

## 第4節 高齢者の支援

高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、関係機関や地域住民等による共生・協働の仕組みの中で、保健・医療・介護・福祉のサービスが連携して提供される社会を目指します。

### 1 高齢単身世帯等の支援

#### 【現状と課題】

#### ア 本県の高齢化の現状

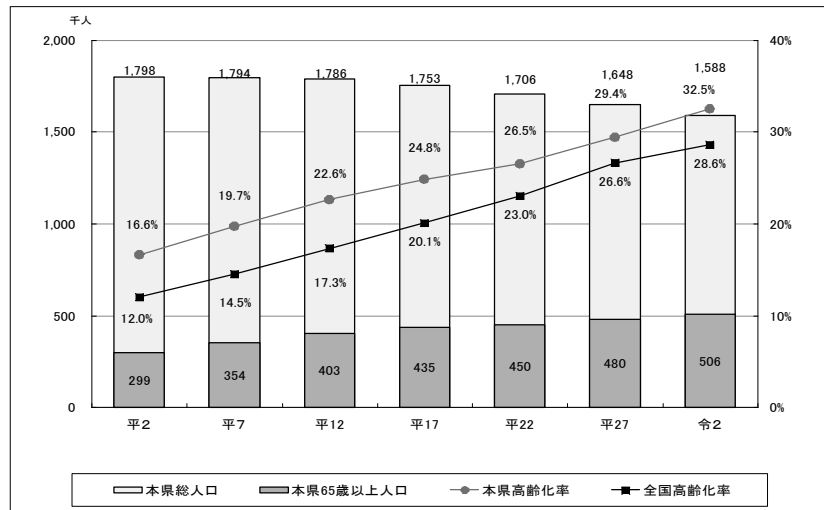
- 本県の高齢化率は32.5%（令和2年10月）で、県民の3人に1人が65歳以上の高齢者であり、高齢化が全国（28.6%）より約5年先行しています。今後、更に高齢化が進み、特に75歳以上の高齢者の割合が高くなっていきます。
- 高齢単身世帯は、一般世帯の16.4%（全国2位）、また、高齢夫婦世帯は、一般世帯の14.9%（全国4位）を占めており、高齢単身世帯と高齢夫婦世帯の占める割合が、全国と比較して高い状況です（第1章第3節「地域診断」参照）。

#### イ 独居高齢者等の支援の現状

- 独居高齢者等が地域とのつながりを持ちながら、日常生活を安心して過ごすためには、住民相互の支え合いの環境の中で、生活全般にわたる支援が必要です。
- 独居高齢者等の孤立化を防ぐため、見守りや声かけなど住民主体による地域の見守り体制の充実を図る必要があります。
- 独居高齢者等が閉じこもりにより活動性が低くなることを予防するため、身近な場所に住民主体の通いの場を作るなど、生きがいや役割を持って生活できるように支援する必要があります。
- フレイル<sup>\*1</sup>の状態を経て要介護状態になる高齢者が増加していることから、低栄養や運動機能・認知機能の低下等フレイルの進行を予防する取組が重要です。
- 独居高齢者等が安心して在宅での療養生活を送るために、多職種が連携した在宅医療提供体制の構築を推進する必要があります。
- 身体機能の低下、病気、認知症など高齢者の心身の状況の変化への対応や、高齢者単身世帯の増加などを背景とした孤立死のリスク等により、民間賃貸住宅への入居を断られやすい傾向が見られるなど、十分に対応できていない状況にあります。

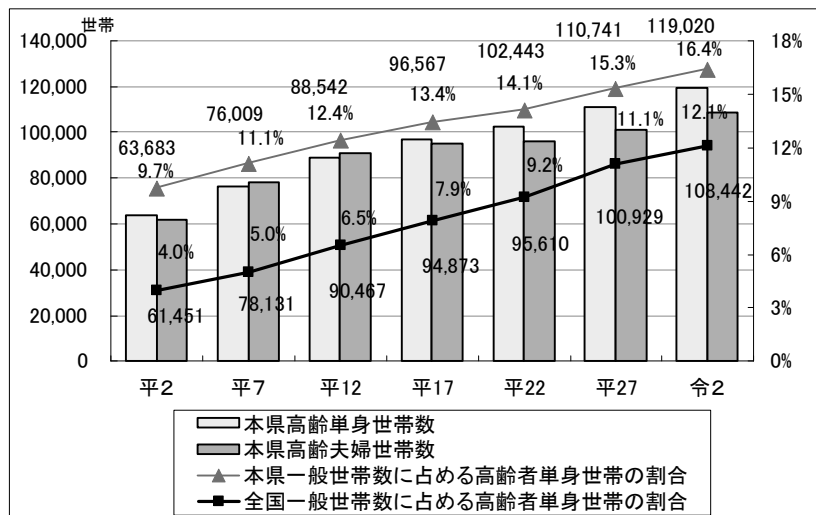
\*1 フレイル：加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が傷害され、心身の脆弱性が出現した状態。

【図表6-4-1】 高齢者人口の推移（人口，高齢化率，全国高齢化率）



[国勢調査]

【図表6-4-2】 高齢单身・高齢夫婦世帯数の推移



[国勢調査]

**【施策の方向性】**

**ア 高齢期における孤立化防止のための対策**

- 独居高齢者等が自発的に社会参加し、相談できる相手を見つけられるよう、老人クラブやボランティア活動などの地域コミュニティへの積極的参加や、近所付き合いの積極化への支援を行います。
- 地域コミュニティ等へ参加できない高齢者へは、訪問介護などの公的サービスを活用するほか、地域住民、NPO等による安否確認などの活動への支援を行います。

**イ 独居高齢者等への支援体制の充実**

- 地域住民による見守り体制の充実、独居高齢者等の急病や家庭内の事故等に対応できる体制整備など民間事業者と連携した地域の見守り・支援体制の構築に係る市町村の取組を支援

します。

- 地域住民と一体となって買い物代行やゴミ出しなどを行うボランティア等の生活支援の担い手育成を支援するほか、生活支援・介護予防サービスの充実に向けた地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う生活支援コーディネーターの活用を支援します。
- 独居高齢者等の閉じこもり等を防止するため、地域包括支援センターにおける適切なケアマネジメントや介護予防事業等の実施を促進します。
- 独居高齢者等の交流の場を確保するため身近な場所で住民主体の通いの場を作り、地域で支える体制づくりを支援します。
- 要介護状態の原因となる認知症、脳卒中、ロコモティブシンドロームの発症・重症化予防に重点を置き、高齢期の健康づくりと疾病予防を推進します。
- 独居高齢者等が安心して在宅での療養生活を送るために、多職種による連携体制や、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション及び入院機能を有する病院・診療所等の円滑な連携体制の構築を支援します。
- 公営住宅においては、高齢者が安心して暮らせるため、これまで整備したシルバーハウジングの適切な維持管理を行うとともに、段差解消等のバリアフリー化を推進します。
- 高齢者の居住の場の選択肢を拡大するため、生活支援サービスを備えたサービス付き高齢者向け住宅の供給等や、県居住支援協議会による居住支援法人との連携等により住宅セーフティネット制度の充実を図ります。
- 既存住宅のバリアフリー化を促進するため、高齢者等の住宅改修に携わる技術者等の知識向上を図るとともに、バリアフリーに関する情報提供に努めます。

## 2 認知症高齢者等の支援

### 【現状と課題】

#### ア 認知症高齢者等の状況

- 令和5年10月1日現在、本県の要介護認定等を受けている方のうち、認知症の症状が見られる（認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上）高齢者は、62,882人であり、65歳以上の全要介護（要支援）認定者の62.7%を占めています。

認知症の症状を有する方（以下「認知症高齢者等」という。）は、高齢化の進行とともに増えていくことが見込まれています。

また、令和5年10月1日現在、本県の要介護認定等を受けている方のうち認知症の症状が見られる（認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上）40歳以上64歳以下の人は566人です。

【図表6-4-3】 認知症高齢者の日常生活自立度別の状況（令和5年10月1日現在）（単位：人）

年齢区分	人口	要介護 (要支援) 認定者	認知症高齢者の日常生活自立度					
			ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	ランクⅤ	ランクⅡ以上 (再掲)
65歳以上	511,720	100,273	23,336 (23.3%)	40,156 (40.0%)	17,574 (17.5%)	4,939 (4.9%)	213 (0.2%)	62,882 (62.7%)
40～64歳	480,129	1,473	454 (30.8%)	347 (23.6%)	129 (8.8%)	81 (5.5%)	9 (0.6%)	566 (38.4%)

(注) 要介護（要支援）認定における認定調査員が判断した認知症高齢者の日常生活自立度別の状況を市町村に照会して把握

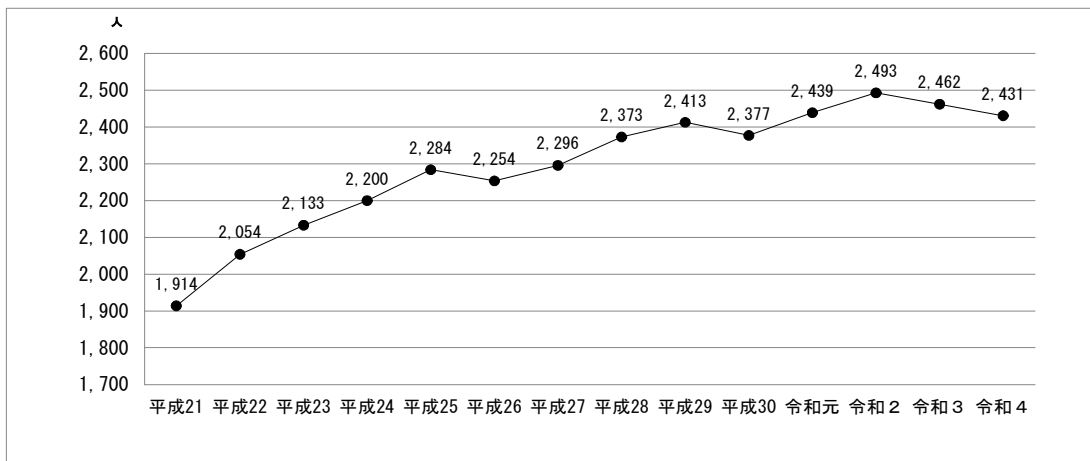
[県高齢者生き生き推進課調べ]

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランクⅠ	何らかの認知症を有するが、サービスの活用等により一人暮らしも可能。
ランクⅡ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。
ランクⅢ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。
ランクⅣ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回にみられ、常に介護を必要とする。
ランクⅤ	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

- 認知症を主たる疾病とする精神科病院入院者数は、近年は横ばいで推移しており、65歳以上の割合は約94%となっています。一方で、認知症を主たる疾病とする精神科入院患者のうち1年以上の入院者は約56%となっており早期退院に向けた取組の充実を図る必要があります。

【図表6-4-4】 認知症を主たる疾病とする精神科病院入院者数の推移



[精神保健福祉資料]

【図表6-4-5】 認知症を主たる疾病とする精神科病院年齢別入院者数（令和4年6月末現在）

(単位：人)

疾病名	年齢区分	～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	不明	計
アルツハイマー型認知症		0	0	21	151	1,335	0	1,507
血管性認知症		0	0	13	47	221	0	281
上記以外の症状性を含む器質性精神障害		1	10	110	146	376	0	643
計		1	10	144	344	1,932	0	2,431

[精神保健福祉資料]

- 認知症の原因となる疾患としては、アルツハイマー型認知症や血管性認知症などが代表的ですが、初期の段階で診断を受け、適切な治療を早期に開始することで、症状が改善したり、進行を遅らせたりすることが可能な場合もあります。

- 認知症高齢者等やその家族は、様々な悩みや不安を抱えていながら相談や支援要請などに結びついていない場合も多く、身近な地域で気軽に相談ができ、支援が受けられる体制が必要です。
- 認知症サポーターの養成など認知症に対する理解普及に取り組んでいますが、認知症に対する理解は十分とはいえず、早期に適切な対応や処遇が行われなまま悪化する例も見られます。また、より活動に意欲のある認知症サポーターを認知症の人への具体的な支援につなげる仕組みづくりを進める必要があります。

【図表6-4-6】認知症サポーター数の推移 (単位：人)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
全国	10,670,941	11,791,850	12,243,931	12,805,277	13,476,242
本県	165,409	179,385	187,249	196,667	204,362

[全国キャラバン・メイト連絡協議会調べ]

- 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供に資するため、市町村においては、認知症初期集中支援チーム<sup>\*1</sup>を設置し、早期診断・早期対応に向けた取組を進めていますが、認知症初期集中支援チームの役割や機能について、地域住民や関係機関に対し、更なる普及啓発を図ることが必要です。
- 認知症の予防については、認知症の発症要因ともなる生活習慣病を予防し、良好な生活習慣を維持することが重要です。
- 若年性認知症<sup>\*2</sup>については、症状が進行してから診断される人が多いこと、発症後の生活維持が困難になることなどから、地域における早期診断・早期対応や生活支援の仕組みづくりを更に進める必要があります。

## イ 認知症に対する医療体制

- 認知症の疑いのある人がより身近な地域で適切な治療ができるよう、二次医療圏に1か所以上、計12か所の認知症疾患医療センターを設置しています。  
認知症疾患医療センターでは、鑑別診断とそれに基づく初期対応、専門医療相談をはじめ、周辺症状と身体合併症への急性期対応等の役割を担っています。
- 地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確保するためには、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れの確立が必要ですが、この流れを示す認知症ケアパス<sup>\*3</sup>については、県内全市町村で作成され、それぞれ周知を図っています。

\*1 認知症初期集中支援チーム：医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム

\*2 若年性認知症：65歳未満で発症する認知症

\*3 認知症ケアパス：認知症を発症したときから、その進行状況に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのかをあらかじめ決めておくもの

【図表6-4-7】 認知症疾患医療センター指定状況（令和5年10月末現在）

二次保健医療圏	指定病院	所在地
鹿児島	鹿児島大学病院	鹿児島市桜ヶ丘8丁目35番1号
	谷山病院	鹿児島市小原町8番1号
	パールランド病院	鹿児島市犬迫町2253番地
南薩	ウエルフェア九州病院	枕崎市白沢北町191番地
川薩	宮之城病院	薩摩郡さつま町船木34番地
出水	荘記念病院	出水市高尾野町下水流862番地1
始良・伊佐	松下病院	霧島市隼人町真孝998番地
	あいらの森ホスピタル	始良郡湧水町北方1854番地
曾於	病院芳春苑	志布志市志布志町安楽3008番地5
肝属	メンタルホスピタル鹿屋	鹿屋市田崎町1043番地1
熊毛	せいざん病院	西之表市住吉3363番地2
奄美	奄美病院	奄美市名瀬浜里町170番地

[県高齢者生き生き推進課調べ]

- かかりつけ医を対象とする研修を実施し、認知症対応力の向上を図っていますが、認知症高齢者等が住み慣れた地域で生活していくためには、かかりつけ医が認知症疾患医療センターや認知症サポート医<sup>\*1</sup>と連携して日常的な診療を行うとともに、医療・介護・福祉が連携した適切なケアの提供が重要です。

【図表6-4-8】 もの忘れの相談ができる医師、認知症サポート医（令和5年10月末現在）

（単位：人）

二次保健医療圏	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	計
もの忘れの相談ができる医師	195	53	53	25	69	17	33	11	29	485
認知症サポート医	120	21	35	14	38	20	28	8	34	318

[県高齢者生き生き推進課調べ]

#### ウ 認知症高齢者等の権利擁護

家族等から虐待を受けた要介護等認定者のうち、認知症の症状が見られる（認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上）高齢者が約7割を占めており、認知症高齢者等に対する虐待防止や権利擁護の取組を推進する必要があります。

\*1 認知症サポート医：認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけ医からの相談を受け助言等を行う医師

【図表6-4-9】 家庭内虐待を受けた者の日常生活自立度別の状況 (単位：人)

年度	家庭内虐待を受けた者のうち要介護認定済者	認知症高齢者の日常生活自立度		
		自立又は認知症なし	ランク I	ランク II 以上
令和2年度	74	2 (2.7%)	10 (13.5%)	58 (78.4%)
令和3年度	76	4 (5.3%)	11 (14.5%)	59 (77.6%)
令和4年度	77	7 (9.1%)	17 (22.1%)	52 (67.5%)

[県介護保険室調べ]

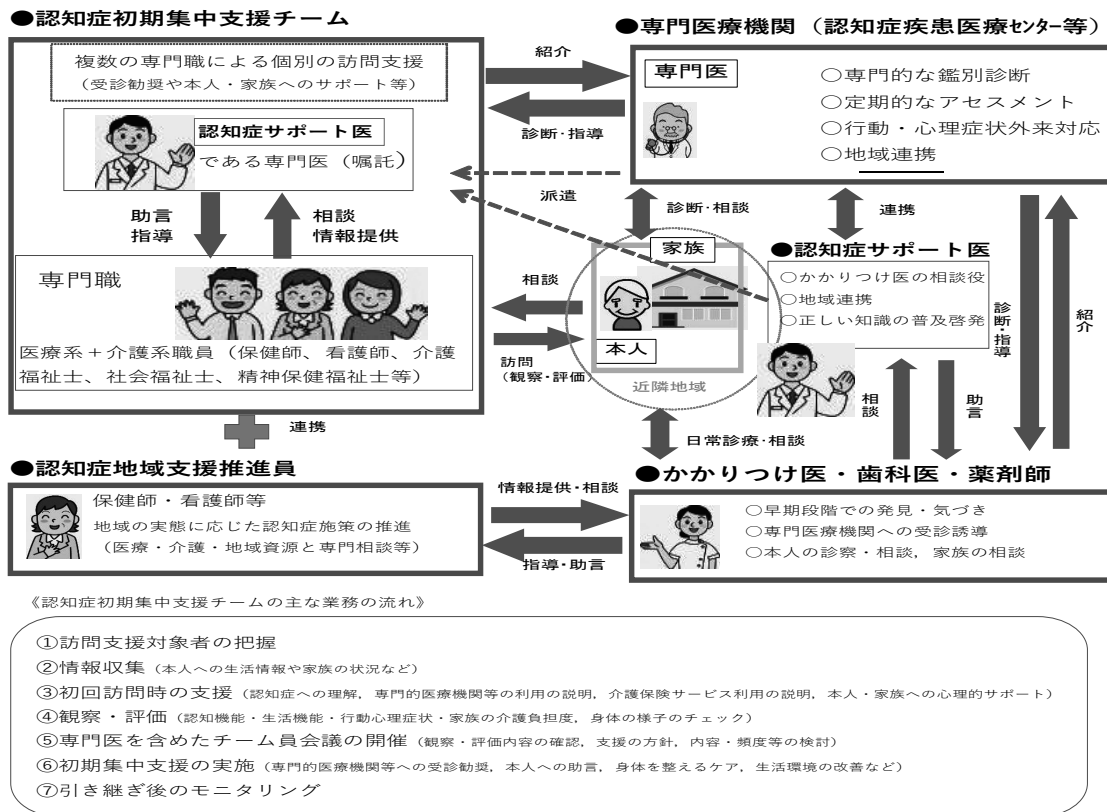
**【施策の方向性】**

**ア 認知症の段階に応じた総合的な支援対策**

- 認知症の発生要因ともなる生活習慣病を予防し、良好な生活習慣を維持するため、市町村における介護予防や生活習慣病予防の取組の促進を図ります。
- 認知症の段階に応じてどのような支援を受けることができるのか認知症高齢者やその家族等が理解することができるよう、地域の実情に応じた認知症ケアパスの普及・啓発に努めます。
- 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の取組を促進します。
- 認知症サポーターの養成、家族等の交流会などを通じて、家族や地域住民に対し、早期発見・早期対応の重要性や認知症に対する正しい理解を図るとともに、地域において認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人本人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組みである「チームオレンジ」の整備を支援します。
- 認知症初期集中支援チームが効果的に機能するよう、チームの役割等についての普及啓発や運営、活用に係る市町村の取組を促進します。
- 認知症高齢者等の自立支援やケアの質の向上を図るため、医療・介護従事者等への研修の充実や地域における指導者の育成等を行います。
- 若年性認知症支援コーディネーターを中心に、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターなどの関係者間の連携体制を強化するなど、若年性認知症の人やその家族への支援の充実を図ります。



【図表6-4-10】認知症初期集中支援チームの概要

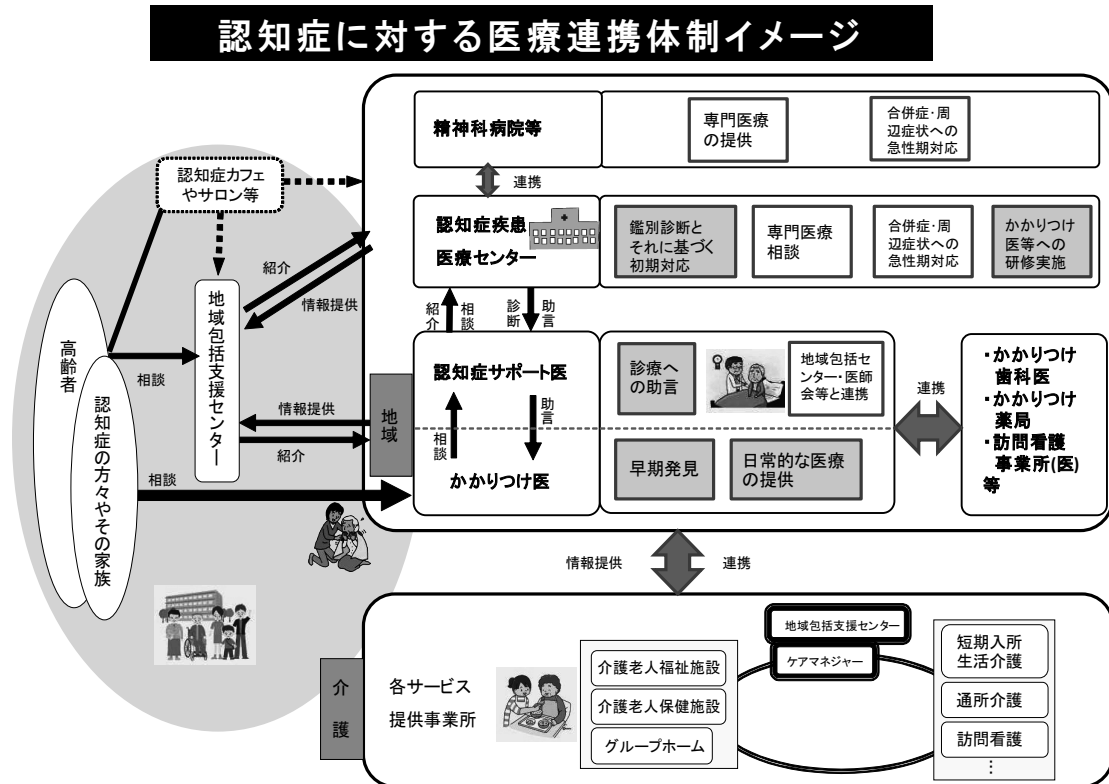


[厚生労働省資料を基に県高齢者生き生き推進課で作成]

## イ 認知症の医療連携体制の整備

- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを地域連携推進機関として、かかりつけ医や認知症サポート医等と連携した早期診断・早期対応の体制構築を推進します。  
また、医療と介護が連携したケアの提供を促進するため、地域包括支援センターや介護支援専門員等の介護関係者との連携強化を図ります。
- 基幹型認知症疾患医療センターを中心に県内の認知症疾患医療センターにおいて、地域医療機関等と連携した適切な医療等を提供する体制を構築します。
- 日常的に医療に携わる医師・歯科医師・薬剤師・看護師等の専門職種に対し、研修等により認知症対応力の向上を図ります。
- 認知症サポート医の育成や効果的な活用を行うことにより、かかりつけ医に対する支援や地域包括支援センター等との連携の強化を図ります。
- 医療・介護等関係者の情報共有の仕組みを構築するとともに、連携してケアを提供する取組を推進します。

【図表6-4-11】 認知症の医療連携体制のイメージ



[県高齢者生き生き推進課作成]

### ウ 市町村等と連携した権利擁護対策

- 虐待等に関する相談窓口の周知や関係機関との連携・協力体制の整備に努めます。
- 認知症に関する正しい知識と理解の普及や高齢者等虐待防止の啓発に努めます。
- 介護を行う家族の交流会等の介護者の負担軽減を図るための支援を促進します。
- 成年後見制度や福祉サービス利用支援事業などの権利擁護を目的とする制度・サービスの活用促進を図ります。

《コラム》 認知症の種類（主なもの）

認知症の種類（主なもの）

認知症にはその原因などにより、いくつか種類があります。

■ アルツハイマー型認知症

- ◆ 脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮が起こります。

【症状】

昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていくます。

■ 血管性認知症

- ◆ 脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が主な原因です。

【症状】

脳血管障害が起こるたびに段階的に進行します。また障害を受けた部位によって症状が異なります。

■ レビー小体型認知症

- ◆ 脳内にたまったレビー小体という特殊なたんぱく質により脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。

【症状】

現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。

■ 前頭側頭葉型認知症

- ◆ 脳の前頭葉や側頭葉で、神経細胞が減少して脳が萎縮する病気です。

【症状】

感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。