

令和8年度 第1回県医療提供体制協議会 議事録

1. 日時 令和8年6月17日（水） 18:00～20:00

2. 場所 沖縄県庁6階 第2特別会議室

3. 出席者 委員（16名中15名出席）

田名 毅（沖縄県医師会 会長）

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）

本竹 秀光（沖縄県病院事業局 局長）

田仲 斉（沖縄県立八重山病院 院長）

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）

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

1. 開会
2. 開会のあいさつ
3. 議事
 - (1) 新たな地域医療構想の目指す方向性について
 - (2) 構想区域の点検について
4. 閉会

5. 議事等

開会のあいさつ（保健医療介護部長）

- 2040 年に向けた新たな地域医療構想の策定に向けた検討が、本日より本格的にスタートする。
- 前回の地域医療構想は入院医療・病床の機能分担が主な手段であったが、今回は「外来」「在宅医療と介護の連携」などが加わり非常に幅広くなっている。また、本構想は「医療計画」の上位概念に位置づけられる最重要の構想である。
- 国は遅くとも令和 10 年度（2028 年度）までの策定を示しているが、本県としては 2 年を目途に精力的に取り組む。
- 医療資源の増加は見込めないため、医療の連携・効率性、各病院の役割分担が必要不可欠である。コロナ禍を経た状況変化を構想に落とし込むとともに、オンライン診療や DX の推進も同時に検討していく。

議事1 新たな地域医療構想の目指す方向性について

- 事務局（医療政策課 長浜）より資料 1 及び参考資料 1 を用いて説明を行った。

1. 新たな地域医療構想の基本的な考え方と沖縄県の方向性

[資料1]

- 国においては、①人口構造の変化への対応、②切れ目のない提供体制の構築、③持続可能な体制づくりの3点を目指すべき方向性と掲げている。
- 沖縄県の踏まえるべき背景として、①高齢化でも特に85歳以上人口の急増、②救急・急性期の高い負荷、③離島医療を守りながら県全体の医療提供体制を維持すること、の3点があげられる。限られた医療資源の中で、将来にわたり医療を支え続ける持続可能な体制をどう構築していくかが、本県の新たな構想における核心となる。
- 沖縄県の総合計画である「沖縄21世紀ビジョン基本計画」においては、健康づくりの実践を前提とし、島しょ県としての課題や圏域の特性を踏まえながら、県内各地に充実した医療提供体制を整備することとしている。
- 以上、国の方向性や本県の課題・背景を踏まえ、事務局としての「沖縄県における地域医療の目指す方向性と基本方針（案）」を整理した。
- 目指すべき最終的な将来像として、「県民一人ひとりが、住み慣れた地域で必要な医療・介護を受けながら、安心して自分らしく暮らし続けられる地域社会の実現」
- 4つの基本方針として、
 1. 高齢化と医療ニーズの変化に対応した医療提供体制の構築
 2. 重症化予防から在宅医療まで、切れ目なく支える連携体制の構築
 3. 離島・へき地を含めた持続可能な医療提供体制の構築
 4. 上記1～3を支えるための、医療従事者等の人材確保・育成

本日、構成員の皆様には、まずこのページに掲げた将来像（方向性）および4つの基本方針についてご意見を伺いたい。

2. 新たな地域医療構想の基本的な考え方と沖縄県の方向性

- 視点1) 予防・外来・入院・在宅・介護まで患者の流れ全体を見る。
 - － 新たな構想は、従来の地域医療構想が入院医療の議論から外来・在宅・医療介護連携と幅が広がり、病院内の議論にとどまらず、患者のフェーズ(病期)や状態に応じた医療を提供する視点が必要となる。
- 視点2) 医療資源の量だけでなく、連携や効率性も含めた視点
 - － 支える側(医療提供体制)を見たときに、従来の議論は、ストラクチャー(医

療資源)が中心であったが、実際には効率性や連携の掛け合わせで、の医療サービス(プロセス)が提供される。今後は「連携と効率性をいかに高めるか」という視点が重要となる。

- ー また、住民側においては、健康づくりや重症化予防、病気の早期発見・早期治療によって、発症や重症化を防ぐ「医療需要の適正化」の視点が重要となる。
- ー このように、下の「医療提供側の効率化・連携体制」と、上の「県民側の健康づくり・需要の適正化」の双方が機能して初めて、右側にある「アウトカム(住民にとって望ましい結果)」に繋がる。
- 視点3)限られた医療資源の中で、何を地域で何を維持し、何を補完・代替すべきかを考える視点
 - ー 「住民ニーズ」をすべて満たそうとすると、医療資源への負荷が過大になり、提供体制の持続可能性が損なわれてしまう。一方で、右側の「持続可能性」を追求するあまり、極端な集約化を進めてしまうと、今度は住民の医療へのアクセスが著しく低下してしまう。したがって、住民のアウトカム(アクセス)と提供体制の持続可能性、この両者のバランスをいかに取っていくかが重要となる。
 - ー 具体的には、「地域で完結させるべき医療が何か」をまず考え、その上で「補完・代替できるものは何か」を考えていく必要がある。
 - ー まずは救急医療や周産期医療など、地域内で確実に維持し、完結させるべき医療が何であるかを整理する。
- 以上3つの視点を踏まえ、本年度(令和8年度)は「入院医療の課題整理」から着手していく。検討事項としては「構想区域の点検・見直し」「必要病床数の推計・見直し」「医療機関機能の検討」「外来・在宅医療・介護連携の検討」を予定している。
- 今年度の検討プロセスとスケジュールについては15ページのとおり。まずは県の協議会で全体の方針を整理し、その内容を各地区の協議会へ展開して、地域の実情に応じた具体的な協議へと繋げていく形で進めていきたいと考えている。
- また、今年度は国のデータ分析事業を活用し、各種データ分析を行う。分析結果を基に県協議会において議論を深めていただく。
- 構想策定のための議論は概ね2年間を予定しており、令和10年度に入りパブリックコメントや医療審議会の諮問答申を経て構想策定を完了する予定である。

[参考資料1]

- 1 ページが全体サマリであり、ここを基に資料1-1を作成している。
- 2 ページに人口推計を掲載している。本県は特に85歳以上人口の伸びが顕著であり、生産年齢人口も段階的に減少していく。このように、支え手となる現役世代が減少していく中で、急増・増大する高齢者の医療ニーズをいかに少ない担い手で支えていくかが、本県が直面している大きな課題の一つである。
- 6 ページの入院受療率をみると、低下傾向にあるものの依然として全国より高い状況にある。一方で外来受療率は全国よりも低い状況にある。こうしたデータから、例えば外来受療率を全国並みまで押し上げる(外来での適切な管理を増やす)ことで、逆に入院受療率を下げていく、というアプローチも考えられる。
- 8 ページに救急医療のデータを掲載している。軽症者の利用も多い一方で重傷者の搬送がかなり高い点に特徴がある。疾患が悪化してどうしようもなくなつてから初めて救急外来を受診・搬送されるケースが多いことが推測される。また、現時点においても高齢者の利用が高く今後、救急に係る負荷が高まることが予想される。
- 9 ページ以降でストラクチャー(医療機関数・病床数・医療従事者数)を示している。病床は、圏域別にみると中部医療圏は少ない傾向にあるが、全体的に極端に少ないわけではない。医療従事者も医師・薬剤師は少なめだが、看護師・セラピストを全国比較ではやや多い状況。ただし、地域偏在があり、医師についても「医師偏在指標」で見ると「医師多数」となっている。
- 本県は医療資源そのものが極端に不足しているわけではないが、離島を抱える地理的特性や受療動態の偏りにより、医療現場に負荷がかかりやすい構造になっている。これらを踏まえ、今後求められるアプローチとして4点を整理している。
①急性期拠点機能の集約化と確保、②外来・在宅・介護の包括的連携、③遠隔医療の活用によるアクセス解消、④予防・重症化予防による需要の適正化である。
- 最後に、オープンデータから見えてきた本県の現状と、新たな地域医療構想が目指すべき方向性を次のように整理した。
 - 現在の本県は、さまざまな構造的リスクを抱えている状態であり、今後さらに医療需要が増大する中で、供給側の対応が追いつかなくなれば、医療機能の低下や患者の受け入れ能力の低下といった悪循環に陥る可能性がある。
 - そのため、医療機能の分化・連携の推進、受療行動・医療需要の適正化、救急医療だけでなく、包括期、在宅医療の充実等を推進していくことで地域医療構想が目指す好循環へ転換していく必要がある。

○ 構成員意見及び質疑・応答

【鈴木構成員（琉球大学病院院長）】

- 根本的に患者数を減らすためには、健康づくりや予防の取り組みをしっかりと行う必要がある。大学病院としては、ゲノムデータと医療情報を組み合わせて保管する「バイオバンク」を構築しており、こうした情報や仕組みが県の予防対策にも役立つのではないかと考えている。
- 県全体の医療レベルを向上させる観点から考えると、がん、循環器疾患、あるいは脳神経外科領域などの高度医療については、ある程度の「集約化」が必要不可欠である。その上で、集約化された拠点での急性期治療が終了した後に、患者を地域でしっかりとサポート（後方支援）できる体制が連動して取れるようにならなければ、本県のような島嶼環境において持続可能な医療を提供することは難しいと考えている。
- がん医療に関しては、がん対策推進協議会においてもある程度病院（拠点）を絞り込むような形で提言できるよう現在検討を進めている。これと同様の仕組みが、循環器疾患や脳神経外科などの他の高度医療領域にも広がっていけば、県全体の集約化と体制整備に向けてさらに良い流れになるのではないかと考えている。

【諸見里保健医療介護部長】

- ご指摘の通り、予防や健診、重症化予防の強化は非常に重要である。現在、医師会とも協議を重ねているが、究極の目標は沖縄県の「健康長寿の復活」である。従来のやり方を踏襲しているだけでは健康指標が下がり続けてしまうため、今後は部として一体となり、健康づくりと予防対策にこれまで以上に力を入れて取り組んでいきたい。
- 高度医療の集約化についても、従来から必要性が叫ばれながらも、なかなか進まない現状があった。しかし、これはもう避けて通れない課題であると認識している。県全体、地域全体の視点から、高度医療の集約化や機能分化に向けた議論を避けることなく進めていきたいと考えている。

【本竹構成員（沖縄県病院事業局局長）】

- 予防や健診の重要性については前回も発言したが、市町村が主体として動かない限り実効性のある予防は難しい。本土復帰前は県が現場で直接把握する仕組みがあったが、復帰後は保健業務の多くが市町村へ移管された。住民に最も近い現場にいるのは市町村である。そのため、この新たな地域医療構想を検討する上では、市町

村の代表がしっかりとメンバーとして入れるべきである。そうでなければ、いくら予防の重要性を唱えても現場での実現は難しい。

- 医療機能の集約化について、本県における民間や公立の急性期医療はすでに長年地域に根ざして機能しており、各病院が一律に特定のがん治療を明日から全て止めるということは現実的に不可能である。しかし、鈴木病院長が取り組まれているような「難易度の極めて高い高度ながん手術・治療」などについては、対応できる特定の医療機関へ確実に集約し、各病院からそこへスムーズに紹介して送るような地域連携体制を構築すべきである。一律の排除ではなく、治療の難易度に応じた機能分化と集約という視点で考えていくべきである。
- 予防・早期発見の好事例として、県立宮古病院の消化器内科医たちが、地域に大腸がんの進行がんが多いことに危機感を持ち、主体的に便潜血検査の普及に乗り出した例がある。現在大きな効果を上げており、院長から宮古島市長へ、市と病院がタッグを組んだ連携体制の構築を直接掛け合っている。こうした「現場発の成功事例」を作れば、他の離島にも良い連鎖が起きる。まずは現場主導で実績を作り、そこに行政を引き込んでいくアプローチが、本県の早期発見や予防を動かす鍵になると感じている。

【諸見里保健医療介護部長】

- ご指摘の通り、市町村をいかに巻き込むかという点は、本県にとって大きな課題。他県では一次医療や保健業務を市町村が主体となって担うのが一般的だが、沖縄県には戦後の歴史的経緯や離島を多く抱える特殊な事情から、県（特に県立病院等）が中心となって医療を提供してきた独自の背景があり、そのため、市町村側にはどうしても「医療や保健は県の仕事だ」という意識が根強く残っているのが現状。また、介護についても市町村が本来の保険者だが、現場のマンパワーや専門職員の不足から手が回らないという課題がある。今回は県としても基金などを活用して支援していく方針であるが、人・予算・権限のバランスを保ちつつ、特に離島を含めた市町村をどう動かしていくかが最大のポイントであると感じている。
- ご提案いただいた市町村代表の協議会への参画も含め、市町村のコミットメントをどう引き出し、これまでの意識や構造を変えていけるかについては、現在事務局でも具体的な検討を進める。

【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)】

- 資料 8 ページの基本方針については概ね適切であると考えているが、先ほどのご意見を反映してブラッシュアップしていければと思う。

- 予防や早期発見の強化は不可欠だが、本来主体となるべき市町村が機能していない点が大きな問題。市町村に当事者意識を持ってもらうためにも、医療者がもっと地域に出て働きかけていく必要がある。同時に、教育の場で健康教育を徹底することや、産業振興、雇用政策、公園整備など、あらゆる行政施策に健康への配慮を組み込むべきあり、これこそが、WHO が提唱する「Health in All Policies（すべての政策に健康の視点を）」という考え方である。事業公募の際に「健康の視点」があれば加算するような、具体的な政策誘導を行っていただきたい。
- 沖縄県が肥満度などで全国最下位となっていて以降、これまでの 20 年間で行政や社会がドラスティックに変わったという実感はなく、従来通りのやり方ではこの現状を打破できない。ぜひ保健医療介護部長のリーダーシップのもと、他部局や知事・副知事へも強力に働きかけていただき、県庁一丸となった取り組みにさせていただきようお願いしたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- 健診等も含めて結局は「関心のある人」しか動かないのが現状であり、問題は「関心のない人たち」をいかに巻き込むかである。今お話しにあった産業振興等も含め、関心のない層を巻き込んでいく推進力こそが非常に大切であると感じている。今回の地域医療構想は在宅や介護も含めた網羅的な内容へとシフトするタイミングであるため、この機会に現状の突破口を見出したいと考えている。

【銘苅構成員(全日本病院協会沖縄支部支部長)】

- 昨年の松田先生が講演されていた内容によると、10 年後には 85 歳以上の高齢者が現在の 2 倍近くに急増し、入院需要も爆発的に増大するとされている。現状のままでは、増大する需要を受け止めきれず、急性期病院が満床になってパンクし、必要な医療が受けられなくなる事態に陥ることは確実である。
- 全国の人口減少地域であれば「拠点の絞り込みや集約化」という方向性も理解できるが、沖縄県の場合はしばらく医療需要が増大し続けるという特殊な事情がある。この急性期病院のパンクを回避するための鍵は、高齢者の軽症救急などを受け入れられる病院を増やすことや、地域包括ケア病棟等を活用して在宅や介護の現場へスムーズに患者を退院（吐き出し）させる仕組みづくりにある。
- したがって、今回の新たな構想には「介護との連携の視点」をもっと明確に入れるべきではないか。医療機関側だけで完結させるのではなく、在宅や介護との連携をいかに構築できるかが、この医療提供体制を持続可能にできるかどうかの最大の分岐点になると考えている。

【諸見里保健医療介護部長】

- 急性期病院からの「出口問題」は以前言われている課題であり、在宅医療や介護施設を含めた受け皿づくりの必要性が議論されてきた。当時は行政のセクションが異なっていたため、どうしても（医療と介護の間に）壁があったのが事実であるが、現在は「保健医療介護部」として一体的に動ける体制が整っている。
- 私自身、4月に着任して早速、現場の看護小規模多機能型居宅介護（看多機）を視察させていただいた。まさに医療・保健・介護を一体として推進できる下地ができていると感じているので、この強みを活かして出口問題の解決を加速させていきたい。
- これまでも各地域において、回復期機能の拡充など一定の取り組みを進めてきたが、今後はさらにスピードを上げていく必要がある。これから高齢者が急速に増加する中で、この出口問題への対応が遅れれば、急性期医療が最も深刻な影響を受けると危機感を持っており、新たな地域医療構想を検討する上でも、ここが一番のメポイントになるはずである。この点についても、ぜひ皆様から引き続きご意見を伺いたい。

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院副部長）】

- 今回の資料は、医療体制の課題を単なる病床数の多寡ではなく、高齢化によるニーズ、資源の集中、役割分担、地域連携といった本質的な視点から整理している。冒頭に諸見里部長からも話があった通り、まずは行政が医療と介護の縦割りを排して連携を強化していただきたい。
- データ分析について、課題解決に向けて「集約化や効率化が必要」という結論に至るまでの中間分析がまだ不足している。大切なのは、地域の医療提供体制のどこに「目詰まり」があり、どこを強化すればそれが解消するのかという点である。今後の検討でこの論点を膨らませていきたい。
- また、今後も受療率の低下が見込まれるとされているが、政策目標の前提としてはリスクがある。確かにパンデミックの影響で2023年までは低下していたが、2024年のデータを見ると全国および沖縄の入院受療率は上昇に転じている。使用している「患者調査」は3年周期（2017年、2020年、2023年）のため低下トレンドに見えるが、実際に入院率を低下させてきた背景には、コロナ禍において地域の介護施設が「施設内で診る」と協力してくれた実態がある。しかし現在、高齢者が増えているにもかかわらず、沖縄の介護ベッド数は減少に転じている。介護インフラの限界を考慮すると、入院需要が下がり続けるという見立ては冷静に見直すべきである。

- 資料に「（必要病床数に対してデータ上は不足しているが）実質的には不足しているとは言い難い」という趣旨の記載がある。10年前の地域医療構想の議論の際、国の過剰な計算式によって「1400床不足」という現実離れした数値が出たため、当時私はそんなに不要だと主張し続けた。その意味で、過剰な計算式に振り回されるべきではない。一方で、今後10年で後期高齢者は3割増えるため、「将来にわたって十分に足りている」と誤解されるような表現は避けるべきである。現在、回復期の病床利用率が低い背景には、スタッフ不足による「実質的な休床（ベッドを開けられない状態）」の影響もある。今後は現場の具体的な需給ギャップをきちんと分析していく必要がある。

【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)】

- 今後、高齢化に伴って入院患者の需要が爆発的に増加していくことが見込まれているが、この「入院需要そのものを増やさない、抑制する」という主体的な取り組みの文言を、構想の中にしっかりと書き込むべきである。特に、救急での入院を増やさないという視点が不可欠である。マンパワーが深刻に不足し、病床もこれ以上増やせない中で、患者数だけが増加していけば医療崩壊は免れない。これを防ぐには、各地域が指標を持って入院患者を減らす取り組みを行う必要がある。しかし、現在の資料には増大する需要に対して「対応しましょう」としか書かれておらず、需要そのものを「させないようにしよう」という予防的・戦略的な対策がまだ打たれていないように見受けられる。
- この具体的な打開策として、ACSC（Ambulatory Care Sensitive Conditions：外来ケアに敏感な疾患）への対策を明記することを提案したい。ACSCとは、適切な外来医療や生活習慣の管理、予防介入を行うことで、本来であれば「回避できるはずの入院」のことを指す。このACSC対策をきっちりと行うことで、救急入院や不必要な入院患者を確実に減らすことができるというエビデンスは、世界中および国内の先進地域でも実証されている。
- また、ACSCへの対策を強化することは、裏を返せば地域における外来での日常的な医療管理の需要を増やすことにつながる。国側の単純な計算データのみを見ると、沖縄県は医療需要が少なく見積もられ、結果として「医師多数県」と判定されてしまう矛盾がある（※前回の議事録における大屋構成員の指摘の通り）。しかし、地域外来での2次予防や適切な医療管理の需要を正しく掘り起こして可視化していけば、本県の実態が「医師多数県」などではないという証明にもなり得る。ともかく、医療崩壊を回避するためには、ただ増える需要に対応するだけでなく、ACSC対策を強力に推進して回避可能な救急入院を減らすという一歩踏み込んだ方針を、ぜひ

今回の新たな構想の柱として位置づけていただきたい。

【田名構成員(地域医療構想アドバイザー・沖縄県医師会長)】

- 産業界を含めた県民の健康意識の底上げに同意する。入札要件として「健康経営」を掲げるにしても、単に企業が謳うだけでなく、実際に職員が健診や治療を適切に受けられる環境を整備するといった実効性を持たせるべきである。部長も問題意識を持たれているので、医師会としても産業界を巻き込み推進したい。
- もう 1 点、私は地域で内科を開業しているが、これまで地域医療を支えてきた高齢の開業医の閉院が相次ぎ、生き残った特定のクリニックに患者が極端に集中している。地域の外来需給のバランスが今、まさに崩れ始めている。これまでの地域医療構想は入院(病床)中心で、地域を支える開業医や外来維持の視点に光が当たっていなかった。本県の「入院需要が高く、外来管理による予防が弱い」という構造的課題を解決するためには、適切な外来診療体制の維持・再構築が不可欠である。今回の新たな構想では、この点もしっかりと検討していただきたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- 健康経営や表彰制度を形だけにせず、モデル的な取り組みを行っている企業をしっかり表舞台に出していく、個別に県内の大手企業などへ直接出向いて働きかけ、実効性のある具体的な行動をまず起こしていくこと等の取組が大切だと考えている。
- 予防や健診を強化して重症化を防ぐことが、結果として急性期病院のひっ迫を和らげる。沖縄県は重症化してから医療機関にかかる傾向が強いが、実は介護分野でも全く同じ現象が起きている。沖縄の介護費用は全国 2 位と高く、要介護 3~5 の重度者が全国 1 位である。医療も介護も行動パターン(構造的課題)の本質は同じであり、やるべきことは見えている。従来通りのやり方を脱し、実効性のある新しい取り組みを実証・実行していく段階に来ている。
- 田名会長からご指摘のあった、地域クリニックの高齢化や閉院に伴う偏在の問題は非常に重要である。ここをしっかりと支え、外来医療計画などと連動して対策を打たなければ、地域医療の質や需給に深刻な影響が出る。現場の状況を注視しながら、どのような対策が可能か、今後また皆様と具体的に協議させていただきたい。

【涌波構成員(沖縄県医師会常任理事)】

- 先ほどからの議論を踏まえ、資料 8 ページの「基本方針」に介護や住民の視点を具体的に盛り込むべきである。

- まず、方針 2 番の「疾病予防から在宅医療まで切れ目なく支える」という部分に、「地域医療介護連携の強化」といった形で「介護」の文言をしっかりと入れていただきたい。
- もう 1 点は、地域住民や企業、市町村もこの地域医療構想の担い手であるという視点である。健康・予防に関して「地域住民、企業、市町村が主体的に動ける」という旨の文言を組み込んでどうか。行政や医療側だけでなく、地域全体が当事者意識を持てるような表現にしていきたい。

【平良構成員（沖縄県看護協会会長）】

- 本県は離島が多く島嶼性が高いことや、へき地を抱えていることに加え、鉄道がないという交通環境の特性がある。高齢化が進むと「自分で車を運転できない」「バスの乗り降りが難しい」といった理由から、たとえ都市部に住んでいても医療機関へ行けない人が出てくる。本県の外来受療率が低い背景には、こうした移動手段や交通インフラの課題が大きく影響している。今後のさらなる高齢化を見据え、タスクシフトや連携による対応の視点が必要である。
- 限られた医療資源や人材を有効に活用するため、医療 DX の柱であるオンライン診療をさらに進めていく考え方を明記すべきである。県の既存計画では看護師が介在するオンライン診療（D to P with N）の視点が見落とされがちである。これからは、患者や対象者がいる場所に医療がアウトリーチしていかなければ、回避可能な入院を防ぐこと（予防）には手が届かない。
- 銘苅先生が指摘された「急性期病棟からの後方支援（退院先）が足りずにベッドが詰まっている」という問題について、その解決策は最終的に地域へと繋いでいくしかない。回復期が不足しているというデータがあったが、急性期病院は「退院させたくてもさせきれない」からこそ現場が逼迫している。急性期病院において、包括的急性期医療を終えた段階（DPCⅢ期）の患者がどれほど滞留しているか、具体的なデータを用いて現場の需給ギャップをしっかりと分析すべきである。

【諸見里保健医療介護部長】

- 在宅医療を進める難しさはあるが、何がネックとなっているかを確認しながら介護との連携も含め推進しなければならないと認識している。
- オンライン診療については、医療計画に記載されているものの現時点では十分な実効性が確保されているとは言えない。従来、オンライン診療の導入に対しては医療界全体として慎重な姿勢（後ろ向きな捉え方）が主流であったが、コロナ禍における特例的・時限的取組等を経て、その有用性や必要性に対する認識は大きく転換

している。今後は、しっかりと予算を確保し、本県固有の課題である「離島・へき地医療における医師の負担軽減やアクセス確保（遠隔医療）」や「小児医療や救急医療現場の負担軽減」に資する事業を構築したいと考えている。

【前濱構成員（沖縄薬剤師会会長）】

- オンライン診療の推進が進む一方で、「医薬品の配送（物流）とその費用負担」に関する議論や支援が置き去りになっている。現在離島では、近隣に薬局がないといった理由から、オンライン診療を行った後の薬の受取を実費負担せざるを得ないケースもある。今後の施策推進にあたり、診察だけでなく、その後の薬剤配送コストの課題等も念頭に置いて検討いただきたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- いただいたご意見の視点も入れながら実証事業を進めていきたい。

【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）】

- 本来は患者や家族が薬局に薬を取りに行くべきところを、遠隔地のために宅配便等で送る際、その費用を薬局側が負担させられている現状がある。
- また、例えば通院困難な患者への対応として市町村が「病院の費用で（過疎地まで）患者を迎えに行ってくれ」と要求してくることがあるが、本来は市町村が住民サービスとして行うべきではないかと思う。自身も直接自治体へ働きかけを行う予定であるが、県からも市町村に対し主体性をもつようアプローチを行っていただきたい。
- 医療に関してもスマートシティという視点を取り入れていただきたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- 一朝一夕に意識を変えることは難しいが、市町村が「自分たちの問題」として少しでも介入・協力してくれなければ、今後の地域の医療提供体制や住民サービスの維持は非常に困難になる。地道に市町村へアプローチし、意識改革と体制構築を促していきたい。

議事 2 構想区域の点検について

○ 事務局（医療政策課 藤本）より資料 2 および参考資料 2 を用いて説明を行った。

1. 構想区域の点検の考え方

[資料 2]

- 国の通知においては、「人口が 20 万人未満」かつ「入院患者の流出入割合が 20%以上」の二次医療圏については、入院医療を提供する一体の区域として成り立っていないため、区域見直しの対象とされている。沖縄県においては、人口 20 万人未満の二次医療圏として「北部」「宮古」「八重山」の 3 圏域がありますが、他圏域への流出入割合がこの 20%という基準に達していない（域内での自己完結性が高い）ことから、第 8 次医療計画の策定時には区域の見直しは実施していない。
- 現在、全国的には人口 20 万人未満の二次医療圏が半数近くを占めており、地域内で入院医療等を完結することが困難なエリアが存在する。そのため、国は人口 20 万人未満の構想区域について、今後の人口動態や医療需要を踏まえ、必要に応じて「広域化」を含めた区域の見直しを検討することとしている。
- 2040 年やその先に向けて、限られた医療資源のなかで持続可能な医療提供体制を維持するためには、医療従事者の働き方改革や医療の質をしっかりと確保しつつ、各地域で「急性期拠点機能」をいかに確保・維持できるかが重要になってくる。
- （6 ページ）こちらは沖縄県における現在の各医療圏の基礎情報である。表の 1 段目は 2020 年時点の人口および 2040 年の推計人口だが、人口 20 万人未満に該当するのは「北部」「宮古」「八重山」の 3 医療圏。このうち宮古と八重山の両医療圏については、離島であり域内で基本的な急性期医療を確保する必要があることから、現行の構想区域のままで妥当性があると考えられる。
- 一方、北部医療圏については、表の 3 段目にある「患者の流出入割合」は 19.3% となっており、基準の 20%に迫る一定程度の圏域外への流出が認められる。
- 「急性期病院 A 相当」は、救急手術の実績や救急搬送の受入件数などが年間で一定水準以上（※年間手術 2000 件以上かつ救急搬送 1200 件以上など）の医療機関を評価しているもので、国から「急性期拠点病院」の明確な基準はまだ示されていない。

ないが、一つの目安（急性期拠点機能の想定）になると考えている。この視点で見ると、中部医療圏には5病院、南部医療圏には7病院あるが、北部・宮古・八重山には該当する病院がない。このことから、本県においては中部・南部エリアと、北部・宮古・八重山エリアとで、それぞれ異なる基準を用いて急性期拠点機能を整備・評価していく必要があると考えている。

2. 患者受療動向について

[参考資料2]

- 沖縄本島における各圏域の流出のサマリとなっている。「全体流出率」は入院全体における流出の割合を示しており、「急性期流出率」については、参考資料2の3ページ目以降にある2023年データより、圏域別のDPC入院における「急性期一般入院料1」相当のデータを抜粋・計算したものとなる。
- 北部医療圏からは中部・南部の双方に対して患者が流出しているのに対し、中部医療圏と南部医療圏の間においては、お互いに患者が行き交う「相互の流出入」があるという構造が見て取れる。

[資料2]

- 今後の医療提供体制（構想区域）の設定にあたっては、こうした現在の受療動向の変化を踏まえ、複数の選択肢（複数案）を提示して検証することとされており、今回事務局では4つの案を提示する。
 - 案1) 現行通りの構想区域（現行の二次医療圏を維持）
 - 案2) 北部圏域の拡大（行政圏域への適合）
 - 案3) 顕著な流入がある市町村の移管（患者動態の実態反映）
 - 案4) 沖縄本島の2分割化（北中部・中南部の広域化）
- 事務局の分析としては、案2から案4のような区域変更を行ったとしても、制度上の枠組みが変わるだけで、実際の医療提供体制の整備状況や実態が伴わなければ「区域変更による改善効果は限定的である」と捉えている。今後新たに設置される北部医療センターの運用状況や、将来的な患者動向を踏まえ、多角的に検証する。

○ 構成員意見及び質疑・応答

【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)】

- この区域見直しの議論は、まさに私がいる北部地域（山原地域）が主役となるテーマですので、私からコメントをさせていただく。
- 全体的な見解として申し上げますと、「将来的には区域の見直しが必要になるだろうが、現時点では実施せず、課題を整理しながら将来的な再検討のステップを踏む」というニュアンスを、構想の中では記載していただきたいと考えている。
- 例えば、数年後を目途に再検討を行うのが妥当だと考えるが、その具体的な要因となるのが次の3点。
 - 琉球大学病院の移転に伴う影響（中南部エリアの動態変化）
 - 北部医療センターの開院・稼働に伴う影響（北部エリアの受療動向の変化）
 - 本格的な人口減少社会への突入に対する医療提供体制のあり方
- これらに加え、もう1点重要な要素として、先ほども議論があった「ACSC（回避可能な入院）」に対する取り組みである。もし今後、本県が救急も含めてACSCに対する適切な予防的アプローチをしっかりと確立できた場合、現在データに表れている入院患者の流出入の数値そのものが大きく減少する可能性がある。そうなれば、当然ながら区域検証の前提となる結論も変わってくる。したがって、今回の見直し結果を単なる現時点の結論として終わらせるのではなく、これら「琉大移転」「北部医療センター開院」「人口減少」「ACSC対策の進捗」という今後の課題を見据えた上で、数年後に必ず再点検を行うというロードマップを明確に残していただきたい。

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院副部長）】

- 区域見直しの議論をこの場で行えたことは、非常に有意義であったが、結論として、私は「現行維持（案1）」を支持する。実務データ分析の観点から、国が配布するNDBなどの保健医療データはすべて現行の「二次医療圏単位」で管理されているため、もし中途半端に区域を変更すれば、膨大なレセプトデータを市町村単位へ分解・再集計する膨大な作業が生じ、市町村（保険者）側にも過大な負担を強いることになる。今そこまでのエネルギーを割くべき「差し迫った理由」はないと考える。
- 将来的に人口減少が進み、現行区域での維持が限界を迎えた際には広域化が必要になるが、その時は一部の市町村をずらすような小手先の変更ではなく、医療圏そ

のものを完全に統合する「合併」を選択すべき。合併であればデータの合算のみで連続性が保たれるが、境界線を中途半端にずらす形ではデータの連続性が失われ、現場の分析作業は破綻しかねない。実務コストと分析の継続性を考慮すれば、現時点では現行区域の維持が最も現実的かつ妥当である。

【本竹構成員(沖縄県病院事業局局長)】

- データ上の数値だけでは、現場のリアルな患者心理や地理的感覚が反映されない。本島内であれば患者は信頼する病院へ自由に移動するし、八重山などからも高度な治療を求めて南部(那覇)へダイレクトに移動する流れが日常化している。わずかな数値の変動だけで区域をいじる意味はないと考える。
- また「北部医療センター」のあり方として、県は北部の首長たちに対し、地域住民へ新病院の利用を促すようしっかりと働きかけるべき。そうしなければ、南北に長い地理的要因もあり、住民はアクセスしやすい中部や南部へ流れてしまう。
- データ上、宜野座村の約 7 割が名護(北部)を受療していると分かったのは良い傾向。恩納村や金武町などは中部と北部で割れるが、新病院の稼働で北部の利用者が増えるポテンシャルは十分にある。新病院の効果を今後数年間で見極めるためにも、現時点での枠組み変更は不要である。

【諸見里保健医療介護部長】

- 実際のところ、恩納村や金武町の患者も、北部へ行くのは 1 割程度で、ほとんどが中部に行っているのが実態。仮に圏域を変更したとしても、患者の受診行動を強制できるわけではない。
- 県庁内でも「行政区域と医療圏を合わせたら分かりやすい」という意見はあるが、圏域を変えることで、医療提供体制にどのような変化や意味をもたらすのかを考える必要がある。先ほどの宜野湾の件も同様で、圏域を移したからといって患者の動態が大きく変わるわけではない。北部医療センターができるからといって、現在 1 割しか北部に行っていない恩納村や金武町の患者を、強制的に 6 割、7 割と北部へ行かせることは難しい。私としては結論めいたことは申し上げないが、これまで現行維持をお話いただいた方々のご意見に賛同する。

【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)】

- 私も実態が急には変わらないと思ってはいるが、それは現在の「患者が自分の好きな医療機関に行ける」という前提での話。今後はそれでは医療提供体制を保てな

くなってくる。

- 行政と医療がより密に協力する体制を作っていこうというのが本日の会議の一つの結論でもあるにもかかわらず、行政区域と医療圏が異なっている状況を放置するのはおかしい。したがって、「今後は（圏域の見直しを）検討する」という方針は絶対に残しておかなければならない。
- 今後の医療はある一定の方向へ集約されていくに違いなく、患者が好きな医療機関にかかれるという割合は減少していくはずである。
- 今すぐ圏域を変更すべきとまでは言わないが、ぜひそうした将来的な見通しや動態の変化も含めて検討しておいていただきたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- 全く同意見であり、これ（圏域の見直し）を全否定するものではない。今後状況は変わっていくと考えられ、その際に必要となってくる可能性もあるため、ただいまご指摘いただいた内容は事務局においてどのような表現で整理していくか検討していきたい。

【鈴木構成員（琉球大学病院院長）】

- 私は基本的に、現在の本島3圏域（北部・中部・南部）の枠組みを、まだしばらくは継続すべきだという意見である。
- 琉球大学病院の移転や北部医療センターの新設により、患者の流出入動向はまさに大きく変化している最中であり、実際、昨年の大学病院の患者動向を見ると、全県からの来院はあるものの、中部や北部からの入院・外来患者が相当数増加している。一方で、南部からの入院患者数は移転前とほぼ同じであるが、外来患者数はかなり減少した。南部から受診された患者は治療後、南部の病院へ紹介し引き続き治療を受けていただいている。このように患者動態が大きく動いている過渡期であるため、現時点で急な見直しは行わず、もう少ししばらく様子を見るのが賢明だと考える。

【高山構成員（地域医療構想アドバイザー・県立中部病院副部長）】

- 1点だけ、事務局の説明に補足させていただく。データ分析について、住所ベースで見た場合、住所地特例として、例えば座間味村に住民票がある方が豊見城市の医療機関を受診するようなケースがあるが、これは単なる圏域外への患者流出ではない。実際には、豊見城市などの高齢者施設に入所し、そこから受診しているケースが含まれているためである。

- そうした特殊な理由による移動もあるため、データの表面上だけで「必ずしも医療圏を逸脱している（患者が圏域外の医療を求めて流出している）」と捉えなくてもよいのではないかと考える。

（その他、議題全体をとおしてのご意見）

【本竹構成員（沖縄県病院事業局局長）】

- 沖縄県の歴史的背景として、本県は元々急性期医療が不足していたため、これまで一貫してその整備を進めてきた経緯がある。しかし現在、県内の急性期病床はプラトー（飽和状態）に達している。
- 今回の6月の診療報酬改定の動向を見ても、国は「急性期はもう十分」というメッセージを出しており、今後は包括期や介護へのシフトを促す方針である。今後の改定ではその傾向がさらに強まる。
- そうなると、課題である「下り搬送（後方転院）」についても、そちら側の診療報酬が引き上げられれば受け皿となる施設は自然と増えてくると考えている。
- 一方で、体制整備が進まない背景には沖縄の「貧困率の高さ」が大きく影響しており、特に介護現場で顕著である。こうした沖縄ならではの社会的背景や事情も踏まえ、今後の医療・介護提供体制の構築を進めていただきたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- 本県の地域医療構想のデータに照らすと、圧倒的に不足しているのは「回復期」である。
- 北部の事例と同様、急性期は基幹病院へ集約し、それ以外の医療機関が地域包括ケアを含む回復期を担う「地域完結型」のモデルが基本となる。

【米須構成員（沖縄県歯科医師会会長）】

- 会議体の構成について2点提言する。
- 後期高齢者医療広域連合などの保険者が本協議会になかなか出席されず、医療現場の生の実態が伝わっていないと感じる。市町村も健診を「やりっぱなし」にせず、その後のデータを施策に反映させるべき。歯科でも広域連合との連携を模索していますが、会議への出席が得られず、訪問歯科の推進もハードルが高いのが実情。こうした会議に参画いただくことで、医療・介護連携の必要性を認識してもらう必要がある。

- 教育委員会など敷居が高い組織との連携を進めるには、市町村長や組織のトップへ直接働きかけるトップダウンのアプローチが不可欠。実際に歯科の事業でも、特別支援学校等での取り組みが難航した際、トップへ働きかけたことで、5年がかりで全校でのモデル事業として形にできた経験がある。出席者の負担という側面もあるが、広域連合、市町村長、教育関係者など、地域の健康に広く関わる人たちをさらに本協議会へ巻き込んでいくべきである。

【高山構成員（沖縄県地域医療構想アドバイザー）】

- 本日の議論の核心は「予防の重要性」であり、それはすなわち市町村の「保険者機能の強化」に他ならない。市町村が健診受診や適切な受療を促すことは、行政の負担軽減のためだけでなく、被保険者である住民を守り、現役世代の負担を減らすという本来の目的達成に直結する。基礎疾患を放置させず、定期的な受診へと誘導していくことが必要不可欠である。
- しかし、前回に続きこの重要な協議会において、保険者代表の欠席が続いているのが現状。これからの医療提供体制を構築する上で、市町村（保険者）の主体的な参画は避けて通れない。ぜひ会議へ出席いただき、ここでなされている議論の重みを保険者全体にしっかりと持ち帰っていただきたいと要望する。

【諸見里保健医療介護部長】

- 医療や国民健康保険を含めて、どうすれば市町村や保険者の意識を変えていけるかが大きな課題。今後は、具体的にやる気のある市町村を個別に訪問してでも、意識改革の促進を行っていきたいと考えている。その際は、ぜひ医師会等も含めて関係団体の皆様のご協力をお願いしたい。

【田名構成員（沖縄県医師会会長）】

- 欠席される際には、代理の方を立てていただき、最初から必ず代理の方に出席していただくといった工夫が必要ではないか。そうすることで、この会議でのメッセージが受け手側の団体（保険者等）の皆様にとしっかりと伝わるのが重要。会議に出席できない場合は必ず代理を立てて出席していただくよう、事務局からも強く働きかけてお願いしたい。

【宮里構成員（回復期リハビリテーション病棟協会会長）】

- なぜこれまで（保険者や市町村の巻き込みが）実現しなかったのか、その根本原因を考える必要がある。問題の本質は、我々が十分なコミュニケーションを取

らないまま、一方的に「医療側が主体だ」という前提で進めてきた点にあるのではないのでしょうか。

- この地域医療構想は、一見すると医療提供体制のあり方を中心に議論されがちだが、本来の主体は「保険者」であり、何よりも「地域住民」そのものである。この構造自体を変えなければならない。
- これまでの思考パターンのまま、机の上で計画を立てるだけでは、今後も構想は実現しない。まさに住民や社会全体の「行動や意識をどう変えるか」という根本的な思考の転換が必要。
- 具体的には、本計画の「基本方針の4つの枠組みだけに捉われず、5番、6番となるような新たな方針を追加すべきだと考える。例えば、医療の当事者だけでなく、市町村の連合会や、住民への発信力を持つ「マスコミ・メディア」なども巻き込んでいくようなキャッチコピーやビジョンを掲げるべき。「なぜ保険者や市町村が来ないのか、なぜこういう状況になっているのか」という本質を突き詰め、住民を主体とした構造へ転換するための具体的なアプローチを事務局には工夫していただきたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- 市町村や保険者が参画しづらい背景には、「医療は専門性が高すぎて難しい」という根本的な問題がある。そのため、ただ席を用意して従来通りの説明をするだけでは伝わらず、行政や我々の側がどれだけ噛み砕き、「これは自分たちの問題（当事者意識）だ」と分かりやすく伝える努力をできるかが最も大切。今後の計画推進において、ぜひその点に注力して取り組んでいただきたい。

【田仲構成員（県立八重山病院院長）】

- 地域医療構想の方針3にある「各圏域で完結できる医療体制の構築」に関連し、離島現場課題を共有する。
- 八重山病院において、緊急手術が必要な脳神経外科の患者数は、年間およそ25～30件程度です。その大半は慢性期や亜急性期の疾患であり、搬送の時間的猶予があり、年に1～2件ほど「島内で今すぐ開頭して血腫を除去しなければ、命が助からない」という超急性期の重篤な患者が発生する。極論を言えば、この「年1～2人の命」を救うために、離島に脳外科医を常駐させるべきかという問題に突き当たる。
- 現在、琉球大学でも脳外科の入局者は年1人いるかどうかであり、離島へ医師を常勤派遣してもらうのは非常に困難な状況。限られた医療資源の中で、沖縄県

全体として「医療の集約化」をどう進め、どう離島の安全網（セーフティネット）を担保するのか。このシンプルな文言の裏にある「離島完結型医療の限界と持続可能な構築」について、皆様と議論を深めていきたいと考えている。

【比嘉 靖（沖縄リハビリテーション専門職協会 会長）】

- これまでの議論から、リハビリテーションが担う「介護予防」や、在宅移行時に生活環境を整える訓練の重要性を改めて強く感じている。
- 現在、沖縄県地域包括ケア課の主導のもと「沖縄県地域リハビリテーション推進協議会」が立ち上がり、各圏域に拠点を置く取り組みづくりが始まっている。リハビリはPT・OT・ST（理学・作業・言語聴覚士）だけの専門職のものではなく、地域住民も含めた全職種で取り組むもの。宮古島にいた際も感じたが、トップダウンだけでなく「地域や住民が主体的に考えていける仕組み」を計画の方針に盛り込んでいく必要がある。
- もう1点はコメディカル（医療従事者）の人材確保についてである。私は県立北部病院に所属しているが、現在の医療界の人材不足は非常に深刻である。どれだけ立派な新病院（箱物）ができて、動かす「人」がいなければ意味がない。人材確保という極めて重要な課題についても、本協議会でしっかりと議論していくべきだと考えている。

【高山構成員（沖縄県地域医療構想アドバイザー）】

- 最後に、資料の修正を1点依頼したい。参考資料の1ページ「課題のサマリ」の2に、「急性期病院で競争し合う構造となっている」という表現があるが、これは現場の実感とは大きくかけ離れている。
- 実際のデータを見ても、中部地域の救急車の受け入れ実績は全国でもトップクラスであり、各病院が莫大な需要に必死に対応しているのが現状。したがって、「競争し合う構造」ではなく、「必死に力を合わせて支え合う構造となっている」という表現への修正をお願いしたい。

【諸見里保健医療介護部長】

- ご指摘の通り、コロナ禍も含め、現場の病院が必死に頑張って地域医療を支えている実態は本当にその通りだと実感している。資料の表現は適切に整理・修正する。
- 最後に、本日の議論を通じて強く感じたのは、医療を一部の専門家だけで議論するのではなく、行政、経済界、そして一般県民や市町村をいかに巻き込んでいける

か、という点に尽きるということ。この難しい医療制度をどう噛み砕いて理解してもらい、当事者として入っていただくか、県としてその努力をしっかりと重ねてまいりたい。

- 地域医療構想は全ての上位概念であり、ここが揺らいでしまっては次のステップへ進めない。ぜひ今後とも、皆様のお力添えをよろしくお願いしたい。

【本竹構成員(沖縄県病院事業局局長)】

- 先ほどお話しした首長とのエピソードに関連するが、今年の初め頃に宮古島市長が私のところへ挨拶に来られた。その際、市長は「これからの沖縄県で重要なのは、教育と医療ですよね」とおっしゃり私は「市長、その通りです」とお答えした。
- 私たちが戦後一貫して、教育も含めて先人たちが必死に頑張って築き上げてきた歴史があるが、その先にある地域の未来をどう作っていくか、首長の方々も真剣に考えている。地域の根幹を支えるのは、まさに「教育と医療そのもの」であり、こうした思いや重要性を、首長や地域のトップに対しても根気強く伝えていくことが大切だと考えている。

【諸見里保健医療介護部長】

- 私も全く同感である。そして、本当に大切なのはその先にある「実効性」。かつて医療計画を策定する際、現場から「医療界は医療計画のことなんて全然知らない（現場に即していない）」と言われたことがあり、当時担当課長だった私は、「それなら現場の意見をすべて聞いて作ろう」と計画策定のプロセスを変えた経緯がある。計画は、実効性がなければ誰も付いてこない。
- 首長の方々のお言葉は大変素晴らしいものであり、大切なのはそれを各市町村で実際の行動に移していただくことだと考えている。今後はその「実行」に向けて、しっかりと努力を重ねていきたい。
- 通常の行政手続きでは、まず形（素案）を作ってから、こうした専門家の会議に諮り、最後にパブリックコメントを募るという手順を踏む。しかし、私はこの従来通りのやり方だけでは不十分ではないか、と考えている。やはり計画を作る段階、その途中のプロセスから広く意見を聴いていくアプローチが非常に重要である。
- ただ、今回はテーマが非常に難しいため、「住民の誰に意見を聴けばいいのか」「保険者（市町村）をどうやって集めればいいのか」という実務的なハードルがあ

り、実際には一筋縄ではいかないと考えている。そのため、構成員の皆様ともぜひ知恵を絞りながら、計画策定の途中で関係者をうまく巻き込んでいけるような工夫や作業ができないかと考えているので、引き続きよろしくお願いしたい。

(了)