

令和7年度第1回県医療提供体制協議会

1 日時：令和7年12月17日(水)19:00～21:00

2 場所：沖縄県庁6階 第2特別会議室

3 出席者

(1) 県医療提供体制協議会構成員 13名（構成員14名中）

沖縄県医師会 会長 田名 豪

沖縄県歯科医師会 会長 米須 敦子

沖縄県薬剤師会 会長 前濱 朋子

沖縄県看護協会 会長 平良 孝美

琉球大学病院 院長 鈴木 幹男

沖縄県病院事業局 局長 本竹 秀光

沖縄県立八重山病院 院長 田仲 齊

全日本病院協会沖縄支部 支部長 銘苅 晋

沖縄県慢性期医療協会 会長 玉城 仁

沖縄回復期リハビリテーション病棟協会 会長 宮里 好一

沖縄県地域医療構想アドバイザー 大屋 祐輔

沖縄県地域医療構想アドバイザー 高山 義浩

沖縄県保健医療介護部 部長 糸数 公

(2) 事務局 5名

県保健医療介護部医療施策課 課長 當間 隆治

企画班 班長 又吉朋隆、主幹 長浜 麻紀子

医療対策班 班長 平安山 剛、主査 宮平 和佳

4 会議内容

(1) 開 会

(2) 議 事

① 地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和6年度実施事業の事後評価及び令和7年度事業計画について

② 地域医療構想について

(3) 閉 会

5 議事等

議事1 地域医療介護総合確保基金（医療分）に係る令和6年度実施事業の事後評価及び令和7年度事業計画について

○ 事務局（医療政策課 宮平）より資料1-1, 1-2により説明を行った。

- ・団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えて、病床の機能分化連携等、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を課題として平成26年度に創設された。基金事業は区分1から6まで設けられており、本協議会では区分1、2、4、6について議論する。
- ・令和6年度の基金事業実績として、全47事業約107億円の規模を計画し、実際に基金から活用した額は約12.5億円となった。47事業のうち33事業が目標を達成し、約7割の事業において目標を達成した。区分別では、区分1（地域医療構想）で全5事業が目標達成、区分2（在宅医療）で8事業中7事業が目標達成、区分4（医療従事者確保）で31事業中20事業が目標達成、区分6（勤務医労働時間短縮）で全1事業が目標達成となった。
- ・目標を達成した事業として、医療機能分化連携推進事業では研修受講者100人（目標50人）、回復期病床数2670床を達成したことが報告された。認定看護師等特定行為研修支援事業では84人の看護師への補助を行い、目標の45人を大幅に上回る実績となった。これらの成果により、研修を受講しやすい環境が整備され、認定看護師および特定行為研修修了者の確保が図られた。
- ・目標未達成の事業として、勤務医等環境整備事業では目標15施設に対し実績9施設にとどまった。これは医師が育児休業の取得を選択し、結果的に活用病院数が減ったため。看護師等離島就業支援事業では目標14件に対し実績5件という結果で、補助対象となる1年以上の雇用予定の採用がないことや、補助対象外の沖縄本島からの採用であることが理由として挙げられる。
- ・令和7年度計画案については、47事業で総額約49億5183万円の事業を実施予定である。区分1で5事業約37億7000万円、区分2で8事業約8800万円、区分4で31事業約9億8000万円、区分6で1事業約1億円が計上されている。主な事業として北部基幹病院整備推進事業に約36億円、医師確保対策補助事業に約2億3000万円、災害支援ナース補助事業120万円、地域医療勤務環境改善体制整備事業1億円が含まれている。

○ 構成員意見及び質疑・応答

【田仲構成員（質疑）】

区分6（勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業）について、令和6年度と令和7年度で金額が大きく異なるが内容はどうか。

（回答：医療政策課）

令和6年度と令和7年度で事業内容は同一。令和6年度中に国の対象範囲拡大があり、既存予算で一部実施後、令和7年度に再積算（約1億円）している。主な補助はIT機器等。

【高山構成員（意見）】

急性期対応可能な在宅診療所の増加が地域包括ケアを強化し、急性期病院の平均在院日数短縮に寄与する。宮古において在宅医療が充実していたが、近年は中部・那覇・石垣で在宅看取が増加の傾向となっている。増加要因の地

域別分析と施策の最適化が必要。

【本竹構成員(意見)】

ACP 講習の普及により在宅看取りが増え、救急負荷の緩和が期待される。指導者を活用し事業へ組み込むべき。

(回答：地域包括ケア推進課)

ご意見を受け、今後の事業計画へ反映させる。

【田仲構成員(質疑)】

「事業 N045 看護師等誘致支援事業」について詳細を伺いたい。

(回答：保健医療総務課)

医療機関の看護師に支度金・就業奨励金等を支給に対し、県が 9 割を補助するもの。就業 1 年以上の定着を要件としており、令和 6 年度末に対象を沖縄本島から離島への誘致まで拡充した。令和 6 年度実績は 5 名。令和 7 年度は 20 名弱の補助実績見込み。短期就業者の多さと定着難が課題。対象拡充により間口は広がるが、定着支援の併用を検討する余地があると考えている。

【平良構成員(意見)】

「事業 N022 新人看護師研修事業」について、目標値 40 人に対し、令和 6 年度実績 18 人。令和 7 年度も 23 人程度で終了見込み。これについては、小規模施設の独自研修が可能となったことが影響している。合同研修の目標値は実績に合わせ見直すのが妥当である。

(回答：保健医療総務課)

医療機関にて研修受け入れ等もあり、合同型の研修も出てきている。これらを踏まえ、ご指摘のとおり目標値の見直しを行いたい。

【米須構成員(意見)】

沖縄県は歯科系教育機関が少なく、歯科人材確保が困難な状況である。歯科衛生士の不足と、歯科医師の減少で学校健診の実施が困難化し、子どもの口腔健康に影響している。

一方で、がん診療等における口腔ケア需要は増加。歯科医療従事者の減少は加速度的なものとなっており、県でも人員数等を把握しておいて欲しい。

対策としては、奨学金対象拡大・誘致支援・研修拠点整備等をお願いしたい。厚労省の人材確保事業等を活用した研修施設の設備整備、潜在有資格者の掘り起こし等が必要。

【本竹構成員(意見)】

県立病院では各病院に歯科口腔外科が設置されており、がん診療における口腔ケアも含め歯科医療は大事な分野であると認識している。歯科衛生士等の給与も含めた処遇改善が必要。

【糸数保健医療介護部長】

これまで歯科医療は離島における医療提供体制の確保が主であったが、がん診療への対応、救急診療への対応等も検討していく必要がある。

【前濱構成員(意見)】

「事業 N016 認定薬剤師育成支援事業」について、認定薬剤師支援事業は参加者が伸び悩み、目標未達成となっている。周知不足や勤務先の許可が阻害要因だが、事業支援により若手薬剤師の県外研修希望が増加傾向にある。今後も病院等と連携した周知を行っていくので、今後も事業継続を依頼したい。

【大屋構成員(意見)】

高齢化と若年労働人口減少により人材獲得競争が激化しており、従来の「増やす」前提の施策は限界に近い。資源配分の再設計（地域間・診療機能間の移管）と医療提供体制の合理化が必要。タスクシフト、ICT 活用、地域連携の組み合わせで少人数でも運用可能なモデルへ変えていくこと。2040 年を見据えた持続可能性の評価枠組みの構築していく必要がある。

【鈴木構成員(意見)】

「事業 N017 医療人材定着推進事業」、「事業 N019 地域医療支援センター運営事業」について、地域に目を向ける教育が必要。地域枠外の研修生であっても、希望があれば離島で実習ができるよう費用の拡充があるとよい。

【玉城構成員(意見)】

深刻な人手不足が続いている、特に看護補助者・介護士が不足している。介護人材は行政への訴えや発信力が弱く、課題が可視化されにくいため、改善が進みにくい。多くの病院で外国人材の採用へ踏み切る状況になっている。看護師は派遣で一時的に確保できる場合もあるが、介護職は求人を出してもなかなか集まらない。今後、病院機能や地域医療構想をつくるなかで、介護・看護所補人材も含めた人材配置を前提に病院運営そのものを考え直す必要があると感じている。

【本竹構成員(意見)】

介護・看護補助者等の賃金水準が低く、人材確保の大きな課題となっている。特に看護補助者については、診療報酬上の評価や手当が十分でなければ賃金引上げが難しい構造にある。今後、医師のタスク・シフト／シェアや看護師を含めた働き方の見直しを進める必要がある。

【平良構成員(意見)】

看護師の不足に加え、看護補助者の不足は数年前から指摘されている課題。2023 年 10 月に「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づく告示・指針が改正され、看護補助者もナースセンターで取り扱うこととなった。沖縄県ナースセンターでは、県の無料職業紹介事業の指定を受け、県補助のもと運営しており、近年は看護補助者の職業紹介や派遣にも取り組んでいる。ハローワーク等と連携しながら人材確保を進めており、今後の取組拡大につ

いても検討している。

【米須構成員(意見)】

なごみ会に所属する医療団体からは、体力の弱い組織では補助金等の申請に伴う自己負担が大きく、制度を活用したくても申請できないとの声が多く寄せられている。補助率が一定程度あっても、団体自体の財政基盤が弱いため負担額が重く、人材育成等に活用できない状況がある。今後は、こうした団体の声を丁寧に把握する場を設けるとともに、県として医療界全体を底上げする視点から、支援の在り方等について検討してほしい。

【高山構成員(意見)】

看護補助者の確保にも関係する介護人材の議論として、外国人介護労働者の採用コストに関する台湾の研究がある。それによると、日本では、介護事業者がブローカーに支払う仲介料が他国と比べて非常に高額である一方、必ずしも人材の質に差はないとの分析が示されている。こうした中、他自治体では行政が主体的に関与し、人材確保を支援する取組も始まっている。沖縄では経営基盤の弱い介護事業者が多いことから、ブローカー任せにせず、基金の活用等を含め、行政が関与しながら適正なコストで人材確保を進める仕組みを検討してもよいのではないか。

【糸数保健医療介護部長】

介護分の基金に関する会議が別途行われている。新たな地域医療構想において、医療と介護の距離も近づくことから、各取組の内容について相互に共有できる仕組みが必要であると各構成員のご意見を伺い感じたところである。

議事2 地域医療構想について

○ 事務局（医療政策課 長浜）より資料2により説明を行った。

（現地域医療構想の総括）

- 病床機能報告の推移について、回復期機能は2015年の1510床から2024年の2607床へと1100床程度増加し、割合も7%程度増加したが、目標の30%には達していない状況。今年度からより客観的な報告を目指すために、病床機能報告に定量的な基準を試行的に導入した。
- 病床整備については、第7次医療計画期間中に特例病床として中南部で合計380床を配分し、8医療機関が地域包括ケア病棟として整備を行った。実績報告では病床稼働率86.2%、在宅復帰率87.5%とい実績値を示した。
- 病床の稼働状況調査では、病院・有床診療所で合計810床が稼働していない状況にあることが報告された。非稼働の理由として看護師不足が最も多く挙げられ、5

割強の医療機関が理由解消後の再稼働を予定している一方、4割強の医療機関は当面再稼働の予定がないと回答した。

(新たな地域医療構想について)

- ・新たな地域医療構想について、国の検討会議の取りまとめ内容が共有された。病床機能報告では回復期機能が包括期機能に変更となり、医療機関機能として5類型での整理が行われることとなった。地域類型として①大都市型、②地方都市型、③人口の少ない地域に分けられ、沖縄県では中南部が②地方都市型、北部・宮古・八重山が③人口の少ない地域に分類される。
- ・医療機関機能について、地域密着型病院と広域をカバーする機能の二つに大別され、5つの機能が示されたが、県で示した「医療機関の機能分担表」との整理が必要。国においては特に高齢者救急を診る病院の重要性が議論されており、地域包括ケア病棟・医療病棟が高齢者救急のイメージとして示されている。今後、県においても高齢者救急の機能を明確化とともに医療機関の役割分担を整理していくことを考えている。

○ 構成員意見及び質疑・応答

【鈴木構成員(質疑)】

稼働していない病床について、精神病床が多いように見受けられるが、その要因等は何が考えられるか。

(回答：医療政策課)

精神科についても看護師不足を要因として挙げており、その要因が解消されれば病床を稼働できると回答。ただし、国においては精神分野の地域移行について議論されていることから、今後は全国的にも病床数は縮小傾向になると思料される。

【銘苅構成員(質疑)】

高齢者救急について、皆のイメージを一致させる必要があると思うが、高齢者の定義を県としてはどう考えるか。年齢で区切るのか、介護度でみるのか。

(回答：医療政策課)

つい先週の国の検討会においてもその議論がなされていた。年齢でみるのか、疾病でみるのかといった話が出ていたが、未だ明確な定義には至っていないと認識している。今後、ガイドラインが作られるなかで整理されると思料される。

【大屋構成員(意見)】

日本老年医学会では、高齢者を概ね75歳以上と捉えているが、75歳以降は個人差が非常に大きくなるため、年齢のみで判断するのではなく、生活機能や各種機能を総合的に評価し、高齢者の状態やレベルを捉えていく考え方方が示されている。今後は、年齢基準ではなく機能評価を重視する方向に移行し

ていくと考えられる。

【本竹構成員（意見）】

高齢者救急について、65歳以上を一律に高齢者と捉える考え方には限界があり、85歳であっても急性期手術が必要な症例は存在することから、年齢のみで区分することは現実的ではない。実際には、回復期や包括期機能を担う医療機関への振り分けが進むと考えられるが、社会復帰が可能な高齢者も多く、単純な区分では対応しきれない場面が生じる。

【大屋構成員（意見）】

国が示す高齢者救急は、主として内科的救急を想定しており、急性期手術を要する症例は想定していないことから、年齢ではなく本人の機能を重視すべき。一方で、「高齢者救急」という呼称は誤解を生みやすいものの、他に適切な表現がなく、国としては診療報酬による誘導も含め、この枠組みを用いる考えであるとの認識している。

【高山構成員（意見）】

沖縄県は全国と異なる人口構成や今後の人団動態の特徴を有しており、「高齢者救急」という呼称が県の実情に必ずしも合致していないと考えている。国への報告上は国の機能区分を用いる必要があるとしても、県内での整理として独自の呼称や読み替えを行うことは可能ではないか。このままでは誤解が広がるおそれがある。

【糸数保健医療介護部長】

用語の誤解を防ぐため、言葉の定義を明確にし、共通認識として丁寧に説明していく必要がある。今後も関係者間で共通言語化を図りながら議論を進めていくこととしたい。

【玉城構成員（意見）】

17ページ、22ページにある国資料では、病院機能を大きく「急性期広域病院」と「地域密着型病院」に分けて整理しているが、これは救急医療を前提とした整理というより、日常医療における機能分化（高度医療を担う病院と、在宅に近い医療を担う病院）を示しているように見受けられる。一方、県が作成した機能分担表は、コロナ禍における救急逼迫時の受入調整を前提として作成された経緯があり、国資料とは少し前提が異なるように感じる。今後、県版の整理を行うに当たっては、救急の概念をやや薄め、高度急性期・一般急性期・在宅に近い医療といった一般的な機能分化をベースにした整理も考えられるのではないか。

その上で、「高齢者救急」という概念の中で、慢性期病床と回復期病床を一括りにすることには無理があるよう思う。慢性期病院は診療報酬上、サブアキュート機能を担い入院受入が可能である一方、回復期病院は制度上の制約もあり、同一の枠組みで高齢者救急と回復期機能を担う整理が適切かどうかについては慎重な検討が必要であり、急性期側から見た際に役割が不明確になる懸念がある。

【宮里構成員（意見）】

回復機能やリハビリテーション機能については、リハビリテーションが多様な分野に広がってきたことを踏まえ、「包括的」という概念で整理しようとする考え方には一定の意義があると理解している。一方で、用語や概念については国においても整理が定まっておらず、概念が揺れ動いている印象を受けている。回復期と慢性期が同一の枠組みで整理される場面もあり、全体として概念が複雑化しているが、これは医療資源をより効率的に配置しようとする国の試行錯誤の結果であると受け止めている。現時点では整理が難しい部分もあるが、引き続き検討を重ね、考えをまとめていきたい

【玉城構成員（意見）】

自身は慢性期の立場であるため回復期機能について理解が難しい部分もあるが、回復期病棟は疾患別に運用されていることから、救急外来のように受入内容が事前に想定しにくい患者を担う「地域密着型病院」として位置づけることには難しさがあるのではないか。回復期病棟の役割を整理することで、各病院や介護施設における役割分担がより明確になり、病院間連携の円滑化につながるのではないかと思う。

【本竹構成員（意見）】

地域医療構想について、国が示すものはあくまで雛形であり、最終的には地域や市町村の実情に応じて決めていく必要がある。日本は地域差が大きく、都道府県ごとに異なるモデルになると考えられることから、沖縄県としても沖縄の実情を踏まえた構想を主体的に検討していく必要がある。事務局は仕事が増えるだろうが、関係者が協力しながら丁寧に検討を進めることが重要である。

【大屋構成員（意見）】

回復期機能については、従来は脳卒中後の回復など比較的単一の機能回復を想定してきたが、高齢者は多疾患併存や多機能低下を伴うことが多く、包括的に回復を支える視点が必要であることから、「包括期」という概念が用いられている。この考え方は国としても十分に検討されたものであり、包括期は今回の制度設計における重要な柱で、日本医師会も強く支持してきた経緯がある。今後、機能の在り方は地域ごとにスピードや優先順位の違いはあるものの、国として一定の方向性を示しており、沖縄県においても将来を見据えた準備が必要。また、国が示す急性期機能の整理は、コロナ禍での内科的急性期対応とは異なり、外科手術を担う病院の集約や外科医の働き方改革を念頭に置いたもの。そのため内科的視点のみでこの分類を捉えると誤解を生む可能性があり、コロナ禍における成功体験に引きずられない整理が必要。さらに、麻酔科医をはじめとする医師数の増加には限界がある中で、単に人員増を求めるのではなく、医療提供体制全体の在り方や役割分担を見直す視点が必要であり、新たな地域医療構想では従来とは異なる発想も含めて検討すべきである。

【田名構成員(意見)】

17 ページの国資料はキースライドであり、日本医師会の地域医療対策委員会での議論されている。人口規模や地域特性によって医療提供体制の在り方は大きく異なる。過疎地域では病院の統合や医療機能の縮小が既に進んでおり、沖縄県ではまだそこまでの議論はないが地域によって課題や対応が異なるため、一律の整理は難しい。そのため、各医療圏の地域医療構想の中で、どの病院がどの機能を担うのか、あるいは複数の機能を担うのかを整理していく必要があり、全県一律ではなく柔軟な対応が求められる。

【高山構成員(意見)】

専門医療の区分に含まれているリハビリテーション機能については、地域密着型医療として整理することも可能と思料される。専門医療の区分には産科や精神科医療なども含まれていることから、「その他」の意味合いが強いのではないか。回復期リハビリテーションは包括的機能として地域に根差して担う整理が望ましい。

また、国資料を踏まえると、急性期拠点機能には二つの性質があると考えている。一つは、高度で専門的な医療資源を必要とする、いわゆる「待てる手術（高度がん医療等）」を担う機能であり、もう一つは、小児から高齢者までの救急患者を 24 時間受け入れ、初期急性期医療や「待てない手術（胆道炎、急性心筋梗塞、脳出血等）」を担う機能。沖縄県では、北米型 ER を基盤とした救急医療体制を構築してきた歴史があるが、国の考え方をそのまま適用し、両方の機能を一つの病院に集約することは現実的ではなく、大きな制度的転換となる可能性がある。そのため、急性期拠点機能を「高度・待てる手術を担う集約型」と「待てない手術を担う救急対応型」に分け、例えば大学病院は前者、中部病院は後者といった役割整理を行い、国への報告時には両者を合わせて急性期拠点病院として整理する方法も考えられるのではないか。なお、これは、どの機能を重点的に担うかという役割分担の考え方であり、特定の手術を行わないという趣旨ではない。

【本竹構成員(意見)】

縄県ではこれまで、選択的手術（エレクティブ手術）と救急手術の双方を担う体制を構築してきた経緯があり、その点を踏まえた整理が必要。外科医は、エレクティブ手術と救急手術の両方を担うことで技術を維持してきた側面があり、単純に機能を分離することはできない。また、教育の観点からも、外科医がエレクティブ手術を経験できる環境は重要であり、救急対応のみを切り離す整理には課題がある。

【大屋構成員(意見)】

外科医は基本的にエレクティブ手術と救急手術の双方を担う存在であるが、病院ごとに役割の「色」があつてよいと考える。現状では、外科系について多くの病院が同様の機能を幅広く担っており、その結果として人手不足が顕在化

している。今後は、例えば大学病院が高度で専門性の高い外科医療や多発外傷等を担い、他の急性期病院が救急対応を中心に担うなど、両方の機能を持ちながらも重点の置き方を変える形での役割分担が現実的。すべての病院が同じ機能を担う「金太郎飴」型ではなく、微妙に異なる役割分担を行うことで、限られた人材を有効に活用すべき。

【高山構成員(意見)】

急性期拠点機能には、「高度で専門的な待てる手術」と「救急としての待てない手術」という二つの性質があると考えている。沖縄の歴史的にER型で集約してきた体制に、国の考え方をそのまま当てはめると、両方を一つの病院に担わせることになり現実的でない可能性があるため、役割の重点を分けることも一案ではないかと考えている。待てる手術をやるなという趣旨ではなく、どの機能に力点を置くかの問題である。また、中部病院のように高齢者救急と急性期拠点機能の両方を担っている病院もあり、複数機能を選択する形で整理していくことも現実的ではないか。

【本竹構成員(意見)】

外科医の専門性や症例数の維持の観点から、一定の集約は必要である。症例が分散すると専門性の維持が難しくなり、人材派遣にも支障が出るため、県全体としてどの程度の機能をどこに配置するのかを考える必要がある。

また、コロナ禍のデータは手術が抑制されており、機能評価に用いるには適切でない可能性があるため、拙速な判断は避けるべき。

過去にも心臓手術施設の集約議論があったが、総論賛成・各論反対となり調整が困難であった。急性期病院がフルスペック化している現状の中で機能整理を行うことはなかなか難しい。

【田名構成員(意見)】

麻酔科医などの不足を踏まえると、高度医療と急性期医療の両立をどう図り、外科医をどう育成するかが新たな地域医療構想の重要な論点である。各圏域で病院同士が互いの強みを確認しながら役割分担を考え、将来的には地域医療連携法人の活用も視野に入れて協調していくべき。

【大屋構成員(意見)】

外科医は基本的に待てる手術と救急手術の両方を担うが、病院ごとに重点の置き方（色）があつてよいと思う。大学病院は高度で専門性の高い外科や多発外傷を担い、他の急性期病院は救急対応を重視するなどの役割分担が現実的ではないか。一方で、先の専門医の集約の議論では「手術ができなくなるなら内地（県外）に戻る」とする医師も多く、人材流出のリスクがあることから、集約の進め方は慎重であるべき。

また、地域医療連携法人を活用し、急性期病院と地域病院が当直医や若手医師を融通し合いながら高齢者救急やポストアキュートを支える仕組み等も他県

(佐賀県等) にはある。

【田仲構成員(意見)】

八重山地域では脳外科医の確保が困難で、緊急の手術や血栓回収などの症例が増加しているが、搬送には地理的制約があり対応が難しい現状がある。今後も搬送例が増えることが見込まれ、医師確保には努力するものの、医療者人口の減少も見込まれる中で、一定の集約と搬送を前提とした体制にならざるを得ないと感じている。

【鈴木構成員(意見)】

高度な医療手技や医療機器は導入・維持コストが非常に高く、どの病院でも実施できる体制を整えると、症例数の不足や経営悪化につながるおそれがある。患者の安全と病院経営の両面から、一定の医療経済的視点に基づく集約が必要である。

【銘苅構成員(意見)】

病院経営の観点から見ると、上から集約を強制するのは現実的ではなく、人材確保ができるかどうかによって自然に淘汰・集約が進んでいく面があるのではないか。

【糸数保健医療介護部長】

本日の議論を踏まえ、地域ごとの実情や医療提供体制、病院経営の負担、住民への説明の必要性などを含め、今後さらに検討を深めていく必要があるとの整理がなされた。本日の議題は以上とし、次回以降の会議で引き続き議論を行う。