

## 第5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適切な医療提供に必要な医師・看護師等をはじめとする医療従事者の確保と資質の向上が図られ、県民が安心して質の高い医療を受けられる地域社会の形成を目指します。

#### 1 医師

##### 【現状と課題】

##### ア 医師数の現状

- 本県の医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査<sup>\*1</sup>」によると、平成28年12月末現在で4,461人であり、平成24年に比べて5.5%（234人）増加しています。
- このうち、女性医師の割合は16.5%（738人）で、平成24年より0.7ポイント増加し、また人数も10.8%（72人）増加しています。
- また、医師の年齢構成については、全国同様、本県においても高齢化が進んでおり<sup>\*2</sup>、特に圏域別でみると、鹿児島保健医療圏以外の二次保健医療圏において、若手医師が少ない傾向がみられます<sup>\*3</sup>。
- 人口10万人当たりの医師数は272.5人で、全国の251.7人を20.8人上回っていますが、二次保健医療圏では、鹿児島保健医療圏以外は全て全国を下回っています。
- 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、小児科及び産科が全国を下回っています。
- 「医師実態調査<sup>\*4</sup>」によると、医療機関が新たに必要としている医師数（以下「必要医師数」という。）は643人です。

\*1 医師・歯科医師・薬剤師調査：厚生労働省が統計法に基づき2年ごとに実施する調査であり、三師の性、年齢、従事場所、診療科名（薬剤師を除く。）等の情報を得るものである。

\*2 「医師・歯科医師・薬剤師調査」による。

\*3 鹿児島県医師会調べ（H29.11.1現在）

\*4 医師実態調査：県が平成23年度に策定した「地域医療支援方策」の検討基礎資料として、平成22年度に実施した調査である。

【図表5-1-1】 医師数の推移

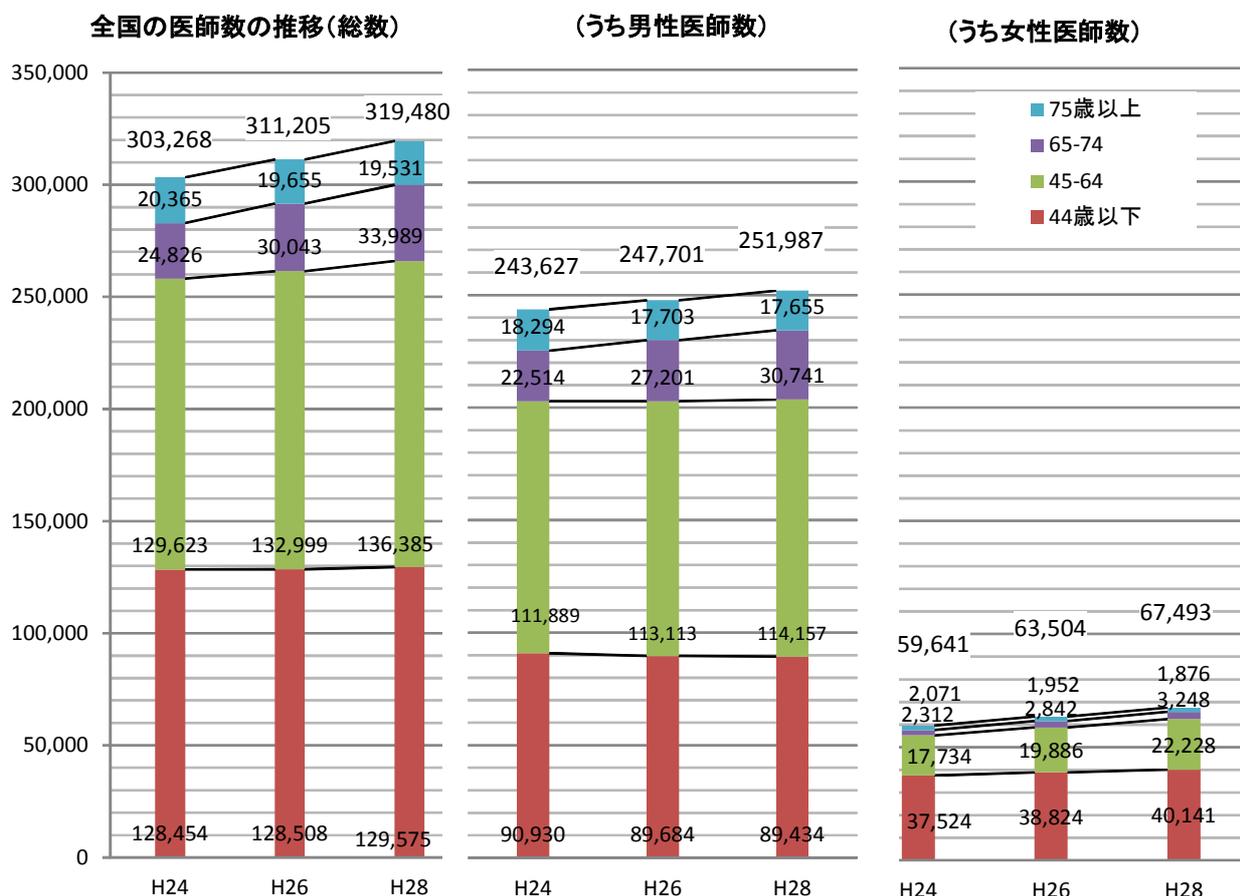
(単位：人，%)

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]

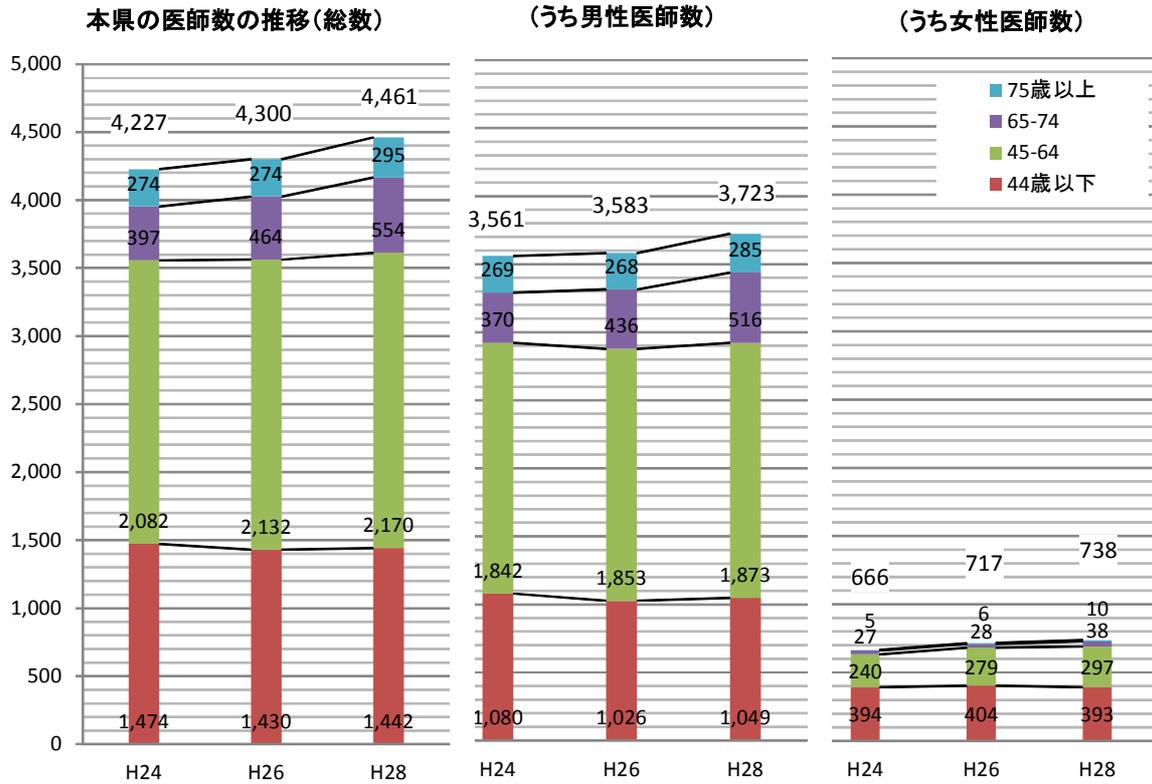
【図表5-1-2】 全国の医師数の推移

(単位：人)



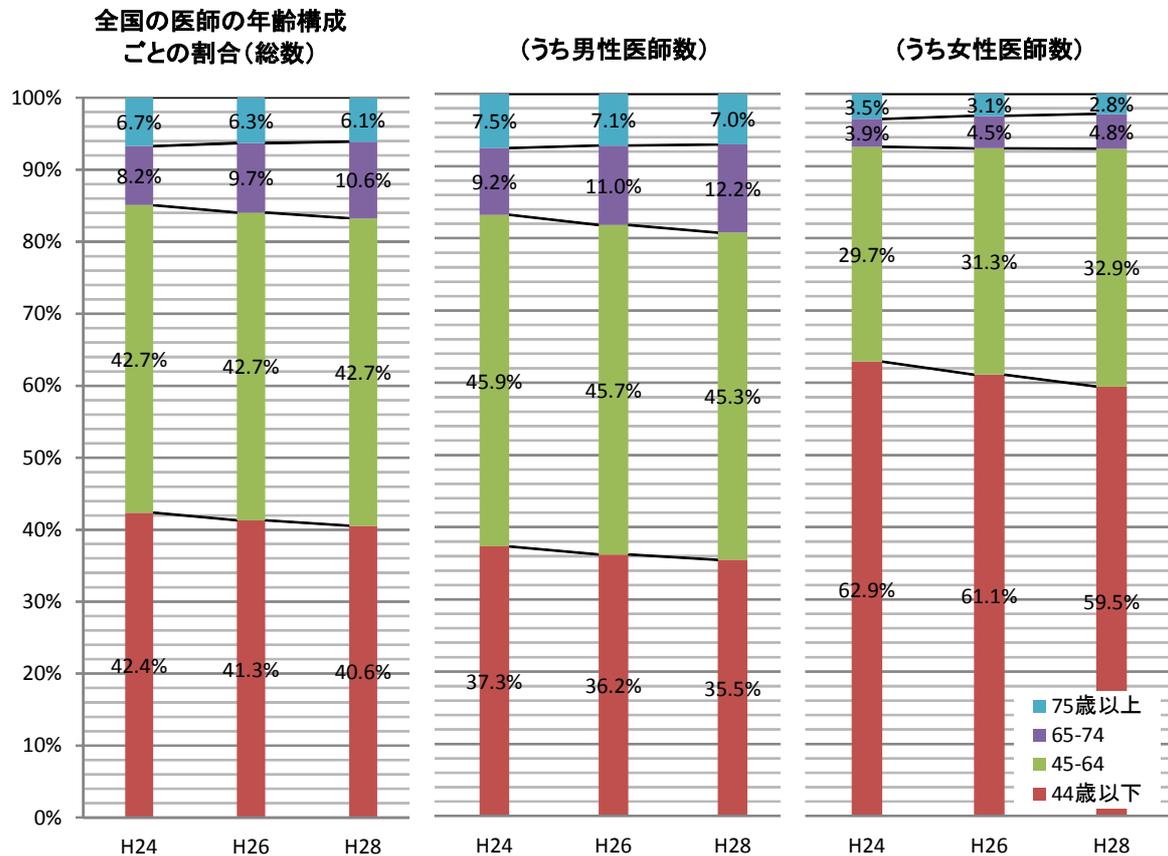
【図表5-1-3】 本県の医師数の推移

(単位：人)



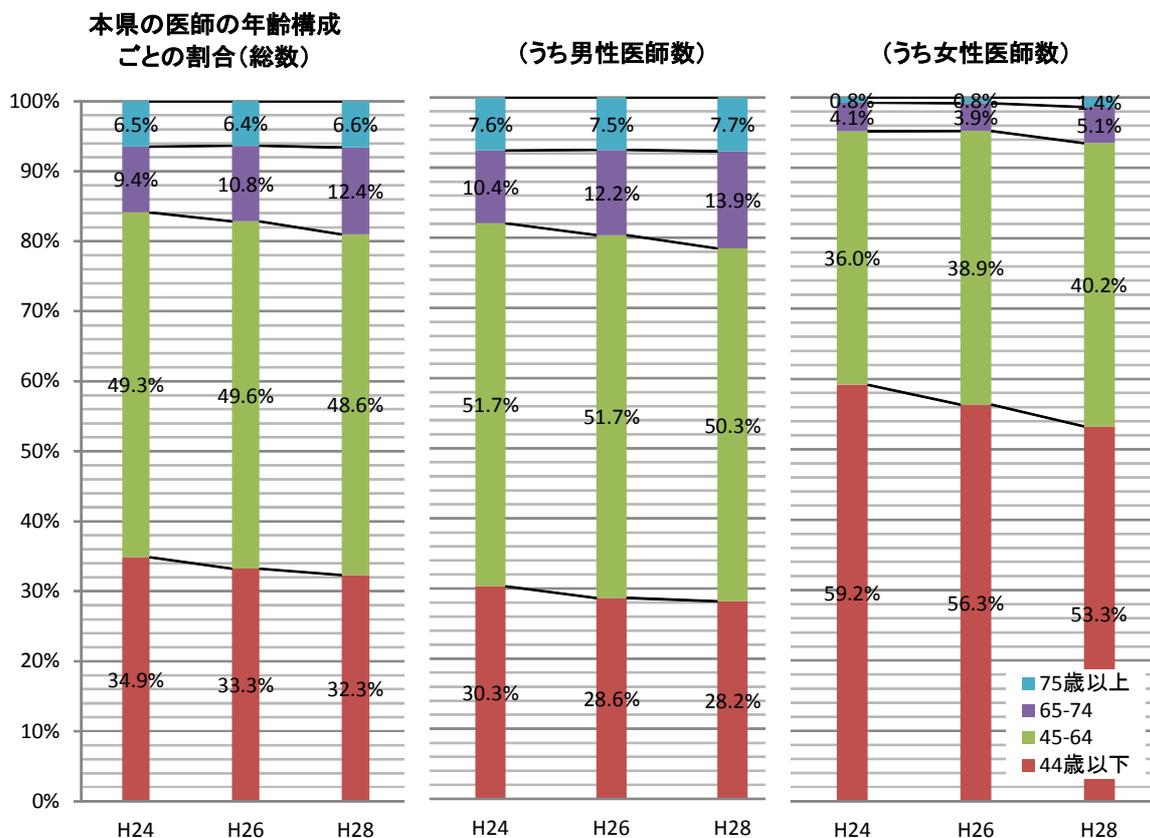
【図表5-1-4】 全国の医師の年齢構成ごとの割合

(単位：%)



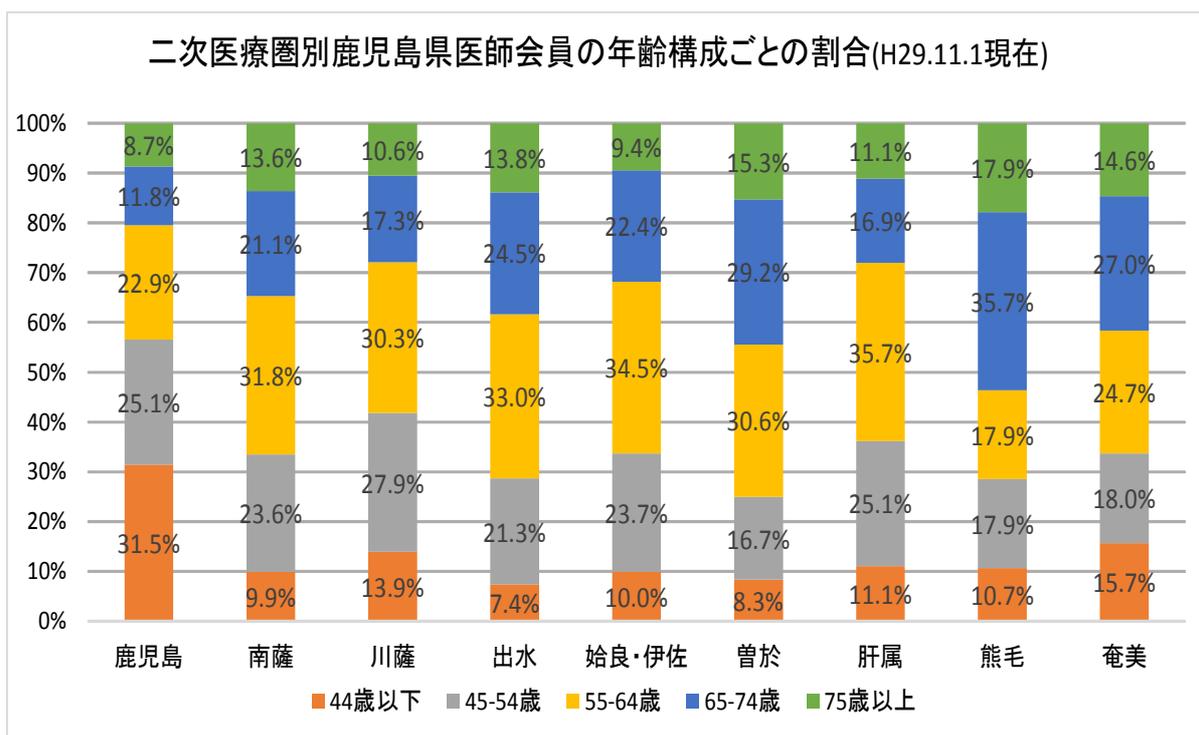
【図表5-1-5】 本県の医師の年齢構成ごとの割合

(単位：人)



【図表5-1-6】 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5-1-7】 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]

【図表5-1-8】 現員医師数及び必要医師数 (P5-1-1の\*4を参照) (単位：人, %)

	現員医師数 (A)	必要医師数 (B)	不足状況 (B) / ((A) + (B))
鹿児島	1,938	313	13.9
南薩	266	57	17.6
川薩	196	28	12.5
出水	127	50	28.2
始良・伊佐	349	48	12.1
曾於	75	21	21.9
肝属	224	71	24.1
熊毛	78	11	12.4
奄美	172	44	20.4
圏域未記入	1	—	
本県	3,426	643	15.8

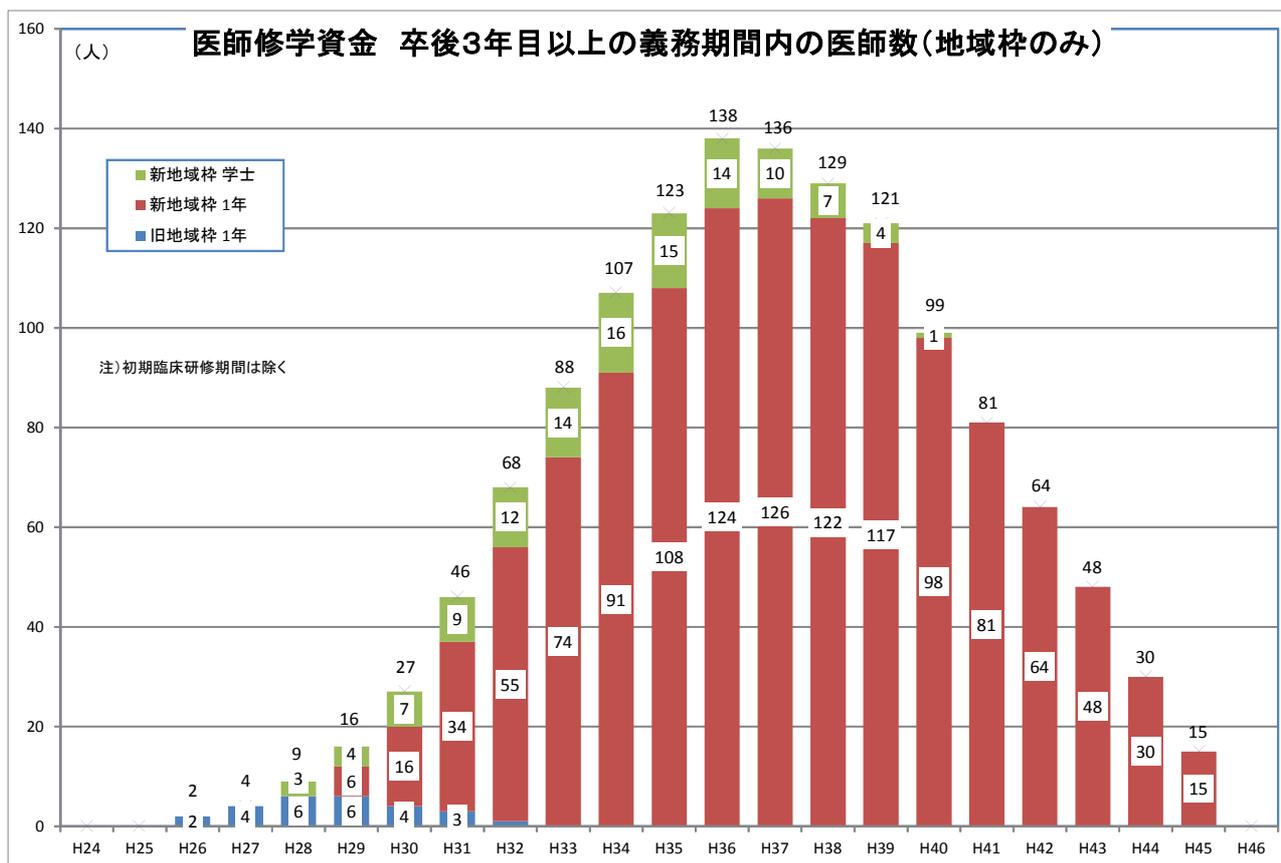
[平成22年度医師実態調査]

## イ 今後の課題

- 県全体の医師の総数は増加しているものの、地域や診療科ごとに医師の偏在や高齢化の進行が見られ、地域の拠点病院等においても医師不足が深刻化しています。加えて、保健所等で公衆衛生に従事する医師の確保も困難になっていますが、平成28年度に本県では「社会医学系専門医」の研修プログラムを策定したところです。
- 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、地域ごとの医療課題等を踏まえた、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。
- 特に、平成18年度から開始した医師修学資金貸与制度の地域枠修学生については、引き続き募集定員の確保に努めるとともに、将来にわたって地域医療に携われるよう、地域医療支援センター等と連携し、医師のキャリア形成支援と一体的に医師確保の取組を進める必要があります。

- また、平成30年度から始まった新専門医制度<sup>\*1</sup>について、地域における医師の偏在が悪化しないよう、平成29年9月に設置した県専門研修プログラム協議会<sup>\*2</sup>での協議・検討を通して、地域医療の確保に努める必要があります。

【図表5-1-9】 医師修学資金貸与制度（地域枠）に係る卒後3年目以上の義務期間内の医師数（平成29年11月1日現在）



※医学部臨時定員増期限である平成31年度まで新規貸付を行うことを前提としたシミュレーション

### 【施策の方向性】

#### ア 基本的な方向性

- 医師の地域的偏在や特定診療科の医師不足を解消するため、緊急医師確保対策事業による医師修学資金の貸与や臨床研修医の確保等など、総合的な医師確保対策に取り組みます。

\*1 新専門医制度：従来、各学会が独自に制度を構築してきた専門医制度について、基準の標準化により専門医の質を向上し、また国民にとって分かりやすいものとするため、第三者機関「一般社団法人日本専門医機構」（平成26年設立）が、統一的に専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行う新たな仕組みである。

\*2 県専門研修プログラム協議会：地域医療の確保の観点から日本専門医機構による専門研修プログラム等について協議を行う場であり、県、市町村、県医師会、大学、病院団体、基幹施設等で構成される。

- 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。
- 地域においては、産科医をはじめとする医師の確保について、市町村等を構成員とする協議会を設置して取り組んでいる動きもあり、これらの協議会や関係団体との連携を図りながら、医師確保に取り組みます。
- 公衆衛生医師については、本県が平成28年度に策定した「社会医学系専門医」の研修プログラムに基づいたキャリア形成ができることを若い医師等に広く周知するとともに、鹿児島大学等の協力も得ながら継続的な確保に努めます。

#### イ 短期的な施策

- 県外在住医師のU・I・Jターンを促進し、ドクターバンクによる就業斡旋<sup>あつせん</sup>を図ります。
- 近年増加傾向にある女性医師を確保するため、鹿児島大学病院、県医師会、医療機関等と連携して、勤務環境の改善や出産・育児等により離職している女性医師の復職等を支援します。
- 医師不足が深刻な産科医等の処遇改善を図る医療機関への支援や、産科医確保を行う市町村等への支援を行うとともに、鹿児島大学等関係機関とも連携しながら、人材の確保に努めます。

#### ウ 中・長期的な施策

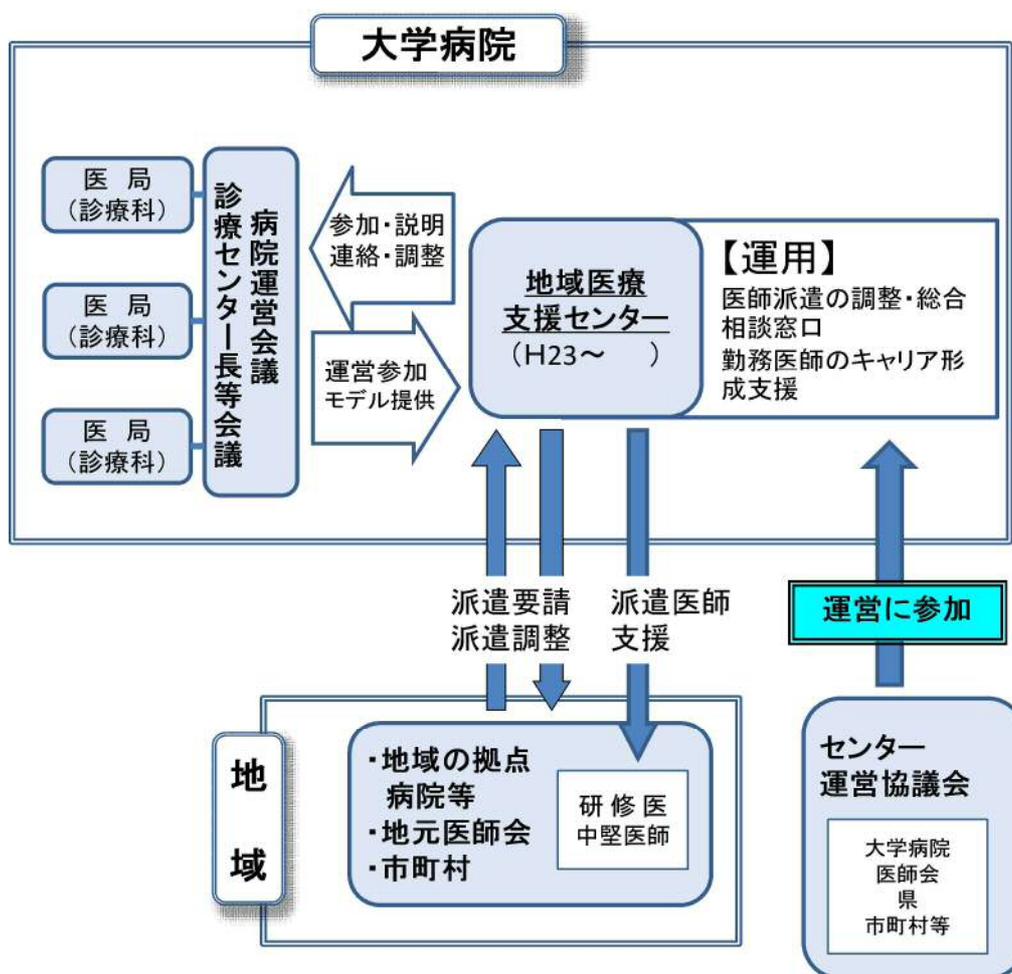
- 医師修学資金については、医師がその出身地や研修地で将来勤務する傾向にあることを踏まえ、地域枠の修学資金貸与の対象を引き続き地元出身者に限定するなど、地域枠医師の定着に努めます。
- 地域枠医学生に対しては、今後とも、離島へき地医療人育成センターと連携して実施する離島実習や学習会等による育成に努めるとともに、義務期間終了後も県内の地域医療に携われるよう、地域医療支援センターや県医師会等とも連携し、医師のキャリア形成支援等に関係機関一丸となって取り組みます。
- 臨床研修病院や鹿児島大学医学部、県医師会等で構成する県初期臨床研修連絡協議会において、県内における臨床研修医を確保するため、県内外合同説明会への参加などに取り組みます。
- 自治医科大学卒業医師の活用や、医師不足が深刻な産婦人科・小児科・麻酔科等の専門研修を受ける医師を支援するほか、医師修学資金貸与制度の活用も通じて、さらなる人材の確保に努めます。

\*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。

## エ 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卒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5-1-10】 地域医療支援センターの概略図



## オ 医師確保の目標

医師確保対策を引き続き充実・強化する中で、地域卒医学生等の確保やこれまでの医師増加数の維持等により、平成35年には、平成22年に比較して704人の増加を目標とします。

【図表5-1-11】県内の医師数（将来推計）

（単位：人）

	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】

- 本県の歯科医師数は、平成28年12月末時点で、平成24年に比べて2.8%増加しており、また、10万人当たりの歯科医師数は全国を下回っています。
- 従業地別の歯科医師数を見ると、鹿児島保健医療圏への歯科医師の集中度が高くなっています。その一方で、離島の無歯科医地区等での歯科医師の確保は困難な状況にあります。

【図表5-1-12】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5-1-13】 二次保健医療圏別歯科医師数

(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			
鹿児島	777	392	346	3	36	114.6	873
南 薩	82	67	15			61.6	1,622
川 薩	74	44	29	1		63.1	1,584
出 水	44	27	15	1	1	52.1	1,920
始良・伊佐	146	101	44		1	61.5	1,627
曾 於	46	31	15			57.7	1,733
肝 属	91	64	26		1	58.6	1,706
熊 毛	24	17	6		1	57.2	1,748
奄 美	56	35	21			51.6	1,938
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。

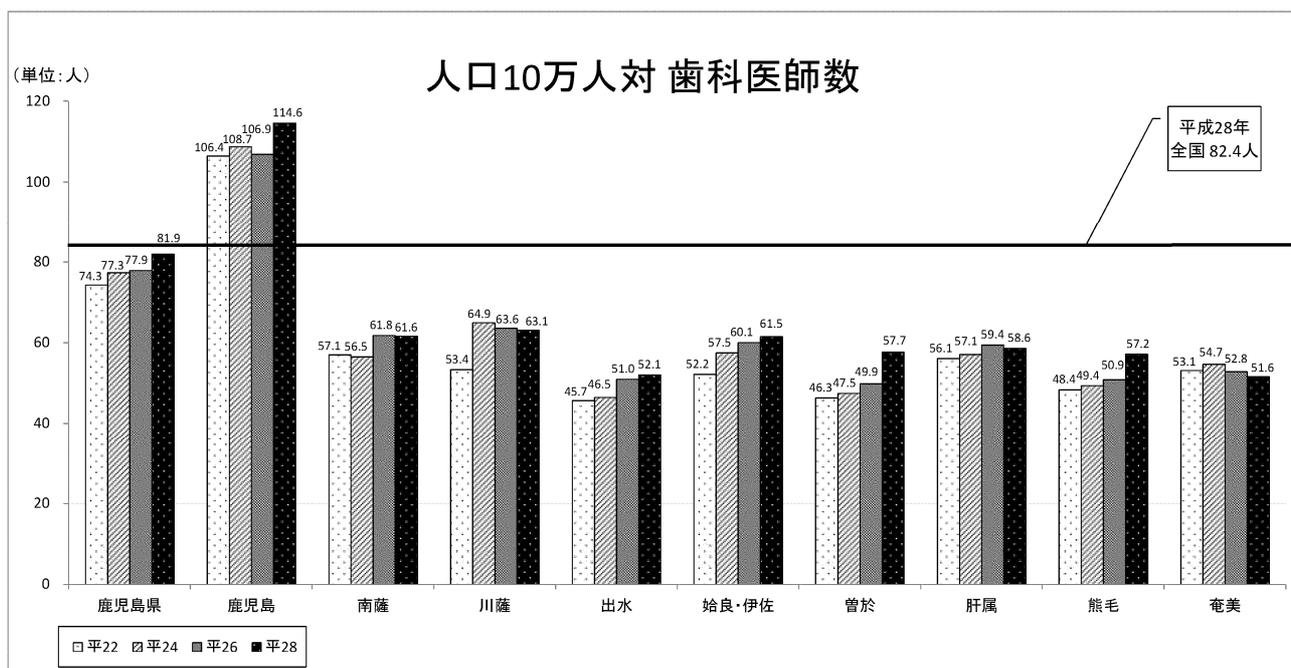
[平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査]

【図表5-1-14】 離島の歯科医師数

(単位：人)

	屋久島	種子島	奄美大島	喜界	徳之島	沖永良部	与論	三島	十島	口永良部
歯科医師数	6	18	37	3	9	6	1	0	0	0

【図表5-1-15】 二次保健医療圏別の人口10万人対歯科医師数の推移



[医師・歯科医師・薬剤師調査]

**【施策の方向性】**

**ア 離島・へき地の歯科医療確保**

離島・へき地における歯科医療の確保のため、関係機関と協力しながら歯科巡回診療の充実に努めます。

**イ 歯科医師の資質の向上**

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に促進していきます。

**3 薬剤師**

**【現状と課題】**

- 本県の薬剤師数は、平成28年12月末現在で3,098人であり、平成26年に比べて1.8%増加しています。また、人口10万人当たり189.2人で全国の237.4人を下回っています。
- 二次保健医療圏別に見ると、鹿児島保健医療圏に偏在しています。
- 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5-1-16】 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5-1-17】 二次保健医療圏別の薬剤師数 (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
鹿児島	1,668	891	507	205	65	246.0
南薩	213	142	60	9	2	159.5
川薩	200	141	45	12	2	170.4
出水	125	83	31	9	2	147.8
姶良・伊佐	365	247	92	16	10	153.7
曾於	89	62	18	7	2	111.2
肝属	261	179	63	18	1	168.0
熊毛	46	31	11	3	1	109.6
奄美	131	76	45	8	2	120.6
計	3,098	1,852	872	287	87	189.2
割合(%)	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、患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修、及び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、県薬剤師会や県病院薬剤師会が開催する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。

\*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

## 4 看護職員

### 【現状と課題】

#### ア 養成施設

- 県内の看護職員の養成施設は、平成29年4月現在、保健師が大学2施設、統合カリキュラム1施設、助産師が大学院1施設、大学1施設、養成所1施設、看護師が大学2施設、養成所23施設(統合カリキュラムを含む。)、准看護師が5施設で、1学年定員は看護師が1,425人、准看護師が169人となっています。
- 平成29年3月の卒業者のうち、養成課程別の県内就業者数は、大学68人、助産師課程(大学院、養成所)16人、看護師課程(統合カリキュラムを含む)602人、准看護師課程59人で、就業者のうち県内に就業した者の割合は、就業者全体の56.7%となっています。

【図表5-1-18】 養成施設設置状況及び卒業者の県内就業状況 (単位:人)

区分		卒業者数	就業者数(A)	県内就業者数(B)	Aに対するBの割合(%)
大学院	助産師	5	4	3	75.0
大学	保健師	131	113	7	60.2
	助産師			1	
	看護師			60	
	合計			68	
統合カリキュラム	保健師	34	34	0	82.4
	看護師			28	
	合計			28	
助産師	助産師	17	17	13	76.5
	看護師			0	
	合計			13	
看護師	3年課程	477	432	310	71.8
	5年一貫	530	501	165	32.9
	2年課程	184	138	99	71.7
	合計	1,191	1,071	574	53.6
准看護師	高等学校・養成所	110	75	59	78.7
総計		1,488	1,314	745	56.7

[平成28年度卒業生就業状況調査]

イ 就業状況

- 看護職員の平成28年の県内での就業者数は、平成20年に比べ、准看護師は0.9倍と減少傾向にあるものの、保健師は1.2倍、助産師と看護師は1.3倍と増加傾向にあります。

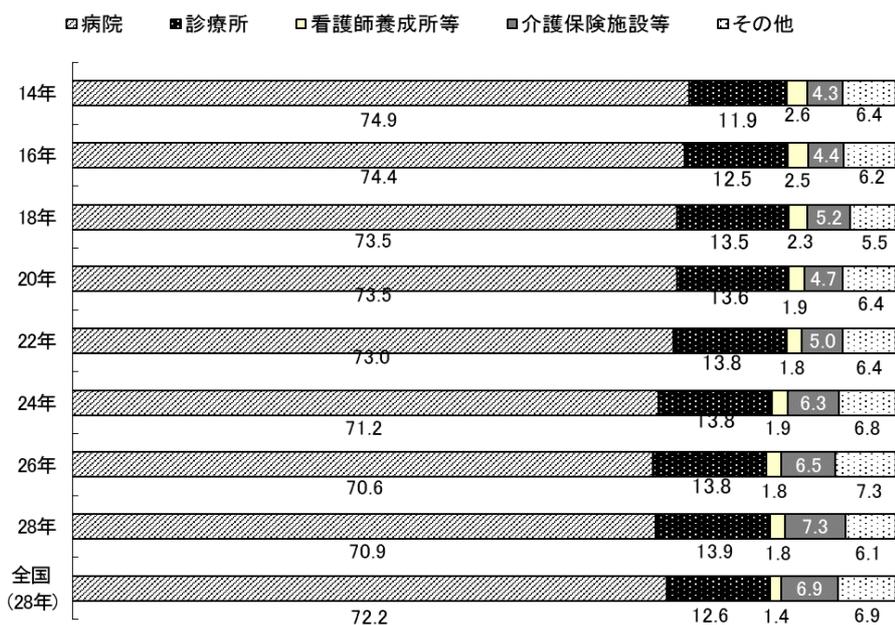
【図表5-1-19】看護職員就業者数の年次推移 (単位：人)

	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年
保健師	783	798	845	881	915
助産師	470	467	526	554	598
看護師	16,477	17,919	19,275	20,276	21,463
准看護師	11,018	10,745	10,709	10,155	9,574
総数	28,748	29,929	31,355	31,866	32,550

[衛生行政報告例]

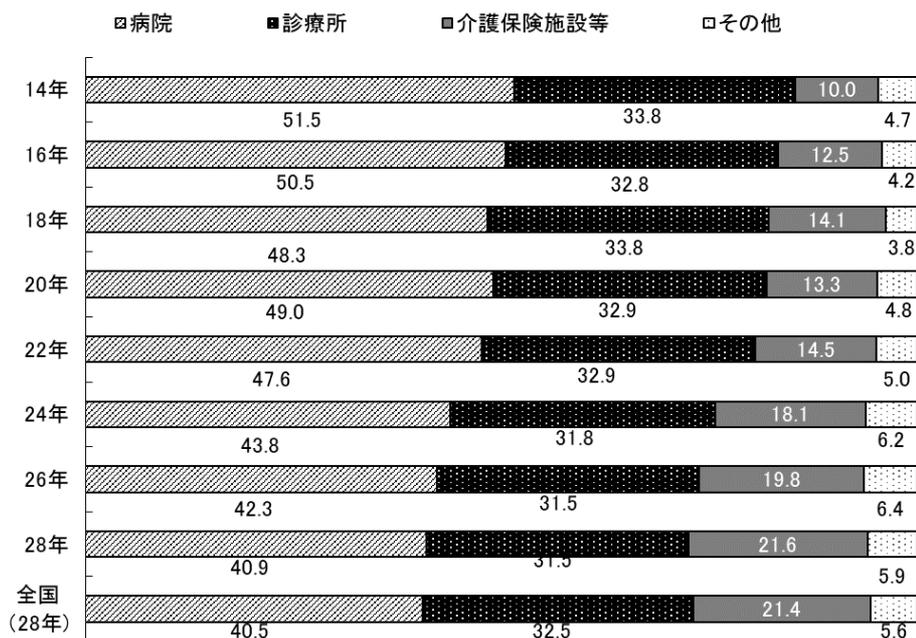
- 看護職員の就業場所は、介護保険施設等や訪問看護ステーション等の割合が増加傾向にあります。

【図表5-1-20】看護職員の就業場所の年次推移（看護師） (単位：%)



[看護職員業務従事届を基に県保健医療福祉課作成]

【図表5-1-21】看護職員の就業場所の年次推移（准看護師）（単位：％）



[看護職員業務従事届を基に県保健医療福祉課作成]

- 常勤看護職員の平成27年度の離職率は11.0％で、平成22年度より0.5ポイント低く、うち新卒者も7.0％と平成22年度より3.8ポイント低くなっており、改善傾向にあります。特に新卒者の離職率は、全国と比べても低い状況にあります。

【図表5-1-22】看護職員離職率

	平成22年度			平成27年度		
	回答 病院数	常勤看護職員 (%)		回答 病院数	常勤看護職員 (%)	
			新卒			新卒
本県	45	11.5	10.8	52	11.0	7.0
全国	2,619	11.0	8.1	3,069	10.9	7.8

[公益社団法人日本看護協会 病院看護実態調査]

- 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、二次保健医療圏ごとに見ると、助産師では鹿児島と奄美以外の7圏域が全国より低く、看護師では曾於と熊毛の2圏域が全国より低く、地域偏在が見られます。特に、助産師は、鹿児島保健医療圏に集中しています。

【図表5-1-23】二次保健医療圏別看護職員就業状況（人口10万人対）（平成28年末）

（単位：人（実数））

二次保健医療圏	保健師		助産師		看護師		准看護師	
鹿児島	53.7	(364)	55.2	(374)	1,563.0	(10,599)	481.5	(3,265)
南薩	56.2	(75)	23.2	(31)	1,248.6	(1,667)	1,015.6	(1,356)
川薩	68.2	(80)	26.4	(31)	1,080.2	(1,268)	677.3	(795)
出水	50.8	(43)	16.6	(14)	1,064.0	(900)	601.7	(509)
始良・伊佐	43.8	(104)	24.8	(59)	1,296.0	(3,078)	584.4	(1,388)
曾於	51.2	(41)	0.0	(0)	749.9	(600)	551.2	(441)
肝属	50.9	(79)	21.2	(33)	1,138.9	(1,769)	648.3	(1,007)
熊毛	90.5	(38)	26.2	(11)	655.1	(275)	578.9	(243)
奄美	83.8	(91)	41.4	(45)	1,203.0	(1,307)	524.6	(570)
計	55.9	(915)	36.5	(598)	1,310.9	(21,463)	584.8	(9,574)
全国	40.4	(51,280)	28.2	(35,774)	905.5	(1,149,397)	254.6	(323,111)

[看護職員業務従事届を基に保健医療福祉課作成]

#### ウ 看護職員の資質向上

- 看護職員は、高度化し、かつ多様化する国民の保健医療サービスへの需要に対応し、研修を受ける等その能力の開発及び向上を図ることが求められています。
- 平成22年4月施行の保健師助産師看護師法等の改正において、病院等の開設者に対し、新たに業務に従事する看護職員の臨床研修等が努力義務化されたことにより、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修を実施する体制を整備する必要があります。
- 団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年に向け、今後の急性期医療から在宅医療等を支えていく看護師を養成することを目的として看護師の特定行為研修制度が平成27年10月に創設され、本県では平成28年10月から鹿児島大学病院看護師特定行為研修センターにおいて養成が開始されています。
- 本県における特定行為研修を修了した看護師は、平成27年10月1日から平成29年3月31日までで16名（厚生労働省医政局看護課調べ）となっています。
- 地域においては、住民に最適な支援を提供する役割を果たせるよう、計画的・継続的な保健師の人材育成システムを構築することが重要とされ、本県では平成26年度に「県保健師人材育成ガイドライン」を策定し、保健師の現任教育体制の整備に取り組んでいます。

**【施策の方向性】**

**ア 看護職員の確保**

- 医療従事者の需給推計は、地域医療構想との整合性を確保しつつ行うこととしており、今後、「医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会」での検討結果に沿った需給推計を行い、看護職員確保対策に関する施策を推進します。
- 養成機関や医療施設等関係機関と連携を図りながら、修学資金の貸与や看護師等養成所における県内就業率等に応じた財政支援等を行うことにより新卒就業者の県内就業率60%の達成に一層努めるとともにナースセンターの活用等により復職支援を強化することで、看護職員の確保に努めます。
- 看護職員の復職支援については、平成27年10月から開始された離職者の届出制度の周知や届出者の支援等、また、ハローワークと連携した就労相談の実施等ナースセンターの機能を強化により看護職員の確保に一層努めます。
- 病院内保育所への助成や医療勤務環境改善支援センターによるWLB(ワーク・ライフ・バランス)の推進等の勤務環境改善への取組支援等、看護協会、医師会及び労働局等関係団体と協働しながら、看護職員の早期離職防止や看護職員が働き続けられる環境づくりに努めます。
- 看護職員の確保が困難な地域へ就業を希望する学生への修学資金の貸与や助産師の出向・受入及び研修に関する調整支援などにより地域偏在の解消に努めます。

**イ 看護職員の資質向上**

- 看護師等養成所の専任教員のための研修や実習施設における指導者を養成する講習の開催、新人看護職員に対する臨床研修実施のための支援等により、看護基礎教育から系統立てた研修体制を構築し、看護職員の資質の向上に努めます。
- 県保健師人材育成ガイドラインに基づく現任教育により、行政保健師の資質の向上に努めます。
- 助産師の専門研修や地域交流の充実を図り、助産師の資質の向上に努めます。
- 関係団体との連携や地域単位での研修会開催等を通じて、地域における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。
- 平成37(2025)年に向け、在宅医療等を支えるため、特定行為研修受講支援や関係機関・団体等との連携等により、特定行為研修を修了した看護師の確保、活躍の推進に努めます。
- 指定研修機関である鹿児島大学病院看護師特定行為研修センターを中心とした研修体制を整備するため、看護師が特定行為研修を地域で受講できるよう、実習を行う協力施設の確保に努めます。

## 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、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、1,637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人です。また、県及び市町村の行政栄養士のうち管理栄養士の人口10万人当たりの人数は4.0人で、全国の4.4人を下回っています。
- 平成29年4月1日現在、栄養教諭156人が配置されています。

【図表5-1-24】給食施設における管理栄養士・栄養士数の状況（各年3月末現在）

（単位：人，％）

	平成24年3月末				平成29年3月末			
	特定給食施設		その他の給食施設		特定給食施設		その他の給食施設	
	人数	配置率	人数	配置率	人数	配置率	人数	配置率
学 校	123	87.0	9	18.8	161	90.8	7	26.9
病 院	329	100.0	142	100.0	380	100.0	175	81.3
介護老人保健施設	54	100.0	86	100.0	53	100.0	81	100.0
老人福祉施設	63	100.0	234	94.3	71	100.0	233	83.1
児童福祉施設	17	57.1	203	56.0	74	77.3	229	62.3
社会福祉施設	13	100.0	75	77.8	8	100.0	94	75.8
事業所	8	70.0	0	0.0	3	33.3	0	0.0
寄宿舎	13	78.6	4	30.8	11	80.0	5	35.7
矯正施設	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	-
自衛隊	5	100.0	0	-	4	100.0	0	-
一般給食センター	0	-	0	-	3	100.0	2	50.0
その他	2	100.0	107	58.9	8	100.0	34	52.3
計	628	90.2	861	69.1	777	90.6	860	70.5

（注）保健所設置市（鹿児島市）を除く

[衛生行政報告例]

【図表5-1-25】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
配置市町村数 (a)	36	35
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]

【図表5-1-26】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
本県	総数	68	65	0.96
	人口10万人対	4.0	4.0	1.00
全国	総数	4,735	5,585	1.18
	人口10万人対	3.7	4.4	1.19

（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]

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。
- 市町村において，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】**

ア 管理栄養士等の確保

行政栄養士が未設置である市町村に対し，そ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。

イ 管理栄養士等の資質の向上

- 県と県栄養士会が共同で，行政栄養士を対象とした研修会を開催します。
- 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，市町村，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 その他の保健医療従事者

### 【現状と課題】

#### ア 診療放射線技師等

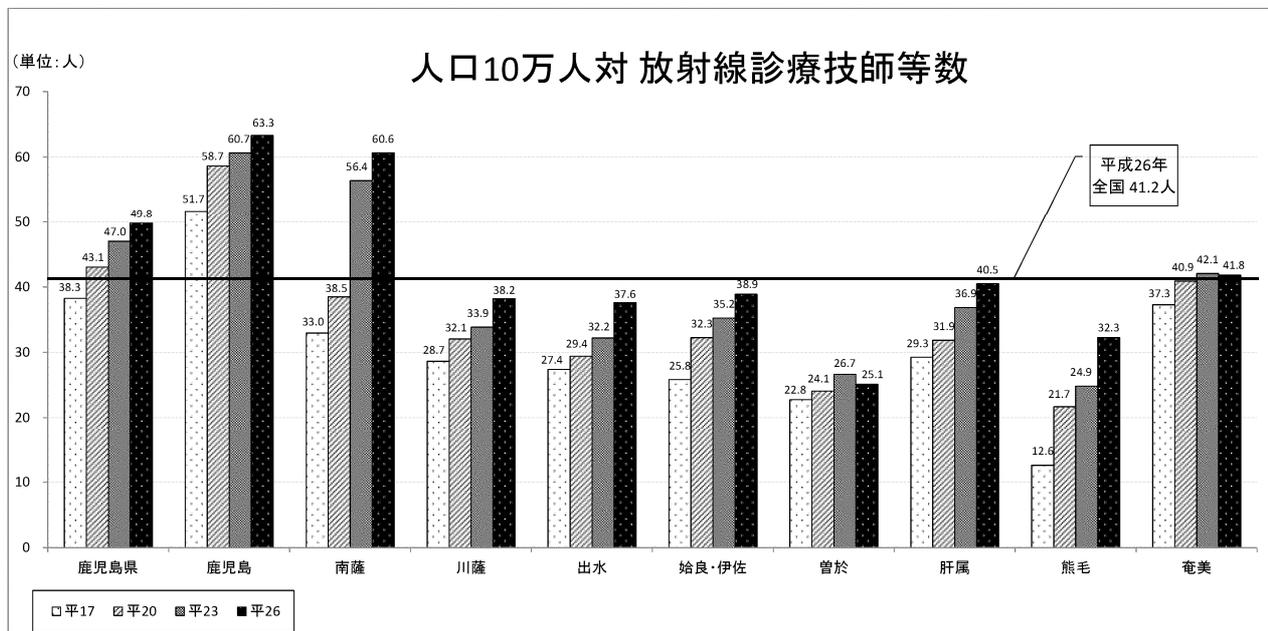
- 本県の病院及び一般診療所に従事する診療放射線技師及び診療エックス線技師（以下「診療放射線技師等」という。）は、平成26年10月末現在832.9人（常勤換算）で、平成23年に比べ4%増加しています。
- 人口10万人当たりの診療放射線技師等は49.8人で、全国の41.2人を上回っています。

【図表5-1-27】 病院及び一般診療所に従事する診療放射線技師等の推移（単位：人）

区 分		平成23年	平成26年	26年/23年
県	総 数	797.7	832.9	1.04
	人口10万人対	47.0	49.8	1.06
全国	総 数	50,547.5	52,314.9	1.03
	人口10万人対	39.6	41.2	1.04

[県：衛生統計年報，国：医療施設調査・病院報告]

【図表5-1-28】 二次保健医療圏別の人口10万人対診療放射線技師等数の推移



【図表5-1-29】 診療放射線技師の養成施設の状況（平成29年4月現在）

	昼夜別	過程	施設数	1学年定員
診療放射線技師養成施設	昼 間	4 年	1	80人

[県保健医療福祉課調べ]

イ 臨床検査技師等

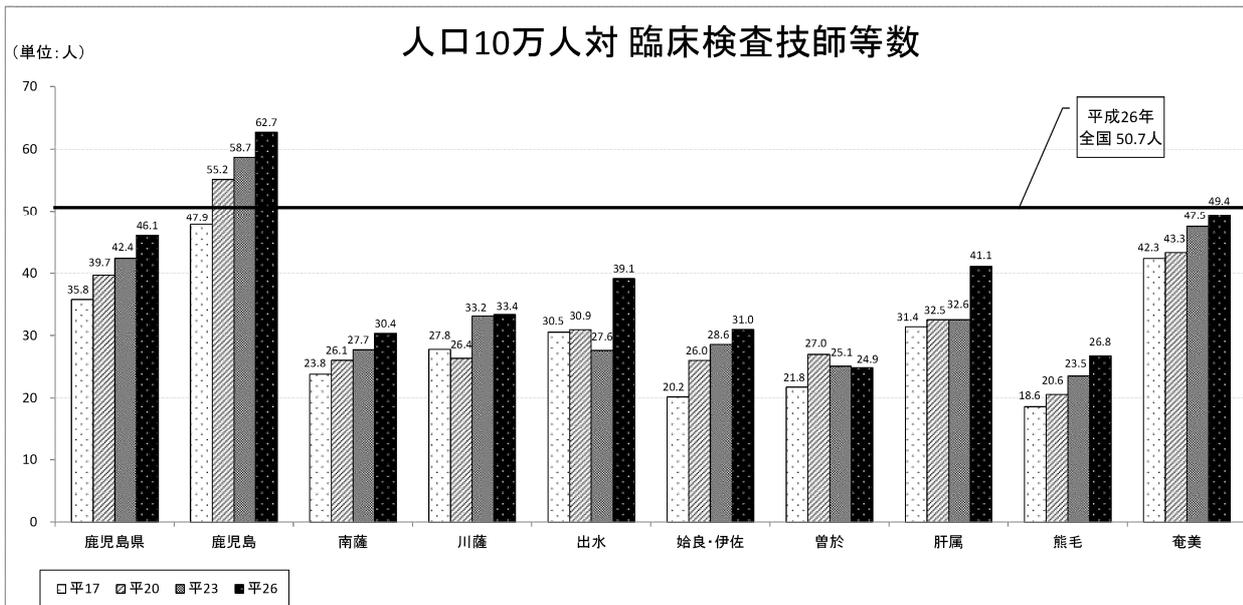
- 本県の病院及び一般診療所に従事する臨床検査技師及び衛生検査技師（以下「臨床検査技師等」という。）は、平成26年10月末現在770.4人（常勤換算）で、平成23年に比べ7%増加しています。
- 人口10万人当たりの臨床検査技師等は46.1人で、全国の50.7人を下回っています。

【図表5-1-30】病院及び一般診療所に従事する臨床検査技師等数の推移（単位：人）

区 分		平成23年	平成26年	26年/23年
県	総 数	719.2	770.4	1.07
	人口10万人対	42.4	46.1	1.09
全国	総 数	62,970.2	64,409.6	1.02
	人口10万人対	49.3	50.7	1.03

[県：衛生統計年報，国：医療施設調査・病院報告]

【図表5-1-31】二次保健医療圏別の人口10万人対臨床検査技師等数の推移



ウ 理学療法士及び作業療法士

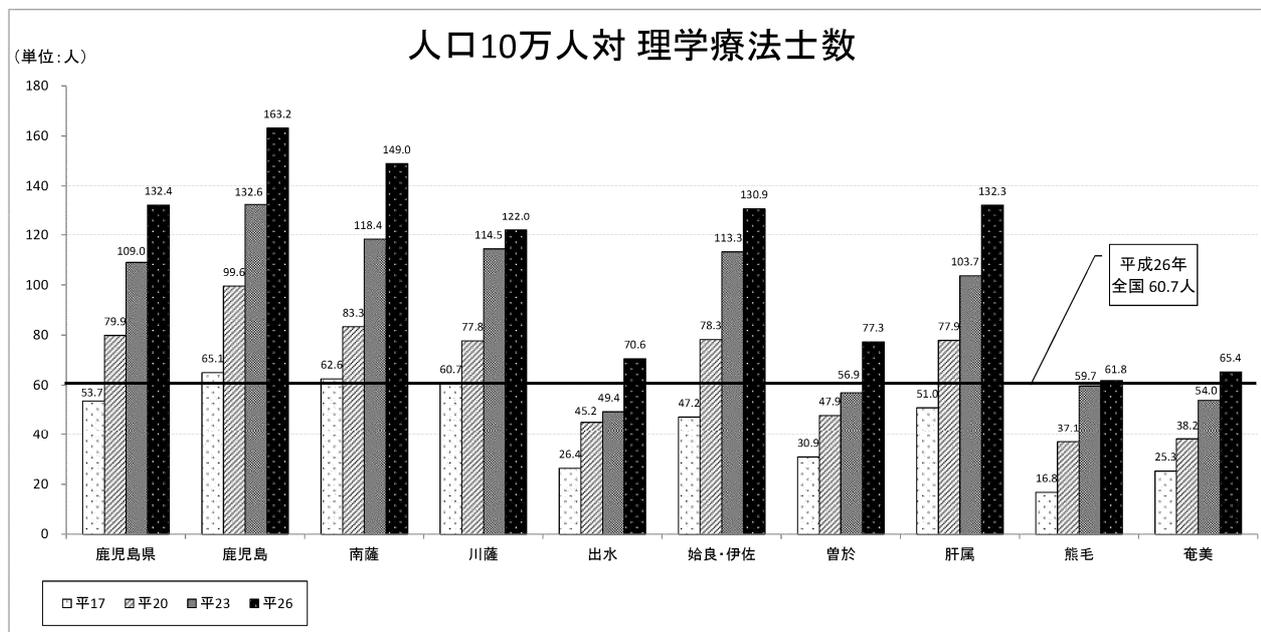
- 本県の病院及び一般診療所に従事する理学療法士は、平成26年10月末現在2,212.9人（常勤換算）で、平成23年に比べ20%増加しています。また、作業療法士は1,179.8人で、平成23年に比べ18%増加しています。
- 人口10万人当たりの理学療法士は132.4人で、全国の60.7人を大きく上回っています。また、作業療法士は70.6人で、全国の33.2人を大きく上回っています。

【図表5-1-32】病院及び一般診療所に従事する理学療法士及び作業療法士数の推移（単位：人）

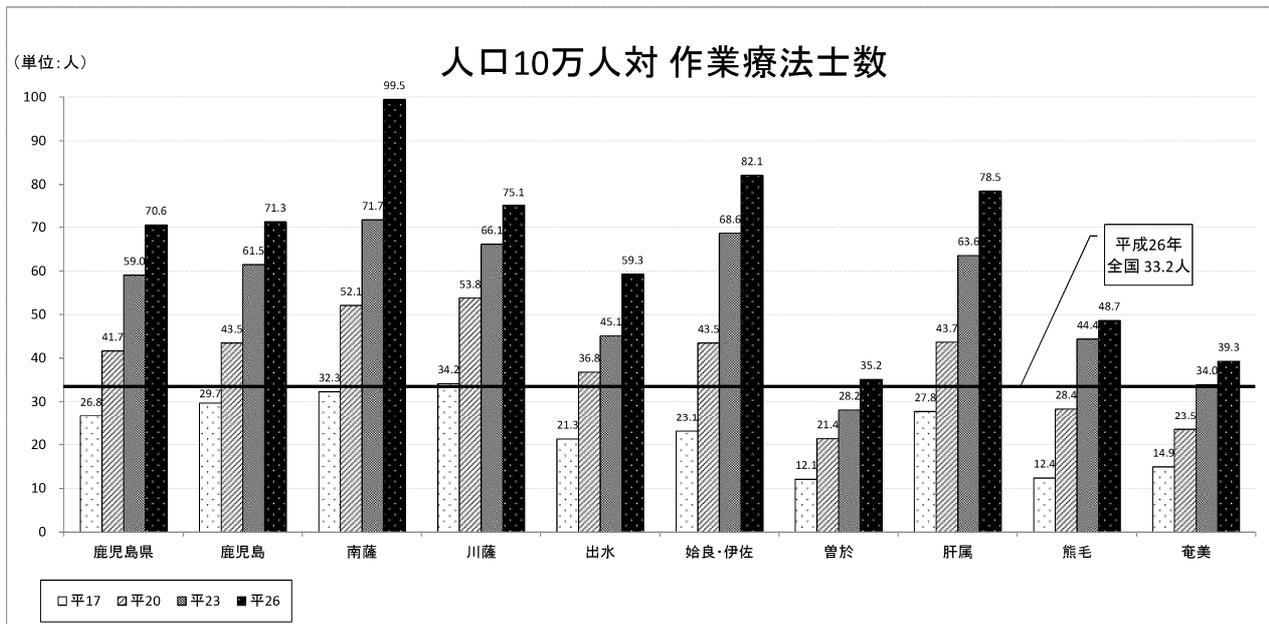
区 分		平成23年	平成26年	26年/23年	
理学療法士	県	総 数	1,850.2	2,212.9	1.20
		人口10万人対	109.0	132.4	1.21
	全国	総 数	61,620.8	77,139.8	1.25
		人口10万人対	48.2	60.7	1.26
作業療法士	県	総 数	1,001.7	1,179.8	1.18
		人口10万人対	59.0	70.6	1.20
	全国	総 数	35,427.3	42,136.1	1.19
		人口10万人対	27.7	33.2	1.20

[県：衛生統計年報，国：医療施設調査・病院報告]

【図表5-1-33】二次保健医療圏別の人口10万人対理学療法士数の推移



【図表5-1-34】二次保健医療圏別の人口10万人対作業療法士数の推移



【図表5-1-35】理学療法士、作業療法士の養成施設の状況（平成29年4月現在）

	昼夜別	過程	施設数	1学年定員
理学療法士養成施設	昼間	4年	2	100人
		3年	3	120人
	夜間	4年	1	40人
作業療法士養成施設	昼間	4年	2	60人
		3年	2	80人
	夜間	4年	1	40人

[県保健医療福祉課調べ]

## エ 言語聴覚士及び視能訓練士

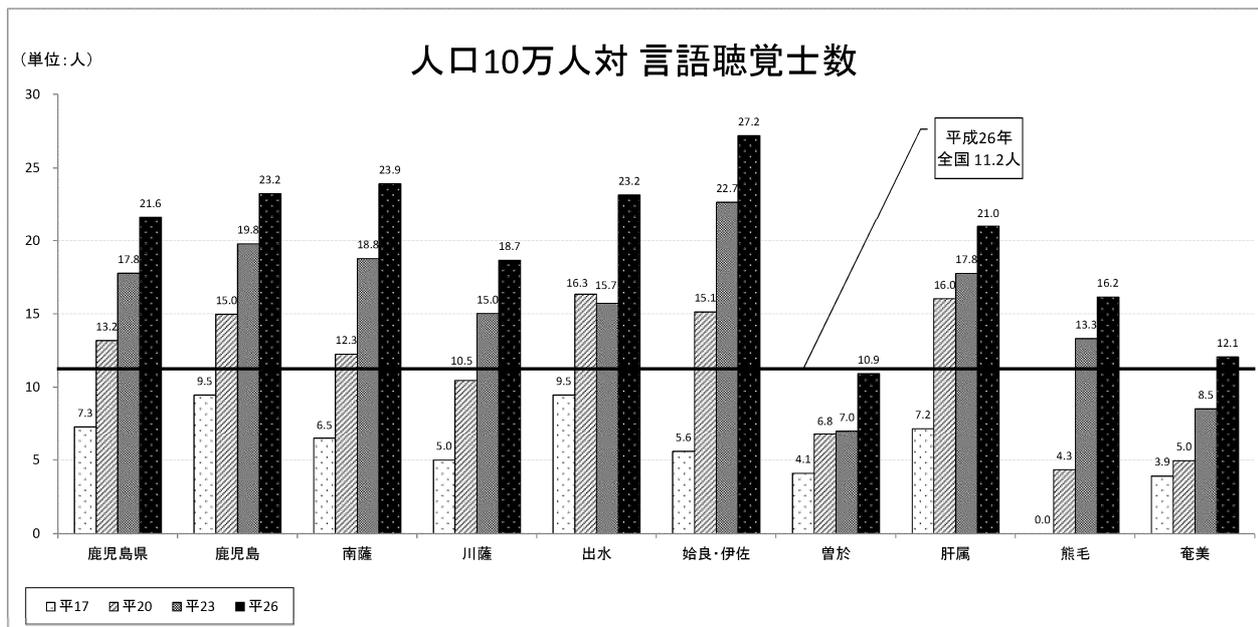
- 本県の病院及び一般診療所に従事する言語聴覚士は、平成26年10月末現在361.9人（常勤換算）で、平成23年に比べ20%増加しています。  
また、視能訓練士は60.2人で、平成23年に比べて47%増加しています。
- 人口10万人当たりの言語聴覚士は21.6人で、全国の11.2人を大きく上回っています。  
また、視能訓練士は3.6人で、全国の6.1人を下回っています。

【図表5-1-36】 病院及び一般診療所に従事する言語聴覚士及び視能訓練士数の推移 (単位：人)

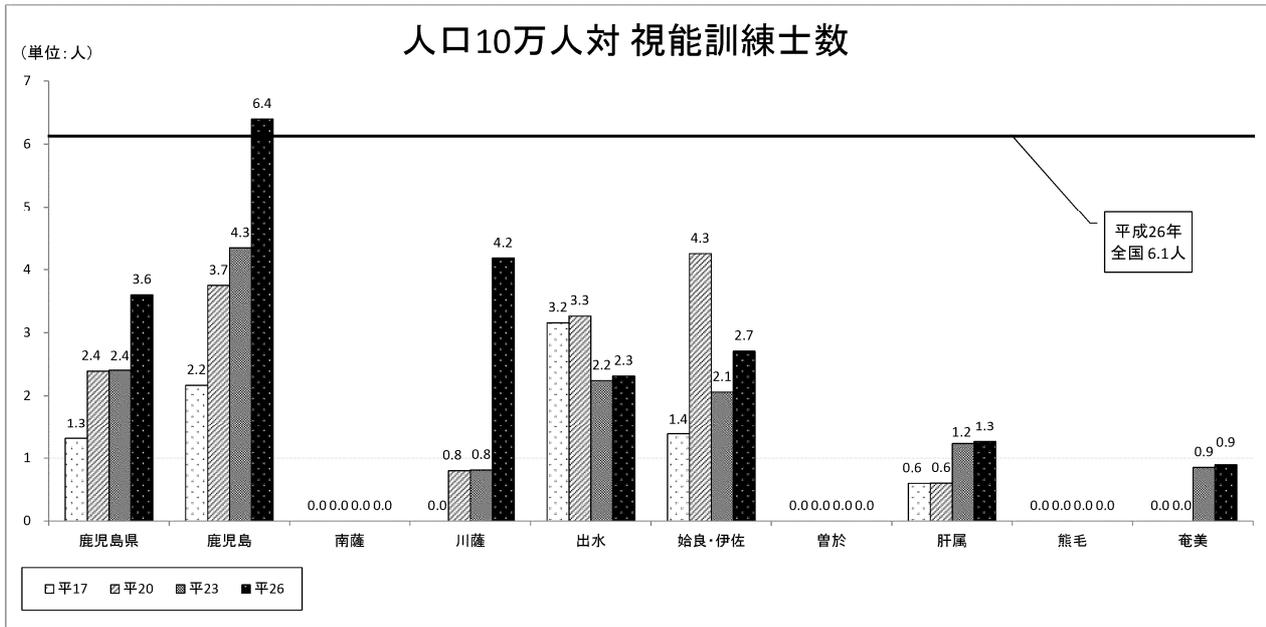
区 分		平成23年	平成26年	26年/23年	
言語聴覚士	県	総 数	301.5	361.9	1.20
		人口10万人対	17.8	21.6	1.20
	全国	総 数	11,456.2	14,252.0	1.24
		人口10万人対	9.0	11.2	1.24
視能訓練士	県	総 数	40.9	60.2	1.47
		人口10万人対	2.4	3.6	1.50
	全国	総 数	6,818.7	7,732.9	1.13
		人口10万人対	5.3	6.1	1.15

[県：衛生統計年報，国：医療施設調査・病院報告]

【図表5-1-37】 二次保健医療圏別の人口10万人対言語聴覚士数の推移



【図表5-1-38】二次保健医療圏別の人口10万人対視能訓練士数の推移



【図表5-1-39】言語聴覚士の養成施設の状況（平成29年4月現在）

	昼夜別	過程	施設数	1学年定員
言語聴覚士養成施設	昼間	4年	1	40人
		3年	1	30人

[県保健医療福祉課調べ]

#### オ 臨床工学技士

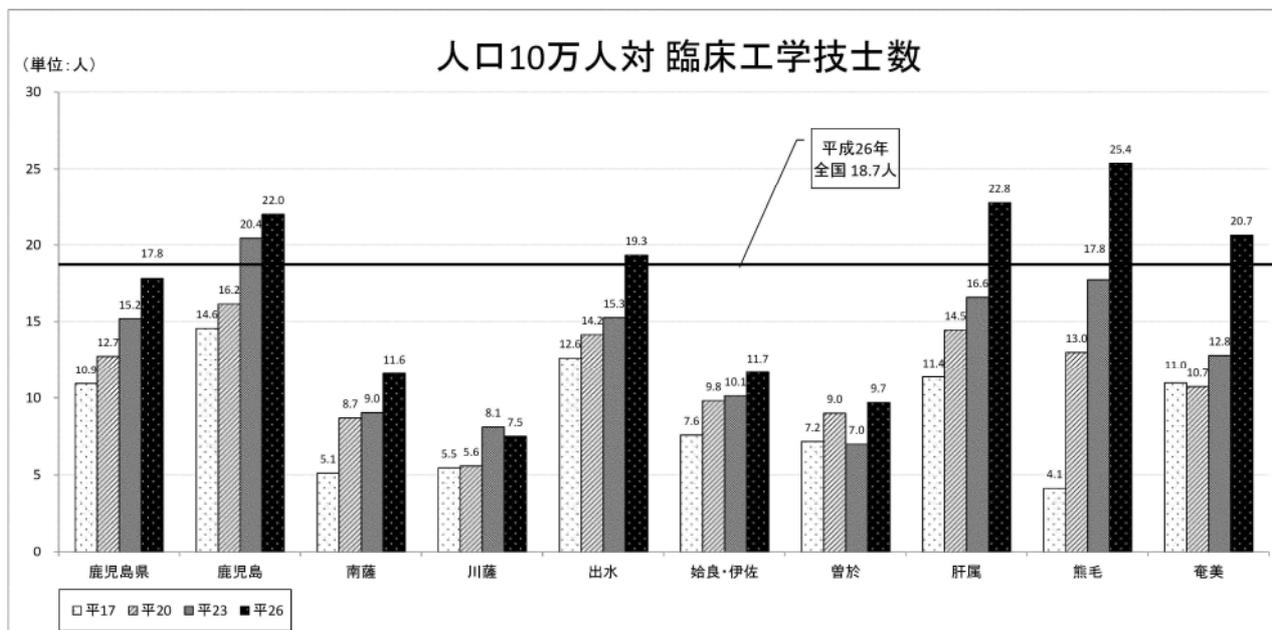
- 本県の病院及び一般診療所に従事する臨床工学技士は、平成26年10月末現在298.0人（常勤換算）で、平成23年に比べ16%増加しています。
- 人口10万人当たりの臨床工学技士は17.8人で、全国の18.7人を若干下回っています。

【図表5-1-40】病院及び一般診療所に従事する臨床工学技士数の推移（単位：人）

区分		平成23年	平成26年	26年/23年
県	総数	257.8	298.0	1.16
	人口10万人対	15.2	17.8	1.17
全国	総数	20,001.0	23,741.4	1.19
	人口10万人対	15.7	18.7	1.19

[県：衛生統計年報，国：医療施設調査・病院報告]

【図表5-1-41】二次保健医療圏別の人口10万人対臨床工学技士数の推移



【図表5-1-42】臨床工学技士の養成施設の状況（平成29年4月現在）

	昼夜別	過程	施設数	1学年定員
臨床工学技士養成施設	昼 間	3年	1	40人

[県保健医療福祉課調べ]

#### カ 歯科衛生士及び歯科技工士

- 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。また、歯科技工士は205.9人で、平成23年に比べて6%減少しています。
- 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。また、歯科技工士は12.3人で、全国の9.0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5-1-43】 病院及び診療所に従事する歯科衛生士及び歯科技工士数の推移（単位：人）

区 分		平成23年	平成26年	26年/23年	
歯科衛生士	県	総 数	1,396.8	1,506.7	1.08
		人口10万人対	82.3	90.1	1.10
	全国	総 数	99,137.9	107,924.3	1.09
		人口10万人対	77.6	84.9	1.09
歯科技工士	県	総 数	218.2	205.9	0.94
		人口10万人対	12.9	12.3	0.95
	全国	総 数	11,789.8	11,445.3	0.97
		人口10万人対	9.2	9.0	0.98

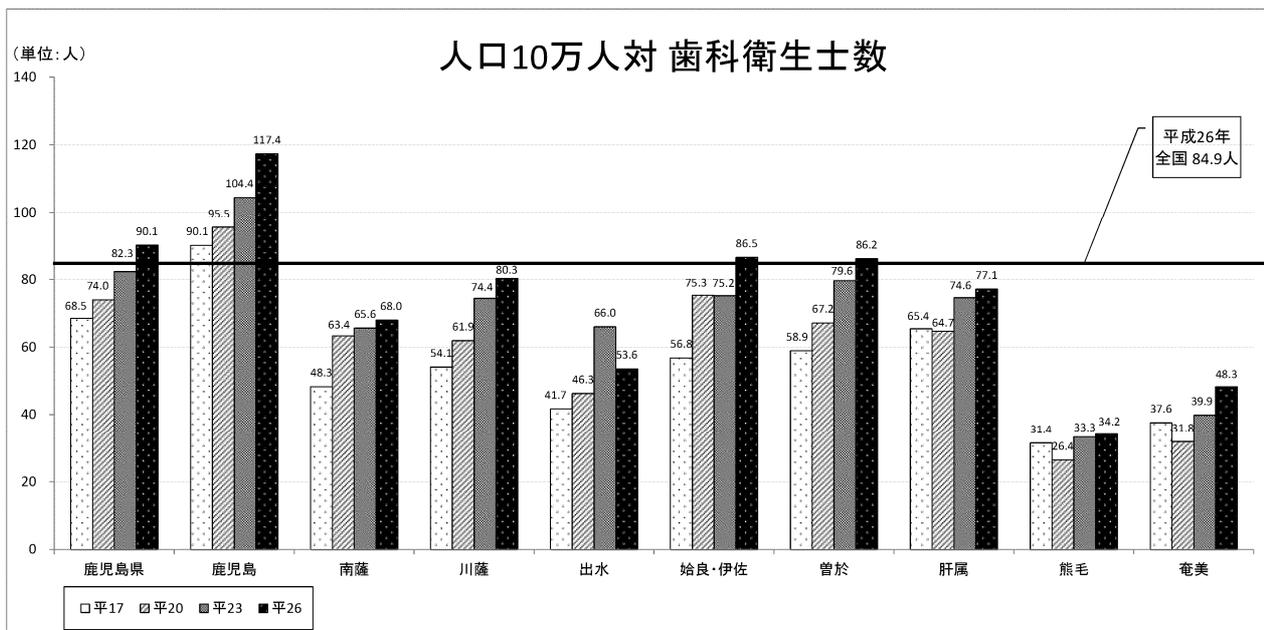
[県：衛生統計年報，国：医療施設調査・病院報告]

【図表5-1-44】 市町村常勤歯科衛生士の配置状況（単位：人，%）

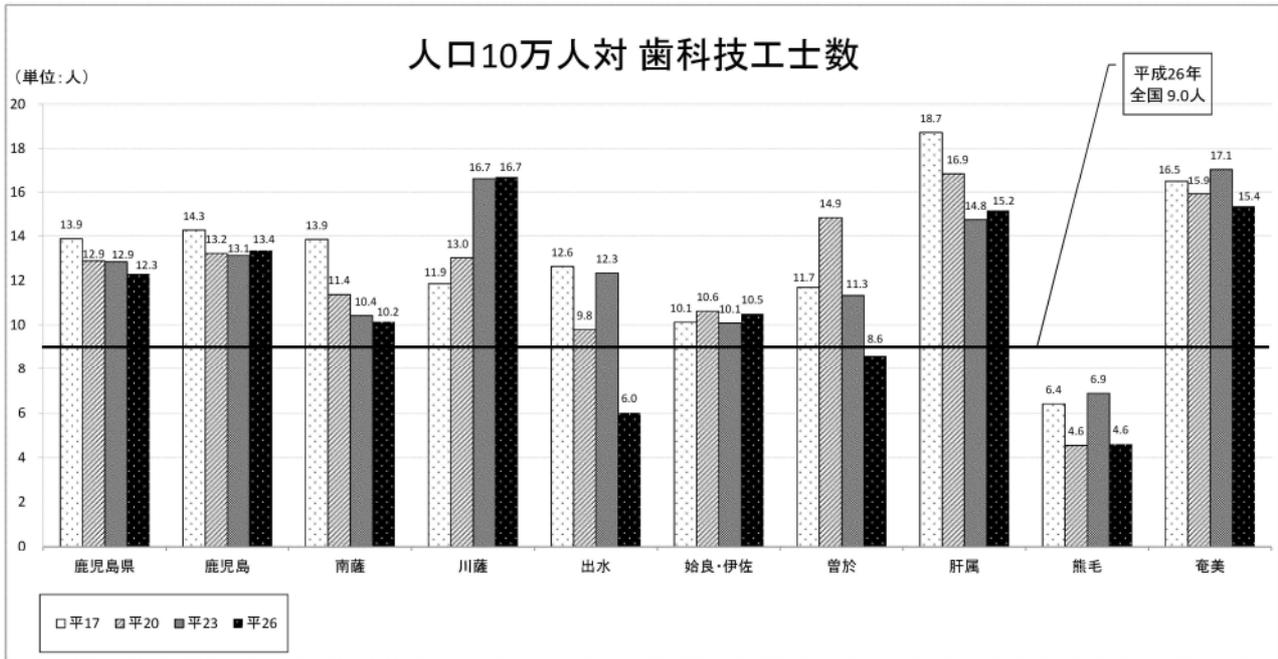
区分	平成26年度	平成27年度
配置市町村数 (a)	12	10
歯科衛生士数	16	13
配置率 (a)/市町村数	27.9	23.3

[地域保健・健康増進事業報告]

【図表5-1-45】 二次保健医療圏別の人口10万人対歯科衛生士数の推移



【図表5-1-46】二次保健医療圏別の人口10万人対歯科技工士数の推移



【図表5-1-47】歯科衛生士，歯科技工士の養成施設の状況（平成29年4月現在）

	昼夜別	過程	施設数	1学年定員
歯科衛生士養成施設	昼 間	3年	2	90人
歯科技工士養成施設	昼 間	2年	1	30人

キ 施術者

- 本県における平成28年末の施術所数は2,107施設となっており，平成24年末から237施設増加しています。
- 本県に在住する施術者の数は4,787人となっており，平成24年から122人減少しています。

【図表5-1-48】施術所数の推移

（単位：施設）

	平成24年末	平成26年末	平成28年末
あん摩，マッサージ及び指圧を行う施術所	224	250	233
はり及び灸を行う施術所	364	431	433
あん摩，マッサージ及び指圧，はり並びに灸を行う施術所	772	850	823
その他の施術所	41	33	48
柔道整復を行う施術所	469	529	570
合 計	1,870	2,093	2,107

[衛生行政報告例]

【図表5-1-49】 就業者の状況

(単位：人)

	あん摩マッサージ指圧師	はり師	きゅう師	柔道整復師	合計
平成24年	1,315	1,503	1,473	618	4,909
平成26年	1,263	1,423	1,402	599	4,687
平成28年	1,235	1,414	1,392	746	4,787

[衛生行政報告例]

【図表5-1-50】 あん摩マッサージ指圧師，はり師，きゅう師，柔道整復師の養成施設の状況  
(平成29年4月現在)

	昼夜別	過程	施設数	1学年定員
あん摩マッサージ指圧師，はり師， きゅう師養成施設	昼 間	3年	1	20人
はり師，きゅう師養成施設	昼 間	3年	1	30人
柔道整復師養成施設	昼 間	3年	2	60人

[県保健医療福祉課調べ]

**【施策の方向性】**

- 関係団体が研修事業等を実施することにより，質の高い医療従事者の育成に努めます。
- 医療技術の高度化に対応する質の高い医療従事者の育成を図るため，医療従事者養成施設における教育の充実を促進します。
- 地域における歯科口腔保健の推進を図るため，行政歯科衛生士の配置を促進します。また，行政歯科衛生士や在宅歯科衛生士等の資質向上を図るため，研修会を開催します。
- 質の高いあん摩マッサージ指圧師，はり師，きゅう師及び柔道整復師を確保するため，養成施設や関係団体の理解を求めながら，教育内容の一層の充実を促進します。
- 有免許者による適切な施術が行われるよう，関係法令遵守の指導に努めます。

## 7 医療勤務環境改善支援センター

---

### 【現状と課題】

- 医療機関においては、医療従事者が働きやすい環境を整え、専門職の集団として働きがいを高めるよう、勤務環境を改善させる取組が必要です。
- 平成26年10月施行の改正医療法において、都道府県等は医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点としての機能の確保に努めることが定められ、本県では、平成29年3月に医療勤務環境改善支援センターを設置しました。

### 【施策の方向性】

医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、各医療機関による勤務環境改善への取組に対して、労務管理面・医業経営面から、専門家による指導・助言を行うなど、個々の医療機関のニーズに応じた支援を行います。

## 8 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。本県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、平成28年度までに23,965人が登録されています。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、平成28年度までに86,134人が養成研修を修了しています。今後とも、養成機関に対する適切な指導とともに、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、平成28年度までに11,370人を養成していますが、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。

【図表5-1-51】介護福祉士の年度末登録者数 (単位:人)

	平成27年度	平成28年度
介護福祉士	22,960	23,965

[公益財団法人社会福祉振興・試験センター公表]

【図表5-1-52】訪問介護員養成研修修了者 (単位:人)

年度	基礎	1級	2級	3級	初任者	計
平成27年度末累計	945	15,709	54,079	9,482	4,779	84,994
平成28年度					1,140	1,140
計	945	15,709	54,079	9,482	5,919	86,134

(注) 基礎と1級は介護福祉士養成のための実務者研修へ、2級及び3級は初任者研修へ移行している。

[県介護福祉課調べ]

【図表5-1-53】認定特定行為業務従事者認定証の交付数 (単位:人)

	経過措置修了者	全部の行為ができる者	一部の行為ができる者	計
平成27年度末累計	3,446	156	813	4,415
平成28年度	0	67	270	337
計	3,446	223	1,083	4,752

(注) 不特定多数の者対象

[県介護福祉課調べ]

【図表5-1-54】介護支援専門員実務研修修了者数 (単位:人)

	平成10~17年度	平成18~20年度	平成21~23年度	平成24~26年度	平成27~28年度
修了者	7,100	1,183	1,204	1,319	564
累計	7,100	8,283	9,487	10,806	11,370

[県介護福祉課調べ]

### 【施策の方向性】

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用して、介護従事者の確保対策を推進します。

#### ア 参入促進

- 介護分野への多様な人材の参入促進を図るため、職場体験やイベント、SNSによる情報発信\*1を行う等、様々な機会を通じて介護の魅力の情報発信に努めます。

\*1 鹿児島県公式フェイスブック「ケア★スタ」を開設し、介護現場で働く若手介護職員、介護職を目指す学生等や介護関連の研修会等の情報を紹介。また、若手介護職員等を対象とした意見交換会「ケア★スタ サミット」等を開催。

- 介護福祉士など介護分野の人材確保については、県福祉人材・研修センターが行う無料職業紹介事業や就職説明会等の実施による求人・求職に関する情報等の提供や、キャリア支援専門員による求職者と求人事業所とのマッチング、介護福祉士の資格の取得を目指す学生に対する修学資金や離職した介護職員等に対する再就職準備金等の貸付、離職した介護職員に対し支援を行う登録制度の構築等により、人材の確保に努めます。

## イ 資質の向上

- 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、介護支援専門員実務研修、現任研修及びチームリーダー養成研修等を実施し、主任介護支援専門員や地域の指導者の養成に努めます。
- 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が、安全かつ適切に実施されるよう、研修機関の登録等必要な体制の整備推進を図るとともに、実地研修の指導者となる指導看護師等を養成するための研修を実施します。
- 認知症高齢者へ適切に対応できるよう、地域の指導者の養成をはじめ、介護サービス事業所の開設者や管理者、介護支援専門員などに対する研修の充実に努めます。

## ウ 労働環境・処遇の改善

- 介護職員の確保・定着に向けて、引き続き就業実態などの現状把握に努めるとともに、実情に応じて、介護報酬や人員配置基準などに係る国への要望や関係機関との雇用改善に関する協議を行います。
- 事業者に対しては、賃金改善のための介護職員処遇改善加算の取得に向けた取組を促進し、介護ロボットの導入支援等による労働環境の改善を通じて介護職員の処遇改善を図ります。

## 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

- 県民が安心して医療を受けられる地域社会を形成するために、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、各地域で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、すべての二次保健医療圏において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、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、地域連携クリティカルパスの普及が進んできています。
- なお、一部の県境に位置する二次保健医療圏では、隣県の医療機関を利用している患者も見られます。

【図表5-2-1】地域連携クリティカルパスの活用等により医療機関間での診療情報共有体制をとっている病院・診療所数

疾患名	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	精神疾患
件数	185	173	87	83	24

[平成28年度県医療施設機能等調査]

#### 【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

- 各地域に設置した「地域保健医療福祉協議会」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、P D C A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域との連携を視野に入れた協議の推進を図ります。

#### 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、活用拡大に向けた検証や分析、情報の共有化を行い、地域連携クルティカルパスの普及等に努めます。

## 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に努め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5-2-2】 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
鹿児島	鹿児島市医師会病院
	南風病院
	国立病院機構鹿児島医療センター
	今給黎総合病院
	鹿児島市立病院
南薩	国立病院機構指宿医療センター
	県立薩南病院
川薩	川内市医師会立市民病院
出水	出水郡医師会広域医療センター
	出水総合医療センター
始良・伊佐	霧島市立医師会医療センター
曾於	曾於医師会立病院
肝属	肝属郡医師会立病院
	県民健康プラザ鹿屋医療センター
奄美	県立大島病院

[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5-2-3】 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。

また、医療の向上等に資するデータの集積、研究や、医師等の育成などに取り組んでおり、地域においても中核的な医療機関としての役割が期待されています。

- 公的病院及び医師会立病院は、各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、結核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5-2-4】 県立病院の状況

名称 (所在地)	役割	救急告示 病院	地域救命救急 センター	災害拠点 病院	DMAT 指定病院	エイズ治療 拠点(協力) 病院	感染症 指定病院	地域がん 診療連携 拠点病院	地域周産期 母子医療 センター	地域医療 支援病院	へき地医療 拠点病院	臨床研修 病院
県民健康プラザ 鹿屋医療センター (鹿屋市)	地域の中核的 医療機関	○		○	○	○ 拠点病院	○	○	○	○	○	○ 協力型病院
県立大島病院 (奄美市)	奄美群島の 基幹病院	○	○	○	○	○ 拠点病院	○	○	○	○	○	○ 基幹型病院
県立薩南病院 (南さつま市)	地域の中核的 医療機関	○ 二次輪番		○	○	○ 協力病院	○	○		○	○	○ 協力型病院
県立北薩病院 (伊佐市)	地域の中核的 医療機関	○ 二次輪番		○	○	○ 協力病院	○				○	○ 協力型病院
県立始良病院 (始良市)	本県精神医療の 中核的医療機関	精神科救急基幹病院(常時対応型精神科救急医療施設): 県内1箇所 応急入院指定病院: 県内4箇所									○ 協力型病院	

[県立病院課調べ]

- 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で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。

【図表5-2-5】 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
熊本	義順顕彰会	種子島医療センター	へき地医療

- 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。

### 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5-2-6】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 (施設数)		紹介件数 (件数)			有り (施設数)		受入件数 (件数)		
			69.9%	4,388	2,711	61.8%		70.8%	4,094	2,750	67.2%
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。
- 患者が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

\*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歯科病診連携推進委員会が作成したマニュアル

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。

- 在宅医療から入院医療まで幅広く、歯科医師と医師との一層の連携を図ることが必要です。
- 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

- 鹿児島大学病院については、医育機関及び特定機能病院としての機能の充実を促進します。
- 国立病院機構の病院については、地域の中核的な医療機関として、政策医療の充実とともに、臨床研究、医療従事者の研修・教育、医療に関する情報の提供などの機能の充実を促進します。
- 公的病院及び医師会立病院については、各二次保健医療圏の中核的な病院として、医療機能の一層の充実を促進します。
- 県立病院は、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、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、県立病院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28年度末の県内の薬局数は897件，また，薬局のない地域（市町村）は，三島村，十島村，喜界町，伊仙町，知名町の5町村となっています（平成24年度末時点6町村）。

【図表5-2-7】 薬局数 （単位：件）

区分	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
薬局	867	880	891	886	897

[厚生労働省，県薬務課統計]

- 平成27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70.1%になっており，全国の70.0%を上回り，全国26位の水準で分業が推移しています。
- 処方せん受取率を二次保健医療圏ごとに見ると，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，医薬分業の進捗状況には地域格差が認められます。
- 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。

【図表5-2-8】 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調べ]

\*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」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

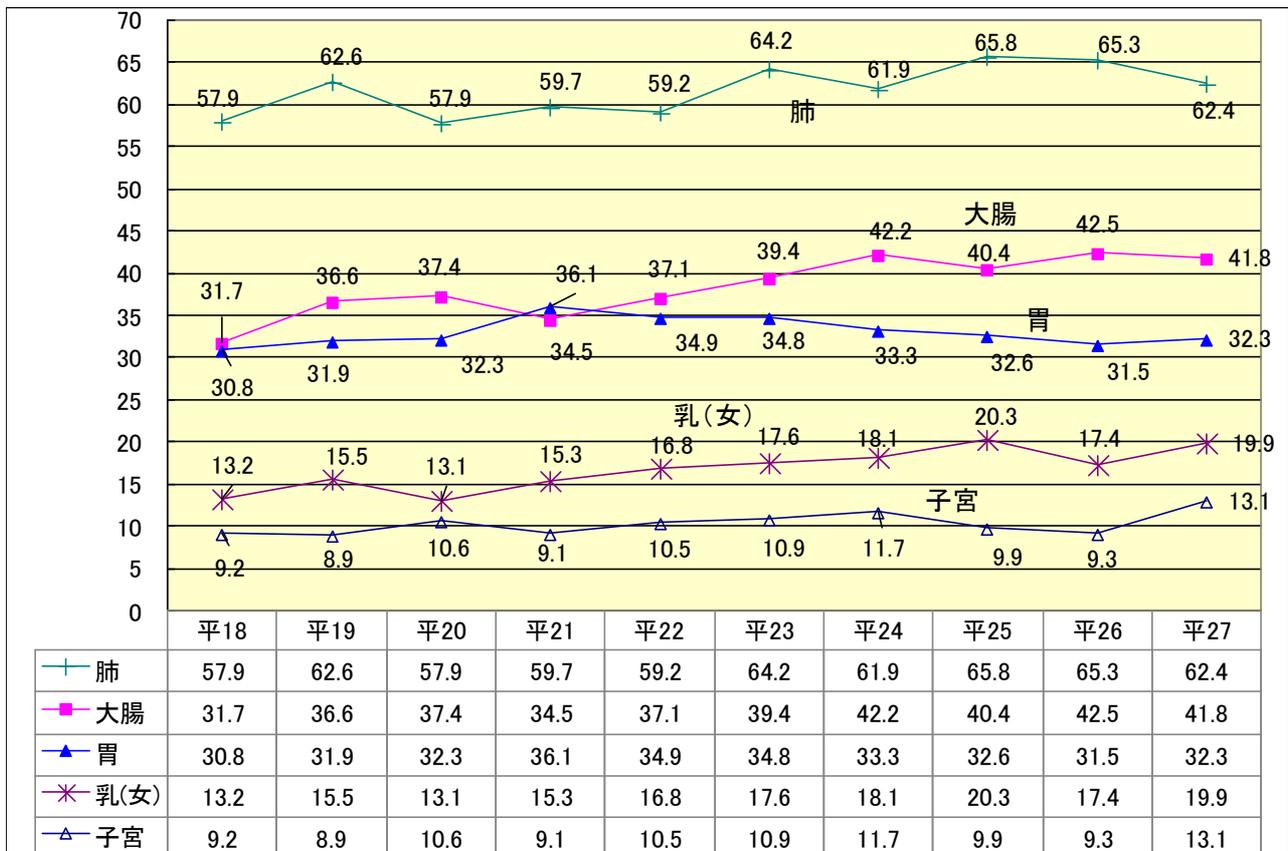
##### 【現状と課題】

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 本県のがんの現状

- 本県におけるがんの死亡者数は、高齢化の影響等により増加しており、平成27年は5,379人で全死亡に占める割合は25.2%、死亡率（人口10万人対）は327.5となっています。  
また、部位別の死亡率を見ると、胃がんを除き、死亡率は増加傾向にあります。

【図表5-3-1】本県の5大がんによる死亡率の年次推移（人口10万人対）

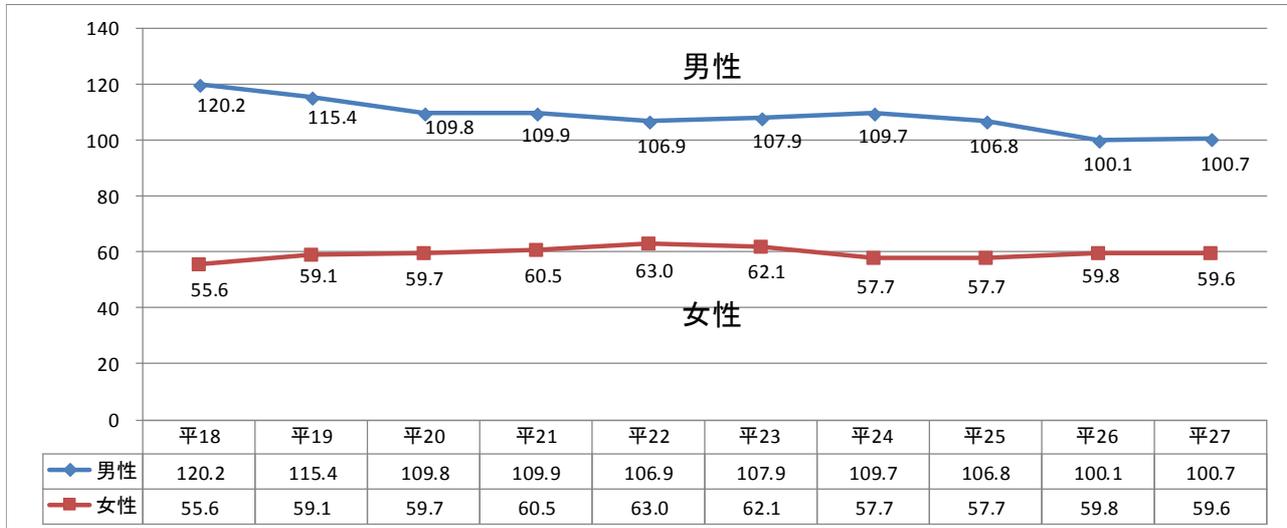


[人口動態統計]

- がんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万人対）は、平成27年は男性100.7、女性59.6とな

っており、男性は改善傾向にありますが、女性は横ばい状態にあります。

【図表5-3-2】 本県の75歳未満年齢調整死亡率（全がん）の年次推移（人口10万対）



[国立がん研究センター調べ]

- 生涯のうち約2人に1人ががんにかかると言われており、がん医療の充実やがん情報の提供を多くの県民が望んでいます。
- 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

本県のがん検診の受診率は、「平成28年度国民生活基礎調査」では、大腸がん（本県41.2%、全国41.4%）を除き、全国を上回っています。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の精度管理に取り組むことが重要です。

【図表5-3-3】 がん検診受診率（単位：％）

区分		胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん (過去2年)	子宮頸がん (過去2年)
平成22年度	国	32.3	26.0	24.7	39.1	37.7
	県	33.1	26.8	29.0	40.0	40.0
平成25年度	国	39.6	37.9	42.3	43.4	42.1
	県	40.7	36.3	46.4	47.4	44.2
平成28年度	国	40.9	41.4	46.2	44.9	42.4
	県	42.2	41.2	54.0	49.6	46.6

(注) 対象者：40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）

[国民生活基礎調査（厚生労働省）]

ウ がん医療の提供体制

- がん医療の水準の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>及び県がん診療指定病院<sup>\*2</sup>（以下「拠点病院等」という。）の整備を推進してきた結果、県内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いました。
- 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。  
このため、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<sup>\*3</sup>」を県内で使用することにしています。

【図表5-3-4】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	
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)	鹿児島保健医療圏	国立病院機構鹿児島医療センター 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

\*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。）

\*2 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

\*3 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表

【図表5-3-5】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

#### 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、県歯科医師会と一部の拠点病院との間では、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、そのための研修会が開催されています。
- 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、これらの場合については、現状の診療ガイドライン等において明確な判断基準は示されていません。これらのことから、国において、高齢のがん患者に提供すべき医療のあり方についての検討が進められています。

#### 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。

\*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。

- 県内の拠点病院等では、緩和ケア研修会を開催しており、これまで1,300人を超える医療従事者が受講しています。

#### 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割を超える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、がん相談支援センター（平成29年4月末現在25か所）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。

### 【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。
- がんに関連するウイルス等について、肝炎ウイルス検査や子宮頸がん予防（HPV）ワクチンの普及啓発などの感染症予防対策に引き続き取り組みます。

#### イ がんの早期発見・早期治療の推進

市町村・県がん対策推進企業等連携協定締結企業（平成29年10月現在10社）・患者団体（同20団体程度）等とも連携を図りながら、県民に対してがん検診受診の普及啓発を引き続き行うとともに、市町村や検診機関等とも連携を図りながら、検診の精度管理を行い、精度の高い検診の実施を促進します。

#### ウ がん医療の均てん化の推進

- 拠点病院等の機能の更なる向上や医療内容の充実を図るため、引き続き施設の運営や設備整備の補助等による支援に努めます。
- がん検診に従事する医療従事者を対象とする研修の実施や拠点病院等と地域の医療機関との連携の促進を図ります。

- 県がん診療連携協議会等（県及び拠点病院等で構成）において、医師会とも連携を図りながら、地域の医療機関やがん患者への周知方法などの検討を行い、地域連携クリティカルパスの運用を促進します。

#### 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、無菌調剤室を整備した薬局の活用による薬物治療の充実を図るなど、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。
- 高齢者のがんについては、国の動向を踏まえ、拠点病院等を中心に、併存疾患の診療を行う一般診療科との連携を強化し、チーム医療体制の整備を図るなど、高齢者の診療体制の整備を行います。

#### 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

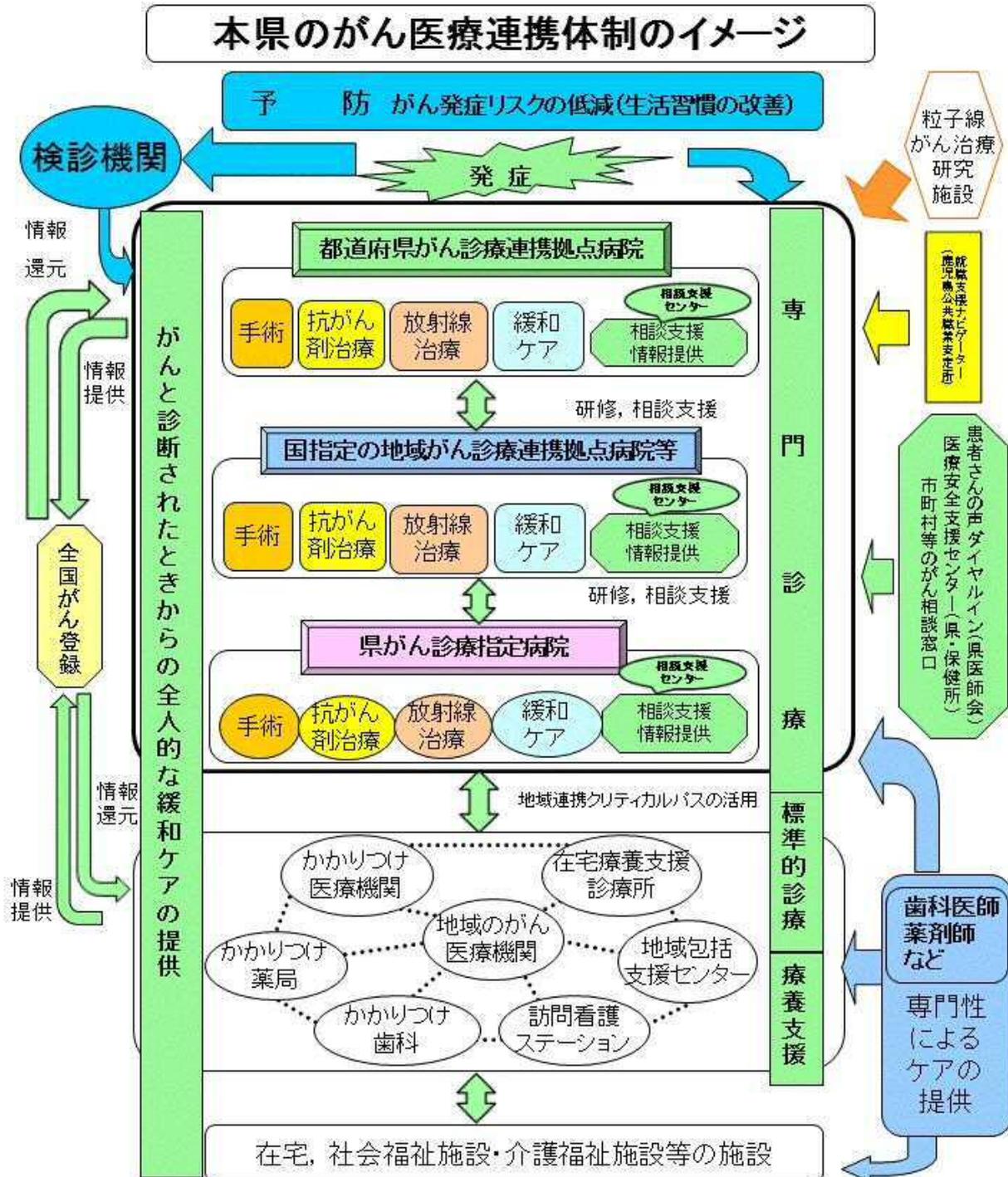
- 医師会等とも連携を図りながら、がん登録届出医療機関の拡大を推進します。  
また、がん登録に関する医師等の理解や協力が得られるよう、がん登録の仕組みと意義等について、引き続き周知を図ります。

#### 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。
- 平成29年7月に労働局が設置した「鹿児島県地域両立支援推進チーム」において、関係機

関と連携し、がん患者等の治療と就労の両立支援に取り組むとともに、制度や相談窓口の周知を図ります。

【図表5-3-6】がんの医療連携体制図



[県健康増進課作成]

第5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5-3-7】がんの医療連携体制（例）

	予防	専門診療	標準的診療	療養支援
目標等	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん発症リスク低減 喫煙、食生活、運動等</li> <li>がん検診の受診率向上</li> <li>胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん検診 5年以内に受診率50%以上 (胃がん、大腸がん、肺がんは当面40%以上)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域におけるがん診療連携体制の構築</li> <li>放射線療法、外来化学療法の実施</li> <li>緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアの実施</li> <li>相談支援センターの充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>放射線療法・外来化学療法の実施体制の推進</li> <li>緩和ケアに関する知識・技能の習得</li> <li>医療従事者の資質向上</li> <li>精密検査や確定診断の実施</li> <li>専門治療後のフォローアップ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる在宅がん患者数の増加</li> <li>在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等による在宅がん医療推進体制の構築</li> </ul>
医療機関（例）		<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携拠点病院</li> <li>県がん診療指定病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域のがん医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所</li> <li>訪問看護ステーション 等</li> </ul>
求められる機能等	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん登録の実施</li> <li>精密検査の実施</li> <li>がん検診の精度管理への協力</li> </ul> <p>【行政】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診の実施</li> <li>がん登録の推進</li> <li>がん検診の精度管理</li> <li>「健康かごしま21」の普及啓発</li> <li>がん検診実施機関の資質向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>放射線療法・外来化学療法の実施件数の増加</li> <li>専門的な緩和ケアの実施</li> <li>集学的治療の実施</li> <li>医療従事者の研修の実施</li> <li>セカンドオピニオンの提供</li> <li>がん医療等の情報提供</li> <li>がん研究の推進</li> <li>相談員の更なる資質向上による専門的な相談への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術療法・化学療法の実施</li> <li>診断・治療に必要な検査の実施</li> <li>病理診断や画像診断等の実施</li> <li>精神心理的苦痛に対するケア等を含めた緩和ケアを提供する医療従事者の増加</li> <li>診療ガイドラインに準じた診療</li> <li>セカンドオピニオンの推進</li> <li>患者相談会の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の治療時期や状態等に 応じた緩和ケアの提供</li> <li>在宅緩和ケアの従事者への 専門的研修の実施</li> <li>療養生活全般に関する相談 への対応</li> <li>社会復帰・就労支援</li> </ul>
連携等		<p>がん診療連携拠点病院を中心として、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅がん医療、施設がん医療・その他の歯科医師・薬剤師、就労支援ナビゲーターの地域連携による総合的ケアの提供</p> <p>地域連携クリティカルパスの整備・活用</p> <p>要精検者の確実な医療機関受診</p>		

(注) がんに関して病期（治療ステージ）等別に求められる医療機能等についての例は上表のとおりであるが、各二次保健医療圏における医療資源の状況等により、地域によって異なることも十分考えられる。

[県健康増進課作成]

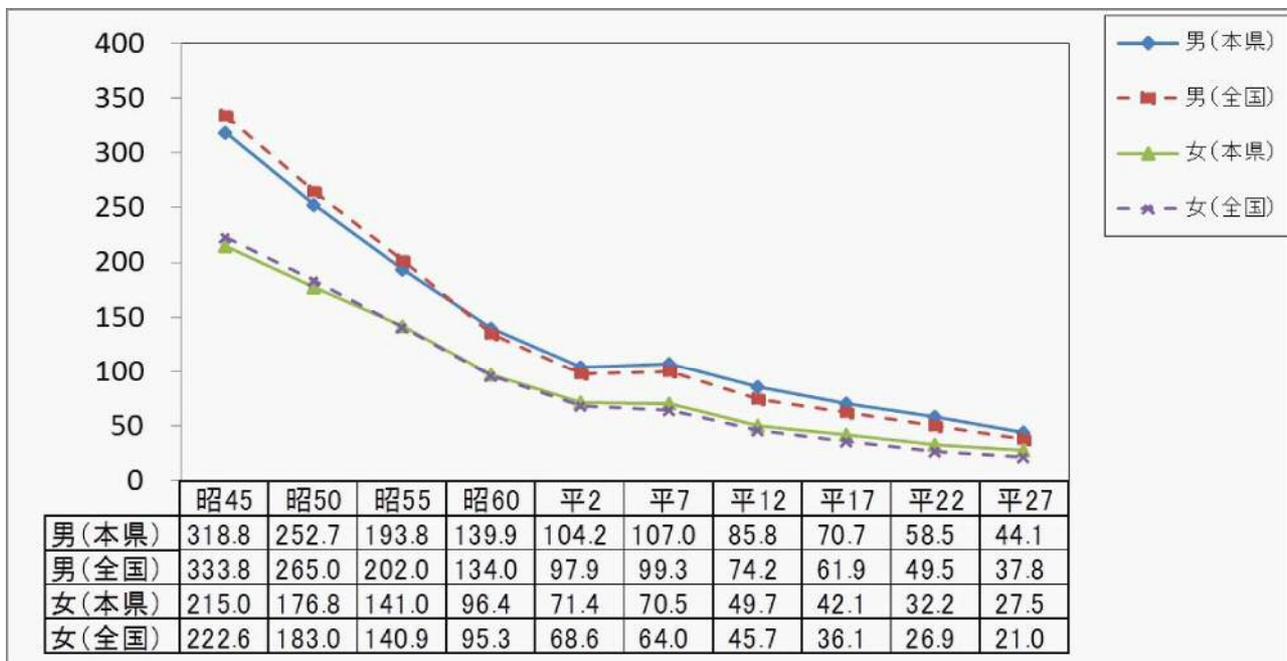
## 2 脳卒中

### 【現状と課題】

#### ア 脳卒中の現状

- 本県における脳血管疾患の死亡者数は平成27年で2,221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、全国を上回っています。
- 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。

【図表5-3-8】脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人対）

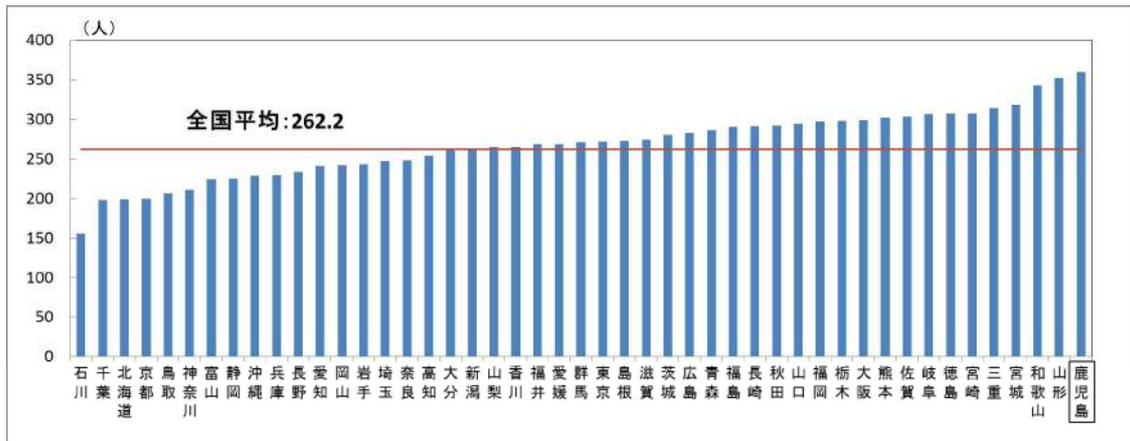


[人口動態調査特殊報告]

- 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。

\*1 粗死亡率：死亡総数に対して占める割合

【図表5-3-9】 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率



[平成26年患者調査]

- 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。
- 平成26年度の特定健康診査における40～74歳の受診者のうち、脳卒中発症リスクとなる「高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者」が16.5%（全国12.2%，以下同じ。）、「糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者」が1.9%（1.5%）、「脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者」が4.0%（5.4%）となっています。

#### ウ 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。
- t-P A療法<sup>\*1</sup>については、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。
- 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。

\*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。

- 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。

【図表5-3-10】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）の継続的な管理や、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。
- 在宅療養においては、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。
- 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。

#### 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。
- 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<sup>\*1</sup>を平成28年4月末現在、8圏域14施設指定しています。

\*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。

【図表5-3-11】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月末時点脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）～（Ⅲ）の届出数）（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	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）]

【図表5-3-12】地域リハビリテーション広域支援センター一覧

圏 域	医 療 機 関 名	分野区分	
		脳血管疾患	整形疾患
鹿児島保健医療圏	大勝病院	○	
	米盛病院		○
	外科馬場病院	○	○
南薩保健医療圏	菊野病院	○	○
	今林整形外科病院		○
川薩保健医療圏	川内市医師会立市民病院	○	○
	クオアリハビリテーション病院	○	○
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	加治木温泉病院	○	
曾於保健医療圏	昭南病院	○	○
	高原病院		○
肝属保健医療圏	池田病院	○	
	恒心会おぐら病院	○	○
奄美保健医療圏	大島郡医師会病院	○	○

[県介護福祉課作成]

### 【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が一貫して実施可能な体制、在宅療養が可能な体制の整備、構築を促進します。

#### ア 脳卒中对策の推進による発症・重症化予防

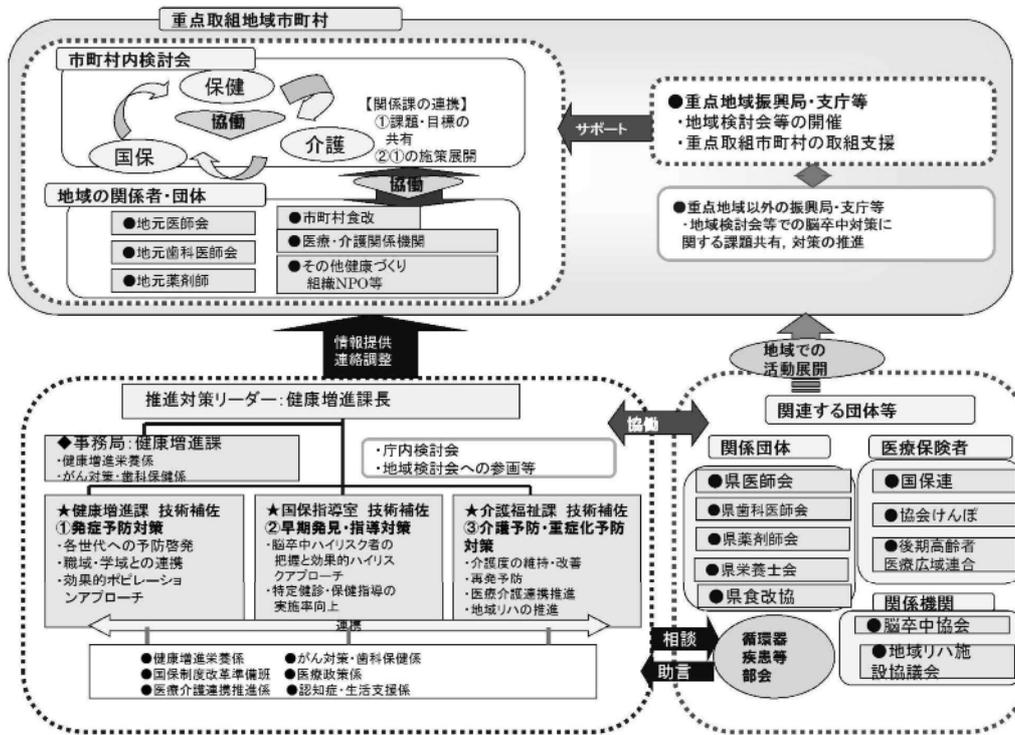
##### ○ 脳卒中对策の推進

平成23～27年度の「脳卒中对策プロジェクト」による、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等の成果や、依然として他県より高い死亡率、地域格差の存在等の課題を踏まえ、引き続き、重点取組地域を設定し、集中的・効果的な脳卒中对策を推進します。

○ 県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、健康づくりを支援する社会環境の整備を促進し、予防や早期治療開始の必要性の啓発を推進します。

【図表5-3-13】脳卒中対策推進体制図



【県健康増進課作成】

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の構築を促進します。

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体制を促進します。

○ 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，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

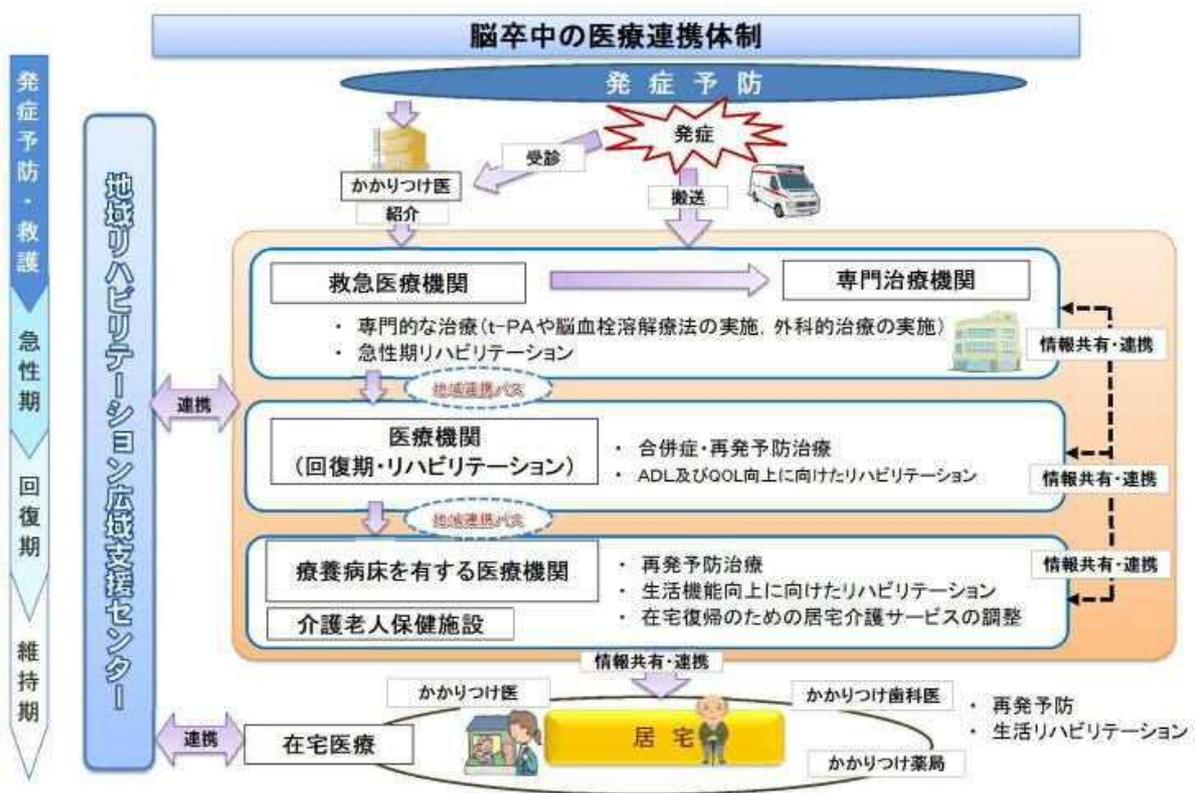
再発予防や基礎疾患の管理に加え，生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施等，生活の場で療養できるよう医療，介護及び福祉サービスが相互に連携した支援体制の整備を促進します。

オ 病期に応じたり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一貫したりハビリテーションを促進します。

- 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を促進します。
- 回復期には、失語、高次脳機能障害、嚥下障害<sup>えんげ</sup>、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促進します。
- 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。
- 誤嚥性肺炎<sup>ごえん</sup>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、嚥下リハビリテーションの充実を促進します（第3章第2節「7 歯科口腔保健」参照）。

【図表5-3-14】脳卒中の医療連携体制図



[県保健医療福祉課作成]

\*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5-3-15】脳卒中の医療連携体制

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳卒中の発症予防（生活習慣病の発症・重症化予防）</li> <li>疾病に関する知識の普及</li> <li>搬送体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門的治療体制の確立</li> <li>急性期リハビリテーションの実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期リハビリテーションの実施</li> <li>再発予防治療</li> <li>基礎疾患・危険因子の管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>維持期リハビリテーションの実施</li> <li>在宅復帰への支援</li> </ul>
医療機関の例		<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急センターを有する病院</li> <li>脳卒中の専門病床（SCU）を有する病院</li> <li>急性期リハビリテーションが実施可能な病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーション専門病院</li> <li>回復期リハビリテーション病棟を有する病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護老人保健施設</li> <li>介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所</li> </ul>
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診等の実施</li> <li>健康教育の実施</li> <li>基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>疾病管理、救急における対応の教育</li> <li>速やかな救急搬送要請</li> <li>搬送体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CT・MRI等、検査の24時間実施</li> <li>専門定期治療の24時間実施</li> <li>適応患者におけるt-PAによる脳血栓溶解療法の実施</li> <li>外科的治療の実施</li> <li>専門チームによる全身管理、合併症予防の診療の実施</li> <li>廃用症候群や合併症予防等のための急性期リハビリテーション実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発予防治療</li> <li>基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>抑うつ状態への対応</li> <li>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の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発予防治療及び患者家族等への教育</li> <li>基礎疾患・危険因子の継続的管理</li> <li>抑うつ状態への対応</li> <li>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</li> <li>在宅復帰のための居宅介護サービスの調整</li> <li>在宅復帰困難者の医療機関、介護・福祉施設等との連携、調整</li> </ul>
連携等	<ul style="list-style-type: none"> <li>レスポンスタイムの確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>クリティカルパス等の活用による診療情報や治療計画の共有</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護サービスの調整</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>治療開始までの時間短縮</li> </ul>		

[県保健医療福祉課作成]

### 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

本県における平成27年の心疾患（急性心筋梗塞、大動脈解離、慢性心不全など）による年齢調整死亡率は、男性60.0（全国65.4，以下同じ。）女性33.7（34.2）とともに全国を下回っています。

しかしながら、急性心筋梗塞に限った年齢調整死亡率は、男性20.2（16.2）女性9.2（6.1）ともに全国より高くなっています。

##### （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。

○ 平成26年度の特健康診査における40～74歳の受診者のうち、心疾患発症リスクとなる「高血圧症の治療に係る薬剤を服用している者」が16.5%（12.2%）、「糖尿病の治療に係る薬剤を服用している者」が1.9%（1.5%）、「脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者」が4.0%（5.4%）となっています。

##### （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）の使用を含めた急性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。
- 鹿児島市及び周辺の循環器専門医療機関により鹿児島CCUネットワーク<sup>\*2</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。

なお、心血管疾患リハビリテーション<sup>\*3</sup>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。

【図表5-3-16】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	心臓カテーテル検査実施機関	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
始良・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]

\*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 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

## イ 大動脈解離

### (ア) 発症・重症化予防

- 急性大動脈解離は、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。
- 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。

### (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

大動脈解離患者に対しては、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5-3-17】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
姶良・伊佐	0	14
曽於	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。

(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5-3-18】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5-3-19】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。

- 早期介入を多面的に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社会環境の整備を促進します。

**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の構築を促進します。

- 救急搬送、受け入れが円滑に行われるよう、消防機関と医療機関の連携促進を図ります。

**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を促進します。

- 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促進します。

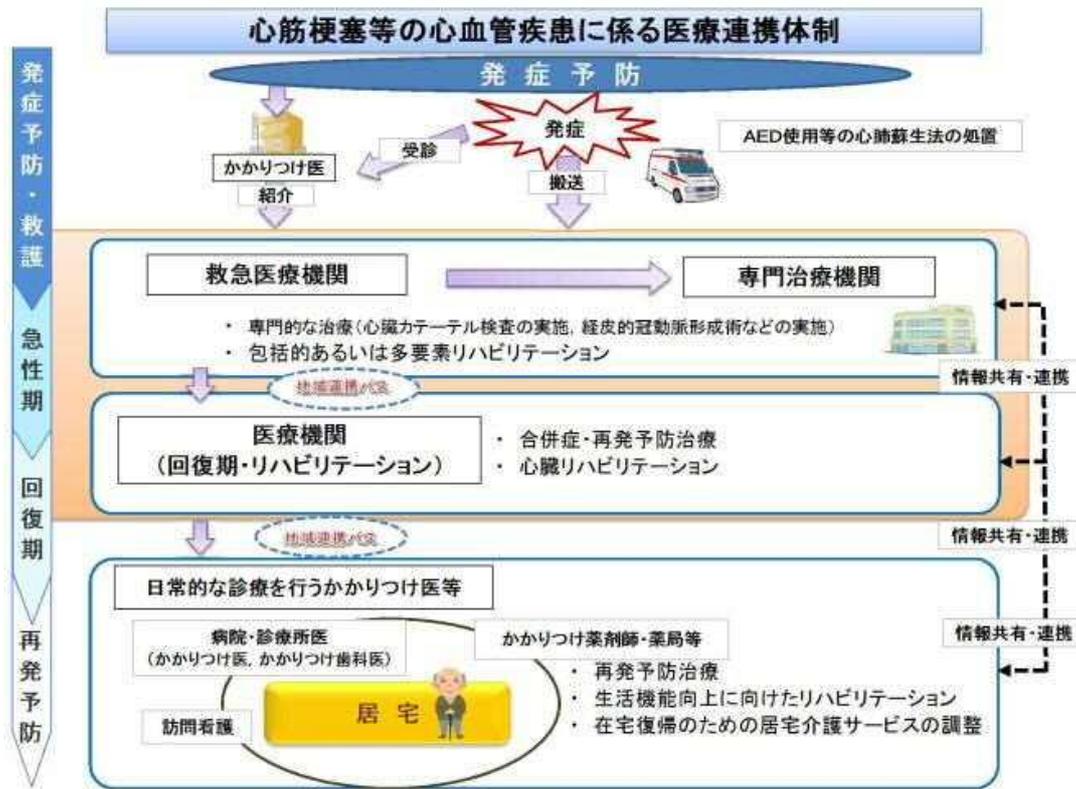
**オ 在宅療養が可能な体制の促進**

- 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り、これらの実施を促進します。

- 定期的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の構築を促進します。

【図表5-3-20】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図



[県保健医療福祉課作成]

【図5-3-21】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制

	【発症予防・救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
目標等	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性心筋梗塞の発症予防（生活習慣病の発症・重症化予防）</li> <li>疾病に関する知識の普及</li> <li>搬送体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門的治療体制の確立</li> <li>急性期リハビリテーションの実施</li> <li>定期的専門的検査の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>心臓リハビリテーションの実施</li> <li>在宅復帰支援</li> <li>再発予防に必要な知識の教育</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>在宅療養支援</li> </ul>
医療機関の例		<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急センターを有する病院</li> <li>心臓専門病室（CCU）を有する病院</li> <li>急性期に対する病院・診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院</li> <li>診療所</li> <li>薬局</li> <li>訪問看護</li> </ul>
求められる機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診等の実施</li> <li>基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>疾病管理、救急における対応の教育</li> <li>速やかな救急搬送要請</li> <li>搬送体制の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>心臓カテーテル検査の24時間実施</li> <li>専門的診療の24時間対応</li> <li>冠動脈造影検査の実施</li> <li>経皮的冠動脈形成術の実施</li> <li>呼吸管理等の全身管理や合併症の治療</li> <li>電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペースティング、ペースメーカー不全の対応</li> <li>包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>抑うつ状態等の対応</li> <li>電氣的除細動等急性増悪期時の対応</li> <li>運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションの実施</li> <li>再発時における対応法の患者・家族への教育</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>抑うつ状態等の対応</li> <li>電氣的除細動等急性増悪期時の対応</li> <li>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</li> <li>在宅復帰のための居宅介護サービスの調整</li> </ul>
連携等	<ul style="list-style-type: none"> <li>レスポンスタイムの確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>クリティカルパス等の活用による診療情報や治療計画の共有</li> <li>治療時間までの時間短縮</li> <li>介護サービスの調整</li> </ul>		

[県保健医療福祉課作成]

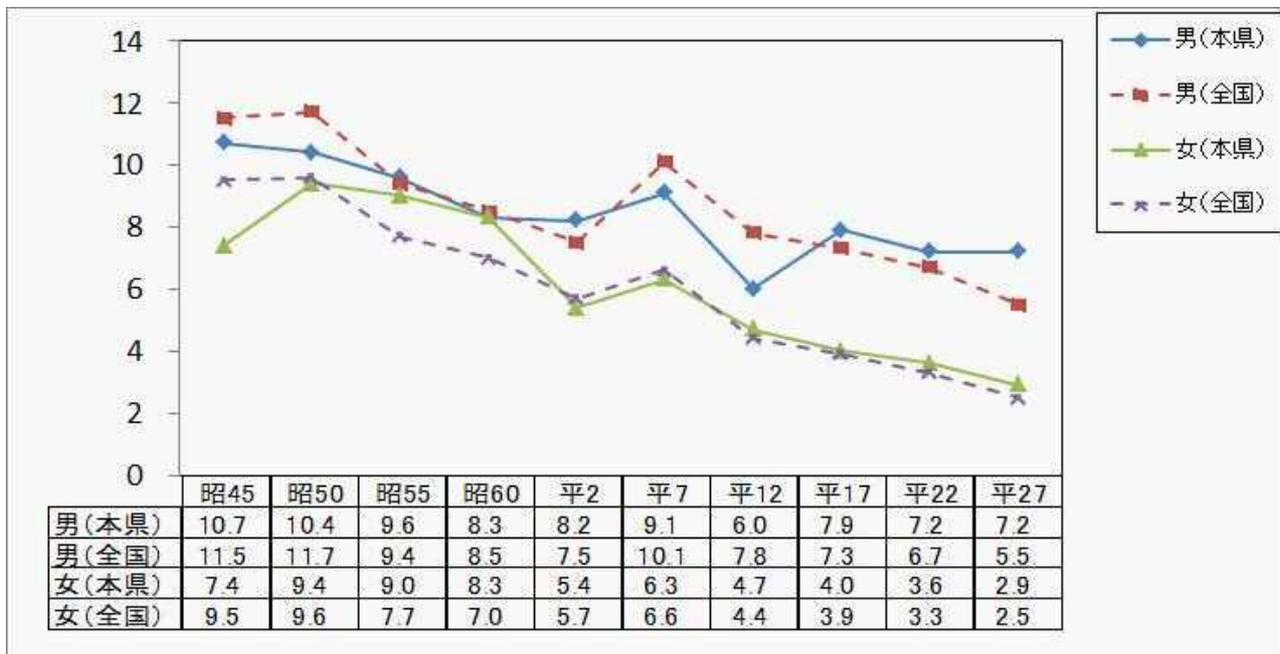
## 4 糖尿病

### 【現状と課題】

#### ア 糖尿病の現状

- 本県の糖尿病による死亡者は平成27年は247人で、5年ごとに算出される人口動態調査特殊報告の年齢調整死亡率は昭和45年以降年々減少傾向にありますが、平成17年から男女とも全国より高くなっています。
- 平成27年の年齢調整死亡率は、男性7.2（全国5.5，以下同じ。）女性2.9（2.5）と、男女ともに全国を上回っております。

【図表5-3-22】糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万人対）



【人口動態調査特殊報告】

- 平成26年の受療率（人口10万人対）は、入院及び外来ともには全国より高くなっています。（入院：本県36，全国16）（外来：本県237，全国175）
- 糖尿病の治療に係る薬剤を服用している人の割合は、おおむね横ばいで推移していますが、平成26年度の特健康診査によると、男性2.6%（4,618人），女性1.1%（1,748人）と、男女ともに全国より高い割合となっております（全国男性2.1%，女性0.8%）。
- 慢性透析患者数（日本透析医学会調べ）は、平成27年には5,499人であり、人口10万人当たりでは344人と全国で4番目に多くなっています。また、平成27年の年間新規透析導入者数は597人であり、そのうち糖尿病性腎症による新規導入者は252人で42.2%を占めています。

#### イ 発症・重症化予防

- 糖尿病発症には生活習慣が大きく関係しており、バランスのよい食事，適度な運動など適

切な生活習慣による発症予防が重要です。

- 特定健康診査等で肥満や耐糖態異常などの危険因子を早期に発見し、特定保健指導にて、生活習慣の改善を行うことや、糖尿病を早期に発見し、早期に治療を開始することが、糖尿病の重症化や合併症を予防する上で重要です。
- 高血糖のみを有する者等特定保健指導の該当者とならない者についても対応をとることが望ましく、糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣改善が促進されるよう医療保険者等との連携が必要です。
- 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。

#### ウ 糖尿病の治療

- 糖尿病の治療には、食事・運動・薬物療法による血糖値の管理及び血圧・脂質・体重等の管理を行い、これらの治療を専門医療機関とかかりつけ医との連携の下、継続的に行う必要があります。
- 体重の減少や生活習慣の改善により、服薬を減量又は中止できることがあるため、薬物療法開始後も、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を十分に実施する必要があります。
- 重症化予防のため、未治療者や治療中断者、血糖コントロール不良者への対応が重要です。

#### エ 合併症の治療

慢性合併症である糖尿病性網膜症、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実施する必要があります。

【図表5-3-23】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
姶良・伊佐	5	0	14	12	21	11	25
曾於	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促進します。

### 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るとともに、健康づくりを支援する社会環境の整備を促進します。
- 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、早期治療を促進します。
- 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実施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。

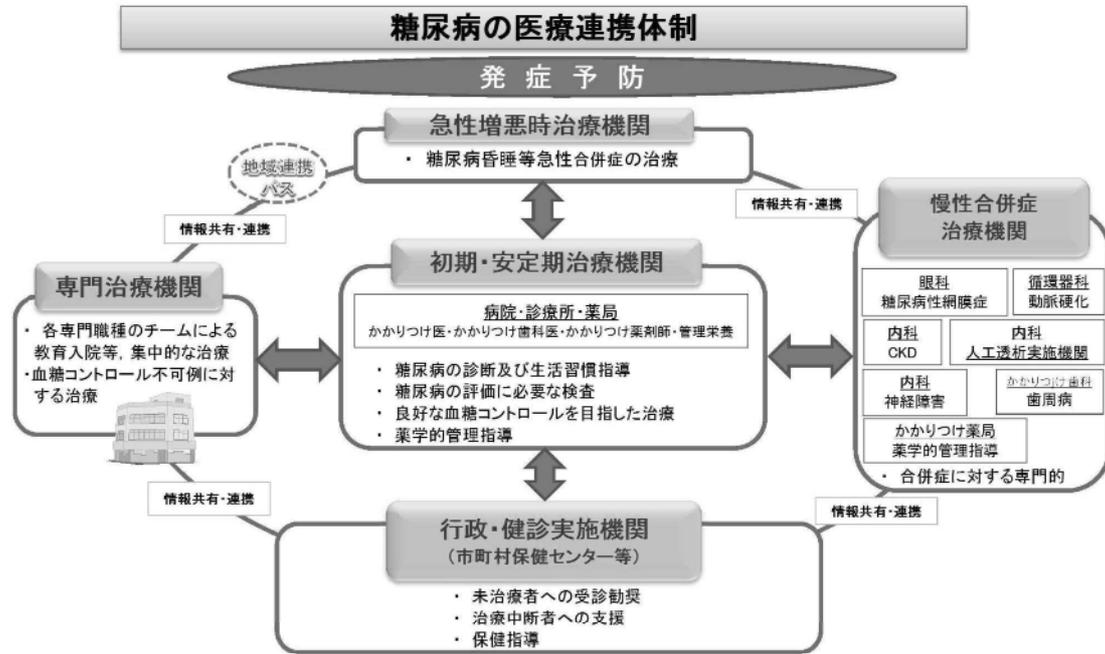
### ウ 血糖コントロール不良者の治療や急性合併症の治療が可能な体制の充実

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努めます。

### 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。

【図表5-3-24】糖尿病の医療連携体制図



【県保健医療福祉課作成】

【図表5-3-25】糖尿病の医療連携体制

	【発症予防】	【初期・安定期治療】	【専門治療・急性増悪時治療】	【慢性合併症治療】
目標等	・糖尿病の発症予防	・糖尿病の診断及び生活習慣指導等の実施 ・良好な血糖コントロール評価を目指した治療	・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 ・糖尿病昏睡等急性合併症の治療実施	・糖尿病の慢性合併症に対する専門的治療の実施
医療機関の例	・病院 ・診療所 ・歯科診療所 ・保健センター ・健診実施機関	・病院 ・診療所 ・歯科診療所 ・薬局	・教育入院等を実施する医療機関 ・病院 ・診療所	・病院 ・診療所 ・歯科診療所 ・薬局
求められる機能	・健診等の実施 ・健康教育の実施 ・基礎疾患・危険因子の管理	・糖尿病の診断及び専門的指導 ・75gOGTT※1、HbA1c※2等糖尿病の評価に必要な検査の実施 ・食事療法、運動療法及び薬剤療法による血糖のコントロール ・低血糖時及びシックデイの対応 ・歯科口腔保健指導の実施 ・薬学的管理指導	・糖尿病昏睡等急性合併症の治療の関する24時間対応 ・75OGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査の実施 ・各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬剤療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む）の実施 ・糖尿病患者の妊娠への対応 ・食事療法、運動療法を実施するための設備 ・薬学的管理指導	・糖尿病の慢性合併症に対する専門的検査治療の実施 ・薬学的管理指導
連携等			・クリティカルバス等の活用による診療情報や治療計画の共有	

【県保健医療福祉課作成】