

5疾病・6事業及び在宅医療について

令和5年6月

宮崎県福祉保健部医療政策課

がん①

第7次医療計画の状況

| 指標 | | 第7次策定 (又は中間見直し)時点 の数値目標 | 第7次策定時点 の現状値 | 現状値 | 進捗 状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 | |
|---------------|---|-------------------------------|-----------------|--------|--------------------|-------------|---|--|
| ○ がん医療提供体制の充実 | | | | | | | | |
| 1 | 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) (を増やす) | 県北 | 100件 | — | 38.6件 (2021年度) | ↗ | ・パスの利用促進に向けた見直しの検討を 実施 (県がん診療連携協議会) | |
| 2 | | 県央 | 414.8件 | 414.8件 | 575.2件 (2021年度) | ↗ | | |
| 3 | | 県南 | 100件 | 0件 | 0件 (2021年度) | ↘ | | |
| 4 | | 県西 | 100件 | 6.9件 | 31.7件 (2021年度) | ↗ | | |
| 5 | がん患者の在宅等での死亡割合 (を増やす) | | 17.0% | 13.0% | 18.4% (2021年) | ↗ | 27.0% (2021年) | ・終末期の意思決定に関する県民公開講座 を実施 (県がん診療連携協議会) |
| 6 | 末期のがん患者に対して在宅医療を 提供する医療機関数 (を増やす) | 県北 | 12施設 | 10施設 | 12施設 (2021年) | ↗ | ・在宅緩和ケア推進連絡協議会を設置し、 在宅緩和ケアの普及・推進のための研修会 を実施 ・緩和ケアに関する県民公開講座を実施 (県がん診療連携協議会) | |
| 7 | | 県央 | 72施設 | 65施設 | 63施設 (2021年) | ↘ | | |
| 8 | | 県南 | 8施設 | 7施設 | 5施設 (2021年) | ↘ | | |
| 9 | | 県西 | 23施設 | 21施設 | 23施設 (2021年) | ↗ | | |
| ○ 緩和ケアの推進 | | | | | | | | |
| 10 | 緩和ケアチームのある 病院数 (を増やす) | 県北 | 4施設 | 4施設 | 4施設 (2020年) | ↗ | ・緩和ケア研修会の実施 (拠点病院等、 県) ・緩和ケアに関する県民公開講座を実施 (県がん診療連携協議会) 【再掲】 | |
| 11 | | 県央 | 7施設 | 7施設 | 6施設 (2020年) | ↘ | | |
| 12 | | 県南 | 1施設 | 1施設 | 0施設 (2020年) | ↘ | | |
| 13 | | 県西 | 3施設 | 3施設 | 3施設 (2020年) | ↗ | | |
| ○ その他 | | | | | | | | |
| 14 | 75歳未満年齢調整死亡率 (人口10万人当たり) | | 全国平均を下回る | 78.8 | 73.0人 (2021年) | ↗ | 67.4人 (2021年) | ・がん医療体制の整備・強化を図るため、 県独自の指定病院における体制整備や機器 等整備の支援を実施 ・早期発見、早期治療を促すため、各種媒 体を利用してがん検診の重要性や受診勧奨 に関する啓発を実施 |
| 15 | 年齢調整罹患率 (人口10万人当たり) | | 全国平均を下回る | 364.0 | 356.0人 (2019年) | ↗ | 387.4人 (2019年) | |

※中間見直しを行った項目については、「第7次策定時点の数値目標」及び「第7次策定時点の現状値」は見直し時点の数値を記載

現状

- 令和3 (2021) 年の本県のがんによる死亡者数は3,513人で、全死亡者の約4人に1人に当たる。75歳未満年齢調整死亡率は73.0 (人口10万対) で、全国順位 (低い順) は42位 (ワースト6位)。
- 令和元 (2019) 年の本県のがん罹患数は延べ8,471人。年齢調整罹患率は356.0で、全国順位 (低い順) は1位。
- がん検診の受診率について、目標値50% (宮崎県がん対策推進計画) に達しているのは男性の肺がんのみで、女性の肺がんを除き、全体的に全国平均を下回っている。
- 罹患率が低く死亡率が高い状況は、がん検診の受診率が50%に達していないことを考慮すると、がんにかかった患者を早期に捕捉できていないとも考えられる。

課題

- がん検診の受診率向上に向けた取組を強化する必要がある
- 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」に基づく拠点病院の体制整備（指定の維持）
- がんに関する知識を普及するための、「がん相談支援センター」や「がん情報サービス」の周知
- 医療だけでなく、就労や経済面、家族へのサポートを含めた相談支援体制の充実が必要

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 【がん予防】
 - がんに関する正しい知識やがん予防法の普及啓発、がん検診受診率向上のための取組の推進
 - 【がん医療】
 - 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体制整備や普及啓発の推進
 - 【がんとの共生】
 - 就労や教育、アピアランスケア^(※)などの相談支援等の推進
 - 【支える基盤】
 - 学習指導要領に基づくがん教育の推進、がん登録情報の利活用の推進
- ※ 別途『宮崎県がん対策審議会』においても審議予定

(※)医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア

議論いただきたいこと

- 医療圏の設定は適切か（現行：4医療圏）
- 目標設定は適切か（新たに設けるべき指標はないか）
- 目標の達成に向けてどのような施策に
取り組むべきか
- がん対策においてICT等のデジタルツール
導入の余地があるか

脳卒中①

第7次医療計画の状況

| 指標 | | 第7次策定時点の数値目標 | 第7次策定時点の現状値 | 現状値 | 進捗状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 |
|-------------------|---------------------------|--------------|-------------|-------------------------|------|-------------------|--|
| ○ 一次予防のための生活習慣の改善 | | | | | | | |
| 1 | 高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下) | 男性 | 134mmHg | 137mmHg | - | - | 生活習慣病予防として、ベジ活応援店キャンペーンを実施し、野菜を積極的に食べる「ベジ活」及び「ベジ活応援店」の認知度向上・利用促進を進めた。また、高血圧改善のためテレビCMやSNS広告等により「へらしお」の普及啓発を実施。 |
| 2 | | 女性 | 130mmHg | 136mmHg | - | - | |
| 3 | 総コレステロール240mg/dL以上の者の割合 | 男性 | 13.0% | 15.4% | - | - | |
| 4 | | 女性 | 17.0% | 24.0% | - | - | |
| 5 | LDLコレステロール160mg/dL以上の者の割合 | 男性 | 6.2% | 8.6% | - | - | |
| 6 | | 女性 | 8.8% | 13.4% | - | - | |
| ○ 二次予防としての早期発見 | | | | | | | |
| | | | | ※策定時の現状値から更新がないため、評価できず | | | |
| 7 | 特定健康診査の実施率 | 70.0% | 44.6% | 51.5% (2021年度) | ↗ | 56.5% (2021年度) | 未受診者に対する個別訪問や文書勧奨の実施、自己負担額の無料化等の取組を進めた。 |
| 8 | 特定保健指導の実施率 | 45.0% | 24.5% | 26.5% (2021年度) | ↗ | 24.6% (2021年度) | 特定保健指導対象者に対して、文書・電話・個別訪問等の方法により、特定保健指導への参加の勧奨を行った。 |
| ○ 脳卒中中の医療提供体制の充実 | | | | | | | |
| 9 | rt-PAによる遠隔診療支援を行うハブ施設 | 8施設 | 1施設 | 2施設 (2022年度) | ↗ | - | 宮崎大学と連携し、へき地医療機関とをつなぐ遠隔診療支援システム実施 |
| 10 | 退院等の生活の場に復帰した患者の割合 | 62.1% | 53.5% | 59.0% (2017年) | ↗ | - | |

現状

- 令和3年の本県の脳卒中（脳血管疾患）による死亡数は1,162人で、死亡総数に占める割合は8.0%となっており、**県民死亡原因の第4位**
- 平成27年の脳卒中による年齢調整死亡率は、男性42.2（**全国平均37.8**）、女性26.3（**全国平均21.0**）で、減少傾向にあるが、全国平均を上回って推移
 - ※令和2年分は、令和5年12月頃公表予定
- 令和2年の本県の脳卒中（脳血管疾患）の入院受療率（人口10万人対）は112（**全国平均98**）、外来受療率は（人口10万人対）は87（**全国平均59**）で年々減少傾向にあるが、平成26年の外来受療率を除き、全国平均を上回って推移

脳卒中②

課題

- 特定健康診査については、特に40代、50代の働く世代の実施率が低いことや「通院中であること」を理由に特定健診を受けない方が多い。
- 特定保健指導については、全国平均を上回ってはいるものの、被用者保険における被扶養者の実施率が低い。
- 本県のメタボリックシンドローム該当者割合は、令和3年では17.6%（**全国平均16.6%**）、メタボリックシンドローム予備群者割合は、令和3年度では13.5%（**全国平均12.5%**）となっており、いずれも、全国平均を上回っている。
- メタボリックシンドロームは、糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病のリスクを高めるため、早期予防が必要である。いわゆる健康無関心層の行動変容につながるよう、各保険者において健康教室、健康づくりセミナー等の実施といった各種施策を行っているが、減少率は向上していない。
- 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医療体制が必要である。脳卒中にかかる医療圏は二次医療圏と同様になっているが、現状においては、西都・児湯医療圏における急性期を担う中核的な医療機関がない。

施策の方向性の検討に当たってのポイント

○脳卒中の啓発・予防、急性期、回復期～慢性期、生活期・維持期のそれぞれのステージに重点を置いた取組の推進

○感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策における、医療提供体制の強化

※ 別途『宮崎県循環器病対策推進協議会』においても審議予定

議論いただきたいこと

○医療圏の設定は適切か（現行：7医療圏）

○目標設定は適切か
（新たに設けるべき指標はないか）

○目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか

○脳卒中对策においてICT等のデジタルツール導入の余地があるか

心筋梗塞等の心血管疾患①

第7次医療計画の状況

| 指標 | | 第7次策定時点の数値目標 | 第7次策定時点の現状値 | 現状値 | 進捗状況 | (参考)全国値 | これまでの主な取組 | |
|--------------------------|----------------------------|--------------|-------------|---------|-------------------|---------|-----------------------|--|
| ○ 一次予防のための生活習慣の改善 | | | | | | | | |
| 1 | 高血圧の改善 (収縮期血圧の平均値の低下) | 男性 | 134mmHg | 137mmHg | - | - | 134.3mmHg (2016年度) | 生活習慣病予防として、ベジ活応援店キャンペーンを実施し、野菜を積極的に食べる「ベジ活」及び「ベジ活応援店」の認知度向上・利用促進を進めた。また、高血圧改善のためテレビCMやSNS広告等により「へらしお」の普及啓発を実施。 |
| 2 | | 女性 | 130mmHg | 136mmHg | - | - | 127.3mmHg (2016年度) | |
| 3 | 総コレステロール240mg/dL以上の者の割合 | 男性 | 13.0% | 15.4% | - | - | 9.8% (2016年度) | |
| 4 | | 女性 | 17.0% | 24.0% | - | - | 17.3% (2016年度) | |
| 5 | LDLコレステロール160mg/dL以上の者の割合 | 男性 | 6.2% | 8.6% | - | - | 7.0% (2016年度) | |
| 6 | | 女性 | 8.8% | 13.4% | - | - | 9.5% (2016年度) | |
| ○ 二次予防としての早期発見 | | | | | | | | |
| 7 | 特定健康診査の実施率 | | 70.0% | 44.6% | 51.5% (2021年度) | ↗ | 56.5% (2021年度) | 未受診者に対する個別訪問や文書勧奨の実施、自己負担額の無料化等の取組を進めた。 |
| 8 | 特定保健指導の実施率 | | 45.0% | 24.5% | 26.5% (2021年度) | ↗ | 24.6% (2021年度) | 特定保健指導対象者に対して、文書・電話・個別訪問等の方法により、特定保健指導への参加の勧奨を行った。 |
| ○ 急性心筋梗塞等心血管疾患の医療提供体制の充実 | | | | | | | | |
| 9 | 心大血管疾患リハビリテーションを実施できる医療機関数 | | 17施設 | 14施設 | 18施設 (2023年度) | ↗ | | 循環器内科医の開業による増加が考えられる。 |

現状

- 令和3年の心疾患による死亡数は2,453人で、死亡総数に占める割合は16.9%となっており、県民死亡原因の第2位
- 平成27年の心血管疾患による死亡率（人口10万人対）は、男性71.0、女性37.5で、減少傾向にあるが、全国平均を上回って推移
※令和2年（2020年）分は、令和5年12月頃公表予定。
- 令和2年の本県の虚血性心疾患の入院受療率は（人口10万人対）は9（全国平均9）、外来受療率は（人口10万人対）は47（全国平均42）で年によって増減しながらも減少傾向にあるが、平成14年、平成23年を除き、全国平均を上回って推移

心筋梗塞等の心血管疾患②

課題

- 特定健康診査については、特に40代、50代の働く世代の実施率が低いことや「通院中であること」を理由に特定健診を受けない方が多い。
- 特定保健指導については、全国平均を上回ってはいるものの、被用者保険における被扶養者の実施率が低い。
- 本県のメタボリックシンドローム該当者割合は、令和3年では17.6%（全国平均16.6%）、メタボリックシンドローム予備群者割合は、令和3年度では13.5%（全国平均12.5%）となっており、いずれも、全国平均を上回っている。
- メタボリックシンドロームは、糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病のリスクを高めるため、早期予防が必要である。いわゆる健康無関心層の行動変容につながるよう、各保険者において健康教室、健康づくりセミナー等の実施といった各種施策を行っているが、減少率は向上していない。
- 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あり、二次医療圏の枠を超えた広域での体制整備が不可欠となっている。

施策の方向性の検討に当たってのポイント

○心筋梗塞等の心血管疾患の啓発・予防、急性期、回復期～慢性期、生活期・維持期のそれぞれのステージに重点を置いた取組を進める。

○感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた対策における、医療提供体制の強化。

※ 別途『宮崎県循環器病対策推進協議会』においても審議予定

議論いただきたいこと

○医療圏の設定は適切か（現行：4医療圏）

○目標設定は適切か
（新たに設けるべき指標はないか）

○目標の達成に向けてどのような施策に
取り組むべきか

○心血管疾患対策においてICT等のデジタルツール
導入の余地があるか

糖尿病①

第7次医療計画の状況

| 指標 | | 第7次策定時点の 数値目標 | 第7次策定時点の 現状値 | 現状値 | 進捗 状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 |
|------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|-------------------|----------|-------------------|--|
| ○ 早期発見による発症予防、合併症の発症予防・重症化予防 | | | | | | | |
| 1 | 特定健康診査の実施率 | 70.0% | 44.6% | 51.5% (2021年度) | ↗ | 56.5% (2021年度) | 未受診者に対する個別訪問や 文書勧奨の実施、自己負担額 の無料化等の取組を進めた。 |
| 2 | 特定保健指導の実施率 | 45.0% | 24.5% | 26.5% (2021年度) | ↗ | 24.6% (2021年度) | 特定保健指導対象者に対して、 文書・電話・個別訪問等の方 法により、特定保健指導への 参加の勧奨を行った。 |
| 3 | 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数 | 144人 | 181人 | 175人 (2022年) | ↗ | | 策定時からの減少は見られ、 治療法の進歩と県民への啓発 活動が一因と考えられる。 |

現状

- 特定健康診査の実施率は、平成25年度から徐々に実施率は上昇しているものの、令和3年度の実施率は51.5%（全国39位）と全国平均（56.5%）を下回っている。
- 令和3年度の特設保健指導の実施率は、26.5%（全国21位）と全国平均（24.6%）を上回っている。
- 令和3年度のメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率は、平成20年度と比較して16.48%と、全国（13.8%）を上回っているものの、国の目標値である25%減少には至っていない。
- 令和2年の宮崎県の糖尿病の入院受療率は（人口10万人対）は20（全国平均12）、外来受療率は（人口10万人対）は200（全国平均170）となっており、いずれも全国平均を上回って推移
- 令和3年の糖尿病による死亡者数は174人で、死亡率（人口10万人対）は16.5と、全国平均の11.7を大きく上回っている。
- 人工透析新規導入患者数は、平成30年度の469から令和4年の478まで、増減を繰り返しながらも横ばいで推移。内、糖尿病性腎症が原疾患である患者は、181人から175人に減少しており、重症化予防の取組が進みつつある。

糖尿病②

課題

- 特定健康診査については、特に40代、50代の働く世代の実施率が低いことや「通院中であること」を理由に特定健診を受けない方が多い。
- 特定保健指導については、全国平均を上回ってはいるものの、被用者保険における被扶養者の実施率が低い。
- 本県のメタボリックシンドローム該当者割合は、令和3年では17.6%（全国平均16.6%）、メタボリックシンドローム予備群者割合は、令和3年度では13.5%（全国平均12.5%）となっており、いずれも、全国平均を上回っている。
- メタボリックシンドロームは、糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病のリスクを高めるため、早期予防が必要である。いわゆる健康無関心層の行動変容につながるよう、各保険者において健康教室、健康づくりセミナー等の実施といった各種施策を行っているが、減少率は向上していない。

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 糖尿病の発症予防、治療・重症化予防・合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点を置いた取組を進める。
【発症予防】
 - ・特定健診・特定保健指導、健診後の受診勧奨及び医療機関受診状況の把握
 - ・糖尿病・合併症に関する県民への情報発信 等
- 【治療・重症化予防、合併症の治療・重症化予防】
 - ・診療科間連携及び多職種連携の取組の強化
 - ・糖尿病未治療者・治療中断者を減少させるための取組（就労支援（両立支援、治療継続支援）や糖尿病 性腎症重症化予防プログラム等）
- ICT等を活用した糖尿病対策のあり方について検討
- ※ 別途『宮崎県糖尿病・慢性腎臓病（CKD）対策検討会』においても審議予定

議論いただきたいこと

- 医療圏の設定は適切か（現行：7医療圏）
- 目標設定は適切か（新たに設けるべき指標はないか）
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか
- 糖尿病対策においてICT等のデジタルツール導入の余地があるか

精神疾患①

第7次医療計画の状況

| 指標 | | 第7次策定 時点の数値目 標 | 第7次策定 時点の現状 値 | 現状値 | 進捗 状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 |
|--|------------------------------|----------------------|---------------------|--------------------|-----------------|------------------|---|
| ○ 精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築、統合失調症、うつ病・躁うつ病、 児童・思春期精神疾患、発達障がい | | | | | | | |
| 1 | 精神病床における入 院後の退院率 | 3ヶ月時点 | 69% | 61% | 57% (2019年度) | ↓ | 64% (2019年度) |
| 2 | | 6ヶ月時点 | 86% | 75% | 74% (2019年度) | ↓ | 80% (2019年度) |
| 3 | | 12ヶ月時点 | 92% | 82% | 83% (2019年度) | ↓ | 88% (2019年度) |
| 4 | 精神病棟における急性期・回復 期・慢性期入院患者数 | 4,069人 | 4,741人 | 4,815人 (2022年度) | ↓ | | <ul style="list-style-type: none"> 地域移行に関する啓発資料の作成 →入院患者への退院意欲の促進 →医療機関への意識醸成 支援者向けの研修会の開催 →不動産関係者など、地域の受け皿となる支援 者を幅広く対象とした研修 医療機関への実態調査 →現状把握 関係機関が一体となった支援が行えるよう、 様々な取組を行ってきたが、退院率や入院患者数 の改善につながらなかった。息の長い継続した取 組が必要。 |
| 5 | 退院後1年以内の地域における 平均生活日数 | 316日 | 300日 | 325日 (2019年度) | ↑ | 327日 (2019年度) | |

※中間見直しを行った項目については、「第7次策定時点の数値目標」及び「第7次策定時点の現状値」は見直し時点の数値を記載

現状

- 精神疾患を有する患者数は令和2年で75千人となっており、平成26年の31千人と比べ大幅に増加
- 疾患別にみると、気分〔感情〕障がい（躁うつを含む）が最も多く、次いで統合失調症、統合失調障害型及び妄想性障害となっている
- 平成26年（2014）と比べ、てんかん、うつ病や躁うつ病を含む気分障害の増加割合が高い
- 入院患者数は、約4,500～5,000人で推移
- 本県の自殺者数及び自殺死亡率について
 - ・自殺者数 213人（前年比6人増）
 - ・自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）20.4人（前年比0.8人増） ※全国3番目の高さ（前年5番目）

精神疾患②

課題

- 精神疾患は、近年その患者数が増加しており、精神障害の有無やその程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりを進める必要がある
- 精神疾患は自覚しにくい場合があるため、発症してからできるだけ早期に必要な医療を受けることが必要
- 長期入院患者の地域生活への移行に向けた、精神科病院、地域援助事業者のみならず、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組を推進する必要がある
- 多様な精神疾患等に応じた医療機関の役割分担の整理及び連携強化が必要
- 急速な高齢化の進展に伴い認知症の人が増加している現状があり、認知症に関する専門医療の提供体制の充実強化、介護との連携機能を強化する必要がある
- 発達障がいについて、早期発見・早期支援が重要であり、家族や学校職場など周囲が理解して関わりながら支援していく必要がある
- 自殺死亡率は依然として全国平均を上回り、厳しい状況にあるため、リスクの高さ等にあわせた、段階的・総合的な自殺対策を引き続き行うことが必要

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム及び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施策の推進
- 関連計画「障がい者計画」を踏まえた数値目標の検討
 - ※ 「精神病床における入院後3、6、12か月時点の退院率」、「精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数」、「精神病床における慢性期（1年以上）入院患者数（65歳以上・65歳未満別）」については、障がい者計画においても成果目標として設定されている
 - ※ 別途『宮崎県障害者施策推進協議会』においても審議予定
 - ※ 自殺対策は「第5期宮崎県自殺対策行動計画」にて整理。
 - ・自殺未遂者支援
 - ・うつ病が疑われる患者がかかりつけ医を受診した際の精神科医との連携促進

議論いただきたいこと

- 医療圏の設定は適切か（現行：3医療圏）
- 目標設定は適切か（現行に代わる目標設定はあるか）
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか
- 精神疾患対策においてICT等のデジタルツール導入の余地があるか

へき地医療①

第7次医療計画の状況

| 数値目標（2023年） | 第7次策定 時点の数値 目標 | 第7次策定時点 の現状値 | 現状値 | 進捗 状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 |
|---------------|----------------------|-----------------|-----------------|----------|-------------|----------------------|
| ○ へき地診療 | | | | | | |
| 1へき地における常勤医師数 | 75人 | 69人 | 72人 (2022年度) | ↑ | | 自治医卒医師の配置や医師のあっせんを実施 |

現状

- へき地市町村の人口減少及び高齢化が進展している
 へき地市町村人口 H30.4.1 589,703人 → R4.4.1 562,420人 (27,283人減)
 65歳以上人口 H30.4.1 196,351人 → R4.4.1 201,093人 (4,742人増)
- 県内に無医地区が5市町村13か所、無歯科地区が6市町村15か所あり、へき地医療を支えるへき地公立病院等やへき地出張診療所等による巡回診療等を実施している
- 医師不足が常態化しており、医師1人当たりの人口が多い（医師負担が大きい）

へき地医療②

課題

- へき地で勤務する医師の不足
へき地公立病院等の常勤医師は72名（令和4年度）で、内14名は自治医科大学卒業医師を派遣しているが、常に常勤医師が不足している状況であり、へき地に勤務する医師の確保を図る必要がある。
- 医療資源が限られている中でのへき地医療体制の維持が困難
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によって医療を提供しているが、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病院もある。

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- へき地における常勤医師の確保に向けた自治医卒医師の計画的な派遣と、みやざきドクターバンク、地域枠医師の円滑な配置調整等の実施。
- へき地医療支援機構の取組強化（代診医の確保・派遣等）
- ICTを活用した遠隔医療などの取組（オンライン診療、遠隔診療支援システムなど）の推進

議論いただきたいこと

- 目標設定は適切か
（新たに設けるべき指標はないか）
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか
- へき地で勤務する医師の確保に向けて、どのような施策に取り組むべきか
- へき地医療の充実を図るためのツールとして、どのようなICTの活用方法が考えられるか

救急医療①

第7次医療計画の状況

| 数値目標（2023年） | 第7次策定 時点の数値目標 | 第7次策定時 点の現状値 | 現状値 | 進捗 状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 |
|--------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|----------|-----------------------|----------------------------------|
| ○ 病院前救護体制 | | | | | | |
| 1 救急搬送患者数 | 39,953人未満 | 39,953人 | 40,806人 (2021年) | ↘ | 5,491,744人 (2021年) | #8000や、救急車の適正利用に係る広報などを実施 |
| 2 救急要請から医療機関への収容 までに要した平均時間 | 38.1分未満 | 38.1分 | 43.1分 (2021年) | ↘ | 42.8分 (2021年) | MC協議会による連携強化や、救急車の適正利用に係る広報などを実施 |
| ○ 県民への情報提供と意識啓発 | | | | | | |
| 3 緊急性の少ない軽症患者の救急 出動の割合 | 37.7%未満 | 37.7% | 37.5% (2021年) | ↗ | 44.8% (2021年) | 救急車の適正利用に係る広報などを実施 |

現状

- 傷病者の救急搬送人員（高齢者、軽症者の割合）
高齢者（R3）は65.5%で、全国平均（61.9%）より高い。
軽症者（R3）は37.5%で、全国平均（44.8%）より低い。
- 救急要請から現場到着及び医療機関への搬送まで要した時間は43.1分で、全国平均（42.8分）と同程度
- 救急搬送受入に30分以上要した割合は10.3%で、全国平均（15.9%）より低い。
- 病院前救護体制は、令和4年度はドクターヘリが422件出動、ドクターカーは県内5ヶ所で運用している。
防災救急ヘリはドクターヘリを補完する運用をしている。
- 救急医療体制
初期救急は、県内7地域で夜間急病センター運営し、休日当番医制も医師会単位で実施している。
二次救急は、救急告示施設64施設をはじめ、地域の拠点となる医療機関を中心に体制を確保している。
三次救急は、宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院、県立延岡病院の3病院が担っている。

救急医療②

課題

- 県民の救急医療への理解・意識の向上
安易な夜間及び休日等の時間外受診（コンビニ受診）を控えるための普及・啓発等が必要
- 救急医療体制の確保
初期、二次救急を支える医師の高齢化や医師不足などにより、救急医療体制の確保が困難になっている。
※救急告示病院数 R5:64 R4:65 R3:65 R2:66 H31:69

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 県民への情報提供と意識啓発
- 病院前救護体制の確保（ドクターヘリ、ドクターカーの運用、防災救急ヘリとの連携）
- 初期から三次までの救急医療体制の確保
- 救急医療従事者の確保・養成
- 居宅・介護施設の高齢者の救急医療
(居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備)

議論いただきたいこと

- 医療圏の設定は適切か（現行：7医療圏）
- 目標設定は適切か
(新たに設けるべき指標はないか)
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか

小児医療①

第7次医療計画の状況

| 数値目標（2023年） | 第7次策定 時点の数値目 標 | 第7次策定時点 の現状値 | 現状値 | 進捗 状況 | （参考） 全国値 | これまでの主な取組 |
|---------------|----------------------|-----------------|-----------------|----------|-------------------|-----------------------------|
| ○ 小児救急医療体制の整備 | | | | | | |
| 1地域振興小児科の整備 | 4か所 | 2か所 | 3か所 (2021年度) | → | 114か所 (2021年度) | 小児科医確保のため、研修資金貸与制度や症例研修会を実施 |

現状

- 小児の推計患者
外来受診は5,800人（R2）で、内2,300人が呼吸器系の疾患（かぜ症候群や喘息など）。
- 人口千人に対する小児死亡率は0.02で、全国平均と同じ。
- 小児救急患者の状況（全救急患者数の割合、時間帯別受診状況など）
休日夜間急患センターの全救急患者（R2年度）26,892人のうち、小児救急患者は8,378人で、31.2%を占める。
また、小児救急患者のうち、高次医療機関への転送患者は249人で、約3%となっている。
- 小児医師の状況
県内の小児科医は139名（R2）で、うち宮崎東諸県圏域に75名（54.0%）
人口10万人あたりの小児医師数は13.0人で、全国（14.2人）より少ない。
- 小児医療施設の状況
中核病院小児科（三次救急） 宮崎大学医学部附属病院、
地域小児科センター（二次救急） 県立延岡病院、県立宮崎病院、都城医療センター、都城市郡医師会病院、県立日南病院
地域振興小児科（一～二次救急） 済生会日向病院、宮崎病院、都農町国保病院

小児医療②

課題

- 小児科医の確保・育成
小児科医の数が全国平均より少ないとともに、高齢化も進んでいるため、小児科医の確保・育成が必要となる。
- 小児医療提供体制の維持
小児科医が不足している状況はあるものの、夜間急病センターや、こども医療圏における二次救急、三次救急の体制は引き続き維持する必要がある。
- 小児救急医療を支えるための県民理解の醸成
不要不急の受診を控えることや「かかりつけ医」を持つことで、医師負担の軽減につながることを県民に理解してもらう必要がある。

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 小児の二次・三次救急医療体制を確保するため、こども医療圏を引き続き設定
- 小児科専門医を目指す医師の支援や、医師等が働きやすい環境の整備や復職を支援
- 急病時の対応等の相談体制の充実及び県民意識（小児科医負担軽減のための不要不急の受診を控えるなど）の醸成
- 子どもの成育に関する保育・教育・福祉との連携（小児医療に関する協議会の設置等）

議論いただきたいこと

- こども医療圏の設定は適切か（現行：4医療圏）
- 目標設定は適切か
（新たに設けるべき指標はないか）
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか

周産期医療①

第7次医療計画の状況

| 数値目標（2023年） | | 第7次策定時点の数値目標 | 第7次策定時点の現状値 | 現状値 | 進捗状況 | (参考)全国値 | これまでの主な取組 |
|-----------------|------------------|--------------|-------------|-----|------|---------|------------------------|
| ○ 地域分散型の周産期医療体制 | | | | | | | |
| 1 | 総合周産期母子医療センター | NICU病床数 | 9床 | 9床 | 9床 | → | - 宮崎県周産期医療協議会の開催 |
| 2 | | GCU病床数 | 12床 | 12床 | 12床 | → | - " |
| 3 | | MFICU病床数 | 3床 | 3床 | 3床 | → | - " |
| 4 | 地域産期母子医療センター | NICU病床数 | 34床 | 34床 | 34床 | → | - 地域周産期保健医療体制づくり連絡会の開催 |
| 5 | | GCU病床数 | 40床 | 40床 | 28床 | ↘ | - " |
| 6 | 災害時小児周産期リエゾン委嘱者数 | | 24人 | 17人 | 26人 | ↗ | - 災害時小児周産期リエゾン会議 |

現状

- 本県の周産期医療体制は、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おり、その結果、本県の周産期死亡率は、全国的にみて低い水準を維持している。
※周産期死亡率は周産期死亡数（妊娠満22週以後の死産数に生後1週未満の死亡数を加えたもの）を出産数（妊娠満22週以後の死産数に出生数を加えたもの）で除したものである。
※周産期死亡率に係る全国順位：H29 47位、H30 43位、R元 44位、R2 43位、R3 35位
- 令和5年4月現在、県内で分娩可能な病院・診療所は25施設、助産所は3施設、計28施設となっており、H29年4月の39施設と比べ、11施設減少している。なお、令和4年1月現在、西諸地区においては分娩取扱施設がない状況となっている。
- 県内の医師数はこれまで減少傾向であったものの、令和2年12月末現在で106人と増加している。全国的に産科医は不足しているが、県全体の分娩取扱医師に係る偏在指標（令和5年）は、9.0と全国（10.6）を下回り、全国38位の相対的医師少数県（下位1/3）となっている。

周産期医療②

課題

- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じた対策が必要
- 妊婦の高齢化に伴うハイリスクな妊産婦やメンタルヘルス介入が必要な妊産婦が増加していることから、これらの妊産婦に対応する体制の強化が必要
- NICU退院後、引き続き医療的ケアが必要な児となる可能性が高い新生児については、円滑な在宅医療への移行が重要
- 新型コロナウイルス感染妊婦の入院対応は周産期母子医療センターが担っていた。周産期母子医療センターでは、ハイリスクな妊産婦、新生児への対応を行っているため、感染妊婦の増加により対応に苦慮した。

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 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課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応が可能な周産期医療体制の整備を進める。
指標例：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
- 医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援などが可能な周産期医療体制の整備を進める。
指標例：退院支援を受けたNICU・GCU入院児数
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

※ 別途『宮崎県周産期医療協議会』においても審議予定

議論いただきたいこと

- 医療圏の設定は適切か（現行：4医療圏）
- 目標設定は適切か
（新たに設けるべき指標はないか）
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか
- 周産期医療においてICT等のデジタルツール導入の余地があるか

災害医療①

第7次医療計画の状況

| 数値目標（2023年） | 第7次策定時点の数値目標 | 第7次策定時点の現状値 | 現状値 | 進捗状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 |
|------------------------|--------------|-------------|--------------------|------|----------------------|---|
| ○ 災害拠点病院 | | | | | | |
| 1 DMATチーム数 | 35チーム | 25チーム | 33チーム (2022年度) | ↗ | 1,747チーム (2020年度) | DMATチームに対する研修受講等の支援を実施。 |
| 2 災害拠点病院における業務継続計画の策定数 | 100.0% | 18.2% | 100.0% (2022年度) | ↗ | 94.4% (2020年度) | 災害拠点病院の指定要件に追加された旨の周知とBCP策定研修（国主催）の受講を案内した。 |

現状

- 基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院の施設、備蓄状況
全12病院のうち10病院は自家発電機、受水槽（3日分）、食料、飲料水、医薬品を備蓄できている。（2病院は一部未達成）
- DMATチーム数33チーム（2022年）、統括DMAT17人（2023年）、災害医療コーディネーター32人（2023年）、小児周産期リエゾン22チーム（2022年）で、年々増加している。
- 重症患者の医療搬送の拠点となるSCUは県内4カ所に整備
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院
全病院は把握できていないが、災害拠点病院12病院については、浸水想定区域に位置しているのは4病院、津波災害警戒区域も4病院あるものの、何らかの対策を講じている。

災害医療②

課題

- 大規模災害等発生時に対応するための体制の整備が求められる
(急性期→中長期支援への円滑な移行、保健医療福祉調整本部・地域本部の運営、様々な災害医療関係機関等の連携、DMATチームの維持・確保)
- 豪雨災害等の被害軽減のための浸水対策
頻発する豪雨災害等による被害軽減のため、浸水被害を受ける病院とその被害状況の把握が必要

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 災害時における災害医療体制の確保
(災害拠点病院の体制確保、DMATチームの育成・強化、災害医療コーディネーターの整備、様々な関係機関等との連携強化)
- 災害時に拠点となる病院以外の病院の防災対策
(BCPの策定の促進や災害対応のための設備整備支援など)
- 豪雨災害等の被害を軽減するための浸水対策
(浸水対策の設備整備支援や、市町村と連携した浸水被害対応など)

議論いただきたいこと

- 医療圏の設定は適切か (現行：7医療圏)
- 目標設定は適切か
(新たに設けるべき指標はないか)
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか

第7次医療計画の状況

在宅医療①

| 数値目標（2023年） | 第7次策定時点の数値目標 | 第7次策定時点の現状値 | 現状値 | 進捗状況 | (参考) 全国値 | これまでの主な取組 |
|----------------------|--------------|-------------|------------------------|------|------------------|--|
| ○ 入院・退院支援 | | | | | | |
| 1 入退院調整ルール策定圏域数 | 7圏域 | 2圏域 | 7圏域 (8ルール) (R5.5.1) | ↗ | | 各圏域で保健所や市町村が事務局となり、医療と介護の関係者を集め協議を実施 |
| ○ 日常の療養生活の支援 | | | | | | |
| 2 在宅療養支援病院数 | 23施設 | 21施設 | 38施設 (R5.5.1) | ↗ | | 県医師会や郡市医師会等との連携の下、在宅医療に関する研修等を実施 |
| 3 在宅療養支援診療所数 | 122施設 | 111施設 | 110施設 (R5.5.1) | ↘ | | 県医師会や郡市医師会等との連携の下、在宅医療に関する研修等を実施 |
| 4 在宅療養支援歯科診療所数 | 119施設 | 109施設 | 75施設 (R5.5.1) | ↘ | | ・在宅歯科診療を実施する歯科医療機関に対する医療機器等の補助整備 ・歯科医師会等との連携による在宅歯科医療に関する研修会等実施 |
| 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数 | 488施設 | 444施設 | 483施設 (R5.5.1) | ↗ | | ・在宅医療を行う薬局・薬剤師育成等の研修を実施 ・在宅医療を担う医師等との多職種連携強化の研修を実施 ・在宅医療に必要な共同利用型の無菌調剤室を整備する薬局への補助 |
| ○ 急変時の対応 | | | | | | |
| 6 地域医療支援病院数 | 10施設 | 7施設 | 9施設 (R5.5.1) | ↗ | | 当該制度の医療機関への周知及び県ホームページ等を通じた県民への広報 |
| 7 訪問看護ステーション数 | 158施設 | 134施設 | 165施設 (R5.3.31) | ↗ | | 訪問看護ステーション新設にかかる補助事業の実施 |
| ○ 在宅での看取り | | | | | | |
| 8 在宅での死亡率 | 25.2% | 22.7% | 25.4% (R4年) | ↗ | 30.7% (2021年) | 県医師会や郡市医師会等との連携の下、看取りを含めた在宅医療に関する研修等を実施 |

※中間見直しを行った項目については、「第7次策定時点の数値目標」及び「第7次策定時点の現状値」は見直し時点の数値を記載

現状

【入退院調整ルール策定】

○全圏域で策定完了。退院支援を実施する診療所及び病院は47施設（H29年）から52施設（R3年）に増加した。

【在宅医療サービス】

○在宅療養支援診療所数は、在宅医療に関する研修等を実施しているが、目標値には達していない

○在宅療養支援歯科診療所数は、平成30年に施設基準が見直された影響があると考えられる。

○訪問看護ステーション数は、補助事業の効果もあり数値目標を達成 *中山間地域の7市町村には訪問看護ステーションなし

【在宅等での死亡率】

○在宅死亡率は25.4%（R3年）と年々上昇しているが全国平均を下回っている。（全国平均30.7%）

また、老人ホームでの死亡率も12.4%（R3年）と年々上昇（全国平均10.0%）している。

在宅医療②

課題

【入院・退院支援】

- 圏域によって入退院調整ルールの活用状況にばらつきがあり、利用機会の少ない圏域では医療と介護の連携が円滑に進まないため、各圏域でルールを改善をする等利用促進を図る取組が必要である。

【日常の療養生活の支援】

- 在宅療養生活を支えるサービス（在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所等）の更なる増加及び充実が必要である。
- 全ての市町村で訪問看護サービスを受けられる体制の構築が必要である。

【急変時の対応】

- 24時間いつでも往診や訪問看護等の対応が可能な連携体制の構築が必要である。
- 入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要である。
- ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及に取り組む必要がある。

【在宅での看取り】

- 在宅での看取りに対応できる病院や診療所、訪問看護、薬局等の増加（看取りに対応できる人材確保）や介護施設等での看取りを支援できる体制構築が必要である。
 - ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及に取り組む必要がある。（再掲）
- * ACP：もしものときのために、自らが望む、人生の最終段階医療・ケアについて前もって話し合い、共有すること。

施策の方向性の検討に当たってのポイント

【在宅医療の提供体制】

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向けて、適切な在宅医療を行うことのできる圏域設定。
 - 在宅医療において積極的役割を担う医療機関の位置づけ。*
 - 在宅医療に必要な連携を担う拠点の位置づけ。*
- * それぞれ在宅医療の圏域内に少なくとも1つは位置づけることとされている。（医療計画作成指針）

【急変時・看取り、災害時等における整備体制】

- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携の推進。
- 看取りに際し、本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供の推進。
- 平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築。
- 災害時における業務継続計画（BCP）の策定の推進。

【在宅医療における各職種の間わり】

- 在宅医療における各職種の機能・役割について明確化。

議論いただきたいこと

- 医療圏の設定は適切か（現行：7医療圏）
- 在宅医療において「積極的役割を担う医療機関」と「必要な連携を担う拠点」として想定される機関等について
 - ※ 積極的役割を担う医療機関：在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所を想定
 - ※ 必要な連携を担う拠点：各市町村の在宅医療介護連携推進協議会の事務局またはそれに類似するものを想定
- 目標設定は適切か（新たに設けるべき指標はないか）
- 目標の達成に向けてどのような施策に取り組むべきか
- 在宅医療においてICT等のデジタルツール導入の余地があるか

新興感染症発生・まん延時における医療について

現状

- 令和2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たことから、新興感染症等の感染拡大時には、必要な対策が機動的に講じられるよう、あらかじめ地域で議論し、必要な準備を行うことが重要であることが認識された
- このため、国は令和3年に医療法を改正し、医療計画の6事業目として「新興感染症等の感染拡大時における体制確保」を加えることとした
- また、昨年12月に感染症法も改正され、予防計画について、新型コロナに関するこれまでの取組を踏まえ、次の感染症危機に備えるため、保健・医療提供体制に関する記載事項の充実と、医療提供体制の確保などについて数値目標を定めることとされた

課題

- 感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に新型コロナウイルスの特性も明らかでない時期から対応する医療機関と、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が明確ではなかった
- 次の感染症危機に備え、関係者間の平時からの意思疎通・情報共有・連携推進が必要

施策の方向性の検討に当たってのポイント

- 県と医療機関との間で締結する、機能・役割に応じた感染症対応（病床、発熱外来等）に係る協定を通じ、次の感染症危機に備えた医療提供体制の確保
 - 新型コロナへの対応の実績を踏まえ、まずは新型コロナ対応での最大規模の体制を目指す
 - 県、保健所設置市、医師会、消防機関等で構成する連携協議会において、平時からの連携強化
 - 感染症対応を行う人材育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）の推進
- ※ 新興感染症は、感染症法の予防計画との整合性を図りながら策定

予防計画の変更について

【概要】

令和4年12月の感染症法改正により、予防計画について、
①保健・医療提供体制に関する記載事項を充実するとともに、
②感染症に係る医療を提供する体制の確保等について数値目標を定めること
とされたことから、感染症対策審議会、感染症対策連携協議会において審議、協議を行った上で、令和5年度中に計画を変更する。（計画期間 令和6年度から6年間）

【目標値】

医療機関等との協定締結を通して、病床・外来・医療人材・後方支援等の確保に関する数値目標を設定する