

令和4・5年度

地域医療委員会 答申

福岡県の第8次医療計画策定に向けての提言

令和6年3月

福岡県医師会 地域医療委員会

令和6年3月21日

福岡県医師会  
会長 蓮澤 浩明 殿

地域医療委員会  
委員長 大橋 輝明

## 答 申

本委員会は、令和4年9月29日、蓮澤会長より「福岡県の第8次医療計画策定に向けての提言」について諮問を受け、令和6年2月6日までに8回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、第8次医療計画の策定に向けた報告を以下のとおり取りまとめましたので答申いたします。

### 地域医療委員会

委員長 大橋 輝明  
委員 穴井 堅能  
委員 石橋 正彦  
委員 江頭 啓介  
委員 江口 徹明  
委員 岡本 高明  
委員 古賀 丈晴  
委員 櫻井 俊弘  
委員 辻 裕二  
委員 濱口 欣也  
(令和5年8月まで)  
委員 原 速  
委員 原 祐一  
委員 平川 俊夫  
(令和5年8月から)  
委員 戸次 鎮史  
委員 松田 晋哉  
委員 山近 仁  
委員 横倉 義典  
(委員：五十音順)

1 地域医療委員会 答申  
2 福岡県の第8次医療計画策定に向けての提言  
3 目次  
4

5 1. はじめに . . . . . 2  
6

7  
8 2. 5疾病・6事業及び在宅医療等の医療提供体制 . . . . . 3  
9

10 (1) 5疾病 (がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病・精神疾患)

11 (2) 6事業 (救急医療・災害時における医療・へき地の医療・周産期医療・小児医療  
12 ・新興感染症)

13  
14 (3) 在宅医療

15  
16 (4) 難病対策

17  
18 (5) 肝炎対策

19  
20 (6) 高齢化に伴い増加する疾患等対策 (ロコモ、フレイル、大腿骨近位部骨折、  
21 誤嚥性肺炎)

22  
23 (7) 外来医療に係る医療提供体制の確保

24  
25 (8) 外国人医療

26  
27 (9) 県民への分かりやすい情報提供 (ライフコースアプローチの検討)

28  
29  
30 3. おわりに . . . . . 73  
31  
32

# 1. はじめに

本委員会は、令和4年9月29日、蓮澤会長から、「福岡県の第8次医療計画策定に向けての提言」について、審議するよう諮問を受けた。

この諮問の趣旨は、第7次福岡県保健医療計画における課題等を踏まえ、令和6（2024）年度から令和11（2029）年度の第8次医療計画をより実効性の高いものとするため、医療計画に定める5疾病・5事業及び在宅医療の他、新たに6事業目として追加された新興感染症対策について検討を行うことにある。

本委員会は、第8次医療計画を地域の実情を踏まえた実効性の高いものとするため、国の医療計画作成指針に基づき下記体制で検討を行うとともに、県行政に提言すべく答申をまとめた。

11

## 【検討体制】

- 13 ① 計画全体：地域医療委員会
- 14 ② がん：がん診療連携運営委員会（医療機能・医療連携）、各がん検診部会（受診率向上、精度管理）
- 15 ③ 脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患：救急・災害医療対策委員会、健康教育委員会
- 16 ④ 糖尿病（慢性腎不全含む）：健康教育委員会（医療機能・医療連携）、生活習慣病健診部会（受診率向上）
- 17 ⑤ 精神疾患：精神保健福祉委員会
- 18 ⑥ 救急医療：救急・災害医療対策委員会
- 19 ⑦ 災害時医療：救急・災害医療対策委員会
- 20 ⑧ へき地における医療：地域医療委員会
- 21 ⑨ 周産期医療：母子保健委員会
- 22 ⑩ 小児医療（小児救急医療を含む）：母子保健委員会
- 23 ⑪ 在宅医療：地域包括ケアシステム・在宅医療（かかりつけ医）推進委員会
- 24 ⑫ 新興感染症等：感染症対策検討委員会
- 25 ⑬ 肝炎対策：肝臓がん検診部会委員会
- 26 ⑭ 高齢化に伴い増加する疾患等対策（ロコモ、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎）：地域医療委員会、骨粗しょう症検診部会委員会
- 27 ⑮ 外来医療計画：地域医療委員会
- 28 ⑯ 難病対策：地域医療委員会
- 29 ⑰ 外国人医療：地域医療委員会
- 30 ⑱ ライフコースアプローチ：地域医療委員会

32

## 2. 5 疾病・6 事業及び在宅医療等の医療提供体制

### (1) 5 疾病 (がん・脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病・精神疾患)

#### 1) がん

##### ①がん検診受診率の向上に向けた取組み等

###### 【現状と課題】

- ・本県のがん検診受診率は年々上昇し、二次検診受診率は全国平均を上回っているものの、一次検診受診率はいまだ全国平均より低く推移しており、受診率向上への取組みが必要である。また、前述のように令和元（2019）年末からの新型コロナウイルス感染拡大により、がん検診受診率の低下がみられ、がん種によっては進行しての発見が増えたことは大きな問題であり、その動向を注視し解決策を検討する必要がある。
- ・がんは今も高齢者における死因の主原因であり、がん死亡の8割以上が65歳以上の高齢者である。特に五大がんのうち肺・胃・大腸・乳がんは5年生存率が年々改善されてきており、早期発見の重要性はますます大きくなってきている。住民検診の推進はもとより、かかりつけ医による検診を積極的に進める体制整備も必要である。

###### 【今後の方向性】

- ・喫煙対策（電子タバコ含む）等の予防の推進に加え、一次検診においては、「検診・健診ハンドブック」を活用した受診勧奨等を行うとともに、市町村が罹患率や性別・年齢毎の受診状況を踏まえた効果的な取組を実施できるよう、実効性のある支援を行う。
- ・また、二次検診においては、対象となったもの全てを受診に繋げられるよう、未受診率・未把握率の高い市町村に対し改善策の提案や継続的な支援を行う。
- ・精度管理については、市町村・検診機関における各がん検診の取組等について福岡県集団検診協議会に諮問し精度管理体制の各プロセスが適切に行われているかの検証等について助言を得たうえで、市町村・検診機関に評価や改善策等をフィードバックするとともに必要な技術的支援・指導を行う。
- ・がんの原因となるウイルスや5大がん以外のがんにおいては、死亡率減少に関する有効性が実証されてきた検査もあることから、精度の高い検診が実施できるよう体制整備を進める。

##### ②医療提供体制の均てん化・集約化

###### 【現状と課題】

- ・本県では、令和5年度現在、県がん診療連携拠点病院が2か所、地域がん診療連携拠

1 点病院が20か所、地域がん診療病院が2か所（以下、「拠点病院等」）が指定され、均  
2 てん化の指標となっている。

- 3 ・福岡県内においても医療従事者数、設備、診療の質等において地域間格差がある。
- 4 ・がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情  
5 に応じ均てん化を推進する必要がある。一方、持続可能で質の高いがん医療の提供に  
6 向け、特に難治性がんや希少がん等の診療は、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約  
7 化を推進する必要がある。
- 8 ・本県では、6臓器（胃、大腸、肺、乳、肝臓、前立腺）、12種類のがん地域連携クリテ  
9 ィカルパス（以下、「クリティカルパス」）が901施設、6,505症例で運用されている。（令  
10 和4年9月末現在）
- 11 ・福岡県においてはクリティカルパスによる連携は定着し、確実に運用されている。
- 12 ・令和3年に、がん診療連携協議会が行った患者及び連携医療機関に対するクリティカ  
13 ルパスに関するアンケート調査によると、患者、連携医療機関ともに多くが有用性を  
14 感じており、満足度は高い。
- 15 ・臓器によって、よく利用されているクリティカルパス（前立腺がん、乳がん、胃癌及  
16 び大腸癌ステージI、肺癌）と利用が少ないクリティカルパス（肝がん、化学療法を併  
17 用する肺、胃、大腸がん）に分かれている。
- 18 ・また、連携医療機関数がやや頭打ちになっている。
- 19 ・ガイドライン等の改訂に伴うパス改訂の労力（手間）が増大している。
- 20 ・クリティカルパスに関するがん相談支援センターの担当者の負担が増大している。
- 21 ・令和4年の拠点病院等の整備に関する指針（以下、「整備指針」）の一部改正により、  
22 拠点病院等の指定要件からクリティカルパスの整備に関する記載が削除された。

23

#### 24 【今後の方向性】

- 25 ・がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情  
26 に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院  
27 等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。
- 28 ・医療機関間の連携が必要な医療等について、地域の実状に応じ、拠点病院等及び他の  
29 がん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で  
30 共有するとともに広く周知する。
- 31 ・上記の体制を整備するためには、二次医療圏にこだわらず、二次医療圏を超えた適切  
32 な圏域で完結できるような取組みが必要である。

- 1 ・本県では、患者・連携医療機関ともにクリティカルパスの満足度は高いことから、今  
2 後もより有意義で効率的な運用を目指し、継続・展開を図る。

### 3 4 ③ゲノム医療

#### 5 【現状と課題】

6 ・本県では、がんゲノム医療中核拠点病院として九州大学病院が、がんゲノム医療拠点  
7 病院として久留米大学病院が指定され、さらにゲノム医療連携病院においてもゲノム  
8 医療が行われている。

9 ・がんゲノム医療に係る拠点病院の体制は整備されているが、関係する医療スタッフの  
10 人員数や業務の特殊性・複雑性等から患者のニーズに十分に対応できているとはいえ  
11 ない。

12 ・特にがんゲノム医療に係る拠点病院以外の一般の医療機関（以下、「一般医療機関」）  
13 では対象となる症例が十分に認識されていないこともある。

14 ・専門医やカウンセラー（認定遺伝カウンセラー）の育成が必要である。

15 ・実際に治療へつながる症例の頻度は高くない（情報収集、治験実施施設、疾患の経過  
16 などのため）。

#### 17 18 【今後の方向性】

19 ・がんゲノム医療に関する一般医療機関スタッフへの周知や患者への広報・周知活動、  
20 専門スタッフ育成への補助に取り組む必要がある。

### 21 22 ④手術療法・放射線療法・薬物療法

#### 23 【現状と課題】

#### 24 I. 手術療法

25 ・福岡県は九州他県に比較し、各専門領域の専門医の数、ならびに鏡視下手術、ロボッ  
26 ト手術等の設備は整った病院が多い。

27 ・高度な設備や技術、人材を要する手術等は全ての施設での対応は難しい。

#### 28 29 II. 放射線療法

30 ・放射線治療医、診療放射線技師の不足ならびに設備の問題は大きく、拠点病院等にお  
31 いても施設間格差がある。

32 ・医療機関間の連携、役割分担の整理・明確化と内容の共有が未だ不十分である。

1 III. 薬物療法

2 ・分子標的薬、免疫チェックポイント阻害剤など新しい薬物療法は急速に進歩し、進行  
3 がんや難治がん患者にとって朗報ではある。

4 ・一方、それに伴い適応や免疫関連副作用など新たな副作用への対策が重要になると共  
5 に、対応可能な専門医療従事者の配置において、地域間及び医療機関間における差が  
6 見られる。

7

8 【今後の方向性】

9 I. 手術療法

10 ・患者が、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準的  
11 治療の提供に加えて、科学的根拠に基づき、ロボット支援下手術を含む鏡視下手術等  
12 の高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の  
13 整備等の取組を進める。

14

15 II. 放射線治療

16 ・必要な人材、設備の整備を進める。

17 ・患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切な放射線療法を受けられる  
18 よう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法（強度変調  
19 放射線療法や密封小線源療法、専用治療病室を要する核医学治療等の放射線治療、高  
20 度で特殊な画像下治療 I V R）の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及  
21 び連携体制の整備等の取組を進める。

22

23 III. 薬物療法

24 ・患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切 かつ安全な薬物療法を外来  
25 も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく  
26 高度な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整  
27 備等の取組を進める。

28 ・バイオ後続品に係る新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討する。

29 ・さらに、治験や臨床試験など新しい薬物療法に関しても、確実に実施医療機関へ繋ぐ  
30 ことができるよう周知・連携体制を整える。

31

32

1 ⑤チーム医療

2 【現状と課題】

3 I. 施設内におけるチーム医療

- 4 ・がん治療は、他領域の専門家と連携しての診療（集学的診療）が重要である一方で、  
5 職種横断的に患者をサポートすることが必須である。特に緩和ケアにおいて多職種連  
6 携は不可欠である。
- 7 ・診断から治療、フォローアップ、終末期に至るまで、シームレスに医療チームとして  
8 患者と関わるのが重要である。
- 9 ・チーム医療体制は特にがん診療連携拠点病院において重要性が認識され実践されてい  
10 るが、いまだ十分とは言えず、施設間でも差がみられる。
- 11 ・専門医、メディカルスタッフともに、がん診療に精通した人材の不足は続いており、  
12 その育成も拠点病院の大きな負担となっている。
- 13 ・拠点病院以外では専門チームの設置はマンパワー等の問題により進んでいない。
- 14 ・診断から終末期に至るシームレスなサポート体制の確立が重要となっている。

15

16 II. 地域におけるチーム医療

- 17 ・本県ではクリティカルパスを用いた二人主治医制が徐々に定着しつつある。
- 18 ・医療・介護従事者のみならず、それ以外の職種との連携の重要性も認識されつつある。
- 19 ・クリティカルパスを用いたかかりつけ医との連携が伸び悩んでいる。
- 20 ・在宅医療を行う環境、特に終末期における連携が進んでいない。
- 21 ・医科歯科連携、医薬連携含め益々地域全体で取り組むチーム医療の重要性が増している。

22

23 【今後の方向性】

24 I. 施設内におけるチーム医療

- 25 ・拠点病院等は、多職種連携を更に推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療  
26 の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において地域の医  
27 療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組む。
- 28 ・拠点病院等は、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携 による  
29 がん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組む。また、栄養サポートチーム等の専門  
30 チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備に引き続き取り組む。

31

32

## 1 II. 地域におけるチーム医療

2 ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、放射線技士会、理学療法士会、検査技士  
3 会、介護関連、栄養士会など各専門職種団体間の連携をさらに推進する。

4 ・地域におけるチーム医療：医療（病院、かかりつけ医）、患者（患者会、ピアサポータ  
5 ー）、行政（県）の3者による三位一体の取組みを推進する。

6

### 7 ⑥がんのリハビリテーション

#### 8 【現状と課題】

9 がん患者におけるフレイル、嚥下・発声、呼吸障害対策、排泄障害対策等の、がん診  
10 療特有の領域でのリハビリテーションの重要性が増してきている。

11 がん診療領域でのリハビリテーションの特殊性があり、人材育成、体制整備は十分と  
12 は言えない。

13 ・上記の体制に病院間格差もみられる。

14 ・教育・研修等のサポート体制も不十分である。

15 ・保険診療上のサポートも必要である。

16

#### 17 【今後の方向性】

18 ・研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等  
19 への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的ながんのリハビリテ  
20 ーション提供体制の整備を推進する。

21 ・がん診療領域のリハビリテーションに精通した人材の育成を促進する。

22 ・ニーズに合致した質の高いリハビリテーションを推進する。

23 ・がん診療におけるリハビリテーションを行っている医療機関の情報の発信と、そこに  
24 つなぐ連携体制の充実を図る。

25

### 26 ⑦支持療法

#### 27 【現状と課題】

28 ・新たな薬物治療（分子標的薬、免疫チェックポイント阻害剤）の進歩により、従来以  
29 上にがんの治療に伴う副作用、合併症、後遺症に対する支持療法の重要性が増してい  
30 る。

31 ・学会等により診療ガイドラインは作成されている。

32 ・新たな薬物治療の進歩に伴う多様な副作用への対処、知識向上、サポート体制、連携体

1 制が不十分であり、対応が追いついていない。  
2 ・副作用や後遺症を含めた治療後の在宅でのケア並びに生活に対するサポートが不十分  
3 である。

4

5 **【今後の方向性】**

6 ・診療ガイドライン等の提供を進め、科学的根拠に基づく支持療法実施させる。

7 ・免疫関連副作用（irAE）などの情報提供や病院間の連携を推進する。

8 ・在宅医療関係者への啓発に取り組む。

9 ・アピアランスケアの重要性の認識と人材育成・普及啓発に取り組む。

10

11 **⑧緩和ケア**

12 **【現状と課題】**

13 ・拠点病院内や緩和ケア病棟を有する施設での研修はかなり進んでいる。

14 ・緩和ケアを専門とする医師、及び緩和ケアを直接行うメディカルスタッフ（看護師、  
15 心理士）及び介護スタッフが不足している。

16 ・検診医療機関やかかりつけ医等への研修、普及がどの程度進んでいるか実態は十分に  
17 把握されていない。

18 ・拠点病院等と地域の医療機関、介護施設との連携が難しい場合がある。

19 ・在宅における緩和ケアのサポート体制の充実が求められる。

20

21 **【今後の方向性】**

22 ・拠点病院等は、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的開催し、  
23 がん医療においてすべての医療従事者の緩和ケアに関する知識・技能の向上を図る。

24 ・拠点病院等は、地域におけるがん診療や在宅医療に携わる医療機関、関係団体と連携  
25 し、緩和ケアが診断時から一貫して行われる体制整備を推進する（がん患者が望んだ  
26 場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、地域の医療機関や在宅療養支  
27 援診療所等の医療・介護を担う機関と連携した、在宅を含めた地域における緩和ケア  
28 提供体制の整備を推進する）。

29 ・ACPのさらなる普及啓発を進める。

30 ・福岡県在宅医療推進協議会においてがん患者の在宅療養の啓発、緩和ケアを含む在宅  
31 でのがん療養のさらなる底上げの協議を行う。

32

1 ⑨妊孕性温存治療

2 【現状と課題】

3 国は、令和3（2021）年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研  
4 究促進事業」を開始した。令和4（2022）年度からは、がん患者等で妊孕性温存療法を  
5 行った者が、その後 妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療も当該  
6 事業の対象となっている。

7 ・対象となる患者は多く、患者及び医療関係者の妊孕性に関する認識と知識は十分とは  
8 言えない。

9 ・妊孕性温存療法実施医療機関が限られている。

10 ・がん診療を行っている現場と温存療法実施機関間の連携体制は整備されていない。

11 ・行政からの治療費助成事業の周知・活用が十分とはいえない。

12 ・患者への経済的サポートは十分とはいえない。

13

14 【今後の方向性】

15 ・男女ともに妊孕性温存療法に対する経済的サポートを行う。

16 ・治療費助成事業の周知を行うとともに、その効果の検証と見直しを行う。

17 ・専門領域ごと、地域ごとの情報ネットワークを構築する。

18

19 ⑩希少がん及び難治性がん対策

20 【現状と課題】

21 ・国立がん研究センターを、希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置付け  
22 るとともに、九州地区では九州大学病院が希少がんセンターに指定され、希少がん、  
23 難治性がんの集約化が始まっている。

24 ・希少がんの種類は多く、がん患者の約2割は希少がん患者である。

25 ・病院によって専門領域が異なる。

26 ・専門とする医療機関が少ない。

27 ・集約化と専門領域の明確化が必要である。

28 ・専門施設と地域の拠点病院の連携が不十分である。

29 ・専門知識を有する医療従事者を継続的に育成するシステムの整備が必要である。

30

31 【今後の方向性】

32 ・希少がん診療の専門性に応じた診療の集約化を推進する。

- 1 ・ 専門家による適切な集学的治療が提供されるよう、病院間の連携を含めた診療体制の  
2 構築を推進する。
- 3 ・ 患者やその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や、  
4 医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情  
5 報提供を推進する。

6

## 7 ⑩小児がん及びAYA世代のがん対策

### 8 【現状と課題】

- 9 ・ 小児がん拠点病院は、全国で15の医療機関が指定されており、本県では九州大学病院  
10 が指定されている。また、連携病院として北九州市立八幡病院、産業医科大学病院、  
11 九州がんセンター、福岡大学病院、久留米大学病院が指定されている。
- 12 ・ 近年、小児がんの長期フォローアップ、AYA世代のがんに関してはその問題点が注  
13 目されるとともに、患者会等も形成されサポートが行われている。
- 14 ・ 小児がん、AYA世代のがん独特の問題としては、希少性、心身の脆弱性、就学、就  
15 労、妊娠、出産が上げられる。
- 16 ・ 希少がんとして患者のサポートとして、心理士、カウンセラー、教員による心理的サポ  
17 ートや教育のサポート（特に高校以上はほとんど行われていない）、就労支援（就職や仕  
18 事の継続）、妊孕性温存治療の充実が求められる。
- 19 ・ 小児・AYA世代の専門医療機関との連携を推進する。
- 20 ・ 長期のフォローアップに対する体制の確立が不十分である。
- 21 ・ 患者会やピアサポートに関する問題もある。
- 22 ・ 小児科医のみならず認定看護師や心理士、カウンセラーなどの人員が不足している。
- 23 ・ 小児がんを診る在宅医が不足している。

24

### 25 【今後の方向性】

- 26 ・ 拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世  
27 代のがん医療提供体制の整備を推進する。
- 28 ・ 小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制  
29 等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進する。
- 30 ・ 小児がんを診療可能な在宅医の養成や、支援に取り組む。
- 31 ・ 小児、AYA世代のがん診療におけるACPの再考、並びに啓発を行う。
- 32 ・ 教育体制のサポートの充足を図る。特に高等教育に関してはサポートが困難で今後の

- 1 検討が待たれる。
- 2 ・就労支援や経済的支援にも取組む。
- 3 ・地域ブロックを超えた連携体制の整備を行う。

4

## 5 ⑫高齢者のがん対策

### 6 【現状と課題】

- 7 ・超高齢社会を迎え、高齢者の担がん患者はさらに増加している。
- 8 ・高齢者がん診療ガイドライン 2022 年版が発刊されている。
- 9 ・全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があるが、こ  
10 した判断は、医師の裁量に任されている。(高齢者の機能評価の普及が不十分)
- 11 ・認知機能低下に対して評価と意思決定の支援が必要である。
- 12 ・経済的サポートも必要である。
- 13 ・社会的背景として、後見人の問題も存在している。
- 14 ・医療資源として、医療、福祉、介護等の地域でのサポートの充実も必要である。

15

### 16 【今後の方向性】

- 17 ・高齢のがん患者が、例えば、複数の慢性疾患を有している、介護事業所等に入居して  
18 いるなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等は、  
19 地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を進める。
- 20 ・高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備を進める。
- 21 ・拠点病院等は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、地域の医療機関やかかり  
22 つけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、  
23 地方公共団体等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備す  
24 るとともに、地域における課題について検討する。

25

## 26 ⑬在宅医療

### 27 【現状と課題】

- 28 ・本県では地域包括ケアシステムの構築が進んでおり、がんの在宅医療も進んでいる。
- 29 ・在宅での緩和ケア、看取りも年々増えてきている。
- 30 ・診療所によっては24時間、365日の対応が困難な施設がある。
- 31 ・終末期での在宅医療への移行の時期などに際し患者、家族とのコミュニケーションが  
32 十分に取れずトラブルになることが多々見られる。

1 ・小児がんを診療可能な在宅医が特に不足している。

2

3 **【今後の方向性】**

4 ・日頃より地域の在宅医療の現状を把握し、適切な連携を進める。

5 ・在宅看取りまで含めたACPの推進を図る。

6 ・小児がんを診療可能な在宅医の養成や支援に取り組む。

7 ・福岡県地域在宅医療支援センターにおいて引き続き相談支援、情報提供を行う。

8 ・病診、病病連携をシームレスに進めるため、とびうめネットを利用してACPを含め  
9 た情報共有を進める。

10

11 ⑭相談支援

12 **【現状と課題】**

13 ・拠点病院等24施設全てにおいてがん相談支援センターが設置されている。

14 ・整備指針ではがん相談支援センターについて“病院を挙げて全人的な相談支援を行う”  
15 とより重要性が強調され、周知するため“外来初診時から治療開始までに必ず一度は  
16 訪問する”ことができる体制と“繰り返し案内を行う”ことが明記された。

17 ・がん相談支援センターの認知度、利用率が低く、周知が課題である。

18 ・相談員については、看護師、MSWのマンパワーの不足、質の担保が課題である。

19 ・相談は多岐にわたり、特にゲノム医療や小児・AYA世代のがんに関する相談におい  
20 ては専門性が高く、専門の相談員の育成が課題である。

21

22 **【今後の方向性】**

23 ・拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、  
24 地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等へ  
25 の適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。

26 ・拠点病院等と民間団体による相談機関やピアサポーター等との連携体制を構築し相談  
27 支援の一層の充実を図るためのICTや患者団体、社会的人材リソースを活用する体  
28 制の整備の方策について検討する。

29

30 ⑮セカンドオピニオン

31 **【現状と課題】**

32 ・患者等への周知が十分でなく、セカンドオピニオンの情報が不足している。

1 ・オンラインでセカンドオピニオンを実施している医療機関もある。

2

3 **【今後の方向性】**

4 ・拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、がん診療連携協議会  
5 において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へ  
6 のアクセスに関する情報提供の在り方について検討する。

7

8 ⑩がん教育

9 **【現状と課題】**

- 10 ・派遣講師の選定や小中高など教育機関における学習・教育内容等の課題がある。
- 11 ・教育委員会が実施する「福岡県がん教育推進事業」では、政令市を除く公立学校に医師
- 12 を派遣している。
- 13 ・図書館での講演、市民公開講座など病院主体の啓発活動が行われている。
- 14 ・行政単位でのがん教育のサポートや広報が十分であるか不明である。
- 15 ・患者会やピアサポーターの協力が必要である。

16

17 **【今後の方向性】**

- 18 ・国は、都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体
- 19 を設置し、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、
- 20 学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、が
- 21 ん教育が実施されるよう、必要な支援を行う。
- 22 ・「福岡県がん教育推進事業」について今後も県医師会が協力して継続する。
- 23 ・患者やその家族等の関係団体等の協力を得ながら、国民に対する、生活習慣や遺伝子等
- 24 のがんの発生に関する基本的な情報も含めたがんに関する正しい知識の普及啓発活動も
- 25 さらに推進する。

26

27 ⑪感染症のまん延や災害等を見据えた対策

28 **【現状と課題】**

- 29 ・各病院のBCPの策定を推進する必要がある。
- 30 ・大規模災害時における地域レベルでのがん診療に関する情報発信、情報共有に課題が
- 31 ある。
- 32 ・感染症まん延時は検診受診率が下がり、進行がんが増える可能性がある。

1 【今後の方向性】

2 ・感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できる  
3 よう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等の、地域  
4 の実情に応じた連携体制を整備する取組みを平時から推進する。

5  
6 2) 脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患

7 ①循環器病の予防

8 脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患（以下、「循環器病」）は、国民の生命や健康に重大な影  
9 響を及ぼす疾患であるとともに社会全体にも大きな影響を与える疾患である。国は、誰もが  
10 長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の  
11 軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対  
12 策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、令和元年に「健康寿命の延伸等を図る  
13 ための脳卒中、心臓病その他の循環器病にかかる対策に関する基本法」を施行した。本県で  
14 も「循環器病対策推進計画」を策定し循環器病対策を推進してきたところであるが、本県の  
15 循環器病対策がより実効的なものとなるよう、以下のとおり意見を取りまとめた。

16  
17 I. 循環器病予防対策

18 【現状と課題】

19 本県における循環器病による死亡率は全国に比べて低いが、健康寿命と平均寿命との差  
20 は全国に比べて大きい。また、循環器病により急性期で入院した患者は半年以前より介護  
21 保険を利用している者が多い傾向にある。

22 日頃通院をしているとしても、健診による総合的な健康状態の確認によって自身の身体  
23 状態を認識し生活習慣病予防に努めることが重要であるが、特定健診・特定保健指導の実  
24 施率は依然として全国以下である。

25 また、心房細動に続発する脳血栓・脳梗塞があることがわかっており重症化することが  
26 明らかになっている。

27 加えて、歯周病により心疾患を引き起こすことがあることから、日頃からの口腔健康管  
28 理も重要である。

29  
30 【今後の方向性】

31 血圧の自己測定等の健康教育の推進等により早期の受診を促すとともに、かかりつけ医  
32 による高血圧や脂質異常症、貧血、糖尿病の管理、不整脈診療等のプライマリケアの充実

1 を図る。

2 特定健診等については、目標値を超えるよう、小規模な保険者における実施率の効果的  
3 な向上策の提案等により上昇を図るなどの、より一層の取組を実施する。

4 心房細動週間（3月9日からの1週間）を活用する等してプライマリケアにおいて検脈  
5 （手首で脈を診る）の普及を図るとともに、検脈の患者指導を充実させる。啓発活動につ  
6 いては、福岡県循環器病総合支援センター（九州医療センター。以下、「循環器病センター」）  
7 及び大学、県医師会等と連携し実施する。

8 さらに、かかりつけ歯科医等による医科歯科の連携体制を構築し口腔健康管理体制を充  
9 実させる。

10

11 循環器病の予防対策においてリスク因子となる生活習慣病の予防が重要となることから、  
12 生活習慣病予防対策を以下に別記する。

13

## 14 II. 生活習慣病予防対策

### 15 i. 栄養・食生活

#### 16 【現状と課題】

17 脳卒中や心筋梗塞等の循環器病において高血圧は大きなリスク因子であり、県民健康  
18 づくり調査では男性47.9%、女性の44.0%が高血圧有病者となっている。その予防には  
19 食塩の摂りすぎを控えることが重要であるが、令和4年度の県民健康づくり調査では、1  
20 日の摂取量が男性10.0g、女性8.7gと男女ともに目標値を超えている。

21 また、県民健康づくり調査における1日の野菜摂取量は、男性が低下しており、男女  
22 ともに目標値には届いていない。栄養バランスの取れた食習慣は一生を通じた健康づく  
23 りの基本である。

24 肥満、特に内臓脂肪型肥満は、高血圧、糖尿病、脂質異常症といった動脈硬化進展の  
25 主要な危険因子となる疾患の原因となり、心筋梗塞や脳梗塞などの動脈硬化性疾患の病  
26 態を悪化させる強い要因となる。循環器病の予防には肥満者を増やさないことが重要で  
27 あるが、本県では男性の3人に1人が肥満者となっており、男女ともに目標値を達成し  
28 ていない。

29

#### 30 【今後の方向性】

31 血圧における目標値の啓発と共に、塩分の摂取量が実感しやすい資料や日本高血圧学  
32 会の減塩食レシピ等の周知等を行うことで食習慣の改善を図り高血圧治療ガイドライン

1 に準じた摂取量となるよう減塩の取組を推進する。また、減塩の取組とともにタンパク  
2 質や鉄分等の栄養バランスの取れた食生活を獲得・維持できるよう、学校や企業、マス  
3 メディア等と連携しライフステージごとの課題を明確にし、行動変容をねらいとした個  
4 人に対する働きかけと、その行動変容を支援する環境整備を推進する。

5 肥満については、全年代における男性の肥満者の増加は全国的な傾向であることも踏  
6 まえ、中高年層のみでなく 20-30 歳代の若年層も対象として、肥満のリスクに関する教  
7 育・啓発や適正体重維持のための食べ方の指導などを実施することにより、若い年代か  
8 ら良い生活習慣を身につけ、肥満者の割合を減少させることで疾病予防に繋げることを  
9 目指す。

## 11 ii. 身体活動・運動

### 12 【現状と課題】

13 循環器病の予防に適度な運動は重要であるが、令和4年度の県民健康づくり調査では、  
14 運動習慣者がある者の割合は男性 29.4%、女性 21.1%と低く、年代・性別ごとの目標値  
15 を満たせていない。また、日常生活における1日あたりの歩数は男性 6,228 歩、女性 5,683  
16 歩となっており、歩数も年代・性別ごとの目標値に達していない。社会環境の変化によ  
17 り身体活動量の減少しやすい時代となったことから、日常生活における身体活動量の増  
18 加を意識的に取組む必要がある。さらに、若い世代の食生活は西洋化し脂肪の摂取比率  
19 が高くなってきていることから、食生活の改善を図るとともに、特に若い世代の運動量  
20 を増やさなければならない。

### 22 【今後の方向性】

23 県民が自主的に運動を始めとしたより良い生活行動を習慣化できるよう、健康スポー  
24 ツ医等を広く活用し支援するとともに、保健指導を行う医師や保健師等の運動知識の向  
25 上を図り運動指導の充実を図る。

## 27 iii. 飲酒

### 28 【現状と課題】

29 過量の飲酒は循環器疾患の発症に影響するが、軽度のアルコール依存症患者が増加し  
30 ている。

1           **【今後の方向性】**

2           適切な飲酒量を周知しリスクが高まる飲酒量の認識を深めるとともに、AUDIT（飲  
3           酒習慣のスクリーニングテスト）の啓発、プライマリケアとして飲酒量の多いものへの  
4           生活指導等を行い、過度な飲酒を改善させる。

5  
6           iv. 喫煙

7           **【現状と課題】**

8           本県の喫煙率は、29.9%と減少しておらず更なる禁煙対策等の推進が必要である。

9  
10          **【今後の方向性】**

11          たばこが健康に及ぼす影響に関する普及啓発や禁煙支援等、喫煙対策をより一層推進  
12          する。また、未成年期からの喫煙や新たな喫煙習慣の定着を避けるため、学校教育等に  
13          おける喫煙の影響に関する啓発も推進する。加えて、健康増進法に基づき受動喫煙対策  
14          についても推進させる。

15  
16          ②循環器病の医療体制

17          I. 急性期医療

18          **【現状と課題】**

19          高齢化の進展に伴い循環器病疾患患者の急増が予測される。現状、本県の患者搬送時間  
20          は全国で上位となっているが、全ての地域で心臓血管外科等の専門医が充足しているとい  
21          う状況ではない。

22  
23          **【今後の方向性】**

24          今後の循環器病疾患患者の増加を鑑み、一次診療を担う医療機関の増加や一次診療を担  
25          う医療機関と根本治療を行う医療機関の明確化及び連携体制の整備、専門医の養成、救急  
26          隊の搬送技術の向上に取り組む。

27          また、医療機関の受入の可否や専門医の在院状況等を医療機関・消防等と情報共有する  
28          ことで円滑な急性期医療を実現できることから、「ふくおか医療情報ネット」を活用した実  
29          効性のある情報共有体制を整備する。

30  
31          II. 再発・重症化予防

32          **【現状と課題】**

1 循環器病疾患は、再発や増悪しやすいという特徴を持つ。しかし、医療技術の進歩によ  
2 り早期に自宅復帰する患者が増え、かかりつけ医での二次予防がより重要となっている。

3  
4 **【今後の方向性】**

5 増加する循環器病疾患患者の重症化を予防するため、かかりつけ医と各地域の循環器病  
6 専門医療機関との紹介基準の設定等の連携体制を構築するとともに、かかりつけ医におけ  
7 る再発・重症化予防対策を推進する。

8  
9 **III. 治療連携**

10 **【現状と課題】**

11 高齢化の進展により心不全患者の増加が懸念される。

12  
13 **【今後の方向性】**

14 循環器病センター、循環器病専門医療機関、かかりつけ医が連携し多職種による患者・  
15 家族の総合支援を実施できるよう各地域の実態を把握したうえで、地域連携クリティカル  
16 パス等を活用した連携体制を推進する。

17  
18 **IV. リハビリテーション**

19 **【現状と課題】**

20 循環器病患者においては、社会復帰という観点も踏まえつつ、日常生活動作の向上等の  
21 生活の質の維持向上を図るため、急性期から速やかにリハビリテーションを開始し円滑に  
22 回復期及び維持期に移行させることが求められる。

23  
24 **【今後の方向性】**

25 復職も見据え、個々の患者に応じた適切な対応が取れるよう、医療・介護間での多職種  
26 による切れ目のないリハビリテーション提供体制を整備する。

27  
28 **③その他**

29 **I. 循環器病の知識の普及・啓発**

30 **【現状と課題】**

31 循環器病は一刻も早い適切な治療の開始が求められる。

1 【今後の方向性】

2 突然の激しい背部痛が大動脈緊急症（大動脈解離等）を疑う症状であるというような循  
3 環器病に関する知識の普及啓発を図り発症時の早急な対処に繋げる。

4  
5 II. 相談支援

6 【現状と課題】

7 医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱  
8 く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求めら  
9 れている。本県では、循環器病センターに相談窓口を設置している。

10  
11 【今後の方向性】

12 循環器病の患者、家族が病気や治療に関する理解を深め納得のいく選択ができるよう、  
13 循環器病センターに設置する相談窓口を広く周知するとともに、生活上の注意や在宅復帰  
14 後のリハビリテーション、再発予防、医療相談などを受けられる窓口を拡充させる。

15  
16 3) 糖尿病

17 ①予防

18 【現状と課題】

19 令和4年の県民健康づくり調査では、男女ともに「糖尿病を強く疑われるもの」の割合  
20 が倍増している。2型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、  
21 飲酒習慣等があることから、発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣の  
22 定着が重要である。

23 また、個人の糖尿病のリスクを把握するためや糖尿病の早期発見・早期治療によって重  
24 症化を予防するためには、特定健診等の定期的な健診を受診することが必要である。健診  
25 は総合的に健康状態の確認を行うものであることから、通院による採血等を行っていたと  
26 しても継続して受診すべきである。しかしながら、本県市町村国保の令和2年度の実施率  
27 は31%と低く、協会けんぽでも50%台であり更なる受診勧奨を図らなければならない。ま  
28 た、要治療の判定を受けたものの医療機関へ受診していないものも多いことから受診につ  
29 ながる必要がある。

30 加えて、県行政として労働者の健康診査の状況も把握する必要があるが状況は把握でき  
31 ていない。

1 **【今後の方向性】**

2 健康スポーツ医等を活用し県民への適切な生活習慣の定着を図る。なお、生活習慣病対  
3 策については「脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患」の項目に記載する。

4 特定健診等について国は、第3期の目標と同様に、特定健診実施率70%以上、特定保健  
5 指導実施率45%以上を第4期の目標に掲げていることから、本県各保険者においても国と  
6 同様の目標達成を図ることとし、県は、保険者ごとの実施率の差の解消を図るため、実施  
7 率の低い保険者における特定健診等の推進を支援する。また、要治療者が必ず受診に繋が  
8 るよう未受診者への受診対策の強化を支援する。

9 加えて、県として企業の健康診査実施状況を把握するとともに、特定健診等の実施率の  
10 目標を満たすよう啓発のみならず、労働者の健診受診につながるような取組を実施させる  
11 等の支援を行う。

12  
13 **②治療・重症化予防**

14 **【現状と課題】**

15 2型糖尿病の場合、食事指導や運動療法を行ったうえで、目標の血糖コントロールが達  
16 成できない場合に、経口血糖降下薬、注射薬を用いた薬物療法を開始する。しかしながら、  
17 薬物療法開始後でも、生活習慣の改善により服薬を中止できることもありうることから生  
18 活習慣の改善が重要である。

19  
20 **【今後の方向性】**

21 県は、かかりつけ医と保険者及び専門職種等が連携し食事指導や運動療法を継続できる  
22 体制を整備する。

23  
24 **③合併症の発症予防・治療、重症化予防**

25 **【現状と課題】**

26 合併症には、糖尿病性ケトアシドーシスや低血糖昏睡等の急性合併症と、網膜症や腎症、  
27 神経障害等の慢性合併症がある。

28 急性合併症は、24時間の治療実施体制とともに、食事療法や運動療法を実施するための  
29 設備や専門医等との連携体制が必要である。

30 慢性合併症は、早期発見に努め、治療に当たっては専門医を有する医療機関や人工透析  
31 の実施可能な医療機関等の連携が必要である。

32 また、本県では、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を作成し各保険者の取組支援を

1 行っている。本プログラムの活用状況は不明であり医療者側の認知度も高くないと思われ  
2 る。

#### 3 4 【今後の方向性】

5 急性合併症について、県は、各地域における連携体制を明確化するとともに円滑な連携  
6 体制が構築できるよう支援する。

7 慢性合併症について、県は、外来、入院患者ともに専門的な治療が開始・継続できるよ  
8 う、糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関等の連携体制  
9 を明確化するとともに、より円滑な連携となるよう好事例の展開等を行い同体制の推進を  
10 図る。また、糖尿病においては血圧管理が極めて重要であり、その対策の一層の推進に取  
11 組む。

12 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」については、保険者における活用の推進と医療  
13 者側への周知・啓発を図り、また、プログラムが機能するよう逐次改善を図り取組を推進  
14 させる。独自に取組を行っている場合はその取組を妨げないまでも、その取組がさらに推  
15 進されるよう、その取組を支援する。本プログラムの取組は継続して実施される必要があ  
16 ることから、逐次実態を把握し評価を行う。

### 17 18 4) 精神疾患

#### 19 ①精神医療圏

##### 20 【現状と課題】

- 21 ・本県における精神医療圏は1県1医療圏としており、大きな問題はない。

##### 22 23 【今後の方向性】

- 24 ・各精神疾患に対応できる地域内の医療機関の状況を考慮して、今後も1医療圏とするべ  
25 きである。一方、精神科救急や特定の疾患については、必要に応じて地域に分離するこ  
26 とも将来的には考えうる。

#### 27 28 ②精神疾患患者の地域移行の推進

##### 29 【現状と課題】

- 30 ・入院患者を退院後に精神科診療所で引き受けるためには、診療所において精神保健福祉  
31 士等のスタッフが不足している現状がある。
- 32 ・精神科診療所と障害福祉サービス事業所の連携が十分とは言えない。

1 【今後の方向性】

- 2 ・地域移行を推進するにあたり、各地域において精神疾患患者数及び精神科医等の精神科  
3 医療に携わる医療従事者の現状把握も必要である。  
4 ・長期入院患者の退院にあたっては、居住や就労等、生活していくための環境が必要であ  
5 り、安定した地域生活を行うための支援が必要である。  
6 ・精神疾患患者が退院する場合、障害福祉サービス事業所との連携が必要であり、医療機  
7 関と障害福祉サービス事業所との顔の見える関係構築が必要である。

8

9 ③統合失調症

10 【現状と課題】

- 11 ・統合失調症の治療にあたっては、急性期から慢性期治療の連携、社会復帰の支援が必要  
12 であるが、十分ではない。  
13 ・治療抵抗性の統合失調症患者については、治療薬であるクロザピンの使用率が低い。  
14 ・精神科診療所と障害福祉サービス事業所間での患者をサポートする連携機能が不十分で  
15 ある。

16

17 【今後の方向性】

- 18 ・急性期から慢性期治療の連携支援、社会復帰の支援を更に進める必要がある。  
19 ・治療抵抗性統合失調症患者に関して、クロザピンの使用率向上に向けた取り組みが必要で  
20 あり、クロザピン使用時の重篤な副作用等に対応するため、大学病院等との連携体制構  
21 築が必要である。  
22 ・治療抵抗性統合失調症患者は一部の精神科病院に偏りがあるため、病院間の連携を強化  
23 して、重度かつ慢性の統合失調症患者の分散化が必要である。  
24 ・地域の中で統合失調症患者の症例を個別に検討し、各地区における治療・対応のばらつ  
25 きを小さくし、均等化を図る必要がある。  
26 ・統合失調症患者は身体合併症を兼ねる症例もあり、多種多様な治療技術も含めて、医療  
27 提供体制の充実が必要である。

28

29 ④認知症

30 【現状と課題】

- 31 ・本県には16か所の認知症医療センターがある。  
32 ・各センターは予算とマンパワーが十分でなく、求められる機能を十分に果たしていない。

- 1 ・各センターは鑑別診断やBPSDの診療後に、患者を紹介元に戻せない場合も多く、今  
2 後の認知症患者が増加する状況に対応できない可能性がある。
- 3 ・本県の認知症サポート医は350名を超えているが、各市町村の認知症初期集中支援チー  
4 ムへの参加や「かかりつけ医」等に対する認知症対応力向上研修等の企画・講演などに  
5 関わっている医師は一部に過ぎない。
- 6 ・認知症患者が身体合併症に罹った場合、対応可能な医療機関が限られており、速やかな  
7 紹介が出来ていない。

#### 9 【今後の方向】

- 10 ・認知症患者の治療は、かかりつけ医を基本とし、必要に応じて専門医療機関である認知  
11 症医療センターに紹介した上で診断と初期治療を行い、その後は「かかりつけ医」で長  
12 期治療を行う体制を構築すべきである。そのため、認知症対応力向上研修等の充実を図  
13 り、認知症患者に対応可能な医療機関を増やす取り組みが必要である。そのためには、人  
14 材育成に関する取り組みが必須であり、行政の一層の財政支援が必要である。
- 15 ・かかりつけ医を基本とした医療提供体制の構築に当たっては、患者の受診先の選択に資  
16 するよう各医療機関の機能について可視化すべきである。
- 17 ・認知症患者に関わる医療機関、介護施設、地域包括支援センター等の関係機関の役割を  
18 明確化した上で、実効性のある認知症支援に繋げるために連携性を高める必要がある。
- 19 ・認知症医療において、実務可能なサポート医が限られることから、県としてサポート医  
20 の活動状況等の現状を把握した上で、サポート医を活用する仕組みづくり及び各地域に  
21 おいてかかりつけ医やサポート医等の円滑な連携体制を構築できるよう、情報提供する  
22 など支援を行うべきである。
- 23 ・認知症患者が身体合併症に罹った場合の受診医療機関の情報を可視化すべきである。
- 24 ・認知症患者に関するかかりつけ医、サポート医及びセンター間での医療情報の共有及び  
25 連携の充実を図るため、福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）の活用  
26 を促進すべきである。

#### 27 28 ⑤うつ病

#### 29 【現状と課題】

- 30 ・一般科と精神科の連携を促進する研修会等が開催されているが、一般科医と精神科医の  
31 連携が十分でない地域もある。

1 【今後の方向性】

- 2 ・うつ病の初期には、身体症状が全面に出て、多くの患者が初めにかかりつけ医を受診す  
3 ることから、うつ病患者の早期発見・早期治療のため、かかりつけ医のうつ病に対する  
4 認識や初期対応、適切なタイミングでの専門医への紹介等、うつ病対応能力の一層の促  
5 進が必要である。  
6 ・早期発見、早期治療のためにより一層かかりつけ医と精神科医との連携を促進する必要  
7 があり、研修会等を充実させる必要がある。  
8 ・地域により研修の充実度や医療連携の差は大きく、県内の均てん化が必要である。

9  
10 ⑥発達障がい

11 【現状と課題】

- 12 ・発達障がい疑われる方（特に大人）に対して診断が可能な医療機関が不足している。  
13 ・診断可能な医療機関が少なく、1医療機関当たりに来院される患者が多いため、一人一  
14 人に十分な診察が出来ていない。

15  
16 【今後の方向性】

- 17 ・発達障がいの診断が可能な医師の養成及び確保が必要である。また治療においては、公  
18 認心理師及び臨床心理士等の役割が求められることから、公認心理師及び臨床心理士等  
19 の養成・確保も必要である。  
20 ・発達障がいの確定診断には長時間を要するが、確定診断が可能な医療機関に患者が集中  
21 しており、発達障がいに関する専門的な支援を行う発達障がい者支援センターの利用方  
22 法と対応能力の向上に取り組み、医療機関とセンターの連携を推進する必要がある。  
23 ・学童期に支援を受けられなかった、中学生、高校生あるいは大人の発達障がいのある方  
24 への全般的な支援体制を構築する必要がある。  
25 ・将来的には、発達障がい者支援センターに精神科医を配置するなどして、センターで診  
26 断ができるようにすべきである。

27  
28 ⑦依存症

29 【現状と課題】

- 30 ・アルコール依存症の患者は病識がない場合が多い。そのため、内科等の一般科にてAU  
31 D I T等で依存度を可視化することで患者自身が納得し、治療のために精神科への紹介  
32 が増加している。

- 1 ・ギャンブル依存症の患者は、一般科と精神科が連携する以前に、患者が医療機関へ受診  
2 していない現状がある。  
3 ・本県はすべての公営ギャンブルがある県であるが、ギャンブル依存症の対策は進んでい  
4 るとは言い難い。  
5 ・依存症を診療できる医療機関は不足している。

6

7 **【今後の方向性】**

- 8 ・依存症患者の診療ができる医療機関数が不足していることから、医師への研修等が必要  
9 である。  
10 ・一般医療機関と専門医療機関の連携推進など、依存症が疑われる患者を適正な医療に結  
11 び付けるための取組みを行う。

12

13 ⑧高次脳機能障がい

14 **【現状と課題】**

- 15 ・高次脳機能障がいの患者は長期間の治療が必要な場合が多く、入院が長期化しやすい。  
16 ・高次脳機能障がいに対応できる医療機関が少ない。

17

18 **【今後の方向性】**

- 19 ・言語リハビリ等の長期的なリハビリテーションの枠組みを構築する必要がある。  
20 ・高次脳機能障がい者の社会復帰に向けた生活支援等のため、地域の関係機関との連携を  
21 推進する必要がある。

22

23 ⑨摂食障がい

24 **【現状と課題】**

- 25 ・本県は摂食障がいの拠点病院がある稀な都道府県の一つであり、評価すべきである。  
26 しかしながら、拠点病院へ紹介しても、そこで診療が受けられず、他医療機関を紹介さ  
27 れることもある。  
28 ・摂食障害支援拠点病院は九州大学心療内科が窓口となっているが、閉鎖病棟がないため、自  
29 傷他害の恐れのある重症患者を入院させることは困難であることを了解する必要がある。  
30 ・一般的に、摂食障がい者の治療を行うことができる医療機関は少ない。

31

32

1 【今後の方向性】

2 ・摂食障害支援拠点病院を中心に、医療機関等の関係機関と連携して、摂食障がいの治療  
3 支援体制の構築に取り組むとともに、摂食障がいの治療可能な医療機関の拡充を図る必  
4 要がある。

5 ・摂食障害支援拠点病院の機能の明確化とその連携方法の在り方を検討する必要がある。  
6

7 ⑩精神科救急

8 【現状と課題】

9 ・身体疾患を持った精神科患者の救急搬送に時間を要する場合が多い。

10 ・軽度の身体疾患を持った精神科患者を、精神科救急を行う精神科病院が診療を断る場合  
11 がある。  
12

13 【今後の方向性】

14 ・問題解決のため、医療機関、警察、消防、行政等の関係機関が問題点と課題共有を行い、  
15 精神科救急医療システムの更なる発展に努める必要がある。

16 ・精神科救急を行う医療機関には、身体疾患の対応のため内科医などが勤務する必要がある。  
17

18 ⑪医療観察法における対象者への医療

19 【現状と課題】

20 ・審判において裁判官と共に合議体を形成し、対象者の処遇を決定する実務可能な「精神  
21 保健審判員」の数が少なく、実務可能な審判員がいる特定の医療機関に依頼が集中して  
22 いる。  
23

24 【今後の方向性】

25 ・審判員の地域偏在を解消するため審判員の人材育成が必要である。

26 ・鑑定可能な医療機関を増やすために、補助金等の予算措置が必要である。

27 ・審判員の資格保有者のうち認定医と比べ実務可能な医師が限られることから、その実態  
28 や課題を把握した上で、審判員を活用する仕組みを検討する必要がある。  
29

30 ⑫てんかん

31 【現状と課題】

32 ・高度な検査が必要なたんかん患者は大学病院に検査依頼が行われている。

1 【今後の方向性】

- 2 ・てんかん治療は複数の診療科が関与し、治療や検査については幅が広く、専門的な治療  
3 等については、大学病院にしかできないものもあるため、各診療科や各施設での診療情  
4 報共有の仕組みが必要である。
- 5 ・診療情報共有のために、福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）の活用  
6 を促進すべきである。
- 7 ・てんかん支援拠点病院の機能の明確化とその連携方法の在り方を検討する必要がある。

8

9 ⑬児童・思春期精神疾患

10 【現状と課題】

- 11 ・児童思春期精神疾患を診療可能な医療機関が少なく、そのため初診まで数か月もかかり、  
12 診療時間も短い。
- 13 ・児童思春期精神疾患の治療には長期間が必要であるが、専門性が高い大学病院において、  
14 診療報酬上の関係により、十分な入院日数が確保できない。また、継続治療が可能な入  
15 院医療機関も極めて少なく、転院先を確保することもできない。

16

17 【今後の方向性】

- 18 ・治療困難事例、処遇困難事例の患者を受け入れることができる入所施設が極めて不足し  
19 ているため、このような患者が民間精神科病院に長期入院となることが多い。その結果、  
20 緊急性のある患者を入院させることができない現状がある。これらを解決するために、  
21 公的な入所施設が必要である。
- 22 ・院内の事故を防止するため、病室の強度を上げる必要があり、設備整備に関する財政支  
23 援が必要である。
- 24 ・治療においては、公認心理師及び臨床心理士等の役割が求められることから、公認心理  
25 師及び臨床心理士等の養成・確保も必要である。

26

27 ⑭PTSD

28 【現状と課題】

- 29 ・PTSDを診療できる医師が少ない。

30

31 【今後の方向性】

- 32 ・患者自身がPTSDと申告することがあり、慎重な診断が求められることからPTSD

1           を診療する医療機関は十分な研修を受けた医師がいる医療機関に限るべきである。

2

### 3 ⑮身体合併症

#### 4 【現状と課題】

5           ・精神科医が勤務している救急病院は少ない。そのため、身体症状の救急対応は可能であ  
6           るが、その後の精神科治療を行う必要があると判断された場合でも継続治療ができる救  
7           急病院は少ない。

8

#### 9 【今後の方向性】

10           ・夜間休日に身体合併症患者が出た場合、救急医療に精神疾患の患者の情報を共有するた  
11           め、福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）の活用を図る。  
12           ・精神科医が勤務する一般科病院を増やす必要がある。

13

### 14 ⑯自殺対策

#### 15 【現状と課題】

16           ・減少に転じていた自殺者数がコロナ禍において増加している。特に、女性、児童思春期  
17           の自殺者数が増加傾向にある。高齢者の自殺も多い。  
18           ・学校生活において、児童の相談を受けるべき教師が、相談を受け止めきれていない現状  
19           がある。

20

#### 21 【今後の方向性】

22           ・各年代、性別、児童、勤労者などに応じた対策が必要である。  
23           ・若者の自殺未遂者が増加しており、SNSを活用した対策が必要である。  
24           ・自殺対策は医療の枠組みだけの問題ではないため、多機関との連携が必要である。  
25           ・自殺に繋がるうつ病等の精神疾患の早期発見、早期治療のため、より一層かかりつけ医  
26           と精神科医との連携を促進する必要がある。

27

### 28 ⑰災害精神医療

#### 29 【現状と課題】

30           ・DPA T研修を受けている医療職種は増加している。

31

32

1 【今後の方向性】

- 2 ・災害発生時は、多くの急性期のトラウマ、不安、抑うつ、不眠、自殺者が想定されるこ  
3 とから、平時より患者の診療情報が共有されるべきである。  
4 ・福岡県医師会診療情報ネットワーク（とびうめネット）の活用を図る。  
5 ・他県での災害についてはDPATなどが充実してきているが、福岡県内の広範囲で災害  
6 が起きた場合の想定が十分ではないため、福岡県内の災害の想定や訓練も必要である。

7  
8 (2) 6事業（救急医療・災害時における医療・へき地の医療・周産期医療・  
9 小児医療・新興感染症）

10 1) 救急医療

11 ①新興感染症等感染拡大時における救急医療提供体制

12 【現状と課題】

13 平時から救急医療を担っている医療機関は、新興感染症等を受け入れる重点医療機関で  
14 もある。感染拡大時にこのような医療機関への負担が増えると新興感染症等以外の救急医  
15 療が制限され、本来であれば救える命が救えなくなる可能性がある。

16  
17 【今後の方向性】

18 新興感染症等の感染拡大時においても、救急医療の必要な患者に必要な医療が提供され  
19 るよう、福岡県として、時間外の相談体制や外来受診、入院体制等を整備する。

20  
21 I. 病院前救護等（トリアージ含む）

22 i. 救急受診相談体制の充実

23 救急医療電話相談事業（#7119）を充実させ、新興感染症等の患者も含めた救急受診  
24 の要否を助言できる体制を構築する。

25  
26 ii. オンラインメディカルコントロール体制の充実

27 電話等により救急隊への指示を行う医師が、出動時に病状が落ち着いているような患  
28 者に対して、オンラインメディカルコントロール体制を充実させることで搬送困難事例  
29 を減少させる体制を検討する。

30  
31 II. 外来診療体制

32 i. 外来受診体制

1 救急医療を担う医療機関以外にも新興感染症等の症状を有する患者が外来受診できるよ  
2 うな日中の診療体制を整備するとともに、診療時間を延長する等して時間外の一般外来  
3 診療を担う。

#### 4 5 ii. 訪問診療体制

6 在宅治療中の患者や高齢者施設等の入所者に対する点滴治療や入院要否の判断等に関  
7 する医師の往診や訪問看護等の提供体制を整備する。

#### 8 9 iii. 入院診療体制

10 隔離や生命維持装置を要さない患者のための感染症指定医療機関及び病床を整備・拡  
11 充することで、救急医療機関への負担を軽減するとともに、一般救急の患者を受入れる  
12 医療機関を拡充する体制を整備する。

#### 13 14 iv. 新興感染症等に対応できる救急医療に携わる医師等の養成

15 救急医療の現場では新興感染症等の症状を有する患者であっても必要な医療を提供し  
16 なければならないことから、全ての救急医療を担う医療機関において、新興感染症等  
17 に対応できる医師及び医療従事者を養成する。

#### 18 19 v. 搬送困難事例について

20 新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、搬送困難事例が多数発生したことから、  
21 今後の新興感染症等が発生した際に、搬送困難事例の増加を抑制する対策について、県  
22 行政、消防、保健所、そして医療機関が委員を務める「福岡県救急業務メディカルコン  
23 トロール協議会」において協議・検討し、救急医療を必要とする患者が適切に搬送され  
24 る体制を整備する。

### 25 26 ②働き方改革後の救急医療提供体制

#### 27 【現状と課題】

28 少子高齢化が進行する中で、令和6（2024）年度より医師の時間外労働の上限規制が適  
29 用されることとなっており、救急医療提供体制等に支障をきたす可能性が危惧される。

#### 30 31 【今後の方向性】

32 各医療機関において上限規制を遵守しながらも、救急医療の必要な患者に必要な医療が

1 提供されるよう、福岡県として、効率的かつ高水準で持続可能な救急医療提供体制を整備  
2 する。

### 3 4 I. 初期救急（一次）、二次、三次救急医療の分担と連携（集約化）

5 高齢者の救急搬送が増加していく中で、初期救急（一次）医療機関は、主に独歩で来院  
6 する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担う。二次救急医療機関は、  
7 地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を担うが、高齢者の救急患者も積極的に受  
8 け入れる。三次救急医療機関は、重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施する  
9 ことを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機  
10 関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担う。

11 初期救急（一次）・二次・三次救急医療の役割を果たせるよう、構想区域地域医療構想調  
12 整会議において地域の実情に応じた救急医療提供体制の分担や連携、集約化について協議  
13 し、各地域における必要な救急医療提供体制の構築を図る。

### 14 15 II. 後方支援病院や高齢者施設、在宅医療との連携推進

16 高齢者の増加による入院期間の長期化等を踏まえ、救急患者の受入病床を確保するため  
17 に、後方支援病院や高齢者施設、在宅医療機関との円滑な連携を推進する。

### 18 19 III. 救急医療に従事するスタッフの育成及び人材確保の推進

20 救急医療に従事するスタッフが不足していることから、スタッフの育成及び人材確保を  
21 推進する。

### 22 23 IV. 大学医局等からの派遣体制の維持

24 大学医局や地域医療支援病院等から救急医療機関への休日、夜間帯における日直・当直  
25 医師等の適切な派遣が適切に継続されるよう派遣体制の維持に取り組む。また、夜間休日急  
26 患診療センターの小児救急医療を始めとした初期救急（一次）医療体制についても、医師  
27 の確保について検討し必要な体制の維持等に係る取組を行う。

### 28 29 V. 救急車の応需状況の共有

30 一部の医療機関への負担を減らし、搬送困難事案の発生を防ぐために、どの医療機関が  
31 いつ、どのような患者を受入れ、または、不応需としたのかが消防本部だけでなく医療機  
32 関も共有できるシステムを作る。

1 VI. 空床状況等の共有

2 救急医療をひっ迫させないためには、救急医療機関側の受入れという入口問題と急性期  
3 を脱した後の後方支援医療機関への転院という出口問題の両方を改善させる必要があるこ  
4 とから、入口問題については救急医療機関の、出口問題については後方支援医療機関の受  
5 入れ可否や空床状況がリアルタイムに共有できるシステムを作る。

6  
7 VII. 救急医療の適正利用

8 救急車の利用や診療時間外の受診について、医師の働き方改革や高齢者の増加を踏まえ、  
9 救急医療体制の状況及び適正利用について、行政から県民に積極的に年齢特性を踏まえた  
10 教育・啓発を行う。加えて、病院救急車による他医療機関間の患者搬送を推進するととも  
11 に、救急医療電話相談事業（#7119）の普及啓発にも取り組む。

12  
13 2) 災害時における医療

14 本県では「福岡県災害時医療救護マニュアル」の作成を通じて「災害医療コーディネータ  
15 ー（以下、「コーディネーター）」の配置や関係機関との連携・協力、医療チームの派遣や活  
16 動の調整等、本県の災害時における医療提供体制を整備してきた。しかしながら、今回の新  
17 型コロナウイルス感染症の感染拡大は、災害時における医療提供に新たな課題を生み出した。  
18 本稿では、第8次計画策定に際し特に記載されるべき「新興感染症等感染拡大時における災  
19 害時の医療」と、感染拡大時に限らない「災害時における医療の新たな課題」の2項目につ  
20 いて意見を取りまとめた。

21  
22 ①新興感染症等感染拡大時における災害時の医療

23 【現状と課題】

24 県内全ての災害拠点病院は、「新型コロナウイルス感染症重点医療機関（以下、「重点医  
25 療機関）」としても指定されている。感染拡大時に重点医療機関の負担が増えると同院に  
26 おける災害時の医療の提供も制限され、本来であれば救える命が救えなくなる可能性があ  
27 る。

28  
29 【今後の方向性】

30 新興感染症等の感染拡大時での自然災害発生時においても必要な医療が提供できるよう、  
31 福岡県として、受入体制や医療救護活動の実施体制等を整備する。

32 なお、新興感染症等に対する対策としては、救急医療への影響を鑑み、感染症患者の入

1 院病床及び診療・検査医療機関の拡充、酸素投与ステーションや宿泊療養体制の規定、医  
2 療ニーズに応じた保健所体制の強化とともに、分散・分担・情報の共有のための場を持つ  
3 ための仕組みの構築が必要である。

## 4 5 I. 医療機関における患者の受入について

### 6 【現状と課題】

7 県内全ての「災害拠点病院」は、「新型コロナウイルス感染症重点医療機関（以下、「重  
8 点医療機関）」も担っているため、新興感染症等の感染拡大時において大規模な自然災害  
9 が発生した場合、いずれかの対応を制限せざるを得ない状況になることが想定される。

### 10 11 【今後の方向性】

12 災害拠点病院においては災害医療に対応する人材の育成を促進するとともにPPEの着  
13 脱訓練を始めとした感染症対策を行うことにより、感染症及び自然災害のいずれにも対応  
14 できる人材育成を図る。また、導線や受入窓口、感染防護具等のハード面の整備も求めら  
15 れることから、整備に係る必要な補助も充実させる。加えて、「救急告示病院」でも、誰が  
16 感染していてもおかしくない状況下でも救急患者の受入を継続する必要があることから、  
17 感染症対策に通ずる人材の育成を促進する。

18 また、患者の集中による満床や、クラスター発生による救急外来の閉鎖により患者の受  
19 入が困難になる状況が予見されるため、他地域での受入れや医療救護所の設置等のバック  
20 アップ体制も整備する。加えて、専門領域の医療が必要な患者に対する診療体制を円滑化  
21 するために、透析や産婦人科、精神科等の診療・受入体制を整備する。

## 22 23 II. 医療救護活動の実施体制について

### 24 【現状と課題】

25 新興感染症等感染拡大時においても保健医療調整本部を中心とした体制を基本として対  
26 応することとしている。

### 27 28 【今後の方向性】

29 地方本部を含め、新興感染症等対策と整合性を持った体制を整備するとともに、その実  
30 効性を図るための訓練を行う。さらに、新型コロナウイルス感染症拡大時にインターネッ  
31 トを利用した空床情報等の情報共有が有用であったことから、県内で医療機関や行政等が  
32 情報を共有するシステムを整備する。

1 III. その他

2 i. 避難所運営

3 【今後の方向性】

4 避難所におけるゾーニングを始めとした感染症対策を加えた避難所設置要領の策定及  
5 びゾーニング物品や感染対策のための備品の準備を市町村が確実に対応できるよう支援  
6 する。

7

8 ii. 自治体職員・消防職員、警察等の感染症対策に係る研修

9 【今後の方向性】

10 有事の際に対応する行政職員が災害時に適切な感染症対策が行えるよう研修を行う。

11

12 ②災害時における医療の新たな課題について

13 I. 災害発生時における「ふくおか医療情報ネット」への被害状況の入力率向上

14 【現状と課題】

15 本県での自然災害発生時には、全病院及び有床診療所が「ふくおか医療情報ネット」に  
16 被害状況を入力することとなっている。毎月、訓練を実施しているものの入力率は8割前  
17 後に留まっている。

18

19 【今後の方向性】

20 有事の際に同医療機関の状況が迅速に把握できるよう、入力の問題等の把握と、その改  
21 善を図る。

22

23 II. 災害医療コーディネーターの今後の方向性の検討

24 【現状と課題】

25 本県では、福岡県保健医療調整本部及び医療救護調整地方本部において、医療救護対策  
26 に係る各種調整や企画立案、状況分析等に関する専門的助言を行う者としてコーディネー  
27 ターが委嘱されている。

28

29 【今後の方向性】

30 調整本部及び地方調整本部において、災害時小児周産期リエゾンやDMAT調整員等を  
31 交えて、コーディネーターが円滑に活動できるよう、より具体的な体制を整備する。また、  
32 DMAT調整員のロジ活動の重要性も加味し、コーディネーターを始めとする本部運営を

1 担う者の育成を推進するとともに、本部運営の実効性を担保できるような実働訓練を継続  
2 的に実施する。訓練においては、感染症対策の研修も実施し感染症対策の知見を習熟させ  
3 る。

### 5 III. 災害時におけるドクターヘリの運用円滑化

#### 6 【現状と課題】

7 平時におけるドクターヘリの運航体制の整備は進んでいる。

#### 9 【今後の方向性】

10 災害時においても円滑に運航できるよう、他機関のヘリコプター等との連携体制や運航  
11 調整体制を整備し訓練により実効性を確保する。

### 13 3) へき地の医療

#### 14 ①無医地区・準無医地区

#### 15 【現状と課題】

- 16 ・無医地区及び準無医地区（以下「無医地区等」）23 地区のうち、へき地診療所の設置又  
17 は、へき地医療拠点病院による巡回診療が実施されていない地区が16地区ある。
- 18 ・無医地区の剣持（八女市）では、巡回診療（八女市）が実施されているが、県計画に記  
19 述されておらず、適切な支援が実施できているが不明である。
- 20 ・準無医地区の小呂島（福岡市）、地島（宗像市）には診療所が設置されているが、依然と  
21 して準無医地区となっており、当該地区への支援の必要性が不明確である。
- 22 ・準無医地区の大島（宗像市）、犀川鎧畑（みやこ町）にはへき地診療所が設置されている  
23 が、依然として準無医地区となっており、当該地区への支援の必要性が不明確である。

#### 25 【今後の方向性】

- 26 ・無医地区等は「へき地」であるため、へき地医療支援機構（以下「支援機構」）において、  
27 診療所の開設及び巡回診療が実施されていない16地区の支援体制構築の必要性を把握  
28 し、適切な支援を行う。
- 29 ・へき地診療所等が設置されているが準無医地区とされている4地区への支援の必要性を  
30 明らかにし、適切な支援を行う。

1 ②へき地診療所

2 【現状と課題】

3 ・へき地診療所は、無医地区等に2か所、無医地区等以外（過疎地域を含む）に7か所設  
4 置されているが、1日当たり患者数は、0人から15.7人と差が生じている。

5 ・へき地診療所の診療日数や標榜科は、当該地区の人口や年齢構成等を考慮したものとな  
6 っているか不明である。

7

8 【今後の方向性】

9 ・へき地診療所は市町村が設置・運営しているため、診療日数や標榜科は市町村が決定し  
10 ているものと思料するが、へき地医療拠点病院から代診医を派遣されている以上、需要  
11 と供給の評価を行い、適切に派遣を行うべきである。

12

13 ③へき地医療拠点病院

14 【現状と課題】

15 ・へき地医療拠点病院（以下「拠点病院」）に11病院が指定され、「代診医派遣」が9病院、  
16 「巡回診療」が1病院で実施されている。なお、1病院は実績が0となっている。

17 ・代診医派遣が0日から103.5日と差が生じており、特定の病院に負担が偏っていること  
18 が考えられる。拠点病院の数及び実績が適切か評価する仕組みが必要である。

19 ・新規に拠点病院の指定を受ける際の手順（仕組み）が明確になっていない。

20

21 【今後の方向性】

22 ・へき地診療所の需要と供給の評価を行った上で、全てのへき地診療所の代診医派遣日数  
23 を算出すべきである。

24 ・へき地診療所の需要と供給の評価を行った上で、拠点病院の数、1病院が派遣する日数  
25 の平準化を図るべきである。また、地域医療支援病院の追加の責務とすることも検討す  
26 べできある。

27 ・拠点病院の新規指定の手順（仕組み）については、支援機構において整理すべきである。

28

29 ④医療従事者の確保（自治医科大学卒業医師の派遣）

30 【現状と課題】

31 ・自治医科大学卒業医師（以下「自治医科大医師」）は、へき地診療所（5か所）と過疎地  
32 域（7か所）に派遣されている。

- 1 ・自治医科大医師の派遣は十分かつ適切に行われているか不明である。  
2 ・派遣は市町村を対象とした希望調査に基づき行われているが、派遣決定の手順が明確で  
3 はない。  
4 ・5か所のへき地診療所への代診医派遣は十分かつ適切に行われているか不明である。  
5 ・みやこ町立やまびこ診療所に産業医科大学から代診医派遣を行っているが、同病院は拠  
6 点病院ではなく、県計画に記述されていない。

7

#### 8 【今後の方向性】

- 9 ・自治医科大医師の派遣及び代診医派遣に関する評価を行うべきである。  
10 ・へき地診療所が設置された地区は「へき地」であるため、へき地診療所へ代診医派遣を  
11 している医療機関を正確に把握し、県計画に記述すべきである。

12

#### 13 ⑤在宅医療、介護サービス

##### 14 【現状と課題】

- 15 ・へき地においては、在宅医療が難しい条件が多く存在している。また、これらの地域は  
16 医療のみならず介護サービスの確保も困難な状況である。

17

##### 18 【今後の方向性】

- 19 ・在宅医療及び介護サービスの確保についても検討を行うべきである。

20

#### 21 ⑥へき地医療支援機構

##### 22 【現状と課題】

- 23 ・へき地医療拠点病院、県医師会・歯科医師会、へき地診療所を設置する市町村等の代表  
24 者で構成する「福岡県へき地医療支援会議」を設置し、開催している。

- 25 ・無医地区等を有する市町村からの支援依頼の手順（仕組み）が明確になっていないので  
26 はないか。

- 27 ・へき地における医療提供体制の現状及び課題を把握できていないのではないか。

28

##### 29 【今後の方向性】

- 30 ・無医地区等を有する市町村の意向を確認の上、継続的にへき地における医療提供体制を  
31 構築する仕組みが必要である。

- 32 ・オンライン診療、AI を駆使した医療についてより詳細な検討をする必要がある。

- 1 ・へき地診療所や巡回診療を行うだけでなく、患者の移動手段の確保についても検討を行  
2 う必要がある。

#### 4) 周産期医療

##### ①周産期医療圏の設定

###### 【現状と課題】

- 7 ・現在の本県の周産期医療圏は、分娩を取扱う施設が確保されている二次医療圏となっている。  
8 ・一方、産科的ハイリスク又は新生児医療的ハイリスクに対する周産期医療体制は、総合周  
9 産期母子医療センター並びに地域周産期母子医療センターを中心に4ブロックで構築され  
10 ている。

###### 【今後の方向性】

- 13 ・総合並びに地域周産期母子医療センターを中心とした北九州地区、福岡地区、筑豊地区、  
14 筑後地区の4ブロックが周産期医療圏であるとする。  
15 ・身体的だけでなく、精神的あるいは社会的にも健康へのリスクを伴う、いわゆる社会的  
16 ハイリスク妊産婦への対応の観点では、当該者に対応可能な人材や救急医療を含む入院  
17 体制が整備された医療機関を中心とした新たな医療圏の設定が必要である。  
18 ・妊産婦の精神疾患の合併症や、新興感染症等の新たな疾病等に対応できる病院機能に基  
19 づいた医療圏の考え方が重要である。

##### ②機能分担と連携の促進

###### 【現状と課題】

- 23 ・総合周産期母子医療センターで全ての疾患を完結できるわけでない。総合並びに地域周  
24 産期母子医療センターごとに、産後出血に対応可能、あるいは精神科疾患に対応可能等  
25 といった特色を有している。  
26 ・母体救命という観点では、北九州地区には、救命救急センターと周産期母子医療センタ  
27 ーが同一となっている施設が存在していない。このため、救命救急医ではなく、日本母  
28 体救命システム普及協議会（J-CIMEL S）における訓練を受けた医師が、ハイリ  
29 スクの母体を診療している現状がある。命に関わるほどに重症化した妊婦が搬送された  
30 場合、十分な対応が行われない可能性が危惧される。  
31 ・新型コロナウイルス感染症の発生・まん延時に総合周産期母子医療センターでクラスタ  
32 ーが発生し、患者を遠方に搬送せざるを得ない状況が発生した。

- 1 ・NICUによっては、受入れ可能な在胎週数が限られていたり、また対応できない疾患  
2 もあるため、遠方に搬送せざるを得ない事例が時々発生している。
- 3 ・社会的ハイリスク妊産婦は精神科疾患を合併していることが多く、その対応には精神科  
4 を有する周産期母子医療センターが必要となる。しかし、総合周産期母子医療センター  
5 においても、精神科を有しておらず、受入体制が整備されていないところもあり、全て  
6 の妊産婦の受入れを担うことは困難である。
- 7 ・社会的ハイリスク妊産婦の中には、発達障がい者、生活保護受給者や、医療費未払い者  
8 等も多く、そのような妊産婦の受入れ先が非常に少なく、遠方の総合周産期母子医療セ  
9 ンターへ紹介される事例が発生している。
- 10 ・生活保護受給世帯等、社会的ハイリスクの妊婦が多い地域では、周産期母子医療センタ  
11 ー以外の医療機関でも受皿となる等の対策を講じてはいる。しかし、社会的ハイリスク  
12 に加えて産科的なハイリスクがある方の場合、総合周産期母子医療センターに頼らざ  
13 るを得ない。
- 14 ・妊婦や家族の医療者に対する非協力的な態度や暴力行為、家族内での虐待や暴力行為な  
15 ど、産科医療機関では対応できない事象が少なからずあり、行政が関与する仕組みが必  
16 要である。

17

#### 18 【今後の方向性】

- 19 ・総合並びに地域周産期母子医療センターの対応能力には限りがあるため、同センターが  
20 患者を受入れられなくなった場合の受入先（協力施設）の確保についても検討する必要  
21 がある。
- 22 ・地域の医療機関が連携し、より精度の高い周産期医療を提供するために、周産期医療セ  
23 ンターやその他の病院の機能を整理し、また、各地域（医療圏）で患者のトリアージ基  
24 準や受入対応病院等についても明確化する必要がある。
- 25 ・また、各医療機関の機能を医療圏別に「母体救急」、「胎児救急」、「産褥救急」、「メンタ  
26 ルヘルス」などで整理し、各々の医療圏の協力施設に割り当て、どこにどのような機能  
27 をもつ病院があるか明らかにして連携の促進を図るべきである。
- 28 ・社会的ハイリスク妊産婦への対応については、医療だけの問題ではなく、市町村等の行  
29 政が行っている保健福祉等の支援が必要である。医療機関だけで責任を負うのではなく、  
30 行政もしっかりとサポートしていくことが大原則であり、医療と行政の連携により具体  
31 的に効力のあるシステムの構築が必要である。

32

1 ③新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制

2 【現状と課題】

- 3 ・新型コロナウイルス感染症まん延時において、コロナウイルス陽性妊婦の分娩の取扱いに  
4 ついて、福岡県産婦人科医会と福岡県が連携を取りながら、基幹病院を中心に妊娠週数や  
5 コロナの重症度によって受入れ医療機関を振り分けるフローを作成した。その情報を消防  
6 (救急隊)とも共有することで、緊急搬送の際に円滑に搬送できる体制を整備した。  
7 ・感染が大きく拡大した際には、福岡県産婦人科医会を中心に地域の産科医療機関と、受入  
8 れ先医療機関との間で陽性妊婦の情報を共有して対応したことが大きな役割を果たした。  
9 ・感染症指定医療機関で分娩後、産褥期を協力医療機関で対応する仕組みを構築した(産褥  
10 搬送)  
11 ・基幹病院だけでなく、コロナ陽性妊婦の分娩を取扱える一次医療施設の確保も行った。

12  
13 【今後の方向性】

- 14 ・新興感染症が発生した場合、医療機関の機能規模に応じて協力し、各々が可能な業務を  
15 分担し受入れる体制構築が必要である。  
16 ・当該妊婦の分娩を取扱う状況が発生した場合には、換気装置等の感染防止対策を講ずる  
17 ための財政支援が必要である。

18  
19 ④人材確保・育成

20 【現状と課題】

- 21 ・周産期を担う産科やNICUの医師は相対的に不足している。医師の働き方改革により  
22 マンパワー不足が加速すると、各周産期母子医療センターの勤務を更に圧迫することは  
23 目に見えて明らかであり、今以上に人員の確保に力を入れる必要がある。  
24 ・一次医療施設においては、宿日直を依頼している大学病院や公立病院の医師が、働き方  
25 改革によって勤務時間に制限がかかってくるため、マンパワーの確保が非常に難しい状  
26 態になると考えられる。このため、今まで取扱っていた症例の対応を制限せざるを得な  
27 い状態になることが危惧される。  
28 ・周産期母子医療センターは人員確保にあたり人件費がかかる一方で、患者や分娩の減少  
29 に伴う医療費の減少が予想されており、機能を維持するために財政支援が必要である。  
30 ・産科医師から助産師へのタスクシフトとして、オープンシステム・セミオープンシステ  
31 ムの活用を進めていくとよいが、診療報酬の分配・整理が困難である。

32

1 【今後の方向性】

- 2 ・大出血の患者を診療することができる医師等の高度な医療ができる人の確保（育成）が  
3 必要である。
- 4 ・周産期母子医療センターの運営経費や設備整備に対する補助金の更なる充実を図り、周  
5 産期医療の働きやすい環境の整備及び人材の確保が求められる。
- 6 ・地域の周産期医療体制の構築に当たり、医療機関だけでなく行政も関与した医師の働き  
7 方改革に対応できる勤務体制づくりが必要である。
- 8 ・周産期医療は、一次施設と周産期母子医療センターに二極化しており、一般病院が減少  
9 している。今後も二極化の進行が考えられるため、本県においても、オープンシステム・  
10 セミオープンシステムについて改めて議論する必要がある。
- 11 ・周産期医療に携わる医師のみならず、助産師をも活用したタスクシフト・シェア並びに  
12 オープンシステムの再検討の余地がある。

13

14 ⑤災害時の周産期医療体制について

15 【現状と課題】

- 16 ・災害時に、周産期母子医療センターに求められる機能を果たせるよう各々のセンターの  
17 責任者が役割を把握する。
- 18 ・日本産科婦人科学会では、大規模災害対策情報システム（PEACE）において、平時  
19 から、各医療機関の空床状況やインフラ情報について入力する体制が構築されている。

20

21 【今後の方向性】

- 22 ・小児周産期リエゾンを中心に、災害発生時の体制を構築するとともに、日本産科婦人科  
23 学会の大規模災害対策情報システム（PEACE）を中心に災害時の情報を集約する。
- 24 ・大規模災害対策情報システム（PEACE）と災害ハザードマップを加えリアルタイム  
25 に情報収集することで、災害時の情報共有体制の充実を図る。

26

27 5) 小児医療（小児救急医療を含む）

28 ①小児一般診療について

29 【現状と課題】

- 30 ・近年少子化、核家族化の進行により社会の子育てに対する理解・寛容性が低下し、子育  
31 てをしづらい環境になっている。また、多くの親は少子家庭で育っており、子育てにつ  
32 いての経験や知識を得る機会がない中で、自身が子育てをする立場に置かれている。

- 1 ・保護者に時間的・経済的余裕がないことにより、子育てに十分な時間と労力を割くのが  
2 難しい家庭が少なくないことが推測される。関連して、虐待の発生頻度に大きな地域格  
3 差があり、これは社会・経済環境の地域格差を反映している可能性があることに留意す  
4 る必要がある。
- 5 ・新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、子育てに負に作用する社会環境の変  
6 化が加速され、制度による子育てを支える仕組みの必要性が高まっている。妊娠期から  
7 周産期、新生児期・乳幼児期にかけての切れ目ない伴走型の育児支援の充実が求められ  
8 る。また、外来レベルにおいても肥満・やせ、発達障がい、不登校といった学校保健と  
9 も関連する健康課題に対しての対応が求められるようになっている。
- 10 ・母子保健と学校保健の非連続性から、発達障がいや医療的ケアの必要な子どもへの乳幼  
11 児期の支援が就学により大きく変化する。就学以降についても医療と関わりを持つ母子  
12 保健の枠組みに準じた支援の継続が必要である。

13

#### 14 【今後の方向性】

- 15 ・小児医療について検討する場として、救急医療に限定されない、小児医療を包括的に捉  
16 える協議会が開催されるべきである。
- 17 ・地域の保健・福祉を担う行政と医療機関等の関係機関が連携し、ハイリスク妊産婦の早  
18 期発見・早期支援から、養育経験が少なく育児不安をもつ保護者への切れ目ない伴走型  
19 の支援を行う体制を整える必要がある。このことにより、虐待の減少が期待される。
- 20 ・BEAMSなどの虐待対応研修会を、小児科医師はもとより急患センター、救急病院等  
21 で時間外に小児の診療にあたる他診療科医師、看護師・受付事務など多職種を対象とし  
22 て開催し、チームとしての対応力の向上を図る。
- 23 ・発達障害支援医学研修の活用などにより、身近なかかりつけ医等、発達障害の非専門医  
24 師の対応能力の向上、専門医療機関とかかりつけ医療機関の連携強化を推進する。
- 25 ・医療的ケア児が地域で生活する上での小児科医の役割を明確化する。園・学校生活に関  
26 わる園・学校（看護師、学校医）、医療的ケア指導医、主治医の連携を構築する。
- 27 ・こども家庭庁の元に置かれるこども家庭センターを活用し、就学以降についても、母子  
28 保健に倣った医療と密接に連携し、こどもを家族の一員として捉える視点からの見守り  
29 を行う体制を構築する。
- 30 ・就学以降の子どもの心、発達等の課題について、教育相談ネットワークなどを活用し学  
31 校との連携を図る。スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーとかかりつけ  
32 小児科、児童精神を専門とする精神医療との連携を構築する。

- 1 ・小児医療・保健を測る指標として小児の死亡率だけでは不十分であるため、成育基本法  
2 において努力義務とされた健やか親子に示される指標(10代の人工妊娠中絶実施率など)  
3 の達成状況について定期的に評価をすることを目的とし県行政において会議体(成育医  
4 療等協議会)を設置する。

## 6 ②小児救急医療体制

### 7 【現状と課題】

- 8 ・小児科において時間外診療は、救急医療だけでなく子育て相談・子育て支援の機能があ  
9 ることに留意しなければならない。
- 10 ・急患診療センターや救急外来の多くは大学病院あるいは総合病院の勤務医に依存してい  
11 る。このため、医師の働き方改革により、各地域で行われている初期救急(一次救急)、  
12 二次救急、三次救急の全てにおいて、今の枠組みのままでは継続できない可能性が高い。
- 13 ・小児の入院医療はほぼ公的医療機関によって担われているが、それぞれ経営主体の判断に  
14 より運営がなされており、医療資源の適正配置が行われているとは言えない状況にある。
- 15 ・小児の時間外診療は、行政主導の急患センター、医療機関の時間外診療、開業小児科に  
16 よる在宅当番等、様々な形で行われており、医療圏単位など、広域での調整が行われて  
17 いない。
- 18 ・相談支援として2004年から行われている#8000(小児救急医療電話相談)は対応時間の拡  
19 大、回線の増設を行い利便性の向上が図られているが、働き方改革により時間外診療体  
20 制が縮小されるとすれば、その役割はさらに重要となる。
- 21 ・心肺停止あるいはそれに近い状態の小児が、地域によっては小児科のない救急病院に搬  
22 送され、死亡診断が行われる事例がある。

### 24 【今後の方向性】

- 25 ・小児医療提供体制については、日本小児科学会の提案する中核病院小児科(小児科医師  
26 20名以上)、地域小児科センター(小児科医師9名以上)、地域振興小児科Aの分類をも  
27 とに機能を検討することで、県内全域での適正なアクセスの確保を目指す。その実現に  
28 は重点化・集約化が必要である。
- 29 ・医師の働き方改革に対応する時間外診療のあり方として、急患センターは開業小児科医  
30 など時間外の二次医療を担わない医師が出務し一次医療を行い、二次病院の医師は二次  
31 救急医療に特化することで役割の分担を行うか、開業小児科医など時間外の二次医療を  
32 担わない医師が二次救急病院に出務し時間外の外来診療を行うなどの方法が考えられる。

1 時間外診療体制の再編には小児救急医療支援事業、地域連携夜間・休日診療料の算定の  
2 活用が考えられる。

- 3 ・急患センターの設置、時間外診療の確保については、基礎自治体単位でなく、少なくと  
4 も医療圏の範囲で検討されるべきである。医師の働き方改革を含む今後の医療のあり方  
5 を考えると、時間外診療の提供、特に深夜帯について集約化は避けられない。
- 6 ・働き方改革を見据え、#8000(小児救急医療電話相談)事業の機能を相談支援にとどめず、  
7 0.5次医療に位置付け、家庭看護力の向上を図るなどその機能と利便性の向上を図る。
- 8 ・日本小児科学会の中核病院小児科、地域小児科センターの定義には、Child Protection  
9 Team (CPT) の設置が含まれている。福岡県においても再評価が必要である。
- 10 ・すべての小児の死亡については虐待を見逃さないために、内因であれ外因であれ、その  
11 死亡原因を明らかにすることが望まれる。心肺停止など死に至る可能性が予測される児  
12 は適切な医療機関に搬送されなければならない。また、適切な運用がなされているかを  
13 確認するために、小児の全死亡を検証するChild Death Review (CDR) の実施を目指す。

### 15 ③人材確保

#### 16 【現状と課題】

- 17 ・医師の働き方改革により、一人一人の勤務時間が制限されるため、病院がこれまでと同  
18 じ機能を維持するためには、医師を増やすか、一人の稼働率を上げる必要がある。稼働  
19 率を上げるためのタスクシェアもなかなか進んでいない現状である。
- 20 ・小児の入院を要する疾患として感染症の占める割合が多く、感染症の流行状況（季節的  
21 なものを含む）により患者数の増減の幅が大きい。総合病院として、経営上、小児科の  
22 医師の数を繁忙期に合わせて維持するリスクが大きく、むしろ閑散期に合わせた規模と  
23 する傾向がある。
- 24 ・小児科の診療所（かかりつけ小児科）は都市部に集中する傾向がある。地域によっては  
25 不足しており、医師の偏在が課題である。
- 26 ・多くの地域において園医・学校医は不足している。
- 27 ・女性医師が増えており、子どもを持つ女性医師の働く環境整備が必要になっている。

#### 29 【今後の方向性】

- 30 ・実労時間の短縮や休日の確保で働きやすい環境を整えるなど、男性医師を含め全ての医  
31 師のワークライフバランスの充実に向けた方策が必要である。院内保育所の活用等、仕  
32 事と子育ての両立支援の充実が必要である。

1 ・小児科開業医には、学校医、園医、保育園の嘱託医、急患センターへの出務等、地域の  
2 公衆衛生機能への貢献が求められる。

3

#### 4 ④災害時の小児医療体制について

##### 5 【現状と課題】

6 ・県、県医師会において、小児周産期リエゾンの人材育成に努めている。

7 ・新型コロナウイルス感染拡大時には、小児周産期リエゾンが県新型コロナウイルス感染  
8 症対策本部から小児の流行状況についての情報提供を受け、小児の入院および外来対応  
9 医療機関向けに、受け入れ体制の準備に資する情報発信が行われた。小児の入院基準に  
10 ついてもリエゾンが中心となり小児科医療機関間でのコンセンサスの形成を行った。

11

##### 12 【今後の方向性】

13 ・小児周産期リエゾンが災害対策本部と小児医療の情報伝達を担うことで、均質で円滑な  
14 小児への対応ができる体制を整備する。4ブロックに配置された各小児周産期リエゾン  
15 が、一定レベルの対応ができるようリエゾン自身の情報の更新を行い、各ブロックにお  
16 いて、有事にリエゾンと小児科医会等の現場との連携が行える体制を整える。

17 ・災害時に配慮・支援の必要な医療的ケア児については、平時から市町村においてそのニ  
18 ーズを把握し、災害発生時には小児周産期リエゾン・災害対策本部と連携し必要な対応  
19 を迅速に行う体制を整える。

20

#### 21 ⑤新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制について

##### 22 【現状と課題】

23 ・新型コロナウイルス感染症では、成人同様、初期において診療所、感染症指定医療機関  
24 以外の病院で一定レベルの診療を実施できるまでに時間を要した。

25 ・新型コロナウイルス感染症では、病床は成人を含め内科の管理下にあった。小児の受け  
26 入れが小児科医の判断で対応できるようになるまでに一定の時間を要した。

27

##### 28 【今後の方向性】

29 ・感染症法改正に基づく感染症対応に関する協定締結医療機関の仕組みにおいて、小児を  
30 扱う医療機関の整備を進める。

31 ・平時から、感染対策向上加算のネットワークを活用するなどして、感染症対応の基幹病  
32 院と一般病院・診療所の連携を強化し、感染症対応に関する情報共有を行う。有事に際

1 し短期間で一般病院・診療所が感染症診療に自信を持って安全に参加できるような体制  
2 を整備する。

### 4 6) 新興感染症

#### 5 ①医療提供体制等

##### 6 I. 平時に整備する感染拡大時の医療提供体制等

###### 7 【現状と課題】

8 ・感染症指定医療機関（感染症病床）は、第一種が1医療機関2床、第二種が12医療機  
9 関64床指定されているが、新型コロナウイルス感染症対応では、発生極初期には人員  
10 確保など病床の運用体制が整わず、その8割程度しか稼働しなかった。

11 ・新型コロナウイルス感染症対応では、新型インフルエンザ患者入院医療機関に病床の  
12 確保を打診したが、指定が解除されており、ほとんどの医療機関が対応できなかった。

13 ・福岡県感染症予防計画において、「感染症指定医療機関のみによる医療の確保が困難と  
14 なった場合等には、一般の医療機関にも必要な協力を依頼する」旨記載されているが、  
15 未知の感染症の感染対策等の情報共有の仕組みがなく、専門医療機関と一般医療機関  
16 の連携についての具体的な取り決めがなかったことから、特に入院について、一般医  
17 療機関での受け入れ開始に遅れが生じた。

18 ・新型コロナウイルス感染症対応では、発生から1年程度で疾患に関する知見が次第に  
19 蓄積し、また感染の拡大傾向が継続したため、限られた医療資源を有効に活用できる  
20 よう、下記のとおり重症度に応じた医療機能を分担した。

21 ・極めて有効性の高いワクチンの開発は医療提供の拡充に大きく貢献した。

区分	提供内容	重症度（酸素飽和度）
重点医療機関	人工呼吸器、ECMO	重症（ $\leq 90\%$ ）
一般受入医療機関	酸素投与、ステロイド、 レムデシビル	中等症II（91～93%）
	ロナプリーブ、 酸素投与ステーション	中等症I（94～95%）
宿泊療養施設	医師と看護師が24時間常駐、 酸素濃縮器、ロナプリーブ	軽症・無症状 （ $\geq 96\%$ ）
自宅療養	外来診療、往診、 電話・情報通信機器を用いた診療	
後方支援医療機関 高齢者施設	基礎疾患の治療、リハビリ	
一般医療機関	通常医療の提供	

- 1 ・新型コロナウイルス感染症対応では、病床確保計画に基づきピーク時に即応病床最大  
2 2,089床（うち重症病床232床）を確保した。
- 3 ・新型コロナウイルス感染症対応では、感染拡大時に休床病床を活用して酸素ステーショ  
4 ン（1施設34床）を令和3年8月に設置した。
- 5 ・新型コロナウイルス感染症対応では、医療機関においてクラスターが発生した際、看護  
6 師など職員の就業が制限されることによる入院・外来機能の制限等が必要となった。
- 7 ・新型コロナウイルス感染症対応では、医療機能の分担を行うに当たり、人工呼吸器等の  
8 保有状況調査を実施し、各医療機関が提供できる医療の内容について確認が必要であっ  
9 った。
- 10 ・新型コロナウイルス感染症対応では、重点医療機関や一般受入医療機関が陽性者を受入  
11 れる際、保健所が直接本人から聞き取った内容をもとに作成した患者情報が提供され県  
12 庁の調整本部において入院調整が行われた。
- 13 ・パンデミックに際して短期間で平時の体制から非常時の体制に切り替えるのは極めて困  
14 難であった。また、地域医療構想の実現に向けた取組みにおいて、医療機能の変更や病  
15 床のダウンサイジングが進む中、次の新興感染症等発生時に同じ病床数を確保できるか  
16 が課題である。

17

#### 18 【今後の方向】

- 19 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、改正感染症法に基づく感染症対応（協定締結  
20 医療機関整備による病床確保、発熱外来、自宅療養者への対応等）の速やかな体制確立  
21 と地域性を考慮した拡充を図る。
- 22 ・新興感染症発生極初期の対応は感染症指定医療機関等の専門医療機関で行う。その後感  
23 染が拡大する場合、速やかに稼働する病床（以下、「即応病床」）を拡充する必要がある  
24 ため、新型コロナウイルス感染症対応で確保した病床数を基本に、平時から医療機関と  
25 病床確保の医療措置に係る協定を締結したうえで対応可能な病床（重症者用病床を含  
26 む）を確保する。なお、流行初期に協定に基づく病床確保を行った医療機関に対しては、  
27 速やかに流行初期医療確保措置に基づき財政支援を行う。
- 28 ・即応病床として、認知症患者や透析患者、精神疾患を有する患者、妊婦、新生児等の特  
29 別な配慮が必要な患者を受入れる病床確保を考慮する。
- 30 ・協定締結医療機関の病床を新興感染症発生時に迅速かつ適切に稼働できるよう、平時か  
31 ら感染症指定医療機関と専門病院（感染症指定医療機関以外の「感染対策向上加算1」  
32 算定病院）（以下、「感染症基幹病院」）の連携体制を維持する。感染症基幹病院を核と

1 する、地域の協定締結医療機関（外来、入院を含む）、さらには高齢者施設等を包括す  
2 するネットワークを確立し、迅速で正確な情報の提供、平時から感染予防対策を含む訓練  
3 等を実施する。

4 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、医療機関・高齢者施設等においてクラスター  
5 が発生した場合に、院内・施設内感染が早期収束し、入院・外来機能の制限を早期に解  
6 除できるよう必要に応じた支援を行う体制を整備する。

7 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、医療機関、高齢者施設等において感染症流行  
8 時に必要となる、平時とは異なる感染対策について取りまとめ情報として提供する。院  
9 内感染対策の見直し及びクラスター発生時のBCP（業務継続計画）の整備について普及  
10 啓発を行う。

11 ・新興感染症患者の診療検査、即応病床を確保した医療機関には、受入体制整備のための  
12 財政支援を行う。

13 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、各医療機関が提供できる医療の内容を把握し、  
14 重症度に応じた入院受け入れや後方支援等、各医療機関の役割分担を明確化した上で受け  
15 入れ体制を整備する。

16 ・地域医療構想の実現に向けた取組みにおいて、次の新興感染症を見据えて各医療機関の  
17 機能分担及び連携体制の構築に向けて検討する。

18 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、県民の医療情報を一元的に管理し、現病歴や  
19 処方等を重点医療機関や一般受入医療機関、宿泊療養施設と共有し、適切な診療と継続  
20 した治療を提供できるよう、とびうめネット等の普及啓発を推進する。

## 21 22 II. 感染拡大時における医療提供体制等の確保

### 23 【現状と課題】

24 ・新型コロナウイルス感染症対応では、感染ピーク時までの段階的なフェーズ（5段階）  
25 を設定し、それぞれのフェーズで必要な病床を確保する病床確保計画を策定し、入院  
26 医療体制を整備するとともに、他の疾患で必要な病床を確保した。

27 ・認知症患者や精神疾患を有する患者等特別な配慮が必要な患者は、特殊な看護や介護  
28 が求められ、高次医療機関にとって、日頃から提供する医療に馴染まず大きな負荷とな  
29 った。

30 ・新型コロナウイルス感染症対応においては、かかりつけ医による妊産婦、透析患者及  
31 び小児の対応が適切に行われたことにより、患者の重症化を防ぎ救急搬送の減少につ  
32 ながった。

- 1 ・新型コロナウイルス感染症対応において、県医師会、4大学病院長による顧問会議に  
2 おいて大きな方向性の合意を形成した上で関係病院長会議及び新型コロナウイルス感  
3 染症対策協議会を開催し、コロナ対応を行う各病院長及び関係団体が一堂に会して情  
4 報や課題を共有するとともに、今後の対応について協議検討を行った。
- 5 ・新型コロナウイルス感染症対応において、県医師会、DMAT及び感染症専門医等の  
6 現場で診療を担う人員で構成する「調整本部」を設置し、重症度や特別な配慮を要す  
7 る患者の入院調整を行った。
- 8 ・調整本部による入院調整において活用するとともに、入院患者受入病院間の患者受入  
9 状況が共有できる県独自システム（通称：GOシート）を構築した。

#### 11 【今後の方向】

- 12 ・平時から感染症基幹病院を核としたネットワークを構築し、必要時には速やかにすべ  
13 ての医療機関において、それぞれの機能に応じた対応ができる体制を目指す。
- 14 ・感染症発生時には、国が定める新興感染症等への指標（ステージ・レベル）を踏まえ  
15 たフェーズの設定を行い、病床確保計画を迅速に策定し、平時に整備した感染拡大時  
16 における医療提供体制を確実に実現する。
- 17 ・感染拡大時には、感染状況に応じて重症度や医療機能、搬送基準等を柔軟に変更し、  
18 一般医療との両立を図る。重症度や医療機能、搬送基準等の変更に当たっては、医師  
19 会を始めとした医療関係団体、関係病院長、保健所設置市、救急隊等と協議する。
- 20 ・感染拡大時には、重症度に応じた適切な病床運用が行われているか一元的に管理・情  
21 報共有する体制を整備するとともに、病床の逼迫を防ぐための手段を随時検討し、実  
22 施できる体制を整備する。
- 23 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、感染収束時には、次の感染拡大に備え、感  
24 染状況の分析や病院病床・宿泊病床稼働状況について振り返りを行い、必要に応じて  
25 医療提供体制の見直しを行う体制を整備する。

### 27 Ⅲ. 人材確保及び教育

#### 28 【現状と課題】

- 29 ・新型コロナウイルス感染症対応では、JMAT医師を宿泊療養施設及び酸素ステーシ  
30 ョンに派遣した。
- 31 ・新型コロナウイルス感染症対応では、看護師確保の一環として、潜在看護師を活用した。
- 32 ・新型コロナウイルス感染症対応では、感染症に対応可能な医師や看護師、臨床検査技師

1 等のコメディカルを十分に確保出来ず、感染症発生時に遅れが生じた。

- 2 ・新型コロナウイルス感染症対応における重点・一般受入医療機関では、院内で配置転換  
3 を行う等して、一般医療との両立を図ったが、その負担はかなり大きく、平時から一定  
4 の余裕のある医療を提供するための人材配置は課題である。

5  
6 **【今後の方向】**

7 (平時の対応)

- 8 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、平時から新興感染症流行を想定し、感染症  
9 対応ネットワークの構築、感染防止制御チームの活用、標準的な手順書・クリニカル  
10 パスの策定、感染管理の専門性を有する看護師や臨床検査技師等のコメディカルの確  
11 保、定着促進、復職支援を推進する。  
12 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、平時から感染拡大時を想定し、重症患者 (ECMO  
13 や人工呼吸器管理が必要な患者等) に対応可能な人材の育成を大学等の教育機関で行う。  
14 ・平時から看護師等免許保持者の届出制度を推進し、免許保持者の把握を行うとともに、  
15 感染発生時に協力を依頼できる体制を整備する。

16  
17 (有事の対応)

- 18 ・感染症発生時には、疾患に対応した一般受入医療機関や宿泊療養施設の安全性や均て  
19 ん化を考慮した手順書、クリニカルパスを速やかに策定し、多くの医師や看護師が関  
20 われる体制を整備し人材確保に努めるとともに、様々な業務をタスクシフト・タスク  
21 シェアし、医療従事者等の専門性を活かして医療の質の向上を図る。手順書、クリニ  
22 カルパスは知見の集積とともに随時更新する。  
23 ・医療機関及び高齢者施設においてクラスターが発生した際、当該医療機関等の機能を  
24 早期に復活させるために、感染症専門医師又は感染管理認定看護師等の人員を機動的  
25 に確保・派遣する体制を整備する。  
26 ・流行初期医療を担う感染症指定医療機関への人的支援として、DMA Tや感染症専門  
27 医等で構成する感染症対応チーム (仮) を設置する。

28  
29 **IV. 宿泊療養施設の確保及び医療提供体制**

30 **【現状と課題】**

- 31 ・新型コロナウイルス感染症対応では、宿泊療養施設を 12 カ所 2,468 室確保し、JMA  
32 T医師が 24 時間常駐して主に無症状・軽症患者の健康観察を行った。

1 J M A T 医師は病院の呼吸器及び感染症専門医でない医師（診療科を問わず）を中心  
2 に派遣し、病院において新型コロナ診療に従事できる体制とした。

3 ・新型コロナウイルス感染症対応では、病院病床逼迫時に宿泊療養施設において中等症  
4 I までの患者の健康観察を行った。

5 ・感染拡大時に、重症化を予防することを目的に一部の宿泊療養施設を臨時の医療施設  
6 として中和抗体薬の投与を行った。

7 ・新型コロナウイルス感染症対応では、入所者の状態が変化し医療を必要とした際に、  
8 医療機関を受診できる体制を整備した。

#### 9 10 【今後の方向】

##### 11 (有事の対応)

12 ・感染症発生時には、必要に応じて宿泊病床確保計画を作成し、フェーズに応じた宿泊  
13 病床の確保と運用を行う。

14 ・感染拡大時には、病院病床の逼迫を防ぐことを目的に病院への搬送基準を柔軟に変更  
15 するとともに、酸素濃縮器を設置するなど、宿泊療養施設で対応可能な方法について  
16 常に検討を行い実行する。

17 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、入所者の状態が変化し医療を必要とした際  
18 に、医療機関を適切に受診できる体制を整備する。

#### 19 20 V. 自宅療養者及び高齢者施設等への医療提供体制

##### 21 【現状と課題】

22 ・新型コロナウイルス感染症対応では、原則、隔離としていたが、感染拡大時には自宅  
23 待機者等が増加した。

24 ・新型コロナウイルス感染症対応では、陽性判明当日に保健所から陽性者に連絡する流  
25 れとなっていたが、連絡が遅延し、状態が悪化するケースも発生した。

26 ・新型コロナウイルス感染症対応では、自宅療養者を対象とした休日・夜間の相談窓口  
27 の設置及び診療体制を構築し、患者の不安軽減と地域の救急体制の負担軽減に努めた。

28 ・新型コロナウイルス感染症対応では、高齢者の感染を予防するために、高齢者施設を  
29 対象に感染予防策の研修を実施するとともに、県医師会においては、その他の感染症  
30 も含めた感染症対策ガイドブックを作成・配布した。また、患者・家族の自己決定権  
31 を尊重しながら、軽症・無症状者は、施設内隔離を奨励した。

1 **【今後の方向】**

2 (平時の対応)

- 3 ・新興感染症のみならず感染症全般に対して、日常的に高齢者施設への支援を行うため、  
4 各地域の感染症基幹病院、診療所等及び高齢者施設をつなぐネットワークを構築する。  
5 ・高齢者施設等についても、感染防止対策に関する知見を共有し施設ごとに有事の際の  
6 感染防止対策計画を策定する。感染者が発生した場合の療養先について検討するよう  
7 普及啓発を行う。  
8 ・感染が拡大しやすい高齢者施設等に対して、施設内感染防止対策に関する研修会を開  
9 催するとともに、個人防護具等の資材の備蓄について普及啓発を行う。

10  
11 (有事の対応)

- 12 ・自宅療養者の状態が悪化した際に相談・外来受診・往診等ができる医療提供体制を整  
13 備し、適切な時期に遅滞なく医療を受けられる体制を構築する。  
14 ・休日・夜間についても相談窓口を設置し、患者の求めに応じて、相談・外来受診・往  
15 診等が行える体制を整備する。  
16 ・高齢者施設等において、感染者が発生した場合、平時に検討した療養先に搬送する。  
17 また、患者・家族の自己決定権を尊重しながら、軽症・無症状者は、施設内感染防止  
18 対策を行った上で、施設内隔離（療養）を奨励する。

19  
20 VI. 搬送調整・搬送体制

21 **【現状と課題】**

- 22 ・新型コロナウイルス感染症対応では、宿泊療養施設への搬送は当初、保健所の公用車で  
23 行われていたため、保健所及び患者にとって大きな負担となっていた。その後、タクシ  
24 ー会社への業務委託、家人の運転による自家用車でいった。

25  
26 **【今後の方向】**

27 (平時の対応)

- 28 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、タクシー会社等への外部委託や医療機関が所  
29 有する緊急搬送車両等を活用して陽性者の搬送を行う体制を整備する。  
30 ・すでに取り組みが行われている救急搬送逼迫への対応に加えて、感染症対応を検討する  
31 ことにより新興感染症発生時の搬送体制整備を推進する。

## 1 VII. 診療・検査体制の整備

### 2 【現状と課題】

- 3 ・新型コロナウイルス感染症対応において、感染初期は、患者またはかかりつけ医等よ  
4 り、保健所が設置する「帰国者・接触者相談センター（19 か所）」へ連絡し、感染の  
5 疑いがあると判断された場合に「帰国者・接触者外来（96 か所）」において検査を実  
6 施する体制を整備したが、帰国者・接触者外来の多くは感染症指定医療機関であり、  
7 入院対応も行っていったことから、当該医療機関に負担が集中した。
- 8 ・新型コロナウイルス感染症における検査がすべて保健所等行政を介して行われていた  
9 ため、かかりつけ医等の判断による迅速な検査を実施することができなかつた点が課  
10 題とされた。
- 11 ・かかりつけ医等が検査の必要がある者を直接紹介し、検査を集中的に実施する機関と  
12 して、医師会主導で「地域外来・検査センター（PCR検査センター）」を22か所に  
13 設置し、検査体制の拡充を図った。
- 14 ・発熱等の症状のある患者に対して、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関において  
15 診療・検査を行うことができるよう、院内感染対策を適切に講じた医療機関を「診療・  
16 検査医療機関」として指定し（2,123施設）、地域において迅速かつ円滑に診療・検査  
17 を提供する体制を整備した。
- 18 ・県保健環境研究所に「リアルタイムPCR」、一部の保健所に「新型コロナウイルス抗原  
19 定量検査機器」を導入し、検査体制を強化した。

### 21 【今後の方向】

#### 22 （平時の対応）

- 23 ・新興感染症発生時に、速やかに検査体制を構築することができるよう、事前に各医療  
24 機関、行政、大学等が所有する検査機器等を把握しリストアップする。
- 25 ・平時より、大規模なクラスター等が発生した際においても検査が滞ることのないよう、  
26 保健環境研究所及び保健所において人員や検査機器の導入など、検査体制の強化を図る。
- 27 ・かかりつけ医等において速やかに診療・検査体制を整備することができるよう、感染症  
28 基幹病院を核とした地域のネットワークを活用し、平時から感染予防策について情報共  
29 有・模擬訓練などを行う。

#### 31 （有事の対応）

- 32 ・改正感染症法に基づく医療措置協定において、一部の医療機関に負担が集中すること

1 がないよう、外来対応と入院対応を行う医療機関の役割分担を図るとともに、円滑な  
2 連携体制を構築する。

3 ・感染者を早期発見するためには、段階的なフェーズを設定し、各地域の実情に応じて  
4 感染発生初期の保健所等行政を介する検査体制から、地域外来・検査センターや診療・  
5 検査医療機関による検査体制へと柔軟な整備を図る。

6 ・かかりつけ医等において速やかに診療・検査体制を整備することができるよう、個人  
7 防護具の配布や動線分離に係る財政支援を行う。

8

## 9 VIII. ワクチン接種体制の構築

### 10 【現状と課題】

11 ・新型コロナウイルスワクチンに係る接種については、「新型インフルエンザ等対策に係  
12 る住民接種実施計画」が多くの市町村において未策定の中での接種となり、国からの  
13 指針に沿って接種体制を構築しなければならず、遅れが生じた。

14 ・新型コロナウイルスワクチンに係る接種については、原則、住所地において接種を行  
15 うこととされ、接種順位を設け、医療従事者等、高齢者、基礎疾患を有する者、高齢  
16 者施設等の従事者、その他の住民の順に接種が行われた。

17 ・新型コロナウイルスワクチンの特性（保管温度や期間、バイアルあたりの接種回数等）  
18 を踏まえた体制構築が必要であったことから、医療従事者等への接種については、基  
19 本型接種施設（ディープフリーザーを設置）及び連携型接種施設を指定し、接種を行  
20 わない団体型医療機関に対する接種体制を構築した。

21 ・医療従事者等の優先接種では、外部委託業者による接種予約やワクチン供給の調整に  
22 目詰まりが発生したことから、円滑に接種することができなかつた点が課題であった。

23 ・住民接種については、市町村と郡市医師会との協議により、個別接種及び集団接種の  
24 体制が構築された。個別接種については、接種実施医療機関として基本型接種施設と  
25 サテライト型接種施設が位置付けられ、集団接種については、市町村が設置する集団  
26 接種会場に郡市医師会等より医師や看護師等の接種業務に従事する者を派遣し接種を  
27 行う等、各地域の実情に応じた接種体制が構築された。

28 ・接種の加速化を目的として、自治体による大規模接種会場の設置や、各企業による職  
29 域接種が行われた。

30

### 31 【今後の方向】

32 （平時の対応）

- 1 ・新型コロナウイルスワクチン接種を踏まえ、今後の新興感染症等の発生を見据えた接  
2 種計画を各市町村において、地域の医師会と協議の上、確実に策定する。

3  
4 (有事の対応)

- 5 ・有事においては、疾患とワクチンの特性を踏まえた国の方針に沿って、各市町村が接  
6 種計画を作成し、接種体制を構築する。  
7 ・接種体制については、各地域の実情に応じて構築することが重要であることから、県  
8 は県医師会と連携し、各地域における体制構築に資する必要な調査を実施する等、地  
9 域を支援する。  
10 ・医療従事者等への接種体制については、迅速な接種が可能となるよう、医師会主導で  
11 体制を構築することとし、県は接種実施医療機関への円滑なワクチンの供給に努める。

12  
13 IX. 医療資材の確保

14 【現状と課題】

- 15 ・新型コロナウイルス感染症対応では、感染発生時、各医療機関において日常的に使用  
16 するサージカルマスクや消毒用エタノール等の確保が困難となり、診療に大きな影響  
17 が生じた。  
18 ・消毒用エタノールについては、医療機関等における需要に対応するため福岡県におい  
19 て独自に有償配布スキームが構築された。  
20 ・福岡県医療機器協会と連携し、流通備蓄による備蓄体制を構築した。

21  
22 【今後の方向】

23 (平時の対応)

- 24 ・平時から新興感染症等の発生を想定し、医療物資の流通備蓄体制を構築するとともに、  
25 各医療機関の必要数等を速やかに把握する仕組みを構築し、過不足なく円滑かつ迅速  
26 に医療機関に配布できる体制を整備する。県内、域内における物資供給について、マ  
27 スクや予防衣など、業種を超えて使用可能な物資についての把握も検討課題である。

28  
29 (有事の対応)

- 30 ・県内で製造可能な医療物資及び製造・配布に協力可能な企業等を把握し、有事には福  
31 岡県で確保し、過不足なく県内の医療機関に配布する体制を整備する。

## 1 X. その他

### 2 【現状と課題】

- 3 ・新型コロナウイルス感染症対応では、治療や療養が終わっても一部長引く症状（いわ  
4 ゆる「後遺症」）があることが分かったことから、治療や療養後の方を対象とした相談  
5 窓口を設置する必要がある。
- 6 ・新型コロナウイルスワクチンでは、接種後にアナフィラキシーショックや長期にわた  
7 り継続する副反応が発生したことから、専用ダイヤルの設置や専門的医療機関を整備  
8 するなど、副反応等に対する診療体制を構築した。
- 9 ・新型コロナウイルス感染症の発生以降、感染拡大に伴う外出自粛や生活環境の変化か  
10 ら、特に不安が強い方や精神疾患が増悪する方が発生した。

### 11 12 【今後の方向】

- 13 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、治療や療養後に一定の健康観察を行い、長  
14 引く症状（いわゆる「後遺症」）がないか把握するとともに、患者からの相談窓口を整  
15 備する。
- 16 ・新型コロナウイルスワクチンにおける対応を踏まえ、接種後の副反応等に対する相談・  
17 診療体制を構築する。
- 18 ・新興感染症発生時における患者等のメンタルヘルス対策についても検討を行う。

### 19 20 ②保健所体制

#### 21 I. 保健所体制の強化

### 22 【現状と課題】

- 23 ・新型コロナウイルス感染症対応では、医療機関で陽性判明した場合、保健所に発生届  
24 が提出され、保健所が陽性者に連絡し、症状、合併症等から入院が必要か判断した。
- 25 ・新型コロナウイルス感染症対応では、入院判断に、酸素飽和度が不可欠であるが、発  
26 生届には記載されていないことが多いことから、発生届《別紙》を作成し、かかりつ  
27 け医に酸素飽和度を必ず記入するよう依頼した。
- 28 ・新型コロナウイルス感染症対応では、発生届《別紙》の情報（酸素飽和度、重篤な基  
29 礎疾患、基礎疾患、認知機能、病院入院の必要性の有無）及び陽性者からの聞き取り  
30 情報により、保健所が入院又は宿泊療養のトリアージを行った。
- 31 ・新型コロナウイルス感染症対応では、陽性者が急増し、保健所業務が逼迫した場合、  
32 患者連絡に日数を要し積極的疫学調査、濃厚接触者調査及び健康観察が実施できない

- 1 状況となった。
- 2 ・新型コロナウイルス感染症対応では、陽性者に関する患者情報がデジタル化されておら  
3 ず、情報の伝達・共有に時間を要し、陽性者が急増した際には保健所業務が逼迫した。
- 4 ・新型コロナウイルス感染症対応では、福岡県の新型コロナウイルス感染症への対応方  
5 針について、政令市を始めとした各市町村と臨機応変に共有し実行する必要性を感じ  
6 た。

7

## 8 【今後の方向】

### 9 (平時の対応)

- 10 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、感染拡大による保健所業務の逼迫を想定し  
11 た人員の確保体制を整備するとともに業務委託契約などの方策を検討する。
- 12 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、福岡県は政令市との円滑な連携体制を確保  
13 する。
- 14 ・感染症情報の保健所への報告のデジタル化を推進する。具体的には全医療機関に求め  
15 られる全数把握疾患の報告、定点医療機関における毎週の報告が「感染症サーベイラ  
16 ンスシステム」を用いた届出が行われるよう早急に普及を図る。
- 17 ・有事の際にはかかりつけ以外の医療機関を受診する可能性が考えられることから、県  
18 民が適切な治療と継続した治療を受けることができるよう、平時からとびうめネット  
19 の登録について促進する。

20

### 21 (有事の対応)

- 22 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、新興感染症等発生時、迅速なトリアージ及  
23 び入院調整を実施するに当たって、発生届だけでは患者情報が不足する場合、必要な  
24 患者情報を収集できる仕組みを早期に整備する。
- 25 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、新興感染症等発生時、患者情報をデジタル  
26 化して一元管理することを目的にとびうめネット等を活用し、陽性者の基本情報を始  
27 め、疫学調査や健康観察による情報を迅速に関係者と共有するとともに情報の分析を  
28 行う。
- 29 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、新興感染症等の急速な感染拡大時において  
30 も、陽性が判明した際には、迅速なトリアージと入院調整を行うとともに、積極的疫  
31 学調査及び健康観察の遅延が生じることがない体制を整備する。
- 32 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、新興感染症等の急速な感染拡大時において

1 も、より安全かつ迅速にトリアージを行うには、陽性者を診察したかかりつけ医がト  
2 リアージを行い、かかりつけ医から直接入院医療機関に紹介する仕組みを構築し、迅  
3 速な入院調整を行う。

4 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、新興感染症等による感染陽性者が保健所か  
5 らの連絡を待つ間に状態が悪化し、検査を行った医療機関の医師が入院の必要性があ  
6 ると判断した場合に対応できる体制を整備し、迅速な入院調整を可能とする。

7 ・新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、新興感染症等発生時、福岡県は当該感染症  
8 への対応方針について、政令市を始めとした各市町村と共有し、広域で統一した対応  
9 のもと感染症拡大防止を図る。

### 11 (3) 在宅医療

12 令和4年7月の福岡県医師会および福岡県の調査において、本県における訪問診療を受け  
13 ている患者は、803 か所の在宅療養支援診療所（在支診）、102 か所の在宅療養支援病院（在  
14 支病）及び421 か所の在宅時医学総合管理料（在医総管）・施設入居時等医学総合管理料（施  
15 設総管）届出施設で推計約44,000人である。平成29年6月の同調査では全数推計約31,000  
16 人であり、5年間で約12,000人増加しており、第7次医療計画の令和5年度目標値であった  
17 約42,000人をすでに超えている。しかしながら、在宅医療の需要は本県では令和22（2040）  
18 年以降にピークを迎え、60,000人を超えると国は予測しており、さらなる提供体制強化が必要  
19 である。また、在宅医療を担う医療施設ではここ数年全国的に診療所の数が横ばいである  
20 一方、在宅医療に参画する病院が増え、さらには在宅医療を積極的に提供する施設とそうで  
21 ない施設の2極化がみられ、これらの傾向は本県でも同様となっている。在宅医療を提供す  
22 る居所別では、自宅以外の高齢者向け施設が全体の7割を超えており在宅医療の首座が高齢  
23 者向け施設になっている傾向は変わらない。在宅看取りについては平成29年6月の調査時、  
24 年間推計約3,600人だったのが令和4年7月の調査で年間推計約7,300人を超え倍増してい  
25 る。

26 加えて第7次医療計画後半については新たな動きもみられる。前述のように依然、在宅医  
27 療の提供場所は高齢者施設が主となっているが、これまで自宅での訪問診療数はほとんど伸  
28 びがみられなかったが、令和3年の調査で急に増加していること、看取りも総数が令和3年  
29 の調査より急に増えており、看取りの場所も自宅での看取りが施設より多く増えているなど  
30 がそれで、新型コロナウイルス感染拡大の影響と考えられる。

31  
32 以下、各分野につき現状、課題と今後の提言を述べる。

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

## ①高齢者在宅医療

### 【現状と課題】

- ・全体像は前述の通りであり、本県では高齢者に対する在宅医療の供給量は概ねまたはそれ以上の整備状況が見られる。
- ・一方、二次医療圏によりその動向は大きく異なっている。その理由は様々であり、そもそも医師少数区域で在宅医療を担う医師の数が少ない上、医師の高齢化が進んでおり、現有勢力のまま供給量を増やすのが無理な地域も見られる。
- ・患者、家族からみた医療圏と二次医療圏が一致せず、集計上整備の温度差が見られるも、近隣の医療圏を合わせて見てみると、本県における在宅医療は概ね「住み慣れた地域で」完結している。
- ・医師少数区域では在宅医療はすでにひっ迫しており、周辺医療圏との連携を積極的に模索するなど早急な対策が必要である。
- ・本来、健康管理、療養上の指導を行うと法律で決められているにも関わらず、特別養護老人ホームの配置医師が現実には入居者の治療や看取りをする場面が増えていることが近年問題視されている。特に、コロナ禍では施設内で集団感染が起こっても転送先がなく、本来の業務以上のことが配置医師に求められてしまい、兼任で務めている配置医師業務が本業を圧迫してしまう状況が多く認められた。さらに、施設では十分な医療を提供できないため、軽度の病状変化でも救急搬送をすることが増えてしまい、救急医療現場をも圧迫する状況も生んでしまっていて、配置医師制度の見直しを求める声も大きくなってきている。

### 【今後の方向性】

- ・地域の在宅医療の需要予測を立て、それに沿って地域ごとの在宅医療体制整備計画を立てる必要がある。
- ・在宅医療の需要の増加に伴い、訪問診療や緊急時の入院受入れ等の中心を担う在宅療養支援病院（在支病）の役割がますます大きくなることから、今後は在支病の増加とともに、在支病を中心とした地域での体制づくりに向けた取組みも必要である。
- ・在宅医療の首座は高齢者向け施設に移っており、適切な地域包括ケアシステム構築のためにも、地域ごとに過不足のないような施設の整備計画を立てる必要がある。また、施設在宅を充実させることは人手不足への解決策の一助ともなりうる。
- ・在宅医療の質を担保するためにも閉鎖的になりがちな施設との連携強化を図る必要がある。

- 1 ・病院から在宅医療への縦割り一方通行的ではなく、病院、診療所、施設、自宅が水平有  
2 機的に連携し、在宅＝自宅にこだわることなく、患者や家族が望む在宅医療を選択でき  
3 る地域包括ケアシステムを構築する必要がある。
- 4 ・現在行われている従来からの在宅医療推進施策をさらに進化させるとともに、今後増え  
5 てくるであろう、独居、老老介護、第三者の介入拒否等処遇困難例への対応のノウハウ  
6 を蓄積、共有する必要がある。
- 7 ・有床診療所をプラットフォーム化し在宅医療の拠点施設として整備することを支援する  
8 必要がある。

## 10 ②小児の在宅医療

### 11 【現状と課題】

- 12 ・近年の医療の進歩により医療的ケア児は全国的に急速に増えており、国内ではすでに 2  
13 0,000 人を超え、本県でも約 800 人を超えている。特に県内 4 ブロック（福岡、北九州、  
14 筑豊、筑後）のうち、福岡ブロックには本県内の在宅医療を受ける約 300 人のうち半数  
15 が集中し、九州全域より集まってくる重症疾患をもつ小児が集まってくることも相まっ  
16 て、九州大学病院、福岡市立こども病院のNICUはすでにひっ迫状態であり、新規の  
17 患者受入れが制限されてしまっている。
- 18 ・受け皿となる中間施設、小児在宅医療を引き受ける施設が十分ではないため喫緊の課題  
19 として対策が必要である。

### 21 【今後の方向性】

- 22 ・令和元年よりそれまで行われてきた、小児等在宅医療推進事業のさらなる推進の他、横  
23 展開としての特に福岡ブロックにおけるレスパイトを含む新たな中間施設（小児等地域  
24 療育支援病院）の整備、さらにそれをサポートする小児科医、在宅医および医療的ケア  
25 児に多い疾病の専門医間のしっかりしたネットワーク構築が必要である。
- 26 ・地域、特に京築地域のような医師少数区域では特定の医療機関に大きな負担がかかって  
27 おり、今後の安定した事業継続を考慮すると、県行政が医師確保や周辺地域からの支援  
28 等も計画的に進める必要がある。
- 29 ・在宅医療を受けている小児も成人となり小児医療から成人医療へ移行（トランジッショ  
30 ン）しなくてはならない。限られた小児在宅に関する医療資源を有効に活用するため、  
31 移行期医療の充実も喫緊の課題である。
- 32 ・本県では、平成 30 年以降、福岡県在宅医療提供体制充実強化事業および福岡県在宅医療

1 充実強化支援事業が進められているが、これらの事業を中心に小児在宅医療の受け皿の  
2 さらなる拡張が必要である。

#### 3 4 ③急変時の医療連携

##### 5 【現状と課題】

- 6 ・在宅患者の急変時の後方支援については、北九州地区のように医療資源が多く急変時の  
7 ルール作りが進んでいる地域もあるが、受け入れ側病院の現場の認識不足などでルール  
8 通りに受け入れがされない、地域によっては、受け入れ施設そのものの不足や偏在によ  
9 りスムーズな対応ができていない地域もある。

##### 10 11 【今後の方向性】

- 12 ・二次医療圏に限定せず、近隣医療圏も視野に入れたさらなるルール作り、さらに医療現  
13 場末端へルールの浸透を進める必要がある。
- 14 ・在宅医療の後方支援についても、地域医療支援病院、在宅療養支援病院、救急告示病院、  
15 有床診療所等、それぞれが地域のニーズに沿った役割分担を再確認し、地域ごとに適切  
16 な連携システムを構築する必要がある。

#### 17 18 ④在宅看取り

##### 19 【現状と課題】

- 20 ・在宅医療の拡がりにより在宅看取りは全国的に増えてはいるが、その多くは施設での看  
21 取りであり、本県においても同様の傾向がみられ、自宅での看取りはほとんど増えてい  
22 なかった。
- 23 ・前述のようにコロナ禍でその様相は少し様変わりしつつあり、令和3年以降は在宅看取  
24 りそのものが急速に増えていることや、それまでほとんど変わらなかった自宅での看取  
25 りも急に増えていることである。
- 26 ・令和4年度の県行政および本会の調査では、自宅死は年間13,000人を超えているが、そ  
27 のうち約55%が自宅看取りであり、平成24年に比し自宅死が約3倍に増えたことに対  
28 し、自宅看取りは約4倍になっており在宅医療介護現場の努力が実ってきていることが  
29 示された。
- 30 ・今後さらに多死社会へ向かう中で予想されるマンパワー不足に拍車がかかれば、孤独死  
31 (独居死ではない) はますます増えることも考えられる。

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

**【今後の方向性】**

- ・今後、コロナ禍が収束すれば元の傾向に戻ることも考えられるが、令和4年度の福岡県でのモニター調査でも依然、自宅で最期を迎えたいと希望している県民が約5割いることを考慮すると、在宅医療の場所が自宅へ回帰していくことも再考すべきである。
- ・自宅看取りは順調に増えては来ているが、未だ4割以上は検案事例であり、地域により自宅看取り率は大きな温度差があることも事実である。
- ・第8次医療計画では在宅医療の需要予測とともに、地域ごとの看取り数の現状把握、今後の予測を立て、具体的にどこでどのくらい看取っていくのかを地域で共有することも必要である。

⑤がん診療における在宅医療

**【現状と課題】**

- ・高齢者の増加でがん患者が増加し、それに伴いがん医療での在宅ホスピスの需要も今後増加することは確実であるが、現在がん診療連携上、最も多いトラブルが病診連携不足であり、患者が在宅療養を望む場合は、可能な限り早く在宅へ移行してほしいとの現場の声がある。理由は在宅医が患者やその家族と十分なコミュニケーションが取れないまま患者が亡くなることが、今言われている人生会議やACPの基本理念に逆行するからである。

**【今後の方向性】**

- ・がん治療が進めば進むほど在宅でのがん療養は今以上に重要になってくる。病診それぞれの役割分担をお互いに十分理解しながら連携をとれるようそれぞれの主治医（かかりつけ医）をはじめ多職種が日頃からコミュニケーションをとりACPが共有できる体制づくりも進める必要がある。
- ・がんと診断された時から始まる緩和医療に対する理解が県民はもとより、地域の医療者間でも十分ではない。今後は県民、医療者に緩和医療の重要性をさらに広め、理解を深める努力が必要である。

⑥多職種連携

**【現状と課題】**

- ・なんとといっても、在宅医療は多職種の連携なくしては成り立たない。介護保険が導入さ

1 れて20年が経ち、介護職のスキルもかなり上がり、近年は介護職優位に在宅療養が行わ  
2 れている現状が報告されているが、医療、介護のバランスの偏りが連携を不十分にして  
3 いるとの報告もある。

4  
5 **【今後の方向性】**

- 6 ・原点に戻り、医療、介護が過不足なく連携できるよう、特に医療職の再認識が必要である。

7  
8 **⑦ICTの更なる利用促進**

9 **【現状と課題】**

- 10 ・人材不足を補完するためにも今後ICTの在宅医療現場への普及は避けて通れない問題で  
11 ある。ただ、高齢者のデジタルデバイスへの対応は技術的にも経済的にも非常にハード  
12 ルが高く、オンライン診療を含め普及は容易ではない。

13  
14 **【今後の方向性】**

- 15 ・D to P with N など、昨年度より本格的に始まった医療DX（デジタルトランスフォー  
16 メーション）を進めながらハードルを乗り越える努力も必要である。  
17 ・急変時や災害時の対応を考慮し、本県においては「とびうめネット」の登録活用をさら  
18 に推進することはもちろんのこと、死亡診断書の発行など急を要する文書をHPKIを  
19 利用して遠隔で発行できるなどDXをさらに進める必要もある。

20  
21 **⑧人材育成**

22 **【現状と課題】**

- 23 ・福岡県では増える在宅医療の需要増加に対し現状では供給も充足している。しかしなが  
24 ら、在宅を担う医師の減少のみならず、その高齢化が指摘されていること、さらには、  
25 医師に限らず、介護職の絶対的不足、訪問看護師の高齢化など、医療、介護職全体のマ  
26 ンパワー不足は今後さらに深刻となってくる。加えて令和6（2024）年に導入される医  
27 師の働き方改革は、在宅医療現場まで影響が出てくることは避けようがない。  
28 ・本県では訪問看護ステーションは950を超え、数的には整備されてきてはいるが、小規  
29 模ステーションが多く、さらに看護師の高齢化、経営上の観点から看取り業務よりリハ  
30 ビリに重点が置かれる傾向があるなど、現場の需要に十分応えきれていない現状がある。

31  
32 **【今後の方向性】**

- ・今後限られたマンパワーで急速に進む超高齢社会を乗りきるためには、若いうちから在宅医療現場への同行研修を行うなど積極的な人材育成を今以上に進めなければならず、また、医師の働き方改革が過度に在宅医療に負荷がかからないように在宅医療もしっかり地域医療構想の中で進められなければならない。
- ・県行政においては、関連団体と協同で、訪問看護師の育成、定着、ステーションの集約化などに今以上に取組むべきである。

## ⑨拠点病院と医療圏設定

### 【現状と課題】

- ・現在、地域医療構想は本県では二次医療圏を単位として協議されているが、そもそも患者や地域を中心とした診療圏と二次医療圏が大きくなりすぎており、在宅医療においても本県における訪問診療調査や KDB データの解析より、福岡市、北九州市、久留米市、飯塚市を中心とした4ブロック（診療圏）でほとんどが完結されている。

### 【今後の方向性】

- ・第8次医療計画以降は二次医療圏にこだわることなく整備計画を立てるべきである。
- ・地域包括ケアシステムの構築理念を考慮すれば、4診療圏の中でも在宅医療を積極的に行っている診療所、病院を中心（拠点施設化）に地域の実情にあった圏域を設定して顔の見える連携を行っていく必要がある。
- ・極端な拠点化は、場合によってはいわゆるメガ在宅医（営利を目的に在宅医療を専門とし多数の在宅患者を抱え込む施設）の出現を生み出してしまうこともあり懸念される。在宅を専門とし多数の患者を診ることは医師少数区域ではその存在意義も高まるが、地域の医療、介護ネットワークを十分理解しないまま有事のみバックベッド等を利用したりする例が全国で報告されており注意が必要である。

## ⑩災害時の連携

### 【現状と課題】

- ・近年、大災害が多発しており、今般の新型コロナウイルス感染拡大も大災害の一つと捉えてもいいほどの拡大を見せ、在宅医療現場にも大きな影響を与えた。オミクロン株が出現してからは、介護が主な目的である高齢者向け施設がコロナ感染症の治療の場となってしまう患者はもちろん、その家族や施設の職員にも想定外の労苦がかかってきた。また、医療、介護に携わる職員も感染してしまい、十分なパフォーマンスを出せず、場

1 合によっては、他施設の助けを借りなければ乗り切れない状況も多くみられた。

2 **【今後の方向性】**

3 ・BCP を考慮すると、高齢者施設も今後は新興感染症も含めた災害時の連携を平時より策  
4 定、訓練しておく必要がある。

5 ・2011 年の東北大震災では JMAT で参加された医療介護職から、大災害時の避難所での医  
6 療はまさに在宅医療だとの声があり、そのとき薬の情報の他、平時の様々な情報の必要  
7 性が再認識され、それらの情報がとびうめネット等で補完されることがいかに大切かも  
8 指摘されていることから、本県でもとびうめネットの充実と利便性の向上をさらに進め  
9 ることが重要である。

10 ・災害地域で多チームが参加する中、指揮系統を一本化し、情報・指令の混合・交錯が起  
11 きないよう事前演習等も必要である。

12  
13 **①地域住民の理解促進**

14 **【現状と課題】**

15 ・在宅医療への国民、県民の理解は進みつつあるも、住み慣れた自宅での療養を望んでい  
16 る人が本県では5割である一方、実際は在宅医療の7割は高齢者施設で行われている。  
17 その理由は令和4年の県民モニター調査でも明らかになっているが、在宅医療が家族に  
18 大きな負担をかける、独居では無理である、費用負担が大きいなど、在宅医療への十分  
19 な理解がまだまだ得られていないことが考えられる。

20  
21 **【今後の方向性】**

22 ・人生会議やACPについては住民の理解促進は必須であり、一部の地域で行われている  
23 人生会議ノートの配布など好事例を参考にした今以上の理解促進への努力が必要である。

24  
25 **(4) 難病対策**

26 **【現状と課題】**

27 ・難病ネットワークがあるが、長期に入院できる病院が少なく、転院調整が困難である。  
28 特に呼吸器装着患者の受入れ医療機関は限られる。

29 ・難病ネットワークでは、空床情報を協力病院から週に1回、変更がなければ最低月1回  
30 ファックスで報告いただくようにしているが、94%の協力病院が年に1回の報告となっ  
31 ている。

32 ・難病に対する治療薬を確保していても、患者が自身の判断で他院を受診した場合、治療

1 薬を廃棄せざるを得ない。利便性を考慮した上で、利用施設の集約化や高額医薬品の確  
2 保の仕組みを検討しなければ体制が維持できない。

3 ・レスパイトで受入れる病床を確保するために、状態が安定した難病患者を老人保健施設  
4 で受入れられるよう医療的支援を行う仕組みを検討する必要がある。

5 ・県民を始め医療従事者でも難病に対する知識が不足している。情報を適切に周知し、各  
6 制度を活用できる仕組みが必要である。

#### 7 8 【今後の方向性】

9 ・基幹協力病院は14施設、一般協力病院・診療所は108施設あるが、需要と供給の評価を  
10 行った上で、適切な医療提供体制を構築するべきである。

11 ・空床情報の報告は、WEB等による方法についても検討を行い、報告がない場合は月1  
12 回確認を行うべきである。

13 ・利便性を考慮した上で、利用施設の集約化や高額医薬品の確保の仕組みについて検討す  
14 るべきである。

15 ・状態が安定した難病患者を老人保健施設で受入れられるよう医療的支援を行う仕組みを  
16 検討するべきである。

17 ・レスパイトで受入れる病床を確保するために、状態が安定した難病患者を老人保健施設  
18 で受入れられるよう医療的支援を行う仕組みをについて検討するべきである。

19 ・医療従事者研修会の充実及び対象患者、患者家族に継続的に周知を図るべきである。

### 20 21 (5) 肝炎対策

#### 22 ①早期発見

##### 23 【現状と課題】

24 ・ウイルス性肝炎は、適切な治療を行わず放置すると、肝硬変や肝臓がんといった、より  
25 重篤な病態に進行するおそれがある。肝臓がんは肝炎ウイルスが原因となる患者が多く、  
26 早期発見・早期治療のためには、肝炎ウイルス検査の受診が重要である。本県で実施す  
27 る「肝炎ウイルス無料検査」の受検者数は近年25,000人から30,000人の間で推移して  
28 いる。

29 ・肝炎ウイルス検査等で陽性となった場合は、福岡県集団検診協議会が登録する精密検査  
30 実施医療機関・再精密検査実施医療機関等において精密検査が実施されている。

31 ・また、近年では、アルコールや糖尿病性の肝臓がんが増加しており、これらを原因疾患  
32 とする肝臓がん等に対する対策も重要である。

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

**【今後の方向性】**

- ・市町村が独自に実施するものとあわせて、肝炎ウイルス検査の受験者数・陽性者数・精密検査受検者数等の体制整備に必要な数値を適切に把握し肝炎対策に係る体制を評価する体制整備を図るとともに、肝炎ウイルス無料検査の認知度の向上を図るため、より一層の周知広報を図る。
- ・陽性者には、精密検査実施医療機関を紹介し受診までのフォローアップを行うことで、確実に治療につなげる。
- ・また、飲酒をする方や糖尿病の患者には、その治療を行う医療機関より年1度の腹部エコーや腫瘍マーカー測定等を促すような新たな体制を構築し早期発見・早期治療につなげる。

**②治療**

**【現状と課題】**

- ・本県では、久留米大学病院を肝疾患診療連携拠点病院として指定し、約70の専門医療機関と約1,000の治療医療機関が連携し、治療体制の均てん化を図っている。

**【今後の方向性】**

- ・肝疾患診療連携拠点病院を中心とした体制として、地域ごとの連携体制を把握し現状の評価・改善を継続することで連携強化を図る。

**③相談支援**

**【現状と課題】**

- ・本県では、住民への肝炎医療に関する普及啓発、患者やその家族への情報提供などの支援等を行う肝炎医療コーディネーター（以下、「コーディネーター」）を養成している。様々な職種のコーディネーターが医療機関や薬局等様々な場所で相談支援を行っている。また、肝疾患診療連携拠点病院では、「肝疾患相談支援センター」を設置し、患者や家族からの肝疾患に係る相談に応じている。

**【今後の方向性】**

- ・今後もコーディネーターの養成を継続し拡充させるとともに、コーディネーター在籍施設を公表する等の患者が相談しやすい体制を検討する。また、肝疾患相談支援センター

1 については、肝疾患患者全てに適切な治療の選択や医療費助成制度等の相談機会が与え  
2 られるよう、広報手段を検討し認知度の向上を図る。

## 3 4 (6) 高齢化に伴い増加する疾患等対策（ロコモ、フレイル、大腿骨近位部骨折、 5 誤嚥性肺炎）

### 6 【現状と課題】

- 7 ・複数の疾患を抱えている認知症患者が増えていることから、認知症は精神疾患の中だけ  
8 でなく、高齢化に伴い増加する疾患として計画に記載する必要がある。
- 9 ・がん患者の60～70%は65歳以上であり、高齢化に伴いがん患者が増えることが考えられ  
10 る。がんだけでなく、その他の疾患も増え、複数の疾患を持つ患者が増加することが考  
11 えられる。
- 12 ・救急のニーズは今後10年で1.2倍増え、特に85歳以上で2倍以上増えることが予想さ  
13 れる。その中で、重篤な状況ではないが救急搬送された（複合疾患を持つ）高齢者の患  
14 者の受入れ体制について検討する必要がある。
- 15 ・「ロコモティブシンドローム（運動器機能低下）（以下、「ロコモ）」、「フレイル（心身の  
16 脆弱）」は、人生100年時代における健康寿命の延伸のための健康増進、医療対策のた  
17 めに克服すべき課題である。これらの状態を予防するには、自身の運動器機能の低下、  
18 心身の疲労・ストレス等に気づくことが重要であるが、令和4年の県民健康づくり調査  
19 ではロコモ、フレイルいずれも約7割が言葉さえ認知されていない結果であり、認知度  
20 の向上を強く推進する必要がある。
- 21 ・また、ロコモ、フレイルの状態は、日々の栄養や運動習慣等の生活習慣を整えることに  
22 より改善することが可能なことから、特定健診・後期高齢者健診（以下、「健診」）の受  
23 診率を上げて早期発見・早期治療を図ることが大切である。そして、介護が必要になる  
24 原因としては、認知症に次いで、骨折・転倒が多くを占めている。
- 25 ・大腿骨近位部骨折等による介護が必要な状態に移行・増悪をさせないためには、骨粗し  
26 ょう症をできるだけ早期に発見し治療を行うことも重要である。令和3年時点の本県の  
27 骨粗しょう症検診では、33市町村で40歳から70歳までの5歳毎の女性に対して実施し  
28 受診率は2.7%であることから、検診受診率を改善して、無症状の段階で骨粗しょう症  
29 及びその予備軍を発見し早期に精密検査を受診させ治療に繋げる体制が必要である。
- 30 ・大腿骨近位部骨折については、地域連携クリティカルパスの活用により連携が図られて  
31 いるが、より一層の運用改善のため、県下での運用状況の評価が必要である。また、骨  
32 折の治癒により骨粗しょう症の治療を中断するものは少なくないため、治療継続の重要

性を啓発していく必要がある。

### 【今後の方向性】

- ・認知症やがんを始めとする複合疾患を持つ患者への医療提供体制を整備すべきである。
- ・救急搬送後の複合疾患を持つ高齢患者の受入れ体制の整備に取り組むべきである。
- ・ロコモ・フレイルの新たな周知の方法を検討・実施し普及啓発活動を推進することで認知度の向上を図る。また、健診の受診率を向上させ生活習慣の改善等のための適切な指導・医療に繋がられるよう、市町村に受診率向上の取組を促すとともに、その取組が実効的なものとなるよう支援する。
- ・さらに、大腿骨近位部骨折等の骨折による要介護への移行を減らすため、骨粗しょう症検診の全市町村での実施を目指すとともに、市町村が患者の受療行動を適切に把握し未受診者には受診勧奨を行う等の、確実な治療に繋げる体制を整備する。
- ・加えて、各地域における大腿骨近位部骨折のクリティカルパスの運用状況を把握・評価し骨粗しょう症の治療連携の強化を図る。

## (7) 外来医療に係る医療提供体制の確保

### 【現状と課題】

- ・新規開業者等への外来医療機能に関する情報提供を適切に行えているのか不明である。
- ・新規開業に伴う外来医療提供等報告書は、新規開業の3か月前に提出を依頼しているが、新規開業の6か月前に提出を依頼したほうが十分な議論が行える。
- ・新規開業者等へ求める事項（今後担う予定の機能）を確認後、その情報を活用する仕組みが必要である。
- ・新規開業者等が報告した今後担う予定の機能について、報告後の対応を確認する仕組みが必要である。
- ・不足する外来医療機能を担うことを拒否する医療機関に協議の場で担っていただくことをいかに説明するかが重要である。
- ・不足する外来医療機能について改めて検討を行う必要がある。
- ・既存の開業医の先生方にも担っていただく外来医療機能についてアンケート調査を行う必要がある。
- ・アンケート調査項目には、将来的な変化を予測するために承継や閉院等の予定、開設者の年齢についても加える必要がある。
- ・医療機器の効率的な活用をより推進する仕組みの検討が必要である。

1 ・かかりつけ医、紹介受診重点医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院における外来  
2 医療機能の役割分担が明確化されていない。

### 3 【今後の方向性】

- 4 ・新規開業に伴う外来医療提供等報告書について、新規開業に間接的に関わる機会がある  
5 と考えられる金融機関、医薬品卸売販売業者、医療機器販売業者、医療機器販売業者、  
6 薬局等に定期的に情報提供を行うとともに、県内の勤務医に対しても周知を図る必要が  
7 ある。
- 8 ・協議の場で議論を尽くせるよう新規開業に伴う外来医療提供等報告書は、新規開業の6  
9 か月前に提出を依頼するべきである。
- 10 ・新規開業者以外においても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう  
11 求める必要がある。
- 12 ・地域で不足する医療機能（夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等）について、具体  
13 的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価を行う必要がある。
- 14 ・新規開業者に地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域  
15 の医師会や市町村と情報共有し、フォローアップを行うべきである。
- 16 ・かかりつけ医、紹介受診重点医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院における外来  
17 医療機能の役割を明確化するとともに、機能分化・連携を適切に進めていく必要がある。

18

## 19 (8) 外国人医療

### 20 【現状と課題】

- 21 ・ふくおか国際医療サポートセンターの通訳派遣は、希望日の三日前までに医療機関が申  
22 し込まなければならない、予約患者以外には使えない。
- 23 ・通訳を依頼する際に、外国人患者が何語を話しているかわからない。
- 24 ・電話通訳を利用する際、図などを用いた説明ができないため、オンラインを活用した医  
25 療通訳が必要である。
- 26 ・通常の通訳と違い、医療通訳者には専門的知識が必要となることから、質の担保が必要  
27 である。
- 28 ・医療機関の依頼で派遣される通訳者は、「医療機関が行う医療行為の補助者」となり、医  
29 療通訳を起因とする外国人患者との紛争が発生した際は、医療機関が加入する医賠責で  
30 の対応となる。医療機関ではなく、外国人患者が通訳者同伴で来院できる体制を構築す  
31 る必要がある。
- 32 ・訪日外国人の増加が予想される中、未収金を発生させない仕組みが必要である。

- 1 ・訪日外国人の死亡時の対応について体制整備を行政が行う必要がある。

2  
3 **【今後の方向性】**

- 4 ・医療機関が準備するだけでなく、外国人患者も通訳者同伴で来院できる体制を構築す  
5 るべきである。  
6 ・利便性の向上を目的に利用者からの意見を聞き、反映できる体制を構築するべきである。  
7 ・通訳者には医療の専門的知識が必要となることから、質の担保を目的に定期的に研修会  
8 等を開催するべきである。  
9 ・行政による外国人医療費未収金に伴う補填事業を実施するべきである。  
10 ・訪日外国人等の死亡時の対応について支援体制の整備を行うべきである。

11  
12 **(9) 県民への分かりやすい情報提供（ライフコースアプローチの検討）**

13 ①県民への分かりやすい情報提供（ライフコースアプローチ）

14 医療機関側がどのような機能選択を行うにしても、住民がそのような機能分化の必要性と  
15 意義を理解していなければ、地域医療構想や地域医療計画がめざす構造改革は不可能である。  
16 したがって、県民にとってわかりやすい記述が医療計画においてなされなければならない。  
17 そのためには、個別の健康問題（例えば、乳がん）について、予防対策（検診や予防接種、  
18 健康づくり）、初期の症状、治療方法、ターミナルケア、介護との連携などを一連のストーリ  
19 ーとして説明する「ライフコースアプローチ」的な記述を検討すべき検討課題ごとに作成す  
20 ることが望ましい。

21  
22 ②ライフコースアプローチの記述例

23 **【乳がん】** 発見、診断 Aさんは45歳の主婦。定期健診で乳房のしこりを指摘されて、近く  
24 の病院を受診、検査の結果、乳がんと診断された。

25 治療、選択医師は乳房を切除する手術を勧告、Aさんは、他の治療法がないか「別の医師  
26 の意見を聞きたい」と申告、エックス線などの資料のコピーを借り、別の専門病院を受診し  
27 た。専門病院は手術件数が多く、治療成績が優れていることで知られている。

28 乳がん専門のB医師の意見を参考に手術を受けた。術後に切除した乳房の美容形成につい  
29 てもB医師から別の医師の紹介を受けた。17 追跡、加療3年後の定期フォローで乳がんが骨  
30 に転移し再発していることが確認された。B医師から放射線治療医、がん化学療法専門医の  
31 紹介を受け、相談の結果、放射線療法を選択した。

32 末期医療がんは一旦縮小したが、その後、別な場所にも転移、化学療法に切り替え治療を

1 継続したが、次第に抗がん剤の効き目が悪くなった。Aさんは痛みがひどくなり、夜眠れず  
2 に体力が衰え、自宅の近くで、在宅医療で緩和ケアを行っている診療所を紹介された。そこ  
3 から定期的に訪問診療・訪問看護を受けて、睡眠薬、鎮痛薬の処方をしてもらい、安定した療  
4 養生活を送っていた。

5 ある晩、痛みが我慢できないほど強くなったため、家族が訪問看護ステーションに連絡し  
6 たところ、すぐに救急車を呼ぶよう指示された。その際、すでにかかりつけ医が「とびうめ  
7 ネット」に登録しているので、ベッドサイドの袋にあるとびうめカードを救急隊員に渡すよ  
8 う指示された。その後救急隊員がカードに示されていた病院に連絡をとり、スムーズにその  
9 病院の救急にかかることができ、緊急入院となった。

10

### 11 3. おわりに

12 本会では、医療計画に地域の実情を反映させ、実効性が高いものとするため、計画策定時  
13 には、本委員会が疾病・事業ごとに協議検討いただき、提言としてとりまとめていただいた  
14 ものを本会の意見として県行政に提出している。

15 第8次医療計画（令和6～11年度）では、地域の実情を踏まえ、より実効性の高いもの  
16 するため、5疾病・5事業及び在宅医療に加え、新たに6事業目として追加された「新興感  
17 染症等」並びに、外来医療計画について、本委員会を始め、関連する会内委員会において協  
18 議検討いただいた。

19 特に新興感染症については、今般の新型コロナウイルス感染症対応で得られた知見を踏ま  
20 え、感染拡大時の対応について記載するとともに、必要な対策が機動的に講じられるよう、  
21 平時からの取組みについても意見をとりまとめている。

22 また、令和7（2025）年にかけて高齢者人口が急速に増加した後、令和22（2040）年に向  
23 けてその増加は緩やかになる一方、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7（2025）  
24 年以降さらに減少が加速する。その様な中、令和6（2024）年度より開始される医師の時間  
25 外・休日労働の上限規制への対応も必要であることから、その影響と対応についても意見を  
26 とりまとめた。

27 人口の減少及び高齢化が進む中、県民の生活の質の向上のためには、疾病構造の変化や地  
28 域医療の確保等の課題に対し、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用する必要  
29 がある。そのためには、医療関係者のみならず、県民の理解と協力が必要不可欠であり、医  
30 療計画が、医療の現状と課題について客観的に説明し、その課題解決のための県民の理解と  
31 協力が得られる機会となるよう関係者は協力して計画策定に当たるべきであり、地域の実情  
32 を踏まえた、実効性の高いものとなるよう本提言が医療計画に反映されることを強く望む。