

(案)

第1章 計画策定の概要

第1節 計画策定の背景

1. 将来を中長期的に見据えて

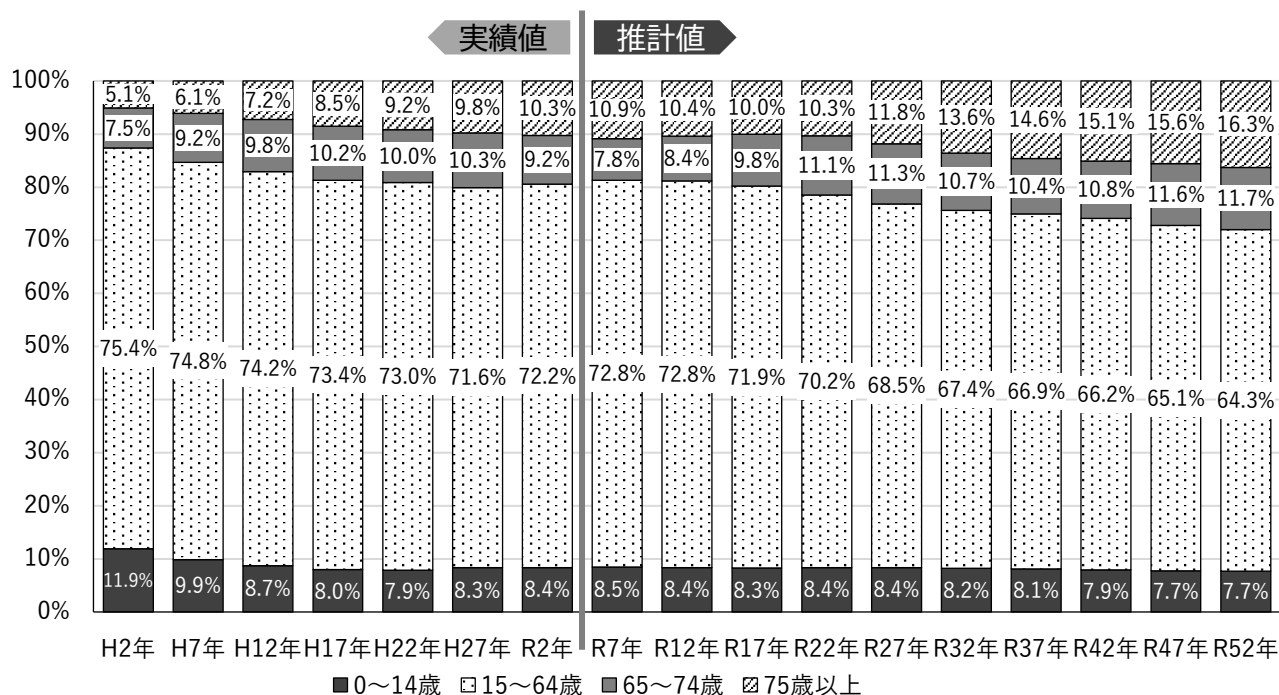
(1) 高齢化の進展

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口(令和5(2023)年推計)によれば、日本の高齢化率¹は令和12(2030)年に30.8%、令和22(2040)年には34.8%に達すると見込まれています。高齢化率はその後も上昇を続け、令和52(2070)年には37.4%、国民の約2.7人に1人が65歳以上となる社会が到来すると推計されています(いずれも、出生中位推計)。

新宿区の将来人口推計(新宿自治創造研究所)によれば、高齢化率は全国よりも低い水準で推移するものの、令和12(2030)年に18.8%、令和22(2040)年には超高齢社会といわれる21%を超え、21.4%になると見込まれています。

高齢化率はその後も上昇を続け、令和52(2070)年には28.0%に達して、新宿区の人口の4分の1以上を高齢者が占める見込みとなっています。

▼ 年齢区分別将来推計人口割合の推移と推計



※小数点第2位以下四捨五入

出典: 令和2年までは国勢調査実績
令和7年以降の推計値は研究所レポート2023 No. 1「2020年国勢調査に基づく新宿区将来人口推計」(新宿自治創造研究所)

1 高齢化率: 総人口に占める65歳以上人口の割合

(2) 地域包括ケアシステムの深化

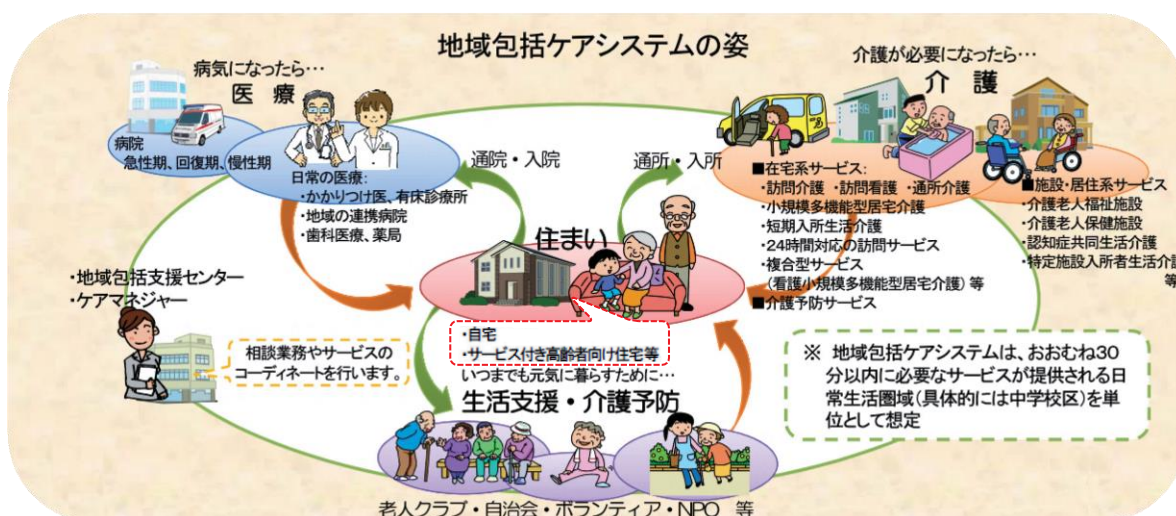
「新宿区高齢者保健福祉計画・第10期介護保険事業計画」(以下「本計画」という。)は、団塊ジュニア世代が全て65歳以上の高齢者となり、生産年齢人口の急激な減少や介護人材の不足、社会保障費のさらなる増大が懸念される令和22(2040)年を見据えながら地域包括ケアシステム*の深化に取り組んでいくことが必要となります。

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人生の最期まで続けることができる地域づくりに向けて、個人の尊厳の保持と自立生活の支援が重要になります。そのためには、「医療」「介護」「住まい」「生活支援・介護予防」等が包括的に提供される「地域包括ケアシステム」の深化と介護保険制度の持続的な運営により、地域の実情に応じた高齢者福祉施策の推進や介護保険サービスを一層充実させていくことが求められています。

■地域包括ケアシステムの深化

- ① 総合事業の多様なサービス・活動の充実に向け、多様な主体とのつながりづくり等の更なる支援や質の向上を図るための分析・評価等を推進。
- ② 頼れる身寄りがない高齢者等の生活ニーズを地域課題として解決するため、関係者を含めて地域全体で対応を協議し、切れ目のない支援が提供される地域づくりを推進。
- ③ 認知症基本法及び認知症施策推進基本計画を踏まえた取組の推進。

(資料)「基本指針について」社会保障審議会介護保険部会(第134回)令和8年3月9日



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くみのことです。

(3) 健康づくりと介護予防・フレイル予防

高齢者が、この先も長く、自分らしく、地域で幸せに暮らしていくためには、高齢者自身が高齢期を余生と考えるのではなく、第2の現役時代として前向きに捉え、健康づくりや介護予防・フレイル[※]予防、そして毎日をいきいきと過ごすための活動を実践していく必要があります。

健康寿命の延伸をめざす健康づくり、要介護状態の発生をできる限り防ぐ(遅らせる)介護予防、加齢に伴う心身の活力の低下に対応するフレイル予防、いずれもできるだけ早くからの取組が重要であり、特に団塊ジュニア世代よりも下の年代で人口ボリュームの大きい新宿区においては、中長期的な視点からの支援体制整備が重要です。そのため、「新宿区健康づくり行動計画」との整合を図りながら進めていきます。

※フレイルとは、日本老年医学会が平成26(2014)年に提唱した概念で、「Frailty (虚弱)」を語源とするものです。健康な状態と要介護状態の中間に位置し、加齢に伴い心身の活力が低下した状態を指します。フレイルを早期に発見し、食事や運動など適切な対応で再び元気を取り戻し、健康寿命を延ばすことが期待されています。

(4) 災害や感染症対策に係る体制整備等

近年、わが国では毎年のように各地で台風や豪雨による自然災害が発生し、新型コロナウイルス感染症の流行が日常生活に大きな影響を与えました。

安心した日常生活の礎である地域包括ケアシステムの深化にあたっては、防災や感染症対策についての周知啓発や、災害・感染症発生時の支援・応援体制を構築するなど、日頃から体制を整えておくことが重要です。

特に、首都直下地震などの大地震でも津波の被害が想定されない新宿区においては、命を守るためには直接死を防ぐことはもちろん、災害関連死をなくすことがより大切となります。

そのため、日頃から要介護高齢者の生活を支援している介護事業所が中心となり、災害時も継続して要介護高齢者の支援ができるよう体制を構築していきます。

災害や感染症に対する取組等は、「新宿区地域防災計画」や「新宿区新型インフルエンザ等対策行動計画」との整合を図り進めていきます。

また、新宿区は国内外から様々な目的を持った人が集うまちであり、ともに暮らすまちであることから、情報提供の方法や内容の充実といった取組も重要です。

緊急時や災害時のみならず、生活情報の提供や窓口対応などにおいても、区の多文化共生関連施策と足並みをそろえていきます。

(5) 認知症施策推進計画策定の背景

わが国の認知症の人の数は、令和4(2022)年でおおよそ443万人(65歳以上高齢者の12.3%)、軽度認知障害の人の数は559万人(同15.5%)と推計されており、認知症及び軽度認知障害の人は、65歳以上高齢者の約4人に1人に達しています。急速な高齢化に伴う認知症高齢者数の増加に応じた医療・介護の対応・支援体制を強化するべく、国は、平成24(2012)年9月に「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)、平成27(2015)年1月に「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)を策定しました。さらに、令和元(2019)年6月には認知症になっても希望を持って暮らせる「共生」と、発症を遅らせる「予防」を両輪とする「認知症施策推進大綱」が策定され、取組が進められてきました。

区では、平成20(2008)年度から認知症施策担当者を配置し、区と地域型高齢者総合相談センターとの協働による取組を行ってきました。平成28(2016)年度から、地域型高齢者総合相談センターに、複数の専門職(医療系、介護系・福祉系)による、認知症初期集中支援チームを設置し、認知症の症状に沿った対応のアドバイスや必要な医療・介護サービスの導入を行っています。また、平成20(2008)年度から「認知症サポーター養成講座」を開催しており、令和7年3月末には、3万人を超える認知症サポーターが誕生しました。多くの方がサポーターになることで支援の輪を広げ、認知症の人やその家族の意向を大切にしながら、認知症の理解を深めるための普及・啓発や早期発見の取組等を推進してきました。

こうした取組を推進するなか、令和5(2023)年6月に「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。)が成立しました。認知症基本法では、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共生社会の実現を推進することを目的に、認知症の人やその家族の意向を十分に尊重しながら、共生社会の実現に向けて認知症施策を国・地方が一体となって講じていくことが掲げられました。

新宿区認知症施策推進計画については、これまでの区での取組を踏まえ、今後、増加が見込まれる認知症高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、認知症に係る医療と福祉・介護の連携強化を図るとともに、認知症についての正しい知識の普及を進めていくなど、地域で認知症高齢者を支援する体制を充実していくため、また、国の認知症施策推進大綱と認知症基本法の趣旨に基づき認知症施策を総合的かつ計画的に推進していくため、高齢者保健福祉計画に包含するものとして一体的に策定します。

■共生社会の実現を推進するための認知症基本法の目的

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し、もって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(=共生社会)の実現を推進。

■認知症施策推進基本計画(国) 4つの重点目標

- ①国民一人一人が「新しい認知症観」を理解していること
- ②認知症の人の生活においてその意思等が尊重されていること
- ③認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができること
- ④国民が認知症に関する新たな知見や技術を活用できること。

(6) 頼れる身寄りのない高齢者を取り巻く状況と課題

新宿区では、高齢化の進展や単身世帯の増加、地域におけるつながりの希薄化を背景として、身寄りのない、または身寄りがあっても家族や親族から十分な支援を受けることが難しい高齢者が、今後さらに増加することが見込まれています。多くの高齢者が住み慣れた地域での生活継続を望んでいる一方で、日常生活の中で頼れる人が身近にいないという状況に置かれています。

新宿区ではこれまで、高齢者総合相談センターを中心に、相談支援や見守り等の支え合い活動を重視した取組を進め、孤立の防止や早期の課題把握に一定の役割を果たしてきました。しかし、身寄りのない高齢者等が抱える課題は、日常的な見守りにとどまらず、入院・退院、介護施設への入所、住まいの確保、さらには死後の対応など、生活の転機において一層複雑かつ深刻に表面化する傾向がみられます。

特に、緊急入院時の各種手続きや身元に関わる調整、入院中や退院後の生活支援については、本人のみで対応することが困難な場合が多く、これらの対応の一部は、現行制度において明確に位置づけられていないものの、高齢者の生活を支える観点から、支援の現場において担われてきた側面があります。また、将来への不安や判断能力の低下に備える必要が生じても、相談先が分からず、課題が潜在化・深刻化してから顕在化するケースも少なくありません。

近年、国においては、社会保障審議会等における議論を通じて、身寄りのない高齢者や判断・意思決定に配慮が必要な高齢者への支援について、従来の制度の枠組みのみでは十分に対応できない課題が指摘されており、必要な支援の整理や制度的な位置づけを検討する動きが進められています。東京都においても、同様の課題認識の下、自治体が担う役割や支援体制の充実に向けた取組が進められています。

今後は、こうした状況を踏まえ、身寄りのない高齢者等を支える上で新宿区が果たすべき役割をより明確にし、新たな支援の仕組みを整備していくことが区における重要な課題となっています。特に、十分な資力がなく、自ら支援を確保することが難しい高齢者については、区が中心となって意思決定支援を確保しながら、日常生活支援や入院・入所時の対応、退院後の生活につながる切れ目のない支援へと結び付けていく必要があります。

あわせて、高齢者一人ひとりの状況や意向に応じて、比較的早い段階から将来を見据えた相談が行える体制を整え、必要な支援につながる道筋を示していくことが重要です。これらの取組を通じて、身寄りのない高齢者等が住み慣れた地域で安心して生活を継続できる環境の整備を進めていく必要があります。

2. 介護保険制度の変遷

(1) 介護保険制度のあゆみ

介護保険制度は平成12(2000)年の介護保険法施行により開始され、既に20年以上を経過しています。

平成17(2005)年には、平成27(2015)年に団塊の世代が高齢者となることを見据えた介護保険法の改正が行われ、平成18(2006)年から介護予防重視型のシステム確立に向けて制度が動き出しました。

平成24(2012)年には、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るための「地域包括ケアシステム」推進の取組がスタートし、平成26(2014)年の法改正では、地域包括ケアシステムの構築に向け、全国一律の予防給付を区市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29(2017)年には「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が成立し、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、介護保険制度の持続可能性の確保が大きな柱になっています。

令和3(2021)年には「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針の全部を改正する件」が告示され、2040年までを見据えたサービス基盤・人的基盤の整備、地域共生社会の実現、介護予防・健康づくり施策の充実・推進、認知症施策の推進、災害や感染症対策に係る体制整備といった指針の改正が行われています。

令和6(2024)年には「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針の全部を改正する件」が告示され、介護サービス基盤の計画的な整備、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組、地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上といった指針の改正が行われています。








(2) 地域共生社会の実現に向けて

平成29(2017)年に、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の改正とあわせて、「地域共生社会」※の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備を行うための社会福祉法の改正が行われました。高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムは、全ての人が地域、暮らし、生きがいとともに創り、高め合うことができる地域共生社会の実現に向けた中核的な基盤となりうるものです。

令和3(2021)年には、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が施行されました。この改正により、地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市区町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備などの推進、医療・介護データ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化等の措置を講ずることとされています。

※地域共生社会とは、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・分野ごとの枠や、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会です。

(3) これまでの介護保険法等の改正のながれ

<p>第1期 (平成12(2000)年度～)</p> 	<p>平成12年4月 介護保険制度施行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自らサービスの種類や事業者を選んで利用 ・介護サービスの利用計画(ケアプラン)で、福祉・医療のサービスを総合的に利用 ・民間企業、農協、生協など多様な事業者によるサービス提供 ・所得に関わらず、1割の利用者負担
<p>第2期 (平成15(2003)年度～)</p> 	<p>平成17年改正(介護保険法等の一部を改正する法律 平成18年4月等施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) ・施設給付の見直し(食費・居住費を保険給付の対象外に。所得の低い方への補足給付)(平成17年10月) ・地域密着型サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定 など
<p>第3期 (平成18(2006)年度～)</p> 	<p>平成20年改正(介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律 平成21年5月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化 など
<p>第4期 (平成21(2009)年度～)</p> 	<p>平成23年改正(介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律平成24年4月等施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予 ・介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払い金の返還に関する利用者保護 ・介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和。地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に など
<p>第5期 (平成24(2012)年度～)</p> 	<p>平成26年改正(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 平成27年4月等施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実(在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等) ・全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を区市町村が取り組む地域支援事業に移行し多様化 ・低所得の第1号被保険者の保険料の軽減割合を拡大 ・一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げ(平成27年8月) など
<p>第6期 (平成27(2015)年度～)</p> 	<p>平成29年改正(地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律 平成30年4月等施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた保険者機能の強化(自立支援・重度化防止等の取組内容と目標の記載、財政的インセンティブの付与等) ・新たな介護保険施設(介護医療院)の創設 ・地域共生社会の実現に向けた共生型サービスの創設 ・現役世代並みの所得のある方の利用者負担割合の見直し(平成30年8月) など
<p>第7期 (平成30(2018)年度～)</p> 	<p>令和2年改正(地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律 令和3年4月等施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・地域づくりの推進(健康寿命の延伸) / 「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進 ・地域包括ケアシステムの推進(地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント) ・介護現場の革新(人材確保・生産性の向上) ・保険者機能の強化 ・データ利活用のためのICT基盤整備 ・制度の持続可能性の確保のための見直し など

<p>第8期 (令和3(2021)年度～)</p>	<p>令和5年改正（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 施行令和6年4月等施行）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護情報基盤の整備 ・介護サービス事業者の財務状況等の見える化 ・介護サービス事業所等における生産性の向上に資する取組に係る努力義務 ・看護小規模多機能型居宅介護のサービス内容の明確化 ・地域包括支援センターの体制整備等 など
<p>第9期 (令和6(2024)年度～)</p>	<div style="border: 2px solid black; padding: 20px; text-align: center;"> <h1>調整中</h1> </div>
<p>第10期 (令和9(2027)年度～)</p>	

第2節 計画の概要

1. 計画の策定目的

本計画は、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。

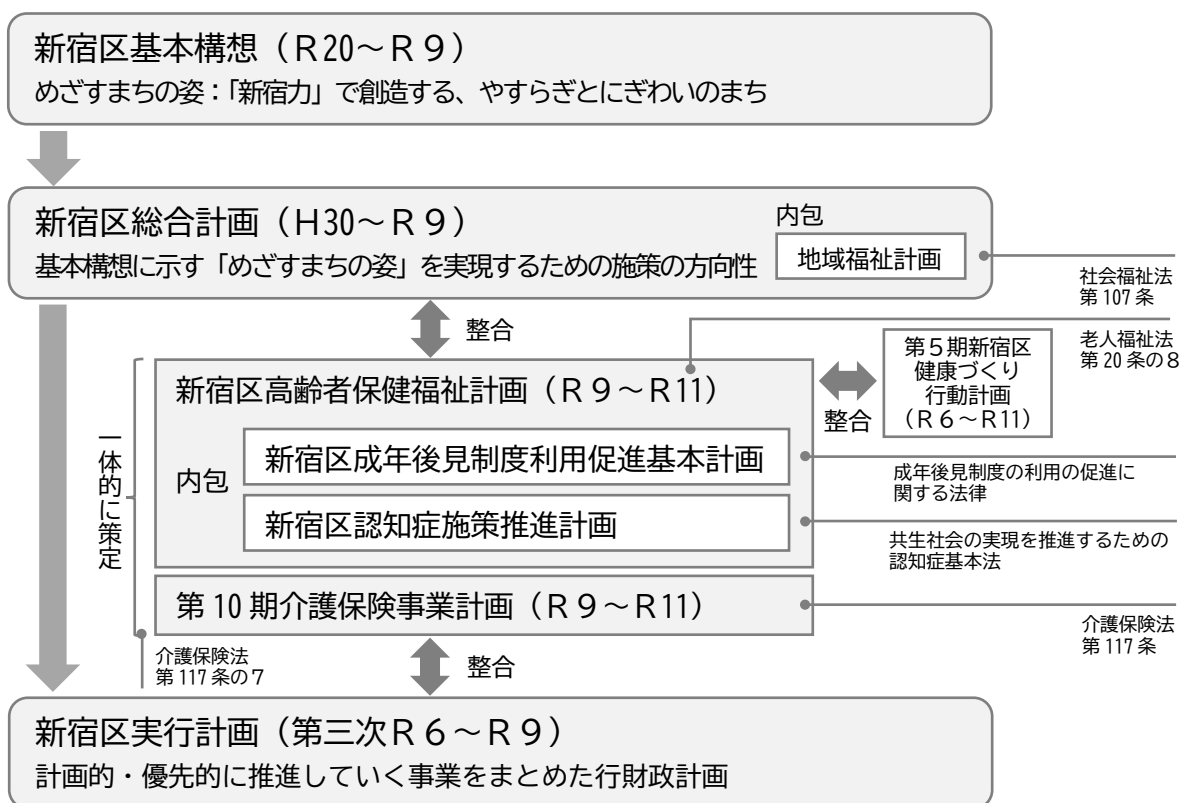
2. 計画の位置付け

本計画は、老人福祉法第20条の8に規定される「老人福祉計画」と、介護保険法第117条に規定される「介護保険事業計画」を「新宿区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」として一体的に策定するものです。

また、「新宿区健康づくり行動計画」との整合性を図っており、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。

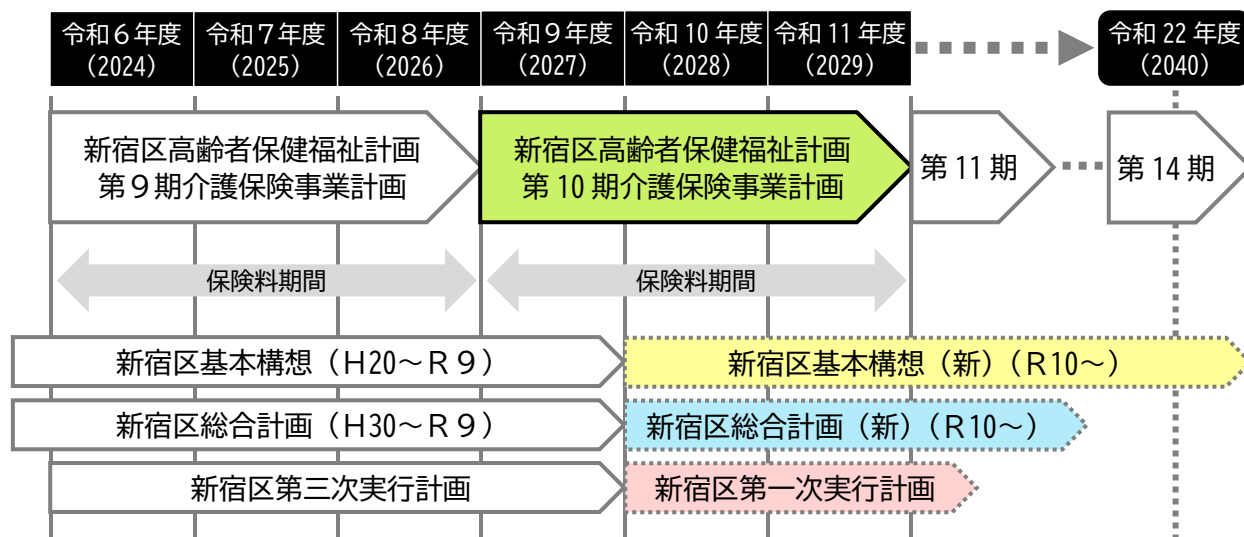
「新宿区基本構想」（以下「基本構想」という。）、「新宿区総合計画」（以下「総合計画」という。）を上位計画とする高齢者保健福祉分野の個別計画であり、基本構想に掲げた「めざすまちの姿」である『新宿力』で創造する、やすらぎとにぎわいのまちを受け、総合計画や「新宿区実行計画」における施策や事業との整合を図りつつ様々な取組を進めていきます。

また、「成年後見制度の利用の促進に関する法律」に基づく「新宿区成年後見制度利用促進基本計画」及び、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に基づく「新宿区認知症施策推進計画」を内包し、取組を一体的に進めていくものです。



3. 計画の期間

本計画の計画期間は、令和9(2027)年度を始期とし、令和11(2029)年度を終期とする3年間です。令和22(2040)年度やその先までの中長期的な視野に立ち、地域包括ケアシステムの深化を図ります。



第3節 新宿区の特徴

1. 地域性・区民の状況

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、23区中で4番目に多い昼間人口約79.4万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。

区民の状況に目を転じると、令和2(2020)年の国勢調査による居住期間は「5年未満」の割合が全体の3分の1以上を占め、「20年未満」の割合は4分の1を下回っています。しかし高齢期では「5年未満」が11.2%と低くなる一方、「20年以上」が58.8%を占めています。

令和7(2025)年度「新宿区区民意識調査」では、「ずっと住み続けたい」「できれば住み続けたい」という定住意向が約8割、特に高齢期では9割強と高くなっています。

住民基本台帳による高齢化率は18.9%で、23区中18番目と低い割合となっている一方で、65歳以上人口に占める一人暮らし高齢者の割合は34.0%と3割を超え、23区中2番目に高くなっています。

65歳以上人口に占める単身者(単独世帯)の割合は地域によって異なり、特別出張所地域別に見ると、戸塚地域(38.2%)、大久保地域(37.6%)、柏木地域(36.3%)では高く、笹塚町地域(27.6%)、落合第一地域(30.8%)では低くなっています。

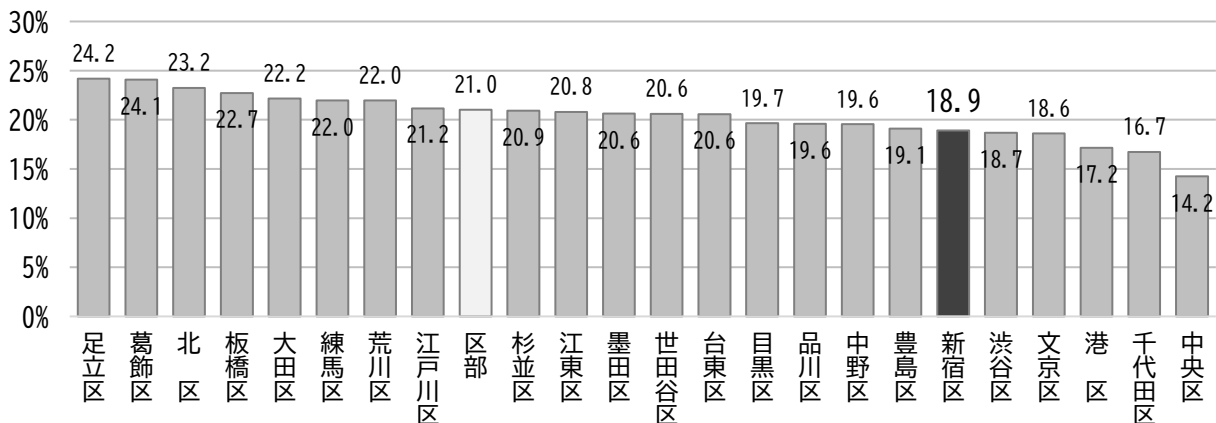
区内には大規模病院を含め多くの病院があり、人口10万人あたりの一般病床¹数は1,522床で、23区中3位と高い水準となっています。その一方で、人口10万人あたりの療養病床²数は7床と23区中22位と低い水準となっており、区では、地域で安心して療養できるよう、区内の医療機関、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等の連携を図り、在宅療養の体制を整備しています。

出典：令和5(2023)年2月「研究所レポート2022 No1」(新宿自治創造研究所)

¹ 一般病床：精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床

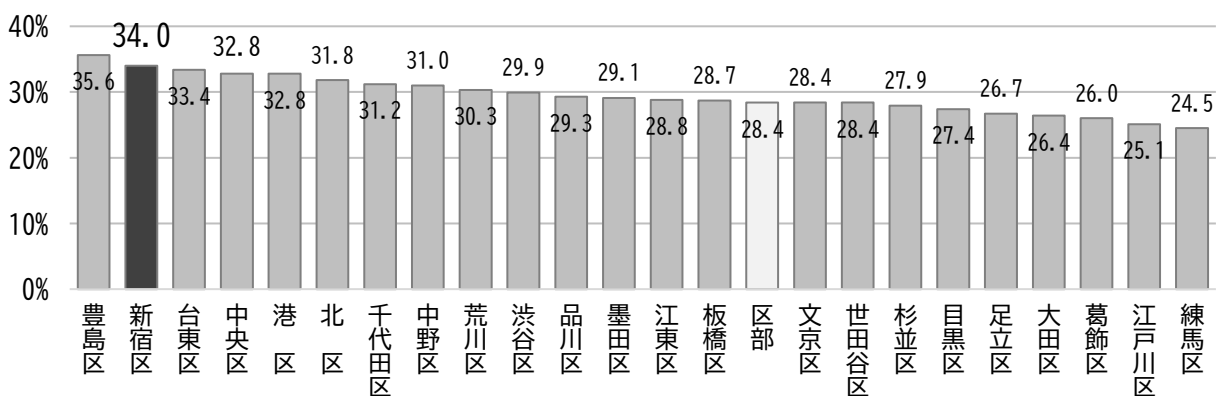
² 療養病床：主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床

▼ 高齢化率



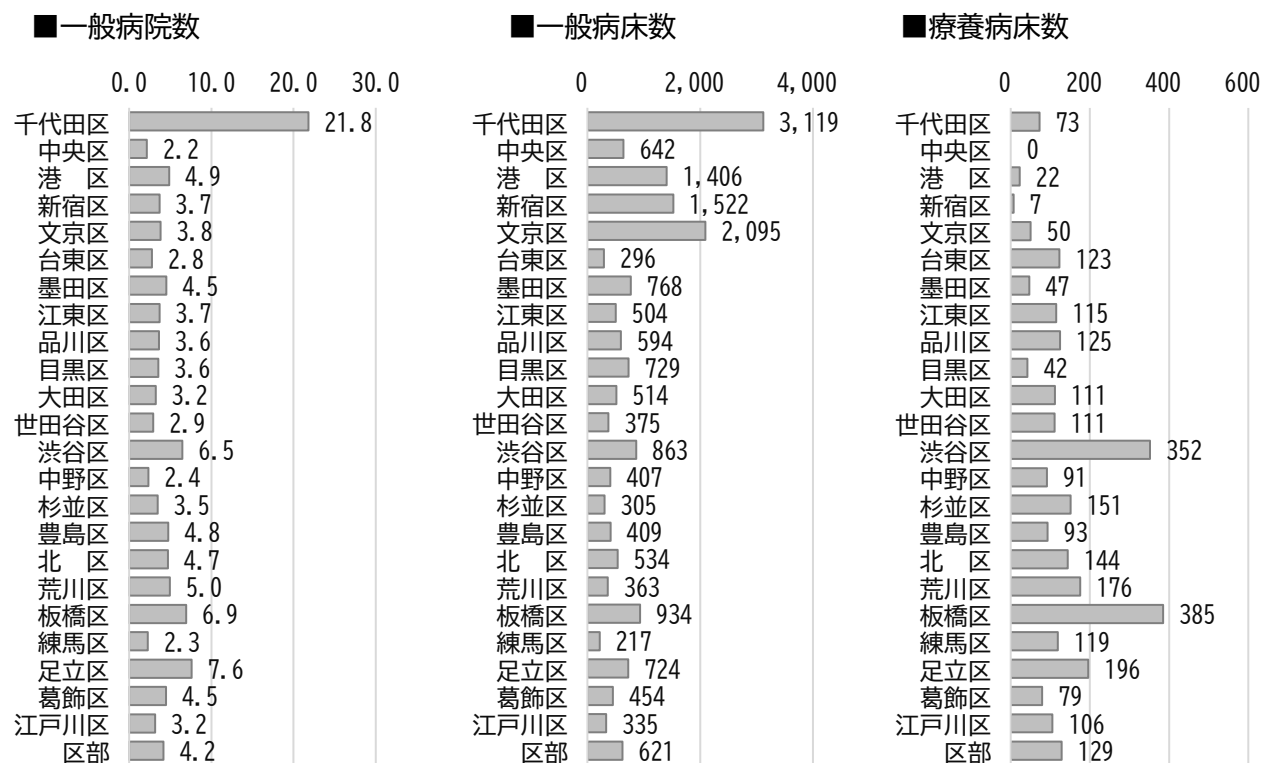
出典：住民基本台帳による東京都の世帯と人口（令和7年1月）

▼ 65歳以上人口に占める単身者（単独世帯）の割合



出典：国勢調査（令和2年10月）

▼ 人口10万人あたりの医療資源



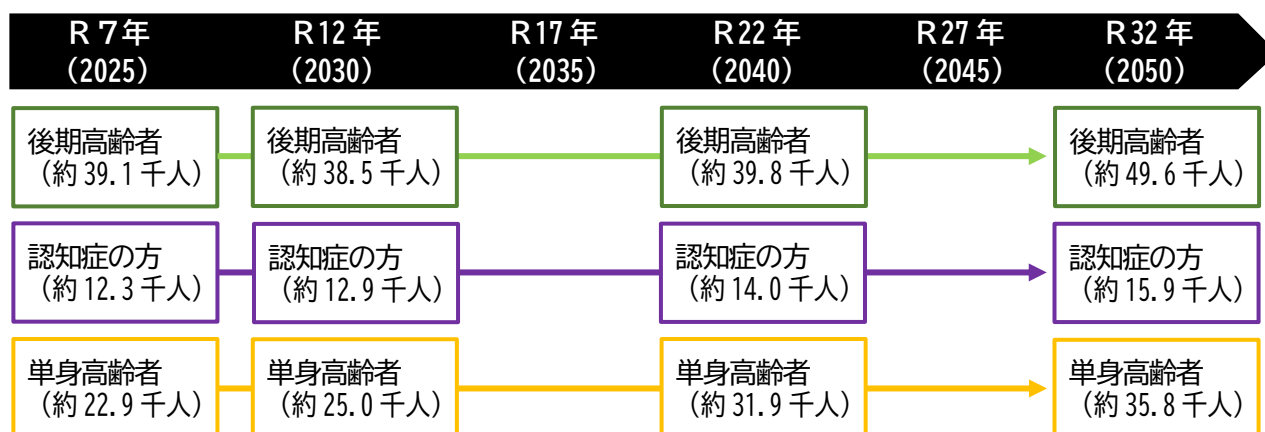
2. 人口構成等からも重要となる中長期的視点

令和2(2020)年国勢調査による将来人口推計によれば、高齢者人口は令和2(2020)年を1とした場合、全国では令和27(2045)年の1.10倍をピークに減少に転じ令和32(2050)年には1.08倍となるものの、新宿区の高齢者人口は伸び続け令和32(2050)年には1.31倍になることが見込まれています。

全国的に高齢者人口が増加することから言われる2040年問題の状況は、新宿区の場合、その後10年以上続くと考えられます。

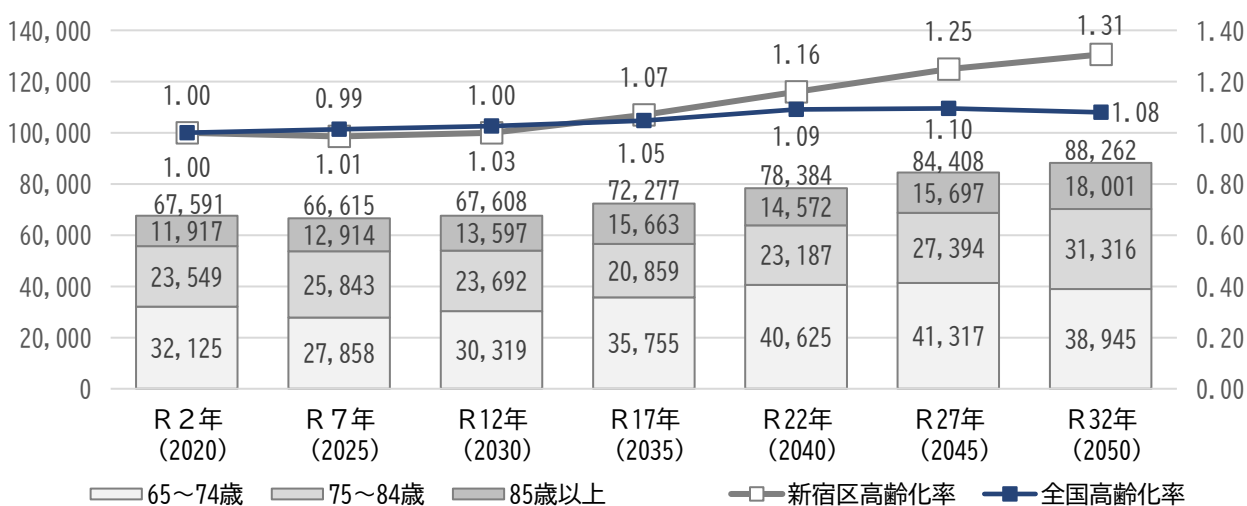
要介護認定者の急増が見込まれる令和32(2050)年に向けて、介護サービス以外の多様な生活支援サービスも利用しながら、住み慣れた地域で安心して生活を送ることができる体制の構築が課題です。

▼ 後期高齢者・認知症の方・単身高齢者の推計



(資料)後期高齢者・単身高齢者:社会保障人口問題研究所人口推計、認知症:内閣府久山モデル有病率推計を基に試算

▼ 将来人口推計



※各年10月1日現在(住民基本台帳に基づく人口及び新宿自治創造研究所による人口推計)

令和2年、令和7年は実績値

実績値・推計値ともに外国人人口を含む

令和17年以降の推計値は研究所レポート2023 No.1「2020年国勢調査に基づく新宿区将来人口推計」(新宿自治創造研究所)

第4節 新宿区における高齢者等の状況

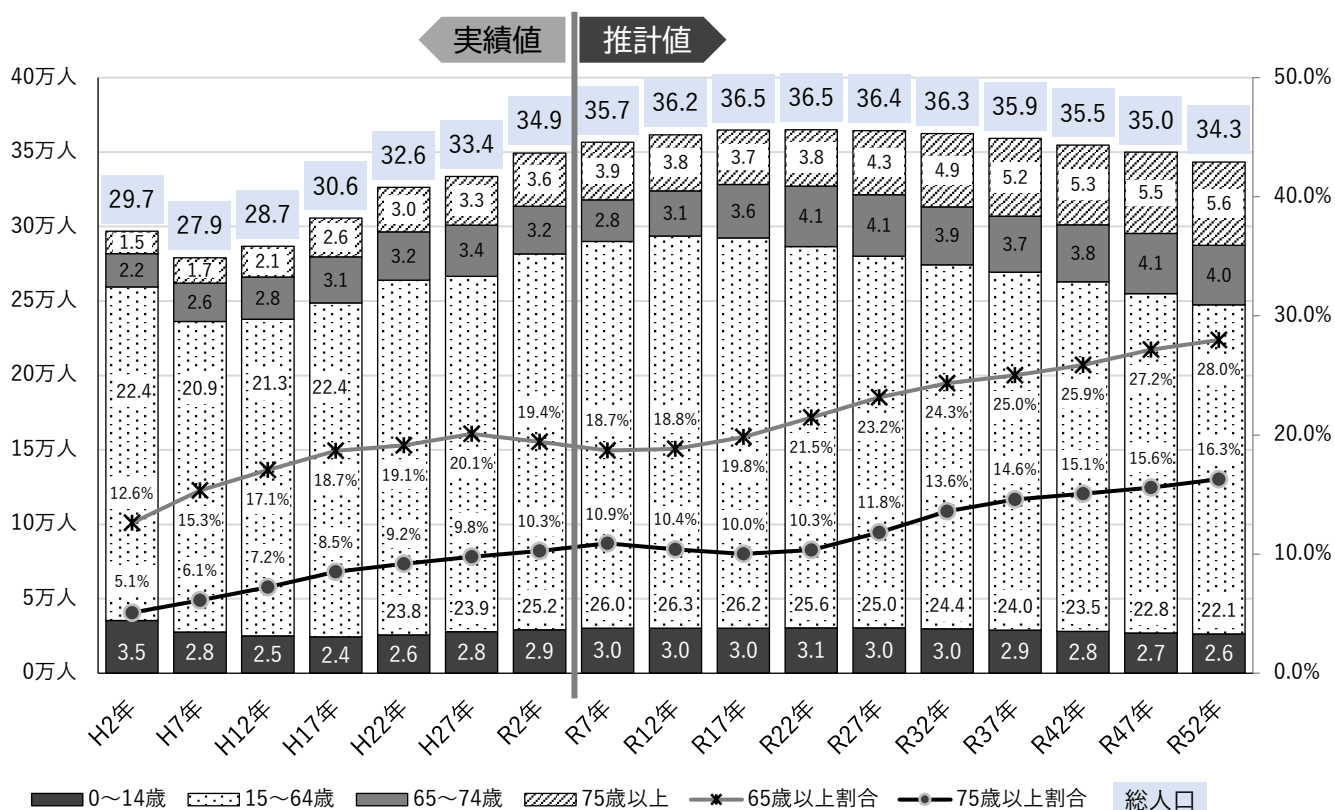
1. 人口の推移と将来推計

(1) 令和2(2020)年国勢調査に基づく人口推計

国勢調査による総人口は平成2(1990)年から平成7(1995)年まで減少傾向で推移していましたが、その後増加に転じ、令和2(2020)年実績まで増加が続いています。

令和2年(2020)年の国勢調査に基づく人口推計では、高齢者人口の割合は今後も継続的に増加する予測です。

▼ 新宿区の年齢区分別人口推移



※人口:千人未満四捨五入・割合:小数点第2位以下四捨五入

出典:令和2年までは国勢調査実績

令和7年以降の推計値は研究所レポート 2023 No. 1「2020年国勢調査に基づく新宿区将来人口推計」(新宿自治創造研究所)

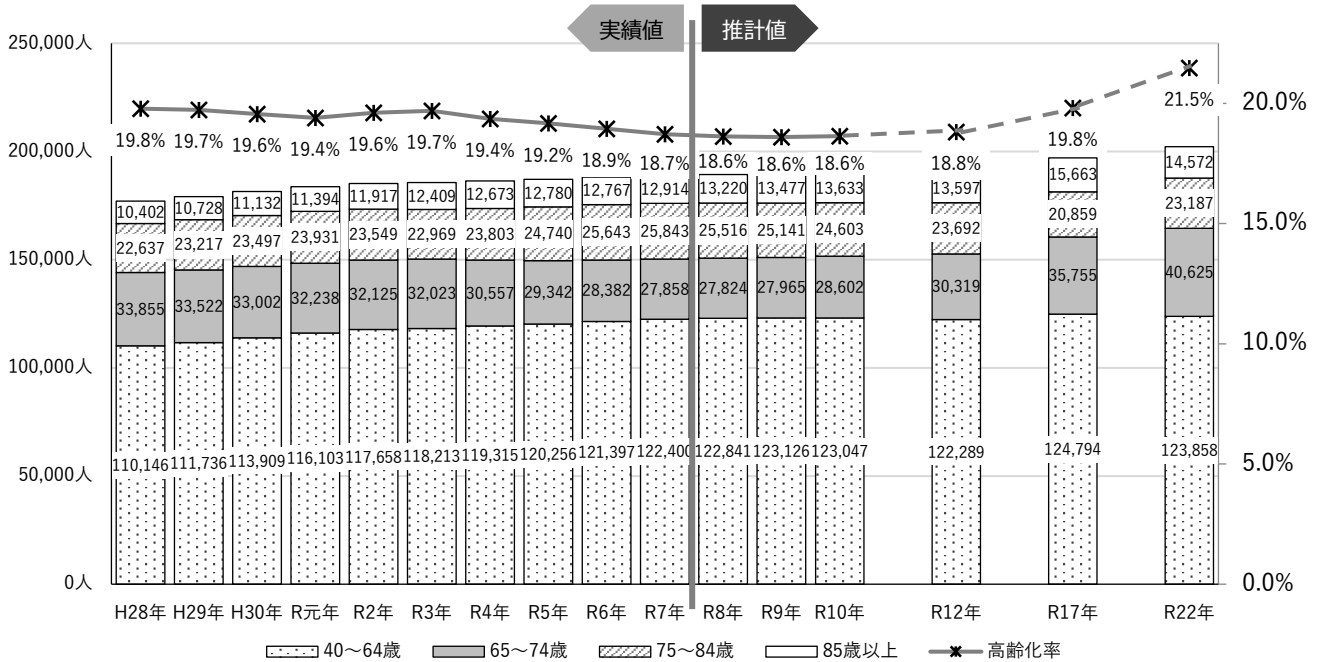
※国勢調査に基づく人口及び人口推計であり、後述の住民基本台帳に基づく人口とは差異が生じます。

(2) 住民基本台帳人口等に基づく人口推計

住民基本台帳人口における令和7(2025)年10月1日現在の高齢者人口(65歳以上)は、65～74歳が27,858人、75～84歳が25,843人、85歳以上が12,914人で高齢化率は18.7%となっています。

住民基本台帳人口に基づく推計によれば、令和8(2026)年から令和10(2028)年までは、65歳以上の高齢者人口、高齢化率ともに大きな増減がみられませんが、令和2(2020)年国勢調査に基づく推計によると令和22(2040)年には、高齢者人口(65歳以上)は78,384人、高齢化率は21.5%になると見込まれています。

新宿区の40歳以上の人口推移と将来推計



※高齢化率:小数点第2位以下四捨五入

※各年10月1日現在(住民基本台帳に基づく人口及び新宿自治創造研究所による人口推計)

平成26年～令和7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

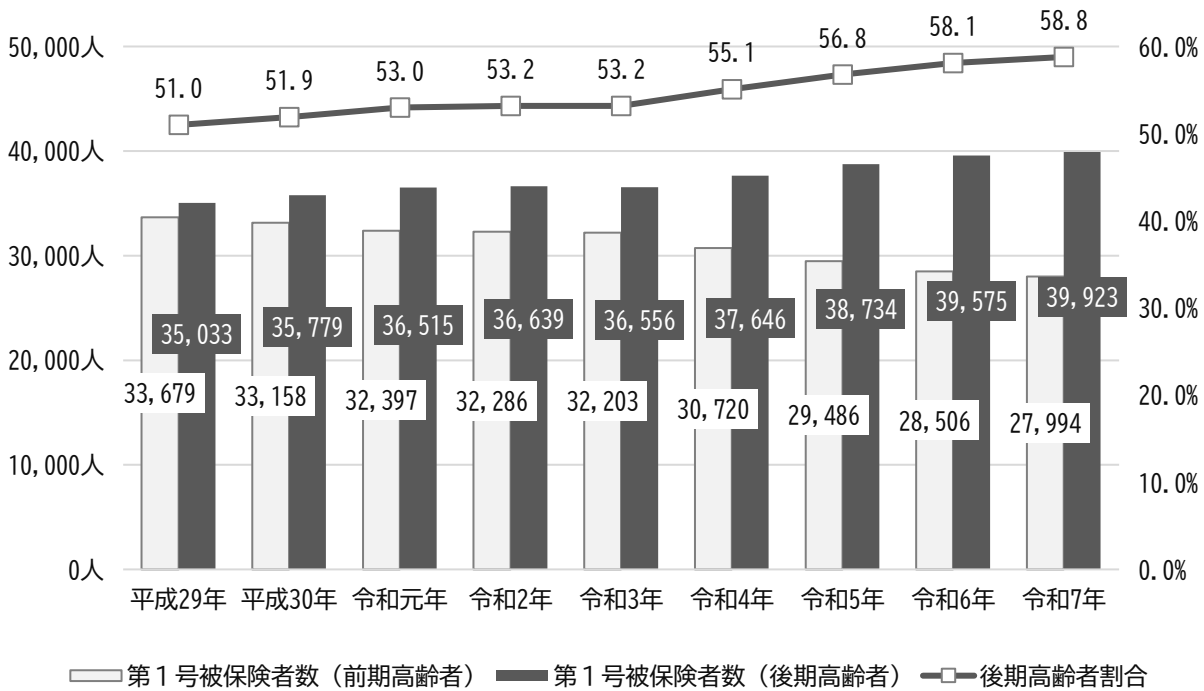
令和17年・22年の推計値は研究所レポート2023 No. 1「2020年国勢調査に基づく新宿区将来人口推計」(新宿自治創造研究所)

2. 第1号被保険者と認定者

(1) 第1号被保険者数

新宿区の第1号被保険者²（前期高齢者）数は平成29(2017)年から令和7年(2025)年にかけて減少している一方、第1号被保険者に占める後期高齢者(75歳以上)数は、令和3(2021)年以降継続的に上昇しています。

▼ 第1号被保険者数の推移



	H29年	H30年	R元年	R2年	R3年	R4年	R5年	R6年	R7年
第1号被保険者数(人) (65~74歳)	33,679	33,158	32,397	32,286	32,203	30,720	29,486	28,506	27,994
第1号被保険者数(人) (75歳以上)	35,033	35,779	36,515	36,639	36,556	37,646	38,734	39,575	39,923
第1号被保険者数(人)	68,712	68,937	68,912	68,925	68,759	68,366	68,220	68,081	67,917
第1号被保険者中の 後期高齢者割合 (%)	51.0	51.9	53.0	53.2	53.2	55.1	56.8	58.1	58.8

出典:厚生労働省「介護保険事業状況報告(月報)」各年10月1日

² 第1号被保険者:区内に住所を持つ65歳以上の高齢者で、外国籍の方や住所地特例(介護保険施設等への入所で、施設の所在地に住所を変更した被保険者は、変更前の住所地を被保険者とする特例措置)を含みます。このため、住民基本台帳人口とは必ずしも一致しません。

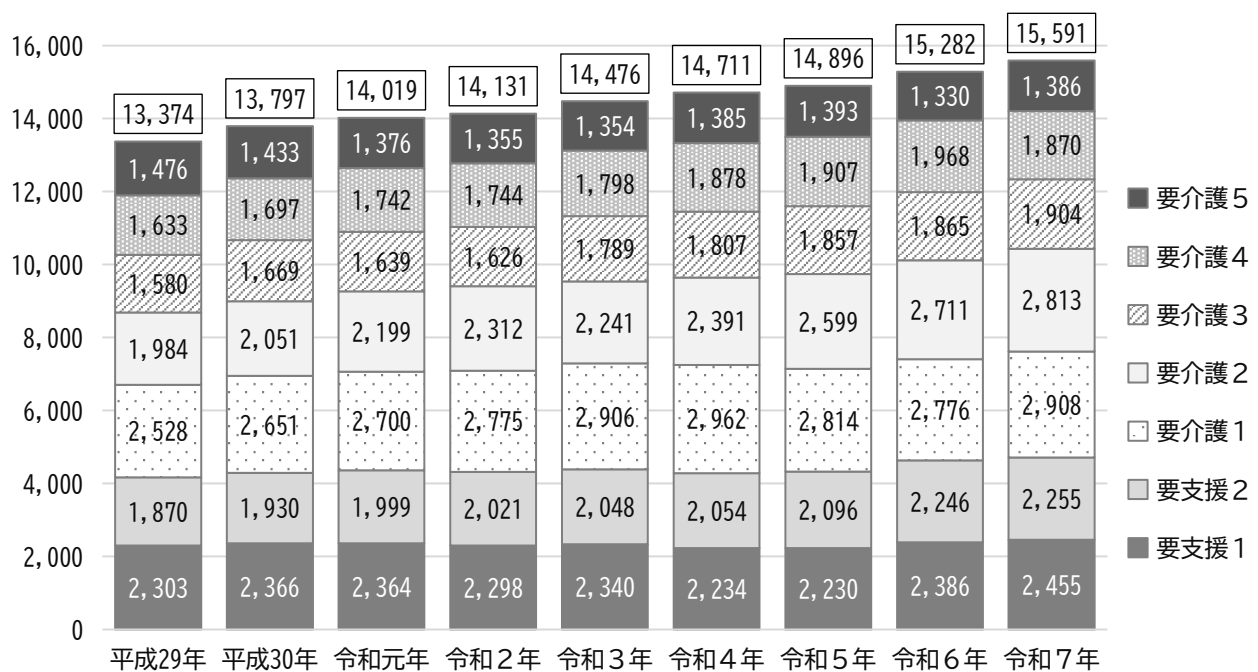
(2) 要支援・要介護認定者数

要支援・要介護認定者³数は、平成29(2017)年以降、令和7(2025)年まで継続的に増加しています。

認定者数全体に占める要介護度別の割合を平成29(2016)年と令和7(2025)年で比較すると、要介護2は14.8%から18.0%へと増加しています。一方、要介護1は17.2%から15.7%へ、要介護5は11.0%から8.9%へと、それぞれ減少しています。

特に、要介護2から要介護3の認定者の占める割合は増加傾向にあり、増加者数全体のおよそ5割を占めています。

▼ 要介護度別認定者数の推移



	H29年	H30年	R元年	R2年	R3年	R4年	R5年	R6年	R7年
要支援1(人)	2,303	2,366	2,364	2,298	2,340	2,234	2,230	2,386	2,455
要支援2(人)	1,870	1,930	1,999	2,021	2,048	2,054	2,096	2,246	2,255
要介護1(人)	2,528	2,651	2,700	2,775	2,906	2,962	2,814	2,776	2,908
要介護2(人)	1,984	2,051	2,199	2,312	2,241	2,391	2,599	2,711	2,813
要介護3(人)	1,580	1,669	1,639	1,626	1,789	1,807	1,857	1,865	1,904
要介護4(人)	1,633	1,697	1,742	1,744	1,798	1,878	1,907	1,968	1,870
要介護5(人)	1,476	1,433	1,376	1,355	1,354	1,385	1,393	1,330	1,386
要支援・要介護認定者数(人)	13,374	13,797	14,019	14,131	14,476	14,711	14,896	15,282	15,591

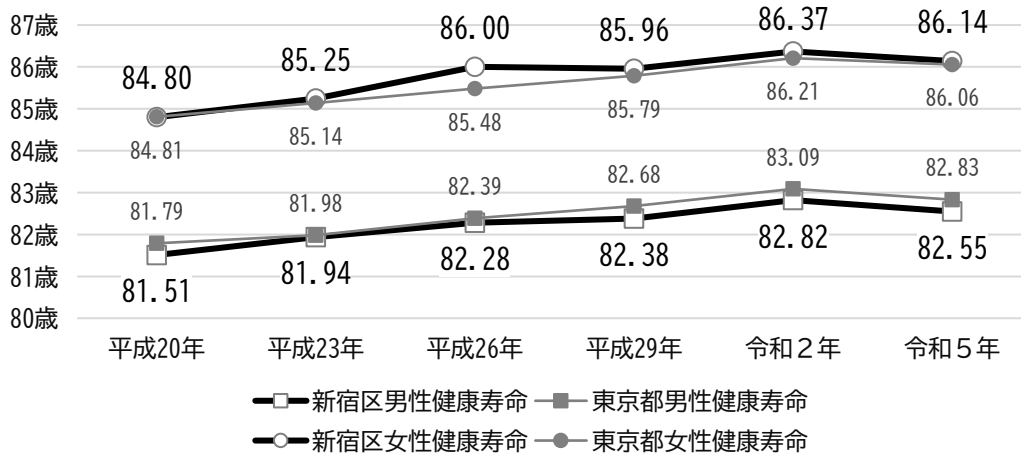
出典:新宿区介護保険者資料 各年10月1日

³ 要支援・要介護認定者:第1号被保険者の認定者と第2号被保険者の認定者の合計

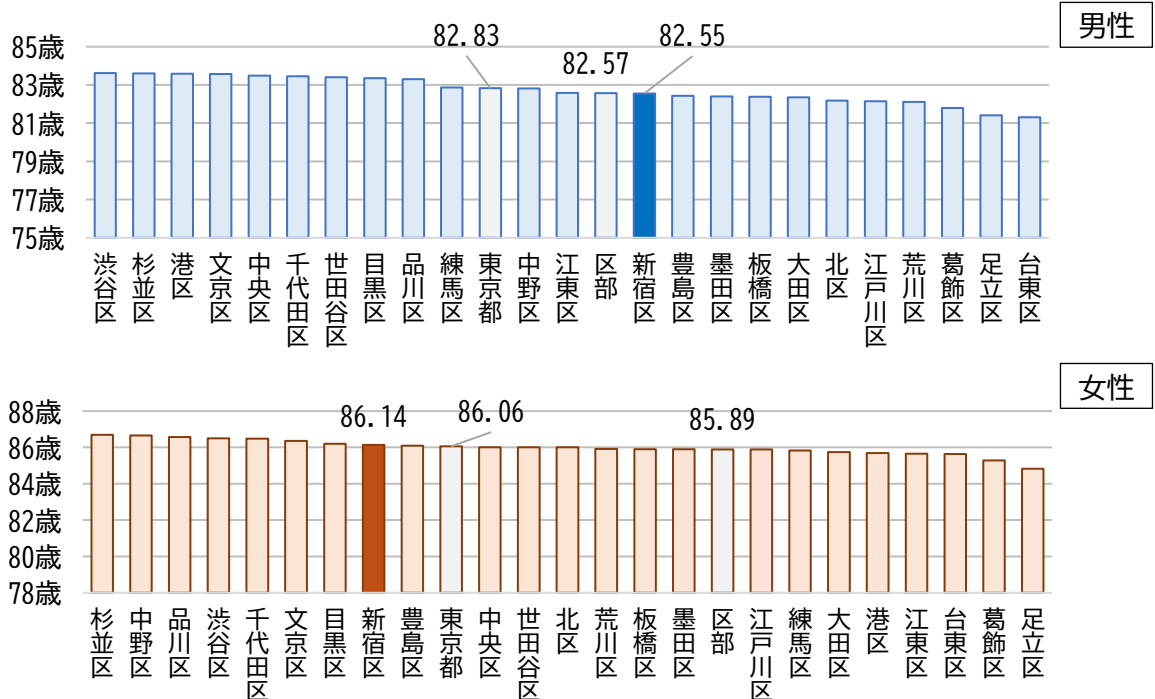
3. 65歳健康寿命

令和5(2023)年の新宿区の65歳健康寿命※(東京保健所長会方式)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、男性が82.55歳、女性が86.14歳となっており、23区中男性は13位、女性は8位です。

▼新宿区の65歳健康寿命(要介護2基準)の推移



▼新宿区の65歳健康寿命(要介護2基準)の地域比較



(資料) 東京都健康ステーション

*: 要介護2以上の認定を受けるまでの平均自立期間で算出した場合

※健康寿命とは、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いいます。東京都では「65歳健康寿命(東京保健所長会方式)」として、65歳の人何らかの障害のために要介護認定を受けるまでの年齢を平均的に表し、都内自治体の比較ができるようにしており、「要支援1以上」、「要介護2以上」の2パターンで健康寿命を算出しています。

4. 「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査」にみる状況

(1) 高齢者及び第2号被保険者調査

計画策定にあたり、65歳以上の高齢者及び第2号被保険者(40～64歳)等を対象に健康状態や日頃の地域活動、介護保険・高齢者福祉サービスの利用状況等の実態を把握するための調査を令和7(2025)年度に実施しました。

▼ 調査の対象

調査名	調査対象	調査対象数
一般高齢者調査	要介護認定を受けていない 65歳以上の高齢者	4,000人
要支援・要介護認定者調査	要支援・要介護認定を受けている 65歳以上の高齢者	1,500人
第2号被保険者調査	要支援・要介護認定を受けていない 第2号被保険者(40～64歳)	1,500人
在宅介護実態調査	区内で在宅生活をしている 要支援・要介護認定者(もしくはその家族)	611人

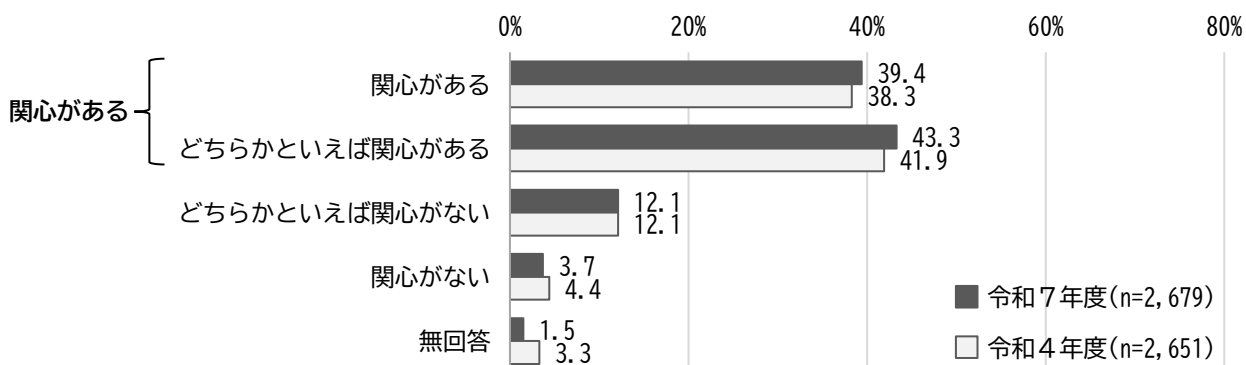
以下に、健康づくりや介護予防、社会参加、地域での助け合い等の観点から調査結果を整理します。なお、必要に応じ、令和4(2022)年に実施した調査(以下「前回調査」という。)との比較を行っています。

① 「介護予防」への関心

一般高齢者

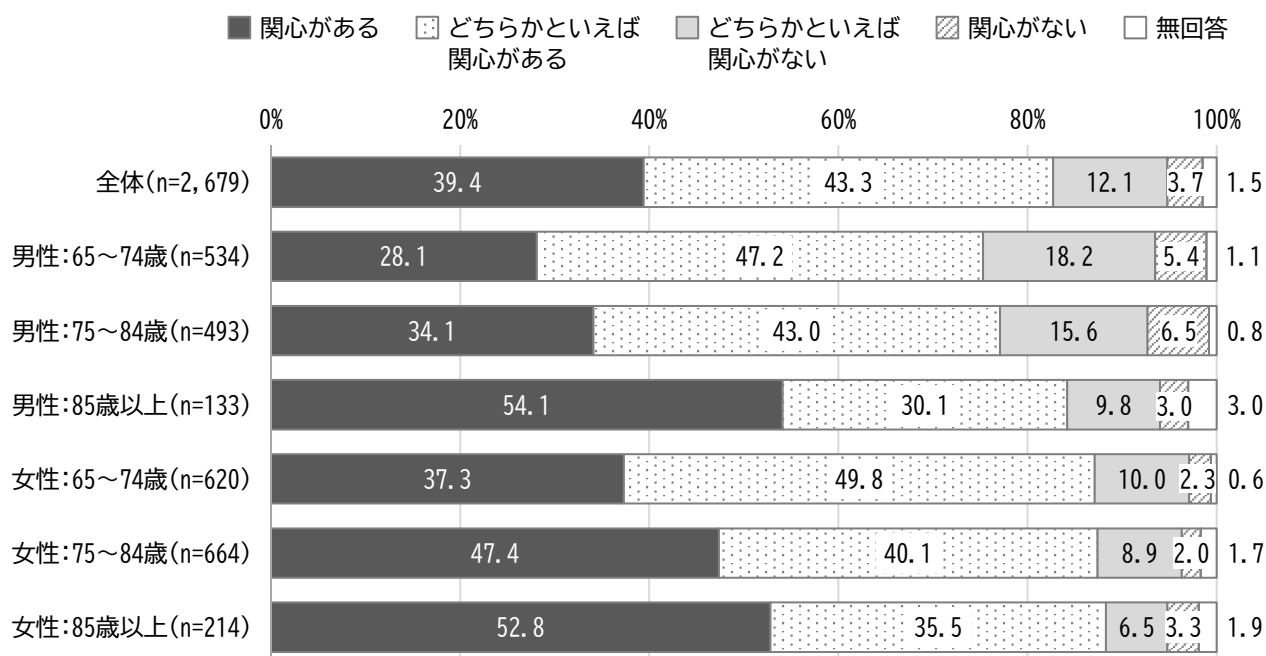
介護予防への関心の有無では、「関心がある」(39.4%)と「どちらかといえば関心がある」(43.3%)を合わせた“関心がある”は82.7%となっており、前回調査の80.2%より2.5ポイント増加しています。

▼ 一般高齢者>介護予防への関心の有無



介護予防への関心の有無について性別・年齢区分別にみると、男性の65～74歳では「関心がある」(28.1%)と「どちらかといえば関心がある」(47.2%)を合わせた“関心がある”は75.3%となっており、関心の度合いが最も低くなっています。男性高齢者に向けた支援に関する情報の普及啓発の強化が必要と考えられます。

▼ 一般高齢者（男女別／年齢階層別）＞介護予防への関心の有無



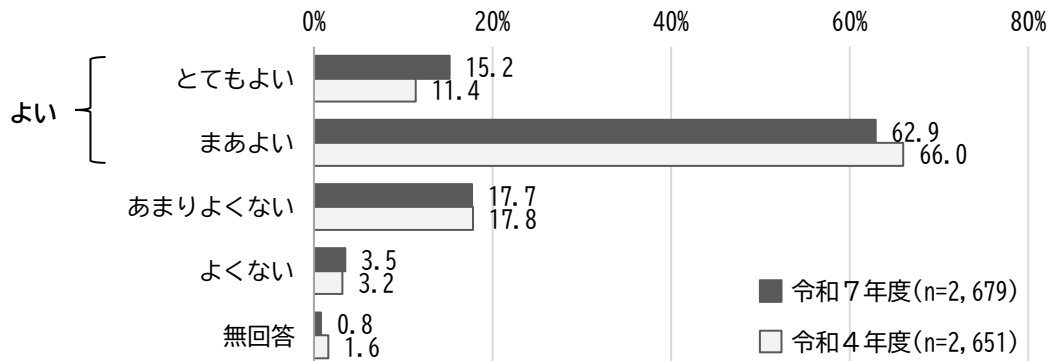
②現在の健康状態

一般高齢者、第2号被保険者

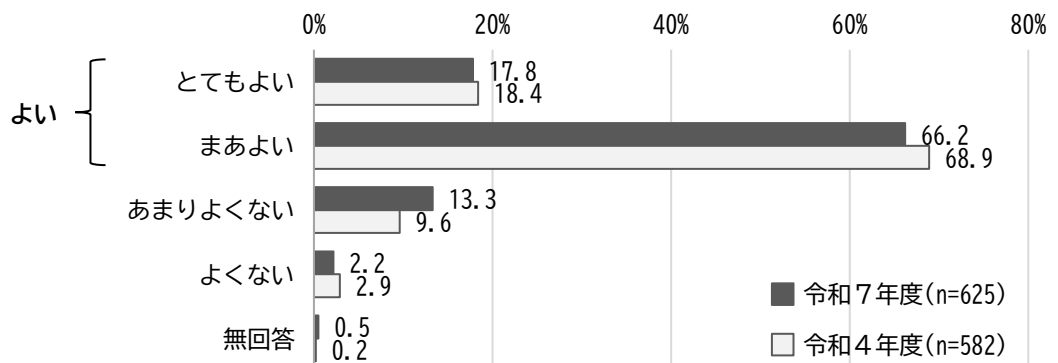
現在の健康状態については、一般高齢者では「とてもよい」(15.2%)と「まあよい」(62.9%)を合わせた“よい”は78.1%となっています。前回調査と比較すると、“よい”の割合は増加しています。

第2号被保険者では「まあよい」が66.2%と最も多く、「とてもよい」(17.8%)と合わせた“よい”は84.0%となっています。「あまりよくない」は13.3%となっています。

▼ 一般高齢者＞現在の健康状態



▼ 第2号被保険者＞現在の健康状態

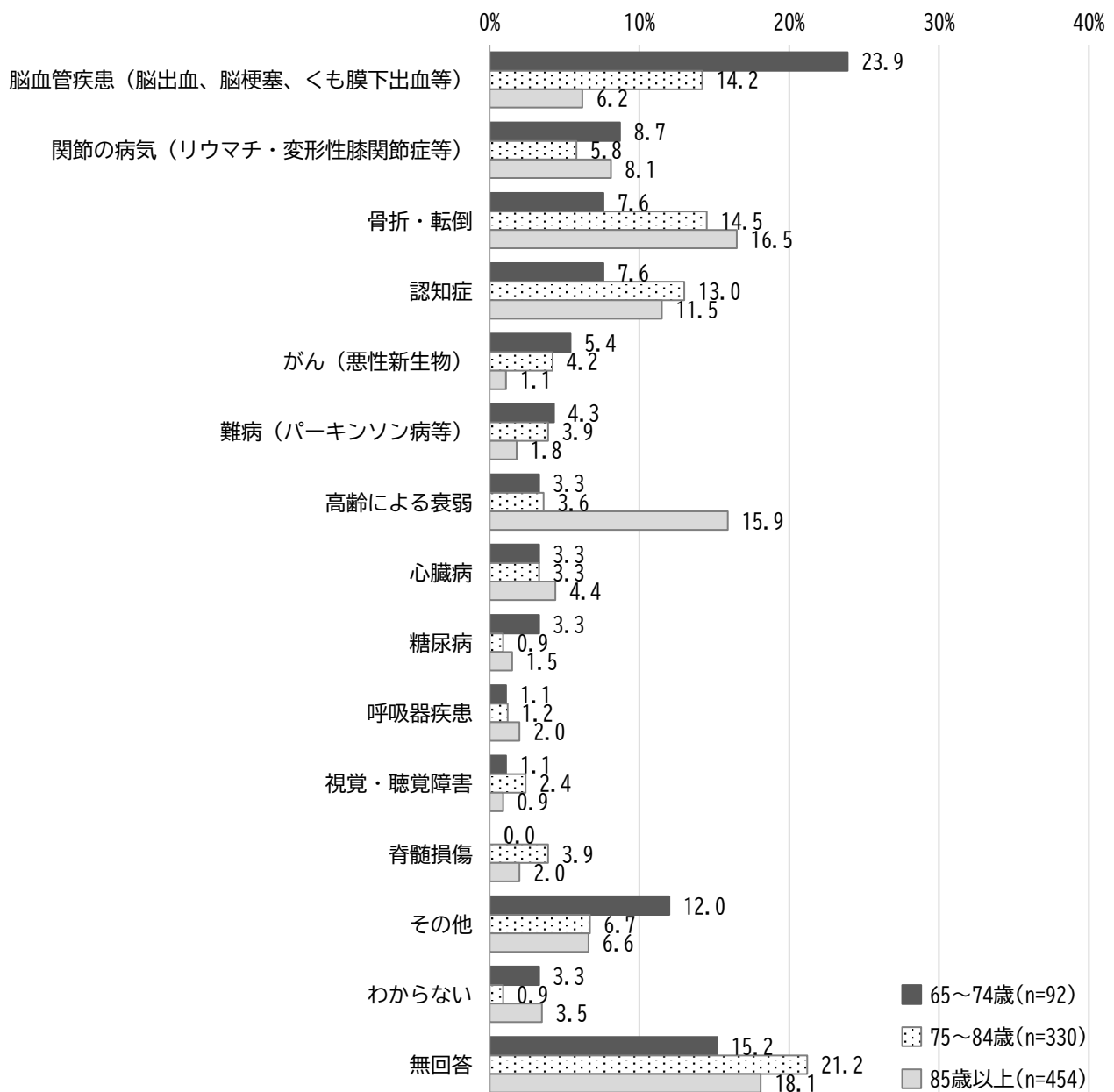


③介護が必要になった主な原因

要支援・要介護認定者

介護が必要になった主な原因を年齢区分別にみると、65～74歳では、「脳血管疾患(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血等)」が23.9%と最も多く、次いで「関節の病気(リウマチ・変形性膝関節症等)」が8.7%となっています。一方、85歳以上では「骨折・転倒」が16.5%で最も多く、次いで「高齢による衰弱」が15.9%となっており、高齢による心身機能の低下に起因する原因の割合が増えています。

▼ 要支援・要介護認定者（年齢階層別）>介護が必要になった主な原因

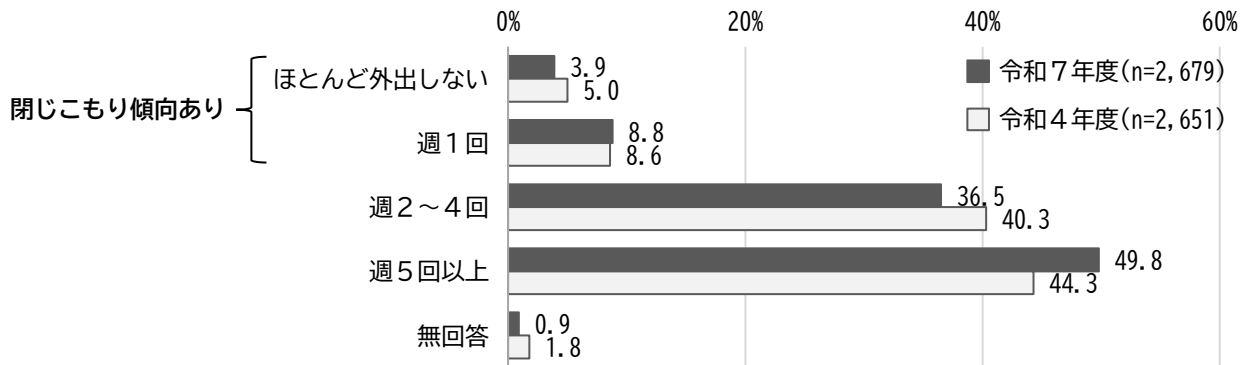


④外出の頻度

一般高齢者

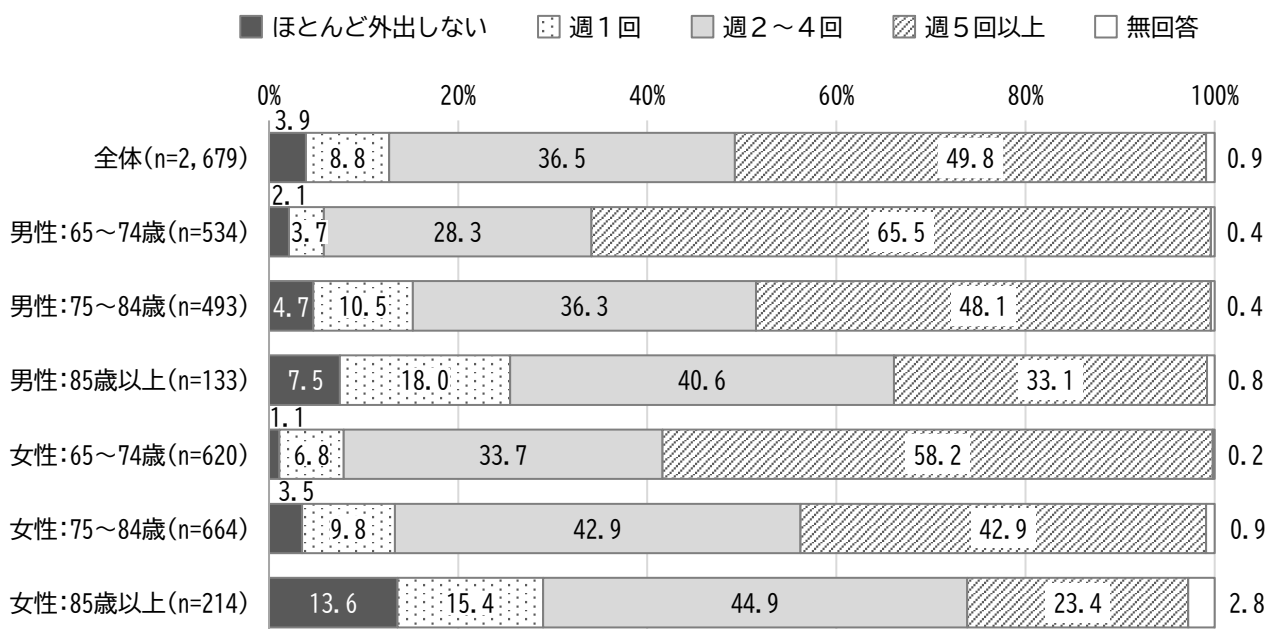
1週間の外出頻度では、「週5回以上」が前回調査より5.5ポイント増加しており、閉じこもり傾向のある高齢者の割合は12.7%で前回調査より0.9ポイント減少しています。

▼ 一般高齢者 > 週1回以上の外出



1週間の外出頻度を性・年齢区別にみると、「ほとんど外出しない」、「週1回」が75~84歳では女性が男性よりも1.9ポイント低く、85歳以上では女性が男性よりも3.5ポイント高くなっています。男性と比べ女性は、65~74歳と75~84歳で「ほとんど外出しない」、「週1回」の増加の割合が小さく、75~84歳と85歳以上で増加の割合が大きくなっています。

▼ 一般高齢者（男女別／前期・後期高齢者別） > 週1回以上の外出



案内・参加勧奨の観点から、健康や福祉サービスに関する情報の入手手段を家族構成別にみると、「1人暮らし」では「特に入手していない」の割合が「同居者あり」より高くなっています。

1人暮らしの高齢者に対して情報を届けていく有効な手段を検討する必要があります。

▼ 一般高齢者＞家族構成×健康や福祉サービスに関する情報の入手手段

上段：回答数 下段：%		合計	健康や福祉サービスに関する情報をどのような手段で入手しているか。												
			家族や親戚	友人・知人・近所の人	民生委員・児童委員	区役所、特別出張所	保健所・保健センター	診療所・病院	ケアマネジャー	高齢者総合相談センター	区の広報紙	インターネット（区サイト等）	その他	特に入手していない	無回答
家族構成	全体	2,679 100.0	600 22.4	567 21.2	58 2.2	403 15.0	85 3.2	347 13.0	206 7.7	212 7.9	1,070 39.9	432 16.1	40 1.5	712 26.6	85 3.2
	1人暮らし	861 100.0	89 10.3	178 20.7	27 3.1	131 15.2	25 2.9	94 10.9	62 7.2	74 8.6	330 38.3	107 12.4	22 2.6	261 30.3	31 3.6
	同居者あり	1,723 100.0	493 28.6	369 21.4	29 1.7	263 15.3	57 3.3	243 14.1	130 7.5	128 7.4	713 41.4	315 18.3	17 1.0	424 24.6	42 2.4

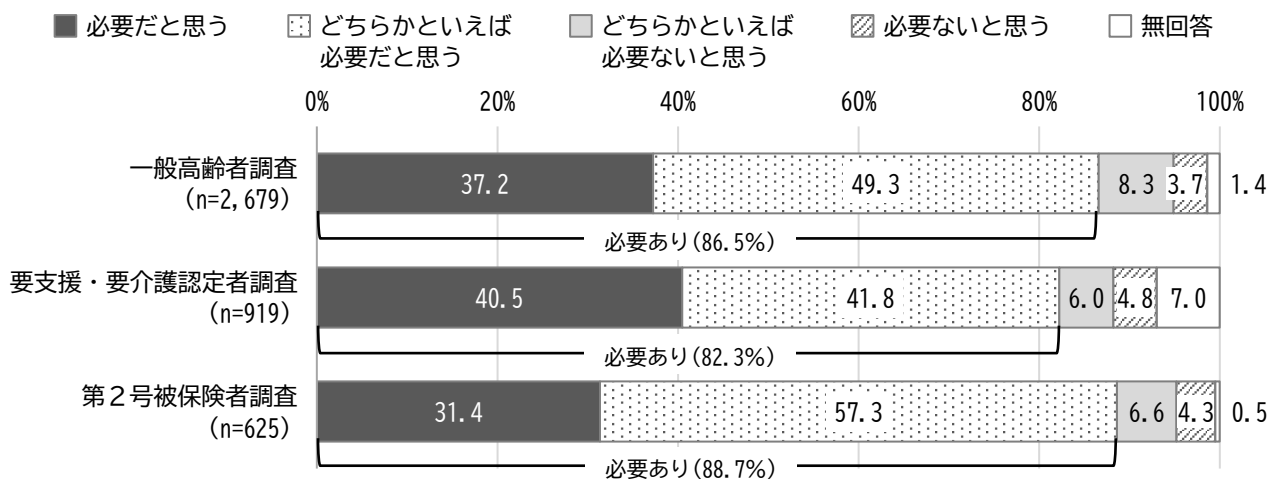
⑥地域のつながりの必要性和実感

一般高齢者、要支援・要介護認定者、第2号被保険者

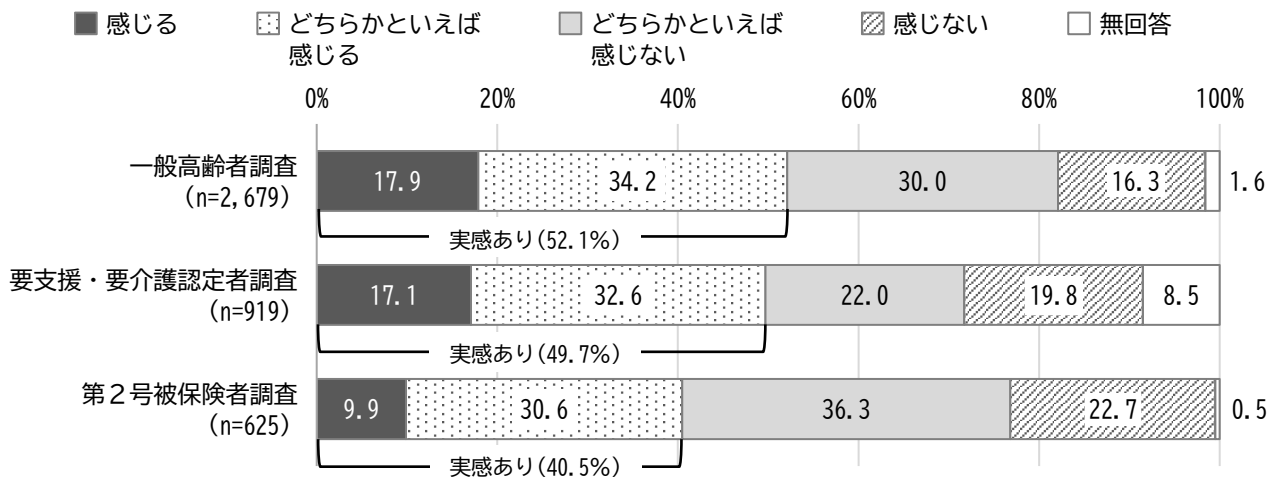
地域のつながりの必要性について、一般高齢者、要支援・要介護認定者、第2号被保険者のいずれも、8割以上の方が『必要あり』と考えています。

一方、地域のつながりの実感について、『実感あり』と回答した方の割合は一般高齢者の52.3%、要支援・要介護認定者の49.7%に対し、第2号被保険者では33.8%となっており、特に第2号被保険者で地域のつながりの必要性和実感に大きな差異のあることがわかります。

▼ 3調査比較＞地域のつながりの必要性



▼ 3調査比較＞地域のつながりの実感

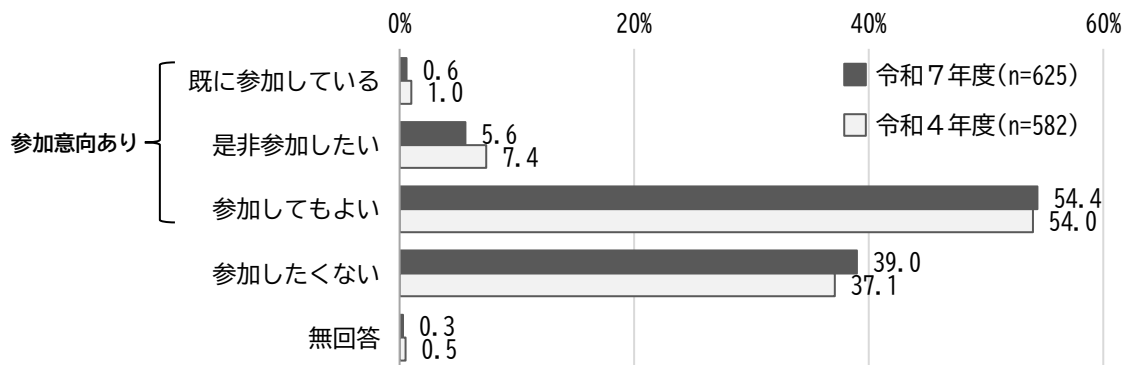


⑦地域づくりへの参加意向・地域のつながりの実感

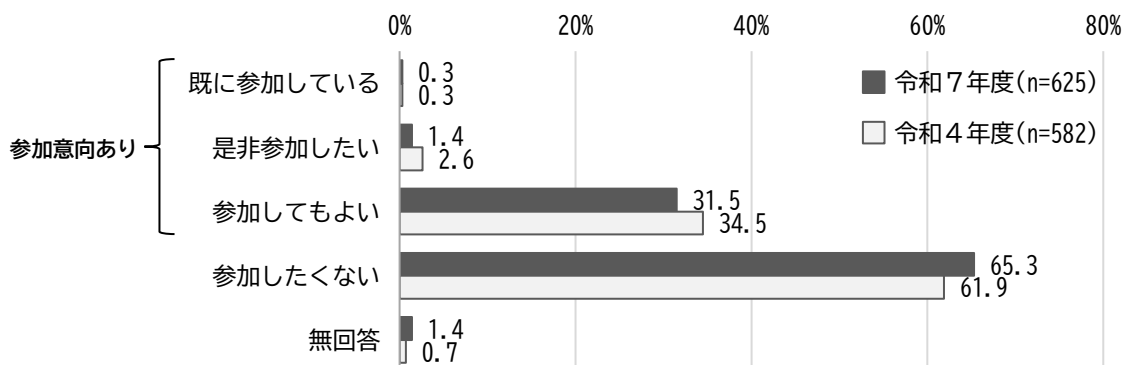
第2号被保険者

第2号被保険者の地域住民の有志による地域づくりへの参加意向では、「参加者として」は「参加してもよい」が「参加したくない」を上回り、「企画・運営(お世話役)として」は「参加したくない」が「参加してもよい」を上回っています。

▼ 第2号被保険者>地域づくりへの参加者としての参加意向

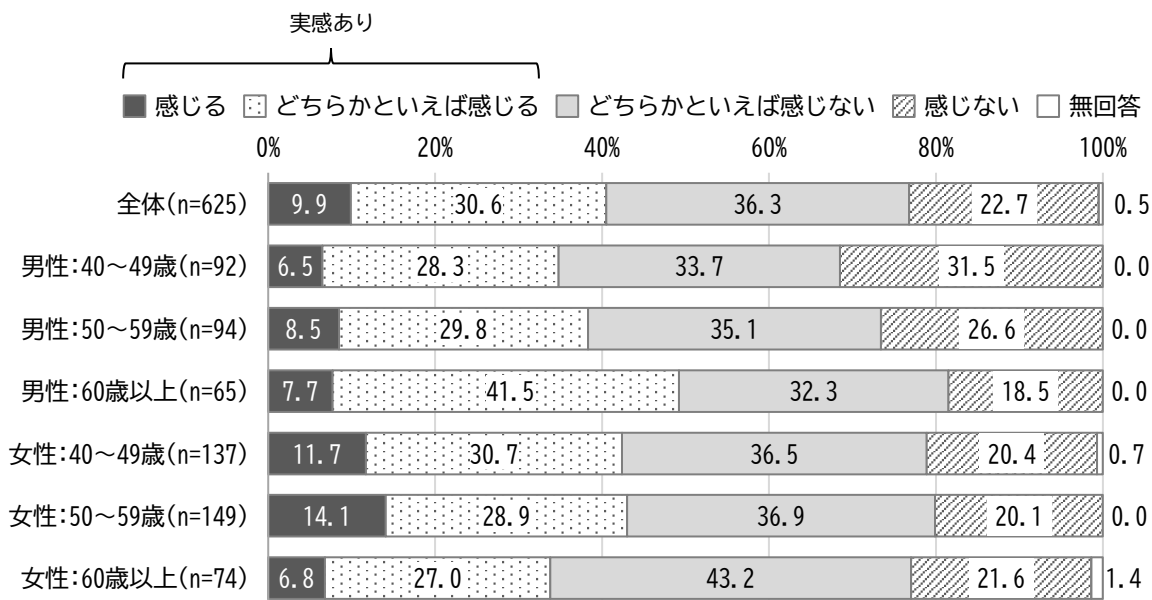


▼ 第2号被保険者>地域づくりへの企画・運営(お世話役)としての参加意向



最初から企画・運営(お世話役)としての参加を希望する人が多くないことから、まず参加者として参加できるよう支援していく必要があります。参加者としての参加が広がる可能性の高い年齢を探るため、地域のつながりの実感を性・年齢区分別にみると『実感あり』と回答している割合は、男性では「60歳以上」、女性では「50歳～59歳」で最も多くなっています。

▼ 第2号被保険者（男女別／年齢階層別）＞地域のつながりの実感



⑧地域での助け合い

一般高齢者、要支援・要介護認定者

一般高齢者の「心配事や愚痴を聞いてくれる人」で、家族や親族以外に着目すると、「友人」が50.4%、「近隣」が8.1%となっています。要支援・要介護認定者の「心配事や愚痴を聞いてくれる人」では、「友人」が25.0%、「近隣」が8.8%となっています。

地理的に近いことを思わせる「近隣」や「友人」等、家族・親族以外に頼れる人が地域に少なからず存在していることがわかります。

居住地域別にみると、一般高齢者の「近隣」で割合が全体より高い地域は四谷、箆笥町、若松町、大久保、「友人」では四谷、箆笥町、榎町、落合第一、柏木、角筈となっています。

要支援・要介護認定者の「近隣」で割合が全体より高い地域は四谷、若松町、落合第二、柏木、「友人」では、四谷、箆笥町、戸塚、落合第二となっています。

榎町では、どちらの調査でも「近隣」「友人」が全体の割合よりも低く、心配事等の相談先として比較的家族・親族に頼る面が多いと考えられます。

また、「そのような人はいない」の割合に注目すると、一般高齢者では、若松町、大久保、戸塚、落合第二、角筈で、要支援・要介護認定者では、箆笥町、若松町、戸塚、落合第二、角筈で、「そのような人はいない」の割合が全体よりも高くなっており、共助や公助の必要性が高い地域とも考えられます。

▼ 一般高齢者、要支援・要介護認定者＞居住地区×心配事や愚痴を聞いてくれる人

		一般高齢者調査				要支援・要介護認定者調査			
上段：回答数 下段：%		合計	近隣	友人	そのよう な人はい ない	合計	近隣	友人	そのよう な人はい ない
全体		2679 100.0	216 8.1	1351 50.4	188 7.0	919 100.0	81 8.8	230 25.0	64 7.0
居住地域 (特別出張所管内)	四谷	327 100.0	28 8.6	170 52.0	21 6.4	96 100.0	13 13.5	28 29.2	6 6.3
	箆笥町	319 100.0	31 9.7	181 56.7	10 3.1	82 100.0	6 7.3	23 28.0	6 7.3
	榎町	258 100.0	20 7.8	124 48.1	17 6.6	96 100.0	5 5.2	22 22.9	4 4.2
	若松町	284 100.0	28 9.9	134 47.2	24 8.5	114 100.0	13 11.4	28 24.6	10 8.8
	大久保	293 100.0	28 9.6	137 46.8	25 8.5	103 100.0	8 7.8	23 22.3	7 6.8
	戸塚	338 100.0	26 7.7	161 47.6	24 7.1	116 100.0	9 7.8	33 28.4	10 8.6
	落合第一	259 100.0	15 5.8	141 54.4	16 6.2	92 100.0	7 7.6	19 20.7	6 6.5
	落合第二	261 100.0	18 6.9	126 48.3	21 8.0	93 100.0	12 12.9	26 28.0	8 8.6
	柏木	198 100.0	13 6.6	106 53.5	13 6.6	52 100.0	5 9.6	11 21.2	1 1.9
	角筈	106 100.0	7 6.6	58 54.7	9 8.5	36 100.0	2 5.6	14 38.9	3 8.3

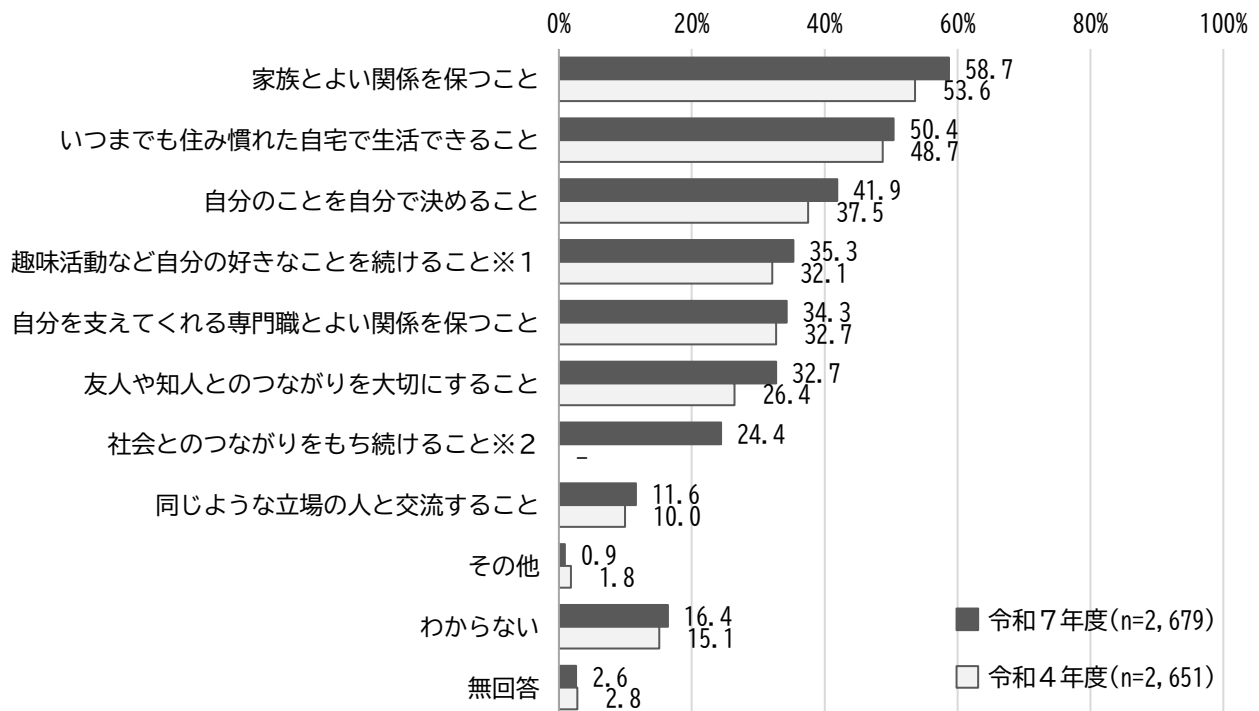
※角筈は他地域に比べて回答母数が少ないことに留意が必要

⑨認知症に関して

一般高齢者

一般高齢者の「認知症になった場合、大切にしたいこと」では、「家族とよい関係を保つこと」が58.7%と最も多く、次いで、「いつまでも住み慣れた自宅で生活できること」が50.4%、「自分のことを自分で決めること」が41.9%となっており、前回調査との比較では、「家族とよい関係を保つこと」が5.1ポイント、「友人や知人とのつながりを大切にすること」が6.3ポイント増加しています。

▼ 一般高齢者＞認知症になった場合、大切にしたいこと



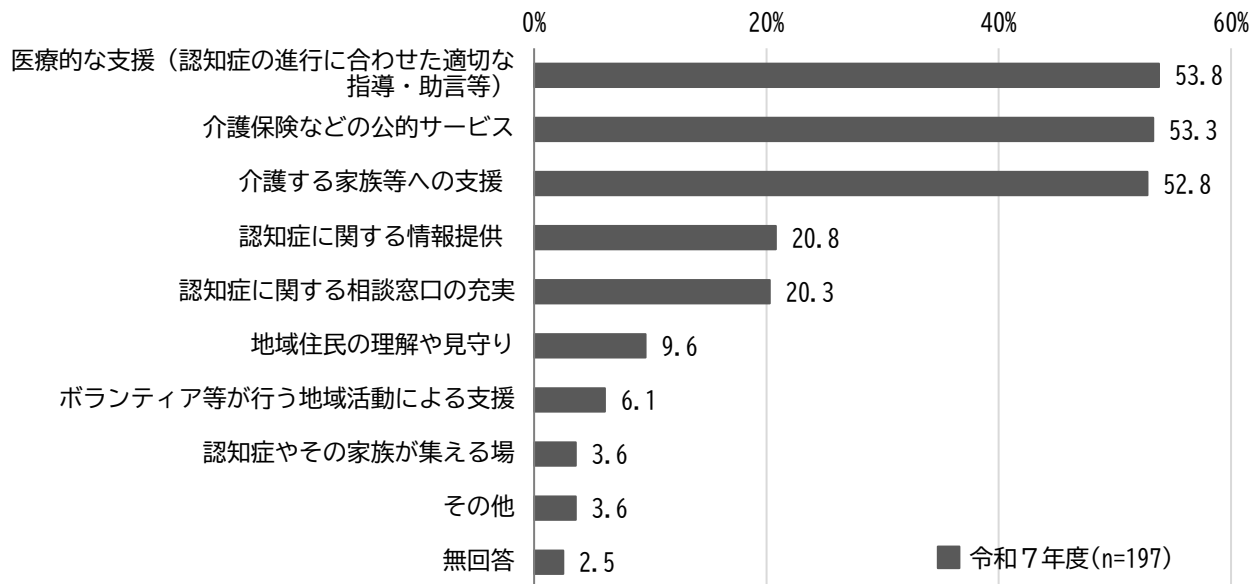
※1 令和4年度調査の選択肢は「趣味や料理など自分の好きなことを続けること」となっている。

※2 令和4年度調査では選択肢「社会とのつながりをもち続けること」はない。

在宅介護実態調査

在宅介護実態調査で、介護している方に認知症の症状が「ある」と回答した人に、認知症の介護で必要と思うことを聞いたところ、「医療的な支援(認知症の進行に合わせた適切な指導・助言等)」が53.8%と最も多く、次いで「介護保険などの公的サービス」が53.3%、「介護する家族等への支援」が52.8%となっています。

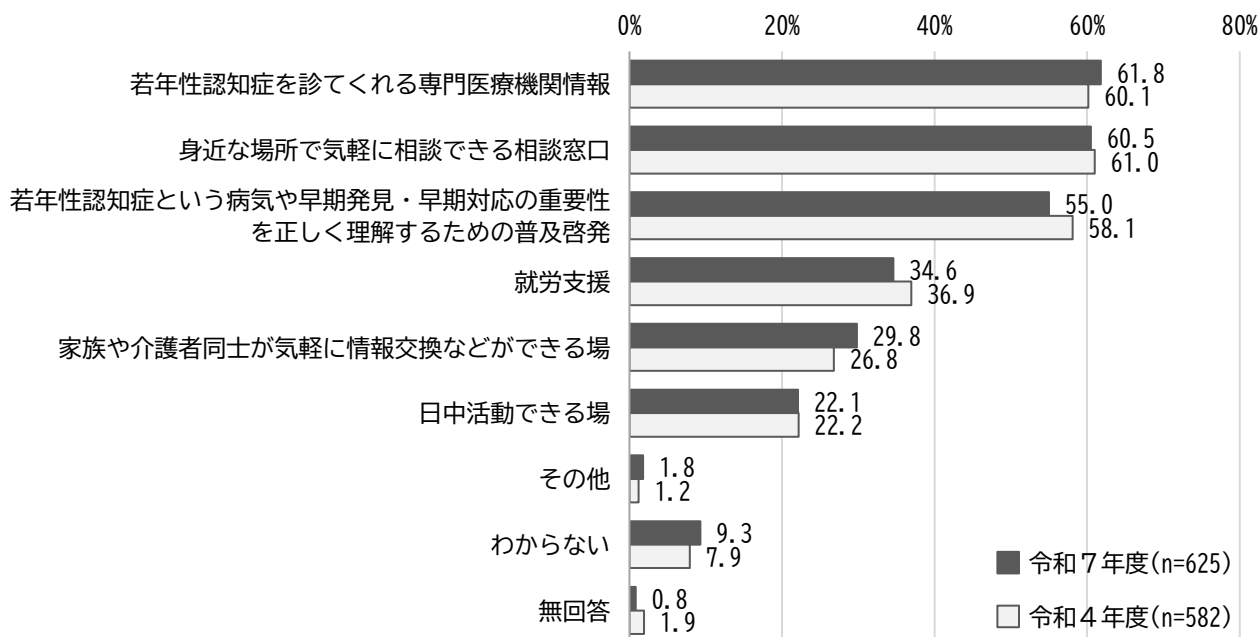
▼ 在宅介護実態調査＞認知症の介護で必要と思うこと



第2号被保険者

第2号被保険者に、若年性認知症に対して必要な支援を聞いたところ、「若年性認知症を診てくれる専門医療機関情報」が61.8%と最も多く、「身近な場所で気軽に相談できる相談窓口」が60.5%、「若年性認知症という病気や早期発見・早期対応の重要性を正しく理解するための普及啓発」が55.0%となっています。前回調査との比較では、「家族や介護者同士が気軽に情報交換などができる場」が3.0ポイント増加し、「若年性認知症という病気や早期発見・早期対応の重要性を正しく理解するための普及啓発」が3.1ポイント減少しています。

▼ 第2号被保険者＞若年性認知症に対して必要な支援



(2) 在宅介護実態調査（「厚生労働省自動集計分析ソフト」による分析）

「要介護者の在宅生活の継続」と「介護者の就労の継続」の視点から、「在宅介護実態調査」を国の示す手法に基づき実施しました。「厚生労働省老健局介護保険計画課 在宅介護実態調査自動集計分析ソフト」を用いて介護保険認定データと突合できた分析結果について、以下に整理します。

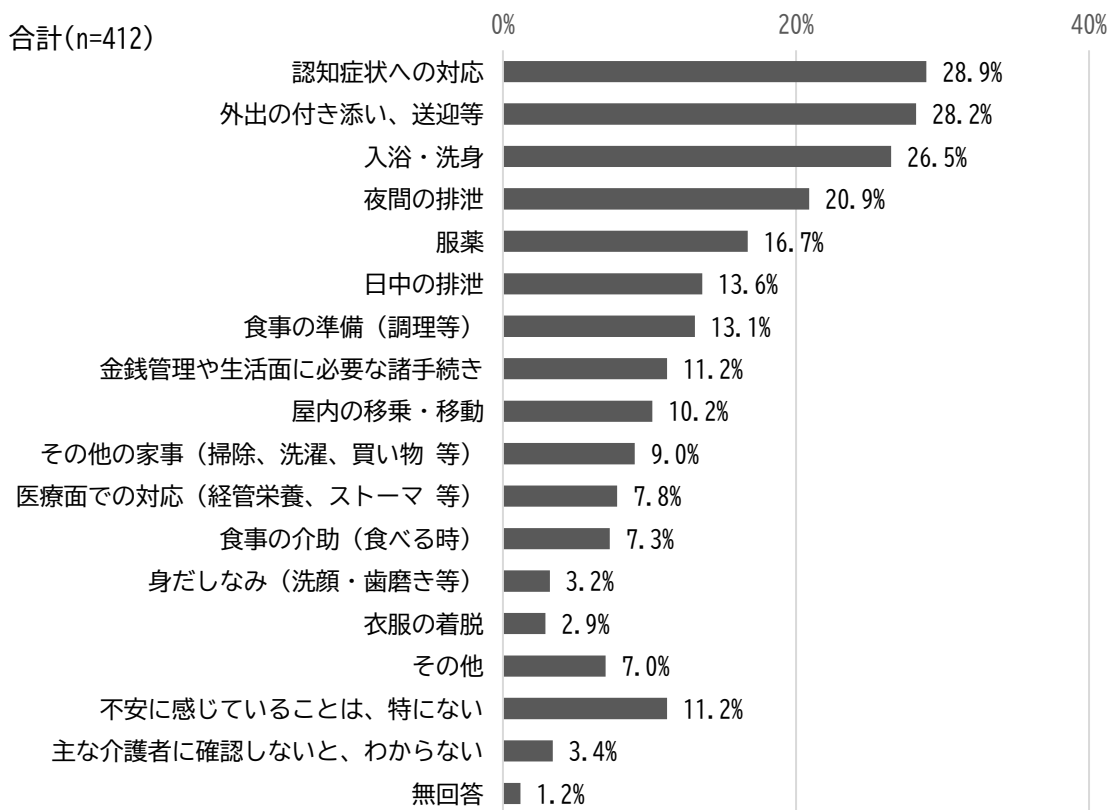
▼ 在宅介護実態調査の対象等

調査名	調査対象	調査対象数
在宅介護実態調査	区内で在宅生活をしている 要支援・要介護認定者（もしくはその家族）	611人

① 介護者が不安に感じる介護（家族等の介護がある人のみ）

現在の生活を継続していくにあたって主な介護者の方が不安に感じる介護では、「認知症状への対応」が28.9%で最も高く、次いで「外出の付き添い、送迎等」（28.2%）、「入浴・洗身」（26.5%）となっています。

▼ 在宅介護実態調査＞今後の在宅生活の継続に向けて、主な介護者が不安に感じる介護

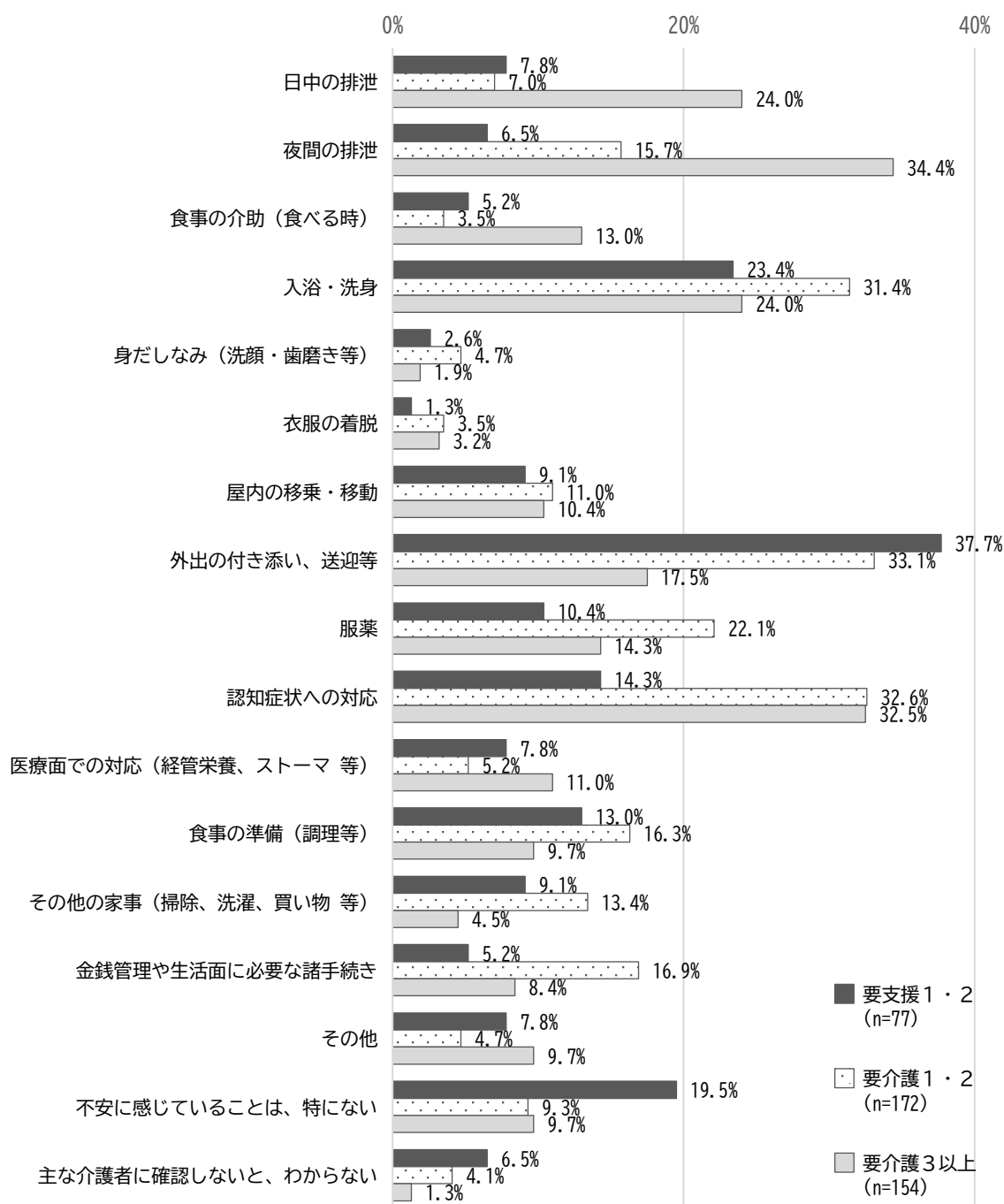


何をすればよいのかが比較的わかりやすい「外出の付き添い、送迎等」や「入浴・洗身」に対し、「認知症状への対応」は、家族等が認知症になったことへのとまどいや、どのように接したり対応すればよいのかがよくわからないといった要因が介護者の不安感につながっていることも考えられます。

認知症に関する正しい知識を深める啓発や、当事者も含めた交流の場の充実なども重要な取組と考えられます。

主な介護者の方が不安を感じる介護を要介護度別にみると、『要支援1・2』では「外出の付き添い、送迎等」が37.7%と最も割合が高く、「入浴・洗身」が23.4%、『要介護1・2』では「外出の付き添い、送迎等」が33.1%と最も割合が高く、「認知症状への対応」が32.6%、『要介護3以上』では「夜間の排泄」が34.4%と最も割合が高く、「認知症状への対応」が32.5%となっています。

▼ 在宅介護実態調査>要介護度別・介護者が不安を感じる介護



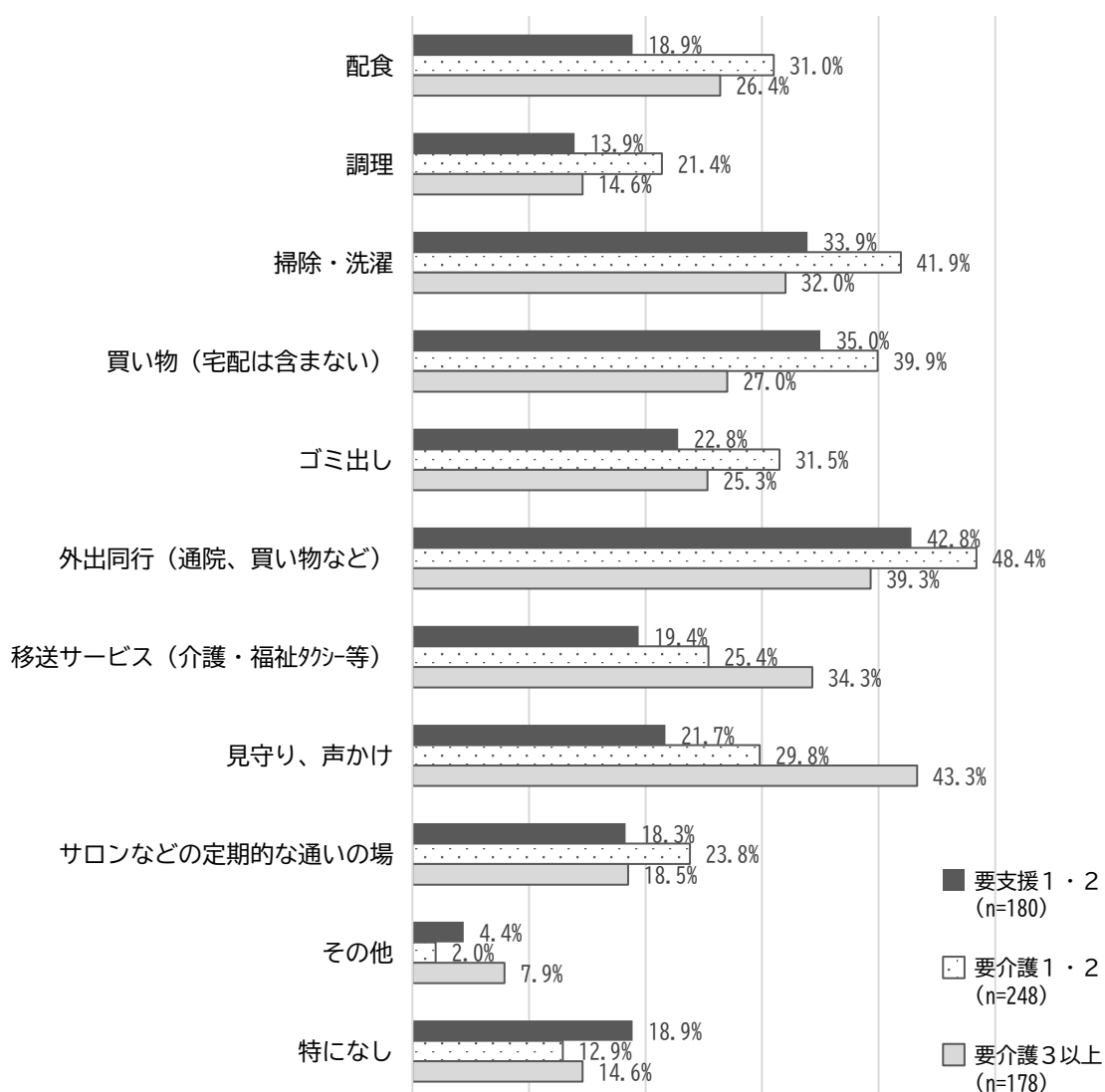
「夜間の排泄」は、明確に要介護度が上がるほど介護者の不安が大きくなっており、その不安の軽減は在宅介護の限界点の向上を図るために重要です。

「外出の付き添い、送迎等」は、要介護度が低いほど割合が高くなっており、本人の外出頻度が高く、行動範囲が広いと思われる場合の方が、介護者としては不安感が大きいことがわかります。

②在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

保険外の支援・サービスの必要性を要介護度別にみると、『要支援1・2』では「外出同行（通院、買い物など）」が42.8%と最も割合が高く、「買い物（宅配は含まない）」が35.0%、『要介護1・2』では「外出同行（通院、買い物など）」が48.4%と最も割合が高く、「掃除・洗濯」が41.9%、『要介護3以上』では「見守り・声かけ」が43.3%と最も割合が高く、「外出同行（通院、買い物など）」が39.3%となっています。

▼在宅介護実態調査>要介護度別・在宅生活の継続に必要と感じる支援・サービス

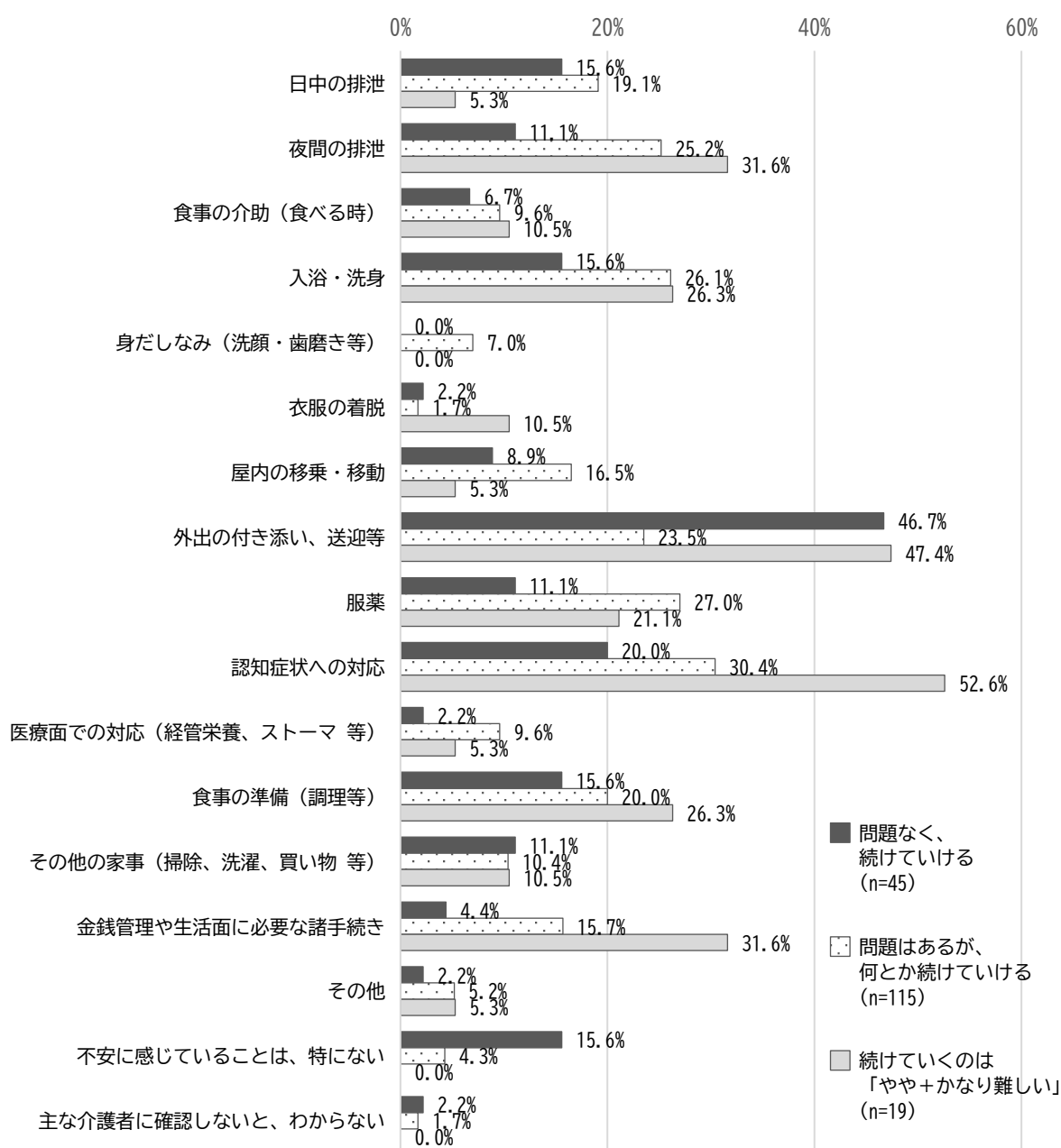


「外出同行」が要介護度によらず上位2位までに入っており、本人の外出行動を支援するサービスの充実、在宅介護の限界点の向上を図るための介護者への支援のみならず重度化防止の観点などから本人の活動を助ける面でも重要と考えられます。

③介護者の就労継続にも重要な認知症への対応支援

介護者が不安に感じる介護を介護者の就労継続の可否に係る意識別にみると、「認知症状への対応」で『続けていくのは「やや+かなり難しい」』が52.6%と割合が高くなっています。主な介護者の方が不安に感じる介護で最も割合の高かった認知症状への対応に係る支援は介護者の就労継続においても重要と考えられます。

▼在宅介護実態調査>就労継続見込み別・介護者が不安に感じる介護（フルタイム勤務+パートタイム勤務）

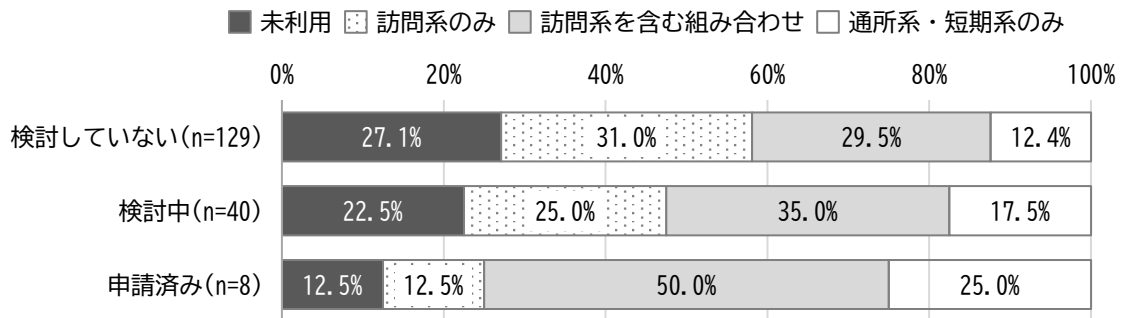


④ サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況

施設等の検討状況をサービス利用の組み合わせ別にみると、「未利用」では「検討していない」が27.1%、「検討中」が22.5%、「申請済み」が12.5%となっています。

施設等の検討を、「検討していない」では、サービス利用が「未利用」の割合が高く、「検討中」から「申請済み」へ段階が進むにつれ、「未利用」の割合が低くなっています。

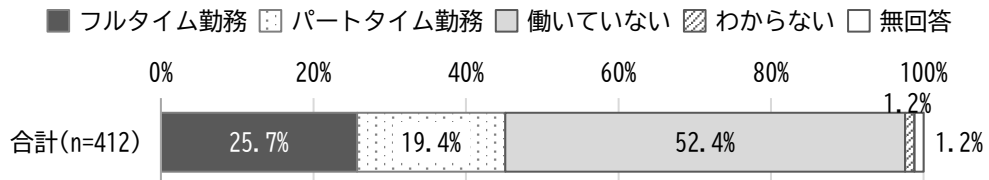
▼ 在宅介護実態調査> サービス利用の組み合わせと施設等検討の状況（要介護3以上）



⑤ 働いていない介護者と通所系サービス

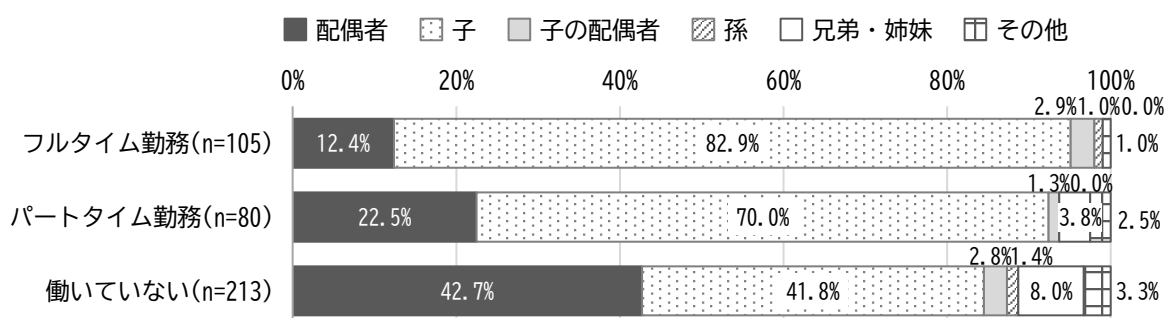
主な介護者の勤務形態は、フルタイム25.7%、パートタイム19.4%に対し、「働いていない」が52.4%となっています。

▼ 在宅介護実態調査> 主な介護者の勤務形態



主な介護者を介護者の勤務形態別にみると、「フルタイム勤務」でも「パートタイム勤務」でも「子」の割合が最も高く、「働いていない」では「配偶者」の割合が最も高くなっています。

▼ 在宅介護実態調査＞就労状況別・主な介護者の本人との関係



以上から、就業しておらず(日中も要介護者とともに過ごし)、高齢である配偶者、という介護者像がみえてきます。

サービス利用の組み合わせを介護者の勤務形態別にみると、「働いていない」では「未利用」が32.4%と最も割合が高く、次いで「訪問系を含む組み合わせ」が23.9%となっていますが、通所系サービスの持つレスパイト機能の重要性は今後高まっていくと考えられます。

▼ 在宅介護実態調査＞就労状況別・サービス利用の組み合わせ

