

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。

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2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、63,151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2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720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2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Ⅱ以上 (再掲)
			ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	ランクⅣ	ランクⅤ	
65歳以上	516,756	100,727	22,200 (22.0%)	38,579 (38.3%)	18,831 (18.7%)	5,351 (5.3%)	390 (0.4%)	63,151 (62.7%)
40～64歳	492,960	1,601	402 (25.1%)	425 (26.5%)	187 (11.7%)	99 (6.2%)	9 (0.6%)	720 (45.0%)

※要介護(要支援)認定者については、令和2年10月31日現在

(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

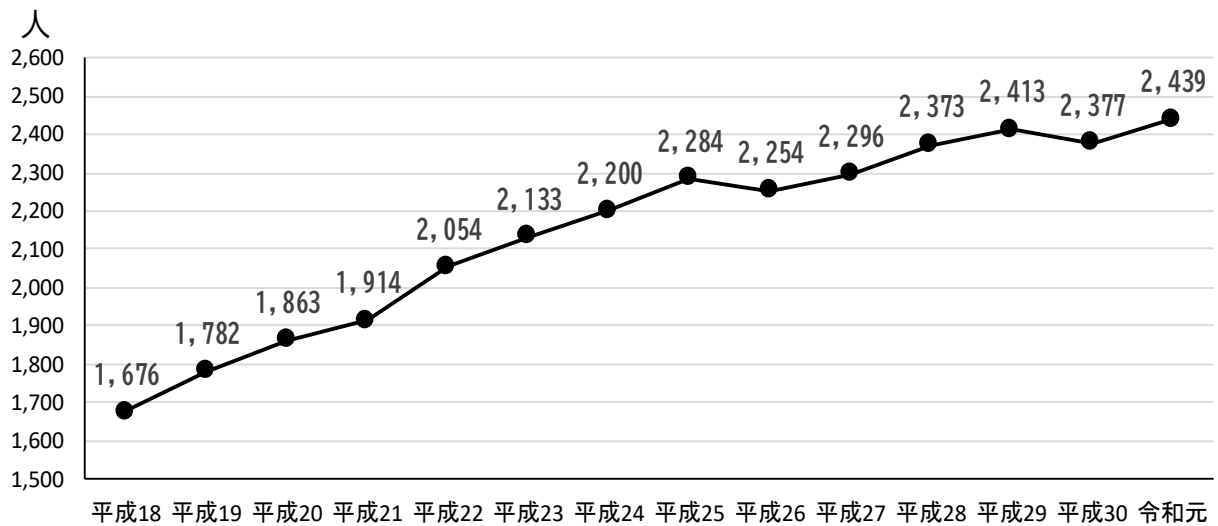
[県高齢者生き生き推進課調べ]

(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。

- 精神科病院の認知症入院患者数は増加傾向にあり、65歳以上の割合は約93%となっています。一方で、精神科病院の認知症入院患者のうち1年以上の入院者は約54%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（令和元年6月末現在）
（単位：人）

疾病名	年齢区分						計
	～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	不明	
アルツハイマー型認知症	0	0	23	135	1,350	0	1,508
血管性認知症	0	0	9	48	229	0	286
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	2	7	122	139	375	0	645
計	2	7	154	322	1,954	0	2,439

[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28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
全国	8,829,946	10,151,589	11,442,490	12,642,675	13,177,692
本県	135,303	151,161	165,409	179,385	187,249

[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^{*1}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、認知症の発生の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。

*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

- 若年性認知症^{*2}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

- 認知症の鑑別診断等を行う認知症疾患医療センター^{*3}を県内に11か所設置していますが、より身近な地域で早期診断・早期対応とともに認知症の周辺症状や身体合併症に対応できる体制づくりが必要です。
- 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^{*4}については、令和3年6月現在、県内全市町村で作成され、それぞれ周知を図っています。

【図表6-4-7】 認知症疾患医療センター指定状況（令和2年度末現在）

二次保健医療圏	指定病院	所在地
鹿児島	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^{*1}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。

*2 若年性認知症：65歳未満で発症する認知症

*3 認知症疾患医療センター：認知症の鑑別診断及び身体合併症や周辺症状への急性期対応、かかりつけ医等との連携や地域の人材育成、地域包括支援センターや介護サービス事業者との連携づくりを担う認知症に関する地域の中核的な医療機関

*4 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

*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6-4-8】もの忘れの相談ができる医師，認知症サポート医（令和3年12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	179	50	50	27	65	18	36	10	33	468
認知症サポート医	109	21	36	13	40	25	28	9	39	320

[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8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。

【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（不明を含む）	ランクⅠ	ランクⅡ以上
平成30年度	79	12(15.2%)	14(17.7%)	53(67.1%)
令和元年度	77	7(9.1%)	16(20.8%)	54(70.1%)
令和2年度	74	6(8.1%)	10(13.5%)	58(78.4%)

[県介護保険室調べ]

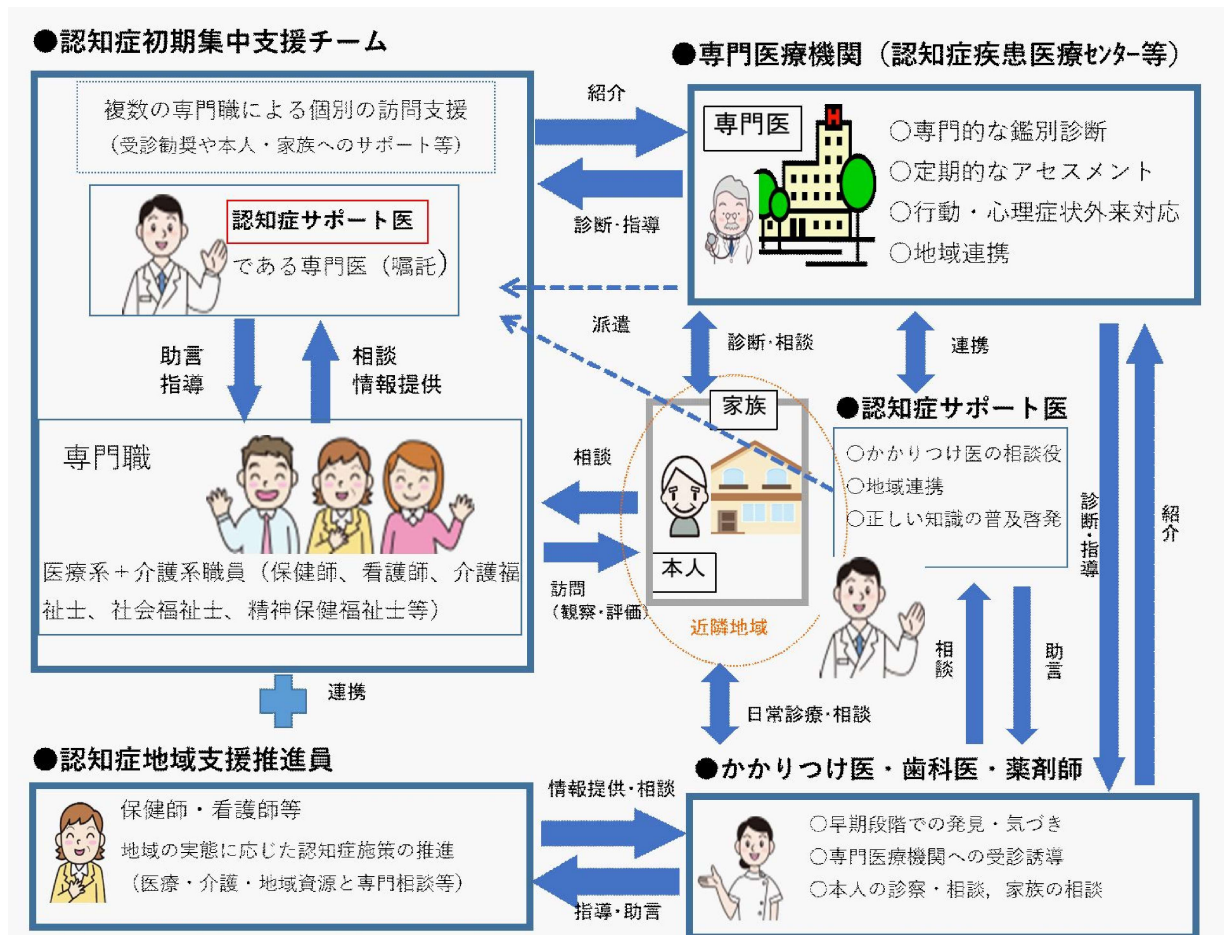
【施策の方向性】

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

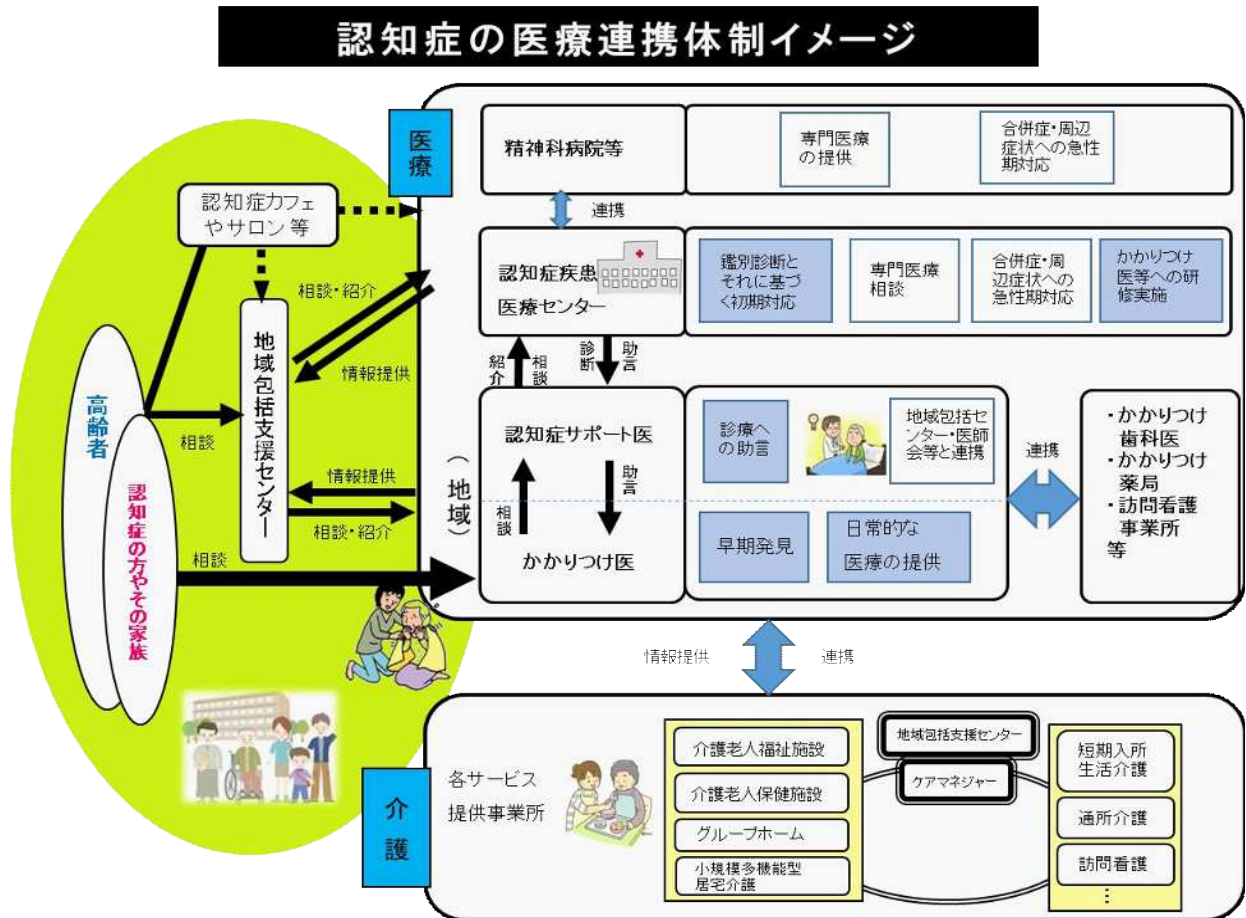


[厚生労働省資料を基に県高齢者生き生き推進課で作成]

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。
- 身近な地域において適切な医療等を提供する体制を構築するため、認知症疾患医療センターの整備を図ります。
- 日常的な診療を行うかかりつけ医や医療従事者等の専門職に対し、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。

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 occurs。

【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きます。

■ 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、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。