

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

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、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

高齢化の進行に大きな地域差がある中で、介護保険制度の持続可能性を維持しながら、できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができるとともに、要介護状態になることをできる限り防ぎ、また、要介護状態であってもそれ以上悪化しないよう、自立支援、介護予防・重度化防止対策の充実・強化が必要です。

イ 高齢者等を取り巻く状況

○ 要介護認定率は、平成29年3月末で19.9%となっており、介護保険制度開始時（平成12年度末・15.3%）の約1.3倍になっています。高齢者等がその能力に応じ自立した日常生活を送ることとともに、要介護状態になることをできる限り防ぎ、また、要介護状態であってもそれ以上悪化しないよう、自立支援、介護予防・重度化防止対策の充実・強化が必要です。

【図表6-1-1】地域包括システムの捉え方



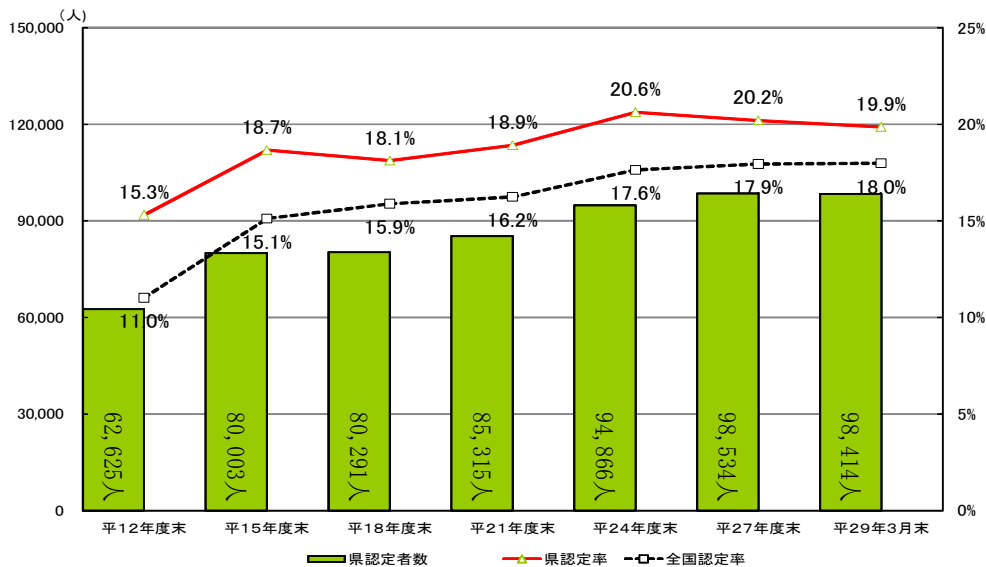
この図は、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「介護予防・生活支援」や「すまいとすまい方」が基本になるとともに、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示したものである。

例えば、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「介護予防・生活支援」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができる。また、「介護予防・生活支援」という「土」がない（機能しない）ところでは、専門職の提供する「医療」や「介護」「保健・福祉」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまう。さらに、これらの植木鉢と土、葉は「本人の選択と本人・家族の心構え」の上に成り立っている。

*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

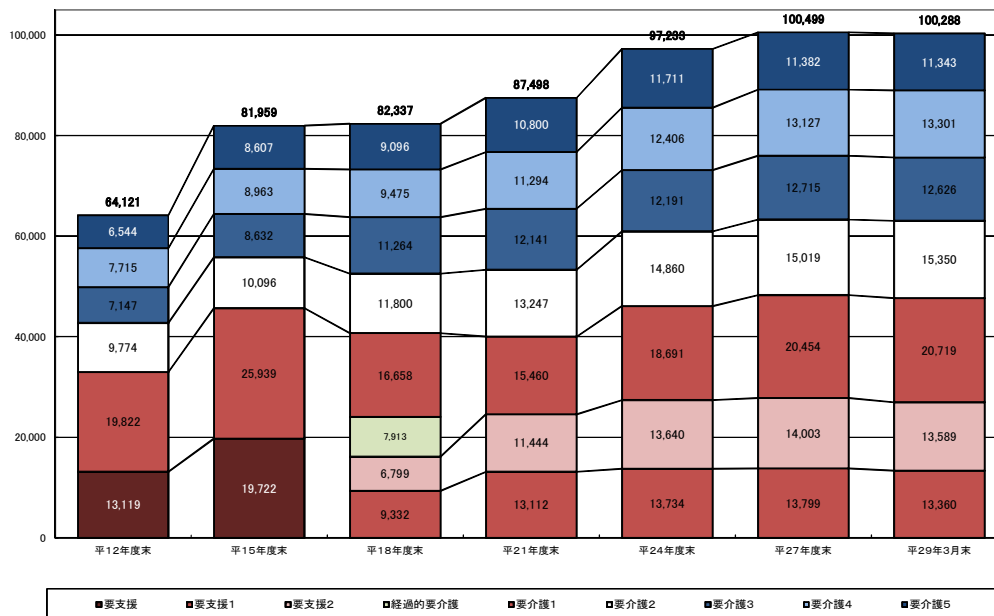
- 介護サービス事業所数は増加しており、制度開始時の2倍以上となっていますが、在宅生活を支える夜間対応の介護サービス等の確保が課題となっています。

【図表6-1-2】要介護認定率^{*1}の推移（第1号被保険者のみ）



[介護保険事業状況報告]

【図表6-1-3】要介護状態区分等認定者数（総数）の年次推移



[介護保険事業状況報告]

*1 要介護認定率：第1号被保険者数に対する要介護認定者数の割合

【図表6-1-4】介護保険施設等の指定状況（各年度4月1日現在）

サービスの種類(休止を含む)		平成18年度(A)	平成29年度(B)	増減(B-A)
居宅サービス	訪問介護	415	479	64
	訪問入浴介護	87	52	△ 35
	訪問看護	116	166	50
	訪問リハビリテーション	6	20	14
	居宅療養管理指導	4	15	11
	通所介護	283	313	30
	通所リハビリテーション	204	5	△ 199
	短期入所生活介護	141	189	48
	短期入所療養介護	11	10	△ 1
	特定施設入居者生活介護	19	58	39
	福祉用具貸与	162	113	△ 49
	特定福祉用具販売	77	117	40
	小 計①		1,525	1,537
居宅介護支援事業②		577	647	70
施設サービス	介護老人福祉施設	137	162	25
	介護老人保健施設	74	90	16
	介護療養型医療施設	143	43	△ 100
	小 計③	354	295	△ 59
小 計④(①+②+③)		2,456	2,479	23
介護予防サービス	介護予防訪問介護	347	473	126
	介護予防訪問入浴介護	64	42	△ 22
	介護予防訪問看護	14	162	148
	介護予防訪問リハビリテーション	2	18	16
	介護予防居宅療養管理指導	2	15	13
	介護予防通所介護	222	682	460
	介護予防通所リハビリテーション	166	5	△ 161
	介護予防短期入所生活介護	122	183	61
	介護予防短期入所療養介護	4	10	6
	介護予防特定施設入居者生活介護	17	56	39
	介護予防福祉用具貸与	102	114	12
	特定介護予防福祉用具販売	77	117	40
	小 計⑤		1,139	1,877
合 計(④+⑤)		3,595	4,356	—

サービスの種類(みなしを含む)		平成18年度(A)	平成29年度(B)	増減(B-A)
地域密着型サービス	認知症対応型通所介護	37	84	47
	小規模多機能型居宅介護	1	129	128
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	288	384	96
	地域密着型特定施設入居者生活介護	1	16	15
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	44	44
	夜間対応型訪問介護	0	1	1
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護(H24～)		20	—
	看護小規模多機能型居宅介護(H24～)		4	—
	地域密着型通所介護(H28～)		403	—
	小 計⑥	327	1,085	—
介護予防・生活支援	訪問型(みなし)		426	—
	訪問型サービス(独自)		84	—
	訪問型サービス(独自・定率)		43	—
	訪問型サービス(独自・定額)		0	—
	通所型(みなし)		610	—
	通所型サービス(独自)		128	—
	通所型サービス(独自・定率)		70	—
	通所型サービス(独自・定額)		5	—
	介護予防ケアマネジメント		66	—
小 計⑦		1,432	—	
合 計(⑥+⑦)			2,517	—

※ 介護予防・生活支援サービス:市町村において地域の多様な主体が予防等サービスを提供

[県介護福祉課調べ]

- 60歳代、70歳代をはじめとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが高齢者の介護予防にもつながっていくことから、多くの高齢者が支え手となっていく取組が必要です。
- 市町村は地域の実情に応じて、住民等多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援が可能になるよう、介護予防・日常生活支援総合事業に取り組むこととされています。
- 高齢者特有の疾患群や障害*1が増加しており、医療機関における平均在院日数は全国より長い状況です。退院後の高齢者等の状況に応じた多職種協働による在宅医療の推進など、きめ細かな医療・介護サービスの提供が求められています。
- 地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、市町村が実施する地域支援事業の介護予防に係る事業や包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）等を一体的に実施するための機関であり、県内に66か所（平成29年4月現在）が設置されています。
- 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。

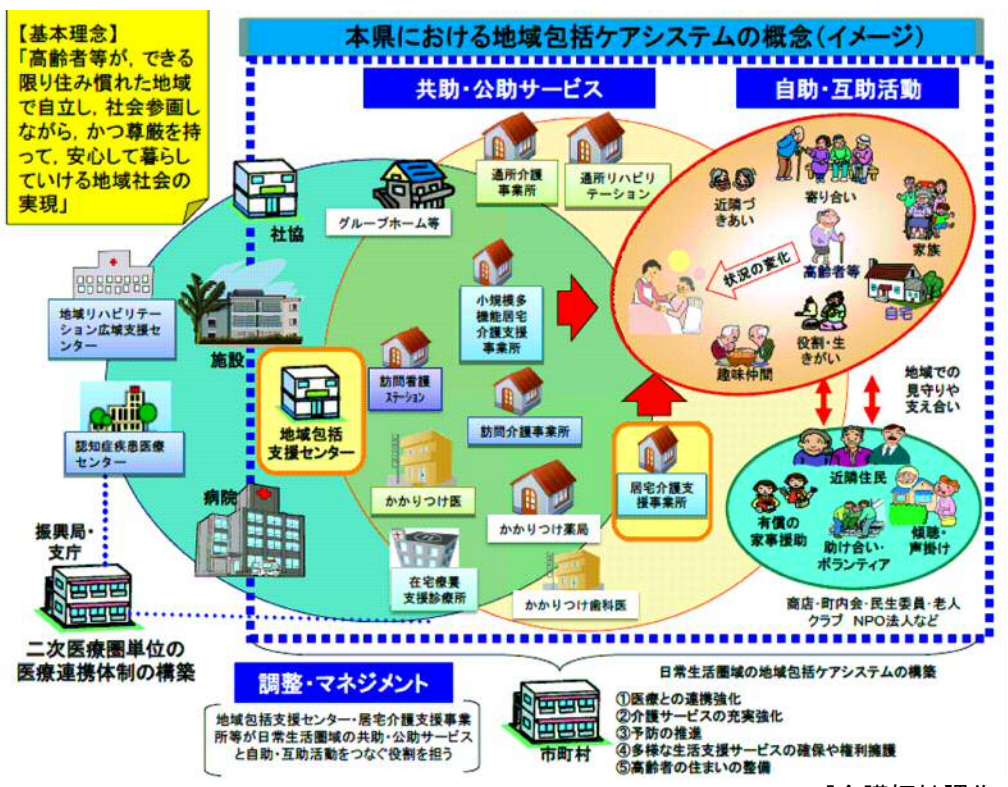
【施策の方向性】

ア 地域包括ケアシステムの強化及び推進

- 団塊の世代が全て75歳以上となる平成37(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、引き続き市町村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。
- 市町村等による日常生活圏域での取組や、県地域振興局・支庁等による二次保健医療圏での取組を重層的に展開し、その結果・成果を評価しながら体制整備を進めます。

*1 高齢者特有の疾患群や障害：生活習慣病（循環器疾患、糖尿病、がん等）、認知症、骨粗鬆症、排尿障害等

【図表6-1-5】地域包括ケアシステムの概念（イメージ）



イ 介護予防・重度化防止の推進

- 県では、市町村等における介護予防事業やサービス提供をさらに促進するため、より効果的で活用しやすい評価指標等の設定に努めます。また、介護予防事業の取組及び要介護認定率の状況等を調査・分析し、それらの結果や県内外の先行的な取組などの情報を市町村へ提供します。
- 県では、高齢者の健康づくりや社会参加活動に対して地域商品券等に交換できるポイント制度に取り組む市町村の支援を通じ、高齢者の介護予防の推進を図ります。

ウ 見守りや地域支え合い活動の促進

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、見守り体制の構築及び充実に向けた取組を支援するとともに、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^{*1}（地域支え合い推進員）の養成や資質向上を図ります。

エ 高齢者等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、市町村や関係団体等と協働し、在宅医療に従事する多職種の連携やその資質向上を図ります。

*1 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

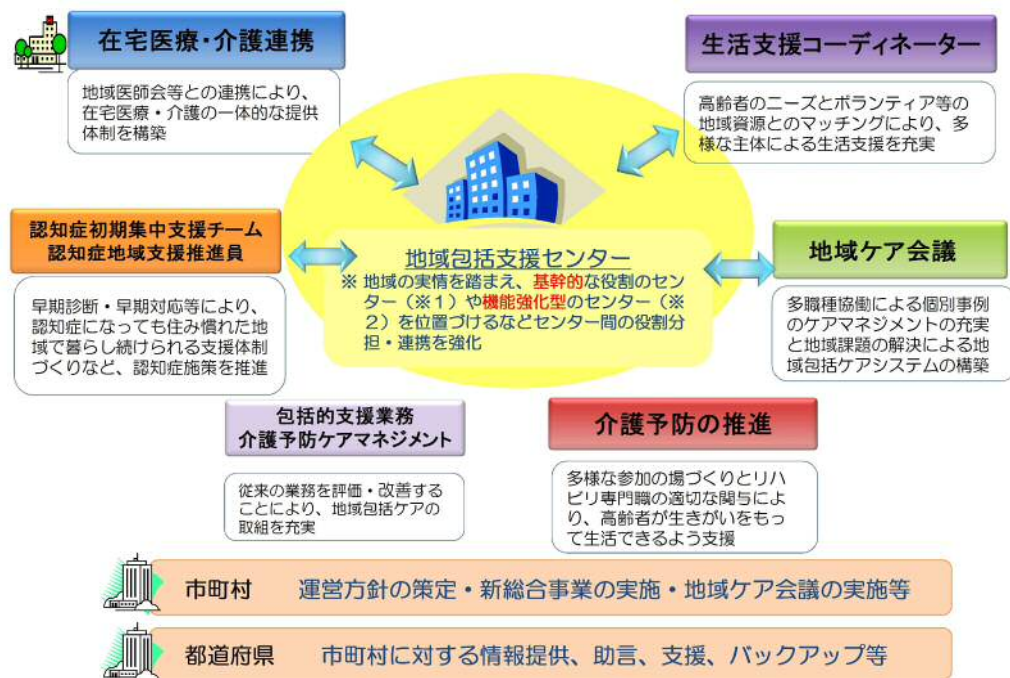
オ 地域包括支援センターの機能強化

- 市町村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^{*1}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。
- 高齢者の総合相談支援、介護予防ケアマネジメントや権利擁護等を担う地域包括支援センター職員の資質向上のための研修等を実施します。

カ 介護サービス基盤の整備

- 高齢者が安心して自立した生活が送れるよう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、市町村と連携し、施設・居住系サービス^{*2}を整備するなど、計画的な基盤整備を進めます。
- 要介護者の在宅生活を支えるために、市町村や事業者と連携し、24時間対応の介護サービス等の普及・定着を図っていきます。
- 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資質の向上に努めます。

【図表6-1-6】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介護福祉課作成〕

*1 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

*2 施設・居住系サービス：施設サービスとは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設を指す。居住系サービスとは、訪問介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所療養介護等を指す

第2節 在宅医療・終末期医療の体制整備

県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。

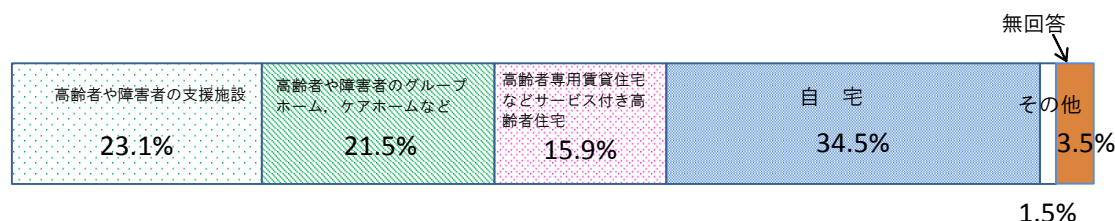
1 在宅医療の体制整備

【現状と課題】

ア 在宅医療を取り巻く状況

- 急性期医療を終えた回復期・慢性期患者の受け皿として、生活の質を重視した在宅医療のニーズはますます高まっています。
- 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急増しており、本県の在宅介護サービス利用者数は平成12年10月の35,823人から平成29年3月現在、57,499人に増加しています。
- 本県の在宅介護者の6割が60歳以上であり、在宅で療養する高齢者の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。
- 国の「長寿科学総合研究事業」によると、要介護者の約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。
- 訪問歯科診療の認知度が低く、施設での口腔ケアの必要性について入所者や家族の理解がなされていない状況にあります。
- 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、本県も新規の入院患者の1年未満の退院率が高くなっており、訪問看護の利用者も年々増加しています。その6割以上を総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等での療養を望んでいます。

【図表6-2-1】20歳以上の男女が入院以外の医療や介護を受けたい場所



[平成28年度県民保健医療意識調査]

イ 在宅医療の提供体制

- 在宅医療を担う県内の医療施設数（人口10万人対）は、全国に比べ高くなっています。

【図表6-2-2】在宅療養支援病院等数（人口10万人対）（単位：箇所）

区分	在宅療養支援病院数	在宅療養支援診療所数	在宅療養支援歯科診療所数	訪問看護事業所数	訪問薬剤指導を実施する施設数	麻薬小売業免許取得薬局数
本県	2.4	17.7	5.4	11.8	45.0	41.0
全国	0.9	11.6	4.8	8.0	36.2	35.4

[平成28年度版医療計画作成支援データブック（平成28年3月末時点診療報酬施設基準，平成27年介護給付費実態調査）]

- 本県の24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数（人口10万人対）は、圏域で差がみられます。高齢者人口千人に当たりの訪問看護利用実人員は11.1人で、全国14.1人より少なくなっています。
- 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7月調査においては、145か所のうち62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。

【図表6-2-3】訪問看護ステーションの対象別対応状況

(単位：人)

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

[県介護福祉課・障害福祉課・子ども福祉課作成]

- 医療上のニーズへの対応や介護者のレスパイト*などで利用する短期入所サービス事業所数(人口10万人対)は、生活介護及び療養介護とともに全国よりも多くなっていますが、生活介護の利用者数は、全国より少なくなっています。

【図表6-2-4】短期入所サービス事業所数と利用者数

(単位：箇所、人)

区分	事業所数			利用者数			
	短期入所生活介護	短期入所療養介護	計	短期入所生活介護	短期入所療養介護	計	
県	数	163	123	286	4,014	870	4,884
	人口10万人対	9.9	7.5	17.4	243.5	52.8	296.3
全国	数	8,961	4,898	13,859	331,049	55,132	386,181
	人口10万人対	7.1	3.9	10.9	260.5	43.4	303.9

[平成27年介護サービス施設・事業所調査、平成27年介護保険事業状況報告]

*1 レスパイト：在宅ケアをしている家族を癒やすために、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービス

- 「平成28年度県医療施設機能等調査」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（在宅患者診療・指導料算定機関）は33.0%となっています。

【図表6-2-5】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
病院	216	86 (39.8)	99 (45.8)	31 (14.4)
有床診療所	291	113 (38.8)	130 (44.7)	48 (16.5)
無床診療所	663	187 (28.2)	303 (45.7)	173 (26.1)
合計	1,170	386 (33.0)	532 (45.5)	252 (21.5)

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 在宅医療の推進に当たっては、関係市町村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。

ウ 地域医療構想を踏まえた在宅医療等の追加的需要

- 地域医療構想における平成37（2025）年の在宅医療等の必要量（医療需要）は、県計で27,207（人/日）（第7章第3節「3 病床の必要量（必要病床数）」参照）で、そのうち訪問診療のみの必要量（医療需要）は12,766（人/日）です。
- 地域医療構想の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、平成32（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175点未満の患者数）については、以下のとおりです。

【図表6-2-6】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

（単位：人/日）

保健医療圏	追加的需要	内訳			(参考) 平成37（2025）年の訪問診療（注2）
		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）	
鹿児島	1,136.63	418.20	247	471.43	5,499
南薩	433.30	149.31	252	31.99	620
川薩	171.76	66.07	84	21.69	838
出水	114.25	56.36	0	57.89	822
始良・伊佐	464.43	160.89	142	161.54	1,761
曾於	149.01	61.19	45	42.82	481
肝属	202.52	104.07	68	30.45	1,224
熊毛（注1）	27.53	23.34	20	0	180
奄美	200.68	92.38	33	75.30	1,341
合計	2,900.11	1,131.81	891	893.11	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、県では協議会を設置し、関係団体の相互の連携を図り、市町村の在宅医療介護の包括的かつ継続的な提供体制の推進を図ります。
- 市町村及び地域における訪問看護ステーションと拠点病院等の多職種による連携体制の構築を図るため、市町村や関係団体と連携した研修や事例検討等を支援します。
- 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るとともに、在宅歯科医療を担う人材育成を行います。
- 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促進を図ります。
- NICU等入院中から、保健所、市町村、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ると、退院した精神障害者の地域生活を維持するためには、訪問看護の充実が重要であることから、様々なニーズに対応可能な質の高い訪問看護ステーションの確保を促進します。

イ 退院に向けての支援

二次保健医療圏域ごとの退院調整ルールの策定支援など、患者の状況やニーズに応じ、入院から在宅への切れ目のない医療が提供されるよう関係者のネットワークの構築に努めます。

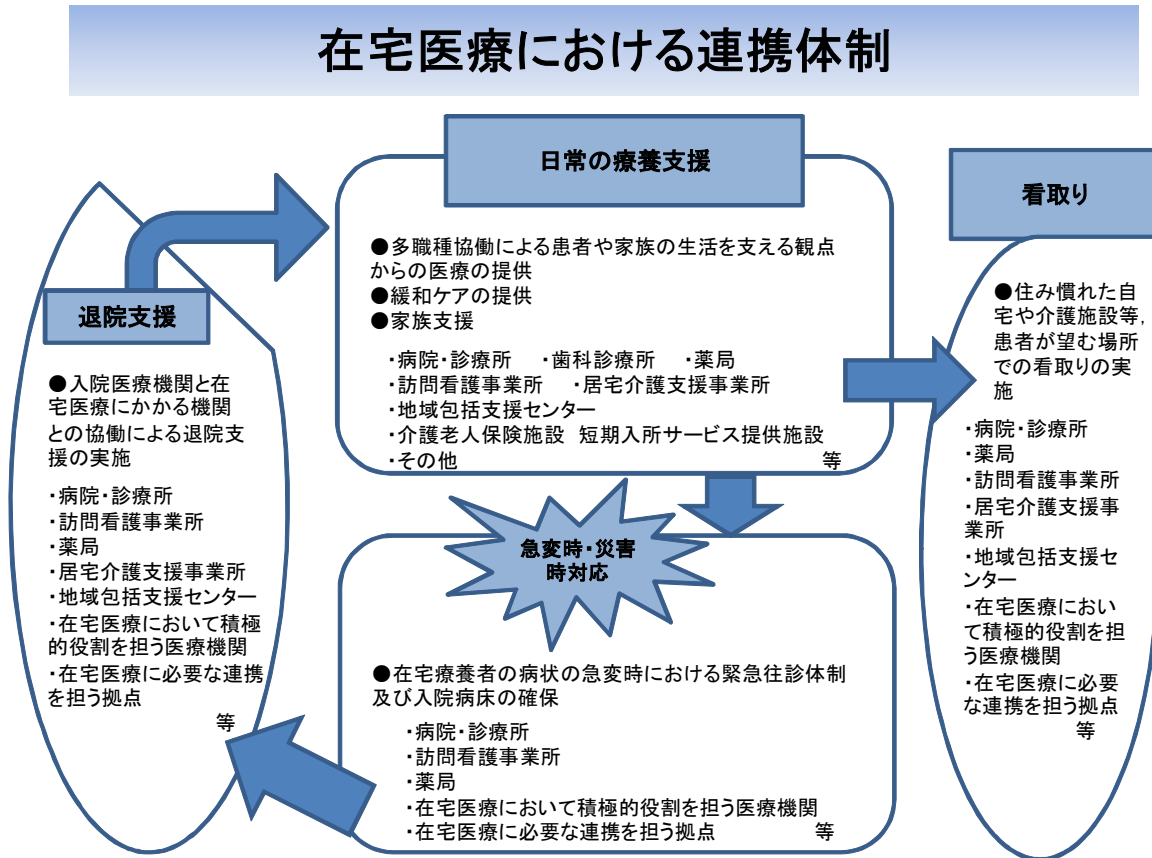
ウ 急変時の対応

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体制の構築を支援します。

エ 在宅医療に関する普及啓発

病院・診療所、歯科診療所、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、在宅医療に関する県民への情報提供や普及啓発を図ります。

【図表6-2-7】在宅医療の連携体制図



[県介護福祉課作成]

第6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6-2-8】在宅医療の医療連携体制

医療機能	【退院支援】		【日常の療養支援】
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こと。		患者の疾患、重症度に応じた医療(緩和ケアを含む)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こと。
関係機関	入院医療機関	在宅医療に係る機関	在宅医療に係る機関
	①病院・診療所 ②介護老人保健施設	①病院・診療所 ②歯科診療所 ③訪問看護事業所 ④薬局 ⑤在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ⑥在宅医療に必要な連携を担う拠点 ⑦居宅介護支援事業所 ⑧地域包括支援センター	①病院・診療所 ②歯科診療所 ③訪問看護事業所 ④訪問リハビリテーション ⑤通所リハビリテーション ⑥薬局 ⑦在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ⑧在宅医療に必要な連携を担う拠点 ⑨居宅介護支援事業所 ⑩地域包括支援センター ⑪訪問介護事業所 ⑫通所介護事業所 ⑬介護老人保健施設 ⑭短期入所サービス提供施設 ⑮地域密着型サービス事業所
関係機関に求められる事項	役割	①退院支援担当者等を配置している。 ②入院初期から退院後の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の資源の調整を行っている。 ④退院前カンファレンスや文書・電話等で在宅医療に係る機関との情報共有している。	①在宅療養者のニーズに応じた医療や介護サービスの調整を行っている。 ②医療や介護の関係者間で在宅療養者に関する情報を共有し、連携している。
	連携方法	①入院当初から、病院等の医師及び看護師、退院支援担当者等が連携を図り、患者の退院後の療養生活を考えた治療等療養支援ができる。 ②院内関係者間に限らず、院外関係者とも連携を図り、協働して退院に向けた支援ができる。	①在宅療養者の入院中から入院医療機関の医師及び看護師、退院支援担当者等と連携し、在宅療養への移行支援ができる。 ②在宅療養者の病状や治療方針、家族構成及び療養環境等の情報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。
任意事項	①双方の関係者が、カンファレンスやサービス担当者会議への出席や文書等により、療養患者や家族等に関する情報の共有を図る。 ②日頃からお互いに、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。	①小児や若年層の在宅療養者にも対応できる体制を確保している。	①日常において、他のサービス提供機関とサービス担当者会議や文書等を通じて、在宅療養者及び家族等の情報共有や意見交換を行い、支援体制を構築している。 ②日頃からお互いに、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多職種が、事例検討会や連絡会等に参加し、それぞれの役割や活動範囲等を把握し、職種間の連携強化に努めている。 ④24時間対応、急変時や看取りにおいて、独自で対応できるか、又は他医療機関との連携により対応できる体制を確保している。 ⑤在宅療養者の個別課題解決にとどまらず、在宅医療を推進するための地域支援ネットワークの構築や地域の課題発見などに資するために、地域包括支援センターや市町村が開催する地域ケア会議を活用する。 ⑥医療や介護のサービス事業所が限られている離島やへき地においては、市町村や地域包括支援センターがNPO・ボランティア等と協働した支え合いの体制を構築できるよう支援を行う。
圏域	日常生活圏域～二次医療圏域		日常生活圏域～市町村単位 (状況に応じて二次医療圏域含む)
在宅医療に求められる事項	【求められる事項】 ①上記退院支援から看取りまでの目標達成に向け、病院・診療所が自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援を行いながら、医療・介護現場での多職種連携の支援を行う。 【考えられる医療機関】 ①在宅療養支援病院、②在宅療養支援診療所等		
在宅医療に必要な連携を担う拠点	【求められる事項】 ①上記退院支援から看取りまでの目標達成に向け、在宅医療に必要な連携を担う拠点が、地域の実状に応じ、多職種による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図る。 【考えられる拠点】 ①病院・診療所、②訪問看護事業所、③地域医師会等関係機関、④保健所、⑤市町村等		

【県介護福祉課作成】

第6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

医療機能	【急変時対応】		【終末期(看取り)】		
目標	在宅療養者の病状の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こと。		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(看取り含む)を行うことができる体制を確保すること。		
関係機関	在宅医療に係る機関	入院医療機関	在宅医療に係る機関	入院医療機関	
	①病院・診療所 ②訪問看護事業所 ③薬局 ④在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ⑤在宅医療に必要な連携を担う拠点	①病院・診療所 ②在宅医療において積極的役割を担う医療機関	①病院・診療所 ②訪問看護事業所 ③薬局 ④在宅医療において積極的役割を担う医療機関 ⑤在宅医療に必要な連携を担う拠点 ⑥居宅介護支援事業所 ⑦地域包括支援センター ⑧訪問介護事業所 ⑨介護老人福祉施設 ⑩グループホーム	①病院・診療所 ②在宅医療において積極的役割を担う医療機関	
関係機関に求められる事項	役割	①急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者や家族等に提示している。 ②急変時、在宅療養者や家族から求めがあった際に、24時間対応可能な体制を確保しているか、又は対応困難な場合でも、圏域の拡大も含めて関係機関と連携し、24時間対応が可能な体制を確保している。 ③搬送について地域の消防関係者等と連携を図っている。	①急変時において、無床診療所等からの相談に対応し、必要に応じた一時受け入れを行っている。 ②重症等に対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築している。 ③搬送について地域の消防関係者等と連携を図っている。	①終末期に出現する症状に対する在宅療養者等の不安を解消し、患者が望む場所で最期まで安心して療養が受けられる体制を構築している。 ②在宅療養者・家族等に対して、医療や介護等に関する適切な情報提供を行っている。 ③介護施設等における終末期の療養に対し、必要に応じ支援している。	①終末期に出現する症状に対する在宅療養者等の不安を解消し、患者が望む場所で最期まで安心して療養が受けられる体制を構築している。 ②患者・家族等に対して、状況に応じた適切な情報提供を行っている。 ③在宅での療養が困難な場合は、必要に応じて受け入れている。
	連携方法	①症状悪化の早期発見ができるようサービス提供者間で個別の情報を共有できる体制がある。 ②急変時の支援体制について個々の在宅療養者に応じ、関係医療機関等と事前に機能連携、機能分担を整理しておく。	①24時間対応、急変時や看取りにおいて、独自に対応できるか、又は他医療機関との連携により対応できる体制がある。 ②緊急時受入の申出に円滑な受入ができるよう医療機関内の連携体制を整備する。 ③患者・家族の状況や治療に対する意向を十分ふまえた支援ができる。	①在宅療養者自身が終末期の迎え方について自己決定できるよう、本人及び家族等に対し、必要な支援をしている。 ②在宅療養者・家族等に対して、医療や介護等に関する適切な情報提供を行っている。 ③介護施設等における終末期の療養に対し、必要に応じ支援している。	①24時間対応、急変時や終末期療養において、独自に対応できるか、又は他医療機関との連携により対応できる体制がある。 ②急性期医療とは異なり、患者・家族の望む療養に沿った支援ができる。
任意事項	①急変時に円滑な連携が出来るよう、双方の対応窓口や担当者を確認・明示している。 ②急変時対応後に、カンファレンス等により在宅医療と医療機関等間の情報の共有を図り、在宅医療再開の支援を始めている。 ③日頃からお互いに、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。	①受入についてのルール等病院内外の関係者と情報を共有している。	①急変時や終末期療養において、円滑な連携が出来るよう、双方の対応窓口や担当者を確認・明示している。 ②日頃からお互いに、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。	①日常の支援・症状悪化等の予測対応できる専門職の確保や職員の研修や実習を行っている。	
圏域	日常生活圏域～二次医療圏域		日常生活圏域～二次医療圏域		
在宅医療を担う医療機関に求められる事項	【求められる事項】 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(産科の場合、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、在宅療養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	【求められる事項】 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在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施している。				

[県介護福祉課作成]

2 終末期医療の体制整備

【現状と課題】

ア 終末期医療の現状

- 本県の総死亡数は、平成12年の16,993人から平成27年の21,354人に、15年間で約4,300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、人生の最終段階における医療提供のあり方を検討する必要があります。
- 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27年には「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」として改定しました。
- 「平成28年度県民保健医療意識調査」によると、約4割の県民が住み慣れた自宅等で最期を迎えたいと望んでいる一方、実際に自宅で亡くなった人は9%となっています。

【図表6-2-9】 実際の死亡場所 (単位：%)

区分	医療機関	介護老人保健施設	自宅	その他
本県	80.0	2.5	9.0	8.4
全国	75.8	2.3	13.0	9.0

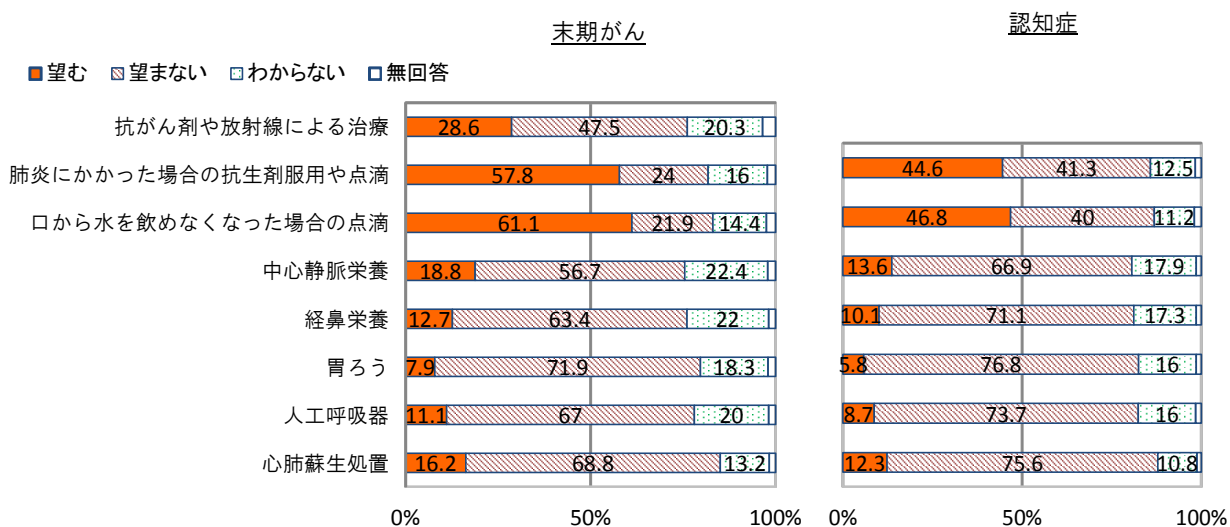
[平成28年人口動態調査]

- 「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。
- 国の「平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、様々な人生の最終段階の状況において希望する治療方針を詳細に尋ねたところ、末期がんや認知症が進行した場合等でも、侵襲¹性が高い等の一定以上の治療は望まない傾向にあります。
- また、同調査によると、リビング・ウィル²に賛成と回答した者の割合は69.7%となっています（前回平成20年度は61.9%）。

¹ 侵襲：外科手術などによって人体を切開したり、人体の一部を切除する行為や薬剤の投与によって生体内に何らかの変化をもたらす行為などを指す。

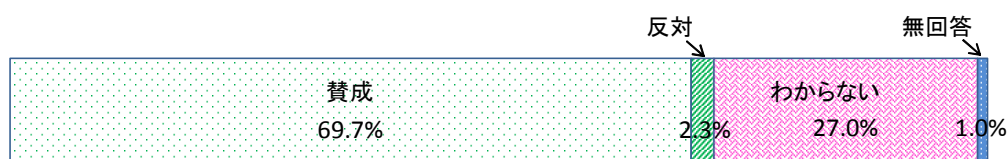
² リビング・ウィル：治る見込みがなく、死期が近いときには、延命医療を拒否することをあらかじめ、書面に記しておく、本人の意志を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する方法

【図表6-2-10】様々な人生の最終段階の状況において希望する治療方針（単位：％）



[平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査]

【図表6-2-11】リビング・ウィルと患者の意思の確認方法（単位：％）



[平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査]

イ 終末期医療の提供体制

- 本県の在宅看取りを実施している病院数(人口10万人対)は全国より多い状況ですが、診療所数は全国より少ない状況にあります。
また、ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数(人口10万人対)は全国を上回っています。

【図表6-2-12】在宅看取りの実施施設等（人口10万人対）（単位：箇所）

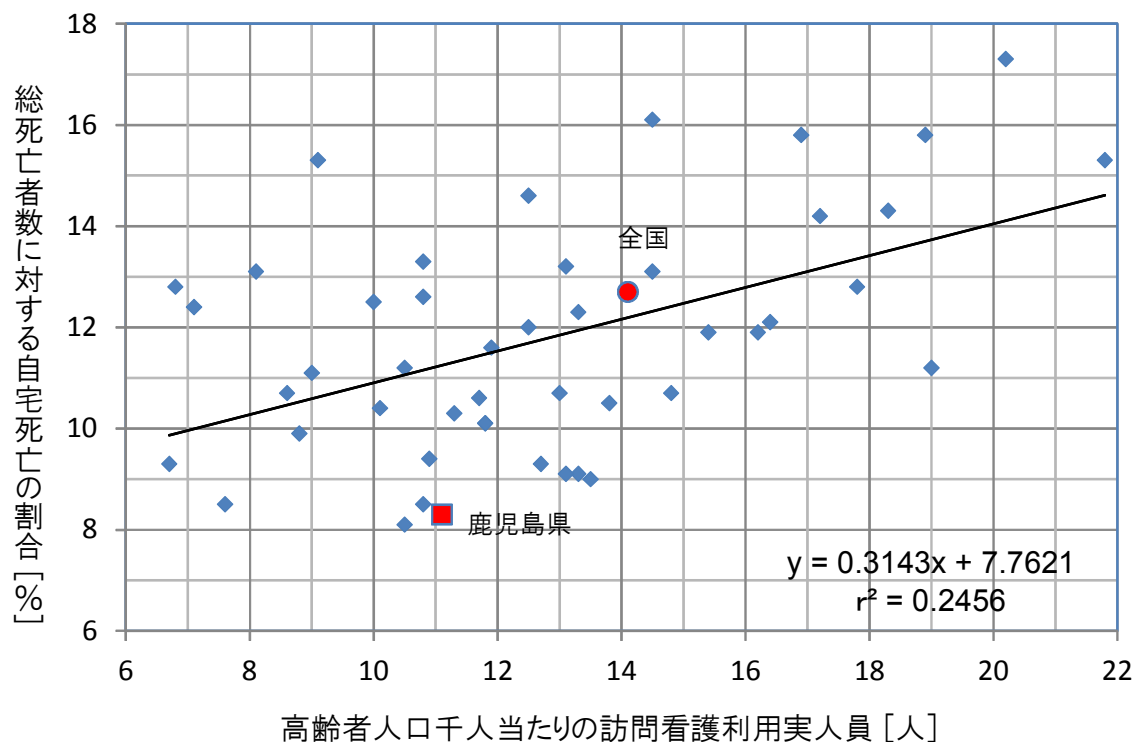
区分		在宅看取りを実施している病院	在宅看取りを実施している診療所	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数
本 県	平成24年	0.2	1.9	4.1
	平成27年	0.8	2.4	6.4
全 国	平成24年	0.2	2.4	3.5
	平成27年	0.4	3.4	5.2

[平成28年度版医療計画作成支援データブック（平成26年医療施設調査，平成27年介護サービス施設・事業所調査）]

- 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。

【図表6-2-13】訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合（平成27年）



[県介護福祉課調べ]

【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促進します。

イ 患者、家族等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や相談体制整備の促進を図ります。

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、市町村において、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

- 団塊の世代がすべて75歳以上となる平成37（2025）年には、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となり、高齢化の進行によって医療や介護を必要とする人の増加や、がんや脳卒中等による医療依存度の高い在宅療養者の増加が予想されているため、現在の医療・介護サービス提供体制のままでは十分対応できないことが見込まれています。
- 高齢化の進行や在宅療養を支える医療・介護資源等に大きな地域差があり、課題も地域ごとに異なることから、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ました。
- 介護保険制度に係る施策が市町村単位であることから、市町村が主体となって、在宅における医療・介護の連携を推進するためには、郡市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。
- 県では関係団体等と連携し、在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村の取組を推進するよう、広域的な体制づくりなどを支援しています。

イ 入院から在宅への移行等の状況

- 在宅医療を支える医療機関側の重要な条件として、「メディカルスタッフの確保」、「訪問看護ステーションの利用」、「チーム医療の体制整備や専門知識・技術の向上」等が挙げられています。

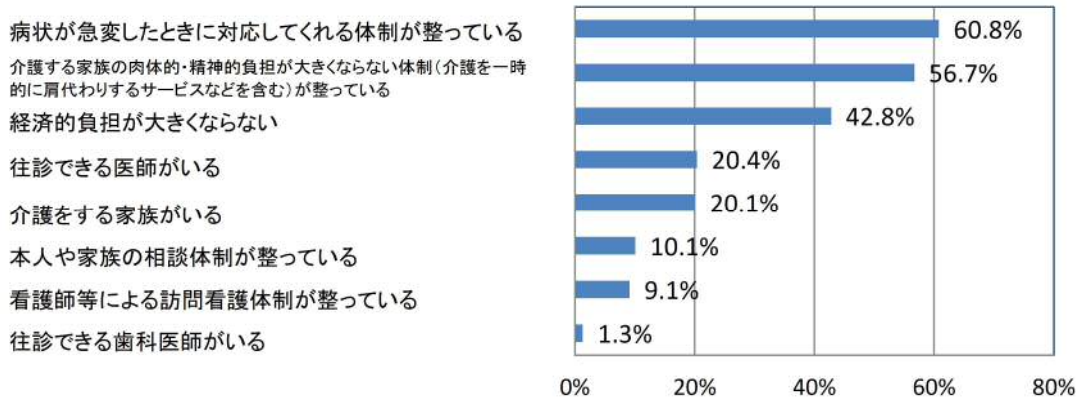
【図表6-3-1】在宅医療を実施するための重要な条件（複数回答）（単位：％）

区 分	病院	有床診療所	無床診療所
メディカルスタッフの確保	64.8（1位）	52.2（1位）	40.4（1位）
ケアをする家族の存在	62.5（2位）	50.5（2位）	38.3（3位）
後方入院施設	49.1	44.0	39.7（2位）
訪問看護ステーションの利用	54.6（3位）	44.0	32.7
介護ケアチームとの協働	51.4	47.1（3位）	33.5
地域の医師の協力体制	52.8	43.3	31.8
チーム医療の体制整備や専門知識・技術の向上	52.8	39.5	28.4
口腔管理・食支援の体制整備	44.0	36.1	24.9
診療報酬上の評価	46.8	37.5	25.5

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 県民が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、「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ならない体制が整っている」、「経済的負担が大きくなならない」ことが挙げられています。

【図表6-3-2】 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34.3%となっており、有床診療所においては17.2%となっています。

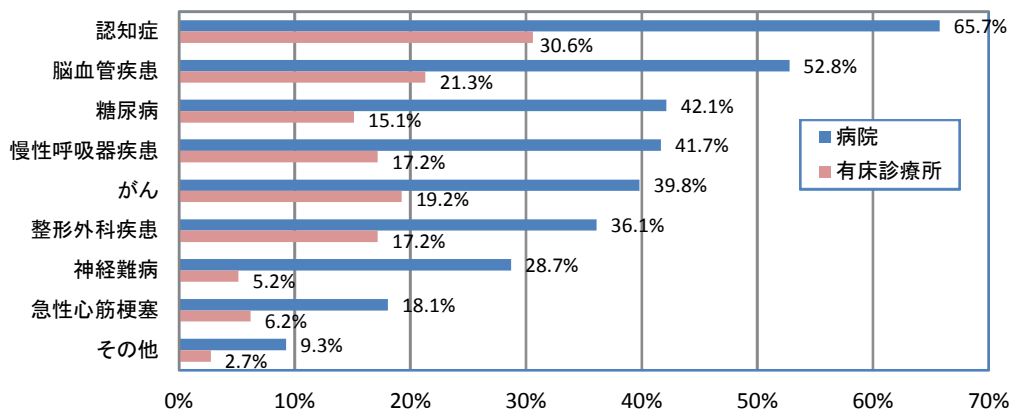
【図表6-3-3】 退院時カンファレンスの実施状況 (単位:%)

区分	回答医療機関数	原則として全て実施している	一部実施している	実施していない	無回答
病院	216か所	34.3	51.4	13.4	0.9
有床診療所	291か所	17.2	23.0	42.6	17.2

[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 病院、有床診療所が、退院後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6-3-4】 退院後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 (複数回答)



[平成28年度県医療施設機能等調査]

- 患者が病院と自宅等との間で円滑に入退院できるような入退院調整に係るルールについては、平成26年度に鹿児島保健医療圏域において、医療と介護関係者の協議により策定し運用しています。

【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、市町村単位で医療や介護の多職種が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等が円滑に進むよう、県内の全二次保健医療圏において入退院調整ルール策定に係る、市町村等関係者による協議を支援していきます。

イ 人材育成

- 入院から在宅への移行を含め、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提供ができるよう人材を育成に務めます。
- 医療と介護の連携が図られるよう、介護支援専門員や認知症介護実践者を対象とした研修の充実・強化に努めます。

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、訪問看護の利用を促進し、緊急時にも対応できるよう努めます。
- 家族介護者の介護負担軽減のために短期入所等の利用促進を図るとともに、市町村における家族交流会や介護技術の学習会等の実施を促進します。

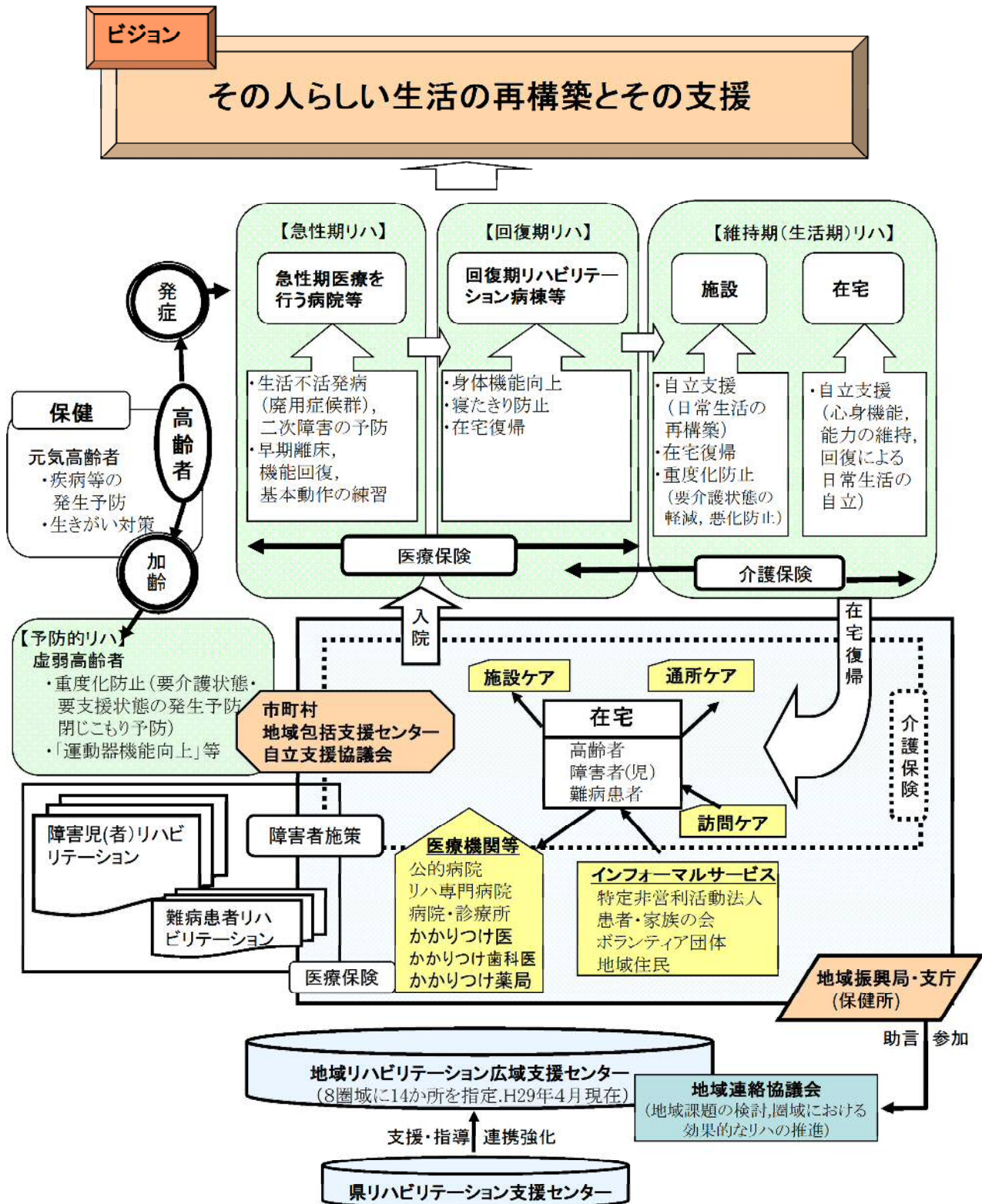
2 地域リハビリテーション支援体制の整備

【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。

【図表6-3-5】地域リハビリテーション支援体制図



[県介護福祉課作成]

- 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

- 県は、地域リハビリテーションの中核機関となる県リハビリテーション支援センターとして、鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンターを平成11年に指定、同センターは、各地域リハビリテーション広域支援センターへの技術支援等を行っています。
- 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います。
- 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153施設、一般診療所は257施設となっています（平成29年4月現在）。

【図表6-3-6】地域リハビリテーション広域支援センターの整備状況（平成28年4月）

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	○	○
	クオラリ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	○	○

指定期間：平成28年4月1日から平成31年3月31日まで（熊毛：未指定）

【県介護福祉課作成】

*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6-3-7】リハビリテーション科医療機関数（平成26年10月1日時点）

圏域 区分	鹿児島	南薩	川薩	出水	姶良・伊佐	曾於	肝属	熊毛	奄美	計
病院	65	19	9	5	26	6	10	3	10	153
一般診療所	108	28	19	9	40	12	25	2	14	257
病院＋一般診療所	173	47	28	14	66	18	35	5	24	410

[平成26年衛生統計年報]

【施策の方向性】

- リハビリテーション従事者が地域におけるリハビリテーションや市町村が実施する介護予防事業等の場で実践的な活動が行えるように、地域リハビリテーション広域支援センター等を中心に、リハビリテーション従事者等を対象とした研修会や技術援助により、従事者の資質の向上を図ります。
- 地域リハビリテーション広域支援センター等を中心とした医療・福祉・介護等の関係団体や市町村・地域包括支援センターの連携強化を図り、地域におけるリハビリテーション提供体制づくりを推進します。

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 高齢単身世帯等の支援

【現状と課題】

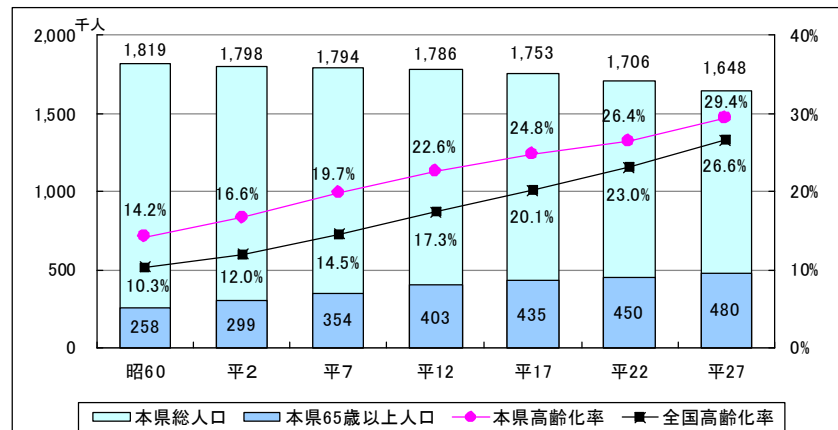
ア 本県の高齢化の現状

- 本県の高齢化率は、29.4%（平成27年10月）で、県民の3.4人に1人が65歳以上の高齢者であり、高齢化が全国（26.6%）より約5年先行しており、今後、更に高齢化が進むことが見込まれています。
- 高齢単身世帯は、一般世帯の15.3%（全国2位）、また、高齢夫婦世帯は、一般世帯の14.0%（全国5位）を占めており、高齢単身世帯と高齢夫婦世帯の占める割合が、全国と比較して高い状況です（第1章第3節「地域診断」参照）。

イ 独居高齢者等の支援の現状

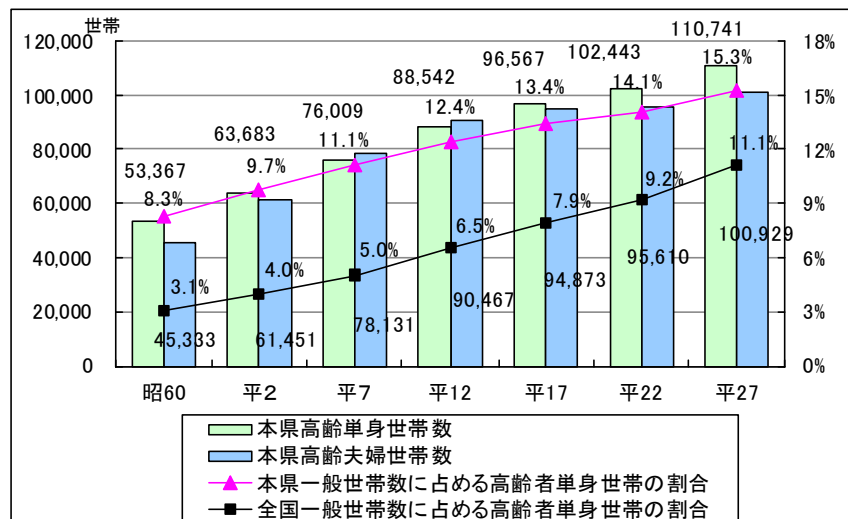
- 独居高齢者等が地域とのつながりを持ちながら、日常生活を安心して過ごすためには、住民相互の支え合いの環境の中で、生活全般にわたる支援が必要です。
- 独居高齢者等の孤立化を防ぐため、見守りや声かけなど住民主体による地域の見守り体制の充実を図る必要があります。
- 独居高齢者等が、閉じこもりにより活動性が低くなることを予防するため、身近な場所に住民主体の通いの場を作るなど、生きがいや役割を持って生活できるように支援する必要があります。
- フレイルの状態を経て要介護状態になる高齢者が増加していることから、低栄養や運動機能・認知機能の低下等フレイルの進行を予防する取組が重要です。
- 独居高齢者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。
- 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。

【図表6-4-1】 高齢者人口の推移（人口，高齢化率，全国高齢化率）



[国勢調査]

【図表6-4-2】 高齢单身・高齢夫婦世帯数の推移



[国勢調査]

【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、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村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促進します。
- 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。
- シルバーハウジング・プロジェクトや、サービス付き高齢者向け住宅の供給及び住宅のバリアフリー化を促進します。

2 認知症高齢者等の支援

【現状と課題】

ア 認知症高齢者等の状況

- 平成29年10月1日現在、本県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）高齢者は、62,588人であり、65歳以上の全要介護（要支援）認定者の62.9%を占めています。
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ています。
また、平成29年10月1日現在、本県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788人です。

【図表6-4-3】 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	495,218	99,458	19,868 (20.0%)	35,749 (35.9%)	20,322 (20.4%)	5,911 (5.9%)	606 (0.6%)	62,588 (62.9%)
40～64歳	522,085	1,850	398 (21.5%)	464 (25.1%)	209 (11.3%)	96 (5.2%)	19 (1.0%)	788 (42.6%)

(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

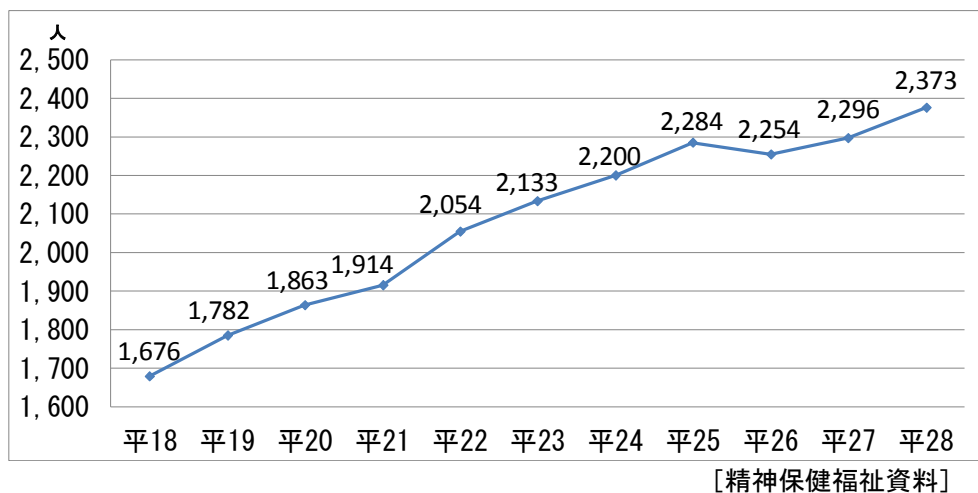
[県介護福祉課調べ]

(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。

- 認知症高齢者等の精神科病院入院者は、この10年間で約40%増加しています。一方、認知症治療病棟における1年以上の入院者は、全体の63.1%となっていることから、早期退院に向けた取組の充実を図る必要があります。

【図表6-4-4】 認知症を主たる疾病とする精神科病院入院者数の推移



【図表6-4-5】 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28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～	
アルツハイマー型認知症	0	0	43	120	1,195	1,358
血管性認知症	0	0	21	50	231	302
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0	9	147	148	409	713
計	0	9	211	318	1,835	2,373

[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代表的ですが、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、症状が改善したり、進行を遅らせたりすることが可能な場合もあります。

- 認知症高齢者等やその家族は、様々な悩みや不安を抱えていながら相談や支援要請などに結びついていない場合も多く、身近な地域で気軽に相談ができ、支援が受けられる体制が必要です。
- 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6-4-6】認知症サポーター一数の推移 (単位：人)

	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
全国	4,041,589	4,891,885	5,998,451	7,378,704	8,829,946
本県	58,956	73,696	95,012	115,009	135,303

[全国キャラバン・メイト連絡協議会調べ]

- 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供に資するため、市町村においては、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、認知症の発症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}を県内に9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、平成29年10月現在、県内全市町村で作成され、それぞ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：認知症の鑑別診断及び身体合併症や周辺症状への急性期対応、かかりつけ医等との連携や地域の人材育成、地域包括支援センターや介護サービス事業者との連携づくりを担う認知症に関する地域の中核的な医療機関

*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6-4-7】認知症疾患医療センター指定状況（平成29年度末現在）

二次保健医療圏	指定病院	所在地
鹿児島	谷山病院	鹿児島市小原町8番1号
	パールランド病院	鹿児島市犬迫町2253番地
南薩	ウエルフェア九州病院	枕崎市白沢北町191番地
川薩	宮之城病院	薩摩郡さつま町船木34番地
出水	荘記念病院	出水市高尾野町下水流862番地1
始良・伊佐	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
肝属	メンタルホスピタル鹿屋	鹿屋市田崎町1043番地1
奄美	奄美病院	奄美市名瀬浜里町170番地

[県介護福祉課調べ]

- かかりつけ医を対象とする研修を実施し、認知症対力の向上を図っていますが、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うとともに、医療・介護・福祉が連携した適切なケアの提供が重要です。
- 認知症サポート医については、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の目標値設定の基準である「一般診療所10か所に対して1人のサポート医の配置」を全二次保健医療圏で達成しています。

【図表6-4-8】もの忘れの相談ができる医師、認知症サポート医（平成29年12月末現在）
（単位：人）

二次保健医療圏	鹿児島	南薩	川薩	出水	始良・伊佐	曾於	肝属	熊本	奄美	計
もの忘れの相談ができる医師	159	43	45	22	65	14	36	6	29	419
認知症サポート医	82	17	25	10	31	17	23	6	22	233
国目標換算	61	11	12	6	19	5	12	2	9	137

[県介護福祉課調べ]

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等認定者のうち、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の取組を推進する必要があります。

*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

【図表6-4-9】 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25年度	86	4 (4.7%)	16 (18.6%)	57 (66.3%)
平成26年度	80	6 (7.5%)	11 (13.8%)	60 (75.0%)
平成27年度	116	16 (13.8%)	30 (25.9%)	65 (56.0%)

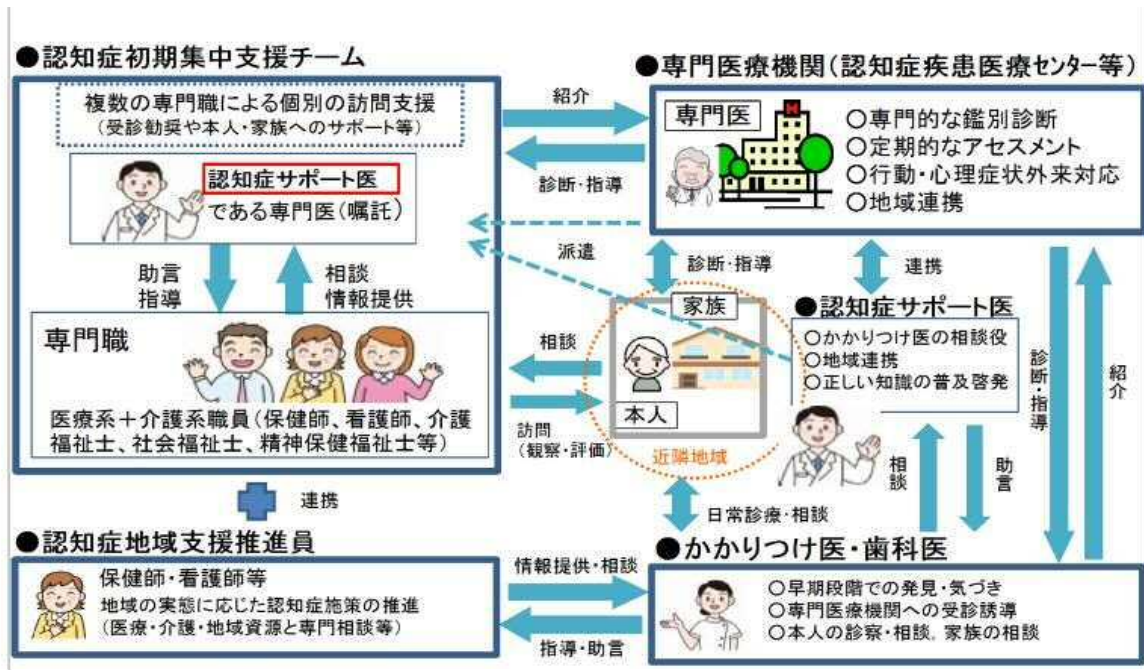
[県介護福祉課調べ]

【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、市町村における介護予防や生活習慣病予防の取組の促進を図ります。
- 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促進します。
- 認知症サポーターの養成、家族等の交流会などを通じて、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地域等の実情に応じた取組の促進を図ります。
- 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、活用に係る市町村の取組を促進します。
- 認知症高齢者等の自立支援やケアの質の向上を図るため、医療・介護従事者等への研修の充実や地域における指導者の育成等を行います。
- 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6-4-10】認知症初期集中支援チームの概要

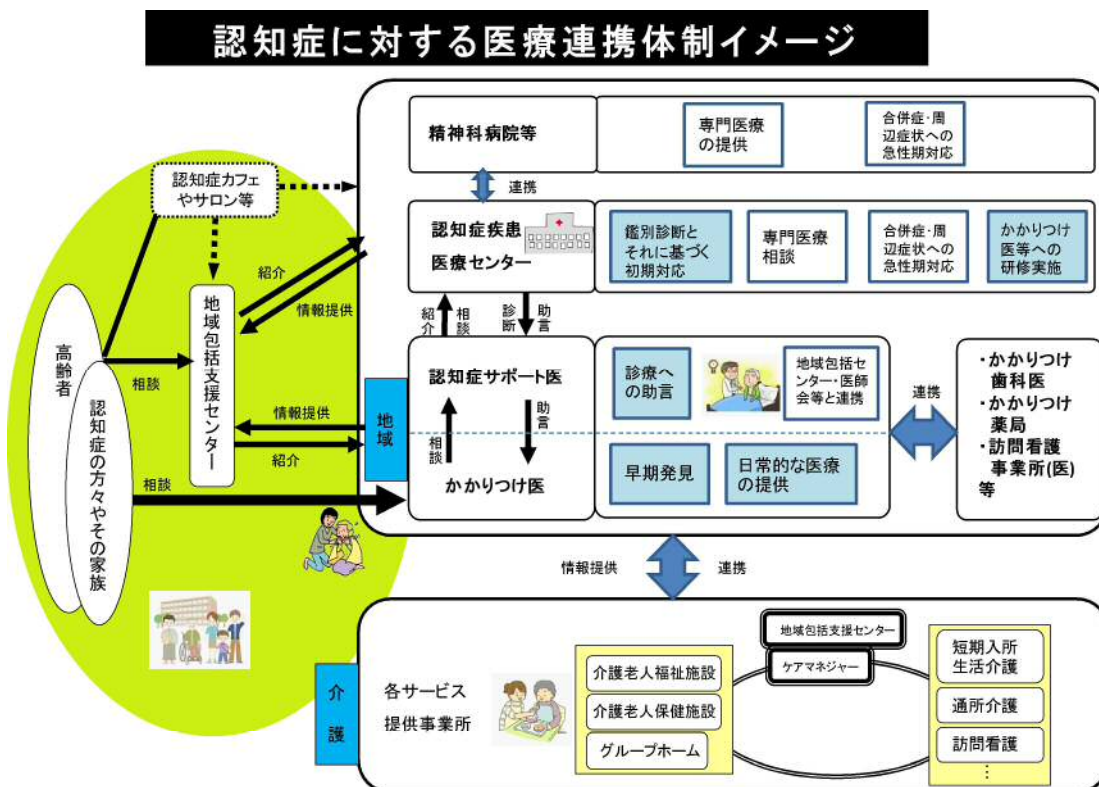


[厚生労働省資料を基に県介護福祉課で作成]

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。
- 身近な地域において適切な医療等を提供する体制を構築するため、認知症疾患医療センターの整備を図ります。
- 日常的な診療を行うかかりつけ医や医療従事者等の専門職に対し、研修等により認知症対応力の向上を図ります。
- 認知症サポート医の育成や効果的な活用を行うことにより、かかりつけ医に対する支援や地域包括支援センター等との連携の強化を図ります。
- 医療・介護等関係者の情報共有の仕組みを構築するとともに、連携してケアを提供する取組を推進します。

【図表6-4-11】 認知症の医療連携体制のイメージ



[県介護福祉課作成]

ウ 市町村等と連携した権利擁護対策

- 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。
- 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会等の介護者の負担軽減を図るための支援を促進します。
- 成年後見制度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。

《コラム》 認知症の種類（主なもの）

認知症の種類（主なもの）

認知症にはその原因などにより、いくつか種類があります。

■ アルツハイマー型認知症

◆ 脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮がおこります。

【症状】

昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていくます。

■ 血管性認知症

◆ 脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が主な原因です。

【症状】

脳血管障害が起こるたびに段階的に進行します。また障害を受けた部位によって症状が異なります。

■ レビー小体型認知症

◆ 脳内にたまったレビー小体という特殊なたんぱく質により脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。

【症状】

現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。

■ 前頭側頭葉型認知症

◆ 脳の前頭葉や側頭葉で、神経細胞が減少して脳が萎縮する病気です。

【症状】

感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。

第5節 障害者・難病患者等の支援

障害や難病などの疾病により、健常者に比べより多くの支援が必要な方々が、健康づくりから介護まで保健・医療・福祉のサービスを適切に受けることのできる社会を目指します。

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18年に障害者自立支援法^{*1}が施行され、身体・知的・精神障害の3障害で別々に実施されていたサービスが一元化されるとともに、平成23年には障害者基本法^{*2}が改正されるなど、障害者を取り巻く環境は大きく変化しました。
- 平成25年度には障害者総合支援法^{*3}が施行されるとともに、障害者の権利に関する条約^{*4}が批准され、平成28年度には障害者差別解消法^{*5}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^{*6}」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^{*7}」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

- 平成28年度末の身体障害者数は96,239人で、平成18年度末の102,133人より5.8ポイント減少しています。
また、平成28年度末において人口に占める割合は5.9%（平成23年度末は6.3%）となっています。

*1 障害者自立支援法：障害者基本法の基本理念に則り、福祉サービス、公費負担医療等について共通の制度の下で一元化し、自立に向けた支援を提供するため、平成18年4月施行

*2 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

*3 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）

*4 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

*5 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

*6 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

*7 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

- 年齢別では65歳以上の人口に占める（障害者の）割合が大きく14.8%となっています。
- 内容別で見ると内部障害のみが平成18年度末から3.4ポイント増加しており、他の障害は減少しています。
また、内部障害においては、心臓機能障害が約6割、腎臓機能障害が約2割を占めています。
- 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28年度末で48.1%（平成23年度末は49.1%）となっており、約半数が重度の障害者となっています。

【図表6-5-1】年齢別の身体障害者手帳交付状況

	平成18年度末		平成23年度末		平成28年度末		
	(人)	人口比 (%)	(人)	人口比 (%)	(人)	人口比 (%)	18年度末比 (%)
18歳未満	1,495	0.5	1,487	0.5	1,437	0.5	96.1
18歳～64歳	28,432	2.9	28,297	2.9	22,571	2.6	79.4
65歳以上	72,206	16.4	76,491	14.8	72,231	14.8	100.0
合計	102,133	5.9	106,275	5.9	96,239	5.9	94.2

[県障害福祉課調べ]

【図表6-5-2】内容別の身体障害者手帳交付状況

	平成18年度末		平成23年度末		平成28年度末		
	(人)	構成比 (%)	(人)	構成比 (%)	(人)	構成比 (%)	18年度末比 (%)
視覚障害	9,575	9.4	8,746	8.2	7,121	7.4	74.4
聴覚障害	11,299	11.1	11,321	10.7	10,285	10.7	91.0
言語障害	970	0.9	981	0.9	931	1.0	96.0
肢体不自由	54,620	53.5	57,006	53.6	51,355	53.3	94.0
内部障害	25,669	25.1	28,221	26.6	26,547	27.6	103.4
合計	102,133	100	106,275	100	96,239	100	94.2

[県障害福祉課調べ]

【図表6-5-3】内部障害者の状況

	平成20年度末		平成23年度末		平成28年度末		
	(人)	構成比 (%)	(人)	構成比 (%)	(人)	構成比 (%)	20年度末比 (%)
心臓機能障害	16,932	62.1	17,354	61.5	16,264	61.3	96.1
じん臓機能障害	5,523	20.2	5,807	20.6	5,844	22.0	105.8
呼吸器機能障害	1,909	7.0	1,821	6.5	1,285	4.8	67.3
ぼうこう・直腸機能障害	2,811	10.3	2,995	10.6	2,818	10.6	100.3
小腸機能障害	60	0.2	71	0.3	62	0.2	103.3
免疫機能障害	50	0.2	83	0.3	138	0.5	276.0
肝臓機能障害	-	-	90	0.3	136	0.5	-
合計	27,285	100	28,221	100	26,547	100	97.3

[県障害福祉課調べ]

【図表6-5-4】程度別の身体障害者手帳交付状況

	平成18年度末		平成23年度末		平成28年度末		
	(人)	構成比 (%)	(人)	構成比 (%)	(人)	構成比 (%)	18年度末比 (%)
1級	30,722	30.1	32,470	30.6	29,414	30.5	95.7
2級	20,448	20.0	19,724	18.6	16,920	17.6	82.8
3級	18,183	17.8	19,069	17.9	16,729	17.4	92.0
4級	18,441	18.1	21,306	20.0	20,977	21.8	113.8
5級	6,625	6.5	6,156	5.8	5,492	5.7	82.9
6級	7,714	7.5	7,550	7.1	6,707	7.0	87.0
合計	102,133	100	106,275	100	96,239	100	94.2

[県障害福祉課調べ]

(イ) 知的障害

- 平成28年度末の知的障害者数は18,829人で、平成18年度末の14,287人より31.8ポイント増加しています。また、平成28年度末において人口に占める割合は1.2%（平成23年度末は1.0%）となっています。
- 程度別では中・軽度の知的障害者（療育手帳所持者のうちB, B1及びB2）の伸び率が大きくなっており、障害の早期発見等に対する取組などにより、軽度の知的障害者の手帳取得が進んだことが主な理由と考えられます。
- 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28年度末で44.8%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。

【図表6-5-5】年齢別の療育手帳交付状況

	平成18年度末		平成23年度末		平成28年度末		
	(人)	人口比 (%)	(人)	人口比 (%)	(人)	人口比 (%)	18年度末比 (%)
18歳未満	2,519	1.0	3,031	1.1	3,489	1.3	138.5
18歳～64歳	10,082	1.0	11,209	1.2	12,478	1.4	123.8
65歳以上	1,686	0.4	1,984	0.4	2,862	0.6	169.8
合計	14,287	0.8	16,224	1.0	18,829	1.2	131.8

[県障害福祉課調べ]

【図表6-5-6】程度別の療育手帳交付状況

	平成18年度末		平成23年度末		平成28年度末		
	(人)	人口比 (%)	(人)	人口比 (%)	(人)	人口比 (%)	18年度末比 (%)
最重度・重度	6,984	48.9	7,748	47.8	8,443	44.8	120.9
中・軽度	7,303	51.1	8,476	52.2	10,386	55.2	142.2
合計	14,287	100	16,224	100	18,829	100	131.8

最重度・重度＝A, A1, A2 中・軽度＝B, B1, B2

[県障害福祉課調べ]

(ウ) 精神障害

- 平成28年6月末時点の精神病床における入院患者数は8,689人で、平成18年6月末の9,381人より7.4%減少しています。また、平成28年度の平均在院日数は361日で、全国平均を大きく上回っていますが、徐々に減少してきており、1年未満の入院者の退院が促進されたことが理由と考えられます。
- 平成28年度の自立支援医療（精神通院医療）申請承認件数は23,116人で、平成18年度の17,117人より35.0%増加しています。
- 平成28年度末の程度別の精神障害者保健福祉手帳交付状況では、2級の所持者が75.0%と最も多く、次いで3級が22.2%、1級が2.8%となっています。

【図表6-5-7】精神障害者の入院・通院の状況

	平成18年度	平成23年度	平成28年度	
	(人)	(人)	(人)	18年度比(%)
入院患者	9,381	9,145	8,689	92.6
通院患者	17,117	19,636	23,116	135.0

(注) 入院患者数は、各年度6月30日現在の数。通院患者数は、自立支援医療（精神通院医療）申請承認件数であり、平成18年4月から有効期限が2年から1年となっている。

[県障害福祉課調べ]

【図表6-5-8】程度別の精神障害者保健福祉手帳交付状況

	平成18年度末		平成23年度末		平成28年度末		
	(人)	構成比(%)	(人)	構成比(%)	(人)	構成比(%)	18年度末比(%)
1級	484	5.6	292	3.3	343	2.9	70.9
2級	6,062	70.3	6,877	76.7	8,880	75.1	146.5
3級	2,081	24.1	1,788	20.0	2,607	22.0	125.3
合計	8,627	100	8,957	100	11,830	100	137.1

[県障害福祉課調べ]

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。
- こども総合療育センターが平成22年6月に本格オープンし、発達障害をはじめとする障害児又はその疑いのある子どもに対する診療・療育、地域療育支援や肢体不自由児等に対するリハビリなどを実施しています。

【図表6-5-9】 こども総合療育センターにおける診療等実績

	平成23年度	平成28年度	
	(件)	(件)	23年度比 (%)
初診件数	809	654	80.8
再診件数	4,027	6,766	168.0
療育件数	2,571	3,706	144.1

[県障害福祉課調べ]

- 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。
- 市町村においては、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、市町村、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、相談支援事業所等で対応しているほか、発達障害者支援センター^{*1}や高次脳機能障害者支援センター^{*2}など専門的な機関においても取り組んでいます。

(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において、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援を行うとともに、高次脳機能障害に関する正しい理解を促進するための普及・啓発、支援関係者への研修等を行っています。

また、支援拠点病院・協力病院等をはじめとする関係機関の支援体制の充実が必要です。

(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^{*3}内に設置されている「ひきこもり地域支援センター^{*4}」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。

*1 発達障害者支援センター：発達障害児（者）やその家族に対し、専門的な相談支援のほか、発達支援や就労支援、発達障害に関する普及啓発や研修などを実施（こども総合療育センター内に設置）

*2 高次脳機能障害者支援センター：高次脳機能障害者の支援拠点機関。専門的な相談支援、関係機関との地域支援ネットワークの充実、関係者への研修等を実施

*3 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

*4 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

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、育成医療など自立支援医療の給付が行われています。

特に、精神通院医療の給付件数が増加しています。

【図表6-5-10】自立支援医療の給付件数

	平成18年度	平成23年度	平成28年度	
	(件)	(件)	(件)	18年度比 (%)
育成医療	3,303	3,061	2,224	67.3
更生医療	33,174	40,601	25,925	78.1
精神通院医療	217,911	289,168	359,547	165.0

[県障害福祉課調べ]

- 育成医療においては、音声・言語・咀嚼機能関係の受給割合が全体の36.4%と最も高く、次に肢体不自由の26.6%となっています。

また、更生医療においては、腎臓機能障害による受給割合が全体の85.5%を占めています。

【図表6-5-11】育成医療・更生医療の受給状況（平成28年度）

	育成医療		更生医療	
	受給者数 (人)	割合 (%)	受給者数 (人)	割合 (%)
視覚	185	13.6	—	—
聴覚・平衡	39	2.9	10	0.2
音声・言語・そしゃく機能	496	36.4	—	—
肢体不自由	362	26.6	54	1.3
心臓機能	66	4.9	350	8.2
腎臓機能	—	—	3,642	85.5
小腸機能	2	0.2	—	—
肝臓機能	4	0.3	63	1.5
その他	208	15.3	142	3.3
合計	1,362	100	4,261	100

[県障害福祉課調べ]

- 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により、障害の防止に取り組んでいます。

平成27年度の健診において、要精密・要医療の所見があった割合は、1歳6か月児健診が3.8%（平成23年度：3.2%）、3歳児健診が6.7%（平成23年度：4.8%）となっています。

- 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、オレンジ学園など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。

- 本県においては、障害者の割合が全国と比較して高いことから、糖尿病や脳血管疾患など障害につながる恐れがある生活習慣病等の発生・重症化の予防に努める必要があります。

- 先天性代謝異常や性同一性障害、脳脊髄液減少症など、個別の障害についてもそれぞれの障害の特性を念頭に置きながら、対応に努めていく必要があります。

【施策の方向性】

ア 発達障害児等への支援の充実

(ア) 地域療育支援

- 乳幼児健診において、要経過観察となった児童や、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。

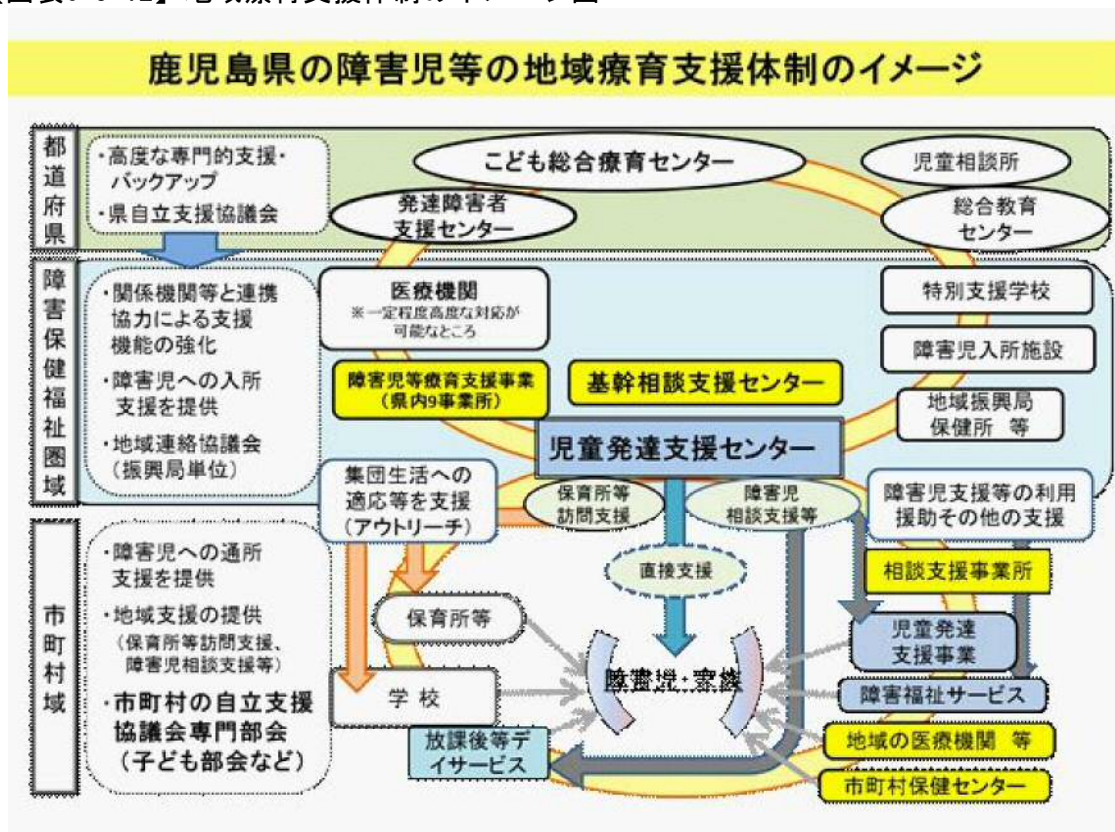
支援体制の構築に当たっては、市町村や児童発達支援センター、保育所・幼稚園、学校、障害児等療育支援事業所等の有機的ネットワーク化を図り、関係機関が連携を密にして、療育指導方針の共有や複合的な支援が行われるように努めます。

- 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、こども総合療育センター等、県の関係機関との連携を図り、サービス提供体制の充実に努めます。

- 障害児等療育支援事業所において、在宅障害児に対する訪問療育・外来療育等を実施し、地域における障害児の療育を支援します。

【図表6-5-12】 地域療育支援体制のイメージ図



〔県こども総合療育センター作成〕

(イ) こども総合療育センター

- こども総合療育センターにおいて、発達障害をはじめとする障害児等の診療や療育、地域療育の支援、肢体不自由児に対するリハビリなどを実施します。
- こども総合療育センターは、本県における障害児支援の中核施設であり、職員の資質向上などにより専門機能の充実に努めます。
- こども総合療育センター内に設置している発達障害者支援センターにおいて、発達支援から就労支援までライフステージに応じた相談や支援に努めます。

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、保健関係者を始め教育関係者にも研修対象を拡大して実施し、保健、医療、福祉、就学、就労等の関係機関と支援体制の充実に努めます。

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保健所、市町村等の関係機関・団体と連携を強化し、支援体制の充実に努めます。

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来す脳血管疾患・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

- 乳幼児健康診査や育児相談等で要経過観察となった児に対し、小児科医や心理判定員、理学療法士の専門スタッフが発達相談を行うとともに、療育の支援を行います（離島4保健所で実施）。
- こども総合療育センターにおいて、小児発達専門医や精神科医をはじめ、心理士や作業療法士等の専門スタッフにより、発達障害をはじめとする障害児又はその疑いのある子どもを対象に診療・療育、地域療育支援等を実施します。
また、離島等の来所相談が困難な未就学の障害児を主な対象に巡回療育相談を実施します。

- どの地域においても一定水準の発達障害の診療及び対応を可能とすることを目的として、小児科医などのかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害に関する対応力向上研修を実施します。
- 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。
- 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

- 各年代における日常の生活様式や習慣を重視し、ライフステージや、家庭・学校・職場・地域といったそれぞれの生活の場における、心の健康について、正しい知識の普及啓発と、こころの健康の保持・増進に努めます。
- こころの健康の大切さについて、健康関連団体等と連携し、普及啓発を図るとともに、精神障害に対する差別や偏見の解消に努めます。
- 不安や悩みを抱えている障害者が、気軽に相談機関を利用できる体制の充実に努めるため、広く各種相談窓口の周知を図ります。
- 障害者（児）が医療機関等を受診する際において、合理的配慮がなされ、障害者が社会的障壁を感じることはないよう啓発に努めます。
- 高次脳機能障害者支援センターや、難病・相談支援センターにおいて、障害の特性に応じた相談や医療に関する情報の提供に努めます。
- 発達障害に対する正しい理解を深めるため、発達障害者支援センターをはじめとして、普及啓発に努めます。

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、それまでの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疾病が対象となりました。
- 本県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）は疾病数の増加等に伴い年々増加しており、平成29年3月末現在で15,251人となっています。

【図表6-5-13】患者数の推移 （単位：人）

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
13,156	13,688	13,971	14,939	15,251

（注）平成24年度及び平成25年度は特定疾患治療研究事業の認定患者数

- 国においては、平成27年9月に「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針（以下「基本方針）」を策定し、医療提供体制の確保に関する事項や療養生活の環境整備に関する事項等を定めています。
 - 難病法や基本指針等に基づき、各都道府県における地域の実情等に応じた医療提供体制を構築する必要があります。
- #### イ 難病患者のニーズの多様化
- 難病は、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多くあります。
 - 「平成28年度療養生活状況調査」においても、難病患者の困り事や相談事は、「食事や日常生活のこと」、「療養費や生活費について」、「仕事の継続について」など多岐にわたっています。

【図表6-5-14】療養生活で困っていることや相談したいこと（複数回答）（単位：人）

内 容	回答者数
食事や日常生活のこと	1,927
療養費や生活費について	1,534
仕事の継続について	1,261
趣味活動に参加できない	823
家族や支援者の病気への理解	622
家事ができない、家事をする人がいない	442

[平成28年度難病患者療養生活状況調査（回答者数13,300人）]

ウ 相談・支援体制の現状

- 県難病相談・支援センターを拠点施設とし、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6-5-15】県難病相談・支援センター及び県保健所における延相談者数（単位：人）

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
県難病セ	3,561	4,181	5,670	5,336	4,623
県保健所	12,315	10,408	15,580	18,863	18,947

- 県難病相談・支援センターや保健所において、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6-5-16】医療相談等の実施状況

区分	平成26年度	平成27年度	平成28年度
医療相談延件数	504件	453件	500件
訪問指導延件数	431件	333件	388件
巡回相談	8回	8回	7回

- 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28年度末時点）からなる重症難病医療ネットワークを構築し、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。
- 各保健所では、災害時等に患者へ必要な支援が提供できるように、平常時から管内の市町村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 難病医療拠点病院：難病医療提供体制の拠点的功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。

【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・支援センターを拠点に、地域難病相談・支援センター(保健所)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・支援センターや保健所において、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、保健所や医療機関、介護・福祉関係機関、市町村、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、市町村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。
- 病状増悪時等の緊急時の支援としては、在宅療養が困難になった患者の入院等に円滑に対応できるよう、難病医療コーディネーター^{*1}等と連携し、入院施設等の調整を図ります。
- 災害時の支援としては、市町村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、各保健所から、必要となる難病患者の情報提供を行います。
難病患者等に対しては、「災害時あんしん手帳^{*2}」の活用について啓発を図ります。
また、各地域に設置している難病対策地域協議会において地域の関係者との連携を図り、災害発生時においても円滑な支援が行える体制の整備に努めます。

ウ 難病患者の医療の確保

- 難病法に基づく指定難病について、引き続き国の制度に基づき患者の医療費等の負担軽減の対策に努めます。
- 難病の診断及び治療には、多くの医療機関や診療科等が関係することから、早期に正しい診断ができる体制の整備と、診断後は、より身近な医療機関で適切な医療を受けることがで

*1 難病医療コーディネーター：難病医療の確保に関する関係機関との連絡調整や、患者からの各種相談に応じるとともに、必要に応じて保健所等の関係機関への適切な紹介や支援要請を行うなどの役割を担う（平成18年度から県内に1名配置）。

*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。

きる体制の整備，県内外における診療ネットワークの構築，医療従事者，患者本人及び家族等に対する医療提供体制についての情報の提供などを行うため，「難病医療ネットワーク（仮称）」を設置し，難病患者に対する良質かつ適切な医療の確保に努めます。

- 難病診療連携の拠点となる病院や関係機関・団体と連携して，医療従事者，保健所職員，介護関係者等を対象に研修を行い，質の高い効果的な支援が提供できるように努めます。

エ 難病患者団体との連携

- 各難病患者団体と緊密な連携を図り，定期的な情報交換や在宅療養上の支援の在り方についての意見交換を行うとともに，新たに発足しようとする難病患者団体の養成や育成に取り組みます。
- 患者団体が行うピア相談（患者当事者同士の相談）や患者交流会等の活動を支援し，難病患者及び家族の生活の質の向上に努めます。

3 小児慢性特定疾病児童等の支援

【現状と課題】

ア 小児慢性特定疾病児童等の状況

- 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，平成26年に医療費支援が児童福祉法に明記されたことに伴い，平成27年1月から，新制度の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。
- 医療費助成の対象疾患は拡大し，平成29年4月現在で14疾患群722疾病となっており，平成28年度の受給者数は2,544人で年々増加傾向にあります。

【図表6-5-17】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 24年度	平成 25年度	平成 26年度	平成 27年度	平成28年度	
						割合
悪性新生物	245	236	326	238	247	9.7%
慢性腎疾患	196	211	290	218	210	8.3%
慢性呼吸器疾患	55	61	97	55	62	2.4%
慢性心疾患	570	606	835	655	632	24.8%
内分泌疾患	764	790	1,100	789	791	31.1%
膠原病	87	84	113	62	62	2.4%
糖尿病	150	143	240	158	158	6.2%
先天性代謝異常	66	67	96	52	42	1.7%
血友病等血液・免疫疾患(※1)	115	120	133	63	77	3.0%
神経・筋疾患	43	50	112	129	138	5.4%
慢性消化器疾患	13	15	38	72	92	3.6%
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群(※2)	—	—	2	25	27	1.1%
皮膚疾患(※2)	—	—	1	4	6	0.2%
計	2,304	2,383	3,383	2,520	2,544	100%

(注) 平成26年度は，旧制度と新制度（H27年1月以降）の重複受給者を含む。

※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

※2 新制度での疾患群

【県子ども福祉課調べ】

- 平成29年10月現在、県内の小児慢性特定疾病医療費助成の指定医療機関は996か所で、内訳は病院・診療所221か所、訪問看護ステーション67か所、薬局708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行っています。

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。
- 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、自立支援員を主要な医療機関に配置して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しています。自立支援員の活用について、患者やその家族への周知を図る必要があります。
- 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。
- 患者やその家族の悩みや相談に対応し、必要な情報を提供するために、患者家族会と連携し、交流会や相談会を実施するほか、長期入院児への学習支援を実施しています。
- 支援の方策等を検討するため、保健・医療、福祉、教育等の関係機関、患者家族会、自立支援員等で構成される協議会（小児慢性特定疾病児童等地域支援協議会）を平成27年度から設置しています。また、保健所においても、管内の関係機関からなる連携会議を開催し、支援体制づくりに努めています。
- 小児慢性特定疾病児等は、長期にわたって医療的ケアが必要な児童等であることから、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。

【施策の方向性】

ア 医療費の負担軽減等

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。また、小児慢性特定疾病日常生活用具給付事業により、生活の便宜を図り、患者やその家族の生活の質（QOL）の向上に努めます。

イ 相談支援体制の充実

- 自立支援員の活用や保健所等の相談窓口の利用を促進し、保健・医療・福祉サービスや地域のインフォーマルサービス等、患者やその家族が必要とする様々な支援についての情報提供や相談支援に努めます。
- 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。

- 患者やその家族が安心して在宅療養生活を送れるよう、保健・医療、福祉、教育等の関係機関や患者家族会、自立支援員等の連携を強化し、地域における療養支援体制の充実に努めます。
- 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。