第８次宮崎県医療計画
中間見直し
（素案）

目　　次

総論

第１章 総論　頁
第１節 第８次宮崎県医療計画の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
１ 計画の位置付け等・・３
２ 計画の期間・・３
第２節 中間見直しの考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４
１ 中間見直しの趣旨・・４
２ 中間見直しの方針・・５
第３節 現行計画の評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
１ ５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築・・・・・・・・・・７
２ 外来医療計画・・21
３ 医師確保計画・・22
４ 薬剤師（薬剤師確保計画）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23

評価結果を踏まえた計画の変更

第２章 医療提供体制の構築
第１節 ５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築・・・・・・・・・・25
１ がん・・・27
２ 脳卒中・・36
３ 心筋梗塞等の心血管疾患・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・43
４ 糖尿病・・50
５ 精神疾患・・・56
６ 救急医療・・・70
７ へき地医療・・82
８ 小児医療・・・88
９ 周産期医療・・96
１０ 災害医療・・116
１１ 新興感染症発生・まん延時における医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・123
１２ 在宅医療・介護・・132

第３章 外来医療計画
第１節 総論・・・145
１ 計画策定の背景・・145
２ 計画の目的と内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・145
３ 計画の位置付け・・145
４ 計画期間・・145
第２節 外来医療に係る医療提供体制の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・146
１ 県内の外来医療提供体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・146
２ 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・148
３ 現時点において地域で不足する外来医療機能・・・・・・・・・・・・・・・・・・・150

４ 外来機能報告制度と紹介受診重点医療機関……150
第３節 外来医療に係る施策の方向……152
１ 協議の場の設置……152
２ 施策の方向……152
３ 診療所の新規開業に係る手続き等……152
４ 医療機器の効率的な活用方針……153
５ 目標……153
二次医療圏（対象区域）ごとの状況……154

第４章 医療提供基盤の充実
第１節 医師確保計画……168
１ 総論……169
２ 現状と課題……171
３ 医師偏在指標……174
４ 医師少数区域・医師多数区域の設定……175
５ 医師の確保に関する方針……177
６ 目標医師数……179
７ 施策の方向……181
８ 医師偏在是正プラン……184
９ 産科における医師確保計画……186
10 小児科における医師確保計画……190
第２節 医療従事者の養成・確保と資質向上……195
１ 薬剤師（薬剤師確保計画）……197

第１章　総論

第１節　第８次宮崎県医療計画の概要

１　計画の位置付け等

２　計画の期間

第２節　中間見直しの考え方

１　中間見直しの趣旨

２　中間見直しの方針

第３節　現行計画の評価

１　５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築

２　外来医療計画

３　医師確保計画

４　薬剤師（薬剤師確保計画）

第１節　第８次宮崎県医療計画の概要

１．計画の位置付け等

○　医療計画は、医療法第30条の４に規定する医療を提供する体制の確保に関する計画であり、本県の医療施策の方向を明らかにする基本計画として策定するものです。

○　医療計画制度は、昭和60年(1985年)の第一次医療法改正により導入され、本県では昭和62年(1987年)８月に「宮崎県地域保健医療計画－展望編」を策定して以来、改定を行いながら、令和６年(2024年)３月に、現行の「第８次宮崎県医療計画」を策定しました。

２．計画の期間

第８次宮崎県医療計画の期間は、令和６年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)までの６年間です。

第８次宮崎県医療計画の構成

第１章　総論
第２章　地域の概況
第３章　医療圏の設定と基準病床数
第４章　医療提供体制の構築
　第２節　５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築
第５章　地域医療構想
第６章　外来医療計画
第７章　医療提供基盤の充実
　第１節　医師確保計画
　第２節　医療従事者の養成・確保と資質向上（医師を除く）
　　２　薬剤師（薬剤師確保計画）
第８章　計画の推進等

※下線部が中間見直しの対象

第２節　中間見直しの考え方

１．中間見直しの趣旨

（中間見直しの背景・目的）

○　「第８次宮崎県医療計画」の策定以降、高齢化や社会構造の多様化・複雑化は確実に進んでおり、疾病構造の変化や生活習慣病の増加、さらには医療技術の進歩等、医療を取り巻く環境は大きく変化しています。

○　国は、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」を開催し、令和８年(2026年)３月に意見の取りまとめを行い、その後、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第８次（後期）～」や「医師確保計画策定ガイドライン～第８次（後期）～」を定めました。

○　このような現行計画策定後の本県の医療を取り巻く環境の変化等に対応し、令和12年度(2030年度)からの第９次医療計画に向けて、現行計画に掲げる各種施策をより実効性のあるものとするため、必要な見直しを行います。

（中間見直しの位置付け）

○　医療法第30条の６の規定により、在宅医療その他必要な事項については、中間年に当たる３年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更することとされています。

○　本見直しは、「第８次宮崎県医療計画」が、令和８年度(2026年度)末をもって策定から３年を経過することから、医療法に基づく中間見直しとして実施するものです。

○　中間見直し後の計画については、令和９年度(2027年度)から令和11年度(2029年度)までの３年間適用されます。

《医療計画のスケジュールイメージ》



２．中間見直しの方針

中間見直しに当たっては、現行計画のうち、以下の事項について必要な見直しを行います。なお、見直しを行わない事項については、現行計画の内容を継続します。

⑴ ５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築

＜現行計画：第４章　第２節＞

○　５疾病・６事業及び在宅医療については、計画の実効性を高めるため、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき計画を見直すことが重要とされています。

○　国は、これらの疾病・事業等に関連して、「医療計画作成指針」等の改正を行いました。

○　これらを踏まえ、現行計画の取組がより推進されるよう、これまでの取組状況について指標を用いて評価し、課題を把握したうえで、取組内容の変更や目標の再設定等の見直しを行います。また、国の指針や新たな制度の創設など、現行計画策定後の変化に応じた見直しを行います。

⑵ 外来医療計画

＜現行計画：第６章＞

○　外来医療計画については、施策の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図ることが必要とされており、外来医療に係る医療提供体制は比較的短期間に変化しうることから、３年ごとに中間見直しを行うこととされています。

○　国は、外来医療に関連して、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第８次（後期）～」を定めました。

○　これらを踏まえ、外来医療に係る取組がより推進されるよう、これまでの取組状況について評価し、課題を把握したうえで、取組内容の変更等の見直しを行います。

⑶ 医師確保計画

＜現行計画：第７章　第１節＞

○　医師確保計画の評価結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期計画の策定・見直しに反映させることとされています。

○　国は、医師確保に関連して、「医師確保計画策定ガイドライン～第８次（後期）～」を定めました。

○　これらを踏まえ、医師確保に係る取組がより推進されるよう、これまでの取組状況について評価し、課題を把握したうえで、取組内容の変更等の見直しを行います。

(4) 薬剤師（薬剤師確保計画）

＜現行計画：第７章　第２節　２＞

○　薬剤師確保計画の効果については、計画期間の開始時点で掲げた薬剤師数の目標値に対し、計画期間終了時にどの程度確保できたかという考え方で検証することとされています。

○　国は、薬剤師確保に関連して、「都道府県における病院薬剤師確保の手引き」を定めました。

○　これらを踏まえ、薬剤師確保に係る取組がより推進されるよう、これまでの取組状況について評価し、課題を把握したうえで、取組内容の変更等の見直しを行います。

第３節　現行計画の評価

１．５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築

(1) 評価の方法

① 目標について、計画策定時の基準値と中間見直し時における直近値を比較し、その進捗状況について、Ａ～Ｄの分類により評価します。

A	令和11年(度)(2029年(度))の目標を既に達成している。
B	計画策定時から改善している。
C	計画策定時の状況を維持している。
D	計画策定時から悪化している。

② 各疾病等について、これまでの取組状況や中間見直し時における成果を把握します。また、国の指針や新たな制度の創設など、現行計画策定後の変化を把握します。

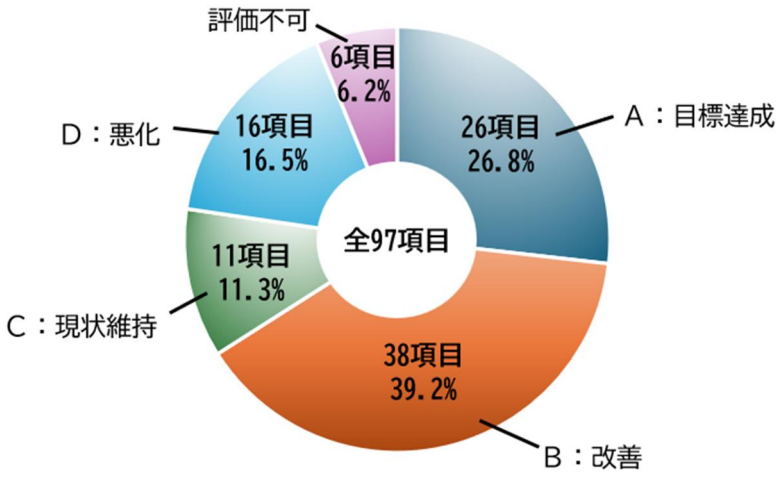
③ ①②を踏まえて、施策の方向の変更や目標の再設定等の見直しを行います。

(2) 評価結果及び見直しの内容

（目標の進捗状況（全体集計））

○ ５疾病・６事業及び在宅医療に係る目標の進捗状況については、令和11年(度)(2029年(度))における目標を既に達成しているものが、97項目中、26項目でした。

○ また、計画策定時から改善しているものが38項目、計画策定時の状況を維持しているものが11項目、計画策定時から悪化しているものが16項目でした。なお、最新データの時点が策定時から変わらず、現時点では進捗状況の確認ができないものが６項目でした。



５疾病・６事業及び在宅医療に係る目標の進捗状況（全体）

		目標（令和11年（度））	A 目標達成	B 改善	C 現状維持	D 悪化	評価不可※
全　体		97 項目	26 項目 (26.8%)	38 項目 (39.2%)	11 項目 (11.3%)	16 項目 (16.5%)	6 項目 (6.2%)
５疾病	がん	16 項目	1 項目 (6.3%)	10 項目 (62.5%)	3 項目 (18.8%)	2 項目 (12.5%)	0 項目 (0.0%)
	脳卒中	10 項目	0 項目 (0.0%)	5 項目 (50.0%)	2 項目 (20.0%)	1 項目 (10.0%)	2 項目 (20.0%)
	心筋梗塞等の心血管疾患	9 項目	0 項目 (0.0%)	3 項目 (33.3%)	2 項目 (22.2%)	2 項目 (22.2%)	2 項目 (22.2%)
	糖尿病	3 項目	0 項目 (0.0%)	3 項目 (100.0%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)
	精神疾患	6 項目	0 項目 (0.0%)	2 項目 (33.3%)	2 項目 (33.3%)	2 項目 (33.3%)	0 項目 (0.0%)
６事業	救急医療	9 項目	4 項目 (44.4%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)	5 項目 (55.6%)	0 項目 (0.0%)
	へき地医療	3 項目	1 項目 (33.3%)	2 項目 (66.7%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)
	小児医療	4 項目	1 項目 (25.0%)	2 項目 (50.0%)	0 項目 (0.0%)	1 項目 (25.0%)	0 項目 (0.0%)
	周産期医療	7 項目	6 項目 (85.7%)	1 項目 (14.3%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)
	災害医療	6 項目	1 項目 (16.7%)	1 項目 (16.7%)	0 項目 (0.0%)	2 項目 (33.3%)	2 項目 (33.3%)
	新興感染症発生・まん延時における医療	14 項目	9 項目 (64.3%)	4 項目 (28.6%)	1 項目 (7.1%)	0 項目 (0.0%)	0 項目 (0.0%)
在宅医療・介護		10 項目	3 項目 (30.0%)	5 項目 (50.0%)	1 項目 (10.0%)	1 項目 (10.0%)	0 項目 (0.0%)

※「評価不可」…指標について、最新データの時点が策定時から変わらず、現時点では進捗状況の確認ができないもの。

（５疾病・６事業及び在宅医療）

１　がん

○　現行計画における取組の概要

がんの予防に向けた啓発の強化やがん検診受診率向上による早期発見の促進によりがんによる死亡率の減少を図ります。また、質の高いがん医療を受けるための医療提供体制の充実を図ります。

○　目標の進捗状況

指標			基準値（R4年）	R6 －	R7（R7年）	目標値	評価	全国値（R7年）
1	がん検診受診率	胃がん　男性	56.5%	－	56.3%	それぞれ60%以上	C	55.9%
2		胃がん　女性	42.3%	－	43.2%		C	46.5%
3		大腸がん　男性	49.0%	－	50.6%		B	50.9%
4		大腸がん　女性	40.4%	－	43.8%		B	46.2%
5		肺がん　男性	54.5%	－	56.9%		B	55.2%
6		肺がん　女性	48.0%	－	49.4%		B	49.5%
7		乳がん	46.2%	－	52.8%		B	51.0%
8		子宮頸がん	42.7%	－	46.7%		B	46.1%
指標			基準値（R1年）	R6（R4年）	R7（R5年）	目標値	評価	全国値（R5年）
9	年齢調整罹患率（人口10万人当たり）		356.0	356.8	346.4	全国平均以下	A	375.0
指標			基準値（R4年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
10	75歳未満年齢調整死亡率（人口10万人当たり）		74.6	71.5	70.3	全国平均以下	B	64.7
指標			基準値（R2年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値
11	緩和ケアチームのある病院数		13施設	9施設	―	15施設	D	－
指標			基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値
12	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数（人口10万人当たり）	県北	38.6件	42.4件	29.8件	100件	D	－
13		県央	575.2件	659.6件	714.5件	900件	B	－
14		県南	0件	0件	0件	100件	C	－
15		県西	31.7件	30.6件	70.2件	100件	B	－
指標			基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R7年度）
16	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合		2.9%	－	13.2%	全国平均以上	B	14.9%

○　見直しの主な内容

施策の方向及び目標は維持し、2040年に向けたがん医療の需要変化等を見据え、がんの早期発見やがん医療提供体制の充実などに向けた取組を一層推進します。

２　脳卒中

○　現行計画における取組の概要

生活習慣病の改善に向けた普及啓発や保健指導を強化し、発症予防を推進します。また、rt-PAによる血栓溶解療法等が実施できる体制の整備促進など、急性期や回復期における医療提供体制の充実を図ります。

○　目標の進捗状況

指標			基準値（R1年）	R6（R4年）	R7（R5年）	目標値	評価	全国値（R4年）
1	健康寿命	男性	73.30	72.29	―	延伸	C	72.57
2		女性	76.71	76.13			C	75.45
指標			基準値（R2年）	R6（R3年）	R7（R4年）	目標値	評価	全国値（R3年）
3	脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性	105.2	―	―	全国平均以下	－	－
4		女性	61.4				－	－
指標			基準値（R2年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R5年）
5	脳血管疾患受療率（入院）（人口10万対）		112	104	―	減少	B	88
指標			基準値（R3年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
6	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間		43.1分	45.0分	44.7分	減少	D	44.6分
指標			基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値（R7年）
7	rt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数（人口10万対）		0.9	0.9	1.1	維持	B	0.9
指標			基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値（R7年）
8	脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万対）		12.2	12	12.7	維持	B	6.6
指標			基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
9	特定健康診査実施率		51.5%	54.7%	56.1%	70.0%	B	61.4%
指標			基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
10	特定保健指導実施率		26.5%	30.8%	30.4%	45.0%	B	28.3%

○　見直しの主な内容

目標は維持し、施策の方向については、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を中心に普及啓発及び相談支援体制を推進することや医療従事者等向けの研修の実施及び診療ネットワークを構築することなどを追加します。

３　心筋梗塞等の心血管疾患

○　現行計画における取組の概要

生活習慣病の改善に向けた普及啓発や保健指導を強化し、発症予防を推進します。また、医療機関ごとの治療内容等に応じた機能分化・連携を推進するなど、急性期や回復期における医療提供体制の充実を図ります。

○　目標の進捗状況

指標			基準値（R1年）	R6（R4年）	R7（R5年）	目標値	評価	全国値（R4年）
1	健康寿命	男性	73.30	72.29	―	延伸	C	72.57
2		女性	76.71	76.13			C	75.45
指標			基準値（R2年）	R6（R3年）	R7（R4年）	目標値	評価	全国値（R3年）
3	心血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）	男性	202.7	―	―	全国平均以下	－	－
4		女性	119.8				－	－
指標			基準値（R2年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R5年）
5	虚血性心疾患受療率（入院）（人口10万対）		9	12	―	減少	D	8
指標			基準値（R3年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
6	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間		43.1分	45.0分	44.7分	減少	D	44.6分
指標			基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値（R7年）
7	心大血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口10万対）		1.4	1.6	1.7	増加	B	1.4
指標			基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
8	特定健康診査実施率		51.5%	54.7%	56.1%	70.0%	B	61.4%
指標			基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
9	特定保健指導実施率		26.5%	30.8%	30.4%	45.0%	B	28.3%

○　見直しの主な内容

目標は維持し、施策の方向については、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を中心に普及啓発及び相談支援体制を推進することや医療従事者等向けの研修の実施及び診療ネットワークを構築することなどを追加します。

４　糖尿病

○　現行計画における取組の概要

望ましい生活習慣、食生活に向けた取組や糖尿病に対する知識・理解の普及啓発、健診の受診勧奨など発症予防・重症化予防を推進します。また、関係機関との連携等による医療提供体制の充実を図ります。

○　目標の進捗状況

指標		基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
1	特定健康診査実施率	51.5%	54.7%	56.1%	70.0%	B	61.4%
指標		基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
2	特定保健指導実施率	26.5%	30.8%	30.4%	45.0%	B	28.3%
指標		基準値（R4年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値
3	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	167人	156人	152人	144人	B	－

○　見直しの主な内容

施策の方向及び目標は維持し、JADEC 連携手帳を活用した関係機関の連携構築（強化）や普及啓発、受診率向上に向けた取組を一層推進します。

５　精神疾患

○　現行計画における取組の概要

相談事業やSNS等を活用した啓発などにより、精神疾患の予防、早期発見・治療を促進します。また、医療機関の役割整理、相互連携により多様な精神疾患に対応した医療提供体制の構築を図ります。

○　目標の進捗状況

指標		基準値（R1年度）	R6（R3年度）	R7（R4年度）	目標値	評価	全国値（R4年度）
1	精神病床における入院後３ヶ月時点の退院率	57.1%	59.5%	57.7%	68.9%以上	C	64.2%
指標		基準値（R1年度）	R6（R3年度）	R7（R4年度）	目標値	評価	全国値（R4年度）
2	精神病床における入院後６ヶ月時点の退院率	74.3%	74.9%	72.0%	84.5%以上	D	79.1%
指標		基準値（R1年度）	R6（R3年度）	R7（R4年度）	目標値	評価	全国値（R4年度）
3	精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	82.8%	83.5%	81.8%	91.0%以上	C	87.0%
指標		基準値（R1年度）	R6（R3年度）	R7（R4年度）	目標値	評価	全国値（R4年度）
4	退院後１年以内の地域における平均生活日数	320.1日	315.9日	314.1日	325.3日以上	D	320.5日
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
5	精神病床における１年以上の入院患者数（65歳以上）	2,622人	2,367人	2,306人	1,664人	B	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
6	精神病床における１年以上の入院患者数（65歳未満）	799人	734人	700人	625人	B	－

○　見直しの主な内容

施策の方向は維持し、目標について「精神病床における入院後３・６・12ヶ月時点の退院率」に代えて「精神病床における退院後90日・180日・365日時点の30日以上の再入院率」を設定します。

６　救急医療

○　現行計画における取組の概要

県民の救急医療への理解・意識の向上に努め、救急医療機関の連携強化等により円滑な救急搬送と救急医療体制の確保を図ります。

○　目標の進捗状況

指標		基準値（R1年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値
1	救急搬送患者数	42,908人	46,553人	47,648人	41,362人以下	D	6,769,172人
指標		基準値（R1年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
2	軽症者の救急出動の割合	39.0%	40.2%	37.8%	38.1%以下	A	46.8%
指標		基準値（R1年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
3	救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間	39.5分	45.0分	44.7分	38.7分以下	D	44.6分
指標		基準値（R1年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
4	救急車で搬送する病院の決定に要する時間が要請開始から30分以上である件数の全搬送件数に占める割合	5.5%	12.3%	11.5%	4.5%以下	D	10.4%
指標		基準値（R1年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
5	救急車で搬送する病院の決定に要する照会回数が４回以上である件数の全搬送件数に占める割合	4.2%	9.1%	7.6%	3.6%以下	D	5.4%
指標		基準値（R2年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値（R7年）
6	救急科専門医数（人口１万人対）	0.36	0.46	0.52	0.38以上	A	0.51
指標		基準値（R3年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
7	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の１ヶ月後生存率	11.7%	9.8%	17.6%	11.7%以上	A	12.4%
指標		基準値（R3年）	R6（R5年）	R7（R6年）	目標値	評価	全国値（R6年）
8	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の１ヶ月後社会復帰率	6.1%	7.3%	11.4%	6.9%以上	A	7.7%
指標		基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値
9	回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数	17施設	16施設	16施設	17施設以上	D	－

○　見直しの主な内容

施策の方向は維持し、目標については、不必要な転院搬送の削減に向けた取組を推進するため、新たに「消防の救急車による転院搬送の出動件数の全出動件数に占める割合」を追加します。

７　へき地医療

○　現行計画における取組の概要

自治医科大学卒業医師の計画的な派遣等によりへき地勤務医師等の確保を図ります。また、ＩＣＴ等を活用したへき地医療提供体制の維持に努めます。

○　目標の進捗状況

指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
1	中山間地域における常勤医師充足率	71.1%	69.6%	75.2%	88.6%	B	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
2	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣回数	4回	29回	282回	12回以上	A	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
3	へき地公立医療機関等でオンライン診療を実施できる医療機関数	0	4	5	17	B	－

○　見直しの主な内容

施策の方向は維持し、目標については、実態に即して目標値を引き上げるとともに、多様なＩＣＴ活用を促進するため、「へき地公立医療機関等でオンライン診療を実施できる医療機関数」に代えて「へき地公立医療機関等でオンライン診療や遠隔診療支援システム等を活用している医療機関数」を設定します。

８　小児医療

○　現行計画における取組の概要

小児科医を育成・確保するとともに、限られた医療資源における小児医療提供体制の維持に努めます。また、急病時の対応等の相談体制の充実や県民意識の啓発を図ります。

○　目標の進捗状況

指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
1	子ども救急医療電話相談の応答率	51.4%	70.5%	80.3%	84.0%	B	－
指標		基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値
2	小児人口当たり時間外外来受診回数（0～15歳未満・レセプト件数）	45,255件	65,865件	62,118件	45,255件以下	D	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
3	医療的ケア児等に関するコーディネーターの配置数	10か所	19か所	18か所	27か所	B	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R7年度）
4	小児死亡率（小児人口千人当たり）	0.21	0.18	0.16	0.18以下	A	0.19

○　見直しの主な内容

目標は維持し、施策の方向については、小児在宅医療に関して、医療関係者と福祉サービス事業者、行政等との連携により、退院支援から在宅療養、急変時の対応まで切れ目のない支援体制の構築を目指すことを追加します。

９　周産期医療

○　現行計画における取組の概要

総合周産期母子医療センターを中心とした地域分散型の周産期医療体制の維持・充実に努めるとともに、安定的な産婦人科医等の育成・確保を図ります。

○　目標の進捗状況

指標			基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値
1	総合周産期母子医療センター	NICU病床数	9床	9床	9床	9床	A	－
2		GCU病床数	12床	12床	12床	12床	A	－
3		MFICU病床数	3床	3床	3床	3床	A	－
指標			基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値
4	地域周産期母子医療センター	NICU病床数	34床	34床	34床	34床	A	－
5		GCU病床数	40床	40床	40床	40床	A	－
指標			基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値
6	災害時小児周産期リエゾン委嘱者数		26人	30	35	42人	B	－
指標			基準値（R5年）	R6（R6年）	R7（R7年）	目標値	評価	全国値
7	妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数		6	7	7	7	A	－

○　見直しの主な内容

施策の方向については、性と健康に関する教育や相談窓口の設置、普及啓発等によるプレコンセプションケアを推進することを追加します。

目標については、「地域周産期母子医療センターのNICU病床数」等について、分娩数の減少等の実態に即した病床数に見直しを行います。

10　災害医療

○　現行計画における取組の概要

訓練や研修会、災害医療を担う人材確保による災害医療体制の確保に努めます。また、災害時に拠点となる病院以外の病院の防災対策を促進します。

○　目標の進捗状況

指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
1	ＤＭＡＴチーム数	33チーム	35チーム	37チーム	40チーム	B	－
指標		基準値（R5年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
2	災害医療コーディネーター数	32名	32名	35名	32名	A	－
指標		基準値（H31.2月）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
3	災害拠点病院以外の病院におけるＢＣＰの策定率	17.3%	－	－	100.0%	－	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
4	ＥＭＩＳの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	83.3%	75.0%	75.0%	100.0%	D	64.4%
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R7年度）
5	病院の耐震化率	87.3%	－	83.7%	100.0%	D	82.1%
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R6年度）
6	浸水想定区域、津波災害警戒区域内のいずれかに該当する病院のうち、対策実施済みの割合	57.5%	－	－	100.0%	－	－

○　見直しの主な内容

目標は維持し、施策の方向については、災害医療の取組と連携した、在宅医療・介護関係機関における業務継続計画（BCP）の策定並びに在宅療養患者及び介護施設入所者への医療・介護の継続に向けた市町村及び関係機関との連携を促進することを追加します。

11　新興感染症発生・まん延時における医療

○　現行計画における取組の概要

機能・役割に応じた感染症対応に係る医療提供体制の確保に努めるとともに、感染症の予防に関する人材の資質向上を図ります。

○　目標の進捗状況

指標			R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
1	医療措置協定締結医療機関(入院)の確保病床数（感染症病床を含む）	流行初期	158床	160床	146床	A	－
2		流行初期以降	427床	435床	449床	B	－
指標			R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
3	医療措置協定締結医療機関(発熱外来)の機関数	流行初期	32機関	37機関	34機関	A	－
4		流行初期以降	403機関	411機関	447機関	B	－
指標			R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
5	医療措置協定締結医療機関(自宅療養者等への医療の提供)の機関数	医療機関数	223機関	229機関	233機関	B	－
6		薬局数	376機関	418機関	299機関	A	－
7		訪問看護事業所数	71機関	76機関	70機関	A	－
指標			R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
8	医療措置協定締結医療機関(後方支援)の機関数		103機関	106機関	98機関	A	－
指標			R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
9	医療措置協定締結医療機関(人材派遣)の確保人数	医師	17人	18人	12人	A	－
10		うち県外派遣可能な人数	8人	11人	8人	A	－
11		看護師	74人	77人	48人	A	－
12		うち県外派遣可能な人数	28人	32人	30人	A	－
指標			R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
13	医療措置協定に基づき個人防護具の備蓄を十分に行う(２ヶ月分以上個人防護具の備蓄を行う)医療機関数		74.0%	74.8%	協定締結医療機関の８割以上の医療機関数	C	－
指標			R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
14	患者受入に係る研修・訓練の実施数		59.2%	71.0%	全協定締結医療機関が年1回以上実施	B	－

○　見直しの主な内容

施策の方向や目標は維持し、新たな医療措置協定締結医療機関の確保や個人防護具の備蓄推進のための取組を一層強化します。

12　在宅医療・介護

○　現行計画における取組の概要

多職種連携研修の実施等による在宅医療の医療提供・連携体制の構築に努めるとともに、在宅医療を支える人材の確保・育成を図ります。

○　目標の進捗状況

指標		基準値（R2年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値
1	退院支援を実施している病院・診療所数	76	80	－	112	B	－
指標		基準値（R5年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
2	在宅療養支援病院数	39	39	39	57	C	－
3	在宅療養支援診療所数	106	105	108	122	B	－
指標		基準値（R2年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値
4	訪問診療を実施している病院・診療所数	185	173	－	195	D	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R6年）
5	在宅歯科診療を行っている歯科医療機関の割合	27.3%	30.6%	30.9%	40%	B	－
指標		基準値（R5年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
6	麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施できる薬局数	24	39	46	40	A	－
指標		基準値（R5年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
7	無菌製剤の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施できる薬局数	44	59	67	60	A	－
指標		基準値（R3年度）	R6（R5年度）	R7（R6年度）	目標値	評価	全国値
8	24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数	132	165	177	180	B	－
指標		基準値（R3年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値
9	緊急時訪問看護加算の届出訪問看護ステーション数	132	175	195	180	A	－
指標		基準値（R4年度）	R6（R6年度）	R7（R7年度）	目標値	評価	全国値（R7年度）
10	在宅での死亡率	28.4%	30.4%	－	40%	B	－

○　見直しの主な内容

施策の方向については、高齢者救急患者の退院後の受入れ及び高齢者施設入所者の急変時対応に向けた、医療機関、介護保険施設、居宅サービス等の連携を推進することなどを追加します。

目標については、訪問診療等の実態をより詳細に把握するため、訪問診療の実施件数などを追加します。

２．外来医療計画

(1) 評価の方法

① 「不足する外来医療機能」について、郡市医師会へのアンケートを踏まえ各地域の協議の場において検討を行い、計画策定時と中間見直し時の状況を比較します。

② これまでの取組状況や中間見直し時における成果を把握します。また、国の指針の改正など、現行計画策定後の変化を把握します。

③ ①②を踏まえて、取組内容の変更等の見直しを行います。

(2) 評価結果及び見直しの内容

○ 現行計画における取組の概要

外来医師多数区域での新規開業者に対し要請を行うなど、地域で不足する外来医療機能の解消に努めます。また、紹介受診重点医療機関の選定等により、外来機能の明確化・連携を推進します。

○ 評価結果

各対象区域における「不足する外来医療機能」の状況は以下のとおりであり、外来医師多数区域である宮崎東諸県区域においては一部の機能で解消が図られているものの、目標である「全対象区域で「不足する外来医療機能」の解消」に向けては、更なる取組を進めていく必要があります。

対象区域	不足する外来医療機能	
	計画策定時	中間見直し時（今回）
延岡西臼杵	初期救急（在宅当番医、休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（産業医、学校医、予防接種、乳幼児検診）	初期救急（在宅当番医、休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（産業医、学校医、予防接種、乳幼児検診）
日向入郷	在宅医療 公衆衛生（産業医）	初期救急（休日夜間急患センター） 公衆衛生（産業医、学校医、予防接種、乳幼児検診）
宮崎東諸県（※）	初期救急（休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（学校医、予防接種、乳幼児検診）	初期救急（休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（学校医）
西都児湯	初期救急（在宅当番医） 在宅医療 公衆衛生（学校医、予防接種、乳幼児検診）	初期救急（在宅当番医、休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（産業医、学校医）
日南串間（※）	初期救急（在宅当番医、休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（学校医）	初期救急（在宅当番医、休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（学校医）
都城北諸県	初期救急（在宅当番医、休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（産業医、学校医、乳幼児検診）	初期救急（在宅当番医、休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（産業医、学校医、乳幼児検診）
西諸	初期救急（休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（学校医）	初期救急（休日夜間急患センター） 在宅医療 公衆衛生（学校医）

（※）宮崎東諸県は計画策定時、中間見直し時（今回）のいずれも外来医師多数区域、日南串間は中間見直し時（今回）から外来医師多数区域

○ 見直しの主な内容

施策の方向及び目標は維持し、「外来医療に係る医療提供体制の確保に係るガイドライン～第８次（後期）～」を参考に、医療関係者等への外来医療機能を可視化した情報の提供などの取組をより一層推進します。

３．医師確保計画

(1) 評価の方法

① 目標としている県全体及び二次医療圏ごとの医師数について、計画策定時と中間見直し時の状況を比較します。

② これまでの取組状況や中間見直し時における成果を把握します。また、国の指針の改正など、現行計画策定後の変化を把握します。

③ ①②を踏まえて、取組内容の変更等の見直しを行います。

(2) 評価結果及び見直しの内容

○ 現行計画における取組の概要

若手医師の養成・確保、医師の県内定着の促進により、県全体での医師数の確保に努めます。また、へき地医療を担う医師の確保等により県内地域間の医師偏在是正を図ります。

○ 評価結果

県全体の標準化医師数は目標値を達成しており、各二次医療圏については、日向入郷医療圏以外で目標値を上回る又は同水準の結果となっています。引き続き、目標の達成に向け、更なる医師確保の取組を進めていく必要があります。

指標			基準値（R5年度）	R8 R8.4	目標値
1	医師数	宮崎県	2,727人	2,777人	2,744人
2		宮崎東諸県	1,536人	1,582人	1,536人
3		都城北諸県	383人	382人	383人
4		延岡西臼杵	257人	270人	257人
5		日南串間	158人	158人	158人
6		西諸	126人	124人	126人
7		西都児湯	121人	126人	124人
8		日向入郷	146人	135人	160人

○ 見直しの主な内容

施策の方向について、「医師確保計画策定ガイドライン～第８次（後期）～」を踏まえ、「重点医師偏在対策支援区域」の設定等に関する記載を追加するとともに、目標について、一部の医療圏の目標値を引き上げます。

４．薬剤師（薬剤師確保計画）

(1) 評価の方法

① 目標としている県全体の薬剤師数について、計画策定時と中間見直し時の状況を比較します。

② これまでの取組状況や中間見直し時における成果を把握します。また、国の指針の改正など、現行計画策定後の変化を把握します。

③ ①②を踏まえて、取組内容の変更等の見直しを行います。

(2) 評価結果及び見直しの内容

○ 現行計画における取組の概要

地域偏在を含めた薬剤師不足等の適切な状況把握を進め、病院薬剤師奨学金返還支援等により、県内薬剤師の確保に努めます。また、県薬剤師会と連携した研修等により、薬剤師業務の充実や資質の向上を図ります。

○ 評価結果

県全体の薬剤師数は、増加している状況です。引き続き、目標の達成に向け、更なる薬剤師確保の取組を進めていく必要があります。

指標			基準値（R2年）	R6（R6年）	目標値
1	県内の病院及び薬局に勤務する薬剤師数	宮崎県	1,888人	1,929人	1,990人

○ 見直しの主な内容

施策の方向及び目標は維持し、国が示した「薬剤師確保計画ガイドライン」や「都道府県における病院薬剤師確保の手引きについて」を参考に、病院薬剤師奨学金返還支援や病院・薬局における求人情報の効果的な情報発信などの取組をより一層推進します。

第２章　医療提供体制の構築

第１節　５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築

１　がん

２　脳卒中

３　心筋梗塞等の心血管疾患

４　糖尿病

５　精神疾患

６　救急医療

７　へき地医療

８　小児医療

９　周産期医療

10　災害医療

11　新興感染症発生・まん延時における医療

12　在宅医療・介護

※第８次宮崎県医療計画の 51 ページから 164 ページについて、
この章のとおり変更します。

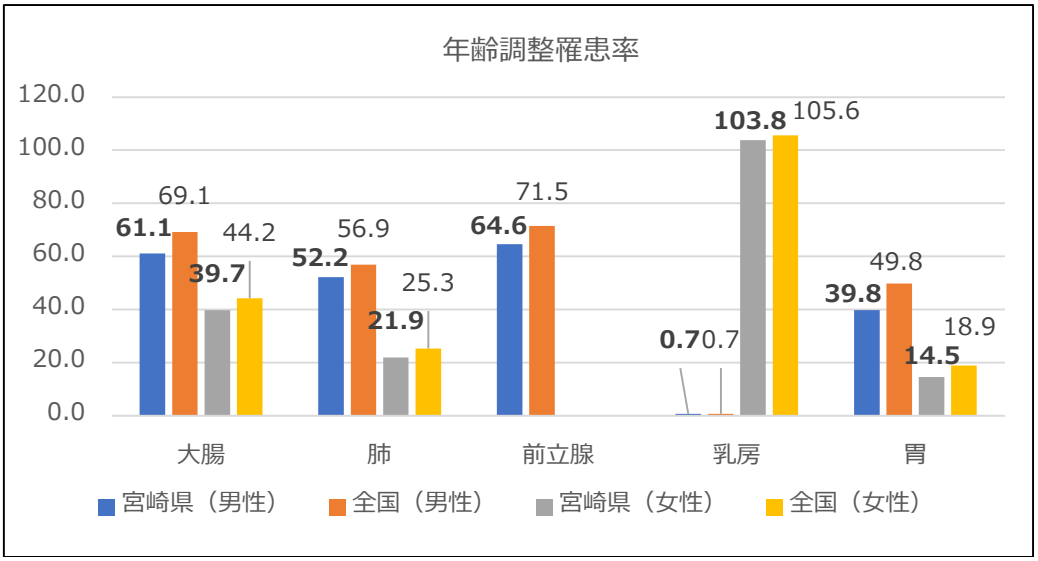
１　がん

１．現 状

(1) 罹患の状況

○　本県の令和５年(2023年)におけるがんの罹患数は8,262件です。年齢調整罹患率で見ると、男性では前立腺、大腸、肺、女性では乳房、大腸、肺、全体では大腸、肺、前立腺の順に多くなっています。

○　がんは加齢により発症リスクが高まるとされており、高齢化の進行に伴い、がんの罹患率は今後ますます増加するものと推測されます。

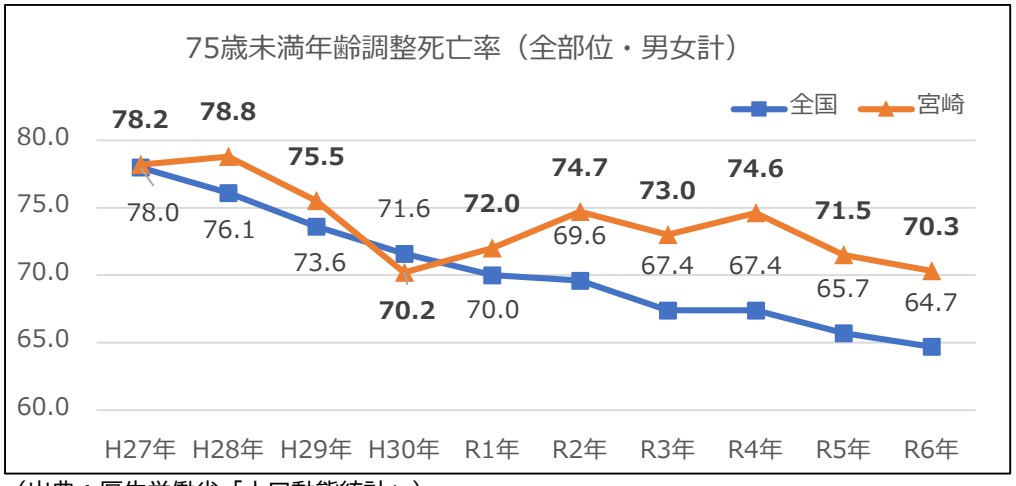


※「大腸」は結腸・直腸の合計、「子宮」は子宮頸部・子宮体部・子宮その他の合計
（出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録））

(2) 死亡率の推移等

○　本県において、がんは、昭和57年(1982年)より死因の第１位であり、約５人に１人ががんで亡くなっています。

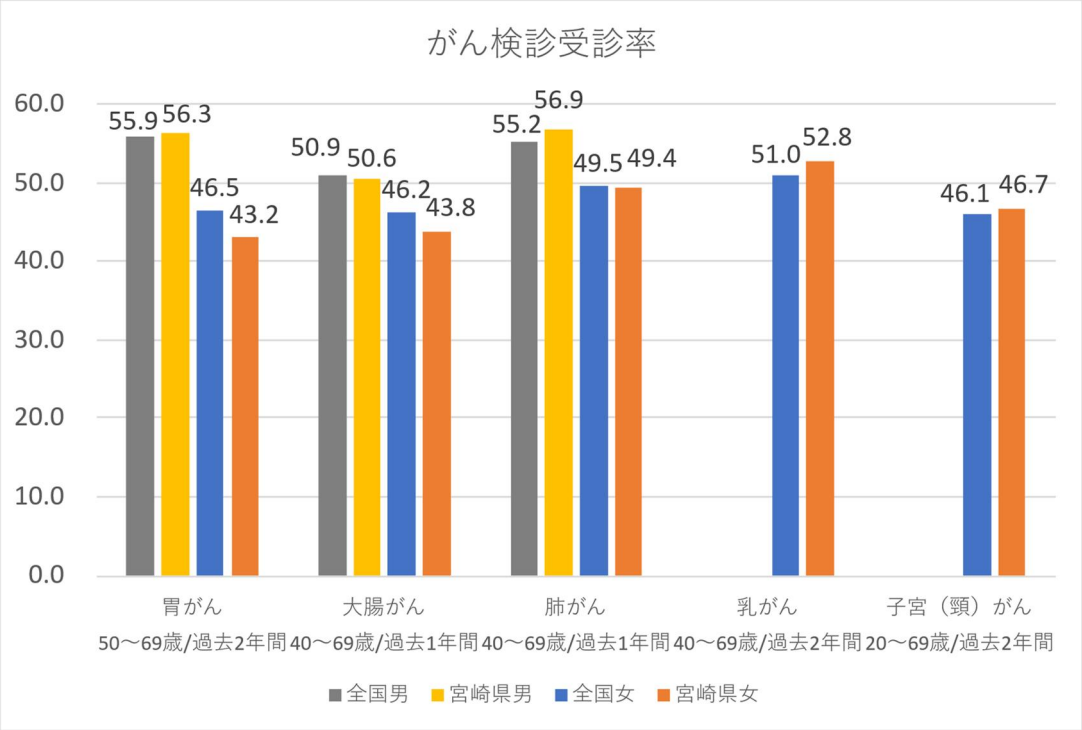
○　75歳未満年齢調整死亡率はおおむね減少傾向にあるものの、令和６年(2024年)には70.3(全国64.7)と全国平均を上回っています。



（出典：厚生労働省「人口動態統計」）

(3) がん検診の受診状況

○　本県のがん検診受診率は、乳がんや子宮頸がん、男性の胃・肺がんでは全国平均を上回っているものの、大腸がんや女性の胃・肺がんでは下回っています。



（出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和７年））

２．医療提供体制等

(1) がん診療連携拠点病院等

○　がん診療の特殊性と専門性に鑑み、本県では４つのがん医療圏を設定しています。

○　県内には、厚生労働省の指定を受けた都道府県がん診療連携拠点病院が１施設、地域がん診療連携拠点病院が２施設、県の指定を受けた宮崎県がん診療指定病院が２施設あります。

二次医療圏	がん医療圏	拠点病院等
延岡西臼杵 日 向 入 郷	県北がん医療圏	県立延岡病院
宮崎東諸県 西 都 児 湯	県央がん医療圏	宮崎大学医学部附属病院 県立宮崎病院
日 南 串 間	県南がん医療圏	県立日南病院
都城北諸県 西　　諸	県西がん医療圏	国立病院機構都城医療センター

都道府県がん診療連携拠点病院：宮崎大学医学部附属病院
地域がん診療連携拠点病院：県立宮崎病院、国立病院機構都城医療センター
宮崎県がん診療指定病院：県立日南病院、県立延岡病院

(2) がん地域連携クリティカルパス

○　本県では、５大がん(肺・胃・肝・大腸・乳)の地域連携クリティカルパスを整備しており、令和６年度(2024年度)の活用件数は合計3,949件となっています。

二次医療圏	がん医療圏	R４年度		R５年度		R６年度	
延岡西臼杵 日 向 入 郷	県北がん医療圏	92	(40.9)	94	(42.4)	65	(29.8)
宮崎東諸県 西 都 児 湯	県央がん医療圏	3,320	(632.6)	3,444	(659.6)	3,704	(714.5)
日 南 串 間	県南がん医療圏	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
都城北諸県 西　　諸	県西がん医療圏	42	(16.2)	79	(30.6)	180	(70.2)

※()内は人口 10 万人あたりの件数
(出典：厚生労働省 NDB データより)

(3) 緩和ケア実施体制

○　現在、県内には、緩和ケア病棟は６病院に115床、緩和ケアチームについては９病院に整備されています。

二次医療圏	がん医療圏	緩和ケア病棟		緩和ケアチーム
		病院数	病床数	病院数
延岡西臼杵 日 向 入 郷	県北がん医療圏	1	21	2
宮崎東諸県 西 都 児 湯	県央がん医療圏	4	67	5
日 南 串 間	県南がん医療圏	0	0	0
都城北諸県 西　　諸	県西がん医療圏	1	27	2

(出典：厚生労働省「医療施設調査」(令和５年))

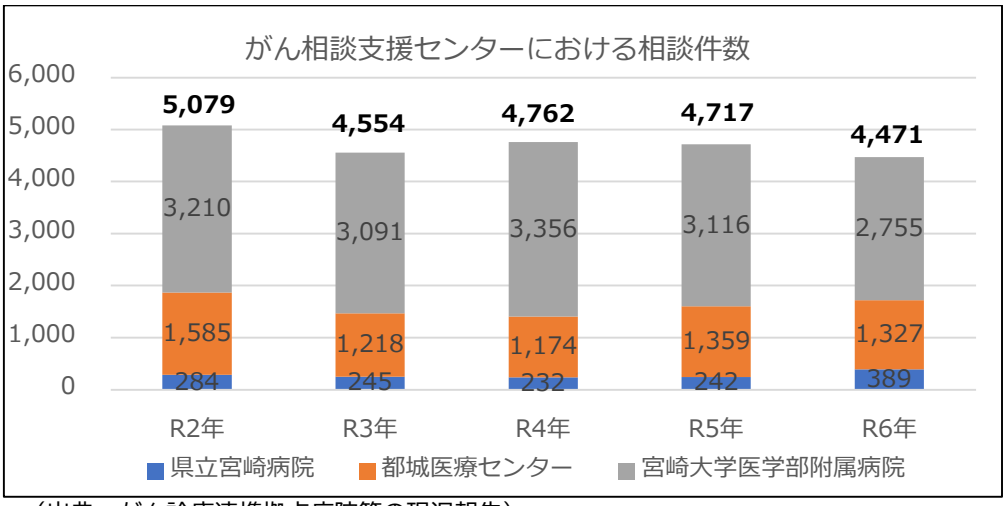
○　がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識や技術などを習得するために、がん診療連携拠点病院等において緩和ケア研修会を実施しており、令和７年度(2025年度)までの修了者数は累計で1,569人となっています。

拠点病院等が開催する緩和ケア研修会の修了者数	～R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度
	1184	69	95	84	59	78

(4) 相談支援

○　すべてのがん診療連携拠点病院等では、「がん相談支援センター」を設置し、自施設のみならず、他施設のがん患者やその家族、地域の医療機関等からの、がんに関するさまざまな相談に対応する体制を整えています。

○　令和６年(2024年)のがん診療連携拠点病院における相談件数は、4,471件となっており、介護や看護、養育、ホスピスや緩和ケアに関する相談が多くなっています。



（出典：がん診療連携拠点病院等の現況報告）

３．課　題

(1) がんの予防・早期発見

○　がんを予防するためには、喫煙をはじめ、食事や運動等の生活習慣のほか、ウイルスや細菌の感染に起因するがんなど、予防可能ながんのリスク因子を県民一人ひとりが理解し、がん予防の生活習慣の実践に主体的に取り組むことが重要です。

○　がんの早期発見には、がん検診の受診が有効ですが、本県のがん検診受診率は低いため、受診率向上に向けた取組を強化していく必要があります。

○　がん検診をより効果的とするためには、受診率の向上だけでなく、科学的根拠に基づいた質の高い検診を実施することが重要であり、市町村の実施するがん検診の精度管理の向上の取組が不可欠です。

(2) がん医療の提供体制

○　がん患者が質の高いがん医療を受けられるよう、がん医療の均てん化を進めるとともに、地域の実情に応じた役割分担と集約化を進める必要があります。

○　緩和ケアが、診断時から全ての医療従事者により提供されるよう、緩和ケアチームとの連携や医療従事者への普及啓発、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の整備を充実させる必要があります。

○　ゲノム医療への期待が高まる中、がんゲノム医療拠点病院等との連携により、必要とするがん患者ががんゲノム医療を受けられる体制の整備について検討していく必要があります。

○　がん治療中の誤嚥性肺炎予防などの感染症や合併症のリスクを軽減するため、口腔機能管理に対する理解の促進や地域のかかりつけ歯科医等と連携した口腔ケアの充実が求められています。

○　小児・AYA 世代のがん患者にとって、がん治療による妊孕性の低下は大きな課題であることから、妊孕性温存療法やがん・生殖医療に関する情報・相談支援を提供できる体制の整備が必要です。

⑶ がんとの共生

○　がん患者の療養生活が多様化する中で、がん相談支援センターが中心となって、患者やその家族等の精神心理的・社会的な悩みに対応していくことが求められています。

○　拠点病院等とかかりつけ医療機関等が連携して、がん患者の診療計画を共有し、切れ目のないがん医療を行うため、５大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備していますが、地域によって運用の状況に差が生じています。

○　がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加していることから、治療と仕事の両立支援や、治療に伴う外見変化に対するサポートが重要となっています。

○　小児・AYA 世代のがん患者は、医療はもとより、教育、家族への精神的支援など、成人発症のがん患者と異なるニーズを抱えているため、きめ細やかな相談支援が必要です。

⑷ 基盤の整備

○　こどもにがんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝え、がん患者への理解や命の大切さに対する認識を深めることが重要であることから、がん教育の充実が求められます。

○　質の高いがん医療の提供に当たっては、がん診療連携拠点病院等が中心となって、がん診療の人材を育成するとともに、安定的な診療体制の維持に向けた適切な医師の配置が必要です。

○　がん登録情報は、がん対策の充実に向けて必要なものであるため、引き続き、医療機関の協力を得ながら情報収集を促進し、精度管理に取り組む必要があります。

４．施策の方向

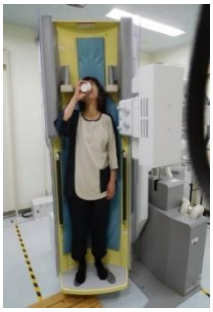
【医療圏】

がん診療連携拠点病院等を中心として、地域の医療機関との連携の下、引き続き４つの「がん医療圏」を設定し、次の方向性に沿ってがん医療の充実に取り組みます。

⑴ がんの予防・早期発見

①	禁煙や正しい食生活、運動習慣など、県民一人ひとりの生活習慣の改善につなげるため、市町村や医療保険者、学校等と連携した普及啓発の強化
②	ウイルスや細菌感染に起因するがんについての正しい知識や予防ワクチンの普及啓発、検査体制の充実
③	がん検診の有効性等の普及啓発や検診を受診しやすい環境づくりなど 市町村との連携によるがん検診受診率向上に向けた取組の強化
④	「宮崎県生活習慣病検診管理指導協議会」における市町村が実施するがん検診への技術的支援など、がん検診の精度管理の向上に向けた取組の推進





(2) がん医療提供体制の充実

①	多職種連携による専門チームの設置など 拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備
②	拠点病院等による地域の医療従事者も含めた緩和ケア研修の実施
③	ゲノム医療や希少がん、難治性がんに関する知識や情報の普及啓発、 医療機関間の連携体制の整備
④	手術前からの病院内の歯科医師や「かかりつけ歯科医」と連携した 口腔ケアの提供促進

(3) がんとの共生

①	がん相談支援センターの認知度向上やオンライン等を活用した相談体制の充実
②	地域連携クリティカルパスの普及促進と運用実態を踏まえた 今後のあり方の検討
③	がん相談支援センターとハローワークとの連携による就労支援の強化
④	アピアランスケアに関する相談支援・情報提供、及び患者支援の推進
⑤	県民公開講座等を通じた小児・AYA 世代のがんに関する情報の 県民や医療機関等への周知



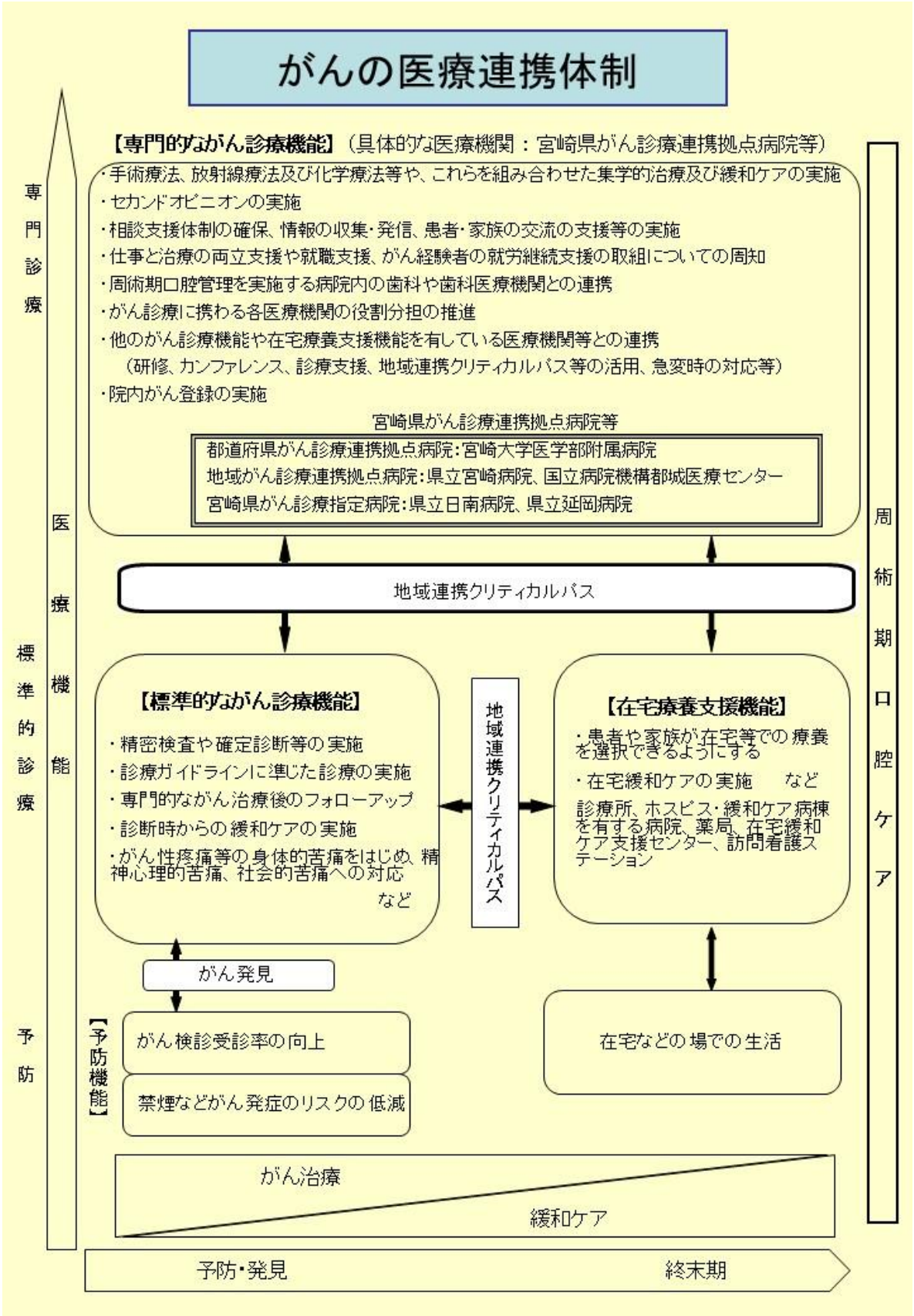


(4) 基盤の整備

①	学校教育における外部講師を活用したがん教育の推進
②	がん診療に携わる化学療法専門医や放射線治療医、病理診断医、看護師、薬剤師等の人材確保・育成
③	医療機関に対するがん登録への理解促進、 がん登録情報の効果的な利活用に向けた方策の検討

５．目 標

指　標	現　状	⇒	目　標
がん検診受診率	胃がん　男 56.3% 女 43.2% 大腸がん男 50.6% 女 43.8% 肺がん　男 56.9% 女 49.4% 乳がん　52.8% 子宮頸がん 46.7% （令和７年）	⇒	それぞれ 60%以上 （令和11年）
年齢調整罹患率	346.4 （令和５年）	⇒	全国平均以下 （令和11年度）
75 歳未満年齢調整死亡率	70.3 （令和６年）	⇒	全国平均以下 （令和11年度）
緩和ケアチームのある病院数	９施設 （令和５年）	⇒	15 施設 （令和11年度）
地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数（人口 10 万人あたり）	県北　29.8 件 県央 714.5 件 県南　0 件 県西　70.2 件 （令和６年度）	⇒	県北　100 件 県央　900 件 県南　100 件 県西　100 件 （令和11年度）
外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	13.2% （令和７年度）	⇒	全国平均以上 （令和11年度）


がんの医療連携体制
【専門的ながん診療機能】（具体的な医療機関：宮崎県がん診療連携拠点病院等）
・手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療及び緩和ケアの実施
・セカンドオピニオンの実施
・相談支援体制の確保、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等の実施
・仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組についての周知
・周術期口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関との連携
・がん診療に携わる各医療機関の役割分担の推進
・他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等との連携
（研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用、急変時の対応等）
・院内がん登録の実施
宮崎県がん診療連携拠点病院等
都道府県がん診療連携拠点病院：宮崎大学医学部附属病院
地域がん診療連携拠点病院：県立宮崎病院、国立病院機構都城医療センター
宮崎県がん診療指定病院：県立日南病院、県立延岡病院
専門診療
医療機能
標準的診療
予防
周術期口腔ケア
地域連携クリティカルパス
【標準的ながん診療機能】
・精密検査や確定診断等の実施
・診療ガイドラインに準じた診療の実施
・専門的ながん治療後のフォローアップ
・診断時からの緩和ケアの実施
・がん性疼痛等の身体的苦痛をはじめ、精神心理的苦痛、社会的苦痛への対応
など
地域連携クリティカルパス
【在宅療養支援機能】
・患者や家族が在宅等での療養を選択できるようにする
・在宅緩和ケアの実施　など
診療所、ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院、薬局、在宅緩和ケア支援センター、訪問看護ステーション
がん発見
【予防機能】
がん検診受診率の向上
禁煙などがん発症のリスクの低減
在宅などの場での生活
がん治療
緩和ケア
予防・発見
終末期

がんにかかる医療圏


都道府県がん診療連携拠点病院
地域がん診療連携拠点病院
宮崎県がん診療指定病院
県北地区
県立延岡病院
県央地区
県西地区
県立宮崎病院
国立病院機構都城医療センター
宮崎大学医学部附属病院
県立日南病院
県南地区

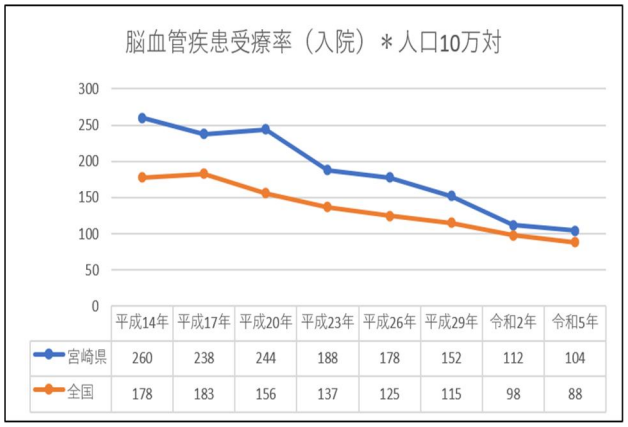
２　脳卒中

１．現 状

(1) 脳血管疾患の入院・外来受療率

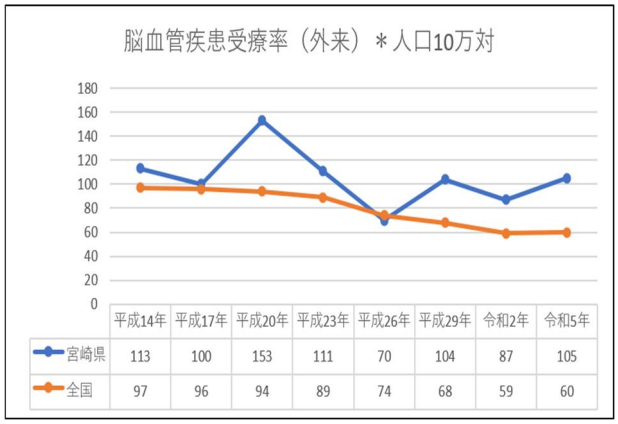
○　令和５年(2023年)の本県の脳血管疾患の入院受療率(人口10万対)は104で減少傾向にありますが、外来受療率(人口10万対)は105と増加しており、平成26年の外来受療率を除き、全国平均を上回って推移しています。

○　年齢階級別にみると、85歳以上の入院受療率が高い傾向にあり、高齢化の進行により今後ますます入院受療率が高まることが想定されます。



	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年	令和5年
宮崎県	260	238	244	188	178	152	112	104
全国	178	183	156	137	125	115	98	88

（出典：厚生労働省「患者調査」）



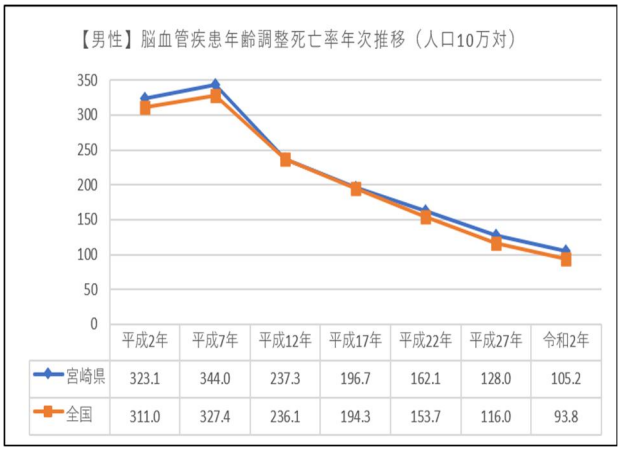
	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年	令和5年
宮崎県	113	100	153	111	70	104	87	105
全国	97	96	94	89	74	68	59	60

（出典：厚生労働省「患者調査」）

(2) 脳血管疾患による死亡の状況

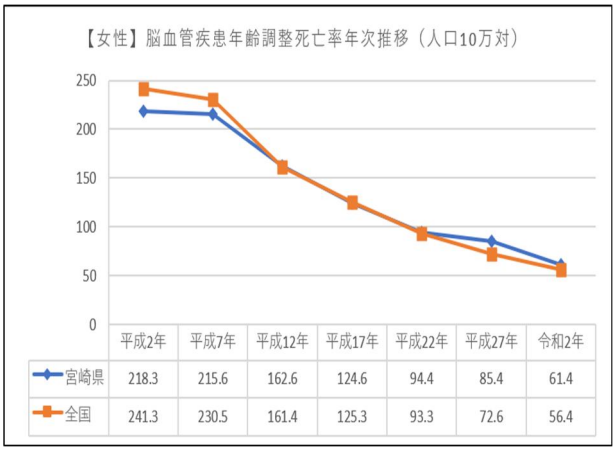
○　令和６年(2024年)の本県の脳血管疾患による死亡者数は1,144人で、死亡総数に占める割合は7.0%となっており、死亡原因の第４位となっています。

○　令和２年(2020年)の年齢調整死亡率(人口10万対)は男性105.2、女性61.4で、男女ともに減少傾向ではあるものの、近年は全国平均を上回って推移している状況です。



	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
宮崎県	323.1	344.0	237.3	196.7	162.1	128.0	105.2
全国	311.0	327.4	236.1	194.3	153.7	116.0	93.8

（出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）



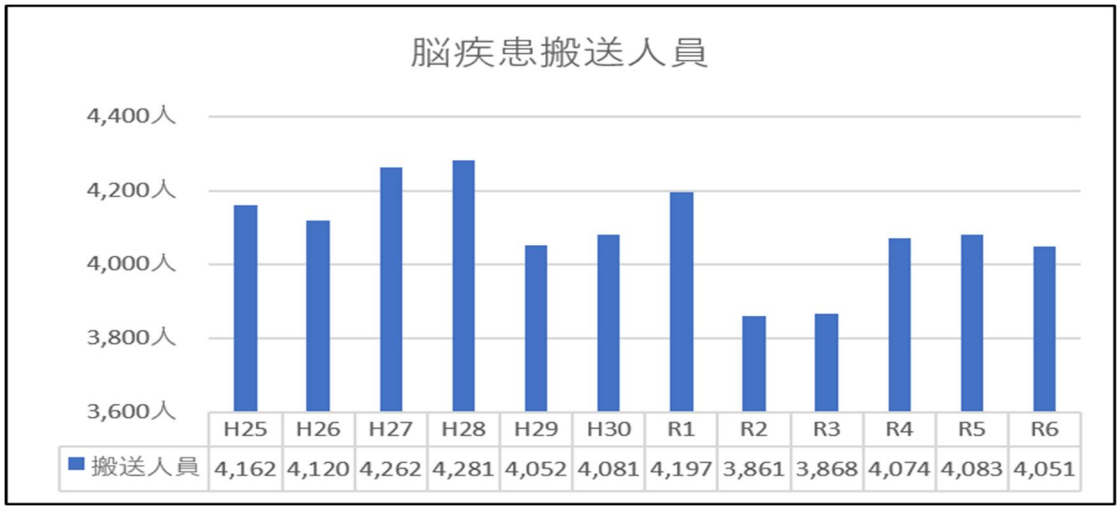
	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
宮崎県	218.3	215.6	162.6	124.6	94.4	85.4	61.4
全国	241.3	230.5	161.4	125.3	93.3	72.6	56.4

（出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

(3) 脳血管疾患での救急搬送体制

○　令和６年(2024年)の本県の脳血管疾患での救急搬送人員は4,051人で、全救急搬送人員の8.5%を占めており、近年は減少傾向にあります。

○　救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した時間は、令和６年(2024年)は平均44.7分で、全国平均(44.6分)とほぼ同程度になっています。



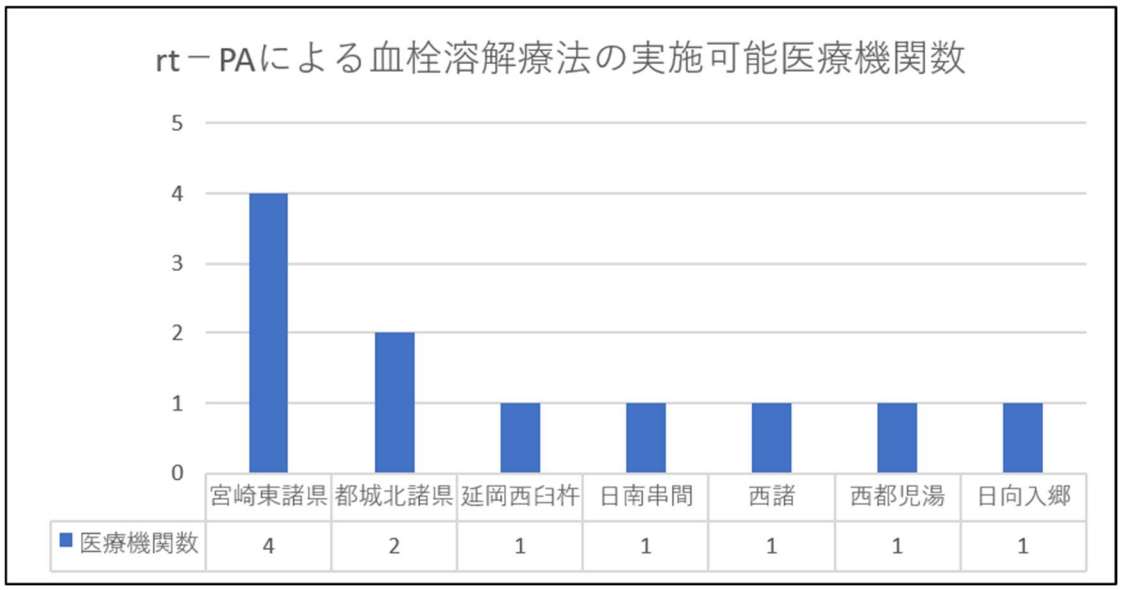
（出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」）

２．医療提供体制等

(1) 脳血管疾患治療の実施医療機関

○　脳梗塞に対する rt-PA を用いた血栓溶解療法の実施可能な医療機関は11（人口10万対1.1）施設で、全国平均(人口10万対0.9)を上回っています。

○　令和７年５月、都城市郡医師会病院に「心臓・脳血管・透析センター」が整備され、高度な医療が提供できるようになりました。

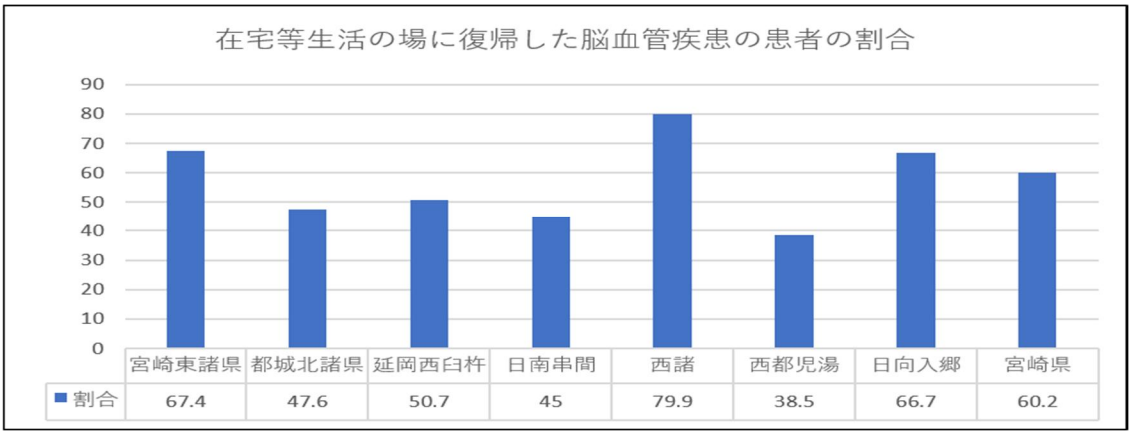


（出典：九州厚生局届出受理医療機関）

(2) リハビリテーションの実施医療機関等

○　県内には脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関は129(人口10万対12.7)施設と増加傾向にあり、全国平均(人口10万対6.6)を上回っています。

○　脳血管疾患の患者のうち、60.2%が退院後に在宅等での生活の場に復帰しています。



（出典：厚生労働省「患者調査」）

３．課　題

(1) 発症予防の推進

○　脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、ほとんど自覚症状がなく、突然発症することから、予防には生活習慣病の改善や特定健康診査の受診行動を促進する必要があります。

○　脳卒中発症時には、早期に専門的治療を受けることで、生命の維持や後遺症の軽減が見込まれるため、県民に対する脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性についての啓発が必要です。

(2) 円滑な救急搬送

○　脳卒中は、発症後の迅速な治療開始が求められる疾病であるため、患者を24 時間受け入れ、速やかに専門的な治療を開始できる体制の整備と救急搬送体制の充実が必要です。

(3) 医療提供体制の充実

○　急性期の治療を行う医療機関は宮崎東諸県医療圏に集中しており、医療圏ごとの地域格差が大きいため、状況に応じて圏域を越えた連携体制の構築が求められます。

○　専門医の少ない地域においても、rt-PA による血栓溶解療法等が実施できる体制づくりも必要です。

○　脳卒中の後遺症を低減するため、急性期から回復期・維持期を通して脳血管疾患等リハビリテーションを提供できるよう、医療機関や医療従事者等の育成を図るなど、患者が住み慣れた地域で患者の状態に応じたリハビリテーションを提供できる体制の整備が必要です。

○　合併症予防に向け、かかりつけ歯科医と連携した口腔ケア等を早期に行う必要があります。

(4) 在宅療養が可能な体制づくり

○　脳卒中患者の在宅療養においては、機能維持のリハビリテーションに加えて、退院後のかかりつけ医による継続的な療養管理・指導、口腔や栄養の管理、生活に必要な介護サービスなども必要とされるため、多職種による地域連携体制の充実が求められます。

○　在宅療養中の再発に備え、かかりつけ医との連携や家族等の周囲の方への教育も重要です。

４．施策の方向

【医療圏】

本県では、現状において、二次医療圏の枠を超えた広域での体制整備が望ましいことから、「脳卒中にかかる医療圏」は４つと設定し、次の方向性に沿って脳卒中の医療の充実に取り組みます。

(1) 発症予防の推進

①	生涯を通じたバランスの良い食事の啓発やベジ活（野菜を積極的にとる活動）、適塩、日常生活での運動促進など、小児期からライフステージを通した望ましい生活習慣・食習慣の定着に向けた取組の推進
②	県民公開講座の開催や企業との連携を通じた生活習慣病の改善に向けた普及啓発の強化
③	デジタル技術を活用した受診勧奨の導入など市町村や医療保険者との連携による特定健康診査未受診者への積極的な受診勧奨など受診率向上に向けた取組の推進
④	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした普及啓発及び相談支援体制の推進

(2) 円滑な救急搬送

①	本人及び家族が発症後速やかに救急搬送の要請を行えるよう、脳卒中の症状や早期受診の必要性等の積極的な情報提供の実施
②	メディカルコントロール協議会や消防機関等との連携による PSLS(脳卒中病院前救護)研修の実施など救急隊員の育成

(3) 医療提供体制の充実

①	ICT を活用した遠隔診療支援による rt-PA による血栓溶解療法等が実施できる体制の整備促進
②	合併症予防に向けた、かかりつけ歯科医と連携した口腔ケアや多職種と連携した摂食・嚥下リハビリテーションの促進
③	大学と連携した専門医の養成・確保

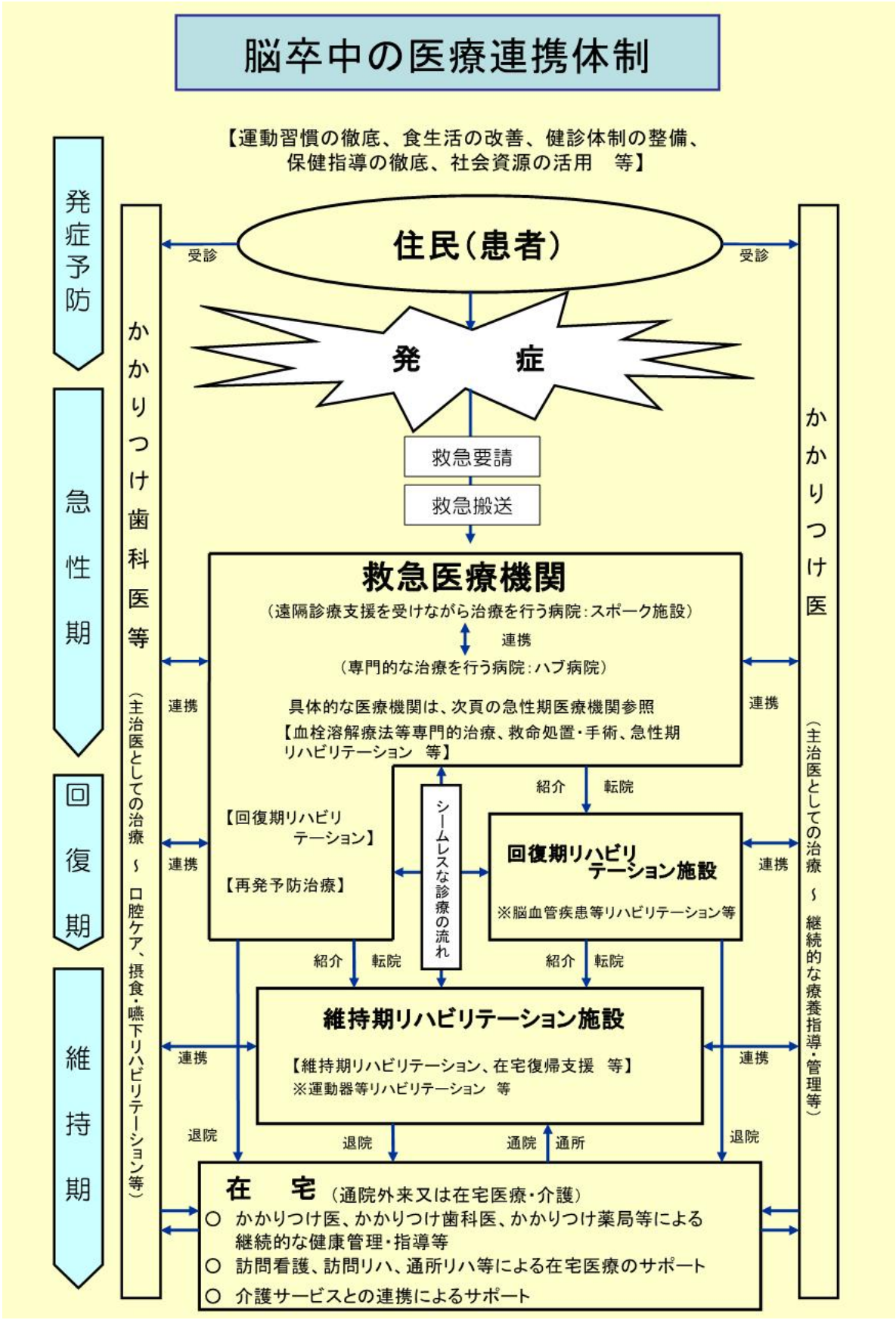
④	脳血管疾患等リハビリテーションが実施できる医療機関や医療従事者の育成など、各医療圏でリハビリテーションを受けることができる体制づくりの推進
⑤	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした医療従事者等向け研修の実施及び診療ネットワークの構築

(4) 在宅療養が可能な体制づくり

①	かかりつけ医を中心とした、歯科医師や薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等、地域の実情に応じた多職種連携による在宅支援チームの構築
②	本人や家族それぞれの状況に応じた適切なサービス提供を行うための医療・介護従事者間の情報共有・連携の強化
③	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした相談支援窓口体制の推進及び診療支援体制の充実

５．目　標

指　標	現　状	⇒	目　標
健康寿命 ※出典：厚生労働科学研究	男性 72.29 女性 76.13 （令和４年）	⇒	**男性 延伸** **女性 延伸** （令和 11 年）
脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対） ※出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」	男性 105.2 女性 61.4 （令和２年）	⇒	**男性 全国平均以下** **女性 全国平均以下** （令和 11 年）
脳血管疾患受療率（入院）（人口 10 万対） ※出典：厚生労働省「患者調査」	104.0 （令和５年）	⇒	**減少** （令和 11 年）
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間 ※出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」	44.7 分 （令和６年）	⇒	**減少** （令和 11 年）
rt-PA による血栓溶解療法の実施可能な医療機関数（人口 10 万対） ※出典：九州厚生局届出受理医療機関	1.1 （令和７年）	⇒	**維持** （令和 11 年）
脳血管疾患等リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口 10 万対） ※出典：九州厚生局届出受理医療機関	12.7 （令和７年）	⇒	**維持** （令和 11 年）
特定健康診査実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	56.1% （令和６年度）	⇒	**70.0%** （令和 11 年度）
特定保健指導実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	30.8% （令和５年度）	⇒	**45.0%** （令和 11 年度）


脳卒中の医療連携体制
【運動習慣の徹底、食生活の改善、健診体制の整備、
保健指導の徹底、社会資源の活用　等】
発症予防
急性期
回復期
維持期
かかりつけ歯科医等（主治医としての治療～口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション等）
住民（患者）
受診
受診
発　症
救急要請
救急搬送
救急医療機関
（遠隔診療支援を受けながら治療を行う病院：スポーク施設）
連携
（専門的な治療を行う病院：ハブ病院）
具体的な医療機関は、次頁の急性期医療機関参照
【血栓溶解療法等専門的治療、救命処置・手術、急性期
リハビリテーション　等】
連携
連携
紹介
転院
【回復期リハビリ
テーション】
【再発予防治療】
シームレスな診療の流れ
回復期リハビリテーション施設
※脳血管疾患等リハビリテーション等
連携
連携
紹介
転院
紹介
転院
維持期リハビリテーション施設
【維持期リハビリテーション、在宅復帰支援　等】
※運動器等リハビリテーション　等
連携
連携
退院
退院
通院
通所
退院
在　宅（通院外来又は在宅医療・介護）
○ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等による
継続的な健康管理・指導等
○ 訪問看護、訪問リハ、通所リハ等による在宅医療のサポート
○ 介護サービスとの連携によるサポート
かかりつけ医（主治医としての治療～継続的な療養指導・管理等）



※1　西都児湯医療センターは、地方独立行政法人西都児湯医療センター第４期中期計画（令和７年４月１日から令和12年３月31日）に基づき、緊急性の高い脳疾患に対する診療体制の整備を図るとしています。
※2　和田病院は、救急医療体制の構築に向け、県全体での連携強化を模索するとしています。

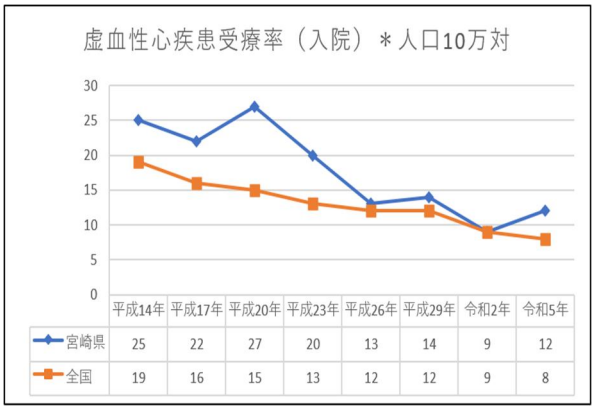
３　心筋梗塞等の心血管疾患

１．現 状

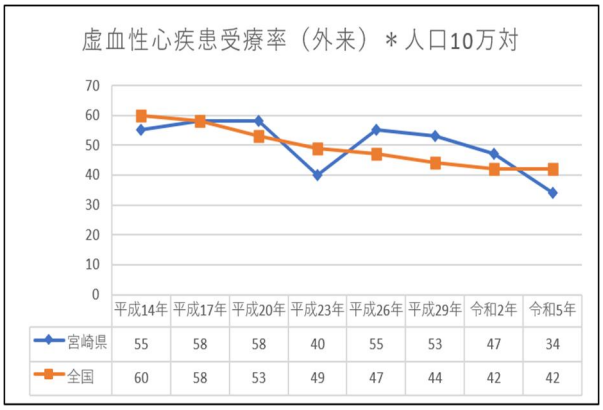
(1) 心血管疾患の入院・外来受療率

○　令和５年(2023年)の本県の虚血性心疾患の入院受療率(人口10万対)は12となっており、全国平均を上回っています。外来受療率(人口10万対)は34となっており、全国平均を下回っています。

○　年齢階級別にみると、75歳から84歳までの入院受療率が高い傾向にあり、高齢化の進行により今後ますます入院受療率が高まることが想定されます。



（出典：厚生労働省「患者調査」）

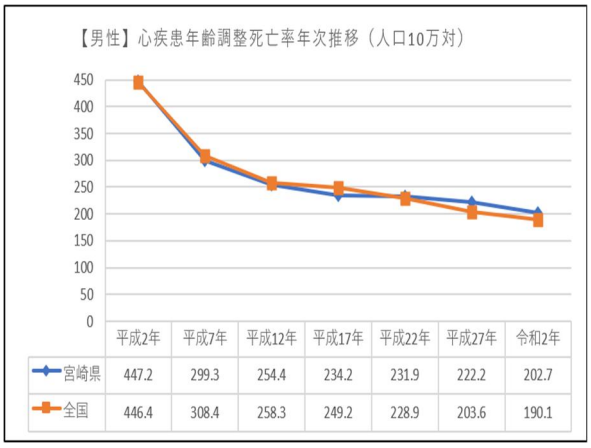


（出典：厚生労働省「患者調査」）

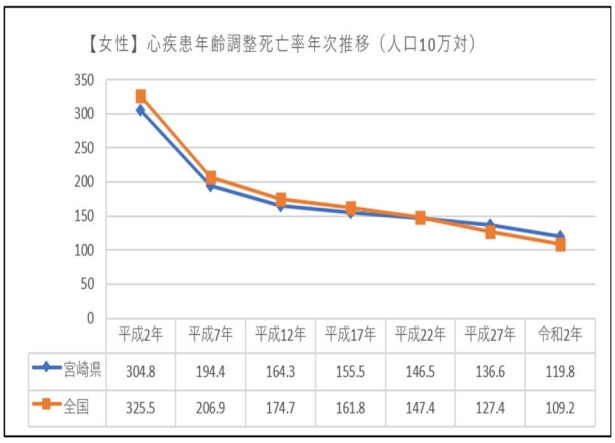
(2) 心血管疾患による死亡の状況

○　令和６年(2024年)の本県の心疾患による死亡者数は2,384人で、死亡総数に占める割合は14.5%となっており、平成10年(1998年)以降、死亡原因の第２位となっています。

○　令和２年(2020年)の年齢調整死亡率(人口10万対)は男性202.7、女性119.8で、男女ともに減少傾向ではあるものの、近年は全国平均を上回って推移している状況です。



（出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

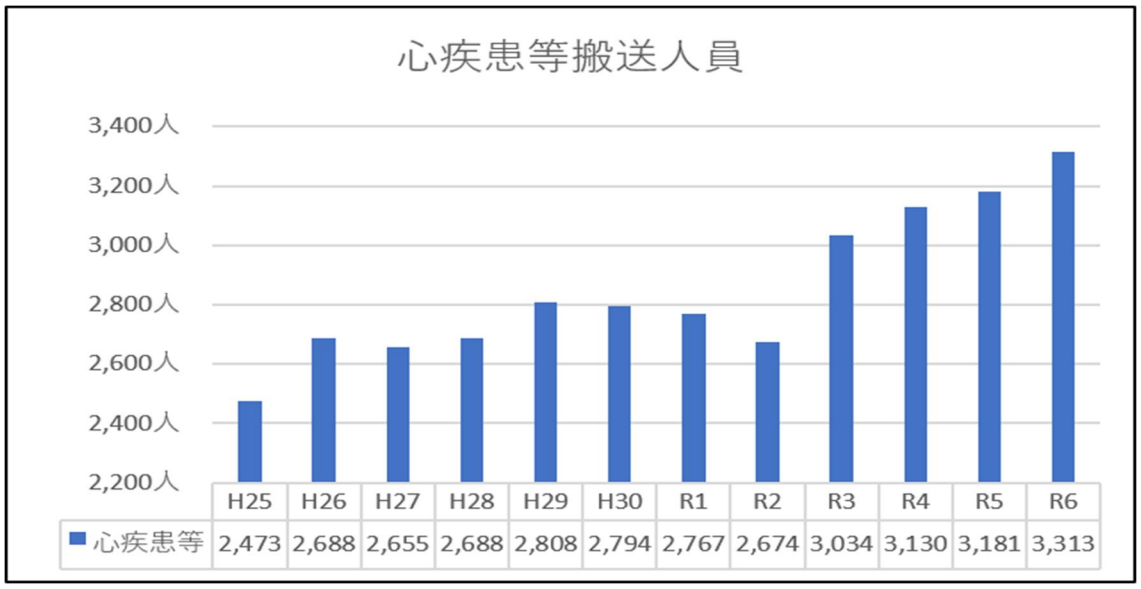


（出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

(3) 心血管疾患にかかる救急搬送体制

○　令和６年(2024年)の本県の心血管疾患での救急搬送人員は3,313人で、全救急搬送人員の7.0%を占めており、増加傾向にあります。

○　救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した時間は、令和６年(2024年)は平均44.7分で、全国平均(44.6分)とほぼ同程度になっています。



	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
心疾患等	2,473	2,688	2,655	2,688	2,808	2,794	2,767	2,674	3,034	3,130	3,181	3,313

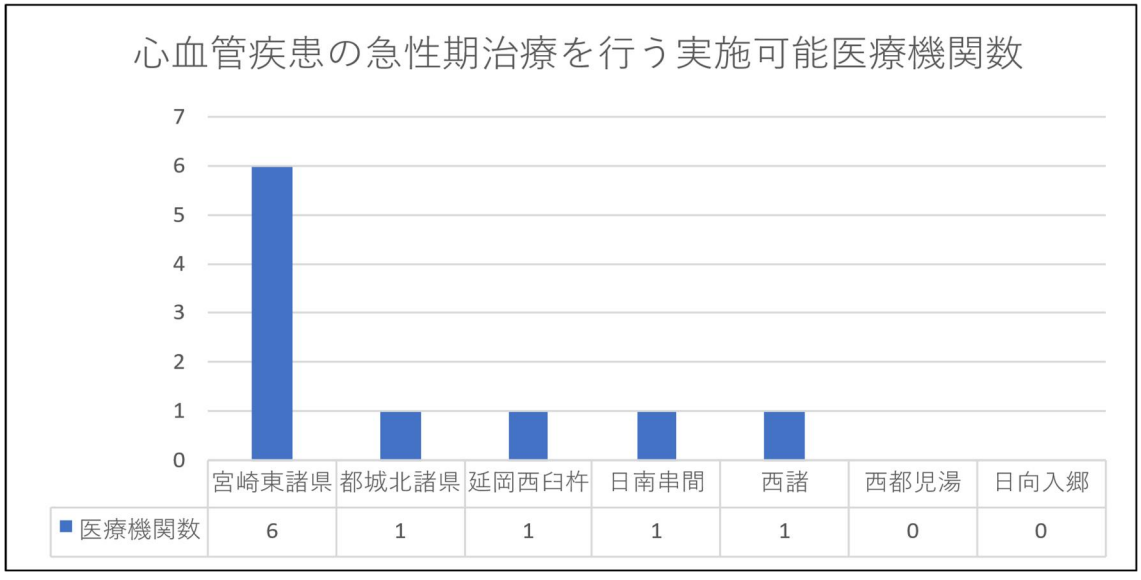
(出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」)

２．医療提供体制等

(1) 心血管疾患治療の実施医療機関

○　県内には心血管疾患の急性期治療を行う医療機関は10(人口10万対1.0)施設あり、全国平均(人口10万対1.1)をやや下回っています。

○　令和７年５月、都城市郡医師会病院に「心臓・脳血管・透析センター」が整備され、高度な医療が提供できるようになりました。



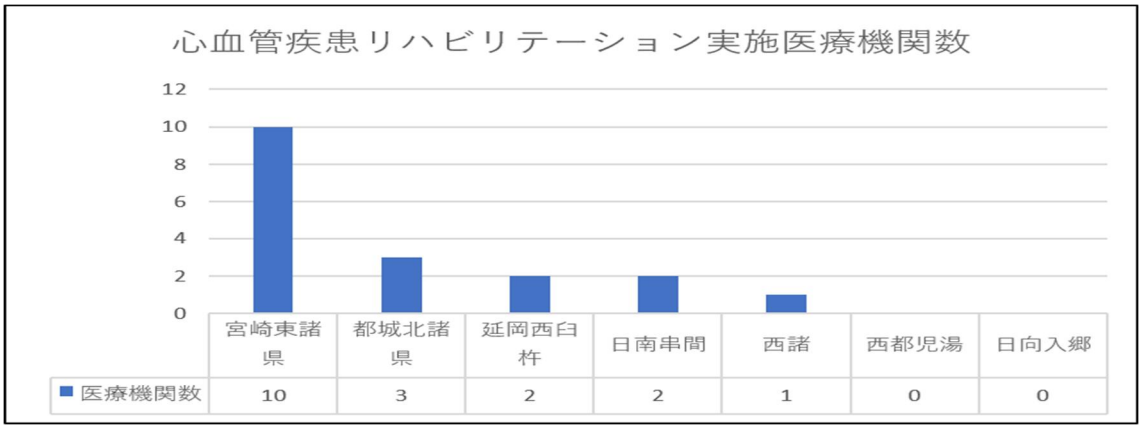
	宮崎東諸県	都城北諸県	延岡西臼杵	日南串間	西諸	西都児湯	日向入郷
医療機関数	6	1	1	1	1	0	0

(出典：厚生労働省医療機能情報)

(2) リハビリテーションの実施医療機関等

○　県内には心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関は18(人口10万対1.7)施設あり、全国平均(人口10万対1.5)をやや上回っています。

○　心血管疾患の患者のうち、73.6%が退院後に在宅等での生活の場に復帰しています。



（出典：九州厚生局届出受理医療機関）

３．課　題

(1) 発症予防の推進

○　心血管疾患の発症の予防には、生活習慣病の改善や適切な治療に努めることが重要ですが、特定健康診査の受診の必要性が十分に理解されておらず、受診行動につながっていないことから、生活習慣病の改善と健診受診の重要性についての啓発が必要です。

(2) 迅速な救命処置と救急搬送

○　急性心筋梗塞発症時には、いち早く心肺蘇生や AED(自動体外式除細動器)を使用することで、救命率の改善が見込まれるため、県民への心肺蘇生法等の普及啓発が必要です。

○　急性心筋梗塞をはじめ、急性大動脈解離や急性肺塞栓は早期搬送・早期治療が求められる死亡率の高い疾病であるため、患者を 24 時間受け入れ、速やかに専門的な治療を開始できる体制の整備と救急搬送体制の充実が必要です。

(3) 医療提供体制の充実

○　急性期の治療を行う医療機関は県央地区に集中しており、医療圏ごとの地域格差が大きいため、状況に応じて圏域を越えた連携体制の構築が求められます。

○　回復期を視野に入れた急性期の治療後は、早期の心臓リハビリテーションのほか、かかりつけ医による基礎疾患等の管理や再発予防のための定期的検査、かかりつけ歯科医と連携した口腔ケア等の実施により、合併症や再発を予防する体制の整備が求められます。

(4) 在宅療養が可能な体制づくり

○　慢性心不全患者については、専門的医療を行う医療機関だけではなく、かかりつけ医など地域の幅広い機関で支援するとともに、状況によっては心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要とされます。

○　患者情報の共有により、地域において疾病管理を行いながら、医療・介護・福祉を含めた多職種協働による円滑な治療・ケア体制の構築も必要です。

４．施策の方向

【医療圏】

本県では、現状において、二次医療圏の枠を越えた広域での体制整備が不可欠となっています。このため、引き続き「心血管疾患にかかる医療圏」は４つと設定し、次の方向性に沿って心血管疾患の医療の充実に取り組みます。

(1) 発症予防の推進

①	生涯を通じたバランスの良い食事の啓発やベジ活、適塩、日常生活での運動促進など、小児期からライフステージを通した望ましい生活習慣・食習慣の定着に向けた取組の推進
②	県民公開講座の開催や企業との連携を通じた生活習慣病の改善に向けた普及啓発の強化
③	デジタル技術を活用した受診勧奨の導入など市町村や医療保険者との連携による特定健康診査未受診者への積極的な受診勧奨など受診率向上に向けた取組の推進
④	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした普及啓発及び相談支援体制の推進

(2) 迅速な救命処置と救急搬送

①	学校教育やスポーツイベント等を活用したAEDの活用方法や心肺蘇生法等の普及促進
②	ドクターヘリやモービルＣＣＵなどのドクターカーの積極的な活用

(3) 医療提供体制の充実

①	急性期の治療を行う医療機関と回復期の治療やリハビリテーションを行う医療機関の機能分化・連携の推進
②	合併症予防に向けた、かかりつけ歯科医と連携した口腔ケアや多職種と連携した摂食・嚥下リハビリテーションの促進
③	心不全療養指導士や心臓リハビリテーション指導士の育成など心血管疾患に関する医療従事者の確保・育成
④	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした医療従事者等向け研修の実施及び診療ネットワークの構築



（県立延岡病院「心臓脳血管センター」）

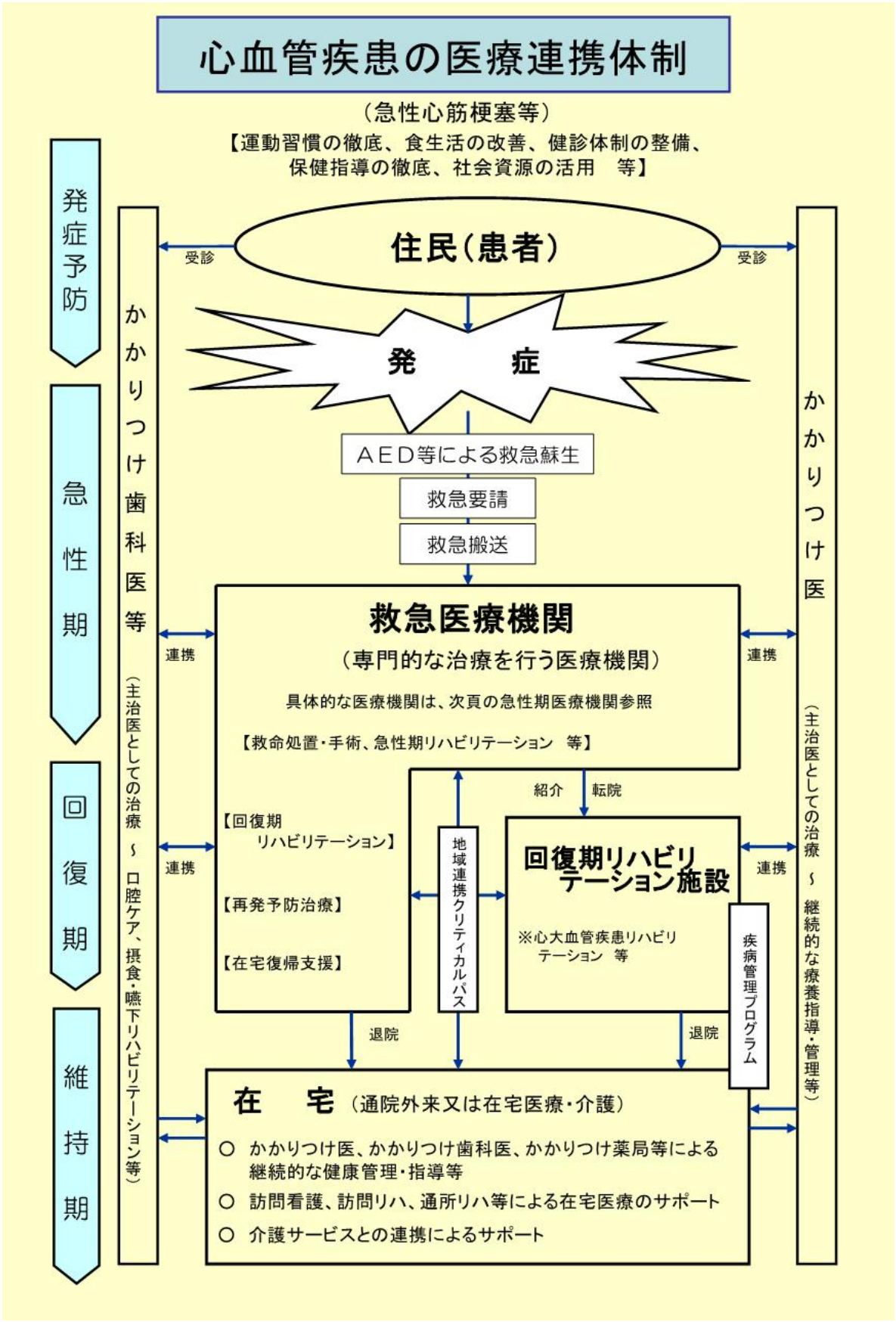

（循環器病県民公開講座）

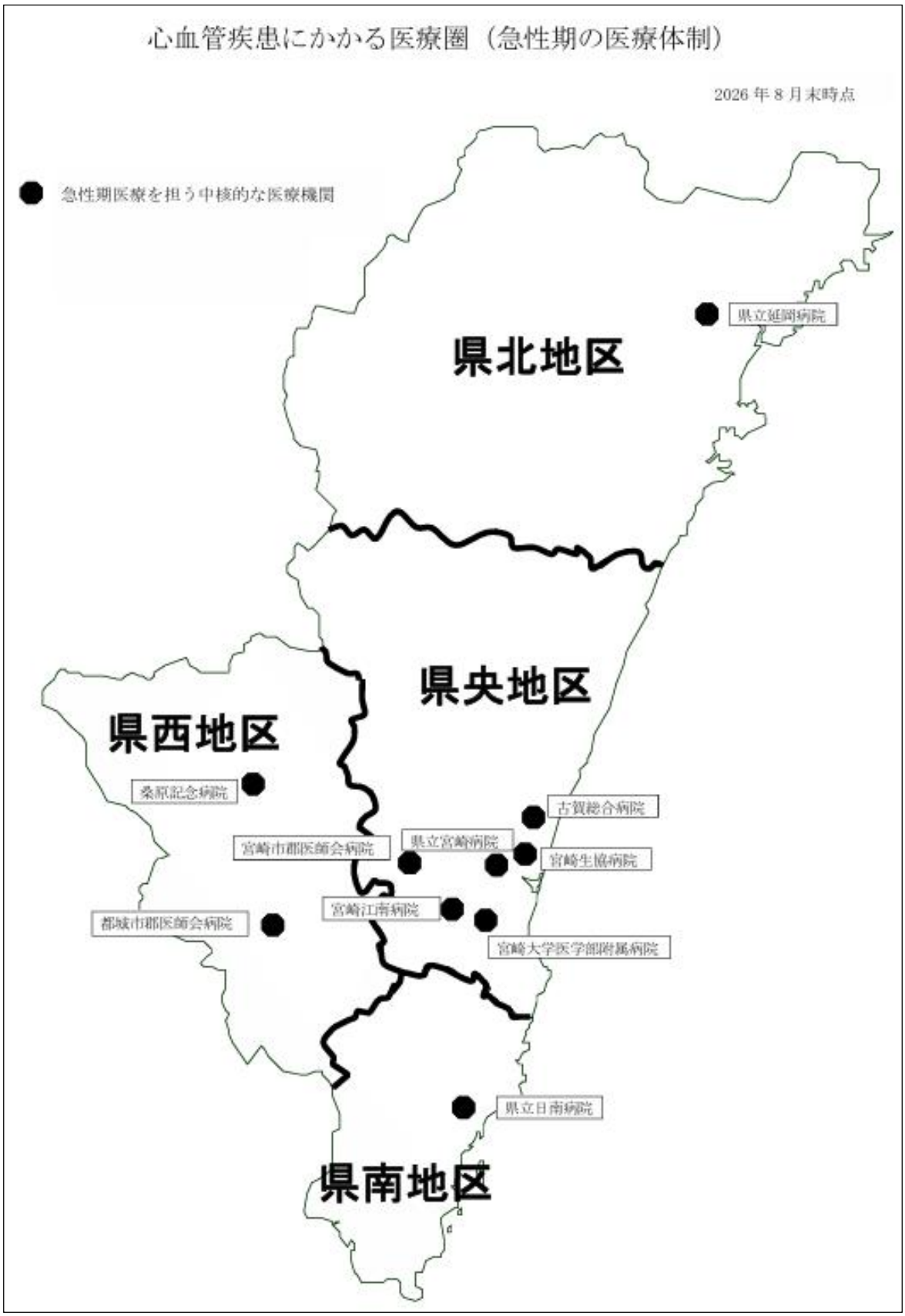
(4) 在宅療養が可能な体制づくり

①	緩和ケア等にも対応できる在宅医療を支える多様な人材の確保及び育成
②	かかりつけ医を中心とした、歯科医師や薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員等、地域の実情に応じた多職種連携による在宅支援チームの構築
③	脳卒中・心臓病等総合支援センターを中心とした相談支援窓口体制の推進及び診療支援体制の充実

５．目　標

指　標	現　状	⇒	目　標
健康寿命 ※出典：厚生労働科学研究	男性 72.29 女性 76.13 （令和４年）	⇒	**男性　延伸** **女性　延伸** （令和 11 年）
心疾患による年齢調整死亡率（人口 10 万対） ※出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」	男性 202.7 女性 119.8 （令和２年）	⇒	**男性　全国平均以下** **女性　全国平均以下** （令和 11 年）
虚血性心疾患受療率（入院）（人口 10 万対） ※出典：厚生労働省「患者調査」	12 （令和５年）	⇒	**減少** （令和 11 年）
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間 ※出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」	44.7 分 （令和６年）	⇒	**減少** （令和 11 年）
心大血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数（人口 10 万対） ※出典：九州厚生局届出受理医療機関	1.7 （令和７年）	⇒	**増加** （令和 11 年）
特定健康診査実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	56.1% （令和６年度）	⇒	**70.0%** （令和 11 年度）
特定保健指導実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	30.8% （令和５年度）	⇒	**45.0%** （令和 11 年度）


心血管疾患の医療連携体制
（急性心筋梗塞等）
【運動習慣の徹底、食生活の改善、健診体制の整備、
保健指導の徹底、社会資源の活用　等】
発症予防
急性期
回復期
維持期
かかりつけ歯科医等（主治医としての治療 ～ 口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション等）
かかりつけ医（主治医としての治療 ～ 継続的な療養指導・管理等）
住民（患者）
受診
受診
発　症
ＡＥＤ等による救急蘇生
救急要請
救急搬送
救急医療機関
（専門的な治療を行う医療機関）
具体的な医療機関は、次頁の急性期医療機関参照
【救命処置・手術、急性期リハビリテーション　等】
連携
連携
紹介
転院
【回復期
リハビリテーション】
【再発予防治療】
【在宅復帰支援】
地域連携クリティカルパス
回復期リハビリテーション施設
※心大血管疾患リハビリテーション　等
連携
疾病管理プログラム
退院
退院
在　宅（通院外来又は在宅医療・介護）
○ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等による継続的な健康管理・指導等
○ 訪問看護、訪問リハ、通所リハ等による在宅医療のサポート
○ 介護サービスとの連携によるサポート


心血管疾患にかかる医療圏（急性期の医療体制）
2026年8月末時点
急性期医療を担う中核的な医療機関
県立延岡病院
県北地区
県央地区
県西地区
桑原記念病院
古賀総合病院
県立宮崎病院
宮崎市郡医師会病院
宮崎生協病院
宮崎江南病院
都城市郡医師会病院
宮崎大学医学部附属病院
県立日南病院
県南地区

４　糖尿病

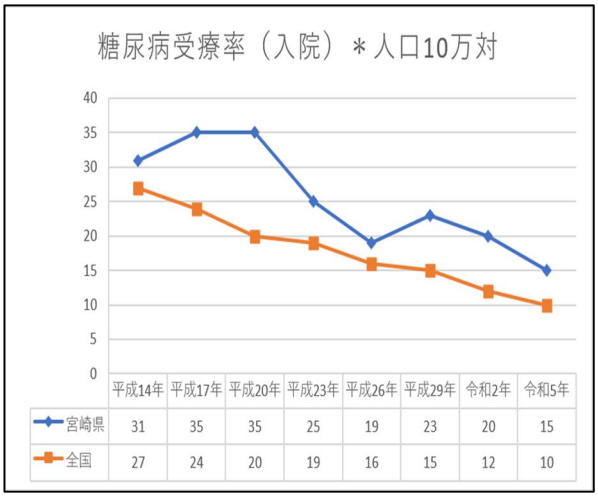
１．現 状

(1) 糖尿病の入院・外来受療率等

○　令和５年(2023年)の本県の糖尿病の入院受療率(人口10万対)は15、外来受療率(人口10万対)は198となっており、いずれも全国平均を上回っています。

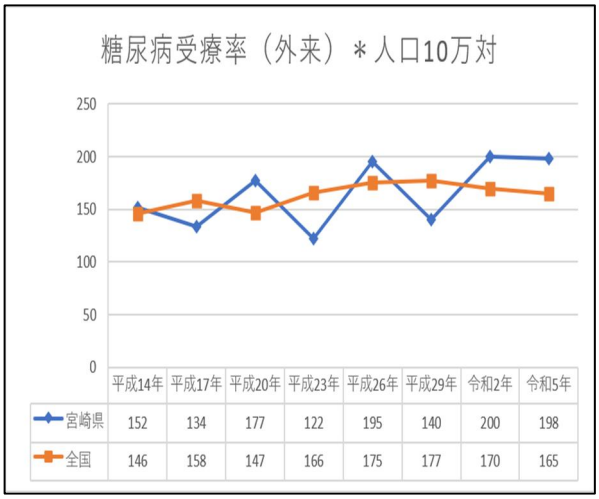
○　令和６年(2024年)の糖尿病による死亡者数は165人で、死亡率(人口10万対)は16.2と、全国平均の12.4を上回って推移しています。

○　令和４年(2022年)の20歳以上の糖尿病が強く疑われる者及び糖尿病の可能性を否定できない者の合計は、男性が31.7%、女性が23.5%を占めていると推計されます。



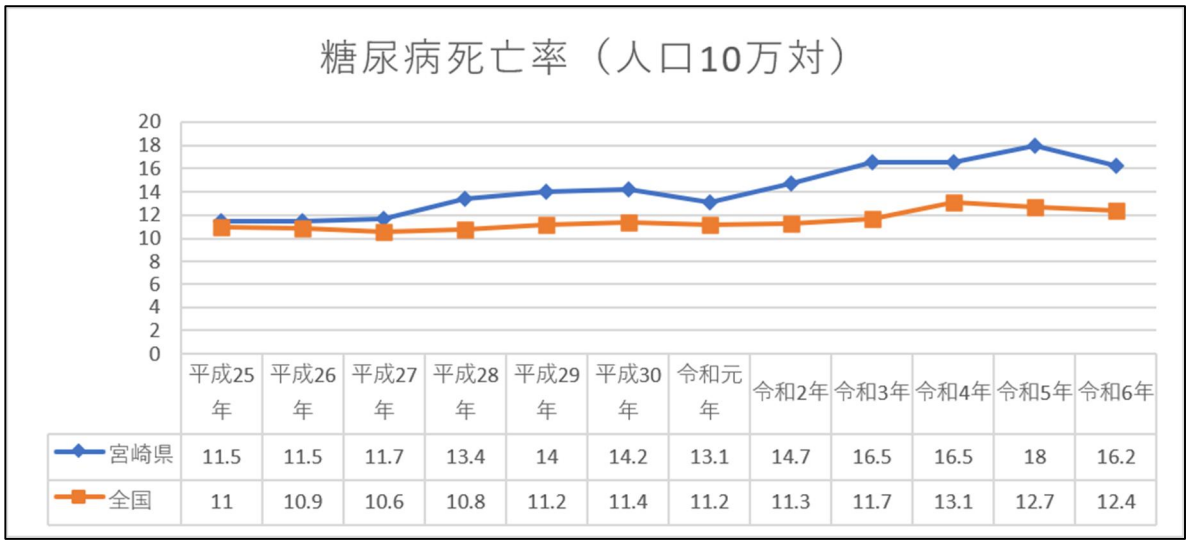
	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年	令和5年
宮崎県	31	35	35	25	19	23	20	15
全国	27	24	20	19	16	15	12	10

（出典：厚生労働省「患者調査」）



	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年	令和5年
宮崎県	152	134	177	122	195	140	200	198
全国	146	158	147	166	175	177	170	165

（出典：厚生労働省「患者調査」）

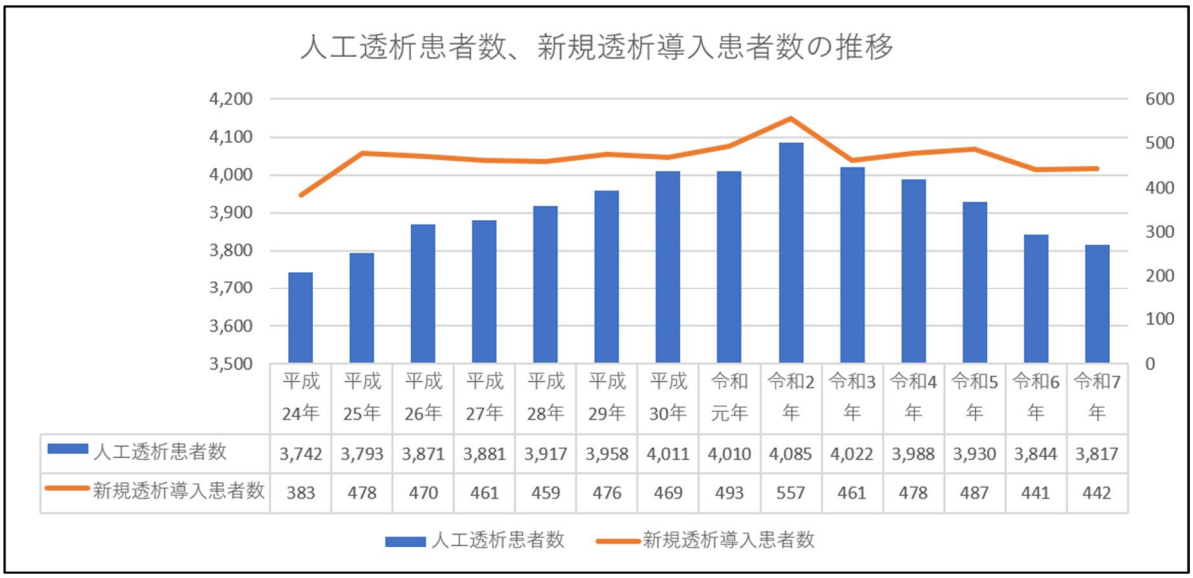


	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
宮崎県	11.5	11.5	11.7	13.4	14	14.2	13.1	14.7	16.5	16.5	18	16.2
全国	11	10.9	10.6	10.8	11.2	11.4	11.2	11.3	11.7	13.1	12.7	12.4

（出典：厚生労働省「人口動態調査」）

(2) 新規透析導入患者数

○　本県の新規透析導入患者数の推移を見ると、平成24年(2012年)の383人から令和７年(2025年)の442人まで、増減を繰り返しながらも横ばいで推移しています。そのうち、「わが国の慢性透析療法の現況」によると、糖尿病性腎症が原疾患である患者は173人から152人に減少するなど、重症化予防の取組が進みつつあります。



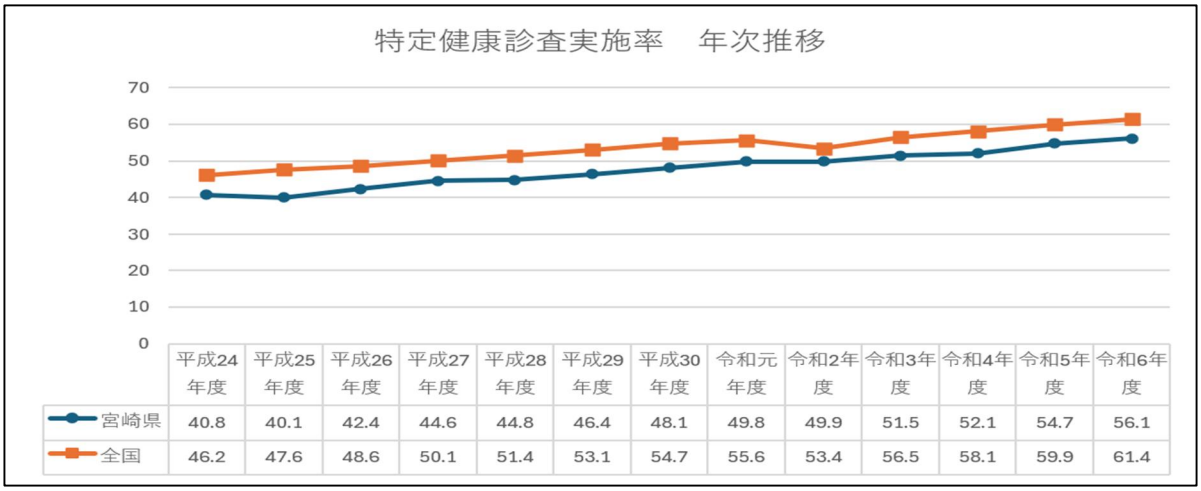
	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年	令和7年
人工透析患者数	3,742	3,793	3,871	3,881	3,917	3,958	4,011	4,010	4,085	4,022	3,988	3,930	3,844	3,817
新規透析導入患者数	383	478	470	461	459	476	469	493	557	461	478	487	441	442

（出典：慢性透析患者等の状況調査）

(3) 特定健康診査の状況

○　本県の特定健康診査実施率は、平成25年度から徐々に上昇しているものの、令和６年度(2024年度)では56.1%となり、全国平均の61.4%を下回っています。

○　本県のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数は、令和６年度(2024年度)では79,939人となっており、その割合は31.3%で全国平均の29.2%を上回っています。



	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
宮崎県	40.8	40.1	42.4	44.6	44.8	46.4	48.1	49.8	49.9	51.5	52.1	54.7	56.1
全国	46.2	47.6	48.6	50.1	51.4	53.1	54.7	55.6	53.4	56.5	58.1	59.9	61.4

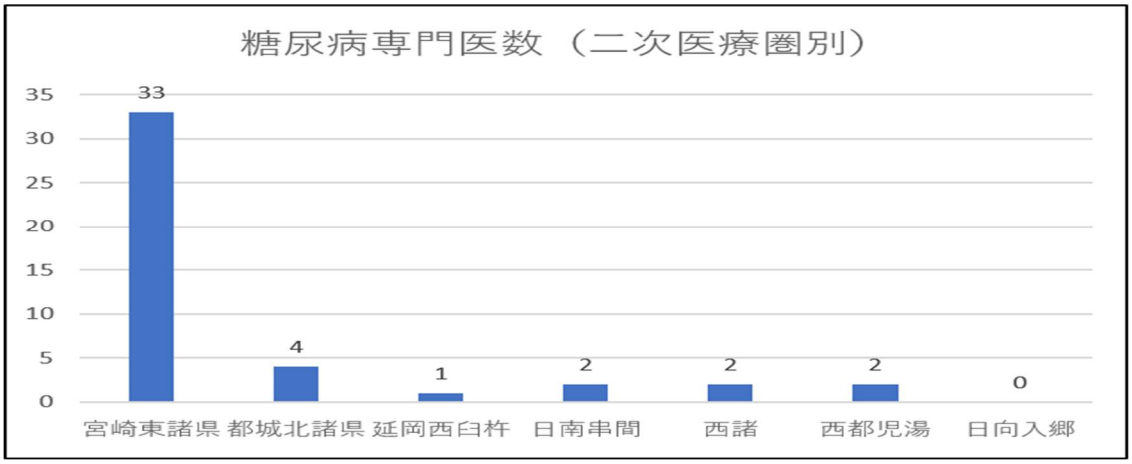
出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
　　特定健診・特定保健指導の実施状況について

２．医療提供体制等

(1) 糖尿病治療の実施医療機関

○　県内の糖尿病専門医が在籍する医療機関（人口10万対）は3.1で、全国平均の3.4よりも若干下回っています。また、二次医療圏ごとの実数によると、宮崎東諸県圏域に偏っている状況です。

○　県内の糖尿病療養指導士が在籍する医療機関(人口10万対)は4.3で、全国平均の3.8よりも若干上回っています。



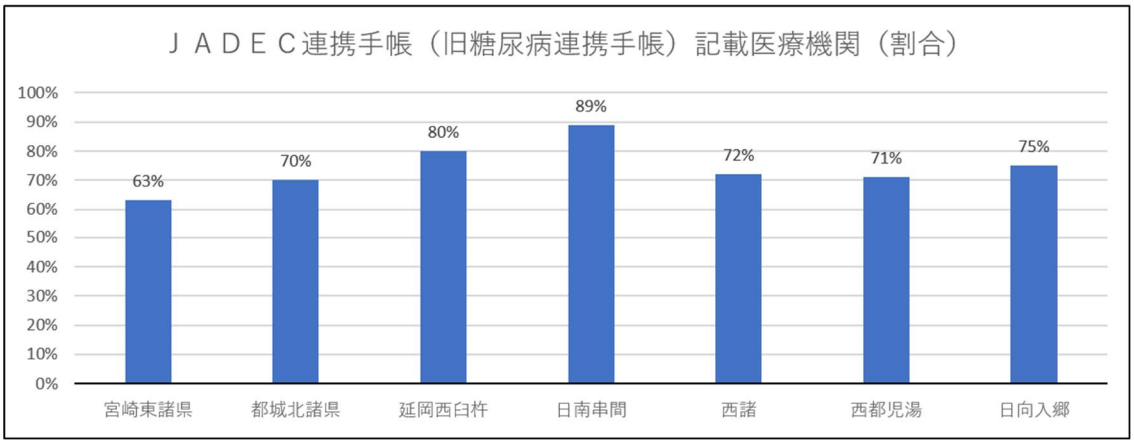
（出典：日本糖尿病学会（2026.8 月時点））

(2) 重症化予防

○　本県の特定保健指導の対象者は、令和５年度(2023年度)40,592人、実施率は30.8%となり、全国平均の27.7%を上回っています。

○　県内の、糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関は８、糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関は58、糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関は９であり(いずれも人口10万対)、いずれも全国に比べ少ない状況です。

○　令和６年(2024年)の県の調査によると、「JADEC 連携手帳（旧糖尿病連携手帳）を知っている」と回答した医療機関のうち、JADEC 連携手帳を記載している医療機関は273施設(70.2%)となっています



（出典：令和６年度宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防事業に係る調査結果）

３．課 題

(1) 発症予防、重症化予防の推進

○　糖尿病は自覚症状がないことが多く、健診受診や医療機関受診につながりにくいことが課題として挙げられることから、県民が糖尿病予防に関する正しい知識を身につけるため、健診受診の重要性についての啓発が必要です。

○　糖尿病と歯周病は相互に関連していることから、歯周病予防や口腔ケアを進めるため「かかりつけ歯科医」での定期的な歯科健診受診の啓発が必要です。

○　糖尿病の重症化予防を推進するために、宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針の普及に取り組むとともに、健診の結果、医療機関への受診が必要な人、保健指導が必要な人が確実に医療や保健指導を受けられる体制を構築することも重要です。

○　メタボリックシンドロームに該当する場合には、糖尿病発症のリスクが高まっている場合が多いため、生活習慣改善が促進されるよう、かかりつけ医と医療保険者や市町村等の連携による保健指導の実施体制の整備、充実が必要です。

(2) 医療提供体制の充実

○　「かかりつけ医」による継続的な療養指導・管理を行いながら、必要に応じて糖尿病専門医をはじめ、腎専門医、眼科医、歯科医等の専門医と連携して合併症の予防や治療を行うことができるよう、地域連携クリティカルパス（JADEC 連携手帳等）の活用を促進するなど、相互に連携の取れた医療提供体制の構築が必要です。

４．施策の方向

【医療圏】

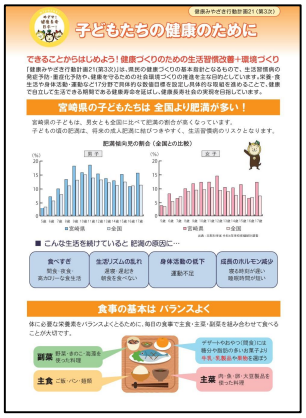
糖尿病の医療機能については、基本的には二次医療圏内の医療機関が相互に連携を図りながら担っており、引き続き二次医療圏を「糖尿病医療圏」として設定し、次の方向性に沿って糖尿病医療の充実に取り組みます。

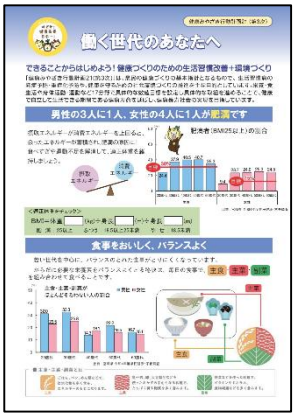
(1) 発症予防、重症化予防の推進

①	生涯を通じたバランスの良い食事の啓発やベジ活、適塩、日常生活での運動促進など、小児期からライフステージを通した望ましい生活習慣・食習慣の定着に向けた取組の推進
②	県ホームページ、広報誌や SNS 等を活用した県民への糖尿病に対する知識・理解の普及啓発
③	デジタル技術を活用した受診勧奨の導入など市町村や医療保険者との連携による特定健康診査未受診者への積極的な受診勧奨など受診率向上に向けた取組の推進
④	指導者の人材育成など特定保健指導の実施率向上に向けた取組の推進
⑤	健康経営の普及を通じた働く世代の健康づくりの推進



（特定健康診査実施の様子）





（啓発用リーフレット）

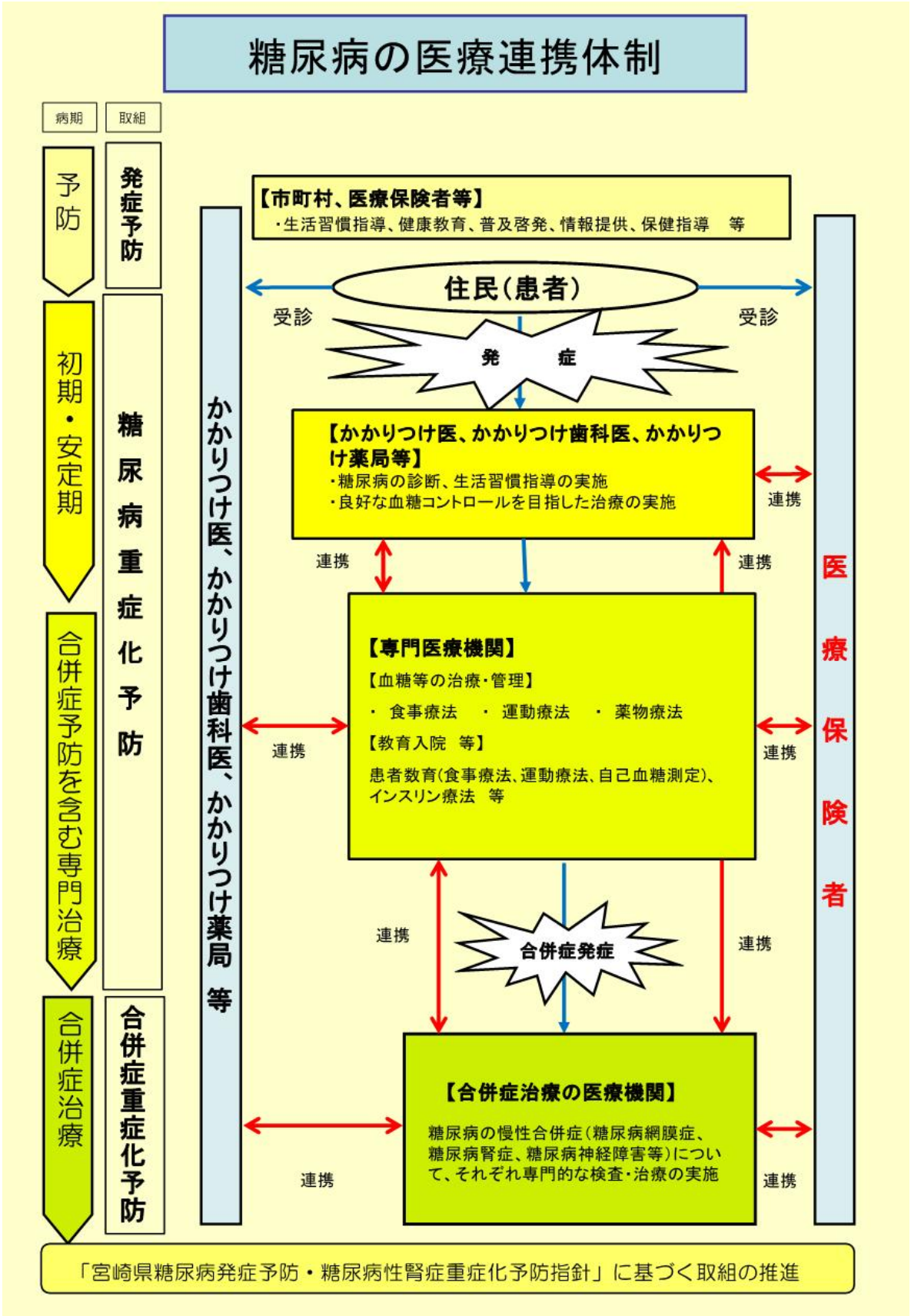
(2) 医療提供体制の充実

①	地域連携クリティカルパス（JADEC 連携手帳等）の更なる活用促進による かかりつけ医と糖尿病専門医・歯科医等の各専門医との連携強化
②	治療初期からの歯科受診の勧奨推進によるかかりつけ歯科医と連携した 口腔ケアの促進
③	糖尿病看護認定看護師等の育成支援など専門的な療養指導ができる人材の育成



５．目　標

指　標	現　状	⇒	目　標
特定健康診査実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	56.1% （令和６年度）	⇒	**70.0%** （令和 11 年度）
特定保健指導実施率 ※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ	30.8% （令和５年度）	⇒	**45.0%** （令和 11 年度）
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数 ※出典：わが国の慢性透析療法の現況	152 人 （令和６年）	⇒	**144 人** （令和 11 年）


糖尿病の医療連携体制
病期
取組
予防
発症予防
初期・安定期
糖尿病重症化予防
合併症予防を含む専門治療
合併症治療
合併症重症化予防
【市町村、医療保険者等】
・生活習慣指導、健康教育、普及啓発、情報提供、保健指導　等
住民（患者）
受診
受診
発　症
【かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等】
・糖尿病の診断、生活習慣指導の実施
・良好な血糖コントロールを目指した治療の実施
連携
連携
連携
【専門医療機関】
【血糖等の治療・管理】
・食事療法　・運動療法　・薬物療法
【教育入院　等】
患者数育(食事療法、運動療法、自己血糖測定)、
インスリン療法　等
連携
連携
連携
合併症発症
連携
【合併症治療の医療機関】
糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、
糖尿病腎症、糖尿病神経障害等）につい
て、それぞれ専門的な検査・治療の実施
連携
連携
かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局　等
医療保険者
「宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針」に基づく取組の推進

５　精神疾患

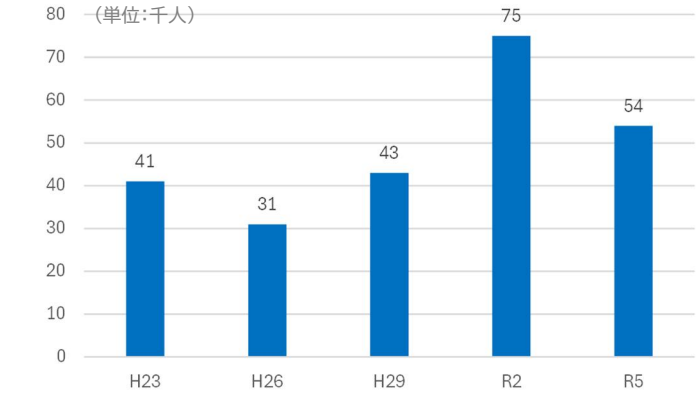
１．現 状

(1) 精神疾患の罹患状況

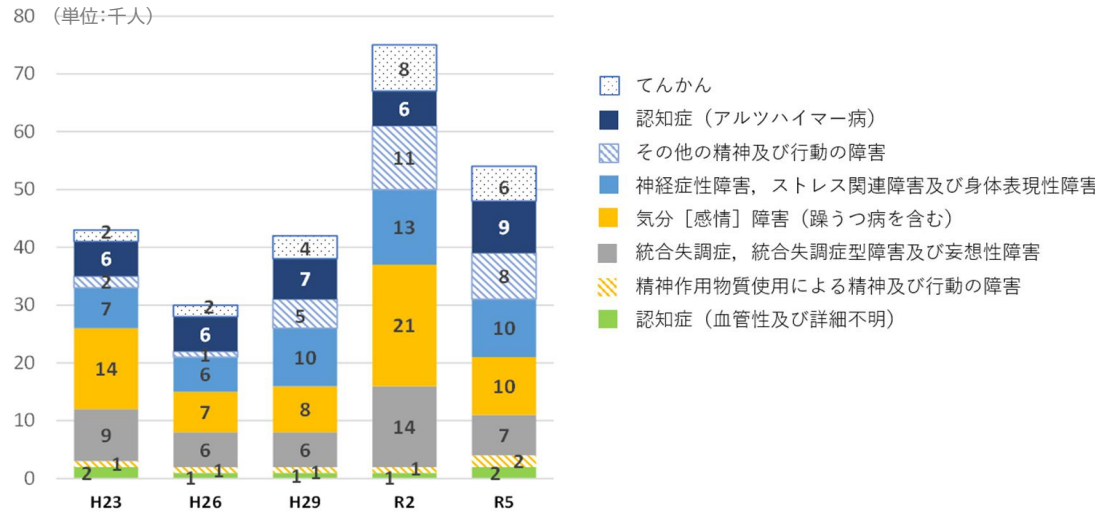
○　宮崎県における精神疾患の推定患者数は、令和５年(2023年)には５万４千人となっています。

○　疾病別にみると、「気分［感情］障がい(躁うつを含む)」と「統合失調症、統合失調障害型及び妄想性障害」が多くなっています。

■精神疾患を有する総患者数の推移



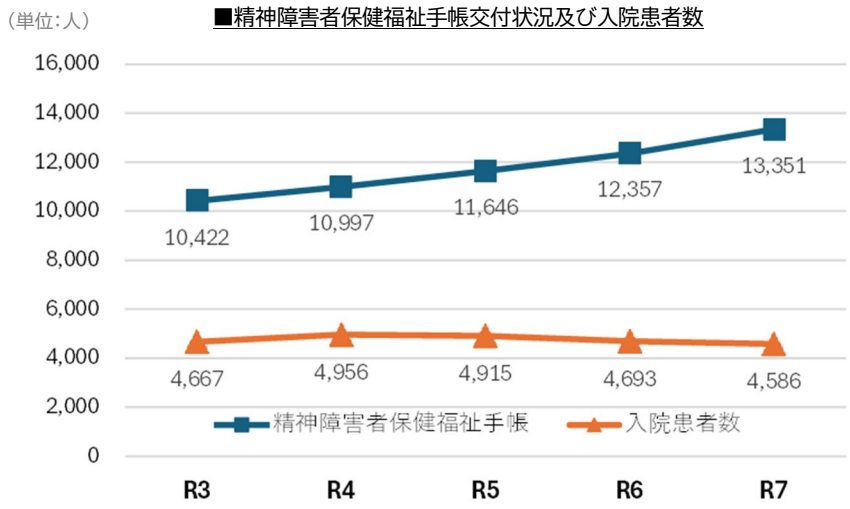
■精神疾患を有する総患者数の推移（疾患別内訳）



（出典：厚生労働省「患者調査」より作成）
Ｒ２から総患者数の推計方法を変更しており、経年比較には注意を要する

○　精神障害者保健福祉手帳の交付数は、令和７年度(2025年度)末は13,351件となっており、年々、増加傾向にありますが、精神障害者入院者数は、令和７年(2025年)は4,586人であり、ほぼ横ばいの状況にあります。

○　入院患者数を年齢階級別にみると、65歳以上の入院患者数が全入院患者数の77.8%を占めています。



出典：（手帳）宮崎県精神保健福祉センター年報より作成
（入院）「精神保健福祉資料」（各年６月 30 日時点）より作成

(2) 入退院の状況

○　令和４年度(2022年度)における本県の退院後365日時点の再入院率は38.9%で、全国平均(34.5%)より高く、また、退院後１年以内の地域での平均生活日数についても315.4日と、全国平均(322.1日)より短くなっています。

２．医療提供体制等

(1) 精神科病院・診療所

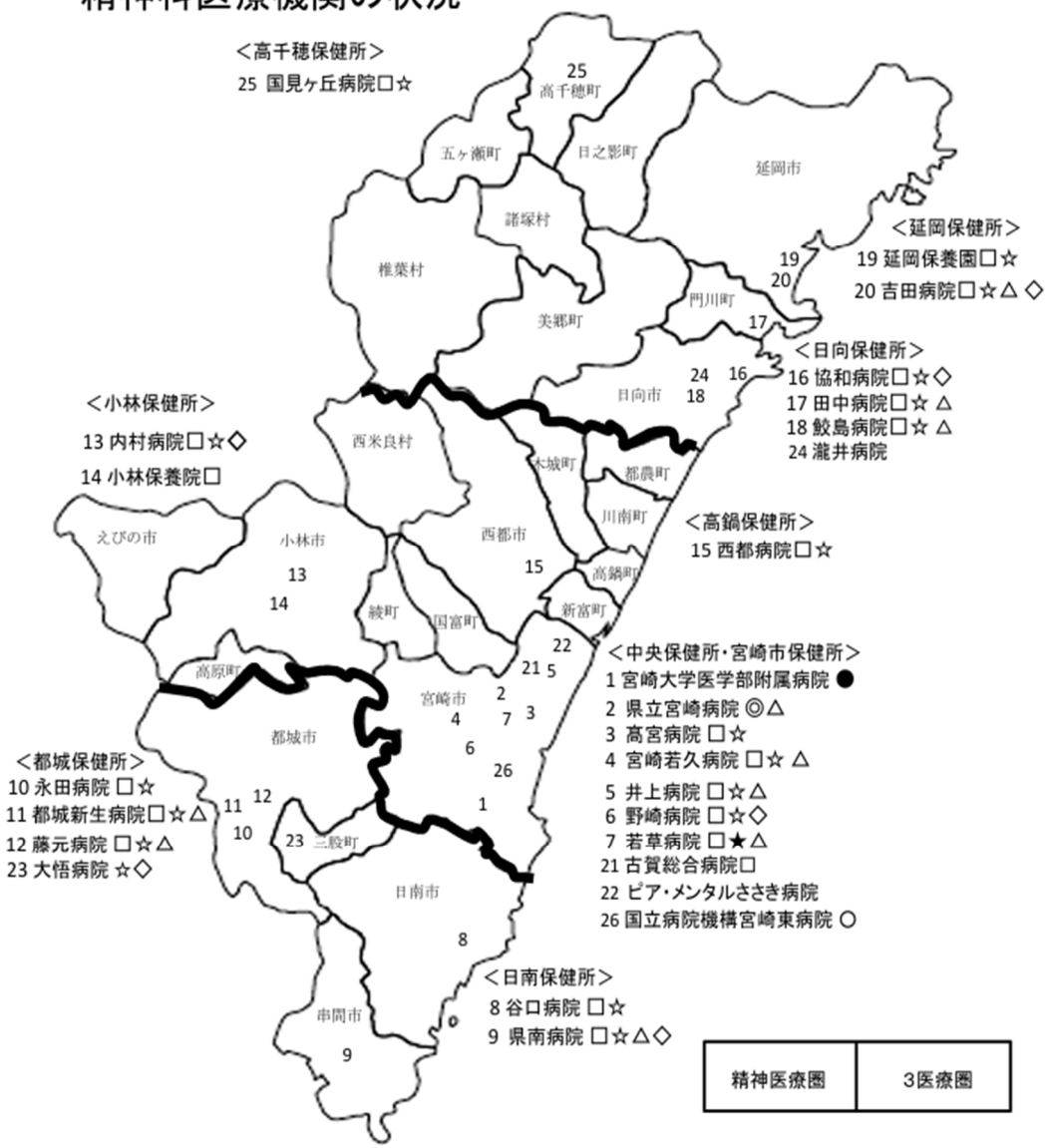
○　令和６年(2024年)の県内の精神病床数は5,827床で、人口10万対病床数をみると564.1床で、全国平均255.4床より多くなっています。

○　精神医療機関の分布は、宮崎東諸県圏域に集中しており、西都児湯圏域や中山間地域では少ない状況です。

精神病床を有する病院数

精神医療圏		構成市町村	数
県北	延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町	3
	日向入郷	日向市、門川町、諸塚町、椎葉村、美郷町	4
県央	宮崎東諸県	宮崎市、国富町、綾町	10
	西都児湯	西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町	1
	西諸	小林市、えびの市、高原町	2
県南	日南串間	日南市、串間市	2
	都城北諸県	都城市、三股町	4
計		８市３町	26

精神科医療機関の状況



【地図内記号･番号】（ ）:病院数

● … 大学病院（1）　◎ … 県立病院（1）　○･･･国立病院機構（1）
□ … 指定病院（20）（精神保健福祉法第19条の8）
☆ … 精神科救急医療システム病院群輪番施設（18）
★ … 精神科救急医療システム常時対応型施設（1）
△ … 心神喪失者等医療観察法指定通院医療機関（10）
◇ … 認知症疾患医療センター指定病院（6）（うち1カ所は精神科医療機関以外の医療機関）

(2) 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○　精神障がい者が、地域において安心して暮らすことができるよう、地域住民の理解を得ながら、必要な医療の提供や生活面での様々な支援機関が連携し、地域における適切な支援体制(地域包括ケアシステム)の整備を進めています。

(3) 多様な精神疾患等ごとの医療

①　統合失調症

○　令和５年(2023年)の本県の統合失調症の患者数は、7,000人となっています。

○　統合失調症の精神病床での入院患者数は、1,800人であり、精神疾患入院患者の40.0%を占め、最も多くなっています。

○　難治性の重症な精神症状を有する治療抵抗性統合失調症患者に対し治療薬(クロザピン)投与を含め計画的な治療管理を継続する登録医療機関は17病院(令和８年８月６日時点)となっています。

○　精神保健福祉センターにおける診療相談、保健所における面接・電話相談等や「こころの健康相談」の実施により、早期発見・早期治療の推進に努めています。

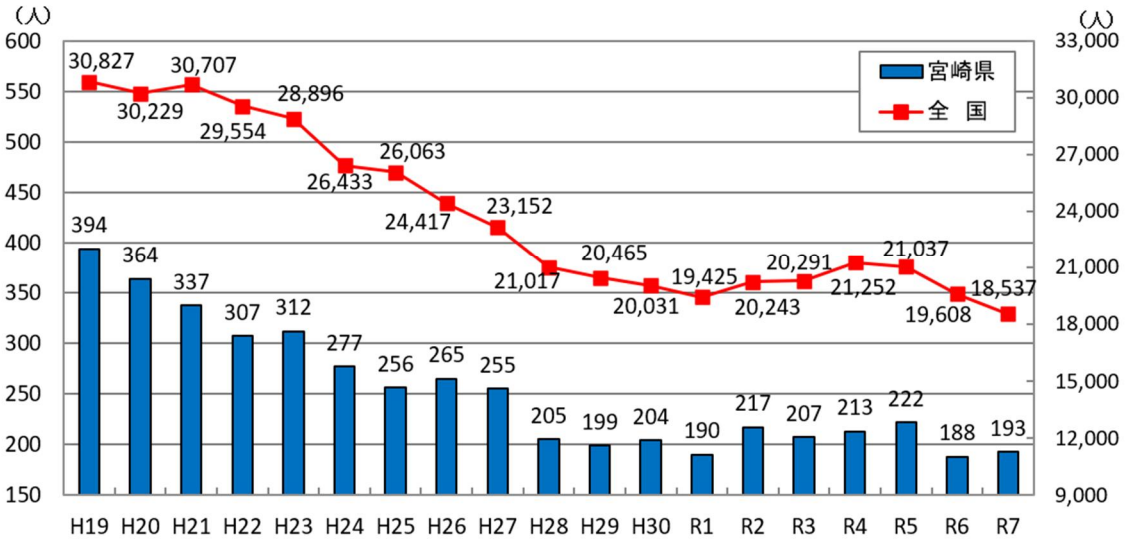
②　うつ病・躁うつ病

○　令和５年(2023年)の本県のうつ病・躁うつ病の患者数は、10,000人となっています。

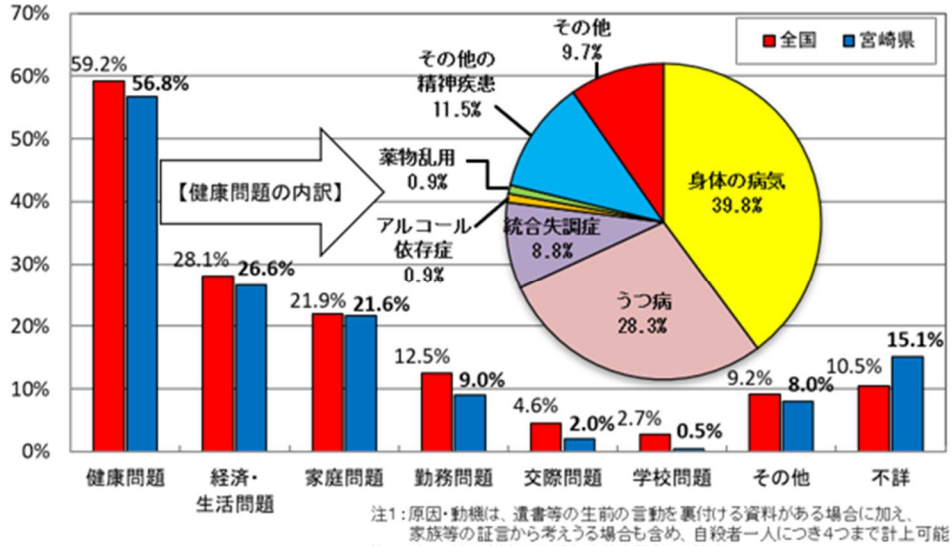
○　うつ病・躁うつ病の精神病床での入院患者数は、400人であり、精神疾患入院患者の8.9%となっています。

○　うつ病を含む精神疾患は、本県において自殺の大きな危険因子となっています。

■全国と本県の自殺者数の推移(平成19～令和7年)



■全国と本県の原因・動機別自殺者数の割合（令和７年）



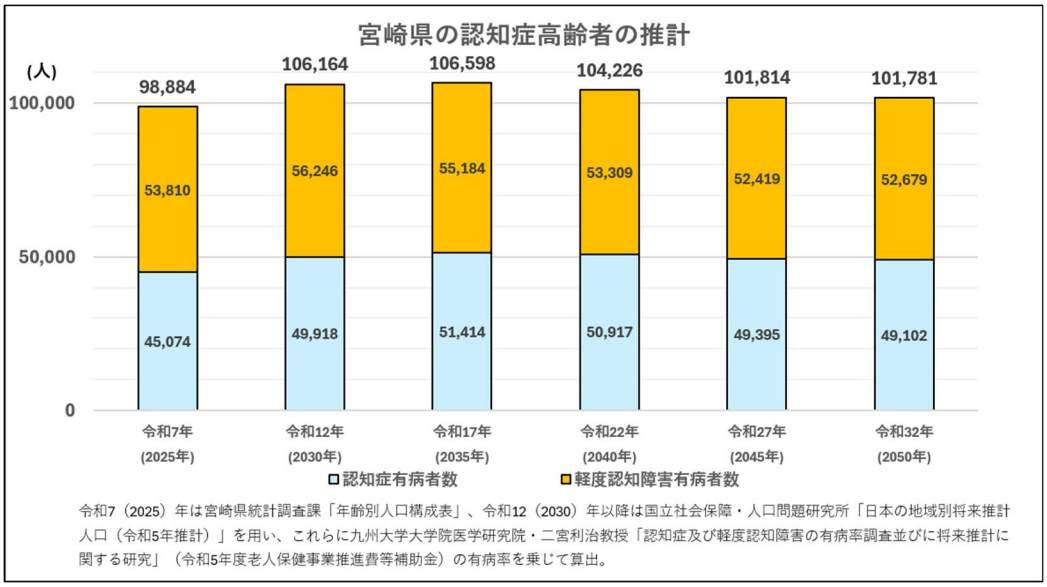
注1：原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考えうる場合も含め、自殺者一人につき4つまで計上可能
注2：グラフ等の割合は分母を自殺者数として算出

【厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（令和7年）」及び警察庁自殺統計原票データを厚生労働省自殺対策推進室において特別集計したものより県作成】

③　認知症

○　本県における認知症高齢者の数は、令和６年(2024年)５月に厚生労働省が公表した認知症の有病率を踏まえて推計すると、令和７年(2025年)には約４万５千人になり、令和12年(2030年)には約５万人になると見込まれています。また、正常と認知症の中間の状態である軽度認知障害の高齢者数は、令和７年(2025年)時点において約５万４千人、令和12年(2030年)には、約５万６千人と増加することが見込まれています。

○　医療資源についてみると、本県では、認知症に関する専門の医師、検査体制、相談窓口等の一定の体制を整えた「認知症疾患医療センター」として、６つの医療機関を指定しています。



令和7（2025）年は宮崎県統計調査課「年齢別人口構成表」、令和12（2030）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」を用い、これらに九州大学大学院医学研究院・二宮利治教授「認知症及び軽度認知障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究」（令和5年度老人保健事業推進費等補助金）の有病率を乗じて算出。

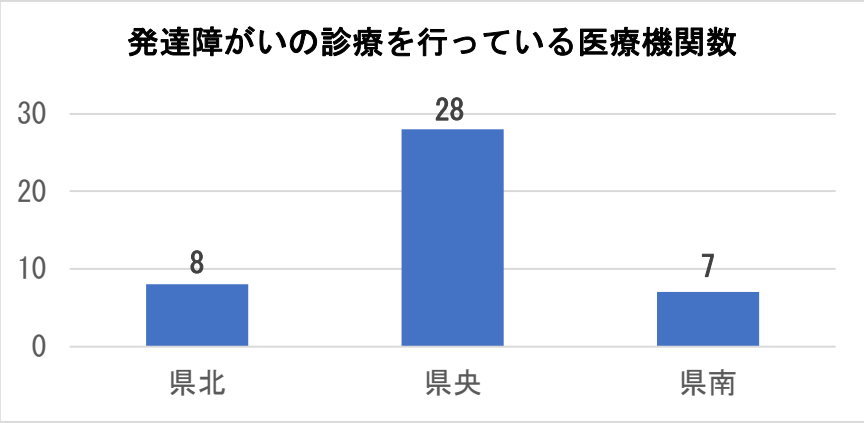
・県内の認知症疾患医療センター
　野崎病院（宮崎市）、吉田病院（延岡市）、内村病院（小林市）
　協和病院（日向市）、県南病院（串間市）、大悟病院（三股町）

④　児童・思春期精神疾患、発達障がい

○　児童・思春期精神疾患については、国立病院機構宮崎東病院において、児童精神科専門病棟が30床整備され、教育機関との連携や急性期から回復期までの専門的な治療環境の提供が図られています。

○　発達障がいについては、県内の小児科、精神科など該当する医療機関のうち、43機関で診療等が行われています。（令和５年12月調査時点）

○　発達障がい児(者)支援に対するニーズの高まりなどにより、長期の受診待ちが生じています。



※令和５年１２月調査時点

⑤　アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症

○　令和５年度(2023年度)の本県のアルコール、薬物、ギャンブル等による依存症の入院患者数は730人、外来患者数は1,828人となっており、過去５年間において、入院患者は約700人前後で横ばいであるのに対し、外来患者は増加傾向にあります。

○　依存症患者への対応として、依存症専門医療機関を５病院、依存症治療拠点機関を２病院選定しています。

○　精神保健福祉センター等では、依存症に対する診療相談の実施や家族教室等の開催、自助グループ活動の支援など、本人及び家族等に対する支援を行っています。

○　宮崎県アルコール健康障がい対策推進計画及び宮崎県ギャンブル等依存症対策推進計画を策定し施策を推進しています。

専門医療機関及び治療拠点機関

専門医療機関、治療拠点機関	依存症等	医療機関名
依存症専門医療機関	アルコール健康障がい	県南病院、大悟病院、吉田病院、宮崎若久病院、若草病院
	薬物依存症	大悟病院
	ギャンブル依存症	
依存症治療拠点機関	アルコール健康障がい	吉田病院
	薬物依存症	大悟病院
	ギャンブル依存症	

（R8.4.1時点）

⑥　精神科救急、身体合併症

○　緊急な医療を必要とする精神障がい者のために、精神科救急医療体制連絡調整委員会を設置し、関係機関と連携を図りながら精神科救急医療体制を整備しています。

○　土曜・日曜・祝日・年末年始において、３圏域ごとの病院群輪番制「県北（６病院）・県央（６病院）・県西南（６病院）」、常時対応型（１病院）による24時間体制の精神科救急医療体制を整備・運営しています。


県立宮崎病院精神医療センター

○　県立宮崎病院精神医療センター及び宮崎大学医学部附属病院において、他の精神科病院では対応困難な身体疾患の治療を含む高度の救急医療提供が行われています。

⑦　自殺対策

○　保健、福祉、医療、教育、労働等の関係機関・団体で構成される「宮崎県自殺対策推進協議会」により、官民一体となった総合的な自殺対策を推進しています。

○　知事を本部長とし、各部局長によって構成される「宮崎県自殺対策推進本部」により、課題等を庁内で共有し、横断的な自殺対策の推進に努めています。

○　宮崎県自殺対策行動計画を策定し、自殺のリスク段階に応じた総合的な施策を推進しています。

⑧　災害精神医療

○　大規模災害時などの緊急時に専門的な心のケアに関する対応が円滑に行われるよう、発災から概ね48時間以内に活動を開始する災害派遣精神医療チーム（日本 DPAT）を組織できる機関として３機関を登録しています。



○　被災地において、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行う DPAT 構成員の対応技術の維持・向上のため、研修を行っています。

⑨　その他

○　このほか、PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、医療観察法における対象者への医療についても、保健・医療・福祉・介護等の連携を推進することが求められています。

３．課 題

⑴ 予防

○　精神疾患は症状が多様であるとともに、自覚しにくいという特徴があるため、不調を感じた本人や家族が早期に相談や受診ができる体制を整備し、精神疾患の予防や重症化・再発予防を図ることが重要です。

○　セルフケアをはじめ、精神疾患を正しく理解するための普及啓発活動を推進し、県民への情報提供を十分に行うことも必要です。

⑵ 治療・回復・地域生活への移行

○　精神疾患は多種多様であるため、疾患ごとに各医療機関の医療機能を明確化し、相互の連携を強化していく必要があります。

○　精神障がい者は、退院後も医療との連携や介護、社会参加など様々な支援が必要なことから、関係機関が連携し、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築が求められます。

⑶ 多様な精神疾患ごとの医療

○　多様な精神疾患ごとに医療機関の役割を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

①　統合失調症

○　統合失調症の治療については、早期発見、早期治療に繋げることを原則に、治療抵抗性統合失調症治療薬を含む抗精神病薬による薬物療法や、日常生活機能の向上等を目的とした作業療法等の専門治療についても、医療の動向や地域の実情を踏まえながら進めていく必要があります。

○　疾患に対する正しい知識の普及啓発や、早期発見・早期治療のための専門医等による相談体制を整備していく必要があります。

②　うつ病・躁うつ病

○　地域における精神科医と内科等の一般医との医療連携体制の充実を促進し、うつ病の早期発見・早期治療の推進に取り組む必要があります。

○　悪性腫瘍等の身体疾患により引き起こされるうつ状態にも留意しながら、早期に的確な診断が行われる必要があります。

③　認知症

○　認知症は発症予防が重要であり、認知症を引き起こす危険因子である高血圧や糖尿病などの生活習慣病をはじめ、喫煙や運動習慣の見直しに取り組むことが重要です。

○　認知症は、早期発見、早期対応により症状の改善や維持、あるいは進行を遅らせることができる可能性もあるため、早期相談・早期受診に向けた普及啓発、相談体制の充実が求められます。

○　認知症の人が希望を持って、自分らしく住み慣れた地域で生活していくためには、医療・介護の社会資源をシームレスにつなぎ、地域社会において、認知症の人とその家族の在宅生活を支援していくことが必要です。

④　児童・思春期精神疾患、発達障がい

○　不登校をはじめ、家庭の問題や虐待、いじめなどにより引き起こされる子どもの心の問題の増加に伴い、児童・思春期精神疾患に対応できる体制の強化が必要です。

○　発達障がい児・者は、コミュニケーションの困難さなどの個々の特性から、医療を継続して受けにくいことがあるため、発達障がいの特性に応じた診療を行う医師の養成や、小児科医と精神科医間など、地域の関係機関同士の連携体制の構築が必要です。

⑤　アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症

○　依存症においては、医療機関を受診していない潜在的な患者が多いという特性があるため、相談体制の充実が求められています。

○　アルコール等依存症に対応できる医療機関が身近にないことや、アルコール健康障害が内科疾患から現れる場合が多いことから、医療機関相互の連携が重要になります。

○　依存症は家族関係や社会的・経済的な影響も多いため、医療に限らない多職種・多機関との連携も重要です。

○　近年のインターネットの普及等により広がりが懸念されているゲームへの依存に対応するため、今後、確立される科学的根拠や知見に基づき、必要な支援体制の構築が求められます。

⑥　精神科救急、身体合併症

○　精神科救急医療体制について、精神科救急情報センターの活用方法や病院群輪番体制の充実など、より利用しやすいシステムづくりに向けて検討する必要があります。

○　高齢化の進行に伴い、精神疾患以外に様々な身体合併症を伴う患者の増加が見込まれており、精神科救急医療施設と一般救急医療機関との連携のあり方や、身体合併症に対応できる医療提供体制の確保について、検討していく必要があります。

⑦　自殺対策

○　県内の人口10万人当たり自殺死亡率は、19.2(令和７年(2025年)・概数)で、ピーク時(平成19年(2007年))と比較すると改善してきていましたが、令和元年(2019年)を底に減少傾向が止まり、また、全国でも高い水準にあり、依然として厳しい状況にあります。

○　本県における自殺者の約２～３割が過去に自殺未遂歴を有していることから、自殺未遂者に対する適切な医療の提供が、自殺者数を減らすために有効であると考えられます。

⑧　災害精神医療

○　大規模災害時など緊急時に専門的な心のケアに関する対応が円滑に実施できるよう DPAT 構成員の継続的な養成等、体制の充実が必要です。

○　災害発災時には、被災した精神科病院から多数の精神患者の搬送が必要となる可能性がありますが、患者の受入れや精神状態の安定化等に対応するため、災害時の医療提供体制も整備する必要があります。

⑨　その他

○　PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、医療観察法における対象者への医療について、他の精神疾患と同様に、医療機能を明確化し、保健・医療・福祉・介護等の連携を推進する必要があります。

４．施策の方向

【医療圏】

身近な地域で安心して医療を受けられるよう、引き続き、３つの「精神医療圏」（県北、県央、県西南）を設定し、次の方向性に沿って医療体制の充実に取り組みます。

なお、今後、精神科医療の実情や交通網等の整備状況の変化によって、柔軟に対応していきます。

(1) 予防、早期発見・治療のための普及啓発

①	相談事業やＳＮＳ等を活用した啓発など 精神疾患に対する正しい知識の普及及び早期受診・早期治療の促進

(2) 治療・回復・地域生活への円滑な移行

①	保健・医療・福祉関係者による多職種連携や多施設連携の推進
②	「宮崎県障がい福祉計画」に基づく地域移行・地域定着の推進

(3) 多様な精神疾患ごとの医療

①	多様な疾患等への対応に向けた県連携拠点や地域連携拠点及び地域精神科医療提供機能を担う医療機関の役割の整理、相互の連携に向けた協議の実施

【統合失調症対策】

①	医療動向や地域の実情を踏まえた、早期発見、早期治療のための抗精神病薬による薬物療法や日常生活機能の向上等を目的とした作業療法等の専門治療の推進
②	疾患に対する正しい知識の普及啓発、早期発見・早期治療のための専門医等による相談体制の充実

【うつ病・躁うつ病対策】

①	かかりつけ医と精神科医との連携促進等、うつ病の早期発見・早期治療
②	精神科医等に対する研修等を通した、がん患者等のうつ状態に対する緩和ケア等の充実

【認知症への対応】

①	高齢者の生きがいづくりや社会参加の支援による 閉じこもりの防止や運動・知的活動の促進
②	健康相談や健康教育の充実による危険因子となる疾病予防の推進
③	みやざきオレンジドクター制度の拡充や認知症対応力研修の実施など 地域における医療提供体制の更なる充実
④	地域包括支援センターや市町村保健センター、認知症疾患医療センター等の 相談・支援体制の充実

【児童・思春期精神疾患、発達障がいへの対応】

①	児童生徒や保護者、教師等を対象とした思春期精神保健診療相談の実施など 学校保健等との連携による相談体制の充実
②	医師の養成研修の実施など発達障がいの早期診断・早期治療の推進

【依存症への対応】

①	アルコール、薬物、ギャンブル、ゲーム等に係る依存症相談拠点を中心とした相談体制・普及啓発の充実
②	依存症治療拠点機関を中心としたその他の医療機関との連携強化及び医療資源の充実
③	教育、警察、当事者及びその家族、関係事業者等による相互の連携に向けた協議の実施

【精神科救急・身体合併症への対応】

①	精神科医療関係者や救急医療関係者、消防、警察、保健所等による 協議の場を通じた医療連携体制の検討

【自殺対策】

①	かかりつけ医と精神科医との連携促進等、うつ病の早期発見・早期治療
②	救急医療機関や精神科医療機関、警察・消防等の関係機関に対し、自殺未遂者支援に関する研修（PEEC コース等）の実施
③	地域の警察や消防、救急医療機関等と連携した保健所による個別支援

【災害精神医療の充実】

①	研修会の開催による DPAT 構成員の養成及び技能維持
②	精神科医療や精神保健活動を行うための緊急支援体制の整備

【その他】

①	PTSD、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、医療観察法における対象者への医療にかかる県連携拠点の選定
②	保健・医療・福祉・介護等の関係機関との連携推進

５．目　標

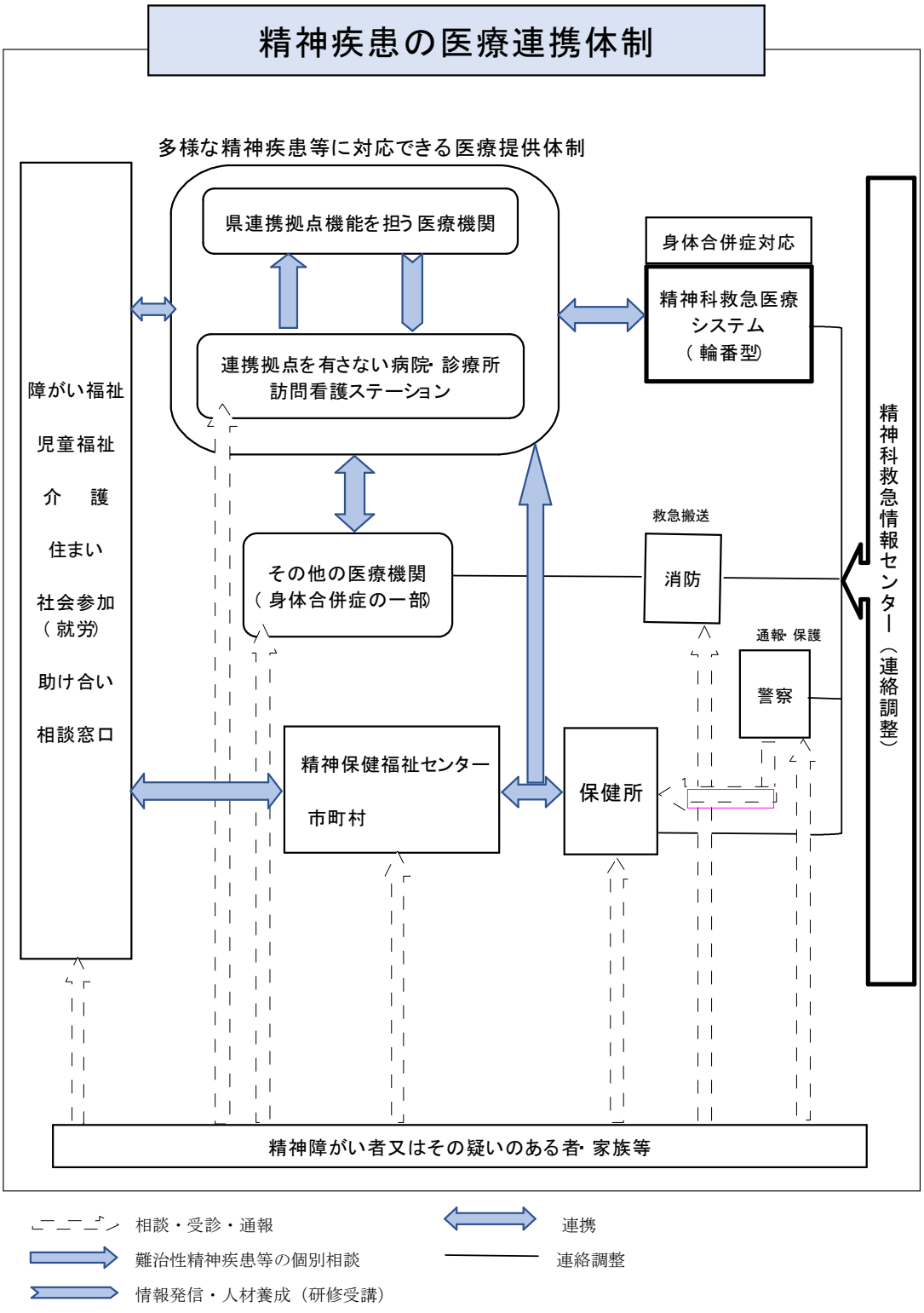
指　標	現　状	⇒	目　標
精神病床における退院後９０日時点の３０日以上の再入院率	18.5% （令和４年度）	⇒	10.3%以下 （令和 11 年度）
精神病床における退院後１８０日時点の３０日以上の再入院率	27.9% （令和４年度）	⇒	17.4%以下 （令和 11 年度）
精神病床における退院後３６５日時点の３０日以上の再入院率	38.9% （令和４年度）	⇒	25.7%以下 （令和 11 年度）
退院後１年以内の地域での平均生活日数	315.4 日 （令和４年度）	⇒	319.3 日以上 （令和 11 年度）
精神病床における１年以上の入院患者数（６５歳未満）	700 人 （令和７年度）	⇒	498 人 （令和 11 年度）
精神病床における１年以上の入院患者数（６５歳以上）	2,306 人 （令和７年度）	⇒	1,889 人 （令和 11 年度）
精神病床における１年以上の入院患者数（７５歳以上）	1,574 人 （令和７年度）	⇒	1,426 人 （令和 11 年度）

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化

医療機能	役割	求められる要件
県連携 拠点機能	・医療連携の県拠点 ・人材育成の県拠点 ・地域連携拠点機能の支援 ・情報収集発信の県拠点	・地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応 ・難治性精神疾患・処遇困難事例の個別相談への対応 ・県民・患者への積極的な情報発信
地域連携 拠点機能	・医療連携の地域拠点 ・人材育成の地域拠点 ・地域精神科医療提供機能の支援 ・情報収集発信の地域拠点	・地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応 ・地域・患者への積極的な情報発信
地域精神科 医療提供機能	・患者本位の精神科医療の提供 ・医療連携への参画 ・地域精神科専門医療の提供	・多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供 ・精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士等の多職種による支援 ・医療機関、障害福祉サービス事業

県連携拠点を担う医療機関一覧

領域名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	統合失調症	うつ病・躁うつ病	認知症	児童思春期	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル依存症	ＰＴＳＤ	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法
県連携拠点を担う医療機関名	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	協和病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	県立宮崎病院	県立宮崎病院	大悟病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	宮崎大学医学部附属病院	県立宮崎病院
	県立宮崎病院	県立宮崎病院	野崎病院	国立病院機構宮崎東病院		吉田病院	大悟病院				県立宮崎病院	高宮病院	県立宮崎病院	県立宮崎病院	県立宮崎病院	県立宮崎病院	高宮病院
		都城新生病院	大悟病院	都城新生病院												野崎病院	


精神疾患の医療連携体制
多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制
県連携拠点機能を担う医療機関
連携拠点を有さない病院・診療所
訪問看護ステーション
身体合併症対応
精神科救急医療システム（輪番型）
障がい福祉
児童福祉
介　護
住まい
社会参加（就労）
助け合い
相談窓口
その他の医療機関（身体合併症の一部）
救急搬送
消防
通報・保護
警察
精神保健福祉センター
市町村
保健所
精神科救急情報センター（連絡調整）
精神障がい者又はその疑いのある者・家族等
相談・受診・通報
難治性精神疾患等の個別相談
情報発信・人材養成（研修受講）
連携
連絡調整

６　救急医療

１．現 状

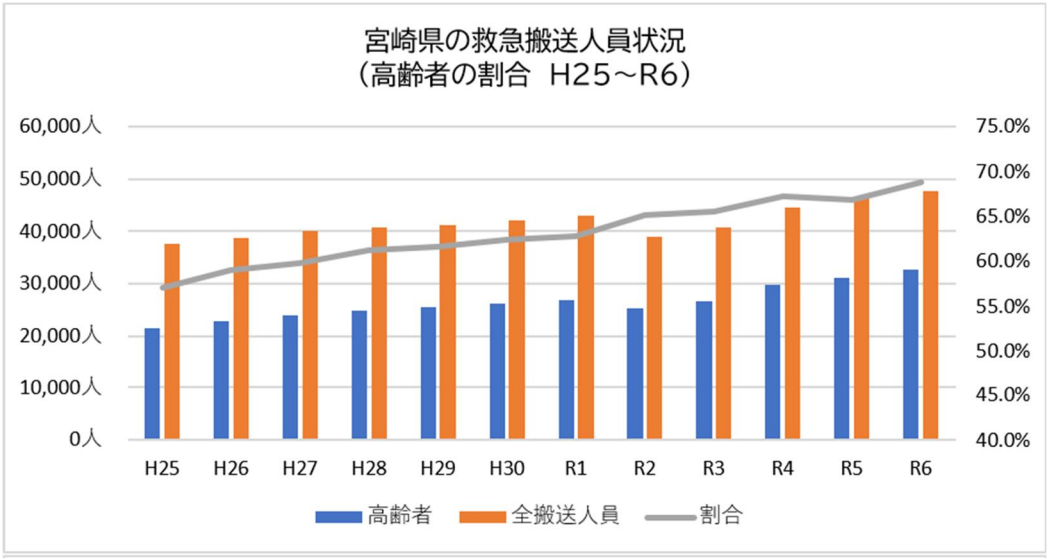
(1) 救急搬送

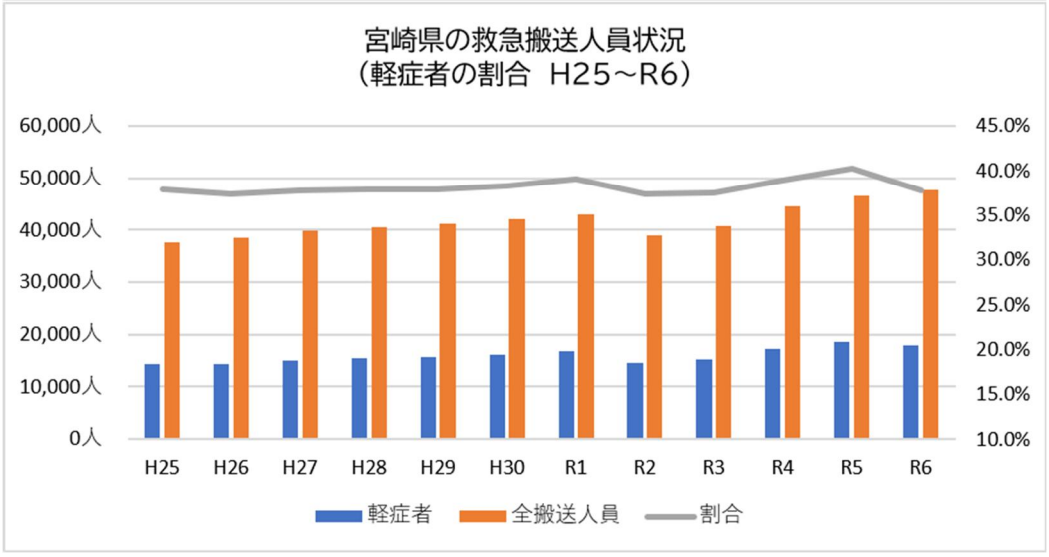
○　宮崎県の救急車による傷病者の救急搬送人員は、令和２年(2020年)から増加傾向で、令和６年(2024年)は47,648人となっております。

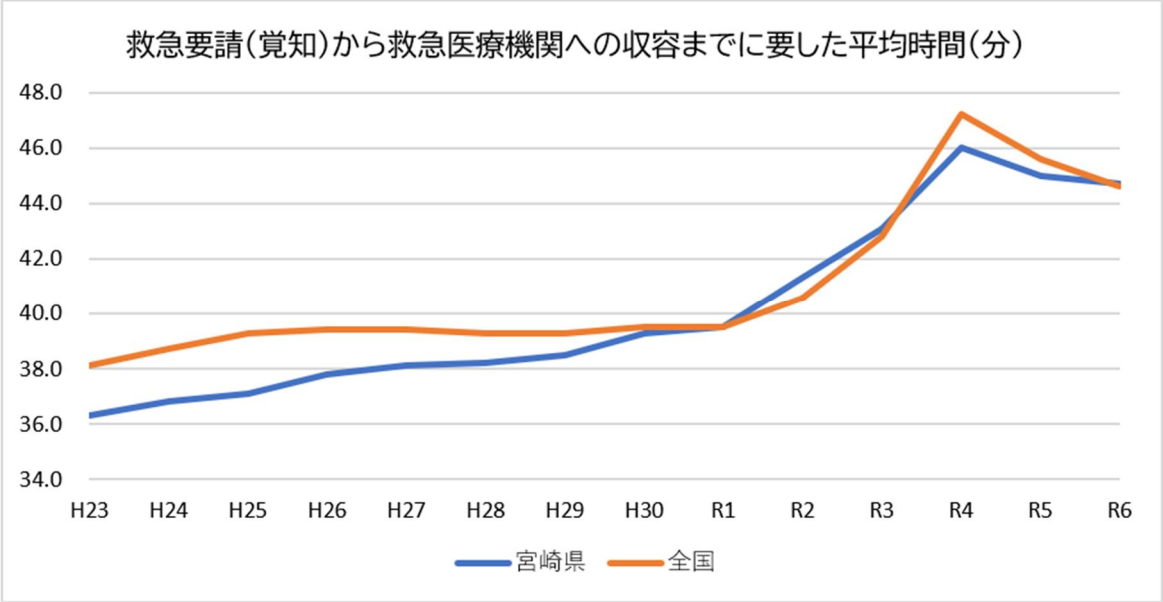
○　救急搬送された高齢者の割合は、令和元(2019年)は62.8%でしたが、令和６年(2024年)には68.8%と、この５年間で６ポイント増加しています。

○　救急搬送された軽症者の割合は、令和元(2019年)は39.0%でしたが、令和６年(2024年)は37.8%とほぼ横ばいで推移しています。

○　救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した時間は、令和６年(2024年)は平均44.7分で、全国平均(44.6分)とほぼ同程度になっています。







（出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」）

(2) 救急患者の疾病

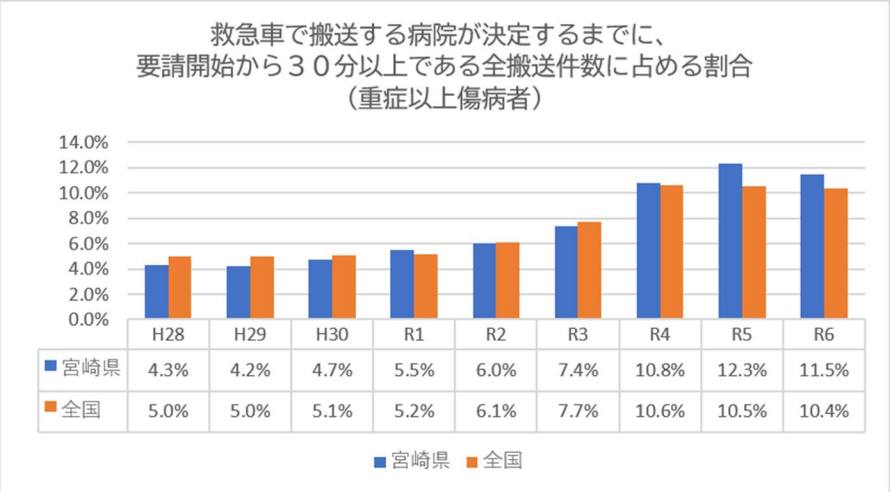
○　救急搬送の疾病分類別件数の割合を見ると、宮崎県では循環器系（脳疾患、心疾患等）、消化器系や呼吸器系が多く、令和元年(2019年)と比較すると、循環器系の心疾患等や消化器系、呼吸器系の救急搬送が増加しています。

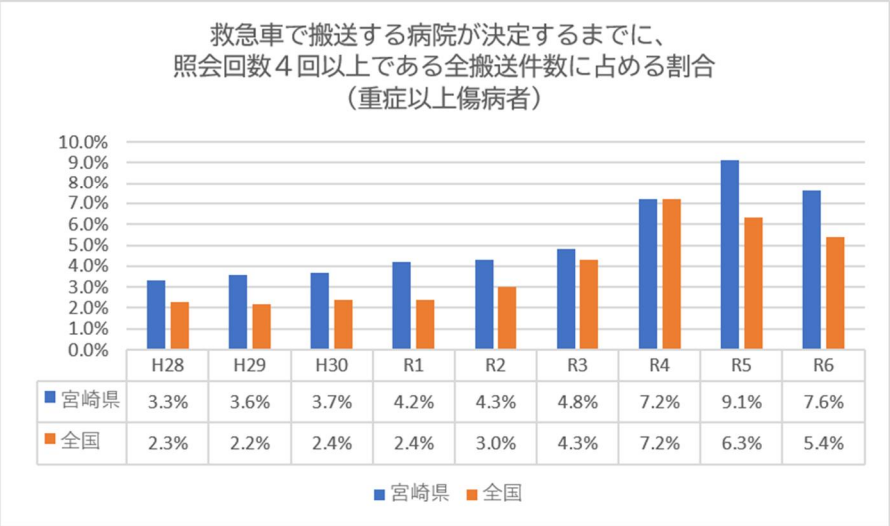
急病にかかる疾病分類別傷病程度別搬送人員状況

病分類別		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6
循環器系	脳疾患	4,162	4,120	4,262	4,281	4,052	4,081	4,197	3,861	3,868	4,074	4,083	4,051
	心疾患等	2,473	2,688	2,655	2,668	2,808	2,794	2,767	2,674	3,034	3,130	3,181	3,313
消化器系		2,549	2,725	2,754	2,872	2,888	3,130	3,110	3,037	3,318	3,460	3,630	3,704
呼吸器系		2,166	2,321	2,526	2,377	2,575	2,512	2,681	2,235	2,443	3,210	3,644	3,922
精神系		972	969	928	915	938	948	996	768	850	778	765	639
感覚系		1,098	1,153	1,075	1,086	1,125	1,253	1,179	1,010	1,321	1,197	1,207	1,142
泌尿器系		714	721	759	805	864	893	990	1,052	1,142	1,276	1,246	1,290
新生物		289	258	334	306	311	285	297	333	460	459	490	508
その他		4,857	4,853	5,161	5,532	5,847	6,230	6,245	5,664	4,075	5,872	6,272	6,456
病状等不明確		2,386	2,561	2,907	3,204	3,326	3,492	3,717	3,125	4,784	4,869	5,000	4,996
合計		21,666	22,369	23,361	24,046	24,734	25,618	26,179	23,759	25,441	28,325	29,518	30,021

(3) 救急搬送受入困難事案

○　宮崎県における令和６年(2024年)の重症以上の傷病者の受入困難事案の発生状況は、現場滞在時間30分以上の場合が807件(11.5%)、医療機関への搬送受入要請４回以上の場合が534件(7.6%)で、ともに全国平均（10.4%、5.4%)を上回っています。





（出典：総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ等実態調査」）

(4) 救急患者の搬送状況

○　宮崎県内の救急患者の搬送について、搬送人員全体に対する消防本部の医療圏外への搬送の割合は、全体で6.8%程度となっておりますが、日向入郷や西都児湯医療圏では、医療圏外への搬送割合が高く※なっています。

※　心筋梗塞等の心血管疾患など救急二次医療圏を超えて対応するものについては、医療圏外の件数に含まれています。

消防機関の搬送件数について（急病・一般負傷・交通事故）

医療圏	消防機関	R4 医療圏内（件数）	R4 医療圏外（件数）	R4 割合（医療圏内）	R元 医療圏内（件数）	R元 医療圏外（件数）	R元 割合（医療圏内）
西臼杵・延岡	西臼杵広域	547	12	97.9%	502	23	95.6%
	延岡市	4,374	50	98.9%	3,970	36	99.1%
日向入郷	日向市	2,019	437	82.2%	1,919	170	91.9%
西都児湯	西都市	654	527	55.4%	780	342	69.5%
	東児湯	1,643	940	63.6%	1,829	676	73.0%
宮崎東諸県	宮崎市	16,796	53	99.7%	15,707	54	99.7%
日南串間	日南市	1,866	97	95.1%	1,434	29	98.0%
	串間市	611	73	89.3%	591	56	91.3%
都城北諸県	都城市	5,656	215	96.3%	5,826	123	97.9%
西諸	西諸広域	2,359	267	89.8%	2,262	250	90.0%
県合計		36,525	2,671	93.2%	34,820	1,759	95.2%

※医療政策課調査（Ｒ５実施）

消防機関の搬送件数について（消防非常備町村分）

医療圏	消防機関	R4 医療圏内（件数）	R4 医療圏外（件数）	R4 割合（医療圏内）	R元 医療圏内（件数）	R元 医療圏外（件数）	R元 割合（医療圏内）
日向入郷	美郷町	193	25	88.5%	131	10	92.9%
	諸塚村	30	3	90.9%	32	0	100.0%
	椎葉村	47	22	68.1%	31	21	59.6%
西都児湯	西米良村	15	19	44.1%	30	18	62.5%
合計		285	69	80.5%	224	49	82.1%

※医療政策課調査（Ｒ５実施）

２．救急医療提供体制

(1) 病院前救護体制



○　平成24年(2012年)４月に宮崎大学医学部附属病院を基地病院として、ドクターヘリが導入され、年間400件超の出動件数となっています。早期治療が必要な救急現場への迅速な出動が可能となり、救命率の向上や後遺症の軽減が図られています。

○　宮崎大学医学部附属病院や県立宮崎病院、都城市郡医師会病院、宮崎市郡医師会病院において運行されているラピッド・ドクターカー※やモービルＣＣＵ※に加えて、令和３年(2021年)４月に、県立延岡病院に患者搬送機能付きのドクターカーが導入され、医師がより早く医療を提供する取組が行われています。

※ラピッド・ドクターカー…医師や看護師等を必要資器材とともに現場に搬送することを目的とした緊急自動車。
※モービルＣＣＵ…冠動脈疾患集中治療機能を備えた緊急自動車で、宮崎市郡医師会病院に配備。





○　県内10消防本部(９市13町)で救急業務を実施しており、その他４町村の消防非常備町村(西米良村、諸塚村、椎葉村、美郷町)では、役場や町立病院、民間の救急搬送業者等で傷病者等の救急搬送を行っています。

○　平成16年(2004年)に導入された防災救急ヘリ「あおぞら」は、令和８年(2026年)４月に２代目が導入され、ドクターヘリ出動中に救急要請があった場合にドクターヘリに代わり出動するなど、救命・救急の分野において、大きな効果を発揮しています。





(2) 初期救急医療体制

○　独歩で来院する入院治療を必要としない軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を提供する体制であって、県内７つの医療圏において、市町村が設置・運営する「休日夜間急患センター」や、市町村及び県内全ての市郡医師会の協力のもと「在宅当番医制」が実施されています。

○　「休日夜間急患センター」や「在宅当番医制」については、各医療圏によって、診療科目や診療日・時間、実施医療機関数が異なっております。

(3) 第二次救急医療体制

○　入院治療や手術が必要な患者や初期救急医療機関からの転送患者を24時間365日受け入れる体制であって、二次救急の指定を受けた医療機関が当番制で受け持つ「病院群輪番制方式」や、地域の拠点病院の一部を開放して地域の医師が出向き診療する「共同利用型病院方式」、都道府県の認定する救急告示施設などが対応医療機関となっています。

○　二次医療圏ごとに、第二次救急医療を担う体制が構築されており、令和８年(2026 年)７月１日現在、県内には救急告示施設が62か所ありますが、その数は減少傾向にあり、また、医師不足により一部診療科を休診せざるを得ない状況も出ている等、厳しい状況にあります。

○　初期救急患者を、第二次救急医療施設や救命救急センターが担っている状況もあり、結果として入院を要する救急患者の治療に支障をきたす可能性があるとともに、救急医療機関の医師が疲弊する原因になっています。

(4) 第三次救急医療体制

○　初期や第二次救急医療施設では対応が困難な重篤患者（多発外傷・特殊疾病患者等）を24時間365日受け入れ、より高度な救命救急医療を担う第三次救急医療機関となる救命救急センターや高度救命救急センターは、地域の救急患者を最終的に受け入れる、いわば「最後の砦」です。

○　県内では、県立延岡病院（県北）、県立宮崎病院（県央）の２か所を救命救急センターとして、宮崎大学医学部附属病院（県央）の１か所を高度救命救急センターとして指定していますが、県西や県南地区にはない状況です。

○　高度救命救急センターは、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な外傷や疾患（広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病）等の診療を担う救命救急センターであり、令和７年７月１日に県内で初めて宮崎大学医学部附属病院を高度救命救急センターに指定しました。

(5) 救命期後医療

○　急性期を脱した救急患者の円滑な一般病床への転棟や他の医療機関への転院については、地域の医療機関の協力のもと、救急患者を受け入れる体制が整えられています。

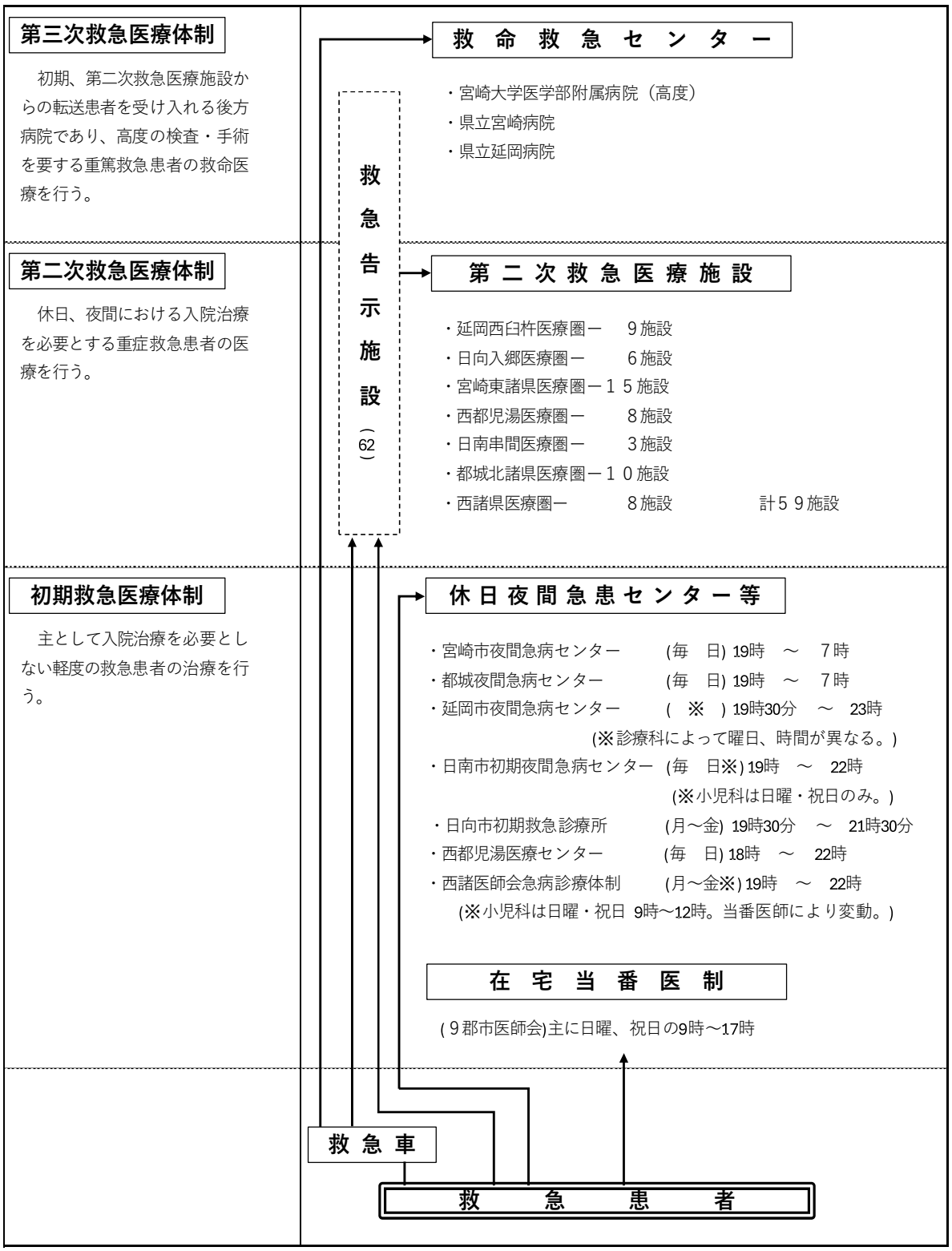
(6) 精神科救急医療体制

○　緊急な医療を必要とする精神障がい者のために、土曜・日曜・祝日・年末年始において、３圏域ごとの病院群輪番制「県北（６病院）・県央（６病院）・県西南（６病院）」、常時対応型（１病院）による24時間体制の精神科救急医療体制を整備・運営しています。

○　県立宮崎病院精神医療センター及び宮崎大学医学部附属病院において、他の精神科病院では対応困難な身体疾患の治療を含む高度の救急医療提供が行われています。

宮崎県の救急医療体制

（２０２６年７月１日現在）



３．課 題

(1) 県民の救急医療への理解・意識の向上

○　高齢化の進行に伴い、より重症化しやすい高齢者の搬送割合の更なる増加が見込まれる中、緊急性の少ない軽症者の救急出動の割合が全体の約３分の１を占めています。そのため、救急要請すべきか、すぐに医療機関を受診すべきかについて相談できる体制の構築など、救急車の適時・適切な利用が求められています。

○　平成25年(2013年)３月に「宮崎県の地域医療を守り育てる条例」が制定されており、「かかりつけ医」を持つことや、安易な夜間及び休日等の時間外受診(いわゆるコンビニ受診)を控えることが県民の役割として求められています。

○　病気や事故などで心停止になった人を救うためには、いち早く心肺蘇生やＡＥＤ(自動体外式除細動器)を使用することで、救命率の向上が見込まれることから、県民への心肺蘇生法等の普及啓発が必要です。

(2) 円滑な救急搬送と救急医療体制の確保

○　脳卒中や急性心筋梗塞などアクセス時間の長短が患者の予後を左右する疾病の救急搬送が増加する中、どこで患者が発生しても、一定のアクセス時間内に適切な医療機関に到着できる体制を整備することが重要です。

○　ドクターヘリは、短時間で長距離を移動できる高い機動性をもっており、消防機関や市町村等の関係機関と連携を図りながら、継続的かつ円滑な運営を行っていく必要があります。

○　医師の地域偏在や高齢化に加えて、医師の働き方改革への対応等により、救急医療体制の維持がますます困難になりつつある中、限られた救急医療資源の効率的な活用がより重要となります。特に今後は救急医療の集約化が喫緊の課題となってくるため、救命救急センターを中心とした救急医療機関の更なる連携体制の強化が重要になってきます。

(3) 救急医療機関から療養の場への円滑な移行

○　救急搬送困難事案の解消のためには、救急病床の確保が必要であることから、急性期を脱した患者を受け入れる医療機関や介護施設等との連携強化、更なる地域包括ケアシステムの推進が求められます。

○　救急時においても本人の希望に沿った医療・ケアが提供されるよう、県民並びに医療・介護従事者に対するＡＣＰ等の更なる普及啓発が必要です。

４．施策の方向

【医療圏】

救急医療の医療連携体制は、引き続き７つの二次医療圏を基本とし、状況に応じて他圏域と適切に連携を図りながら、次に掲げる方向性に沿って取り組んでいきます。

(1) 県民の救急医療への理解・意識の向上

①	みやざき医療ナビ等による、休日夜間急患センターや在宅当番医の情報など救急医療に関する情報提供
②	「救急医療週間（毎年９月）」など様々な機会を活用した救急車の適正利用の周知や心肺蘇生法等の救急医療知識の普及啓発
③	市町村と連携し、ＡＥＤの適正な配置・管理についての普及啓発
④	医師会等と連携し、県民が「かかりつけ医」を持つことや時間外受診の抑制についての普及啓発
⑤	休日・夜間等の子どもの急病等に関する相談体制（＃8000）の確保及び普及啓発 【再掲：第４章第２節　８　小児医療】

(2) 円滑な救急搬送と救急医療体制の確保

①	救急隊員の増員や県内10消防本部の広域化、消防非常備町村の常備化の促進
②	メディカルコントロール協議会等を通じた医療機関と搬送機関との連携強化等による円滑で適正な救急搬送及び搬送受入の推進
③	ドクターヘリやドクターカーの活用など搬送手段の工夫や、防災救急ヘリや隣県のドクターヘリとの相互支援の体制づくり
④	12 誘導心電図伝送システムなどＩＣＴを活用した救急医療の取組の推進
⑤	市町村や医師会等との連携強化による休日夜間急患センターの診療体制の維持
⑥	医療圏ごとに 24 時間体制で救急患者を受け入れる体制の維持や、診療科が不足する場合など医療圏の枠を越えた機能分担や連携体制の整備
⑦	ドクターヘリに搭乗する医師等の養成・確保などドクターヘリの基地病院に対する運営支援
⑧	高度救命救急センターの指定や地域バランスを考慮した救命救急センターの設置など第三次救急医療提供体制の更なる充実に向けた検討等の実施
⑨	医師修学資金貸付制度を活用した救急科を希望する医師の養成や、自治医科大学卒業医師の定着を促進
⑩	救急医の魅力や救急科専門研修プログラムの紹介の動画発信等による救急医の確保・養成
⑪	気管挿管や薬剤投与など高度化する救急業務に対応できる救急救命士の養成



【ドクターヘリ運航に係る消防局・本部等との意見交換会】

(3) 救急医療機関から療養の場への円滑な移行

①	本人の希望に沿った医療・ケアを受けられる環境の整備

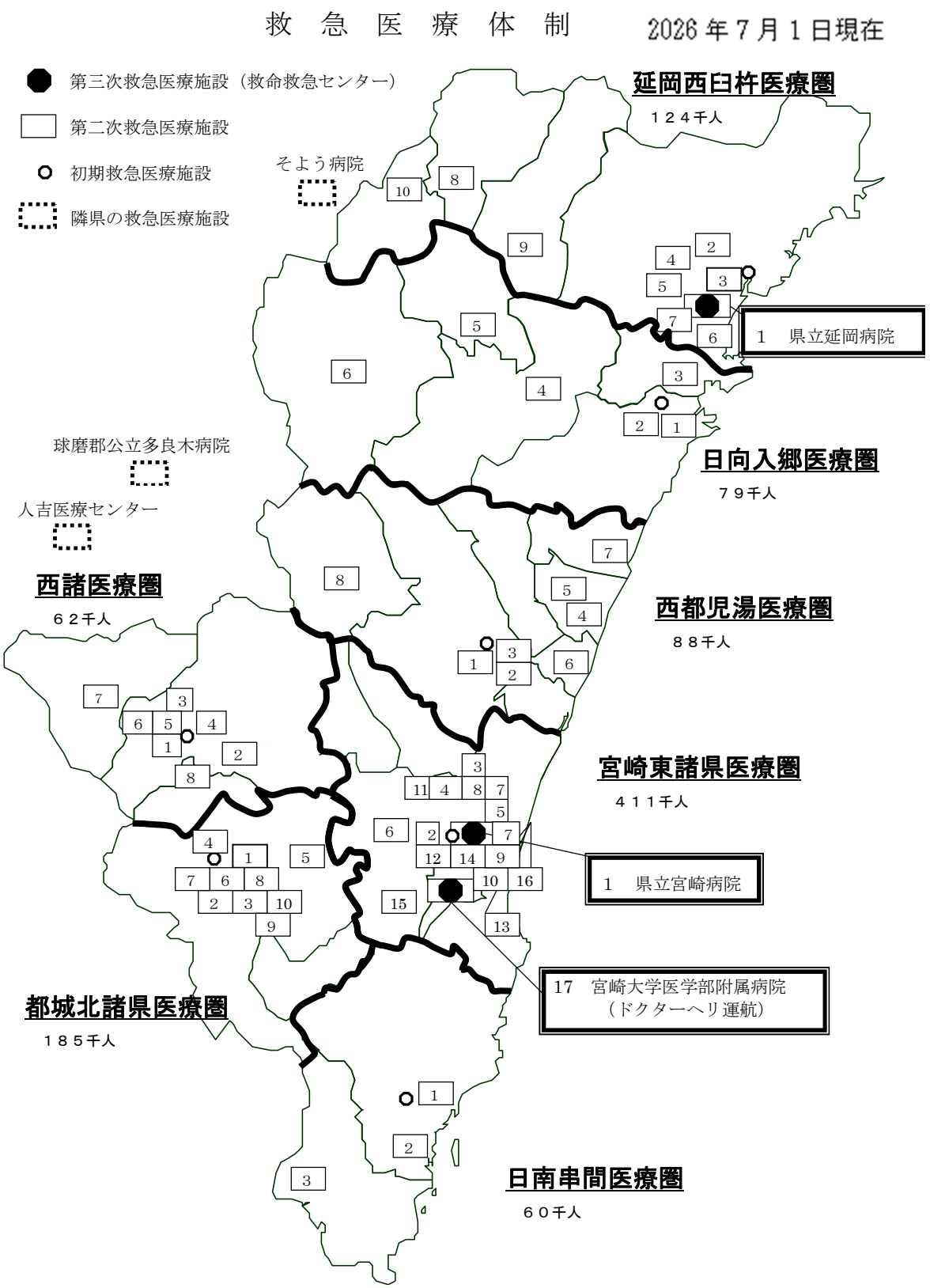
５．目 標

指　標	現　状		目　標
救急搬送患者数	47,648 人 （令和６年）	⇒	41,362 人以下 （令和 11 年）
軽症者の救急出動の割合	37.8% （令和６年）	⇒	38.1%以下 （令和 11 年）
救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間	44.7 分 （令和６年）	⇒	38.7 分以下 （令和 11 年）
救急車で搬送する病院の決定に要する時間が要請開始から30分以上である件数の全搬送件数に占める割合	11.5% （令和６年）	⇒	4.5%以下 （令和 11 年）
救急車で搬送する病院の決定に要する時間が照会回数４回以上である件数の全搬送件数に占める割合	7.6% （令和６年）	⇒	3.6%以下 （令和 11 年）
救急科専門医数（人口１万人対）	0.52 （令和７年度）	⇒	全国平均(0.51)以上 （令和 11 年度）
消防の救急車による転院搬送の出動件数の全出動件数に占める割合	12.1% （令和６年）	⇒	9.1%以下 （令和 11 年）
心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の１ヶ月後生存率	17.6% （令和６年）	⇒	11.7%以上 （令和 11 年）
心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の１ヶ月後社会復帰率	11.4% （令和６年）	⇒	全国平均(7.7%)以上 （令和 11 年）
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数	16 施設 （令和７年）	⇒	17施設以上 （令和 11 年）

救急告示施設一覧（全62施設（56病院、6診療所））

2026年7月1日現在

二次医療圏	整理番号	所在地	病院・診療所名
延岡西臼杵	1	延岡市	県立延岡病院
	2	延岡市	医療法人伸和会 延岡共立病院
	3	延岡市	延岡市医師会病院
	4	延岡市	黒木病院
	5	延岡市	おがわクリニック
	6	延岡市	医療法人久康会 平田東九州病院
	7	延岡市	あたご整形外科
	8	高千穂町	高千穂町 国民健康保険病院
	9	日之影町	日之影町 国民健康保険病院
	10	五ヶ瀬町	五ヶ瀬町 国民健康保険病院
日向入郷	1	日向市	千代田病院
	2	日向市	和田病院
	3	門川町	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 宮崎県済生会日向病院
	4	美郷町	美郷町 国民健康保険西郷病院
	5	諸塚村	国民健康保険 諸塚診療所
	6	椎葉村	椎葉村 国民健康保険病院
宮崎東諸県	1	宮崎市	県立宮崎病院
	2	宮崎市	宮崎江南病院
	3	宮崎市	古賀総合病院
	4	宮崎市	医療法人社団仁和会 竹内病院
	5	宮崎市	宮崎善仁会病院
	6	宮崎市	宮崎市郡医師会病院
	7	宮崎市	宮崎生協病院
	8	宮崎市	金丸脳神経外科病院
	9	宮崎市	迫田病院
	10	宮崎市	南部病院
	11	宮崎市	潤和会記念病院
	12	宮崎市	医療法人将優会 クリニックうしたに
	13	宮崎市	国立病院機構 宮崎東病院
	14	宮崎市	宮崎医療センター病院
	15	宮崎市	宮崎市立田野病院
	16	宮崎市	医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科
	17	宮崎市	宮崎大学医学部 附属病院
西都児湯	1	西都市	西都児湯医療センター
	2	西都市	大塚病院
	3	西都市	鶴田病院
	4	川南町	国立病院機構 宮崎病院
	5	川南町	医療法人社団聖山会 川南病院
	6	高鍋町	医療法人宏仁会 海老原総合病院
	7	都農町	都農町 国民健康保険病院
	8	西米良村	国民健康保険西米良診療所
日南串間	1	日南市	県立日南病院
	2	日南市	日南市立中部病院
	3	串間市	串間市民病院
都城北諸県	1	都城市	国立病院機構 都城医療センター
	2	都城市	藤元総合病院
	3	都城市	宗正病院
	4	都城市	都城市郡医師会病院
	5	都城市	小牧病院
	6	都城市	吉松病院
	7	都城市	橘病院
	8	都城市	柳田病院
	9	都城市	医療法人宏仁会 メディカルシティ東部病院
	10	都城市	医療法人倫生会三州病院
西諸	1	小林市	小林市立病院
	2	小林市	園田病院
	3	小林市	池田病院
	4	小林市	医療法人東陽会 整形外科前原病院
	5	小林市	整形外科押領司病院
	6	小林市	医療法人相愛会 桑原記念病院
	7	えびの市	えびの市立病院
	8	高原町	国民健康保険 高原病院


救　急　医　療　体　制
2026 年 7 月 1 日現在
第三次救急医療施設（救命救急センター）
第二次救急医療施設
初期救急医療施設
隣県の救急医療施設
そよう病院
球磨郡公立多良木病院
人吉医療センター
延岡西臼杵医療圏
１２４千人
日向入郷医療圏
７９千人
西都児湯医療圏
８８千人
西諸医療圏
６２千人
宮崎東諸県医療圏
４１１千人
都城北諸県医療圏
１８５千人
日南串間医療圏
６０千人
1　県立延岡病院
1　県立宮崎病院
17　宮崎大学医学部附属病院
（ドクターヘリ運航）

7　へき地医療

１．現 状

(1) へき地市町村の状況

○　この計画にいう「へき地市町村」とは、地理的条件等から医療に恵まれない地域で、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法、山村振興法及び離島振興法の指定地域(一部が指定されている場合も含む)のいずれかに該当する市町村をいい、県内19の市町村が該当します。

○　令和７年(2025年)のへき地市町村の人口は、約52万人で、高齢化率が37.3%となっており、令和２年(2020年)と比較すると約３万５千人減少、高齢化率は1.7ポイント増加しています。

○　へき地市町村内には、「無医地区※」が５市村13地区、同様に歯科医療機関のない「無歯科医地区※」が６市村15地区あります。

※　「無医地区」「無歯科医地区」…医療機関又は歯科医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径４㎞の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関又は歯科医療機関を利用することができない地区。地区数は令和７年 10 月時点。

へき地市町村の状況

へき地市町村	条件不利地域指定状況			無医地区	無歯科医地区	人口（人）	65歳以上人口	
	過疎	山村	離島				実数	率
都 城 市	△	△				159,014	51,249	32.2%
延 岡 市	△	△	島野浦島	3	4	109,368	39,770	36.4%
日 南 市	○	△	大島	1	1	46,045	18,972	41.2%
小 林 市	△	△				40,223	16,108	40.1%
日 向 市	△	△				56,030	19,582	35.0%
串 間 市	○	△	築島	1	1	14,657	6,977	47.6%
西 都 市		△			1	26,740	10,707	40.0%
えびの市	○					15,542	7,085	45.6%
高 原 町	○					7,740	3,538	45.7%
綾　　町		○				6,473	2,541	39.3%
西米良村	○	○				880	366	41.6%
木 城 町		○				4,458	1,739	39.0%
都 農 町	○					9,297	3,733	40.2%
諸 塚 村	○	○		3	3	1,252	629	50.2%
椎 葉 村	○	○		5	5	2,138	1,062	49.7%
美 郷 町	○	○				4,084	2,237	54.8%
高千穂町	○	○				10,332	4,867	47.1%
日之影町	○	○				3,102	1,535	49.5%
五ヶ瀬町	○	○				2,948	1,380	46.8%
19市町村	16	16	3	13	15	520,323	194,077	37.3%
県　　計						1,017,134	349,414	34.4%

※無医地区、無歯科医地区は、2025年厚生労働省調査
※人口は、「宮崎県の推計人口（2025年10月1日現在）」宮崎県統計調査課
※表内の「○」は全部指定地域、「△」は一部指定地域

２．へき地医療提供体制

(1) 医療施設の状況

○　過疎地域等においては、民間による医療提供が困難な状況にあることから、主に自治体が設置するへき地公立病院等やへき地出張診療所等により医療が提供されていますが、医療資源が限られているため、急性期から回復期、生活期までの患者を受け入れる体制が不十分な医療機関もあります。

○　へき地公立病院は10施設あり、市町村等が整備・運営しているへき地診療所は11施設あります。

へき地公立病院等の状況

（R8.4.1時点）

市町村名		病院・診療所名	病床数	診療科目	医師数
病院	高千穂町	高千穂町国保病院	120	内、小、外、整、皮、循、泌尿、眼科、耳鼻、リハ	11（自大4）
	日之影町	日之影町国保病院	50	内、外、リハ	3
	五ヶ瀬町	五ヶ瀬町国保病院	32	内、外、整、放、リハ、消外、耳鼻	2
	串間市	串間市民病院	99	内、外、整、泌尿、皮、放、リハ、産婦、耳鼻、麻	6
	日南市	日南市立中部病院	88	内、外、消内、消外、整、眼、耳鼻、リハ、放、精、皮	8
	えびの市	えびの市立病院	50	内、外、リハ、整、放、精	4
	高原町	国保高原病院	56	内、外、リハ	2
	都農町	都農町国保病院	65	内、消内、消外、外、整、放、リハ、アレ、眼	8
	椎葉村	椎葉村国保病院	30	内、外、整	3（自大2）
	美郷町	美郷町国保西郷病院	29	内、整、放、リハ	4（自大2）
合計		１０施設			51（自大10）
診療所	延岡市	延岡市立島浦診療所	0	内、外、小	1
		北方医院（※）	0	内、消、外、小	1
		北浦診療所（※）	0	内、呼、外、小	1
	日向市	日向市立東郷診療所	0	内、整、リハ	2
	串間市	串間市市木診療所	0	内、整	1
	小林市	小林市立須木診療所	0	内、外、消	1
	西都市	東米良診療所	19	内	1
	西米良村	国保西米良診療所	13	内、外、整、小、リハ	2（自大1）
	美郷町	美郷町国保南郷診療所	9	内、外、整、眼、皮	1
		美郷町国保北郷診療所	0	内、眼	0
	諸塚村	国保諸塚診療所	19	内、外	2（自大1）
合計		１１施設			13（自大4）
病院・診療所計					64（自大14）

・へき地出張診療所は除く。
・（※）は民営の診療所。その他は公的診療所（医療法第31条に規定する公的医療機関で、都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方公共団体の組合・国保団体連合会・日赤・済生会等）の開設する診療所）。
・内：内科、外：外科、小：小児科、整：整形外科、皮：皮膚科、放：放射線科、泌尿：泌尿器科、循：循環器科、消内：消化器内科、消外：消化器外科、呼：呼吸器科、産婦：産婦人科、耳鼻：耳鼻咽喉科
リハ：リハビリテーション科、麻：麻酔科、眼：眼科、アレ：アレルギー科、精：精神科

(2) へき地診療の支援

○　市町村が設置する診療所のうち、医師の常駐が得られないへき地出張診療所は、５市町８施設※あり、このうち、４市町７施設の出張診療所に対して、国や県が支援を行っています。

※へき地出張診療所

都城市	夏尾、高城四家、西岳	日南市	宮浦	小林市	内山
西都市	銀鏡、尾八重	木城町	中之又		

○　へき地における住民の医療を確保するため、へき地医療拠点病院※を指定し、代診医の派遣や巡回診療等を行っています。

※ 県立宮崎病院、県立延岡病院、椎葉村国民健康保険病院

○　救急医療やへき地医療、周産期医療など、地域で特に必要な医療の提供を担う社会医療法人７法人のうち６法人が、へき地医療提供体制を確保するため、へき地診療所に医師を派遣しています。

(3) 医師の状況

○　すべてのへき地市町村（19市町村）において、人口千人当たりの医師数が県平均を下回っており、医師の絶対数そのものが不足している状況にあります。

　また、１㎢当たりの医師数についても、都城市が県平均を上回っているだけであり、特に山間地域では、一人の医師で広範囲の地域住民の医療を支えざるを得ない状況となっています。

○　へき地公立病院等においては、宮崎大学や他県の大学からの医師派遣を受けているほか、県から自治医科大学卒業医師を計画的に派遣しています。

へき地における医師の状況

へき地 市町村	面積 (R7.10.1)	人口 (R7.10.1)	医師数 (R6.12.31)	１Km²当たり医師数	人口千人当たり医師数
都城市	653.36Km²	159,014人	368人	0.56	2.31
延岡市	868.02Km²	109,368人	266人	0.31	2.43
日南市	535.49Km²	46,045人	132人	0.25	2.87
小林市	562.95Km²	40,223人	97人	0.17	2.41
日向市	336.90Km²	56,030人	99人	0.29	1.77
串間市	294.92Km²	14,657人	35人	0.12	2.39
西都市	438.79Km²	26,740人	51人	0.12	1.91
えびの市	282.93Km²	15,542人	27人	0.10	1.74
高原町	85.39Km²	7,740人	4人	0.05	0.52
綾町	95.19Km²	6,473人	5人	0.05	0.77
西米良村	271.51Km²	880人	2人	0.01	2.27
木城町	145.96Km²	4,458人	1人	0.01	0.22
都農町	102.11Km²	9,297人	10人	0.10	1.08
諸塚村	187.56Km²	1,252人	2人	0.01	1.60
椎葉村	537.29Km²	2,138人	3人	0.01	1.40
美郷町	448.84Km²	4,084人	6人	0.01	1.47
高千穂町	237.54Km²	10,332人	21人	0.09	2.03
日之影町	277.67Km²	3,102人	3人	0.01	0.97
五ヶ瀬町	171.73Km²	2,948人	2人	0.01	0.68
19市町村 計	6534.15Km²	520,323人	1,134人	0.17	2.18
県 合計	7734.05Km²	1,017,134人	2,961人	0.38	2.91

※面積は、「全国都道府県市区町村別面積調（2025年10月1日現在）」（国土地理院）
※人口は、「宮崎県の推計人口（2025年10月1日現在）」宮崎県統計調査課
※医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年12月現在）」

３．課 題

(1) へき地で勤務する医師等の不足

○　へき地医療の最大の課題は医師不足であるため、安定的な医師確保が極めて重要となります。そのため、自治医科大学卒業医師の計画的な派遣をはじめ、県と市町村が設置・運営している医師確保対策推進協議会による医師確保対策やドクターバンクによる医師の斡旋、地域枠卒業医師のへき地公立病院等における勤務の促進などの取組が必要です。

○　へき地で勤務する医師を増やすためには、へき地においても医師が働きやすい環境の整備が必要です。

○　へき地住民の高齢化が進む中、急性期から在宅医療等まで幅広く支えるためには、特定行為研修修了者等の高度かつ専門的な知識と技術を持つ看護師の確保・育成が求められます。

(2) へき地医療体制の維持

○　限られた医療資源の中で、へき地の住民に対して質の高い医療を効率的・効果的に提供するとともに、医療提供体制に支障が生じないようにするためには、へき地公立病院等の機能の充実や近隣の医療機関との相互連携を図ること、ＩＣＴを活用した医療提供などが必要になります。

○　また、へき地では救急医療体制も脆弱であるため、高次の救急医療施設に搬送できる体制の充実も必要です。

４．施策の方向

【医療圏】

へき地医療に医療圏の設定はありませんが、次に掲げる方向性に沿って取り組みます。

(1) へき地で勤務する医師等の確保

①	へき地公立病院等に対する自治医科大学卒業医師の計画的な派遣
②	宮崎大学医学部や県病院局、へき地医療支援機構が連携して、へき地公立病院等に勤務する医師の確保・養成及び代診医の派遣
③	みやざきドクターバンクによる医師の確保
④	医師修学資金貸与者のへき地公立病院等への配置調整等の実施
⑤	へき地公立病院等で医学生が地域医療現場を体験できる機会を作るなど 将来へき地医療に携わる医師の育成・確保
⑥	特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師を確保・育成するため、研修に派遣する医療機関等を支援



地域医療ガイダンス

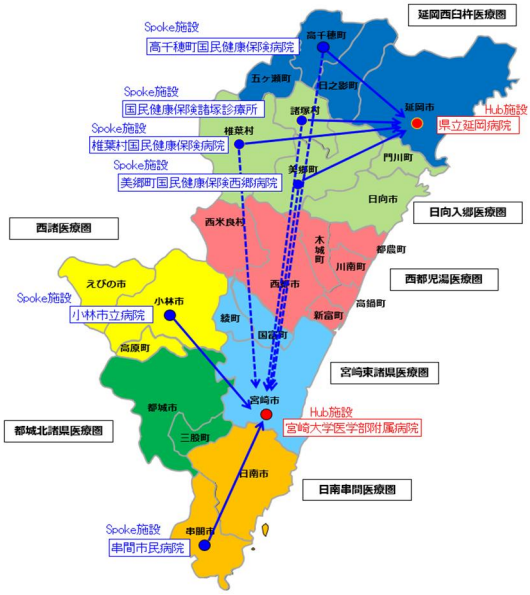


へき地における巡回診療

(2) へき地医療提供体制の維持

①	へき地医療拠点病院や社会医療法人等による無医地区等の巡回診療や代診医派遣等の実施
②	市町村におけるへき地出張診療所等の運営への支援
③	ＩＣＴを活用したオンライン診療や遠隔診療支援システムなどの取組の推進
④	へき地医療拠点病院やへき地診療所の運営に必要な施設・設備整備への支援

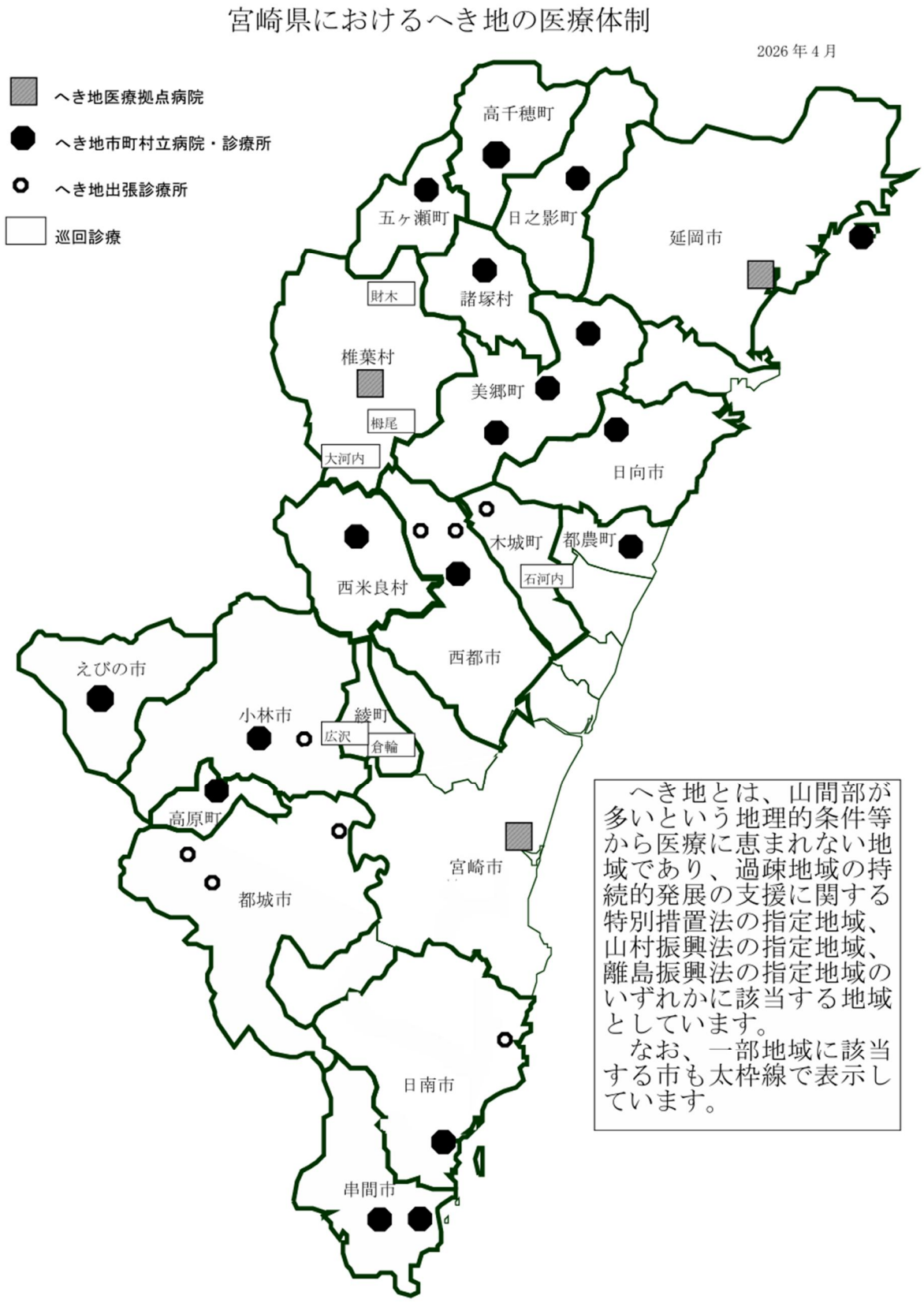
【遠隔診療支援システム】





５．目　標

指　標	現　状		目　標
中山間地域における常勤医師充足率	75.2% （令和７年度）	⇒	88.6% （令和 11 年度）
へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣回数	282 回 （令和７年度）	⇒	228 回以上 （令和 11 年度）
へき地公立医療機関等でオンライン診療や遠隔診療支援システム等を活用している医療機関数	8 （令和７年度）	⇒	17 （令和 11 年度）


宮崎県におけるへき地の医療体制
2026年4月
へき地医療拠点病院
へき地市町村立病院・診療所
へき地出張診療所
巡回診療
高千穂町
五ヶ瀬町
日之影町
延岡市
財木
諸塚村
椎葉村
美郷町
椚尾
大河内
日向市
木城町
都農町
石河内
西米良村
西都市
えびの市
小林市
綾町
広沢
倉輪
高原町
宮崎市
都城市
日南市
串間市
へき地とは、山間部が多いという地理的条件等から医療に恵まれない地域であり、過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法の指定地域、山村振興法の指定地域、離島振興法の指定地域のいずれかに該当する地域としています。
なお、一部地域に該当する市も太枠線で表示しています。

８　小児医療

１．現 状

(1) 小児患者の状況

○　本県の小児(０歳～14歳)の推計患者数(令和５年(2023年))は、6,900人となっており、うち外来患者が約97.1%で、他の年代層の83.2%と比較すると外来患者の比率が高くなっています。

○　令和５年(2023年)の小児の外来患者6,700人のうち、約４割の3,000人が急性上気道感染症（いわゆるかぜ症候群）や喘息等の「呼吸器系の疾患」となっており、「呼吸器系の疾患」患者全体の約５割が小児患者となっています。

○　小児の死亡状況(令和６年(2024年))は、人口千人に対する死亡率が0.02、小児人口千人に対する死亡率が0.18と、全国とほぼ同水準にあります。

推計患者数（宮崎県）

区分	推計患者数		入院		外来	
	2020	2023	2020	2023	2020	2023
推計患者数	81,300人	82,200人	14,700人 (18.1%)	13,800人 (16.8%)	66,600人 (81.9%)	68,400人 (83.2%)
うち０～４歳	2,500人	2,900人	100人 (4.0%)	100人 (3.4%)	2,400人 (96.0%)	2,800人 (96.6%)
５～14歳	3,500人	4,000人	100人 (2.9%)	100人 (2.5%)	3,400人 (97.1%)	3,900人 (97.5%)
０～14歳	6,000人	6,900人	200人 (3.3%)	200人 (2.9%)	5,800人 (96.7%)	6,700人 (97.1%)

※「2020患者調査」「2023患者調査」（厚生労働省）
推計患者数：特定の日に医療施設で受療した患者数の総計（調査日：10月の中旬の３日間のうち医療施設ごとに定める日

小児死亡数及び死亡率

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
宮崎県小児死亡数（0～14歳）	45人	43人	37人	40人	22人	39人	30人	30人	24人	28人	30人	23人
小児死亡率（人口千対）	0.04	0.04	0.03	0.04	0.02	0.04	0.03	0.03	0.02	0.03	0.03	0.02
小児死亡率（小児人口千対）	0.29	0.28	0.25	0.27	0.15	0.27	0.21	0.21	0.17	0.21	0.23	0.18
全国小児死亡数（0～14歳）	3,878人	3,844人	3,614人	3,449人	3,393人	3,219人	3,124人	2,711人	2,654人	2,584人	2,692人	2,647人
小児死亡率（人口千対）	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
小児死亡率（小児人口千対）	0.24	0.24	0.23	0.22	0.21	0.21	0.21	0.18	0.18	0.18	0.19	0.19
宮崎県小児死亡数（2～4歳）	6人	5人	1人	3人	6人	5人	5人	3人	2人	2人	7人	3人
小児死亡率（小児人口千対）	0.04	0.03	0.01	0.02	0.04	0.03	0.04	0.02	0.01	0.01	0.05	0.02
全国小児死亡数（2～4歳）	439人	454人	431人	380人	379人	373人	387人	275人	278人	285人	341人	323人
小児死亡率（小児人口千対）	0.03	0.03	0.03	0.02	0.04	0.03	0.04	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02

※「人口動態調査」（厚生労働省）、「国勢調査」及び「人口推計」（総務省）
※小児死亡率：人口及び小児人口千人に対する小児（15歳未満及び2～4歳）の年間死亡率

(2) 小児救急の現状

○　県内の休日夜間急患センターを調査したところ、令和７年度(2025年度)の小児救急患者数の合計は11,913人で、全救急患者36,759人の32.4%となっています。

○　厚生労働省の調査によると、小児救急患者の時間帯別受診状況をみると、平日では夕刻から準夜帯(18時～22時頃まで)にかけて増加するとともに、さらに土・日では多くなる傾向にあります。

(3) 県内の医療的ケア児の状況等

○　本県における医療的ケアを必要とする18歳未満の児童は、県北地区に43人、県央地区に131人、県南地区に17人、県西地区に51人の合計242人（令和８年３月時点推計値）となっており、医療技術の進歩を背景に近年増加傾向にあります。

○　医療的ケア児等を含む小児の在宅療養に対応する訪問看護ステーションは、県北地区に22か所、県央地区に69か所、県西地区に33か所、県南地区に７か所の合計131か所（令和８年６月現在）となっています。

○　医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するためのレスパイト等の受入れが可能な短期入所施設は、県北地区に５か所、県央地区に９か所、県南地区に１か所、県西地区に８か所の合計23か所（令和８年８月現在）となっています。

○　令和４年(2022年)７月には、県立こども療育センター内に「医療的ケア児支援センター」を設置し、家族等からの様々な相談に対応しています。

２．小児医療提供体制

(1) 医師の状況

○　本県の小児科系医師数は、平成14年(2002年)の118人から増加傾向で、令和６年(2024年)12月末現在では154人、人口10万人当たり14.9人となっていますが、全国の15.3人より少ない状況にあります。

○　県内の小児科医師のうち、全体の約半数に当たる84人が宮崎東諸県地区に集中しています。

○　小児科医師数150人（令和６年(2024年)）のうち、約37%が60歳以上の医師であり、特に休日夜間急患センターにおいては、担い手となる医師が少ない上に高齢化が進むことにより、実働可能な医師が減少して診療体制の維持が困難になると危惧されます。また、小児科医の約37%が女性医師という状況にあります。

県内の小児科系医師数の推移

（単位：人）

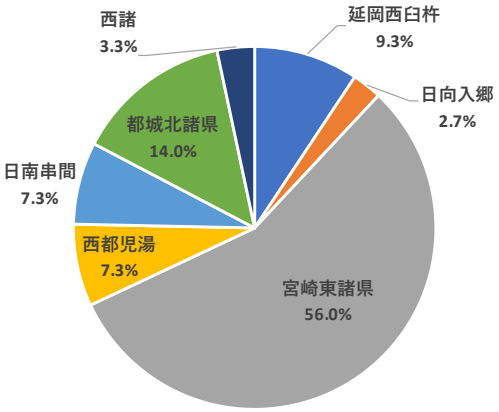
区分	2002	2004	2006	2008	2012	2014	2016	2018	2020	2022	2024
宮崎県	118	129	123	126	130	132	133	130	144	152	154
	(10.1)	(11.1)	(10.7)	(11.1)	(11.5)	(11.8)	(12.1)	(12.0)	(13.5)	(14.5)	(14.9)
全国	(11.4)	(12.0)	(12.0)	(12.4)	(13.4)	(13.8)	(14.0)	(14.4)	(15.0)	(14.9)	(15.3)

※各年12月末現在「医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）」
※小児科系：小児科・小児外科
※括弧内数字は、「人口10万人対」の人数

二次医療圏ごとの小児科医師数（2024年）

	小児科医師		構成割合
		対小児人口1万	
延岡西臼杵	14	9.47	9.3%
日向入郷	4	4.03	2.7%
宮崎東諸県	84	15.77	56.0%
西都児湯	11	9.95	7.3%
日南串間	11	16.22	7.3%
都城北諸県	21	8.01	14.0%
西諸	5	7.01	3.3%
本県	150	11.61	100%
全国	18,009	13.02	

※人口1万の比率は令和6年人口推計の「年少人口」により算出



○年齢構成・男女別　小児科医師数　（単位：人）

区分		H24	H28	R2	R6	対H24増減数	構成比※
合計	男	78	88	91	95	17	63.3%
	女	50	42	48	55	5	36.7%
	計	128	130	139	150	22	
20歳代	男	2	6	4	5	3	4.0%
	女	8	1	2	1	▲ 7	
	計	10	7	6	6	▲ 4	
30歳代	男	15	11	21	19	4	23.3%
	女	14	14	14	16	2	
	計	29	25	35	35	6	
40歳代	男	12	21	22	14	2	16.7%
	女	13	12	8	11	▲ 2	
	計	25	33	30	25	0	
50歳代	男	25	17	9	14	▲ 11	18.7%
	女	7	7	13	14	7	
	計	32	24	22	28	▲ 4	
60歳代	男	17	26	26	24	7	19.3%
	女	4	3	7	5	1	
	計	21	29	33	29	8	
70歳代	男	3	4	6	15	12	13.3%
	女	3	2	1	5	2	
	計	6	6	7	20	14	
80歳代以上	男	4	3	3	4	0	4.7%
	女	1	3	3	3	2	
	計	5	6	6	7	2	

※合計の構成比は男女の割合。各年代区分の構成比は全体数における割合。

(2) 医療施設の状況

○　小児の場合は軽症の急病患者が多いため、初期救急医療を担う施設の充実が求められますが、各二次医療圏によって休日や夜間の受入時間が異なります。初期救急医療施設での24時間受入れが行われていない圏域では、重症・重篤な患者を受け入れる二次救急医療施設等に軽症の患者が来院するなど勤務医の負担が増す一因となっています。

○　重篤な患者や夜間の救急患者の診療は、主に小児医療の二次・三次医療機関である公立病院等が担っていますが、二次・三次医療機関がない医療圏では、隣接医療圏との連携が不可欠となります。

○　そのため、本県では、周産期医療圏と同じ県内４つの医療圏とする「こども医療圏」により、小児医療提供体制を構築しています。二次において中心的に小児医療を実施する「小児地域医療センター」は、県立延岡病院、県立宮崎病院、県立日南病院、国立病院機構都城医療センター、都城市郡医師会病院がその機能を担っています。また、三次において中核的な小児医療を実施する「小児中核病院」については、宮崎大学医学部附属病院がその機能を担っています。

二次医療圏別の小児救急医療体制

二次医療圏	小児人口（0～14歳）	小児科系医師数	小児科系医師一人当たり小児人口	初期		二次	三次
				休日※1	夜間		
延岡西臼杵	15,696	14	1121.1	○	延岡市夜間急病センター※2	県立延岡病院	県立延岡病院
日向入郷	10,379	4	2594.8		（日向市初期救急診療所）		
宮崎東諸県	55,775	88	633.8	○	宮崎市夜間急病センター小児科	県立宮崎病院	宮崎大学医学部附属病院 県立宮崎病院
西都児湯	11,575	11	1052.3	△	（宮崎市夜間急病センター小児科）		
日南串間	7,147	11	649.7	○	日南市初期夜間急病センター※3	県立日南病院	
都城北諸県	26,222	21	1248.7	○	都城夜間急病センター	国立病院機構都城医療センター 都城市郡医師会病院	
西諸	7,637	5	1527.4	△	西諸医師会時間外急病診療体制※4		

※1　初期「休日」欄は、在宅当番医の中に必ず小児科医がいる場合は、「○」、他科の医師も含めて対応している場合は「△」としている。
※2　延岡西臼杵の初期の夜間は、19時30分～23時である。
※3　日南串間の初期の夜間は、日曜・祝日の19時～22時である。
※4　西諸の初期の夜間は、日曜・祝日の９時～12時又は９時～16時である。
※5　小児人口は、「令和6年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（総務省）」。小児科系医師数は、令和6年12月現在「医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）」。

こども医療圏

二次医療圏	こども医療圏	三次救急	二次救急	一次～二次救急
		小児中核病院（中核病院小児科）	小児地域医療センター（地域小児科センター）	小児地域支援病院（地域振興小児科Ａ）
延岡西臼杵 日向入郷	県北地区	宮崎大学医学部附属病院	県立延岡病院	—
宮崎東諸県 西都児湯	県央地区		県立宮崎病院	—
日南串間	県南地区		県立日南病院	—
都城北諸県 西諸	県西地区		国立病院機構都城医療センター 都城市郡医師会病院	—

・表のカッコ内は、日本小児科医会の定義による表現

(3) 児童・思春期精神疾患、発達障がい

○　児童・思春期精神疾患については、国立病院機構宮崎東病院において、児童精神科専門病棟が30床整備され、教育機関との連携や急性期から回復期までの専門的な治療環境の提供が図られています。

○　発達障がいについては、県内の小児科、精神科など該当する医療機関のうち、43機関で診療等が行われています。（令和５年12月調査時点）

３．課 題

(1) 小児科医の確保・養成

○　令和８年度(2026年度)に厚生労働省より示された小児科における医師偏在指標によると、本県は相対的医師少数県とされており、また、小児科医の高齢化が進んでいる中、医師の確保が急務となっています。

○　小児科専門医を目指す専攻医や専門医が意欲を持って働けるような就労環境・研修環境の整備等、さらには指導体制の強化、指導医の就労環境の整備が必要となるとともに、女性医師が働きやすい就労環境についても整備を図る必要があります。

(2) 限られた医療資源における小児医療提供体制の維持

○　小児科医の不足等により、夜間の救急医療体制が従来の７つの二次医療圏では十分確保できないことなどを理由に、本県では、県内を４つのブロックに分け、「こども医療圏」を設定しています。

○　現状では、夜間の小児救急医療体制は、地域の小児科医をはじめとする小児医療に携わる医療従事者の献身的な対応により支えられていますが、医師の高齢化が進んでいることから、今後の担い手の確保が必要となります。

(3) 不要不急の受診の抑制など県民理解の醸成

○　軽症患者の割合の比較的多い小児救急患者が二次医療施設に集中すると、当該医療施設の勤務医の負担が増すことになるため、「かかりつけ医」を持ち、不要不急の受診を控えるなど小児救急の適正受診に対する県民理解を深める必要があります。

○　小児医療機関への不要不急の受診を抑制し、医療従事者の負担を軽減するため、夜間に子どもが発熱した場合等に保護者が電話で相談できる「子ども救急医療電話相談(＃8000)」の利用を促進する必要があります。

(4) 小児在宅医療

○　小児や医療的ケア児等に対する在宅医療については、地域において、高齢者等に対する在宅医療の提供体制と併せて検討する必要があります。

○　退院後も生活の場で療養を継続できるよう、入院医療機関、地域の医療機関、訪問看護事業所、福祉サービス事業者、行政等の連携による退院支援や、急変時の円滑な診療体制を確保する必要があります。

(5) 医療的ケア児や保護者に対する支援

○　身近な地域で必要な支援が受けられるよう、医療的ケアに対応できる小児科医など専門人材の確保・養成を進めていく必要があります。

○　地域における在宅療養の充実を図るため、医療的ケア児等を受け入れる訪問看護ステーションのニーズが高まっています。

○　医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するためのレスパイト等の支援を行う短期入所施設の充実が求められます。

(6) 児童・思春期精神疾患、発達障がい

○　不登校をはじめ、家庭の問題や虐待、いじめなどにより引き起こされる子どもの心の問題の増加に伴い、児童・思春期精神疾患に対応できる体制の強化が必要です。

○　発達障がい児・者は、コミュニケーションの困難さなどの個々の特性から、医療を継続して受けにくいことがあるため、発達障がいの特性に応じた診療を行う医師の養成や、小児科医と精神科医間など、地域の関係機関同士の連携体制の構築が必要です。

４．施策の方向

【医療圏】

小児医療は、「こども医療圏」として引き続き４つの二次医療圏を基本とし、状況に応じて他圏域と適切に連携を図りながら、次に掲げる方向性に沿って取り組んでいきます。

(1) 小児科医の確保・養成

①	医師修学資金の貸与による宮崎大学、県医師会等の関係機関と連携したキャリア形成の一体的な支援
②	小児科専門医を取得するための研修資金を貸与するとともに、症例研修会等の開催など小児科専門医を養成するための研修を支援
③	女性医師が継続して就労できるよう、妊娠、出産、育児といったライフステージに応じた就労環境整備や復職支援の実施

(2) 限られた医療資源における小児医療提供体制の維持

①	初期医療施設としての開業医による在宅当番制や、市町村が設置する休日夜間急患センターにおける小児診療体制の維持
②	三次救急を担う小児中核病院（中核病院小児科）及び二次救急を担う小児地域医療センター（地域小児科センター）の体制の確保
③	保健・福祉分野の支援や、小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い検討を行うため、小児医療に関する協議会を設置



都城夜間急病センター

(3) 急病時の対応等の相談体制の充実及び県民意識の啓発

①	休日・夜間等の子どもの急病等に関する相談体制（＃8000）の確保及び普及啓発
②	子どもの健康を日頃から見守る「かかりつけ医」の普及啓発
③	乳幼児健診等の機会を通じた子どもの急病時における救急対応についての基礎的な知識の普及及び時間内受診に対する理解と協力の啓発

(4) 小児在宅医療の医療提供・連携体制の構築

①	小児科医や歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者と、福祉サービス事業者、行政等との連携による、退院支援から在宅療養、急変時の対応までの切れ目のない支援体制の構築
②	小児在宅医療を支える多様な人材の確保及び育成

(5) 医療的ケア児や保護者に対する支援体制の確保

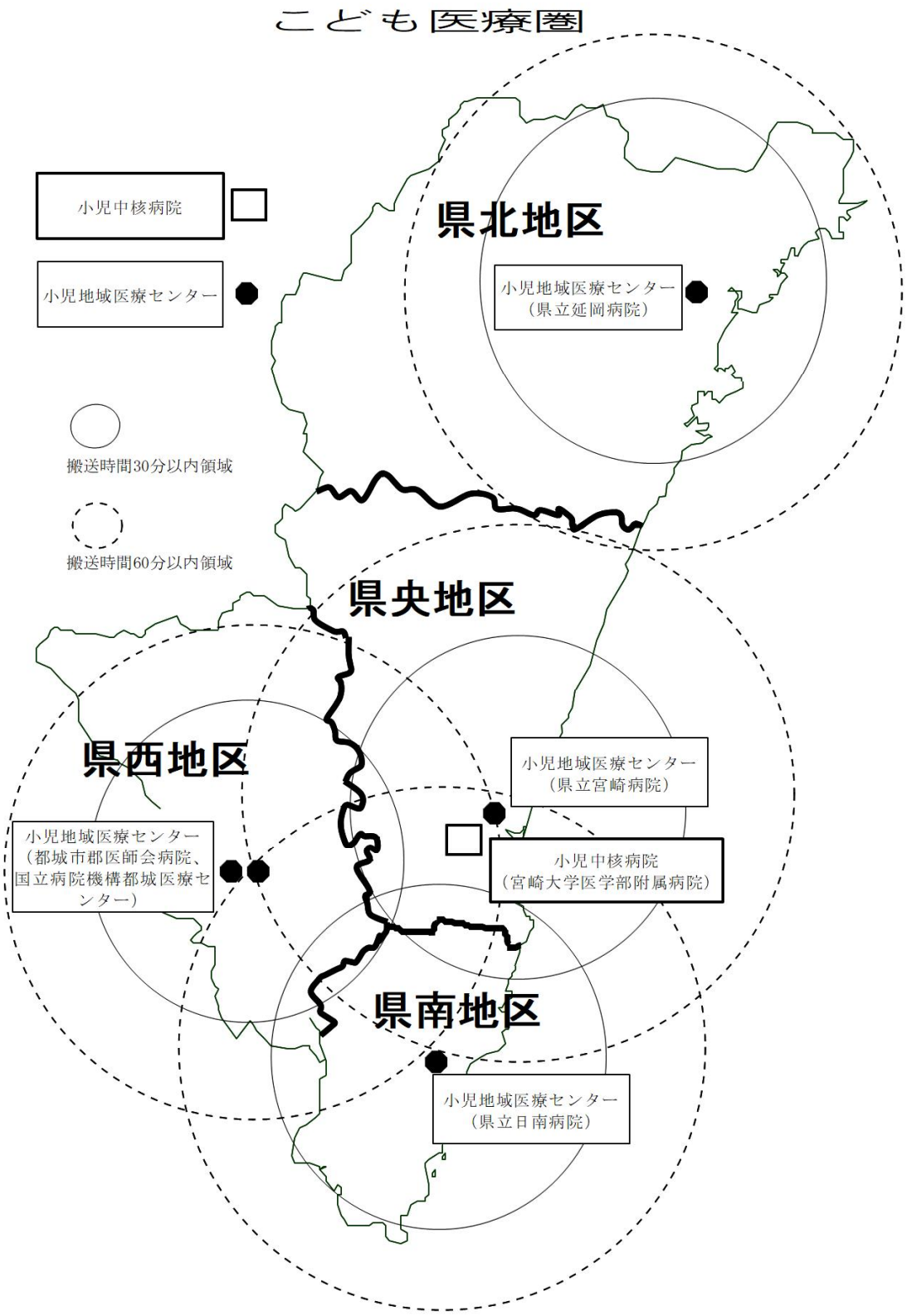
①	「医療的ケア児等コーディネーター」の養成など、 医療的ケア児等に関する相談支援体制の充実
②	小児科医等の在宅医療実技講習会などの実施による 専門的な知識を有する人材の確保の推進
③	医療的ケア児等の保護者の負担軽減のため、 各地域における短期入所施設等の支援体制構築の促進

(6) 児童・思春期精神疾患、発達障がいへの対応

①	児童生徒や保護者、教師等を対象とした思春期精神保健診療相談の実施など 学校保健等との連携による相談体制の充実
②	医師や看護師等の養成研修の実施など発達障がいの早期診断・早期治療の推進

５．目　標

指　標	現　状		目　標
子ども救急医療電話相談の応答率	80.3% （令和７年度）	⇒	84.0%以上 （令和 11 年度）
小児人口当たり時間外外来受診回数（０歳～15 歳未満・レセプト件数）	62,118 件 （令和７年度）	⇒	45,255 件以下 （令和 11 年度）
医療的ケア児等に関するコーディネーターの配置数	18 か所 （令和７年度）	⇒	27 か所 （令和 11 年度）
小児死亡率（小児人口千人当たり）	0.16 （令和７年度）	⇒	0.18 以下 （令和 11 年度）


こども医療圏
小児中核病院
小児地域医療センター
搬送時間30分以内領域
搬送時間60分以内領域
県北地区
小児地域医療センター
（県立延岡病院）
県央地区
県西地区
小児地域医療センター
（都城市郡医師会病院、
国立病院機構都城医療センター）
小児地域医療センター
（県立宮崎病院）
小児中核病院
（宮崎大学医学部附属病院）
県南地区
小児地域医療センター
（県立日南病院）

９　周産期医療

１．現 状

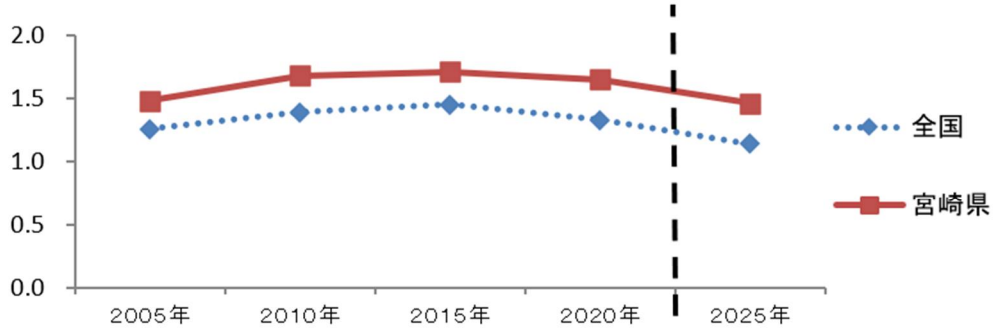
(1) 合計特殊出生率及び出生数

○　本県の合計特殊出生率は全国的には高い水準にあるものの、出生数は減少しており、令和７年(2025年)の本県の出生数は5,923人となっています。

（表）合計特殊出生率

		2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
合計特殊出生率	全国	1.26	1.39	1.45	1.33	1.14
	宮崎県	1.48	1.68	1.71	1.65	1.46

厚生労働省「人口動態統計」　※2025年の合計特殊出生率(宮崎県)は概数値

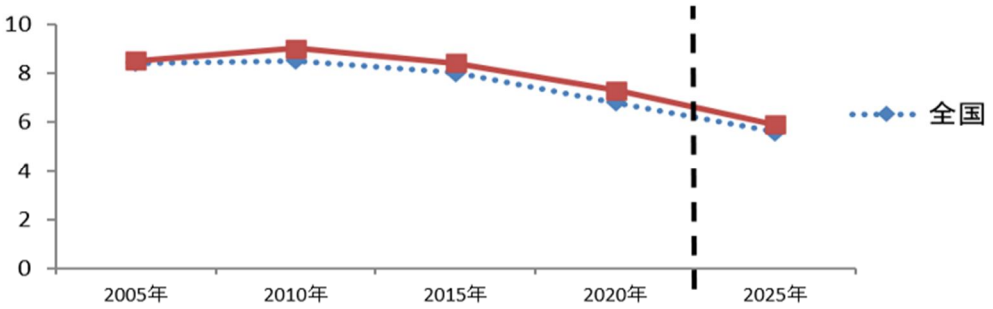


合計特殊出生率の推移

（表）　出生率

		2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
出生率（人口千対）	全国	8.4	8.5	8.0	6.8	5.6
	宮崎県	8.5	9.0	8.4	7.3	5.9
	宮崎県(実数)	9,738	10,217	9,226	7,720	5,923

厚生労働省「人口動態統計」　※2025年の出生率(宮崎県)は概数値



出生率の推移

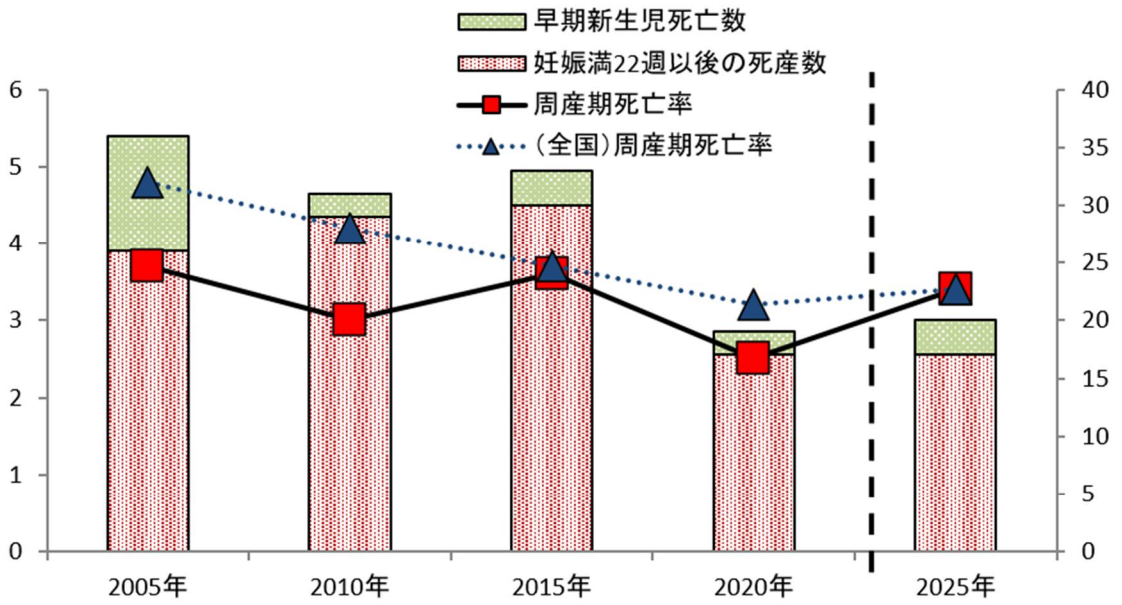
(2) 周産期死亡率について

○　周産期死亡率は全国と同等のレベルを維持しています。

（表）　周産期死亡率

			2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
周産期死亡率		全国	4.8	4.2	3.7	3.2	3.4
		宮崎県	3.7	3.0	3.6	2.5	3.4
		宮崎県（実数）	36	31	33	19	20
		全国順位	**2位**	**2位**	**20位**	**5位**	**23位**
	妊娠満22週以後の死産率（出産千対）	全国	3.8	3.4	3.0	2.5	2.7
		宮崎県	2.7	2.8	3.2	2.2	2.9
		宮崎県（実数）	26	29	30	17	17
	早期新生児死亡率（出生千対）	全国	1	0.8	0.7	0.7	0.6
		宮崎県	1	0.2	0.3	0.3	0.5
		宮崎県（実数）	10	2	3	2	3

厚生労働省「人口動態統計」



宮崎県における周産期死亡数（率）の推移

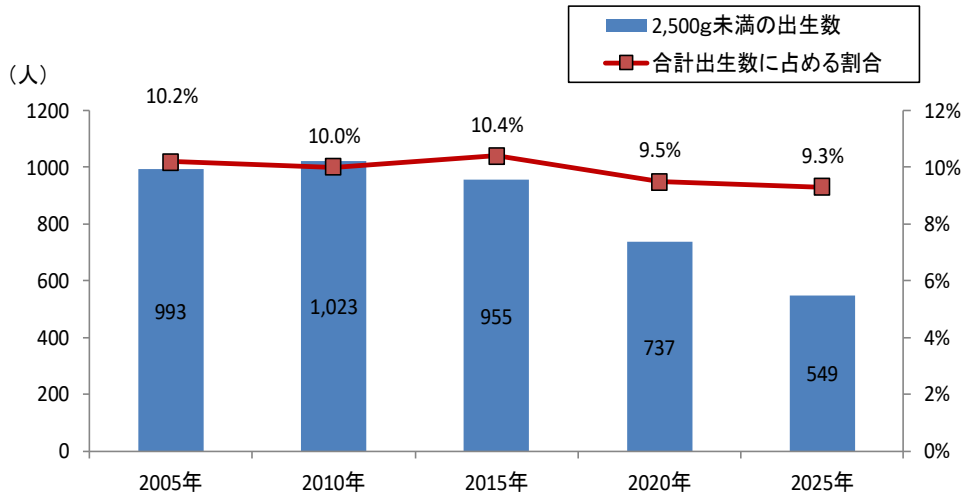
(3) 低出生体重児

○　本県における令和７年(2025年)の低出生体重児の出生数は549人で、その出生率は9.3%と、横ばい傾向で推移しています。

（表）　低出生体重児の出生数及び合計出生数に占める割合

		2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
体重区分	2,500g未満の出生数	993	1,023	955	737	549
	1,000g未満	32	31	30	35	12
	1,000g以上1,500g未満	40	55	67	28	28
	1,500g以上2,000g未満	147	145	130	101	80
	2,000g以上2,500g未満	774	792	728	573	429
	2,500g以上の出生数	8,744	9,193	8,270	6,979	5,372
	不詳	1	1	1	4	2
合計出生数		9,738	10,217	9,226	7,720	5,923
合計出生数に占める2,500g未満の出生数の割合		10.2%	10.0%	10.4%	9.5%	9.3%
合計出生数に占める1,500g未満の出生数の割合		0.7%	0.8%	1.1%	0.8%	0.7%

厚生労働省「人口動態統計」



2500g未満出生数及び合計出生数に占める割合

２．周産期医療体制

(1) 地域分散型の周産期医療体制

○　本県の周産期医療体制は、南北に長く、交通事情が悪い中山間地域が多いことを考慮し、周産期の医療圏を県北・県央・県西・県南の４つのブロックに分けて、周産期医療に対応できる体制づくりを推進しています。

○　平成20年度(2008年度)に従来から中心的役割を担っていた宮崎大学医学

部附属病院を総合周産期母子医療センターとして指定し、さらに地域の拠点病院として中核的な役割を担っていた７病院を地域周産期母子医療センターとして認定しています。

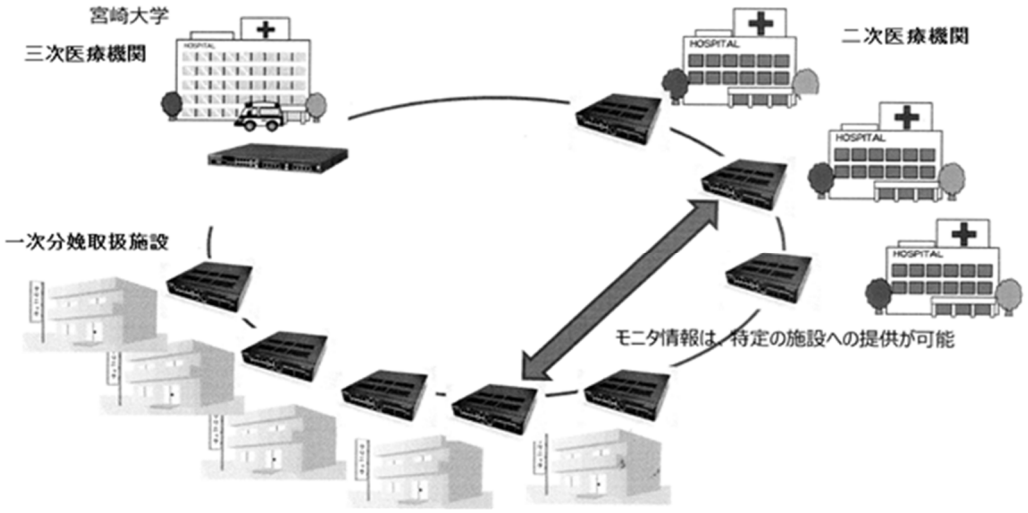
現在は、総合周産期母子医療センターが１病院、地域周産期母子医療センターが５病院となっています（令和８年(2026年)11月１日時点）。

この取組により、地域の実情にあわせて、周産期医療圏ごとに一次医療機関と地域周産期母子医療センターが連携し、複数の医師がハイリスク分娩に対応できる体制とさらに高度な対応が必要な事例に関しては、総合周産期母子医療センターに搬送するシステムを構築しています。

○　４つの周産期医療圏において、一次医療機関から１時間以内に地域周産期母子医療センターが配置されています。

○　地域分散型の周産期医療体制の充実を図るため、保健所を中心に４つの周産期医療圏において、「地域周産期保健医療体制づくり連絡会」を設置しています。

○　一次医療機関の分娩監視装置（胎児心拍数等）を周産期母子医療センターとリアルタイムで共有し、胎児異常の早期発見、早期処置を行う周産期医療ネットワークシステムを県下全域で導入しています。令和７年度からは、クラウド環境上にデータを保存する仕様に順次切り替えており、災害に強い体制づくりを進めています。



（表）　「周産期医療圏」と周産期母子医療センター

（2026年11月現在）

区分	周産期母子医療センター	
	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
県北地区 延岡西臼杵 日向入郷	県立延岡病院	宮崎大学医学部附属病院
県央地区 宮崎東諸県 西都児湯	県立宮崎病院 宮崎市郡医師会病院	
県南地区 日南串間	県立日南病院	
県西地区 都城北諸県 西諸	都城医療センター	
計	5	1

(2) 総合及び地域周産期母子医療センター

（総合周産期母子医療センター）

○　総合周産期母子医療センターとして指定されている宮崎大学医学部附属病院は県全域の周産期医療を担う拠点として、高度な医療を提供しています。

○　地域周産期母子医療センターと連携し、症例検討会やカンファレンスを行い、本県の周産期医療体制の中心的な機能を担っています。

○　宮崎大学医学部附属病院は、妊産婦の産科合併症をはじめ、身体的・精神的な合併症を有する妊産婦についても他科との連携のもと対応しています。さらに、救命救急センターとして平成24年(2012年)４月10日から稼働しており、ドクターヘリも導入されています。

○　令和８年(2026年)６月10日付け医政地発0610第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」における「周産期医療の体制構築に係る指針」(以下、「指針」という。)において確保に努めるものとされている麻酔科医や公認心理師等については、兼任で配置されています。

○　病床数は、NICU９床(診療報酬加算対象９床)、GCU12床(診療報酬加算対象12床)、MFICU３床(診療報酬加算対象３床)、後方病室22床(一般産科病床数)となっており、GCU 病床数を除いて概ね「指針」の基準を満たしています。

※　「指針」において、総合周産期母子医療センターの NICU は９床以上、MFICU は６床以上（ただし、三次医療圏の人口が概ね100万人以下の場合は、当分の間、NICU は６床以上、MFICU の病床数は３床以上で差し支えない。）とされています。また、GCU は NICU の２倍以上、MFICU の後方病室(一般産科病床数)は MFICU の２倍以上の病床数を有することが望ましいとされています。

（地域周産期母子医療センター）

○　地域周産期母子医療センターは、４つの周産期医療圏である県北地区、県央地区、県南地区、県西地区にそれぞれ配置されています。

○　病床数は、NICU31床(診療報酬加算対象18床)、GCU27床(診療報酬加算対象６床)となっています。

○　地域周産期母子医療センターの MFICU 整備については、施設整備、医療従事者の確保等の課題があり、現状では難しい状況です。

○　すべての地域周産期母子医療センターで、産婦人科・小児科医や看護師等の充実が課題となっています。

○　「指針」において配置が望ましいとされている公認心理師等については、一部の地域周産期母子医療センターに兼任で配置されています。

※　「指針」において、都道府県内の NICU 病床数は出生１万人に対して25床から30床が求められ、令和７年(2025年)の宮崎県の出生数(5,923人)から算出すると、本県全体では、15床～18床の NICU 病床数が必要とされます。
　本県全体の NICU 病床数は40床であることから、「指針」の基準を満た

しています。今後の NICU 病床数の適正数については、引き続き検討してまいります。

（表）総合及び地域周産期母子医療センターにおける救急搬送受入件数（2025年度）

ア　母体搬送

	総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター						計
		県北	県央			県南	県西	
	宮崎大学附属病院	県立延岡	県立宮崎	宮崎市郡医師会	古賀総合	県立日南	都城医療センター	
搬送受入件数	50	97	67	122	10	0	153	499
県外からの搬送受入件数	0	0	0	0	0	0	16	16
受入れできなかった件数	0	0	0	0	0	0	0	0

※2025年度は、古賀総合病院も地域周産期母子医療センターであったため、実績に含む。

イ　新生児搬送

	総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター						計
		県北	県央			県南	県西	
	宮崎大学附属病院	県立延岡	県立宮崎	宮崎市郡医師会	古賀総合	県立日南	都城医療センター	
搬送受入件数	25	26	20	16	0	0	32	119
県外からの搬送受入件数	0	0	0	0	0	0	1	1
受入れできなかった件数	0	0	0	0	0	0	0	0

※2025年度は、古賀総合病院も地域周産期母子医療センターであったため、実績に含む。

（表）総合及び地域周産期母子医療センターの母体及び新生児搬送（迎え搬送、三角搬送、戻り搬送）の件数（2025年度）

施設名	**母体搬送**					
	送出			受入		
	迎え搬送	三角搬送	戻り搬送	迎え搬送	三角搬送	戻り搬送
宮崎大学医学部附属病院	0	0	6	0	0	0
県立延岡病院	0	0	0	0	0	36
県立宮崎病院	0	0	0	0	0	0
宮崎市郡医師会病院	0	0	0	0	0	0
古賀総合病院	0	0	0	0	0	0
県立日南病院	0	0	0	0	0	0
都城医療センター	0	11	0	0	0	0
合計	0	11	6	0	0	36

※2025年度は、古賀総合病院も地域周産期母子医療センターであったため、実績に含む。

施設名	**新生児搬送**					
	送出			受入		
	迎え搬送	三角搬送	戻り搬送	迎え搬送	三角搬送	戻り搬送
宮崎大学医学部附属病院	0	0	6	0	0	1
県立延岡病院	0	0	0	0	0	10
県立宮崎病院	0	0	0	0	0	0
宮崎市郡医師会病院	0	0	0	0	0	0
古賀総合病院	0	0	0	0	0	0
県立日南病院	0	0	0	0	0	0
都城医療センター	4	0	0	3	0	0
合計	4	0	6	3	0	11

※2025年度は、古賀総合病院も地域周産期母子医療センターであったため、実績に含む。

※迎え搬送：受入医療機関の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して自らの医療機関に搬送すること

※三角搬送：周産期母子医療センター等の医師が救急車等で依頼元医療機関へ行き、新生児と同乗して他の受入医療機関に搬送すること

※戻り搬送：状態が改善した妊産婦又は新生児を受入医療機関から搬送元医療機関等に搬送すること

(3) 合併症を有する妊産婦への対応について

○　脳血管疾患、心疾患、敗血症外傷などの身体合併症を有する母体への対応については、総合及び地域周産期母子医療センターで対応しています。

○　また、精神疾患を有する妊産婦の対応については、総合及び地域周産期母子医療センターである宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院において施設内で精神科との連携が図られています。

（表）　総合及び地域周産期母子医療センターの合併症を有する妊婦への対応について

（単位:件）(2025年度)

施設名	合併症を有する妊婦への対応					
	(1)精神疾患	(2)病院受診方法		(3)病院受診後の経過		
		初診	紹介	分娩	紹介	その他
宮崎大学医学部附属病院	4	2	2	4	0	0
県立延岡病院	4	0	4	3	0	1
県立宮崎病院	34	0	34	33	0	1
宮崎市郡医師会病院	0	0	0	0	0	0
古賀総合病院	7	1	6	7	0	0
県立日南病院	0	0	0	0	0	0
都城医療センター	9	2	7	7	2	0

※2025年度は、古賀総合病院も地域周産期母子医療センターであったため、実績に含む。

(4) 災害時の対応について

○　災害時の小児・周産期医療に関する把握、搬送、情報共有を円滑に行うため、DMAT 等の医療救護活動や災害医療コーディネーターの活動を支援する「災害時小児周産期リエゾン」について、平成28年度(2016年度)から国の研修事業を活用して養成するとともに、これまで計38人(令和８年(2026年)４月時点)を県の災害時小児周産期リエゾンとして委嘱しています。

○　全ての総合及び地域周産期母子医療センターで業務継続計画(BCP)が策定されています。

（表）　総合及び地域周産期母子医療センターの災害時の体制について

（2026年4月現在）

施設名	BCPの策定状況	NICU病棟の耐震化	災害訓練		
	策定状況	工事の状況	実施の有無	方法 (病院/病棟)	備蓄の有無
宮崎大学医学部附属病院	有り	済み	○	病院	有り
県立延岡病院	有り	済み	○	病院	有り
県立宮崎病院	有り	済み	○	病院	有り
宮崎市郡医師会病院	有り	済み	○	病院	有り
県立日南病院	有り	済み	○	病院	有り
都城医療センター	有り	済み	○	病院	有り

(5) NICU 等長期入院児について

○　現在、低出生体重児や早産児に対しては、総合及び地域周産期母子医療センターに設置された NICU や GCU において、必要な医療が提供されています。

(6) 分娩取扱施設と産婦人科医・助産師の状況

○　令和８年(2026年)11月現在、県内で分娩可能な施設は25施設(病院・診療所22施設、助産所３施設)となっており、令和５年（2023年）４月の28施設と比べて、３施設減少しています。

（表）分娩取扱施設の状況

（2026年11月現在）

区分		総合及び地域周産期母子医療センター	病院・診療所（周産期母子医療センターを除く）	助産所	計
県北	延岡西臼杵	1（地域1）	4		6
	日向入郷		1		
県央	宮崎東諸県	3（総合1、地域2）	6		10
	西都児湯		1		
県南	日南串間	1（地域1）		1	2
県西	都城北諸県	1（地域1）	4	2	7
	西諸				
計		6	16	3	25

○　本県の産婦人科医数(医療機関に従事し、主たる診療科が産婦人科及び産科である医師を言い、同じく婦人科である医師を除きます。以下同じ。)は、令和６年(2024年)12月末現在で100人であり、平成26年(2014年)の106人と比較すると６人減少しています。

○　15～49歳女子人口10万人当たりの産婦人科医数は、令和６年(2024年)12月時点で55.9人で、全国平均の50.0人を上回っています。本県では産婦人科医も NICU 等において新生児医療に従事しています。

○　令和６年(2024年)12月末現在で周産期医療圏ごとの産婦人科医数をみると、県内産婦人科医の64.0%に当たる64人が県央地区に集中しています。これを平成26年(2014年)と比較すると、県央地区は４人増加、県南地区は１人減少、県北地区は３人減少、県西地区は６人減少しています。

○　男女別産婦人科医数は、男性産婦人科医は65人で全体の65.0%、女性産婦人科医は35人で全体の35.0%となっており、全国平均の女性産婦人科医の割合の43.6%より低くなっています。平成26年(2014年)と比較すると、男性産婦人科医が18人減少しており、女性産婦人科医が12人増加しています。

○　産婦人科医の平均年齢は、令和６年(2024年)12月末時点で男性が55.6歳、女性が40.3歳で、全体では50.3歳となっています。

○　一次医療を担う産科医療機関で働く医師の平均年齢は、令和８年(2026年)４月現在で62.2歳です。年代別でみると、60歳代が最も多くなっています。

（表）　産婦人科医師数の推移

（単位：人、％）

区分＼年次	2014	2016	2018	2020	2022	2024		
							対2014数	構成比
県北地区	17	17	14	17	16	14	▲3	14.0
県央地区	60	58	57	63	61	64	4	64.0
県南地区	6	6	6	6	6	5	▲1	5.0
県西地区	23	19	21	20	17	17	▲6	17.0
本県	106	100	98	106	100	100	▲6	100.0
（15～49歳女子人口10万対）	51	49.5	50.8	55.9	54.6	55.9	4.9	
全国	11,085	11,349	11,332	11,678	11,833	11,690	605	
（15～49歳女子人口10万対）	42.2	43.6	44.6	48.6	49.0	50.0	7.8	

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧「医師・歯科医師・薬剤師調査」）」（各年12月末現在）

人口は各年10月1日現在（総務省統計局「国勢調査」・「人口推計」、宮崎県「推計人口」）

（表）　産婦人科医の平均年齢の推移

区分＼年次			2012	2016	2020	2024	
							対2012数
男性	本県	産婦人科＋産科	56.7	56.9	55.9	55.6	▲1.1
	全国※	産婦人科	54.6	55.2	55.3	55.4	0.8
		産科	49.6	49.8	49.8	51.3	1.7
女性	本県	産婦人科＋産科	39.5	40.3	39.3	40.3	0.8
	全国※	産婦人科	40.6	41.6	42.3	43.1	2.5
		産科	36.5	38.6	40.0	39.4	2.9
全体	本県	産婦人科＋産科	52.5	52.4	50.9	50.3	▲2.2
	全国※	産婦人科	50.2	50.3	50.1	50.0	▲0.2
		産科	45.0	45.9	46.1	46.3	1.3

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（旧「医師・歯科医師・薬剤師調査」）・県医療政策課調べ
※ 同調査では産婦人科と産科を分けて記載。

（表）県内の一次産科医療機関（病院・診療所）で働く医師の平均年齢（2026年４月現在）

周産期医療圏	医師数	平均年齢
県北地区	9	64.7
県央地区	8	61.4
県南地区	0	0.0
県西地区	8	60.3
全体	25	62.2

※古賀総合病院を除く。各医療機関の常勤医師のみ計上。

（表）県内の一次産科医療機関（病院・診療所）で働く医師の年代別医師数（2026年４月現在）

20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代
0	2	2	4	10	6	0	1

※古賀総合病院を除く。各医療機関の常勤医師のみ計上。

（表）分娩を取り扱っている産婦人科医、分娩対応を行う助産師（2026年４月１日現在）

（ア）分娩を取り扱っている産婦人科医数

	産婦人科医	
周産期医療圏	常勤	非常勤
県北地区	9	3
県央地区	39	10
県南地区	3	1
県西地区	14	4
全体	65	18

（イ）分娩対応を行う助産師数

周産期医療圏	助産師
県北地区	18
県央地区	92
県南地区	17
県西地区	32
全体	159

○　本県の助産師数は、令和６年(2024年)12月末現在で377人となっており、平成26年(2014年)の307人に比べ70人増加しています。15～49歳女子人口10万人当たりでみると、本県は214.1人で、全国平均の166.5人を上回っています。

○　就業先ごとにみると、令和６年(2024年)では、助産所の就業者は30人(7.9%)と少なく、316人（83.8%）が病院や診療所勤務となっています。

（表）助産師数の推移

	2014	2016	2018	2020	2022	2024
本　県	307	297	321	351	353	377
（15～49歳女子人口10万対）	(147.6)	(147.0)	(166.3)	(185.0)	(192.9)	(214.1)
全　国	33,956	35,774	36,911	37,940	38,063	38,721
（15～49歳女子人口10万対）	(129.2)	(137.5)	(145.1)	(151.8)	(153.4)	(166.5)

厚生労働省「衛生行政報告例（就業医療関係者）」（各年12月末現在）
人口は各年10月1日現在（総務省統計局「国勢調査」・「人口統計」、宮崎県「推計人口」）

（表）就業先別助産師数（2024年）

（単位：人、%）

就業先		実数	構成比
助産所	開設者	20	5.3
	従事者	5	1.3
	出張	5	1.3
病院・診療所		316	83.8
その他		31	8.3
総計		377	100.0

（表）アドバンス助産師数（2026年）

（単位：人、%）

就業先	実数	構成比
助産所	7	8.6
病院・診療所	70	86.4
その他	4	4.9
総計	81	100.0

一般財団法人 日本助産評価機構HPより

※　アドバンス助産師とは、院内助産・助産師外来において自立してケア提供できる助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢを日本助産評価機構によって認証された助産師

（表）県内助産所の状況（2026年４月現在）

開業助産所数　計			47
入院施設あり	分娩取扱あり	自施設	3
		オープンシステム	0
	分娩取扱なし		4
入院施設なし			40

※　オープンシステムとは、地元で妊産婦の健康診断を担当した医師・助産師が、分娩時に連絡を受け、周産期母子医療センター等の連携病院に出向き、出産に対応する仕組みをいう。

（表）院内助産や助産師外来を行っている施設数（2026年４月現在）

院内助産	3	助産師外来	5

※　院内助産とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産後１か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。

※　助産師外来とは、緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。

(7) 母子保健事業との連携

○　令和４年(2022年)に改正された児童福祉法等により、令和６年(2024年)４月から全ての妊産婦、子育て世帯、子どもへ一体的に相談支援を行う機能を有する機関である「こども家庭センター」の設置が努力義務となり、県内市町村において設置が進められています。

○　退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポートを行う産後ケア事業が令和３年(2021年)４月から母子保健法上の法定事業として市町村の実施が努力義務とされたところであり、現在、全ての市町村で３種類の実施方法のうちいずれか１つ以上を実施しています。今後、必要とする産婦が県内全ての地域で産後ケア事業を利用できるよう、市町村による事業の実施が進められています。

○　性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠や出産を含めたライフデザインや将来の健康を考えて健康管理を行うプレコンセプションケアについて、令和７年(2025年)５月、国の検討会において、「プレコンセプションケア推進５か年計画」がとりまとめられました。

（参考）

○　令和８年(2026年)６月５日に「健康保険法等の一部を改正する法律」が公布されました。公布後２年以内に現行の「出産育児一時金」に代わる新たな給付方式(「分娩費」や「出産時一時金」)が導入されることになっています。

３．課 題

(1)　地域分散型の周産期医療体制の維持・充実

○　医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療圏ごとに周産期医療に対応できる体制を維持・確保することが必要です。

○　分娩数の減少等により地域の分娩取扱施設が減少しており、地域で安心して分娩ができる体制を確認・検討する必要があります。その際、総合及び地域周産期母子医療センターの NICU 病床数等についても合わせて議論する必要があります。

○　妊婦の高齢化に伴い、ハイリスクな妊産婦や新生児に対応する体制を充実する必要があります。

○　NICUに入院した児は退院後も医療的ケアを必要とすることが多いものの、在宅療養を支援する医療資源やサービスはまだ十分とは言えず、NICUや小児科病棟からの退院先の確保には課題がある状況です。

(2)　安定的な産婦人科医等の育成・確保

○　周産期医療体制を維持するためには、安定的な産婦人科医の育成・確保が必要です。

○　女性医師が継続して就労できるよう、出産・子育て世代が勤務を継続できる体制整備が必要です。

(3)　災害時を見据えた周産期医療体制の強化

○　風水害の激甚化・頻発化をはじめ、南海トラフ地震の発生が危惧される中、災害時における小児・周産期医療の体制の強化が求められます。

○　感染症まん延時においては、感染症診療と産科的緊急症を含む産科診療を継続的に提供できる体制が必要であることから、平時から検討する必要があります。

４．施策の方向

(1)　地域分散型の周産期医療体制の維持・充実

【地域分散型の周産期医療体制】

①	「地域周産期医療体制づくり連絡会」等を通じた関係機関・団体の相互連携の推進や、地域の実情把握や研修等の実施
②	定期的な周産期症例検討会の開催など、総合及び地域周産期母子医療センターと一次産科医療機関との連携強化に向けた取組の推進
③	分娩を取り扱わない医療機関における妊婦健診、産前・産後のケアの実施やオープンシステム等の活用の推進
④	周産期母子医療センターの医師による周産期医療ネットワークシステムを活用した異常分娩の早期発見・助言指導の実施やオンライン診療体制の構築に向けた検討
⑤	分娩取扱施設が存在しない二次医療圏に対する正常分娩の体制整備や圏域を越えた搬送体制の確保
⑥	分娩医療機関までのアクセスが困難な地域に居住する妊産婦のアクセスの確保
⑦	周産期医療に関する協議会の構成員として妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や学識経験者など、必要な職種その他関係者の参画の検討
⑧	「周産期医療に関する協議会」と「小児医療に関する協議会」との合同開催等を通じた情報連携の推進

【総合及び地域周産期母子医療センター】

①	総合周産期母子医療センターに求められる役割や機能等の検討、必要となる医療従事者の確保
②	地域周産期母子医療センターに求められる役割や機能等の検討、必要となる医療従事者の確保

【合併症を有する妊産婦への対応】

①	総合及び地域周産期母子医療センターによる合併症を有する妊産婦への対応
②	総合及び地域周産期母子医療センターのうち精神科を有する２施設による精神疾患を有する妊産婦への対応
③	精神科を有する総合及び地域周産期母子医療センターや精神科医療機関との連携推進など、精神科のない地域周産期母子医療センターにおいて適切な対応ができる体制の整備
④	周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健、福祉等に係る施策等について情報共有を図るなど、社会的ハイリスク妊産婦への対応が可能な体制の整備

【母子に配慮した周産期医療】

①	産科区域の特定や安全な無痛分娩の実施など、母子に配慮した周産期医療の提供が可能な体制の整備
②	無痛分娩を実施する医療機関について、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）の実施する研修等への参画の推進

【NICU 等長期入院児への対応】

①	医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援が可能な体制の整備
②	ショートステイをはじめとしたレスパイトサービスの充実など、在宅で障がい児等を養育する家族への支援

【母子保健事業との連携】

①	妊娠、出産、子育ての切れ目のない支援を行うため、母子保健事業との連携強化
②	妊産婦の個別の状況に応じたニーズに対応できるよう、様々な実施方法による産後ケア事業の実施など、市町村等の取組への支援
③	性と健康に関する教育や相談窓口の設置、普及啓発等によるプレコンセプションケアの推進

(2)　安定的な産婦人科医等の育成・確保

①	県内で勤務する意志のある医学生に対する医師修学資金の貸与等による医師確保の取組の推進
②	魅力ある研修プログラムの提供など、産婦人科専門医を目指す専攻医の研修の充実
③	短時間勤務制度等の就労環境の整備など、未就業の女性医師の復職支援の推進
④	地域の病院、助産所等で活躍する助産師の育成・確保及び他職種との連携の推進
⑤	医療機関・機能の集約化・重点化など、産科及び小児科の周産期医療圏における医師偏在対策の検討
⑥	院内助産や助産師外来の活用など、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアの推進

(3)　災害時を見据えた周産期医療体制の強化

①	宮崎県災害時小児周産期リエゾンの養成、人員体制の強化
②	周産期母子医療センターにおける訓練の実施など、災害に備えた体制の確保
③	災害時小児周産期リエゾンの活用について平時から検討を進めるなど、新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制の整備

５．目 標

指　標	現　状	⇒	目　標
総合周産期母子医療センター NICU 病床数 GCU 病床数 MFICU 病床数	９床 12床 ３床 （令和８年 11 月）	⇒	９床 12床 ３床 （令和 11 年度）
地域周産期母子医療センター NICU 病床数 GCU 病床数	31 床 27 床 （令和８年 11 月）	⇒	31 床 27 床 （令和 11 年度）
災害時小児周産期リエゾン 委嘱者数	38 人 （令和８年４月）	⇒	42人 （令和 11 年度）
妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数	６医療機関 （令和８年 11 月）	⇒	６医療機関 （令和 11 年度）

【参考資料】総合及び地域周産期母子医療センターの状況

①　総合周産期母子医療センター（2026年４月１日現在）

（表）宮崎大学医学部附属病院（病院からの提出による）

<table>
<tr><td colspan="2">病院名</td><td colspan="4">宮崎大学医学部附属病院</td></tr>
<tr><td colspan="2">所在地</td><td colspan="4">宮崎県宮崎市清武町木原5200番地</td></tr>
<tr><td colspan="2">周産期医療に関連する診療科目</td><td colspan="4">■ 産婦人科　■ 小児科　■ 麻酔科　■ 精神科</td></tr>
<tr><td rowspan="5">病床数</td><td>病床数</td><td colspan="4">604床(うち一般596床)</td></tr>
<tr><td>産科病床数</td><td colspan="4">22床(婦人科含む)</td></tr>
<tr><td>新生児病床数</td><td colspan="4">21床(NICU、GCUの病床数の合計)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">MFICU、NICU等の病床数（再掲）・病床利用率（2025年度実績：%）</td><td>MFICU
（診療報酬加算対象）</td><td>NICU
（診療報酬加算対象）</td><td>GCU
（診療報酬加算対象）</td><td>年間分娩数
（2025年）</td></tr>
<tr><td>３（３）</td><td>９（９）</td><td>12（12）</td><td rowspan="2">245件</td></tr>
<tr><td>97.1%</td><td>89.3%</td><td>45.4%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医師数</td><td>産婦人科</td><td colspan="4">４人（当直１人）</td></tr>
<tr><td>新生児医療担当</td><td colspan="4">８人(産婦人科４人、小児科３人、小児外科１人)（当直１人）</td></tr>
<tr><td colspan="2">救命救急センターの指定</td><td colspan="4">■有　□無</td></tr>
<tr><td colspan="2">ドクターカー保有の有無</td><td colspan="4">■有　□無</td></tr>
<tr><td colspan="2">診療及び連携機能</td><td colspan="4">・常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併妊娠、胎児・新生児異常等母体や児におけるリスクの高い妊娠に関する医療、高度な新生児医療等を行う。
・必要に応じて救急救命センター、関係診療科や他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症のある母体に対応する。
・地域周産期母子医療センターからの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の拠点として地域周産期母子医療センターその他の一次医療機関等との連携を図る。
・各関係施設との連絡会や症例検討会の開催により、関係機関との連携を図る。
・2009年１月～「助産師外来」開設。</td></tr>
</table>

②　地域周産期母子医療センター（2026年４月１日現在）

（表）県立延岡病院（病院からの提出による）

病院名		県立延岡病院			
所在地		宮崎県延岡市新小路２丁目１番地10			
周産期医療に関連する診療科目		■ 産婦人科　■ 小児科　■ 麻酔科　□ 精神科			
病床数	病床数	399床(うち一般366床)			
	産科病床数	48床（婦人科等含む）			
	新生児病床数	9床(NICU、GCUの病床数の合計)			
	MFICU、NICU等の病床数（再掲）・病床利用率（2025年度実績：%）	MFICU（診療報酬加算対象）	NICU（診療報酬加算対象）	GCU（診療報酬加算対象）	年間分娩数（2025年）
		0	3（3）	6（0）	202件
		―	78.2%	49.4%	
医師数	産婦人科	5人（当直１人）			
	新生児医療担当	5人（当直１人）			
救命救急センターの指定		■有　□無			
ドクターカー保有の有無		■有　□無			
診療及び連携機能		・産科及び小児科(新生児医療を担当するもの)等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行う。 ・一次医療機関からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、一次医療機関等との連携を図る。 ・各関係施設との連絡会や症例検討会の参加により、関係機関との連携を図る。			

（表）県立宮崎病院（病院からの提出による）

病院名		県立宮崎病院			
所在地		宮崎県宮崎市北高松町５番30号			
周産期医療に関連する診療科目		■ 産婦人科　■ 小児科　■ 麻酔科　■ 精神科			
病床数	病床数	502床(うち一般459床)			
	産科病床数	30床			
	新生児病床数	12床(NICU、GCUの病床数の合計)　※休床中のGCU3床含む			
	MFICU、NICU等の病床数（再掲）・病床利用率（2025年度実績：%）	MFICU（診療報酬加算対象）	NICU（診療報酬加算対象）	GCU（診療報酬加算対象）	年間分娩数（2025年）
		0	3（3）	9（6）※休床3床含む	490件
		―	87.1%	48.0%	
医師数	産婦人科	11人(うち周産期母子医療センター11人)(オンコール２人)			
	新生児医療担当	３人(うち小児科０人)(当直１人)			
救命救急センターの指定		■有　□無			
ドクターカー保有の有無		■有　□無			
診療及び連携機能		・産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行う。 ・一次医療機関からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、一次医療機関等との連携を図る。 ・各関係施設との連絡会や症例検討会の参加により、関係機関との連携を図る。			

（表）宮崎市郡医師会病院（病院からの提出による）

病院名		宮崎市郡医師会病院			
所在地		宮崎県宮崎市大字有田1173番地			
周産期医療に関連する診療科目		■ 産婦人科　■ 小児科　■ 麻酔科　□ 精神科			
病床数	病床数	267床(うち一般　267床)			
	産科病床数	25床			
	新生児病床数	16床(NICU、GCUの病床数の合計)			
	MFICU、NICU等の病床数（再掲）・病床利用率（2025年度実績：%）	MFICU （診療報酬加算対象）	NICU （診療報酬加算対象）	GCU （診療報酬加算対象）	年間分娩数 （2025年）
		0	16（6）	0	512件
		―	67.4%	―	
医師数	産婦人科	6人(うち周産期母子医療センター6人)（オンコール1人）			
	新生児医療担当	6人(うち小児科0人)（当直1人）			
救命救急センターの指定		□有　■無			
ドクターカー保有の有無		□有　■無			
診療及び連携機能		・産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行う。 ・一次医療機関からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、一次医療機関等との連携を図る。 ・各関係施設との連絡会や症例検討会の参加により、関係機関との連携を図る。			

（表）県立日南病院（病院からの提出による）

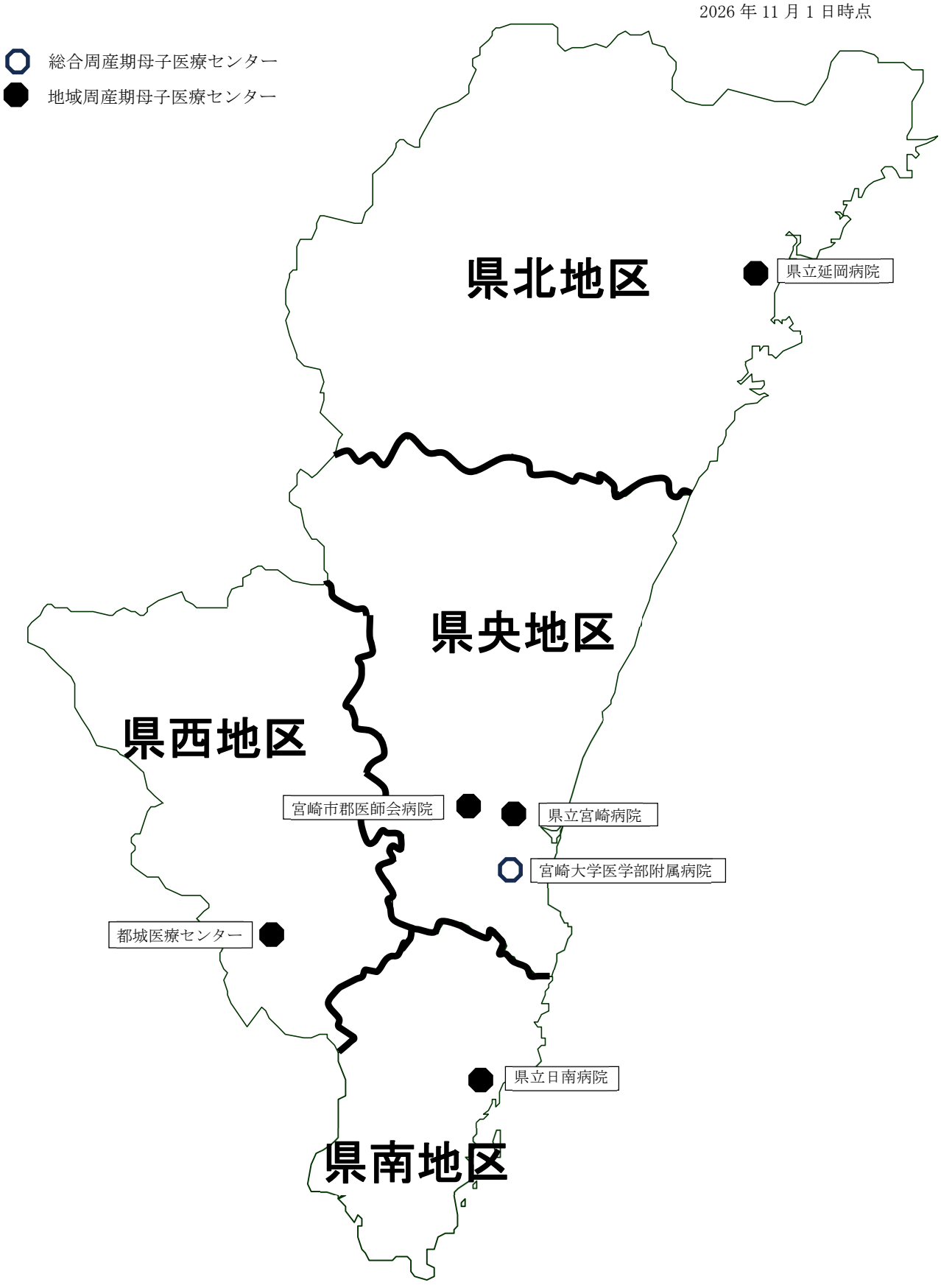
病院名		県立日南病院			
所在地		宮崎県日南市木山1丁目9番5号			
周産期医療に関連する診療科目		■ 産婦人科　■ 小児科　■ 麻酔科　□ 精神科			
病床数	病床数	204床(うち一般　200床)			
	産科病床数	14床(婦人科含む)			
	新生児病床数	3床(NICU、GCUの病床数の合計)			
	MFICU、NICU等の病床数（再掲）・病床利用率（2025年度実績：%）	MFICU （診療報酬加算対象）	NICU （診療報酬加算対象）	GCU （診療報酬加算対象）	年間分娩数 （2025年）
		0	3（0）	0（0）	247件
		―	19.39%	―	
医師数	産婦人科	4人(うち周産期母子医療センター4人)(オンコール1人）			
	新生児医療担当	2人(うち小児科2人)（当直・オンコール1人）			
救命救急センターの指定		■有　□無			
ドクターカー保有の有無		□有　■無			
診療及び連携機能		・産科及び小児科(新生児医療を担当するもの)等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行う。 ・一次医療機関からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、一次医療機関等との連携を図る。 ・各関係施設との連絡会や症例検討会の参加により、関係機関との連携を図る。			

（表）都城医療センター(病院からの提出による)

<table>
<tr><td colspan="2">病院名</td><td colspan="4">都城医療センター</td></tr>
<tr><td colspan="2">所在地</td><td colspan="4">宮崎県都城市祝吉町5033番地1</td></tr>
<tr><td colspan="2">周産期医療に関連する診療科目</td><td colspan="4">■ 産婦人科　■ 小児科　■ 麻酔科　□ 精神科</td></tr>
<tr><td rowspan="5">病床数</td><td>病床数</td><td colspan="4">307床(うち一般　307床)</td></tr>
<tr><td>産科病床数</td><td colspan="4">50床</td></tr>
<tr><td>新生児病床数</td><td colspan="4">18床(NICU、GCUの病床数の合計)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">MFICU、NICU等の病床数(再掲)・病床利用率(2025年度実績:%)</td><td>MFICU
(診療報酬加算対象)</td><td>NICU
(診療報酬加算対象)</td><td>GCU
(診療報酬加算対象)</td><td>年間分娩数
(2025年)</td></tr>
<tr><td>―</td><td>6(6)</td><td>12(0)</td><td rowspan="2">454</td></tr>
<tr><td>―</td><td>98.1%</td><td>31.3%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医師数</td><td>産婦人科</td><td colspan="4">5人(うち周産期母子医療センター5人)(当直1人、オンコール1人)</td></tr>
<tr><td>新生児医療担当</td><td colspan="4">5人(うち小児科5人)(当直1人、オンコール1人)</td></tr>
<tr><td colspan="2">救命救急センターの指定</td><td colspan="4">□有　■無</td></tr>
<tr><td colspan="2">ドクターカー保有の有無</td><td colspan="4">□有　■無</td></tr>
<tr><td colspan="2">診療及び連携機能</td><td colspan="4">・産科及び小児科(新生児医療を担当するもの)等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行う。
・一次医療機関からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れるなど、一次医療機関等との連携を図る。
・各関係施設との連絡会や症例検討会の参加により、関係機関との連携を図る。</td></tr>
</table>

宮崎県の周産期医療体制

2026 年 11 月 1 日時点



10　災害医療

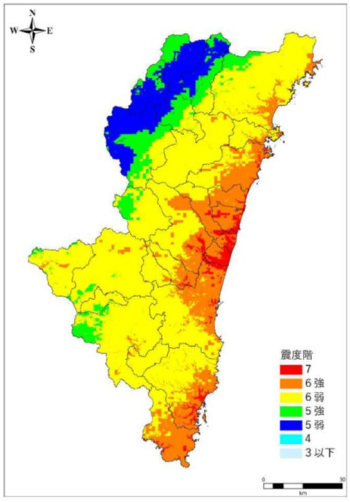
１．現 状

○　本県においては、将来的に南海トラフ地震、日向灘地震などの大規模な地震が発生する可能性があるとされており、最大クラスの地震・津波が発生した場合には、人的被害(死者数)最大約11,000人、建物被害(全壊・焼失)最大約82,000棟という甚大な被害が想定されています。

○　令和６年(2024年)８月に日向灘を震源とする最大震度６弱の地震が発生し、南海トラフ地震臨時情報（巨大地震注意）が発表されました。また、令和８年(2026年)７月には熊本県を震源とする最大震度７の地震が発生し、県内でも最大震度５弱の地震を観測しました。

○　火山による災害として、霧島山(新燃岳)は、平成23年(2011年)１月に52年ぶりとなる爆発的噴火が発生しており、平成29年(2017年)10月及び平成30年(2018年)３月にも再噴火しています。また、えびの高原（硫黄山）においても、平成30年(2018年)４月に小規模な噴火が発生しております。

○　令和６年(2024年)８月に台風第10号による風水害が発生するなど、近年、台風や集中豪雨による浸水災害が毎年のように発生しています。



（震度分布(南海トラフ巨大地震)）


（令和６年 台風第10号による被害）

２．災害医療体制

(1) 災害急性期（発災後48時間以内）の対応について

○　本県で大規模災害が発生した場合は、県災害対策本部が設置されるとともに、災害対策に係る保健医療福祉分野の支援活動を行うチームの派遣調整や情報連携等の保健医療福祉活動の総合調整を行うため、福祉保健部長を本部長とする県保健医療福祉調整本部も設置されます。

　県保健医療福祉調整本部内にはＤＭＡＴ調整本部も立ち上がり、ＤＭＡＴ(災害派遣医療チーム)を中心とした被災地の医療確保や医療支援を行います。

また、被災地での精神科医療の提供や専門的な支援を行うＤＰＡＴ(災害派遣精神医療チーム)は、発災から48時間以内に被災地で活動する日本ＤＰＡＴとして、県内３機関を登録しています。

○　災害時の医療機関の被災状況や医療ニーズを把握するため、国の広域災害救急医療情報システム(ＥＭＩＳ:Emergency Medical Information System)を活用し、情報収集を行います。

○　災害時における救急患者の受入や、被災地の医療機関の支援等を行う災害拠点病院として、基幹災害拠点病院を２か所、地域災害拠点病院を11か所指定しています。

○　患者を広域的に搬送する必要がある場合は、県災害対策本部で調整し、ヘリや航空機などにより搬送します。航空搬送拠点として、患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所となる航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ：Staging Care Unit）を県内４か所に整備しています。

○　災害時においては、透析患者への対応が必要となりますが、透析治療を継続して受けることができるよう、宮崎県透析医会が中心となり、各地区で連絡が取れる宮崎県透析災害時情報ネットワークを構築しています。

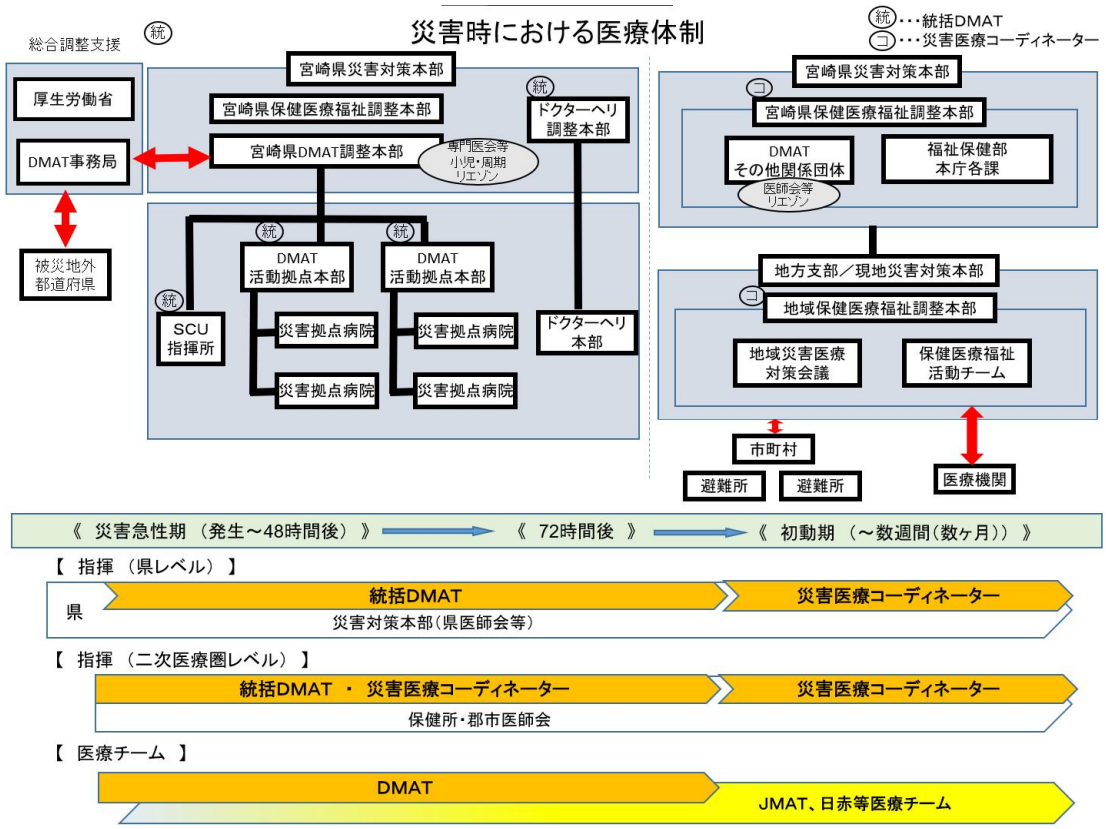
(2) 災害中長期の対応について

○　災害中長期においては、保健医療福祉調整本部に配置する災害医療コーディネーターが全国各地から派遣される医療チーム等の派遣調整等を行うとともに、被災地の保健所に設置される地域保健医療福祉調整本部が、市町村と連携し、被災地の病院や救護所、避難所等の継続的な支援を行います。

○　大規模災害時には、県医師会が派遣する日本医師会災害医療チーム(ＪＭＡＴ：Japan Medical Association Team)や、県歯科医師会が派遣する日本災害歯科支援チーム(ＪＤＡＴ：Japan Dental Alliance Team)、作業療法士等からなる日本災害リハビリテーション支援チーム(ＪＲＡＴ：Japan Rehabilitation Assistance Team)、災害時健康危機管理支援チーム(ＤＨＥＡＴ：Disaster Health Emergency Assistance Team)などによる支援チームが構成されるとともに、県薬剤師会が派遣する災害薬事コーディネーターが医薬品等の供給調整や薬剤師班の派遣調整を行うなど、専門分野に応じた支援を行います。

○　大規模災害の発生に備え、医療救護所での初動医療に必要となる医薬品等を県内３か所（宮崎・都城・延岡）に備蓄するとともに、「九州・山口９県災害時応援協定」に基づき、効率的かつ効果的に被災県を応援するための広域応援体制を整備しています。

また、関係団体と災害時応援協定を締結することにより、県内で医薬品等が不足する場合に優先的に供給される体制を構築しています。



(3) 災害医療を担う体制について

（災害拠点病院）

○　災害拠点病院は、災害発生時に24時間緊急対応し、被災地域内の傷病者等の受入及び搬出を行う体制を有するとともに、災害派遣医療チーム（DMAT）を保有し、災害時にはその派遣や他の医療機関のチームの受入れを行います。

○　災害拠点病院は、全ての建物が耐震構造となっており、受水槽や自家発電設備が整備されているとともに、応急用医療資器材や食料、飲料水、医薬品等を備蓄しています。また、アンテナ設置型の高機能な衛星電話が整備されており、毎年度訓練を実施しています。

（ＤＭＡＴ）

○　大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね48時間以内）から活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームで、阪神淡路大震災の教訓を基に養成が始まり、厚生労働省が実施する「日本ＤＭＡＴ隊員養成研修」を修了することが資格取得要件となります。

○　１チーム当たり、医師１名、看護師２名、業務調整員１名の４名を基本に構成されるもので、県内の災害拠点病院等に37チーム（令和８年(2026年)３月31日現在）あります。

（ＤＰＡＴ）

○　被災地域の精神保健医療ニーズの把握、各種関係機関との連絡調整、専門性の高い精神科医療の提供及び精神保健活動の支援のために、専門的な研修・訓練を受けた都道府県等の職員を中心として編成されます。

○　チームメンバーは、精神科医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士等の専門職及び業務調整員により、現地のニーズに合わせて、１班当たり３～４名で構成されます。

（災害時小児周産期リエゾン）

○　災害時の小児・周産期医療に関する把握、搬送、情報共有を円滑に行うため、ＤＭＡＴ等の医療救護活動や災害医療コーディネーターの活動を支援する「災害時小児周産期リエゾン」について、平成28年度(2016年度)から国の研修事業を活用して養成するとともに、これまで計38人(令和８年(2026年)４月現在)を県の災害時小児周産期リエゾンとして委嘱しています。

（ＪＤＡＴ(日本災害歯科支援チーム)）

○　災害時の歯科医療救護活動及び避難所での歯科保健衛生活動を迅速円滑に行うため、宮崎県歯科医師会と協定を締結し、JDAT をすみやかに派遣できる体制を整備しています。今後もこの体制を維持するため、令和６年度(2024年度)より歯科医師、歯科衛生士等を対象としたチーム養成研修を開催しています。

（ＤＨＥＡＴ）

○　被災都道府県の保健医療福祉調整本部及び被災都道府県等の保健所の指揮調整機能への支援のために、専門的な研修・訓練を受けた都道府県等の職員を中心に編成されます。

○　専門的な研修・訓練を受けた医師、保健師などの専門職及び業務調整員により、現地のニーズに合わせて１班当たり５名程度で構成されます。本県では、127名が登録されています(令和８年(2026年)８月現在)。

（災害対策医薬品供給車両（モバイルファーマシー））

○　災害対策医薬品供給車両(モバイルファーマシー)は、調剤台や分包機等の調剤設備を有する特殊車両で、発電機や給水タンクを搭載しており、被災地で自立的に調剤業務と医薬品の交付を行うことができます。

○　全国で22都府県26台導入(令和８年(2026年)３月現在)されており、本県においては、(一社)宮崎県薬剤師会が令和５年度(2023年度)に１台導入しました。

(図表)県内の災害拠点病院、ＤＭＡＴの数(R8.3.31 時点)

種別	医療圏名	医療機関名	ＤＭＡＴ数
基幹	全医療圏	県立宮崎病院	4
		宮崎大学医学部附属病院	10
地域	延岡西臼杵	県立延岡病院	5
		延岡共立病院	2
	日向入郷	済生会日向病院	1
		和田病院	1
		千代田病院	2
	西都児湯	西都児湯医療センター	1
	宮崎東諸県	宮崎市郡医師会病院	3
		宮崎善仁会病院	1
	日南串間	県立日南病院	1
	都城北諸県	都城市郡医師会病院	3
	西諸	小林市立病院	2

※DMAT は災害拠点病院以外にも１チームあり。

３．課 題

(1) 大規模災害発生時に対応するための体制の整備

○　災害急性期においては、ＤＭＡＴ調整本部を中心とした被災地の医療確保や医療支援を行いますが、災害中長期には、県保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部を中心とした継続的な保健医療福祉活動となるため、円滑な移行が必要となります。

○　県内で大規模災害が発生した場合、全国各地から多数のＤＭＡＴやＪＭＡＴ等の医療チームが派遣されますが、その際の派遣調整や、急性期と中長期の医療チーム間の連携等のコーディネート機能の強化を図る必要があります。

○　災害急性期において被災地に駆けつけ救急医療を行うとともに、医療機関の支援等を行うＤＭＡＴなどの災害医療を担う人材を維持・確保する必要があります。

○　災害医療体制を支えるためには、平時から、県、市町村、医師会、災害拠点病院、消防機関等の災害医療関係機関や関係団体が訓練や研修会を通じ、「顔の見える関係」を構築し、連携を図る必要があります。

○　災害時には、多数の精神科患者の搬送や、精神症状の安定化等が必要となる可能性があり、精神患者の一次避難所としての機能や、ＤＰＡＴの派遣機能を有する災害拠点精神科病院の整備が求められています。

○　在宅療養患者及び介護施設入所者に対し、災害時にも必要な医療・介護が継続して提供されるよう、平時から関係機関の連携を進める必要があります。

(2) 災害時に拠点となる病院以外の病院の防災対策

○　災害時には、災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供が求められます。また、被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備や平時からの備えが必要となります。

(3) 豪雨災害等の被害軽減のための浸水対策

○　津波被害や近年頻発している豪雨災害からの被災を軽減するため、津波災害警戒区域及び浸水想定区域にある医療機関の浸水対策等の状況を把握するとともに、浸水対策を進める必要があります。

４．施策の方向

【医療圏】

災害医療の医療連携体制は、引き続き７つの二次医療圏を基本とし、状況に応じて他圏域と適切に連携を図りながら、次に掲げる方向性に沿って取り組んでいきます。

(1) 災害時における災害医療体制の確保

①	県保健医療福祉調整本部や地域保健医療福祉調整本部の円滑な運用に向けた、様々な機会を通じた訓練や、ＥＭＩＳの入力訓練等の実施
②	訓練や研修会等への参加を促進し、平時から、県や市町村、医師会等の災害医療関係機関や関係団体の顔が見える関係の構築
③	県全体及び二次医療圏ごとに災害医療コーディネーターを複数名配置することによる、調整機能を十分発揮できる体制の整備
④	ＤＭＡＴをはじめとする災害医療を担う人材の確保・育成
⑤	災害拠点病院の災害時の医療機能の維持・充実や、 新たに災害拠点病院となる病院やＤＭＡＴ指定医療機関への支援
⑥	避難者等の体調管理や投薬等に対応できるよう、 オンライン診療の活用などを検討
⑦	ドクターヘリやモバイルファーマシーなどが訓練等に参加することを通じた災害医療体制についての県民等への理解促進
⑧	県内の災害拠点精神科病院の位置づけなど、 災害時における精神科医療体制の充実
⑨	災害医療の取組と連携した、在宅医療・介護関係機関における業務継続計画（BCP）の策定並びに在宅療養患者及び介護施設入所者への医療・介護の継続に向けた市町村及び関係機関との連携の促進



大規模災害時医療活動訓練

(2) 災害時に拠点となる病院以外の病院の防災対策

①	平時からの訓練等を通じた災害時の被害状況、診療継続可否等の情報をＥＭＩＳに入力できる体制の構築
②	被災後、早急に診療機能を回復できるような実効性の高いＢＣＰの整備促進
③	診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策の必要性の周知

(3) 豪雨災害等の被害を軽減するための浸水対策

①	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関における止水板等の止水対策や自家発電機等の高所移設による浸水対策の促進

５．目 標

指　標	現　状		目　標
ＤＭＡＴチーム数	37 チーム （令和７年度）	⇒	40チーム （令和 11 年度）
災害医療コーディネーター数	35 名 （令和７年度）	⇒	32名 （令和 11 年度）
災害拠点病院以外の病院におけるＢＣＰの策定率	17.3% （平成 31 年２月）	⇒	100% （令和 11 年度）
ＥＭＩＳの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	75.0% （令和６年度）	⇒	100% （令和 11 年度）
病院の耐震化率	83.7% （令和７年度）	⇒	100% （令和 11 年度）
浸水想定区域、津波災害警戒区域内のいずれかに該当する病院のうち、対策実施済みの割合	57.5% （令和４年度）	⇒	100% （令和 11 年度）

11　新興感染症発生・まん延時における医療

１．現 状

(1) 新型コロナウイルス感染症の流行以前

○　平成21年(2009年)の新型インフルエンザ(A/H1N1)の世界的流行により、本県でも15～20万人(推計)が感染したことを踏まえ、新型インフルエンザ発生時に感染拡大を可能な限り抑制し、健康被害を最小限にとどめるため、平成25年(2013年)に施行された新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、「宮崎県新型インフルエンザ等対策本部条例」の制定、「宮崎県新型インフルエンザ等対策行動計画」の策定を行いました。

○　当行動計画に基づき、新型インフルエンザ等の発生を想定した医療機関・関係機関と共同での訓練、入院協力医療機関への人工呼吸器の補助、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄、発生時の特定接種の実施体制の整備に取り組みました。

○　感染症発生時のまん延防止を図るため、第二種感染症指定医療機関７か所に加え、平成27年(2015年)に第一種感染症指定医療機関を１か所指定し、さらに、新型インフルエンザのアウトブレイク時に本県で医療機関を受診する患者数(上限値)が約22万人と推計されたことを踏まえ、入院患者の病床確保を含めた医療提供体制の整備に取り組みました。

・本県の感染症指定医療機関

特定感染症指定医療機関	なし
第一種感染症指定医療機関（１）	県立宮崎病院
第二種感染症指定医療機関（７）	県立延岡病院（延岡西臼杵医療圏） 宮崎県済生会日向病院（日向入郷医療圏） 県立宮崎病院（宮崎東諸県医療圏） 都農町国民健康保険病院（西都児湯医療圏） 県立日南病院（日南串間医療圏） 都城市郡医師会病院（都城北諸県医療圏） 小林市立病院（西諸医療圏）

(2) 新型コロナウイルス感染症の流行

○　令和２年(2020年)からの新型コロナウイルス感染症の流行は、医療だけにとどまらず社会全体に大きな影響を与えましたが、オミクロン株の特性やワクチン接種の進展などにより、重症化率や死亡率が低下したこと等から、令和５年(2023年)５月８日より感染症法上の位置づけが５類感染症へと変更されました。

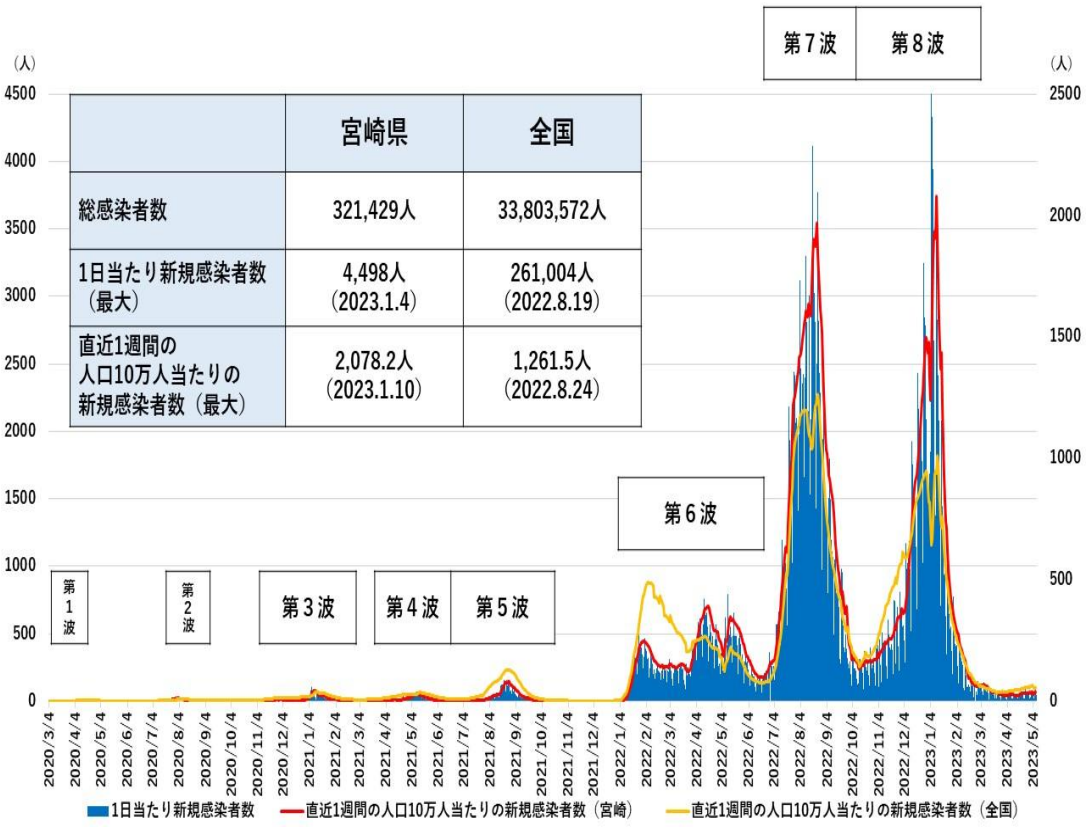
○　国内では、令和２年(2020年)１月16日に１例目の感染が確認されてから、５類感染症へと移行するまでに（令和５年(2023年)５月７日まで)、延べ33,803,572人の感染者、合計74,694人の死亡者が確認されました。

○　本県においても、令和２年(2020年)３月４日に１例目の感染が確認されてから、５類感染症へと移行するまでに、延べ321,429人の感染者、合計778人の死亡者が確認されました。

○　８回にわたる感染拡大の波は回を重ねるごとに大きくなり、第８波では、１日当たりの新規感染者数が最大4,498人と、爆発的な感染拡大に直面し、１日当たりの入院者数（確保病床）も過去最大の259人まで増加し、医療提供体制への負荷が高まりました。

・本県及び全国の感染状況

	宮崎県	全国
総感染者数	321,429人	33,803,572人
1日当たり新規感染者数（最大）	4,498人（2023.1.4）	261,004人（2022.8.19）
直近1週間の人口10万人当たりの新規感染者数（最大）	2,078.2人（2023.1.10）	1,261.5人（2022.8.24）



※　全国の数値の出典は厚生労働省オープンデータ

・感染拡大の波ごとの主な感染状況

	第１波	第２波	第３波	第４波 （ｱﾙﾌｧ株）
日　数 （期　間）	39日 （2020.3.4～ 2020.4.11）	55日 （2020.7.22～ 2020.9.14）	113日 （2020.11.15～ 2021.3.7）	86日 （2021.3.27～ 2021.6.20）
総感染者数	17人	345人	1,576人	1,112人
1日当たり 新規感染者数（最大）	4人	26人	105人	62人
1日当たり入院者数 （確保病床：最大）	14人	101人	102人	84人
重症者数 （重症率）	1人 （5.88%）	4人 （1.16%）	24人 （1.52%）	20人 （1.80%）
死者数 （致死率）	0人 （－）	1人 （0.29%）	21人 （1.33%）	5人 （0.45%）
1日当たり宿泊施設 療養者数（最大）	－	54人	118人	116人
1日当たり施設(高齢者 施設等)療養者数(最大)	－	－	24人	32人
1日当たり自宅 療養者数（最大）	－	－	258人	221人

	第５波 （ﾃﾞﾙﾀ株）	第６波 （ｵﾐｸﾛﾝ株BA.1系統・ BA.2系統）	第７波 （ｵﾐｸﾛﾝ株BA.5系統）	第8波 （ｵﾐｸﾛﾝ株BA.5系統・ 亜系統・組換え体）
日　数 （期　間）	112日 （2021.6.21～ 2021.10.10）	169日 （2022.1.2～ 2022.6.19）	107日 （2022.6.20～ 2022.10.4）	149日 （2022.10.5～ 2023.3.2）
総感染者数	3,070人	50,344人	140,036人	121,473人
1日当たり 新規感染者数（最大）	158人	790人	4,113人	4,498人
1日当たり入院者数 （確保病床：最大）	155人	115人	178人	259人
重症者数 （重症率）	21人 （0.68%）	11人 （0.02%）	35人 （0.02%）	47人 （0.04%）
死者数 （致死率）	14人 （0.46%）	104人 （0.21%）	223人 （0.16%）	403人 （0.33%）
1日当たり宿泊施設 療養者数（最大）	194人	262人	204人	157人
1日当たり施設(高齢者 施設等)療養者数(最大)	10人	140人	341人	987人
1日当たり自宅 療養者数（最大）	800人	4,138人	23,474人	－

※自宅療養者数は、全数届出の見直しが行われるまで（～2022.9.25）の実績

※第８波の入院者数は HER-SYS 入力情報の抽出（医療機関の入力漏れがある可能性に留意が必要）

(3) 新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制

○　令和２年(2020年)９月から発熱患者等の診療・検査を行う医療機関を「診療・検査医療機関」として県が指定する取組を進め、第８波では453医療機関を指定しました。

○　第７波のピーク時には１日の新規感染者数が４千人を超え、小児科や救急を中心に外来がひっ迫しましたが、第７波を超える感染拡大に直面した第８波では、診療・検査医療機関(医療機関数・診療時間)の拡充や、全数届出の見直しによる事務の簡素化等により、第７波までのひっ迫状況には至りませんでした。

○　令和２年(2020年)３月当初は、感染症指定医療機関が有する病床31床により、入院受入を開始し、以降、医療機関に対して繰り返し病床確保の要請を行うことにより、第８波では最大415床まで増加しました。

○　第８波では、高齢者層の感染が増加するとともに、高齢者施設や医療機関でのクラスターの多発等により、病床使用率が60%を超えて過去最多を更新するなど、入院受入体制がひっ迫しました。

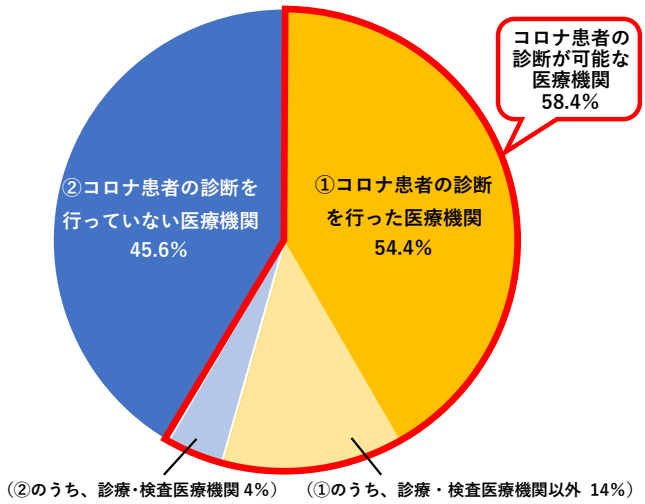
・感染拡大の波ごとの医療提供体制の主な状況

	第１波	第２波	第３波	第４波 (ｱﾙﾌｧ株)
診療・検査 医療機関数	－	－	379	379
確保病床数	106床	246床	274床	285床
入院受入 医療機関数	23	26	27	30
1日当たり入院者数 (確保病床：最大)	14人	101人	102人	84人
病床使用率 (重症病床使用率)			41.5% (30.3%)	29.9% (21.2%)

	第５波 (ﾃﾞﾙﾀ株)	第６波 (ｵﾐｸﾛﾝ株BA.1系統・BA.2系統)	第７波 (ｵﾐｸﾛﾝ株BA.5系統)	第8波 (ｵﾐｸﾛﾝ株BA.5系統・亜系統・組換え体)
診療・検査 医療機関数	386	412	431	453
確保病床数	332床	297床	381床	415床
入院受入 医療機関数	33	38	43	50
1日当たり入院者数 (確保病床：最大)	155人	115人	178人	259人
病床使用率 (重症病床使用率)	50.5% (36.4%)	42.4% (20.0%)	53.6% (46.7%)	64.4% (29.4%)

○　発熱外来について、第８波では、県内の医療機関の半数以上がコロナ患者の診断を実施しました（内科、耳鼻科、小児科標榜医療機関では、全体の66%が診断を実施）。

・第８波における発熱外来の対応の状況（2023年３月公表）

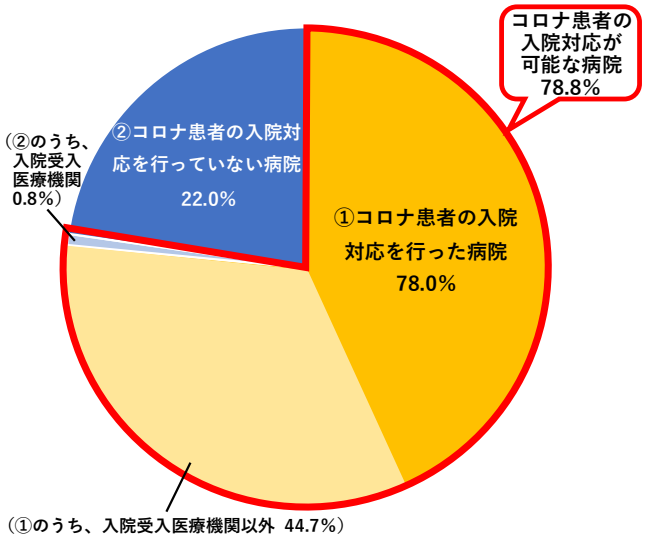


	医療機関	内科、耳鼻科、小児科標榜
全体（※）	1,031	753
①コロナ患者の診断を行った医療機関	561	496
診療・検査医療機関	412	376
上記以外	149	120
②コロナ患者の診断を行っていない医療機関	470	257
診療・検査医療機関	41	32
上記以外	429	225

※「令和2年度医療施設調査」を基に集計（歯科を除く）

○　入院対応について、第８波では、県内の病院の約８割が実施しました。

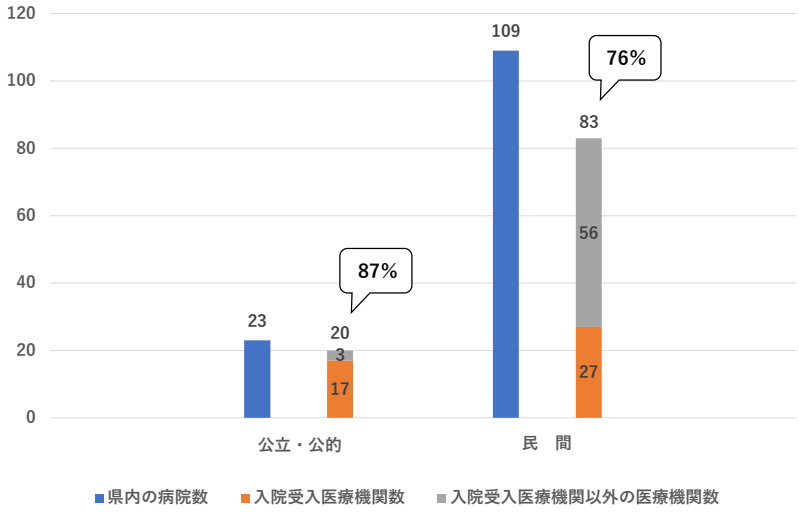
・第８波におけるコロナ患者の入院対応の状況（2023年３月公表）



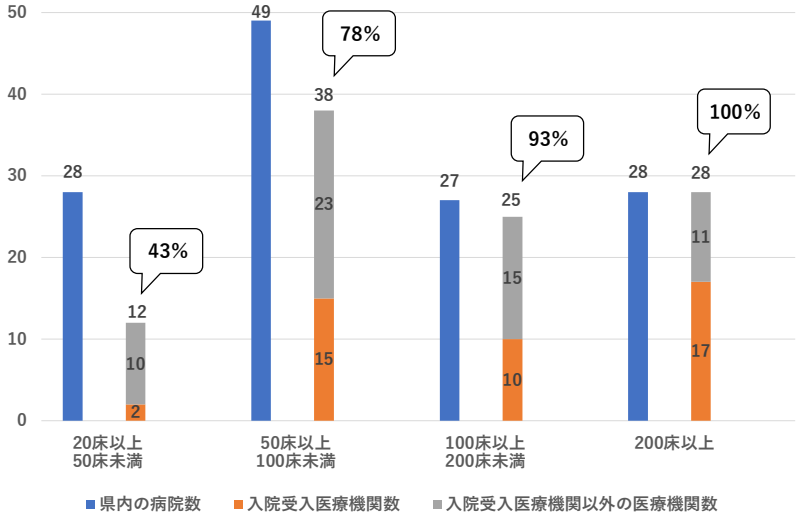
	病院（許可病床20床以上）	診療所（許可病床20床未満）
全体（※）	132	134
①入院対応を行った医療機関	103	21
入院受入医療機関（確保病床）	44	4
上記以外	59	17
②入院対応を行っていない医療機関	29	113
入院受入医療機関（確保病床）	1	1
上記以外	28	112

※宮崎県調べ（2023年３月時点）

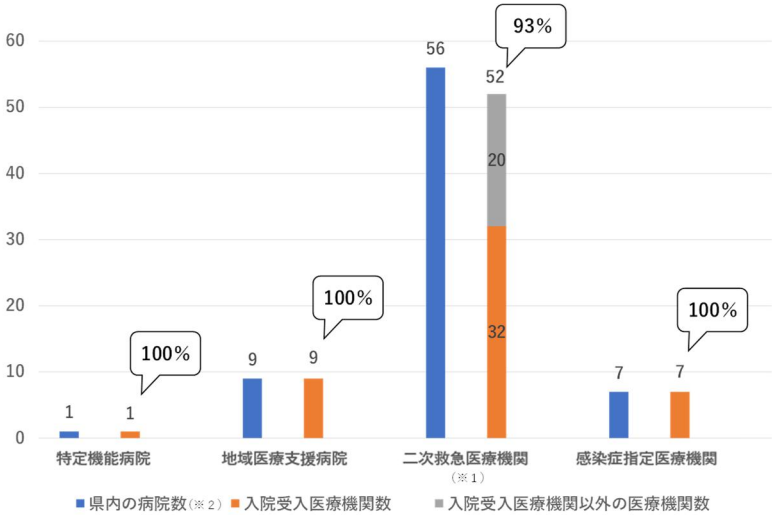
・【参考】第８波におけるコロナ患者の入院対応の状況（設置者別）



・【参考】第８波におけるコロナ患者の入院対応の状況（病床数別）



・【参考】第８波におけるコロナ患者の入院対応の状況（機能別）



※１　二次救急医療機関は、内科・呼吸器内科を協力診療科目としている医療機関に限る
※２　医療機関数については、特定機能病院･地域医療支援病院･感染症指定医療機関は2023年３月時点、二次救急医療機関は2022年12月現在の数

(4) 新型コロナウイルス感染症の５類移行後

○　新型コロナウイルス感染症は５類感染症へと移行し、現在は定点把握の感染症として感染状況の把握を行っています。

○　令和６年(2024年)には、新型コロナウイルスに係る対応を念頭に、県民一人ひとりにおける予防と感染症の患者に対する良質かつ適切な医療の提供を基本として社会全体の予防を推進するための「宮崎県感染症予防計画」の改定を行いました。

○　また、令和７年(2025年)には新型コロナウイルス感染症対応で把握された課題を踏まえ、次の感染症危機でより万全な対応を目指し、対策の充実等を図ることを目的に「宮崎県新型インフルエンザ等対策行動計画」の全面改定を行いました。

２．課 題

(1) 医療機関の機能に応じた役割分担、平時からの計画的な体制確保

○　通常医療に用いている病床を新興感染症病床として確保するには、入院患者の転院調整等が必要となり、平時から、そのための仕組みやルール等を定め、各医療機関の機能に応じた役割分担を行うことが重要です。

○　感染流行の初期段階から、かかりつけ医等の身近な医療機関等に相談・受診できる体制を確保するとともに、有事に備え、医療用物資を備蓄しておく必要があります。

(2) 関係者間の平時からの連携強化

○　有事において、必要な対策が機動的に講じられるよう、平時から関係者間の意思疎通、情報共有、連携推進を図ることが重要です。

○　医療機関における研修・訓練の実施等により、感染症対応を行う人材育成の推進を図る必要があります。

３．施策の方向

新興感染症に係る医療提供体制については、これまでの７つの二次医療圏を基本とし、状況に応じて他圏域と適切に連携を図るとともに、宮崎県感染症対策連携協議会において相互に進捗確認を行いながら、次に掲げる方向性に沿って取組を進めていきます。

(1) 機能・役割に応じた感染症対応に係る医療提供体制の確保

①	入院医療を担当する医療機関との協定締結による病床確保
②	地域の実情を踏まえた関係機関との連携による円滑な入院調整体制の構築
③	発熱外来を担当する医療機関との協定締結による患者受入体制の構築
④	自宅療養者等に対する医療の提供を担当する医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）との協定締結による往診やオンライン診療、訪問看護、医薬品対応等の実施
⑤	感染症患者以外の患者の受入、感染症からの回復患者の転院受入又は人材派遣を担当する医療機関との協定締結による後方支援体制の確保
⑥	医療機関等との協定締結による個人防護具の備蓄

(2) 感染症の予防に関する人材の資質の向上

①	協定締結医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）を含む感染症指定医療機関における研修・訓練の実施

４．目 標

指　標	目標値	
	流行初期（※１）	流行初期以降（※２）
医療措置協定締結医療機関(入院)の確保病床数（感染症病床を含む）	146 床	449床
医療措置協定締結医療機関(発熱外来)の機関数	34機関	447機関
医療措置協定締結医療機関(自宅療養者等への医療の提供)の機関数	―	602機関
医療機関数		233機関
薬局数		299機関
訪問看護事業所数		70機関
医療措置協定締結医療機関(後方支援)の機関数	―	98機関
医療措置協定締結医療機関(人材派遣)の確保人数	―	60人
県外派遣可能な人数		38人
医　師		12人
県外派遣可能な人数		８人
看護師		48人
県外派遣可能な人数		30人
医療措置協定に基づき個人防護具の備蓄を十分に行う（２ヶ月分以上個人防護具の備蓄を行う）医療機関数	協定締結医療機関の８割以上の医療機関数	
患者受入に係る研修・訓練の実施数	全協定締結医療機関が年１回以上実施	

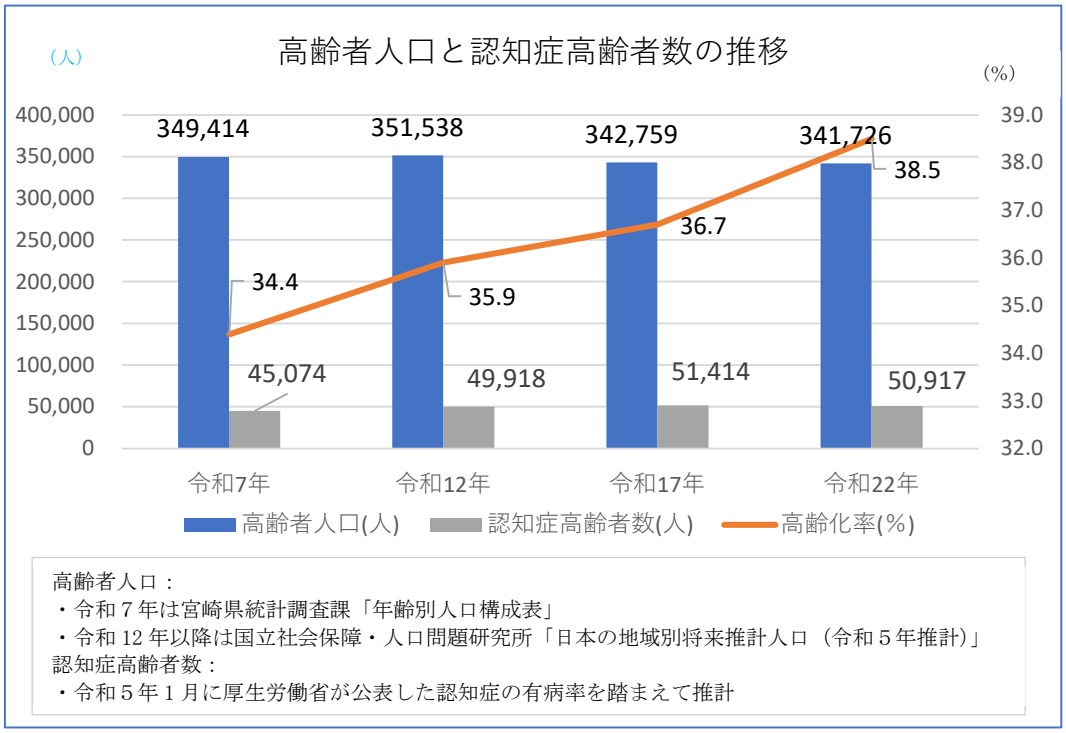
※１　厚生労働大臣による新興感染症発生の公表後１週間から３ヶ月の間
※２　流行初期経過後の３ヶ月

12　在宅医療・介護

１．現 状

○　本県の65歳以上の高齢者人口は、令和７年(2025年)は34.9万人、高齢化率は34.4%となっていますが、令和22年(2040年)には34.2万人、高齢化率は38.5%と推計されており、今後ますます高齢化が進むことが見込まれています。

○　高齢化の進展により、要介護（要支援）認定者数は、令和８年(2026年)３月末時点では5.9万人であり、令和22年(2040年)には7.0万人になると見込まれています。また、認知症高齢者の数についても、令和５年(2023年)に厚生労働省が公表した認知症の有病率を踏まえて推計すると、令和７年(2025年)は4.5万人ですが、令和22年(2040年)には、5.1万人になると見込まれています。

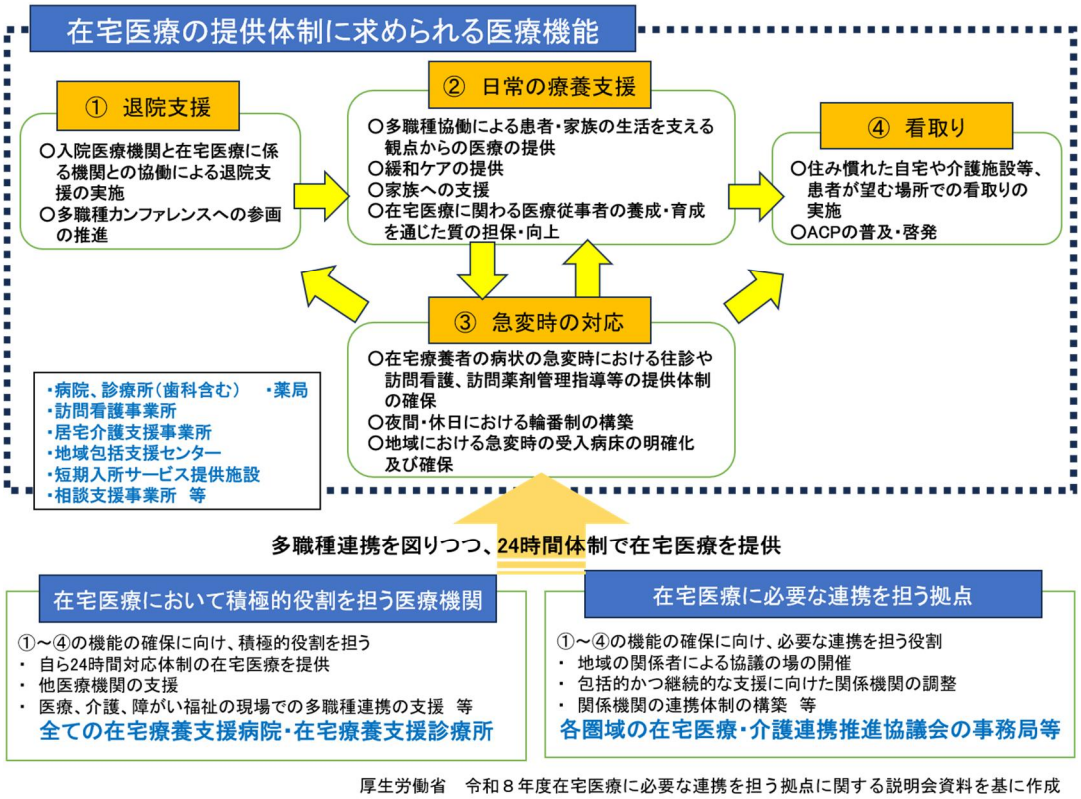


高齢者人口：
・令和７年は宮崎県統計調査課「年齢別人口構成表」
・令和 12 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和５年推計）」
認知症高齢者数：
・令和５年１月に厚生労働省が公表した認知症の有病率を踏まえて推計

２．在宅医療の提供体制等

在宅医療の推進に当たっては、「退院支援」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」及び「在宅での看取り」の４つの場面において、患者やその家族の状況に応じて切れ目のない医療・介護サービスが提供される体制の構築が重要です。

また、医療機関、歯科医療機関、薬局、訪問看護事業所、介護サービス事業所、地域包括支援センター、市町村等が連携するとともに、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心として、地域全体で支える体制を構築することが求められています。



厚生労働省　令和８年度在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する説明会資料を基に作成

(1) 退院支援

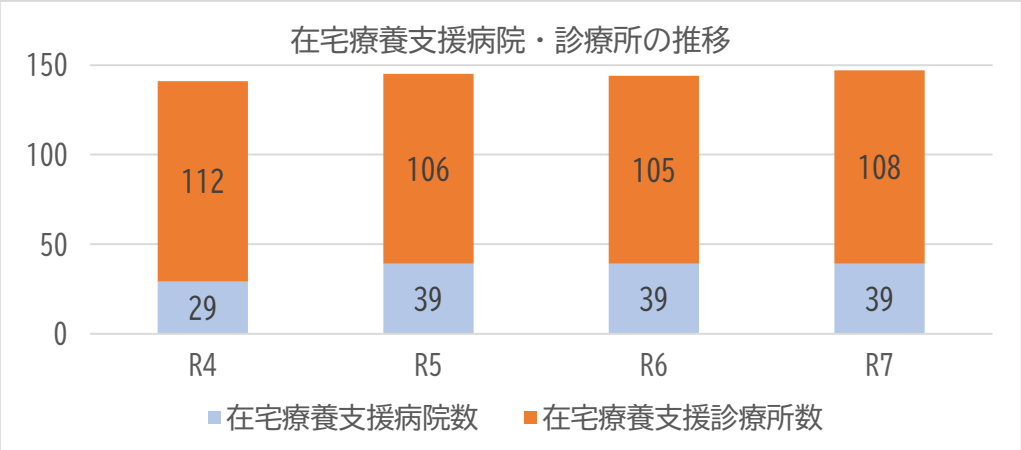
○　県内の退院支援を実施している診療所・病院は、令和５年（2023年）は80か所あり、平成29年（2017年）と比べて16か所増加しています。

○　全ての圏域において入退院調整ルールの策定は完了しており、介護支援専門員と医療機関の円滑な連携に活用されています。

(2) 日常の療養生活の支援

①　訪問診療・歯科診療・薬剤管理指導

○　在宅医療の中心的役割を担う「在宅療養支援病院」と「在宅療養支援診療所」は、令和７年（2025年）12月現在、39病院、108診療所が届け出ており、その総数は増加しています。



（出典：九州厚生局「施設基準届出」）

	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県全体
R2 年度	14	2	75	10	8	16	13	138
R7 年度	18	5	73	8	7	18	18	147

（出典：九州厚生局「施設基準届出」）

○　県内で訪問診療を提供している医療機関は、令和５年(2023年)は、全病院・診療所1,035か所のうち173か所(16.7%)となっています。

訪問診療を提供している医療機関数

	延岡 西臼杵	日向 入郷	宮崎 東諸県	西都 児湯	日南 串間	都城 北諸県	西諸	県全体
R2 年度	22	11	86	14	12	23	17	185
R5 年度	22	10	86	8	11	19	17	173

（出典：厚生労働省「医療施設静態調査」）

○　在宅療養支援歯科診療所は、令和２年(2020年)は74か所でしたが、令和８年(2026年)は80か所に増加しています。

○　在宅歯科診療を行っている歯科診療所の割合は、令和２年(2020年)は29.2%でしたが、令和７年(2025年)は30.9%に増加しています。

○　県内で在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出をしている薬局は、令和２年(2020年)は474か所でしたが、令和７年(2025年)は485か所に増加しています。

○　麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施できる薬局は、令和７年(2025年)は46か所となっています。

　また、無菌製剤の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施できる薬局は、令和７年(2025年)は67か所となっています。

②　訪問看護

○　県内の訪問看護ステーションは、令和５年(2023年)は167か所でしたが、令和８年(2026年)は231か所に増加しています。

○　訪問看護を提供している医療機関(みなし指定の訪問看護事業所)は、令和８年(2026年)は229か所となっています。

(3) 急変時の対応

○　急な症状等により患者や家族等の求めに応じて医師が居宅に出向くなど、往診を実施している医療機関は、令和２年(2020年)は181か所でしたが、令和５年(2023年)は184か所とわずかに増加しています。

○　診療報酬における「24時間対応体制加算」の届出を行っている訪問看護ステーションは、令和３年(2021年)は132か所でしたが、令和６年(2024年)は177か所に増加しています。

　また、介護報酬における「緊急時訪問看護加算」の届出を行っている訪問看護ステーションは、令和３年(2021年)は132か所でしたが、令和７年(2025年)は195か所に増加しています。

(4) 在宅での看取り

○　本県の在宅死亡率は、令和４年(2022年)は28.4%でしたが、令和６年(2024年)は30.4%に増加しています。

○　在宅看取りを実施する医療機関は、令和２年(2020年)は72か所でしたが、令和５年(2023年)は77か所に増加しています。

○　人生の最終段階において本人の希望に沿った医療・ケアを提供するためには、家族や医療・介護関係者等とあらかじめ話し合う「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング)」が重要ですが、その認知度はまだ十分とは言えない状況です。

３．課　題

(1) 在宅医療の提供体制の確保

○　令和22年(2040年)頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを有する高齢者や認知症高齢者の増加、高齢者救急・在宅医療のニーズの増加が見込まれる一方、生産年齢人口の減少に伴い、医療・介護人材の確保が一層困難となることから、限られた地域資源を有効に活用した持続可能な在宅医療提供体制を構築する必要があります。

○　在宅医療の提供体制を確保するために、訪問診療や緩和ケアなどに対応できる医師をはじめ、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、介護支援専門員など、在宅医療を支える多様な人材の確保及び育成が必要です。

○　円滑な在宅医療の実施のためには、県、市町村及び医療・介護従事者が連携し、地域の実情に応じた提供体制を構築する必要があります。

○　在宅療養患者及び介護施設入所者に対し、災害時にも必要な医療・介護が継続して提供されるよう、平時から関係機関の連携を進める必要があります。

(2) 在宅療養移行に向けた退院支援

○　入院医療から在宅医療への円滑な移行のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっています。医療の継続性や退院に伴う新たな心理的・社会的問題の予防や対応が必要となることから、医療・介護等の関係機関が、疾病等の情報のみならず、日常生活に関する患者の情報を共有することが重要です。

○　患者が入院する時点から退院後の生活に至るまで、医療と介護等のサービスが切れ目なく提供されるよう、関係機関による十分な連携が求められます。

○　各圏域で策定済みの入退院調整ルールについては、その運用状況を継続的に把握・評価し、必要に応じて改善していくことが重要です。

○　高齢者救急の増加を踏まえ、急性期医療を終えた患者が介護保険施設や居宅サービス等を適切に活用し、円滑に日常生活へ戻ることができるよう、医療機関と介護関係者との退院支援・受入れの連携を進める必要があります。

(3) 日常の療養生活の支援

○　一時的な往診を行っている医療機関であっても、継続的・計画的な訪問診療を行っている医療機関は一部にとどまっている状況にあります。

○　訪問診療の実施状況を見ると、各医療圏で差があることから、訪問診療に取り組む病院・診療所の増加を図ることや、ＩＣＴを活用した医療提供の推進等に取り組み、均てん化を進める必要があります。

○　在宅医療を支えるためには、急性期や回復期の医療機関による後方支援は不可欠であり、各圏域における入院医療機関と在宅医療に取り組む医療機関相互の日頃からの連携が重要です。

○　小児や医療的ケア児等に対する在宅医療については、地域において、高齢者等に対する在宅医療の提供体制と併せて検討する必要があります。

○　在宅歯科診療を実施している診療所の更なる増加を図るための体制整備が必要です。

○　在宅における患者の薬剤管理上の問題点として、薬剤の保管状況、服薬に関する理解不足、薬剤の飲み忘れ等があり、薬剤師による訪問指導が必要です。

○　在宅療養の実現には、麻薬の調剤や無菌調剤処理が行える薬局の整備も重要です。

○　訪問看護については、人員不足等でサービス提供体制が十分でない地域があるため、今後より一層の体制確保が必要です。

○　医療に加えて、介護を必要とする患者支援のために、介護分野の関係機関との連携強化も重要です。

○　在宅療養患者の生活機能、栄養状態及び口腔の状態を維持・改善するため、地域リハビリテーションの取組も活用しながら、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に関わる多職種が連携することが必要です。

○　患者やその家族の不安や負担の軽減のためには、かかりつけ医を持つなど身近に相談できる体制や多職種連携による支援が必要です。

(4) 急変時の対応

○　在宅療養中の患者の急変時には、在宅医療を担う病院、診療所、訪問看護ステーション等が連携し、休日・夜間を含めた24時間の対応や病状急変時の円滑な受入れが可能な体制を構築する必要があります。

○　高齢者施設入所者の状態悪化時に必要な医療を速やかに受けられるよう、平時からの情報共有等を通じて、高齢者施設と医療機関との連携を強化する必要があります。

(5) 在宅での看取り

○　人生の最終段階における療養生活は、患者や家族が知識・関心を深めて、自ら選択・決定していくことが重要であり、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療・介護体制の構築が求められます。

○　人生の最終段階において本人の希望に沿った医療・ケアが提供されるよう、家族や医療・介護関係者とあらかじめ話し合う「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」の普及啓発が必要です。

４．施策の方向

【在宅医療の医療圏】

在宅医療の圏域については、在宅医療の各機能及び地域の医療・介護資源を踏まえ、二次医療圏を圏域として設定します。

(1) 在宅医療の医療提供・連携体制の構築

①	在宅医療・介護連携推進事業の推進に取り組む市町村への支援及び在宅医療に必要な連携を担う拠点との連携
②	本人や家族等の状況に応じた適切なサービス提供を目的としたＩＣＴ等の活用による医療・介護従事者間の情報共有・連携の強化及び運用方法・情報セキュリティの確保
③	圏域ごとに設けられた「入退院調整ルール」の改善支援
④	高齢者救急患者の退院後の受入れ及び高齢者施設入所者の急変時対応に向けた、医療機関、介護保険施設、居宅サービス等の連携の推進
⑤	新規に開業する医療機関や訪問診療を行っていない医療機関による訪問診療への参入促進
⑥	遠隔の在宅患者の体調管理や投薬等にも対応できるようオンライン診療などの活用を検討
⑦	地域の実情に応じた訪問看護提供体制の構築（みなし指定の訪問看護事業所による訪問看護体制の確保等）
⑧	かかりつけ医を中心とした、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、介護支援専門員など、地域の実情に応じた多職種連携の推進
⑨	在宅療養におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の提供体制の確保に向けた、地域リハビリテーション広域支援センター等の活用によるリハビリテーション専門職及び医療・介護従事者の連携の推進
⑩	地域医療支援病院や在宅療養支援病院等との連携強化による急変時の対応のための体制構築
⑪	在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心とした、24 時間対応、多職種連携、急変時対応及び災害時対応等の連携体制の確保
⑫	災害医療の取組と連携した、在宅医療・介護関係機関における業務継続計画（BCP）の策定並びに在宅療養患者及び介護施設入所者への医療・介護の継続に向けた市町村及び関係機関との連携の促進

(2) 在宅医療を支える人材の確保・育成

①	在宅医療を支える多様な人材の確保及び育成



在宅医療推進のための多職種向け研修

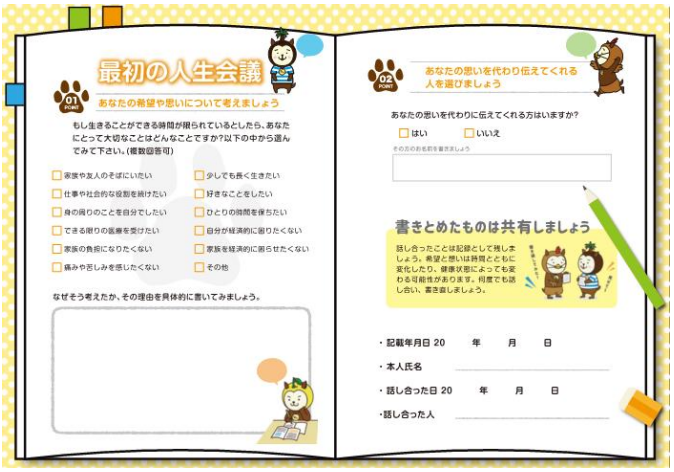


小児在宅医療を担う人材の養成研修

(3) 在宅医療に関する普及啓発

①	「かかりつけ医」を持つことの重要性についての普及啓発
②	講演会やセミナーの開催など県民及び医療・介護従事者に対する看取りや人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）を含む在宅医療全般に係る理解促進





宮崎県長寿介護課医療･介護連携推進室作成資料

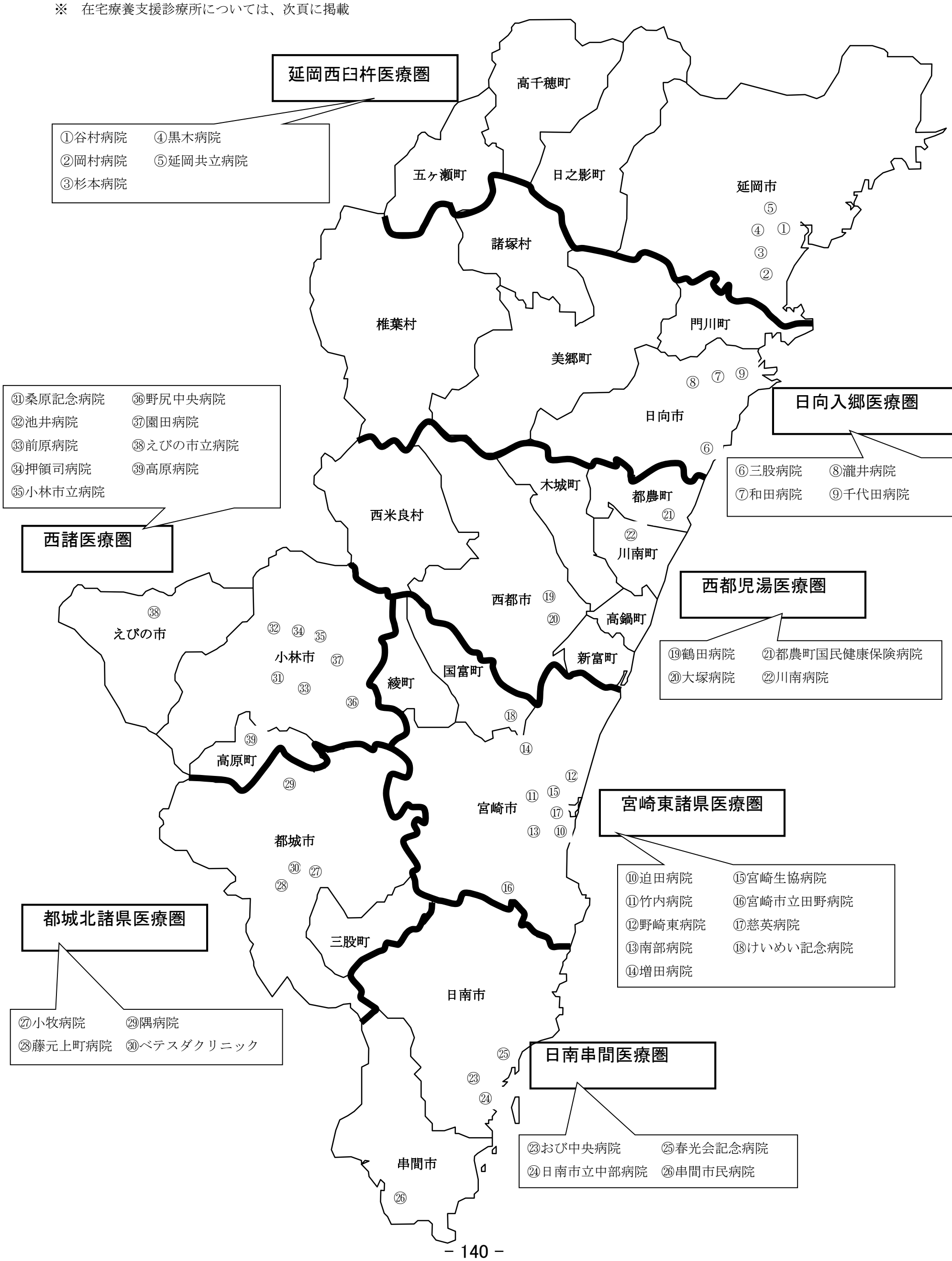
５．目 標

指　標	現　状	⇒	目　標
退院支援を実施している病院・診療所数 （出典：医療施設静態調査）	80 （令和５年度）	⇒	112 （令和11年度）
在宅療養支援病院数 （出典：九州厚生局　施設基準届出）	39 （令和７年度）	⇒	57 （令和11年度）
在宅療養支援診療所数 （出典：九州厚生局　施設基準届出）	108 （令和７年度）	⇒	122 （令和11年度）
訪問診療を実施している病院・診療所数 （出典：医療施設静態調査）	173 （令和５年度）	⇒	195 （令和11年度）
訪問診療の実施件数（１か月当たり） （出典：医療施設静態調査）	12,935 （令和５年度）	⇒	13,500 （令和11年度）
在宅歯科診療を行っている歯科医療機関の割合 （出典：県歯科医師会調査）	30.9% （令和７年度）	⇒	40% （令和11年度）
薬剤師による訪問薬剤管理指導が実施できる市町村 （出典：九州厚生局・県薬剤師会調査）	22 市町村 （令和７年度）	⇒	26 市町村 （令和11年度）
訪問リハビリテーションの実施件数 （出典：医療施設静態調査）	2,293 （令和５年度）	⇒	2,500 （令和11年度）
往診を実施している病院・診療所数 （出典：医療施設静態調査）	184 （令和５年度）	⇒	190 （令和11年度）
24時間対応体制加算の届出訪問看護ステーション数 （出典：介護サービス施設・事業所調査）	177 （令和６年度）	⇒	211 （令和11年度）
緊急時訪問看護加算の届出訪問看護ステーション数 （出典：長寿介護課調べ）	195 （令和７年度）	⇒	211 （令和11年度）
在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院・診療所数 （出典：医療施設静態調査）	77 （令和５年度）	⇒	90 （令和11年度）
在宅での死亡率 （出典：人口動態調査）	30.4% （令和６年度）	⇒	40% （令和11年度）

在宅医療の医療圏

※　①～㊴は、令和７年１２月１日時点の在宅療養支援病院

※　在宅療養支援診療所については、次頁に掲載



在宅療養支援診療所　　【令和7年12月1日時点】

圏域		医療機関名称	圏域		医療機関名称
延岡西臼杵	1	丸山クリニック	宮崎東諸県	41	医療法人社団康仁会　猪島医院
	2	おがわクリニック		42	宮崎ホームケアクリニック
	3	おおぬきクリニック		43	いといクリニック
	4	石内医院		44	のざきクリニック
	5	医療法人悠隆会　西階クリニック		45	はながしま診療所
	6	医療法人悠隆会　田中医院		46	なかしま外科・内科
	7	生協クリニックのべおか		47	船塚クリニック
	8	大貫内科		48	生目台カリヨンクリニック
	9	堺胃腸内科クリニック		49	ひなた在宅クリニック
	10	桜小路クリニック		50	あけぼの診療所
	11	しおはまクリニック		51	南宮崎ヤマモト腎泌尿器科
	12	大貫診療所		52	こころとからだ診療所
	13	医療法人en. 縁・在宅クリニック		53	青島リゾートクリニック
日向入郷	1	日向たかいしクリニック		54	宮交シティクリニック
宮崎東諸県	1	下村医院		55	タナカ在宅クリニック
	2	早稲田クリニック		56	マナビヤ在宅クリニック「un」
	3	医療法人社団敬寿会阿南内科医院		57	いのうえ在宅クリニック
	4	宮崎医療生活協同組合このはな生協クリニック		58	あかり在宅クリニック
	5	医療法人雅会　河野整形外科		59	すずき内科クリニック
	6	滝口内科		60	あおやま訪問・救急クリニック
	7	稲倉医院		61	みつばち診療所
	8	医療法人社団楠元内科胃腸科医院		62	医療法人綾風会綾立元診療所
	9	医療法人善仁会学園台クリニック		63	田中外科内科医院
	10	おおつか生協クリニック		64	山下医院
	11	岡田整形外科医院	西都児湯	1	富田医院
	12	小緑内科クリニック		2	新富ひむかクリニック
	13	いしかわ内科		3	社会医療法人善仁会尾鈴クリニック
	14	医療法人社団誠和会藤木内科外科クリニック		4	国民健康保険西米良診療所
	15	井手医院	日南串間	1	北村胃腸科眼科
	16	医療法人将優会クリニックうしたに		2	島田内科胃腸科
	17	たなか内科		3	医療法人　秀英会　はなぶさ消化器・内視鏡クリニック
	18	宮園　医院	都城北諸県	1	医療法人（社団）仮屋医院
	19	日高　医院		2	医療法人社団田中会　久保原田中医院
	20	医療法人　三原内科		3	瀬ノ口醫院
	21	川名クリニック		4	恵心会坂元医院
	22	まえのクリニック		5	医療法人社団森山内科・脳神経外科
	23	医療法人　木佐貫内科医院		6	吉見クリニック
	24	医療法人　常伸会　亀山記念クリニック		7	よしかわクリニック
	25	橋口医院		8	医療法人社団明恵会　早水公園クリニック
	26	ひろの内科クリニック		9	宇宿医院
	27	宮元整形外科医院		10	都城陽まわり在宅クリニック
	28	医療法人社団にしぞの内科		11	都城在宅医療クリニック
	29	だんのクリニック		12	彩り在宅クリニック
	30	こさい胃腸科外科		13	医療法人社団白水会　とまり内科外科胃腸科医院
	31	杉本外科胃腸科医院		14	ホームクリニックみまた
	32	宮永内科クリニック	西諸	1	ほりファミリークリニック
	33	くわばら医院		2	医療法人連理会　和田クリニック
	34	さんさんファミリークリニック		3	すわクリニック
	35	山内ファミリークリニック		4	槇内視鏡内科医院
	36	医療法人社団青雲　きよたけクリニック		5	よしむら循環器内科クリニック
	37	福永内科神経科医院		6	若葉クリニック
	38	医療法人社団青雲　池田台クリニック		7	京町温泉クリニック
	39	清水中央クリニック		8	さんさんクリニック
	40	巴外科内科		9	川井田医院

第３章　外来医療計画

（外来医療に係る提供体制の確保）

第１節　総論

１　計画策定の背景
２　計画の目的と内容
３　計画の位置付け
４　計画期間

第２節　外来医療に係る医療提供体制の状況

１　県内の外来医療提供体制
２　外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定
３　現時点において地域で不足する外来医療機能
４　外来機能報告制度と紹介受診重点医療機関

第３節　外来医療に係る施策の方向

１　協議の場の設置
２　施策の方向
３　診療所の新規開業に係る手続き等
４　医療機器の効率的な活用方針
５　目標

二次医療圏（対象区域）ごとの状況

※第８次宮崎県医療計画の 225 ページから 246 ページについて、
　この章のとおり変更します。

第１節　総論

１．計画策定の背景

○　外来医療を取り巻く環境は、「地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設が都市部に偏っている」、「救急医療提供体制の構築や医療機器の共同利用など医療機関の連携の取組が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている」等の状況にあります。

○　このような中、医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号)が平成30年７月に公布されたことに伴う改正医療法(昭和23年法律第205号)が平成31年４月に施行され、改正法に規定する都道府県が定める「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」として、外来医療計画を定めることとなりました。

２．計画の目的と内容

○　この計画は、外来医療の偏在の度合いを表す指標(外来医師偏在指標)について、新たに開業しようとしている医療関係者に対し自主的な経営判断に当たっての有益な情報として参照できるよう可視化して提供することで、個々の医師の行動変容を促し、外来医療機能の偏在是正につなげていくことを目的に、主に次の内容を整理しています。

- 外来医師偏在指標に基づく外来医師多数区域の設定
- 外来医師多数区域において不足する外来医療機能の明示
- 医療機関や医療機器保有施設のマッピングに関する情報の可視化
- 外来医療機能の偏在・不足等への対応や医療機器の効率的な活用に向けた施策

３．計画の位置付け

○　この計画は、医療法第30条の４に基づき、「宮崎県医療計画」の一部として位置付けられます。

４．計画期間

○　計画期間は、令和９年度(2027年度)から令和11年度(2029年度)までの３年間とします。

第２節　外来医療に係る医療提供体制の状況

１．県内の外来医療提供体制

(1) 医療施設（一般診療所）の状況

○　令和７年(2025年)における県内の一般診療所数は892施設で、概ね900施設前後を推移していますが、そのうち有床診療所は減少傾向にある一方、無床診療所は、近年横ばいで推移しています。

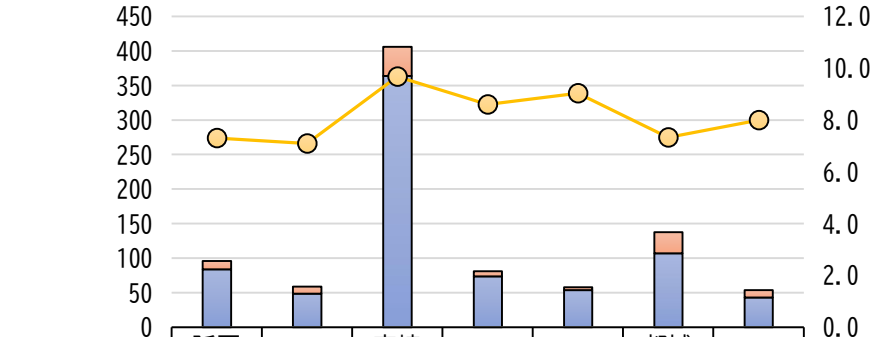
○　県内の一般診療所の設置状況を見ると、人口が最も多い宮崎東諸県医療圏に集中していることがわかります。

一般診療所の推移

	H27(2015)	H28(2016)	H29(2017)	H30(2018)	R1(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)
一般診療所	895	891	884	888	899	894	913	918	906	896	892
有床	176	165	160	158	149	140	136	134	131	122	117
無床	719	726	724	730	750	754	777	784	775	774	775

（出典：厚生労働省「医療施設調査」）

二次医療圏別の一般診療所の設置状況（令和７年(2025年)）



	延岡西臼杵	日向入郷	宮崎東諸県	西都児湯	日南串間	都城北諸県	西諸
有床	12	10	42	7	4	31	11
無床	84	49	364	74	54	107	43
１万人対	7.3	7.1	9.7	8.6	9.0	7.3	8.0

（出典：厚生労働省「令和７年(2025年)医療施設調査」）

(2) 一般診療所従事医師数

○　県内の一般診療所従事医師数は916人で、そのうち約５割が宮崎東諸県医療圏に集中しています。

○　主たる診療科においても医師の偏在が見られ、西諸医療圏では産婦人科医がいません。

○　年齢別に見ると、男性では65～69歳、女性では50～54歳の世代が最も多くなっており、男女ともに20～30代までの診療所医師数は少なくなってい

ます。

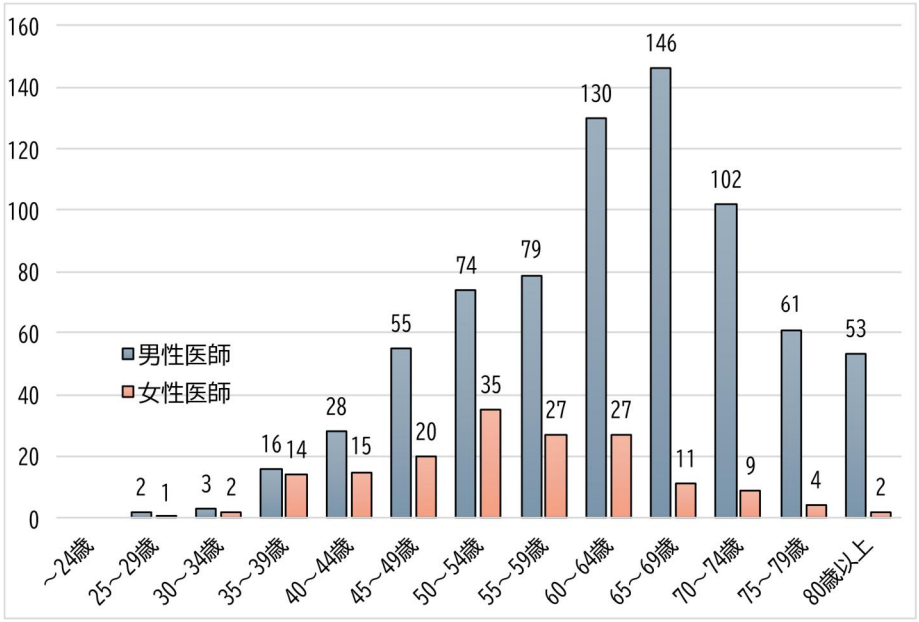
○　今後、医師の高齢化や医師の働き方改革等の影響を考慮しながら、それぞれの地域の特性に応じた外来医療提供体制の構築が求められます。

一般診療所従事医師数（主たる診療科別の医師数）

	総数	内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	皮膚科	小児科	精神科	外科	泌尿器科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科	その他
延岡西臼杵	97	36	5	5	1	1	5	1	1	3	13	8	4	4	10
日向入郷	46	14	4	0	1	2	3	1	0	1	5	7	2	2	4
宮崎東諸県	469	148	9	24	12	25	30	17	11	10	42	30	23	16	72
西都児湯	57	23	0	4	1	3	6	1	2	2	4	5	1	2	3
日南串間	56	22	1	3	2	1	7	1	4	0	4	5	1	1	4
都城北諸県	144	43	9	8	1	5	12	3	6	5	10	11	7	8	16
西諸	47	23	2	0	2	1	4	0	2	1	2	4	2	0	4
県全体	916	309	30	44	20	38	67	24	26	22	80	70	40	33	113

（出典：厚生労働省「令和６年(2024年)医師・歯科医師・薬剤師統計」）

年齢階級別一般診療所従事医師



（出典：厚生労働省「令和６年(2024年)医師・歯科医師・薬剤師統計」及び
厚生労働省医政局地域医療計画課・医事課が令和８年に実施した個別調査結果）

(3) 医療機器の保有状況

○　令和５年(2023年)「医療施設調査」によると、県内の医療機器の保有台数は下表のとおりとなっており、ＣＴやＭＲＩは全ての医療圏に配置されていますが、ＰＥＴは宮崎東諸県、都城北諸県区域以外は配置されていません。

○　人口減少の更なる進行が見込まれる中、効率的な医療提供体制を構築するためには、医療機器の効率的な活用が求められます。

医療施設における医療機器の保有台数

区域	病院保有台数					一般診療所保有台数				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療(体外照射)	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療(体外照射)
延岡西臼杵	15	8	0	4	1	4	1	0	1	0
日向入郷	9	3	0	2	0	5	1	0	0	0
宮崎東諸県	38	17	2	8	5	43	11	2	9	0
西都児湯	8	4	0	2	0	4	3	0	0	0
日南串間	9	4	0	2	1	4	2	0	0	0
都城北諸県	19	9	0	3	1	19	12	0	1	0
西諸	11	6	0	4	0	10	3	0	0	0
県全体	109	51	2	25	8	89	33	2	11	0

（出典：厚生労働省「令和５年(2023年)医療施設調査」）

２．外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

(1) 区域単位

○　外来医療計画においては、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を具体化する区域(対象区域)を設定する必要があります。

○　本県における「対象区域」は、地域医療が一定程度完結する区域単位である二次医療圏かつ地域医療構想区域と同じ７圏域とします。

○　一方、地域包括ケアシステムの構築に当たっては、地域における基幹病院及び中小病院、一般診療所の外来医療機能の役割の整理や機能分化が進められていくことも必要と考えられます。

○　このため、対象区域単位の外来医療に係る医療提供体制の確保に関する検討を行った上で、各区域の協議の場において、地域の特性を踏まえ市町村や中学校区等の単位での外来医療機能の検討を行うことを妨げるものではありません。

(2) 外来医師偏在指標

【考え方】

○　外来医療機能の偏在等の可視化に当たっては、外来医療の提供主体が医師であることを踏まえ、外来医療の実態を反映する指標が必要となることから、「外来医師偏在指標」を設定します。

○　外来医師偏在指標は、次の５つの要素を勘案した人口10万人対診療所医師数を用いることとしています。

① 医療需要(ニーズ)及び人口構成とその変化
② 患者の流出入等
③ へき地等の地理的条件
④ 医師の性別・年齢分布
⑤ 医師偏在の種別(区域、入院／外来)

○　外来医師偏在指標は、大半の診療所が１人の医師によって運営されていることから、診療所の偏在状況を示す指標としても使用可能と考えられます。

【算定方法】

○　外来医師偏在指標は、厚生労働省が定めた算定式を用いて、全国で統一的に算出されています。

外来医師偏在指標の算定式

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数（※１）}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※２）}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合（※４）}}$$

$$(※１)\text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$(※２)\text{地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率（※３）}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$(※３)\text{地域の外来期待受療率} = \frac{\sum（\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$$

$$(※４)\text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所＋病院の外来延べ患者数}}$$

【算定結果】

≪外来医師偏在指標（国の算定結果）≫

二次医療圏	外来医師偏在指標	全国順位	外来医師多数区域（上位33.3%）
全　国	115.7		
県全体	109.3		
延岡西臼杵	91.2	232	
日向入郷	84.2	270	
宮崎東諸県	126.9	57	外来医師多数区域
西都児湯	99.7	184	
日南串間	123.6	65	外来医師多数区域
都城北諸県	93.6	222	
西諸	105.3	147	

（出典：厚生労働省「外来医師偏在指標」）

(3) 外来医師多数区域の設定

○　外来医師偏在指標の値が、全二次医療圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」に設定します。

○　外来医師多数区域においては、新規開業者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことを求めることとします。

○　県内の二次医療圏のうち、「宮崎東諸県医療圏」及び「日南串間医療圏」が外来医師多数区域となっています。

３．現時点において地域で不足する外来医療機能

○　外来医師多数区域において新規開業者に求める外来医療機能や外来医師多数区域以外の地域で不足する外来医療機能については、次の３つの外来医療機能に係る郡市医師会へのアンケート調査を実施した上で、それぞれの地域の協議の場において検討を行いました。

① 夜間・休日における初期救急医療の提供体制
② 在宅医療の提供体制
③ 産業医・学校医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の提供体制

なお、当該検討において明らかになった地域で不足する外来医療機能については、外来医師多数区域以外の区域も含めて章末に明示します。

４．外来機能報告制度と紹介受診重点医療機関

(1) 外来機能報告制度

○　令和３年(2021年)５月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立・公布され、令和４年(2022年)４月に外来機能報告制度が創設されました。

○　この制度は、病院及び有床診療所(無床診療所は任意)が、外来医療の実施状況等を県に報告するもので、この報告結果をもとに、紹介受診重点医療機関の明確化や地域の外来機能の明確化・連携を推進することで、患者の流れをより円滑にし、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減等を図ることを目的としています。

(2) 紹介受診重点医療機関

○　紹介受診重点医療機関とは、手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来など、主に他の医療機関からの紹介患者への外来を基本とする医療機関のことです。

○　県では、毎年度、外来機能報告の結果をもとに、各地域の地域医療構想調整会議において協議を行った上で、紹介受診重点医療機関を選定し、宮崎県庁ホームページ等に掲載し公表することで、医療を受ける患者・住民を含め、広く情報を提供しています。

紹介受診重点医療機関一覧（令和８年(2026年)４月１日現在）

対象区域	医療機関名称
宮崎東諸県	県立宮崎病院
宮崎東諸県	宮崎大学医学部附属病院
宮崎東諸県	宮崎医療センター病院
宮崎東諸県	独立行政法人地域医療機能推進機構 宮崎江南病院
宮崎東諸県	宮崎市郡医師会病院
宮崎東諸県	金丸脳神経外科病院
宮崎東諸県	宮崎善仁会病院
宮崎東諸県	潤和会記念病院
宮崎東諸県	古賀総合病院
都城北諸県	都城市郡医師会病院
都城北諸県	独立行政法人国立病院機構 都城医療センター
延岡西臼杵	延岡市医師会病院
延岡西臼杵	医療法人伸和会延岡共立病院
延岡西臼杵	県立延岡病院
延岡西臼杵	黒木病院
日南串間	県立日南病院
西諸	小林市立病院

第３節　外来医療に係る施策の方向

１．協議の場の設置

○　医療法第30条の18の２第１項に定める「外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場」は、二次医療圏ごとに設置している地域医療構想調整会議とします。



○　地域医療構想調整会議では、医療機関や市町村等の関係者間で地域の医療体制の現状を分析するとともに、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項や医療機器の効率的な活用に関する事項等について協議を行い、医療機関等の自主的な取組を促します。

２．施策の方向

①	新規開業希望者を含む医療関係者等への 二次医療圏ごとに外来医療機能を可視化した情報の提供
②	外来医師多数区域での新規開業希望者等に対する 「地域で不足する外来医療機能」を担うことへの協力の啓発
③	医療機器新規購入希望者等に対する共同利用への協力の啓発
④	紹介受診重点医療機関の選定による外来機能の明確化・連携の推進
⑤	県民に対する紹介受診重点医療機関に係る制度の周知等を通じた かかりつけ医を持つことへの理解促進

３．診療所の新規開業に係る手続き等

外来医師多数区域における診療所の新規開業手続きへの対応は次のとおりとします。

- 新規開業者の届出様式に、「地域で不足する外来医療機能を担うこと」に合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の有無や合意する場合に担おうとする外来医療機能を確認します。
- 合意がない場合には、協議の場への出席要請を行い、合意しない理由等について説明を求めます。
- 協議の場においては、協議の場の構成員と出席要請を受けた当該新規開業者等の間で協議を行い、その協議結果については公表することとします。
- 協議の場において合意された事項には、医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、協議の場において丁寧かつ十分な協議を行っていくこととします。
- 協議の簡素化を図るため、協議の形態については、持ち回り開催等によることも可能とするほか、新規開業者の協議の場への出席に替えて合意

をしない理由等について文書の提出を求めるなど、適宜柔軟な対応を可能とします。

- 新規開業予定者だけでなく、既存の診療所開設者においても、地域で不足する外来医療機能の情報を踏まえながら、自院の提供する医療内容について検討し、外来医療の提供体制に必要な連携や自院に求められる外来医療機能について確認を行っていただくことも必要です。

４．医療機器の効率的な活用方針

(1) 効率的な活用が求められる医療機器

対象となる医療機器は次のとおりです。

① ＣＴ(全てのマルチスライスＣＴ及びマルチスライスＣＴ以外のＣＴ)
② ＭＲＩ(1.5 テスラ未満、1.5 テスラ以上 3.0 テスラ未満及び 3.0 テスラ以上のＭＲＩ)
③ ＰＥＴ(ＰＥＴ及びＰＥＴ－ＣＴ)
④ 放射線治療(リニアック及びガンマナイフ)
⑤ マンモグラフィー

(2) 医療機器の共同利用に係る手続き

全対象区域における医療機器の共同利用に係る手続きへの対応は次のとおりとします。

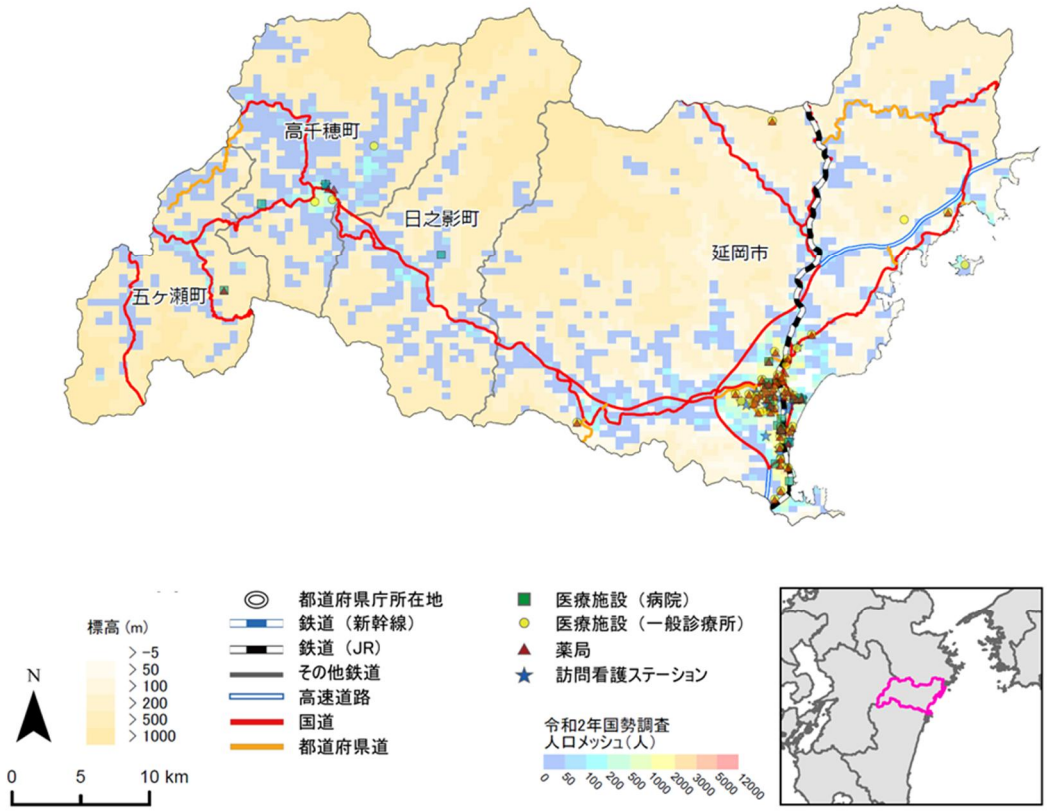
- 医療機器の協議の場では、医療設備・機器等の共同利用の方針及び具体的な利用計画について協議を行うこととされています。
- 共同利用の方針は、医療機器の項目ごと及び区域ごとに定めることとし、原則として、医療機関において対象医療機器の新規購入または機器更新を行う場合には、当該医療機器の共同利用計画(共同利用には、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。)を作成し、協議の場において確認を行うこととします。
- 共同利用計画は、県が別途定める様式により作成し、協議の場の事務局(県保健所)に提出することとします。
- 共同利用を行う場合は、書面により協議の場の構成員に報告を行うこととします。
- 共同利用を行わない場合には、協議の場への出席要請を行い、共同利用を行わない理由等について説明を求めます。
- 医療機器の共同利用に際しては、共同利用を引き受ける医療機関の医療機器の安全管理に係る体制の確保並びに診療用放射線の安全管理に係る体制の確保の遵守状況についても、医療監視等の場を活用しながら確認することとします。

５．目標

全対象区域で「不足する外来医療機能」の解消を目指します。

二次医療圏（対象区域）ごとの状況

延岡西臼杵医療圏



圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
延岡西臼杵	1.3	20	96	176	97	391,252	1,217,842	20	81

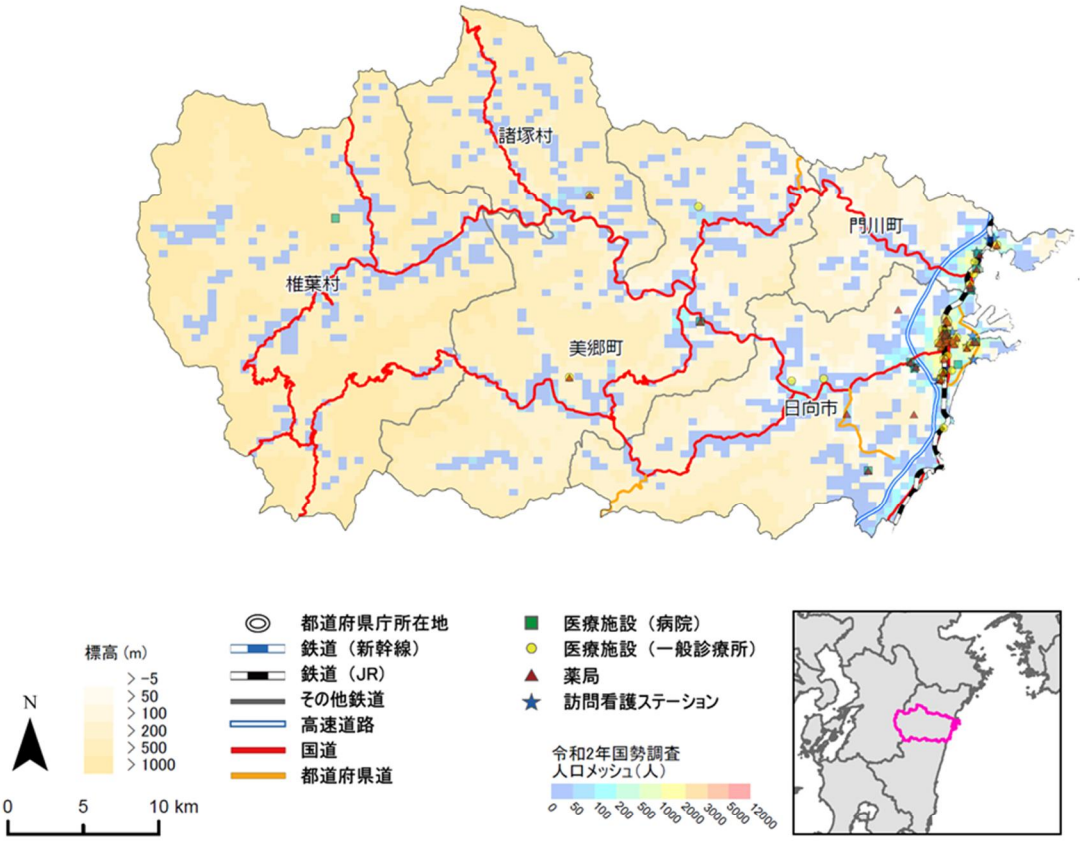
圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
延岡西臼杵	389,636	1,189,323	20	81	5,551	21,738	17	65

圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
延岡西臼杵	83	2,937	7	37	1,533	25,582	6	22

◎　地域で不足する外来医療機能

初期救急（在宅当番医　休日夜間急患センター）
在宅医療
公衆衛生（産業医　学校医　予防接種　乳幼児検診）

日向入郷医療圏



圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
日向入郷	0.8	11	63	90	46	310,402	608,234	11	42

圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
日向入郷	308,482	605,311	11	42	5,079	9,212	11	37

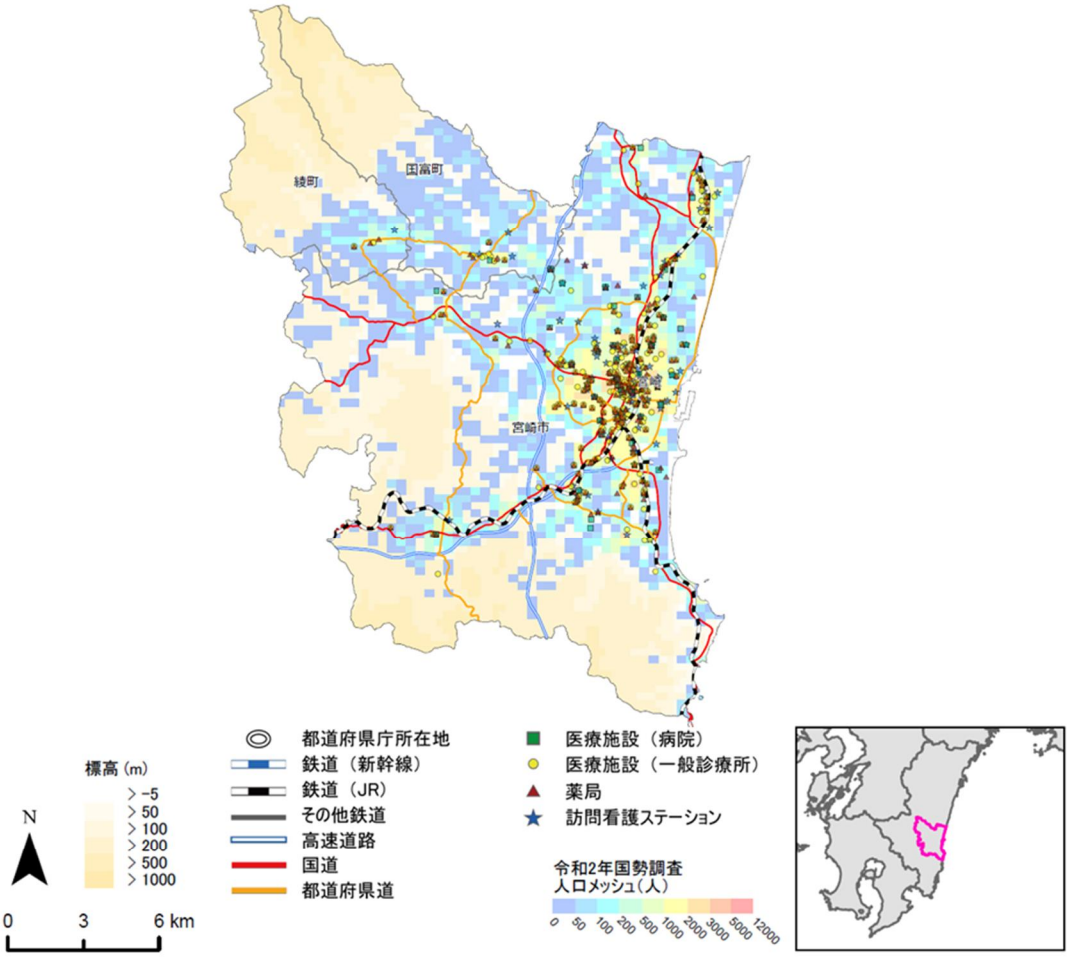
圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
日向入郷	148	435	8	11	1,772	2,488	9	7

◎　地域で不足する外来医療機能

初期救急（休日夜間急患センター）
公衆衛生（産業医　学校医　予防接種　乳幼児検診）

宮崎東諸県医療圏

外来医師多数区域



圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
宮崎東諸県	4.2	38	414	1,125	469	1,218,570	4,901,452	37	347

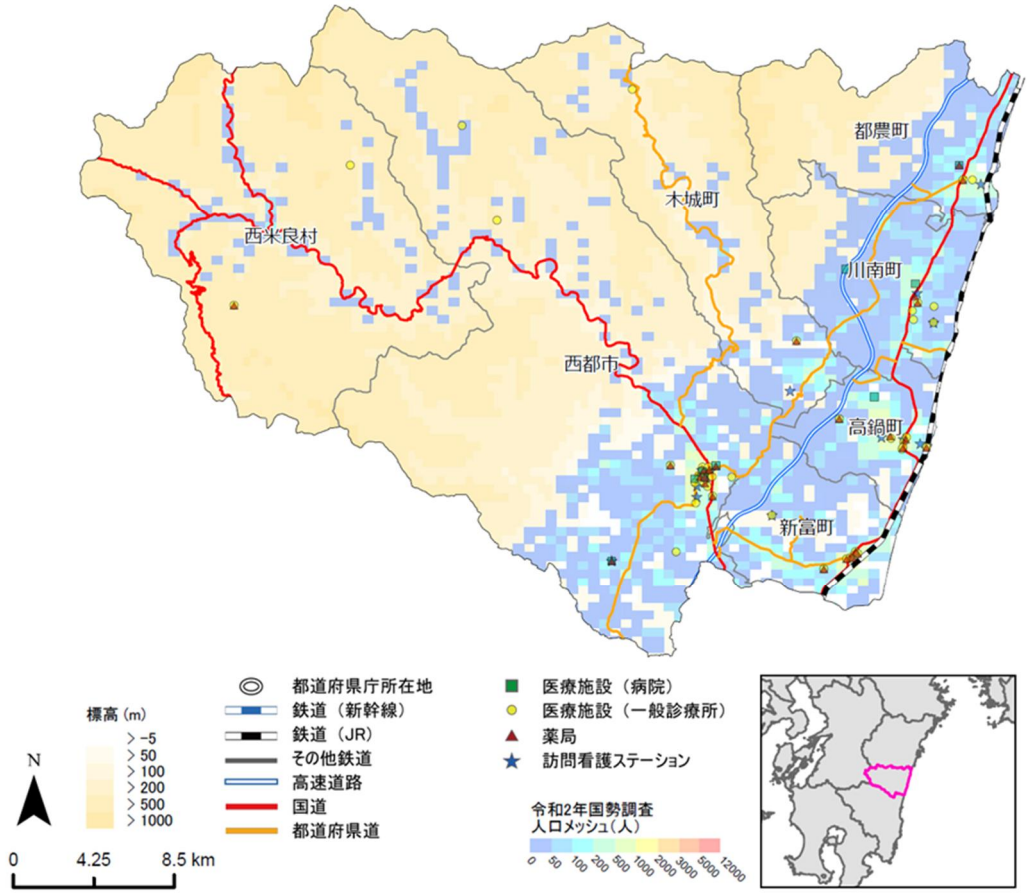
圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
宮崎東諸県	1,206,176	4,764,703	37	347	22,023	103,415	37	310

圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
宮崎東諸県	1,052	12,488	18	122	11,342	124,261	12	83

◎　地域で不足する外来医療機能

初期救急（休日夜間急患センター）
在宅医療
公衆衛生（学校医）

西都児湯医療圏



圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
西都児湯	0.9	10	80	74	57	241,340	660,910	10	52

圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
西都児湯	239,109	656,176	10	52	6,134	12,004	10	41

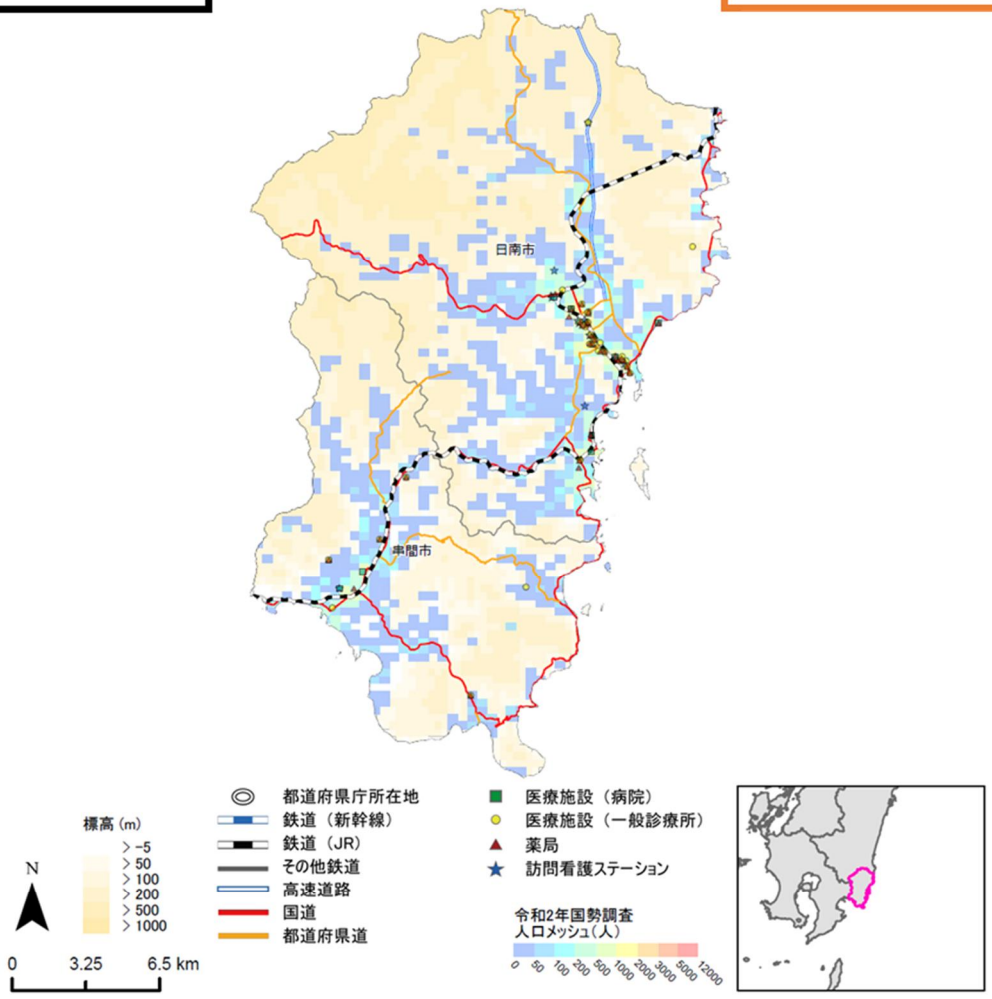
圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
西都児湯	190	594	2	14	2,041	4,140	5	9

◎　地域で不足する外来医療機能

初期救急（在宅医療　休日夜間急患センター）
在宅医療
公衆衛生（産業医　学校医）

日南串間医療圏

外来医師多数区域



圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
日南串間	0.6	9	60	105	56	266,673	520,861	9	43

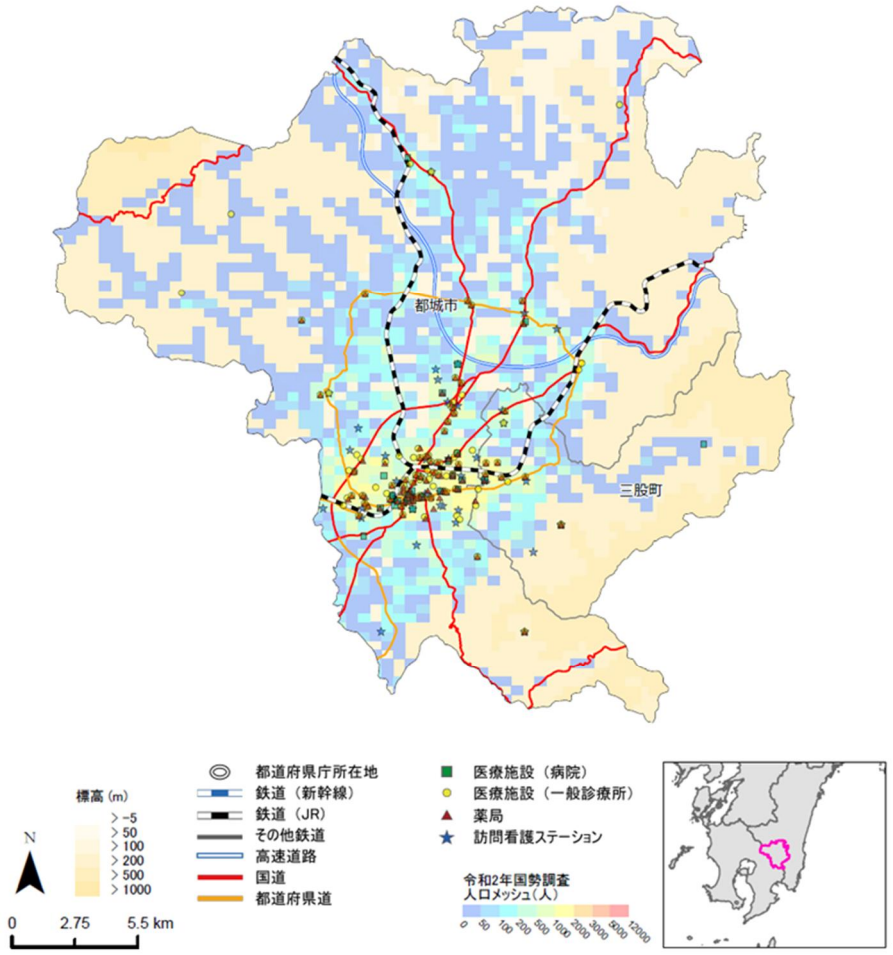
圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
日南串間	263,327	519,756	9	43	3,439	8,359	8	40

圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
日南串間	394	353	7	16	2,952	752	6	9

◎　地域で不足する外来医療機能

初期救急（在宅当番医　休日夜間急患センター）
在宅医療
公衆衛生（学校医）

都城北諸県医療圏



圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
都城北諸県	1.9	27	139	237	144	726,188	1,926,653	26	112

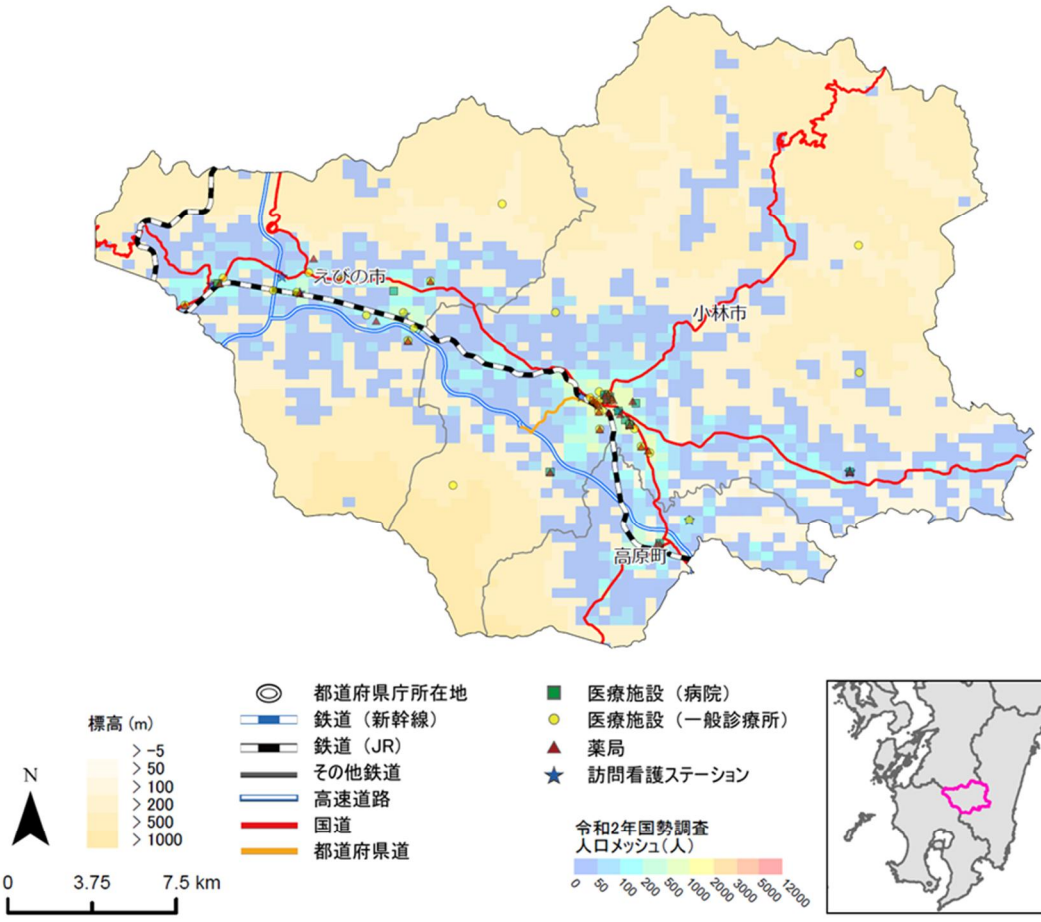
圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
都城北諸県	724,806	1,898,183	26	112	19,337	43,391	24	105

圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
都城北諸県	214	1,887	10	40	1,168	26,583	5	26

◎　地域で不足する外来医療機能

初期救急（在宅当番医　休日夜間急患センター）
在宅医療
公衆衛生（産業医　学校医　乳幼児健診）

西諸医療圏



圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
西諸	0.7	14	54	78	47	371,163	578,013	14	37

圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
西諸	366,404	568,813	14	37	5,603	5,574	14	35

圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
西諸	220	409	8	15	4,539	8,791	8	13

◎　地域で不足する外来医療機能

初期救急（在宅当番医）
在宅医療
公衆衛生（学校医）

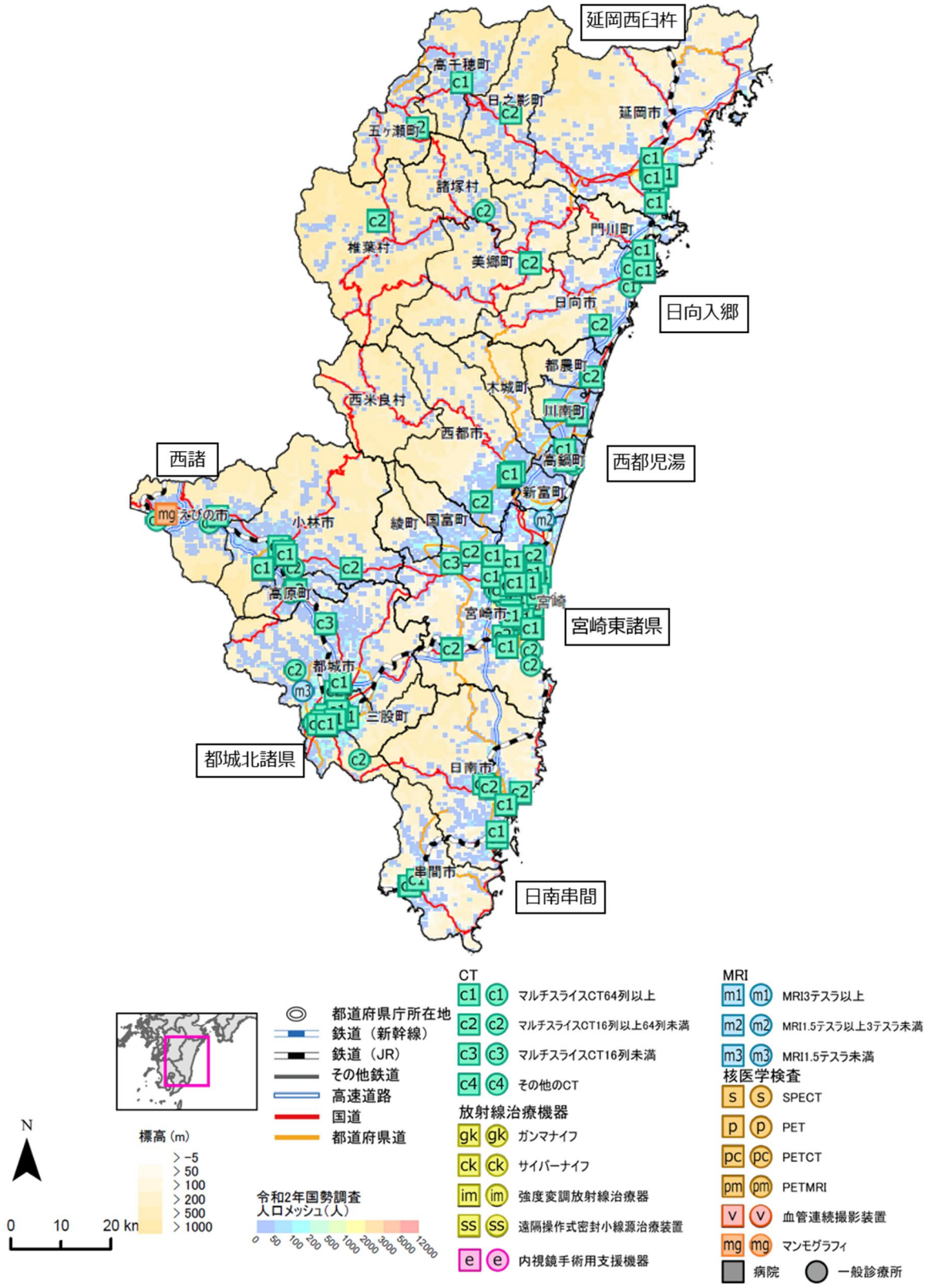
（参考）県内二次医療圏の状況

圏域名	人口（10万人）	医療施設数		医療施設従事医師数（人）		外来患者延数		外来施設数	
	住基人口	医療施設数（病院）	医療施設数（一般診療所）	病院医師数	一般診療所医師数	外来患者延数（病院）	外来患者延数（一般診療所）	外来施設数（病院）	外来施設数（一般診療所）
全国	1,243.3	8,122	104,894	219,393	111,699	339,753,794	1,195,599,480	8,050	87,573
宮崎県	10.5	129	906	1,885	916	3,525,588	10,413,965	127	714
宮崎東諸県	4.2	38	414	1,125	469	1,218,570	4,901,452	37	347
都城北諸県	1.9	27	139	237	144	726,188	1,926,653	26	112
延岡西臼杵	1.3	20	96	176	97	391,252	1,217,842	20	81
日南串間	0.6	9	60	105	56	266,673	520,861	9	43
西諸	0.7	14	54	78	47	371,163	578,013	14	37
西都児湯	0.9	10	80	74	57	241,340	660,910	10	52
日向入郷	0.8	11	63	90	46	310,402	608,234	11	42

圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数（病院）	通院外来患者延数（一般診療所）	通院外来施設数（病院）	通院外来施設数（一般診療所）	時間外等外来患者延数（病院）	時間外等外来患者延数（一般診療所）	時間外等外来施設数（病院）	時間外等外来施設数（一般診療所）
全国	336,052,538	1,166,498,651	8,050	87,570	8,032,576	56,940,205	7,189	68,496
宮崎県	3,497,940	10,202,265	127	714	67,166	203,693	121	633
宮崎東諸県	1,206,176	4,764,703	37	347	22,023	103,415	37	310
都城北諸県	724,806	1,898,183	26	112	19,337	43,391	24	105
延岡西臼杵	389,636	1,189,323	20	81	5,551	21,738	17	65
日南串間	263,327	519,756	9	43	3,439	8,359	8	40
西諸	366,404	568,813	14	37	5,603	5,574	14	35
西都児湯	239,109	656,176	10	52	6,134	12,004	10	41
日向入郷	308,482	605,311	11	42	5,079	9,212	11	37

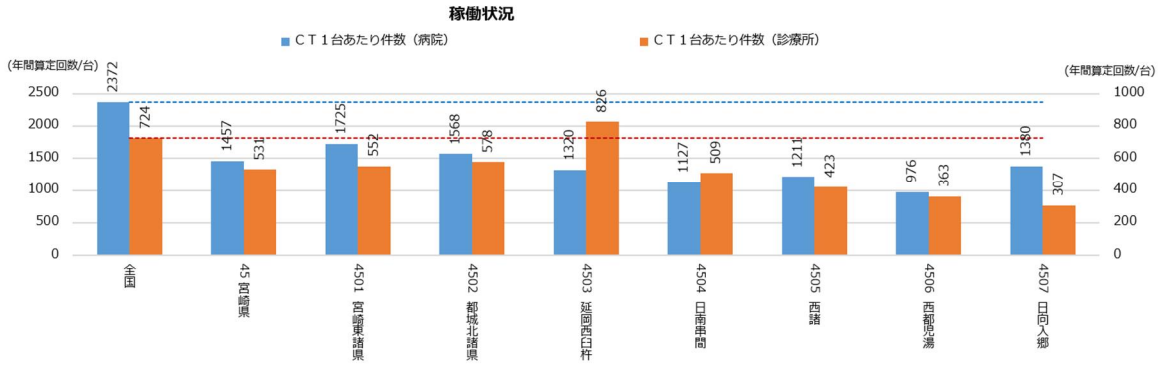
圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数（病院）	往診患者延数（一般診療所）	往診実施施設数（病院）	往診実施施設数（一般診療所）	在宅患者訪問診療患者延数（病院）	在宅患者訪問診療患者延数（一般診療所）	在宅患者訪問診療実施施設数（病院）	在宅患者訪問診療実施施設数（一般診療所）
全国	275,881	3,235,468	3,640	30,572	3,425,375	25,865,361	3,648	24,059
宮崎県	2,301	19,103	60	255	25,347	192,597	51	169
宮崎東諸県	1,052	12,488	18	122	11,342	124,261	12	83
都城北諸県	214	1,887	10	40	1,168	26,583	5	26
延岡西臼杵	83	2,937	7	37	1,533	25,582	6	22
日南串間	394	353	7	16	2,952	752	6	9
西諸	220	409	8	15	4,539	8,791	8	13
西都児湯	190	594	2	14	2,041	4,140	5	9
日向入郷	148	435	8	11	1,772	2,488	9	7

医療機器保有施設の所在地マップ

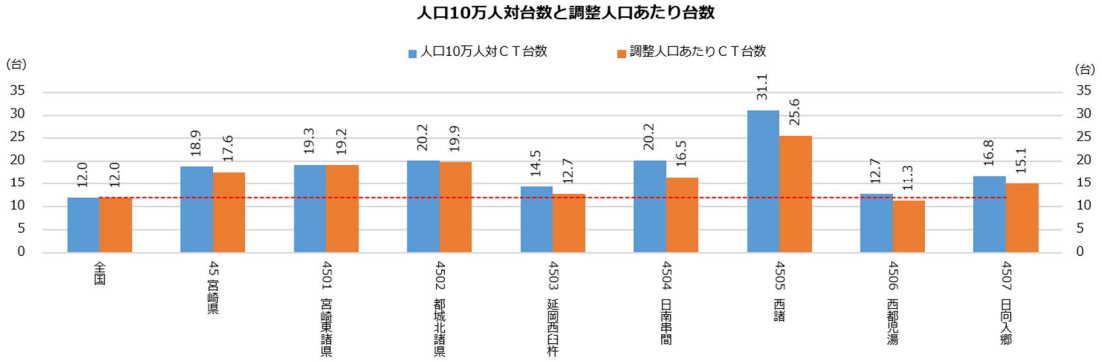


＜対象医療機器の「稼働状況」及び「人口10万人対台数と調整人口あたり台数」の可視化データ＞

ＣＴ

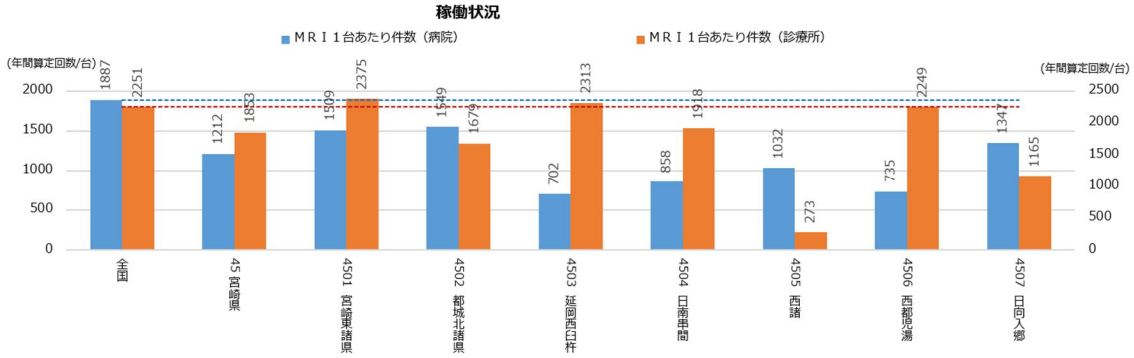


○　県全体のＣＴの稼働件数は、全国平均を下回っています。

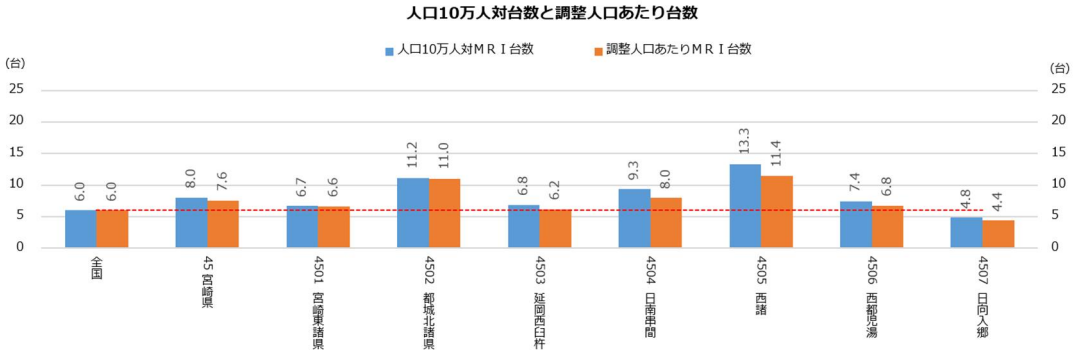


○　人口10万人対台数は、全医療圏で全国平均を上回っています。対象区域の期待検査数を考慮した調整人口あたり台数では、延岡西臼杵、西都児湯医療圏が全国平均に近似しており、それ以外の医療圏は全国平均を上回っています。

ＭＲＩ



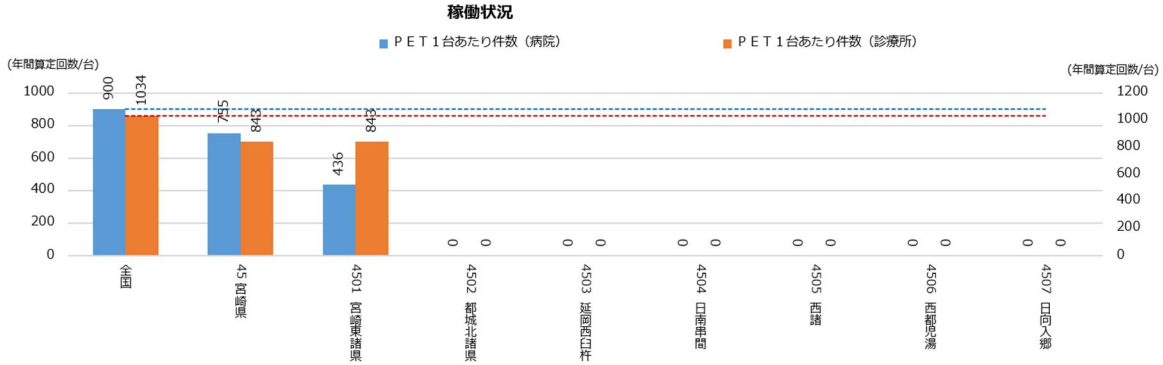
○　病院におけるＭＲＩの稼働件数は、いずれの医療圏も全国平均を下回っています。

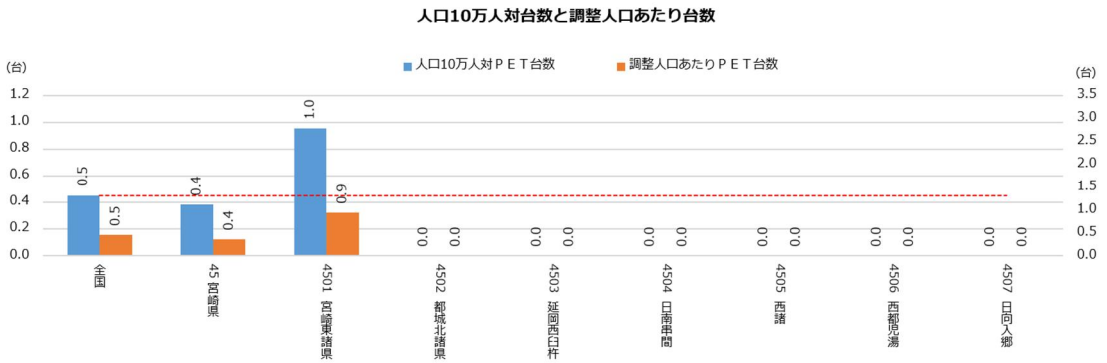


○ 人口10万人対台数は、日向入郷以外の医療圏で全国平均を上回っています。

○　対象区域の期待検査数を考慮した調整人口あたり台数についても、日向入郷以外の医療圏で全国平均を上回っています。

ＰＥＴ

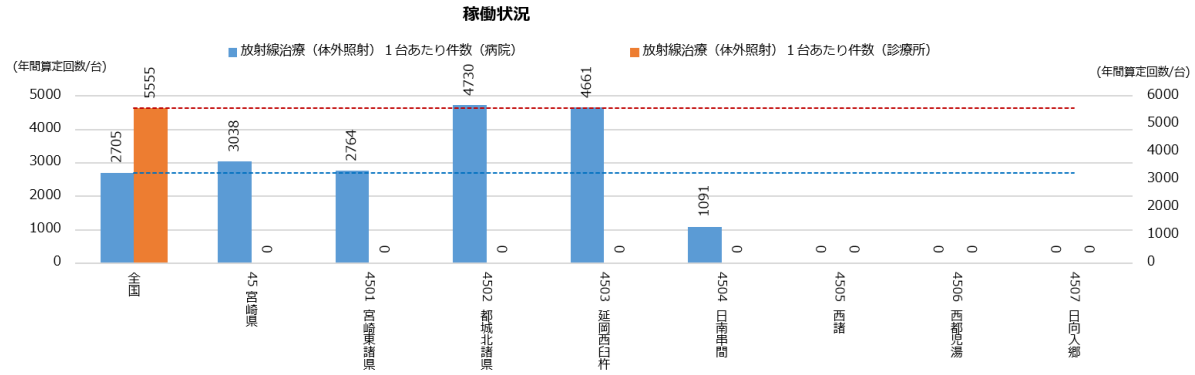




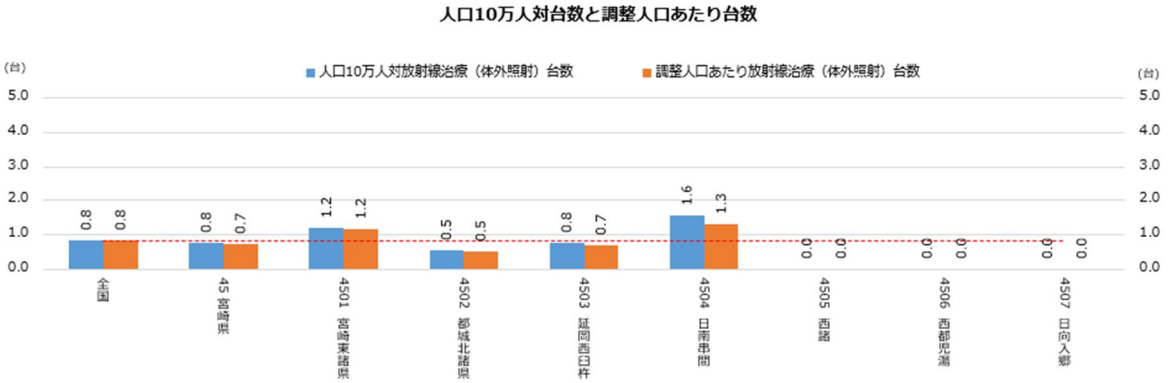
○　人口１０万人対台数及び調整人口ベースのいずれにおいても、宮崎東諸県医療圏は全国平均を上回っています。

○　その他の医療圏については、調査時点において台数がありません。

放射線治療（体外照射）



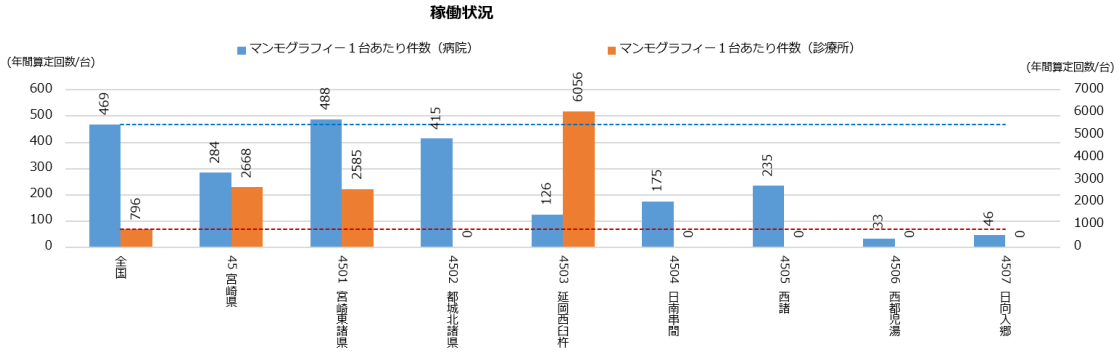
○　体外照射の放射線治療は、宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵、日南串間医療圏で稼働実績があり、日南串間以外の医療圏では、全国平均の稼働件数を上回っています。



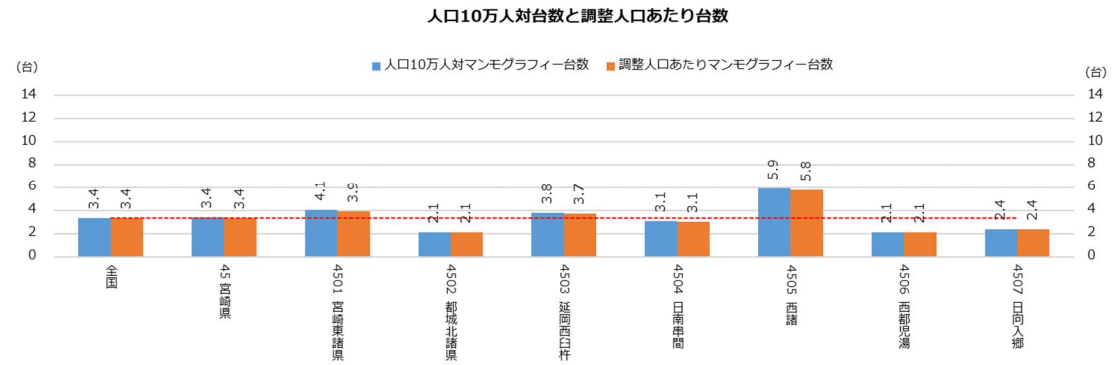
○　人口１０万人対台数と調整人口あたり台数については、宮崎東諸県と日南串間医療圏で、全国平均をやや上回っている状況となっています。

○　西諸、西都児湯、日向入郷の各医療圏については、調査時点において台数がありません。

マンモグラフィー



※ データ値表記について、都城北諸県は検査件数がないため、
その他の県内医療圏については台数がないため「0」と表記されている



○　マンモグラフィーの稼働状況については、宮崎東諸県医療圏の病院での稼働と延岡西臼杵医療圏の診療所の稼働件数が多くなっています。

○　１０万人対台数及び調整人口あたり台数ともに、宮崎東諸県、延岡西臼杵、西諸医療圏が全国平均を上回っています。

第４章　医療提供基盤の充実

第１節　医師確保計画

第２節　医療従事者の養成・確保と資質向上

１　薬剤師

※第８次宮崎県医療計画 248 ページから 270 ページ及び 276 ページから 279 ページについて、この章のとおり変更します。

第１節　医師確保計画

１　総論
２　現状と課題
３　医師偏在指標
４　医師少数区域・医師多数区域の設定
５　医師の確保に関する方針
６　目標医師数
７　施策の方向
８　医師偏在是正プラン
９　産科における医師確保計画
10　小児科における医師確保計画

１　総論

１．計画策定の趣旨

○　医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）が平成30年（2018年）７月に公布されたことに伴う改正医療法（昭和23年法律第205号）が平成31年（2019年）４月に施行され、都道府県は、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県が定める「医師確保の実施体制の整備に関する事項」として医師確保計画を定めることになりました。

○　法改正に基づき、全国ベースで三次医療圏（都道府県）ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、本県では令和元年度（2019年度）中に医療計画の中に新たに「医師確保計画」を策定し、令和２年度（2020年度）から当該計画に基づく取組が行われています。

○　３年ごとに、医師確保計画の実施を積み重ね、令和18年度（2036年度）までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とし、施策を実施します。

２．計画の位置付け

○　医師確保計画で定める目標医師数については、まずは全国で下位33.3%（３分の１）を脱するための観点で設定することとし、その目標値の達成を目指しつつ、地域の実態に応じて、関係機関等と連携し、さらなる医師の確保に努めます。

○　医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとします。

３．計画の全体像

○　厚生労働省が示す医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定し、二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めたうえで、具体的な目標医師数及び目標医師数を達成するために必要な施策についても定めることとします。

○　三次医療圏（都道府県）においても、医師少数県・医師多数県を設定し、二次医療圏と同様に医師確保の方針・目標医師数・施策を定めます。

○　今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い区域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、当該区域の確保すべき医師数の目標、目標を達成するために必要な施策を盛り込んだ医師偏在是正プランを定めます。

○　医師全体の医師確保計画並びに産科及び小児科に限定した医師確保計画についても定めることとします。

○　策定に当たっては、医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定めることとします。

○　医師の働き方改革と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、働き方改革に関する取組、地域医療構想に関する取組、医師確保の取組を一体的に進めます。

○　医師の養成過程を通じた医師の偏在対策として、医学部定員における地域枠等の取組や臨床研修・専門研修における取組、必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組を一体的に進めます。

○　医師確保計画とへき地の医療計画を連動させるため、地域医療支援機構とへき地医療支援機構が連携して医師確保に取り組みます。

４．計画の期間

○　令和９年度(2027年度)から令和11年度(2029年度)までの３年間を計画期間とし、以降は３年ごとに策定していくこととします。

２　現状と課題

１．現 状

(1)　医師数

○　県内の医師数は年々増加しており、令和６年(2024年)12月末現在で2,961人となっています。平成30年(2018年)と比較すると、151人(5.4%)増加、平成26年(2014年)と比較すると231人(8.5%)増加しています。

(単位：人、%)

区　分	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)	R4 (2022)	R6 (2024)
県内医師数	2,730	2,754	2,810	2,879	2,908	2,961
対前回数	21	24	56	69	29	53
対前回比	0.8	0.9	2.0	2.5	1.0	1.8
対H26(2014)数	-	24	80	149	178	231
対H26(2014)比	-	0.9	2.9	5.5	6.5	8.5
全国医師数	311,205	319,480	327,210	339,623	343,275	347,772
対前回比	2.6	2.7	2.4	3.8	1.1	1.3

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計)

(2)　医師の年齢

○　本県の医師の平均年齢は、男性55.6歳、女性46.6歳となっており、全体では53.7歳で、全国平均の51.1歳より2.6歳高くなっています。

(単位：歳)

区　分	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)	R4 (2022)	R6 (2024)
男　性 (全　国)	53.2 (51.4)	54.0 (51.7)	54.3 (52.0)	54.4 (52.3)	55.1 (52.6)	55.6 (52.9)
女　性 (全　国)	43.3 (43.5)	44.1 (43.9)	44.7 (44.2)	45.1 (44.6)	45.7 (45.0)	46.6 (45.4)
計 (全　国)	51.4 (49.8)	52.2 (50.0)	52.5 (50.3)	52.6 (50.5)	53.2 (50.8)	53.7 (51.1)

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

(3)　医師の年齢構成

○　本県における令和６年(2024年)の医師の年齢構成は、40歳代以上の医師の割合が、76.1%で全国平均の70.6%と比べて高く、30歳代以下の医師の割合が23.9%となっています。

○　特に、40歳代の医師数は、平成26年(2014年)と比較すると195人減少しています。

（単位：人、%）

区　分		H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)	R4 (2022)	R6 (2024)	R6 対H26(2014) 数	R6 対H26(2014) 比
20歳代医師数		159	161	174	189	199	209	50	31.4
構成比	宮崎県	5.8	5.8	6.2	6.6	6.8	7.1		
	全　国	8.5	8.7	9.0	9.4	9.4	9.2		
30歳代医師数		455	433	429	488	489	496	41	9.0
構成比	宮崎県	16.7	15.7	15.3	17.0	16.8	16.8		
	全　国	21.5	20.9	20.3	20.1	20.1	20.1		
40歳代医師数		667	644	615	539	495	472	▲ 195	▲ 29.2
構成比	宮崎県	24.4	23.4	21.9	18.7	17.0	15.9		
	全　国	22.6	22.2	21.4	20.6	20.0	19.4		
50歳代医師数		779	759	723	727	687	657	▲ 122	▲ 15.7
構成比	宮崎県	28.5	27.6	25.7	25.3	23.6	22.2		
	全　国	22.9	22.1	21.6	20.8	20.2	19.8		
60歳代医師数		399	468	553	594	664	701	302	75.7
構成比	宮崎県	14.6	17.0	19.7	20.6	22.8	23.7		
	全　国	14.7	16.4	17.2	17.8	18.4	18.6		
70歳代医師数		156	176	205	243	270	314	158	101.3
構成比	宮崎県	5.7	6.4	7.3	8.4	9.3	10.6		
	全　国	6.1	6.0	7.2	8.1	8.9	9.9		
80歳代以上医師数		115	113	111	99	104	112	▲ 3	▲ 2.6
構成比	宮崎県	4.2	4.1	4.0	3.4	3.6	3.8		
	全　国	3.7	3.6	3.4	3.2	3.0	2.9		
計		2,730	2,754	2,810	2,879	2,908	2,961	231	8.5

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

(4)　医師の地域偏在

○　令和６年(2024年)の二次医療圏別の医師数は、宮崎東諸県医療圏が1,706人で、県内の57.6%の医師が宮崎東諸県医療圏に集中しています。

○　平成26年(2014年)と比べて県内格差が拡大しています。

（単位：人、%）

医師数 / 医療圏	H26(2014) 総数	H26(2014) 10万対	H26(2014) 構成比	R6(2024) 総数	R6(2024) 10万対	R6(2024) 構成比
宮崎東諸県	1,519	353.5	55.6	1,706	407.6	57.6
都城北諸県	364	189.7	13.3	391	211.6	13.2
延岡西臼杵	259	175.1	9.5	292	227.4	9.9
日南串間	158	213.3	5.8	167	268.0	5.6
西諸	136	178.0	5.0	128	196.7	4.3
日向入郷	154	170.0	5.6	141	173.9	4.8
西都児湯	140	135.4	5.1	136	149.2	4.6
本　県	2,730	245.1	100.0	2,961	286.6	100.0
県内格差（最大）		2.61			2.73	
全　国	311,205	244.9		347,772	280.9	

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

(5)　医師の診療科偏在

○　令和６年(2024年)の医療施設に従事する医師数は、人口10万人当たりで、内科系が106.7人と全国平均の106.1人を上回り、外科系は57.6人と全国平均の52.1人を上回っています。

○　小児科系は14.9人と全国平均の15.3人を下回り、産婦人科系は11.1人で全国平均の11.2人を下回っています。

（医療施設従事者）　（単位：人、％）

区　分			H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)	R4 (2022)	R6 (2024)	R6 対H26 (2014) 比	R6 構成比
内科系			1,005	1,008	1,042	1,054	1,055	1,102	9.7	－
	人　口	宮崎県	90.2	92.0	96.4	98.5	100.2	106.7	18.3	39.3
	10万人対	全　国	92.2	94.6	96.8	100.4	103.0	106.1	15.1	39.7
外科系			589	611	601	594	590	595	1.0	－
	人　口	宮崎県	52.9	55.7	55.6	55.5	55.9	57.6	8.9	21.2
	10万人対	全　国	47.7	48.4	49.5	50.6	51.5	52.1	9.2	19.5
小児科系			132	133	130	144	152	154	16.7	－
	人　口	宮崎県	11.8	12.1	12.0	13.5	14.5	14.9	26.3	5.5
	10万人対	全　国	13.8	14.0	14.4	15.0	14.9	15.3	10.9	5.7
産婦人科系			125	112	111	118	117	115	▲ 8.0	－
	人　口	宮崎県	11.2	10.2	10.3	11.0	11.1	11.1	▲ 0.9	4.1
	10万人対	全　国	10.1	10.4	10.5	10.8	11.1	11.2	10.9	4.2
その他の診療科			747	749	782	823	830	835	11.8	－
	人　口	宮崎県	67.1	68.3	72.3	76.9	79.0	80.8	20.4	29.8
	10万人対	全　国	69.8	72.7	75.6	79.8	81.4	82.7	18.5	30.9
合　計			2,598	2,613	2,666	2,733	2,744	2,801	7.8	－
	人　口	宮崎県	233.2	238.4	246.6	255.5	260.8	271.2	16.3	100.0
	10万人対	全　国	233.6	240.1	246.7	256.6	262.1	267.4	14.5	100.0

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」）

（注）・内科系：内科、呼吸器内科、循環器科・循環器内科、消化器科（胃腸科）、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、リウマチ科、感染症内科、心療内科、放射線科
・外科系：外科、呼吸器外科、心臓血管外科（循環器外科）、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門科・肛門外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、美容外科、リハビリテーション科（理学診療科）
・小児科系：小児科、小児外科
・産婦人科系：産婦人科、産科、婦人科
・その他：皮膚科、アレルギー科、精神科、泌尿器科、眼科、耳鼻いんこう科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、臨床研修医、全科、その他、主たる診療科不詳、不詳
※調査時点での法令・統計上の診療科目に違いがあるため、年度間の単純比較はできない。

２．課　題

○　本県は、医師数は増加しているものの、医師の高齢化が進んでおり、若手医師の養成・確保や、医師の県内定着が課題となっています。

○　宮崎東諸県医療圏に医師が集中しており、県内地域間の医師偏在是正や、宮崎東諸県以外の医療圏における医師の確保、さらにはへき地医療を担う医師の確保が課題となっています。

○　診療科間においても全国的に不足している小児科や産科等の医師の確保が課題となっています。

３　医師偏在指標

１．医師偏在指標の算出

○　全国ベースで三次医療圏（都道府県）及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の①から③の要素を考慮した医師偏在指標を算出します。

①　医師の性別・年齢分布
②　医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化
③　患者の流出入

【医師偏在指標の算定式】

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{(※1)}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(※2)}}$$

※１　標準化医師数：①「医師の性別・年齢分布」を反映
【算定式＝Σ性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間／全医師の平均労働時間】
年齢階級別の医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先では 0.8 人、従たる従事先では 0.2 人として算出する。

※２　地域の標準化受療率比：②「医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化」及び③「患者の流出入」を反映
【算定式＝地域の期待受療率／全国の期待受療率】

２．現在時点の医師偏在指標

○　上記１により、令和８年度(2026年度)に厚生労働省より新たに示された本県の医師偏在指標は次のとおりです。

＜三次医療圏＞
宮崎県　２４３．０　（全国　２６６．８）

＜二次医療圏＞

二次医療圏別	医師偏在指標
宮崎東諸県	327.1
都城北諸県	181.4
延岡西臼杵	188.8
日南串間	211.9
西諸	163.9
西都児湯	158.5
日向入郷	152.0

４　医師少数区域・医師多数区域の設定

１．医師少数区域・医師多数区域の設定

○　厚生労働省が示す医師確保計画策定ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）によれば、各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策が進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施するものとされています。

○　二次医療圏ごとの医師偏在指標の値が、全二次医療圏の中で、下位33.3%（医師偏在指標193.7以下）に該当する二次医療圏を医師少数区域、上位33.3%（医師偏在指標236.0以上）に該当する二次医療圏を医師多数区域と設定します。

○　三次医療圏も上記と同じ考え方で設定します。
・下位33.3%（医師偏在指標243.2以下）
・上位33.3%（医師偏在指標276.9以上）

○　また、二次医療圏内の山間部にへき地を多く抱えている場合や、医療機関へのアクセスに時間を要する場合といった地理的要素を医師偏在指標に反映するため、新たにへき地尺度（mRIJ）が厚生労働省から示されました。

○　へき地尺度とは、人口密度、最寄りの二次救急医療機関までの距離、離島、特別豪雪地帯を要素とした尺度であり、医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうち、へき地尺度が上位10%の区域に該当する二次医療圏を医師少数区域と設定します。

○　このことにより、本県の医師偏在状況は、次のとおりとなります。なお、日南串間は医師偏在指標が中位の二次医療圏ですが、へき地尺度が上位 10%の区域に該当しないことから、医師多数にも医師少数にも属さない区域として設定します。

三次医療圏	全国順位	区域設定	医師偏在指標
宮崎県	32/47	医師少数県	243.0

二次医療圏	全国順位	区域設定	医師偏在指標
宮崎東諸県	30/330	医師多数区域	327.1
都城北諸県	249/330	医師少数区域	181.4
延岡西臼杵	230/330	医師少数区域	188.8
日南串間	167/330	医師多数にも医師少数にも属さない区域	211.9
西諸	285/330	医師少数区域	163.9
西都児湯	294/330	医師少数区域	158.5
日向入郷	306/330	医師少数区域	152.0

２．医師少数スポット

○　医師少数スポットについては、原則として市町村単位で設定し、「医師の確保が困難かつ他の地域の医療機関へのアクセスに大きな制限がある地域」が対象となっていますが、本県においては、該当地域の選定が難しいため、医師少数スポットは設定しません。しかしながら、医師少数区域でない地域にも十分配慮し、医師確保に努めます。

５　医師の確保に関する方針

１．方針の考え方

○　ガイドラインによれば、医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、全ての都道府県、二次医療圏について目標医師数を定めることとされています。

○　医師確保の方針についての基本的な考え方は、次のとおりとされています。

・　医師少数都道府県及び医師少数区域については、「医師の増加」を医師確保の方針の基本とします。

・　偏在是正の観点から、医師の少ない地域は、医師の多い地域から医師の確保を図ることが望ましく、医師の多寡の状況について二次医療圏及び都道府県のそれぞれについて場合分けをした上で医師確保の方針を定めます。

○　現在時点と令和18年(2036年)時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとされています。

・　現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととします。

・　令和18年(2036年)時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせて対応することとします。

２．医師確保の方針

上記１の考え方に沿って次のとおり定めるものとします。

(1)　三次医療圏（県）

○　「医師の増加」を基本方針とします。また必要に応じて医師多数都道府県から医師の確保を図ります。

(2)　二次医療圏

①　医師多数区域（宮崎東諸県）

○　県内の医師少数区域等へ医師の派遣を行います。また県内の他の二次医療圏からの医師の確保は行わないものとします。

②　医師少数区域（都城北諸県、延岡西臼杵、西諸、西都児湯、日向入郷）

○　医師の増加又は現状維持を基本方針とします。また、医師の確保に当たっては、医師少数区域に配慮することとします。

③　医師多数にも医師少数にも属さない区域（日南串間）

○　日南串間医療圏は、医師少数区域に近い位置付けであるため、同様に医師の増加又は現状維持を基本方針とします。また医師の確保に当たっては、医師少数区域に配慮することとします。

(3)　診療科偏在に配慮した医師の確保

診療科によって医師数の少なさの程度は差があることから、以下の観点に基づき診療科偏在に配慮した医師の確保を図ります。

○　医療計画に基づき、地域の医療提供体制を維持する観点で対策が必要な診療科（９　産科における医師確保計画、10　小児科における医師確保計画のとおり）

○　地域でのニーズがある一方で、医師数の伸びが緩やかであるなど、担い手の確保の観点で対策が必要な診療科（例：総合的な診療に従事する医師、外科に従事する医師　等）

○　若手の医師数が減少しており、かつ、医療提供体制の確保が必要な診療科（例：消化器外科、循環器内科　等）

６　目標医師数

１．医師確保計画の評価結果

第８次医療計画（前期）における第８次（前期）医師確保計画（令和６(2024)～令和８(2026)年度）の評価結果は次のとおりです。

(1)　三次医療圏（県）

○　目標医師数を達成し、県全体としては着実に医師の確保が進んでいます。

(2)　二次医療圏

○　宮崎東諸県、延岡西臼杵、日南串間、西都児湯では目標医師数を達成しましたが、一方で、都城北諸県、西諸、日向入郷は目標を達成できておらず、さらに、標準化医師数も減少しています。

○　全体として、引き続き医師の確保に取り組むとともに、二次医療圏間の偏在解消を図る必要があります。

医療圏	医師確保計画（令和６～令和８年度）		標準化医師数（令和８年度）③	標準化医師数増減（③－①）	目標との差（③－②）
	標準化医師数※1（令和５年度）①	目標医師数※2（令和８年度）②			
宮崎県	2,727	2,744	2,777	50	33
宮崎東諸県	1,536	1,536	1,582	46	46
都城北諸県	383	383	382	▲ 1	▲ 1
延岡西臼杵	257	257	270	13	13
日南串間	158	158	158	0	0
西諸	126	126	124	▲ 2	▲ 2
西都児湯	121	124	126	5	2
日向入郷	146	160	135	▲ 11	▲ 25

※１　標準化医師数
　標準化医師数は、「Σ 性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間 ／全医師の平均労働時間」で表され、年齢・性別の平均労働時間を調整した医師数となります。

※２　目標医師数
　令和５（2023）年度に目標とした標準化医師数を記載しています。

２．目標医師数の考え方

令和11年度(2029年度)の目標医師数の考え方については、ガイドラインにより次のとおりとします。

(1)　二次医療圏における目標医師数

○　医師少数区域においては、計画期間開始時の下位33.3%を脱する具体的な医師数を、令和11年度(2029年度)の目標医師数として設定します。ただし、既に下位33.3%を脱する具体的な医師数に達している場合は、計画期間開始時の医師数を上限数として設定します。

○　医師少数区域以外においては、既に現在の医師数が下位33.3%を脱する具体的な医師数を上回っているため、現在の医師数を令和11年度(2029年度)の目標医師数として設定します。

(2)　三次医療圏における目標医師数

○　(1)で設定した二次医療圏における目標医師数の積み上げとします。

３．本県の目標医師数

上記２により、本県の目標医師数を下記のとおりとします。

医療圏	現在の 標準化医師数 ※1 （令和８年度）	下位33.3%を脱するための医師数 ※2 （令和11年度）	目標医師数 ※3 （令和11年度）
宮崎県	2,777	2,641	2,829
宮崎東諸県	1,582	936	1,582
都城北諸県	382	383	383
延岡西臼杵	270	255	270
日南串間	158	129	158
西諸	124	132	132
西都児湯	126	143	143
日向入郷	135	161	161

※１　標準化医師数
　標準化医師数は、「Σ 性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間／全医師の平均労働時間」で表され、年齢・性別の平均労働時間を調整した医師数となります。

※２　下位 33.3%を脱するための医師数
　令和11（2029）年度に全国（都道府県又は二次医療圏）で下位 33.3%を脱するための標準化医師数を記載しています。

※３　目標医師数
　令和11（2029）年度までの目標とする標準化医師数を記載しています。

7　施策の方向

１．短期的施策

(1)　三次医療圏（県）

①医師の派遣調整	○　地域枠医師等に適用されるキャリア形成プログラムによる医師の派遣調整について、宮崎県地域医療対策協議会に諮りながら宮崎大学医学部、県医師会等と一体となって医師少数区域等（日南串間含む。以下同じ。）における医師確保に取り組みます。 ○　宮崎大学等と連携し、キャリア形成プログラムを充実させるとともに、その内容等については、宮崎県地域医療対策協議会において検討し、効果的な医師の派遣を行います。 ○　自治医科大学卒業医師をへき地医療機関の要望や医師のキャリア形成等を踏まえて計画的に派遣することにより、へき地の医療提供体制を維持します。
②キャリア形成プログラムの運用	○　本県のキャリア形成プログラムでは、適用医師が原則臨床研修を含む９年間を県内の医療機関で勤務し、そのうち４年間以上を医師少数区域等で勤務します。 ○　キャリア形成プログラム適用医師には、出産、育児、介護等のライフイベントや県外研修や海外留学等の自己研鑽のための期間を一時中断期間等として認め、柔軟に対応します。 ○　キャリア形成プログラムの運用については、宮崎大学及び関係機関等と連携を図るとともに、宮崎県地域医療対策協議会内に設置した専門部会により適切な運用を行い、適用医師のキャリア形成支援に努めます。
③医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援	○　関係機関が連携して、医師及び医療機関に対して、医師のキャリア形成と一体的に医師の就労環境整備を支援するとともに、医師の勤務負担を軽減します。 ○　女性医師の就労支援や、宮崎県医療勤務環境改善支援センターの支援により、医師の働きやすい環境づくりに取り組みます。 ○　令和６年度(2024年度)から適用となった医師の時間外労働規制に係る労働時間の短縮のための取組については、継続して必要な施策を実施します。 ○　医師少数区域等の医療機関において、医師事務作業補助者の確保やタスク・シフト／シェアの推進等による医師の負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に努めます。
④その他	○　市民団体との協働により、医療機関の適切な受診を促進するための取組を行うなど、医師が働きやすい環境整備に努めます。 ○　医師確保が必要な診療科・医師数や派遣元医療機関の状況把握に努め、総合診療医等の地域医療を担う医師の派遣が、真に地域に必要とされるものとなるよう、医療提供体制の課題について継続的に検討を行います。

	○　宮崎県医師確保対策協議会と宮崎県医師協同組合が共同で運営するドクターバンクを活用するとともに、広域マッチング事業等との連携を推進し、県外からの医師招へいに努めます。

(2)　二次医療圏

①宮崎東諸県	県内で唯一の医師多数区域であることから、宮崎大学医学部及び県立宮崎病院等の基幹施設から医師少数区域等への医師派遣を積極的に行い、医師少数区域等の医師確保、県内の偏在是正を図ります。 関係機関と連携し、宮崎大学の医学生及び若手医師の養成に取り組むとともに、勤務環境の改善により医師の定着促進に努めます。
②都城北諸県	令和11年度(2029年度)までに下位33.3%を脱するために、医師を確保する必要があります。国立病院機構都城医療センターや都城市郡医師会病院を中核に、圏域内医療機関や隣接する医療圏（鹿児島県及び西諸）との連携した医療提供体制の整備を推進し、勤務環境の改善により医師の定着促進に努めます。 キャリア形成プログラム適用医師等の派遣調整により、圏域内の医師確保を図ります。
③延岡西臼杵	現在の医師数を維持するため、延岡地区は県立延岡病院、西臼杵地区は高千穂町国民健康保険病院を中核に、圏域内医療機関と連携した医療提供体制の整備を推進し、勤務環境の改善により医師の定着促進に努めます。 キャリア形成プログラム適用医師等の派遣調整により、圏域内の医師確保を図ります。
④日南串間	現在の医師数を維持するため、県立日南病院や串間市民病院を中核に、圏域内医療機関と連携した医療提供体制の整備を推進し、勤務環境の改善により医師の定着促進に努めます。 キャリア形成プログラム適用医師等の派遣調整により、圏域内の医師確保を図ります。
⑤西諸	令和11年度(2029年度)までに下位33.3%を脱するために、医師を確保する必要があります。小林市立病院を中核に、圏域内医療機関や隣接する医療圏（鹿児島県及び都城北諸県）との連携した医療提供体制の整備を推進し、勤務環境の改善により医師の定着促進に努めます。 キャリア形成プログラム適用医師等の派遣調整により、圏域内の医師確保に努めます。
⑥西都児湯	令和11年度(2029年度)までに下位33.3%を脱するために、医師を確保する必要があります。国立病院機構宮崎病院や西都児湯医療センターをはじめ、圏域内医療機関と連携した医療提供体制の整備を推進し、勤務環境の改善により医師の定着促進に努めます。 キャリア形成プログラム適用医師等の派遣調整により、圏域内の医師確保に努めます。

⑦日向入郷	令和11年度(2029年度)までに下位33.3%を脱するために、医師を確保する必要があります。済生会日向病院や千代田病院をはじめ、圏域内医療機関と連携した医療提供体制の整備を推進し、勤務環境の改善により医師の定着促進に努めます。さらに、へき地医療機関への代診医派遣により、へき地医療体制の維持に努めます。 キャリア形成プログラム適用医師等の派遣調整により、圏域内の医師確保に努めます。

２．長期的施策

①	令和２年度(2020年度)に県医師会、宮崎大学、県教育委員会及び県で行った「宮崎県医師養成・定着推進宣言」に基づき関係機関が連携して、 ・地域枠の適切な定員設定と医学生教育の充実 ・宮崎県キャリア形成プログラムに基づく若手医師の養成確保 ・医師の勤務環境の改善による県内定着促進 に取り組みます。
②	令和４年度(2022年度)から定員40名に拡充した宮崎大学医学部地域枠をはじめとした地域枠等について、関係機関が連携し、キャリアコーディネーター等を活用しながら、在学中は宮崎県キャリア形成卒前支援プランにより地域医療への意識の涵養を図るとともに、卒後は宮崎県キャリア形成プログラムに基づき、医師少数区域等への派遣等により将来の目標医師数の達成を図ります。
③	令和９年度(2027年度)以降は、必要に応じて、宮崎大学医学部地域枠の定員数等の検討を行います。
④	地域枠等医師の義務修了後の定着を図るため、医師のキャリア等も踏まえながら、勤務環境について検討を行います。

８　医師偏在是正プラン

１．重点医師偏在対策支援区域の設定

○　人口減少よりも医療機関の減少スピードの方が早い地域等を重点医師偏在対策支援区域と設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めます。

○　ガイドラインによれば、区域の設定については、厚生労働省が提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、区域外から医師を確保できなければ医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り設定することとされています。

○　日南串間医療圏は、医師多数にも医師少数にも属さない区域ですが、医師少数区域に近い位置付けとして、医師少数区域と同様の医師確保の方針としています。そのため、医師少数区域の医療圏に日南串間医療圏を加えた医療圏を重点医師偏在対策支援区域として設定します。

医療圏	候補区域の要件			重点医師偏在対策支援区域
	県内で医師偏在指標が最も低い二次医療圏	医師少数県の医師少数区域	医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）	
宮崎東諸県				
都城北諸県		○		○
延岡西臼杵		○		○
日南串間				○
西諸		○	○	○
西都児湯		○	○	○
日向入郷	○	○	○	○

２．重点医師偏在対策支援区域における支援対象医療機関の設定の考え方

○　ガイドラインによれば、区域内に存在するすべての医療機関を一律に支援対象とするのではなく、設立母体にかかわらず、地理的条件等を考慮しながら、区域内に存在する特に支援を行う必要がある医療機関を選定することとされています。

○　重点医師偏在対策支援区域において支援を実施する場合には、ガイドラインの考え方に基づいて、地域医療対策協議会などの意見を踏まえ、個別に検討を行います。

３．区域における必要な医師数

○　重点医師偏在対策支援区域における必要医師数は、医師少数区域を脱するために要する医師数とし、具体的な目標については「６目標医師数」のとおりです。

○　現在の標準化医師数が下位33.3%を脱するための医師数（令和11年度（2029年度））を超えている医療圏については、現在の医師数の維持を目標とします。

４．区域における医師偏在対策を推進するための施策の方向

○　医師が意欲を持って勤務できる環境を整備するために、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行い、必要に応じて経済的インセンティブに係る事業等の実施に向けた検討を行います。

９　産科における医師確保計画

１．産科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方

○　産科は、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、厚生労働省が公表した医師偏在指標に基づき、産科における地域偏在対策に取り組みます。

○　また、産科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境や担う役割を踏まえれば、医師が不足している可能性があるため、引き続き産科医師の総数を確保するための施策を行います。

２．産科における医師偏在指標

○　医師偏在指標については、三次医療圏ごと、周産期医療圏ごとに算出します。ただし、三次医療圏については、都道府県単位で算出します。

圏域名	分娩取扱医師偏在指標
全国	13.4
宮崎県	12.0
県央	16.2
県西	7.0
県北	8.0
県南	21.0

【分娩取扱医師偏在指標算定式】

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}}{\text{分娩件数} \div \text{１０００件}}$$

３．相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定

○　本計画期間において、医師の確保を図るべき主な対象医療圏は、分娩取扱医師偏在指標が全国で下位一定割合に該当する相対的医師少数都道府県及び相対的医師少数区域とします。

○　相対的医師少数都道府県及び相対的医師少数区域の設定するための基準は分娩取扱医師偏在指標の下位33.3%とします。

(1)　相対的医師少数都道府県

三次医療圏（県）

本県の分娩取扱医師偏在指標は12.0となっており、順位が下位33.3%内（分娩取扱医師偏在指標12.5以下）にある都道府県に該当します。

(2)　相対的医師少数区域

県西地区、県北地区

周産期医療圏ごとの分娩取扱医師偏在指標は、県央16.2、県西7.0、県北8.0、県南21.0で、県西地区、県北地区が下位33.3%内（分娩取扱医師偏在指標10.9以下）に該当します。

圏域名	全国順位	区域設定	分娩取扱医師偏在指標
宮崎県	38/47	相対的医師少数県	12.0
県央	66/263		16.2
県西	241/263	相対的医師少数区域	7.0
県北	228/263	相対的医師少数区域	8.0
県南	29/263		21.0

４．産科における施策の方針

○　少子化が進む中、分娩数は減少傾向にあるものの、妊産婦の高齢化に伴うハイリスク妊産婦や新生児に対応する体制を充実させる必要があるなど、周産期医療は急速な医療需要の変化が予想される分野であり、また、産科医師の高齢化、時間外における診療体制の維持等についても考慮する必要があります。

　このため、確保すべき産科医師数については、第一に県及び各医療圏にて下位33.3%を脱することを目標とします。その上で、周産期医療圏ごとの役割分担をこれまでと同様に明確化し、医師派遣を行うことにより、現状の周産期医療体制の充実を図るほか、医師の業務負担軽減が実現できるよう安定的な産科医師の育成・確保に取り組みます。

○　分娩取扱医師偏在指標に基づき算定された本県における偏在対策基準医師数は次のとおりです。

【（参考）偏在対策基準医師数】

圏域名	分娩取扱 医師数　※1	標準化 分娩取扱 医師数　※2	産科における 偏在対策 基準医師数　※3 （令和11年）
全国	9,356	9,318	－
宮崎県	80	80	73.6
県央	51	51	31.5
県西	14	13	18.7
県北	12	11	12.6
県南	4	4	1.7

※１　分娩取扱医師数
　医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数（常勤＋非常勤）のうち、分娩を取り扱っており、かつ主たる診療科の「産婦人科」、「産科」、「婦人科」のいずれかに従事している医師数。

※２　標準化分娩取扱医師数
　標準化分娩取扱医師数は、「Σ 性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間／全医師の平均労働時間」で表され、年齢・性別の平均労働時間を調整した医師数となります。

※３　産科における偏在対策基準医師数
　産科における偏在対策基準医師数については、三次医療圏（県）においては、47都道府県のうち下位33.3%を脱する人数で、周産期医療圏においては、263医療圏のうち下位33.3%を脱する数値です。よって、三次医療圏の医師数と周産期医療圏の医師数には誤差が生じます。
　なお、産科における偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではありません。

５．産科における短期的施策

○　宮崎県医療計画における地域周産期母子医療センター及び総合周産期母子医療センターは次のとおりです。

（2026年11月現在）

区分	周産期母子医療センター	
	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
県北地区 延岡西臼杵 日向入郷	県立延岡病院	宮崎大学医学部附属病院
県央地区 宮崎東諸県 西都児湯	県立宮崎病院 宮崎市郡医師会病院	
県南地区 日南串間	県立日南病院	
県西地区 都城北諸県 西諸	都城医療センター	
計	5	1

(1)　三次医療圏（県）

①医師の派遣調整	○　地域周産期母子医療センターへの医師の派遣については、宮崎県周産期医療協議会での議論を踏まえながら、その役割を担えるよう宮崎大学医学部等と連携して派遣調整を行います。 ○　地域枠医師等の派遣先、医療圏における診療のあり方やキャリア形成プログラムの内容等について、地域医療対策協議会において検討し、効果的な医師の派遣を行います。
②勤務環境を改善するための施策	○　関係機関が連携して、医師及び医療機関に対して医師のキャリア形成と一体的に医師の勤務環境整備を支援するとともに、医師の勤務負担を軽減します。 ○　院内助産や助産師外来の活用など、医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを推進します。 ○　時短勤務や柔軟な勤務体制の整備を行うなど、職場復帰しやすい環境整備の充実を図ります。
③産科医師の養成数を増やすための施策	○　宮崎大学医学部等で産科を目指す医学生に対する医師修学資金の貸与や、産科専門医を目指す専攻医への専門研修資金の貸与のほか、指導医資格取得に対する支援、分娩施設への財政的支援を通して、産科医師の確保に努めます。 ○　魅力ある研修プログラムの提供など、産科専門医を目指す専攻医の研修の充実を図ります。

(2)　周産期医療圏

①県央地区	県全域の周産期医療を担う拠点である宮崎大学医学部附属病院と、県立宮崎病院及び宮崎市郡医師会病院並びに圏域外も含めた周産期医療関連施設との連携を強化し、母体・胎児にリスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療など総合周産期医療が提供されるよう努めます。

②県西地区	都城医療センターを中心とした周産期医療の機能分担を地域の実情を踏まえて検討するとともに、正常な分娩への対応や妊婦健康診査等を行う機能が確保されるよう努めます。 宮崎大学医学部附属病院との連携を図りながら、高度な医療が必要な事例へ対応できる体制の構築を推進します。
③県北地区	県立延岡病院を中心とした周産期医療の機能分担を地域の実情を踏まえて検討するとともに、正常な分娩への対応や妊婦健康診査等を行う機能が確保されるよう努めます。 宮崎大学医学部附属病院との連携を図りながら、高度な医療が必要な事例へ対応できる体制の構築を推進します。
④県南地区	県立日南病院を中心とした周産期医療の機能分担を地域の実情を踏まえて検討するとともに、正常な分娩への対応や妊婦健康診査等を行う機能が確保されるよう努めます。 宮崎大学医学部附属病院との連携を図りながら、高度な医療が必要な事例へ対応できる体制の構築を推進します。

６．産科における長期的施策

①	中高生、医学生及び臨床研修医に対し、積極的な情報発信を行うとともに、産科選択の意欲醸成に取り組みます。
②	産科の研修をする医師への専門研修資金の貸与や指導医に対する支援を検討します。

10　小児科における医師確保計画

１．小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方

○　小児科については、産科と同様に政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の関係も明らかにしやすいことから、厚生労働省が公表した医師偏在指標に基づき、小児科における地域偏在対策に取り組みます。

○　小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境や役割等を踏まえれば、医師が不足している可能性があるため、引き続き小児科医師の総数を確保するための施策を行います。

２．小児科における医師偏在指標

○　医師偏在指標については、三次医療圏ごと、こども医療圏ごとに算出します。ただし、三次医療圏については、都道府県単位で算出します。

圏域名	小児科医師偏在指標
全国	126.0
宮崎県	110.6
県央	128.3
県西	82.2
県北	81.1
県南	152.4

【小児科医師偏在指標算定式】

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\dfrac{\text{地域の年少人口}}{\text{10万人}} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

３．相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定

○　本計画期間において、医師の確保を図るべき主な対象医療圏は、小児科医師偏在指標が全国で下位一定割合に該当する相対的医師少数都道府県及び相対的医師少数区域とします。

○　相対的医師少数都道府県及び相対的医師少数区域の設定するための基準は小児科医師偏在指標の下位33.3%とします。

(1)　相対的医師少数都道府県

三次医療圏（県）

本県の小児科医師偏在指標は110.6となっており、順位が下位33.3%内（小児科医師偏在118.8以下）にある都道府県に該当します。

(2)　相対的医師少数区域

県西地区、県北地区

こども医療圏ごとの医師偏在指標は、県央128.3、県西82.2、県北81.1、県南152.4で、県西地区と県北地区が下位33.3%内（小児科医師偏在指標102.7以下）に該当します。

圏域名	全国順位	区域設定	小児科医師偏在指標
宮崎県	40/47	相対的医師少数県	110.6
県央	107/306		128.3
県西	263/306	相対的医師少数区域	82.2
県北	266/306	相対的医師少数区域	81.1
県南	48/306		152.4

４．小児科における施策の方針

○　小児科医師の高齢化が進んでおり、特に夜間の小児救急医療体制は、地域の開業医や宮崎大学医学部附属病院からの派遣医師などの関係者による献身的な対応等により診療体制が支えられています。

今後も、こども医療圏において、診療時間内はもとより、時間外における診療体制（時間外：休日、祝日等を含む）を維持する必要や、小児医療体制の更なる充実を図る必要があります。

このため、確保すべき小児科医師数の目標は、第一に県及び各医療圏にて下位33.3%を脱することとし、宮崎大学医学部等と連携しながら更なる医師確保に努めることとします。

○　小児科医師偏在指標に基づき算定された本県における偏在対策基準医師数は次のとおりです。

【（参考）偏在対策基準医師数】

圏域名	小児科 医師数　※1	標準化 小児科 医師数　※2	小児科における 偏在対策 基準医師数　※3 （令和11年）
全国	18,041	17,678	－
宮崎県	150	144	135.1
県央	93	91	65.4
県西	27	26	27.8
県北	18	17	17.9
県南	12	10	6.0

※１　小児科医師数

医師・歯科医師・薬剤師調査（2024年）12月31日現在の医療施設（病院及び診療所）従事医師数（常勤＋非常勤）のうち、主たる診療科の「小児科」に従事している医師数。

※２　標準化小児科医師数

標準化小児科医師数は、「Σ性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間／全医師の平均労働時間」で表され、年齢・性別の平均労働時間を調整した医師数となります。

※３　小児科偏在対策基準医師数
　小児科偏在対策基準医師数については、三次医療圏（県）においては、47都道府県のうち下位33.3%を脱する人数で、こども医療圏においては、306医療圏のうち下位33.3%を脱する数値です。よって、三次医療圏の医師数とこども医療圏の医師数には誤差が生じます。
　なお、小児科偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではありません。

５．小児科における短期的施策

○　宮崎県医療計画における小児中核病院及び小児地域医療センターは次のとおりです。

こども医療圏

二次医療圏	こども医療圏	三次救急	二次救急	一次～二次救急
		小児中核病院 （中核病院小児科）	小児地域医療センター （地域小児科センター）	小児地域支援病院 （地域振興小児科Ａ）
延岡西臼杵 日向入郷	県北地区	宮崎大学医学部 附属病院	県立延岡病院	―
宮崎東諸県 西都児湯	県央地区		県立宮崎病院	―
日南串間	県南地区		県立日南病院	―
都城北諸県 西諸	県西地区		国立病院機構都城医療センター 都城市郡医師会病院	―

・表のカッコ内は、日本小児科医会の定義による表現

(1)　三次医療圏（県）

①医師の派遣調整	○　小児地域医療センターへの医師の派遣等については、関係機関等の意見を聞きながら、その役割を担えるよう宮崎大学医学部等と連携して派遣調整を行います。 ○　地域枠医師等の派遣先、医療圏における診療のあり方やキャリア形成プログラムの内容等について、地域医療対策協議会において検討し、効果的な医師の派遣調整を行います。
②勤務環境を改善するための施策	○　関係機関が連携して、医師及び医療機関に対して医師のキャリア形成と一体的に医師の就労環境整備を支援するとともに、医師の勤務負担を軽減します。 ○　市町村や医師会等、関係団体による小児科関連の各種啓発を通して、適切な受診が促進されるよう取り組みます。 ○　子どもの健康を日頃から見守る「かかりつけ医」の普及に努めます。また、夜間の子どもの病状相談について「子ども救急医療電話相談(#8000)」を活用することで、保護者の不安軽減に努めます。 ○　季節的な感染症の予防策を推進し、夜間・休日等における患者の集中緩和に努めます。 ○　疾病予防のための予防接種の意義・効果について各種研修会やポスター掲示等により広く地域住民へ啓発します。 ○　女性医師への支援として、時短勤務や柔軟な勤務体制の整備を行うなど、職場復帰しやすい環境整備の充実を図ります。

③小児科医師の養成数を増やすための施策	○　宮崎大学医学部等で小児科を目指す医学生に対する医師修学資金の貸与や小児科専門医を目指す専攻医へ専門研修資金を貸与するなど、小児科医師の確保に努めます。

(2)　こども医療圏

①県央地区	宮崎大学医学部附属病院は、小児中核病院としての機能を担うとともに、県内の小児科医師が不足する地域等への小児科医師の派遣機能を担っていることから、宮崎大学医学部附属病院の医師の確保を重点的に行う必要があります。なお、小児地域医療センターである県立宮崎病院においてもその役割を担うため、宮崎大学医学部附属病院等と連携しながら適正な医師の派遣調整を行います。
②県西地区	県西地区医療圏においての医師配置については、都城市郡医師会病院と国立病院機構都城医療センターが機能を維持できるよう宮崎大学医学部附属病院等と連携しながら適正な医師の派遣調整を行います。
③県北地区	県北地区医療圏においての医師配置については、県立延岡病院が機能を維持できるよう宮崎大学医学部附属病院等と連携しながら適正な医師の派遣調整を行います。
④県南地区	県南地区医療圏においての医師配置については、県立日南病院が機能を維持できるよう宮崎大学医学部附属病院等と連携しながら適正な医師の派遣調整を行います。

６．小児科における長期的施策

①	中高生、医学生及び臨床研修医に対し、積極的な情報提供を行うとともに、小児科選択の意欲醸成に取り組みます。
②	小児科の研修をする医師への専門研修資金の貸与や指導医に対する支援を検討します。

第２節　医療従事者の養成・確保と資質向上

１　薬剤師（薬剤師確保計画）

１　薬剤師（薬剤師確保計画）

１．計画策定の趣旨

少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少地域が増大することが予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保することが求められています。

一方で、令和３年６月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」では、薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題であることが指摘されています。

このような背景から、県内で必要な薬剤師の確保を図るため、薬剤師確保計画ガイドライン（令和５年６月９日付け薬生総発0609第２号厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）及び都道府県における病院薬剤師確保の手引きについて（令和８年６月19日医政総発0619第２号厚生労働省医政局総務課長通知）を踏まえ、次のとおり「宮崎県薬剤師確保計画」を策定します。

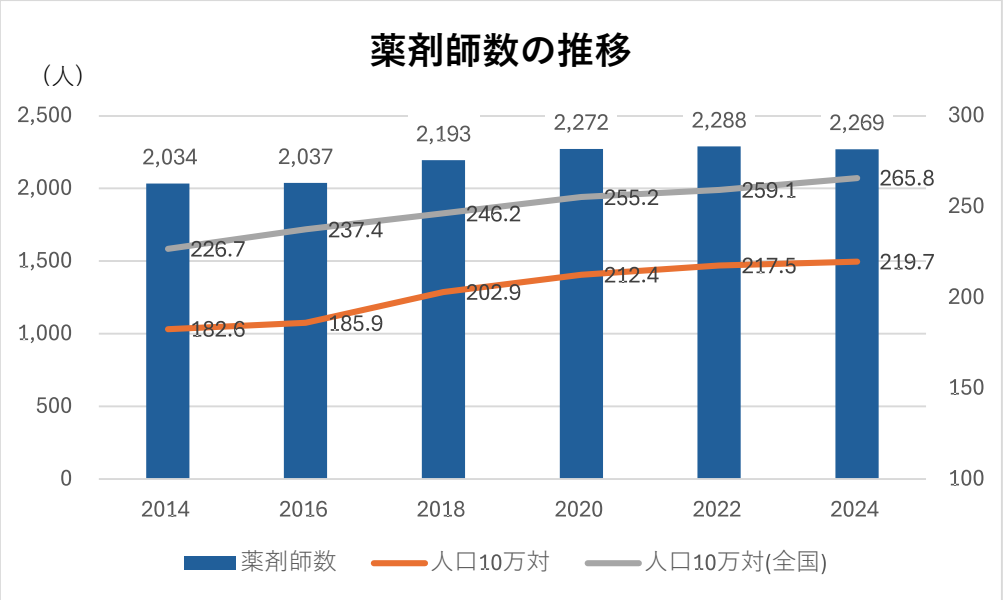
２．計画期間

宮崎県薬剤師確保計画の期間は、令和９年度(2027年度)から令和11年度(2029年度)の３年間とし、薬剤師の偏在状況の変化を踏まえ、３年ごとに見直しを行い、令和18年(2036年)を長期的な目標年次とします。

３．現状

(1) 薬剤師数の推移

本県における薬剤師数は、令和６年(2024年)12月末時点で2,269人となっており、令和４年(2022年)に比べ19人減少しています。人口10万人当たりでみると、本県は219.7人で、全国平均の265.8人を下回っています。



（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」

(2) 薬剤師偏在指標

○　これまで、人口10万人あたりの薬剤師数が一般的に用いられてきましたが、薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」として不十分であることから、全国的に統一的な尺度を用いて各地域の薬剤師の偏在状況を相対的に示す「薬剤師偏在指標」が設定されました。

○　現在・将来人口を踏まえた医療ニーズ等に基づき、薬剤師偏在の度合いを「都道府県」・「二次医療圏」別に、「病院」・「薬局」・「地域(病院＋薬局)」でそれぞれ算定し、目標偏在指標は1.0となっています。

薬剤師偏在指標 ＝（調整薬剤師労働時間）／（薬剤師の推計業務量）

○　目標偏在指標(1.0)より偏在指標が高い都道府県及び二次医療圏は、「薬剤師多数都道府県」及び「薬剤師多数区域」、目標偏在指標(1.0)より低い都道府県及び二次医療圏のうち、下位二分の一の都道府県及び二次医療圏は、「薬剤師少数都道府県」及び「薬剤師少数区域」と設定されています。

○　国が算定した本県の薬剤師偏在指標は次のとおりとなっています。

【業態別偏在】

①　病院薬剤師：偏在指標 0.65(薬剤師少数都道府県)

②　薬局薬剤師：偏在指標 0.91(薬剤師少数でも多数でもない都道府県)

【二次医療圏別偏在】

①　病院薬剤師:宮崎東諸県医療圏は、薬剤師少数でも多数でもない区域
それ以外の医療圏は、薬剤師少数区域

②　薬局薬剤師:宮崎東諸県医療圏は、薬剤師多数区域
西都児湯・日南串間医療圏は、薬剤師少数区域
それ以外の医療圏は、薬剤師少数でも多数でもない区域

区分	現在 将来	全国	宮崎県 (全国順位)	二次医療圏						
				宮崎東諸県	都城北諸県	延岡西臼杵	日南串間	西諸	西都児湯	日向入郷
病院	現在	0.80	0.65 (42位)	0.80	0.54	0.58	0.60	0.40	0.46	0.56
	将来	0.82	0.71 (40位)	0.77	0.61	0.70	0.77	0.49	0.53	0.63
薬局	現在	1.08	0.91 (39位)	1.10	0.84	0.79	0.70	0.87	0.60	0.90
	将来	1.22	1.11 (34位)	1.19	1.02	1.08	1.03	1.23	0.81	1.16

※ 国算出　　将来:令和18年(2036年)

薬剤師多数　薬剤師少数　薬剤師少数でも多数でもない

＜参考＞

区　分	現 在 将 来	全 国	宮崎県 (全国順位)	二 次 医 療 圏						
				宮 崎 東諸県	都 城 北諸県	延 岡 西臼杵	日 南 串 間	西 諸	西 都 児 湯	日 向 入 郷
県 全体 (病院+薬局)	現 在	0.99	0.82 (41位)	1.00	0.73	0.72	0.67	0.72	0.56	0.79
	将 来	1.09	0.97 (41位)	1.04	0.87	0.94	0.93	0.97	0.73	0.97

(3) 薬剤師の充足率及び就業先の状況

○　県の調査によれば、病院薬剤師の充足率は以下のとおりとなっています。

【病院】　※ 県調べ ： 充足率(%)＝(現薬剤師数)／(必要薬剤師数)×100

	年次 (年)	宮崎県	二 次 医 療 圏						
			宮 崎 東諸県	都 城 北諸県	延 岡 西臼杵	日 南 串 間	西 諸	西 都 児 湯	日 向 入 郷
充足率 (%)	令和8年 (2026)	88.6	88.8	91.8	92.1	92.5	85.3	66.7	91.7
現薬剤師数 (人)		459	215	67	58	37	29	20	33
必要薬剤師数 (人)		518	242	73	63	40	34	30	36

二次医療圏のうち、「西諸」、「西都児湯」で特に充足率が低く、必要な薬剤師が確保できていない状況となっています。

○　従事先の状況は、次のとおりとなっています。

【従事先】

薬局、病院・診療所、行政機関等、医薬品関連企業等

(令和６年(2024年)12月末現在)

従　事　先	実　数（人）	構　成　比（%）
薬　　局	1,401	61.7
病院・診療所	528	23.3
行政機関等	57	2.5
医薬品関係企業等	164	7.3
無　　職	119	5.2
総　　計	2,269	100

４．課題

(1) 薬剤師従事先の偏在解消

○　薬剤師の従事先については業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題となっています。県が行った病院薬剤師の充足率調査では、病院薬剤師59名が不足しており、病院薬剤師の確保に早急に取り組んでいく必要があります。

○　国が示した二次医療圏ごとの偏在指標でみると、宮崎東諸県医療圏の薬局以外はすべて不足しており、地域の偏在が大きい状況にあります。

(2) 業務・役割の更なる充実、資質の向上

○　病棟薬剤師においては、病棟業務やチーム医療など、業務・役割の更なる充実が求められています。

○　薬局薬剤師においては、今後ますます需要が高まることが見込まれる在宅医療や、高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。

５．施策の方向

国が示した「薬剤師確保ガイドライン」等の考え等を参考に、地域の実情に応じた取組を行っていきます。

(1) 薬剤師の確保

①	県薬剤師会や県病院薬剤師会、大学等との連携による、地域偏在も含めた薬剤師不足等の適切な状況把握
②	薬学生の就職意識の把握、宮崎県出身薬学生等のための就職支援説明会や施設見学会等の開催、奨学金返還支援事業の継続など、現状を踏まえた確保策の実施
③	病院や薬局等における求人情報やインターンシップ情報などのウェブサイト上等での効果的な情報発信のあり方の検討・実施

(2) 業務・役割の更なる充実、資質の向上

①	最新の医療及び医薬品等に関する専門的情報の習得や患者･住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修の実施
②	多職種との共同研修の実施など関係機関との連携強化

６．目　標

指　標	現　状	⇒	目　標
県内の病院及び薬局に勤務する薬剤師数	1,929 名 （令和６年）	⇒	**1,990 名** （令和 11 年）