

【資料 1】

4 (1) 鹿児島県保健医療計画
(圏域編) について

I 計画策定の趣旨

現行の保健医療計画の期間終了に伴い、県民の保健医療ニーズの多様化や、人口減少や高齢化に伴う医療需要の変化、医療従事者の確保や医師の働き方改革に伴う対応、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により浮き彫りとなった地域医療の様々な課題等を踏まえ、新たな計画を策定

II 計画の位置づけ

- 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画として、本県の保健医療行政の計画的・総合的な運営の基本となるもの
- 本県の保健・医療・福祉に関する個別計画と整合性を取りながら連携・役割分担して推進

[計画期間]
令和6年度～令和11年度(6年間)

基本理念

県民が健康で長生きでき、
安心して必要な医療を受けられる鹿児島
《健康寿命の延伸・生活の質(QOL)の向上》

III 計画の構成

- 第1章 総論
 - 第1節 計画の策定
 - 第2節 鹿児島県の概要
 - 第3節 地域診断
- 第2章 保健医療圏
 - 第1節 保健医療圏の役割
 - 第2節 二次保健医療圏の設定
 - 第3節 基準病床数
- 第3章 健康づくり・疾病予防の推進
 - 第1節 健康の増進
 - 第2節 保健対策の推進
 - 第3節 疾病予防対策の推進
- 第4章 患者の視点に立った良質な医療の提供体制の整備
 - 第1節 医療提供体制の整備
 - 第2節 安全・安心な医療提供体制の整備
- 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
 - 第2節 医療連携体制の構築
 - 第3節 疾病別の医療連携体制
 - 第4節 事業別の医療連携体制
 - 第5節 その他の医療を提供する体制の確保
- 第6章 地域包括ケア体制の整備充実
 - 第1節 介護サービス等の充実
 - 第2節 在宅医療・人生の最終段階における医療の体制整備
 - 第3節 医療と介護の連携
 - 第4節 高齢者の支援
 - 第5節 障害者・難病患者等の支援
- 第7章 令和7(2025)年に向けた地域の医療提供体制の構築(地域医療構想)
 - 第1節 地域医療提供体制の概要等
 - 第2節 人口推計及び医療提供体制の現状等
 - 第3節 構想区域と病床の必要量(必要病床数)
 - 第4節 地域医療構想の推進
 - 第5節 外来医療計画
- 第8章 健康危機管理体制等の整備
 - 第1節 健康危機管理対策の推進
 - 第2節 安全で衛生的な生活環境の確保
- 第9章 持続可能な医療保険制度の構築
 - 第1節 医療費適正化の推進
 - 第2節 後期高齢者医療制度の円滑な運用
- 第10章 計画の推進方策
 - 第1節 保健医療計画の周知と情報提供
 - 第2節 数値目標の設定
 - 第3節 計画の推進体制と役割
- 第11章 圏域編
 - 第1節 二次保健医療圏の概要
 - 第2節 各圏域の人口構造の変化の見通し及び医療連携体制

施策の方向性(主なもの)

【第3章 健康づくり・疾病予防の推進】

- 第1節 健康の増進
- 第2節 保健対策の推進
- 第3節 疾病予防対策の推進
 - ・感染症予防計画に基づく、総合的かつ計画的な感染症対策の推進

【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
 - 1 医師
 - ・医師修学資金の貸与や臨床研修医の確保など、総合的な医師確保対策
 - 4 看護職員
 - ・修学資金の貸与や看護師等養成所への財政支援等による看護職員の確保
- 第3節 疾病別の医療連携体制
 - 1 がん
 - ・がん予防の推進
 - ・がんの早期発見・早期治療の推進
 - ・がん医療の均てん化の推進

- 2 脳卒中
 - ・発症・重症化予防
 - ・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
- 3 心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・発症・重症化予防
 - ・発症後速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の促進
- 4 糖尿病
 - ・発症・重症化予防
 - ・治療及び合併症予防が可能な体制の推進
- 5 精神疾患
 - ・多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
 - ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- 第4節 事業別の医療連携体制
 - 1 救急医療
 - ・地域の実情に応じた救急医療体制の整備
 - ・ドクターヘリ等による救急搬送体制の充実

- 2 災害医療
 - ・災害医療体制の強化
 - ・災害拠点病院の機能等の充実
- 3 新興感染症発生・まん延時における医療
 - ・新興感染症に係る医療提供体制の確保
- 4 離島・へき地医療
 - ・へき地医療拠点病院やへき地診療所等による医療の確保、医療従事者の確保
- 5 周産期医療
 - ・産科医や助産師等人材の確保と育成
 - ・周産期母子医療センター等の医療機能の確保と連携
- 6 小児医療・小児救急医療
 - ・小児医療の提供体制の充実・強化
 - ・医療的ケア児等への支援の充実

- 【第6章 地域包括ケア体制の整備充実】
- 第2節 在宅医療・人生の最終段階における医療の体制整備
 - 1 在宅医療の体制整備
 - 2 人生の最終段階における医療の体制整備

《基準病床数》 (単位:床)

病床種別	保健医療圏名	基準病床数	既存病床数	うち療養病床数
療養病床及び一般病床	鹿児島	7,746	10,578	2,826
	南薩	1,128	2,366	871
	川薩	1,075	1,490	533
	出水	840	930	299
	姶良・伊佐	2,093	3,238	1,262
	曽於	605	690	286
	肝属	1,713	1,838	310
	熊毛	380	417	0
	奄美	1,099	1,621	520
	計	16,679	23,168	6,907
精神病床	県全域	7,313	9,302	
結核病床	県全域	68	68	
感染症病床	県全域	46	45	

数値目標(主なもの)

- ① がん
 - 75歳未満のがんによる年齢調整死亡率(人口10万対)
 - 男性 82.5(R4)⇒80.6(R11)
 - 女性 51.5(R4)⇒47.7(R11)
- ② 脳卒中
 - 75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)
 - 男性32.2(R2)⇒減少(R11)
 - 女性13.6(R2)⇒減少(R11)
- ③ 心筋梗塞等の心血管疾患
 - 75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)
 - 男性46.0(R2)⇒減少(R11)
 - 女性16.8(R2)⇒減少(R11)
- ④ 糖尿病
 - 糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数(人口10万対)
 - 14.3(R3)⇒12.2(R15)
- ⑤ 精神疾患
 - 自殺死亡率(人口10万対)
 - 20.3(R4)⇒13.3以下(R10)
- ⑥ 救急医療
 - 救急告示医療機関の数
 - 102施設(R5)⇒現状維持(R11)
- ⑦ 災害医療
 - DMAT数
 - 27チーム(R5)⇒51チーム(R11)
- ⑧ 新興感染症発生・まん延時における医療協定締結医療機関(入院)の確保病床数
 - 流行初期:342床, 流行初期以降726床
- ⑨ 離島・へき地医療
 - へき地医療拠点病院の必須4事業実施率
 - 88.9%(R4)⇒100%(R11)
- ⑩ 周産期医療
 - 周産期死亡率(出産千対)
 - 2.5(R4)⇒2.5(R11)
- ⑪ 小児医療・小児救急医療
 - 小児死亡率(15歳未満人口10万対)
 - 22.6(R4)⇒19.2以下(R11)
- ⑫ 在宅医療
 - 訪問看護ステーション利用実人員(高齢者人口千対)
 - 17.3人(R3)⇒24.0人(R11)

保健医療計画（圏域編）について

1 協議事項

在宅医療の医療機能基準に係る修正の検討について

2 修正の検討を協議する理由

- ・令和5年度に「県保健医療計画川薩・出水圏域編（案）」を作成し、本協議会で承認をいただいた。その後、県高齢者生き生き推進課から資料編の在宅医療の医療機能基準について「災害時の医療機能」を含めるようにとの意見があったため協議を行う。
- ・なお、令和5年度策定の「県保健医療計画圏域編」について、現時点は、令和8年度の間見直しで修正を行うこととしたい。

3 検討が必要な箇所と内容

- ・R6年 3月策定 資料編 川薩保健医療圏・出水保健医療圏
在宅医療における連携体制基準（機関ごとの基準）
C欄「急変時支援」をC欄「急変時・災害時対応」に修正した場合の医療機能

4 事務局の対応（案）

- ・現段階で圏域編の修正を行っても県計画に反映されないことから、以下のスケジュール案により、令和8年度の間見直しに向けて準備を進めていきたい。

5 今後行う作業（案）

時期	内容
令和6年 3月	保健医療計画（圏域編）策定（令和6年～令和11年）
令和7年度	1 基準の見直し案を事務局で作成 2 在宅医療の関係機関へ照会 3 照会結果を北薩地域保健医療福祉協議会で報告 承認となった場合令和8年度の間見直しで修正を行う。
令和8年度	保健医療計画 中間見直し 在宅医療の医療連携に係る機能基準について修正を行う

川薩・出水保健医療圏 在宅医療の地域医療連携に係る医療機関一覧

下記については、基準を満たし、かつ、公表することの承諾を得た医療機関を掲載していることにご留意ください。

在宅医療における医療連携体制を担う関係機関一覧

R6. 3月時点

市町村名	医療機関名	A 入退院支援	B 日常の療養支援	C 急変時支援	D 看取り
【川薩】 薩摩川内市 さつま町 【出水】 阿久根市 出水市 長島町	入院医療機関	例) ○	○	○	○
	在宅医	例)	○		○
	訪問看護事業所				
	居宅介護支援事業所				
	地域包括支援センター				
	介護事業所				
	施設・居住系事業所				
	調剤薬局				
歯科診療所					

【川薩保健医療圏域】医療機関一覧

【出水保健医療圏域】医療機関一覧

○在宅医療

【参考】災害

○在宅医療

【参考】災害



川薩保健医療圏 圏域編

<https://www.pref.kagoshima.jp/am03/r.html>

出水保健医療圏 圏域編

<https://www.pref.kagoshima.jp/am03/rr.html>

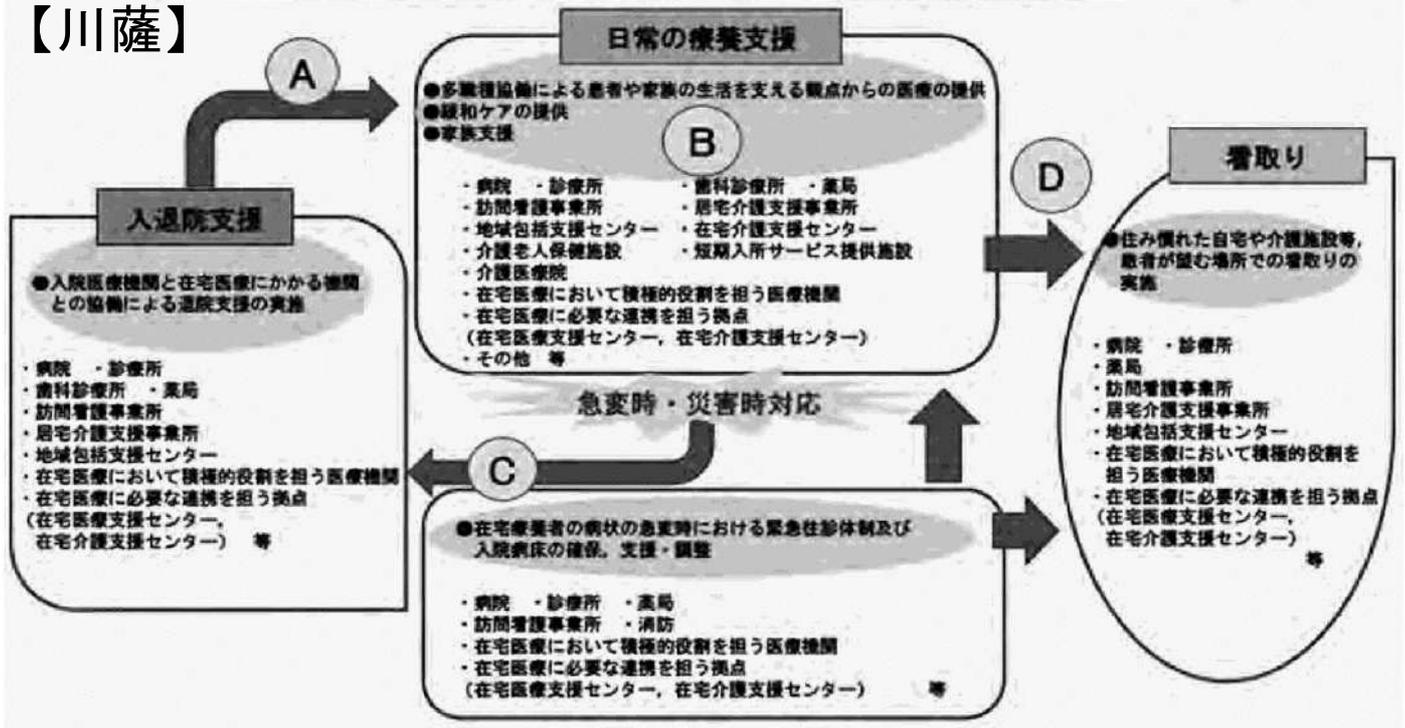
県HP ホーム > 地域振興局・支庁 > 北薩地域振興局 > 健康・福祉 > 保健医療計画（圏域編）について > （川薩・出水）保健医療圏 圏域編

5 疾病6 事業及び在宅医療に関する医療機関一覧

【県 保健医療計画資料編】 圏域ごとの在宅医療における連携体制図

川薩保健医療圏 在宅医療における連携体制図

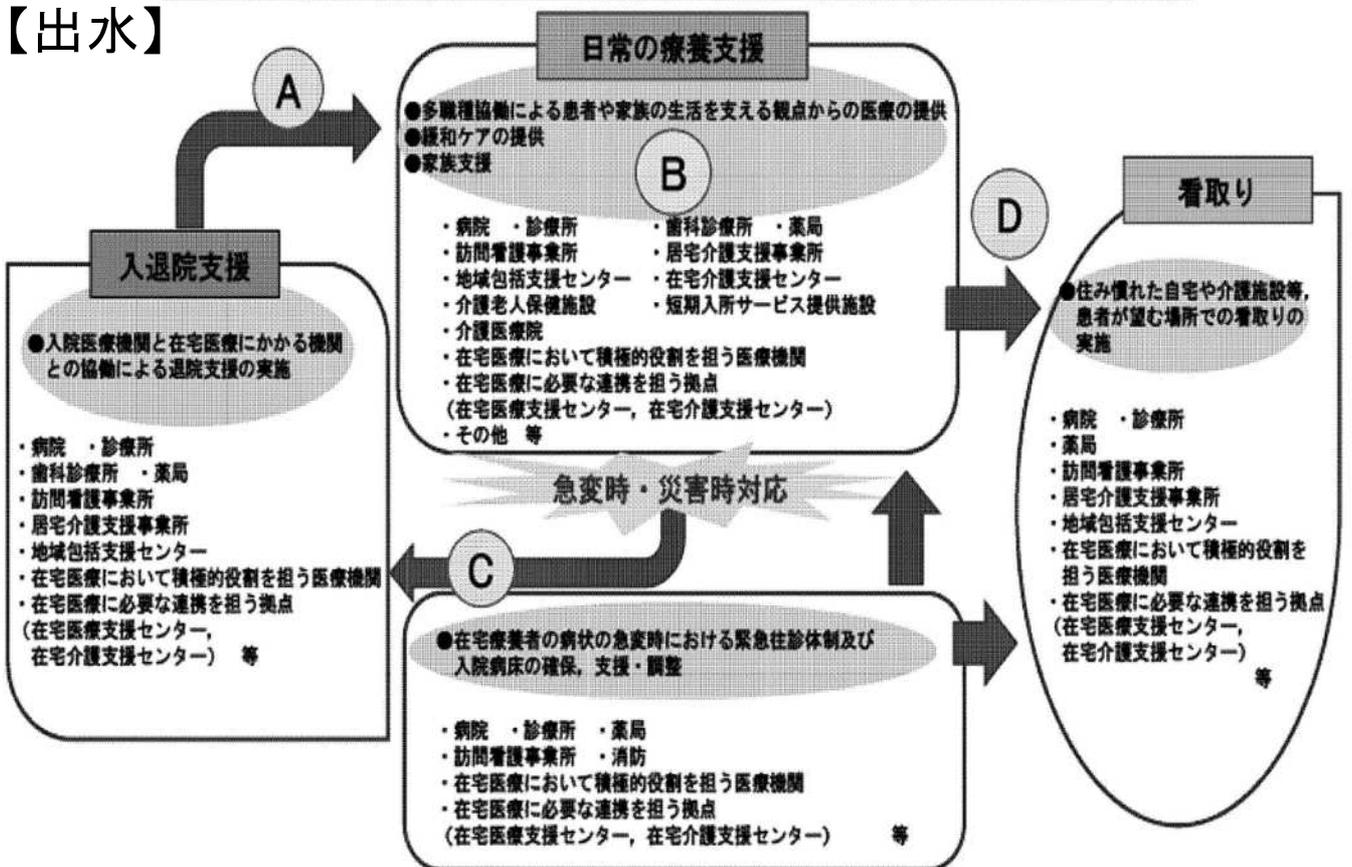
【川薩】



[北薩地域振興局作成]

出水保健医療圏 在宅医療における連携体制図

【出水】



[北薩地域振興局作成]

川薩保健医療圏 在宅医療における連携体制基準（機関ごと基準）

	A 入退院支援	B 日常の療養支援	C 急変時	D 看取り	
目標	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保する。	患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケア含む)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供される。	在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保する。	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での終末期の療養支援(看取りを含む)を行う体制を確保する。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関 (病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)	①退院支援担当者などを配置している。 ②入院当初から退院後の療養生活を視野に支援している。 ③各患者に対する在宅医療及び介護資源の調整ができる。 ④退院前カンファランスや文書・電話などで在宅医療に関わる機関との情報共有や協働での退院支援ができる。	①在宅療養支援のためのレスパイト入院の体制調整ができる。	①急変時に必要に応じ一時受け入れができる。 ②重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関との連携体制を構築することができる。 ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①終末期に出現する症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築できる。 ②在宅での療養困難な場合は必要時に受け入れられる。
	2. 在宅医	①入院医療機関と円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加(医師または看護師)等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①各疾患やニーズに応じた在宅療養計画作成・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努めている。 ③担当者会議等への参加、または患者等についての情報を提供することができる。 ④家族への介護指導や必要時のレスパイト相談・援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保していることが望ましい。	①急変時の対応(電話対応・指示や往診等)ができる。 ②入院が必要な場合は二次救急病院等と連携し、ベットの確保が可能である。(24時間体制又は連携による体制確保) ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制づくり) ②介護施設等での終末期療養への必要時の支援ができる。
	3. 訪問看護事業所	①入院医療機関及び在宅医との円滑な連携により、退院支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①在宅療養者のニーズに応じた訪問看護計画・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努め多職種協働できる。 ③担当者会議や地域ケア会議等へ積極的に参加できる。 ④家族への介護指導やレスパイトの相談及び援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保している。	①急変時の対応(電話対応・指示や訪問看護)ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養出来る体制づくり) ②終末期の迎え方を自己決定できるよう必要な支援ができる。
	4. 居宅介護支援事業所	①入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。 ③病状や治療方針、療養環境等を踏まえたケアプランを作成し退院直後から支援できる。	①在宅療養者のニーズや課題に応じた医療・介護サービス等の調整ができる。 ②地域包括支援センター等と協働し、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減に繋がるサービス等の適切な紹介ができる。 ③在宅療養者のニーズや課題を解決するために、地域包括支援センター等と協議し、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するための地域ケア会議等を活用できる。 ④24時間365日の連絡体制、又は可能な連携体制の確保が望ましい。	①急変時に適切な機関に報告や相談ができる。必要に応じて緊急訪問や指示等ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。 ③患者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。	①在宅療養者が終末期を迎えるにあたり、自己決定できるように多職種と連携して本人及び家族等への支援ができる。
	5. 地域包括支援センター	①要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた在宅移行時の支援ができる。	①個別の課題にとどまらず、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するために、地域ケア会議を活用できる。		
	6. 介護事業所 (訪問、通所)	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②退院直後からケアプランを踏まえた療養生活支援ができる。	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②在宅療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。	①症状悪化時の早期発見が出来るよう情報を共有し、必要な相談・報告ができる。	①自己決定した療養生活が出来よう支援ができる。
	7. 施設・居住系事業所	①退院前カンファランスへの参加など、医療専門職等との連携により療養生活の支援に必要な情報を共有し支援ができる。	①療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。 ②顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ③在宅療養支援のためのレスパイト利用可能な体制の確保・調整ができる。	①療養者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。 ②急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①本人・家族の願いや終末期の迎え方などを把握するよう努め、「望む終末期」を迎えられるよう情報共有し、必要時に多職種と連携できる。
	8. 薬局	①在宅移行時の支援ができる。 ②ニーズに応じて退院前カンファランスへの参加等情報を共有し顔の見える関係に努めながら連携できる。	①多職種と連携し、訪問薬剤指導ができる。 ②ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。 ③医薬品の提供、医療・衛生材料等の支援ができる。	①急変時の対応ができる。(必要に応じて他薬局と連携をとる。)	①疼痛緩和のための麻薬管理ができる。
	9. 歯科診療所	①ニーズに応じて在宅移行時の支援ができる。	①多職種と連携しながら口腔ケアなどの相談・指導及びニーズに応じて在宅歯科診療等ができる。		

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	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っている。 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の資源が十分確保できるよう、関係医療機関に働きかけている。 ③在宅医療に係る医療及び介護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図っている。 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ている。 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っている。 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や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介している。 ⑦入院機能を有する医療機関においては、在宅医療者の病状が急変した際の一時受け入れを行っている。 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資源に関する情報提供を行っている。
-----------------------------	--

在宅医療に必要な連携を担う拠点	①地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害対応含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施している。 ②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急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図っている。 ③地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行っている。 ④在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている。 ⑤在宅医療に関する人材育成及び地域住民への普及啓発を実施している。
------------------------	---

全般共通	・日頃から相互に連絡・相談を積極的に行い、それぞれの役割や活動範囲を把握しながら情報共有や顔の見える関係づくりに努めている。 ・在宅医療を推進するための地域全体の課題把握に努めると共に、人材育成やネットワーク構築、地域住民の普及啓発に努める。
-------------	--

出水保健医療圏 在宅医療における連携体制基準（機関ごと基準）

	A 入退院支援	B 日常の療養支援	C 急変時	D 看取り	
目標	入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保する。	患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケア含む)が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供される。	在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保する。	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での終末期の療養支援(看取りを含む)を行う体制を確保する。	
在宅医療を担う関係機関	1. 入院医療機関 (病院・診療所・介護老人保健施設・介護医療院)	①退院支援担当者などを配置している。 ②入院当初から退院後の療養生活を視野に支援している。 ③各患者に対する在宅医療及び介護資源の調整ができる。 ④退院前カンファランスや文書・電話などで在宅医療に関わる機関との情報共有や協働での退院支援ができる。	①在宅療養支援のためのレスパイト入院の体制調整ができる。	①急変時必要に応じ一時受け入れができる。 ②重症等に対応できない場合は、他の適切な医療機関との連携体制を構築することができる。 ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①終末期に出現する症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で療養ができる体制を構築できる。 ②在宅での療養困難な場合は必要時に受け入れられる。
	2. 在宅医	①入院医療機関と円滑な連携により、在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加(医師または看護師)等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①各疾患やニーズに応じた在宅療養計画作成・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努めている。 ③担当者会議等への参加、または患者等についての情報を提供することができる。 ④家族への介護指導や必要時のレスパイト相談・援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保していることが望ましい。	①急変時の対応(電話対応・指示や往診等)ができる。 ②入院が必要な場合は二次救急病院等と連携し、ベッドの確保が可能である。(24時間体制又は連携による体制確保) ③搬送について地域の消防関係者との連携ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制づくり) ②介護施設等での終末期療養への必要時の支援ができる。
	3. 訪問看護事業所	①入院医療機関及び在宅医との円滑な連携により、退院支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。	①在宅療養者のニーズに応じた訪問看護計画・提供ができる。 ②日頃から相互に情報共有や報告・連絡・相談等を積極的に行い顔の見える関係づくりに努め多職種協働できる。 ③担当者会議や地域ケア会議等へ積極的に参加できる。 ④家族への介護指導や必要時のレスパイト相談・援助ができる。 ⑤24時間365日対応が可能、又は関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保している。	①急変時の対応(電話対応・指示や訪問看護)ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①在宅看取りの対応ができる。(在宅療養者等の不安への対応や望む場所で最後まで安心して療養できる体制づくり) ②終末期の迎え方を自己決定できるよう必要な支援ができる。
	4. 居宅介護支援事業所	①入院医療機関及び在宅医等との円滑な連携により在宅療養への移行支援ができる。 ②退院前カンファランスへの参加等情報を共有し、顔の見える関係づくりに努めながら連携できる。 ③病状や治療方針、療養環境等を踏まえたケアプランを作成し退院直後から支援できる。	①在宅療養者のニーズや課題に応じた医療・介護サービス等の調整ができる。 ②地域包括支援センター等と協働し、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減に繋がるサービス等の適切な紹介ができる。 ③在宅療養者のニーズや課題を解決するために、地域包括支援センター等と協働し、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するための地域ケア会議等を活用できる。 ④24時間365日の連絡体制、又は可能な連携体制の確保が望ましい。	①急変時に適切な機関に報告や相談ができる。必要に応じて緊急訪問や指示等ができる。 ②個々の在宅療養者の急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。 ③患者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。	①在宅療養者が終末期を迎えるにあたり、自己決定できるように多職種と連携して本人及び家族等への支援ができる。
	5. 地域包括支援センター	①要介護認定者以外の方も対象としてニーズに応じた在宅移行時の支援ができる。	①個別の課題にとどまらず、地域ネットワーク構築や地域の課題発見に資するために	地域ケア会議を活用できる。	
	6. 介護事業所(訪問、通所)	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②退院直後からケアプランを踏まえた療養生活支援ができる。	①顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ②在宅療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。	①症状悪化時の早期発見が出来るよう情報を共有し、必要な相談・報告ができる。	①自己決定した療養生活が出来よう支援ができる。
	7. 施設・居住系事業所	①退院前カンファランスへの参加など、医療専門職等との連携により療養生活の支援に必要な情報を共有し支援ができる。	①療養者のニーズに応じた療養生活を支援できる。 ②顔の見える関係づくりに努めながら多職種と連携できる。 ③在宅療養支援のためのレスパイト利用可能な体制の確保・調整ができる。	①療養者・家族の状況や治療に対する意向を踏まえた支援ができる。 ②急変時の支援体制について、事前に関係者の役割分担等の協議ができる。	①本人・家族の願いや終末期の迎え方などを把握するよう努め、「望む終末期」を迎えられるよう情報共有し、必要時に多職種と連携できる。
	8. 調剤薬局	①在宅移行時の支援ができる。 ②ニーズに応じて退院前カンファランスへの参加等情報を共有し顔の見える関係に努めながら連携できる。	①多職種と連携し、訪問薬剤指導ができる。 ②ニーズに応じて残薬管理の支援ができる。 ③医薬品の提供、医療・衛生材料等の支援ができる。	①日常の療養同様に急変時の対応ができる。(他薬局との連携可)	①疼痛緩和のための麻薬管理ができる。
	9. 歯科診療所	①ニーズに応じて在宅移行時の支援ができる。	①多職種と連携しながら口腔ケアなどの相談・指導及びニーズに応じて在宅歯科診療	等ができる。	

在宅医療において積極的役割を担う医療機関	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っている。 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の資源が十分確保できるよう、関係医療機関に働きかけている。 ③在宅医療に係る医療及び介護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図っている。 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ている。 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っている。 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や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介している。 ⑦入院機能を有する医療機関においては、在宅医療者の病状が急変した際の一時受け入れを行っている。 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資源に関する情報提供を行っている。
在宅医療に必要な連携を担う拠点	①地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害対応含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施している。 ②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急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図っている。 ③地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行っている。 ④在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている。 ⑤在宅医療に関する人材育成及び地域住民への普及啓発を実施している。

全般共通	・日頃から相互に連絡・相談を積極的に行い、それぞれの役割や活動範囲を把握しながら情報共有や顔の見える関係づくりに努めている。 ・在宅医療を推進するための地域全体の課題把握に努めると共に、人材育成やネットワーク構築、地域住民の普及啓発に努める。
-------------	--

【県保健医療計画における数値目標及び川薩・出水圏域の現状(令和6年度～令和11年度)】(案)

【評価様式】

県保健医療計画の目標項目・現状

1 がんに関する目標

県保健医療計画の目標項目	県		
	現状値	目標値(達成時期)	
①75歳未満のがんによる年齢調整死亡率	男性	82.5(R4年)	80.6以下(R11年度)
	女性	51.5(R4年)	47.7以下(R11年度)
②がん検診受診率 出典：国民生活基礎調査	胃	40.6%(R4年)	60%以上(R11年度)
	肺	51.4%(R4年)	60%以上(R11年度)
	大腸	44.0%(R4年)	60%以上(R11年度)
	乳	49.8%(R4年)	60%以上(R11年度)
	子宮	47.5%(R4年)	60%以上(R11年度)

(注)がん検診受診率については、国民生活基礎調査の数値とする

2 脳卒中に関する目標

県保健医療計画の目標項目	県		
	現状値	目標値(達成時期)	
①40～74歳の高血圧症有病者数(予備群を含む)	男性	237,400人(R3年度)	178,000人(R15年度)
	女性	199,200人(R3年度)	149,000人(R15年度)
②75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	32.2(R2年度)	減少(R11年度)
	女性	13.6(R2年度)	減少(R11年度)
③医療連携への参加機関数	496機関(R4年度)	現状維持(R11年度)	
④t-PAIによる脳血栓溶解療法実施可能機関数	28機関(R4年度)	現状維持(R11年度)	

(注1)40～74歳の高血圧症有病者数の現状値は特定健康診査データからの推計値

(注2)75歳未満の脳血管疾患による年齢調整死亡率は平成27年のモデル人口を元に算出

(注3)高血圧症有病者：収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、服薬中のいずれかに該当

3 心筋梗塞等の心血管疾患に関する目標

県保健医療計画の目標項目	県		
	現状値	目標値(達成時期)	
①脂質(LDLコレステロール)高値者の割合	男性	8.1%(H29年度)	6.1%(R15年度)
	女性	8.7%(H29年度)	6.6%(R15年度)
②75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	46.0(R2年度)	減少(R11年度)
	女性	16.8(R2年度)	減少(R11年度)
③医療連携への参加機関数	509機関(R4年度)	現状維持(R11年度)	
④経皮的冠動脈形成術実施可能機関数	20機関(R4年度)	現状維持(R11年度)	

(注1)脂質(LDLコレステロール)高値者の割合：平成29年県民健康・栄養調査を元に算出

(注2)75歳未満の心疾患による年齢調整死亡率は、平成27年のモデル人口を元に算出

圏域との比較に用いた県の現状

川薩・出水圏域の現状・課題等

	悪性新生物SMR(標準化死亡率)								
	県			川薩			出水		
	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)
男性	96.8	96.7	96.6	97.2	98.6	94.5	96.1	96.9	95.7
女性	94.5	94.6	95.5	92.1	92.5	94.5	85.3	82.7	84.1

	市町のがん検診受診率(69歳以下)								
	県			川薩			出水		
	R4年度	R5年度	R6年度	R4年度	R5年度	R6年度	R4年度	R5年度	R6年度
胃	4.15%			4.15%			7.00%		
肺	7.57%			8.31%			14.79%		
大腸	7.76%			9.46%			13.48%		
乳	20.78%			21.9%			29.77%		
子宮	13.79%			15.72%			19.53%		

がん:【圏域における評価・今後の課題等】
(関連事業等の具体的な取組があれば併せて記載)

【川薩圏域】

・R6年度悪性新生物のSMRは、男性(94.5)と女性(94.5)ともに全国より低い。
・R4年度市町のがん検診受診率は、県と比較して、胃は同値、その他は高い結果となっている。

【出水圏域】

・R6年度悪性新生物のSMRは男性(95.7)と女性(84.1)ともに全国より低い。
・R4年度の市町のがん検診受診率は、県と比較して高い。

→がん予防の推進及び、がん検診受診率向上による早期発見・早期治療の促進に努め、圏域の医療連携体制を推進させる。

	高血圧治療薬剤服用者数(市町村国保)								
	県			川薩			出水		
	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年
男性	47,457人			49.50%			48.50%		
女性	(44.7%)								

	脳血管疾患SMR(標準化死亡率)								
	県			川薩			出水		
	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)
男性	112.0	110.3	108.7	115.9	116.6	114.2	95.9	93.2	91.7
女性	115.1	113.6	114.2	116.4	118.2	118.6	87.5	87.6	85.3
	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年
	496機関			56機関	40機関		31機関	34機関	
	28機関			1機関	1機関		2施設	2機関	

脳卒中:【圏域における評価・今後の課題等】

【川薩圏域】

・R4年高血圧治療薬剤服用者数は、県は44.7%、川薩圏域は49.5%と県より4.8ポイント高くなっている。
・R6年度脳血管疾患のSMRは男性(114.2)と女性(118.6)ともに全国より高い。
・医療連携への参加機関数は、R5年度はいちき串木野市の医療機関を除いたため減少している。

【出水圏域】

・R4年高血圧治療薬剤服用者数は、県は44.7%、出水圏域は48.5%と県より3.8ポイント高くなっている。
・R6年度脳血管疾患のSMRは、男性(91.7)と女性(85.3)ともに全国より低い。
・医療連携機関への参加機関数は3医療機関増加している。

→発症・重症化予防の観点から「健康かごしま21」の推進や特定健診・特定保健指導の着実な実施を進める。また、連携バスを更に推進させ、関係機関との連携を図る。

	脂質異常症治療薬剤服用者数(市町村国保)								
	県			川薩			出水		
	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年
男性	30,648人			34.10%			34.50%		
女性	(28.9%)								

	心疾患SMR(標準化死亡率)								
	県			川薩			出水		
	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)	R4年度算出値 (H28年～R2年)	R5年度算出値 (H29年～R3年)	R6年度算出値 (H30年～R4年)
男性	99.1	98.7	96.7	115.8	116.4	110.4	96.5	94.5	95.8
女性	104.9	105.5	104.9	107.8	111.7	114.3	87.7	88.7	86.3
	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年
	509機関			57機関	34機関		29機関	30機関	
	20機関			1機関	1機関		2機関	2機関	

心筋梗塞等の心血管疾患:【圏域における評価・今後の課題等】

【川薩圏域】

・R4年脂質異常症治療薬剤服用者数の割合は、県は28.9%、川薩圏域は34.1%と県より5.2ポイント高くなっている。
・R6年度心疾患SMRは男性(110.4)と女性(114.3)ともに全国より高い。
・医療連携への参加機関数は、R5年度はいちき串木野市の医療機関を除いたため減少している。

【出水圏域】

・R4年脂質異常症治療薬剤服用者数の割合は、県は28.9%、出水圏域は34.5%と県より5.6ポイント高くなっている。
・R6年度心疾患SMRは男性(95.8)と女性(86.3)ともに全国より低い。

→生活習慣の改善による発症予防とともに、特定健診・特定保健指導の着実な実施を進める。

4 糖尿病に関する目標

県保健医療計画の目標項目	県		
①20歳以上で、糖尿病が強く疑われるもの(HbA1c6.5以上)の割合	男性	8.5%(H29年度)	7.9%(R15年度)
	女性	2.9%(H29年度)	2.7%(R15年度)
②医療連携への参加機関数		590機関(R4年度)	現状維持(R11年度)
③糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数(人口10万人対)		14.3(R3年)	12.2(R15年度)

(注1)20歳以上で、糖尿病が強く疑われる者(HbA1c6.5以上)の割合：平成29年度県民健康・栄養調査を元に算出

(注2)糖尿病腎症の新規透析導入患者数：人口は県人口動態調査、令和3年の糖尿病腎症の患者数は日本透析医学会のデータから引用し算出

【参考】特定健康診査・特定保健指導に関する目標(目標項目2~4に関連)

糖尿病治療薬剤服用者数(市町村国保)								
県			川薩			出水		
R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年
12,355人(11.6%)			12.6%			12.80%		
590機関			39施設			35機関		

糖尿病性腎症による新規透析導入患者数(市町村国保:被保険者10万対)								
県			川薩			出水		
R4年(R2年の状況)	R5年(R3年の状況)	R6年(R4年の状況)	R4年(R2年の状況)	R5年(R3年の状況)	R6年(R4年の状況)	R4年(R2年の状況)	R5年(R3年の状況)	R6年(R4年の状況)
27.1			41.85	29.9	31.5	28.05	28.7	30.1

糖尿病:【圏域における評価・今後の課題等】

【川薩圏域】

・R4年糖尿病治療薬剤服用者数の割合は、県は11.6%、川薩圏域は12.6%と1.0ポイント高い状況である。
 ・糖尿病性腎症による新規透析導入患者数についてR6年は31.5(市町村国保:被保険者10万人対)で、R5年の29.9に比べて人口10万人対1.6人増加している。

【出水圏域】

・R4年糖尿病治療薬剤服用者数の割合は、県は11.6%、出水圏域は12.8%と1.2ポイント高い状況である。
 ・糖尿病性腎症による新規透析導入患者数についてR6年は30.1(市町村国保:被保険者10万人対)で、R5年の28.7に比べて人口10万人対1.4人増加している。
 ・糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、徐々に増加している。

→鹿児島県保健医療計画に基づき、特定健診の受診率向上や特定保健指導を更に推進させ、継続治療の重要性や生活習慣病の改善の必要性について普及啓発を行う。また、連携バスの活用を更に推進させ、関係機関の連携強化を図る。

県保健医療計画の目標項目	県	
①特定健康診査実施率	52.0%(R3年度)	70%以上(R11年度)
②特定保健指導実施率	25.9%(R3年度)	45%以上(R11年度)

特定健康診査・保健指導実施率(市町村国保)								
県			川薩			出水		
R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年
42.9%			54.7%			46.4%		
45.5%			43.8%			40.5%		

5 精神疾患に関する目標

県保健医療計画の目標項目	県	
①自殺死亡率(人口10万人対)	20.3(R4年)	13.3以下(R10年)
②地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	1,461人(R4年度)	2,025人(R8年度)
③地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	358人(R4年度)	362人(R8年度)
④地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	1,103人(R4年度)	1,663人(R8年度)

(注)基盤整備量:精神科病院における長期入院患者のうち、精神障害のある人を支える地域の医療、保健、障害福祉、介護、住まい、社会参加及び就労支援等の体制が整備されることにより、退院することが可能と見込まれる人数

自殺死亡率(人口10万対)・地域移行関連								
県			川薩			出水		
R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年	R4年	R5年	R6年
20.3	16.4		18.1	13.7		21.6	16.7	
1,461人			101人	114人		66人	74人	
358人			39人	41人		31人	34人	
1,103人			62人	73人		35人	40人	

※①自殺死亡率はR5年間、②③④地域移行に伴う基盤整備量はR5年9月時点。

精神疾患:【圏域における評価・今後の課題等】

【川薩圏域】

・R5年の自殺死亡率(人口10万人対)は、県は16.4、川薩圏域は13.7と県より2.7ポイント低い状況である。
 ・R5年の自殺死亡率は13.7でR4年の18.1と比較して、4.4ポイント低下している。
 ・地域移行に伴う基盤整備量は年々増加している。

【出水圏域】

・R5年の自殺死亡率(人口10万人対)は、県は16.4、出水圏域は16.7と県より0.3ポイント高い状況である。
 ・R5年の自殺死亡率は16.7でR4年の21.6と比較して、4.9ポイント低下している。
 ・地域移行に伴う基盤整備量はR5年はR4年度より増加している。

→精神障害者の自立生活援助、共同生活援助の推進及び保健・医療・福祉関係者の連携に努める。