

# 第 7 次菊池地域保健医療計画

(平成 30 (2018) ~ 平成 35 (2023) 年度)

平成 30 年 3 月

熊本県菊池保健所



# 目次

はじめに	1
第1編 地域の概要	5
第2編 基本計画	
第1章 生涯を通じた健康づくり	
第1節 働く世代の健康づくりの推進	10
第2節 生活習慣病の発症予防と重症化予防	13
第2章 地域で安心して暮らせる保健医療の提供	
第1節 病床機能の分化と連携	15
第2節 疾病に応じた保健医療施策の推進	
第1項 糖尿病	16
第2項 精神疾患	19
第3項 認知症	22
第4項 難病	28
第3節 特定の課題に応じた保健医療施策の推進	
第1項 在宅医療	30
第2項 救急医療	37
第3項 災害医療	41
第4項 歯科保健医療	44
第3章 健康危機に対応した体制づくり	
第1節 結核	47
第2節 食中毒・食品安全	49
第3編 計画の実現に向けて	50



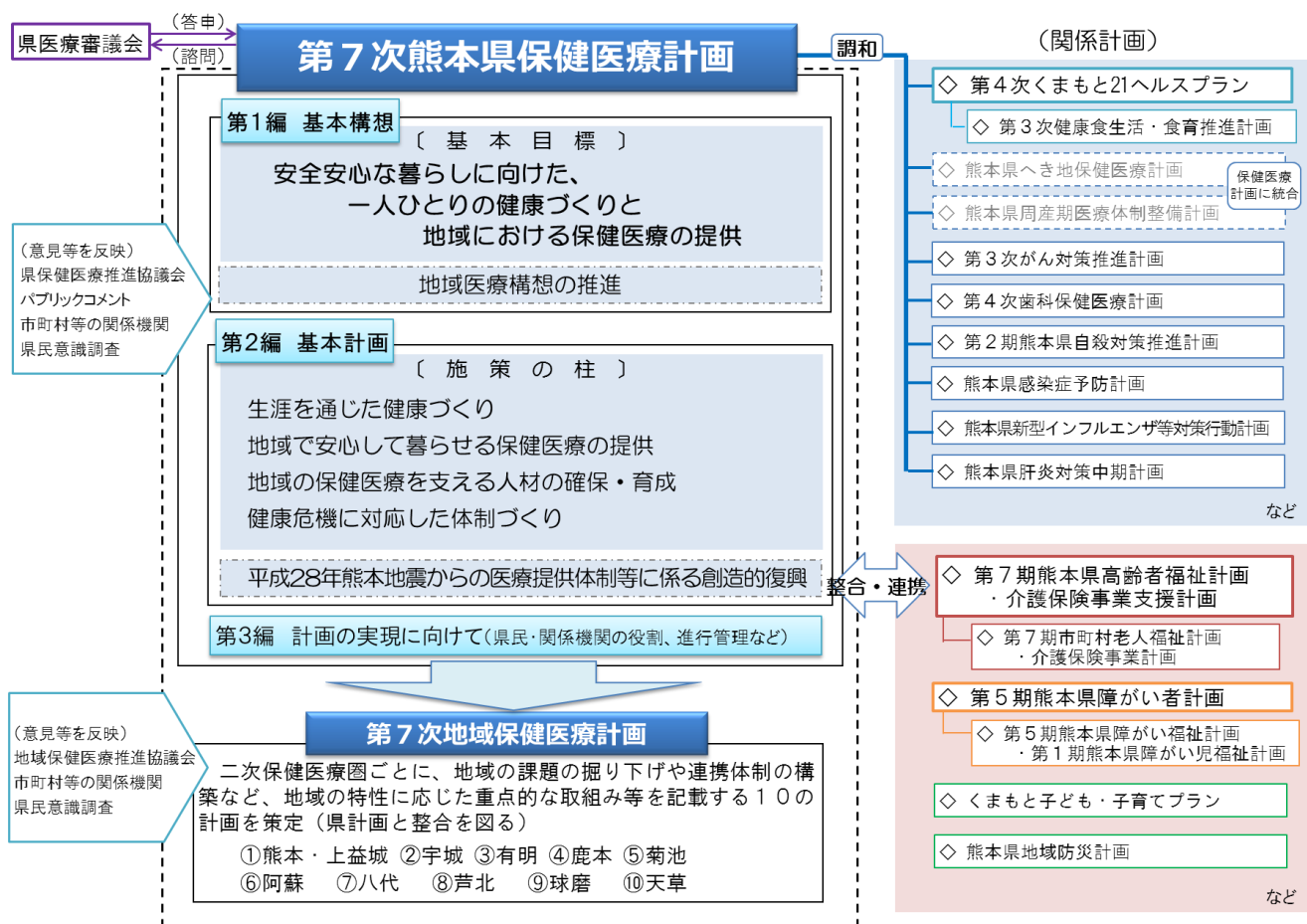
～はじめに～

# 1. 地域計画の策定趣旨

- 第7次熊本県保健医療計画（以下「県計画」という。）の策定に当たり、その基本目標である「安全安心な暮らしに向けた、一人ひとりの健康づくりと地域における保健医療の提供」の実現に向けて、県内全域で保健医療施策を効果的に推進するため、菊池保健医療圏において第7次菊池地域保健医療計画（以下「地域計画」という。）を策定します。
- 地域計画については、保健医療推進協議会など関係機関との検討や協議を通じて、それぞれの立場で主体的に保健医療に関する取組みを推進できるよう、地域の課題や現状を整理・共有するとともに、地域の特性に応じた体制整備や課題解決に向けた取組み等を記載するものとします。

# 2. 地域計画の位置付け

- 地域計画は、地域における保健医療施策の基本的な計画として、県計画と一体的に推進するものです。
- 地域計画は、県計画の保健医療施策について、地域で課題の掘り下げや、地域の特性に応じた体制整備等が必要となるものを中心に、県計画の内容と整合を図りながら、様々な取組等を具体化・重点化するものです。



### 3. 地域計画の期間

- 県計画と同様に、平成 30（2018）年度から平成 35（2023）年度までの6年間<sup>※</sup>とします。なお、在宅医療その他必要な事項については、必要に応じて見直しを行います。

※ 第6次計画までの計画期間は5年間でしたが、平成 26 年の医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の一部改正により変更されました。

### 4. 基本目標

- 地域計画は、県計画と一体的に推進するものであるため、県計画と同じ基本目標とします。

#### 基本目標

安心安全な暮らしに向けた、  
一人ひとりの健康づくりと地域における保健医療の提供





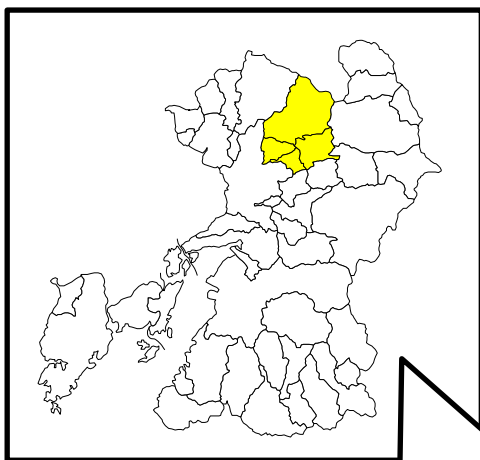
# 第1編

## 地域の概要

## 【地域概要】

- 菊池地域は、熊本県の北部中央に位置し、2市2町（菊池市、合志市、大津町、菊陽町）から構成されます。面積は466.60平方キロメートルで、熊本県の面積の約6%を占めており、人口は18.3万人で、熊本県の人口の約10%を占めています。
- 菊池地域は、白川と菊池川の2つの1級河川が流れ、農畜産業が盛んなところであり、また、南部を中心に誘致企業が多数立地しており、県内有数の工業地域でもあります。
- 第7次熊本県保健医療計画では、これまで同様、菊池地域を一つの二次保健医療圏として設定し、菊池圏域としています。

## 【地域の位置】



## 【地域の人口等】

市町村名	人 口(人)	世帯数(戸)	面 積(km <sup>2</sup> )
菊池市	47,486	17,265	276.85
合志市	60,280	21,640	53.19
大津町	33,863	13,130	99.10
菊陽町	41,818	16,527	37.46
菊池地域計	183,447	68,562	466.60
県計	1,765,518	712,872	7,409.35

(資料：熊本県推計人口調査(H29年10月1日現在))



## 【人口推移】

- 菊池地域の平成29年10月1日現在の人口は183,447人で、県の人口は年々減少していますが、地域の人口は年々増加しています。

市町村名	人 口 (人)				
	H25	H26	H27	H28	H29
菊池市	49,120	48,727	48,336	47,798	47,486
合志市	57,255	58,162	58,958	59,310	60,280
大津町	32,969	33,272	33,545	33,765	33,863
菊陽町	39,733	40,384	41,031	41,399	41,818
菊池地域計	179,077	180,545	181,870	182,272	183,447
県計	1,801,495	1,794,623	1,786,969	1,774,538	1,765,518

(資料：熊本県推計人口調査 各年報)

## 【人口構造】

- 菊池地域の年少人口(0～14歳)は、30,534人、生産年齢人口(15～64歳)は107,825人、老年人口(65歳以上)は45,088人で、年少人口と生産年齢人口の割合は、県平均を上回り、老年人口の割合は県平均を下回っています。

市町村名	総人口(人)	年齢3区分人口(人)			総人口に対する割合(%)		
		年少人口 (0～14歳)	生産年齢人口 (15～64歳)	老年人口 (65歳以上)	年少人口 (0～14歳)	生産年齢人口 (15～64歳)	老年人口 (65歳以上)
菊池市	47,486	6,287	25,896	15,303	13.2	54.4	32.2
合志市	60,280	11,045	35,089	14,146	18.3	58.2	23.5
大津町	33,863	5,823	20,781	7,259	17.2	61.4	21.4
菊陽町	41,818	7,379	26,059	8,380	17.6	62.3	20.0
菊池地域計	183,447	30,534	107,825	45,088	16.6	58.8	24.6
県計	1,765,518	237,600	997,447	530,471	13.5	56.5	30.0

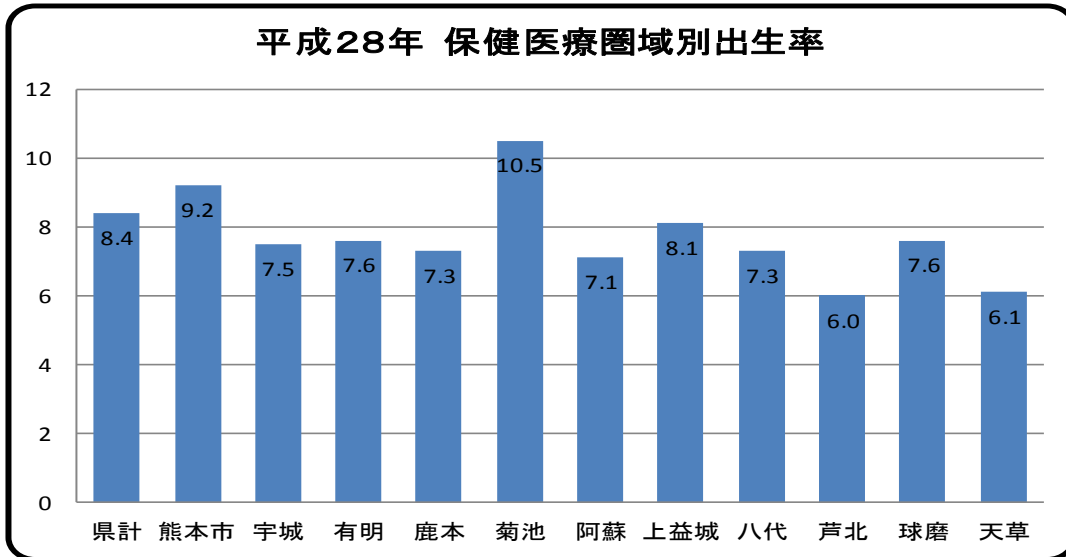
(資料：熊本県推計人口調査(H29年10月1日現在))

## 【人口動態】

- 菊池地域の平成28年の出生数は1,922人、死亡数は1,712人であり、自然増210人となっています。出生率は10.5%で保健医療圏域別で最も高い数値となっています。

市町村名	出生		死亡		自然増加	
	実数(人)	率(%)	実数(人)	率(%)	実数(人)	率(%)
菊池市	376	7.9	639	13.4	-263	-5.5
合志市	677	11.4	501	8.4	176	3.0
大津町	347	10.3	291	8.6	56	1.7
菊陽町	522	12.6	281	6.8	241	5.8
菊池地域計	1,922	10.5	1,712	9.4	210	1.2
県計	14,894	8.4	21,379	12.1	-6,485	-3.7

(資料：平成28年人口動態調査)



(資料:平成28年人口動態調査)

#### 【死因順位】

- 菊池地域の平成28年の主な死因は、悪性新生物（454人）、心疾患（252人）、肺炎（196人）、脳血管疾患（152人）、老衰（127人）の順となっています。

市町村名	死亡者数 (人)	1位		2位		3位		4位		5位	
		死因	人数 (人)	死因	人数 (人)	死因	人数 (人)	死因	人数 (人)	死因	人数 (人)
菊池市	639	悪性新生物	161	心疾患	98	肺炎	87	脳血管疾患	60	老衰	42
合志市	501	悪性新生物	135	心疾患	77	肺炎	50	脳血管疾患	40	老衰	36
大津町	291	悪性新生物	79	心疾患	40	老衰	32	肺炎	31	脳血管疾患	22
菊陽町	281	悪性新生物	79	心疾患	37	脳血管疾患	30	肺炎	28	老衰	17
菊池地域計	1,712	悪性新生物	454	心疾患	252	肺炎	196	脳血管疾患	152	老衰	127
県計	21,379	悪性新生物	5,539	心疾患	3,322	肺炎	1,929	脳血管疾患	1,751	老衰	1,609

(資料:平成28年人口動態調査)

#### 【医療施設の状況】

- 菊池地域には、平成29年4月1日現在で、休止中の施設を除き、病院16施設、診療所134施設、歯科診療所78施設があります。

市町村名	病 院							診療所		歯科 診療所
	施設数	病床数	病床の種類					施設数	病床数	
			一般	療養	精神	結核	感染症			
菊池市	5	587	243	145	195	0	4	44	96	22
合志市	5	1,654	1,253	67	334	0	0	36	95	21
大津町	2	368	328	40	0	0	0	22	74	13
菊陽町	4	790	267	208	315	0	0	32	54	22
菊池地域計	16	3,399	2,091	460	844	0	4	134	319	78

(菊池保健所調べ(平成29年4月1日現在))

# 第2編 基本計画

第1章 生涯を通じた健康づくり

第2章 地域で安心して暮らせる保健医療の提供

第3章 健康危機に対応した体制づくり

# 第1章 生涯を通じた健康づくり

## 第1節 働く世代の健康づくりの推進

### 1. 現状と課題

- 圏域の人口構成は、年少人口、生産年齢人口<sup>1</sup>の割合が高いため、働き盛り世代の健康づくりは重要な課題です。
- 圏域の特定健診（国保加入者）の問診結果によると、県に比べると、食習慣や飲酒習慣等の生活習慣に問題がある人の割合が高い傾向にあります（表1参照）。

【表1】生活習慣の状況

	菊池圏域	県
週3回以上の食後の間食	12.3%	11.4%
週3回以上の就寝前の夕食	16.2%	14.8%
食べる速度が速い	28.6%	25.9%
20歳時体重から10キロ以上増加	35.2%	33.0%
1回30分以上の運動習慣なし	56.6%	60.1%
毎日飲酒	24.6%	24.5%
時々飲酒	26.6%	24.2%

（出典：H26年度特定健診問診結果 H26年度国保：KDBデータ）

- 全市町で歯周病検診を実施していますが、平成27年度の圏域の受診率は7.28%（菊池市4.57%、合志市10.42%、大津町7.72%、菊陽町6.40%）となっています。
- 本県の成人のうち睡眠による休養が十分に取れていない人の割合<sup>2</sup>は27.4%（平成29年度調査）と、前回調査時（平成23年度：20.3%）より増加しています。特に、20歳代から50歳代は、睡眠による休養がとれていない人の割合が高く（30%以上）なっています。
- 本県の成人のうち喫煙している人の割合は16.5%（平成29年度調査）と、前回調査時（平成23年度：15.7%）より微増しています。男性は喫煙者が増加しており、女性は減少しています（表2参照）。また、受動喫煙防止対策に取り組む施設は年々増加している状況です。

【表2】喫煙していると答えた人の割合（参考値）

調査年度	男性	女性	全体
H23年度	24.9%	8.0%	15.7%
H29年度	27.9%	7.7%	16.5%

（出典：熊本県健康づくり推進課「H29年度熊本県健康・食生活に関する調査」）

<sup>1</sup> 年齢構造に関する用語で、年少人口は0歳から14歳、生産年齢人口は15歳から64歳、老年人口は65歳以上の人口をいいます。

<sup>2</sup> 熊本県健康づくり推進課「平成29年度熊本県健康・食生活に関する調査」より

- 本県の成人のうち毎日飲酒している人の割合は、男性が 34.1%、女性は 9.3%で、男女ともに前回調査時（平成 23 年度）より増加しています（表 3 参照）。また、飲酒している人の中で 1 日の平均飲酒量が「約 3 合以上」と答えた人の割合は、男性が減少し、女性が微増しています（表 4 参照）。

【表 3】「毎日」飲酒すると答えた人の割合

調査年度	男性	女性
H23年度	32.1%	6.3%
H29年度	34.1%	9.3%

【表 4】飲酒者のうち、1 日の平均飲酒量が「約 3 合以上」と答えた人の割合

調査年度	男性	女性
H23年度	6.2%	1.8%
H29年度	5.7%	1.9%

（出典：[表 3 及び表 4] 熊本県健康づくり推進課「H29 年度熊本県健康・食生活に関する調査」）

## 2. 目指す姿

- 働く世代の健康づくりを推進するために、働く世代やその家族一人ひとりが、より良い生活習慣を身につけ、健やかな生活を送ることができるようになります。

## 3. 施策の方向性

### ○ くまもとスマートライフプロジェクト等による健康経営の推進

- ・ 働く世代の健康づくりを推進するため、くまもとスマートライフプロジェクト応援団<sup>3</sup>に登録する企業・団体を増やし、働く世代の 6 つのアクション（「①適度な運動」「②適切な食生活」「③禁煙」「④健診やがん検診受診」「⑤歯と口腔ケア」「⑥十分な睡眠」）の実践につなげます。

### ○ 健康な食生活の推進

- ・ 健全な食習慣の定着と健全な食行動を推進するため、企業等の社員食堂などを活用した職場単位での働く世代への食育に取り組みます。
- ・ 健康な食環境<sup>4</sup>の充実を図るため、外食等を利用する人の健康にも配慮した食事メニューの開発等を支援する栄養アドバイザーの派遣などを行い、健康づくり応援店<sup>5</sup>の拡大に取り組みます。

### ○ 身体活動・運動の習慣化の推進

- ・ 身体活動や運動の習慣化を推進するため、「くまもとスマートライフプロジェクト応援団」の登録を通して、従業員等の運動習慣づくりに取り組む企業等の増加に取り組むとともに、身近な地域で受講できる運動関係の研修会の開催等、身体活動・運動に関する啓発などに取り組みます。

<sup>3</sup> くまもとスマートライフプロジェクトとは、企業や団体がその社員や職員の健康意識の向上につながる啓発を行うとともに、県民に健康づくりの意識を高めるよう働きかけ、生活習慣を改善し、健康寿命をのばすことを目的とした取組みのことです。この趣旨に賛同し、登録した団体をくまもとスマートライフプロジェクト応援団といいます。

<sup>4</sup> 健康な食環境とは、食や栄養に関する正しい情報を入手でき、自らが食物を選択して摂取できる環境のことです。

<sup>5</sup> 健康づくり応援店とは、健康に配慮したメニューや、健康づくりに関する情報を提供したりする飲食店等を、県民の健康づくりを支援するお店として県が指定した店舗のことです。

○ 歯・口腔の健康づくりの推進

- ・ 歯、口腔の健康を維持するため、定期的な健診や歯石除去、歯科保健指導等を受けるかかりつけ歯科医<sup>6</sup>を持つことの重要性について啓発を行うとともに、市町が健康増進事業として行う歯周病検診を支援します。

○ たばこ対策や適正飲酒の推進

- ・ たばこ対策や適正飲酒を推進するため、たばこや飲酒の健康への影響について啓発を行うとともに、禁煙や適正飲酒を希望する者への支援に取り組みます。
- ・ 受動喫煙防止対策を推進するため、事業所等に対して、受動喫煙防止に関する啓発などを行います。

○ 睡眠・休養の推進

- ・ 地域や職域等と連携し、「健康づくりのための睡眠指針 2014（厚生労働省）～睡眠12箇条」等を活用し、心と身体の健康づくりを推進します。

○ 地域・職域連携による心身の健康づくり施策の推進

- ・ 心身ともに働きやすい環境整備のために、菊池労働基準監督署や地域・職域連携会議等の関係機関と連携し、健康づくりの重要性について啓発等に取り組みます。

## 4. 評価指標

	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	くまもと健康づくり応援店数	35 店舗 (H28 年度)	増加 (H35 年度)	・ 健康づくり応援店を増やし、菊池地域の食環境の整備と充実を図ります。
②	くまもとスマートライフプロジェクト応援団の登録数	54 団体 (H30 年 1 月)	増加 (H35 年度)	・ 県健康づくり推進課調べ ・ くまもとスマートライフプロジェクト応援団を増やし、働く世代の健康づくりを推進します。

<sup>6</sup> かかりつけ歯科医とは、ライフサイクルに沿って、継続的に口と歯に関する保健・医療・介護等を提供し、地域に密着した役割を果たすことができる歯科医をいいます。



## 第2節 生活習慣病の発症予防と重症化予防

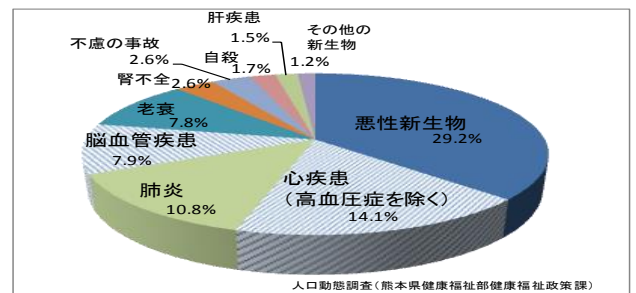
### 1. 現状と課題

- 圏域における病気死亡者の死因は、その62%が生活習慣病となっています(図1参照)。
- 圏域のメタボリックシンドローム<sup>7</sup>の該当者・予備軍を早期発見するために行う特定健康診査(以下「特定健診」といいます。)の平成27年度実施率(国保加入者)は、35.1%で、県平均(35.3%)及び全国平均(36.3%)を下回っています(図2参照)。
- 圏域の特定健診(国保加入者)を受診した人のうち、生活習慣の改善が必要な人に実施される特定保健指導の平成27年度の実施率は、36.7%であり、全国平均(23.6%)を上回っていますが、県平均(39.9%)を下回っています(図3参照)。
- 圏域の特定健診の結果によると、有所見者の割合は高く、特に空腹時血糖及びHbA1cは男女ともに全国平均を大きく上回っており、生活習慣病の発症・重症化のリスクが高い状況となっています(図4参照)。

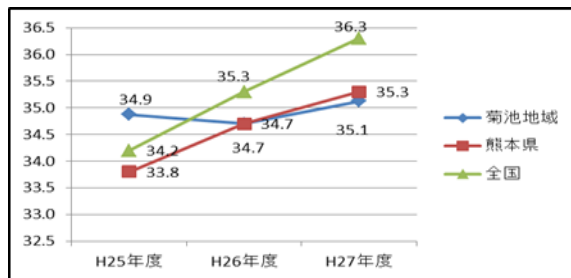
【図1】H27年度死因の状況

死因	人数	%
悪性新生物	480	29.2%
心疾患(高血圧性を除く)	232	14.1%
肺炎	178	10.8%
脳血管疾患	130	7.9%
老衰	129	7.8%
腎不全	42	2.6%
不慮の事故	42	2.6%
自殺	28	1.7%
肝疾患	24	1.5%
その他の新生物	19	1.2%

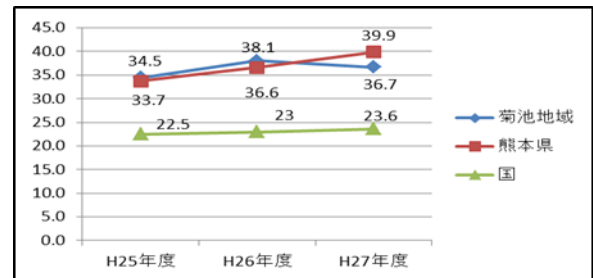
(出典：人口動態調査(熊本県健康福祉部健康福祉政策課))



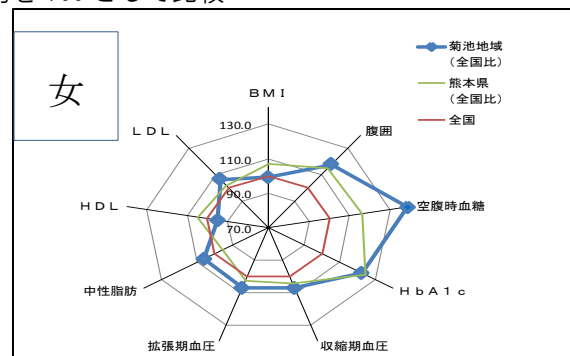
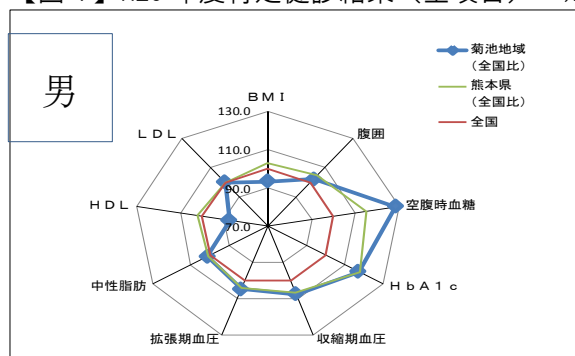
【図2】特定健診実施率(市町国保)



【図3】特定保健指導実施率(市町国保)



【図4】H26年度特定健診結果(全項目) ※全国平均を100として比較



(出典：全国・熊本県データ 厚生労働省「NDBオープンデータ(H29.9.16公表分)」、菊池地域データ：市町国保)

<sup>7</sup> メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)とは、内臓脂肪が蓄積することによって、血圧や血糖値が高くなったり、血中の脂質異常生じたりする状態で、食事や運動などの生活習慣を改善しなければ、循環器疾患などが起こりやすい状態のことです。

## 2. 目指す姿

- 住民が生活習慣病の発症・重症化を予防するために、特定健康診査・特定保健指導を受けることにより、自分の体の状態を知り、生活習慣の改善につなげることができるようにします。

## 3. 施策の方向性

- **特定健診・特定保健指導の実施率の向上**
  - ・ 特定健診・特定保健指導の実施率を向上するため、健康保険協会等の各保険者、医療機関、職域関係者等の関係団体と連携し、広報等により特定健診等の必要性についてさらなる啓発を行います。
- **生活習慣病の重症化予防に向けた体制整備**
  - ・ 特定健診の結果、特定保健指導が必要な人への確実な保健指導の実施や、医療機関の受診が必要な人への確実な受診勧奨及び受診状況の確認等、健診受診後の適切なフォローに向けた支援体制を整備します。
- **保健医療関係機関の連携による支援体制づくり**
  - ・ 地域で開催している地域・職域連携会議や食育推進会議等において、地域の現状や課題等を共有し、生活習慣病の発症や重症化の予防のための支援体制づくりに取り組みます。

## 4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 国保の特定健康診査の実施率	35.1% (H27年度)	60%以上	・市町報告 ・国(国保)の目標値
② 国保の特定保健指導の実施率	36.7% (H27年度)	60%以上	・市町報告 ・国(国保)の目標値
③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合の減少率(H20年度の特定健診・特定保健指導の制度開始時と比較した特定保健指導対象者の割合の減少率)	18.9% (H20年度比)	25%以上 (H20年度比)	・市町報告 ・国(国保)の目標値

## 第2章 地域で安心して暮らせる保健医療の提供

### 第1節 病床機能の分化と連携

#### 1. 現状と課題

- 熊本県地域医療構想では、病床を4つの機能に分類し、「2025年のそれぞれの病床数の必要量」について推計を行いました。この推計と平成28年度病床機能報告の報告病床数との比較では、急性期及び慢性期病床が県内全ての二次保健医療圏域で充足し、高度急性期及び回復期は一部の圏域で不足する見込みです。
- 菊池圏域においては、急性期及び慢性期病床が充足し、高度急性期及び回復期が不足する見込みです。
- 菊池圏域における病床機能の分化・連携を進めるには、患者の受療動向や各医療機関の将来の役割等の様々な情報を整理・分析し、圏域内の関係者と共有していくことが重要です。

#### 2. 目指す姿

- 高齢化が進展し、医療需要が増加する一方で、人材や施設などの医療資源が限られた中であっても、県民が安心して暮らしていくため、安定的かつ継続的にサービスを受けられるよう、医療機関が病床機能を含めた医療機能の分化・連携に自主的に取り組み、患者の状態に応じた医療を提供できるようにします。

#### 3. 施策の方向性

- **病床機能報告の確実かつ適切な実施**
  - ・ 医療機能の適切な分化・連携を推進するため、その基礎となる病床機能報告が適切な内容で全ての対象機関において実施されるよう、対象となる病院・有床診療所に制度の周知徹底を行います。
- **地域医療構想調整会議における協議**
  - ・ 地域における将来の目指すべき医療提供体制の実現のため、菊池地域医療構想調整会議において、医療関係者、保険者、市町村などで合意形成に向けた協議を行い、病床機能の分化と連携を促進します。
- **不足する病床機能の整備支援**
  - ・ 不足が見込まれる回復期病床等の充足を図るため、医療機関が実施する施設整備等に対して、必要な支援を行います。

#### 4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	病床機能報告の回答率	100% (H28年7月)	100% (毎年)	圏域内の病院・有床診療所の病床機能報告の回答率(医療機関数ベース)を100%とする。

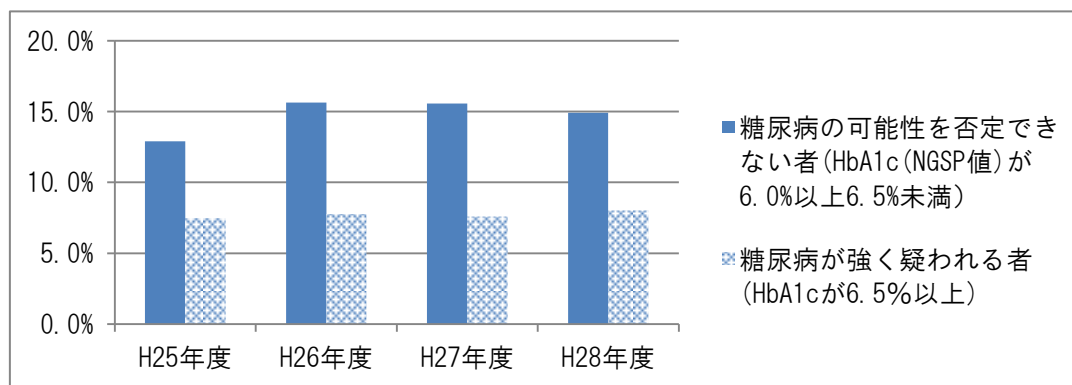
## 第2節 疾病に応じた保健医療施策の推進

### 第1項 糖尿病

#### 1. 現状と課題

- 本県の40～74歳の糖尿病有病者の推定数は10万6千人、予備群の推計数は7万3千人（平成23年度県民健康・栄養調査）です。県民の40～74歳の約4人に1人が糖尿病予備群・有病者という状況です。
- 圏域の国保加入者の平成27年度特定健診実施率は35.1%で、県平均（35.3%）及び全国平均36.3%を下回っています。
- 圏域の国保加入者で特定健診を受診した者のうち、生活習慣の改善が必要な人に実施される特定保健指導の平成27年度の実施率は、36.7%であり、全国平均（23.6%）を上回っていますが、県平均（39.9%）を下回っています。
- 特定健診等受診者のうち高血糖を指摘された者の7割は、適切な治療を行っていません（平成29年度熊本県健康・食生活に関する調査）。また、新たに人工透析になる原因は糖尿病性腎症が最も多い状況です。
- 糖尿病治療中で血糖コントロール不良の者（HbA1c<sup>8</sup>（NGSP値）7.0%以上の者）がおり、糖尿病の自己管理、適切な治療、療養指導など患者の療養生活を支える体制の整備が求められています。

【図】 菊池圏域における「糖尿病が強く疑われる者」、「糖尿病の可能性を否定できない者」の割合の年次推移



（出典：H29. 8. 30 熊本県国保連合会提供データ）

#### 2. 目指す姿

- 他職種・多機関連携による保健医療連携体制を整備し、県民への切れ目のない保健医療サービスの提供や知識の普及を行うことで、県民一人ひとりが糖尿病に関する正しい知識を持ち、糖尿病の発症、重症化、合併症の予防を行うことができるようにします。

<sup>8</sup> HbA1c（ヘモグロビンエイワンシー）とは、過去1から2か月の血糖値の状態を示す検査値のことです。

### 3. 施策の方向性

#### ○ 保健医療体制の整備（関係機関のネットワーク化）

- ・ 菊池圏域糖尿病保健医療連携会議を開催し、保健医療連携ツールを活用した医療機関（医科と歯科、かかりつけ医と専門医等）の連携や糖尿病診療における指針の普及や活用への啓発を行います。また、菊池圏域糖尿病関係連絡（受付）台帳等を活用した行政と医療機関の連携や、保健医療関係者への最新の知見や情報提供を行うことにより関係機関の連携体制を構築していきます。

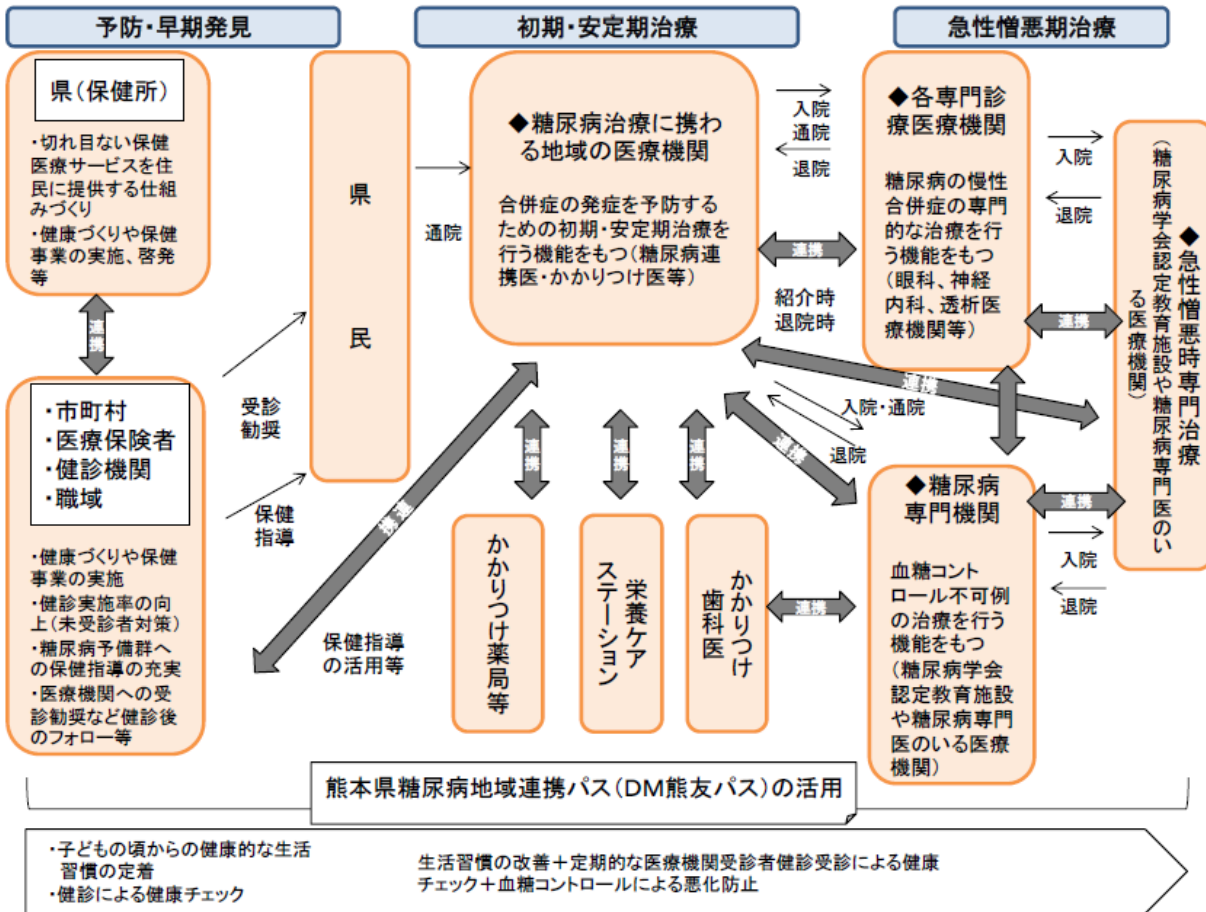
#### ○ 早期発見、発症・重症化・合併症予防対策の推進

- ・ 早期発見・予防のため、住民への糖尿病に関する正しい知識の普及啓発や運動習慣の定着、栄養・食生活の改善に関する情報の提供等を行い、住民の健康づくりの支援に取り組みます。
- ・ 特定健診実施率・特定保健指導実施率向上に向けた広報の強化や関係機関の連携を強化し、受診者のフォローや適切な治療、療養指導を提供する体制を整備します。

### 4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 特定健康診査受診者のうち、空腹時血糖100mg/dl以上の者の割合	34.7% (H26年度)	全国平均以下 (参考:H26年度30.3%)	・ 保険者協議会データ ・ 全国平均値を目標とする。 (県の目標値と同じ)
② 特定健康診査受診者のうち、HbA1c(NGSP値)が5.6%以上の者の割合	61.6% (H26年度)	全国平均以下 (参考:H26年度47%)	・ 保険者協議会データ ・ 全国平均値を目標とする。 (県の目標値と同じ)
③ 特定健康診査受診者のうち、HbA1cが6.5%以上の者の割合	7.4% (H26年度)	全国平均以下 (参考:H26年度6.6%)	・ 保険者協議会データ ・ 全国平均値を目標とする。 (県の目標値と同じ)
④ 特定健康診査受診者のうち、血糖コントロール不良者(HbA1cが8.4%以上の者)の割合	0.94% (H26年度)	減少 (参考:H26年度全国1.2%、県1.1%)	・ 保険者協議会データ ・ 全国、県平均値を下回っているが更なる減少を目指す。
⑤ 特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療中でHbA1cが7.0%以上の者の割合	40.9% (H26年度)	減少	・ 保険者協議会データ ・ 減少を目指す。
⑥ 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	86人 (H28年度)	減少	・ 市町国保報告 ・ 減少を目指す。

## 5. 糖尿病の医療連携体制図



## 第2項 精神疾患

### 1. 現状と課題

- 圏域には、精神科病院が4か所あります。そのうち、精神科救急入院料病棟<sup>9</sup>や医療観察法病棟<sup>10</sup>を有する病院があるため、多くの精神障がい者が生活している地域です。また、精神障害者保健福祉手帳所持者や自立支援医療（精神通院）受給者が年々増加しています（表1・2参照）。
- 圏域の、平成28年度の精神障がい者の新規入院者の退院率は、入院後3か月時点49.2%、6か月時点80.8%で県平均より低い傾向にあります（表3参照）。精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしく暮らせるよう、関係機関の支援や地域住民の理解と協力が必要です。
- 圏域では、熊本地震により多くの住民が被災したため、今後も外傷後ストレス障がい（PTSD）<sup>11</sup>の発症が予想されます。そのため、長期にわたる支援が必要であり、圏域全市町に創設された地域支え合いセンターを中心に心のケア活動を行っています。
- 自殺対策については、熊本県自殺対策行動計画に基づき施策を推進してきた結果、圏域の自殺者率及び自殺者は減少傾向にあります（表4参照）、今後、熊本地震の影響も視野に入れた対策の推進に取り組む必要があります。

【表1】 菊池圏域の精神障害者保健福祉手帳交付件数の推移（件）

年度	1級	2級	3級	計
H26年度	247	686	172	1,105
H27年度	216	703	210	1,129
H28年度	211	744	221	1,176

（出典：熊本県精神保健福祉センター統計）

【表2】 菊池圏域の自立支援医療（精神通院）受給者数の推移（人）

年度	受給者数
H26年度	2,851
H27年度	2,763
H28年度	2,830

（出典：熊本県精神保健福祉センター統計）

【表3】 新規入院者の入院後3か月、6か月、1年時点の退院率（H28年6月）

		入院後3か月時点の退院率	入院後6か月時点の退院率	入院後1年時点の退院率
新規入院者	菊池圏域	49.2%	80.8%	90.0%
	県	59.6%	81.4%	89.0%

（出典：厚生労働省精神保健福祉資料）

<sup>9</sup> 精神科救急入院料病棟は、人員配置、設備、医療水準など一定の基準を満たし、急性期の集中的な治療を必要とする患者を対象に、地域における精神科救急医療の基幹的な役割を果たす病棟

<sup>10</sup> 医療観察法病棟は、医療観察法に基づき、入院医療の提供を行う専門病棟

<sup>11</sup> 外傷後ストレス障がいは、強烈なショック体験や強い精神的ストレスが、心のダメージとなり、時間が経ってからも、その経験に対して強い恐怖を感じるものです。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になるといわれています。

【表 4】 菊池圏域の自殺者率及び自殺者数の推移

	H23	H24	H25	H26	H27	H28
自殺者率 (%)	22.2	23.1	17.9	15.0	15.5	14.3
自殺者数 (人)	39	41	32	27	28	26

(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

## 2. 目指す姿

- 地域住民が精神障がいを正しく理解するとともに、地域住民を含めた関係機関が連携し温かく見守る環境づくりを行うことで、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしができる社会を目指します。

## 3. 施策の方向性

- **精神障がいに対応した地域包括ケアシステム<sup>12</sup>の構築**
  - ・ 長期入院している精神障がい者が、地域での生活に移行できるよう、また、精神障がい者が地域で安心した生活が継続できるよう、保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町等の関係者による支援体制を整備するなど、精神障がいに対応した地域包括ケアシステムの構築を推進します。
- **熊本地震の被災者等への心のケア活動**
  - ・ 平成 28 年熊本地震の影響による精神保健上の問題を抱える方々を支援するため、関係者の資質の向上に努めるとともに、関係機関との連携を強化し、地域支え合いセンターを中心とした支援体制を整備します。
- **自殺対策の推進**
  - ・ 自殺者をさらに減少させ、誰も自殺に追い込まれることのない社会を実現するため、相談体制の充実や相談窓口の周知など自殺対策を推進します。また、ゲートキーパー<sup>13</sup>養成講座の開催により、自殺予防に向けた人材の確保や関係機関との連携強化に取り組みます。
  - ・ 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐため、「くまもと自殺予防医療サポートネットワーク制度<sup>14</sup>」を周知し、利用を促進します。

<sup>12</sup> 精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、地域の基盤を整備するとともに、地域での保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することです。

<sup>13</sup> 悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞き、必要な支援につなげ見守る人。これまで圏域で 97 名養成しました。

<sup>14</sup> くまもと自殺予防医療サポートネットワーク制度とは、救急告示病院と精神科医療機関とのネットワークにより、精神科医療が必要と判断された自殺企画者を精神科医療機関につなげるための制度で、熊本県精神保健福祉協会、熊本県医師会及び熊本県精神科協会により運営されています。



#### 4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	入院後3か月時点の退院率	49.2% (H28年6月)	69.0%以上 (H32年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・新規入院者が新たな長期入院者とならないよう、入院後3か月、6か月、1年時点の退院率の増加を目指す。(第5期障がい福祉計画における目標値)</li> <li>・「精神保健福祉資料」から把握</li> </ul>
	入院後6か月時点の退院率	80.8% (H28年6月)	84.0%以上 (H32年)	
	入院後1年時点の退院率	90.0% (H28年6月)	90.0%以上 (H32年)	
②	自殺死亡率(人口10万対)	14.3人/年 (H28年)	低下	現状では国の平均より高い水準にあるため、その水準(平成38年に13.0人/年以下)よりも低下を目指す。(第2期熊本県自殺対策推進計画における目標値)
③	ゲートキーパー養成者数	97人 (累計) (H29年度)	増加	熊本県自殺対策行動計画(目標値) 注:現時点では未決定

### 第3項 認知症

#### 1. 現状と課題

- 認知症<sup>15</sup>の人は、高齢化の進展に伴い増加していくことが見込まれています（表1参照）。また、糖尿病や高血圧等は認知症の危険因子とされています。

【表1】認知症高齢者の将来推計

（単位：万人）

	将来推計 (年)	H24 (2012)	H27 (2015)	H32 (2020)	H37 (2025)	H42 (2030)	H52 (2040)
全国	全人口に占める65歳以上の割合	24.1%	26.6%	28.8%	30.3%	31.2%	35.4%
	全人口に占める75歳以上の割合	11.9%	12.8%	14.9%	17.8%	19.2%	20.2%
	認知症有病者数	462	517 525	602 631	675 730	744 830	802 953
	〔65歳以上人口に対する 認知症有病者の割合〕	〔15.0%〕	〔15.7% 16.0%〕	〔17.2% 18.0%〕	〔19.0% 20.6%〕	〔20.8% 23.2%〕	〔21.4% 25.4%〕
熊本県	認知症有病者数	7.2	8.1 8.2	9.4 9.8	10.5 11.4	11.4 12.8	11.4 13.6

（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計（平成29年推計）」及び平成26年度厚生労働科学研究を基に熊本県認知症対策・地域ケア推進課作成）

※ 表中の認知症有病者数の上段は、各年齢層の認知症有病率が平成24年以降一定と仮定し、表中の下段は、各年齢層の認知症有病率が平成24年以降、糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定して算出。

- 菊池圏域市町に認知症初期集中支援チーム<sup>16</sup>が設置され、認知症に早期に気づき、適切な支援につなぐ体制は整いました。今後、認知症は、早期の適切な対応が重要であることから、医療・介護の連携強化、市町間の情報共有等、認知症初期集中支援チームの効率的な稼働に向け、各関係機関の支援体制のさらなる強化が求められています。
- 本県では、県全域で中心的役割を担う基幹型認知症疾患医療センター<sup>17</sup>と、二次保健医療圏で中心的役割を担う地域の認知症疾患医療センターが連携する熊本独自の2層構造の認知症医療体制を全ての地域で整備していますが、各地域のセンターに患者が集中しており、診療の予約から受診までの待機期間が、平均で約2か月と長い傾向にあります。菊池地域の認知症疾患医療センター（菊池病院）では、BPSD<sup>18</sup>等受診、短期入所対応可能な時間等の週情報を関係機関に周知する等、早期受診につながるよう予約調整の工夫しているところです。
- 住み慣れた地域で安心して認知症医療・介護を受けられるよう、熊本独自の2層構造の認知症医療体制を発展させ、地域の認知症疾患医療センター（菊池病院）・専門医療機関<sup>19</sup>と、認知症サポート医<sup>20</sup>、かかりつけ医、介護サービス事業所等が連携する3層構造

<sup>15</sup> 認知症とは、様々な原因により認知機能が低下し、日常生活に支障をきたす状態が6か月以上続いていることをいいます。認知症は、原因によって特徴的な症状が異なり、治療可能なものや進行を予防できるものがあります。また、早期に発見し適切に対応することで、進行を遅らせ、症状を安定させることができます。認知症の症状には、(1)脳の変化が原因で起こる中核症状（記憶、判断力等の低下）と、(2)「忘れる」等の中核症状のために起こる不安感や混乱、ストレス等の心理的要因等が引き起こす行動・心理症状（興奮や妄想、抑うつ等）があり、組み合わせられて現れることがあります。

<sup>16</sup> 認知症初期集中支援チームとは、認知症の人やその家族に早期に関わることを目的に市町村が設置する、医師及び医療、福祉の専門職から構成されるチームです。

<sup>17</sup> 認知症疾患医療センターとは、認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を目的に都道府県、指定都市が設置する医療機関のことです。

<sup>18</sup> Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略で、認知症に伴う行動・心理状態を意味します。

<sup>19</sup> 専門医療機関とは、認知症専門医等が配置されている精神科医療機関のことです。

の熊本型認知症医療・介護体制の強化に取り組んでいます。

- 認知症の人に容態に応じた適時・適切な医療・介護等を提供するため、医療、介護等の多職種の連携をさらに強化していくことが求められています。
- 認知症の人の増加に伴い、認知症の人が肺炎や外傷等により治療を受ける機会が増加しています。しかし、環境変化や薬剤等による混乱を起こしやすいという認知症の特徴により、入院した病院等で速やかな治療につながらないなどの事例が報告されています。
- 本県は、認知症サポーター養成について、人口比で8年連続（平成21年度～28年度）日本一を達成しています。菊池圏域における認知症サポーター数（キャラバン・メイト数を含む）は、平成29年3月末現在、44,427人で、総人口に占める割合は、19.1%です。今後、養成された認知症サポーターには、それぞれの地域でのさらなる活躍が期待されています。
- 認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるため、これまで以上に認知症の人の声を認知症施策の企画・立案に反映していくことが求められています。
- 認知症の人と家族の孤立の防止・介護負担の軽減に向け、認知症の研修や啓発普及の促進、家族の困りごとに対する支援の充実、地域の見守り体制の強化が望まれます。
- 認知症の人の権利擁護を推進するため、認知症の人に関わる介護サービス事業所等の職員の認知症ケアへの理解を深める等、サービスの資質の向上に努めることが必要です。
- 認知症コールセンターにおける若年性認知症に関する相談件数は、月平均の相談件数は開設当初（平成26年）の11.3件から平成28年では38件と増加しています。菊池圏域においては、若年性認知症の人や家族が、必要な機関へ、適時・適切な相談・支援に繋がるよう、事業所等や住民に対し、若年性認知症についてのさらなる普及啓発が望まれます。

## 2. 目指す姿

- 3層構造の熊本型認知症医療・介護体制の強化をはじめ、認知症への対応の向上を図ることで、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようになります。特に、菊池圏域においては、中核となる2層目の地域の認知症疾患医療センター（菊池病院）・専門医療機関と、3層目の認知症サポート医、かかりつけ医、介護サービス事業所、市町・市町地域包括支援センター等との連携強化を進めていきます。

## 3. 施策の方向性

- **認知症の早期発見・早期対応の充実**
  - ・ 認知症の発症予防につなげるため、認知症の危険因子等について周知を行うとともに、運動や社会交流など日常生活の取組みが認知機能低下の予防と関係する可能性が高いことを踏まえ、市町村が行う住民主体のサロン活動や体操教室の開催などの地域

<sup>20</sup> 認知症サポート医とは、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師のことです。

の実情に応じた取組みを促進します。

- ・ 認知症を早期に発見し、早期に対応するため、各市町が設置する認知症初期集中支援チーム等の技能向上支援や情報提供等を行います。
- ・ 認知症の早期発見のため、介護サービス事業所職員、歯科医師や薬剤師、運転免許センター運転適性相談窓口等から提供される認知症の疑い等に関する情報を、各市町地域包括支援センターにつなぐなど、関係機関の連携を強化します。

#### ○ 認知症医療・介護体制の強化

- ・ 住み慣れた地域における認知症医療・介護を強化させるため、地域の認知症疾患医療センター（菊池病院）・専門医療機関と、認知症サポート医、かかりつけ医、介護サービス事業所等の連携を強化し、3層構造の熊本型認知症医療・介護体制をさらに強化させます。
- ・ 特に、認知症サポート医と地域の認知症疾患医療センター及びかかりつけ医等との連携強化や、かかりつけ医など認知症専門医以外の医師等の認知症診療技能の向上に取り組みます。
- ・ 認知症の人に容態に応じた適時・適切な医療・介護等を提供するため、認知症の人の診療・介護情報等を適切に共有し、多職種連携を強化します。

#### ○ 一般病院の認知症対応力の向上

- ・ 認知症の人が安心して肺炎や外傷等の治療を適切に受けられることができるよう、研修等を通じて一般病院<sup>21</sup>等の認知症対応力を強化します。併せて、専門医療機関による一般病院等の支援を推進します。

#### ○ 地域で活躍する認知症サポーターの養成

- ・ 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症に関する正しい知識と理解を深めるための啓発を推進するとともに、引き続き認知症サポーターの養成を進めます。
- ・ 養成された認知症サポーターが、高齢者の見守りやボランティア活動に参加する等、地域で活躍できる仕組みを構築します。
- ・ 特に、各市町で、認知症サポーターが参画するSOSネットワーク<sup>22</sup>の構築や検索模擬訓練等の取組みが実施されるよう、支援を行います。

#### ○ 認知症の人やその家族の視点を重視した支援体制の構築

- ・ 認知症の人やその家族の視点を重視した認知症施策を企画・立案し、必要とされる支援体制を整備するため、認知症の人が集い、発信する取組みを実施します。

#### ○ 認知症についての啓発普及の促進

- ・ 若年性認知症も含め、地域住民や介護サービス事業所、職域等で、認知症の理解が深まり、早期に相談・早期支援に繋がるよう、関係機関の会議・研修やチラシ等の配布等により認知症についての啓発普及に努めます。

<sup>21</sup> 一般病院とは、認知症を専門としない医療機関であって、内科、外科などを主たる診療科とする医療機関のことです。

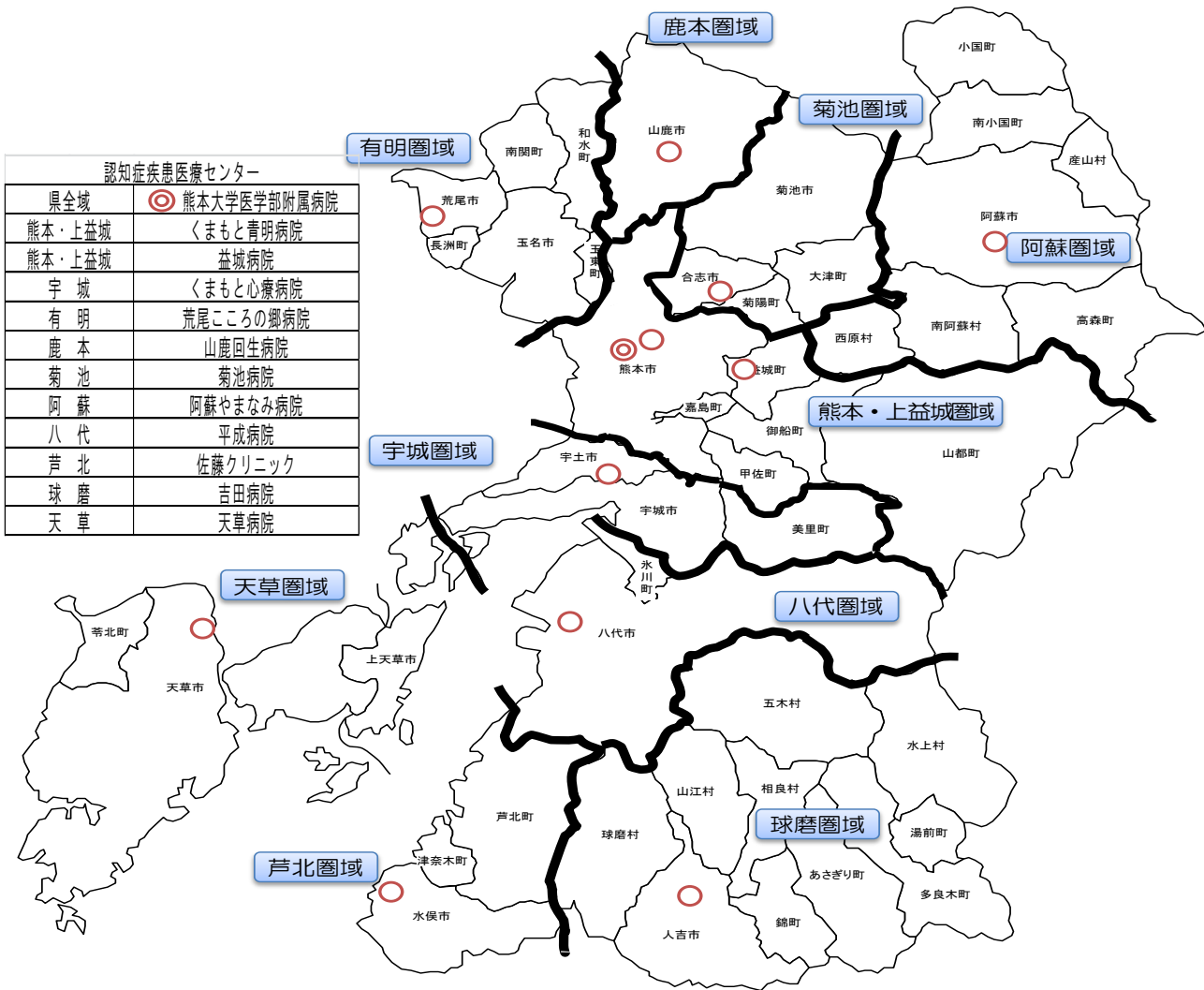
<sup>22</sup> SOSネットワークとは、行方不明となる可能性がある人を事前登録等により把握し、地域による見守りや検索訓練等を行うとともに、行方不明発生時には情報を共有することで行方不明者の早期発見につなげる地域ネットワークのことです。

#### 4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	認知症初期集中支援チームの年間訪問実人数	10 (H28 年度)	20 (H33 年度)	各市町の認知症初期集中支援チームが1年間に訪問した対象者の実人数を2倍にする。
②	かかりつけ医から地域の認知症疾患医療センターへの外来新規患者の紹介率	71.86% (H28 年度)	74.44% (H33 年度)	平成 28 年度の地域の認知症疾患医療センターの紹介率の平均値(県全体)。
③	認知症サポーター(キャラバンメイトを含む)数の人口比率	19.1% (H28 年度)	28.15% (H32 年度)	県における認知症サポーター(キャラバンメイトを含む)数の人口比率の高い値を参考に設定。

## 5. 認知症の医療圏

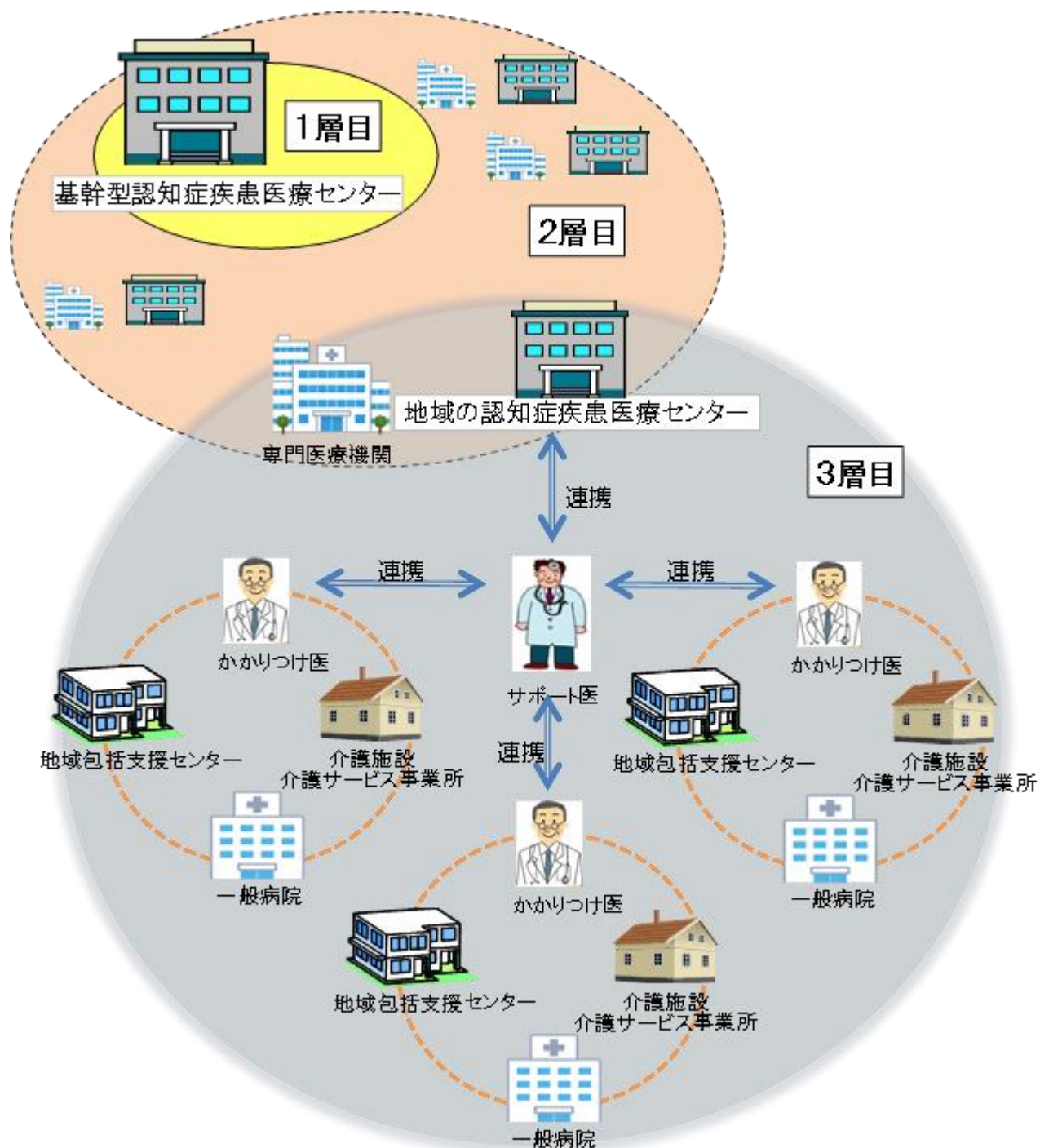
二次保健医療圏を認知症の医療圏とします



## 6. 認知症の医療連携体制図

3層構造の熊本型認知症医療・介護体制をさらに充実させます。

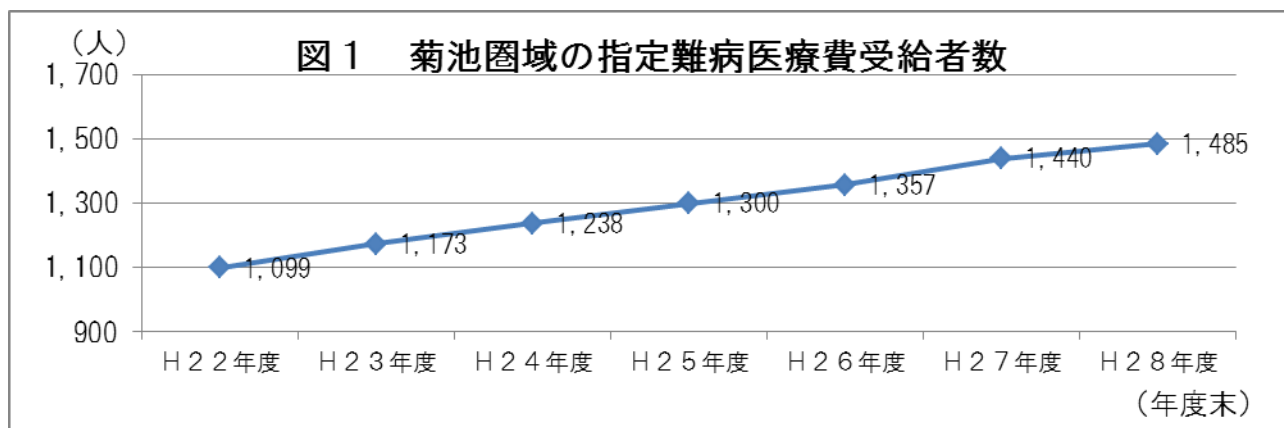
- 1層目：基幹型認知症疾患医療センター（県全域で中心的役割を担う）
- 2層目：地域の認知症疾患医療センター（二次保健医療圏で中心的役割を担う）  
 専門医療機関（認知症専門医等が配置されている精神科医療機関）
- 3層目：認知症サポート医、かかりつけ医、介護サービス事業所等



## 第4項 難病

### 1. 現状と課題

- 圏域では平成29年12月現在、1,500人以上の難病患者が暮らしています。難病の種類や症状の程度にかかわらず、難病患者が安心・安全に療養生活を送ることができる環境が求められています。



- 圏域には人工呼吸器を使用している患者など、医療依存度が高い在宅療養者も多く、災害時を含む保健医療福祉の体制整備が必要です。
- 災害発生時において、独力での避難が困難であり支援を必要とする人が迅速に避難できるよう、体制を整備するとともに、平常時からの備えが必要です。
- 難病には消化器、循環器、内分泌系疾患など外見では分かりづらい疾患が多くあり、周囲の理解が得にくいいため、難病患者は社会生活及び日常生活において困難感を抱えています。

### 2. 目指す姿

- 難病患者がその疾病の程度にかかわらず安心・安全に療養生活を送ることができるようにします。

### 3. 施策の方向性

- **保健医療福祉の提供体制強化**
  - ・ 保健、医療、福祉の関係者で構成される協議会を開催し、関係機関と地域の現状や課題等を共有し在宅療養者への支援体制を強化します。
- **緊急時の支援体制の整備**
  - ・ 災害発生時を含む緊急時に備え、関係機関および関係者と患者情報、医療機関情報等の共有、避難行動要支援者名簿への登録推進及び緊急時に柔軟に対応できる支援計画の作成を行います。また、日頃からの備えについて住民への啓発を行います。



### ○ 療養生活の質の向上及び社会参画の促進

- ・ 難病の患者の療養生活の質の向上及び社会参画の促進を図るため、相談体制の確保、患者会の活動支援等を行います。
- ・ ヘルプカード等を活用し、周囲の理解を促進する等の環境づくりに努めます。
- ・ 就労支援に向けて、関係機関との情報共有、連携を図ります。

## 4. 評価指標

	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	人工呼吸器装着者等について緊急時に対応できる在宅療養支援計画の作成	8名 (H29年12月)	全患者 (毎年)	在宅で生活している人工呼吸器装着者等の在宅療養支援計画について、特に災害時を含む緊急時の体制を確認し、関係機関と連携し作成、整備を行う。

## 第3節 特定の課題に応じた保健医療施策の推進

### 第1項 在宅医療

#### 1. 現状と課題

##### 【全般的な動向やニーズ】

- 高齢化の進展や病床機能の分化・連携により、在宅医療<sup>23</sup>の需要は大きく増加していくことが見込まれています。こうした需要増に対応し、在宅医療を適切に提供するため、医療機関相互の連携、市町を中心とした地域包括支援センターなど地域の関係機関の連携、医療・介護等の連携体制づくりに取り組んでいます。
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会等が主体となって、日常生活や終末期など様々な場面を想定した多職種向けの研修会が定期的で開催されており、医療介護関係者同士の顔の見える関係づくりや資質向上を図る取組みが行われています。
- 医師会の「菊池在宅ドクターネット」により、在宅医療を担う医師同士の連携体制の構築が進められています。
- 保健医療に関する県民意識調査（平成29年3月実施。以下、「県民意識調査」という。）では、「住んでいる地域の在宅医療等の情報がよくわからない」という人が38.3%いることもわかりました。

##### 【退院支援】

- 退院支援担当者を配置している病院（人口10万人あたり）は合志市、菊陽町、菊池市、大津町の順に多く、合志市、菊陽町では県平均を上回っています。
- 退院支援スタッフを配置することにより、在宅復帰率が高まる傾向にあります。しかし、退院支援担当者を配置しているのは主に病院であり、診療所で配置している施設は少ない傾向にあります（表1）。そのため、専門の担当者がいない医療機関でも退院支援を行いやすい体制づくりが求められています。

##### 【急変時対応】

- 在宅療養支援病院<sup>24</sup>の届出施設数は全国平均を上回っていますが、県平均を下回っています。また、在宅療養支援診療所<sup>24</sup>の届出施設数は県平均、全国平均ともに下回っており、やや減少傾向にあります（表2）。
- 24時間体制で急変時対応を行う在宅療養後方支援病院<sup>25</sup>は増加傾向にあり、在宅医療サービスを提供する体制の整備が進んでいます。

<sup>23</sup> 本計画における在宅医療とは、「居宅、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護医療院、有料老人ホーム、その他療養生活を営むことができる場所において提供される医療（医療機関以外での医療）と、広く定義しています。

<sup>24</sup> 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所とは、地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の医療機関等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する体制を確保している医療機関です。

<sup>25</sup> 在宅療養後方支援病院とは、在宅療養中の患者が、あらかじめ緊急時の入院先として希望していれば、必要に応じて入院を受け入れる病院のことです。

### 【日常生活の療養支援】

- 日常の療養支援については、患者の状況に応じた訪問診療<sup>26</sup>や往診<sup>27</sup>、訪問歯科診療、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーションなどのサービスの提供が必要となります。
- 訪問歯科診療を行う在宅療養支援歯科診療所<sup>28</sup>は19ヶ所(人口10万人あたり10.4ヶ所)あり、増加傾向にあります(表3)。
- 在宅訪問による薬剤管理指導<sup>29</sup>または居宅療養管理指導<sup>30</sup>の利用件数は増加傾向にあり、日常生活の療養支援体制が進んでいます。しかし、菊池地域の全薬局数に占める実施薬局数の割合は低い状況にあるため、在宅医療に対応する薬剤師の確保及び資質の向上が求められます。また、医療機関へ訪問薬剤管理指導等の認識を拡げることが必要です(表4)。
- 在宅訪問による栄養指導については、訪問栄養指導体制の整備が十分に進んでおらず、また、栄養指導の重要性について、医療介護関係者の更なる理解が必要です。

### 【訪問看護】

- 訪問看護師は、医師の指示の下、在宅で療養している方の病状の観察、健康状態の管理、療養に必要な医療処置、床ずれ予防、または家族のサポートなど在宅療養を希望する方の支援を行います。
- 訪問看護事業所は一旦増加したものの、閉鎖や一時休止等により14ヶ所と伸び悩んでいます。住み慣れた地域で安心して暮らすことができる体制づくりのためには、訪問看護の体制の充実が求められています。
- 24時間対応体制加算の届出をしている訪問看護ステーションが14カ所、これに従事する看護職員数(常勤換算後)は人口10万人当たり42.2人と増加(県平均41.3人、全国平均33.0人)しましたが、地域の偏在が見られます(表5)。今後は事業の継続に向けた支援が必要です。
- 訪問看護利用率<sup>31</sup>は県平均を概ね上回っておりますが、訪問看護を必要とする方だけでなく、訪問看護を利用すればより安心して療養生活を送れる方へサービスを提供する機会を増やすために、医療介護関係者の更なる理解や県民への啓発が求められています(表6)。

### 【看取り】

- 患者が望む場所での看取りについては、県民意識調査によると、「人生の最期を自宅で過ごしたい」という人が46.3%と最も多くなっています(図1参照)。こうした希望に対して、自宅で最期を迎えることが「できない」・「わからない」と答えた人を合わせると89.9%となっており(図2参照)、その理由として家族への負担や緊急時対応への不安などが多くなっています。また、現状では病院で亡くなる方が最も多い状況(平成28年(県全体):75.8%<sup>32</sup>)です。

<sup>26</sup> 訪問診療とは、在宅で療養し、疾病、傷病のために通院が困難な方に定期的に訪問して診療を行うことです。

<sup>27</sup> 往診とは、患者や家族の求めに応じて患者の住まいに赴き診療を行うことです。

<sup>28</sup> 在宅療養支援歯科診療所とは、在宅等における療養を歯科医療面から支援できる体制等を確保している診療所です。

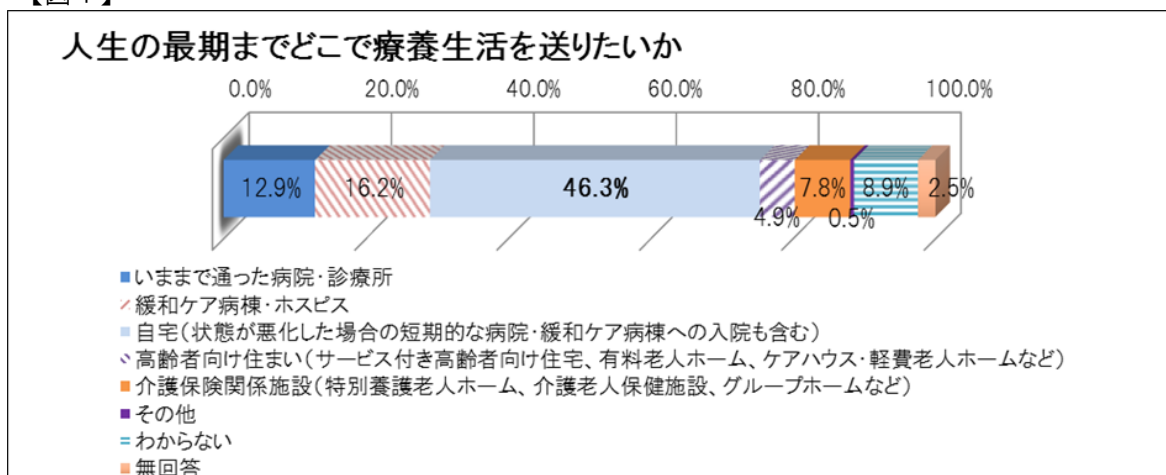
<sup>29</sup> 薬剤管理指導とは、医療保険上、薬剤師が薬歴管理、服薬指導・支援、服薬・保管状況及び残薬の有無の確認などを行うことです。

<sup>30</sup> 居宅療養管理指導とは、薬剤管理指導と同様のサービスを介護保険上で行うことです。

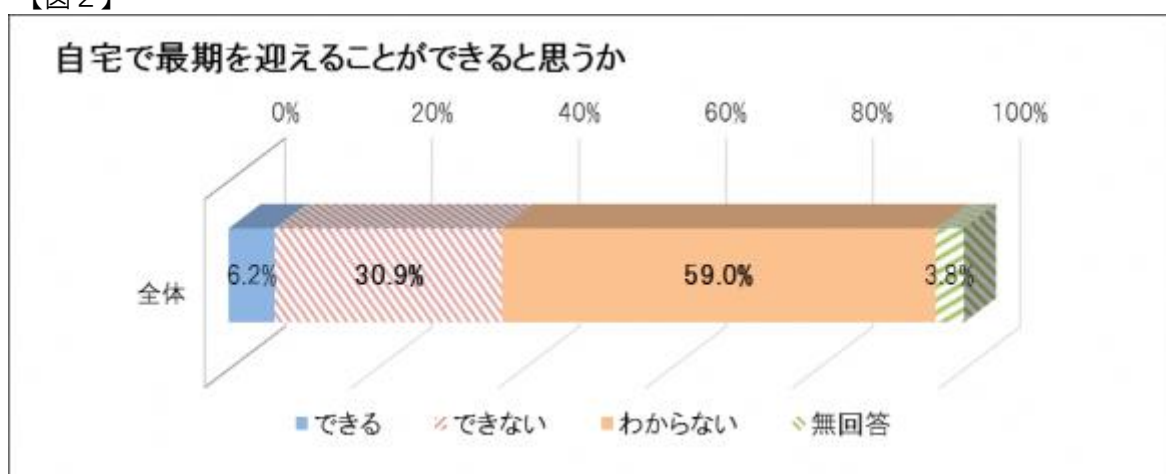
<sup>31</sup> 在宅で介護保険サービスを利用している者に占める訪問看護利用者の割合のことです。

<sup>32</sup> 出典：厚生労働省人口動態調査に係る調査票

【図1】



【図2】



(熊本県健康福祉部「平成29年3月保健医療に関する県民意識調査」)

表1 退院支援担当者配置病院・診療所数 (H27)

	退院支援担当者配置病院数	退院支援担当者配置診療所数
菊池圏域	8ヶ所	0ヶ所
熊本県	88ヶ所	30ヶ所

表2 在宅療養支援病院・診療所数 (H29.4)

	在宅療養支援病院数 (人口10万人あたり)	在宅療養支援診療所数 (人口10万人あたり)
菊池圏域	2ヶ所(1.1ヶ所)	11ヶ所(6.0ヶ所)
熊本県	41ヶ所(2.3ヶ所)	214ヶ所(12.1ヶ所)

表3 在宅療養支援歯科診療所数(人口10万人あたり) (H29.4)

菊池圏域	19ヶ所(10.4ヶ所)
熊本県	227ヶ所(12.9ヶ所)

表4 在宅患者訪問薬剤管理指導または居宅療養管理指導を実施した薬局数（H28年度）

	在宅患者訪問薬剤管理指導	居宅療養管理指導
全薬局数	65ヶ所（H29.10）	
実施薬局数（全薬局数に占める割合）	5ヶ所（7.7%）	13ヶ所（15.0%）
請求件数	54件	1,417件

（熊本県国民健康保険団体連合会より数値提供）

表5 24時間対応体制加算の届出をしている訪問看護ステーションに従事する看護職員数（人口10万人あたり）

年度	H25	H26	H27	H28	H29
菊池圏域	—	34.9	39.7	51.5	42.2
菊池市	—	20.1	27.8	37.4	40.4
合志市	—	30.9	28.4	62.2	32.2
大津町	—	21.6	22.7	23.4	22.4
菊陽町	—	69.6	83.7	75.1	74.8

（熊本県菊池保健所調べ）

表6 訪問看護利用率（各年4月）（%）

年度	H25	H26	H27	H28	H29
菊池圏域	8.4	9.5	9.1	8.2	10.2
熊本県	7.6	8.0	8.5	9.0	9.7

（介護保険事業状況報告月報（各年4月）を基に認知症対策・地域ケア推進課で算出）

## 2. 目指す姿

- 2025年を目途に地域包括ケアシステムの構築を進め、関係機関や多職種が連携して在宅医療を提供し、県民が希望する身近な地域で安心して暮らすことができる菊池地域を目指します。

## 3. 施策の方向性

- **在宅医療の提供体制の充実**
  - ・ 在宅医療を必要な時に適切に提供するため、医療機関の連携体制の構築や、医療機関の訪問診療の取組みの促進、患者の急変時に24時間対応できる体制の整備、専門職の人材育成等を推進するための拠点を整備します。
- **在宅医療・介護連携の推進**
  - ・ 在宅医療の提供体制の充実のため、市町が中心となって進める、郡市医師会、郡市歯科医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問

介護事業所、薬局など地域の関係機関の連携や、多職種間の連携の推進を支援します。

- ・ くまもとメディカルネットワーク<sup>33</sup>の活用を推進し、医療や介護の関係機関の連携を強化します。

#### ○ 入退院支援の充実

- ・ 市町の地域支援事業である「在宅医療・介護連携推進事業」で実施する、入退院時の標準的なルール策定の取組みを支援します。また、それに関連して多職種連携に必要な情報共有ツールの策定、若しくはそれらの活用状況の把握または見直し等の支援を行います。

#### ○ 日常の療養支援の充実

- ・ 医療や介護のサービスが切れ目なく適切に提供できるよう、医療機関、地域包括支援センター、居宅介護事業所、訪問看護ステーション等の関係機関のネットワークづくりを支援します。
- ・ 医療及び介護関係者・県民への訪問看護に関する普及啓発を行い、訪問看護の利用を促進します。
- ・ 訪問による歯科診療、薬剤管理指導、栄養指導、口腔ケア等を必要とする方が適切にサービスを受けられるよう、医療及び介護関係者・県民へ重要性の周知啓発を行うとともに、体制の充実を支援します。

#### ○ 県民が望む場所での看取りの推進

- ・ 自宅や施設など、県民が望む多様な住まいでの看取りを可能とするため、在宅医療を行う医療機関、訪問看護ステーション、介護施設、介護サービス事業所、有料老人ホーム等で看取りを行う人材の育成に取り組みます。また、県民に対して、人生の最終段階に地域で受けられる医療や介護、看取りに関する情報提供や啓発を行います。

#### ○ 在宅医療に係る県民への周知啓発

- ・ 県民の在宅医療の利用を促進するため、市町や関係機関と連携し、住民に対する在宅医療の訪問診療や訪問看護サービスの内容に関する周知啓発を行います。

## 4. 評価指標

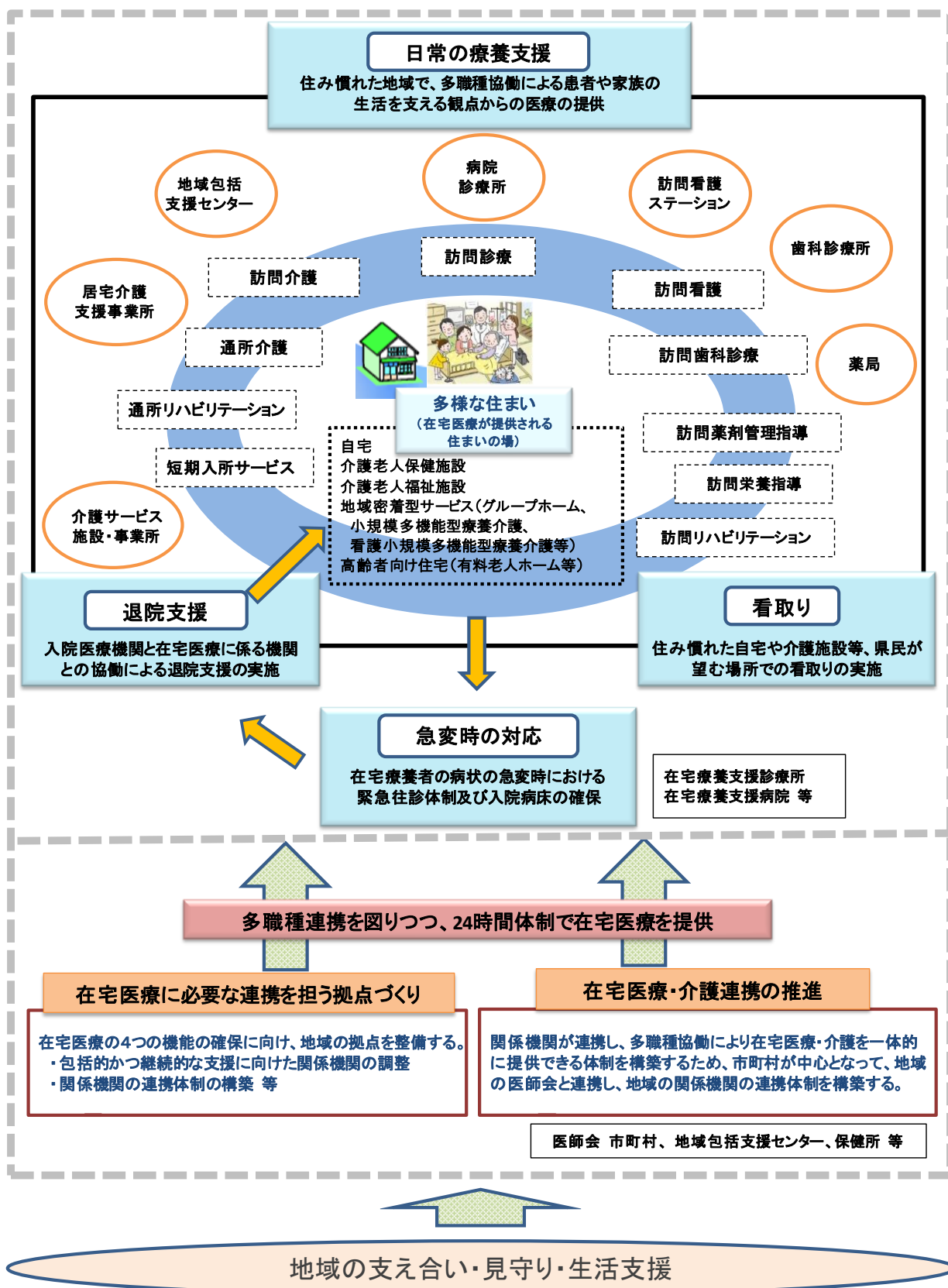
	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	退院支援加算を届け出ている病院・診療所数	6 箇所 (H29 年 10 月)	7 箇所 (H35 年 10 月)	退院支援加算を届け出ている病院・診療所数を 10%増加させる。
②	居宅介護サービス利用者に占める訪問看護利用率	10.2% (H29 年 4 月)	12.2% (H35 年 4 月)	訪問看護の利用を促進し、居宅介護サービス利用者で訪問看護を利用する者の占める割合を平成 29 年 4 月現在の国の平均値まで増加させる。
③	在宅療養支援診療所数	11 箇所 (H29 年 10 月)	19 箇所 (H35 年 10 月)	全国平均の人口 10 万人あたり 10.1 に増加させる。

<sup>33</sup> くまもとメディカルネットワークとは、利用施設（病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等）をネットワークで結び、参加者（患者）の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療・介護サービスに活かすシステムのことです。

④	在宅療養支援歯科診療所	20 箇所 (H29 年 10 月)	24 箇所 (H35 年 10 月)	県平均の人口 10 万人あたり 12.9 に増加させる。
⑤	在宅療養支援病院数	2 箇所 (H29 年 10 月)	3 箇所 (H35 年 10 月)	在宅療養支援病院を増加させる。
⑥	在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局の割合	7.7% (H28 年)	12% (H34 年)	在宅患者に対する訪問管理指導を行う薬局の割合を 5%増加させる。
⑦	居宅療養管理指導を実施している薬局の割合	15.0% (H28 年)	20.0% (H34 年)	居宅療養管理指導を行う薬局の割合を 5%増加させる。
⑧	自宅や施設等で最期を迎えた方の割合	18.0% (H28 年)	25.0% (H34 年)	自宅や施設等の多様な住まいの場での最期を迎えた方の割合を上昇させる。現在の全国平均 21.3%を上回る 25%を目標とする。
⑨	24 時間対応をしている訪問看護ステーション	14 事業所 (H29 年 10 月)	16 事業所 (H35 年 10 月)	24 時間対応体制加算の届け出をしている訪問看護ステーション数を増加させる。
⑩	24 時間対応の訪問看護ステーションの看護職員数(人口 10 万人あたり)	42.2 人 (H29 年 10 月)	45 人 (H35 年 10 月)	24 時間対応体制加算の届け出をしている訪問看護ステーションの看護職員を増加させる。

【在宅医療の医療連携体制図】

凡例   機関名  
  サービス名





## 第2項 救急医療

### 1. 現状と課題

- 救急医療体制については、患者の症状や治療の程度に応じた医療を提供するため、初期救急、二次救急、三次救急の区分<sup>34</sup>ごとに体系的に整備を進めています。
- 保健医療に関する県民意識調査によると、救急医療の体制について、全体の67%の方が「十分整っている」、「ある程度整っている」と感じています。
- 初期救急医療体制については、休日の診療は在宅当番医制<sup>35</sup>により確保できています。夜間については、熊本中央、有明、鹿本及び八代圏域では休日（準）夜間急患センターで対応している一方、二次救急の病院群輪番制<sup>36</sup>の当番病院に依存しています。しかし、菊池地域から熊本市内へのアクセスは十分確保されているため、休日夜間急患センターを設置する予定はありません。
- 初期救急医療体制に必要な在宅当番医制参加医療機関数は96箇所（H29.3.31）ありますが、夜間における対応を含めて体制が充実することが期待されています。
- 二次救急医療体制については、病院群輪番制や救急告示<sup>37</sup>病院（いずれも8病院）により対応しています。
- 平成24年1月から「熊本型」ヘリ救急搬送体制<sup>38</sup>により、救急患者の救命率向上や広域救急患者搬送体制の充実を図っています。一方で、消防等関係機関に有用性が認知されてきたこと等によりヘリ救急搬送件数が増加しています。また、ヘリが救急現場により近い場所に離着陸できるよう、公園や校庭などを使用した緊急離着陸場の確保が重要です。
- 初期救急医療機関で対応可能と思われる軽症者の多くが、二次や三次の救急医療機関を受診しています（表1参照）。また、今後、高齢化の進展に伴い、救急患者数の増加が見込まれることから、地域包括ケアシステムの構築に当たって、これまで以上に重症度・緊急度に応じた救急医療を提供していくことが求められています。

【表1】

救急車により救急搬送された患者のうち、入院加療を必要としない軽傷者の割合	47%（H28年）
救急車により二次救急医療機関に救急搬送されたが、入院に至らなかった患者の割合	55%（H26年度）
救命救急センターで受け入れた救急患者のうち、独歩等による患者の割合	73%（H28年度）

（出典：[1行目]消防長「平成29年版救急・救助の現況」、[2行目]厚生労働省「救急医療提供体制の現況調」[3行目]熊本県医療政策課調べ）

<sup>34</sup> 初期救急、二次救急、三次救急の区分については、症状や必要な治療の程度に応じて、概ね次のとおり区分しています。  
・初期救急：入院の必要がなく、外来で対処できる患者に対応する。  
（在宅当番医制に参加する診療所、休日夜間急患センター、休日や夜間に対応できる診療所）  
・二次救急：入院を必要とする重症の患者に対応する。（病院群輪番制病院、救急告示病院）  
・三次救急：二次救急では対応できない複数の診療科にわたる処置が必要な患者や、重篤な患者に対応する。（救命救急センター（熊本赤十字病院、熊本医療センター、済生会熊本病院）、熊本大学医学部附属病院）

<sup>35</sup> 在宅当番医制とは、地区医師会が当番病院・診療所を決め、休日に比較的軽症の救急患者の診療にあたる制度です。

<sup>36</sup> 病院群輪番制とは、二次救急医療機関の病院が当番病院を決め、休日、夜間に入院治療を必要とする重症救急患者の診療にあたる制度のことです。原則として、初期救急医療施設からの転送患者を受け入れます。

<sup>37</sup> 救急告示とは、救急病院等を定める省令に基づき、救急業務に関し協力する旨の申出があった病院又は診療所のうち、医師・施設及び設備等の一定の要件を満たすものを県が認定し、その名称等を告示するものです。

<sup>38</sup> 「熊本型」ヘリ救急搬送体制とは、ドクターヘリ（基地病院：熊本赤十字病院）と県防災消防ヘリの2機で役割分担と相互補完を行い、4つの三次救急医療機関が連携して患者を受け入れる体制です。

- 圏域の救急出動件数は増加傾向（表 2 参照）にあり、一部で救急車の安易な利用も見受けられます。

【表 2】

救急出動件数（H27 年）	7,695 件（対前年 248 件増）
救急搬送人員（H27 年）	7,285 件（対前年 246 人増）
救急車の平均出動件数（H27 年）	21 件/日（約 68.2 分に 1 回）
通報から現場到着までの平均所要時間（H27 年）	9.2 分（県平均 8.4 分、全国平均 8.6 分）

（菊池広域連合消防本部より数値提供）

## 2. 目指す姿

- 初期救急、二次救急、三次救急の適切な機能・役割分担により、重症度・緊急度に応じた適切な救急医療提供体制を構築します。

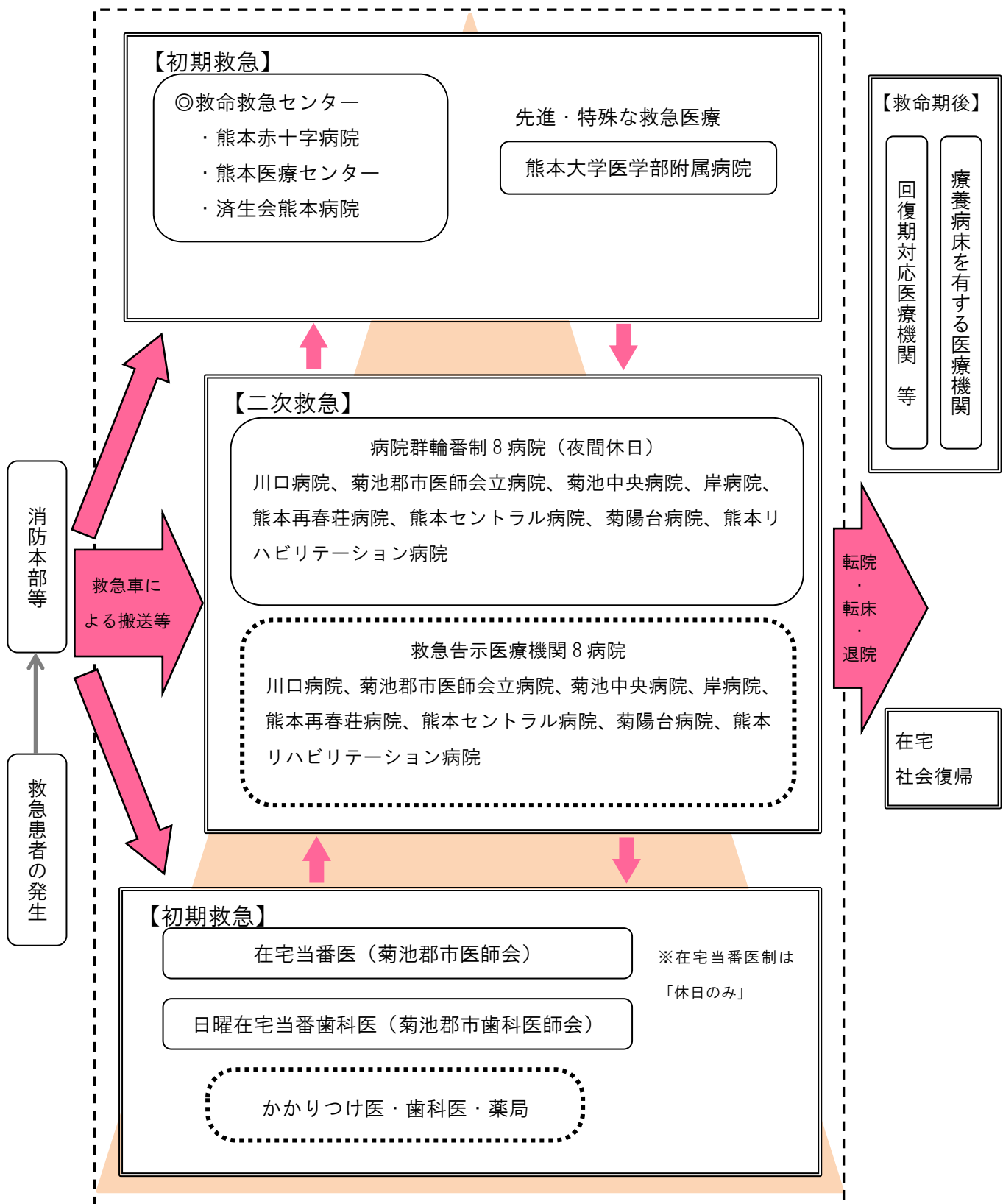
## 3. 施策の方向性

- **初期救急医療体制整備の推進**
  - ・ 初期救急医療体制の充実を図るため、市町や医師会等と連携し、在宅当番医の確保・充実を図ります。
- **適切な機能・役割分担による救急医療体制の充実**
  - ・ 菊池地域の救急医療専門部会において、菊池地域メディカルコントロール協議会と連携して、地域の医療機能の把握、かかりつけ医を含む関係者間での課題共有、連携体制等の検討を行い、初期救急、二次救急、三次救急の適切な機能・役割分担、搬送体制の整備、「くまもとメディカルネットワーク」の活用等を推進します。
- **県民への医療機関情報の提供**
  - ・ 県民に対して、重症度・緊急度に応じた受療を促すため、医療機能情報システム「くまもと医療ナビ」などを活用し、救急医療機関に関する情報を提供するとともに、症状に応じた適切な救急医療機関の受診について啓発を行います。
- **救急車の適正な利用に係る啓発**
  - ・ 県民の救急医療に関する理解を深め、真に緊急搬送を必要とする方の要請に迅速に対応できる救急搬送体制を確保するため、「救急の日（毎年 9 月 9 日）」や「救急医療週間（9 月 9 日を含む 1 週間）」などの行事や、医療機関、消防機関、県、市町村等を通じて、応急手当の更なる普及や救急車の適正な利用について啓発を行います。具体的には、消防機関・県・市町がポスター・リーフレットによる啓発を実施し、加えて市町は広報による啓発を行います。

#### 4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	病院群輪番制参加病院による対応患者数	9,872件 (H28年度)	11,000件 (H34年度)	二次救急医療体制の動向を把握するとともに、対応患者を10%程度増加させる。
②	119番通報から現場到着までの所要時間	平均9分24秒 (H28年)	平均9分 (H34年)	救急車の適正利用の啓発等を通じて迅速な救急搬送体制を確保し、左記所要時間を短縮させる。また、長期化する場合には関係機関で情報共有及び原因分析を行う。
③	救急車の出動件数に占める軽症患者割合	44.5% (H28年)	35.0% (H34年)	高齢化の進展を見据え、各医療機関が本来担うべき機能・役割を十分果たせるよう、県民への周知啓発を行うとともに、救急車の適正な利用を図るため、軽症者の占める割合を10%程度減少させる。

【救急医療の医療連携体制図】



## 第3項 災害医療

### 1. 現状と課題

- 管内 16 病院中 15 の病院において、災害時医療マニュアルを整備し、災害時に対応できる体制が整いつつあります。  
一方で、被災後、早期に診療機能を回復するためには、業務継続計画（BCP）<sup>39</sup>を整備する必要がありますが、管内病院でも整備が進んでいない状況です。特に災害拠点病院については、平成 29 年 3 月に BC P の整備が必須とされたことから、早急に整備する必要があります。
- 熊本地震時には、県内の半数の病院が広域災害・救急医療情報システム（EMIS）<sup>40</sup>への登録をしておらず、登録していた病院も建物の被災やシステム未習熟などのため EMIS を十分に活用できませんでした。このため、平成 29 年 3 月までに県内全病院が EMIS への登録を完了し、医療機関の被害情報や患者の受入情報、診療状況など災害医療に関する情報収集の環境を整えています。  
今後は当圏域においても、各病院が EMIS を十分に活用できる体制を整備する必要があります。
- 熊本地震の経験をふまえ、平成 29 年度から地域災害医療コーディネーター<sup>41</sup>2 名が配置されました。  
地域災害医療コーディネーターは、被災地の医療ニーズの把握及び分析、派遣された医療チームや自主的に参集した医療チームの効果的な配置・調整をはじめ、各種の医療救護活動を統括・調整する役割を担うことから、同コーディネーターが十分にその役割を果たせる体制を整備しておくことが必要です。

### 2. 目指す姿

- 熊本地震の経験を踏まえ、管内の災害医療コーディネート機能を強化し、災害拠点病院を中心とした災害時医療提供体制をより確実なものにします。  
また、平時から大規模災害が発生した場合を想定して、管内の医療機関や関係機関が連携して、発災直後から被災地の診療機能が回復するまで、地域住民に対し切れ目なく必要な医療を提供する体制を整えます。

### 3. 施策の方向性

- 災害拠点病院を中心とした体制の充実・強化
  - ・ 熊本地震の経験を踏まえ、災害拠点病院を中心とした連携体制の構築をはじめとし

<sup>39</sup> 業務継続計画（BCP）とは、Business Continuity Plan の略で、震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補う非常時優先業務を開始するための計画のことです。

<sup>40</sup> 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）とは、Emergency Medical Information System の略で、災害時の迅速かつ適切な医療救護活動を支援するため、医療機関の被害情報や患者受入れ情報をはじめ、診察状況など災害医療に関する情報を収集・提供し、行政や医療関係機関等と共有するシステムのことです。

<sup>41</sup> 地域災害医療コーディネーターとは、災害時に保健所等に参集し、保健所長（医療救護現地対策室長）のもとで、派遣された医療チームの保健所管内での配置調整や傷病者の受入先の調整等を行う医師のことです。

た必要な体制を整備します。

- ・ 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の作成やBCPに基づいた研修・訓練の実施に向けた体制を整備します。
- ・ 災害拠点病院と関係機関の連携を強化し、各種の訓練や研修を実施します。

○ 災害時に拠点となる病院以外の病院の体制整備

- ・ 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を活用した情報収集・提供の習熟、業務継続計画（BCP）の作成及びBCPに基づいた研修・訓練の実施、各種災害医療研修への参加等により、災害拠点病院以外の病院における体制を整備します。

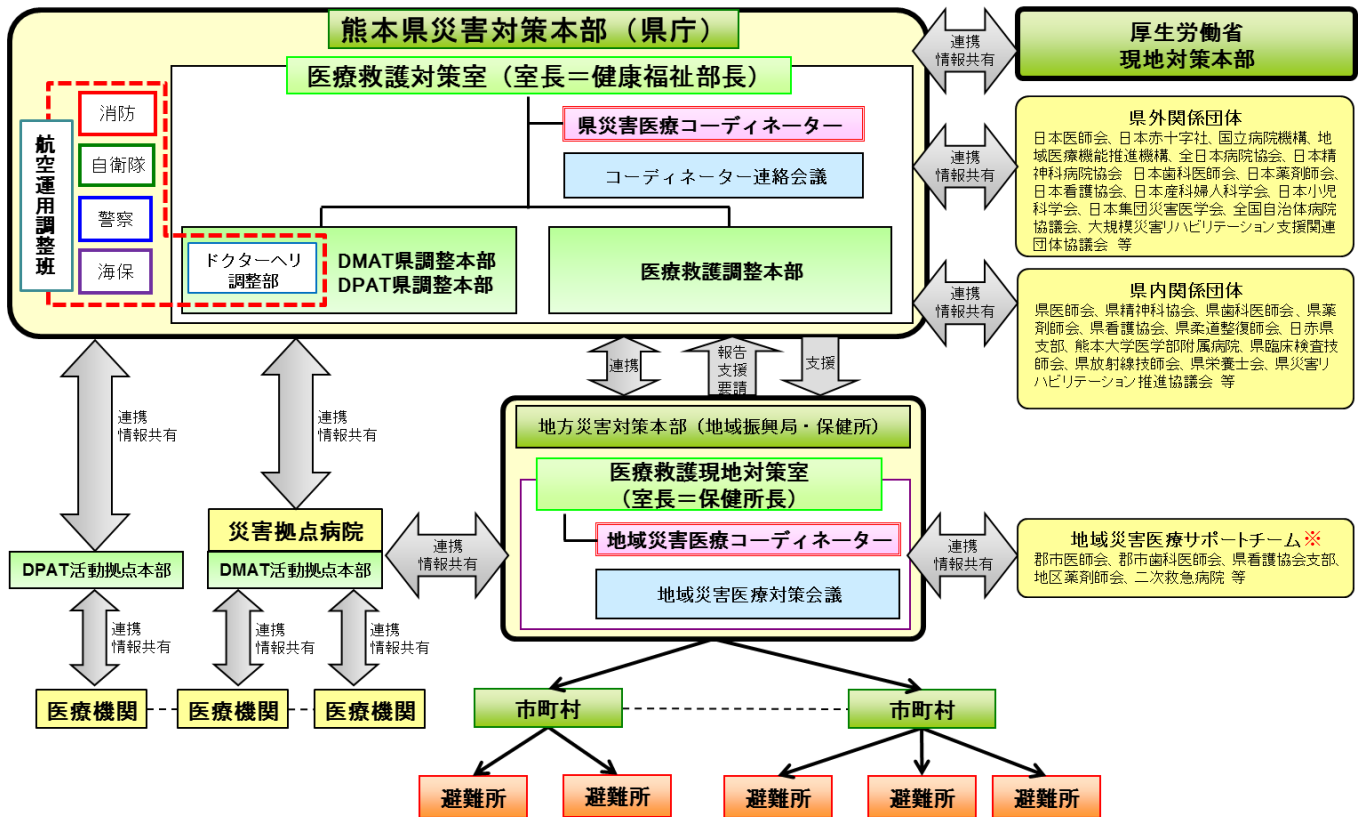
○ 急性期・急性期以降における災害医療供給体制の整備の充実・強化

- ・ DMA T指定病院、管内の病院等を対象としたEMIS操作等の研修・訓練の開催を企画し、実施します。
- ・ 災害時に、保健所や市町等の行政担当者と菊池郡市医師会や災害拠点病院等の医療関係者、医療チーム等が定期的に情報共有を行うため、菊池地域災害医療対策会議を迅速に設置し、同会議の設置に向けた計画を事前に策定します。
- ・ 災害時に、避難所等での医療ニーズを適切かつ詳細に把握、分析したうえで、県医療救護調整本部から派遣された医療チームや自主的に集合した医療チーム等の配置調整等のコーディネート機能を強化するため、地域医療コーディネーターと連携した体制を整備します。

#### 4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	業務継続計画（BCP）を整備している病院の割合	—	100% (H35年度)	BCPを整備している病院数／管内病院数
②	EMISの研修・訓練を実施又は参加している病院の割合	68.7% (H29年9月)	100% (H35年度)	EMISの研修・訓練を実施している（又は保健所や災害拠点病院が実施するEMISの研修・訓練に参加している）病院数／管内病院数

## 5. 災害医療の医療提供体制図



※ 地域災害医療サポートチームとは、災害時に、保健所が開催する地域災害医療対策会議に参加し、医療救護活動の情報を共有するとともに、各所属団体等における医療救護活動を実施する地域の医療関係者のことです。

## 第4項 歯科保健医療

### 1. 現状と課題

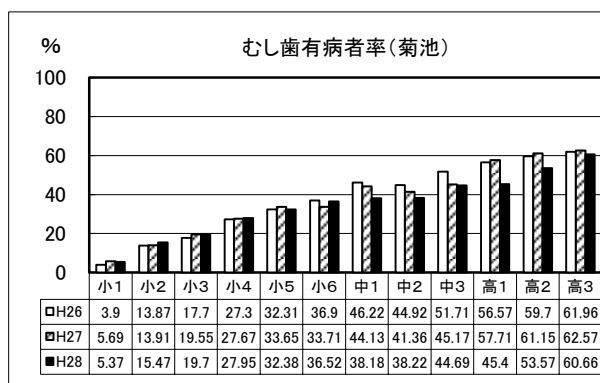
- 圏域のむし歯のない幼児（3歳児）の割合は県平均より高いが、全国平均と同程度の現状です。
- 毎日、仕上げ磨きをしている1歳6か月児の割合は79.5%、3歳児の割合は86.9%と県平均より高い状況です。
- 保護者の間で歯と口の健康や治療に関する意識に差が認められており、保護者や児童生徒の歯と口の健康に関する意識を高め、甘味飲食物の摂取回数を減らし歯磨きの励行等を進めるために、歯科保健教育や啓発、治療勧奨を行うことが必要です。
- 圏域の子どものむし歯有病者率は平成28年度においては永久歯に生え変わる小学校1年生から年齢があがるとともに急激に増加しており（図1参照）、治療率は、保育所・幼稚園・認定こども園児30.78%、小学生56.04%、中学生62.76%と県平均より低い状況です。
- 圏域の12歳児（中学校1年生）の一人平均むし歯数は県の目標値（平成29年度：1本以下）に達しておらず、全国平均より高い状況です（図2参照）。
- フッ化物洗口実施率は、保育所・幼稚園・認定こども園において89.5%（H28年度）と県平均（67.4%）より高い状況です。菊池市は全園（22園）、合志市では20園、大津町では9園、菊陽町では全園（17園）がフッ化物洗口に取り組んでいます。
- 小中学校へのフッ化物洗口導入について、市町、歯科医師会や教育事務所等の関係機関と協力して推進し、平成29年度全小中学校（42校）で実施しています。
- 歯周病に罹っている人の割合が全国平均を上回っているため、かかりつけ歯科医を持ち、早期から定期的に歯科健診や歯石除去等を受けることの重要性等の啓発を進める必要があります。
- 平成28年度歯周病検診の受診率は、菊池市4.3%、合志市10.9%、大津町7.1%、菊陽町5.1%で、多くの住民が受診していない現状です。
- 高齢者では加齢とともに、徐々に身体機能の衰えによる日常生活活動や自立度の低下が現れ（虚弱：フレイル）、その前段階で口腔機能の衰え（オーラルフレイル）<sup>42</sup>が現れるため、予防や改善を図ることが大切です。
- 近年、口腔と全身の健康状態との関係について広く指摘されており、早産予防、糖尿病及びがん治療等における医科歯科連携の推進が必要です。
- 障がい児（者）が受診できる歯科医療機関は増加しています。
- 訪問歯科診療を行う在宅療養支援歯科診療所は、管内4市町に20カ所あります。高齢者の誤嚥性肺炎予防や口腔機能の維持のため、高齢者の口腔ケアや口腔機能向上プログラム<sup>43</sup>に従事する人材の確保が必要です。

<sup>42</sup> オーラルフレイル：滑舌の低下、食べこぼし、むせ、噛めない食品の増加等として現れる口腔機能の衰え（虚弱）のこと。

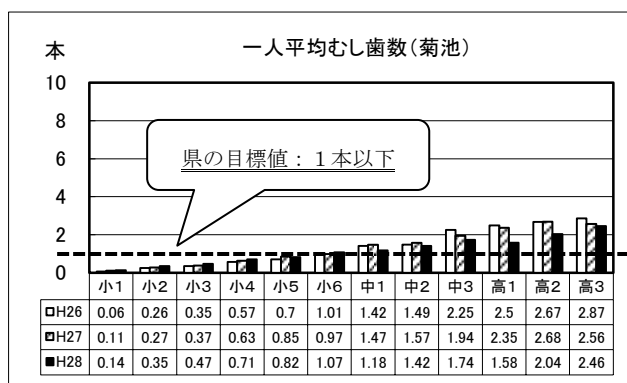
<sup>43</sup> 口腔機能向上プログラム：咀嚼や嚥下等の口腔機能が低下している（おそれのある）人に、歯科衛生士等が個別計画に基づき、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を実施すること。



【図1】 菊池圏域のむし歯有病者率



【図2】 菊池圏域の一人平均むし歯数



(出典：「平成28年度熊本県の歯科保健の現状－「熊本県歯科保健状況調査報告－」)

## 2. 目指す姿

- 全ての住民が年齢や心身の状況などに応じて、歯及び口腔に係る良質な保健医療サービスの提供を受けることができるようにします。

## 3. 施策の方向性

### ○ むし歯予防対策の推進

- ・ 乳幼児期及び学齢期のむし歯の有病状況の改善及び家庭での歯磨き・適切な食生活習慣の定着を図るため、妊産婦への指導とともに子どもの歯科健診・フッ化物塗布・歯科保健指導等を充実し、歯科保健向上のための広報活動を実施。また、治療勧奨、保健学習及び保健指導により歯科受診の機会の拡大及び早期治療を促すことで、治療率の向上を図り、むし歯の増悪化を防ぎます。

### ○ フッ化物洗口の推進

- ・ むし歯の有病状況を改善するため、保育所・幼稚園・認定こども園、小中学校におけるフッ化物洗口を継続して安全かつ効果的に実施し、歯科保健の取組みの充実を図ります。

### ○ 歯周病予防対策の推進

- ・ 歯周病の予防・早期発見及び早期治療を推進するため、歯周病検診の充実、検診体制の整備、「歯とお口の健康展」及び出前講座等を通じて、歯とお口の健康の大切さを周知するとともに予防から治療までを対応するかかりつけ歯科医を持つことの重要性について啓発を行います。

### ○ フレイル予防に向けた取組み

- ・ 高齢者の口腔機能の低下や誤嚥性肺炎等の予防のため、後期高齢者歯科健診の取組みを推進します。

### ○ 医科歯科連携の推進

- ・ 早産予防や糖尿病の重症化予防及びがん治療における口腔合併症等の予防のため、市町、歯科医療機関、産婦人科、糖尿病及びがん診療を行う医科との連携体制の強化を目指します。また、妊婦への啓発及び健診機会の拡大を図ります。

○ 障がい児（者）の口腔ケアの推進

- ・ 障がい児（者）の歯科疾患の予防及び口腔機能の維持向上を図るため、障がい児（者）の口腔ケア等を推進するとともに障がい児（者）が受診可能な歯科医療機関の増加を図ります。

○ 訪問歯科診療の体制整備

- ・ 在宅療養支援歯科診療所の増加及び訪問歯科診療の充実を図るとともに、多職種と連携し、地域包括ケアを推進します。

○ 高齢者の歯の健康づくりに関わる人材育成の推進

- ・ 高齢者の誤嚥性肺炎予防や口腔機能の維持のため、口腔ケアや口腔機能維持に関する研修会等を通じて、歯科保健関係者の資質向上を目指します。

○ 歯科保健医療提供体制の整備

- ・ 菊池地域歯科保健連絡協議会において、「ライフステージに応じたきれめのない『歯及び口腔の健康』の推進—健康長寿はお口から（歯福・口福・笑福）—」を掲げ、関係機関・団体が連携して歯及び口腔の健康づくりを推進します。

#### 4. 評価指標

	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	むし歯のない幼児の割合（3歳児）	83.5% (H27年度)	全国平均以上 (H33年度)	むし歯予防対策の推進により、むし歯のない幼児（3歳児）の割合を全国平均以上にまで増加させる
②	保育所、幼稚園・認定こども園でのフッ化物洗口実施率	89.5% (H29年3月)	増加 (H35年度)	むし歯予防対策の推進により、フッ化物洗口実施率を増加させる
③	12歳児一人平均むし歯数	1.18本 (全国平均0.84本) (H28年度)	0.84本 (H34年度)	学齢期のむし歯予防対策により、12歳児の一人平均むし歯数を県の目標値と同様に全国平均を下回ることを目指す。
④	歯周病を有する人の割合	40歳：53.3% 60歳：71.9% (H28年3月)	40歳：35%以下 60歳：50%以下 (H34年度)	40歳、60歳の歯周病有病者率を健康日本21及び県の目標値にまで低下させる
⑤	在宅療養支援歯科診療所数	20 (H29年10月)	増加 (H35年10月)	訪問歯科診療の体制整備等により、在宅療養支援歯科診療所数を増加させる

## 第3章 健康危機に対応した体制づくり

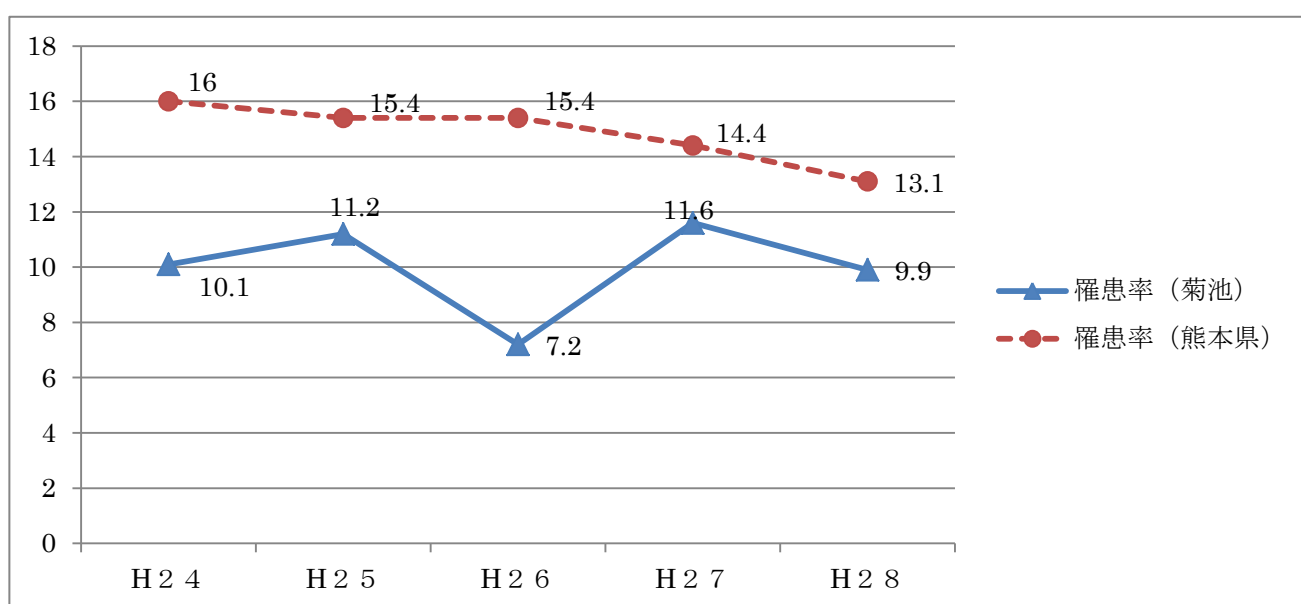
### 第1節 結核

#### 1. 現状と課題

※本項の内容については、「熊本県結核対策プラン」の内容から、保健医療に関係する部分を中心に記載しています。

- 圏域での罹患率（人口10万人対）は9.9で県の目標である10以下を達成しています。今後もこの状況を維持していく必要があります。

菊池圏域と熊本県の罹患率（人口10万人対）



（出典：熊本県の結核）

- 結核は適切に服薬すれば治癒するため、保健所を中心に関係機関と連携しながら服薬支援を行っています。また、治癒しても再発することがあるため、結核治療終了者（回復者）の病状把握を確実に行う必要があります。
- 結核のまん延防止を目的として、患者の接触者への健康診断を実施しています。その必要性についての理解が十分でない場合など、適切な受診につながらない場合は感染者の発見が遅れる可能性があります。
- 圏域における高齢者の結核罹患率は依然として高く、罹患者の中には高齢者施設を利用している人も多い状況です。そのため、施設を利用しながら安心して治療を継続できる支援が必要です。
- 結核患者の早期発見には定期健康診断が重要です。圏域における定期健康診断受診率は事業者、学校、施設等で96.9%（平成28年）、一般住民（65歳以上）の受診率は25.3%（平成28年）です。より多くの住民が定期健康診断を受診するよう普及啓発の強化が必要です。

## 2. 目指す姿

- 普及啓発の強化や健診受診率の向上により結核の早期発見・早期治療につなげ、関係機関の連携により患者が確実に治癒できるようにすることで、結核のまん延を防止します。

## 3. 施策の方向性

- 普及啓発の強化
  - ・ 早期受診や早期発見・早期治療につなげるため、住民に対して結核に関する必要な情報を提供し、正しい知識の普及啓発を行います。また、患者が利用している施設等に対して、結核発生早期から継続的に施設関係者と連絡をとりあい、訪問等により、結核に対する認識を深めてもらうようにします。
- 服薬確認の充実と連携強化
  - ・ 患者が確実に服薬し治癒できるよう、治療対象者の状況に応じて、医療機関や社会福祉施設等の関係機関と連携し、直接服薬確認（DOTS）<sup>44</sup>を推進します。
- まん延防止の推進
  - ・ 感染者の早期発見、まん延防止、確実な治療へと結びつけるため、接触者健診の対象者及び関係者に健診の必要性等を十分に説明し、受診につなげるとともに、受診結果の把握を確実にを行います。
- 再発の早期発見
  - ・ 結核再発の早期発見のため、治療終了後の定期的な精密検査が必要であることを理解してもらえよう、治療中から、本人、家族及び施設関係者等に十分説明を行うとともに受診勧奨や受診結果の把握を確実にを行います。

## 4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	結核の罹患率	9.9 (H28年)	10以下 (H32年)	国の「結核に関する特定感染症予防指針」の目標値（平成32年：10以下）を維持する。
②	全結核患者及び潜在性結核感染症の者に対する服薬確認（DOTS）実施率	94.4% (H28年)	95%以上 (H32年)	国の「結核に関する特定感染症予防指針」の目標値（平成32年：95%以上）を目指す。
③	接触者健康診断の受診率	98.2% (H28年)	100% (H32年)	接触者健康診断に関する確実な説明により、受診率を100%目指す。

<sup>44</sup> 直接服薬確認（DOTS）とは、直接監視下短期化学療法（Directly Observed Treatment Short course）の頭文字をとった言葉で、医師、看護師、保健師等が患者の服薬を支援、指導し確実な服薬を図っていくものです。

## 第2節 食中毒・食品安全

### 1. 現状と課題

- 飲食店や菓子製造業などの食品営業施設の監視や指導を、毎年、実施率<sup>45</sup>100%を目標に実施しています。しかし、毎年、異物混入等の多数の苦情事案が発生している現状があります。
- 国は、国際標準の衛生管理手法であるHACCP（ハサップ）<sup>46</sup>を、2020（平成32）年までに全ての食品営業施設に導入させる方針を示しており、保健所ではHACCPに関する相談に応じたり、講習会の開催等を通して、営業施設への導入支援を行っています。今後も、全ての食品営業施設において円滑にHACCPの導入ができるよう、引き続き支援を行う必要があります。

### 2. 目指す姿

- 食品営業施設の監視や指導、HACCPの導入支援を行い、食品等による健康被害の発生を未然に防止するとともに、違反食品等の県内流通を防ぎます。

### 3. 施策の方向性

- **継続した食品営業施設の監視指導**
  - ・ 食品による健康被害の未然防止を推進するため、熊本県食品衛生監視指導計画に基づき、立入及び収去検査<sup>47</sup>などの監視指導を行います。
- **HACCPの導入推進**
  - ・ 管内の食品営業施設へのHACCPの導入を推進するため、HACCPに関する相談に応じたり、講習会を開催するなど、HACCPの導入支援を行います。

### 4. 評価指標

	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	食品営業監視指導の実施率	90.57% (H28年度)	100%以上 (毎年度)	熊本県食品衛生監視指導計画で目標設定している監視指導の実施率100%以上とすることを目標とする。
②	HACCPの新たな導入施設数		6施設 (H31年度)	HACCPに関する講習会や導入支援等を行うことで、平成31年度までに新たな導入施設数6施設を目指す（国がHACCPを制度化した場合は目標を見直す。）。

<sup>45</sup> 実施率とは、実際に監視指導した件数を、熊本県食品衛生監視指導計画に基づき設定した監視の目標件数で割った数です。

<sup>46</sup> HACCPとは、「Hazard Analysis Critical Control Point」の略で、食品の製造・加工工程において発生するおそれのある危害を分析し、重要な管理点を定め、監視することで、その製品の安全を確保する国際的な衛生管理の手法です。

<sup>47</sup> 収去検査とは、食品衛生法第28条の規定により知事が必要があると認めた場合に行う検査で、食品衛生監視員等が営業施設から必要な量の食品を無償で提供を受けて行う微生物や添加物、農薬等の検査のことでです。

# 第3編

## 計画の実現に向けて

## 1. 計画の進行管理体制

- 住民、行政、保健・医療・福祉関係機関、関係団体等が、本計画の内容を共有し、それぞれの役割を認識し、お互いに連携・協力し、計画の推進に取り組んでいきます。
- 各関係機関、団体等の取組み状況や翌年度の取組み計画等について確認を行い、本計画の作成・推進に関して必要な事項を協議するため設置している「菊池地域保健医療推進協議会」にその状況を報告し、意見等を伺いながら、計画を着実に推進していきます。

## 2. 計画の評価や見直し

- 本計画の各項目で設定している「評価指標」により毎年度その進捗状況を把握し、評価を行い、菊池地域保健医療推進協議会に報告します。
- 新たな課題が発生しその解消に向け見直しの必要があると認める場合や計画の進捗状況の分析・評価等を行った結果必要があると認める場合などは、計画の変更を行います。