

第四期沖縄県医療費適正化計画

令和6年3月
令和7年3月一部改定
沖 縄 県

【目次】

第1章 計画の概要	1
1 計画策定の趣旨	1
2 計画の性格	1
3 計画の目標（基本理念）	1
4 計画の期間	2
5 他計画等との関係	2
 第2章 医療費を取り巻く現状と課題	3
1 人口等の推移	3
(1) 沖縄県の高齢化の進展	3
(2) 高齢者世帯数等の推移	3
2 医療費の推移と動向	5
(1) 国民医療費の状況	5
(2) 沖縄県の医療費の状況	5
(3) 一人当たり医療費の状況	6
(4) 医療費の地域差指数	9
(5) 入院及び外来受療率の状況	10
3 介護費の推移と動向	13
(1) 要介護（要支援）高齢者の状況	13
(2) 介護サービス等の状況	14
4 生活習慣病等の状況	16
(1) 生活習慣病の医療費等の状況	16
(2) 特定健康診査、特定保健指導、メタボリックシンドローム該当者 及び予備群の状況	19
5 喫煙の状況	23
6 飲酒の状況	24
7 慢性透析及び糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況	25
8 予防接種の状況	26
9 がん検診の状況	27
10 歯科疾患（むし歯・歯周病）の状況	29
11 後発医薬品及びバイオ後続品の使用状況	30
12 医療施設等の状況	33
(1) 医療施設数の状況	33

(2) 病床数の状況	33
(3) 必要病床数の推計	34
13 在宅医療の状況	35
14 高齢者医療費の状況	36
(1) 健康意識の向上と高齢者の健康づくり	36
(2) 入院医療費の適正化	36
15 沖縄県の医療費を取り巻く課題	37
第3章 医療費適正化のための目標と取組	40
1 医療費適正化のための目標	40
(1) 県民の健康保持の推進に関する目標	40
ア 特定健康診査実施率	40
イ 特定保健指導実施率	40
ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導 対象者）の減少率	41
エ たばこ対策の推進	41
オ 飲酒対策の推進	41
カ 生活習慣病等の重症化予防の推進	42
キ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 ..	43
ク がん検診の受診促進	43
ケ 歯と口の健康づくり	43
コ 健康教育の推進	44
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標	44
ア 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	44
イ 医薬品の適正使用の促進	44
ウ 医療の適正利用、医療資源の効果的・効率的な活用の推進	45
エ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進 ..	45
オ 病床機能の分化・連携、在宅医療の推進	45
2 医療費適正化のための取組	46
(1) 県民の健康保持の推進に関する取組	46
ア 特定健康診査実施率の向上	46
イ 特定保健指導実施率の向上	46

ウ	メタボリックシンドローム該当者及び予備群（特定保健指導対象者）の減少	47
エ	たばこ対策の推進	47
オ	飲酒対策の推進	47
カ	生活習慣病等の重症化予防の推進	47
キ	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進	49
ク	がん検診の受診促進	49
ケ	歯と口の健康づくり	49
コ	健康教育の推進	49
(2)	医療の効率的な提供の推進に関する取組	50
ア	後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	50
イ	医薬品の適正使用の促進	50
ウ	医療の適正利用、医療資源の効果的・効率的な活用の推進	51
エ	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進	51
オ	病床機能の分化・連携、在宅医療の推進	51
3	その他の適正化への取組	53
(1)	レセプト点検の充実	53
(2)	第三者行為求償事務の推進	53
(3)	療養費の適正化	53
(4)	医療費通知の実施	53
4	関係機関との連携及び協力	54
5	令和11年度（2029年度）の医療費の見通し	55
(1)	医療費の見通しに関する基本的な考え方	55
(2)	医療費の見通し	56
第4章	計画の進捗管理	58
1	進捗管理	58
(1)	進捗状況の評価	58
(2)	実績の評価	58
2	計画の見直し	58
3	計画等の周知	58

第 1 章 計画の概要

1 計画策定の趣旨

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現して、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長等、医療を取り巻く様々な環境が変化しています。

本県の高齢化率は、全国より低い水準で推移していますが、令和 12 年には 26.5% と県民の 4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となり、医療保険財政は大変厳しい状況になることが予想されます。

こうした状況の中、国民皆保険制度を堅持し続けていくためには、生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適正な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。

本県では、これまで国の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「基本方針」という。）」に基づき、平成 20 年 3 月に「沖縄県医療費適正化計画（平成 20～24 年度）」を、平成 25 年 4 月に「第二期沖縄県医療費適正化計画（平成 25～29 年度）」を、平成 30 年 3 月に「第三期沖縄県医療費適正化計画（平成 30～令和 5 年度）」を策定し、医療費の適正化に向けた取組を推進してきました。

今後、さらなる高齢化の進展と医療費の増加が見込まれる中、引き続き医療費の適正化に向けた取組を推進していくため、「第四期沖縄県医療費適正化計画（以下「本計画」という。）」を策定するものです。

2 計画の性格

本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年 8 月 17 日法律第 80 号。以下「法」という。）第 9 条の規定に基づき、国の基本方針に即して、本県の医療費の適正化に向けた取組を推進するために策定するものです。

3 計画の目標（基本理念）

(1) 県民の生活の質の確保及び向上を図るものであること

医療費の急増を抑えていくためには、若い時からの生活習慣病の予防対策が重要です。予防・健康づくりには、健康状態の改善により生活の質を向上させ、健康寿命を延ばすだけでなく、健康に働く者を増やすことで、社会保障の担い手を増やすこと、健康格差の拡大を防止することといった多面的な意義があります。そのため、予防・健康づくりによって県民の生活の質を確保・向上させ、良質かつ適切な医療を効率的に提供することにより、誰もが必要な時に、必要な医療サービスを受けられるよう、医療費の伸びの適正化を目指します。

(2) 今後の人口構成の変化に対応するものであること

高齢化の進展や生産年齢人口の減少が進む中、全世代型の持続可能な社会保障制度の持続可能性を高めていくため、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用した取組を目指します。

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること

目標及び施策の達成状況等について、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、

進捗状況を公表します。計画の最終年度には、進捗状況の調査及び分析の結果を公表します。また、計画の最終年度の翌年度には、実績評価を行い公表します。

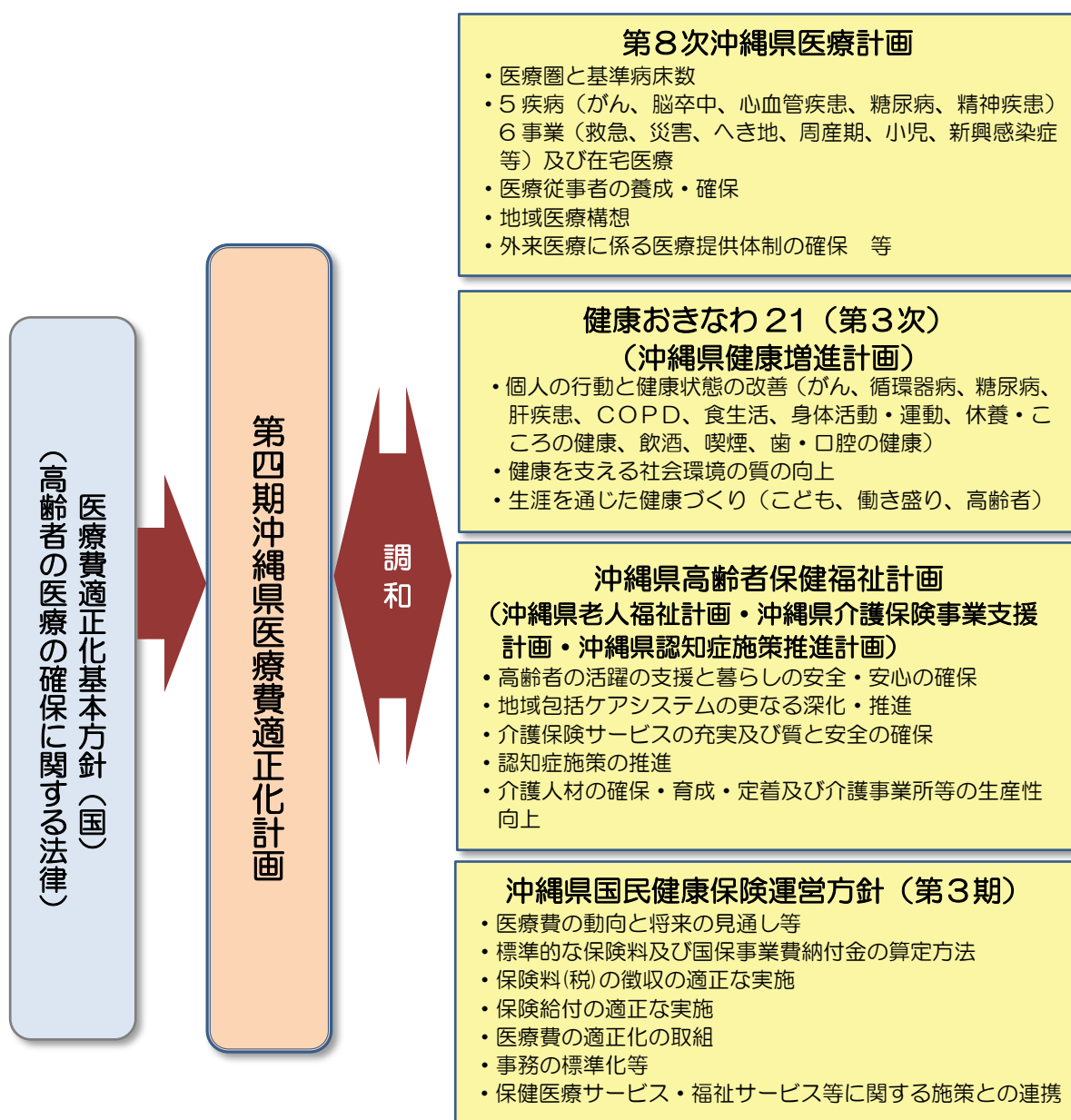
4 計画の期間

令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）までの6年間とします。

5 他計画等との関係

本計画は、「県民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を柱とし、その取組内容は、本県の保健・医療・福祉の分野での「第8次沖縄県医療計画」、「健康おきなわ21（第3次）」、「沖縄県高齢者保健福祉計画（沖縄県老人福祉計画・沖縄県介護保険事業支援計画・沖縄県認知症施策推進計画）」及び「沖縄県国民健康保険運営方針（第3期）」とも密接に関係します。

そのため、本計画はこれらの計画等と調和を図るものとします。



第2章 医療費を取り巻く現状と課題

1 人口等の推移

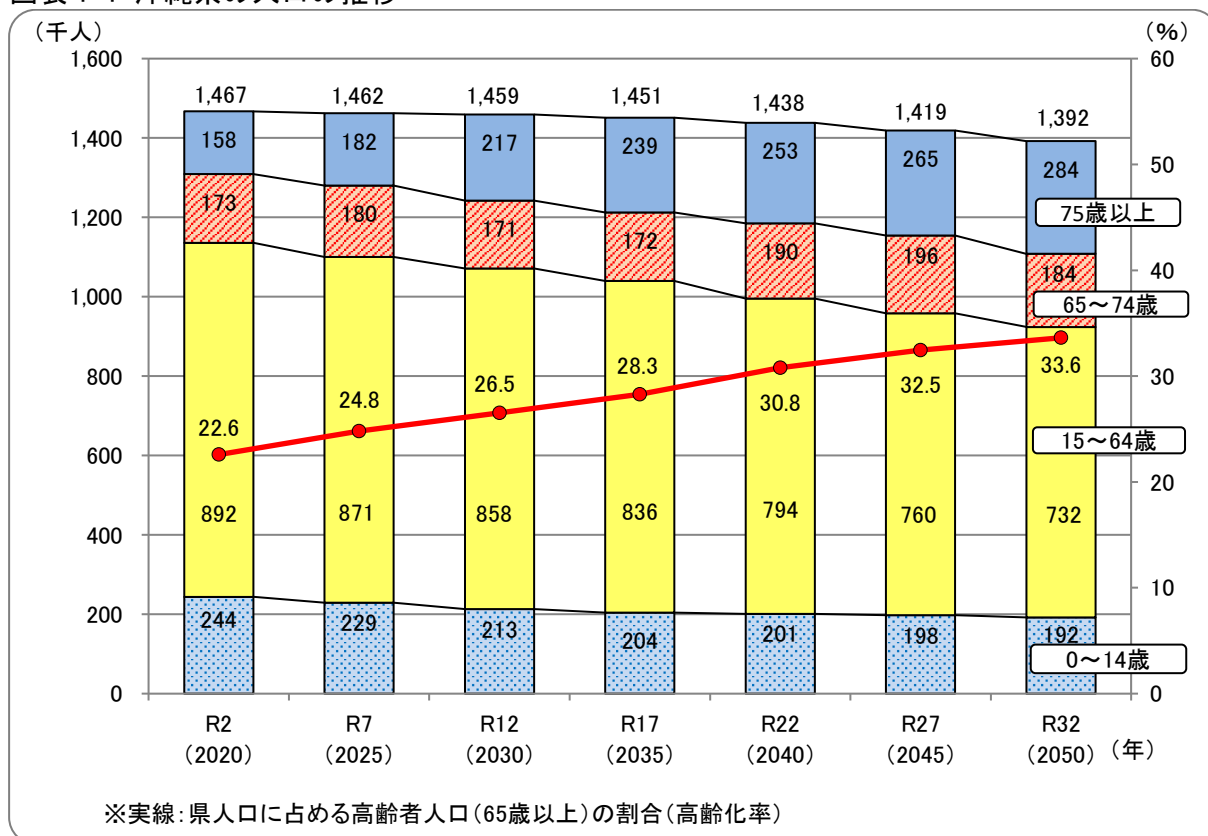
(1) 沖縄県の高齢化の進展

本県の人口は、令和2年（2020年）は約1,467千人ですが、その後、緩やかに減少に転じ、令和32年（2050年）には1,392千人となる見込みです。

年齢構成別でみると、年少人口（0～14歳）及び生産年齢人口（15～64歳）は減少していく一方、高齢者人口（65歳以上）は増加し続ける見込みとなっています。

特に、人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）は、令和2年（2020年）は22.6%ですが、令和12年（2030年）には26.5%まで上昇し、県民の4人に1人が高齢者になると推測されます。（図表1-1）

図表1-1 沖縄県の人口の推移



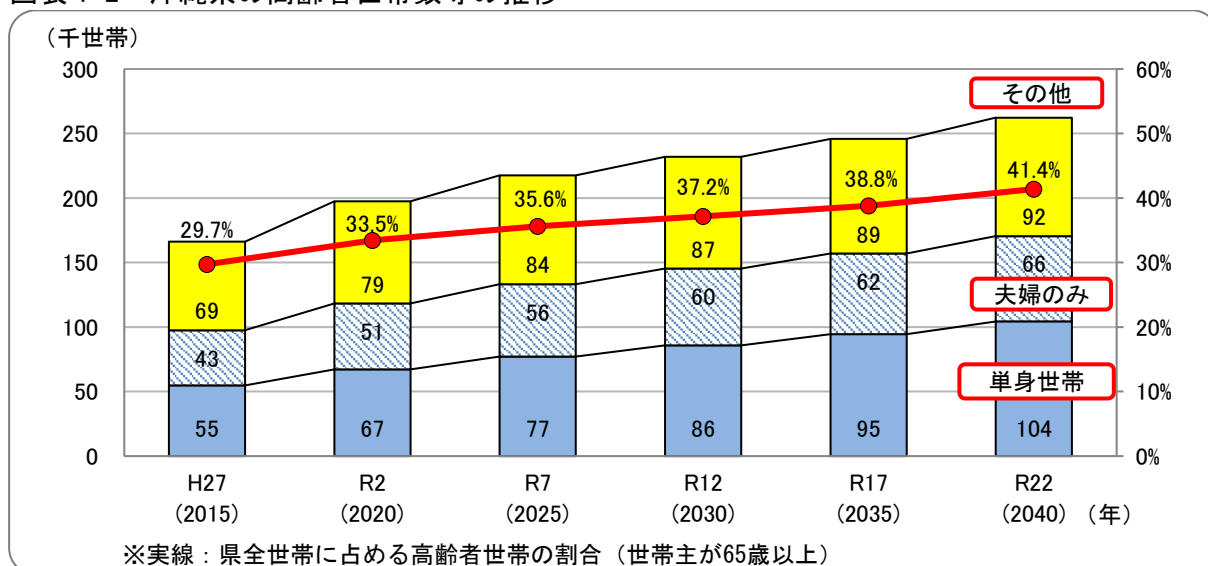
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

(2) 高齢者世帯数等の推移

本県の高齢者世帯（世帯主が65歳以上）は、増加傾向にあり、中でも「単独世帯」及び「夫婦のみ世帯」が、今後、特に増加すると推測され、令和12年（2030年）には全世帯（約62万5千世帯）に占める高齢者世帯の割合は37.2%となり、単独世帯が約8万6千世帯、夫婦のみ世帯が約6万世帯になると見込まれています。（図表1-2）

また、本県の平均世帯人員の状況は、各年とも全国平均を上回っていますが、全国と同様に減少傾向にあります。（図表1-3）

図表 1-2 沖縄県の高齢者世帯数等の推移



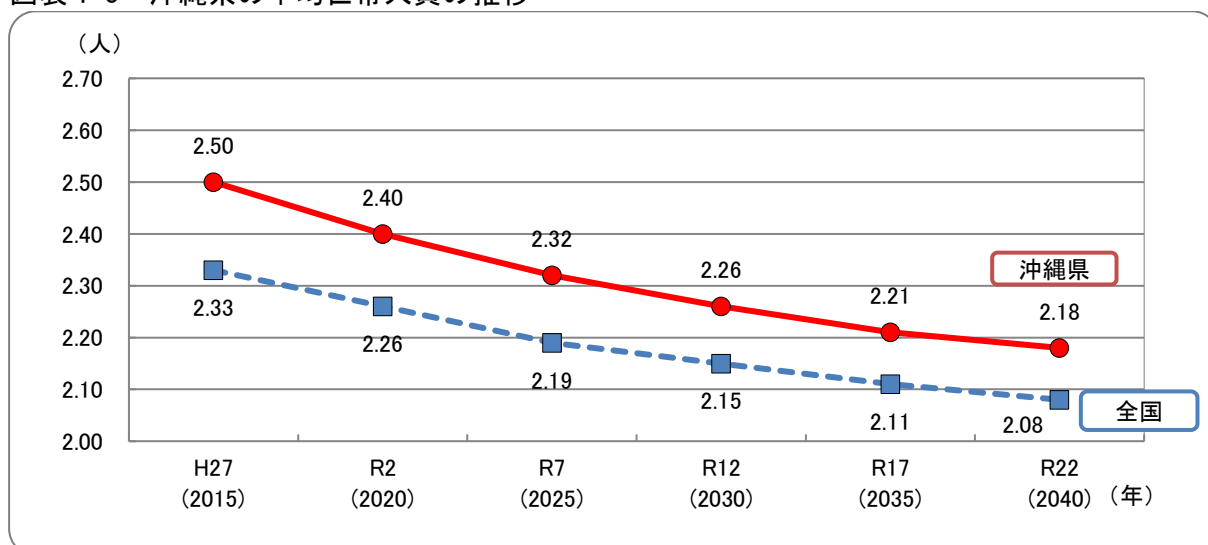
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2019年推計）」

(単位：世帯)

	平成 27 年 (2015)	令和 2 年 (2020)	令和 7 年 (2025)	令和 12 年 (2030)	令和 17 年 (2035)	令和 22 年 (2040)
総世帯数	559,215	590,156	610,409	624,538	633,682	633,782
高齢者世帯数	166,217	197,434	217,459	232,049	245,764	262,338
単身世帯数	54,807	67,341	77,151	85,712	94,538	104,328
夫婦のみ世帯数	42,790	50,970	56,123	59,685	62,416	66,213
その他世帯数	68,620	79,123	84,185	86,653	88,810	91,797
総世帯数に占める高齢者世帯数割合	29.7%	33.5%	35.6%	37.2%	38.8%	41.4%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2019年推計）」

図表 1-3 沖縄県と全国平均世帯人員の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（2019年推計）」

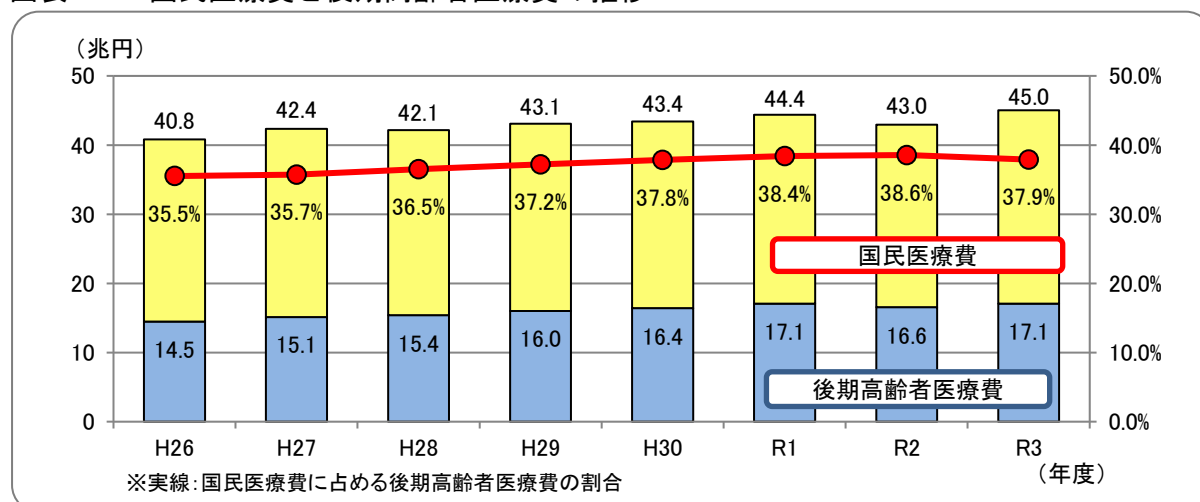
2 医療費の推移と動向

(1) 国民医療費の状況

令和3年度の全国の医療費を示す国民医療費は約45兆円で、前年度に比べ2兆694億円、4.8%の増加となっています。

また、後期高齢者医療費は約17.1兆円で国民医療費に占める割合は37.9%、前年度に比べ0.7ポイント減少したものの、5,082億円増加となっています。(図表2-1)

図表2-1 国民医療費と後期高齢者医療費の推移



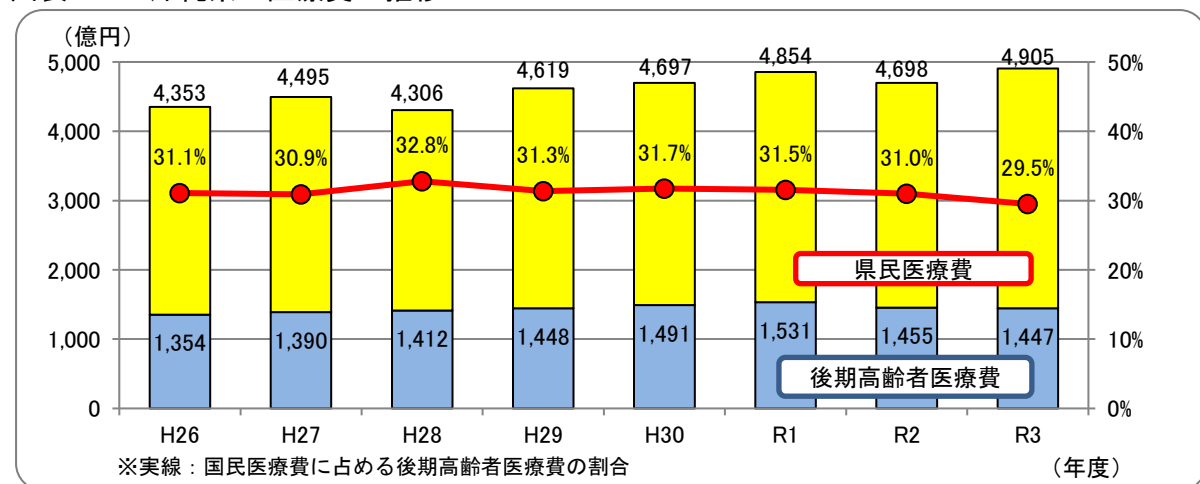
資料：厚生労働省「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」

(2) 沖縄県の医療費の状況

本県の令和3年度の県民医療費は約4,905億円で、前年度に比べ207億円、4.4%の増加となっており、平成26年度と比べると、552億円の増加となっています。

また、令和3年度の後期高齢者医療費は1,447億円で、前年度に比べ8億円、約0.5%の減少となっています。県民医療費に占める後期高齢者医療費の割合は29.5%で、ここ数年横ばいとなっているものの、今後の高齢化の進展に伴い、医療費の増加が見込まれています。(図表2-2)

図表2-2 沖縄県の医療費の推移



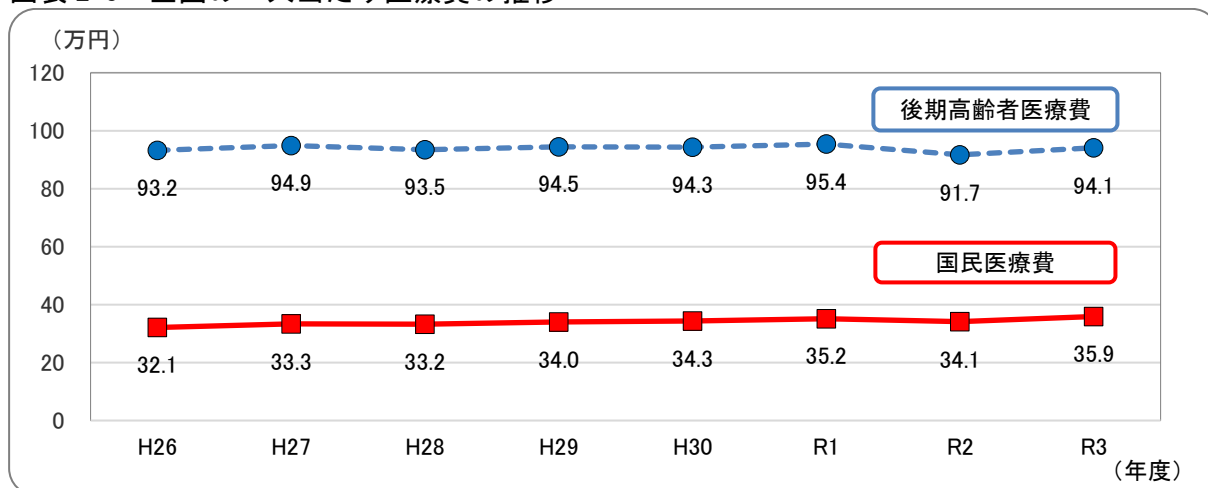
資料：厚生労働省「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」

(3) 一人当たり医療費の状況

令和3年度の一人当たり国民医療費は35万9千円となっており、平成26年度と比べると、3万8千円、約11.7%の増加となっています。

また、一人当たり後期高齢者医療費は94万1千円であり、国民医療費より58万2千円高く、平成26年度と比べて9千円、約0.9%の増加となっています。(図表2-3)

図表2-3 全国の一人当たり医療費の推移



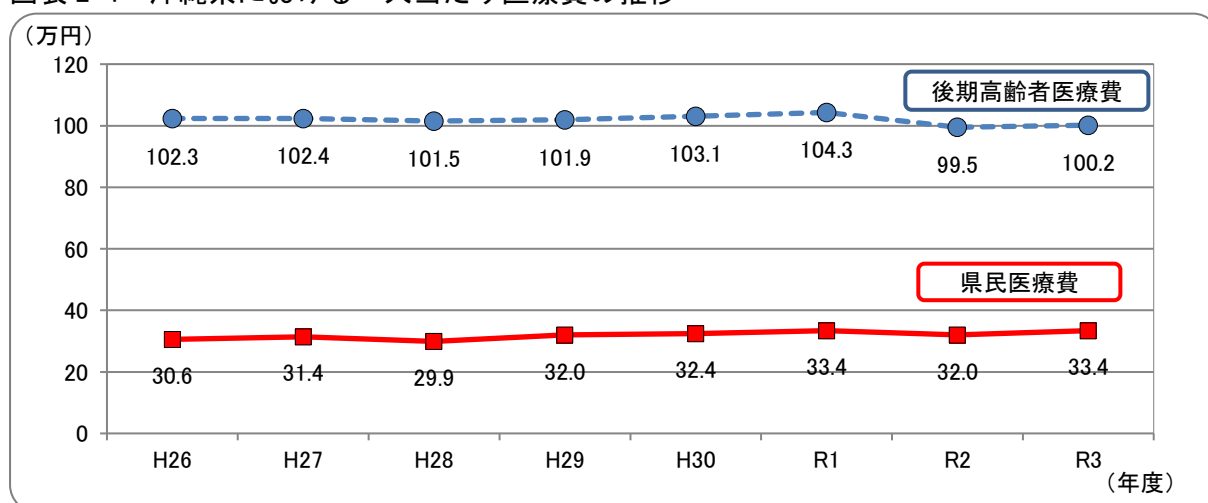
資料：厚生労働省「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」

本県の令和3年度一人当たり県民医療費は33万4千円で、平成26年度と比べると2万8千円、約9.1%増加しており、全国平均の35万9千円より2万5千円低く、全国では39位となっています。(図表2-4、図表2-5)

一方、令和3年度の一人当たり後期高齢者医療費は100万2千円であり、前年度と比べて7千円、0.7%の増加となっており、全国平均の94万1千円より約6万1千円高く、全国で15位となっています。(図表2-4、図表2-6)

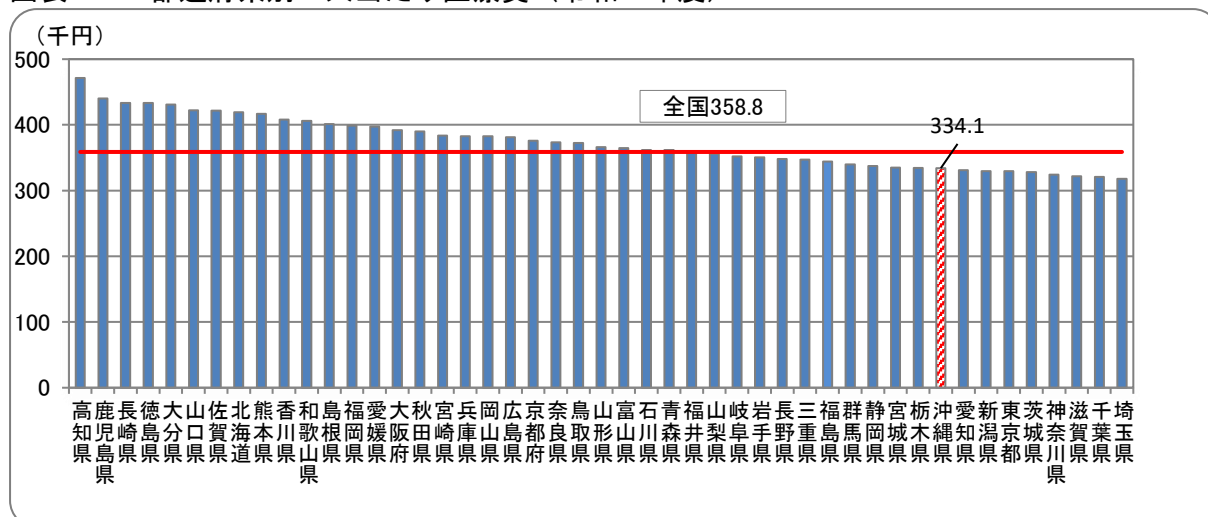
また市町村国保の一人当たり医療費は、約35万円で全国46位となっています。(図表2-7)

図表2-4 沖縄県における一人当たり医療費の推移



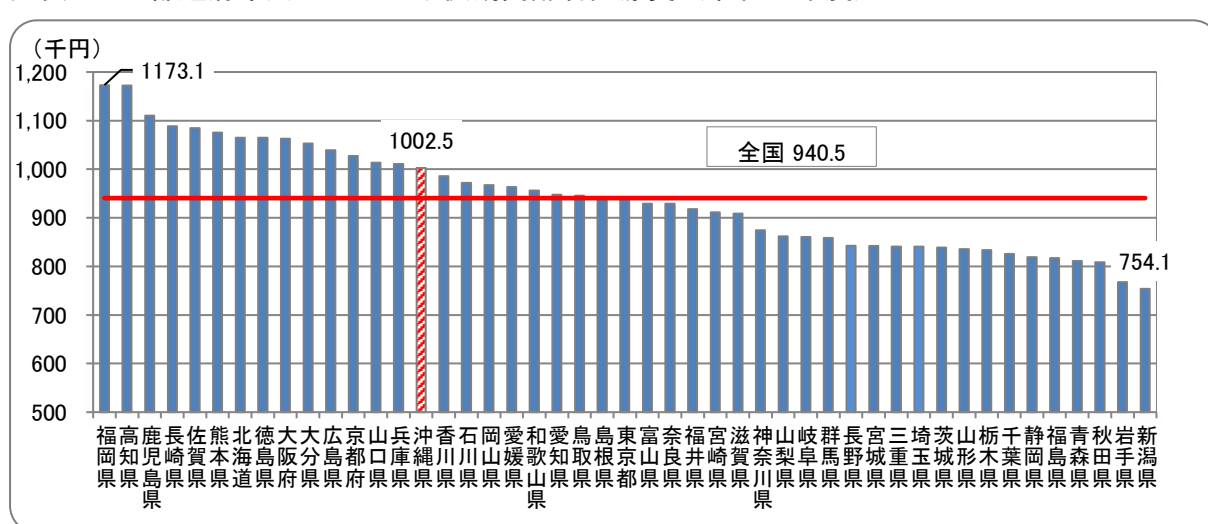
資料：厚生労働省「国民医療費」、「後期高齢者医療事業年報」

図表 2-5 都道府県別一人当たり医療費（令和3年度）



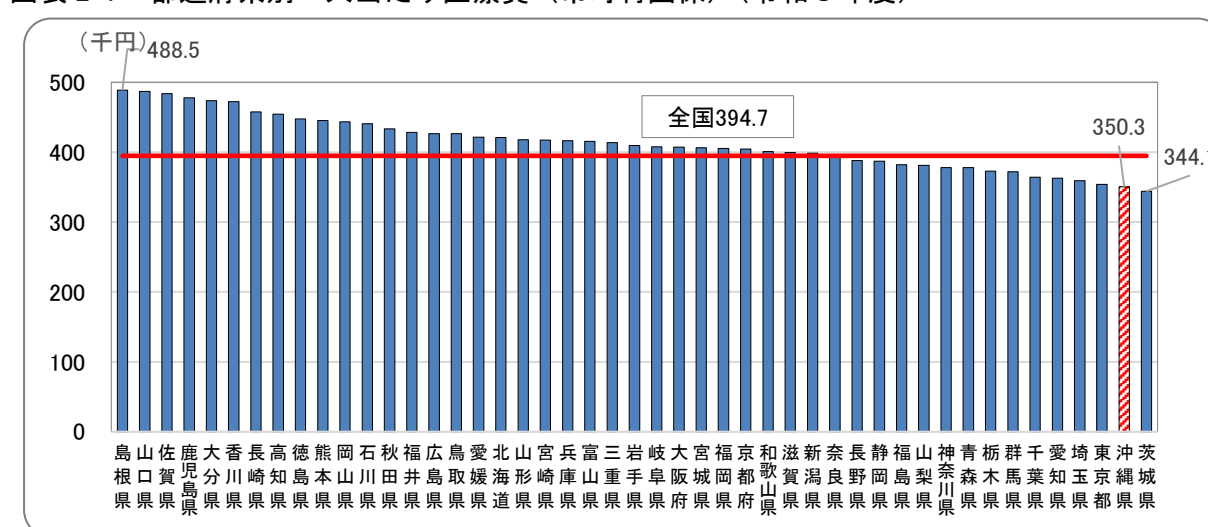
資料：厚生労働省「国民医療費」

図表 2-6 都道府県別一人当たり後期高齢者医療費（令和3年度）



資料：厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

図表 2-7 都道府県別一人当たり医療費（市町村国保）（令和3年度）



資料：厚生労働省「国民健康保険事業年報」

また、市町村国保では、入院外・歯科の合計で、3万3千円低く、入院では5千円高くなっています。(図表 2-9)

(千円)

■ 歯科
▨ 入院外
■ 入院

《全国平均》
歯 科 36(千円)
入 院 外 271(千円)
入 院 445(千円)

北青岩宮秋山福茨栃群埼千東神奈川新潟富石福山長岐静愛滋京大兵奈和島鳥岡山徳香愛高福佐長熊大宮鹿沖
海森手城田形島城木馬玉葉京奈川潟山井梨野阜岡知重賀都阪庫良歌取根山島口島川媛知岡賀崎本分崎児島
道県県県県県県県県県県都県県県県県県県県県府県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県

(千円)

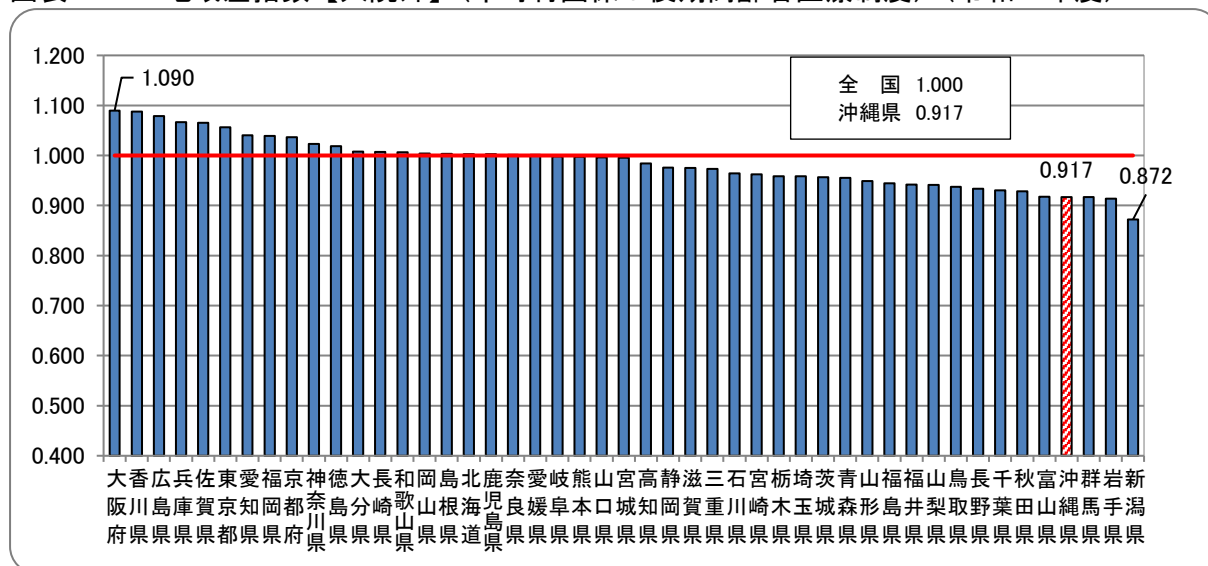
■歯科
▨入院外
■入院

《全国平均》
歯科 27(千円)
入院外 139(千円)
入院 145(千円)

北青岩宮秋山福茨栃群埼千東神新富石福山長岐静愛三滋京大兵奈和島岡広山徳香愛高福佐長熊大宮鹿沖
海森手城田形島城木馬玉葉京奈川潟山川井梨野阜岡知重賀都阪庫良歌取根山島口島川媛知岡賀崎本分崎児島縄
道県県県県県県県県県都県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県県

- 8 -

図表 2-12 地域差指数【入院外】（市町村国保＋後期高齢者医療制度）（令和 3 年度）



資料：厚生労働省「医療費の地域差分析」

図表 2-13 地域差指数の推移（市町村国保＋後期高齢者医療制度）

	H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度
入院	1.304 (5)	1.300 (5)	1.279 (5)	1.281 (5)	1.267 (7)	1.260 (8)	1.225 (11)
入院外	0.910 (46)	0.916 (46)	0.930 (42)	0.929 (42)	0.938 (40)	0.924 (43)	0.917 (44)

資料：厚生労働省「医療費の地域差分析」 ※（ ）は順位

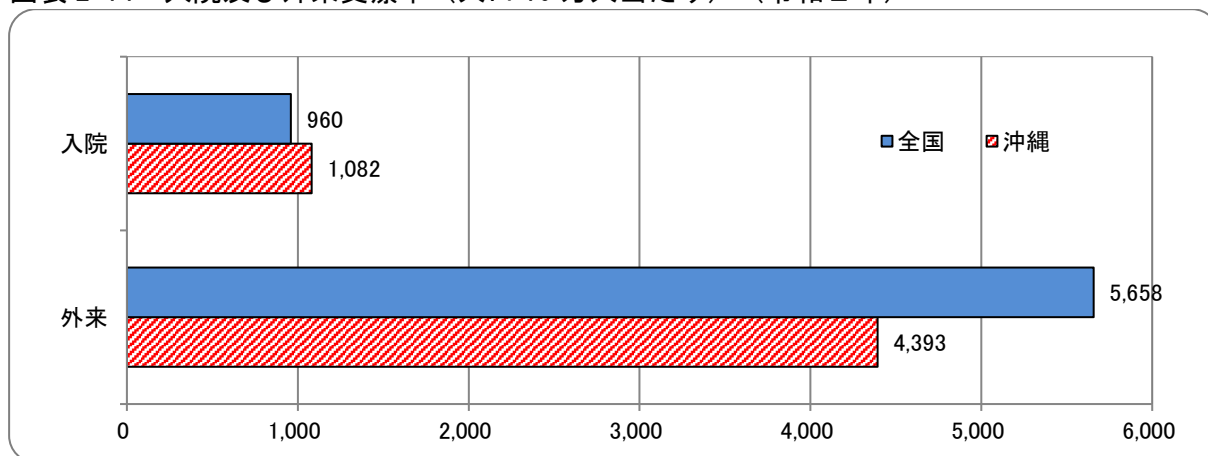
(5) 入院及び外来受療率の状況

本県の令和 2 年の人口 10 万人当たり入院及び外来受療率*をみると、入院は全国平均の 960 より高い 1,082 で全国 23 位、外来では、全国平均の 5,658 より低い 4,393 で、全国では最も低い 47 位となっています。（図表 2-14）

※受療率：ある特定の 1 日に、医療施設（病院及び一般・歯科診療所）を利用した患者数の推計を人口 10 万対であらわした数（都道府県別の人口規模に関係なく患者数を比較することができる）。

・受療率（人口 10 万対）＝ある特定の 1 日の推計患者数／推計人口（10 月 1 日現在）×100,000

図表 2-14 入院及び外来受療率（人口 10 万人当たり）（令和 2 年）

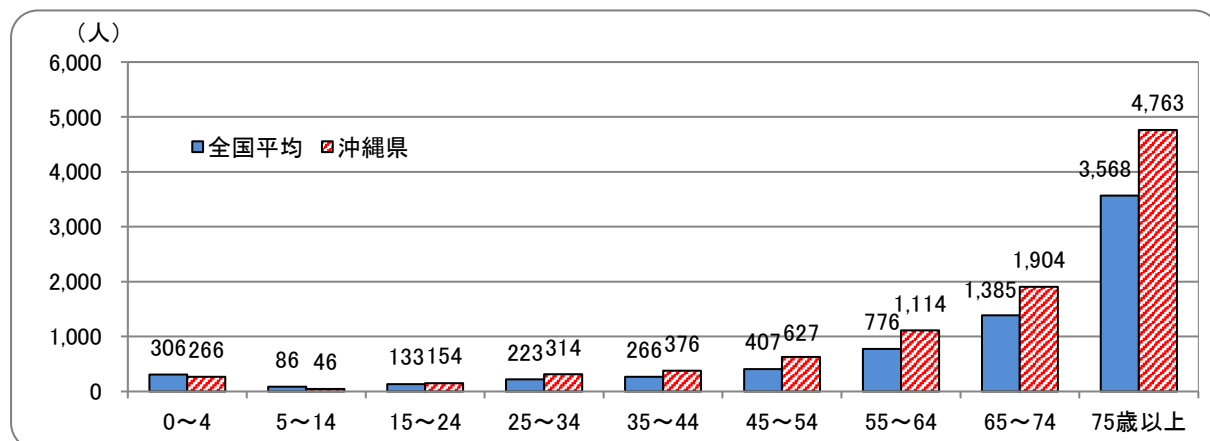


資料：厚生労働省「患者調査」

年齢階級別の人口 10 万人当たりの受療率をみると、入院では 15 歳以上からの年齢階級でも沖縄県が全国平均を上回っており、年齢が上がるにつれ、全国平均との差も大きくなっています。(図表 2-15)

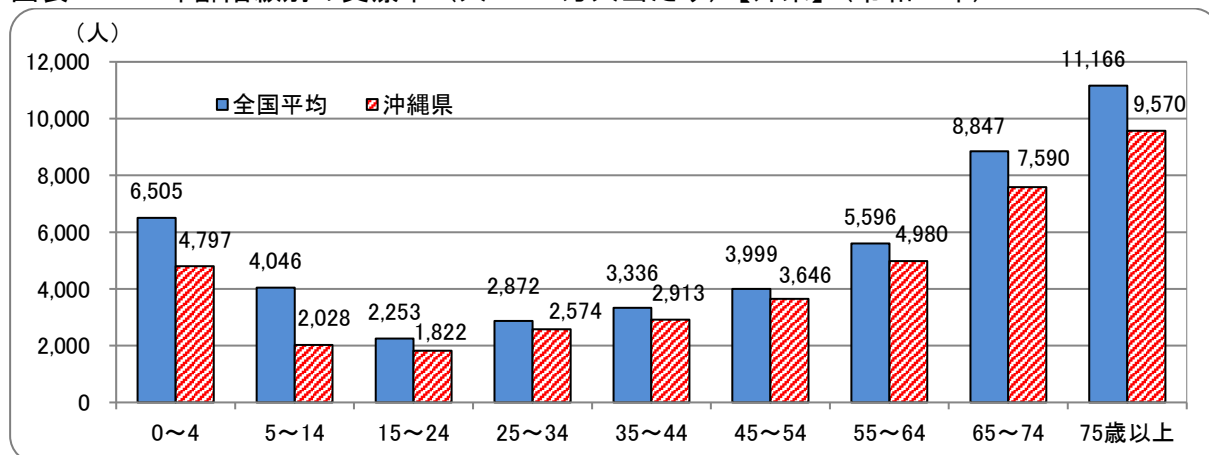
一方、外来では、どの年齢階級でも全国平均を下回っていますが、25 歳以上では年齢が上がるに従って、全国と同様に受療率は増加しています。(図表 2-16)

図表 2-15 年齢階級別の受療率（人口 10 万人当たり）【入院】（令和 2 年）



資料：厚生労働省「患者調査」

図表 2-16 年齢階級別の受療率（人口 10 万人当たり）【外来】（令和 2 年）

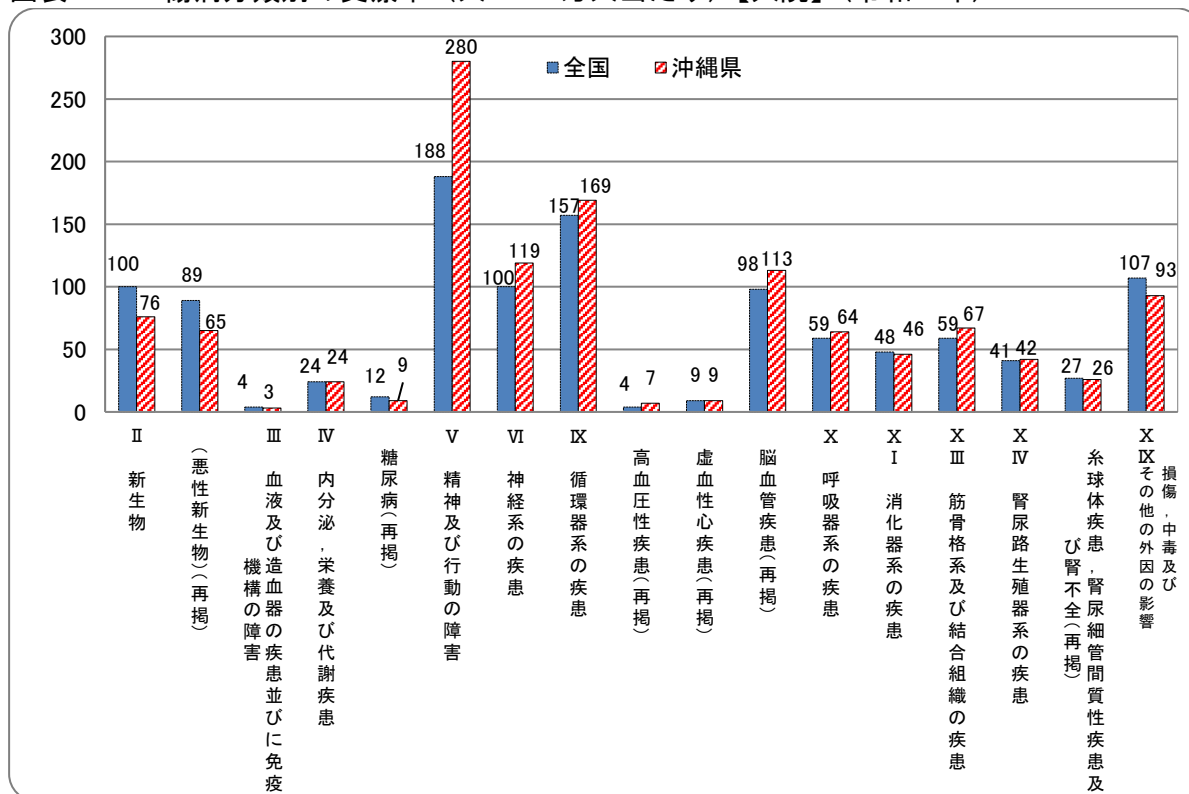


資料：厚生労働省「患者調査」

本県の傷病分類別の入院受療率をみると、精神及び行動の障害、循環器系疾患が高く、循環器系疾患の中では、特に脳血管疾患が高くなっています。(図表 2-17)

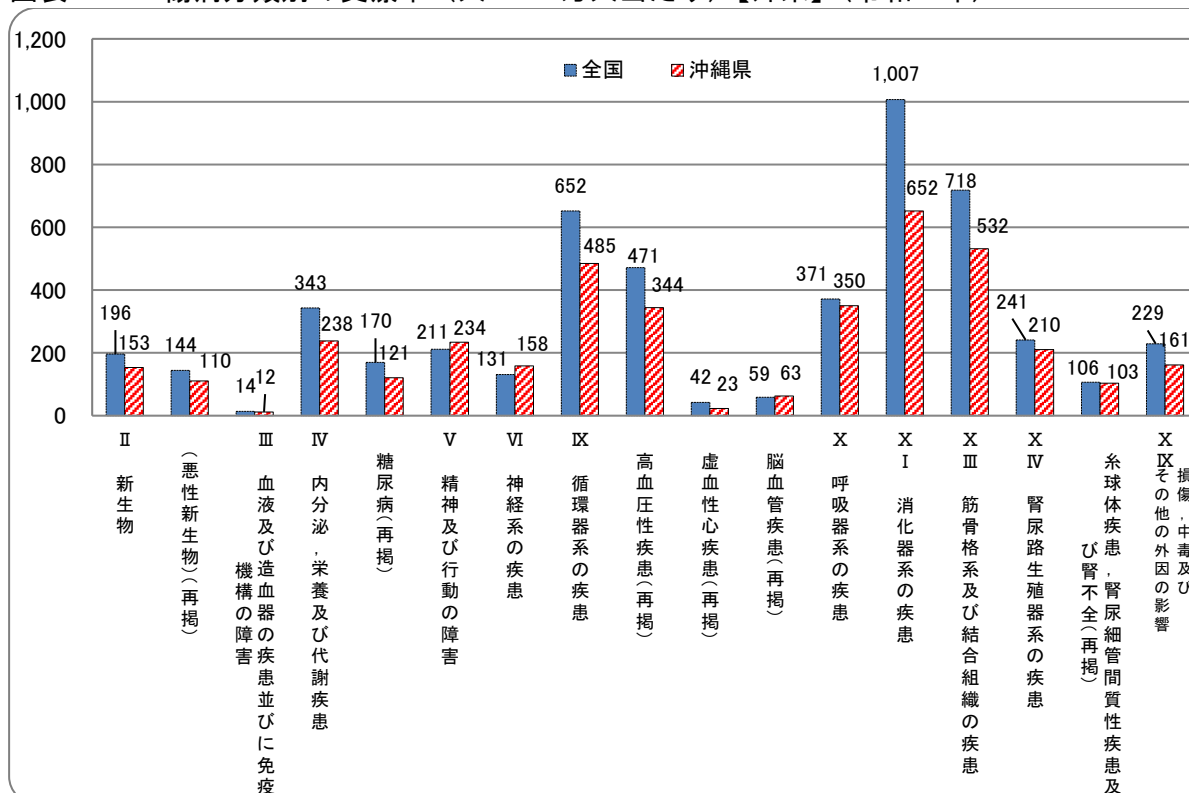
外来受療率では、消化器系疾患、筋骨格系及び結合組織疾患、循環器系疾患が高くなっています。(図表 2-18)

図表 2-17 傷病分類別の受療率（人口 10 万人当たり）【入院】（令和 2 年）



資料：厚生労働省「患者調査」

図表 2-18 傷病分類別の受療率（人口 10 万人当たり）【外来】（令和 2 年）



資料：厚生労働省「患者調査」

3 介護費の推移と動向

(1) 要介護（要支援）高齢者の状況

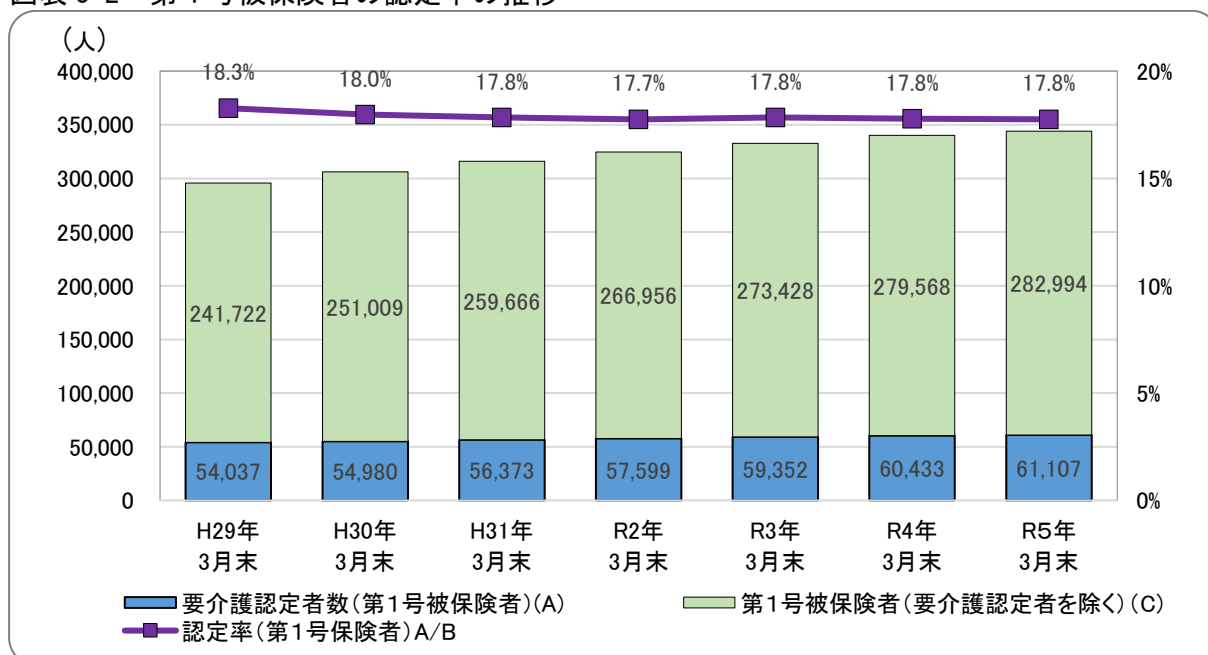
本県では、令和12年（2030年）には高齢化率が26%を超えると推計されており、介護を要する高齢者の増加が見込まれます。本県の要介護（要支援）認定者数は増加傾向にあり、第1号被保険者の認定者数は、令和4年度末で、約6万1千人となっています。認定者数は増加傾向が継続しているものの、認定率（第1号被保険者に占める割合）は低下傾向にありましたが、近年は同水準で推移しています。（図表3-1、図表3-2）

図表3-1 第1号被保険者の認定者数の推移 (人)

	H29年 3月末	H30年 3月末	H31年 3月末	R2年 3月末	R3年 3月末	R4年 3月末	R5年 3月末
要介護認定者数（第1号被保険者）(A)	54,037	54,980	56,373	57,599	59,352	60,433	61,107
第1号被保険者数 (B)	295,759	305,989	316,039	324,555	332,780	340,001	344,101
第1号被保険者（要介護認定者を除く）(C)	241,722	251,009	259,666	266,956	273,428	279,568	282,994
認定率（第1号被保険者）A/B	18.3%	18.0%	17.8%	17.7%	17.8%	17.8%	17.8%

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3、4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

図表3-2 第1号被保険者の認定率の推移



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3、4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

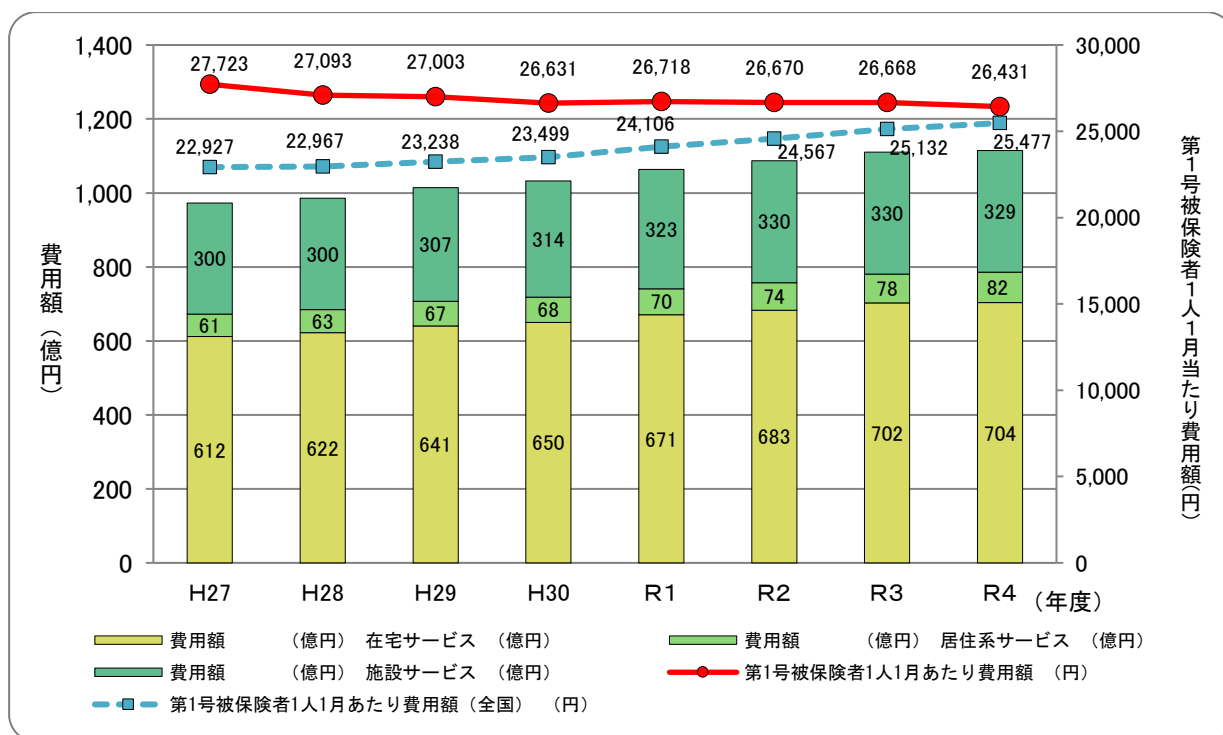
(2) 介護サービス等の状況

本県の介護費用額は毎年増加傾向にあり、令和4年度の介護費用総額は1,114億円で、そのうち在宅サービスが約6割を占めています。

第1号被保険者の1月あたり費用額については、平成27年度以降やや減少傾向にあるものの、一貫して全国平均より高い水準で推移しています。(図表3-3)

図表3-3 沖縄県の介護費用の推移

年度	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
費用額 (億円)	973	985	1,015	1,033	1,064	1,087	1,110	1,114
在宅サービス (億円)	612	622	641	650	671	683	702	704
居住系サービス (億円)	61	63	67	68	70	74	78	82
施設サービス (億円)	300	300	307	314	323	330	330	329
第1号被保険者1人1月あたり費用額 (円)	27,723	27,093	27,003	26,631	26,718	26,670	26,668	26,431
第1号被保険者1人1月あたり費用額 (全国)	22,927	22,967	23,238	23,499	24,106	24,567	25,132	25,477



資料：【費用額】厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3、4年度のみ「介護保険事業状況報告」月報の12ヶ月累計） ※補足給付は費用額に含まれていない

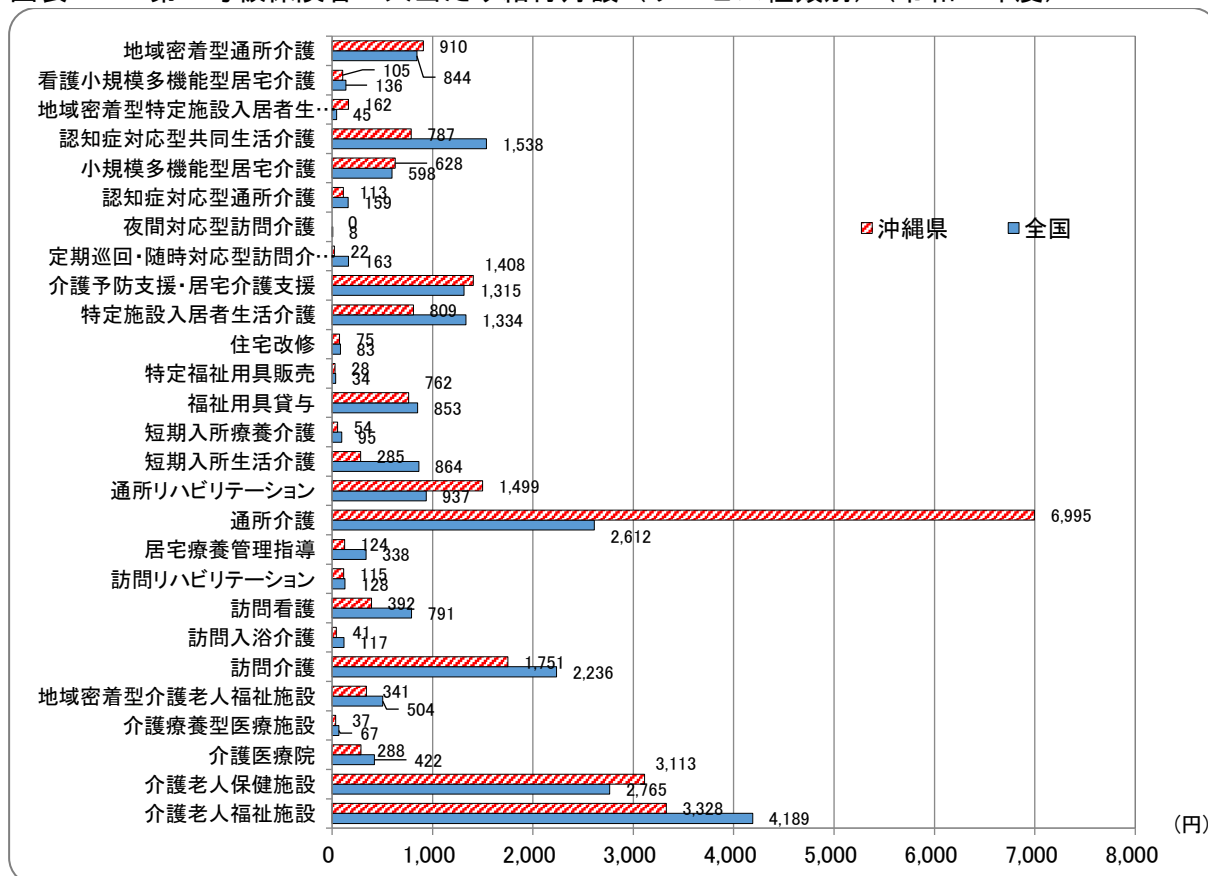
【第1号被保険者1人あたり費用額】費用額を「介護保険事業状況報告」月報における第1号被保険者数の各月累計で除して算出

サービス種類別の第1号被保険者1人あたり給付月額について、全国平均と比較すると、通所介護及び通所リハビリテーションが特に高く、訪問介護や認知症

対応型共同生活介護などが低い傾向にあります。(図表 3-4)

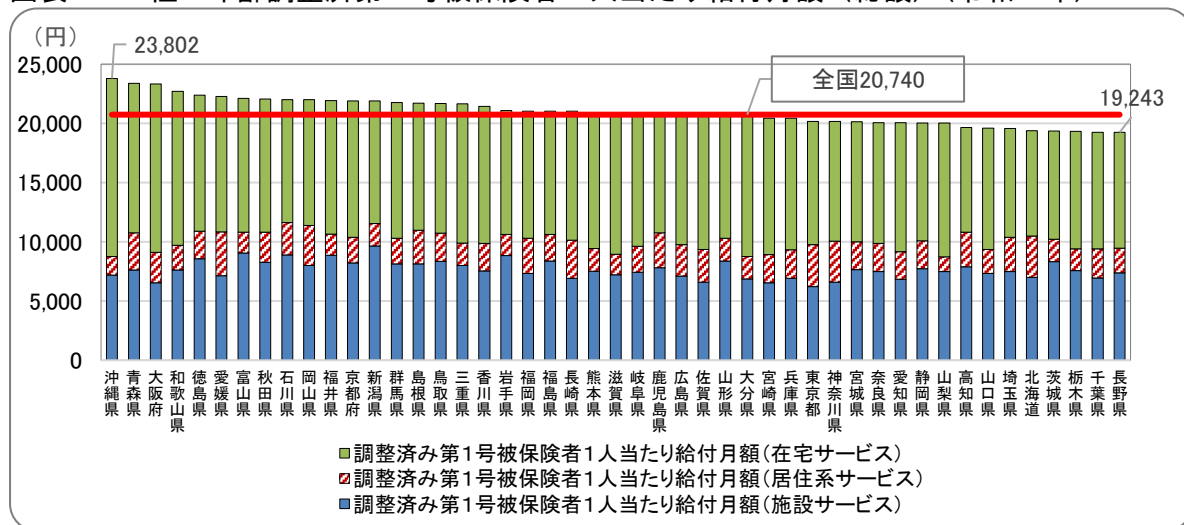
また、性・年齢調整済第1号被保険者1人当たり給付月額について、本県は23,802円で全国1位となっています。(図表 3-5)

図表 3-4 第1号被保険者1人当たり給付月額(サービス種類別)(令和4年度)



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」月報

図表 3-5 性・年齢調整済第1号被保険者1人当たり給付月額(総額)(令和2年)



資料：「介護保険総合データベース」および総務省「住民基本台帳人口・世帯数」

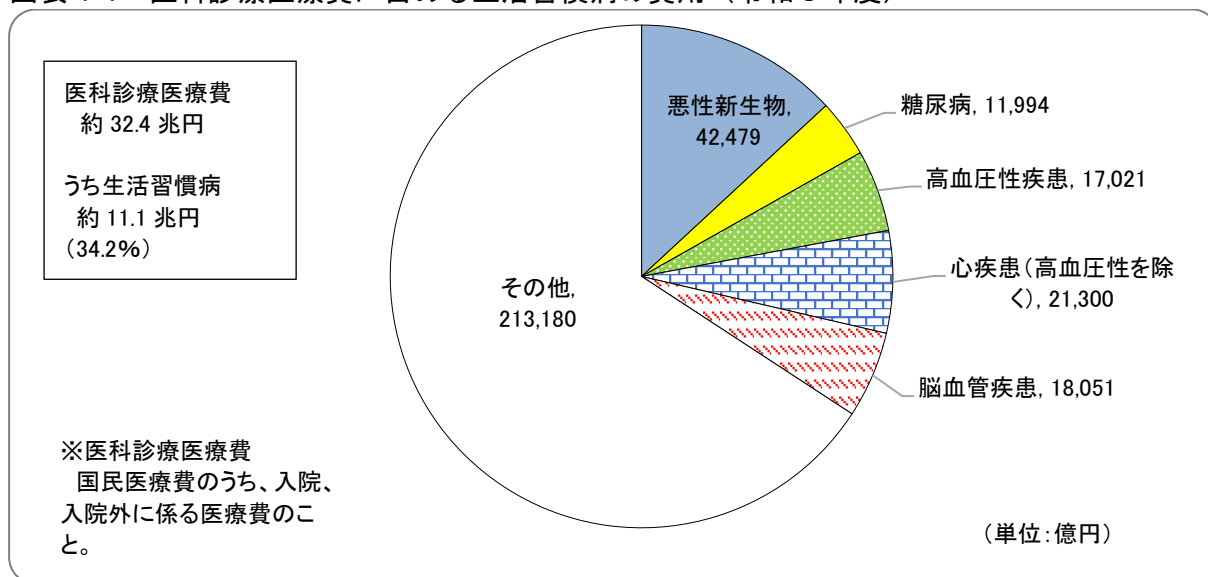
4 生活習慣病等の状況

(1) 生活習慣病の医療費等の状況

令和3年度の国民医療費45兆円のうち、医科診療医療費※は71.9%の32.4兆円で、そのうち生活習慣病※に関連する医療費は34.2%の11.1兆円となっており、国民医療費に占める生活習慣病の割合は24.6%となっています。(図表4-1)

※生活習慣病：食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に關与する疾患の総称。
(主な疾患としては、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、糖尿病などがある。)

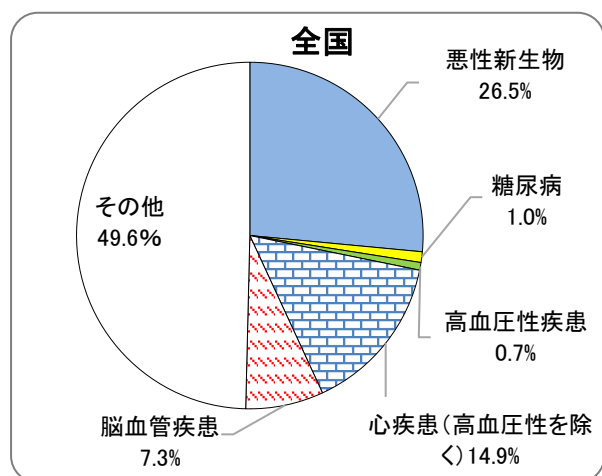
図表4-1 医科診療医療費に占める生活習慣病の費用（令和3年度）



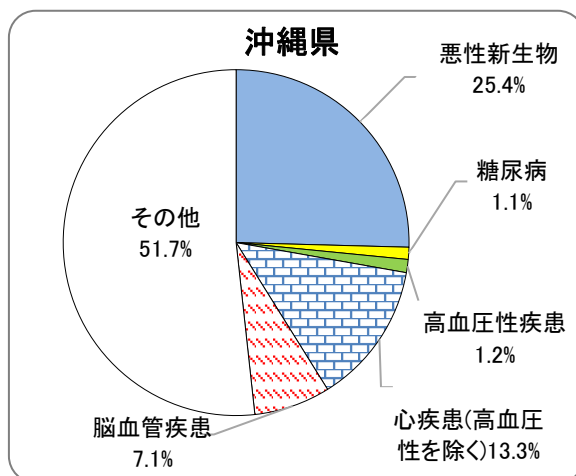
資料：厚生労働省「国民医療費」

令和3年の生活習慣病に関連する死亡割合をみると、沖縄県は48.3%で、全国の50.4%よりは低いものの、県民2人に1人は生活習慣病に起因する疾患で死亡しているものと考えられます。疾患別では、悪性新生物の割合が25.4%と最も高く、次いで心疾患（高血圧性を除く）、脳血管疾患の順に高くなっています。(図表4-2、図表4-3)

図表4-2 生活習慣病の死因別割合【全国】



図表4-3 生活習慣病の死因別割合【沖縄県】

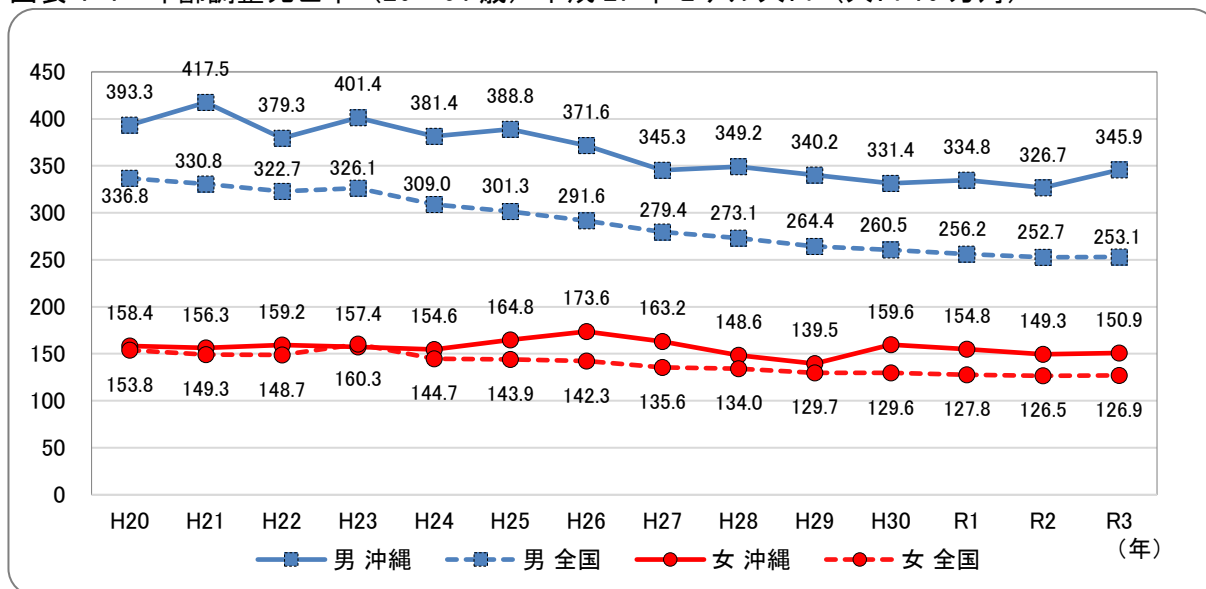


資料：厚生労働省「令和3年人口動態調査」

本県の20歳から64歳の人口10万人当たりの年齢調整死亡率をみると、男女とも全国より高い状況が続いており、令和3年は、男性は全国の1.4倍、女性は全国の1.2倍となっています。（図表4-4）

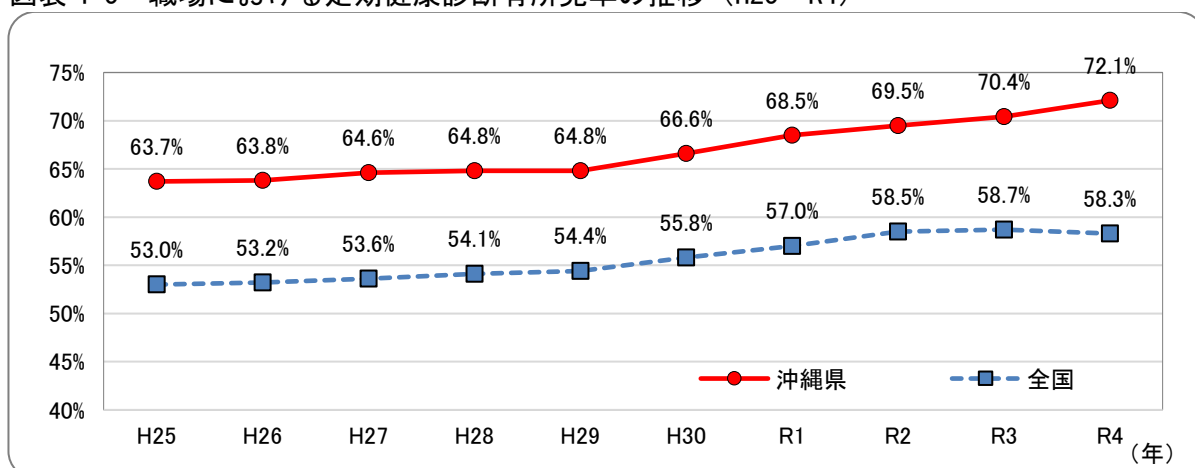
また、職場における定期健康診断有所見率は増加傾向にあり、令和4年は72.1%で全国平均の58.3%を13.8ポイント上回り、平成23年から12年連続全国最下位となっています。（図表4-5）

図表4-4 年齢調整死亡率（20～64歳）平成27年モデル人口（人口10万対）



資料：沖縄県保健医療部「沖縄県市町村別健康指標（令和5年6月）」

図表4-5 職場における定期健康診断有所見率の推移（H25～R4）



資料：沖縄労働局「令和4年職場における定期健康診断実施結果について」

本県の生活習慣病関連疾患の人口10万人当たり受療率をみると、入院外15.0%に対して、入院が18.8%と3.8ポイント高くなっています。また、外来では高血圧性疾患、糖尿病、悪性新生物、入院では、脳血管疾患、悪性新生物、糖尿病及び虚血性心疾患の順で高くなっています。（図表4-6）

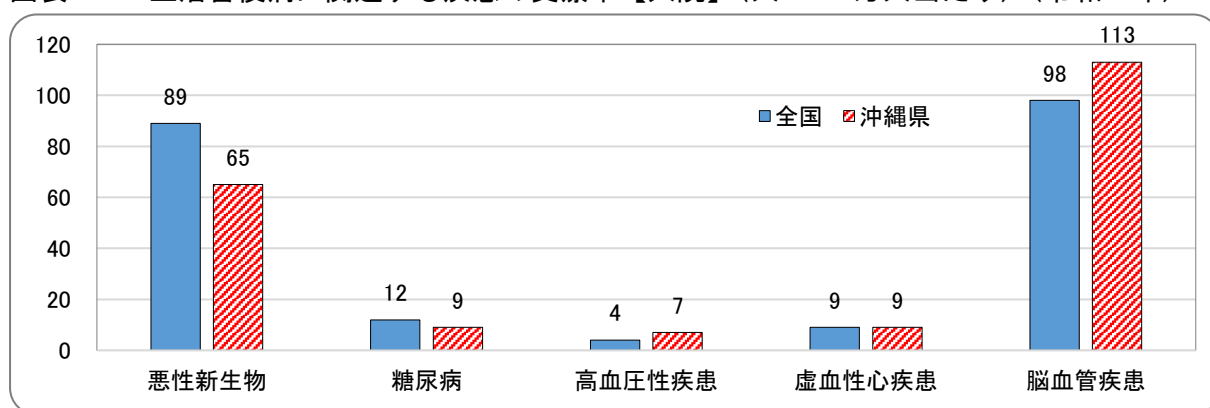
全国平均と比べると、入院で3.3ポイント、外来で0.7ポイントどちらも下回っています。入院受療率では、高血圧性疾患と脳血管疾患が全国よりも高く、外来受療率では脳血管疾患が全国より高くなっています。（図表4-7、図表4-8）

図表 4-6 受療率（人口 10 万人当たり）に占める生活習慣病の割合（令和 2 年）

	全国				沖縄県			
	入院		入院外		入院		入院外	
	受療率	割合	受療率	割合	受療率	割合	受療率	割合
総計	960	－	5,658	－	1,082	－	4,393	－
生活習慣病	212	22.1%	886	15.7%	203	18.8%	661	15.0%
悪性新生物	89	9.3%	144	2.5%	65	6.0%	110	2.5%
糖尿病	12	1.3%	170	3.0%	9	0.8%	121	2.8%
高血圧性疾患	4	0.4%	471	8.3%	7	0.6%	344	7.8%
虚血性心疾患	9	0.9%	42	0.7%	9	0.8%	23	0.5%
脳血管疾患	98	10.2%	59	1.0%	113	10.4%	63	1.4%
その他	748	77.9%	4,772	84.3%	879	81.2%	3,732	85.0%

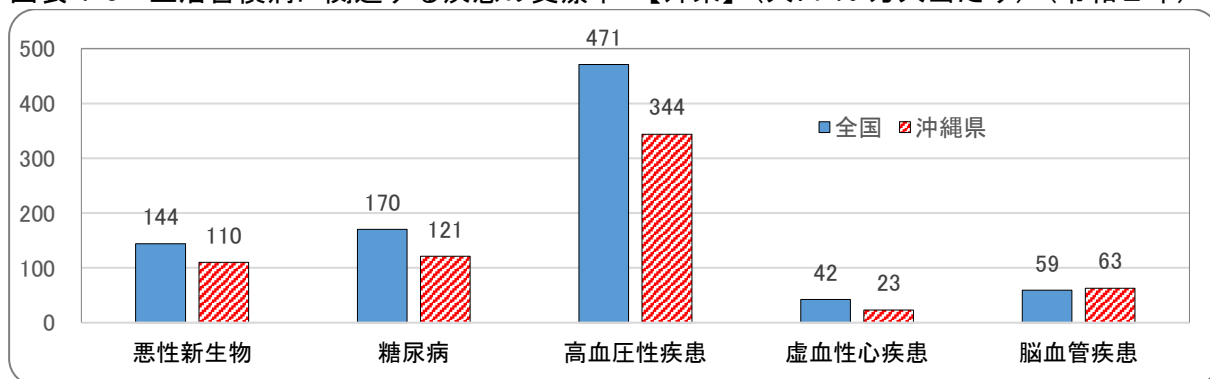
資料：厚生労働省「患者調査」

図表 4-7 生活習慣病に関連する疾患の受療率【入院】（人口 10 万人当たり）（令和 2 年）



資料：厚生労働省「患者調査」

図表 4-8 生活習慣病に関連する疾患の受療率【外来】（人口 10 万人当たり）（令和 2 年）

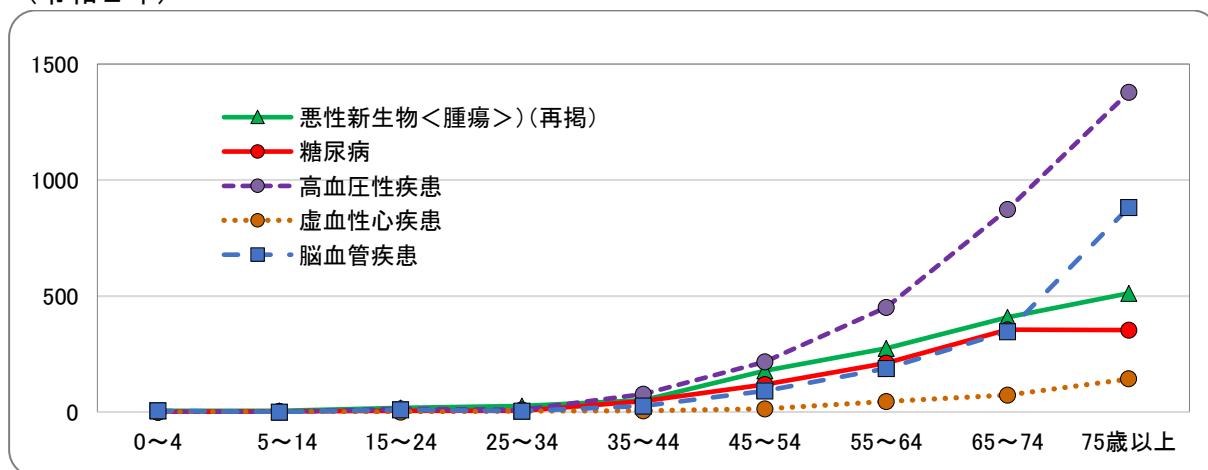


資料：厚生労働省「患者調査」

本県の令和 2 年の生活習慣病関連疾患の人口 10 万人当たり受療率を年齢階級別でみると、どの疾患でも年齢とともに増加しており、高血圧性疾患、脳血管疾患、悪性新生物、糖尿病、虚血性心疾患の順で多くなっています。

特に 75 歳以上では、脳血管疾患が高血圧性疾患に次いで受療率が高くなっています。（図表 4-9）

図表 4-9 沖縄県の生活習慣病に関連する疾患の受療率（年齢階級別）（人口 10 万人当たり）
（令和 2 年）



資料：厚生労働省「患者調査」

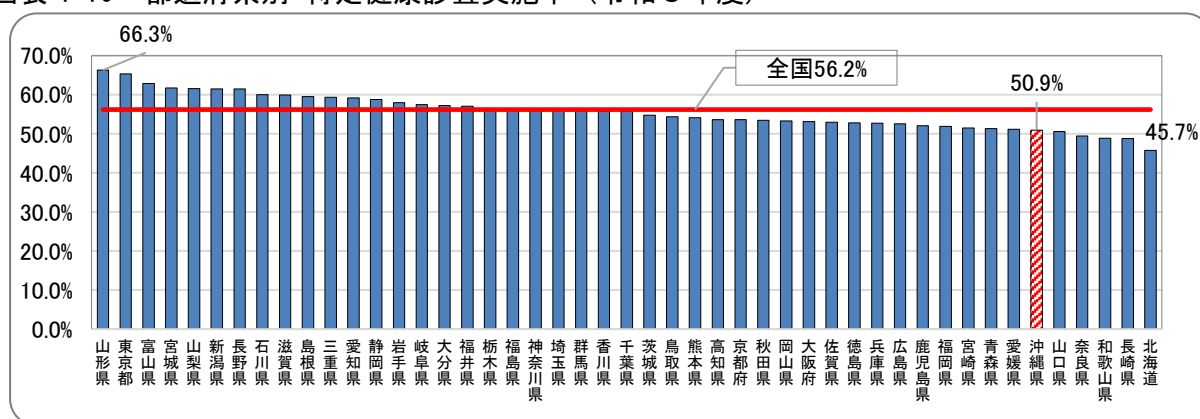
(2) 特定健康診査、特定保健指導、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

ア 特定健康診査の実施率

本県の令和 3 年度の特定健康診査※の実施率は 50.9%で、全国平均の 56.2%より低くなっています。平成 26 年度から令和 3 年度までの推移をみると、令和元年度までは年々増加していましたが、令和 2 年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、全国同様、前年度を下回りました。令和 3 年度は実施率が増加し、全国では令和元年度の実施率を越えましたが、本県では令和元年度の実施率よりも低く、全国順位は 42 位となっています。（図表 4-10、図表 4-11）

年齢階級別の受診者数では、40～64 歳までは男性が多く、65 歳以上では女性が多くなっています。（図表 4-12）

図表 4-10 都道府県別 特定健康診査実施率（令和 3 年度）



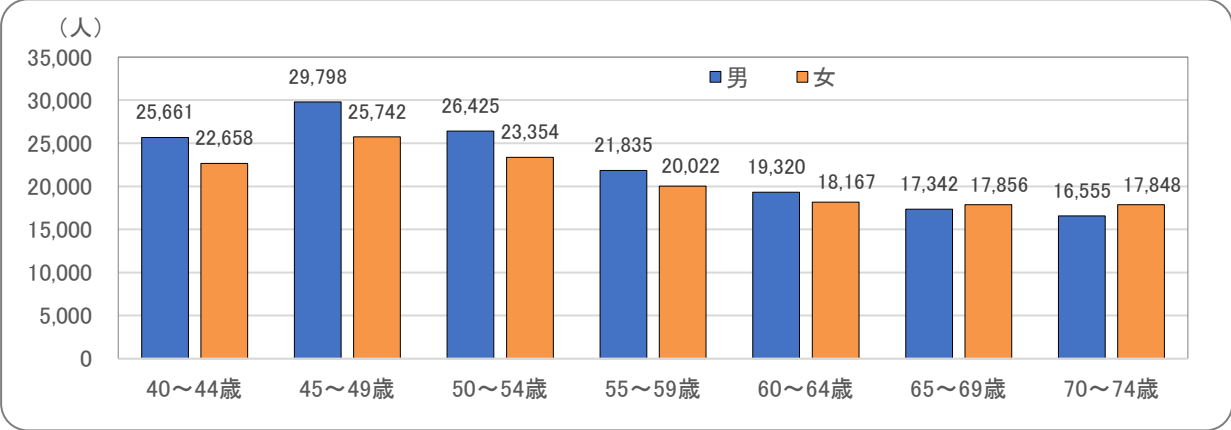
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 4-11 特定健康診査実施率の推移

	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度
沖縄県	47.0%	48.7%	49.8%	50.6%	51.6%	52.2%	48.8%	50.9%
	(26 位)	(24 位)	(24 位)	(26 位)	(28 位)	(30 位)	(41 位)	(42 位)
全国平均	48.6%	50.1%	51.4%	52.9%	54.4%	55.3%	53.1%	56.2%

資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 4-12 沖縄県の特健康診査受診者数（年齢階級別 令和 3 年度）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

※特定健康診査：平成 20 年 4 月から保険者に義務づけられており、メタボリックシンドローム該当者等の把握や生活習慣病の発症及び重症化予防を目的とした健診。対象者は 40 歳から 74 歳までの被保険者。

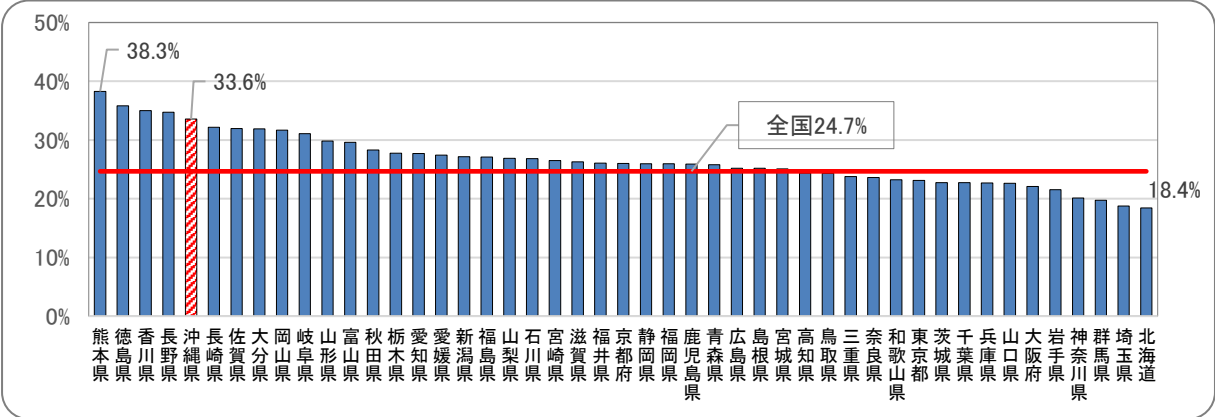
イ 特定保健指導の実施率

本県の令和 3 年度の特健康指導※の実施率は 33.6% で全国平均の 24.7% より高く、全国 5 位となっています。（図表 4-13）

また、平成 26 年度から令和 3 年度までの推移では、各年度とも全国平均より高くなっています。（図表 4-14）

年齢階級別の実施率では、女性の 65 歳以上で目標値である 45% を上回っているものの、それ以外の年齢階級では男女ともに目標値を下回っています。（図表 4-15）

図表 4-13 都道府県別特健康指導実施率（令和 3 年度）



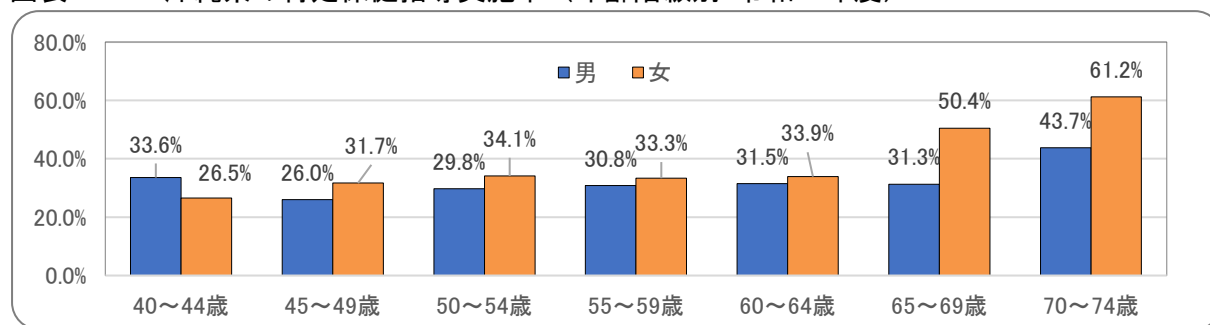
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 4-14 特定保健指導実施率の推移

	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度
沖縄県	30.5%	30.4%	32.5%	33.2%	40.3%	36.0%	35.6%	33.6%
	(2 位)	(1 位)	(1 位)	(1 位)	(1 位)	(2 位)	(3 位)	(5 位)
全国平均	17.8%	17.5%	18.8%	19.5%	23.3%	23.2%	23.0%	24.7%

資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 4-15 沖縄県の特定保健指導実施率（年齢階級別 令和3年度）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

※特定保健指導：特定健康診査の結果を基に、対象者自らが生活習慣における課題に気づき、行動変容の方向性を自らが導き出せるよう指導すること。

ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

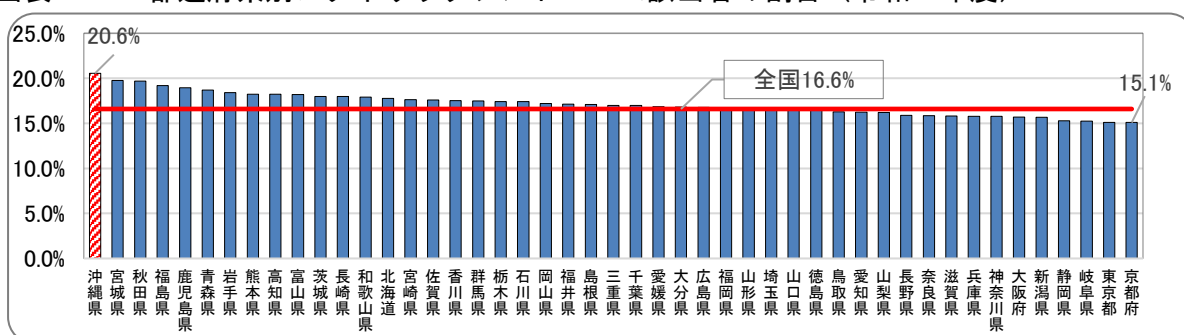
令和3年度のメタボリックシンドローム該当者※の状況を全国と比べると、本県は20.6%で全国平均の16.6%より高く、全国1位となっています。（図表4-16）

また、メタボリックシンドローム予備群※は15.3%で、全国平均の12.5%より高くなっており、同じく全国1位となっています。（図表4-17）

※メタボリックシンドローム該当者及び予備群：

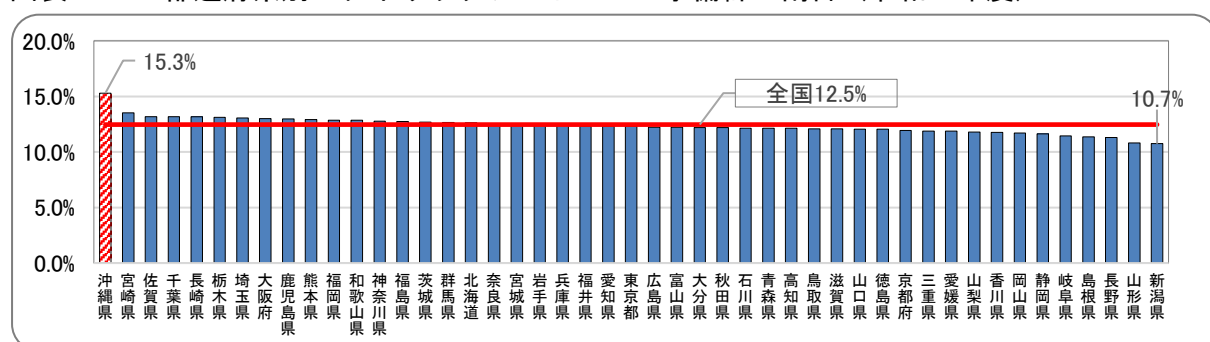
内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）に起因した血圧、糖代謝、脂質代謝の異常により、全身の動脈硬化が進行しやすくなっている状態をいう。腹囲（男性 ≥ 85 cm、女性 ≥ 90 cm）かつ、追加リスク（血糖、血中脂質、血圧）のうち2つ以上に該当する者を該当者、1つ該当する者を予備群という。

図表 4-16 都道府県別メタボリックシンドローム該当者の割合（令和3年度）



資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

図表 4-17 都道府県別メタボリックシンドローム予備群の割合（令和3年度）



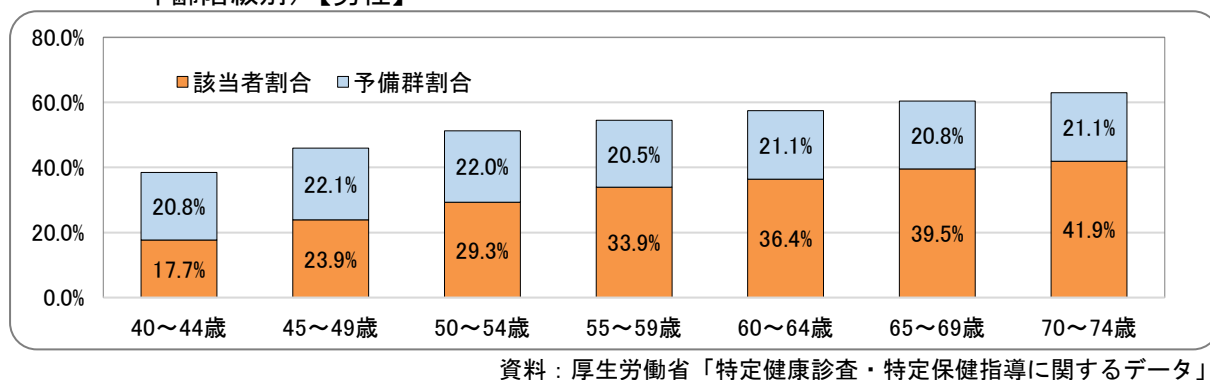
資料：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

さらに年齢階級別でみると、男性のメタボリックシンドローム該当者の割合が最も多いのは70～74歳で41.9%となっています。また、メタボリックシンドローム予備群の割合が最も多いのは、45～49歳で22.1%となっています。該当者及び予備群を合わせると、50歳以上で50%を超えている状況です。（図表4-18）

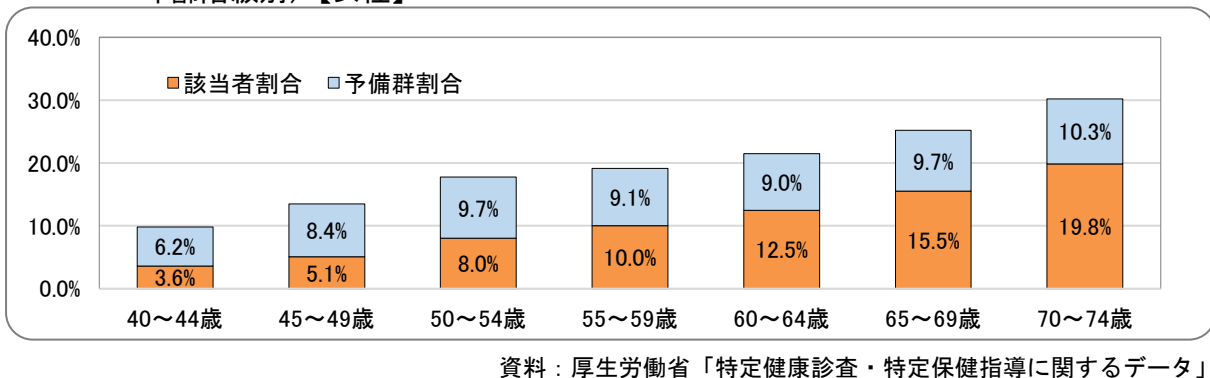
一方、女性の場合、男性と比べて該当者及び予備群の割合は低いものの、どちらも年齢が上がるにつれて増加する傾向にあり、70～74歳では該当者と予備群を合わせると30%を超えている状況です。（図表4-19）

年度別の推移では、平成27年度までは年々減少傾向を示していましたが、平成28年度からは増加傾向となっています。（図表4-20）

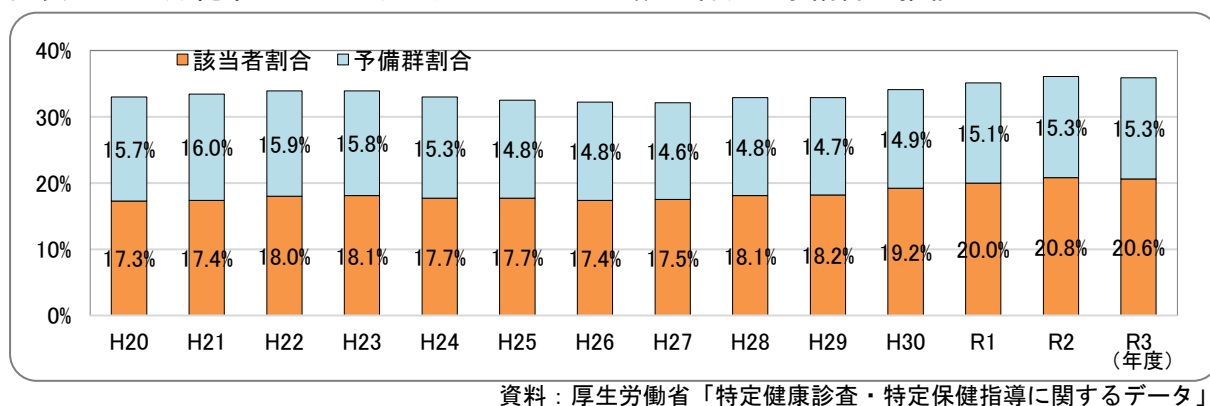
図表4-18 沖縄県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（令和3年度・年齢階級別）【男性】



図表4-19 沖縄県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（令和3年度・年齢階級別）【女性】



図表4-20 沖縄県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推移



5 喫煙の状況

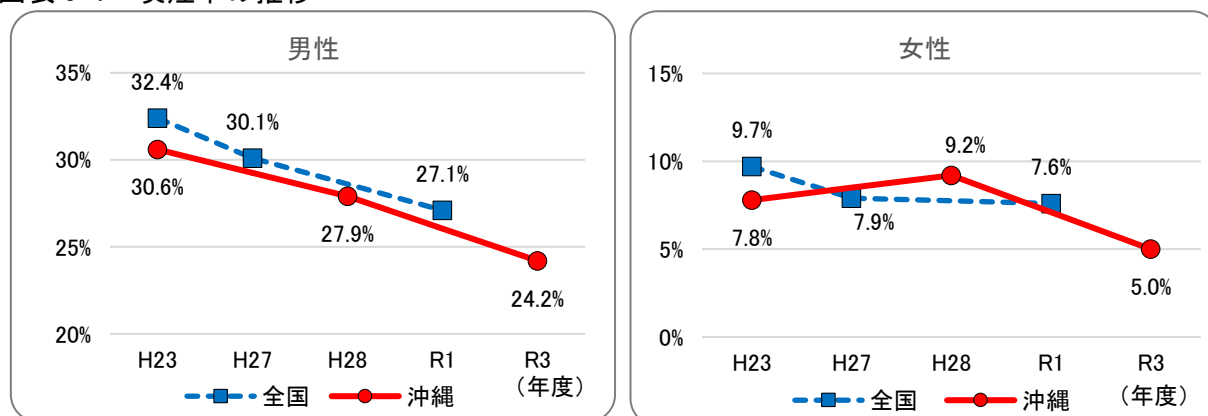
本県の喫煙率は減少傾向にあり、令和3年度で男性24.2%、女性5.0%で、全国に比べて男女ともに低い値となっています。(図表5-1)

令和4年度の妊婦の喫煙率は2.1%で横ばいとなっており、ゼロになっていません。(図表5-2)

高校生の喫煙率は、男子2.5%、女子0.8%と減少傾向にありますが、ゼロになっていません。(図表5-3)

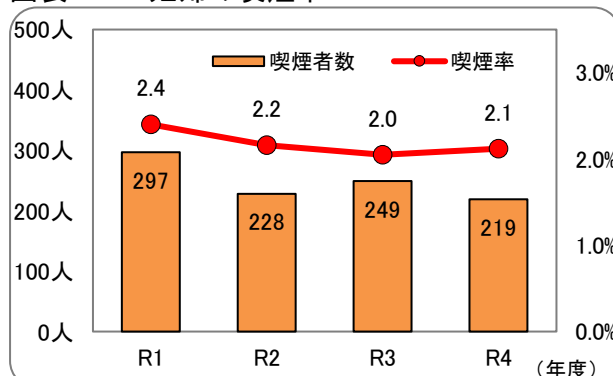
令和2年に改正健康増進法が全面施行され、望まない受動喫煙を防止することとされましたが、受動喫煙の機会としては、「路上」「飲食店」「職場」が多くなっています。(図表5-4)

図表5-1 喫煙率の推移



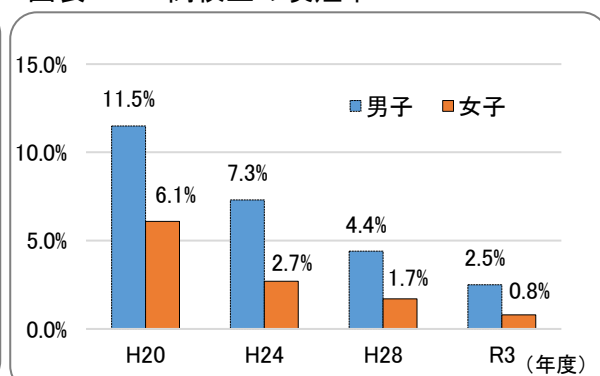
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、沖縄県「県民健康・栄養調査」

図表5-2 妊婦の喫煙率



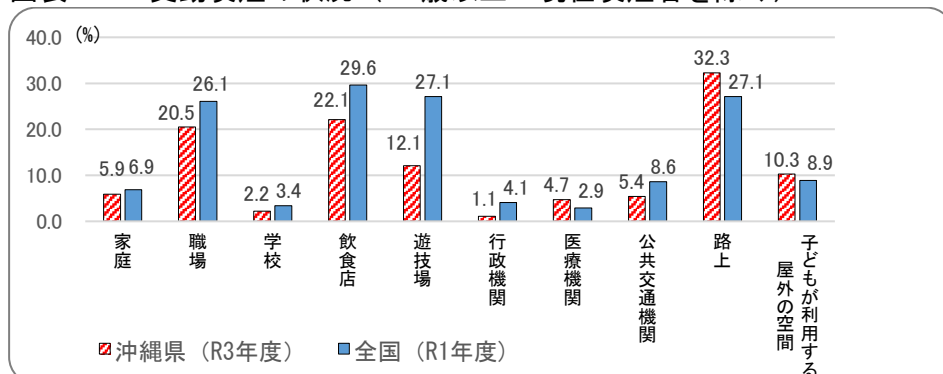
資料：こども家庭庁成育局「母子保健事業に係る実施状況等調査」

図表5-3 高校生の喫煙率



資料：Takakura, et al. School Health 2023:19:14-25

図表5-4 受動喫煙の状況（20歳以上・現在喫煙者を除く）



問：あなたはこの1ヶ月間に、望まずに自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）がありましたか。

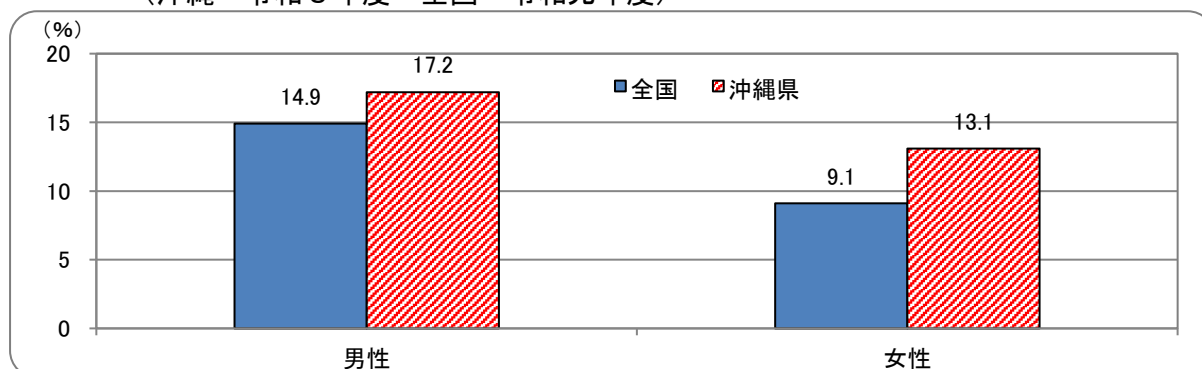
資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」（令和1年度）、沖縄県「県民健康・栄養調査」（令和3年度）

6 飲酒の状況

本県の令和3年度の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合をみると、男性は全国14.9%に対して2.3ポイント高い17.2%となっています。女性は全国9.1%に対して4.0ポイント高い13.1%となっており、特に女性で全国との差が大きくなっています。(図表6-1)

また、本県の令和3年のアルコール性肝疾患による人口10万人当たりの死亡率をみると、男性は20.6で全国平均8.7の約2.4倍高く、女性も3.4で全国平均1.3の約2.6倍高くなっています。(図表6-2)

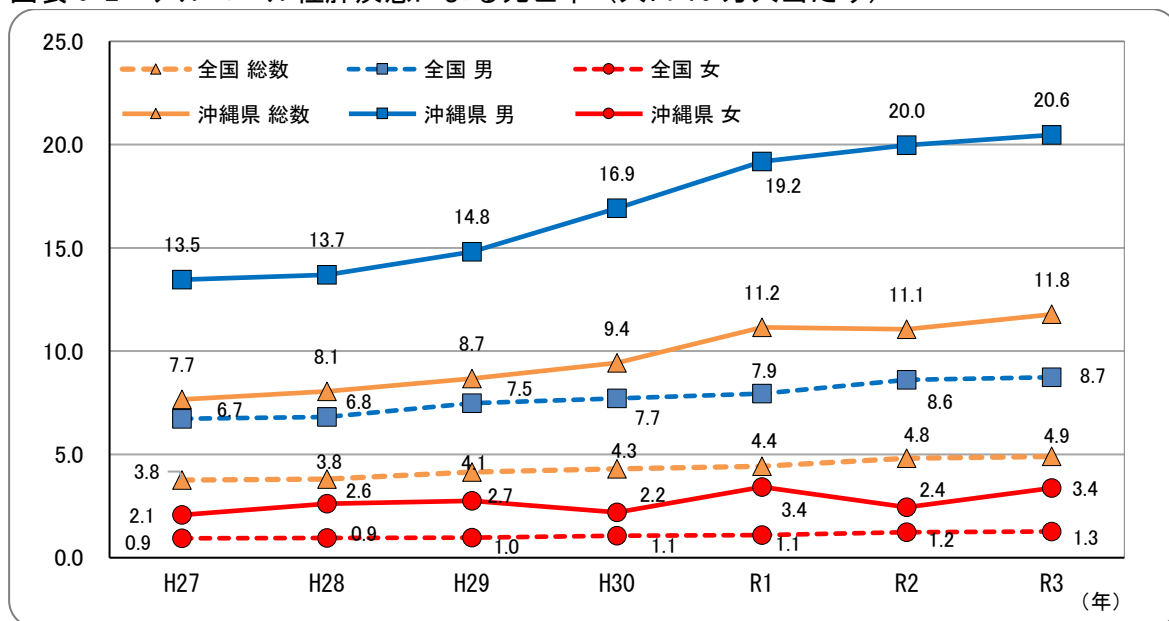
図表6-1 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合
(沖縄・令和3年度 全国・令和元年度)



資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、沖縄県「県民健康・栄養調査」

※生活習慣病のリスクを高める飲酒量：1日当たり純アルコール量が男性40g以上、女性20g以上。
対象者は20歳以上の男性及び女性。

図表6-2 アルコール性肝疾患による死亡率（人口10万人当たり）



資料：厚生労働省「人口動態調査」

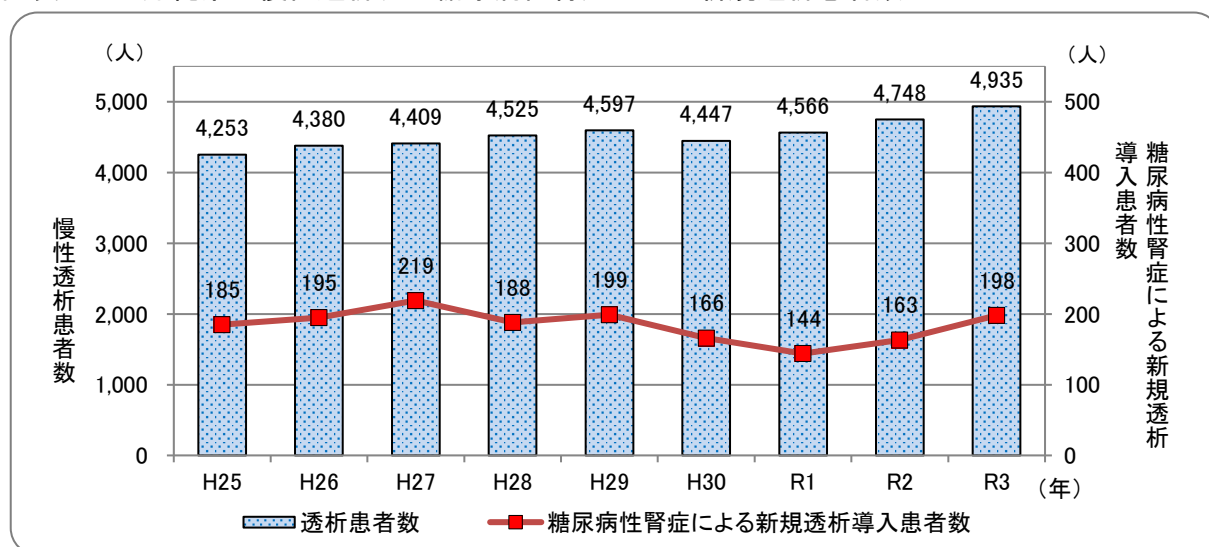
7 慢性透析及び糖尿病性腎症による新規透析導入者の状況

本県の慢性透析患者数の推移をみると、令和3年は4,935人で、前年度と比べ187人増加しており、人口100万人当たりの透析患者数は3,362人で全国平均より高くなっています。

糖尿病性腎症※による新規透析患者数は、平成27年から令和元年までは減少していましたが、令和2年、3年と増加しています。（図表7-1、7-2）

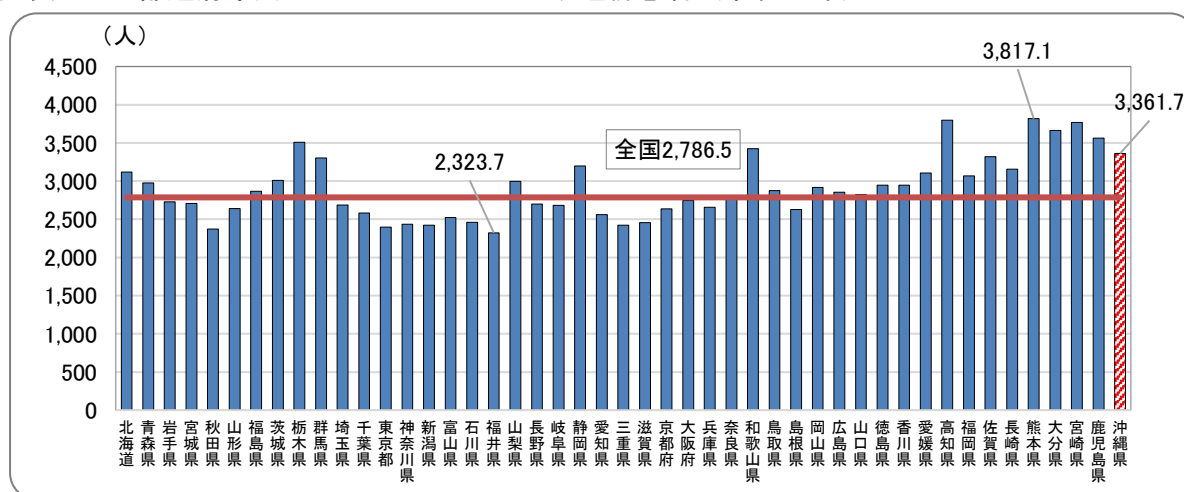
※糖尿病性腎症：糖尿病（血液中のブドウ糖が慢性的に高い状態）の合併症のうちの1つで、腎症が悪化し腎不全となった場合、透析が必要となる。

図表 7-1 沖縄県の慢性透析及び糖尿病性腎症による新規透析患者数



資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

図表 7-2 都道府県別の人口100万人当たり透析患者（令和3年）



資料：日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」

8 予防接種の状況

予防接種は、感染症等による重症化予防や、公衆衛生及び住民の健康保持の観点から重要とされています。

高齢者のインフルエンザ及び成人肺炎の 25～40%を占める肺炎球菌感染症の予防接種は、感染症の対策上、重要度が高く、一定の年齢において接種を受けることとされている定期予防接種に分類され、また、個人予防に重点が置かれています。

インフルエンザ及び肺炎球菌感染症は、子どもや高齢者のほか、免疫力が低下している方の場合、重篤化する可能性が高くなります。

本県の 65 歳以上のインフルエンザワクチンの接種率は、令和 2 年度は 60%を超えていましたが、令和 3 年度は 51.8%となっています。

一方、平成 26 年 10 月から定期予防接種となった高齢者の肺炎球菌ワクチンの接種率は、平成 28 年度は 57.8%でしたが、令和 3 年度は 24.5%と低下しています。

(図表 8-1)

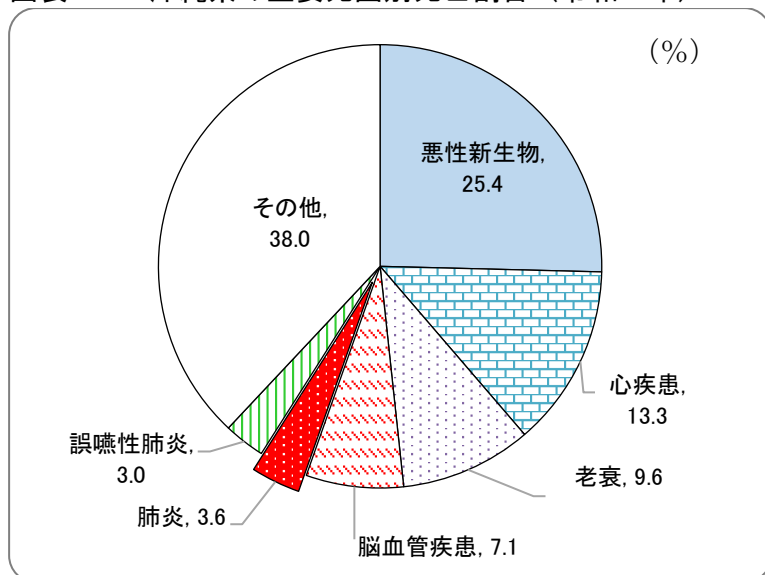
また、本県の令和 3 年の主要死因別死亡割合をみると、肺炎は 3.6%で第 5 位となっています。(図表 8-2)

図表 8-1 沖縄県における定期予防接種の年度別推移 (65 歳以上)

	平成 28 年度	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度
インフルエンザ	53.1%	51.8%	51.3%	51.1%	62.4%	51.8%
高齢者肺炎球菌 (経過措置含)	57.8%	37.4%	37.9%	36.5%	39.2%	24.5%

資料：沖縄県保健医療部 ワクチン・検査推進課調べ

図表 8-2 沖縄県の主要死因別死亡割合 (令和 3 年)



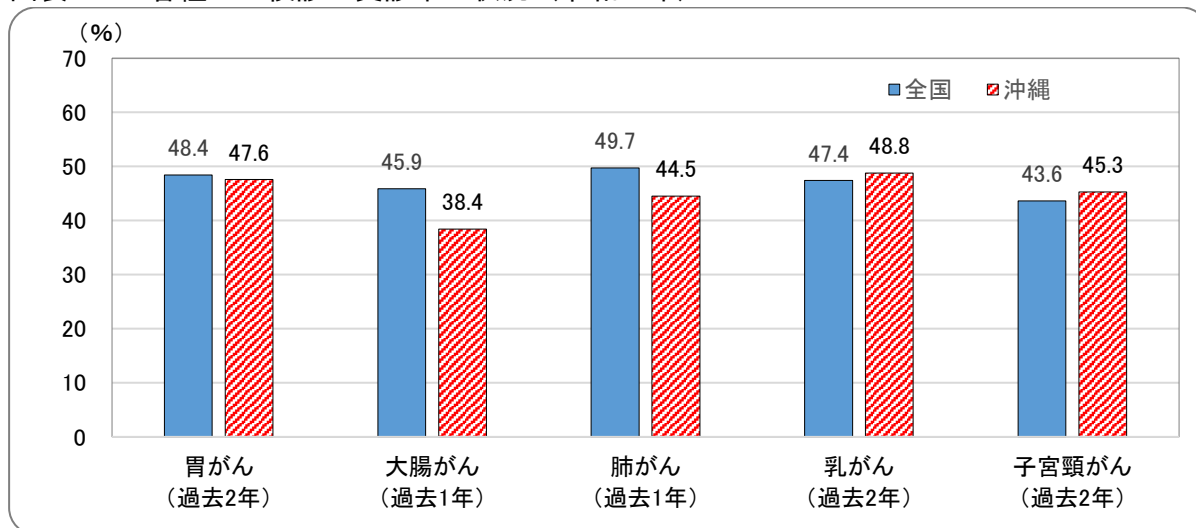
資料：厚生労働省「人口動態調査」

9 がん検診の状況

本県の各種がん検診受診率の状況をみると、乳がんと子宮頸がんでは全国を上回っていますが、胃がん、大腸がん、肺がん検診は全国を下回っています。(図表 9-1)

また、各種がん検診の精密検査受診率の状況では、5つのがん検診のすべてにおいて、全国を下回っています。(図表 9-2)

図表 9-1 各種がん検診の受診率の状況（令和4年）

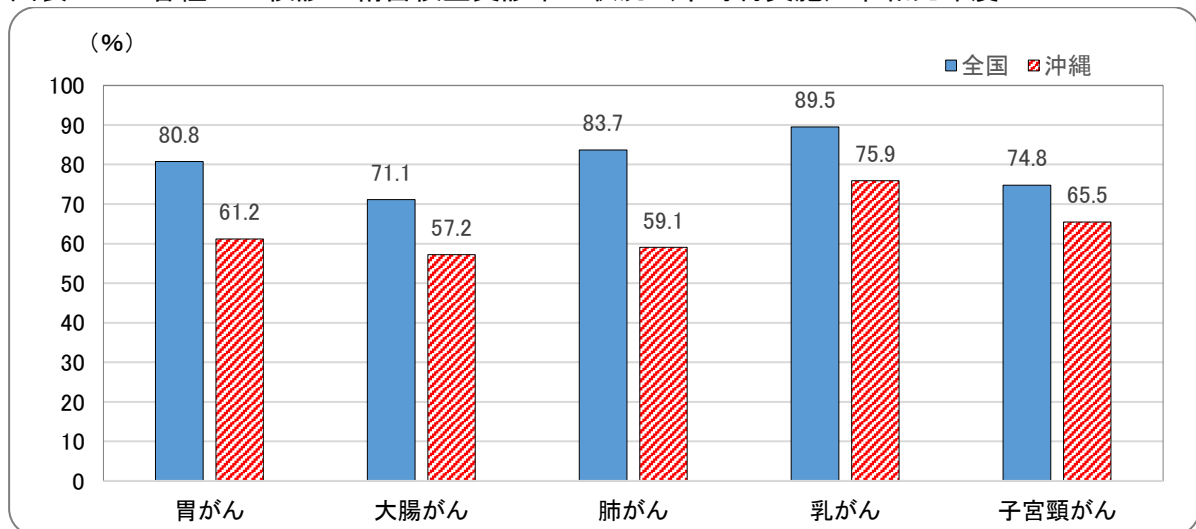


資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」

大腸がん（40-69歳）・肺がん（40-69歳）は過去1年間の受診状況

胃がん（50-69歳）・乳がん（40-69歳）・子宮頸がん（20-69歳）は過去2年間の受診状況

図表 9-2 各種がん検診の精密検査受診率の状況（市町村実施）令和元年度



資料：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」から国立がん研究センター集計

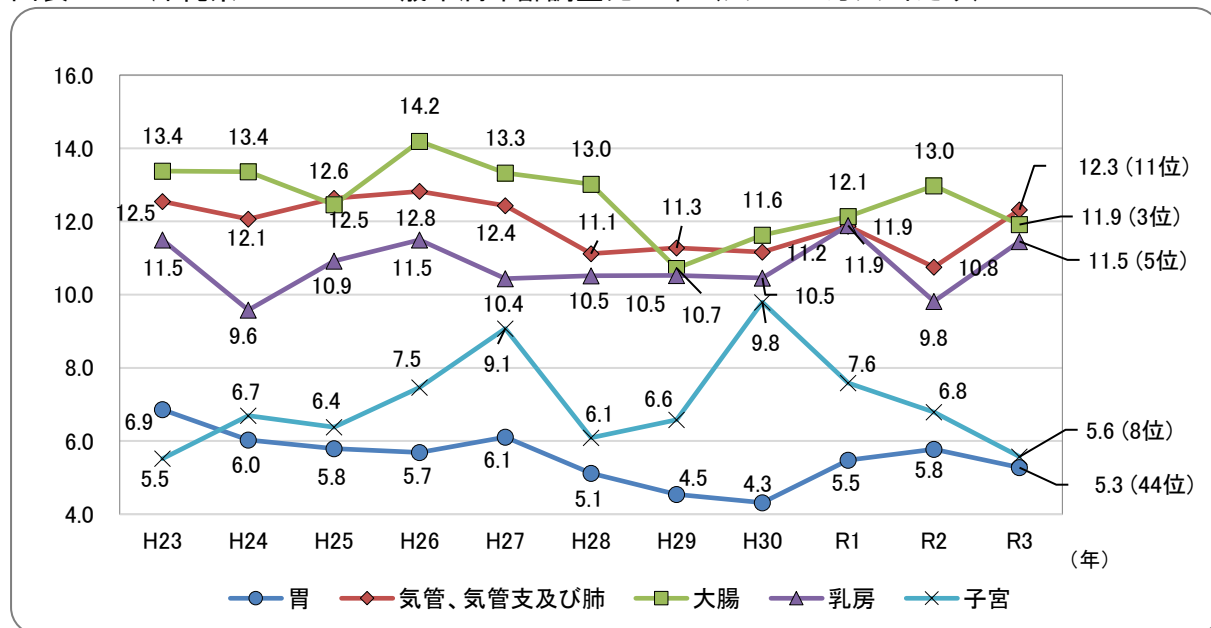
胃がん（50-74歳）、大腸がん（40-74歳）、肺がん（40-74歳）、乳がん（40-74歳）、子宮頸がん（20-74歳）

本県の令和3年における、がんの75歳未満年齢調整死亡率※（人口10万人対）をみると、肺がんが12.3と最も高く、次いで大腸がん、乳がん、子宮がん、胃がんの順となっています。

全国順位では、大腸がんは3位、乳がんは5位、子宮がんは8位と高い状況です。(図表 9-3)

※年齢調整死亡率：死亡率は高齢者の多い都道府県では高く、若年者の多い都道府県では低くなる傾向があることから、このような年齢構成の異なる地域間で死亡の状況を比較できるように、年齢構成を調整したもの。

図表 9-3 沖縄県のがんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万人当たり）



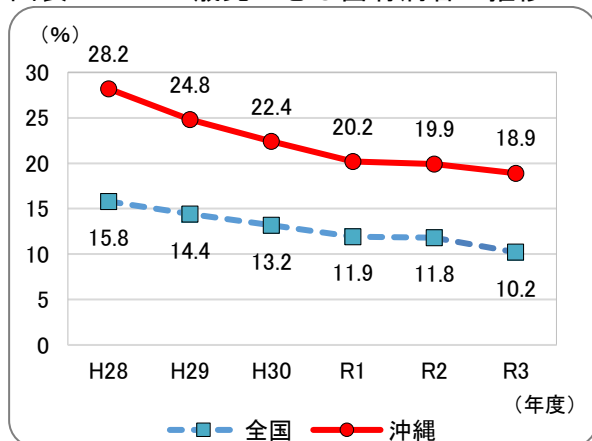
資料：国立研究開発法人 国立がん研究センターがん対策情報センター

10 歯科疾患（むし歯・歯周病）の状況

本県の令和3年度の3歳児でむし歯がある者の割合は18.9%で、全国平均の10.2%よりも8.7ポイント高くなっています。全国との差は縮小しているものの、全国では下位に位置しています。

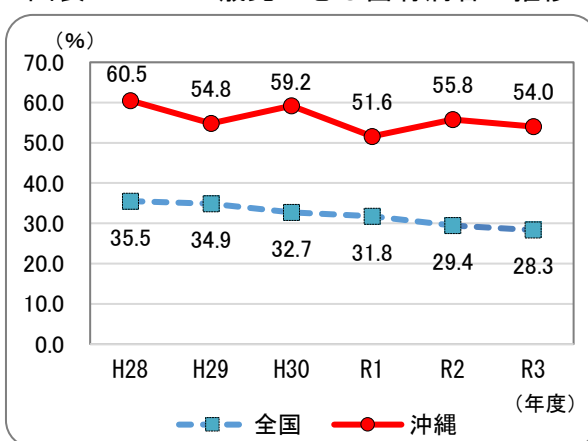
また、12歳児においても、全国平均28.3%に対し、本県は54.0%で、25.7ポイント高くなっており、全国最下位の状況が続いています。（図表10-1、図表10-2）

図表 10-1 3歳児のむし歯有病者の推移



資料：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

図表 10-2 12歳児のむし歯有病者の推移



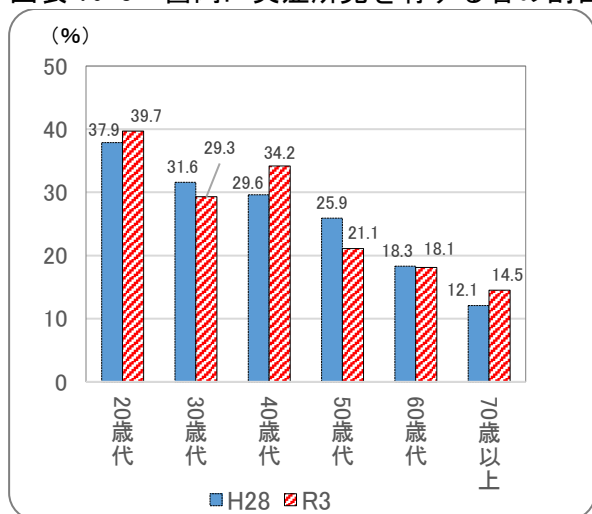
資料：文部科学省「学校保健統計調査」

令和3年度の歯肉に炎症所見を有する者の割合は20歳代が最も高い39.7%で、次に40歳代の34.2%となっています。（図表10-3）

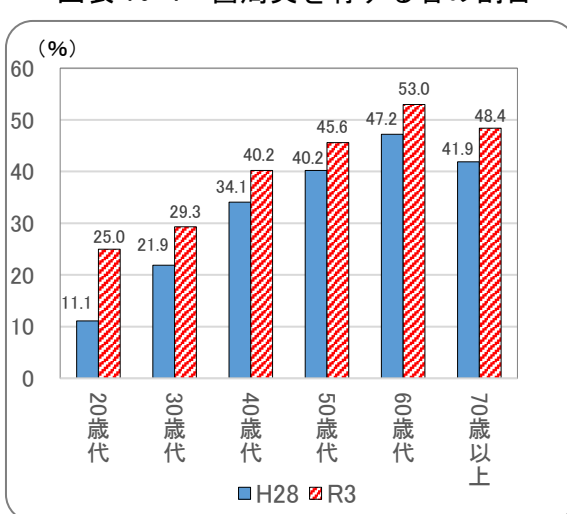
また、歯周炎※を有する者の割合は、加齢とともに増え、60歳代が最も高い53.0%、次に70歳以上の48.4%、50歳代の45.6%となっています。過去の調査と比べると歯肉に所見を有する者は増加しています。（図表10-4）

※歯周病：歯垢（プラーク）の中の細菌によって歯肉に炎症を引き起こし、やがては歯を支えている骨を溶かしていく疾患のこと。

図表 10-3 歯肉に炎症所見を有する者の割合



図表 10-4 歯周炎を有する者の割合



資料：沖縄県「県民健康・栄養調査」

11 後発医薬品及びバイオ後続品の使用状況

本県の後発医薬品※の数量ベース※の使用割合の推移をみると、令和3年度は89.2%であり、平成29年度と比べて6.2ポイント上昇し、全国で最も使用割合が高い状況となっています。また、金額ベース※の使用割合をみると、令和3年度は64.5%で、全国平均の52.7%に対して11.8ポイント上回り、数量ベースと同様全国で最も使用割合が高い状況となっています。（図表11-1～図表11-3）

バイオ後続品（バイオシミラー）※は、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性及び安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化効果が見込まれていることから、普及を促す必要がありますが、品目により普及割合は異なります。（図表11-4）

※後発医薬品（ジェネリック）：新薬（先発医薬品）の特許期間が終了した後に発売される医薬品。先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べ薬価が安くなっている。

※使用割合（数量ベース）：後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）

※使用割合（金額ベース）：後発医薬品の金額（薬価総額）／（後発医薬品のある先発品の金額（薬価総額）＋後発医薬品の金額（薬価総額））

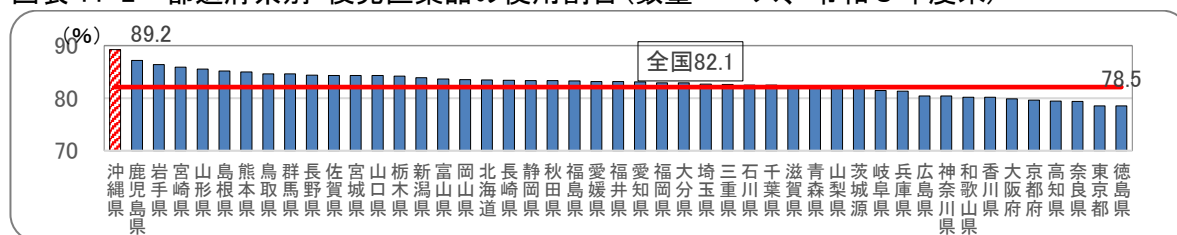
※バイオ後続品（バイオシミラー）：バイオ後続品とは、遺伝子組換え技術や細胞培養技術等を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質（ホルモン、酵素、抗体等）等を作る力を利用して製造される先行バイオ医薬品との有効成分の同一性等の検証が困難なため、品質の類似性に加え、臨床試験等によって、先行バイオ医薬品と同じ効能・効果、用法・用量で使える（＝同等/同質である）ことを検証した医薬品である。

図表 11-1 後発医薬品の使用割合の推移（数量ベース：各年度末）

	平成 29 年度	平成 30 年度	令和 1 年度	令和 2 年度	令和 3 年度
沖縄県	83.0 %	86.6 %	88.7 %	89.5 %	89.2 %
全 国	73.0 %	77.7 %	80.4 %	82.1 %	82.1 %

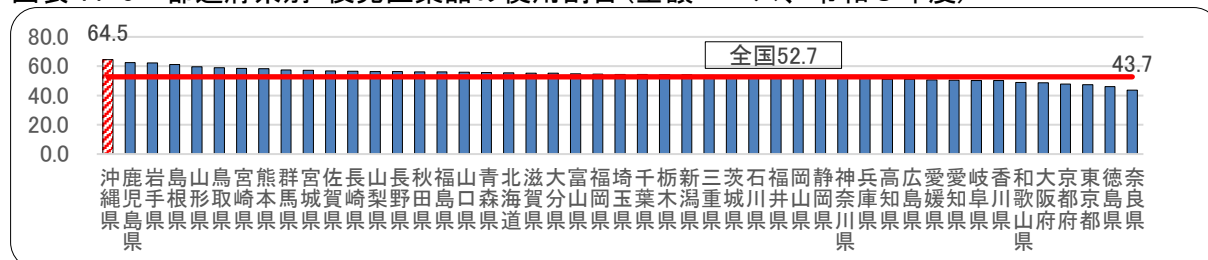
資料：厚生労働省「調剤医療費の動向」

図表 11-2 都道府県別 後発医薬品の使用割合（数量ベース、令和3年度末）



資料：厚生労働省「調剤医療費の動向」

図表 11-3 都道府県別 後発医薬品の使用割合（金額ベース、令和3年度）



資料：厚生労働省「第四期医療費適正化計画推計ツール」

図表 11-4 バイオ後続品（バイオシミラー）について

バイオシミラーについて

バイオ医薬品の特徴

バイオ医薬品とは、遺伝子組換え技術や細胞培養技術等
を応用して、微生物や細胞が持つタンパク質（ホルモン、
酵素、抗体等）等を作る力を利用して製造される医薬品。

例：インスリン（糖尿病治療薬）
インターフェロン（C型肝炎治療薬）
リツキシマブ（抗がん剤等）

	一般的な医薬品	バイオ医薬品	
大きさ (分子重)	100～	約1万～（ホルモン等）	約10万～（抗体）
大きさ・複雑さ (イメージ)			
製造法 (イメージ)	化学合成 	微生物や細胞の中で合成  抗体等の遺伝子	
生産	安定	不安定（微生物や細胞の状態で生産物が変わり得る。）	

バイオ後続品（バイオシミラー）

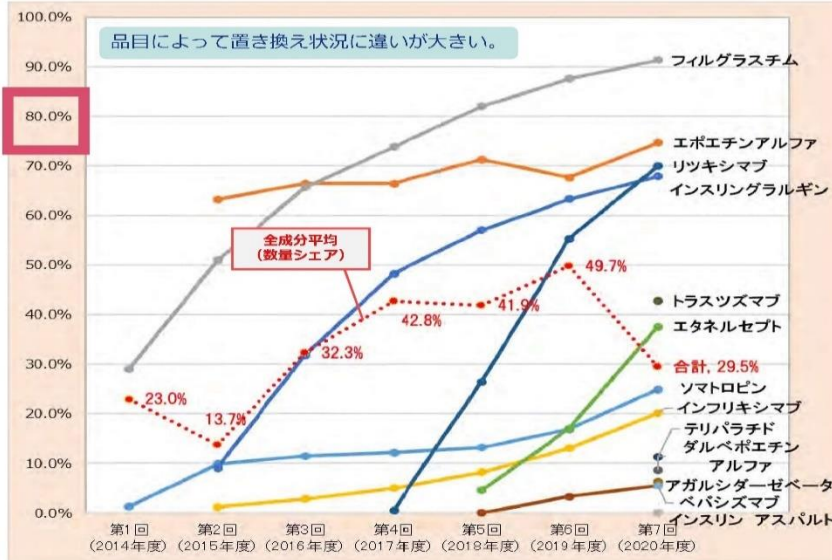
- 薬事承認において、後発医薬品は、先発医薬品との有効成分の同一性や血中濃度推移で評価される。
- バイオシミラーでは、複雑な構造、不安定性等の品質特性から、**先行バイオ医薬品との有効成分の同一性等の検証が困難**。
- そのため、品質の類似性に加え、臨床試験等によって、先行バイオ医薬品と同じ**効能・効果、用法・用量**で使える（＝同等／同質である）ことを検証している。

	後発医薬品	バイオシミラー
先発品／先行医薬品	化学合成医薬品	バイオ医薬品
後発品に求められる条件 (有効成分の品質特性)	有効成分、成分量等が 先発品と同一である	品質・有効性等が 先行バイオ医薬品と 同等/同質である
開発上重要なポイント	主に製剤	主に原薬
臨床試験	生物学的同等性試験に よる評価が基本	同等性/同質性を 評価する試験が必要
製造販売後調査	原則 実施しない	原則 実施する

<バイオシミラー品目一覧（上段：販売名（主な効能）下段：製造販売業者名、発売日）>

1 ソマトロピン BS（先天性の低身長症の治療） （サンド） 2009. 9	9 アガルシダーゼ ベータ BS 点滴静注用（ファブリー病の治療） （JCR ファーマ） 2018. 11
2 エポエチンアルファ BS 注（透析施行中の腎性貧血の改善） （JCR ファーマ） 2010. 5	10 ペバシズマブ BS 点滴静注（悪性腫瘍の治療） （ファイザー、第一三共、日医工、日本化薬） 2019. 12
3 フィルグラスチム BS 注（がん化学療法による好中球減少症） （富士製薬、持田製薬、日医工、日本化薬） 2013. 5	11 ダルベポエチンアルファ BS 注（貧血の治療） （JCR ファーマ、三和、マイラン） 2019. 11
4 インフリキシマブ BS 点滴静注（関節リウマチの治療） （日本化薬、セルトリオン、あゆみ製薬、日医工、ファイザー） 2014. 11	12 テリパラチド BS 皮下注（骨粗鬆症の治療） （持田製薬） 2019. 11
5 インスリングルルギン BS 注（糖尿病の治療） （日本イーライリリー、富士フイルム） 2015. 8	13 インスリンリスプロ BS 注（糖尿病の治療） （サノフィ） 2020. 6
6 リツキシマブ BS 点滴静注（B 細胞性非ホジキンリンパ腫の治療） （サンド、ファイザー） 2018. 1	14 アダリムマブ BS 皮下注（関節リウマチの治療） （協和キリン富士フイルム、第一三共、持田製薬） 2021. 2
7 エタネルセプト BS 皮下注（関節リウマチの治療） （持田製薬、陽進堂、日医工） 2018. 5	15 インスリンアスパルト BS 注（糖尿病の治療） （サノフィ） 2021. 5
8 トラスツマブ BS 点滴静注用（胃がんの治療） （セルトリオン、日本化薬、第一三共、ファイザー） 2018. 8	16 ラニビスマブ BS（眼科用製剤） （千寿製薬） 2021. 12

バイオシミラーの置換え状況



出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」をもとに作成(件数)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00002.html

注：NDBオープンデータには、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は、データに含まれないため、フィルグラスチム、EPOIについては低めの推計値となっている。インスリン アスパルト、ラニズマブについては、バイオシミラー数量が「0」のため、合計値の計算からのぞいた。ソマトロピンは、ジェノロピンに対するシェア。インスリン グラルギンの先行品に「ランタスXR」は含まない。ダルベポエチン アルファにはジェネリックを含まない。

坂巻 弘之：日本のバイオシミラーのサステナビリティを考える。国際医薬品情報No.1221 p.10-15, 2023年3月13日号

厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課にて一部改変

バイオシミラーの置換えイメージ



厚生労働省「医薬品価格調査」に基づき、バイオシミラーに数量ベースで80%以上置き換わった成分数を全体の成分数で割ったもの。現状 (2021年度) では、バイオシミラーに80%以上置き換わった成分数は18.8% (=3成分/16成分)、バイオシミラーの市場規模は約755億円。

資料：厚生労働省ホームページ掲載資料「バイオシミラーに係る政府方針」
<https://www.mhlw.go.jp/content/001095684.pdf> より抜粋 (一部改変)

12 医療施設等の状況

(1) 医療施設数の状況

医療施設は、病院・診療所ともに、人口の多い中部及び南部圏域に集中しており、両圏域で県内全体の約 8 割を占めています。

人口 10 万人当たりでみると、病院は北部及び宮古圏域で全国平均を上回っているものの、県全体では、全国平均を下回っています。

一方、診療所では八重山圏域で全国平均を上回っていますが、その他の圏域及び県全体では全国平均を下回っています。(図表 12-1)

図表 12-1 医療施設の状況（二次医療圏別：令和 3 年）

	病院		診療所		歯科診療所	
	施設数	人口 10 万対	施設数	人口 10 万対	施設数	人口 10 万対
全 国	8,205	6.5	104,292	83.1	67,899	54.1
沖縄県	89	6.1	912	62.1	607	41.3
北部	9	8.9	65	64.2	38	37.5
中部	28	5.5	238	46.5	187	36.5
南部	45	6.1	522	70.7	333	45.1
宮古	4	7.5	39	73.0	26	48.7
八重山	3	5.5	48	88.6	23	42.4

資料：「沖縄県衛生統計年報」

(2) 病床数の状況

一般病床※の整備状況を人口 10 万人当たりでみると、北部及び宮古圏域が全国平均の約 1.4 倍となっているのに対し、中部圏域は最も少なく、全国平均の約 73%の水準となっています。(図表 12-2)

療養病床※の整備状況を、65 歳以上の高齢者人口 10 万人当たりでみると、沖縄県は全国平均の約 1.4 倍となっています。圏域別では、八重山圏域以外は全国平均を上回っており、北部圏域では全国の 1.9 倍を超える病床数となっています。(図表 12-3)

図表 12-2 一般病床数（令和 3 年）

(単位：床)

			一般病床	人口 10 万人対
	病院	診療所		
全 国	886,056	77,358	963,414	767.6
沖縄県	9,506	759	10,265	699.3
北部	1,060	34	1,094	1,080.8
中部	2,746	148	2,894	565.0
南部	4,874	493	5,367	726.4
宮古	487	60	547	1,023.7
八重山	339	24	363	670.0

資料：「沖縄県衛生統計年報」

図表 12-3 療養病床数（令和 3 年）

（単位：床）

	療養病床		65 歳以上高齢者 人口 10 万人対
	病院	診療所	
全国	284,662	5,991	290,653
沖縄県	3,739	61	3,800
北部	436	0	436
中部	1,346	14	1,360
南部	1,653	37	1,690
宮古	216	10	226
八重山	88	0	88

資料：病床数（厚生労働省「医療施設調査」）、65 歳以上高齢者人口（全国：総務省「人口推計」、沖縄県：高齢者福祉介護課作成「高齢者福祉関係基礎資料」）

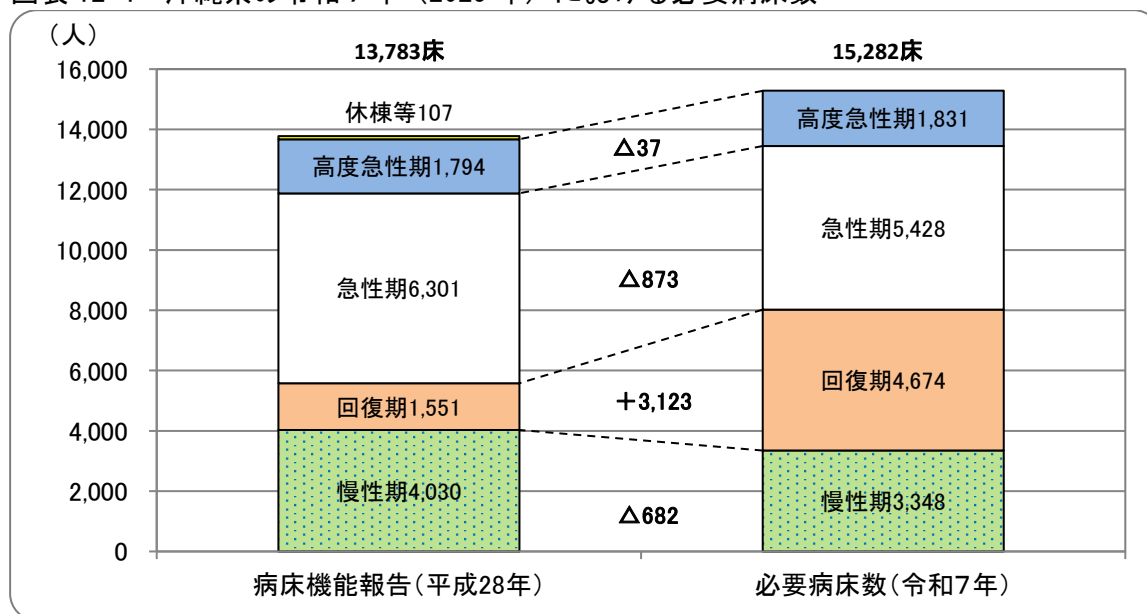
※一般病床：精神病床、感染症病床、結核病床及び療養病床以外の病床。

※療養病床：一般病床、精神病床、感染症病床及び結核病床以外の病床で、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。

(3) 必要病床数の推計

沖縄県地域医療構想によると、平成 28 年病床機能※報告の病床数と令和 7 年（2025 年）の必要病床数を比較すると、回復期機能が大きく不足する機能となっております。（図表 12-4）

図表 12-4 沖縄県の令和 7 年（2025 年）における必要病床数



資料：「沖縄県地域医療構想」

※病床機能：「高度急性期」急性期の患者に対して、状態の早期安定化のため診療密度が特に高い医療を提供する時期（救急救命病棟、集中治療室等）。「急性期」疾病の発症から症状が安定するまでの早期安定化に向けた医療を提供する時期。「回復期」病態が安定し麻痺などの回復、基本的な動作の改善を目指す時期（在宅復帰に向けた治療、リハビリテーション等）。「慢性期」症状は比較的安定しているが治癒が困難な状態が続いている時期（長期にわたり療養が必要な場合等）。

13 在宅医療の状況

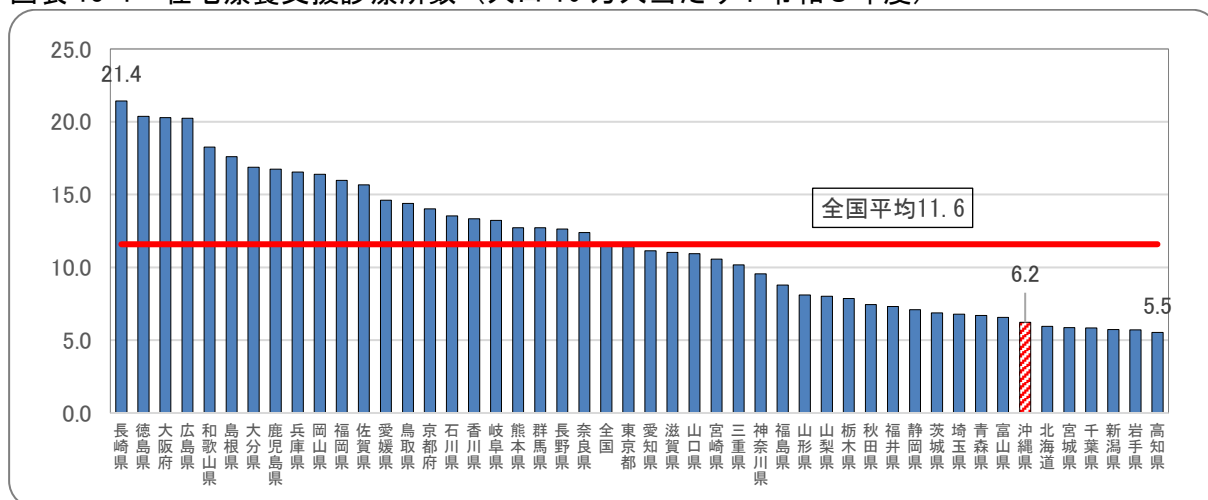
本県の令和3年度における人口10万人当たり在宅療養支援診療所[※]数は、6.2箇所となっており、全国平均11.6箇所より少ない状況です。（図表13-1）

また、人口10万人当たり訪問看護ステーション[※]数についても9.3箇所、全国平均10.0箇所より少なくなっています。（図表13-2）

※在宅療養支援診療所：患者からの連絡を24時間体制で対応することができ、いつでも往診・訪問看護サービスを提供できる診療所。

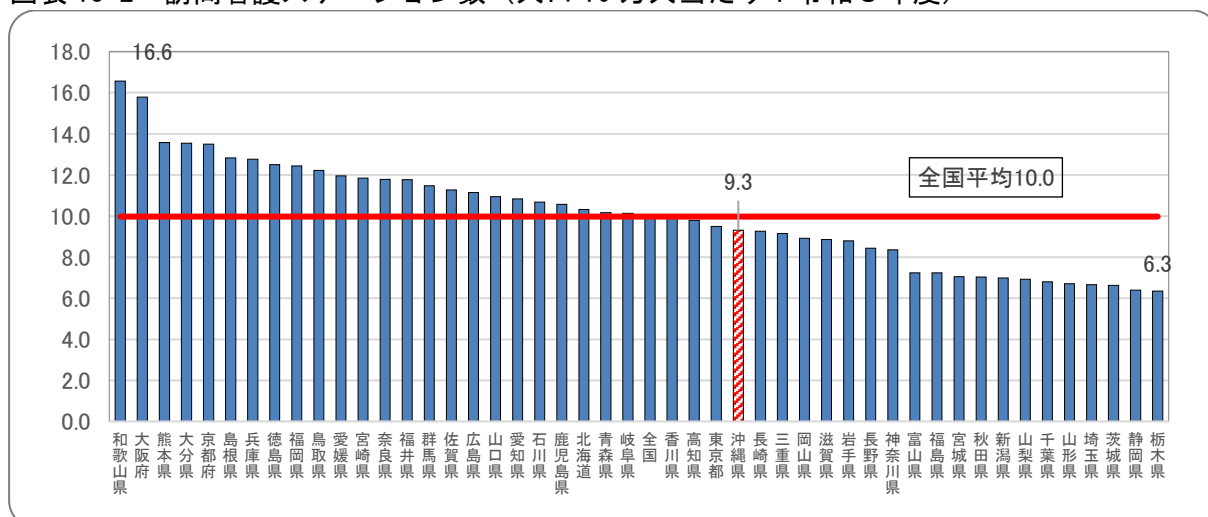
※訪問看護ステーション：自宅で療養する高齢者などに訪問看護サービスを提供する施設。高齢者等の在宅ケアを支えるため、かかりつけ医の指示によって看護師等が自宅を訪問し、医療的処置・管理等をするほか、療養上の相談を受けるなど在宅療養も行う。

図表13-1 在宅療養支援診療所数（人口10万人当たり：令和3年度）



資料：厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」

図表13-2 訪問看護ステーション数（人口10万人当たり：令和3年度）



資料：厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」

14 高齢者医療費の状況

(1) 健康意識の向上と高齢者の健康づくり

本県では、今後、急速な高齢化の進展により医療費の増加が見込まれる中、医療費の適正化を図るためには、若いうちから「自分の健康は自分でつくる」ことを意識して、食生活改善や運動、健診等の受診により生活習慣病等の予防に取り組むことが重要です。

また、今後、要介護認定の割合が上昇する 75 歳以上の人口が令和 7 年以降も引き続き増加し、医療・介護双方のニーズを有する高齢者の増加が見込まれています。高齢期には、生活習慣病の予防対策に併せて、心身機能の低下に起因した疾病に対する取組が必要です。栄養、運動などの健康づくりに加え、口腔機能、認知機能や運動機能の低下を防ぐフレイル*対策などにも着目し、疾病の重症化予防と生活機能維持の両面からの取組を進める必要があります。

※フレイル(高齢者の虚弱): 加齢とともに、心身の活力(運動機能、認知機能など)が低下し、生活機能障害、心身の脆弱化が出現した状態のこと。一方で適切な介入・支援により生活機能の維持向上が可能な状態のこと。

《参照》図表 1-1 沖縄県の人口の推移(P3)、図表 2-2 沖縄県の医療費の推移(P5)

(2) 入院医療費の適正化

本県では、外来医療費は全国平均より低いものの、入院医療費が全国平均より高く、年齢の上昇とともに増加する傾向にあります。

医療供給体制の状況をみると、65 歳以上の高齢者人口 10 万人当たりの病床整備状況では、療養病床が全国平均より多く、一般病床は全国平均より少なくなっています。

また、病床機能別では、将来、回復期機能が不足することが見込まれています。

一方、在宅医療の状況では、人口 10 万人当たりの在宅療養支援診療所数、訪問看護ステーション数ともに全国平均より少ない状況となっています。

入院医療費の増加は、県民の健康意識や医療供給体制など、様々な要因が考えられることから、入院医療費の適正化を図る必要があります。

《参照》図表 2-8 後期高齢者医療費診療種別一人当たり医療費、図表 2-9 市町村国保診療種別一人当たり医療費(P8)、図表 2-15 年齢階級別の受療率(P11)、図表 12-2 一般病床数(P33)、図表 12-3 療養病床数、図表 12-4 沖縄県の令和 7 年(2025 年)における必要病床数(P34) 図表 13-1 在宅療養支援診療所数、図表 13-2 訪問看護ステーション数(P35)

15 沖縄県の医療費を取り巻く課題

(1) 高齢者人口と医療費の増加

本県の人口は、今後緩やかに減少する中、65 歳以上の高齢者人口及び高齢者世帯（単独、夫婦のみ）の割合が増加し、高齢化がさらに進展することが見込まれています。

一人当たり県民医療費は全国平均を下回っていますが、一人当たり後期高齢者医療費は全国平均を上回っており、今後の高齢化の進展に伴い、医療費の増加が見込まれています。

そのため、健康な状態で高齢期へ移行することができるよう、若いうちから健康づくりに対する意識を持って行動するとともに、高齢期ではロコモティブシンドロームやフレイルの予防に取り組むことが必要です。

また、今後、医療・介護双方のニーズを有する高齢者の更なる増加が見込まれることから、医療資源の効果的かつ効率的な活用のための取組を進めることや、限られた医療・介護資源を組み合わせる取組が重要です。

※ロコモティブシンドローム（運動器症候群）：立ったり歩いたりする身体能力が低下した状態のこと。

(2) 全国平均より高い入院医療費

本県では、全国と比べて一人当たり入院医療費は高く、外来医療費は低い状況となっています。

また、受療率の年齢階級別では、外来はどの年齢階級でも全国平均を下回っていますが、入院では 15 歳以上の年齢階級で全国平均を上回っており、年齢の上昇とともにその差は大きくなっています。

入院の医療費及び患者数の増加は、病床数等医療供給体制や受診行動、住民の生活習慣や健康意識など、様々な要因が考えられることから、その対策が必要となっています。

(3) 働き盛り世代の健康課題

本県の健康寿命は若干延伸しているものの、20 歳から 64 歳の働き盛り世代において、年齢調整死亡率が全国に比べて高いことが、平均寿命の全国順位を下げる要因となっています。

また、県内事業所の定期健康診断の有所見率は、12 年連続で全国最下位という結果になっており、働き盛り世代の健康課題への取組が重要です。

(4) 生活習慣病等の予防

本県では、メタボリックシンドローム該当者および予備群の割合が、全国でも高くなっています。死因別では、県民の 2 人に 1 人は生活習慣病に関連する悪性新生物、心疾患（高血圧性を除く）、脳血管疾患、糖尿病などで亡くなっていることから、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減らす必要があります。また、メタボリックシンドローム予備群とならないよう、若いうちから適切な生活習慣の習得に取り組む必要があります。

本県では、特定健康診査の結果で治療が必要とされても、医療機関を受診しなかったり、また、受診しても治療を中断する者の割合も多いことが指摘されていることから、医療機関未受診者等に対する取組を推進する必要があります。

悪性新生物では、年間約 3,500 人の県民が亡くなっていることから、がん検診等により早期発見、早期治療への取組を促進する必要があります。

また、本県の慢性透析患者は約 4,900 人であり、糖尿病性腎症による新規透析患者数が、年間 200 人程度おり、新規透析患者の約 4 割を占めていることから、糖尿病の重症化を予防し、新たに透析に移行しないための取組を推進する必要があります。

(5) 特定健康診査等の実施率向上

本県の令和 3 年度の特定保健指導実施率は、全国 5 位となっているものの、特定健康診査の実施率は全国 42 位となっていることから、各医療保険者等においては、特定健康診査対象者を引き続き把握するとともに、県民の健康意識を高めるための普及・啓発や、未受診者等に対する更なる取組が必要です。

(6) 喫煙に関する知識の普及

本県では、男女とも喫煙者の割合は減少しているものの、妊婦の喫煙や 20 歳未満の喫煙は無くなっていないため、特に若い世代の喫煙率を下げる必要があります。今後も、引き続き受動喫煙などによる健康被害も含め、喫煙に関する知識の普及・啓発が必要です。

(7) 飲酒対策の推進

本県では、肝疾患のうち、飲酒が原因とされるアルコール性肝疾患の死亡率の割合が、全国と比べ男女とも高くなっていることから、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人の割合を減少させる等、引き続き適正飲酒の取組を進める必要があります。

(8) 予防接種の促進

本県では、肺炎が死因の第 5 位となっています。インフルエンザ及び肺炎球菌感染症は、高齢者など免疫力が低下している方の場合、重篤化する可能性が高くなるため、高齢者の肺炎による重症化を予防する取組が必要です。

(9) 歯科疾患（むし歯・歯周病）への対応

幼児期のむし歯罹患状況については改善していますが地域差や個人差等がみられます。また、12 歳児のむし歯罹患状況は全国最下位の状況が続いています。成人では歯周炎の有病者の割合も増加していることから、口腔機能の発達や維持・向上の重要性について周知する必要があります。

(10) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

本県の後発医薬品の使用割合は、数量ベース及び金額ベースともに全国で最も高くなっていますが、引き続き後発医薬品の更なる使用促進を図る必要があります。

また、バイオ後続品（バイオシミラー）については、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、その普及を促進する必要があります。

(11) 医療施設等の整備

地域医療構想等を踏まえ、各圏域で必要とされる医療資源へのニーズを把握し、必要な時に必要な医療を切れ目なく提供できる医療提供体制を構築する必要があります。

(12) 在宅医療の整備

高齢社会の進展により、今後さらに増加が見込まれる在宅療養に対する需要を把握し、適切な在宅医療サービスの提供ができる体制を構築する必要があります。

(13) その他

ア レセプト点検

医療保険者によるレセプト（診療報酬明細書）点検は、本来あるべき保険給付の適正化に直接つながることから、その取組が重要となっています。

被用者保険の保険者は、社会保険診療報酬支払基金に、国保の保険者及び後期高齢者医療広域連合は国保連合会に一次審査を委託しているほか、保険者自らもレセプト点検員の配置や業務委託などにより、点検業務（再点検または二次点検）を行っています。

レセプト点検を実施するにあたっては、専門的な知識を必要とすることから、レセプト点検員のスキルの向上が求められています。

イ 第三者行為求償事務の推進

保険給付に係る負担の公平性の確保と保険財政の健全化を図る上で、第三者行為求償事務[※]の取組は重要です。

第三者行為求償事務の推進のためには、県、医療保険者及び国保連合会等関係機関が連携して取り組む必要があります。

国保連合会は、平成 28 年 3 月に市町村から委任を受け、損害保険関係団体との間で「交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関する覚書」を締結しており、覚書の遵守について損害保険関係団体と連携を図る必要があります。

第三者行為求償事務は、損害保険会社等との過失割合の交渉・認定、求償金額の確定、第三者直接求償を行う場合の事故調査や債権管理など、専門的な知識を要するため、医療保険者では第三者行為求償事務を担当する人材や実施体制の強化が課題となっています。

[※]第三者行為求償事務：保険給付が、交通事故など第三者（加害者）の不法行為によって生じた場合、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を、医療保険者が代位取得して求償権を行使する事務のこと。

ウ 療養費の適正化

療養費[※]の適正支給は、医療費の適正化に密接に関係してくることから、その取組が重要です。

また、療養費の不正請求防止の対応も重要であり、その取組が求められています。

[※]療養費：保険給付の対象となる柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術による治療費や、治療用装具費、移送費など。

エ 医療費通知の実施

医療費通知は、被保険者等に医療機関を受診した際の年月、受診者名、医療機関名、医療費額等を通知することで、自らの受診状況を確認することができるため、健康への意識の向上及び医療費負担の軽減が期待できます。

また、医療費請求の過誤等について明らかになる場合もあることから、各医療保険者における医療費通知の実施が重要となっています。

第3章 医療費適正化のための目標と取組

1 医療費適正化のための目標

(1) 県民の健康保持の推進に関する目標

ア 特定健康診査実施率

本県の第三期計画における特定健康診査の実施率の目標は、令和5年度において特定健康診査対象者（40～74歳）の70%以上の受診ですが、令和3年度の実施率は50.9%であり、これまでの目標値を下回っていることから、本計画においても、医療保険者全体の目標値を引き続き70%以上とします。

また、各医療保険者の目標は、「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」（平成20年3月31日厚生労働省告示第150号。以下「特定健康診査等基本指針」という。）に基づき、以下のとおりとします。

《目標》

特定健康診査の実施率	目標値（R11）
	70%以上

《各医療保険者の目標（R11）》

目標値	市町村国保	全国健康保険協会 （協会けんぽ）	国保組合	健康保険組合 （単一健保）	共済組合
	60%以上	70%以上	70%以上	90%以上	90%以上
R3実績 （参考）	32.8%	59.8%	41.2%	83.1%	83.6%

目標値：厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」

R3実績：「沖縄県保険者協議会調べ」

イ 特定保健指導実施率

本県の第三期計画における特定保健指導の実施率の目標は、令和5年度において特定保健指導が必要とされた者の45%以上ですが、令和3年度の実施率は33.6%であり、これまでの目標値を下回っていることから、本計画においても、医療保険者全体の目標値を引き続き45%以上とします。

また、各医療保険者の目標は、特定健康診査等基本指針に基づき、以下のとおりとします。

《目標》

特定保健指導の実施率	目標値（R11）
	45%以上

《各医療保険者の目標（R11）》

目標値	市町村国保	全国健康保険協会 （協会けんぽ）	国保組合	健康保険組合 （単一健保）	共済組合
	60%以上	35%以上	30%以上	60%以上	60%以上
R3実績 （参考）	62.3%	31.1%	2.5%	24.3%	49.1%

目標値：厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施を図るための基本的な指針」

R3実績：「沖縄県保険者協議会調べ」

ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の減少率

令和 11 年度（2029 年度）において、平成 20 年度と比較した特定保健指導対象者の減少率を 25%以上とすることを目標とします。

《目標》

	R3 実績	目標値 (R11)
メタボリックシンドローム該当者および予備群(特定保健指導対象者)の減少率	23.9%	25%以上 (H20 と比較)

R3 実績：厚生労働省「メタボリックシンドローム該当者及び予備群減少率の計算シート」により算定。

エ たばこ対策の推進

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、歯周病など、多くの疾患の原因となることから、受動喫煙を含む喫煙対策が求められています。

また、20 歳未満の者の喫煙は健康への影響が大きく、かつ成人期における喫煙継続につながりやすく、さらに妊娠中の喫煙は、妊婦合併症のリスクを高めるだけでなく、低出生体重・胎児発育遅延・乳幼児突然死症候群のリスクとなるため、その対策が必要です。本県では、妊娠中及び 20 歳未満の者等の喫煙率の減少など、「健康おきなわ 21（第 3 次）」に掲げられた指標を目標として設定します。

《目標》

	現状	目標値※ (前期)	目標値※ (後期)
喫煙率の減少			
20 歳以上の喫煙率			
・ 男性	24.2% (R3)	20%	17%
・ 女性	5.0% (R3)	4%	3%
妊婦の喫煙をなくす			
妊婦の喫煙率	2.1% (R4)	0%	0%
20 歳未満の者の喫煙をなくす			
高校生の喫煙率			
・ 男子	2.5% (R3)	0%	0%
・ 女子	0.8% (R3)	0%	0%

※目標値：健康おきなわ 21（第 3 次）(R6～R17 年度)では、「目標値（前期）」については R12 年度に中間評価、「目標値（後期）」については R16 年度に最終評価実施予定

資料：20 歳以上の喫煙：沖縄県「県民健康・栄養調査」

妊婦の喫煙率：こども家庭庁成育局「母子保健事業に係る実施状況等調査」

高校生の喫煙率：Takakura, et al. School Health 2023;19:14-25.

オ 飲酒対策の推進

過度な飲酒は、高血圧、脂質異常症、肥満、糖尿病などの生活習慣病のリスクを高めるとともに、肝臓など様々な臓器に影響を与えます。

本県のアルコール性肝疾患による死亡率は、男女とも全国平均より高くなっており、適正飲酒への取組が必要なことから、「健康おきなわ 21（第 3 次）」に掲げられた指標を目標として設定します。

《目標》

	現状	目標値※ (前期)	目標値※ (後期)
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少（20歳以上） 生活習慣病のリスクを高める量（1日当たりの純アルコール量が男性40g以上、女性20g以上）を飲酒している者の割合（20歳以上） ・男性 ・女性	17.2%（R3） 13.1%（R3）	16.0% 11.0%	15.0% 9.2%
20歳未満の者の飲酒をなくす 高校生の飲酒率 ・男子 ・女子	4.9%（R3） 4.5%（R3）	0% 0%	0% 0%
妊娠中の飲酒をなくす ・妊婦の飲酒率	0.6%（R4）	0%	0%
節度ある適度な飲酒量（1日平均純アルコールで約20g程度）を知っている者を増やす 節度ある適度な飲酒量（1日平均純アルコールで約20g程度）を知っている者の割合（20歳以上）	41.1%（R3）	50%	60%

※目標値：健康おきなわ21（第3次）（R6～R17年度）では、「目標値（前期）」についてはR12年度に中間評価、「目標値（後期）」についてはR16年度に最終評価実施予定

資料：生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合：「県民健康・栄養調査」

高校生の飲酒率：Takakura, et al. School Health 2023:19:14-25.

妊婦の飲酒率：こども家庭庁成育局「母子保健事業に係る実施状況等調査」

節度ある適度な飲酒量（1日平均純アルコールで約20g程度）を知っている者の割合：「県民健康・栄養調査」

カ 生活習慣病等の重症化予防の推進

(7) 保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく効果的な事業の推進

医療保険者は、特定健康診査や診療報酬明細書等の健康・医療情報を活用し、医療機関を受診している被保険者等の状況や、優先的に取り組むべき健康課題を把握して、保健事業実施計画（データヘルス計画）を策定し、限りある人的資源を効率的に投入することで、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施します。

(イ) 糖尿病性腎症等の重症化予防

糖尿病は、脳血管疾患や虚血性心疾患などの発症リスクを高め、重症化すると腎臓機能の低下など様々な合併症を引き起こし、さらに慢性的な腎不全に陥ると人工透析を余儀なくされます。糖尿病が重症化し透析療法が必要となった場合、患者の生活の質が著しく低下するだけでなく、過度な医療費の増加につながることから、その対策が重要です。

本県における糖尿病性腎症による新規透析患者数は、毎年約200人程度で推移しており、また、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合も、全国より高いことから、糖尿病等の生活習慣病にならないための取組及び重症化予防への取組を推進します。

(ウ) 予防接種による重症化予防

予防接種は、個人の感染及び重症化予防のほか、多くの人々が接種を受けることにより、感染症のまん延を防止する集団免疫という社会的な意義があります。

接種率向上のためには、予防接種を受けやすい環境整備や、個人の予防接種に対する意識の醸成を図る必要があることから、その取組を推進します。

また、高齢者においては、インフルエンザ及び肺炎球菌感染症などにかかると重症化する可能性が高くなるため、予防接種による重症化予防を推進します。

キ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

高齢者は複数の慢性疾患を有し、また加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な課題を抱え、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態になりやすい傾向があります。そのため、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や、口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルに着目した、高齢者に係る疾病の重症化予防と生活機能維持の両面にわたる取組を推進します。

ク がん検診の受診促進

本県の死因別疾患の第1位はがんであり、令和3年は約3,500人の県民が、がんで亡くなっています。

また、年齢調整死亡率（75歳未満）は、大腸がん全国3位、乳がんが5位と高くなっています。

がんの中には、初期段階で発見し適正な治療をすることで、高い確率で治るものもあることから、がん検診による早期発見及び早期治療に向けた取組が重要です。

本県では、「健康おきなわ21（第3次）」の目標を目標値とします。

《目標》

		実績(R4)	目標値※ (前期)	目標値※ (後期)
がん検診 受診率の向上	胃がん (50-69歳：過去2年)	47.6%	50%	60%
	大腸がん (40-69歳：過去1年)	38.4%	50%	60%
	肺がん (40-69歳：過去1年)	44.5%	50%	60%
	乳がん (40-69歳：過去2年)	48.8%	50%	60%
	子宮頸がん (20-69歳：過去2年)	45.3%	50%	60%

※目標値：健康おきなわ21（第3次）(R6～R17年度)では、「目標値（前期）」についてはR12年度に中間評価、「目標値（後期）」についてはR16年度に最終評価実施予定

ケ 歯と口の健康づくり

歯周病は、腎障害、網膜症、神経障害、大血管障害、末梢血管障害に次ぐ糖尿病の第6の慢性合併症とも言われ、心筋梗塞、動脈硬化、早産・低体重児出産、誤嚥性肺炎等とも関連性があるとされています。

歯周病は自覚症状がないまま進行することが多く、その予防には、定期健診や定期ケアなど日頃の口腔ケアが重要とされていることから、その取組を推進します。

また、本県は、成人の歯肉に炎症所見を有する者の割合や歯周炎を有する者の割合も増加しているほか、幼児期など早い時期でのむし歯有病者の割合も全

国平均より高いため、子どもの頃から歯と口の健康づくりに対する意識づけと、その親世代等への歯科口腔保健に対する意識の醸成を図る必要があることから、その取組を推進します。

そのほか高齢期においては、咀嚼機能の良否は食生活への影響だけでなく、健康感や運動機能との関連性があるとされており、フレイルの一つである口腔機能の低下を防ぐことが大切であることからその取組を推進します。

コ 健康教育の推進

本県では、生活習慣病を発症するリスクが高いとされるメタボリックシンドロームの割合が高く、生活習慣の改善が課題となっています。

生活習慣病の予防・改善には、食生活の改善や運動習慣の定着、幼児期・学齢期のむし歯予防と青壮年期の歯周病予防などが大きく寄与するため、その取組が重要となっています。

県では、「健康おきなわ 21（第3次）」や、「第4次沖縄県食育推進計画」に基づき、乳幼児期からの適切な生活習慣の習得など、ライフステージに応じた健康づくりについて、食育、食生活の改善や運動習慣の定着、歯と口の健康づくりなどの健康教育を推進します。

※「幼児期」：満1歳から小学校入学前の未就学児をいう。「学齢期」：小学校から中学校までの義務教育期間の9年間をいう。「青壮年期」：主として16歳から50歳くらいまでの人をいう。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

ア 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

先発医薬品と有効成分や効能・効果が同じで、価格の安い後発医薬品の利用が進めば、患者の負担軽減や医療保険財政の改善を図ることが期待できます。

国において、令和11年度末までを終期とする新たな目標として、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、後発医薬品の数量シェアを全都道府県で80%以上とする主目標、バイオ後続品に80%以上置き換わった成分数を全体の成分数の60%以上とする副次目標、及び後発医薬品の金額シェアを65%以上とする副次目標が設定されたことを踏まえ、以下のとおり設定します。

《目標》

	実績（R3）	目標値（R11）
後発医薬品の使用割合 （数量ベース）	89.2%	86%以上
バイオ後続品の使用割合	18.8% （16成分中3成分）	80% ^{※1} 以上置き換わった成分数が 全体の成分数の60% ^{※2} 以上
後発医薬品の使用割合 （金額ベース）	64.5%	65%以上

実績（R3）：後発医薬品（数量ベース）（厚生労働省「調剤医療費の動向」）、バイオ後続品（厚生労働省「第四期医療費適正化計画推計ツール」）、後発医薬品（金額ベース）（厚生労働省「第四期医療費適正化計画推計ツール」）

※1 数量ベース

※2 成分数ベース

イ 医薬品の適正使用の促進

医薬品の適正使用を促すことは、患者の負担軽減や医療保険財政の改善に資するため、その取組が求められています。

医薬品の適正使用のためには、重複投与や多剤投与の是正、残薬の管理、また、患者の自己判断による服薬の中断等への取組が必要なことから、その取組を促進します。

ウ 医療の適正利用、医療資源の効果的・効率的な活用の推進

医療を利用する際には、限られた医療資源を適正に利用することが求められることから、医療の適正利用についての普及・啓発に係る取組を推進する必要があります。

また、効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や、医療資源の投入量に地域差がある医療など、医療資源の効果的・効率的な活用についての取組を推進する必要があります。

エ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながります。

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう地域包括ケアシステム[※]の構築を図り、医療と介護が一体的に提供される体制を整備する必要があります。

地域包括ケアシステムの実現に向け、在宅医療体制の整備や医療と介護の連携を推進します。

※地域包括ケアシステム：高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、個人の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的にできる体制。

オ 病床機能の分化・連携、在宅医療の推進

急速な高齢化の進展に伴い、多様化する医療需要に対し、限りある医療資源で適切な医療を持続的に提供するためには、不足する医療機能の解消によりバランスのとれた病床の機能分化を促進し、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供する必要があります。

また、病床の機能分化と連携により、現在の療養病床以外で対応可能な患者は在宅医療等での対応を促進するとともに、退院後の療養生活を支える在宅医療の充実を図る必要があります。

県では、将来の医療需要に適切に対応するため、不足する機能である回復期病床の整備など必要な医療機能を充足する取組を促進します。

2 医療費適正化のための取組

(1) 県民の健康保持の推進に関する取組

ア 特定健康診査実施率の向上

県は、特定健康診査が早期発見、早期治療につなげるためだけでなく、自分の健康状態を知るためのものであることを、県の広報媒体を活用し広く県民に周知し、健診に対する意識の醸成を図ります。

また、健康無関心層に対しては、インセンティブ※を与えることにより、本人の健康づくりへの「きっかけづくり」になると考えられていることから、民間企業等との連携の推進や、各保険者における特定健康診査の実施及び個人へのインセンティブに関する取組などについて、先進的な事例を収集し情報提供します。

また、市町村や医療保険者、企業、民間団体等の関係者の連携強化のための中心的役割を担い、データの活用や分析を積極的に行い、地域と職域が連携した特定健康診査の実施率向上に向けた取組を推進します。

医療保険者は、特定健康診査の受診率向上のため、健診受診の必要性や受診の仕組みなどを分かりやすく説明し、未受診者に対する個別の受診勧奨を行います。

健診の実施に当たっては、休日・夜間の実施など、働き盛りの方や幅広い対象者が受診できるよう、日時・場所等を設定するとともに、個人への健診結果の分かりやすい情報提供に努めます。

また、若い世代から健診への意識を高めるため、40歳未満を対象とした健診の実施や、自主的な予防・健康づくりへのインセンティブの提供など、健康意識の向上と健診等の実施率向上のための周知・啓発に取り組みます。

国保連合会は、医療機関と連携し、通院中の患者の検査結果のうち特定健康診査に該当する検査項目を市町村(保険者)へ提供することで、市町村(保険者)が、効果的な保健指導や治療中断者へアプローチできるよう、引き続き特定健康診査項目情報提供事業(トライアングル事業)を実施し、医療機関の拡大や対象者同意取得率の向上に努めます。

本県では、医師会、医療保険者及び国保連合会等の連携により、全県統一の集合契約を締結しており、令和4年度は373箇所の医療機関において特定健康診査が受診できる体制が整備されています。

県、医療保険者、国保連合会及び医療機関は、相互に連携を図りながら引き続き特定健康診査の対象者が受診しやすい体制の整備に努めます。

※インセンティブ：人の意欲を引き出し、ある方向に導くための要因、特典。

イ 特定保健指導実施率の向上

県は、保険者協議会による医療保険者の保健指導担当者等を対象とした研修会等を実施し、好事例の情報提供を行うことで特定保健指導の質の向上を図ります。

また、市町村や医療保険者、企業、民間団体等の関係者の連携強化のための中心的役割を担い、データの活用や分析を積極的に行い、地域と職域が連携した特定保健指導の実施率向上に向けた取組を推進します。

医療保険者は、健診等のデータから保健指導が必要な対象者を把握し、アウトカム指標の導入、ICTの活用、健診当日の保健指導の実施等、効果的かつ

効率的な保健指導の実施に取り組むとともに、外部委託を含めた保健師等の人材確保に努めながら、保健指導の実施率向上を図ります。

ウ メタボリックシンドローム該当者及び予備群(特定保健指導対象者)の減少

県は、メタボリックシンドロームが生活習慣病の発症と深い関係があることから、メタボリックシンドロームに関する周知広報を図ります。

医療保険者は、特定健康診査等の健診結果から対象者を把握し、特定保健指導及び医療機関の受診に導けるよう努めます。

また、特定健康診査及び特定保健指導の該当者ではないが、高血圧や高血糖などで生活習慣病になるリスクの高い者に対しても、早い段階で生活習慣に関する助言を行い生活習慣病の予防に努めます。

エ たばこ対策の推進

県は、喫煙・受動喫煙の健康影響について、普及啓発を行います。学校等教育機関へ教材や普及啓発ツール等を提供し、教育機関等と連携し、若い世代に「最初の一本を吸わせない」よう取組を強化していきます。

たばこ対策として、喫煙率を下げるには禁煙の成功率を上げる取組も重要であることから、禁煙希望者が確実に禁煙外来につながるよう、医療機関、市町村、企業等と連携しながら情報提供を行います。

そのほか、公共施設、飲食店、職場等において法に定められた受動喫煙防止対策が徹底されるよう取り組むと共に、地域や職域と連携を取りながら喫煙対策の好事例を把握し、発信します。

医療保険者は、医療関係団体等と連携し、喫煙者の禁煙サポートに努めます。

教育関係機関は、地域及び学校保健関係者の協力のもと、発達段階に応じた喫煙に関する正しい知識や健康被害について講話を行うとともに、学校教育活動全体での取組を推進します。

オ 飲酒対策の推進

県は、節度ある適度な飲酒量や休肝日、酒害、アルコールに関連する問題等について情報提供を行い、広く県民に対し飲酒に関する正しい知識の普及啓発を図ります。また、市町村や職域、医療機関、教育機関等の関係機関と連携し、健（検）診や保健指導等の機会を活用した減酒支援の取組を推進します。

医療保険者は、各医療機関と連携し特定健康診査等において減酒指導を行うとともに、被保険者へ啓蒙活動を行うなど適正飲酒の周知を図ります。

学校等教育機関は、発達段階に応じたアルコール教育を行うとともに、学校教育活動全体での取組を推進し、飲酒に関する正しい知識の醸成に努めます。

カ 生活習慣病等の重症化予防の推進

(7) 保健事業実施計画（データヘルス計画）に基づく効果的な保健事業の推進

県は国保連合会と連携し、国保データベース（KDB）システム*の有効活用などにより、計画に基づいた生活習慣病の発症予防や重症化予防などの取組が充実するよう、助言します。

医療保険者は、データヘルス計画に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施します。

※国保データベース(KDB)システム：保険者の効率的及び効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的とし、国保連合会が業務を通じて管理する給付情報「健診・医療・介護」等から「統計情報」を作成するとともに、保険者からの委託を受けて「個人の健康に関するデータ」を作成し、提供する。

(イ) 糖尿病性腎症等の重症化予防

本県では、県医師会、糖尿病対策推進会議、保険者協議会と協同により、対象者の選定基準、かかりつけ医・専門医等の連携等を記載した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を平成 29 年 3 月に策定しました。

県は、同プログラムに基づき適切な受診勧奨や保健指導が実施できるよう、各保険者や医療機関と連携を図り、糖尿病性腎症等の重症化予防に取り組みます。

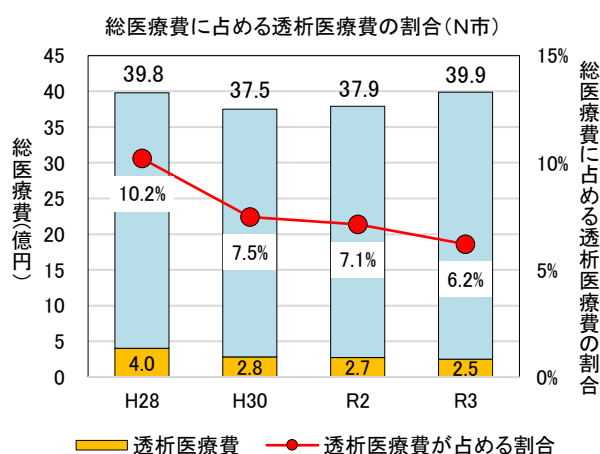
また、市町村が実施する健康教育、健康相談、健康診査・保健指導、歯周疾患検診、訪問指導等に対して必要な補助を行います。

医療保険者は、健診結果や診療報酬明細書（レセプト）情報から、糖尿病等で重症化リスクの高い医療機関未受診者や治療中断者に対し受診勧奨を行います。

また、糖尿病性腎症等で通院中であり、さらに重症化するリスクが高い者に対して、保健師及び管理栄養士による個別面談、訪問による保健指導を行うとともに、継続受診を勧奨しながら、重症度に応じてかかりつけ医と相談し専門医を紹介します。

【県内自治体における取組事例】

県内のN市では、平成 28 年から「慢性腎臓病（CKD）重症化予防プロジェクト」を立ち上げ、将来予測を踏まえて対象者を選定し、市プロジェクトの腎臓専門医による治療計画案や病態の見える化ツール等を活用したかかりつけ医との治療連携と、市保健師・栄養士による保健指導を行い、重症化予防の取組を推進しています。



(ウ) 予防接種による重症化予防

県は、予防接種の普及啓発のため、実施主体である市町村と連携し、予防接種の必要性について、広く県民へ周知を図るとともに、高齢者のインフルエンザ及び肺炎球菌感染症による重症化予防を図るため、高齢者の接種率向上のための取組を促進します。

また、県全体の接種率の向上を図るため、市町村に対し、助言、指導及び国の方針等についての情報提供等を行うとともに、接種率の高い市町村の取組の好事例を紹介するなど、接種率向上に取り組めます。

キ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

県は、市町村の介護予防の取組を支援するため、専門職のアドバイザーを派遣するとともに、介護予防事業担当者を対象とした研修会を開催し、資質の向上を図ります。

また、市町村単独では確保が困難なリハビリテーション専門職を活用した自立支援への取組を支援するため、リハビリ専門職団体と連携し、市町村へのリハビリ専門職の派遣コーディネートを実施します。

さらに、認知症疾患医療センターの整備・運営や、認知症支援関係者の連携体制強化などにより、認知症の早期発見、早期診断及び早期対応に取り組めます。

高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防として、後期高齢者医療広域連合が市町村に委託して行っている高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、後期高齢者医療広域連合及び医療関係団体等と連携し、市町村のニーズを踏まえ、一体的実施の取組が着実に進むよう支援します。

ク がん検診の受診促進

県は、がん検診受診率を向上させるため、市町村や事業者と協力して県民に対しがん検診の意義について普及啓発を行うとともに、効果的な受診勧奨・再勧奨を行います。

また、精密検査受診率を向上させるため、要精密検査と判定された県民への情報提供や精密検査結果把握体制の充実を図ります。

医療保険者は、がん検診及びその精密検査の未受診者を把握し、受診勧奨を行うとともに、必要に応じて医療保険者間で連携し、がん検診と特定健診の同時実施や検診日時・場所等を検討し、がん検診の利便性及び受診率の向上を図ります。

ケ 歯と口の健康づくり

県は、広く県民に対して、口腔機能の発達や維持・向上の重要性、及びむし歯や歯周病予防等に関する普及・啓発を行います。

また、関係機関等との連携会議を開催し、かかりつけ歯科医による歯科健診や定期ケア受診を推進するとともに、保育現場や教育機関、歯科保健医療従事者等関係者を対象に研修会を開催します。

また、歯と口の健康に関して困りごとを抱えた県民が、気軽に歯科相談できる体制を構築します。

後期高齢者医療広域連合は、高齢者の口腔機能の低下を防ぐため、県歯科医師会と連携し、引き続き歯科健診に取り組めます。

県歯科医師会は、リーフレットやポスターを作成し、歯周病の重症化予防に関する周知・広報を行い、タブレットを活用したオンライン口腔保健指導の実施などの予防対策を推進します。

また、教育機関と連携し学校における保健教育の場で、口腔保健に対する意識の向上を図ります。

コ 健康教育の推進

高齢になっても自分の健康を自分でつくるという意識付けができる健康教育を若年層の段階から行います。

県は、教育関係機関等と連携し、乳幼児期からの食育・生活習慣等に関する正しい知識の普及や、児童生徒への健康的な生活習慣に関する知識の普及を行うための「次世代の健康づくり副読本」の県内小中学校での活用を促すとともに、健康講演会等を開催し、保護者や家族の食育、生活習慣等に関する意識の醸成を図ります。

また、4歳児以上を対象にした保育施設でのフッ化物洗口※実施の推進や、学校歯科保健活動を通してむし歯や歯周病予防について学習するための資料を作成し、学校現場での活用を推進するなど、幼児期から成人期のむし歯予防、及び歯周病予防の取組を支援します。

教育関係機関は、児童生徒を対象とした保健教育を推進し、子どもの頃から、たばこの害や飲酒に関する正しい知識の醸成を図ります。

※フッ化物洗口：フッ化ナトリウムの水溶液でうがいをし、むし歯を予防する方法。家庭で個人的に実施する方法と、保育所、学校等で集团的に実施する方法があります。

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する取組

ア 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

県は、患者や医療関係者が安心して後発医薬品を使用できるよう、広く県民に対して後発医薬品に関する普及啓発を図ります。

また、後発医薬品の使用促進に取り組む市町村を支援します。

医療保険者は、先発医薬品から後発医薬品へ切り替えた場合の差額通知を送付し、後発医薬品の普及・促進を図ります。

国保連合会は、後発医薬品の調剤及び削減効果にかかる実績作成に必要なデータ等の情報提供を行います。

また、後発医薬品の使用促進を図るため、各薬局で新規患者等へ後発医薬品の使用に関する意義等を説明するとともに、後発医薬品の使用希望に関するアンケートを実施します。

バイオ後続品については、今後、国の施策を踏まえ、県、医療保険者、関係機関等で連携し、県民への普及啓発等に取り組みます。

イ 医薬品の適正使用の促進

県は、患者にとって安全かつ効果的な服薬のため、関係機関と連携し、医薬品の適正使用に向けた取組を推進します。

医療保険者は、重複投与や多剤投与となっている対象者を把握して、個別の通知や指導などに取り組みます。

被保険者がお薬手帳を提示することは、服用する医薬品の組み合わせによる重篤な副作用の防止や、適正な服薬につながることから、県薬剤師会は、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬管理の指導等による医薬品の適正使用を推進します。

また、県は関係機関と連携することで、被保険者がマイナ保険証による「電子処方箋」やお薬手帳を活用し、受診する医療機関や保険薬局において適切な投薬がなされるよう、医療機関等の協力を得ながら被保険者に対する普及啓発に取り組みます。

ウ 医療の適正利用、医療資源の効果的・効率的な活用の推進

(7) 医療の適正利用

県は、日常的な健康管理や診療、病状に応じた専門的な医療機関への紹介等を行う「かかりつけ医」の重要性について普及・啓発し、適正な医療の利用を推進します。

また、夜間、休日の救急医療機関の適正な受診により、救急医療機関の負担軽減を図るとともに、子どもの急な病状への助言が行えるよう、引き続き電話相談窓口を設置します。

医療保険者は、同一月内に一つの疾病で、複数の医療機関を受診する重複受診者や、同一診療科目を頻繁に受診する頻回受診者に対し、保健師等が受診内容を把握し主治医と連携を図りながら、訪問指導等を行うよう努めます。

(8) 医療資源の効果的・効率的な活用

急性気道感染症及び急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方効果は乏しいというエビデンスがあることが指摘されており、国において、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」に基づき、抗菌薬の適正使用に向けた取組がなされています。

県では、感染症発生動向調査において、薬剤耐性菌による感染症の発生状況を把握し、医療機関等に対し情報提供及び抗菌薬使用に関する注意喚起を行い、抗菌薬の適正使用に取り組みます。

また、令和4年に創設されたリフィル処方箋については、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態も踏まえつつ、関係機関との連携を通して制度の周知を図ります。

エ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

県は、地域包括ケアシステムの実施主体である市町村の在宅医療・介護連携推進事業への取組支援として、市町村間の情報共有の場の設置、研修による人材育成など技術的な支援を行うほか、在宅医療従事者の負担軽減の支援、一体的な医療・介護提供のための他職種連携、県民への啓発などに取り組みます。

また、地域住民のニーズに応じた保健・医療・介護・福祉・住宅・生活支援サービスが一体的に提供されるよう、地域包括ケアシステムの体制の整備を促進するとともに、地域包括支援センター※の職員を対象とした研修会を実施し、機能の強化を図ります。

※地域包括支援センター：市町村が設置し、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員などが一つのチームとして、介護予防マネジメント、総合相談・支援、権利擁護事業、包括的・継続的マネジメントを担い、地域の保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援する中核機関をいう。

オ 病床機能の分化・連携、在宅医療の推進

県は、各医療機関が、将来自らが担う医療機能を検討するに当たり、参考となるデータを整理し提供するとともに、各医療機関における医療機能の分化・連携のための自主的な取組や、相互の協議を促進します。

また、不足する医療機能を解消するための対策の提案や、基金を活用した施策の実施などにより、医療機関の取組を促進します。特に不足が見込まれる回復期機能については、病床機能の転換による確保を支援し、将来見込まれる医

療需要に適切に対応できるようバランスのとれた医療供給体制の構築を推進します。

そのほか、患者の状態に応じた切れ目のない医療を提供するため、地域連携クリティカルパス※の整備及び活用を推進し、県医師会と協力しておきなわ津梁ネットワーク※等 I C Tを活用した地域ネットワークの構築等に取り組みます。

※地域連携クリティカルパス：疾病別に、疾病の発生から診断、治療、リハビリ、在宅医療までを治療にあたる複数の医療機関、施設にまたがって作成する一連の診療計画のことをいう。（地域連携クリティカルパスの普及により、転院しても中断されることなく、急性期病院から回復期病院を経て在宅に戻るまで継続的な医療の提供が円滑に行われるため、在宅生活への早期復帰を希望する患者は安心して医療を受けることができる。）

※おきなわ津梁ネットワーク：沖縄県医師会が中心となり、糖尿病、脳卒中、急性心筋梗塞等のいわゆる生活習慣病をターゲットとした地域連携クリティカルパスを電子化し、インターネットを介して運用するもの。

3 その他の適正化への取組

(1) レセプト点検の充実

県は、レセプト点検体制の指導、レセプト点検員を対象とした研修会の開催、医療給付指導員等による助言を実施し、レセプト点検水準の向上を図ります。

国保連合会は、レセプト点検員を対象とした研修会の開催や、各地区国保協議会等へ講師を派遣するなど、レセプト点検員のスキルの向上を図るとともに、レセプト点検共同事業により、二次点検が困難な小規模保険者の二次点検を受託し支援します。

(2) 第三者行為求償事務の推進

医療保険者及び国保連合会は、損害保険関係団体との覚書に基づく傷病届の早期提出・励行に取り組むとともに、第三者行為による傷病発見の手がかりとなる情報に係る関係部署との連携等、一層の取組強化を図ります。

県は、研修の機会等を活用し、第三者行為求償事務の意義や役割の周知を図り、担当者の資質向上のため具体的な指導・助言を行います。また、国の第三者行為求償事務アドバイザーの活用や先進地における好事例を調査し、先進的な取組等、情報提供を行い、医療保険者の求償事務を支援します。

さらに、県、医療保険者及び国保連合会は、国保広報共同事業による広報活動を行うほか、各種広報媒体を活用し、傷病届出の義務等について周知・広報に取り組みます。

(3) 療養費の適正化

県は、市町村指導監督により定期的、計画的に指導・助言を行うとともに、事務の標準化を通じて療養費支給事務の適正化を推進します。

また、市町村及び国保連合会と連携し、事務処理マニュアルを作成し、療養費支給事務の標準化を図るとともに、柔道整復療養費等について先進的な取組など、好事例の情報提供を行い、市町村の療養費支給事務を支援します。

医療保険者及び国保連合会は、療養費にかかる医療費通知の実施に加え、県民に療養費についての正しい知識を有してもらうため、健康保険が使える場合と使えない場合の事例等について周知・広報します。

また、医療保険者は、柔道整復、はり、きゅう、あん摩マッサージ指圧の施術に係る療養費について、国保連合会に設置された審査委員会の審査等を踏まえて支給の適否を判断するとともに、支給を決定する際は、保険者による点検を行い、必要に応じて患者照会や施術所への確認を行うなど、適正な支給に努めます。

(4) 医療費通知の実施

各医療保険者は、引き続き、医療費通知を実施するとともに、受け取る側が分かりやすい医療費通知の実施に努めます。

4 関係機関との連携及び協力

県は、各保険者等が行う保健事業の実施状況や保険加入者のニーズ等について、保険者協議会を通じて、その状況把握に努めます。

また、本計画の作成及び計画に基づく施策の実施について必要がある場合には、保険者等、医療機関その他関係者に対して協力を求め、各保険者の取組を円滑に進められるよう努めます。

県や各医療保険者、医療関係機関及び国保連合会等は、県民の健康増進や本計画の取組を効果的に進めるため、相互に連携・協力を図ります。

また、県、沖縄労働局、沖縄県医師会、全国健康保険協会沖縄支部及び沖縄産業保健総合支援センターによる「5者協定」の枠組みを活用し、企業が従業員の健康を重要な経営資源ととらえ、積極的に従業員の健康づくりに取り組む「健康経営」を推進するとともに、県や市町村等が企業と連携することで地域全体でより効果的・効率的な健康づくりを行います。

※保険者協議会：都道府県内の医療保険者を代表する者等を委員として、加入者の健康の保持増進と医療費適正化について、関係団体等の協力を得ながら、保険者横断的に共同で取り組むために設置された団体。

5 令和11年度（2029年度）の医療費の見通し

(1) 医療費の見通しに関する基本的な考え方

国の基本方針で示された推計方法及び国提供の「第四期医療費適正化計画推計ツール」（以下「推計ツール」という。）を用いて、次のとおり算出しています。

なお、推計ツールによる適正化の効果額等は、医療費に影響を与える効果の一部であることや、国が設定した前提条件に基づく仮定の数値のため、本計画では参考値として記載することとします。

ア 入院外・歯科医療費

令和元年度を基準年度として、医療費適正化の取組を行う前の自然増を勘案した医療費見込みから、適正化のための取組の効果額を差し引いた額を、入院外・歯科医療費の将来推計としています。

イ 入院医療費

入院医療費は、病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえて将来推計することとされており、地域医療構想における令和7年時点の性年齢階級別・病床機能別の医療需要（人口比）をもとに算出しています。

図表 14-1 推計に用いた数値

設定項目		推計に用いた 数値	備考	【参考】現状値
1 病床機能ごとの医療需要（R7(2025)年度）				
高度急性期（人／日）	1,374	沖縄県地域医療 構想	1,148	(R4) ※ 3
急性期（人／日）	4,233		6,322	(R4) ※ 3
回復期（人／日）	4,207		2,322	(R4) ※ 3
慢性期（人／日）	3,080		3,537	(R4) ※ 3
2 令和11(2029)年度の後発医薬品の普及率				
後発医薬品の普及率（数量ベース）（％）	86.0	目標値	89.2	(R3)
バイオ後続品の普及率（％）	60.0	目標値	18.8	(R3)
後発医薬品の普及率（金額ベース）（％）	65.0	目標値	64.5	(R3)
3 特定健康診査及び特定保健指導の実施率				
特定健康診査の実施率（％）	70.0	目標値	50.9	(R3)
特定保健指導の実施率（％）	45.0	目標値	33.6	(R3)
特定保健指導の対象者割合（％）	17.0	規定値 ※ 1	20.6	(R3)
特定保健指導による効果（円）	6,000	規定値 ※ 1		
4 人口1人当たり外来医療費の地域差縮減を目指す取組				
生活習慣病に関する重症化予防の取組効果（縮減率％）	7.0	沖縄県は全国平均を下回っているため任意 ※ 2		
重複投薬の適正化効果（医療機関数）	3	規定値 ※ 1		
複数種類医薬品（ポリファーマシー）の適正使用対象とする一人当たりの投薬種類数（種類数）	9	規定値 ※ 1		
5 医療資源の効果的・効率的な活用の推進				
急性気道感染症に対する抗菌薬処方（削減率％）	50.0	規定値 ※ 1		
急性下痢症に対する抗菌薬処方（削減率％）	50.0	規定値 ※ 1		

※1 備考欄の「規定値」は推計ツールに予め設定されている値であり、変更することは可能であるがそのまま用いている。

※2 生活習慣病（糖尿病）の40歳以上の人口1人当たり医療費が全国平均以下の都道府県については任意設定となるが、推計ツールで示された「令和11（2029）年度的生活習慣病（糖尿病）の40歳以上の人口1人当たり医療費が全国平均を上回る都道府県の縮減率の平均」の7.0％を縮減率として用いている。

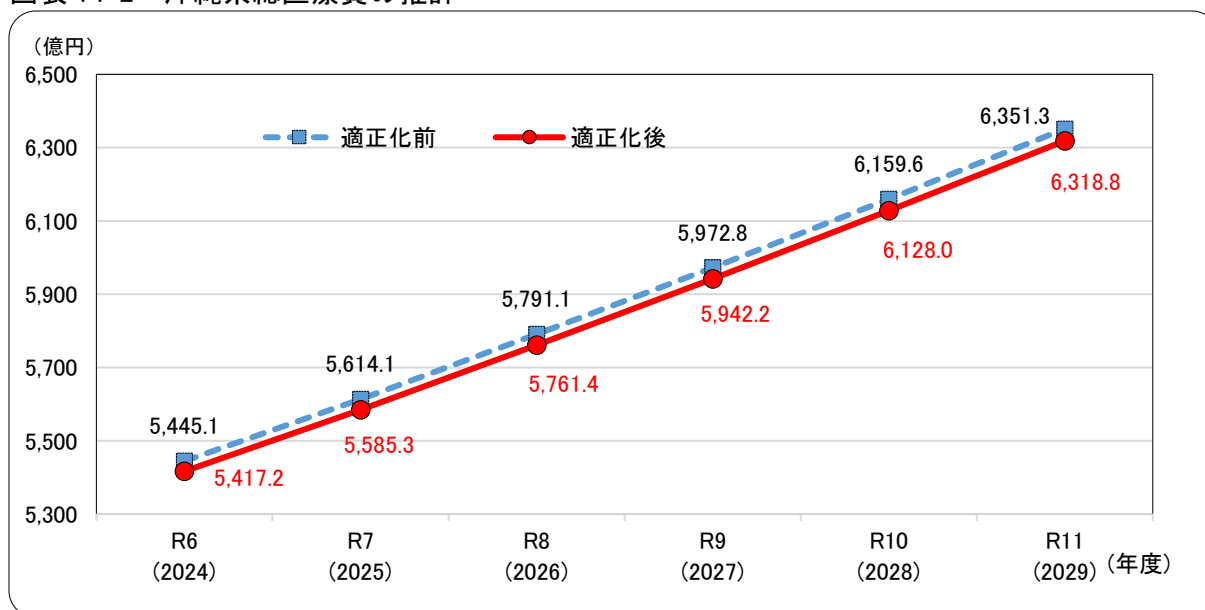
※3 資料：厚生労働省「令和4年病床機能報告」

(2) 医療費の見通し

推計ツールによる推計では、本県の令和6年度の医療費は5,445.1億円と推計され、適正化の取組を行わない場合、令和11年度には約906億円増加し、6,351.3億円になると見込まれます。

一方、医療費適正化のための取組を行った場合、令和11年度の医療費は6,318.8億円となり、適正化の取組を行わない場合に比べ、約33億円の医療費の伸びを抑えることができると推計されます。(図表14-2)

図表 14-2 沖縄県総医療費の推計



資料：厚生労働省提供の『第四期医療費適正化計画推計ツール』による算定

令和11年度における適正化の取組を行った場合の効果額約33億円の内訳は、後発医薬品の普及0.9億円、特定健診等の実施率の達成0.7億円、地域差縮減を目指す取組（生活習慣病、重複投薬、複数種類医薬品）20.1億円、医療資源の効果的・効率的な活用の推進4.3億円、バイオ後続品の普及6.5億円となっています。(図表14-3)

また、令和11年度における制度区分別の医療費見込みは、市町村国保が1,842.7億円、後期高齢者医療が2,274.9億円、被用者保険等が2,201.3億円となっています。(図表14-4)

市町村国保と後期高齢者医療の令和11年度における一人当たりの保険料(月額)の見込みを機械的に試算した場合、適正化の取組を行った場合の保険料は、市町村国保が7,999円、後期高齢者医療が8,936円となる見込みです。(図表14-5)

図表 14-3 医療費適正化の取組による効果額の推移等

(億円)

年度		R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
自然体の医療費の見込み（適正化前）		5,445.1	5,614.1	5,791.1	5,972.8	6,159.6	6,351.3
適正化の取組による効果額		▲ 27.9	▲ 28.8	▲ 29.7	▲ 30.6	▲ 31.5	▲ 32.5
	後発医薬品の普及※	(▲ 0.8)	(▲ 0.8)	(▲ 0.9)	(▲ 0.9)	(▲ 0.9)	(▲ 0.9)
	特定健診等の実施率の達成	(▲ 0.6)	(▲ 0.6)	(▲ 0.6)	(▲ 0.6)	(▲ 0.6)	(▲ 0.7)
	地域差縮減を目指す取組（生活習慣病、重複投薬、複数種類医薬品（ポリファーマシー））	(▲ 17.3)	(▲ 17.8)	(▲ 18.4)	(▲ 19.0)	(▲ 19.5)	(▲ 20.1)
	医療資源の効果的・効率的な活用の推進（抗菌薬の適正化）	(▲ 3.7)	(▲ 3.8)	(▲ 3.9)	(▲ 4.1)	(▲ 4.2)	(▲ 4.3)
	バイオ後続品の普及	(▲ 5.5)	(▲ 5.7)	(▲ 5.9)	(▲ 6.1)	(▲ 6.3)	(▲ 6.5)
医療費の見込み（適正化後）		5,417.2	5,585.3	5,761.4	5,942.2	6,128.0	6,318.8
	入院	2,498.4	2,574.1	2,658.4	2,744.9	2,833.6	2,924.5
	入院外	2,609.3	2,692.7	2,775.6	2,860.9	2,948.7	3,039.0
	歯科	309.5	318.5	327.4	336.4	345.8	355.3

資料：厚生労働省提供の『第四期医療費適正化計画推計ツール』による算定

※「後発医薬品の普及」による効果額は金額ベースの使用割合で算定

図表 14-4 制度区分別医療費見込み

※（ ）は適正化前

(億円)

年度		R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)	R9 (2027)	R10 (2028)	R11 (2029)
市町村国保		1,717.8 (1,726.7)	1,742.4 (1,751.4)	1,753.9 (1,763.0)	1,774.5 (1,783.6)	1,804.0 (1,813.2)	1,842.7 (1,852.2)
後期高齢者		1,720.7 (1,729.5)	1,807.4 (1,816.7)	1,930.8 (1,940.7)	2,050.6 (2,061.2)	2,165.1 (2,176.2)	2,274.9 (2,286.6)
被用者保険等		1,978.7 (1,988.9)	2,035.5 (2,046.0)	2,076.6 (2,087.3)	2,117.2 (2,128.1)	2,159.0 (2,170.1)	2,201.3 (2,212.6)

資料：厚生労働省提供の『第四期医療費適正化計画推計ツール』による算定

図表 14-5 市町村国保・後期高齢者医療の一人当たり月額保険料（見込み）

		R11年度 (適正化前)	R11年度 (適正化後)
市町村国保		8,040円	7,999円
後期高齢者		8,982円	8,936円

資料：厚生労働省提供の『第四期医療費適正化計画推計ツール』により機械的に試算

第4章 計画の進捗管理

1 進捗管理

本計画では、計画に掲げた施策の実効性を高めるため、計画策定(Plan)、実施(Do)、点検・評価(Check)、及び見直し・改善(Action)を一連の流れとして、定期的に計画の達成状況の評価し進捗管理を行います。

(1) 進捗状況の評価

計画の初年度及び最終年度を除く毎年度、本計画に定めた取組について進捗状況の公表を行います。

(2) 実績の評価

計画期間終了年度の翌年度である令和12年度（2030年度）に、保険者協議会の意見を聴いた上で、計画に掲げた目標の達成状況を中心とした実績評価を行い、その結果を県のホームページ等で公表します。

2 計画の見直し

毎年度の進捗状況の評価を踏まえ、必要に応じて目標及び目標を達成するための取組について見直しを行い、必要な対策を講ずるよう努めます。

また、計画の最終年度である令和11年度（2029年度）に、計画の進捗状況に関する調査・分析を行い、必要な対策について次期計画に反映させることとします。

3 計画等の周知

計画の推進には、県民一人ひとりが計画の内容を理解し、協力していくことが求められています。県は、計画の策定、進捗状況の評価、実績の評価及び計画期間中の見直しの内容について、県のホームページ等で公表するなど、広く県民へ周知を図ります。

計画策定の経緯

日 付	内 容
令和5年3月27日	第1回 沖縄県医療費適正化計画検討委員会 開催
令和5年7月20日	第2回 沖縄県医療費適正化計画検討委員会 開催
令和5年9月12日	第3回 沖縄県医療費適正化計画検討委員会 開催
令和5年9月19日～ 10月6日	沖縄県保険者協議会及び市町村へ意見照会
令和5年11月27日	第4回 沖縄県医療費適正化計画検討委員会 開催
令和5年12月13日～ 令和6年1月5日	沖縄県保険者協議会及び市町村へ協議の実施
令和5年12月15日～ 令和6年1月15日	県民意見公募（パブリックコメント）の実施
令和6年2月13日	第5回 沖縄県医療費適正化計画検討委員会 開催
令和6年3月	「第四期沖縄県医療費適正化計画」策定

沖縄県医療費適正化計画検討委員会運営要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、沖縄県医療費適正化計画の策定及び見直しに関する意見を聴取する会合の運営に関して必要な事項を定めるものとする。

(会合の名称)

第2条 前条に規定する会合は、沖縄県医療費適正化計画検討委員会（以下「委員会」という。）と称する。

(意見等聴取事項)

第3条 県は、委員会から次に掲げる事項に関することについて意見等を聴取する。

- (1) 沖縄県医療費適正化計画の策定に関すること
- (2) 沖縄県医療費適正化計画の見直しに関すること
- (3) その他必要な事項

(構成員)

第4条 委員会は、委員16名以内で、次の各号に掲げる者で構成する。

- (1) 学識経験者
- (2) 保険者
- (3) 被保険者
- (4) 保健・医療・福祉・介護関係者
- (5) 保険関係者
- (6) その他保健医療部長が必要と認める者

(期間)

第5条 前条の規定により決定された者から第3条の規定に関する意見等を聴取する期間は、2年とする。

- 2 前項の規定を超えて、前項に規定する者を引き続き選任し、当該者から意見等を聴取する特別な事情がある場合にあっては、当該期間を超えて当該者を構成員とすることができるものとする。

(会合の開催)

第6条 委員会の開催は、保健医療部長が通知する。

(議事進行)

第7条 委員会の議事進行は、保健医療部長が行う。

- 2 前項の規定にかかわらず、保健医療部長は、委員会の議事進行を担当する者を指名し、当該者に委員会の議事進行を依頼することができる。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、沖縄県保健医療部国民健康保険課において行う。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、保健医療部長が定める。

附 則

この要綱は、平成19年6月13日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月25日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年11月21日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年1月31日から施行する。

沖縄県医療費適正化計画検討委員会 委員名簿

(敬称略)

委員氏名	所属団体・役職等	区 分
小川 寿美子	名桜大学 人間健康学部 教授	学識経験者
崎間 敦	琉球大学グローバル教育支援機構 教授	
中村 幸志	琉球大学大学院医学研究科 教授	
古謝 景春	沖縄県市長会 南城市長	保険者
照屋 勉	沖縄県町村会 与那原町長	
比嘉 哲也	沖縄県後期高齢者医療広域連合 事務局長	
西銘 進	健康保険組合連合会沖縄連合会 事務局長	
荒木 直彦	全国健康保険協会沖縄支部 企画総務部長	被保険者
與那覇 信子	沖縄県女性連合会 会長	
石川 修治	日本労働組合総連合会沖縄県連合会（連合沖縄） 副事務局長	
砂川 博司	沖縄県医師会 理事	保健・医療・ 福祉・介護関係者
米須 敦子	沖縄県歯科医師会 会長	
喜友名 朝史	沖縄県薬剤師会 常務理事	
志茂 ふじみ	沖縄県訪問看護ステーション連絡協議会	
島袋 昌子	沖縄県地域包括・在宅介護支援センター協議会 理事	保険関係者
大城 博之	沖縄県国民健康保険団体連合会 事務局長	

一部改定の経緯

日 付	内 容
令和7年1月17日	令和6年度沖縄県医療費適正化計画検討委員会 開催
令和7年1月30日～ 2月28日	沖縄県保険者協議会及び市町村へ協議の実施
令和7年2月3日～ 3月3日	県民意見公募（パブリックコメント）の実施
令和7年3月	「第四期沖縄県医療費適正化計画」一部改定

沖縄県医療費適正化計画検討委員会運営要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、沖縄県医療費適正化計画の策定及び見直しに関する意見を聴取する会合の運営に関して必要な事項を定めるものとする。

(会合の名称)

第2条 前条に規定する会合は、沖縄県医療費適正化計画検討委員会（以下「委員会」という。）と称する。

(意見等聴取事項)

第3条 県は、委員会から次に掲げる事項に関することについて意見等を聴取する。

- (1) 沖縄県医療費適正化計画の策定に関すること
- (2) 沖縄県医療費適正化計画の見直しに関すること
- (3) その他必要な事項

(構成員)

第4条 委員会は、委員16名以内で、次の各号に掲げる者で構成する。

- (1) 学識経験者
- (2) 保険者
- (3) 被保険者
- (4) 保健・医療・福祉・介護関係者
- (5) 保険関係者
- (6) その他保健医療介護部長が必要と認める者

(期間)

第5条 前条の規定により決定された者から第3条の規定に関する意見等を聴取する期間は、2年とする。

- 2 前項の規定を超えて、前項に規定する者を引き続き選任し、当該者から意見等を聴取する特別な事情がある場合にあっては、当該期間を超えて当該者を構成員とすることができるものとする。

(会合の開催)

第6条 委員会の開催は、保健医療介護部長が通知する。

(議事進行)

第7条 委員会の議事進行は、保健医療介護部長が行う。

- 2 前項の規定にかかわらず、保健医療介護部長は、委員会の議事進行を担当する者を指名し、当該者に委員会の議事進行を依頼することができる。

(庶務)

第8条 委員会の庶務は、沖縄県保健医療介護部国民健康保険課において行う。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、保健医療介護部長が定める。

附 則

この要綱は、平成19年6月13日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月25日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年11月21日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年1月31日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年11月11日から施行する。

沖縄県医療費適正化計画検討委員会 委員名簿

(敬称略)

委員氏名	所属団体・役職等	区 分
小川 寿美子	名桜大学 人間健康学部 教授	学識経験者
崎間 敦	琉球大学グローバル教育支援機構 教授	
中村 幸志	琉球大学大学院医学研究科 教授	
古謝 景春	沖縄県市長会 南城市長	保険者
照屋 勉	沖縄県町村会 与那原町長	
比嘉 哲也	沖縄県後期高齢者医療広域連合 事務局長	
西銘 進	健康保険組合連合会沖縄連合会 事務局長	
新垣 清乃	全国健康保険協会沖縄支部 企画総務部長	
與那覇 信子	沖縄県女性連合会 会長	被保険者
石川 修治	日本労働組合総連合会沖縄県連合会（連合沖縄） 副事務局長	
砂川 博司	沖縄県医師会 理事	保健・医療・ 福祉・介護関係者
米須 敦子	沖縄県歯科医師会 会長	
喜友名 朝史	沖縄県薬剤師会 常務理事	
志茂 ふじみ	沖縄県訪問看護ステーション連絡協議会	
島袋 昌子	沖縄県地域包括・在宅介護支援センター協議会 理事	
大城 博之	沖縄県国民健康保険団体連合会 事務局長	保険関係者

第四期沖縄県医療費適正化計画

発行年月 令和6年3月（令和7年3月一部改定）
発行 沖縄県保健医療介護部国民健康保険課
〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号
TEL 098-866-2304 FAX 098-866-2326
