

# 第4章 安全で質の高い医療の確保

## 第1節 医療従事者の確保及び資質の向上

患者のニーズに応じた医療提供に必要な医師・看護師等の医療従事者の確保と資質の向上が図られ、住民が安心して医療を受けられるようにします。

### 1 医師

#### 【現状と課題】

#### ア 医師数の現状

- 圏域の医師数は、473人であり、平成24年に比べて43人（10%）増加していますが、圏域の人口10万人当たりの医師数は199.2人で、県の272.5人、全国の251.7人より下回っています。
- また、医師の年齢構成については、県及び圏域においても高齢化が進んでおり<sup>\*1</sup>、若手医師が少ない傾向がみられます<sup>\*2</sup>。
- さらに、全国的に医師不足が指摘されている小児科・産科・麻酔科などの特定診療科の医師数は、小児科が全国を産科及び麻酔科は全国・県を下回っています。

【図表4-1-1】 圏域の医師数の推移

区分	平成24年				平成26年				平成28年			
	人数		人口10万対		人数		人口10万対		人数		人口10万対	
	圏域	圏域	県	全国	圏域	圏域	県	全国	圏域	圏域	県	全国
医師	430	179.0	250.1	237.8	436	181.5	257.8	244.9	473	199.2	272.5	251.7
歯科医師	139	57.9	77.1	80.4	144	59.9	77.6	81.8	146	61.5	81.9	82.4
薬剤師	341	141.9	172.7	219.6	373	155.3	182.4	226.7	365	153.7	189.2	237.4

[衛生統計年報]

#### イ 今後の課題

圏域の医師の総数は増加しているものの、医師の高齢化や産科・麻酔科等が不足しています。このため、引き続き総合的な医師確保対策に取り組むとともに、効率的・安定的な医師派遣体制の構築等を図る必要があります。

\*1 「医師・歯科医師・薬剤師調査」による。

\*2 鹿児島県医師会調べ（H29.11.1現在）

【図表4-1-2】医師数の推移

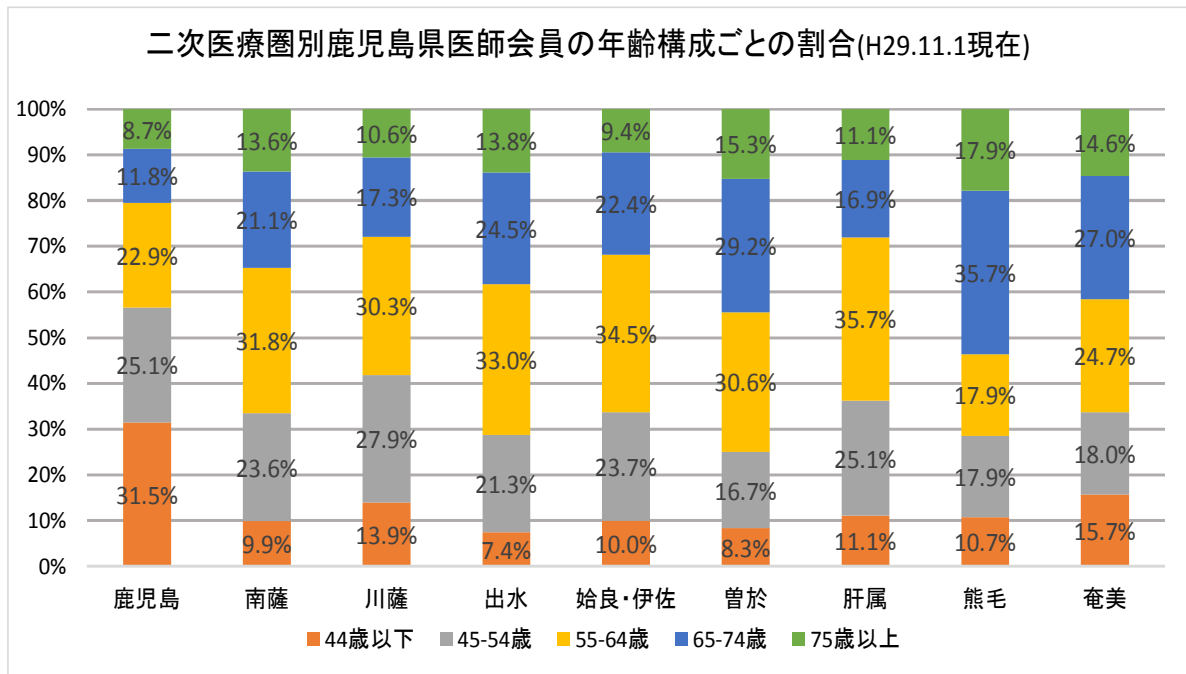
(単位：人，%)

区分		平成24年	平成26年	平成28年	28年-24年	28年/24年
本県	総数	4,227	4,300	4,461	234	105.5
	人口10万人対	250.1	257.8	272.5	—	—
	女性医師数	666	717	738	72	110.8
	女性の割合	15.8	16.7	16.5	—	—
全国	総数	303,268	311,205	319,480	16,212	105.3
	人口10万人対	237.8	244.9	251.7	—	—
	女性医師数	59,641	63,504	67,493	7,852	113.2
	女性の割合	19.7	20.4	21.1	—	—

[ 医師・歯科医師・薬剤師調査 ]

【図表4-1-3】二次保健医療圏別の医師の年齢構成(県医師会調べ)

(単位：人)



【図表4-1-4】特定診療科等における医師数

(単位：人)

	医師数 (人口10万人当たり)	小児科医数 (小児人口1万人当たり)	産科医数 (出生千人当たり)	麻酔科医数 (人口10万人当たり)
鹿児島	392.7	12.2	15.1	14.7
南薩	216.5	4.6	6.6	6.0
川薩	218.1	5.6	8.8	3.4
出水	163.1	6.3	5.9	3.5
始良・伊佐	199.2	9.0	6.1	2.1
曾於	107.5	3.1	1.7	1.2
肝属	191.9	6.1	7.2	3.2
熊毛	128.6	3.6	5.6	4.8
奄美	187.8	4.5	9.5	4.6
本県	272.5	8.6	10.3	8.1
全国	251.7	10.7	11.3	7.2

[平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査，平成28年10月人口推計，平成27年人口動態統計]

**【施策の方向性】**

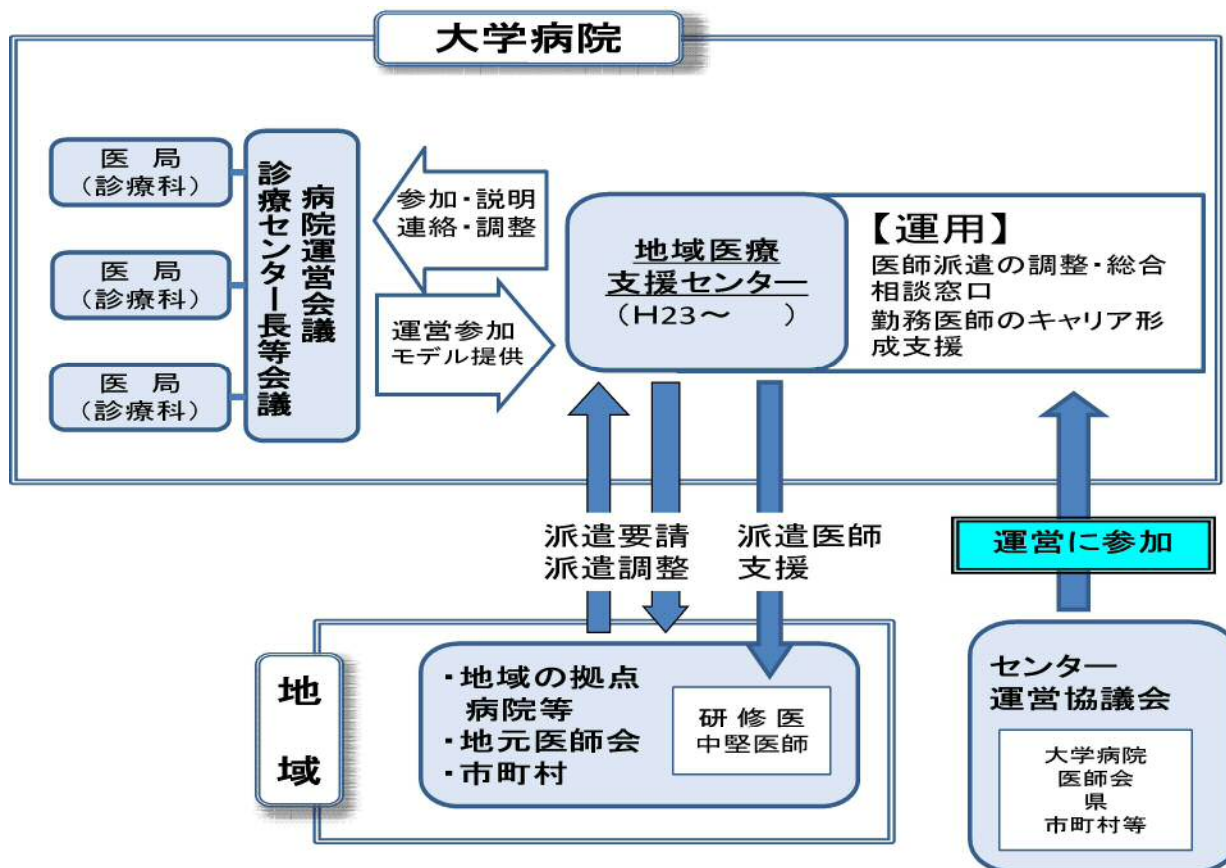
**ア 基本的な方向性**

地域や診療科ごとに医師の適正な配置のフレームを示した「地域医療支援方策<sup>\*1</sup>」に基づき、関係機関と一体となって医師確保・配置に取り組みます。

**イ 地域医療支援センター**

- 地域医療支援センターは、医師派遣の総合相談窓口として設置されており、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足医療機関の医師確保を支援します。
- キャリア形成支援については、鹿児島大学医学部や大学病院等関係機関との連携の下で策定した「修学資金貸与医師の専門医取得に係るローテーションモデル」等を活用し、地域の医療機関で勤務する地域枠医師等のキャリア形成支援に努めます。
- 医師確保の支援については、県が策定した「地域医療支援方策」に基づき、県及び同センターを中心としながら、各医療機関、県医師会及び市町村など関係機関が連携して医師確保の支援に取り組みます。

**【図表4-1-5】 地域医療支援センターの概略図**



\*1 地域医療支援方策：深刻化する医師不足の現状に対処し、効率的・安定的な医師配置を図るため、鹿児島大学病院、県医師会等の関係者等で協議・検討を行い、地域に必要な医師配置の方向性などを示したものである。

【図表4-1-6】 県内の医師数(将来推計)

	平成22年 (実数)	平成24年 (実数)	平成26年 (実数)	平成28年 (実数)	平成30年	平成32年	平成34年	平成35年
医師数(①)	4,135	4,227	4,300	4,461	4,569	4,677	4,785	4,839
対22年増加数	—	92	165	326	434	542	650	704

(注) 平成30年以降は推計で、地域枠医学生が卒業し医師となった平成24年以降の医師の平均増加数(108名/2年)を維持した場合の人数。

## 2 歯科医師

### 【現状と課題】

- 圏域の歯科医師数は、平成28年12月末時点で146人で、平成24年に比べて7名(4.0%)増加していますが、人口10万人当たりの歯科医師数は県、全国を下回っています。
- 圏域では、休日の歯科救急診療の充実のために、霧島市溝辺に休日歯科診療所を設けて歯科医師会の輪番制で対応しています。

【図表4-1-7】 歯科医師数の推移

(単位：人，%)

区 分		平成24年	平成26年	平成28年	28年-24年	28年/24年
本県	総数	1,303	1,294	1,340	37	102.8
	人口10万人対	77.1	77.6	81.9	—	—
全国	総数	102,551	103,972	104,533	1,981	101.9
	人口10万人対	80.4	81.8	82.4	—	—

[医師・歯科医師・薬剤師調査]

【図表4-1-8】 始良・伊佐保健医療圏の歯科医師数

(単位：人)

保健医療圏		歯科医師数				人口10万対	1 歯科医師 当たり人口
		開業医	勤務医	行政機関等	その他		
始良・伊佐	146	101	44		1	61.5	1,627
本 県	1,340	778	517	5	40	81.9	1,221
全 国	104,533	59,482	42,102	348	2,601	82.4	1,213

(注) 行政機関等には公立病院の歯科医師は含まない。 [医師・歯科医師・薬剤師調査]

### 【施策の方向性】

- 鹿児島大学歯学部や県歯科医師会など関係機関による各種研修会の開催など生涯教育の充実を図ると共に、医師会、薬剤師会など多職種による連携体制の構築に努めます。

第4章 安全で質の高い医療の確保

第1節 医療従事者の確保及び資質の向上

- 休日の歯科診療の確保の為に、歯科医師会による輪番制で対応している休日歯科診療所の充実に努めます。

### 3 薬剤師

**【現状と課題】**

- 圏域の薬剤師数は、平成28年12月末現在で365人で、平成24年に比べて24人（7.0%）増加しています。また、人口10万人当たり153.7人で県、全国を下回っています。
- 医学・薬学の発展や医薬分業の推進、在宅医療の推進に伴い、患者の薬学的管理・指導や在宅対応などが求められており、地域における薬剤師としての役割が重要となっています。

**【図表4-1-9】 薬剤師数の推移** (単位：人，%)

		平成24年	平成26年	平成28年	28年/26年	
本 県	総数	2,919	3,043	3,098	101.8	
	内 訳	薬局	1,690	1,774	1,852	104.4
		医療機関	822	870	872	100.2
		その他	303	306	287	93.8
		無職者	104	93	87	93.5
	人口10万対	172.7	182.4	189.2	-	
全 国	総数	280,052	288,151	301,323	104.6	
	内 訳	薬局	153,012	161,198	172,142	106.8
		医療機関	52,704	54,879	58,044	105.8
		その他	63,090	61,657	60,706	98.5
		無職者	11,246	10,417	10,431	100.1
	人口10万対	219.6	226.7	237.4	-	

[厚生労働省統計資料]

**【図表4-1-10】 始良・伊佐保健医療圏の薬剤師数** (単位：人)

保健医療圏	総数	薬局 勤務者	医療機関 勤務者	その他	無職者	人口 10万人対
始良・伊佐	365	247	92	16	10	153.7
割合(%)	100	67.7	25.2	4.4	2.7	
(参考)県	100	58.3	28.6	10.1	3.1	
(参考)国	100	55.9	19.0	21.4	3.6	

[平成28年衛生統計年報]

**【施策の方向性】**

- 未就業薬剤師の掘り起こしや本県出身薬学生の実務実習の受入れを促進するとともに、地元での就職を呼びかけるなど薬剤師の確保に努めます。

- 薬剤師の資質向上のために、「患者のための薬局ビジョン<sup>\*1</sup>」を踏まえ、最新の医療及び医薬品等に関する専門的情報の習得を基礎としつつ、医療機関等との連携強化につながる多職種と共同で実施する研修等が行われるよう、研修会や講習会等を支援し、医薬分業や在宅医療の推進に努めます。

## 4 看護職員

### 【現状と課題】

- 圏域の看護職員の養成施設は、平成29年4月現在、准看護師が2施設となっており、各医療機関からの修学資金を受けて就学している学生もいます。
- 圏域では、医療機関が採用予定を出しても看護師の確保ができない状況があります。
- 看護職員の就業場所は、医療機関だけでなく介護保険施設等や訪問看護ステーション等の割合が増加傾向にあります。
- 看護職員の就業者数を人口10万対で見ると、県全体では、全ての職種で全国を上回っていますが、圏域では、保健師、助産師が県、全国より低く、看護師、准看護師は県より低く、全国より高くなっています。

【図表4-1-11】圏域の看護職員就業者数の年次推移

区分	平成24年				平成26年				平成28年			
	人数	人口10万対			人数	人口10万対			人数	人口10万対		
		圏域	圏域	県		全国	圏域	圏域		県	全国	圏域
保健師	108	43.8	50.0	37.1	111	48.2	46.2	38.1	104	43.8	55.9	40.4
助産師	50	20.6	31.1	25.0	57	23.7	23.7	26.7	59	24.8	36.5	28.2
看護師	2,707	1117.5	1140.9	796.6	2,905	1209.1	1209.1	855.2	3,078	1296.0	1311.1	905.5
准看護師	1,525	629.6	633.9	280.6	1,458	606.9	608.9	267.7	1,388	584.4	584.9	254.6

[衛生行政報告例]

- 看護職員は、医療技術の高度化や多様化する住民の保健医療サービスへの需要に対応し、その能力の開発及び更なる技術の向上が求められています。
- 圏域においては、県が平成26年度に策定した「県保健師人材育成ガイドライン」に基づき保健師の人材育成に取り組んでいます。

\*1 患者のための薬局ビジョン：厚生労働省が平成27年に策定した、患者本位の医薬分業の実現に向けてかかりつけ薬剤師・薬局の機能を明らかにしたビジョン

**【施策の方向性】**

- 霧島市立医師会医療センター等を中心に地域看護連携会議を開催し、看護の向上に努めます。
- 霧島市立医師会医療センターや関係団体が実施する看護師の研修等により、看護職員間でのネットワークの構築を促進し、看護職員全体の資質の向上に努めます。

## 5 管理栄養士及び栄養士

**【現状と課題】**

**ア 管理栄養士及び栄養士数の状況**

- 平成29年3月末現在、県内の給食施設で従事する管理栄養士及び栄養士（以下「管理栄養士等」という。）は、県は1,637人、圏域は184人です。
- 平成29年6月1日現在、行政機関で住民の栄養指導や健康づくり等に従事する管理栄養士等（以下「行政栄養士」という。）の市町村における配置人数は、35市町村で64人、圏域は4市町で6名です。

**【図表4-1-12】市町村行政栄養士の配置状況（各年6月1日現在）（単位：人，％）**

区 分	平成24年	平成29年
圏域の配置市町村数	4	4
圏域市町の管理栄養士・栄養士人数	4	6
圏域の配置率	100.0	100.0
県内配置市町村数 (a)	36	35
県内管理栄養士・栄養士人数	62	64
配置率 (a)/市町村数	83.7	81.4
全国の配置率	83.1	88.1

(注) 本県の配置率は、保健所設置市（鹿児島市）を含む

全国の配置率は、保健所設置市、特別区を除く。

[厚生労働省行政栄養士配置状況調査結果，始良・伊佐地域振興局]

**【図表4-1-13】行政栄養士のうち管理栄養士の数（各年6月1日現在）（単位：人）**

区 分	平成24年	平成29年	29年/24年
圏域 総数	5	7	1.4
本県 総数	68	65	0.96
全国 総数	4,735	5,585	1.18

(注) 都道府県，保健所設置市，特別区及び市町村の行政栄養士のうち管理栄養士の総数である。

[厚生労働省行政栄養士配置状況調査結果，始良・伊佐地域振興局]

## イ 管理栄養士の役割

- 給食施設において、利用者に応じた食事計画の作成、食事の提供、身体状況や喫食状況に基づく栄養の評価及び食事計画の改善を行う役割を担っています。
- 医療保険者の特定健康診査・特定保健指導において、保健指導の対象者になった者の生活習慣を改善するための行動計画を策定するとともに、具体的な食生活指導を行う役割を担っています。
- 市町において、健康づくりや食生活改善に関する指導を通じて地域住民の健康の増進を図る役割を担っています。
- 地域において、虚弱な方や在宅療養者を含め、それぞれの状態に応じた食の支援を図る役割を担っています。

### 【施策の方向性】

- 市町の管理栄養士等の業務は、生活習慣病の発症化予防・重症化予防の徹底、次世代や高齢者の健康保持増進のための効率的・効果的な栄養指導、食育推進のネットワーク構築、健康危機管理への対応といった食を通じた社会環境の整備等多岐にわたります。一人配置の市町が多いことから、更なる健康の保持増進に向けて、今後も管理栄養士等の配置を促進します。また、給食施設へも管理栄養士等の配置を促進します。
- 給食施設協議会と連携して、給食施設の管理栄養士等を対象とした研修会を開催します。
- 特定健康診査・特定保健指導の適正な実施を確保するために、市町、医療保険者、健診機関等の管理栄養士などの特定保健指導従事者を対象とした研修会を開催します。
- 在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう研修会等を通じた管理栄養士等を含む多職種の資質向上を図ります。

## 6 歯科衛生士

---

### 【現状と課題】

- 本県の病院及び診療所に従事する歯科衛生士は、平成26年10月末現在1,506.7人（常勤換算）で、平成23年に比べて8%増加しています。
- 人口10万人当たりの歯科衛生士は90.1人で、全国の84.9人を上回っています。
- 市町村に勤務する常勤の歯科衛生士（以下「行政歯科衛生士」）は、平成27年度で10市町に13人配置されています。
- 住民に身近な歯科保健サービスを提供する市町村において、地域住民の歯及び口腔の健康づくりを推進するため、歯科衛生士の配置促進や在宅歯科衛生士の活用等が必要です。



【図表4-1-14】市町村常勤歯科衛生士の配置状況（単位：人，％）

区分	平成26年度	平成27年度
配置市町村数 (a)	12	10
歯科衛生士数	16	13
配置率 (a)/市町村数	27.9	23.3

[地域保健・健康増進事業報告]

## 7 介護関係従事者

### 【現状と課題】

- 介護職員は、他産業に比べ離職率が高く人材不足の状況にあります。圏域においても人材確保が困難な状況や、介護福祉士等養成校での定員割れによる若い人材の減少等が生じています。今後、人材確保・定着に向けて、「参入促進」、「労働環境・処遇の改善」、「資質向上」の取組を推進する必要があります。
- 介護福祉士については、高齢化の更なる進行に伴い、今後ますます介護ニーズが増大するとともに、多様化・高度化することが予想されることから、介護に関する専門職である介護福祉士の確保に向けた取組を強化する必要があります。
- 訪問介護員（ホームヘルパー）については、要介護認定者や認知症の方等へ必要なケアが提供できるよう、質の高い訪問介護員等の育成が求められています。
- 医師の指示の下に、たんの吸引等の行為（特定行為）が行える介護福祉士及び介護職員等については、平成28年度までに4,752人が研修を修了していますが、今後とも、たんの吸引等の行為を安全かつ適切に行える人材の育成が求められています。
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）は、今後、多様化していく医療・介護ニーズに対応するため、医療関係者をはじめ多職種が連携した適切なケアマネジメントが求められており、資質や専門性の向上、活動を支援するための取組が重要です。

### 【施策の方向性】

- 高齢者の状態や介護ニーズ等の変化、処遇困難事例などに対応できる質の高い介護支援専門員の育成・確保のため、圏域では、実践的な研修を行っています。
- 訪問介護員については、利用者のニーズや認知症高齢者等に対応した質の高いサービスを提供できるよう、今後とも、指定研修事業者による初任者研修の適正な実施と指導等を通じて、資質の向上とその確保を図ります。
- 介護職員等によるたんの吸引等の行為について、国立病院機構南九州病院での研修受け入れ等を行い、安全かつ適切に実施されるよう必要な体制の整備推進を図ります。
- 認知症高齢者へ適切に対応できるよう、介護サービス事業所の管理者、介護支援専門員などに対する研修を行っています。

## 第2節 医療連携体制の構築

医療機能の分化・連携等により、急性期から療養まで切れ目ない医療提供体制が整備され、県民が安心して効率的に医療を受けられる地域社会の形成を目指します。

### 1 医療機能の分化・連携

#### 【現状と課題】

#### ア 医療連携の必要性

- 住民が安心して医療を受けられるように、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制の確立が求められています。
- 医療の基本は、短期間に集中して治療し、早期に在宅へ復帰させることにあり、入院医療についても、在院期間の短縮、早期の在宅復帰を進めていくことが必要です。
- このようなことから、医療機関等の役割分担を図り、可能な限り地域で完結した医療が提供できるよう、医療連携体制の充実を図る必要があります。

#### イ 医療連携の現状等

- 平成26年度までに、圏域において5疾病5事業及び在宅医療についての医療連携体制を構築し、PDCAサイクルによる進行管理及び評価を行っているところです。
- 各医療機関においては、急性期から回復期、慢性期医療機関、地域のかかりつけ医への医療連携体制に基づいた医療の提供を具体的に実現するため、連携のあり方を検討しています。

#### 【施策の方向性】

#### ア 医療機能の分化・連携に向けた推進体制の整備等

- 当圏域に設置した「地域医療構想調整会議」において、引き続き医療機能の分化・連携について協議・検討を進めます。
- 5疾病5事業及び在宅医療については、PDCAサイクルに基づき、構築した医療連携体制の充実に努めます。
- 県境域においては、県外の二次保健医療圏との連携を視野に入れて連携の推進を図ります。

#### イ 地域連携クリティカルパスの普及等

5疾病については、地域における医療・福祉・行政の関係機関が連携し、地域連携クリティカルパスの活用拡大に向けた検証や分析、情報の共有化を行い普及等に努めます。

## 2 地域医療支援病院

### 【現状と課題】

- 医療は、患者の身近な地域で提供されることが望ましいという観点から、かかりつけ医（歯科医）を支援し、二次保健医療圏単位で地域医療の充実を図る病院として地域医療支援病院制度が設けられています。
- 地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院としてふさわしい構造設備等を有する病院として県知事の承認を受けることとされています。本県では、次表の14病院が承認されています。

【図表4-2-1】 県内の地域医療支援病院（平成30年3月現在）

保健医療圏	病 院 名	保健医療圏	病 院 名
鹿児島	鹿児島市医師会病院	出水	出水郡医師会広域医療センター
	南風病院		出水総合医療センター
	国立病院機構鹿児島医療センター	姪良・伊佐	霧島市立医師会医療センター
	今給黎総合病院	曾於	曾於医師会立病院
	鹿児島市立病院	肝属	肝属郡医師会立病院
南薩	国立病院機構指宿医療センター		県民健康プラザ鹿屋医療センター
	県立薩南病院	奄美	県立大島病院
川薩	川内市医師会立市民病院		

[県保健医療福祉課調べ]

### 【施策の方向性】

地域医療支援病院制度については、医療連携体制の構築を各地域で行っていく中で求められる機能、承認要件の在り方等、国で検討が行われているところであり、これらの検討状況や地域住民の意向等を踏まえながら、地域医療支援病院の整備に努めます。

【図表4-2-2】 地域医療支援病院の承認基準

<p>① 紹介患者に対する医療提供や建物、設備等の共同利用のための体制が整備されていること</p> <p>ア 紹介率が80%以上であること又は65%以上であって承認後2年間で80%を達成することが見込まれること</p> <p>イ 紹介率が65%以上であって、かつ、逆紹介率が40%以上であること</p> <p>ウ 紹介率が50%以上であって、かつ、逆紹介率が70%以上であること</p> <p>② 原則として200床以上の患者の収容施設を有すること</p> <p>③ 救急医療を提供する能力を有すること</p> <p>④ 地域の医療従事者に研修を行わせる能力を有すること</p> <p>⑤ 集中治療室、病理解剖室など地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること</p>
--

### 3 医療機関相互の機能分担と連携

#### 【現状と課題】

#### ア 病院相互の機能分担

病院を設置主体ごとに区分すると、大学病院、国立病院機構、県・市町村や日本赤十字等が設置する公的病院、医師会立病院、社会医療法人をはじめとした医療法人等が設置する民間病院に区分されます。

限られた医療資源を有効に活用し、高度化・多様化する医療需要に対応するためには、病院間の機能分担を図り、その機能に応じた整備が必要です。

- 鹿児島大学病院は、医学の教育・研究という医育機関のほか、高度な医療を提供する特定機能病院としての役割を担っています。  
また、救命救急センターの設置や、地域医療支援センターの運営、第1種感染症指定医療機関、原子力災害拠点病院といった本県の中核的医療機関としての役割も担っています。
- 国立病院機構の病院は、民間の医療機関ではアプローチが困難な疾患に主体的に取り組み、地域のニーズに合った医療の提供を目指すとともに、地域の医療機関との連携に努めています。
- 公的病院は、二次保健医療圏における中核的な病院であって、高度特殊な医療、救急医療、「かかりつけ医」の支援など多様な機能を有しています。
- 県立病院は、救急患者の積極的な受入れや、精神などの政策医療を提供するとともに、地域の中核的医療機関として、高度・専門医療等の充実を図りながら、県立病院として地域に不足する医療を提供するという役割を担っています。

【図表4-2-3】圏域の公的病院の状況

医療機関名	病床数	県が決めた政策医療機関			その他の指定医療機関				
		へき地医療拠点病院	地域災害拠点病院	地域医療支援病院	救急告示病院	基幹・協力型臨床研修病院	地域がん診療連携拠点病院	県がん診療指定病院	感染症指定医療機関
霧島市立医師会医療センター	254	○	○	○	○	基幹・協力		○	○
県立北薩病院	150	○	○		○	協力		○	○
国立病院機構南九州病院	475					協力	○		○
県立始良病院	334	県連携拠点機能病院 ※158～159ページ参照							

[県立病院課・始良・伊佐地域振興局]

- 社会医療法人は、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急医療など特に地域に必要な医療の提供を担う医療法人であり、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されることが期待されています。
- 民間病院は、設立理念に基づいた医療を提供し、特定の診療科目や疾患における専門病院の機能を有するなど、地域医療において大きな役割を担っています。

【図表4-2-4】 県内の社会医療法人〔平成29年8月末現在〕

二次保健医療圏	法人名	医療機関名	業務の区分
鹿児島	緑泉会	米盛病院	救急医療，災害医療
	博愛会	相良病院	へき地医療
	愛仁会	植村病院	救急医療
	白光会	白石病院	へき地医療
	童仁会	池田病院	小児救急医療
	天陽会	中央病院	救急医療
南薩	聖医会	サザン・リージョン病院	救急医療
	慈生会	ウエルフェア九州病院	精神科救急医療
川薩	卓翔会	市比野記念病院	へき地医療
出水	昴和会	内山病院	へき地医療
始良・伊佐	青雲会	青雲会病院	救急医療，へき地医療
肝属	鹿児島愛心会	大隅鹿屋病院	救急医療
	恒心会	恒心会おぐら病院	へき地医療
熊毛	義順顕彰会	種子島医療センター	へき地医療

イ 病病連携・病診連携

- 患者の紹介状況を「平成28年度県医療施設機能等調査」で見ると，病院，診療所のそれぞれ半数以上が他の医療施設に患者を紹介しており，紹介先の66.8%（平成23年：66.4%）は二次保健医療圏内の医療施設となっています。
- 患者の受入状況は，病院の70.8%，有床診療所の43.0%，無床診療所の37.0%が他の医療施設から患者を受け入れており，紹介元の71.4%（平成23年：74.8%）が二次保健医療圏内の医療施設となっています。
- 患者の病態に応じた医療の提供のため，かかりつけ医から二次・三次医療機関への紹介とともに，かかりつけ医の下で治療・療養ができるよう逆紹介を推進することが必要です。

【図表4-2-5】 患者の紹介状況と受入状況<sup>\*1</sup>

	全体 (施設数)	他の医療施設等への患者の紹介実績					他の医療施設等からの患者の受入実績				
		有り		紹介件数		有り		受入件数			
		(施設数)	(割合)	(件数)	圏域内へ紹介	(施設数)	(割合)	(件数)	圏域内から受入		
病院	216	151	69.9%	4,388	2,711	61.8%	153	70.8%	4,094	2,750	67.2%
有床診療所	291	194	66.7%	1,071	816	76.2%	125	43.0%	445	344	77.3%
無床診療所	663	368	55.5%	1,563	1,163	74.4%	245	37.0%	954	829	86.9%
合計	1,170	713	60.9%	7,022	4,690	66.8%	523	44.7%	5,493	3,923	71.4%

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 県歯科医師会では，鹿児島大学病院，県とともに「県歯科病診連携マニュアル<sup>\*2</sup>」を平成15年3月に作成し，病診連携の推進に努めています。

\*1 平成28年12月14日から平成28年12月20日までの実績

\*2 県医科歯科病診連携マニュアル：病診連携を促進するために，県，鹿児島大学歯学部，県医師会，県歯科医師会などを構成メンバーとする鹿児島県医科歯科病診連携推進委員会が作成したマニュアル

- 身近な地域において、より適切な医療を受けるためには、かかりつけ医と他の医療機関等の連携を強化し、患者の立場に立った検査・治療体制を充実させていく必要があります。
- 医療機関が機能を分担し、相互連携を適切に行うためには、医療機関に関する情報が相互に共有されていることが必要です。

#### ウ 医科と歯科の連携

- 糖尿病等の基礎疾患や特殊な疾患を有する患者等に対して歯科診療を行う場合、医科の観点からの判断が必要となることがあります。
- 厚生労働省医政局長通知として平成24年7月に告示された「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」や県歯科口腔保健計画においても、医科・歯科連携の重要性が述べられています。
- 口腔ケアは、口腔疾患の予防、口腔機能の維持・回復、誤嚥性肺炎などの全身疾患の予防などに効果があり、生活の質（QOL）やコミュニケーション機能の向上にもつながるため、入院中の患者や要介護者の口腔ケアを積極的に進める必要があります。
- がん治療による副作用によって、様々な口の副作用に対応する等、合併症を予防する観点からも、医科歯科連携を図る必要があります。

### 【施策の方向性】

#### ア 機能分担に基づく病院の整備

- 霧島市立医師会医療センター、県立北薩病院及び国立病院機構南九州病院については、地域の中核的な医療機関として、地域に不足する医療や公立病院及び公的医療機関でなければ対応困難な政策医療、高度・専門医療、救急医療等のほか、医療従事者の研修・教育、高度急性期や急性期等の医療機能の充実・強化に努めます。  
また、地域の医療機関等との適切な役割分担と連携強化を図りながら、地域に必要な医療提供体制の確保や地域包括ケアシステムの構築などにおいて、公立病院及び公的医療機関としての役割を担っていきます。
- 民間病院については、その有する機能を生かして、患者の病態に応じた適切な医療を提供するため、入院医療や専門外来などの機能充実を促進します。

#### イ 連携体制の充実強化

- 病態に応じた適切な医療を提供するため、一次・二次・三次医療を担当する医療機関相互間や、特定の疾患や診療科目における専門的な医療機関との連携体制の整備・充実を図ります。
- 二次保健医療圏では、医療機関の機能に応じた役割分担が図られるよう、疾病別・事業別の医療連携体制の整備・充実を促進するとともに、地域医師会など関係団体を中心として行う、病病連携・病診連携のシステムづくりを促進します。

- 医療機関の相互連携が図られるよう、「かごしま医療情報ネット」や「医療連携体制の構築に伴う医療機能、医療機関名の公表」、「病床機能報告<sup>\*1</sup>」等による医療情報提供の充実を図り、医療機関相互の情報共有化を促進します。
- 糖尿病等の基礎疾患を有する患者及び在宅患者等に対する歯科診療や口腔ケア等を円滑に進めるため、各地域に設置された「地域歯科口腔保健推進会議」（平成25年度設置）での協議・検討等により、医科歯科連携を促進します。
- 周術期の口腔ケアについて、医科歯科連携を促進します。

## 4 医薬分業

### 【現状と課題】

- 平成29年度末現在の県内の薬局数は901件、圏域では125件であり、県内には薬局のない地域（市町村）が6町村ありますが、圏域には薬局のない地域はありません。

【図表4-2-6】 薬局数（各年度末現在） （単位：件）

区分	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
県	880	891	886	897	901
圏域	122	126	126	130	125

[衛生行政報告例]

- 平成28年度調剤分の本県の全保険者における処方せん受取率<sup>\*2</sup>は71.6%になっており、全国の71.7%を下回り、全国25位の水準で分業が推移しています。
- 処方せん受取率を圏域ごとに見ると、最も高い肝属医療圏が83.1%、最も低い奄美医療圏が45.8%であり、始良・伊佐医療圏は、69.8%となっています。

【図表4-2-7】 処方せん受取率（平成28年度：国民健康保険関係分のみ） （単位：%）

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
受取率	66.5	68.2	72.4	74.7	69.8	71.9	83.1	65.2	45.8

[県国民健康保険団体連合会]

- 地域の薬局では、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うこと、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められています。

\*1 病床機能報告：医療機関が、病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の現状と今後の方向性を選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する制度

\*2 受取率：投薬対象外来患者数に対する院外処方せん発行枚数の割合

**【施策の方向性】**

- 医薬分業について、県民の理解を得るため「薬と健康の週間(毎年10月17日～23日)」を中心に啓発用資材等による正しい知識の普及啓発に努めます。
- 医療機関に対しては、院外処方せん発行促進に理解と協力を求め、医薬分業の地域格差の是正に努めます。
- 「患者のための薬局ビジョン」の内容を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局として、以下の機能を備えた体制づくりに努めます。
  - ・ 服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導
  - ・ 24時間対応・在宅対応
  - ・ かかりつけ医をはじめとした医療機関等との連携強化
- 地域薬剤師会や地域包括支援センター等と連携し、医療機器・衛生材料等の供給の拠点となる薬局の体制づくりに努めます。



## 第3節 疾病別の医療連携体制

地域において、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患などの疾病に係る医療連携体制が整備され、県民が適切かつ効率的に質の高い医療サービスを受けられる地域社会の形成を目指します。

### 1 がん

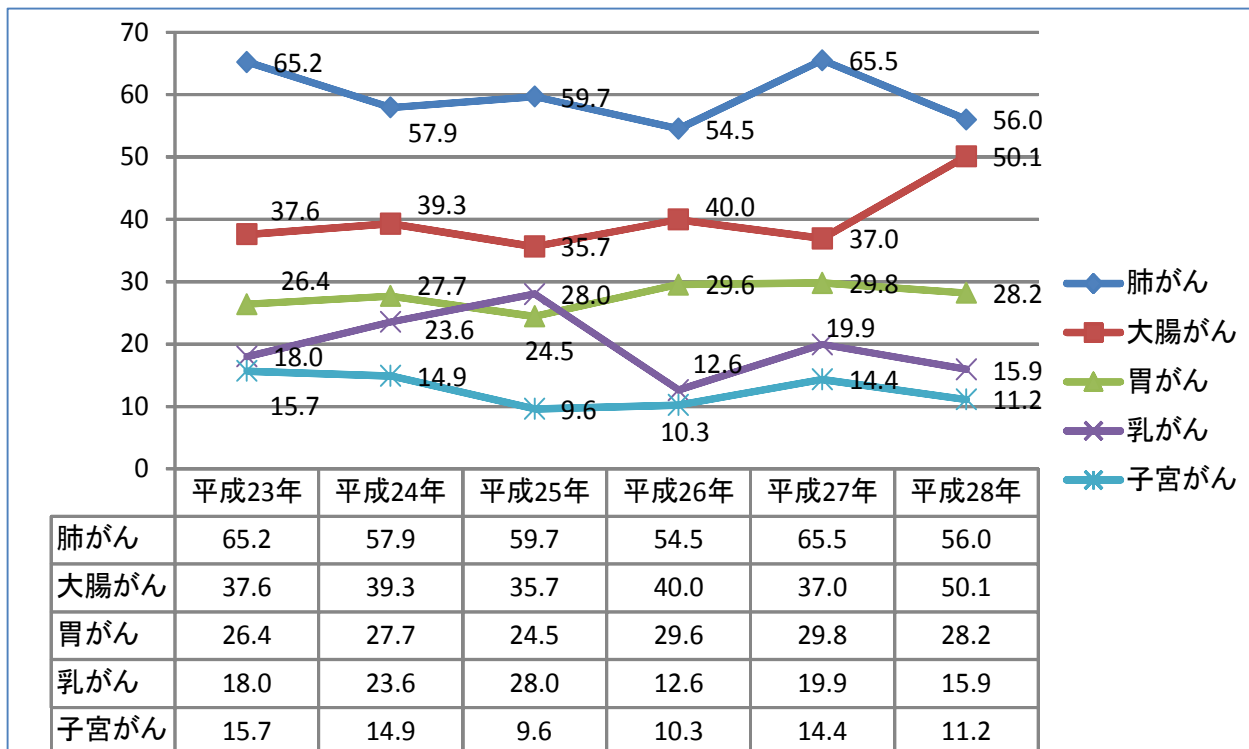
#### 【現状と課題】

県では、平成24年度に改定した「県がん対策推進計画」について、がん患者やその家族が尊厳を持って安心して暮らせる社会づくりの視点を踏まえ、平成29年度に平成30年度から35年度までを計画期間とする新たな計画を策定しました。

#### ア 圏域のがんの現状

- 圏域のがんの死亡者数は、高齢化の影響等により増加しており、平成28年は772人で全死亡に占める割合は25.6%、死亡率（人口10万人対）は325.0となっています。また、部位別の死亡率を見ると、大腸がんと胃がんを除き、死亡率は減少傾向にあります。

【図表4-3-1】 圏域の5大がんによる死亡率の年次推移（人口10万人対）



[人口動態統計]

【図表4-3-2】圏域のがん死亡者数（全がん）の年次推移

区 分	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
がん死亡者数(人)	749	735	728	742	772
全死亡数に対する割合(%)	25.6	26.0	25.1	25.1	25.6
死亡率(人口10万対)	309.9	304.6	303.0	311.5	325.0

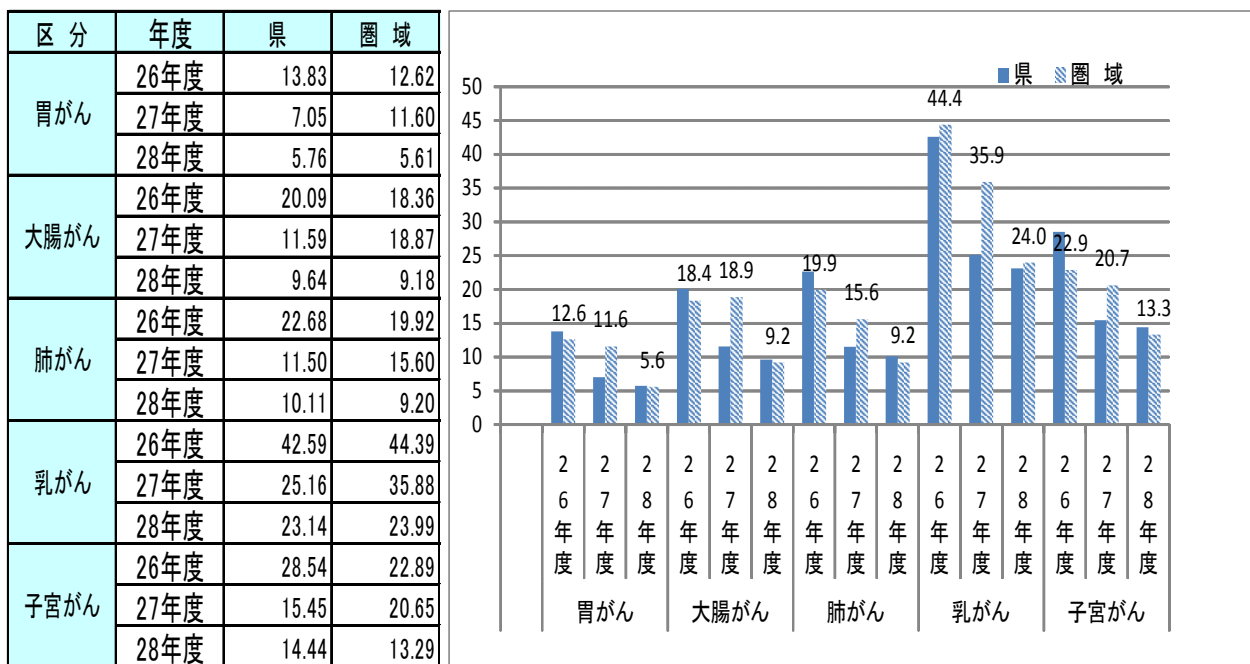
[人口動態統計]

○ がんの原因の多くは、喫煙（受動喫煙を含む）や飲酒，食事等の生活習慣，がんに関連するウイルスや細菌感染に関わるものと言われており，多くが予防できるものと考えられています。

### イ がん検診

圏域のがん検診の受診率は，年時変化が大きく，平成28年度は，乳がん以外は県受診率より低くなっています。がんの早期発見・早期治療を促進するためには，引き続き受診率の向上と検診を受けた要精密者の受診率の向上に取り組むことが重要です。

【図表4-3-3】がん検診受診率（69歳以下）の推移



[県健康増進課]

\* 平成27年度からがん検診の対象者数について，対象年齢の全住民を計上するように精査が行われたため，平成26年度までの受診率との比較には留意が必要である。

### ウ がん医療の提供体制

○ がん医療の水準や地域や施設間の格差を改善するため，がん診療連携拠点病院等<sup>\*1</sup>

\*1 がん診療連携拠点病院等：地域におけるがん診療の中核施設として，都道府県の推薦により国が指定する病院（都道府県がん診療連携拠点病院，地域がん診療連携拠点病院，特定領域がん診療連携拠点病院，地域がん診療病院の4つの分類がある。）

第4章 安全で質の高い医療の確保

第3節 疾病別の医療連携体制

及び県がん診療指定病院\*1（以下「拠点病院等」という。）が整備され、全ての二次保健医療圏において、がん診療の拠点となる医療機関が整っています。

- がんは、二次保健医療圏を超えてがん拠点病院等と地域の医療機関とが連携して治療に当たる場合も少なくないため、県がん対策推進協議会において、鹿児島大学が作成したクリティカルパス「私の手帳\*2」を県内で使用することとしています。

【図表4-3-4】がん診療連携拠点病院等の整備状況（平成30年3月31日現在）

圏 域	医 療 機 関 名
鹿児島県がん診療連携拠点病院	鹿児島大学病院
地域がん診療連携拠点病院 (8)	国立病院機構鹿児島医療センター
	鹿児島保健医療圏 鹿児島市立病院
	昭和会今給黎総合病院
	南薩保健医療圏 県立薩南病院
	川薩保健医療圏 済生会川内病院
	始良・伊佐保健医療圏 国立病院機構南九州病院
	肝属保健医療圏 県民健康プラザ鹿屋医療センター
奄美保健医療圏 県立大島病院	
特定領域がん診療連携拠点病院（乳がん）	博愛会相良病院
地域がん診療病院	出水保健医療圏 出水郡医師会広域医療センター
	熊毛保健医療圏 義順顕彰会種子島医療センター

【図表4-3-5】県がん診療指定病院の整備状況（平成30年3月31日現在）

圏 域	医 療 機 関 名
鹿児島保健医療圏	鹿児島共済会南風病院
	鹿児島厚生連病院
	慈愛会今村総合病院
	鹿児島市医師会病院
南薩保健医療圏	聖医会サザン・リージョン病院
	国立病院機構指宿医療センター
川薩保健医療圏	川内市医師会立市民病院
出水保健医療圏	出水総合医療センター
始良・伊佐保健医療圏	霧島市立医師会医療センター
	県立北薩病院
曾於保健医療圏	曾於医師会立病院
肝属保健医療圏	鹿児島愛心会大隅鹿屋病院
	恒心会おぐら病院

\*1 県がん診療指定病院：がん診療連携拠点病院等が未整備の二次保健医療圏及び圏域の特性等により連携医療の強化が必要な圏域に県が指定する病院

\*2 私の手帳：がん拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の診療経過を共有するための診療計画

#### エ がん医療における多職種連携等

- 各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、がん患者の更なる生活の質の向上を図るため、始良地区歯科医師会と拠点病院である国立病院機構南九州病院では、医科歯科連携をはじめとする多職種連携が重要であるとして、連携を図っています。
- がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅医療・介護サービスの提供体制の充実を図ることが必要です。

#### オ 小児がん・AYA世代<sup>\*1</sup>・高齢者のがん対策

- 小児がんは、長期にわたって日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者の教育や自立と家族に向けた長期的な支援や配慮が必要です。
- AYA世代に発症するがんは、患者数が少なく疾患構成が多様であることから、個々の患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるような環境整備を図ることが必要です。
- 高齢者のがんは、全身の状態が不良であることや併存疾患等があることにより、標準的治療の適応とならない場合などがあります。

#### カ がんと診断された時からの緩和ケア提供体制

- がん患者やその家族が、診断、治療、在宅医療など様々な場面で精神心理的苦痛も含めた全人的な緩和ケアを切れ目なく受けられるよう、がんと診断された時からの緩和ケア提供体制の更なる充実を図る必要があります。
- 圏域の拠点病院（国立病院機構南九州病院）及び指定病院（霧島市立医師会医療センター）に、緩和ケア病棟があり緩和ケア研修会等を開催しています。  
また、霧島市立医師会医療センターについては、緩和ケアの研修施設となっています。

#### キ がん登録

- がん登録は、がんによる患者数、生存率など、県や地域におけるがんの分析・評価の基礎データを得るとともに、がん患者に対して適切ながん医療を提供するために重要です。
- 平成28年1月の「がん登録等の推進に関する法律」の施行に伴い、これまで推進してきた地域がん登録に代わり、全国がん登録が開始され、すべての病院と知事が指定した診療所は、がんに関する診療情報の届出が義務付けられています。

#### ク がん患者の就労支援

- 医療技術の進歩などによる生存率の向上に伴い、がん患者の治療と就労の両立が課題となっています。
- がんと診断された後、依願退職した者や解雇された者の割合は3割を超えたとの調査結果もあり、がん患者の離職防止を支援していく必要があります。そのため、圏域のがん相談支援センター（国立病院機構南九州病院、霧島市立医師会医療センター、県立北薩病院）における相談支援に加え、鹿児島公共職業安定所の就職支援ナビゲーターによる就職相談が行われています。

---

\*1 AYA世代：思春期世代と若年成人世代（Adolescent and Young Adultの略）のことで、本計画では、15歳以上40歳未満の世代をいう。

### 【施策の方向性】

がん対策については、県がん対策推進計画に基づき、総合的かつ計画的に推進します。

#### ア がん予防の推進

喫煙(受動喫煙を含む)、過剰な飲酒、低身体活動、野菜・果物不足等のがんのリスクを高める要因とされる生活習慣の改善に向けた普及啓発を行います。

#### イ がんの早期発見・早期治療の推進

市町とも連携を図りながら、がん検診受診の普及啓発を引き続き行います。

#### ウ がん治療における医療連携の推進

医師会、がん連携指定病院などと連携を図り、かかりつけ医等の地域の医療機関との連携体制を図り、地域連携クリティカルパスの運用を促進します。また、がん患者が安心して治療が受けられる体制を整備します。

#### エ 多職種連携等の推進

- 在宅医療・介護サービス提供体制を推進するため、がん拠点病院等、在宅療養支援診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等も含めた連携体制の更なる充実を図ります。
- 医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、多職種連携の更なる促進を図ります。
- 通院困難ながん患者が、訪問による薬学的管理指導等を受けられる機会を確保するとともに、拠点病院等や在宅療養支援診療所等の医療機関との連携を促進します。

#### オ 小児がん・AYA世代・高齢者のがん対策の推進

- 小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう鹿児島大学病院を中心とした連携体制の構築を促進します。
- AYA世代のがんについては、患者数が少なく疾患構成も多様であり、治療後も長期にわたりフォローアップを要することなどから、その特性を踏まえた支援体制の構築を促進します。

#### カ がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- がん患者とその家族が、がんと診断された時から、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケア提供体制の更なる充実を図ります。
- 在宅も含め、患者の療養の場所を問わず緩和ケアが提供できる体制を整備する一環として、医療用麻薬の供給体制の充実を図ります。

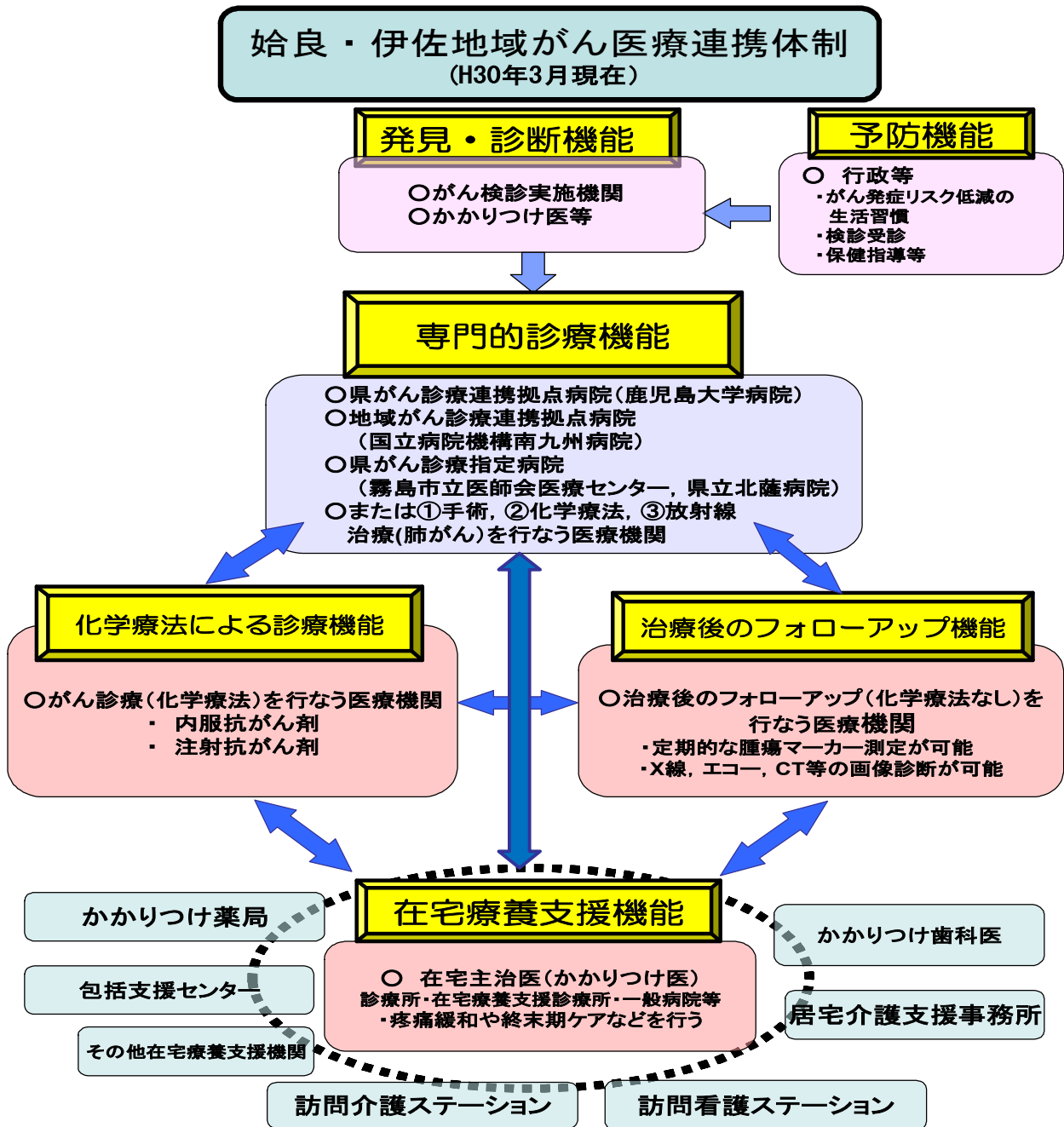
キ がん登録

がん登録に関する医師等の理解や協力が得られるよう、がん登録の仕組みと意義等について、引き続き周知を図ります。

ク がん患者の就労支援

引き続き、就職支援ナビゲーターによる就職相談や、がん相談支援センターにおける相談支援を促進します。

【図表4-3-6】 始良・伊佐保健医療圏域におけるがんの医療連携体制図



[始良・伊佐地域振興局]

第4章 安全で質の高い医療の確保  
第3節 疾病別の医療連携体制

【図表4-3-7】 始良・伊佐保健医療圏域におけるがんの医療連携体制の医療機能等

機能	発見・診断機能	専門的診療機能	化学療法による診療機能	治療後のフォローアップ機能	在宅療養支援
医療機関等	○がん検診実施機関  ○かかりつけ医	○県がん診療連携拠点病院（鹿児島大学病院） ○地域がん診療連携拠点病院（国立病院機構南九州病院）  ○県がん診療指定病院（県立北薩病院、霧島市立医師会医療センター） ○がん診療（手術及び化学療法）を行っている病院 など	○がん診療（化学療法）を行っている医療機関  *内服抗がん剤が可能 *注射抗がん剤が可能  等	○治療後のフォローアップ（化学療法なし）を行っている医療機関  等	○在宅療養支援診療所  ○かかりつけ医  等
胃がん	・がんの診断が可能である  （がんを疑った時、専門医療機関を紹介することを含む）	・がんの確定診断が可能である  ・手術療法及び化学療法が可能である  ・初期段階からの緩和ケアが可能である	・プロトコールに基づき、化学療法（注射又は内服）が可能、又は条件によって可能である	・再発や転移が疑われた場合、及び症状悪化時専門的診療を担う医療機関等と連携がとれていること  ・定期的な腫瘍マーカー測定が可能であること	・往診又は訪問診療が可能である  ・疼痛緩和が可能であることが望ましい  ・終末期ケア（看取り含む）が24時間可能であることが望ましい  ・医療用麻薬の提供が可能であることが望ましい
大腸がん					
肝臓がん					
肺がん					
乳がん					
子宮がん	・がんの確定診断が可能である  ・集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療）が可能である（他院へ放射線療法依頼も含む）  ・初期段階からの緩和ケアが可能である	・がんの確定診断が可能である  ・集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療）が可能である（他院へ放射線療法依頼も含む）  ・初期段階からの緩和ケアが可能である	・がんの確定診断が可能である  ・集学的治療（手術療法・化学療法・放射線療法を組み合わせた治療）が可能である（他院へ放射線療法依頼も含む）  ・初期段階からの緩和ケアが可能である	・X線、エコー、CTなどの画像検査が可能であること（他院へ検査依頼も含む）	

[始良・伊佐地域振興局]

※ 「がんの地域医療連携に係る医療機関一覧」については、本県のホームページを参照ください。

○ ホーム ➤ 一般・県民の方々 ➤ 地域の情報／始良・伊佐地区 ➤ 目的別情報／健康・福祉 ➤ 始良・伊佐保健医療圏地域医療連携計画 ➤ 医療機関一覧（がん）

## 2 脳卒中

### 【現状と課題】

#### ア 脳卒中の現状

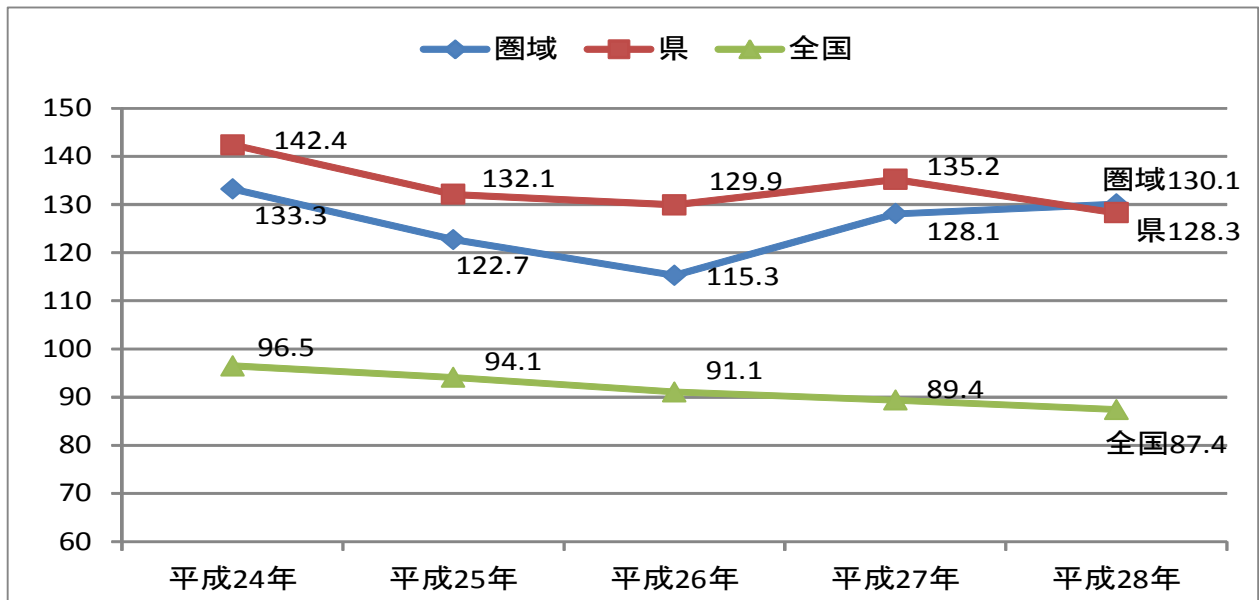
- 圏域における脳血管疾患の死亡者数は平成28年で309人で、全体の死亡原因の4位となっており、粗死亡率\*1は年々減少傾向にありますが、全国（平成28年人口10万対87.4）を上回っています。（第1章第3節【図表1-3-24】から【図表1-3-26】参照）
- 年齢調整死亡率も年々減少傾向にありますが、全国より高位で推移しており、平成27年は男性44.1（全国37.8）女性27.5（全国21.0）となっています。
- 脳卒中における最大の危険因子である高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率は359.7で、全国で最も高くなっています。

【図表4-3-8】圏域の脳血管疾患（脳卒中）による死亡者数の推移

区 分	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
脳卒中死亡者数(人)	322	296	277	305	309
全死亡数に対する割合(%)	11.0	10.5	9.6	10.3	10.2
死亡率(人口10万対)	133.3	122.7	115.3	128.1	130.1

[人口動態統計]

【図表4-3-9】脳血管疾患の死亡率の推移(人口10万対)



[県健康増進課]

\*1 粗死亡率：死亡総数に対して占める割合

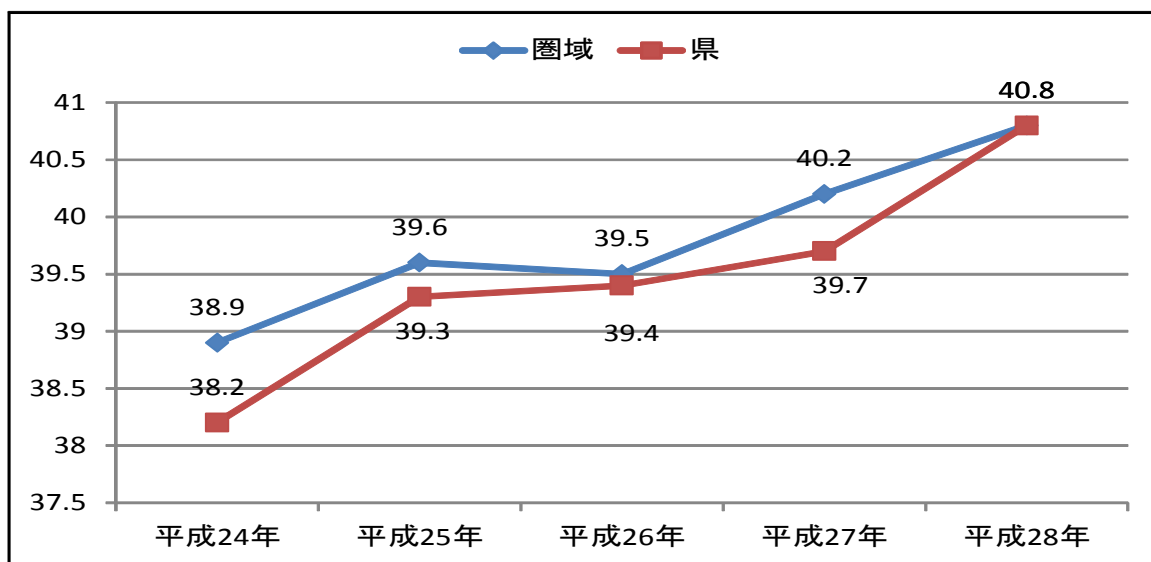


- 脳卒中は発症後生命が助かっても後遺症が残る可能性があり、「平成28年度日常生活圏域ニーズ調査」によると、要介護の主な原因疾患等の一つとなっています（第3章第1節「1 健康づくりの推進（健康かごしま21（平成25年度～平成34年度）の推進）」参照）。

### イ 発症・重症化予防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 圏域の平成28年度の特健康診査における40～74歳の受診者のうち、脳卒中発症リスクとなる「高血圧症の有病者率」が40.8（県40.8）、「脂質異常症の有病者率」（【図表4-3-19】参照）が23.9（県21.2）となっています。

【図表4-3-10】40～74歳の高血圧の有病者率（市町村国保データのみ）



[県保健医療福祉課]

### ウ 初期症状への対応（救護、搬送等）

- 脳卒中は、できるだけ早く治療を開始することでより高い効果が見込まれ、後遺症も少なくなることから、脳卒中を疑うような症状が出現した際には速やかに専門の医療施設を受診できるよう、対応が可能な医療機関へ搬送する体制の整備が重要です。
- 圏域では、循環器ネットワークの為に市町、医師会、消防等の関係者で圏域内の循環器の救急医療に関して検討する場を設けています。
- t-P A療法<sup>\*1</sup>については、平成29年度は、平成28年度より1医療機関が増え6つの救急医療機関で、医療機関と救急搬送機関との連携体制が構築されています。

\*1 t-P A療法：tissue-plasminogen activator療法の略称。脳の血管に詰まった血栓を溶かす薬を使い、血流を回復させる治療法であり、平成17年に脳梗塞への健康保険適用が認められた。

- 手足のしびれ等脳卒中の初期症状出現時の対応について、本人及び家族など患者の周囲にいる者がよく理解し、迅速で適切な対応ができることが大切です。

**エ 急性期の治療等**

- 脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた早期治療が必要となります。
- できるだけ早く治療を開始することで、より高い効果と後遺症の軽減が見込まれることから、脳血管疾患（脳卒中）を疑うような症状が出現した際には、速やかに急性期の治療を行う医療機関へ搬送する体制の整備が重要です。
- 最近では、CTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞の超急性期の診断が可能になりました。今後、CT、MRI画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク経由で伝達すること等により、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられます。

圏域では急患対応根治治療可能な施設（外科的症候）は、6施設となっています。

【図表4-3-11】二次保健医療圏別脳卒中検査機器整備状況

（単位：施設）

内容 圏域	設備保有状況			診療内容			急患への対応			
	頭部用X線 CT	MRI	血管連続 撮影装置	脳動脈瘤 根治術	頭蓋内血 腫除去術	t-PA血栓 溶解療法	内科的		外科的	
							急患対応後 根治治療可	急患対応後 転院が必要	急患対応後 根治治療可	急患対応後 転院が必要
鹿児島	11	49	12	10	11	14	18	101	10	49
南薩	2	13	2	3	3	3	6	33	1	18
川薩	3	9	1	1	1	3	7	24	1	15
出水	1	3	2	2	2	2	2	16	2	9
始良・伊佐	4	23	5	5	6	6	11	27	6	10
曾於	1	4	1	1	1	1	2	7	2	2
肝属	2	11	4	3	3	5	6	25	3	11
熊毛	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2
奄美	5	6	3	1	2	1	4	27	1	17
計	30	119	31	27	30	36	57	264	27	133

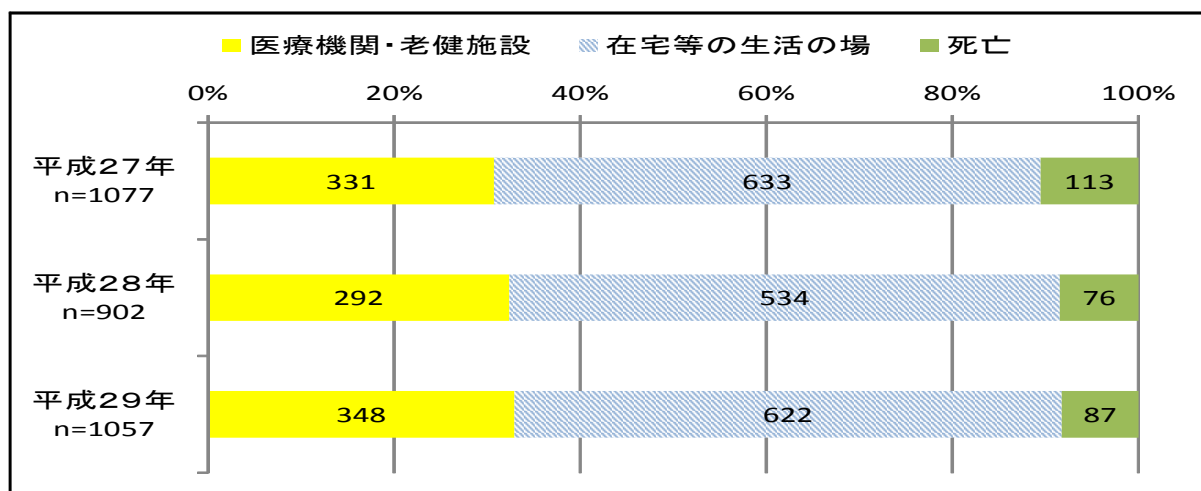
[平成28年度県医療施設機能等調査]

**オ 回復期・維持期の医療等**

- 急性期を脱した後は、再発予防のための治療や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する治療が必要です。
- 重篤な後遺症を生じた患者のうち、退院や転院が困難な場合は、在宅復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設と急性期医療機関との連携といった総合的かつ切れ目のない対応が必要です。

- 在宅療養においては、かかりつけ医を中心に、上記の治療に加えて、機能維持のためのリハビリテーションや必要な介護サービスを受けて生活します。また、再発することが多いので、治療継続、再発防止等において、患者や周囲の者に対する適切な教育等も必要です。

【図表4-3-12】脳卒中の急性期医療機関退院後の治療状況 (単位：人)



[県保健医療福祉課]

#### カ リハビリテーション

- 脳卒中のリハビリテーションは急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが勧められ、合併症の予防や機能回復、向上等のため急性期、回復期、維持期の各病期に合わせたリハビリテーションを行う体制の充実を図る必要があります。
- 圏域の中核機関としては、地域リハビリテーション広域支援センター\*1が指定されており、加治木温泉病院が脳血管疾患の広域支援センターとなっています。

【図表4-3-13】リハビリテーションが実施可能な医療機関数 (単位：施設)  
(平成28年3月末時点脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅲ)の届出数)

	県計	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曽於	肝属	熊毛	奄美
医療機関数	251	96	32	18	6	43	12	21	4	19
人口10万人当たり	15.2	14.1	23.6	15.2	7.0	18.1	14.8	13.4	9.4	17.2

[平成28年度版医療計画作成支援データブック (診療報酬施設基準)]

\*1 地域リハビリテーション広域支援センター：地域におけるリハビリテーションの中核となる機関。地域住民やリハビリテーションを実施する機関からの相談支援、地域のリハビリテーション関係者に対する援助、研修等を行う。

**【施策の方向性】**

生活習慣の改善等による疾病の予防や、発症後における基礎疾患や危険因子の適切な管理を行うとともに、救急搬送と専門的な診療が可能な体制、各病期に応じたリハビリテーションや在宅療養が可能な体制の整備、構築を支援します。

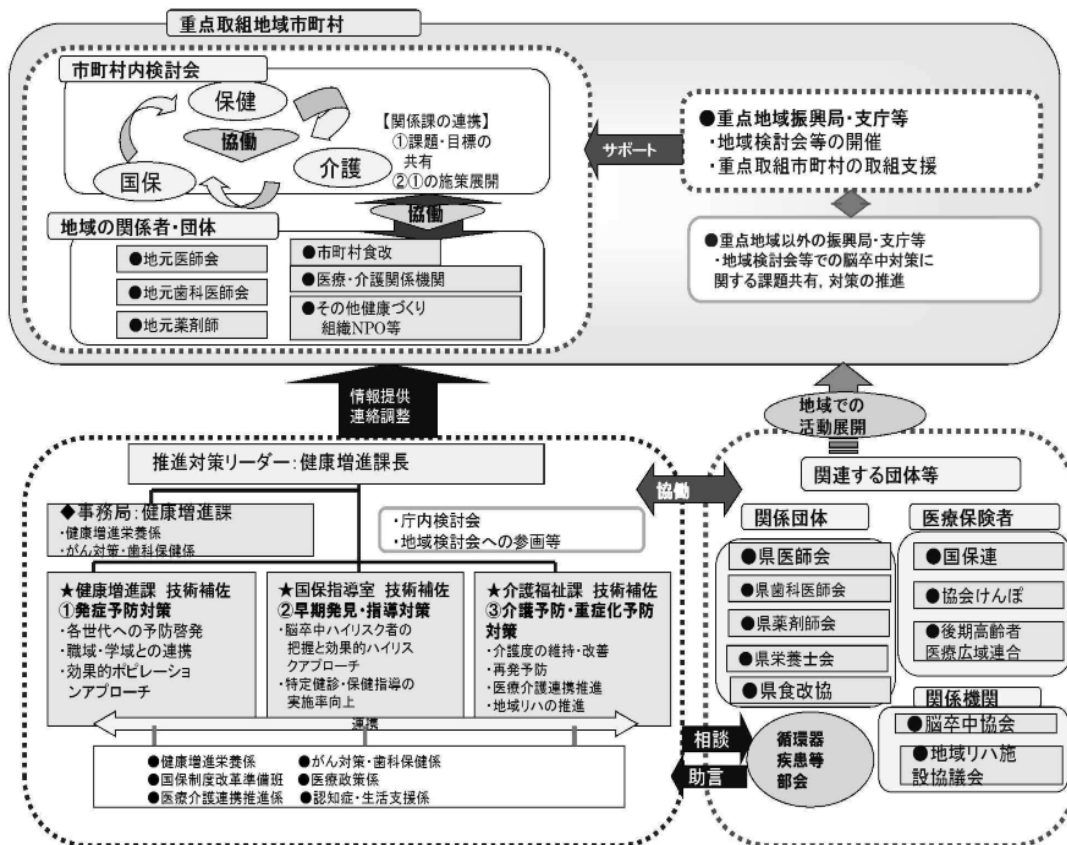
**ア 脳卒中对策の推進による発症・重症化予防**

○ 脳卒中对策の推進

死亡率の低下、脳卒中により要介護（要支援）状態になった者の割合低下、依然として他県より高い死亡率、地域格差がある等の状況を踏まえ、引き続き、一次予防（普及啓発）、二次予防（早期発見・早期治療）、三次予防（重症化予防）の集中的・効果的な脳卒中对策を支援します。

- 住民一人ひとりが栄養、運動、休養等の実践による脳卒中予防に取り組めるよう、関係団体等と連携して、予防や早期治療開始の必要性の啓発を行います。

【図表4-3-14】脳卒中对策推進体制図



[県健康増進課]

#### イ 発症後速やかな搬送と専門的診療が可能な体制構築の促進

発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制を支援します。

#### ウ 治療の継続と再発防止が可能な体制の促進

- 再発予防の治療とともに、危険因子（高血圧，糖尿病，脂質異常症，不整脈等）の継続的な管理・治療や脳卒中後の様々な合併症等への対応ができるように支援します。
- 在宅復帰が困難な患者に対し、受け入れ可能な医療機関，介護・福祉施設と急性期医療機関との連携など，平成30年3月に作成した始良・伊佐地区入退院支援ルール等を活用し，総合的で切れ目のない対応を促進します。

#### エ 在宅療養が可能な体制の推進

再発予防や基礎疾患の管理に加え，生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施等，生活の場で療養できるよう医療，介護及び福祉サービスが相互に連携した支援体制の整備を支援します。

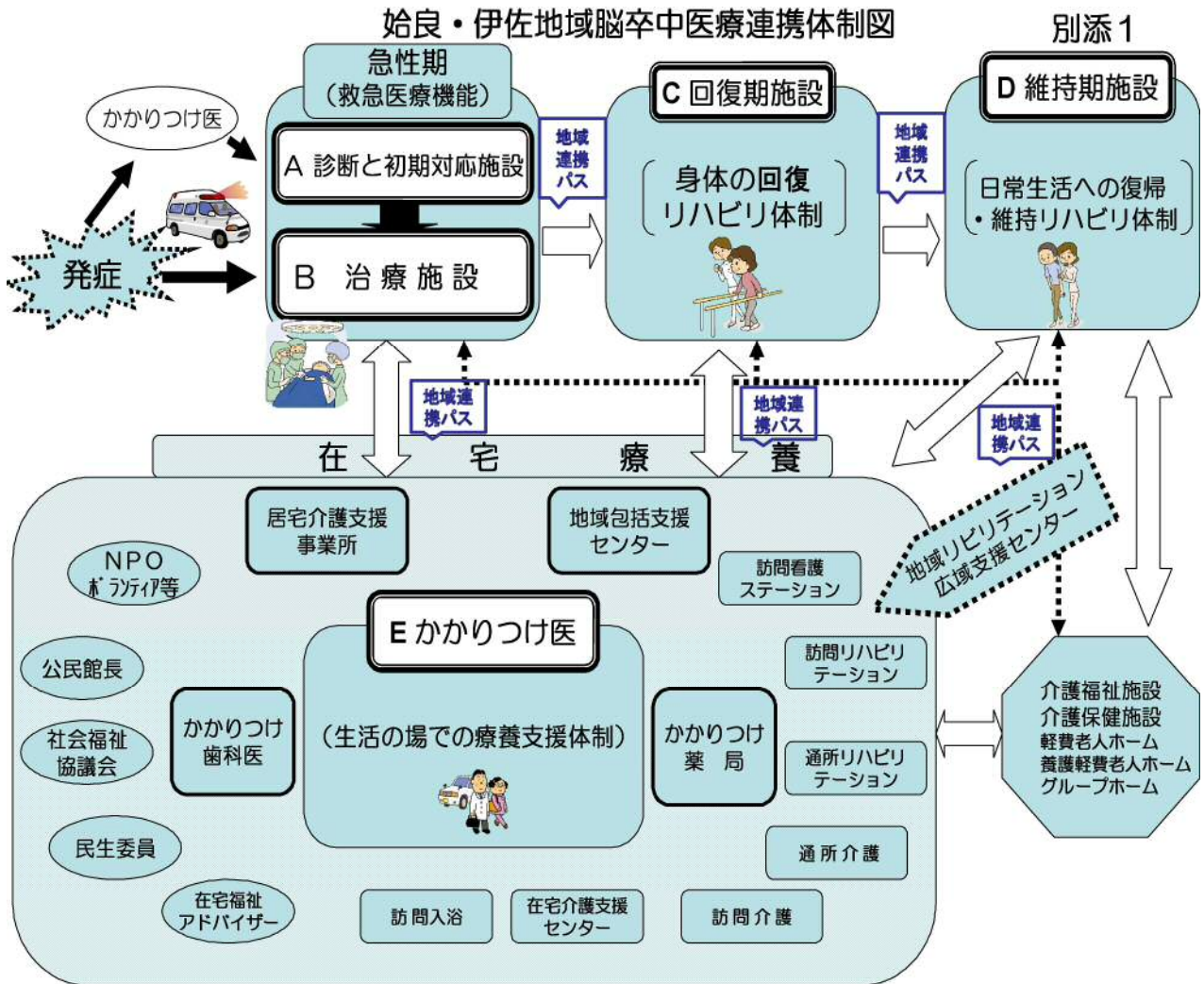
#### オ 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の促進

- 急性期から維持期までの廃用症候群<sup>\*1</sup>や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として，急性期から一貫したリハビリテーションができるように支援します。
- 回復期には，失語，高次脳機能障害，嚥下<sup>えんげ</sup>障害，歩行障害等の機能障害の改善や日常生活動作向上のための専門的かつ集中的なリハビリテーション体制を支援します。
- 維持期においては，生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し，在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援します。
- 誤嚥<sup>ごえん</sup>性肺炎や低栄養を防ぐため，口腔機能を維持・回復することが重要であり，多職種連携による専門的な口腔ケア，嚥下<sup>えんげ</sup>リハビリテーションの充実を支援します（第3章第2節「7 歯科口腔保健」参照）。

---

\*1 廃用症候群：安静状態が長期にわたって続くことによって起こる，様々な心身の機能低下等。

【図表4-3-15】始良・伊佐保健医療圏域における脳卒中の医療連携体制図



[始良・伊佐地域振興局]

第4章 安全で質の高い医療の確保  
第3節 疾病別の医療連携体制

【図表4-3-16】始良・伊佐保健医療圏域における脳卒中の医療連携体制の医療基準

機能等	急性期		回復期
	急性期機能		身体回復リハビリ体制
	診断と初期治療施設	治療施設	回復期施設
医療機関に求められる事項	<p>①CT又はMRIがあつて速やか診断体制がとれる。</p> <p>②気管内挿管、静脈路確保（点滴管理）、血圧コントロールができる。</p> <p>③30分以内に到着できる急性期治療の可能な病院又は診療所と連携がとれている。</p>	<p>左記の「診断と初期対応」の①②に加え下記条件を満たすこと。</p> <p>①救急車搬入実績が概ね年間50件以上で、一般病棟を保有している。</p> <p>②24時間CT又はMRI撮影が可能で、t-P A適正使用ができる。</p> <p>③呼吸・循環管理、栄養管理および高血圧、糖尿病、不整脈などに対応できる。</p> <p>④脳卒中治療ガイドラインに則した診療を実施している。</p> <p>⑤開頭術ができるか又は30分以内に到着できる脳外科施設と連携がとれている。</p> <p>⑥リスク管理のもとに、早期リハビリが可能である。</p> <p>⑦転院・退院調整機能を持ったスタッフがおり、転院・退院に際し患者および家族を精神的にサポートしている（専任の必要はない）。</p> <p>⑧紹介医または転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。</p> <p>⑨退院時カンファレンスまたは共同指導体制が望ましい。</p> <p>⑩地域のケア・マネージャーと連携がとれている。</p> <p>※急性期の治療に参加する医療機関は、過去1年間の①救急受入実績②t-P A治療実績③手術実績を添付すること。</p>	<p>①主に病棟に係わっている理学療法士、作業療法士が確保されている。</p> <p>②リハビリ施設が整備されており、脳血管リハビリの基準を満たしている。</p> <p>③脳卒中治療ガイドラインに則した診療を実施している。</p> <p>④再発予防（抗血小板療法、抗凝固療法）、高血圧、糖尿病、不整脈などに対応できる。</p> <p>⑤口腔ケアおよび摂食機能訓練が可能である（資格を問わない）。</p> <p>⑥入退院・転院調整の役割を持ったスタッフがおり、転院・退院に際し患者および家族を精神的にサポートしている（専任の必要はない）。</p> <p>⑦歯科医との連携が望ましい。</p> <p>⑧紹介医並びに転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。</p> <p>⑨地域のケア・マネージャーと連携がとれている。</p> <p>⑩退院時カンファレンスが望ましい。</p> <p>⑪急変時の初期対応が可能で急性期施設との連携がとれている。</p>

機能等	慢性合併症治療	在宅療養
	日常生活への復帰・維持リハビリ体制	生活の場での療養支援体制
	慢性期施設	かかりつけ医
医療機関に求められる事項	<p>①脳卒中治療ガイドラインに則した診療を実施している。</p> <p>②再発予防（抗血小板療法、抗凝固療法）、高血圧、糖尿病、不整脈などに対応できる。</p> <p>③生活機能の維持向上のためのリハビリを実施している（担当者の資格は問わない）。</p> <p>④可能な患者さんには離床して食事をとらせている。</p> <p>⑤口腔ケアおよび認知症への対応ができる。</p> <p>⑥入退院・転院調整の役割を持ったスタッフがおり、転院・退院に際し患者および家族を精神的にサポートしている（専任の必要はない）。</p> <p>⑦歯科医との連携が望ましい。</p> <p>⑧薬局薬剤師との連携が望ましい。</p> <p>⑨紹介医並びに転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。</p> <p>⑩地域のケア・マネージャーと連携がとれている。</p> <p>⑪一般病床、医療療養病床、介護保健施設のいずれかを有している。</p>	<p>①当該患者の状況を総合的に把握している（注）。</p> <p>②脳卒中治療ガイドラインに則した診療を実施している。</p> <p>③再発予防（抗血小板療法、抗凝固療法）、高血圧、糖尿病、不整脈などに対応できる。</p> <p>④紹介医または入院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。</p> <p>⑤患者さんが希望する場合には、訪問診療が可能である。</p> <p>⑥急変時の初期相談または対応が可能で、入院施設との連携がとれている。</p> <p>⑦口腔ケア（歯科医との連携でも可）および認知症への相談にのれ、各診療科医との連携がとれている。</p> <p>⑧地域のケア・マネージャー、訪問看護、通所・訪問リハビリなどの介護福祉サービスとの相互の情報共有を行っている（カンファレンスなどが望ましい）。</p> <p>⑨薬局薬剤師との連携が望ましい。</p> <p>（注）患者の病歴、他医療機関への受診状況、日常生活能力や認知機能、意欲などの心理状態や家族状況などについて把握している。</p>

[始良・伊佐地域振興局]

※ 「脳卒中の地域医療連携に係る医療機関一覧」については、本県のホームページを参照ください。

○ ホーム ➤ 一般・県民の方々 ➤ 地域の情報／始良・伊佐地区 ➤ 目的別情報／健康・福祉 ➤ 始良・伊佐保健医療圏地域医療連携計画 ➤ 医療機関一覧（脳卒中）

### 3 心筋梗塞等の心血管疾患

#### 【現状と課題】

#### ア 急性心筋梗塞

##### (ア) 現状

圏域における平成28年心疾患（急性心筋梗塞，大動脈瘤及び解離，慢性心不全など）による死亡率（人口10万対）は，189.9と減少傾向にあります。

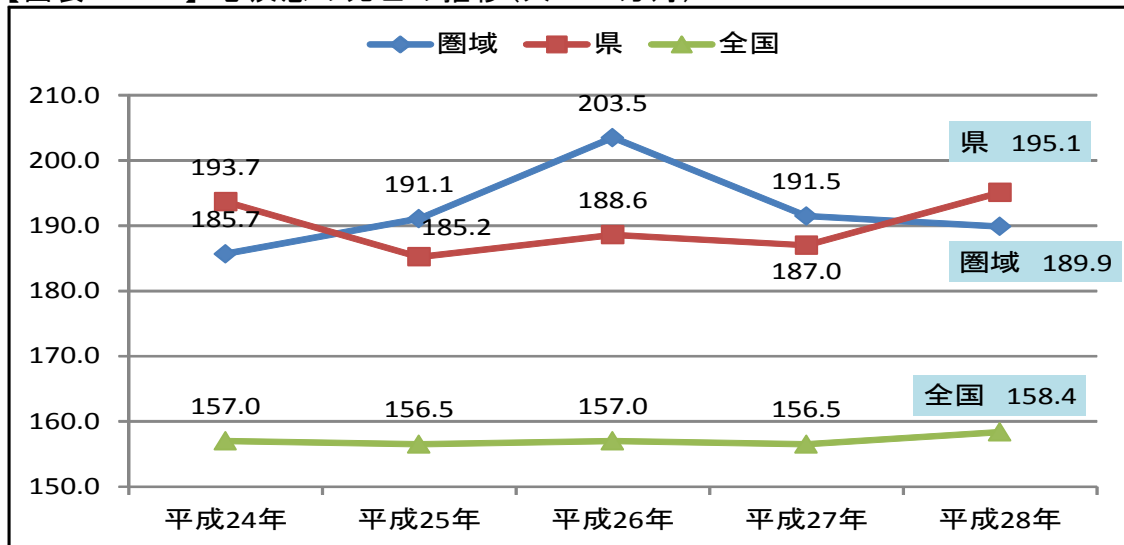
しかし，SMR(年齢調整死亡率 平成24年～28年)をみると急性心筋梗塞，大動脈瘤及び解離に関しては，県・全国より高くなっています。（第1章第3節地区診断(24・26ページ)を参照）

【図表4-3-17】圏域の急性心筋梗塞による死亡者数及び死亡率

区 分	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
死亡者数(人)	113	123	106	117	107
死亡率(人口10万対)	46.8	51.0	44.1	49.1	45.1

[衛生統計年報]

【図表4-3-18】心疾患の死亡の推移(人口10万対)



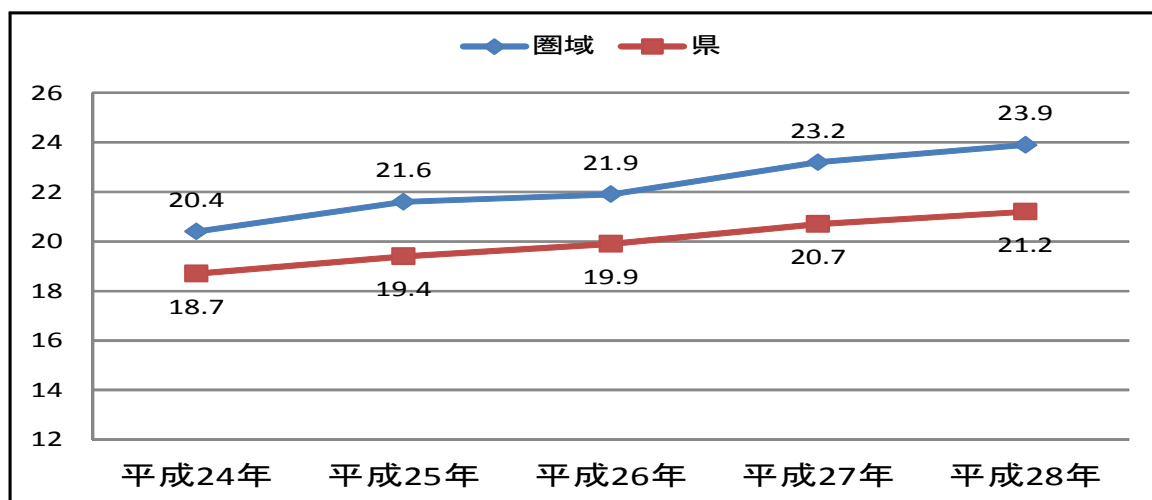
[県健康増進課]

##### (イ) 発症・重症化予防

- 急性心筋梗塞の危険因子は，高血圧や糖尿病，脂質異常症等の疾患やメタボリックシンドローム，ストレス等です。これらを予防するとともに，特定健康診査受診等でそれらのリスクの早期発見・早期治療や適正管理に努め，さらに心筋梗塞を発症した場合も適切な治療や生活習慣の改善により重症化を予防することが重要です。
- 圏域の平成28年度の特定健康診査における40～74歳の受診者のうち，心疾患発症リスクとなる「高血圧症の有病者率」（【図表4-3-10】参照）が40.8（県40.8），「脂質異常症の有病者率」が23.9（県21.2）となっています。



【図表4-3-19】40～74歳の脂質異常の有病者率（市町村国保データのみ）



[県健康増進課]

(ウ) 救護，搬送等

- 急性心筋梗塞は，できるだけ早く治療を開始することが必要なことから，急性心筋梗塞が疑われる場合には，速やかに救急要請し，急性期の治療を行う医療機関へ搬送する体制の整備が重要です。
- 発症後速やかに救命措置が必要であることから，現場におけるAED（自動体外式除細動器）の使用を含めた救急蘇生法の実施が必要です。

(エ) 急性期の医療

- 発症後早期の治療が重要です。速やかに心臓病専用病室（CCU<sup>\*1</sup>等）を持つ医療機関へ搬入し，専門的な診断及び治療を受けることが必要です。
- 鹿児島市においては，鹿児島CCUネットワーク<sup>\*2</sup>，始良地区においては，始良地区CCUネットワーク<sup>\*3</sup>が組織され，心臓救急医療体制の確保のため相互連携が図られています。

(オ) 回復期，維持期の医療

合併症や再発の予防，早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に，発症した日から患者の状態に合わせ，運動療法，食事療法等を実施し，基礎疾患や危険因子（高血圧，脂質異常症，喫煙，糖尿病等）の継続的な管理をすることが重要です。

\*1 CCU：Coronary Care Unitの略。冠動脈疾患集中治療病床

\*2 鹿児島CCUネットワーク：鹿児島市及び鹿児島市周辺の心臓救急医療体制の確保を目的とした，鹿児島市内の循環器系の診療科を有する6医療機関の輪番制による24時間の診療体制（参加医療機関）鹿児島大学病院心臓血管内科，国立病院機構鹿児島医療センター，鹿児島市立病院，鹿児島市医師会病院，中央病院，総合病院鹿児島生協病院

\*3 始良地区CCUネットワーク：始良地区の心臓救急医療体制の確保を目的とした，始良地区内の循環器系の診療科を有する2医療機関の輪番制による24時間の診療体制（参加医療機関）霧島市立医師会医療センター，国分生協病院

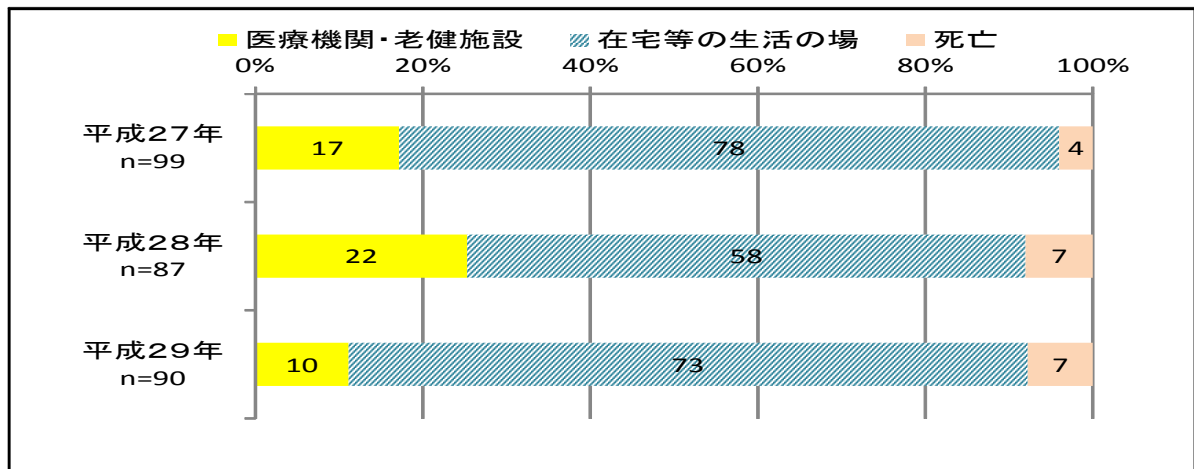
なお、心血管疾患リハビリテーション\*1は、心機能の回復だけでなく、再発予防やリスク管理等様々な要素の改善を目的に行われるもので、退院後も含めて継続的に行われることが重要です。急性期医療機関からは、ほとんどが自宅に帰るため、外来での心血管疾患リハビリテーションを実施する医療機関が必要となりますが、圏域には、外来での心血管疾患リハビリテーションを実施する医療機関が少ない状況です。

【図表4-3-20】急性心筋梗塞検査機器整備及び急患への対応状況 (単位：施設)

内容 圏域	設備保有状況 CCUを有する医療機関	診療内容				急患への対応			
		ACバイパス術	経皮的冠動脈形成 (PTCA)	ペースメーカー挿入実施機関	心臓カテテル検査実施機関	内科的		外科的	
						急患対応後根治治療可	急患対応後転院が必要	急患対応後根治治療可	急患対応後転院が必要
鹿児島	2	4	9	15	9	10	95	4	46
南薩	1	0	2	4	2	4	39	1	15
川薩	0	0	0	2	2	2	27	0	11
出水	0	0	2	2	2	1	15	1	6
姶良・伊佐	1	0	2	5	3	2	38	0	14
曾於	1	0	0	0	0	0	8	0	3
肝属	0	2	4	8	4	4	19	1	13
熊毛	0	0	1	1	1	1	3	0	3
奄美	0	0	2	4	2	3	20	0	16
計	5	6	22	41	25	27	264	7	127

[平成28年度県医療施設機能等調査]

【図表4-3-21】急性心筋梗塞の急性期医療機関退院後の治療状況 (単位：人)



[県保健医療福祉課]

## イ 大動脈瘤及び解離

### (ア) 発症・重症化予防

- 急性大動脈瘤及び解離は、死亡率が高く、発症後1時間ごとに死亡率が1～2%上昇するといわれています。また、予後不良な疾患であるため、予後改善のためには迅速な診断、治療が重要です。

\*1 心血管疾患リハビリテーション：多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中長期プログラムによるもの

- 大動脈瘤及び解離は、解離の範囲によって適切な治療方針が異なるので、心電図検査、画像検査等を行い、正確な診断を受けることが大切です。

(イ) 急性期の医療

発症後早期の治療，循環管理，呼吸管理等の全身管理が重要です。

(ウ) 回復期の医療

大動脈瘤及び解離の患者に対しては、術後の廃用性症候群の予防や、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、運動療法，食事療法等多職種による多面的・包括的な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要です。

【図表4-3-22】解離性大動脈<sup>りゅう</sup>瘤の急患への対応状況（単位：施設）

内容 圏域	急患への対応	
	急患対応後根治治療可	急患対応後転院が必要
鹿児島	5	45
南薩	1	15
川薩	0	13
出水	0	8
始良・伊佐	0	14
曾於	0	4
肝属	2	11
熊毛	0	2
奄美	0	17
計	8	129

[平成28年度県医療施設機能等調査]

ウ 慢性心不全

(ア) 発症・重症化予防

- 慢性心不全は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化することが特徴です。重症化予防のためには早期診断による早期介入が重要であり、薬物療法，運動療法等患者に応じて多面的に行うことが重要です。
- 心不全の増悪要因は、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化，感染症や不整脈の合併といった医学的要因，水分・塩分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因，社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因があります。

(イ) 急性期の医療

病状や重症度に応じて、薬物療法や運動療法，心臓再同期療法等が行われますが、心不全増悪時は、その要因に対する介入も重要です。

圏域では、2医療機関が心疾患の専門治療機関として救急対応を行っています。

(ウ) 回復期の医療

自覚症状や運動耐容能の改善，心不全増悪や再入院の防止を目的に，心不全増悪や再入院に対しては，運動療法，患者教育，カウンセリング等多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施し，退院後も継続することが重要です。

【図表4-3-23】心不全の急患への対応状況（単位：施設）

内容 圏域	急患への対応	
	急患対応後根治治療可	急患対応後転院が必要
鹿児島	31	120
南薩	12	35
川薩	10	34
出水	1	19
始良・伊佐	13	36
曾於	4	12
肝属	11	22
熊毛	2	3
奄美	8	22
計	92	303

[平成28年度県医療施設機能等調査]

【図表4-3-24】心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数

（平成28年3月末時点心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）合計）（単位：施設）

	県計	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美
医療機関数	23	11	2	0	2	2	0	5	0	1
人口100万人当たり	14.0	16.2	14.7	0.0	23.4	8.4	0.0	31.9	0.0	9.1

[平成28年度版医療計画作成支援データブック（診療報酬施設基準）]

### 【施策の方向性】

生活習慣の改善を図るとともに、急性期から回復期・維持期を経て在宅療養に至るまで医療が切れ目なく提供される体制の整備を促進します。

#### ア 発症・重症化予防

- 危険因子としては、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等があり、発症予防のために生活習慣の改善や適切な治療を推進します。
- 早期介入を行うことが重要であるため幅広い医療機関及び関係団体と連携して、健康づくりを支援する取り組みを促進します。

#### イ 発症後速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の推進

救急要請の必要性や、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置の実施や初期症状出現時の対応について、県民への知識の啓発に努めます。

#### ウ 発症後速やかな専門的治療が可能な体制の促進

- 発症後、できるだけ短い時間で専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速やかに専門的な治療ができる体制を構築するために、始良地区循環器ネットワークなど医師会を中心に消防機関と医療機関の連携が図れるように支援します。

エ 合併症・再発の予防及び早期在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の促進

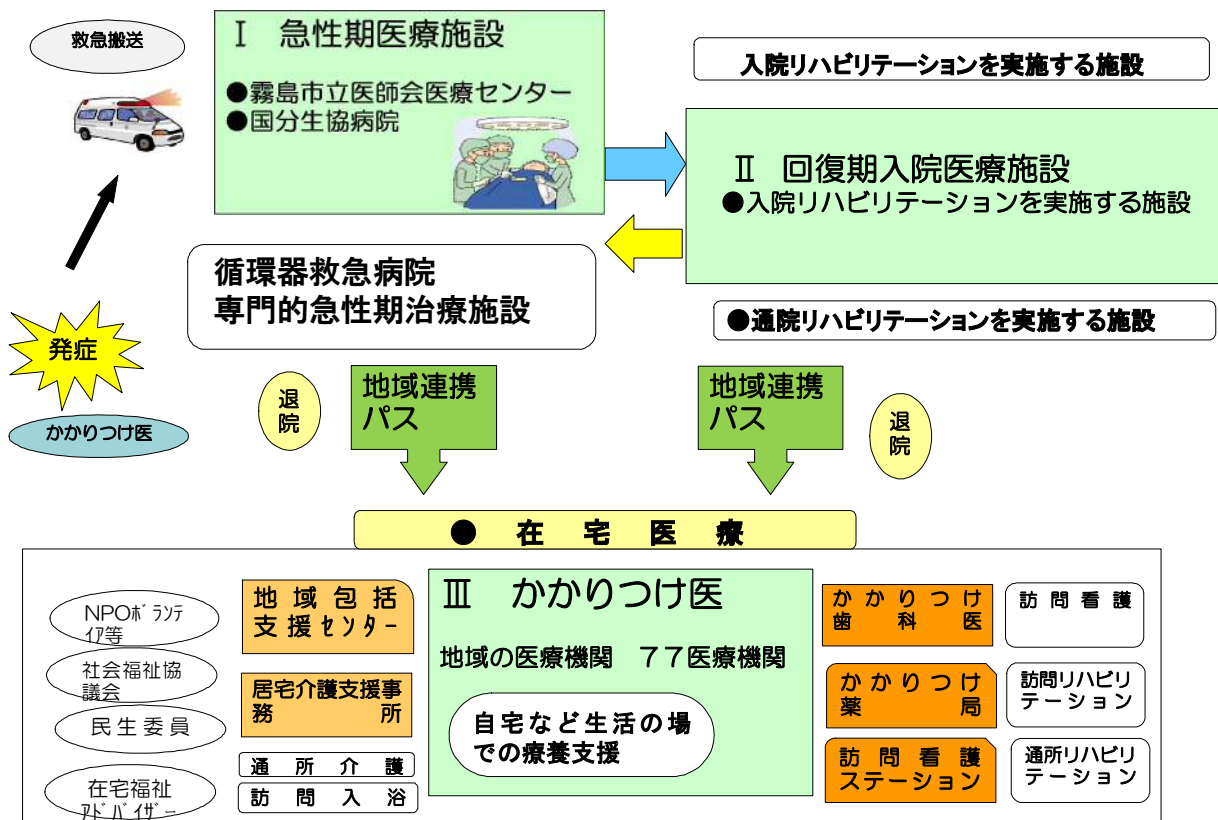
- 急性期を脱した後は、合併症並びに再発予防に加え、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の改善や継続的な治療が必要なため、始良地区医師会で作成する心臓手帳などを活用して治療の継続を図ります。
- 発症した日から、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とした多面的・包括的リハビリテーションを、患者の状態に応じて実施する体制を支援します。

オ 在宅療養が可能な体制の促進

- 在宅療養においても、合併症や再発を予防する治療、基礎疾患や危険因子の管理が重要であることから、定期的に専門的検査を実施する医療機関との連携を図ります。
- 診療情報や治療計画を関係者間で共有するなど、多職種による多面的・包括的な切れ目のない連携体制ができるよう支援します。

【図表4-3-25】始良・伊佐保健医療圏域の心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図

始良・伊佐保健医療圏 急性心筋梗塞医療連携体制図



[始良・伊佐地域振興局]

【図表4-3-26】始良・伊佐保健医療圏域の心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携基準

医療機能	医療機能基準
急性期医療施設 〔循環器救急病院・ 専門的急性期治療施設〕	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 速やかな確定診断が可能である。</li> <li>2 緊急心臓カテーテル検査ならびに、緊急PTCAあるいは緊急PTCRが可能である。</li> <li>3 急性心筋梗塞が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が対応可能である。</li> <li>4 冠動脈バイパス手術の適応を推定し、手術可能な医療機関と連携している。</li> <li>5 心不全の管理治療及び不整脈等合併症の管理治療が可能である。</li> <li>6 再発予防及び基礎疾患の管理が可能である。</li> <li>7 心機能や不整脈の監視下による早期のリハビリテーションを実施している。</li> <li>8 診療ガイドラインに則した診療を実施している。</li> <li>9 転院・退院調整機能を持ったスタッフがおり、転院・退院に際し患者及び家族を精神的にサポートしている(専任の必要はない)。</li> <li>10 紹介医又は転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。</li> <li>11 退院時カンファレンスまたは共同指導体制が望ましい。</li> <li>12 地域のケアマネジャーや在宅療養施設等と連携がとれている。</li> </ol>
回復期入院医療施設 〔運動制限が長期間にわたる等の理由で、運動機能他の廃用が強く、急性期医療機関から直接自宅退院できない患者に対して、入院リハビリテーションを実施する施設に係るもの〕	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 心不全、不整脈等合併症の管理及び治療が可能である。</li> <li>2 再発予防に向けた治療等に対応できる。</li> <li>3 診療ガイドラインに則して診療している。</li> <li>4 心機能回復のためのリハビリテーションが可能であることが望ましい。</li> <li>5 運動機能等の廃用に対するリハビリテーションが可能であることが望ましい。</li> <li>6 口腔ケア及び摂食機能訓練が可能で、歯科医とも連携している。</li> <li>7 入退院・転院調整機能を持ったスタッフがおり、転院・退院に際し患者及び家族を精神的にサポートしている(専任の必要はない)。</li> <li>8 紹介医または転院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。</li> <li>9 地域のケアマネジャーや在宅療養施設等と連携がとれている。</li> <li>10 退院時カンファレンスを実施している。</li> </ol>
かかりつけ医施設 (自宅など生活の場での療養支援) 〔心筋梗塞連携体制に参加するかかりつけ医は、心筋梗塞の患者さんの在宅での生活を支えるために、以下の役割を果たすよう努力する〕	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 当該患者の状況を総合的に把握する。</li> <li>2 循環器救急病院(急性期施設)と連携を図っており、再発を疑わせる症状へ即時対応が可能である。心機能異常の早期発見が可能である。</li> <li>3 診療ガイドラインを基本に、総合的な判断の下、基礎疾患及び再発防止の治療、管理を行う。在宅生活及び就労に関する指導を行う。</li> <li>4 生活機能を維持するためのリハビリテーション指導が可能、若しくは指導可能な施設と連携する。</li> <li>5 口腔ケア及び認知症への相談に対応、もしくは対応可能な施設と連携して対応している。その他各診療科や歯科医との連携をとって診療にあたる。</li> <li>6 紹介医または入院先に適切な診療情報提供を行い、治療計画を共有している。</li> <li>7 患者が希望する場合には、訪問診療が可能である。</li> <li>8 地域のケアマネジャー、訪問看護、通所・訪問リハビリなどの介護福祉サービス並びにかかりつけ歯科医、かかりつけ薬局との相互の情報共有を行う(カンファレンスなどが望ましい)。</li> </ol>

[始良・伊佐地域振興局]

※ 「心筋梗塞等の地域医療連携に係る医療機関一覧」については、本県のホームページを参照ください。

○ ホーム ➤ 一般・県民の方々 ➤ 地域の情報/始良・伊佐地区 ➤ 目的別情報/健康・福祉 ➤ 始良・伊佐保健医療圏地域医療連携計画 ➤ 医療機関一覧(心筋梗塞等)

## 4 糖尿病

### 【現状と課題】

#### ア 糖尿病の現状

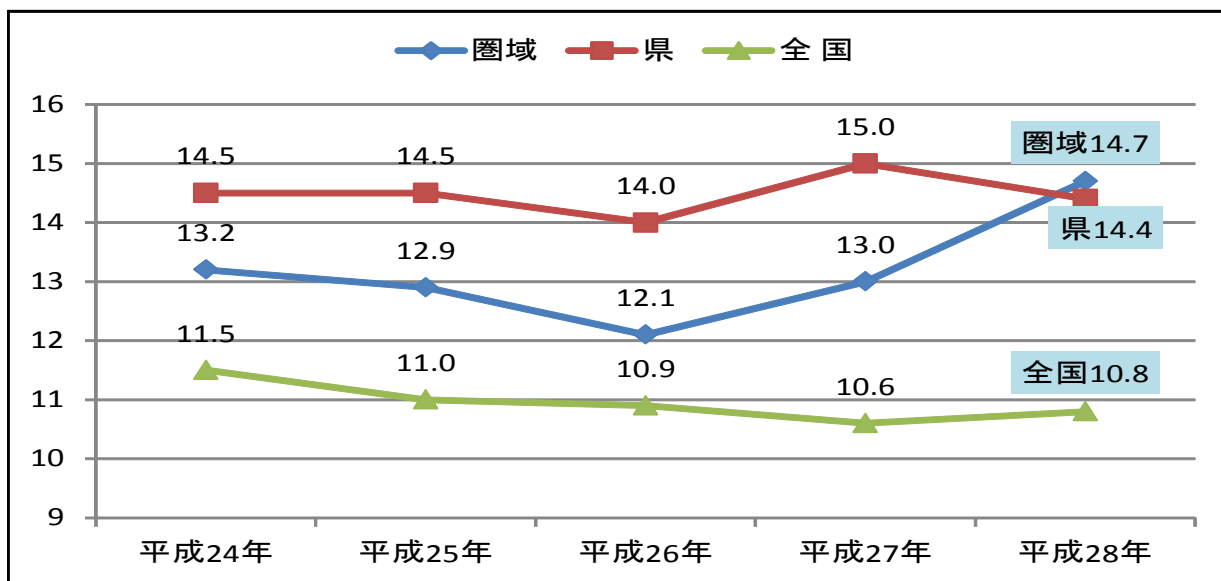
- 圏域における糖尿病における死亡者は平成28年は35人で、死亡率（人口10万人対）は14.7となっており、増減を繰り返しています。
- SMR（標準化死亡比）は男性は112.8と全国、県より高く、女性は86.9と全国、県より低くなっています。（第1章第3節地区診断（27ページ）を参照）

【図表4-3-27】糖尿病による死亡者数及び死亡率

区 分	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
死亡者数(人)	32	32	31	29	31	35
死亡率(人口10万対)	13.2	13.2	12.9	12.1	13.0	14.7

[衛生統計年報]

【図表4-3-28】糖尿病の死亡の推移(人口10万対)



[県健康増進課]

#### イ 発症・重症化予防

- 圏域の市町が実施している平成28年度の特定健康診査の実施率は、47.0%と県より高く、特定保健指導実施率も55.9%と県より高くなっています。
- また、平成28年度の特定健康診査受診者のうち「糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者」の割合は、男性13.3、女性7.5で、男性が女性の約1.8倍となっています。（第3章第3節【図表3-3-15】、【図表3-3-16】参照）

### ウ 糖尿病の治療

糖尿病の治療は、食事療法、運動療法、薬物療法による血糖及び血圧・血中脂質・体重などの管理が行われます。圏域には糖尿病の専門医が少なく、圏域内の医療機関が協力しながら治療を行っています。

### エ 合併症の治療

糖尿病の主な合併症は、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害、動脈硬化性疾患（冠動脈疾患、脳血管疾患等）等の合併症の早期発見や治療を行うため、眼科や人工透析を実施する医療機関、歯科医療機関と連携して必要な治療を行う必要があります。

【図表4-3-29】 二次保健医療圏別糖尿病検査機器整備状況等 (単位：人，施設)

内容 圏域	専門医等		設備	診療内容		急患への対応	
	糖尿病専門 医の在籍す る医療機関 数	糖尿病専 門医数 (常勤)	人工透析 装置	網膜光凝 固術	糖尿病管 理教育入 院	糖尿病性昏睡	
						急患対応後 根治治療可	急患対応後 転院が必要
鹿児島	25	36	33	40	61	24	81
南薩	9	3	11	6	18	7	32
川薩	4	1	7	6	12	9	22
出水	2	0	4	5	5	1	15
始良・伊佐	5	0	14	12	21	11	25
曽於	1	0	3	1	5	4	5
肝属	6	1	9	4	14	7	20
熊毛	1	0	3	1	2	2	1
奄美	2	0	8	5	9	8	16
計	55	41	92	80	147	73	217

[平成28年度県医療施設機能等調査]

### 【施策の方向性】

生活習慣の改善による、疾病予防とともに、良好な血糖コントロールを目指した治療や慢性合併症の治療など、症状の進行に応じた食事・運動・薬物治療が必要です。

専門知識を持つ医療従事者や医療機関・歯科医療機関等の総合的な活用により、適切な治療が受けられる体制の構築を支援します。

### ア 糖尿病の発症・重症化予防

- 生活習慣の改善と発症後の適切な治療について普及啓発に努めます。
- メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導を推進し、危険因子の早期発見、早期治療を支援します。



- 歯周疾患と糖尿病の関係やかかりつけ歯科医での定期的な歯科検診の必要性について、普及啓発を図ることにより、重症化予防の推進に努めます。

イ 糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制の推進

- 医師，歯科医師，薬剤師，保健師，看護師，管理栄養士等の専門職種が連携して，糖尿病の診断及び生活習慣の改善等に関する指導や，未治療者への受診勧奨，治療中断者に対する支援等チーム医療体制の充実に努めます。
- 合併症の予防や進行を遅らせるため，良好な血糖コントロールを目指した治療を推進します。

ウ 血糖コントロール不良者の治療や急性合併症の治療が可能な体制の充実

血糖コントロール不良者に，教育入院等の集中的な治療を行い，血糖コントロール指標（HbA1c など）を改善する体制や，糖尿病昏睡等急性合併症の治療を行う体制，さらにはこれらの医療機関とかかりつけ医との医療連携体制の充実に支援します。

エ 糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制の推進

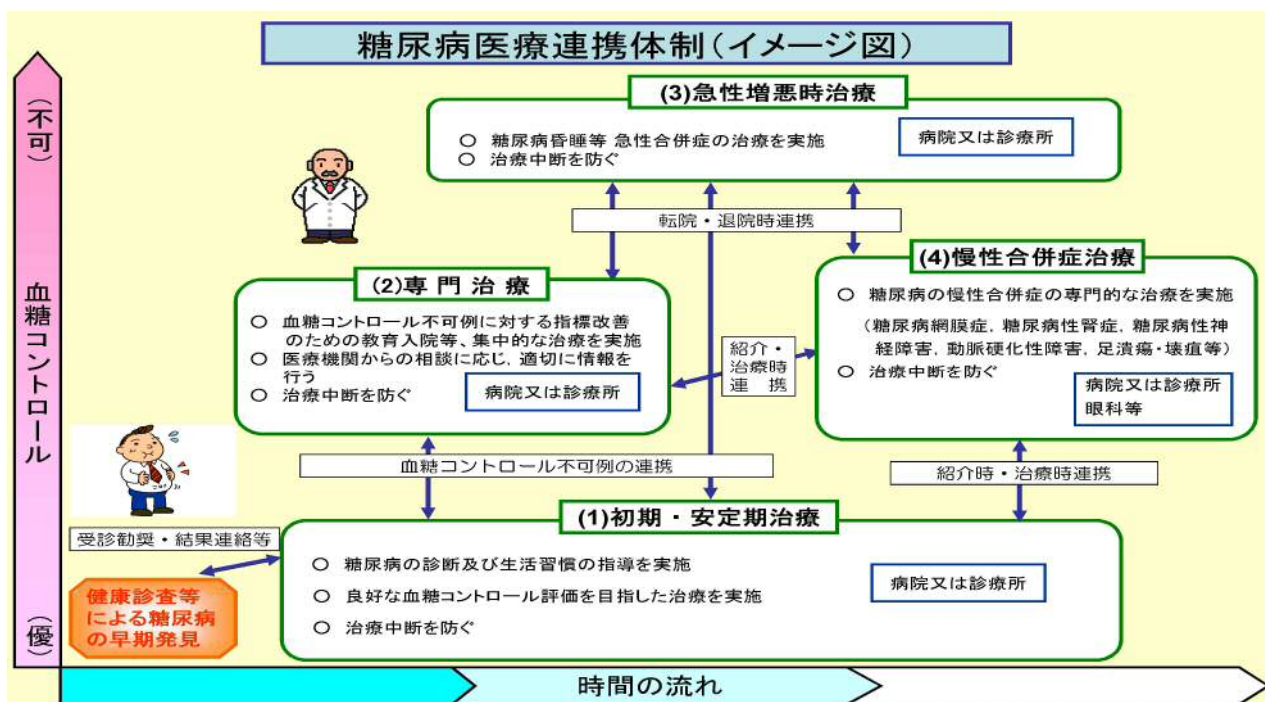
糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症，糖尿病性腎症，糖尿病性神経障害，歯周病等）の早期発見や治療を行うため，かかりつけ医と合併症の専門医療機関，歯科医療機関との医療連携の推進に努めます。

オ 糖尿病地域医療連携体制

糖尿病予防から糖尿病の治療，合併症の治療まで，治療中断を防ぎ，医療が切れ目なく提供される体制を構築し，各ステージごとの医療基準を次のとおり定めています。

圏域では，CKDネットワーク協議会の中で糖尿病の重症化予防もあわせて検討しています。

【図表4-3-30】 始良・伊佐保健医療圏域における糖尿病の医療連携体制図



[始良・伊佐地域振興局]

【図表4-3-31】 始良・伊佐保健医療圏域における糖尿病の医療連携体制の基準

**(1) 初期・安定期治療** 合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能

<目標>

- ・ 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施
- ・ 良好な血糖コントロール評価を目指した治療を実施
- ・ 治療中断を防ぐ

<医療機関に求められる事項>

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療を実施
- 糖尿病の診断及び生活指導が可能
- 75g OGTT, ヘモグロビンA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能
- 薬物療法や食事療法（摂取エネルギー量等の提示）による血糖コントロールが可能
- 低血糖時及びシックデイの対応が可能
- 専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能
- 歯科・眼科医等との連携が可能
- 市町等との連携が可能

**(2) 専門治療** 血糖コントロール不可例の治療を行う機能

<目標>

- ・ 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療の実施
- ・ 医療機関からの相談に応じ、適切に情報提供の実施
- ・ 治療中断を防ぐ

<医療機関に求められる事項>

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療の実施
- 各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療が実施可能
- 糖尿病の病態評価が可能  
（Ⅰ型・Ⅱ型・二次性糖尿病の鑑別、グルカゴン負荷試験等インスリン分泌能・インスリン抗体評価等）
- インスリン療法の導入が可能
- 産婦人科と連携して糖尿病患者の妊娠に対応可能
- 糖尿病の予防治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能
- 歯科・眼科医との連携が可能
- 市町等との連携が可能

**(3) 急性増悪時治療** 急性合併症の治療を行う機能

<目標>

- ・ 糖尿病昏睡等急性合併症の治療の実施
- ・ 治療中断を防ぐ

＜医療機関に求められる事項＞

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療の実施
- 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能
- 糖尿病患者に合併した急性感染症の治療が可能
- 糖尿病の予防治療を行う医療機関，教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能

**（4）慢性合併症治療** 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能

＜目標＞

- ・ 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療の実施
- ・ 治療中断を防ぐ

＜医療機関に求められる事項＞

- 糖尿病の慢性合併症について，それぞれ専門的な検査・治療が実施可能  
(※単一医療機関で，下記①～⑤すべての合併症治療が可能である必要はない。)
- ① 糖尿病網膜症：視力，眼底検査，細隙灯検査，光干渉計検査，蛍光眼底造影検査，視野検査，光凝固療法，硝子体手術，網膜剥離の手術等
- ② 糖尿病性腎症：尿中アルブミン排泄量（早朝尿，随時尿，24時間尿を尿クレアチニン値で補正），尿蛋白（定量），クレアチニン，尿素窒素，クレチニンクリアランス，シスタチンC，血液透析等
- ③ 糖尿病性神経障害：アキレス腱検査，振動覚検査，触覚検査（モノフィラメント等），末梢神経伝導速度，心電図R-R間隔変動，起立時血圧変動等
- ④ 動脈硬化性疾患
  - (a) 冠動脈硬化症：心電図，心エコー，MDC T，タリウム心筋シンチグラフィ，冠脈撮影等
  - (b) 脳血管疾患：頸動脈聴診，頸動脈エコー，頭部MRI・MRA，頭部CT，脳血流シンチグラフィ等
  - (c) 下肢閉塞性動脈硬化症：足関節血圧/上腕血圧(ABI)，脈波伝播速度(PWV)，下肢動脈エコー，MRA，下肢動脈造影検査，皮膚灌流圧(SPP)
- ⑤ 足潰瘍・壊疽：下肢閉塞性動脈硬化症の検査，神経障害の検査，感染部細菌培養，フットケア等
- 糖尿病の予防治療を行う医療機関，教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携が可能
- 市町等との連携が可能

[始良・伊佐地域振興局]

※ 「糖尿病の地域医療連携に係る医療機関一覧」については，本県のホームページを参照ください。

- ホーム ➤ 一般・県民の方々 ➤ 地域の情報／始良・伊佐地区 ➤ 目的別情報／健康・福祉 ➤ 始良・伊佐保健医療圏地域医療連携計画 ➤ 医療機関一覧（糖尿病）

## 5 精神疾患

---

### 【現状と課題】

#### ア 精神障害者の医療の現状等

- 精神疾患の総患者数は、平成26年の患者調査において県では54,000人となっており、増加傾向にあります。
- 精神疾患には、発達障害や、高齢化の進行に伴って増加しているアルツハイマー病等の認知症も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患となっています。
- 精神科病院に入院している患者数は、平成29年6月末で、県8,450人、圏域1,542人で減少傾向にあります。
- 圏域の入院患者について、平成29年の精神保健福祉資料<sup>\*1</sup>によると、疾病別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多く44.2%となっています。年齢階級別では、65歳以上の入院患者が65.9%を占め、中でも75歳以上が43.8%となっています。また、75歳以上では、アルツハイマー型認知症と血管性認知症の患者が51.2%を占めています。
- 精神疾患の治療においては、薬物療法が中心となりますが、生活習慣の改善や専門的な精神療法、作業療法、精神科デイケアなど、薬物療法以外の治療法も重要と考えられます。
- 平成27年の病院報告による精神科病院の平均在院日数は、県では381日、圏域では404日となっており、全国275日を大きく上回っています。  
入院患者の6割以上は、1年以上の長期入院者であることから、地域移行をすすめていくためには、医療機関や自治体を中心とした保健・医療・福祉の一体的な取組に加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない共生社会を目指す、精神障害にも対応した地域包括ケアの構築が必要です。
- 平成26年度NDB<sup>\*2</sup>による精神科病院に入院した患者の入院後3か月時点の退院率は圏域55%で県、全国より低くなっています。圏域の入院後6か月時点の退院率74%、入院後12か月時点の退院率は79%で、徐々に改善はしていますが、県、全国より低いことから、統合失調症や認知症患者等の早期退院に向けた取組の充実を図る必要があります。

---

\*1 精神科病院が、毎年6月30日付けで都道府県・指定都市に報告している調査

\*2 NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース。平成21年から導入され、国民の入院、通院の診療情報や健診情報を収集してあるデータ

【図表4-3-32】精神科病院に入院した患者の退院率（平成26年度）

区 分	圏域	県	国
入院3か月時点	55%	57%	66%
入院6か月時点	74%	75%	82%
入院12か月時点	79%	85%	90%

[レセプト情報・特定健診等情報データベース]

- てんかん患者の対応については、発作の状況等から原因の把握と適切な療法を確定することが重要です。また、患者や家族から受療先に関する問い合わせもあり、対応できる医療機関の情報を広く提供することが重要です。

#### イ 精神疾患にかかる医療連携の課題

- 精神疾患の患者を支えるサービスとして、入院から在宅まで一環した治療方針のもと、様々なサービスと協働しながら、必要な医療及び福祉サービス等を総合的に受けられる体制の整備を図る必要があります。
- 近年うつ病患者は増加傾向にあり、自殺予防の観点からも、うつ病の早期対応が重要となっていることから、一般かかりつけ医と精神科医療機関との地域連携体制を構築することが重要とされています。始良保健所では平成24年2月4日から運用を始めた一般診療科医・薬剤師と精神科医の連携強化・紹介システム事業(G-Pネット)の運用を促進する必要があります。
- 自立支援医療(精神通院)の指定を受けている訪問看護ステーションは、圏域に7箇所あります。急性期医療や地域移行を推進するために、さらに訪問看護ステーションとの連携を図る必要があります。
- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえて、圏域の各医療機関の医療機能を明らかにし、役割分担や連携を図りながら、多様な精神疾患に対応できる、医療連携体制の構築を図る必要があります。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指し、長期入院精神障害者の地域移行を促進するためには、圏域の「始良・伊佐圏域障害者地域連絡協議会\*1」及びその精神保健福祉専門部会や市町の自立支援協議会等で、退院支援に係るシステム作りと支援者の人材育成などの対応策を検討する必要があります。
- 身体疾患を合併する精神疾患患者について、状態に応じて速やかに救急医療や専門医療等が必要な場合の医療を提供できる体制を構築する必要があります。

#### ウ 精神科救急医療の現状等

精神科救急医療体制については、日祝年末年始の病院群輪番方式による当番病院や平

\*1 始良・伊佐圏域障害者地域連絡協議会：始良・伊佐圏域における障害者及び障害児への支援体制に関する現状、課題等について情報を共有し、関係機関の連携の強化を図るとともに、圏域の実情に応じた体制の整備に関する協議の場

日夜間、土曜日、祝日等の精神科救急情報センターを整備し、消防機関等からの受入要請等に対応しています。

また、平成27年10月からは、平日夜間・祝日等の電話相談窓口を設置したほか、精神科救急地域拠点病院を2か所指定し、県立始良病院と連携して、かかりつけ病院や休日等の当番病院が対応困難な精神障害者の救急医療に対応し、24時間365日の救急医療体制を整備しています。当圏域では、県立始良病院が精神科救急基幹病院の役割を担っています。

【図表4-3-33】精神科病院数、病床数、在院患者数、在院日数等の推移

年度		精神科病院数	精神病床数(床)	人口万対病床数(床)	1日平均在院患者数(人)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
平成23年	大口保健所	1	215	74	206	95.7	379
	始良保健所	7	1,468	69	1,384	92.9	486
	県	52	9,939	58	9,150	93.0	420
	全国	1,614	344,047	26	307,453	84.9	298
平成25年	大口保健所	1	215	77	193	89.6	283
	始良保健所	7	1,486	70	1,370	92.2	431
	県	52	9,836	53	8,928	90.6	402
	全国	1,616	334,975	23	300,067	88.1	285
平成27年	大口保健所	1	215	80	198	91.9	390
	始良保健所	7	1,486	70	1,377	92.7	418
	県	51	9,725	59	8,724	89.7	381
	全国	1,539	315,622	26	291,403	92.3	275

[精神保健福祉資料，病院報告，衛生統計年報]

【図表4-3-34】疾病別・年齢階級別入院患者数（平成29年6月末現在）（単位：人）

疾病名	年齢区					総数	割合(%)
	～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～		
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	1	49	289	212	130	681	44.2
病状性を含む器質性精神障害	アルツハイマー病型認知症	0	0	4	21	285	20.1
	血管性認知症	0	0	1	10	61	4.7
	上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0	2	30	41	126	12.9
気分（感情）障害（うつ病含む）	0	13	35	29	47	124	8.0
上記以外の疾病	5	22	74	28	27	156	10.1
計	6	86	433	341	676	1,542	100
割合(%)	0.4	5.6	28.1	22.1	43.8	100	-

[精神保健福祉資料]

【施策の方向性】

精神疾患は、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復または寛解し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきています。

精神科医療機関や関係機関が連携しながら、患者の状態に応じた精神科医療の提供、早期の退院支援、地域生活の継続支援など必要な精神科医療が提供されるよう支援します。

**ア 早期診断・早期治療の推進**

- 住民が、心の健康に関心をもち、不調を感じた時は、市町や保健所、精神保健福祉センター等の相談機関とかかりつけ医、専門医療機関に相談できるよう啓発します。  
また、「障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例<sup>\*1</sup>」の趣旨について、広く住民に理解が得られるよう普及啓発します。
- 内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合に、速やかに精神科医に紹介するG-Pネットの運用促進など、かかりつけ医から精神科医療につなげるための体制の推進を図ります。
- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、圏域の市町における認知症初期集中支援チームを支援します。

**イ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築**

- 多様な精神疾患ごとに情報収集発信、人材育成、地域連携拠点病院からの相談対応、難治性事例の受入等の機能をもつ「県連携拠点機能病院」は、鹿児島大学病院、県立始良病院となっています。

【図表4-3-35】 県連携拠点機能病院が担う機能

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ病	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	発達障害	摂食障害	災害医療	医療観察法
全域	鹿児島大学病院	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	県立始良病院	●		●	●		●	●	●	●			●	●	●	●

[県障害福祉課]

- 精神科医療提供の基準については、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、精神症状悪化時等、緊急時の対応や多職種（精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士等）による支援が可能であり、各事業所と連携して生活の場で必要な支援を提供できる「地域精神科医療提供機能」を担う、圏域の精神科を標榜する医療機関は、病院7、診療所4となっています。
- また、「地域精神科医療提供機能病院」からの個別相談への対応、難治性精神疾患、処遇困難事例の受け入れ対応を行う「地域連携拠点病院」は、圏域では、病院2となっています。

\*1 障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例:障害者に対する差別をなくし、障害のある人もない人も人格と個性が尊重され、社会の一員として暮らすことができることを目的に平成26年3月に制定

【図表4-3-1】連携拠点機能病院が担う機能

区分	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	依存症			PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療
						アルコール依存症	薬物依存	ギャンブル依存症								
病院	7	7	7	5	5	5	1	0	5	5	4	4	4	6	6	5
診療所	2	2	4									1			1	

[平成30年度多様な精神疾患ごとの医療機能にかかる調査(県障害福祉課)]

- 精神疾患については、一般の医療機関<sup>\*1</sup>が、診療場面で気づくことも多いことから、一般の医療機関が、精神科病院等の医療機関と連携をとり対応することが必要です。その為、①精神症状悪化時等の緊急時の対応、②多職種チームによる支援、③地域(生活の場)で必要な支援の提供について調査し、圏域では延べ44医療機関が対応可能となっています。

【図表4-3-2】一般の医療機関における多様な精神疾患ごとの機能

①	緊急時の対応 入院、外来、訪問診療など適切な精神医療を提供するとともに、精神症状悪化時等の対応や連絡体制を確保していること。
②	多職種チームによる支援 医師(精神科医、心療内科医、脳神経外科医、小児科医等)、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制がとれていること。
③	地域での支援の提供 他の事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供できること。

[始良・伊佐地域振興局]

【図表4-3-3】一般の医療機関における多様な精神疾患ごとの機能を担う医療機関

区分	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	依存症			PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療
						アルコール依存症	薬物依存	ギャンブル依存症								
①	10	19	30	2	3	3	1	1	2	14	5	15	1	7	1	1
②	0	3	9	1	1					6	3	6		5	1	1
③	4	9	23	2	2	2	2	1	2	9	5	11	1	7	2	2
計	14	31	62	5	6	5	3	2	4	29	13	32	2	19	4	4

[始良・伊佐地域振興局]

- 精神疾患患者に対して、必要な医療が提供できるように、一般の医療機関と精神科医療機関の連携体制づくりに努めます。

\*1 一般の医療機関：圏域の自立支援医療(精神通院医療)への協力医療機関であり、平成28年度医療施設機能等調査(県保健医療福祉課)で「精神科・心療内科」領域の「診療を実施している」と回答した医療機関に対し、多様な精神疾患ごとの機能①～③が対応可能かについて調査。



## 第4章 安全で質の高い医療の確保

### 第3節 疾病別の医療連携体制

- 認知症の医療の充実を図るため、認知症疾患医療センターを中心に、認知症サポート医等との連携を強化します。
- 思春期を含む児童精神医療等の専門的な精神医療を提供できるよう、小児科などその他の医療機関との体制づくりに努めます。
- てんかんについては、専門的な診断・治療ができる専門機関である鹿児島大学病院てんかんセンターが、難治例に対応しており、同センターとの連携に努めます。

#### ウ 精神科救急医療体制の充実

- 精神科救急医療体制については、当番病院及び精神科救急情報センター、精神科救急医療電話相談窓口などの体制について、24時間365日の救急医療体制の継続を図ります。
- 身体疾患で救急医療が必要になった精神疾患患者への対応を充実するため、救急医療機関と精神科医療機関の連携強化を図ります。

#### エ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指して、精神科病院における入院患者数や地域移行に伴う基盤整備等について目標値を把握し、圏域における各市町障害福祉計画等と整合性を図りながら計画的に基盤整備を促進します。
- 「始良・伊佐圏域障害者地域連絡協議会」及びその専門部会としての「精神保健福祉専門部会」、「始良・伊佐地域管内精神科病院長精神科診療所長との意見交換会」等の保健・医療・福祉関係者の協議の場を通じて、地域移行に必要な住まいの確保や医療、介護、障害福祉サービス等の充実を図るための具体策を検討し、圏域における各市町自立支援協議会と連携を図りながら、支援体制の構築に努めます。
- 平成29年度、圏域をモデル圏域として実施した「長期入院精神障害者の地域移行推進事業」を通じて養成したピアサポーター<sup>\*1</sup>を、今後も継続して長期入院者精神障害者の退院意欲の喚起や地域移行支援に従事してもらうことにより、ピアサポーターの活動拡大と地域移行支援(個別給付)の増加につながるよう支援します。
- 圏域の市町における社会復帰支援活動を推進するとともに、一般住民に対する地域移行の理解促進のための普及啓発に努めます。
- 入院から在宅まで一環した治療方針のもと、医療及び福祉サービス等の提供が受けられるように、地域連携クリティカルパスの構築・普及を図っていきます。
- 在宅の精神障害者が病状安定し、地域生活を維持するために訪問診療や訪問看護等在宅医療の推進を図ります。

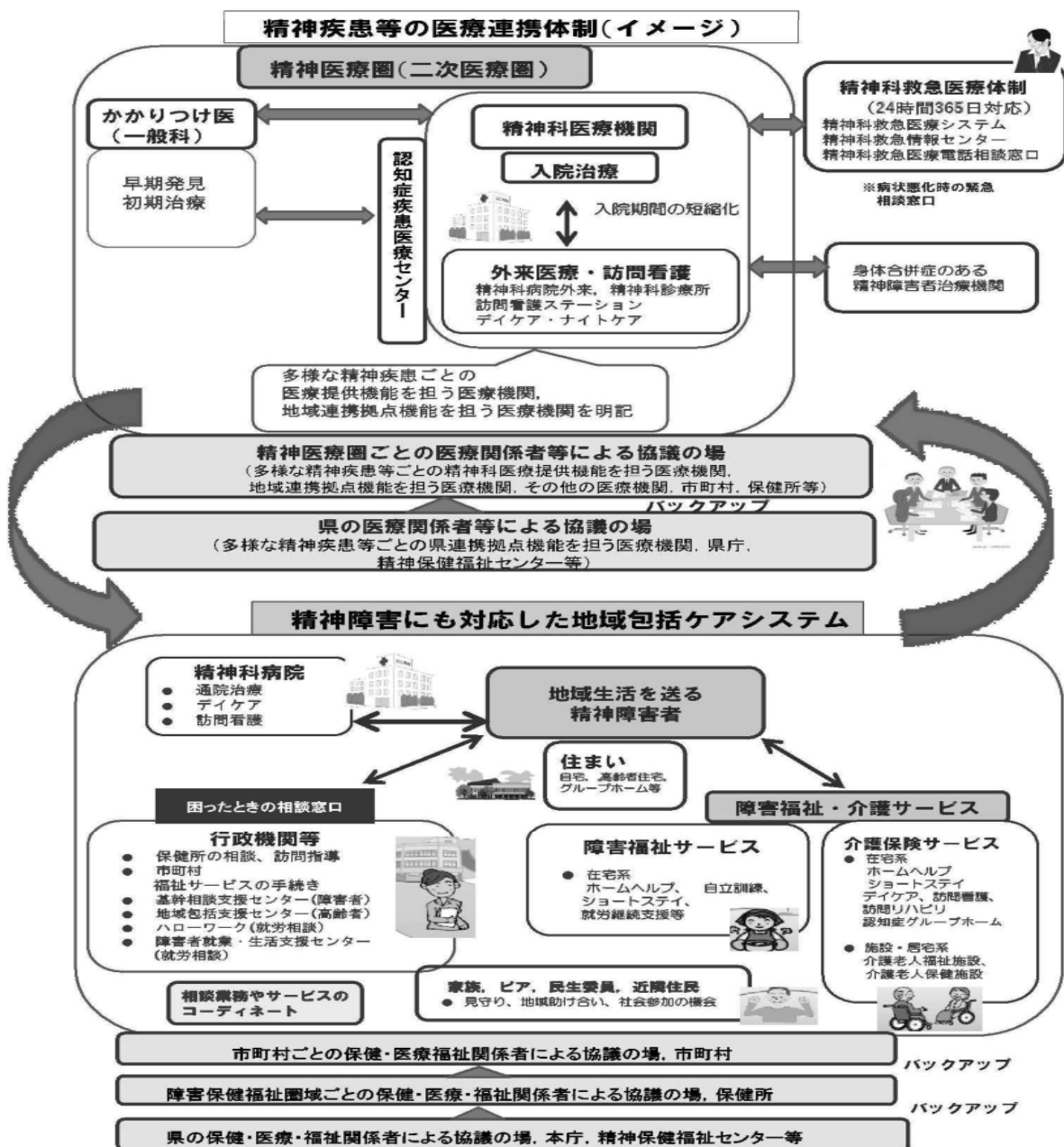
---

\*1 ピアサポーター：同じような病気（この場合は精神疾患）、体験をした者として、対等な関係性で仲間の支援を行う人

オ 相談支援体制の充実

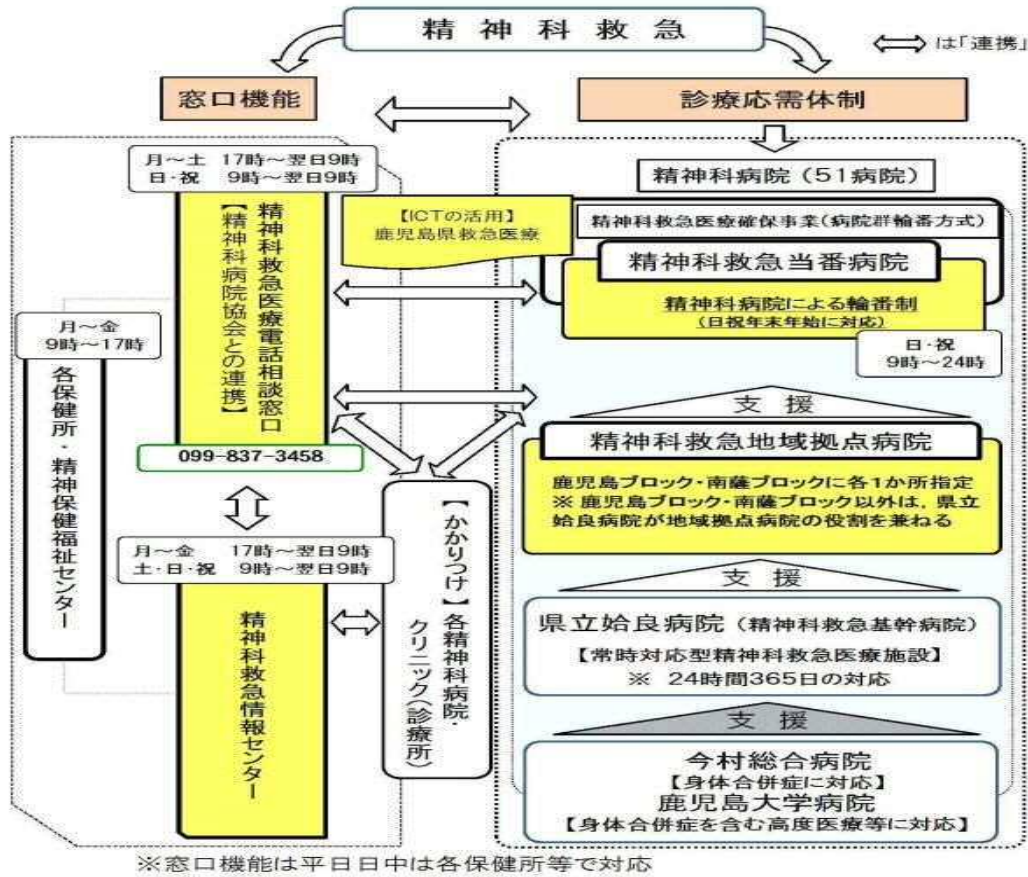
- 精神保健福祉に関する圏域の保健所や市町の相談・訪問支援等の充実強化するため、精神保健福祉センター等との連携を図ります。
- 圏域内の様々なこころの健康問題に適切に対応するために、ゲートキーパーの養成を充実するなど、相談従事者との連携に努めます。
- 一般相談支援事業所における地域移行・地域定着支援の取組が推進されるよう人材育成や、市町自立支援協議会での助言等を行っていきます。

【図表4-3-39】県の精神疾患等医療連携体制（イメージ）



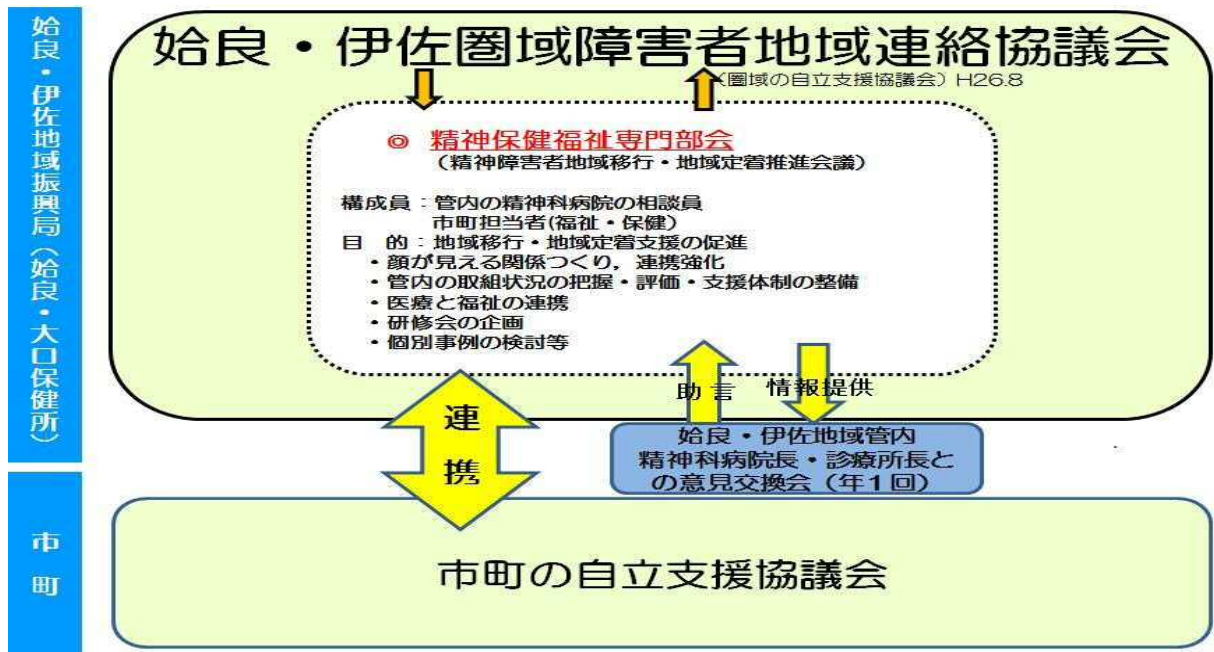
〔県障害福祉課〕

【図表4-3-40】 県の精神科救急医療体制（イメージ）



[県障害福祉課作成]

【図表4-3-41】 始良・伊佐保健医療圏域の障害者地域連絡協議会等



[始良・伊佐地域振興局]

【図表4-3-42】 県の精神疾患等の医療基準

	医療機関に求められる事項（要件）
地域連携拠点機能	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療・訪問診察を含む）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること</li> <li>2 精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること</li> <li>3 医療機関（救急医療，周産期医療を含む），障害福祉サービス事業所，相談支援事業所，居宅介護支援事業所，地域包括支援センター等と連携し，生活の場で必要な支援を提供すること</li> <li>4 地域連携会議の運営支援を行うこと</li> <li>5 積極的な情報発信を行うこと</li> <li>6 多職種による研修を企画・実施すること</li> <li>7 地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や，難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと</li> </ol>
地域精神科医療提供機能	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療・訪問診察を含む）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること</li> <li>2 精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること</li> <li>3 医療機関（救急医療，周産期医療を含む），障害福祉サービス事業所，相談支援事業所，居宅介護支援事業所，地域包括支援センター等と連携し，生活の場で必要な支援を提供すること</li> </ol>

〔「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」抜粋〕

※ 「精神疾患の地域医療連携に係る医療機関一覧」については、本県のホームページを参照ください。

○ ホーム ➤ 一般・県民の方々 ➤ 地域の情報／始良・伊佐地区 ➤ 目的別情報／健康・福祉 ➤ 始良・伊佐保健医療圏地域医療連携計画 ➤ 医療機関一覧（精神疾患）