

第5章 地域包括ケア体制の整備充実

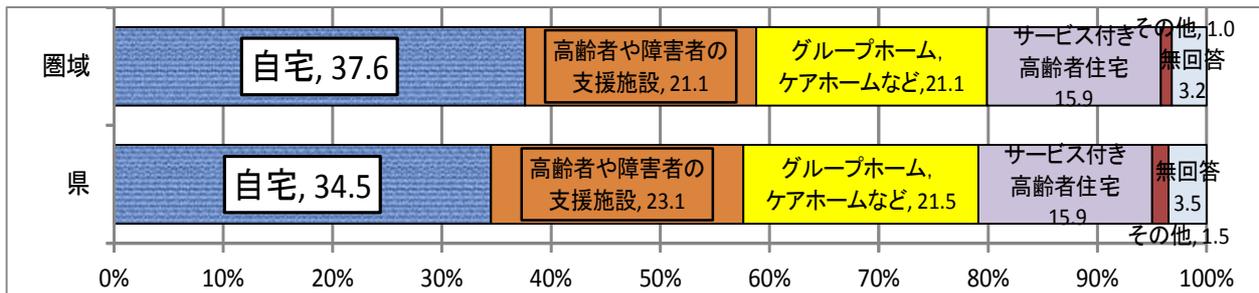
1 在宅医療

【現状と課題】

ア 在宅医療を取り巻く状況

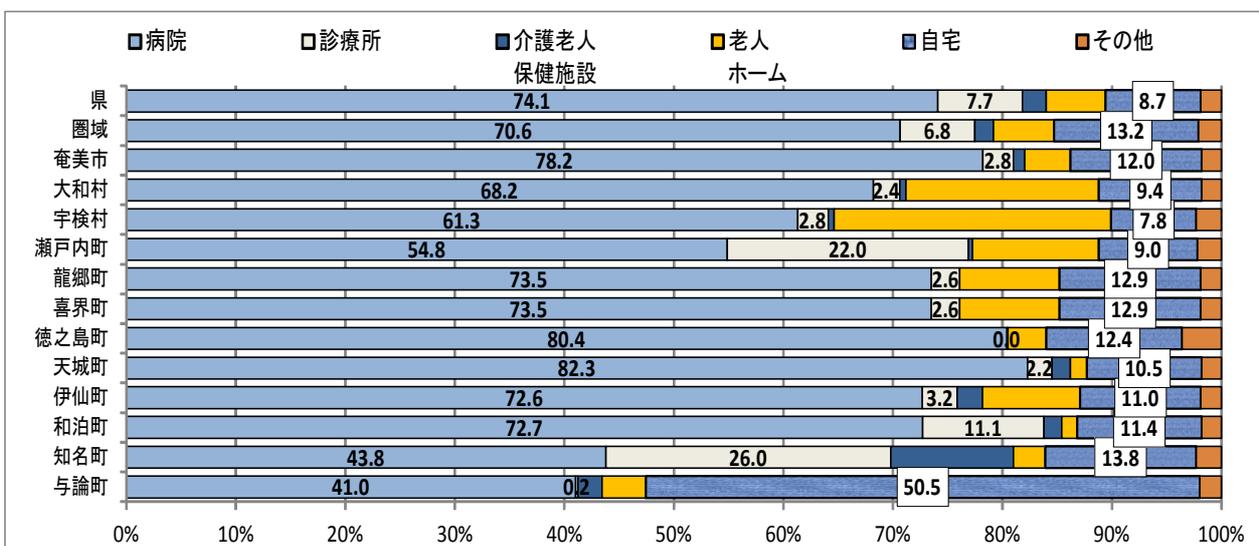
- 住民を対象とした「平成28年度県民保健医療意識調査」によると「入院以外の医療や介護を受ける場（住まい）」として、「自宅」と回答した割合が37.6%（県34.5%）、次いで「高齢者や障害者の支援施設」が21.1%（県23.1%）と、多くの人が住み慣れた地域・家庭で生活することを望んでおり、在宅医療のニーズはますます高まっています。
- 実際の死亡場所をみると、圏域では全死亡の77.4%（県81.8%）が医療機関での死亡となっていますが、市町村によってばらつきがあります。

【図表5-1-1】入院以外の医療や介護を受ける場（住まい）



[平成28年度県民保健医療意識調査]

【図表5-1-2】平成24年～平成28年死亡の場所別にみた市町村別死亡割合

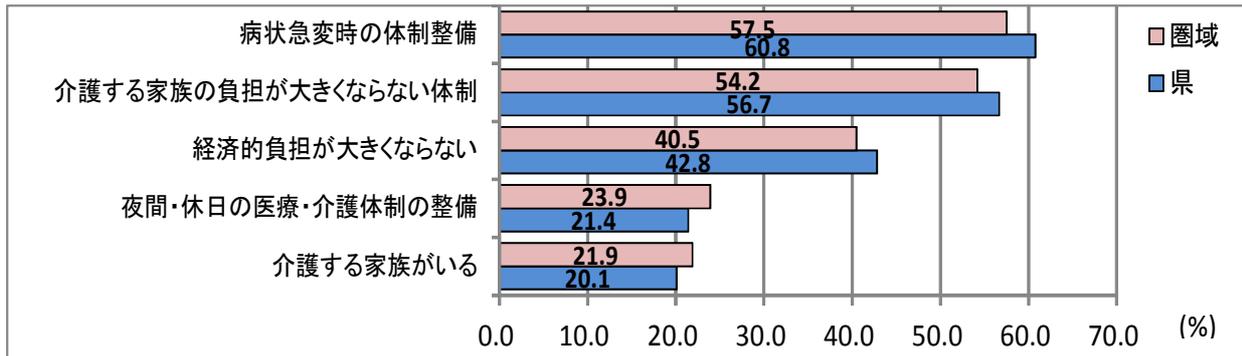


[大島支庁健康企画課作成]

- また、同調査で、「自宅での医療や介護を受け入れるために必要なこと」としては、「病状急変時の体制整備」が57.5%（県60.8%）「介護する家族の負担が大きくなる体制」が54.2%（県56.7%）、「経済的負担が大きくなる体制」が40.5%（県42.8%）となっています。

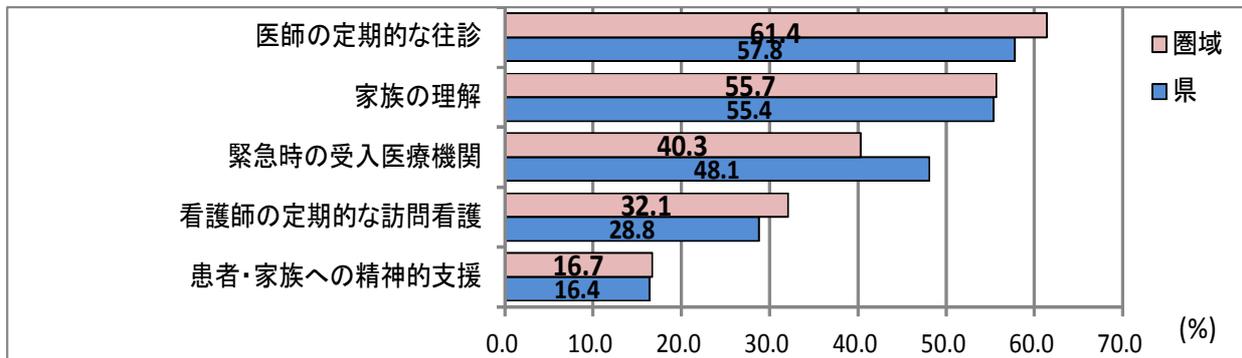
同様に、「残された日々を自宅で過ごす場合に必要なもの」として、「医師の定期的な往診」が61.4%（県57.8%）、次いで「家族の理解」が55.7%（県55.4%）、「緊急時の受入医療機関」が40.3%（県48.1%）となっています。

【図表5-1-3】 自宅での医療や介護を受け入れるために必要なこと（複数回答）



[平成28年度県民保健医療意識調査]

【図表5-1-4】 残された日々を自宅で過ごす場合に必要なもの



[平成28年度県民保健医療意識調査]

- がんなどの疾病において、終末期にある患者の多くは疼痛を訴える場合が多く、また、高齢者、難病者等も急変することが多いことから、生活の質（QOL）を維持しながら在宅医療を推進していくためには、在宅医療に関わるかかりつけの医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等の役割が大きくなっています。

イ 在宅医療の提供体制

- 在宅医療を担う医療施設等については、人口10万人対でみると県より高い施設もあります。

【図表5-1-5】 圏域の在宅療養支援病院等の状況（人口10万人対）

項目	在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所	在宅療養支援歯科診療所	訪問看護事業所	在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局
圏域	5 (4.5)	23 (20.9)	3 (2.7)	10 (9.1)	37 (34.0)
県	40 (2.4)	291 (17.7)	89 (5.4)	166 (10.1)	741 (45.0)

[県保健医療計画]

- 終末期ケアを含めた在宅医療を実施していくためには、医療、介護、福祉など関係機関の円滑な連携体制の構築が求められています。圏域でもサービス提供事業所等の偏在や連携体制の不十分さ、介護者不在などから、住民が希望しても最期まで在宅療養を続けることは困難な実態があります。
- 地域の様々なサービス提供事業所等が具体的に連携し、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できる人材の育成が必要です。圏域では、在宅チーム医療体制づくり事業や地域支え合い体制づくり事業、地域医療再生計画事業等の在宅医療推進に係る各事業が推進され、各関係機関の連絡体制が整備されてきています。
- 大島郡医師会では、在宅医療推進地域支援事業を活用して平成25年に大島郡医師会在宅医療連携支援センターを設置し、多職種連携の推進に向けた協議会や研修会の開催、情報の発信、地域住民への普及啓発等を展開しています。平成28年度からは、市町村が実施主体となる介護保険の地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」に取り組んでおり、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、保健所、大島郡医師会、医療機関等の連携による支援が必要です。

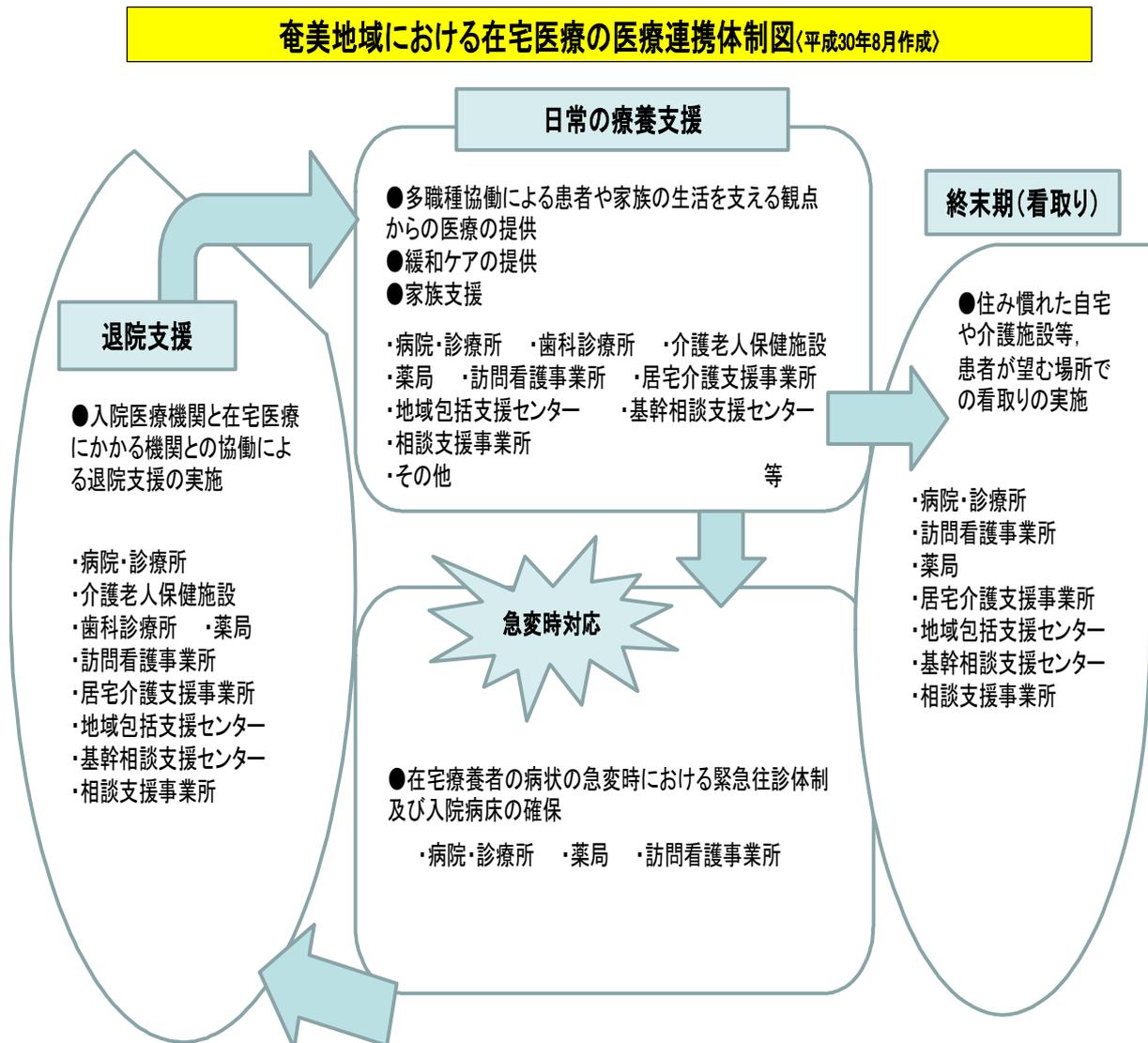
【施策の方向性】

医療機関や各関係機関、市町村等との連携の下、在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう、在宅医療対策を総合的に推進します。

ア 終末期ケアを含む在宅医療連携体制の整備

- 療養者ができる限り住み慣れた地域で自立し、社会参画しながら、かつ、尊厳をもって、自宅等で安心して暮らしていけるよう、一貫性のあるサービス提供に向けたマネジメント体制の整備を促進します。
- 退院調整ルール of 策定支援など、入院から在宅へ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を構築します。
- 医療、介護、福祉関係団体等の協力を得ながら、在宅医療を担うかかりつけの医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等の役割及び業務の分担を明確にし、退院後の在宅医療が継続的に提供できる連携体制を構築します。
- 終末期医療を自宅等において確保するため、対応できるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション等の確保を促進するとともに、患者が治療やケアの方針等を選択できるよう、関係機関への必要な情報提供に努めます。
- 大島郡医師会や市町村とともに、在宅医療に関する住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図



◎在宅医療において積極的役割を担う医療機関

在宅療養支援病院 5か所, 在宅療養支援診療所 20か所(平成30年8月1日現在)

◆在宅医療に必要な連携を担う拠点: 大島郡医師会在宅医療連携支援センター, 奄美市, 大和村, 宇検村, 瀬戸内町, 龍郷町, 喜界町, 徳之島町, 天城町, 伊仙町, 和泊町, 知名町, 与論町(各市町村地域包括支援センターを含む)

【図表5-1-7】奄美地域在宅医療の医療連携体制表

※関係機関名は大島支庁ホームページにて公表

機能療	【退院支援】		【日常の療養支援】		【急変時対応】		【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(緩和ケアを含む)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。		在宅療養者の病状の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(看取り含む)を行うことができる体制を確保する。	
関係機関	入院医療機関	在宅医療に係る機関	入院医療機関	在宅医療に係る機関	在宅医療に係る機関	入院医療機関	在宅医療に係る機関	入院医療機関
	①病院・診療所 ②介護老人保健施設	①病院・診療所 ②歯科診療所 ③訪問看護事業所 ④薬局 ⑤居宅介護支援事業所 ⑥地域包括支援センター ⑦基幹相談支援センター ⑧相談支援事業所	①病院・診療所 ②介護老人保健施設	①病院・診療所 ②歯科診療所 ③訪問看護事業所 ④リハビリテーション(訪問、通所) ⑤介護事業所(訪問、通所) ⑥薬局 ⑦居宅介護支援事業所 ⑧地域包括支援センター ⑨基幹相談支援センター ⑩相談支援事業所 ⑪短期入所サービス提供施設 ⑫地域密着型サービス事業所	①病院・診療所 ②訪問看護事業所 ③薬局	①病院・診療所	①病院・診療所 ②訪問看護事業所 ③薬局 ④居宅介護支援事業所 ⑤地域包括支援センター ⑥訪問介護事業所 ⑦介護老人福祉施設 ⑧グループホーム ⑨基幹相談支援センター ⑩相談支援事業所	①病院・診療所
関係機関に求められる事項	①退院支援担当者等を配置している。 ②退院支援担当者の資質向上の為に研修や実習の受講機会を設けている。 ③入院初期から退院後の生活を視野に支援している。 ④退院支援の際には患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけている。 ⑤退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について退院前カンファレンスや文書、電話等で在宅医療に係る院外関係機関との情報共有を図り、協働して退院支援ができる。	①在宅療養者のニーズに応じた医療や介護、障害福祉サービスの調整を行っている。 ②医療や介護、障害福祉サービス担当者間で在宅療養者に関する情報や計画を共有し、連携している。 ③小児や若年層の在宅療養者にも対応できる体制を確保している。	①在宅療養支援のためのレスパイト入院の体制を調整できる。	①相互の連携により在宅療養者のニーズに応じた医療や介護、障害福祉サービスの提供・調整を行っている。 ②医療や介護、障害福祉サービス関係者は地域ケア会議等に積極的に参加できる。 ③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、家族の負担軽減につながるサービス(レスパイトを含む)を適切に紹介している。 ④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)、小児患者(小児の入院医療機関との連携)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。 ⑤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。 ⑥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。 ⑦災害時にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む)を策定している。	①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。 ②急変時、在宅療養者や家族から求めがあった際に、24時間対応が可能な体制を確保している。 ③24時間対応が自機関で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保している。 ④搬送について、地域の消防関係者等と連携を図っている。	①無床診療所等からの相談に対応し、必要に応じて一時受け入れを行うことができる。 ②重症等で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。 ③搬送等について地域の消防関係者等と連携を図っている。	①終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所で最後まで安心して療養が受けられる体制を構築している。 ②在宅療養者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行っている。 ③介護施設等における看取りを必要に応じて支援している。	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、患者が望む場所で最後まで安心して療養が受けられる体制を構築している。 ②患者や家族等に対して、状況に応じた適切な情報提供を行っている。 ③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。

	【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】
機関関係	①在宅療養支援病院、②在宅療養支援診療所
目標	退院支援から看取りまでの目標達成にむけ、病院・診療所が自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援を行いながら医療・介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う。 ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行う。 ・在宅医療を担う研修を行う。 ・在宅療養者の家族への支援を行う。 ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行う。 ・災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行う。 ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行う。
求め係機関に求められる事項	①医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行う。 ②在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスの資源が十分確保できるよう、関係機関に働きかける。 ③在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行う。 ④卒後初期臨床研修制度(歯科の場合、卒後臨床研修制度)における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努める。 ⑤災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行う。 ⑥地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介する。 ⑦入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の一時受け入れを行う。 ⑧地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスの資源に関する情報提供を行う。

	【在宅医療に必要な連携を担う拠点】
機関関係	①大島郡医師会在宅医療連携支援センター、②奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町(各市町村地域包括支援センターを含む)
目標	退院支援から看取りまでの目標達成に向け、多職種による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図る。
求め係機関に求められる事項	①地域の医療及び介護、障害福祉関係者に依る協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施する。 ②地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行う。 ③質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図る。 ④在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を行う。

2 医療と介護の連携

【現状と課題】

ア 介護サービス等の充実

- 平成12年4月の制度施行以来、介護保険事業所の開設が進み、全ての地域でサービス利用は可能となっています。しかしながら、居宅サービスの提供状況では、依然として地域差があります。
- 平成18年4月に創設された地域密着型サービス^{*1}については、高齢者の認知症に対する認知症対応型共同生活介護や通所、訪問、宿泊のできる多機能型施設の整備が徐々に進んでいますが、24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や夜間対応型訪問介護が未だ整備されていない状況です。

【図表5-2-1】圏域の介護保険施設等の指定状況（平成29年10月1日現在）

サービスの種類		圏域合計	奄美大島	喜界島	徳之島	沖永良部島	与論島
居宅サービス事業	訪問介護	51	32	2	12	4	1
	訪問入浴介護	7	4	1	0	2	0
	訪問看護	81	54	5	11	7	4
	訪問リハビリテーション	72	47	4	10	7	4
	居宅療養管理指導	156	107	6	19	18	6
	通所介護	51	35	2	6	7	1
	通所リハビリテーション	18	10	1	4	3	0
	短期入所生活介護	19	11	1	4	2	1
	特定施設入居者生活介護	4	3	1	0	0	0
	短期入所療養介護	9	4	1	1	2	1
	福祉用具貸与	17	8	1	5	1	2
	特定福祉用具販売	19	9	1	6	1	2
	小計	504	324	26	78	54	22
居宅介護支援		61	41	3	7	7	3
施設サービス	介護老人福祉施設	19	11	1	4	2	1
	介護老人保健施設	8	4	0	2	1	1
	介護療養型医療施設	2	0	1	0	1	0
	小計	29	15	2	6	4	2
地域密着型サービス	認知症対応型通所介護	4	1	1	1	1	0
	小規模多機能型居宅介護	12	5	1	2	4	0
	認知症対応型共同生活介護	23	10	1	6	5	1
	地域密着型特定施設入居者生活介護	4	1	0	2	1	0
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	1	1	0	0	0	0
	夜間対応型訪問介護	0	0	0	0	0	0
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護(H24～)	0	0	0	0	0	0
	看護小規模多機能型居宅介護(H24～)	0	0	0	0	0	0
	地域密着型通所介護(H28～)	24	21	1	0	2	0
小計	43	18	3	11	10	1	
合計	637	398	34	102	75	28	

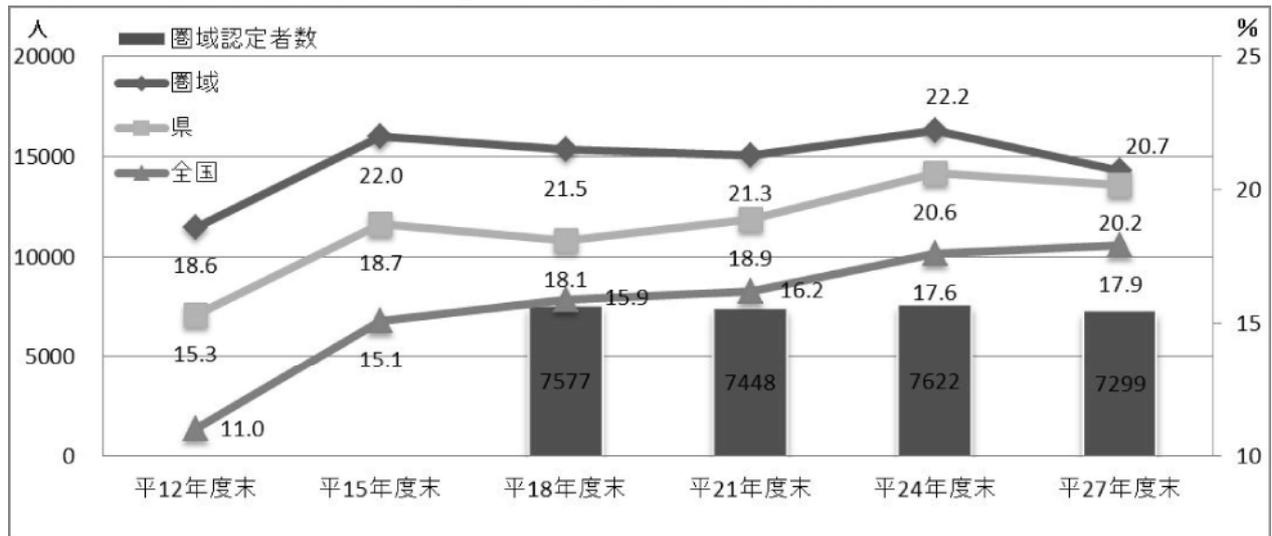
※居宅療養管理指導のみ平成30年1月末現在

[大島支庁地域保健福祉課]

*1 地域密着型サービス：高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するために、身近な市町村で提供されることが適当とされるサービス。市町村が指定、指導監督の権限を持つ。原則として当該市町村の被保険者（住民）が利用

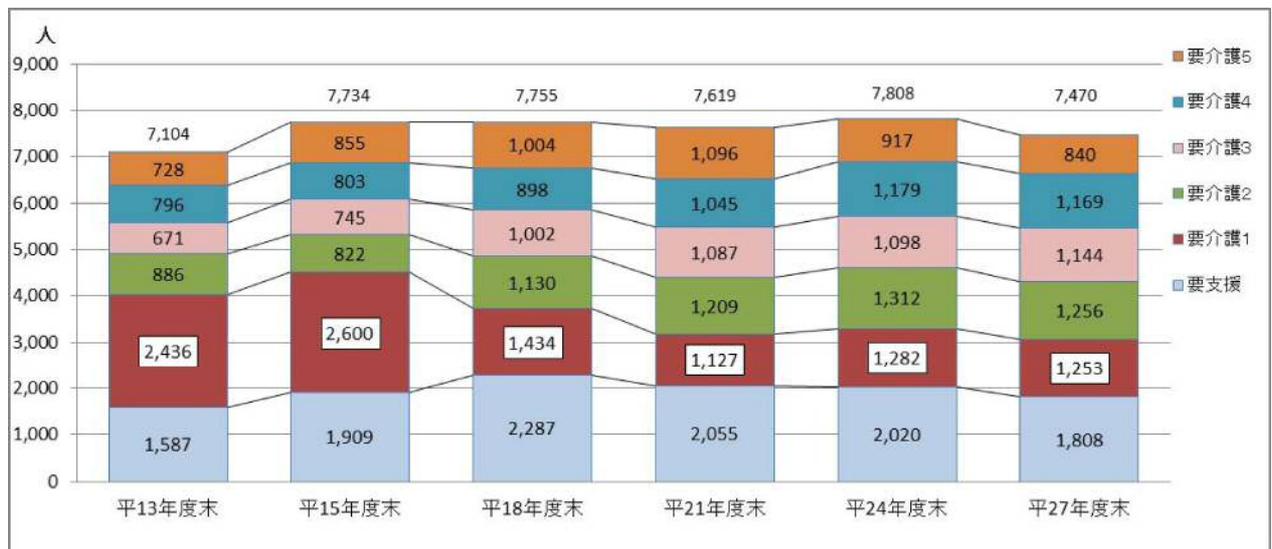
- 要介護等認定率（第1号被保険者のみ）は、平成27年度末で20.7%となっており、介護保険制度開始時（平成12年度末18.6%）と比較すると増加しているものの、ここ数年は低下しています。
- また、圏域の要介護（要支援）認定者に占める要介護3以上の者の割合はやや増加傾向にあり、平成27年度末には42.2%となっています。当圏域は高齢化率が高く、高齢単身世帯が多いことから、要介護状態になることをできるだけ防ぎ、また、要介護状態になってもそれ以上悪化しないよう、自立支援、介護予防・重度化防止の対策の充実が必要です。

【図表5-2-2】 要介護(要支援)認定率等の推移(第1号被保険者のみ)



[介護保険事業状況報告]

【図表5-2-3】 圏域の要介護(要支援)認定者数の年次推移



[介護保険事業状況報告]

- 介護サービス利用状況（第1号被保険者）は平成29年3月現在で6,381人で、そのうち、居宅サービス60.9%，地域密着型サービス13.7%，施設サービス25.4%となっています。

【図表5-2-4】圏域の介護サービス利用状況（第1号被保険者）（平成29年3月末現在）

第1号被保険者		介護サービス利用者数(率)			
被保険者数	要介護・要支援 認定者数(率)	居宅 サービス	地域密着型 サービス	施設 サービス	利用者 合計
35,850人	7,037人 (19.6%)	3,886人 (60.9%)	873人 (13.7%)	1,622人 (25.4%)	6,381人

[介護保険事業状況報告]

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「地域の医師の協力体制」、「チーム医療の体制整備や専門知識・技術の向上」「ケアする家族の存在」等があげられています。

【図表5-2-5】在宅医療を実施するために必要な条件（複数回答）（単位：％）

区 分	病院		有床診療所		無床診療所	
	回答施設数		回答施設数		回答施設数	
メディカルスタッフの確保	5	45.5%	7	43.8%	7	25.0%
後方入院施設	4	36.4%	6	37.5%	7	25.0%
地域の医師の協力体制	7	63.6%	10	62.5%	9	32.1%
チーム医療の体制整備や専門知識・技術の向上	7	63.6%	7	43.8%	8	28.6%
介護ケアチームとの協働	6	54.5%	8	50.0%	8	28.6%
訪問看護ステーションの利用	6	54.5%	7	43.8%	6	21.4%
口腔管理・食支援の体制整備	6	54.5%	7	43.8%	6	21.4%
ケアする家族の存在	7	63.6%	9	56.3%	8	28.6%
診療報酬上の評価	4	36.4%	9	56.3%	6	21.4%

* 調査対象施設数：病院15，診療所58 [平成28年度県医療施設機能等調査]

- 退院時カンファレンスの実施状況については、「原則としてすべて実施している」が、病院においては36.4%となっており、有床診療所においては12.5%となっています。

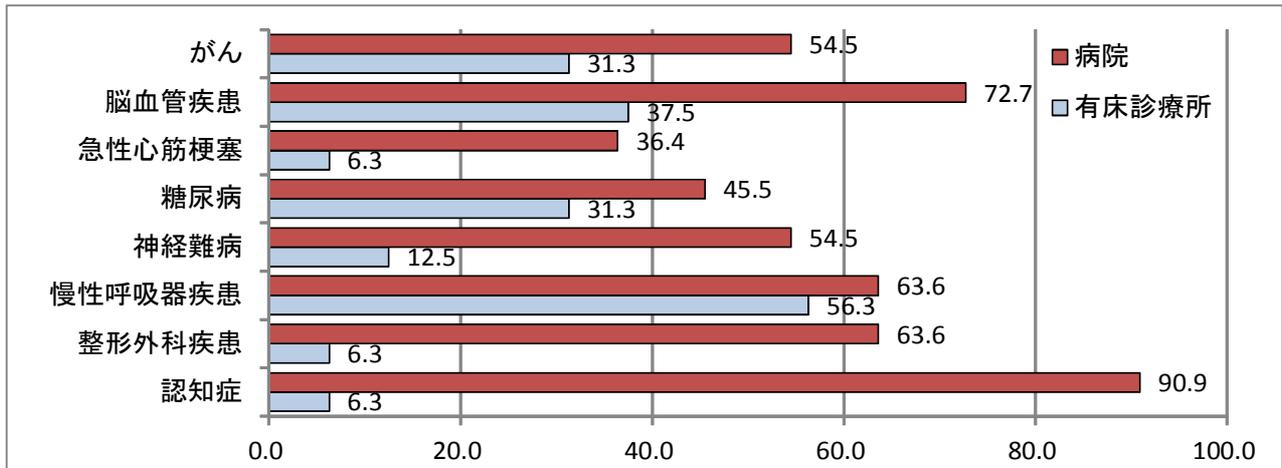
【図表5-2-6】退院時カンファレンスの実施状況（単位：％）

区 分	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
病 院	11	36.4	54.5	9.1	0.0
有床診療所	16	12.5	43.8	37.5	6.3

* 調査対象施設数：病院15，診療所58 [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、病院では「認知症」が、有床診療所では「慢性呼吸器疾患」が最も多くなっています。

【図表5-2-7】 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）（単位：％）



[平成28年度県医療施設機能等調査]

【施策の方向性】

ア 地域実情等を踏まえた介護サービス基盤の整備等

- 介護が必要な単身高齢者であっても住み慣れた地域で継続して生活できるように、鹿児島すこやか長寿プラン2018（県介護保険事業支援計画）及び市町村介護保険事業計画等に基づき、介護サービスの基盤整備に努めます。
- 地域住民やボランティアなどの協力を得た見守りや声掛けなどの日常の支援活動を促進するとともに、地域資源の開発や地域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の支援や先行的な取組などの情報提供を行います。
- 介護サービス基盤等の確保に向けて、住民や関係機関、団体等と協議し、地域ケア体制の整備に努めます。
- 高齢者の状態や介護ニーズの変化等に対応できるサービス提供体制の確保に向けて、各種研修等を通じてサービス提供事業所や従事者の質の向上に努めます。
- 高齢者等の多様なニーズに対応するため、市町村や関係団体等と協働し、在宅医療に従事する多職種の連携や資質向上を図ります。

イ 医療・介護の連携体制づくり等

- 地域の中で、急変時や本人家族の状況に応じた医療・介護サービス等が提供できるよう、市町村単位で医療や介護の多職種が情報を共有しながら連携できる体制づくり等を支援します。
- 医療と介護が必要な方の入院から退院への移行等が円滑に進むよう、入退院調整ルール策定に係る市町村や地区医師会等の関係者による協議を支援していくとともに、圏域におけるルールの整理、運用の促進に努めます。
- 高齢者等からの各種相談や権利擁護、高齢者虐待等に関する通報等に対し、関係機関との連携や役割分担などにより適切に対応できる体制整備に努めます。

3 認知症

【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，4,628人であり，65歳以上の全要介護（要支援）認定者の65.9%を占めています。
また，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）40歳以上64歳以下の人は63人です。
- 75歳以上の後期高齢者の増加とともに，認知症の症状を有する方（以下「認知症高齢者等」という。）は，今後も増えていくことが見込まれています。

【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見られ，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，平成26年79人，平成27年75人，平成28年71人です。認知症の原因となる疾患としては，アルツハイマー型認知症や血管性認知症などが代表的ですが，初期の段階で診断を受け，適切な治療を早期に開始することで症状が改善したり，進行を遅らせることが可能な場合もあります。

【図表5-3-1】認知症を主たる疾病とする精神科病院年齢別入院患者数（平成28年6月現在）
（単位：人）

疾病名	～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	計
アルツハイマー型認知症	0	0	2	7	23	32
血管性認知症	0	0	2	2	4	8
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0	0	13	7	11	31
計	0	0	17	16	38	71

[精神保健福祉資料]

- 認知症サポーターの養成など認知症に対する理解普及に取り組んでいますが，認知症に関する理解は十分とはいえず，早期に適切な対応や治療が行われないまま悪化する例も見られます。

【図表5-3-2】圏域における認知症サポーター数（平成30年9月現在）

認知症サポーター数	11,780名
人口の1割以下の市町村	6市町村（圏域12市町村中）

[全国キャラバン・メイト連絡協議会]

- 圏域は高齢単身世帯や高齢夫婦世帯の一般世帯数に占める割合が県より多いことから、周囲に気付かれずに、早期受診が遅れる場合もあります。
- 認知症高齢者等やその家族は、様々な悩みや不安を抱えながらも相談や支援に結びついていない場合も多く、身近な地域で気軽に相談ができ、支援が受けられる体制が必要です。
- 市町村においては、認知症初期集中支援チームを設置し、早期診断・早期対応に向けた取組を進めています。
- 若年性認知症については、うつ病や別の病気と間違われやすく、早期の治療につながりにくい現状にあり、また、発症後に利用できる制度が介護または、障害関係の施策と分かれるため、医療、介護、障害、雇用部門など、総合的な支援体制が必要とされています。

イ 認知症の予防

- 認知症の原因には、アルツハイマー型認知症や血管性認知症などがありますが、予防については、発生要因ともなる生活習慣病の予防が大切です。
- 加齢や疾病等で日常生活活動が低下していくことで、次第に認知機能が低下し、認知症を発症する場合もあり、日頃から日常の活動を維持、高めることが予防につながります。このため、市町村が実施する地域支援事業の中で、高齢者を対象とした各種介護予防教室が開催されています。

ウ 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は、圏域においては奄美病院が指定機関となっています。
- 圏域には、もの忘れの相談ができる医師が33人（平成30年11月末現在）、かかりつけの医師の相談に対する助言や支援を行ったり、地域包括支援センター等への支援協力や連携を推進する役割を担う「認知症サポート医」は、圏域では平成30年11月末現在29名養成されています。

エ 認知症高齢者等の支援等

- 認知症カフェなどの認知症の人やその家族等が集う取組は、2020年度末までに県内全市町村への普及に努めていますが、圏域において認知症カフェを開設している市町村は、平成30年9月末現在で6市町村となっています。
- 認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れを示す「認知症ケアパス」は市町村毎に作成され、それぞれ住民や関係者向けに周知を図っています。
- 症状が重症化し自宅での介護が困難になると、グループホームや介護保険施設への入所が、また、精神症状が著明であれば専門診療機関での入院加療が必要となりますが、施設の定員にも限りがあり、即時入所（入院）できない場合があります。

【図表5-3-3】圏域の認知症支援関係施設（平成29年10月1日現在）

介護老人 福祉施設	認知症対応型 共同生活介護	認知症対応型 通所介護	夜間対応型 訪問介護	小規模多機能型 居宅介護
19か所	23か所	4か所	0か所	12か所

[大島支庁地域保健福祉課]

- 認知症高齢者等が自宅で療養生活を続けていくためには、認知症の正しい理解のもとで医療や介護、福祉などの各種のサービスが提供されることが重要ですが、特に、介護者が高齢者である場合等には、支援者間の一層の連携が求められています。

【施策の方向性】

ア 認知症の予防から認知症の段階に応じた支援対策

- 認知症の発生要因ともなる脳卒中などの生活習慣病を予防するため、市町村が実施する生活習慣病予防の取組やサロン等の閉じこもり予防教室や認知機能を刺激する教室等の介護予防の取組を促進します。
- 認知症に関する正しい知識の普及啓発を図り、住民へ認知症予防の気運を高めます。
- 認知症高齢者やその家族等が認知症の段階に応じてどのような支援を受けることができるのか理解できるように、市町村が作成した認知症ケアパスの普及・啓発に努めます。
- 認知症サポーターの養成については、さらに対象を広げながら継続して取り組むとともに、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。
- 認知症の人やその家族が気軽に集え、専門医や介護専門職などに相談できるよう認知症カフェの取組が圏域内全市町村に普及するよう努めます。
- 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用、活用に係る市町村の取組を促進します。
- 若年性認知症は、利用できる制度が介護または、障害関係の施策と分かれるため、医療、介護、障害、雇用部門などの関係者間の連携を強化するなど、総合的な支援の充実を図ります。
- 認知症高齢者等の自立支援やケアの質の向上を図るため、医療・介護従事者等への研修の充実や地域における指導者の育成等に努めます。

イ 認知症の医療連携体制の整備

- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センター（奄美病院）と認知症サポート医やかかりつけ医等と連携した早期診断・早期対応の体制構築を推進します。
- 認知症サポート医の効果的な活用により、かかりつけ医に対する支援や地域包括支援センター等との連携の強化を図ります。
- 認知症疾患医療センターによる認知症疾患医療連携協議会の運営や、認知症サポート医やかかりつけ医、地域包括支援センター等との連携強化を支援し、認知症疾患医療センターを拠点とした関係機関相互のネットワークの形成を促進します。

【図表5-3-4】 認知症の医療連携体制のイメージ

