

第17回阿蘇地域医療構想調整会議 議事録

日時：令和8年（2026年）3月11日（水）19時00分～21時30分

会場：阿蘇地域振興局2階大会議室

出席者：＜委員＞ 15人

＜熊本県阿蘇保健所＞

劔所長、手嶋次長、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 神西課長、立花参事、久留米大学 桑木助教

傍聴者：1人

オブザーバー：1人

○開会

（阿蘇保健所 平山総務福祉課長）

会議を始める前に資料の確認をお願いしたいと思います。

まず、資料1から3及び5につきましては、事前にお送りして、本日もご持参いただくようお願いしておりましたけれども、不足等ございましたら、お知らせいただきたいと思います。

また、本日の配付資料としまして、会議次第、出席者名簿、配席図、設置要綱、資料4「重点支援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」、地域医療構想トップセミナーに関する資料及び御意見・御提案書をお配りしております。こちらについても、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。

それではただいまから、第17回阿蘇地域医療構想調整会議を開催いたします。

阿蘇保健所総務福祉課長の平山と申します。よろしく願いいたします。

なお、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、公開としています。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、阿蘇保健所所長の劔から御挨拶申し上げます。

○あいさつ

（阿蘇保健所 劔所長）

皆様、こんばんは。阿蘇保健所長の劔です。

本日は御多忙の中にお集まりいただき、ありがとうございます。

また、日頃から阿蘇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、感謝申し上げます。

これまでは、人口減少や一層の高齢化というものを見込んで、2025年に向けた地域医療構想の取り組みを推進して参りました。ただ、今後は高齢者人口を含めた、人口自体が減ってくるということで、2040年ごろの状況を踏まえて、新たな地域医療構想を策定するというので、昨年12月5日には、医療法等の一部を改正する法律が成立しました。

県といたしましては、日頃から地域の住民に接しておられて、医療等の現場でどん

なことが起こっているのか、この地域のことをよく知っておられる皆様方と共に、新たな地域医療構想の策定に取り組んで参りたいと思っております。

本日は議事といたしまして、かかりつけ医機能報告制度における阿蘇地域での協議の進め方について御協議いただきます。

また、報告事項といたしまして、新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方、医療従事者のデータ分析、管内の公立病院である阿蘇医療センターと小国公立病院の今後の役割に関する検討状況や阿蘇温泉病院の介護医療院への病床転換について報告させていただきます。

限られた時間にはなりますけれども、忌憚のない御協議をよろしく願いいたします。

(阿蘇保健所 平山総務福祉課長)

続きまして、本日出席いたしております、県医療政策課神西課長より御挨拶申し上げます。

(医療政策課 神西課長)

皆様、こんばんは。医療政策課長の神西でございます。

本日は大変お忙しい中、阿蘇地域の地域医療構想調整会議に御出席いただき、誠にありがとうございます。

本日、重点支援区域の阿蘇医療センターさんと小国公立病院さんの検討の結果について御報告させていただきますが、実は、私はもう既にこの会議室3回来ております。ですので、しっかり阿蘇医療圏域の実態等を十分にお聞かせいただいているという状況でございます。

今日は、4回目になりますけれども、そういった状況の中で、今後、今の所長からもありましたけれども、2040年に向けてということで、なかなか将来を読むというのはちょっと難しいところではありますが、こういう中でも、現状として、この物価高とか、人件費の高騰とか、近年、急遽来たような状況でございます。なかなか予測不能なところもございますけれども、実際の人口減少っていうのは意外と読めるのかな、という状況でございますので、そういうデータを踏まえながら、やはり将来ビジョンを皆さんで検討していく会議かなと思っております。

これまでの地域医療構想を見ますと病床に限った形での検討でございましたが、今後は在宅医療、かかりつけ医、それから介護との連携という、地域の医療提供体制全体を考えていくことになりますので、医療関係者の委員の方々、介護の方々それから消防の方もいらっしゃいますので、皆様方に現場の声を出していただきながら、検討していければと思っております。

本日は、建設的な議論が進められればというふうに思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

(阿蘇保健所 平山総務福祉課長)

本日、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させていただきます。

なお、今回から新たに小国公立病院の堀江様及び阿蘇広域行政事務組合消防本部の小木曾様が委員に御就任いただいております。

また、熊本県薬剤師会阿蘇支部の樫委員の代理として玉飼副支部長に御出席いただいております。

併せて、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ご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。阿蘇郡市医師会の上村でございます。

ただいま、色々とお話ございましたが、現在の地域医療構想策定の契機となった人口減少や高齢化は着々と進行する中、昨年、団塊の世代が75歳以上となる2025年を迎えました。

本年は、85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年を見据えた「新たな地域医療構想」の策定が始まります。

本日は今年度最後の会議となります。将来にわたる阿蘇地域の医療提供体制を検討するため、御出席の皆様には、それぞれの分野の代表として、地域の皆さんが安心・安全に暮らし続けられるための持続可能な医療体制をどの様に構築していくか、忌憚のない御意見をどうぞよろしくお願い致します。

それでは、お手元の次第に沿って会議を進めます。

はじめに議事の1として、かかりつけ医機能報告制度における阿蘇地域での協議の進め方について、事務局から説明をお願いします。

議事

- 1 かかりつけ医機能報告制度に係る阿蘇地域での協議の進め方について (資料1)

(阿蘇保健所 森主任主事)

皆様、こんばんは。阿蘇保健所の森と申します。

本日は年度末の忙しい中に御出席いただきありがとうございます。着座にて説明させていただきます。

議事「かかりつけ医機能報告制度における阿蘇地域での協議の進め方について」を御説明します。

資料1をお手元にご用意ください。表紙をめくって1ページをお願いします。

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です。

一番上の〇のところにあるように、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、今年度、昨年4月から施行されております。

その狙いは、資料中ほどの赤枠囲みにありますが、「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 ページをお願いします。こちらは令和6年9月の社会保障審議会医療部会の資料です。

今回の議事に関連するのは、資料左下の赤枠で囲んでいる「地域における協議の場での協議」のところになります。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するにあたっては、「協議テーマ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。

3 ページをお願いします。こちらには、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おります。

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、赤い右矢印で示される①のところにあるように、医療機関から県に対しかかりつけ医機能の報告を行います。これを受け、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医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確認結果の報告を地域の協議の場に行います。そして、⑥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ります。

4 ページをお願いします。こちらは今後のスケジュールになります。

赤線を引いているところにあるように、医療機関からの報告は1月から3月とされており、本年1月から医療機関からの報告が開始されております。

資料中ほどの右側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は、令和8年度から実施するスケジュールとなっており、協議の場につきましては、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とされており、令和8年度の円滑な協議に向けて、当会議においても協議の進め方を検討する必要があります。

5 ページをお願いします。こちらは、本年1月9日に開催された第11回熊本県地域医療構想調整会議で合意された全県的な協議の進め方の方針でございます。

まず、〇の一つ目ですが、これまでの在宅医療や医療介護連携については各地域の実情に即して「在宅医療連携体制検討協議会」等や「医療・介護連携推進会議」で検討されてきました。

また、「地域医療構想調整会議」を医療法上の「外来医療に関する協議の場」と位置づけ、必要に応じて郡市医師会単位のワーキンググループを設置し協議を進めてきた経緯がございます。

このような経緯を踏まえまして、かかりつけ医機能報告における協議については、地域医療構想調整会議や在宅医療連携体制検討協議会等の会議体が必要に応じて他の会議体に結果を共有するなど、相互に連携し協議を進めることとされております。

なお、医療法上、「外来医療に関する協議の場」においてかかりつけ医機能に係る協議結果を取りまとめること等が必要であることから、「在宅医療連携体制検討協議会」や「医療介護連携推進会議」で協議された「かかりつけ医機能」に係る事項については、必ず地域医療構想調整会議に報告することとし、具体的な進め方は、各地

域の地域医療構想調整会議で協議のうえ決定することとされております。

6 ページは協議体制のイメージを掲載しております。

7 ページをお願いします。本日お諮りします阿蘇地域における協議の進め方の案でございます。

阿蘇地域医療構想調整会議においては、新たな地域医療構想策定に向けて、かかりつけ医機能報告で得られたデータを活用しながら、かかりつけ医機能を確保するための課題等について協議を行ってはどうかと考えております。

また、在宅医療及び介護サービス等と連携した医療提供については、阿蘇地域においては、阿蘇郡市医師会が事務局を務める「阿蘇在宅医療システム研究会」と、北部・中部・南部それぞれのエリアで指定を受けている「地域在宅医療サポートセンター」の会議等の場において、在宅医療の支援体制の構築等について協議されてきた経緯がございます。

そのため、具体的な協議方法等について今後、医師会等関係機関と協議を行ったうえで、令和8年度以降は、かかりつけ医機能報告で得られたデータも活用しながら、在宅医療の支援体制の構築等を進めることとはどうかと考えております。

なお、阿蘇在宅医療システム研究会等における協議結果については、毎年度、当該研究会等の構成員かつ地域医療構想調整会議の事務局である阿蘇保健所から報告することとしたいと考えております。

8 ページ目以降には、医療機関から報告いただく報告項目一覧の一部を記載しておりますので、適宜ご参照ください。

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、協議に入りたいと思いますが、委員の皆様からの御意見、御質問はございますか。

今、御説明があった通り、いろんな協議会の名前が出てきましたが、基本的に私も阿蘇地域では、在宅等のお話は阿蘇在宅医療システム研究会、そして、各地域の在宅医療サポートセンターにおいて、何度も申しますけれど、各自治体が介護について、医療連携等を図るために設置されたのが在宅医療システム研究会です。

それと県の医師会とか県が中心になりながら、各地域で医療を中心とした、介護も入っておりますが、医療メインのそういった会議が在宅医療サポートセンターということで、医療と介護を両方含めながら両輪として動いていくということで、在宅推進会議と申しますか、そういう形で阿蘇地域は進めております。

それにかかりつけ医機能報告というものが、年が明けて1月からその報告をしないということで、今、各医療機関というか、各医師が、ドクターがそれぞれにかかりつけ医機能として、どういうことを活動されているのかというのを県の方に報告しなきゃいけないということで、現在、もう3月11日ですから・・・焦る方はないんですけど、焦っている方もおられるかもしれません。

いかがでしょう、何か・・・今、森さんからいろいろお願いがあったことに関して、今、私が話したことを述べられたというふうに思いますが。

委員の皆様、何でもよろしいですよ。地域で課題になっていること等でも構いませんので、御発言なさる方は、挙手にてよろしく申し上げます。

(甲斐委員)

阿蘇医療センターの甲斐です。説明ありがとうございました。

今、上村議長が言われたように、このかかりつけ医の報告制度というのは、法律が変わったんですね。一部改正になって、全医師、それから全医療機関が報告しなければいけないということで、1月から3月までに報告しなければいけないということで、阿蘇に関しては、医師会の方でこの周知は理事会の方でさせていただきましたが、できれば7ページの資料にあるように、阿蘇地区独特のこの在宅医療システム研究会ですとか地域在宅医療サポートセンターでも、この制度が始まる、この制度があるんだということを、説明する機会を作っていただくのがいいんじゃないかなと思います。

(上村議長)

ありがとうございます。

在宅医療システム研究会、サポートセンターとも、年度が改まったら、それぞれ理事会とか各地区の幹事会とかがありますので、そこで改めて、皆様方に周知して。介護の現場からでも、そういった「この医療機関、この診療所は何をされているのか」というのをきちんと把握できるような体制が整いましたよということを周知していきたいと考えます。例えば、「あそこの耳鼻科の先生は在宅もやっているよ」とか、そういうのが分かるようになれば、実は地域の住民の方は「あの先生が何をやっているのかよくわからない」という声が多かったから、こういう制度ができたとやはり聞いております。

これはちょうど、医師会の事務局も今日はオブザーバーで事務局長が来ておりますので、私、すぐ忘れるから、覚えて帰って、周知徹底したいと思います。

甲斐先生、本日ありがとうございました。

他に、何か御意見等はございますか。ここで、医師会で関係がある方を代表して、内田先生、何かありますか。

(内田委員)

大阿蘇病院の内田です。

甲斐先生が言われたように介護との連携ということをやっぱり考えていくと、在宅医療システム研究会とかで公表していくのが一番いいのかなというのが1点と、やっぱり確かに地域の方とかが、「うちはこの科をやっていないのにな」という科で訪ねてこられることとかもよくあるので、一般の住民の方にも周知徹底、徹底とまでいなくても、大体わかりやすいとか、先ほど議長が言われたような、耳鼻科の先生とかもこういうことを診療しているとか、そういうことを地域に公表していくのも、1つの役割だと思います。以上です。

(上村議長)

ありがとうございます。

北部の方では、辻先生、何かございませんか。

(辻委員)

蓮田クリニック、辻です。お世話になっております。

非常に医療の見える化については、いいシステムがこれで出来上がっていくと思うんですが、連携ということから、2号機能に謳ってある介護の部分ですね。介護の見える化も同時に医療の見える化に連携させるんですが、地域の受け皿がどういったところがあるかとか、そういったこともある程度見える化をしていく必要があるのではないかと考えています。そこが、先ほど言ったシステム研究会とかサポートセンターとか相手先の連携を見える化をするということになるかと思いますが、それも同時並行してやっていければと思っています。以上です。

(上村議長)

ありがとうございます。

北部、中部と来たら南部なんですけど・・・片山先生からいいですか。

(片山委員)

阿蘇立野病院の片山です。

介護施設と医療機関の連携ということで、見える化で、より介護施設からの搬送ということで分かりやすくなってくると思うんですけれども、ただ、全ての、かかりつけとして基本的には阿蘇圏域では受けるんですけれども、どうしても熊本市内の急性期病院とかに移さざるを得ないという時に、今ちょっと診療していて思っているのは、熊本市内の急性期機関が阿蘇圏域のいわゆるかかりつけ医としての医療機関をちゃんと把握できているかという点では、それが出来ていない印象を個人的にはかなり感じています。

どうしても家庭環境等踏まえて、(熊本)市内の急性期機関から(熊本)市内の回復期機関に行くという流れも結構あって、そこがもうちょっと(熊本)市内の医療機関にも見えるような形になれば、(熊本)市内にいる家族の方とか、(熊本)市内の急性期の先生たちも安心して、こちらの医療機関を使っただけじゃないかというのもちょうと考えていただければなというところがあります。

(上村議長)

ありがとうございます。

そういったことも含めて、かかりつけ医機能報告っていう制度が新たに出てきて、動き出すわけですね。

先ほどから「在宅医療システム研究会」或いは「在宅医療サポートセンター」という文言が出てきておりますが、私どもは、南部地域で「在シス」或いは「在サポ」という言い方をします。

実は医療サイドも出てこられる先生が、もう固定化したんですよね。出てこない方は出てこられないし、出てくる方は出てくる、また、介護施設も出てこられる所と出てこられない所がやや固定化しているような気がします。これには歯科の先生や薬剤師の先生も当然出てこられますので、その中でいろいろやり取りをやらせていただいています。

皆さん、ほとんど協力的なんですけれども、一部ちょっと出てもらえない方もおられるから、そこら辺はちょっと私どももいろいろ考えていかなきゃいけないなと思います。周知をして情報を共有しないと、なかなか建設的な話ができづらい、そういう風に思っております。

いかがでしょうか、関連のある委員の皆様から御意見、御質問等ございますか。

(意見・質問なし)

それでは、森さんの方から御説明いただきましたが、本件は協議事項として諮らないといけないということで、合意の確認をさせていただきたいと思います。

かかりつけ医機能の報告制度に係る阿蘇地域での協議の進め方については、資料1のとおり進めることとしてよろしいでしょうか。

(委員から異議なし)

ありがとうございました。合意多数ということで、資料の1のとおり進めることで合意とさせていただきます。

議事は以上になります。

次に報告事項に入ります。それでは報告の1、新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方について、事務局から説明をお願いいたします。

報告

1 新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方について

資料2

(阿蘇保健所 森主任主事)

報告1「新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方について」を御説明します。資料2をお手元にご用意ください。

説明の前に、表紙のタイトル部分は「今後の進め方について」が正しく、「に」が抜けております。訂正してお詫びいたします。

ここからの時間は、本年1月9日に第11回熊本県地域医療構想調整会議が開催され、新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方の大枠について合意されておりますので、その内容を御報告いたします。

めくって、1ページをお願いします。こちらは、令和6年8月26日の「第7回新たな地域医療構想に関する検討会」の資料です。中段部分の赤線の箇所にあるように、現行の地域医療構想の評価として、病床機能報告による病床数は、現行の地域医療構想で推計した病床数の必要量に近づいており、全体として進捗が認められるとの国の評価がなされております。

他方、下段部分の赤線の箇所に示されるような点が課題として挙げられております。

2ページをお願いします。こちらは、2023年度の国全体の病床機能報告結果です。全体として、病床の必要量と病床機能報告における2025年の病床数の見込みが近づいていることが示されております。

3ページをお願いします。こちらは、本県の令和6年度病床機能報告結果の速報値が記載されたものです。この結果を踏まえた、熊本県における現行の地域医療構想に

関する評価等が次のページに記載されておりますので、3ページと4ページを見開きにご覧いただければと思います。

まず、現行の地域医療構想に関する評価としましては、県内の病床数は2025年までの10年間で約6,000床減少し、病床機能ごとの内訳においても、急性期が減少し、回復期が増加したほか、介護施設等への転換により慢性期が減少しており、概ね地域医療構想の方向性に沿って、病床の機能分化・連携の取組みが進捗したものとされております。

その一方で、厚生労働省が推計した必要病床数は、2025年に21,024床とされていたところ、本県の病床数は2025年時点で25,029床となる見込みであり、必要病床数と一定の差異が生じております。

必要病床数をめぐっては、これまでも、4ページの中ほどにあるように、病床機能報告が病棟単位であることによる実態との乖離や児童福祉法に規定する入所施設等の病床も含まれており、地域の一般的な入院医療の実態に即していない、といった指摘が挙げられているところです。

このような課題を踏まえ、病床機能報告結果を多角的に見る観点から、県で分析を行っておりますので、5ページをご覧ください。

先ほどの課題を踏まえ、一定の条件をもとに病床機能報告結果を補正しており、具体的な補正の方法については、下の枠囲みをご覧ください。一つ目は、急性期・慢性期病棟に埋もれている病床単位の地域包括ケア入院管理料算定の病床数を回復期と見なすこととします。また、児童福祉法に規定する入所施設等の特定の病床については、報告結果から控除することとします。

また、二つの目の補正として、実際の稼働病床数に近い病床数として、許可病床数のうち1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数である最大使用病床数ベースで集計を行うこととしております。

これらの補正を行った結果を次の6ページ目に示しております。

一番左側は令和6年度の病床機能報告結果の速報値になります。これをベースに、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定の病床数を回復期と見なし、児童福祉法に規定する入所施設等を控除したものが左から二番目の棒グラフになります。補正前と比べ、総病床数は1,281床減少し、回復期が264床増加し、急性期及び慢性期が減少します。

また、左から三番目の棒グラフは、左から二番目の補正結果を最大使用病床数ベースで計算した場合の結果を示しております。最大使用病床数で計算した場合、病床数は更に減少し、全体で1,873床の減、補正前からトータル3,154床の減となり、この場合、一番右側の厚生労働省の推計による病床数の必要量へと相当程度近くづくこととなります。

ここで、お手数ですが、再度4ページ目にお戻りください。先ほどご説明しました補正結果のような見方もできることから、一番下の下矢印の先のところですが、『本県では必要病床数は「地域における将来の医療提供体制等を今後検討するための材料」としており、その差異に一喜一憂するのではなく、必要病床数を踏まえつつ、地域の実情に即して、効率的で質の高い医療提供体制の確保策を検討していくことが重要』だと考えております。

以上が現行の地域医療構想に関する総括となります。

続いて、7ページをお願いいたします。

令和6年12月18日にとりまとめられた「新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要」です。外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とすることや、下の枠囲みの中にあるように、大きく（1）から（6）までの方向性が示されておりました。

8ページをお願いいたします。こちらは昨年10月15日の国検討会資料です。

今年度末に発出される予定の国ガイドラインの構成（案）が示されており、来年度以降、まずは赤枠で囲んでいる地域医療構想の策定を進めていくこととなります。

9ページを飛ばしまして、10ページをお願いいたします。こちらは、新たな地域医療構想の策定体制についての検討資料です。

一番上の枠囲みの中をご覧ください。これまで地域医療構想は入院医療を基本的な対象としてきましたが、新たな構想では、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の構想となる見通しです。

これに伴い、医療計画については、構想の実行計画として、5疾病・6事業、在宅医療等の具体的な取組みを定めることとなる見通しです。

このようなことから、今後、地域医療構想調整会議で議論すべき議題が多岐にわたり、会議運営が困難となるおそれがあります。

厚生労働省の検討会では、会議が効率的に運用され、実効的な取組みが進むよう、関連するテーマを一体的に議論することや、既存の会議体で開催できることなど、会議運営を柔軟にできる旨をガイドラインに位置付けることが検討されており、本県の策定体制についても検討が必要とされています。

ページを少し飛ばしまして、13ページをお願いします。こちらは、国が示している中長期的なスケジュールです。

一番上の○のところですが、新たな地域医療構想については、令和7年度に国でガイドラインが策定され、令和8年度に県で地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、令和9～10年度に医療機関機能に着目した協議等を行うとされています。

また、二つの目の○ですが、新たな地域医療構想の内容については、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう取組みを進めていくことが示されており、当面は令和12年度からスタートする第9次医療計画に向けて、新たな地域医療構想の取組みと医療計画の策定を進めていくスケジュールとなっております。

14ページをお願いします。こちらは新たな地域医療構想の策定体制になります。

新たな構想の策定については、地域医療構想調整会議において「将来の医療提供体制の基本的な方向」のとりまとめ及び「構想区域の設定」、「医療機関機能・病床機能の将来の見通し及び分化連携の推進」について検討を行い、例えば「在宅医療」等のそれ以外の事項については、必要に応じて既存の分野別協議会で検討を行うこととされています。

また、保健医療計画の進捗管理についてはこれまで同様、保健医療推進協議会で行うこととし、令和8年度中に行う保健医療計画の中間見直しに際しては、相互に構想及び計画の検討状況を随時共有しつつ策定を進める方針とされています。

15ページをお願いします。新たな構想の策定においては、「将来の医療提供体制の基本的な方向」、「構想区域」、「医療機関機能・病床機能の将来の見通し」等について定めることとなります。

このうち、「将来の医療提供体制の基本的な方向」や「構想区域」の設定については、新たな構想の策定の土台となるものであり、優先的に検討を行う必要があるとされています。

新たな構想の実現には、県内の医療関係者や行政が一丸となって新たな構想を策定した上で、それぞれが主体的に取り組を進めていくことが何より重要であるため、医療機関の院長等を対象とした『新たな地域医療構想トップセミナー(仮称)』を開催し、関係者の理解を深めるとともに、次回以降の県調整会議において、「2040年に向けて目指すべき本県の医療提供体制の姿」について有志の委員にご提言をいただき、新たな地域医療構想に係る基本的な方向性を議論いただくこととされております。

また、新たな構想の策定に向け、構想区域の点検・見直しについては、国のガイドライン策定後に速やかに検討が行えるよう、現時点における国の検討状況や構想区域、二次医療圏の役割等について丁寧な説明を行い、策定に向けた議論の円滑化につなげることであります。なお、具体的な点検・見直しの内容につきましては、国のガイドラインを踏まえ、改めて検討を行うこととされております。

次に、16ページをお願いします。このページからは、構想区域や医療圏の役割等に関する説明となります。

こちらのページでは、地域医療構想で定める構想区域と医療計画で定める医療圏の関係が記載されております。

赤線の箇所のとおり、構想区域は「地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域」とされています。また、二次医療圏については、病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定することとされており、両者は最終的に一致させることとされております。なお、右中ほどに周産期医療圏と記載がありますように、医療計画において、疾病や事業ごとの医療圏も定められております。

17ページをお願いします。新たな地域医療構想では、資料左下の基本となる構想区域に加え、真ん中の広域な区域や右端のより狭い区域についても設定し、取り組みを推進することが示されております。

18ページをお願いします。こちらは、昨年8月の国検討会資料を抜粋したものです。

区域の人口規模を踏まえて医療機関機能、特に急性期拠点機能を確保する方向性が示されております。

資料中ほどの地方都市型における急性期拠点機能については、区域内に1～複数医療機関を確保し、人口20万人～30万人ごとに1拠点を確保することを目安とすることが示されております。

また、人口の少ない地域、すなわち人口30万人未満の区域では、手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保することが示されております。なお、20万人未満の地域では、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定することが示されております。

19ページをお願いします。このような考え方を国が示した背景について記載した資料です。医師の働き方改革への対応など、医療を効率的かつ効果的に提供できる医療提供体制を構築するためには、医療機関の連携・再編・集約化が重要とされております。

20ページを飛ばしまして、21ページをお願いします。こちらは、急性期医療を担う医療機関の数について、国がまとめた資料です。

上のグラフが救急車を年間2,000台以上受け入れている医療機関の数をまとめたもので、下のグラフは、全身麻酔手術を年間2,000件以上実施している医療機関の数をまとめたものとなっております。このようなデータを踏まえ、先ほどの人口規模に応じた急性期拠点機能の確保の目安が示されております。

22ページをお願いします。急性期拠点が担う役割については、手術等に限らず、災害拠点病院や臨床研修の実施等、幅広い役割を担うことも重要であることが示されております。

23ページをお願いします。構想区域の設定における国の考え方が示されております。大きく二つの観点があるとされ、下の図の①の医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論が適切に行い得る単位、②の必要病床数の運用が適切に行い得るような単位として設定する必要があることが示されております。

24ページをお願いします。構想区域と医療圏に関するまとめになります。

まず前提として、日本の医療はフリーアクセスであり、構想区域及び医療圏は患者の受診地域を制限するものではありません。構想区域及び医療圏の設定は、病床整備や会議体の設置区域に影響することから、病床の適切な配置や医療機関の役割に関する協議を適切に行い得る地域を設定することが重要とされております。

25ページをお願いします。本県における医療圏の現状をまとめております。

疾病・事業ごとの医療圏では通常の二次医療圏が統合され、より広域な範囲で設定されているものもあります。

26ページをお願いいたします。二次医療圏ごとの病院・有床診療所の数、医師及び看護職員数を掲載しております。

本県の特徴としては、熊本・上益城医療圏に多くの医療資源が集中しております。

27ページをお願いします。こちらは医療計画における医療圏の見直し基準を参考に記載しております。

資料中ほどの①～③のすべてに当てはまる場合、二次医療圏の設定について見直しを検討することとされております。直近のデータでは、この基準に該当する医療圏は資料下側に記載のとおり阿蘇を含む4圏域となっております。

28ページは、27ページの基準の該当状況を図示したものです。

29ページをお願いします。こちらには、構想区域の点検・見直しの進め方の案が記載されております。

本資料の18ページの部分でも触れましたが、国検討会では、「20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定」との考えが示されており、本県では、熊本・上益城以外の構想区域について特に点検が必要となる見込みです。

また、構想区域は患者の受診を規制するものではなく、病床の規制の区域及び地域医療構想調整会議の設置区域に関係するものです。

現行の地域医療構想策定時には、「熊本医療圏」と「上益城医療圏」を統合し「熊本・上益城構想区域」として、保健医療計画の改定に先行して区域の統合を行っております。

その際、専門委員会における検討のみならず、郡市医師会間での協議も実施されており、地域の意向を尊重して構想区域の統合が進められた経緯がございます。

これらを踏まえまして、本県では、現行の構想策定時同様、国のガイドラインが示され次第、県において構想区域のたたき台を作成の上、丁寧に地域の意見を聴きながら、点検・見直しを進めることとされております。

30ページには、参考として、現行の構想を策定する際にたたき台として県からお示した構想区域（案）を掲載しております。

以上、駆け足になりましたが、説明は以上になります。

（上村議長）

長時間にわたり、資料2の御説明ありがとうございました。

なかなか、これを一言でまとめるのは難しいですが、印象に残るのは、えらく急性期拠点病院の説明が長々とあったように感じます。

委員の皆様から、いかがでしょうか。非常に何て言うか、（説明の）時間的にも長い経過がありましたし、内容も幅広くて、いささか何を質問したらいいのかっていう、なかなか難しいところはありますが・・・

病床機能報告について、まず聞いてみたいと思いますけど、6ページの病床機能報告結果の補正案というのが、これも色々と参考にしながら何とか圧縮して、国の指すところに近づいたという結果がうかがえると思います。ある程度入院機能に関しては、現行の今までやってきた医療構想で、今の段階ではある程度目標を達成しているという見解でよろしいかどうか質問させていただきたいと思います。

いかがでしょうか。

（医療政策課 立花参事）

御質問ありがとうございます。医療政策課の立花でございます。

熊本県としましては、そもそも地域構想の本文の方に、病床数の必要量が削減目標ではないと書いておりましたので、目標かどうかというのはあるんですけども、ただ、結果として医療機関の皆様の自主的な取り組みが進んだ結果、この地域医療構想で当時見込んだ数量と、ある種のこういった補正を行うことで、結果としてはかなり近いところに行きついているのではないかとというのが、現状に対する県の認識でございます。

（上村議長）

ありがとうございます。最初から強調されていらっしゃったとおり、病床数ありきじゃないということですね。

何か委員の皆さん、御質問はございますか・・・新たな地域医療構想のガイドラインを国がどういうふうにご覧いただきながら考えておられるのか・・・今年度中にある程度策定されるのでしょうか。来年度からそのガイドラインに沿って、いろんな数字を各県で決めていくってということと理解してよろしいですか。

（医療政策課 神西課長）

医療政策課長の神西です。

資料2の7ページをちょっともう1回ご覧いただきよろしいでしょうか。下段左側の（2）の②のところに急性期関連で「医療機関機能報告」とあります。これは構想区域ごとに高齢者救急・地域急性期医療ですとか、急性期医療機関が在宅医療との

連携機能を持っているかとか、或いは、先ほども説明があった急性期拠点機能を持っているかとか、専門等機能とか、これらの報告を夏以降ぐらいに出していただくような形になってまいります。この報告で急性期医療機関の情報についても見える化しながら、そして、国が示してくる急性期拠点機能の目安の数字、それは目安なので、各圏域において急性期拠点機能、或いは高齢者救急機能を持つのかどうかとか、そういった検討を地域の実情に応じてやっていくという流れの中で、全体で考えていくということになると思っています。

現行の地域医療構想は1年ちょっとで策定しましたが、（新たな地域医療構想については）国の方は最長で3年ぐらい掛けて、令和8～10年ぐらいでしっかり議論をして医療提供体制全体の方向性をまず示すと。その後、令和11年度に第9次医療計画の検討がございますので、まず、この構想の方向性を示した上で、保健医療計画は実行計画になっていくと思いますので、第9次計画にこれを反映して、具体的な中身を11年に作る、大まかな流れはそのようになると思います。

先ほどのかかりつけ医だけでは、ちょっとよく分からないと言うか、「在宅やるよ」という話になると思うんですけども、そもそも急性期拠点機能と言いますか、急性期が実際どうなるのか、急性期で不足する部分をかかりつけ医の方でも担っていただくのか等、そういうのを全体で見えていくという、かかりつけ医機能報告が先に進んでいて二段構えのようになっていますが、そこをちょっと見ながら進めていくのかなと思っております。

詳細については、ガイドラインが示された段階で改めて具体的にお示しさせていただきますが、やはり急性期の方がカギになってきますし、その上で在宅医療をどうするのか、介護との連携をどうするのかっていう形になると思います。

以上でございます。

（上村議長）

ありがとうございます。

それこそ地域特性がありますから、急性期拠点病院っていうのにこだわって、そこありきで、また広域で考え直さなきゃいけないとかいうのは抜きにして、実際、私ももう随分前から在宅医療の話はしてる、かかりつけ医で、高齢者救急をどこでどうやってというのは、もう2040年問題なんていうのは、今真っ盛りでやっていますからね・・・県の皆様方は、よくお分かりだと思いますけどね。

何か委員の皆様からはございますか。

はい、甲斐先生。

（甲斐委員）

資料の30ページについてお尋ねします。

この地域医療構想の区域分けが、さっき神西課長が言われていたように、例えば、2～3年後、時間を掛けて、今の区域とはちょっと違うようになっていく、かもしれないということ。その時に、上村議長が言われたように、地域の特性とかも考えていただきたいのと、あと距離感とかですね。これは平面図は平面なんですけど、高さ（標高）とか、山越えとか、そういったのがあるので、それもやっぱり考えていただくといいかなあと思いました。

(医療政策課 神西課長)

もう、それは当然だと思っています。やはり、前回の医療構想策定時は病床数だけということで、病床というのは二次医療圏が前提と言いますか、そういった部分がございました。

ただ、その時は熊本と上益城が双方の医師会同士が話し合いをされた上で、合意のもとにこのような区域になりました。二次医療圏とはあまり変わりはないかと思いますが・・・

(甲斐委員)

熊本・上益城は水平移動ができるから良いんですけど、このC- (2) 案のように菊池圏域と阿蘇圏域がもし一緒になると、峠越えが必要になります。そういう部分も考慮していただくといいかなと思います。

(医療政策課 神西課長)

国は、新たな地域医療構想に関して、柔軟にと言いますか、広域に、或いは、在宅はより狭くとか言っていますので、裏を返せば、地域の実情をしっかりと踏まえて、時間をかけて議論してくださいというところがございますので、そこは地域特性が最も大事な部分、そもそも連携できなければ、もうそれは絵に描いた餅ですので、そこはしっかりと、全部見える化しながら皆で合意しながらやっていきたいと、私は思います。よろしく願いいたします。

(上村議長)

ありがとうございます。

(吉見委員挙手)

吉見先生、お願いします。

(吉見委員)

この先行した熊本医療圏と上益城医療圏の協議はスムーズに進んだのでしょうか。その過程の中で問題点などはあったのでしょうか。

(医療政策課 立花参事)

最終的には、上益城郡の医師会さんと熊本市の医師会さんだけで協議をしていただいています。県が入らないような形で、腹を割って医師会さん同士で話し合いをされています。県はその場に参加していないため、県に記録は残っていません。

他の医療圏は、再編や統合のような話は全くありませんでしたので、構想区域は早々と決まっていたんですけども、その結論(熊本・上益城構想区域への統合)が固まるのには、他の圏域と比べて相当の時間を要したというのは、実際あったようです。

ですので、地元の医師会さんでの議論というのが、少なくとも3回ぐらいは会議を重ねて、検討・議論されて、結果として、当時の熊本地震の影響もあって統合への道を進んだというふうには、私も前任者から聞いております。そこに行き着くまでには、相当な議論と御苦労があったのかなと思います。

以上でございます。

(吉見委員)

いろいろ問題点があったけど、県としては把握していないということですね。

(医療政策課 立花参事)

県としては、最終的に何が理由で統合に至ったのかは、実際のところ把握できていません。

(医療政策課 神西課長)

基本的には、やはり自主的な御判断というか、病床の部分とかも、基本的にはそういった御判断で、県の方から「こうしてください」とか「統合してください」とか、そういったことは、これまでもございませんでしたし、今後もやはり、この調整会議の場でしっかり議論するというのが基本スタンスだと思っています。

(吉見委員)

ありがとうございました。

(上村議長)

医療圏の見直しとかは、(地域の)文化的な部分も考慮する部分もあるかと思えます。この話は以前も話題になったところです。

とにかく、先ほど神西課長が言われたように最長3年ぐらいは掛けて進めることになるのですが、その間も人口減少だったり、若手の担い手が少なくなったり、医師会も10年で10施設の医療機関が消えましたからね。

ですので、あまり時間を掛けられないという側面もありますけど、ただ、拙速になってはいけないとも思います。

皆様方、いかがでしょうか。荒尾先生は、何かございますか。

(荒尾委員)

阿蘇温泉病院の荒尾です。

私は、ちょっと細かい話が個人的に気になっていまして、6ページに「最大使用病床数」という推計が出ていますけれども、その数値と許可病床数が一致する方向にあるのか、別々なのかというのは気になりました。以上です。

(上村議長)

ありがとうございました。必要病床数と基準病床数の整合性という話になるかと思えます。

(荒尾委員)

例えば、もう60床だったら60床に減らされたり、105床だったら105床に増えたりということがあったりするのかどうか、そういった動きというか・・・そういう話にはまだ至っていないのでしょうか。

(医療政策課 立花参事)

医療政策課の立花です。

まず、最大使用病床数につきましては、もう御説明したとおりではあるんですけども、例えば、許可病床数100床の病院が、365日1年間を通して、一番患者さんが入院された日が90床でしたということであれば、最大使用病床数は90床というような形になりまして、1年間で最も多く患者さんが入院されていた日の稼働していた病床数といった考え方になっています。

一方で、当然許可病床数というのは患者さんを入院させることができる最大値となりますので、若干の乖離というのは当然あると思います。

ただ、皆様がお詳しいと思うんですけども、1年を通してずっと満床というのは、当然ないかと思っておりますので、ある程度実態を見るという意味では、この最大使用病床数というのが一番、医療機関における今の現実的な病床の使用状況の実態というのを反映できているのかなということで、今回こういった補正の観点から最大使用病床数を採用させていただいております。

(荒尾委員)

わかりました。ありがとうございました。

(内田委員挙手)

(上村議長)

内田先生、お願いします。

(内田委員)

大阿蘇病院の内田です。

病床数の方の数字の説明はよく分かりましたが、介護との関連ってというのが、あんまり見えてこないと思っています。県の方で介護施設の増減といいますか、増えたり減ったりとか、そういったことも把握されていらっしゃるのでしょうか。

(医療政策課 神西課長)

介護の状況に関しては、市町村の方が把握している部分がございますので、この協議に関しては市町村にも今後参加していただきたいと考えております。市町村と連携しながら、実態に即した形で取り組んでいきたいと思っています。

(内田委員)

実際のところ、やはり病院だけで動いているわけではなく、病院から介護施設に流れるし、介護施設から病院に流れてきます。結果的には、双方の動きみたいなものを、リンクさせていく必要性があるのではないかと思います。

(医療政策課 神西課長)

ありがとうございます。おっしゃるとおりでございます。今後2040年に向けては、団塊の世代が85歳以上になりまして、85歳以上の人口が今後15年で40%増えると国は見込んでいます。40%増える中で、生産年齢人口は15年で15%減ることなので、働き手が減りながら、高齢者が4割増えるということに

なります。

そういった点から要介護認定を受けた高齢者の方の増加が見込まれますので、医療だけでなく介護ニーズも踏まえながら介護施設と連携してやっていかなければならないと思います。その点はしっかりと問題意識をもって取り組んで参りますので、引き続き、よろしく願いいたします。

(上村議長)

要は、介護は足元で、医療は結構大きくなってますよね、阿蘇地域は。どこでもそうかもしれませんが・・・そうすると、関係する関係者が物凄く多くなって、資料にも記載があったように、会議の運営が非常に難しくなります。「無理なんじゃないか」というような、全国でそういう声があったというふうに聞いていますので、難しいところですね。

だから、本当に県の皆様は、どういうふうなやり方で・・・頭に書いていらっしゃるのかな、なんて思いながら・・・

(医療政策課 神西課長)

先生がおっしゃるとおりなんですけれども、やはり、まず地域の課題っていうのをちょっと絞り込むという優先順位をつけて・・・そこから始めていながら、さらに「こういう課題もあるよね」という感じになっていくかと思いますので、来年度は、まずはその課題出しを地域で始めようかと考えております。

(上村議長)

そこは、もうおっしゃるとおりです。課題をとにかく出さないと、手段の目的化になってしまいます。ですから、とにかく課題を皆様方に出していただいて、「これをどうにか解決したいな」とか、そういう課題を実際、会議で挙げていただきながら、それについて議論するという形が一番いいんじゃないかと思います。かかりつけ医機能報告から医療圏まで、本当に幅広い話になってきますので。

ありがとうございました。

ちょっと時間も押しておりますので、次に報告の2「地域の実情を踏まえたデータ分析について」事務局から説明をお願いします。

報告

2 地域の実情を踏まえたデータ分析について
(熊本県における医療従事者の分析)

資料3

(久留米大学 桑木助教)

皆様、お久しぶりでございます。久留米大学の桑木です。

私の方からは資料3を用いて御説明します。

先ほども議論になりましたけれども、2025年を目標としていた地域医療層構想から、次は2040年に向けた地域医療構想を皆で策定していこうということが、昨

年度ぐらいから議題になっておりましたが、それに先立って昨年度から、地元の人口とか医療従事者がどうなっているかといった色々なデータを見直そうということで、いただいた意見をもとに、データを作って参りました。

2025年7月～8月に各地域の医療構想調整会議に伺って、頂いた意見として、医師数とかは、働く場所のデータ等は前回出していたんですが、診療科別の医師数を知りたいということと、看護職員に関しましては、前はどこで働いているかという総数は出していたんですけども、年齢階級別の数及び働く職場別の数を知りたいという意見が多かったため、それを計算して参りました。

本来であれば、2024年のデータも含めて作成したかったんですが、私がこの資料を作り始めたのが昨年12月初めで、2024年のデータがその時点では公表されていなくて、昨年末の12月23日ぐらいに公表されましたので、今回は間に合いませんでした。このため、どこかのタイミングで、本日の資料を最新のデータを反映させたものへ変更・修正して、ホームページ等に載せるなど対応させていただきますので、御容赦ください。

それでは、おめくりいただいて、4枚目のスライドをご覧ください。今回は、まず医師数の説明をしており、本スライド以降になります。医師・歯科医師・薬剤師統計に「あなたは何の診療科で働いていますか」という複数選択するか、一つだけ選択するという問があるんですけども、これは委員の皆様も御回答されているかと思いますが、今回は複数診療科で集計しております。

主な集計の範囲が、専門医機構の今の基本の19領域に準じた、基礎的・基本的な診療科となっています。そのため、内科であれば、消化器内科とか循環器内科という比較の実数が多い集団から、感染症内科とか血液内科といった、実数の少ない内科も含まれております。

個別診療科につきましては、データとしまして8枚目のスライド以降に数字と百分率の推移を示したものを掲載しており、本資料の巻末には参考資料としまして、同様に各診療科についての細かな数字を掲載しております。なお、集計は熊本市と熊本市以外で集計をしたものとなっております。

下（スライド5）の折れ線グラフを見ていただきたいんですけど、まず、熊本県全県で2012年から10年間でどれぐらいの比率で、診療関連指数が推移したかを示しております。黒の実線が医師の総数になりまして、約7%ぐらい増えていることとなります。グラフの色分けが、赤系が増えている診療科であり、実数も増えていますし割合としても増えている診療科です。一方で、青系の診療科が減少している診療科になります。そして、その中間にあたる診療科は緑で色分けしております。

赤系の診療科は、耳鼻科であったり眼科であったり、そういった診療科が比率としては増えています。一方で、リハビリテーション科や外科といった診療科は減っているのが、熊本県全県での動きになります。

おめくりいただいて、6枚目のスライドが熊本市、7枚目が熊本市外となっております。

熊本市については、熊本県全県の動きと少し似ています。

熊本市外、阿蘇医療圏だけでなく他の圏域も含まれていますけれども、リハビリテーション科などに加えて、麻酔科ですとか産婦人科といった診療科が減っているという傾向にございました。

これで何か、「そうだよね」という話だったりとか、今後どうしていったらいい

かなというのは、地域によって話が異なってきますので、皆様の御知恵を拝借したいと思っています。

医師に関しましては各データを出すんですけれども、それよりも、皆様からは「看護職員が集まらない」といった意見が多くあったかと思っておりますので、今回、看護職員に関してもっと御意見をいただきたいなと思って資料を作りました。

16枚目以降のスライドをご覧ください。16枚目のスライドは熊本県全県の看護職員がどこで働いているかというのを示しています。上（スライド16）が百分率、下（スライド17）が実数となっていて、年齢を10歳刻み表したものとなっています。

病院とか診療所、いわゆる医療施設は若いスタッフが多くて、介護施設とか社会福祉施設、いわゆる介護系施設は、若い人よりもちょっと上の世代の職員が多く働いていることが、うかがい知れます。

この地域はどうかっていうのが18枚目のスライドになり、阿蘇医療圏では、医療施設は若い職員が比較的多くて、介護系施設はそれよりもちょっと経験を積んだ職員が多いんじゃないかなというふうに見てとれます。

これは令和4年のスナップショットになりますので、この10年ぐらいでどれぐらい推移したかというのが、その次からのスライドになりまして、熊本県全県の動きと阿蘇医療圏の動きを並べて表示しています。今回は、病院と診療所と訪問看護ステーションと介護保険施設等のデータをお持ちしております。

22枚目のスライドが熊本県全県での病院、24枚目が阿蘇医療圏の病院で働く看護職員の2014年から2022年までの年齢階級別の推移になります。

全県の動きとしましては、2014年と2022年を比べますと、特徴的な動きとして、まず、65歳以上の看護職員で働いている方が182人から684人と著明に増えています。一方で、35歳未満の看護職員が7,077人から6,588人へと5%弱減少しているというのが見てとれます。そして、この阿蘇医療圏がどうだったかっていうと、やはり65歳以上の方はすごく増えています。一方で、35歳未満に関しましては、全県の動きと若干異なりまして、横ばいであるというのが見てとれます。

診療所についても同じような傾向で、全県では、65歳以上で働いている職員が増えて、35歳未満は減っています。この阿蘇医療圏も同様の動きで、65歳以上は6人から15人、35歳未満は15人から3人となっています。

訪問看護ステーションは、割と医療圏によって動きがバラバラであり、全県の動きとしては、医療施設のように65歳以上の人も増えていますが、特徴的な動きとしては、35歳未満の若い看護職員も増えている状況です。いくつかの医療圏も同様の動きをしているところもありますが、阿蘇医療圏は評価が難しいところで、65歳以上・35歳未満がそもそも0人のため評価ができません。

介護保険施設等で働く看護職員については、全県と同じような動きをしています。65歳以上の看護職員が増えて、35歳未満が減っている状況です。

先ほども御意見がありましたが、介護施設が増えたり減ったりとか、あとは訪問看護ステーションが、例えば病院が訪問介護ステーションを設置したりするという動きで、人事異動で若い職員がそっちに配属されたりとか、あとはチェーンの訪問看護ステーション入ってきたりとか、それらに関してはこのデータからは読めませんので、「阿蘇ではこういった動きがあったよね」と御意見等を伺えればと思っております。

来年度以降もこういったデータを持ってきて、議論したいと思いますので、御意見いただければ助かります。以上です。

(上村議長)

桑木先生、お忙しい中にありがとうございました。皆さん参考になるとと思います。

医師に関しては、確かに大体こんな傾向かなと思います。皆様方も、「直美」(ちよくび：初期研修を終えた後、病院での臨床経験を踏まず直接美容医療の道へ進むこと)と、流行り言葉みたいな、「直美」の医師が200人ほどいるということで、大学病院2個分の医師に当たります。それで、ある団体の雑誌では「昇格入れ替えが少ない」と謳われていたとの話も聞いたことがあります。

看護職員に関しては、確かに私どもも非常にやはり苦勞しておりまして、お示しいただいたデータもなかなかですね・・・最近では、「プラチナナース」(定年退職前後の看護職員)というワードも出てきておりますが・・・山部委員から何かございますか。

(山部委員)

看護協会の山部です。桑木先生が出されたデータについては、そのまま理事会の中でもお話がっているような内容でして、阿蘇圏域もやはり65歳以上の就業者が増えている実感が私としてもあります。若い方は減って、入職が減ってきている状況なので、このデータが示すとおりだなと思っています。以上です。

(上村議長)

私も個人的に病院団体として、本県の「くまもっと活躍ナース」の会合に出席したときに、愛知での先行事例をもとに「くまもとスポットナース支援事業」という非常に興味深い取り組みをされていると伺いました。ちょっと御紹介いただけますか。

(山部委員)

詳しい事は、私もあまり存じ上げないのですが、短時間のスポットで、例えば夕方16時から20時までを補完するような形で、それは手挙げ式でダブルワークみたいな形で就業ができるというような仕組みとのことで、まさに阿蘇立野病院さんで介護職の方が「タイミー」で来ていただいているように、看護師でも同じような仕組みができるのではないかとのことになっています。

(上村議長)

聞いたところによると、看護協会が来年度から、まずは熊本市で取り組みを行うと伺っています。この取り組みは、非常に何か期待できるんじゃないかなと、個人的には思っていて、何もないよりは全然いいと思います。

(山部委員)

短時間でも就労していただけるということで、私ども阿蘇地域にも欲しいなと思っています。

(上村議長)

早く阿蘇の方でもやっていただきたいなと思います。ありがとうございました。

介護施設の看護職員が、ものすごく、うちも施設をやっていますけど、本当に足りないんですよね。

その点は、藤本委員はいかがでしょうか。

(藤本委員)

あそ上寿園の藤本と申します。県の老人福祉施設協議会を代表して出席しておりますが、あそ上寿園は元々配置が少ないので、看護職員はたまたま足りていますが、確かに若くはありません。また、他の施設の話を見ると、やはり皆さん「足りない」とおっしゃいますし、特に特別養護老人ホームは足りていないというふうによく聞いております。

(上村議長)

介護職の方も足りませんよね。

(藤本委員)

そうですね。私の施設は、たまたま配置が少ないので、足りてはいるんですけども、他の施設の方はやはり「足りない」とおっしゃっています。ただ、うちの施設もいつ少なくなるか分かりませんので、そうなった時はやはり大変かとは思いますが。

(上村議長)

ありがとうございました。

看護職員に関して、私も医師会で訪問看護ステーションをやっておりますけれども、訪問看護ステーションの看護職員の離職率が、その他の施設の看護職員の離職率と比べて、ダントツに高いという事実を昨年知って、大変驚きました。本当に訪問看護ステーションに若い人はいませんでした。

だから、ベテランの方を何とか引き留めながら・・・在宅には訪問看護がないと、なかなか診療だけでは太刀打ちできないですね。そこら辺の話になるとまたちょっと違う次元の話になってくるかと思ひまして、なかなか一堂に会して議論するのは、難しいかもしれません・・・

いかがでしょうか、看護職員は、どこも足りないというところで、先ほど看護協会の取り組みの話もありましたけれども、マッチング事業とかをやっても、何と云うか「どうしたらいいのか」と頭を悩ませている方も少なくありません。それが現況なんですよ。職員を確保しないとやっていけないんですよ、「人が城」ですからね。

それでなかなか、実情に合ったことを話しなさいというと、まずは職員の確保ということになって、後ほど介護医療院のお話もありますが、それでもやはり職員さんが必要になりますからね・・・

吉見先生は、確かデータ分析について、御要望を出されたような気がしますけれども、何かございますか。

(吉見委員)

今日は特に要望はないんですけども・・・1つ、訪問看護ステーションで働く35歳未満の看護職員が増えていることは、すごいなと思いましたが、それは単に就職された方が増えたのではなく、配置転換等の影響もあるとの理解でよろしかったでしょう

か。

(久留米大学 桑木助教)

その点を詳細には分析していませんが、熊本・上益城等他の医療圏の状況でいくと、おそらくチェーン企業が入っているんじゃないかなというのと、あとは、やはりこの10年ぐらいで病院が運営する訪問看護ステーションが増えているというのが背景にあるかと思います。

(吉見委員)

訪問看護ステーションに関しては、長い間、在宅、在宅と言っているけれども、結局そんなに増えてないということで、先週ぐらいだったでしょうか、第3の道というか、「がん患者さん達が住めるアパート作ります」という案内が大学院の先生からだったか届きまして、第3の道を提示されていたから、そういうふうなのがあるんだな・・・そういうのが、今後どうなのなか・・・と思ったところです。

(上村議長)

そういう話も地域医療構想で出てくるんじゃないですか。

(吉見委員)

今度、そういった取り組みの勉強会をしますとの案内が届きました。

(上村議長)

ありがとうございます。他に委員の皆様から、いかがでしょうか。

(甲斐委員 挙手)

はい、甲斐先生。

(甲斐委員)

阿蘇医療センターの甲斐です。私の方からは2つお願いがありまして、1つは今回医療従事者の分析をしていただいて、医師それから看護職員についてでしたが、この地域を支えるにあたっては、今日佐藤会長も来られていますけど、歯科医師も減っていて後継者問題も出ています。それと、薬剤師の先生も地域の働き手が少なく、特に病院薬剤師がどんどん減ってきており、病院薬剤師の確保にどこも苦労されているので、そういったことも分析していただくといいかなと思います。

二つ目が、つい最近、私も知ったデータなんですけど、熊本県の医師の就業に関して、研修医が大体毎年100人近くは熊本に残ってくれているんですけど、実は35歳未満の医師が全国平均からすると半分ぐらいで、この間見たデータは、ワースト3位とのことでした。つまり、35歳未満の医師がいないということは、10年後には45歳で、いわゆる病院の中堅どころとなりますが、それが居ないという事態になります。20年後には、今度は病院長とかになっていくと思うんですけど、病院長の先生が居なくなるので、年齢別の医師数の割合と言いますか、その傾向とかも御調べていただいて、教えていただくといいかなと思います。

(上村議長)

よろしく申し上げます。

佐藤先生からも何かございませんか。

(佐藤委員)

お世話になっております、歯科医師会の佐藤です。

今、甲斐先生からも御発言があったんですけども、歯科医師会も高年齢化が進んでおりまして、阿蘇郡市歯科医師会の平均年齢が63歳になっております。私が62歳なので、私ですら平均年齢を下げている状況でございます。

看護職員の不足の話もございましたが、我々で言えば、歯科医師の不足というのもございます、なかなか立ち行かない状況ではあります。

今後は、在宅の歯科医療というものも重要になって参りますので、やはりスタッフの確保というものは、我々としても喫緊の課題として捉えている現状でございます。

(上村議長)

ありがとうございました。

薬剤師会から玉飼先生に本日出席いただいておりますが、甲斐先生から病院薬剤師が特に少なくなっているとのお話がありましたが、いかがでしょうか。

(薬剤師会阿蘇支部 玉飼副支部長)

薬剤師会の玉飼です。

薬剤師の確保については、私が勤務している病院でも非常に苦勞しております。

阿蘇圏域におきましては、今月新しい薬局が1件開設されますが、1人薬剤師の薬局です。1人薬剤師の場合、薬剤の供給拠点としての役割は果たすとしても、この地域に求められる在宅などへのサービスに関しては、マンパワー的に寄与できるかどうか…ということを考えます。

また、先日、産山村の住民の方を対象にとらせていただきアンケートでは、同村には薬局がございませんので、薬局開設に対する御希望もあります。このような状況を踏まえ、圏域で調査をしながら対策を考えているところです。

(上村議長)

ありがとうございました。

(内田委員 挙手)

内田先生、お願いします。

(内田委員)

桑木先生、細かいデータ分析ありがとうございました。

ちょっとお聞きしたいのが、阿蘇圏域で働く看護職員数の合計数を2014年と2022年で比較すると、2014年次点で阿蘇圏域の病院等で働いている合計数は752名でしたが、2022年だと合計数が約790名で増えています。内訳をみると、病院で働く看護職員数はマイナス16名、診療所はマイナス46名、訪問看護ステーションはプラス3名で、介護保険施設等はプラス98名となっています。でも、介護施設はどこも看護職員が足りていないというのが、阿蘇圏域の現状です。

それを踏まえると、私たちが把握していない、看護職員が介護保険施設等に流れているということが、私たちは知らないところで起きているということなのかな、と考えになるかと思うのですが・・・

(上村議長)

プラス98名ですか・・・実感として、思い当たる節はないですが・・・
介護施設自体が、増えているのですか？

(内田委員)

そういう考えに至りますよね・・・小規模なところは、いくつか新設されているかとは思いますが・・・

(上村議長)

ちょっとそれは、私ども医師会等々でも、実情を調べながらというか・・・

(久留米大学 桑木助教)

おそらく、介護療養型医療施設が介護医療院に転換した施設で働いている看護職員は、「介護保険施設等」にチェックして回答することになりますので、その影響があるかもしれません。一方で、介護医療院の併設の診療所で働いている場合は、「診療所」にチェックをして回答することになりますので、制度的にはその辺が影響しているのかなと思います。

(上村議長)

でも、介護医療院は内田先生のところ（大阿蘇病院）だけですよね・・・

(内田委員)

うちの看護職員だとしても、そこまで増加に影響はしないかと思いますが・・・

(上村議長)

分かりました、ありがとうございます。
その他、何か御質問、御意見はございますか。
(委員からの発言なし)

今のお話は、データ分析のお話でしたが、次の議題に進めたいと思います。

続いて、報告の3の「重点支援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」を事務局から説明をお願いします。

報告

3 重点支援区域（阿蘇構想区域）における阿蘇医療センター 資料4
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

(医療政策課 立花参事)

改めまして、医療政策課の立花でございます。

重点支援区域につきましては、2年ほど前にこの阿蘇地域は選定されておりますけれども、それ以降、特に今年度は集中的に両公立病院さんの今後の役割等について、県医療政策課及び阿蘇保健所等も入りながら、協議を重ねさせていただきましたので、その結果を本日この場をお借りして御報告させていただきたいと思っております。

資料4に沿って御説明させていただきます。おめくりいただきまして、2ページをお願いいたします。こちらは先生の中にも御覧になられた方が、結構いらっしゃるかと思うんですけども、そもそもこの重点支援区域になるまでの経緯の部分を資料の前半で御説明させていただきます。2ページは令和元年12月に開催されました、阿蘇地域の医療提供体制に関する意見交換会の資料でございます。もともとは令和元年度に厚生労働省の方が、全国の公立・公的病院の幾つかを名指しのような形で選定して、その役割について再検証してほしいというような要請があったことに端を発しております。

この圏域では小国公立病院さんが、その要請の対象になりまして、今後の役割の検討に着手したのが令和2年11月ということでございます。それで、当時、令和4年度（2022年度）の阿蘇地域医療構想調整会議で報告して、方向性の合意を得るということで議論の方があっておりました。

それ以降の動きについて、3ページ目をお願いいたします。こちらは、令和4年度の第2回意見交換会で提示された資料として、令和2年度以降、関係首长さんも交えながら、県それから両病院の院長先生方と協議を重ねていきまして、一番下のところにあるように、令和4年度末の3月16日に開催された阿蘇地域医療構想調整会議において重点支援区域に申請をして、国の支援を受けながら再編を進めていくというような方向性が合意されております。

そのことに関しては、次の4ページに記載しております。こちらは令和4年度最後の阿蘇地域医療構想調整会議で合意された際の資料になりますけれども、この真ん中の枠で囲っているような役割を、阿蘇医療センターさんにつきましては、「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」、それから小国公立病院さんは、「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」として再編を進めていくというような方向性について、合意をいただいております。

また、一番下の○の記述の最後のところに赤字で書いておりますけれども、その再編を進めるために重点支援区域に申請するというような方針が、合意されております。

5ページをお願いいたします。こちらは国の資料になりますけれども、そもそも重点支援区域というのがどういった枠組みなのかということと解説した資料です。どういったメリットがあるのかという点については、中ほどの「3 支援内容」に書かれているように、まず、技術的支援ということで、対象となった病院さんの地域全体を含めた入院需要の推計や、そういったことを参考に厚労省から技術的支援をいただけるとか、或いは、財政的支援として地域医療介護総合確保基金の優先配分をいただける等、そういったメリットがあるということで、国の支援もいただきながら、これまで再編に関する議論を進めさせていただいております。

6ページをお願いいたします。重点支援区域には令和5年9月8日に選定されまして、それ以降、国のデータ分析等もいただきながら協議を進めているところなんですけれども、今年度につきましては、令和7年度に記載しているとおり、9月8日以降

に3回ほど県と保健所、それから両公立病院の院長先生方との間で意見交換会をさせていただきました。

その意見交換会を通して、両公立病院の今後の役割の方向性について、まだ大枠になるかと思うんですけれども、ある程度、認識の共有が関係者間で図られてきた部分がございますので、次のページ以降で、本日、この地域の皆様にも御報告させていただきまして、両公立病院が担う役割というのが地域にとっても非常に大きな部分があると思っておりますので、この点について、地域の皆様の御意見も伺えればと思っております。

7ページをお願いいたします。こちら7ページ目は、医療計画の5疾病6事業についての役割分担をまとめたものとなっております。

一番上の「がん」のところにありますけれども、阿蘇医療センターにつきましては、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・ケアを行うとされております。小国公立病院につきましては、治療を阿蘇医療センターの方に集約化し、安定期のフォローや終末期のケアを引き続き担っていくというような方向性を共有させていただいております。その他、「脳卒中」につきましては、JUST-7スコアというもので搬送先等を選別されながら、阿蘇医療センターにつきましては、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するということで、阿蘇圏域全体の脳疾患治療を引き続き担うとされております。小国公立病院さんにつきましては、専門的知識が必要な脳卒中治療は阿蘇医療センターに集約化して、回復期以後は連携しまして、リハビリテーション、在宅支援体制、慢性期のケアや介護支援を行うといったことを、今回整理されているところがございます。心血管疾患につきましても同じような傾向でして、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まして、阿蘇圏域全体の心疾患の治療を阿蘇医療センターさんは担っていただくと。一方、小国公立病院さんにつきましては、急性心筋梗塞の治療やペースメーカー植え込みについては阿蘇医療センターさんに集約されるということとして、全世代の循環器疾患の外来管理ですとか、高齢者の心不全治療については、引き続き担っていく、というような方向性になっております。また、糖尿病等のこともそれぞれ書いていただいて、こちらに記載のとおりでして、救急、在宅、特に救急につきましては、阿蘇医療センターさんは阿蘇圏域全体の一次・二次救急を担うということなんですけれども、小国公立病院さんにつきましては、これまでと同様だと思うんですけれども、引き続き、小国郷地域を中心に、一次・二次救急を担っていただくということになっております。

次の8ページをお願いいたします。こちらも現在検討中の方向性になりますけれども、病床機能、手術機能につきましては、今回、まとめたものでございます。阿蘇医療センターさんにつきましては、阿蘇圏域の急性期・・・回復期のところは（包括期）と書いておりますけれども、来年度から策定することになる新たな地域医療構想では、回復期が包括期となり対象が少し広がりますので、そういったところを見据えながら急性期・包括期を担うということで、今回提示されております。現在は、全て急性期なんですけれども、今後、一部を地域包括ケア病床で運用することを現在検討なさっているということがございます。小国公立病院さんにつきましては、こちら今年度1回目の地域医療構想調整会議でも皆様の方に、病院さんから御報告があったかと思うんですけれども。建て替えの方も検討される中で、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ということで、現在、回復期を確か68床を持たれているかと思うんですけども、病床の方を、包括期60床程度に、今後、こういった形で再編をするということを現時点で整理いただいているような状況でございます。中段の回復（包括）期機能につきましては、今申し上げた点も関係しているような状況です。

手術機能につきましては、こちらまず小国公立病院さんの方見ていただきますと、外科的手術を基本的に阿蘇医療センターさんに集約化されて、局所麻酔で行う創傷処置等の手術については、引き続き担っていただくということになっております。阿蘇医療センターさんにつきましては、資料に記載のある手術を担っていただくということとなっております。

9ページをお願いいたします。まず、プライマリーケアの部分でございます。阿蘇医療センターさんにつきましては、総合診療体制に構築されているということで、阿蘇圏域全体のプライマリーケアを担っていただくということと、小国公立病院さんについては、民間開業クリニックの減少を補うために、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ような方針を示されております。それから、医療DX等の推進につきまして、阿蘇医療センターさんについては、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というので、オンライン診療の実施等を、今後考えていくというようなことでございます。小国公立病院さんにつきましては、こちら、先日の1回目阿蘇地域医療構想調整でも取り組みのご紹介あったかと思うんですけども、遠隔診療の運用を継続提供しながら、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・設置を行い、そういったシステムの構築を今後進めていくというような方向性を記載いただいております。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システムを構築していくということも記載いただいております。医療従事者の確保については、先ほどの報告の方でも、なかなか看護師等の確保も含めて難しいというような話ございましたが、両病院さんとも、こちらに記載の取り組みを積極的に検討していただいております。今後も続けていただきながら、スタッフの確保に努めていただくことを記載いただいております。以上の3ページが、今後の役割の方向性について、現時点で両病院さんと県、保健所との間で、認識の共有を図らせていただいた内容として、本日は皆様にもこれを共有させていただきまして、ぜひ、地域の皆様からも御意見等をいただきたいと思いますと考えております。

10ページをお願いいたします。こちらは、今回の意見交換会を実施する中で、結論に至るまで時間がかかる部分があったので、その点を中長期的な検討課題と整理させていただいたものでございます。例えば、診療科の再編や医師派遣の集約化等、そういった部分については、大学病院からの派遣について医局との調整等も必要になってくる部分も多々ございますので、中長期的な検討課題として、今後、継続的に検討していきたいと考えております。以上が、今年度の検討・整理の結果でございます。

11ページ目以降は、本日の議論の参考としていただくために、私の方から国の動向等、それから県の全体のデータ等を少しご紹介させていただければと思います。

11ページからお願いいたします。こちらは、もう皆さんもご存じだと思うんですけども、新たな地域医療構想については、これまで「回復期」としておりましたところが「包括期」ということで名前が変わりまして、高齢者救急のようなところも含め

て、この包括期の中に入ってくるというようなことが示されている状況でございます。

12ページをお願いいたします。この高齢者救急につきまして、こちらは国の検討会の資料になりますけれども、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ような特徴があるといったデータも示されております。この資料の右下に表があるかと思うんですけれども、各年代における入院中の手術・処置がある患者の割合ということで、年齢層が高くなると、一番右側の入院中手術又は1,000点以上の処置有の割合も低下していくような傾向が示されておるところでございます。

13ページをお願いいたします。そういったデータを踏まえまして、今後、2040年に向けた新たな地域医療構想の策定において、この必要病床数というものを、これまで同様、2040年に向けても推計することにはなるんですけれども、赤線を引いているところにあるように、今後の2040年に向けた必要病床数算定にあたりまして、75歳以上の患者につきましては、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という整理をされておりました。75歳以上の患者のうち、データとしては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、そういった治療を行わないものの引き続き急性期医療として実施される患者が存在することを鑑みまして、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者の5割を引き続き急性期の需要として見込み、残り5割の患者を包括期として見込むということで、今後は、やはり包括期というところが重要になってくるだろうという考え方が示されている状況でございます。続きまして、14ページにつきましては、先ほどの新たな地域医療構想の策定に関する説明の中にもございましたが、急性期拠点機能というのが、新たな地域医療構想を語るうえで、もう1つのポイントになっておりました。こちらは、各圏域で急性期拠点機能を担う病院を遅くとも2028年までに決定していくために議論を進めていくということで、資料下部の矢印の「2028年頃」の部分に太字で下線が引かれているところですが、遅くとも2028年までに急性期拠点機能を報告するよう決定するということが、国の方向性として示されているということで、来年度以降にかけて、こういった議論も必要になってくるというような状況でございます。

次の15ページになります。先ほど急性期拠点機能のお話をさせていただきましたが、先行して診療報酬の方が、少し今回の改訂で、こういった地域医療構想の動きと連動するような、入院料等が創設されておりました。こちらの上の表に書かれておりますとおり、急性期病院一般入院基本料の中に、急性期病院A一般入院料と急性期病院B一般入院料というのが創設されることとなります。そして、急性期A、急性期Bともに、救急車の受け入れ台数ですとか、年間の全身麻酔手術件数などの実績が要件となるようでして、急性期Aにつきましては、年間2,000件以上救急車を受け入れているですとか、急性期Bでも年間1,000件以上といった、救急車や救急ヘリ受け入れ実績の影響を受ける入院料の新設というのが予定されている状況でございます。

次の16ページをお願いいたします。こちらは、今後の議論の参考にしていただきたいということで、簡単に令和6年の病床機能報告をベースに現時点の阿蘇医療圏の病院さんの状況を簡単にまとめさせていただいております。

右上に四角で囲んで文章を書いておりますが、皆さん御承知のとおり、阿蘇圏域は病院の多くが阿蘇市内に所在しております、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ただいている状況かと思えます。他方、阿蘇医療センターと小国公立病院につきましては、自動車で20分以内のエリアに重複はなく、当然一定の距離はあるというような状況です。区域全体では、令和6年の病床機能報告では回復期病床が不足しておりますが、表の右側に病床稼働率に記載があるとおり、回復期につきましても圏域全体で69%というようなデータがございまして、構想区域全体における医療機関の役割の明確化を今後進めていく必要があるのではないかと、先ほどの医療機関機能報告というの也有りますが、今後はそのような議論も必要ではないかと考えております。

続いて、17ページをご覧ください。こちらは、先日1月9日に開催した第11回熊本県地域医療構想調整会議で県全体の人口推計について示させていただきました。2025年から2040年にかけては、本県は総人口、生産年齢人口、高齢人口のいずれも減少が続くというような状況でございます。また、そのような人口減少が続く中でも、当然、高齢化率はどんどん上昇していきまして、2040年には県全体で約35%に達するということが見込まれております。特に、85歳以上の超高齢者の人口の割合は、2040年にかけて約1.4倍に急増するというようなことが見込まれている状況でございます。

最後の18ページにつきましては、この阿蘇医療圏ではどうかというところで、同じように作成したものです。こちらは、先日の意見交換会でも共有させていただきましたので、参考までに提供させていただきます。2025年から2040年にかけては、総人口、生産年齢人口、高齢人口いずれも減少するというのは、県全体の傾向と変わりありませんが、県全体の傾向とは異なる阿蘇医療圏の特徴としまして、2040年には高齢人口よりも生産年齢人口が少なくなるというようなことが見込まれております。こちらグラフで申しますと、折れ線グラフの上2つになりますけれども、2035年から2040年にかけて位置が逆転するというような、そういった国の推計が出ております。

このため、やはり、もうすでに非常に御苦労されていることとは思いますが、こういった担い手不足というのは、今後さらに加速化してしまう恐れがあるということも、データとして出てしまっているような状況でございます。こういったデータ等を参考にしながら、両病院さんの再編も含めて皆様から御意見を伺いたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(上村議長)

御説明ありがとうございました。

この重点支援区域に関しては、令和4年度の3月16日に話題になって、そういう経緯がございました。具体的に、5疾病6事業に関するいろいろな比較とか、病床機能やプライマリーケア、遠隔診療等々を比較して、今後の中長期的な検討課題を10ページに整理されています。

委員の皆様からは、御質問・御意見等はございませんか。

今日は両病院の院長先生がお二人ともお出でですので、御質問があれば、先生方にもお答えいただければと思っておりますが、ちょっと私の方から質問がありまして、コンサルタントが入ってどうのこうのっていうのが、あったかと思うのですが、

何かそこら辺で具体的な解決法とか実践的なアドバイス等、そういうのが実際あったのかどうかというのを、両院長にお聞きしたいと思います。

堀江先生からよろしいでしょうか。

(堀江委員)

こんばんは、小国公立病院の堀江です。

コンサル等に入っていて、現在、経営状況とか、患者の推移とかを見ていただいて、あと病院の状態とかも、当院は数年前に手術することをやめたんですけど、そういう選択肢もいい判断だと思われるとの意見をいただいております。今後に向けては、維持していくためには、なかなか病院の老朽化もあって、早めの改築等がいいのではないかとアドバイスはありました。

(上村議長)

ありがとうございます。甲斐先生からは何かございませんか。

(甲斐委員)

阿蘇医療センターの甲斐です。

うちはコンサル等は入れませんでした。他の事業を使っています。今、県の方から説明がありましたように、この2つの医療機関で今後この阿蘇医療圏をどういうふう担っていくかということ、何でもかんでも、今話をしていきますので、それぞれの役割を維持しながらやっていこうと思うんですけど、ただ、例えばこっち（阿蘇医療センター）の方にある程度いろんな疾患を集約していただくときに、それが今後も持続可能というか、維持可能な状況になる一番の要素は、医師の確保と考えます。

当院が12年前にオープンした時は、医師は4人しかいませんでしたので、5事業6疾病も、もうほとんど感染以外は増えていなかったもので、今常勤医が17人になって、5事業6疾病のほとんど全部取れている一番の理由は、17人の医師が確保できているからかなと思っています。

年度明けも一応、プラスマイナスゼロで17人のまま維持できる見込みです。それに関しては、県の方からネットワーク寄附講座とか地域枠の先生をかなり支援していただいているので、それが一番の理由なので、今後も、県の方からご支援をよろしくお願いいたします。

それに加えて、大学病院の方からネットワーク寄附講座を介して医師派遣をするときに、従来の、個別に医療機関と医局との話し合いで医師派遣を決めるやり方だと、やはり、なかなかマッチングは上手くいかないもので、今後は圏域で話し合って、その圏域にある疾病を診る専門医がいなければ、そこに行かせるような仕組みを作りたいって言われているので、そういうのも含めて、診療科の個別のことについても話し合いをして決めていこうかなと考えています。

皆様方の御協力をどうぞよろしくお願いいたします。

(上村議長)

合併等々が全国で進んでいる中で、足元のところでも、そういった協議がなされています。

小国郷、中部、そして南郷谷、阿蘇はこの3つの区域に大きく分かれていて、県の

皆さん方もご存じだと思いますけど、文化が違うんですね。本当に、それぞれで独自の文化を持たれていて、違うんですよ・・・特に、小国郷はいろいろな在宅を含めたネットワークの発達とか、そういうのもしっかり地元でやっておられて、それぞれ、医療と介護・福祉が一体化しているという印象は、私、在宅医療システム研究会の会長としていつもすごいなと思っています。

そこで、いろんな本当に持続可能な医療体制を何とか自分でやっていくというのを、おそらく小国の皆さんは望まれているかもしれないなと思いつつ・・・そこら辺で、上手な落としどころというか、着陸点があればな、というふうに私は思っています。

これは、この計画は大体いつまでにやらなきゃいけないとかがあっていうのがあるのでしょうか。

(医療政策課 立花参事)

医療政策課の立花でございます。

重点支援区域自体は終期等が設定されているものではありませんので、その制度上は、特に期限というものはありません。ただ、両病院さんが議論する中で、ハード整備のタイミングですとか、そういったところで、ある程度の目安じゃないですけども、そういった期限は出てくるんだろうと思っております。以上でございます。

(上村議長)

ありがとうございます。

この中長期的な検討課題というところで、すり合わせが・・・実際できるかどうかというのは、やはり病院同士のお話し合いによるところになりますので・・・もう、これだけでも何時間掛かりますよね。非常にこれは、デリケートな問題だと思います。難しい面もありますので、なかなか他の地区の人間が、あんまり口出しができないんじゃないかなというところを委員の皆様も思われるかもしれませんが、引き続き、御検討いただきながら、上手な落としどころが、あればというふうに思います。

何か委員の皆様からございませんか。

(委員からの発言なし)

それでは、21時を回りましたので、次に進めたいと思います。

最後に報告4の「阿蘇温泉病院における病床の一部の介護医療院への転換について」を、まず事務局から御説明いただき、阿蘇温泉病院の荒尾委員から御報告をお願いしたいと思います。

報告

4 阿蘇温泉病院における病床の一部の介護医療院への転換について 資料5

(阿蘇保健所 森主任主事)

本日、資料5をお手元に配付しておりますが、阿蘇温泉病院におかれましては、令

和8年中に慢性期病床の一部を介護医療院へ転換される予定がございます。

本日は、阿蘇温泉病院の荒尾委員に御出席いただいておりますので、介護医療院への転換の内容について、資料5に沿って御説明をお願いいたします。

(荒尾委員)

阿蘇温泉病院の荒尾でございます。

阿蘇温泉病院におきましては、現在は230床で運営しているところですが、2026年9月1日を目安に病床の一部を介護医療院へ転換するというところで進めておりますので、御報告申し上げます。

療養型病棟に関しては、現在180床で運用しているところですが、これを144床に減らしまして、その療養型病床の39床を介護医療院へ変更するというのが、今回の報告の要約になります。

めくっていただいて、2ページをお願いいたします。経緯といたしましては、先月、診療報酬の改定がございました。その中で、医療区分2・3の患者割合の基準が引き上げということで、従来は50%でしたが、それが60%に引き上げることが示されました。従来から阿蘇温泉病院では当該患者の割合が51%で推移していましたので、そのハードルを越えられないということになりまして、病棟の維持がこの保険診療下では難しいということになりまして、また、さらに高齢化で認知症が増えたり、医療度が低い認知症や胃ろうが必要な患者さんが増えてきている現状がどうしてもございます。それから、②としましては阿蘇市の介護保険の中では、居宅率が高く、入所率ってというのが、小国郷や産山村などと比べましても、居宅の方が高いという割合がありましたので、そういった状況も踏まえて、少し介護保険の入所が増えてもそう悪くはないんじゃないか、というようなことが、去年の介護認定審査会で審議されました。

次のページ、経緯の二つ目としては、病床数ということになりまして、右から2番目のところ、2020年の病床機能報告は、先ほどの資料4の16ページにあるように、2024年7月1日時点のものが示されまして、急性期は、276床に改められましたし、今、回復期が80床、慢性期が296床ということでありましたが、やはり、少し減らすって方向というのが望ましいのかなというようなこともありました。

4ページをご覧ください。介護医療院開設までのスケジュール案について、現時点の案を記載しております。2026年1月に、県の方から介護医療院への転換に係る補助金がある旨の連絡がありましたので、この計画書を提出いたしました。そして、青字の本日の報告。それから、4月に県から医療機関への助成事業の内示がありまして、それで6月に交付申請の提出。7月に交付決定前に事業着手することの伺いを出しまして、改修工場の開始。それから8月から菊池保健所に許可の申請と立ち入り検査がありまして、それから9月1日に介護医療院36床を運用開始予定であります。今ご説明した内容は、まだ決定事項ではございませんので、1～2ヶ月ずつずれる可能性もございます。一応、目安として9月1日になります。

次の5ページは、真ん中に赤字で示しておりますが、今回は4階東病棟について、療養型入院基本料2の39床を9月1日からの予定ではありますが、介護医療院36床に変更予定です。3床の残りについては、3階西に1床、3階東に2床を振り分ける予定です。

次の6ページが、4階東の見取り図になりまして、病床を現在は10室39床ですが、これを36床に変更する予定ということで、ナースステーションを青で示していますが、このように場所の移動・工事をしようということです。それ以外にも医師・看護師・介護職員・リハビリ等の職員数は現状のままと考えており、夜間の対応も、病院で対応します。食事も従来の管理栄養士の体制ということでもあります。7ページは最後のまとめとしまして、当院は療養型病棟を180床から144床に変更します。その内訳としては、療養型病床が39床を、介護医療院36床に変更し、療養型の3床を他の病棟に移動して、230床で運用する予定です。他は同様で、9月1日を目安に変更の予定ということでございます。報告は以上でございます。

(上村議長)

ありがとうございます。

委員の皆様から何か、御質問、或いは御意見はございますか。

阿蘇圏域では、2か所目の介護医療院になります。内田先生のところ（大阿蘇病院）が作られるまでは、ずっとゼロでした。これは、自治体との話し合いの上で決定する事柄だと思います。介護保険の関係がございますので。とても苦労されたかと思えます。要は、先ほどから出てるような配置、いわゆるスタッフの確保の部分は、変わりなくやれたんですか。

(荒尾委員)

そうですね。スタッフの配置に関しても、これまでとほぼ同様でいきますので、看護師数が増える減るということは、ほぼありません。他のスタッフも同様でございます。

(上村議長)

ありがとうございます。

これがまた、介護医療院が増えてきたりとかを言われるようになると、なかなかそういう決定ができないということになるかと思えますので、これはもう、国の政策がこういうふう慢性期の数を減らすという形で、ある程度、読み取ってもらうような感じですけど、決めてもらうのは各自治体という話なんですよね。ちょっと、最初はそういうところが難しかったのではないかと私も思っております。

委員の皆様、何か御意見等ございますか。

ちょっと話題から逸れますけど、確か精神医療も新たな地域医療構想の中に入ってくる法案が通ったかと思えます。高森先生から何かございませんでしょうか。

(高森委員)

精神医療は、法案が通りましたので、精神医療が入ると、それとやっぱり精神科の方も複合ニーズの患者さんといいますか、利用者といいますか・・・要は、もう認知症や統合失調症の患者さんも、高齢化が2040年にピークになると、うちの特別養護老人ホームと介護老人保健施設と精神病床で全部400床あります。うちとして減らさずにどうにかして、機能分担して、その地域で必要なものということで・・・ただ、実際は地域医療構想で全国的に精神医療に関して、どういう医療圏で、どれく

らい病床数があるのかっていうのは、今からなので、各地域の実態に合わせて考えてくれというふうに、設置者の団体では言われています。

私は、今日老健の代表としても出ていますが、老健も非常に維持が難しく、先ほどの人材の問題もありますけど、利用者が逆に、何故か全国的に減ってきています。そういったことは、人口減少だけじゃなくても、やはり我々の地域に必要なものが何かっていうのは、やはり先ほどから出ている課題とか、そういったものに対して、どのように・・・例えば、うちの400床をどう使えるのか、使わないのかっていう、結局、緩和ケアの加算もなければ何もなくて、病院なんかだと大体、年間90名くらいを精神病床で看取っている状況です。

だから、やはりそういう面でも必要であれば精神病床として適切ではないかもしれませんが、どうやって使っていくかどうか考えていかないといけないと思います。以上です。

(上村議長)

ありがとうございます。

先ほどから高齢者救急といった話が出ておりますが、今回から新たに小木曾委員に出席いただいておりますので、一言お願いいたします。

(小木曾委員)

阿蘇消防本部警防課の小木曾と申します。いつもお世話になっております。

現在、消防の救急の方で、年間3,500件ほど出動しておりますが、その中で年々、高齢者救急というのは、割合が大きくなってきております。令和7年でいきますと、38%前後ぐらい、40%近くになってきております。

管内の医療機関の御協力のもと、引き続き、対応させていただきますので、よろしくお願いいたします。

(上村議長)

ありがとうございます。

いろいろですね、高森先生がおっしゃったけど、老健の入所者数が減っているとか、或いは、入院患者自体が減っているという話も、この前の調整会議で「これ、で何でだろう」とみんなで頭捻らせたら、どうもサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）がいっぱいできているんじゃないかという、あれがやはり、どんどんできているもんですから、その影響が出てるんじゃないかという話になりました。いいか悪いかは別として、医療をあんまり必要としないように、お感じになってる国民が多くなってきてるんじゃないか、ということも私は思っております。

いかがでしょうか。全体をとおしての御質問、御意見はございますか。

(委員からの発言なし)

時間もかなり押しておりますので、本当に皆様方、御協力ありがとうございます。以上です。

本日予定されていた議題は、以上となります。

皆様方には、円滑な進行に御協力いただき、大変ありがとうございました。

それでは、進行を事務局にお返しします。

(阿蘇保健所 平山課長)

上村議長並びに委員の皆様方には、大変熱心に御協議いただきありがとうございます。本日、御発言いただけなかったことや、新たな御提案がございましたら、御意見・御提案書により、本日から1週間以内にFAX又はメールで阿蘇保健所まで送りいただければ幸いです。

なお、次回開催は7月以降を予定しております。委員の皆様には、改めてご連絡いたしますので、どうぞよろしく願います。

最後に、県からの連絡事項として、地域医療構想トップセミナーについてご案内させていただきます。

(医療政策課 立花参事)

すいません。最後までお時間いただいて恐縮なんですけれども、私の方から、地域医療構想トップセミナーの開催について御案内させていただきます。

本日、お手元にスライド資料を配付させていただいております。簡単に内容等を御説明しますと、こちらの1枚目の真ん中の概要のところにあるように、開催日については、令和8年4月3日金曜日の17時から予定しております。

内容として、講演のところに記載しておりますが、今回、厚生労働省の榊原大臣官房審議官をお招きしまして、新たな地域医療構想について御講演いただく予定としておりますので、ぜひ御都合つかれる方におかれましては、御出席の方を検討いただければと思います。

県からの連絡は以上でございます。

(阿蘇保健所 平山課長)

それでは、以上を持ちまして、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。