

第4章 安全で質の高い医療の確保

1 疾病別の医療連携体制

(1) がん

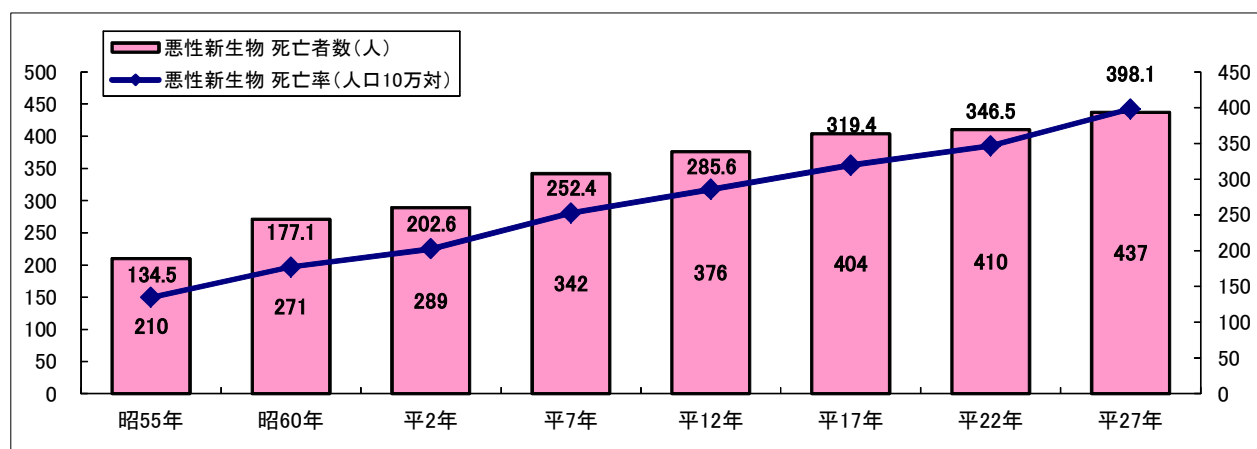
【現状と課題】

ア がんの現状

- 平成27年の圏域における悪性新生物（がん）による死亡者数は437人、人口10万対死亡率は398.1となっています。
- 平成24年～28年の圏域の標準化死亡比は、男性103.3、女性93.3となっており、男性は県より高くなっています。

【図表4-1-1】 圏域の悪性新生物（がん）による死亡者の年次推移 *全死亡に対する割合

区 分		昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
悪性 新生物	死亡者 数(人)	210	271	289	342	376	404	410	437
	死亡割 合(%)	14.7	19.0	20.3	20.9	25.0	24.2	23.6	24.5



[衛生統計年報]

【図表4-1-2】 平成24年～28年の悪性新生物の標準化死亡比（SMR）

区 分	男 性	女 性
圏 域	103.3	93.3
県	93.4	95.2

[県健康増進課作成]

- 厚生労働省研究班の推計によれば、生涯のうち、がん罹患する可能性は約2人に1人とされており、がん医療の充実やがん情報の提供を多くの住民が望んでいます。

イ がんの予防及び早期発見

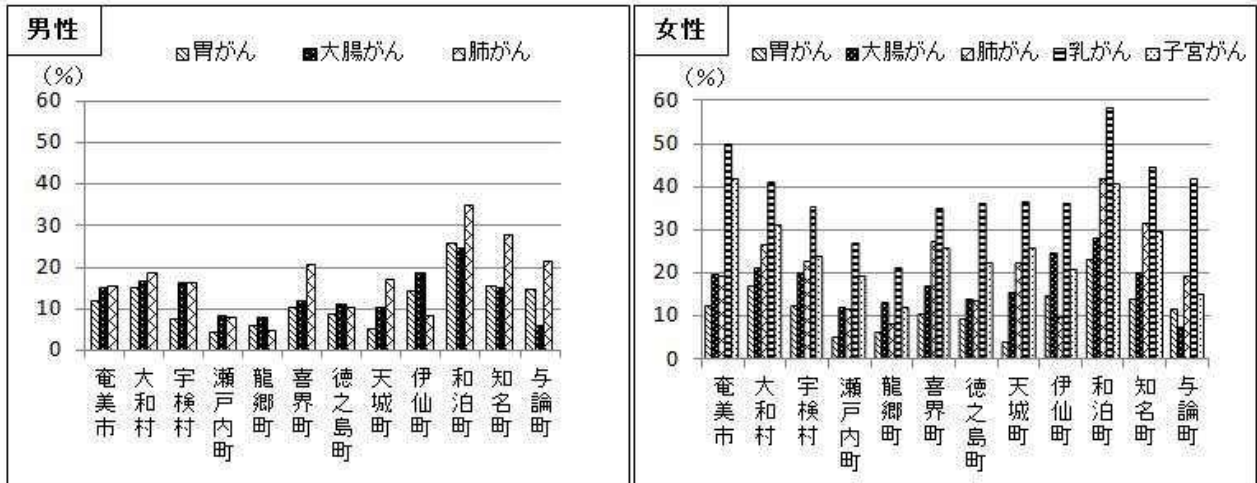
- がん対策の中で、早期発見体制の充実は極めて重要であり、胃がんや乳がんの早期の5年生存率は95%以上とされています。
- がん検診は、老人保健法に基づく市町村事業として開始され、平成20年度からは健康増進法に基づく事業となり、引き続き市町村が努力義務として実施しています。

(ア) がん検診

- 圏域で市町村が実施している平成28年度のがん検診受診率は、市町村によりばらつきがあるものの女性の乳がん検診を除くと10%～20%台にとどまっているものが多く、がんの早期発見・早期治療の促進のためには受診率の向上が重要です。

なお、圏域の平成27年度市町村実施のがん検診では36名にがんが発見されています。

【図表4-1-3】平成28年度圏域の市町村実施各種がん検診受診率



* 対象年齢40歳～69歳、子宮がんは20歳～69歳

[大島支庁健康企画課作成]

- 県では、「鹿児島県生活習慣病検診等管理指導協議会」の中に、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がんの5つの部会を設置し、がん検診の専門的な精度管理を行っています。
- 圏域のがん検診精密検査実施協力医療機関数は以下のとおりです。

【図表4-1-4】圏域のがん検診精密検査実施協力医療機関数（平成29年12月末時点）

区分	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
施設数	16	6	12	1	1

[県健康増進課作成「各種がん検診精密検査実施協力医療機関名簿」]

(イ) 肝炎ウイルス検査

- 肝がんの多くはC型肝炎ウイルス持続感染者が慢性肝炎から肝硬変を経て発症します。
- そのため、平成14年度から19年度までは老人保健法、平成20年度からは健康増進法に基づき市町村によりB型・C型肝炎ウイルス検査が実施されています。
- 特定健診の新規受診者の受診率向上により感染者の早期発見に資することが望まれます。
- 肝炎対策事業として県保健所での検査，医療機関へ委託しての無料検査を実施することにより，感染者の早期発見を図っています。

(ウ) がん予防に関する普及啓発活動

- がん予防については、市町村を中心に予防啓発や保健指導等を行っています。また、県の健康増進計画である「健康かごしま21」に基づき、健康課題に応じた地域づくりや住民の生涯を通じた切れ目のない健康支援を効率的・効果的に推進するために「健康かごしま21地域推進協議会」を開催し、「地域・職域・学域」の連携に

より、住民の健康づくりの推進に努めています。

- がんは、死亡原因の第1位であることから、医師会等の関係団体においても広く地域住民に対して講演会の開催等で啓発活動が行われています。

ウ がん医療の確保

- がん医療の水準には地域格差や施設の格差が見られるため、標準的治療や進行・再発といった様々ながんの病態に応じたがん医療を住み慣れた地域で受けられるように、医療機関等の連携体制やがん診療連携拠点病院等を整備する必要があります。
- 圏域においては、県立大島病院が「地域がん診療連携拠点病院」として厚生労働大臣から指定されています。

○ 放射線療法

圏域において放射線治療装置の一種であるリニアックが整備されている医療機関は県立大島病院の1か所です。

○ 外来化学療法

新しい抗がん剤の開発や副作用への対応の進歩により、外来においても安心して化学療法が行われるようになってきました。外来化学療法（飲み薬や注射薬）の大きなメリットは、患者が日常生活を送りながら外来通院を継続することで、生活の質（QOL）の向上が図られ、さらに入院治療に比べ経済的な負担が軽減されます。

なお、圏域において外来化学療法加算^{*1}算定医療機関は県立大島病院と名瀬徳洲会病院の2か所となっています。今後、近隣の医療機関で外来化学療法が受けられる体制整備が求められます。

○ 緩和ケア

緩和ケアについては、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、終末期だけでなく、がんと診断されたときから診断、治療、在宅医療など様々な段階において切れ目なく行われることが求められており、治療時期や療養場所を問わず、患者の状態に応じて適切に提供される必要があります。

圏域には緩和ケア外来はありますが、緩和ケア病棟を設置している施設はありません。

地域がん診療連携拠点病院となっている県立大島病院においては、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士等の幅広い専門職により緩和ケアチームが構成されており、さまざまな視点から患者のサポートを行っています。

○ 在宅がん医療の連携

在宅がん医療を圏域で展開していくためには、24時間対応可能な医療体制の確保、特に、在宅療養支援診療所を中心に訪問看護ステーションとの連携体制が重要となっています。なお、圏域の施設数は以下のとおりです。

【図表4-1-5】圏域におけるがんに関する診療を実施している施設数

(在宅療養支援診療所・病院：平成27年3月時点、訪問看護ステーション：平成29年度末)

在宅療養支援診療所	在宅療養支援病院	訪問看護ステーション
23	5	10

[県保健医療計画]

*1 外来化学療法加算：厚生労働省が定める施設基準に適合するものとして、社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、悪性新生物（以下「がん」）で外来治療中の患者に対して、抗がん剤による注射の必要性、副作用、その他留意点等について文書説明し、外来化学療法に係る専用室において、抗がん剤等が投与された場合に診療報酬に加算できる。

エ 小児がん・AYA世代^{*2}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が必要です。
小児がん患者については、小児慢性特定疾病医療費助成事業により、治療研究と併せて患者家族の医療費の負担軽減が図られています。
- 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。

オ がん患者の就労支援

- がん医療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。

【施策の方向性】

がん対策については、「県がん対策推進計画」に基づいて、医療機関、保険者、市町村、介護サービス機関等と連携の下、がん予防の推進、がんの早期発見、早期治療の促進及びがん医療の均てん化を図る等、がん対策を総合的に推進します。

ア がんの予防

- 住民が、がんについて正しい知識を持ち、がん予防につながる健康な生活習慣を身につけるよう、喫煙、食生活、運動等の生活習慣の改善や肝炎ウイルスの感染予防等のための取組を推進します。

イ がんの早期発見及び早期治療

- 早期発見・早期治療の重要性について一般住民へ啓発し、科学的根拠に基づくがん検診の実施及び市町村による検診受診率や精密検査受診率の向上に努めます。また、がんを疑うような症状に対する知識と早期受診の必要性についての啓発等に努め、早期治療が可能な体制の構築を促進します。

ウ 病態に応じたがん治療が可能な体制

- 進行・再発といった様々ながんの病態に応じたがん治療を住み慣れた地域で受けられるように、がんの発見・診断から専門的治療や標準的治療及び在宅に至るまで、医療機関及び介護サービス機関等が連携した体制の構築を促進します。
また、がんに関する相談支援の場として県立大島病院に設置されている「がん相談支援センター」と連携し、相談支援体制の充実も図ります。

エ 小児がん・AYA世代のがん対策の推進

- 小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップについて、ライフステージに応じて成人診療科と連携した切れ目のない相談等の支援体制の構築を推進します。

オ がん患者の就労支援

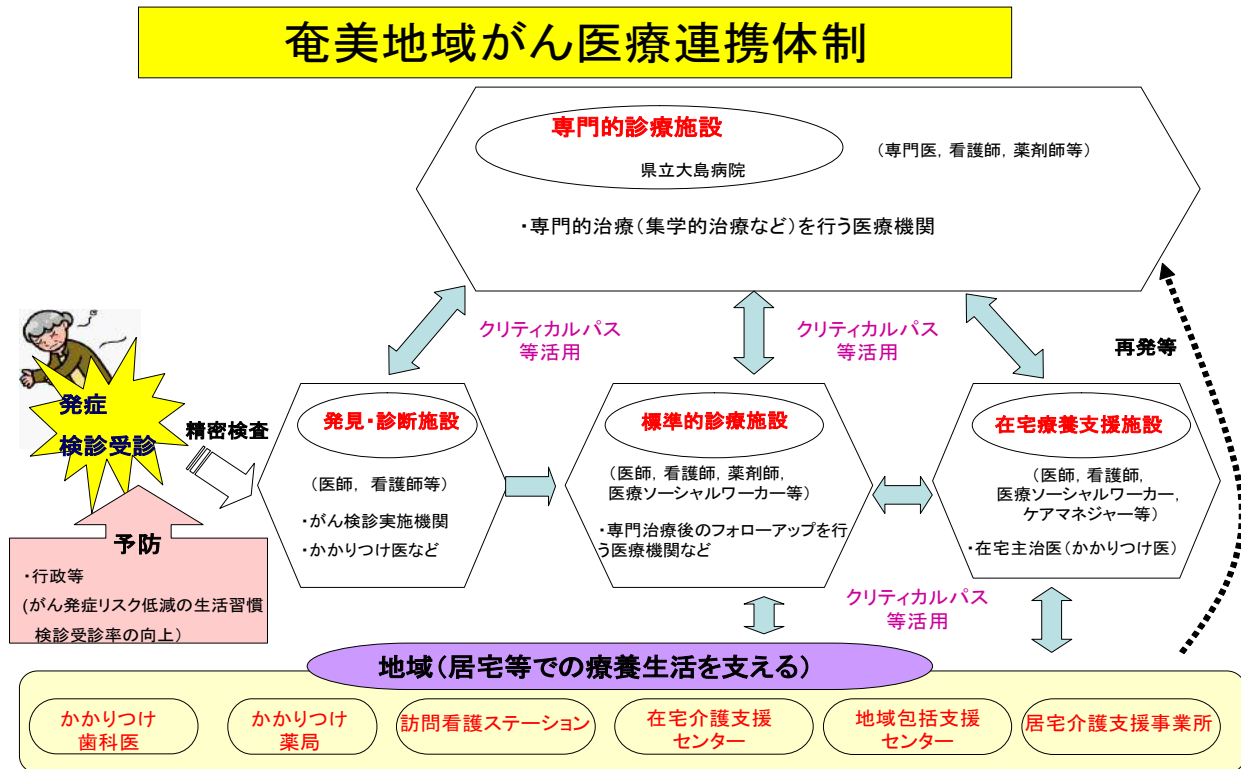
- がん相談支援センターや鹿児島公共職業安定所等と連携した相談支援を促進します。

*2 AYA世代：思春期世代と若年成人世代のこと。

カ 在宅療養が可能な体制

- 在宅療養を希望する患者に対しては、患者の意向に沿った医療が提供されるとともに、必要に応じて適切な緩和ケアが行われ、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供される体制を構築します。さらに終末期には、看取りまで含めた療養ができるよう、医療及び介護サービス等が相互に連携した支援体制の整備を促進します。

【図表4-1-6】がんの医療連携体制図



【図表4-1-7】奄美地域がん医療連携体制表

(医療機関名は大島支庁ホームページにて公表)

	予防	発見・診断施設
目標等	<ul style="list-style-type: none"> ・がん発症リスク低減の生活習慣 ・がん検診の受診率向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの発見が可能
求められる	<p>【行政】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の実施 ・地域がん登録の実施 ・がん検診の精度管理 ・がん予防・早期発見の普及啓発 <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精密検査の実施 ・がん検診の精度管理への協力 ・禁煙外来への取り組み 	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの発見が可能である(がんを疑った時、専門的診療施設を紹介することを含む)
連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・要精検者の確実な医療機関受診 	

	専門的診療施設	標準的診療施設	在宅療養支援施設
目標等	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的治療(集学的治療)の実施 ・緩和ケアチームによるがんと診断されたときからの専門的な緩和ケア ・相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ・精密検査や確定診断の実施 ・診療ガイドラインに準じた診療の実施 ・専門治療後のフォローアップ ・がんと診断されたときからの緩和ケアの実施 ・身体症状の緩和, 精神心理的な問題への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の意向を踏まえた, 在宅等の生活場での療養支援 ・緩和ケアの実施 ・希望する患者に対する看取り
求められる	<p>【共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門的検査により, がんの確定診断が可能である ・診療ガイドラインに則した診療を実施している ・主治医以外の医師によるセカンドオピニオンが受けられる体制がある ・初期段階から緩和ケアが可能である ・異なる専門分野間の連携によるチーム医療を実施できる体制がある ・標準的診療施設・在宅療養支援施設等への支援・連携がとれている <p>【肺がん】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術, 放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療が可能である(他院へ放射線療法依頼を含む) <p>【大腸がん】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術療法及び化学療法が可能である <p>【乳がん】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術, 放射線療法及び薬物療法(化学療法・ホルモン療法)を効果的に組み合わせた集学的治療が可能である(他院へ放射線療法依頼を含む) 	<ul style="list-style-type: none"> ・精密検査や確定診断が可能である ・診療ガイドラインに則した診療を実施している ・専門治療後の, 再発予防のための術後療法や再発の早期発見などフォローアップが実施できる ・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と連携がとれている ・治療の初期段階からの緩和ケアが実施可能である ・専門的診療施設や在宅療養支援施設等と, 診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能である ・地域のケアマネジャー, 訪問看護などの介護福祉サービス, 薬局, 歯科などと連携し, 情報共有を行っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・診療ガイドラインに則した診療を実施している ・患者が希望する場合には, 往診・訪問診療が可能である ・疼痛等に対する緩和ケアが実施可能である ・全般的な療養生活に関する相談にのれ, もしくは対応可能な施設と連携して対応が可能である。その他各診療科との連携がとれている ・地域のケアマネジャー, 訪問看護などの介護福祉サービス, 薬局, 歯科などと連携し, 情報共有を行っている。口腔ケアが可能である ・医療用麻薬の提供が可能であることが望ましい ・看取りを含めた終末期ケアを24時間で提供することが可能であることが望ましい
連携等	<ul style="list-style-type: none"> ・医療施設間における診療情報, 治療計画の共有(退院後の緩和ケアを含む・研修実施) ・施設間連携カンファレンスの実施 		

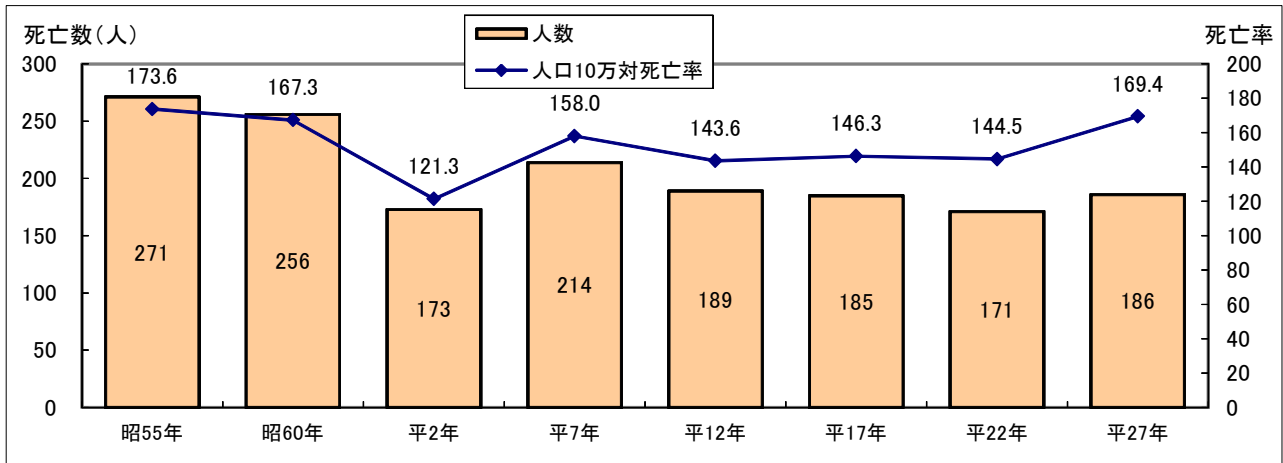
(2) 脳卒中

【現状と課題】

ア 脳卒中の現状

- 平成27年の圏域における脳卒中による死亡者数は186人、人口10万対死亡率は169.4となっています。

【図表4-1-8】 圏域の脳卒中死亡者の推移



* 脳卒中：くも膜下出血，脳梗塞，脳出血

* 脳血管疾患：くも膜下出血，脳梗塞，脳出血，その他の脳血管疾患

[衛生統計年報]

- なお，平成24年～平成28年の脳血管疾患標準化死亡比（SMR）では男性は140.3，女性は111.9で，特に男性は国及び県より高くなっています。

【図表4-1-9】 平成24年～平成28年の脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）

区分	男性	女性
圏域	140.3	111.9
県	107.2	112.7

[県健康増進課]

- 平成27年・平成28年の5月分国保レセプトデータをもとに算出した標準化受診比をみると，女性の脳血管疾患による入院の受診状況が高くなっています。

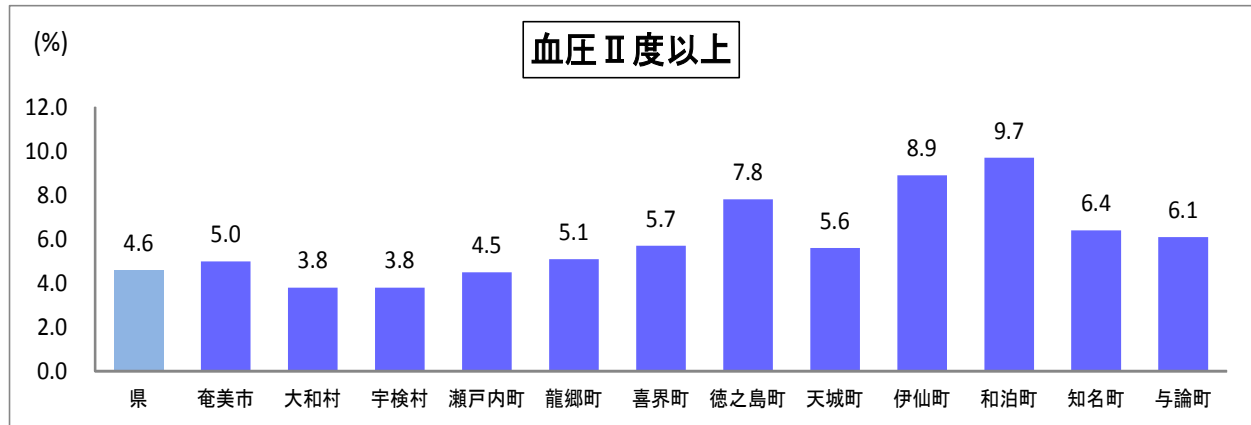
【図表4-1-10】 圏域の脳血管疾患の標準化受診比

区分	入院		外来	
	男性	女性	男性	女性
圏域	86.0	126.5	49.0	41.9

[県国民健康保険課]

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧ですが，圏域における高血圧有所見者の割合を市町村国保の平成28年度特定健診データでみると，3町村以外は県より高い状況です。

【図表4-1-11】平成28年度特定健診における高血圧有所見者割合



[鹿児島県国民健康保険団体連合会作成]

イ 予防

- 脳卒中発症の予防には高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、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になります。

ウ 救急搬送

- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合には、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、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となっています。
- 平成25年～平成29年までの5年間で、脳卒中関連で島外搬送した件数は146件でその内訳は下記のとおりです。奄美大島以外は島外搬送が多く、その件数は年々増加しています。

【図表4-1-12】平成25年から平成29年までの脳卒中の島外搬送件数

区分	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	計
奄美大島	0	1	3	0	1	5
喜界島	2	1	0	5	5	13
徳之島	3	6	10	10	19	48
沖永良部島	11	10	14	13	17	65
与論島	3	3	3	6	0	15
計	19	21	30	34	42	146

[大島支庁健康企画課作成]

エ 急性期の治療

- 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治療が必要となります。
- 医療機能の分化と役割分担を進め、圏域ごとの専門性を高める必要があります。外科手術を含む急性期治療が可能な施設がない島もあることから、ドクターヘリや自衛隊ヘリ等の搬送による島外での急性期治療が必要となります。

【図表4-1-13】圏域の脳卒中に係る医療機能を有する施設数

項目	施設の設備、診療内容等					
	頭部用X線CT	MRI	血管連続投影装置	脳動脈瘤根治術	頭蓋内血腫除去術	t-PA血栓溶解療法
施設数	5	6	3	1	2	1

[平成28年度県医療施設機能等調査]

オ リハビリテーション

- 脳卒中は、多くの場合、長期治療と何らかの後遺症を伴います。
そのため、急性期から回復期及び維持期の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。
- 県では、地域の中核機関として、地域リハビリテーション広域支援センター^{*1}を平成28年4月末現在、14施設指定しています。圏域では、大島郡医師会病院が指定施設となっています。
- 現在、急性期リハビリテーションは発症直後の主な救急搬送先となる県立大島病院が担い、回復期については医科診療報酬上のリハビリテーションを実施している施設において、維持期は主に介護保険でのリハビリテーション実施施設が担っているところです。

【図表4-1-14】脳血管疾患等リハビリテーション施設届出状況（平成30年7月1日現在）

施設届出の状況	医療機関数
脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) ^{*2}	3
脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ)	6

[九州厚生局施設基準等届出受理医療機関]

【図表4-1-15】圏域の介護保険によるリハビリテーション提供施設（平成29年10月現在）

通所リハビリテーション	24
-------------	----

* 件数には、みなし指定期間等の件数を含む

* 休止中の事業者も含む

[大島支庁地域保健福祉課]

- なお、圏域におけるリハビリテーション専門職種の従事状況は以下のとおりです。

【図表4-1-16】リハビリテーション専門職種の従事状況

区分	種別	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	義肢装具士
名瀬保健所	病院	44.3	28.9	9.5	-
	診療所	13.0	3.0	-	-
徳之島保健所	病院	20.4	15.0	4.0	-
	診療所	3.0	1.0	-	-

* 従事者数は、各施設における通常の勤務時間に常勤換算したもの

病院は平成27年10月1日現在、診療所は平成26年10月1日現在

[衛生統計年報]

カ 在宅療養

- 退院後、患者が在宅等の生活の場で療養できるように、かかりつけ医等を中心とし、介護、福祉サービスと連携しながら、切れ目なく医療が提供されるような体制整備が必要です。

*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。

*2 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)：専任の常勤医師が2名以上勤務し、そのうち1名は、脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有するものであることなどの条件を満たしている保険医療機関が届け出ている。(Ⅱ)は、専任の常勤医師が1名以上勤務などの条件を満たした保健医療機関。

【図表4-1-17】圏域の在宅療養支援診療所等の状況

項目	在宅療養支援診療所	在宅療養支援病院	在宅療養支援歯科診療所	在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局
施設数	23	5	3	37

[県保健医療計画]

【施策の方向性】

脳卒中については、生活習慣の改善等による疾病の予防とともに、救急搬送体制の整備、急性期における医療体制の充実と急性期から回復期及び維持期に至るまでのリハビリテーション及び介護サービスまでが連携し、継続して実施される体制の構築を促進します。

ア 生活習慣病予防

- 「健康かごしま21」の推進と併せて、食生活、運動、たばこ、飲酒等の生活習慣の改善に向けた取組を促進します。
- 平成28～32年度の取組である「脳卒中对策推進事業」において、県・市町村・関係者・団体を中心に、発症・重症化予防を推進します。
- 脳卒中を疑うような症状に対する知識と早期治療開始の必要性について周知・啓発等に努めます。

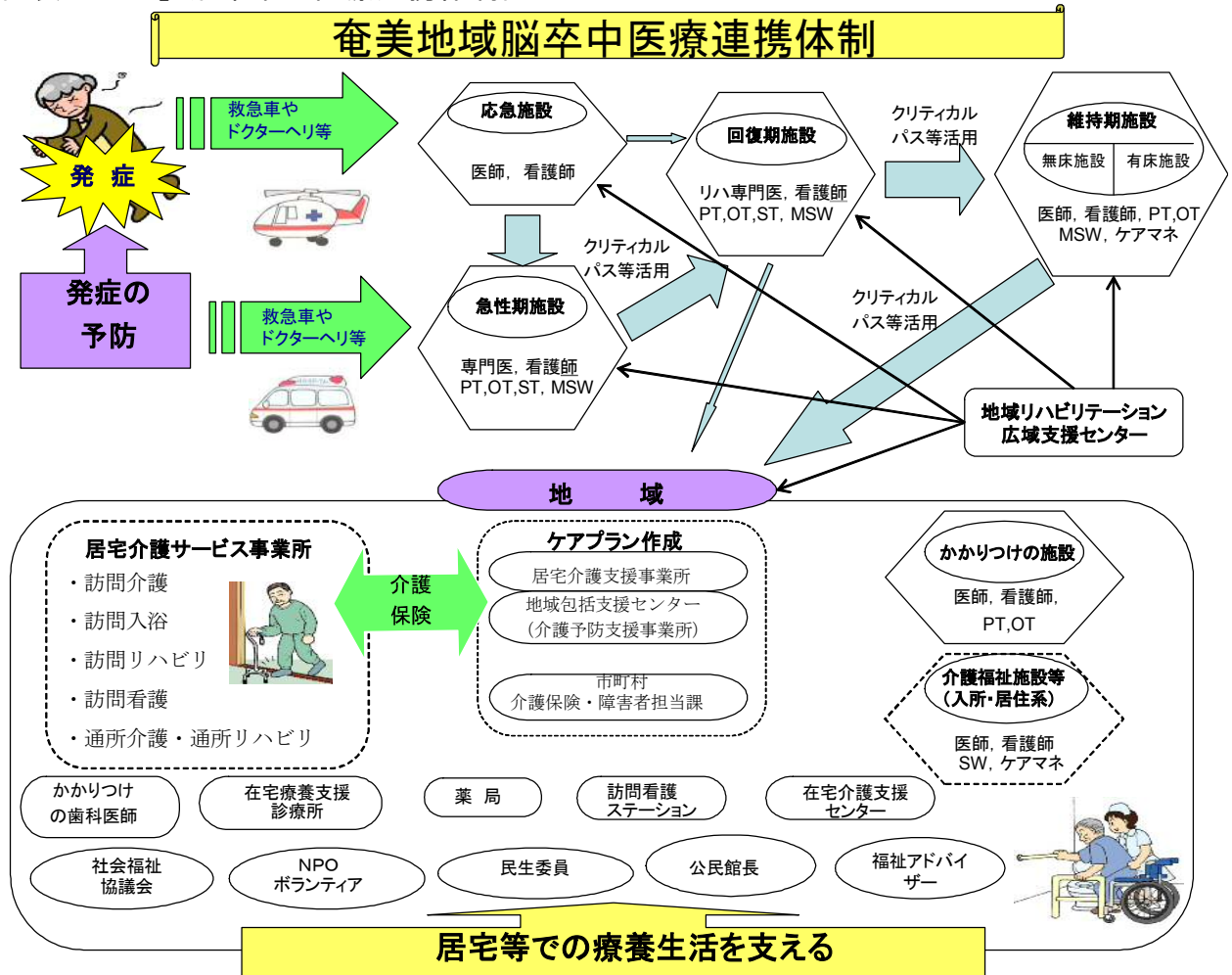
イ 急性期治療

- 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の整備を促進します。

ウ 再発・重症化予防、在宅療養

- 廃用症候群や合併症の予防、生活を維持又は向上させるのためのリハビリテーションの充実、また、機能回復及び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の充実を促進します。
- 専門的口腔ケア、嚥下リハビリテーションの充実を促進します。
- 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促進します。

【図表4-1-18】脳卒中の医療連携体制図



【図表4-1-19】奄美地域脳卒中医療連携体制表

(医療機関名は大島支庁ホームページにて公表)

	予防	応急施設	急性期施設
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の発症予防 	<ul style="list-style-type: none"> 適切な医療機関への速やかな搬送 搬送体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 専門治療の開始 急性期リハビリテーションの実施
求められる機能等	<ul style="list-style-type: none"> 基礎疾患、危険因子の管理 食事、運動など保健指導 初期症状出現時の対応についての本人等への保健指導 医療中断の防止 	<ul style="list-style-type: none"> 全身状態の把握、初期診断(t-PA治療の適応患者の推定及びクモ膜下出血の診断等)、応急治療ができる 急性期施設(救急病院・脳神経・脳外科を有する施設)や搬送機関との連携の下、更なる搬送についての判断や支援を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 直ちにCTが撮影できる 確定診断、t-PA治療及び脳外科手術体制が整備されている 呼吸、循環管理が可能で、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる 脳外科及び神経内科に相談できる体制がある 診療ガイドラインに則した診療を実施している 転院、退院調整機能を持ったスタッフがいます 地域のケアマネジャーと連携がとれている リスク管理の下、早期リハビリが可能である
連携等		<ul style="list-style-type: none"> 発症から治療開始までの時間短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関情報の共有、地域連携クリティカルパス、合同カンファレンス等による連携 在宅等での生活に必要な介護サービス等の調整

	回復期施設	維持期施設	
		維持期施設	かかりつけの施設
目標等	<ul style="list-style-type: none"> 回復期に行うリハビリテーションの実施 再発予防 基礎疾患、危険因子の管理 	<ul style="list-style-type: none"> 維持期に行うリハビリテーションの実施 在宅等への復帰及び生活の継続支援 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援 希望する患者に対する看取り
求められる機能等	<ul style="list-style-type: none"> 脳疾患リハビリの施設基準を取得している 診療ガイドラインに則した診療を実施している 機能障害の改善及びADL及びQOL向上に向けたリハビリテーションを実施している 再発予防(抗血小板療法、抗凝固療法)、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる 口腔ケア及び摂食機能訓練が可能である(資格を問わない) 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 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 地域のケアマネジャーと連携がとれている 歯科医との連携が望ましい 転院時及び退院時カンファレンスの実施が望ましい 	<ul style="list-style-type: none"> 診療ガイドラインに則した診療を実施している 再発予防(抗血小板療法、抗凝固療法)、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる 生活機能の維持向上のためのリハビリを実施している(資格を問わない) 可能な患者には離床して食事をとらせている 口腔ケア及び認知症への対応ができる 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 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 地域のケアマネジャーと連携がとれている 歯科医との連携が望ましい 	<ul style="list-style-type: none"> 当該患者の状況を総合的に把握している 診療ガイドラインに則した診療を実施している 再発予防(抗血小板療法、抗凝固療法)、高血圧、糖尿病、心房細動などに対応できる 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 患者が希望する場合には、訪問診療が可能である 急変時の初期相談又は対応が可能で、入院施設との連携がとれている 口腔ケア(歯科医との連携でも可)及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 地域のケアマネジャー、訪問看護、通所、訪問リハビリテーションなどの介護福祉サービス、薬局、歯科などと連携し、情報共有を行っている

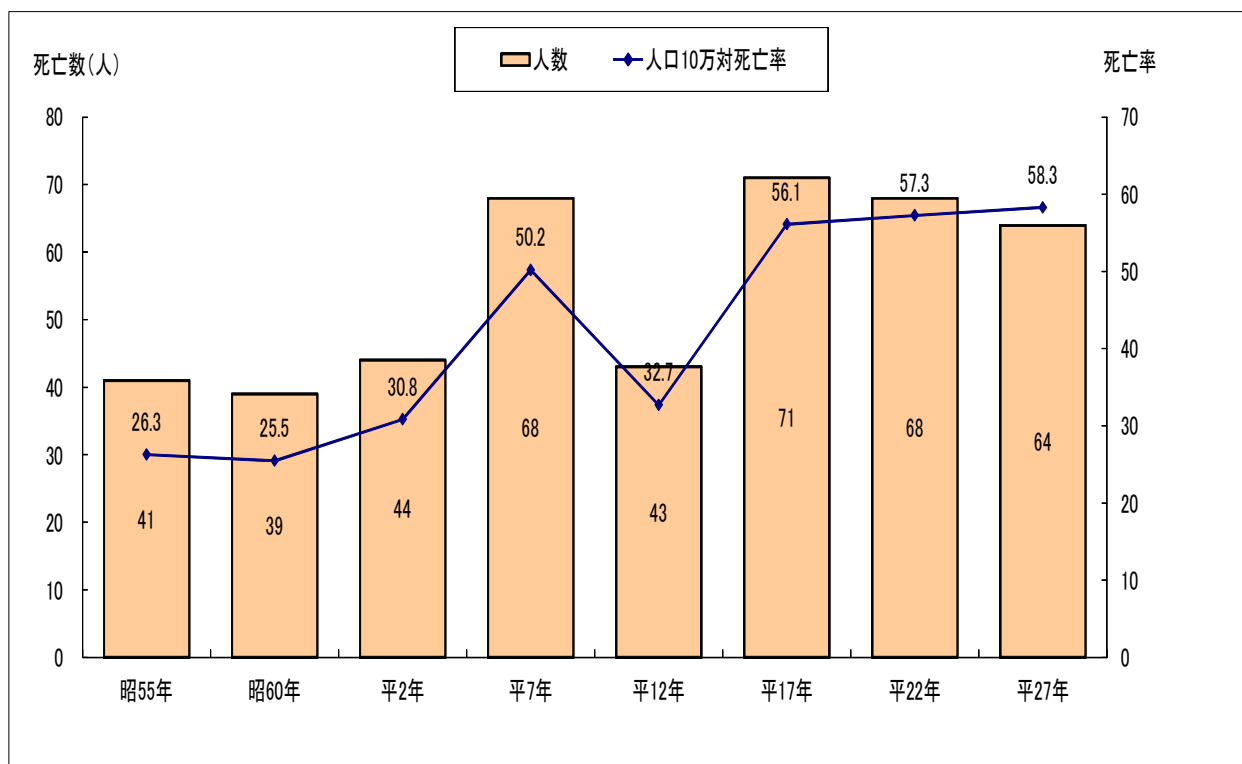
(3)心筋梗塞等の心血管疾患

【現状と課題】

ア 心筋梗塞等の心血管疾患の現状

- 平成27年の圏域における急性心筋梗塞による死亡者数は64人、人口10万対死亡率は58.3となっています。

【図表4-1-20】 圏域の急性心筋梗塞死亡者の推移



[衛生統計年報]

イ 予防・重症化予防

- 急性心筋梗塞は、日々の生活習慣に起因するものが多く、予防するためには、生活習慣の改善と知識の普及啓発が必要です。
- 健康診査等による高血圧、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療や適正管理に努め、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。
- 大動脈解離は、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。
- 慢性心不全は、心不全憎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、運動療法等状況に応じて多面的に行うことが重要です。

ウ 救急搬送

- 急性心筋梗塞や大動脈解離を疑うような症状が出現した場合には、できるだけ早く治療を開始することでより救命効果が見込まれることから、速やかに急性期の治療を行うことが必要です。
- 平成25年～平成29年までの5年間に、急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全で島外搬送された事例は127件で、その内訳は下記のとおりです。

【図表4-1-21】平成25年から平成29年までの急性心筋梗塞等心血管疾患の島外搬送件数

区分	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	計
奄美大島	6	5	6	3	5	25
喜界島	2	5	7	3	6	23
徳之島	10	8	2	6	5	31
沖永良部島	10	5	7	8	8	38
与論島	0	0	3	3	4	10
計	28	23	25	23	28	127

[大島支庁健康企画課作成]

エ 急性期の治療

- 急性心筋梗塞は、発症後早期の治療が重要です。狭くなったり、詰まった冠動脈に再度血液が流れるようにするために、内科的療法のカテーテルを使って詰まっている血管に直接薬を注入する「血栓溶解療法」や、風船をカテーテル先端につけて血管を広げる「風船療法」、外科的療法で詰まった冠動脈にバイパスを形成する「冠動脈バイパス手術」があります。

【図表4-1-22】圏域の急性心筋梗塞に係る医療機能を有する施設数

項目	施設の設備、診療内容等				
	CCUを有する 医療機関	ACバイパス術	経皮的冠動脈 形成術(PTCA)	ペーサー挿入 実施機関	心臓CT検査 実施機関
施設数	0	0	2	4	2

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 大動脈解離は、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。また、慢性心不全は、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、心不全憎悪時は、その要因に対する介入も重要です。
- 医療機能の分化と役割分担を進め、圏域ごとの専門性を高める必要があります。外科手術を含む急性期治療が可能な施設がない島もあることから、ドクターヘリや自衛隊ヘリ等の搬送による島外での急性期治療が必要となります。

オ 維持期・在宅における医療

- 退院後の24時間体制の在宅療養支援（再発予防）のため、かかりつけの医師などによる継続的な支援体制が必要です。

【施策の方向性】

生活習慣病の予防とともに、現状を踏まえ、心筋梗塞等心血管疾患の急性期から回復期、維持期を経て在宅療養に至る医療が切れ目なく提供される体制の構築を促進します。

ア 生活習慣病予防

- 「健康かごしま21」の推進とあわせて、食生活、運動、たばこ、飲酒等の生活習慣の改善を推進します。
また、健診についての情報提供や受診勧奨に努めます。

イ 急性期の治療

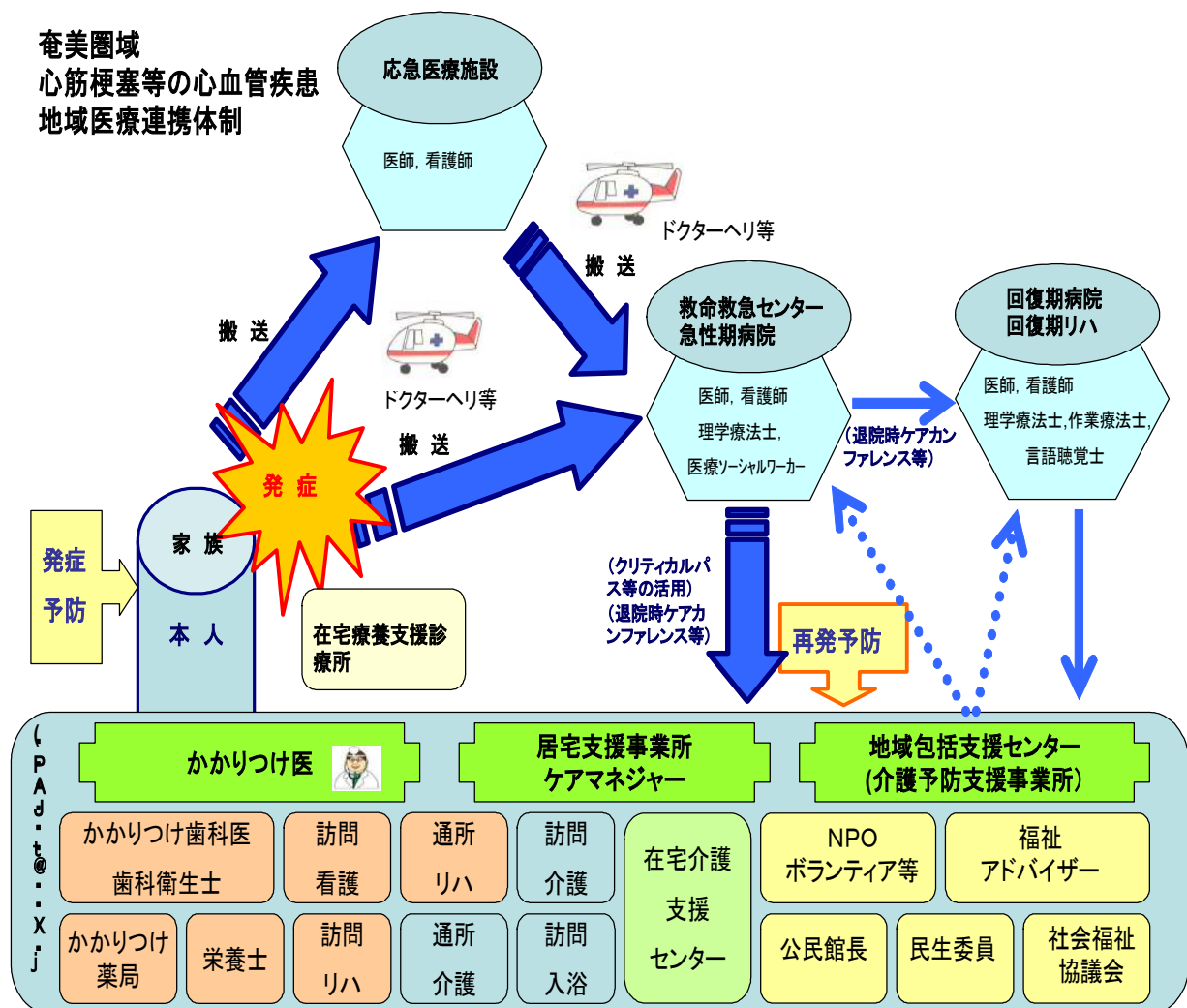
- できるだけ短い時間で、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送を行い、速や

かに専門的治療ができるような体制の整備を促進します。

ウ 再発予防, 在宅療養

- 合併症や再発予防に即応できるような体制の整備を促進します。
- 定期的に専門的検査を実施できる医療機関との連携体制の構築を促進します。
- 在宅療養を継続できるよう合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を関係者間で共有するなど切れ目のない連携体制の構築を促進します。
- 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促進します。

【図表4-1-23】心筋梗塞等の心血管疾患医療連携体制図



【図表4-1-24】奄美地域の心筋梗塞等の心血管疾患医療連携体制表

(医療機関名は大島支庁ホームページにて公表)

	救急搬送	応急医療施設 【かかりつけ医や一次救急医療機関】
目標等	・適切な機関への速やかな搬送	・初期診断，応急治療 ・更なる搬送の判断や支援
求められる等	・本人，家族等による早期発見，早期搬送 ・救急隊の早期到着，情報収集，応急・急性期医療施設との連絡調整 ・適切な医療施設への速やかな搬送	・全身状態の把握，初期診断ならびに応急治療を実施する ・急性期医療施設(循環器救急病院)や搬送機関との連携の下，搬送に関する判断や支援を行う
連携等	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ・医療機関情報の共有，地域連携クリティカルパス，合同カンファレンス等による連携 </div>	

	急性期医療施設 〔循環器救急病院・ 専門的急性期治療施設〕	回復期入院医療施設	かかりつけの施設 (自宅など生活の場での療養支援)
目標等	・超早期からの専門的治療 ・早期リハビリテーション	・機能回復 ・生活への復帰	・再発予防 ・生活や就労への助言
求められる等	・速やかな確定診断が可能である ・緊急心臓カテーテル検査及び緊急PTCA(注1)あるいは，緊急PTCR(注2)が可能である ・専門医が常時対応できる体制が確保されている ・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 ・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 ・再発予防及び基礎疾患の管理が可能である ・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 ・診療ガイドラインに則した診療を実施している ・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 ・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 ・地域のケアマネジャーや保健機関と連携がとれている ・退院時カンファレンスまたは共同指導体制が望ましい (注1)経皮的冠動脈形成術 (注2)冠動脈血栓溶解術	・心不全，不整脈等合併症の管理及び治療が可能である ・再発予防に向けた治療等に対応できる ・診療ガイドラインに則した診療を実施している ・心機能回復のためのリハビリテーションが可能である ・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 ・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 ・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 ・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 ・地域のケアマネジャーや保健機関と連携がとれている ・退院時カンファレンスまたは共同指導体制を実施している	・当該患者の状況を総合的に把握する(注1) ・循環器救急病院(急性期医療施設)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 ・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 ・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，もしくは指導可能な施設と連携する ・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 ・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 ・患者が希望する場合には，訪問診療が可能である ・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サービス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) (注1)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，家族状況について把握している
連携等	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ・医療機関情報の共有，地域連携クリティカルパス，合同カンファレンス等による連携 </div>		

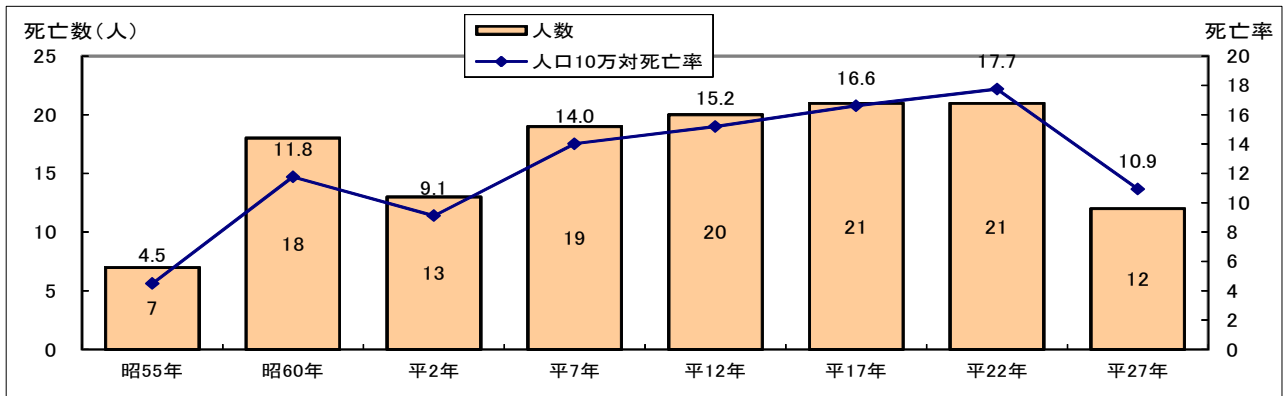
(4) 糖尿病

【現状と課題】

ア 糖尿病の現状

- 平成27年の圏域における糖尿病による死亡者数は12人、人口10万対死亡率は10.9となっています。

【図表4-1-25】 圏域の糖尿病による死亡者の年次推移



[衛生統計年報]

- 標準化死亡比で圏域の糖尿病による死亡状況を見ると、平成24年～28年の5年間については、男性109.2、女性87.5であり、男性は県より高い状況です。

【図表4-1-26】 平成24年～平成28年糖尿病の標準化死亡比（SMR）

区分	男性	女性
圏域	109.2	87.5
県	105.2	106.0

* 標準化死亡比は国を100とする

[県健康増進課]

- 糖尿病は死亡原因の上位ではありませんが、圏域の主要な死亡原因である心疾患や脳血管疾患など*1の危険因子となっています。

イ 糖尿病の発症・重症化予防

- 糖尿病の発症には運動や食事などの生活習慣が関連しており、生活習慣の改善により糖尿病の発症を予防する一次予防対策が重要です。また、糖尿病は、自覚症状がほとんどなく、健康診査等における肥満や高血糖など危険因子を早期に発見し、早期に治療を開始することは、糖尿病の重症化、合併症の発症を予防する上で重要です。
- 平成28年度、圏域の市町村が実施している特定健診及び特定保健指導実施率をみると、両者とも県より低くなっています。
- 特定健診受診者のうち糖尿病治療薬剤服用者の割合は、県より低くなっています。

【図表4-1-27】 平成28年度特定健診実施率(%)

区分	圏域	県
男性	37.5	39.2
女性	46.7	46.4
総計	41.8	42.9

【図表4-1-28】 平成28年度特定保健指導実施率(%)

区分	圏域	県
男性	38.0	42.6
女性	45.1	52.0
総計	40.6	46.0

【図表4-1-29】 平成28年度糖尿病治療薬剤服用者割合(%)

区分	圏域	県
男性	11.8	12.8
女性	7.1	7.5
総計	9.3	9.8

[県国民健康保健課]

*1 心疾患と脳血管疾患の死亡数・率：13頁【図表2-2-21】主要死因別死亡を参照。

- 糖尿病発症と関連の深い内臓脂肪症候群（メタリックシンドローム）の該当者と予備群者*1の割合は、国・県より多くなっており、いずれも男性が女性より高くなっています。

【図表4-1-30】平成28年度特定健診における内臓脂肪症候群該当者・予備群者割合

区 分	内臓脂肪症候群該当者割合 (%)			内臓脂肪症候群予備群者割合 (%)		
	男性	女性	総計	男性	女性	総計
圏域	32.4	12.6	22.0	20.4	10.3	15.1
県	28.6	10.9	18.7	17.6	7.1	11.7
国	28.0	9.7	17.4	17.2	5.8	10.6

[国：厚生労働省，県・圏域：県国民健康保険課]

- 歯周疾患をコントロールすることで糖尿病のコントロール状態が改善する可能性が示唆されており、歯周疾患と糖尿病の関係についての普及啓発やかかりつけ歯科医での定期的な歯科検診及び適切な治療が必要です。
- なお、平成30年度現在の圏域内の日本糖尿病協会歯科医師登録医は、4人となっています。

【図表4-1-31】節目検診の歯周病検診受診率と歯周疾患有所見率（単位：％）

区 分	平成27年度		平成28年度（暫定値）	
	受診率	有所見率	受診率	有所見率
圏 域	9.5	85.6	9.1	84.9
県	7.6	82.8	8.0	80.8

* 歯石沈着と歯周ポケット4ミリ以上を有する者を有所見者とした

[健康増進法に基づく歯周疾患検診報告書]

ウ 糖尿病の治療

- 糖尿病の治療には、食事療法、運動療法、薬物療法による血糖値の管理及び血圧・脂質・体重などの管理が行われますが、これらの治療をかかりつけ医の管理の下、継続的に行う必要があります。

エ 合併症の治療

- 糖尿病の合併症は全身のあらゆる臓器に起こりますが、主に糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害、脳卒中、心筋梗塞・狭心症、糖尿病性壊疽等があり、生活の質に大きく関わってきます。
- 慢性合併症は、血糖コントロールや血圧の管理など内科的治療を行うことで発症を遅らせるとともに、合併症の早期発見や治療を行うために、眼科や人工透析の実施可能な医療機関等と連携する必要があります。
- また、命に関わる急性合併症として低血糖による意識障害や高血糖による糖尿病性昏睡があり、いつでも適切な診断と治療ができることが必要となります。
- なお、圏域の人工透析実施医療機関は8施設となっており、失明予防のための網膜光凝固術実施の医療機関は5施設となっています。

*1 内臓脂肪症候群（メタリックシンドローム）の該当者とは、ウエスト周囲径（男性85cm以上，女性90cm以上）が該当し，かつ，以下の3項目のうち2つ以上該当する者。内臓脂肪症候群の予備群者とは，ウエスト周囲径（男性85cm以上，女性90cm以上）が該当し，かつ，以下の3項目のうち1つが該当する者。

以下の3項目とは，①中性脂肪150mg/dl以上，または，HDLコレステロール40mg/dl未満，若しくはコレステロールを下げる薬を服用②収縮期血圧130mmHg以上，かつ/または拡張期血圧85mmHg以上，若しくは血圧を下げる薬を服用③空腹時血糖110mg/dl以上またはHbA1c5.5%以上，若しくはインスリン注射または，血糖を下げる薬を服用。

【施策の方向性】

- 初期・安定期，専門，急性増悪時，慢性合併症治療を担う医療機関，歯科医療機関等の総合的な連携により，適切な治療が受けられる体制の整備に努めます。

ア 糖尿病の発症・重症化予防

- 各医療保険者を中心に特定健診・特定保健指導を推進し，市町村の重症化予防の取組促進と取組の定着を図ります。
- また，圏域全体の取り組みとして「健康かごしま21地域推進協議会」を中心に生活習慣改善のための環境づくりに努めます。
- 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。

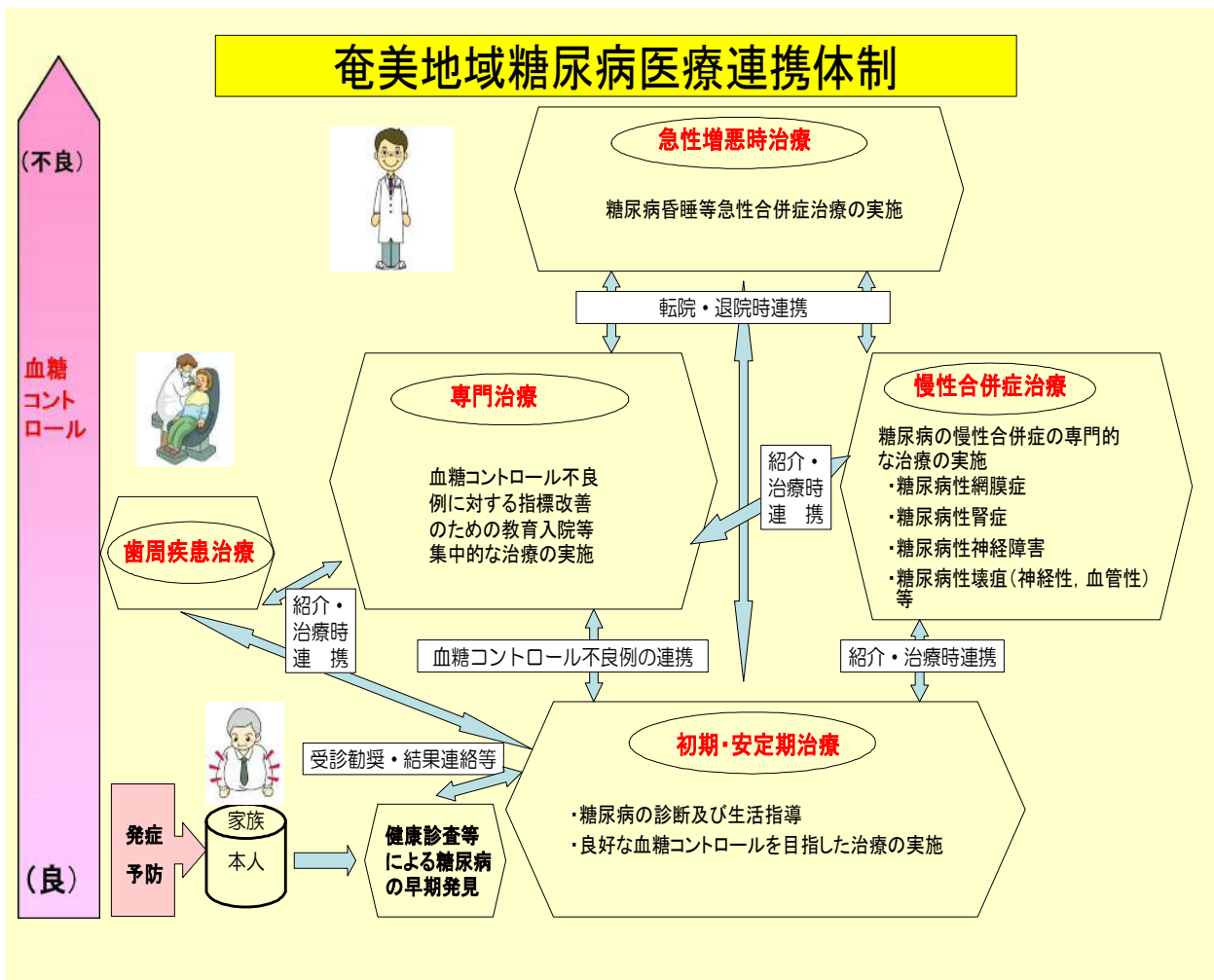
イ 糖尿病の治療

- 糖尿病の治療では，患者自身による生活習慣の改善やかかりつけ医の管理下における長期的血糖コントロール及び患者の病状に応じた専門医療機関における治療も必要となってくることから，かかりつけ医・専門治療・急性増悪時治療医療機関との医療連携に努めます。

ウ 合併症の治療

- かかりつけ医と急性及び慢性合併症治療医療機関との連携に努めます。

【図表4-1-32】糖尿病の医療連携体制図



〔用語の説明〕

【急性増悪】

- 低血糖及び著しい高血糖によるもので、最終的に意識障害に至る体調不良の状態をいいます。

【慢性合併症】

- 糖尿病が原因となり、いろいろな病気が起こることです。

【糖尿病性網膜症】

- 眼の奥の血管が詰まり、出血したりむくみが出て、視力が低下したり、目の前を小さな粒や糸状のものなどが飛んでいるように感じたりします。進行すると失明することがあります。成人の失明に至る病気の中で、緑内障に次いで二番目に多いです。

【糖尿病性腎症】

- 尿タンパクが陽性となったりして、次第に腎臓の働きが低下してきます。進行すると透析治療が必要となります。

【糖尿病性神経障害】

- 足にビリビリと電気が走るような感じがしたり、火傷や怪我をしても痛いと感じなかったり、寝ている時にこむらがりや起こしたりなどします。また、立ちくらみや下痢や便秘を起こしたり、暑いのに汗が出なかったりなどすることがあります。

【糖尿病性壊疽（神経性・血管性）】

- ちょっとした怪我や靴ずれなどがなかなか治らず、そこから腐ってきてしまいます。

【図表4-1-33】奄美地域糖尿病医療連携体制表

(医療機関名は大島支庁ホームページにて公表)

	発症予防	初期・安定期治療 (合併症を予防するための初期・安定期治療を行う機関)
目標等	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の発症予防 ・糖尿病に関する知識と予防意識の啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の診断及び生活習慣指導の実施 ・良好な血糖コントロール評価を目指した治療
求められる機能等	<p>【行政・各医療機関等】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健診等の受診 ・保健指導・健康教育等の実施 	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の診断及び生活指導が可能である。 ・75gOGTT, HbA1c等の糖尿病の評価に必要な検査の実施が可能である。 ・食事療法, 運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能である。 ・低血糖時及びシックデリの対応が可能である。 ・専門治療を行う医療機関, 急性増悪時治療及び慢性合併症治療を行う医療機関との連携が可能である。 ・歯科との連携が可能である。
連携等	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ・医療施設間における診療情報・治療計画の共有 (紹介・治療・転院時連携) </div>	

	専門治療 (血糖コントロール不良例の治療を行う機関)	急性増悪時治療 (急性合併症の治療を行う機関)	慢性合併症治療 (糖尿病の慢性合併症の治療を行う機関)
目標等	<ul style="list-style-type: none"> ・教育入院等の集中的な治療による, 血糖コントロール指標の改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病昏睡等急性合併症の治療実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の慢性合併症に対する専門的治療の実施
求められる機能等	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の評価に必要な検査の実施が可能である。 ・各専門職種による, 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の実施が可能である。 ・糖尿病患者の妊娠への対応が可能である。 ・初期・安定期治療等の予防治療を行う医療機関及び急性増悪時治療・慢性合併症治療を行う医療機関との連携が可能である。 ・歯科との連携が可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性昏睡等急性合併症の治療が24時間対応可能である。 ・初期・安定期治療等の予防治療を行う医療機関, 専門治療及び慢性合併症治療を行う医療機関との連携が可能である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性網膜症, 糖尿病性腎症, 糖尿病性神経障害, 糖尿病性壊疽(神経性・血管性)についてそれぞれ専門的な検査・治療が実施可能である。(単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない。) ・初期・安定期治療等の予防治療を行う医療機関, 専門治療及び急性増悪時治療を行う医療機関との連携が可能である。
連携等	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ・医療施設間における診療情報・治療計画の共有(紹介・治療・転院時連携) </div>		

(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。
- 圏域の精神科病院に入院している患者数は、平成28年6月末で、620人です。
- 圏域の精神科病院の病床数は平成28年は744床で、病床利用率は年々減少しています。
- 圏域の入院患者について、平成28年の精神保健福祉資料によると、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78.4%となっています。
年齢階級別では、40～64歳未満の入院患者が49.8%と最も多く、次いで65歳～74歳未満が24.8%となっています。いずれも「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の患者が、40～64歳未満では87.4%、65歳～74歳未満では76.0%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圏域の精神科病院の平均在院日数は、447日となっており、県の381日、全国の275日を大きく上回っています。
入院患者の7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、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^{*1}による圏域の精神科病院に入院した患者の退院率は、入院後3か月時点の71%（県57%、以下同じ）、入院後6か月時点79%（75%）、入院後1年時点は86%（85%）であり、県平均より高い割合で早期退院が図られています。
しかし、一方で再入院率を見ると、退院後3か月時点は28%（25%）、退院後6か月時点は46%（31%）、退院後1年時点は54%（36%）と県平均より高くなっていることから、退院後の病状安定を図るための訪問診療や訪問看護等在宅医療の推進を図る必要があります。
- 圏域の精神科医療については、平成30年3月末現在で3精神科病院と2精神科クリニックがあります。平成27年における人口1万人当たりの病床数は県59に対し、名瀬保健所79、徳之島保健所49、圏域全体では68となっています。
精神科入院医療機関のない離島では、入院治療や急性期への対応が困難な状況になっています。
- 圏域ではアルコールやその他の薬物等の依存症の相談も多いことから、依存症の専門的な精神医療を提供できる体制の整備が必要です。

*1 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4-1-34】管内における入院期間別患者数

期間 \ 年度	平成27年		平成28年	
	人数(人)	率(%)	人数(人)	率(%)
入院期間別患者数	605	—	620	—
1年未満	152	25.1%	182	29.4%
1年以上5年未満	192	31.7%	173	27.9%
5年以上10年未満	99	16.4%	110	17.7%
10年以上	162	26.8%	155	25.0%
うち20年以上	76	12.6%	68	11.0%

[精神保健福祉資料]

【図表4-1-35】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 7年	圏域	3	789	58	783	99.2	644
	本県	51	10,246	57	9,962	97.2	690
	全国	1,688	361,714	28	341,357	94.4	455
平成 12年	圏域	3	789	60	747	94.6	515
	本県	51	10,137	57	9,697	95.7	602
	全国	1,688	358,153	28	333,713	93.2	377
平成 17年	圏域	3	789	62	760	96.4	471
	本県	51	10,062	57	9,573	95.1	545
	全国	1,671	352,721	28	325,027	92.1	327
平成 22年	圏域	3	795	67	722	90.8	455
	本県	52	9,855	59	9,197	93.3	423
	全国	1,671	347,281	27	311,280	89.6	301
平成 27年	圏域	3	744	68	613	82.3	447
	本県	51	9,725	59	8,724	89.7	381
	全国	1,539	315,622	26	291,403	92.3	275

県・全国 [精神科病院数，精神病床数：精神保健福祉資料（各年6月30日時点），その他：病院報告（各年10月1日時点）]

圏域 [精神科病院数：精神保健福祉資料（各年6月30日時点），その他：病院報告（各年10月1日時点）]

【図表4-1-36】疾患別・年齢階級別入院患者数（平成28年6月末現在）

（単位：人）

疾病名		年齢区分	～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	総数	割合
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害		圏域	1	40	270	117	58	486	78.4%
		県	7	297	2,143	1,409	919	4,775	55.0%
症状性を含む器質性精神障害	アルツハイマー病型認知症	圏域	0	0	2	7	23	32	6.4%
		県	0	0	43	120	1,195	1,358	
	血管性認知症	圏域	0	0	2	2	4	8	19.1%
		県	0	0	21	50	231	302	
	上記以外の症状性を含む器質性精神障害	圏域	0	0	13	7	11	31	5.0%
		県	0	9	147	148	409	713	8.2%
気分(感情)障害(うつ病含む)		圏域	0	1	5	8	2	16	2.6%
		県	5	40	216	158	197	608	7.0%
上記以外の疾病		圏域	0	9	17	13	8	47	7.6%
		県	18	112	376	218	209	933	10.7%
計		圏域	1	50	309	154	106	620	100%
		県	30	458	2,946	2,095	3,160	8,689	100%
割合		圏域	0.2%	8.1%	49.8%	24.8%	17.1%	100%	—
		県	0.3%	5.3%	33.9%	24.1%	36.4%	100%	—

[精神保健福祉資料]

【図表4-1-37】管内における精神科病院に入院した患者の退院率（平成26年度）

	圏域	県
精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	71%	57%
精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	79%	75%
精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	86%	85%
精神病床における退院後3ヶ月時点の再入院率	28%	25%
精神病床における退院後6ヶ月時点の再入院率	46%	31%
精神病床における退院後12ヶ月時点の再入院率	54%	36%

[NDB]

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、障害福祉サービスや介護保険サービス等様々なサービスと協働しつつ、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。
- 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4か所（平成30年3月末現在）あり、急性期医療や地域移行の推進により、訪問看護の需要は増加すると考えられることから、更なる体制の整備が必要です。

- 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連携体制の充実を図ることが重要です。
- 「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、名瀬保健所及び徳之島保健所管内での協議の場や市町村自立支援協議会等で、支援者の人材育成や普及啓発など対応策を検討する必要があります。

ウ 精神科救急医療の現状等

- 県では平成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県内2か所指定し、県立始良病院と連携して、24時間365日の救急医療体制を整備しています。
精神科医療機関のない離島については、入院治療が必要になった場合、島外で対応することになります。

【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^{かんかい}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体制の整備を促進します。

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、保健所や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に努めます。
また、相談や受診の際、障害を理由とした差別を受けないように「障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例^{*1}」の趣旨について、住民に理解が得られるよう普及啓発に努めます。
- うつ病が疑われる患者を、内科等のかかりつけ医から精神科医療につなぐ体制の充実を図ります。
- 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、認知症集中支援システムにおける市町村の取り組みを推進します。

イ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 患者本位の医療を実現していけるよう、多様な精神疾患ごとに各医療機関の機能を明確にし、圏域外を含めて医療連携体制の構築を図ります。
- 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や認知症サポート医、かかりつけ医との連携強化に努めます。
- 「心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医

*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

療観察法)」における通院処遇対象者に対して必要な医療の提供及び支援を行うために、保護観察所等の関係機関との連携に努めます。

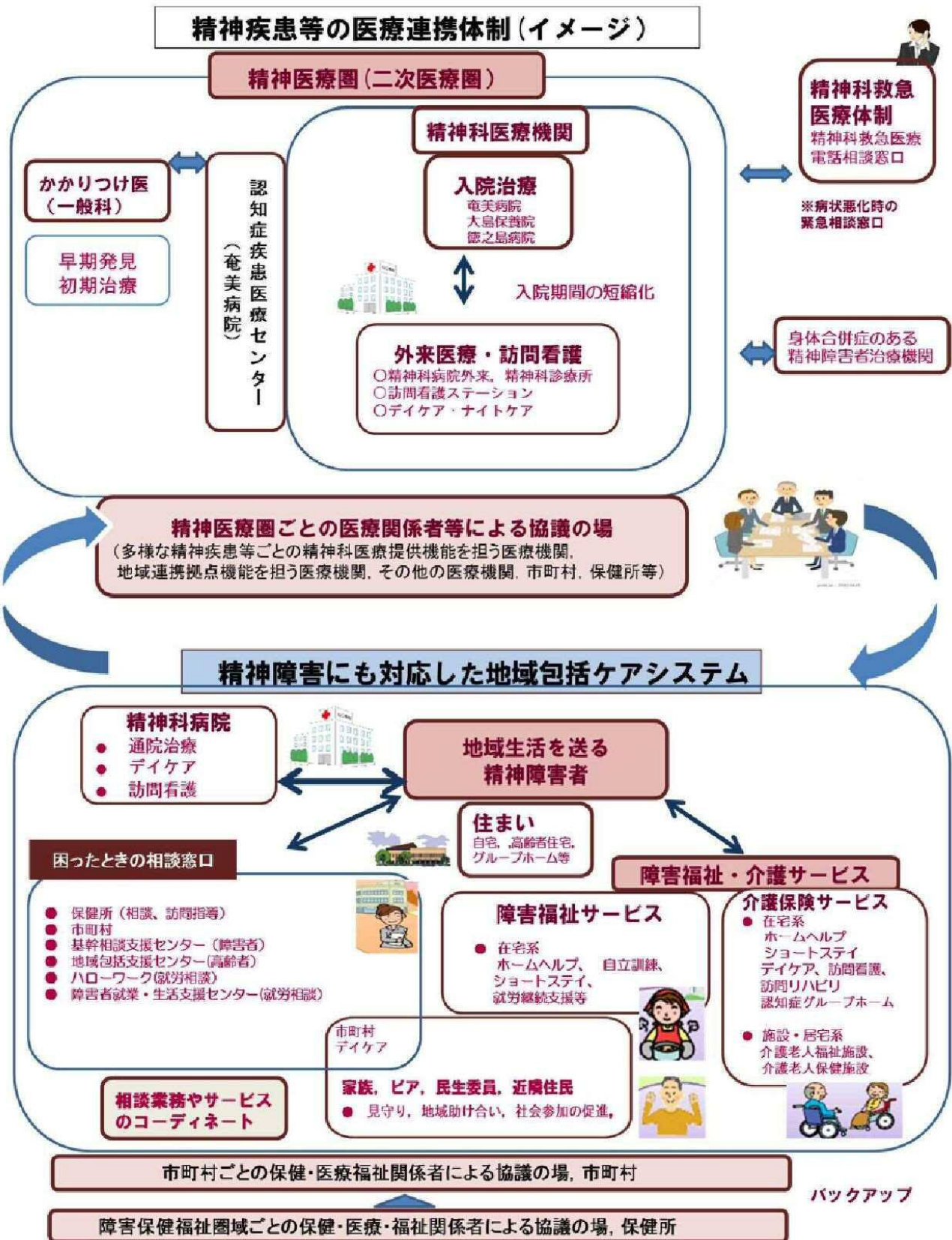
ウ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 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、市町村等との連携の強化に努めます。
- 名瀬保健所及び徳之島保健所管内ごとの保健・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、市町村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。

エ 相談支援体制の充実

- 精神保健福祉に関する市町村・保健所等での相談・訪問支援等の充実強化を図ります。
- 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、市町村自立支援協議会での助言等を行っていきます。

【図表4-1-38】精神疾患の医療連携体制図



【図表4-1-39】奄美地域精神疾患（多様な精神疾患）医療連携体制表

（医療機関名は大島支庁ホームページにて公表）

機能	地域精神科医療提供機能	地域連携拠点機能
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本位の精神科医療を提供すること ・ICF^{*1}の基本的考え方を踏まえながら他職種協働による支援を提供すること ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力をを行うこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者本位の精神科医療を提供すること ・ICFの基本的考え方を踏まえながら他職種協働による支援を提供すること ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力をを行うこと ・医療連携の地域拠点の役割を果たすこと ・情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと ・人材育成の地域拠点の役割を果たすこと ・地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況に応じて適切な精神医療（外来医療，訪問診療を含む）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 ・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 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況に応じて適切な精神医療（外来医療，訪問診療を含む）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 ・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 ・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 ・地域連携会議の運営支援を行うこと ・積極的な情報発信を行うこと ・多職種による研修を企画・実施すること ・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・処遇困難事例の受け入れ対応を行うこと

*1 ICF：「生活機能・障害・健康の国際分類」（International Classification of Functioning, Disability and Health）。2001年5月に開かれたWHOの総会で採択された機能障害と社会的不利に関する分類である。ICFでは，人間の生活機能と障害について，「心身機能」，「身体構造」，「活動と参加」，「環境因子」について，約1,500項目に分類している