資料２－１

八重山地区の必要病床数について

１．地域医療構想の方向性と必要病床数の考え方
２．八重山地区の医療需要と必要病床数
３．基準病床数と必要病床数について
４．患者の流出入と今後の協議

沖縄県保健医療介護部 医療政策課

県協議会の議論の経緯と地域医療構想の目指す方向性

県協議会の議論の経緯

第１回　6月17日

- 目指す方向性と４つの基本方針（案）、構想を策定するうえでの視点を提示
- 現状把握（流出入分析）、構想区域の点検

第２回　8月31日

・目指す方向性・基本方針（最終）を整理（基本方針は５つ）

・構想区域（仮決定）と急性期拠点機能、医療需要推計

第３回　10月5日

- 必要病床数（国の推計ツールによる）
- 病床機能ごとの目指す方向性、医療機関機能の整理

地区協議会　11月

- 各地区で個別協議
- 必要病床数、外来医療計画見直し、各医療機関からの議題提案

地域医療構想の目指す方向性

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

基本方針

（１）高齢化と医療ニーズの変化に対応した地域医療提供体制の構築

（２）重症化予防から外来・在宅・介護まで、切れ目なく支える地域医療・介護連携の強化

（３）離島・へき地を含め、持続可能で必要な医療を確保できる地域医療体制の構築

（４）上記（１）～（３）を支えるための、人材の確保・育成

（５）市町村・学校・職場・家庭など県民全体の多様な主体の参画による予防・健康づくりの推進と、医療・介護需要の適正化

構想を策定するうえでの視点

（１）患者の流れ全体を見る

病院や病床だけではなく、予防・外来・入院・在宅・介護まで含めた患者の流れ全体を見る。

（２）量だけでなく連携・効率性も見る

医療資源の量だけではなく、連携や効率性も含めて、住民アウトカムの向上につながる体制を考える

（３）「何を維持し、何を補完・代替すべきか」考える

限られた資源の中で、住民アウトカムと持続可能性の両立を考える

Copyright Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2026

本日お示しする数値と、入口・出口の課題

本日お示しする数値について

① 国の推計ツールで算出

・地域医療構想策定ガイドラインに定められた手順により算出
・県が独自に前提を変更することはできない

② 調整できるのは流出入のみ

・構想区域間の流出入の調整は差し支えないとされている
・県全体の総量は変更できない
・琉大の移転については、流出入において調整を行う

③ 構想策定後も定期的に見直しを行う

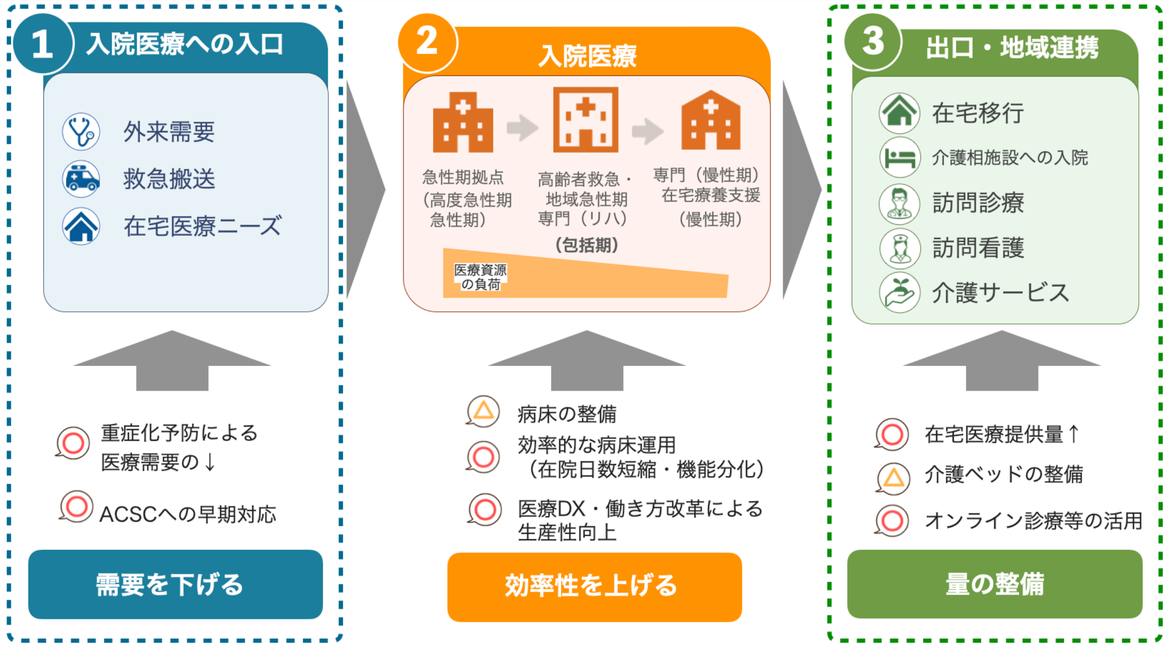
・北部医療センター開院後の北部医療圏の状況等は令和11年（2029年）の第９次医療計画策定時に再推計し見直しを行う

国の推計ツール（改革モデル）における４つの前提

① 受療率の変化（地域医療構想の取組等）
② 病床数適正化（緊急）支援事業の効果
③ 75歳以上の急性期患者の5割を包括期へ移行
④ 回復期リハビリテーションの効率化

改革モデルの実現に必要な取組 ― 入口・入院・出口

背景要因（与件・県でコントロールできない）：人口構造の変化・高齢化、要介護者の増加



改革モデルの医療需要は、国の推計ツールが置く上記４つの前提による計算結果。

この水準を実際に達成するためには、本県においては入口・入院・出口の３段階の取組が必要となる。

Copyright Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2026

八重山地区の入院医療需要と必要病床数

入院医療需要推計

2024年度　実績
336 人／日

＋97
人口の増減

2040年　現状投影
433 人／日

▲69
効率化・機能移行

2040年　改革モデル
364 人／日

【参考】県全体
2024年度 実績　11,385人／日
2040年 現状投影　14,838人／日
2040年 改革モデル 12,492人／日
（2024年度比 ＋1,107人／日、約1割増）

改革モデルでも、2024年度実績より ＋28人／日（約8%増）。減少するのは急性期のみで、高度急性期・包括期・慢性期はいずれも増加する。

入院医療需要（機能別）

機能区分	2024年度 実績	2040年 現状投影	2040年 改革モデル	増減
高度急性期	33	39	37	＋4
急性期	125	155	100	▲25
包括期	132	176	175	＋43
慢性期	46	63	52	＋6
合計	**336**	**433**	**364**	**＋28**

（単位：人／日）　※端数処理により合計が一致しない場合がある。
※ 医療需要は国の推計ツールの値。

【必要病床数の算出式】

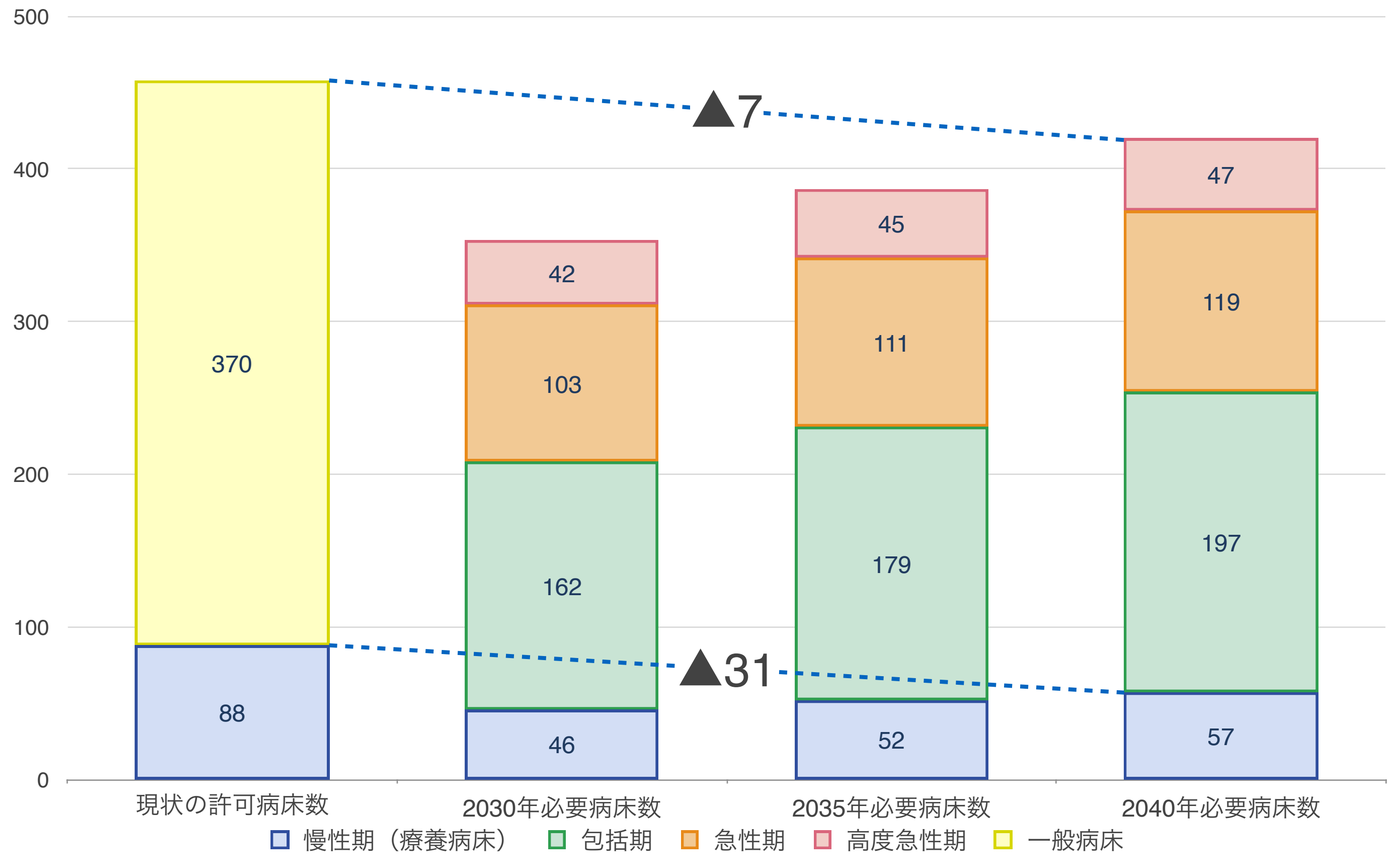
$$\text{必要病床数} = \frac{\text{医療需要（2040年度・改革モデル）}}{\text{病床稼働率}}$$

※病床稼働率（国の設定値）：高度急性期79%、急性期84%、包括期89%、慢性期92.5%

※医療需要を機能別病床稼働率で割戻し、必要病床数を算出する。
（算出された必要病床数は次頁）

Copyright Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2026

八重山地区の現状の病床と必要病床数（年次推移）



※端数処理により合計が一致しない場合がある。

現状の病床数

- 2026年4月時点の許可病床数（一般病床・療養病床）
- 休床を含む

必要病床数（改革モデル）

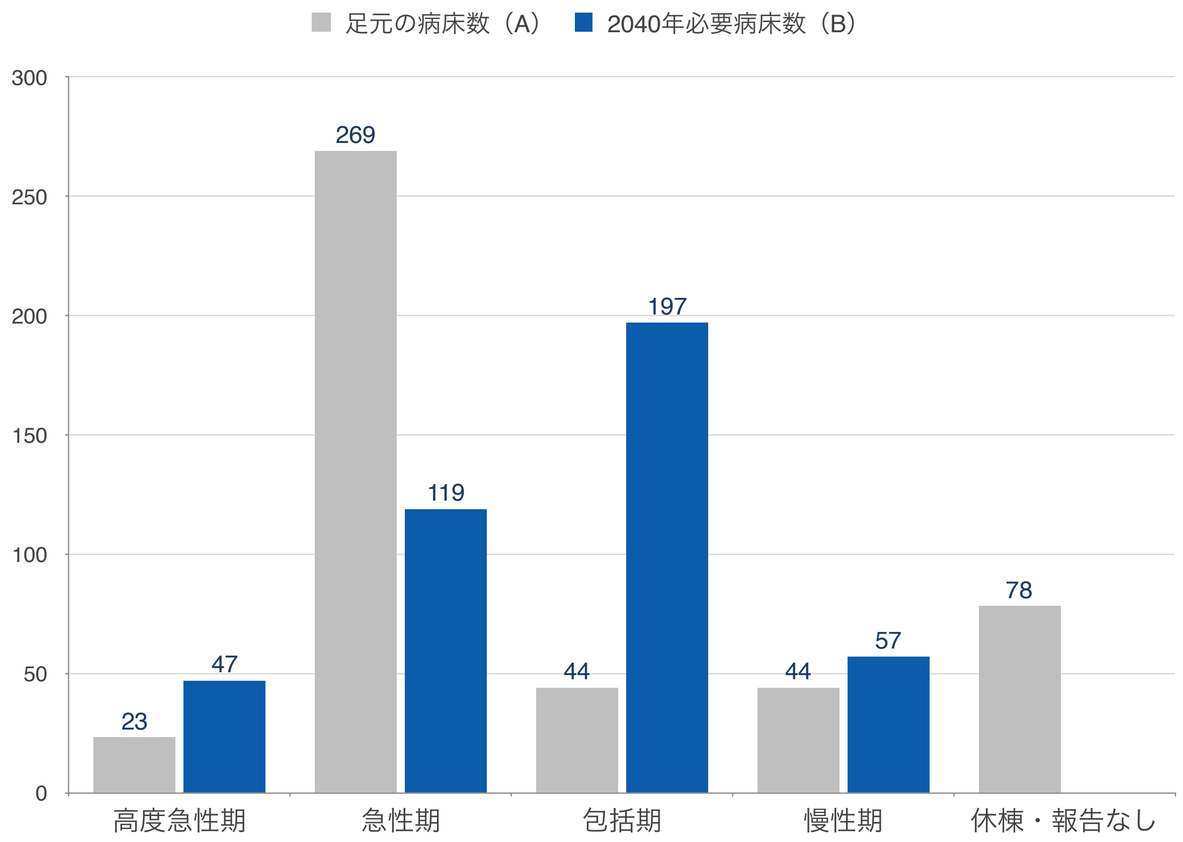
- 改革モデルにより算出した病床数
- 2030年及び2035年は医療需要の伸びから逆算で算出

	現状	2030年	2035年	2040年
高度急性期	一般 370	42	45	47
急性期		103	111	119
包括期		162	179	197
慢性期	療養 88	46	52	57
合計	**458**	**354**	**386**	**419**

- 必要病床数は改革モデルが実現した前提での推定である。

Copyright Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2026

5 八重山地区の機能別の比較（足元の病床と2040年必要病床数）



（単位：床）　差がプラスは必要病床数が足元を上回ることを、▲は下回ることを示す。

足元の機能別病床数の考え方

病床機能報告

- 各医療機関の自己申告
- R7に定量的基準を導入するも、新たな構想では機能の考え方に変更あり

入院料に基づく振り分け（今回の取扱い）

- 各病棟が算定している入院料を、ガイドラインの目安に沿って機能別に分類

機能	振り分けの目安となる入院料の例
高度急性期	特定集中治療室管理料等の集中治療系の入院料
急性期	急性期一般入院料等
包括期	地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料等
慢性期	療養病棟入院基本料等

機能区分	足元（A）	2040年（B）	差（B－A）
高度急性期＋急性期	292	166	▲126
高度急性期	23	47	＋24
急性期	269	119	▲150
包括期	44	197	＋153
慢性期	44	57	＋13
休棟・報告なし	78	－	▲78
合計	**458**	**419**	**▲39**

Copyright Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2026

基準病床数と必要病床数の考え方 ― 整備の範囲

基準病床数は地域で整備できる病床数の上限。2040年に必要な数が「必要病床数」。両者は目的・算出方法・比較対象が異なる。

基準病床数（医療計画）

基準病床数 **418床** － 既存病床数 **417床** ＝ 整備可能な病床数 **１床**

・地域で整備できる病床数の上限
・既存病床数が基準病床数を超える地域では増床できない

必要病床数（地域医療構想）

2040年 必要病床数 **419床** － 現状の病床数 **458床** ＝ 差 **▲39床**

・2040年の医療需要から見て必要と見込まれる病床数
・改革モデルによる暫定値。2029年の次期医療計画で再調整

	基準病床数	必要病床数
目的	病床の整備を過剰地域から非過剰地域へ誘導することにより、**病床の地域的偏在を是正**し、全国的に一定水準以上の医療の確保を目的とするもの。 →既存の病床数が基準病床数を超える地域では病床を増床できない。	2040年の医療機能別の病床数の必要量を推計し、将来の病床の機能分化・連携を推進する
算定式の考え方	性・年齢階級別受療率に性・年齢階級別人口を乗じることにより患者数を推計し、病床利用率（稼働率）※で割り戻すことにより病床数を算定	
	国の定める計算式により算定	実際の医療需要から算定（国の推計ツール）
時期	医療計画の期間（現計画：令和６年～令和11年）	将来のある時点（2040（令和22）年）
比較対象	既存病床数（H19.1.1以前の有床診療所は対象外、補正により除外される病床がある）	許可病床数（ただし、特定の患者のみが利用する病床は除外）
増床の取扱い	基準病床数 – 既存病床数 ＝ 整備可能な病床数	医療需要から見て必要と見込まれる病床数（暫定値。2029年の次期医療計画で再調整）

病床整備の考え方

【県協議会意見】

病床整備にあたっては、以下を踏まえて行うこと。
①２０４０年に必要な機能別病床数を推計し②病床稼働率の維持、③医療従事者の確保、④介護提供体制を踏まえた上で段階的に整備すること
⑤現時点で整備するなら、必要最低限の病床数を整備すること

【地域医療構想策定ガイドライン（要旨）】

増床の申請があった場合、次の①②のいずれにも該当するときは、理由等の提出と調整会議・医療審議会での説明を求め、病床を必要としないと認めるときは、許可を与えないことができる（改正医療法）（p.58）
① 既存病床数が基準病床数に満たないと認めるとき
② 既存病床数が将来の病床数の必要量を超えることになると認めるとき
・入院医療の提供が困難な状況が確認されていない場合、差分だけで直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない（p.57）
・増床に当たっては、機能区分別の既存病床数及び必要病床数も踏まえ、慎重に判断する（p.58）

Copyright Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2026

患者の流出入の状況と今後の協議

圏域別の患者流出入（人／日）

圏域	①自圏域の医療需要	②他圏域からの流入	③他圏域への流出	差引 ②−③	調整係数
北部	859.6	65.1	206.8	−141.7	0.84
中部	2,901.7	644.6	632.0	＋12.6	1.00
南部	5,204.7	852.1	551.5	＋300.6	1.06
宮古	513.7	7.2	93.9	−86.7	0.83
八重山	**327.0**	**9.4**	**89.7**	**−80.3**	**0.75**

- ガイドライン上、圏域間の流出入の調整は差し支えないとされている。
- 今回は琉球大学病院の移転のみ調整し、2029年の見直し時に改めて推計を行う。

※ 調整係数＝（①＋②−③）÷①

機能別の患者流出入調整係数

圏域	高度急性期	急性期	包括期	慢性期
北部	0.42	0.66	0.84	0.96
中部	0.83	0.98	1.04	1.02
南部	1.17	1.08	1.03	1.02
宮古	0.49	0.76	0.78	0.95
八重山	**0.44**	**0.77**	**0.84**	**0.70**

赤：0.80未満（流出が大きい）　青：1.00以上（流入超過）

目指す方向性の実現に向けて

改革モデルは直ちに否定するものではないが、実現可能性と変化の幅は、本県の実態と必要な受け皿を確認しながら検証する必要がある。

慢性期（在宅・介護施設）
状態変化に早く気づき、早めにつなぐ

⇔

包括期
直接受け入れ、早期に地域へ戻す

⇔

急性期
重症時に集中的に治療し、早期に包括期へつなぐ

「各機能が何をするのか」だけでなく、「それを、どの医療機関が担うのか」を協議していくことが重要。
この「どの医療機関が担うのか」を整理する枠組みが、国が示す「医療機関機能」。

Copyright Okinawa Prefectural Government Medical Policy Division/2026