令和８年度　第２回県医療提供体制協議会　議事録

1. **日時**　令和８年８月 31 日（月）　18:00～20:00

2. **場所**　沖縄県医師会館　３階ホール

3. **出席者**　委員（16 名中 14 名出席）

田名 毅（沖縄県医師会 会長／沖縄県地域医療構想アドバイザー）
米須 敦子（沖縄県歯科医師会 会長）
前濱 朋子（沖縄県薬剤師会 会長）
平良 孝美（沖縄県看護協会 会長）
鈴木 幹男（琉球大学病院 院長）
田仲 斉（沖縄県立八重山病院 院長）（オンライン参加）
銘苅 晋（全日本病院協会沖縄支部 支部長）
宮里 好一（沖縄回復期リハビリテーション病棟協会 会長）
玉城 仁（沖縄県慢性期医療協会 会長）
大屋 祐輔（沖縄県地域医療構想アドバイザー／北部医療財団 理事長）
高山 義浩（沖縄県地域医療構想アドバイザー／県立中部病院 部長）
涌波 淳子（沖縄県医師会 常任理事）
比嘉 靖（沖縄県リハビリテーション専門職協会 会長）
諸見里 真（沖縄県保健医療介護部 部長）

事務局（4 名）

當間 隆治（県保健医療介護部医療政策課 課長）
篠田 卓也（同課 企画班 班長）
長浜 麻紀子（同課 主幹）
藤本 幸（同課 主任）

4. 会議内容

- 開会
- 議事
  （１）　新たな地域医療構想の方向性と構想区域について
  （２）　医療需要の将来推計と取り組むべき課題について
  （質疑応答）
- 閉会

5. 議事等

議事１　新たな地域医療構想の方向性と構想区域について

○ 事務局（医療政策課　長浜）より資料 1-1 および参考資料１を用いて説明。
令和８年７月に発出された地域医療構想策定ガイドラインについて、令和８年３月の「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」からの追加事項を説明。

○ 事務局（医療政策課　藤本）より資料 1-2 を用いて説明。
資料 1-2（６ページ）
- 地域医療構想の目指す方向性と基本方針案について、第１回県協議会の意見を反映。

（８・９ページ）
- 第１回県協議会において構想区域の見直し案を４案提示した。その結果

（10 ページ）
- ７月に発出されたガイドラインで、構想区域の見直しについて地域類型の考え方が追加された。地域を、人口規模を目安とし、「大都市型」、「地方都市型」、「人口の少ない地域」に分類する。沖縄県においては、中部・南部が「地方都市型」、北部・宮古・八重山が「人口の少ない地域」に該当する。

（11 ページ）
- 域類型ごとに 2025 年から 2040 年にかけての人口の推移が異なる。大都市型は生産年齢人口が減少し、高齢者人口は大きく増加する。人口の少ない地域は生産年齢人口も高齢者人口も減少する。地方都市型は大都市型と人口の少ない地域の間の推移をとる。

（12 ページ）
- 沖縄県は 2050 年にかけて、生産年齢人口のゆるやかな減少と高齢者人口の大幅な増加という大都市型に近い推移が予想されている。医療需要が増加し続けるため、全国と同じような集約化を一律に当てはめにくく、当面は増大する医療需要をどのような体制で受け止めていくかが本県の課題である。

（13 ページ）
- ガイドラインでは、医療への交通アクセスの状況も構想区域の点検事項として挙げられている。北部区域について、交通アクセスの観点からは区域内で急性期医療を完結できる体制の確保が望ましい。

（14 ページ）
- ガイドラインでは、全国の同規模他地区と診療実績を比較して点検することも求められている。北部圏域と類似した人口構造（人口が 10～20 万人かつ人口密度が 200 人/km²未満）の全国の３圏域と比較して、北部圏域は救急需要が高く、医療従事者一人あたりの負荷が大きい。全身麻酔手術や分娩件数も他圏域と比較して少ないということはなく、圏域外流出率も高くない。以上より、北部圏域は全国の同規模他圏域と比較して、診療実績が低い区域には該当せず、ただちに区域の合併が必要な状況ではないと考えられる。

（15 ページ）
- 前回協議会での意見および今回の追加の点検結果を踏まえ、現時点では構想区域の見直しを行わないが、今後適宜構想区域の点検を行う旨を明記する。また、見直しを行う場合は、合併を基本に検討するという方針である。

（17・18 ページ）

- ガイドラインで示されている急性期拠点の考え方を整理した。急性期拠点機能を担う医療機関の数は、人口の少ない地域では１つ、地方都市型や大都市型では、人口 20 万人から 30 万人で１つが原則とされている。

(19 ページ)

- ガイドラインをもとに、沖縄県の各圏域の急性期拠点の数を整理した。北部は人口が少ない地域に該当し、原則は１ヶ所確保とし、今後開院する北部医療センターの実績をふまえ、適宜検証を行う。宮古・八重山は人口の少ない地域に該当し、かつ離島であるため隣接区域と一体的に急性期拠点機能を確保することは困難なため、原則通り１つ確保と考える。他の医療機関とのアクセスに課題がある離島地域では、限られた医療資源の中でどの程度区域内における医療提供体制を確保するか、その上で他の構想区域の医療機関へどのようにアクセスを確保するかを今後検討していく必要がある。中部、南部は地方都市型に該当し、原則は人口 20～30 万人に１つである。ただし、国内の他の地方都市型の圏域と比較して大幅に高齢者人口が増加することが予想され、それに伴い医療需要の伸びが予想される。そのため、30 万人ではなく 20 万人に 1 つの確保が望ましいと考える。

(20 ページ)

- 地域医療構想の目指す方向性と基本方針についてこの内容で進めてよいか。
- 構想区域の設定は整理した内容でよいか。
- 急性期拠点機能を担う医療機関数について、北部・宮古・八重山は１ヶ所とし、地域の実情に応じた急性期拠点機能のあり方を検討する形でよいか、中部は２～３か所、南部は３～４か所で良いか意見を伺いたい。

○ 構成員意見及び質疑・応答

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院部長）】

● 「急性期拠点の数」について、中部が 2 から 3 ヶ所、南部は 3 から 4 ヶ所と幅を持って検討するのは理解できるが、基準が人口に引っ張られすぎている。必要数を決めるのは人口だけでなく救急需要である。沖縄県は救急車に乗る人が人口比で見ても多いため、需要の件数や救急要請から現場経由で病院到着までの時間、また沖縄県の固有の課題である、観光客や米軍の居住者も診ているといった流動人口に反映されない需要の存在、また病院ごとの実績・手術件数・診療領域も加味するべきである。

● 強調するべきは、国が気づいていない沖縄県独特の課題である。拠点をしぼることで、平時の効率性は上がるが大災害・停電・院内アウトブレイク、あるいは経営破綻等で 1 施設の機能が停止した時に、県外に搬送する手段がないため、一気にその地域で住民の生命危機が起こる。仮に中南部の ICU 病床の 1 つが何らかの理由で動かせなくなるとそのまま高度医療の崩壊が生じるし、実際にコロナの時にも起きた。それが沖縄県独自の事情であるため、多めに拠点を持つのは、健康安全保障上の観点からも沖縄県には必要であり、ここは国に理解させてほしい。

【大屋構成員（地域医療構想アドバイザー・北部医療財団理事長）】

● 議題 1 に関して、意見をいただきたい事項の１つ目「目指す方向性と基本方針の設定」については、前回意見を踏まえて修正いただいたので良い。2 つ目の「構想区域の設定」に関しても、北部地域の現状をしっかり分析していただいており、今後、北部医療センターができてからの動向を見てからという点は私も賛成する。この形で進めていただきたい。

● 3 つ目については高山先生のご発言同様に、現状の患者数や高齢者人口の増加等々から、この数値（中部 2～3、南部 3～4 という幅で）は適切である。また、検討を加

えていただきたい点がある。中南部は救急件数が多い反面、手術件数が少ない、あるいは全国に比べ相対的に多くない状況にある。つまり急性期拠点病院は本来、手術等の生命に関わる診療の多い機関であるはずなので、それを考えると高山先生の言う部分は、データ上の詳細を明らかにした方がいい。結局は軽症救急の数を減らして考える必要がある。また、圏域外からの入院患者の状況もみる必要があるので、その辺の分析をお願いしたい。その上で最終的な報告を提示していただけたらと思う。

【鈴木構成員（琉球大学病院院長）】

● １番目に関して、やはり集約化と、地域でしっかり患者さんを診ること、この２つを両立するべきなので、２番目の「地域社会の実現」は残した方が良い。
● ２番目の構想区域の設定について、これは全国的な流れでもあり、島しょ地域ということもあり得るが、全体的な流れもあるので、先ほどのご意見のようにデータも吟味しながらやっていく必要がある。また、データの一貫性というか比較のためには３つの圏域に分けてやるのが妥当である。
● ３番目、北部・宮古・八重山に関して、それぞれ急性期拠点は１ヶ所ずつは必要である。中・南部に関して、手術治療を各病院が頑張っていることもあり、症例が分散している。難しい症例はさらに上位の医療機関に搬送するという集約化を図っていくべきである。急性期拠点を中部３、南部４とすると、人口で見たときに多め（上限）になるので、これくらいを上限の目安にして見ていくのが良い。

【銘苅構成員（全日本病院協会沖縄支部支部長）】

● 基本方針については、前回の協議会のご意見も網羅されており、非常に良くまとめている。
● ３番目の急性期拠点病院の数について、今後将来は手術件数が増えて、症例も増えるという段階で、少なめに設定するより多めに設定する方が正解である。中部地区は2〜3であれば「3」、南部地区は3〜4であれば「4」というデータで良いと思う。そして集約化というのは、いきなり２つ、３つに絞るのではなく今後の予測や計画とともに集約化されるのが自然である。

【平良構成員（沖縄県看護協会会長）】

● 沖縄県としては目指す方向性・基本方針(案)で、県民一人一人が必要な医療や介護を受けながら安心して暮らし続けられる状況を目指すとあるが、この「地域」という言葉を疎かにしてはいけない。県民というか地域にとって最終的な目標なので「地域」が抜けることについては懸念がある。
● 基本方針について、「在宅医療や介護」とあるが、「外来医療」という言葉がどこにも出ていない。重症化予防にも外来は関わるので、「外来」をどこかに入れて頂きたい。

【事務局（医療政策課　藤本）】

● 今後外来の重要性は高まるため、どこかに入れることを検討したい。

【宮里構成員（沖縄回復期リハビリテーション病棟協会会長）】

● 鈴木先生・平良先生のご発言の件でひと言申し上げる。地域社会という言葉をわざわざ抜いたことは、思想が後退したと考えられる。医療の目的は、やはり社会に復帰する、社会的機能・生活の維持であり、そこを県民一人一人が意識できるかどうかである。
● 85歳以上が増えるということは、かなり危機的状況を招くという危機感を我々も持つべきであり、県民にも伝えていくべきである。この計画を立て実際に推進して

もかなり厳しい状況であり、それ相当の覚悟でこの 10 年計画を今立てなければならない。まず理念を崩さず、それを実現するためのどういう計画か、どういう実行体制なのか。企業で言えば当たり前だが、目的と理念を定め、どういう体制で誰がやるか。そして一丸となり実行できるかである。

● 持続できる地域社会・街づくりという概念において、県民みんなで危機感を持って考えようというプロジェクトにしないといけない。

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院部長）】

● 方向性のところで色々と意見が出たが、私から具体的な提案を。前半の「医療と介護を受けながら暮らし続けられる地域社会の実現」とあるが、「県民一人一人が安心して自分らしく暮らし続けられる地域社会の実現のため、必要な医療や介護が受けられる持続可能な体制を確立する」と順番を逆にしてはどうか。「介護」と「医療」を対等に確立するのではなく、「介護として必要な医療」が受けられる持続可能な体制を確立すると表現すると良い。

【事務局（医療政策課　藤本）】

● いただいたご意見をもとに再度検討する。

【諸見里保健医療介護部長】

● 「住み慣れた地域」という文言を削っているが、それについても色々意見はあるかと思う。ここは削って良いという理解でよろしいか。少し修正案を出してまた事務局で検討する。

【大屋構成員（地域医療構想アドバイザー・北部医療財団理事長）】

● 先ほどの「外来機能」についても加えていただけるということで良い。沖縄県の外来の現状から言うと、いわゆる内科系で、かかりつけ機能をある程度担っている先生方が多くないイメージがある。県民の救急を減らし、早期対応という意味でかかりつけ医機能を強調するような表現で上手くまとめたほうがよい。

【諸見里保健医療介護部長】

● 介護を構想に入れるかということについて、「医療と介護の連携」という形で書かれているが、それでよろしいか？

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院部長）】

●　これは、地域医療構想の目指す方向性なので、これで十分と思う。

【諸見里保健医療介護部長】

●　わかった。それではそういう形で整理させていただく。

【大屋構成員（地域医療構想アドバイザー・北部医療財団理事長）】

● 国で地域医療構想の検討を行っている時に、「介護との連携」だと最初から言われていたので、医療と介護を並列にするのは違うということであれば、「介護との連携」という書きぶりを残した方がいい。

【諸見里保健医療介護部長】

●　今回、地域医療構想が大きく変わったのは、従来の入院の話だけでなく、かなり幅広くなったことである。特に難しいのは医療と介護の連携、ここをどうスムーズ

に進めるかである。医療分野では市町村を非常に動かしにくいというのが一番難しいところである。今日はこの後出てくるが、私は予防を強力に進めていきたいと考えている。医療は県が主体だが予防や介護は市町村が主体となり難しさはあるが、来年度に向け体制・予算も含めて進めているのでしっかり取り組みたい。

【玉城構成員（沖縄県慢性期医療協会会長）】

- 急性期拠点が決まるとおそらく急性期の病院自体が集約化し、急性期の病床の効率性は上がっていく一方、高齢者は増え続けていく。地域においては手術の少ない急性期病床の包括期への移行や、地域包括医療病棟への一部転換など機能の移行が必要となる。今の段階でそういった方向性を出していくことが必要と考える。
- 地域医療構想では急性期・救急がよくとりあげられるが、慢性期疾患の予防・重症化予防が重要である。これは同時に進めていくべきことと考えるが、その辺の調整についてはどう考えるか？

【事務局（医療政策課　長浜）】

- 急性期拠点と高齢者急性期・地域急性期機能は一体的に検討していく必要がある。ガイドライン上、構想区域において急性期拠点の取扱を検討することとなっているため、今回、急性期拠点のみを取り上げたが、今後の県協議会の中で各医療機関機能の整理をし、地域に下ろしていくこととしたい。

議事２ 医療需要の将来推計と取り組むべき課題について

○ 事務局（医療政策課　長浜）より資料２及び参考資料２を用いて説明。

資料２（３ページ）

- 今回の推計ツールには入院医療需要だけでなく外来、それから在宅、介護サービスの将来推計まで搭載。その趣旨は、この慢性期のニーズというのは入院医療だけではなく、施設介護か在宅かで受け止めている。そのため、入院・在宅・介護を一体的に考えていく必要があるだろうということ。

（４ページ）

- 今回の推計のポイントは、全病床機能において効率化による需要圧縮を見込んだ点、および 75 歳以上の急性期需要の半分を包括期へ機械的に移行させた点。手術等を要する入院割合が低下する一方、入院需要自体は高まる実態を踏まえ、区分見直しを行っている。

（５ページ）

- 算出は 3 ステップで構成。ステップ 1 で現状の受療率を将来人口に掛け合わせ（自然体推計）、ステップ 2 で病床適正化・効率化・包括期移行・回復期リハ効率化の 4 効果を加味した「改革モデル」を算出。ステップ 3 で高めの病床稼働率で割り戻すことで「必要病床数」を算出している。

（６ページ）

- 自然体推計による 2040 年の需要伸び率は、外来 104.6%、入院全体 130.3%、慢性期 130%、介護サービス計 150%となり、特に慢性期・介護の伸びが顕著。なお、外来の伸び率がゆるやかであるが、全国の 7～8 割にとどまる現状の低い外来受療率をベースに引き伸ばしていることも影響していると思料される。

（７ページ）

● 1日あたりの絶対数で見ると、入院は全体で3,453人増（特に包括期が1,428人増）、在宅・介護は訪問診療が4,949人増、介護合計が4,578人増と大きく伸びる。介護医療院のように伸び率は高くても増員数が小幅な機能もあるため、量の主軸は「包括期病床」と「慢性期の在宅・介護」となる。

（８ページ）

● 改革モデルによる受療率の低下を反映することで、需要を合計2,345.7人分圧縮する。ただし沖縄県においては、最大限の改革を行って大幅な圧縮を図ったとしても、高齢化の影響により2024年実績比で＋1,107人の需要増となる推計構造になっている。

（差込資料）

● 今回の改革モデルによる圧縮率15.8%は一見高く見えるが、現行構想においても実際の数値が推計値を約2割下回っていた実績がある。これに基づき、今回の圧縮の設定もある程度は達成可能な水準であると考えられる。

（９ページ）

● 改革モデルの医療需要を病床稼働率で割り戻した結果、全体で自然体推計より約3,000床を圧縮した値が必要病床数となる。国のガイドライン上、沖縄県全体の病床総枠（推計値）の変更は不可だが、中部・南部などの地域間における患者流出入の調整は認められている。

（10・11ページ）

● 今回の推計は急性期需要の単純削減ではなく「入院需要の中身の変化」を意味し、包括期病床の強化と早期退院を支える在宅・介護の受け皿確保が必須となる。改革が進まないと患者が急性期に留まる懸念があるため、策定中の「第10期介護保険事業計画」等と一体的な調整を進めていく。

（12ページ）

● 不可避な人口構造の変化や高齢化に対し、「入り口（外来・救急での重症化・フレイル予防）」「入院（効率化）」「出口（在宅・介護施設等の受け皿拡大）」の3段階で対応策を組み合わせることで、大きく伸びる医療需要の抑制を図る必要がある。

（13ページ）

● かかりつけ医機能強化や救急受け入れルールの整備、医療・介護の連携体制構築を推進する。特に入退院の入り口・出口となる予防や介護整備は市町村の役割が大きいため、保険者機能と連携して各計画へしっかりと落とし込むことが重要である。

（14・15ページ）

● 従来の「急性期を起点にどう在宅へ戻すか」という視点から、「慢性期需要の受け皿整備」を起点とする視点へ転換することが重要。慢性期や在宅患者の病状変化時に包括期が迅速に介入し、再び地域へ戻す双方向の循環ラインを機能させることが鍵となる。

（16ページ）

● 琉大病院の移転の影響については、2024年実績（南部所在時）ベースの推計に対し、移転後の550床を中部医療圏へ移動し調整する。あわせて移転に伴い南部に留まった患者を戻して補正を行う。今後、DPCデータを活用して延べ患者数や病床機能（ICU＝高度急性期、一般＝急性期）の整理を行う。

（17ページ）

● 次回協議会で「必要病床数」と「現病床数」の比較を提示予定。今回は、①改革モデル実現に必要な医療・介護の整備策、②提示した課題・対応策への代替案、③琉大病院移転に伴う追加整理・修正点について意見を頂戴したい。

参考資料２

（４ページ）

● 沖縄県は後期高齢者人口が急増する背景があるため、効率化を図る改革モデルを適用してもなお、医療需要全体が増加傾向を辿ることが前提となる。

（８ページ）

● 年間の救急搬送件数は足元の約 8.4 万件から 2050 年には約 10.4 万件へと約 2 万件増加し、特に「85 歳以上」「中等症」の高齢者救急が突出して伸びる見込み。この動向は、包括期機能の強化が不可欠であることの裏付けとなっている。

（11～15 ページ）

● 各二次医療圏における具体的な医療需要の推計データ。

（20 ページ）

● 現状投影の需要増に合わせて病床整備を行うと稼働率低下などの経営リスクを招くため、まずは改革モデル数値を「目指すべき政策目標」に設定することとしたい。その上で、過不足を防ぐため、現状投影との差分を定期的に進捗評価し検証していく。

（21 ページ）

● 全国および県内の平均在院日数短縮トレンドに加え、診療報酬改定（DPC 短縮設定、看護必要度の厳格化、回リハ実績指数の明確化等）が短縮を促す構造になっているため、今後も受療率は低下していく見通しである。

（22 ページ）

● 地域密着型（包括期）病院は、急性期の単純な受け皿にとどまらず、高齢者の回復や生活復帰を支える中心的な役割を果たすことが求められる。示された 6 つの重点項目へ優先的に資源を投入し、地域の機能分化と連携を推進する必要がある。

2. 質疑・討論

○ 構成員意見及び質疑・応答

【田名構成員（沖縄県医師会会長　沖縄県地域医療構想アドバイザー）】

● 私は開業医であり、内科を中心に初期診療をメインでやってきたので、医師会役員になってからも受療率をどう上げるかに取り組んできた。その中で、前期高齢者でも要介護の人が増加し、この人達が 85 歳になると更に高齢になり介護が必要な人ばかり増加するという非常に残念な状況である。

● 今回の推計の見通しを立てるとしたら、外来医療の充実をもう少し前面に出し、県民の意識改革が起きないとすべて間に合わない。新しい地域医療構想では、外来の取組が病床を減らすというのも当然だが、この推計を踏まえて私たちは何を目指すべきか、外来の充実をしっかり目標として定める必要がある。脳卒中や心筋梗塞を減らすといった生活習慣病予防を私たちがもう少し行政と一緒にやっていくことが重要。地域医療構想を考える時にどうしても外来機能はついでになるので、その辺にもう少し光を当てデータ分析も含めて行ってほしい。

【大屋構成員（地域医療構想アドバイザー・北部医療財団理事長）】

● 田名先生の意見に加えるが、沖縄県の現状は救急が多く、その対応で精一杯だという現実がある。改革を進めるなかで色々と集約したり減らしたりしていく必要があるが、逼迫している状況の中でそれができるか不安である。多少なりとも救急の需要が縮小しないと改革も行えないし、その余裕もない。先生が言われたように急性期の救急外来受診を減らす、それから高齢者の誤嚥性肺炎や尿路感染症等も早期に対応できるような体制（ACSC 対策）等が進行しないと、入院医療の改革はできない。それが今回のデータから読み取れる。

● あと２つポイントがあり、１つは医療者について。今回の改革モデルの中にはあまり考慮されていないが、これだけ急性期の病床が減るという状況の中では包括期をもっと強化しないといけないが医療者は果たして増やせるのかという問題もある。例えば必要病床数を実現するためには、医療者を確保しないといけないので推計を出さなければ対応できない。
● もう１つは、病院として何をやるかという方針が定まっていないままでは施設の経営に響いてくるという点。県内でも M&A が始まっていて、そういう話がちらほらあるが、強い資本による M&A の方がいいのかどうか。早期に中小の病院が自院の機能について焦点を合わせ、潰れないよう経営の視点から発信することも大事。県が経営のことに口出しできないだろうから、経営に関わる人たちがわかりやすい内容で出していく必要がある。いずれにせよ共通の方向性で診療報酬が変えられていくので、沖縄県はまだまだ成熟していない厳しい医療環境の中にあり、潰れそうな病院も出てくると予想されるため、そういったこともある程度予測しながら進めていくのが良い。

【銘苅構成員（公益社団法人全日本病院協会 沖縄支部長）】
● 先ほどの圧縮した推計値が本当に絵に描いた餅にならないか懸念がある。実現には急性期から包括期、慢性期や施設への「流れ」が必要である。85 歳以上の人が 2040 年に今の２倍になる時に、ある程度の介護度であれば在宅で診られるが、そうじゃない人の需要とそれを受け入れる施設が現時点であるかという推計が必要である。それを出さないと、この流れのどこかで詰まってしまい結局急性期が逼迫する。
● 現在のこの施設のベッドの数や療養型のベッドの数で十分診られるのか、在宅で診られずに施設に行く患者もいるだろうから、そこの流れをとめないようにしないと、結局救急医療が止まってしまうこととなる。

【事務局（医療政策課　長浜）】
● 介護の整備量等については、介護計画を作っていく中で各市町村の現状の医療・介護資源の数、そして今後どれくらい増やす余地があるか整理をしているところである。一体的にとお話ししたが、この慢性期のニーズをどこで見ていくのかをしっかり数字で整理をしていく必要がある。

【鈴木構成員（琉球大学病院　院長）】
● 銘苅先生が言われたように、いきなり救急で重症になって運ばれるような患者をできるだけ減らす予防的な対策をしっかりやっていくのと、急性期の治療が終わった後の流れをスムーズにしていくことは非常に大事である。
● 参考資料２の 18 ページ、これはあきらかにコロナの時に落ち込んで、医療従事者が引いてしまい、病床はあるが開けられないというのが多い。果たしてこれが医療需要を反映しているのかというと違う。その点を考えた方がよい。

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院部長）】
● この計画の成立には出口となる介護施設・訪問診療・訪問看護が十分に拡充されることが不可欠である。諸見里部長もそこに力を入れなければならないとお話があったので心強い。
● 特に訪問介護について、私も在宅で介護の現場によく足を運ぶが、マンパワー不足を感じる。その受け皿が整備されなければ、結局急性期病院に患者が滞留し、救急あるいは病院の機能が落ちる。その負のスパイラルに対し、入り口で住民に対する教育も大事だが、介護をいかに立て直していくかが問われている。一方で沖縄県の高齢者の独居率は 22%と東京に次いで２番目に高い。これは沖縄県の離婚率・未婚率が全国一高いところが反映されているが、この独居率が全国で２番目の人たちが高齢者・後

期高齢者になることを考えると、かなり介護需要は爆発的に増えると見込む必要がある。

● 今まさに第 10 期となる介護保険事業計画の策定が進められており、私も委員で参加しているが、各市町村の介護保険事業計画に、本日の担当課長の説明内容（県の見通し）を伝え、今始まっている議論の中で「これを介護施策にしてください」と連携する取り組みが必要である。

● 県と市町村・保険者で踏み込んだ実務的な協議の場を設け、現実的な受け皿整備の進捗管理というものを県と市町村が定期的に持ちながら、介護保険事業計画にくい込んでいくべき。医療計画と介護保険事業計画が連動して計画できるようになれば、特に地域でのその介護供給量の目標値が出るまでは、県は病床削減の提案を避けた方がよい。

【涌波構成員（沖縄県医師会常任理事 県在宅医療部会長）】

● 今日、広域連合の事業会議に出席したが、広域連合の地域包括ケアの方も各市町村が一生懸命介護予防事業をしており、その取りまとめをしている。ただ、その予防事業が成果が出て、要介護者数が減ったか、要介護率が減ったかが、まだ十分把握できていない。介護との連携は大事である。

● 栄養や認知症等の予防をもっと攻めてやっていかないと、守りだけではとても受け皿が足りない。このことをしっかり伝えるのが大事である。

● 市町村・医師会・慢性期医療協会等々、各主体に担うべき役割があり、連携できる団体がある。その団体の力も借りてそれぞれ役割分担を持って取り組まないと間に合わない。色々な協会が参加しているこの集まりで役割分担するのは非常に大事である。

【米須構成員（沖縄県歯科医師会 会長）】

● 歯科も後期高齢者の健診をしているが、沖縄県は 47 市町村中 28 自治体と遅れており中々全市町村が進まない。歯科でオーラルフレイル等が早期にわかれば医科へ送りやすいので、予防から重症化予防に繋がるのだが、費用がかかることからなかなかできていない。

● 一方、対応する側の皆さんからいただく意見は、診療を中断し健診にかかる時間と検診料の齟齬が「やる側の負担が大きいから」とのことではなかなか進まない。これは歯科だけでなく、健診率が上がらない理由の一つ。歯科の保険診療の中でも数年重症化予防を一般診療の中でも行っているが、急性期の病院へ情報提供する協力はできる。その「予防」「連携」等の記載が一切ないので、そのあたりの記述があってもいいのではないか。

● 訪問で歯科診療を行っているが、ケアマネとのアセスメントがスムーズでないため継続した連携ができていない。介護保険の普及は、微増ではあるが、増えており、保険診療の中でも、継続的な重症化予防の観点から、歯周病の予防への取り組みは進んでいる。医療提供体制の中に是非、歯科との連携、オーラルフレイルへの取り組み等の記載や方針を示していただくと、県民への医療提供と多職種連携を積極的に進めていける。

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院 部長）】

● 非常に大切な意見。沖縄県ではオーラルフレイルが要介護の入り口なので、お金をかけてでも将来の莫大な社会保障費を抑制できる。

【比嘉構成員（沖縄県リハビリテーション専門職協会 会長）】

- 資料 2 の 12 ページから「②入院医療、あるいは介護との連携」という部分で、重症化予防の方に「入院（効率性をあげる）」とあるが、退院する時に介護が明確に必要な方が、必要なリハビリや退院後の医療機関の中で受けられるサービスを受けずにそのまま元の生活に戻ると、フレイルが進み介護が必要になることがある。急性期病院から退院する方の多くが在宅医療や福祉などに繋がらないまま地域に戻っている。
- 急性期病院からの出口がそのまま重症化予防に繋がる取り組みにすべき。入り口の部分で医療需要を下げるとあるが、その出口のところでも地域資源に繋いでいかない限り、要介護の方が放置され、医療の需要が高まることも起こり得るため、両者は一体的だと感じる。丁寧に地域に返していくことが求められている。
- 資料を拝見して、かかりつけ医が非常にキーになると思うが、例えばそのかかりつけ医に、何か数値目標はあるか？

【田名構成員（沖縄県医師会会長 地域医療構想アドバイザー）】

- 医師会の立場から見ても、やはり「かかりつけ医」がしっかり機能するかどうかで重症化予防も進むと考えている。残念ながら「医師会員全員がかかりつけ医になろう」とは言いつつも、本当に皆さんが高い意識（高血圧管理など）を持って取り組めているかというと、そこにはまだ課題がある。
- そこは高山先生のご発言にもあった通り、内科医だけでなく外科医も含めて内科のかかりつけ医を増やしたり、内科標榜がなくても患者さんを診ていったりする姿勢が必要。それと合わせて、重症化の早期発見や健診報告ができるシステムを作るべきだと考えている。今後、医師会全体として「かかりつけ医」を推進していく取り組みは、行政と一緒にやっていきたいと思っている。

【前濱構成員（沖縄県薬剤師会会長）】

- 今回の診療報酬改定で、薬局の「かかりつけ薬剤師」が評価の対象となり、その算定要件に、体重計・血圧計・体温計といった健康測定のための器具やアプリの活用等がある。薬局は身近な場所に多くあるので、病院にまで行かない人たちにも、これらを活用していただけるよう、みなさんにも知っていただきたいと思い発言した。

【宮里構成員（沖縄回復期リハビリテーション病棟協会会長）】

- 今日共有できた本質的な内容を実現するためにはどういう体制が必要か、様々な力を凝縮していくことは非常に高い壁であるが、いずれにしても「組織」を作るべき。多様な団体や職種をまとめ、県民の健康意識も加味しながら進めるのは、県単独では非常に難しい。
- 「健康日本 21」は国民の健康状態への危機感から始まったが、効果があったかは疑問。現在は「予防」が非常に厳しい状況にあるため、第 3 次健康日本 21 では、国民の意識だけでなく「環境の改善」もコンセプトになっている。
- 人口構造の変化により医療・介護人材が不足し、特に看護師などの不足は深刻。宮崎県では宿舎整備などの補助金で人材を確保・充足させている例もある。沖縄県でもこうした具体的目的の補助金があれば、医療全体に良い変化があるのではないか。
- 組織作りや政策策定にあたっては、「何が問題か」「原因は何か」「具体策と優先順位は何か」を明確にし、多様な機関へ呼びかけるなど、これまでとは違う意識とスケールで取り組むことが求められる。

【諸見里保健医療介護部長】

● 本日いただいた議題１について、目指す方向性・基本方針の文言の修正、それから構想区域の見直しの整理・急性期拠点の数の案について、いただいたご意見を踏まえて再度精査・修正を行い、次回までに整理をして皆様にお示ししたいと考えている。

● 議題２の将来推計と課題についても、医療需要の圧縮（改革モデル）に対する現実的な受け皿整備の重要性、特に介護計画や市町村との連携、かかりつけ医機能や予防・外来機能の重要性、さらには琉大病院移転の精査など、非常に多角的なご意見をいただいた。これらについて、次回の必要病床数の提示や今後の計画策定に向けて、DPC データの精査等を含め、事務局内で検討を進める。