

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

日本の高齢化率は、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、平成27（2015）年の26.6%で4人に1人を上回る状況から、平成37（2025）年に30.0%とちょうど3割に達し、平成48（2036）年に33.3%で3人に1人と見込まれています（いずれも、出生中位推計）。人数で見ると、平成27（2015）年の高齢者人口は3,387万人、うち75歳以上人口は1,632万人であったものが、団塊の世代（昭和22年～24年生まれ）が75歳以上になる平成37（2025）年には高齢者人口は3,677万人、うち75歳以上人口は2,180万人に達すると見込まれています。さらに、平成52（2040）年前後には、団塊ジュニア（昭和46年～49年生まれ。第二次ベビーブーム世代）が65歳に達する時期であり、高齢者を支える担い手の問題が生じ、高齢者人口や死亡数がピークに達するものと予想されています。

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]）、認知症高齢者の数は、平成37（2025）年で約700万人と、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれています（認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン））。これらのことから、高齢者にやさしい地域づくりを進めていくことが重要になっています。

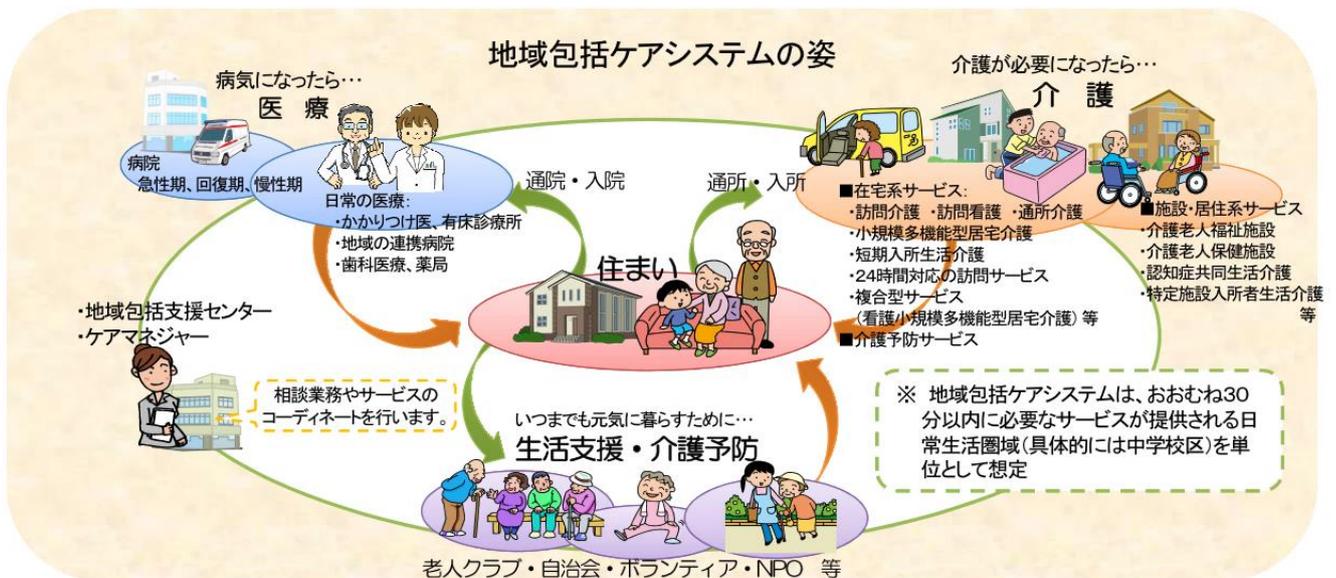
また、日本は、生活環境の改善や医学の進歩などによって平均寿命（平成28（2016）年簡易生命表 男性：80.98歳 女性：87.14歳）が男女とも伸び続けており、男女の差は縮みつつあります。死亡の場所別にみた死亡数割合（平成27年人口動態調査）は、病院・診療所で約8割、介護施設で約1割、自宅で約1割となっており、介護施設の割合が微増傾向となっています。一方で、自宅で最期を迎えたいという方も多くなっています。

高齢者の介護を社会全体で支える介護保険制度は平成12（2000）年にスタートしました。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、平成18（2006）年に介護保険法の改正が行われ、介護予防重視型のシステム確立に向けて動き出しました。

そして、その考え方を踏まえながら、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るための「地域包括ケアシステム」推進の取組を平成24年にスタートさせました。その後、平成26年の法改正では、地域包括ケアシステムの推進に向

けた地域支援事業の充実が盛り込まれ、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市区町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化が進められました。

平成37（2025）年までに大きく人口構造が変化する中、さらにその先の将来を見据えていく中で、予防や介護、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면을適切に支え合う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」の推進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しくみのことです。

2. 地域包括ケアシステムの深化・地域共生社会の実現に向けて

地域包括ケアの推進にあたっては、介護保険制度の目的が高齢者の尊厳の保持とその有する能力に応じた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を行うことが前提となります。

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

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、医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進を一体的に進めていくことになりました。

医療面では、医療法の改正に伴い、東京都が「東京都地域医療構想」（平成27年8月）を策定し、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」の実現に向け、医療・介護サービスの連携、健康づくり、福祉、住まいや教育などの施策と連動して進めています。

介護面では、「地域包括ケアシステムの深化・推進」と「介護保険制度の持続可能性の確保」が2つの柱となっています。地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、自立支援・重度化防止に向けた取組のしくみづくり、医療・介護の連携、地域共生社会の実現に向けた取組等を進めていくこととなります。

福祉面では、様々な分野の課題が絡み合って複雑化する傾向にあります。また、少子高齢化のさらなる進展により介護人材が減少し、地域の支え手となる人材を確保する必要性が生じています。そのような中、誰もが支え合う共生社会の実現に向けて、地域における住民主体の課題解決と包括的な相談支援体制が求められています。

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」をいかに推進するか、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も「自助・互助・共助・公助」のバランスを改めて考えていくことが重要です。目指すべき目標を地域全体で共有しながら、一体的に進めていくこと、そして地域における自助と互助の潜在的な力への働きかけも重要となっています。

第2節 計画の位置付け等

1. 計画の策定目的

「新宿区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

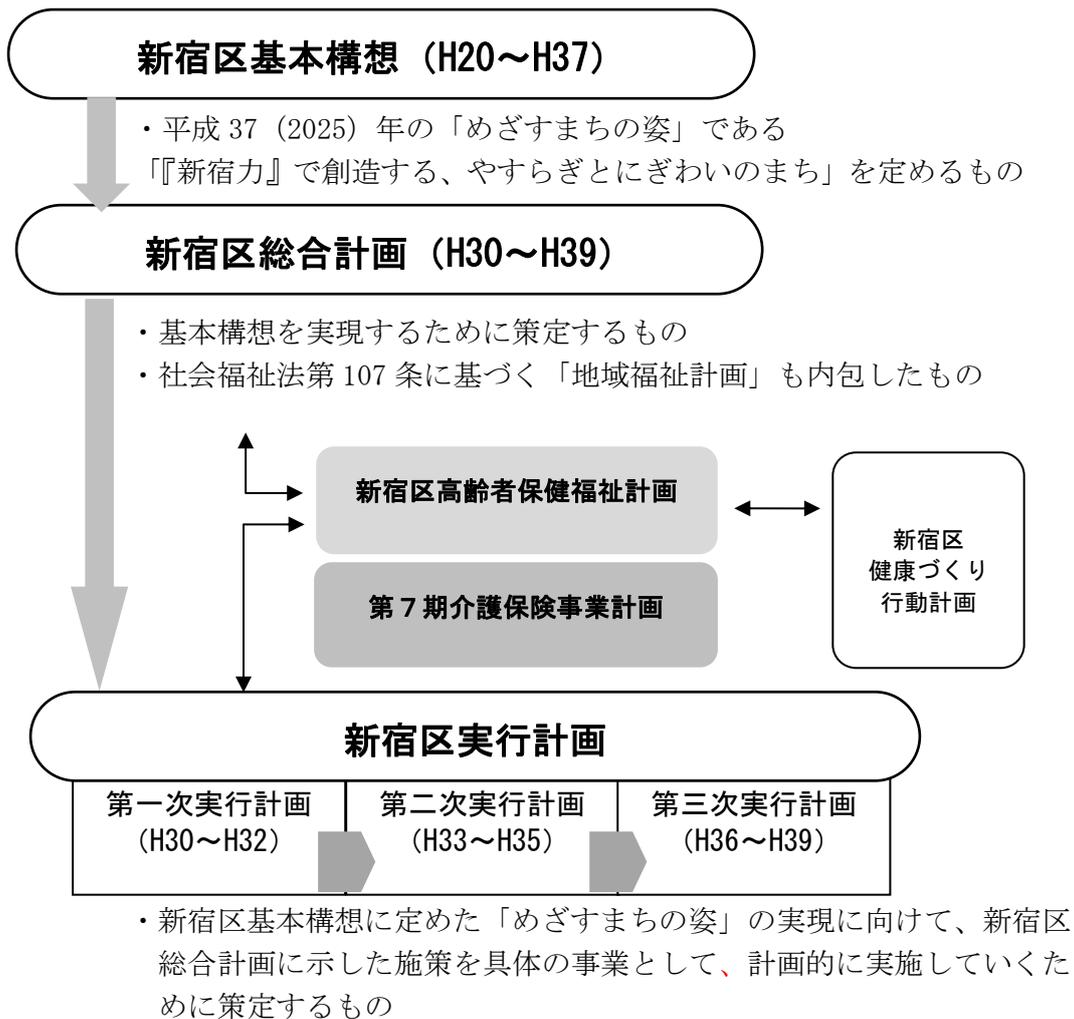
高齢者保健福祉計画は、老人福祉法第20条の8の規定¹に基づく法定計画であり、介護保険事業計画は、介護保険法第117条の規定²に基づく法定計画です。新宿区ではこれらを一体的に策定しています。また、この計画は「新宿区健康づくり行動計画」との調和を図っており、生活習慣病の予防や在宅療養支援等の施策も含めたものとなっています。

計画体系においては、「新宿区基本構想」（以下、「基本構想」）「新宿区総合計画」（以下、「総合計画」）を上位計画と位置付けています。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」を内包したものとなっています。平成30年度から始まる新たな総合計画（39年度までの10年間）は策定が進んでおり、高齢者保健福祉分野では、「生涯にわたり心身ともに健康で暮らせる健康寿命の延伸に向けた取組みの充実」や「住み慣れた地域で暮らし続けられる地域包括ケアシステムの推進」「地域の課題を共有し、ともに考え、地域の実情に合ったまちづくりの推進」などを掲げています。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」（以下、「実行計画」）があり、平成30～32年度まで第一次実行計画が進められます。実行計画で実施していく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7期介護保険事業計画」（第7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）を定めるものとされています。

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）を定めるものとされています。

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）を策定するものとされています。



3. 計画の期間

第 7 期計画は、平成30~32年度の 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。

平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
新宿区基本構想 (平成 20~37 年度)						
新宿区総合計画 (平成 20~29 年度)			新宿区総合計画 (平成 30~39 年度)			
第二次	第三次実行計画		新宿区第一次実行計画 (平成 30~32 年度)			
新宿区高齢者保健福祉計画・ 第 6 期介護保険事業計画 (平成 27~29 年度)			新宿区高齢者保健福祉計画・ 第 7 期介護保険事業計画 (平成 30~32 年度)			
平成 37 (2025) 年までの見通し						

第3節 新宿区の特徴

新宿区の上位計画である総合計画では、保健福祉分野において「暮らしやすさ1番の新宿」を基本政策に掲げ、さらに高齢者施策では「住み慣れた地域で暮らし続けられる地域包括ケアシステムの推進」を施策の方向性として打ち出しています。暮らしやすさにおいては、区民意識調査の結果から、区民の居住継続意向が高いことが分かっています。また、仕事を契機に新宿区に転入する人が多く、通勤・通学などの交通の便の良さ、買い物のしやすさ、医療機関が多いといった生活の便利さを新宿区の暮らしやすさにあげている人が多くなっています。

新宿区は、新宿駅をはじめ、高田馬場駅、四ツ谷駅、市ヶ谷駅、飯田橋駅など主要な交通結節点を抱え、昼間人口約75万人を擁する大都市として進化を続けています。また、高層ビル街や大規模繁華街、閑静な住宅街、歴史や伝統が色濃く残る街並み、地場産業の集積する地域、学生街、多国籍な街など多彩な顔を持ち、住み、働き、学び、楽しみ、憩い、集うことのできるまちとして、バランスのよい都市機能が集積しています。

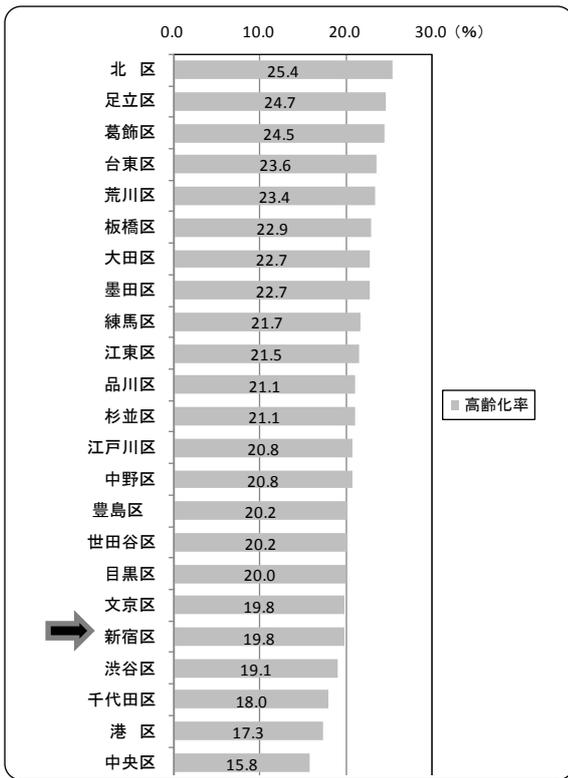
そうしたことから、20歳代前半の転入者が多く、人口は増加傾向にあります。現在の新宿区の人口は約33万人で、このうち65歳以上の高齢者は2割弱であり、高齢化率は東京23区中5番目に低い割合となっています（図表1）。また、高齢者人口に占める一人暮らし高齢者の割合は、東京23区の中で3番目に高く、約3人に1人が一人暮らしをしていることとなります（図表2）。さらに、認知症高齢者の増加も見込まれており、日ごろから見守りを必要とする方が急速に増えることが想定されます。そして、平成28年度に実施した「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査」では、高齢者の9割弱が、住民同士の助け合いなど、地域のつながりの必要性を感じています。

なお、同調査からは、高齢者の約4人に3人は健康と回答しており、比較的元気な高齢者が多い状況です。

新宿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、今後の高齢化の進展に伴い、在宅療養のニーズが高まることが予想されます。区内の医療機関・訪問看護ステーション等との連携など、より安心して在宅療養ができる体制づくりが求められています。

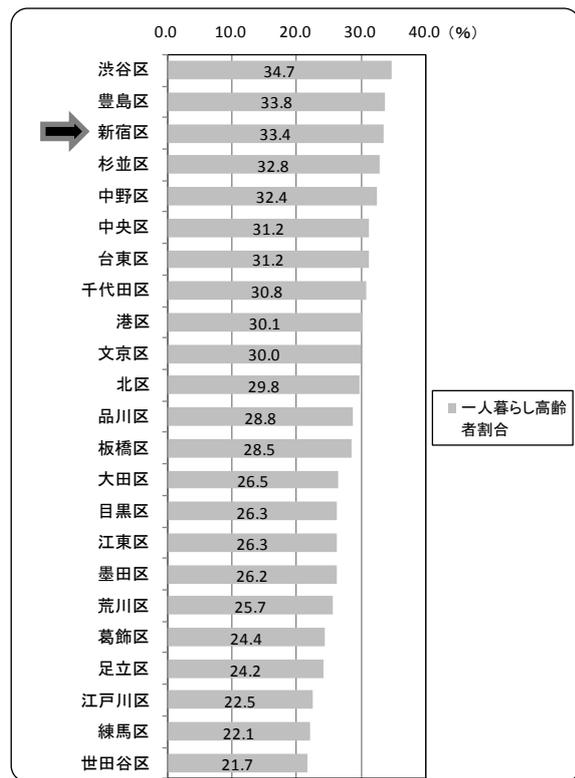
また、介護保険の各種居宅サービス事業所によるサービス提供や在宅生活が困難な方に対するセーフティネットとしての施設サービスの整備などにより、高齢者の暮らしを支えています。

図表1 高齢化率※



※ 高齢化率：住民基本台帳による東京都の世帯と人口（平成29年1月）

図表2 一人暮らし高齢者の割合※



※ 一人暮らし高齢者の割合：国勢調査（2015年）

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	療養病床総数 ※1	人口 ※2	10万人あたり病床数	順位
千代田区	2,174	58,457	3,719.0	1位	50	58,457	85.5	14位
中央区	1,167	141,750	823.3	8位	52	141,750	36.7	21位
港区	3,888	243,904	1,594.1	4位	68	243,904	27.9	22位
新宿区	5,768	332,324	1,735.7	3位	85	332,324	25.6	23位
文京区	4,936	210,002	2,350.5	2位	118	210,002	56.2	19位
台東区	696	191,260	363.9	20位	297	191,260	155.3	8位
墨田区	2,221	260,943	851.1	7位	206	260,943	78.9	17位
江東区	2,503	500,732	499.9	16位	232	500,732	46.3	20位
品川区	2,453	376,767	651.1	10位	696	376,767	184.7	5位
目黒区	2,173	271,401	800.7	9位	198	271,401	73.0	18位
大田区	3,873	712,000	544.0	12位	1,020	712,000	143.3	10位
世田谷区	3,562	881,733	404.0	17位	854	881,733	96.9	13位
渋谷区	2,110	219,543	961.1	6位	936	219,543	426.3	2位
中野区	1,231	321,153	383.3	19位	479	321,153	149.2	9位
杉並区	1,764	552,645	319.2	21位	931	552,645	168.5	6位
豊島区	1,423	280,228	507.8	15位	287	280,228	102.4	12位
北区	1,824	340,559	535.6	13位	542	340,559	159.2	7位
荒川区	1,109	210,635	526.5	14位	434	210,635	206.0	3位
板橋区	5,537	549,571	1,007.5	5位	2,352	549,571	428.0	1位
練馬区	1,392	718,505	193.7	23位	614	718,505	85.5	15位
足立区	4,008	678,055	591.1	11位	1,259	678,055	185.7	4位
葛飾区	1,795	452,490	396.7	18位	373	452,490	82.4	16位
江戸川区	2,076	685,580	302.8	22位	721	685,580	105.2	11位

※1 東京都の医療施設（平成27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27年10月1日現在）

第4節 新宿区における高齢者等の状況

1. 人口の推移と将来推計

平成27（2015）年に実施した国勢調査に基づく人口推計によれば、新宿区の高齢者人口、特に75歳以上の人口の割合は、将来的には大きく上昇していきます。

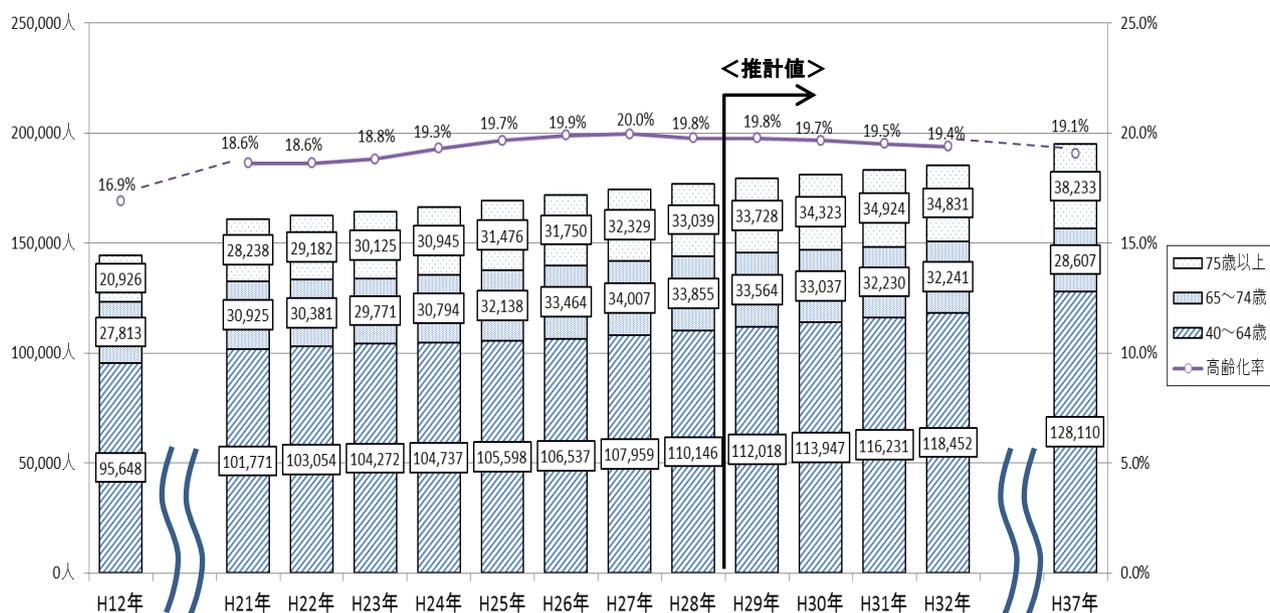
高齢者人口（平成27年に6.7万人）は、平成37（2025）年まではほぼ横ばい状態ですが、その後増加に転じ、平成47（2035）年には7.2万人に達します。平成72年には9.5万人となり、平成27（2015）年の約1.4倍に増加する見通しです。総人口に占める割合（平成27年に20.1%）は、平成37（2025）年までは20%弱で推移しますが、平成47（2035）年には約21%に上昇し、平成72（2060）年には約28%となり、新宿区の人口の4分の1以上を高齢者が占める見通しとなっています。

75歳以上人口（平成27年に3.3万人）については、平成37（2025）年の3.9万人まで増加を続け、その後しばらく横ばい状態が続くものの、平成47（2035）年以降は増加に転じ、平成72（2060）年には5.6万人になる見通しです。75歳以上人口の総人口に占める割合（平成27年9.8%）は、平成52（2040）年には約11%に上昇し、平成72（2060）年には約16%と人口の6分の1以上を占める見通しです。

また、一人暮らし高齢者の増加も見通されています。一人暮らし高齢者は、日常生活での手助けや介護を要するときに家族の支援を得ることが難しく、また、孤立化する傾向にあり、今後、行政サービスをはじめ地域社会全体での支援の必要性がさらに増してくることが想定されます。

※上記の数値は、国勢調査に基づく人口及び人口推計であり、住民基本台帳に基づく人口とは多少の差異があります。

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 (住民基本台帳に基づく人口及び人口推計)

平成 12～28 年は実績値

実績値・推計値ともに外国人人口を含む

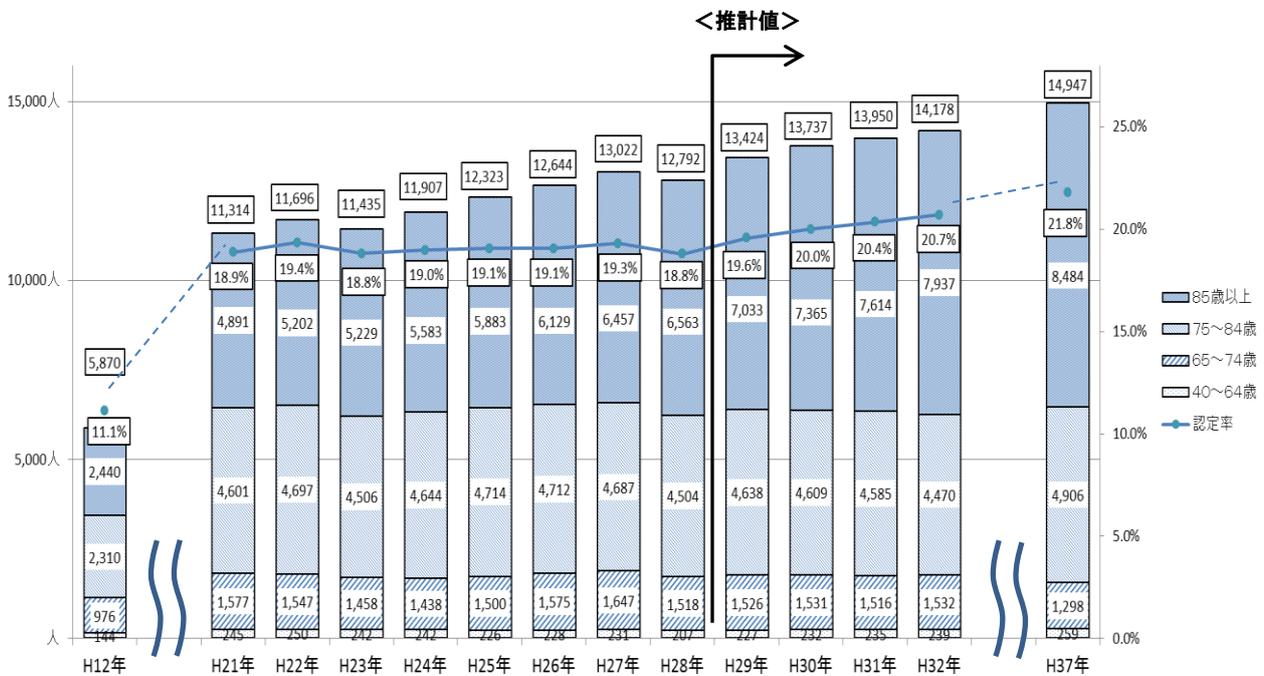
高齢化率=65 歳以上人口÷総人口

2. 要支援・要介護認定者数の推移と将来推計

新宿区における平成28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12,792人です。介護保険制度創設時の平成12年度末現在の要支援・要介護認定者数と比較すると、約2.2倍となっています。

平成28年は介護予防・生活支援サービス事業の開始に伴う要支援者数の減により、要支援・要介護認定者数、認定率ともに一度減少しましたが、29年以降は、年齢層の高い高齢者の増に伴い再び増加し、平成37（2025）年には、要支援・要介護認定率¹（以下、「認定率」という）は21.8%になると見込まれます。

図表5 年齢別認定者数の推移と将来推計



注) 各年10月1日現在

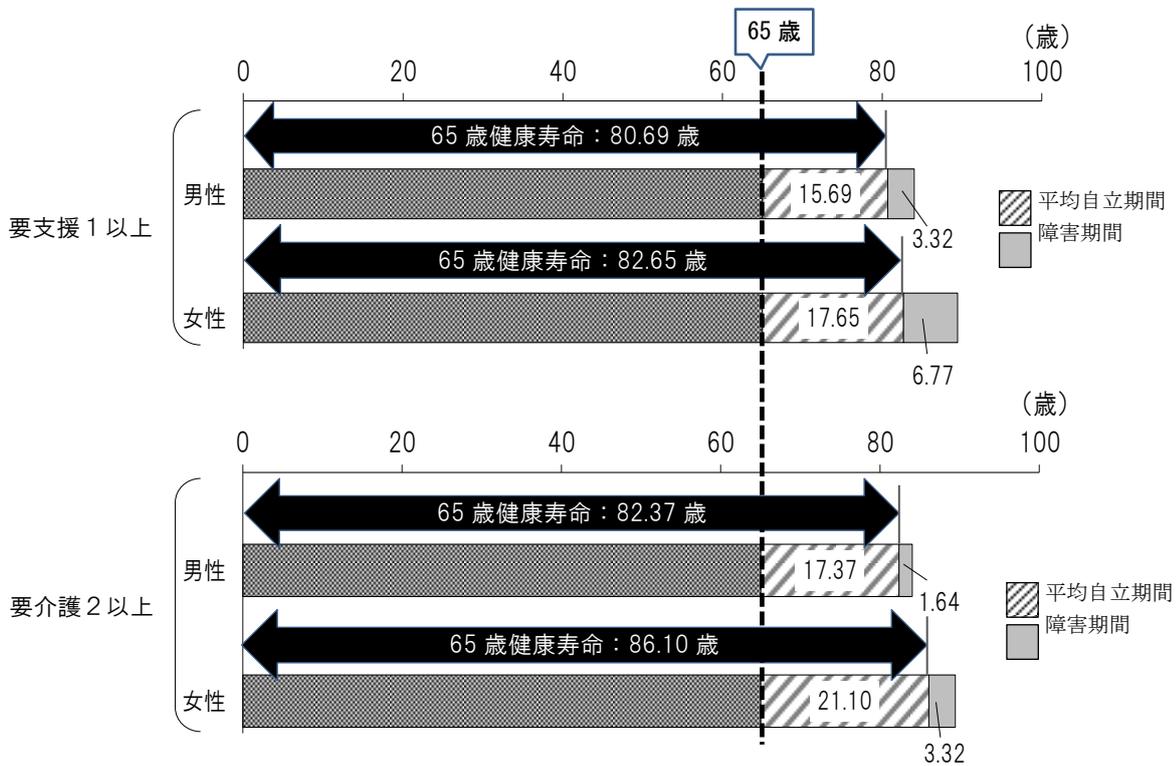
平成12～28年は実績値、平成29年以降は平成28年までの実績を基に推計した値

平成12年度の認定者数は、平成13年3月末現在の実績

¹ 第1号被保険者に占める要支援・要介護認定者数の割合

3. 健康寿命*

新宿区の 65 歳健康寿命*（東京保健所長会方式）は、要支援 1 以上の認定を受けるまでの状態を健康と考えた場合、平成 27 年で、男性が 80.69 歳、女性で 82.65 歳となっています。また、要介護 2 以上の認定を受けるまでの状態を健康と考えた場合、平成 27 年で、男性が 82.37 歳、女性で 86.10 歳となっています。



出典 「東京都福祉保健局資料」より作成

※要支援 1 以上は、要支援 1 以上の認定を受けるまでの状態を健康と考えた場合

※要介護 2 以上は、要介護 2 以上の認定を受けるまでの状態を健康と考えた場合

※小数点第 3 位を四捨五入しているため、健康寿命と障害期間の合計が平均余命と一致しないことがある

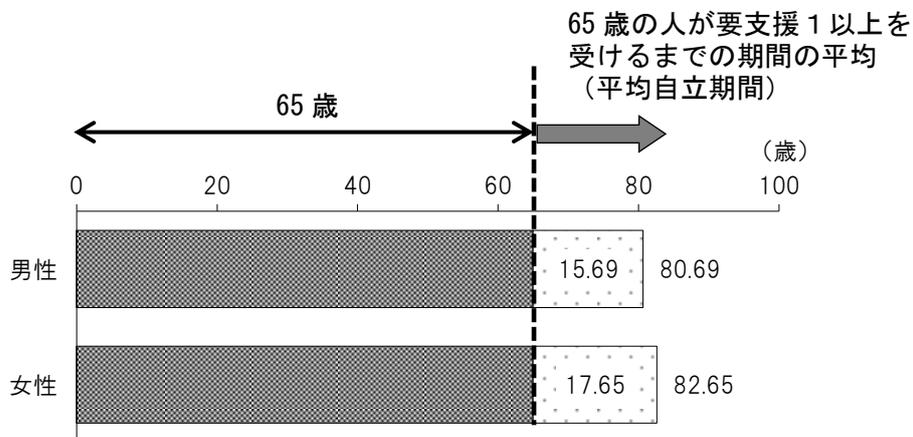
※65歳健康寿命（東京保健所長会方式）について

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を健康寿命と言います。
東京都では、「65歳健康寿命」という算出方法で、都内の自治体ごとの健康寿命の算出や比較ができるようにしています。

算出方法は、介護保険認定者数を基に、「要支援1以上」、「要介護2以上」を「障害」と規定し、2パターンの健康寿命を算出しています。

65歳健康寿命 = 65歳 + 65歳の人が必要支援・要介護認定を受けるまでの期間の平均

(例) 要支援1以上の認定を受けるまでの状態を健康と考えた場合の健康寿命



4. 調査結果から見受けられる状況（「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査」より）

新宿区では、平成28年度に、区民向け調査として、一般高齢者※【基本】調査、一般高齢者【重点】調査、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4つの調査を実施しました。

調査結果から見受けられる“新宿区の高齢者像”について、主観的な健康感、健康づくり・介護予防への意識（行動や関心度）、地域のつながりへの意識（必要性和実感）、地域活動やボランティア等への意識（参加状況と意向）、介護が必要になった主な原因、認知症のリスク、介護が必要になった場合の生活場所の意向、最期を迎えたい場所の意向といった観点から整理しました。

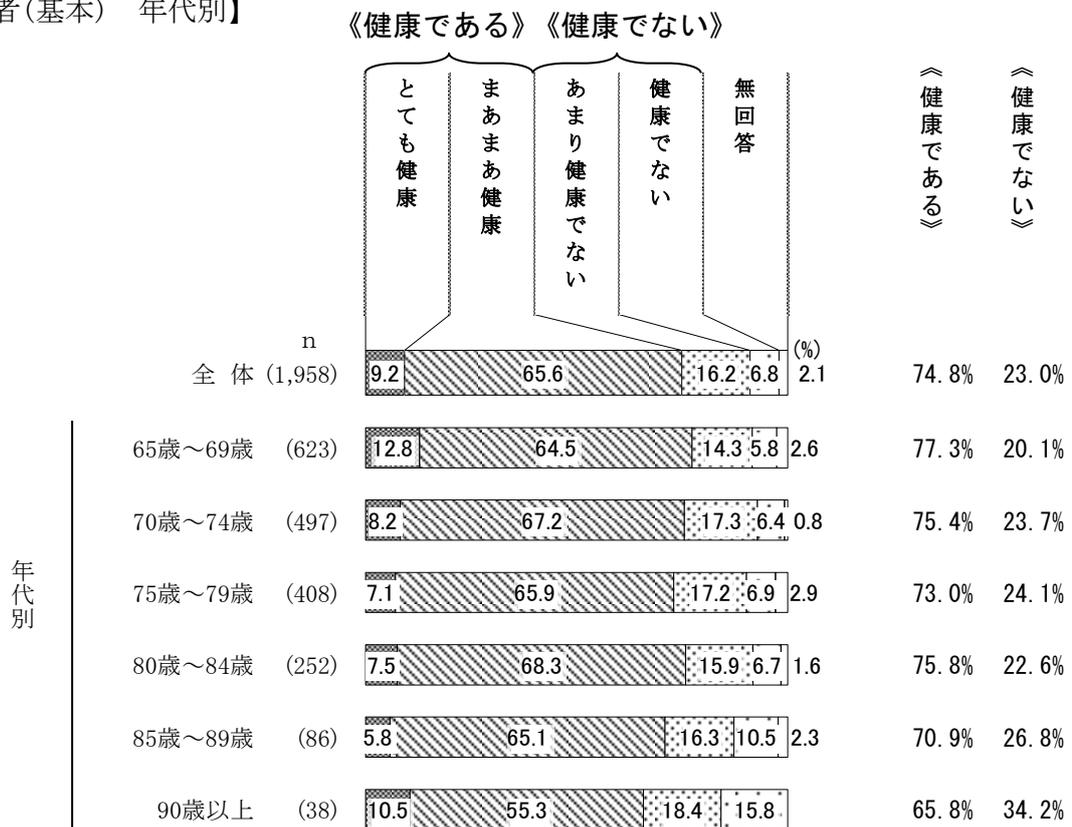
※一般高齢者…要支援・要介護認定等を受けていない65歳以上の方

（1）主観的健康観

自分が健康と思うか（主観的健康感）について、一般高齢者では「とても健康」「まあまあ健康」と回答した方の割合が80歳代前半まで75%前後を維持しており、80歳代後半から減少傾向となっています。

図表6 健康状態（一般高齢者【基本】調査）

【一般高齢者(基本) 年代別】

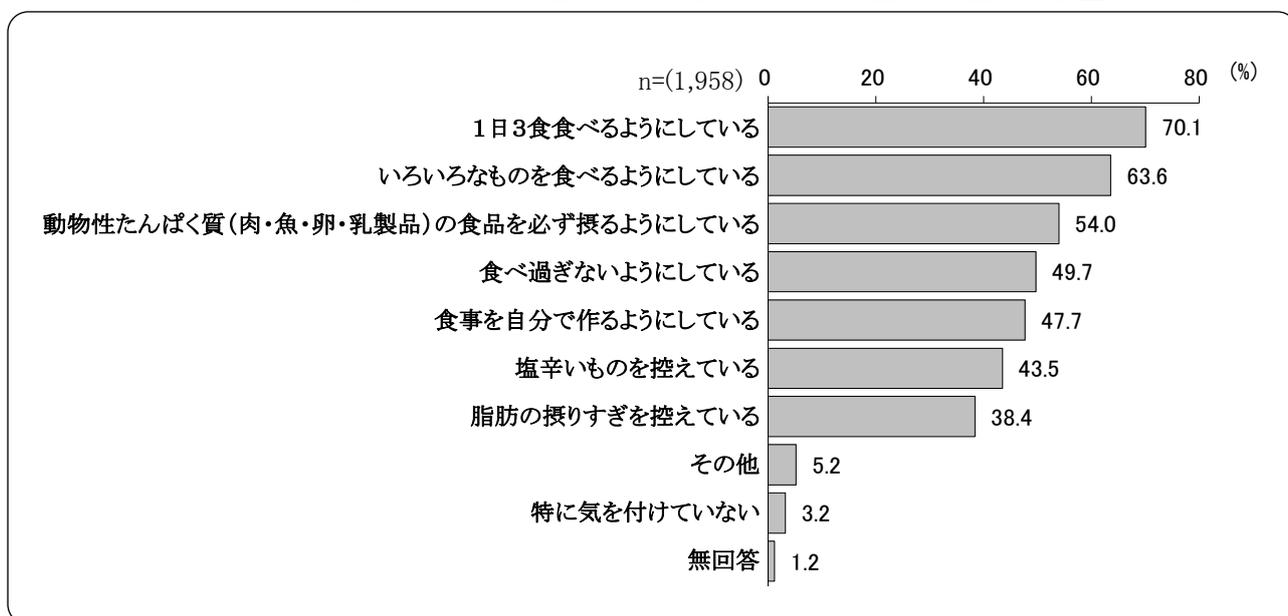


(2) 健康への配慮や介護予防への関心度

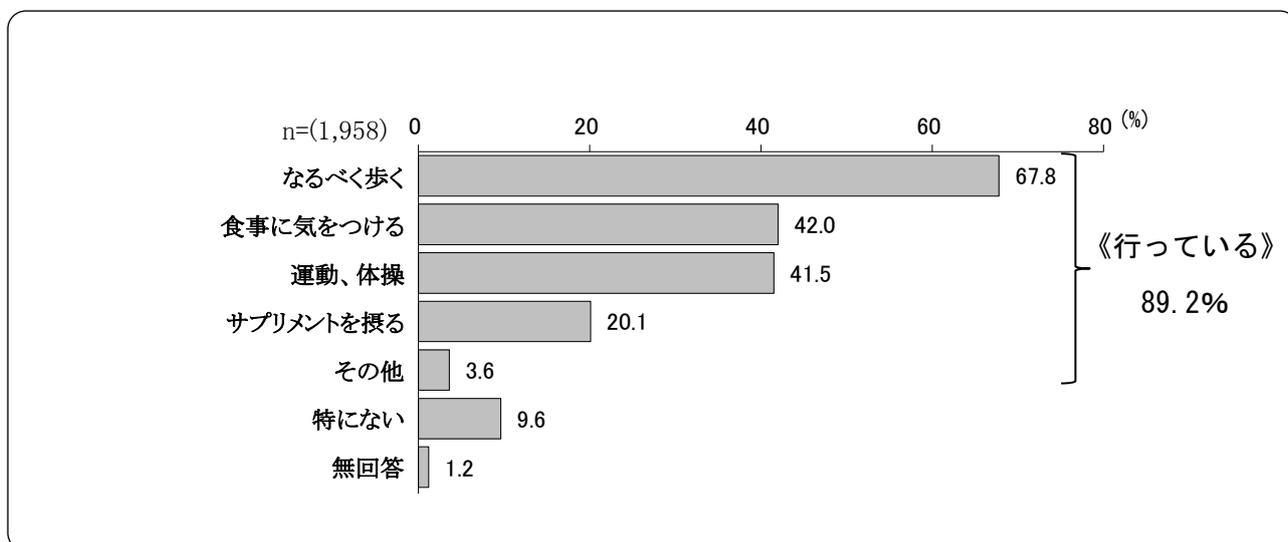
食事への配慮について、「特に気をつけていない」との回答は3.2%で、9割以上の方が食事について気をつけている状況でした。足腰の健康や、骨を丈夫にするためにしていることについても「特にない」との回答は9.6%で、9割近くの方が何らかの対応を行っている状況でした。さらに介護予防についての関心度について、関心があるとの回答は全体で82.8%、年代別では、80歳代前半で最も関心が高くなっています。

一方で、項目ごとにみると、高齢期の健康づくりにおいて必要な「動物性たんぱく質の摂取」や「運動、体操への取組の割合」が低い状況もあり、さらなる普及啓発や支援の必要性がうかがえます。

図表7 食事について気をつけていること（一般高齢者【基本】調査）

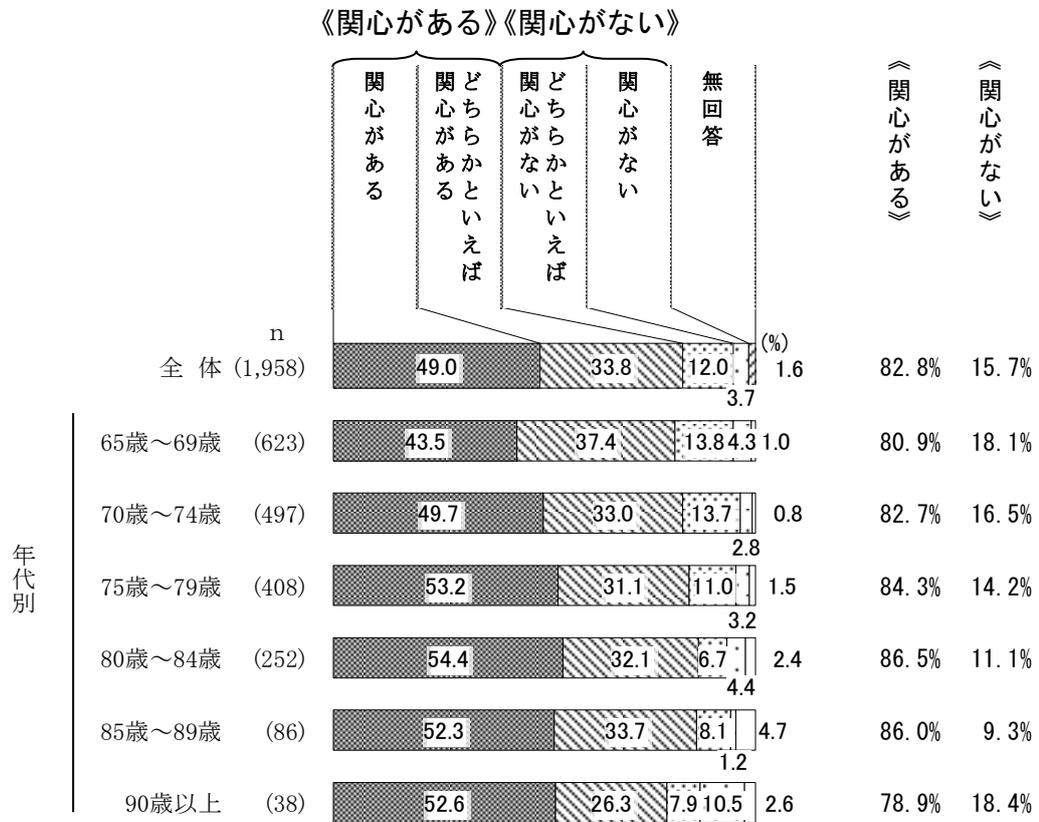


図表8 足腰の健康や、骨を丈夫にするためにしていること（一般高齢者【基本】調査）



図表9 介護予防についての関心の有無（一般高齢者【基本】調査）

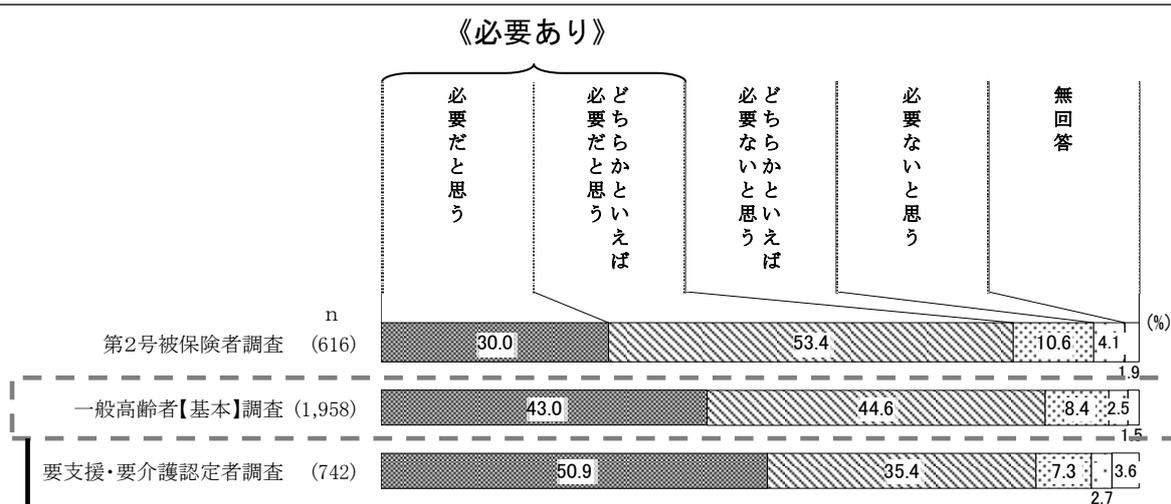
【一般高齢者(基本) 年代別】



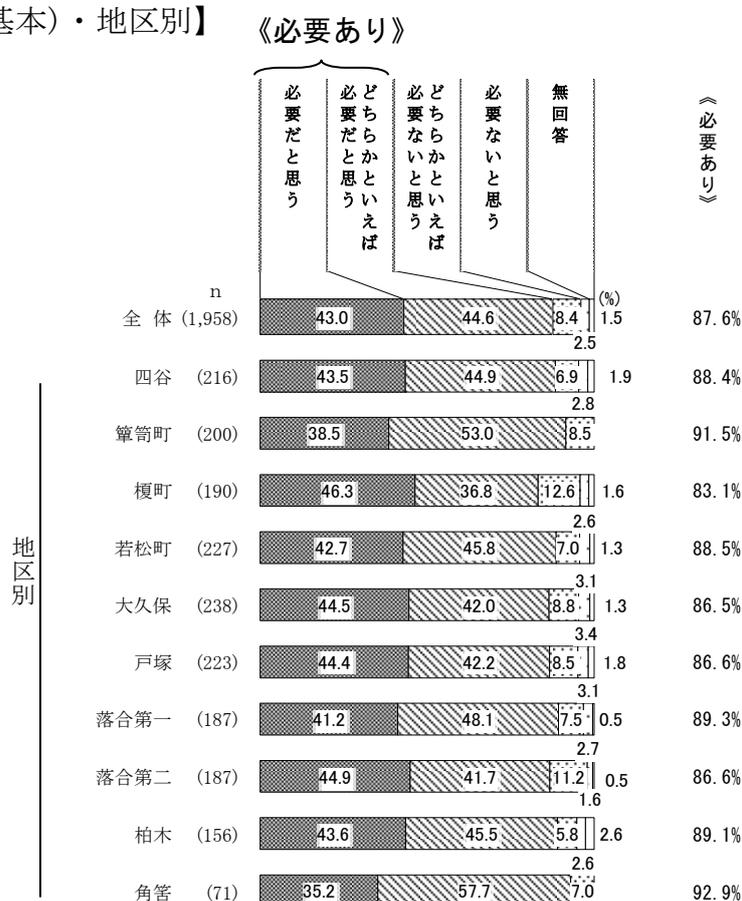
(3) 地域のつながりの必要性と実感

地域のつながりの必要性について、《必要あり》（「必要だと思う」又は「どちらかといえば必要だと思う」）は、一般高齢者【基本】調査で9割近くと高くなっています。一方、地域のつながりの実感については、《実感あり》（「感じる」又は「どちらかといえば感じる」）は5割強となっており、《必要あり》に比べて低い状況です。

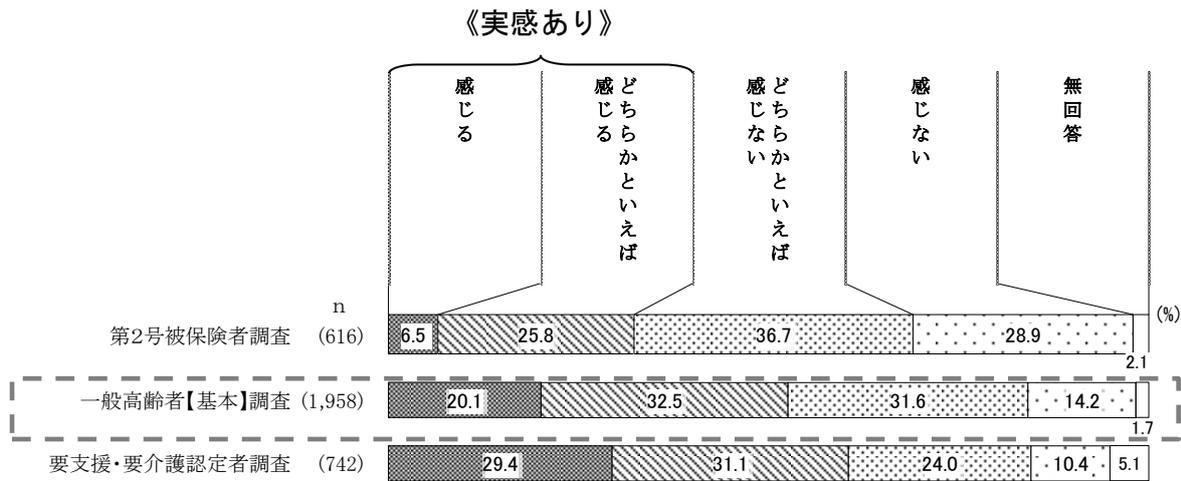
図表10 地域のつながりの必要性



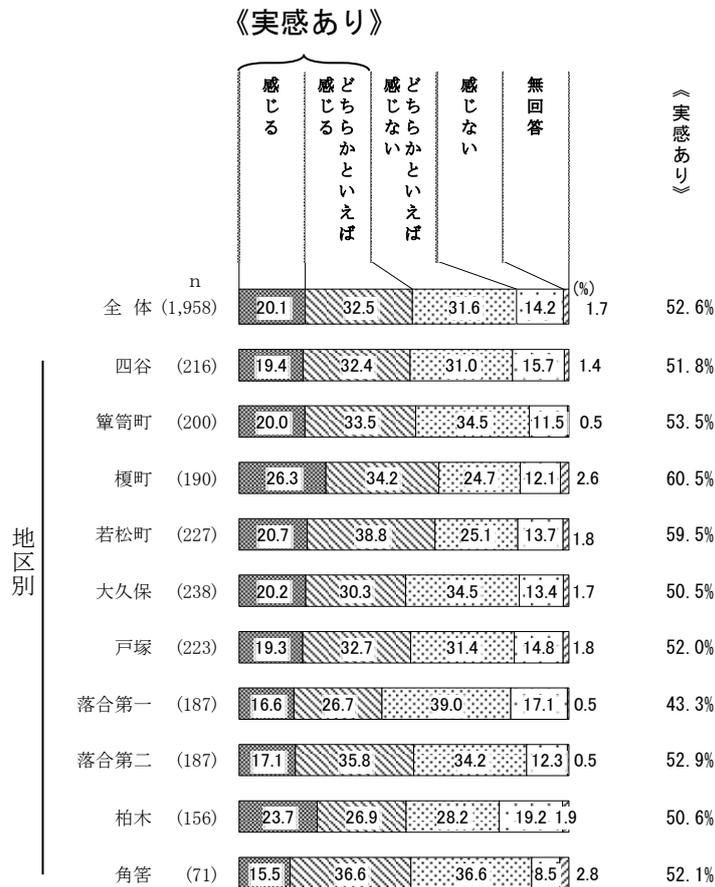
【一般高齢者(基本)・地区別】



図表11 地域のつながりの実感



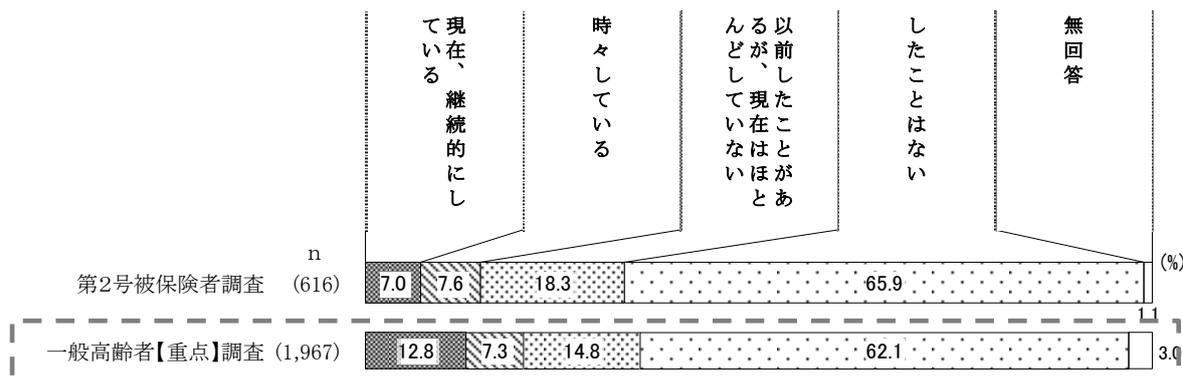
【一般高齢者(基本)・地区別】



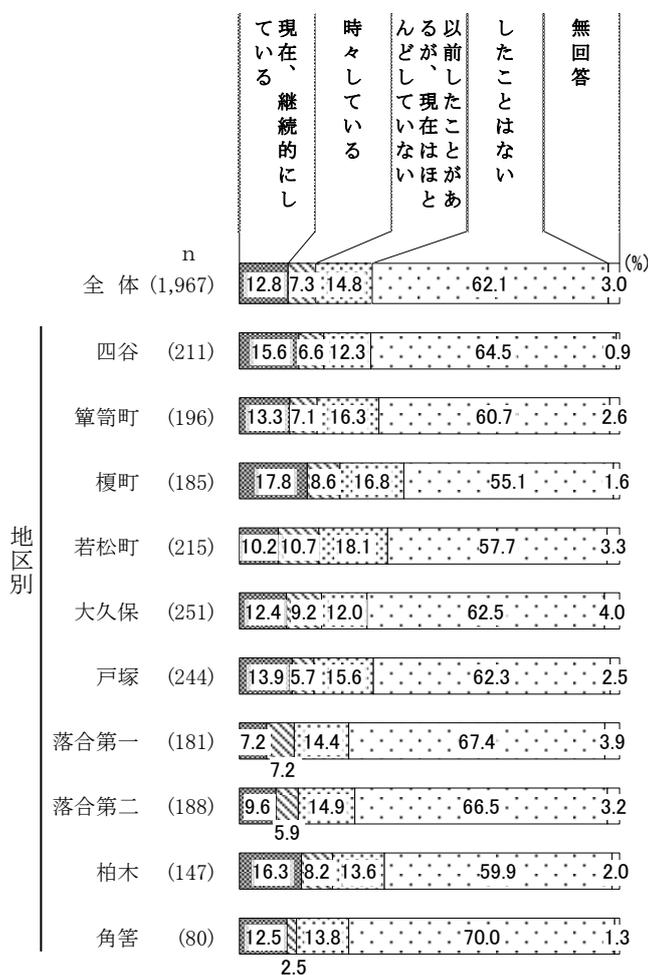
(4) 地域活動等への参加意向

現在の地域活動やボランティア活動等への参加状況（「現在、継続的にしている」と「時々している」の合計）は、一般高齢者【重点】調査で約2割となっています。一方、今後の参加意向（「してみたい」と「どちらかといえばしてみたい」の合計）は、約3割となっており、現在の参加割合より高くなっています。

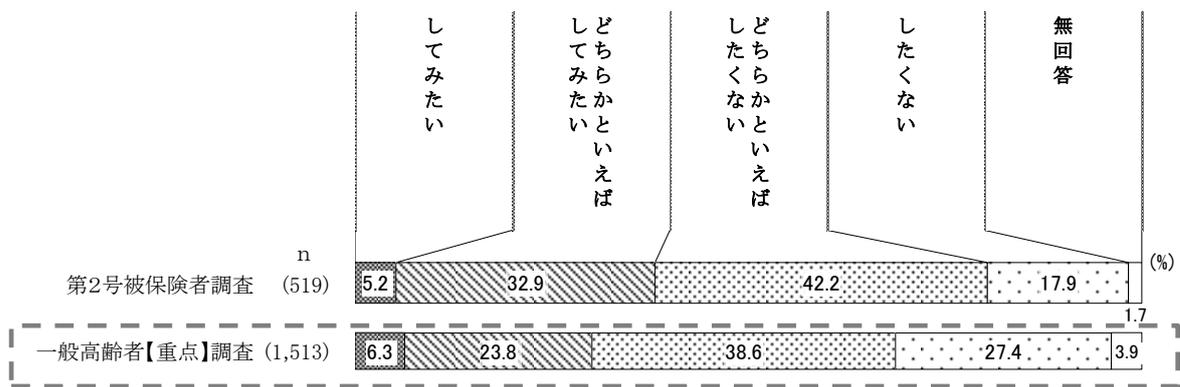
図表12 地域活動やボランティア活動等の状況



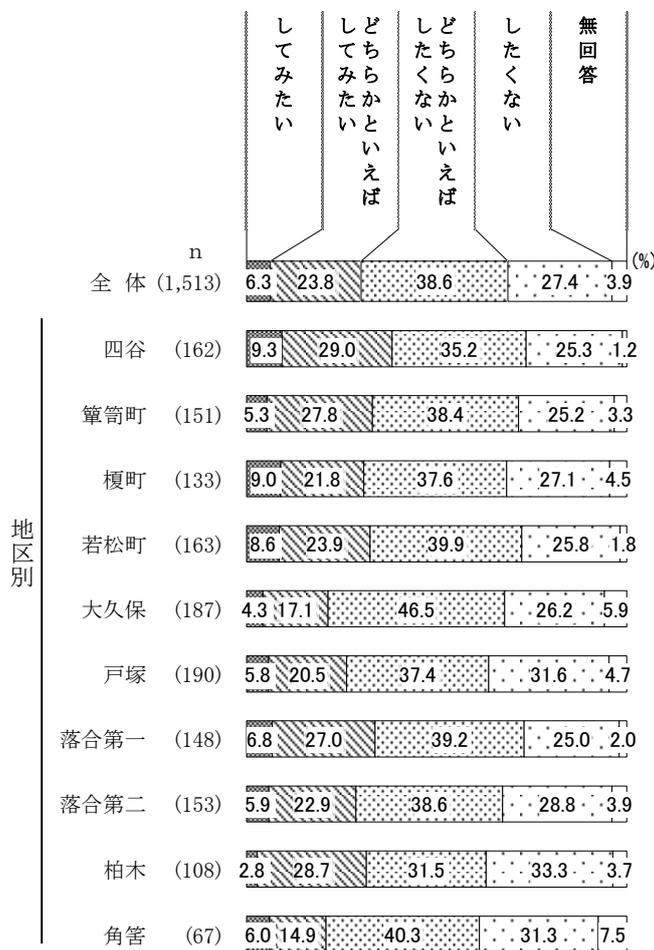
【一般高齢者重点・地区別】



図表13 今後の地域活動やボランティア活動等への参加意向



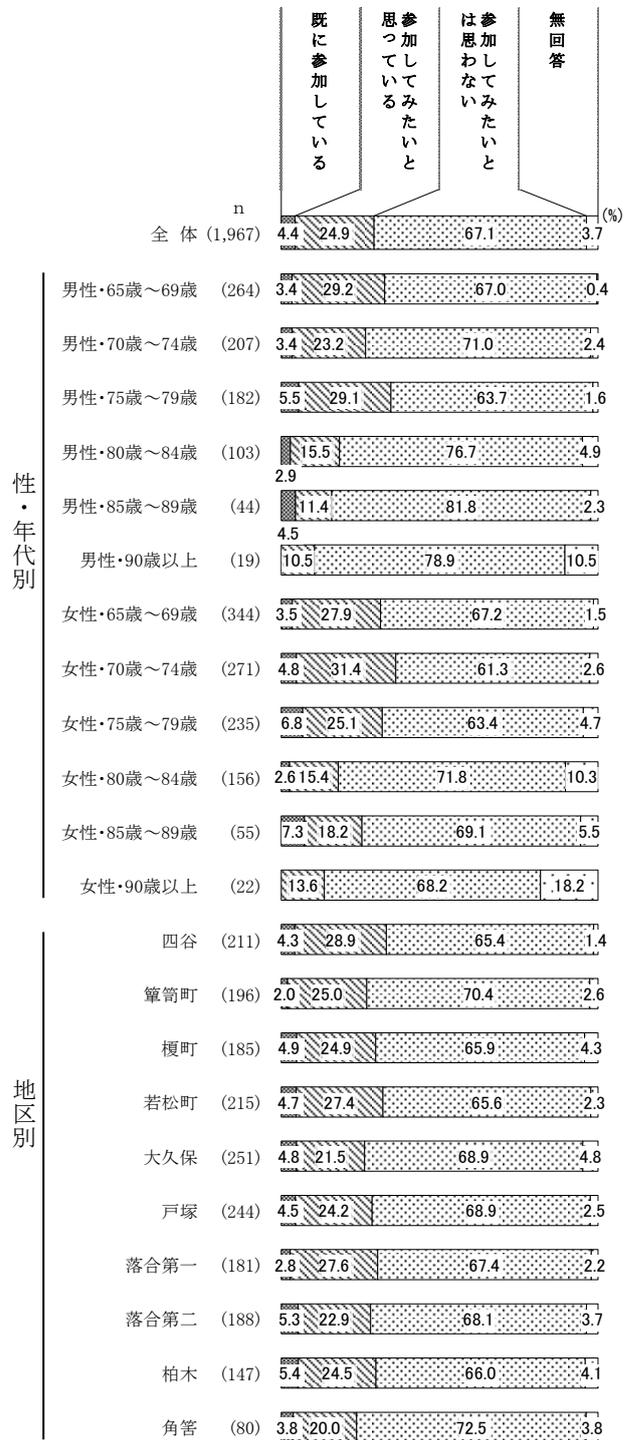
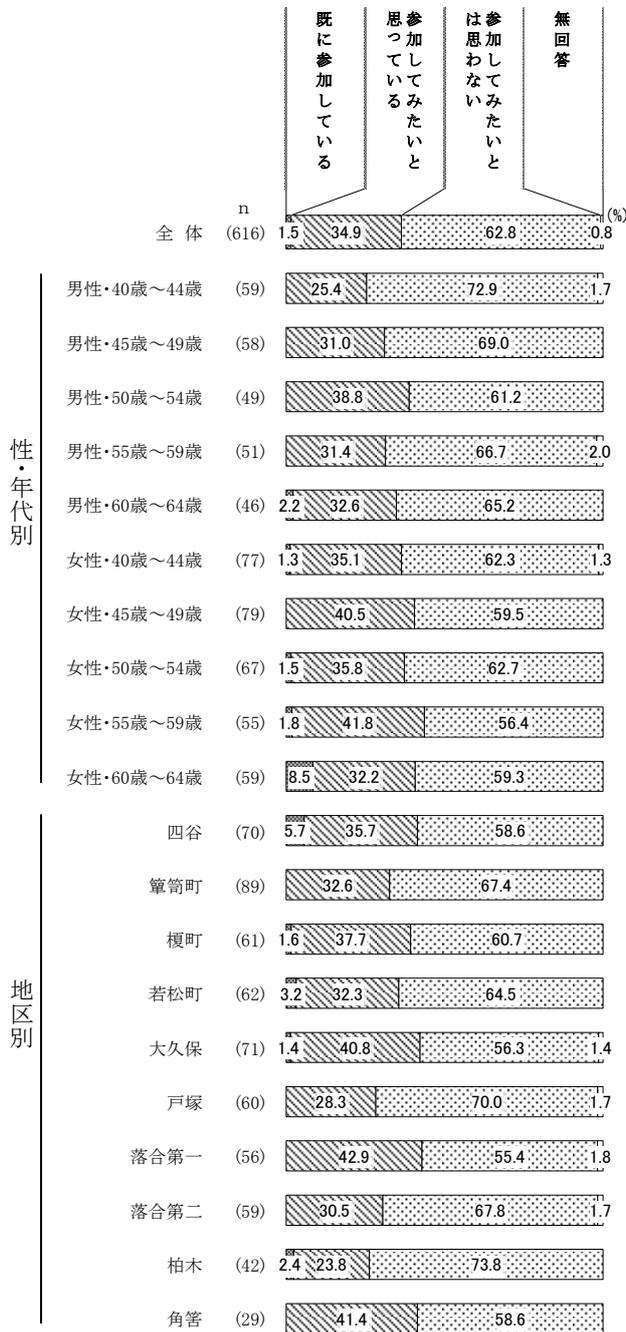
【一般高齢者重点・地区別】



図表14 地域の高齢者の身の周りの世話や生活を支援する活動への参加意向

【第2号被保険者・地区別、性・年代別】

【一般高齢者重点・地区別、性・年代別】

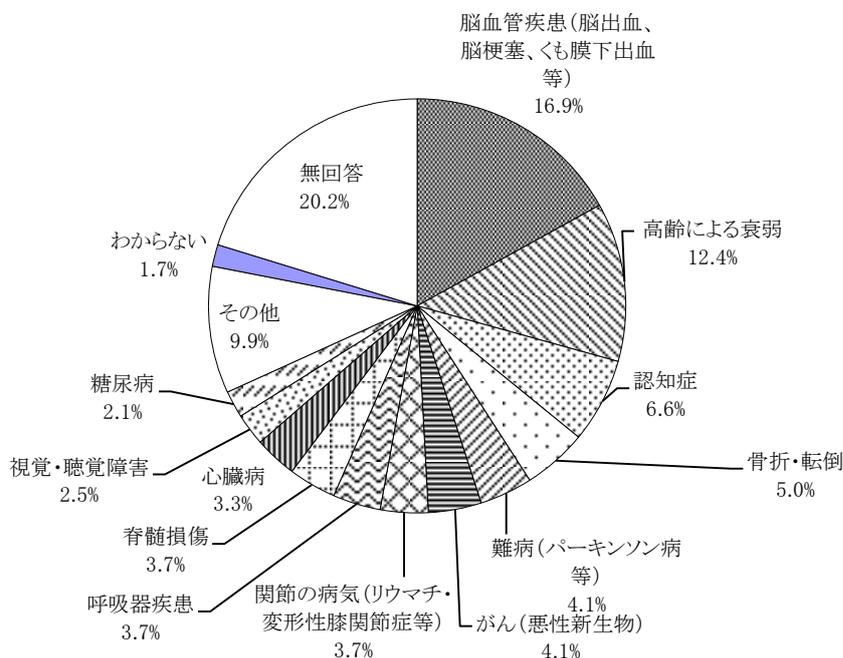


(5) 介護が必要となった主な原因

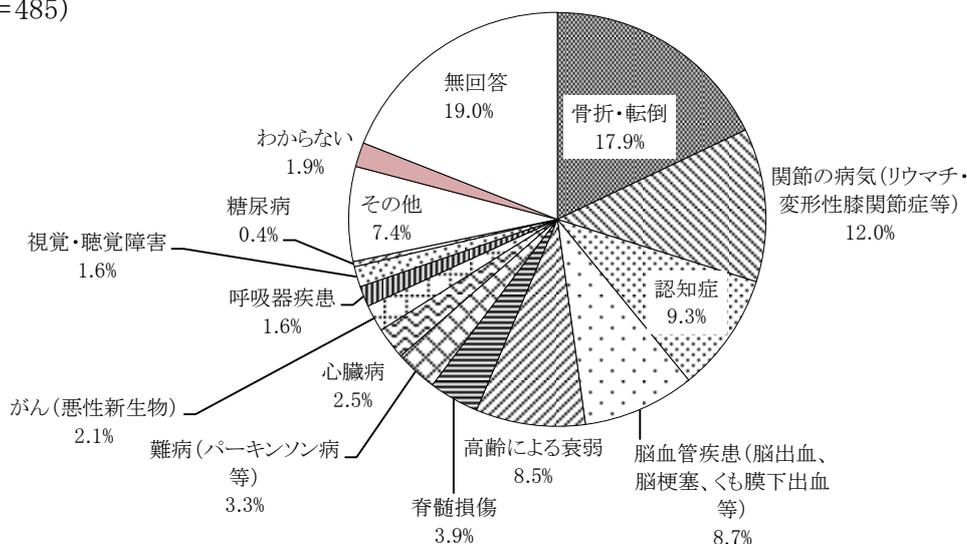
介護が必要となった主な原因について、性別で見ると、男性の場合、「脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等)」が16.9%と最も高く、次いで「高齢による衰弱」「認知症」の順で、女性の場合では「骨折・転倒」が17.9%と最も高く、次いで「関節の病気」「認知症」の順となっています。男女により、主な原因が異なっており、それぞれに応じた予防の取組の必要性がうかがえます。

図表15 介護が必要となった主な原因 【要支援・要介護認定者調査・性別】

男性(n = 242)

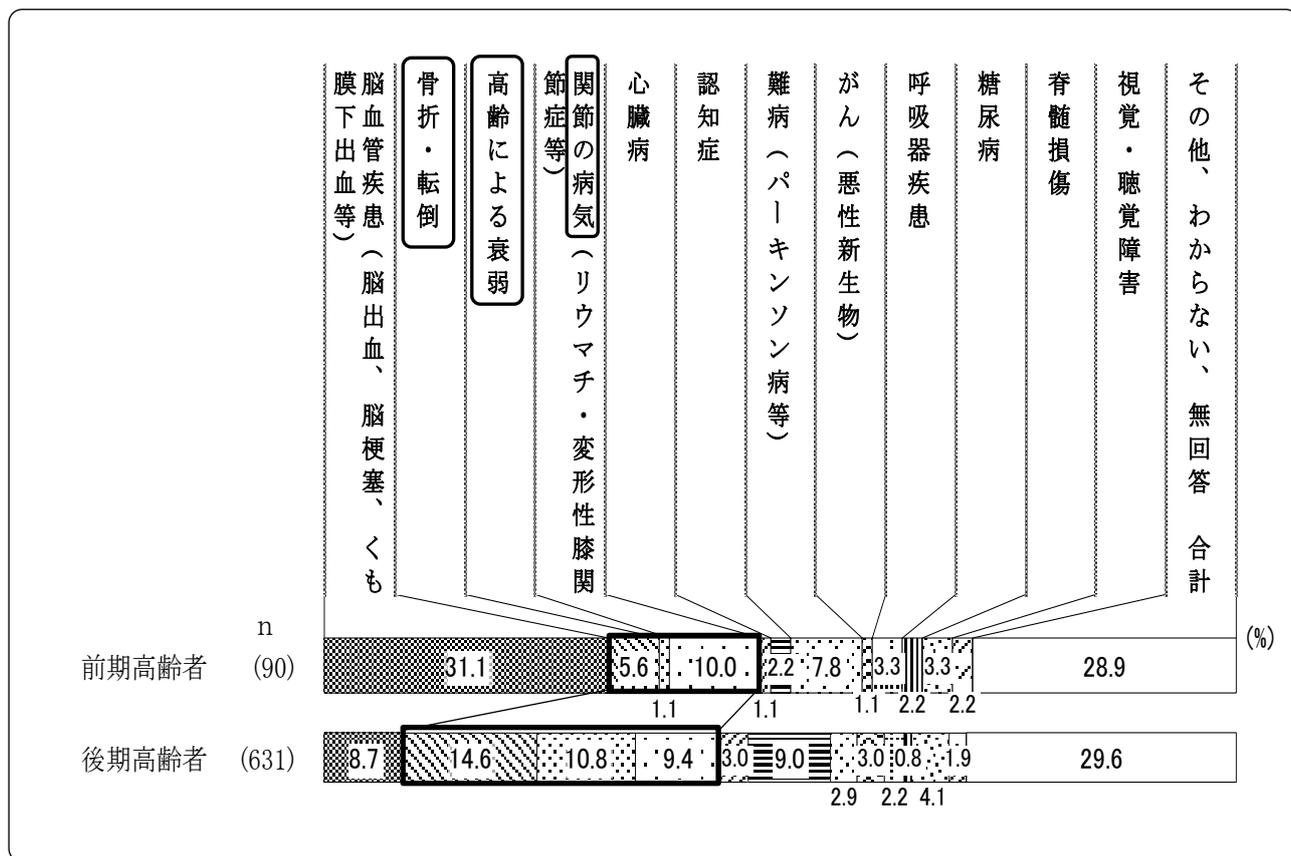


女性(n = 485)



また、介護が必要となった主な原因について、年齢区分別で見ると、前期高齢者では「脳血管疾患」が31.1%と最も高くなっています。一方、後期高齢者になると、「骨折・転倒」「高齢による衰弱」など、高齢による心身機能の低下に伴う不活発な生活に起因するものの割合が増えてきます。生活機能を低下させないための取組の必要性がうかがえます。

図表16 介護が必要となった主な原因 【要支援・要介護認定者調査・年代別】

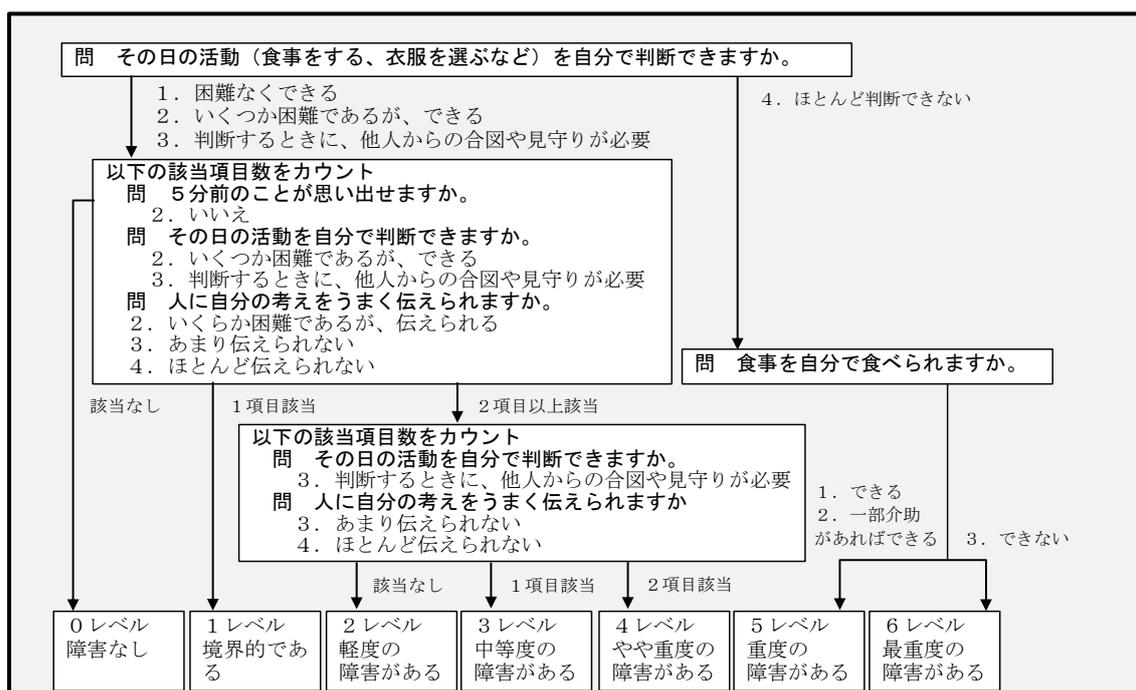
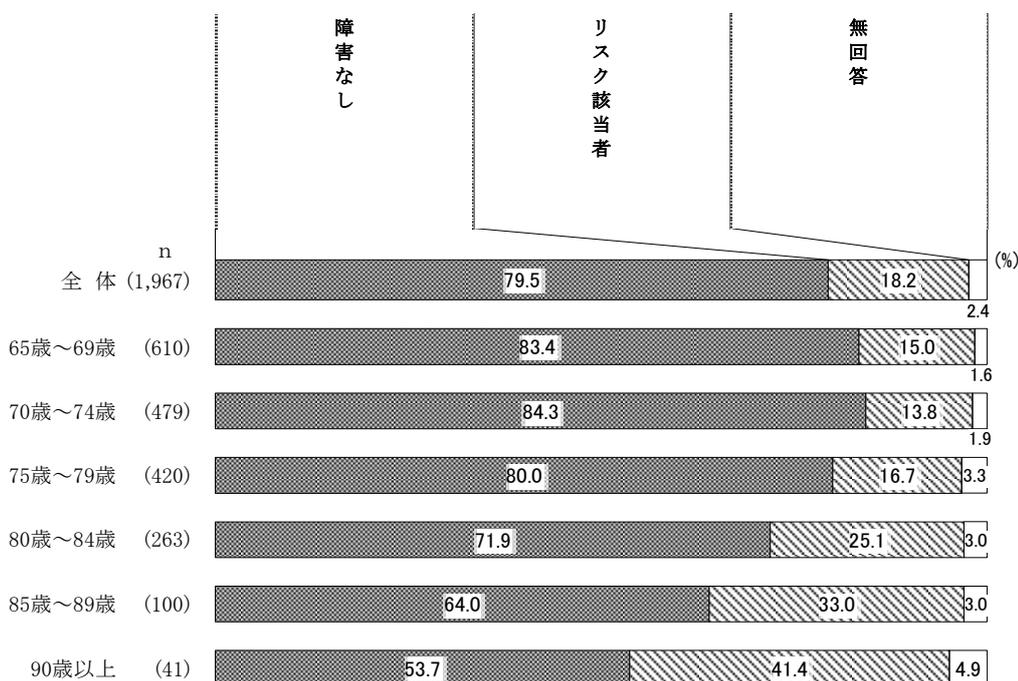


(6) 認知症高齢者支援に必要なこと

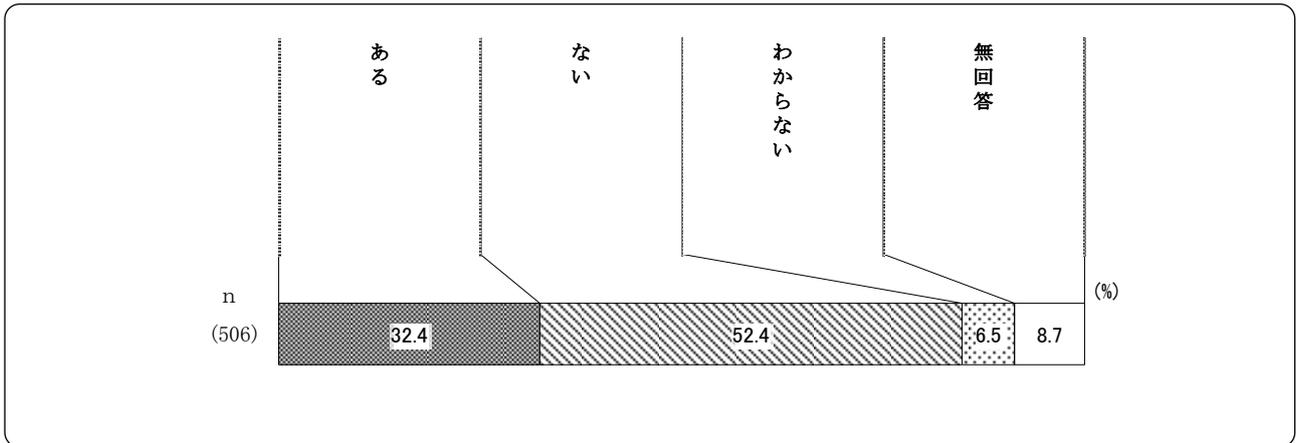
認知機能障害程度（CPS）を年代別で見ると、一般高齢者のリスク該当者は、年齢が上がるほど増加する傾向にあります。

なお、主介護者の回答によると、介護を受けている方の約3割に認知症の症状があります。また、認知症の介護で必要と思うこととして、「介護する家族等への支援」「医療的な支援」「介護保険などの公的サービス」が上位を占めており、認知症高齢者と介護者の双方への支援の必要性がうかがえます。

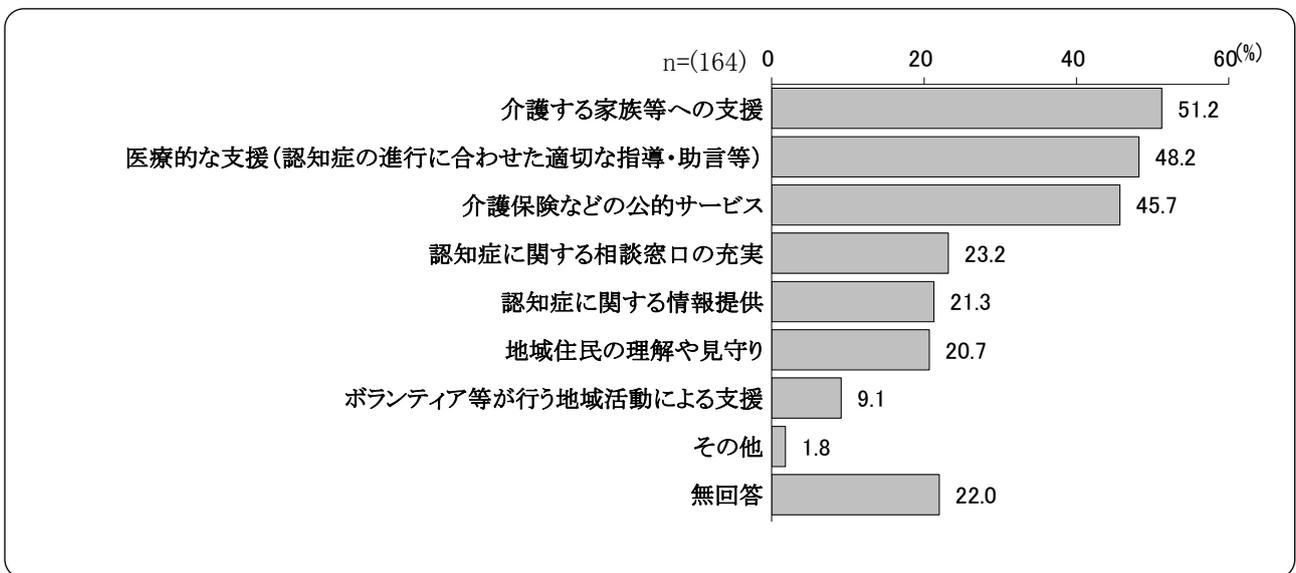
図表17 認知機能障害程度（CPS）（一般高齢者【重点】調査・年代別）



図表18 認知症の症状の有無（要支援・要介護認定者調査）



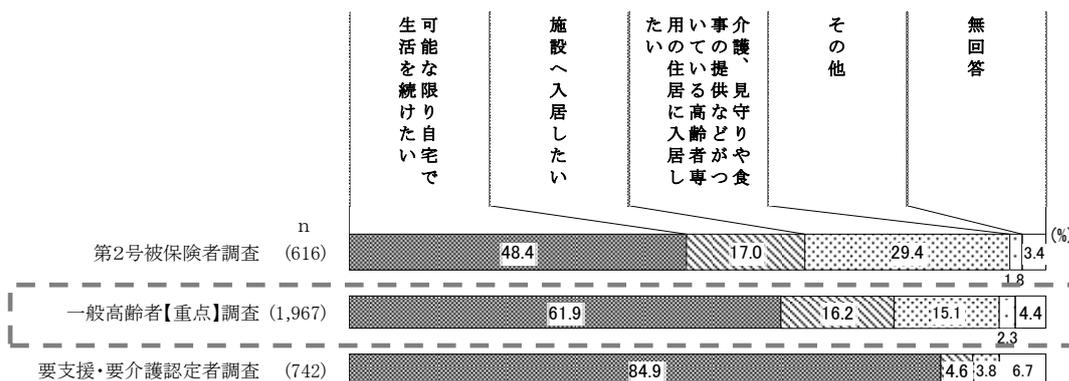
図表19 認知症の介護で必要と思うこと（複数回答）（要支援・要介護認定者調査）



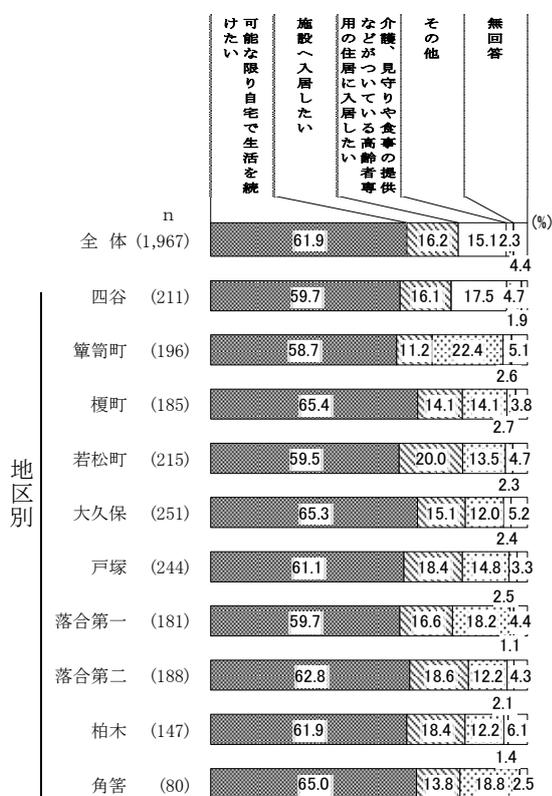
(7) 介護が必要になった場合の在宅生活意向

介護が必要になった場合に希望する生活場所は、どの調査とも自宅が最も高く、特に要支援・要介護認定者で8割を超えます。在宅生活を継続していくための支援を引き続き充実させていく必要性がうかがえます。

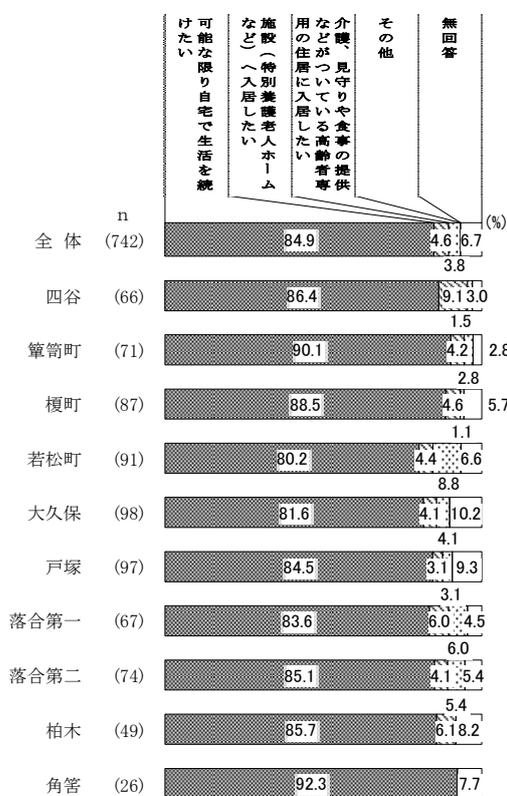
図表20 介護が必要になった場合の生活場所



【一般高齢者(重点) 地区別】



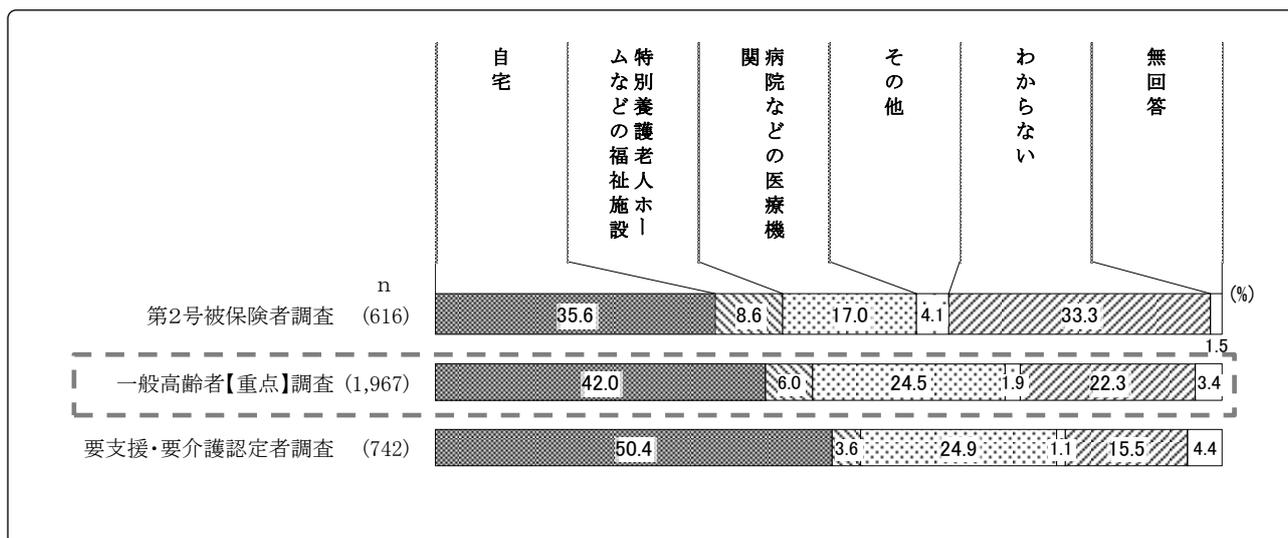
【認定者 地区別】



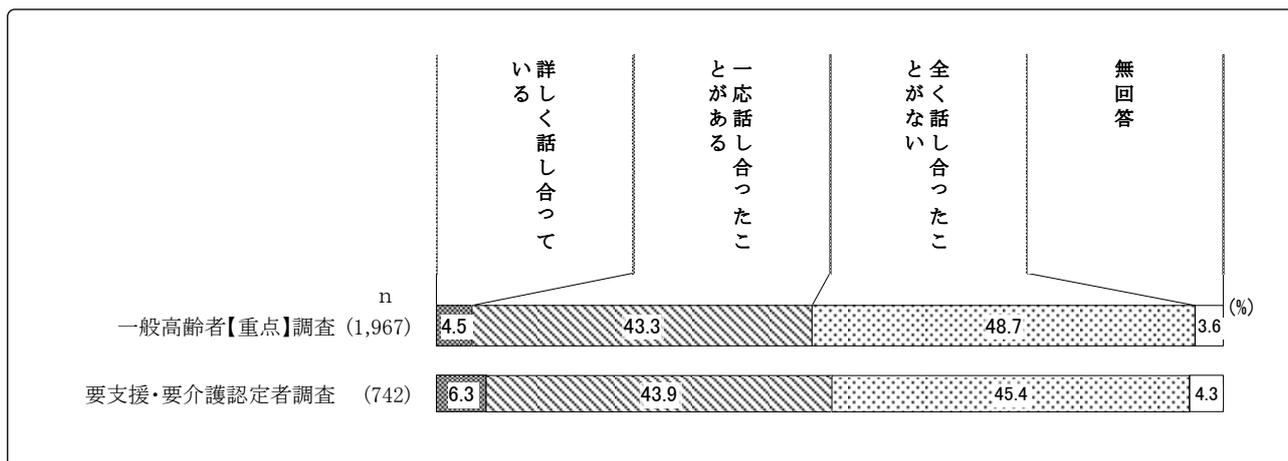
(8) 最期を迎えたい場所

最期を迎えたい場所として、一般高齢者【重点】調査では「自宅」が約4割で、要支援・要介護認定者調査になると約5割と増えます。一方、人生の最終段階において受けたい医療や受けたくない医療について、家族と話し合った経験は、「一応話し合ったことがある」「全く話し合ったことがない」がそれぞれ4割台となっており、家族等との十分な話し合いの必要性がうかがえます。

図表21 最期を迎えたい場所



図表22 人生の最終段階において受けたい医療や受けたくない医療について、家族と話し合った経験



第5節 第6期計画の総括

1. 重点的取組の振り返り

「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）の計画期間中の重点的取組として『「地域の活力」を生かした高齢者を支えるしくみづくり』『認知症高齢者への支援体制の充実』『地域における在宅療養支援体制の充実』の3つを位置づけ、進めてきました。これまでの取組と課題等を以下に整理しました。

重点的取組1	「地域の活力」を生かした高齢者を支えるしくみづくり
<p>【地域力を生かした支援体制の推進】</p> <p>〔第6期における取組〕</p> <ul style="list-style-type: none">● 高齢者の生活を住民主体で支える体制の整備を進めるため、新宿区社会福祉協議会に生活支援コーディネーターを配置するとともに、区民や関係機関等で構成する「新宿区生活支援体制整備協議会」を立ち上げました。また、地域の見守り活動関係者との意見交換の場として、「高齢者見守り支え合い連絡会」を各高齢者総合相談センターで開催し、見守りネットワークの強化を図ってきました。 <p>〔残された課題〕</p> <ul style="list-style-type: none">● 新宿区生活支援体制整備協議会で検討される地域課題等の解決に向けたしくみづくりを進め、実際の活動に結び付けていくことが求められています。また、見守りや支援を必要とする高齢者の情報が集まりやすい環境づくりを、高齢者総合相談センターを中心に、引き続き進めていく必要があります。 <p>【地域を支える担い手への支援の充実】</p> <p>〔第6期における取組〕</p> <ul style="list-style-type: none">● ふれあい・いきいきサロン、地域安心カフェ、高齢者クラブによる見守りや、ぬくもりだよりの配布など、様々な形で、多様な主体が地域の高齢者を支えています。● ボランティア活動のきっかけづくりと継続的な活動を支援するため、ボランティア・ポイント付与による支援を実施してきました。また、新宿区社会福祉協議会が運営する「新宿ボランティア・市民活動センター」では、地域の方々からのボランティア活動への相談に対応し、活動希望者の要望に合わせて活動につなぐよう支援してきています。 <p>〔残された課題〕</p> <ul style="list-style-type: none">● 高齢者の生活を支援するためには、地域で活動する多様な担い手が活躍しやすいような環境を整えていくことが求められています。● ボランティア未経験者やボランティア活動の意向がない方が、経年比較で増加してきており、ボランティア活動への参加に向けた意識の醸成・普及啓発を行う必要があります。また、活動者が安心して継続的にボランティア活動が行える環境づくりを引き続き行っていく必要があります。	

【認知症高齢者の早期発見・早期診断へのしくみづくりの強化】

〔第6期における取組〕

- 認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期診断につなげる体制づくりを進めるため、平成27年度から基幹型高齢者総合相談センターに、平成28年度からは地域型高齢者総合相談センターに、それぞれ認知症地域支援推進員を配置し、また、平成28年度から、地域型高齢者総合相談センター9所に認知症初期集中支援チームを設置しました。
- 地域のかかりつけ医と高齢者総合相談センターとの連携を進めるため、もの忘れ相談の担当医を地域の認知症・もの忘れ相談医に依頼するとともに、平成28年度には、認知症サポート医を中心に、地域の関係機関と連携して、認知症高齢者に関わる機関向けに「認知症診療連携マニュアル」を作成しました。

〔残された課題〕

- 認知症高齢者の早期発見・早期診断をさらに推進し、医療と福祉・介護の専門職が連携するとともに、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつける必要があります。また、高齢者総合相談センターでの認知症に関する相談が年々増加しており、相談支援体制の充実が必要です。

【認知症を正しく理解し適切に対応できる地域づくりの推進】

〔第6期における取組〕

- 平成28年度に、地域型高齢者総合相談センターごとに「地域版認知症ケアパス」を作成し、区民に情報提供を行ってきました。また、認知症についての正しい理解や対応の仕方、医療やサービス等の情報を掲載した、「認知症安心ガイドブック」を毎年作成し、配布してきました。
- 認知症高齢者を支えるしくみづくりとして、認知症サポーター養成講座を開催し、これまでに1万8,000人を超える認知症サポーターが誕生しました。また、認知症サポーターに対して、声かけ訓練等を取り入れたフォローアップ講座を定期的に実施し、地域での身近な活動を推進してきました。

〔残された課題〕

- 認知症高齢者を支えるしくみづくりを進めるために、認知症高齢者と介護者の支援に携わる関係者のネットワークづくりを推進するとともに、地域全体、子どもから大人まで幅広く、認知症に対する理解を促進していく必要があります。

重点的取組 3

地域における在宅療養支援体制の充実

【在宅療養体制の構築】

〔第6期における取組〕

- 地域保健医療体制整備協議会や在宅療養専門部会、各種連携会議において在宅療養支援体制の推進に向けた協議を行い、体制強化を図りました。
- 地域を網羅した在宅医療・介護資源のマップを作成して関係機関へ情報提供を行うとともに、医師会、歯科医師会、薬剤師会等と連携しながら在宅医療・介護相互のネットワークの構築を図りました。
- 交流会や研修会を開催し、在宅医療と介護関係者の顔の見える連携を推進しました。
- 在宅医療相談窓口と高齢者総合相談センターが連携し、区民や医療機関からの相談やコーディネートを行なうとともに、がん療養相談窓口、在宅歯科相談窓口を設け、医療を中心とした専門的な相談に応じてきました。

〔残された課題〕

- 在宅医療体制を構築するためには、区、各団体、各職種それぞれの取組において構築された在宅医療・介護ネットワークを有機的に連携させるなど、さらに有効に機能させていくための取組を行う必要があります。また、在宅療養支援診療所や在宅医を増やすための取組や、かかりつけ医が在宅医療を行いやすい体制整備が必要です。
- 在宅療養に関わる相談窓口について、その機能などを区民により広く知ってもらい、気軽に活用してもらうための周知が必要です。
- 今後、がんの治療や療養を行う区民が増えることが見込まれることから、相談や緩和ケアを受けられるよう、引き続き体制を整備していく必要があります。

【在宅療養に関わる専門職のスキルアップ】

〔第6期における取組〕

- 医療・介護関係職種を対象にして、様々な連携強化やスキルアップのための研修会を開催してきました。

〔残された課題〕

- 病院と地域の連携強化、多職種連携の推進、医療と介護の相互理解を深めるための研修が求められています。また、参加しやすい研修内容等の工夫が必要です。

【在宅療養に対する理解の促進】

〔第6期における取組〕

- 「在宅療養ハンドブック」や「在宅医療・介護資源マップ」等の配布や、地域学習会等の開催を通して、普及啓発を行ってきました。また、がん患者・家族のための講座を開催し、知識の普及とともに、同じ健康不安や思いを語り合う場を設けてきました。

〔残された課題〕

- 在宅療養の知識や理解促進に向けて、さらに幅広く普及啓発を行う必要があります。