株式会社 日本経営

資料３-2

令和８年度第2回北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6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年に向けて北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、北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.

北部地区における論点（エグゼクティブサマリ）

北部地区では、高齢者救急や包括期・在宅医療の需要増加が見込まれる。医師数が少なく急性期の患者が他地区へ流出する地域特性を踏まえ、病床機能の構成と、医療機関の機能分担・広域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13%、包括期の入院需要は約28%、訪問診療は約35%増加する見込み。高齢者の救急医療と在宅医療を中心とした生活を支える医療の重要性が高まる。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	医師数は人口10万人当たり229人と県平均（295人）を下回る。医師偏在指標では医師多数区域に該当する一方、外来医師偏在指標は下位にとどまる。入院患者は約142人／日の純流出で、特に高度急性期・急性期の流出が大きい（調整係数59.9%）。
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、総数ではほぼ均衡（＋22.1床）している。一方で、高度急性期・急性期は必要病床数を163床上回り、包括期は144床、慢性期は91床下回る。急性期と包括期の役割分担のあり方を踏まえて、病床構成のバランスを評価できる状態になる必要がある。その上で医療機関機能に基づく役割分担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 急性期拠点機能の確保と役割分担
　重症救急・緊急手術・専門治療等について、2病院の統合や他地区との広域連携も踏まえ、持続可能な診療体制と医療機関間の役割分担を検討する。

② 高齢者救急・地域急性期機能の充実
　増加する高齢者救急に対応するため、地域での入院受入、急性期病院からの下り搬送、早期リハビリ・退院支援を担う機能の確保を検討する。

③ 在宅医療等連携機能と病院間連携の強化
　在宅・介護施設からの急変時受入や退院後の生活支援を含め、急性期から包括期・在宅医療へ円滑につなぐ体制を検討する。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

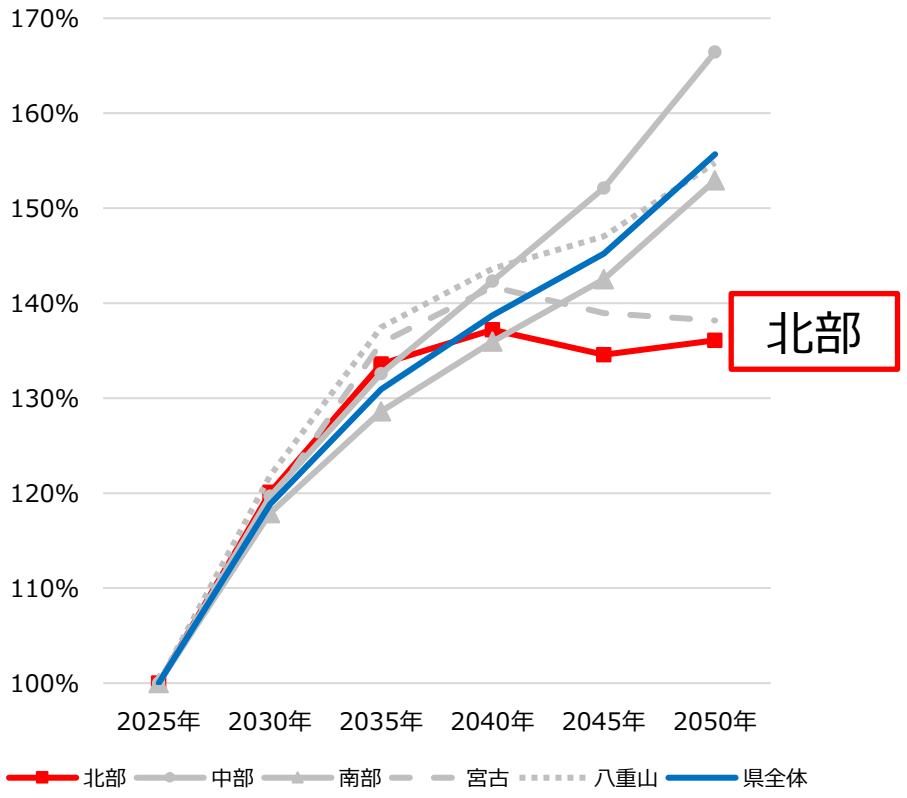
１．圏域別の地域分析

2026 © NIHONKEIEI Co.,L

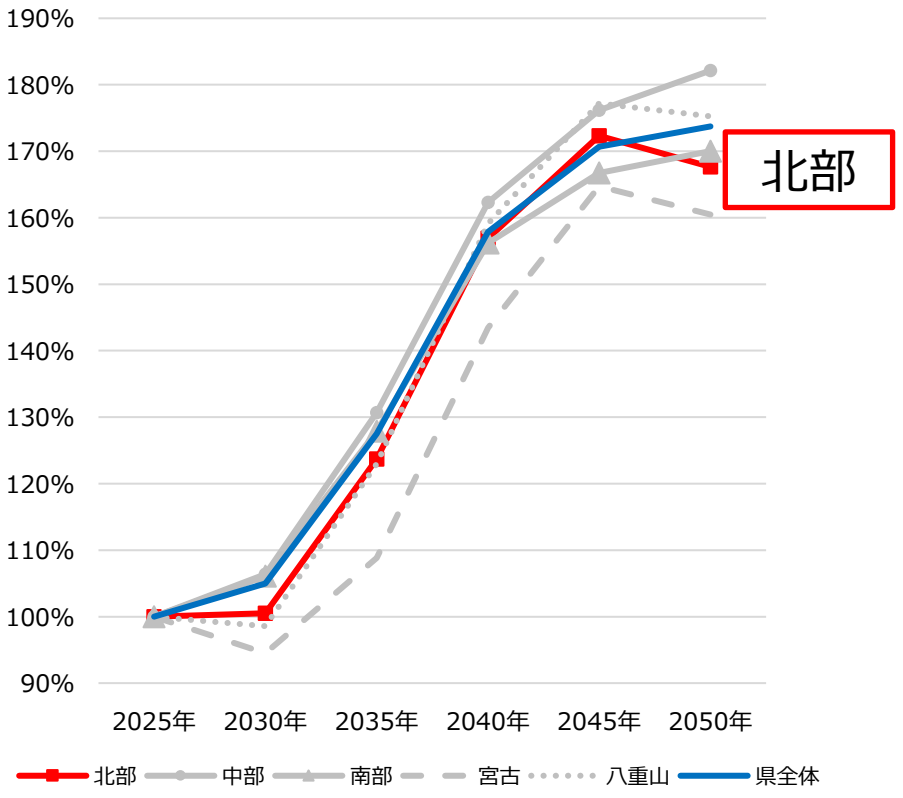
人口構造はどのように変化するか？①沖縄県の人口動態の傾向

北部地区の後期高齢者は2040年頃まで増加した後、2050年にかけてほぼ横ばいで推移する。一方、85歳以上人口は2030年を境に急増し、2045年以降は増加が鈍化する傾向にある。

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）

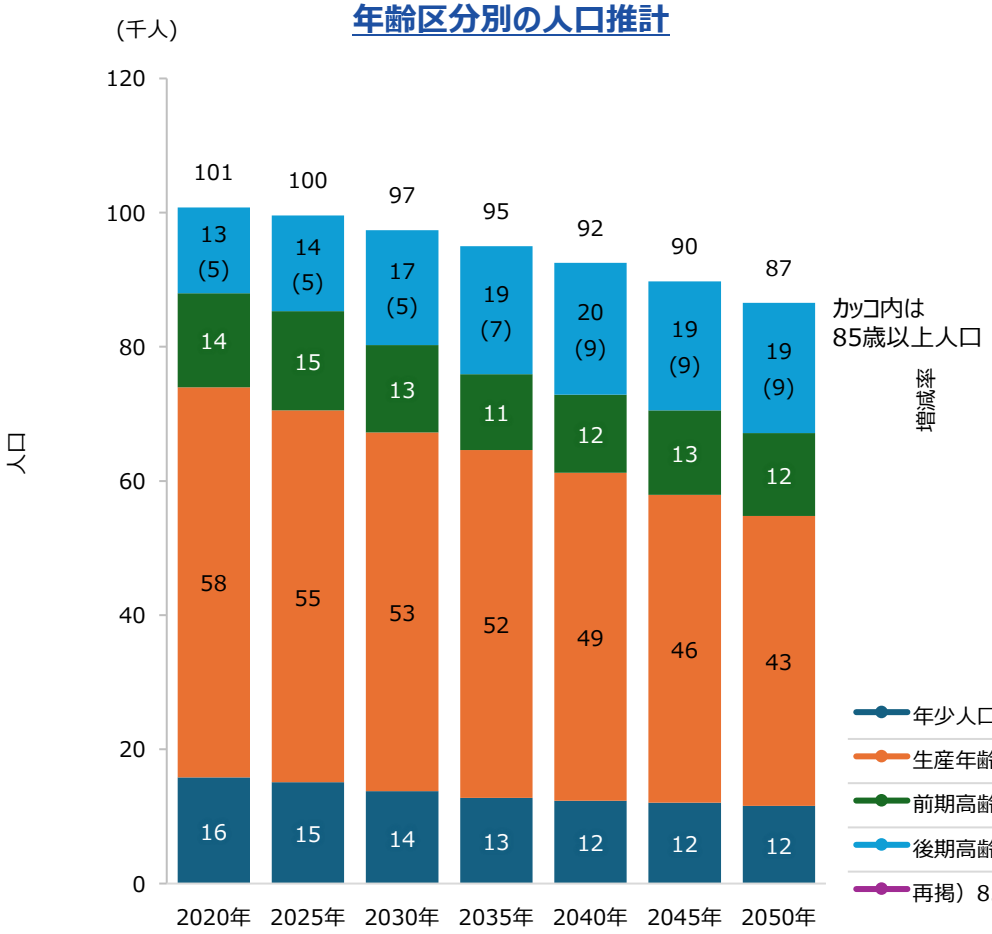
2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

人口構造はどのように変化するか？②北部地区の人口の変化

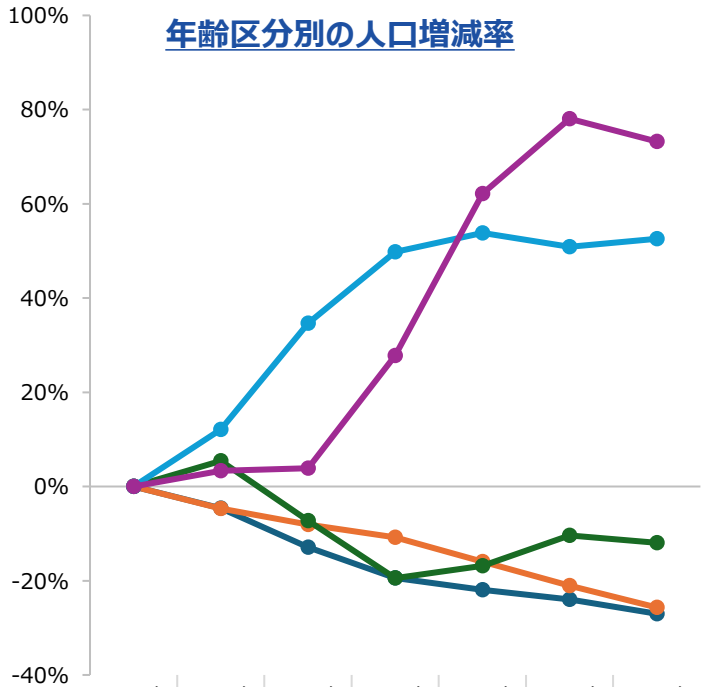
生産年齢人口は2050年にかけて約3割減少する見込み。医療介護の需要が伸びる高齢化のピークに対し、限られた医療資源の中でニーズに対応していくことが求められる。

年齢区分別の将来推計

年齢区分別の人口推計



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%	-4.6%	-12.9%	-19.4%	-21.9%	-24.0%	-27.0%
生産年齢人口	0.0%	-4.7%	-8.1%	-10.8%	-16.0%	-21.0%	-25.7%
前期高齢者	0.0%	5.4%	-7.3%	-19.4%	-16.8%	-10.4%	-11.9%
後期高齢者	0.0%	12.1%	34.6%	49.8%	53.8%	50.9%	52.6%
再掲）85歳以上人口	0.0%	3.3%	3.9%	27.8%	62.1%	78.1%	73.2%

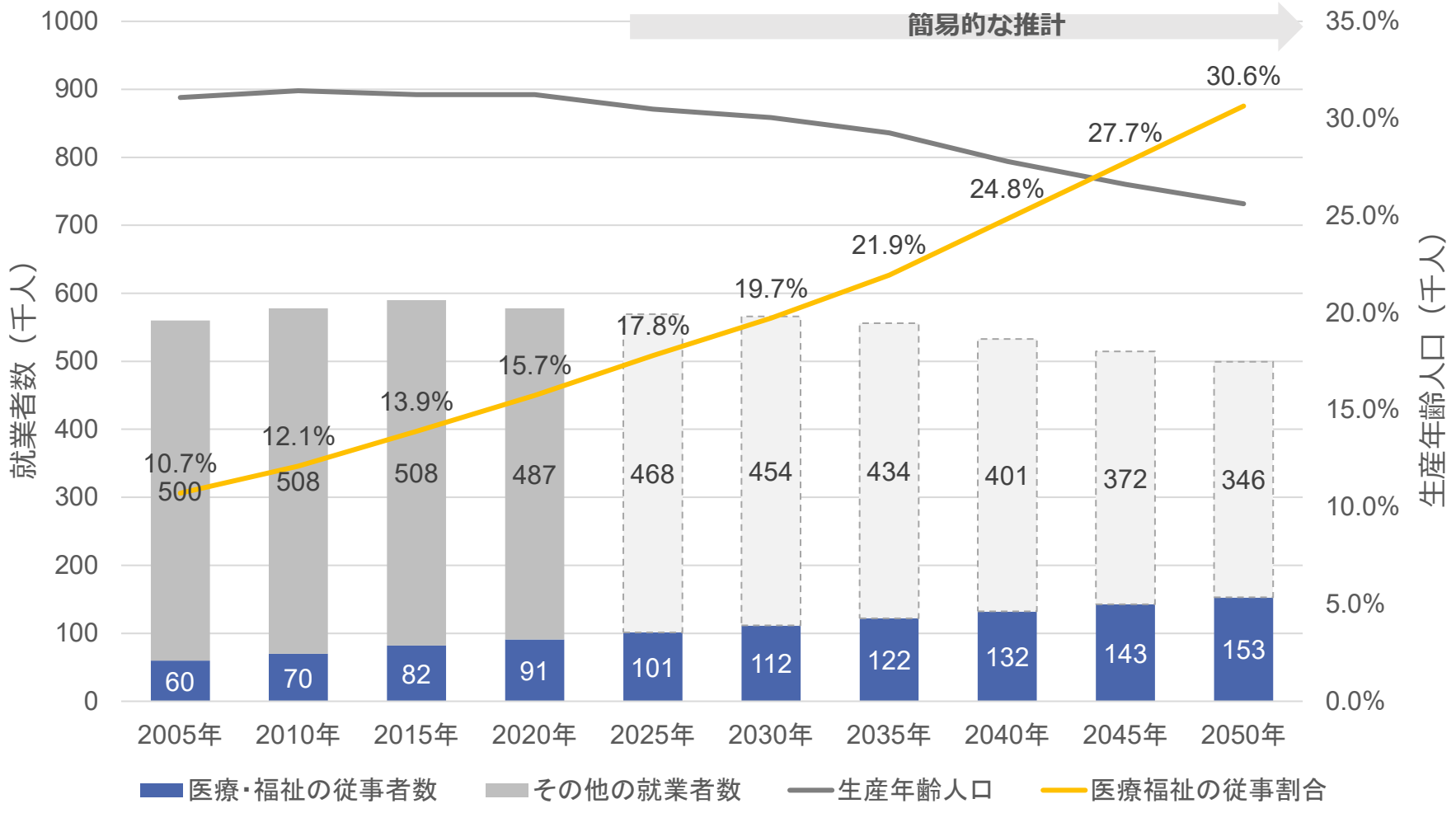
出典　「日本の地域別将来推計人口　令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）

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）	54,241	53,689	53,783	53,222	52,061	50,582	98.1%	93.3%
急性期	救急搬送人員数	件数（件／月）	585	606	635	659	666	652	112.7%	111.6%
	手術件数	件数（件／月）	789	796	796	786	769	750	99.5%	95.0%
入院需要	入院患者　計	患者数（人／日）	925	979	1,063	1,151	1,197	1,183	124.5%	128.0%
	高度急性期・急性期　計	患者数（人／日）	227	237	252	267	273	268	117.3%	117.9%
	うち、高度急性期	患者数（人／日）	56	58	60	62	62	61	111.4%	109.7%
	うち、急性期	患者数（人／日）	172	179	192	205	210	207	119.3%	120.6%
	包括期	患者数（人／日）	281	300	329	358	370	364	127.6%	129.8%
	慢性期	患者数（人／日）	417	443	482	526	554	551	126.3%	132.3%

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）	417	443	482	526	554	551	126.3%	132.3%
	うち、一般病床	患者数（人／日）	130	127	131	133	131	125	102.7%	96.3%
	うち、療養病床	患者数（人／日）	287	315	352	393	424	426	136.9%	148.5%
	うち、医療区分1	患者数（人／日）	24	26	29	32	37	39	136.1%	161.6%
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）	304	329	361	409	459	474	134.7%	156.2%
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）	401	392	390	387	376	362	96.6%	90.4%
	訪問看護②訪問看護ステーション	レセプト件数（件／月）	209	208	210	210	208	203	100.3%	97.1%
	訪問看護③介護保険	レセプト件数（件／月）	213	233	261	292	308	304	137.2%	142.8%

※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1.9%微減、手術件数はほぼ横ばいに推移する見込みである。
- 救急搬送は2040年にかけて12.7%増加する見込み。
- 高度急性期及び急性期は2040年にかけて17.3%増加の見込みである。包括期は27.6%増、慢性期は26.3%増と、急性期以上の伸びを見せている。
- 広域かつ既存の慢性期・包括期需要が大きい地域特性を踏まえ、基幹病院による救急・急性期の受け入れ機能を維持しつつ、ピークを迎える包括期・慢性期ニーズに対応した医療機能の検討が求められる。

慢性期・介護ニーズ

- 療養病床のうち医療区分1は36.1%増加、在宅医療（訪問診療）は34.7%増加する見込みとなっている。
- 介護施設サービスは集計中であるが、高齢者人口の増加に伴い需要の増加が見込まれる。慢性期・介護ニーズの受け皿を確保できない場合には、急性期・包括期の病床に長期入院の患者が滞留することも想定される。
- 働き手の確保が制約となる中、地域包括ケアシステムのさらなる推進と、医療機関・介護事業所間での重症度に応じた密接な連携体制の強化が不可欠である。

訪問看護

- 病院・診療所および訪問看護ステーションからの訪問看護需要（医療保険）は横ばい～微減傾向である一方、介護保険による訪問看護需要は2040年にかけて37.2%増加（2050年には42.8%増）する見込みである。

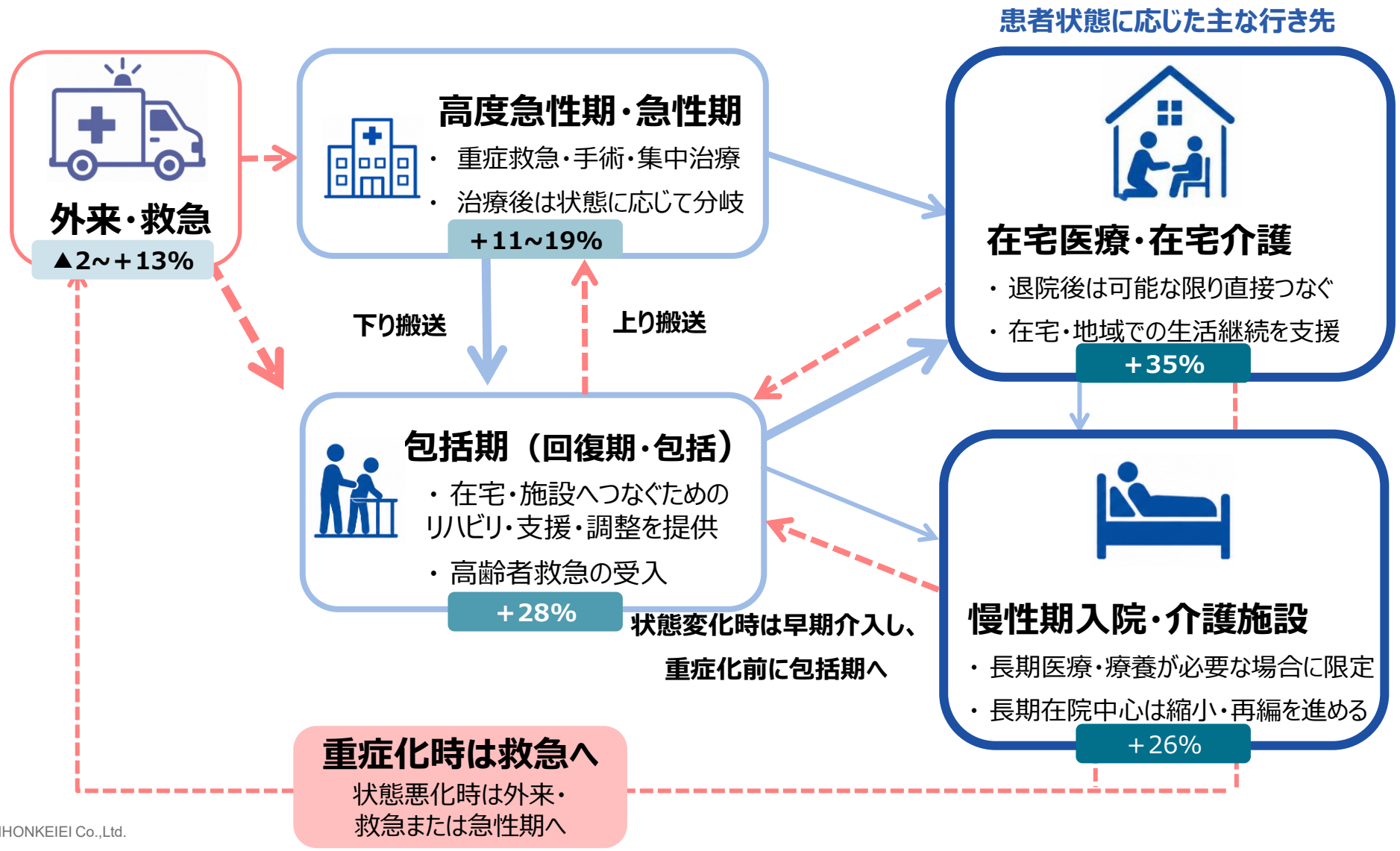
地域間の差異

- 北部と八重山においては75歳以上人口が2040年、85歳以上人口が2045年にピークとなっており、以降は横ばいか減少となっている。
- 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。

北部地区では、包括期（＋28%）、慢性期（＋26%）、在宅医療（＋35%）の需要が伸びる。受け皿が不足すると急性期病院への滞留や病床不足のリスクがあり、急性期から包括期・在宅への円滑な移行や、包括期機能の強化による生活機能の向上等が重要となる。

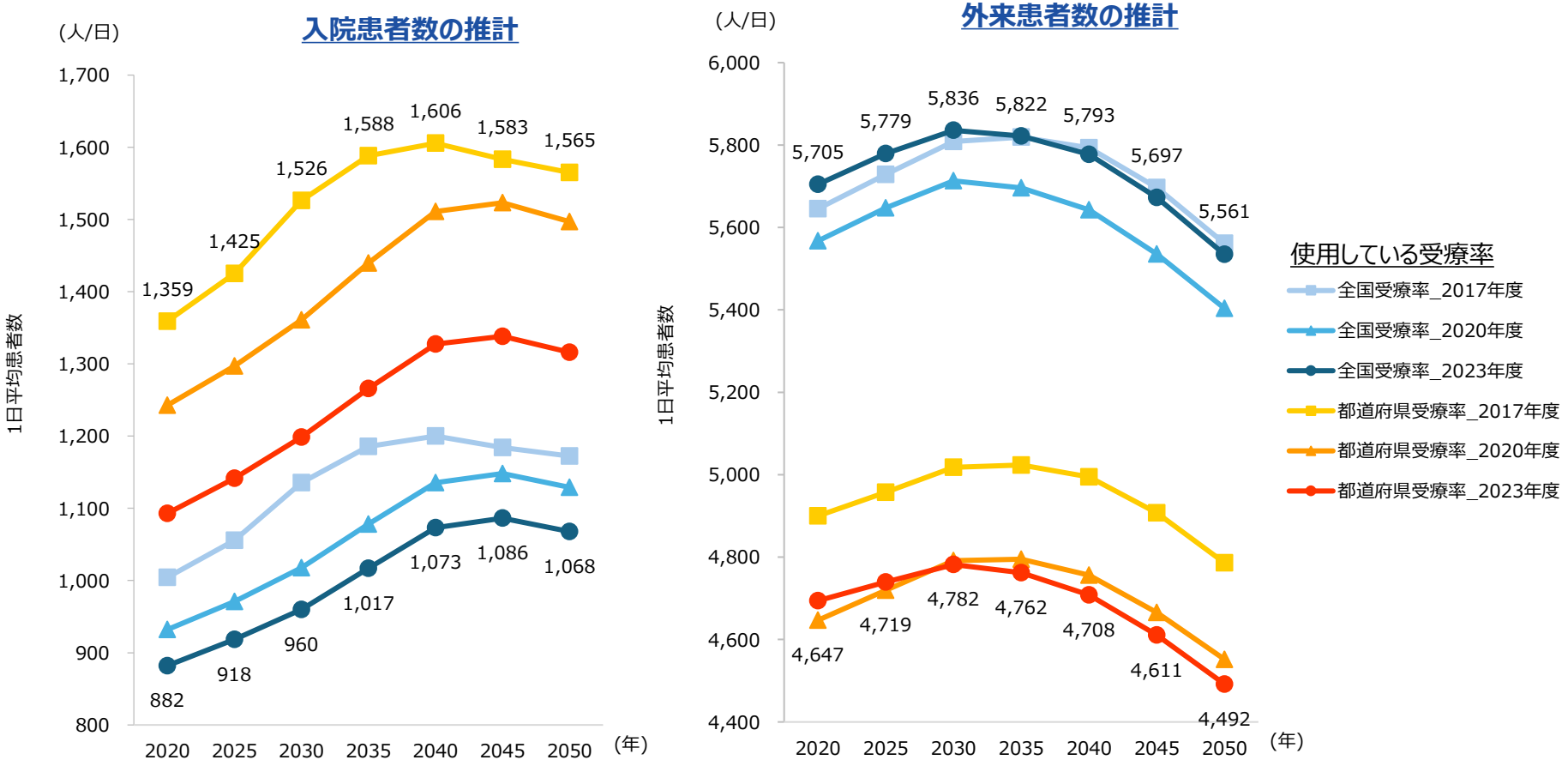


2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

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



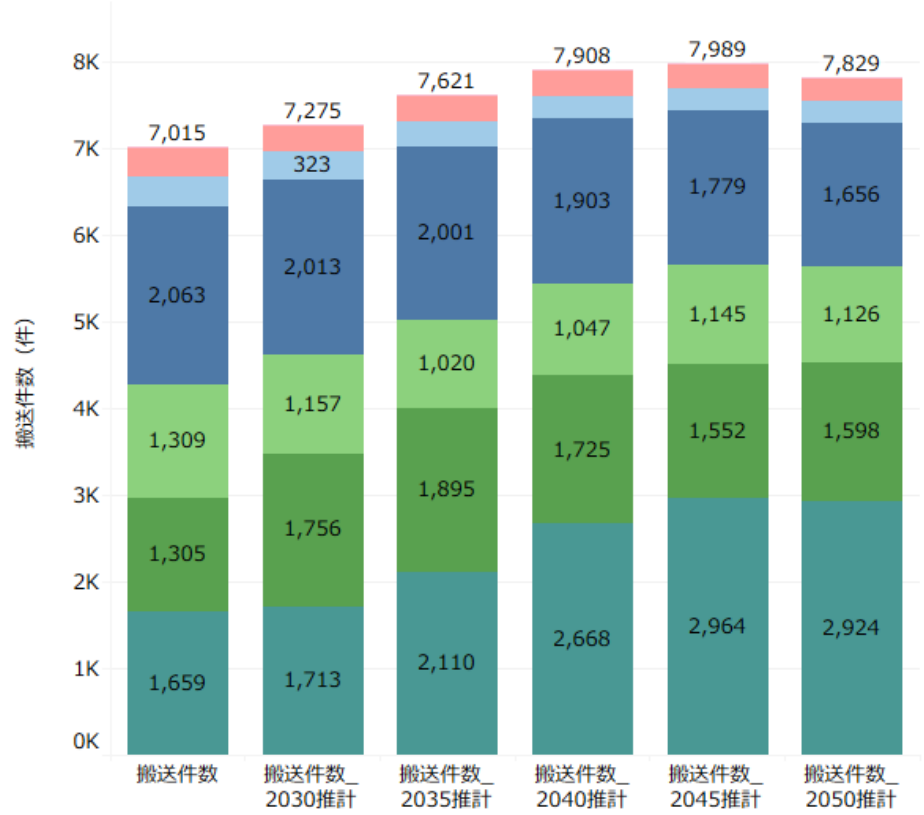
出典　「日本の地域別将来推計人口　令和5(2023)年推計」（国立社会保障・人口問題研究所）
「患者調査」（平成30年度、令和2年度、令和5年度）（厚生労働省）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

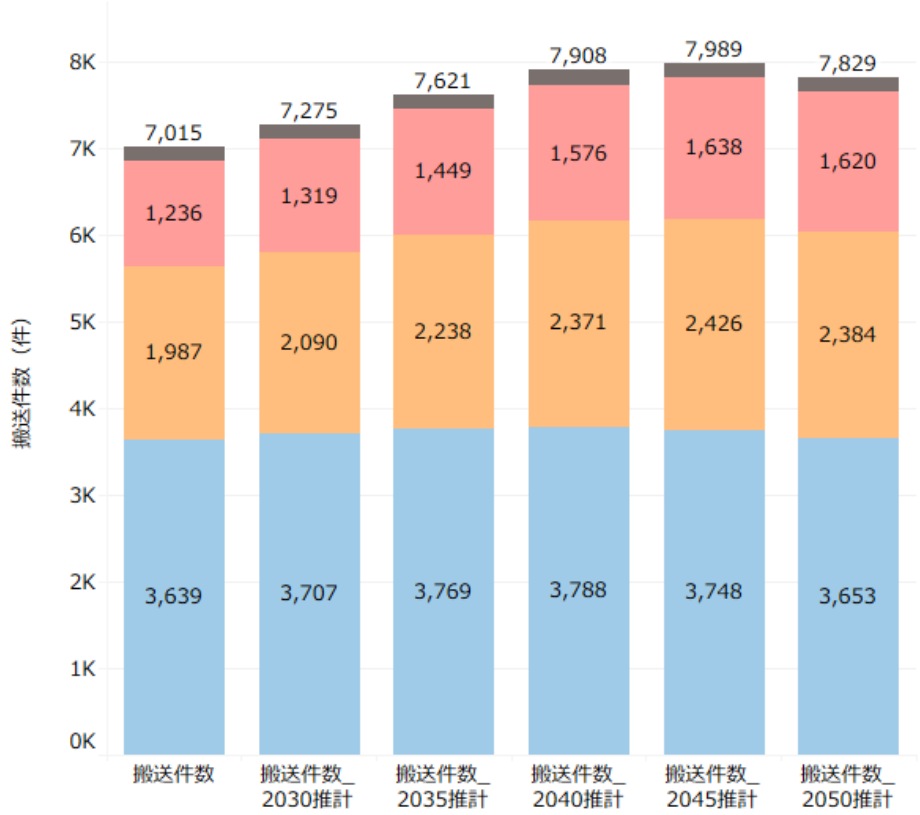
救急搬送においても85歳以上の件数増加が著しい。

北部地区の救急搬送は2040年に約7.9千件（2024年度比＋12.7%）となり、85歳以上は約1.6倍に増加する。重症度別では中等症（＋19%）、重篤・重症（＋28%）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



年齢区分(7区分)
1_新生児　2_乳幼児　3_少年　4_成年　5_65歳以上　6_75歳以上　7_85歳以上

初診医評価 (5区分)
1_死亡　2_重篤・重症　3_中等症　4_軽症　5_不明・その他

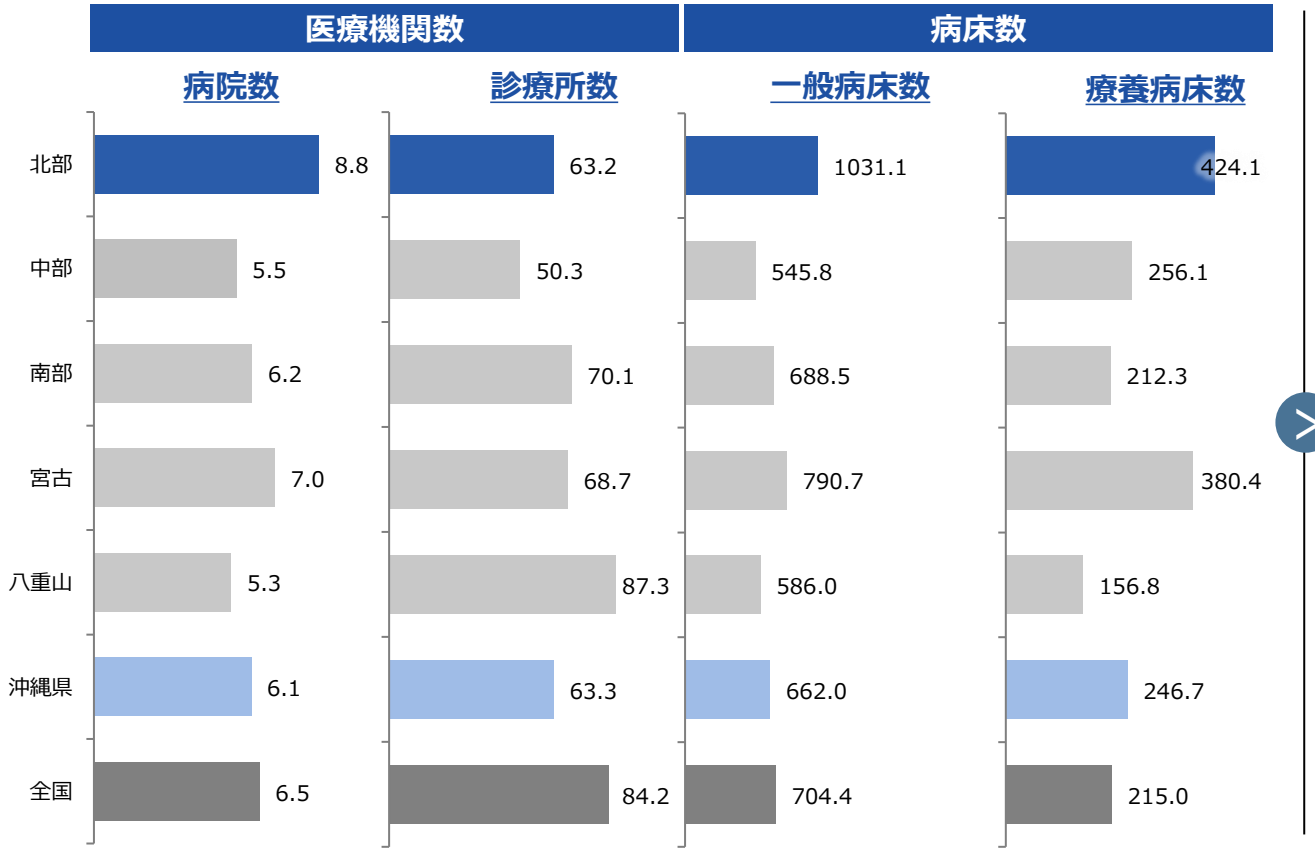
出典　2024年度消防データより作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

現在の医療提供体制①医療機関数及び病床数

病床数（一般・療養）は県平均・全国平均を大きく上回っている。地域の実情に応じた機能分担や在宅・介護連携を含めた質の最適化に向けた検討が求められる。

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

- 病院数は県平均・全国平均を上回る水準にある一方、診療所数は全国平均を下回っており、病院に医療資源が比較的集中している。
- 一般病床数は県平均・全国平均を大幅に上回る。
- 療養病床数についても県平均・全国平均より高い水準にある。介護施設や在宅医療との接続を含めた地域全体の受入バランスの確認が必要。

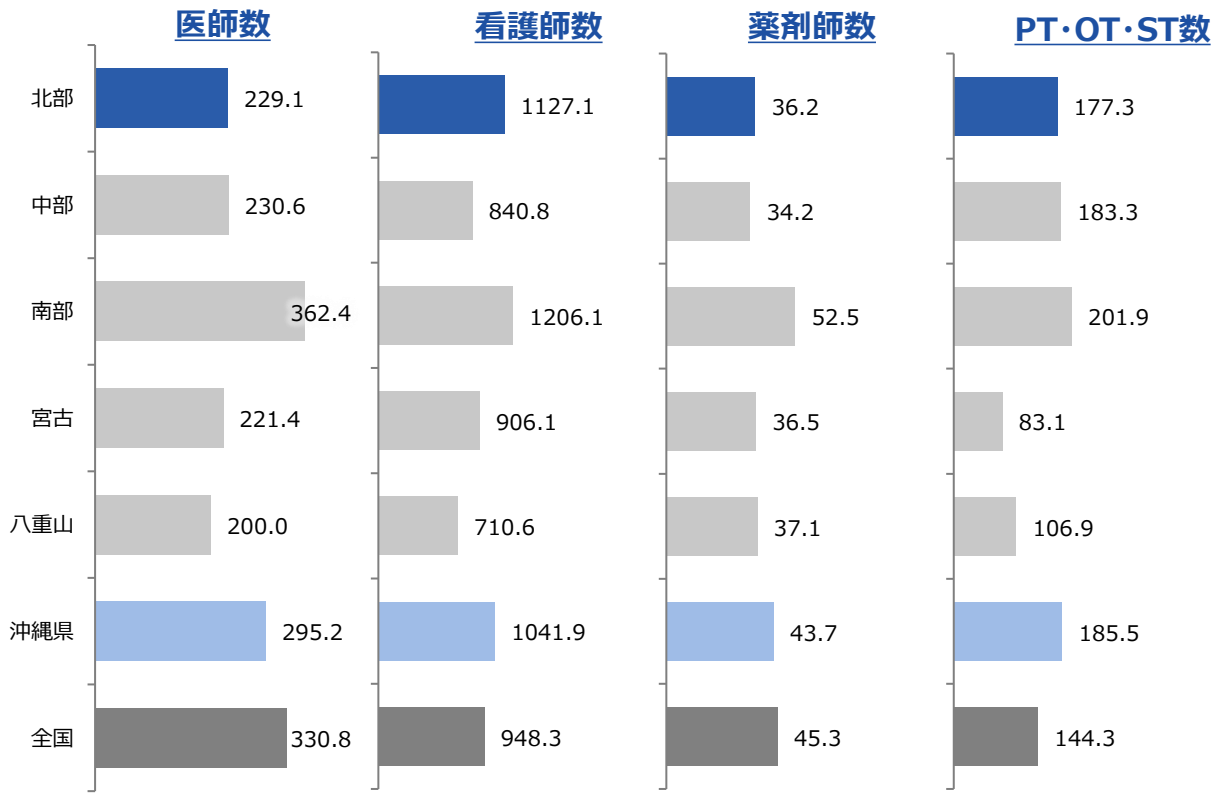
出典 「令和5年医療施設（静態・動態）調査」（厚生労働省）
「令和2年国勢調査」（総務省統計局）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

現在の医療提供体制②医療従事者数

看護師数は県平均･全国平均を上回る一方、医師数や薬剤師数は平均を下回る水準にある。

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

- 医師数は県平均および全国平均を下回っており、人口規模に対して医師数が少ない。
- 看護師数は県平均・全国平均をともに上回り、入院医療等を支える看護体制の手厚さがうかがえる。
- PT・OT・ST数は全国平均を上回るが、県平均をやや下回る。

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

北部地区は全体で「医師多数区域」に位置する一方で、外来医師数は下位水準にとどまる。

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。

北部医療圏においてはすべての機能において流出傾向にあり、高度急性期・急性期は約86人／日の流出超過となっている。

北部圏域

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	859.6	65.1	206.8	-141.7	83.5%
高度急性期・急性期　計	213.1	14.3	99.8	-85.6	59.9%
高度急性期	51.9	3.9	34.1	-30.1	41.9%
急性期	161.3	10.3	65.8	-55.4	65.6%
包括期	268.4	12.2	54.8	-42.6	84.1%
慢性期	378.1	38.6	52.2	-13.5	96.4%

出所：地域医療構想策定支援ツールより作成

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、報告内容と比べて、慢性期の病床数は減少し、包括期は増加する。

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

北部

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	378	14	392	378	14	392	0
高度急性期	20	0	20	20	0	20	0
急性期	358	14	372	358	14	372	0
包括期	220	0	220	260	0	260	40
慢性期	732	0	732	692	0	692	-40
休棟	50	0	50	50	0	50	0
報告なし	0	0	0	0	0	0	0
合計	1,380	14	1,394	1,380	14	1,394	0
合計（休棟除く）	1,330	14	1,344	1,330	14	1,344	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

北部地区は、人口当たりの病床数は多い一方で医師数が少なく、急性期を中心に他地区への患者流出がみられる。後期高齢者は2040年頃にピークを迎え、高齢者救急・包括期・在宅医療の需要増加への対応が求められる。

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2050年にかけて約14%減少する
- 入院需要は2040年に＋24%、包括期は＋28%、在宅医療は＋35%
- 生産年齢人口は約3割減少し、担い手の確保が制約となる

02 医療資源・提供体制

医師数（人口10万対）
229人
県平均 295人

- 看護師数は県・全国平均を上回る一方、医師・薬剤師は下回る
- 医師偏在指標は245.0（全国97位）で医師多数区域だが、外来医師は下位
- 病院数・一般病床数・療養病床数は全国平均を大きく上回る

03 患者の流れ・広域性

入院患者の純流出
約142人/日
全機能で流出超過

- 高度急性期・急性期は▲86人/日の流出（調整係数59.9%）
- 急性期の一部を他地区の医療機関に依存している
- 必要病床数は流出分を除く医療機関所在地ベースで解釈が必要

04 救急・高齢者医療

救急搬送（2040年）
＋12.7%
約7.9千件

- 85歳以上の搬送は約1.6倍に増加する
- 中等症（＋19%）・重篤・重症（＋28%）の伸びが大きい
- 救急受入は急性期A・Bの2病院で分担（A55%・B45%）

北部地区の課題は『病床の総量』ではなく、『病床機能の転換と広域連携』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。

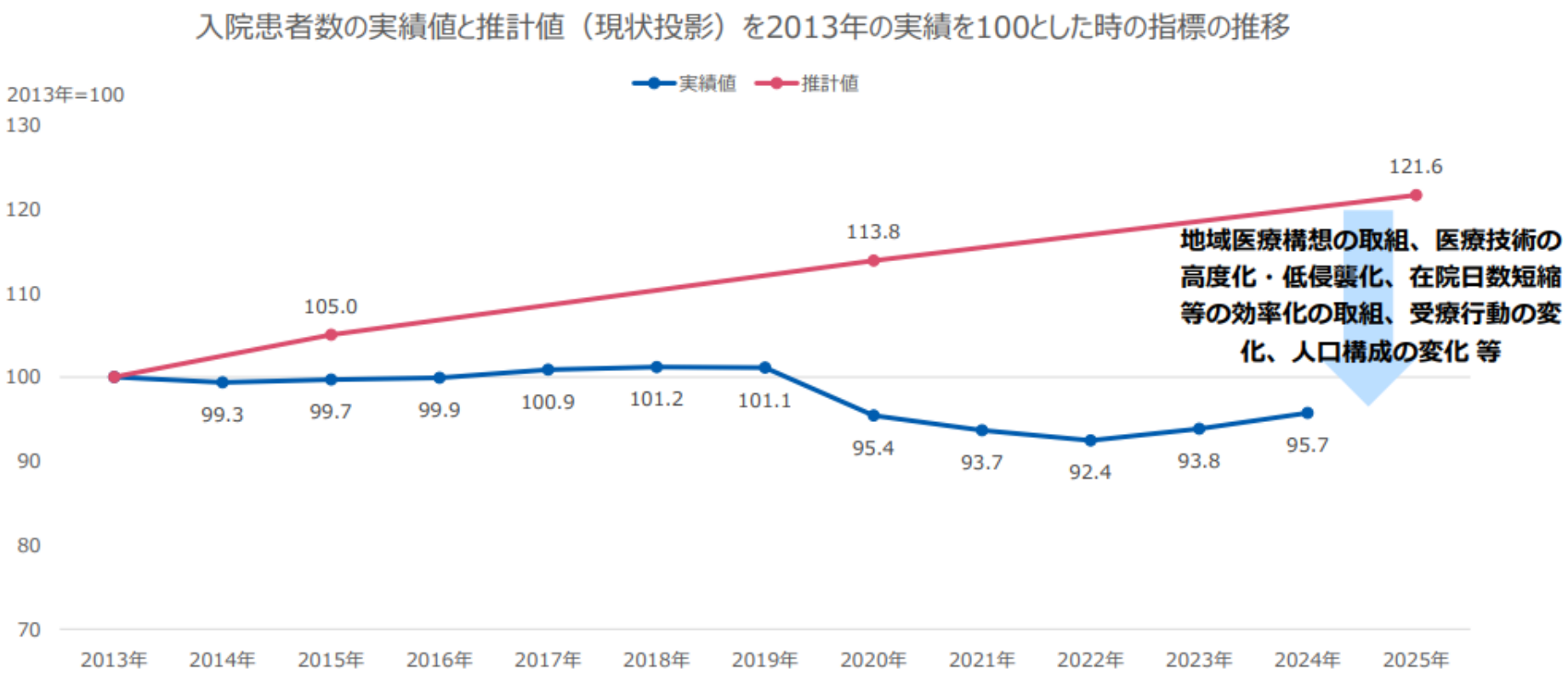
現行の地域医療構想における設定			
高度急性期	急性期	回復期	慢性期
75%	78%	90%	92%

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

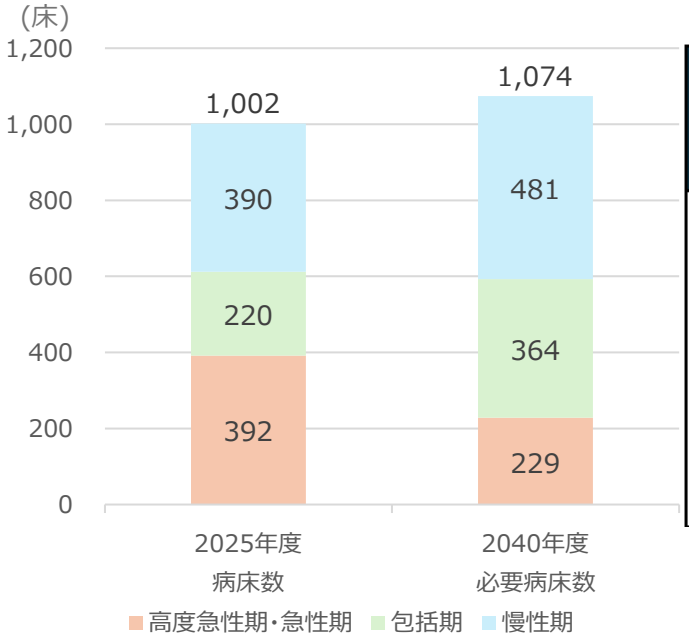
出典：令和７年10月15日 地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

必要病床数の推計結果

北部地区は2040年の必要病床数に対して総数としてはほぼ均衡（+22.1床）しているが、機能別の乖離が大きい。急性期の過剰に対し包括期・慢性期が不足しており、急性期病床の機能転換や受け皿の確保が課題である。

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
北部	機能区分 計	1,096	1,073.9	22.1
	高度急性期・急性期 計	392	228.6	163.4
	高度急性期	20	74.9	-54.9
	急性期	372	153.8	218.2
	包括期	220	363.9	-143.9
	慢性期	390	481.4	-91.4
	休棟・報告なし	94	―	94.0

機能別の必要病床数から読み解くべきポイント

- ✓ 北部地区は2040年の必要病床数に対して総数ではほぼ均衡となっている。一方で、高度急性期・急性期においては163.4床上回っており、病床過剰となっている。
- ✓ 包括期が143.9床の不足となっており、高度急性期・急性期の過剰分（163.4床）と同程度の不足となっている。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。
- ✓ 慢性期が91.4床の不足となっている。今後の高齢化進展に伴う受け皿確保の方向性を検討する必要がある。

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

北部地区では、増加する高齢者救急と包括期・在宅医療の需要に対し、限られた医療人材のもとで、急性期病床の機能転換と他地区との広域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	高度急性期・急性期は必要病床数を約163床上回る。救急・手術は急性期A・Bの2病院で分担しているが、高度急性期の患者の流出もみられる。	2病院の統合を踏まえた急性期拠点の確立と、高度医療等の広域連携体制
2	高齢者救急への対応	救急搬送は2040年に＋13%、85歳以上は約1.6倍に増加する。中等症・重症の伸びが大きい。	高齢者救急を地域急性期で受け止め、拠点病院への集中を防ぐ体制
3	包括期機能の確保	包括期は必要病床数に対して約144床不足し、急性期の過剰分と同程度である。慢性期も約91床不足する。高齢者の入院需要に対して適切な治療と支援を提供できるか確認が必要。	急性期からの機能転換を含め、早期リハ・退院支援を担う包括期の確保
4	在宅医療・介護との連携	訪問診療は＋35%、介護保険の訪問看護は＋37%。在支診や訪問看護の提供量は全国平均を下回り、受け皿の不足が懸念される。	在宅・施設への円滑な移行と、急変時の受入体制の確保
5	人材確保と広域連携	医師数は人口10万人当たり229人で県平均を下回る。入院患者は約142人／日の純流出があり、急性期を中心に他地区に依存している。	限られた人材での効率的な提供と、他地区との広域連携体制の構築

今後の検討の視点

どの機能を地区内で確保・集約するか ／ 急性期から包括期・慢性期への転換をどの医療機関群が担うか ／ 他地区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

北部地区では、救急搬送の55%、全身麻酔手術の50%を急性期Aが担っている。主要機能が2病院に集中する一方、時間外入院率は19%と県平均を上回り、時間外対応が負担となっていることが推察される。

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。

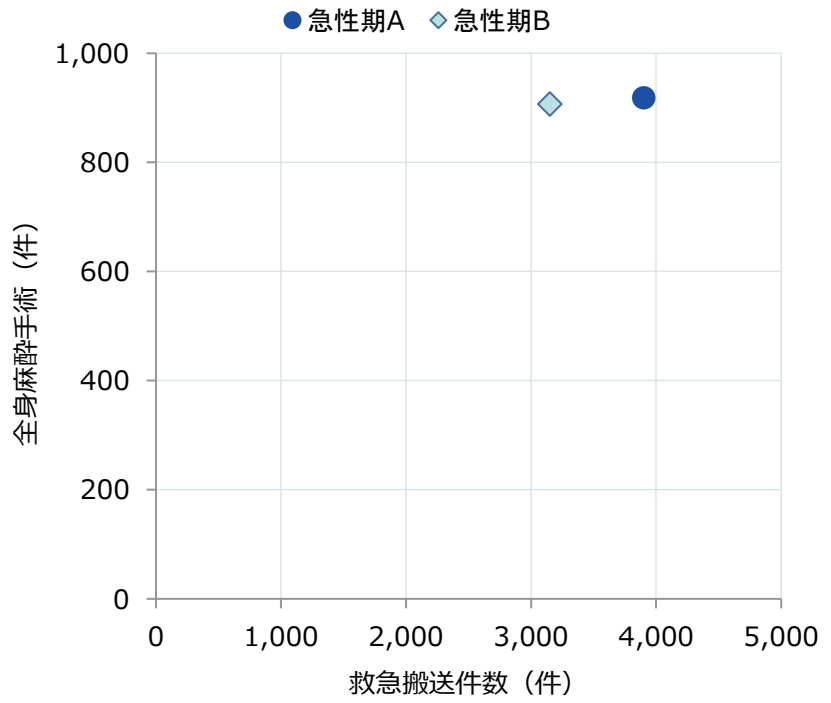
介護施設・他院から入院＝新規入棟のうち介護施設等からの入院と他院からの転院。

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

北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

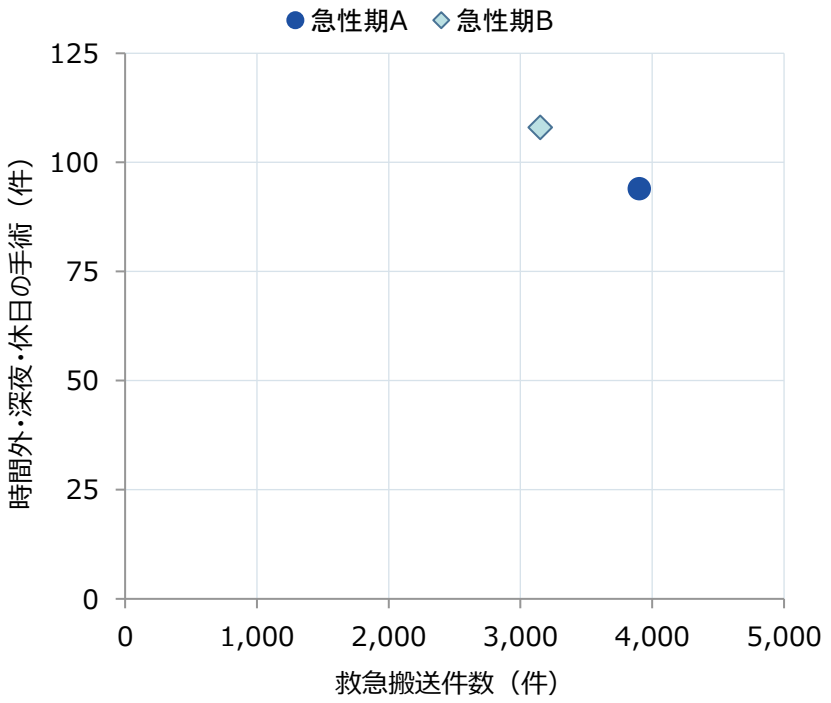
救急搬送・全身麻酔ともに急性期AとBの2病院で対応しているが、時間外手術の流出や夜間・休日の外科系オンコール体制の現場への負担が想定される。

① 救急搬送件数 × 全身麻酔手術件数



救急はA55%・B45%、全身麻酔はA50%・B50%。救急1件あたり全身麻酔0.26件（県0.43件）に留まり、外科系リソースの分散による手術対応力の低下が懸念される。

② 救急搬送件数 × 時間外・深夜・休日の手術件数



時間外等の手術はBが54%。救急千件あたり29件で、県平均（51件）の約6割にとどまり、時間外手術が流出している可能性がある。2病院の統合により解消が期待される。

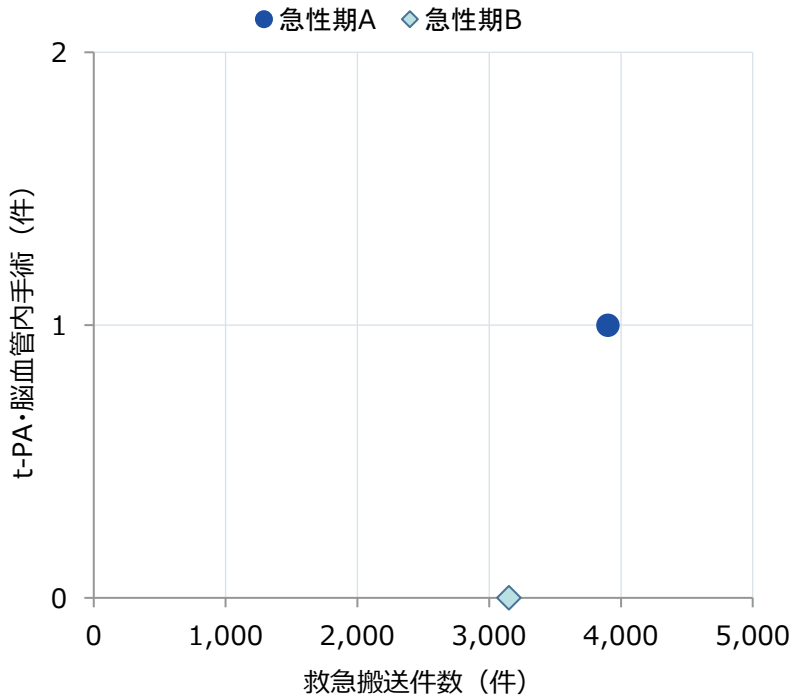
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

北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

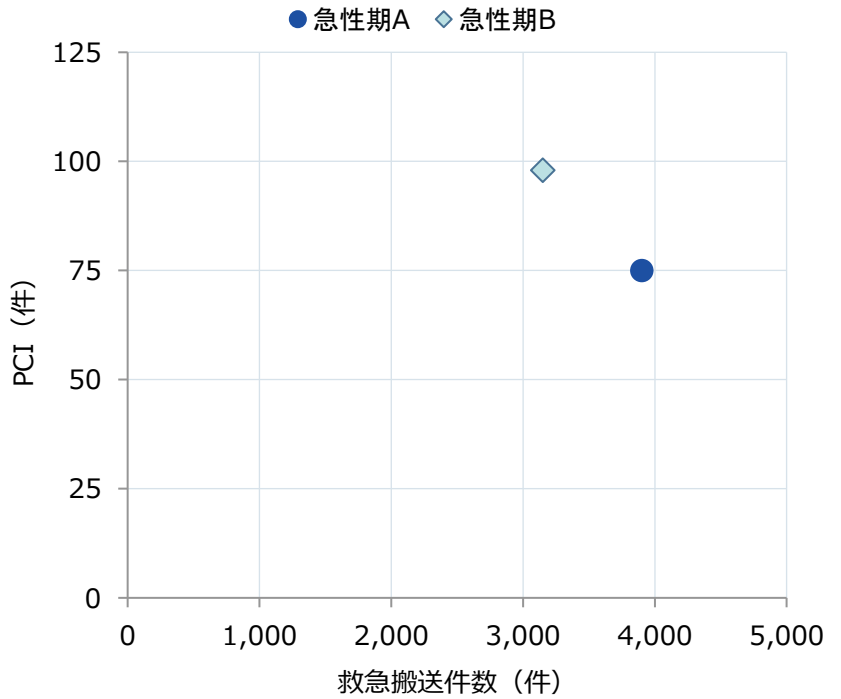
心疾患は2病院で対応をしている一方で、脳卒中の超急性期治療（t-PA等）は年間1件のみ。領域ごとに広域連携か急性期拠点の確保による対応か検討する必要がある。

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1件。圏域内での治療実績はほとんどない。脳神経系医師の不足（全国比▲64%）に加え、広域搬送に伴う適応時間外到着が適応件数の伸び悩みに直結している可能性。

③-2 心疾患への対応（レセプト件数）



PCI計173件は2病院で分担。人工心肺（39件）はBに集約されているが、年間約40例という限定的な症例規模における技術・体制の持続性が今後の論点となる。

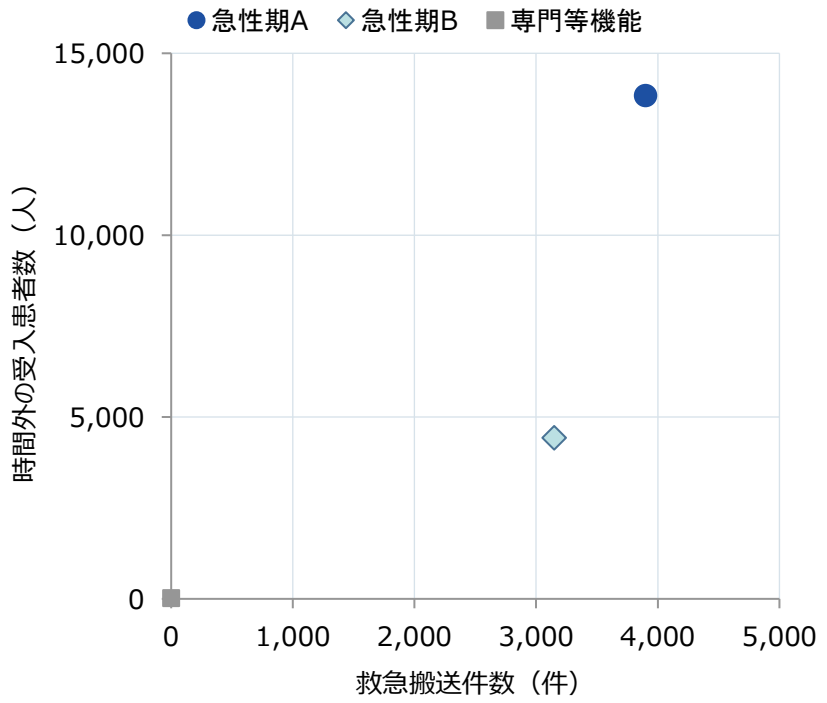
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

北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）

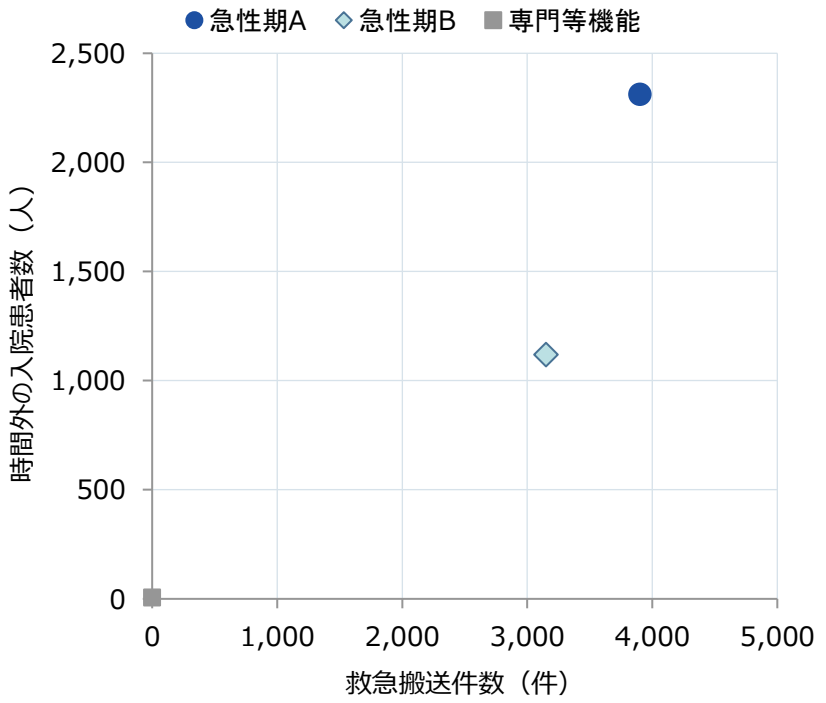
救急搬送は均衡する一方、ウォークインを含む時間外受入は約76%が急性期Aに集中している。統合後も1病院に集中するため、急性期AB以外の病院との連携体制により救急医療の需要増加に対応する必要がある。

① 救急搬送件数 × 時間外の受入患者数



時間外受入18,296人のうちAが76%。救急搬送（A55%）比率を大きく上回る。

② 救急搬送件数 × 時間外の入院患者数



時間外入院3,439人のうちAは67%。受入数に比べ入院ではB（33%）のシェアが高く、Bが入院適応の中等症以上を確実に引き受ける受療構造となっている。

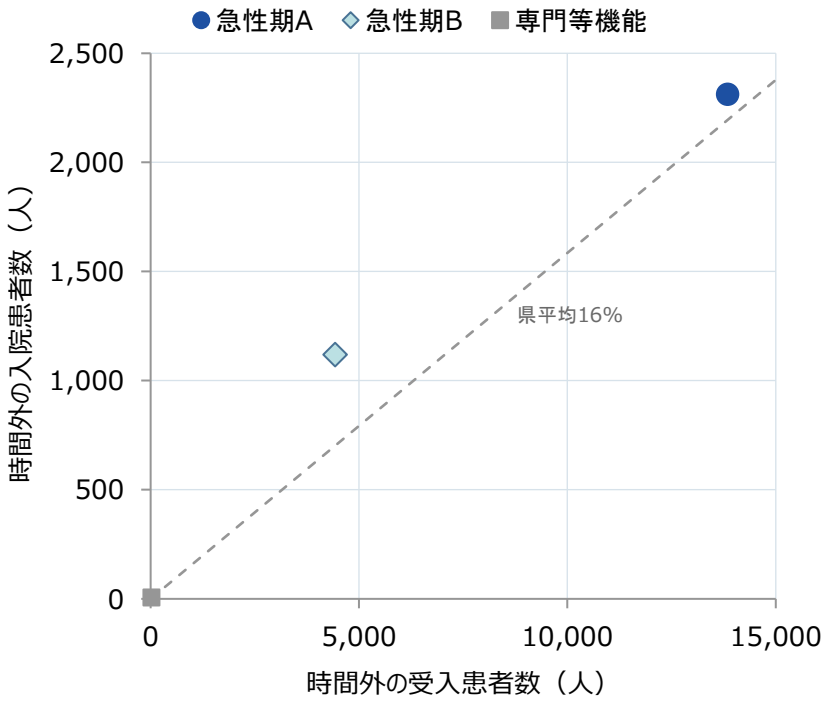
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

北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

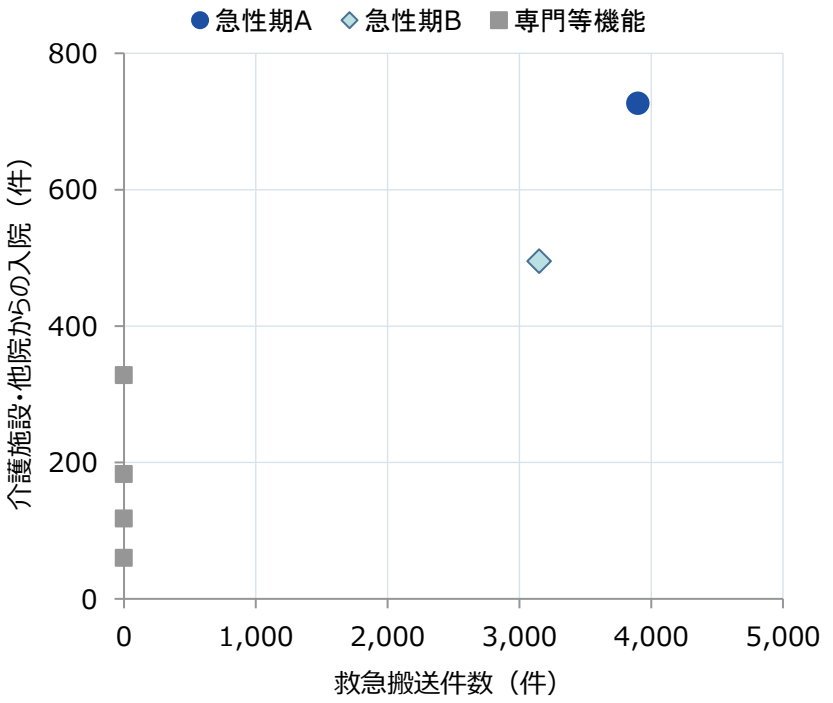
時間外入院率は約19%と県平均を上回っている。急性期A及びBにおいても介護施設等からの受入件数は多いが、急性期以外の病院でも受入が見られる。

③ 時間外の受入患者数 × 時間外の入院患者数



件数の差が大きいが、急性期AとBの入院率は県平均を上回っている。

④ 救急搬送件数 × 介護施設・他院からの入院



専門等機能の病院は救急搬送件数が少ないが、介護施設・他施設からの入院が一定数見られる。ただし、急性期A及びBにおいても受入が一定数発生しており、役割分担の見直しの余地があるか確認する。

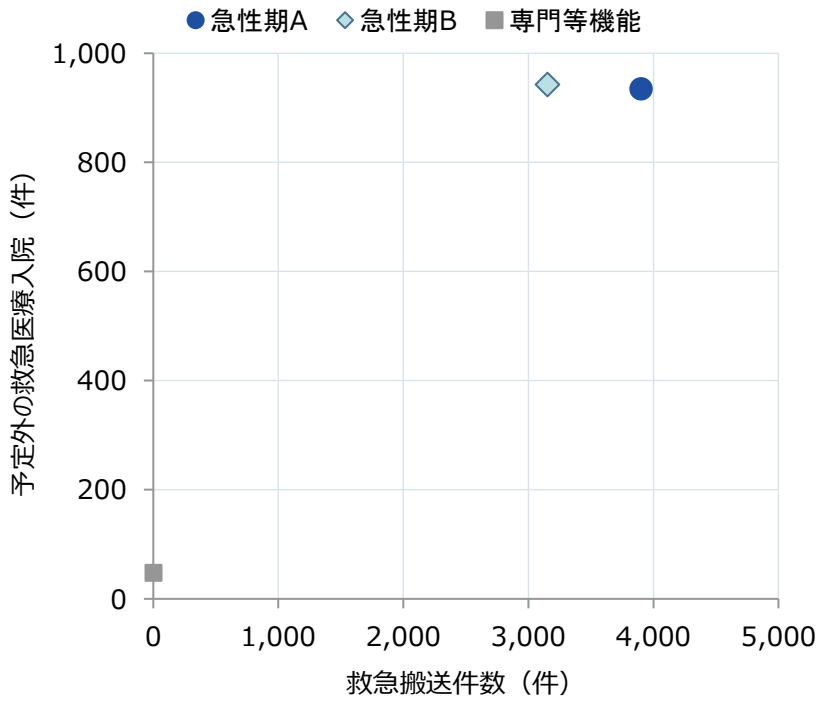
出典：令和7年度病床機能報告（沖縄県）をもとに日本経営作成

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

北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

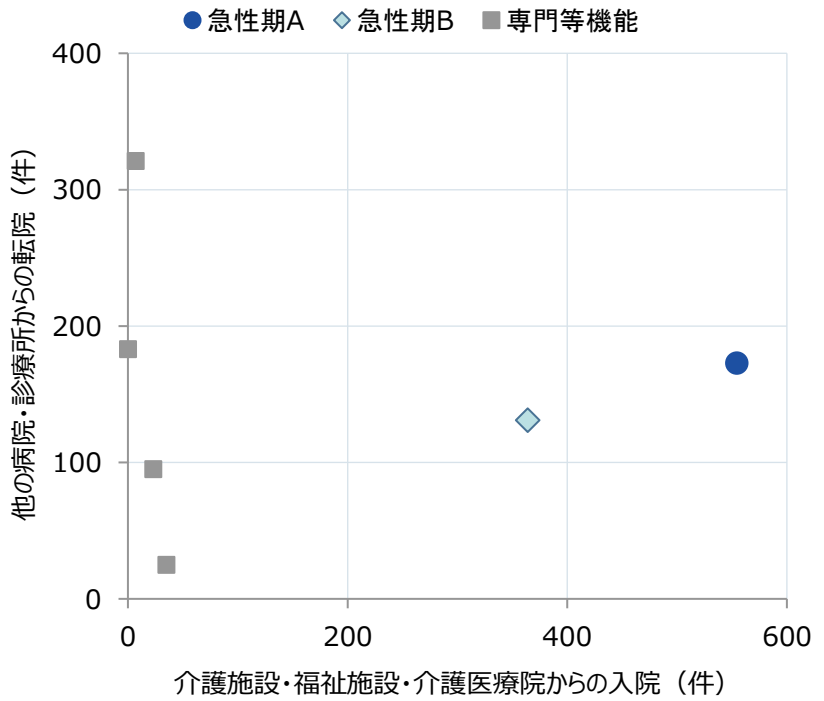
救急即時入院は県平均を大きく下回るが、転院の約7割を専門等機能の病院が担い、病床回転の分担連携が成立している。

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）は急性期Aと急性期Bで同程度の受入となっている。

⑥ 介護施設等からの入院 × 他院からの転院



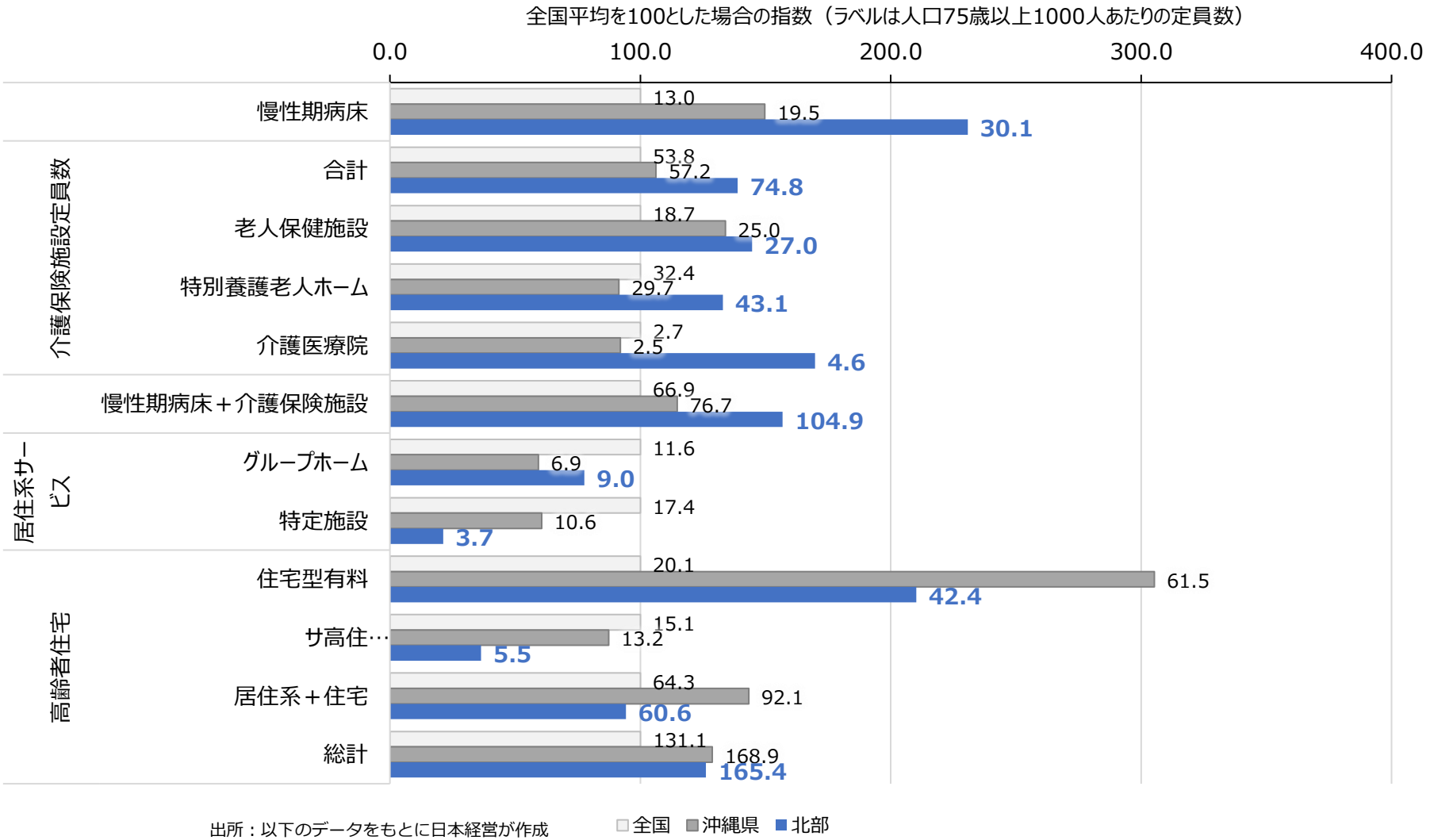
他院からの転院受入は専門等機能病院が67%を担う。急性期2病院（A19%・B14%）が前方を受け、後方病院へ回復期と慢性期の患者を引き継ぐ体制となっていると考えられる。

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.

北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

病床・介護施設は手厚く総数は全国を上回る一方、受け皿は施設系に極度に偏重している。居住系サービスは少なく、住宅型の有料老人ホームが多く、医療介護連携が不十分であれば、不要な救急搬送等が増える可能性がある。

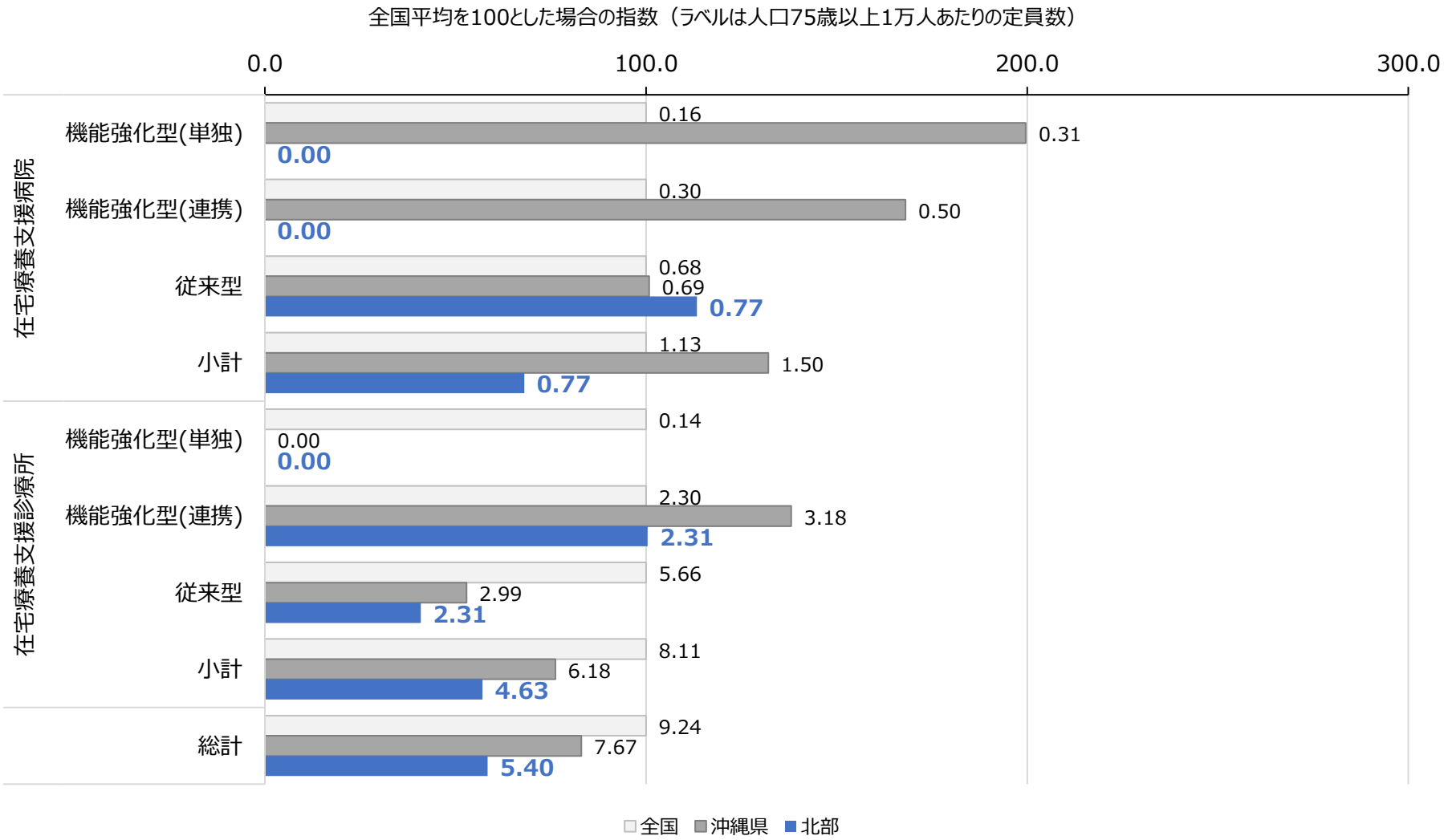


出所：以下のデータをもとに日本経営が作成
慢性期病床数：令和5年度病床機能報告
介護保険施設定員数および高齢者住宅戸数：地域包括ケア版基礎データ（Copyright Wellness Co.,Ltd.）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

北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

在支病･在支診の総数は全国平均を下回っている。連携型の在支診は全国平均程度であるが、単独型の届出はみられず、従来型も少ない。在宅医療の需要が増加が見込まれる中、限られた医療機関の中で連携体制を構築する必要がある。

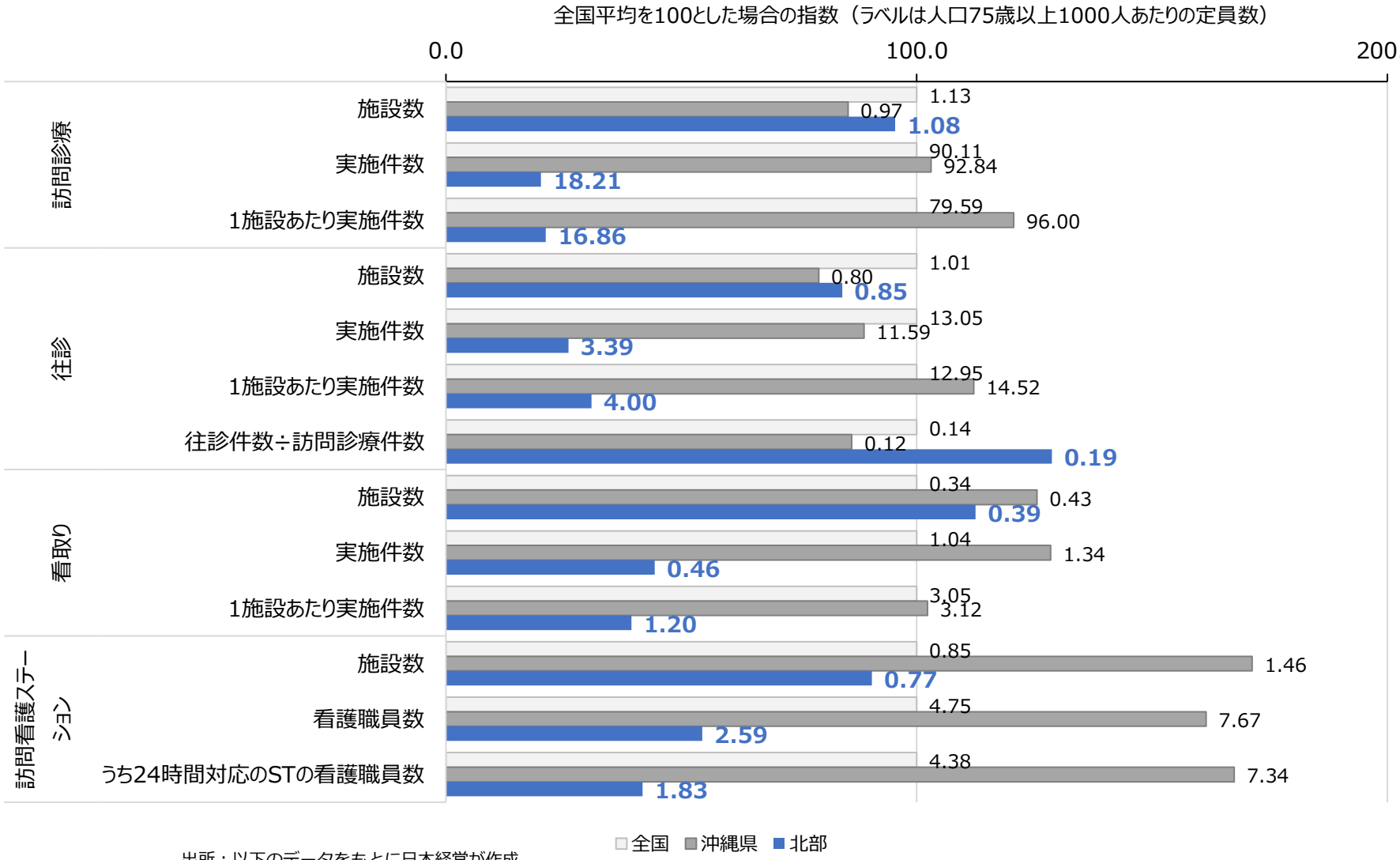


出所：以下のデータをもとに日本経営が作成
地域包括ケア版基礎データ（Copyright Wellness Co.,Ltd.）

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.

北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

在支診、在支病以外も含めた在宅医療の提供状況では、施設数は全国平均程度となっているが実施件数は少ない。訪問看護職員数（24時間対応含む）が少ない。



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

北部地区は急性期A・Bの2病院が救急・手術を分担しており、統合後は1つの拠点に機能が集中する。高齢者救急の増加と人材の制約を踏まえ、拠点機能の確立と周辺病院・他地区と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

- 救急搬送は急性期A・Bの2病院で年間約7,000件を受け入れ、Aが55%・Bが45%を分担している。
- 時間外等の手術は救急千件あたり29件で県平均（51件）の約6割にとどまり、流出の可能性がある。

課題　急性期A・Bの統合を踏まえ、重症救急・手術を担う拠点機能を確立し、症例と人材を集約する

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

- 脳卒中の超急性期治療（t-PA・脳血管内手術）は年間1件にとどまる。
- PCIは2病院で計173件、人工心肺は急性期Bに集約されている。
- その他、がんや周産期、小児、精神への対応状況等も評価を整理する必要がある。

課題　領域ごとに、地区内で確保する医療と他地区との広域連携で対応する医療を整理する

③ 時間外診療の負担と受入

診療実績から見えること

- 時間外受入の約76%、時間外入院の約67%を急性期Aが担っている。
- 時間外入院率は19%と県平均（16%）を上回り、ウォークインを含む時間外対応の負担が大きい。

課題　統合後の拠点への集中を見据え、急性期A・B以外の病院との連携により時間外の需要増に対応する

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

- 他院からの転院は専門等機能の病院が67%を担う。
- 一方で、介護施設等からの入院は急性期A・Bも多く担っている。
- 在支診・訪問看護の提供量は全国平均を下回り、在宅医療の担い手が限られている。

課題　急性期拠点からの下り搬送・転院の受け皿となる医療機関群を明確化し、連携体制を構築する

※沖縄分類で急性期A・Bに該当する北部地区の2病院等の診療実績（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

重症救急・緊急手術・専門治療等について、どの医療機関が、どのような症例を、どの程度担っているのか。
24時間の診療体制や専門人材の確保を踏まえ、**どの医療を圏域内で対応し、どの医療を他圏域と連携をして提供すべきか。**

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・退院をどのように分担するか。**

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。
在宅医療の24時間対応、急変時の入院受入、円滑な退院支援を実現するために、病院・診療所・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

医師の育成・確保・派遣や、広域的な専門診療について、大学病院本院をはじめとする医療機関が現在どのような役割を担っているのか。**県内の医師確保や離島・へき地への支援を継続するため、大学病院本院と急性期拠点病院等の役割分担・連携をどのように構築するか。**

2026 © NIHONKEIEI Co.,Ltd.