

第5章 地域ケア体制の整備充実

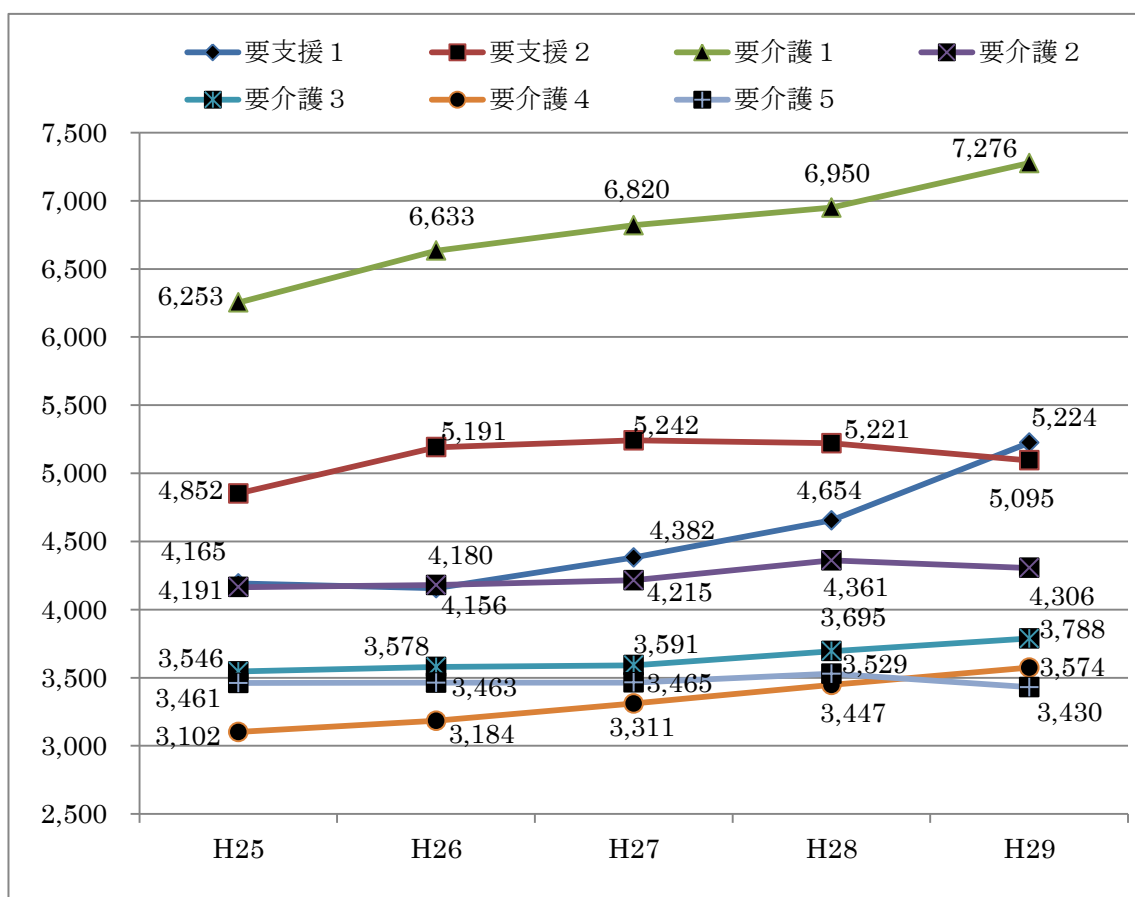
第1節 在宅医療

【現状と課題】

- 在宅医療は、患者本人の自宅等において行われる医療であり、対象者は、疾病や傷病により通院が困難な人、退院後継続して治療が必要な人、自宅で終末期医療を希望する人などになります。
- 本市の65歳以上人口は、平成27年国勢調査によると145,300人となっており、5年前と比較すると17,854人増加しています。今後、高齢化はますます進展していくものと推計されています。
- さらに、平成29年の要支援・要介護認定者の数は32,693人となっており、全体として増加傾向となっています。

【図表 5-1-1】本市の要介護度別認定者数の年次推移

(各年度3月31日現在) (単位：人)



〔かごしま市の保健と福祉〕

- 医療機関における在宅医療への算定状況
平成28年鹿児島県医療施設機能等調査によると、市内の医療機関では次のような在宅医療及び訪問看護等を実施しています。その中でも在宅患者訪問への取組率が高

第5章 地域ケア体制の整備充実

く、病院の 36.3%、有床診療所の 29.8%、無床診療所の 21.2%が実施しています。

【図表 5-1-2】在宅医療及び訪問看護等の算定状況 (単位：箇所、%)

区分	病院 (80)		有床診療所 (104)		無床診療所 (293)	
	実施機関数	実施割合	実施機関数	実施割合	実施機関数	実施割合
在宅患者訪問診療料	29	36.3	31	29.8	62	21.2
在宅患者訪問看護・指導料	19	23.8	19	18.3	25	8.5
緊急訪問看護加算	6	7.5	9	8.7	10	3.4
長時間訪問・指導加算	5	6.3	7	6.7	10	3.4
在宅患者訪問 リハビリテーション 指導・管理料	13	16.3	4	3.8	9	3.1
精神科訪問看護指導料	9	11.3	1	1.0	9	3.1

[平成 28 年県医療施設機能等調査]

現在、在宅医療を実施していない医療機関の中には、今後、在宅患者や寝たきり等の高齢者等の訪問看護や訪問診療を実施したいという意向を有している医療機関もあり、在宅医療を希望する住民の要望に応えるよう在宅医療の提供体制の充実が必要です。

【図表 5-1-3】在宅医療未実施の医療機関の内、実施意向があるもの (単位：箇所、%)

区 分	病院 (80)		有床診療所 (104)		無床診療所 (293)	
	今後実施 したい	実施割合	今後実施 したい	実施割合	今後実施 したい	実施割合
在宅患者訪問診療料	8	10.0	12	11.5	10	3.4
在宅患者訪問看護・指導料	11	13.8	11	10.6	9	3.1
緊急訪問看護加算	8	10.0	9	8.7	10	3.4
長時間訪問・指導加算	8	10.0	5	4.8	13	4.4
在宅患者訪問 リハビリテーション 指導・管理料	10	12.5	11	10.6	12	4.1
精神科訪問看護指導料	2	2.5	2	1.9	1	0.3

[平成 28 年県医療施設機能等調査]

○ 在宅医療や在宅介護を受ける場所

平成 28 年鹿児島県民保健医療意識調査によると、鹿児島保健医療圏において入院以外の医療や介護を受ける場所（住まい）として希望する場所（又は「適した場所」のどちらか）に、「自宅」をあげる人の割合が 35.2%と最も多く、次いで「高齢者や障害者の支援施設」（20.8%）、「高齢者や障害者のグループホーム、ケアホームなど」（20.3%）となっています。

また、家族の介護が必要となったときの対処方法としても「自宅で介護する」をあげる人の割合が 32.1%と最も多く、次いで、「高齢者や障害者の支援施設に入居させる」（25.9%）、「高齢者や障害者のグループホーム、ケアホームなどへ入居させる」（21.1%）となっています。

多くの人は、できる限り住み慣れた地域・家庭で生活することを望んでおり、在宅医療は、患者及びその家族の生活の質（QOL）の向上の観点からも重要となります。

【図表 5-1-4】在宅医療（入院以外の医療）や介護に対する意向（単位：%）

①入院以外の医療や介護を受ける場所（住まい）として適した場所	圏域	本県
・ 自宅	35.2	34.5
・ 高齢者や障害者のグループホーム、ケアホームなど	20.3	21.5
・ 高齢者や障害者の支援施設	20.8	23.1
・ 高齢者専用賃貸住宅などサービス付き高齢者住宅	18.9	15.9
②家族の介護が必要となったときの対処方法	圏域	本県
・ 自宅で介護する	32.1	31.6
・ 高齢者や障害者の支援施設に入居させる	25.9	27.7
・ 高齢者や障害者のグループホーム、ケアホームなどへ入居させる	21.1	22.5
・ 高齢者専用賃貸住宅などサービス付き高齢者住宅で介護する	10.9	8.8

〔平成 28 年県民保健医療意識調査〕

○ 在宅医療を担う関係者等との連携

平成 28 年鹿児島県民保健医療意識調査によると、鹿児島保健医療圏において在宅医療や在宅介護を受け入れるために必要なこととして、急変時対応や介護する家族の支援体制が望まれています。

また、在宅医療の内容は、訪問診療、訪問看護、訪問介護のほか、訪問リハビリテーション、在宅歯科診療・口腔ケアの実施など多様化・高度化しています。在宅医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、看護師、薬剤師、栄養士や介護サービス提供者等が連携しながら、地域の中で、本人及び家族の状況やニーズに合わせ総合的なサービスを提供する体制が必要となります。

○ かかりつけ医の役割

平成 28 年鹿児島県民保健医療意識調査によると、鹿児島保健医療圏において「かかりつけ医を決めている」、あるいは「現在決めてはいないがいずれ決めたい」と答えた人の割合は合わせて 92.0%となっています。在宅医療は、家庭で生活しながら医療を受けたいというニーズに対応するものであることから、地域の病院・診療所の「かかりつけ医」の役割が大きくなっています。

第5章 地域ケア体制の整備充実

- 今後は、高齢化に伴う高齢者医療の需要の増加、病院における在院日数の短縮などから、在宅医療の需要は一層増加するものと思われ、その充実が望まれます。
また、在宅医療に必要な患者の家族の協力については、核家族化の進行、女性の社会進出、高齢単身世帯の増加など、社会的環境も変化しており、在宅医療の課題となっています。
- 退院後の生活を見据えた退院支援を行うためには、入院初期から患者の住み慣れた地域での在宅医療及び介護資源の調整が必要であり、二次医療圏域における退院支援ルール等の体制づくりを進めています。
- 医療的ケア児について
小児医療において、NICU等への長期入院児は減少してきており、退院後も引き続き医療的ケアが必要な障害児等の在宅（施設を含む）への移行が進んでいます。
- NICU等を退院し、引き続き医療的ケアが必要な障害児等が、生活の場で医療や療育の支援を受けながら成長できるよう、保健・医療・障害福祉・保育・教育等の関係機関が相互に連携した支援を実施することが必要です。

○ 地域医療構想を踏まえた在宅医療等の追加的需要

地域医療構想における平成 37 年（2025 年）の在宅医療等の必要量（医療需要）は、鹿児島保健医療圏域の合計で 11,097（人/日）（第 6 章第 3 節「医療需要及び病床の必要量（必要病床数）」参照）で、そのうち訪問診療のみの必要量（医療需要）は 5,499（人/日）です。

地域医療構想実現のために病床の機能分化・連携の推進を図ることにより、平成 32 年（2020 年）に見込まれる在宅医療等の追加的需要（療養病床入院患者のうち、医療区分 1 の 70%及び入院受療率の地域差解消分、並びに一般病床入院患者のうち、医療資源投入量 175 点未満の患者数）については、以下のとおりです。

【図表 5-1-5】平成 32 年（2020 年）に見込まれる在宅医療等の追加的需要の按分結果
（単位：人/日）

医療圏	追加的 需要	内 訳			
		外来診療 対応分	介護保険施設 対応分 (転換分含む)	在宅医療対応分	
				訪問診療	居宅介護 サービス
鹿児島	1136.63	418.20	247.0	471.43	85.00

【施策の方向性】

1 在宅医療連携体制の整備

- 在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう、地域の実情に応じた在宅医療介護の包括的かつ継続的な提供体制の推進を図ります。
- 病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション、長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）などの関係機関のネットワーク化や医療と介護に従事する多職種連携のための体制づくりを支援します。
- 医療的ケアが必要な障害児等が、生活の場で必要な医療や療育等の支援を受けられる環境づくりを推進するため、関係者間による協議・意見交換の場を設置します。

2 退院に向けての支援

- 患者の状況やニーズに応じ、入院から在宅への切れ目のない医療が提供されるよう関係者のネットワークの構築に努めます。
- 「鹿児島保健医療圏域退院支援ルール」の運用・評価等を通じて、患者の状況やニーズに応じた入院から在宅への切れ目のない医療が提供されるよう、関係者のネットワーク構築を推進します。

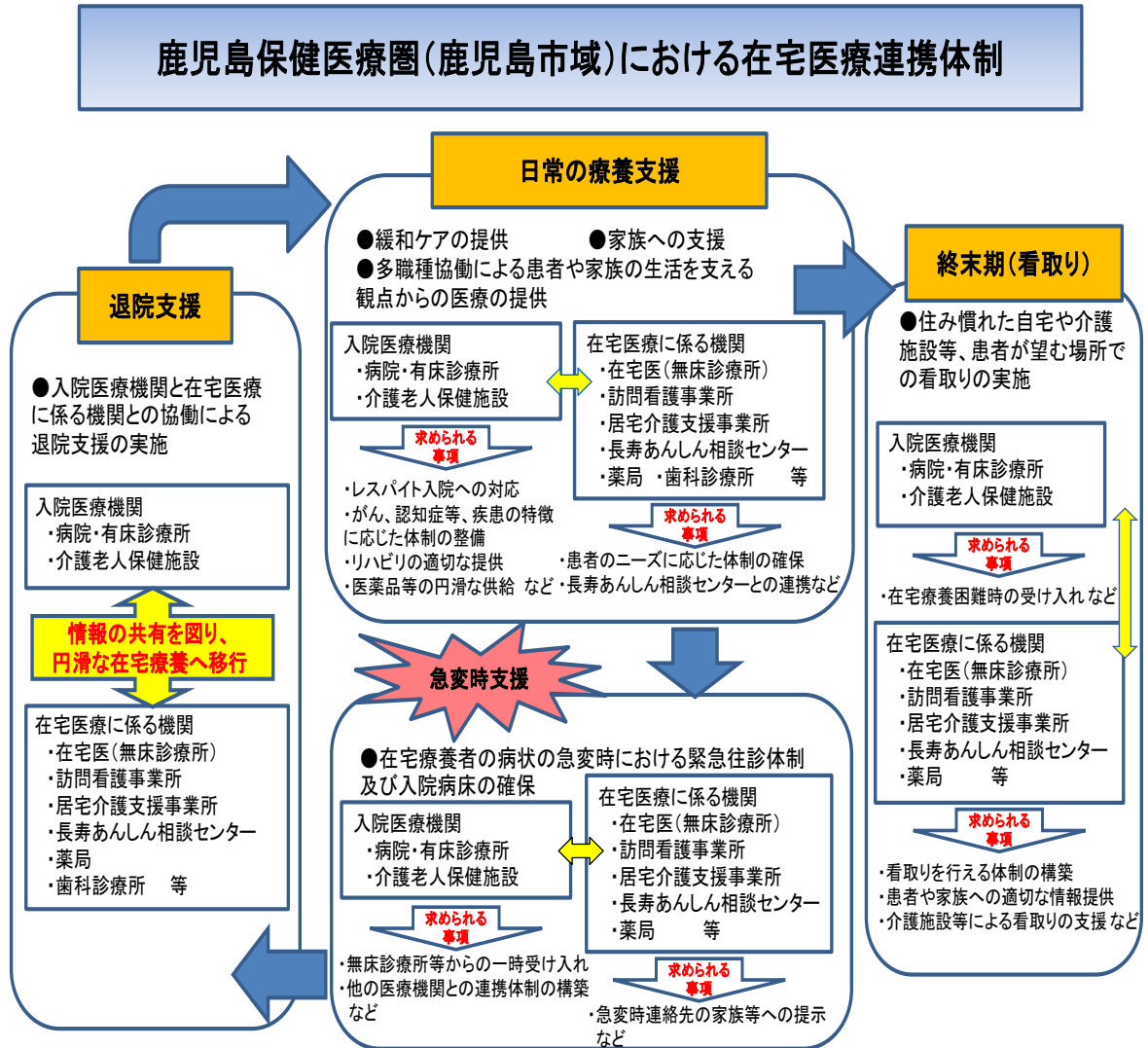
3 急変時の対応

在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、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・診療所との円滑な連携体制の構築を支援します。

4 在宅医療に関する普及啓発

病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション等相互間の機能の分担と業務の連携状況を明らかにしながら、在宅医療に関する市民への情報提供や普及啓発を図ります。

【図表 5-1-6】在宅医療の医療連携体制（体制図）



【図表 5-1-7-①】在宅医療の医療連携体制（機関別・ステージ別）

医療機能	退院支援	日常の療養支援	
目標	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること。	患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケア含む)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関 (病院・有床診療所・介護老人保健施設)	①退院支援担当者等を配置している。 ②入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援ができる。 ③各患者に対する在宅医療及び介護の資源の調整を行っている。 ④退院前カンファレンスや文書・電話等で在宅医療に係る機関との情報共有を図っている。	①在宅療養支援のためのレスパイト入院への対応ができる。 ②がん(緩和ケア体制の整備)、認知症(身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介)等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制を整備している。 ③身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築している。 ④医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備している。
	2. 在宅医(無床診療所)	①在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。	①各疾患やニーズに応じた在宅療養計画の作成・提供ができる。 ②市や長寿あんしん相談センター(地域包括支援センター)が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。 ③家族への介護指導やレスパイト入院が必要な際に、相談・援助ができる。
	3. 訪問看護事業所	①在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。	①在宅療養者のニーズに応じた訪問看護が実施できる。 ②日頃から他の関係機関と相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い、顔の見える関係づくりに努めている。また、退院後の療養状況を退院先の医療機関などに報告できる。 ③市や長寿あんしん相談センター(地域包括支援センター)が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。 ④家族への介護指導やレスパイトの相談及び援助ができる。
	4. 居宅介護支援事業所	①在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。 ③在宅療養者の病状や治療方針、家族構成及び療養環境等の情報を踏まえたケアプランを作成し、退院直後から支援できる。	①在宅療養者のニーズに応じた医療・介護サービス体制の調整を行っている。 ②長寿あんしん相談センター(地域包括支援センター)等と協働し、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減に繋がるサービスを適切に紹介している。 ③市や長寿あんしん相談センター(地域包括支援センター)が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。
	5. 長寿あんしん相談センター(地域包括支援センター)	①要支援認定者以外の方も対象として、ニーズに応じた在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。 ③在宅療養者の病状や治療方針、家族構成及び療養環境等の情報を踏まえたケアプランを作成し、退院直後から支援できる。	①要支援認定者以外の方も対象として、ニーズに応じた支援ができる。 ②地域ケア会議や多職種連携会議を開催し、日頃から在宅医療・介護の関係者間の連携体制構築に努めている。
	6. 薬局	①入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。 ②ニーズに応じて、退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。	①多職種と、服薬に関する情報を共有し、訪問薬剤指導ができる。 ②ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。 ③医薬品の提供、医療・衛生材料等の支援ができる。
	7. 歯科診療所	①ニーズに応じて、入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。	①多職種と連携しながら、口腔ケアなどの相談・指導及びニーズに応じて在宅歯科診療ができる。

第5章 地域ケア体制の整備充実

【図表 5-1-7-②】在宅医療の医療連携体制（機関別・ステージ別）

医療機能	急変時支援	終末期(看取り)
目標	在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・有床診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること。	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での終末期の療養支援(看取りを含む)を行うことができる体制を確保すること。
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関(病院・有床診療所・介護老人保健施設)	①終末期に出現する症状に対する在宅療養者等の不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築している。 ②在宅での療養が困難な場合は、必要に応じて受け入れている。
	2. 在宅医(無床診療所)	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制を構築している。) ②介護施設等における終末期の療養に対し、必要に応じ支援している。
	3. 訪問看護事業所	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制を構築している。) ②在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。
	4. 居宅介護支援事業所	①在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。
	5. 長寿あんしん相談センター(地域包括支援センター)	①在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。
	6. 薬局	①疼痛緩和のための麻薬管理ができる。
	7. 歯科診療所	

【図表 5-1-8】

鹿児島保健医療圏（鹿児島市域）の在宅医療の医療連携体制を担う施設基準（機関別）

1. 入院医療機関（病院・有床診療所・介護老人保健施設）

退院支援

- 退院支援担当者等を配置している。
- 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援ができる。
- 各患者に対する在宅医療及び介護の資源の調整を行っている。
- 退院前カンファレンスや文書・電話等で在宅医療に係る機関との情報共有を図っている。

日常の療養支援

- 在宅療養支援のためのレスパイト入院への対応ができる。
- がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制を整備している。
- 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築している。
- 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備している。

急変時支援

- 急変時において、無床診療所等からの相談に対応し、必要に応じた一時受け入れを行っている。
- 重症等に対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築している。
- 搬送について消防関係者等と連携を図っている。

終末期（看取り）

- 終末期に出現する症状に対する在宅療養者等の不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築している。
- 在宅での療養が困難な場合は、必要に応じて受け入れている。

2. 在宅医（無床診療所）

退院支援

- 在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。
- 退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。

日常の療養支援

- 各疾患やニーズに応じた在宅療養計画の作成・提供ができる。
- 市や長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。
- 家族への介護指導やレスパイト入院が必要な際に、相談・援助ができる。

急変時支援

- 急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。
- 急変時の対応（電話対応・指示や往診）ができる。
- 入院が必要な場合は入院医療機関等と連携し、ベッドの確保が可能である。
- 搬送について消防関係者等と連携を図っている。

終末期（看取り）

- 在宅看取りの対応ができる。（在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制を構築している。）
- 介護施設等における終末期の療養に対し、必要に応じ支援している。

3. 訪問看護事業所

退院支援

- 在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。
- 退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。

日常の療養支援

- 在宅療養者のニーズに応じた訪問看護が実施できる。
- 日頃から他の関係機関と相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い、顔の見える関係づくりに努めている。また、退院後の療養状況を退院先の医療機関などに報告できる。
- 市や長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。
- 家族への介護指導やレスパイトの相談及び援助ができる。

急変時支援

- 急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。
- 急変時の対応（電話対応とその内容から家族への対応指示、また医師へ適切な報告後、緊急訪問看護）ができる。
- 個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。

終末期（看取り）

- 在宅看取りの対応ができる。（在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制を構築している。）
- 在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。

4. 居宅介護支援事業所

退院支援

- 在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。
- 退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。
- 在宅療養者の病状や治療方針、家族構成及び療養環境等の情報を踏まえたケアプランを作成し、退院直後から支援できる。

日常の療養支援

- 在宅療養者のニーズに応じた医療・介護サービス体制の調整を行っている。
- 長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）等と協働し、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減に繋がるサービスを適切に紹介している。
- 市や長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）が開催する担当者会議や地域ケア会議等に、積極的に参加できる。

急変時支援

- 急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。
- 急変時の対応（電話対応・指示や訪問）ができる。
- 個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。

終末期（看取り）

- 在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。

5. 長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）

退院支援

- 要支援認定者以外の方も対象として、ニーズに応じた在宅療養への移行支援ができる。
- 退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。
- 在宅療養者の病状や治療方針、家族構成及び療養環境等の情報を踏まえたケアプランを作成し、退院直後から支援できる。

日常の療養支援

- 要支援認定者以外の方も対象として、ニーズに応じた支援ができる。
- 地域ケア会議や多職種連携会議を開催し、日頃から在宅医療・介護の関係者間の連携体制構築に努めている。

急変時支援

- 急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。
- 急変時の対応（電話対応・指示や訪問）ができる。
- 個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。

終末期（看取り）

- 在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。

6. 薬局

退院支援

- 入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。
- ニーズに応じて、退院前カンファレンスや文書・電話等で入院医療機関との情報共有を図っている。

日常の療養支援

- 多職種と、服薬に関する情報を共有し、訪問薬剤指導ができる。
- ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。
- 医薬品の提供、医療・衛生材料等の支援ができる。

急変時支援

- 急変時における連絡先を、あらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。
- 急変時の対応（電話対応・指示や訪問）ができる。（他薬局との連携可）
- 個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。

第5章 地域ケア体制の整備充実

終末期（看取り）

- 疼痛緩和のための麻薬管理ができる。

7. 歯科診療所

退院支援

- ニーズに応じて、入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。

日常の療養支援

- 多職種と連携しながら、口腔ケアなどの相談・指導及びニーズに応じて在宅歯科診療ができる。

第2節 医療と介護の連携及び認知症高齢者等の支援

【現状と課題】

○ 本市の将来推計人口

平成27年における総人口は599,814人で高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は24.8%でしたが、平成37年には総人口が578,024人となり、高齢化率は30.9%になると推計されており、高齢化は着実に進展していくものと推計されています。

【図表5-2-1】本市の将来推計人口（単位：人、%）

区 分	昭和45年	平成27年	平成37年（推計）
総人口	403,340 (100.0)	599,814 (100.0)	578,024 (100.0)
15歳未満（再掲）	99,935 (24.8)	80,965 (15.7)	73,468 (12.7)
15～64歳（再掲）	277,654 (68.8)	358,756 (61.3)	326,001 (56.4)
65歳以上（再掲）	25,751 (6.4)	145,300 (24.8)	178,555 (30.9)
75歳以上（再掲）	7,944 (2.0)	71,655 (12.2)	97,905 (16.9)

[昭和45年・平成27年構成調査、市町村別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）]

○ 要介護・要支援の認定の状況

本市の要介護・要支援認定を受けた者のうち、認知症自立度Ⅱ以上の判定を受けている人は平成30年3月末現在で20,263人となっており、増加傾向にあります。

○ 入院から在宅への移行等の状況

在宅医療において中心的役割を担う医療機関が、在宅医療を実施するための最も重要な条件として、「メディカルスタッフの確保」「ケアする家族の存在」「後方入院施設」などを挙げています。

【図表5-2-2】在宅医療を実施するための重要条件（複数回答）（単位：%）

区 分	病 院	有床診療所	無床診療所
メディカルスタッフの確保	63.8	54.8	38.2
後方入院施設	46.3	43.3	35.2
地域の医師の協力体制	47.5	39.4	29.4
チーム医療の体制整備や専門知識・技術の向上	50.0	43.3	29.4
介護ケアチームとの協働	52.5	47.1	31.1
訪問看護ステーションの利用	45.0	41.3	30.7
ケアする家族の存在	57.5	51.0	35.5
診療報酬上の評価	45.0	34.6	25.3

[平成28年鹿児島県医療施設機能等調査]

第5章 地域ケア体制の整備充実

○ 自宅での医療や介護受け入れのために特に必要なこと

鹿児島保健医療圏において自宅での医療や介護の受け入れのために特に必要なこととして、「病状が急変したときに対応してくれる体制」や「介護する家族の肉体的・精神的負担が大きくなる体制」等が挙げられています。

【図表 5-2-3】 自宅での医療や介護受け入れのために特に必要なこと（複数回答）

（単位：％）

区 分	圏域	本県
・病状が急変したときに対応してくれる体制が整っている	61.3	60.8
・介護する家族の肉体的・精神的負担が大きくなる体制が整っている	61.3	56.7
・経済的負担が大きくなる	45.6	42.8
・夜間・休日の医療や介護体制が整っている	19.5	21.4
・往診できる医師がいる	19.2	20.4
・介護をする家族がいる	18.3	20.1

〔平成 28 年鹿児島県民保健医療意識調査〕

○ 退院時カンファレンスの実施状況

本市において退院時カンファレンスの実施状況については、「原則として全て実施している」が、病院においては 33.8%、有床診療所においては 20.2%となっています。

【図表 5-2-4】 退院時カンファレンスの実施状況

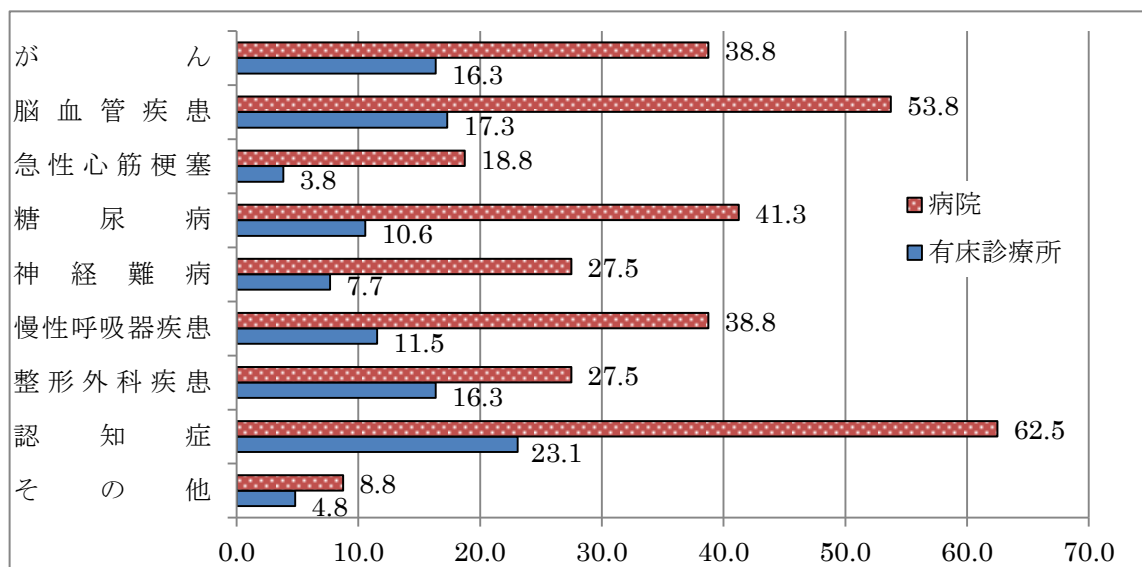
（単位：箇所、％）

区分	回答医療機関数		原則として全て実施		一部実施		実施していない		無回答	
	本市	本県	本市	本県	本市	本県	本市	本県	本市	本県
病 院	80	216	33.8	34.3	48.8	51.4	17.5	13.4	0.0	0.9
有床診療所	104	291	20.2	17.2	17.3	23.0	44.2	42.6	18.3	17.2

〔平成 28 年鹿児島県医療施設機能等調査〕

- 退院後、ケアマネジャーや介護サービス事業所等との連携を行っている患者の疾病
 病院、有床診療所が、退院後にケアマネジャーや介護サービス事業所等との連携を行っている患者の疾病としては、「認知症」が最も多く、次いで「脳血管疾患」となっています。

【図表 5-2-5】 退院時カンファレンスの実施状況 (単位：%)



〔平成 28 年鹿児島県医療施設機能等調査〕

- 医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援がいき、円滑な在宅への移行が図れるよう、鹿児島保健医療圏において、「退院支援ルール」を策定し、平成 27 年 2 月から運用を開始し、定期的に評価を行いながらルールの定着促進を図っています。ルールの運用で顔の見える関係づくりによる効果的な連携が図られつつある一方で、医療機関やケアマネジャーの対応差があることを踏まえて、原点に立ち返りながらルールの周知や拡充を図る必要があります。
- 「在宅医療・介護連携支援センター」の運営
在宅医療・介護に関わる事業者の窓口での必要な情報提供や支援と併せ、事業者間の相互理解・情報共有の促進、知識習得・向上につながるよう、在宅医療及び介護に関する地域の情報収集と提供、医療・介護関係者向けの研修の企画、医療・介護関係者の情報共有を支援する業務を行い、在宅医療・介護連携の推進を図るため、「在宅医療・介護連携支援センター」を開設し、運営しています。
- 介護保険制度の円滑な運営
社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして創設された介護保険制度は、平成 12 年 4 月の制度施行以来、広く定着してきており、要支援・要介護認定者数、サービス利用者数ともに年々増加してきている状況にあり、今後も質の高い介護保険サービスを提供するための基盤整備や介護予防等の推進に努める必要があります。
- 在宅介護の支援
多くの人は年をとって介護が必要な状態になっても在宅での生活を希望しています。そのような方が可能な限り在宅での生活を続けられるよう、必要なサービス量が確保されるよう努めるとともに、身近な生活圏域ごとに地域密着型サービス事業所の整備を図っていく必要があります。

第5章 地域ケア体制の整備充実

【図表 5-2-6】 在宅サービス事業等 (単位：箇所)

種類	箇所数
訪問介護事業所	153
訪問入浴介護事業所	14
訪問看護事業所	73
訪問リハビリテーション事業所	7
通所介護事業所	101
通所リハビリテーション事業所	4
短期入所生活介護事業所	49
短期入所療養介護事業所	3
特定施設入居者生活介護事業所	19
福祉用具貸与事業所	43
特定福祉用具販売事業所	43
居宅介護支援事業所	201
長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）	17

※ 平成30年6月1日現在（休止は除く） [かごしま市の保健と福祉]

【図表 5-2-7】 地域密着型サービス事業等 (単位：箇所)

種類	箇所数
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	17
夜間対応型訪問介護事業所	1
認知症対応型通所介護事業所	30
小規模多機能型居宅介護事業所	30
認知症対応型共同生活介護事業所	121
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	3
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所	7
看護小規模多機能型居宅介護事業所	6
地域密着型通所介護事業所	173

※ 平成30年6月1日現在（休止は除く） [かごしま市の保健と福祉]

○ 介護（予防）サービスの利用状況

介護（予防）サービスの利用状況は、一部が総合事業に移行した訪問介護・通所介護や介護療養型医療施設を除いて、増加又はほぼ横ばいとなっています。

【図表 5-2-8】 本市の主な在宅サービスの利用状況の年次推移 (単位：日)

サービス区分	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
訪問介護	699,040	715,402	729,184	745,863	682,655
通所介護	830,582	924,539	1,022,412	761,928	682,822
通所リハビリテーション	427,536	437,134	443,175	462,467	472,388

[かごしま市の保健と福祉]

【図表 5-2-9】本市の施設サービスの利用状況の年次推移 (単位：件、人)

サービス区分	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
介護老人福祉施設	24,702	24,216	25,186	24,998	26,190
(1月平均入所者概数)	2,059	2,018	2,099	2,083	2,183
介護老人保健施設	16,124	15,956	15,801	15,907	15,741
(1月平均入所者概数)	1,344	1,330	1,317	1,326	1,312
介護療養型医療施設	3,994	3,934	3,611	3,361	2,539
(1月平均入院者概数)	333	328	301	280	212

〔かごしま市の保健と福祉〕

- 高齢者が安心して健やかに暮らせる環境の整備
 高齢化の進展に伴い、長くなった高齢期において健やかに生きがいを持って生活を送ることが重要であり、その環境づくりのために、在宅福祉施策や施設サービスの充実、医療と介護の連携強化や地域における支援体制の構築を図る必要があります。
- 急速な高齢化に伴い、認知症の人はさらに増加していくことが見込まれています。このような中で、認知症の人や家族の支援体制の構築と認知症ケアの向上を図るため、医療・介護機関等が相互に連携して、地域における認知症支援体制を構築していく必要があります。認知症地域支援推進員及び嘱託医の配置、「認知症初期集中支援チーム」を通して、早期診断・対応に向けた支援を実施しています。
- 認知症について正しく理解してもらうため、町内会、学校、職場などに講師を派遣し、認知症の人と家族を支える認知症サポーターになるための「認知症サポーター養成講座」を開催しています。また、認知症サポーターが所属する事業所や団体などに「認知症サポーターステッカー」を交付しています。
- 認知症と思われる高齢者等の見守りや家族への支援を行う「認知症等見守りメイト」を養成しています。

【図表 5-2-10】認知症オレンジプラン推進事業の実施状況

	29年度
市民向け講演会の開催	1回(101人)
病院・介護保険施設等での事例検討会	2回(グループホーム2件)
多職種協働研修会	1回(188人)

〔かごしま市の保健と福祉〕

【図表 5-2-11】認知症初期集中支援の実施状況 (単位：人)

	27年度	28年度	29年度
訪問支援対象者	11	43	49

〔かごしま市の保健と福祉〕

第5章 地域ケア体制の整備充実

【図表 5-2-12】 認知症サポーター養成講座の実施状況 (単位：回、人)

	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
実施回数	118	140	139	134	105
養成者数	3,375	4,728	4,963	4,391	3,280

〔かごしま市の保健と福祉〕

【図表 5-2-13】 認知症等見守りメイト登録者数 (単位：人)

	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
登録者数	140	282	389	484	586

〔かごしま市の保健と福祉〕

【図表 5-2-14】 認知症介護教室の実施状況 (単位：回、人)

	27年度	28年度	29年度
実施回数	2	2	2
参加者数	77	91	78

〔かごしま市の保健と福祉〕

【図表 5-2-15】 認知症介護の電話相談の相談件数 (単位：件)

	28年度	29年度
月・木(市委託分)相談件数	64	62

〔かごしま市の保健と福祉〕

※認知症については、「第4章第1節、5 精神疾患」にも記載しています。

【施策の方向性】

1 介護予防の推進

要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者等に対して、効果的な介護予防を推進する介護予防事業や、地域の高齢者に対する相談対応や権利擁護等を行う包括的支援事業、さらには、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、被保険者及び要介護被保険者を現に介護する者に対し、必要な支援等を行う任意事業を実施します。

2 介護サービスの推進及び基盤整備

- 介護保険制度の円滑な運営を確保するために、在宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスの種類ごとの見込量に応じたサービス提供体制の確保に努めます。
- 介護療養型医療施設については、国の方針により平成36年3月末までに廃止されることとなります。今後、医療療養病床を含めた療養病床の再編が行われることから、利用者及び医療機関等への必要な情報の提供や相談対応を行うことで、他施設へ円滑な転換が行われるよう支援します。

3 介護サービスの質的向上

- ケアプラン作成技術向上のためのケアプラン適正化指導検討会を開催し、ケアマネジャーの資質の向上に努めるほか、長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）では、地域におけるケアマネジャーに対する日常的個別指導・相談を行うとともに、支援困難事例等への指導・助言を実施します。
また、介護保険に係る全事業所に対して研修会や講演会を開催するなど、人材の養成に努めます。
- 施設入所者の生活環境の向上を図るため、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の施設のうち、多床室が大部分を占める施設については、個人の尊厳を重視したケアを行うため、「個室・ユニット化」を促進するほか、福祉人材・研修センター等が実施する各種研修を活用し、職員の資質向上を図ります。
- 介護サービスに関する相談や苦情等については、サービス提供事業者、居宅介護支援事業者、国民健康保険団体連合会と連携を図り対応するなど適切に対処します。
また、市民への適切な介護サービスの情報提供に努めるとともに、相談・苦情等への対応のため介護保険相談員の配置などを実施します。

4 高齢者にやさしい環境づくりと積極的な社会参加の促進

- ひとり暮らし高齢者等が、住み慣れた地域で安心して生活を送るために、緊急通報が可能な在宅介護支援システムの設置や、ボランティアによるふれあい会食事業、心をつなぐ訪問給食事業などを引き続き実施し、高齢者の事故防止や安否確認、孤独感の解消に努めます。
- 高齢者にやさしい環境づくりのため、住宅のバリアフリー化を支援するほか、高齢者等の外出を支援する敬老パス等の交付や、老人クラブ活動への支援を行うなど、高齢者の生きがいと社会参加を促進します。

5 認知症高齢者の支援と高齢者の権利擁護の推進

- 認知症についての知識普及などを図るため、精神保健ボランティア等を対象とした研修会等を行うほか、認知症サポーターの養成を推進します。
- 認知症高齢者の権利擁護のための成年後見制度の周知・広報に努め、制度の利用促進を図るとともに、高齢者の尊厳保持と権利利益の擁護を図るため、関係機関との連携強化を図ります。
- 認知症疾患医療センターや介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員と嘱託医を（長寿あんしん相談センター）地域包括支援センターに配置し、地域における支援体制の構築を図ります。

6 地域包括ケアの推進と医療と介護の連携

- 高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう住まい、医療、介護、予防及び生活支援のためのサービスを切れ目なく一体的に提供する「地域包括ケアシステム」を構築するため、本市の在宅医療の実態を把握するとともに、多職種間の会議を開催し、その連携強化を図ります。
- 地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、市内 17 か所に設置した長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）において、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行うとともに、ボランティアなど公的サービス以外の様々な社会資源を活用できるように、民生委員や町内会などの地域ケア推進団体等とも連携しながら地域における様々な関係者のネットワークの構築に努めます。
- 地域ケアに取り組んでいる民生委員、市社会福祉協議会、各種ボランティアといった地域ケア推進団体や医療機関、介護サービス事業者、長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）との連携を図り、地域ケア体制の充実に努めます。
- 在宅医療・介護連携支援センターを運営し、在宅医療と介護に関わる事業者の連携強化を図ります。
- 医療・介護関係者が、情報の共有が円滑にいくように「鹿児島保健医療圏域退院支援ルール」の推進を図り、連携してケアを提供する取組を推進します。

7 サービス提供の体制づくり

- 保健・医療・福祉の各種サービスの利用促進のために、長寿あんしん相談センター（地域包括支援センター）や民生委員等を通じての広報・相談に対応するほか、市政広報紙の活用などにより、サービスに関する様々な情報を提供します。
- 保健・福祉に関する様々な相談・情報提供等を行うため、保健福祉総合相談・案内窓口など各種相談員を配置し、相談サービスを引き続き実施します。