

## 第5章 地域包括ケア体制の整備充実

### 第1節 介護サービス等の充実

医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、自助・互助活動等を活用しながら、高齢者等の状況に応じた医療・介護サービスが、日常生活の場（日常生活圏域\*）において、包括的かつ継続的に提供される体制づくりを進めます。

#### 【現状と課題】

#### ア 高齢者等を取り巻く状況

- 圏域においては、県より高齢化が進展しており、75歳以上の後期高齢者や高齢単身世帯、高齢夫婦世帯、認知症高齢者の増加など、高齢者の状況やサービスに対するニーズ等が多様化しており、医療・介護サービスはもとより、多様な生活支援を含めた見守り・支え合い体制の充実・強化が必要です。
- 本県の第1号被保険者の要介護認定率は、平成29年度末で19.8%となっており、介護保険制度開始時（平成12年度末15.3%）の約1.3倍になっています。  
圏域の第1号被保険者の要介護認定率は、制度開始以来、県より低い状況にありましたが、近年の認定者の増加率は高く、平成29年度末は19.9%と県と同等となっています。
- 高齢者の健康を規定する要因は、生活習慣病等による疾病のみならず、生活機能の低下や日常生活の障害が大きな影響を与えることから、高齢者の社会参加を促進するとともに、質の高い介護予防サービスの提供と、介護予防の視点から各高齢者にあったケアマネジメントに努める必要があります。
- 高齢者等がその能力に応じ自立した日常生活を送ることにより、要介護状態になることをできる限り防ぎ、また、要介護状態になってもそれ以上悪化しないよう、自立支援、介護予防・重度化防止対策の充実・強化が必要です。
- 介護サービス事業所数は、平成30年4月1日現在、県指定の居宅サービス事業所が78箇所、居宅介護支援事業所が32箇所、介護老人福祉施設等が16箇所となっており、長島町の獅子島等を除きほとんどの地域で一定のサービス利用が可能となっています。また、地域密着型サービス事業所も34箇所と、平成18年度に比べ約2倍となっていますが、在宅生活を支えるには夜間対応の介護サービス等の確保も課題となっています。

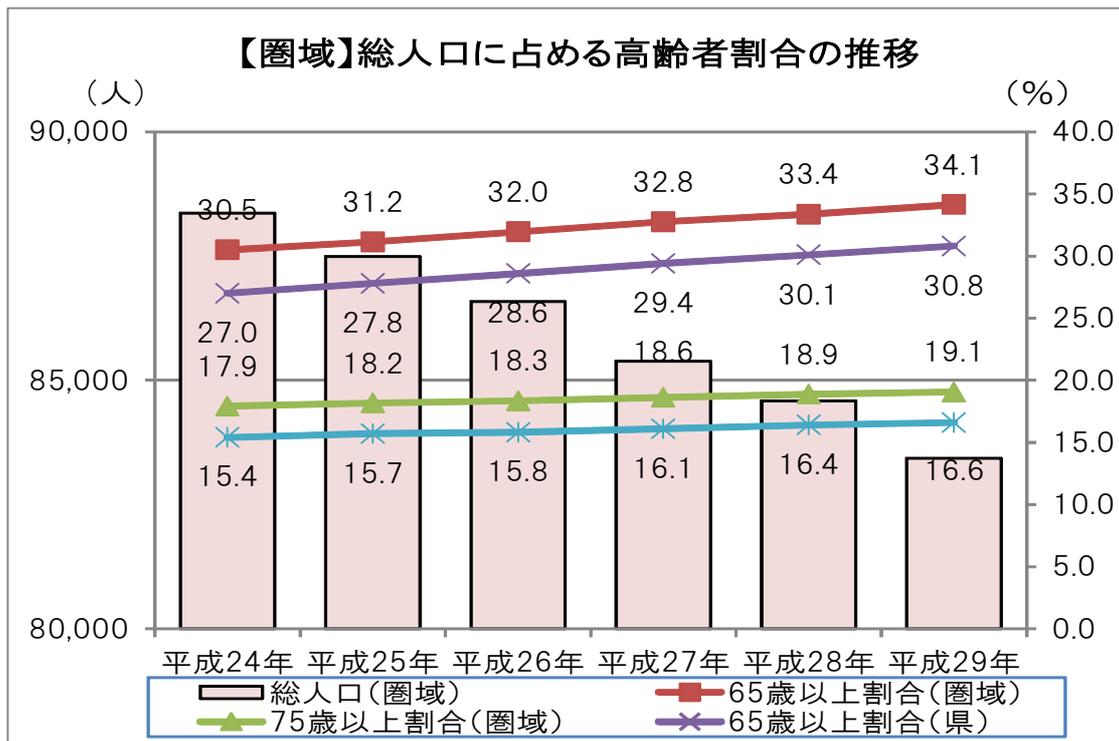
\*1 日常生活圏域：「概ね30分程度で駆けつけられる圏域」又は「人口5,000人程度」で、中学校区レベルの範囲を一つの目安とし、各市町村が地域の実情に応じて設定した圏域

- 地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、介護予防に係る事業や包括的支援事業(介護予防ケアマネジメント業務、総合相談業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)等を一体的に実施する機関として、各市町に設置されています。

イ 地域包括ケア体制整備の必要性

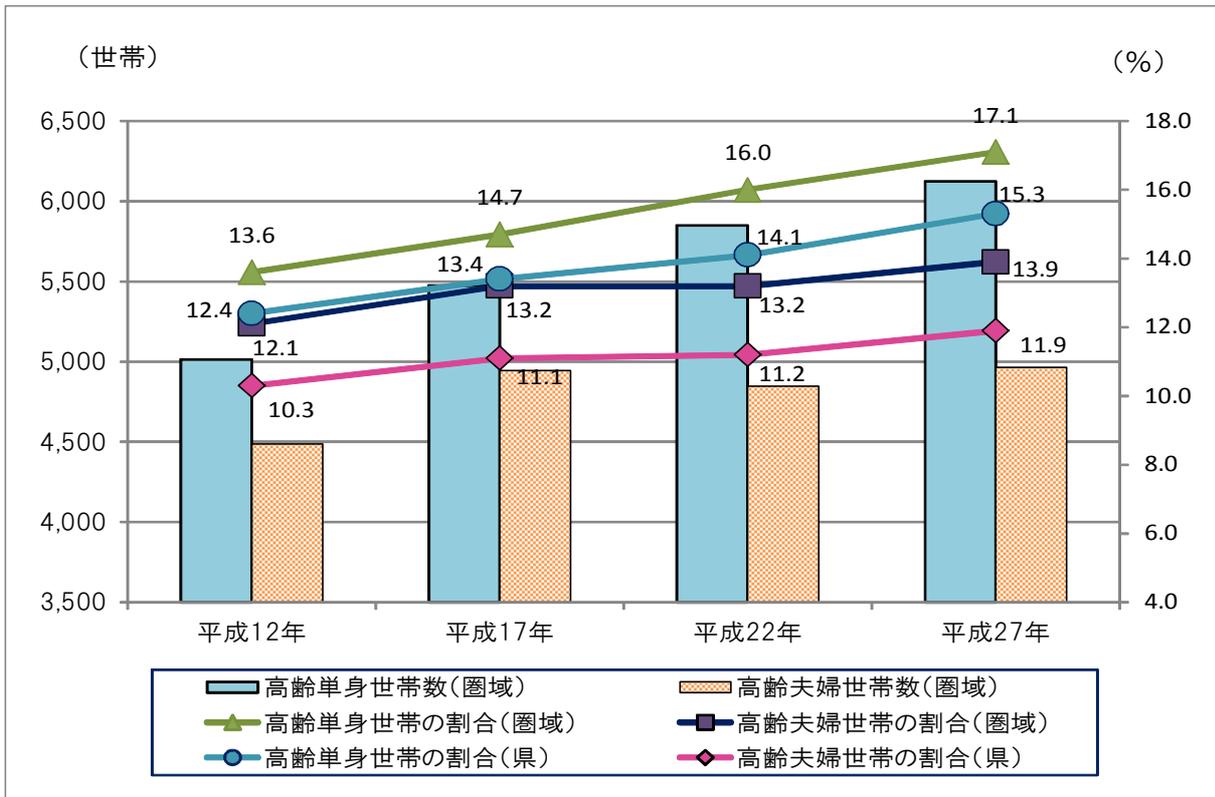
- 高齢者等が日常生活圏域において、できる限り長く安心して暮らせる環境づくりを目指して、地域の多様な資源(自助・互助・共助・公助)の有効的・効率的な活用により、地域の支え合い体制を進め、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援が可能になるよう、市町では、介護予防・日常生活支援総合事業に取り組むこととされており、圏域の市町においても取り組みが進められています。
- 要介護状態や要支援状態にない高齢者は、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながり、多くの高齢者が支え手になっていきます。
- 医療、介護、福祉の分野を超えた地域の様々なサービスが具体的に連携し、共通の情報や認識のもとでサービスが提供できる体制と、それらを総合的にマネジメントするシステムを構築する必要があります。
- 地域包括支援センターの地域包括ケアシステム構築に向けた取組を促進するために「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「生活支援サービスの体制整備」を実施することになっており、センター機能の強化が必要です。

【図表5-1-1】 総人口に占める高齢者割合の推移



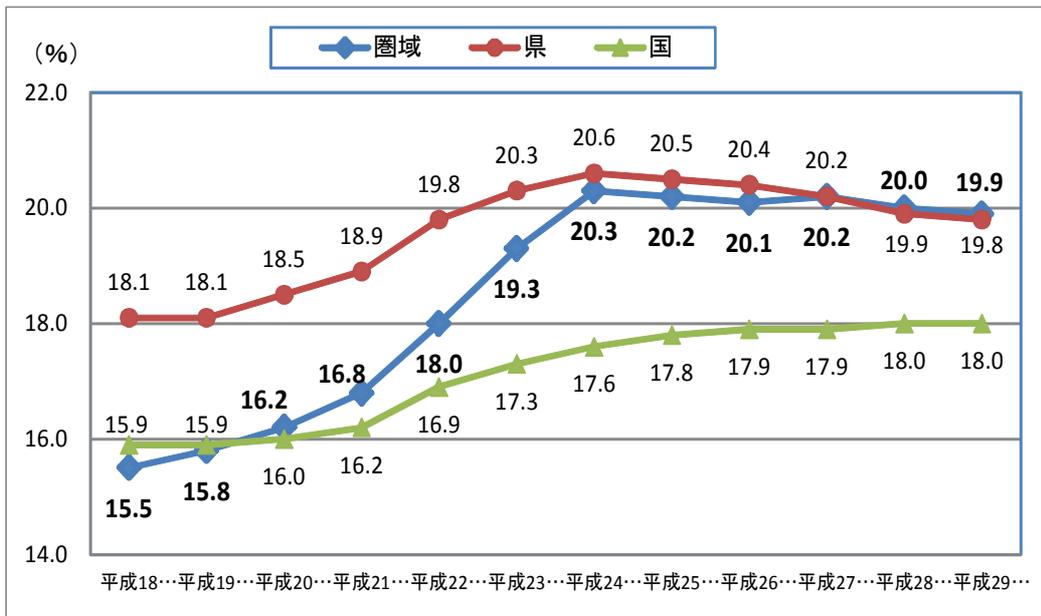
[国勢調査, 県推計人口]

【図表5-1-2】 高齢者世帯の推移状況



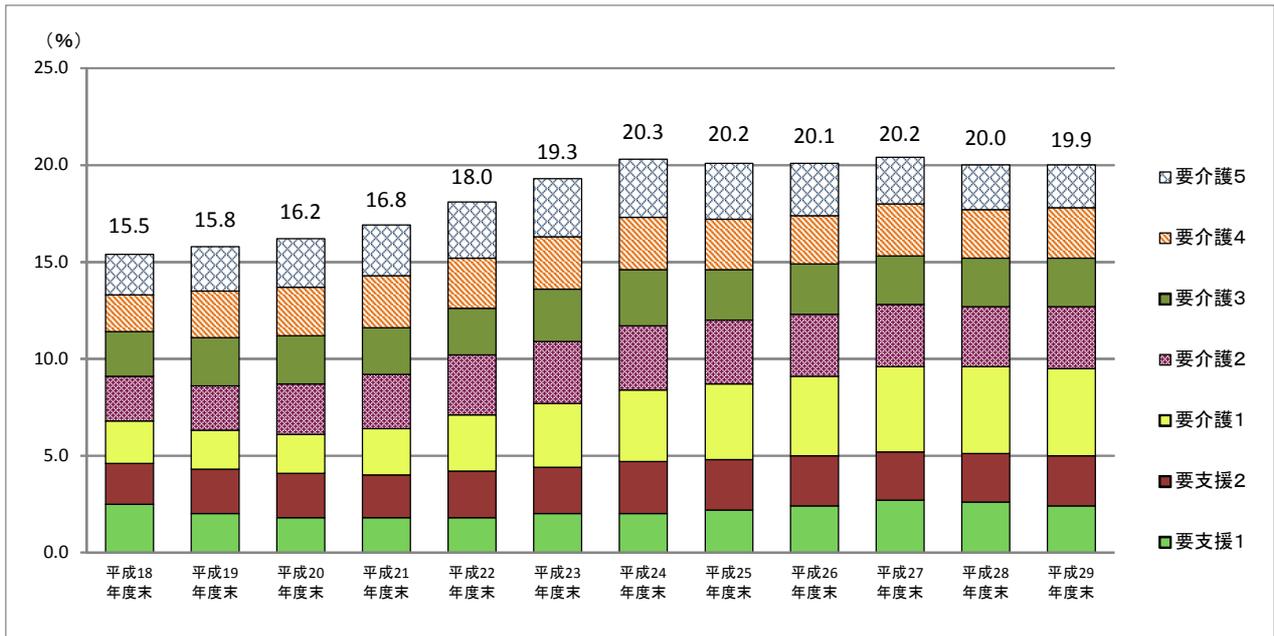
[国勢調査]

【図表5-1-3】 要介護認定率の推移(第1号被保険者のみ)



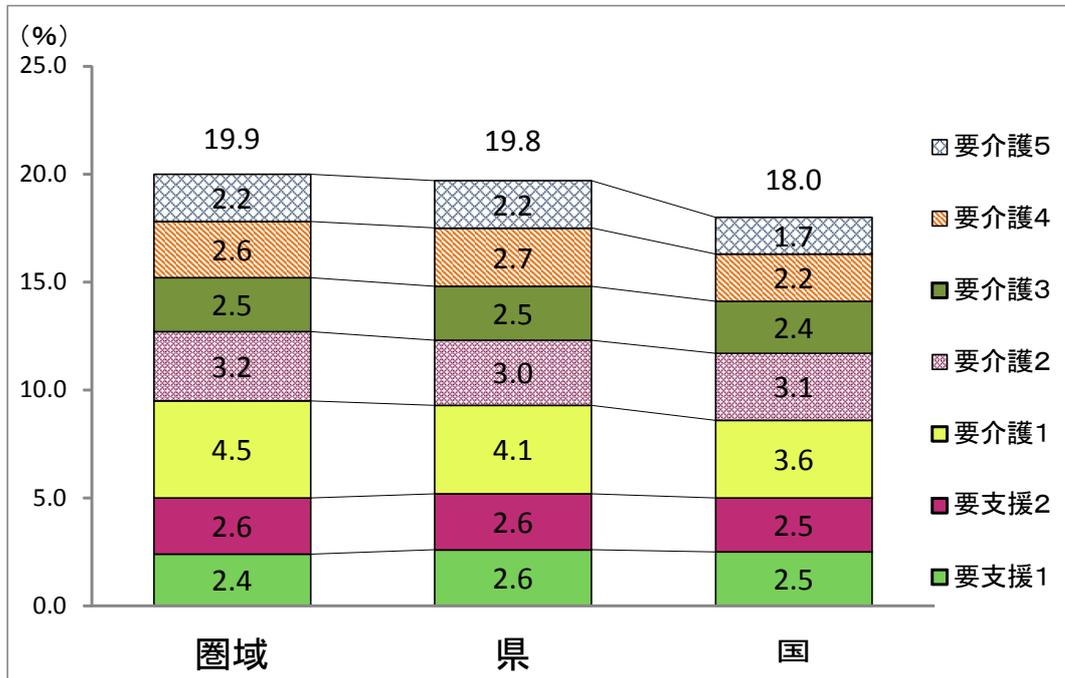
[介護保険事業状況報告]

【図表5-1-4】圏域の要介護度別認定率の推移(第1号被保険者のみ)



[介護保険事業状況報告]

【図表5-1-5】要介護度別認定率の比較(第1号被保険者)(平成29年度末)



[介護保険事業状況報告]

【図表5-1-6】 介護保険施設等の指定状況（各年度4月1日現在）（休止含む）

県指定数（医療みなし指定の訪問看護，訪問リハ，居宅管理指導，通所リハを含まない）

サービスの種類		H12年度 ①	H18年度	H30年度 ②	増減 ②-①
居宅 サ ー ビ ス 事 業	訪問介護	7	20	24	17
	訪問入浴介護	4	6	3	-1
	訪問看護	5	5	9	4
	訪問リハビリテーション	0	0	3	3
	居宅療養管理指導	0	0	0	0
	通所介護	7	20	18	11
	通所リハビリテーション	7	7	0	-7
	短期入所生活介護	7	7	8	1
	短期入所療養介護	13	11	0	-13
	特定施設入居者生活介護	0	1	7	7
	福祉用具貸与	1	11	6	5
	特定福祉用具販売	0	3	7	7
	小計	51	91	85	34
居宅介護支援		15	25	32	17
施 設	介護老人福祉施設	7	7	8	1
	介護老人保健施設	4	4	6	2
	介護療養型医療施設	9	6	2	-7
	小計	20	17	16	-4
合計		86	133	133	47

市町村指定数

サービスの種類		H18年度	H30年度 ②	増減 ②-①
地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	定時巡回・随時対応型訪問介護看護	-	0	0
	夜間対応型訪問介護	0	0	0
	認知症対応型通所介護	4	4	4
	小規模多機能型居宅介護	1	6	6
	認知症対応型共同生活介護	14	19	19
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	1	1
	地域密着型通所介護	-	14	14
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	0	4	4
複合型サービス	-	0	0	
合計		19	48	48

[北薩保健福祉環境部調べ]

**【施策の方向性】**

**ア 地域包括ケア体制整備の促進**

- 地域の特性や実情に応じた地域包括ケア体制については、市町の日常生活圏域での取組を引き続き支援し、サービスを提供する関係機関等の連携システムの整備を促進します。

**イ 介護予防の推進・重度化防止**

- 高齢者の介護予防や重度化防止を図るため、市町や関係機関等が一体となった取組を支援します。
- 増加する認知症患者の悪化防止や適切なサービス提供体制について、会議の開催等を通じた連携強化を促進します。
- サービス提供事業所において、自立支援の観点のもとに要介護者のニーズに対応した適切なサービスが提供されるように事業者指導に努めます。

**ウ 見守りや地域支え合い活動の促進**

- 高齢者等が住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくため、地域の見守り体制の構築及び充実に向けた取組を支援するとともに、生活支援ボランティアの調整等を行うコーディネーターの配置を促進します。

**エ 高齢者のニーズに応じた医療・介護サービスの提供**

- 高齢者等の多様なニーズに対応するため、市町や関係団体等と協働し、在宅医療に従事する多職種との連携やその資質向上を図ります。

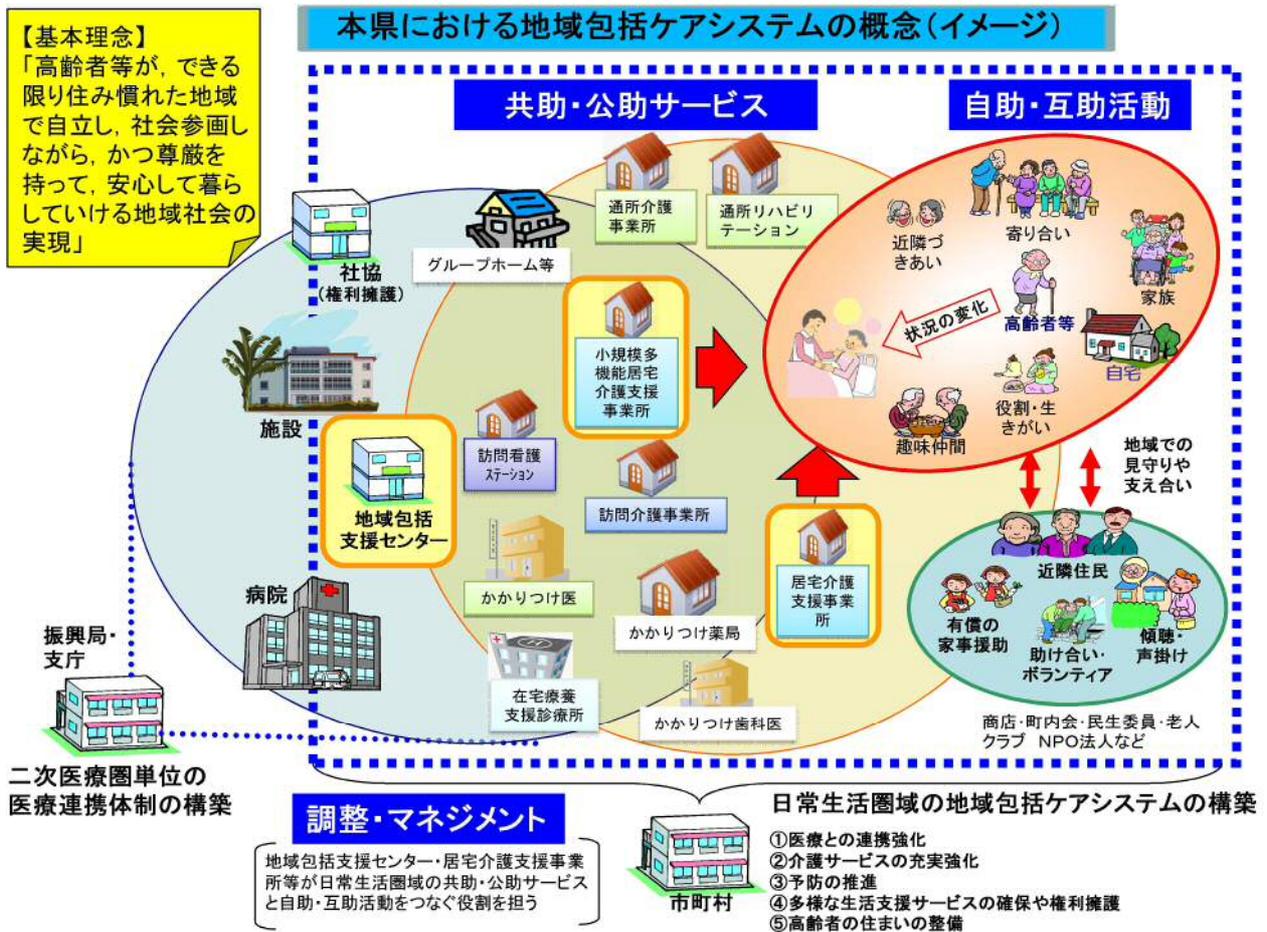
**オ 地域包括支援センターの機能強化**

- 市町が高齢者の介護予防や自立支援・重度化防止を図るため、地域ケア会議<sup>\*1</sup>を効果的に運用し、包括的・継続的なケアマネジメントを実施できるように支援します。

---

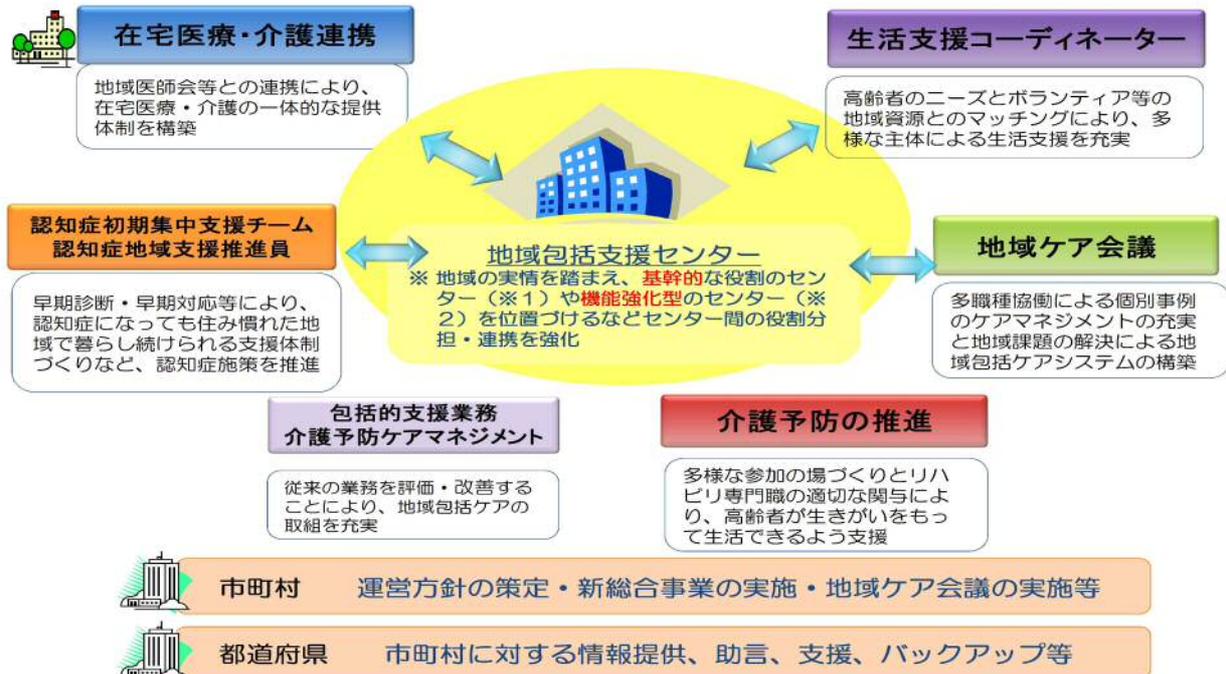
\*1 地域ケア会議：市町村が行う個別ケース検討会議（地域ケア個別会議）の積み重ねにより共有した地域課題を、地域づくり、新たな資源開発、政策形成などにつなげ、地域包括ケアシステムの構築を推進するための会議

【図表5-1-7】地域包括ケアシステムの概念(イメージ)



[県保健医療計画]

【図表5-1-8】地域包括支援センターの概要



[県保健医療計画]

## 第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

住民ができる限り住み慣れた地域・家庭で安心して医療や福祉のサービスを受けられる体制整備を進めます。また、高齢者等の生活機能を維持・向上させるため、入院から在宅への移行を含め、高齢者等の状態に応じた包括的かつ継続的なサービスが提供できるよう、医療と介護の円滑な連携を進めます。

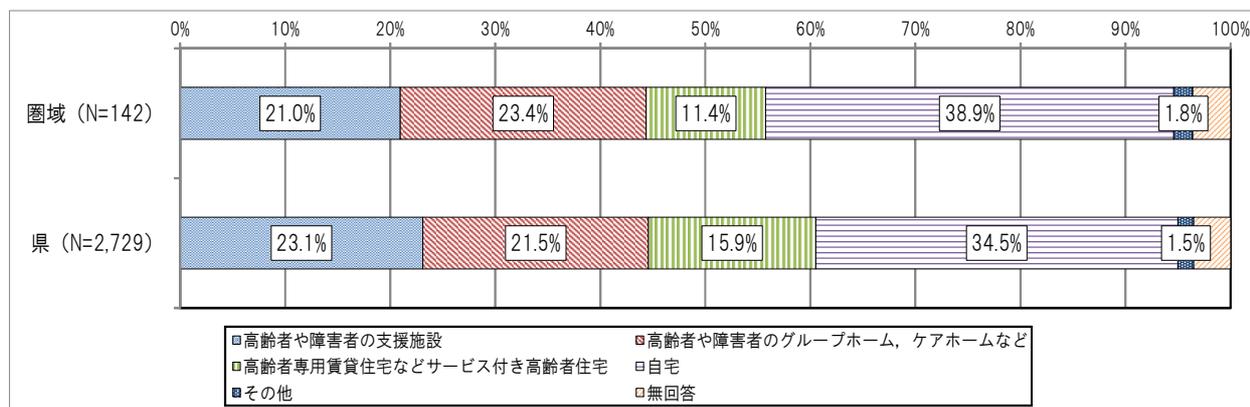
### 1 在宅医療・終末期医療の体制整備

#### 【現状と課題】

#### ア 在宅医療・終末期医療を取り巻く状況

- 急速な高齢化の進行により医療の需要が増加し、慢性疾患患者や要介護認定者の急増により在宅介護サービス利用者数も増加しています。
- 高齢単身世帯や高齢夫婦世帯の増加など社会的環境の変化により、家族の協力が弱く介護支援体制の充実や、生活の質を重視した在宅医療のニーズはますます高まっています。
- 「県民保健医療意識調査（平成28年度）」によると、多くの人が、できる限り住み慣れた自宅等での療養を望んでいます。

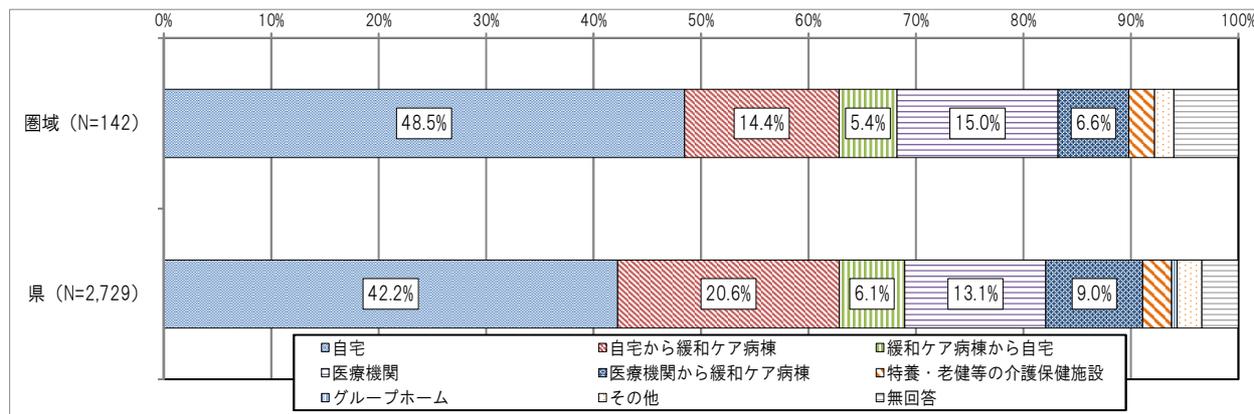
【図表 5-2-1】入院以外の医療や介護を受ける場所



[平成28年度県民保健医療意識調査]

- 圏域の総死亡数は、平成12年は1,044人でありましたが、平成28年は1,336人となり、10年間で1.2倍近くに増加しています。  
今後、75歳以上の後期高齢者の増加が予想されることから、高齢者世帯の動向や医療ニーズ等を踏まえ、終末期医療提供のあり方を検討する必要があります。
- 「県民保健医療意識調査」によると、約半数の方が住み慣れた自宅等で最期を迎えたいと望んでいますが、総死亡の8割弱は、医療機関での死亡となっています。

【図表 5-2-2】自分の最期を迎えたいと思う場所



[平成28年度県民保健医療意識調査]

【図表 5-2-3】実際の死亡場所（平成28年）（単位：％）

区分	医療機関	介護老人保健施設	自宅	その他
圏域	76.2	5.3	9.3	9.2
県	80.1	2.5	9.0	8.4

[県高齢者生き生き推進課調べ]

- 「県民保健医療意識調査」によると、残された日々を自宅で過ごす場合に、「医師の定期的な往診」や「緊急時の受け入れ医療機関」が必要であるとの回答が半数以上であり、かかりつけ医の役割が大きくなっています。
- 「県民の歯科口腔保健実態調査(平成29年度)」によると、訪問歯科診療について「知っている」との回答が、県全体で41.2%、北薩地域では52.2%という状況です。
- 小児医療において、NICU等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。

### イ 在宅医療の提供体制

- 在宅医療を担う医療施設として、在宅療養支援病院2箇所、在宅療養支援診療所19箇所、在宅療養支援歯科診療所が3箇所あります。

【図表 5-2-4】在宅療養支援病院等数（単位：箇所、（ ）は人口10万対箇所）

	在宅療養支援病院数	在宅療養支援診療所数	在宅療養支援歯科診療所数	訪問看護事業所数	在宅患者訪問薬剤管理指導料届出施設数	麻薬小売業者免許取得薬局数 ※1
圏域	2 (2.4)	19 (22.8)	3 (3.6)	7 (8.4)	45 (53.9)	38 (45.5)
県	34 (2.1)	229 (14.1)	161 (9.9)	163 (10.0)	776 (47.7)	718 (44.2)

[九州厚生局ホームページH30.12.1現在、※1は北薩保健福祉環境部調べH30.12.18現在、人口10万対箇所数はH29.10.1推計人口で算出]

- 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（人口10万対）は、県、国より少なくなっています。

【図表 5-2-5】 24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（単位:人）

区分	圏域	県	国
従業者数	28.0	705.5	50,696.4
人口10万対	32.8	42.8	39.9

[平成28年度版医療連携計画作成支援データブック]

- 歯科診療所では、口腔機能の維持回復のため、訪問による摂食・嚥下リハビリテーションや口腔ケアに取り組んでいます。
- 保険薬局では在宅医療における薬剤の使用について、医師の指示に基づき、在宅患者を訪問し、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行っています。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局数は、平成30年12月1日現在で45施設です。薬局の麻薬小売業者数は、平成30年4月1日現在で38箇所と全薬局の71.7%の取得率となっています。  
在宅医療の推進を図るためには、麻薬などの医薬品等の供給体制の整備が重要であることから、その充実を図る必要があります。

【図表 5-2-6】 薬局数と麻薬小売業者数（4月1日現在）

年 度		平25	平26	平27	平28	平29	平30
薬 局 数		54	54	53	52	52	53
麻薬小売業者数		39	40	40	39	38	38
取得率 (%)	圏 域	72.2	74.1	75.5	75.0	73.1	71.7
	県	72.7	75.6	78.0	79.2	79.0	—

[北薩保健福祉環境部調べ]

- 医療上のニーズへの対応や介護者のためのレスパイト<sup>\*1</sup>などで利用する短期入所サービス事業所数（人口10万対）及び利用者数（人口10万対）も、生活介護及び療養介護ともに県よりも多くなっています。

【図表 5-2-7】 短期入所サービス事業所数と利用者数（単位：箇所，人）

区分	短期入所サービス(ショートステイ)事業者数		短期入所サービス(ショートステイ)利用者数	
	短期入所生活介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護	短期入所療養介護
圏域	8	7	242	36
人口10万対	9.5	8.3	286.6	42.0
県	150	126	3861	859
人口10万対	9.2	7.7	235.8	52.4

[平成28年介護サービス施設・事業所調査・平成28年介護保険事業状況報告]

\*1 レスパイト：在宅ケアをしている家族を癒やすために、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービス

- 「県医療施設機能等調査」に回答した医療機関のうち、在宅医療を実施している医療機関（在宅患者診療・指導料算定機関）は43.4%と県より高くなっています。

【図表 5-2-8】圏域の在宅患者診療・指導料の算定状況（単位：箇所，%）

区分	回答施設数	実施	未実施	未回答
病院	6	3 (50.0)	3 (50.0)	-
有床診療所	11	8 (72.7)	1 (9.0)	2 (18.1)
無床診療所	29	9 (31.0)	15 (51.7)	5 (17.2)
圏域	46	20 (43.4)	19 (41.3)	7 (15.2)
県	1,170	386 (33.0)	542 (45.5)	252 (21.5)

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 在宅医療の推進にあたっては、関係市町が連携した広域的な体制づくりとともに、多職種が連携するための研修等の実施によるネットワーク化が望まれています。

#### ウ 終末期医療の提供体制

在宅看取りを実施している病院は1箇所、診療所は3箇所あり、人口10万対では県に比して多くなっています。

また、ターミナルケアに対応する病院・診療所は10箇所、訪問看護ステーションは7箇所、人口10万人対では県より多い状況となっています。

【図表 5-2-9】在宅看取りの実施施設等状況(単位:箇所,( )は人口10万対箇所)

区分	在宅看取りを実施している病院	在宅看取りを実施している診療所	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数
圏域	—	8(9.1)	7(8.2)
県	18(1.1)	169(10.1)	106(6.4)

[平成29年度版医療計画作成支援データブック(平成28年医療施設調査,平成27年介護サービス施設・事業所調査)]

#### エ 在宅医療提供体制の状況

- 在宅医療提供体制等については、平成25年度から、出水郡医師会を中心に出水地区在宅医療介護連携推進協議会等において協議されており、平成27年1月に出水郡医師会広域医療センターに「出水郡医師会在宅医療介護支援センター」が設置され、自宅での療養を継続するための関係機関のネットワークや課題に合わせた体制づくり、知識技術習得のための研修会、退院支援のための体制づくりを行うなど、市町と協働して地域で取組が進められています。

**【施策の方向性】**

**ア 在宅医療連携・終末期医療の体制づくり**

- 在宅療養者の多様なニーズに対応し、終末期における自宅等での療養を確保するため、地域の実情に応じた在宅医療連携体制の整備を推進します。
- チーム医療を提供する病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、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にとって、生活の場で必要な環境づくりを推進するため、関係者間による協議・意見交換を行うとともに、小児訪問看護の取組促進を図ります。
- NICU 等入院中から、保健所、市町村、医療機関等が連携し、児の円滑な退院支援を行うとともに、在宅移行後においても、児やその家族が適切な支援を受けられるよう、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関の連携体制の構築に努めます。

**イ 在宅医療等に携わる人材育成**

- 市町における在宅医療介護の包括的かつ継続的な提供体制の構築のため、医療・介護・福祉等の関係者や、資質向上、普及啓発等について、各医師会に設置されている在宅医療介護支援センター等と連携しながら促進します。
- 医療機関や施設・その他関係機関で行う業務及び地域保健活動等の充実を図る為に、医療・介護・地域保健従事者等の各関係者の知識及び技術習得を目的とした研修会等の開催に努めます。

**ウ 退院に向けての支援**

- 患者の入退院時等において、情報提供シートや医療・介護・福祉等関係者間でのケースカンファレンス等による情報共有や調整が可能な体制づくりを促進します。

**エ 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による診療体制の確保を図ります。

**オ 在宅医療・終末期医療に関する普及啓発**

- 病院、診療所、歯科診療所、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・終末期医療に関する地域住民への情報提供や普及啓発を図ります。

## 2 医療と介護の連携

### 【現状と課題】

#### ア 在宅医療・介護連携の推進体制の構築

- 団塊の世代がすべて75歳以上となる平成37(2025)年には、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となり、高齢化の進行によって医療や介護を必要とする人の増加や、がんや脳卒中等による医療依存度の高い在宅療養者の増加が予想されているため、現在の医療・介護サービス提供体制のままでは十分対応できないことが見込まれています。
- 高齢化の進行や在宅療養を支える医療・介護資源等に大きな地域差があり、課題も地域ごとに異なることから、平成26年の介護保険制度の改正により、平成30年4月には保険者である市町が地域支援事業の中で在宅医療・介護連携を推進する事業に取り組むこととされました。
- 当圏域では、平成25年度から、出水郡医師会を中心に、各関係団体、市町や保健所の行政等が協働して在宅医療にかかる協議をすすめ、住み慣れた地域の中で、安心して医療や福祉のサービスが受けられるよう体制構築を進めています。

#### イ 入院から在宅への移行等の状況

- 医療機関が在宅医療を実施するための条件としては、「メディカルスタッフの確保」、「ケアをする家族の存在」、「訪問看護ステーションの利用」等があげられています。

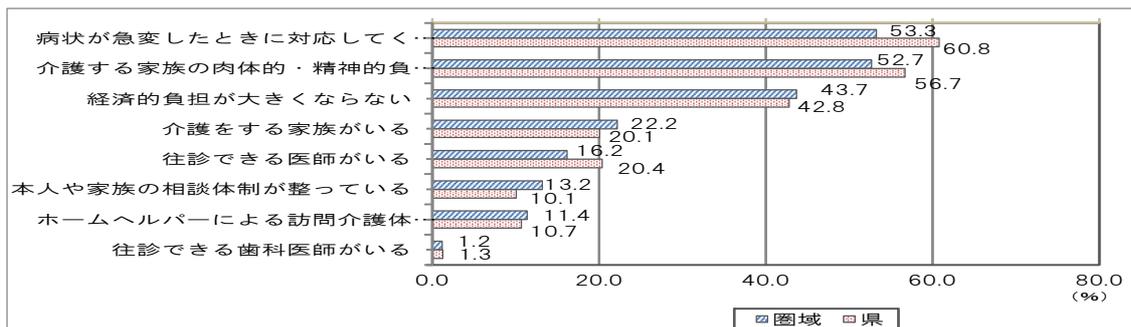
【図表 5-2-10】在宅医療を実施するための重要な条件（圏域）（複数回答）（単位：％）

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	66.7	63.6	41.4
後方入院施設	50.0	63.6	44.8
地域の医師の協力体制	33.3	72.7	34.5
チーム医療の体制整備や専門知識・技術の向上	50.0	63.6	17.2
介護ケアチームとの協働	50.0	72.7	37.9
訪問看護ステーションの利用	66.7	72.7	34.5
口腔管理・食支援の体制整備	50.0	72.7	24.1
ケアする家族の存在	83.3	72.7	44.8
診療報酬上の評価	50.0	63.6	24.1

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 自宅で医療や介護を受け入れるために特に必要なこととしては、「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」、「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」、「経済的負担が大きくなる」等があげられています。

【図表 5-2-11】 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:%)



[平成28年度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については、「全てまたは一部実施している」が、病院においては6箇所(100%)となっており、有床診療所においては4箇所(36.4%)となっています。

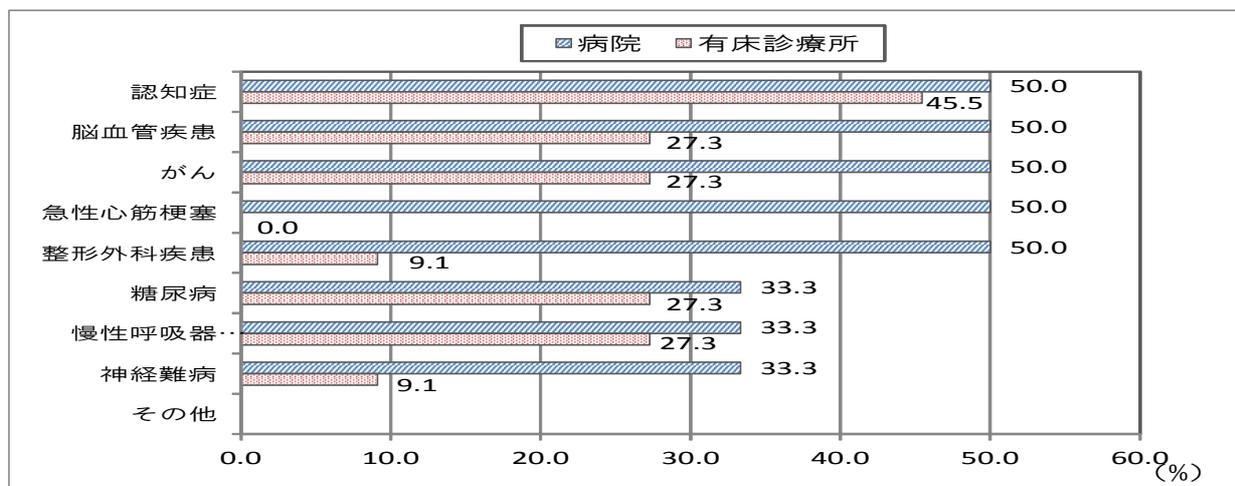
【図表 5-2-12】 圏域における退院時カンファレンスの実施状況 (単位:箇所, %)

	回答医療機関数	原則として全て実施している		一部実施している		実施していない		無回答	
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
病院	6	2	33.3	4	66.7	0	0.0	0	0.0
有床診療所	11	0	0.0	4	36.4	5	45.5	2	18.2

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 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疾患としては、「認知症」が最も多く、次いで「脳血管疾患」、「がん」となっています。

【図表 5-2-13】 圏域の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疾患(複数回答)



[平成28年度県医療施設機能等調査]

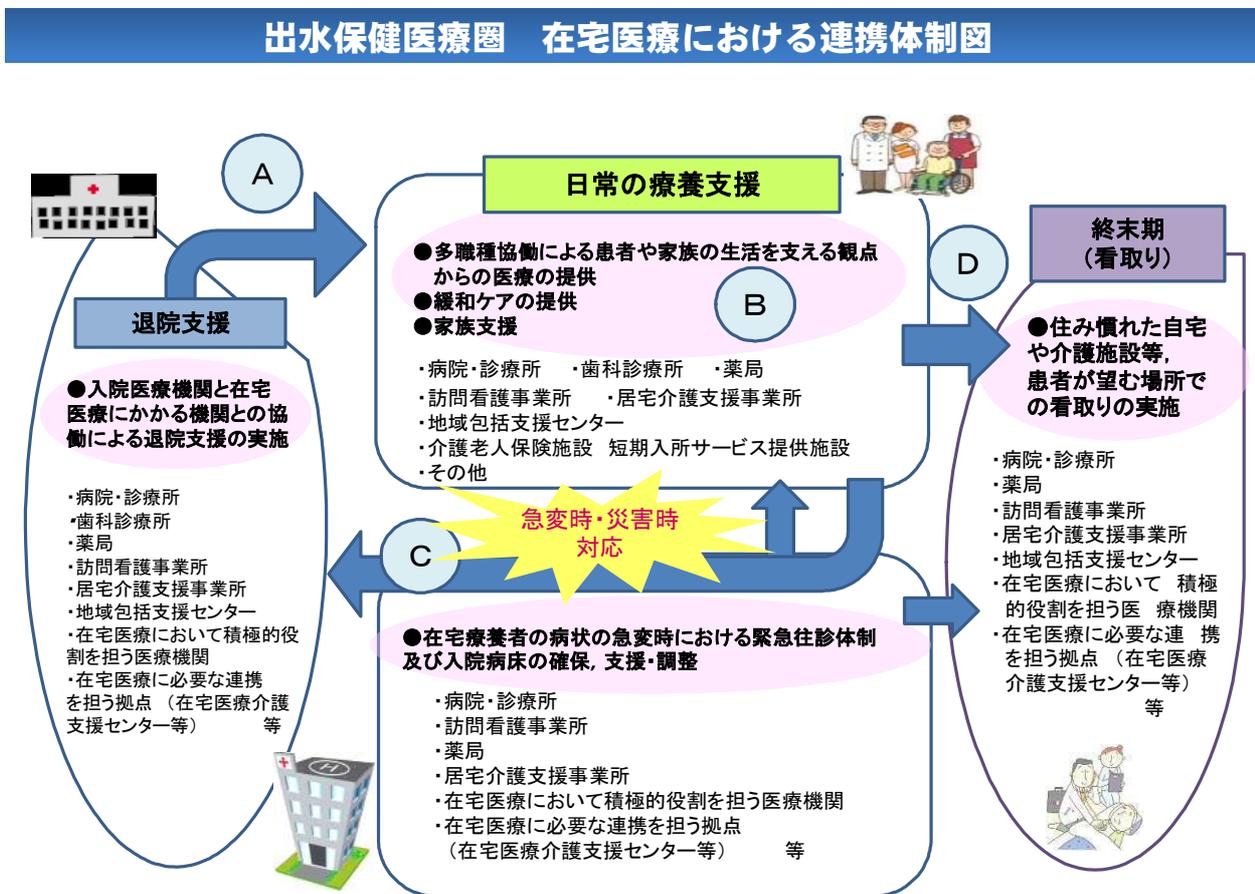
- 圏域においては、患者が病院と自宅等との間で円滑に入退院できるような入退院調整に係るルールについても、医療と介護関係者の協議により検討を重ねています。

- 在宅や施設の要介護者へ適切な口腔ケアを提供するため、介護関係者と歯科医との連携システムである、お口いきいき診療連携システムを活用した在宅歯科医療を推進しています。

**【施策の方向性】**

- 地域の中で、急変時や本人家族の状況に応じた医療・介護のサービス等が提供できるよう、市町単位で医療や介護の多職種が連携できる体制づくりを支援します。
- 「認知症高齢者」や「脳血管疾患患者」等の高齢者を中心とした医療と介護の必要な方の入院から在宅への移行等が円滑に進むよう、医療・介護関係者が情報を共有し、連携して支援する取組を推進します。
- 在宅等の要介護者の訪問歯科診療や口腔ケアが適切に提供される機会を確保するため、引き続き、お口いきいき診療連携システムを活用した介護と歯科医療の連携を推進します。

【図表 5-2-14】在宅医療における連携体制図



第5章 地域包括ケア体制の整備充実  
第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

【図表5-2-15】在宅医療における連携体制の基準（各機関ごとの基準）

基準	A 退院支援	B 日常の療養支援	C 急変時支援	D 終末期(看取り)	
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。	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。	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・診療所との円滑な連携による診療体制を確保する。	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)を行う体制を確保する。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関(病院・診療所・介護老人保健施設)	①退院支援担当者などを配置している。 ②入院当初から退院後の療養生活を視野に支援している。 ③各患者に対する在宅医療及び介護資源の調整ができる。 ④退院前カンファランス等で在宅医療に関わる機関との情報共有や協働での退院支援ができる。	①在宅療養支援のためのレスパイト入院の体制調整ができる。	①急変時必要に応じ一時受け入れができる。 ②重症等に対応できない場合は、他の適切な医療機関との連携体制を構築することができる。 ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①終末期に出現する症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築できる。 ②在宅での療養困難な場合は必要時に受け入れられる。
	2. 在宅医	①入院医療機関と円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加(医師または看護師)等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①各疾患やニーズに応じた在宅療養計画作成・提供ができる。 ②日頃から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。 ③担当者会議等への参加か、または患者等についての情報を提供することができる。 ④家族への介護指導や必要時のレスパイト相談・援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保していることが望ましい。	①急変時の対応(電話対応・指示や往診等)ができる。 ②入院が必要な場合は二次救急病院等と連携し、ベッドの確保が可能である。(24時間体制又は連携による体制確保) ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	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づくり) ②介護施設等での終末期療養への必要時の支援ができる。
	3. 訪問看護事業所	①入院医療機関及び在宅医との円滑な連携により、退院支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①在宅療養者のニーズに応じた訪問看護計画・提供ができる。 ②日頃から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多職種協働できる。 ③担当者会議や地域ケア会議等へ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。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保している。	①急変時の対応(電話対応・指示や訪問看護)ができる。 ②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。	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出来る体制づくり) ②終末期の迎え方を自己決定できるよう必要な支援ができる。
	4. 居宅介護支援事業所	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退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。 ③病状や治療方針、療養環境等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や課題に応じた医療・介護サービス等の調整ができる。 ②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等の適切な紹介ができる。 ③在宅療養者のニーズや課題を解決するために、地域包括支援センター等と協議し、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するための地域ケア会議等を活用できる。 ④24時間365日の連絡体制、又は可能な連携体制の確保が望ましい。	①急変時に適切な機関に報告や相談ができる。必要に応じて緊急訪問や指示等ができる。 ②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。 ③患者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。	①在宅療養者が終末期を迎えるにあたり、自己決定できるように多職種と連携して本人及び家族等への支援ができる。
	5. 地域包括支援センター	①要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた在宅移行時の支援ができる。	①個別の課題にとどまらず、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するために、地域ケア会議を活用できる。		
	6. 介護事業所(訪問、通所)	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②退院直後からケアプランを踏まえた療養生活支援ができる。	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②在宅療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。	①症状悪化時の早期発見が出来るよう情報を共有し、必要な相談・報告ができる。	①自己決定した療養生活が出来るよう支援ができる。
	7. 施設・居住系事業所	①退院前カンファランスへの参加など、医療専門職等との連携により療養生活の支援に必要な情報を共有し支援ができる。	①療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。 ②顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ③在宅療養支援のためのレスパイト利用可能な体制の確保・調整ができる。	①療養者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。 ②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。	①本人・家族の願いや終末期の迎え方などを把握するよう努め、「望む終末期」を迎えられるよう情報保有し、必要時に多職種と連携できる。
	8. 調剤薬局	①在宅移行時の支援ができる。 ②ニーズに応じて退院前カンファランスへの参加等情報を共有し顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①多職種と連携し、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。	①日常の療養同様に急変時の対応ができる。(他薬局との連携可)	①疼痛緩和のための麻薬管理ができる。
	9. 歯科診療所	①ニーズに応じて在宅移行時の支援ができる。	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等ができる。		
全般共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃から相互に連絡・相談を積極的に行い、それぞれの役割や活動範囲を把握しながら情報共有や顔の見える関係づくりに努めている。</li> <li>・在宅医療を推進するための地域全体の課題把握に努めると共に、人材育成やネットワーク構築、地域住民の普及啓発に努める。</li> </ul>				

【図表5-2-16】在宅医療における連携体制を担う関係機関届出一覧

1 入院医療機関

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	出水郡医師会広域医療センター	○	○	○	○
2	〃	内山病院	○	○	○	○
3	〃	介護老人保健施設回生苑	○	○	○	○
4	〃	北国医院	○	○	○	○
5	〃	黒木医院	○	○	○	○
6	〃	小規模介護老人保健施設真和苑	○	○	○	○
7	出水市	出水郡医師会立第二病院	○	○	○	○
8	〃	出水総合医療センター	○		○	
9	〃	出水総合医療センター高尾野診療所			○	
10	〃	介護老人保健施設ニューライフいずみ	○			○
11	〃	林泌尿器科クリニック	○	○	○	○
12	〃	ユニット型老健グランアージュ	○			
13	〃	吉井中央病院	○	○	○	○
14	〃	来仙医院	○	○	○	○

2 在宅医

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	出水郡医師会広域医療センター	○	○	○	○
2	〃	阿久根市国民健康保険大川診療所	○			
3	〃	内山病院	○	○	○	○
4	〃	北国医院	○	○	○	○
5	〃	林胃腸科外科	○	○	○	○
6	出水市	出水総合医療センター野田診療所	○	○	○	○
7	〃	奥田蘇明会医院	○	○	○	○
8	〃	おかだクリニック	○			○
9	〃	楠元内科医院	○	○	○	○
10	〃	クリニック. なかむら	○	○	○	○
11	〃	三慶医院	○	○	○	○
12	〃	つかさとクリニック	○	○	○	○
13	〃	恒吉医院	○	○	○	○
14	〃	林泌尿器科クリニック	○	○	○	○
15	〃	福永内科循環器科	○	○	○	○
16	〃	吉井中央病院	○	○	○	○
17	〃	東医院	○	○	○	
18	長島町	長島クリニック	○	○	○	○
19	〃	長島町平尾診療所	○			

※ 平成30年12月現在で公表可とした施設を掲載しています。  
最新情報は県ホームページをご覧ください。

第5章 地域包括ケア体制の整備充実  
第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

3 訪問看護事業所

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	阿久根訪問看護ステーション	○	○	○	○
2	"	グリーンフォレストみかさ訪問看護ステーション	○	○	○	○
3	"	北国医院 みなし 訪問看護	○	○	○	○
4	"	阿久根訪問看護ステーション	○	○	○	○
5	"	北国医院 みなし 訪問看護	○	○	○	○
6	出水市	レストケア出水在宅医療センター	○	○	○	○
7	"	訪問看護ステーションいっぽ	○	○	○	○
8	"	三慶医院・訪問看護ステーション	○	○	○	○
9	"	訪問看護ステーションかけはし	○		○	
10	長島町	訪問看護ステーション達者の家	○	○	○	○
11	"	ナガシマ訪問看護ステーション	○	○	○	○

4 居宅介護支援事業所

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	阿久根市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	○	○	○	○
2	"	グリーンフォレストみかさ居宅介護支援事業所	○	○	○	○
3	"	北国医院居宅介護支援事業所	○	○	○	○
4	"	居宅介護支援事業所KICプラン	○	○	○	○
5	出水市	出水市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	○	○	○	○
6	"	出水市社会福祉協議会米ノ津居宅介護支援事業所	○	○	○	○
7	"	出水市社会福祉協議会高尾野支所	○	○	○	○
8	"	出水市社会福祉協議会東出水居宅介護支援事業所	○	○	○	○
9	"	介護サポートたみたん	○	○	○	○
10	"	鶴寿会居宅介護支援事業所	○	○	○	○
11	"	居宅介護支援事業所いっぽ	○	○	○	○
12	"	居宅介護支援事業所いずみ	○	○	○	○
13	"	三慶医院・居宅介護支援事業所	○	○	○	○
14	"	高尾野介護相談センターげんき	○	○	○	○
15	"	ファースト・ケア居宅介護支援事業所	○	○	○	○
16	"	コミュニティケアいずみ	○	○	○	○
17	"	ニューライフいずみ居宅介護支援事業所	○	○	○	○
18	"	レストケア出水在宅医療センター	○	○	○	○
19	"	有限会社 さくらケアサービス	○	○	○	○
20	長島町	あかね園居宅介護支援センター	○	○	○	○
21	"	居宅介護支援事業所桃源郷	○	○	○	○
22	"	居宅介護支援センター達者の家	○	○	○	○
23	"	社会福祉法人長島町社会福祉協議会居宅介護支援事業所	○	○	○	○

第5章 地域包括ケア体制の整備充実  
第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

5 地域包括支援センター

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	阿久根市地域包括支援センター	○	○	○	○
2	出水市	出水市地域包括支援センター	○	○	○	○
3	長島町	長島町地域包括支援センター	○	○	○	○

6 介護事業所

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	阿久根市社会福祉協議会訪問介護事業所	○	○	○	○
2	〃	阿久根市社会福祉協議会訪問入浴介護事業所	○	○	○	○
3	〃	内山病院 通所リハビリテーション	○	○	○	○
4	〃	内山病院 訪問リハビリテーション	○	○	○	○
5	〃	小規模多機能ホーム希望の杜協本	○	○	○	
6	〃	小規模多機能ホーム昂和苑	○	○	○	
7	〃	小規模多機能ホームコミュニティの杜	○	○	○	
8	〃	北国医院 みなし 通所リハビリテーション「すこやか」	○	○	○	
9	〃	デイサービスセンター緑風荘	○	○	○	○
10	出水市	JA鹿児島いずみ指定通所介護事業所	○	○	○	○
11	〃	JA鹿児島いずみ指定訪問介護事業所	○	○	○	○
12	〃	出水市社会福祉協議会訪問介護事業所	○	○	○	○
13	〃	出水市社会福祉協議会訪問入浴介護事業所	○	○	○	○
14	〃	鶴寿園デイサービスセンター	○	○	○	○
15	〃	企業組合労協センター事業団出水地域福祉事業所 さくらんぼ		○		○
16	〃	三慶医院・デイサービス	○	○	○	○
17	〃	通所リハビリテーショングランアージュ	○	○	○	○
18	〃	通所リハビリテーションニューライフいずみ	○	○	○	○
19	〃	デイサービス さくら草	○	○	○	○
20	〃	デイサービス はる風	○	○	○	○
21	〃	デイサービス ひなたの家	○	○	○	○
22	〃	デイサービスセンター野田の郷	○	○	○	○
23	〃	デイサービスセンターポエム	○	○	○	○
24	〃	デイサービスセンターリハシップあい	○	○	○	○
25	〃	ニチケアセンター五万石	○	○	○	○
26	〃	ビジケアセンター野田の郷(訪問介護)	○	○	○	○
27	〃	ふくしサービスセンター愛ちゃん	○	○	○	○
28	〃	ヘルパーステーションさくら彩	○	○	○	○
29	〃	ヘルパーステーションコミュニティケアいずみ	○	○	○	○
30	〃	訪問介護 彩加里	○	○	○	○
31	〃	訪問介護 はる風	○	○	○	○
32	長島町	あかね園デイサービスセンター	○	○	○	○
33	〃	ヘルパーステーションいこい長島	○	○	○	○

第5章 地域包括ケア体制の整備充実  
第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

7 施設・居住系事業所

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	介護老人保健施設グリーンフォレストみかさ	○	○	○	○
2	〃	サービス付き高齢者向け住宅 悠和の里	○	○	○	○
3	〃	特別養護老人ホーム 満青	○			○
4	出水市	サービス付き高齢者向け住宅はる風	○	○	○	○
5	〃	特別養護老人ホーム出水の里				○
6	〃	特別養護老人ホーム鶴寿園	○	○	○	○
7	〃	介護老人保健施設 ニューライフいずみ	○	○	○	○
8	〃	老人保健施設 ラ・フォンテいずみ	○	○	○	○
9	〃	有料老人ホーム ことぶき	○	○	○	○
10	〃	有料老人ホーム つどい	○	○	○	○
11	〃	ユニット型老健 グランアージュ	○	○	○	○
12	長島町	特別養護老人ホームあかね園	○			○

8 調剤薬局

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	出水郡薬剤師会会営薬局阿久根店	○	○	○	○
2	〃	株式会社 メディファ協本調剤薬局	○	○		○
3	〃	すくすく薬局	○	○		
4	出水市	あすか薬局	○	○	○	○
5	〃	出水郡薬剤師会会営薬局	○	○	○	○
6	〃	出水郡薬剤師会高尾野会営薬局	○	○	○	○
7	〃	うらくぼ薬局	○	○		
8	〃	クレイン調剤薬局	○	○	○	○
9	〃	クレモア薬局	○	○	○	○
10	〃	オレンジ薬局 出水店	○	○	○	○
11	〃	さくらんぼ薬局	○	○	○	○
12	〃	スマイル薬局	○	○	○	○
13	〃	トクモト薬局		○		
14	〃	マリン薬局	○	○	○	○
15	〃	マリン薬局米ノ津店	○	○	○	○
16	〃	ハート薬局	○	○		
17	〃	ふれあい薬局	○	○		

9 歯科診療所

平成30年12月現在

	市町名	医療機関名	A退院支援	B日常の療養支援	C急変時支援	D終末期(看取り)
1	阿久根市	よしもと歯科クリニック	○	○	○	○
2	出水市	石沢歯科医院	○	○		
3	〃	金子歯科医院	○	○	○	
4	〃	こじま歯科医院	○	○	○	○
5	〃	田畑歯科医院	○	○	○	○
6	〃	ちゃえん歯科	○	○	○	○
7	〃	徳森歯科医院	○	○	○	○
8	〃	中島歯科医院	○	○	○	○
9	〃	村岡歯科医院	○	○	○	○
10	長島町	児島歯科医院	○	○	○	○

### 第3節 高齢者の支援

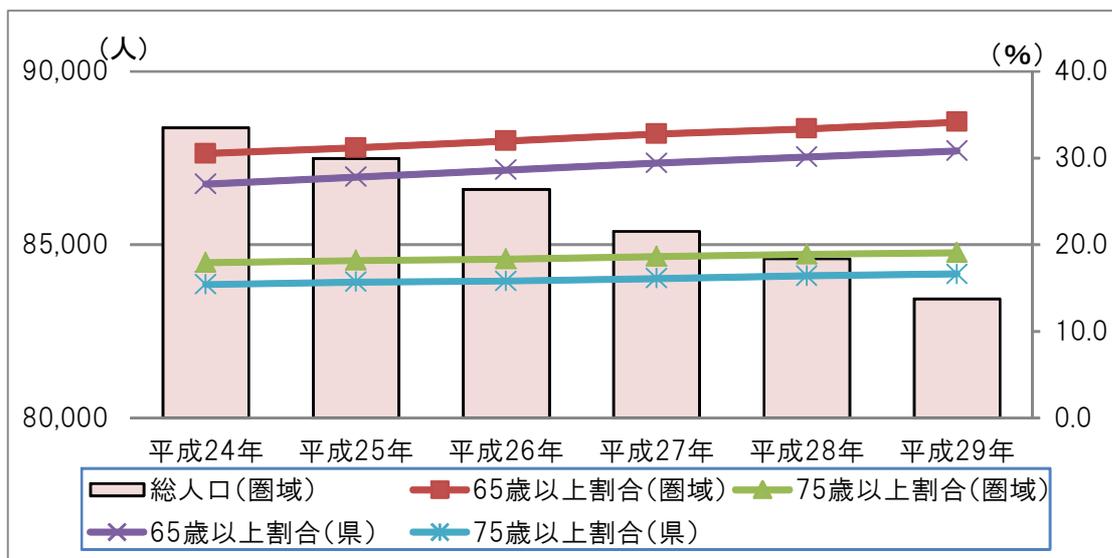
高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、関係機関や地域住民等による共生・協働の仕組みの中で、保健・医療・介護・福祉のサービスが連携して提供される社会を目指します。

#### 1 高齢期の保健

##### 【現状と課題】

- 圏域の高齢化率は、34.1%（平成29年10月）で、住民の約3人に1人が65歳以上の高齢者であり、高齢化率が県（30.5%）より3.6ポイント高く、国（26.6%）より7.5ポイント先行しています。75歳以上の高齢者の割合も高くなっており、今後、更に高齢化が進むことが見込まれています。

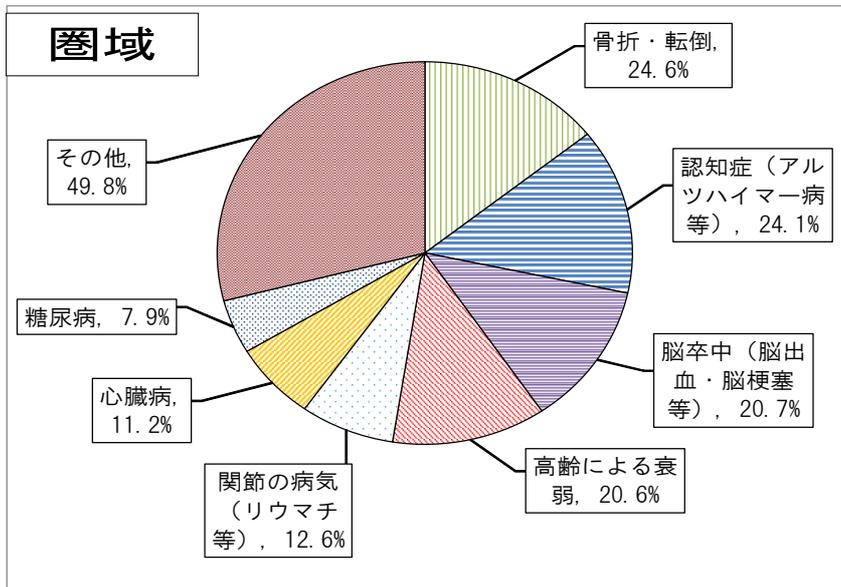
【図表 5-3-1】 高齢者人口の推移（人口、高齢化率）



[国勢調査]

- 圏域の高齢者の死亡率を疾患別に見ると、脳血管疾患が県と同様に高く、SMR（標準化死亡比）でも県と比べて男女ともに高い状況です。また、圏域の要介護（要支援）状態になる要因は、骨折・転倒、脳卒中、認知症の順に多くなっています。
- 高齢者の加齢に伴った心身の活力（筋力や認知機能等）の低下や、生活機能の障害により心身の脆弱性が出現し、死亡等の危険性が高くなった状態をフレイルといいます。このフレイルの状態を経て要介護状態になっていく高齢者が増加しています。そのため、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となっています。

【図表 5-3-2】要介護（要支援）状態になった理由（主な原因疾患）



[平成28年度高齢者実態調査]

### 【施策の方向性】

#### ア 高齢期の課題を踏まえた健康づくり・疾病予防の推進

- 要介護状態の原因となるロコモティブシンドローム，認知症，脳卒中の発症・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。
- 平成23～27年度の県の脳卒中对策プロジェクトにより，死亡率の低下等の成果があるが依然として高い死亡率等があることから，脳卒中の一次予防（脳卒中リスクの発症予防），二次予防（脳卒中リスクの早期発見及び指導強化），三次予防（脳卒中の再発予防，重症化予防）を引き続き推進します。
- 市町における住民組織と連携した見守り・声かけや，高齢者の社会参加の促進等により，閉じこもりの予防や身体活動等の増加を図ります。
- 市町の健康教室や食生活改善推進員の活動等を通じて，低栄養状態の予防のための食生活の改善を推進します。

#### イ 介護予防の推進

- 高齢者に介護予防の更なる普及啓発を図り，身近なところで自主的に取り組めるようサロン活動やボランティア人材の育成など，市町の取組を支援します。
- 市町と連携して，ロコモティブシンドロームやフレイル等について普及啓発を図り，要支援・要介護状態となることを予防するとともに，要介護状態等となった場合でも心身機能や生活機能の維持・向上を図るための介護予防施策を推進します。

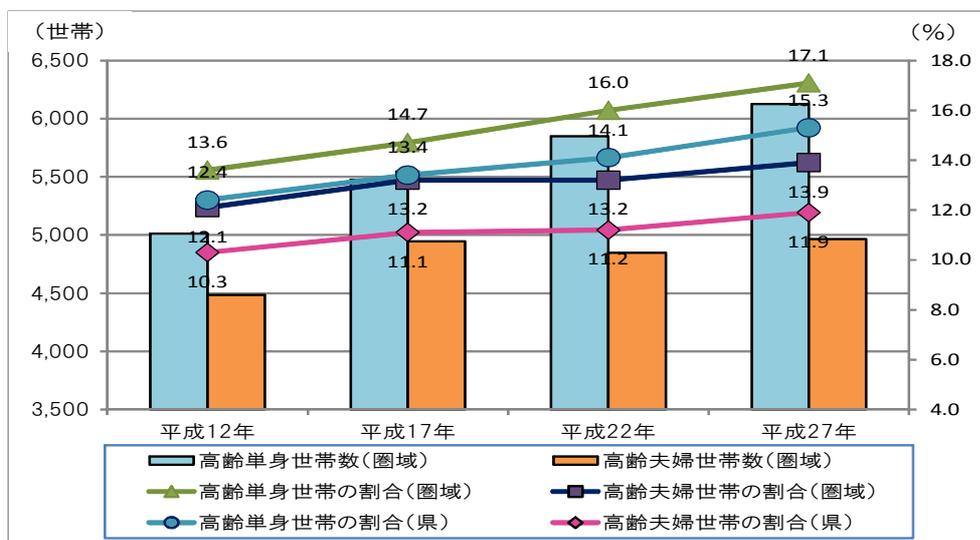
## 2 高齢単身世帯等の支援

### 【現状と課題】

#### ア 独居高齢者等の圏域の現状

- 圏域の高齢単身世帯の割合は、17.1%（平成29年10月）で、県（15.3%）より高く、国（11.1%）と比較すると6.0ポイント高い状況です。今後も高齢者は増加傾向にあるため、独居高齢者や高齢者のみの世帯が、日常生活を安心して過ごすための環境整備が求められます。

【図表 5-3-3】 高齢単身・高齢夫婦世帯数の推移



[国勢調査]

#### イ 独居高齢者の支援の状況

- 独居高齢者等が地域で安心して暮らせるためには、住民相互の支え合いの環境の中で、介護保険サービスの活用等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。

**【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、市町と連携し、老人クラブへの加入促進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、地域住民、NPO等による見守り活動などの取組が進むよう、取組事例の紹介などを通じ支援を行います。

**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動を支援します。
- 独居高齢者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つくり、地域で支える体制づくりを支援します。
- 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図ります。

### 3 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

- 平成29年10月1日現在、圏域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、3,650人であり、65歳以上の全要介護（要支援）認定者の53.9%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。

【図表 5-3-4】認知症高齢者数

	高齢者人口 (H27国勢調査) (人)	認知症高齢者数 (人)	高齢者人口比 (%)	要介護認定に占める割合 (%)
圏域	27,973	3,650	13.0	64.8
県	479,734	62,588	13.0	64.0

(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ランクⅡ以上の状況を市町に照会して把握[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。

- 認知症高齢者等の精神科病院入院者は増加しており、早期退院に向けた取組の継続を図る必要があります。

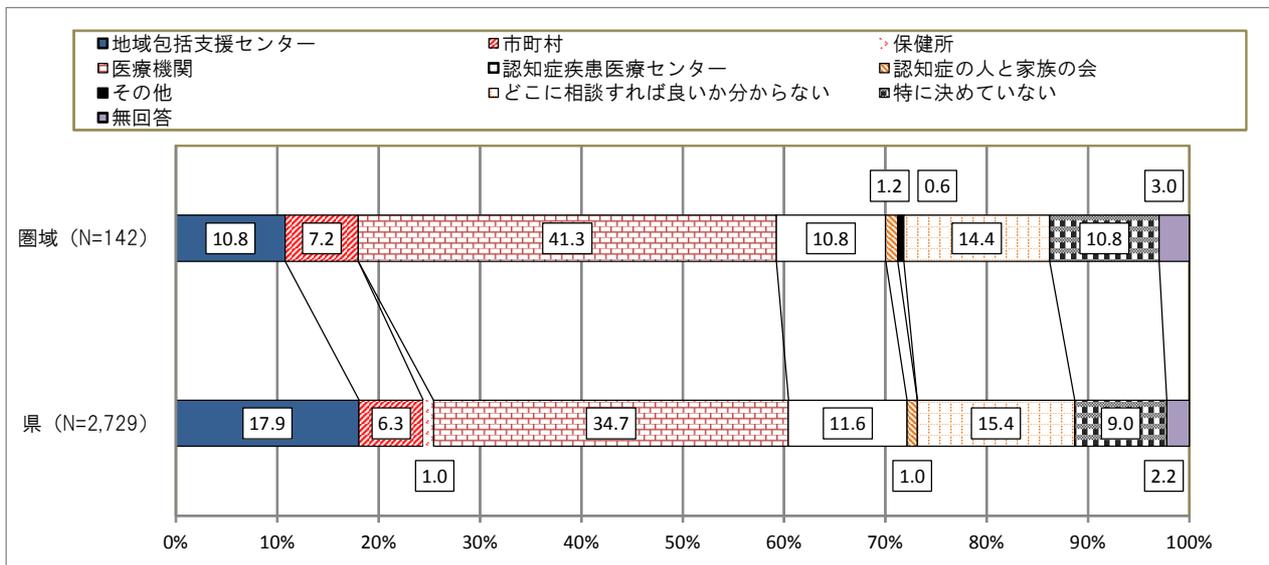
【図表 5-3-5】認知症を主たる疾病とする精神科病院入院者数

	入院患者総数	認知症入院者	割合 (%)
圏域	524	181	34.5
県	8,689	2,373	27.3

[平成28年度630調査]

- 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脳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。
- 市町には、認知症の方の状態に合わせた適切なサービスが提供できるよう、認知症地域支援推進員が配置されています。
- 認知症が疑われる場合の相談機関として医療機関をあげる人が多い状況ですが、どこに相談すれば良いか分からないと答えた人もおり、認知症高齢者等やその家族が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あることから、身近な地域で気軽に相談ができ、支援が受けられる体制づくりとともに、相談機関の周知が必要です。

【図表 5-3-6】 認知症が疑われる場合の相談機関



[平成28年県民保健医療意識調査]

- 認知症に対する理解普及については、講演会やパンフレット・広報誌の配布による普及促進や認知症サポーターの養成に取り組んでおり、キャラバンメイト<sup>\*1</sup>110名（平成30年9月末）、認知症サポーター7,189名（平成30年9月末）となっています。
- 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、市町においては、認知症初期集中支援チーム<sup>\*2</sup>を設置し、早期診断・早期対応に向けた取り組みを進めていますが、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。

\*1 キャラバンメイト：認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開設し、講師役を務めていただく人。所定のキャラバン・メイト研修を受講、登録されている。

\*2 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

- 圏域では、県で実施する認知症総合支援対策促進協議会を受けて、施策の普及促進や支援体制を構築するために認知症施策推進会議を行っています。
- 若年性認知症<sup>\*1</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作りを更に進める必要があります。
- 認知症の予防については、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ことが重要です。

#### 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<sup>\*2</sup>は平成25年10月に出水市に設置されていますが、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。

【図表 5-3-7】 認知症疾患医療センター指定状況（平成30年12月現在）

指定病院	所在地	専用番号
荘記念病院	出水市高尾野町下水流 862 番地 1	0996 (82) 2955

- 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>\*3</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 5-3-8】 認知症サポート医、もの忘れの相談ができる医師数  
（平成30年3月末現在）（単位：人）

	圏域	県
認知症サポート医	11	241
もの忘れの相談ができる医師 （かかりつけ医）	26	425

[県高齢者生き生き推進課調べ]

- 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>\*4</sup>については、平成29年10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。

\*1 若年性認知症：65歳未満で発症する認知症

\*2 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

\*3 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

\*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

#### 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については、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6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促進する必要があります。

#### 【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

- 認知症の段階に応じた支援について、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市町の「認知症ケアパス」の普及・啓発を支援します。
- 認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活できるように、認知症地域支援推進員を中心とした認知症高齢者等やその家族の支援体制の促進に努めます。
- 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の促進を図るとともに、認知症サポーターが様々な場面で効果的な活動ができるよう、地域等の実情に応じた取組の促進を図ります。
- 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。
- 認知症施策推進会議を通じて、市町間の施策の情報共有を図るとともに、圏域の課題や方策等について協議し、認知症施策の推進を図ります。

#### イ 認知症の医療連携体制の整備

- 地域のかかりつけ医が必要に応じて認知症サポート医の支援を受けながら、日常的な診療や認知症の早期診断・早期対応等を行えるよう認知症疾患医療センターと連携しながら医療連携体制を推進します。

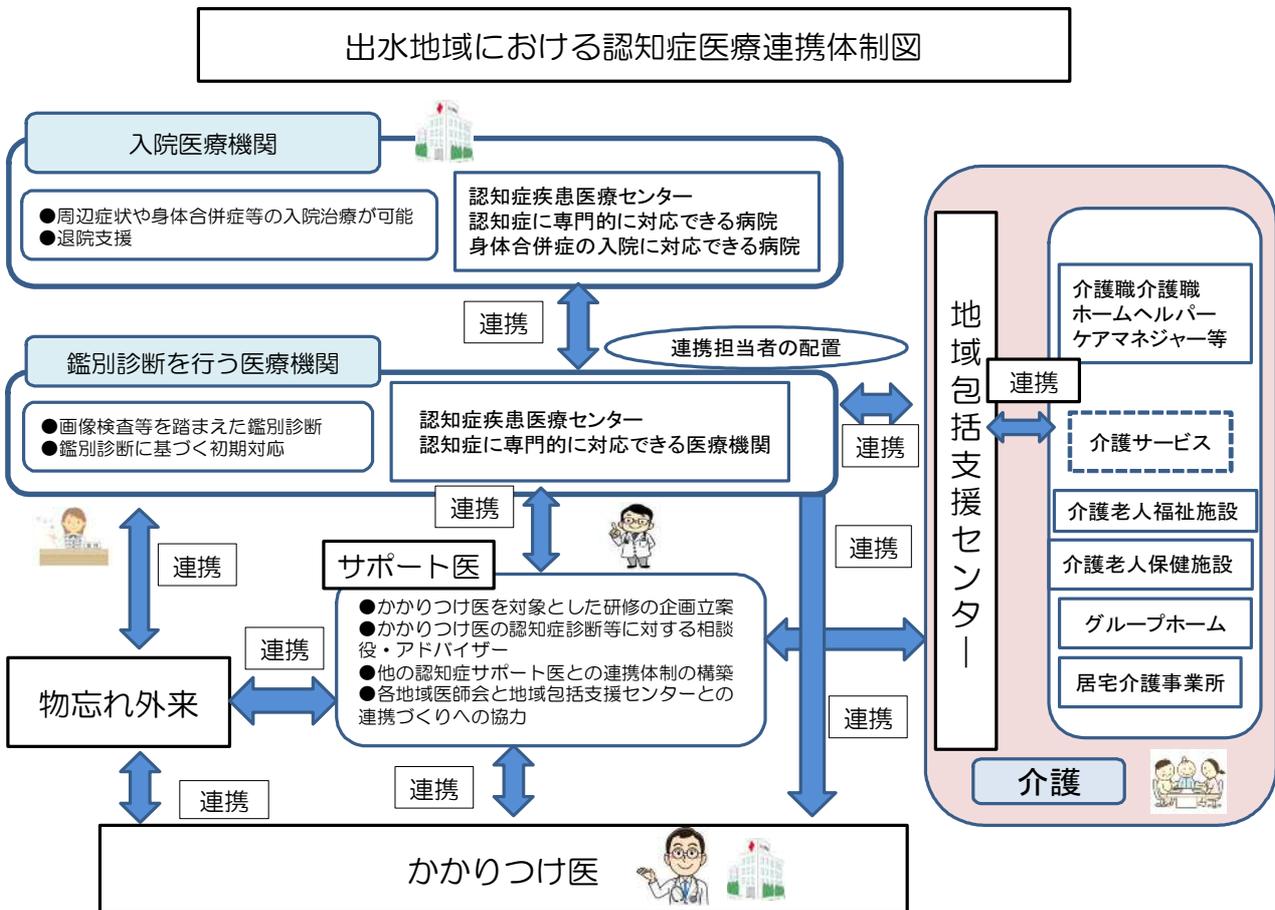
#### ウ 市町等と連携した権利擁護対策

- 虐待等に関する相談窓口の周知や関係機関との連携・協力体制の強化に努めます。
- 認知症の正しい理解の普及や高齢者等の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。

【図表5-3-9】 出水保健医療圏 認知症の医療連携体制における機能基準

区分	認知症の日常的な診療を行うかかりつけ医	鑑別診断を行う医療機関 (認知症疾患医療センター等)	入院医療機関
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の早期発見につなげる。</li> <li>認知症の日常的な診療等により、認知症の人の地域での生活を支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の早期診断・早期対応による認知症の重症化防止を図る。</li> <li>認知症の療養方針を決定し、関係機関と連携し、認知症の人の地域での生活を支援する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>重篤な認知症の周辺症状や身体合併症に対する急性期等の入院治療の提供とともに、早期退院に向け退院支援を行う。</li> </ul>
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の人の日常的な診療が可能である。</li> <li>認知症の可能性について、判断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介できる。</li> <li>専門医療機関と連携し、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画等に基づき患者やその家族等に療養方針を説明し、療養支援が可能である。</li> <li>認知症の人が地域でできるだけ継続して生活できるよう、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携を図り支援を行える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専任の認知症の専門医が配置されている。 ※認知症の専門医は、以下のいずれかに該当する医師とする。 ①日本老年精神医学会の定める専門医 ②日本認知症学会の定める専門医 ③認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師</li> <li>画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（CT）及び磁気共鳴画像装置（MRI）を有している。 有していない場合は、他の医療機関との連携体制が確保されている。</li> <li>鑑別診断に基づく初期対応が可能である。</li> <li>認知症の療養方針を記載した認知症療養計画等を作成し、地域の認知症のかかりつけ医等と連携が図れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症の周辺症状や身体合併症等の入院治療が可能である。</li> <li>かかりつけ医や地域包括支援センター、訪問看護事業所、介護サービス事業所等と連携し、退院支援が行える。</li> </ul>
医療機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>ものわすれの相談ができる医師</li> <li>認知症サポート医のいる診療所・病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター</li> <li>鑑別診断ができる病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター</li> <li>認知症に専門的に対応できる病院</li> <li>身体合併症の入院治療に対応できる病院</li> </ul>
関係機関例	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター等専門医療機関</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> <li>介護老人福祉施設</li> <li>グループホーム</li> <li>かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局</li> <li>訪問介護事業所等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医</li> <li>地域包括支援センター</li> <li>居宅介護支援事業所</li> <li>訪問看護事業所等</li> </ul>

【図表5-3-10】 認知症医療連携体制図



【図表5-3-11】認知症の医療連携体制を担う医療機関届出一覧

	市町村名	医療機関名	医療機能の分類				
			認知症の日常的な診療を行うかかりつけ医			鑑別診断を行う医療機関	入院医療機関
			かかりつけ医	ものわずれの相談ができる医師	認知症サポート医		
1	阿久根市	有村産婦人科・内科	○				
2	〃	内山病院	○	○			○
3	〃	門松医院	○	○			
4	〃	黒木医院	○				
5	〃	林胃腸科外科	○	○			
6	〃	北国医院	○	○			
7	〃	鶴見医院	○	○			
8	〃	山田クリニック	○	○			
9	〃	脇本病院	○	○	○	○	○
10	出水市	出水総合医療センター	○			○	○
11	〃	出水病院	○	○	○	○	○
12	〃	クリニック・なかむら	○				
13	〃	さくら通りクリニック	○	○		○	
14	〃	しもぞのクリニック	○	○			
15	〃	荘記念病院	○			○	○
16	〃	つかさとクリニック	○	○			
17	〃	林泌尿器科クリニック	○				
18	〃	東医院	○	○			
19	〃	前田ころとからだのクリニック	○				
20	〃	吉井中央病院	○				
21	長島町	長島クリニック	○				
22	〃	長島町国民健康保険鷹巣診療所	○				
23	〃	長島町平尾診療所	○	○			

※ 医療機関については、平成30年12月現在で公表可としたところについて掲載しています。  
最新情報については、県ホームページをご覧ください。

## 第4節 難病患者等の支援

難病などの疾病により支援が必要な方々が、健康づくりから介護まで、保健・医療・福祉のサービスを適切に受けることのできる社会を目指します。

### 1 難病患者の支援

#### 【現状と課題】

#### ア 難病患者の状況

- 昭和47年から「特定疾患治療研究事業」として医療費助成が実施されてきましたが、平成26年5月に、難病患者に対する良質かつ適切な医療の確保と療養生活の質の向上を図るため「難病の患者に対する医療等に関する法律」が成立し、指定難病として医療費助成制度が設けられ、平成27年1月に施行されました。
- 圏域における医療費受給者数は、平成30年12月末現在で579人となっています。受給判定には、診断基準に加え重症度も考慮するため、制度の見直しにより受給者数は減少しています。
- 対象疾患の拡充が図られ、平成30年4月から対象疾患が331疾患となっています。
- 疾患別にみると、パーキンソン病関連疾患が最も多く、次いで潰瘍性大腸炎、全身性エリテマトーデスの順となっています。
- 圏域における難病患者の年齢の割合は、70歳以上約40.0%、60歳代24.0%、50歳代13.0%となっています。
- 平成30年度指定難病更新時アンケート（対象580名、回収率98.0%）によると、在宅療養86.0%、入院・入所が14.0%です。災害時の備えについては、自宅療養者の43.8%が「何もしていない」と答えています。さらに、医療処置別にみると、薬の備えをしている人が56%どまりです。さらに災害時の備えが充分でない状況です。

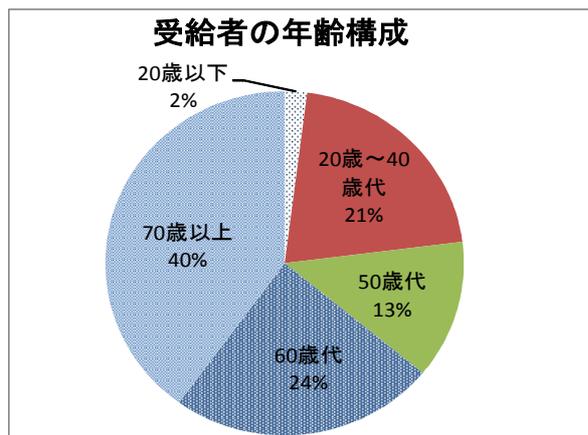
【図表5-4-1】圏域の患者数の推移

（単位：人）

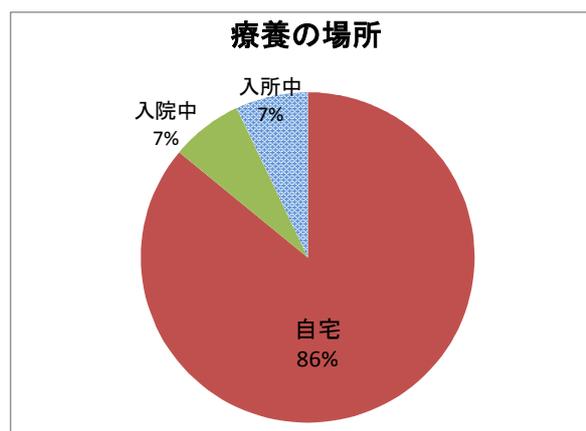
平成25年度末	平成26年度末	平成27年度末	平成28年度末	平成29年度末
675	674	698	708	603

[北薩保健福祉環境部調べ]

【図表5-4-2】受給者の年齢構成



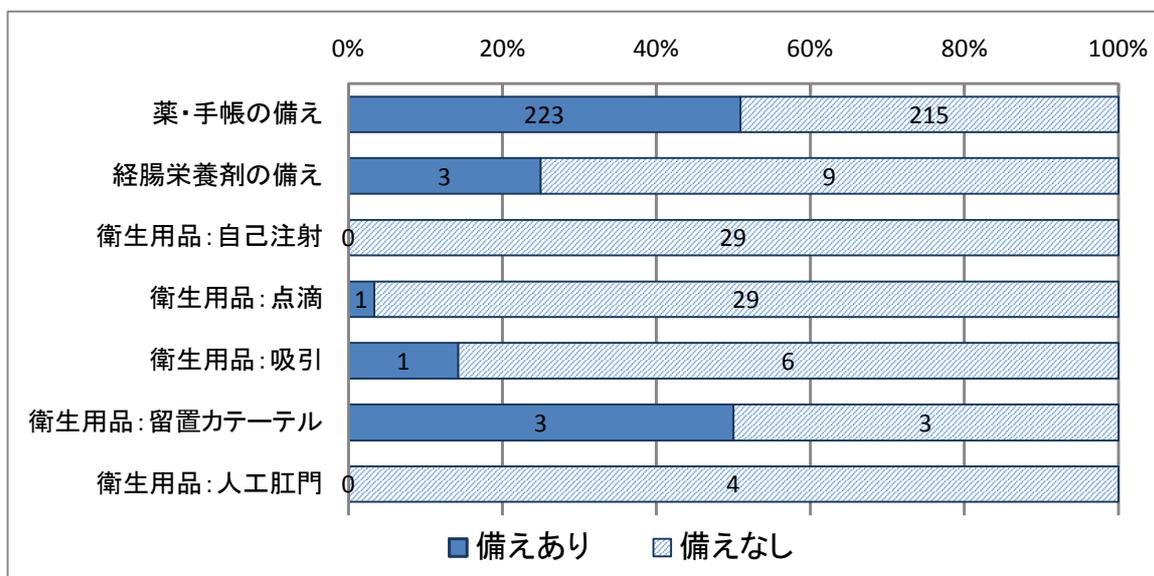
【図表5-4-3】療養の場所



[平成30年度指定難病更新時アンケート]

【図表5-4-4】自宅療養者の災害時の備え

(単位：人)

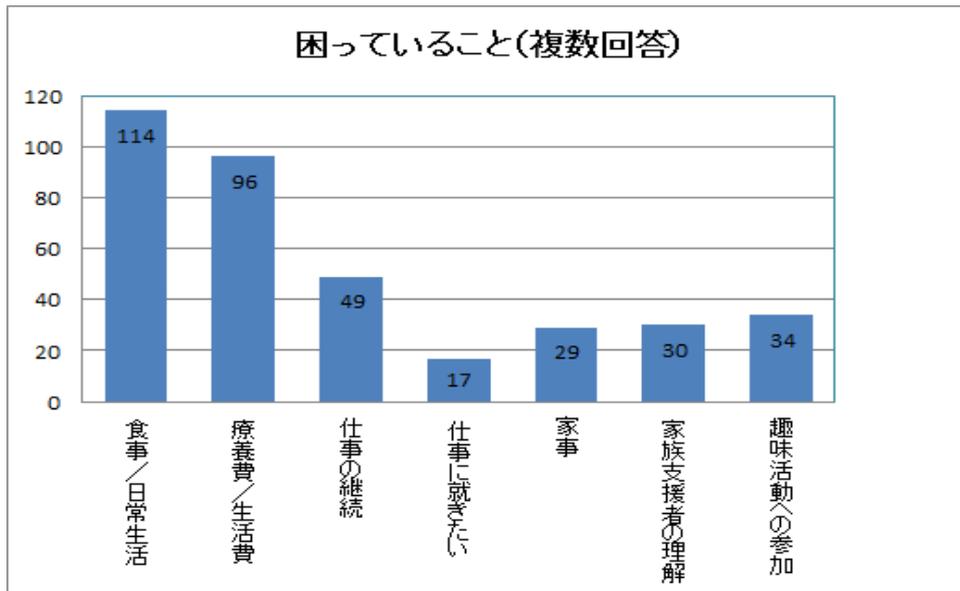


[平成30年度指定難病更新時アンケート]

### イ 難病患者のニーズの多様化

- 受給者は高齢者世帯が多く、介護する家族も高齢者という老老介護の世帯もあります。また、受給者が働き盛りの年齢の場合は経済的に苦しくなったり、それぞれの世代に特徴的な問題が生じています。
- 難病患者は療養が長期にわたるため、患者及び家族は経済的、精神的な負担をかかえたり、また、一人ひとりの患者が抱えている問題は、医療や福祉・就労など多岐にわたっています。

【図表5-4-5】療養上、困っていること (単位：人)



[平成30年度指定難病更新時アンケート]

#### ウ 地域の相談・支援体制の現状

- 県の難病相談・支援センターと連携しながら、保健所は地域の難病相談・支援の中心的役割を担っており、難病患者に対する相談対応や医療の確保、在宅療養の推進、患者団体との連携による支援に取り組んでいます。

【図表5-4-6】 出水保健所における延相談者数 (単位：人)

平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
992	1,384	1,364	1,344	1,628

- 圏域において、専門医、福祉関係者、患者団体等と連携した難病医療相談会を実施しています。
- 県は難病医療拠点病院<sup>\*1</sup>として、国立病院機構南九州病院，鹿児島大学病院，肝属郡医師会立病院の3箇所を指定しています。なお圏域においては、難病医療協力病院<sup>\*2</sup>として出水総合医療センター，出水郡医師会広域医療センター，吉井中央病院，内山病院，出水郡医師会立第二病院，さくら通りクリニック，つかさとクリニックの7箇所があります。難病協力病院は患者及び家族の要請に応じて緊急時や災害時の入院等を受け入れています。

\*1 難病医療拠点病院：難病医療提供体制の拠点的功能を担う病院であり、高度の医療を要する患者の受入れや、協力医療機関、福祉施設等への医学的な指導・助言などの役割を担う。

\*2 難病医療協力病院：各地域における難病医療提供体制に協力する医療機関であり、拠点病院等からの要請に応じた患者の受入れや訪問診療の実施などの役割を担う。

【図表5-4-7】医療相談会の実施状況

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
医療相談会	2回 後縦靭帯骨化症 特発性拡張型心筋症	2回 ALS交流会 HTLV-1関連脊髄炎	4回 ALS パーキンソン病 難病全般 網膜色素変性症
参加者数	30	25	57

【施策の方向性】

ア 難病に関する相談体制の充実

- 難病患者・家族の療養生活上の問題に対する相談体制の強化を図ります。
- 多岐にわたる患者及び家族のニーズに対応していくため、患者団体や医療機関、ケアマネージャー、訪問看護ステーション、市町関係者等との連携を密にとり、疾患の特殊性を踏まえた生活支援を強化します。
- 難病に関する各種情報の提供をします。また、難病医療相談会や患者・家族交流会を開催し学んだり語りあえたりできる場を設けます。公益財団法人難病医学研究財団の難病情報センターや県難病相談・支援センターからの情報の周知や利用を勧めます。

イ 難病患者の在宅ケアの推進

- 患者支援にかかわる医療機関・介護保険事務所・行政・患者団体等の連携を推進するとともに、支援者の技術向上のため研修会等を開催し、包括的な支援体制の構築を図ります。
- 支援の必要な難病患者には、訪問や電話相談等を行い、関係機関との連携を図り、在宅療養支援計画を策定します。また、計画の実施・評価を行い、患者・家族の望む在宅ケアを支援していきます。
- 難病患者は、災害時に避難行動・生活全般において援助が必要な災害時避難行動要支援者であり、災害時の支援を円滑に行うため、平時よりケアマネージャーや相談員、市町や医師会・消防署・電力会社等との連携を図ります。
- 災害時難病患者支援「災害時あんしん手帳<sup>\*1</sup>」の活用について難病患者等に啓発を図ります。
- 関係機関と情報を共有し、難病療養の状況を理解し、災害への備えが出来るよう支援をしていきます。
- 北薩地域における難病対策地域協議会において、地域の関係者との連携を図り、円滑な支援が行える体制の整備に努めます。

\*1 災害時あんしん手帳：平成24年度から、県難病相談・支援センターが独自に作成しているもので、災害時に適切な支援を受けられるよう、かかりつけ医や服用薬の種類などを記入しておくもの。

## 2 小児慢性特定疾病児童等の支援

### 【現状と課題】

#### ア 小児慢性特定疾病児童等の状況

- 小児慢性特定疾病児童等では、治療が長期化し医療費も高額となることから、平成26年に医療費支援が児童福祉法に明記されたことに伴い、平成27年1月から、新制度の小児慢性特定疾病医療費助成事業により医療費の負担軽減を図っています。
- 医療費助成の対象疾患は拡大し、平成30年3月末現在の受給者数は圏域では135人となっています。

【図表5-4-8】小児慢性特定疾病医療費助成事業の受給者数の推移（単位：人）

疾患群名	平成23年度		平成29年度			
	圏域	県	圏域	割合	県	割合
内分泌疾患	46	482	41	30.4	499	30.6
慢性心疾患	25	283	27	20.0	373	22.9
悪性新生物	14	165	12	8.9	154	9.4
神経・筋疾患	4	62	11	8.1	116	7.1
糖尿病	9	110	11	8.1	99	6.1
その他	40	1,102	33	24.4	390	23.9
計	138	1,440	135	100.0	1,631	100.0

[北薩保健福祉環境部・県子ども家庭課調べ]

(注) 受給の多い疾患群ごとに上位5疾患について計上、それ以外は「その他」とした。

- 圏域の平成29年度の小児慢性特定疾病医療費助成事業の受給者数を疾患群別に見ると、「内分泌疾患」が30.4%と最も多く、次いで、「慢性心疾患」が20.0%となっており、この2疾患群で約半数を占めています。

【図表5-4-9】小児慢性特定疾患児の疾患群別割合（平成30年3月現在）（単位：人、%）

区分		内分泌疾患	慢性心疾患	悪性新生物	神経・筋疾患	糖尿病	その他	計
受給児数	圏域	41	27	12	11	11	33	135
	県	499	373	154	116	99	390	1631
割合	圏域	30.4	20.0	8.9	8.1	8.1	24.5	100.0
	県	30.6	22.9	9.4	7.1	6.1	23.9	100.0

\* 県の人数については、平成29年度に小児慢性特定疾病医療費を受給した者の数である。

[北薩保健福祉環境部・県子ども家庭課調べ]

- 平成30年7月現在、圏域内の小児慢性特定疾病医療費助成の指定医療機関は63箇所、内訳は病院・診療所12箇所、訪問看護ステーションは5箇所、薬局は46箇所となっています。
- 市町では、日常生活を営むのに著しく支障のある在宅の患者に対し、特殊寝台等の日常生活用具の購入について費用の助成を行っており、県もその費用を市町に補助しています。

#### イ 相談支援体制

- 成長発達期においては、治療が長期にわたると、日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者や患者を支える家族に対する長期的かつ総合的な支援が必要です。
- 患者やその家族が安心して在宅療養生活を送るために、市町、医療機関、訪問看護ステーション等とケース検討を実施しています。
- 平成26年に児童福祉法に明記された小児慢性特定疾病児童等への自立に向けた支援については、済生会川内病院に自立支援員が配置され、日常生活における自立や学校生活・就労に向けた相談等に対応しています。
- 保健所においては、患者やその家族からの相談への対応のほか、訪問指導や交流会等を実施し、個別の不安、悩みの解消や問題解決のための支援を行っています。
- 小児慢性特定疾病児等のうち、医療的ケアが必要な児童等に対しては在宅等における医療の確保及び災害時や救急時に備えた支援についても検討が必要です。

#### 【施策の方向性】

#### ア 医療費の負担軽減

小児慢性特定疾病医療費助成事業により、適切な医療の確保と患者家族の医療費の負担軽減を図ります。また、市町が実施する小児慢性特定疾病日常生活用具給付事業の活用により、生活への便宜を図り、患者やその家族の生活の質（QOL）の向上に努めます。

#### イ 相談支援体制の充実

- 自立支援員の活用や保健所等の相談窓口の利用を促進し、保健・医療・福祉サービスや地域のインフォーマルサービス等、患者やその家族が必要とする様々な支援についての情報提供や相談支援に努めます。
- 患者家族会と連携し、地域における交流会やピアカウンセリング等を実施し、患者やその家族の悩みの解決や患者・家族間相互の交流を図ります。
- 患者やその家族が安心して在宅療養生活を送れるよう、保健・医療、福祉、教育等の関係機関や患者家族会、自立支援員等の連携を強化し、地域における療養支援体制の充実に努めます。
- 長期にわたって医療的ケアが必要な児童等に対して、訪問診療や訪問看護等の活用促進を図るとともに、災害時や救急時に備えた支援についても、関係者・関係機関の連携により推進します。