

## 第4回新宿区高齢者保健福祉推進協議会作業部会委員意見まとめ(令和8年4月27日)

(1)新宿区高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画の進捗状況について

【資料1】

(●は委員ご意見・ご質問、➡は区の回答)

## 【21 健康ポイント事業】(6ページ)

●健康ポイント事業やウォーキングもマップの配布など、効果を上げていると思うが、例えば健康ポイント事業が令和6年度から7年度は(17,535→21,726人)大幅に伸びている。広報など工夫があったのか。

(秋山委員:訪問看護ステーション)

➡区ではインセンティブとなる景品を増やしているほか、令和7年度には、とうきょう健康応援事業「東京健康 UPlus」と連携し、健康ポイントを390ポイント貯めると東京都の協賛店舗で使える優待カードや東京ポイントをもらえるなど、インセンティブによるモチベーションの維持・向上を図っている。

## 【56 93 139 見守りキーホルダー事業】(12、20、29ページ)

●非常に役に立っているが、夜間帯の対応はどうなっているか。(森岡委員:介護サービス事業者協議会)

➡夜間帯は、警察が保護対応している。また、状況に応じて、区で借り上げた施設に、一時的に保護する場合もある。

## 【78 99 チームオレンジの実施】(18、22ページ)

●令和8年度末の目標を見ると、チームオレンジの開催数が30回となっているので、区内にもう1か所増える予定か、と思うが、現在どのような状況か。

(森岡委員:介護サービス事業者協議会)

➡具体的に進捗をお示しできる状況ではないが、ファミレスなど認知症カフェに興味があるところに話を聞いている状況。

## 【116 ショートステイ】(25ページ)

●(12所 119人とあるが)職員の方の人員不足で一部自主的に受入れを止めているような施設もあり、そこまで稼働していない印象がある。

(森岡委員:介護サービス事業者協議会)

(2)新宿区高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画の構成案について

(●は委員ご意見・ご質問、➡は区の回答)

(〔 〕は計画への掲載予定等)

【ケアマネジャー支援について】(資料2-2 6ページ)

●新宿区では独居高齢者の割合が23区中で2位という形で非常に高い。一人暮らしの生活支援事業は、ケアマネジャーのシャドーワークともリンクするので、何かができない方、手続上の問題がある方に対してフォローしてもらうというのは、豊島区でもこういう部分をリンクさせて、ケアマネジャーの負担を軽減するというのを聞いたので、施策とリンクさせていくと、ケアマネジャーのシャドーワークの負担は少しは軽減できるかなとは思っている。

(塩川委員:ケアマネジャー)

【一人暮らし高齢者の見守りについて】(資料2-2 6ページ)

●85歳以上の要介護認定率が非常に急に高くなると言われていて、85歳のハードルをどう越えるか、が話題になっているのではないかと聞いている。

「ぬくもりだより」を社会福祉協議会や民生委員が75歳以上に配付しているが、85歳あたりに対して、もう少し重点的な見守り体制ができないかと思う。今まで比較的元気に過ごしていた方が、転倒等をきっかけに入院するとどこへ行くのか決めかねるという。高齢者総合相談センターに駆け込んで、一気に介護申請をするも、手続を取れない方が多いと聞く。まだまだ元気だと思っても、85というハードルを越えると、転倒して運ばれて、それ以降は住み慣れたところに戻ってこれない状況になってしまう。そのときも手続が大変。病院も高齢者総合相談センターも困るという状況が生じるので、それを早めに対策を立てるために、情報を発信するというのはとてもよいことではないかと思う。

(秋山委員:訪問看護ステーション)

【頼れる身寄りのいない高齢者について】(資料2-2 6ページ)

●自分の担当する地域でも、頼れる身寄りのない高齢者で、電気・ガスが止まってしまったケースが複数あった。地域の方から情報が入って、本人と信頼関係をつくりながら支援するが、時間がかかる。このようなケースは時間がかかる、というのを実感している。

(小林委員:高齢者総合相談センター)

【療養病床数について】(資料2-2 13ページ)

●人口10万人当たりの医療資源と、新宿区が療養病床数が極端に少ないのはなぜか。

(梶原委員:歯科医師会)

➡新宿区は急性期の病床数(病院)は多いが、療養型病院はない状況。杉並区や中野区と合わせた区西部保健医療圏で療養病床を確保している。

【計画の基本理念について】(資料2-3 6ページ)

●「だれもが人として尊重され ともに支え合う地域社会をめざす」という基本理念はすごく良いと常々思っている。近年ケアマネジャーも ICT 化などを求められることも多いが、このような倫理観のようなものがとても大事だと思う。どのような形で基本理念を周知していくのか。

(塩川委員:ケアマネジャー)

●せっかく理念があるのだから、誰もが目につくところにあるというのが重要なことで、新宿区で何かイベントをするたびに、常にトップにあるとか、それぐらいにしていけばいいのではないかと思う。「だれもが」は高齢者だけでなく、子どもでも障害者でも、国籍・人種関係なく「だれもが」ということで、常にトップにあるようにするとよいのではと思う。

(松原会長:早稲田大学人間科学学術院)

➡計画の冊子に掲載するだけでなく、ホームページでも公開している。また、素案の公表や計画策定時には区広報でも周知しており、引き続き周知を進めていく。

【新宿区認知症施策推進計画について】(資料2-3 12・13ページ)

●認知症になっても自分らしく暮らせるまちづくりは、地域の方々に認知症のことについて理解していただくことが必要だと思う。認知症に関心を持ってもらった方が認知症サポーター養成講座につながれば、と思い、町会やサロンで養成講座より短めの内容で話す機会を作っている。

学童クラブに対して認知症サポーター養成講座を実施したところ、後日、保護者の方から「子どもからサポーター養成講座のことを聞いた。どうやって認知症のことを教えようと思っていたところだったので、とてもありがたかった」と感謝の電話をいただいた。子どもから教える、というのも大事だと思った。

(小林委員：高齢者総合相談センター)

- 子どもから教えるというのは、本当に重要なことだと思うので、幼稚園、保育園、小学校、中学校、高校まで、ぜひ教育を1年に1回でいいので、毎年やると、また変わってくるのではないかと思う。

教える人材がいるのかという話もあるが、新宿区には優れた人材が多い。年に1回程度でも講話や研修を実施し、それをビデオで記録すれば、6年間のうちに少なくとも1回は多くの人が生の声を聞く機会を得られる等、工夫して取り組むとよいと思う。

(松原会長：早稲田大学人間科学学術院)

【認知症キッズサポーターについて掲載予定】

【介護職員の処遇改善について】(資料 2-4 P27-30)

- 他の自治体、近隣では杉並区、渋谷区、練馬区あたりで介護職員の処遇改善を区独自で行うところが出てきている。渋谷区と新宿区の2拠点で運営をしているが、渋谷区だけ処遇改善を図られると新宿区のヘルパーが引き抜かれる。単価が高いから渋谷区の事業所に移りたいと言われると止められない。周辺でそういう状況が起こると、大変なことになると思う。

以前、新宿はそういう形でお金は出さないと聞いたが、周りが始めてくると、人材流出は避けられないと思うので、検討いただけるとありがたい。

(森岡委員：介護サービス事業者協議会)

→ヘルパーがなかなかいないというところと、いろいろな区で独自に処遇改善をしているのは区として把握している。処遇改善については国の責任において実施すべきだが、今回の調査の結果を踏まえ、第10期の計画期間の中で、新宿区の課題に対応した支援というものを始めたいと今検討している。

【保険外サービスについて】(資料2-4 31・32ページ)

- 多数のサービスがあり、非常に役立っていると思うが、実際動いていないサービス、社会資源が足りず有名無実化しているサービスも幾つか散見している。特に高齢の方でお困りという話を聞くのが、理美容サービスで、対応していただけないことがある。西落合のエリアは、今動いている理美容師が一人もおらず、実際使えないという話がある。個人で動いている訪問理美容専門の方や、企業と提携できないか。

回復期生活支援サービス、介護者リフレッシュ支援事業についても、なかなか使えていない。特に介護者リフレッシュ支援事業は通院介助等でも使えるサービスだが、長時間のヘルパーは、今出せないと言われてしまう。ヘルパーをどうにか増やしていきたい。

(森岡委員：介護サービス事業者協議会)

【在宅医療について】(資料2-4 33-36ページ)

- 三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)の会で在宅医療をされている医師から、「歯のことも見てほしいが、どこに相談すればいいかわからない」と言われ、歯科医師会の電話を伝えた。医師会の在宅を担う先生、在宅歯科診療、訪問診療の先生との橋渡し、連携構築が、まだ少しできていないのかなという感じがある。在宅歯科相談窓口の相談件数は減っているが、訪問されている先生に聞くと、1軒行くと、関わっているケアマネジャーから、この方もお願いします、と広がっていく。歯科医師会のほうに直接相談されるケースは減っているが、裾野は広がっていった可能性はあると思う。

(梶原委員：歯科医師会)

【ACPについて】(資料2-4 33-36ページ)

- 転倒や骨折をきっかけに入院すると、急速に心身機能が低下し、そのまま在宅に復帰できず施設へ移行してしまうケースが多い。これを防ぐには、ACP(人生会議)を含め、「どこでどのように暮らし、最期を迎えたいか」を早期に本人から聞き取り、共有しておくことが重要だが、現状では十分に行われていない。その結果、急性期病院の次の行き先探しが困難になっている。過度に寝かせず早期リハビリを進め、病院と在宅側(訪問看護等)が密に連携する体制を早く整える必要がある。新宿では病院連携室と訪問看護ステーションの話し合いの試みはあるが、数が多く難しい。そのため、費用面から遠方の施設に入所し、そのまま帰れない状況がある。かかりつけ医や歯科受診がなく元気に暮らしていた人でも、入院を契機に認知機能が低下し、在宅復帰が難しくなる現実がある。「超」急性期病院が多い新宿では「送り出す」ことに重点が置かれ、時間をかければ在宅復帰可能でも調整が間に合わない場

合がある。本人が望めば一人でも「帰ってこられる」体制の強化が必要である。

「暮らしの保健室」は、元気な高齢者が通いの場として利用しており、日常的な交流の中で健康や暮らしについて考える機会となっている。利用者の一人が入院後に急激に状態が変化した様子を目の当たりにし、周囲の高齢者が「自分ではできる限り入院したくない」「意思を明確に表しておくことが大切」と発言するようになった。通いの場で、事例を見聞きすることで、ACP(意思表示)の重要性を実感し、自立した高齢者自身から主体的な発言が生まれている。

また、102歳で一人暮らしを貫き、本人の望みどおり自宅で最期を迎えた事例があった。訪問ヘルパーが異変に気づいた後、慌てることなく主治医・訪問看護へ連絡し、死亡診断が行われ、地域の人々に見送られる形で対応できた。この一連の看取りの経験を、近隣住民が共有できたことは、「こういう最期の迎え方がある」という具体的なモデルとして大きな学びとなった。一つ一つの事例を地域で丁寧に関わり共有し、それが“種”となって広がっていくことは、地域における看取りや生き方を考える上で非常に意義がある。

(秋山委員：訪問看護ステーション)

- 現代では、マンションなどの住宅事情もあり、看取り合うことがないが、地域に開かれた場があれば、人が亡くなる場面に立ち会い、看取りを身近に経験することが可能となる。こうした経験は非常に重要であり、その意義も含めて、まずは広報の強化が必要である。ACPの重要性についても、地域での具体的な経験があれば理解は深まるが、多くの人は経験の機会も場所も知らないのが現状である。周知が不十分なままでは、死や看取りへの不安から、安易に入院を選び、結果として遠方の施設へ入るケースがある。遠方の施設の質が必ずしも良心的でない場合、問題や事件につながることもあり、これらを防ぐためにも地域での取り組みを進める必要がある。

(松原会長：早稲田大学人間科学学術院)

【トピックスとして掲載予定】

- 新宿区版エンディングノート「わたしのノート」
- 在宅療養ハンドブック(あなたらしく生きるための人生会議)
- 地域学習会

【災害時要援護者対策等について】(資料2-4 41-44ページ)

- 災害時要援護者対策で、福祉避難所のことが新しく入ったのはよかった。要配慮者災害用セルフプランがどんなものなのか、その普及啓発はどうやっているのか、災害時要援護者の名簿への登録はどのように勧奨しているのか。

(鶴岡委員：日本社会事業大学大学院)

- ➡要配慮者災害用セルフプランについては、災害時に特に配慮を要する要配慮者が自助の取組の一環として、自宅での生活を継続するために必要な備えをするとともに、避難所へ行った際に適切な支援を受けられるようにするための様式であり、日常備蓄品リスト等を記載できるようにした自宅保存版や、ご自身の状況等を記載できる携帯用の冊子等で構成されている。

今年度、災害時に要配慮者の方一人一人について、円滑かつ迅速に支援等が行えるよう、個別避難計画の作成を予定しており、その過程で災害時要援護者名簿の登録勧奨についても行っていく。

- どういう対象に対して、例えば地域の高齢者全体に広く一斉に周知するのか、あるいはイベントや集まりの場など、特定の機会を通じて配布するのか等、決まっているのか。

(鶴岡委員：日本社会事業大学大学院)

- ➡要配慮者災害用セルフプランは、災害対策基本法で作成が義務付けられている避難行動要支援者名簿に記載されている者を対象として郵送配布しており、延べ約 17,000 名に配布した。今年度作成予定の個別避難計画についても、同様に避難行動要支援者名簿記載者である約 9,000 名の者を対象として、郵送により登録勧奨する。

【トピックスとして掲載予定】

- 個別避難計画