

令和7年度（2025年度）熊本県保健医療推進協議会 議事概要

- ・ 日 時 令和8年（2026年）1月9日（金）14:30～16:00
- ・ 場 所 熊本県庁行政棟本館 地下大会議室
- ・ 出席委員 荒川委員、牛島委員、岡委員、加藤委員、金澤委員、木村委員、
草村委員、坂本（公）委員、坂本（不）委員、高森委員、富田委員、
富永委員、平井委員、福田委員、松岡委員、水田委員、本委員、
山口委員、山田委員
- ・ 欠席委員 内田委員

<議題>

- （1）第8次熊本県保健医療計画の取組状況について
【事務局 説明（資料1、2、3）】

（質疑応答）

○坂本（不）委員

我々は現場で、特に地域医療を担っているところですが、地域医療の問題について色々と意見交換させていただいています。超高齢社会、人口減少社会における持続可能な医療体制の構築について、医療と介護が一体化しているため、地域全体の医療・介護を包括した体制を地域で作っていかないと効率的な体制が取れないと感じています。

昨年の秋に社会福祉審議会の高齢者部会に出席しました。その中で在宅医療と介護の充実に関する重点項目に「早期救急対応と看取り」というのが出ていました。「早期救急対応と看取り」については、協議会で協議すべき事項であり、消防が関わる事案だと意見を申し上げました。高齢者救急では重症ではなく軽症～中等症の患者が増えてくると言われています。

医療と介護の包括的な連携、効率化を図るにはくまもとメディカルネットワークの活用が必要と実感しています。的確で迅速な情報共有や活用が重要であり、地域の消防の負担を考えるとこのネットワーク構築が絶対に必要だと考えます。

また、地域医療構想調整会議の中でも同じ項目が出てきます。どうも縦割りの中でやっておられるのではないかと思います。現場は横、面の中でやってもらわないと地元は動きにくいということを意見として申し上げます。

保健医療計画の主な取組に「在宅医療の推進」と書かれていますが、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に対しても消防の意見を聞かなければだめだと思います。

へき地医療の運営支援について、へき地医療の充実について国は最終的にどういう結論を考えておられるのかなと思います。我々のところもへき地診療所で週に2回診療をしています、外来患者数が5人を切っています。限界集落に近づいているところでへき地医療の運営支援はありがたいのですが、人件費の費用負担を考えたら我々はやっていけません。そういったなかで我々は iPad・iPhone ですぐに連絡できるようなシステムを構築し、初期救急を受けようというような体制づくりを考えているところです。

○健康福祉部 下山部長

確かに消防等のご意見をいただきながらやるべきところが沢山あります。

MC（メディカルコントロール）協議会に医療政策課も参加したり、また、本日の協議会におきましても福祉部門も関わっております。特に在宅医療は医療と介護の連携が最も必要な分野であり、本県では福祉部門が担当しております。

他にも ACP の問題もご指摘いただきました。MC 協議会でやるべきところかどうか分かりませんが、これに関わる現場のご意見を聞きながら進めていきたいと思っております。

へき地医療の運営支援については医療政策課からご報告いたします。

○医療政策課 神西課長

へき地医療に関して国がどこを目指しているのかというのは、国民皆保険との関係もございまして、「保険あってサービス無し」という話は当然いけないというところがございます。しっかりと医療提供体制を整備し、医療サービスをへき地において提供していかなければいけないというところがございます。

県内でも小国公立病院や八代の坂本地区等で医療 MaaS（Mobility as a service）という車に医療機材を載せて公民館まで走らせ、それに看護師だけ乗って行き、医師はオンライン診療をされていると聞いています。患者さんに必要な医療を、DX（デジタルトランスフォーメーション）を使いながら効率的に提供していくという方向が、今進み始めているというところがございます。

2040年に向け、限られた医療資源の中で労働力人口は減っていく、それに対して高齢者は増えていくという非常に難しいところですが、皆様のお知恵も拝借しながら医療提供体制を整備していきたいと考えております。

後ほど開催予定の地域医療構想調整会議でも忌憚のないご意見をいただければと思います。

○福田委員

へき地診療はその場所で診療が行われて、3～5人という方たちが週に2回程度のへき地診療に駆けつけられるというようなことは昭和のへき地診療のやり方ですものね。

そういった方たちは「私は元気ですよ」と顔を見せに来るだけで、本当に困っている人たちは限界集落のようなところに一人ずつ孤立して暮らしておられるということが通常なので、何かしら思考を変えて取り組んでいかないとなかなか難しいのではないかと思います。

○坂本（不）委員

地域医療の継続については、医療 MaaS というのが非常に重要だと思います。

ただ、今後問題になってくるのは高齢者救急です。医療 MaaS が緊急に対応できるかという、これは絶対にできません。できないから先程も言ったように、時間が命ということを考えれば連絡手段を考えることをやっていかなければならないと思います。

○富永委員

坂本先生がおっしゃった、へき地医療については薬剤師会でも非常に危機感を持っておりまして、へき地離島の診療所が閉院されて薬局だけが残るとか、薬局も一緒に閉局するというような状況があります。

そこで一番困っておられるのは、その地域の住民です。医療へのアクセスができないとなると今オンライン診療とか医療 MaaS 等も良いのですが、診察を行い、処方が出て医薬品を届けるということになりますので、例えば隣のドクターがオンラインで診療し、薬局が訪問在宅で薬を届け、その状態をフィードバックする。そのしくみを今から作っていかないと置いてけぼりになってしまう。

そこで、ぜひ具体的なオンライン診療の在り方等、医療提供や医薬品の供給体制の強化を考えており、調査を実施しております。無薬局地域にどうやって医薬品を届けるかということが大事です。その点は行政にも分かっていたいて、国の予算もついており、熊本県も調査をしていますので、歩調を合わせてやっていただきたいというところです。

もう一つは、新興感染症の発症時における医療で、コロナ禍に自宅療養やホテル療養で薬局がお薬を届けたという実績もあり、医療措置協定が結ばれました。

ただ、結ばれただけで何も動きがない状況です。法律的には研修と訓練を行うこととなっており、独自に日本薬剤師会が提供した資材で研修を行っています

が、行政と一緒に研修等を実施していただきたい。薬務衛生課の方と足並み揃えて実施していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○薬務衛生課 飯野課長

コロナの反省を受けて協定が樹立されてはいるものの、それが実働として機能していないというところは、いざ新興感染症が起こった時に、リスクを伴うものになってしまうため、行政としても危惧されるべき点として捉えております。

コロナ以降、感染症が起きたとき、実際それがワークするかどうかという検証が行えないというのは、感染症が起きていないという点では良いことなのかもしれませんが、本当に今動くかどうかという検証は、実際に感染症が起きていなくてもできるということがあると思いますので、そこは行政と関連団体と協力して、しっかりとワークするように平時からブラッシュアップし、変えるべきところは変えて、いざ感染症が起きたときに万全の状態となるよう備えていきたいと考えています。

その際は、ぜひともご協力をお願いいただければと思います。

○金澤委員

資料3の12ページ、在宅医療に関する指標②「訪問診療実施医療機関数（推計値）」についてございます。これは推計値と書いてございますが、これが在宅医療において右肩下がりになったということですね。全国的には訪問診療の実態は増えてきていると表現されています。この数字を持って、これで県内の訪問診療が減ってきているかというところではないと思います。訪問診療を実施しているという医療機能情報報告書の中で手を上げている先生と、手を挙げるまでもなかりと日常診療の中で、いわゆる往診という形で、呼ばれたら行くよというようなことで往診を行っている先生方は、その背景には隠れています。そのような意味でこの一点だけで県内の訪問診療が低下してきているというふうに残念がられなくても良いのではないかと思います。実態としては、やはり在宅医療に対する理解は進んできているため、自信を持って県の行政も取組を進めていただきたい。

一方、坂本先生がおっしゃいましたが、訪問の在り方について、私達は訪問看護ステーションの方々とペアを組んで在宅の患者さん方の診療を行います。何かあったらまずは訪問看護ステーションの方に様子を見に行ってくれないかと、そして教えてくださいというふうに、我々の出番・タイミングというものを検討しています。そういうふうな、へき地におきましても看護師の役割、あるいは役場の保健師の役割などもあり、患者さんのそばにいる方々と医療体制が綿密に、

気心の知れた顔見知りの関係で、あの後どうなったねということでも聞けるような風土づくりというものが重要ではないかと思っております。

先程の指標②のデータだけ教えていただきたい。これはどこを持って把握されているのか教えてください。

○認知症施策・地域ケア推進課 永野課長

お尋ねの指標②の医療機関数の部分につきましては、おっしゃるとおり令和4年から令和5年向かって下がっているところでございます。地方における医療機関数とも関連するところがございますので、なかなか伸びていかないというところもございますし、おっしゃったとおり届出までは出さず往診という形で、ご対応されている医療機関もあるかと考えています。

指標④「訪問診療を受けた患者数（推計値）」の方では患者数の方では伸びておりますので、やはり需要としては伸びていると考えております。

在宅医療に関しましては、重要性が増していると考えておりますので、引き続き取組を行ってまいりたいと考えております。

なお、指標②の数字の根拠につきましては国保のレセプトデータから拾いまして、往診をされているところは届出に関わらず計上されている※とのことでした。

※協議会終了後、金澤委員に対して「指標②には往診を実施している医療機関は含まれておらず、訪問診療を行う医療機関のみが含まれている」と訂正。

○加藤委員

熊本県はこの一般的な推移とは別に外国人労働が急激に増えているという状況の中で発展途上国からの従業員受け入れの中で、結核の高負荷地域なんですね。入国時は結核が発見できなくても、就職の2～3年後、しかも集団で生活している外国人が多いので、結核が複数、発見されるというケースがあります。また、家族を連れてきた場合、小児結核が発生する可能性もあります。

小児結核のスクリーニングについて、今県内で受け入れる体制やフローが決まっていないというところもあり、今後外国人労働者が増える中で、感染症、特に結核が注目されますが、そこについて、検討していただけたらと思います。

もう一点は脳卒中の死亡率が悪くなっていますよね。年齢調整死亡率が悪くなっていて、資料3の8ページの脳血管疾患年齢調整死亡率は、これは坂本委員がおっしゃったように地域医療の問題なのか、統計学的にはどうなのか分析が必要です。健康スマートライフ事業というのが国土交通省で進んでいます、寒い住宅の問題がなかなか今県内で改善していないようです。寒さという

のが最も大きな死亡原因であり、医療よりもむしろそちらのほうが大きな原因だというのが分かってきましたので、環境部門と連携し、原因を解明して頂いたほうがいいと思います。一つ意見としてお伝えします。

○健康危機管理課 松本審議員

外国籍の方の結核患者数の増加というのは、先生がご指摘されているとおり全国的にも増加していて本県でも増加している状況です。対策としましては、県庁の関係課や熊本労働局と連携しながら外国人技能実習生の方や、受け入れをされている事業所に対して結核に対しての基礎的な知識の普及啓発や、定期的な健康診断の必要性を説明をするという形で啓発を実施しているところで、入国前の結核スクリーニング検査という形でフィリピンやネパール、ベトナムの3カ国はすでに開始されており、入国される前に日本国政府が指定した医療機関で、外国で検査を受けて、それで結核ではないという証明をつけて来ていただくという形です。あと、インドネシアとミャンマーと中国に対しても近々実施されると聞いています。

そういった入国前結核スクリーニング検査と外国技能実習生への啓発等と合わせてしっかり外国人対策を進めていくかたちになるかと思っております。

○医療政策課 神西課長

脳卒中の関心の死亡率の件ですが、こちらは県で設置している脳卒中医療推進検討会議においても少し議論になりました。

ただ、結論を言うと現時点では要因はまだ不明ということで、やはりサブ解析をしないといけないという話が出ておりましたので、今回の先生からのご意見を踏まえまして検討を続けていきたいと考えております。ご意見ありがとうございます。

○平井委員

資料2の23ページの人材確保につきまして、医師の偏在対策につきまして、県から熊本大学病院に対して支援をいただきありがとうございます。

熊本県は、35歳未満の医師の割合が全国最下位と非常に少ない状況です。大学病院も若手医師の専攻医の数をプロットしていますが、やはり年々減少傾向です。今年度は93名ですが、次年度はかなり減る予定ですので、この減少傾向をなんとか食い止めなくてはならないと思っております。

県内の医師の偏在対策はかなり強化もされていますが、県内の若手医師を増やす対策について、地域枠以外に、大学病院や地域中核病院を中心に熊本臨床研修アライアンスというのを立ち上げましたが、そういうものを含めてもう少

し横のつながりを強くし、県全体一丸となって若手医師を増やす対策を行って
いけたらと思っていますので、ご支援の程よろしく願いいたします。

○医療政策課 神西課長

数値目標の件をご覧くださいと資料3の20ページ①「自治医科大学卒業医師、医師修学資金貸与医師及びネットワーク推進医の地域の医療機関への配置人数」の指標でいきますと、令和7年度で81名ということで令和11年の目標の80人を突破しており、11名も増やしていただいたということで大変感謝しております。

ただ、そういう中で実際に熊大医局への入局者の減少という点については、我々も重大な課題であると認識しております。卒後の臨床研修後に、どう入局につなげていくのかというところが一番重要なところだと我々も思っております。14の基幹型臨床研修施設で構成されている熊本臨床研修アライアンスと県もしっかりと連携をさせていただき、臨床研修をされている先生方がいかに熊本に残っていただいて、地域にも残っていただける仕組み作りも、先生方といっしょにやらせていただければと思いますので引き続きご指導のほどよろしく願いいたします。

○平井委員

卒後臨床研修を充実させるというのは、熊本に残ってもらえるモチベーションになると思いますが、やはり初期研修医が多いと専門医も増えてきますので、熊本県全体の専門医を増やすことも重要だと考えております。初期研修制度が2004年に始まり、年々専門医が減っています。それによって日本全体の研究力も下がっており、医学部卒業後にすぐ美容整形の分野に入る等の課題も多く出てきています。その問題に関しては全国病院長会議や学長会議等で課題として出していくことになっています。県としても支援の程よろしく願いします。

○山田委員

資料2の8ページをお開きください。

がんの場合は検診が非常に大事になりますが、ご存知のように以前はアメリカはがん検診受診率は非常に低かったのですが、今は80%になっています。

日本は40%と言っていますがこの40%の計算の仕方はちょっとおかしく、実際には、ほとんど10%程度だろうとなっております。こういう中で、がんの治療も大事ですが、がんの予防として検診が大事です。日本では大腸がんと子宮頸がん、乳がん、それに含めて胃がん等を実施しておりますが、大腸

がん、子宮頸がん、乳がんなどの検診があることによって非常に生存が良くなります。がんの死亡が全国の死亡の第1位となっていますので、県としても、がん検診の取組を進めていただきたいと思います。当院は大腸がんが専門なので、大腸がん検診を実施しておりますが、検診は全部大赤字です。

病院の経営面では赤字であっても、検診の良さはどこの国においても常識です。熊本県のがん検診受診率は全国の中ではとても高いというわけではないけれど、比較的良いとなっているので、更にそこに力をつけられたらいいかなと思います。熊本県らしい医療のあり方を検討していただきたいと思います。

○健康づくり推進課 堤課長

ご指摘頂いたがん検診の重要性につきまして、おっしゃるとおり有用だと思っており、予防することが一番大事なものだと思っております。がん検診につきましては、それぞれの市町村で取り組むことにはなりますが県としましてはがん検診の重要性について、例えばメディアを通じて発信をしたり、あるいは、特に最近乳がん、子宮がんなど若い世代の罹患率が高いものがありますので、今年度からはインスタを新たに開設して、そこでもがん検診の呼びかけを行ったり、新たな取組を始めております。広く県民の方々にがん検診の重要性を知っていただくために、我々も発信していきたいと思っております。ご協力の程よろしく願いいたします。

○山田委員

国際的に、ヨーロッパ等はがん検診の受診率がとても高いんです。熊本は熊本らしく、県の方でそういう情報を知ったうえで、高齢者が多くなったから増加しているのか、検診もうまくいかないから死亡者が多くなっているのか等、熊大との連携や専門家から情報を得られたらいいかなと思います。

<議題>

(2) 第8次熊本県保健医療計画中間見直しについて

【事務局 説明（資料4）】

(質疑応答)

なし