

## 第16回阿蘇地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和7年（2025年）8月13日（水）19時00分～21時00分  
会場：阿蘇地域振興局2階大会議室  
出席者：＜委員＞ 14人  
    ＜熊本県阿蘇保健所＞  
        劔所長、平山総務福祉課長、森主任主事、緒方主任技師  
    ＜熊本県健康福祉部＞  
        医療政策課 立花参事、久留米大学 桑木助教  
傍聴者：1人  
オブザーバー：2人

### ○開会

（阿蘇保健所 平山総務福祉課長）

皆様、こんばんは。定刻となりましたので、ただ今から第16回阿蘇地域医療構想調整会議を開催いたします。

阿蘇保健所の平山と申します。よろしくお願いたします。

まず、資料の確認をお願いいたします。資料3から8につきましては、事前にお送りし本日お持ちいただくこととしておりましたけれども、不足等ございましたら、お知らせください。

また、本日の配付資料として、次第、この会議の設置要綱、資料1、資料1（参考）、資料2及び意見書・提案書をお配りしております。

併せて、阿蘇医療センターさんから御提供いただいた「地域に必要な、地域になくはない病院になろう」とのタイトルの資料をお配りしております。不足等ございましたら、お知らせいただきたいと思います。

なお、本日の次第について、事前の御案内では「小国公立病院の建て替えについて」を協議事項としておりましたけれども、協議内容について関係機関との調整が引き続き必要でありますため、今回は「小国公立病院の今後のあり方について」といたしまして、現状等を御報告いただく報告事項として取り扱わせていただいております。

また、本日の会議は、「審議会等の会議の公開に関する指針」に基づき、公開としております。併せて、会議の概要等については、後日、県のホームページに掲載し、公開する予定としております。

それでは、開会にあたり劔阿蘇保健所長からご挨拶申し上げます。

### ○あいさつ

（阿蘇保健所 劔所長）

こんばんは、阿蘇保健所長の劔です。今日は本当に皆様お忙しい中、また、世の中

はお盆休みのなかに第16回の阿蘇地域医療構想調整会議に御出席いただきまして本当にありがとうございます。

また、日頃から地域における医療提供体制の確保に御尽力いただきまして本当に感謝申し上げます。

現行の地域医療構想の契機となったのは、人口減少や高齢化といったことですが、この阿蘇地域でも着実にといいますか、先行して進んでおりまして、これまでは2025年に向けた地域医療構想の取り組みというのを推進して参りました。

国におきましては、今年度、2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定に向けたガイドラインを作成しまして、県におきましては、令和8年度に新たな地域医療構想というのを策定することとしております。

こうした国の動きも踏まえまして、本県におきましては、新たな地域医療構想の策定に向けて地域の実情を踏まえたデータの分析に引き続き取り組んで参ります。

今日の調整会議におきましては、小国公立病院と阿蘇温泉病院から現在の状況等を御報告いただくとともに、事務局の方からは医療従事者のデータ分析やかかりつけ医療機能報告等について御報告させていただきます。

限られた時間ではございますけども、忌憚ない御意見をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

(阿蘇保健所 平山総務福祉課長)

委員の皆様の御紹介につきましては、時間の都合上、お手元の出席者名簿並びに配席図にて代えていただきます。

なお、老人福祉施設協議会ブロック代表の藤本委員、保険者代表の野田委員及び阿蘇広域行政組合消防本部の橋本委員は、今回から新たに委員に就任いただいております。よろしく願いいたします。

また、小国公立病院の片岡委員の代理として堀江院長に、阿蘇郡市薬剤師会の樫委員の代理として玉飼副会長に御出席いただいております。

併せて、オブザーバーとして小国町の渡邊町長、県地域医療構想アドバイザーで久留米大学医学部公衆衛生学講座の桑木様にも御出席いただいております。

それでは設置要綱に基づき、この後の会議の進行を上村議長にお願いいたします。

(上村議長)

皆様、こんばんは。阿蘇郡市医師会長の上村でございます。全くお盆の日で我が家なんて御先祖様をお迎えする準備をなんて言って、そんな中でやってきましたけど。

いよいよ団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者となる2025年を迎えたということで、本当、地域医療構想調整会議というのは、それに向けて色々な話し合いを進めてきたわけですが、次なる年というのは2040年を一応、国は焦点を向けていまして、国はそういうふうに平均的に出すとですね、ちょっと私どもにとってはですね、「もう既に終わったことを言うんじゃないの」みたいな感じがですね。

阿蘇で見ますと、2040年っていうと今の人口から大体2割から2割5分ぐらい減少するというのと、あとは今以上に80歳代の年代が増加していきんですけども、2040年の前ぐらいからですね、その80歳自体、80歳以上の年代の人口っていうのも減っていくというような事態になるわけですね。

ですので、全国平均的なことをですね、ここで話し合っても全くそれは意味がないことであって、実情に合わせた話をですね、皆さん方とこうやっていければと思いますし、いろいろですね、今後は医療と介護が複合してですね、いろいろ問題になってくるところですね。

当然、医療としては、在宅医療が益々進んでいくということと高齢者救急の問題ですね。そこら辺が、私どもは、いわゆる懸念しているところでもあります。看取りとかですね、災害とか或いは感染症対策というのもですね、いろいろやっていかなきゃならない中でですね、益々、この地域医療構想調整会議そのものの自体がですね、法律的な位置付けも少々変わってきてるところもですね、注目していただきたいと思いつながら。

今日の内容は、小国公立病院さんがですね、建て替えの協議という予定だったんですけども、先ほど御説明がございましたように協議が進んでないということで、今日は報告事項ということで、そういう内容ですので、御承知おきの上ですね、忌憚のない御意見を賜りたいなと思います。

今日はどうぞよろしくお願いします。

それでは座って、お手元の次第に沿って、会議を進めたいと思います。

報告事項1ですね。報告事項1の小国公立病院の今後のあり方についてを、新任の委員の方もいらっしゃいますので、これまでの経過等について、まずは事務局から御説明をお願いしたいと思います。お願いします。

## 報告

### 1 小国公立病院の今後のあり方について

資料1

資料1（参考）

（阿蘇保健所 森主任主事）

皆様こんばんは。今年度、地域医療構想を担当させていただきます阿蘇保健所の森と申します。今日はお忙しい中にお集まりいただき誠にありがとうございます。着座にてご説明させていただきます。

小国公立病院からの報告に先立ちまして、新任の委員の方もいらっしゃいますので、これまで阿蘇医療センターと小国公立病院の2病院で検討、議論を重ねていただいた経過について、今一度改めて御説明させていただきます。

お手元に資料1（参考）を御用意ください。

めくって2ページをお願いいたします。こちらは、令和2年度に両公立病院と関係市町村長の出席のもと開催した意見交換会で使用した資料でございます。もともと小国公立病院が具体的対応方針の再検証対象として、厚生労働省から要請された経緯を受けまして、小国公立病院の再検証に加え、同じく公立病院である阿蘇医療センターも一緒に、阿蘇地域の医療提供体制について議論することに関しまして、関係首長を交えて方向性を共有いたしました。その際、2021年度、令和3年度に検討・議論を重ね、2022年度、令和4年度にはですね、この地域医療構想調整会議の方で合意を得ております。

3 ページをお願いいたします。こちらは令和4年度の意見交換会の資料でございます。検討に関しましては、現場実務レベルで検討する院長協議、市町村の担当者の皆様と認識を共有するワーキンググループ、また、市町村長の皆様も交え方向性を議論する意見交換会など、必要に応じて開催して参りました。その議論の中、現在も両公立病院では様々な部分で連携されておりますが、阿蘇地域の医療提供体制の確保に向けては、今後も引き続き連携を強化し、機能整備を進めていくため、それを後押しするために、国の「重点支援区域」制度を活用してはどうかとの検討もいただきました。

めくって4 ページをお願いします。こちらは第10回の阿蘇地域医療構想調整会議の資料になります。小国公立病院、阿蘇医療センターそれぞれが地域で担う役割を確認いただいたことに加え、枠囲みのところにありますとおり、両公立病院それぞれ存続しつつ、機能を再編することについて、関係市町村長も交えて方向性を確認しております。阿蘇医療センターにおかれましては、急性期機能を中心として、回復期、在宅医療もカバーできる、阿蘇圏域の基幹病院。小国公立病院は回復期を中心として、救急、急性期、慢性期等もカバーできる地域密着型多機能病院との方向性です。この方向性に基づきまして、阿蘇地域における持続可能な医療提供体制の構築に向けて両公立病院の更なる連携強化、機能整備を国による重点的な支援を受けながら進めるため、「重点支援区域」に申請するとの結論に至っております。

5 ページをお願いいたします。こちらは厚生労働省が作成しました重点支援区域の説明資料となっております。今まで御説明しました経過を経まして、ページ下部のちょっと小さいところなんですけども、赤線が引いてある箇所のとおり、阿蘇区域については、令和5年9月8日に重点支援区域の方に選定されています。このペーパーの1の「基本的な考え方」の3つ目の●の下線部にある通りなんですけど、「重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであること」とあるように、重点支援区域の選定自体がですね、医療機能再編等の方向性を決めるものではないため、この地域医療構想調整会議を通して、再編等に関しての協議を進める必要がございます。なお、重点支援区域に対する支援内容については、3の「支援内容」のとおりです。技術的支援としまして、厚生労働省によるデータ分析等の支援、また、財政的支援としましては、地域医療介護総合確保基金の優先配分とありますが、分化・連携に向けた設備等を整備する際に、重点的に補助する仕組みがございます。

これまでの経過等に関しての説明は以上になります。

(上村議長)

ありがとうございました。

それでは、引き続き小国公立病院から片岡委員の代理の堀江先生にお願いしたいと思っております。

(堀江委員代理)

こんばんは。小国公立病院の堀江です。

今日は、ちょっと「小国公立病院の今後のあり方について」ということで、ちょっと説明させていただきます。着座で失礼します。

資料1をまとめて書いています。

小国公立病院は、小国町と南小国町、人口が合わせて1万人弱のエリアで、近隣の病院までは20km以上、（阿蘇）温泉病院までが20kmちょっと、阿蘇医療センターまでは25～26kmあるところで、外輪山をどうしても超えなければいけないので、それぞれ、距離的なハンデがありまして、小国郷になくってはならない病院となっています。

また、開業医の先生方、蓮田クリニックとおぐに整形（外科）の2つありますけども、それ以外には、この間、うちと経営統合したサテライト診療所があるので、民間の医療機関が少ない状況となっております。

病床がここに書いてありますとおり73床で病床機能報告上では、急性期として申請しておりますが、内容的には少しずつ回復期に寄っておりますので、今後は回復期の病床として報告することを考えています。

そして、次のページに行きますと機能分化・連携強化の方向性についてですけども、地域医療構想の結果を踏まえ役割分担を以下のように定義しております。山間へき地など民間医療機関の立地が困難な過疎地における一般医療の提供、救急医療の提供、小児医療の提供、地域包括ケアシステムの構築です。救急は今後も先ほど会長が言われましたように、高齢者救急がやはり課題となっておりますので、救急体制の維持及び小国郷は小児が少なくなりつつありますけれども、やはり小児は緊急っていうか、近くに病院っていうか、受診できることがないと安心して暮らせないとって、小児医療の連携。それから、住み慣れた土地でなるべく最後まで暮らしていきたいという方のための地域包括ケアシステムを充実していきたいと考えております。

そう考えた場合、小国公立病院の現施設は、2枚目に移りますけど、老朽化が進み、昭和60年建築のため、最新の耐震基準にもちょっと課題があり、建て替えが必要な状況にあります。

また、災害時に安全な医療を提供できるよう、それと、また、今後、感染症のパンデミックなどを考えた場合、以前の相部屋主体の病院では、どうしても相部屋の中でクラスターが発生してしまうという状況が、今回も二度、三度あったので、個室を主体とした感染に強い病院にする必要があると考えています。

あと、職員に関しては、人口が少なくなる中、若者が少なくなっていくって、医師の方は、今は10人ほど確保できておりますが、これも大学や県の派遣の先生に頼ることが多くありますし、なかなか不安定ではありますけど、それよりも以前はほとんど地元の職員が看護師や薬剤師や検査技師などを行っていましたけど、少しずつ小国郷外の職員が増えてきている状況です。

以上で、建て替えするにしてもダウンサイズはちょっと否めないかと思っております。1病棟の病棟にして、地域の、もうしばらくは、うちの病院で亡くなる患者さんが大体年間80ぐらいいらっしゃるって、小国郷で亡くなる方が150。半分以上の方は、うちで看取っているという形で、最後までやっぱり地元で暮らせるような環境を継続するために、病院の建て替えも視野に入れた今後のあり方を考えているところです。

現状は以上です。

（上村議長）

はい、ありがとうございました。

非常に、これは私の私見なんですけれど、2040年の非常に過疎地における医療

のあり方という意味ではですね、最先端を行ってられる地区だと、小国郷はね。

私ども医師会としては在宅医療システム研究会として、医療福祉、医療介護ですね、医療介護のいろいろ連携を強めていくために活動してるんですけど、小国郷福祉ネットワークっていうですね、素晴らしい介護福祉関係のネットワークがありまして、そこ小国公立病院さんがですね、連絡を取り合いながらですね、非常にその共生してるというかですね。全く私はもう見事だと思うぐらい感服しております。

やはり、そういう中で医療の中心として君臨されている小国公立（病院）さんが建て替え等々しながらですね、地元小国郷という、ちょっとやっぱり特殊なんですね。山林の山間部の場所においてですね、医療介護継続、そして、持続可能な形としてですね、やっていかれることを非常に私どもも願っております。

ただいまの御発表で、重点支援区域としてですね、阿蘇区域は指定されていますけれども、ここでもう1つの公立病院として阿蘇医療センターさんがありますが、その院長先生である甲斐委員、甲斐先生から何か（補足等）をお願いします。

（甲斐委員）

阿蘇医療センターの甲斐です。

先ほど保健所の方から説明がありました資料1（参考）の5ページと、それから、私が持ってきた席上配布の一番最後の6ページの資料をちょっと見ていただこうかなと思うんですけども。

先ほど説明がありました、この重点支援区域ってというのは、保健所の方から頂いた5ページ目の資料の一番下のところに、令和5年の9月8日に当院と小国公立病院の機能をどういうふうに分担していくかっていうことで、複数の医療機関がその地区でどう対応していくかということを選定されるってことを知っておいていただけないかなと思うんですが、見ていただくとですね、第2回に熊本県天草地域っていうのがありますね。これ天草市に4つの、病院局の中で4つの病院があって、その4つの病院をどういうふうに分担するかで選定されている前例があります。

こう見てみると、全国の中でもそんなにこう選ばれてるわけじゃなくて、限られた地区を重点的に選んであるっていうのを知っていただけないかなと思います。

その中で、私が持ち込んだ資料の6ページを見ていただくと、令和5年9月8日に厚生労働省の方から認可を受けていますが、先ほど堀江先生からも説明がありましたけど、それぞれの病院が役割分担を、大きな目標としてはこうしようかなっていうことを下書いています。病床数に関しては、その時点で話し合っているのていくと、当院が124なんですそれを維持して、小国公立病院さんの方がその時の計画では73床の病床を少しダウンサイジングして65床で計画を立てて申請をしたという経緯があります。

選定後にですね、厚生労働省の担当官、それから九州厚生局、それから県の医療政策課、それから阿蘇保健所の担当の方たちと、それから小国公立病院さんと当院とで、何回かオンラインで会議をしています。

ただ、具体的にここまでこうしようというのは、なかなか決まってないのが現状で、最近また、小国公立病院さんと話し合いをしてるのは、少し前に進めて行こうと。

特に今、話が出た、小国公立病院さんは将来建て替えがあるとすると、しっかりその、例えば公立病院が担わないといけない5事業5疾病をどこまで、どちらの病院が

対応できるかというのをしっかり明記することで、じゃあ小国公立病院さんの将来像がこうなる、そうなる、それに必要な建屋の面積とか、機能とか、そういったのが決まってくるんじゃないかなって話を始めてるところです。

ですので、出来れば、そのある程度話し合った内容っていうのを、この地域医療構想調整会議である程度報告をさせていただけたらなと思っています。

以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

この建て替えのお話っていうのもですね、今後もね、すり合わせが上手くいってない、いっていないとか、ちょっと時間が必要だということなんですね。

特定の、そういうのは何か期限とかあるんですか。いつまでにやりなさいとか期限とか区切りの話は。

(堀江委員代理)

はっきりした期限っていうのはないんですけども、何かの基金を得るための、補助金の割り増しがあるのが、令和9年までに準備ができてないとできないということ。

(甲斐委員)

さっき保健所の方から説明があった(地域医療)介護総合確保基金を使うんですけども、例えば、さっき説明した2回、第2回で選定された天草地区とかも、今でもその協議しながら、こういうことに対してって予算申請をして、認められれば補助をいただけてるみたいなので。ずっと継続して、それぞれの選定された地区は継続して。

ただ、いつまでもっていうことがなくて、この確保基金が切れると違う財源っていうことになればいいんでしょうけど、そこで終わりってなれば終わってしまうかもしれないので。国の予算体系で変わってくるかなと思うんですよね。

なので、そういう意味では少しちょっと急いで、ある程度この阿蘇地域の重点支援区域の内容を少し前に進めた方がいいんじゃないかなということをお話しています。

(上村議長)

ありがとうございます。

全体的な人手不足とかですね、あとは工事がですね、高騰ですね。ものすごく高くなってますね。ですので、遅れれば遅れるだけ高くなりそうな気がするし、人手不足は中々大変で。

ただ、小国公立病院さんはMaaS(マース)がですね、先見のことをやられて。医師会でもですね、いろんなその人手不足、当番医が減少してですね、どうしていかかっていうので頭をひねらせています。そんな中でいろんなオンライン診療とかですね、スマホを利用したいろんな医療相談、これは、小児も含めてですね。そういったこともいろいろ新しいICTを利用して、いわゆるDXっていうですね、そういう社会変容ですね。それも小国公立(病院)さんは一生懸命、片岡先生がやられていたところだしですね。

そういうところを非常にこれからは期待しながらですね、ぜひ、また今後とも、そ

ういった2病院である程度決められたことをこの会議で御披露しながら、私どももちよっとその中で議論させていただければと思いますので、今後とも、よろしくお願ひしたいところなんです。

何かございますか、御質問、御意見、委員の皆さんからですね。

(吉見委員)

多分、もう協議されていることだろうと思うんですけども、建て替えが今どうなのかなって話なんですけども、さっき、今ダウンサイズの話がありましたけども、改装、ダウンサイズすることによって、ここにある個室を増やしたりとか動線を効率化するとかそういうふうなことは、よりデメリットが大きいんですかね。どっちの方がよりお金が掛かるのかとか。

(堀江委員代理)

まだ詳しく計算したわけではないんですけども、改築するにしても、かなり、鉄筋コンクリート造りではなかなか壁のあれは難しいというのと、どうしても水漏れとかそういう建物自体の老朽化がありますね。限界があるところです。

(吉見委員)

ありがとうございました。

(上村議長)

はい、内田先生。

(内田委員)

大阿蘇病院の内田です。

うちも小国の方で民間で持ってまして、今後介護を中心っていう話もあるからですね、やっぱり公的病院の役割の中に介護が入ってくる、当然入ってくるとは思うんですけど、その民間との話し合いとかを含めてですね、今後やっぱり人口が減ってくる中で、やっぱり、どこまでを公的病院さんが補っていくのかも一緒に話し合っていた方が無駄がないのかな、とはちょっと思います。

よろしくお願ひします。

(上村会長)

はい、ありがとうございます。

今なんか、僕らが、医者になってすぐか、ちょっと前ぐらいは1床当たり1千万くらいだったですね、病院は。建てたのは。今、3千3百万とかですね、とんでもない話であって、普通の診療室がですね、建てようとする。有床であればですね、ものすごい掛かっちゃって、有床は不可能じゃないかなというふうな感じもしてくるんですよね、新しく。

そんな中で、結構ね、お金の問題っていうのが、私ども民間は非常に心配するんですよね。そういうのも今言われたように、民間の施設の意見とかも聞きとられながらですね、やっていかれるといいのではないかと思います。なくてはならない存在ですからね。

辻先生、何かございませんか。

(辻委員)

いつも小国公立病院さんにはお世話になっております。蓮田クリニックの辻です。

ちょっと話が変わるんですけども、私、南小国にいて小国郷の患者さんたちが結構、北に流れられておられますね、特に日田地域に。その原因として、距離的にはあまり変わらないと思うんですけど、外輪山の高さが非常に移動を困難にしている、どうしても北に流れてしまうところがある。

ところが、実際そういう医療を、私、見てみますと、やはり、大きな声では言えないうんですけども、やはり、阿蘇医療センターさんとか熊本圏域に行った方がよかったと思われる患者さんが結構多くいまして。

だから、そういったその患者さんの流れですね、できるだけ熊本圏域に、阿蘇医療センターさんとかに流れるようなパイプをですね。当然、ヘリポートとかも考えておられて、ダウンサイジングとおっしゃる部分ですが、緊急時も飛ばせるようにですね。あの高さを、あの距離を車移動するともう眩暈がするくらいの時がありますし。やっぱり、そういったパイプも作っていただくと、より患者さんたちも恩恵が増えるのではないかなと思っています。

以上です。

(上村議長)

ありがとうございました。

はい、甲斐先生。

(甲斐委員)

今、辻先生から提案があった患者さんを圏域内で診るっていった時に、ちょっと問題になっているのが、移動手段なんですよ。

どうことが起こってるかという、小国郷が阿蘇谷に下りてくるとかっていった時に、バスが1便あるんですけど、自由に來れている状況じゃないというのが1つあります。

今度は、南郷谷になると高森や南阿蘇村から、例えば、小児とか(阿蘇)温泉病院さんとかに行こうと思うと、車がなければちょっと移動ができないような状況になっています。まず、バスの直通がないというのと、それから、南阿蘇鉄道を使うと、立野駅で乗り換えて熊本市内の方の大津には繋がりがいいんですけど、阿蘇の方に上がるのは、1時間以上待たないと來れないですよ。帰りも同じように1時間以上待たないといけない、アクセスが悪過ぎるんですよ。

なので、この圏域の中をずっと見ていくときに、いわゆる患者さんがその診療をずっと継続できるために移動手段を一緒に考えないと、これはなかなか厳しいかなというのがあります。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

これ、これ一般的な話でですね、よく私ども医療界では話が出るのは、医療の質ですね、クオリティ、医療の質と医療アクセスと医療のコスト、これは、3つは同時に

成り立たない。だから、どれかを犠牲しなきゃいけないっていうのが、世界的なコンセンサス。

今まで日本は、その医療者の献身的な努力で3つ何とか成り立たせるっていうようなことをやってきたわけなんですよ。でも、それが全然崩れていますよね。

ですので、やはり、この3つのうちの2つをどれか選択するということで、アクセスっていうのがいろいろ問題になってきているのは確かなんですね。

ただ、高齢者救急っていうのは、これは迫井（厚生労働省）医務技監が言われていたのが、やさしい救急、やさしい医療というふうな表現をされてましたね。高齢者救急っていうのは、やさしい医療というふうに。

だから、そういうのをどこまで提供できるのか、それはもう質にも繋がると思いますし。だから、そういうのをちょっと色々お考えになるとですね、より創造的な医療機関としてですね、これまで以上に応援していきたいと思います。

他に何かありませんか。

（玉飼委員代理）

すいません、小国公立病院の玉飼です。

先ほど（堀江）院長が説明した内容をちょっと補足をさせていただきたいと思っておりますけども。

先ほど吉見先生がおっしゃられた内容に関しましてはですね、現地建て替え・改修と新しくっていうところの部分に関しましては、この当院の機能としてかかりつけ医療機能を、唯一、小国郷でベッドがある医療機関というところで、患者さんの数、入院患者さんの数を考えれば、一日たりとも、今の状況を維持して開け続けなきゃいけないというふうなところが、現状で判断をしているところでございます。

費用面に関しましても、現地建て替え、改修、移転新築、いろんな手段がございますが、そこが現状、先ほど（上村）会長がおっしゃられたように、建築費高騰とか、工期が延びることでの費用が増えたというふうな状況がございまして、そういった意味で、建て替えというところも選択肢の1つとして、今、協議をしているところでございます。

その中で財政措置、財政面の部分に関してですね、前回3月10日に今後の方向性というお話をさせていただきましたが、今回も報告事項として、このあり方というところでお時間いただいておりますけれども、不採算地域とか僻地における医療体制を確保するための地方財政措置というのがございまして、それが令和9年まで、令和7年度の総務省予算予算の中で、令和9年度までに実施設計までを着手しないとイケないということが条件となっています。その条件をクリアすると、通常、要は、病院事業債における新築の交付税措置、財政措置が25%が15%割り増しの40%を受けることができるというふうな内容がございまして、この内容を令和9年までに進めるとなると、本年度、令和7年の11月までにこういった計画等をですね、提出をさせていただいて、これが認められれば基本設計、それが認められれば実施設計というふうな流れになっております。

その関係で前回3月に、この会議でですね、そういったことを検討を始めたというふうなお話をさせていただいた経緯がございまして、その「なぜこのタイミングで」というところはですね、そういった理由であるということも補足で説明をさせていただきます。

以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

じゃあ11月末ということですか。急がなければいけないのかなという感じがしますけどね。いろいろ話し合いをやりながらですね、進めていただきたいというふうに思います。

他に何か、御質問、御意見はございますか。

それでは、これにつきましてはまた改めて議論していただきたいと思います。

小国公立病院さんと阿蘇医療センターさんにおかれましては、各委員の御意見を参考に引き続き協議を進めていただきたいと思います。

次にですね、報告2の阿蘇温泉病院の病床機能転換について、まず事務局からお願いします。

報告

2 阿蘇温泉病院の病床機能転換について

資料2

(阿蘇保健所 森主任主事)

本日、資料2としましてお手元に配付しております。阿蘇温泉病院におかれましては、令和6年12月にですね、病床数の減少に関する「病床機能報告に関する申出書」を提出されております。

病床数の減少につきましては、当会議において報告する必要がございますので、本日御出席いただいております阿蘇温泉病院の荒尾委員の方から資料に沿って御説明いただければと思います。

(荒尾委員)

皆さん、こんばんは。阿蘇温泉病院の荒尾と申します。

今日は阿蘇温泉病院の病床機能を転換しましたので、御報告申し上げます。着座で失礼いたします。

1ページをご覧ください。まず、阿蘇温泉病院は急性期病床が56床から50床となりまして6床が減りました。2つ目に回復期が24床ありましたが、これが0となりまして24床減りました。このことによりまして、当院は260床から230床にて運営いたしております。診療科は同様でございます。これまで、コロナの時代におきましても、透析、周産期、若干ですが受け入れの努力をしているところでございました。

次のページをお願いいたします。本日は、コスト・質・アクセスの中でもコストを中心とした話になるかと思いますが、当院が病院機能を変更した背景を申し上げます。まず、皆さんご存じのように、人口減少ということで、阿蘇市の人口が2005年と比べまして18%減少した状況にありまして、高齢者人口も減ってい

ます。そして、これに伴いまして当院は、2024年の入院患者数というのが、去年の1月19日が236名と最多でしたけれども、そのあと少しじりじりと減りまして、2024年12月におきましては210から222人ということでありまして、当院の病床稼働率が81-85%ということで減少しまして、決算としては、大赤字ということでございました。それから、次に阿蘇郡市は医療従事者が少ないということがありまして、当院における派遣看護師の数は、令和6年度が23名在籍しておりました。この給与負担が約1億4千万ということでありまして、数年の課題が続いておりました。また、診療報酬の一部が、この民間の医療職紹介業者に流出することが問題だというふうに認識していたところでした。この派遣看護師の経費増大が、大赤字の一因ということであり、解消しないと当院は存続が危ういというふうに考えたところで、今回の措置となりました。

次のページをお願いいたします。背景2、これは2022年11月1日の第9回阿蘇地域医療構想調整会議において示されたものでございます。阿蘇地域は、急性期が過剰で、反対に、回復期が不足していることが示されておりました。

次のページ、4ページをお願いいたします。病床変更です。これは当院の病棟と機能を変更前後で示したものです。赤い文字で示します、2階西の急性期病床42床は6床が減りました。緩和ケア病棟はそのまま14床で変更ございませんので、合わせて急性期病棟は56床から50床になりました。九州厚生局は、急性期において診療報酬上の病棟区分ではなく、「あくまで対応する患者で判断する必要がある」ということでしたので、当院の2階西病棟は、急性期病床の役割を引き続き担い、診療報酬上は地域包括ケア病棟の入院料を算定することとなりました。一番上の段、青で示される回復期病棟24床は、変更後に0となりました。療養病棟と緩和ケア病棟は変更がございませんでした。

次のページをご覧ください、5ページです。これは、入院基本料と看護配置を示した表でございます。急性期病棟は、5年前までは産婦人科もございまして、休止状態となって、妊婦さんに関してもアクセスが遠くに行くということに時代としてはなっていて、全国の減少でございます。今回、派遣看護師の数を減らすことにつながり、経営が少し改善されました。今後も当院の経営については、ダウンサイジングが求められるというふうに考えております。

次のページ、6ページをお願いいたします。これは当院の地域包括ケア（病棟）2の施設基準でありまして、在宅復帰率が7割2分5厘ということでございますので、やはり在宅の充実というのが、国の方針でもございますので、それを遵守して運営して参りたいと思います。

次のページをお願いいたします。ということで、昨年12月20日、菊池保健所に病床機能の変更書類を提出しまして、25日に菊池保健所に病床等変更の許可申請書を提出しました。そして、1月1日から病院内にて実績づくりを行いました。

次のページ、8ページをお願いいたします。それから1月、2025年1月15日に菊池保健所に病床変更の使用許可申請書を提出して、1月23日に菊池保健所の立入検査、それから1月31日に菊池保健所は病床使用の許可証を発行くださいました。2月3日に九州厚生局に変更申請と一般病棟入院料の辞退届を行いました。それから、ちょっと話は変わりますが、2月20日・21日は、病院機能評価の6回目の受審でした。そして、3月10日に阿蘇地域医療構想調整会議です。

次のページです。9ページをお願いいたします。2024年の医療構想と当院の結果に

については、まとめますと、派遣看護師が大きいということで約1億4千万円の赤字化に繋がってまして、当院の収支として解決すべき課題でした。今年の1月から6月まで派遣看護師数を減少する方針を実行することになりました。

では、どうなりましたかということで、2025年の現状は、療養病棟、ちょっとここは訂正で回復期ではなく慢性期でございます。申し訳ありません。療養病棟は病床稼働率が94%台が続いております。地域包括ケア病棟、これは急性期になります。訂正をお願いいたします。こちらは病床稼働率が70-80%でございます。そして、病院全体では、病床稼働率が90%ということで推移している状況であります。2025年6月は単月の収支が1年以上振りにやっと黒字となりました。しかしこれは、賞与を0として計算していますので、実質上は赤字の状態であります。もう少し頑張って黒字化をする必要がございます。もちろん、電子カルテは1億円安いソフトの方に入れ替えましたし、医療機器は1年間新規購入を自粛するという方向で、支出を抑える努力を今年行って参りました。また、人件費率につきましては、今年の6月では53.4%でありました。これは常勤の給与と派遣看護師職員の費用69万8千円を事業収益で割った値でございます。

次のページをお願いいたします。10ページです。当院は、病院機能評価の認定を6回受けました。阿蘇では最も古くから、もう30年間認定され続けております。また、右側に示しております、地域住民向けの健康教室や認知症カフェなど知識を深める集会を開催し、また、9月に阿蘇市で開催する予定の認知症のイベントにも参加する予定です。また、緩和ケア週間や講演会、中高生への性教育、グランドゴルフ大会、スポーツ大会などの娯楽活動も行っておりまして、当院は診療機能を保ちながら、地域教育等にも少し協力しているところでございます。

次のページをご覧ください。医療と介護という話も先ほど少しありましたけれども、当院の外国人労働者の増員のことについて述べさせていただきます。介護スタッフが足りない状況にありました。当院の理事長・院長・事務部長は、東南アジアの方の国に赴き日本語能力試験N3、N3というのは右に書いてありますように「日常的な場面で日本語を理解できる、自然に近いスピードで会話する」ような、こういう人材を受け入れると希望して折衝して受け入れております。今年の8月4日現在は、インドネシアから11名、ミャンマーから10名、ベトナムから1名、フィリピン1名の23名が特定技能実習生として勤務しております。また、新聞報道にありましたように熊本県の最低賃金は増額、1,016円ということで6%増えました。しかしながら、これは介護報酬が6%増加していないという現状がありますので、何か支出の多い部分を削ってやらなければならないということでございますので、これも厳しい話、厳しいですが、これは現状で何とか改善しなきゃいけないなというふうに考えているところでございます。そんな環境の中で、私たち職員は、就職した外国人と文化・食生活を受容して共存共栄して勤務しているところでございます。

次の12ページをお願いいたします。これからの構想といたしまして、現在考えているところとしましては、まず、やはり看護師不足の問題がございます。派遣看護師は現在13名と、かつてよりも半分に減りました。しかしながら、依然として赤字の原因となって、700万円の過剰の支出がありまして、あらゆる対策を考えているところでございます。次に、病棟の転換を考慮中です。看護師不足の解消を目的とした療養病棟の一部を介護医療院（介護保険）の方に転換を図っているところでございます。厚生労働省は病床の転換を推奨して賛同しているということで、阿蘇市や熊本県からは現時点では

承認されていないというところがございます。

次のページをお願いいたします。これもご存じと思いますが、令和6年度の市町村別介護保険の申請被保険者の状況でございます。出典は審査統計10ページからで、阿蘇市の居宅は赤い文字で示しますように1,137人、64.57%ということで、阿蘇郡市の中では最も多い数字、パーセンテージとなっております。一方、入院・入所は%を青い文字で示していますが、阿蘇市は他の町村よりも低い数字であるということがわかります。つまり、阿蘇市は在宅が多く、入院・入所が少ないということでございますので、①阿蘇市は訪問看護ステーションの連携、訪問看護ステーションというのは看護2.5名で事業所を立ち上げることができますので、これらの連携。②介護保険による入所が増えることが望まれるというふうに勝手ながら考えている、推察しているところがございます。

次のページをお願いいたします。ということでまとめますと、阿蘇温泉病院におきましては、急性期が減少、56から50、回復期が24から0となりました。当院の損益分岐点というのは病床稼働率が90%+ $\alpha$ というふうに推察されました。病床稼働率が85%未満では大赤字ということでありました。この大きな要因であります看護師不足は赤字に直結した問題でありますので、何とか解決して参りたいと。それから、特定技能実習生が23名と増加しました。診療報酬は減収が続きますして、看護師不足が続きますので、次は、入院機能を介護医療院等に転換して、入所者数の増加が適正かなというふうに考慮中のところです。

こうしまして、私たち、阿蘇市内牧にあります当院におきましては、質と機能を保ちながら、コストをどうするかという厳しい課題がございますので、これらは多くの方々と話し合っ参りたいと考えております。

最後、15ページは謝辞です。スライドに示させていただきます。

どうも御清聴ありがとうございました。以上です。

(上村議長)

はい。荒尾先生、ありがとうございました。

(阿蘇)温泉病院さんですね、現状、経営状況を含めたですね現状、そして、将来の計画というものをここまで皆さんの前で赤裸々に公表されたことに対して、心から敬意を表したいと思います。

これがね、民間病院の実態なんですよ。本当に厳しいんですよ。民間病院に限らず、公的病院も合わせて経済の段階では7割は赤字なんですよ。だから、やり繰りどうしようかと。やはり、いろんな問題がこの中でですね、具体的な問題がずっと記載されておりまして、非常にこの胸が締め付けられるような気持ちになります。

何か委員の皆様から御質問や御意見はございますか。

派遣看護師のですね、人件費の取られ方というのはですね、うちの方の病院でもやっぱり同じなんですよ。これだけ払わないと病院がやっていられない。必要看護師の指数がですね、決まっていますから。病院が潰れないためにも、そこら辺は厳しくやらざるを得ないということですよ。まあ、公定価格である診療報酬が、どれだけこんなことを望んでいるかということですよ。悩ましいところですね。

内田先生、何かございますか。

(内田委員)

大阿蘇病院の内田です。荒尾先生、どうも報告ありがとうございます。

会長がおっしゃられた通りですね、本当にリアルな現実を、うちも全く同じような状況です。多分、民間はみんな同じような状況だと思っているんですけど、今日は皆さんが、本当、本当に赤裸々に報告していただいたとっております。

聞かれた皆さん方がどう思われたのかなていうのが私の中では思いがありまして。民間の病院は本当に厳しい状況に追いやられてですね。患者さんが減っていくのに加えて医師の数、もう看護師の数ですよ。だから、全国レベルで数が決められて、地域によっては本当に難しいですよ、集めるのがですね。そんな中で派遣に頼らざるを得ないという現実がある。でも、派遣は本当にべらぼうに高いんですよ。これ続けていると赤字なるというのは目に見えている。

でも、それでも、基準看護師の数が足りなかったらって、もうジレンマに陥ってしまう。地域に必要な医療の提供も、それに対してできなくなってくるというですね。

本当に民間は助けてくれるのが、やっぱり少ないので、自助努力というやつになってくるんですよ。コストダウンをしていくっていう。ダウンサイズしていくのは、もう正直、日本全国のいろんなところで起こってくる現象だろうと思っているし、そういう中で、高齢者は2040年までは実際ある程度おられるからですね。どっちが先という問題も、ちょっと正直、在宅でいくのも限界があるしですね。やっぱり用意はある程度持ってないといけない。ただ、人が足りない。

そういう問題は、いっぱい現実的な問題を抱えているところが多くありますので、公的病院さんのお話と一緒にですね、阿蘇全体での民間も含めた上での議論っていうのを今後できたらなっていうふうには思います。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

この令和6年度市町村別申請被保険者の状況という13ページのグラフで。なるほど、阿蘇市は居宅が多いんですね。入院と入所はそんなに多くないっていうの初めて知り勉強になりました。

いろいろ経営戦略はあると思いますし、介護医療院に対してちょっと阿蘇市が、まあ予算がね、介護保険から出るから、やっぱり、ある程度保険料を負担してもらわなきゃいけないみたいなことを私も言われて「それは先生、無理ですよ」みたいなですね。これ、県も薦めてますよみたいな話だったんですけどね。ただ、自治体自体は、「いや、ちょっと払えません」みたいな感じがですね。どうしたらいいのかな、ていう。ニーズはあると思うんですけどね。そこは悩ましいところですね。

何か他に御質問、御意見ございますか。何か荒尾先生、追加で言い忘れたことはございますか。

(荒尾委員)

2つの赤字、病床稼働率、ダウンサイジングの話と派遣看護師、その話は民間と公的病院と一緒に話していけたらいいというのが、希望でございます。

役割が違う部分もありますが、共通の部分もある程度あると思いますので、そこは、病床稼働率に関しては、民間はこうだから公的病院も頑張っ欲しいというふうに思います。以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。

他に何かございますか。

特に無いようですね。ありがとうございます。

それでは、次に報告3の地域の実情を踏まえたデータ分析について、事務局から説明します。

報告

3 地域の実情を踏まえたデータ分析について

資料3

(久留米大学 桑木助教)

久留米大学の桑木でございます。

資料3を用いて、データ分析の現状について御報告したいのですが、もう既に皆様の中で十分な認識が得られてるんじゃないかなと思っています。

特に、看護師の数をどうやって確保していくかというのは今後重要な課題となってくるかと思えます。2024年度もですね、県、熊本県全体の人口がどうなっているのか、医療従事者がどうなっているのかというのをオープンデータで示したところでございました。

各地域を回っていく中で、もう少し医療従事者、医師がどこで働いているのか、どんな年齢層が多いのかとかですね、もうちょっと年齢に関するデータがほしいとか。あとは、特にやはり、今もたくさん話題になった看護師職員に関しましての詳細なデータが欲しいということが、この阿蘇だけではなく、ほとんど地域の調整会議で出た意見でございましたので、2020年の3月で年度を締めた後、今回の調整会議に向けてデータを整理して参りました。

やはり、2040年のうんぬんというのを話し合う前に、まずしっかり足元のデータを認識するのが重要かと思って整理しております。

おめぐりいただいて、今日の報告は5枚目以降のスライドになります。5枚目と6枚目が、熊本県全県と阿蘇医療圏における医師が主にどこで働いてるかの年次推移になります。上は熊本県全県ですね。この10年ぐらいの年次推移を見ていきますと、熊本県全体では病院で働く医師が3,259人から2022年には3,588人と、約1割ほど増えております。診療所も1,555人から1,603人と増加傾向にあります。

この阿蘇医療圏がどうかって言いますと、2012年が43人、途中ずっと増えて、現在はですね、2022年が47人となっております。診療所で働く医師が38人から34人と若干減っているというような現象になっている状況になっております。

これらの人たちの年齢構成を示したのが、9枚目以降のスライドになります。9枚目、この資料構成は、上の方が年齢階級別に棒グラフで、折れ線グラフが平均年齢の年次推移になりまして、その実数を下の表に示しておりますので、併せてご覧ください

い。2012年はですね、熊本全县の病院で働く医師の平均年齢が46.7歳でございました。約10年経ちますと49.4歳で推移しております。

診療所で働く熊本県の医師が、2012年が、おめくりいただきまして11枚目・12枚目になりますが、59.2歳で2022年が61.7歳となっております。

この阿蘇医療圏はどうかということで見ますと、13枚目・14枚目のスライドになります。ちょっとデータの取得の関係上、2022年の阿蘇医療圏のデータがございませんので、2012年と2020年を見ていきますと、熊本全县よりも約8歳ほど年齢が高めになっております。54.3歳が58歳というふうに推移しております。

おめくりいただきまして診療所で働く医師ですね。同様に全县と変わらないんですが15枚目・16枚目になります。2012年が58.4歳、2020年が61.5歳となっております。

先ほどからちょっと話題になっております看護職員に関しましてが、17枚目以降のスライドになりまして、19枚目・20枚目にそれらをまとめております。今回は看護職員ですね。ライセンスが保健師、助産師、正看護師、准看護師をまとめて看護職員としてカウントした数で示しております。もうちょっと詳しく、やはり保健師、特に要望があるのは地域に聞くとやはり准看護師のデータが欲しいというデータが多ございますので、これはまた後程というか今後示していきたいと思っているのと、医師と同様に年齢のことを知りたいということがございます。こちらですね、いただいたデータを今クリーニング中でございますので、こちらもまた次回以降に看護職員の年齢を示すことができるかと思っております。数だけでちょっと見ていこうと思うんですが、熊本県全县で2012年ではですね、19,381人の看護職員が病院で働いておりまして、6,394人が診療所で働いております。これが10年経ちますと看護職員はやはり数は増えてるんですね。20,503人が病院で、診療所で働く看護職員は減っておりまして6,103人。明らかにこれと異なる動きを示すのが、やはり介護系の職場で働く看護職員が増えてると。もうちょっと言いますと、訪問看護ステーションと介護保険施設等が代表的な場所になるかと思えます。これがですね、2012年が訪問看護ステーションは571人でした。これ10年経つと約2.34倍になって1,348人。介護保険施設等が2,954人から4,185人と増加しております。

阿蘇医療圏がどうだったかというのを確認していきますと、2012年がですね、病院で働く看護職員が409人、診療所で働く看護職員が155人でした。病院で働く看護職員がですね、2022年は419人で僅かに増えています。やはり診療所で働く看護職員は113人と減っております。全县の動きとはちょっと異なるんですけど、訪看（訪問看護ステーション）で働かれる看護職員はそこまで変わっていません。17人から19人。介護保険施設等では123人から232人、こちらは増えている現状でございました。

また、やはり、こういったデータが欲しいとかですね、御意見いただければ、こちらでアクセスできる分は提供していきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

以上です。

（上村議長）

桑木先生ありがとうございました。

なんか、2040年には、医療関係者は5人に1人っていうふうに全国民になるとかいう話を聞くこともあるしですね。5人に1人の職員に対して、やっぱりそれだけ公定価格である診療報酬が、それは社会保障費を減らしたほうがいいっていう意見もどんどん出てきてですね、どうなっちゃうんだろうというような感想はございます。

大変、貴重なデータですね。確かに看護師と准看護師の割合だとか、あとは、外国人の看護師がどれくらい、あ、看護師はいないのか。外国人の方たちは看護師のライセンスはない人たちがほとんどかと思しますので。その中で、先ほどの、やっぱり外国人の介護士がどれくらいの割合が出てきたのかなというのは、興味深いところではあります。

ただ、病院としては、看護師の数は増えて、診療所は減って、訪問看護ステーションは阿蘇は変わりませんね。ですから、私も頭を悩ましてまして、看護ステーションは。このような状況なのはよく分かります。ありがとうございます。

何か委員の皆様からございますか。

(甲斐委員)

桑木先生、説明ありがとうございました。

ちょっといくつか質問なんですけど、例えば20ページの資料で、看護職の県全体、それから阿蘇保健所管内で結構、上村会長が言われたように特徴があるかなと思えますね。県全体で訪問看護ステーションの看護職は増えている、2.5倍ぐらい増えているのに、阿蘇はあんまり増えていない、全然増えていない。ただ、介護施設はやっぱり県と同じくらい増えているというのは、こういうのは結構、地域性があるかなと思ったんですけど、これさっき言われた正看護師、准看護師、保健師、助産師を入れてるって言われたんですけど、さっき(阿蘇)温泉病院からも説明があったように、例えば正規、何ていうのかな、正職なのか非常勤なのか、それはどんな換算になっているんですか。

(久留米大学 桑木助教)

今回は単純に頭数になっております。延べ人数ですね。

ご意見として、よくあったのはですね、やっぱりフルタイムで働く場合と、パートタイムで働くのは「 $\times 0.0$ ( $0.0$ をかける)」するっていう、そういったものはですね、出そうと思ったら出せるんですね。

ただ、それもですね、ちょっと弱点がございまして、この統計の取り方が、我々医師が2年に1回出します医師・歯科医師・薬剤師統計で、今年、皆さん1月10日ぐらいの締め切り出されたものと同じスキームでやってる、2年に1回。

看護職員の場合は、医療施設とかどこかで働いてる人が提出する仕組みになっております。それで自己申告で割と書くんですね。0.8とか0.6とか書いちゃうんで、それが実態に合ってるかどうかっていうのは保障できないので。だから、いたずらに示すのもあれだなと思って、今回ちょっと省いたんですけど。

(甲斐委員)

データとしてはあるんですね。

(久留米大学 桑木助教)  
そうですね、あります。

(甲斐委員)  
分かりました。それが1点ともう1個、これが看護職なので、例えば看護補助、そういうデータはあるんですか。よく言う助手さんというかですね。それはないですか。

(久留米大学 桑木助教)  
この統計表にはないですね。何かまた別の医療施設調査とか病院報告とかを覗いてみると、あるとは思いますが。

(甲斐委員)  
さっき外国籍の話が出たんですが、看護職員の外国人ってものすごく少ない数なんですよ。国家試験を受けないと、日本語も国家試験を受けないとなれないので。要は、看護助手さんは結構外国籍の人が、さっき荒尾先生もおっしゃったように、出てるんじゃないかなと思います。  
もう看護師が足りないところは、もう看護助手さんに外国籍の方を入れてでも、どうにかこう病棟を回していこうという動きがあるので、そういった動きも何かわかるといいのかな、なんて。

(久留米大学 桑木助教)  
ちょっと探ってみます。

(内田委員)  
ちょっとご質問なんですけど、業務に従事する看護師さんの数ということで、これよく言われる、掘り起こしと言いますか、免許証を持ってらっしゃるけど、現在働いていらっしゃらない方たちが、熊本県に在籍している方でどのぐらいいるかとか、そういうことも分かったりできますか。

(久留米大学 桑木助教)  
いわゆる潜在看護師のことかと思います。これもいろんな地域で必ず質問されることなんですけど、今回の統計表には、その潜在、今看護師職、看護師のライセンスを持って働いてる、ライセンスがいる状況で働いてる人のみが対象になります。例えば逆にアパレルとか食品とかで働かれる人は提出する必要がないので漏れます。  
マクロのデータとかではですね、日本全国で潜在看護師、特に働ける65歳未満と申しますか、そのデータはあるんですけど、今おっしゃられたように熊本県にどれぐらいいるかっていうのはですね、なかなかこれ、難しいかなと思います。  
ただ、熊本県でライセンスを取ったんですが、もう、すぐ福岡に行っちゃったりとか、逆に戻ってくる人とかも、特に看護師さんって移動が多いと思うんですね。言い方はあれなんですけど、旦那さんについて行くっていうのもありますので。  
なので、なかなか難しいかなと思ってます。

(上村議長)

ありがとうございました。  
荒尾先生どうぞ。

(荒尾委員)

ちょっと、あの、下品な言い方をしますけども、訪問看護ステーションの看護師さんの給料とクリニックの看護師さんの給料は、訪問看護師が多いからそっちに流れたってようなことは意見として聞いたことがあるんですけども、そういうデータはありますか。

(久留米大学 桑木助教)

なかなか公的データはないかと思えますけど、求人情報で直接見るっていうのが一番早いかと思います。あとは、公立病院の給与っていうのは賃金センサスとかで出せるんですけど、基本的に訪問看護ステーションの場合は、従業員数、ああいうデータって従業員数別に平均年収とか出るんですけど、かと言って訪看ステーションを約3人とかで立ち上げてる場合もあれば、10人とかでやってる場合もあるので、一概になかなか言えなくて、診療所でもやっぱり4人とか3人とか、同じ事業体の規模になっちゃうんで、なかなか出すのは難しいかなと思ってます。

やっぱり求人サイトとかで特にバイトの値段とかで見ていくのもいいのかなと思うんですけど、それがまだどれだけオープンになってるかっていうのがですね、難しいかなと思います。

(荒尾委員)

ありがとうございました。

(上村議長)

はい、山部委員。ぜひ一言お願いします。

(山部委員)

先ほど内田先生の方から御質問があった潜在看護職員なんですけども、就業された後、離職届っていうのがありまして、離職されるときに届け出を出すっていうのがあるんですが、私なんかは、皆さんにお渡しするんですけど、それも出されたかどうかってのが任意なんです。なので、すべてが出されてないので、県内でどれぐらいいるっていうのは、出された数しか分からない状況ではあります。

実際、ナースセンターの方で再就業支援をされてまして、年々増加はしていて、昨年度は580名（後日山部委員から訂正の連絡があり、正しくは350名）ほどは、再就業支援で再就業されてるっていうデータはあります。

それと阿蘇圏域の看護職員さんは870名程度いらっしゃいます。准看護師、看護師、保健師、助産師ですね。いらっしゃるのはいらっしゃるんですけど、その中で、准看護師さんが恐らく半分近く准看護師さんだっただと思います。

以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

なかなかこれは議論が尽きないところですね。どこからも喉から手が出るほど欲しいみたいですね。

また、桑木先生、データをよろしくお願いします。

他に何か。はい、吉見先生。

(吉見委員)

19ページですかね。熊本県の病院の看護職員が足りないというか厳しいということで、我々診療所も少なくなってるんですけども、これは訪問看護とか介護保険施設ですかね、かなりそっちの方に看護職員が流れていってるっていうのは、話を聞いていたら、ちょっと困ったことだなと思ったんですけども、先ほど荒尾先生がおっしゃってましたけども、給料の問題とか他にも何か理由があるんですか。

(久留米大学 桑木助教)

データを見ただけでは、理由はわからないんですけど、1つは、例えば介護医療院に転換した場合の看護師さんがそのまま、病院から介護施設等に移るケースがまず、熊本市内とかはあると思うんですね。

あと、最近多いのは病院立の訪看ステーションを作るっていうのも、いろんな病院でやられたり、診療所とかもそうなんですけど、そういったのが介護系に行くっていうのがあるんじゃないかなと思います。

働き方といった場合、特に多いのは、夜勤の看護師さんを集めても集まらないというご意見が多かったりするんで、やっぱりちょっと昼間の仕事をしたいということで、そういったところに移る方っていうのが実情としては多いんじゃないかなと思います。

以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

他に何か御質問などはありますか。はい、ありがとうございました。

それでは、次に参りましょうか。報告4のかかりつけ医機能報告について、事務局から説明をお願いします。

報告

4 かかりつけ医機能報告について

資料4

(阿蘇保健所 森主任主事)

報告4のかかりつけ医機能報告について御説明いたします。資料4をご準備ください。

めくって1ページをお願いいたします。こちらは、令和5年11月15日の国の「第1回かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会資料」となっております。一番上の○のところにありますように、令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立し、かかりつけ医機能報告制度が創設され、この4月から施行されております。その狙いとしては、資料中ほどの赤枠の囲みにありますが、「かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する」こととされております。

2ページをお願いいたします。かかりつけ医機能報告制度の具体的な内容が、資料の下側の赤枠囲みのところに記載されております。慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ機能、①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携などについて、各医療機関から都道府県知事に報告を求めること。都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに公表すること。都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表することが主な内容となります。

3ページをお願いいたします。かかりつけ医機能報告制度の報告から結果公表までの流れが図示されています。報告対象の医療機関は、特定機能病院と歯科医療機関を除く病院及び診療所です。まず、赤い矢印で示されている①のところにありますように、医療機関から県に対し、かかりつけ医機能の報告をします。それを受け、県は②報告内容を公表するとともに、③報告医療機関がかかりつけ機能の確保に係る体制を有することを確認します。さらに、④県はその結果を公表するとともに、⑤地域の協議の場において確認結果を報告します。そして、⑥この地域の協議の場において、かかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、⑦その協議結果を公表するというのが、全体の流れとなっております。

4ページをお願いいたします。昨年9月の社会保障審議会医療部会の資料となっております。ちょっと字が細かいですが、一番上の四角囲みに制度施行に向けた基本的な考え方が示されております。「今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズ等を抱える高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約がある中で、地域の医療機関等や、多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要」ということをございます。このため医療機関には、かかりつけ医機能の報告を行っていただくこととなりますが、報告を求める機能については、資料の中ほどの左側に記載がありますとおり、1号機能として「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」を報告し、さらに、当該機能がある場合は、2号機能として「通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護等と連携した医療提供」について報告を行うこととされております。そして、報告のあった内容については、資料の左下の「地域における協議の場での協議」にありますように、地域の協議の場に報告し、かかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討するに際しては、協議メンバーに応じて協議の場の圏域や参加者について、都道府県が市町村と調整して

決定することとされております。なお、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することの確認を受けた医療機関については、資料右側中ほどの「患者等への説明」にありますように、患者等に対して、疾患名や治療計画等に加え、先ほど申しました1号機能や2号機能を説明することが努力義務になるとされております。

めくって5ページをお願いいたします。先ほど御説明しましたように、報告対象医療機関は特定機能病院及び歯科医療機関を除く病院及び診療所です。また、報告については、既に毎年報告をいただいている医療機能情報提供制度に基づく報告と同時期にG-MIS（ジームス）又は紙調査票により行うこととされております。

6ページをご覧ください。今後のスケジュールになります。赤線を引いてるところにありますように、医療機関の報告は1月から3月とされているため、初回の報告は令和8年1月、来年の1月から3月になります。また、資料の中ほどの右側の矢印に赤枠で囲っている協議の場での協議につきましても、令和8年度から、来年度から実施する想定となっております。この協議の場につきましても、地域医療構想調整会議や在宅医療・介護連携会議などを活用できることとされております。

なお、先々月の6月末にですね、国からガイドラインが示されましたので、今後、国のガイドラインを踏まえ、かかりつけ医機能を確認するために必要な具体的方策をどの会議体で協議していくのか等を検討の上、改めて皆様方にご説明したいと考えております。

説明は以上でございます。

（上村議長）

はい、ありがとうございました。

まだ少し猶予があるってことですか。1月から3月は医療機関で、協議の場での協議が、令和8年度秋ぐらいか。もうちょっと私早くイメージしてたんですけどね。なかなかやっぱり、難しいのかな。

これが一番新しい情報ですね。

（事務局）

はい。

（上村議長）

分かりました。

1号機能とかですね、2号機能を県の方に報告して、ホームページとかを利用して、どうだこうだっていう話は聞いてます。

これを基本的には地域医療構想調整会議でいろいろ諮っていくということですか。

（医療政策課 立花参事）

県医療政策課の立花でございます。

先生のご質問の件に関しましてですね、先ほどの資料の方にも、少し出てきていたかと思うんですけども、必ずしも地域医療構想調整会議がこの協議の場としてここしかないというふうに指定されているわけではございませんので、在宅医療関係の、阿蘇圏域では別途医師会さんの方で、支援なさってるというふうにお聞きしてるんですけども、そういった会議体を活用させていただくのか、或いはですね、この地域医療

構想調整会議の場をですね、協議の場として位置付けて具体的な協議をさせていただくのかについては、ちょっと全体の圏域の状況と県全体の状況、国のガイドラインを踏まえてですね、今、検討させていただいている最中でございます。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。  
何か御質問、御意見ございますか。  
はい、吉見先生。

(吉見委員)

このかかりつけ医機能制度っていうのは、これから私たちが、研修とかを受けて始まることなんですかね。

(上村議長)

今やってらっしゃる、例えば糖尿病を診るとかですね、そういうのが1号機能報告です。かかりつけ医研修制度とは全然違います。  
だから、かかりつけ医機能の報告だから報告しなきゃいけない。

(吉見委員)

ここに書いてあるような質の高い効率的な医療の提供を、これからまたする。

(上村議長)

いつもされていることです。

(吉見委員)

いや、これを見た感じで、これをするによっても、また僕たちもストレスが増えるというか、業務が増えてくるというわけじゃないんですか。

(上村会長)

そうじゃないです。

要は、受けるかかりつけ患者さんたち、住民が、僕らが何をしてるかっていうのが明確にわかるっていう。

つまり、いつも糖尿病を診るとか、高血圧を診てるっていうのを1号機能で報告して、2番目でじゃあ時間外はやってるんですかとか、あと、訪問診療とかやってるんですかっていうのをそれを表す、表現するんです。各医療機関がですね。

そうしたら、それがホームページとかなんかで一挙にわかるようになって、患者さんは、要するに、自分のスマホを使って、「この病院は何をやってるのかな」、「訪問診療とか在宅医療をやってるのかな」とか、そういうのがわかりやすくなるっていうことなんです。

僕らがしっかり勉強しなきゃいけないというよりは、いつもやってることだから、多分大丈夫です。

(吉見委員)

いえ、もしスタッフがちょっとストレスが増えるようなことがあるならですね、ちょっといけないなというか。

(上村会長)

ホームページを作成するときに費用が掛かったり、ストレスが掛かったりする、かもしれないです。

(吉見委員)

分かりました。

いや、なんか苦しいとですね、こういう話を聞く度にですね、これにも点数を付けて欲しいとかいうそういう発想になってしまうんですね。

(上村会長)

多分、付くんじゃないですか。

はい、ありがとうございます。

他に何か御質問、御意見ございませんか。特に無いようでしたら、ありがとうございます。

最後にですね、報告5の病床機能報告結果についてから報告8の令和7年度熊本県地域医療構想関係予算についてまでを一括して、事務局から説明をお願いします。

報告

5	病床機能報告結果について	資料5
6	外来医療機能を担う意向の確認結果について	資料6
7	地域医療介護総合確保基金の医療分について	資料7
8	令和7年度熊本県地域医療構想関係予算の概要について	資料8

(阿蘇保健所 森主任主事)

報告5つ目の病床機能報告結果について御説明いたします。資料5をお願いいたします。

病床機能報告につきましては、毎年7月1日時点の状況を御報告いただいておりますが、今回は令和5年度についてご報告いたします。

おめくりいただきまして、2ページをご覧ください。下の表に記載のあるとおり、阿蘇区域の報告対象医療機関数は9医療機関で、医療機関数に変化はないものの、許可病床数は、令和4年度から54床の減少となっております。なお、今回はすべての対象医療機関から回答を得ております。

ページを進みまして9ページをお願いいたします。こちらは阿蘇圏域の結果となっ

ております。表の左から4列目の「令和5年度病床機能報告」欄をご覧ください。病床機能ごとに、1段目にAとして、基準日である2023年7月1日時点の病床数、2段目にBとしまして基準日後である2025年の見込み、3番目にB-Aとしまして2023年から2025年の見込みの増減を記載しております。

基準日から2025年への増減を見ますと、急性期は減少、回復期は増加、慢性期は同数の見込みとなっております。介護保険施設等へ移行する病床数については、表の下から3番目に記載しておりますが、令和4年度病床機能報告時の52床は、すべて介護医療院へ移行しておりますので0となっております。上の表に戻っていただき、右から2列目、②-①は、前年度、令和4年度報告との比較を記載しております。令和4年度から令和5年度にかけての推移を見ますと、急性期、回復期及び慢性期のいずれも減少傾向となっております。

その他のページには、他の構想区域のデータを記載しております。

資料5の説明は以上となります。

続きまして資料6を御準備ください。報告事項6の外来医療機能を担う意向の確認結果について御説明いたします。

2ページをお願いいたします。こちらは、第8次保健医療計画における外来医療の項目についての概要をまとめたものですが、(2)外来医療を担う医師の確保の矢印の先の②に、初期救急や公衆衛生分野、在宅医療等に係る新規開業者への意向確認をすることを記載しております。

3ページをお願いいたします。こちらは、第10回阿蘇地域医療構想調整会議において合意された意向を確認する外来医療機能についてです。一番下の赤枠囲みに記載のとおり、阿蘇地域では、初期救急(在宅当番医)、学校医等、予防接種、産業医、在宅医療、感染症の診療の6項目を確認することとして合意されております。

4ページをお願いいたします。協力意向の確認につきましては一昨年10月から開始しております。方法としましては、菊池保健所において、開業届の際に、確認書を提出いただくことにより確認することとしており、意向確認の結果を年1回、この会議において報告することとなっております。

昨年度においては、阿蘇管内においては1件該当があり、南阿蘇村のハッピー眼科に意向の確認をしております。協力意向の確認結果としましては、外来機能の担う意思は「有」、担う機能としては、「学校医等」及び「在宅医療」とのことでした。

説明は以上となります。

続きまして、報告7の地域医療介護総合確保基金の医療分について、資料7で説明いたしますので、お手元にご準備ください。

表紙の枠囲みをご覧ください。この基金は地域医療構想の達成の推進のために行う事業の財源となります。事業の実施にあたっては、いわゆる医療介護総合確保推進法により、県は県計画を作成し、関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとされております。そのため、今年度の計画について、本調整会議でお示しするものです。

めくって1ページをご覧ください。こちらは、基金の概要となります。基金の対象事業につきましては、右下に記載のとおりですが、③と⑤を除く事業が医療分となります。

めくっていただいて、3ページをお願いいたします。こちらから6ページにかけては、令和6年度計画の目標達成状況と、令和7年度目標値（案）を記載しております。令和6年の各事業の実績等については、県のホームページで公表する予定です。また、令和7年度の事業一覧については、10ページ以降の一覧表で御確認をお願いいたします。

7ページ（正しくは6ページ）をお願いいたします。こちらは令和7年度の本県の国への要望状況です。総額約14億8千万円余を要望しており、国の配分方針、国からの内示額を踏まえ、令和7年度県計画を策定して参ります。

8ページ（正しくは7ページ）以降については、令和8年度の予算化に向けた新規事業提案について記載しております。先月末の7月31日で提案受付が終了しており、今後、提案団体に対してヒアリングを行い、事業化を検討して参ります。また、適宜、県の調整会議委員、地域調整会議委員の皆様にご意見をいただきたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

報告7については、以上になります。

最後に、報告8の令和7年度熊本県地域医療構想関係予算の概要について御説明いたします。資料8をお願いいたします。

おめくりいただき、2ページをお願いいたします。左側に今年度予算の方向性とし、各医療機関での検討や地域における協議を促進する観点から、3つの項目を設定しております。これらの方向性に基づき、地域ごとの取組段階や議論の熟度に応じて活用できるよう、様々な支援策を準備しており、令和7年度では総額5億8千万円を当初予算に計上しております。

3ページをお願いいたします。主な事業について概要を御説明いたします。上から1つ目と2つ目になりますが、病床機能再編推進事業として、複数の医療機関で行う病床機能の再編について、計画策定に係る経費を補助するソフト分と、策定した計画に基づいて行う施設・設備整備事業を補助するハード分とを準備しております。今後、具体的対応方針の検討を進める中で、複数医療機関での連携を検討される場合に、御活用いただけるものとなっております。

3つ目の医療機能分化・連携調査研究支援事業は、将来の病床機能の分化・連携に向け、医療関係団体が行う調査・研究経費を助成するものになります。また、一番下の病床機能再編支援事業は、地域の調整会議での合意を踏まえて行う医療機関の自主的な病床の再編や削減に対し、病床の削減数に応じた給付金を交付するものであり、事業の詳細を5ページ以降に掲載しておりますので、お時間のある時にご覧いただければと思います。

4ページをお願いいたします。1番上の病床機能転換整備事業は、地域で不足する病床機能に転換する際に必要となる、施設・設備整備費用を助成する事業です。最後の回復期病床機能強化事業は、回復期機能の強化に必要な医療機器等の購入費を助成するものです。

これらの事業につきましては、今後、医療機関における病床機能の分化・連携の推進に繋がるよう県ホームページなどで周知を図って参ります。

説明は以上になります。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。

5から8までですね、一気に御説明いただきましたけども、何か御質問、御意見ございますか。

病床削減するのにお金が出るっていうことは、僕ら敏感に反応するんです。みんなダウンサイジングをね。いつでしたか、半年前くらい前に手上げたのがあるでしょう、なんか。全国でね。あれなんかは動向がどういう風になっているのかっていうのは、ちょっと私も勉強不足でよく知らないんですけども。

そこら辺の整合性とかがですね、ちょっとわかりにくい。これはもう各医療機関は独自に研究しなきゃいけないと思うんですけど。

何か県からございますか。

(医療政策課 立花参事)

医療政策課の立花です。

上村先生がおっしゃったですね、この間の令和6年度の国の補正予算でですね、一床単価を400万円ぐらいに設定して年度末のこの会議の場でご説明させていただいた補助金があったかと思うんですけども、そちらにつきましては事業計画を3月にご提出いただいていたかと思うんですけども、6月に国の方から内示がありましたので、つい先月半ばにですね、これ申請というか事業計画を提出いただいたすべての医療機関に対しまして、残念ながら、全然ご希望に満たないっていうか、1割ぐらいしかないぐらいの配分が国からありましたので、当然すべての医療機関さんに全然配分できないという状況でございましたので、対象になった医療機関さん、それから対象にできなかった医療機関さんも含めて全て個別に対象になりうる内示の病床数について通知をさせていただいております。

それで、今、交付申請を受付してまして、内示をした医療機関さんからですね、今、交付申請をいただいて、今後、実際に支給手続きに進むというような流れになっております。

今後ですね、全然全国的に予算が全く不足していたというような状況だったみたいですので、今後の対応についてはですね、国はどうも今後調査をするみたいなことをですね、匂わせているような節もございますので、何らかが国から連絡があるのかなというふうに受けとめている状況でございます。

以上でございます。

(上村議長)

ありがとうございます。なんか熊本県は100床くらいでしたっけ。

(医療政策課 立花参事)

今回は189床になります。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

何か他に御質問、御意見はありますか。

はい、甲斐先生。

(甲斐委員)

資料7の15ページです。これ令和7年度なので、もう申請が済んでる分の事業一覧表なので、ちょっと見てたら、例えば、先ほど来、看護職が不足しているというときに、新人さんなりが、例えば、もう1回再就職で阿蘇地域に入ってきた看護師さんの結構、入職時の教育って負担が大きいと思うんですよね。感染だったりとか、医療安全だったりとか、各病院でされてるんですが、35あたりを見ると、なんか看護職員を始めとした、医療従事者が・・・ごめんなさい、37です。これ37のところですね。看護職の研修を行うために各自の病院がするというよりも、例えば、何か地域でどこか中心なるような病院が、新人看護師さんの研修を受け入れるときの助成みたいなものがある中で、今、うちが、いくつかの病院は山部看護部長が受けて基本的な教育をしてくれているんですね。それで地域の病院にお返しするっていうことをやっていただいているので、ちょっとその各病院の負担を減らすために、当院がそういうことができるかわからないんですけど、教育をしてそれぞれの地域の病院にまたお返しするみたいなのをすると、負担が少し減ったりするんじゃないかなと思います。

これ実際に使っているとこもあるみたいですね。そういった話し合いも先々できるといいかなと思いました。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

他に報告5から報告8までで御意見、御質問ございますか。

何か今までの中でもいいし、何か新たに御意見等ありますか。

高森先生、何かございますか。

(高森委員)

私は25年まで精神科の立場として、オブザーバー的に、病床とかは今の医療構想には入ってなかったのですが、だけど、今度から、まだ法案が通ってないんですけど、このグループの法案が通ったら精神医療が入るということで、そうなると、今、先ほどの荒尾先生のところのダウンサイジングの話もありましたが、今、阿蘇圏域で892病床あったんですよ。うちは270なので、30%ぐらいです。今の全体で。

精神病床として、今後、精神科の場合は全県、二次医療圏じゃなくて全県で、今、動いているので。

ていうのが、1つは、先ほど来、出てるように、南阿蘇の住民が実際どこに医療を受けに行くかとか、それから小国郷の人たちが実際先ほど言ったように大分の方に。それは地理的な問題と生活動線が、全然その従来の二次医療圏とか保健所圏域じゃ合っていないという。

そういう中で、実際、阿蘇にどういう病床がいるかって言ったときに、大体、阿蘇市で三百何十人ぐらいが亡くなって、1年間。実際、うちで80で、(阿蘇)温泉病院が89ということだったので、(阿蘇)医療センターがどのぐらいか、大阿蘇病院がどのぐらいかとしても、多分、やっぱり今から段々多死時代に向かっていく中で、やっぱり病院もある意味、最後まで診なくちゃいけない事態が見えてくるし。

うちみたいな病院は、最近多いのは夫婦で入院したいと。認知症同士で、もう家族もどうもなくなってる。

或いは、ここの海拔から500m下がって20km行けば、阿蘇とは全然違う地域

が、いわゆる人口が増えてきて、そして、高齢化率も下がってきて。

そういう中で、阿蘇での役割ってというのが、そういう社会資源がいっぱいあるところで漏れた人たちが、まあ、家族は向こうにいてっていう。

なんかやっぱりそういうことも全部考えた上で、先ほどから言ってる民間と、あと、公立病院は昔みたいに赤字でいいというわけにはいかないでしょうけど、それでもやっぱり政策医療みたいなものを担ってもらうから、どうしても赤字でもやっぱり頑張ってもらいたい仕事があるのと、民間は民間の強みを、自分のところはどこなんだ、うちはダウンサイジングを今考えてないとか。ただ、かなりいろんな意味で、いくつかの方策を、全然違う方法で考えながらやってるんですけど。

そういう意味では、極端な話、この間、最低賃金が上がったときに看護助手さんの給料を上げたら凄いことになって、看護から文句が出て。その時、上村先生と内田先生には、看護師さんの給与はいくら位か聞いて。だから、本当はもっと阿蘇医療センターの看護師の給料はいくらか、うちはいくらか、そういうのも、ちょっといやらしい話だけど、はっきりオープンにして話し合わなくちゃいけない時代が来てるのかもしれないって印象。

こういう場で話すべきかどうかは、ちょっとわからないですけど、そういうのは感じました。

ちょっと長くなりました。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

こちらからちょっと御指名させていただきますが、老人福祉施設協議会の藤本様から何かございますか。

(藤本委員)

初めて出まして、何のことかわからず、やっと今頃「なるほど」というふうになりました。

看護師さんの問題は、私たちの方にも影響しておりまして、たまたま私のところは、たった50人の在籍の方に対して看護師さんが必要なんですけども、ちょっと辞められたりすると、やはり、また次を探すのは大変だという状況で、これほどこの福祉施設も同じような悩みを持っておられるようです。

だから、「ああ、なるほど」と思いましたけど、大変勉強になりました。

ありがとうございます。

(上村議長)

ありがとうございます。

福祉施設もね、大変ですもんね、看護師さんを集めるのはですね。なかなか長く居てくださる方も少ないだろうし。

それでは、保険者協議会の野田様、何か感想でもお願いします。

(野田委員)

私も今回初めてこの場に参加させていただきまして、これまでは本当にそういう医療機関とか外側から見るばかりで、全く内情を存じ上げませんでしたので、今回いろ

んな厳しいですね、事情が地域にいろいろあるということで、人手不足だったりとか、高齢化等ですね。

そういったさらに社会の大きな流れがですね、非常に近づいているんだなということで、勉強させていただいたところです。

ありがとうございました。

(上村議長)

ありがとうございます。

それでは、トリになりました。阿蘇広域行政事務組合消防本部の橋本様、よろしくお願ひします。

(橋本委員)

こんばんは、消防本部 橋本といいます。

普段から医療機関に関しましては、救急受け入れ、誠にありがとうございます。

初めてこの会議に出席したんですけれども、医療機関の大変さというのを改めて感じたところがございます。

その反面ですね、本当すごく協力いただいて、近日中に消防の年報をまた医療機関にお渡しする予定なんですけども、令和6年の救急件数っていうのが3,382件。毎年増えてるんですけど、そのうち搬送人数っていうのが2,976名で、実は阿蘇郡市内で、そのうちの1,906名を阿蘇郡市内の病院で受け入れしてもらっていると。管外、大津から向こうに945名と、それプラス防災ヘリ、ドクターヘリで116名あたりというところで、半分以上が阿蘇圏内で受入れるがやっていただけっていうのが非常に感謝してる状況で、救急隊も非常にその辺りはですね、かなり楽になっているところもあるし、患者さんの負担も軽減ができているところかなと思います。

この場を借りて、御礼申し上げます。

ありがとうございました。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。

いろいろですね、搬送の話題とかいろいろ救急隊からですね、共有してもらってますけど、そんな中で、こうやってお話ができるっていうのは、非常にありがたいことだと思います。

それでは、本日予定されていた議題は以上となります。

皆様には円滑な進行にご協力いただきまして、ありがとうございました。

進行を事務局にお返しします。

○閉会

(阿蘇保健所 平山総務福祉課長)

上村議長並びに委員の皆様方におかれましては、長時間にわたり御協議いただき、誠にありがとうございました。

本日ご発言できなかったことや、新たな御提案等がありましたら、御意見・御提案書により、本日から1週間以内にFAXまたはメールで阿蘇保健所までお送りいただ

ければ、幸いです。

なお、次回開催についてですが、本日協議予定でした小国公立病院を建て替えの関係について、今後、関係機関との調整が整いましたら、今年の10月もしくは11月に改めて調整会議を開催して協議をさせていただく予定です。その時は委員の皆様には改めて御連絡いたしますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして第16回・・・

(上村委員)

最後に御発言させていただきます。

(甲斐委員)

ちょっと資料の説明だけさしていただけないかなと思って。席上配布した資料をちょっと簡単に説明していきます。

言葉だけを知っていただけたらと思うんですが、この資料は5月24日に全国自治体病院協議会の会長の望月先生が、熊本で講演したときに用いられたスライドです。

めくっていただいて、2ページ目のところにある、今回、皆さん方が参加していただいている、この地域医療構想調整会議に関する、この地域医療構想の新たな枠組みってというのが、今度から変わっていく。従来と何が違うかっていうのは、左の現行と右の今後というところを見ていただくと、この地域医療構想の位置付けが、どちらかというところ格上になってきているということに認識していただけないかなと。今までは、国や県が医療計画を立てます。今、第8次医療計画が立っていますが、そこにおける5事業5疾病とか、そういったもの担えるように、地域でどうするかっていうのは、地域医療構想調整会議で話し合ったんですが、今後は地域で話し合ったのをその医療計画に落とし込むってことなので、この委員会っていう立ち位置が上になるという、そんな認識かなと思っています。

それと病床機能に関しては、今まで、3ページですが、赤囲みの中に高度急性期、急性期、回復期、慢性期っていう流れだったんですが、名前が変わって、回復期が包括期機能に変わっていくということです。

4ページ目ですが、これもまた新しい文言が出始めて、医療機能を分担していくときに、さっきの高度急性期、急性期以外に地域急性期とか、高齢者、今日も話が出ましたけど、高齢者救急対応機能。こういったものを、どの医療機関、どこが担っていくとか、在宅医療連携機能、急性期拠点、専門等機能、一番下に大学病院とかがするような特定機能病院とか担うような対応、広域診療とか、こういった名前が出始めてるということで、最後になるんですが、この5ページ目の絵が、今後、地域医療構想調整会議で議論してくださいということになっていくと思います。大きくAタイプかBタイプに分かれると。Aタイプは三次救急医療機関、24時間365日、いわゆるなんでも診る、なんでも診るので人も投入するし医療費も投入する、そういう高次医療機関としていくか、Bタイプ、これは高齢者救急を受け入れて、受け入れた患者さんを自前のところでできないときにはAタイプの三次救急に送る、それを下り搬送で受けとる。それから、その地域の中で在宅医療とかですね、そういったところまで診る。その地域の病院の自分たち医療機関がAタイプで行くか、Bタイプで行くか、Bタイプだったら、どういう立ち位置かみたなのを話し合いなさいっていうのが、今

後の地域医療構想調整会議の話し合いになっていくんじゃないかなと思います。  
以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。

(阿蘇保健所 平山総務福祉課長)

それでは、以上をもちまして、第16回阿蘇地域医療構想調整会議を終了させていただきます。ありがとうございました。