

### 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。

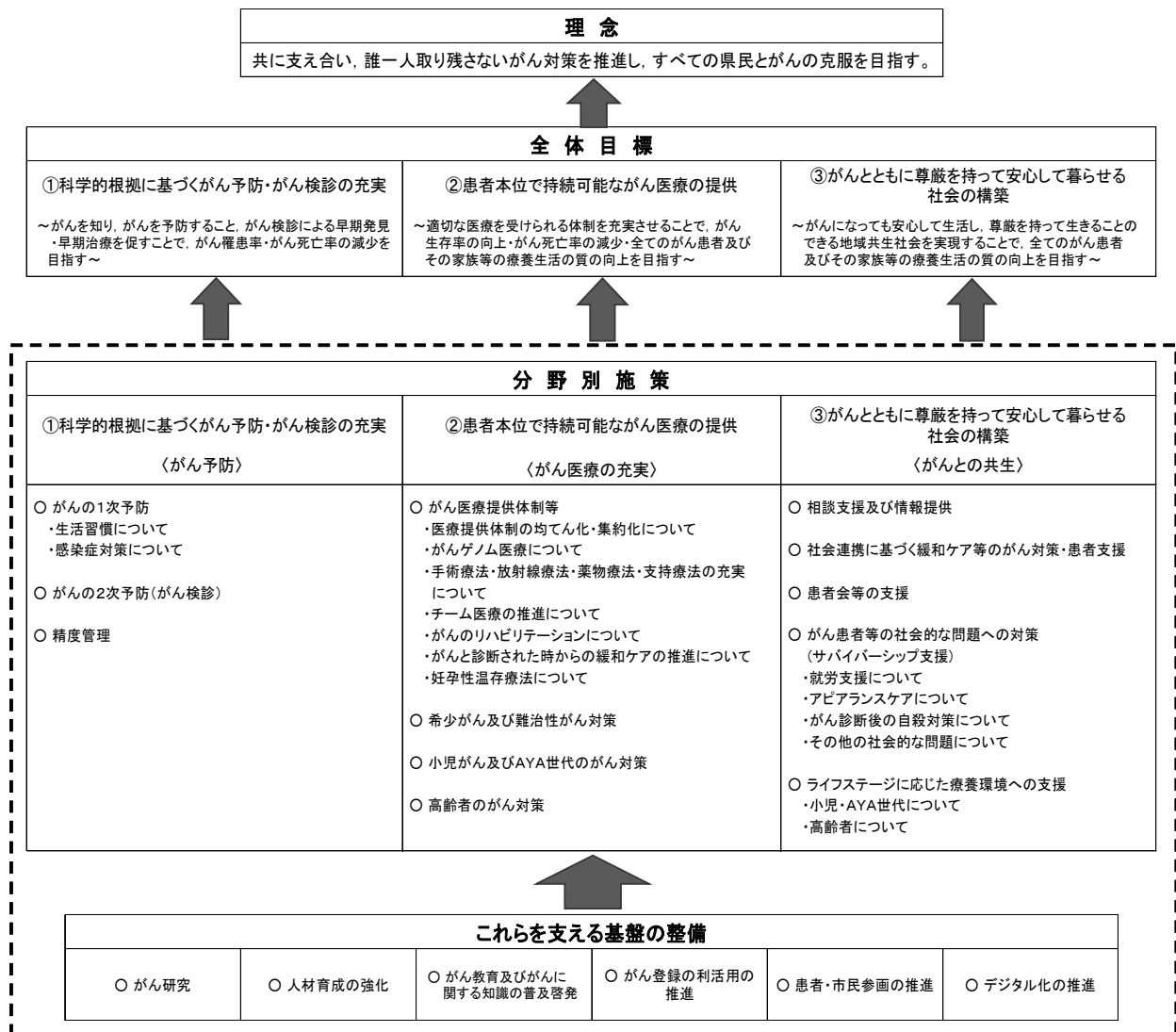
#### 1 がん

県では、「県がん対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」に基づき、共に支え合い、誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての県民とがんの克服を目指します。

（※ 詳細は、「県がん対策推進計画」（令和6年度～令和11年度）を参照）

#### 【計画概要】

#### 「鹿児島県がん対策推進計画」(R6～11)理念・全体目標・分野別施策



## 【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

- がんになるリスクを低くするとされる生活習慣の改善法やがんに関する正しい知識の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、肝炎ウイルス検査の受診促進や子宮頸がんの原因となるHPV感染を防ぐHPVワクチンの普及啓発など、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

- がん検診受診率の向上を図るため、市町村、関係機関等と連携し、県民に対して検診受診の普及啓発を行います。
- 市町村や検診機関等と連携を図りながら、国の指針に定められた科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進し、精度管理の向上に努めます。

### ウ がん医療の均てん化の推進

- がん患者が適切ながん医療を受けることができるよう、拠点病院等を中心とした医療機関間の役割分担や連携体制の整備を推進し、医療提供体制の充実に努めます。
- がんゲノム医療拠点病院等と連携を図りながら、県民に対し、がんゲノム医療に関する理解の促進や普及啓発に努めます。

### エ 多職種連携等の推進

一人ひとりの患者に必要な治療やケアを提供するため、拠点病院等や在宅療養支援診療所等の医療機関、薬局、訪問看護ステーション、歯科などの多職種連携によるチーム医療を推進します。

### オ 小児がん・AYA世代<sup>\*1</sup>・高齢者のがん対策の推進

- 拠点病院等において、小児・AYA世代のがん患者やその家族等が適切な治療や長期フォローアップを受けられる体制の整備に努めます。
- 高齢者のがん患者がそれぞれの状況に応じた適切な医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関及び介護事業所等の連携体制の整備を推進します。

### 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等が、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ケアを受けられるよう、緩和ケア提供体制の更なる充実に努めます。

---

\*1 AYA世代：Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、主に、思春期（15歳～）から30歳代までの世代を指す。

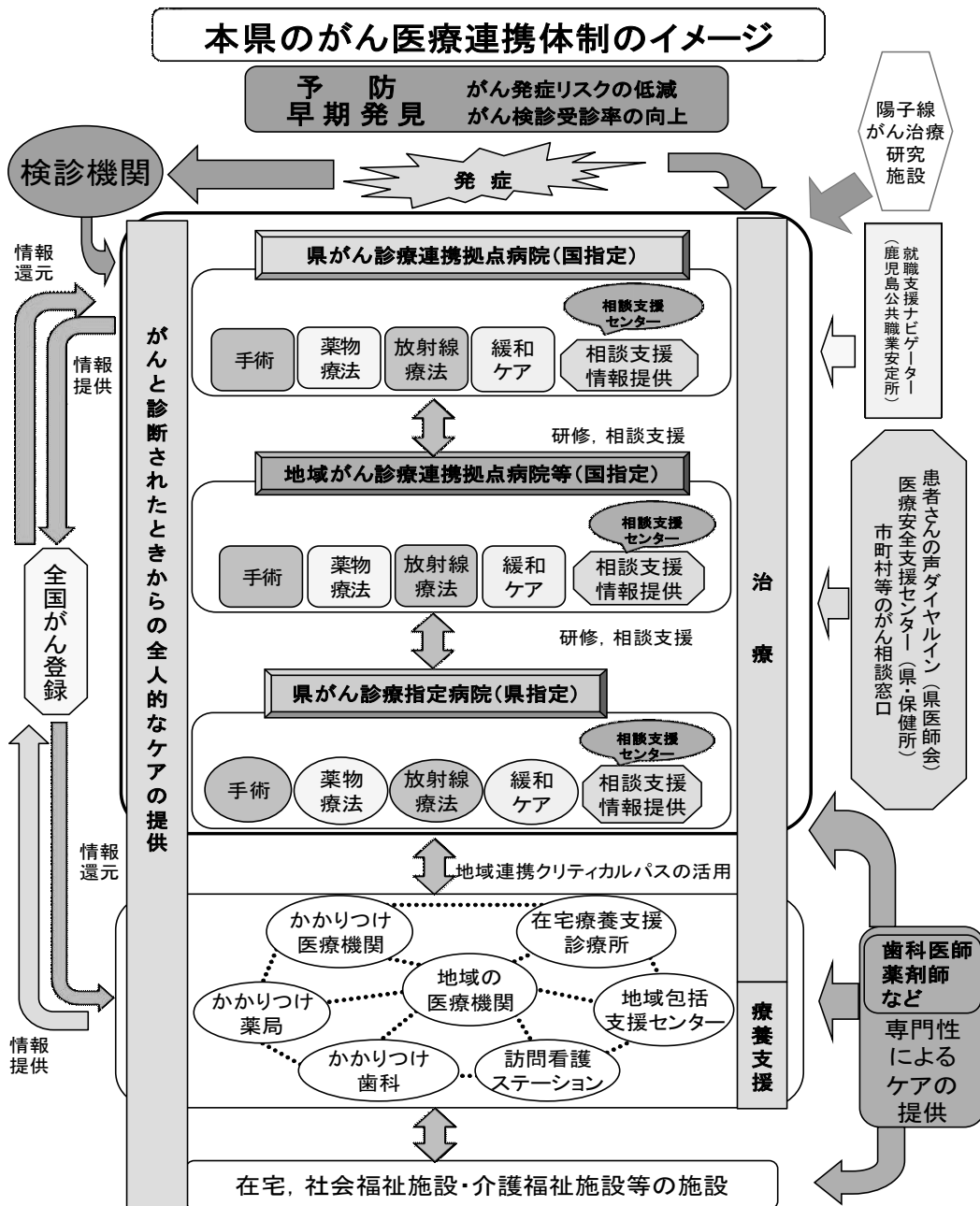
キ がん患者の就労支援

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するとともに、「鹿児島県地域両立支援推進チーム」(H29.7労働局設置)において、関係機関と連携して、がん患者等の治療と就労の両立支援に取り組み、制度や相談窓口の周知を図ります。

ク 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するとともに、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。

【図表5-3-1】がんの医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-2】がんの医療連携体制（例）

	予防・早期発見	治療	療養支援
目標等	<ul style="list-style-type: none"> <li>がんのリスク低減</li> <li>喫煙（受動喫煙を含む）・食生活・運動等の生活習慣の改善及びがんに関連するウイルスの感染予防</li> <li>科学的根拠に基づくがん検診の実施及びがん検診の精度管理</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、子宮頸がん検診の受診率60%を目指す（R11年度）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精密検査や確定診断等の実施</li> <li>診療ガイドラインに準じた診療の実施</li> <li>患者の状態やがんの病態に応じた手術療法、放射線療法、薬物療法等の実施</li> <li>がんと診断された時からの緩和ケアの実施</li> <li>治療の合併症予防や症状の軽減</li> <li>治療後のフォローアップ</li> <li>多職種連携によるチーム医療の実施</li> <li>地域におけるがん診療連携体制の構築</li> <li>相談支援センターの充実</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</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等</li> <li>県がん診療指定病院</li> <li>地域のがん医療機関</li> <li>薬局</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</li> <li>薬局 等</li> </ul>
求められる機能等	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精密検査の実施</li> <li>がん検診の精度管理への協力</li> <li>たばこ対策への協力</li> <li>早期発見・早期治療の普及啓発</li> <li>がん登録の実施</li> </ul> <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>早期発見・早期治療の普及啓発</li> <li>健康サポート及び薬学的管理指導</li> </ul> <p>【行政】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>科学的根拠に基づくがん検診の実施</li> <li>がんの現状把握（がん登録情報の利用等）</li> <li>がん検診の精度管理</li> <li>たばこ対策（禁煙支援、受動喫煙の防止等）</li> <li>感染に起因するがん対策の推進</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> <li>早期発見・早期治療の普及啓発</li> </ul>	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>診断・治療に必要な検査の実施</li> <li>画像診断や病理診断等の実施</li> <li>手術療法、放射線療法、薬物療法や集学的治療等の実施</li> <li>セカンドオピニオンの提供</li> <li>相談支援体制の確保及び情報の収集・発信</li> <li>患者・家族等の交流の支援等</li> <li>緩和ケア提供体制等の整備</li> <li>がん治療中の口腔管理の実施</li> <li>医療従事者の研修の実施</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</li> </ul> <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康サポート及び薬学的管理指導</li> <li>外来化学療法による副作用のフォローアップ</li> <li>医療用麻薬の調剤</li> <li>入退院時の切れ目のない薬物療法の連携</li> </ul>	<p>【在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション】</p> <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>人生の最終段階におけるケアの実施</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> <p>【薬局】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康サポート及び薬学的管理指導</li> <li>外来化学療法による副作用のフォローアップ</li> <li>医療用麻薬の調剤</li> <li>入退院時の切れ目のない薬物療法の連携</li> </ul>
連携等	<p>がん診療連携拠点病院等を中心として、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活用</p> <p>要精検者の確実な医療機関受診</p>		

（注）がんの医療体制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

県では、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」に基づき、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。

（詳細は、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」を参照）

### 【計画概要】

#### 1 根拠法

健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法

#### 2 計画策定年度 令和5年度(令和6年3月)

#### 3 計画期間 令和6年度～令和11年度

#### 4 推進イメージ

### <目標>

**2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び  
循環器病の年齢調整死亡率の減少**

### <取組>

#### 【県・医師等保健医療関係者】

- ・循環器病予防の取組の強化
- ・離島・へき地を含めた循環器病の医療、介護及び福祉等に係るサービスの提供体制の充実
- ・循環器病患者等を支えるための環境づくり
- ・循環器病対策を推進するために必要な基盤の整備

#### 【県民】

- ・正しい知識の取得
- ・生活習慣の改善（「健康かごしま21」に基づく健康増進の推進）
- ・健（検）診受診
- ・保健指導実施
- …等

行動変容  
重症化予防

普及啓発  
体制整備  
人材育成等  
の対策推進

### <現状・課題>

食生活・健（検）診受診等の生活習慣

- ・食塩摂取量が多い
- ・野菜摂取量が少ない
- ・健診受診率が低い
- …等

循環器病の危険因子（糖尿病・高血圧等）

- ・高血圧有病者、糖尿病有病者、脂質異常症有病者が多い。
- ・歯周病対策が必要
- …等

脳卒中・心疾患等の死亡率

- ・専門医の偏在
- ・救急搬送体制等医療を取り巻く連携体制の強化が必要
- …等

## 【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、各病期に応じたり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 発症・重症化予防

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。

### 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。
- 服薬アドヒアランス\*1向上に資する服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導を可能とする体制づくりに努めます。
- 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促進

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

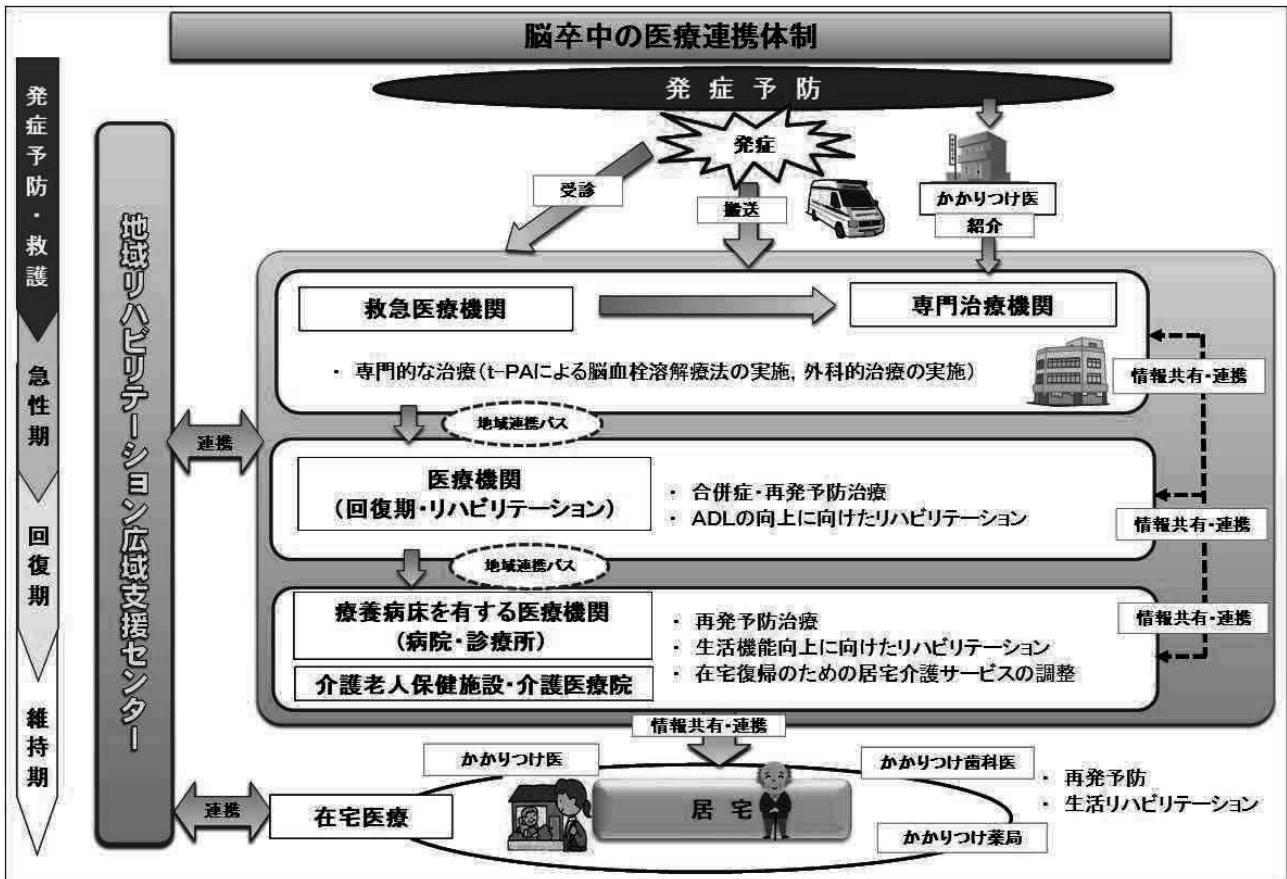
- 急性期から維持期まで一貫したりハビリテーションを促進します。
- 廃用症候群\*2や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、急性期から一貫したりハビリテーションを促進します。
- 回復期には、失語、高次脳機能障害、嚥下障害<sup>えんげ</sup>、歩行障害等の機能障害の改善や日常生活動作向上のための専門的かつ集中的なりハビリテーション体制を促進します。

\*1 服薬アドヒアランス：患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って薬を用いた治療を受けること。

\*2 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。

- 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、多職種連携による口腔健康管理、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5-3-3】脳卒中中の医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-4】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>在宅復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援</li> </ul>
医療機関等の例		<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>急性期の血管内治療が実施可能な病院</li> <li>急性期リハビリテーションが実施可能な病院</li> <li>脳卒中に対応する急性期の専門的治療を担う病院又は有床診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーション専門とする病院又は有床診療所</li> <li>回復期リハビリテーション病棟を有する病院</li> <li>薬局</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又は診療所</li> <li>薬局</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>専門的治療の24時間実施</li> <li>t-PA静注療法に適応がある患者に対し、来院後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>再発予防の治療</li> <li>基礎疾患・危険因子の管理</li> <li>抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応</li> <li>機能障害の改善及びADLの向上に向けたリハビリテーションの実施</li> <li>薬学的管理指導</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> <li>薬学的管理指導</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>治療開始までの時間短縮</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>再発が疑われる場合の急性期の医療機関との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護サービスの調整</li> </ul>

[県健康増進課作成]



### 3 心筋梗塞等の心血管疾患

---

県では、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」に基づき、2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指します。

（詳細は、「鹿児島県循環器病対策推進計画（令和6年度～令和11年度）」を参照）

※ 計画概要については、「2 脳卒中」と同様

#### 【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促進

救急要請の必要性や、AED<sup>\*1</sup>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、合併症及び再発予防に加え、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。

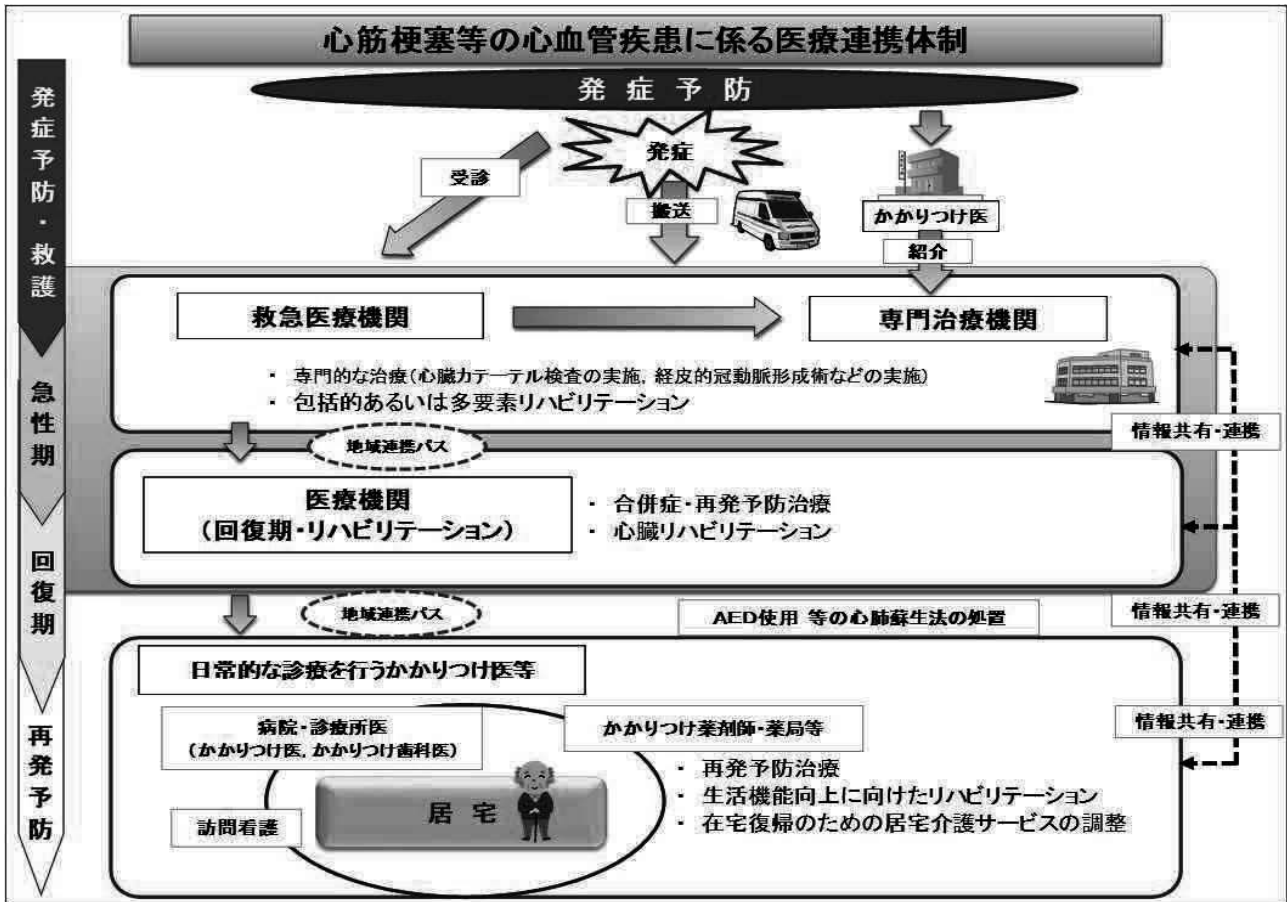
---

\*1 AED：自動体外式除細動器

**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5-3-5】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-6】心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療連携体制図

	【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>在宅等生活及び就労の場への復帰支援</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>在宅療養の継続を支援</li> </ul>
医療機関等の例		<ul style="list-style-type: none"> <li>救命救急センターを有する病院</li> <li>心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院</li> <li>心筋梗塞等の心疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所</li> <li>薬局</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院</li> <li>診療所</li> <li>薬局</li> <li>訪問看護ステーション</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>AEDを含めた救急蘇生法等の適切な処置を実施</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、緊急ペーシング、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> <li>抑うつ状態等の対応</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、食事療法等の心血管疾患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> <li>薬学的管理指導</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> <li>薬学的管理指導</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>治療までの時間短縮</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>介護サービスの調整</li> </ul>

[県健康増進課作成]

## 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令和2年は244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。
- 令和2年の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性16.1（全国13.9）女性8.2（全国6.9）で、男女とも平成27年と比べ減少していますが、全国を上回っております。

【図表5-3-7】糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）

	H27本県	H27全国	R2本県	R2全国
男性	17.1	14.3	16.1	13.9
女性	8.9	7.9	8.2	6.9

〔人口動態調査特殊報告〕

- 令和2年の受療率（人口10万対）は、入院及び外来ともに全国より高いです。（入院：本県28，全国12）（外来：本県174，全国170）
- 糖尿病の治療に係る薬剤を服用している人の割合は、平成27年度と比較すると増加傾向であり、令和3年度の特定健康診査によると、男性10.1%（19,351人）、女性5.4%（9,169人）と、男女ともに全国より高い割合となっています。（全国男性7.8%，女性3.6%）
- 慢性透析患者数（日本透析医学会調べ）は、令和3年には5,617人であり、令和2年の5,572人と比較し増加しています。また、令和3年の年間新規透析導入患者数は487人であり、そのうち糖尿病腎症による新規導入者は225人で46.2%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能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対象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網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、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5-3-8】糖尿病に係る診療内容及び急患への対応等 (単位：人、施設)

内容 二次保健 医療圏	専門医等		設備 人工透析装置	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(人) ※常勤のみ		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	37	29	24	31	36	13	64
南薩	7	3	7	7	14	3	26
川薩	4	2	6	4	8	3	19
出水	3	2	4	4	4	1	12
始良・伊佐	8	3	14	13	17	5	22
曾於	1	0	3	1	3	1	5
肝属	4	3	7	4	6	6	14
熊毛	1	1	4	2	2	1	3
奄美	2	1	2	5	7	2	16
計	67	44	71	71	97	35	181

[令和4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、服薬管理、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するとともに、外来機能の明確化及び多職種連携を図り、患者の在宅療養生活を支援します。

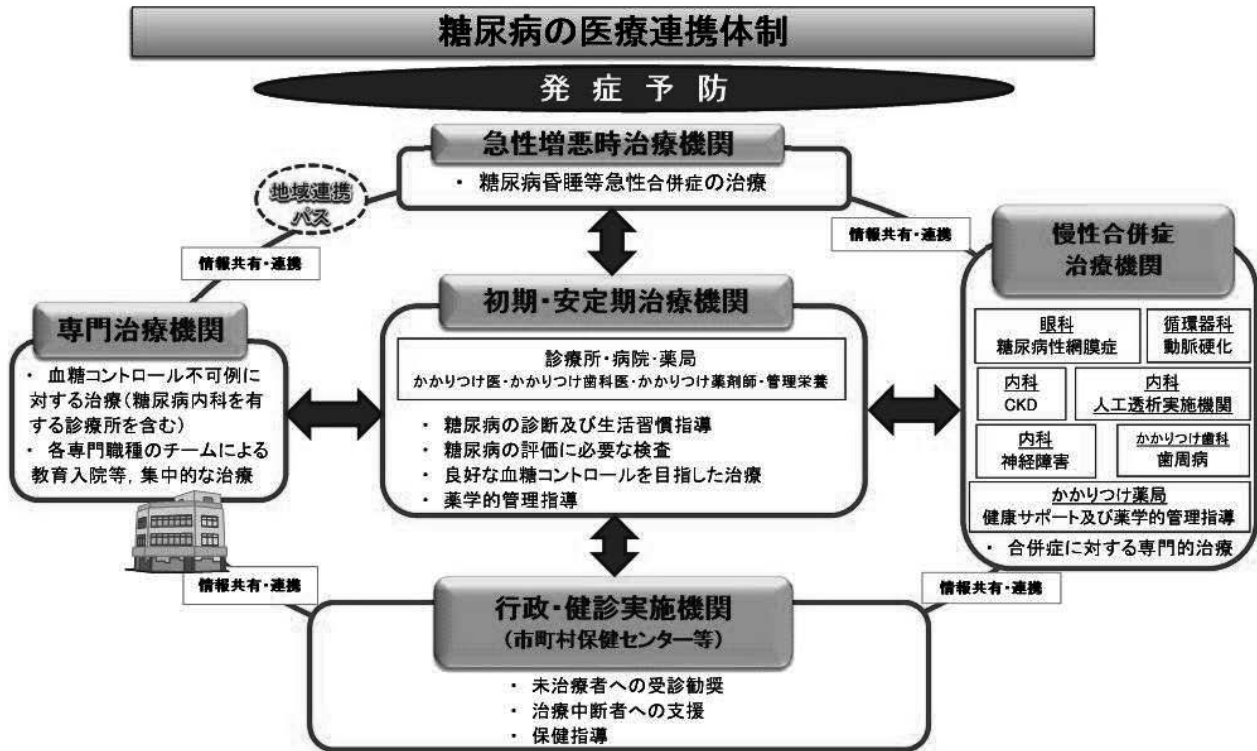
### ウ 血糖コントロール不良者の治療や急性合併症の治療が可能な体制の充実

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、歯科医療機関及び薬局等との医療連携の推進に努めます。

【図表5-3-9】糖尿病の医療連携体制図



[県健康増進課作成]

【図表5-3-10】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 ○良質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
医療機関等の例	○病院 ○診療所 ○歯科診療所 ○保健センター ○健診実施機関 ○薬局	○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 (主に糖尿病内科を有する診療所)	○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 ○各関係機関との連携	○糖尿病の診断及び専門的指導 ○75gOGTT, HbA1c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ィの対応 ○歯科口腔保健指導の実施 ○紹介基準等を踏まえた適切な専門医療機関の紹介 ○健診受診後の受診勧奨対象者に対する適切な対応 ○薬学的管理指導 ○専門治療・急性増悪時治療、慢性合併症治療を行う医療機関等との連携 ○在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携 ○保険者や関係団体等と連携した取組	○75gOGTT, HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査の実施 ○食事療法、運動療法を実施するための設備 ○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 ○外来療養指導を行える体制 ○1型糖尿病に対する治療が可能 ○糖尿病患者の妊娠への対応 ○薬学的管理指導 ○初期・安定期治療、慢性合併症治療を行う医療機関等との連携 ○在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携 ○保険者や関係団体等と連携した取組  【急性増悪時治療として】 ○糖尿病昏睡等急性合併症の治療に関する24時間対応	○糖尿病の慢性合併症(網膜症、腎症、神経障害等)に対する専門的検査治療の実施 ○健康サポート及び薬学的管理指導 ○初期・安定期治療、専門治療・急性増悪時治療を行う医療機関等との連携
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			

[県健康増進課作成]

## 5 精神疾患

### 【現状と課題】

#### ア 精神障害者の医療の現状等

- 本県における精神疾患の総患者数は、令和2年の患者調査において約72,000人となっています。
- 精神疾患には、発達障害や高齢化の進行に伴って増加しているアルツハイマー型認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患となっています。

【図表5-3-11】圏域毎の精神病床を有する医療機関数

区分	鹿児島	南薩	川薩	出水	姶良伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	計
医療機関数	20	8	3	3	9	1	4	1	3	52

[ 障害福祉課調べ ]

- 精神科病院に入院している患者数は、精神保健福祉資料によると、令和2年6月末で8,275人となっており、平成28年6月末の8,689人と比較して414人減少しています。
- 令和2年6月末の入院患者の疾病別割合では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多く53.2%となっています。年齢階級別では、65歳以上の入院患者が67.4%を占め、中でも75歳以上が40.6%となっています。また、75歳以上では、アルツハイマー型認知症と血管性認知症の患者が45.3%を占めています。
- 精神疾患の治療においては、薬物療法が中心となりますが、生活習慣の改善や専門的な精神療法、作業療法、精神科デイケアなど、薬物療法以外の治療法も重要と考えられます。
- 令和2年の病院報告による精神科病院の平均在院日数は359日となっており、全国の平均在院日数277日を大きく上回っています。入院患者の6割以上は、1年以上の長期入院者であることから、地域移行を進めていくためには、自治体を中心とした保健・医療・福祉の一体的な取組に加え、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない共生社会を目指す、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が必要です。
- 令和2年度NDB<sup>\*1</sup>による精神科病院に入院した患者の入院後3か月時点の退院率は52.7%（全国63.5%，以下同じ。）、入院後6か月時点の退院率は72.3%（80.1%）、入院後1年時点の退院率は81.8%（87.7%）であり、全国より低いことから、統合失調症や認知症患者等の早期退院に向けた取組の充実を図る必要があります。

\*1 NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース。平成21年から導入され、国民の入院、通院の診療情報や健診情報を収集してあるデータ



- アルコールやその他の薬物等の依存症に対する専門的な医療は提供できる体制にありますが、思春期を含む児童精神医療等の専門的な精神医療を提供できる体制の整備が必要です。
- てんかん患者の対応については、発作の状況等から原因の把握と適切な療法を確定することが重要です。また、患者や家族から受療先に関する問合せもあり、対応できる医療機関の情報を広く提供することが重要です。
- 災害や事件、事故等によるPTSDへの心のケアの重要性から、犯罪被害者等についても心のケアの支援に努める必要があります。
- 高次脳機能障害者については、県高次脳機能障害者支援センターにおいて、障害者や家族等への専門的相談支援や関係者への研修や高次脳機能障害に関する理解を促進するための住民への普及啓発に努める必要があります。

#### イ 精神疾患にかかる医療連携の課題

- 精神疾患の患者を支えるサービスとして、入院から在宅まで一環した治療方針のもと、障害福祉サービスや介護保険サービス等様々なサービスと協働しつつ、必要な医療等を総合的に受けられる体制の整備を図る必要があります。
- 自立支援医療(精神通院)の指定を受けている訪問看護ステーションは、県内102か所(令和5年5月現在)あり、全ての圏域に設置されていますが、急性期医療や地域移行の推進により、訪問看護の需要は増加すると考えられることから、更なる設置が必要です。
- 近年うつ病患者は増加傾向にあり、自殺予防の観点からも、産後うつを含むうつ病の早期対応が重要となっていることから、一般かかりつけ医と精神科医療機関との連携体制の充実を図ることが重要です。
- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成26年3月7日付け厚生労働省告示第65号)を踏まえて、精神医療圏(二次保健医療圏)ごとに各医療機関の医療機能を明らかにし、役割分担や連携を図りながら、多様な精神疾患に対応できる医療連携体制を構築することが必要です。
- 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指し、精神障害者の地域移行を促進するためには、障害保健福祉圏域<sup>\*1</sup>での協議の場や市町村自立支援協議会等において、支援者の人材育成や普及啓発などの対応策を検討する必要があります。
- 身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、状態に応じて速やかに救急医療や専門医療等が必要な場合の医療を提供できる体制を構築する必要があります。
- 摂食障害については、県連携拠点機能病院が担う機能として、診療や相談対応を強化する必要があります。

---

\*1 障害保健福祉圏域：障害福祉計画において、障害福祉サービス等の提供体制の確保を図るため、複数の市町村を含む広域圏域として設定(7圏域)

ウ 精神科救急医療の現状等

- 県本土内の精神科救急医療体制については、日祝年末年始の病院群輪番方式による当番病院や精神科救急情報センターにより、消防機関等からの受入要請等に対応しています。平成27年10月からは、平日夜間・祝日等の電話相談窓口を設置したほか、精神科救急地域拠点病院を県内2か所指定し、県立始良病院と連携して、かかりつけ病院や休日等の当番病院が対応困難な精神障害者の救急医療に、24時間365日対応できる救急医療体制を整備しています。
- 離島地区においては、精神科病院数が少ないことや公共交通機関が限られることなどにより、24時間365日の救急医療提供体制を構築することが困難な状況になっています。
- 精神保健福祉法の一部改正により、精神科病院での虐待が疑われる場合は、通報が義務化されるため、医療機関は虐待防止の研修や相談体制の強化に努める必要があります。

【図表5-3-12】精神科病院数，病床数，在院患者数，在院日数等の推移

年度		精神科病院数	精神病床数(床)	人口万対病床数(床)	1日平均在院患者数(人)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
平成12年	本県	51	10,137	57	9,697	95.7	602
	全国	1,688	358,153	28	333,713	93.2	377
平成17年	本県	51	10,062	57	9,573	95.1	545
	全国	1,671	352,721	28	325,027	92.1	327
平成22年	本県	52	9,855	59	9,197	93.3	423
	全国	1,671	347,281	27	311,280	89.6	301
平成27年	本県	51	9,725	59	8,724	89.7	381
	全国	1,539	315,622	26	291,403	92.3	275
令和2年	本県	51	9,174	59	8,315	88.4	359
	全国	1,569	316,543	26	276,601	84.8	277

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

【図表5-3-13】疾病別・年齢階級別入院患者数（令和2年6月30日時点）

（単位：人）

年齢区分		～19歳	20～39歳	40～64歳	65～74歳	75歳～	総数	割合
疾病名								
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害		5	235	1,680	1,486	996	4,402	53.2%
症状性を含む器質性精神障害	アルツハイマー病型認知症	0	0	28	130	1,292	1,450	21.1%
	血管性認知症	0	0	15	49	229	293	
	上記以外の症状性を含む器質性精神障害	2	12	115	172	449	750	9.1%
気分(感情)障害(うつ病含む)		2	38	152	143	207	542	6.5%
上記以外の疾病		22	81	311	237	187	838	10.1%
計		31	366	2301	2217	3360	8,275	100.0%
割合		0.4%	4.4%	27.8%	26.8%	40.6%	100.0%	—

[精神保健福祉資料]

**【施策の方向性】**

精神疾患は、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復又は寛解<sup>かんかい</sup>し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきています。精神科医療機関や関係機関が連携しながら、患者の状態に応じた精神科医療の提供、早期の退院支援、地域生活の継続支援など必要な精神科医療が提供される体制の整備を促進します。

**ア 早期診断・早期治療の推進**

- 県民が心の健康に関心を持ち、不調を感じた時は、保健所や精神保健福祉センター等の相談機関とかかりつけ医、専門医療機関に相談できるよう啓発に努めます。  
また、「障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例<sup>\*1</sup>」の趣旨について、広く県民に理解が得られるよう普及啓発に努めます。
- かかりつけ医のうつ病対応力向上研修を継続し、うつ病（産後うつを含む）が疑われる患者を内科等のかかりつけ医から精神科医療につなぐ体制の充実を図ります。
- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられるよう、市町村における認知症初期集中支援チームの取組を促進します。
- 薬局の健康相談等により、精神疾患が疑われる場合は、かかりつけ医及び専門医への早期受診勧奨を促進します。  
また、障害者自立支援給付（精神通院医療）等の利用者には、服薬指導や医師への情報提供など適切な療養を促進します。
- 地域及び職域保健の関係者が連携して、労働者の健康づくりやメンタルヘルス対策を支援します。

**イ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築**

- 患者本位の医療を実現できるよう、多様な精神疾患ごとに各医療機関の機能を明確にし、医療連携体制の構築を図ります。
- 多様な精神疾患ごとに情報収集発信、人材育成、地域連携拠点病院からの相談対応、難治性事例の受入等の機能を持つ「県連携拠点機能病院」については、鹿児島大学病院、県立始良病院とします。
- 圏域ごとの医療連携の拠点となる「地域連携拠点機能病院」、地域において、精神科専門医療の提供を行う「地域精神科医療提供機能病院」は、精神医療圏（二次保健医療圏）ごとに設定します<sup>\*2</sup>。

\*1 障害のある人もない人も共に生きる鹿児島づくり条例：障害者を理由とする差別をなくし、障害のある人も無い人も人格と個性が尊重され、社会の一員として暮らすことができることを目的に平成26年10月施行

\*2 「県連携拠点機能病院」、「地域連携拠点機能病院」、「地域精神科医療提供機能病院」は、厚生労働省地域医療計画課長通知「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」（平成29年3月）により、設置するもの

【図表5-3-14】 県連携拠点機能病院が担う機能

圏域	医療機関	統合失調症	認知症	児童・思春期精神疾患	精神科救急	身体合併症	自殺未遂	うつ病	PTSD	依存症	てんかん	高次脳機能障害	発達障害	摂食障害	災害医療	医療観察法
全域	鹿児島大学病院	●	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	県立始良病院	●		●	●		●	●	●	●			●	●	●	●

[ 障害福祉課調べ ]

- 身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療が提供できるように、一般の医療機関と精神科医療機関の連携体制の整備を促進します。長期入院に伴う歯科疾患の悪化した精神疾患患者に対しても、地域の歯科医療機関と精神科医療機関の連携体制の整備を促進します。
- 認知症に関する医療の充実を図るため、県内12か所の認知症疾患医療センターと、地域の認知症サポート医やかかりつけ医との連携強化に努めます。
- 思春期を含む児童精神医療等の専門的な精神医療を提供できる体制の整備を促進します。
- 「心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」における通院処遇対象者に対して必要な医療の提供及び支援を行うために、保護観察等の関係機関との連携に努めます。
- てんかんについては、専門的な診断・治療ができる専門機関である鹿児島大学病院てんかんセンターにおいて、難治例に対応するとともに、当センターを中心とした他の医療機関とのネットワークの整備を促進します。
- 災害や事件、事故等によるPTSD<sup>\*1</sup>への心のケアに対しては、令和4年3月に策定した県犯罪被害者支援計画に基づき、犯罪被害者等や家族への心の支援、関係者との連携に努めます。
- 高次脳機能障害支援センターにおいて、高次脳機能障害者や家族等への専門的相談支援や関係者への研修会、住民への普及啓発や協力医療機関との連携の強化に努めます。
- 摂食障害は、県連携拠点機能病院が担う機能として診療や相談対応を強化に努めます。

#### ウ 精神科救急医療体制の充実

- 県本土内の精神科救急医療体制については、現行の当番病院及び精神科救急情報センターなどにより、消防機関等からの受入要請等に対応するとともに、精神障害者本人や家族からの精神科救急医療相談に応じる電話相談窓口を継続し、24時間365日の救急医療体制を確保します。
- 離島における精神科救急医療体制については、常時対応型精神科救急医療施設の県立始良病院やその他の精神科医療機関、保健所、警察署、市町村等との関係者の連携を強化し、精神障

\*1 PTSD：心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder）の略。生死に関わるような体験をし、強い衝撃を受けた後で、その体験の記憶が当時の恐怖や無力感とともに、自分の意志とは無関係に思い出され、まだ被害が続いているような現実感を生じる病気。

害者本人や家族等への救急医療体制の円滑な運用に努めます。

- 精神科救急医療の運用について「鹿児島県精神科救急医療システム連絡調整委員会」で検証、協議等を行い、事業の円滑な運営に努めます。
- 身体疾患で救急医療が必要になった精神疾患患者への対応を充実するため、救急医療機関と精神科医療機関の連携強化を図ります。
- 隣接県とは情報共有や相互支援体制の構築など、連携の強化に努めます。
- 精神科病院等は、虐待防止のための院内研修や相談体制を強化すると共に、業務従事者における虐待が疑われる場合は、都道府県へ速やかに通報します。都道府県は、通報された精神科病院等に対して、立入検査等を実施し、虐待の改善や防止に向けた指導等に努めます。

#### エ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指して、精神科病院における入院患者数や地域移行に伴う基盤整備量等について目標値を明確にし、県障害福祉計画等と整合性を図りながら計画的に基盤整備を促進します。
- 障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者の協議の場を通じて、地域移行に必要な住まいの確保や医療、介護、障害福祉サービス等の充実を図るための具体策を検討し、市町村自立支援協議会と連携を図りながら、地域移行・地域定着のための支援体制の構築に努めます。
- 平成29年度から3年にわたりモデル事業として実施した「長期入院精神障害者の地域移行推進事業」を通じて養成したピアサポーター<sup>\*1</sup>や、令和4年度から開始した「障害者ピアサポート研修事業」を通じて養成したピアサポーターを活用し、長期入院者の退院意欲の喚起や地域移行の促進に努めます。
- 保健所等において、市町村における社会復帰支援活動を推進するとともに、一般住民に対する地域移行の理解促進のための普及啓発に努めます。
- 在宅の精神障害者の病状安定や、地域生活の維持に資するために訪問診療や訪問歯科診療、訪問看護等在宅医療の推進を図ります。
- かかりつけ医から精神科医を受診できる体制や、身体合併症の併発時や病状悪化時に救急療等を提供できる体制整備を促進します。

#### オ 相談支援体制の充実

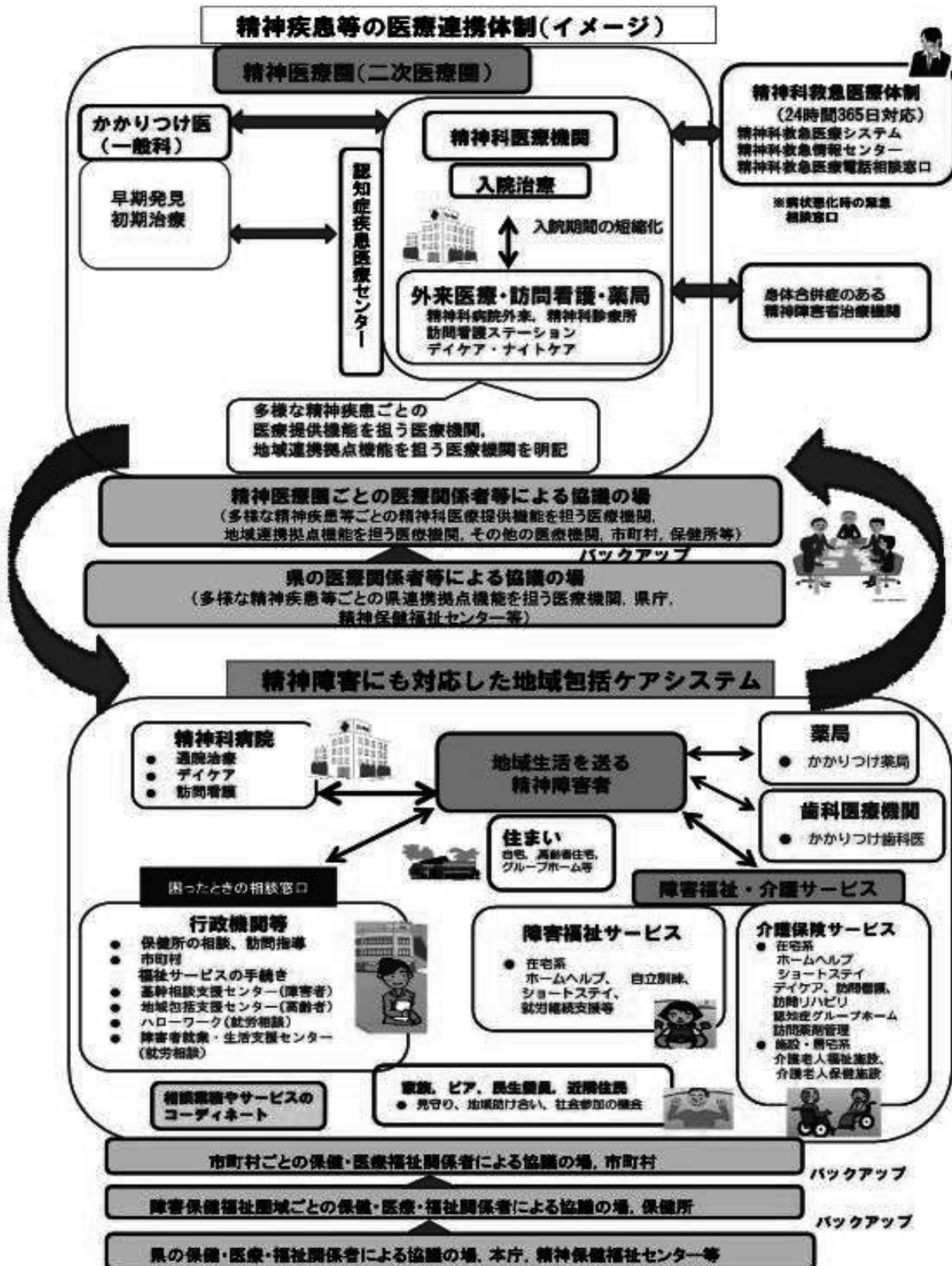
- 精神保健福祉に関する市町村・保健所・精神保健福祉センター等による相談・訪問支援等の充実強化を図ります。

---

\*1 ピアサポーター：同じような病気（この場合は精神疾患）、体験をした者として、対等な関係性で中間の支援を行う人

- 精神保健福祉センターでは、思春期精神保健，依存症，自殺対策等様々なこころの健康問題に適切に対応するために，研修会等を通じて，相談従事者に対する技術指導・支援を行う等機能の強化に努めます。
- 一般相談支援事業所における地域移行・地域定着支援の取組が推進されるよう，人材育成や，市町村自立支援協議会での助言等を行います。

【図表5-3-15】精神疾患等の医療連携体制（イメージ）

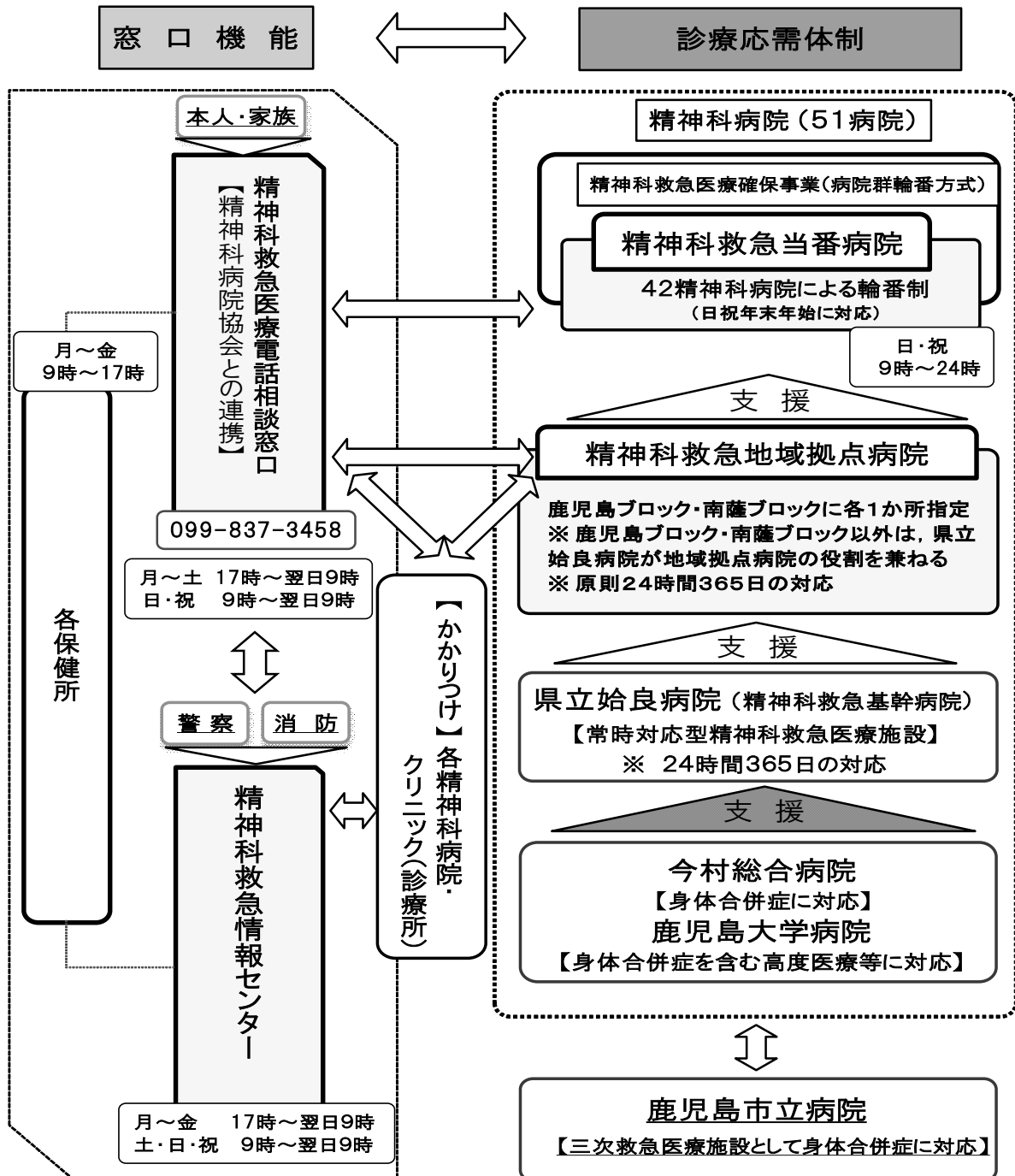


[県障害福祉課作成]

【図表5-3-16】精神科の救急医療体制（イメージ）

## 本県における精神科救急医療システム体制図

⇔は「連携」



※窓口機能は平日日中は各保健所等に対応

[県障害福祉課作成]