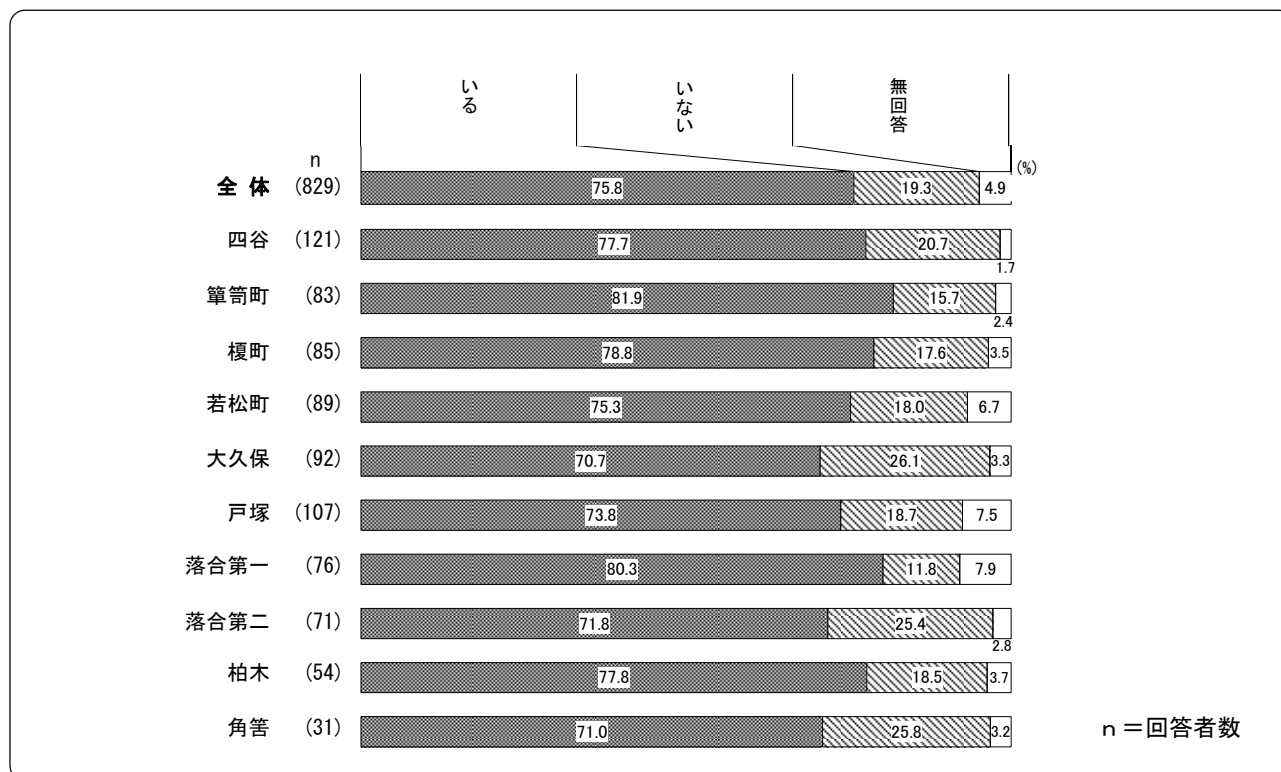
圏域別でみると、四谷や戸塚で在宅の療養を「続けたい」が高くなっています。一方、大久保、落合第二、角筈などで低くなっており、落合第二は10圏域の中で唯一「往診してくれる医療機関」が第1位となっています。また、「生活を続けたい場所」で自宅での継続意向が圏域中最も低く、施設入居意向が最も高かった大久保では「安心して住み続けられる住まい」が第1位となっています。

在宅療養を「続けたい」という回答に焦点を当て、同居者以外に手助けを頼める人の有無でみると、いずれの圏域でも、手助けを頼める人が「いる」が高く、同居者以外に手助けを頼める人の存在が大きいことがわかります（図表26）。

一方、その中で、他圏域と比較して、手助けを頼める人が「いない」割合が高いのが大久保、落合第二、角筈です。しかし、頼める人が「いない」にもかかわらず、在宅療養のニーズが高い圏域であると考えられます。

身近に手助けができる体制が整えば、現時点では在宅での療養意向が低い圏域でも、その意向をさらに高めることができ、ひいては区全体での在宅の療養意向を高めることができると思います。

図表 26 在宅療養を「続けたい」方の同居者以外に手助けを頼める人の有無（一般高齢者調査）



(4) 地域の支え合いについて

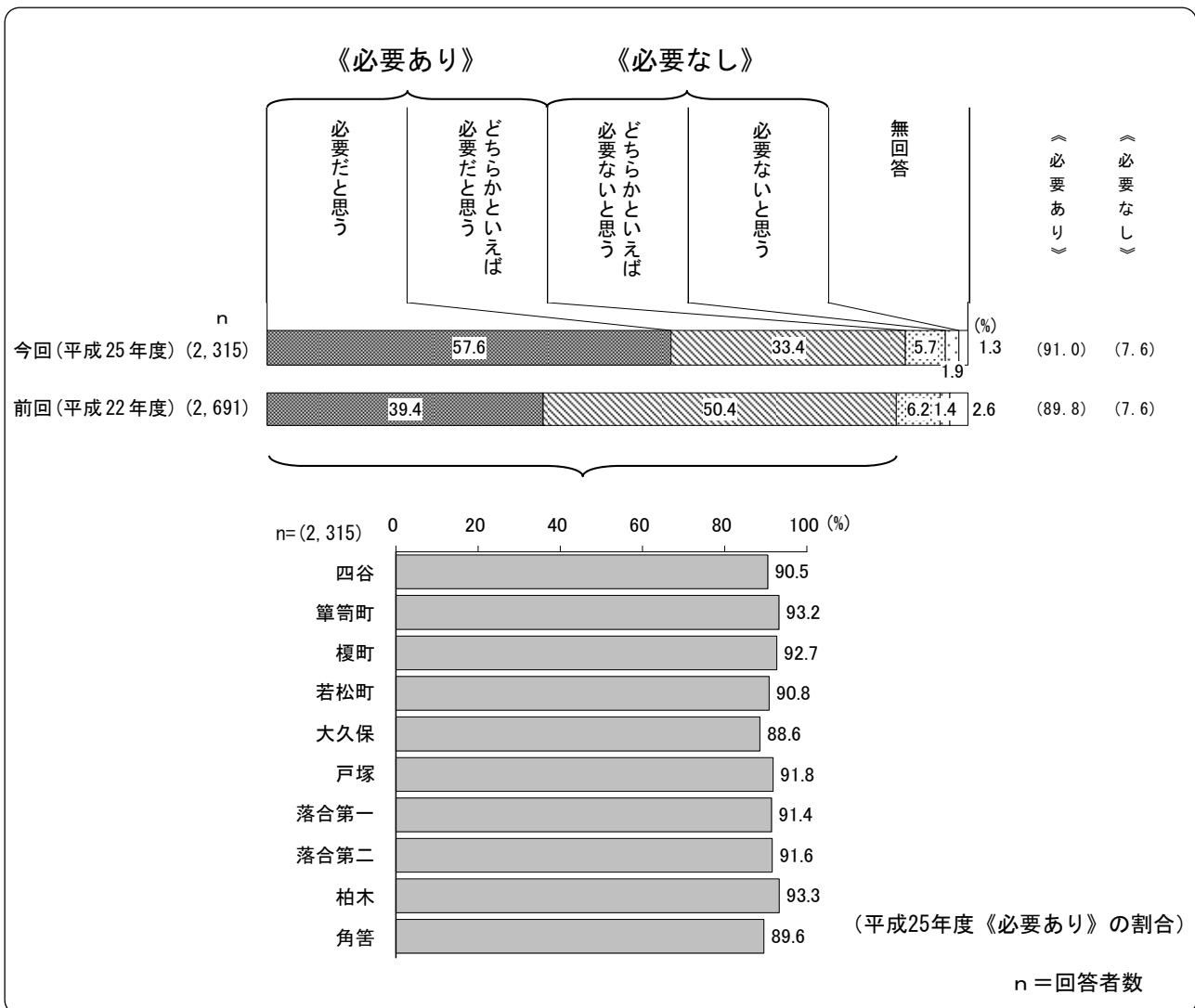
1 地域のつながりの必要性

人と人とのつながりや信頼感が豊かな地域は、その住民の生活の質に好ましい影響を与えることが期待されており、今後の福祉を考えていく上でも重要な視点です。

一般高齢者調査では、地域のつながりの必要性の意識をたずねており、91.0%と多くの方が《必要あり》と回答しています。特に、平成22年度に比べて「必要だと思う」という積極的な回答が増加しており、地域のつながりの必要性は高まっています。

また、日常生活圏域別でも、特に大きな違いはみられず、区全体的に地域のつながりの必要性が感じられています。

図表 27 地域のつながりの必要性（一般高齢者調査）

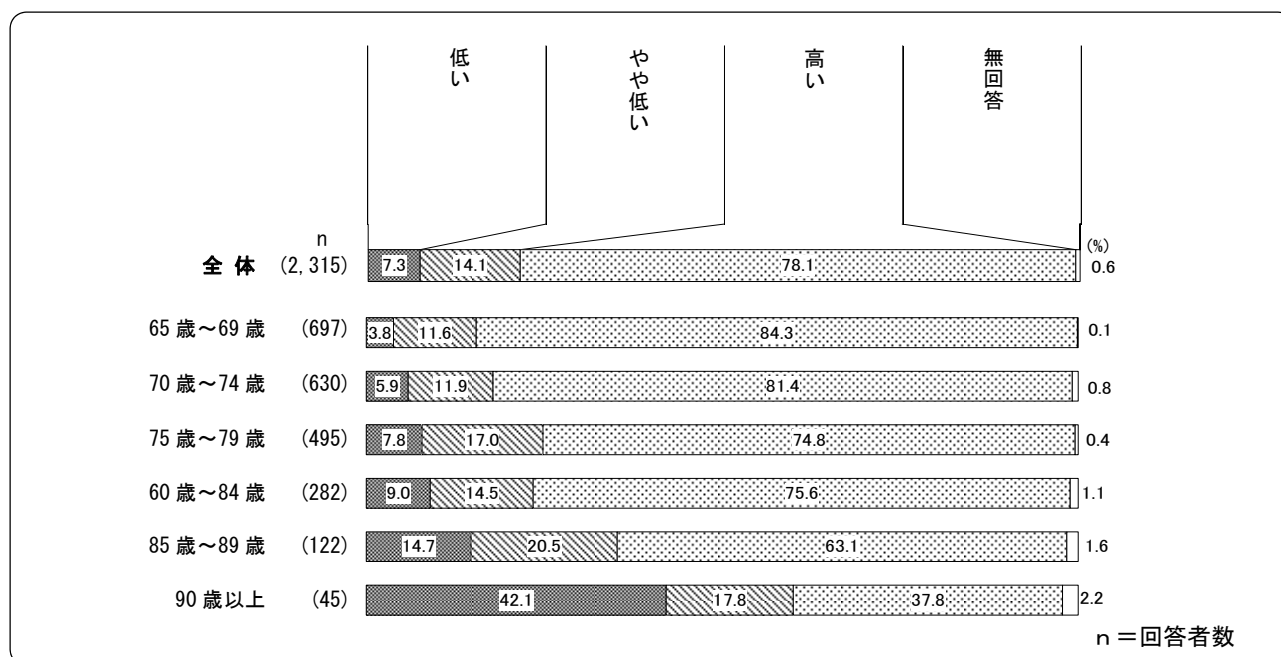


2 高齢者の状態像と同居者以外の手助けの必要性

国では、心配ごとや愚痴を聞いてもらえるなどの助け合いがあると要介護認定率が低いという傾向がみられることから、助け合いが心身機能の低下の進行を抑え、介護予防に繋がる可能性があると考えられています。

一般高齢者調査では、「老研式活動能力指標」¹に沿った質問をしており、活動能力が「低い」は年齢が上がるとともに、増加する傾向にあります。

図表 28 老研式活動能力指標（一般高齢者調査）

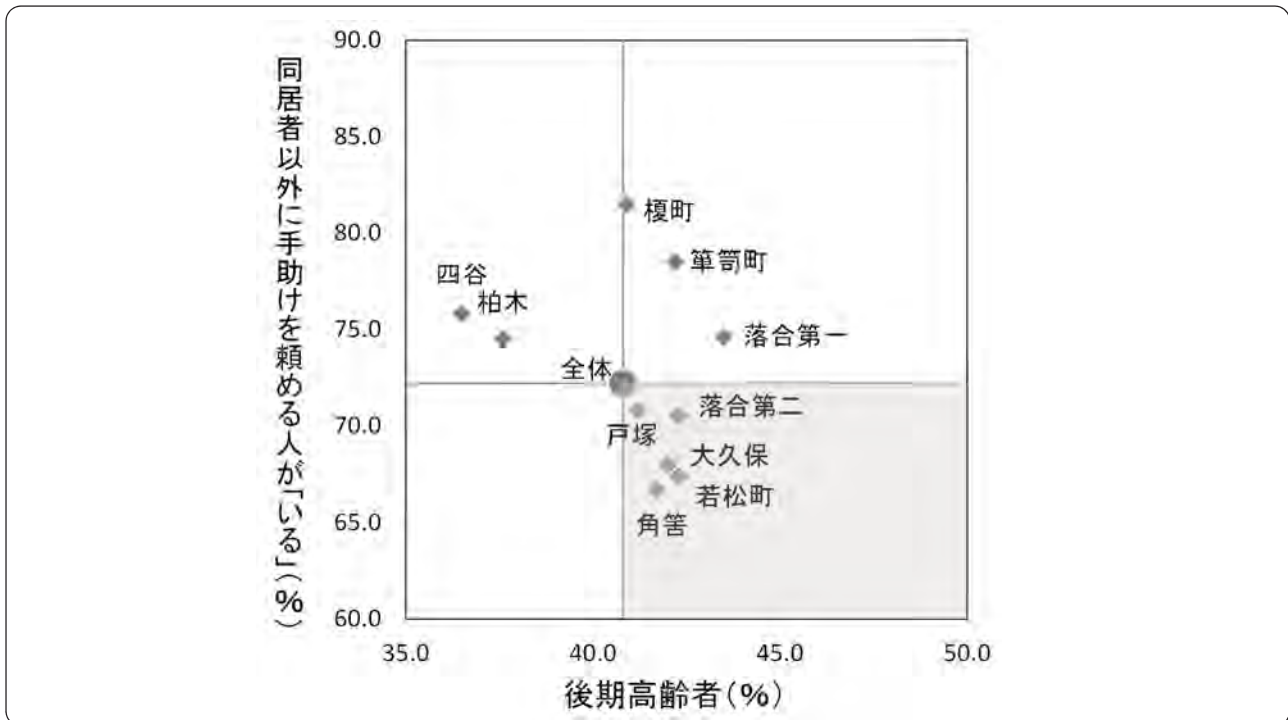


後期高齢者割合と同居者以外に手助けを頼める人を日常生活圏域別にみると、若松、大久保、角筈のように、後期高齢者の割合が高く、同居者以外の手助けの割合が低い圏域が分かります。

地域のつながりの必要性の意識に日常生活圏域別での違いはみられませんでした。しかし、助け合いが心身機能の低下の進行を抑える可能性があるという点に立脚すると、圏域によって、意識だけでなく地域によるサポートの実践がより早く必要であることが分かります。

¹ 東京都健康長寿医療センター（旧「東京都老人総合研究所」）において開発された、定評ある高齢者の活動能力指標で、高齢者の手段的日常生活動作（IADL）、知的能動性、社会的役割といった生活機能13項目から測定する。

図表29 後期高齢者割合と同居者以外に手助けを頼める人の割合（一般高齢者調査）



注) 右下の領域に属する圏域が、後期高齢者の割合が高く、同居者以外の手助けの割合が低い圏域。

第5節

第5期計画の総括

1. 基本目標の振り返り

第5期計画では、基本目標に「指標（数値目標）」を設定し、施策の進捗状況を確認しながら、施策・事業を推進してきました。現在の進捗状況と目標達成を踏まえた取組の内容を総括すると次のとおりとなります。

基本目標1 社会参加といきがいづくりを支援します

- 高齢者の社会参加といきがいづくりの拠点整備は、計画通りに進んでいます。具体的には、いきがいのある暮らしへの支援の活動拠点となる「地域交流館」の整備を進め、目標の14館を達成しました。また、社会貢献活動への支援では、集会や娯楽のほか、ボランティアなどの活動の場として「シニア活動館」の整備を進め、目標の4館を達成しました。
- ボランティアなど、活動を支える人材面では、介護支援ボランティア・ポイント事業の登録ボランティア数も順調に増加しました。また、ことぶき館・地域交流館の利用登録者数が増加し、平成25年度現在で目標の5,000人を達成しました。
- 高齢者の社会参加といきがいづくりの拠点整備は、計画通り進んだ一方、シニア活動館の活動を支える参加者・登録者を広げる試みが継続的な課題として残っています。

基本目標2 健康づくり・介護予防をすすめます

- 健康づくりにおける取組では、一般高齢者調査から、かかりつけ医をもつ65歳～74歳（前期高齢者）の割合が増加傾向にあり、かかりつけ医が区民に浸透してきていることがわかります。一方、国民健康保険に加入している40歳から74歳の方を対象に、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査を実施しましたが、受診率が伸びない状況もあります。
- こころの健康への取組では、「精神保健相談」や「うつ専門相談」、各種講演会等の開催や、うつ・認知症予防リーフレットの作成・配布等を行いました。
- 介護予防の取組では、介護予防に関心のある高齢者の割合が8割を超え、目標を達成しました。また、介護予防教室の定員の充足率も上がり、平成25年度で96%と高い水準になっています。今後も、これまで以上に、介護予防に関心のある高齢者を一人でも多く実践的な取組につなげる支援が求められています。

基本目標3

いつまでも地域の中でくらす自立と安心のためのサービスを充実します

●介護保険サービスの基盤整備については、当初の計画より整備の進捗が遅れている施設もありますが、開設に向けて着実に進んでいます。

●暮らしやすいまちづくりと住宅の支援では、住宅住み替え相談における70歳以上の成約件数について、目標を各年度12件としていましたが、平成24年度は18件、平成25年度は20件と、両年度とも目標値を達成しており、高齢者の住まいへの支援は進んでいます。

※基本目標3に含まれる3つの重点的取組については、次の「2. 重点的取組の振り返り」に示します。

基本目標4

尊厳ある暮らしを支援します

●成年後見制度の利用促進では、一般高齢者調査結果からも、制度の認知度は55.5%となっており、制度の普及・啓発は着実に進んでいます。

●成年後見に関する相談拠点（新宿区成年後年センター）の認知度は、一般高齢者調査結果から約15%となっており、成年後見制度の認知度に比べて低い状況です。
必要な時に相談窓口につながるよう、新宿区成年後年センターの周知方法を強化していくことが課題としてあげられます。

基本目標5

支え合いのしくみづくりをすすめます

●介護者同士の交流機会づくりでは、ボランティアの活用などによる家族介護者教室・交流会の参加人数が増加しています。また、気軽に憩える場、日頃の困りごとを相談できる場として、住民主体の地域安心カフェも増えています。
今後も、地域を支える担い手の育成、地域活動を広げていく取組への支援が継続的な課題です。

●災害時支援体制では、災害時要援護者名簿（申請方式名簿）¹の新規登録者は増加していますが、一般高齢者調査での災害時要援護者名簿（申請方式名簿）の認知度は上がっていない状況です。引き続き認知度の向上に向けた取組が必要です。

¹ 災害時の避難等に支援を必要とする方（災害時要援護者）を本人の申し出により事前に把握し、災害時における安否確認等に活用するための名簿。（P171 参照）

2. 重点的取組の振り返り

第5期計画の基本目標3には、計画期間中の重点的取組として「認知症高齢者支援の推進」「在宅療養体制の充実」「高齢者総合相談センターの機能強化の推進」の3つを位置づけていました。それらの内容を総括すると次のとおりとなります。

重点的取組1 認知症高齢者支援の推進

●認知症サポーター養成講座や認知症予防教室の開催により、区民への認知症に対する正しい知識の普及啓発が進んでいます。また、地域型高齢者総合相談センターを拠点として、「認知症サポーターの活動支援」や「認知症介護者支援」「認知症・もの忘れ相談」を実施し、認知症高齢者やその介護者への支援体制の整備を進めています（P103参照）。また、認知症の医療に関する対応力を向上する取組として、地域のかかりつけ医に対して「認知症・もの忘れ相談医研修」を行い、「認知症・もの忘れ相談医」を増やしています。さらに、認知症の早期発見・早期診断を推進するために、基幹型高齢者総合相談センターに認知症支援コーディネーターを配置しました。これらの取組とともに、認知症保健医療福祉ネットワーク連絡会等を開催し、医療と介護の連携のための関係者間のネットワークづくりを進めています。

75歳以上の後期高齢者の増加により、今後ますます認知症高齢者の増加が懸念されることから、認知症の早期発見・早期診断や相談対応など、支援体制の更なる充実を図る必要があります。

重点的取組2 在宅療養体制の充実

●病院と地域の関係機関との連携として、入退院時の連携強化を目的とした地域連携推進事業の実施、リハビリテーション連携モデル事業の実施、病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修、在宅療養相談窓口の運営を行い、連携の促進を図りました。

また、在宅療養に関する専門職のスキルアップのための連絡会や研修会を行うとともに、かかりつけ医・かかりつけ歯科医機能の推進や在宅療養中の方が緊急一時的に入院できるベッドの確保、訪問看護ステーションの人材確保を行うことで、在宅で療養している方への支援体制の強化に努めました。さらに、在宅療養地域学習会やがん患者・家族のための支援講座の実施、在宅療養ハンドブックの作成・配布を行うことで在宅療養に対する理解を促進してきました。

区民が最期まで安心して暮らしていくため、今後も医療と介護の連携強化など在宅療養を支援する体制の構築や、専門職のさらなるスキルアップ、在宅療養に対する理解を促進していくことが必要です。

重点的取組3 高齢者総合相談センターの機能強化の推進

- 区民にわかりやすい場所という観点から、区有施設等への併設を進めており、現在、地域型高齢者総合相談センター9所中8所が完了しました。引き続き、高齢者総合相談センターの認知度の向上に努めています。

また、業務の標準化を図るため、外部評価や専門職種別研修等を実施し、高齢者総合相談センターの機能強化を図りました。さらに、窓口相談だけでなく、アウトリーチ（訪問相談）を基本とした支援を積極的に行うことで、区民からの相談件数は毎年増加しています。ケアマネジャーへの支援としては、ケアマネジメントの質の向上を図るためのケアプラン評価会、主任ケアマネジャー連絡会などを実施した結果、高齢者総合相談センターに寄せられるケアマネジャーからの相談件数は、目標を上回る形で推移しています。

高齢者人口や一人暮らし高齢者の増加等により、区民ニーズの多様化や地域課題の複雑化が予想されるため、高齢者総合相談センター機能の更なる充実、ケアマネジャーへの継続支援を図ることが求められます。