

## 令和7年度第2回県医療提供体制協議会

- 1 日時：令和8年3月13日（金）19:00～21:00
- 2 場所：沖縄県庁6階 第2特別会議室
- 3 出席者12名（委員14名中）
  - (1) 県医療提供体制協議会構成員 12名  
沖縄県医師会 会長 田名 毅  
沖縄県歯科医師会 会長 米須 敦子（オンライン参加）  
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  
全日本病院協会沖縄支部 支部長 銘苺 晋  
沖縄回復期リハビリテーション病棟協会 会長 宮里 好一  
沖縄県慢性期医療協会 会長 玉城 仁  
沖縄県地域医療構想アドバイザー（北部医療財団理事長） 大屋 祐輔  
沖縄県地域医療構想アドバイザー（県立中部病院） 高山 義浩  
県保健医療介護部 部長 糸数 公
  - (2) 事務局 4名  
県保健医療介護部医療政策課 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 主査 宮平 和佳
- 4 会議内容
  - (1) 開 会
  - (2) 議 事
    - ① 第8次医療計画 施策の進捗評価について（令和6年度実績）
    - ② 新たな地域医療構想について
  - (3) 閉 会
- 5 議事等

### 議事1 第8次医療計画 施策の進捗評価について（令和6年度実績）

- 事務局（医療政策課 長浜）より資料1により説明を行った。

#### 1 医療計画の推進体制と評価方法

- 医療計画に掲げる12分野（5疾病・6事業・在宅医療）にはそれぞれ「専門部会」が設置されている。各部会において、専門家や関係団体の視点から施策の

評価が行われ、その結果が本協議会（医療提供体制協議会）および医療審議会へと報告される仕組みとなっている。

## 2 進捗評価の3つの視点:

- **セオリー評価**: 個別施策が中間アウトカムや最終ゴール（目指す姿）に向けて論理的な整合性を持っているかを確認する。
- **プロセス評価**: 計画された施策が着実に実行されているかを把握する。
- **インパクト評価**: 施策の実施によって、アウトカムの達成にどの程度の効果をもたらしているかを評価する。

## 3 評価の様式

- 様式1（個別施策一覧表）、様式2（ロジックモデル進捗管理シート）、及び個別施策評価シート（補助シート）で評価を行い、様式3（総合評価表）で部会での議論を取りまとめ、県や地区の協議会へ報告する。

## 4 令和6年度の進捗評価結果

- 全体として施策数は11分野で計220項目、その大半が「継続」と判定された。今年度評価で取りやめとなった事業はなく、強化すべきとされた事業がいくつかあった。
- **がん分野**: 計画の中間評価に向けて、全国平均や最良県との比較を設定した進捗評価の実施が必要とされており、今後は施策の妥当性を確認しつつ、取り組みを推進する。
- **脳卒中分野**: 北部地域の医師体制や宮古圏域のリハビリ体制など、医療提供体制の地域差が課題として挙げられた。今後、脳卒中スケールの統一・運用改善や、口腔管理の指標整理に重点的に取り組む。
- **心疾患分野**: 宮古圏域のリハビリ体制や、消防での12誘導心電図の運用等が課題。強化すべき施策として、県民への普及啓発や、医師会へ委託している心不全の地域連携体制構築事業（緩和ケアの検討を含む）が挙げられた。
- **糖尿病分野**: 特定健診・保健指導による生活習慣改善の継続が重要視。強化すべき施策として、離島等でのリモート研修開催、おきなわ津梁ネットワークの推進、糖尿病手帳の活用が挙げられた。
- **精神疾患分野**: 災害時の精神医療体制（DPAT）の整備等が進められている。主な意見としてオンライン診療の活用検討が挙がっており、今後は離島地域の体制維持や児童精神科医の確保に取り組む方針。
- **救急医療分野**: 救急告示病院による積極的な救急車受け入れの働きかけが課題。普及啓発（#7119・#8000）に加え、県全体を包括するオンライン診療の検討が必要。
- **災害医療分野**: 災害医療マニュアルの改定やDMAT体制の強化など、対応体制の整備が進められている。今後も関係機関との連携を強化し、全体的な体制強化を図る。

- **へき地医療分野**:診療所の運営について、医師・看護師だけでなく事務や調剤業務も含めた包括的な検討が求められている。今後の取組としてオンライン診療や多職種連携の推進が必要。
- **周産期医療分野**:今後の分娩施設の集約化に関する検討が必要。継続的な調査を通じて、分娩件数の動向や医療資源の状況を把握し、分娩体制のあり方を検討していく。
- **小児医療分野**:小児科医の確保において指標と現場の実態に乖離があるため、指標の検討が必要。小児在宅医療については、令和8年度の間改定時に計画変更を検討する予定。
- **感染症分野**:第8次医療計画から追加された分野であり、現在は発生時の医療提供体制の整備が進んでいる。医療人材の確保や医療機関の役割分担について引き続き取り組む。
- **在宅医療分野**:医療提供の偏在対策が課題。離島・へき地への訪問看護支援対策など、地域のニーズを踏まえた施策の検討が必要。

## 5 全分野共通課題

地域医療構想の議論も視野に、全分野の共通課題についてまとめる。

- **医療需要への対応**:高齢化による需要増に対し、予防（特定健診等）の強化と受診行動の適正化（#7119等の活用）で需給の適正化を図る。
- **医療資源の最適配置**:地域間の資源格差是正のため、高度医療の拠点化・集約化と、機能に応じた役割分担を推進する。
- **持続可能な体制の構築**:深刻な人材不足に対し、専門職の育成・確保に加え、タスクシフトやオンライン診療の活用で負担軽減を図る。
- まとめとして、沖縄県の地理的・人口的な特性を踏まえ、救急を含む医療需要の適正化、限られた資源の拠点化による最適配置、そして人材確保と働き方改革を一体的に進める必要がある。これにより、2040年を見据えた持続可能な医療提供体制の構築を目指す必要がある。

### ○ 構成員意見及び質疑・応答

#### 【田名構成員(意見)】

- おきなわ津梁ネットワークについて、県民の登録率がまだ10%程度に留まっているため、登録者数を増やしていくことが重要である。これまでは医師会を中心に周知を行ってきたが、次年度以降は県自体も県民への登録促進にさらに深く関わることを検討してほしい。

#### 【大屋構成員(意見)】

- 脳卒中や心疾患の対策において、医療提供体制や救急の話題に偏りがちだが、「おきなわ脳卒中・心臓病等総合支援センター」も立ち上がっているので、今後は「患者支援」や「地域連携」の視点も施策の中でより明確に触れるべきである。
- がんや循環器分野の集約化については、住民への丁寧な説明と理解促進を並行して行う必要がある。

- 精神疾患分野等のオンライン診療については、自由診療のような形態ではなく、離島等の実情に即した診療を充実させるべきである。また、在宅医療については、診療報酬改定の動向を踏まえ、小児の在宅医療に関する取り組みについても、今後の施策で触れていくことが望ましい。

#### 【事務局(長浜)】

- 今年度立ち上がった「脳心血管疾患管理支援センター」については、専門部会においてはご報告をいただいているところである。評価指標が未整備だったため今回の報告には含まれていないが、来年度の中間評価・見直しの際には、同センターの取り組みを施策としてしっかりと位置づけていきたい。

#### 【高山構成員(意見)】

- オンライン診療について、現在議論されている精神疾患やへき地だけでなく、今後は在宅医療においてもオンライン診療が非常に重要になる。令和8年度の診療報酬改定の動向(軽症者への訪問診療等の算定厳格化)を踏まえると、通院可能な患者についてはオンライン診療への移行が大きな流れとなる。デイサービス利用者が全国一多い沖縄県において、施設でのオンライン診療活用は有効な手段である。
- オンライン診療は全診療科における横断的な課題であるため、個別会議だけでなく、介護関係者等も含めた横断的な会議体で解決を図るべきである。
- おきなわ津梁ネットワークに関して、令和8年度診療報酬改定で「電子的診療情報連携体制加算」が新設されることは、まさに当ネットワークの活用につながる。各医療機関が加算取得に向けて動く大事なタイミングであり、県民に対してもネットワークの存在を積極的に伝えていくべきである。

#### 【前濱構成員(意見)】

- へき地医療におけるオンライン診療について、診療後に処方された調剤について本島から輸送するケースも多くあり、対応を苦慮している薬局が少ない。こうした現場で起きている現象も課題として認識してほしい。
- 在宅医療分野の評価指標について、「専門的指導を実施している薬局数」を「24時間対応可能な薬局数」に置き換える案があるが、実態としては逆(24時間対応可能な薬局が専門的指導を提供している)ではないか。

#### 【事務局(長浜)】

- 指標については、専門部会での議論の際、互いに補完し合うものとして追加する話があったと認識しているが、事実関係を確認し、必要であれば修正・再公開を行う。

#### 【大屋構成員(意見)】

- オンライン診療が進む中、電子カルテ情報の共有といった「電子化」が不可欠

であり、診療報酬改定においても整理が進んでいる。沖縄県内ではこの電子化があまり進んでいないと思われるため、県が主体となって推進に向けた働きかけを行うことで、DXの推進に繋げてもらいたい。

【鈴木構成員(意見)】

- 公表されたデータによると、沖縄県では多くの指標において全国平均を大幅に下回っており、依然として課題が多い。
- がん診療などの取り組みは、数年で結果が出るものではなく、かなり長いスパンで経過を見る必要があるが、飲酒や喫煙、ワクチンの接種率が低いことなどが大きな問題であると考えている。検診未受診者が多いことに加え、検診を受けてもその後の治療に結びつかないケースが多い。
- がんや循環器分野等は集約化による高度な医療提供体制整備が必要だが、未だ十分に議論がなされていない。こうした集約化や体制整備の遅れについても、重要課題として検討していく必要がある。

【玉城構成員(意見)】

- 予防接種について、医療側の努力だけでは限界があるため、県から教育委員会へワクチンの重要性を働きかけるべきである。キャンペーンで接種率が向上した事例もあり、周知や啓発の仕方を工夫することが重要。
- おきなわ津梁ネットワークについて、登録を行っても他院の情報が入っていないことが多く、特に病院側の画像データ等の開示が進んでいない。
- 救急搬送時に直近のデータが参照できないなど実用性に乏しいため、運用の改善が必要である。クリニックにおいては電子カルテの改修費用等がハードルとなっているようなので、財政的支援を検討してほしい。

【田名構成員(意見)】

- 子宮頸がんワクチンの接種率が非常に低い現状について県教育庁と協議を行っており、今後、教育行政との連携が進展することに期待している。
- おきなわ津梁ネットワークについては、ご指摘のとおり、多くの病院が開示に協力している一方で、個人医療機関（クリニック）の登録がまだ不十分である。今後は県民の登録だけでなく、クリニックや調剤薬局の参加を増やすことが重要であり、薬局側も情報を参照できれば、より円滑な診療につながる。医師会としても、ネットワークを積極的に活用していただくよう、体制整備を進めていきたい。

【高山構成員(意見)】

- おきなわ津梁ネットワークの活用は、医療提供側のメリットだけでなく、重複投薬や過剰検査を減らし現役世代の負担を軽減するという目的がある。本来、これは保険者（市町村や国保連合会等）こそが主体となって努力すべき課題。医療

提供体制側の課題としてだけでなく、健康保険を適切に使うための手段として、国保連合会や市町村も普及に注力すべきである。

- 医療法でも保険者機能の強化が求められているが、本協議会への保険者代表の欠席が続いている。市町村の代表のみならず、国保連合会にも保険者機能の重要性を理解してもらい、積極的に参画いただくよう県から働きかけてほしい。

#### 【大屋構成員(意見)】

- 北部圏域のように人口規模が小さくパワーの弱い市町村が多いため、健康増進や介護、検診といった市町村が主体となるべき業務の遂行が困難な状況にある。機動的に課題を解決するためには、行政機能の広域化も含めた検討が必要ではないか。
- 医療課題は医療従事者だけが担うものという認識を改め、保険者や教育委員会が「自分たちの問題」として主体的に取り組むよう、県から強く働きかけてほしい。例えば、がん検診の受診率向上や健康教育は病院・医師の責任だけではなく、本来は市町村や学校現場（担任や保健の先生）が主となって担うべきことである。地域医療構想の会議等を通じて、行政側の各部署へ役割分担と意識改革を促さない限り、沖縄の健康指標が全国最下位レベルにある現状は改善されない。

#### 【田名構成員(意見)】

- 日本医師会の地域医療委員会で報告された秋田県の事例では、行政のトップや各主要団体の代表がすべて協議会に参加し、強力な合議体を形成している。最上位の合議体で決定した事項がスムーズに現場へ降りる体制（3階建ての構造など）が整っており、例えば医療圏の統合といった大きな意思決定も、ステークホルダーの中心人物が集まる場で決まるため、その後の実行が迅速に進むという話があった。
- 医療者だけが集まって議論しても、物事を進めるには限界があり、本県においても、協議会に実効性を持たせ、物事が円滑に流れるようにするために、協議会の構成や運営のあり方自体を再考してほしい。

#### 【平良構成員(意見)】

- 沖縄県は合計特殊出生率が全国トップクラス（1.6弱）である一方、分娩取扱施設数は減少傾向にあり、産む場所が少なくなっている課題の実態をより明確に把握すべき。
- 県が進める集約化の方向性において、総合・地域周産期センターに集約された場合、正常分娩の扱いが少ないため助産師の技術（スキル）が追いつかなくなることを強く懸念している。むしろクリニックの助産師の方が高いスキルを保持している現状があり、早急な方向性の決定が必要である。
- 医師の確保が困難な中、助産師主導型のバースセンターであれば、医師を多く配置せずとも運営が可能ではないか。早い段階で方向性が決まれば、現在県と実施している助産師の活躍促進事業等を通じ、教育体制を整えることができる。

周産期と、医療的ケア児の課題が混在しており、安全な分娩環境の確保という点については切り離して整理すべきである。助産師数は令和6年から減少しており、大きな懸念材料である。医療的ケア児対応訪問看護事業所の不足よりも、むしろ分娩可能施設の不足の方が現状として深刻であり、現場の実態と計画上の課題認識に乖離がないか再確認してほしい。

#### 【糸数保健医療介護部長】

- 周産期分野における医療的ケア児への対応については、小児医療や在宅医療の分野でも同様の課題が出ており、分野間の整理が必要である。
- 周産期センター内での院内助産の増加を目指す指標に関し、その達成に向けた具体的な取り組みについて、これまでの議論を踏まえてより具体化していく必要がある。
- 周産期分野においては、毎年すべての分娩施設を対象に、分娩件数や産科医の年齢構成などの詳細な調査を実施しており、将来推計を可能にするデータの蓄積が議論の活発化につながっている。今後も、これらの客観的なデータを活用しながら、医療提供体制のあり方や重点的に取り組むべき箇所についての検討を進めていきたいと考えている。

#### 【本竹構成員(意見)】

- 10年以上前から、総合周産期母子医療センター等において、ハイリスク対応だけでなく助産師が主体となってお産を扱う（院内助産・バースセンター）体制を作るべきだと提言してきた。助産師が正常分娩を扱うことで、医師不足への対応や役割分担が可能になる。
- 現在、助産師に十分なトレーニングを積ませる環境が不足しており、技術の継承が危ぶまれている。歴史的に、離島での分娩対応を想定して助産師の教育が行われてきた背景があるが、現在はそのニーズも変化している。助産師を志す人が減少していることは大きな問題だが、バースセンターを設置し、ローリスク分娩を助産師が担う仕組みは十分に実現可能である。
- 今後、麻酔科医が関与する無痛分娩が増加していくことが予想される。無痛分娩が増えると、助産師単独での分娩管理・教育が難しくなる側面があるため、そうした時代の変化も踏まえた体制構築が必要である。
- 周産期医療の現状をどう解釈するかはあるが、助産師主導のバースセンターは構築可能なモデルであり、県としても検討していくべきである。

#### 【平良構成員(意見)】

- 現在の新任助産師の取り扱い件数は年間10例～15例程度であり、経験が絶対的に不足している。現在60代の助産師が7年で500例を経験していた時代と比較しても、経験値が非常に浅くなっている。
- 医療従事者の数自体が少ない時代であるため、県としての方向性を早く決定し、教育を徹底しなければ「体制（箱）はできても現場が回らない」という事態になり

かねない。集約化やバースセンター構想を進めるにあたっては、現場のスキル維持を前提とした具体的な教育支援を強く要望する。

#### 【田名構成員(意見)】

- 病院側には「がん専門薬剤師」等を育成する余力がなく、薬剤師の配置数そのものが不足している可能性がある。予算上の制約等もあると考えられるが、県として専門薬剤師の育成を重要な課題として認識すべき。
- また、調剤薬局側も余裕がなく、在宅訪問に対応できる薬剤師の数が不足している。薬剤師の数自体は増えているように見えても、実態としてはかつての医師不足と同様に、専門性を備えた薬剤師の供給が追いついていない。
- 専門薬剤師の育成や在宅対応のための薬剤師の配置について、県も現状を課題として認識し、今後の施策に反映させてほしい。

#### 【本竹構成員(意見)】

- がん治療の主体が手術から化学療法や放射線治療へとシフトしており、今後さらに抗がん剤を専門に扱う薬剤師の必要性が高まってくる。専門的な治療を求める患者が増えることで、それに対応できる薬剤師の需要も増大する。
- 県内での教育体制の整備に加え、本土で教育を受けた専門人材を招聘することも含めた対応が必要である。治療法の変化に合わせ、教育と受け皿の整備を並行して進めていくべきである。

## 議事2 新たな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。

### ① 医療法改正の概要

- 新たな地域医療構想「医師偏在是正」「医療DX」が改正の大きな柱で、構想対象の拡大（在宅・介護連携）に伴い、市町村の役割を「協議の場」の構成員として明確化された。また、医療構想を「将来ビジョン（上位概念）」、医療計画を「実行計画」と位置づけ、一体的に推進する。

### ② 新たな地域医療構想策定のプロセス

- 入院医療中心から、外来・在宅・介護連携を含む「医療提供体制全体」へパラダイムシフトした。
- 構想区域については人口減少を見据え、必要に応じて「区域の広域化」も検討事項とする。
- 医療機関機能は「急性期拠点」「高齢者急性期」等の機能を次年度検討。また、報告には複数選択も可能。
- 医療需要推計と病床算出方法については、改革モデルを採用し効率化（入院期間短縮等）を反映。75歳以上の需要は、急性期と包括期で5割ずつ見込む。また、

- 稼働率設定の引き上げ等により、病床数は従来よりも抑制して算出される見通し。
- 医療計画は守備範囲が広がり、予防から急性期、維持期、在宅までを新たな構想がカバーすることで、医療計画との一体性がさらに高まった。持続可能性を確保するため複合的ニーズへの対応と、医療従事者の働き方改革を両立させた体制構築を目指す。

### ③ 新たな地域医療構想の方向性

- 2040年の将来見通しを踏まえた現状把握から開始し、課題整理、対応策の検討を経て策定し、PDCAを回していく。また、新たな構想の策定は、遅くとも2028年度（令和10年度）までに完了させるスケジュールとなっている。
- 沖縄県における協議の場としては、県レベルの「医療提供体制協議会」が、構想区域を超えた広域調整や進捗管理を担う。次に、二次医療圏単位の「地区医療提供体制協議会」にて、病床数や医療機関の役割分担について具体的な協議を行う。また、令和8年度より本格稼働する「在宅医療連携拠点」を中心に、より現場に近い範囲での連携体制を検討する。
- 具体的な検討については、令和8年度に入院医療の議論を先行して行い、現状分析、構想区域の点検・見直し、および必要病床数の推計から議論をスタートさせる。
- 外来・在宅・介護連携については、令和8年度は既存計画（外来・在宅医療計画、介護保険事業計画）の改定作業と重なるため、これらに注力し、構想としての議論は令和9年度以降に進める。
- 地域医療対策協議会において行われる医師確保計画の見直しと並行し、医師以外の医療従事者の実態把握や確保策について議論を行う。

#### ○ 構成員意見及び質疑・応答

##### 【大屋構成員(意見)】

- 新たな地域医療構想や医療計画は、入院医療だけでなく外来・在宅・介護まで含めたより広範な内容となっているため、現在の協議会では「医療提供」の一部に限定されているような印象を受ける。新たな地域医療構想の策定に合わせ、これらの会議体がどのように共存し、役割を分担していくのかを整理していく必要がある。

##### 【宮里構成員(意見)】

- 2040年という長期的な課題に挑むにあたり、まずは「どのような医療・保健・健康の状態にしたいか」という根本的な理念を、県民自身に決めてもらうプロセスが必要であり、理念に基づき、5年、10年といった単位で達成すべき具体的な目標値を設定し、ビジョンとして示す必要がある。
- 本課題は医療機関や医療従事者だけで解決できる規模ではなく、県民全体、保険者、被保険者、そしてすべての自治体が主体となって取り組むべき問題である。現在は医療側に依存し、主体となるべき側の顔が見えていない現状があり、このままでは実現が危ぶまれる。現状把握においては、既存のデータ分析だけで

なく、1つ1つの自治体へのヒアリングや県民アンケート、マスコミへの協力要請などを通じて、主体である県民や自治体の考えを直接把握すべきである。

- 企業における経営計画のように、スケジュールごとの目標と役割分担を明確にし、定期的に進捗をチェック（PDCA）して改善を繰り返していく仕組みが必要である。
- 新しく始まる北部医療センターを、人口減少地域における新しい医療・地域モデルとして継続・発展させてほしい。これをモデルケースで提示できれば、志のある医師や看護師の確保にもつながるはずである。

#### 【銘苅構成員(意見・質疑)】

- 新たな地域医療構想の核心は、団塊の世代が全員 85 歳以上となる 10 年後を見据え、急性期病院がパンクする事態を回避することにある。現状のままでは、急性期病院だけで増大する入院需要を賄うことは不可能であり、解決策として、高齢者救急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急性期病院から早期に転院させる仕組みづくりが、今後の議論の柱になる。
- (大屋理事長に確認したいのだが) 北部医療圏について、現在の「構想区域」と「二次医療圏」の枠組みを維持したまま、十分な医療提供体制を確保し続けることは可能だろうか。

#### 【大屋構成員(回答)】

- 国の基準である人口 20 万人に対し、北部圏域等の 12 万人規模は維持できるギリギリのポイントである。全国的には同規模で維持している例もあるが、本日の事務局説明にもあった通り、構想区域の見直しについても検討が必要。
- 極端な例を挙げれば、本島内の 3 つの医療圏を 2 つに統合するといった議論も考えられるが、区域を統合した場合、急性期拠点病院をどこに配置し、それ以外の病院の機能をどう定義するかが課題となる。各医療機関が現在行っている救急の内容を精査し、急性期拠点機能の考え方を深めなければ、提供体制の整理はつかない。この点については、本協議会等で引き続き議論を重ねていくべきだと考える。
- なお、北部医療センターの 450 床という規模は当初から多いと感じており、柔軟に変更できる策があるならば検討したいと考えている。

#### 【本竹構成員(意見)】

- 先ほどの鈴木構成員の指摘通り、予防の視点が欠落している。特定健診の結果が「出しっぱなし」で、誰がチェックしフォローするのが曖昧である。
- かつての琉球政府時代には県が現場（駐在）に人を出し把握していたが、復帰後の体制変化で失われた良質な仕組みがある。
- 現在は、県立宮古病院では、大腸がん検診キャラバンと銘打って、病院から外に出て、便潜血検査を行い、一定の結果を生んでいる。
- 産業医の経験から、医療従事者ですら検診の要精密検査を放置する実態がある。これを改善するには、自治体（市町村）が主体となって「誰が受診を進めるのか」を明確にしなければならない。
- 医療法に基づく体制整備だけでなく、各自治体に対して県が強く要望し、現場

の取り組みを吸い上げる仕組みが必要である。

#### 【高山構成員(意見)】

- 1次予防だけでなく、既に糖尿病や高血圧を抱えている層への「2次予防(受診継続・自己管理)」が沖縄県は極めて弱い。
- 救急現場では、基礎疾患がありながら「かかりつけ医」を持たず、コントロール不全で搬送される患者が後を絶たない。未受診層を誰が適切に医療へ誘導するのが、県全体の大きなテーマである。
- コロナ禍において、感染症自体は治っても基礎疾患の管理が悪いために入院が長期化したり、検査で末期がんが見つかったりするケースが多発した。いわば人間ドック化した状況があり、これが医療ひっ迫の一因にもなった。沖縄の救急搬送数の多さは、こうした背景にある膨大な医療需要を反映している。
- 中部医療圏では、診療報酬改定による絞り込みがあっても、主要5病院すべてが「急性期一般1(急性期拠点病院相当)」に残る見通しである。これは病院の努力だけでなく、中部圏域の医療需要が極めて膨大であることを示しており、国の方針(拠点化・集約化)に合わせるための構想区域の見直しよりも、この膨大な需要にどう対応すべきか、住民の利益に資する観点から冷静に議論すべきである。

#### 【大屋構成員(意見)】

- これまでの議論の通り、予防も重症化対策も「すべてができていない」のが沖縄の現状である。個別の論点(各論)をバラバラに議論するのではなく、すべての課題が地続きであると認識し、包括的に取り組む必要がある。
- 医療従事者は何でも自分たちの課題として抱え込んでしまい、自らを忙しくしている側面があるが、誰がどの役割を担うべきなのかを、今一度明確に切り分けるべきである。医療側だけで頑張るのではなく、県民一人ひとりが「自分たちの問題」として捉えられるよう、幅広い情報提供が不可欠である。
- 県がこれまで行ってきた啓発活動をさらに加速させ、県民を巻き込んだ強力なブースト(後押し)をかけてほしい。

#### 【玉城構成員(質疑)】

- 資料P20にある「慢性期医療に対する受皿整備」という言葉について、単なる慢性期病院(療養病床)を指すのか、地域における高齢者医療全般(地域包括ケア含む)を指すのか。
- 現状、包括期機能が拡大するなかで、慢性期病院も地域包括ケア病棟へ転換するなど、病床機能の分化も一定見られるが、どこでもできるわけではないので、今後の高齢者医療の需要がどう変化するかを見越しながら、3年、5年というスパンで検討する必要があると考えている。

#### 【事務局回答(長浜)】

- 資料5番に記載した「慢性期医療に対する受け皿整備の検討」は、主に介護分野の文脈で記述したものである。具体的には、病院を退院した慢性期の患者が、その後「在宅」や「介護施設」で療養を継続するための受け皿をどう整備するかという視点であり、表現が分かりにくかった点は修正したい。
- ご指摘の通り、慢性期機能は入院医療の重要な一部であり、今後の検討プロセスにおける「現状把握」の段階で、急性期・回復期・慢性期の各機能について、実

態運用や将来の方向性をしっかりと整理していく方針である。

**【宮里構成員(意見)】**

- ビジョンを策定する際、心疾患やがん対策といった個別疾患の目標だけでなく、「県民の健康・医療リテラシーの向上」を重要な柱として検討すべきである。単に予防を呼びかけるだけでなく、県民が情報を正しく理解し、自らの健康に活用する力（リテラシー）を高めることで、結果として1次予防・2次予防の効果が最大化される。
- リテラシー向上は一朝一夕には成し遂げられないため、長期的な視点が必要である。例えば、今の子供たちに向けて「沖縄独自の健康教育プログラム」を導入し、10年後、15年後の県民のリテラシーを底上げするような、教育現場への強力な働きかけを行うべきである。
- 幼少期から医療・健康への理解を深めることは、将来的な医療従事者の確保にもつながる。目先の数値改善だけでなく、こうした根本的な「リテラシー」という概念を施策の根底に据えることで、将来像と現状のギャップを埋める努力をしてほしい。

**【田名構成員(意見)】**

- 日本医師会の委員会等では、東北地方をはじめ全国的に「病院の統合・合併」が主眼となっていて、全国とは課題のフェーズが異なっているのかもしれないが、沖縄県においては「県民リテラシーの向上」こそが最優先課題であると認識している。
- P14 や前半の議題の医療計画の進捗評価では触れられているが、「地域医療構想」のプログラムの中にリテラシー向上の視点が十分に組み込まれていない。医療提供体制の整備と並行して、県民が医療を正しく理解し活用するための具体的な施策を、構想の中に明確に位置づけてほしい。

**【本竹構成員(意見)】**

- 沖縄県医師会では、以前から「食育ガイド」の作成や子供たちへの教育活動を継続的に行っている。そのことをしっかり言わないといけないのでは。

**【田名構成員(意見)】**

- リテラシー向上のための県医師会の取り組みを、一部の活動に留めず県民全体が活用できるよう広めていきたいと考えている。糸数部長（座長）とも連携し、効果的な普及・周知の方法について検討していきたい。

**【糸数保健医療介護部長】**

- これまでの医療計画は専門性が高く、県民には内容が伝わりにくいという課題があったが、今回の新たな構想図（資料 14 ページ）では、「横軸（外来・在宅・介護・予防）」が加わった。この横軸をいかに県民と一緒に進めるかが重要であり、

ここに「リテラシー向上」の視点をしっかりと組み込んでいきたい。

- 全市町村長が集まる会議があり、県としての公式なメッセージを直接首長へ伝える機会がある。来る4月には、地域包括ケアシステムにおける介護予防について、民間や地域住民を巻き込んだ形での推進を全市町村長と共有する予定である。
- また、教育庁とも連携し、学校教育の枠組み（教科書の配布等）の中で健康教育を行う仕組みは既に存在しており、こういったものも活用していきたい。

#### 【高山構成員(意見)】

- プレホスピタル（救急搬送前）とポストホスピタル（退院後）に大きな課題があり、特に高齢者の住まいや施設整備が追いつかず、定員数が減り始めている地域もある。退院先（住まい）がなければ、どれだけ急性期や回復期を整備しても患者が滞留し、ドミノ倒しのように医療機関へ負荷がかかる。介護保険事業計画との連結が不可欠である。
- 沖縄県内には老健のベッドが3,915床あり、これは回復期リハ病床（2,607床）の約1.5倍に相当する。老健は本来、在宅復帰を目的とした施設であり、入院医療からのバッファ（受け皿）として機能すべきだが、現状は長期入所による「特養化」が進み、機能がブラックボックス化している懸念がある。
- 老健がどれだけ柔軟に救急後の患者を受け入れ、実際に何日で在宅復帰させているのか、平均在院日数などの実態を調査してみてもどうか。
- 老健が本来の機能を果たせば、無理に医療機関の病床を回復期へ転換させずとも、地域全体の病床管理に余裕が生まれる可能性がある。

#### 【銘苅構成員(意見)】

- 老健には「強化型」などの区分があり、機能が分かれている。また、施設経営の観点では空床が赤字に直結するため、常に満床を維持せざるを得ない状況があり、それが病院からの柔軟な受け入れを困難にしている可能性がある。

#### 【大屋構成員(意見)】

- 国の会議においても、老健や介護施設の評価・報告をもっと強化すべきだと提言したが、現状では難しいとの反応であった。経営主体のばらつきも大きいため、評価は難しくとも、まずは実態を把握するための報告を求めることから、柔軟に実施してみてもどうか。
- 沖縄の現状（健康指標の低さ等）の背景には、戦後の混乱による構造的な要因（貧困高齢者の多さ、生活保護受給者の割合、年金未加入問題等）が存在すると感じている。特に戦争の影響等で80代前後の人口が少ないことで、計算上の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。
- 厚労省などの国側は「現在のデータ」のみを見ており、こうした歴史的背景や特殊性を理解していない懸念がある。「県民の怠慢」ではなく、構造的な背景による

苦勞であることを県として事実確認した上で、国に対して強くアピールし、適正な評価を求めていくべきである。

**【糸数保健医療介護部長】**

- 今回の介護保険事業計画については、市町村任せにするのではなく、県も深く関与し、共同で計画を練り上げていく体制をとっており、施設入所者数などの将来推計についても、県がデータを収集・分析している。こうした介護分野との密接な連携を含めて、新たな地域医療構想の策定を進めていきたい。
- 予定の時間となったため、本日の議事はこれですべて終了とする。多くの意見をいただいたことに感謝する。