

重点支援区域（阿蘇構想区域）における 阿蘇医療センター及び小国公立病院の 今後の役割に関する検討状況について

令和 8 年(2026年) 3 月 熊本県健康福祉部健康局医療政策課

今後の取組みの方向性

R2.12.22
阿蘇地域の医療提供体制に
関する意見交換会 資料

2021年度

- 公立医療機関による検討のワーキンググループを立ち上げ、阿蘇地域の医療提供体制について議論し、医療機能の再編に向けた基本構想を策定する。
- 小国公立病院に関する公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証要請への対応についても、同ワーキンググループの中で併せて議論し、結論を出す。

2022年度

- 2021年度に検討した結果について、阿蘇地域医療構想調整会議で報告、合意を得る。

新型コロナ対応が継続するなか、令和4年度中の協議・合意を目指し、公立2病院を中心に検討・議論を重ねた。

令和2年度（2020年度）

12月22日 第1回意見交換会

令和3年度（2021年度）

7月27日 第1回 院長協議

10月25日 第2回 院長協議

令和4年度（2022年度）

6月21日 第3回 院長協議

10月5日 第1回 ワーキンググループ

11月1日 阿蘇地域医療構想調整会議

2月27日 第2回意見交換会

3月16日 阿蘇地域医療構想調整会議

方向性の認識共有

基本スタンス
現状の確認

具体的対応方針
の検討

行政・地域との
方向性の共有

合意形成

- 小国公立病院、阿蘇医療センターでの協議を重ね、それぞれが地域で担う役割を確認するとともに、以下の様に2病院の機能を再編する方向性を確認した。

阿蘇医療センター : 救急・急性期機能を中心として、回復期や在宅医療もカバーすることができる
阿蘇圏域の基幹病院

小国公立病院 : 回復期機能を中心とし、救急・急性期・慢性期・在宅医療・介護もカバーすることができる地域密着型多機能病院

- 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、小国公立病院及び阿蘇医療センターの更なる連携強化や機能整備を、国による重点的な支援を受けながら進めるため、両公立病院を対象医療機関として「重点支援区域」に申請する。

重点支援区域について

1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、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に留意が必要。

2 選定対象

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
 - ① 再検証対象医療機関が対象となっていない再編統合事例
 - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による技術的・財政的支援は以下を実施。

【技術的支援】

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

4 重点支援区域設定の要否

- 全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

5 選定区域

- これまでに以下の13道県25区域の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）選定】

- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・ 滋賀県（湖北区域）
- ・ 山口県（柳井区域、萩区域）

【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・ 北海道（南空知区域、南樺山区域）
- ・ 新潟県（県央区域）
- ・ 兵庫県（阪神区域）
- ・ 岡山県（県南東部区域）
- ・ 佐賀県（中部区域）
- ・ **熊本県（天草区域）**

【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

【4回目（令和3年12月3日）選定】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

【5回目（令和4年4月27日）選定】

- ・ 山口県（下関区域）

【6回目（令和5年3月24日）選定】

- ・ 青森県（青森区域）

【7回目（令和5年9月8日）選定】

- ・ **熊本県（阿蘇区域）**

【8回目（令和6年1月16日）選定】

- ・ 宮城県（仙台区域）

【9回目（令和6年10月10日）選定】

- ・ 山形県（村山区域）
- ・ 広島県（広島区域）

【10回目（令和7年1月31日）選定】

- ・ 広島県（尾三区域）

【11回目（令和7年6月27日）選定】

- ・ 岐阜県（中濃区域）
- ・ 兵庫県（神戸構想区域、阪神構想区域）

令和5年度（2023年度）

9月 8日 重点支援区域選定

3月13日 国技術的支援によるデータ分析結果の初期報告（小国公立病院）

3月22日 国技術的支援によるデータ分析結果の初期報告（阿蘇医療センター）

令和6年度（2024年度）

8月21日 阿蘇地域医療構想調整会議
（阿蘇医療センターの外来棟増設等に関する総務省協議について合意）

令和7年度（2025年度）

8月13日 阿蘇地域医療構想調整会議
（小国公立病院の建替え検討に関する状況報告）

9月 8日 重点支援区域（阿蘇構想区域）の医療提供体制に関する意見交換会①

10月 7日 重点支援区域（阿蘇構想区域）の医療提供体制に関する意見交換会②

2月19日 重点支援区域（阿蘇構想区域）の医療提供体制に関する意見交換会③

阿蘇医療センターと小国公立病院の役割（5疾病・6事業等）について

	阿蘇医療センター	小国公立病院
がん	がん診療連携拠点病院として、阿蘇圏域全体の化学療法、緩和、各種支援等の予後の管理・ケアを担う。	治療を阿蘇医療センターに集約化し、安定期のフォロー、終末期のケアを担う。
脳卒中 ※搬送先はJUST-7 スコアを活用	超急性期脳梗塞に対するtPA治療等の実施や急性期・回復期脳リハビリも実施し、阿蘇圏域全体の脳疾患治療を担う。	専門的知識の必要な脳卒中治療は阿蘇医療センターに集約化し、回復期以後は連携し、リハビリテーション、在宅支援体制を整え、慢性期のケアや介護支援を行う。
心血管	アンギオ、心臓カテーテルの検査・治療等の早期対応を行い、急性期・回復期心リハビリも実施し、阿蘇圏域全体の心疾患治療を担う。全世代の循環器疾患の外来管理、高齢者の心不全治療も担う。	急性心筋梗塞の治療、ペースメーカー植え込みは阿蘇医療センターに集約し、全世代の循環器疾患の外来管理、高齢者の心不全治療を担う。
糖尿病	最新の血糖値測定、合併症・重症化予防等の治療法の提供、短期教育入院による食事改善指導等の重症化予防を行い、阿蘇圏域全体の糖尿病治療を担う。	専門的知識の必要な管理困難症例、教育入院を阿蘇医療センターに集約化し、小国郷地域の糖尿病管理（慢性疾患としてのプライマリーケア）を基本的に担う。
救急	阿蘇圏域全体の一次・二次救急を担う。	小国郷地域を中心に一次・二次救急を担う。
在宅	在宅医療サポートセンターの運営と阿蘇郡市医師会立訪問看護ステーションとの連携を行い、阿蘇圏域の在宅医療を担う。	あんしんネットワークと協働して、在宅や施設での終末期医療や看取りを担う。

阿蘇医療センターと小国公立病院の役割（病床機能、手術機能）について

	阿蘇医療センター	小国公立病院
病床機能	<p>阿蘇圏域の急性期・回復（包括）期医療を担う。</p> <p>※現在は、急性期（一般120床、感染4床）で運用。今後、一部を地域包括ケア病床で運用することを検討中</p>	<p>脳・心臓の急性期患者は阿蘇医療センターに集約化し、回復期のリハビリと慢性期の管理を担う。</p> <p>➤回復（包括）期：60床程度</p> <p>※現在は、急性期28床、回復期37床で運用中</p>
回復（包括）期機能	<p>阿蘇圏域全体の高齢者救急や回復期ケアを担う。</p> <p>※今後は、地域包括ケア病棟での運用を検討中</p>	<p>包括ケア病棟で診れる範囲の急性期、回復期、高齢者の包括期医療などを担う。</p> <p>※脳の急性期、急性心筋梗塞・高度徐脈患者は阿蘇医療センターに集約化する。</p>
手術機能	<p>循環器内科・脳神経外科・消化器内科・消化器外科・整形外科・腎臓内科・泌尿器科・皮膚科・歯科口腔外科における手術を担う。</p>	<p>外科的手術は阿蘇医療センターに集約化し、局所麻酔で行う創傷処置などの手術を担う。</p>

阿蘇医療センターと小国公立病院の役割（プライマリーケア、遠隔診療等）について

	阿蘇医療センター	小国公立病院
プライマリーケア	<p>総合診療体制を構築しており、阿蘇圏域全体のプライマリーケアを担う。</p> <p>※圏域の診療所等と紹介・逆紹介の連携を維持（R6実績：紹介率48.3%、逆紹介率59.1%）</p>	<p>民間開業クリニックの減少を補うため、小国公立病院やサテライト診療所でも人生によりそう医療を提供していく。</p>
医療DX等の推進	<p>かかりつけ医としての日常的な総合的かつ継続的な診療を維持するため、オンライン診療の実施により、阿蘇圏域全体の遠隔医療を担う。</p> <p>（例）当院の各診療科専門医と小国公立病院の外来診療担当医師の間でオンラインによる診療支援を実施。</p>	<p>クリニック数の減少を補う為の遠隔診療の運用を継続提供し、阿蘇圏域でのMaaSでの診療ニーズがあれば、可能な範囲でオンライン診療提供場所として検討・設置をおこない、システムを構築する。</p> <p>また、専門医等のマンパワーが不足しても遠隔の専門医師が診療を行う為の、遠隔診療のシステムを構築し、アクセスしやすい診療を提供していく。</p> <p>（例）「窓」システムを使用した専門外来を阿蘇医療センターと連携し、双方向に遠隔診療ができるように整備</p>
医療従事者の確保	<p>指導医、地域枠医師、専攻医、初期研修医、医学生各階層からなる医師の屋根瓦式の教育体制をはじめ、医療スタッフ（看護師・薬剤師・メディカルスタッフ等）の研修体制を整え、育成を図るとともに、臨時的な医療支援を実施し、阿蘇医療圏全体での医療スタッフの確保に貢献することを担う。</p>	<p>研修医、看護実習生、薬学実習生等の受け入れを継続し、医療スタッフの確保難に対応していく。</p>

中長期的な検討課題について

- 以下の事項については、医師の派遣元との協議等も必要であり、中長期的な検討課題。

	阿蘇医療センター	小国公立病院
外来医療・医師派遣の集約化による診療支援	<p>【診療科の再編】 小国公立病院の非常動による診療科を阿蘇医療センターに移行</p>	<p>【診療科の再編】 婦人科：派遣あれば維持 泌尿器科：派遣あれば維持 皮膚科：維持 もの忘れ：連携維持 整形外科：派遣あれば維持 耳鼻科：集約 眼科：集約</p>
	<p>【医師派遣】 へき地医療体制支援事業等による派遣医師を阿蘇医療センターに移行</p>	<p>【医師派遣】 阿蘇医療センターと派遣重複の開設診療科の縮小を検討 産山村診療所に、小児科・総合診療科医師の派遣</p>
	<p>【診療支援】 阿蘇医療センターから小国公立病院へ診療支援(週1～2日程度)</p>	<p>【診療支援】 阿蘇医療センターからの専門医診療支援可能日に外来を開設 産山村診療所へのハイブリッド診療提供</p>
	<p>【遠隔診療】 オンライン診療の実施(初診は対面診療)</p>	<p>【遠隔診療】 遠隔医療システム構築・提供</p>

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

高齢者の急性期における疾病の特徴等

- 85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。
- 高齢者においても、年齢が上がるほど入院中に手術や処置が発生していた患者の割合は下がり、65歳以上、75歳以上では40%程度であるが、85歳以上では30%程度となる。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸<結腸>のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,681
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>疝を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合

年齢	入院中手術有	入院中1000点以上処置有	入院中手術又は1000点以上の処置有
65歳以上	39%	7%	<u>41%</u>
75歳以上	35%	6%	37%
85歳以上	27%	4%	<u>29%</u>

資料出所：DPCデータを用いて2023年6月30日時点の入院患者を対象に算出。救命救急入院料、特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児入院医療管理料、急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料を算定する患者を対象とした。

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

② 改革モデルについて（医療機関機能に係る取組等）（案）

論点

包括期機能について

- 増加が見込まれる高齢者救急のうち、一定割合の患者については医療資源投入量が高くとも、包括期機能を有する病床で対応することが必要である。これまでの必要病床数の算定においては、年齢にかかわらず医療資源投入量の多寡に応じて病床数の推計を行ってきたところ、これまでの検討会での議論において、今後の必要病床数の算定に当たっては、75歳以上の患者について、急性期と見込まれる患者のうち、一定割合を包括期として算出することと整理してきた。75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することを鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち5割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの5割の患者を包括期の需要として見込むこととしてはどうか。
- 包括期機能を新たに位置付け、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能の確保を推進することとしている。こうした中、回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込んで推計することとしてはどうか。あわせて、患者の状態に応じた適切なリハビリテーションを推進する観点から、介護老人保健施設について、リハビリテーションを提供することができること等の介護との連携や退院後のリハビリテーションの提供についても、ガイドラインに位置付けることとしてはどうか。

医療機関機能に係る取組について

- 医療機関機能の確保のための取組を推進し、医療機関の連携・再編・集約化を進めることとしており、また、昨今の医療需要の変化を踏まえ、新たな地域医療構想に向けて、病床数の適正化を支援する事業を実施することとしている。必要病床数の算出にあたり、医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。今後の医療機関機能の確保のための取組や病床数適正化の取組により、病床利用率が上昇する可能性があることを踏まえ、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率については、現構想と同様に高度急性期75%、急性期78%、包括期90%、慢性期92%とすることとしてはどうか。

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20-30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方

2026年

【協議の開始】

- 2040年の人口構成や想定される医療需要等を踏まえて、2035年に必要となる急性期拠点機能の数等について検討。
- 将来を踏まえた需要や現在各医療機関が担っている医療の状況や築年数、区域内の医療資源等も踏まえながら、地域医療構想調整会議において、急性期拠点機能の集約化に向けた議論。
- 医療需要を踏まえた適正な医療機関数かどうか等に加え、雇用の観点や、患者の医療へのアクセス等についても併せて検討。
- この間、医療機関機能は一定の地域シェアや症例数で上位の医療機関は報告可能とする。

2028年頃

【取組の決定と取組の開始】

- 遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告する医療機関を決定し、連携・再編・集約化の方向性を定め、2035年に向けて役割分担の取組を進める。

2035年

【医療提供体制の構築】

- 2035年を目途に、取組を完結させ、目標とした急性期拠点機能を確保

【参考】令和8年度診療報酬改定における急性期病院一般入院基本料等の新設

(新設) 急性期病院一般入院基本料

イ 急性期病院A一般入院料 1,930点

ロ 急性期病院B一般入院料 1,643点

※急性期病院Aは7対1、急性期病院Bは10対1

(新設)

急性期病院精神病棟入院基本料

イ 急性期病院A精神病棟入院料

(1) 10対1入院基本料 1,519点

(2) 13対1入院基本料 1,162点

(3) 15対1入院基本料 966点

ロ 急性期病院B精神病棟入院料

(1) 10対1入院基本料 1,502点

(2) 13対1入院基本料 1,145点

(3) 15対1入院基本料 949点

[主な施設基準]

(1) 急性期病院A一般入院料又は急性期病院A精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。

ア 入院を要する(第二次)救急医療体制、救命救急センター、高度救命救急センター又は総合周産期母子医療センターを設置している保健医療機関、若しくは24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関であること。

イ 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。

エ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。

オ 救急車又は救急ヘリによる搬送件数が、年間2,000件以上(＋夜間時間帯の受入が1割以上)、かつ、全身麻酔による手術件数が年間1,200件以上。

(2) 急性期病院B一般入院料又は急性期病院B精神病棟入院料を算定する病院では、以下の全てを満たすこと。

ア 二次救急医療機関又は救急告示病院であること。

イ 地域包括医療病棟の届出を行っていない保険医療機関であること。

ウ 看護師長又は同等以上の職に従事した経験を5年以上有し、所定の研修を修了した看護師を配置することが望ましい。

エ 急性期医療に係る実績として、次のいずれかを満たすこと。

① 救急車又は救急ヘリによる搬送件数が、年間1,500件以上。

② 救急車又は救急ヘリによる搬送件数が、年間500件以上、かつ、全身麻酔による手術件数が年間500件以上。

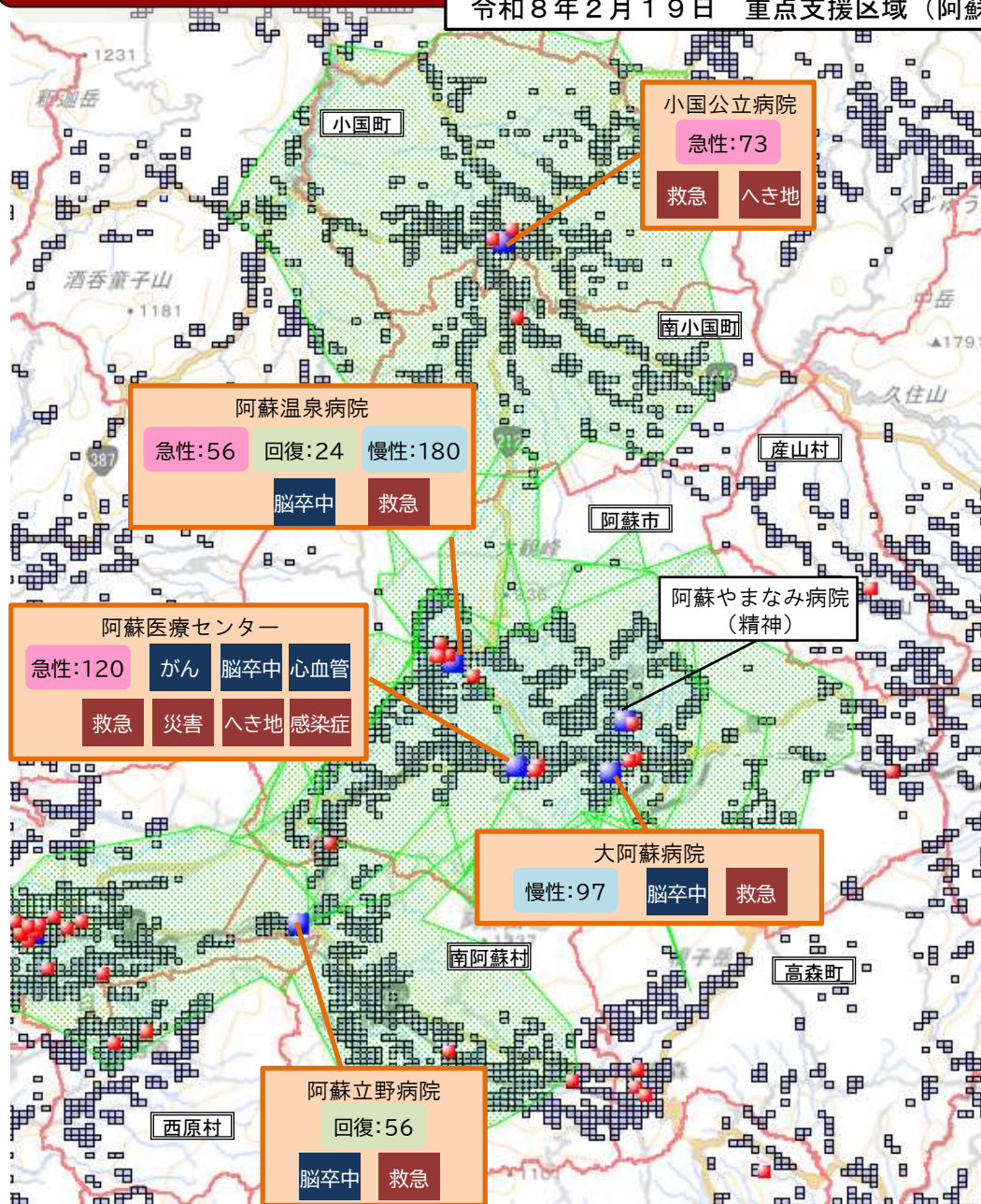
③ 人口20万人未満の二次医療圏において、救急車又は救急ヘリによる搬送件数が最も多く、かつ、年間1,000件以上。

④ 離島からなる二次医療圏において、救急車又は救急ヘリによる搬送件数が最大であること。

オ 救急車又は救急ヘリによる搬送件数のうち、夜間時間帯(22時から翌朝8時までをいう。)の受け入れが1割以上。

阿蘇構想区域における医療機関等の状況 (R6.7.1時点)

令和8年2月19日 重点支援区域(阿蘇構想区域)の医療提供体制に関する意見交換会 資料1



- ・病院は多くが阿蘇市内に所在しており、中でも阿蘇医療センターが多くの政策医療分野を担っている。
- ・他方、阿蘇医療センター及び小国公立病院は自動車で20分以内エリアに重複はなく、両病院には一定の距離がある。
- ・区域全体では、回復期病床が不足しているが、急性期及び回復期の病床稼働率が低い。
- 構想区域全体における医療機関の役割の明確化を進めていく必要があるのではないか。

	病床数の必要量	R6.7.1時点	病床稼働率
急性期	119	276	53%
回復期	110	80	69%
慢性期	198	296	97%

凡例

■ : 病院 ■ : 診療所

■ : 自動車(40km/h)で20分圏内

名称 : 政策医療を中心的に担う医療機関

がん 脳卒中 心血管 : 5疾病に係る拠点病院等

救急 災害 へき地 感染症 : 5事業に係る拠点病院等

急性:XX 回復:XX : R6病床機能報告の病床数

慢性:XX

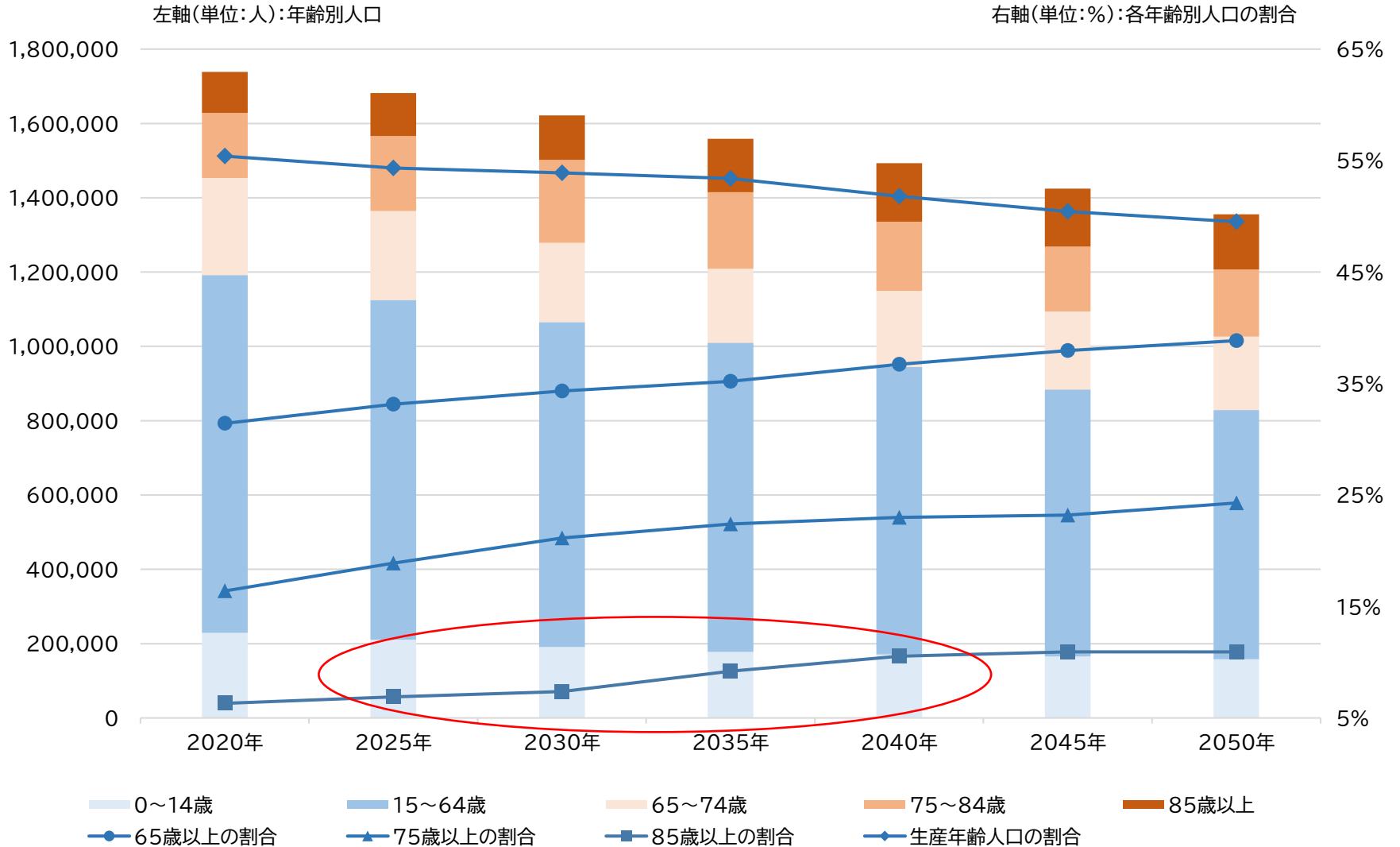
※その他、名称を記載した医療機関

・ 精神科救急病院

熊本県の将来推計人口

令和8年1月9日 第11回熊本県地域医療構想調整会議 資料 1

- 2025年から2040年にかけては、総人口、生産年齢(15~64歳)人口及び高齢(65歳以上)人口のいずれも減少が続く。
- また、人口減少が続く中でも高齢化率(65歳以上の割合)は上昇し、2040年には約35%に達することが見込まれる。
- 特に、85歳以上人口の割合は2040年にかけて約1.4倍となり、急激に増加することが見込まれる。



阿蘇構想区域の将来推計人口

令和8年2月19日 重点支援区域（阿蘇構想区域）の医療提供体制に関する意見交換会 資料1

- 2025年から2040年にかけては、総人口、生産年齢(15～64歳)人口及び高齢(65歳以上)人口のいずれも減少が続く。
- また、2040年には高齢人口が生産年齢人口を上回ることが見込まれている。(県全体にはない特徴)
- このため、医療・福祉も含め、地域全体の担い手不足が加速化するおそれ。

左軸(単位:人):年齢別人口

右軸(単位:%):各年齢別人口の割合

