株式会社 日本経営

資料3-2

令和８年度第2回中部地区医療提供体制協議会

必要病床数から考える2040年に向けた方向性

（沖縄県地域医療構想に係るデータ分析業務）

１．圏域別の地域分析
２．必要病床数から考えられる課題
３．今後必要となる医療機関機能

2026年11月17日
株式会社日本経営

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

本日の位置づけ

本日は、地域分析と必要病床数の推計を踏まえ、2040年に向けて中部地区で確保すべき医療機関機能と、今後の役割分担・連携の検討に向けた論点を共有する。

1. 本日の目的

人口・医療需要・医療資源・患者流出入・診療実績を通じて、中部地区の医療提供体制の現状と将来の課題を整理する。必要病床数の推計を踏まえ、今後確保・強化すべき医療機関機能と、機能分担・連携の方向性を検討するための材料を提示する。

2. 本日の説明の流れ

1. **地域分析**
   人口・医療需要・医療資源・患者流出入の確認
2. **必要病床数**
   2040年の機能別の需給構造と課題の確認
3. **医療機関機能**
   診療実績を踏まえた機能分担・連携の論点整理

3. 本日の協議における留意事項

必要病床数は、将来の医療提供体制を検討するための推計値であり、個別医療機関の病床数を機械的に決定するものではない。

本日は、個別医療機関の役割や病床数を決定するのではなく、今後の協議に向けて課題認識と検討事項を共有する。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区における論点（エグゼクティブサマリ）

中部地区では、慢性期を除くすべての機能で県内最大の需要増加が見込まれ、特に包括期や在宅医療の需要急増に直面する。急性期の集約・効率化と包括期・在宅の受け皿確保に向けた機能分担と連携のあり方を検討する必要がある。

1. 地域分析・必要病床数から見えること

分析の視点	現状と将来の見通し
① 医療需要の変化	2040年に向けて救急搬送は約22%増、入院需要全体は約38%増（高度急性期・急性期約30%増、包括期約47%増、慢性期約37%増）、訪問診療は約62%増と県内トップクラスの伸びを示す。ただし、沖縄県は入院の受療率が高く、全国平均程度まで低下させることで現状と同程度の需要となる。
② 医療資源の確保状況	人口10万人当たり医師数は県平均・全国平均を下回り、医師偏在指標は多数区域（263.2／全国70位）である一方、外来・小児は下位に位置する。琉球大学病院移転前の流出入において入院患者は全体で+12.6人/日とほぼ均衡しているが、高度急性期・急性期は約58人/日の純流出（主に南部等へ流出）となっている。
③ 病床機能の需給構造	2024年の病床数と2040年必要病床数の比較では、総数では過不足の確認が必要だが、高度急性期・急性期の過剰と包括期の大幅な不足という機能間のギャップが生じている。急性期から包括期への病床機能転換と、地域密着型病院・介護との連携による受け皿確保を検討する必要がある。

2. 今後検討すべき医療機関機能の方向性

① 急性期拠点機能の集約・効率化と広域連携
救急搬送の99%、全身麻酔手術の97%を担う急性期Aの5病院を中心に、高難度症例等の集約化と、南部等との広域的な連携体制を検討する。

② 高齢者救急・地域急性期機能の充実
急増する高齢者救急に対応するため、急性期Bや地域密着型病院における下り搬送・転院受入、軽～中等症の直接受入、早期リハビリ・退院支援機能の強化を検討する。

③ 在宅医療等連携機能の確保、他の機能の病院による支援
訪問診療や介護訪看の需要急増に対し、在支病・在支診の連携による24時間体制と急変時受入を確保し、急性期病床への患者滞留を防止する体制を検討する。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

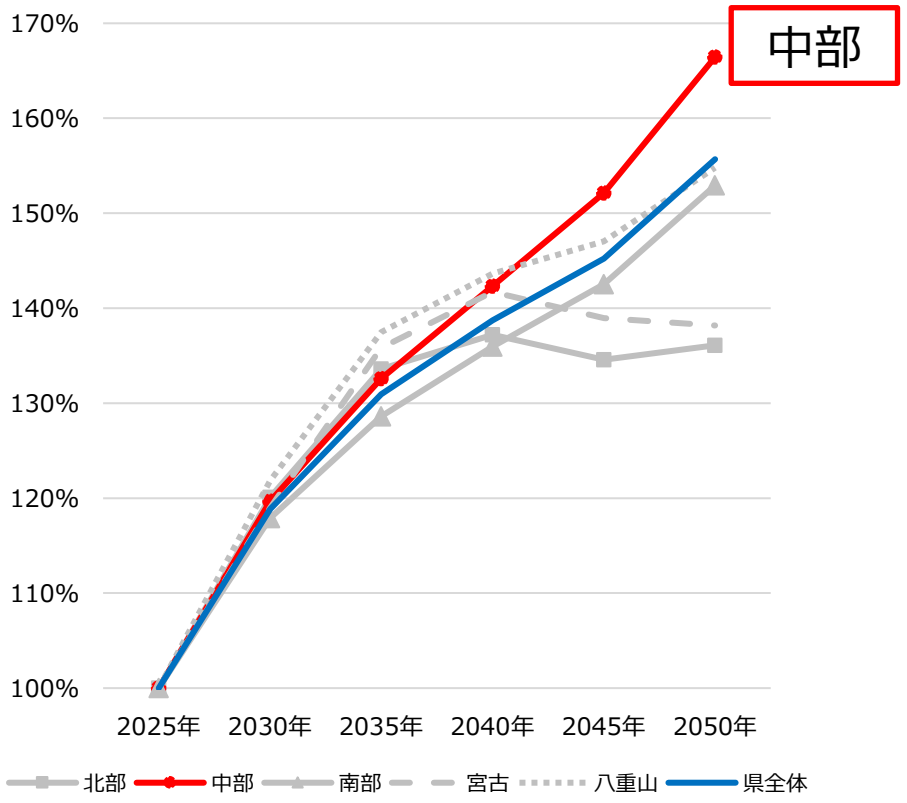
１．圏域別の地域分析

2026 © NIHONKEIEI Co.,L

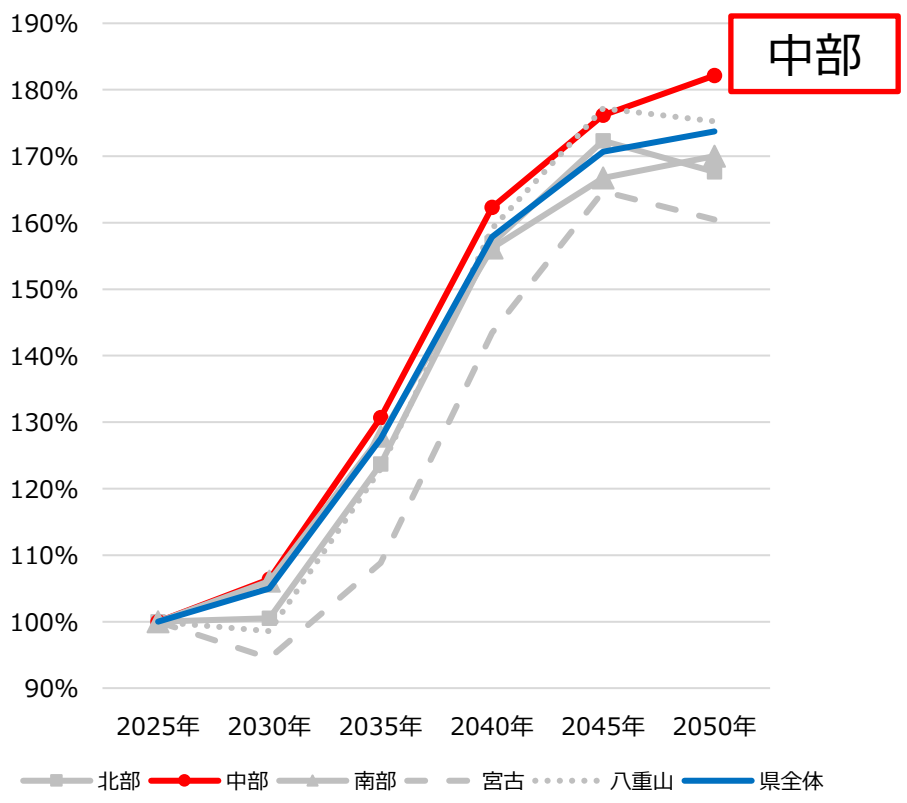
人口構造はどのように変化するか？①沖縄県の人口動態の傾向

中部地区の後期高齢者は2050年にかけて一貫して増加し、特に2040年以降は増加速度がさらに加速する。85歳以上人口は2030年を境に急増し、2045年以降は緩やかになるものの、高い水準で増加が継続する。

後期高齢者（75歳以上）人口の将来推計



85歳以上人口の将来推計



出典　「日本の地域別将来推計人口　令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）

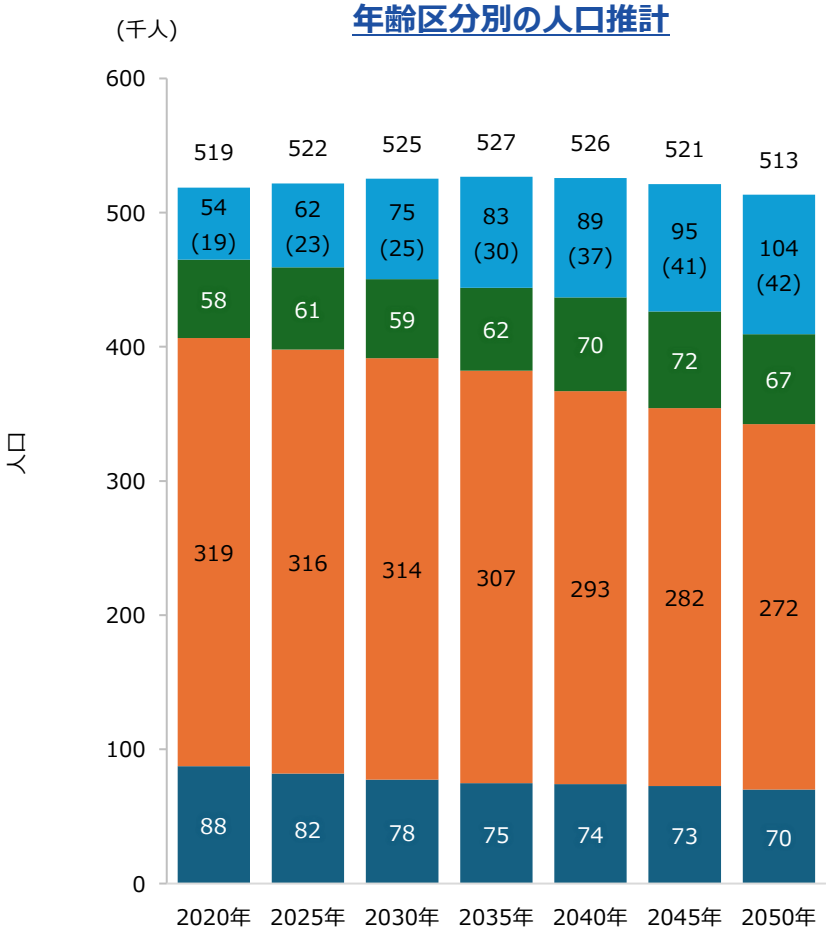
2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

人口構造はどのように変化するか？②中部地区の人口の変化

生産年齢人口は2050年にかけて約15%減少する見込み。また、後期高齢者の増加傾向が長期的に続き、特に2030年以降は85歳以上人口が急増し2050年には2倍以上に達する見込みとなっている。

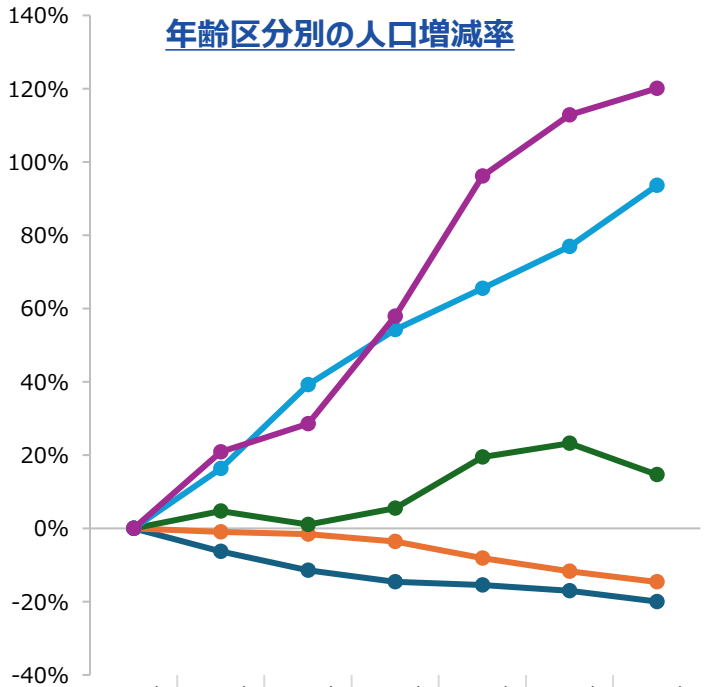
年齢区分別の将来推計

年齢区分別の人口推計



カッコ内は85歳以上人口

年齢区分別の人口増減率



	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
年少人口	0.0%	-6.3%	-11.5%	-14.6%	-15.5%	-17.0%	-20.0%
生産年齢人口	0.0%	-1.0%	-1.6%	-3.6%	-8.2%	-11.7%	-14.6%
前期高齢者	0.0%	4.7%	1.0%	5.5%	19.5%	23.2%	14.7%
後期高齢者	0.0%	16.3%	39.2%	54.2%	65.5%	77.0%	93.6%
再掲）85歳以上人口	0.0%	20.8%	28.5%	57.9%	96.1%	112.9%	120.1%

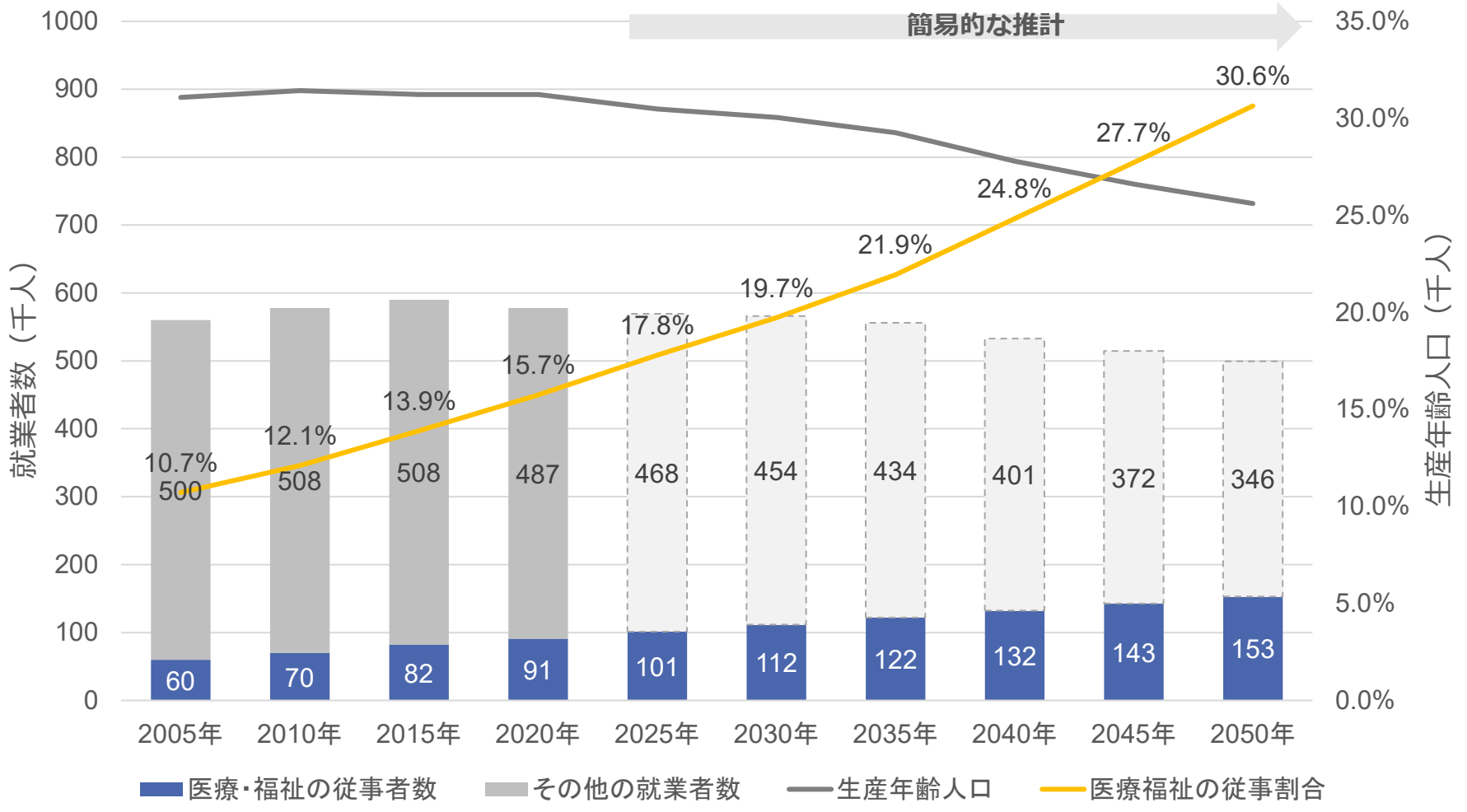
出典　「日本の地域別将来推計人口　令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

医療需要を支える人口はどう変化するのか？

沖縄県の生産年齢人口は2050年にかけて約2割減少する。医療・福祉の従事者をこれまでのペースで増やし続けると、就業者に占める割合は2040年に約25%、2050年に約31%に達し、人材の量的拡大を前提とした体制整備には限界がある。

沖縄県の医療・介護職種の割合と生産年齢人口の推移（推定）



※就業者数は生産年齢人口に比例して減少するように設定。ただし、生産年齢人口に占める就業者数の割合は20年の移動平均を反映し、増加するように設定。医療福祉の従事者数の増加率は20年の移動平均を反映。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

医療介護の需要はどのように変化するか？

外来・入院医療

区分	項目	単位	2024実績	2030推計（現状投影）	2035推計（現状投影）	2040推計（現状投影）	2045推計（現状投影）	2050推計（現状投影）	2040推計/2024実績	2050推計/2024実績
外来需要	外来患者数	レセプト件数（件／月）	254,141	264,618	271,589	276,310	278,373	278,113	108.7%	109.4%
急性期	救急搬送人員数	件数（件／月）	2,473	2,648	2,849	3,028	3,140	3,199	122.4%	129.4%
	手術件数	件数（件／月）	5,394	5,600	5,767	5,878	5,946	5,956	109.0%	110.4%
入院需要	入院患者　計	患者数（人／日）	3,546	4,089	4,484	4,903	5,236	5,419	138.3%	152.8%
	高度急性期・急性期　計	患者数（人／日）	1,211	1,357	1,464	1,572	1,652	1,693	129.8%	139.8%
	うち、高度急性期	患者数（人／日）	323	355	378	398	413	419	123.4%	129.9%
	うち、急性期	患者数（人／日）	888	1,002	1,086	1,174	1,239	1,273	132.2%	143.4%
	包括期	患者数（人／日）	1,354	1,603	1,789	1,988	2,143	2,237	146.9%	165.2%
	慢性期	患者数（人／日）	982	1,130	1,231	1,343	1,441	1,489	136.8%	151.7%

慢性期・介護ニーズ

区分	項目	単位	2024実績	2030推計（現状投影）	2035推計（現状投影）	2040推計（現状投影）	2045推計（現状投影）	2050推計（現状投影）	2040推計/2024実績	2050推計/2024実績
慢性期医療	慢性期　計	患者数（人／日）	982	1,130	1,231	1,343	1,441	1,489	136.8%	151.7%
	うち、一般病床	患者数（人／日）	369	392	406	414	420	420	112.2%	113.7%
	うち、療養病床	患者数（人／日）	612	738	825	929	1,022	1,069	151.7%	174.6%
	うち、医療区分1	患者数（人／日）	64	82	90	106	122	130	165.2%	203.3%
介護施設	介護サービス　計	利用者数（人／月）	集計中（保険者別データの地区別への振り分け方法を確認中）							
	介護老人福祉施設（地域密着含む）	利用者数（人／月）								
	介護老人保健施設	利用者数（人／月）								
	介護医療院	利用者数（人／月）								
在宅医療	訪問診療	レセプト件数（件／月）	2,118	2,647	2,997	3,430	3,918	4,156	162.0%	196.2%
再掲	医療区分1＋介護施設＋訪問診療		集計中							

訪問看護

区分	項目	単位	2024実績	2030推計（現状投影）	2035推計（現状投影）	2040推計（現状投影）	2045推計（現状投影）	2050推計（現状投影）	2040推計/2024実績	2050推計/2024実績
訪問看護	訪問看護①病院・診療所	レセプト件数（件／月）	1,218	1,263	1,286	1,289	1,275	1,252	105.9%	102.8%
	訪問看護②訪問看護ステーション	レセプト件数（件／月）	1,917	2,088	2,191	2,289	2,356	2,388	119.4%	124.6%
	訪問看護③介護保険	レセプト件数（件／月）	1,653	1,990	2,256	2,561	2,809	2,944	154.9%	178.1%

※介護施設サービスについては保険者別のデータから地域別に振り分けられるように確認中

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

需要の伸びを踏まえて2040年に向けた医療提供体制の見直しが必要となる。

需要推計から読み解けるポイント

外来・入院医療

- 外来患者数は2040年にかけて8.7%増、手術件数は9.0%と増加傾向にある。
- 救急搬送は2040年にかけて22.4%増であり、急性期需要は全体的に増加する見込み。
- 入院患者数全体は2040年にかけて38.3%増と著しく増加する。高度急性期及び急性期は29.8%増加する見込みであり、包括期は46.9%増、慢性期は36.8%増と、全機能において県内でも特に高い需要の伸びを示している。
- 全機能で大幅な需要増が予測されるため、急性期の集約・効率化を進めるとともに、急増する包括期病床の確保や介護・在宅との強力な連携体制の構築が必要となる。

慢性期・介護ニーズ

- 在宅医療（訪問診療）需要は2040年にかけて62.0%増（2050年には96.2%増）と県内で最も増加する。療養病床の医療区分1も65.2%増（2050年には103.3%増）と急速に増加していく。
- 生産年齢人口の減少が進む中で、急速に拡大する慢性期・在宅・介護ニーズを支えるマンパワーの確保が大きな課題となる。
- 急性期病床への患者滞留や医療逼迫といったリスクを避けるためには、地域包括ケアシステムの推進や多職種連携を強化し、受け皿となる介護・在宅サービスの供給体制整備を計画的に進めることが求められる。

訪問看護

- 医療保険による訪問看護も堅調に伸びるが、介護保険による訪問看護需要は2040年にかけて54.9%増（2050年には78.1%増）と急増するため、訪問看護ステーション等の人的供給能力の拡充が不可欠である。

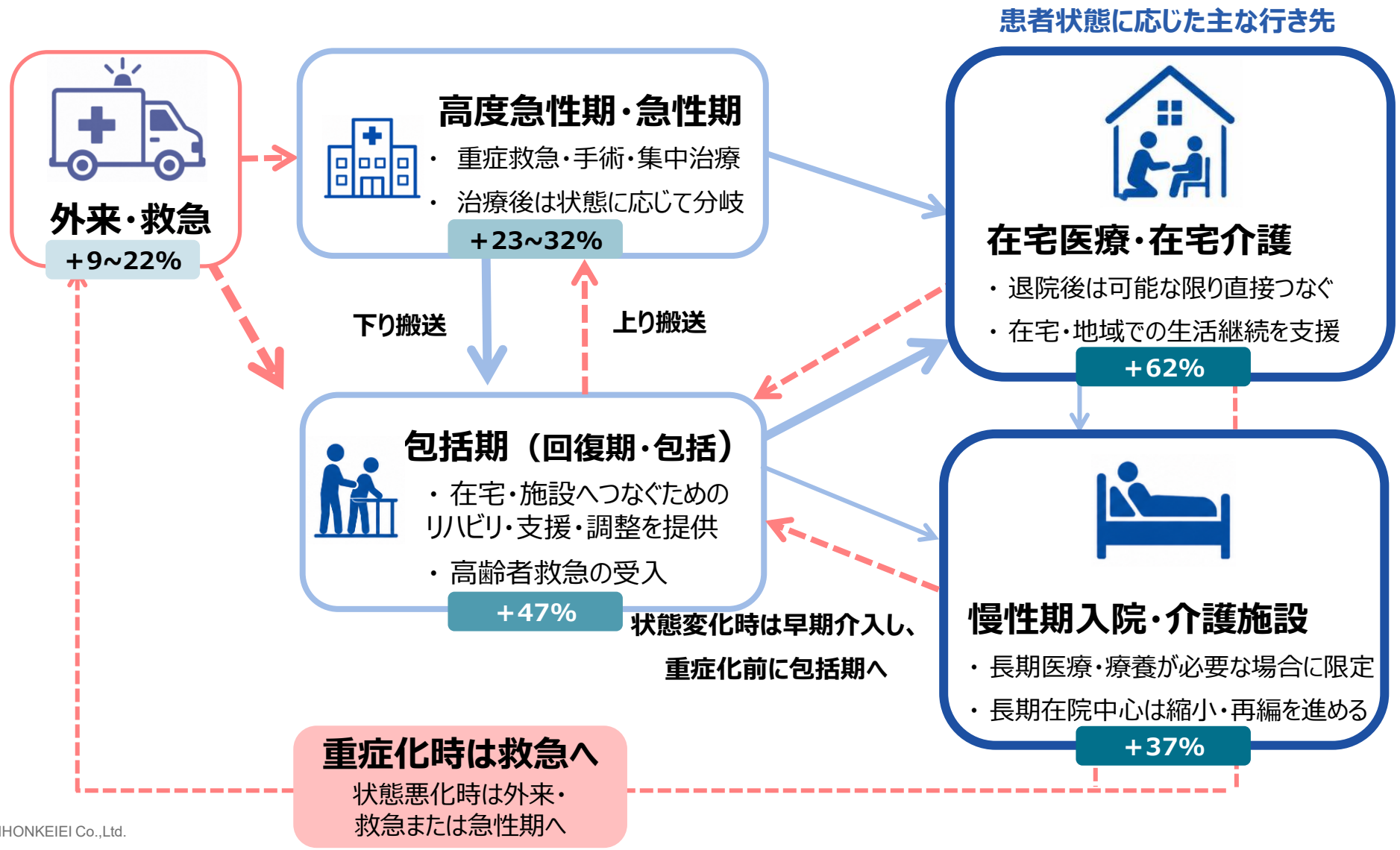
地域間の差異

- 南部圏域と並ぶ人口規模の地域でありながら、外来、入院、訪問診療、介護訪看のすべての伸び率指標において県内最高水準の需要増加に直面する。
- いずれの地区においても、包括期・在宅医療等のニーズの増加をどのように受け止めるかが重要な課題となっている。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

需要の伸びの中心は包括期・在宅医療となり、受け皿の確保を前提とする必要がある。

中部地区では、包括期（＋47%）と在宅医療（＋62%）の需要の伸びが県内でも極めて大きい。受け皿が不足した場合には急性期病院への滞留や病床逼迫が生じるリスクが非常に高く、急性期から包括期・在宅への円滑な移行や、早期リハビリによる生活機能の向上が重要となる。

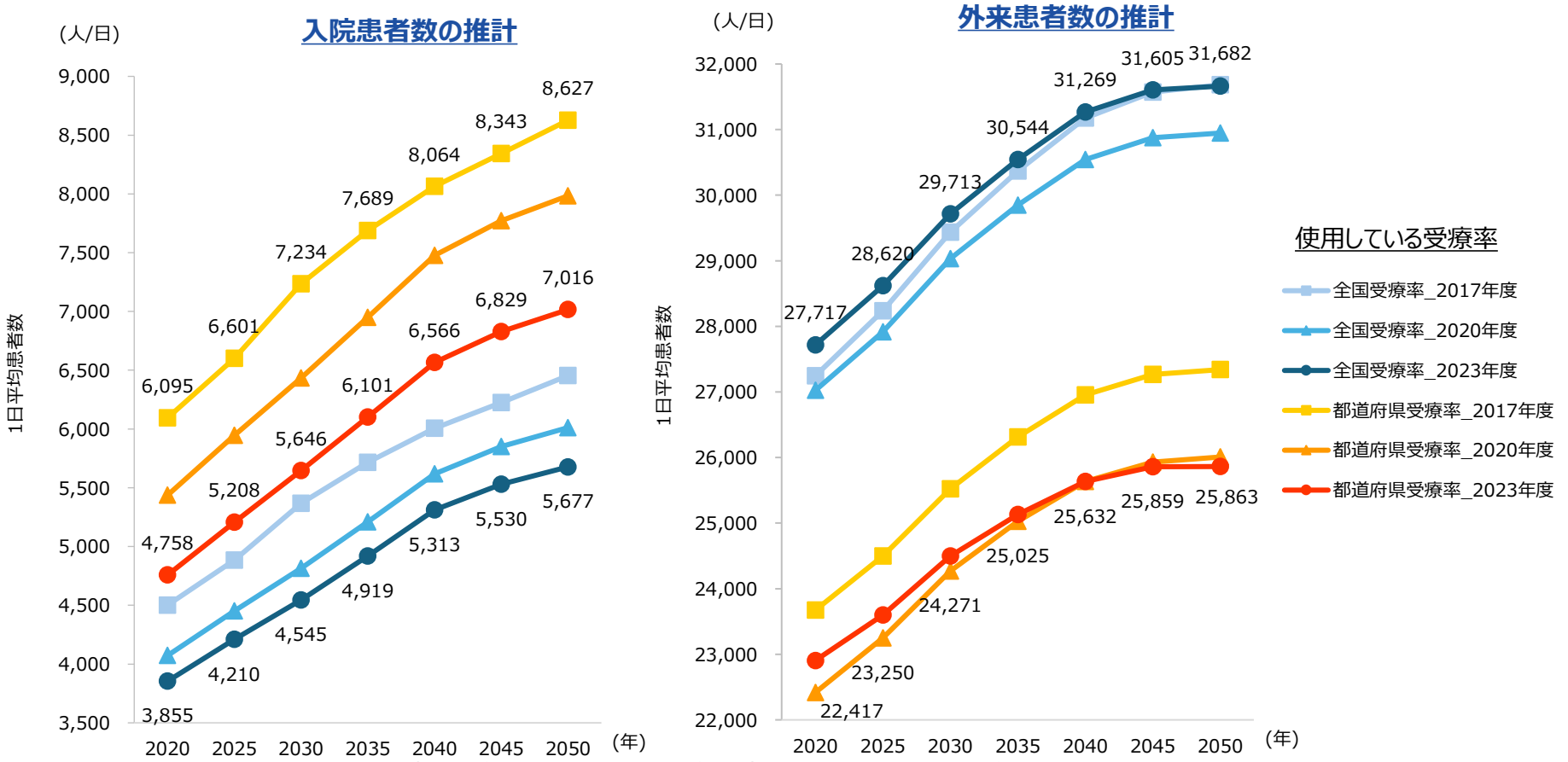


2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

沖縄県の入院受療率は高く、全国平均まで縮小される可能性も想定される。

沖縄県においても受療率の低下が見られており、今後も一定の受療率の低下を見込んで需要を見込む必要がある。
全国との地域差が生じており、そのギャップの解消を見込むのであれば今後も2割の受療率低下も想定される。

受療率（全国/沖縄県)と年度（2017/2020/2023）による入院患者数及び外来患者数の将来推計の差



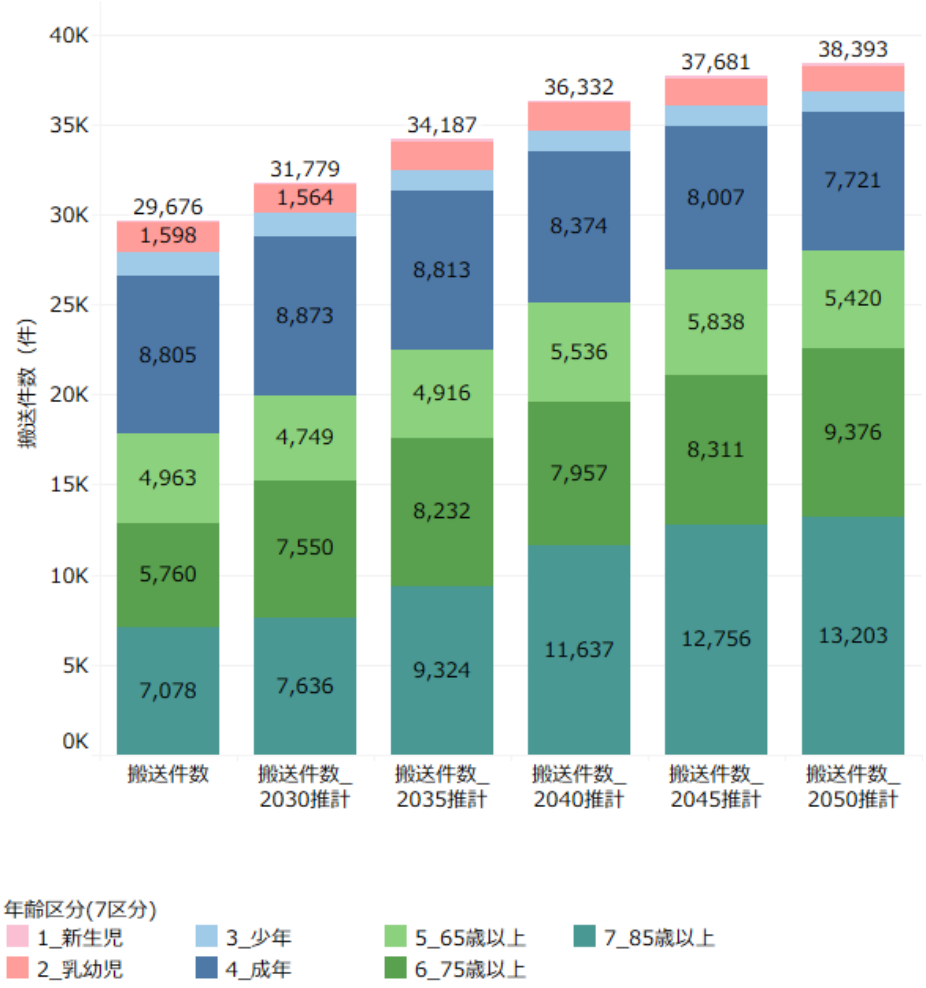
出典　「日本の地域別将来推計人口　令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）
「患者調査」（平成30年度、令和2年度、令和5年度）（厚生労働省）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

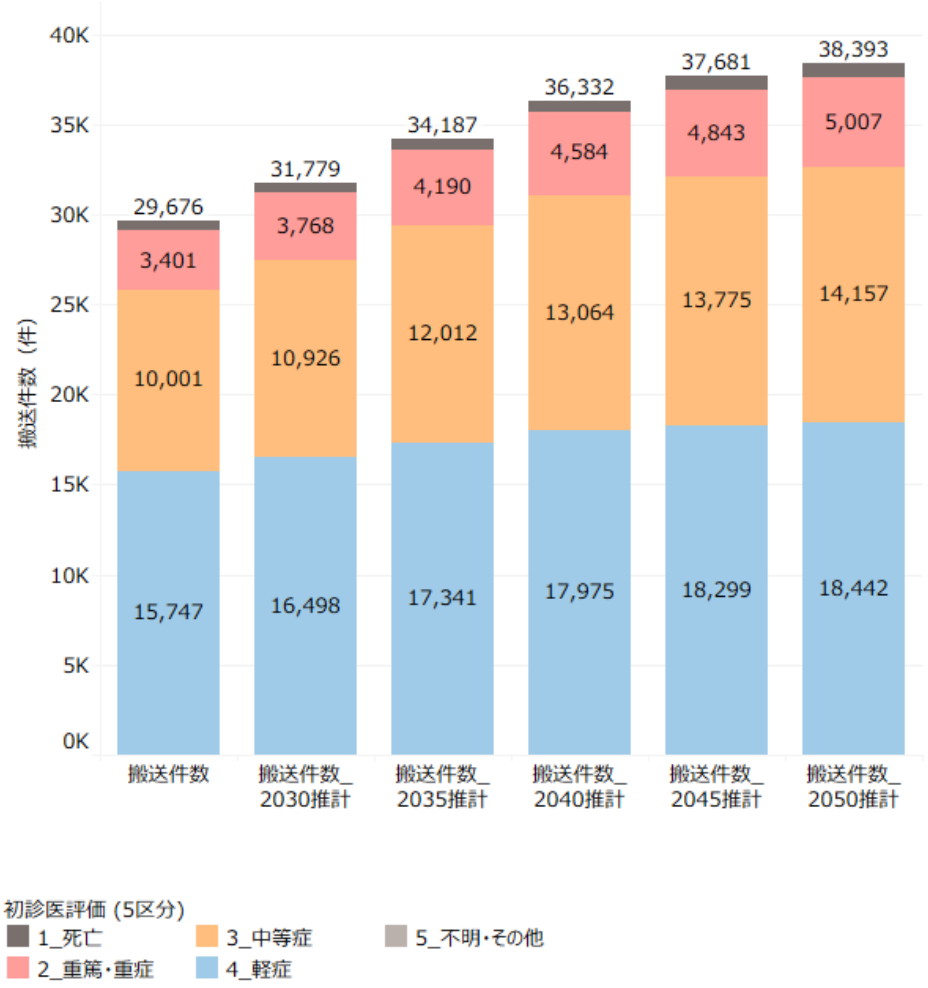
救急搬送においても85歳以上の件数増加が著しい。

中部地区の救急搬送は2040年に約3.6万件（2024年度比＋22.4%）となり、85歳以上は約1.6倍に増加する。重症度別では重篤・重症（＋35%）、中等症（＋31%）の伸びが大きく、入院を要する高齢者救急への対応が求められる。

救急搬送の将来推計①年齢区分



救急搬送の将来推計②重症度



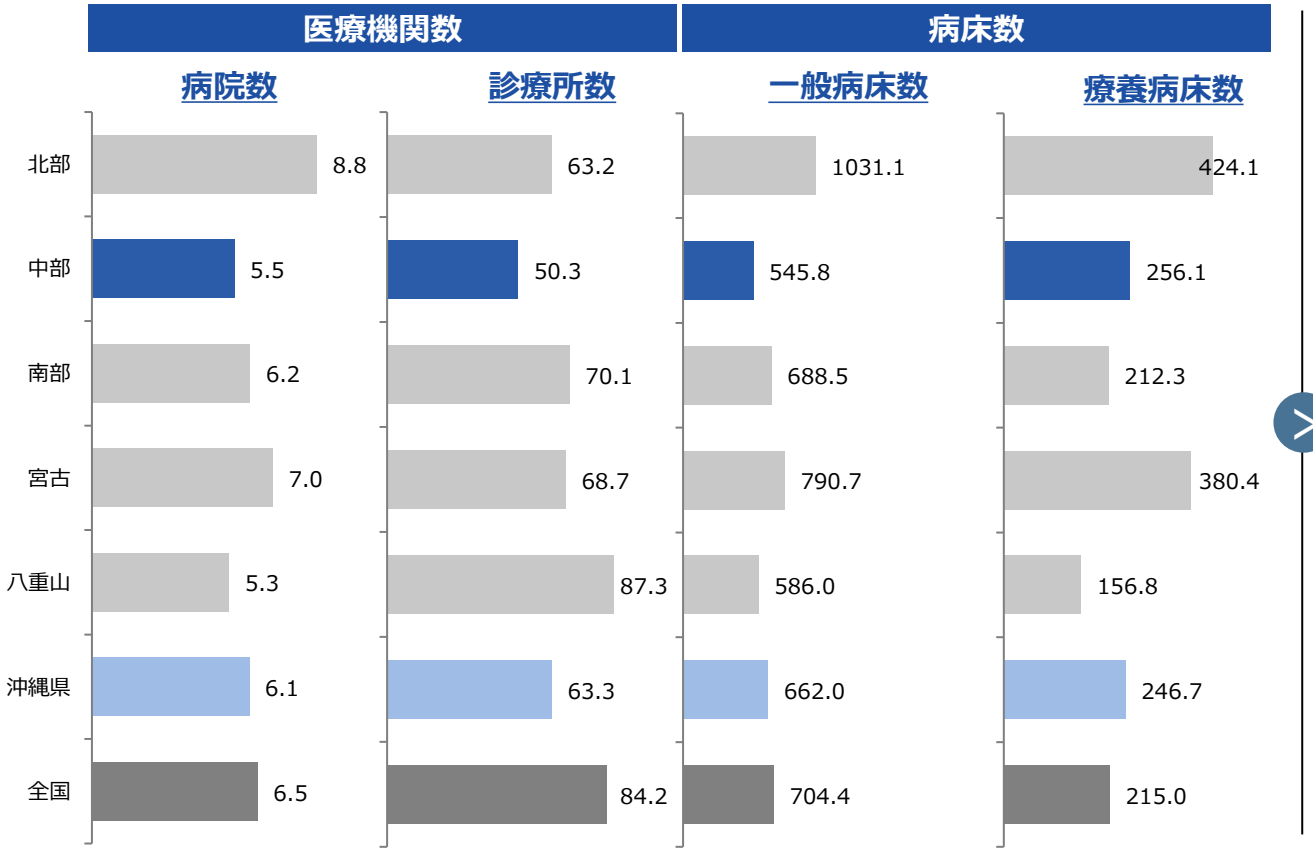
2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

出典　2024年度消防データ、「日本の地域別将来推計人口　令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）より作成

現在の医療提供体制①医療機関数及び病床数

医療機関数や一般病床数は県平均･全国平均を下回る水準にある。ただし、全国が病院数、病床数が多いことを前提に政策が進んでいるため、一概に不足しているとは言えない。

二次医療圏の医療機関数及び許可病床数（人口10万人当たり）



データの説明･考察

- 病院数および診療所数は、県平均・全国平均を下回っている。
- 一般病床数は県平均・全国平均に比べ低い値を示す。
- 療養病床数は全国平均を上回る一方、県平均と同等水準にある。

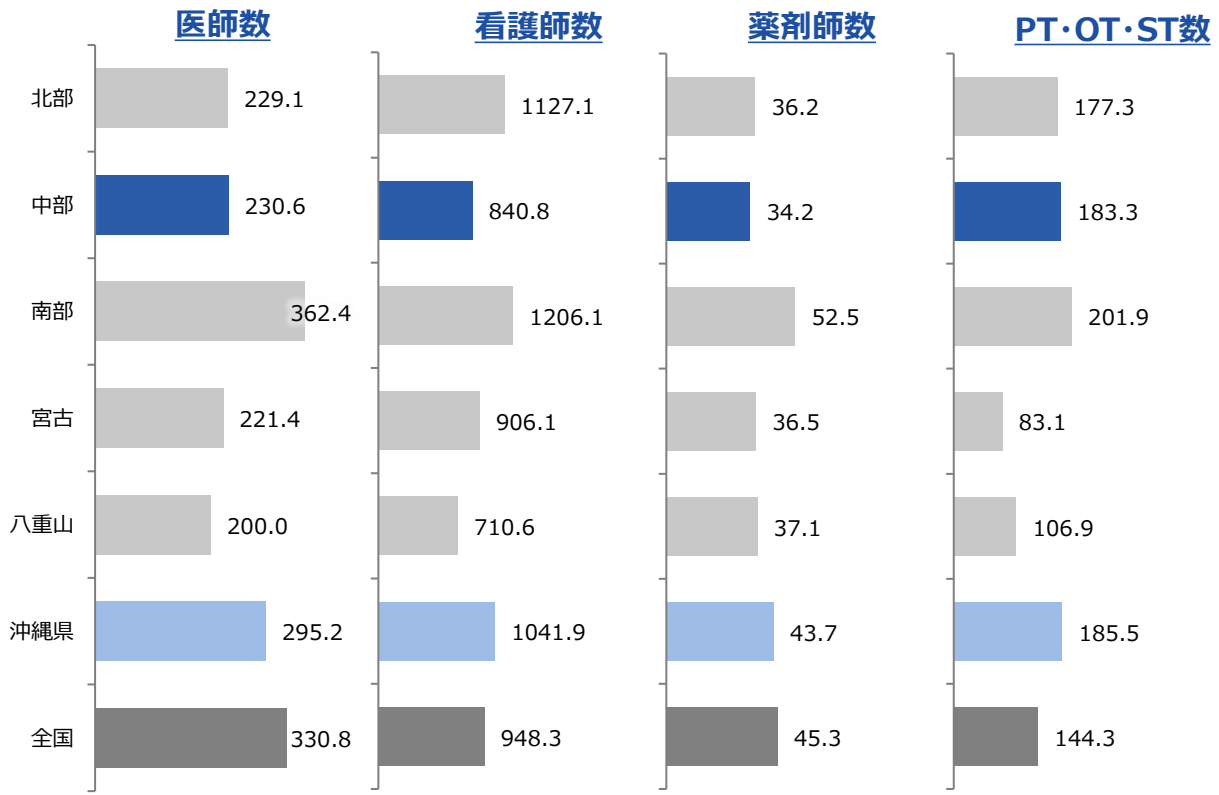
出典　「令和5年医療施設（静態･動態）調査」（厚生労働省）
「令和2年国勢調査」（総務省統計局）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

現在の医療提供体制②医療従事者数

医師・看護師・薬剤師数が県平均および全国平均を下回る一方、PT・OT・ST数は全国平均を上回っている。

二次医療圏別の職員数（人口10万人あたり職員数）



データの説明・考察

- 医師数・看護師数・薬剤師数は、県平均および全国平均を下回っている。
- PT・OT・ST数は全国平均を大きく上回り、県平均と同水準にある。

出典　「令和5年医療施設（静態・動態）調査」（厚生労働省）
「令和2年国勢調査」（総務省統計局）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

現在の医療提供体制③医師偏在指標

中部地区は全体としては「医師多数区域」に該当する。一方で、外来および小児医師偏在指標は全国下位水準にある。需要増加に応えるため、医療機関間の機能集約と効率的な医師配置が論点となる。

二次医療圏別の医師偏在指標

圏域	年度	医師偏在指標		へき地尺度		外来医師偏在指標		小児医師偏在指標		分娩取扱医師偏在指標	
		指標	順位	指標	順位	指標	順位	指標	順位	指標	順位
沖縄県	R6	292.1	5	-	-	101.0	34	95.1	44	11.6	10
	R8	300.3	5	-	-	101.4	36	108.6	43	11.8	42
北部	R6	247.3	74	-	-	81.9	274	94.4	190	9.4	123
	R8	245.0	97	0.049444	51	75.4	303	102.7	206	11.6	148
中部	R6	257.3	68	-	-	88.0	240	81.8	248	9.2	128
	R8	263.2	70	0.000733	191	89.8	240	85.2	257	10.9	172
南部	R6	329.2	27	-	-	114.1	83	103.9	164	14.0	34
	R8	339.2	24	0.074190	46	115.5	92	127.6	119	12.2	139
宮古	R6	195.3	178	-	-	80.0	284	62.7	284	8.2	160
	R8	217.1	146	0.244887	20	79.8	290	92.2	238	13.9	107
八重山	R6	249.6	72	-	-	100.2	163	82.2	245	9.9	109
	R8	237.3	107	0.317730	3	88.3	248	67.5	288	12.0	141

■：上位3分の1（へき地尺度は上位10分の1）　■：下位3分の1

医師偏在指標は高いほど医師が相対的に多いことを示す。へき地尺度は人口密度や離島・豪雪地帯等を考慮した指標であり、高いほどアクセスに課題がある。

出典　「医師偏在指標関連データ」（厚生労働省）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

現在の医療提供体制④救急搬送の受入状況

一部の医療機関に救急搬送が集中しているが、ウォークインの件数も多く、全国の中でも上位の実績を有する医療機関が多い。

区分	医療圏	医療機関名	許可病床数	医師数（常勤のみ）（人）	救急担当専任医師	救急科専門医数	救急患者受入数		うち、ウォークイン		うち、救急車の受入	
							件数	全国順位	件数	全国順位	件数	全国順位
救命救急	南部	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	444	220	17	10	33,380	20	28,663	18	4,666	292
二次救急	中部	社会医療法人敬愛会中頭病院	355	163	18	7	32,244	23	24,446	24	7,798	73
救命救急	中部	沖縄県立中部病院	559		10	6	28,521	27	21,152	37	7,369	89
二次救急	中部	中部徳洲会病院	398	109	2	9	28,160	30	21,571	35	6,589	130
二次救急	中部	宜野湾記念病院	156	10	0	0	24,567	53	24,515	23	52	3,251
二次救急	南部	地方独立行政法人那覇市立病院	470	89	1	4	23,446	60	18,936	49	4,510	314
二次救急	南部	沖縄協同病院	280	88	1	3	21,107	78	17,202	59	3,905	412
二次救急	北部	沖縄県立北部病院	327	54	4	2	20,381	88	16,848	65	3,533	485
二次救急	八重山	沖縄県立八重山病院	302	57	3	2	17,997	122	17,933	55	64	3,185
二次救急	宮古	沖縄県立宮古病院	277	53	4	2	15,299	182	12,507	135	2,792	681
二次救急	南部	南部徳洲会病院	357	61	22	0	15,119	188	9,077	228	4,782	280
二次救急	南部	友愛医療センター	388	172	3	4	13,586	235	7,547	309	5,435	208
救命救急	南部	社会医療法人仁愛会　浦添総合病院	334	146	14	6	13,530	239	8,448	263	4,661	293
二次救急	南部	医療法人おもと会　大浜第一病院	217	66	1	1	11,887	311	8,646	253	3,241	551
二次救急	中部	社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院	308	90	2	1	11,750	318	7,762	292	3,988	397
二次救急	中部	沖縄赤十字病院	302	79	2	1	9,830	437	6,659	362	3,171	573
二次救急	南部	琉球大学病院	600	190	7	3	8,502	533	5,927	428	2,510	759
二次救急	北部	公益社団法人北部地区医師会　北部地区医師会病院	236	40	8	1	6,672	713	3,764	704	2,908	650
二次救急	南部	豊見城中央病院	268	27	1	0	5,437	865	5,261	495	176	2,740
二次救急	南部	牧港中央病院	99	13	0	0	2,789	1,400	2,374	1,053	415	2,121
二次救急	南部	公立久米島病院	40	6	0	0	2,392	1,509	2,078	1,165	314	2,341
二次救急	宮古	宮古島徳洲会病院	99	11	5	0	2,127	1,606	1,304	1,535	823	1,592
二次救急	南部	与那原中央病院	170	16	9	1	1,833	1,712	1,615	1,359	218	2,603
二次救急	八重山	医療法人徳洲会　石垣島徳洲会病院	62	4	0	0	336	2,998	336	2,602	0	3,677
二次救急	中部	独立行政法人国立病院機構沖縄病院	300	27	1	0	268	3,090	116	3,108	152	2,804
二次救急	南部	医療法人祥杏会おもろまちメディカルセンター	154	20	12	0	134	3,314	134	3,057	0	3,677
二次救急	南部	医療法人信和会沖縄第一病院	154	19	0	0	69	3,463	17	3,433	52	3,251
二次救急	南部	大道中央病院	224	11	0	0	54	3,501	6	3,492	48	3,278
二次救急	南部	オリブ山病院	359	22	7	0	6	3,674	0	3,550	5	3,607

出典：救急医療提供体制の現況調べ（令和4年度実績）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

機能別の流出入の状況

必要病床数の推計にあたっては医療機関所在地の患者数をもとに推計されている。

中部地区は全体では流出入がほぼ均衡しているが、高度急性期・急性期は約58人/日の流出超過、包括期は約52人/日の流入超過となっている。

中部地区

機能区分	①自地域の入院患者数（人/日）	②他地域からの流入者数（人/日）	③他地域への流出者数（人/日）	流入者数-流出者数<②-③>	患者流出入調整係数<（①＋②－③）÷①>
医療需要　計	2,901.7	644.6	632.0	12.6	100.4%
高度急性期・急性期　計	934.4	276.7	334.3	-57.6	93.8%
高度急性期	247.4	75.5	117.5	-42.0	83.0%
急性期	686.9	201.2	216.8	-15.6	97.7%
包括期	1,167.2	186.5	134.3	52.1	104.5%
慢性期	800.2	181.5	163.4	18.1	102.3%

出所：地域医療構想策定支援ツールより作成

※琉球大学病院の移転前（南部所在）のデータ

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

病床機能報告の報告状況

入院料に基づく病床機能の病床数を集計すると、中部地区においては高度急性期が減少し、急性期、包括期および慢性期が増加する。

沖縄県全体

病床機能	報告内容			入院料分類			差分
	病院	有床診	合計	病院	有床診	合計	合計
高度急性期・急性期　計	6,703	383	7,086	6,426	383	6,809	-277
高度急性期	1,415	0	1,415	512	0	512	-903
急性期	5,288	383	5,671	5,914	383	6,297	626
包括期	2,621	52	2,673	2,904	52	2,956	283
慢性期	3,372	32	3,404	3,366	32	3,398	-6
休棟	169	63	232	169	63	232	0
報告なし	0	70	70	0	70	70	0
合計	12,865	530	13,395	12,865	530	13,395	0
合計（休棟除く）	12,696	467	13,163	12,696	467	13,163	0

中部

病床機能	報告内容			入院料分類			差分
	病院	有床診	合計	病院	有床診	合計	合計
高度急性期・急性期　計	2,548	47	2,595	2,379	47	2,426	-169
高度急性期	997	0	997	238	0	238	-759
急性期	1,551	47	1,598	2,141	47	2,188	590
包括期	1,097	21	1,118	1,201	21	1,222	104
慢性期	1,127	0	1,127	1,192	0	1,192	65
休棟	48	19	67	48	19	67	0
報告なし	0	21	21	0	21	21	0
合計	4,820	87	4,907	4,820	87	4,907	0
合計（休棟除く）	4,772	68	4,840	4,772	68	4,840	0

出所：令和7年度病床機能報告ローデータより作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

地域分析サマリ

中部地区は、急速な人口･高齢者需要の増大に直面する一方、高度急性期の流出や急性期Aへの救急集中という構造的課題を抱えており、機能分化と受け皿確保が急務である。

01 人口・医療需要

85歳以上人口（2040年）
約1.6倍
2025年比

- 総人口は2040年頃まで維持され、減少率は県内他地区より緩やか
- 入院需要全体は＋38%、包括期は＋47%、在宅医療は＋62%と県内最高水準の伸び
- 生産年齢人口は約1.5割減少し、医療・介護の担い手不足が深刻化する

02 医療資源・提供体制

医師数（人口10万対）
231人
県平均 295人

- 医師偏在指標は多数区域（263.2／全国70位）、外来・小児は下位
- 病院数・診療所数・一般病床数は県平均および全国平均を下回る水準
- リハビリ職（PT/OT/ST）は集積している一方、医師・看護師・薬剤師は県・全国平均を下回る

03 患者の流れ・広域性

入院患者の純流入
約13人/日
ほぼ均衡

- 高度急性期・急性期は純流出 ▲57.6人/日（高度急性期▲42.0人/日、係数83.0%）
- 包括期（＋52.1人/日）や慢性期（＋18.1人/日）は流入超過となっている
- 高難度・高度急性期における南部等への流出実態を踏まえた連携が必要

04 救急・高齢者医療

救急搬送（2040年）
＋22.4%
約3.6万件

- 85歳以上の搬送は約1.6倍に増加する
- 中等症・重症搬送が3割以上増加
- 救急搬送の受入は一部の病院に集中している。

中部地区の課題は『急増する需要に対する包括期・在宅の受け皿整備』と『急性期Aへの過度な救急医療の負担を軽減する役割分担』にある。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

２．必要病床数から考えられる課題

2026 © NIHONKEIEI Co.,L

新構想における必要病床数の考え方

1．推計入院医療需要の基本的な考え方

- 現行の地域医療構想における推計方法を基本（患者1日ごとの医療資源投入量を基準とした推計）として、**2040年の性・年齢階級別人口について、2024年のNDBデータを用いて算出した入院受療率を乗じる**等の対応により算出している。
- これまでの回復期機能について、**「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけている**。

2．改革モデルについて

- 地域医療構想における入院医療需要の推計では、効率化の取組や受療率の変化等を踏まえた改革モデルを反映させている。現行の地域医療構想と新たな地域医療構想の違いは以下の通り。

	現行地域医療構想	新たな地域医療構想
慢性期における医療区分１の患者の7割を在宅移行	○	－
慢性期医療機能の需要推計における地域差の解消	○	－
現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映（受療率の低下トレンド反映）	－	○
病床数適正化緊急支援事業の影響を反映	－	○
高齢者等の急性期患者への医療提供機能として75歳以上の患者の5割を包括期として算出	－	○
回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者の在院日数短縮	－	○

3．機能別必要病床数に対する稼働率の設定について

- **現在の各機能区分の病床稼働率を基本**として、実際のデータのうち低い病床稼働率を除いた**中央値により算出した値**に、**医療DX等の推進やタスク・シフト／シェア等の取組による将来の効率化分を勘案**した稼働率を設定。

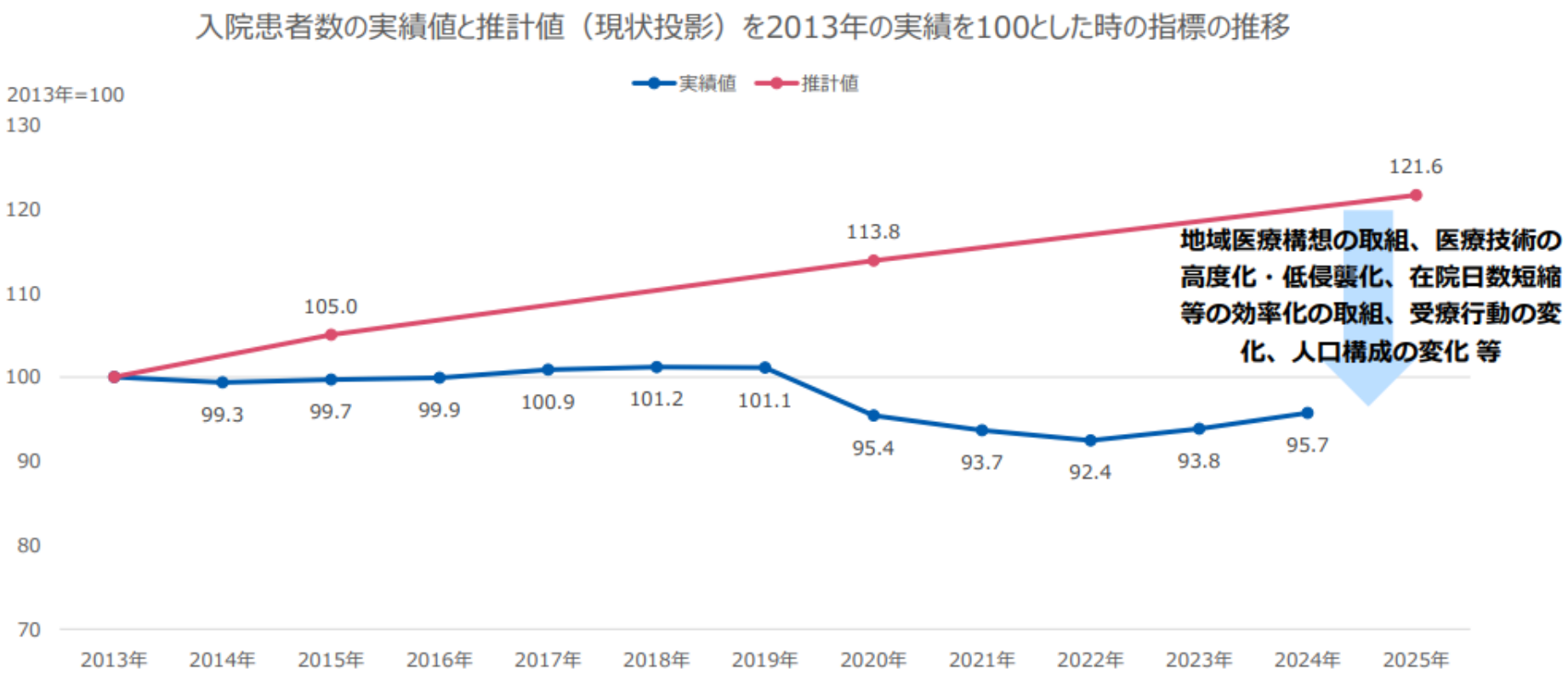
現行の地域医療構想における設定			
高度急性期	急性期	回復期	慢性期
75%	78%	90%	92%

新たな地域医療構想における設定			
高度急性期	急性期	包括期	慢性期
79%	84%	89%	92.5%

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

参考｜地域医療構想の推計に対する入院患者数の現状

2013年度の患者データから推計した2025年の需要に対して、2024年度の実績は大幅に下回っている。
2019年度までも需要が伸びる想定であったが、同水準で推移をしており、今回の推計においても受療率の低下を見込んでいる。



資料出所：（実績値）厚生労働省「病院報告」
（推計値）2013年度NDBデータ、総務省「住民基本台帳人口」（2014年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013年推計）を基に、
厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。
※2013年推計において福島県は市町村別に将来推計人口が公表されていないため、全国推計は福島県推計と、福島県を除く現行の二次医療圏（324）別推計の合計値としている。
※入院患者数は一般病床及び療養病床（介護療養病床を除く）に入院する者に限る。なお、病院報告については病院の１日平均在院患者数であり、有床診療所の患者数を含まない。

64

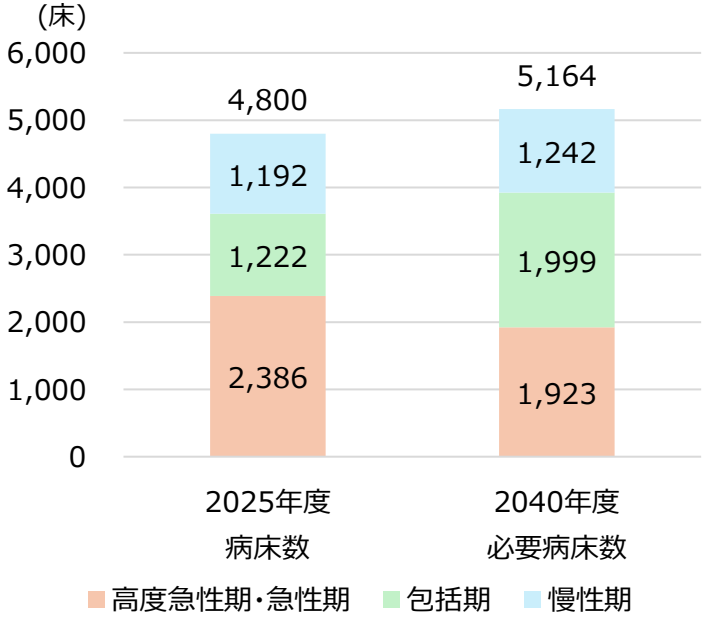
出典：令和７年10月15日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

必要病床数の推計結果

中部地区は2040年の必要病床数に対して総数では約270床不足（休棟等を除くと約360床不足）が見込まれる中、高度急性期・急性期の過剰と包括期の大幅な不足という機能間のギャップが生じている。

機能別の必要病床数との差（休棟除く）



構想区域	機能区分	2025年度（入院料ベース）病床数	2040年度（改革モデル）必要病床数	差分
中部	機能区分 計	4,893	5,164.1	-271.1
	高度急性期・急性期 計	2,386	1,923.3	462.7
	高度急性期	198	502.0	-304.0
	急性期	2,188	1,421.3	766.7
	包括期	1,222	1,998.5	-776.5
	慢性期	1,192	1,242.3	-50.3
	休棟・報告なし	93	―	93.0

※琉球大学病院の移転（528床相当）を反映した値

機能別の必要病床数から読み解くべきポイント

- ✓ 中部地区は2040年の必要病床数に対して総数では271.1床の不足となっている。高度急性期・急性期全体では462.7床の過剰だが、内訳では高度急性期が304.0床不足する一方、急性期が766.7床の過剰となっている。
- ✓ 包括期が776.5床の大幅な不足となっており、急性期の過剰規模（766.7床）と同程度である。急性期病床からの機能転換を進め、ニーズにマッチした病床機能及び医療機関機能を検討する必要がある。
- ✓ 慢性期は2040年必要病床数（1,242.3床）に対し1,192床と、50.3床の不足となっており、介護施設や在宅療養受け皿との需給バランスを踏まえた病床運用の検討が必要となる。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

地域分析及び必要病床数から想定される今後の課題

中部地区では、全機能で県内最大の需要増に直面する中、高度急性期・急性期の過剰と包括期の大幅な不足、急性期Aへの救急集中を踏まえ、機能転換と病院間連携によって地区全体で受け止める体制を構築することが課題である。

		地域分析・必要病床数から見えること	今後の課題
1	急性期機能の役割分担と集約	救急搬送の99%、全麻手術の97%を急性期A 5病院が担う。高度急性期患者は南部等へ流出超過（▲42人/日）	急性期Aにおける重症救急・高難度手術の集約化と、南部等との広域連携の整理
2	高齢者救急への対応	救急搬送は2040年に＋22.4%増。救急搬送及びウォークインは一部の医療機関に集中。	急性期Aの一次救急負担を軽減し、急性期Bや地域密着型病院で軽～中等症高齢者を受け止める体制づくり
3	包括期機能の確保	包括期の入院需要は＋46.9%と全機能中最大の伸び。必要病床数に対して包括期の大幅な不足が見込まれる。	急性期病床からの機能転換を進め、早期リハビリ・退院支援を担う包括期病床群を確保
4	在宅医療・介護との連携	訪問診療は＋62.0%増、介護保険の訪問看護は＋54.9%増と県内最大急増。	在支病と在支診の連携体制強化、退院後の在宅受け皿拡充と急変時の受入体制を確保
5	人材確保と広域的な役割	人口10万対医師数・看護師数は県平均未満。生産年齢人口が約1.5割減少する中で需要が激増。	限られた医療従事者を効率的に配置・活用し、病床稼働と在宅支援を維持する体制の構築

今後の検討の視点

どの機能を地区内で確保・集約するか ／ 包括期・在宅への移行をどの医療機関群が担うか ／ 他地区・離島とどのように連携するか

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

３．今後必要となる医療機関機能

2026 © NIHONKEIEI Co.,L

需要の変化に対応する改革モデルの実現に向けた「機能分化と連携」

急性期においては急性期拠点機能を担う医療機関を、包括期においては、高齢者の早期退院や在宅医療への接続を担うために高齢者救急・地域急性期機能及び在宅医療等連携機能を担う医療機関を検討していく。

改革モデルの実現のために地域においては「機能分化と連携」、医療機関においては「選択と集中」を進めることが求められる。



地域密着型病院は、急性期病院の受け皿ではなく、
高齢者の回復・生活復帰を支える専門病院として役割を発揮する必要がある。

包括期が集中して資源を投入すべき領域

① 高齢者総合診療
複数疾患、ポリファーマシー、認知症、介護連携
高齢者を幅広く受け入れる

② リハビリ
PT・OT・ST、早期介入、日常生活訓練
ADL改善と在宅復帰を促す

③ 栄養・摂食嚥下
管理栄養士、歯科、嚥下評価
誤嚥・低栄養・再入院を減らす

④ 退院支援
MSW、看護師、ケアマネとの連携
在院日数と退院停滞を抑える

⑤ 在宅・施設連携
施設からの急変受け入れ、在宅復帰支援
入退院の好循環を作る

⑥ 軽～中等症急性期
肺炎、心不全、尿路感染症等
急性期拠点病院への集中を防ぐ

優先して確保すべき機能

- リハビリスタッフ
- 退院支援職
- 栄養管理
- 認知症・せん妄対応
- 在宅・施設との調整人材

他院と役割分担すべき機能

- 高額な手術設備
- 全診療科の24時間当直
- 高度な集中治療機能

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

構想区域別の傾向

中部地区では、救急搬送の受入は急性期Aの5病院が中心となっているが、全身麻酔手術や時間外・深夜・休日手術の実績には病院間で差がある。救急搬送件数だけでなく手術対応や専門診療の内容を組み合わせて役割を整理する必要がある。

医療圏別の主な指標（令和7年度病床機能報告）

医療圏	病院数（A／B）	救急搬送件数	うち急性期A	全身麻酔手術	うち急性期A	時間外の受入患者数	時間外の入院率	介護施設・他院から入院
北部	7（1／1）	7,049	55%	1,826	50%	18,296	19%	1,911
中部	25（5／12）	28,320	99%	12,384	97%	81,570	15%	12,457
南部	36（8／15）	41,232	95%	20,050	92%	124,977	16%	16,096
宮古	3（1／1）	4,031	77%	725	99%	10,753	17%	664
八重山	3（1／1）	2,906	89%	653	96%	12,476	8%	924
県計	**74（16／30）**	**83,538**	**92%**	**35,638**	**92%**	**248,072**	**16%**	**32,052**

※急性期A/Bは沖縄県における「入院医療機関の役割分担」に基づいたものであり、急性期病院A/B一般入院料を算定する病院を指していない。

「うち急性期A」は医療圏合計に対する割合。時間外の入院率＝時間外の入院患者数÷受入患者数。

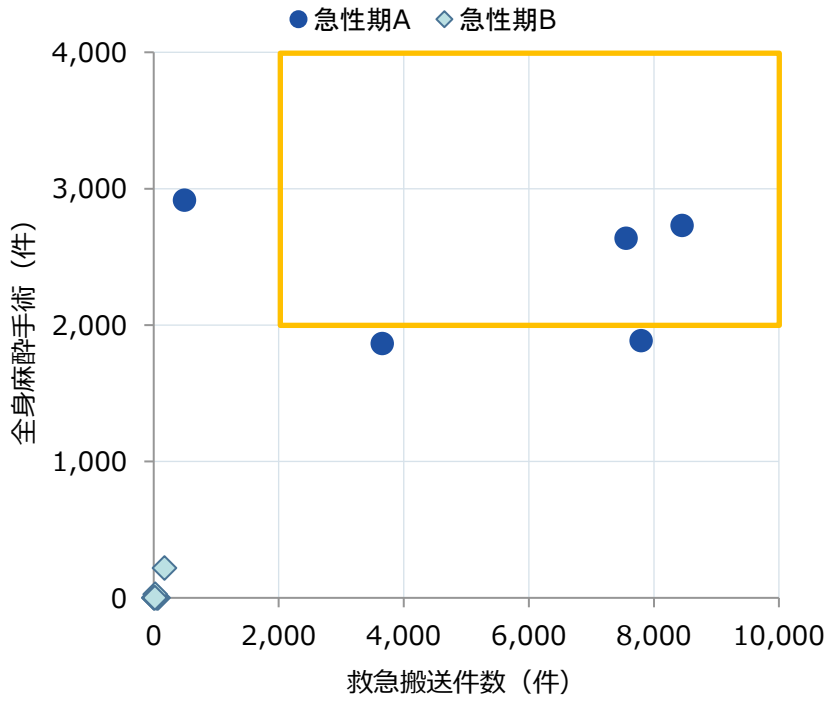
介護施設・他院から入院＝新規入棟のうち介護施設等からの入院と他院からの転院。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（急性期拠点機能）①
救急搬送及び全身麻酔手術、時間外・深夜・休日手術の実施状況

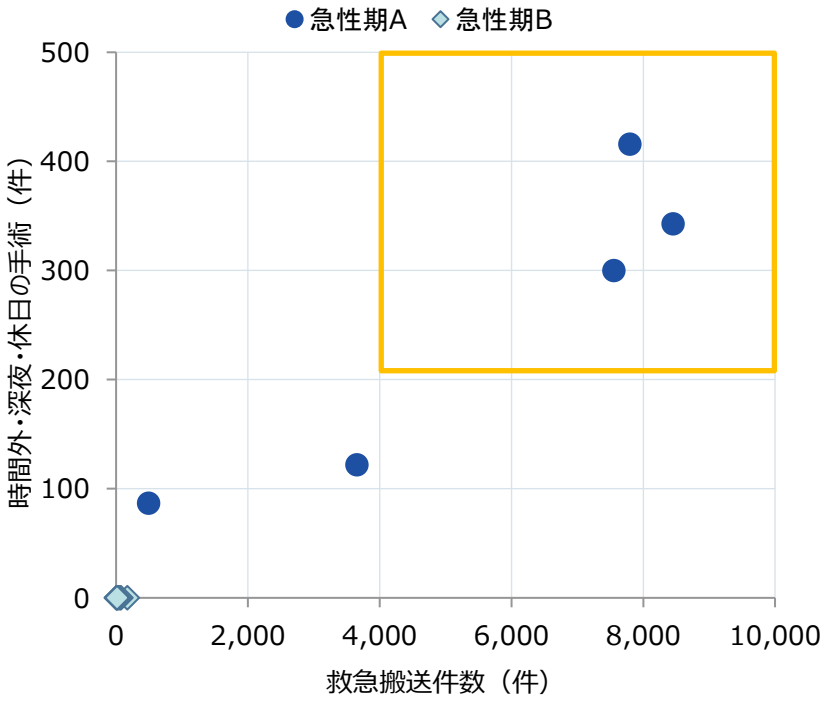
救急搬送の99%、全身麻酔手術の97%を急性期A 5病院が担い、手術機能は急性期Aに極度に集約している。急性期Aの緊急手術体制の持続性が論点となる。

① 救急搬送件数 × 全身麻酔手術件数



救急1,000件超は4病院で、すべて急性期A。全身麻酔手術（12,384件）の97%を急性期Aが担い、急性期Bでの手術実績は極めて少ない。

② 救急搬送件数 × 時間外・深夜・休日の手術件数



時間外等の緊急手術のうち92%（1,273件）を急性期Aが担う。救急千件あたり49件で県平均並みであり、夜間・休日の緊急手術体制の負担が急性期Aに集中している。

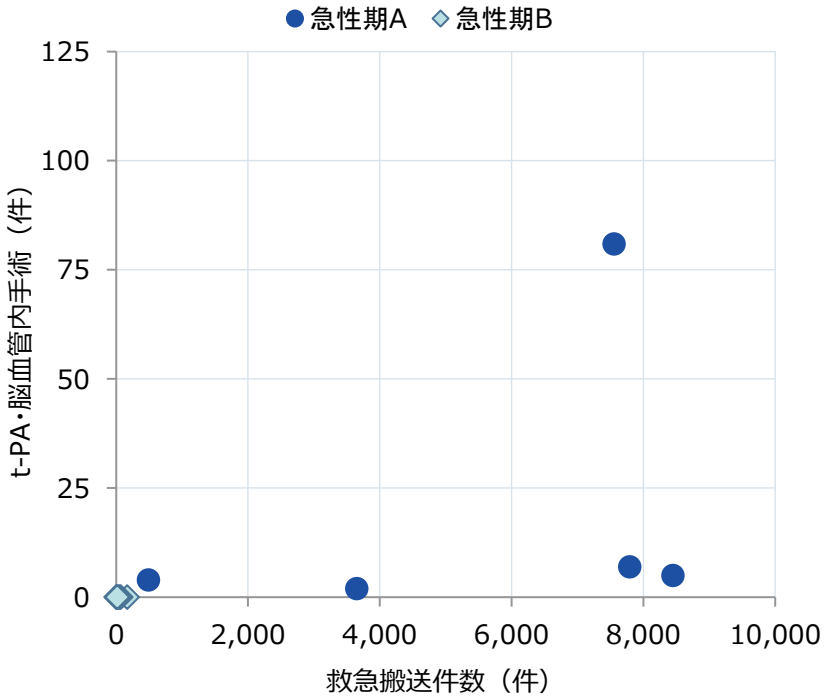
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（急性期拠点機能）②
脳卒中及び心疾患への対応状況

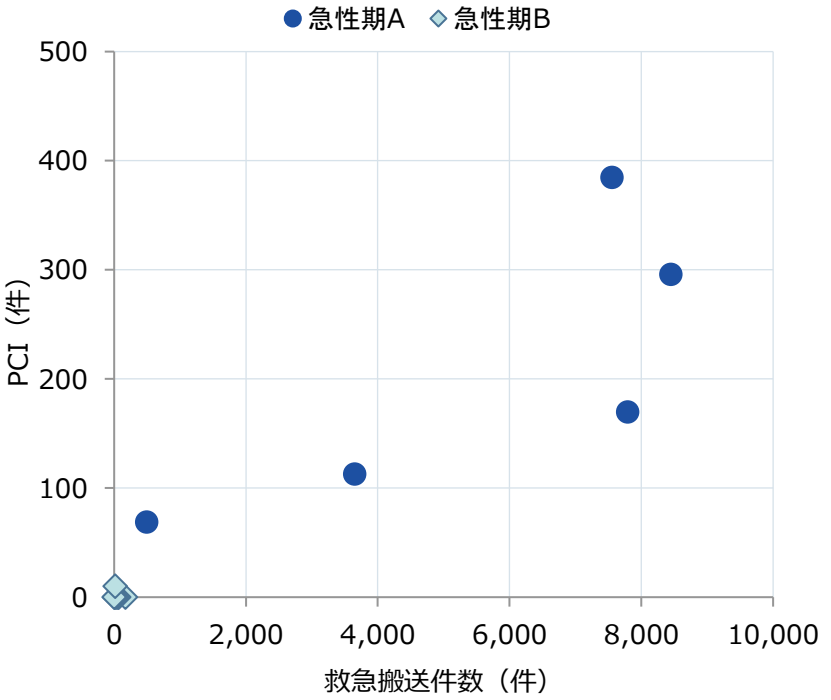
脳卒中・心疾患の急性期処置は急性期Aが集約して対応。脳血管内手術は2病院、人工心肺を含む開心術は4病院で実施されている一方、救急規模に応じた専門医療の集約と広域連携が論点となる。

③-1 脳卒中への対応（レセプト件数）



t-PA・脳血管内手術は計99件（t-PA 72件、血管内手術 27件）。t-PAは5病院で広く実施されている一方、脳血管内手術は2病院に集約して対応している実態を示す。

③-2 心疾患への対応（レセプト件数）



PCIは6病院で計1,043件、人工心肺手術は4病院で414件。

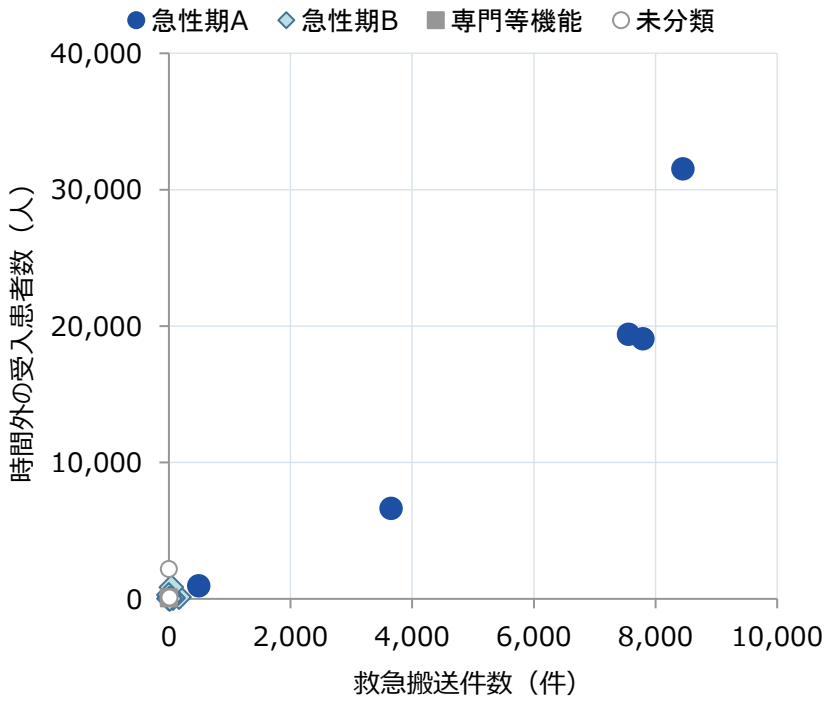
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（高齢者救急･地域急性期機能）①
救急搬送件数と時間外の受入状況（全体、入院）

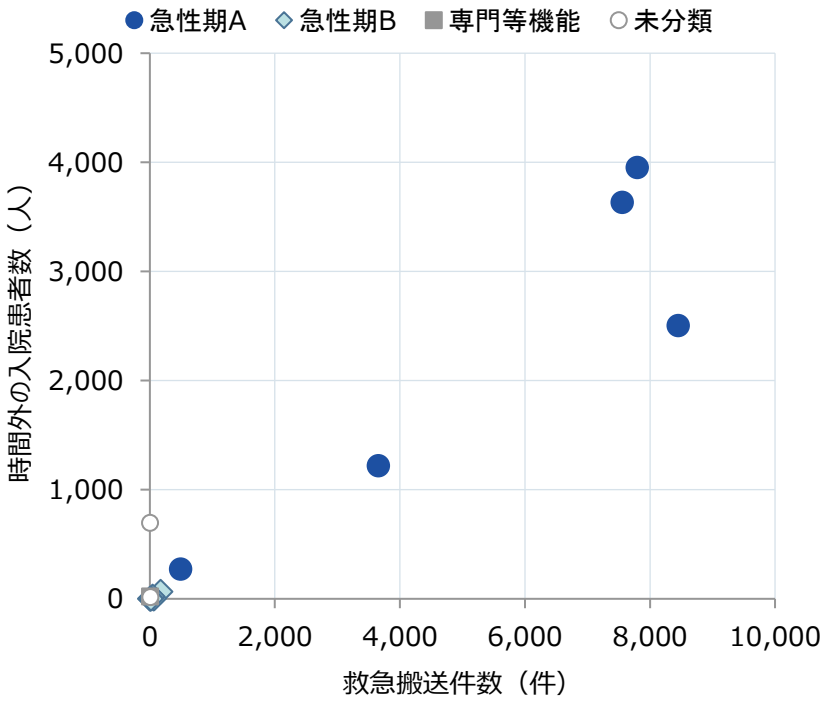
救急搬送の99%、時間外受入の95%を急性期Aが担い中核として機能。時間外受入の約8.5割が外来のみの受診であり、時間外入院患者数も1.1万人を超える中、急性期Aの外来負荷軽減が論点となる。

① 救急搬送件数 × 時間外の受入患者数



時間外受入81,570人のうち急性期Aが95%（77,614人）を占める。救急搬送件数（28,320件）の約2.8倍の時間外受入を急性期Aが引き受けており、初期外来対応の負担が集中している。

② 救急搬送件数 × 時間外の入院患者数



時間外入院12,408人のうち急性期Aが93%（11,586人）を占める。時間外入院率は圏域全体で15.2%（A：14.9%）と県平均（15.9%）と同水準であるが、受入患者総数が膨大であり外来・病棟双方の負担が大きい。

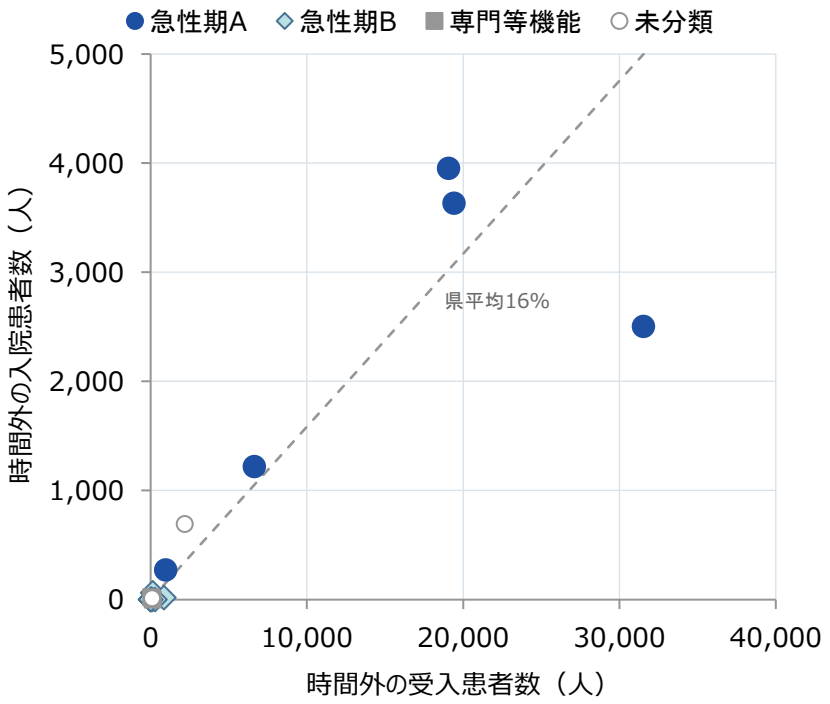
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（高齢者救急・地域急性期機能）②
時間外の受入患者数の状況

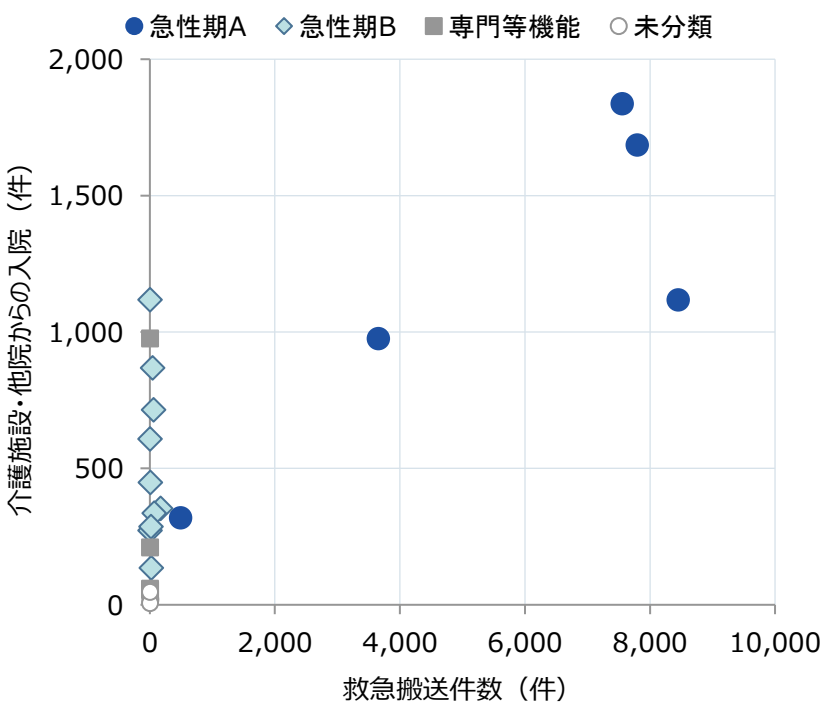
時間外入院率は急性期Aで14.9%と一定水準を維持。一方、救急搬送1件あたりでは県内で最も多く、救急を担う急性期Aと転院を受ける急性期Bとの間で機能分化が見られる。

③ 時間外の受入患者数 × 時間外の入院患者数



入院率はA14.9%、B6.2%（県平均15.9%）。Bは時間外の受入規模が小さい。

④ 救急搬送件数 × 介護施設・他院からの入院



介護施設・他院からの入院は12,457件（救急1件あたり0.44件と県内最多）。急性期Aが直接受入の主力を担う一方、急性期Bが後方転院の重要な受け皿として機能している。

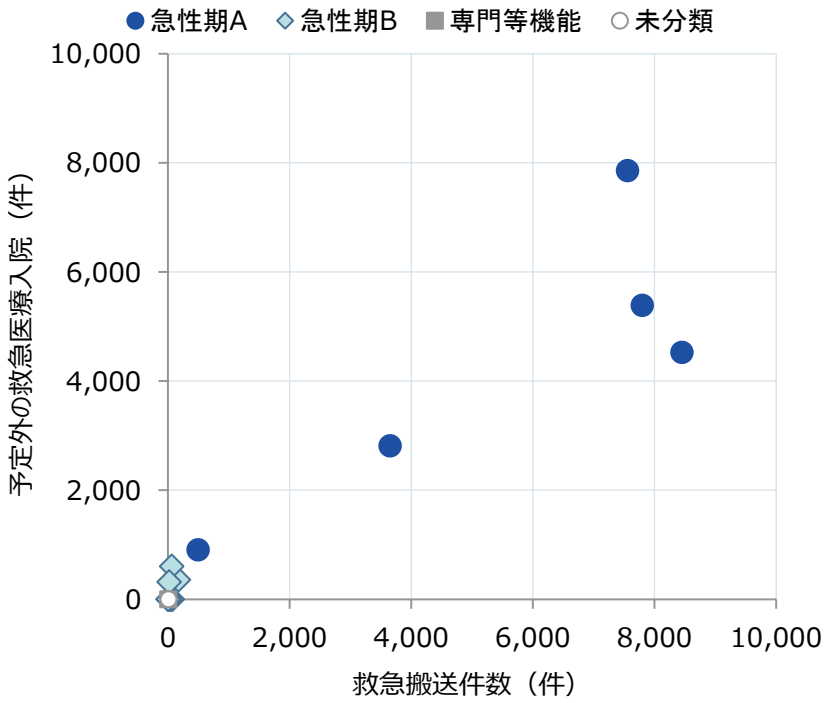
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（高齢者救急・地域急性期機能）③
予定外の救急医療入院の件数及び介護施設からの受入

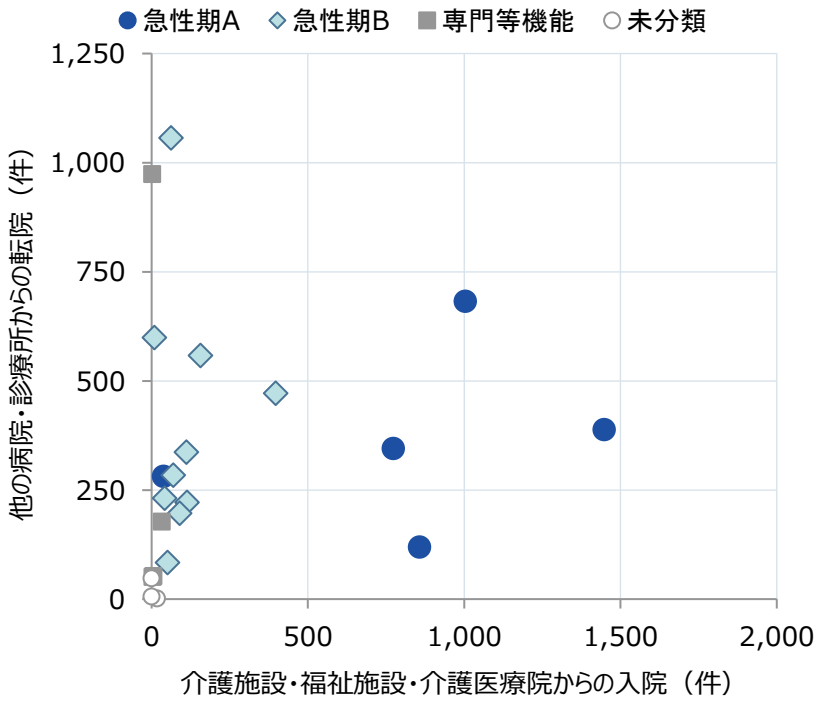
予定外の救急入院は急性期Aが94%を担い初期治療に集中する一方、他院からの転院受入の約75%を急性期A以外が吸収。また、介護施設からの受入が急性期Aに集中している。

⑤ 救急搬送件数 × 予定外の救急医療入院



予定外の救急医療入院（救急医療管理加算相当の重症度）は22,801件（救急1件あたり0.81件）で、急性期Aが94%（21,510件）を占め、即時入院管理が極度に集中している。

⑥ 介護施設等からの入院 × 他院からの転院



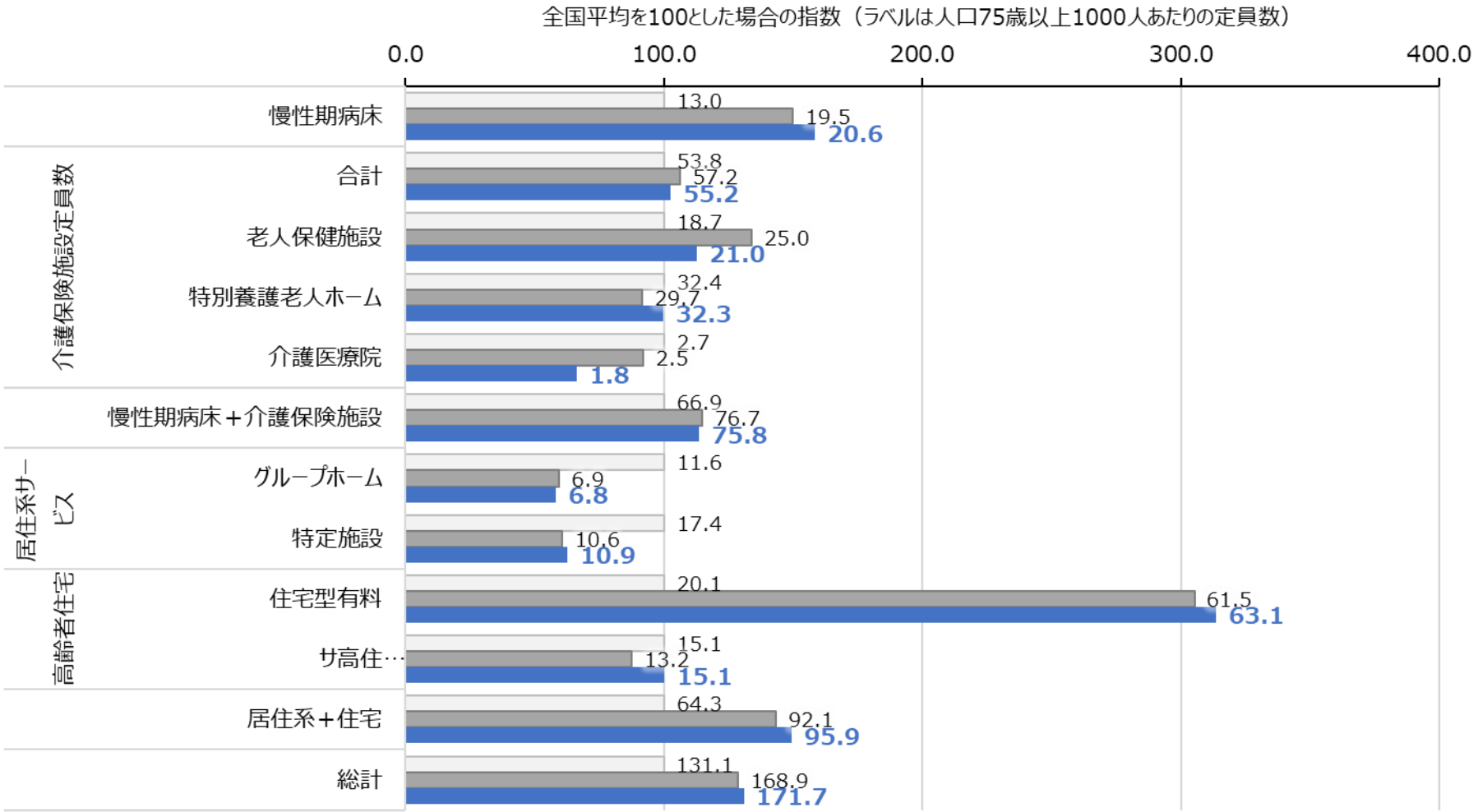
介護施設等5,284件のうちAが78%（4,119件）を受け入れる一方、他院からの転院7,173件のうち急性期A以外が約75%（Bは56%、専門等機能が18%）を吸収し、後方病床として機能している。

出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（在宅医療等支援機能）①
慢性期病床、介護施設、高齢者住宅等の療養・生活の場の状況

中部地区は住宅型有料老人ホームが全国平均の約3.1倍と集積している一方、介護医療院や特定施設等の居住系サービスは少ない。

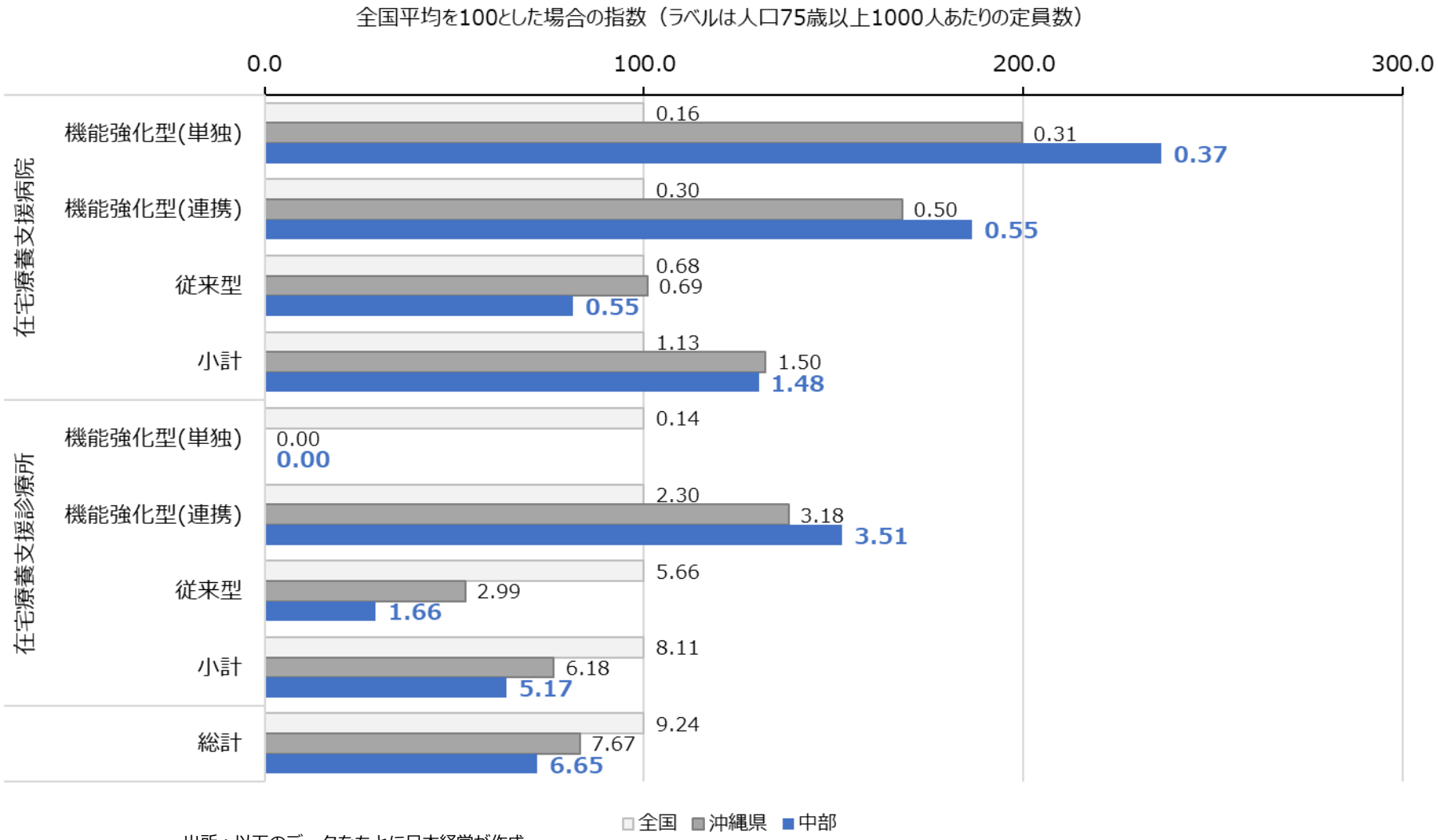


出所：以下のデータをもとに日本経営が作成
慢性期病床数：令和5年度病床機能報告
介護保険施設定員数および高齢者住宅戸数：地域包括ケア版基礎データ（Copyright Wellness Co.,Ltd.）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（在宅医療等支援機能）②
在宅医療を提供する医療機関の状況

中部地区は在支病が8件（うち強化型5件）と全国と比べて多く手厚い体制にある一方、在支診は28件で全国平均を下回る。その結果、総数において全国を下回っている。

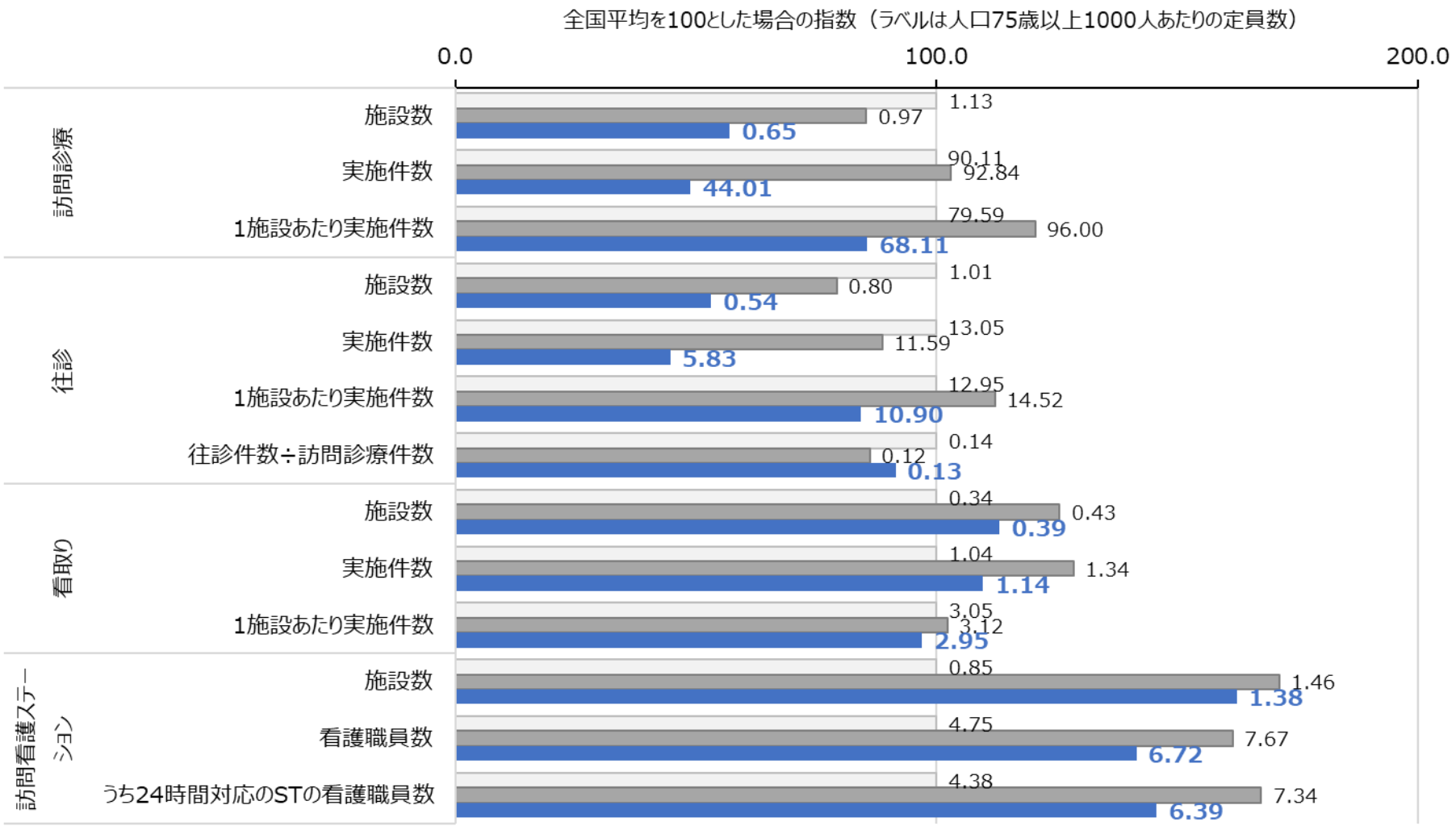


出所：以下のデータをもとに日本経営が作成
地域包括ケア版基礎データ（Copyright Wellness Co.,Ltd.）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

中部地区の医療機関の診療実績（在宅医療等支援機能）③
在宅医療の提供状況

中部地区は訪問看護ステーション数や看取りの実施件数が、75歳以上人口当たりでみると全国平均を上回る水準にある一方、訪問診療の施設数および実施件数は全国平均を下回る。



出所：以下のデータをもとに日本経営が作成
地域包括ケア版基礎データ（Copyright Wellness Co.,Ltd.）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

各医療機関の診療実績から見える課題

中部地区は急性期Aの5病院に救急・手術が集約し、急性期Bが後方転院を中心に分担している。高齢者需要の急増と人材制約を踏まえ、拠点機能の集約と地域急性期・包括期の役割分担が課題となる。

① 救急・手術の提供体制（急性期拠点機能）

診療実績から見えること

- 救急搬送の99%、全身麻酔手術の97%、時間外手術の92%を急性期A 5病院が担い、手術機能は急性期Aに極度に集約している。急性期Bの手術実績はほぼない。
- 急性期Aの5病院がそれぞれ約1,900～2,900件を担い、救急搬送が少ない病院でも手術規模は大きい。

課題　重症救急や高難度手術を担う急性期Aを支えるため、急性期Bとの初期救急等の役割分担や集約化を検討する。

② 専門的な急性期医療（急性期拠点機能）

診療実績から見えること

- 脳卒中の血管内手術（27件）は2病院、心疾患の開心術（人工心肺414件）は4病院に集約し、高度な専門診療を圏域内で引き受けている。
- 急性期Bの12病院においては脳血管内手術や人工心肺手術の実績がなく、高度・専門的な急性期機能は急性期Aの一部病院に特化している。

課題　高度急性期を集約する拠点病院と、他地区（南部等）との広域連携の基準を明確化する

③ 時間外診療の負担と受入

診療実績から見えること

- 時間外受入の95%、時間外入院の93%を急性期Aが担い、初期外来対応が一極集中している。時間外入院率は15.2%と県平均並みであり、約85%が入院に至っていない。
- 急性期Bの時間外受入は1,489人（全体の約2%、入院率6.2%）にとどまっており、夜間・休日の初期受入・軽症対応において分担の余地がある。

課題　初期救急や軽症の時間外診療において、急性期B等で分担できる患者層を明らかにし、急性期Aの負担軽減を図る

④ 高齢者救急・在宅医療との連携

診療実績から見えること

- 予定外救急入院の94%を急性期Aが担う一方、他院からの転院受入（7,173件）は約75%を急性期A以外が担い（うち急性期Bが56%、専門等機能が18%）、後方病床として機能している。

課題　急性期拠点からの下り搬送や転院の受け皿となる包括期病床群を確保し、急増する包括期需要に応える連携体制の構築を検討する

※沖縄分類で急性期A・Bおよび専門等機能に該当する中部地区の病院の診療実績（前頁までの比較表）より整理

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

今後、地区で検討すべき事項

① 急性期拠点機能：重症救急・専門的な急性期医療の集約と役割分担

24時間の診療体制や専門人材の確保を踏まえ、**救急搬送の99%・全麻手術の97%が集約する急性期A 5病院において高度症例をどう集約し、琉球大学病院の移転に伴う診療体制の変化を踏まえて広域連携をどう再構築すべきか。**

② 高齢者救急・地域急性期機能：高齢者救急の受入と早期の生活復帰を支える体制

75歳以上の救急入院患者について、疾患・重症度・診療内容・退院先にどのような特徴があり、現在どの医療機関が受け入れているのか。

急性期拠点での対応が必要な患者と、地域急性期で対応可能な患者を整理し、**高齢者救急の受入と急性期治療後の転院・早期リハビリをどのように分担するか。**また、急性期病床の過剰と包括期の不足を踏まえ、**急性期後の受け皿となる病床機能をどのように確保するか。**

③ 在宅医療等連携機能：在宅・施設での生活継続と急変時対応の確保

急性期から包括期・在宅への移行や、在宅・介護施設からの急変時の診療・入院受入について、どのような課題があるのか。

訪問診療や介護訪看という県内最大の需要増を見据え、在宅医療の24時間対応、急変時の即時受入、円滑な在宅復帰を実現するために、在支病・在支診・介護施設等でどのような役割分担と連携体制を確保するか。

④ 専門等機能：地域に必要な専門医療・リハビリ・中長期入院機能の確保

特定の診療領域に特化した医療、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療等について、地域の需要と現在の提供体制はどのような状況にあるのか。**地域で必要な専門等機能をどのように確保し、他の医療機関機能や広域的な医療提供体制とどのように連携させるか。**

⑤ 医育及び広域診療機能：医療人材の育成・派遣と広域的な診療体制の確保

急増する医療需要に対し、24時間365日の救急・高度手術体制を維持するため、地区内の急性期拠点病院間でどのような役割分担を構築すべきか。また、**県内屈指の医育拠点を有する地区として、離島・へき地等への医師育成・派遣支援を将来にわたりどのように主導していくか。**

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.