

第9回阿蘇地域医療構想調整会議 議事録

日時： 令和4年（2022年）11月1日（火）19時00分～21時15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＞
 小宮所長、松井次長、佐藤総務福祉課長、宮崎主任技師
 ＜熊本県健康福祉部＞
 医療政策課 朝永主幹、村崎参事
随行者：3人
オブザーバー：1名

○開会

（阿蘇保健所・佐藤総務福祉課長）

ただ今から、第9回阿蘇地域医療構想調整会議を開催します。

阿蘇保健所の佐藤と申します。よろしくお願いたします。

まず、資料の確認をお願いします。

上から、会議次第、出席者名簿、配席図、阿蘇地域医療構想調整会議設置要綱、熊本県地域医療構想、意見・提案書、左上に【統一様式】と書かれている資料、診療所の表が記載されたA3横の1枚ものの資料、以上1部ずつお配りしております。

また、資料1から7については、事前にお送りして、本日お持ちいただくこととしておりましたが、不足等ございましたらお知らせください。

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、傍聴は、会場の都合により10名までとしています。

また、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、阿蘇保健所長の小宮から御挨拶申し上げます。

○あいさつ

（阿蘇保健所長・小宮所長）

皆さん、こんばんは。

阿蘇保健所の小宮です。

阿蘇地域医療構想調整会議は、今回が第9回になりますが、前回第8回は令和元年12月に開催されておまして、約3年ぶりの開催になります。

また、私にとりまして、阿蘇で初めての調整会議になります。

これまで地域医療構想は、将来の医療提供体制の確保に向け、地域での検討・議論や分

化・連携の取組みを進めてまいりました。

コロナ禍でも、地域医療構想の基本的な考え方は変わっていませんが、今般の新型コロナウイルス感染症の流行により、地域医療の課題が見えてきたと考えています。

新型コロナウイルス感染症の入院診療では、通常の医療と異なり、圏域内での完結が求められましたが、阿蘇圏域では、医療機関のご尽力により、高度医療を除き、地域住民の入院診療を圏域内で行うことができました。

今後も引き続き、質の高い医療の提供を維持できるよう、圏域内での分化・連携の取組みをさらに進めていければと考えております。

本日は、報告事項として、「小国公立病院の具体的対応方針の再検証について」など、また、協議事項として、「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた地域医療構想の進め方について」を予定させていただいています。

将来の医療提供体制の確保に向けた協議を着実に進めたいと考えておりますので、活発な意見交換を賜りますようよろしくお願いいたします。

(阿蘇保健所・佐藤総務福祉課長)

阿蘇地域医療構想調整会議の委員につきましては、阿蘇地域医療構想調整会議設置要綱第3条の規定に基づき、医療及び介護関係者、医療保険者その他の関係者等で構成することとしており、それぞれを代表する機関に委員を推薦いただき、御就任いただいております。

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ならびに配席図にて代えさせていただきますが、本日は、前回の調整会議以降、新たに委員になられた方について御紹介させていただきます。

阿蘇郡市医師会の片山委員、阿蘇郡市医師会で小国公立病院の片岡委員、阿蘇郡市医師会の辻委員、阿蘇郡市医師会の吉見委員、県看護協会の井委員です。

地方職員共済組合熊本県支部の上塚委員につきましては、代理で、塔本様に御出席いただいております。

以上が新たに委員になられた方の御紹介になります。

なお、本日は阿蘇市町村会の草村委員が御欠席でございます。

それでは、次第に沿って、本会議の議長・副議長の選出に入ります。

阿蘇地域医療構想調整会議設置要綱第4条第2項の規定に基づき、議長及び副議長は、委員の互選によることとしておりますので、ここで委員の皆様方から議長及び副議長の御提案等はございませんでしょうか。

もし、御提案がないようでしたら、事務局から御提案いたします。

平成29年度より阿蘇地域医療構想調整会議において、計8回の協議を行っていただきましたが、その際は議長を阿蘇郡市医師会の平田（前）会長に、副議長を阿蘇医療センターの甲斐院長にお願いしておりました。その経緯を踏まえまして、議長を上村会長に、

副議長を甲斐院長にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(各委員)

異議なし。

(阿蘇保健所・佐藤総務福祉課長)

御承認いただきましたので、上村会長、甲斐院長には、議長、副議長の席に移動をお願いします。

それでは、設置要綱に基づき、この後の議事の進行を議長にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

(上村議長)

改めまして、こんばんは。

御承認いただきました阿蘇郡市医師会、阿蘇立野病院の上村でございます。

一言お話ししたいと思いますが、この地域医療構想調整会議というのは2017年の7月に第1回の会議が行われ、5年が経過しました。元々は2025年の医療体制や必要病床数を策定しながら、各医療機関の自主的な取り組み、そして医療機関相互の話し合いによって体制を築いていこうというのが会議の目的だったと思います。5年以上経つと色々な所で色々な話を聞き、この会議自体が在り方を含め、良いところもあれば、悪いところもあるという風に伺っています。これまで通り、コロナ禍ではありますが、ウィズコロナということで、阿蘇地域の課題等について、どうやって体制を確保していくのか、しっかり議論していただきたいと思います。御出席の皆さまには大局的な、俯瞰的な視点から忌憚のない御意見を頂戴したいと存じますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、お手元の次第に沿って会議を進めます。

まずは報告の1、小国公立病院の具体的対応方針の再検証について、事務局から説明後、小国公立病院から現時点での検討状況等について御報告いただきます。それでは、事務局から説明をお願いします。

1 小国公立病院の具体的対応方針の再検証について

【資料1-1】

【資料1-2】

(阿蘇保健所・宮崎主任技師)

阿蘇保健所の宮崎です。

報告①の1小国公立病院の具体的対応方針の再検証について経緯等を説明いたします。資料1-1をお願いします。

まずは、これまでの地域医療構想に関する経緯について、2ページをお願いします。

2025年に団塊の世代が75歳以上となるなど、人口構造が大きく変化していくことに伴い、医療・介護ニーズが変化・増大する中、限られた医療資源で質の高い医療を効率的に提供できる体制を実現することが求められています。

本県においては、そのような医療提供体制の実現に向けて、平成29年3月に熊本県地域医療構想を策定し、高度急性期、急性期から、回復期、慢性期、在宅医療、介護に至るまで切れ目なく、また過不足なく医療を提供できる体制を確保するため施策を進めていくこととしました。

こうした施策を進めていくに当たって、人口構造の変化の見通し等を考慮し、一体の区域として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を構想区域として設定し、構想区域ごとの医療機能等の現状や将来の人口構造、医療需給推計等を把握するとともに、将来の医療提供体制を実現するための方向性の共有を図ってきました。

阿蘇構想区域においても、人口構造の変化の見通し並びに将来の病床数及び在宅医療等の必要量等を考慮し、それぞれの医療機関が担う役割を明確化するための協議を重ねてきました。

次の3ページにも記載しておりますが、令和2年1月17日厚労省通知により、構想区域の実情に応じた公立・公的医療機関の役割等の再検証を実施するよう要請があり、県内でも、小国公立病院を含む6病院が対象となりました。

これを踏まえて、小国公立病院の具体的な対応方針の再検証に係る阿蘇地域での取組について4～6ページに記載しています。令和2年度には関係市町村や医療機関等の関係機関会議を開催し、令和3年度以降は、小国公立病院・阿蘇医療センターの院長協議、ワーキンググループを開催する等、協議を進めてきました。

今後の予定を参考として記載していますが、今回、再検証への対応状況について、小国公立病院から御報告いただきます。今年度2回目の調整会議において協議を完了する必要がありますので、調整会議前に関係首長を交えた意見交換会等が開催される予定です。このスケジュール等については、後ほど小国公立病院からも御説明いただきます。事務局からの説明は以上です。

(上村議長)

ありがとうございました。続きまして、小国公立病院から御報告をお願いします。

(小国公立病院 片岡委員)

皆さん、こんばんは。

小国公立病院の病院事業管理者の片岡でございます。資料1-2をお願いいたします。先程事務局からも御説明がありましたように、令和2年の厚生労働省の公的医療機関の再検証リストに当院が挙がってしまいました。その後、阿蘇医療センター、県医療政策課、阿蘇保健所、そして多くの関係者の方々に御協力いただきまして、何度も当院の具体的対

応方針について議論を重ねてきたところでございます。阿蘇地域医療構想調整会議の今年度の3月までの課題として、小国公立病院の阿蘇圏域内での役割を再度定義させていただき、阿蘇圏域内で当院が代替不可能な機能を担っていることを示し、委員の皆さまに合意いただくことが、当院の存続のために必要な状況となっております。

最終的には今年度末の調整会議で阿蘇圏域としての合意形成をしていただくこととなりますが、本日はそのプロセスとして中間報告を行わせていただきまして、3月に提示する具体的対応方針に対する皆さまの御意見を伺えればと思います。皆様の御協力・御高配のほどよろしく願いいたします。

それでは1枚目をお願いします。この一連の会議は2020年の12月、坂本前院長の時に始まったものです。その後、私と堀江院長が病院を引き継ぎまして、度重なる新型コロナウイルス感染症の波が押し寄せ、何度も延期が続いている状況です。一方で、コロナの波が来る度に公的病院の社会的役割がより露わに示されてきているというのも事実ではないかという風に考えています。

1ページめくってください。2022年度の地域医療構想スケジュールになります。先程事務局からも説明がありましたけれども、本日中間報告をしまして、3月までに合意形成していただくという流れになります。

次のページをお願いいたします。こちらは県からいただきました阿蘇圏域の課題ということになります。皆さんご存じのとおり、熊本県の中で最も医療リソースの少ない圏域ということが示してあります。ご存じのことと思いますので、目を通していただければと思います。

次のページに、阿蘇医療センターの機能と書いてありますけれども、医療リソースが乏しい阿蘇圏域では、公的病院の役割が非常に大きく、阿蘇医療センターと小国公立病院が協力しながらこの圏域を支えていくという姿勢が重要ということで、それぞれの病院の機能を示していきます。

まずは阿蘇医療センターですけれども、阿蘇圏域内での5疾病5事業+2事業とありますけれども、その政策医療の多くの部分を担っていただいています。今回、当院が再検証リストに挙げられた理由はこの5疾病5事業の実績が少ないということだったんですけれども、人的リソースが少ないこの阿蘇圏域では、政策医療に関する機能は阿蘇医療センターとの連携により圏域内で協力して完結する方が効率良いと考えています。

次のページをお願いします。小国公立病院の機能を再定義しています。再定義と書いてありますけれども、現在担っている機能をそのまま言語化しているということになります。

上の方から地域医療に必要なキーワード「well-Being」「プライマリ・ケア」「予防事業」というものを挙げています。この点は医療政策を中心とした5疾病5事業とは少し異なる切り口になっているのではないかと考えています。その下、「プライマリ・ケアの機能」を、入院、外来、訪問と分けて列記しております。地域包括ケアシステムとして、医療介護、地域包括ケアシステム、そして、地域密着型の医療やケアを提供する地域の中核

病院としての役割をこの図1枚で表現しています。

次のページをお願いします。続きまして、入院、外来、救急について述べております。入院に関しましては、現在、阿蘇医療センター、小国公立病院の両院とも急性期一般病院と地域包括ケア病床を持っておりまして、さらに新型コロナウイルス感染症患者の入院受入れの即応病床を確保しています。

外来は大学や県からの非常勤の医師の派遣により、機能を補いながら地域ニーズを両院とも満たしているという状況です。

救急は阿蘇医療センター、小国公立病院ともに地域の二次救急を担う病院として、地域の救急車のほとんどを一旦救急外来で受入れて、そこでトリアージを行いまして、9割以上の救急車を自院で処理しているという状況です。

ページをめくってください。次に小国公立病院の特記すべき機能を4つ挙げています。①新型コロナウイルス感染症の重点医療機関、②小国郷医療福祉あんしんネットワーク、③在宅医療サポートセンター、④教育・研修というのを挙げています。それぞれ当院の実績がある程度以上の評価をいただいているものと考えている事項であります。

次のページをお願いします。人口の推移、地域の医療ニーズと必要病床数の検討をまとめています。まず人口の推移は県調査をもとに作成しています。一番左側2015年から2030年の15年間で阿蘇市は16%の人口減少、小国町と南小国町を併せた小国郷では22%人口が減少すると言われてしています。

次のページをお願いします。病床数を検討していくうえで人口減少と医療需要、介護需要の推移は重要と考えます。これは日本医師会の地域医療情報システムからデータをとったものですが、2030年まで阿蘇市の医療需要、介護需要は変わらないとなっています。しかし、下にあるように病床数はすでに17%も減少しています。

小国郷の医療需要は15年間で15%減少し、介護需要は変わりません。しかし、病床数はすでに22%減少しているというようなデータがあります。

次のページにまとめています。阿蘇圏域全体ですが、医療リソースが元々少ないにもかかわらず、医療・介護のニーズの減少よりも先に病床数が減少しており、どちらかといえば、地域ニーズを支えるための病床数を確保しておく方に注力すべきである地域のフェーズに来ていると考えられます。

そこで、阿蘇圏域としての両病院の必要病床数の案を以下のとおり示してみました。まず阿蘇医療センターは、現在の病床数を変えずに阿蘇圏域の政策医療を担う中核病院としての機能を維持していただく、そして小国公立病院は、北部の地域密着型の医療機関として必要病床数を8床減の65床とし、確保できた空きスペースを有事にも平時にも目的に応じて使用できる多目的スペースとして確保することにより、この地域密着型多機能病院としてポストコロナの新しいロールモデルを示していくことを提案したいと考えています。

次のページをお願いします。阿蘇圏域には北部、中部、南部と3つのエリアがありますが、それぞれ生活圏が分かれており、生活に密着している医療やケアは自立分散処理した

方が良いと考えています。集約しない方が良く、それぞれのエリアで完結した方が良い機能を示しております。

次のページをお願いします。先程申しましたように外来機能に関しましては、マンパワーが不足しておりますので、熊本大学や県の地域医療ネットワークにより非常勤の医師を送っていただくことによりニーズを満たしております。集約可能なものは圏域で集約すべきと考えますが、それぞれのエリアによるニーズは比較的多く集約化するメリットとデメリットを診療科ごとに検討していく必要があると考えています。これは現場のニーズに合わせて、毎年のように検討していくものになると考えています。

次のページをお願いします。救急患者受入れに関して議論を行いました。令和元年から令和3年までの受け入れ数では、阿蘇医療センターに阿蘇圏域の50%以上の救急車を受入れていただいておりますが、北部の救急車はほとんど小国公立病院が受け入れており、北部の救急車まで阿蘇医療センターに受け入れていただくのは非現実的であるという結論に達しています。

次のページをお願いします。次に限られたリソースを有効利用するために今後集約化していった方が望ましいものを挙げています。すでに集約されて連携しているもの、今後検討中のものを列記しています。小国公立病院は、プライマリ・ケアや地域包括ケアシステムの構築、在宅医療等を得意分野としていますので、それをモデル化して横展開していくような役割を担ってはどうかと考えています。

最後に再検証についてまとめています。2019年9月に厚生労働省より発表された再編・統合について特に議論が必要な病院として小国公立病院が挙げられました。2017年のある時期に5疾病6事業についての診療実績が少なかった事が、リストに挙げられた理由でありました。小国公立病院は、阿蘇圏域北部エリア唯一の病床を持った病院であり、入院可能な近隣の病院までは、20km以上離れています。病院の機能としては、地域密着型多機能病院であり、二次救急機能、プライマリ・ケア、地域包括ケアの中核を担っている中規模の病院であります。新型コロナウイルス感染症への対応、ワクチン接種も地域の主的役割を果たしています。小国郷エリアのクリニックは現在3つですが、そのうちの1つが閉院予定であり、小国公立病院が担う医療機能がより重要になってきています。5疾病6事業については、主に高度急性期病院との連携により治療を行っており、小国郷エリアから他病院へ紹介を行うハブ機能とその後の回復期、慢性期の管理を担っています。今回の厚労省の分析基準は、地方で必要とされる病院機能とは切り口が異なり、小国公立病院は再編・統合が不可能な地域唯一の病院です。この事は新型コロナウイルス感染症に対して、当院が地域で果たした役割をみて頂いても明らかであると思っています。2022年の時点で阿蘇圏域の5疾病6事業における小国公立病院の役割と連携の内容は別紙のように決めました。小国公立病院は、以前は手術や、ICU機能をもった部屋があり急性期病院として機能していたが、現在はサブアキュート機能、ポストアキュート機能、プライマリ・ケア機能、地域包括ケアシステムを担う機能が主になっています。また、医療需要・介護需要の減少に合わせて、2040年までに、地域の病床数を10%

程減らしていく必要があるが、2015年以後、地域の病床数は既に22%以上減少しており、地域の医療機能を当院で維持する事の方が先決であると考えています。以上、阿蘇圏域での再検証の結果、小国公立病院には他院では代替不可能な重要な地域医療の機能を担っており、阿蘇圏域の他病院と統合することは望ましくないと考えております。小国公立病院は、小国郷エリアのプライマリ・ケアを担う事を主たる目的とした病院として、他エリアの病院と連携・協調しながら、存在し続ける事が地域にとって必須であり、むしろ、今後、安心・安全に住み続けられる地域を維持する為には、必要とされる機能に合わせた病院の改修・建替えを含めた地域の医療機能維持の為の積極的存続が望ましいという結論を地域で出していただきたいと、本日皆様をお願いしたところであります。なお、小国公立病院と阿蘇医療センターで連携して、重点支援区域の指定を受けるかどうかは、現在検討中です。

次のページをお願いします。積極的存続について少し述べております。小国郷の地域に必要とされている機能は、急性期機能よりも回復期機能です。ただし急性期、サブアキュートの地域ニーズは常に存在しています。地域包括ケア病床のうちの7割程度は回復期患者ですが、3割は急性期患者を診ているという状況です。新型コロナウイルス感染症の中等症までの患者受入れ体制を整え、阿蘇圏域北部エリアの感染対策を当院で担う事ができたことは、地域で一定の評価となっています。さらに、新型コロナウイルス感染症患者が多発していた他圏域の患者の受け入れも行い、県内の公的病院としての一定の機能を果たす事ができたと考えております。小国公立病院の病棟ベッドを減らす事により、余白のスペースを院内に作る事ができれば、新興感染症への対応を含めた多目的に利用できるスペースが確保できます。平時には、地域コミュニケーションや子育て・教育を含めた全世代に対する包括的ケアも提供できるように、病院デザインを工夫したいと思っております。小国郷地域は県内でもユニークな地域包括ケアシステムを実践している地域であり、地域医療・地域ケアの実習や研修を積極的に受け入れています。地域医療、総合診療、家庭医、プライマリ・ケアなどを研修するにふさわしい教育リソースを提供できる県内でも数少ない地域として、熊本大学や他の地域の病院の学生や研修医から一定の評価を受けております。外来機能は地域ニーズを把握しながら、医療リソースを阿蘇圏域内でシェアする必要がでてくるかもしれません。今後の人口分布の変化と民間のクリニック・介護施設等の減少を見越し、未来に必要な機能を予測し、将来的には、地域ニーズに合わせた機能を備えた病院の改修又は建替えを検討することが地域にとって必要なことであると考えています。

次のページをお願いします。今回小国公立病院の診療実績が少ないとされました、これが5疾病6事業プラス在宅医療の政策医療を当院が北部エリアで地域密着型病院としてどのような役割を担っていくかをマインドマップでまとめています。地域中核病院として求められる包括的な機能を、マンパワーが少ない中で、連携により工夫して担っていることがこの一枚で分かるのではないかと思います。

以上が用意した資料ですけれども、小国郷で当院が提供している医療は完全に完結し

ているものではないので、阿蘇圏域内や熊本県内の医療機関と連携をとりながら超急性期の医療につなぐことも必要とされている役割であります。しかしながら、地域にとってより重要な当院の役割は、小国郷の生活や文化の背景を理解している専門職が地域の生活に寄り添った地域密着型の医療やケアを自立して提供していくことと考えています。この自立分散協調型の医療提供体制をしっかりと当院が維持していくということが、少子高齢化が進み、医療リソースが減少している小国郷の医療とケアの質を保つためには非常に重要であると考えています。

3月に行われる調整会議では、小国公立病院の機能定義の合意に向けて今回の内容の議論をお願いしまして、積極的存続に向けて皆様のお力添えをいただけますと幸いです。よろしくお願いいたします。私からは以上です。

(上村議長)

片岡先生、ありがとうございました。

ただいまの御発表に関して委員の皆さまから、御意見、御質問等があればよろしくお願いいたします。

今の発表は、小国郷における医療需要と比較して病床数は減っているとのことで、需要より先に病床数が落ち込んでいるという実態があるということと、集約化が望ましいものと集約化が望ましくないものについてのお話がありました。

最近、都市部では、集約化による非効率ということが特に言われておりまして、都市型に比べて、地方は人口減少あるいは高齢化に伴い、都市の医療よりも先に進んでいます。そのため、片岡委員が説明された自立分散協調型は、非常に今後日本の都市も目指していく感じになると思います。非常に素晴らしい発表だったと思います。

同じ小国郷の辻委員は何か御意見、御質問はありますか。

(辻委員)

小国郷の南小国町で診療所をやっています。蓮田クリニックの辻と申します。

片岡先生の発表は本当に力強い思いをいたしました。私どもは24時間毎日お願いして頼っている診療所ですので、今のような発表をしていただきますと、それが実現できれば本当に助かるという思いでいっぱいです。

夕方以降に、例えば阿蘇市一の宮や高森町から、県のコロナの相談窓口へ受診相談の電話をすると、たまたまですが、南小国町の蓮田クリニックに行ってくださいと案内をされています。阿蘇の南東部のところからですが、もちろん患者は受け入れますが。逆も同じで、小国郷の患者を阿蘇市一の宮の方まで、この時間に発熱外来へ行ってくださいということになった場合、どういうことを考えるか御想像いただいたら分かると思います。発熱患者に外輪山を登って降りたりして、本当にそれで良いのかと思うわけです。

そういった地図上でみる阿蘇の医療圏というのは、近い遠いだけではなく外輪山があるので、もっと有機的に立体的に把握していただきたいというのが一診療所としての意

見です。また、同じ阿蘇の医療圏ですけれども、小国郷は外輪山という非常に特異な立体的な地理的な条件をもっておりまして、同一に論じることができない医療圏だと思えます。そのため、小国郷には過不足なくというより、十分以上に今の医療リソースを増していければと、一診療所の院長としては思う次第です。以上です。

(上村議長)

ありがとうございました。他に何か御意見、御質問はありませんか。

そもそも、この地域医療構想というのは、過疎地の医療を存続するためのものだと作った先生ご本人からうかがったことがありまして、その場合、今の議論はまるで逆ですね。小国公立病院さんの働きを知っている私どもとしては、過疎地の医療を存続するためには無くてはならない存在であると強く思っています。おそらく皆さまも同じようにお思いなのではないかと思いますが。

甲斐先生、何か御意見をお願いいたします。

(甲斐副議長)

阿蘇医療センターの甲斐です。まず、片岡先生ありがとうございました。

話をする前に確認しておきたいことが一点ありまして、資料1-1の4ページ、これが今回の小国公立病院をどのようにしていくか起点になった会議です。本日参加されている委員の半数が当時から入れ替わっておりますので、確認させていただきます。

令和2年12月22日に会議がありましたが、この時に県から指示をいただいたのが、小国公立病院が再検証要請対象医療機関の6つのうちの1つに挙がってしまったので、この圏域の地域医療構想で話し合わなければいけない中で、医療リソース少ない医療圏なので、公的な2つの医療機関で話し合ってくださいと提案がありました。この時に県から案内いただいたことで大事なのは、首長さん(阿蘇市長、小国町長、南小国町長、産山村長)が入っています。産山村は常設の医療機関が一つもなく、常勤医がいない地区なので、当院や小国公立病院から応援に行っているため、お声がかかったのではないかと思います。阿蘇地域医療構想で小国公立病院の機能をどうするか、最終結論を出しなさいという提案があり、これが一番大事な会議かなと思います。

その中で、今後のスケジュールを後で話されると思いますけど、6ページですが、調整会議を開催する前の10月5日にワーキンググループを開きました。そこで提案したのが、今年度末の第10回地域医療構想調整会議が開かれて、そこで最終合意が行われると思うのですが、公的医療機関なので首長さんの合意、同意を得ておく必要があると思います。第10回地域医療構想調整会議の開催前に令和2年と同様の首長さんが入った会議を開催していただき、小国公立病院の重要性を首長さんに知らせ、認めていただくことが大事かなという提案です。

あともう一つは後で話します。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。他に何か御意見、御質問はありますか。

(荒尾委員)

阿蘇温泉病院の荒尾です。片岡先生、本当にしっかり分析いただいて、ありがとうございました。昨日、私も小国公立病院で外来診療しましたけれども、わざわざ阿蘇市まで受診ができず、ほんとに小国にあってよかったと、患者さんが何人も述べられます。辻委員の意見と重なる部分はありますけれども、やはり小国公立病院は小国に無くてはならないと強く思いましたので、意見として述べ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。他に何か御意見、御質問はありますか。
今回の意見交換等で出た意見を踏まえて、今後の再検証を進めてください。

(医療政策課・村崎参事)

議長、よろしいでしょうか。県の医療政策課の村崎と申します。いつもお世話になっております。

先程、甲斐副議長の方から、御発言のありました、今後、第10回の地域医療構想調整会議の前に、首長さんを交えた意見交換会を開催してはどうかという御意見をいただきました。開設者である首長さん方の認識も共有したうえで、さらに、この調整会議の皆さまの御同意をいただきつつ、地域でしっかりと結論を出していきたいと我々も考えておりますので、3月の調整会議の前の2月頃になるかと思いますが、令和2年の会議と同様の市町村長を交えたメンバーで、意見交換会という形で開催しまして、しっかりと方向性を認識、共有していきたいと考えております。以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。甲斐先生、よろしいですか。

(甲斐副議長)

もう一点、資料1-2の「外来非常勤医師外来機能」の一覧表を見てください。これはどういうものかということ、熊本大学を中心に専門医に来ていただいて、当院も小国公立病院も外来診療を担っていただいています。この仕組みの一つとして、熊本大学の中にネットワーク寄付講座というものを作られており、そこに所属している特任助教等の医師達が、地域の病院へ行って、特殊外来をしていただいています。もう一つが、地域枠という奨学貸与金を受けた医師達が、医学部卒業後9年間は地域の病院働くという制約があるのですが、そのうち2年間は、当院や小国公立病院、上天草総合病院等地域の病院に2年間就労しないといけないという制約があります。それともう一つが自治医科大学の卒業

生がそれぞれ地域の病院で働くこととなります。このように県のお金をいただいて働いている医師が自治医科大学の卒業生、地域枠、それから熊大を中心としたネットワーク寄付講座の3種類あり、地域を支えていただいているという現状があります。これに関しても、熊本大学のネットワーク寄付講座から、地域の特性を担って、地域のなかでどれくらい必要なものがあるか示す地域には、大学の方から医師を派遣できると言われていました。今までは、それぞれの病院が単独で派遣依頼する状況が続いていたのですが、それも一緒に話し合いながら、例えばこちらのほうは余計に来ている、二つの病院に余計に来ているのであれば少し数を減らすとか、足りない外来は逆にお願いするとか、そういった話し合いをしっかりと行っている地域に大学のネットワーク寄付講座を介した医師は優先的に派遣すると言っていたいただいていますので、知っておいていただければと思いました。以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。他に追加はございませんか。

特にないようでしたら、続きまして、議事の2、新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の進め方について、協議を行います。

事務局から説明後、質疑応答、委員間での意見交換を行います。その後、合意の有無を確認しますが、今回は、個別の医療機関に関してではなく、本会議の方針を協議するものですので、皆様の挙手により合意を確認したいと思いますので、よろしくお願いします。それでは、事務局から説明をお願いします。

2 新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の 進め方について	【資料2】
---------------------------------------	-------

(阿蘇保健所・宮崎主任技師)

阿蘇保健所の宮崎です。引き続き、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた地域医療構想の進め方について説明いたします。「資料2」をお願いします。

まずは、これまでの地域医療構想に関する経緯について、2ページをお願いします。

2017年3月、平成28年度末までに、各県で地域医療構想が策定されました。その後、公立公的医療機関を中心に、具体的対応方針を策定し、協議を進めていただけてきました。

そのさなか、厚労省から、公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証要請があり、これに当面对応していくなかで、コロナ対応が始まりました。当初、遅くとも2020年秋頃までに再検証せよと示されていたのですが、コロナ感染拡大を受け、2020年3月4日通知で、再検証の期限は、感染状況を踏まえて改めて整理するとされました。

12月15日の検討会で今後の考え方が取りまとめられた後、2021年もコロナ拡

大が止まらなかったため通知はしばらくありませんでしたが、のびのびになっていた再検証の期限と併せ、2022年3月に、今後の地域医療構想の進め方について通知が発出されたところです。

阿蘇調整会議での協議内容等は次の3ページにまとめています。

ここからは、今後の進め方について御説明していきます。4ページをお願いします。コロナを踏まえた国の考え方についてご説明します。こちらは厚生労働省のワーキンググループ資料になります。○の2つ目の下線部にありますように、コロナの感染拡大で、地域における医療機能の分化・連携などの重要性が改めて認識された、とあります。

また、○の3つ目で、当面、足下のコロナ対応に全力を注ぐとともに、医療提供体制の構築に向けた取組みが引き続き必要とされつつ、○の4つ目になりますが、一方で、いまのようなコロナ禍であっても、人口減少や高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの変化や、医療提供側のマンパワー確保、後程ご説明いたします医師の働き方改革への対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想の取組みを引き続き着実に推進する必要がある、とされております。

5ページをお願いいたします。コロナのような新興感染症への今後の検討・取組の進め方が中ほどに記載してございますが、医療法の改正により、再来年度の第8次医療計画から6事業目として追加されることとなりまして、下から2番目の○にありますとおり、感染拡大時に迅速かつ柔軟に病床や人材の確保ができるよう、平時からの取組等に関し、必要な対策を検討することとされております。

7ページをお願いします。今般の感染拡大時の受け入れ体制のイメージですが、左側の平時における、感染症指定病床で患者を受け入れる体制から、現在は右側に近い状況ですが、感染症指定病床のみならず、一般病床等の一部をコロナ患者受入れに転用したり、マンパワーを活用したりと、感染拡大に併せ、受入れ体制を拡充いただけてきたことを示したのになります。今後、このイメージ図のような体制をどの程度あらかじめ具体化しておくか検討していくことになるかと考えられます。

次に、地域医療構想につきまして、8ページをお願いします。人口構造の変化への対応としまして、地域医療構想の進め方については、コロナの感染拡大を受け、厚労省から改めて示すとされていましたが、最初の年表で触れましたとおり、今年3月に、都道府県あて通知が発出されました。

9ページをお願いします。3月に発出された厚労省通知の内容になります。これまで、地域の調整会議において、各医療機関の2025年に向けた役割などを順次協議してきたところでありまして、その後、令和元年度には、公立・公的医療機関の再検証要請もなされ、それぞれ対応してきたところですが、こちらのページの表の項目①基本的な考え方、一つ目の○の下線部にありますとおり、2022年度及び2023年度において、民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うこととされました。

これまでご協議いただけてきた、各医療機関の具体的対応方針について、○の二つ目と三つ目にありますとおり、コロナの感染拡大で、病床機能の分化連携の重要性が改めて認

識されたこと、それと、2024年度からの医師の時間外労働の上限規制の適用も見据え、2023年度までに再度検証・見直しするよう求められているものでございます。

また、四つ目の○にあります。地域医療構想の推進にかかる取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各県が地域の実情を踏まえ、主体的に取り組みを進めるものであると今回明記されています。

なお、公立病院については、一番下の○にもありますとおり、具体的対応方針として「公立病院経営強化プラン」を策定して、協議することとされました。

こちらの通知に対し、県としてどのように対応していくか、13ページをお願いします。

今後の取組の方向性として、コロナ禍であっても高齢化や人口減少が進む中、地域医療構想の実現に向け、コロナ対応を踏まえて確認された医療機関の役割を踏まえながら、地域での議論の促進、分化連携に向けた取組みを着実に進めていくこととしました。

14ページをお願いします。令和4年度の具体的な取組みとして、枠囲みの部分をお願いします。

各医療機関での再検証をどのように進めていくかのスケジュールになります。

まずは、令和元年度に「公立公的医療機関等の具体的対応方針の再検証」の対象となった医療機関、本県では6病院が対象となりましたが、そのうち、協議が済んでいない4病院を優先的に、地域での協議を行っていくこととなります。こちらは、既に具体的な検討に入ったところ、院内で検討しているところ、それぞれですが、今年度中の地域調整会議での協議を目指して、検討をさらに進めていきたいと考えております。

次に、二つ目として、それら4病院以外の、一般病床・療養病床を有する医療機関についても、具体的対応方針の再検証が求められていますので、検証作業、及び、公立病院は公立病院経営強化プランの策定作業にそれぞれ着手いただくとともに、これまで実施いただいていた協議の進め方に沿って、地域において協議方法や協議順序を決定いただき、医療機関での検証が済み次第、令和5年度にかけて、順次協議を行っていききたいと考えております。これまで協議いただいていたように、公立・公的医療機関、政策医療を担う医療機関を優先的に協議していくイメージになろうかと思っております。

では、24ページをお願いします。阿蘇調整会議における協議方法の案をご説明いたします。これまでと同様、政策医療を担う中心的な医療機関は、「統一様式」により、その他の病院と有床診療所は、一覧表を用いて協議する方法にしたいと思っております。

25ページをご覧ください。今回の新たな留意事項が2点ありますので、「新興感染症への対応」及び「医師の働き方改革を踏まえた医療従事者確保対策」この点を踏まえた、統一様式の構成イメージになります。なお、公立病院については、公立病院経営強化プランで、整理すべき項目が更に設定されています。

最後に26、27ページになります。阿蘇調整会議における協議順序の案です。まずは再検証要請対象医療機関である小国公立病院、政策医療を担う中心的な医療機関で公立病院である阿蘇医療センターを今年度中に協議します。その後、令和5年度の1回目で民間の3病院を協議し、2回目に有床診療所4つの協議を行う、といったスケジュール案と

なっております。分化・連携の観点からも、政策医療を担う公立・公的医療機関の役割が先に決まってから、民間病院や有床診療所が自らの役割を検討する流れになろうかと思えます。協議の方法は、先の24ページでご説明した案により協議いただくこととなります。

資料2の説明については以上となります。

(上村議長)

ありがとうございました。

それでは、協議に入ります。委員の皆さまからの御意見、御質問はありますか。特に24ページと26ページあたりの協議方法と協議順序ですかね。地域医療構想に関しては、当然ながらコロナの対応が新しく再開された際には、コロナ対策と働き方改革、医師偏在問題も入ってくるのではないかと考えていたのですが、入っていないんですかね。コロナの話と働き方改革を踏まえて、また、前回行ったように公立病院と民間病院で発表して、協議を行い、対応方針決めていくこととなります。まずは、公立病院、そして民間病院、有床診療所という流れになっているというものです。

御質問、御意見があれば御遠慮なくお願いいたします。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。一つだけ質問します。この具体的対応方針の協議方法は良いとして、政策医療を担う中心的な医療機関の内容はどこに対して発表をすると認識をしたら良いのでしょうか。県に対してという認識で良いのでしょうか。

(上村議長)

阿蘇保健所小宮所長、お願いします。

(阿蘇保健所・小宮所長)

ありがとうございます。大阿蘇病院さんについては、救急医療を担っていただいているという観点から政策医療を担う中心的な医療機関として位置づけさせていただいているのですが、県に対してというよりは、地域の医療関係者のみならず、その他の方々に対してもご提示いただくと考えています。

(内田委員)

ありがとうございます。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。他に何かございせんか。甲斐先生お願いします。

(甲斐副議長)

一点質問をしておきたいのですが、もともとこの地域医療構想が始まったとき、国がそれぞれの地域で2025年までに病床数、病床機能をどのように持っていかの、具体的な数字が示されていたのではないかと思います。阿蘇医療圏だと、人口減少や他医療圏への患者流出を踏まえて、約870床を400床程度にするとあったと思いますが、この数字については検証しなくて良いのでしょうか。例えば、政策医療を担う医療機関や有床診療所の役割を発表した後に検証する必要はないのでしょうか。あるいは、あの数字は消えてしまって、あの時だけの数字なのか、それともあの数字を踏まえて、この調整会議で最終的に報告しなければならないのかを教えてくださいたいと思います。

(阿蘇保健所・小宮所長)

国は最初に病床数の必要量を出してきたと思いますが、私は、あれは目標値ではなく、あくまで参考値であると認識しておりますので、必要量にとられるものではないと考えているところです。そのため、後から検証は必要ないと考えています。医療政策課から補足があればお願いします。

(医療政策課・朝永主幹)

医療政策課の朝永でございます。甲斐先生のお話については、本日の会議の最後の方で説明があるかと思いますが、資料7に病床をお持ちの医療機関の皆さまから毎年報告いただく、病床機能報告の結果についてまとめています。9ページが最新の2020年度阿蘇地域の結果をまとめていまして、2020年7月1日時点の状況を令和2年度病床機能報告と記載しております。上段が2020年7月1日の状況で下段が2025年7月1日の見込みについて、医療機関の皆さまからご報告いただいたものをまとめています。甲斐副議長と小宮所長からお話があった2025年の必要量については447床というのが、地域医療構想のスタート時点で示されているものです。当時の人口推計に基づき算出すると病床数が447床であり、それぞれの病床機能ごとに区分した病床が阿蘇地域に必要な量であると出されたものであります。それに対して現状は、2020年7月1日時点で720床、2020年時点で考える2025年の姿が613床となっています。それぞれ前年と比較すると病床が減少している状況ですが、必要量よりは多いという状況です。ただこれが、先程小宮所長からお話があったように、必ず必要量である447床を下回らなければいけないのかというところは議論があるところだと思います。いま検証のなかでも話があるとおりの、新型コロナウイルス感染症の対応、医療従事者の減少になります医師の働き方改革への対応がございますので、この病床数が、現在の人口の状況でみて適当かどうかについて、この調整会議の中で議論していただければと思います。補足は以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。必要量は必ず下回らなければいけないものでもないかもしれないということで、難しいですね。この数を必ず下回らなければいけないのかというのは私どもが一番注目するところなんですね。以前もありましたが、回復期が足りないというんですね。サブアキュート、回復期等、機能と診療報酬を別にカウントし、病床機能がごちゃ混ぜになって、回復期が足りないという大誤解をしておりますよね。少なくとも柔軟に対応していただけるということですよ。

(医療政策課・朝永主幹)

医療政策課の朝永でございます。そちらについては、地域医療構想の本体にも書いていますし、当時の議論のなかでもお話ししていることとなりますけれども、この447床については、削減目標というものではないことは、地域医療構想の中でも明確化しています。小宮所長からもお話があったように、皆様の議論の目安となるような数字です。先程申し上げましたが、新型コロナウイルス感染症や医師の働き方改革という要素も増えてきておりますので、そちらも踏まえて議論いただく内容かと考えております。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。あくまで目安ということですね。
他に何か御意見、御質問はありますか。辻委員お願いします。

(辻委員)

私は本日はじめて会議に出席させていただいたので、この地域医療構想の進め方がよく分からないのですが。この地域医療構想調整会議での合意はどれほど有効性を持つものなのか分かりづらいのですが、ここで得られた合意は前に進められるという理解でよろしいのですか。それとも、もっと上部の組織、あるいは指定とか認定とかいう制度上でまた後で制限が加わることはないのでしょうか。

(医療政策課・朝永主幹)

医療政策課の朝永です。基本的に地域での合意に沿って進んでいくこととなりますので、皆様に議論いただいた合意に沿って進めていくこととなります。

(辻委員)

ありがとうございました。

(上村議長)

新聞にも載っていたのですが、地域で合意があった話を、その地域の首長がひっくりかえしたという事例があり、これは私どもの学会でも問題になっています。何のためにこの会議があるのかという根本的な、法的な位置づけとかいうところでしょうか。どのく

らの力があるのだろうか、辻委員が核心をついたご質問をしていただいたと思います。あくまで自主的あるいは相互関係のもとで目安まで示していただいています、その合意したことが、覆されるということがあるというのは、私たちが非常に懸念するところです。基本的には、先程申し上げましたように、地域医療構想の会議は過疎地の医療をきちんと存続させるというのがおおもとの話で、都会ではそういう話にならないのではないかと思います。辻委員、阿蘇地域においてはそのようなことにはならないと思います。

他に何かございますか。地域医療構想の進め方については、非常に大事な話です。何か御意見があれば話していただきたいと思います。

都会の方では回復期が足りないからということで公立病院等が回復期等をとってしまうという問題が非常に顕在化しており、民間病院を圧迫しているのではないかという話も出ています。

本日の話は小国公立病院が地域になくはならない病院であるということですが、本日に集約化と非集約化をきちんと分析され、発表されていまして、私どもには非常にわかりやすかったです。高森委員、御意見はございませんか。

(高森委員)

私は平成5年から、29年ほど阿蘇の医療に携わっています。以前と比べますと、当たり前ですが、阿蘇医療センター、小国公立病院も大変な時期があったと思いますが、この県内で一番医師が少ないからこそ、数字や病床等、制度が変わってきていますので、県や保健所長とも顔の見える関係で話し合いながら対応していきたいと思います。小国の患者さんはやはり小国公立病院とおっしゃいますので、行政の言う数字や評価すること以上にこの地区では大事であると思います。新型コロナウイルス感染症対応ではっきりしましたが、どこの圏域よりも保健所長や上村議長や甲斐副議長と一緒に約束をしていただいて、阿蘇独自のシステムを築いてくださいました。他の圏域からは人数が少ないからだろうという意見も出ていましたが、逆に少ないからこそメリットがあると言いますか、このような連携は取りやすいのではないかと、そこが強みなので協力して県にあげれば、医療政策課等も対応して下さると思います。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。コロナ禍だからこそ、このような顔の見える関係もできているのではないかと思います。

ありがとうございます。それでは、合意と確認に移ります。

協議を踏まえ、今後の取組みとして資料2、24ページの「協議方法」、26ページの「協議順序」のとおり、まず、病院に関して、この24ページと26ページのとおり進めていくこととしてよろしいでしょうか。御賛同いただける方は挙手をお願いします。

【全員挙手】

はい、ありがとうございます。

これはわたくしの意見なのですが有床診療所については、前回予定に挙がっていたのですが、作業に取り掛かる前にコロナ禍になったものですから、調べたところによると、有床診療所の先生方に保健所から説明に行かれたのが、4年前ほどになりますかね。

（阿蘇保健所：宮崎主任技師）

はい、御説明させていただきます。管内4つの有床診療所につきましては、平成30年の11月にそれぞれの医療機関へ保健所から直接説明をさせていただいています。

（阿蘇保健所：小宮所長）

補足なのですが、有床診療所の協議については、有床診療所の先生方に直接会議へ参加いただくことに御了解いただいたのが4年前になります。ひとつ提案なのですが、今回事前の調整が足りていませんでしたので、有床診療所の協議については、今日は決定せずに、再度事務局から有床診療所の先生方に説明させていただき、御了解をいただいた後に、協議方法と協議時期について、次回の調整会議で決定していただくことも可能かなと考えております。

（上村議長）

ありがとうございます。それではその提案に賛同いただけますでしょうか。挙手にて確認させていただきます。

【全員挙手】

はい、ありがとうございます。

それでは、「新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の進め方について」は、病院においては、資料2、24ページの「協議方法」、26ページの「協議順序」のとおり進めていくこと、また、有床診療所は次回会議で決定することで合意いたします。事務局は、本日の意見も踏まえて、対応をお願いします。

続きまして報告事項の3、地域医療支援病院の新たな責務について、事務局から説明をお願いします。

3 地域医療支援病院の新たな責務について

【資料3】

(阿蘇保健所・宮崎主任技師)

続きまして、報告②の3「地域医療支援病院の新たな責務」についてです。資料3にてご説明いたします。

この地域医療支援病院については、阿蘇地域に該当する病院がありませんが、制度改革がありましたのでご報告します。

2ページをお願いします。地域医療支援病院については、令和3年度の医療法改正によって、新たに承認する際に調整会議で協議することと、管理者の責務として、新たに「県知事が定める事項」が規定され、どのような責務を追加すべきか調整会議で協議することとされました。

まず、地域医療支援病院には、現状、4つの機能として、①紹介患者に対する医療の提供、②医療機器の共同利用の実施、③救急医療の提供、④地域の医療従事者に対する研修の実施が、求められているところです。

今回の医療法改正の経緯としましては、厚労省の「特定機能病院及び地域医療支援病院の在り方に関する検討会」の整理におきまして、地域医療支援病院には、地域の実情に応じて、真に地域で必要とされる医療を提供することが求められている、とされ、具体的には、多くの地域で、「医師確保に資する体制整備」が課題となっているなか、医師の少ない地域を支援することを役割に加えること、ですとか、求められる機能は地域でそれぞれ異なることを踏まえ、都道府県知事の権限により、地域の実情に応じ、地域で検討された要件を追加できるようにすべき、との整理がなされたことを受けて、制度改革されたものになります。

3ページをお願いします。改正を踏まえた県での対応方針です。厚労省からは想定される責務の例として、枠内のアからエの4つが示されましたので、県全体の方針としては、同様の項目を責務として定めることとしました。各調整会議においては、更に追加すべき責務があるかどうかを協議することとされました。

報告②の3の説明は以上です。

(上村議長)

ありがとうございます。委員の皆さまから、何か御意見・御質問はございませんか。荒尾委員、どうぞ。

(荒尾委員)

阿蘇温泉病院の荒尾です。資料3の2ページ目の最後の方に書いてある、県内の医療機関が10ほど書いてありますが、阿蘇地域の医療機関は今回対象に挙がっていない状況です。

次の3ページのア)にあります、「医師の少ない地域を支援すること」とは阿蘇地域のことを指しているのでしょうか。それとも、病院を指すのでしょうか。

(医療政策課：村崎参事)

はい、医療政策課の村崎と申します。ご意見ありがとうございます。

今回、報告事項としまして、地域医療支援病院の役割としておりました、阿蘇地域には地域医療支援病院はなく、3ページでお示ししておりますア)～エ)の役割としましては、現在指定されている各地域医療支援病院がそれぞれの圏域で担う役割を想定しておりますので、二次医療圏ごとの話になります。

阿蘇地域においても、各医療機関同士で連携いただいておりますので、そのような意味では、すでに連携いただいているところもあるのかなと思います。

今回の報告内容については、他の圏域を参考までに御報告しているものになります。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。他に何かございませんか。

特にないようでしたら、次に報告事項の4の医師の働き方改革について、事務局から説明をお願いします。

4 医師の働き方改革について

【資料4】

(阿蘇保健所・宮崎主任技師)

報告②の4「医師の働き方改革について」ご説明いたします。資料4をお願いします。

2ページをお願いします。働き方改革については、3年前の2019年、平成31年4月に、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」いわゆる「働き方改革関連法」が施行され、全業種で長時間労働の是正に向けた取組みが行われています。医師については、時間外労働上限規制の適用が、法施行から5年後とされ、その間「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で議論が進められてきました。現在は、いよいよ迫って参りました、2年後の令和6年度の時間外労働上限規制適用に向け、各医療機関で勤務環境改善や医師労働時間短縮計画策定に向けた取組みを進められているところと存じます。

少し飛びまして、7ページをお願いします。こちらは、医師の働き方改革をめぐる留意点を整理したものです。左上、医療資源の最適配置の推進や地域間・診療科間の医師偏在の是正、国民の適切な受診の推進等、長時間労働を生む構造的な問題への取組、右上、適切な労務管理やタスク・シフト／シェアの推進等、医療機関内の働き方改革の推進を行う必要があること、また、医師の診療業務の特殊性に留意が必要とされています。

8ページをお願いします。これらの留意点を踏まえた、働き方改革関連法の医療分野への適用のあり方を整理したものです。

1番目の時間外労働の上限規制についてですが、「医師を除いて」、既に上限規制が適用されております。

下から2番目、「労働時間の状況の把握」については、令和6年4月からの医師の時間外労働上限規制適用に向けて、各医療機関で特に取り組んでいただくべき重要な項目です。

9ページをお願いします。制度面での整備についてですが、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が令和3年5月28日に公布されました。この中では、医師の働き方改革に関する項目として、令和6年4月1日からの、医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け、新医療法において、長時間労働となる医師の労働時間短縮計画の作成、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度が創設されること、および健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施が求められる点等が記載されています。

10ページをお願いします。また、各医療関係職種の専門性の活用では、医療関係職種の業務範囲の見直しで、タスク・シフト/シェアを推進して、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行うこと等も示されています。

11ページをお願いします。新医療法の考え方の基盤となった、医師の働き方改革の現状と目指すべき姿をまとめたものです。

上段、2つ目の黒い四角にございますとおり、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で、重要なことです。

13ページから、労働時間の管理についてご説明します。14ページをお願いします。医療機関で診療に従事する医師、つまり勤務医の時間外労働の水準については、その勤務先医療機関の特性に応じて決められる仕組みとなりました。

15ページをお願いします。皆さま、一度は目にしたことがある資料かと思えます。医師の具体的な時間外労働上限時間についてですが、真ん中、「2024年4月～」との四角で囲んでいるところをご覧ください。まず、原則となるA水準ですが、年間の時間外労働の上限が960時間、月当たりになると80時間です。

これでも、他の業種の労働者に適用される、左側の一般則の例外上限、年間720時間より多くなりますので、下段にございますとおり、連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息の「追加的健康確保措置」が医療機関の管理者に、努力義務として義務付けられています。

この原則以外に、特定労務管理対象機関、いわゆる特例水準として、地域医療確保の観点からやむを得ず長時間労働になるB水準、集中的に技能を向上させるために長時間労働を許容するC水準があり、それぞれ年間1,860時間までの時間外労働が認められます。いずれの水準についても、月の時間外労働は100時間未満が原則となっています。このうち、B水準については、連携B水準も含め、右側の「将来」と記載のある箇所のと

おり、「2035年度末(令和17年度末、上限適用から12年後)を目標に解消を目指す」とされています。また、下段の追加的健康確保措置について、B水準、C水準では義務になっております。

16ページ、17ページは、国から示されている、特例水準の対象医療機関の具体的な要件です。まずは16ページをご覧ください。B水準については、「医療機能」のところにあるとおり、救急医療、在宅医療を提供している医療機関で、「特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応」し、「政策的に医療の確保が必要」なものとなっています。具体的には、下に記載のとおり、①三次救急医療機関、②指定を受ける前年の救急車受入台数実績が1,000台以上等の二次救急医療機関、③24時間対応などの在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関、④精神科救急、小児救急、へき地で中核的な役割を果たす医療機関、⑤高度のがん治療を行うなど特に専門的な医療を提供する医療機関とされています。

17ページをお願いします。次に、連携B水準については、医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関であることが指定要件です。こちらは熊本大学病院、地域医療支援病院、社会医療法人が想定されます。

その下のC-1水準、C-2水準については、集中的に技能を向上させるために1,860時間が許容される2つの水準の要件です。C-1水準は、初期臨床研修医及び専門研修プログラムに参加する専攻医が対象となります。C-2水準は、高度技能、例えば難易度の高い先進的な手術が考えられますが、この修得を目指す医師が対象となります。

18ページをお願いします。これらの特例水準が適用される医療機関内での取扱いについてです。上の水色の箇所に記載しているとおり、各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるわけではなく、指定業務に従事する医師にのみ適用されます。図示しているとおり、B水準の機能を持つ救急医療機関であっても、業務によっては「960時間以内の時間外労働」の範囲に収まるものがあるでしょうし、また、図で示しているとおり「年間960時間超」となってしまう医師の業務が、複数の水準にわたって該当する場合もあるでしょう。

この場合、それぞれの水準についての指定を受ける必要があり、「特例水準医療機関に勤務する医師全員が960時間を超える時間外労働を課される」わけではなく、指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用される点に留意が必要です。医師が携わる業務が混在する場合は、その医師がどちらの目的、立場で業務に従事しているのかをよく検討し、実態に沿う水準で指定申請を行う必要があります。

19ページをお願いします。こちらは、特例水準指定に当たっての基本的な流れです。やむを得ず時間外労働時間が年間960時間を超える各医療機関が、特例水準となるためには、まず医師労働時間短縮計画、いわゆる時短計画を作成し、評価機能である医療機関勤務環境評価センターの評価を受けた上で、都道府県による指定を受ける流れとなります。また、県からの指定後、月45時間、年360時間の上限を超えて時間外勤務を行うことについて、院内で36協定を締結する必要があります。評価センターについては、

今年4月に日本医師会が指定されました。

20ページは、医師の時間外労働の上限規制が本格導入される、令和6年4月までのスケジュールを整理したものです。令和6年度以降、年960時間を超えて時間外勤務をする医師がいる医療機関については、必ず令和5年度中に、36協定の締結まで終わらせておく必要があります。

21ページをお願いします。こちらは、特例水準対象医療機関の要件を一覧にしたものです。「5 都道府県医療審議会の意見聴取」さらにその右端の備考欄に、「実質的な議論は、医療審議会に設けられた分科会や地域医療対策協議会等の適切な場において行うことを想定」とされています。

本県では、この実質的な議論を各地域に設けている地域医療構想調整会議の場で行い、この地域での議論、医療審議会での審議を経まして、県が3年間の期限で、特例水準適用医療機関を指定することとなります。

地域での議論が求められている趣旨は、指定する医療機関は、地域医療の観点から必須とされる機能を果たす等のために、やむなく長時間労働となる医療機関であるため、所在する各地域の医療提供体制を踏まえた判断となることからです。

例えば、現在救急医療の急性期を担っているB水準指定申請を行う医療機関が、地域において、近く回復期機能や慢性期機能を担うことが議論されている場合には、B水準の指定は「整合的とは考えにくい」と判断される可能性があります。

22ページをお願いします。これら国の方針をもとに整理した、県の指定審査における特例水準の指定要件です。

こちらは、B水準の指定要件です。県では、各項目を「適」または「不適」で審査し、全ての項目が「適」であることが、指定の前提条件となります。

B水準については、先ほど挙げた、三次救急医療機関、救急車受入台数実績が1,000台以上等の二次救急医療機関、等の要件を満たす必要がありますので、項目1につきましては、この中のいずれか1つが「適」にならなければなりません。

また、項目3～5の医師労働時間短縮計画の記載事項の内容については、下部の「参考」欄に記載のとおり、評価センターによる評価結果を踏まえて判断することとなります。

評価センターにおいては項目1の要件、例えば年間救急車受入台数や夜間・休日・時間外入院件数を満たしているかについては評価されないようですので、そもそも国から示されているこれらの要件に該当しているのか、県の審査の際に確認する必要があります。

そのため、各医療機関において、必ず評価センターの評価受審前に、全ての項目が「適」であることを確認しておくようにしてください。

23ページの連携B水準、24ページのC-1水準、25ページのC-2水準についても同様です。

県では、これらの指定要件を満たしているかを基準として、地域医療構想調整会議、医療審議会での議論のうえ、指定するべきか否かを決定します。医療審議会の開催時期が、毎年7月、10月、1月、3月ですので、それに先立ち、まずは地域ごとの調整会議で議論

を行います。

そのため、本県では、遅くとも医療審議会の2か月前までに各医療機関からの申請をしていただくスケジュールを考えております。これにより、今年度は早くも3月の医療審議会での議論に向けて手続きを進めることとなり、令和6年の上限適用前の最終の申請は、来年11月となる予定です。

なお、評価センターの評価開始時期は今年の10月頃からの予定とされていますが、詳しくはこれからという状態です。また、評価センターの評価には、4か月～半年程度かかると想定されていますので、特例水準指定をお考えの医療機関には「あと2年ある」のではなく、早め早めの準備をしていただきたいと思います。

32ページをお願いします。

こちらは参考ですが、各医療機関の関心が高い「宿日直許可」についてご説明します。宿日直許可を得ずに行う宿日直は通常の労働時間として取り扱う必要があるため、時間外労働の上限規制の対象となります。しかし、労働基準監督署から宿日直許可を受ければ、対象となる宿日直の時間については時間外労働の上限規制の対象でなくなります。

33ページをお願いします。医師等の宿日直許可の基準を整理したものです。宿日直許可として認められる基準としては、通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであり、常態として、ほとんど労働をする必要のないものである必要があります。具体的には、定期的巡視、緊急の文書又は電話の収受、非常事態に備えての待機等を目的とする働き方が対象です。また、宿日直許可は、一部の診療科のみ、一部の時間帯のみに限って得ることも可能です。

34ページをお願いします。厚労省においては、医療機関からの宿日直許可申請に関するWEB相談窓口が設置されています。相談窓口では、「どういったケースで宿日直が許可されるのか」「宿日直の許可申請はどのように行えばよいのか」という医療機関の相談に丁寧に対応することとされていますので、労働基準監督署への相談は敷居が高いとお感じの医療機関にも御活用いただけたと思います。

35ページをお願いします。こちらも参考ですが、県では、熊本県医師会への委託事業として「熊本県医療勤務環境改善支援センター」いわゆる「勤改センター」を設置し、令和6年度までに各医療機関が取り組まなければならない労働時間短縮や勤務環境改善の取り組みなどを支援しています。

資料4のご説明は以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。委員の皆さまで何か御意見・御質問はございませんか。

特に病院の管理の方は一生懸命取り組んでいらっしゃると思います。特に救急が多いところや、宿日直届を出さないと大学病院から医師の派遣ができないという話があったりしますね。

この医師の働き方改革については、すでに各医療機関で取り組んでいただいていると

思います。この議題については地域医療構想での協議を行うことをご承知おきいただければと思います。

時間もかなり経過しておりますので、何か御意見・御質問はございませんか。ないようでしたら、次に報告事項の4の外来医療計画・外来機能報告等について、事務局から説明をお願いします。

5 外来医療計画・外来機能報告について

【資料5】

(阿蘇保健所・宮崎主任技師)

報告②の5、「外来医療計画・外来機能報告について」ご説明いたします。資料5をお願いいたします。

3ページをお願いします。まず、外来医療計画についてです。外来医療については、新規開業が都市部に偏っていることや、診療所の専門化が進展しているなどの状況にあるなか、それぞれの連携については、個々の医療機関の自主的な取り組みにより構築されてきたところですが、地域ごとの外来医療の偏在を把握したうえで、外来医療機関の間での機能分化・連携の検討を進めることが有効とされ、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項として、外来医療計画を策定することとされました。

本県でも、各地域でのワーキンググループの検討を踏まえまして、「熊本県外来医療計画」を策定したところでございます。

4ページをお願いします。計画の内容について簡単にご説明します。現状・課題としては、まず、外来医療を中心として担う診療所医師の偏在や高齢化があげられます。右の棒グラフで示す人口10万人当たりの診療所医師数、折れ線で示す60歳以上の診療所医師の割合など、地域によりばらつきがあります。

また、地域医師会等から、後継者や医療従事者不足による診療所の閉鎖の増加、初期救急等の継続に必要な協力医師の高齢化等の課題が挙げられています。

5ページをお願いします。こうした各地域の実情を踏まえ、県の外来医療計画では、「外来医療機能の分化・連携の推進」と「外来医療を担う医師の養成確保」を2つの柱として、右側のような取り組みを推進することとしています。

以上が、外来医療計画の内容になりますが、計画を策定した後、新型コロナ対応を優先してきた関係から、具体的な運用につなげられていない項目について、今年度より取り組んでいきたいと考えています。

6ページをお願いします。具体的に取り組む事項としまして、まずは、医療機器の共同利用の推進です。CT等の対象機器について、圏域ごとの保有台数は把握していますので、まずは共同利用の実態について調査したいと考えております。また、これらの機器を新規購入する場合に、共同利用の意向を確認する取り組みも始めたいと考えております。

国の外来医療に係るガイドラインによると、紹介患者への利用も、共同利用にあたるということで、既に取り組みられている部分も多いものではあります。共同利用の更なる推進のため、その実態を情報共有し、見える化を図っていきたいと考えております。

2点目は、新規開業医師への協力意向確認です。新規に一般診療所を開設する医師に対して、届出の際に、初期救急や産業医等の外来医療機能を地域で担っていただけるか、意向を確認するものです。確認する項目について、今後、調整会議で協議して決定していただきたいと考えています。こちら、確認した結果を地域調整会議で共有し、見える化を図っていきたいと考えております。

これらの意向確認については、下の枠内にありますとおり、県で定める確認様式を管轄保健所に提出することとし、とりまとめたものを調整会議で報告する流れを考えております。

7ページをお願いします。本日は、今後協議いただく際のイメージをお持ちしました。令和元年度に開催いただいたワーキンググループの議論などを踏まえ、このイメージをベースとして、協力の有無を確認する外来医療機能を今年度中に決定していきたいと考えております。阿蘇地域の場合、すべての分野で、体制の維持や確保が必要との議論がなされていまして、下の枠にありますとおり、5つの項目を、意向確認してはどうかと現時点では考えております。

続きまして、外来機能報告について、です。9ページをお願いします。まずは厚生労働省の資料になります。1の外来医療の課題としまして、患者の医療機関の選択に当たり、外来の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向があるなか、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担といった課題が生じています。また、人口減少や高齢化、外来医療の高度化が進む中、かかりつけ医の機能強化とともに、外来機能の明確化、連携を進める必要があるとされています。

方向性として、四角枠のなかですが、①の外来機能報告を実施することと、その結果を踏まえ、②地域の協議の場において、連携に向けて必要な協議を行うこととされました。また今年度は、右矢印の先で、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）、こちらは、「紹介受診重点医療機関」という名前が付けられていますが、こちらを明確化する取組みを進めることとされました。厚労省の狙いとしては、下のイメージ図にあります。患者の方が、まずは、かかりつけ医機能を有する医療機関を受診し、必要に応じて、紹介を受けて「紹介受診重点医療機関」を受診し、症状が落ち着いてきたら、逆紹介という形で、かかりつけ医に戻っていく、といった受診の流れを構築し、病院の外来患者の待ち時間の短縮や、勤務医の外来負担の軽減、働き方改革に寄与することを目指すとされています。

10ページをお願いします。紹介受診重点医療機関の説明になります。まず、左側に外来機能報告の説明がございます。今年度から始まる外来機能報告では、〇のひとつめ、入院前後の外来や、高額の医療設備を必要とする外来を、医療資源を重点的に活用する外来、いわゆる重点外来と位置づけ、その実施状況ですとか、〇の2つめ、紹介・逆紹介の状況、

また、○の3つめ、紹介受診重点医療機関、つまり、紹介患者への外来を基本とする医療機関になる「意向の有無」を確認することとされています。

右側の枠内に、地域の協議の場とございます。外来機能報告の結果を踏まえ、①基準を満たした医療機関や、②基準は満たしていても、紹介受診重点医療機関になる意向を有する医療機関について、紹介率・逆紹介率等を参考として地域で協議いただき、どの医療機関を紹介受診重点医療機関とするか、地域で決定することとされています。

11ページをお願いします。厚労省が示す外来機能報告のスケジュールになります。今年度はまず、厚労省が対象医療機関を抽出した上で外来機能報告の依頼がなされます。その後、10月頃に県へ提供される結果をもとに、地域調整会議において、「紹介受診重点医療機関」を決定することとされています。

12ページをお願いします。「紹介受診重点医療機関」の基準について簡単にご説明します。まず、①から③のいずれかの機能を有する外来を「重点外来」と定義されています。①は、医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来として、例えば手術コードを算定した入院の前後30日間の外来受診などが該当します。②高額の医療機器を必要とする外来として、外来化学療法加算を算定しているなどがあげられています。

さらに、13ページをお願いします。先ほどの「重点外来」が、初診の外来件数のうち40%以上、再診の外来件数のうち25%以上を満たす医療機関が、重点外来基準を満たす医療機関として、「紹介受診重点医療機関」の候補となってまいります。

現在、厚労省において、レセプトデータなどからこれらの情報を収集し、対象医療機関の抽出を行っているところと伺っております。

14ページをお願いします。紹介受診重点医療機関の決定に際しては、紹介率・逆紹介率を指標として検討することとされています。

以上が厚労省の示した取組み内容になりますが、ただし、これらの基準を満たせば自動的に「紹介受診重点医療機関」となる訳ではございません。県の対応としまして、資料の15ページをお願いします。

そもそも、医療機関の役割分担につきましては、これまでの地域での病診連携として、外来機能も含め、地域で構築されてきた経緯があるかと思えます。

また、かかりつけ医の機能を病院が担うこともあるなど、かかりつけの医療機関と紹介患者への外来を基本とする医療機関とを明確に分けることは現実的でない部分があるかと思えます。

そのような状況を踏まえ、今後、調整会議において、①重点外来基準に該当するが、紹介受診重点医療機関となる意向を有さない医療機関、逆に、②重点外来基準に該当しないけれども、意向を有する医療機関を対象として、どの医療機関を「紹介受診重点医療機関」とするか、そもそも、「紹介受診重点医療機関」と位置付ける医療機関があるかどうか、12月頃に厚労省から医療機関ごとの外来機能報告結果が提供される予定ですので、その結果を踏まえて、調整会議で協議いただきたいと考えております。

16ページをお願いします。定額負担の対象病院拡大について、ということで、下の表の点線枠で拡大と示してありますが、今年度決定された「紹介受診重点医療機関」のうち、一般病床200床以上の病院は、現行の特定機能病院や地域医療支援病院と同様に、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとされています。

17ページは参考までにご覧ください。資料5の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。委員の皆さまで何か御意見・御質問はございませんか。

(甲斐副議長)

阿蘇医療センターの甲斐です。資料の6ページについて質問をしたいのですが、具体的に取り組む事項の※1医療機器の共同利用に関するものに、以前からCTやMRI、PET等書いてありますけれども、この5つの医療機器に限定されるのでしょうか。骨密度計等、それ以外の医療機器は含まれないのでしょうか。

(医療政策課：村崎参事)

医療政策課の村崎です。ご意見ありがとうございます。

現在、※1で示しております5つの医療機器については、県の医療計画で配置状況を例示的に示しているものです。そのため、甲斐先生がおっしゃるとおり、ここに記載している医療機器以外でも共同利用すべきものがあれば、5つの医療機器と同様に共同利用の意向や配置状況を確認していきたいと思っておりますので、ぜひ、必要な医療機器についてはご教示いただけますと幸いです。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。他に何か御意見・御質問はございませんか。

これは非常に医療提供側の一方的な形で患者目線が全くありませんので、現実的にどうかと思ったりします。私どもは約3年前に外来医療計画の策定に取り組みましたが、時間が経ち、ぼやけてきており、医師の偏在問題も話し合ったと思いますが、コロナ禍になりましたので、また検討していかなければならないですね。

先程から医療の話ばかりですので、非医療の委員の皆さまは質問しづらいと思いますが、もう少しお付き合いください。

次に、報告事項の6の令和4年度地域医療構想関係予算の概要について、事務局から説明をお願いします。

6 令和4年度地域医療構想関係予算の概要について

【資料6】

(阿蘇保健所・宮崎主任技師)

県地域医療構想関係予算の概要についてご説明いたします。資料6をお願いいたします。

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まして、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4年度では総額約6.6億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2つ目と3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き行う施設・設備整備費用を補助するハード分とを準備しています。今後、具体的対応方針の検討を進めるなかで、複数医療機関での連携を検討される場合に、ご活用いただけるものとなります。

一番下の「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・研究経費を補助するものになります。

4ページをお願いいたします。一番上に、「病床機能再編支援事業」とございます。令和2年度に国が創設したのですが、調整会議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減少に対し、病床の減少数に応じて給付金を交付するものでございます。

こちらの事業については、5ページ、6ページに参考資料を添付しておりますので後程ご確認いただければと思います。

また、そのほか、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、医療機器の購入費を補助する事業を予算化しております。

これらの事業につきまして、今後、医療機関における具体的対応方針の検討促進につながるよう、県ホームページなどで周知を図ってまいります。

また、事業によっては、実施にあたり地域調整会議での協議を必要としていますので、今後ご協議のほどよろしくをお願いいたします。ご説明は以上です。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。委員の皆さまで何か御意見・御質問はございませんか。補助金関係について個別で問い合わせを行う際には、どちらに行うとよいですか。

(医療政策課：朝永主幹)

医療政策課へご相談いただければと思います。

(上村議長)

はい、ありがとうございました。何か他に御意見・御質問はございませんか。
特にないようでしたら、最後にその他について、事務局から報告があればお願いします。

7 その他（病床機能報告結果について）

【資料7】

（阿蘇保健所・宮崎主任技師）

報告②の7、その他は病床機能報告結果についてです。資料7をお願いいたします。

病床機能報告については、毎年7月1日時点の状況をご報告いただいておりますが、今回、令和元年度、令和2年度についてご報告いたします。

本日は、直近の令和2年度の結果について概要をご説明いたします。おめくりいただき、2ページをお願いします。下の表に記載のとおり、報告対象医療機関数は9で、令和元年度から2医療機関、33床の減少となっております。

9ページをお願いします。表の左から4列目の「令和2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、基準日である令和2年7月1日時点の病床機能、2段目にBとして、基準日後である2025年の見込み、3段目にB-Aとして増減を記載しています。

基準日から2025年への増減を見ますと、急性期は同数で、回復期及び慢性期は減少となっております。

介護保険施設等へ移行する病床については、表の下から3段目に記載のとおり、2025年までに104床が移行する見込みとなっております。

上の表に戻り、右から2列目、②-①は、前年度報告との比較を記載しております。

なお、令和2年度は新型コロナの影響を最も受けた年ですので、県では、病床機能の動きも含め、こういった結果に関する分析を引き続き進めていきたいと考えています。

その他のページについては、構想区域ごとのデータを記載しております。資料7の説明は以上です。

（上村議長）

はい、ありがとうございます。何か御意見・御質問はございませんか。

病床機能報告については、この会議で毎年度報告されているんですね。

（医療政策課：朝永主幹）

その通りでございます。コロナ禍で調整会議が中断しておりましたので、今回は久しぶりの御報告となっております。

(上村議長)

はい、ありがとうございます。何か他に御意見・御質問はございませんか。時間が超過してしまいましたが、特に御意見等ないようでしたら、本日予定されていた議題及び報告事項は以上です。

皆様には、円滑な進行に御協力いただき、ありがとうございました。
進行を事務局にお返しします。

(阿蘇保健所・佐藤課長)

上村議長ならびに皆様方には、大変熱心に御協議いただき、ありがとうございました。本日御発言できなかったことや、新たな御提案などございましたら、御意見・御提案書により、本日から1週間以内にファックス又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。

それでは、大変長時間になりましたが、以上をもちまして会議を終了させていただきます。本日はありがとうございました。