

第5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

医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、自助・互助活動等を活用しながら、高齢者等の状況に応じた医療・介護サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）^{*1}においても、包括的かつ継続的に提供される体制づくりを進めます。

【現状と課題】

ア 地域包括ケアシステムの推進

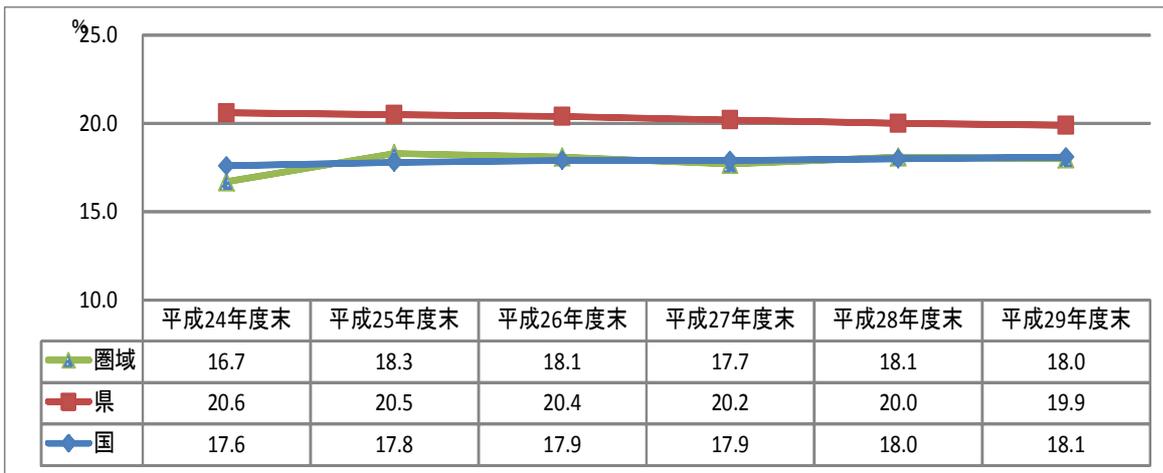
- 高齢者が日常生活圏域において、できる限り住み慣れた地域で自分らしい生活を送ることが出来るように、最も身近な自治体である市町村が中心となって、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を推進していくことが必要です。
- 圏域の高齢化率は平成29年10月には29.6%で、県の高齢化率30.8%より低いものの、今後も高齢化が進むことが見込まれており、市町格差が大きい状況があります。また、平成27年国勢調査の75歳以上の人口割合は15.9%、高齢単身者世帯数は、15,189世帯（14.9%）、高齢夫婦世帯数は、14,808世帯（14.5%）となっています。

イ 高齢者を取り巻く状況

- 圏域内の第1号被保険者の要介護認定率は、平成29年度末で18.0%となっており、県の19.9%、国の18.1%より低い認定率です。
- 圏域の要介護認定者数は年々増加傾向にあり、平成29年度末では12,803人となっています。また、介護度の内訳としては、要支援1、要支援2、要介護1で全体の約半数を占めています。
- 平成28年度高齢者実態調査（一般高齢者調査）によると、要介護の原因となった疾患については、圏域で骨折・転倒が17.8%、高齢による衰弱が17.5%、脳卒中が11.1%となっています。要介護状態になることをできるだけ防ぎ、要介護状態であってもそれ以上悪化しないよう、介護予防・重度化防止対策の充実・強化が必要です。

*1 日常生活圏域：「概ね30分程度で駆けつけられる圏域」又は「人口5,000人程度」で中学校区レベルの範囲を一つの目安とし、各市町村が地域の実情に応じて設定した圏域

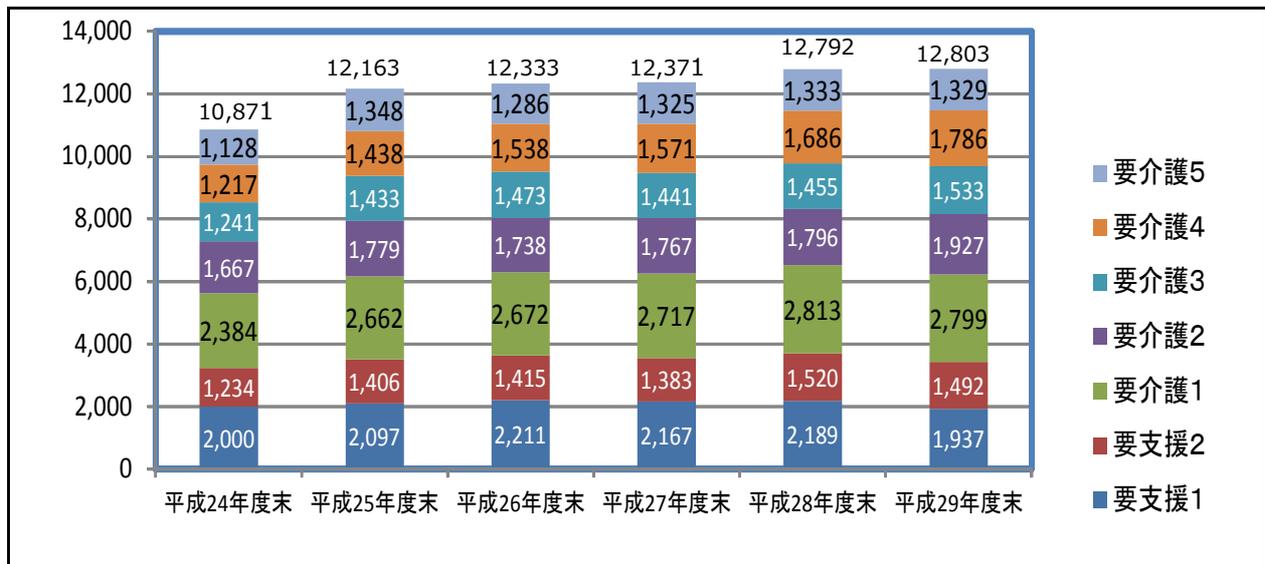
【図表5-1-1】 要介護認定率の推移（第1号被保険者のみ）



[始良・伊佐地区介護保険組合の概要]

【図表5-1-2】 圏域の要介護認定別認定者数の年次推移

(単位：人)



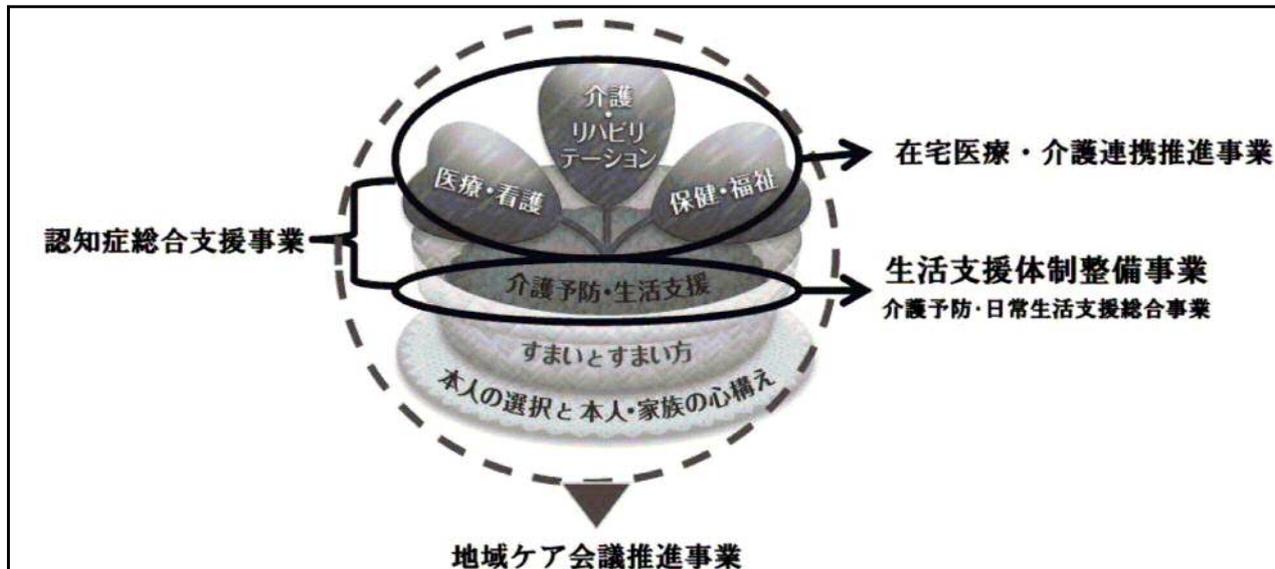
[始良・伊佐地区介護保険組合の概要]

- 75歳以上の後期高齢者や高齢単身世帯，高齢夫婦世帯，認知症高齢者の増加など，高齢者の状況やサービスに対するニーズ等が多様化しており，医療・介護サービスはもとより，多様な生活支援を含めた見守り・支え合い体制の充実・強化が必要です。
- 地域包括支援センターは，高齢者の生活を支える役割を担う中核機関であり，圏域内に5か所（霧島市1か所，伊佐市2か所，始良市1か所，湧水町1か所）設置されています。今後さらに，介護予防ケアマネジメント・総合相談支援・権利擁護，継続的ケアマネジメント支援業務等の機能強化に取り組む必要があります。
- また，平成26年の介護保険制度改正において，地域包括支援センターは市町村の地域包括ケアシステム構築に向けた取組を促進するために地域支援事業に位置付けられた「在宅医療・介護連携の推進」，「認知症施策の推進」，「生活支援サービスの体制整備」を実施することとなり，センターの機能を強化していく必要があります。

第5章 地域包括ケア体制の整備充実
第1節 介護サービスの充実

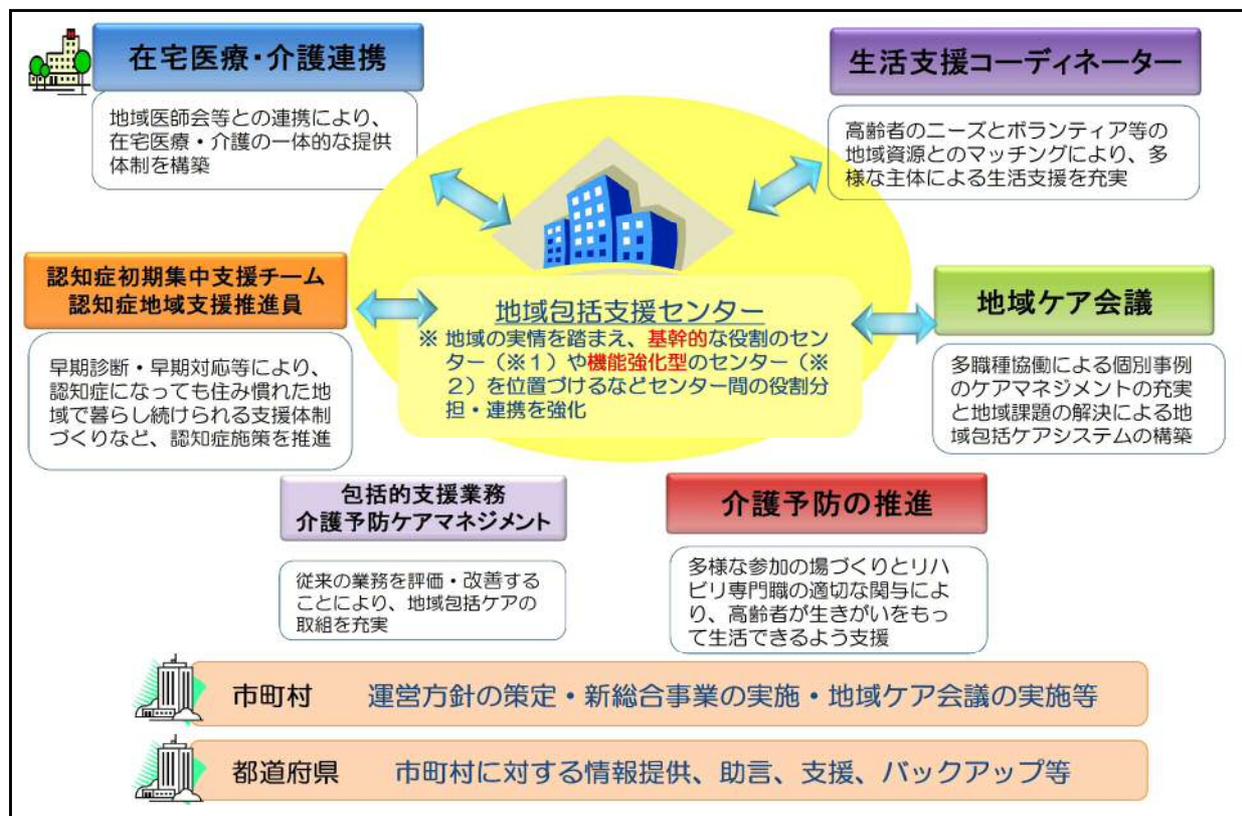
- 介護サービス事業所数は年々増加しています。地域密着型サービス事業所については徐々に整備が進んでいますが、在宅生活を支える夜間対応の介護サービス等の医療的ケアのできる介護サービス事業所の確保が課題となっています。

【図表5-1-3】地域包括ケアシステムを具体化するための取組の事業など



[平成29年度介護予防研修資料]

【図表5-1-4】地域包括支援センターの概要



[国社会福祉審議会資料を基に県高齢者生き生き推進課作成]

【図表5-1-5】介護保険施設等の指定状況（各年度4月1日現在）（休止含む）

1 県指定数（みなしを含まない）

サービスの種類		平成27年度	平成28年度	平成29年度
居宅サービス事業	訪問介護	56	61	62
	訪問入浴介護	5	5	5
	訪問看護	18	22	23
	訪問リハビリテーション	2	2	2
	居宅療養管理指導	2	2	3
	通所介護	83	38	39
	通所リハビリテーション	2	1	1
	短期入所生介護	21	21	22
	短期入所療養介護	4	3	2
	特定施設入居者生活介護	14	14	14
	福祉用具貸与	11	14	13
	特定福祉用具販売	11	14	12
小計①		229	197	198
居宅介護支援事業②		83	88	85
施設	介護老人福祉施設	17	17	17
	介護老人保健施設	12	12	12
	介護療養型医療施設	12	12	11
小計③		41	41	40
計④（①+②+③）		353	326	323
介護予防サービス事業	介護予防訪問介護	56	61	62
	介護予防訪問入浴介護	3	3	3
	介護予防訪問看護	19	21	22
	介護予防訪問リハビリテーション	2	2	2
	介護予防居宅療養管理指導	2	2	3
	介護予防通所介護	79	82	86
	介護予防通所リハビリテーション	1	1	1
	介護予防短期入所生介護	21	21	22
	介護予防短期入所療養介護	4	3	2
	介護予防特定施設入居者生活介護	14	14	14
	介護予防福祉用具貸与	11	14	13
	介護予防特定福祉用具販売	11	14	12
計⑤		223	238	242
合計（④+⑤）		576	564	565

2 市町村指定数

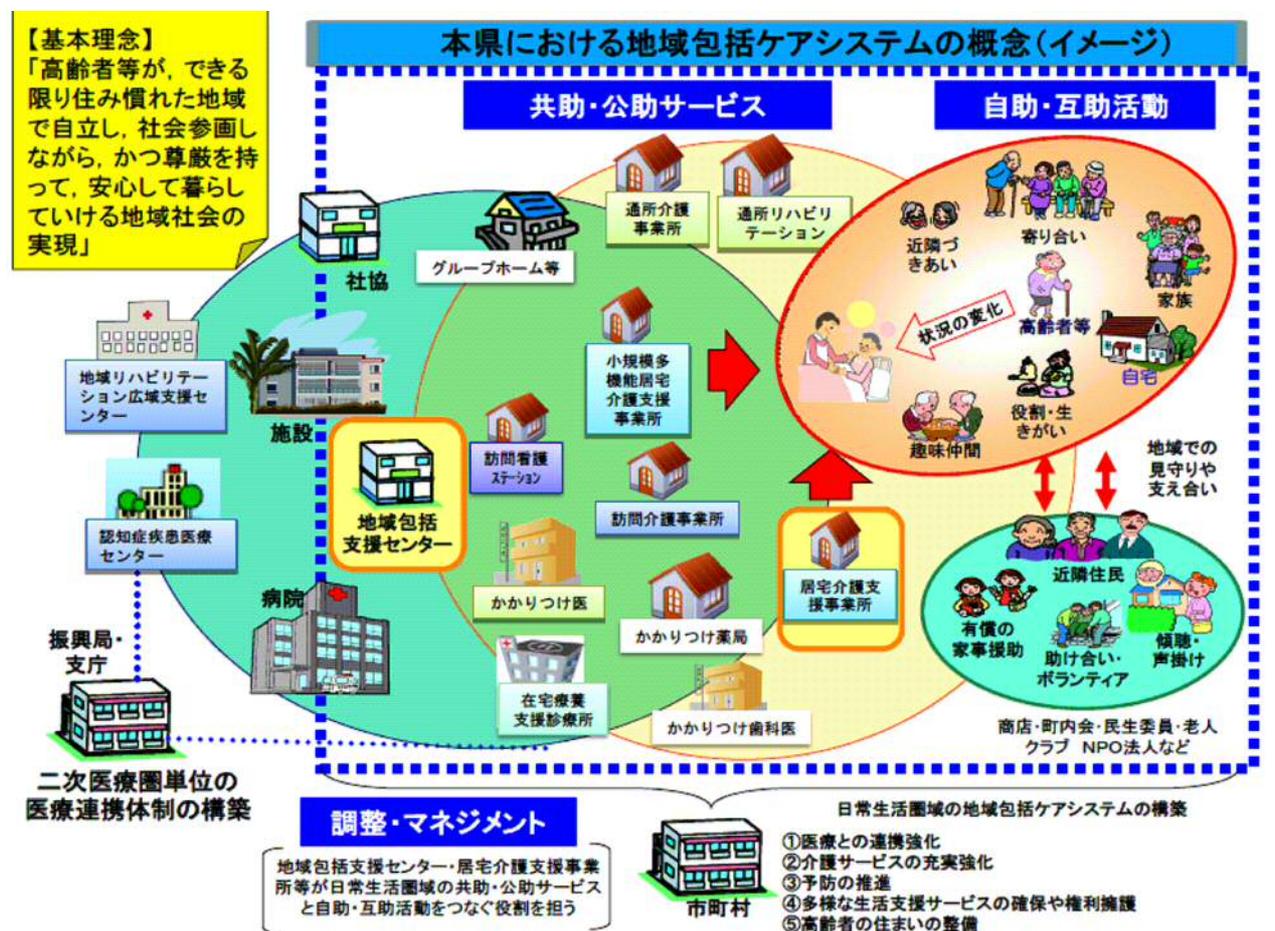
サービスの種類		平成27年度	平成28年度	平成29年度
地域密着型サービス事業	認知症対応型通所介護	15	15	15
	小規模多機能型居宅介護	29	29	29
	認知症対応型共同生活介護	52	53	53
	地域密着型特定施設入居者生活介護	0	0	0
	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	4	5	6
	夜間対応型訪問介護・看護	0	0	0
	定期巡回・随時対応型	0	0	0
	地域密着型通所介護	0	49	49
計⑥		100	151	152
介護予防・生活支援サービス事業	訪問型（みなし）	55	54	54
	訪問型サービス（独自）	0	0	1
	訪問型サービス（独自・定率）	0	0	0
	訪問型サービス（独自・定額）	0	0	0
	通所型（みなし）	77	73	70
	通所型サービス（独自）	0	0	18
	通所型サービス（独自・定率）	0	0	0
	通所型サービス（独自・定額）	0	0	0
介護予防ケアマネジメント	5	5	5	
計⑦		137	132	148
合計（⑥+⑦）		237	283	300

【施策の方向性】

ア 地域包括ケアの体制整備の強化及び推進

- 団塊の世代が全て75歳以上となる2025年には、各地域の実情に応じた地域包括ケアシステムが推進されるように、引き続き市町が中心となった取組を支援します。
- 地域における自助・互助活動の促進・充実を図りつつ、医療や介護等の共助・公助サービスの機能を活かしながら、地域全体で高齢者を支える仕組みづくりを推進します。
- 市町等による日常生活圏域での取組や二次保健医療圏での取組を重層的に展開し、地域の特性に応じたきめ細やかな地域包括ケア体制の整備を推進します。

【図表5-1-6】地域包括ケアシステムの概念（イメージ）



[県高齢者生き生き推進課]

イ 介護予防・重度化防止の推進

- 地域支援事業や地域包括支援センター業務の推進のための体制確保を支援します。
- 自立支援・重度化防止に向けた取組を市町が実施できるよう、地域のリハビリテーション専門職を活用した市町の介護予防の取組を支援します。

- 医療のリハビリテーションと介護のリハビリテーションが切れ目なく効果的に提供できる体制整備を推進します。
- 高齢者等からの各種相談や権利擁護に関する通報等に対し、関係機関との連携や役割分担などに適切に対応できる体制整備を支援します。
- 高齢者の介護予防を促進するため、高齢者の健康づくりや社会参加活動に対してのポイント制度^{*1}に取り組む市町の支援を通じ、高齢者の介護予防の推進を図ります。

ウ 見守りや地域支えあい活動の促進

高齢者等が住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続していくために、見守り体制の構築・充実に向けた取組を支援します。

また、生活支援・介護予防サービスの充実に向けた地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う生活支援コーディネーター^{*2}（地域支え合い推進員）の活用を支援します。

エ 高齢者のニーズに応じた医療・介護サービスの提供

高齢者等の多様なニーズに対応するため、市町や関係団体等と協働し、在宅医療・介護に従事する多職種の連携やその資質向上を図ります。

オ 地域包括支援センターの機能強化

市町が高齢者の介護予防や重度化防止を図るため、地域ケア会議^{*3}を効果的に運用し、包括的継続的ケアマネジメントを実施できるよう支援します。

カ 介護サービス基盤の整備

- 高齢者が住みなれた地域で安心して自立した生活が継続できるように、在宅サービスの充実を図るとともに、自宅等での生活が困難となった要介護者に対しては、市町と連携し施設・居住系サービスを整備するなど、計画的な基盤整備を進めます。
- 高齢者の状態や介護ニーズの変化等に対応できるサービス提供体制の確保に向けて、各種研修等を通じたサービス提供事業所や従事者の質の向上に努めます。

*1 高齢者元気度アップ・ポイント事業：高齢者が健診受診・介護予防教室等に参加して行う自らの健康づくりや社会参加活動に対してポイントを付与し、蓄積したポイントを地元商店街で使える地域商品券等に交換する事業。

*2 生活支援コーディネーター：平成26年の介護保険制度の改正による地域支援事業の包括的支援事業に基づき、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けた資源開発やネットワーク構築等を行う者のこと

*3 地域ケア会議：市町村が行う個別ケース検討会議（地域ケア個別会議）の積み重ねにより共有した地域課題を、地域づくり、新たな資源開発、政策形成などにつなげ、地域包括ケアシステムの構築を推進するための会議

第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

住民ができる限り住み慣れた地域・家庭で安心して医療や福祉のサービスを受けられる体制整備を進めます。

また、本人の意向を十分に尊重した終末期医療の充実を目指します。

1 在宅医療の体制整備

【現状と課題】

ア 在宅医療を取り巻く状況

- 急速な高齢化の進行により、慢性疾患患者や要介護認定者が増加しており、在宅等における介護サービス利用者は、年々増加しています。
- 平成28年度の高齢者実態調査（在宅要介護（要支援）者）によると、圏域の在宅介護者の67.3%が60歳以上の高齢者で、そのうち30.5%が70歳以上の高齢者、13.9%が80歳以上の高齢者となっており、女性が約7割を占めます。在宅で療養する家族への協力体制等が在宅医療推進の課題となっています。
- 圏域内の訪問看護ステーションの事業所数は23カ所となっています。人口10万対の事業所数は9.7で県の10.1より低くなっています。
- 国の「長寿科学総合研究事業」によると、要介護者の9割に歯科医療または専門的口腔ケアが必要ですが、歯科受診は約27%にとどまっています。
訪問歯科診療や施設での口腔ケアの必要性について入所者や家族に対し理解されるような取り組みが必要です。
- 国立病院機構南九州病院と始良地区歯科医師会が、口腔機能管理連携協定を結び、在宅歯科医療等を提供しています。
- 小児医療において、NICU等の長期入院児は減少してきており、退院後も引き続き医療的ケアが必要な障害児等の在宅（施設を含む）への移行が進んでいます。
- 精神科急性期医療の進歩に伴い、県も新規の入院患者の1年未満の退院率が高く、訪問看護の利用者も年々増加しています。そのうち、6割以上を統合失調症の患者が占めています。
- 「平成28年度県民保健医療意識調査」によると、多くの人ができる限り住み慣れた自宅などでの生活を望んでいます。

イ 在宅医療の提供体制

- 圏域において、24時間体制をとっている訪問看護ステーションは、21事業所あり、その従業者数（人口10万人対）は38.5で、県の38.0と同等となっています。

【図表5-2-1】訪問看護ステーションの対象別対応状況

区分	時点	鹿児島医療圏	南薩医療圏	川薩医療圏	出水医療圏	始良・伊佐医療圏	曾於医療圏	肝属医療圏	熊毛医療圏	奄美医療圏	県計
事業所数	平成29年4月	74	13	9	12	23	7	14	4	10	166
うち24時間体制にかかる加算を申請している事業所※	平成29年9月	66	13	9	11	21	6	12	4	9	151
うち小児の訪問看護に対応する事業所	平成28年4月	24	4	3	4	9	4	9	2	3	62
うち自立支援医療の指定を受けている事業所	平成29年10月	27	4	7	5	7	1	4	1	4	60
事業所数(人口10万人対)	平成29年4月	10.9	9.6	7.6	14.1	9.7	8.6	8.9	9.4	9.1	10.1
うち24時間体制にかかる加算を申請している事業所※	平成29年9月	9.7	9.6	7.6	12.9	8.8	7.4	7.7	9.4	8.2	9.2
うち小児の訪問看護に対応する事業所(児10万人対)	平成28年4月	3.5	2.9	2.5	4.7	3.8	4.9	5.7	4.7	2.7	3.8
うち自立支援医療の指定を受けている事業所	平成29年10月	4.0	2.9	5.9	5.9	2.9	1.2	2.6	2.3	3.6	3.6
24時間体制を取っている事業所の従業者数人口10万人対	平成27年	42.1	25.3	45.7	32.8	38.5	40.4	38.9	0.0	34.8	38.0

※ 緊急時訪問看護加算

[県高齢者生き生き推進課・障害福祉課・子ども家庭課作成]

- NICU等を退院し、引き続き医療的ケアが必要な障害児等が、生活の場で医療や療育の支援を受けながら成長できるよう、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関が相互に連携した支援を実施することが必要です。
- 小児の訪問看護に取り組む訪問看護ステーションは年々増加し、平成28年4月時点の調査においては、圏域では23か所のうち9か所のステーションが「既に取り組んでいる・依頼があれば対応する」と回答しています。
- 精神障害者の訪問看護は、障害者総合支援法による自立支援医療費(精神通院医療)として実施されており、障害福祉サービスや介護保険サービス等との連携が不可欠となっています。
- 在宅医療の推進に当たっては、圏域の関係市町が連携した広域的な体制づくりとともに、多職種が連携するための研修等の実施によるネットワーク化が望まれています。
- 平成28年度施設機能等調査に回答した医療機関のうち、在宅医療を実施している医療機関(在宅患者診察・指導料算定機関)は、圏域41.3%となっており、県の33.0%より高くなっています。
- 圏域の平成28年度SCR^{*1}では、往診88.4%となっていますが、霧島市、始良市で高く、伊佐市、湧水町で低くなっています。
また、圏域の入院機関と退院時カンファレンスの開催については、21.3%、入院機関とケアマネージャーとの連携については、108.2%となっています。

*1：SCR(年齢調整標準化レセプト出現比)とは、2013年4月から2014年3月分の全保険者(公費単独除く)のレセプト件数を、当該地域が全国と同じ年齢構成、人口と仮定した場合に想定される全国平均のレセプト件数で除したもので、全国を100とし、100よりも多ければ提供過剰、少なければ提供過少とするとする。ただし、圏域外からの流入が多ければ数値は高くなるため受療行動を勘案して評価する。

第5章 地域包括ケア体制の整備充実
第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

【図表5-2-2】在宅患者診療・指導料の算定状況 (単位：箇所(％))

区分	回答施設数		実施		未実施		無回答	
	県	圏域	県	圏域	県	圏域	県	圏域
病院	216	29	86 (39.8)	9 (31.0)	99 (45.8)	13 (44.8)	31 (14.4)	7 (24.1)
有床診療所	291	48	113 (38.8)	27 (56.3)	130 (44.7)	15 (31.3)	48 (16.5)	6 (12.5)
無床診療所	663	95	187 (28.2)	35 (36.8)	303 (45.7)	38 (40.0)	173 (26.1)	22 (23.2)
合計	1,170	172	386 (33.0)	71 (41.3)	532 (45.5)	66 (38.4)	252 (21.5)	35 (20.3)

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 在宅医療等に係る提供体制をSCRでみると、訪問診療や訪問看護の提供件数は、全国を上回る状況にありますが、看取りについては、全国を下回っています。

【図表5-2-3】在宅医療データ (SCR)

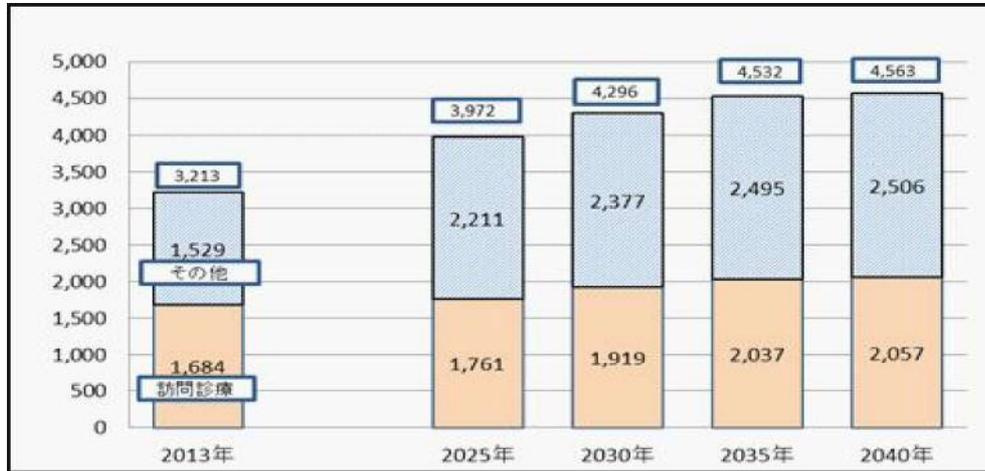
区分		霧島市	伊佐市	始良市	湧水町	圏域
往診	全体	87.1	44.53	119.96	57.66	88.37
緊急往診	全体	94.11	72.86	67.34	180.3	87.58
在宅支援	外来	120.91	50.08	117.46	85.61	105.89
施設支援	外来	109.12	37.56	39.18	10.43	69.2
訪問診療(居宅)	外来	150.67	68.82	111.39	73	120.21
訪問診療(同一建物)	外来	113.77	19.77	87.53	45.11	85.37
訪問診療(全体)	外来	127.88	45.1	86.04	60.8	96.91
訪問看護提供	外来	132.58	320.02	256.49	305.12	205.95
入院機関との退院時カンファレンス開催	全体	4.99	25.52	47.38		21.25
病院従事者が退院前に患者宅を訪問し指導	入院			22.28		7.1
入院機関とケアマネジャーとの連携	入院	123.53	159.17	75.2	21.29	108.16
病院が患者に対し、退院支援・調整を実施	入院	133.26	188.07	297.1		186.09
訪問看護指示	全体	95.77	38.53	89.69	17.98	80.17
ターミナルケア提供	外来	67.03	25.5	50.92	17.18	52.12
看取り(在宅患者)	外来	66.1	33.33	61.53	8.17	55.7
看取り(有床診)	入院	349.7	222.87	522.79	360.26	383.04
訪問薬剤指導の実施	外来					
訪問栄養指導の実施	外来	257.46	228.76			159.12
在宅リハビリテーションの提供	外来	311.66		44.36		180.3
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	外来	311.66		44.36		180.3
在宅患者訪問点滴注射管理指導	外来	155.8	72.87	147.59	98.28	136.02
在宅経管栄養法	外来	1.15	50.16	130.77	13.86	48.86
在宅自己注射	全体	83.2	51.82	59.16	10.48	67.57

[平成28年度医療計画作成支援データブック]

ウ 地域医療構想をふまえた在宅医療等の必要性

- 地域医療構想における2025年の在宅医療等の必要量（医療需要）は、圏域で3,972（人/日）で、そのうち訪問診療のみの必要量（医療需要）は1,761（人/日）です。

【図表5-2-4】 始良・伊佐医療圏における在宅医療等需要の推移



〔厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

＜患者住所地ベース（但し2013年は医療機関所在地ベース）＞〕

- 地域医療構想実現のために病床の機能分化・連携の推進を図ることにより、2020年に見込まれる在宅医療等の追加的需要（療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%及び入院受療率の地域差解消分、並びに一般病床入院患者のうち、医療資源投入量17.5点未満の患者数）については、以下のとおりです。

【図表5-2-5】 平成32（2020）年に見込まれる在宅医療等の追加的需要の按分結果

保健医療圏	追加的需要	内 訳			(参考)	
		外来受診対応分	介護保険施設対応分 (転換分含む)	在宅医療対応分 (訪問診療)	在宅医療等	2025年の訪問診療のみ (注2)
鹿児島	1136.63	418.20	247	471.43	11,097	5,499
南薩	433.30	149.31	252	31.99	2,248	620
川薩	171.76	66.07	84	21.69	1,810	838
出水	114.25	56.36	0	57.89	1,509	822
始良・伊佐	464.43	160.89	142	161.54	3,972	1,761
曾於	149.01	61.19	45	42.82	1,269	481
肝属	202.52	104.07	68	30.45	2,455	1,224
熊毛(注1)	27.53	23.34	20	0	452	180
奄美	200.68	92.38	33	75.30	2,396	1,341
合計	2900.11	1131.81	891	893.11	27,208	12,766

(注1) 熊毛医療圏の介護保険施設対応分については、他医療圏における医療機関への入院状況や転換意向等も勘案し見込んだ数値となっているため、追加的需要と内訳の合計が一致していない。

(注2) 高齢化の影響のみを反映した推計値

【施策の方向性】

ア 在宅医療連携体制の整備

- 在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう、関係団体と連携を図り、在宅医療と介護の包括的かつ継続的な提供ができるように体制整備を図ります。
- 市町及び訪問看護ステーション、医師会、拠点病院等の多職種による連携体制の構築を図るため、市町や関係団体と連携した研修や事例検討等の開催を支援します。
- 在宅歯科医療等を提供できるよう、関係機関との連携強化を図ります。
- 医療的ケアが必要な障害児等にとって、生活の場で必要な環境づくりを推進するため、関係者間による協議・意見交換を行うとともに、小児訪問看護の取組の促進を図ります。
- NICU等入院中から、保健所、市町、医療機関等が連携し、児の円滑な退院支援を行うとともに、在宅移行後においても、児やその家族が適切な支援を受けられるよう、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関の連携体制の構築に努めます。
- 今後、精神障害者の急性期医療体制整備が進むことによる入院期間の短縮化や、長期入院者の地域移行が促進されることを踏まえ、退院した精神障害者の地域生活を維持するため様々なニーズに対応できるように精神科病院と訪問看護ステーションの連携を図ります。

イ 退院に向けての支援

入院時から患者の状況やニーズに応じ、入院から在宅へ切れ目のない医療が提供されるよう平成30年3月に「入退院支援ルール」を策定し、今後入退院支援ルールの進捗管理を行いながら、関係者のネットワークの構築に努めます。

ウ 急変時の対応

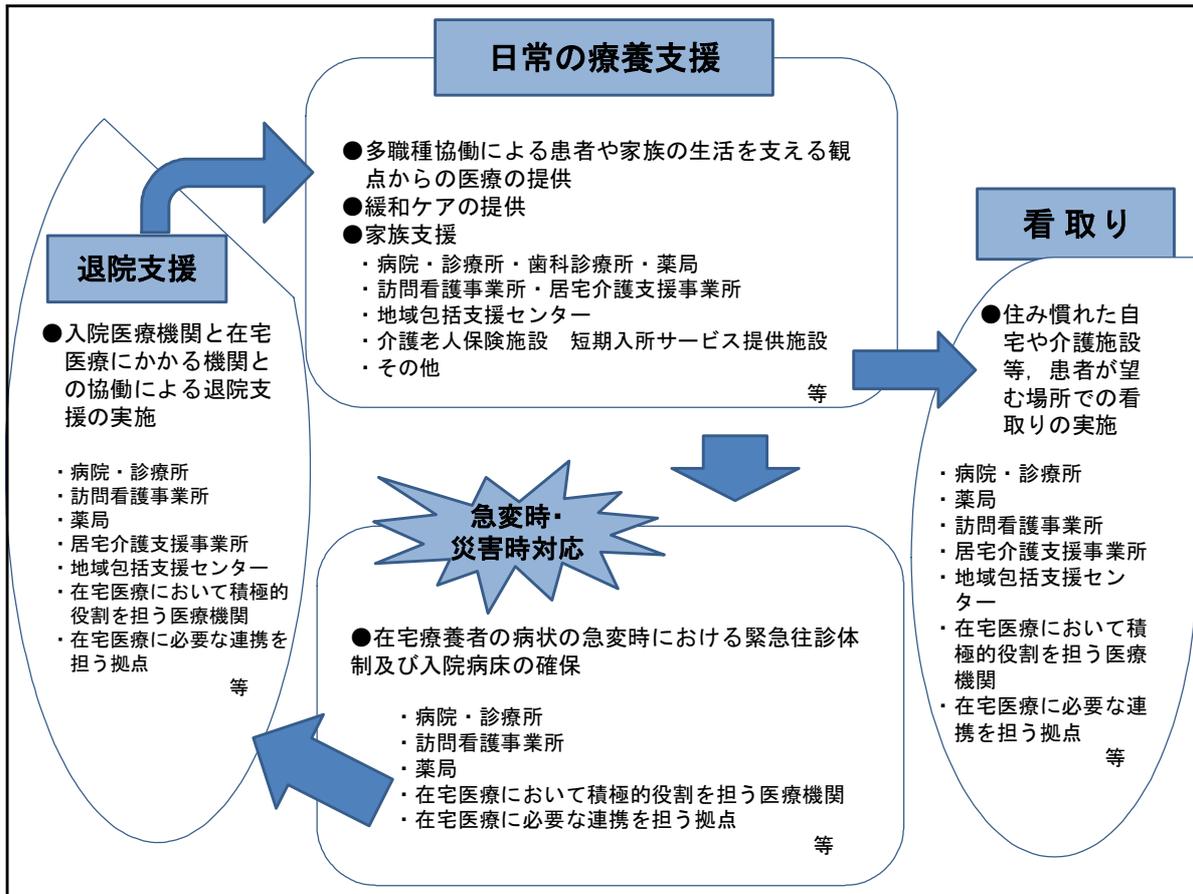
在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制の確保を図ります。

エ 在宅医療に関する普及啓発

病院、診療所、歯科医院、薬局、訪問看護ステーション等相互間の機能の分担と業務の連携状況を明らかにしながら、在宅医療に関する住民への情報提供や普及啓発を図ります。

【図表5-2-6】

県の在宅医療の連携体制図及び始良・伊佐保健医療圏域における連携体制図



[県高齢者生き生き推進課]

【図表5-2-7】 始良・伊佐保健医療圏域における在宅医療の医療基準

医療機能		医療機能基準
退院支援	入院中	① 地域連携室又は退院支援担当者などを配置し、入院時から退院後の生活を視野に支援ができる ② 患者に対する在宅医療や介護資源の調整並びに在宅医療に関わる機関と情報共有ができる
	退院後	③ ニーズに応じた医療や介護サービスの調整並びに医療や介護関係者間で情報共有し、連携をとることができる
	退院後の往診や訪問診療を担う医療機関	④ ニーズに応じた医療や介護サービスの調整並びに医療や介護関係者間で情報共有し、連携をとることができる
日常の療養支援	往診や訪問診療を担う医療機関	① 居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと連携がとれ、ニーズに応じた医療・介護サービスの提供・調整並びに担当者会議や地域ケア会議等に参加もしくは情報提供ができる ② がん、認知症等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療や身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供、または他の適切な機関と連携をとることができる。 ③ 医薬品や医療・衛生材料等の供給ができる ④ 24時間365日対応が可能、または関係機関と連携し24時間対応可能な体制を確保できる
	認知症の日常的な診療が可能な医療機関	⑤ 認知症の可能性について、判断でき、認知症を疑ったときに速やかに専門医療機関を紹介できる
急変時対応	往診や訪問診療を担う医療機関	① 急変時の連絡先を在宅療養者等に示し、急変時、24時間対応可能な体制を確保できる、又は対応困難な場合でも、関係機関と連携し24時間対応が可能な体制が確保できる ② 地域の消防関係者等と搬送などについての連携をとることができる
	入院を受け入れられる医療機関	③ 急変時において、無床診療所等からの相談に対応し、必要時は受け入れができる又は、重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携をとることができる ④ 地域の消防関係者等と搬送などについての連携をとることができる
	認知症の入院を受け入れられる医療機関	⑤ (専門医ではないが、) 認知症の周辺症状や身体症状等の入院に対応できる
終末期(看取り)	往診や訪問診療を担う医療機関	① 終末期の症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で最期まで安心して療養が受けられるよう支援できる ② 在宅療養者等に対して、医療や介護等に関する適切な情報提供ができる ③ 介護施設等における終末期の療養に対し、支援ができる
	入院を受け入れられる医療機関	④ 終末期の症状に対する不安を解消し、患者が望む場所で最期まで安心して療養が受けられるよう支援し、患者や家族等に対して、適切な情報提供ができる ⑤ 在宅での療養が困難な場合は、受け入れができる

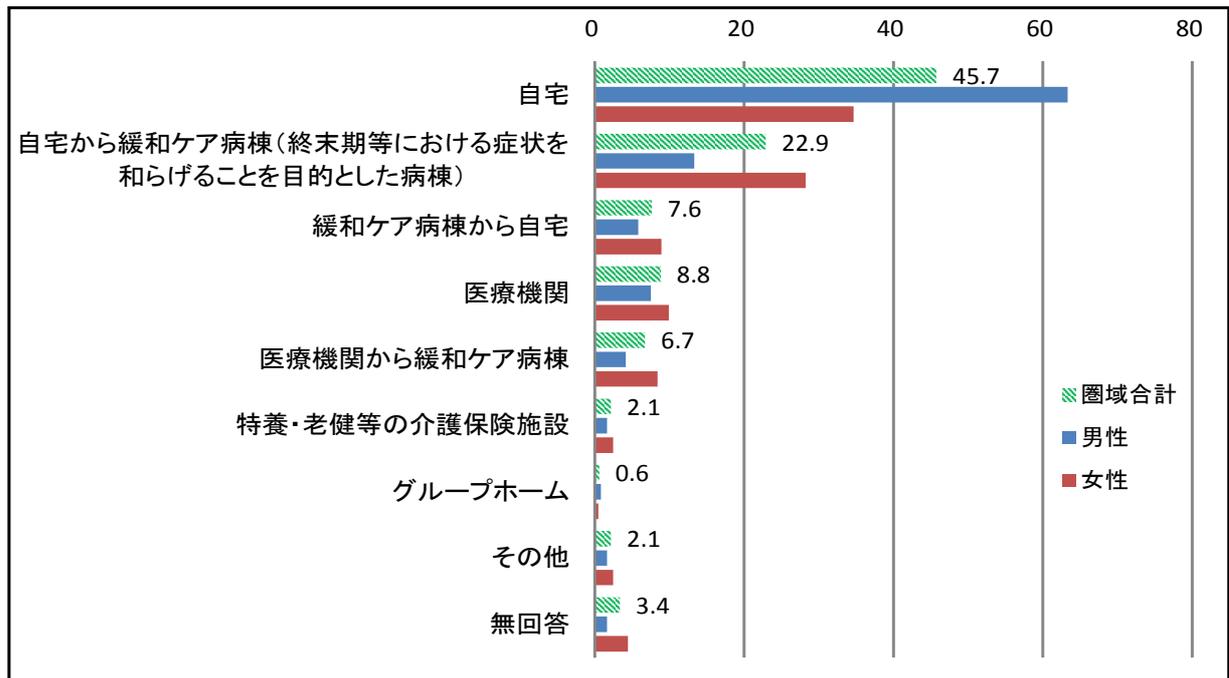
2 終末期医療の体制整備

【現状と課題】

ア 終末期医療^{*1}の現状

- 圏域の総死亡数は、平成13年の2,503人から平成28年の3,018人に、15年間に515人増加しています。
今後、75歳以上の後期高齢者の増加が予想されることから、高齢者世帯の動向や医療ニーズ等を踏まえ、終末期医療の提供のあり方を検討する必要があります。
- 「平成28年度県民保健医療意識調査」によると、圏域では自分の最期を迎えたい場所として、「自宅」が45.7%で最も多く、次いで「自宅から緩和ケア病棟」が22.9%となっています。実際の死亡場所については、約80～90%が施設で、自宅での死亡は10%前後に止まっています。
- 「平成28年度高齢者実態調査（一般高齢者調査）」によると、圏域では、最期を迎えたい場所として「自宅」が49.0%となっており、ついで「病院などの医療施設」23.3%となっています。

【図表5-2-8】自分の最期をどこで迎えたいか (単位：%)



[平成28年度県民保健医療意識調査]

*1 国においては、終末期医療のあり方について、患者、医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点を確認し、それをガイドラインとして作成、平成30年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」として改定されています。

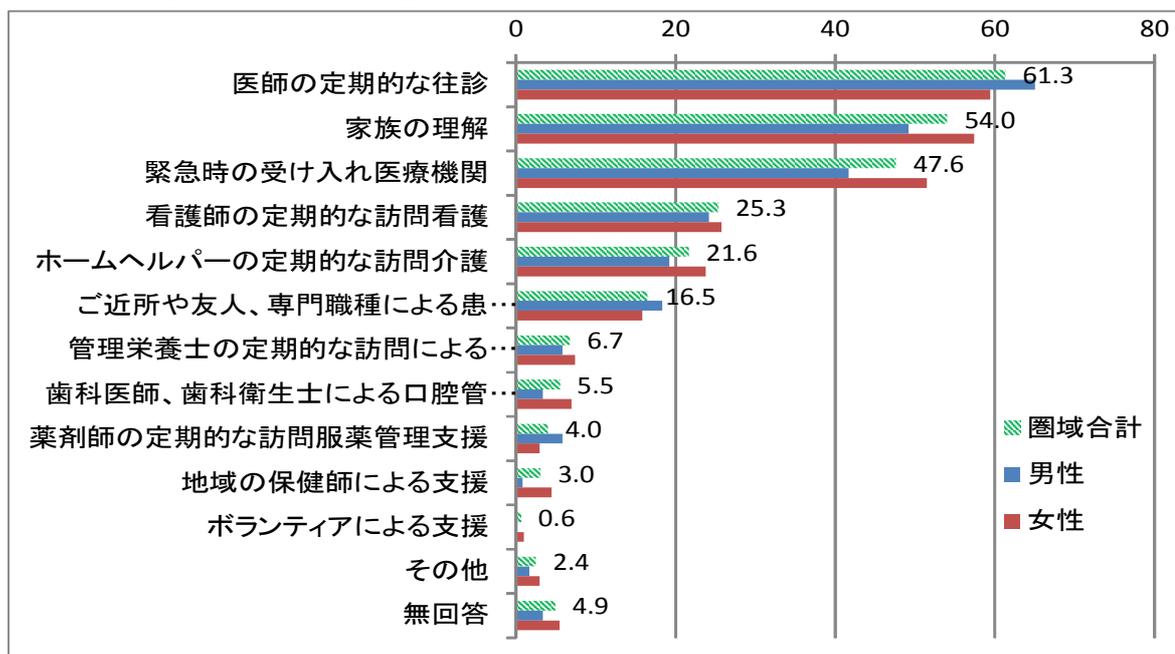
【図表5-2-9】 死亡の場所別にみた市町別死亡率(平成28年) (単位：%)

区分	総数	施設内					施設外		
		総数	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	総数	自宅	その他
霧島市	100	89.8	75.5	6.7	2.3	5.4	10.2	8.0	2.1
伊佐市	100	92.3	86.2	3.4	2.3	0.4	7.7	5.8	1.9
始良市	100	88.5	78.4	3.1	1.8	5.3	11.5	10.0	1.4
湧水町	100	92.7	68.8	15.6	3.6	4.7	7.3	5.2	2.1
県	100	89.8	73.6	7.4	2.7	6.0	10.2	8.3	1.9
全国	100	85.2	74.6	2.0	2.3	6.3	14.8	12.7	2.1

[医療計画作成支援データブック]

- 「平成28年度県民保健医療意識調査」によると、残された日々を自宅で過ごす場合に「医師の定期的な往診」や「緊急時の受け入れ医療機関」が必要であるとの回答が半数程度あり、かかりつけ医の役割が大きくなっています。

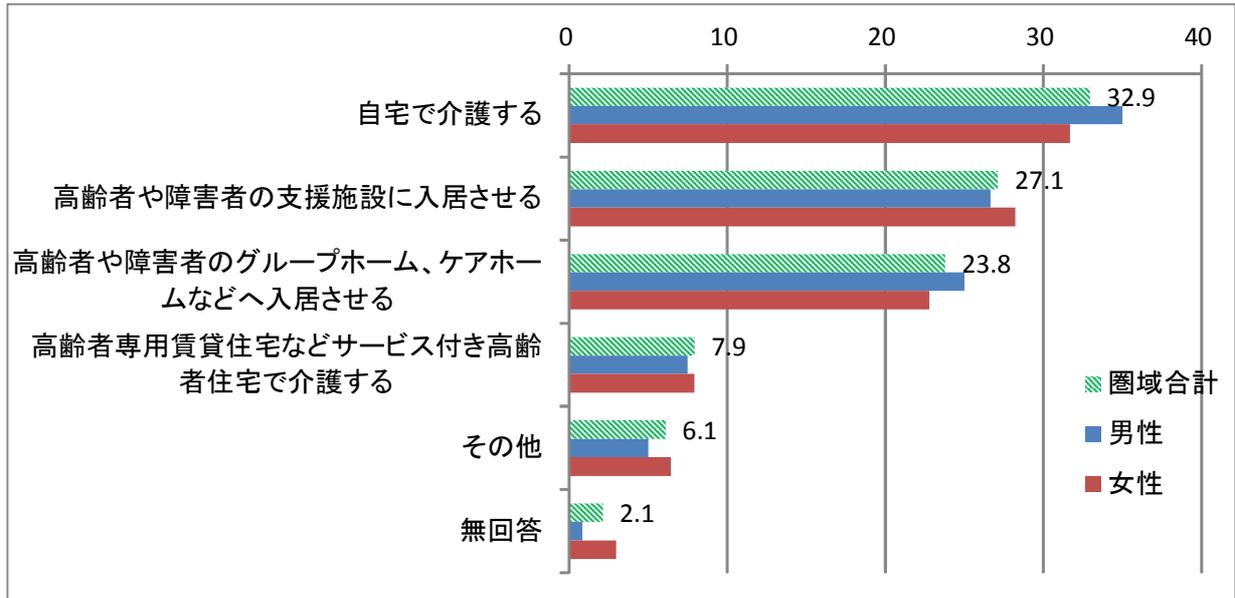
【図表5-2-10】 残された日々を自宅で過ごすときに必要なサービス (単位：%)



[平成28年度県民保健医療意識調査]

- 「平成28年度県民保健医療意識調査」によると、介護が必要な状態になったときにどうするか訪ねたところ、「自宅で介護する」が32.9%、「高齢者施設やグループホームなど支援施設に入居させる」をあわせると50.9%となっています。

【図表5-2-11】 介護が必要になったときにどうするか (単位：%)



[平成28年度県民保健医療意識調査]

イ 終末期医療の提供体制

- 圏域の在宅看取りを実施している病院・診療所数は43医療機関となっています。

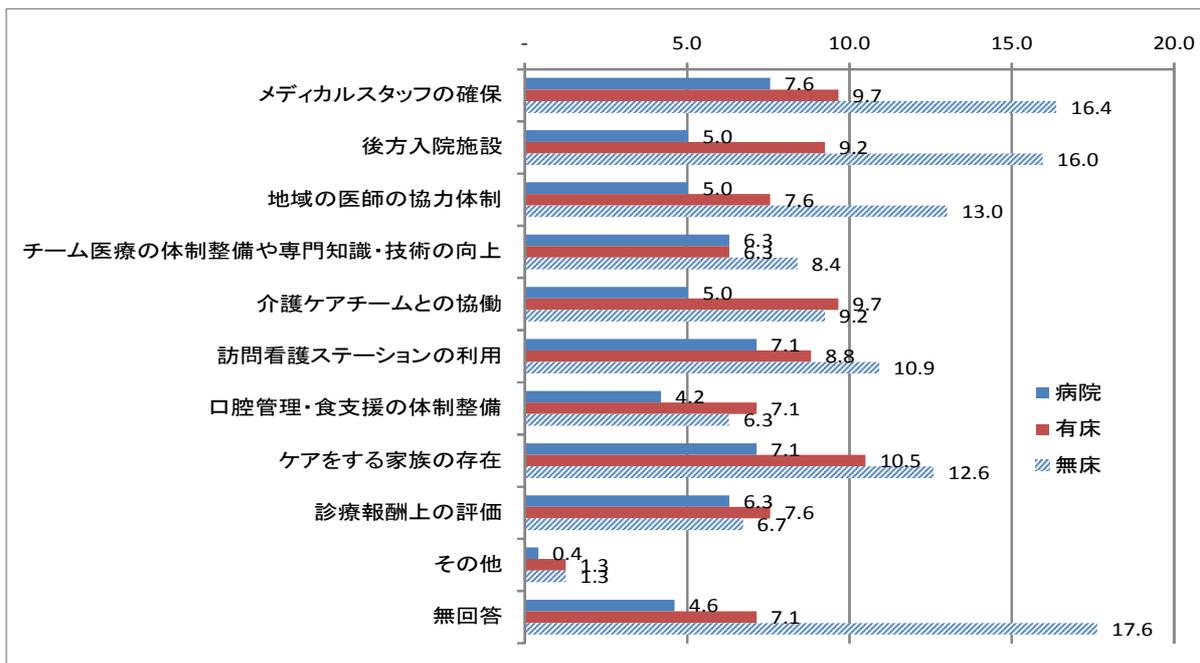
【図表5-2-12】 在宅看取りの状況 (単位：箇所 (%))

区分	回答施設数		実施		未実施		無回答	
	県	圏域	県	圏域	県	圏域	県	圏域
病院	216	29	37 (17.1)	4 (13.8)	174 (80.6)	24 (82.8)	5 (2.3)	1 (3.4)
有床診療所	291	48	68 (23.4)	18 (37.5)	204 (70.1)	27 (56.3)	19 (6.5)	3 (6.3)
無床診療所	663	95	102 (15.4)	21 (22.1)	472 (71.2)	66 (69.5)	89 (13.4)	8 (8.4)
合計	1,170	172	207 (17.7)	43 (25.0)	850 (72.6)	117 (68.0)	113 (9.7)	12 (7.0)

[平成28年度 医療施設機能等調査]

- 訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合の関係をみると、訪問看護利用者数が多い都道府県では在宅で死亡する割合が高い傾向にあります。
本県は、訪問看護利用者数が全国に比べて少なく、在宅で死亡する割合も低い状況にあります。
- 在宅患者の看取りについては、今後かかりつけ医や訪問看護、介護支援事業所などの連携を図りながら支援体制を推進することが必要です。
在宅でのターミナルケアを実施するための重要条件については、「平成28年度医療機能等調査」によると、スタッフの確保、家族の存在、訪問看護ステーションの利用などとなっています。

【図表5-2-13】ターミナルケアを実施するための重要条件について（人口10万対）



[平成28年度 医療施設機能等調査]

【施策の方向性】

ア 終末期医療が行える体制づくり

人生の最終段階における医療を自宅等において確保するため、対応できるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、訪問看護ステーション等の確保を支援します。

イ 患者、家族への適切な情報提供・相談体制

患者及び家族等の医療に対する不安や様々な相談に対応するための情報提供、相談体制整備を図ります。

ウ 介護施設等での看取り体制の確保

病院・診療所だけでなく、特別養護老人ホームや介護保険施設、グループホーム等においても、患者及び家族のニーズに応じた看取りを実施できる体制の確保を図ります。

エ 人生の最終段階における医療に係る情報の普及啓発

患者の意思を尊重し、市町において、地域の実情に応じた人生の最終段階における医療を実現するために、患者が治療やケアの方針等について選択できるよう、関係機関等に必要な情報提供や普及啓発を図ります。

第3節 医療と介護の連携

高齢者等の生活機能を維持・向上させるため、入院から在宅への移行を含め、高齢者等の状態に応じた包括的かつ継続的なサービスが提供できるよう、医療と介護の円滑な連携を進めます。

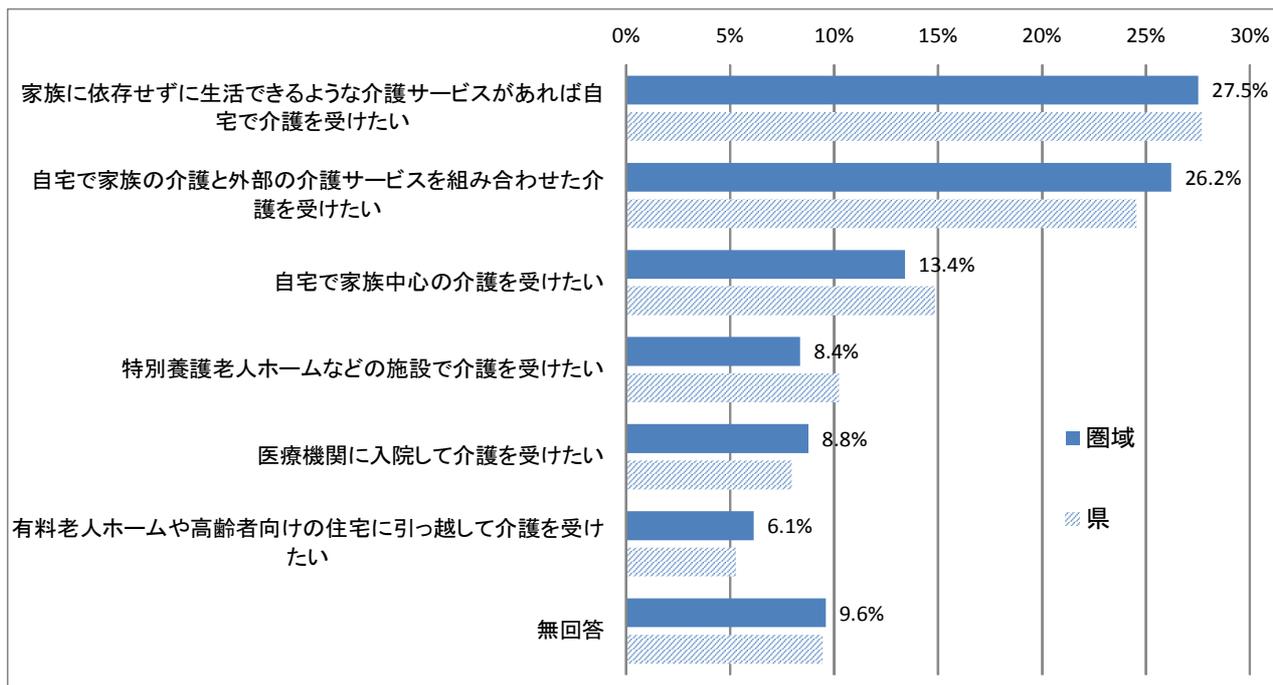
1 医療と介護の連携体制の構築

【現状と課題】

ア 在宅医療・介護連携の推進体制の構築

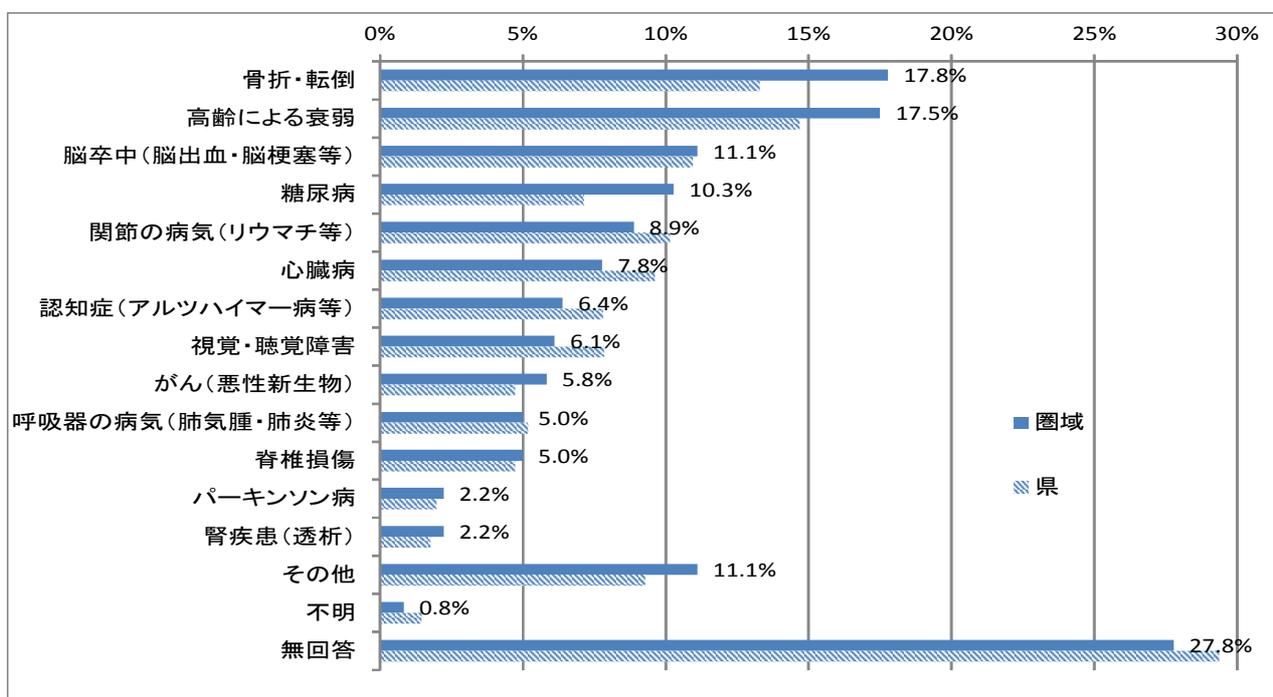
- 高齢化の進行や在宅療養を支える医療・介護資源等は、大きな地域差があり、地域の課題も異なる為、平成26年の介護保険制度の改正により、平成30年4月には保険者である市町村が地域支援事業の中で在宅医療・介護連携を推進する事業に取り組むこととされています。
- 介護保険制度に係る施策が市町村単位であることから、市町が主体となって、在宅における医療・介護の連携を推進するためには、圏域内の医師会等関係機関と連携・協力しながら、地域の特性に応じた取組を進めていく必要があります。
- 圏域では、在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町の取組を推進するよう、関係団体等と連携し、広域的な体制づくりなどを支援しています。
- 平成28年度の高齢者実態調査（一般高齢者調査）によると、今後希望する生活場所については、「現在の住居」が圏域84.6%、県が84.7%となっています。
 - ・ 最期を迎えたい場所については、「自宅」が圏域49.0%、県が50.5%となっており、2番目に多いのが「病院などの医療施設」が圏域23.3%、県が21.6%となっています。
 - ・ 自分はどのような介護を受けたいかについては、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」が圏域27.5%となっており、「自宅で家族中心の介護を受けたい」が13.4%となっています。
 - ・ 要介護の原因となった疾患については、骨折・転倒が17.8%、高齢による衰弱が17.5%、脳卒中が11.1%となっています。

【図表5-3-1】 自分はどのような介護を受けたいか



[平成28年度高齢者実態調査（一般高齢者調査）]

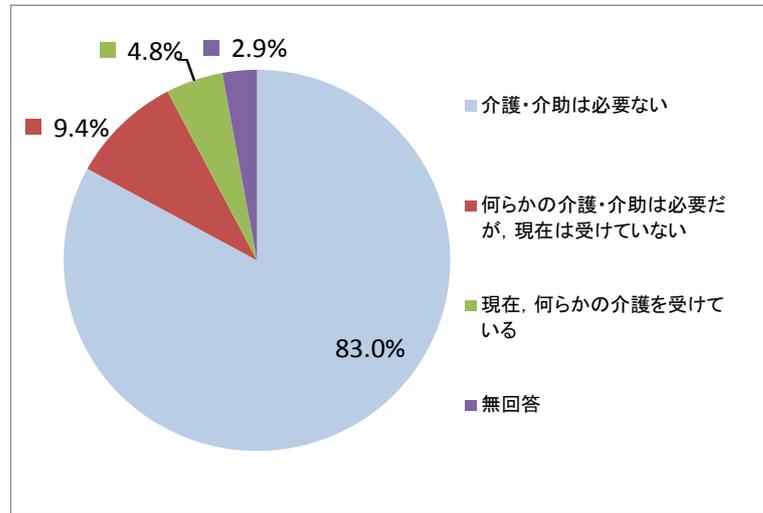
【図表5-3-2】 要介護の原因となった疾患の状況（複数回答）



[平成28年度高齢者実態調査（一般高齢者調査）]

- 調査を行った高齢者のうち、何らかの介護を受けている者が4.8%、介護が必要であるが現在は受けていないと答えた者が9.4%となっている。

【図表5-3-3】圏域の現在の介護・介助の状況について

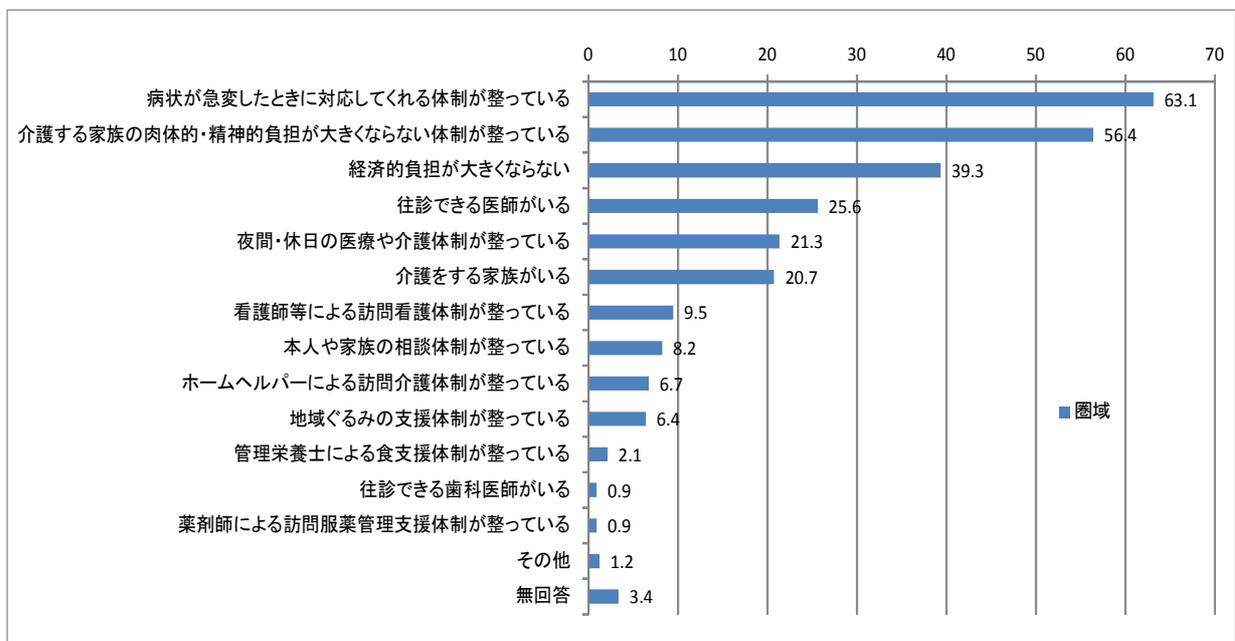


[平成28年度高齢者実態調査（一般高齢者調査）]

イ 入院から在宅への移行等の状況

- 平成28年度県民保健医療意識調査では、自宅で医療や介護を受け入れるために特に必要なこととしては、「病状が急変したときに対応してくれる体制が整っている」、「介護する家族の肉体的・精神的負担が大きくなる体制が整っている」、「経済的負担が大きくなる体制が整っている」ことがあげられています。

【図表5-3-4】自宅での医療や介護受け入れのために特に必要なこと（複数回答）



[平成28年度県民保健医療意識調査]

- 退院時カンファレンスの実施状況については、「原則として全て実施している」が、病院においては34.5%となっており、有床診療所においては18.8%となっています。

【図表5-3-5】退院時カンファレンスの有無

区分	回答医療機関数	原則として 全て実施	一部実施 している	実施して いない	無回答
病院	29	10	17	1	1
有床診療所	48	9	12	17	10

[平成28年度医療施設機能等調査]

- 病院、有床診療所が、退院時にケアマネジャーや介護サービス事業所等との連携を行っている疾患としては、「認知症」が最も多く、次いで「脳血管疾患」となっています。

【図表5-3-6】退院時に介護関係者との連携がある疾患

区分	回答医療機関数	がん	脳血管疾患	急性心筋梗塞	糖尿病	神経難病	慢性呼吸器疾患	整形外科疾患	認知症	その他	該当なし	無回答
病院	29	13	20	4	13	8	14	13	24	4	2	1
有床診療所	48	8	10	4	7	3	9	11	15	-	12	16

[平成28年度医療施設機能等調査]

- 圏域においては、医療機関担当者・介護支援専門員がルールに則り連携することで、十分なサービスの提供を受け、豊かな在宅生活を迎えられることを目的として、平成30年3月に「入退院支援ルール」を作成し、同年4月から運用を開始しています。
- また、定期的な連携状況調査の実施、医療・介護関係者の合同会議の場を設けて協議を行うなど、運用後もルールの強化・見直しを行っていくこととしています。

【施策の方向性】

ア 医療・介護の連携体制づくり等

- 地域の中で、急変時や本人家族の状況に応じた医療・介護のサービス等が提供できるよう、市町単位で医療や介護の多職種が情報を共有しながら連携できる体制づくり等を支援します。
- 「認知症高齢者」や「脳血管疾患患者」等の高齢者を中心とした医療と介護が必要な方の入院から在宅への移行が円滑に進むよう、医療・介護関係者が情報を共有し、連携してケアを提供する入退院支援ルールの運用について、市町や医師会関係者等による協議を支援します。

イ 人材育成

医療・介護の多職種協働や連携による高齢者等の状態に応じた包括的かつ継続的なサービスが提供される体制の整備を図るため、それらに対応できる人材の育成に向けた研修会等を開催します。

ウ 緊急時の対応，家族介護者等の支援

- 家族介護者等が日頃から高齢者等の体調を管理し，早期に病状の変化等に気づけるよう，訪問看護の利用や，緊急時にも対応できるよう支援します。
- 家族介護者の介護負担軽減のための短期入所等の利用を支援するとともに，市町における家族交流会や介護技術の学習会等の実施を推進します。

2 地域リハビリテーション支援体制の整備

【現状と課題】

ア 地域リハビリテーションの役割

- 障害のある人や介護が必要な高齢者等が住み慣れた地域で暮らせるよう，自立支援や重度化防止のために，それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションが提供される地域リハビリテーション支援体制を推進します。
- リハビリテーションには，予防的リハビリテーション，急性期リハビリテーション，回復期リハビリテーション，維持期（生活期）リハビリテーションがあり，それぞれ適切な時期に行う必要があります。
- 総合的なリハビリテーションの提供体制の整備及び各ステージへの切れ目ない円滑な移行を図るためには，医療機関相互や医療機関と介護保険施設等との連携が重要です。
- 急性期から回復期及び維持期（生活期）の各ステージに応じたリハビリテーションや予防的リハビリテーションが，関係機関の連携の下に，高齢者等が住み慣れた地域において適切かつ円滑に提供できる体制の整備が求められています。

イ 地域リハビリテーション支援体制

- 地域リハビリテーション広域支援センター^{*1}は，リハビリテーション実施機関や地域住民への支援等を行っています。平成28年4月現在，8保健医療圏域で14施設が県の指定を受けており，圏域には加治木温泉病院が脳卒中对応の広域支援センターとして指定されています。
- 平成28年度医療施設機能等調査によると，圏域の診療科目にリハビリテーション科を設置している病院は24施設，一般診療所は28施設となっています。

*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。

第4節 高齢者の支援

高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、関係機関や地域住民等による共生・協働の仕組みの中で、保健・医療・介護・福祉のサービスが連携して提供される社会を目指します。

1 高齢者の支援

【現状と課題】

ア 圏域の高齢化の現状

圏域の高齢化率は、29.6%（平成29年10月）で、県（30.8%）に比べやや低めですが、全国（26.6%）より約5年先行しています。また、圏域内の市町は、高齢化率40%以上の市町もあり、今後更に高齢化が進むことが見込まれています。

イ 独居高齢者等の支援の現状

- 平成27年国勢調査によると、圏域内の高齢単身世帯は、一般世帯の14.9%、高齢夫婦世帯は、一般世帯の14.5%を占めており、高齢者単身世帯と高齢者夫婦世帯の占める割合が、全国と比較して高い状況です。
- 独居高齢者等が地域とのつながりを持ちながら、生きがいを持ち、日常生活を安心して過ごすためには、住民相互の支え合いの環境の中で、生活全般にわたる支援が必要です。
- 独居高齢者等の孤立化を防ぐため、見守りや声かけなど住民主体による地域の見守り体制の充実を図る必要があります。
- 独居高齢者等が、閉じこもりにより活動性が低くなることを予防するため、身近な場所に住民主体の通いの場を作るなど、生きがいや役割を持って生活できるように支援する必要があります。
- 高齢者住宅の供給等を推進する公営住宅建設事業（シルバーハウジング・プロジェクト）や、福祉・医療と連携した、サービス付き高齢者向け住宅の供給促進及び住宅のバリアフリー化を促進しています。
- フレイル^{*1}の状態を経て要介護状態になる高齢者が増加していることから、低栄養や運動機能・認知機能の低下等フレイルの進行を予防する取組が重要です。

*1 フレイル：加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態であり、要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。

第5章 地域包括ケア体制の整備充実

第4節 高齢者の支援

- 独居高齢者等が安心して在宅での療養生活を送るために、多職種が連携した在宅医療提供体制の構築を推進する必要があります。

【施策の方向性】

ア 高齢期における孤立化防止のための対策

- 独居高齢者等が自発的に社会参加し、相談できる相手を見つけられるよう、老人クラブやボランティア活動などの地域コミュニティへの積極的参加や近所付き合いの積極化への支援を行います。
- 地域コミュニティ等へ参加できない高齢者へは、訪問介護などの公的サービスを活用するほか、地域住民や、NPO等による安否確認などの活動への支援を行います。

イ 独居高齢者等への支援体制の充実

- 地域住民による見守り体制の充実、独居高齢者等の急病や家庭内の事故等に対応できる体制整備など民間事業者と連携した地域の見守り・支援体制の構築に係る市町の取組を支援します。
- 地域住民と一体となって買い物代行やゴミ出しなどを行うボランティア等の生活支援の担い手育成を支援するほか、生活支援・介護予防サービスの充実に向けた地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う生活支援コーディネーターの活用を支援します。
- 独居高齢者等の閉じこもり等を防止するため、地域包括支援センターにおける適切なケアマネジメントや介護予防事業等の実施を支援します。
- 独居高齢者等の交流の場を確保するため身近な場所で住民主体の通いの場を作り、地域で支える体制づくりを支援します。
- 要介護状態の原因となる認知症、脳卒中、ロコモティブシンドロームの発症・重症化予防に重点を置き、高齢期の健康づくりと疾病予防を推進します。
- 独居高齢者等が安心して在宅での療養生活を送るために、多職種による連携体制や、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション及び入院機能を有する病院・診療所等の円滑な連携体制の構築を支援します。

2 認知症高齢者等の支援

【現状と課題】

ア 認知症高齢者等の現状

- 平成29年10月1日現在で、圏域の要介護認定を受けている方のうち、認知症の症状が見られる（認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上）高齢者は、8,448人であり、65歳以上の全要介護（要支援）認定者の66.4%を占めており、県62.9%より高い数値を示しています。

認知症の症状を有する方（以下「認知症高齢者等」という。）は、高齢化の進行とともに増えていくことが見込まれます。

また、平成29年10月1日現在、圏域の要介護認定等を受けている方のうち認知症の症状が見られる（認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上）40歳以上64歳以下の人は95人です。

【図表5-4-1】 圏域の認知症高齢者の日常生活自立度別の状況

（平成29年10月1日現在）（単位：人）

年齢区分	人 口	要 介 護 (要支援) 認定者	認知症高齢者の日常生活自立度					
			ランク Ⅰ	ランク Ⅱ	ランク Ⅲ	ランク Ⅳ	ランク Ⅴ	ランク Ⅱ以上 (再掲)
65歳以上	70,190	12,716	2,001	4,208	3,028	1,004	208	8,448(66.4%)
40～64歳	76,016	252	38	52	22	16	5	95(37.7%)

（注） 要介護（要支援）認定における認定調査員が判断した認知症高齢者の日常生活自立度別の状況を市町村に照会して把握

[県高齢者生き生き推進課]

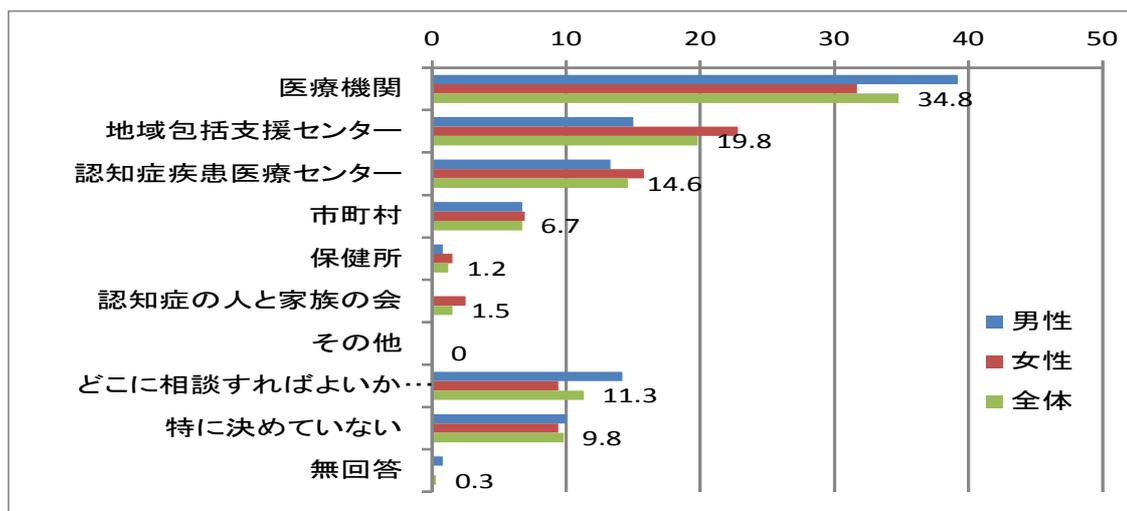
（参考） 認知症高齢者の日常生活自立度

ランクⅠ	何らかの認知症を有するが、サービスの活用等により一人暮らしも可能。
ランクⅡ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。
ランクⅢ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、介護を必要とする。
ランクⅣ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻回にみられ、常に介護を必要とする。
ランクⅤ	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

- 平成28年の県民保健医療意識調査によると、認知症が疑われる症状が発生したときの相談機関としては「かかりつけ医」が34.8%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」19.8%、「認知症疾患医療センターなどの認知症専門医」が14.6%となっています。

また、65歳以上の独居高齢者では、「地域包括支援センターが」が25.0%となり、次いで「医療機関」が19.4%となっています。

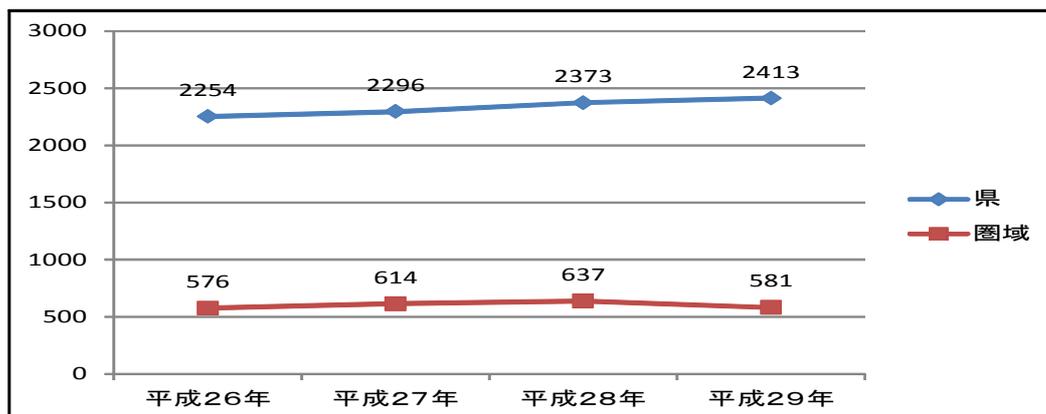
【図表5-4-2】 認知症が疑われる時の相談場所



[平成28年度県民保健医療意識調査]

- 認知症高齢者等の精神科病院入院者は、県では増加傾向にあります。圏域でも平成26年から平成28年まで増加傾向にありましたが、平成29年には56人減少しています。

【図表5-4-3】 認知症を主たる疾病とする精神科病院入院者数の推移



[精神保健福祉資料]

【図表5-4-4】 認知症を主たる疾病とする精神科病院年齢別入院者数

(平成29年6月末現在) (単位：人)

疾病名	年齢区分					計
	～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	
アルツハイマー病型認知症	0	0	4	21	285	310
血管性認知症	0	0	1	10	61	72
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0	2	30	41	126	199
計	0	2	35	72	472	581

[精神保健福祉資料]

- 認知症の原因となる疾患としては、アルツハイマー型認知症や血管性認知症などがあり、初期の段階で診断を受け、適切な治療を早期に開始することで、病状が改善したり、進行を遅らせたりすることが可能な場合もあります。
- 認知症サポーターの養成など認知症に対する理解・普及に取り組んでいますが、認知症に対する理解は十分とはいえず、早期に適切な対応や処遇が行われなまま悪化する例も見られます。

【図表5-4-5】認知症サポーター数

(平成30年9月末現在)(単位:人)

	霧島市	伊佐市	始良市	湧水町	合計
始良・伊佐	13,624	2,939	8,781	1,193	26,537

[全国キャラバン・メイト連絡協議会調べ]

- 認知症の状態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供に資するため、市町においては、認知症初期集中支援チーム^{*1}を設置し、早期診断・早期対応に向けた取組を進めていますが、認知症初期集中支援チームの役割や機能について、地域住民や関係機関に対し、更なる普及啓発を図ることが必要です。
- 認知症の予防については、認知症の発生要因ともなる生活習慣病を予防し、良好な生活習慣を維持することが重要です。
- 若年性認知症^{*2}については、症状が進行してから診断される人が多いこと、発症後の生活維持が困難になることなどから、地域における早期診断・早期対応や生活支援の仕組みづくりを更に進める必要があります。

イ 認知症に対する医療相談体制

- 認知症の鑑別診断等を行う認知症疾患医療センター^{*3}は県内に10か所、圏域に2か所設置していますが、より身近な地域で早期診断・早期対応とともに認知症の周辺症状や身体合併症に対応できる体制づくりが必要です。
- 地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確保するためには、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れの確立が必要ですが、この流れを示す認知症ケアパス^{*4}については、県内全市町村で作成され、周知を図っています。

*1 認知症初期集中支援チーム：医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム

*2 若年性認知症：65歳未満で発症する認知症

*3 認知症疾患医療センター：認知症の鑑別診断や周辺症状への対応及び身体合併症の対応等、地域の認知症医療の中核的機関としての役割を担っている。

*4 認知症ケアパス：認知症を発症したときから、その進行状況に合わせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのかをあらかじめ決めておくもの

【図表5-4-6】 認知症疾患医療センター指定状況（平成30年度現在）

松下病院	霧島市隼人町真孝998番地
あいらの森ホスピタル	始良郡湧水町北方1854番地

[県高齢者生き生き推進課調べ]

- かかりつけ医を対象とする研修を実施し、認知症対応力の向上を図っており、認知症高齢者等が住み慣れた地域で生活していくためには、かかりつけ医が認知症疾患医療センターや認知症サポート医^{*1}と連携して日常的な診療を行い、医療・介護・福祉が連携した適切なケアの提供が重要です。

【図表5-4-7】 圏域の認知症サポート医、もの忘れの相談ができる医師の数
（平成30年12月末現在）（単位：人）

認知症サポート医	31
もの忘れの相談ができる医師（かかりつけ医）	63

[県高齢者生き生き推進課]

ウ 認知症高齢者等の権利擁護

家族等から虐待を受けた要介護認定者のうち、認知症の症状が見られる（認知症高齢者の日常生活自立度ランクⅡ以上）高齢者が約6割以上を占めており、認知症高齢者等に対する虐待防止や権利擁護を推進する必要があります。

【図表5-4-8】 家庭内虐待を受けた者の日常生活自立度別の状況（単位：人）

年度	家庭内虐待を受けた者のうち要介護認定済者	認知症高齢者の日常生活自立度		
		自立又は認知症なし	ランクⅠ	ランクⅡ以上
平成27年度	116	16 (13.8%)	30 (25.9%)	65 (56.0%)
平成28年度	107	2 (1.9%)	16 (15.0%)	86 (80.4%)
平成29年度	86	12 (14.0%)	12 (14.0%)	59 (68.6%)

[県高齢者生き生き推進課]

【施策の方向性】

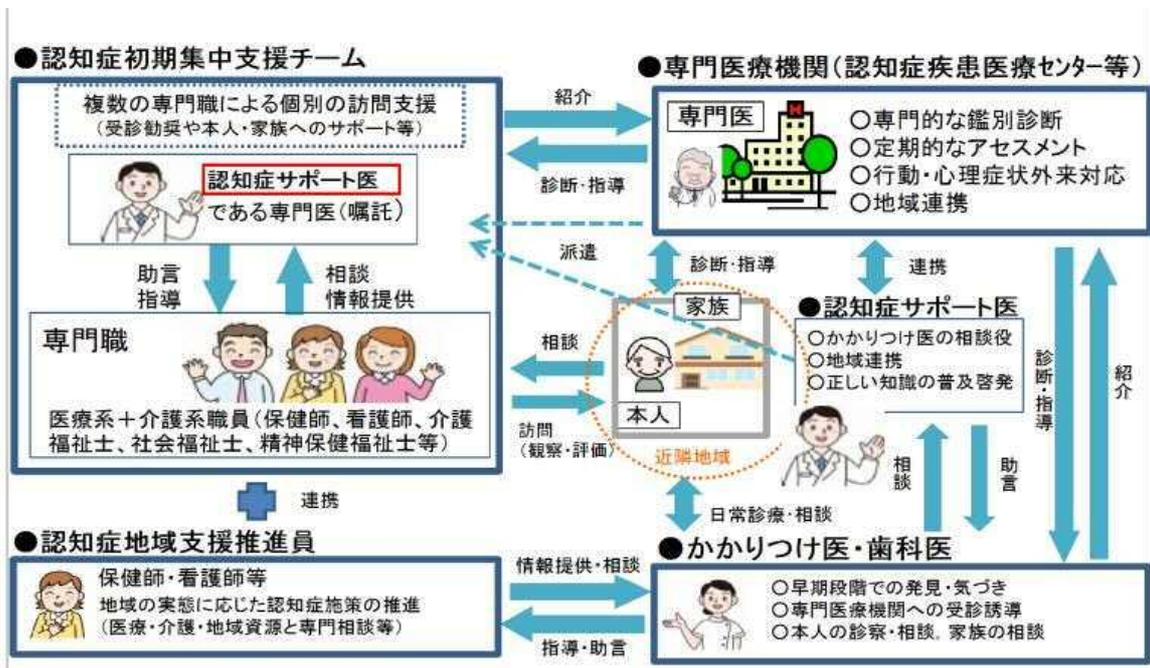
ア 認知症の段階に応じた総合的な支援対策

- 認知症の発生要因ともなる生活習慣病を予防し、良好な生活習慣を維持するため、市町における介護予防や生活習慣病予防の取り組みの推進を図ります。

*1 認知症サポート医：認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけ医からの相談を受け助言等を行う医師

- 認知症の段階に応じてどのような支援を受けることができるのか認知症高齢者やその家族等が理解することができるよう、地域の実情に応じた認知症ケアパスの普及・啓発に努めます。
- 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の取組を支援します。
- 認知症初期集中支援チームが効果的に機能するよう、チームの役割等についての普及啓発や運営、活用に係る市町の取組を支援します。
- 認知症サポーターの養成、家族などの交流会を通じて、家族や地域住民に対し、早期発見・早期対応の重要性や認知症に対する正しい理解を図るとともに、認知症サポーターが様々な場面で効果的な活動ができるよう取組の促進を図ります。
- 若年性認知症支援コーディネーターを中心に、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターなどの関係者間の連携体制を強化するなど、若年性認知症の人やその家族への支援の充実を図ります。

【図表5-4-9】 認知症初期集中支援チームの概要



[厚生労働省資料を基に県高齢者生き生き推進課で作成]

イ 認知症の医療連携体制の整備

- 認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを地域連携推進機関として、かかりつけ医や認知症サポート医等と連携した早期診断・早期対応の体制構築を推進します。
また、医療と介護が連携したケアの提供を促進するため、地域包括支援センターや介護支援専門員等の介護関係者との連携強化を図ります。

第5章 地域包括ケア体制の整備充実

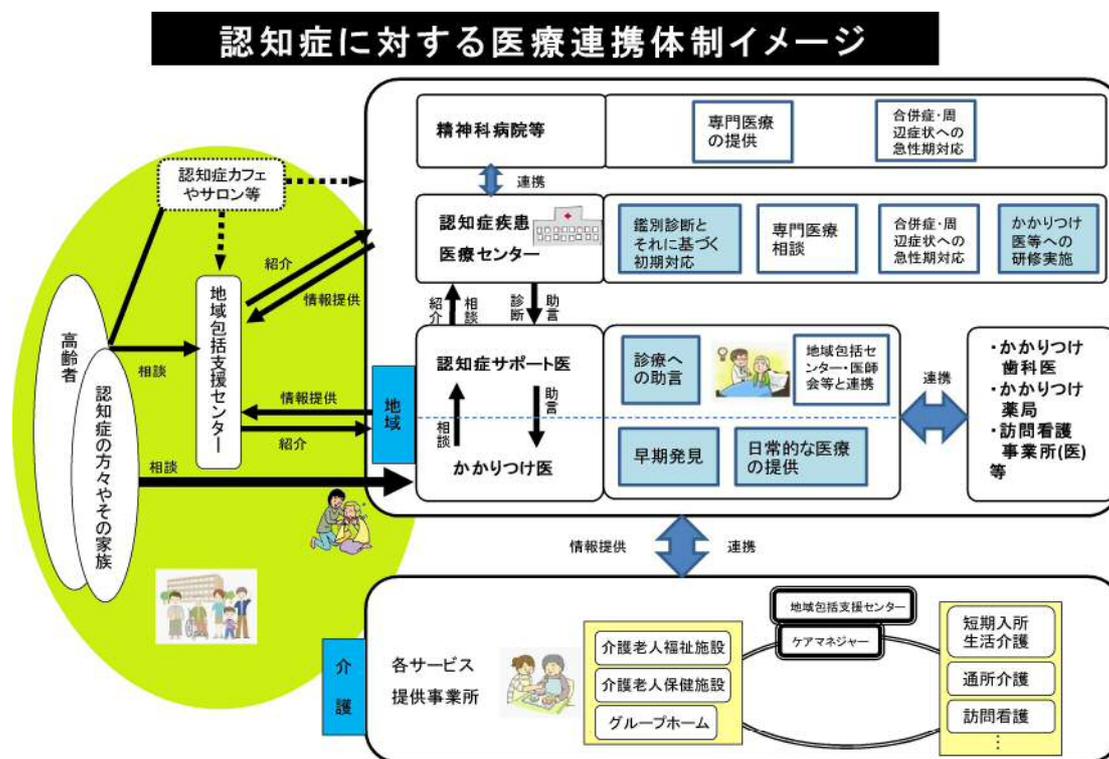
第4節 高齢者の支援

- かかりつけ医が必要に応じて認知症サポート医の支援を受けながら、日常的な診療や認知症の早期発見を行うとともに、認知症疾患医療センターにおいては認知症の専門医療機関として、鑑別診断や急性期入院への対応等を行います。

ウ 市町等と連携した権利擁護対策

- 認知症に関する正しい知識と理解の普及や高齢者等虐待防止の啓発に努めます。
- 介護を行う家族の交流等の介護者の負担軽減を図るための支援を促進します。
- 虐待等に関する相談窓口の周知や関係機関との連携・協力体制の整備に努めます。
- 成年後見制度^{*1}や福祉サービス利用支援事業などの権利擁護を目的とする制度・サービスの活用促進を図ります。

【図表5-4-10】 認知症の医療連携体制のイメージ



[県高齢者生き生き推進課]

*1 成年後見制度：認知症など判断能力の不十分な高齢者等が、不動産や預貯金などの財産管理、介護などのサービスや施設への入所に関する契約の締結、遺産分割の協議をする必要があっても自分でおこなうことが難しい場合や悪徳商法の被害に遭う恐れがある場合に高齢者等の権利擁護等を図る制度。相談窓口は地域包括支援センター、申立ての手続きは家庭裁判所が窓口である。

第5節 障害者・難病患者等の支援

1 障害者（児）の支援

【現状と課題】

ア 障害者（児）を取り巻く状況

- 平成23年には障害者基本法^{*1}が改正され、さらに、平成25年度には障害者総合支援法^{*2}が施行されるとともに、障害者の権利に関する条約^{*3}が批准され、平成28年度には障害者差別解消法^{*4}が施行されるなど、共生社会の実現に向けた取組が行われています。
- 本県においては、「県障害者計画^{*5}」や「障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例^{*6}」などに基づき、障害者施策を推進しています。

イ 障害者（児）の概要

（ア）身体障害

- 圏域の身体障害者手帳所持者数は、平成29年度末現在で13,275人と年々減少しています。
障害別では、肢体不自由が52.6%、内部障害が29.0%となっています。
- 重度身体障害者（身体障害者手帳所持者のうち1級及び2級）の割合については、平成29年度末で45.4%となっており、約半数が重度となっています。

（イ）知的障害

- 圏域の療育手帳所持者数は、平成29年度末現在で2,792人となっており、年々増加しています。

*1 障害者基本法：障害者の自立及び社会参加を支援するための施策について基本事項等を定めたもの

*2 障害者総合支援法：「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」の略称。従来の「障害者自立支援法」について、障害者の範囲に難病等を加えるなど改正し、平成25年4月施行（平成28年5月改正）

*3 障害者の権利に関する条約：全ての障害者が人権や基本的自由を完全に享有するための措置について定めた国際条約であり、平成18年12月の国連総会で採択され、日本は、平成26年1月に批准

*4 障害者差別解消法：「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」の略称。障害者基本法の基本理念に則り、障害を理由とする差別を解消するための措置等について定め、平成28年4月施行

*5 県障害者計画：本県の障害者施策に関する基本的な計画であり、障害者基本法に基づき策定

*6 障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例：障害を理由とする差別の解消に関し、基本理念や基本的事項を定め、障害を理由とする差別の解消を推進することを目的に、平成26年10月施行

第5章 地域包括ケア体制の整備充実

第5節 障害者・難病患者等の支援

- 最重度・重度知的障害者（療育手帳所持者のうちA，A1及びA2）の割合については平成29年度末で42.7%となっており，知的障害者についても約半数が最重度・重度となっています。

(ウ) 精神障害

- 圏域の精神障害者保健福祉手帳所持者数は，平成29年度末現在で1,553人と年々増加しています。
- 精神障害者保健福祉手帳交付状況は，平成29年度末で2級の所持者が75.3%と最も多く，次いで3級21.8%，1級2.9%となっています。

【図表5-5-1】 障害者手帳所持者の推移

(単位：人)

区 分		平成27年度	平成28年度	平成29年度
身体障害者手帳	圏域 (人口千対)	14,276 (59.9)	13,352 (56.2)	13,275 (56)
	県 (人口千対)	97,679 (59.3)	96,239 (58.8)	94,619 (58.2)
	全国 (人口千対)	5,194,473 (40.9)	5,148,082 (40.6)	— (—)
療育手帳	圏域 (人口千対)	2,575 (10.8)	2,667 (11.2)	2,792 (11.8)
	県 (人口千対)	18,269 (11.1)	18,829 (11.5)	19,436 (12)
	全国 (人口千対)	1,009,232 (7.9)	1,044,573 (8.2)	— (—)
精神障害者 保健福祉手帳	圏域 (人口千対)	1,306 (5.5)	1,433 (6)	1,553 (6.6)
	県 (人口千対)	11,390 (6.9)	11,830 (7.2)	12,787 (7.9)
	全国 (人口千対)	863,649 (6.8)	921,022 (7.3)	— (—)

[始良・伊佐地域振興局]

【図表5-5-2】 身体障害者手帳の内容別交付状況（平成29年度末）

区 分	総数
視覚障害	868人 (6.5%)
聴覚・平衡 機能障害	1,450人 (11.0%)
	(聴覚) 6人
	(平衡)
音声言語・そしゃく 機能障害	116人 (0.9%)
肢体不自由	6,981人 (52.6%)
内部障害	3,854人 (29.0%)
計	13,275人

[始良・伊佐地域振興局]

ウ 障害種別に応じた障害者（児）への支援

(ア) 発達障害児等への支援

- 発達障害や高次脳機能障害等は，見た目には障害があることがわかりにくいいため周囲とのコミュニケーションがうまくいかなかったり，学校・職場や地域で困難を抱えたりすることがあります。

- 発達障害児については、早期発見とともに、早期支援が重要であり、身近な地域で発達段階に応じた継続した支援を受けながら、必要に応じて専門的な診断・支援を受けられるよう、地域における療育支援体制の整備・充実が求められています。
- 市町においては、親子教室等の開催による発達障害の早期気づき・早期支援の取組や、障害児通所支援事業所による療育支援が実施されています。
また、市町、障害児通所支援事業所、幼稚園、学校等の療育関係機関の連携の緊密化を図るための自立支援協議会子ども部会が設置されるなど、地域における療育支援体制が整備されつつあります。
- 障害者の相談支援については、相談支援事業所で対応しているほか、発達障害者支援センターや高次脳機能障害者支援センターなど専門的な機関においても取り組んでおり、それらの情報の発信が必要です。

(イ) 高次脳機能障害者への支援

高次脳機能障害者については、精神保健福祉センター内に設置している高次脳機能障害者支援センターや高次脳機能障害者支援協力病院と連携しながら、支援の充実に努めています。

(ウ) ひきこもり支援

かごしま子ども・若者総合相談センター^{*1}内に設置されている「ひきこもり地域支援センター^{*2}」では、本人・家族等からの相談対応とともに、連絡協議会の設置や普及啓発・情報発信等を行っています。

エ 保健・医療に関する支援

- 障害の発生や重症化の予防，早期治療等のため，市町を窓口育成医療など自立支援医療の給付が行われています。
- 県内の更生医療の内訳は腎臓機能障害による受給割合が85.5%，心臓機能障害によるものが8.2%となっています。
圏域では，平成29年度632件で，平成27年度比113.3%となっています。

【図表5-5-3】自立支援医療の給付件数

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	
	(件)	(件)	(件)	27年度比(%)
育成医療	237	243	195	82.3
更生医療	558	642	632	113.3

[始良・伊佐地域振興局]

*1 かごしま子ども・若者総合相談センター：不登校，ひきこもり，ニート，フリーターなど社会生活を円滑に営む上での困難を有する子ども・若者に関する総合相談窓口
*2 ひきこもり地域支援センター：ひきこもり本人や家族からの相談窓口として，平成22年に「かごしま子ども・若者総合相談センター内に設置

第5章 地域包括ケア体制の整備充実

第5節 障害者・難病患者等の支援

- 母子保健分野では、先天性代謝異常等検査や、1歳6か月児・3歳児健康診査等の実施により、障害の原因となる疾病を早期に発見し、適切な治療につなげることで、障害の防止に取り組んでいます。
- 重症心身障害児については、やまびこ医療福祉センターやオレンジ学園等の医療型障害児入所施設において医療・看護や日常生活の支援などが行われています。
また、医療ニーズの高い重症心身障害児については、国立病院機構南九州病院での入院・支援も行われています。

【施策の方向性】

ア 発達障害児等への地域療育支援の充実

- 乳幼児健診において、要経過観察となった児童や県こども総合療育センターにおいて療育指導方針が示された児童について、早期の支援が地域で行われるよう地域療育支援体制の構築を進めます。
支援体制の構築に当たっては、市町や児童発達支援センター、保育所・幼稚園、学校、障害児等療育支援事業所等のネットワーク化を図り、関係機関が連携して、療育指導方針の共有や複合的な支援が行われるように努めます。
- 障害児の支援は、平成24年度から児童福祉法に一元化され、通所支援は市町村が、入所支援は県が実施主体となっています。
児童発達支援や放課後等デイサービス等の通所支援については、県こども総合療育センター等、関係機関との連携を図りサービス提供体制の充実を支援します。
- 圏域の2つの障害児等療育支援事業所（生活支援センターさちかぜ、生活支援センターよろこび）において、在宅障害児（者）に対する相談、訪問・外来療育等を実施し、障害児（者）への支援の充実に努めます。

イ 高次脳機能障害者への支援の充実

小児期から高齢期まで、あらゆる年齢層の高次脳機能障害者を支援するために、高次脳機能障害者支援センターの周知を図るとともに、保健、医療、福祉、就学、就労等の関係機関と連携し、支援の充実に努めます。

ウ ひきこもり支援体制の充実

ひきこもり地域支援センター、精神保健福祉センターや市町等の関係機関・団体と連携し、支援の充実に努めます。

エ 保健・医療に関する支援の充実

（ア）障害の原因となる疾病等の予防・早期発見

- 肢体不自由や視覚障害及び様々な内部障害をきたす脳血管疾患・糖尿病等の生活習慣病、腎臓病、ロコモティブシンドローム等については、県健康増進計画を踏まえながら、発症・重症化の予防に努めます。
- 疾患や障害の発生予防、早期発見のため、先天性代謝異常等検査、1歳6か月児・3歳児の健康診査等の母子保健対策の充実に努めます。

(イ) 障害の原因となる疾病等の治療

身体に障害のある児童並びに口唇口蓋裂や先天性股関節脱臼など、放置すれば将来障害の原因となる疾患がある児童について、障害の発生や重症化等を予防するため育成医療を給付します。

(ウ) 障害に対する適切な保健・医療サービスの充実

- 腎臓機能障害のある方や人工関節置換術・ペースメーカー埋め込み手術等が必要な身体障害者について、障害の軽減・除去・重症化の防止等を図るため、更生医療を給付します。
- 重度心身障害者が医療に要した費用の自己負担分に対し助成を行い、医療費の負担軽減に努めます。
- 地域リハビリテーション広域支援センター等において、障害者やその家族等からのリハビリテーションに関する相談に応じるとともに、介護予防従事者やリハビリテーション従事者に対する研修会等を開催して資質の向上を図るなど、リハビリテーションの提供体制の充実に努めます。
- また、地域のかかりつけ医が日常の診療の中で、診断や対応についての様々な助言をしていく体制も必要なことから、研修会などを開催し地域で解決する仕組みを支援します。
- 通常の歯科医療機関で受診することが困難な障害者等の歯科医療ニーズに対応するため、県歯科医師会の協力を得ながら、安全かつ負担の少ない歯科医療の提供に努めます。

(エ) 正しい知識の普及・情報提供等

- 障害者が地域社会の中で豊かに暮らすために、地域自立支援協議会において地域における総合的な相談支援体制の整備を図っていきます。
- 医療機関や市町、こども総合療育センター及び療育関係機関等がお互いに連携しながら、妊婦健診や乳幼児健診の一層の普及に努め、障害の発症の予防、早期発見や相談・指導の体制、早期療育体制の拡充に努めます。
- 市町と連携して住民に対する自立支援医療(育成医療・更生医療・精神通院医療)等の周知徹底及び啓発を図ります。
- 精神科疾患の再発・悪化防止の観点から、必要に応じて服薬の継続指導や家庭生活等に対する訪問指導等を行います。
- 災害時の対策として、市町、障害福祉サービス事業所等と連携し、災害時要援護者台帳の整備の支援や災害時の具体的対応策の検討、関係機関の連絡体制等の整備を図ります。

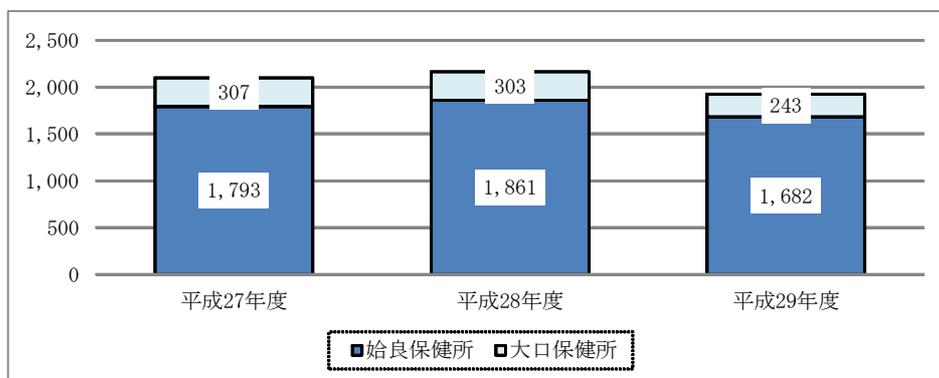
2 難病患者の支援

【現状と課題】

ア 難病患者数の状況等

- 難病対策については、治療研究の促進や患者の医療費の負担軽減等を目的に、「特定疾患治療研究事業」として医療費助成等が実施（平成24年3月末時点で56疾患が指定）されてきましたが、平成26年5月に、難病患者に対する良質かつ適切な医療の確保と療養生活の質の向上等を図るための「難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」）」が成立し、平成27年1月に施行されました。
- 法律の施行に伴い、新たな医療費助成の対象疾病は、56から110に拡充して先行実施され、平成27年7月から対象疾病を306に拡充した上で、本格実施されました。
さらに、平成29年4月には24疾病が追加され、330疾病が対象となり、平成30年4月1日には1疾病が追加され、331疾病となりました。
- 本圏域における指定難病患者数（特定医療費（指定難病）受給者証所持者数）は平成30年3月末現在で1,925人（始良保健所管内1,682人、大口保健所管内243人）となっており、県内患者数13,291人の約14%を占めています。

【図表5-5-4】 圏域の特定疾病医療費受給者数の推移（単位：人）



[始良・伊佐地域振興局]

【図表5-5-5】 圏域の受給者の疾病別状況（上位5疾患の割合）（平成30年1月末現在）

保健所	パーキンソン病	潰瘍性大腸炎	全身性エリテマトーデス	後縦靭帯骨化症	全身性強皮症
	始良保健所	16.0%	10.1%	7.8%	6.0%
大口保健所	パーキンソン病	潰瘍性大腸炎	後縦靭帯骨化症	網膜色素変性症	全身性エリテマトーデス
	26.3%	11.5%	8.2%	4.9%	4.1%

[始良・伊佐地域振興局]

イ 難病患者のニーズの多様化

- 難病患者は、治療方法が確立されていないなど医療面での困難さに加え、生活面での支障も大きいことから、医療・介護・福祉等の総合的な支援が必要な場合があります。
- 平成29年度の「療養生活・災害時支援に関するアンケート調査^{*1}」においても、難病患者の困り事や相談事は「食事や日常生活」、「療養費や生活費のこと」、「仕事の継続について」など多岐にわたっています。

【図表5-5-6】療養生活での困り事

内容	人数(人)	割合(%)
食事や日常生活のこと	348	16.0
療育費や生活費のこと	298	13.7
仕事の継続について	150	6.9
仕事に就きたい	74	3.4
家事ができない	68	3.1
家族や支援者の病気の理解	102	4.7
趣味活動へ参加できない	116	5.3
その他	103	4.7
なし	917	42.1

(平成29年度「療養生活・災害時支援に関するアンケート調査」より) [始良・伊佐地域振興局]

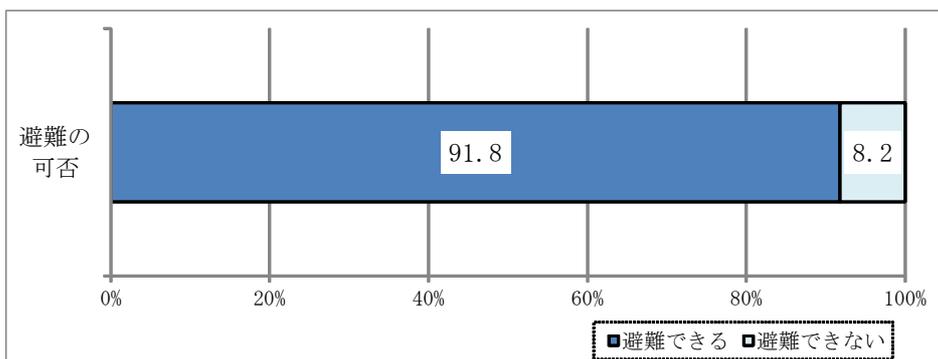
- 平成29年度の「療養生活・災害時支援に関するアンケート調査」から、自宅療養者のうち、「自力で避難できる」と回答したのは92%で、「避難できない」と回答したのは約8%となっています。

「避難できない」と回答した主な理由は「歩行不自由」、「介護者がいない」、「視力障害」で約80%を占めています。

災害時等に患者へ必要な支援が提供できるように、平常時から市町や医療機関等との連絡体制を明確化するとともに、訪問や面会等の機会を通じ、患者や家族に対し、災害時の対応や行動について啓発に取り組んでいます。

*1 療養生活・災害時支援に関するアンケート調査：この調査は特定疾患更新対象者を対象として平成29年6月～9月に特定疾患更新手続きに併せて実施し、本圏域の回収率は約85%であった。

【図表5-5-7】 自宅療養者の自力避難の可否



(平成29年度「療養生活・災害時支援に関するアンケート調査」より) [始良・伊佐地域振興局]

【図表5-5-8】 自宅療養者のうち「避難できない」と回答した主な理由

避難できない主な理由 (内容)	割合 (%)
寝たきり	4.5
歩行不自由	57.1
視力障害	12.3
聴覚障害	1.9
介助者がいない	14.9
その他	9.1

(平成29年度「療養生活・災害時支援に関するアンケート調査」より) [始良・伊佐地域振興局]

ウ 圏域における相談・支援体制の現状

- 難病患者に対する相談対応や医療の確保、在宅療養の推進、患者団体との連携による支援に取り組んでいます。

【図表5-5-9】 圏域における延相談者数

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
始良保健所	2,232人	3,294人	3,153人	3,104人	3,478人
大口保健所	425人	810人	547人	535人	495人

[始良・伊佐地域振興局]

- 県難病相談・支援センターと連携し、専門医、福祉関係者、患者団体等と連携した難病医療相談を実施するとともに、希少疾病等について、専門医等による巡回相談を実施しています。

【図表5-5-10】医療相談等の実施状況（回数及び参加延人数）

	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
始良保健所	7回（170人）	6回（248人）	8回（75人）	6回（125人）	6回（103人）
大口保健所	2回（59人）	1回（26人）	2回（16人）	3回（37人）	2回（24人）

[始良・伊佐地域振興局]

- 在宅難病患者に対して、医療及び日常生活に係る相談、指導、助言を行い、疾病に対する不安の解消を図るとともに、保健、医療、福祉の関係機関相互の連携による在宅医療を推進する難病患者地域支援ネットワーク事業に取り組んでいます。
- 地域における難病対策の推進を図るため、「始良・伊佐地域難病対策協議会」を開催し、医師会・歯科医師会・訪問看護ステーション協議会・介護支援専門員協議会等との連携により対策の充実に努めています。
- 県内では、3つの難病医療拠点病院*1と74の難病医療協力医療機関*2（平成29年度末時点）からなる重症難病患者医療ネットワーク事業を構築し、地域の医療機関との連携により、適時適切な入院施設等の確保を図るとともに、在宅療養の支援体制の整備等に取り組んでいます。

本圏域では難病患者の入院施設として、難病医療拠点病院1箇所、協力医療機関10箇所が指定されており、難病患者の入院及び相談体制の充実に努めています。

【図表5-5-11】重症難病医療拠点病院、協力医療機関の整備状況

区 分	医 療 機 関
難病医療拠点病院 （1箇所）	国立病院機構南九州病院
協力医療機関 （10箇所）	国分中央病院，国分生協病院 希望ヶ丘病院，隼人温泉病院 霧島杉安病院，霧島記念病院 有馬病院，清水内科 やまのクリニック 県立北薩病院

- 日常生活において多くの困難を抱える難病患者及びその家族等の複雑・多様化するニーズ等に適切に対応し、患者等の生活の質の向上を図って行くためには、的確な実情把握及びそれに適合する健康づくり・医療・福祉サービスの複合的な提供が不可欠です。難病の原因究明や治療法の確立のための治療研究を促進させることはもとより、療養生活を支援できる体制づくりが必要です。

*1 難病医療拠点病院：難病医療提供体制の拠点的機能を担う病院であり、高度の医療を要する患者の受入れや、協力医療機関、福祉施設等への医学的な指導・助言などの役割を担う（鹿児島大学病院，独立行政法人国立病院機構南九州病院，肝属郡医師会立病院の3箇所を指定）。

*2 難病医療協力医療機関：各地域における難病医療提供体制に協力する医療機関であり、拠点病院等からの要請に応じた患者の受入れや訪問診療の実施などの役割を担う。

第5章 地域包括ケア体制の整備充実

第5節 障害者・難病患者等の支援

- かかりつけ医と専門医の連携を図りながら、医療依存度の高い在宅重症難病患者に対応する訪問看護ステーション、訪問介護事業所などの関係機関数の拡大及びレスパイト入院^{*1}受け入れ施設の拡大が課題となっています。

【施策の方向性】

ア 難病患者に対する相談・支援の充実

- 県難病相談・支援センターや難病患者団体・医療機関等と連携を図りながら、総合的な相談・支援に努めます。
- 県難病相談・支援センターと連携し、引き続き専門医、福祉関係者、患者団体等と連携した難病医療相談を実施するとともに、希少疾病等について、専門医等による巡回相談を実施します。
- 在宅難病患者及び家族に対し、日常生活上及び療養生活上の悩みについて相談・指導・助言を行うため、保健師等による訪問指導を実施します。

イ 難病患者の在宅療養の推進

- 難病患者及び家族が安心して在宅療養生活を送れるよう、医療機関、介護・福祉関係機関、市町、患者団体等が連携し地域における包括的な療養支援体制の構築を図ります。
- 平常時の支援としては、医療機関、市町等と連携を図りながら、個々の患者の実態に応じて在宅療養支援計画を作成し、在宅療養支援のための各種サービスの適切な提供を促進します。
- 災害時の支援としては、市町が災害対策基本法に基づく避難行動要支援者名簿を作成する際にその求めに応じて、保健所から必要となる難病患者の情報提供を行います。
また、市町、かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等と連携し、災害時の具体的対応策の検討、関係機関の連絡体制等の整備を図ります。
難病患者等に対して、「災害時あんしん手帳^{*2}」の活用について啓発を図ります。
- 圏域の難病対策の課題について、始良・伊佐地域難病対策協議会において継続して検討していきます。
- 患者団体が行う患者交流会等の活動について積極的に支援します。

*1 レスパイト（介護休暇目的）入院：在宅介護などで介護者が疲れきってしまうことを防ぐために、短期間入院してもらったり、或いは介護が出来ないやむをえない状況（例えば近親者の冠婚葬祭など）が起こった場合に、病院や施設に患者を一時的に移すことをいう。

*2 災害時あんしん手帳：平成24年度から、県難病相談・支援センターが独自に作成しているもので、災害時に適切な支援を受けられるよう、かかりつけ医や服用薬の種類などを記入しておくもの。

3 小児慢性特定疾病児童等の支援

【現状と課題】

ア 小児慢性特定疾病医療費助成事業^{*1}

- 治療が長期化し、医療費が高額となる小児慢性特定疾病児童等に対しては、小児慢性特定疾病医療費助成事業により医療費の負担軽減を図っています。
- 医療費助成の対象は、平成30年4月現在で16疾患群756疾病となっており、始良・伊佐地域における平成29年度の小児慢性特定疾病医療費助成事業の受給者数は339人^{*2}です。

【図表5-5-12】小児慢性特定疾病医療費助成事業の受給者数の推移（単位：人）

区分	平成27年度	平成28年度	
		人数	割合
悪性新生物	239	247	9.7%
慢性腎疾患	218	210	8.3%
慢性呼吸器疾患	55	62	2.4%
慢性心疾患	655	632	24.8%
内分泌疾患	789	791	31.1%
膠原病	61	62	2.4%
糖尿病	158	158	6.2%
先天性代謝異常	52	42	1.7%
血友病等血液・免疫疾患（※1）	63	77	3.0%
神経・筋疾患	129	138	5.4%
慢性消化器疾患	72	92	3.6%
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	25	27	1.1%
皮膚疾患	4	6	0.2%
	2,520	2,544	100%

※1 新制度では、血友病等血液疾患と免疫疾患は別の疾患群として分類されたが、上表は両疾患群を合わせて計上

[県子ども家庭課]

【図表5-5-13】小児慢性特定疾病医療費助成事業受給者の推移（単位：人）

区分	平成27年度	平成28年度	平成29年度	主な疾患
圏域	338	359	339	①慢性心疾患 ②内分泌疾患 ③神経・筋疾患
県	2,520	2,544	2,620	①内分泌疾患 ②慢性心疾患 ③悪性新生物

[始良・伊佐地域振興局]

*1 小児慢性特定疾病医療費助成事業：16疾患群756疾病の小児慢性特定疾病に罹患している18歳未満（引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満）の児童等に対し、健全育成の観点から、小児慢性特定疾病医療支援に係る医療費の一部を助成し、小児慢性特定疾病児童等家庭の医療費の負担軽減を図る。

*2 1人で複数疾患受給している場合重複して計上している。

第5章 地域包括ケア体制の整備充実

第5節 障害者・難病患者等の支援

- 平成30年4月1日現在，県内の小児慢性特定疾病医療費助成の指定医療機関は1,009か所で，内訳は病院・診療所230か所，訪問看護ステーション66か所，薬局713か所となっています。
- 日常生活を営むのに著しく支障のある在宅の患者に対し，特殊寝台等の日常生活用具の購入について費用の助成を，市町を通して受けることができます。

イ 相談支援体制

- 小児慢性特定疾病は，成長発達期において長期にわたる治療が必要となることから，日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため，患者やその家族に対する長期的かつ総合的な支援が必要です。
- 保健所においては，患者やその家族からの相談への対応のほか，訪問指導や交流会等の実施により，個別の不安・悩みの解消や問題解決のための支援を行っています。
- 患者及びその家族が安心して生活ができ，種々の負担が軽減されるよう，QOL(生活の質)の向上という視点に立った療養体制や在宅医療支援体制等の整備が必要です。
- 圏域の関係機関からなる連携会議等を開催し，地域の支援体制づくりに努めています。
- 小児慢性特定疾病児童等の中には，長期にわたっての療養や医療的ケアが必要な児童等もいることから，在宅における医療の確保及び災害時や救急時に備えた支援についても検討が必要です。
- 平成26年に小児慢性特定疾病児童等への自立に向けた支援が児童福祉法に明記されたことに伴い，日常生活や学校生活における自立や就労に向けた相談等に対応できるよう，主要な医療機関に自立支援員が配置されており，圏域内においては，国立病院機構南九州病院に自立支援員が配置されています。

【施策の方向性】

ア 医療費の負担軽減

小児慢性特定疾病医療費助成事業を引き続き実施し，適切な医療の確保と医療費等の負担軽減を図ります。

イ 相談支援体制の充実

- 小児慢性特定疾病について医療従事者や教職員等の関係者及び一般の方々への理解が深まり，患者や家族が医療費助成や適切なサービス・支援を選択でき，地域の中で安心して療養生活を送れるよう，小児慢性特定疾患に関する情報の普及啓発を図ります。

- 保健所等の各種相談窓口の活用を促進するとともに、患者やその家族からの相談への対応のほか、訪問指導や交流会・療育相談会の実施や、保健・医療・福祉サービス、自立支援員、地域のインフォーマルサービス等患者・家族が必要とする様々な支援についての情報提供に努めることで、個別の不安・悩みの解消や問題解決のための支援を行います。
- 患者家族会と連携し、地域における交流会やピアカウンセリング^{*1}等を実施し、患者やその家族の悩みの解決や患者・家族間相互の交流を図り、生活の質（QOL）の向上に努めます。
- 長期にわたって医療的ケアが必要な児童等に対して、訪問診療や訪問看護等の活用促進を図るとともに、災害時や救急時に備えた支援についても、関係者・関係機関の連携により推進します。

*1 ピアカウンセリング：仲間や同輩等、同じ立場にある仲間同士で行われるカウンセリング