

第8次宮崎県医療計画 (案)

宮 崎 県

目 次

第 1 章 総論	頁
第 1 節 計画策定の趣旨等	3
第 2 節 計画の基本的考え方	5
1 基本理念	5
2 基本方針	5
第 2 章 地域の概況	
第 1 節 地勢と交通	9
1 地勢	9
2 交通	9
第 2 節 人口の構造等	10
1 人口構造	10
2 人口動態	12
3 患者数の動き	15
4 医療施設の状況	20
5 医療従事者の状況	23
第 3 章 医療圏の設定と基準病床数	
第 1 節 医療圏の設定	31
1 医療圏設定の考え方	31
2 一次医療圏	31
3 二次医療圏	31
4 三次医療圏	32
5 二次医療圏の設定	32
第 2 節 二次医療圏の概況	37
1 面積及び人口の状況	37
2 病院・診療所の状況	37
第 3 節 基準病床数	39
1 基準病床数について	39
第 4 章 医療提供体制の構築	
第 1 節 基本的考え方	45
1 医療機能の分化・連携	45
2 地域医療支援病院及び特定機能病院、紹介受診重点医療機関	45
3 社会医療法人	47
4 医療に関する情報の提供	47
5 県民からの相談機能の充実	48
6 県民の理解と協力を得るための意識啓発	49
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	51
1 がん	53
2 脳卒中	62
3 心筋梗塞等の心血管疾患	69
4 糖尿病	76
5 精神疾患	82
6 救急医療	96

7	へき地医療	107
8	小児医療(小児救急医療を含む)	113
9	周産期医療	121
10	災害医療	140
11	新興感染症発生・まん延時における医療	147
12	在宅医療・介護	155
第3節	その他の保健医療対策の充実	165
1	障がい保健対策	167
2	感染症対策	171
3	臓器移植対策	183
4	難病対策	186
5	アレルギー疾患対策	188
6	歯科保健対策	189
7	血液の安定供給対策	194
8	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	196
9	慢性腎臓病(CKD)対策	198
10	慢性閉塞性肺疾患(COPD)対策	200

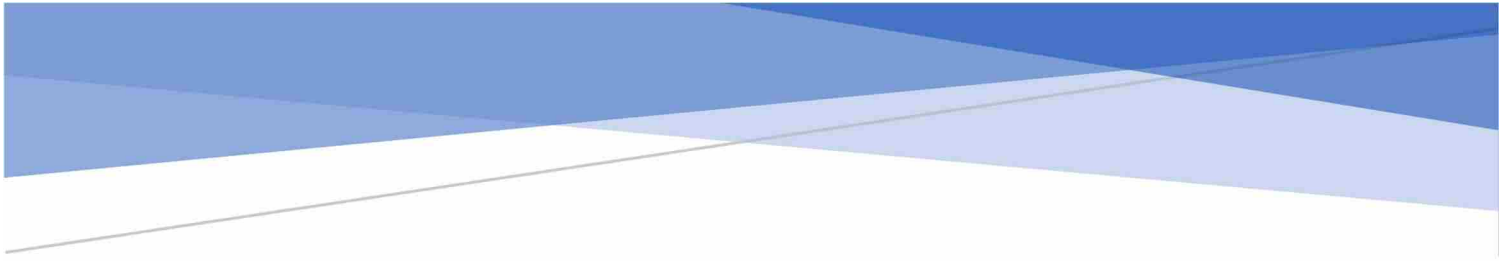
第5章 地域医療構想

第1節	総論	203
1	策定の背景	203
2	構想策定の目的と内容	203
3	構想の位置付け	203
4	目標年次	203
5	構想区域	204
6	令和7年(2025年)の医療需要と病床数の必要量	205
7	病床機能の現状等	209
第2節	将来予測等	213
1	将来人口	213
2	医療機関の整備状況	215
3	入院受療動向	215
第3節	病床の機能の分化・連携の推進	221
1	推進体制	221
2	推進施策の方向	221

第6章 外来医療計画

第1節	総論	225
1	計画策定の背景	225
2	計画の目的と内容	225
3	計画の位置付け	225
4	計画期間	225
第2節	外来医療に係る医療提供体制の状況	226
1	県内の外来医療提供体制	226
2	外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定	228
3	現時点において地域で不足する外来医療機能	230
4	外来機能報告制度と紹介受診重点医療機関	230

第3節 外来医療に係る施策の方向	232
1 協議の場の設置	232
2 施策の方向	232
3 診療所の新規開業に係る手続き等	232
4 医療機器の効率的な活用方針	233
5 目標	233
二次医療圏（対象区域）ごとの状況	234
第7章 医療提供基盤の充実	
第1節 医師確保計画	248
1 総論	249
2 現状と課題	251
3 医師偏在指標	254
4 医師少数区域・医師多数区域の設定	255
5 医師の確保に関する方針	256
6 目標医師数	257
7 施策の方向	259
8 産科における医師確保計画	262
9 小児科における医師確保計画	266
第2節 医療従事者の養成・確保と資質向上（医師を除く）	271
1 歯科医師	273
2 薬剤師（薬剤師確保計画）	276
3 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	280
4 歯科衛生士・歯科技工士	287
5 理学療法士・作業療法士	289
6 診療放射線技師（診療エックス線技師）・臨床検査技師（衛生検査技師）	290
7 その他の保健医療関係者	291
第3節 医療安全の確保	295
1 医療安全対策	297
2 医薬品等の安全確保	299
第8章 計画の推進等	
第1節 計画の推進にあたって	305
1 計画の推進体制	306
2 実施主体の役割	306
3 評価・公表実施	306
（参考）	
1 宮崎県医療審議会名簿	309
2 宮崎県医療審議会医療計画部会名簿	310
3 用語の解説	311



第1章 総論

第1節 計画策定の趣旨等

- 1 計画策定の趣旨
- 2 計画の位置付け
- 3 介護保険事業支援計画との整合性
- 4 計画の期間

第2節 計画の基本的考え方

- 1 基本理念
- 2 基本方針

第1節 計画策定の趣旨等

1. 計画策定の趣旨

- 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、これまで7次にわたり医療計画を策定し、その推進に取り組んできました。
- 急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中で、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。そのような中で、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められています。
- こうした背景のもと、それぞれの地域において、県民が安心して暮らすことができるよう切れ目のない医療を受けられる体制の構築を目指し、第8次医療計画を策定するものです。

2. 計画の位置付け

宮崎県医療計画は次の位置付けを持つ計画です。

- 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
- 市町村の推進する保健医療行政や、医療機関、各種保健医療関係団体及び県民の活動等の指針を示す計画
- 「宮崎県高齢者保健福祉計画(宮崎県介護保険事業支援計画)」「宮崎県障がい者計画」「宮崎県地域福祉支援計画」等とともに、保健医療福祉行政を進めるための「宮崎県総合計画2023」の部門別計画
- 「健康みやざき行動計画21」及び「宮崎県医療費適正化計画」とともに、医療構造改革を推進するための計画

また、この計画は、県だけでなく市町村や医療関係機関・団体等も含めて、推進すべき施策の方向性を示すとともに、県民の自主的な行動を誘引する性格を持つものです。

3. 介護保険事業支援計画との整合性

- 国は、平成26年(2014年)9月に地域における効率的かつ質の高い医療提供体制の構築とともに、地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第3条に基づき、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(以下「総合確保方針」という。)を示しました。
- 総合確保方針では、都道府県医療計画と都道府県介護保険事業支援計画及び地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画との整合性を確保する必要がありますとしています。

第1章 総論

- 第8次医療計画及び第9期介護保険事業支援計画については、病床の分化及び連携の推進による効率的で質の高い医療提供体制の構築並びに在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築を一体的に行うため、各計画の進捗状況に合わせて、これらの整合性の確保を図っていくこととしています。
- 今後、地域医療構想の具体化にあたっては、令和7年(2025年)を見据えた介護施設・在宅医療等の追加的な需要が生じることが想定されています。そのため、本県では、地域医療構想調整会議の議論等を踏まえながら、療養病床から介護医療院等への転換など、病床の機能分化・連携を進めてきたところであり、引き続き追加的な需要の受け皿整備を推進していきます。

4. 計画の期間

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年間とします。

ただし、在宅医療及びその他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、医療計画を変更するものとします。

第2節 計画の基本的考え方

1. 基本理念

「県民共有の指針」である宮崎県総合計画2023(長期ビジョン)では、本県が目指す将来像の一つとして「安全・安心で心ゆたかに暮らしを楽しめる社会」の実現を目指しています。

この将来像を実現するためには、県民に対して、いつでも、どこでも、安全で質の高い医療を切れ目なく効率的に提供する体制の構築を図る必要があります。

また、超高齢社会に直面する中、県民の健康寿命の延伸を図るとともに、全ての世代が将来に渡って安心して暮らしていけるよう、持続可能な医療提供体制の構築を図っていくことも重要です。

このような考えのもと、この医療計画の基本理念を次のとおり設定します。

《基本理念》

**県民が、安全で質の高い医療を切れ目なく受けられる
持続可能な医療提供体制の実現**

2. 基本方針

高齢化の進展に伴い医療需要が増大・多様化する中、医療の担い手不足がさらに深刻化していくことが懸念されることから、限られた医療資源の中で、安全で質の高い医療を切れ目なく受けられる持続可能な医療提供体制を実現するため、関係団体と連携を図りながら、以下の基本方針のもと、各種施策を展開します。

地域を支える医療体制の構築

5疾病・6事業及び在宅医療の全般において、地域で求められる医療体制の整備を図るとともに、「かかりつけ医」と専門医の連携、各医療機関による機能分化・連携の推進等により、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築を図ります。

また、救命救急センターや災害拠点病院の整備、ドクターヘリの効果的な運用など、県民が緊急時や災害発生時においても、適切な医療を受けられる体制の整備を図ります。

医療従事者の養成・確保

県民が安心して必要な医療を受けられるよう、地域医療を担う医師の養成や医師のキャリア形成支援と一体となった医師確保対策をはじめ、看護師等養成施設への支援や県立看護大学の教育・研究機能の充実、看護職者に対する各種研修の実施など、質の高い医療従事者の養成・確保を図ります。

疾病予防・健康づくりの促進

特定健診の受診勧奨や企業等と連携した県民公開講座の実施など、県民の健康増進に関する意識の啓発や取組を支援し、県民の疾病予防や健康づくりを促進します。

デジタル技術の活用

医師や看護師等の業務効率化や労働環境の改善をはじめ、へき地等への医療提供環境の向上（医療格差の是正）や、状況に応じた非対面での診療継続など、持続可能な医療提供体制の構築に向けて、医療分野でのデジタル技術の活用を推進します。

医療と福祉が連携した在宅医療・介護体制の充実

在宅医療に対する県民ニーズの増大に対応するため、「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」をはじめ、「かかりつけ薬剤師・薬局」、在宅療養支援病院、看護・介護サービス事業者等との連携強化など、在宅で必要な医療と福祉サービスの総合的・効果的な提供体制の充実を図ります。

また、人生の最終段階においても、自らが希望する医療やケアを受けられ、自分らしい生き方ができるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP：人生会議）等の理解促進にも取り組みます。

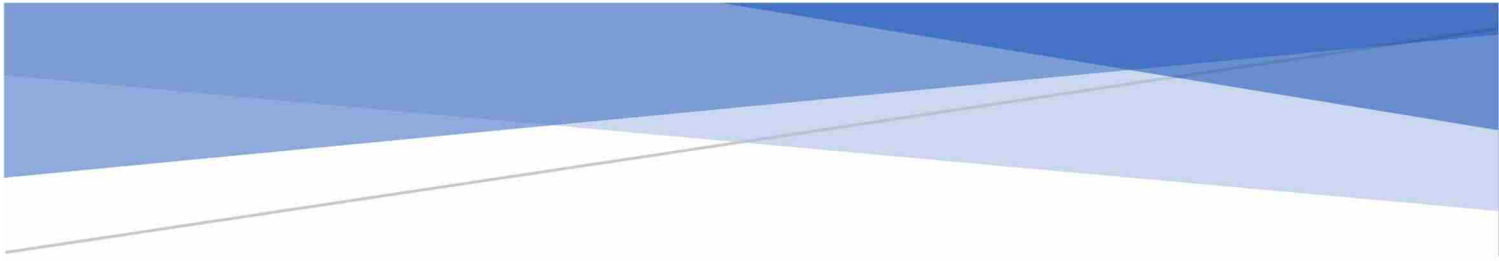
医薬品等の安全確保・安定供給の推進

定期的に医薬品等の製造・販売についての監視指導を行い、医薬品等の安全確保・安定供給を図り、被害発生の未然防止等に努めます。

また、高齢化や医療技術の進歩に伴う血液の需要が高まる一方で、少子化に伴う献血可能人口が減少していることから、安定的な献血者の確保に努めます。

県民への情報提供

各医療機関の機能や役割を県民に周知するため、必要な医療関連情報を分かりやすい形で提供します。



第2章 地域の概況

第1節 地勢と交通

1 地勢

2 交通

第2節 人口の構造等

1 人口構造

2 人口動態

3 患者数の動き

4 医療施設の状況

5 医療従事者の状況

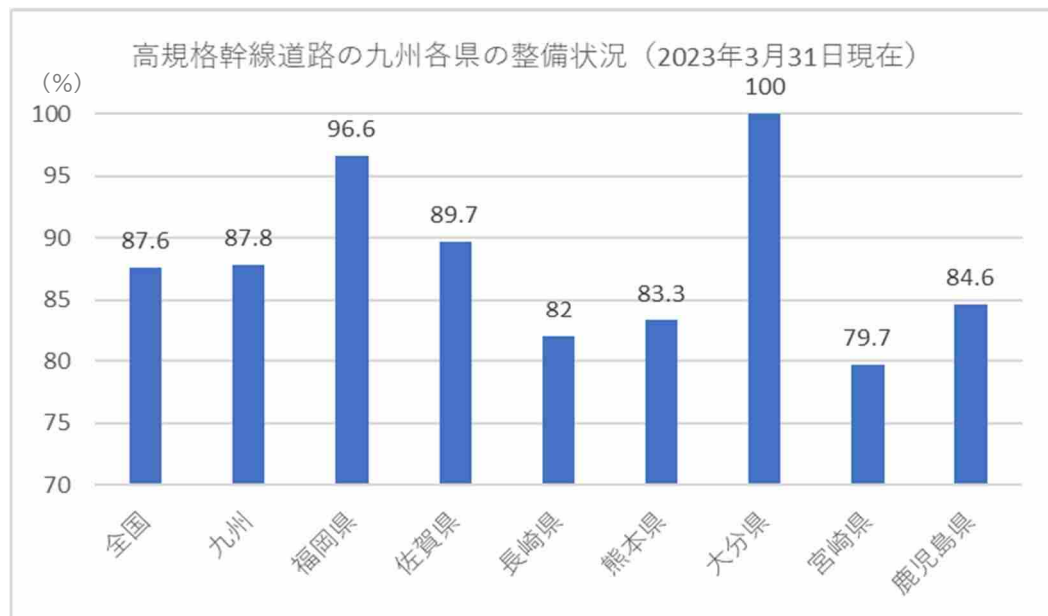
第1節 地勢と交通

1. 地勢

- 本県は九州の東南部に位置し、東西70km、南北160kmにわたる7,735km²で全国第14位の広さを有しています。平地は宮崎平野など海岸部を中心に点在していますが、九州山脈などの山岳地帯が多く、森林面積が76%を占めています。
- これらを水源に大淀川や五ヶ瀬川などの河川が太平洋にそそぎ豊富な水資源をもたらしています。また、平均気温の高さ、日照時間や快晴日数の多さなどの自然環境に恵まれています。

2. 交通

- 本県は人口千人当たりの自家用乗用車保有台数が641台で九州1位と高く、道路交通への依存度が高い状況にあります。
- そのような中、東九州自動車道において、令和5年(2023年)3月に「清武南～日南北郷間」の共用が開始するなど、交通インフラの整備が進んでいます。
- 一方で、県内の高規格幹線道路の令和5年(2023年)3月31日現在での供用率は79.7%(予定延長331.7km に対して開通延長は264.3km)と九州で最も低い状況にあります。



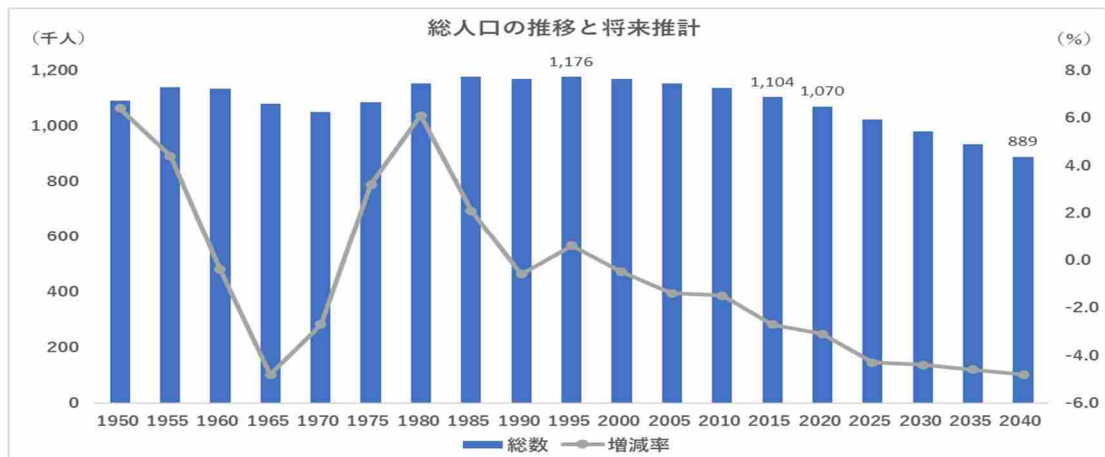
(出典：県高速道対策局より資料提供)

第2節 人口の構造等

1. 人口構造

(1) 総人口

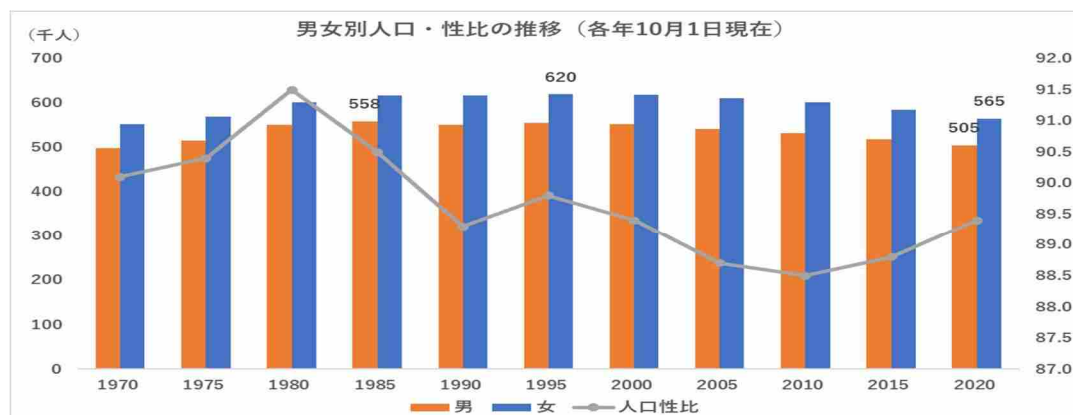
- 令和2年(2020年)国勢調査によると、本県の人口は1,069,576人で、平成27年(2015年)と比べ34,493人(3.1%)減少しています。
- 昭和35年(1960年)に減少に転じた後、昭和45年(1970年)を境に再び増加傾向を示しましたが、その後、平成7年(1995年)以降は減少傾向にあります。
- 国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によると、今後人口はますます減少し続け、令和12年(2030年)には100万人を割り込み、令和22年(2040年)には88万人程度にまで減少する見込みです。



(出典：総務省「国勢調査」、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(2023年推計)」)

(2) 男女別人口

- 令和2年(2020年)の総人口を男女別にみると、男性 504,763 人、女性 564,813 人となっており、性比(女性を100としたときの男性の数)は89.4 となっています。
- 増減を男女別にみると、男性は平成27年(2015年)から 14,479 人の減、女性は 22,014 人の減となっています。

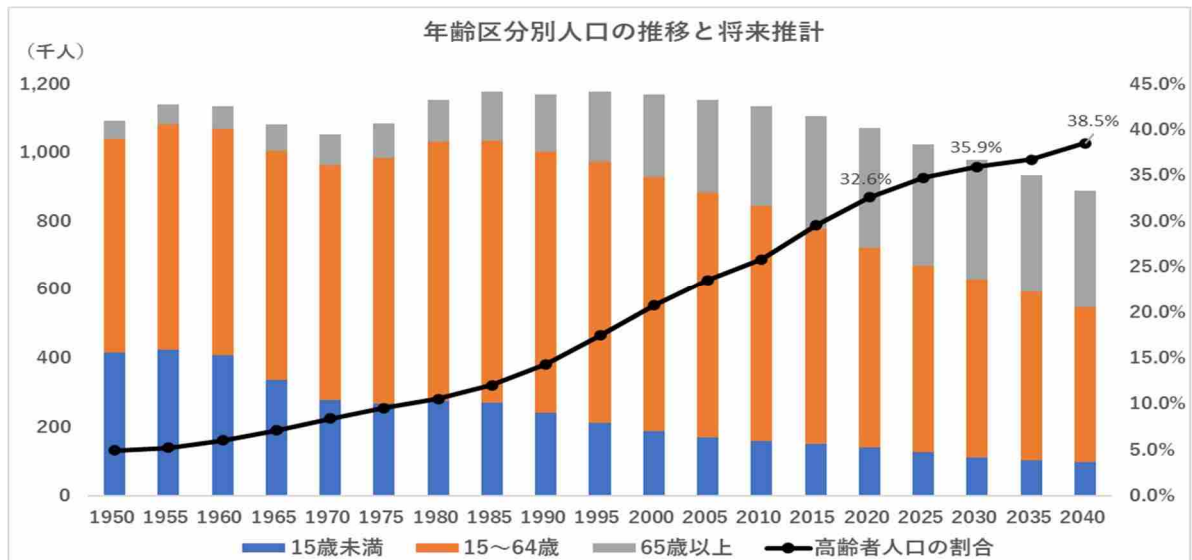


(出典：総務省「国勢調査」、宮崎県統計調査課作成資料)

第2章 地域の概況

(3) 年齢構成

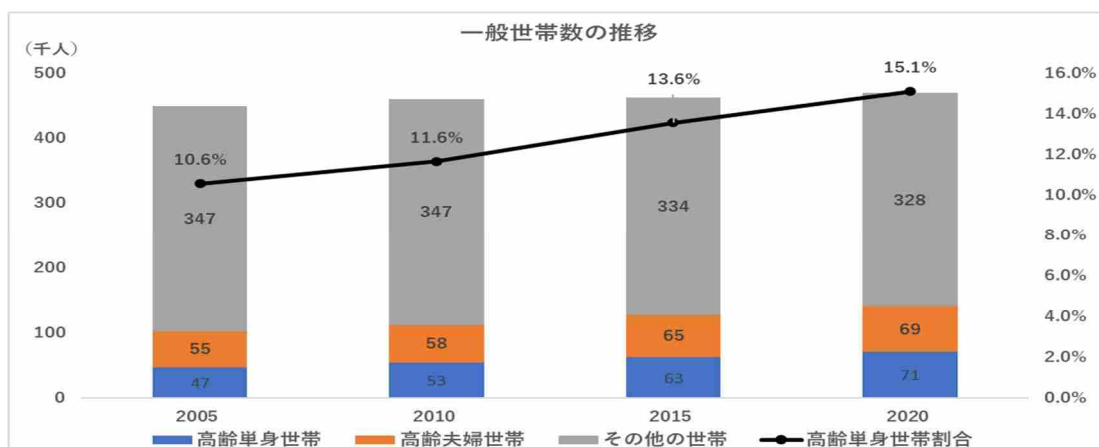
- 令和2年(2020年)国勢調査によると、本県人口を年齢3区分別にみた場合、15歳未満人口は140,291人(総人口の13.1%)、15～64歳人口は580,412人(同54.3%)、65歳以上人口は348,873人(同32.6%)となっており、平成27年(2015年)と比べ、65歳以上人口の割合が3.1%上昇しています。
- 本県では令和12年(2030年)に高齢者人口の割合が35%を超え、令和22年(2040年)には38.5%となることが予測されています。



(出典：総務省「国勢調査」、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(2023年推計)」)

(4) 世帯構成

- 令和2年(2020年)国勢調査によると、本県の一般世帯数は468,575世帯で、平成27年(2015年)と比べ、7,186世帯増加し、1世帯当たりの世帯人員は2.20人で、平成27年(2015年)と比べ、0.11人減少しています。
- 65歳以上の単独世帯については、一般世帯数の15.1%を占め、年々増加傾向にあります。



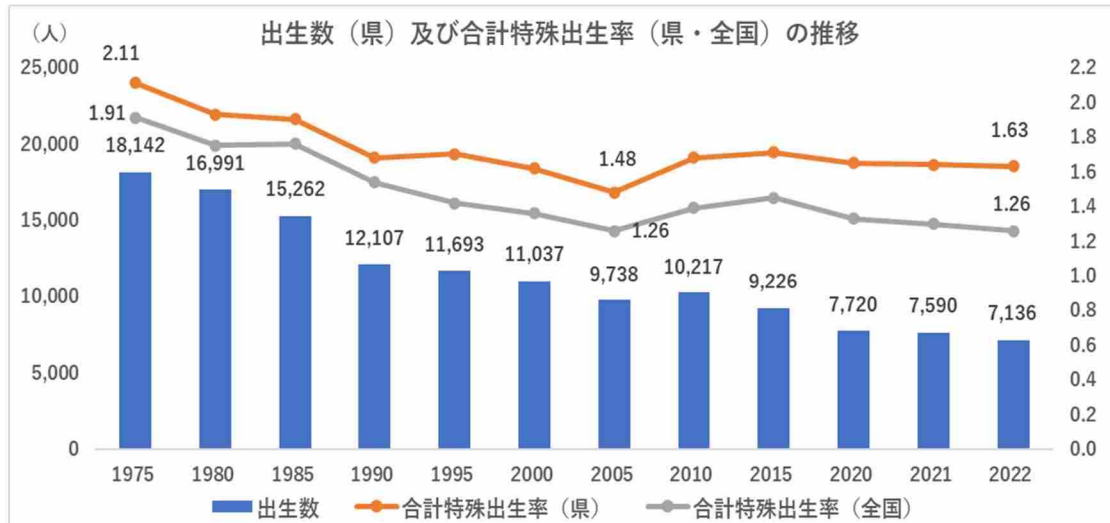
(出典：総務省「国勢調査」)

- ※ 高齢単身世帯とは、65歳以上の者一人のみの一般世帯のこと。
- 高齢夫婦世帯とは、夫が65歳以上、妻が60歳以上の夫婦1組のみの一般世帯のこと。

2. 人口動態

(1) 出生

- 出生数は昭和50年(1975年)以降減少傾向が続いています。令和4年(2022年)の出生数は前年より454人減少し、7,136人となりました。
- 令和4年(2022年)の本県の合計特殊出生率は1.63(全国平均1.26)と全国的には高い水準を維持しています。

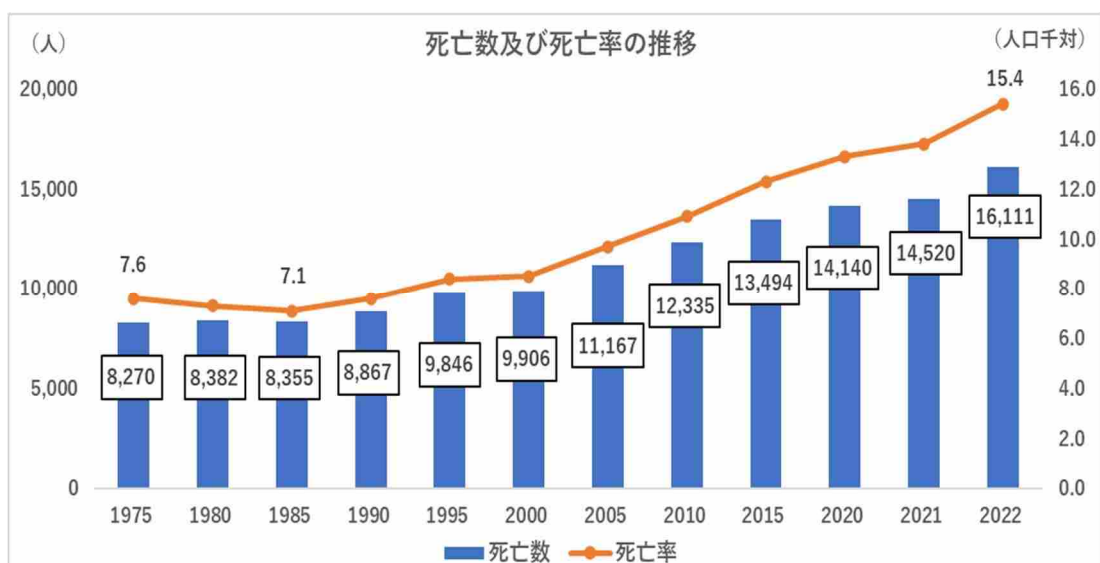


(出典：厚生労働省「人口動態調査」)

(2) 死亡

① 死亡数及び死亡率

- 本県の死亡数及び死亡率は、高齢化等の影響により、ともに増加傾向にあり、令和4年(2022年)には死亡数 16,111 人、死亡率15.4といずれも過去最高になりました。



(出典：厚生労働省「人口動態調査」)

第2章 地域の概況

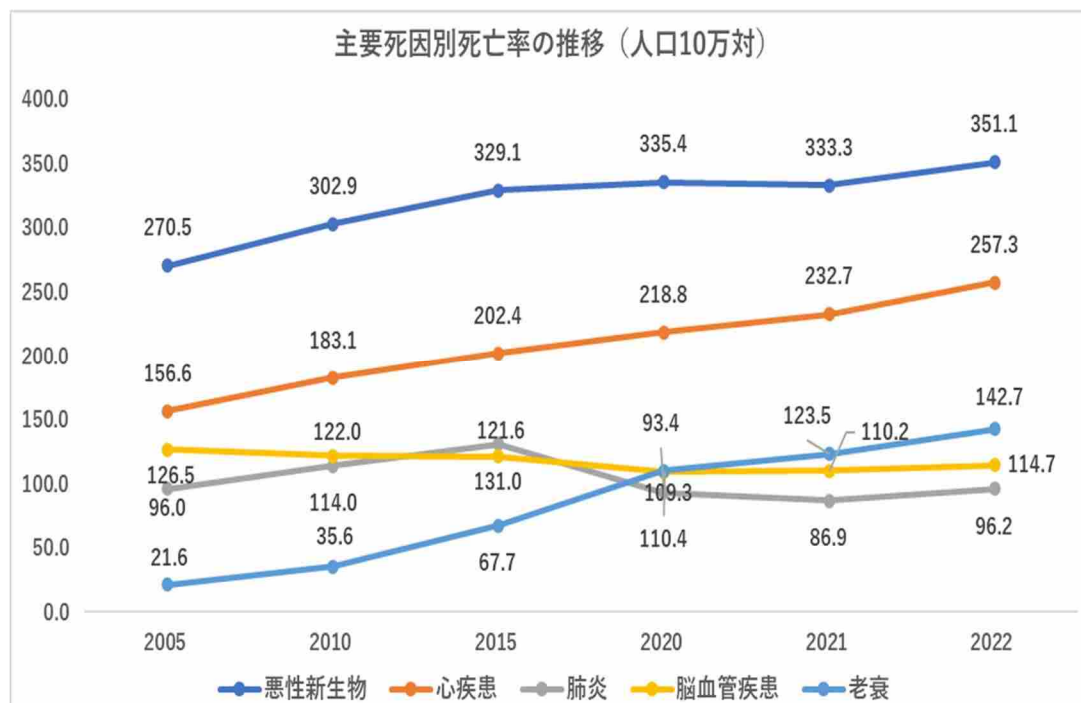
② 主要死因

- 本県の令和4年(2022年)の主要死因は、1位が悪性新生物、2位が心疾患、3位が老衰となっており、上位9つまでは全国と同様となっています。
- 近年、悪性新生物、心疾患、老衰が増加傾向にあり、令和4年(2022年)の死亡率は、いずれも過去最高となっています。

令和4年(2022年)の主要死因別死亡数及び死亡率(人口10万対)

		1位	2位	3位	4位	5位	6位	7位	8位	9位	10位
宮 崎 県	死 因	悪性新生物	心疾患	老衰	脳血管疾患	肺炎	誤嚥性肺炎	不慮の事故	腎不全	アルツハイマー病	間質性肺炎
	死亡数	3,666	2,686	1,490	1,197	1,004	508	484	353	326	249
	死亡率	351.1	257.3	142.7	114.7	96.2	48.7	46.4	33.8	31.2	23.9
	構成割合	22.8%	16.7%	9.2%	7.4%	6.2%	3.2%	3.0%	2.2%	2.0%	1.5%
全 国	死 因	悪性新生物	心疾患	老衰	脳血管疾患	肺炎	誤嚥性肺炎	不慮の事故	腎不全	アルツハイマー病	血管性及び詳細不明の認知症
	死亡数	385,797	232,964	179,529	107,481	74,013	56,069	43,420	30,739	24,860	24,360
	死亡率	316.1	190.9	147.1	88.1	60.7	45.9	35.6	33.8	20.4	20.0
	構成割合	24.6%	14.8%	11.4%	6.9%	4.7%	3.6%	2.8%	2.0%	1.6%	1.6%

(出典：厚生労働省「人口動態調査」)



(出典：厚生労働省「人口動態調査」)

第2章 地域の概況

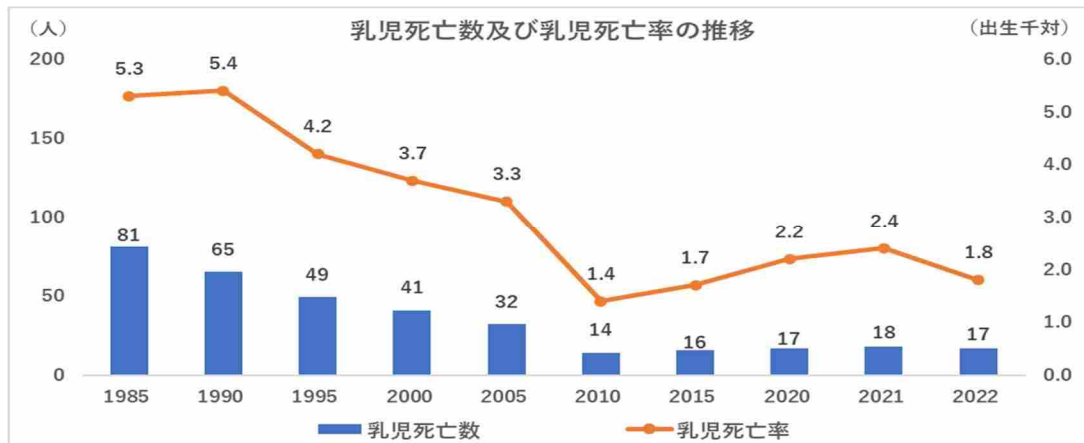
③ 乳児死亡及び周産期死亡

- 令和4年(2022年)の本県の乳児死亡率は、国平均と同数となっています。
- 周産期死亡率は、近年全国平均を下回って推移しており、令和4年(2022年)も全国平均を下回っています。

乳児死亡率及び周産期死亡率の推移（宮崎県及び全国）

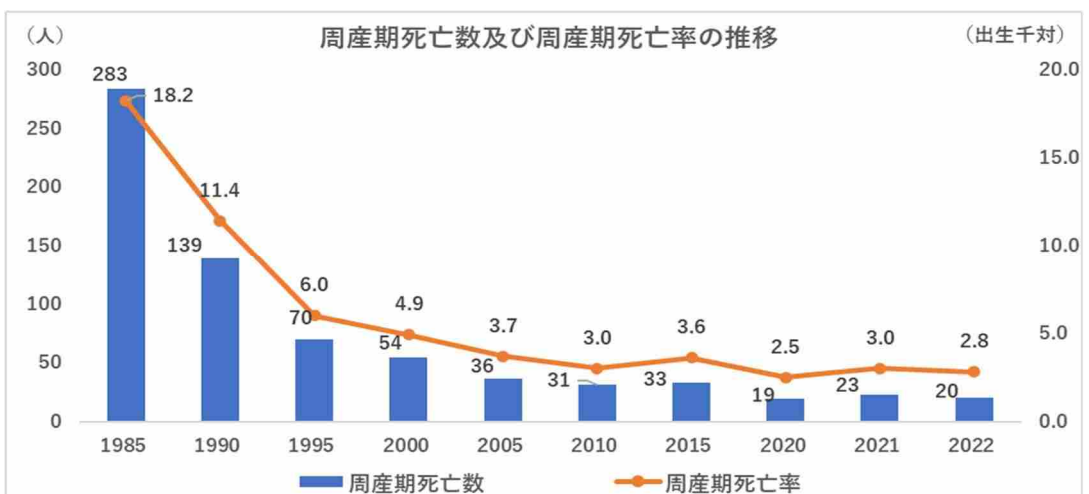
		1985年	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2020年	2021年	2022年
乳児死亡率 (出生千対)	宮崎県	5.3	5.4	4.2	3.7	3.3	1.4	1.7	2.2	2.4	1.8
	全国	5.5	4.6	4.3	3.2	2.8	2.3	1.9	1.8	1.7	1.8
周産期死亡率 (出産千対)	宮崎県	18.2	11.4	6.0	4.9	3.7	3.0	3.6	2.5	3.0	2.8
	全国	15.4	11.1	7.0	5.8	4.8	4.2	3.7	3.2	3.4	3.3

(出典：厚生労働省「人口動態調査」)



(出典：厚生労働省「人口動態調査」)

※ 乳児死亡とは、生後1年未満の死亡のこと



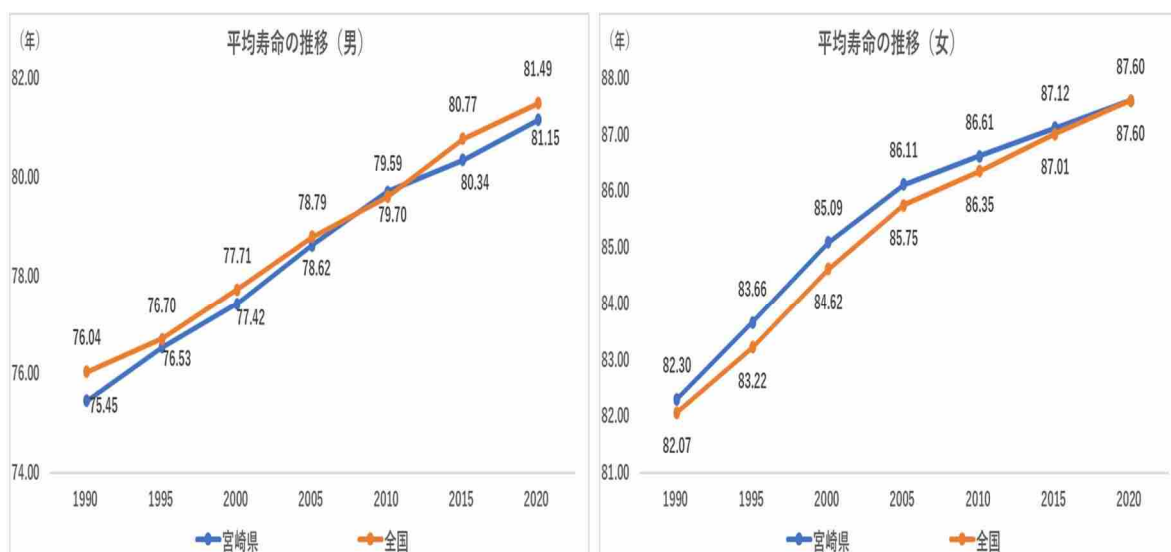
(出典：厚生労働省「人口動態調査」)

※ 周産期死亡とは、妊娠満22週(154日)以後の死産に早期新生児死亡(生後1週間未満の死亡)を加えたもの。

第2章 地域の概況

④ 平均寿命

- 平均寿命は年々延びており、令和2年(2020年)では男性が81.15年、女性が87.60年となっています。



(出典：厚生労働省「完全生命表」及び「都道府県別生命表」)

3. 患者数の動き

(1) 推計患者数の推移等

- 本県の令和2年(2020年)の推計患者数は、平成29年(2017年)と比べ、入院が減少し外来が増加しています。
- 施設区分別患者数では、入院患者総数(14,700人)のうち病院が95.2%(14,000人)、外来患者総数(66,600人)のうち一般診療所が62.8%(41,800人)、病院が21.0%(14,000人)を占めています。

推計患者数の推移

(単位：人)

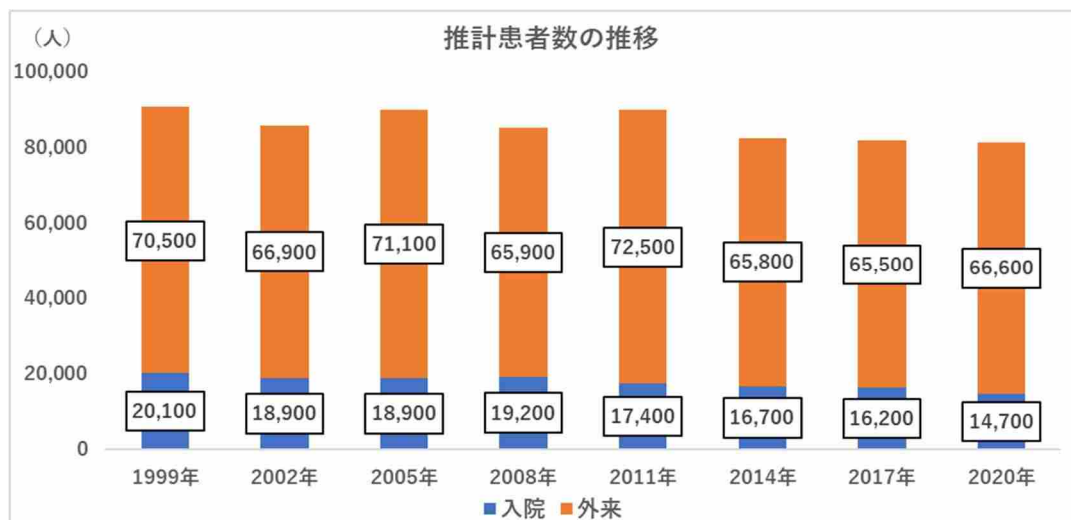
	入院			外来			
	総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
1999年	20,100	17,500	2,600	70,500	20,800	39,000	10,600
2002年	18,900	16,700	2,200	66,900	18,400	37,600	10,900
2005年	18,900	16,500	2,500	71,100	16,100	43,100	11,900
2008年	19,200	17,100	2,100	65,900	16,600	38,700	10,500
2011年	17,400	16,000	1,500	72,500	15,800	44,400	12,300
2014年	16,700	15,400	1,200	65,800	14,400	40,700	10,700
2017年	16,200	15,100	1,100	65,500	15,800	39,900	9,800
2020年	14,700	14,000	700	66,600	14,000	41,800	10,800

(出典：厚生労働省「患者調査」)

※ 推計患者数であるため、各区分別推計患者数の合計は総計と一致しない。

※ 推計患者数：特定の日に医療施設で受療した患者数の推計

第2章 地域の概況



- 年齢階級別患者数では、入院患者総数(14,700人)のうち65歳以上の患者は11,100人で75.5%、外来患者総数(66,600人)のうち65歳以上の患者は36,100人で54.2%を占めています。

年齢階級別推計患者数 令和2年(2020年)

(単位：人)

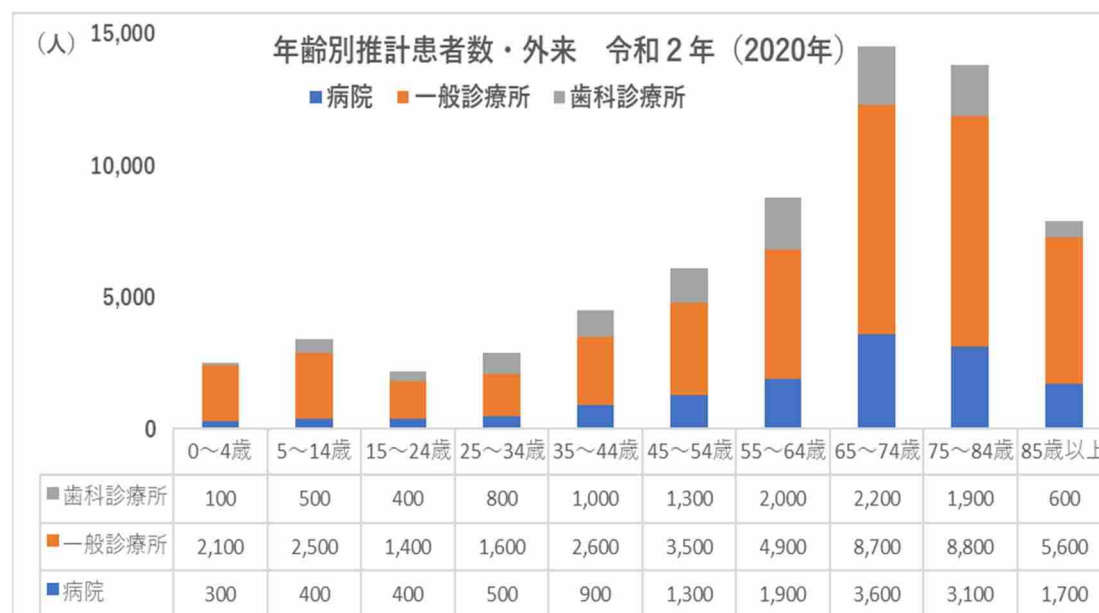
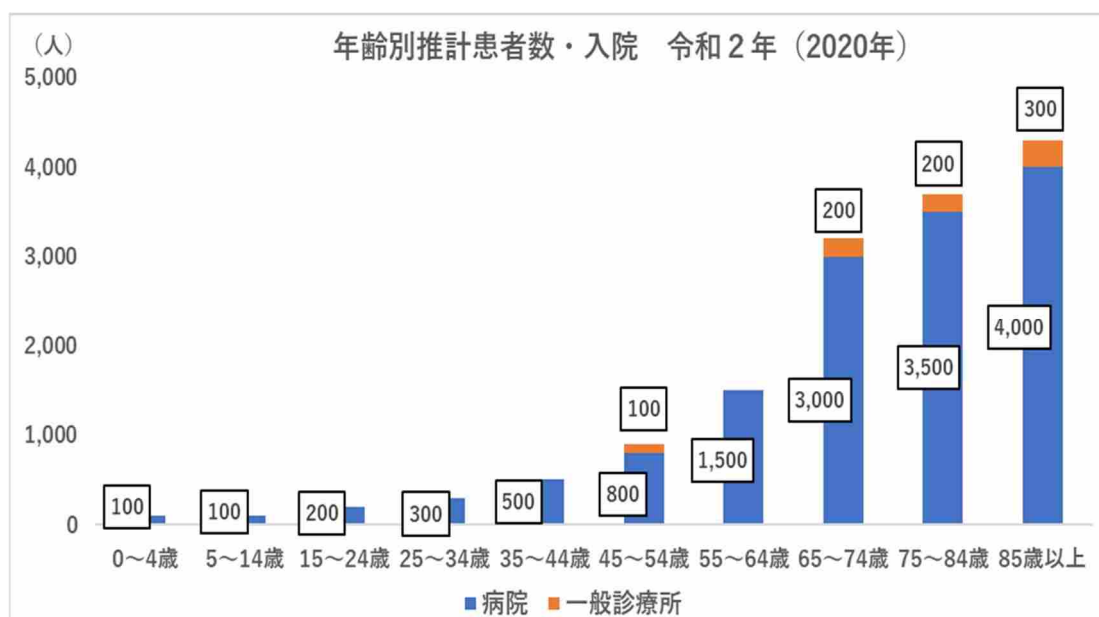
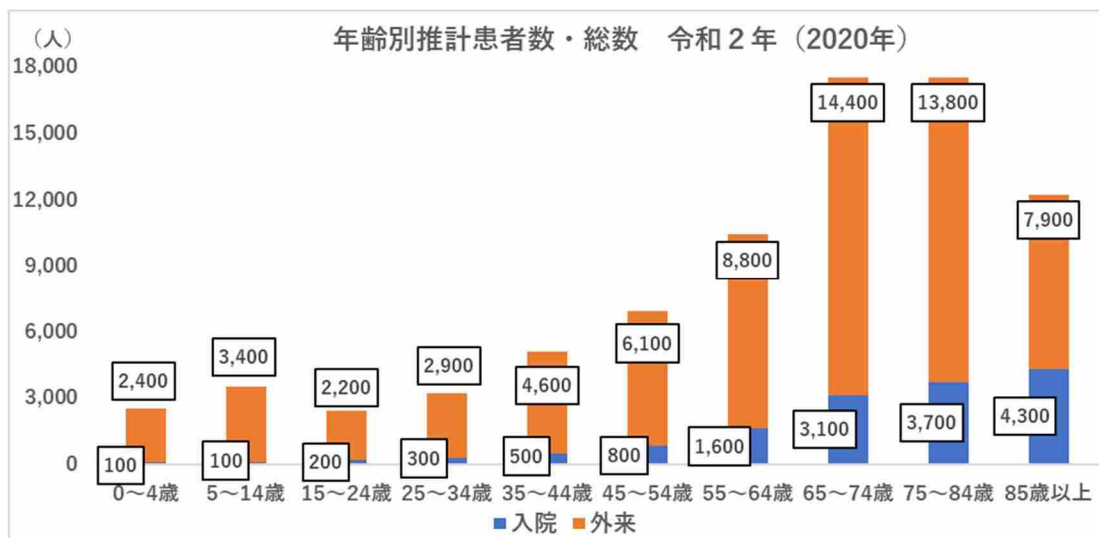
	入院			外来			
	総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
総数	14,700	14,000	700	66,600	14,000	41,800	10,800
【性別】							
男	6,700	6,400	300	28,200	6,300	17,600	4,300
女	8,000	7,600	400	38,400	7,700	24,200	6,400
【年齢別】							
0～4歳	100	100	-	2,400	300	2,100	100
5～14歳	100	100	-	3,400	400	2,500	500
15～24歳	200	200	-	2,200	400	1,400	400
25～34歳	300	300	0	2,900	500	1,600	800
35～44歳	500	500	0	4,600	900	2,600	1,000
45～54歳	800	800	100	6,100	1,300	3,500	1,300
55～64歳	1,600	1,500	0	8,800	1,900	4,900	2,000
65～74歳	3,100	3,000	200	14,400	3,600	8,700	2,200
75～84歳	3,700	3,500	200	13,800	3,100	8,800	1,900
85歳以上	4,300	4,000	300	7,900	1,700	5,600	600
不詳	0	0	-	0	0	0	-
【再掲】							
65歳以上	11,100	10,500	600	36,100	8,400	23,100	4,700
75歳以上	7,900	7,500	400	21,700	4,800	14,400	2,500

(出典：厚生労働省「患者調査」)

※ 推計患者数であるため、各区分別推計患者数の合計は総計と一致しない。

※ 推計患者数：特定の日に医療施設で受療した患者数の推計

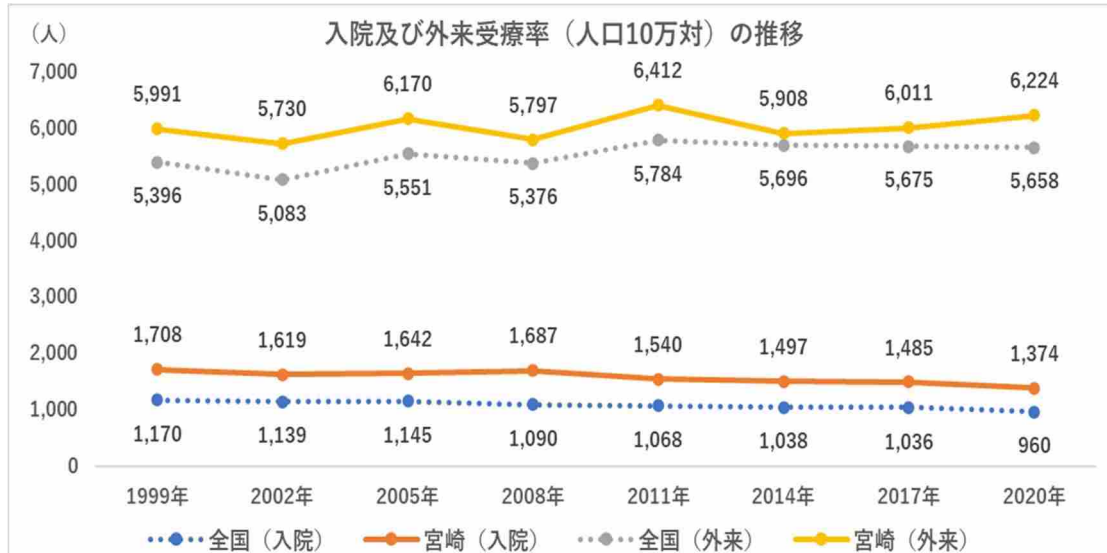
第2章 地域の概況



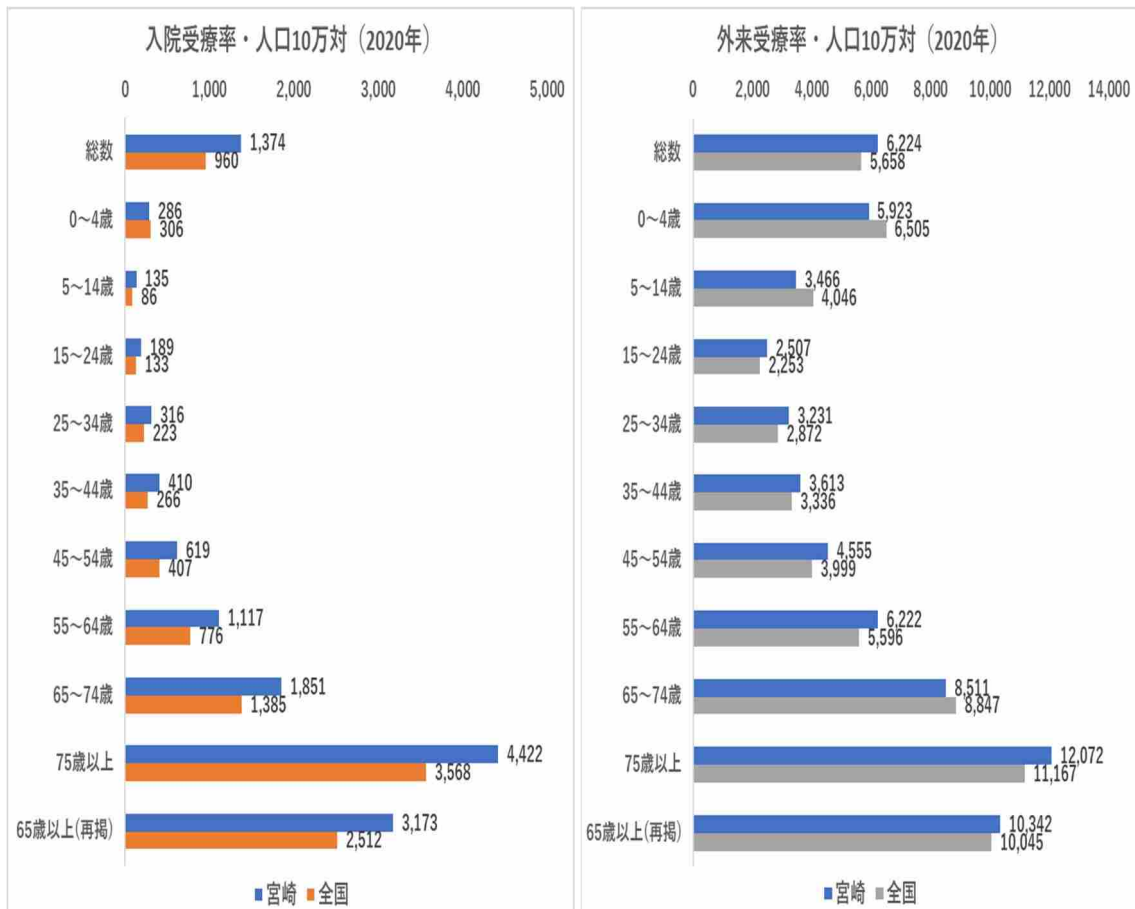
第2章 地域の概況

(2) 受療率の推移等

- 本県の入院受療率は近年減少傾向にあります。依然として全国平均を上回っており、特に、75歳以上の入院受療率が高い傾向にあります。
- 外来受療率は依然として全国平均を上回って推移しています。



（出典：厚生労働省「患者調査」）

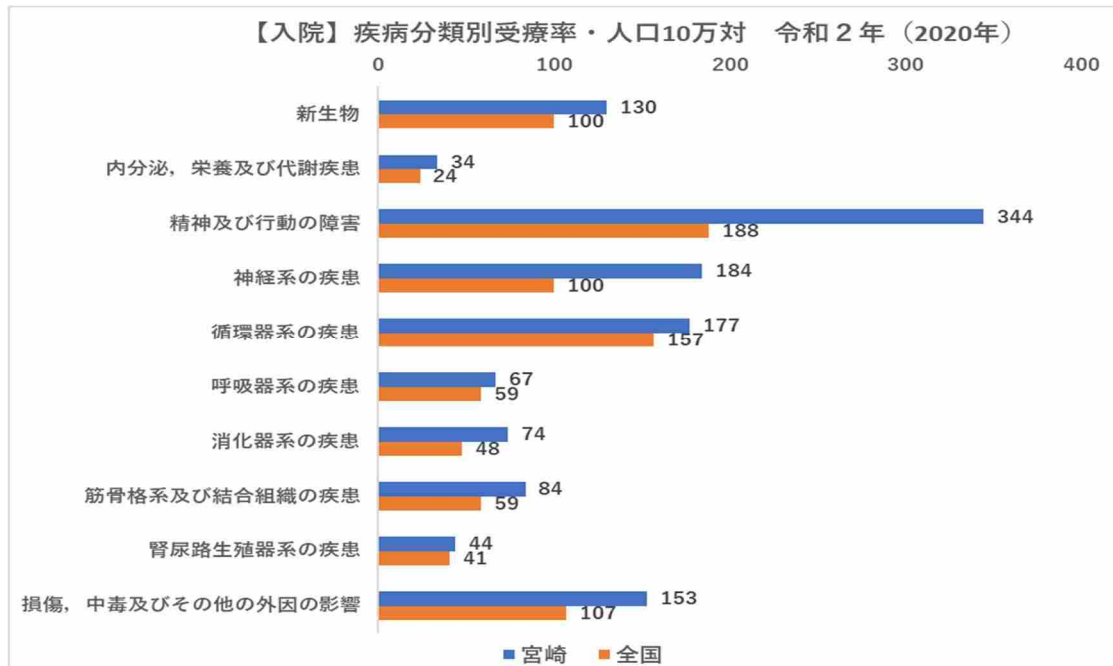


（出典：厚生労働省「患者調査」）

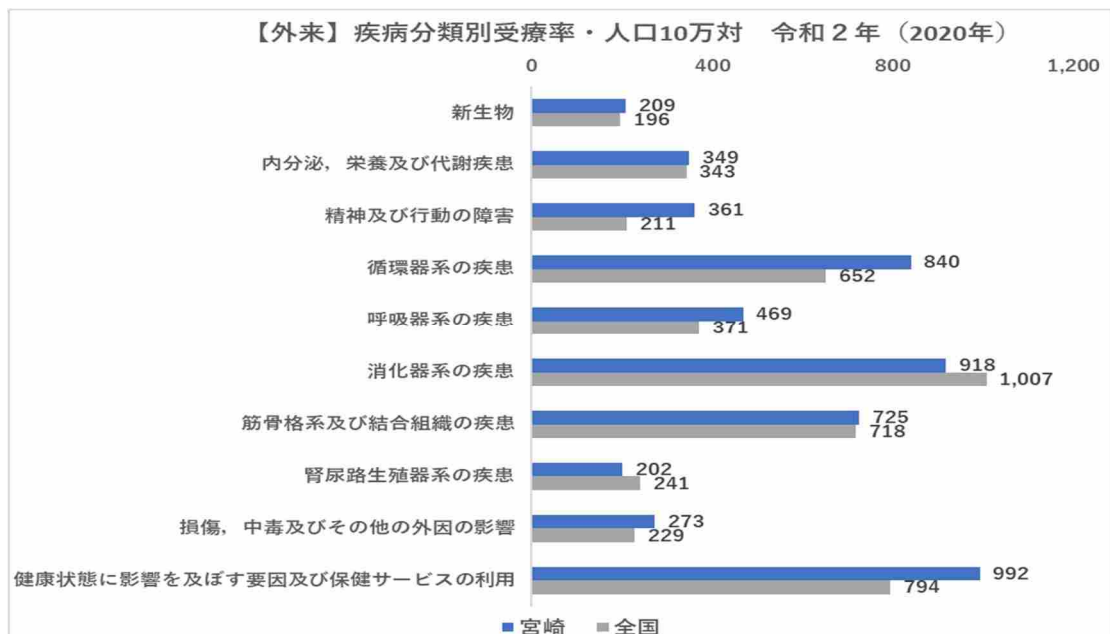
第2章 地域の概況

(3) 疾病分類別受療率

- 疾病分類別の受療率をみると、入院では統合失調症等の「精神及び行動の障害」、脳梗塞等の「神経系の疾患」が高くなっています。
- 外来では各種検査観察等の「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」、歯周疾患や胃炎等の「消化器系の疾患」が高くなっています。



（出典：厚生労働省「患者調査」）



（出典：厚生労働省「患者調査」）

4. 医療施設の状況

(1) 病院

- 近年、本県の人口10万対病院数及び病床数は、いずれも減少傾向となっています。
- 本県の病院数及び病床数についても、いずれも減少傾向となっています。



（出典：厚生労働省「医療施設調査」）



（出典：厚生労働省「医療施設調査」）

- 本県の病院の全病床における平均在院日数は、全国平均を上回っており、特に精神病床では全国平均を94.9日上回っています。

病院の病床種類別 平均在院日数の推移

（単位：日）

		2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
宮崎	全病床	36.1	35.7	35.7	36.4	35.8	35.5
	精神病床	331.0	336.7	339.8	351.3	354.1	371.6
	感染症病床	-	-	-	10.7	10.7	10.4
	結核病床	34.7	43.8	36.4	54.8	62.6	50.7
	療養病床	109.3	109.3	110.0	113.2	103.8	101.2
	一般病床	17.6	17.5	17.4	17.4	17.1	17.2
全国	全病床	28.2	27.8	27.3	28.3	27.5	27.3
	精神病床	267.7	265.8	265.8	277.0	275.1	276.7
	感染症病床	8.0	8.3	8.5	9.8	10.1	10.5
	結核病床	66.5	65.6	64.6	57.2	51.3	44.5
	療養病床	146.3	141.5	135.9	135.5	131.1	126.5
	一般病床	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1	16.2

（出典：厚生労働省「病院報告」）

第2章 地域の概況

- 本県の病院の全病床における病床利用率は75.1%で、全国平均(75.3%)を下回っています。
- 精神病床のみ全国平均を上回っている状況です。

病院の病床種類別 病床利用率の推移

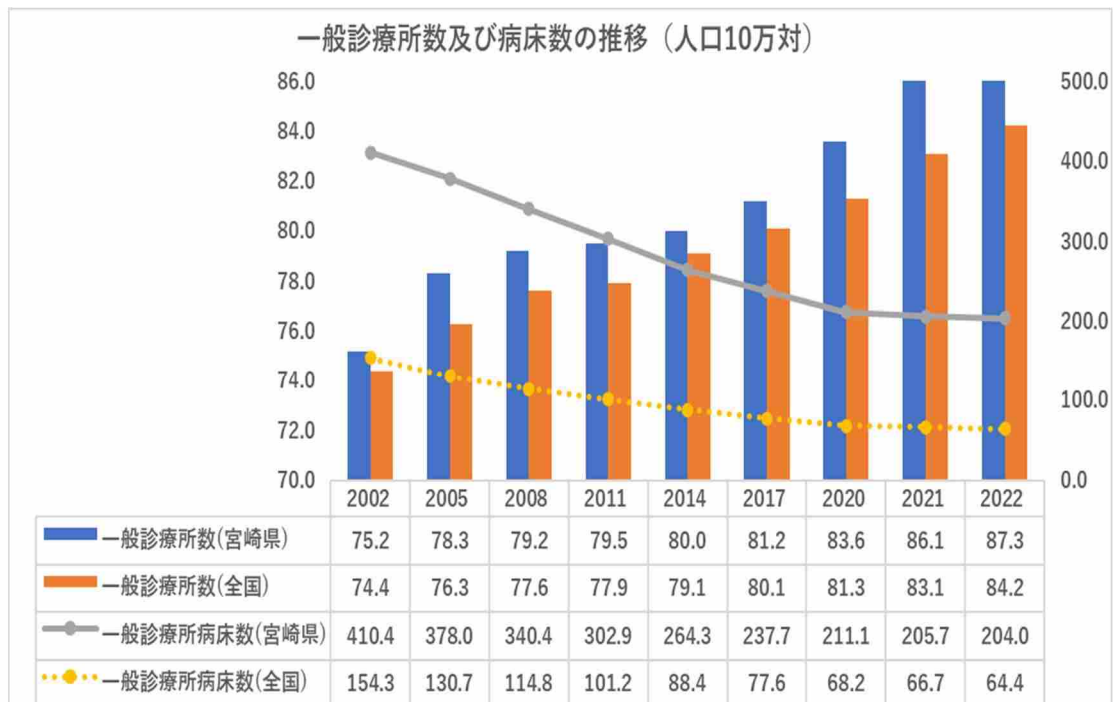
(単位：%)

		2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
宮崎	全病床	78.9	78.8	79.4	76.6	75.9	75.1
	精神病床	88.0	87.1	87.7	87.1	86.4	85.3
	感染症病床	-	-	-	28.4	84.8	195.6
	結核病床	23.3	22.2	17.4	20.0	13.2	13.5
	療養病床	85.2	85.5	85.4	83.0	82.5	81.5
	一般病床	71.4	71.7	72.4	68.1	67.0	66.3
全国	全病床	80.4	80.5	80.5	77.0	76.1	75.3
	精神病床	86.1	86.1	85.9	84.8	83.6	82.3
	感染症病床	3.3	3.6	3.8	114.7	343.8	571.2
	結核病床	33.6	33.3	33.2	31.5	28.9	27.4
	療養病床	88.0	87.7	87.3	85.7	85.8	84.7
	一般病床	75.9	76.2	76.5	71.3	69.8	69.0

(出典：厚生労働省「病院報告」)

(2) 一般診療所

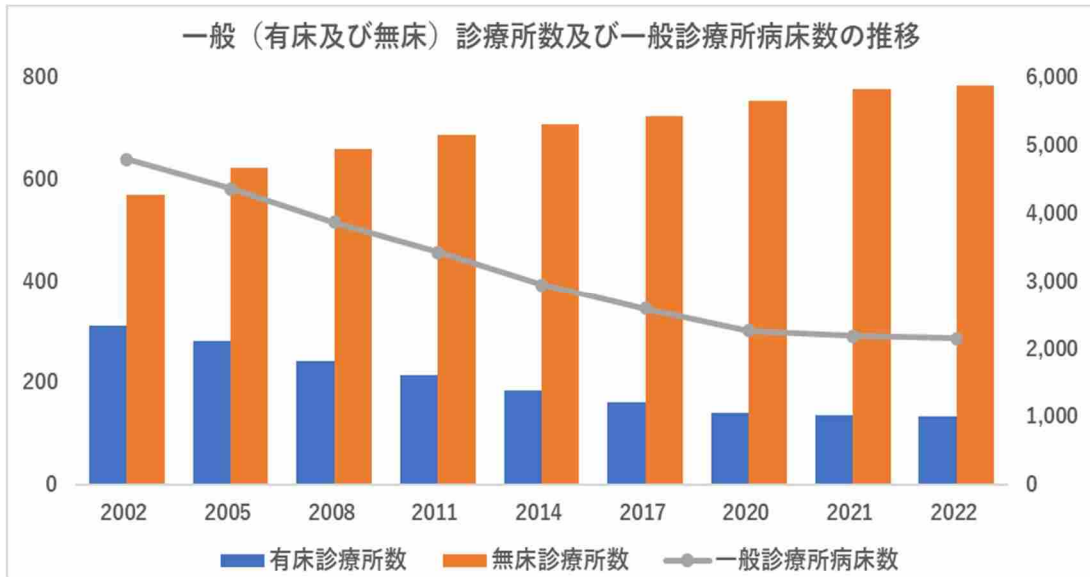
- 人口10万対一般診療所数は、本県及び全国ともに近年増加傾向にあります。
- 一方で、人口10万対一般診療所病床数は、本県及び全国ともに近年減少傾向にあります。



(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

第2章 地域の概況

- 有床診療所が減少する一方で無床診療所が増加する傾向が見られます。
- 一般診療所病床数も平成10年(1998年)以降、一貫して減少しています。



(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

(3) 歯科診療所

- 本県の歯科診療所数は、平成20年(2008年)をピークに減少傾向にあります。
- 本県の人口10万対歯科診療所数は、全国平均を下回っています。



(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

5. 医療従事者の状況

(1) 医師

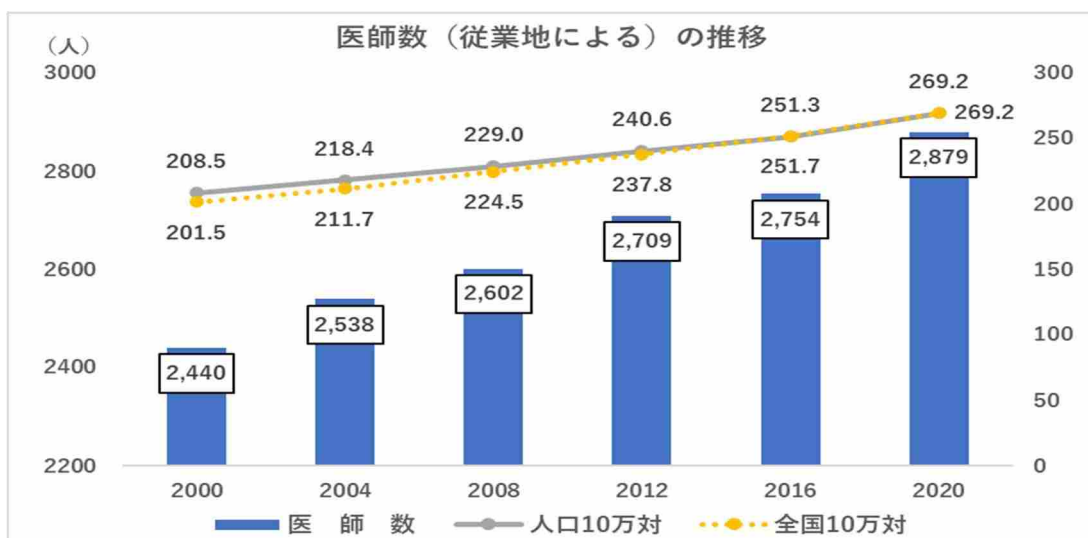
- 医師数は、令和2年(2020年)12月末現在で2,879人となっており、平成12年(2000年)の2,440人と比較すると439人増加しています。
- 令和2年(2020年)の人口10万人当たりの医師数は、269.2人で、平成12年(2000年)の208.5人と比較すると60.7人増加しており、全国平均と同数となっています。
- 令和2年(2020年)の施設別の医師数は、平成22年(2010年)と比較すると、病院開設者勤務者208人、診療所開設者勤務者が4人増加しています。
- 令和2年(2020年)の年齢階級別の医師数は、平成22年(2010年)と比較すると、30歳代及び40歳代は減少しましたが、そのほかの年齢では増加しており、平均年齢は1.7歳高くなっています。
- 令和2年(2020年)の二次医療圏ごとの医師数は、宮崎東諸県医療圏に1,644人と県内の医師数の57.1%が集中しています。
- 令和2(2020年)の人口10万人当たりの医師数は、全国平均の269.2人を上回っているのは宮崎東諸県医療圏の385.3人のみで、他の圏域は全国平均を下回っています。県内格差が、宮崎東諸県医療圏は、西都児湯医療圏の2.91倍となっています。

医師数（従業地による）の推移

(単位：人)

年次	2000	2004	2008	2012	2016	2020	
区分							対2000数
医 師 数	2,440	2,538	2,602	2,709	2,754	2,879	439
人口10万対	208.5	218.4	229.0	240.6	251.3	269.2	60.7
全国10万対	201.5	211.7	224.5	237.8	251.7	269.2	67.7

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、人口は各年10月1日現在)



(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、人口は各年10月1日現在)

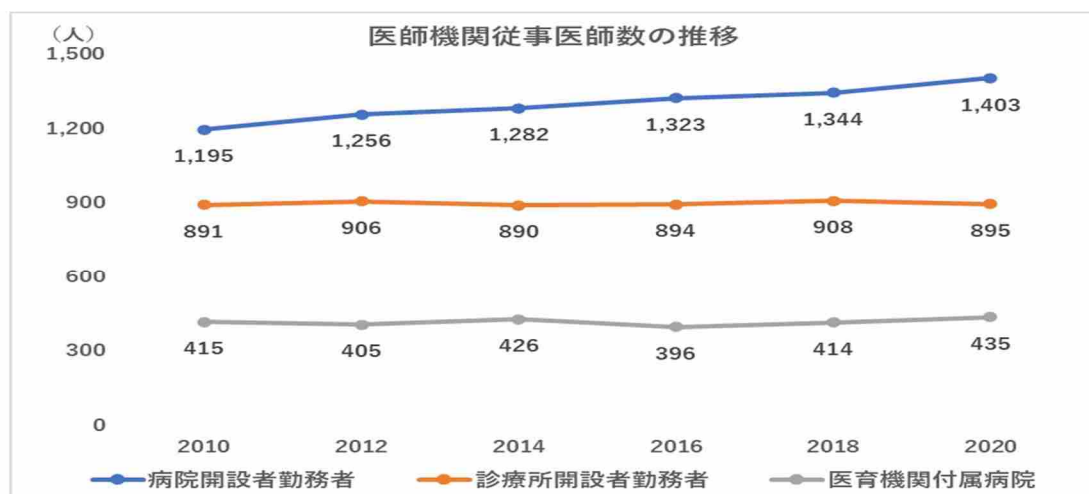
第2章 地域の概況

従事する施設別医師数の推移

(単位：人)

年次		2010	2012	2014	2016	2018	2020	
区分								対2010数
従事医療機関医師数	病院開設者勤務者	1,195	1,256	1,282	1,323	1,344	1,403	208
	診療所開設者勤務者	891	906	890	894	908	895	4
	医育機関付属病院	415	405	426	396	414	435	20
	小 計	2,501	2,567	2,598	2,613	2,666	2,733	232
教育研究機関勤務者		30	36	30	30	28	33	3
行政保健衛生業務従事者		40	36	34	39	40	40	0
その他の者		82	70	68	72	76	73	-9
	うち無職	45	25	21	18	27	26	-19
総 数		2,653	2,709	2,730	2,754	2,810	2,879	226

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)



(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

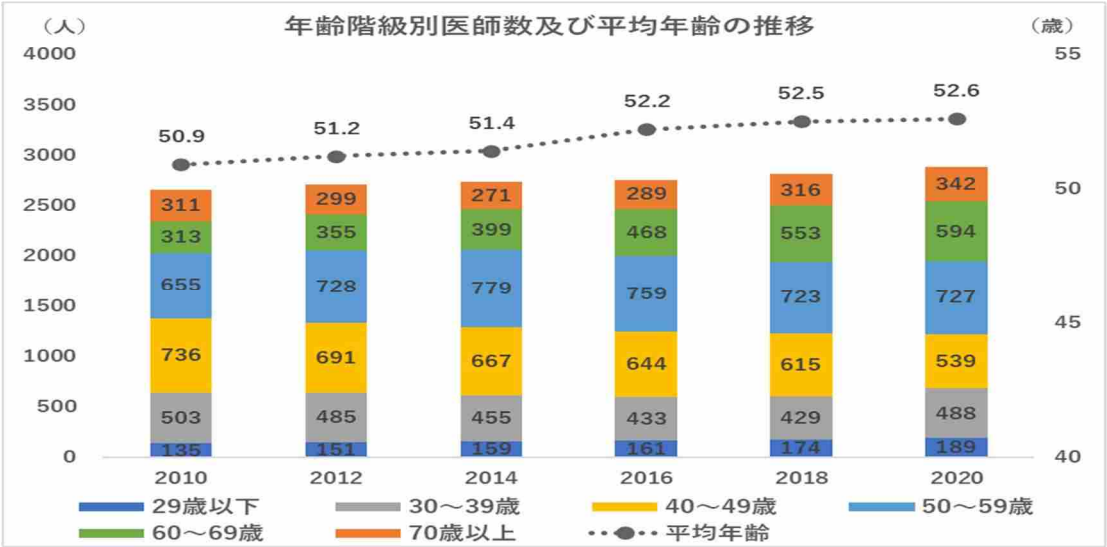
年齢階級別医師数及び平均年齢の推移

(単位：人、歳)

年次 区分	2010	2012	2014	2016	2018	2020	
							対2000数
29歳以下	135	151	159	161	174	189	54
30～39歳	503	485	455	433	429	488	-15
40～49歳	736	691	667	644	615	539	-197
50～59歳	655	728	779	759	723	727	72
60～69歳	313	355	399	468	553	594	281
70歳以上	311	299	271	289	316	342	31
医 師 数	2,653	2,709	2,730	2,754	2,810	2,879	226
平均年齢	50.9	51.2	51.4	52.2	52.5	52.6	1.7

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

第2章 地域の概況

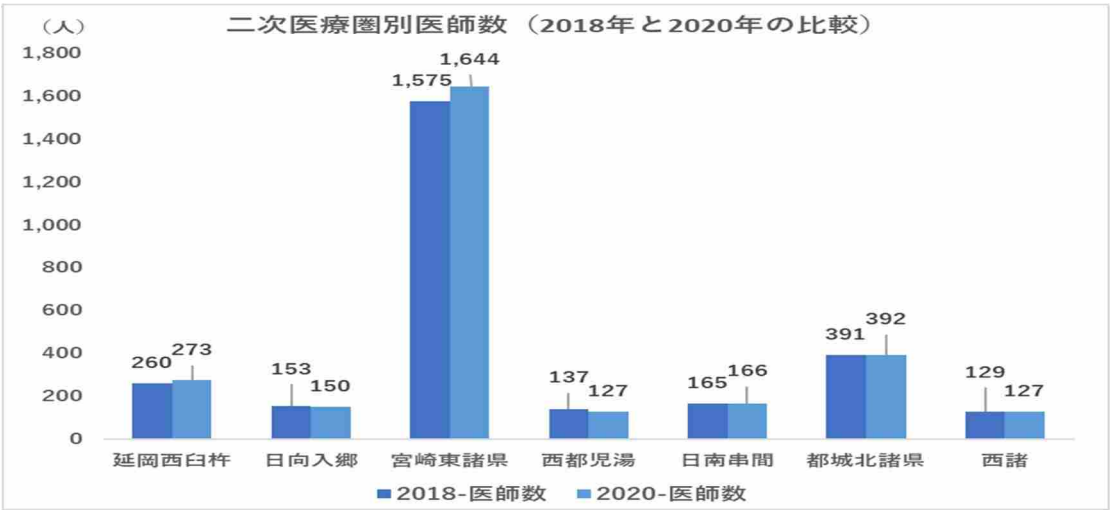


(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

医療圏別医師数（2018年と2020年の比較） (単位：人、%)

年次 区分	2018			2020		
	総 数	10万対	構成比	総 数	10万対	構成比
延岡西臼杵	260	185.3	9.3%	273	199.1	9.5%
日向入郷	153	175.0	5.4%	150	174.8	5.2%
宮崎東諸県	1,575	370.8	56.0%	1,644	385.3	57.1%
西都児湯	137	139.1	4.9%	127	132.2	4.4%
日南串間	165	237.2	5.9%	166	245.3	5.8%
都城北諸県	391	208.7	13.9%	392	210.5	13.6%
西 諸	129	179.4	4.6%	127	181.6	4.4%
本 県	2,810	259.9	100.0%	2,879	269.2	100.0%
県内格差		2.67			2.91	
全 国	327,210	258.8		339,623	269.2	

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、人口は各年10月1日現在)



(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、人口は各年10月1日現在)

第2章 地域の概況

(2) 歯科医師

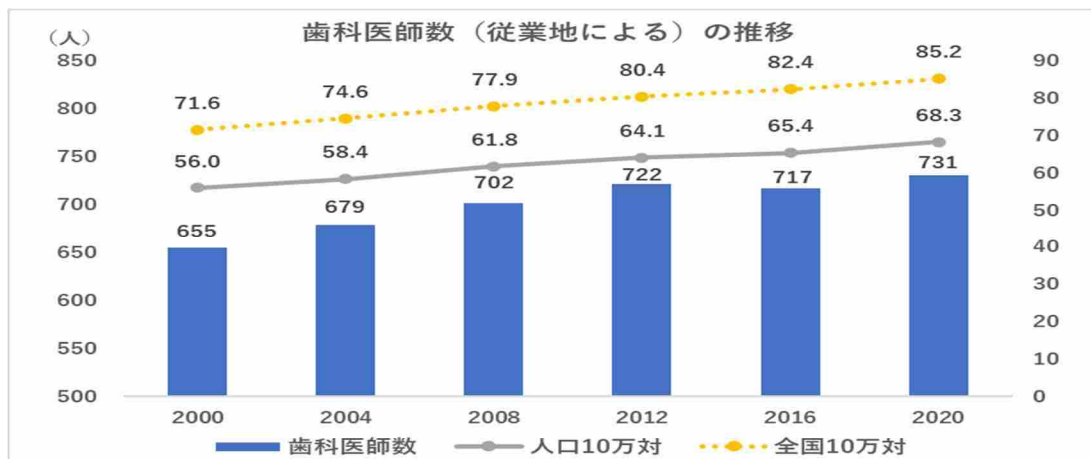
- 歯科医師数は増加しており、令和2年(2020年)12月末現在では731人で、平成12年(2000年)時の655人と比較し、76人増加しています。
- 人口10万人当たりの歯科医師数は、令和2年(2020年)12月末現在では68.3人で、平成12年(2000年)時の56.0人と比較して12.3人増加していますが、全国平均の85.2人を下回っています。

歯科医師数（従業地による）の推移

（単位：人）

年次	2000	2004	2008	2012	2016	2020	
区分							対2000数
歯科医師数	655	679	702	722	717	731	76
人口10万対	56.0	58.4	61.8	64.1	65.4	68.3	12.3
全国10万対	71.6	74.6	77.9	80.4	82.4	85.2	13.6

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）



（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(3) 薬剤師

- 薬剤師数は増加しており、令和2年(2020年)12月末現在では2,272人で、平成12年(2000年)時の1,359人と比較し、913人増加しています。
- 人口10万人当たりの薬剤師数は、令和2年(2020年)12月末現在では212.4人で、平成12年(2000年)時の116.2人と比較して96.2人増加していますが、全国平均の255.2人を下回っています。

薬剤師数（従業地による）の推移

（単位：人）

年次	2000	2004	2008	2012	2016	2020	
区分							対2000数
薬剤師数	1,359	1,602	1,757	1,962	2,037	2,272	913
人口10万対	116.2	137.9	154.7	174.2	185.9	212.4	96.2
全国10万対	171.3	189.0	209.7	219.6	237.4	255.2	83.9

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

第2章 地域の概況



（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(4) 看護師・准看護師

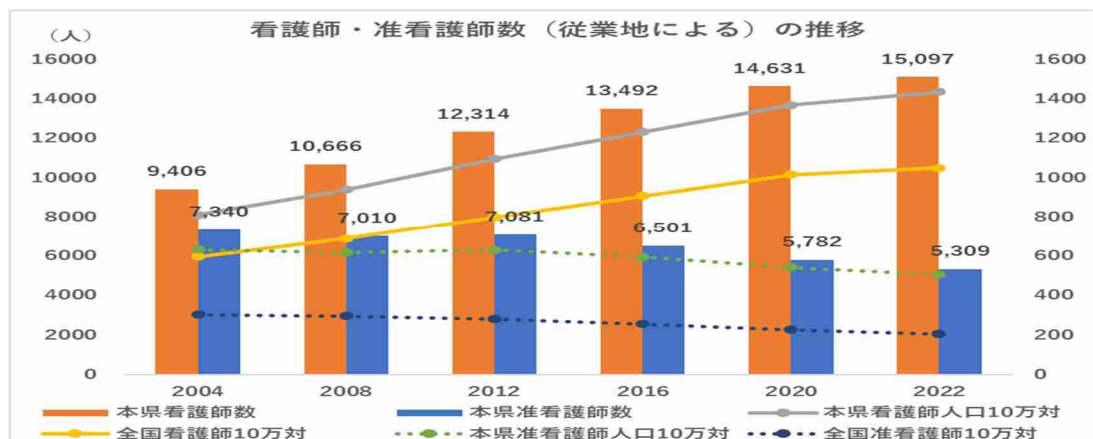
- 看護師数は、令和4年(2022年)12月末現在では15,097人で、平成16年(2004年)時の9,406人と比較し、5,691人増加しています。
- 人口10万人当たりの看護師数は、令和4年(2022年)12月末現在では1453.3人で、平成16年(2004年)時の809.5人と比較して625.8人増加しており、全国平均の1049.8人を上回っています。
- 准看護師数は、令和4年(2022年)12月末現在では5,309人で、平成16年(2004年)時の7,340人と比較し、2,031人減少しています。
- 人口10万人当たりの准看護師数は、令和4年(2022年)12月末現在では504.8人で、平成16年(2004年)時の631.7人と比較して126.9人減少していますが、全国平均の203.5人を上回っています。

看護師・准看護師数（従業地による）の推移

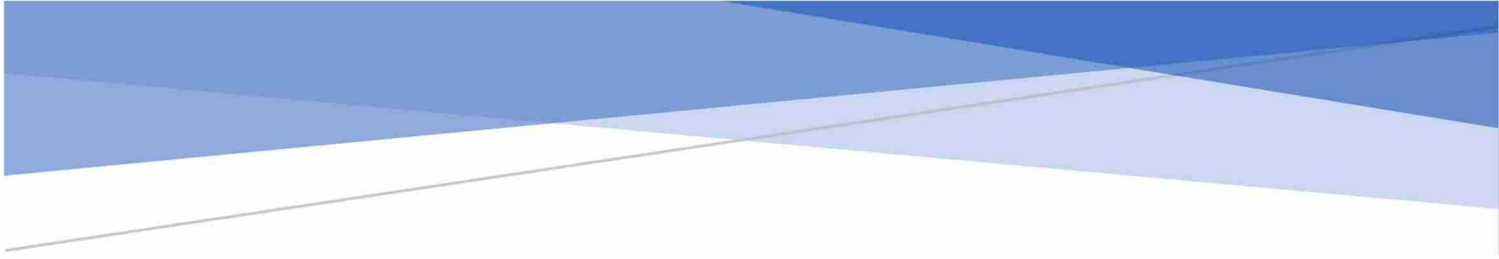
（単位：人）

年次	2004	2008	2012	2016	2020	2022	
区分							対2004数
看護師数	9,406	10,666	12,314	13,492	14,631	15,097	5,691
人口10万対	809.5	938.9	1,093.6	1,231.0	1,367.9	1,453.3	625.8
全国10万対	595.4	687.0	796.6	905.5	1,015.4	1,049.8	454.4
准看護師数	7,340	7,010	7,081	6,501	5,782	5,309	-2,031
人口10万対	631.7	617.1	628.9	593.2	540.6	504.8	-126.9
全国10万対	302.3	293.7	280.6	254.6	225.6	203.5	-98.8

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）



（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）



第3章 医療圏の設定と基準病床数

第1節 医療圏の設定

- 1 医療圏設定の考え方
- 2 一次医療圏
- 3 二次医療圏
- 4 三次医療圏
- 5 二次医療圏の設定

第2節 二次医療圏の概況

- 1 面積及び人口の状況
- 2 病院・診療所の状況

第3節 基準病床数

- 1 基準病床数について

第1節 医療圏の設定

1. 医療圏設定の考え方

- 医療圏は、地域の医療需要に対応して、健康増進から疾病の予防、早期発見、診断・治療、リハビリテーションに至るまでの包括的な医療を提供していくための場として、保健・医療資源の効率的かつ適切な配置と保健・医療供給体制の体系化を図るための地域単位です。
- 本計画においては、地理的条件や県民の生活行動の実態、保健・医療資源の配置状況等を踏まえ、適切な広がりを持った医療圏を設定しています。
- なお、本圏域を設定することにより、県民の医療機関の選択や保健・医療供給側の活動の自由等が制限されるものではありません。
- また、本圏域の設定は、恒久的なものとして定めるものではなく、必要と認められるときには、将来の見直しの段階で再検討を行うものです。

2. 一次医療圏

- 住民の日常の健康管理や健康相談、一般にみられる疾病や外傷等に対する診断、治療などプライマリ・ケア(一次医療又は初期医療)に関する保健・医療を提供する圏域です。
- 圏域の設定についての法的な規定はなく、また道路や交通機関の発達等で医療が広域的に提供されるようになってきていることから、設定が困難であり、本計画では設定しないこととします。

3. 二次医療圏

- 医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づき、主として病院及び診療所の病床の整備を図るべき地域単位として設定する圏域です。
- 高度又は特殊な医療を除く入院医療を主体とした一般の医療需要に対応するための圏域です。
- 二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件などの自然条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件も考慮して、本県においては、平成5年(1993年)年6月に、以下の7つの二次医療圏を設定しています。

医療圏	構成する市町村
延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町
日向入郷	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町
宮崎東諸県	宮崎市、国富町、綾町
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
日南串間	日南市、串間市
都城北諸県	都城市、三股町
西諸	小林市、えびの市、高原町

4. 三次医療圏

- 先進的な技術や発生頻度の低い疾病の治療など特殊な医療を提供するための圏域であり、本県全域とします。

5. 二次医療圏の設定

(1) 二次医療圏設定(見直し)の考え方

- 国の医療計画作成指針により、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとされています。
- 特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、流入入院患者割合(以下「流入患者割合」という。)が20%未満、流出院患者割合(以下「流出患者割合」という。)が20%以上となっている圏域については、設定の見直しについて検討することが必要とされています。

(2) 二次医療圏の流出入状況

- 本県では、7つの二次医療圏のうち、日向入郷医療圏、西都児湯医療圏及び西諸医療圏の3つの二次医療圏が、上記の見直しが必要とされている要件に該当しました。

各二次医療圏の人口及び流出入割合

医療圏	人口	流入患者割合	流出患者割合
延岡西臼杵	137,143人	10.5%	17.5%
日向入郷	85,823人	8.7%	32.4%
宮崎東諸県	426,671人	22.7%	4.8%
西都児湯	96,091人	16.0%	37.2%
日南串間	67,670人	4.8%	13.8%
都城北諸県	186,231人	19.0%	18.9%
西諸	69,947人	12.3%	23.3%

出典：総務省「2020年国勢調査」、医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」

病院の一般病床及び療養病床の流入患者の状況

患者住所	医療機関所在地						
	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
延岡西臼杵	89.5%	3.8%	2.0%	3.7%	0.1%	0.0%	0.0%
日向入郷	9.2%	91.3%	2.2%	4.4%	0.2%	0.1%	0.0%
宮崎東諸県	0.1%	0.0%	77.3%	5.7%	1.1%	0.8%	5.4%
西都児湯	0.6%	2.8%	9.4%	84.0%	0.4%	0.3%	0.5%
日南串間	0.0%	0.0%	2.2%	0.1%	95.2%	0.9%	0.5%
都城北諸県	0.0%	0.0%	3.6%	1.6%	1.1%	81.0%	4.1%
西諸	0.1%	0.0%	2.0%	0.1%	0.4%	3.2%	87.7%
県外	0.6%	2.2%	1.3%	0.3%	1.5%	13.8%	1.9%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
流入率	10.5%	8.7%	22.7%	16.0%	4.8%	19.0%	12.3%

(出典：宮崎県医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」)

第3章 医療圏の設定と基準病床数

病院の一般病床及び療養病床の流出患者の状況

患者住所	医療機関所在地									流出率
	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	県外	総計	
延岡西臼杵	82.5%	1.6%	5.8%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%	7.7%	100.0%	17.5%
日向入郷	14.7%	67.6%	11.2%	4.7%	0.3%	0.1%	0.0%	1.3%	100.0%	32.4%
宮崎東諸県	0.0%	0.0%	95.2%	1.5%	0.3%	0.4%	1.2%	1.3%	100.0%	4.8%
西都児湯	0.6%	1.4%	32.7%	62.8%	0.3%	0.4%	0.3%	1.4%	100.0%	37.2%
日南串間	0.0%	0.0%	8.0%	0.1%	86.2%	1.4%	0.3%	4.0%	100.0%	13.8%
都城北諸県	0.0%	0.0%	8.4%	0.8%	0.6%	81.1%	1.8%	7.3%	100.0%	18.9%
西諸	0.1%	0.0%	9.6%	0.1%	0.4%	6.4%	76.7%	6.6%	100.0%	23.3%

(出典：宮崎県医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」ほか)

(3) 二次医療圏の設定

- 3つの二次医療圏について、国が示す見直しについて検討が必要とされる要件に該当したことから、各地域の現状について分析し、見直しの必要性について以下のとおり検討を行いました。

① 圏域外への主な流出状況

日向入郷は、延岡西臼杵へ14.7%、宮崎東諸県へ11.2%と主に2地域に流出しています。

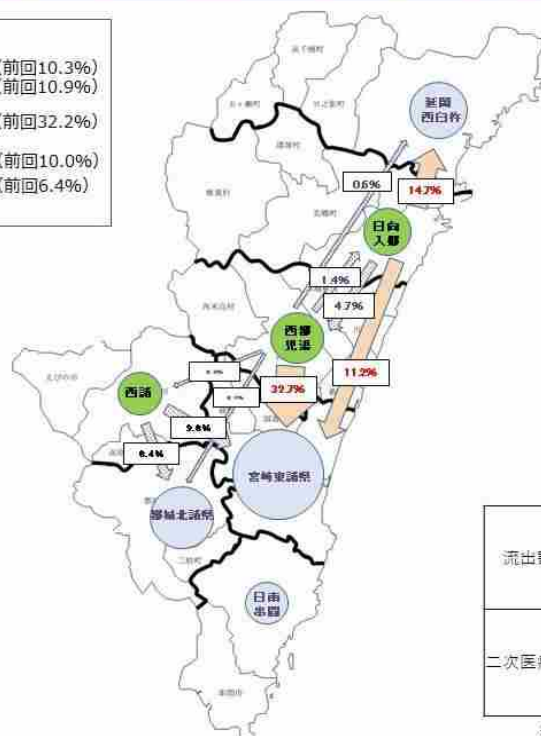
西都児湯は、宮崎東諸県へ32.7%流出しています。

西諸は、宮崎東諸県への流出が9.6%、都城北諸県へ6.4%と、主に2地域へ流出しています。

見直し検討対象地域の状況(流出患者の割合)

・見直し検討対象地域の患者流出状況を確認		
・主な流出地域は以下のとおり		
日向入郷：延岡西臼杵への流出	14.7%	(前回10.3%)
宮崎東諸県への流出	11.2%	(前回10.9%)
西都児湯：宮崎東諸県への流出	32.7%	(前回32.2%)
西諸県：宮崎東諸県への流出	9.6%	(前回10.0%)
都城北諸県への流出	6.4%	(前回6.4%)

※令和4年 宮崎県入院患者実態調査より



流出割合	10%以上	→ (thick arrow)
	10%未満	→ (thin arrow)
二次医療圏	見直し検討対象	● (green circle)
	対象外	● (blue circle)

※図形の大きさは人口・流出割合に応じたおおよその大きさを記載

(出典：宮崎県医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」をもとに作成)

第3章 医療圏の設定と基準病床数

② 通勤・通学の状況

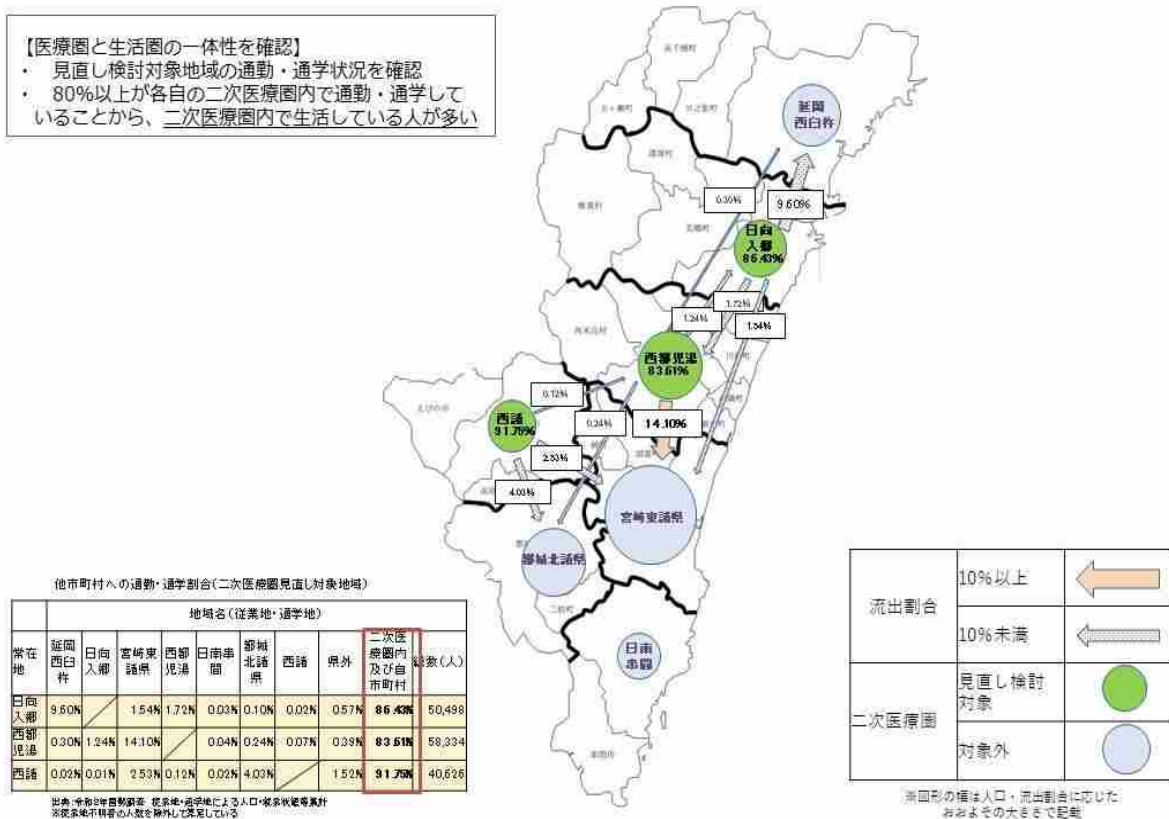
二次医療圏については、医療圏と生活圏の一体性も重要であることから、各地域の日常生活の状況を通勤・通学の観点から確認しました。

各地域ともに、80%以上が各自の二次医療圏内で通勤・通学しており、二次医療圏内で日常生活を送っている人が多いということがわかりました。

見直し検討対象地域の状況(通勤・通学)

【医療圏と生活圏の一体性を確認】

- ・ 見直し検討対象地域の通勤・通学状況を確認
- ・ 80%以上が各自の二次医療圏内で通勤・通学していることから、二次医療圏内で生活している人が多い



(出典：宮崎県医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」をもとに作成)

③ 疾病別の流出状況(西都児湯から宮崎東諸県)

県内の全圏域の中で最も流出の割合が大きい西都児湯から宮崎東諸県への流出については、令和4年12月1日(令和4年度宮崎県入院患者実態調査の実施日)時点の流出患者320名の疾病を確認しました。

宮崎東諸県への流出の内、約半数(48.44%)の155名が新生物<腫瘍>と循環器系の疾病に対する治療を受けるため二次医療圏を超えて入院していることがわかりました。(新生物<腫瘍>と循環器系の疾病については、それぞれ個別の医療圏を設定しています。)

第3章 医療圏の設定と基準病床数

○ 西都児湯から宮崎東諸県への流出状況(疾病別)

調査日(令和4年12月1日時点)時点で西都児湯から宮崎東諸県に流出(入院)している患者320名の疾病を確認した。

	病名	西都市	高鍋町	新富町	西米良村	木城町	川南町	都農町	合計
循環器系の疾患	その他の心疾患	8		3	0	0	1	1	13
	脳内出血	5	4	2	0	1	2	1	15
	脳梗塞	11	3	8	0	1	4	2	29
	その他の循環器系の疾患	5	3	4	0	0	1	0	13
	循環器系の疾患合計	31	13	23	0	2	10	6	85
新生物<腫瘍>	胃の悪性新生物<腫瘍>	0	1	2	0	1	3	0	7
	直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	3	1	0	0	0	2	0	6
	気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	2	4	0	0	0	1	2	9
	その他の悪性新生物<腫瘍>	12	5	5	0	1	5	2	30
	良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	0	4	0	0	1	2	1	8
	新生物<腫瘍>合計	20	19	8	0	3	15	5	70
	損傷、中毒及びその他の外因の影響	10	5	9	0	2	7	0	33
消化器系の疾患	胆石症及び胆のう炎 等	13	3	7	0	2	2	3	30
筋骨格系及び結合組織の疾患	関節症等	14	4	6	0	1	2	2	29

155名
(48.44%)

(出典：宮崎県医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」をもとに作成)

※ 上位の病名を抜粋して記載しているため合計の数は一致しない。

④ 二次医療圏を見直すことの懸念

二次医療圏は、病院及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する圏域であり、入院医療を主体とした一般の医療需要に対応するための圏域として、交通事情等の社会的条件も考慮して設定することとされています。

患者流入が多い地域と統合することは、さらなる患者の流出を助長させ、それに伴い医師や医療機関などの医療資源の流出が進むことも懸念されます。

また、統合により、これまで以上に広域で二次医療圏を設定した場合、地域によっては医療機関へのアクセスが遠くなり、住民への負担が生じるほか、身近な地域で必要な時に適切な医療を受けられなくなってしまう懸念が考えられます。(例えば、西都児湯と宮崎東諸県を統合した場合、西都児湯の医療機関は宮崎市中心部へ移転が可能になります。)

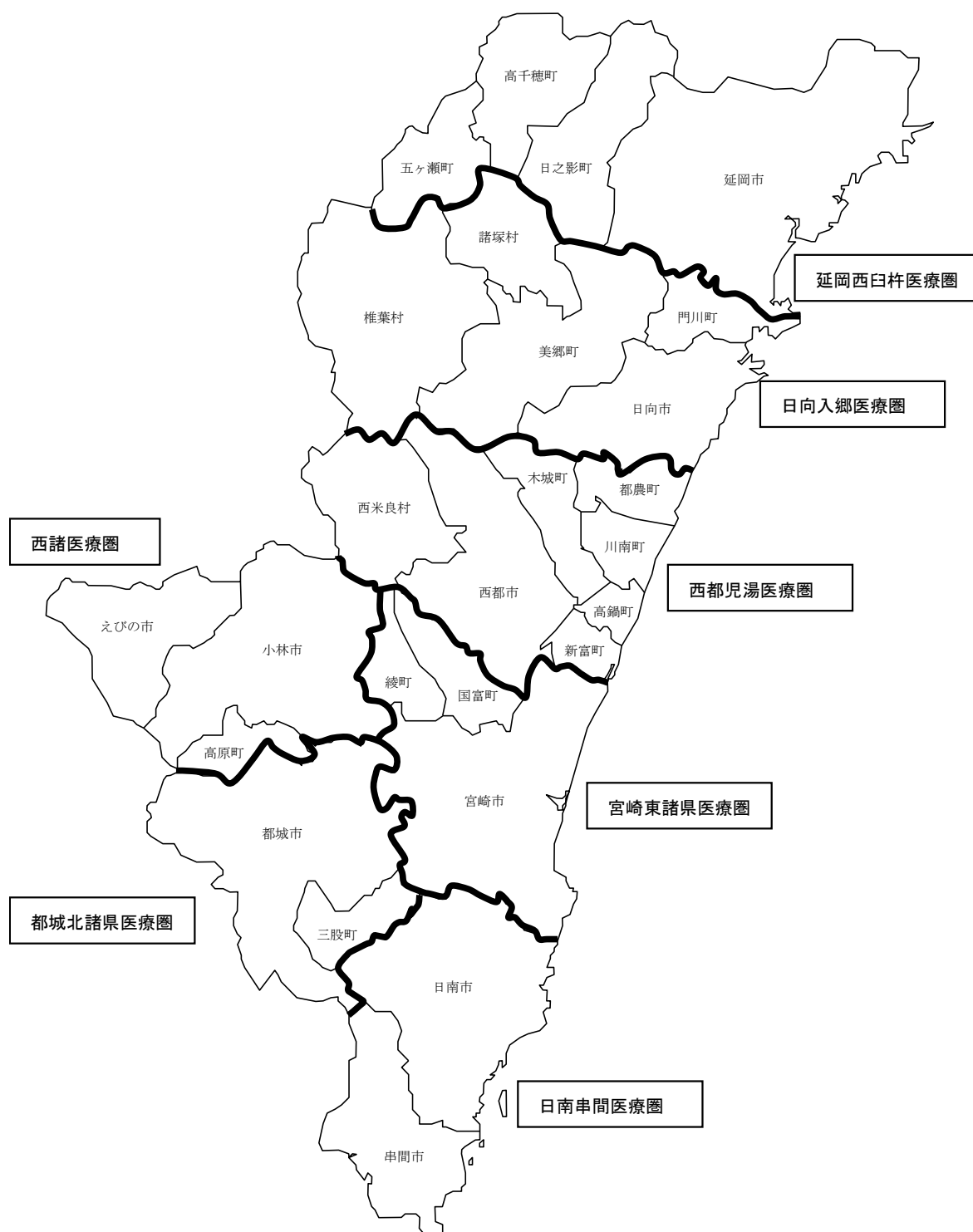
⑤ 関係団体・市町村への意見照会

二次医療圏の見直しの必要性について、県内二次医療圏の流出入状況を示しながら県内の関係団体・市町村に意見照会を実施したところ、概ね、現行の二次医療圏を維持すべきとの意見を得ました。

- 上記のとおり、生活圏との一体性や関係市町村等の意見を聴取した結果を踏まえ、第8次医療計画では、**現行の7医療圏を維持することとし**、計画期間内において体制の整備ができるよう地元市町村や関係団体等と連携して取り組むこととします。

第3章 医療圏の設定と基準病床数

(図) 宮崎県の二次医療圏域図



第2節

二次医療圏の概況

1. 面積及び人口の状況

- 医療圏別の面積は、日向入郷医療圏が1,630.98km²で全体の21.1%を占め、延岡西臼杵医療圏が1,554.96km²で全体の20.1%を占めています。
- 医療圏別の人口は、宮崎東諸県医療圏が426,671人で全体の39.9%を占めています。
- 宮崎東諸県医療圏以外の各医療圏では、人口に占める65歳以上の割合が30%を超えており、特に日南串間医療圏では39.7%、西諸医療圏では39.2%と高くなっています。

(表) 医療圏別の面積及び人口

医療圏			延岡西臼杵	日向入郷	宮崎東諸県	西都児湯
面積			1, 554. 96km ²	1, 630. 98km ²	869. 39km ²	1, 153. 78km ²
人口の概要	人口		137, 143	85, 823	426, 671	96, 091
	構成等	0～14歳	16, 837	11, 376	58, 609	12, 256
			(12. 3%)	(13. 3%)	(13. 7%)	(12. 8%)
		15～64歳	70, 910	44, 722	244, 586	49, 567
			(51. 7%)	(52. 1%)	(57. 3%)	(51. 6%)
		65歳～	49, 396	29, 725	123, 476	34, 268
(36. 0%)			(34. 6%)	(28. 9%)	(35. 7%)	

医療圏			日南串間	都城北諸県	西諸	全県
面積			830. 41km ²	763. 38km ²	931. 27km ²	7, 734. 16km ²
人口の概要	人口		67, 670	186, 231	69, 947	1, 069, 576
	構成等	0～14歳	7, 936	26, 808	8, 298	142, 120
			(11. 7%)	(14. 4%)	(11. 9%)	(13. 3%)
		15～64歳	32, 849	101, 018	34, 238	577, 890
			(48. 5%)	(54. 2%)	(48. 9%)	(54. 0%)
		65歳～	26, 884	58, 405	27, 411	349, 565
(39. 7%)			(31. 4%)	(39. 2%)	(32. 7%)	

(出典：総務省「国勢調査」、国土交通省国土地理院全国都道府県市区町村別面積調)

2. 病院・診療所の状況

- 医療圏別にみた人口10万人当たりの病院数(総数)は、西諸医療圏が21.4で最も多く、宮崎東諸県医療圏が8.9で最も少なくなっていますが、全ての医療圏において、全国平均の6.5を上回っています。
- 医療圏別にみた人口10万人当たりの病床数(総数)は日南串間医療圏が2,611.2で最も多く、西都児湯医療圏が1,228で最も少なくなっています。

(表) 医療圏別病院数

医 療 圏	総 数		一般病院		精神科病院	
		10万対		10万対		10万対
延岡西臼杵	20	14.6	17	12.4	3	2.2
日向入郷	11	12.8	9	10.5	2	2.3
宮崎東諸県	38	8.9	33	7.7	5	1.2
西都児湯	10	10.4	10	10.4	0	0
日南串間	10	14.8	9	13.3	1	1.5
都城北諸県	28	15	24	12.9	4	2.1
西 諸	15	21.4	13	18.6	2	2.9
宮 崎 県	132	12.3	115	10.9	17	1.6
全 国	8,156	6.5	7,100	5.7	1,056	0.8

(出典：厚生労働省「令和4年医療施設調査」)

※ 精神科病院：精神病床のみを有する病院

一 般 病 院：上記以外の病院

(表) 医療圏別病院病床数

医 療 圏	総 数		療養及び一般病床		精神病床		感染症病床		結核病床	
		10万対		10万対		10万対		10万対		10万対
延岡西臼杵	2631	1,918.4	1683	1,227.2	944	688.3	4	2.9	0	0.0
日向入郷	1555	1,811.9	737	858.7	814	948.5	4	4.7	0	0.0
宮崎東諸県	6079	1,424.8	4603	1,078.8	1398	327.7	7	1.6	71	16.6
西都児湯	1180	1,228.0	1021	1,062.5	155	161.3	4	4.2	0	0.0
日南串間	1767	2,611.2	1089	1,609.3	674	996.0	4	5.9	0	0.0
都城北諸県	3623	1,945.4	2200	1,181.3	1419	762.0	4	2.1	0	0.0
西 諸	1342	1,918.6	907	1,296.7	431	616.2	4	5.7	0	0.0
宮 崎 県	18177	1727.9	12240	1163.5	5835	554.7	31	2.9	71	6.7
全 国	1,492,957	1194.9	1,165,357	932.6	321,828	257.6	1,909	1.5	3,863	3.1

(出典：厚生労働省「令和4年医療施設調査」)

- 医療圏別にみた人口 10 万人当たりの診療所数(総数)は、宮崎東諸県医療圏、西都児湯医療圏及び日南串間医療圏の 3 医療圏で全国平均を上回っています。
- 医療圏別にみた人口 10 万人当たりの診療所病床数は、全ての医療圏において、全国平均を大きく上回っています。
- 医療圏別にみた人口 10 万人当たりの歯科診療所数は、宮崎東諸県医療圏だけが全国平均を上回っています。

(表) 医療圏別診療所施設数及び病床数

医 療 圏	総 数		有床診療所		無床診療所		病床数		歯科診療所	
		10万対		10万対		10万対		10万対		10万対
延岡西臼杵	94	68.5	12	8.7	82	59.8	203	148.0	60	43.7
日向入郷	62	72.2	10	11.7	52	60.6	178	207.4	35	40.8
宮崎東諸県	417	97.7	51	12.0	366	85.8	757	177.4	232	54.4
西都児湯	84	87.4	7	7.3	77	80.1	105	109.3	40	41.6
日南串間	63	93.1	6	8.9	57	84.2	102	150.7	23	34.0
都城北諸県	143	76.8	37	19.9	106	56.9	616	330.8	70	37.6
西 諸	55	78.6	11	15.7	44	62.9	185	264.5	28	40.0
宮 崎 県	918	87.3	134	12.7	784	74.5	2146	204.0	488	46.4
全 国	105,182	84.2	5,958	4.8	99,224	79.4	80,436	64.4	67,755	54.2

(出典：厚生労働省「令和4年医療施設調査」)

第3節 基準病床数

1. 基準病床数について

(1) 基準病床数とは

- 基準病床数は、医療法第30条の4第2項第14号に基づき、二次医療圏における一般病床及び療養病床並びに県全域における精神病床、感染症病床及び結核病床について定めるものです。
- 「療養病床」は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院・治療させるための病床のことで、「一般病床」は、療養病床、精神病床、感染症病床及び結核病床を除いた病床をいいます。
- 基準病床数は、二次医療圏ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となるものです。
- 既存病床数が基準病床数を超える地域では、原則として新たな病床の設置はできません。

(2) 第8次宮崎県医療計画における基準病床数について

- 医療法施行規則第30条の30各号に定める算定方式及び厚生労働大臣が定める数値等により算定した基準病床数は次のとおりです。

(表1) 基準病床数及び既存病床数

病床種別	医 療 圏	基準病床数	既存病床数
一般病床 及び 療養病床	延岡西臼杵	1,660	1,605
	日向入郷	771	800
	宮崎東諸県	5,429	4,789
	西都児湯	819	957
	日南串間	739	855
	都城北諸県	2,233	2,299
	西 諸	775	979
	計	12,426	12,314
精神病床	県 全 域	4,359	5,828
感染症病床	県 全 域	32	32
結核病床	県 全 域	16	71

※ 既存病床数は令和6年(2024年)1月5日現在

※ 精神病床の基準病床数は、第7期宮崎障がい福祉計画と整合性を図るため、医療計画の中間年である3年後(令和8年)に見直し予定。

※ 基準病床数の算定に用いた一般病床退院率や病床利用率等は、平時(コロナ前)のデータを使用しているため、今後の受療行動に大きな変化が見られる場合には、見直しを行う可能性があります。

(表2) 基準病床数(第7次宮崎県医療計画との比較)

病床種別	医療圏	第8次医療計画における基準病床数	第7次医療計画における基準病床数	増減
一般病床 及び 療養病床	延岡西臼杵	1,660	1,524	136
	日向入郷	771	819	-48
	宮崎東諸県	5,429	4,930	499
	西都児湯	819	807	12
	日南串間	739	962	-223
	都城北諸県	2,233	2,076	157
	西諸	775	767	8
	計	12,426	11,885	541
精神病床	県全域	4,359	4,694	-335
感染症病床	県全域	32	32	0
結核病床	県全域	16	26	-10

- 65歳以上の老年人口が増加していることや、国が定める数値の影響等(平均在院日数の増加等)により、第7次医療計画策定時よりも、5つの医療圏(宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵、西都児湯、西諸)で基準病床数が増加しています。
- この内、宮崎東諸県及び延岡西臼杵医療圏については、基準病床数が既存病床数を上回るようになりました。
- 基準病床数が既存病床数を上回る医療圏では、病床の設置・増床が可能となりますが、新たな病床の整備については、各医療圏での病床設置のニーズ調査等を行うほか、地域医療構想における将来の病床の必要量や関係機関との協議を踏まえて、今後検討してまいります。

(参考) 基準病床数の算定式

○ 各都道府県において、一般病床・療養病床は二次医療圏ごとに、以下の算定式に基づき算出。	
一般病床及び療養病床の基準病床数 = ア + イ ± ウ ア:一般病床 $\left(\text{人口} \times \text{一般病床退院率} \times \text{平均在院日数} + \text{流入入院患者数} - \text{流出入院患者数} \right) \div \text{病床利用率}$ イ:療養病床 $\left(\text{人口} \times \text{療養病床入院受療率} - \text{介護施設、在宅医療等対応可能数} + \text{流入入院患者数} - \text{流出入院患者数} \right) \div \text{病床利用率}$ ウ:都道府県を越えた患者流出入 都道府県外への流出入を見込む場合、それぞれの都道府県間で調整協議を行い、合意を得た数を加減。	
項目	都道府県知事が算定に用いる値
①人口	性・年齢階級別(医療計画作成時の夜間人口であって、最近のもの)を活用。
②一般病床退院率	国が設定した、性・年齢階級別かつ地方ブロック別の値を活用。【平成29年患者調査】
③平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成27年・令和元年病院報告】(参考:第7次の設定 13.4~16.3日)
④病床利用率	国が設定した値を下限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成28~令和元年病院報告の平均】(参考:第7次の設定 一般76%、療養90%)
⑤療養病床入院受療率	国が設定した、性・年齢階級別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成29年患者調査】
⑥介護施設及び在宅医療等対応可能数	都道府県が、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用。 ※地域医療構想では、令和7年に向けて、現在の療養病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。医療計画の基準病床も、これに相当する需要(対応可能数)を除外して計算。

(出典:厚生労働省「医療政策研修会」資料)

(参考) 基準病床数（一般病床及び療養病床）算定結果の内訳

	第8次医療計画における 基準病床数			第7次医療計画における 基準病床数			増減		
	一般	療養	計	一般	療養	計	一般	療養	計
延岡西臼杵	1,274	386	1,660	1,101	423	1,524	173	-37	136
日向入郷	575	196	771	517	302	819	58	-106	-48
宮崎東諸県	4,489	940	5,429	4,097	833	4,930	392	107	499
西都児湯	682	137	819	536	271	807	146	-134	12
日南串間	617	122	739	698	264	962	-81	-142	-223
都城北諸県	1,734	499	2,233	1,602	474	2,076	132	25	157
西諸	588	187	775	452	315	767	136	-128	8
計	9,959	2,467	12,426	9,003	2,882	11,885	956	-415	541

第4章 医療提供体制の構築

第1節 基本的考え方

- 1 医療機能の分化・連携
- 2 地域医療支援病院及び特定機能病院、紹介受診重点医療機関
- 3 社会医療法人
- 4 医療に関する情報の提供
- 5 県民からの相談機能の充実
- 6 県民の理解と協力を得るための意識啓発

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

- 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 ヘき地医療
- 8 小児医療(小児救急医療を含む)
- 9 周産期医療
- 10 災害医療
- 11 新興感染症発症・まん延時における医療
- 12 在宅医療・介護

第3節 その他の保健医療対策の充実

- 1 障がい保健対策
- 2 感染症対策
- 3 臓器移植対策
- 4 難病対策
- 5 アレルギー疾患対策
- 6 歯科保健医療対策
- 7 血液の安定供給対策
- 8 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

第1節 基本的考え方

1. 医療機能の分化・連携

- 人口減少や高齢化が進む中で、団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年(2025年)には、医療・介護需要が最大化することが想定されています。
- 本県においては、65歳以上の高齢者人口は令和7年(2025年)に、推計入院患者数は令和17年(2035年)にそれぞれピークを迎えることが想定されています。
- ピークを迎えた後においては、それぞれ減少局面に入っていくことが想定されており、医療・介護需要の増大及びその後の減少に備えた医療提供体制の構築が求められます。
- 高齢者人口や推計入院患者数のピークは二次医療圏ごとに異なっており、地域の実情に応じて、限られた医療資源を有効に活用し、各医療機関が連携を図り、急性期から回復期を経て慢性期、在宅医療等に至るまで、切れ目なく必要な医療を提供できる体制を整備することが必要です。
- そのため、総合診療医の育成をはじめ、疾病予防や早期発見、安定期の継続的治療、専門的医療機関との連携、さらには、終末期の緩和ケア、災害への備え、へき地、救急、周産期、小児等の医療において重要な役割を担う「かかりつけ医」の普及、デジタル技術の活用促進等により、医療機関の機能分化・連携を図っていきます。
- これらを踏まえ、本県では、地域医療構想の推進等を通じて、基本理念である「県民が、安全で質の高い医療を切れ目なく受けられる持続可能な医療提供体制の実現」を目指します。

2. 地域医療支援病院及び特定機能病院、紹介受診重点医療機関

(1) 地域医療支援病院

- 地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する重要な役割を担っており、都道府県知事から承認を得て、地域医療支援病院として称することができます。
- 本県では5つの二次医療圏で計9つの地域医療支援病院が承認されており、現在、地域医療支援病院のない2つの二次医療圏についても、今後整備していくことを目指します。

第4章 医療提供体制の構築

地域医療支援病院一覧（令和5年(2023年)10月末現在）

二次医療圏	医療機関名
延岡西臼杵	県立延岡病院
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
	古賀総合病院
	宮崎市郡医師会病院
	県立宮崎病院
日南串間	県立日南病院
都城北諸県	都城市郡医師会病院
	独立行政法人国立病院機構都城医療センター
西諸	小林市立病院

(2) 特定機能病院

- 特定機能病院は、高度の医療提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働省大臣が承認するものです。
- 平成5年(1993年)の第二次医療法改正において制度化され、本県では宮崎大学医学部附属病院が承認されています。

(3) 紹介受診重点医療機関

- 紹介受診重点医療機関は、かかりつけ医などからの紹介状を持って受診いただくことに重点をおいた医療機関で、外来医療の機能分化・連携を進めるため令和4年4月からその仕組みが設けられました。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を行っている医療機関で、国の示す基準を満たし、医療機関の意向を踏まえ、各区域の協議の場で決定されることになっています。
- 紹介状のありなしにかかわらず、受診は可能ですが、紹介状がなく来院された場合は、一部負担金(3割負担等)とは別の「特別の料金」が原則必要となるほか、医療機関同士の役割分担により、適切な検査や治療がスムーズに受けられ、待ち時間の短縮などが期待されています。

紹介受診重点医療機関一覧（令和5年(2023年)10月末現在）

対象区域	医療機関名
宮崎東諸県	宮崎県立宮崎病院
宮崎東諸県	宮崎大学医学部附属病院
宮崎東諸県	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	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	延岡市郡医師会病院
延岡西臼杵	医療法人伸和会延岡共立病院
延岡西臼杵	宮崎県立延岡病院
日南串間	宮崎県立日南病院
西諸	小林市立病院
西都児湯	医療法人隆徳会鶴田病院

3. 社会医療法人

- 社会医療法人は、平成18年(2006年)の第五次医療法改正において制度化されたもので、従来公立病院等が担ってきた公益性の高い医療について、民間の医療法人が積極的に担うことで、地域住民にとって不可欠な医療の安定的な提供を目指すものです。
- 救急医療やへき地医療等、地域で特に必要な医療の提供を担う医療法人を社会医療法人として都道府県知事が認定します。
- 本県では、令和5年(2023年)10月末現在で7法人を社会医療法人として認定し、認定された医療法人は、救急医療、へき地医療及び周産期医療において、それぞれ重要な役割を担っています。

社会医療法人一覧（令和5年(2023年)10月末現在）

二次医療圏	法人名	医療機関名	救急医療	精神科救急医療	災害医療	へき地医療	周産期医療	小児医療	認定年月日
宮崎東諸県	社会医療法人同心会	古賀総合病院	○			○	○		平成24年12月1日
	社会医療法人善仁会	宮崎善仁会病院 東米良診療所	○				○		平成29年1月1日
	社会医療法人耕和会	迫田病院				○			平成29年4月1日
	社会医療法人如月会	若草病院		○					平成31年4月1日
	社会医療法人慶明会	けいめい記念病院				○			令和3年10月1日
西都児湯	社会医療法人暁星会	三財病院				○			令和2年12月24日
日向入郷	社会医療法人泉和会	千代田病院	○			○			平成21年1月5日

4. 医療に関する情報の提供

- 医療を必要としている県民に適切な医療を提供することはもちろん、日夜力を尽くす医師・医療従事者を守り、持続可能な医療提供体制を構築していくためには、県民の理解と協力が不可欠です。
- 例えば、風邪などの一般的な疾病等を対象とする初期医療は住民に身近な「かかりつけ医」を受診し、手術・処置や化学療法等を必要とする外来などの場合は必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関や地域医療支援病院、特定機能病院である宮崎大学医学部附属病院等を受診するといった、「上手な医療のかかり方」を県民ひとりひとりが意識し、適切な受診行動をとることが必要です。
- 本県では、県民が病院等の選択を適切に行えるよう、医療機関から提供された医療機能情報（医療機関名や所在地、診療科目、診療時間等）を宮崎県庁ホームページ上で提供しています。
- 国においては、患者が医療ニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用できる仕組みを整備するため、「かかりつけ医機能報告制度」の令和7年度(2025年度)の創設に向けて検討が進められています。
- また、高齢多死社会の進行に伴い、本県においても在宅や施設における療養や看取りの需要拡大が見込まれています。

第4章 医療提供体制の構築

- このような中、もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組である「ACP：アドバンス・ケア・プランニング（愛称：人生会議）」について県民、患者及び医療従事者への普及・啓発に努めます。



5. 県民からの相談機能の充実

人生会議（ACP）普及啓発

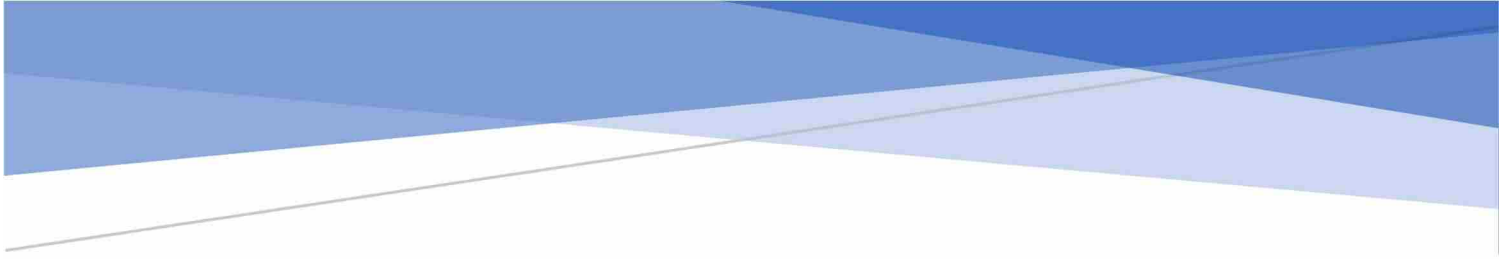
- 県民が健康や医療に関し、いつでも相談できる「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」を身近に持つことは、県民自身の安心感につながることはもとより、症状に応じた適切な医療機関への紹介や処方された薬の重複の確認など、医療の効率化にもつながります。
- また、医療相談は、入退院を含め、その内容は多岐にわたっており、各医療機関の医療ソーシャルワーカーや看護師、訪問看護ステーションにおいて行われているほか、退院後の介護サービスの相談などは地域包括支援センターで行われています。医療から介護までの切れ目のないサービスを県民に提供するためには、これらの相談窓口が相互に連携することが必要です。
- さらに、県民の医療に対する信頼感を高めるためには、医療に関する心配事や相談について、迅速かつ的確に対応していくことが重要です。
- このため、「かかりつけ医」などの普及啓発や各相談窓口の相談員の資質向上と相互の連携を強化するなど、県民からの各種相談を的確に受けることができる体制の充実を図ります。

各種医療・介護相談窓口一覧

	相談内容	相談窓口	電話番号
1	医療に関する相談	各医療機関相談窓口	
2	医療に関する相談 (1に相談しにくい悩みや苦情等)	医療相談窓口(県医療政策課・各県保健所・宮崎市保健所) 県医師会医療相談窓口(情報コーナー有り) 県歯科医師会(歯科) 子ども救急医療電話相談窓口	0985-44-2625 0985-22-5118 0985-29-0055 #8000
3	こどもの急病、ケガに関する相談	子ども救急医療電話相談窓口	
4	保険(医療費)に関する相談	○国民健康保険・後期高齢者医療制度 県国民健康保険課 ○社会保険 九州厚生局宮崎事務所	0985-26-7063 0985-72-8880
5	薬に関する相談	○薬を受け取った医療機関又は薬局 ○宮崎県薬剤師会薬事情報センター ○県薬務対策課	0985-27-0129 0985-26-7060
6	高齢者の介護サービス等に関する相談	各地域包括支援センター	
7	介護保険に関する相談	各市町村担当課	
8	生活保護(医療扶助)に関する相談	県福祉保健課	0985-26-7075
9	精神科病院入院患者の処遇等に関する相談	県障がい福祉課 各県保健所 県精神保健福祉センター	0985-32-4471 0985-27-5663
10	心の病に関する相談	県精神保健福祉センター 各県保健所・宮崎市保健所	0985-27-5663
11	感染症に関する相談	県感染症対策課 各県保健所・宮崎市保健所	0985-44-2620
12	栄養に関する相談	県健康増進課 各県保健所・宮崎市保健所 市町村保健センター 県栄養士会	0985-26-7078 0985-22-6105
13	女性の健康に関する相談	各県保健所 女性専門相談センター「スマイル」(中央保健所)	0985-28-2668
14	不妊に悩む方の相談窓口	不妊専門相談センター「ウイング」(中央保健所)	0985-28-2668

6. 県民の理解と協力を得るための意識啓発

- 患者はフリーアクセスという制度の下、基本的には大病院でも専門病院でも直接受診することが可能です。このため、患者の意識は、「高度な医療機器や多数のスタッフを備えている医療機関の方がより良い治療を受けられるのでは」との思いから、風邪などの日常的な病気の場合であっても地域の中核的な医療機関に集中する傾向にあります。
- また、夜間や休日の救急外来において、軽い症状の患者が自分の都合優先で、安易に受診するケースがあり、その結果、地域の中核的な医療機関において真に高度な医療を受ける必要がある患者の診療に支障をきたすなどの問題が生じています。
- さらに、勤務医への時間外労働の上限規制が適用される医師の働き方改革への対応が必要となる中、救急医療体制を維持していくには、限られた救急医療資源を効果的かつ効率的に活用することが求められています。
- 平成25年(2013年)3月に制定された「宮崎県の地域医療を守り育てる条例」においても、医療従事者、医療機関等の医療資源は、地域社会の重要不可欠な財産であることに鑑み、県、市町村、県民等が一体となり、地域社会で守り育てることを基本理念としています。
- このようなことから、全ての県民が良質で適切な医療を受けられるようにするためにも、医療に対する県民の理解と協力を得るための意識啓発等の取り組みを、市町村やNP0、医師会等と連携しながら進めていきます。



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

- 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 新興感染症発症・まん延時における医療
- 12 在宅医療・介護

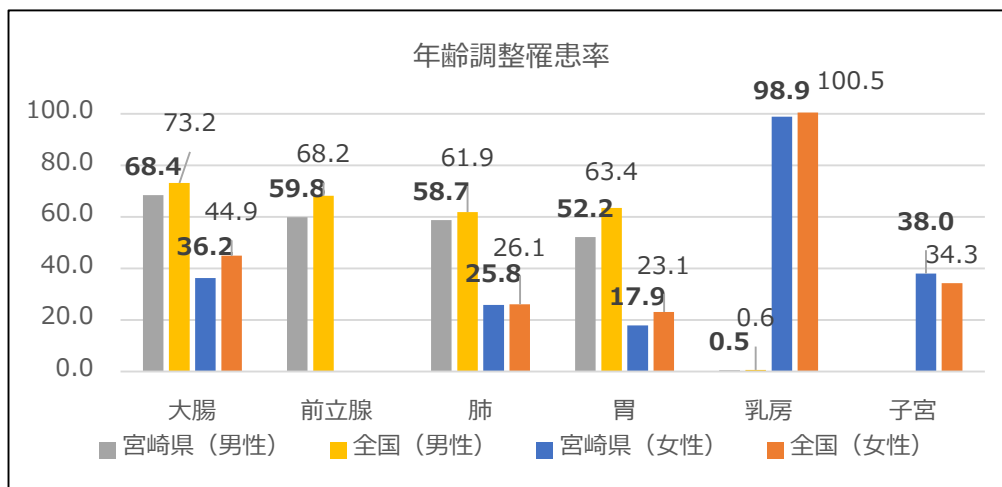
1

がん

1. 現 状

(1) 罹患の状況

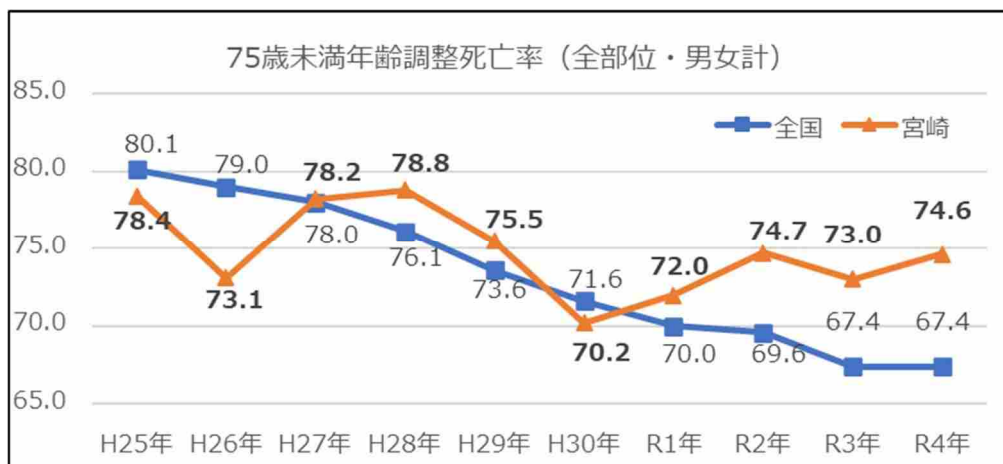
- 本県の令和元年(2019年)におけるがんの罹患数は8,471件です。年齢調整罹患率で見ると、男性では大腸、前立腺、肺、女性では乳房、子宮、大腸の順に多くなっています。
- がんは加齢により発症リスクが高まるとされており、高齢化の進行に伴い、がんの罹患率は今後ますます増加するものと推測されます。



※「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

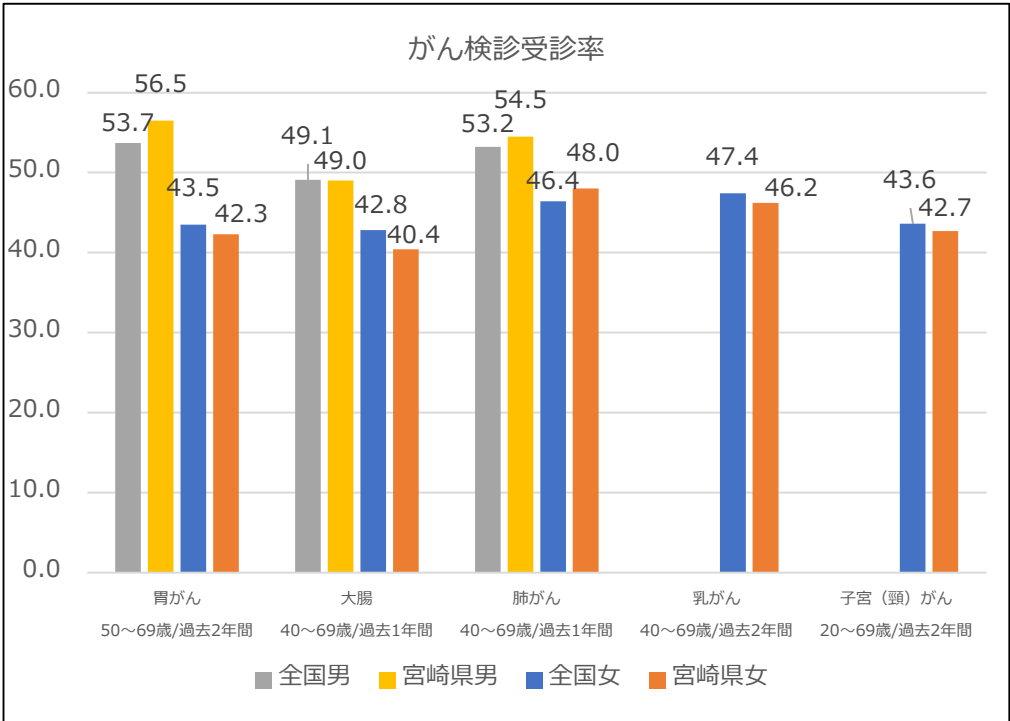
- 本県において、がんは、昭和57年(1982年)より死因の第1位であり、約4人に1人ががんで亡くなっています。
- 75歳未満年齢調整死亡率はおおむね減少傾向にあるものの、令和4年(2022年)には74.6(全国67.4)と全国平均を上回っています。



(出典：厚生労働省「人口動態統計」)

(3) がん検診の受診状況

- がんを早期発見し、適切な治療につなげるためにもがん検診は有効な手段であるものの、本県のがん検診受診率は、ほとんどの部位で全国平均を下回っており、40%から50%台となっています。



(出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和4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3年度(2021年度)の活用件数は合計3,205件となっています。

二次医療圏	がん医療圏	R1年度		R2年度		R3年度	
延岡西臼杵 日向入郷	県北がん医療圏	53	(22.7)	59	(25.5)	88	(38.6)
宮崎東諸県 西都児湯		2,204	(414.8)	2,735	(516.6)	3,034	(575.2)
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	63	(23.6)	66	(25.0)	83	(31.7)

※()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135床、緩和ケアチームについては13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	4
宮崎東諸県 西都児湯		4	87	6
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	3

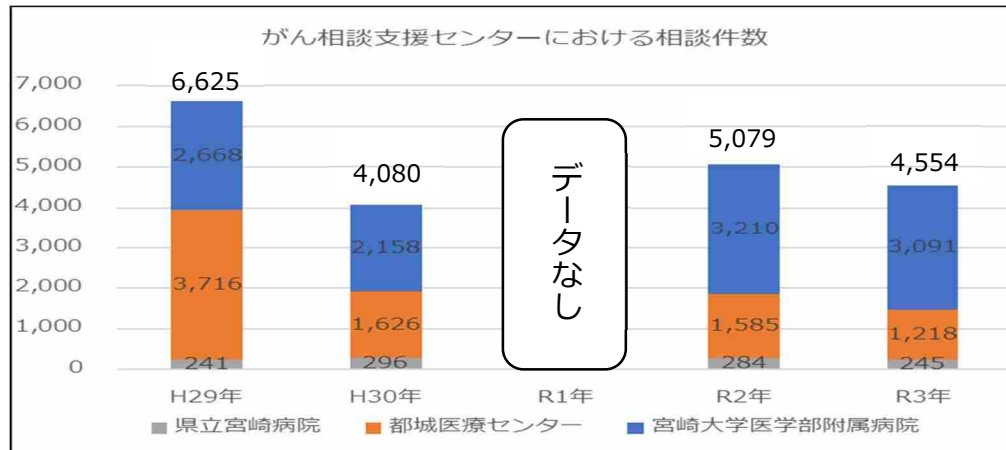
(出典：厚生労働省「医療施設調査」(令和2年))

- 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4年度(2022年度)までの修了者数は累計で1,348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	～H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
	941	114	102	27	69	95

(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3年(2021年)のがん診療連携拠点病院における相談件数は、4,554件となっており、受診方法や入院、介護や看護、養育に関する相談が多くなっています。



※R1 年分については、新型コロナウイルスの影響により国への報告が不要とされたためデータなし
(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、がんゲノム医療中核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。

(3) がんと共生

- 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。
- 拠点病院等とかけ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。

(4) 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めます。

(1) 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

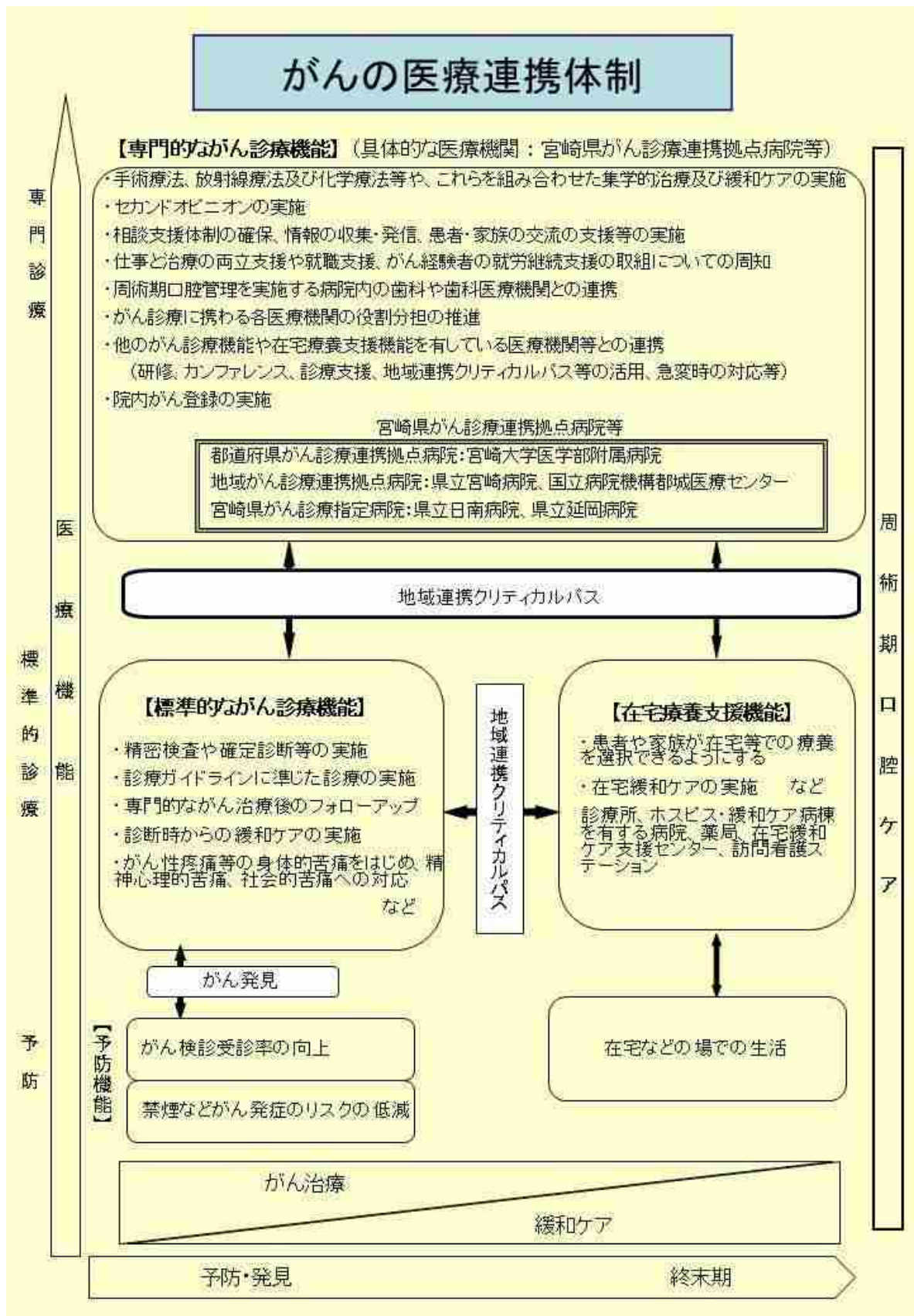
①	がん相談支援センターの認知度向上やオンライン等を活用した相談体制の充実
②	地域連携クリティカルパスの普及促進と運用実態を踏まえた 今後のあり方の検討
③	がん相談支援センターとハローワークとの連携による就労支援の強化
④	アピアランスケアに関する相談支援・情報提供、及び患者支援の検討
⑤	県民公開講座等を通じた小児・AYA世代のがんに関する情報の 県民や医療機関等への周知

(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 56.5% 女 42.3% 大腸がん 男 49.0% 女 40.4% 肺がん 男 54.5% 女 48.0% 乳がん 46.2% 子宮頸がん 42.7% (令和4年度)	⇒	それぞれ 60%以上 (令和11年度)
年齢調整罹患率	356.0 (令和元年)	⇒	全 国 平 均 以 下 (令和11年度)
75 歳未満年齢調整死亡率	74.6 (令和4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	13 施設 (令和2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 38.6 件 県央 575.2 件 県南 0 件 県西 31.7 件 (令和3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	2.9 (令和4年度)	⇒	全 国 平 均 以 上 (令和11年度)



がんにかかる医療圏



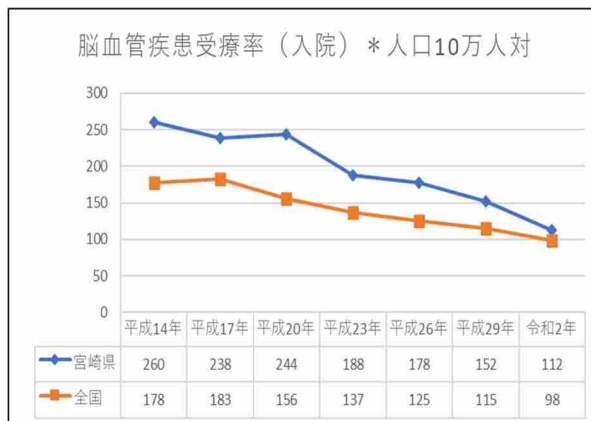
2

脳卒中

1. 現 状

(1) 脳血管疾患の入院・外来受療率

- 令和2年(2020年)の本県の脳血管疾患の入院受療率(人口10万人対)は112、外来受療率(人口10万人対)は87で、年々減少傾向にありますが、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。



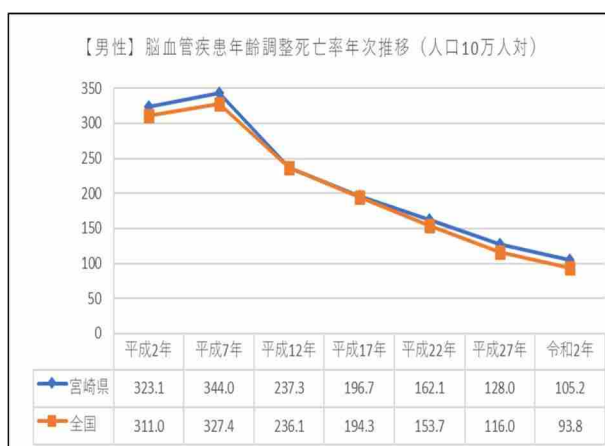
(出典：厚生労働省「患者調査」)



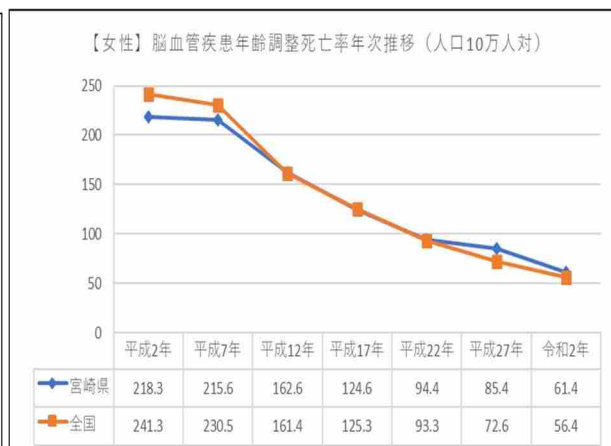
(出典：厚生労働省「患者調査」)

(2) 脳血管疾患による死亡の状況

- 令和4年(2022年)の本県の脳血管疾患による死亡者数は1,197人で、死亡総数に占める割合は7.4%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10万人対)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。



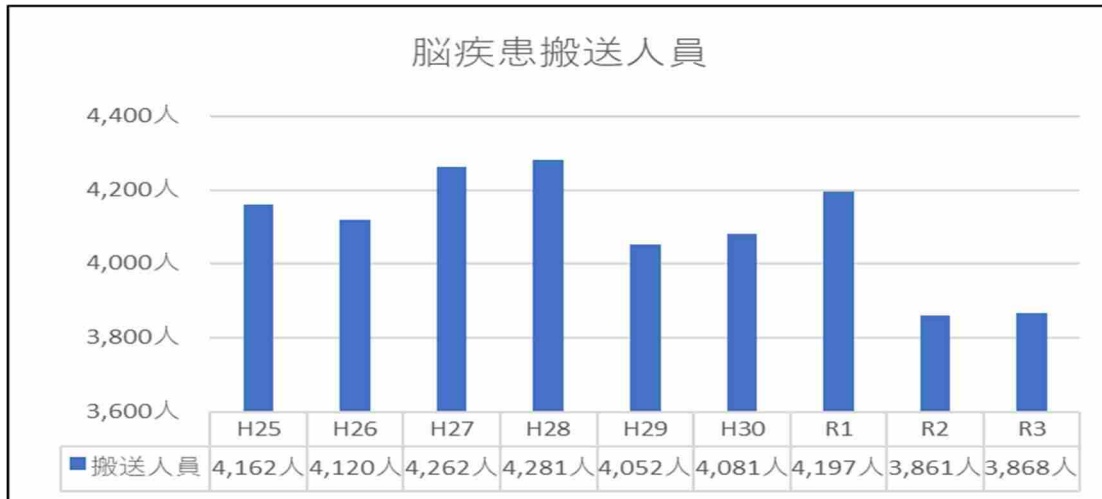
(出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)



(出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)

(3) 脳血管疾患での救急搬送体制

- 令和3年(2021年)の本県の脳血管疾患での救急搬送人員は3,868人で、全救急搬送人員の9.5%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平均43.1分となっており、全国平均と比べて0.3分長い状況です。

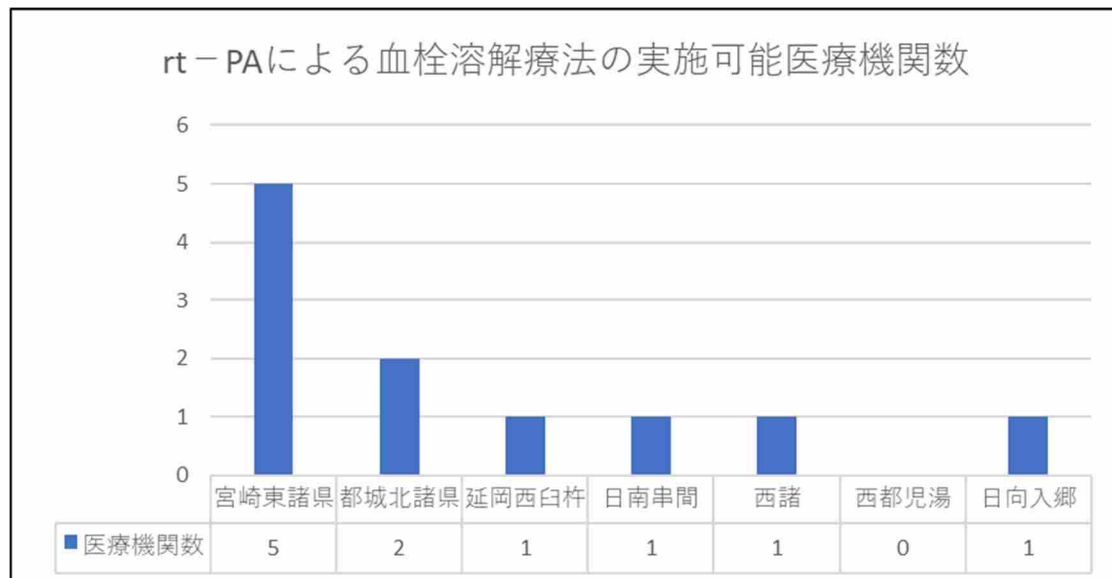


(出典：救急救助の現況)

2. 医療提供体制等

(1) 脳血管疾患治療の実施医療機関

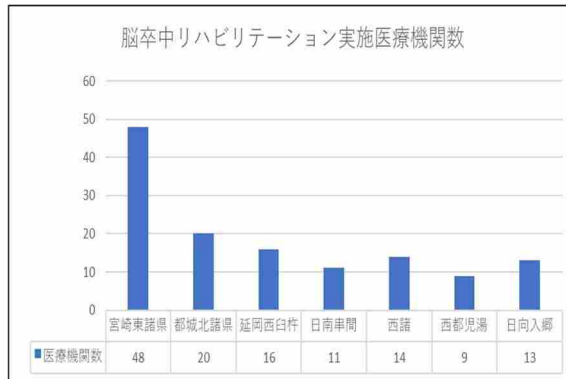
- 脳梗塞に対する rt-PA を用いた血栓溶解療法の実施可能な医療機関は 11 (人口10万人対1.0) 施設で、全国平均(人口10万人対0.8)を上回っています。
- 現在、都城市郡医師会病院において、「心臓・脳血管センター」の整備が進められています。



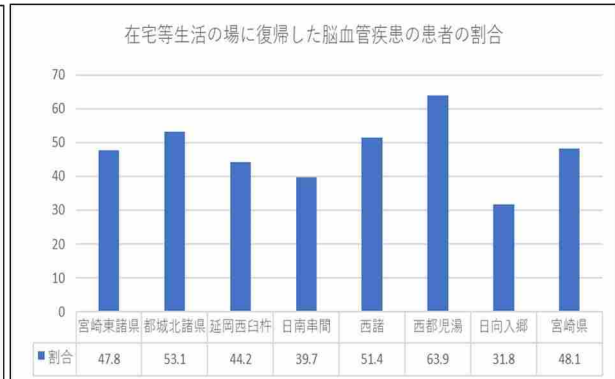
(出典：日本脳卒中学会 「一次脳卒中センター一覧」)

(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131(人口10万人対12.2)施設と増加傾向にあり、全国平均(人口10万人対6.4)を上回っています。
- 脳血管疾患の患者のうち、48.1%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)



(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り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	生涯を通じた食育やベジ活（野菜を積極的にとる活動）、減塩、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じ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

(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



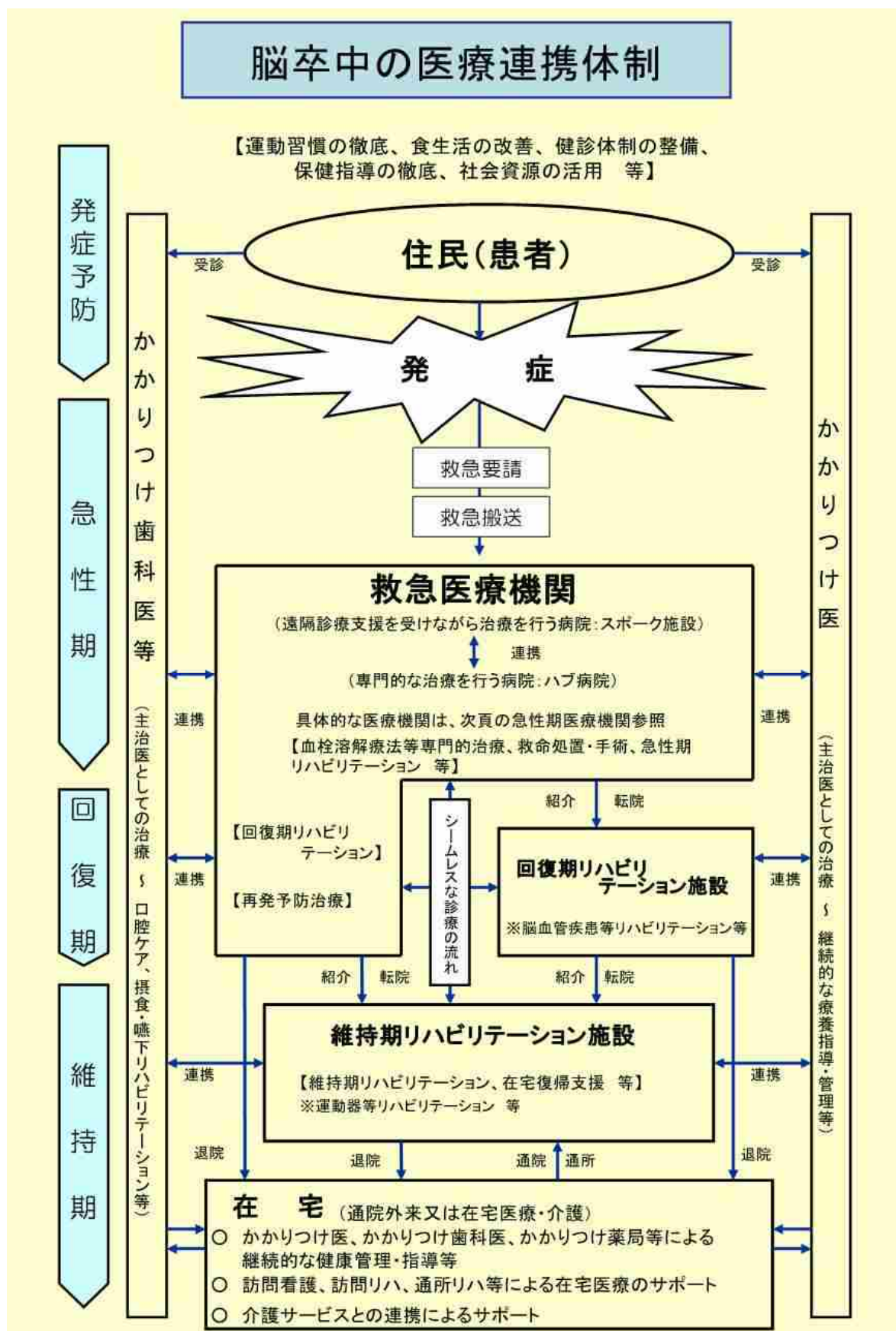
都城市郡医師会病院「心臓・脳血管センター」完成イメージ

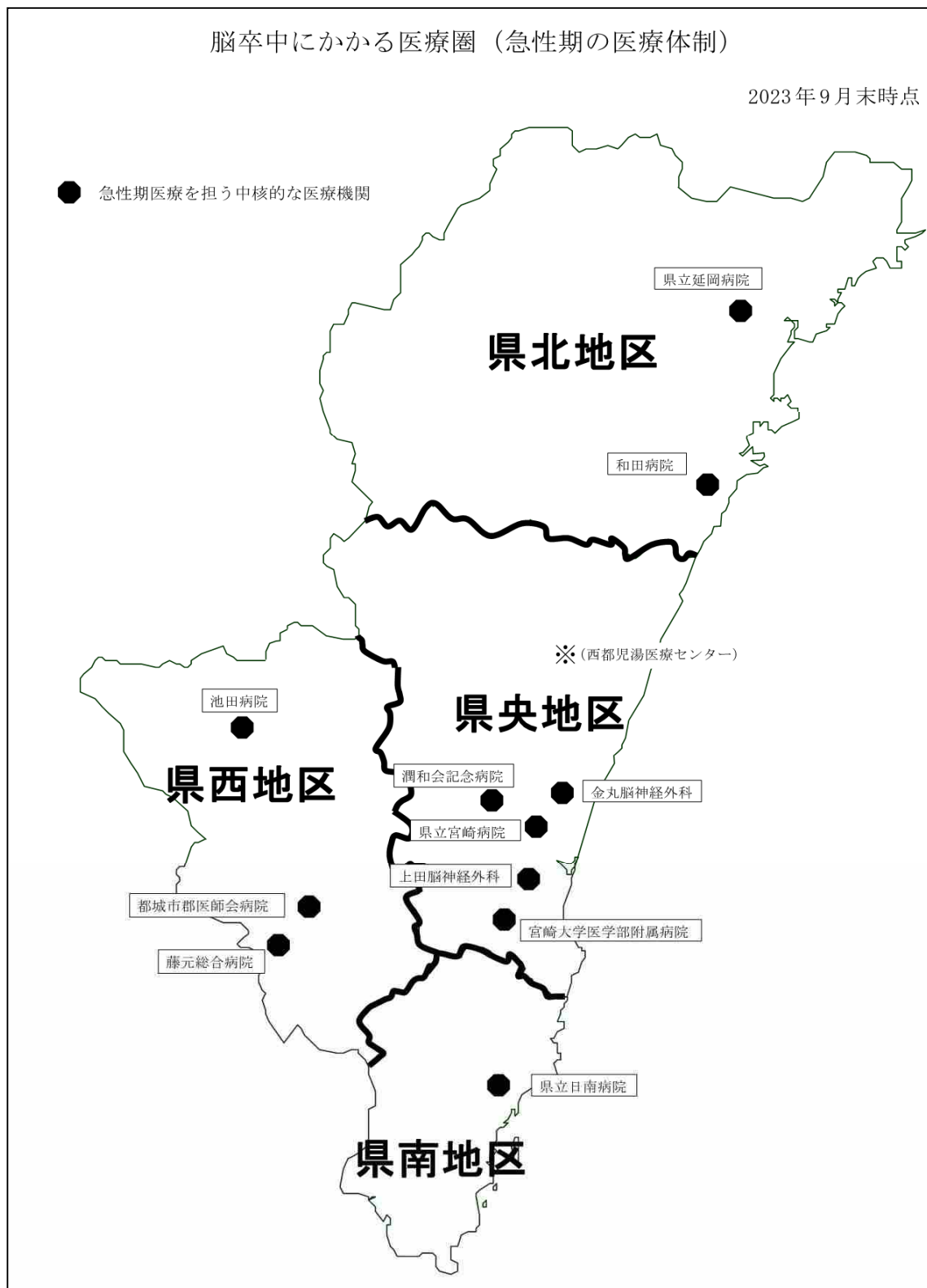
(4) 在宅療養が可能な体制づくり

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

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 73.30 女性 76.71 (令和元年)	⇒	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 万人対） ※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） ※出典：厚生労働省「患者調査」	112 (令和 2 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：救急救助の現況	43.1 分 (令和 3 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 万人対） ※出典：日本脳卒中学会一次脳卒中センター	0.9 (令和 5 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 万人対） ※出典：九州厚生局届出受理医療機関	12.2 (令和 5 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	51.5% (令和 3 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	26.5% (令和 3 年度)	⇒	45.0% (令和 11 年度)





※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3期中期計画（令和4年4月1日から令和7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構築を目指としています。

3

心筋梗塞等の心血管疾患

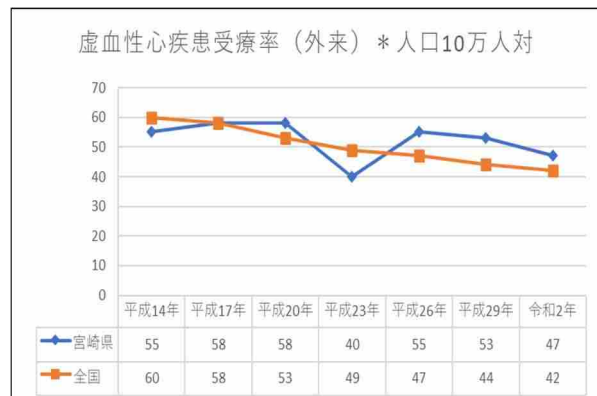
1. 現 状

(1) 心血管疾患の入院・外来受療率

- 令和2年(2020年)の本県の虚血性心疾患の入院受療率(人口10万人対)は9、外来受療率(人口10万人対)は47となっており、近年、全国平均を上回る傾向にあります。
- 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4年(2022年)の本県の心疾患による死亡者数は2,686人で、死亡総数に占める割合は16.7%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10万人対)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。



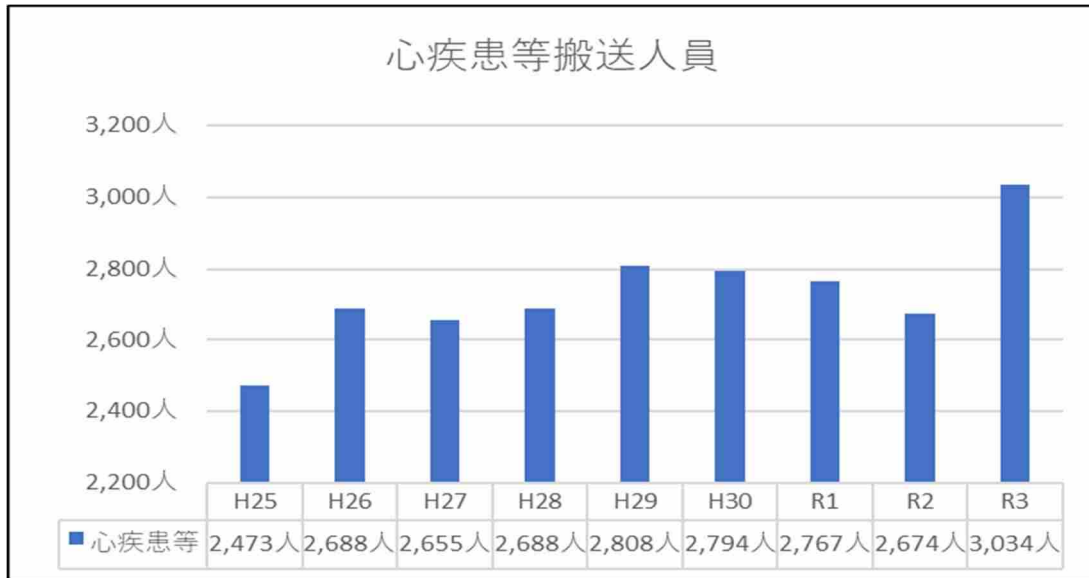
(出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」)



(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3年(2021年)の本県の心血管疾患での救急搬送人員は3,034人で、全救急搬送人員の7.4%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平均43.1分となっており、全国平均と比べて0.3分長い状況です。

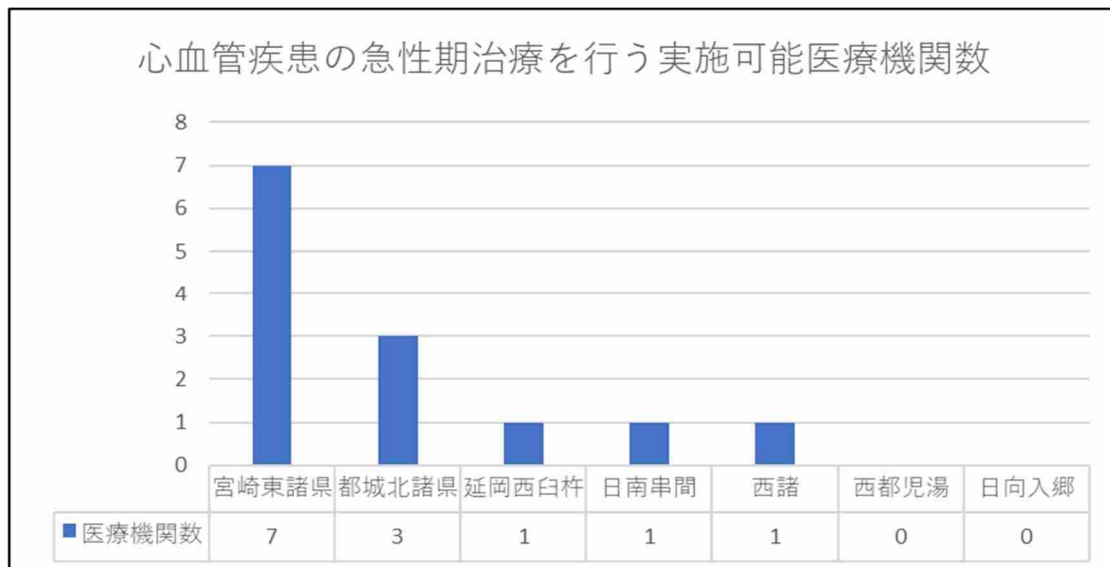


(出典： 救急救助の現況)

2. 医療提供体制等

(1) 心血管疾患治療の実施医療機関

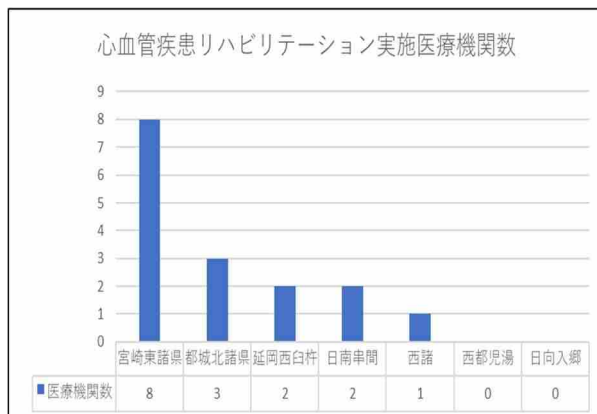
- 県内には心血管疾患の急性期治療を行う医療機関は13(人口10万人対1.2)施設あり、全国平均(人口10万人対1.2)と同じです。
- 現在、都城市郡医師会病院において、「心臓・脳血管センター」の整備が進められています。



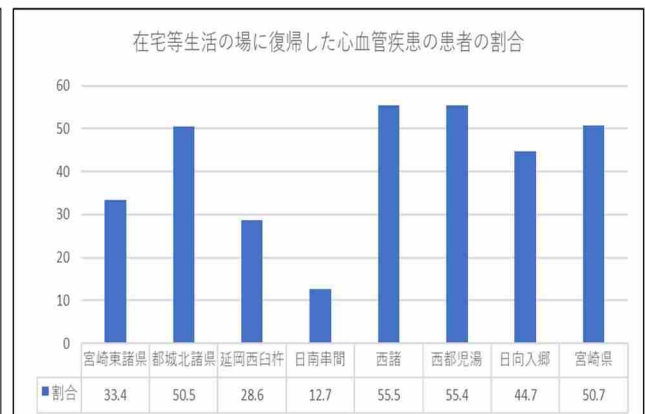
(出典：医療機能情報)

(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 16(人口 10万人対1.5)施設あり、全国平均(人口 10 万人対 1.3)と比較すると、やや上回っている状況です。
- 心血管疾患の患者のうち、50.7%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)



(出典：厚生労働省「患者調査」)

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	生涯を通じた食育やベジ活、減塩、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じ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

(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	ドクターヘリやモバイル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



県立延岡病院「心臓脳血管センター」

(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

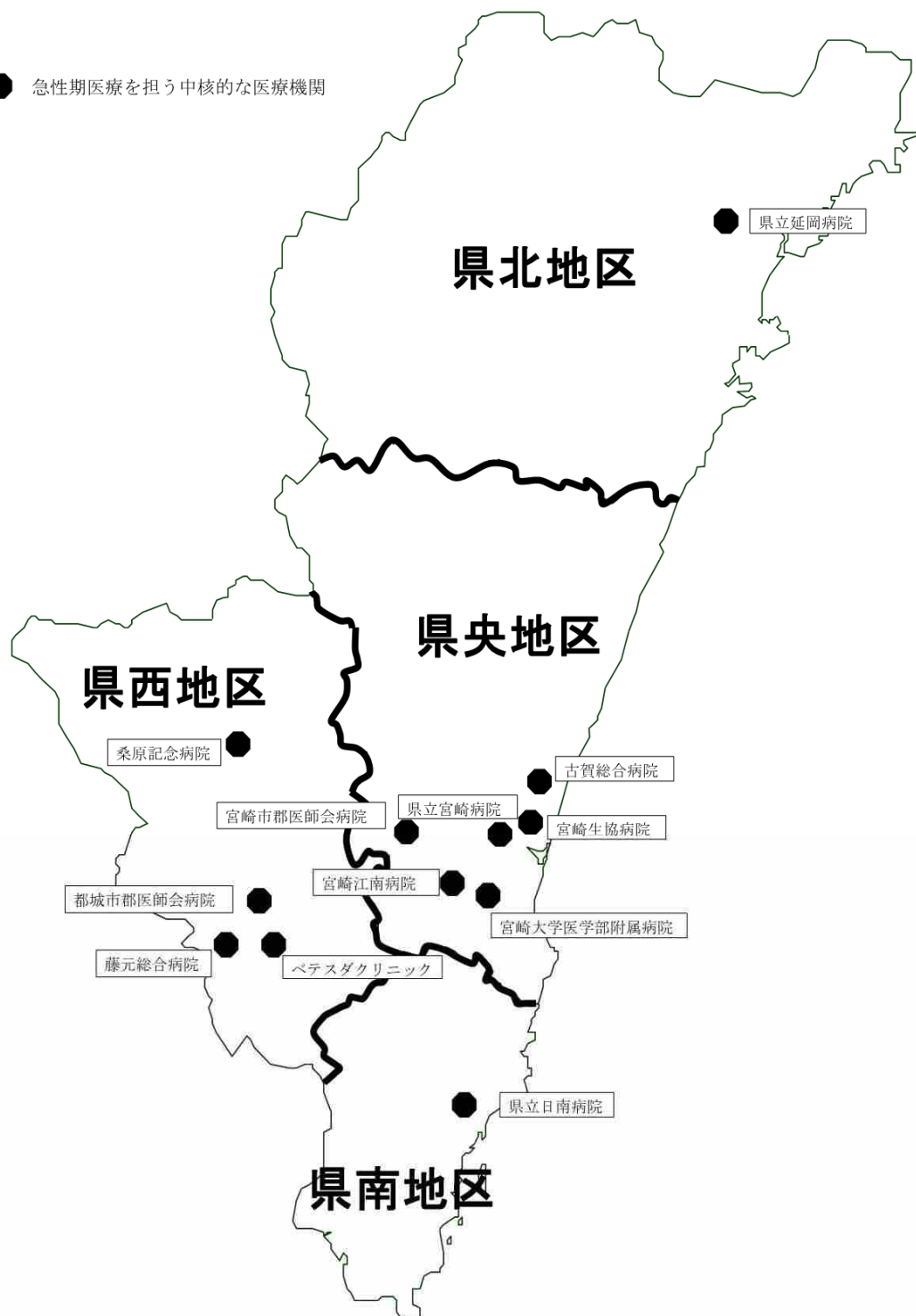
5. 目 標

指 標	現 状	⇒	目 標
健康寿命 ※出典：厚生労働科学研究	男性 73.30 女性 76.71 (令和元年)	⇒	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10万人対) ※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) ※出典：厚生労働省「患者調査」	9 (令和2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：救急救助の現況	43.1分 (令和3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10万人対) ※出典：診療報酬施設基準	1.4 (令和5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	51.5% (令和3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	26.5% (令和3年度)	⇒	45.0% (令和11年度)

心血管疾患にかかる医療圏（急性期の医療体制）

2023年9月末時点

● 急性期医療を担う中核的な医療機関



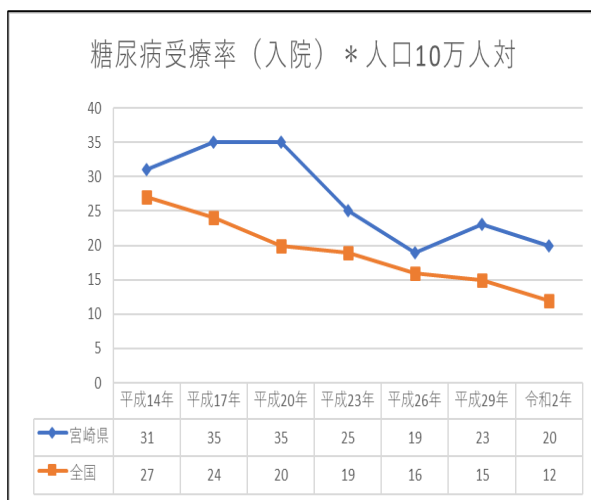
4

糖尿病

1. 現 状

(1) 糖尿病の入院・外来受療率等

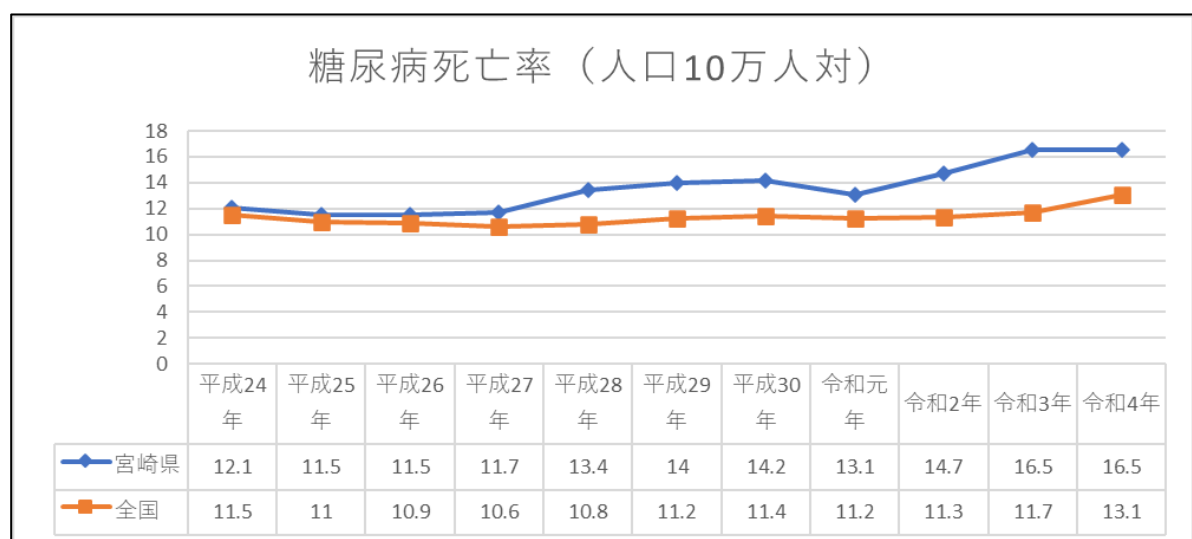
- 令和2年(2020年)の本県の糖尿病の入院受療率(人口10万人対)は20、外来受療率(人口10万人対)は200となっており、いずれも全国平均を上回っています。
- 令和4年(2022年)の糖尿病による死亡者数は172人で、死亡率(人口10万人対)は16.5と、全国平均の13.1を上回って推移しています。
- 糖尿病を強く疑われる人(推計)と糖尿病の可能性を強く否定できない人(推計)の合計は、令和4年(2022年)では男性約83,000人、女性約62,000人となっており、県人口の約27%を占めていると推計されます。



(出典：厚生労働省「患者調査」)



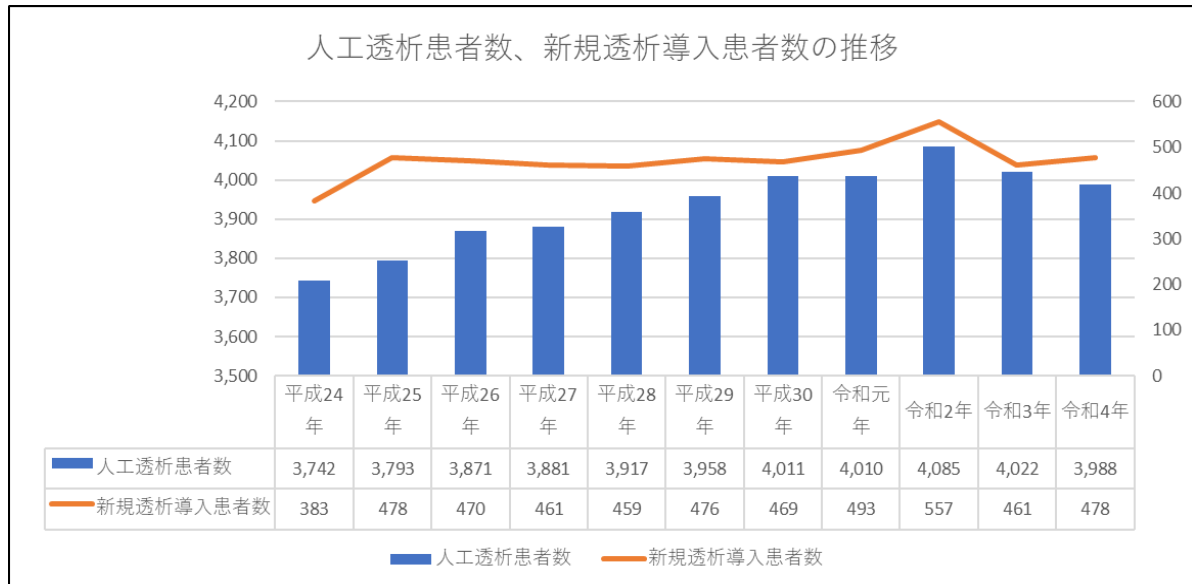
(出典：厚生労働省「患者調査」)



(出典：厚生労働省「人口動態調査」)

(2) 新規透析導入患者数

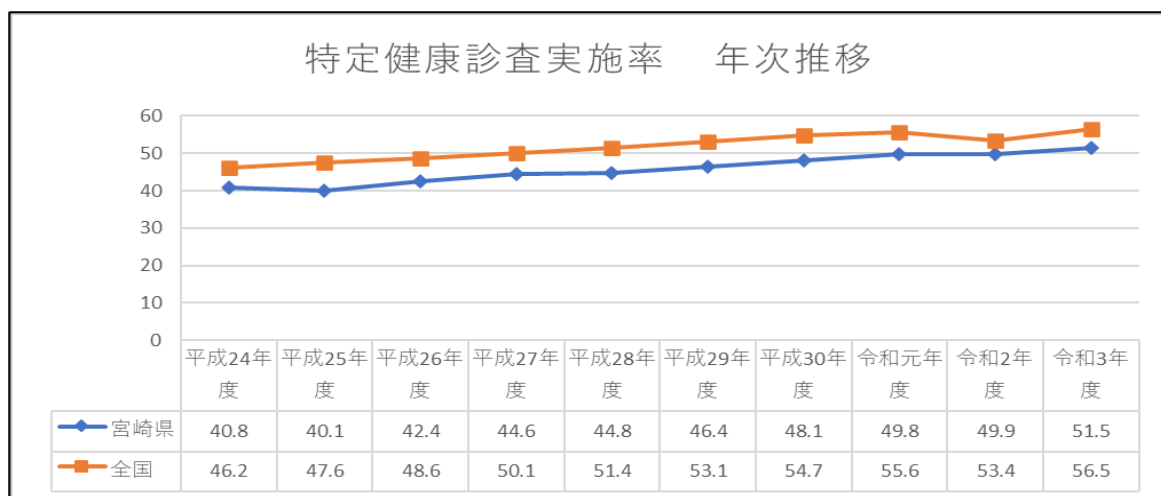
- 本県の新規透析導入患者数の推移を見ると、平成24年(2012年)の383人から令和4年(2022年)の478人まで、増減を繰り返しながらも横ばいで推移しています。そのうち、わが国の慢性透析療法の現況によると、糖尿病性腎症が原疾患である患者は173人から167人に減少するなど、重症化予防の取組が進みつつあります。



(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3年度(2021年度)では51.5%となり、全国平均の56.5%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3年度(2021年度)では75,645人となっており、その割合は31.1%で全国平均の29.1%を上回っています。

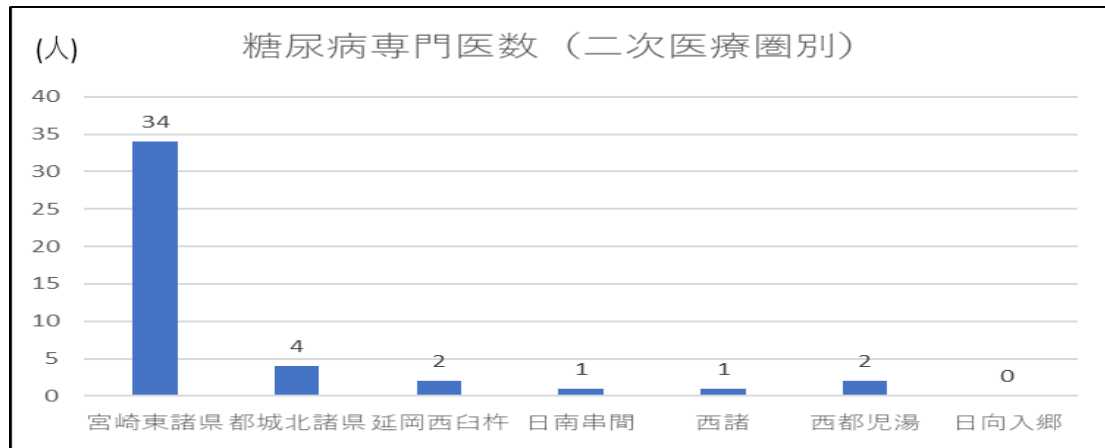


(出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
特定健診・特定保健指導の実施状況について)

2. 医療提供体制等

(1) 糖尿病治療の実施医療機関

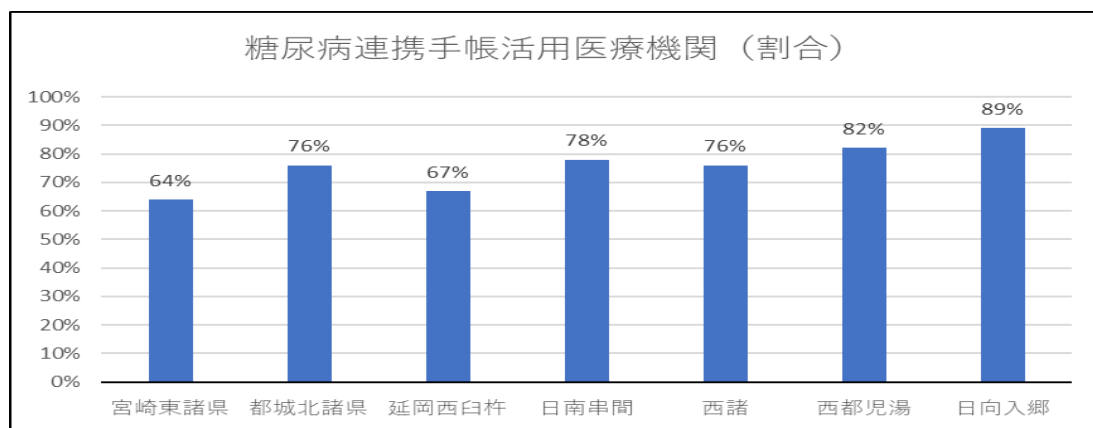
- 県内の糖尿病専門医が在籍する医療機関（人口10万人対）は2.2で、全国平均の3よりも若干下回っています。また、二次医療圏ごとの実数によると、宮崎東諸県圏域に偏っている状況です。
- 県内の糖尿病療養指導士が在籍する医療機関（人口10万人対）は3.8で、全国平均の4.1よりも若干下回っています。



（出典：日本糖尿病学会（2023.6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3年度(2021年度)40,592人、実施率は26.5%となり、全国平均の24.6%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10万人対）、いずれも全国に比べ少ない状況です。
- 令和3年の県の調査によると、糖尿病連携手帳を知っていると回答した医療機関（回答率54.5%）のうち、糖尿病連携手帳を活用している医療機関は218施設（71.0%）となっています。



（出典：令和3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（糖尿病連携手帳等）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	生涯を通じた食育やベジ活、減塩、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じ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)



(学校における食育の授業)

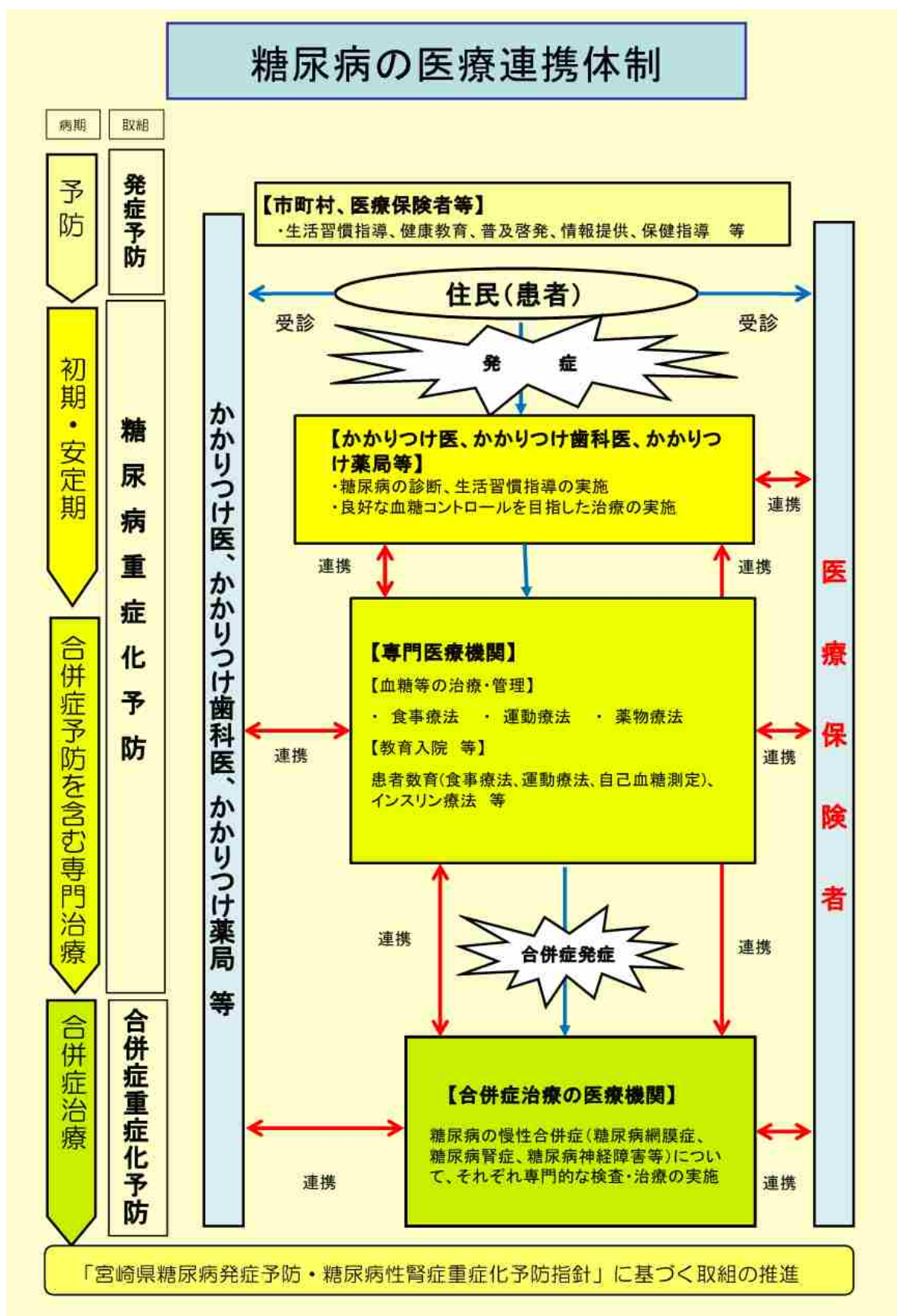
(2) 医療提供体制の充実

①	地域連携クリティカルパス（糖尿病連携手帳等）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	51.5% (令和3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	26.5% (令和3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	167人 (令和4年)	⇒	144人 (令和11年)



5

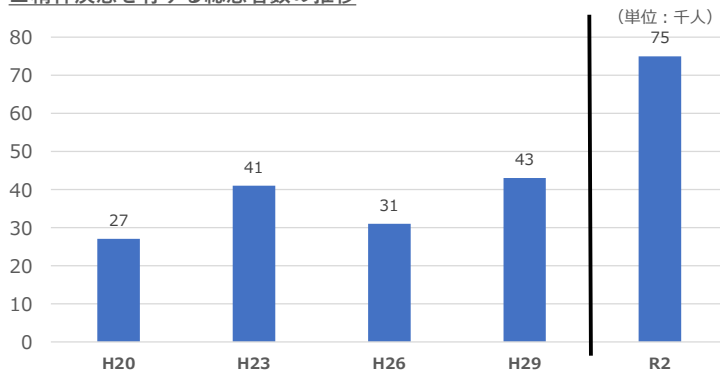
精神疾患

1. 現 状

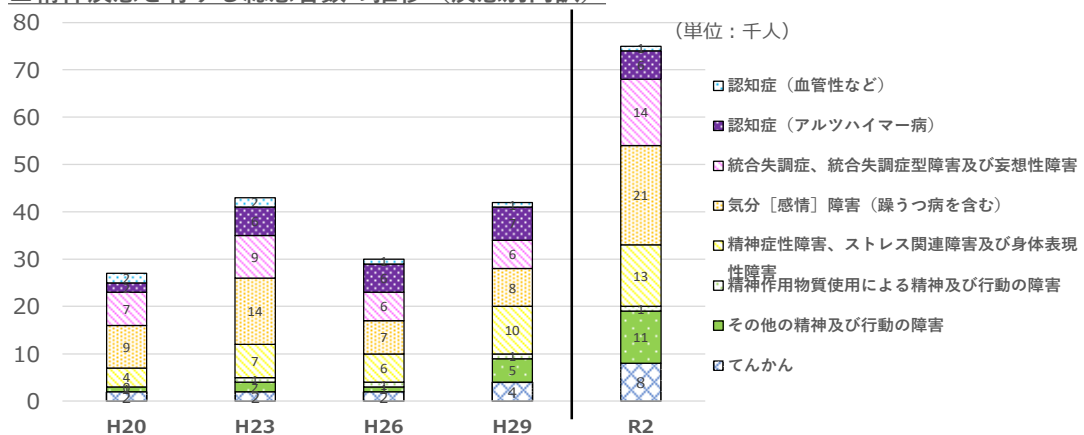
(1) 精神疾患の罹患状況

- 宮崎県における精神疾患の推定患者数は、令和2年(2020年)には7万5千人となっています。
- 疾病別にみると、気分〔感情〕障がい(躁うつを含む)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



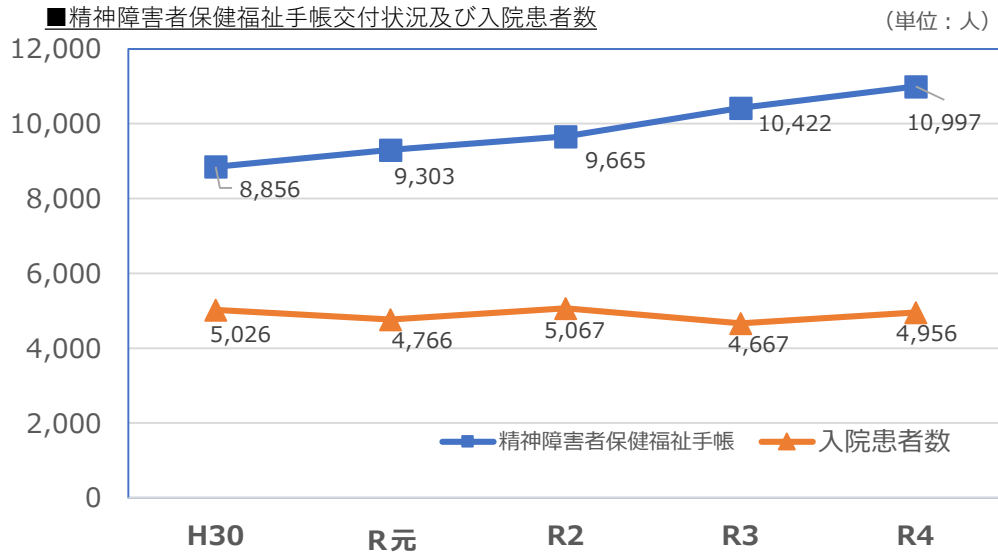
■精神疾患を有する総患者数の推移(疾患別内訳)



(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4年度(2022年度)末は10,997件となっており、年々、増加傾向にあります。精神障害者入院者数は、令和4年(2022年)は4,956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、75歳以上が最も多く、また、65歳以上の入院患者数が全入院患者数の75.3%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

- 令和元年度(2019年度)における本県の入院後12か月時点の退院率は82.8%で、全国平均(87.7%)より低く、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320.1日と、全国平均(321.3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3年(2021年)の県内の精神病床数は5,835床で、人口10万対病床数をみると550.0床で、全国平均257.8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



(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2年(2020年)の本県の統合失調症の患者数は、14,000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、5,808人であり、精神疾患入院患者の37.2%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16病院(令和5年9月4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。

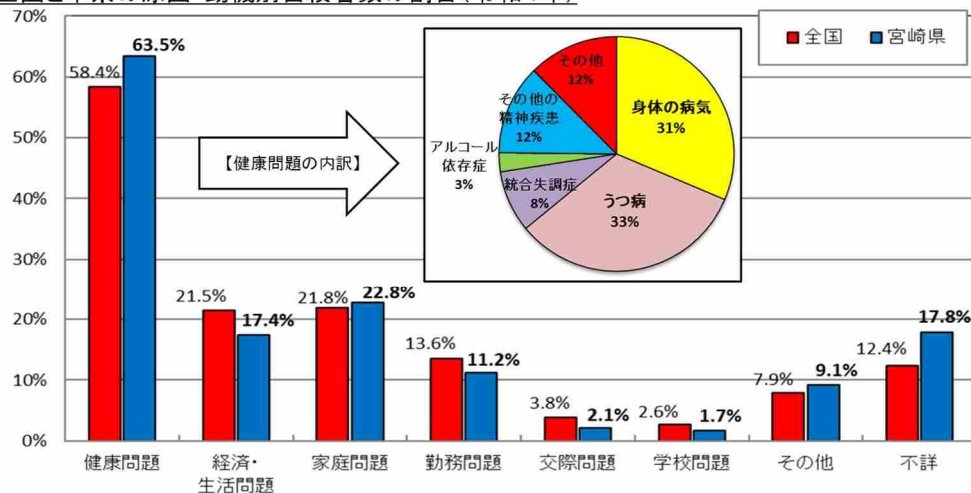
② うつ病・躁うつ病

- 令和2年(2020年)の本県のうつ病・躁うつ病の患者数は、21,000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、3,308人であり、精神疾患入院患者の21.2%を占め、統合失調症に次ぐ入院患者数となっています。
- 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9～令和4年)



■全国と本県の原因・動機別自殺者数の割合(令和4年)



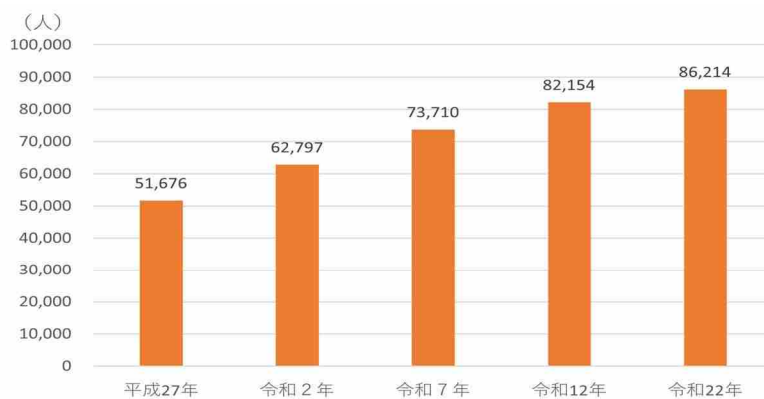
注1:原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、
家族等の証言から考えうる場合も含め、自殺者一人につき4つまで計上可能
注2:グラフ等の割合は分母を自殺者数として算出

【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、平成 27 年(2015年)3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2年(2020年)10月には約6万人になり、令和7年(2025年)には約7万人になると見込まれています。
- 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。

・認知症高齢者数の推計



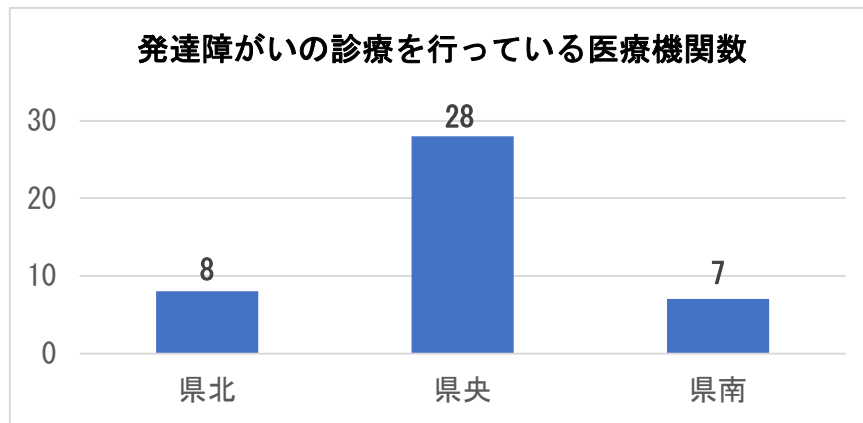
本県の高齢者数(平成27年、令和2年は国勢調査、令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成30年推計)による)に、「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)における認知症有病率を乗じて算出

・県内の認知症疾患医療センター一覧

宮崎市	野崎病院
延岡市	吉田病院
日向市	協和病院
串間市	県南病院
国富町	けいめい記念病院
三股町	大悟病院

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2年度(2020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595人、外来患者数は1,174人となっており、過去5年間に於いて、入院患者は約600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1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	大悟病院
依存症治療拠点機関	アルコール健康障がい	大悟病院
	薬物依存症	
	ギャンブル依存症	
		(R5. 10. 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、県北(6病院)、県央(7病院)、県西南(6病院)の3圏域ごとに、病院群輪番制による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。



県立宮崎病院精神医療センター

⑦ 自殺対策

- 保健、福祉、医療、教育、労働等の関係機関・団体が構成される「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(DPAT)先遣隊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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

- 認知症の人が住み慣れた地域で生活していくためには、認知症に係る医療・介護の社会資源をシームレスにつなぎ、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供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、20.4(令和4年(2022年)・確定値)で、ピーク時(平成19年(2007年))と比較すると改善してきていたましたが、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。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めます。

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じた、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

【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

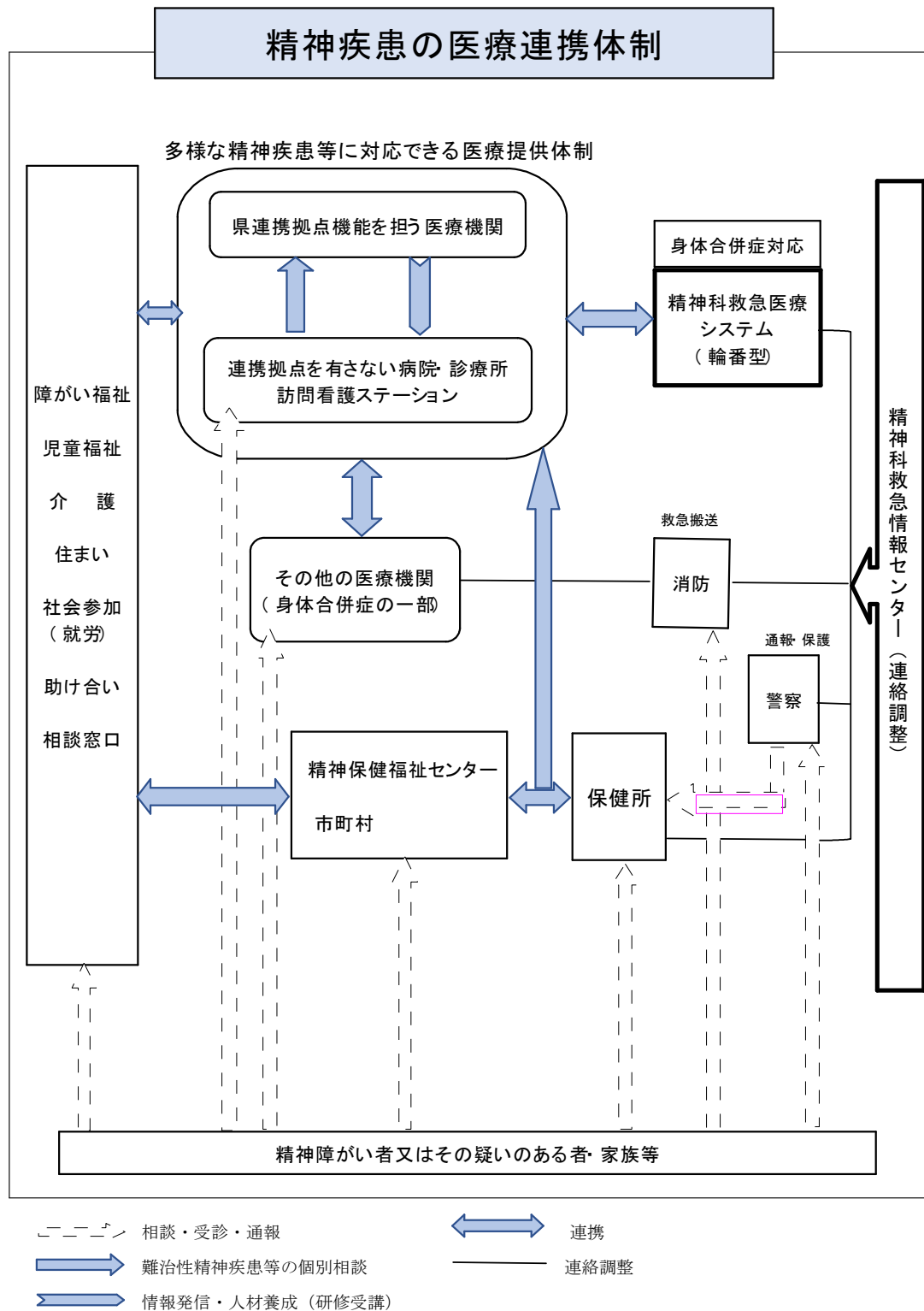
指 標	現 状	⇒	目 標
精神病床における入院後3か月時点の退院率	57.1% (令和元年度)	⇒	68.9%以上 (令和8年度)
精神病床における入院後6か月時点の退院率	74.3% (令和元年度)	⇒	84.5%以上 (令和8年度)
精神病床における入院後12か月時点の退院率	82.8% (令和元年度)	⇒	91.0%以上 (令和8年度)
退院後1年以内の地域での平均生活日数	320.1日 (令和元年度)	⇒	325.3日以上 (令和8年度)
精神病床における1年以上の入院患者数(65歳以上)	2,622人 (令和4年度)	⇒	1,664人 (令和8年度)
精神病床における1年以上の入院患者数(65歳未満)	799人 (令和4年度)	⇒	625人 (令和8年度)

※ 目標年度は、第7期宮崎県障がい福祉計画の目標値と整合性を図るため、3年後(2027年度末)としており、医療計画の中間年である3年後(2027年度末)に目標値を見直します。

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～

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

県連携拠点機能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		大悟病院	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	



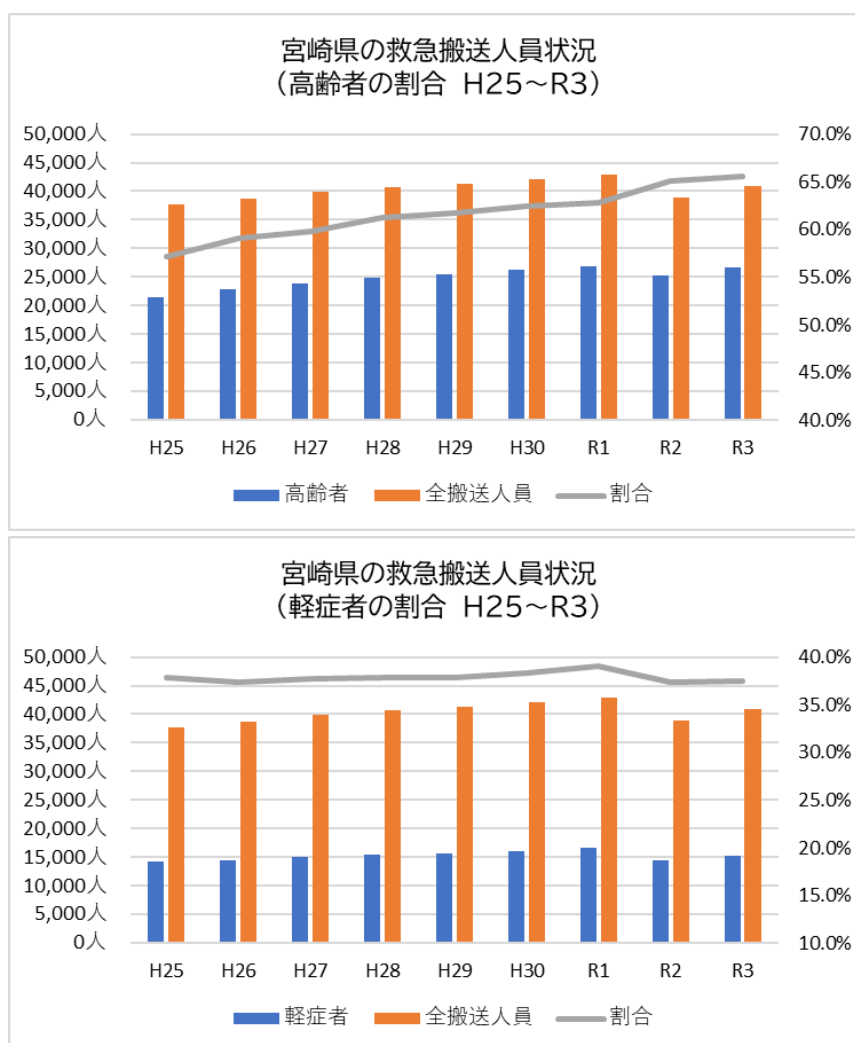
6

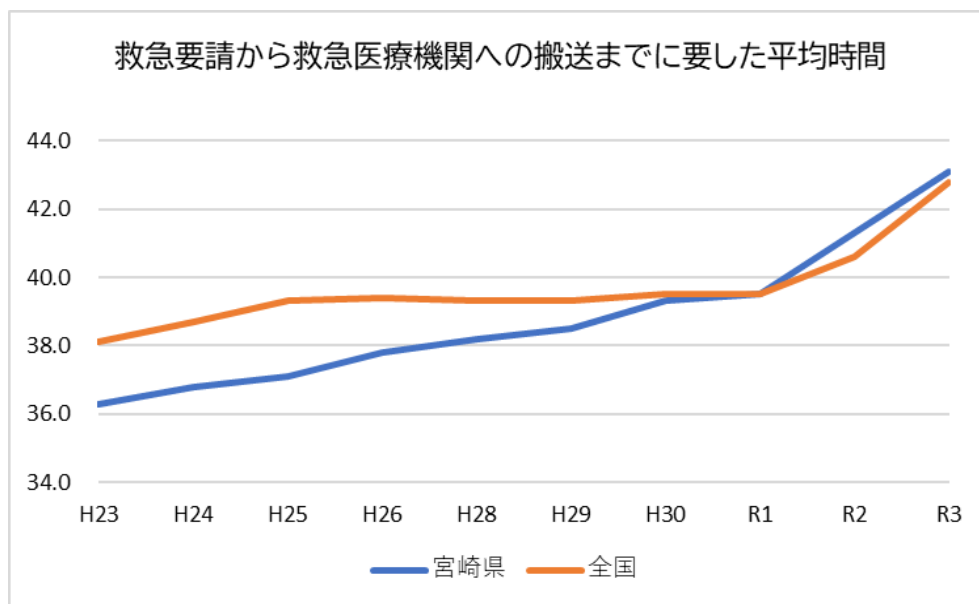
救急医療

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、令和元年(2019年)の42,908人までは増加傾向でしたが、令和2年(2020年)は38,896人に減少しました。令和3年(2021年)は40,806人と増加し、平成28年(2016年)とほぼ同じ水準となっております。
- 救急搬送された高齢者の割合は、平成28年(2016年)は61.2%でしたが、令和3年(2021年)には65.5%と、この5年間で4.3%増加しています。
- 救急搬送された軽症者の割合は、平成28年(2016年)は37.8%でしたが、令和3年(2021年)は37.5%と横ばいで推移しています。
- 救急要請から現場到着及び医療機関への搬送までに要した時間も延びる傾向にあり、令和3年(2021年)の現場到着と医療機関への搬送までに要した時間が43.1分となっており、全国平均(42.8分)と比べて、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、平成28年(2016年)と比較すると、循環器系の心疾患等や消化器系の救急搬送が増加しています。

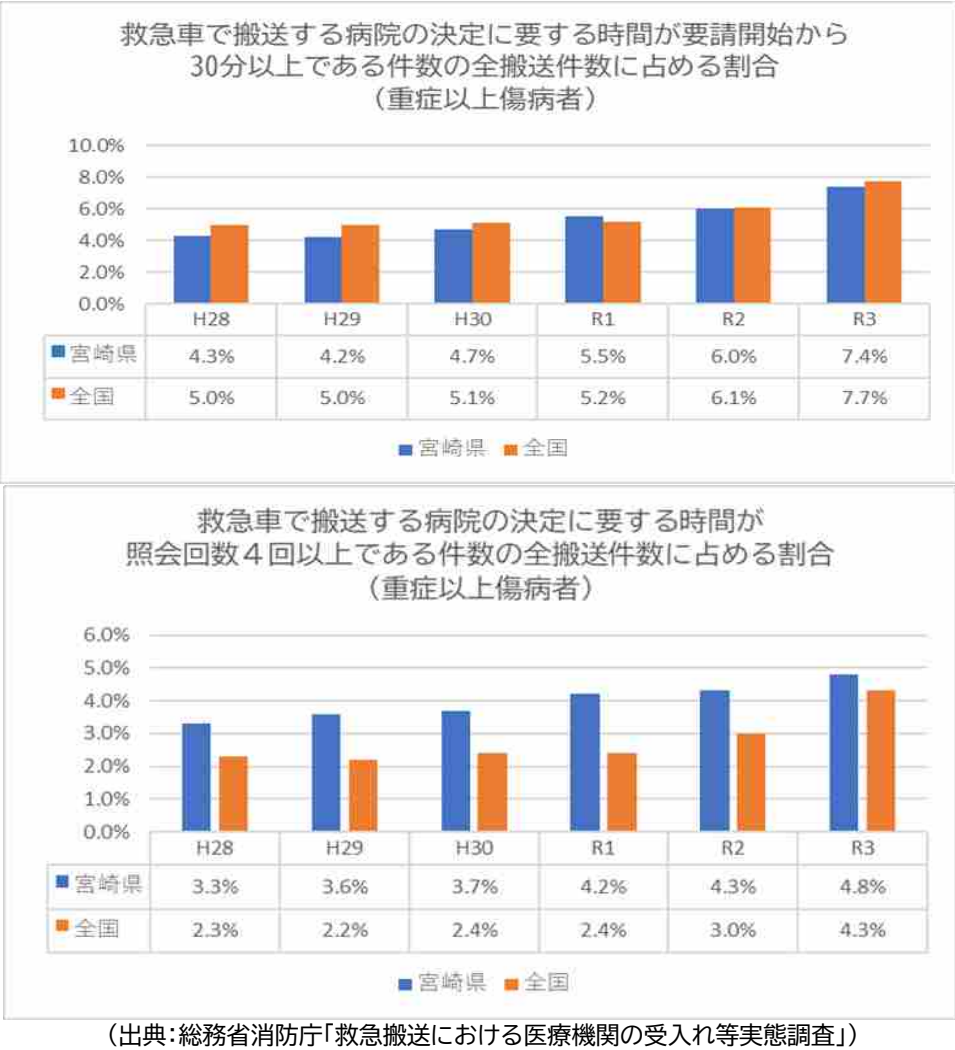
急病にかかる疾病分類別傷病程度別搬送人員状況

病分類別		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
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
	心疾患等	2,473	2,688	2,655	2,668	2,808	2,794	2,767	2,674	3,034
消化器系		2,549	2,725	2,754	2,872	2,888	3,130	3,110	3,037	3,318
呼吸器系		2,166	2,321	2,526	2,377	2,575	2,512	2,681	2,235	2,443
精神系		972	969	928	915	938	948	996	768	850
感覚系		1,098	1,153	1,075	1,086	1,125	1,253	1,179	1,010	1,321
泌尿器系		714	721	759	805	864	893	990	1,052	1,142
新生物		289	258	334	306	311	285	297	333	460
その他		4,857	4,853	5,161	5,532	5,847	6,230	6,245	5,664	4,075
病状等不明確		2,386	2,561	2,907	3,204	3,326	3,492	3,717	3,125	4,784
合計		21,666	22,369	23,361	24,046	24,734	25,618	26,179	23,759	25,441

(出典:総務省消防庁「救急・救助の現況」)

(3) 救急搬送受入困難事案

- 宮崎県における令和3年(2021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450件(7.4%)、医療機関への搬送受入要請4回以上の場合が291件(4.8%)で、現場滞在時間30分以上の場合の割合は、全国平均(7.7%)を下回っているものの、医療機関への搬送受入要請4回以上の場合の割合は、全国平均(4.3%)を上回っています。



（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			R元		
		医療圏内 （件数）	医療圏外 （件数）	割合 （医療圏内）	医療圏内 （件数）	医療圏外 （件数）	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			R元		
		医療圏内 （件数）	医療圏外 （件数）	割合 （医療圏内）	医療圏内 （件数）	医療圏外 （件数）	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※やモバイル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。

※モバイル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、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5年(2023年)12月1日現在、県内には救急告示施設が63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

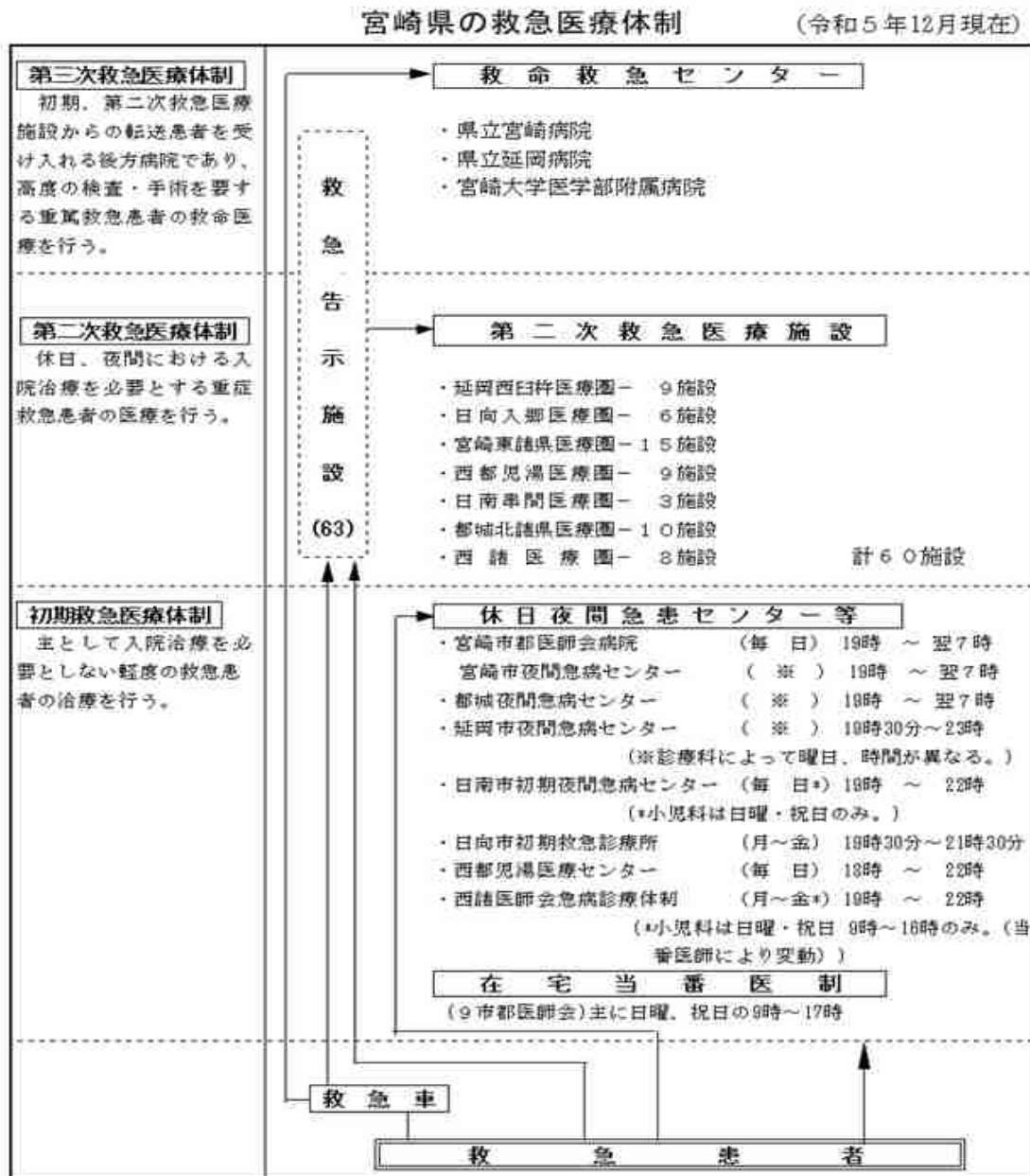
- 初期や第二次救急医療施設では対応が困難な重篤患者（多発外傷・特殊疾病患者等）を24時間365日受け入れ、より高度な救命救急医療を担う第三次救急医療機関となる救命救急センターや高度救命救急センターは、地域の救急患者を最終的に受け入れる、いわば「最後の砦」です。
- 県内では、県立延岡病院（県北）、県立宮崎病院（県央）、宮崎大学医学部附属病院（県央）の3か所が救命救急センターに指定されておりますが、県西や県南地区にはない状況です。また、広範囲熱傷や指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する救急医療を提供する高度救命救急センターは、全国で46病院ありますが、本県ではまだ指定されている病院はありません。

(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 【再掲：第4章第2節 5 精神疾患】

- 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、県北(6病院)、県央(7病院)、県西南(6病院)の3圏域ごとに、病院群輪番制による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。



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、地域包括ケアシステムの推進が求められます。
- 人生の最終段階において、本人の希望に沿った医療を受けられるよう、ACP等の普及啓発を図り、患者の家族、介護関係者及び救急医療従事者との連携体制を構築することが必要となります。

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による円滑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 I C T 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 居宅・介護施設の高齢者が自らの意思に沿った救急医療を受けられる環境の整備

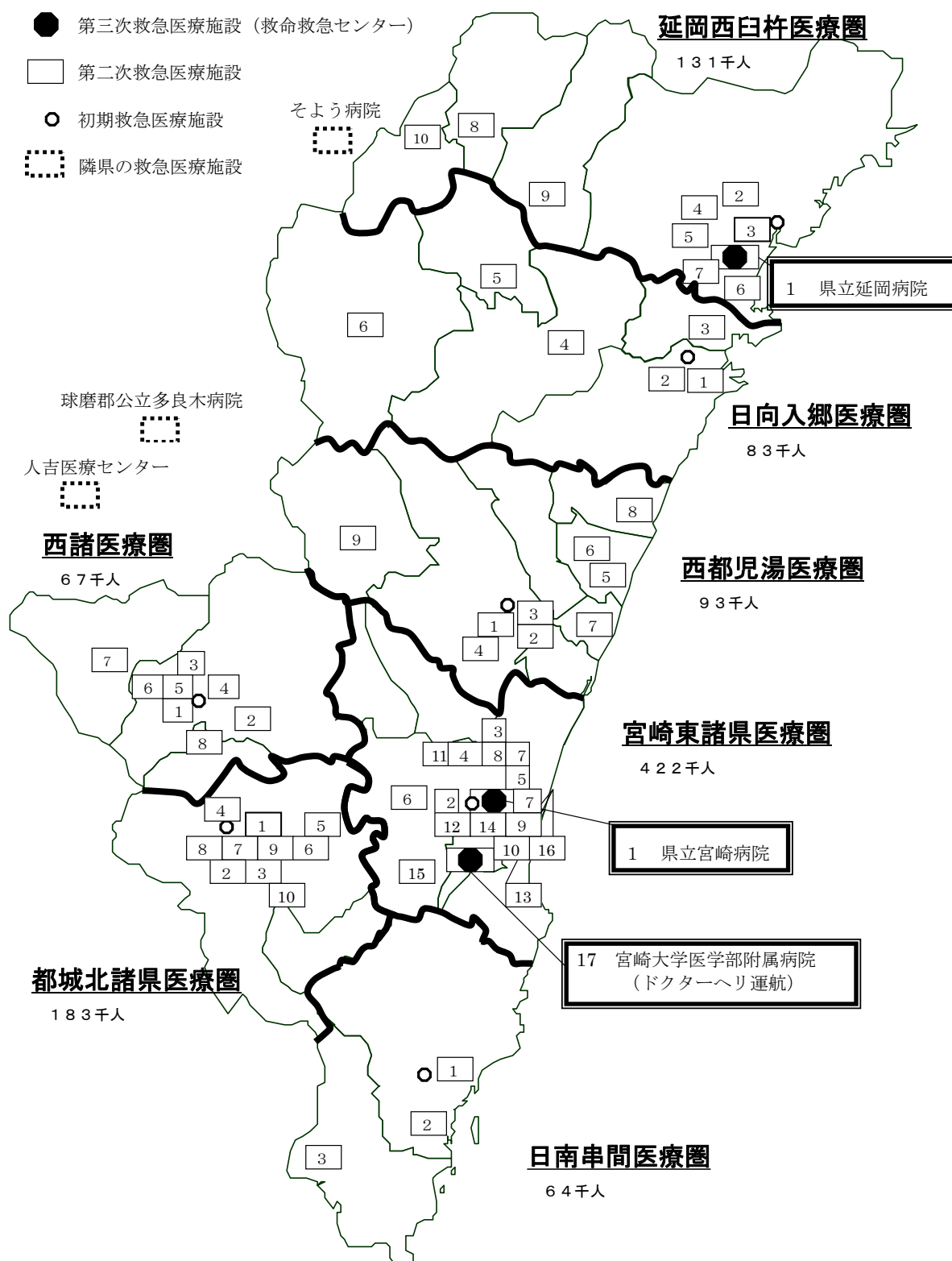
5. 目 標

指 標	現 状	目 標
救急搬送患者数	42,908 人 (令和元年)※	⇒ 41,362 人以下 (令和 11 年)
軽症者の救急出動の割合	39.0% (令和元年)※	⇒ 38.1%以下 (令和 11 年)
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 (令和元年)※	⇒ 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	5.5% (令和元年)※	⇒ 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	4.2% (令和元年)※	⇒ 3.6%以下 (令和 11 年)
救急科専門医数(人口1万人対)	0.36 (令和2年度)	⇒ 全国平均(0.38)以上 (令和 11 年度)
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% (令和3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	6.1% (令和3年)	⇒ 全国平均(6.9%)以上 (令和 11 年度)
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 (令和5年)	⇒ 17施設以上 (令和 11 年)

※の数値は、コロナの影響のない令和元年度を使用

救 急 医 療 体 制

2023 年 12 月現在



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～

救急告示施設一覧(全63施設(57病院、6診療所))

令和5年12月1日現在

二次医療圏	整理番号	所在地	病院・診療所名	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	西都児湯	1	西都市	西都児湯医療センター
	2	延岡市	医療法人伸和会 延岡共立病院		2	西都市	大塚病院
	3	延岡市	延岡市医師会病院		3	西都市	鶴田病院
	4	延岡市	黒木病院		4	西都市	医療法人晩星会 三財病院
	5	延岡市	おがわクリニック		5	川南町	国立病院機構 宮崎病
	6	延岡市	医療法人久康会 延岡共立病院		6	川南町	医療法人社団聖山会 川南病
	7	延岡市	あたご整形外科		7	高鍋町	医療法人総宏仁会 海老原合
	8	高千穂町	高千穂徳町 国民健康保険病院		8	都農町	都農町 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		9	西米良村	国民健康保険西米良診療所
	10	五ヶ瀬町	五ヶ瀬町 国民健康保険病院	日南串間	1	日南市	県立日南病院
日向入郷	1	日向市	千代田病院		2	日南市	日南市立中部病院
	2	日向市	和田病院		3	串間市	串間市民病院
	3	門川町	社会福祉法人恩賜財団済生会 宮崎県済生会日向病院	都城北諸県	1	都城市	国立病院機構 都城医療センター
	4	美郷町	美郷町 国民健康保険西郷病院		2	都城市	藤元総合病院
	5	諸塚村	国民健康保険 諸塚診療所		3	都城市	宗正病院
	6	椎葉村	椎葉村 国民健康保険病院		4	都城市	都城市郡医師会病院
宮崎東諸県	1	宮崎市	県立宮崎病院		5	都城市	小牧病院
	2	宮崎市	宮崎江南病院		6	都城市	ベテスダクリニック
	3	宮崎市	古賀総合病院		7	都城市	吉松病院
	4	宮崎市	医療法人社団仁和会 竹内病		8	都城市	橘病院
	5	宮崎市	宮崎善仁会病院		9	都城市	柳田病院
	6	宮崎市	宮崎市郡医師会病院		10	都城市	医療法人宏仁会 メディカルシティ東都病院
	7	宮崎市	宮崎生協病院	西諸	1	小林市	小林市立病院
	8	宮崎市	金丸脳神経外科病院		2	小林市	園田病院
	9	宮崎市	迫田病院		3	小林市	池田病院
	10	宮崎市	南部病院		4	小林市	医療法人東陽会 整形外科前原病院
	11	宮崎市	潤和会記念病院		5	小林市	整形外科押領司病院
	12	宮崎市	医療法人将優会 クリニックうしたに		6	小林市	医療法人相愛会 桑原記念病院
	13	宮崎市	国立病院機構 宮崎東病		7	えびの市	えびの市立病院
	14	宮崎市	宮崎医療センター病院		8	高原町	国民健康保険 高原病
	15	宮崎市	宮崎市立田野病院				
	16	宮崎市	医療法人社団幸専会 上田脳神経外科				
	17	宮崎市	宮崎大学医学部 附属病				

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2年(2020年)のへき地市町村の人口は、約55万5千人で、高齢化率が35.6%となっており、平成30年(2018年)と比較すると約2万7千人減少、高齢化率は2.5%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4km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4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	△	△				160,640	50,964	31.7%
延 岡 市	△	△	島野浦島	3	4	118,394	41,082	34.7%
日 南 市	○	△	大島	1	1	50,848	19,615	38.6%
小 林 市	△	△				43,670	16,257	37.2%
日 向 市	△	△				59,629	19,522	32.7%
串 間 市	○	△	築島	1	1	16,822	7,256	43.1%
西 都 市		△			1	28,610	10,944	38.3%
えびの市	○					17,638	7,489	42.5%
高 原 町	○					8,639	3,641	42.1%
綾 町		○				6,934	2,554	36.8%
西米良村	○	○				1,000	437	43.7%
木 城 町		○				4,895	1,822	37.2%
都 農 町	○					9,906	3,841	38.8%
諸 塚 村	○	○		3	3	1,486	679	45.7%
椎 葉 村	○	○		5	5	2,503	1,142	45.6%
美 郷 町	○	○				4,826	2,489	51.6%
高千穂町	○	○				11,642	5,020	43.1%
日之影町	○	○				3,635	1,657	45.6%
五ヶ瀬町	○	○				3,472	1,491	42.9%
19市町村	16	16	3	13	15	555,189	197,902	35.6%
県 計						1,069,576	348,873	32.6%

※無医地区、無歯科医地区は、2022年厚生労働省調査

※人口は、「宮崎県の推計人口(2020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

(R5.4.1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	12 (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	54	内、外、整、放、リハ、消、耳鼻	2
	串間市 串間市民病院	120	内、外、整、泌尿、皮、放、リハ、産婦、耳鼻、麻	9
	日南市 日南市立中部病院	88	内、外、消、整、眼、耳鼻、リハ、放、精、皮	8 (自大1)
	えびの市 えびの市立病院	50	内、外、リハ、整、放	3
	高原町 国保高原病院	56	内、外、リハ	1
	都農町 都農町国保病院	65	内、消、外、整、放、リハ、アレ、眼、小	9
	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3)
合計		10施設		54 (自大10)
診療所	延岡市 延岡市立島浦診療所	0	内、外、小	1
	延岡市 北方医院(※)	0	内、消、外、小	1
	延岡市 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	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、外	1
	西米良村 国保西米良診療所	19	内、外、整、小、リハ	2 (自大1)
	美郷町 美郷町国保南郷診療所	0	内、外、整、眼	1 (自大1)
	美郷町 美郷町国保北郷診療所	0	内、眼	1 (自大1)
	諸塚村 国保諸塚診療所	19	内、外、小	2 (自大1)
合計		11施設		14 (自大4)
病院・診療所計				68 (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：消化器科、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

(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、6市町村9施設※あり、このうち、5市町8施設の地元の開業医等が行う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	小林市	内山	西米良村	小川
西都市	銀鏡、小八重	日南市	宮浦	木城町	中之又

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

※ 美郷町国民健康保険西郷病院、椎葉村国民健康保険病院

- 救急医療やヘき地医療、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、ヘき地医療提供体制を確保するため、ヘき地診療所に医師を派遣しています。

(3) 医師の状況

- すべてのヘき地市町村（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、1km²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。

- ヘ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。

ヘき地における医師の状況

ヘき地 市町村	面積 (R2.10)	人口 (R2.10.1)	医師数 (R2.12.31)	1km ² 当 り医師数	人口千人当 り医師数
都城市	653.36Km ²	160,640人	368人	0.56	2.29
延岡市	868.02Km ²	118,394人	246人	0.28	2.08
日南市	536.11Km ²	50,848人	126人	0.24	2.48
小林市	562.95Km ²	43,670人	89人	0.16	2.04
日向市	336.95Km ²	59,629人	103人	0.31	1.73
串間市	295.17Km ²	16,822人	40人	0.14	2.38
西都市	438.79Km ²	28,610人	50人	0.11	1.75
えびの市	282.93Km ²	17,638人	30人	0.11	1.70
高原町	85.39Km ²	8,639人	8人	0.09	0.93
綾町	95.19Km ²	6,934人	5人	0.05	0.72
西米良村	271.51Km ²	1,000人	2人	0.01	2.00
木城町	145.96Km ²	4,895人	1人	0.01	0.20
都農町	102.11Km ²	9,906人	11人	0.11	1.11
諸塚村	187.56Km ²	1,486人	2人	0.01	1.35
椎葉村	537.29Km ²	2,503人	3人	0.01	1.20
美郷町	448.84Km ²	4,826人	7人	0.02	1.45
高千穂町	237.54Km ²	11,642人	21人	0.09	1.80
日之影町	277.67Km ²	3,635人	4人	0.01	1.10
五ヶ瀬町	171.73Km ²	3,472人	2人	0.01	0.58
19市町村 計	6535.07Km ²	555,189人	1,118人	0.17	2.01
県 合計	7735.22Km ²	1,069,576人	2,879人	0.37	2.69

※面積は、「全国都道府県市区町村別面積調（2020年）」（国土地理院）

※人口は、「宮崎県の推計人口（2020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（2020年12月現在）」

3. 課題

(1) ヘき地で勤務する医師等の不足

- ヘ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、地域枠卒業医師のヘ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。
- ヘき地で勤務する医師を増やすためには、ヘ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。
- ヘ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) ヘき地医療体制の維持

- 限られた医療資源の中で、ヘ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、ヘ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、ヘ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】

ヘ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) ヘき地で勤務する医師等の確保

①	ヘ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、ヘき地医療支援機構が連携して、ヘ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ヘき地公立病院等への配置調整等の実施
⑤	ヘ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ヘ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

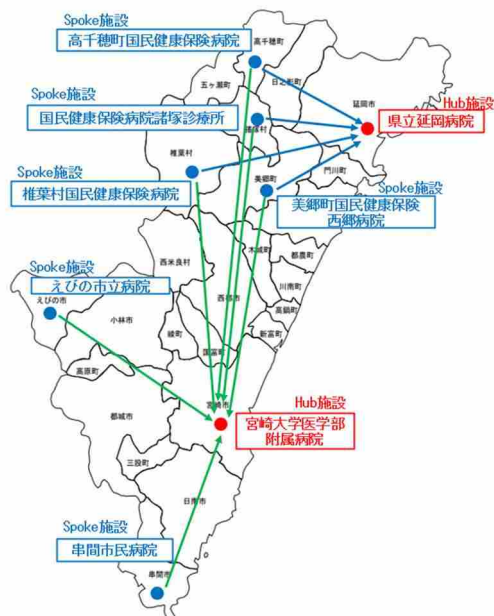


へき地における巡回診療

(2) へき地医療提供体制の維持

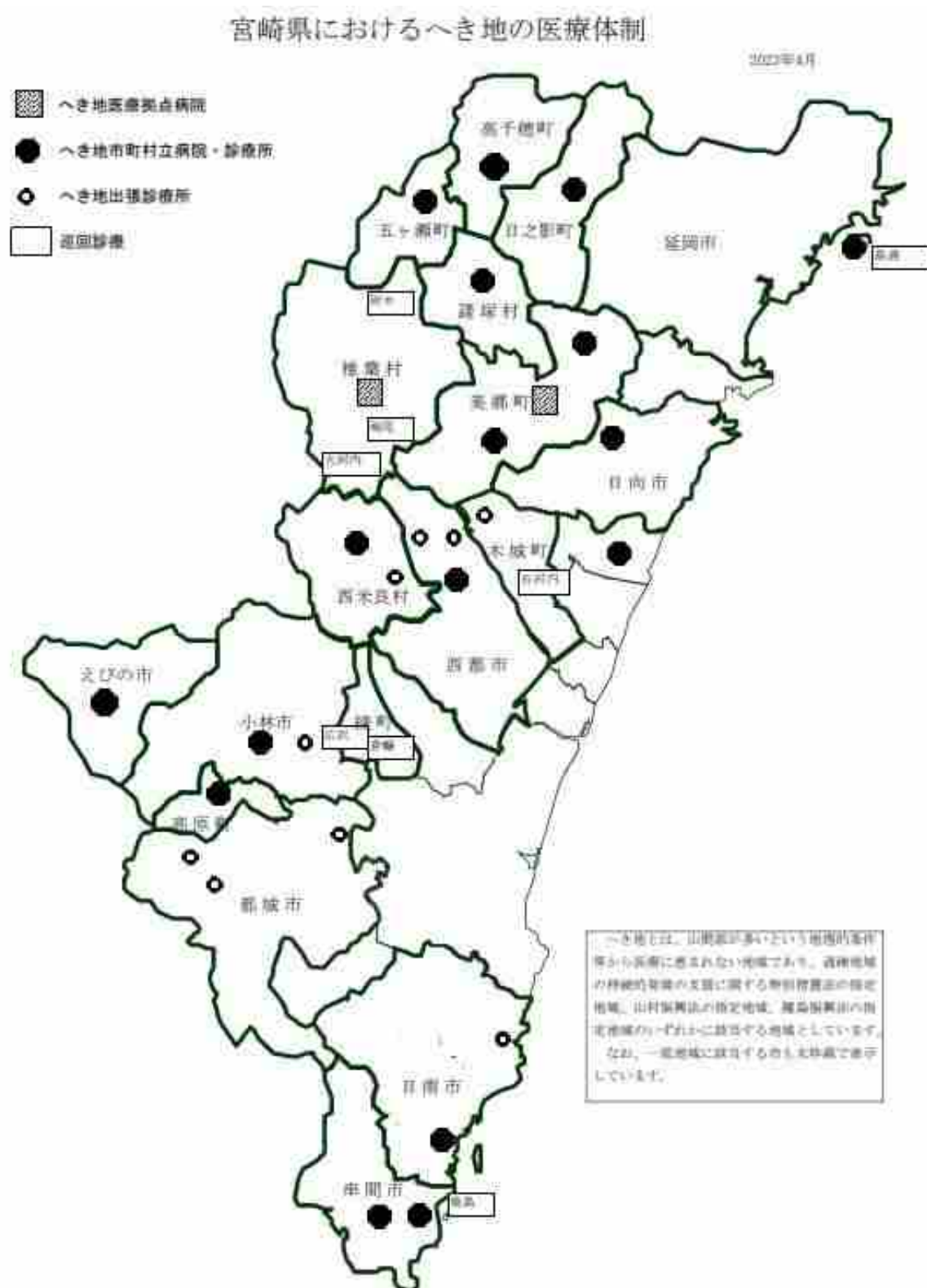
①	へき地医療拠点病院や社会医療法人等による無医地区等の巡回診療や代診医派遣等の実施
②	市町村におけるへき地出張診療所等の運営への支援
③	I C Tを活用したオンライン診療や遠隔診療支援システムなどの取組の推進
④	へき地医療拠点病院やへき地診療所の運営に必要な施設・設備整備への支援

【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	71.1% (令和4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	4回 (令和4年度)	⇒ 12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を実施できる医療機関	0 (令和4年度)	⇒ 17 (令和11年度)



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2年(2020年))は、6,000人となっており、うち外来患者が約96.7%で、他の年代層の81.9%と比較すると外来患者の比率が高くなっています。
- 令和2年(2020年)の小児の外来患者5,800人のうち、約4割の2,300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4割が小児患者となっています。
- 小児の死亡状況(令和4年(2022年))は、人口千人に対する死亡率が0.03人、小児人口千人に対する死亡率が0.21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	
	2017	2020	2017	2020	2017	2020
推計患者数	81,700人	81,300人	16,200人 (19.8%)	14,700人 (18.1%)	65,500人 (80.2%)	66,600人 (81.9%)
うち0～4歳	3,000人	2,500人	100人 (3.3%)	100人 (4.0%)	2,900人 (96.7%)	2,400人 (96.0%)
5～14歳	3,000人	3,500人	100人 (3.3%)	100人 (2.9%)	2,900人 (96.7%)	3,400人 (97.1%)
0～14歳	6,000人	6,000人	200人 (3.3%)	200人 (3.3%)	5,800人 (96.7%)	5,800人 (96.7%)

※「2017患者調査」「2020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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

※「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3年度(2021年度)の小児救急患者数の合計は10,878人で、全救急患者31,756人の34.3%となっています。
また、宮崎大学医学部生が実施した調査によると、翌日まで受診を待たなくては考えられる軽症患者は約73%であり、センター利用者のうち、約7割の患者が2回目以上の利用であることが分かりました。
- 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 【再掲：第4章第3節 1 障がい保健対策】

- 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46人、県央地区に101人、県南地区に14人、県西地区に31人の合計192人となっており、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41か所、県西地区に26か所、県南地区に4か所の合計93か所となっています。
- 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2か所、県央地区に9か所、県南地区に1か所、県西地区に4か所の合計16か所となっています。
- 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人から減少している年もあるものの増加傾向で、令和2年(2020年)12月末現在では144人、人口10万人当たり13.5人となっていますが、全国の15.0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75人が宮崎東諸県地区に集中しています。
- 小児科医師数139人(令和2年(2020年))のうち、約33%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35%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
宮崎県	118 (10.1)	129 (11.1)	123 (10.7)	126 (11.1)	130 (11.5)	132 (11.8)	133 (12.1)	130 (12.0)	144 (13.5)
全国	(11.4)	(12.0)	(12.0)	(12.4)	(13.4)	(13.8)	(14.0)	(14.4)	(15.0)

※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

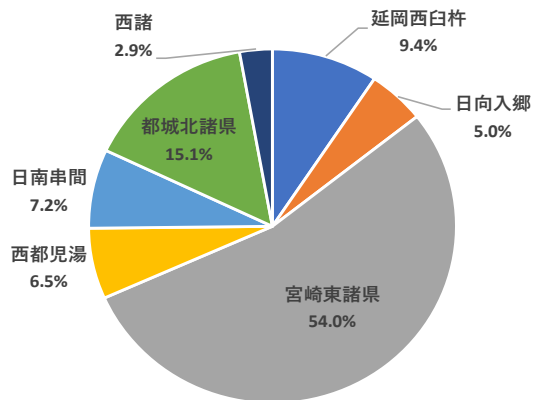
※括弧内数字は、「人口10万人対」の人数

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～

二次医療圏ごとの小児科医師数（2020年）

	小児科医師		構成割合
		対小児人口1万	
延岡西臼杵	13	7.79	9.4%
日向入郷	7	6.19	5.0%
宮崎東諸県	75	13.10	54.0%
西都児湯	9	7.36	6.5%
日南串間	10	12.64	7.2%
都城北諸県	21	7.89	15.1%
西諸	4	4.83	2.9%
本県	139	9.91	100%
全国	17,997	11.59	

※人口1万の比率は令和2年国勢調査の「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	H26	H28	H30	R2	対H24 増減数	構成比 ※
合計	男	78	86	88	87	91	13	65.5%
	女	50	44	42	41	48	▲2	34.5%
	計	128	130	130	128	139	11	
20歳代	男	2	4	6	5	4	2	4.3%
	女	8	4	1	2	2	▲6	
	計	10	8	7	7	6	▲4	
30歳代	男	15	16	11	13	21	6	25.2%
	女	14	14	14	9	14	0	
	計	29	30	25	22	35	6	
40歳代	男	12	15	21	19	22	10	21.6%
	女	13	13	12	14	8	▲5	
	計	25	28	33	33	30	5	
50歳代	男	25	24	17	15	9	▲16	15.8%
	女	7	5	7	7	13	6	
	計	32	29	24	22	22	▲10	
60歳代	男	17	17	26	28	26	9	23.7%
	女	4	5	3	4	7	3	
	計	21	22	29	32	33	12	
70歳代	男	3	7	4	4	6	3	5.0%
	女	3	2	2	1	1	▲2	
	計	6	9	6	5	7	1	
80歳代以上	男	4	3	3	3	3	▲1	4.3%
	女	1	1	3	4	3	2	
	計	5	4	6	7	6	1	

※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。

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～

- 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	17,478	13	1344.5	○	延岡市夜間急病センター※2	県立延岡病院	宮崎大学医学部 附属病院
日向入郷	11,568	7	1652.6		(日向市初期救急診療所)		
宮崎東諸県	56,183	79	789.1	○	宮崎市夜間急病センター小児科	県立宮崎病院	
西都児湯	12,650	9	1405.6	△	(宮崎市夜間急病センター小児科)	県立宮崎病院	
日南串間	8,230	10	823.0	○	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	27,245	22	1297.4	○	都城夜間急病センター	国立病院機構都城医療センター	
西諸	8,661	4	2165.3	△	西諸医師会時間外急病診療体制※4	都城市郡医師会病院	

※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、平日の19時～22時である。

※5 小児人口は、小児人口は、「令和2年1月1日住民基本台帳年齢別人口（総務省）」。小児科系医師数は、2020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	県北地区	宮崎大学医学部 附属病院	県立延岡病院	—
日向入郷				
宮崎東諸県	県央地区		県立宮崎病院	—
西都児湯				
日南串間	県南地区		県立日南病院	—
都城北諸県	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	—
西諸				

・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、発達障がい等について 【再掲：第4章第2節5 精神疾患】

- 児童・思春期精神疾患については、児童精神科専門病棟が、国立病院機構宮崎東病院に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、27機関で診療等が行われています。(令和2年(2020年)2月調査時点)

3. 課 題

(1) 小児科医の確保・養成

- 令和5年度(2023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) 小児在宅医療について

- 医療的ケア児を含む在宅の重症児の支援については、医療資源やサービスが十分とは言えず、多職種連携による支援体制整備が必要です。

(5) 医療的ケア児や保護者に対する支援 【再掲：第4章第3節 1 障がい保健対策】

- 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、発達障がい等について 【再掲：第4章第2章 5 精神疾患】

- 不登校、家庭問題、虐待、いじめなどにより引き起こされる子どもの心の

問題の増加があり、子どもの心の診療相談体制を充実させる必要があります。

- 発達障がい児は、コミュニケーションの困難さなど個々の特性から、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】

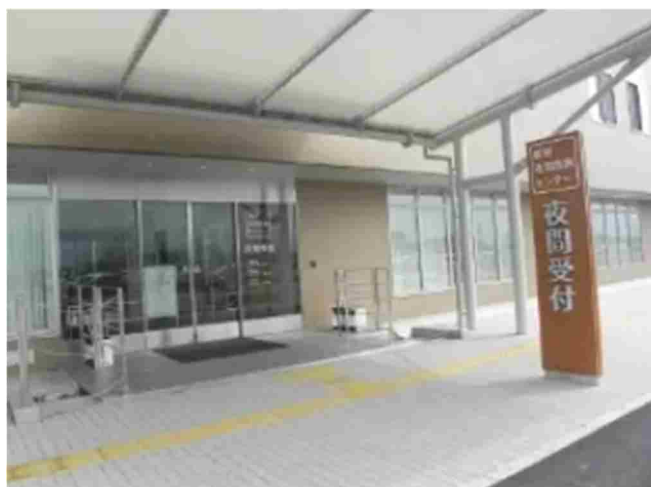
小児医療は、「こども医療圏」として引き続き4つの二次医療圏を基本とし、状況に応じて他圏域と適切に連携を図りながら、次に掲げる方向性に沿って取り組んでいきます。

(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、看護師等の地域の実情に応じた多職種連携の推進
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

【再掲：第4章第3節 1 障がい保健対策】

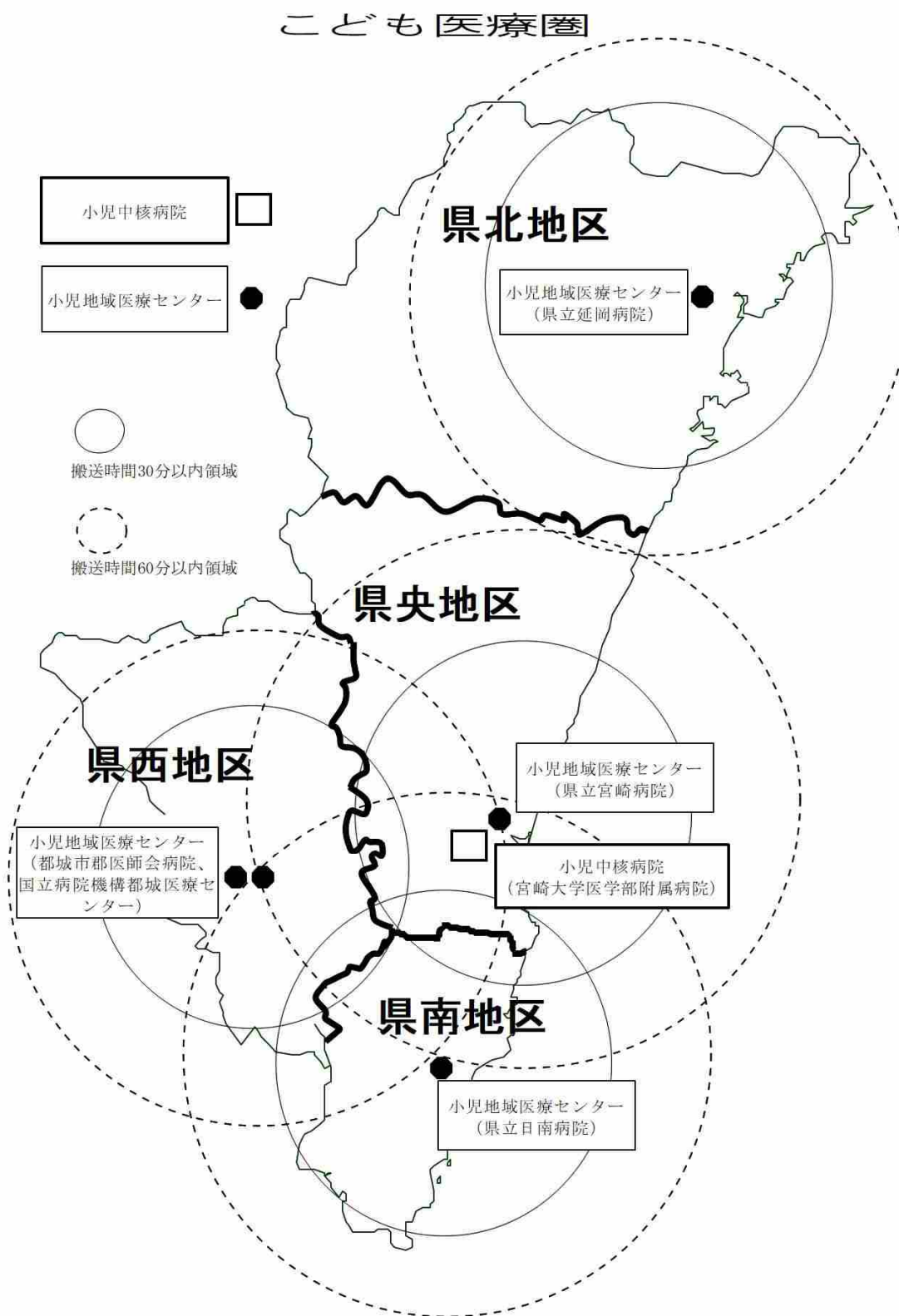
①	「医療的ケア児等コーディネーター」の養成など、医療的ケア児等に関する相談支援体制の充実
②	小児科医等の在宅医療実技講習会などの実施による専門的な知識を有する人材の確保の推進
③	医療的ケア児等の保護者の負担軽減のため、各地域における短期入所施設等の支援体制構築の促進

(6) 児童・思春期精神疾患、発達障がいへの対応 【再掲：第4章第2節 5 精神疾患】

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	51.4% (令和4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）	45,255件 (令和3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	10か所 (令和4年度)	⇒ 27か所 (令和11年度)
小児死亡率（小児人口千人当たり）	0.21 (令和4年度)	⇒ 0.18以下 (令和11年度)



9

周産期医療

1. 現 状

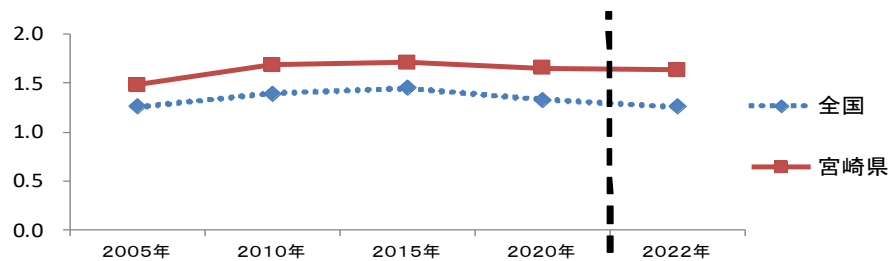
(1) 合計特殊出生率及び出生数

- 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4年(2022年)の本県の出生数は7,136人となっています。

(表) 合計特殊出生率

		2005年	2010年	2015年	2020年	2022年
合計特殊出生率	全国	1.26	1.39	1.45	1.33	1.26
	宮崎県	1.48	1.68	1.71	1.65	1.63

厚生労働省「人口動態統計」

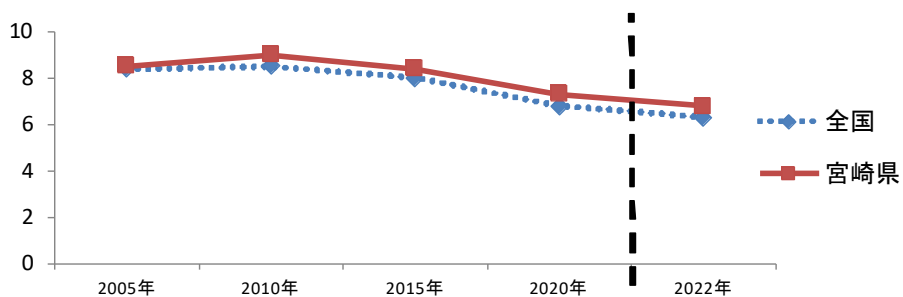


合計特殊出生率の推移

(表) 出生率

		2005年	2010年	2015年	2020年	2022年
出生率 (人口千対)	全国	8.4	8.5	8.0	6.8	6.3
	宮崎県	8.5	9.0	8.4	7.3	6.8
	宮崎県(実数)	9,738	10,217	9,226	7,720	7,136

厚生労働省「人口動態統計」



出生率の推移

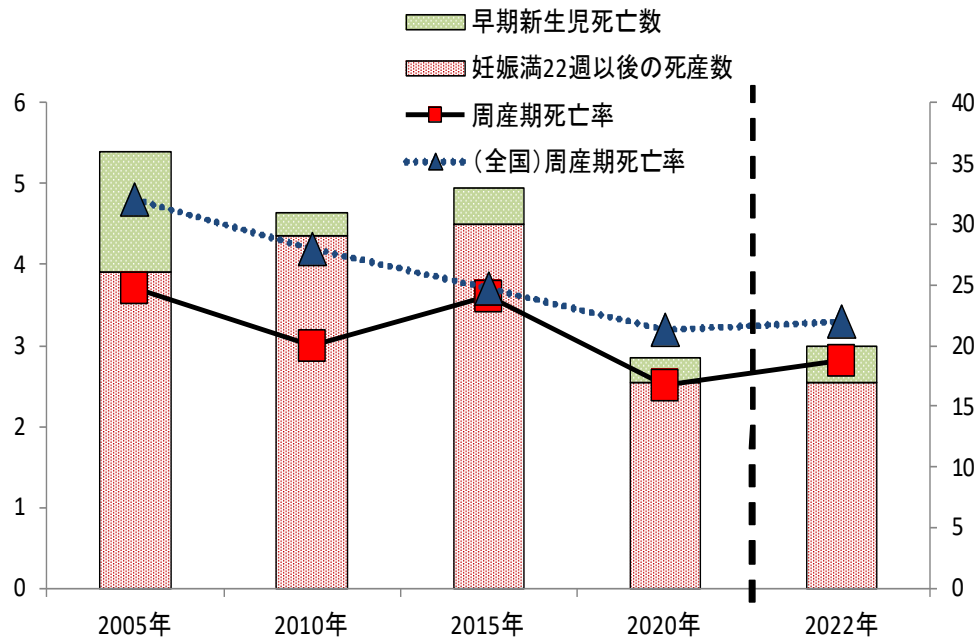
(2) 周産期死亡率について

- 周産期死亡率は全国平均を下回っており、全国でも高いレベルの水準を維持しています。

(表) 周産期死亡率

		2005年	2010年	2015年	2020年	2022年
周産期死亡率	全国	4.8	4.2	3.7	3.2	3.3
	宮崎県	3.7	3.0	3.6	2.5	2.8
	宮崎県(実数)	36	31	33	19	20
	全国順位	2位	2位	20位	5位	6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	2.4
	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	0.4
	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

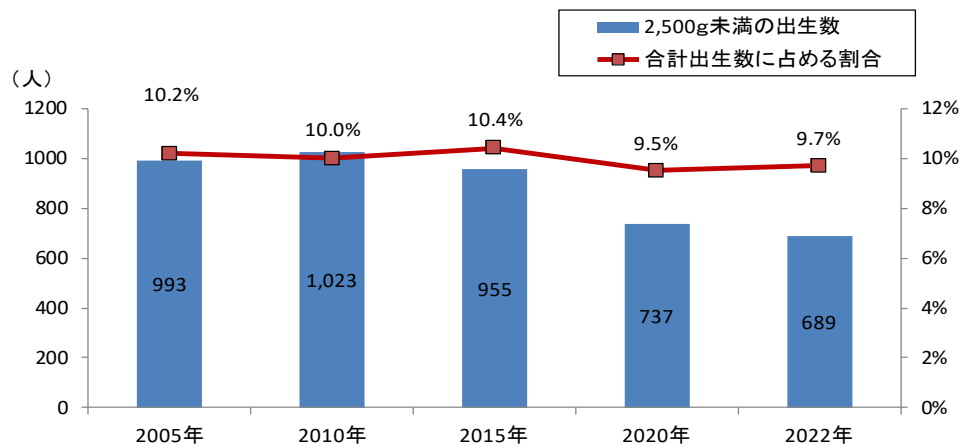
(3) 低出生体重児

- 本県における令和4年(2022年)の低出生体重児の出生数は689人で、その出生率は9.7%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	2022年
体 重 区 分	2,500g未満の出生数	993	1,023	955	737	689
	1,000g未満	32	31	30	35	25
	1,000g以上1,500g未満	40	55	67	28	32
	1,500g以上2,000g未満	147	145	130	101	104
	2,000g以上2,500g未満	774	792	728	573	528
	2,500g以上の出生数	8,744	9,193	8,270	6,979	6,446
	不詳	1	1	1	4	1
合計出生数		9,738	10,217	9,226	7,720	7,136
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%	9.7%
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%	0.8%

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

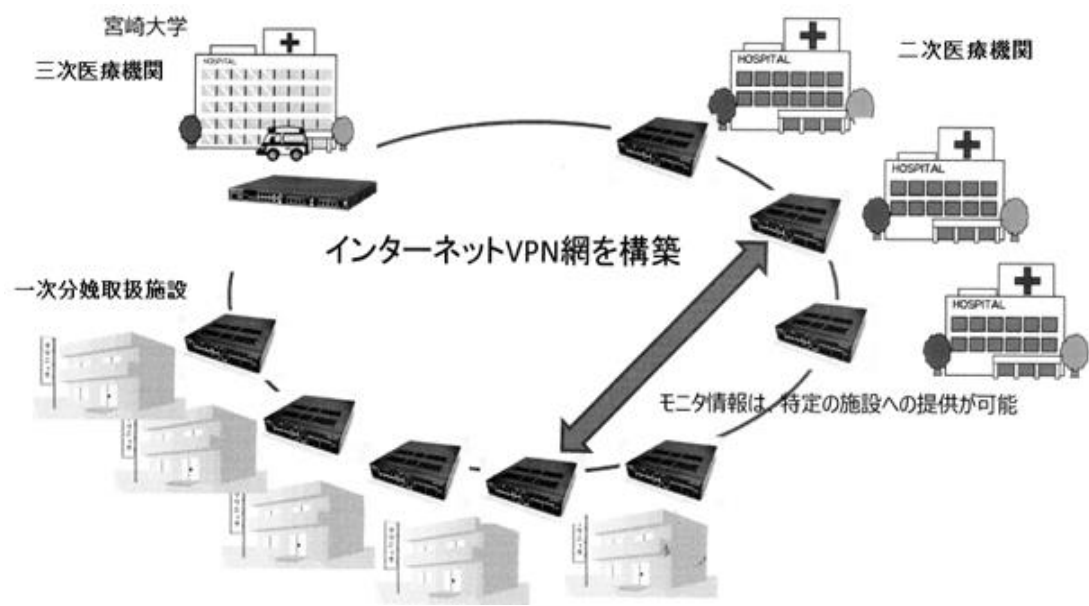
2. 周産期医療体制

(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6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。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。
- 脳障害発症率の減少などを目的とし、一次医療機関の分娩監視装置を総合及び地域周産期母子医療センターの分娩監視装置とICTを用いたネットワークで繋ぎ、胎児心拍数モニターを供覧する周産期医療ネットワークシステムを県内に順次導入し、平成31年(2019年)に県下全域をカバーするに至っています。



(表) 「周産期医療圏」と周産期母子医療センター

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	県立宮崎病院 宮崎市郡医師会病院 古賀総合病院	
西都児湯		
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	6	1

(2023年4月現在)

(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5年(2023年)3月31日付け医政地発0331第14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臨床心理士等の臨床心理技術者については、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30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、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、NICU34床(診療報酬加算対象24床)、GCU40床(診療報酬加算対象15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臨床心理士等の臨床心理技術者については、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、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4年(2022年)の宮崎県の出生数(7,136人)から算出すると、本県全体では18床から22床のNICU病床数が必要とされます。
本県全体のNICU病床数は43床であることから、「指針」の基準を満たしています。

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～

(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(2022 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	29	41	111	128	7	13	141	470
県外からの搬送受入件数	0	1	0	0	0	0	1	2
受入れできなかった件数	0	0	0	0	0	0	0	0

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	37	34	1	3	0	0	40	115
県外からの搬送受入件数	2	0	0	0	0	0	0	2
受入れできなかった件数	0	0	0	0	0	0	0	0

(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(2022 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	2	0	0	0
県立延岡病院	0	0	0	0	0	0
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	0	0	0	0	0
合計	0	0	2	0	0	0

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	4	2	0	1
県立延岡病院	0	0	0	0	0	28
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	1	0	1	0	0	2
県立日南病院	0	0	0	0	0	0
都城医療センター	0	0	0	0	0	0
合計	1	0	5	2	0	31

※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、県立宮崎病院及び古賀総合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)(2022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	8	3	0
県立延岡病院	1	0	1	0	1	0
県立宮崎病院	19	0	19	17	0	2
宮崎市郡医師会病院	0	0	0	0	0	0
古賀総合病院	15	2	13	11	2	2
県立日南病院	0	0	0	0	0	0
都城医療センター	9	1	8	7	2	0

(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26人(令和5年(2023年)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

(2023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
古賀総合病院	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5年(2023年)4月現在、県内で分娩可能な施設は28施設(病院・診療所25施設、助産所3施設)となっており、令和3年(2021年)4月の32施設と比べて、4施設減少しています。

(表) 分娩取扱施設の状況

(2023年4月現在)

区分		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	4 (総合1、地域3)	7		12
	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)	5	2	8
	西諸				
計		7	18	3	28

- 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2年(2020年)12月末現在で106人であり、平成22年(2010年)の110人と比較すると4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2年(2020年)12月末現在で55.9人で、全国平均の48.6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。
- 産婦人科医の平均年齢は、令和2年(2020年)12月末時点で男性が55.9歳、女性が39.3歳で、全体では50.9歳となっています。
- 一次医療を担う産科開業医の平均年齢は、令和5年(2023年)8月末現在で62.7歳です。年代別でみると、60歳代が最も多くなっています。
- 令和2年(2020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59.4%に当たる63人が県央地区に集中しています。これを平成22年(2010年)と比較すると、県北地区及び県央地区は横ばい、県南地区は1人減少、県西地区は3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74人で全体の69.8%、女性産婦人科医は32人で全体の30.2%となっており、全国平均の女性産婦人科医の割合の39.8%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9人減少しており、女性産婦人科医が6名増加しています。

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～

(表) 産婦人科医師数の推移

(単位:人、%)

区分	年次	2010	2012	2014	2016	2018	2020	
							対2010 数	構成比
県北地区		17	18	17	17	14	17	±0 16.0
県央地区		63	63	60	58	57	63	±0 59.4
県南地区		7	7	6	6	6	6	-1 5.7
県西地区		23	22	23	19	21	20	-3 18.9
本 県		110	110	106	100	98	106	-4 100.0
	(15～49歳女子 人口10万対)	50.3	51.4	51	49.5	50.8	55.9	5.6
全 国		10,652	10,868	11,085	11,349	11,332	11,678	1026
	(15～49歳女子 人口10万対)	39.4	40.7	42.2	43.6	44.6	48.6	9.2

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

年次			2012	2014	2016	2018	2020	
区分								対2012数
男性	本県	産婦人科＋産科	56.7	55.8	56.9	56.1	55.9	▲0.8
	全国※	産婦人科	54.6	55.0	55.2	55.4	55.3	0.7
		産科	49.6	50.0	49.8	49.5	49.8	0.2
女性	本県	産婦人科＋産科	39.5	41.0	40.3	40.3	39.3	▲0.2
	全国※	産婦人科	40.6	40.9	41.6	42.0	42.3	1.7
		産科	36.5	37.0	38.6	38.3	40.0	3.5
全体	本県	産婦人科＋産科	52.5	52.6	52.4	52.1	50.9	▲1.6
	全国※	産婦人科	50.2	50.3	50.3	50.4	50.1	▲0.1
		産科	45.0	45.5	45.9	45.6	46.1	1.1

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) 宮崎県産科開業医の平均年齢(2023年8月末現在)

周産期医療圏	医師数	平均年齢
県北地区	5	63.6
県央地区	8	59.5
県南地区	0	0.0
県西地区	5	65.2
全体	18	62.7

宮崎県医師会調べ

(表) 宮崎県産科開業医の年代別医師数(2023年8月末現在)

20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
0	0	3	2	7	6	0

宮崎県医師会調べ

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～

- 本県の助産師数は、令和2年(2020年)12月末現在で351人となっており、令和22年(2010年)の254人に比べ97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185.0人で全国平均の151.8人を上回っています。
- 就業先ごとにみると、令和2年(2020年)では、助産所の就業者は25人(7.1%)と少なく、302人(86.0%)が病院や診療所勤務となっています。

(表) 助産師数の推移

(単位：人)

	2010	2012	2014	2016	2018	2020
本 県	254	290	307	297	321	351
(15～49歳女子人口10万対)	(116.1)	(135.5)	(147.6)	(147.0)	(166.3)	(185.0)
全 国	29,672	31,835	33,956	35,774	36,911	37,940
(15～49歳女子人口10万対)	(109.8)	(119.1)	(129.2)	(137.5)	(145.1)	(151.8)

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」、宮城県「推計人口」)

(表) 就業先別助産師数(2020年)

(単位：人、%)

就業先	実数	構成比
助産所	開設者	17
	従事者	3
	出張	5
病院・診療所	302	86.0
その他	24	6.8
総計	351	100.0

(表) アドバンス助産師数(2023年)

(単位：人、%)

就業先	実数	構成比
助産所	5	6.3
病院・診療所	68	85.0
その他	7	8.8
総計	80	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(2023年12月末現在)

開業助産所数 計			43
入院施設あり	分娩取扱あり	自施設	3
		オープンシステム	1
	分娩取扱なし		3
入院施設なし			36

※ 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 (2022年)

院内助産	2	助産師外来	3
------	---	-------	---

※ 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3年(2021年)4月から、妊娠期から子育て期までの支援を切れ目なく提供するために相談支援等を行う子育て世代包括支援センターが県内全ての市町村に設置されました。特に妊娠、出産前後において、産後うつなどへのケアを必要とする妊産婦を早期に発見し、ニーズに応じた具体的な支援につなげていくため、産科医療機関や助産所を始めとする関係機関との連携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、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。

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。
- 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おける現在の病床数及び診療機能の維持や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おける現在の病床数及び診療機能の維持や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3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

(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5年4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	34床 40床 (令和5年4月)	⇒	34床 40床 (令和11年度)
災害時小児周産期リエゾン 委嘱者数	26人 (令和5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5年4月)	⇒	7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（2023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）

病院名		宮崎大学医学部附属病院			
所在地		宮崎県宮崎市清武町木原5200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	632床(うち一般 596床)			
	産科病床数	30床(婦人科含む)			
	新生児病床数	21床(NICU、GCUの病床数の合計)			
	MFICU、NICU等の病床数(再掲)・ 病床利用率(2022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 (2022年)
		3(3)	9(9)	12(12)	274件
		99.2%	99.0%	68.2%	
医師数	産婦人科	4人(当直1人)			
	新生児医療担当	5～6人(産婦人科3～4人、小児科1人、小児外科1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		・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。			

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～

② 地域周産期母子医療センター（2023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	410床(うち一般406床)			
	産科病床数	48床			
	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(2022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 (2022年)
		0	3(3)	6(6)	260件
		—	78.2%	49.4%	
医師数	産婦人科	4人(うち周産期母子医療センター4人)(当直4人)			
	新生児医療担当	4人(うち小児科0人)(当直4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)			
	MFICU、NICU等の病床数(再掲)・病床利用率(2022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 (2022年)
		0	3(3)	9(9)	613件
		—	93.1%	45.5%	
医師数	産婦人科	11人(うち周産期母子医療センター11人)(当直11人)			
	新生児医療担当	2人(うち小児科0人)(当直7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。			

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～

(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(2022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 (2022年)
		0	16(6)	0	533件
		—	63.9%	—	
医師数	産婦人科	6人(うち周産期母子医療センター6人)(当直6人)			
	新生児医療担当	6人(うち小児科0人)(当直0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)古賀総合病院(病院からの提出による)

病院名		古賀総合病院			
所在地		宮崎県宮崎市池内町数太木1749－1			
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	363床(うち一般 271床)			
	産科病床数	39床			
	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(2022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 (2022年)
		0	3(3)	6(0)	446件
		—	26.2％	26.0％	
医師数	産婦人科	5人(うち周産期母子医療センター4人)(当直6人)			
	新生児医療担当	5人(うち小児科0人)(当直0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。 ・オープンシステム等の活用、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。			

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～

(表) 県立日南病院(病院からの提出による)

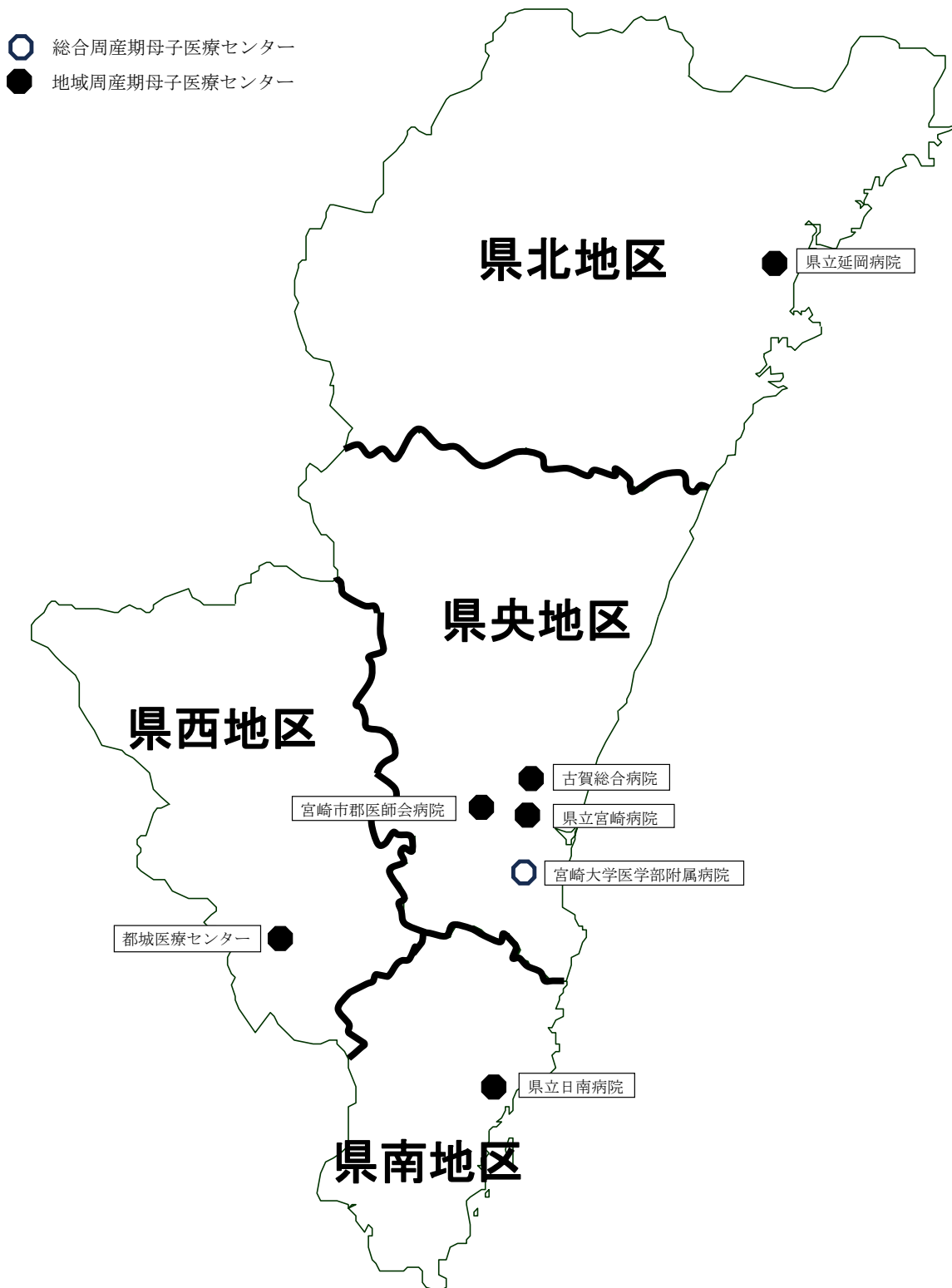
病院名		県立日南病院			
所在地		宮崎県日南市木山1丁目9番5号			
周産期医療に関連する診療科目		■ 産婦人科 ■ 小児科 ■ 麻酔科 □ 精神科			
病床数	病床数	281床(うち一般 277床)			
	産科病床数	20床(婦人科含む)			
	新生児病床数	10床(NICU、GCUの病床数の合計)			
	MFICU、NICU等の病床数(再掲)・病床利用率(2022年度実績: %)	MFICU (診療報酬加算対象)	NICU (診療報酬加算対象)	GCU (診療報酬加算対象)	年間分娩数 (2022年)
		0	3(3)	7(7)	281件
		—	20.7%	7.2%	
医師数	産婦人科	4人(うち周産期母子医療センター4人)(当直4人)			
	新生児医療担当	0人(うち小児科0人)(当直0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)

病院名		都城医療センター			
所在地		宮崎県都城市祝吉町5033番地1			
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	307床(うち一般 307床)			
	産科病床数	50床			
	新生児病床数	18床(NICU、GCUの病床数の合計)			
	MFICU、NICU等の病床数(再掲)・病床利用率(2022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 (2022年)
		—	6(6)	12(0)	440
		—	98.7%	53.6%	
医師数	産婦人科	5人(うち周産期母子医療センター5人)(当直4人)			
	新生児医療担当	5人(うち小児科5人)(当直5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。			

宮崎県の周産期医療体制

2023年4月1日時点

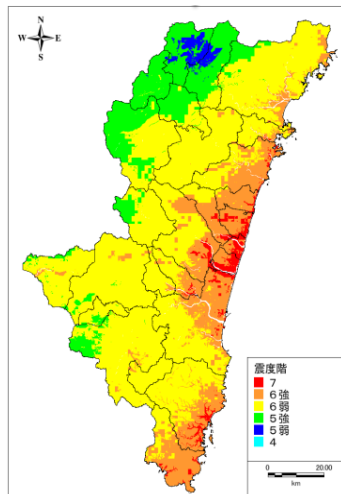


10

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してされており、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15,000人、建物被害(全壊・焼失)最大約80,000棟という甚大な被害が想定されています。
- 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4年(2022年)9月に台風第14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4年 台風第14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DMA T調整本部も立ち上がり、DMA T(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DPA T(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先遣隊として、県内3機関を登録しています。【再掲：第4章第2節 5 精神疾患】

- 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

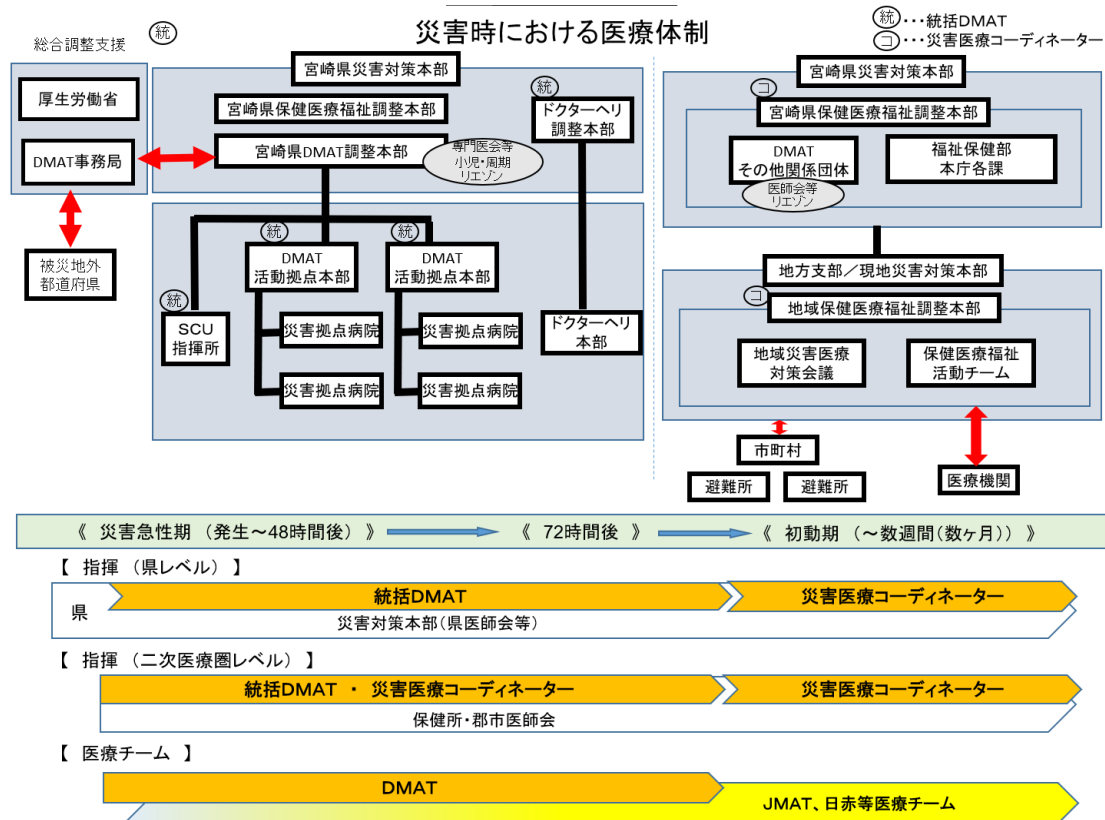
救急医療情報システム(EMIS:Emergency Medical Information System)を活用し、情報収集を行います。

- 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10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。

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～



(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に33チーム（令和5年(2023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26人(令和5年(2023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。

(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、歯科医師、薬剤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、74名が登録されております(令和5年(2023年)10月現在)。

(災害対策医薬品供給車両(モバイルフーマシー))

- 災害対策医薬品供給車両(モバイルフーマシー)は、調剤棚や分包機等の調剤を行うための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、避難所等の現地で被災者に必要な医薬品を安定的に供給します。
- 全国で18都府県20台導入(令和5年(2023年)4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)中に1台導入を予定しています。

(図表)県内の災害拠点病院、DMATの数(R5.3.31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	7
		宮崎大学医学部附属病院	7
地域	延岡西臼杵	県立延岡病院	4
	日向入郷	済生会日向病院	0
		和田病院	1
		千代田病院	1
	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	2
	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	4
	西諸	小林市立病院	2

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、DMA T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。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DMA TやJMA T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DMA T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、DPA T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。

【再掲：第4章第2節 5 精神疾患】

(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、E M I S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	DMA T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DMA T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 【再掲：第4章第2節 5 精神疾患】



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E M I S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B C P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
DMA Tチーム数	33チーム (令和4年度)	⇒ 40チーム (令和11年度)
災害医療コーディネーター数	32名 (令和5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	83.3% (令和4年度)	⇒ 100% (令和11年度)
病院の耐震化率	87.3% (令和4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。

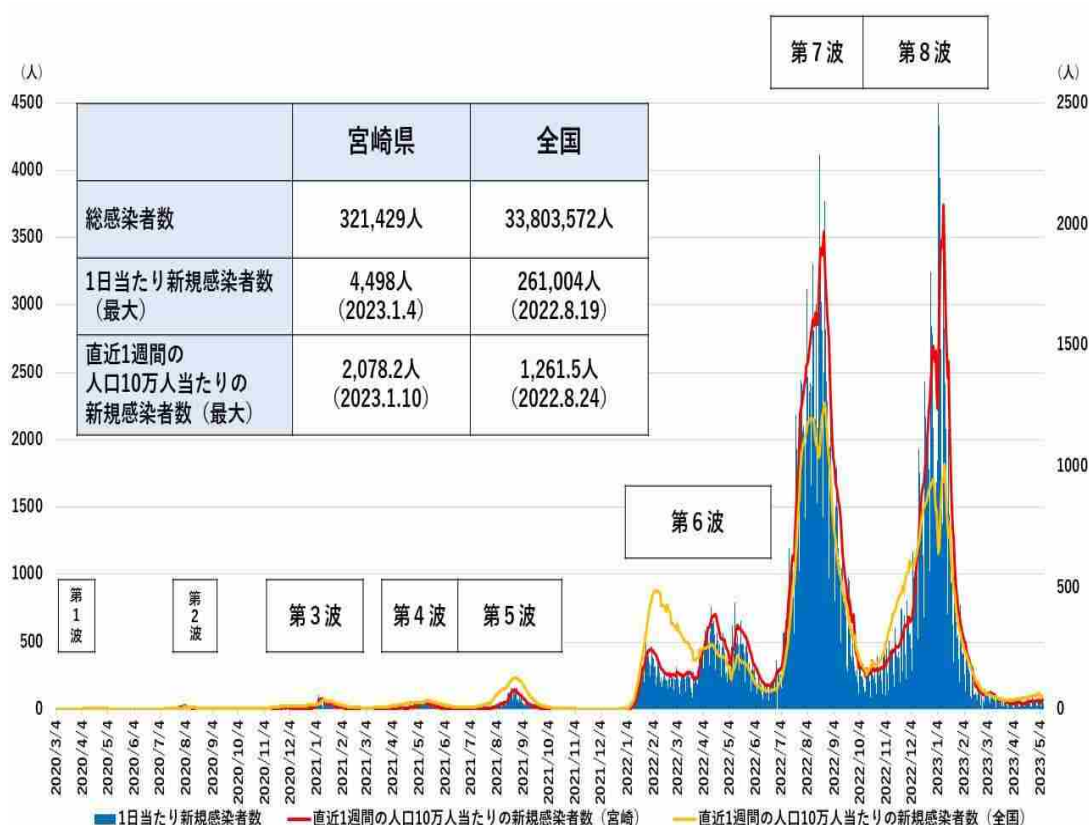
・ 本県の感染症指定医療機関

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日以降、5類感染症へと移行したところです。
- 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日までに）、延べ33,803,572人の感染者、合計74,694人の死亡者が確認されています。
- 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ています。
- 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



※ 全国の数値の出典は厚生労働省オープンデータ

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～

・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 (デルタ株)	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

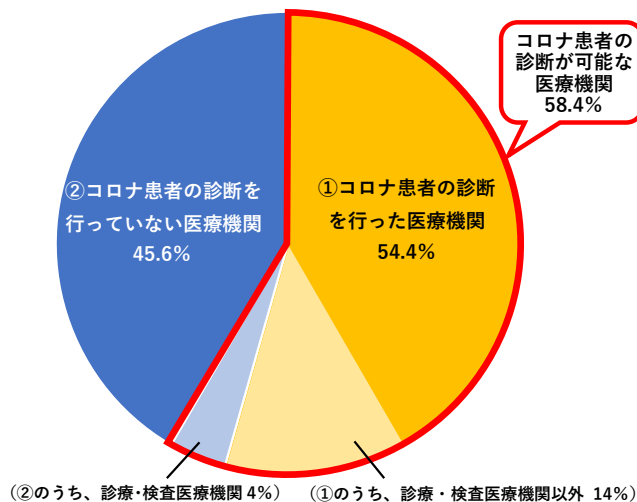
- 令和2年(2020年)9月から発熱患者等の診療・検査を行う医療機関を「診療・検査医療機関」として県が指定する取組を進め、第8波では453医療機関を指定しました。
- 第7波のピーク時には1日の新規感染者数が4千人を超え、小児科や救急を中心に外来がひっ迫しましたが、第7波を超える感染拡大に直面した第8波では、診療・検査医療機関(医療機関数・診療時間)の拡充や、全数届出の見直しによる事務の簡素化等により、第7波までのひっ迫状況には至りませんでした。
- 令和2年(2020年)3月当初は、感染症指定医療機関が有する病床31床により、入院受入を開始し、以降、医療機関に対して繰り返し病床確保の要請を行うことにより、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 (デルタ株)	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）

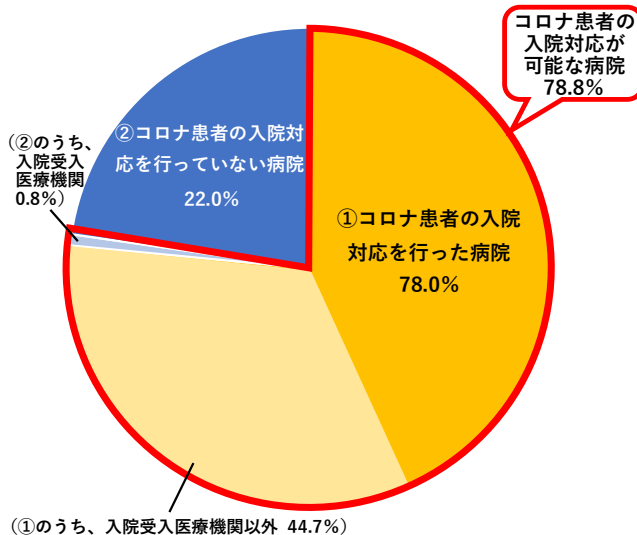


	医療機関	内科、耳鼻科、小児科標榜
全体（※）	1,031	753
①コロナ患者の診断を行った医療機関	561	496
診療・検査医療機関	412	376
上記以外	149	120
②コロナ患者の診断を行っていない医療機関	470	257
診療・検査医療機関	41	32
上記以外	429	225

※「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。

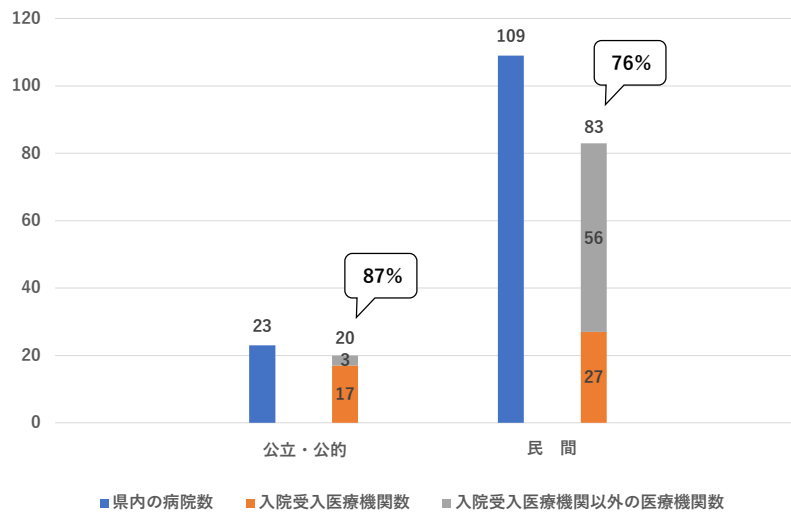
・第8波におけるコロナ患者の入院対応の状況（2023年3月公表）



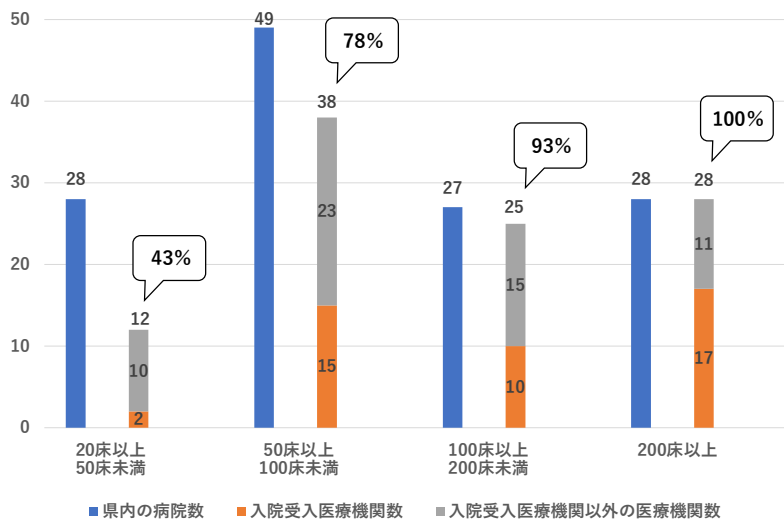
	病院（許可病床20床以上）	診療所（許可病床20床未満）
全体（※）	132	134
①入院対応を行った医療機関	103	21
入院受入医療機関（確保病床）	44	4
上記以外	59	17
②入院対応を行っていない医療機関	29	113
入院受入医療機関（確保病床）	1	1
上記以外	28	112

※宮崎県調べ（2023年3月時点）

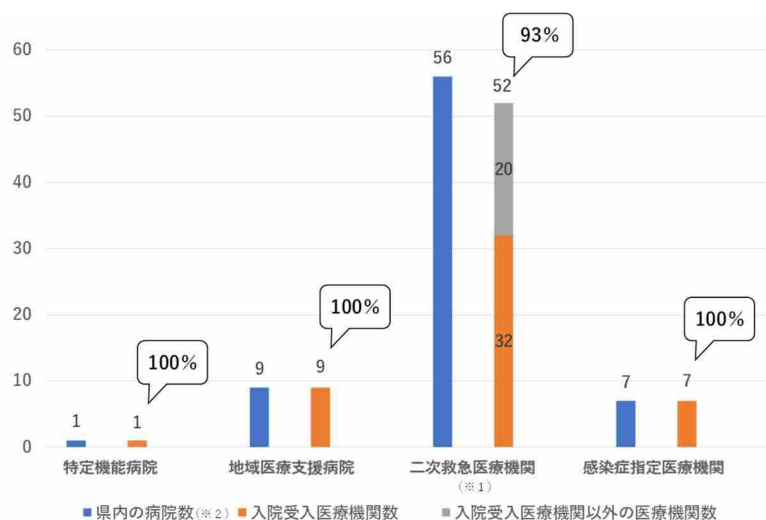
・【参考】第8波におけるコロナ患者の入院対応の状況（設置者別）



・【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

3. 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になり、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。

4. 施策の方向

【医療圏】

新興感染症に係る医療提供体制については、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
---	---

5. 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

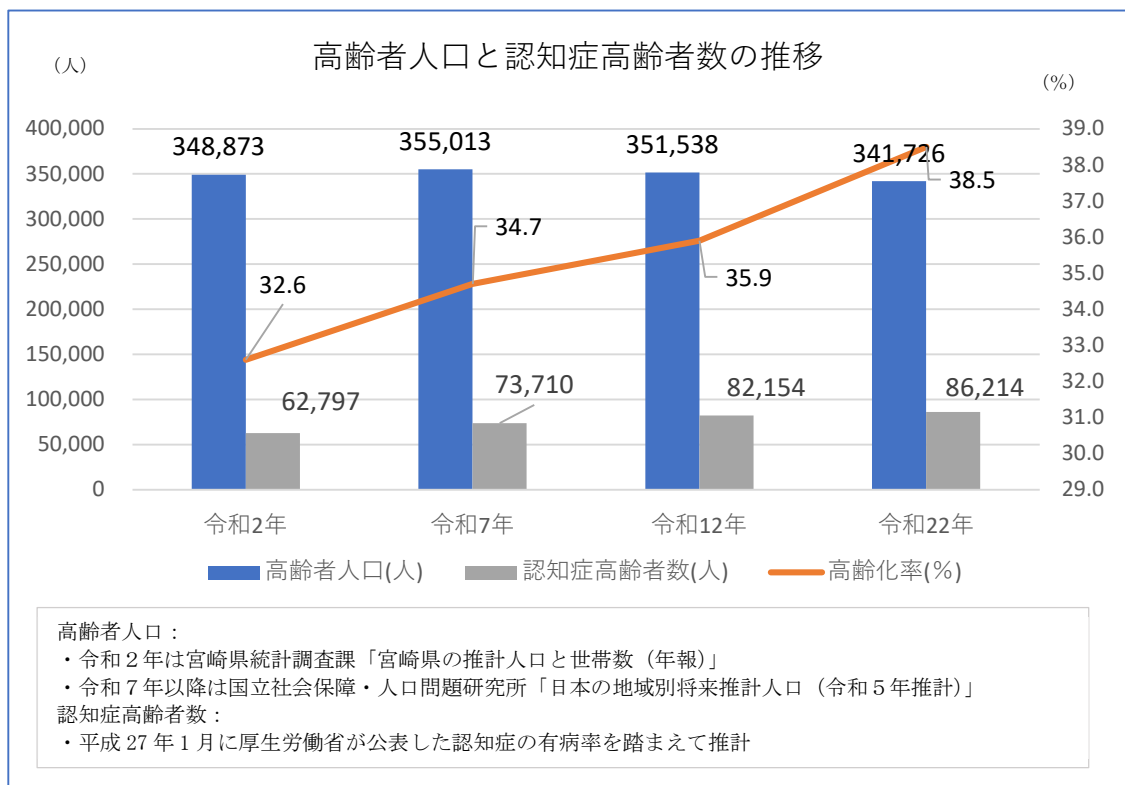
※2 流行初期経過後の3ヶ月

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2年(2020年)は34.9万人、高齢化率は32.6%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2年(2020年)8月末時点では5.8万人であり、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、平成27(2015)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すると、令和2年(2020年)では6.2万人ですが、令和22年(2040年)には、8.6万人になると見込まれています。
- 令和7(2025)年の在宅医療等の必要量については、「宮崎県地域医療構想平成28(2016)年10月策定)」において、14,904.4人/日と推計しています。
また、病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量については、令和5(2023)年度に再推計したところ、310.0人/日の需要を見込んでいます。
この結果、令和7(2025)年の県全体の在宅医療等の必要量は、15,214.4人/日と推計されます。



(表) 2025年に見込まれる県全体の在宅医療等の必要量

医療圏	在宅医療等の必要量	想定される在宅医療等の提供場所	
		介護保険施設 対応分 (転換分含む)	在宅医療 対応分 (訪問診療)
延岡西臼杵	2045.1 (74.8)	1073.2 (67.2)	971.9 (7.6)
日向入郷	835.5 (23.4)	659.3 (6.8)	176.2 (16.7)
宮崎東諸県	6904.9 (110.8)	3025.5 (73.5)	3879.4 (37.3)
西都児湯	1104.4 (30.4)	715.7 (22.9)	388.6 (7.5)
日南串間	799.1 (32.4)	673.8 (26.7)	125.3 (5.7)
都城北諸県	2170.6 (17.3)	1224.4 (11.5)	946.2 (5.8)
西諸	1354.8 (20.9)	733.4 (17.9)	621.4 (3.0)
計	15214.4 (310.0)	8105.3 (226.5)	7109.1 (83.5)

※ () 内は病床の機能分化及び連携の推進に伴い生じる、在宅医療等の新たなサービス必要量。
 ※「在宅医療等」とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しています。
 ※「介護老人保健施設」は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院を指します。
 ※「訪問診療」には、自宅だけでなく、サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム等への訪問も含まれます。

2. 在宅医療の提供体制等

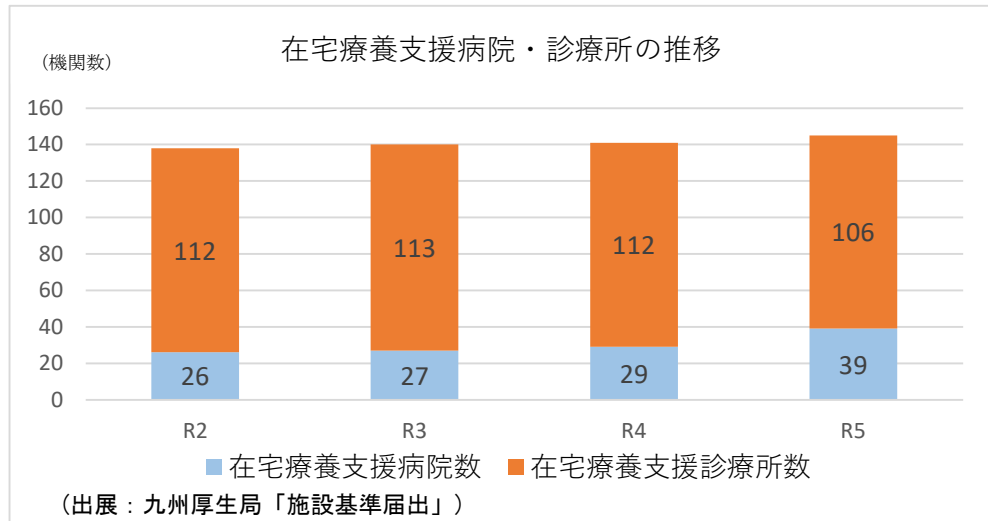
(1) 退院支援

- 県内の退院支援を実施している診療所・病院は、令和2年(2020年)は76か所あり、平成29年(2017年)と比べて12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5年(2023年)12月現在、39病院、106診療所が届け出ており、その総数は増加しています。



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～

在宅療養支援病院及び診療所数

	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	14	2	75	10	8	16	13	138
R5 年度	18	5	72	7	6	19	18	145

(出展：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2年(2020年)では、全病院・診療所1,031か所のうち185か所(17.9%)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
H29 年度	19	9	88	15	17	24	18	190
R2 年度	22	11	86	14	12	23	17	185

(出展：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か所ありましたが、令和5年(2023年)では76か所に増加しています。
- 在宅歯科診療を実施している歯科診療所は、令和2年(2020年)では153か所でしたが、令和4年(2022年)では139か所に減少しています。
- 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か所ありましたが、令和5年(2023年)は483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5年(2023年)では24か所あります。

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5年(2023年)では44か所あります。

② 訪問看護

- 県内の訪問看護ステーションは、令和2年(2020年)は142か所でしたが、令和5年(2023年)は165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5年(2023年)では、253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、平成29年(2017年)は184か所でしたが、令和2年(2020年)は181か所とわずかに減少しています。
- 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、平成29年(2017年)は85か所でしたが、令和3年(2021年)は132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、平成29年(2017年)は88か所でしたが、令和3年(2021

年)は132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、平成29年(2017年)は20.3%でしたが、令和4年(2022年)は28.4%に増加しています。
- 看取りを実施する医療機関は、平成29年(2017年)では49か所でしたが、令和2年(2020年)は72か所に増加しています。

3. 課 題

(1) 在宅医療の提供体制の確保

- 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、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士など、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、県や市町村の関わりも必要です。

(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。
- 県内全ての圏域で入退院調整ルール策定の完了しているものの、圏域によって活用状況が異なるため、必要に応じて改善が必要です。

(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留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ごろからの連携が重要です。
- 医療的ケア児を含む在宅の重症児の支援については、医療資源やサービスはまだ十分とは言えず、多職種連携による支援体制整備が必要です。
- 在宅歯科診療を実施している診療所は減少していることから、その増加を図り、更なる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。
- 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

- 往診や訪問看護における24時間対応が可能な連携体制の構築や、地域医療支援病院、在宅療養支援病院や有床診療所における病状急変時の円滑な受入れが求められます。

(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。
- 患者自身が自らの最期を考え、家族等の身近な人と話し合うアドバンス・ケア・プランニング（ACP：人生会議）を進めることも重要です。

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、二次医療圏内の関係機関が中心となり対応しているため、二次医療圏を圏域として設定します。

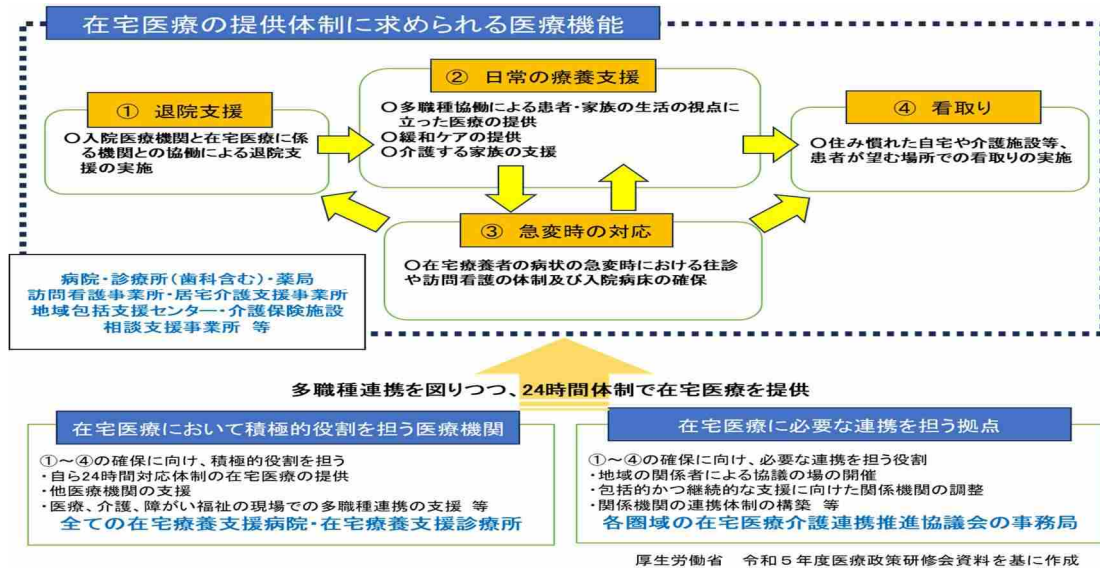
(1) 在宅医療の医療提供・連携体制の構築

①	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
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の推進
③	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
④	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）
⑤	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
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

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～

⑦	圏域ごとに設けられた「入退院調整ルール」の改善支援
⑧	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
⑨	在宅医療における積極的役割を担う医療機関 ^{※1} 及び必要な連携を担う拠点 ^{※2} の設定

【在宅医療の提供体制】



- ※1 県内の全ての在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所を「積極的役割を担う医療機関」とする。
 ※2 各圏域の在宅医療介護連携推進協議会の事務局等を「必要な連携を担う拠点」とする。

(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

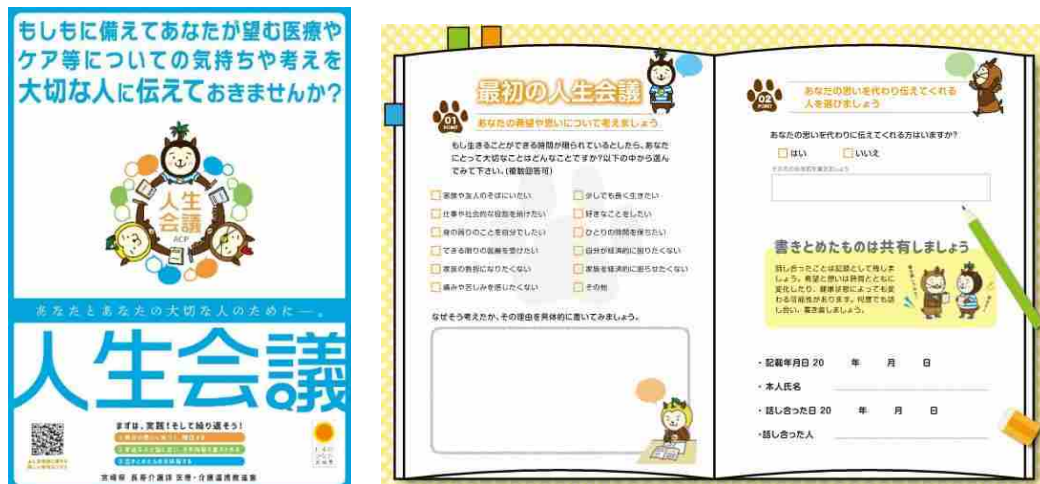


小児在宅医療を担う人材の養成研修

(3) 在宅医療に関する普及啓発

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

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～



宮崎県長寿介護課医療・介護連携推進室作成資料

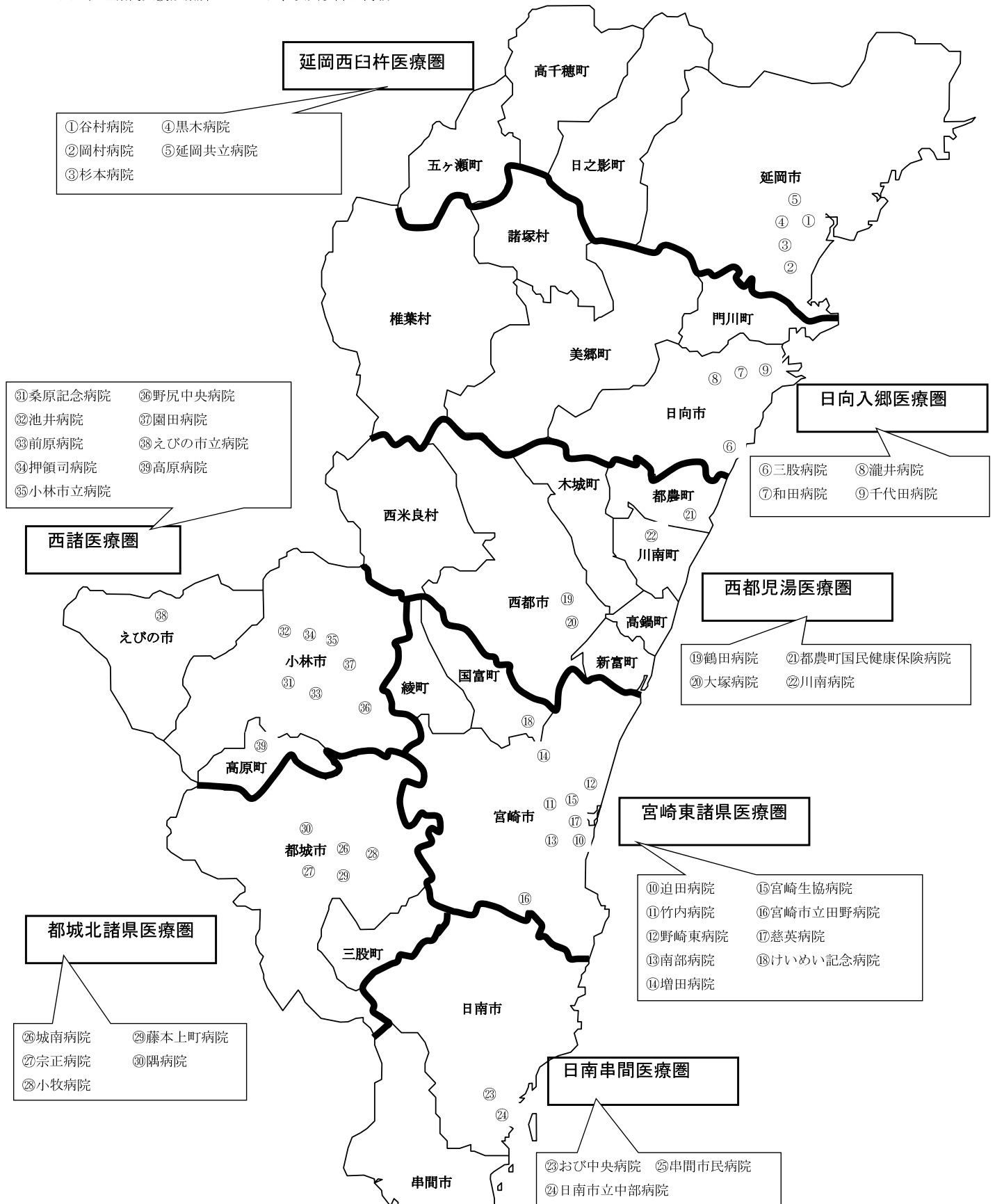
5. 目 標

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)	76 (令和2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5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)	106 (令和5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)	185 (令和2年度)	⇒	195 (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)	27.3% (令和4年度)	⇒	40% (令和11年度)
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 (出典：九州厚生局 施設基準届出)	24 (令和5年度)	⇒	40 (令和11年度)
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 (出典：九州厚生局 施設基準届出)	44 (令和5年度)	⇒	60 (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)	132 (令和3年度)	⇒	180 (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：介護サービス施設・事業所調査)	132 (令和3年度)	⇒	180 (令和11年度)
在宅での死亡率 (出典：人口動態調査)	28.4% (令和4年度)	⇒	40% (令和11年度)

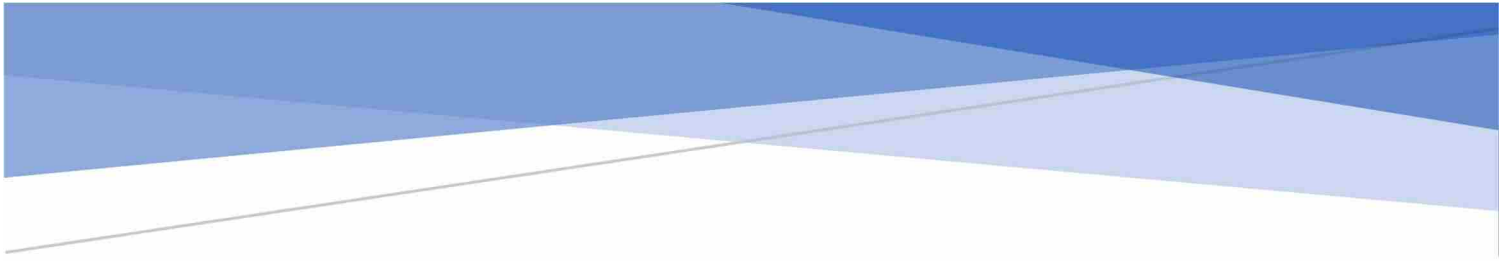
在宅医療の医療圏

※ ①～⑳は、令和5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、次頁以降に掲載



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



第3節 その他の保健医療対策の充実

- 1 障がい保健対策
- 2 感染症対策
- 3 臓器移植対策
- 4 難病対策
- 5 アレルギー疾患対策
- 6 歯科保健対策
- 7 血液の安定供給対策
- 8 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策
- 9 慢性腎臓病(CKD)対策
- 10 慢性閉塞性肺疾患(COPD)対策

1

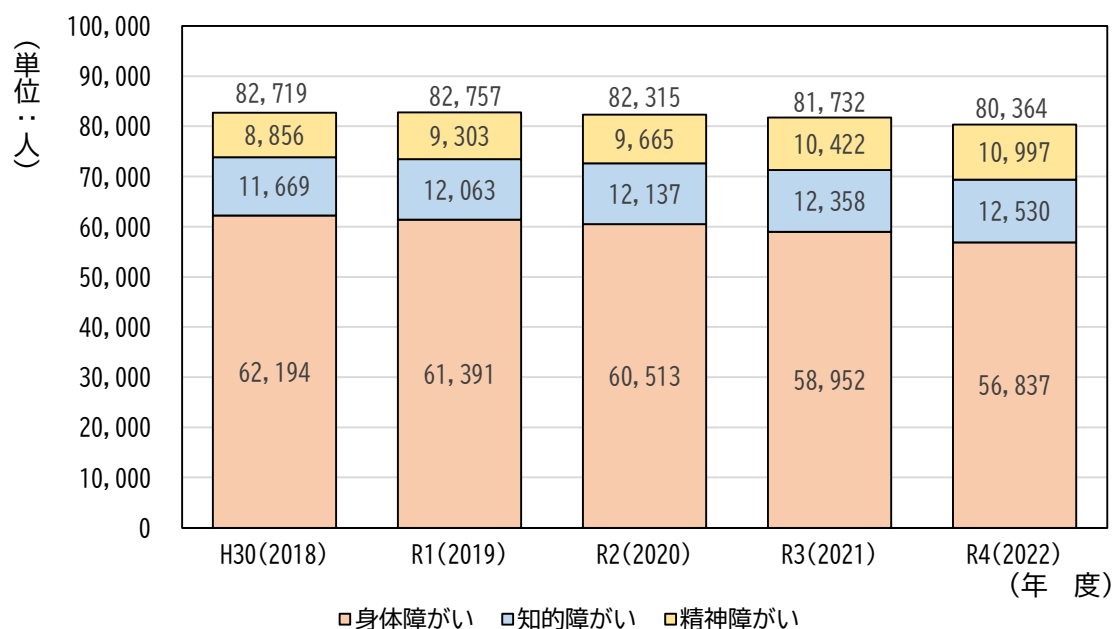
障がい保健対策

1. 現 状

(1) 障害者手帳の交付状況等

- 令和4年度(2022年度)末現在の本県における障がい種別ごとの手帳の発行(交付)者数は、身体障害者手帳が56,837人、療育手帳(知的障がい)が12,530人、精神障害者保健福祉手帳が10,997人、合計が80,364人(延べ数)となっています。
- 身体障がい者を等級別でみると、令和4年度(2022年度)末現在で、重度の身体障がい者(1級・2級)が43.8%となっており、ほぼ半数を占めています。障がい種別の構成比をみると、肢体不自由が50.3%、内部障がいが33.5%、聴覚・平衡機能障がいが8.9%、視覚障がいが6.1%、音声・言語・そしゃく機能障がいが1.2%となっています。
- 知的障がい者を療育手帳の程度別でみると、令和4年度(2022年度)末現在で、重度の知的障がい者(A)が40.3%となっています。
- 精神障がい者の障害等級は、重度のものから1級、2級及び3級とされており、重度の1級が6.0%となっています。
- 平成25年(2013年)4月から、難病患者等についても障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスが利用できるようになりました。

(表) 県内の障がい者数の推移(障害者手帳交付状況)



第4章 医療提供体制の構築 ～第3節 その他の保健医療対策の充実～

障がい別・等級別身体障害者手帳交付状況（令和4年度(2022年度)末現在）

（単位：人、％）

区 分	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	合 計	障 が い 別 構 成 比
視覚障がい	1,492	1,086	178	189	353	161	3,459	6.1
聴覚・平衡機能障がい	232	927	496	1,699	27	1,682	5,063	8.9
音声・言語・そしゃく機能障がい	56	77	312	235			680	1.2
肢体不自由	5,689	5,670	5,067	7,219	3,341	1,613	28,599	50.3
内部障がい	9,446	203	2,470	6,917			19,036	33.5
合 計	16,915	7,963	8,523	16,259	3,721	3,456	56,837	100.0
等級別構成比	29.8	14.0	15.0	28.6	6.5	6.1	100.00	

障がい程度別療育手帳交付状況（令和4年度(2022年度)末現在）

（単位：人、％）

程 度	A	B 1	B 2	合計
交付数	5,049	3,786	3,695	12,530
程度別構成比	40.3	30.2	29.5	100.0

障がい程度別精神障害者保健福祉手帳交付状況（令和4年度(2022年度)末現在）

（単位：人、％）

程 度	1 級	2 級	3 級	合計
交付数	661	5,916	4,420	10,997
程度別構成比	6.0	53.8	40.2	100.0

(2) 相談・療育支援体制

- 県内には、身体障害者相談センターをはじめ、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、発達障害者支援センターなど、保健・医療・福祉に関する様々な相談に対応できる体制を構築しています。
- 県立こども療育センターでは、障がい児やその保護者などを対象に、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等で構成するチームによる巡回相談や家庭訪問による療育等の指導など、対外的な療育活動を実施しています。
- 医療的ケア児の健やかな成長を図りつつ、保護者の負担を軽減するために、令和4年7月より、総合的な相談窓口となる「宮崎県医療的ケア児支援センター」を県立こども療育センター内に開設しています。
- 地域の支援者等との橋渡し役となる「医療的ケア児等コーディネーター」の養成及び配置（市町村毎または圏域毎）を推進することにより、医療的ケアに関する相談支援体制の充実を推進しています。
- 県内には、医療的ケア児を受入可能な短期入所施設は16施設（医療型：5か所、福祉型強化：11か所）あり、地域によって不足している状況がみられます。

各機関における相談件数の推移

(単位：件)

年 度	H30(2018)	R1(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)
身体障害者相談センター	1,452	1,551	1,490	1,726	1,705
知的障害者更生相談所	1,537	1,734	1,729	1,741	1,674
精神保健福祉センター					
面接相談	510	401	532	526	513
電話相談	4,123	4,172	4,031	4,230	4,068



医療的ケア児支援センターの開設



医療的ケア児支援センターでの相談対応

2. 課 題

(1) 障がいの発生予防・早期発見・早期治療及び早期療育

- 障がいの早期把握、早期支援を行うことはその後の支援に有効であるため、早期におけるかかりつけ医・専門医による診断や相談窓口の利用等を促進することが重要です。

(2) 医療サービス・療育支援体制の充実

- 自立支援医療（育成医療、更生医療、精神通院医療）等の医療費公費負担制度について、制度の周知をはじめ、引き続き、適切に運用していくことが必要です。
- 医療技術の進歩等を背景に増加している医療的ケア児について、身近な地域で支援が受けられるよう、対応できる小児科医など専門人材の養成・確保が必要です。
- 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。

(3) 保健・医療・福祉の連携

- 乳幼児から学童期、成人期、高齢期に至るまでのライフステージに応じて、医療や福祉、教育、労働など様々な分野にわたる総合的な支援や合理的な配慮が必要となるため、相談支援や訪問指導体制の更なる充実が求められます。
- 障がいの重度化や重複化に伴い、多様化するニーズに対応し、障がい者が身近な地域で、障がいの特性に応じた必要なサービスを受けられるよう、保健・医療・福祉サービスの量的・質的な充実が必要です。

3. 施策の方向

(1) 障がいの発生予防・早期発見・早期治療及び早期療育

①	検査、健診、相談、健康教育事業における障がいの発生予防・早期発見等のための取組促進
②	市町村が行う妊産婦・乳幼児健診での早期発見や経過観察者等への事後指導体制の強化

(2) 医療サービス・療育支援体制の充実

①	自立支援医療等の医療費公費負担制度の一層の周知による利用促進
②	県立こども療育センターの機能強化及びショートステイの受入促進など在宅サービスの充実
③	「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に関する相談支援体制の充実
④	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
⑤	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
⑥	肢体不自由児が身近なところで必要な訓練を受けられるための体制整備

(3) 保健・医療・福祉の連携

①	身体障害者相談センター、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、保健所、発達障がい者支援センター等における相談体制の充実
②	保健・福祉分野の支援機関と医療機関との連携強化等による発達障がい者や高次脳機能障がい者に対する支援体制の整備
③	自立支援協議会等を活用した情報交換など行政や施設、病院等の連携強化による市町村の相談支援事業の充実
④	「宮崎県障がい者計画」「宮崎県高齢者保健福祉計画」「宮崎県地域福祉支援計画」など各種計画と連携した施策の推進



在宅医療実技講習会の様子



高次脳機能障がいへの理解促進

2 感染症対策

I 感染症全般(新興感染症・結核・エイズ・肝炎を除く)に関する対策

1. 現 状

(1) 感染症発生状況等

- 既知の感染症は、その感染力と罹患した場合の重篤性等を総合的に勘案し、一類感染症から五類感染症に分類、定義されています。また、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症は、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新たな感染症(新興感染症)として別に分類されています。
- 本県では、一類感染症及び二類感染症(結核を除く)は発生していませんが、三類感染症の腸管出血性大腸菌感染症(O157等)や四類感染症の重症熱性血小板減少症候群(SFTS)等は毎年発生しています。
- マダニが媒介するSFTSの累積報告数は、平成25年(2013年)の届出開始以降100件を超え全国でも最も多い報告数となっています。また、蚊が媒介するデング熱やチクングニア熱も県内で報告されています。
- 県民や医療従事者に対し、感染症患者の発生や病原体の検査結果等について、感染症発生動向調査事業により情報を提供しています。

(2) 医療提供体制等

- 県内には、一類感染症患者の医療を行う第一種感染症指定医療機関として、県立宮崎病院を指定し、2床整備しています。
- 二類感染症患者の医療を行う第二種感染症指定医療機関として、7つの2次医療圏に一か所ずつ指定し、30床整備しています。
- 性感染症対策として、保健所においてクラミジア・淋菌・梅毒等の無料匿名検査及び相談事業を実施しています。

2. 課 題

- 感染予防対策として、予防可能な感染症に対する予防接種事業の一層の促進が求められています。
- マダニが媒介するSFTSや蚊が媒介するデング熱やチクングニア熱など、動物から人へ伝播する感染症への対策も必要です。
- 抗生物質・抗菌薬が効かなくなる薬剤耐性(AMR)対策が求められています。



3. 施策の方向

(1) 感染症患者発生時の迅速かつ的確な対応

①	宮崎県感染症予防計画に沿った感染症の発生予防及びまん延防止のための取組の推進
②	医師会等関係機関との連携による感染症発生動向の調査・分析
③	感染症に関する県民等への的確な情報提供及び適切な予防・治療の促進
④	感染症発生時の連絡体制や搬送体制に係る訓練の実施など 感染症指定医療機関等との連携強化
⑤	感染症の診査に関する協議会の機能等の充実による適正な医療提供

(2) 人権に配慮した感染症対策の実施

①	個人情報保護の徹底など 感染症に対する差別や偏見から患者等の人権を守る対策の実施
---	---

(3) 予防接種業務の推進

①	医師会や市町村等の関係機関との連携による ワクチン接種の重要性の啓発や予防接種の広域化等体制の整備充実
②	海外渡航者に対する海外で注意すべき感染症と予防接種の必要性についての周知促進

(4) 感染症に関する啓発

①	感染症に対する正しい知識や予防対策についての啓発、注意喚起の実施による 感染症の発生予防及びまん延防止
②	県民等への適切な注意喚起の実施による 蚊やダニなど動物を介した感染症の発生予防
③	抗生物質・抗菌薬の適正利用についての周知促進による 薬剤耐性(AMR)対策の実施



感染症法に基づく感染症の類型・医療体制

感染症類型	主な対応	医療費負担	医療体制
一類感染症 ペスト、 エボラ出血熱、 南米出血熱等	入院	医療保険適用残額は公費で負担(入院について)	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数か所)
二類感染症 結核、 急性灰白髄炎、 SARS 等			第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定 各都道府県に1か所)
三類感染症 コレラ、 腸管出血性大腸菌 感染症等	特定業務 への就業 制限	医療保険適用 (自己負担あり)	第二種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定 二次医療圏に1か所) *ただし、結核予防法廃止に伴う経過措置により結核指定医療機関を含む。
四類感染症 SFTS、 つつが虫病、 レジオネラ症等	消毒等の 対物措置		一般の医療機関
五類感染症 エイズ、 感染性胃腸炎等	発生動向の 把握・情報 提供		
新型インフルエンザ 等感染症 新型インフルエンザ、 新型コロナウイルス感染症 等(COVID-19 除く)	入院・宿泊・ 自宅療養	医療保険適用残額は公費で負担	特定感染症指定医療機関 第一種感染症指定医療機関 第二種感染症指定医療機関 第一種協定指定医療機関※ 第二種協定指定医療機関※
指定感染症		同上又は三類感染症相当の場合は公費負担なし	一～三類感染症又は 新型インフルエンザ等感染症に準じた措置
新感染症		全額公費出負担 (医療保険の適用なし)	特定感染症指定医療機関 第一種協定指定医療機関※ 第二種協定指定医療機関※

※令和6年4月施行

本県の特定感染症指定医療機関

なし

本県の第一種感染症指定医療機関

1施設

県立宮崎病院

本県の第二種感染症指定医療機関

7施設

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)

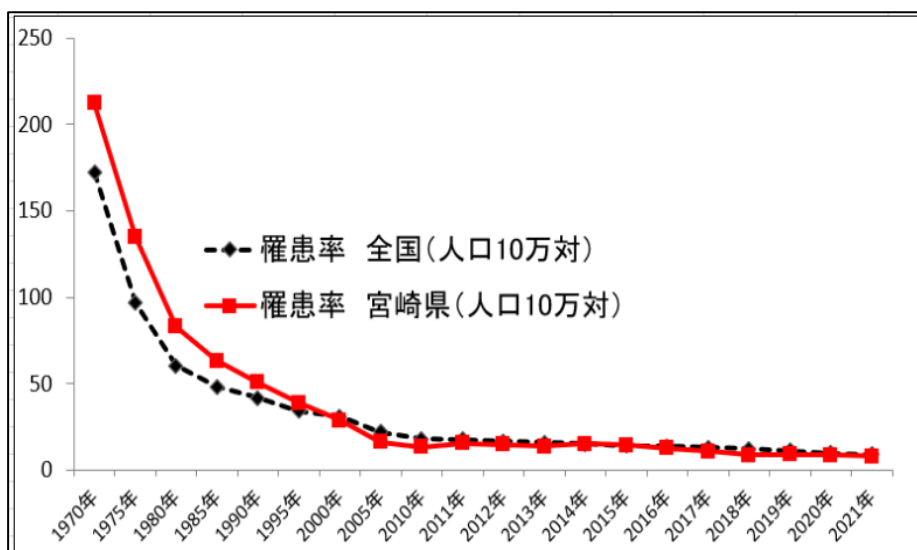
小林市立病院(西諸医療圏)

II 結核対策

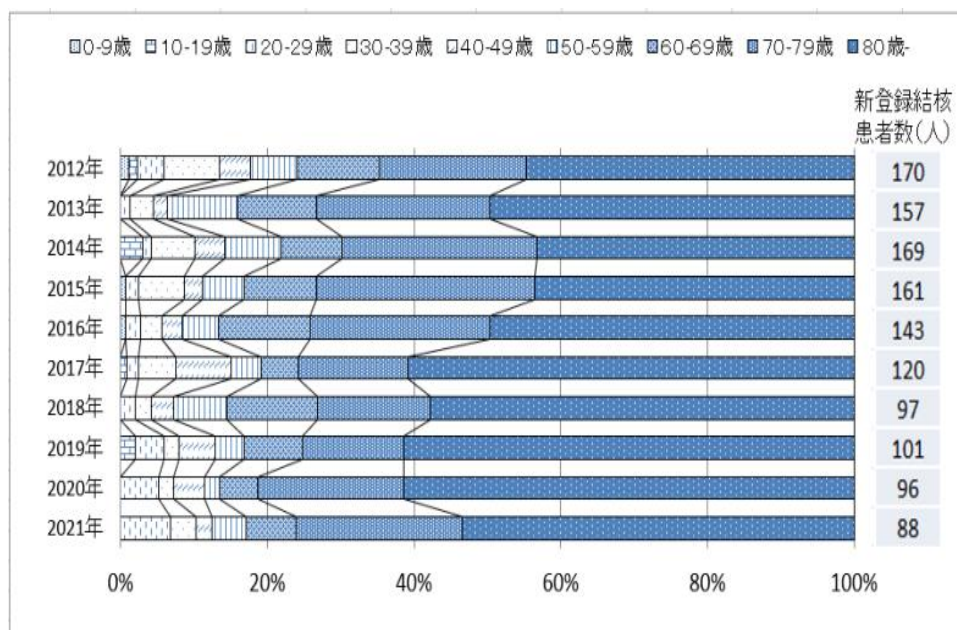
1. 現 状

- 本県における新規登録患者数は、年々減少傾向にありますが、近年、その減少率は鈍化傾向にあり、特に高齢者の占める割合が高い傾向があります。また、外国出生の新規登録患者も毎年一定割合確認されています。
- 福祉関係施設、医療機関、学校等では患者が発生すると集団感染につながる可能性が高く、本県でも直近10年間で3件（2014年、2019年、2023年）に結核の集団感染が発生しています。

全結核罹患率年次推移



宮崎県結核新登録患者の年齢別構成



宮崎県結核新登録患者のうち外国出生患者数、割合



2. 課題

- 高齢者や検診長期未受診者、在日外国人など結核発症のリスクが高いと考えられるハイリスクグループに対して、結核に関する普及啓発や健康診断受診の促進が必要です。
- 結核の症状が出現し、医療機関を受診して結核診断がなされるまでの期間が1か月以上の患者の割合が増加傾向にあり、診断の遅れが課題となっています。患者・医療機関・関係機関に対して結核に関する普及・啓発を図り、早期受診・早期診断・早期治療を促進し、結核のまん延防止に努める必要があります。
- 結核は、長期間の服薬治療が必要であり、不確実な抗結核薬の服用は、多剤耐性結核の発生や再治療につながります。医療機関等の関係機関と連携した服薬指導・健康管理が必要です。
- 福祉関係施設、医療機関、学校等の関係機関の職員等に対し、日頃の健康管理方法について指導を行い、集団感染を防ぐ必要があります。
- 結核は空気感染するため、患者が発生した場合は、接触者に対する健診を確実にし、新たな感染者を早期発見する必要があります。
- 乳幼児は結核に罹患することで、重症化するため、定期予防接種を確実に受ける必要があります。
- 県民へ適切な医療を提供するため、結核病床を確保するとともに、高齢者結核の増加による、透析治療や外科的治療、精神疾患などの合併症を抱える患者への対応を考慮した医療提供体制の確保が必要です。

3. 施策の方向

(1) 知識の普及啓発

①	県民に対する結核に関する正しい知識の普及と的確な指導の実施
②	高齢者や長期結核検診未受験者、在日外国人など 結核発症リスクの高いハイリスクグループに対する定期結核検診の受診勧奨
③	事業所や各種施設等に対する研修会の開催など 検診受診率の向上や結核の早期発見・早期受診の促進

(2) 患者支援

①	潜在性結核感染症も含めた結核患者等に対する DOTS(直接監視下治療)や地域の関係機関と連携した服薬支援による治療成功率の向上
---	---

(3) 乳幼児感染・集団感染防止対策の充実

①	乳児に対する BCG 接種の徹底の促進
②	学校や医療機関、高齢者施設など各種施設内における感染防止対策の促進
③	保健所による各種施設の健康診断実施状況の的確な把握と適切な指導、患者発生時の接触者の健康診断など積極的疫学調査の実施

(4) 医療の確保や医療従事者の研修

①	結核患者や長期入院患者等への適切な治療に必要な結核病床の確保
②	感染症指定医療機関等との連携による 透析治療や精神疾患など合併症を抱える患者に対する適切な医療の提供
③	県内医療機関の医師等に対する研修会の開催など結核に関する普及啓発や 結核の早期診断・早期治療の促進
④	感染症の診査に関する協議会結核部会の機能強化による 適切な診断と標準治療の一層の周知徹底、人権を尊重した確実な医療の提供

※本県の結核病床を有する医療機関 国立病院機構宮崎東病院 54床
医療法人社団仁和会竹内病院 17床

Ⅲ エイズ対策

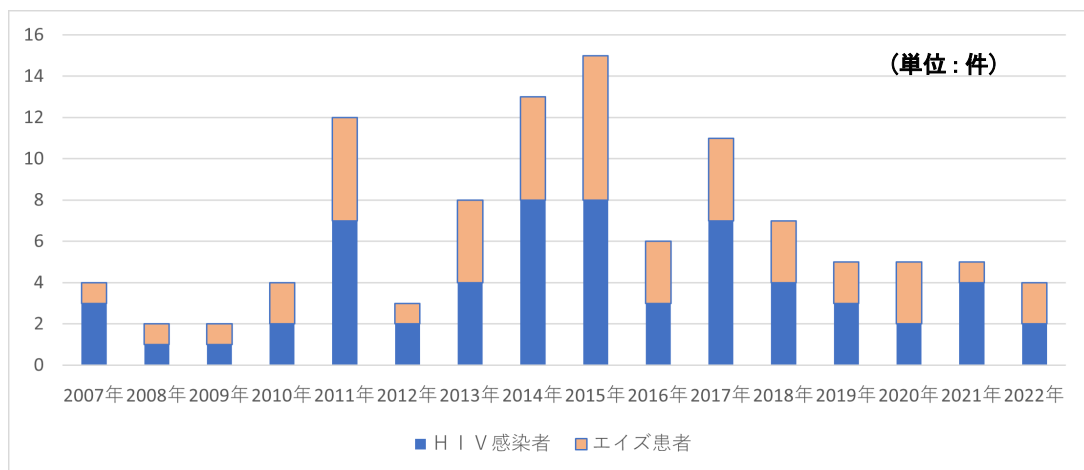
1. 現 状

- エイズ患者及び HIV 感染者の新規報告数は、全国的に減少傾向にあります
が、本県においては横ばい傾向にあり、過去最多であった平成27年(2015年)
は、人口10万対でエイズ患者が全国で4番目に、HIV 感染者が全国で8番目
に高い状況で、性的接触を中心に新規患者等が報告されています。
- 新規報告者に占めるエイズ患者報告数は、全国では約3割ですが、本県に
おいてはその割合が5割(令和4年(2022年))と全国より高くなっています。

宮崎県内の HIV 相談・検査件数



宮崎県内の年代エイズ患者及び HIV 感染者届出数



- エイズに対する社会の根強い誤解や偏見が依然としてあることから、保健
所で無料・匿名の検査を実施しています。また、エイズ相談・検査の機会を
増やすため、宮崎市保健所、都城保健所及び延岡保健所で夜間相談・検査を
実施しています。
- エイズ患者及び HIV 感染者等に対して、心理的支援を行うためエイズ拠点
病院等カウンセラー設置派遣事業を実施しています。

2. 課題

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴うエイズ検査機会の減少等の影響で検査件数が減少しており、無症状感染者が十分に把握できていない可能性や社会のエイズへの関心の低下が懸念されており、効果的かつ正しい知識の普及啓発が大きな課題となっています。
- HIV 治療の進歩により長期存命が可能となり、HIV 感染者・エイズ患者は長期療養時代を迎え、新たに高齢化に伴う慢性疾患や歯科の治療、介護等が必要になっていることから、在宅医療・介護の環境整備が求められます。

3. 施策の方向

(1) 正しい知識の普及啓発の推進

①	HIV 感染予防に関する正しい知識の普及や、社会的な誤解や偏見・差別をなくすための積極的な啓発活動の展開
②	疾患の特性や最新の治療についてのわかりやすい情報発信

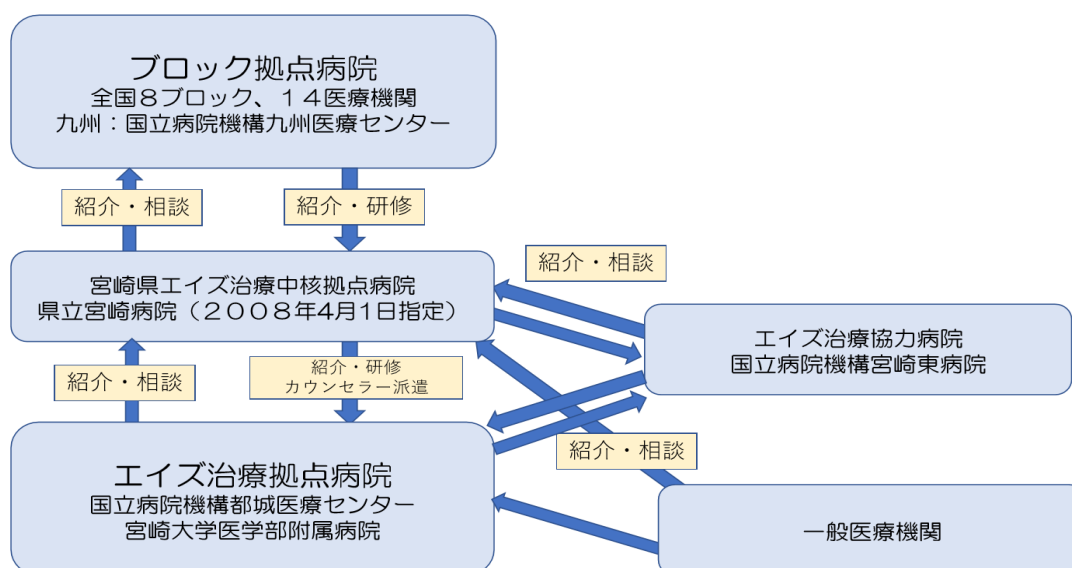
(2) 検査体制の強化と患者支援

①	いつでも気軽に相談・検査が受けられるよう保健所等における検査体制の充実
②	エイズ患者及び HIV 感染者を保健・医療・福祉等の多方面から支援するための体制づくり

(3) 医療体制の充実

①	エイズ治療中核拠点病院等と一般医療機関との連携による良質かつ適切な医療を提供するための診療体制の整備
---	--

宮崎県内におけるエイズ診療体制

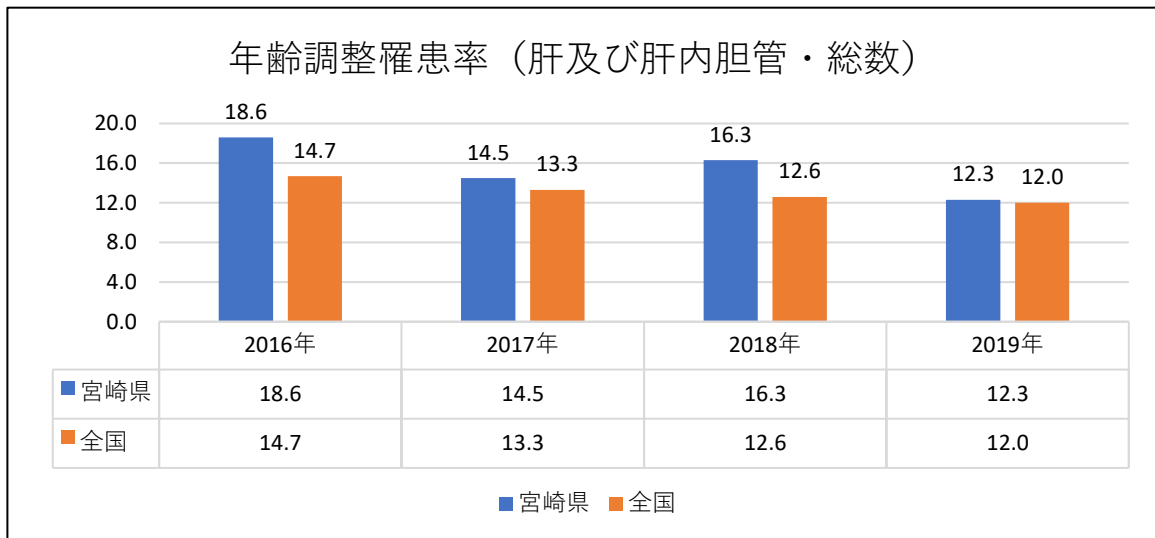


IV 肝炎対策

1. 現 状

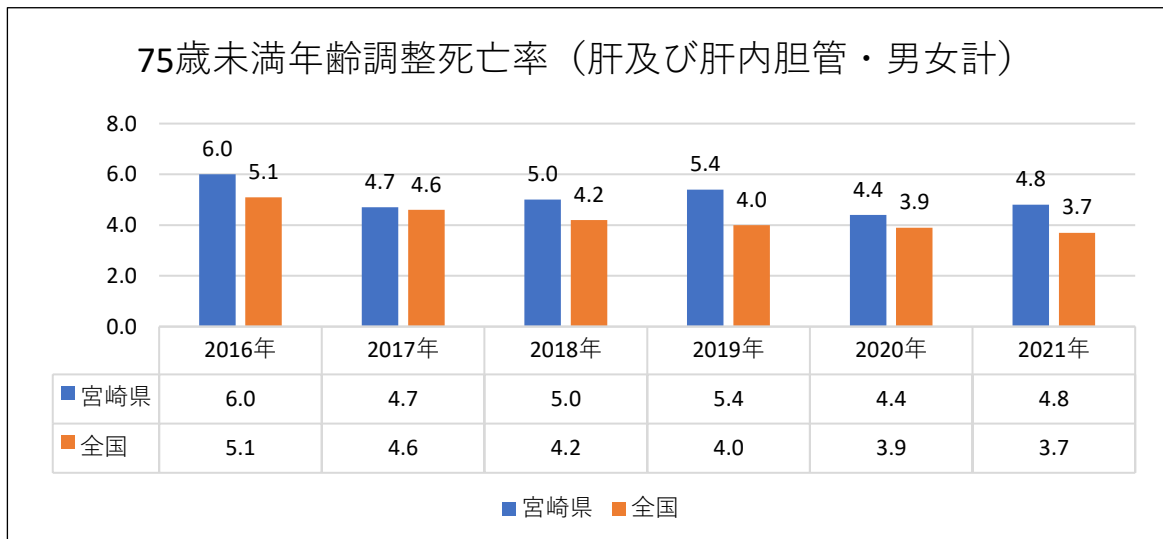
(1) 罹患の状況及び死亡率の推移

- 肝炎ウイルスへの感染を放置すると、肝硬変、肝がんと病状が悪化することもあります。本県の肝がん罹患率及び死亡率は全国的にも高い傾向にあります。



（出典：厚生労働省「全国がん登録 罹患数・率報告」）

※ 総数は男女及び性別不詳の合計



（出典：国立がん研究センター がん情報サービス「がん統計」（人口動態統計））

(2) 肝炎ウイルス検査実施体制

- 市町村においては、健康増進法に基づき、当該年度満40歳以上となる方を対象としたB型・C型肝炎ウイルス検診を実施しています。
- 感染者の早期発見のため、保健所と委託医療機関において、B型・C型肝炎ウイルス検査を無料で実施しています。

第4章 医療提供体制の構築 ～第3節 その他の保健医療対策の充実～

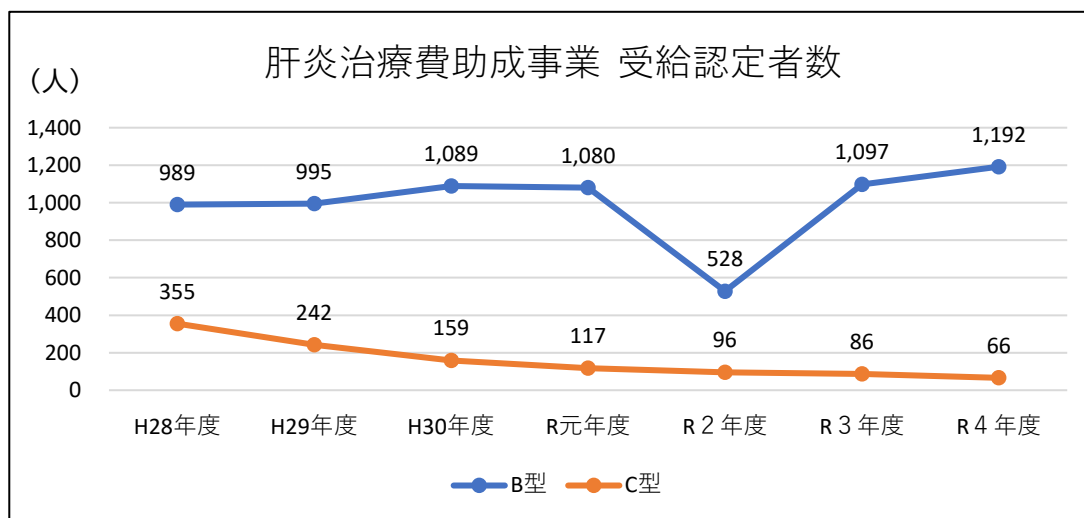
(単位：件)

肝炎ウイルス検査実施状況		H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
市町村健康増進事業	B 型	6,141	7,099	6,861	4,980	5,332	4,901
	C 型	5,845	6,752	6,862	4,985	5,366	4,898
保健所(※)	B 型	236	330	278	142	177	191
	C 型	229	329	270	139	176	191
委託医療機関	B 型	4,028	3,676	4,283	3,374	3,569	3,395
	C 型	4,046	3,681	4,282	3,398	3,588	3,409
合計	B 型	10,405	11,105	11,422	8,496	9,078	8,487
	C 型	10,120	10,762	11,414	8,522	9,130	8,498

※H29 年度から R1 年度までは宮崎市保健所検査分を含む

(3) 医療費助成事業

- B 型・C 型肝炎及び B 型・C 型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変の治療については、経済的負担を軽減するため、当該治療費の一部助成を行っています。
- B 型肝炎の受給認定者数についてはほぼ横ばいで推移している一方、C 型肝炎の受給認定者数は減少傾向にあります。



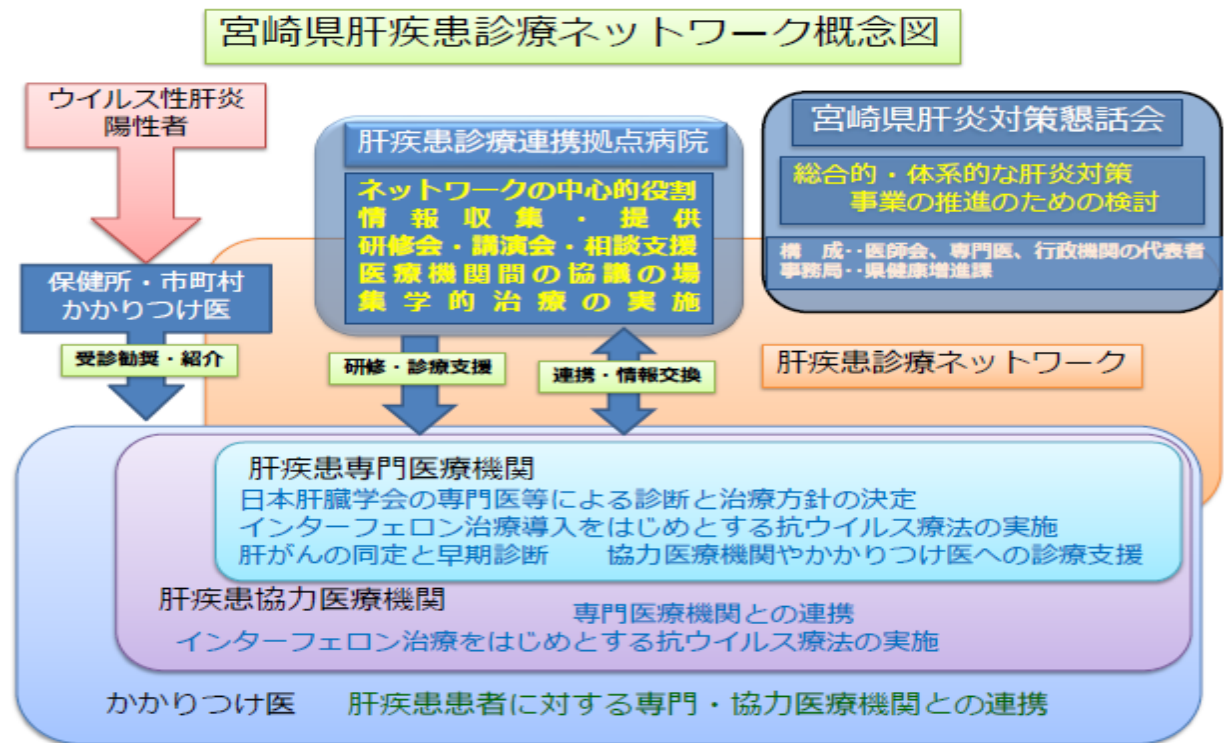
※受給認定者数は、慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変の合計

※R2 年度は新型コロナウイルスによる受給期間延長の特例措置があり、受給認定者数が減少している

(4) 相談支援・医療提供体制等

- 県民が肝疾患について気軽に相談できる肝疾患相談・支援センターを宮崎大学医学部附属病院に設置しています。
- 肝炎に関する検査・治療体制、医療機関の連携強化等の肝炎対策を総合的に検討するため、肝炎に関する専門医や学識経験者等で構成される肝炎対策懇話会を設置しています。
- 肝疾患診療の中心的な役割を果たす肝疾患診療連携拠点病院（宮崎大学医学部附属病院）をはじめ、肝疾患専門医療機関、肝疾患協力医療機関、かかりつけ医による肝疾患診療ネットワークの構築を図っています。

- 肝疾患診療ネットワークにおける連携強化及び地域における適切な医療体制の確保を図るため、医療従事者に対する研修会を実施しています。



2. 課 題

(1) 肝炎の早期発見・重症化予防

- 肝炎ウイルス持続感染者は自覚症状が出現しにくいことから、感染に気付いていない場合があります。早期発見のためには、肝炎に関する正しい知識や肝炎ウイルス検査受検の重要性について県民に広く啓発する必要があります。
- 肝炎ウイルス検査で陽性となった方に対し、早期治療・重症化予防を図るため、初回精密検査費用助成や定期検査費用助成等の医療費助成制度の周知を行い、市町村と連携した受診勧奨・フォローアップの実施に取り組むことが重要です。

(2) 相談支援・医療提供体制等

- 県民が肝疾患について気軽に相談ができる肝疾患相談・支援センターを、県民に対して広く周知していく必要があります。
- 肝炎ウイルス検査で陽性となった方を適切な医療機関へつなぎ、継続的な支援をする肝炎医療コーディネーターの育成を図るとともに、資質向上のためのフォローアップに取り組む必要があります。
- 肝疾患診療ネットワークにおける連携強化及び地域における適切な医療体制の確保を図るため、医療従事者に対する研修会の実施に継続して取り組むことが重要です。

3. 施策の方向

(1) 肝炎の早期発見・重症化予防

①	肝炎についての正しい知識の普及啓発や検査体制の充実
②	市町村と連携した肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨・フォローアップの強化
③	各種医療費助成制度の周知徹底

(2) 相談支援・医療提供体制等

①	肝疾患相談・支援センターの県民への周知徹底
②	肝炎医療コーディネーターの継続的な養成研修会の実施及びフォローアップの充実
③	医療従事者に対する肝疾患に関する研修会の充実

4. 目 標

指 標		現 状	⇒	目 標
市町村健康増進事業、保健所、委託医療機関における肝炎ウイルス検査受検者数	B型肝炎	58,993 人 (平成 29 年度～令和 4 年度の合計)	⇒	100,000 人 (令和 5 ～ 10 年度の合計)
	C型肝炎	58,446 人 (平成 29 年度～令和 4 年度の合計)	⇒	100,000 人 (令和 5 ～ 10 年度の合計)
肝炎ウイルス検査陽性者への受診勧奨を行う市町村数		19市町村 (令和 4 年度)	⇒	全市町村 (令和 10 年度)
肝炎医療コーディネーター配置状況	保健所・市町村	29/34 か所 (令和 4 年度)	⇒	34 か所 (令和 10 年度)
	肝疾患専門医療機関	30/48 か所 (令和 4 年度)	⇒	48 か所 (令和 10 年度)
	肝疾患協力医療機関	25/40 か所 (令和 4 年度)	⇒	40 か所 (令和 10 年度)
肝疾患に関する研修会の受講者数		268 人 (平成 29 年度～令和 4 年度の合計)	⇒	450 人以上 (令和 5 ～ 10 年度の合計)

3

臓器移植対策

1. 現 状

(1) 臓器提供実績の推移

- 平成30年(2018年)から令和4年(2022年)の5年間に於いて、全国では脳死下395件、心停止下93件の計488件の臓器提供がありました。

(単位: 件)

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	合計
脳死下	68	98	69	67	93	395
心停止下	29	28	9	12	15	93
合計	97	126	78	79	108	488

(出典:公益社団法人日本臓器移植ネットワーク「臓器提供数/移植数」)

(2) 腎移植等の状況

- 本県における腎臓移植希望者数は増加傾向にあり、令和4年(2022年)末時点で移植希望者が80人となっています。

(単位: 人)

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
腎臓移植希望者数	63	69	76	79	80

(出典:公益社団法人日本臓器移植ネットワーク「移植希望者登録者数」)

- 腎臓移植数については、全国で毎年100件以上の実績がありますが、本県においては5年間で3件となっております。

(単位: 件)

腎臓移植数	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
全 国	182	230	141	125	198
宮 崎 県	2	0	0	1	0

(出典:公益社団法人日本臓器移植ネットワーク「臓器提供数/移植数」)

(3) 人工透析患者の状況

- 令和4年(2022年)の本県の人工透析患者数は3,988人で、増加傾向にあります。また、新規透析導入患者のうち、60歳以上が約8割となり、高齢化が進んでいます。

第4章 医療提供体制の構築 ～第3節 その他の保健医療対策の充実～



(出典:慢性透析患者等の状況調査)

(4) 骨髄ドナー登録の状況

- 令和4年(2022年)度末現在、骨髄移植を必要とする患者数は、全国で1,219人、本県では17人となっています。
- ドナー登録者数は、全国的に増加傾向にあり、本県においても増加傾向にあります。

(単位:人)

ドナー登録者数	平成30年度末	平成31年度末	令和2年度末	令和3年度末	令和4年度末
全 国	509,263	529,965	530,953	537,820	544,305
宮崎県	4,076	4,368	4,531	4,699	4,942

(出典:日本骨髄バンク「骨髄バンクデータ集/提供希望者都道府県別登録者数」)

(単位:人)

新規登録者数	平成30年度	平成31年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
宮崎県	428	497	380	387	476

(出典:日本骨髄バンク「骨髄バンクデータ集/提供希望者都道府県別登録者数」)

2. 課 題

(1) 臓器移植・腎移植・人工透析

- 宮崎県臓器移植コーディネーターを配置している公益財団法人宮崎県移植推進財団と連携を図りながら、県民への臓器移植に対する正しい知識の普及啓発と意思表示の促進に努める必要があります。
- 腎臓移植希望者選択基準において、臓器提供者が発生した同一都道府県で登録している患者を優先して選定が行われることから、県内での腎移植体制の整備を促進する必要があります。
- 人工透析に移行する最大の要因となっている糖尿病性腎症を予防するため、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、慢性腎臓病(CKD)の早期発見のため、健診受診の重要性についての普及啓発が必要です。

(2) 骨髄提供・骨髄ドナー登録

- ドナーへの登録には54歳以下の年齢要件があり、高齢化により登録要件を満たさなくなるドナーの増加が予測されることから、特に若年層のドナー確保に努める必要があります。
- 骨髄を提供する際、ドナーには面談や入院等の時間的・経済的負担が生じており、ドナーが骨髄を提供しやすい社会環境の整備が不可欠です。

3. 施策の方向

(1) 臓器移植・腎移植・人工透析

①	公益財団法人宮崎県移植推進財団と連携した臓器移植に関する正しい知識の普及啓発及び意思表示の促進に向けた取組の実施
②	研修会の開催等を通じた医療従事者の移植医療に関する知識・技能の向上及び臓器提供体制整備の促進
③	県ホームページ、広報誌や SNS 等を活用した県民への慢性腎臓病（CKD）に対する知識・理解の普及啓発
④	市町村や医療保険者との連携による健診未受診者への積極的な受診勧奨など特定健康診査の受診率向上に向けた取組の推進

(2) 骨髄提供・骨髄ドナー登録

①	県保健所におけるドナー登録窓口の周知や、大型商業施設等におけるドナー登録会開催を通じたドナー登録の機会充実
②	ドナー休暇制度及びドナー公欠制度の導入依頼等による社会環境の整備
③	市町村への支援を通じた骨髄ドナー助成事業実施の促進強化

4

難病対策

1. 現 状

(1) 医療費助成

- 平成27年(2015年)1月1日に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律」(以下「難病法」という。)により、国が指定した疾患(=指定難病)について、医療費の一部助成を行っています。医療費助成の対象疾病数は令和5年(2023年)4月1日現在338疾病です。

	H30(2018)年度	R1(2019)年度	R2(2020)年度	R3(2021)年度	R4(2022)年度
対象疾病	331	331→333	333	333→338	338
対象患者	8,322	8,430	9,248	8,933	9,069

(2) 相談支援

- 難病患者地域支援対策推進事業に基づき、保健所が実施主体となり、訪問相談や医療相談を実施しています。また、在宅難病患者及び家族のQOL向上を目指した支援体制の構築及び福祉施策推進のため、「難病患者地域対策協議会」を設置し、医療・福祉・労働等の各関係機関との情報共有や連携を図っています。
- 難病患者の日常生活の相談・支援、地域交流の促進等を行う拠点施設として「宮崎県難病相談・支援センター」を設置しています。

	H30(2018)年	R1(2019)年度	R2(2020)年度	R3(2021)年度	R4(2022)年度
相談件数	805	872	1,082	743	774

(3) 医療提供体制

- 指定難病の増加に対応した新たな医療提供体制の整備を求める国の通知に従い、本県では宮崎大学医学部附属病院を拠点病院と位置づけ、分野毎に分野別拠点病院、協力病院を指定し、医療提供体制を整備しています。

拠点病院	宮崎大学医学部附属病院			
分野名	神経・筋分野	視覚分野	小児分野	皮膚疾患分野
分野別拠点病院	国立病院機構宮崎東病院	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
協力病院	県立宮崎病院	宮崎中央眼科病院	県立宮崎病院	県立宮崎病院
	県立延岡病院	宮田眼科病院	県立延岡病院	県立延岡病院
	県立日南病院		県立日南病院	古賀総合病院
	国立病院機構宮崎病院		国立病院機構都城医療センター	千代田病院
	宮崎県済生会日向病院		国立病院機構宮崎東病院	
	千代田病院		国立病院機構宮崎病院	
	潤和会記念病院		宮崎県済生会日向病院	
	藤元総合病院		愛泉会日南病院	

2. 課 題

(1) 医療費助成

- 患者の経済的負担の軽減を図るため、安定的な医療費助成に引き続き取り組む必要があります。

(2) 相談支援

- 疾病が多岐にわたり、難病患者の症状や必要とする支援も多様であることから、難病患者個々のニーズに応じた支援を展開する上で、関係各機関との連携及び相談支援体制の強化に取り組む必要があります。
- 難病患者の日常生活の相談・支援を継続し、対象疾病の拡大に対応した相談支援体制の充実や難病患者の経済的自立に繋がる就労支援の強化に取り組む必要があります。

(3) 医療提供体制

- 難病法の基本方針に基づき、難病患者に対して早期に正しい診断ができる体制の整備に継続して取り組む必要があります。
- 医療の進歩により、成人期を迎える小児慢性特定疾病児童等が増加していることから、成人後も必要な医療を切れ目なく提供するため、小児期と成人期の医療従事者間の連携強化が望まれます。

3. 施策の方向

(1) 医療費助成

①	指定医及び指定医療機関の確保による安定的な医療費助成体制の維持
---	---------------------------------

(2) 相談支援

①	訪問相談や訪問診療等の充実による難病患者及び家族支援体制の強化
②	医療・福祉等各関係機関同士の連携強化による在宅療養生活体制づくりの推進
③	対象疾病の拡大等に対応した相談支援体制の充実
④	公共職業安定所等の関係機関との連携による就労支援の強化

(3) 医療提供体制

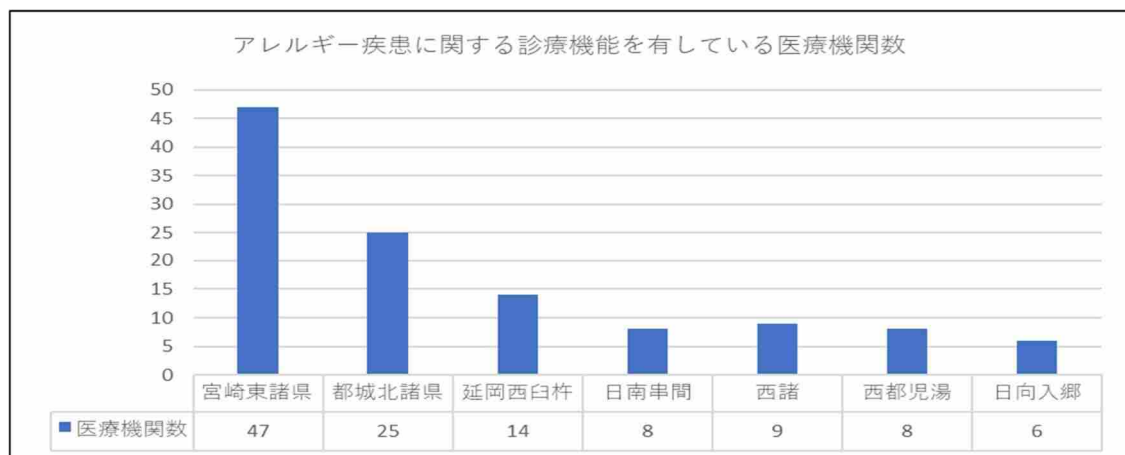
①	難病患者に対し、早期に正しい診断ができる体制整備の促進
②	分野別拠点病院、協力病院の拡大等による医療提供体制の充実
③	小児期と成人期の医療従事者間の連携強化

5

アレルギー疾患対策

1. 現 状

- アレルギー疾患対策基本法(平成27年(2015年)12月25日施行)により、アレルギー疾患を有する者が、その居住する地域に関わらず、その状態に応じて適切なアレルギー疾患医療の提供を受けることができるよう、アレルギー疾患医療提供体制の整備によるアレルギー疾患の質の向上が求められています。
- 公益財団法人日本学校保健会の調査(令和4年(2022年))によると、食物アレルギーがある児童生徒が増加していることが判明し、アナフィラキシーに対する緊急対応が求められる機会が、家庭・保育・教育・医療機関等で増えています。
- 県はアレルギー疾患医療の中心的な役割を担うアレルギー疾患医療拠点病院として宮崎大学医学部附属病院を指定しています。



(出典：みやざき医療ナビ)

2. 課 題

- 県民がアレルギーに関する正しい知識を身につけるなど、患者やその家族、地域住民への適切な医療に関する啓発が必要です。
- アレルギー疾患を有する者への対応が求められることの多い医療従事者の知識及び技能の向上をはじめ、保健・医療・福祉・教育等の関係者に対し、講習を行うなど、人材育成の取組が必要です。

3. 施策の方向

①	広報誌や SNS 等を活用した県民へのアレルギーに対する知識・理解の普及啓発
②	アレルギー疾患医療に携わる医療従事者や、保健・医療・福祉・教育等の関係者の資質の向上に向けた取組の推進

6

歯科保健対策

1. 現 状

(1) ライフステージに応じた歯科保健対策の推進

＜乳幼児・学齢期＞

- 令和3年度(2021年度)における本県のむし歯有病者率は、3歳児(15.3%)、中学生(37.6%)と乳幼児期・学齢期におけるむし歯有病者率は年々減少傾向にありますが、全国平均と比較して高い状況にあります。
- 令和4年度(2022年度)の小学校におけるフッ化物洗口実施率は77.7%で年々増加傾向にあるものの、すべての期間中断した施設を除いた実施率は55.4%であり、コロナ禍における歯科保健活動への影響が考えられます。
また、市町村別に見ると9市町村がフッ化物洗口未実施であり、市町村の取組に差が見られます。

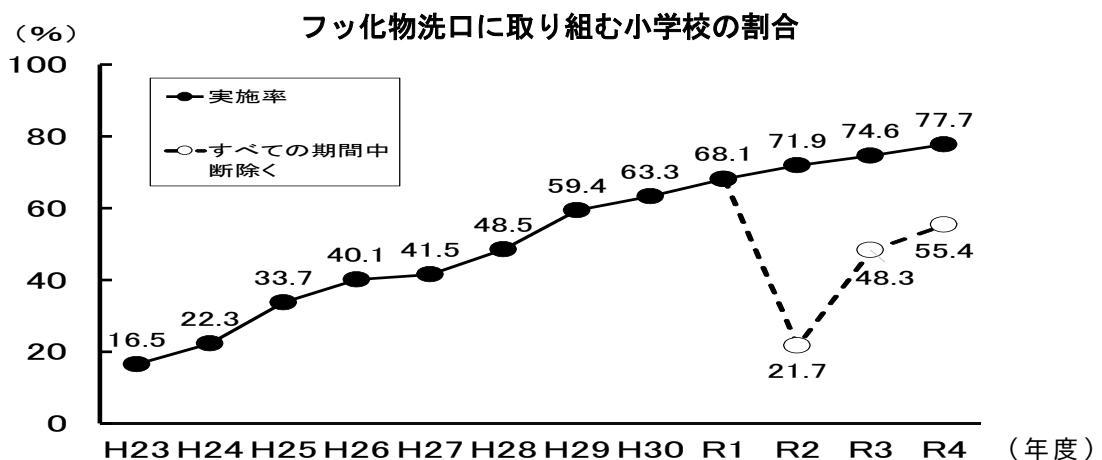
幼児・児童・生徒のむし歯有病者率の推移

(単位: %)

年度		H12(2000)	H17(2005)	H22(2010)	H27(2015)	R2(2020)	R3(2021)
1歳6か月児	宮崎県	6.1	5.2	3.0	1.6	1.3	1.06
	全 国	4.1	3.1	2.3	1.8	1.1	0.81
3歳児	宮崎県	52.2	42.3	32.5	24.4	17.3	15.3
	全 国	35.2	28.0	21.5	17.0	11.8	10.2
小学生	宮崎県	84.8	78.4	65.1	57.1	49.1	49.0
	全 国	77.9	68.2	59.6	50.8	40.2	39.0
中学生	宮崎県	83.7	71.4	60.7	48.7	37.2	37.6
	全 国	76.8	62.7	50.6	40.5	32.2	30.4
高校生	宮崎県	93.0	81.1	66.1	58.3	53.9	50.9
	全 国	85.0	72.8	60.0	52.5	41.7	39.8

(出典：厚生労働省「歯科健康診査実施状況報告」、文部科学省「学校保健統計調査」)

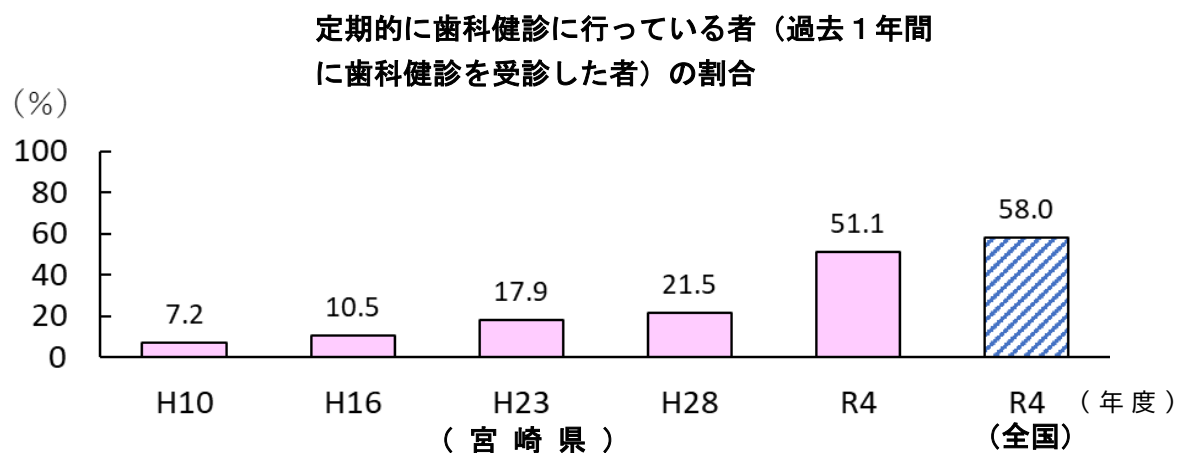
(注)むし歯有病者率は、各区分における者のうち1本以上のむし歯(未処置歯、処置歯、むし歯による喪失歯)をもつ者の割合。小学生、中学生、高校生のデータは全学年の平均値。



(出典：宮崎県「宮崎県の歯科保健の状況」)

＜成人期・高齢期＞

- 歯の喪失予防に効果的な定期歯科健診に行っている者の割合は令和4年度(2022年度)51.1%と増加し、全国値に近づいてきています。
- 80歳で20本以上自分の歯を有する者の割合は令和4年度(2022年度)42.2%と増加しています。



8020 達成者の割合 (単位：%)

年度	H23(2011)	H28(2016)	R4(2022)
80歳で20本以上自分の歯を有する者	25.3	33.6	42.2

(出典：宮崎県「県民健康・栄養調査」、厚生労働省「歯科疾患実態調査」)

2. 歯科医療体制等

(1) 歯科医療体制

- 県内における歯科診療所及び歯科関係の診療科を標榜する病院は509施設(令和4年(2022年)4月1日現在)あります。このうち、在宅歯科診療を実施している歯科医療機関は139施設で、全体の27.3%となっています。

在宅歯科診療を行っている歯科医療機関の割合 (単位：%)

年度	H28(2016)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)
在宅歯科診療を行っている歯科医療機関の割合	27.7	29.2	27.1	27.3

(出典：宮崎県歯科医師会調査)

(2) 支援が必要な方への歯科保健対策

- 宮崎市郡歯科医師会立の「宮崎歯科福祉センター」では、全身麻酔法や静脈内鎮静法による歯科治療に対応しており、県内全域の知的障がい児者や自閉症等の方の診療を行い、受入件数は年々増加し、年間延べ1万人を超えています。

宮崎歯科福祉センターの患者数の推移

(単位:人)

年度	H14(2002)	H15(2003)	H16(2004)	H17(2005)	H22(2010)	H27(2015)	R2(2020)	R3(2021)
延患者数	868	3,641	5,138	5,473	6,823	10,829	11,229	12,089
うち全身麻酔法	3	23	24	23	38	61	55	61
静脈内鎮静法					129	203	204	214

(3) 医科歯科連携の推進

- がん患者等への医科歯科連携を推進するため、県内4か所に調整窓口を設置し、病院と歯科診療所との連絡調整等を行っています。

(4) その他

- 歯科医師会による在宅当番制により、宮崎地区、都城地区、延岡地区及び日向地区において、休祝日等の昼間の歯科診療を実施しています。
また、県歯科医師会の協力を得ながら、歯科医師会・歯科衛生士会等の関係団体との連携を図った災害時の歯科保健対策研修会の開催や巡回診療車を利用した無歯科医地区巡回診療を実施しています。

3. 課 題

(1) ライフステージに応じた歯科保健対策

- 乳幼児期は、歯みがきや食習慣など基本的な歯科保健習慣を身につける大事な時期であるため、保護者の歯科保健への正しい知識・理解の普及啓発が重要です。
- 学齢期は、乳歯から永久歯に生えかわるため、生涯を通じたむし歯予防の中で最も重要な時期であることから、児童・生徒への歯科保健に対する意識の向上やむし歯予防に効果的なフッ化物洗口の更なる推進が求められます。
- 成人期は、社会や家庭の中での役割が大きくなり、体力的にも安定していることから、歯科健診の機会が遠のく時期であるため、事業所等と連携した歯科保健の取組を推進していく必要があります。
- 高齢期は、唾液の分泌の減少や口の周りの筋肉の衰えなどにより、自浄作用が低下して、歯周病やむし歯になりやすい時期であることから、介護予防等の取組と併せた口腔機能の維持・向上の取組が今後ますます重要になります。

(2) 支援が必要な方への歯科保健対策

- 通院が困難な障がい児者や要介護者に対する歯科診療・口腔ケアは、誤嚥性肺炎の予防や摂食・嚥下機能低下の予防にもつながるため、在宅歯科診療の充実が求められます。
また、障がい児者の継続的な診療体制を維持するため、全身麻酔を行うことができる歯科医師等の確保が課題となっています。

(3) 医科歯科連携の推進

- がん患者等の周術期に口腔ケアを行うことで、術後肺炎などの感染症予防や口腔合併症のリスク軽減などの効果が期待できるため、早期に医科と歯科が連携できる体制を整備することが重要です。

(4) 災害時の歯科保健医療体制の整備

- 大規模災害による避難所での生活は、疲労やストレスに伴う免疫力低下により、歯肉の炎症等が起こりやすくなるため、平時からオーラルフレイル予防を含む災害時における歯・口腔の健康保持に関する普及啓発をする必要があります。

4. 施策の方向

(1) ライフステージ等に応じた歯科保健対策

①	むし歯や歯周病等に関する正しい知識の普及啓発やフッ化物の応用の推進
②	事業所が行う歯科健診、妊婦歯科健診の推進など定期的な歯科健診受診の推進
③	口腔ケア等に係る研修会の実施など地域における人材の確保・育成

(2) 支援が必要な方への歯科保健対策

①	定期的な歯科健診または歯科医療を受けることが困難な障がい児者、要介護者等に対する在宅を含めた診療体制の整備
②	障がい児者、要介護者等の口腔機能の維持・向上等のための歯科医師、歯科衛生士の養成

(3) 医科歯科連携の推進

①	糖尿病等の生活習慣病を有する者、がん患者等に対する周術期管理が必要な者に対する医科歯科連携の推進
②	かかりつけ医による糖尿病患者への歯科受診勧奨など糖尿病治療における医科歯科連携の推進
③	医療従事者への口腔機能管理に関する研修会の実施

(4) 災害時の歯科保健医療体制の整備

①	災害時における歯・口腔の健康の保持の重要性に関する普及啓発
②	避難所等での口腔ケアや巡回診療が速やかに実施できるよう歯科保健医療体制の強化

5. 目 標

指 標	現 状	⇒	目 標
フッ化物洗口に取り組む小学校、中学校の割合	小学校 77.7% 中学校 51.1% (令和4年度)	⇒	小学校 90% 中学校 70% (令和11年度)
過去1年間に歯科健診を受診した者の割合	51.1% (令和4年度)	⇒	65% (令和11年度)
80歳で20本以上の自分の歯を有する人の割合	42.2% (令和4年度)	⇒	50% (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	27.3% (令和4年度)	⇒	40% (令和11年度)

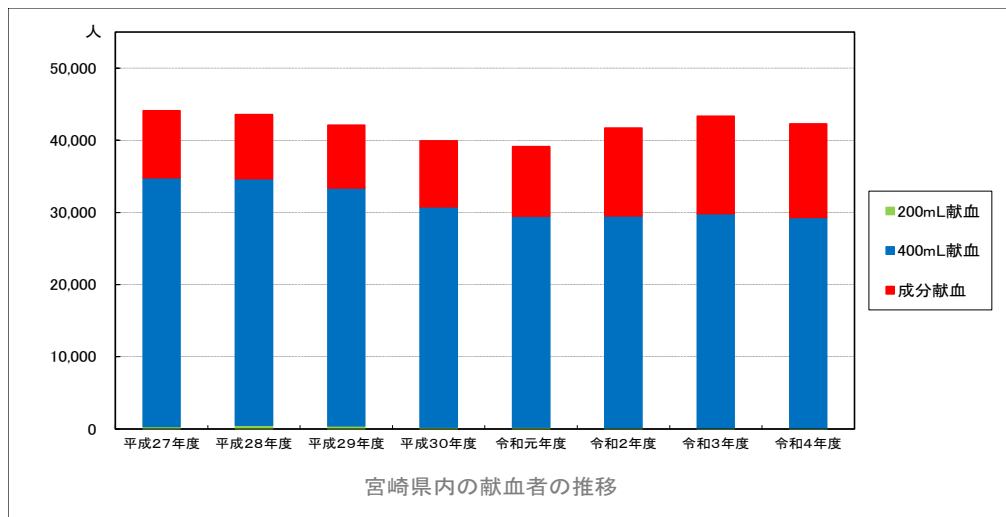
7

血液の安定供給対策

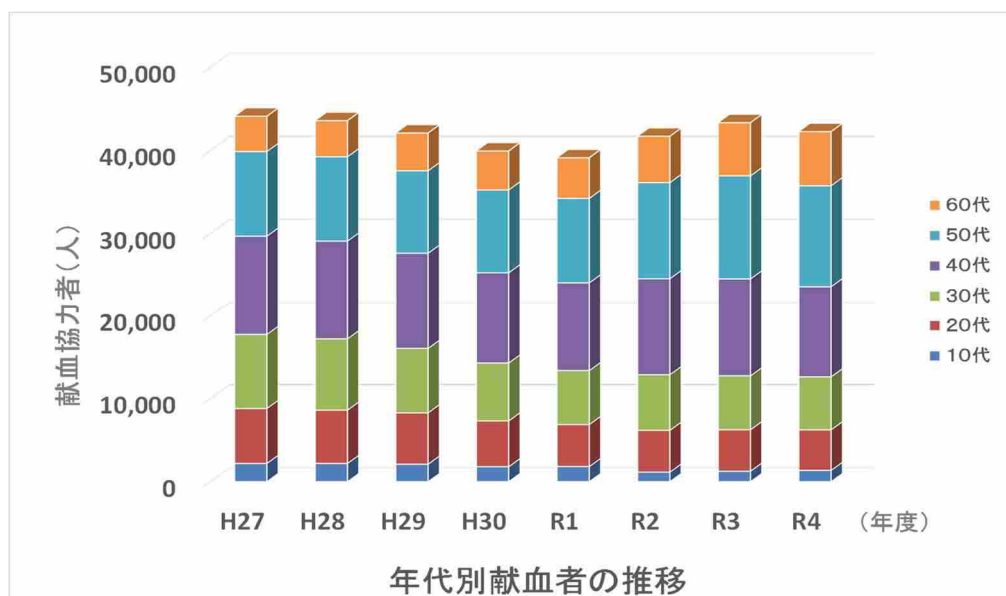
1. 現 状

(1) 献血者数

- 宮崎県における献血者数は、平成27年(2015年)以降減少傾向にありましたが、令和2年度(2020年度)以降は横ばい傾向となっています。
また、献血計画の目標に対する達成状況は90%以上を維持しています。
- 年代別に見ると10代から30代の献血者数は、平成27年(2015年)以降減少しており、全献血者数に占める若い世代の割合が減少しています。
- 令和4年度(2022年度)の本県の献血率(総献血者数/人口)は6.4%となっており、全国平均(6.1%)を上回っています。



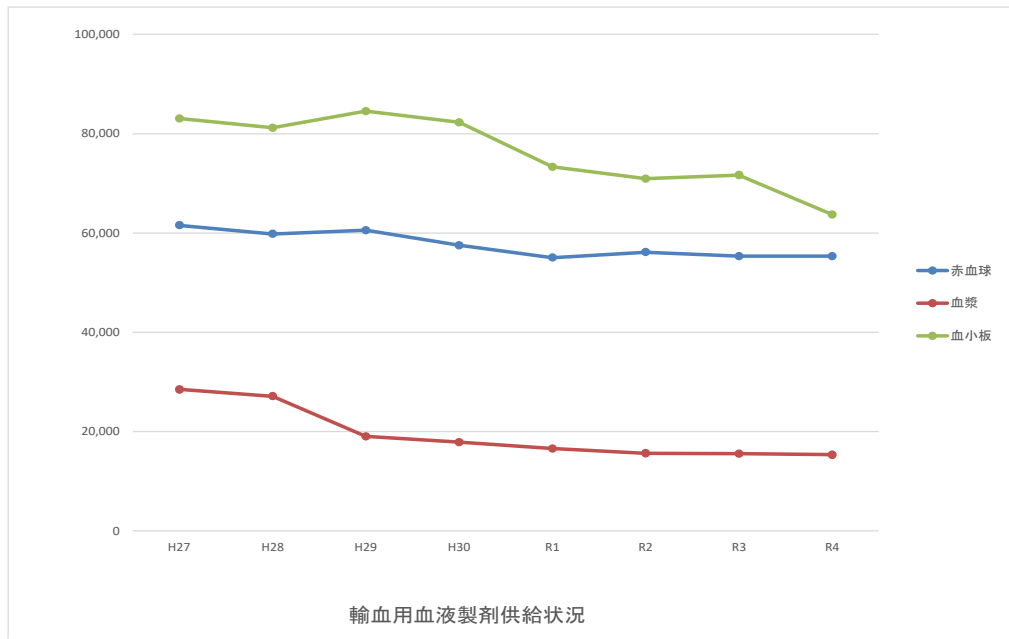
(出典：血液事業概要をもとに宮崎県業務対策課作成)



(出典：血液事業概要をもとに宮崎県業務対策課作成)

(2) 輸血用血液製剤の供給量

- 本県における輸血用血液製剤の供給量は、平成27年(2015年)以降、横ばい又は減少傾向にあります。
- 日本赤十字社九州ブロック血液センターにおいて、血液の検査と輸血用血液製剤の製造を一括して行っており、九州ブロックとして効率の良い供給体制が確保されています。



(出典：血液事業概要をもとに宮崎県業務対策課作成)

2. 課題

- 少子化高齢化の進行に伴い、献血可能人口の減少や血液製剤の使用の増加が見込まれるため、将来の献血を支えていただける方、特に若年層に対する対策がこれまで以上に重要となります。
- 血液製剤の安定供給のためには、血液製剤の適正使用を進めることも重要です。



3. 施策の方向

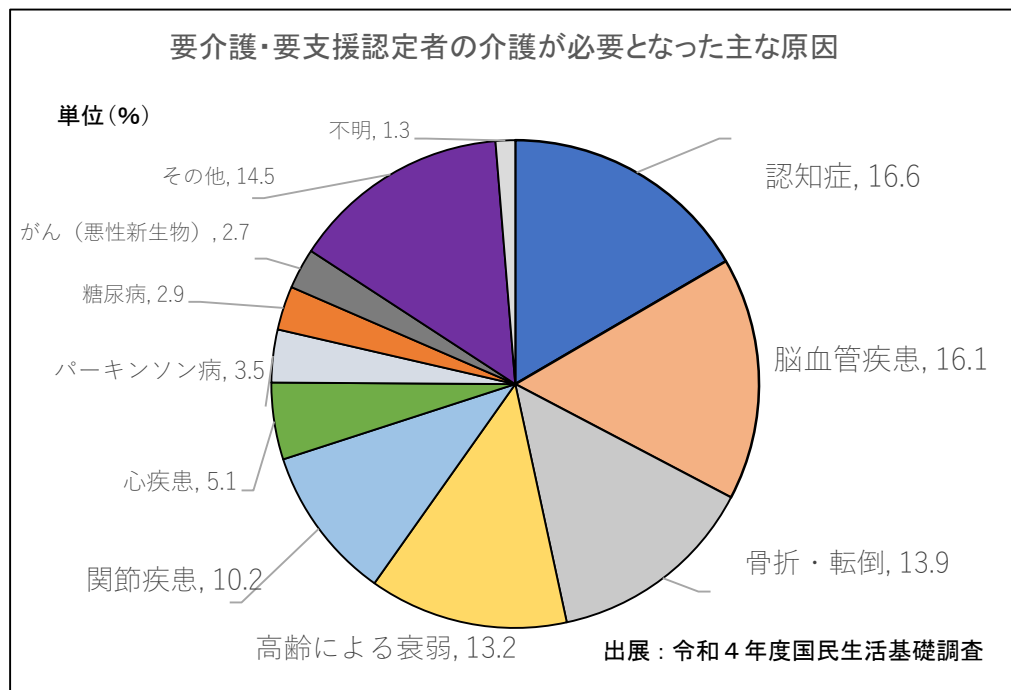
①	「愛の血液助け合い運動」や「はたちの献血」キャンペーン等を活用した県民に対する献血思想の啓発活動の展開
②	献血バスの高校への配車や SNS を活用した広報など若年層献血の推進
③	宮崎県合同輸血療法委員会の開催等を通じた医療機関における血液製剤使用適正化の取組の推進

8

今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

1. 現 状

- 高齢者は、フレイル(虚弱)状態になりやすい傾向を有しているほか、複数の慢性疾患を抱える場合も多いとされています。
- 令和4年(2022年)の国民生活基礎調査において、介護が必要となった主な原因を、要介護・要支援の総数でみると、認知症が16.6%で最も多く、第2位は脳血管疾患(脳卒中)で16.1%となっており、第3位は骨折・転倒で13.9%、次いで高齢による衰弱が13.2%と続いています。
- 市町村においては、高齢者の心身の多様な課題に対応したきめ細かな支援ができるよう、令和2年(2020年)4月から、高齢者を対象とした保健事業と介護保険の介護予防事業を一体的に実施することとされています。



2. 課 題

- 介護が必要となった主な原因をみると、骨折・転倒、高齢による衰弱、関節疾患等があり、5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患(認知症含む))以外の疾患に対しても対策が求められます。
- 市町村は、医療情報、介護情報、健診情報などを総合的に分析して地域の健康課題の把握を行うとともに、高齢者が集う通いの場にも積極的に関与しながら、介護予防・フレイル予防の取組と、保健指導、健康教育、健康相談等の保健事業とを組み合わせ、高齢者のニーズに応じた必要な支援を行うことが求められています。

- また、高齢者自らも、ロコモティブシンドローム(運動器症候群。以下「ロコモ」という。)予防をはじめとする介護予防や健康づくりの知識を持ち、日常生活の中で身体活動が高める取組を継続していくことが重要です。
- 身体機能の低下によって、骨折や転倒を起こしやすくなるため、身体活動の維持・向上や食生活の改善、骨粗鬆症検査の受診などにより、骨粗鬆症を予防していくことが必要です。
- フレイル予防のためには、適切な身体負荷による運動に取り組むことで身体機能の低下を防ぐとともに、食生活の改善を図る取組が必要で。
- 生涯にわたって歯・口腔の健康と機能を保つことは、誤嚥性肺炎やフレイルの予防につながるだけでなく、健康寿命の延伸や QOL(生活の質)の向上に大きく寄与するため、適切な口腔ケアの実施により、歯・口腔の健康状態の保持増進を図ることが重要です。

3. 施策の方向

①	高齢者本人だけでなく、高齢者を取り巻く環境へのアプローチを含めたバランスの取れた介護予防に取り組む市町村に対する支援
②	地域包括支援センター職員を対象とした研修の充実など 地域包括支援センターにおける適正な介護予防ケアマネジメントの推進
③	食生活改善推進員や健康づくり推進員等の活動を通じた生活習慣病予防の推進
④	保健事業と介護予防事業との連携強化による 骨粗鬆症やロコモ予防、フレイル予防等の推進
⑤	8020 運動の推進や医療機関・介護施設等における口腔ケアの普及

フレイル予防のリーフレット



宮崎県健康増進課作成資料

9

慢性腎臓病(CKD)対策

1. 現 状

- 慢性腎臓病(CKD)とは、糖尿病性腎症、腎硬化症を含めた腎臓の働きが徐々に低下していくさまざまな腎臓病を包括した総称です。令和4年度県民健康・栄養調査によると、腎機能低下(eGFR60ml/1.73 m²未満)が認められる40歳から75歳までの割合は、推計で男性16.9%、女性14.3%です。
- 慢性腎臓病(CKD)が進行すると、腎臓の働きを代替するために、透析療法が腎移植が必要となり、本県の新規透析導入患者数を見ると、増減を繰り返しながらも横ばいで推移しています。
- 新規透析導入患者の主要原疾患は、全国と同様に糖尿病性腎症が最多ですが、近年、糖尿病性腎症に加え、腎硬化症が増加傾向です。



(出典：慢性透析患者等の状況調査)

2. 課 題

- 慢性腎臓病(CKD)は糖尿病や高血圧、喫煙といった生活習慣と関連しており、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から、県民に対し、慢性腎臓病(CKD)に関する正しい知識や健診受診の重要性についての啓発が必要です。
- 慢性腎臓病(CKD)の重症化を予防するためには、かかりつけ医への早期受診やかかりつけ医と連携した保健指導、また重症度に応じ専門医と連携した医療提供体制の構築が必要です。

3. 施策の方向

①	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
②	県ホームページ、広報誌や SNS 等を活用した県民への慢性腎臓病（CKD）に対する知識・理解の普及啓発
③	慢性腎臓病（CKD）に携わる医療従事者や保健指導者の質の向上に向けた取組の推進

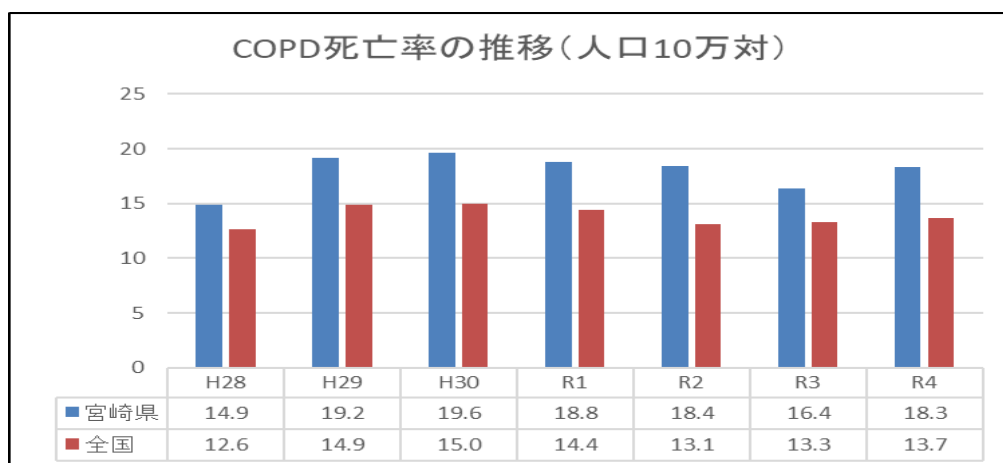
4. 目 標

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	51.5% （令和3年度）	⇒	70.0% （令和11年度）
年間新規透析導入患者数 ※出典：慢性透析患者等の状況調査	478人 （令和4年度）	⇒	400人 （令和11年度）

1. 現 状

- 慢性閉塞性肺疾患※（COPD）の死亡率は、全国平均よりも高い状況です。

※ 肺の炎症性疾患で、咳、痰、息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患



2. 課 題

- 令和4年度県民健康・栄養調査によると、慢性閉塞性肺疾患（COPD）の概念について知る人の割合が半数を下回っており、まずは病気に対する認知を高める必要があります。
- 慢性閉塞性肺疾患（COPD）の原因は、50～80％程度にたばこの煙が関与し、喫煙者の20～50％が発症するとされており、健康づくりの取組として、たばこ対策が必要です。
- 禁煙者や非喫煙者が発症することもあるため、定期的な健康診断や症状出現時の受診勧奨による早期発見、重症化予防が必要です。

3. 施策の方向

①	慢性閉塞性肺疾患（COPD）に関する正しい知識の普及啓発の強化
②	たばこ対策や早期発見に向けた取組

4. 目 標

指 標	現 状	⇒	目 標
慢性閉塞性肺疾患（COPD） 死亡率（人口10万対）	18.3 （令和4年）	⇒	14.7 （令和11年）
喫煙率	男性 24.0% 女性 3.7% （令和4年）	⇒	男性 22.0% 女性 3.2% （令和11年）

第5章 地域医療構想

第1節 総論

- 1 策定の背景
- 2 構想策定の目的と内容
- 3 構想の位置付け
- 4 目標年次
- 5 構想区域
- 6 令和7年(2025年)の医療需要と
病床数の必要量
- 7 病床機能の現状等

第2節 将来予測等

- 1 将来人口
- 2 医療機関の整備状況
- 3 入院受療動向

第3節 病床の機能分化・連携の推進

- 1 推進体制
- 2 推進施策の方向

第1節 総論

1. 策定の背景

- 急速に人口減少や高齢化が進む中、令和7年(2025年)には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となるため、今後、医療や介護を必要とする方が増加し、疾病構造にも変化が生じることから、将来の人口構造に対応した医療提供体制の構築が必要となります。
- 少子化の影響により、15～64歳の生産年齢人口の更なる減少が見込まれる中、医療や介護を支える人材を確保・育成していくことも重要です。
- このような中、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下「医療介護総合確保推進法」という。）の施行により医療法が改正され、都道府県ごとに、地域において将来あるべき医療体制の構築に向けた「地域医療構想」を定めることとなりました。

2. 構想策定の目的と内容

- 地域医療構想は、一般病床及び療養病床について、病床の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとの将来の医療需要と病床数の必要量等を推計し、地域ごとの令和7年(2025年)のあるべき医療提供体制の姿とその実現に必要な施策の方向性を示すもので、主に次の事項を定めます。
 - ・ 構想区域における病床の機能区分ごとの将来(令和7年(2025年))の病床数の必要量
 - ・ 構想区域における将来(2025年)の居宅等における医療需要
 - ・ 地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化及び連携を推進するための施策

3. 構想の位置付け

- 地域医療構想は、医療法第30条の4第2項第7号及び第8号に規定する病床の機能の分化及び連携を推進するためのもので、宮崎県医療計画の一部として平成28年(2016年)10月に策定しました。
- 医療介護総合確保推進法に基づく都道府県計画や介護保険事業支援計画等の関連計画との整合性も図ることとしています。

4. 目標年次

- 令和7年(2025年)を目標年次とします。

5. 構想区域

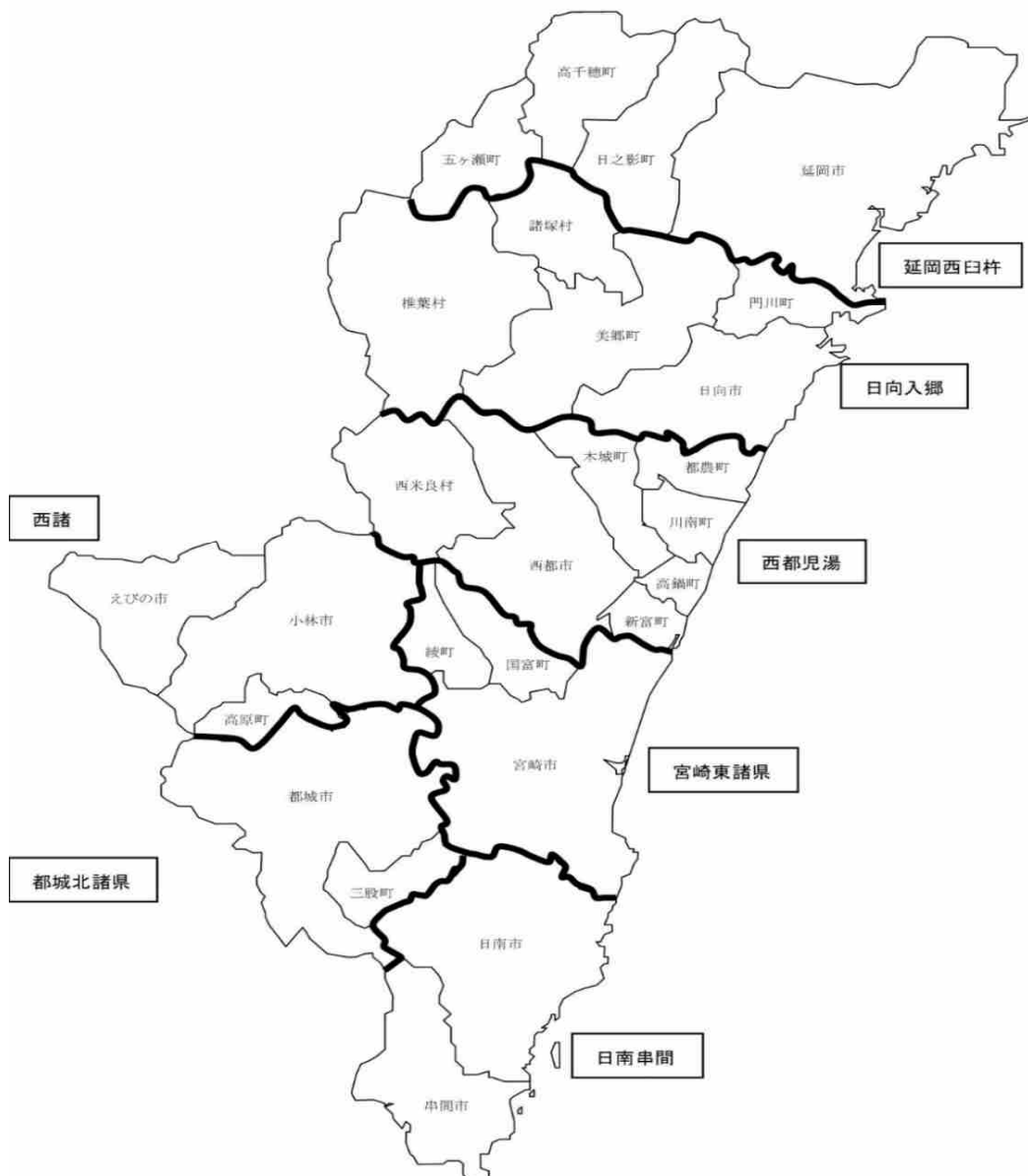
(1) 設定の考え方

- 地域医療構想においては、人口構造の変化や医療の需要動向、医療提供施設の配置状況の見通し等を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を「構想区域」として設定することとされています。

(2) 本県における構想区域

- 構想区域は二次医療圏を基本とした上で、今後の人口構造の変化の見通しや受療動向等を考慮して設定するものであり、本県においては二次医療圏と同じ区域を構想区域として設定しています。

(図) 宮崎県の構想区域



構想区域	構成する市町村
延岡西臼杵	延岡市、高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町
日向入郷	日向市、門川町、諸塚村、椎葉村、美郷町
宮崎東諸県	宮崎市、国富町、綾町
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
日南串間	日南市、串間市
都城北諸県	都城市、三股町
西 諸	小林市、えびの市、高原町

6. 令和7年(2025年)の医療需要と病床数の必要量

(1) 医療需要と病床数の必要量の推計方法

- 医療需要(推計入院患者数)は、病床の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療等)ごとに、法令等に規定される算定式と、厚生労働省の示す構想区域ごとの基礎データをもとに構想区域ごとに推計し、地域の事情を考慮して算出しています。
- 病床機能は、患者に対して行われた1日当たりの診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)等により区分されています。
- 「慢性期」と「在宅医療等」の需要については、「慢性期」で入院している者の一定数が、将来「在宅医療等」で対応することになることを想定して算出しています。
- 「慢性期」の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとします。
- 病床数の必要量は、医療需要を法令で定められた病床稼働率で割り戻して算出しています。(高度急性期 0.75、急性期 0.78、回復期機能 0.09、慢性期機能 0.92)

《4つの病床の機能区分》

高度急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
急性期機能	急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの(高度急性期機能に該当するものを除く。)
回復期機能	急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの(急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL(日常生活における基本的動作を行う能力をいう。)の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。)
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者(長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者、難病患者その他の疾患の患者を含む。)を入院させるもの

《令和7年(2025年)の医療需要の算定式》

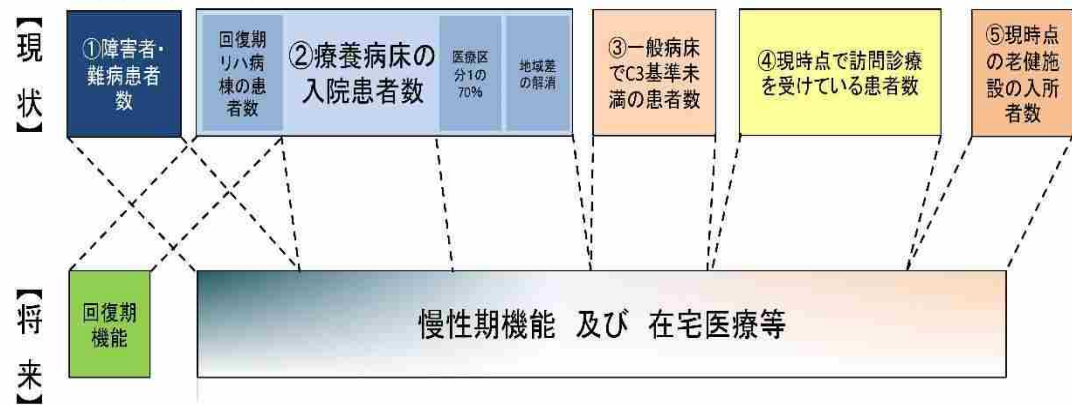
構想区域の令和7年(2025年)の医療需要=[当該構想区域の平成25年度(2013年度)の性・年齢階級別の入院受療率×当該構想区域の令和7年(2025年)の性・年齢階級別推計人口]を総和したもの

《病床の機能別分類の境界点(C1～C3)の考え方》

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重傷者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計します。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計します。

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

《地域の実情に配慮した病床の推計の特例について》

特例の設定：一定の地域は2030年に目標達成を延長可能

- 以下の要件に該当する地域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とする。（当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定める。

【要件】以下の①かつ②に該当する地域（構想区域）

- ① 当該地域の慢性期病床の減少率が、全国中央値（32%）よりも大きい
- ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の32%を下回らないようにする。

※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。（相関係数 0.62）

(2) 病床機能ごとの医療需要の見込み(県全体)

- 令和7年(2025年)の1日当たりの医療需要は、「高度急性期」は749人、「急性期」は2,617人、「回復期」は3,615人、「慢性期」は2,452人となる見込みです。
- 「急性期」と「回復期」は令和12年(2030年)頃まで増加することが見込まれていますが、令和22年(2040年)にはすべての病床機能で減少へ転じる推計となっています。
- 今後は「回復期」の需要が高くなる見通しです。

病床機能ごとの医療需要の見込み(県全体)

単位：人/日

	2013年	2025年	2030年	2040年
高度急性期	737(7.7%)	749(7.9%)	744(7.8%)	700(7.5%)
急性期	2,438(25.5%)	2,617(27.7%)	2,670(27.9%)	2,577(27.7%)
回復期	3,294(34.4%)	3,615(38.3%)	3,725(38.9%)	3,612(38.8%)
慢性期	3,104(32.4%)	2,452(26.0%)	2,446(25.5%)	2,429(26.1%)
合 計	9,573(100%)	9,433(100%)	9,586(100%)	9,317(100%)

(3) 在宅医療等の医療需要の見込み(県全体)

- 在宅医療等の医療需要については、今後ますます増加することが見込まれています。

単位：人/日

	2013年	2025年	2040年
在宅医療等(特例)	11,383.9	14,904.4	14,918.1
(再掲) 在宅医療等のうち訪問診療分	5,604.1	7,025.6	8,266.1

(4) 構想区域ごとの令和7年(2025年)の医療需要

- 構想区域ごとの医療需要については、次のとおりとなります。

令和7年(2025年)における病床機能ごとの医療需要の見込み(構想区域別)

単位：人/日

	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	計
高度急性期	80.8	26.3	418.2	12.9	27.6	163.2	20.0	749.0
急性期	326.1	140.6	1,249.5	118.1	128.2	527.1	127.6	2,617.2
回復期	469.5	314.1	1,191.4	373.6	242.5	665.3	358.3	3,614.8
慢性期	284.3	166.2	884.5	298.0	373.6	256.1	189.5	2,452.4
合計	1,160.8	647.3	3,743.6	802.6	772.0	1,611.7	695.5	9,433.4
在宅医療等	2,033.5	844.6	6,523.8	1,183.7	854.9	2,184.4	1,279.6	14,904.4

(5) 病床機能ごとの病床数の必要量の見込み(県全体)

- 令和7年(2025年)における病床数の必要量は11,037床で、2030年頃まで増加することが見込まれています。

病床機能ごとの病床数の必要量の見込み(県全体)

単位：床

	2016年 (病床機能報告値)	2025年 (必要量)	2030年 (必要量)	2040年 (必要量)
高度急性期	780(4.9%)	999(9.1%)	992(8.8%)	934(8.6%)
急性期	8,270(52.4%)	3,356(30.4%)	3,424(30.5%)	3,304(30.3%)
回復期	1,855(11.8%)	4,017(36.4%)	4,139(36.9%)	4,014(36.9%)
慢性期	4,200(26.6%)	2,666(24.2%)	2,659(23.7%)	2,641(24.2%)
(休棟等)	670(4.2%)			
合 計	15,775(100%)	11,037(100%)	11,213(100%)	10,891(100%)

(6) 各構想区域における令和7年(2025年)の病床の必要量

- 構想区域ごとの病床の必要量については、次のとおりとなります。

令和7年(2025年)における病床機能ごとの病床の必要量の見込み(構想区域別)

単位：床

	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	計
高度急性期	108	36	558	18	37	218	27	999
急性期	418	181	1,602	152	165	676	164	3,356
回復期	522	349	1,324	416	270	740	399	4,017
慢性期	309	181	962	324	407	279	206	2,666
合計	1,357	746	4,445	908	877	1,911	795	11,037

(7) 慢性期特例を適用する場合の令和12年(2030年)における病床数の必要量

- 構想区域の慢性期機能の令和7年(2025年)における病床数の必要量について特例を適用して推計した場合は、令和12年(2030年)における病床数の必要量を併記することとされています。
- 本県においては上記(6)のうち、日南串間構想区域、西諸構想区域、西都児湯構想区域及び日向入郷構想区域が必要な要件を満たしていることから、慢性期について特例を適用して推計値の算定をしています。

令和12年(2030年)における慢性期病床の必要量

単位：床

	日向入郷	西都児湯	日南串間	西諸
慢性期	169	298	343	162

7. 病床機能の現状等

(1) 病床機能報告制度の状況

- 平成26年(2014年)の改正医療法により設けられた病床機能報告制度は、医療機関が有する病床(一般病床・療養病床)において、担っている病床機能を医療機関自らが選択し、病棟単位(看護体制の1単位)を基本として都道府県に報告するものです。
- 病床機能の報告に加えて、構造設備や医療スタッフの配置状況、具体的な医療内容に関する項目等についても報告することとされています。
- 病床機能報告制度に基づき報告された内容は、各構想区域の関係者に提供するとともに、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きます。
- この報告内容をもとに、毎年度、地域医療構想調整会議において、その地域に不足する病床機能への転換状況の把握や構想区域内での関係者間の連携推進に係る協議等に活用しています。

(2) 病床機能報告と将来の病床数の必要量との比較

- 令和4年度(2022年度)の病床機能報告では、高度急性期が811床(5.7%)、急性期が7,217床(50.9%)、回復期が2,272床(16.0%)、慢性期が3,315床(23.4%)となっています。
- 令和4年度(2022年度)の病床機能報告と令和7年(2025年)の病床数の必要量を比較すると、現状では急性期が過剰で、回復期は大きく不足しています。
- 病床数全体では、現状値が約3,100床程度過剰となっています。
- 病床の必要量を超える部分については、病床数自体を削減することを意味するものではなく、超高齢社会に対応するために必要な病床機能を把握し、各地域の関係者による自主的な取組を基本として、地域の事情に即した将来の医療提供体制を構築するために活用することとしています。

病床機能報告値の推移と病床数の必要量との比較(県全体)

単位：床

	2016年 (病床機能報告値)	2019年 (病床機能報告値)	2022年 (病床機能報告値)	2025年 (必要量)
高度急性期	780(4.9%)	845(5.8%)	811(5.7%)	999(9.1%)
急性期	8,270(52.4%)	7,484(51.5%)	7,217(50.9%)	3,356(30.4%)
回復期	1,855(11.8%)	2,165(14.9%)	2,272(16.0%)	4,017(36.4%)
慢性期	4,200(26.6%)	3,642(25.1%)	3,315(23.4%)	2,666(24.2%)
(休棟等)	670(4.2%)	390(2.9%)	557(3.9%)	
合 計	15,775(100%)	14,526(100%)	14,172(100%)	11,037(100%)

《延岡西臼杵》

項 目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 67 床	高度急性期 108 床
	急性期 1,004 床	急性期 418 床
	回復期 333 床	回復期 522 床
	慢性期 463 床	慢性期 309 床
	(休棟等) 40 床	
	計 1,907 床	計 1,357 床
		在宅医療等の必要量 2,033.5 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 3.5 %	高度急性期 8.0 %
	急性期 52.6 %	急性期 30.8 %
	回復期 17.5 %	回復期 38.5 %
	慢性期 24.3 %	慢性期 22.7 %
	(休棟等) 2.1 %	

《日向入郷》

項 目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 0 床	高度急性期 36 床
	急性期 442 床	急性期 181 床
	回復期 241 床	回復期 349 床
	慢性期 179 床	慢性期 181 床
	(休棟等) 38 床	
	計 900 床	計 746 床
		在宅医療等の必要量 844.6 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 0.0 %	高度急性期 4.8 %
	急性期 49.1 %	急性期 24.2 %
	回復期 26.8 %	回復期 46.7 %
	慢性期 19.9 %	慢性期 24.2 %
	(休棟等) 4.2 %	

《宮崎東諸県》

項 目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 707 床	高度急性期 558 床
	急性期 2,501 床	急性期 1,602 床
	回復期 823 床	回復期 1,324 床
	慢性期 1,027 床	慢性期 962 床
	(休棟等) 146 床	
	計 5,204 床	計 4,445 床
		在宅医療等の必要量 6,523.8 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 13.6 %	高度急性期 12.6 %
	急性期 48.1 %	急性期 36.0 %
	回復期 15.8 %	回復期 29.8 %
	慢性期 19.7 %	慢性期 21.6 %
	(休棟等) 2.8 %	

《西都児湯》

項 目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 0 床	高度急性期 18 床
	急性期 475 床	急性期 152 床
	回復期 115 床	回復期 416 床
	慢性期 487 床	慢性期 324 床
	(休棟等) 45 床	
	計 1,122 床	計 908 床
		在宅医療等の必要量 1,183.7 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 0.0 %	高度急性期 2.0 %
	急性期 42.3 %	急性期 16.7 %
	回復期 10.2 %	回復期 45.7 %
	慢性期 43.4 %	慢性期 35.6 %
	(休棟等) 4.0 %	

《日南串間》

項 目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 4 床	高度急性期 37 床
	急性期 497 床	急性期 165 床
	回復期 120 床	回復期 270 床
	慢性期 505 床	慢性期 407 床
	(休棟等) 61 床	
	計 1,187 床	計 877 床
		在宅医療等の必要量 854.9 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 0.3 %	高度急性期 4.2 %
	急性期 41.9 %	急性期 18.8 %
	回復期 10.1 %	回復期 30.7 %
	慢性期 42.5 %	慢性期 46.3 %
	(休棟等) 5.1 %	

《都城北諸県》

項 目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 33 床	高度急性期 218 床
	急性期 1,816 床	急性期 676 床
	回復期 384 床	回復期 740 床
	慢性期 353 床	慢性期 279 床
	(休棟等) 177 床	
	計 2,763 床	計 1,911 床
		在宅医療等の必要量 2,184.4 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 1.2 %	高度急性期 11.4 %
	急性期 65.7 %	急性期 35.3 %
	回復期 13.9 %	回復期 38.7 %
	慢性期 12.8 %	慢性期 14.6 %
	(休棟等) 6.4 %	

第5章 地域医療構想

《西諸》

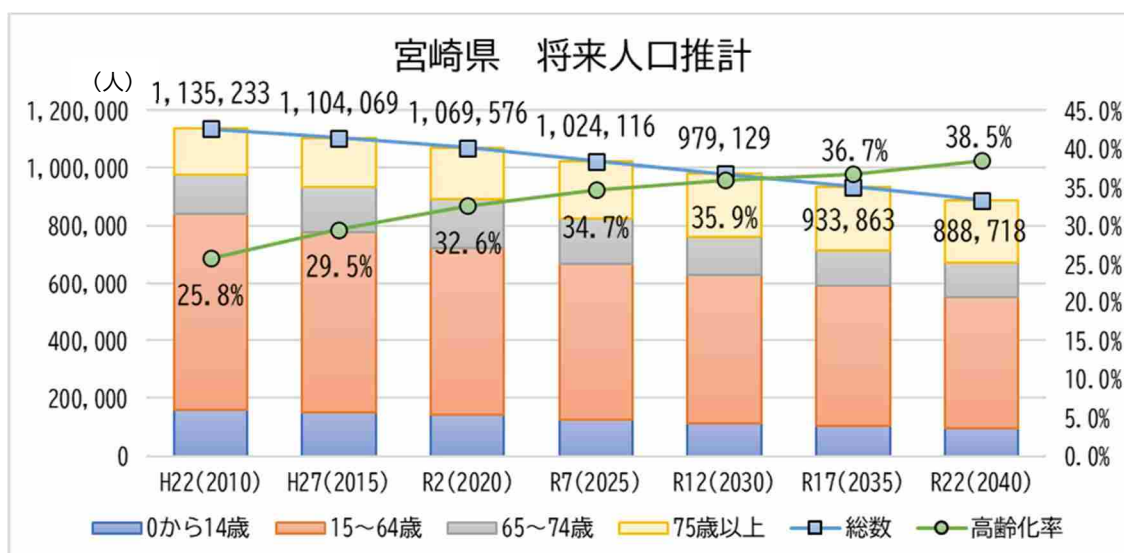
項 目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 0 床	高度急性期 27 床
	急性期 482 床	急性期 164 床
	回復期 256 床	回復期 399 床
	慢性期 301 床	慢性期 206 床
	(休棟等) 50 床	
	計 1,089 床	計 795 床
		在宅医療等の必要量 1,279.6 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 0.0 %	高度急性期 3.4 %
	急性期 44.3 %	急性期 20.6 %
	回復期 23.5 %	回復期 50.1 %
	慢性期 27.6 %	慢性期 25.9 %
	(休棟等) 4.6 %	

第2節 将来予測等

1. 将来人口

(1) 県全体の将来人口等

- 本県の人口は令和7年(2025年)には約102万人、令和22年(2040年)には約89万人となり、今後ますます人口減少が進む見通しです。
- 年齢構成別にみると、0～14歳の年少人口と15～64歳の生産年齢人口は経年的に減少していく一方で、65歳以上の高齢者人口は、令和7年(2025年)頃にピークを迎え、その後減少に転じると推計されています。
- 令和7年(2025年)以降、高齢者人口は減少に転じますが、高齢化率は増加を続け、令和22年(2040年)には38.5%にまで増加すると推計されています。



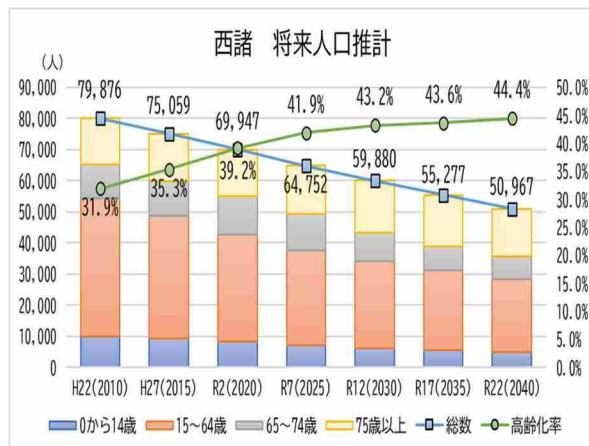
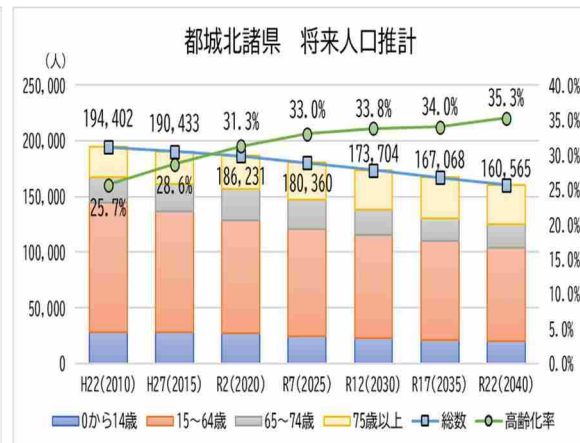
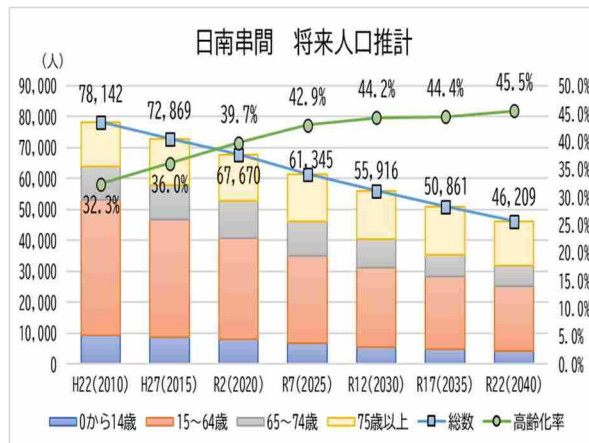
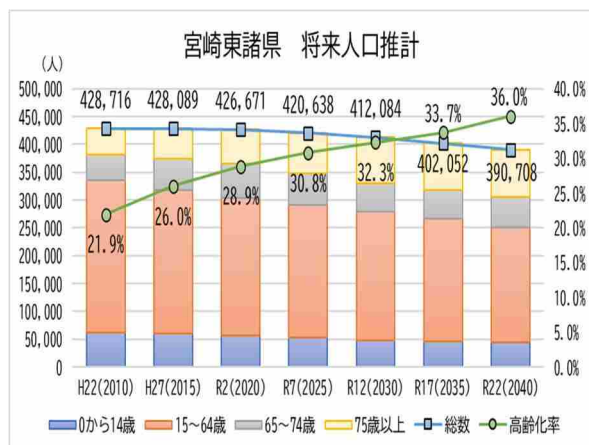
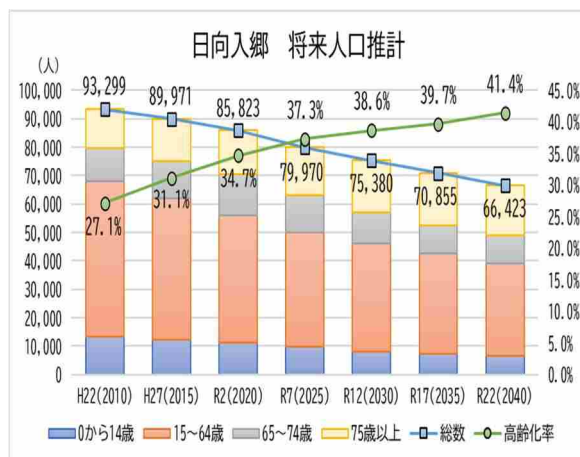
(出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」)

※以下構想区域別将来人口推計も同じ。

(2) 構想区域ごとの将来人口等

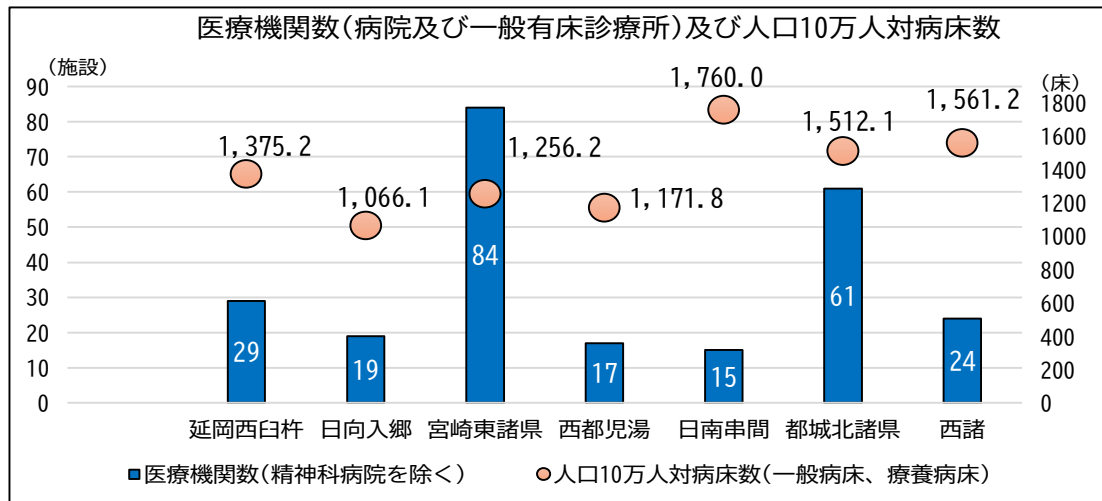
- 構想区域ごとの人口を見ると、令和2年(2020年)時点では、宮崎東諸県構想区域が最大で約43万人となっており、県人口全体の約4割を占めています。
- 各構想区域の将来人口を見ると、宮崎東諸県構想区域や都城北諸県構想区域は比較的緩やかな減少傾向にある一方で、その他の構想区域は急激に減少していくことが見込まれています。
- 全ての構想区域において高齢化が進行する見通しであり、特に日南串間構想区域と西諸構想区域では、令和7年(2025年)に高齢化率が40%を超え、他の構想区域よりも高齢化の進行速度が速い傾向にあります。
- 構想区域の設定に関しては、人口減少や人口構造の変化を考慮しながら、今後も継続して検討していく必要があります。

第5章 地域医療構想



2. 医療機関の整備状況

- 構想区域別の医療機関(精神科病院を除く病院及び一般有床診療所)数では、宮崎東諸県構想区域が84施設と一番多く、全体の約34%を占めています。一方、医療機関数が一番少ない構想区域は日南串間構想区域で15施設となっています。
- 人口10万人対病床数では、日南串間構想区域が1,760.0床と一番高くなっており、一番低い構想区域は日向入郷構想区域で1,066.1床となっています。

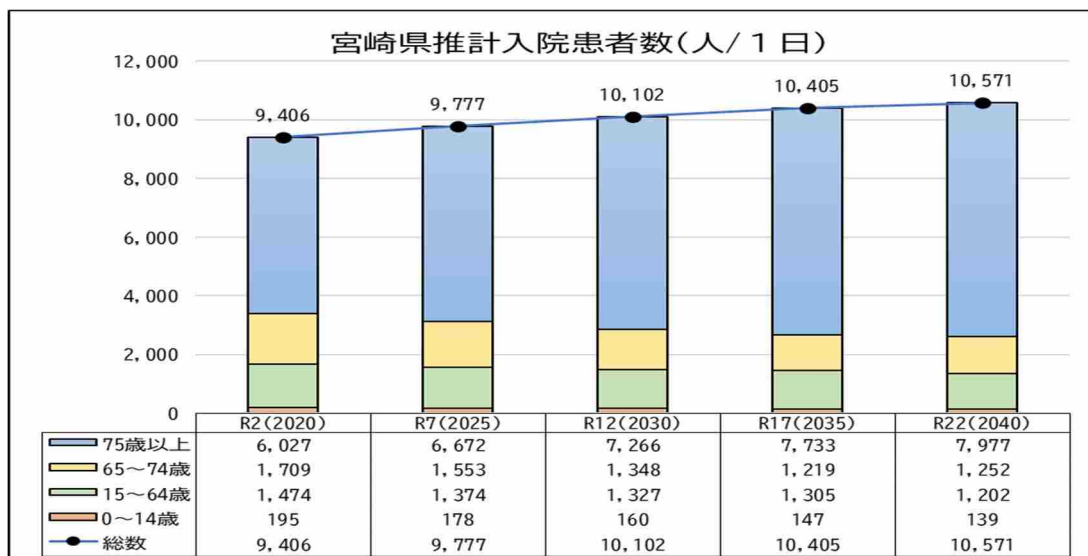


(出典：厚生労働省「医療施設調査(令和4年)」をもとに宮崎県作成)

3. 入院受療動向

(1) 県全体の入院患者数の現状と将来推計

- 県全体の入院患者の将来推計は、高齢人口の増加に伴い増加傾向にあります。
- 令和12年(2030年)には、推計入院患者数に占める75歳以上の割合が約7割以上となる見通しです。

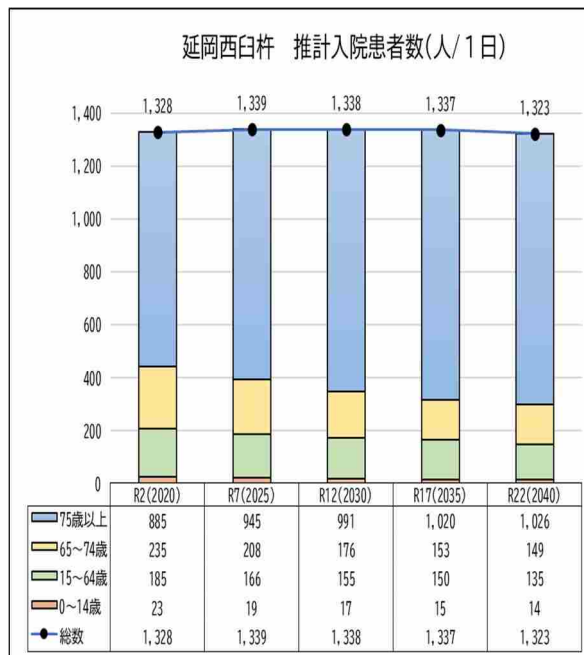


(出典：厚生労働省「令和2年患者調査」をもとに宮崎県独自推計)

※ 精神及び行動の障害を除く入院患者数の推計値。以下、構想区域ごとの推計入院患者数も同じ。

(2) 各構想区域の入院患者の現状と将来推計

- 日南串間と西諸構想区域の推計入院患者数はすでに減少局面にあるものの、令和7年(2025年)には75歳以上の入院患者が全体の7割を超えることが見込まれています。
- 延岡西臼杵と西都児湯構想区域の推計入院患者数は、概ね横ばいで推移する見通しです。
- 宮崎東諸県、都城北諸県、日向入郷構想区域の推計入院患者数は当面増加する見通しですが、特に宮崎東諸県構想区域は他の圏域と比べて推計患者数の増加率が大きく、令和17年(2040年)には、1日あたり4,000人以上の入院患者が見込まれています。



第5章 地域医療構想



(3) 構想区域別入院受療状況

- 構想区域別の入院医療動向を見ると、延岡西臼杵、宮崎東諸県、日南串間、都城北諸県構想区域では完結率(居住地に所在する医療機関に入院している割合)が8割以上となっている一方で、日向入郷、西都児湯構想区域の完結率は6割台となっています。
- 宮崎東諸県構想区域には県下全域からの流入が見られ、特に西都児湯、日向入郷構想区域から多く流入しています。
- 日向入郷構想区域では、主に延岡西臼杵や宮崎東諸県構想区域の2地域への流出が確認できます。
- 西都児湯構想区域では、3割以上が宮崎東諸県構想区域に流出していることが分かります。
- 西諸構想区域では、主に宮崎東諸県、都城北諸県構想区域の2地域へ流出しています。

第5章 地域医療構想

病院の一般病床及び療養病床の流出患者の状況【再掲】

患者住所	医療機関所在地								総計	流出率
	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	県外		
延岡西臼杵	82.5%	1.6%	5.8%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%	7.7%	100.0%	17.5%
日向入郷	14.7%	67.6%	11.2%	4.7%	0.3%	0.1%	0.0%	1.3%	100.0%	32.4%
宮崎東諸県	0.0%	0.0%	95.2%	1.5%	0.3%	0.4%	1.2%	1.3%	100.0%	4.8%
西都児湯	0.6%	1.4%	32.7%	62.8%	0.3%	0.4%	0.3%	1.4%	100.0%	37.2%
日南串間	0.0%	0.0%	8.0%	0.1%	86.2%	1.4%	0.3%	4.0%	100.0%	13.8%
都城北諸県	0.0%	0.0%	8.4%	0.8%	0.6%	81.1%	1.8%	7.3%	100.0%	18.9%
西諸	0.1%	0.0%	9.6%	0.1%	0.4%	6.4%	76.7%	6.6%	100.0%	23.3%

(出典：宮崎県医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」ほか)

(4) 疾病等の分類別に見た入院受療状況

- 悪性新生物(がんなど)においては、宮崎東諸県構想区域の完結率は99.4%と非常に高くなっている一方、西都児湯構想区域では完結率が2割台と非常に低く、その7割以上が宮崎東諸県構想区域に流出しています。

《悪性新生物における入院受療状況》

		医療機関所在地							合計
		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	
患者住所	延岡西臼杵	84.2%	—	15.8%	—	—	—	—	100%
	日向入郷	35.6%	43.7%	20.7%	—	—	—	—	100%
	宮崎東諸県	—	—	99.4%	—	—	—	0.6%	100%
	西都児湯	—	1.2%	72.1%	25.6%	—	1.2%	—	100%
	日南串間	—	—	20.3%	—	75.0%	4.7%	—	100%
	都城北諸県	—	—	22.1%	—	0.6%	74.7%	2.6%	100%
	西諸	1.5%	—	27.7%	—	—	12.3%	58.5%	100%

(出典：宮崎県医療政策課「令和4年度宮崎県入院患者実態調査」をもとに作成) ※以下同じ。

- 脳血管疾患においては、ほとんどの構想区域で完結率が9割を超えていますが、西都児湯構想区域の完結率は5割台となっており、その3割以上が宮崎東諸県構想区域に流出しています。

《脳血管疾患における入院受療状況》

		医療機関所在地							合計
		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	
患者住所	延岡西臼杵	98.1%	1.3%	0.6%	—	—	—	—	100%
	日向入郷	4.3%	94.6%	1.1%	—	—	—	—	100%
	宮崎東諸県	0.2%	—	98.0%	1.0%	—	0.2%	0.5%	100%
	西都児湯	0.7%	6.3%	36.4%	56.6%	—	—	—	100%
	日南串間	—	—	5.1%	—	94.9%	—	—	100%
	都城北諸県	—	—	2.6%	—	—	95.3%	2.1%	100%
	西諸	—	—	4.9%	—	—	—	95.1%	100%

第5章 地域医療構想

- 心血管疾患においては、延岡西臼杵、宮崎東諸県、西諸構想区域で完結率が9割以上となっていますが、西都児湯構想区域の完結率が低く、宮崎東諸県構想区域への流出が多いことが確認できます。

《心血管疾患における入院受療状況》

		医療機関所在地							合計
		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	
患者 住 所 地	延岡西臼杵	90.0%	1.4%	8.6%	—	—	—	—	100%
	日向入郷	3.4%	79.3%	17.2%	—	—	—	—	100%
	宮崎東諸県	—	—	100.0%	—	—	—	—	100%
	西都児湯	—	—	34.7%	65.3%	—	—	—	100%
	日南串間	—	—	11.4%	—	88.6%	—	—	100%
	都城北諸県	—	—	15.6%	—	—	81.3%	3.1%	100%
	西諸	—	—	7.0%	—	—	—	93.0%	100%

※ 「虚血性心疾患」、「その他の心疾患」を集計したもの

- 糖尿病においては、日向入郷構想区域の完結率が6割と一番低く、延岡西臼杵構想区域と宮崎東諸県構想区域にそれぞれ2割が流出している状況です。

《糖尿病における入院受療状況》

		医療機関所在地							合計
		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	
患者 住 所 地	延岡西臼杵	100.0%	—	—	—	—	—	0.0%	100%
	日向入郷	20.0%	60.0%	20.0%	—	—	—	0.0%	100%
	宮崎東諸県	—	—	100.0%	—	—	—	0.0%	100%
	西都児湯	5.3%	—	26.3%	68.4%	—	—	0.0%	100%
	日南串間	—	—	5.3%	—	94.7%	—	0.0%	100%
	都城北諸県	—	—	2.9%	—	—	97.1%	0.0%	100%
	西諸	—	—	—	—	—	—	100.0%	100%

- 精神疾患においては、全体的に完結率が8割を超えている一方、西都児湯構想区域では完結率が5割台となっており、その多くが宮崎東諸県構想区域に流出しています。

《精神疾患における入院受療状況》

		医療機関所在地							合計
		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	
患者 住 所 地	延岡西臼杵	87.4%	8.6%	1.2%	2.3%	0.1%	0.4%	—	100%
	日向入郷	6.9%	89.6%	1.4%	2.1%	—	—	—	100%
	宮崎東諸県	—	0.4%	94.7%	2.9%	0.2%	1.5%	0.2%	100%
	西都児湯	1.0%	13.1%	32.3%	52.5%	0.7%	—	0.3%	100%
	日南串間	—	—	4.1%	—	93.0%	2.7%	0.2%	100%
	都城北諸県	—	—	2.3%	1.0%	—	94.8%	1.9%	100%
	西諸	0.3%	—	3.2%	0.3%	—	8.7%	87.5%	100%

第5章 地域医療構想

- 救急医療においては、全体的に構想区域内での救急搬送が8割を超えていますが、西都児湯構想区域の自構想区域内への搬送率は6割台となっており、4割近くが宮崎東諸県構想区域へ搬送されている状況です。

《救急医療における搬送状況》

		搬送先								合計
		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	県外	
搬送元	延岡西臼杵	98.76%	0.92%	0.10%	0.02%	—	—	—	0.20%	100%
	日向入郷	15.80%	82.21%	1.91%	0.08%	—	—	—	—	100%
	宮崎東諸県	—	0.01%	99.69%	0.21%	0.03%	0.04%	0.02%	—	100%
	西都児湯	0.35%	1.75%	36.85%	61.03%	—	—	0.03%	—	100%
	日南串間	—	—	4.65%	—	93.58%	0.19%	0.04%	1.55%	100%
	都城北諸県	—	—	0.90%	—	—	96.35%	1.24%	1.50%	100%
	西諸	—	—	2.89%	—	—	4.49%	89.79%	2.82%	100%

- 小児医療においては、宮崎東諸県構想区域は9割以上の完結率となっていますが、その他の構想区域は流出が多く、宮崎東諸県構想区域への集中が見られます。特に、日向入郷、西都児湯、西諸構想区域の完結率が非常に低くなっていることが確認できます。

《小児医療における入院受療状況》

		医療機関所在地							合計
		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	
患者住所地	延岡西臼杵	53.8%	7.7%	38.5%	—	—	—	—	100%
	日向入郷	31.3%	6.3%	43.8%	12.5%	6.3%	—	—	100%
	宮崎東諸県	—	—	96.8%	—	3.2%	—	—	100%
	西都児湯	7.1%	—	78.6%	7.1%	7.1%	—	—	100%
	日南串間	—	—	33.3%	—	66.7%	—	—	100%
	都城北諸県	—	—	26.3%	—	2.6%	71.1%	—	100%
	西諸	—	—	77.8%	—	—	22.2%	0.0%	100%

※ 0～14歳の入院患者を集計したもの

- 周産期医療においては、延岡西臼杵、宮崎東諸県構想区域で完結率が9割を超えている一方、日向入郷、西諸構想区域の完結率は0%となっており、日向入郷からは延岡西臼杵へ、西諸からは都城北諸県への流出が多く見られます。

《周産期医療における入院受療状況》

		医療機関所在地							合計
		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	
患者住所 地	延岡西臼杵	94.4%	—	5.6%	—	—	—	—	100%
	日向入郷	81.3%	0.0%	12.5%	—	6.3%	—	—	100%
	宮崎東諸県	—	—	96.0%	2.0%	—	2.0%	—	100%
	西都児湯	22.2%	22.2%	33.3%	22.2%	—	—	—	100%
	日南串間	—	—	11.1%	—	77.8%	11.1%	—	100%
	都城北諸県	—	—	14.6%	—	2.1%	83.3%	—	100%
	西諸	—	—	40.0%	—	—	60.0%	0.0%	100%

第3節 病床の機能分化・連携の推進

1. 推進体制

- 構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置しています。
- 地域医療調整会議では、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、地域にふさわしい医療提供体制の構築に向けた議論を深め、医療機関等の自主的な取組を促します。

2. 推進施策の方向

地域にふさわしいバランスのとれた将来の医療提供体制の構築に向けて、地域医療介護総合確保基金を活用し、次のとおり施策の方向性を定めています。

なお、この施策の方向性の下に実施される具体的な事業については、毎年度策定する地域医療介護総合確保基金に係る都道府県計画に記載し、進捗等を管理しています。

(1) 病床の機能分化・連携の推進

- 体制構築のための施策

【主な取組】

①	将来的に不足が見込まれている回復期機能への病床転換に必要となる施設・設備整備の推進
②	がんや急性心筋梗塞、救急医療、周産期医療など構想区域内で完結することが難しい疾病等への対応に必要な施設・設備整備の推進
③	遠隔診療等の医療の ICT 化に係るシステム整備の支援など医療機関同士や医療機関と訪問看護事業所等の連携の推進
④	地域の実情に応じた病床機能の異なる医療機関の役割分担・連携促進



- 人材確保のための施策

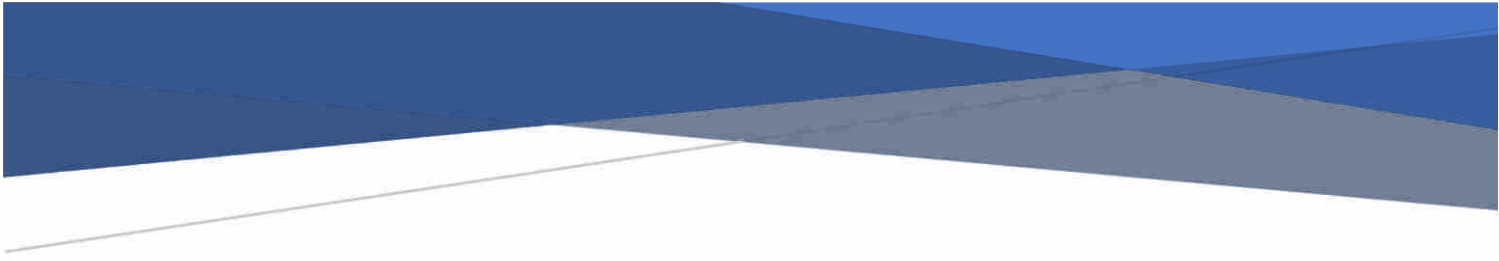
【主な取組】

①	地域の医療介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成
②	在宅医療における必要な連携を担う拠点等と連携した切れ目のない医療と介護を提供するための専門職協議の場の設置、退院及び在宅復帰を支える多職種連携のための研修の実施

(2) 各地域医療構想区域の関係者への支援

【主な取組】

①	病床機能の分化・連携の検討に資するデータ提供による地域で必要とされる病床機能・診療機能の明確化
②	各地域医療調整会議への地域医療構想アドバイザー派遣による議論の促進



第6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6年度(2024年度)から令和8年度(2026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

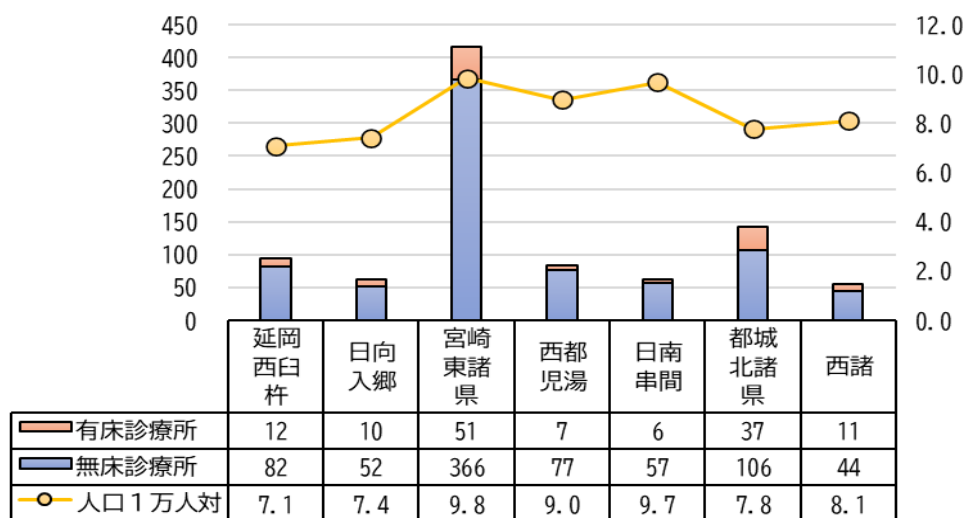
- 令和4年(2022年)における県内の一般診療所数は918施設で、概ね900施設前後を推移していますが、そのうち有床診療所は減少傾向にある一方、無床診療所は増加傾向にあります。
- 県内の一般診療所の設置状況を見ると、人口が最も多い宮崎東諸県医療圏に集中していることがわかります。

一般診療所の推移

	H24(2012)	H25(2013)	H26(2014)	H27(2015)	H28(2016)	H29(2017)	H30(2018)	R1(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)
一般診療所	903	899	891	895	891	884	888	899	894	913	918
有床	205	194	183	176	165	160	158	149	140	136	134
無床	698	705	708	719	726	724	730	750	754	777	784

(出典：厚生労働省「医療施設調査」)

二次医療圏別の医療施設の設置状況(令和4年(2022年))



(出典：厚生労働省「令和4年(2022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895人で、その5割以上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、西諸県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60～64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い傾向があります。

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

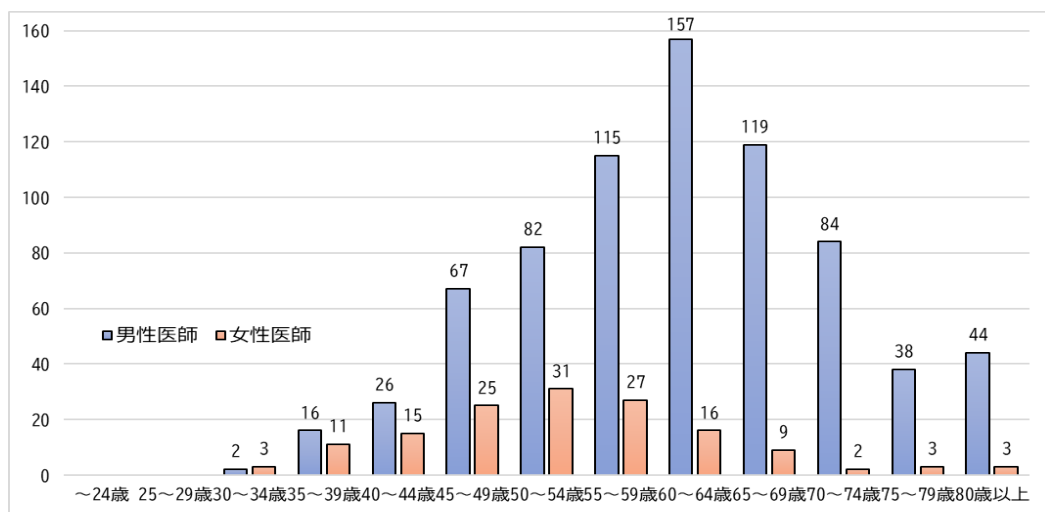
- 今後、医師の高齢化や医師の働き方改革等の影響を考慮しながら、それぞれの地域の特性に応じた外来医療提供体制の構築が求められます。

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	皮膚科	小児科	精神科	外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	産婦人科	その他
延岡西臼杵	91	32	2	3	3	5	1	1	15	8	4	4	13
日向入郷	47	9	4	0	2	4	2	3	7	6	2	4	4
宮崎東諸県	451	141	9	21	25	27	15	13	44	33	24	18	81
西都児湯	61	20	1	4	2	6	1	1	8	5	2	1	10
日南串間	52	23	1	1	2	6	1	3	4	4	2	2	3
都城北諸県	142	42	7	8	4	12	2	9	9	11	7	9	22
西諸	51	21	2	1	1	3	0	4	4	7	3	0	5
県全体	895	288	26	38	39	63	22	34	91	74	44	38	138

(出典：厚生労働省「令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師統計」)

年齢階級別診療所従事医師数



(出典：厚生労働省「令和2年(2020年)医師・歯科医師・薬剤師統計」)

(3) 医療機器の保有状況

- 令和2年(2020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。

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

一般診療所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	放射線治療(体外照射)	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療(体外照射)
延岡西臼杵	14	7	0	5	1	4	1	0	1	0
日向入郷	9	3	0	2	0	4	1	0	0	0
宮崎東諸県	41	21	3	9	5	42	10	2	8	0
西都児湯	9	5	0	2	0	4	3	0	0	0
日南串間	9	6	0	2	1	4	1	0	0	0
都城北諸県	23	12	1	3	3	14	9	0	1	0
西諸	11	7	0	4	0	9	2	0	0	0
県全体	116	61	4	27	10	81	27	2	10	0

(出典：厚生労働省「令和2年(2020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)

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

- 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、全国で統一に算出されています。

外来医師偏在指標の算定式

外来医師偏在指標 =

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

$$(\text{※1}) \text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数}$$

$$\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

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

(※3)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)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	多数区域 (上位33.3%)
全 国	112.2		
県全体	104.5		
延岡西臼杵	85.3	262	
日向入郷	81.5	280	
宮崎東諸県	120.7	56	多数区域
西都児湯	106.3	127	
日南串間	105.8	130	
都城北諸県	92.8	217	
西諸	96.6	191	

(出典：厚生労働省「外来医師偏在指標」)

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

(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」のみ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。

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

紹介受診重点医療機関一覧（令和5年(2023年)8月1日現在）

対象区域	医療機関名
宮崎東諸県	宮崎県立宮崎病院
宮崎東諸県	宮崎大学医学部附属病院
宮崎東諸県	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	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	延岡市郡医師会病院
延岡西臼杵	医療法人伸和会延岡共立病院
延岡西臼杵	宮崎県立延岡病院
日南串間	宮崎県立日南病院
西諸	小林市立病院
西都児湯	医療法人隆徳会鶴田病院

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

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

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 C T (全てのマルチスライスC T及びマルチスライスC T以外のC T)
- ② M R I (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M R I)
- ③ P E T (P E T及びP E T－C T)
- 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。

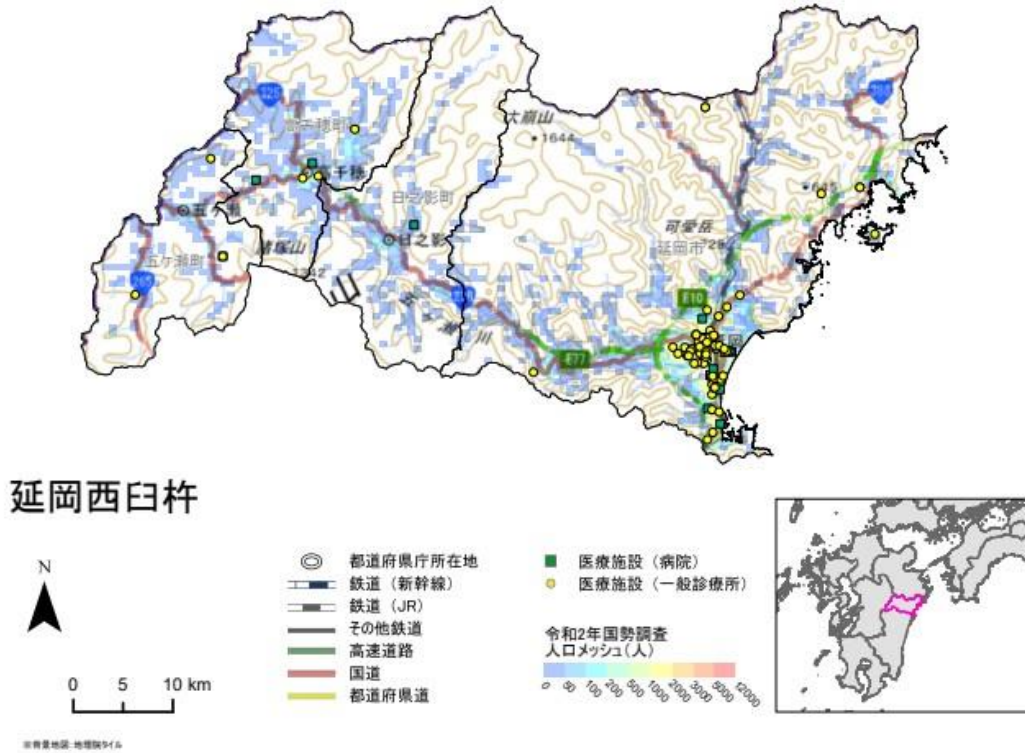
5. 目標

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。

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

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	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
延岡西臼杵	1.4	20	92	165	91	425,640	1,256,216	38	130

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	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
延岡西臼杵	423,591	1,232,917	20	75	7,800	18,742	19	68

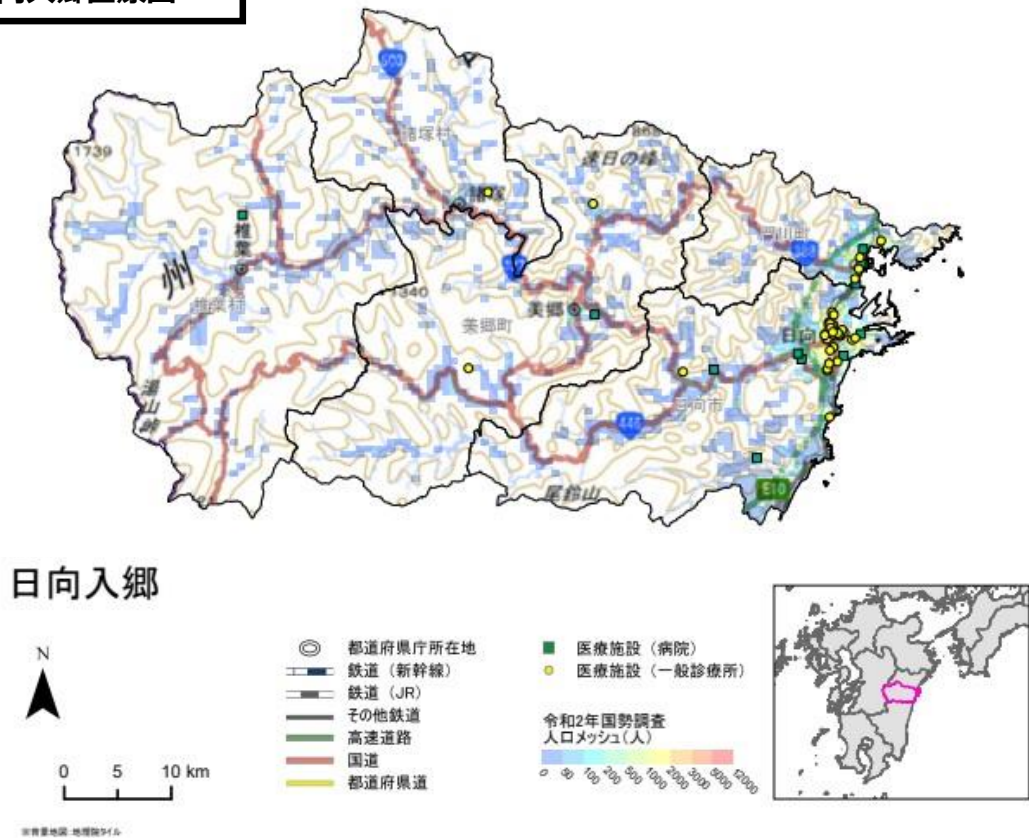
圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数 (病院)	往診患者延数 (一般診療所)	往診実施施設数 (病院)	往診実施施設数 (一般診療所)	在宅患者訪問診 療患者延数 (病院)	在宅患者訪問診 療患者延数 (一般診療所)	在宅患者訪問診 療実施施設数 (病院)	在宅患者訪問診 療実施施設数 (一般診療所)
全国	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
延岡西臼杵	51	1,690	10	33	1,998	21,609	8	22

◎ 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
 産業医 学校医 予防接種 乳幼児健診

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

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	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
日向入郷	0.9	12	61	97	47	336,158	626,139	31	60

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	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
日向入郷	333,510	625,605	13	44	6,132	14,622	13	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	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
日向入郷	185	283	7	12	2,463	251	11	4

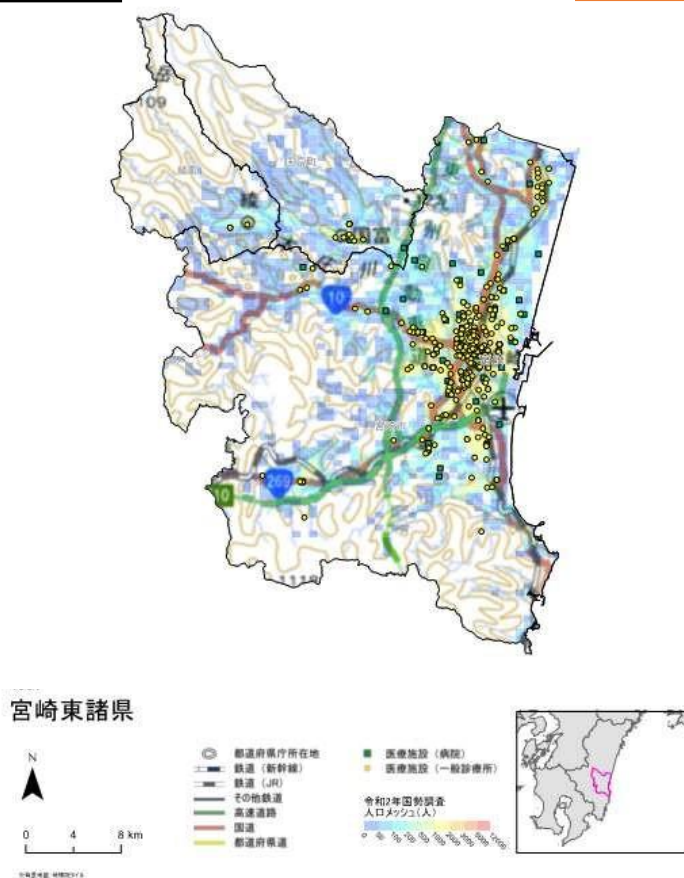
◎ 地域で不足する外来医療機能

在宅医療
産業医

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

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	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
宮崎東諸県	4.3	41	397	1,093	451	1,363,717	4,782,301	77	576

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	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
宮崎東諸県	921	9,905	22	133	8,095	90,481	15	93

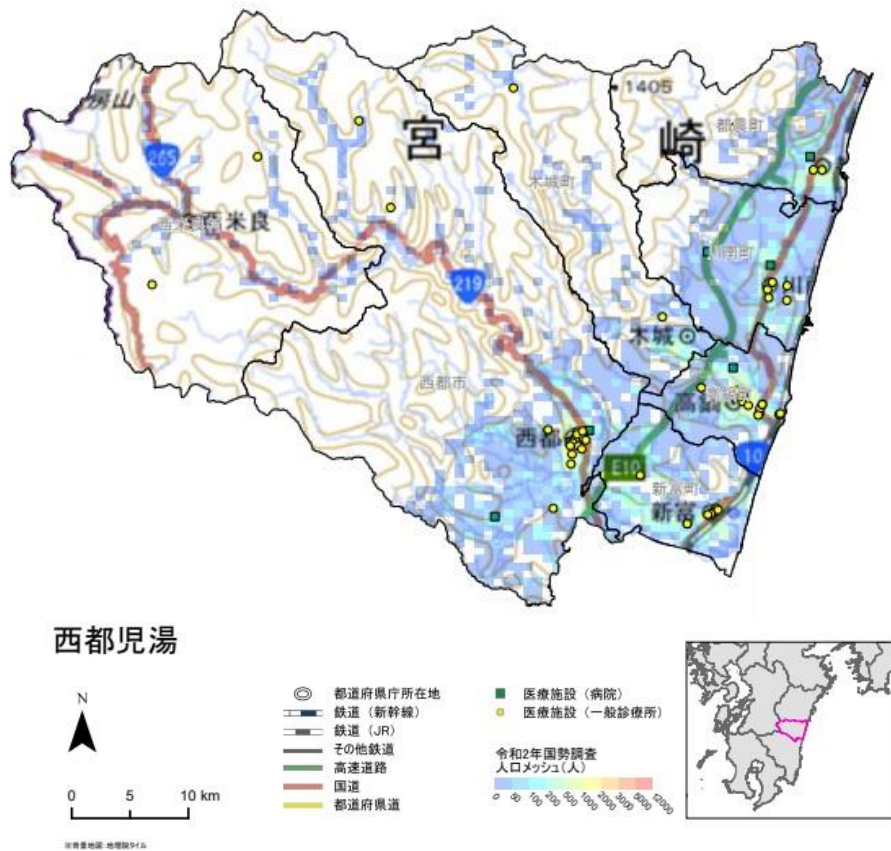
圏域名	通院外来患者延数		通院外来施設数		時間外等外来患者延数		時間外等外来施設数	
	通院外来患者延数(病院)	通院外来患者延数(一般診療所)	通院外来施設数(病院)	通院外来施設数(一般診療所)	時間外等外来患者延数(病院)	時間外等外来患者延数(一般診療所)	時間外等外来施設数(病院)	時間外等外来施設数(一般診療所)
全国	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
宮崎東諸県	1,354,701	4,681,915	40	350	26,981	113,248	40	317

◎ 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
学校医 予防接種 乳幼児健診

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

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	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
西都児湯	1.0	10	81	64	61	258,551	716,632	16	88

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	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
西都児湯	257,436	710,747	10	56	7,275	11,959	10	48

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	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
西都児湯	79	711	3	19	1,036	5,174	3	13

◎ 地域で不足する外来医療機能

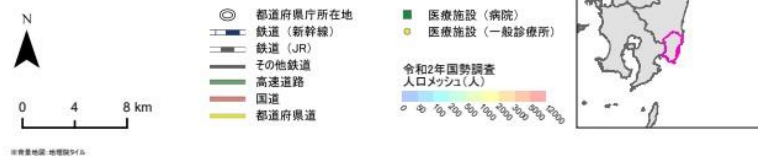
初期救急(在宅当番医)
 在宅医療
 学校医 予防接種 乳幼児健診

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

日南串間医療圏



日南串間



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	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
日南串間	0.7	11	65	107	52	308,957	601,135	25	77

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	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
日南串間	307,660	599,780	13	46	4,152	11,147	12	43

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	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
日南串間	202	385	6	20	1,095	970	6	11

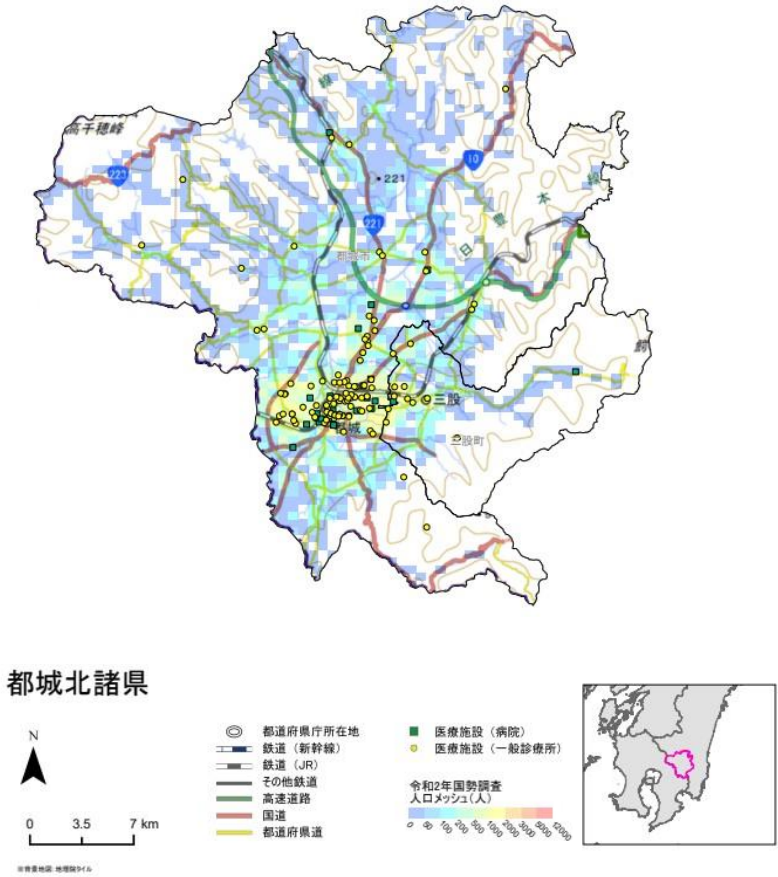
◎ 地域で不足する外来医療機能

初期救急(在宅当番医、休日夜間急患センター)
在宅医療
学校医

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

都城北諸県医療圏

参考資料



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	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
都城北諸県	1.9	28	142	238	142	733,292	1,919,790	46	184

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	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
都城北諸県	731,174	1,897,882	27	108	17,667	58,676	25	100

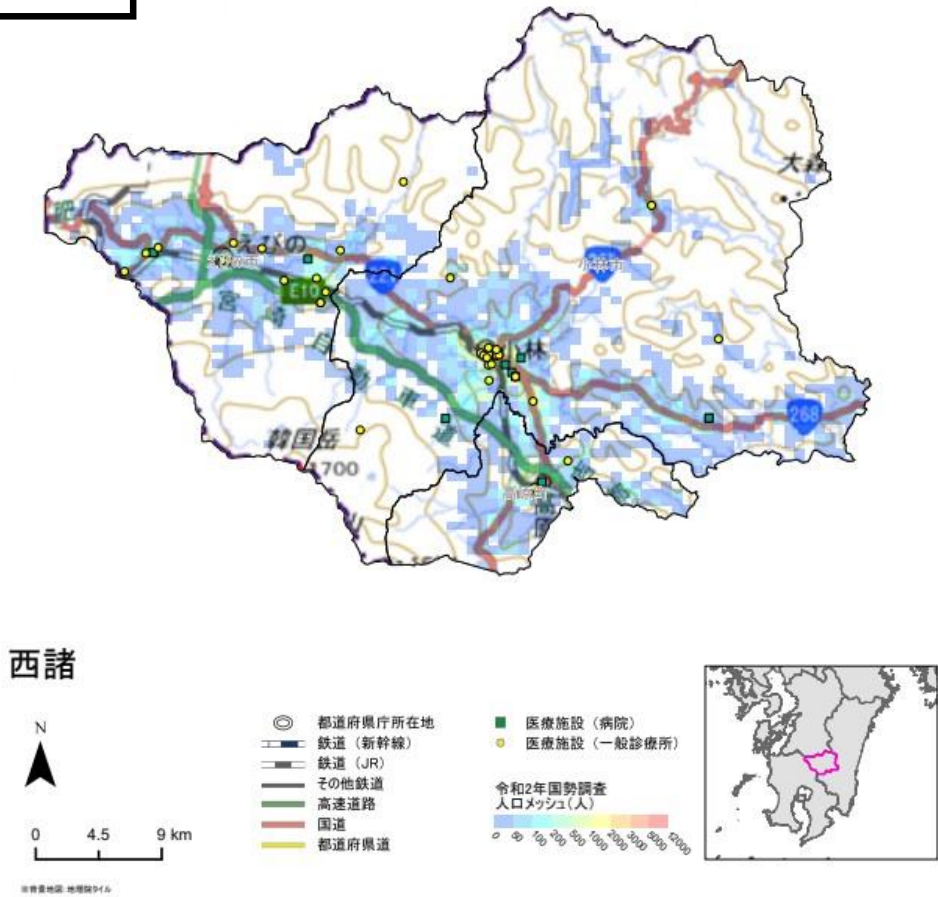
圏域名	往診患者延数		往診実施施設数		在宅患者訪問診療患者延数		在宅患者訪問診療実施施設数	
	往診患者延数 (病院)	往診患者延数 (一般診療所)	往診実施施設 数(病院)	往診実施施設数 (一般診療所)	在宅患者訪問診 療患者延数 (病院)	在宅患者訪問診 療患者延数 (一般診療所)	在宅患者訪問診 療実施施設数 (病院)	在宅患者訪問診 療実施施設数 (一般診療所)
全国	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
都城北諸県	407	1,129	13	50	1,711	20,779	6	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
産業医 学校医 乳幼児健診

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

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	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
西諸	0.7	15	56	74	51	355,952	709,664	30	68

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	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
西諸	349,964	704,604	15	37	7,331	7,786	15	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	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
西諸	500	449	8	17	5,488	4,611	7	14

◎ 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
学校医 予防接種 乳幼児健診

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

(参考) 県内二次医療圏の状況

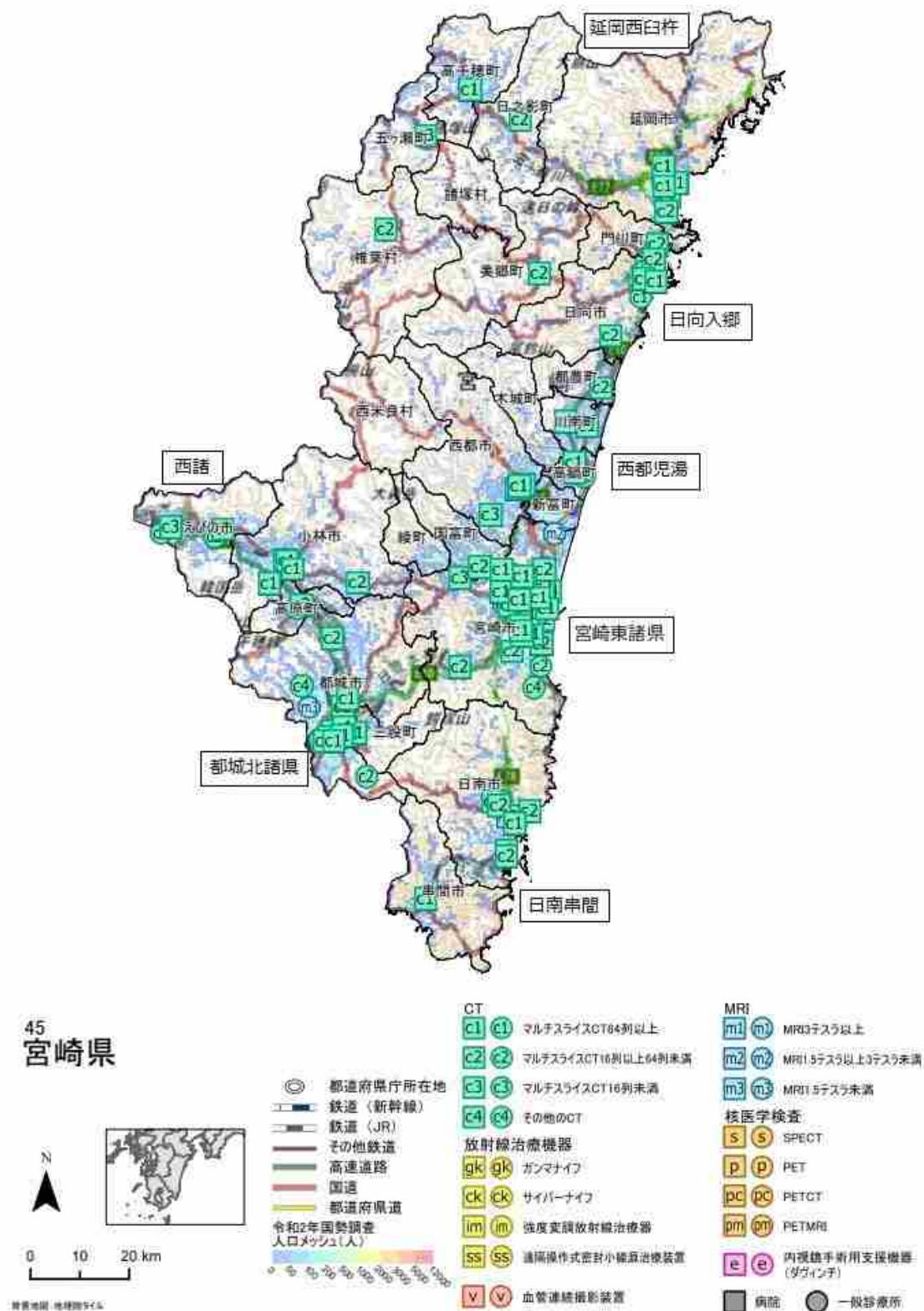
圏域名	住基人口	医療施設数 (病院)	医療施設数 (一般診療所)	病院医師数	一般診療所 医師数	外来患者延数 (病院)	外来患者延数 (一般診療所)	外来施設数 (病院)	外来施設数 (一般診療所)
全国	1,266.5	8,238	102,612	216,474	107,226	*	*	*	*
宮崎県	10.9	137	894	1,838	895	3,782,267	10,611,877	263	1,183
宮崎東諸県	4.3	41	397	1,093	451	1,363,717	4,782,301	77	576
都城北諸県	1.9	28	142	238	142	733,292	1,919,790	46	184
延岡西臼杵	1.4	20	92	165	91	425,640	1,256,216	38	130
日南串間	0.7	11	65	107	52	308,957	601,135	25	77
西諸	0.7	15	56	74	51	355,952	709,664	30	68
西都児湯	1.0	10	81	64	61	258,551	716,632	16	88
日向入郷	0.9	12	61	97	47	336,158	626,139	31	60

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	368,199,008	1,142,874,954	*	83,976	9,812,736	55,462,138	*	68,592
宮崎県	3,758,036	10,453,450	138	716	77,338	236,180	134	651
宮崎東諸県	1,354,701	4,681,915	40	350	26,981	113,248	40	317
都城北諸県	731,174	1,897,882	27	108	17,667	58,676	25	100
延岡西臼杵	423,591	1,232,917	20	75	7,800	18,742	19	68
日南串間	307,660	599,780	13	46	4,152	11,147	12	43
西諸	349,964	704,604	15	37	7,331	7,786	15	35
西都児湯	257,436	710,747	10	56	7,275	11,959	10	48
日向入郷	333,510	625,605	13	44	6,132	14,622	13	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	*	*	*	*	2,648,420	*	*	*
宮崎県	2,345	14,552	69	284	21,886	143,875	56	183
宮崎東諸県	921	9,905	22	133	8,095	90,481	15	93
都城北諸県	407	1,129	13	50	1,711	20,779	6	26
延岡西臼杵	51	1,690	10	33	1,998	21,609	8	22
日南串間	202	385	6	20	1,095	970	6	11
西諸	500	449	8	17	5,488	4,611	7	14
西都児湯	79	711	3	19	1,036	5,174	3	13
日向入郷	185	283	7	12	2,463	251	11	4

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

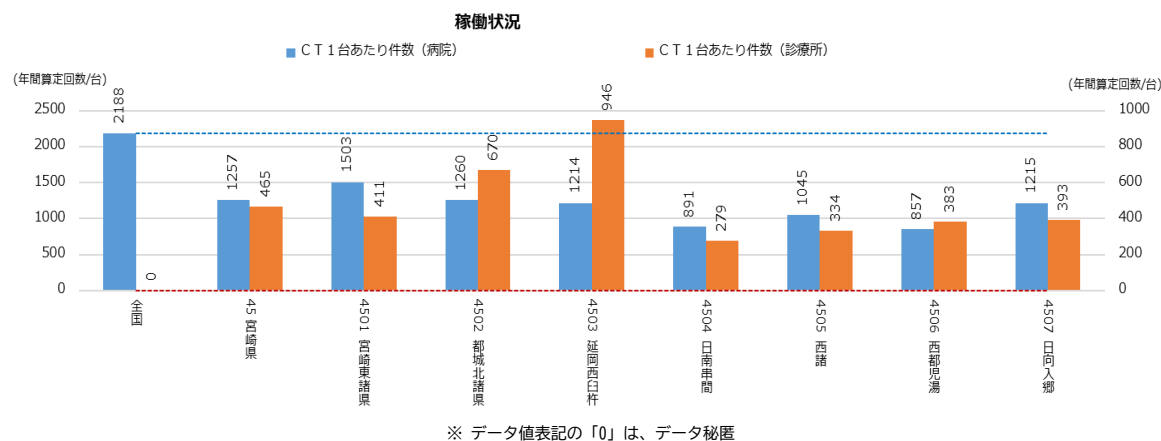
医療機器保有施設の所在地マップ



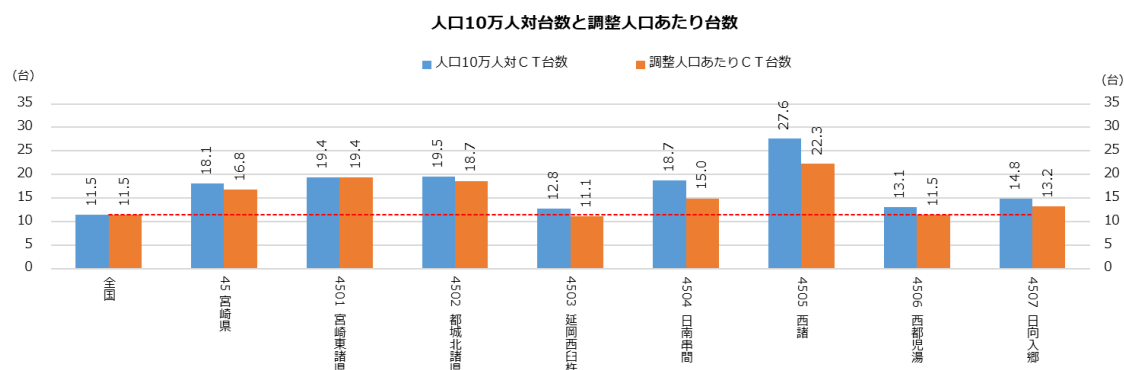
第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

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

CT

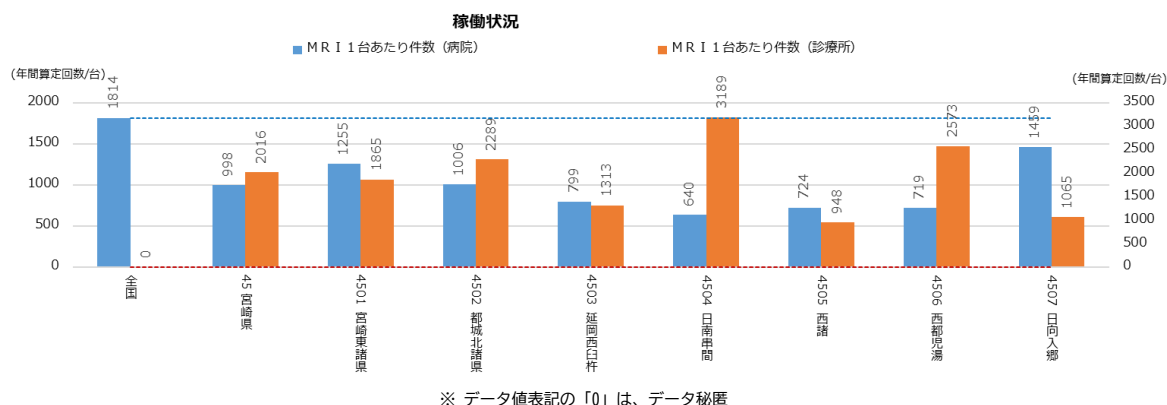


○ 病院におけるCTの稼働件数は、全国平均を下回っています。



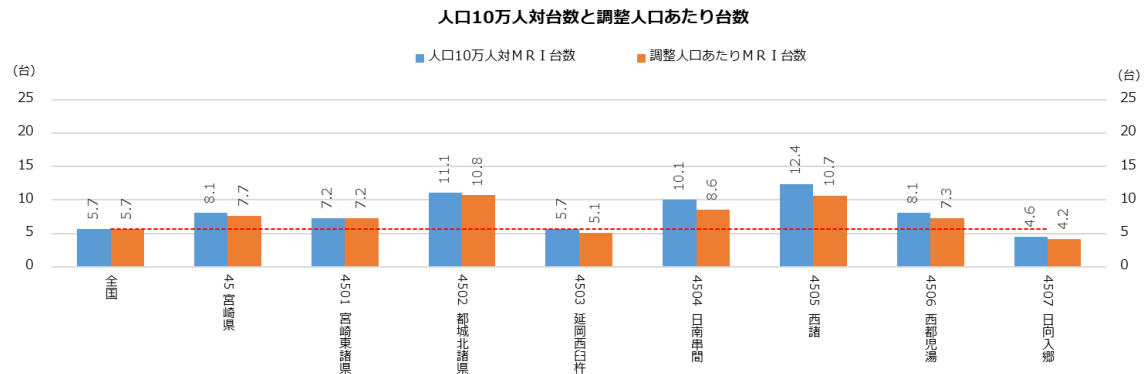
○ 人口10万人対台数は、県全体及び全医療圏で全国平均を上回っています。対象区域の期待検査数を考慮した調整人口あたり台数では、延岡西臼杵医療圏が全国平均に近似しているほかは、いずれの医療圏も全国平均を上回っています。

MRI



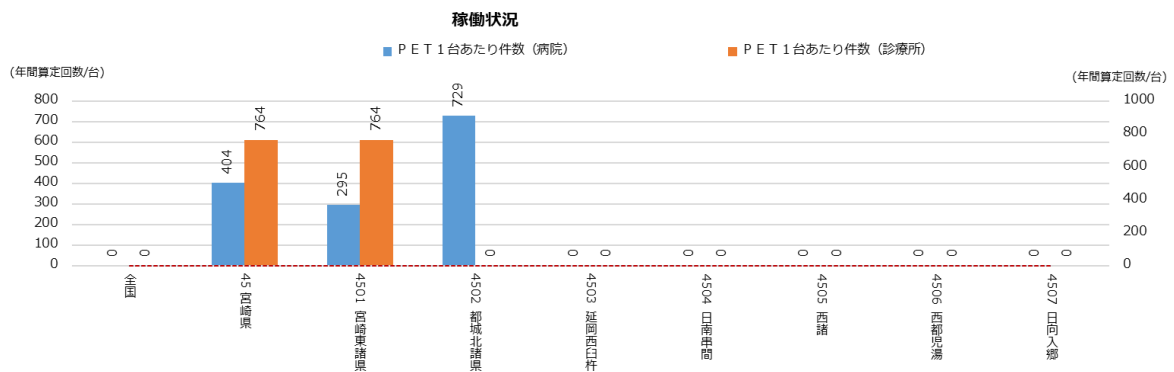
第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

- MRIの1台あたり年間算定回数については、病院についてはいずれの医療圏も全国平均を下回っています。

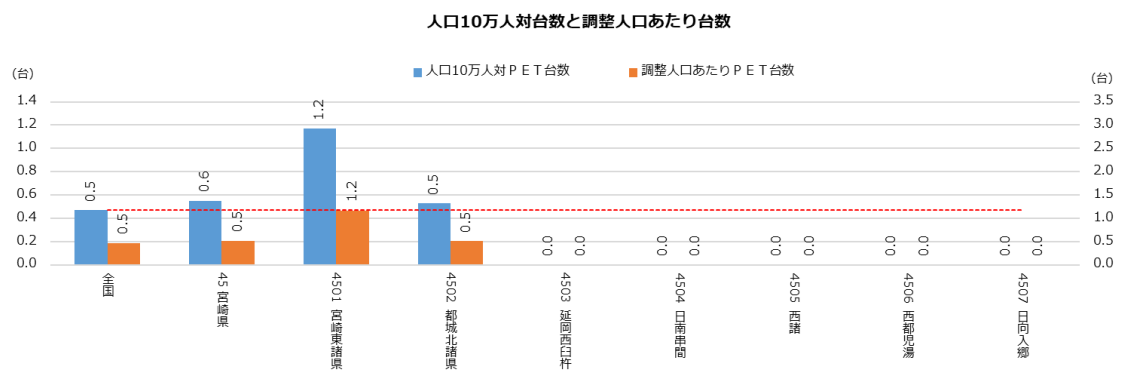


- 人口10万人対台数は、県全体及び日向入郷を除く医療圏で全国平均と同値か上回っています。
- 対象区域の期待検査数を考慮した調整人口あたり台数では、延岡西臼杵医療圏、日向入郷医療圏が全国平均を下回っています。

PET

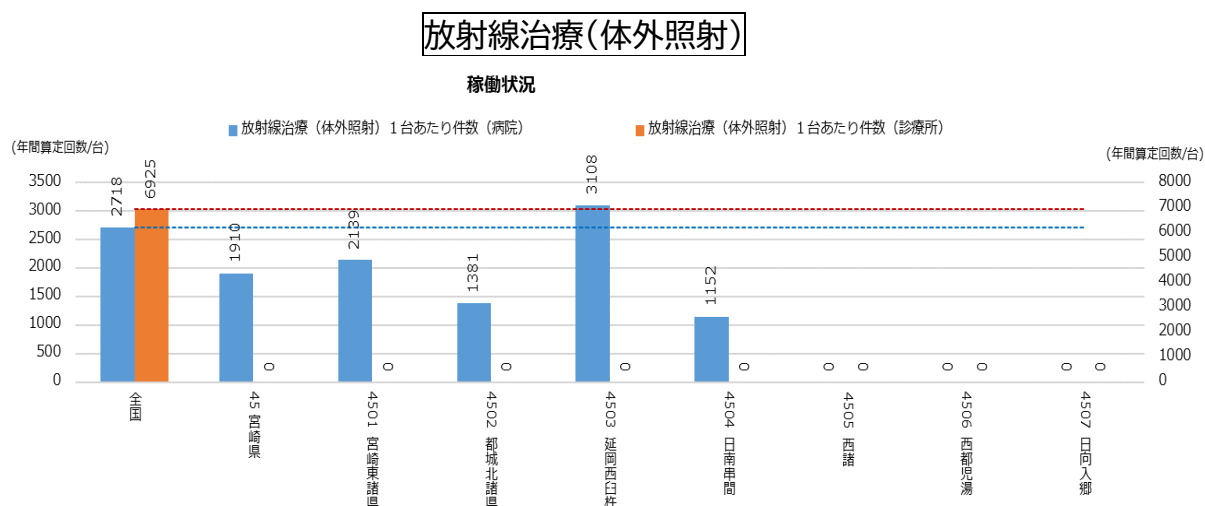


※ データ値表記について、全国値データは秘匿のため、県内医療圏については台数がないため「0」と表記されている

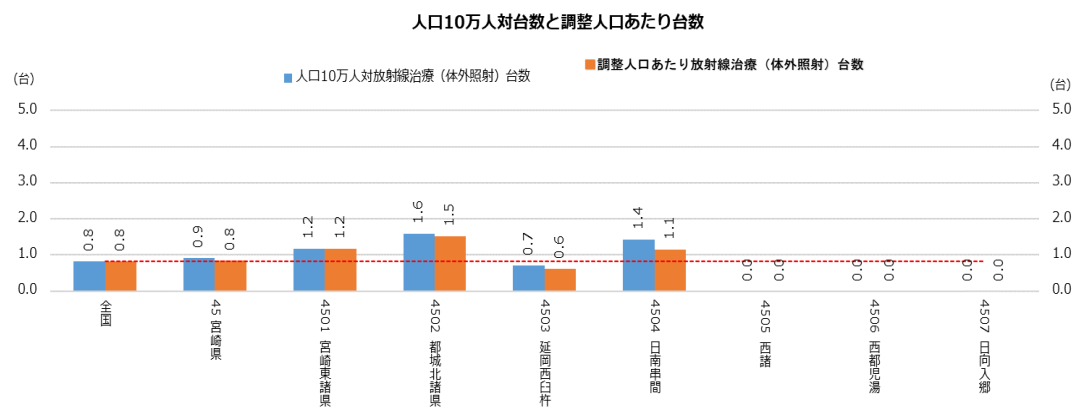


第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

- 人口10万人対台数では、宮崎東諸県医療圏及び都城北諸県医療圏で全国平均を上回っていますが、調整人口ベースでは、都城北諸県医療圏において全国平均を下回ります。
- 延岡西臼杵、日南串間、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。



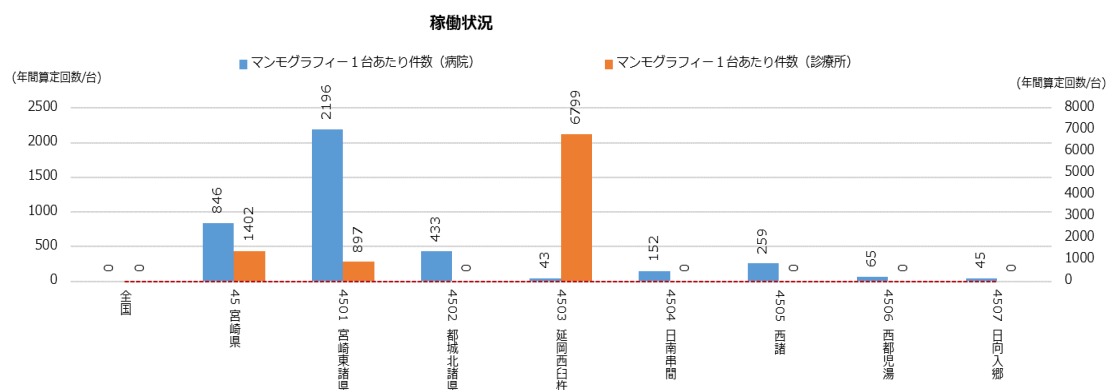
- 体外照射の放射線治療は、宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵、日南串間医療圏でのみ算定実績があり、都城北諸県医療圏では、全国平均の件数を大きく上回っています。



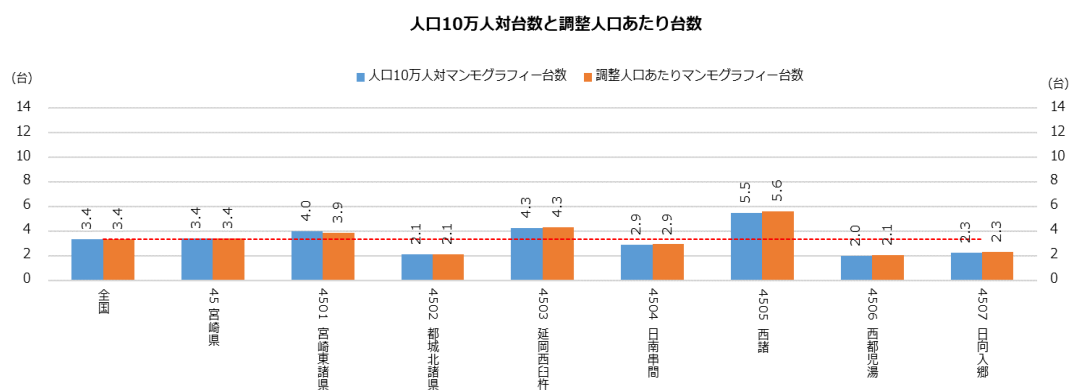
- 人口10万人対台数と調整人口あたり台数については、宮崎東諸県、都城北諸県と日南串間医療圏で、全国平均をやや上回っている状況となっています。
- 西諸、西都児湯、日向入郷の各医療圏については、調査時点において台数がありません。

第6章 外来医療計画(外来医療に係る提供体制の確保)

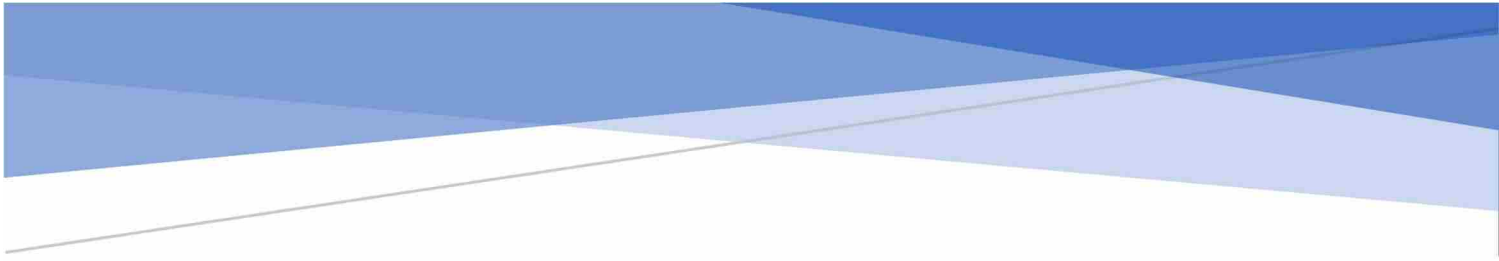
マンモグラフィー



※ データ値表記について、全国値はデータ秘匿のため、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いことが特長です。
- 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

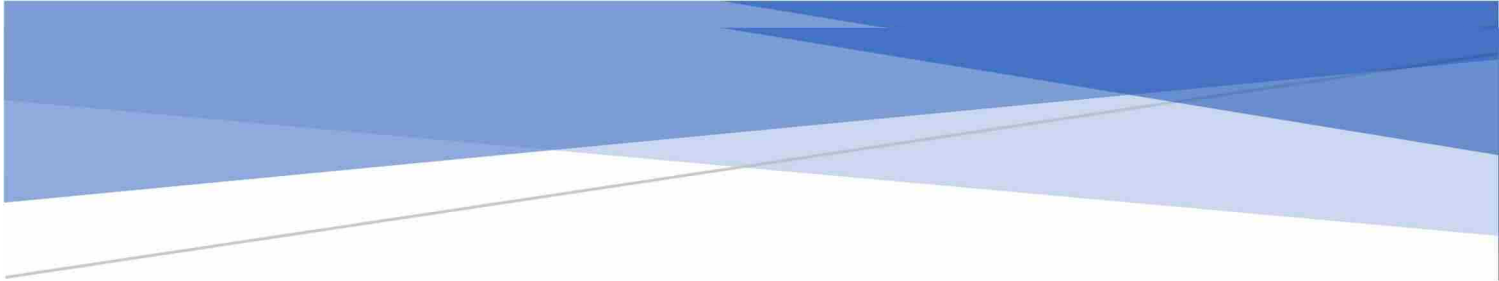
第1節 医師確保計画

第2節 医療従事者の養成・確保と資質向上 (医師を除く)

- 1 歯科医師
- 2 薬剤師
- 3 看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)
- 4 歯科衛生士・歯科技工士
- 5 理学療法士・作業療法士
- 6 診療放射線技師(診療エックス線技師)・
臨床検査技師(衛生検査技師)
- 7 その他の保健医療関係者

第3節 医療安全の確保

- 1 医療安全対策
- 2 医薬品等の安全確保



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 産科における医師確保計画
- 9 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、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。
- 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。

第7章 医療提供基盤の充実 ～第1節 医師確保計画～

- 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めます。

4. 計画の期間

- 令和6年度(2024年度)から令和8年度(2026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2年(2020年)12月末現在で2,879人となっています。平成30年(2018年)と比較すると、69人(2.5%)増加、平成22年(2010年)と比較すると226人(8.5%)増加しています。

(単位：人、%)

区 分	H22 (2010)	H24 (2012)	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)
県内医師数	2,653	2,709	2,730	2,754	2,810	2,879
対前回数	51	56	21	24	56	69
対前回比	2.0	2.1	0.8	0.9	2.0	2.5
対H22(2010)数	—	56	77	101	157	226
対H22(2010)比	—	2.1	2.9	3.8	5.9	8.5
全国医師数	295,049	303,268	311,205	319,480	327,210	339,623
対前回比	2.9	2.8	2.6	2.7	2.4	3.8

(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54.4歳、女性45.1歳となっており、全体では52.6歳で、全国平均の50.5歳より2.1歳高くなっています。

(単位：歳)

区 分	H22 (2010)	H24 (2012)	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R2 (2020)
男 性 (全 国)	52.4 (50.6)	53.0 (51.0)	53.2 (51.4)	54.0 (51.7)	54.3 (52.0)	54.4 (52.3)
女 性 (全 国)	42.8 (42.8)	42.7 (43.1)	43.3 (43.5)	44.1 (43.9)	44.7 (44.2)	45.1 (44.6)
計 (全 国)	50.9 (49.1)	51.2 (49.4)	51.4 (49.8)	52.2 (50.0)	52.5 (50.3)	52.6 (50.5)

(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2年(2020年)の医師の年齢構成は、40歳代以上の医師の割合が、76.4%で全国平均の70.5%と比べて高く、30歳代以下の医師の割合が23.6%となっています。
- 特に、40歳代の医師数は、平成22年(2010年)と比較すると197人減少しています。

(単位：人、%)

区 分	H22 (2010)	H24 (2012)	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	(2020)	R2 対H22(2010)	
							数	比
20歳代医師数	135	151	159	161	174	189	54	40.0
構成比	宮崎県	5.1	5.6	5.8	5.8	6.2	6.6	
	全 国	9	8.7	8.5	8.7	9	9.4	
30歳代医師数	503	485	455	433	429	488	▲ 15	▲ 3.0
構成比	宮崎県	19.0	17.9	16.7	15.7	15.3	17.0	
	全 国	22.6	22.1	21.5	20.9	20.3	20.1	
40歳代医師数	736	691	667	644	615	539	▲ 197	▲ 26.8
構成比	宮崎県	27.7	25.5	24.4	23.4	21.9	18.7	
	全 国	24.1	23.3	22.6	22.2	21.4	20.6	
50歳代医師数	655	728	779	759	723	727	72	11.0
構成比	宮崎県	24.7	26.9	28.5	27.6	25.7	25.3	
	全 国	22.0	22.7	22.9	22.1	21.6	20.8	
60歳代医師数	313	355	399	468	553	594	281	89.8
構成比	宮崎県	11.8	13.1	14.6	17.0	19.7	20.6	
	全 国	12.0	13.2	14.7	16.4	17.2	17.8	
70歳代医師数	172	168	156	176	205	243	71	41.3
構成比	宮崎県	6.5	6.2	5.7	6.4	7.3	8.4	
	全 国	6.3	6.1	6.1	6.0	7.2	8.1	
80歳代以上医師数	139	131	115	113	111	99	▲ 40	▲ 28.8
構成比	宮崎県	5.2	4.8	4.2	4.1	4.0	3.4	
	全 国	4.1	3.9	3.7	3.6	3.4	3.2	
計	2,653	2,709	2,730	2,754	2,810	2,879	226	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2年(2020年)の二次医療圏別の医師数は、宮崎東諸県医療圏が1,644人で、県内の57.1%の医師が宮崎東諸県医療圏に集中しています。
- 平成22年(2010年)と比べて県内格差が拡大しています。

(単位：人、%)

医療圏	H22(2010)			R2(2020)		
	医師数 総数	10万対	構成比	医師数 総数	10万対	構成比
宮崎東諸県	1,427	332.9	53.8	1,644	385.3	57.1
都城北諸県	371	190.8	14.0	392	210.5	13.6
延岡西臼杵	283	184.0	10.7	273	199.1	9.5
日南串間	162	207.3	6.1	166	245.3	5.8
西諸	137	171.5	5.2	127	181.6	4.4
日向入郷	138	147.9	5.2	150	174.8	5.2
西都児湯	135	126.2	5.1	127	132.2	4.4
本 県	2,653	233.7	100.0	2,879	269.2	100.0
県内格差(最大)		2.64			2.91	
全 国	295,049	230.4		339,623	269.2	

(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2年(2020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98.5人と全国平均の100.4人を下回り、外科系は55.5人と全国平均の50.6人を上回っています。
- 小児科系は13.5人と全国平均の15.0人を下回り、産婦人科系は11.0人で全国平均の10.8人を上回っています。

(医療施設従事者)

(単位：人、%)

区 分			H22 (2010)	H24 (2012)	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	(2020)	R2 対H22 (2010) 比	構成比
内科系			952	976	1,005	1,008	1,042	1,054	10.7	-
人 口 10万人対	宮崎県		83.9	86.7	90.2	92.0	96.4	98.5	17.4	38.6
	全 国		86.2	89.2	92.2	94.6	96.8	100.4	16.5	39.1
外科系			598	612	589	611	601	594	▲ 0.7	-
人 口 10万人対	宮崎県		52.7	54.4	52.9	55.7	55.6	55.5	5.3	21.7
	全 国		45.5	46.7	47.7	48.4	49.5	50.6	11.2	19.7
小児科系			130	130	132	133	130	144	10.8	-
人 口 10万人対	宮崎県		11.5	11.5	11.8	12.1	12.0	13.5	17.4	5.3
	全 国		12.9	13.4	13.8	14.0	14.4	15.0	16.3	5.8
産婦人科系			121	122	125	112	111	118	▲ 2.5	-
人 口 10万人対	宮崎県		10.7	10.8	11.2	10.2	10.3	11.0	2.8	4.3
	全 国		9.7	10.0	10.1	10.4	10.5	10.8	11.3	4.2
その他の診療科			700	727	747	749	782	823	17.6	-
人 口 10万人対	宮崎県		61.7	64.6	67.1	68.3	72.3	76.9	24.6	30.1
	全 国		64.7	67.3	69.8	72.7	75.6	79.8	23.3	31.1
合 計			2,501	2,567	2,598	2,613	2,666	2,733	9.3	-
人 口 10万人対	宮崎県		220.3	228.0	233.2	238.4	246.6	255.5	16.0	100.0
	全 国		219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6	17.2	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内科や全国的にも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5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 227.0 （全国 255.6）

<二次医療圏>

二次医療圏別	医師偏在指標
宮崎東諸県	308.1
都城北諸県	171.4
延岡西臼杵	160.5
日南串間	180.1
西諸	164.7
西都児湯	157.7
日向入郷	149.8

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。
- 二次医療圏ごとに国から示された患者流出入調査後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179.3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217.6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228.0以下）
 - ・ 上位33.3%（医師偏在指標266.9以上）
- 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。

三次医療圏	全国順位	区域設定	医師偏在指標
宮崎県	33/47	医師少数県	227.0

二次医療圏別	全国順位	区域設定	医師偏在指標
宮崎東諸県	34/330	医師多数区域	308.1
都城北諸県	240/330	医師少数区域	171.4
延岡西臼杵	266/330	医師少数区域	160.5
日南串間	221/330	医師多数にも医師少数にも属さない区域	180.1
西諸	252/330	医師少数区域	164.7
西都児湯	273/330	医師少数区域	157.7
日向入郷	290/330	医師少数区域	149.8

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 医師多数区域にも医師少数区域にも属さない区域（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。

6 目標医師数

1. 医師確保計画の評価結果

第7次医療計画における医師確保計画(令和2(2020)～令和5(2023)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、都城北諸県、延岡西臼杵、西諸では目標医師数を達成しましたが、一方で、日南串間、西都児湯、日向入郷は目標を達成できておらず、さらに日南串間、西都児湯においては、標準化医師数が減少しています。
- 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2～令和5年度)		標準化 医師数 (令和5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 (令和元年度)①	目標医師数※2 (令和5年度)②			
宮崎県	2,597	2,608	2,727	130	119
宮崎東諸県	1,465	1,465	1,536	71	71
都城北諸県	349	349	383	34	34
延岡西臼杵	240	240	257	17	17
日南串間	163	163	158	▲ 5	▲ 5
西諸	119	119	126	7	7
西都児湯	123	123	121	▲ 2	▲ 2
日向入郷	139	149	146	7	▲ 3

※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8年度(2026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8年度(2026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8年度(2026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5年度)	下位33.3%を脱する ための医師数 ※2 (令和8年度)	目標医師数 ※3 (令和8年度)
宮崎県	2,727	2,545	2,744
宮崎東諸県	1,536	887	1,536
都城北諸県	383	362	383
延岡西臼杵	257	253	257
日南串間	158	135	158
西諸	126	120	126
西都児湯	121	124	124
日向入郷	146	160	160

※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8(2026)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

実際に令和8(2026)年度に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めます。 ○ 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年間で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)から適用となる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し、県外からの医師の招へい

	に努めます。 ○ 寄附講座については、医師偏在是正を図るため、地域医療支援機構と連携するとともに、専門研修におけるプログラム等の取組とあわせて運営します。
--	---

(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	現在の医師数を維持するため、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、西諸）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の派遣調整により、圏域内の医師確保を図ります。
⑤西諸	現在の医師数を維持するため、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8年度(2026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8年度(2026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。

	自治医科大学卒業医師の計画的な派遣やキャリア形成プログラム適用医師の派遣調整により、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「宮崎県医師確保・養成定着宣言」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 に取り組めます。
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6年度(2024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 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が明確であることから、国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	10.6
宮崎県	9.0
県央	10.8
県西	6.6
県北	7.4
県南	8.3

【分娩取扱医師偏在指標算定式】

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{件}}$$

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、厚生労働省令で定め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9.0となっており、順位が下位33.3%内（分娩取扱医師偏在指標9.5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10.8、県西6.6、県北7.4、県南8.3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7.6以下）に該当します。

周産期医療圏域	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	9.0
県央	88/258		10.8
県西	218/258	相対的医師少数区域	6.6
県北	187/258	相対的医師少数区域	7.4
県南	157/258		8.3

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・確保に取り組めます。

- 分娩取扱医師偏在指標に基づき算定された本県及び相対的医師少数区域における偏在対策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8年)
全国	9,396	9,396	—
宮崎県	86	86	76.7
県央	52	52	31.5
県西	14	14	14.3
県北	15	14	11.9
県南	5	5	3.7

※1 分娩取扱医師数

医師・歯科医師・薬剤師統計(2020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、278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。

(2023年4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 古賀総合病院	
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	6	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、宮崎市郡医師会病院及び古賀総合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。

9 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が明確であることから、国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関する検討を行います。
- 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っていきます。

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	115.1
宮崎県	96.9
県央	111.4
県西	73.6
県北	78.9
県南	128.2

【小児科医師偏在指標算定式】

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10\text{万人}}} \times \text{地域の標準化受療率比}$$

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、厚生労働省令で定め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96.9となっており、順位が下位33.3%内（小児科医師偏在108.7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111.4、県西73.6、県北78.9、県南128.2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92.2以下）に該当します。

こども医療圏域	全国順位	区域設定	小児科医師偏在指標
宮崎県	41/47	相対的医師少数県	96.9
県央	128/303		111.4
県西	270/303	相対的医師少数区域	73.6
県北	261/303	相対的医師少数区域	78.9
県南	73/303		128.2

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及び相対的医師少数区域における偏在対策医師数は次のとおりです。

【（参考）偏在対策基準医師数】

こども圏域名	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8年)
全国	17,997	17,634	－
宮崎県	139	137	139.9
県央	84	83	62.8
県西	25	25	29.0
県北	20	20	20.6
県南	10	9	5.8

※1 小児科医師数

医師・歯科医師・薬剤師調査（2020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、307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 小児中核病院 (中核病院小児科)	二次救急 小児地域医療センター (地域小児科センター)	一次～二次救急 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）

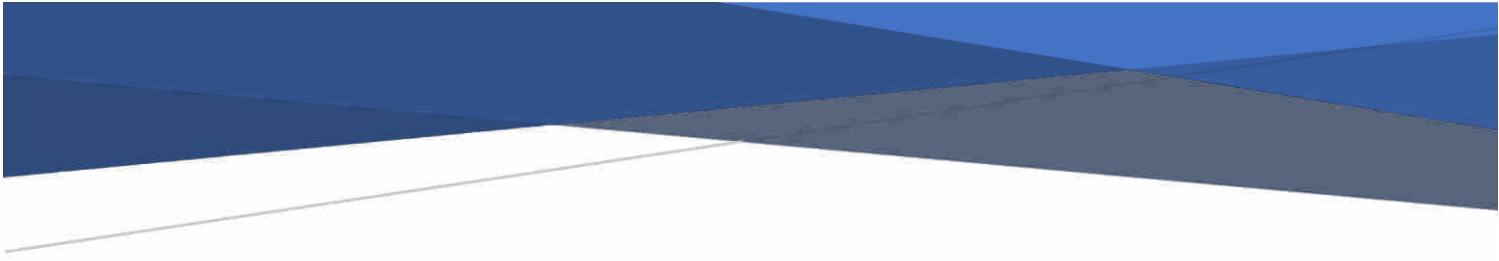
①医師の 派遣調整	○ 小児地域医療センターへの医師の派遣等については、関係機関等の意見を聞きながら、その役割を担えるよう宮崎大学医学部等と連携して派遣調整を行います。 ○ 地域枠医師等の派遣先、医療圏における診療のあり方やキャリア形成プログラムの内容等について、地域医療対策協議会において検討し、効果的な医師の派遣調整を行います。
②勤務環境を 改善するための 施策	○ 関係機関が連携して、医師及び医療機関に対して医師のキャリア形成と一体的に医師の就労環境整備を支援するとともに、医師の勤務負担を軽減します。 ○ 市町村や医師会等、関係団体による小児科関連の各種啓発を通して、適切な受診が促進され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めます。
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 (医師を除く)

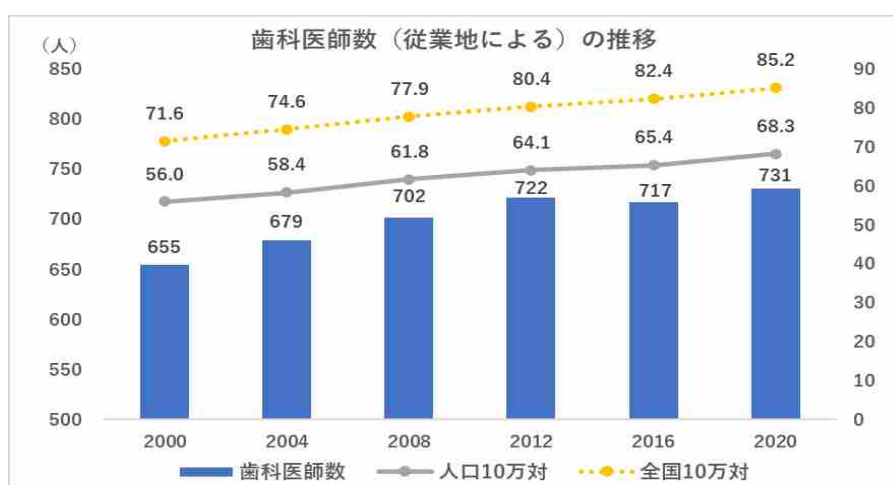
- 1 歯科医師
- 2 薬剤師(薬剤師確保計画)
- 3 看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)
- 4 歯科衛生士・歯科技工士
- 5 理学療法士・作業療法士
- 6 診療放射線技師(診療エックス線技師)
臨床検査技師(衛生検査技師)
- 7 その他の保健医療関係者

1

歯科医師

1. 現 状

- 本県の歯科医師数は、令和2年(2020年)12月末現在で731人となっており、平成12年(2000年)の655人に比べ76人増加しています。人口10万人当たりで見ると、本県は68.3人で、全国平均の85.2人を下回っています。
- 歯科医師平均年齢は、令和2年(2020年)は55.8歳となっており、平成22年(2010年)の52.2歳に比べ3.6歳増加しています。
- 医療圏別の10万人対歯科医師数は、宮崎東諸県は増加していますが、その他の圏域では減少していることが分かります。



(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

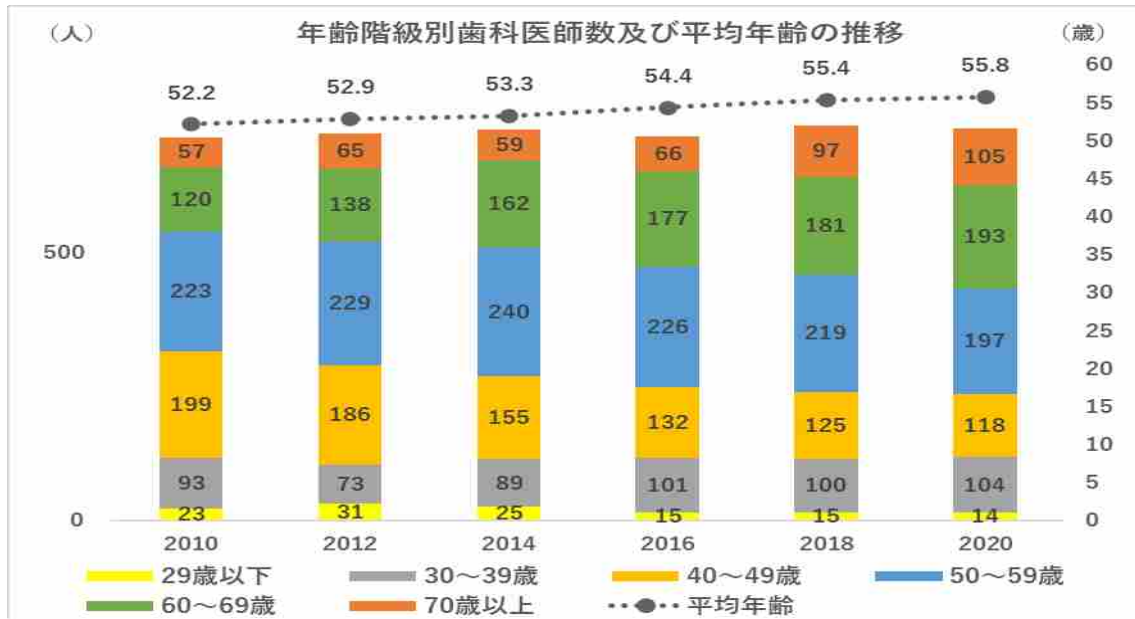
年齢階級別歯科医師数及び平均年齢の推移

(単位：人、歳)

年次	2010	2012	2014	2016	2018	2020	
区分						対2010数	
29歳以下	23	31	25	15	15	14	-9
30～39歳	93	73	89	101	100	104	11
40～49歳	199	186	155	132	125	118	-81
50～59歳	223	229	240	226	219	197	-26
60～69歳	120	138	162	177	181	193	73
70歳以上	57	65	59	66	97	105	48
医 師 数	715	722	730	717	737	731	16
平均年齢	52.2	52.9	53.3	54.4	55.4	55.8	3.6

(出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

第7章 医療提供基盤の充実 ～第2節 医療従事者の養成・確保と資質向上(医師を除く)～

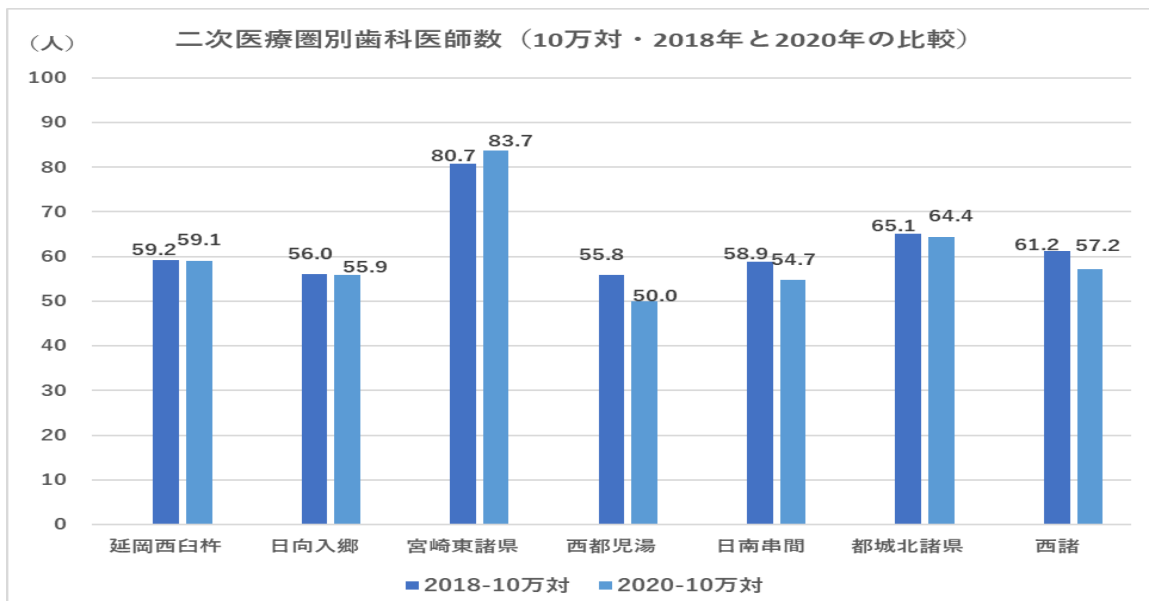


医療圏別歯科医師数（2018年と2020年の比較）

（単位：人、％）

年次 区分	2018			2020		
	総 数	10万対	構成比	総 数	10万対	構成比
延岡西臼杵	83	59.2	11.3%	81	59.1	11.1%
日向入郷	49	56.0	6.6%	48	55.9	6.6%
宮崎東諸県	343	80.7	46.5%	357	83.7	48.8%
西都児湯	55	55.8	7.5%	48	50.0	6.6%
日南串間	41	58.9	5.6%	37	54.7	5.1%
都城北諸県	122	65.1	16.6%	120	64.4	16.4%
西 諸	44	61.2	6.0%	40	57.2	5.5%
本 県	737	68.2	100.0%	731	68.3	100.0%
県 内 格 差		1.45			1.67	
全 国	104,908	83.0		107,443	85.2	

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」）



2. 課題

(1) 高齢化に対応した人材育成

- 循環器疾患、糖尿病等の医学的管理下における歯科診療が必要な患者や摂食嚥下機能障害等を有する患者の増加が見込まれるため、高齢者特有の症状に対応できる歯科医師の養成が必要です。

(2) 医科や介護分野との連携

- 在宅での歯科診療や障がい児者への適切な歯科医療、口腔ケアの重要性の高まりに対応するため、歯科と医科や介護分野との連携強化がますます重要となっています。

3. 施策の方向

①	県歯科医師会との連携による研修会の実施など、摂食嚥下機能の改善や誤嚥性肺炎予防等の専門的な口腔ケアに対応可能な歯科医師の養成
②	医科や介護分野等の他の職種との連携を深めるための研修会の実施など 在宅歯科診療を担う歯科医師の養成

2 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）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。

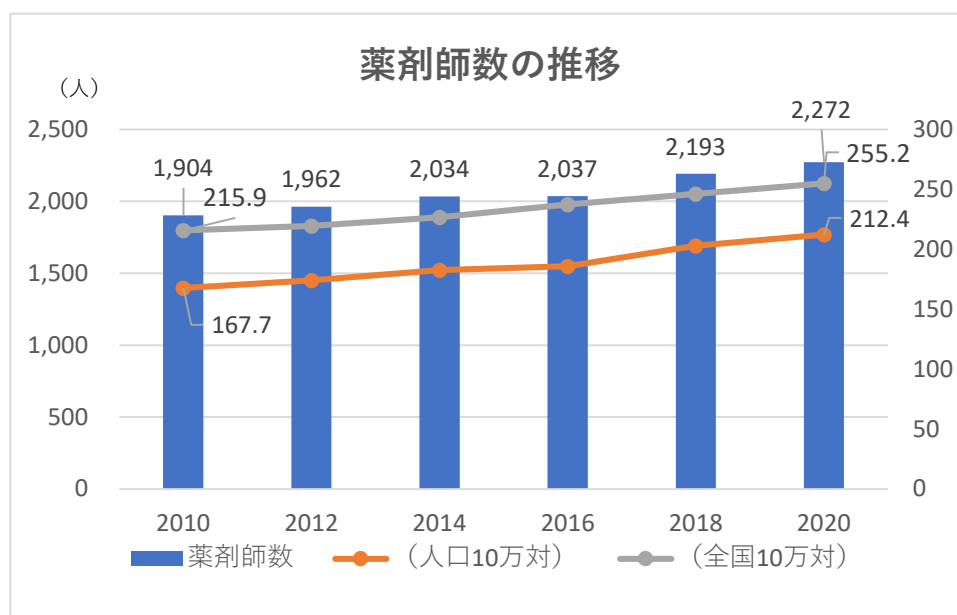
2. 計画期間

宮崎県薬剤師確保計画の期間は、令和6年度(2024年度)から令和8年度(2026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2年(2020年)12月末時点で2,272人となっており、平成30年(2018年)に比べ79人増加しています。人口10万人あたりで見ると、本県は212.4人で、全国平均の255.2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。

$$\text{薬剤師偏在指標} = (\text{調整薬剤師労働時間}) / (\text{薬剤師の推計業務量})$$

- 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 白 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	現 在	0.99	0.82 (41位)	1.00	0.73	0.72	0.67	0.72	0.56	0.79
(病院・薬局)	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 (%)		85.6	91.3	73.6	78.9	90.0	76.2	80.0	87.2
現薬剤師数 (人)	令和5年 (2023)	398	220	53	45	18	16	12	34
必要薬剤師数 (人)		465	241	72	57	20	21	15	39

二次医療圏のうち、「都城北諸県」、「西諸」、「延岡西臼杵」、「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

従 事 先	(令和2年(2020年)12月末現在)	
	実 数 (人)	構 成 比 (%)
薬 局	1,369	60.3
病院・診療所	519	22.8
行政機関等	66	2.9
そ の 他	215	9.4
無 職	103	4.5
総 計	2,272	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67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等の開催、奨学金返済支援金助成の検討など、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

(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	1,888 名 (令和2年)	⇒	1,990 名 (令和8年)

3

看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)

1. 現 状

(1) 保健師

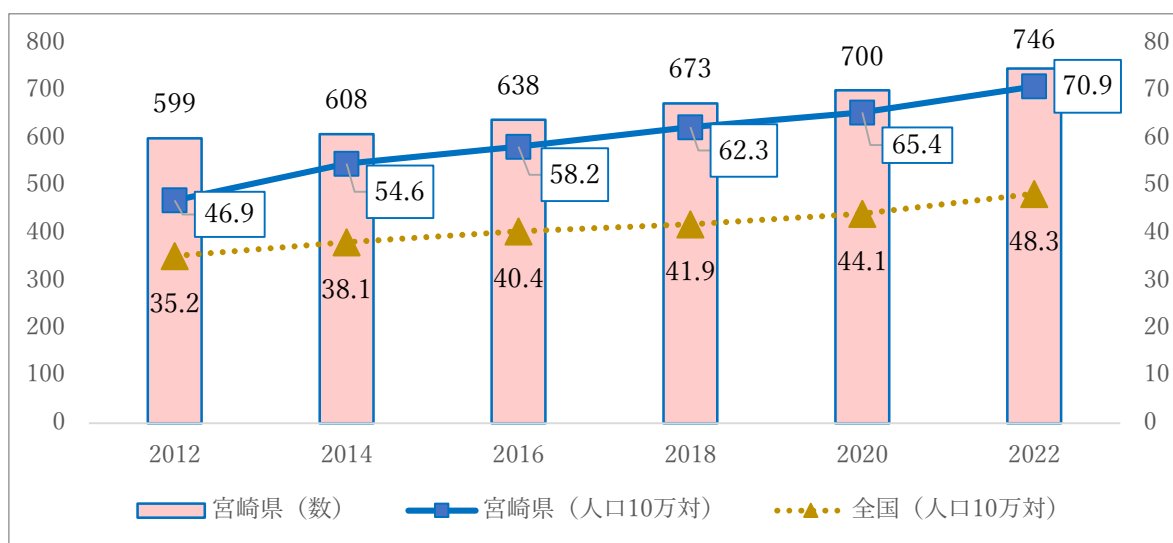
- 本県の保健師数は、令和4年(2022年)12月末現在で746人となっており、平成24年(2012年)の599人に比べ147人増加しています。人口10万人当たりで見ると、本県70.9人で全国平均の48.3人を上回っています。
- 二次医療圏ごとの状況を見ると、宮崎東諸県医療圏に約4割が集まっており、人口10万人当たりでは、すべての医療圏で全国平均を上回っています。
- 就業先ごとの状況では、住民の身近なところで保健活動を行う市町村に勤務する保健師が多くなっています。
- 少子高齢化の進展に加えて近年の感染症の流行を受けて、健康危機に備えた人材の確保や計画的な体制整備に取り組み、地域保健対策の総合的な推進が求められています。
- 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導において、成果に着目したアウトカム評価の導入やICTを活用した保健指導を実施・評価する能力など、効果的・効率的な保健指導を行える能力が求められています。

保健師数の推移(就業地による)

(単位:人)

	2012	2014	2016	2018	2020	2022
保健師数	599	608	638	673	700	746
(人口10万対)	(46.9)	(54.6)	(58.2)	(62.3)	(65.4)	(70.9)
(全国10万対)	(35.2)	(38.1)	(40.4)	(41.9)	(44.1)	(48.3)

(出典:厚生労働省「衛生行政報告例(各年12月末現在)」)



医療圏別保健師数(2022年)

(単位：人、%)

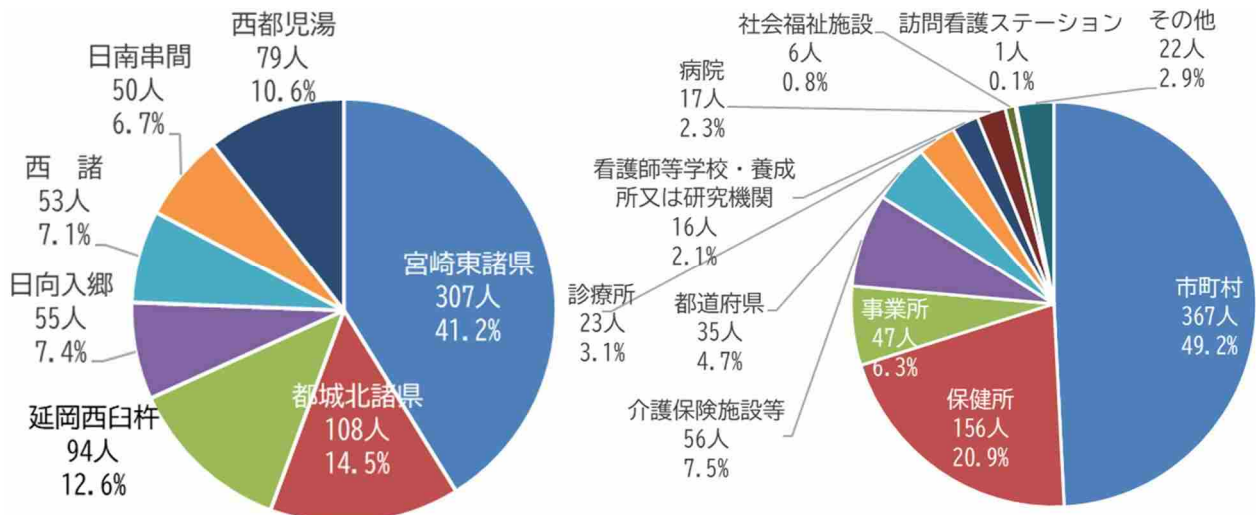
医療圏	実数	10万対	構成比
延岡西臼杵	94	70.8	12.6
日向入郷	55	65.8	7.4
宮崎東諸県	307	72.4	41.2
西都児湯	79	84.2	10.6
日南串間	50	76.8	6.7
都城北諸県	108	58.6	14.5
西諸	53	78.1	7.1
本県	746	70.9	100.0
全国	60,299	48.3	—

(出典：厚生労働省「衛生行政報告例(各年12月末現在)」)

就業先別保健師数(2022年)

(単位：人、%)

就業先	実数	構成比
保健所	156	20.9
都道府県	35	4.7
市町村	367	49.2
病院・診療所	40	5.4
介護保険施設等	56	7.5
その他	92	12.3
総計	746	100.0



(2) 助産師

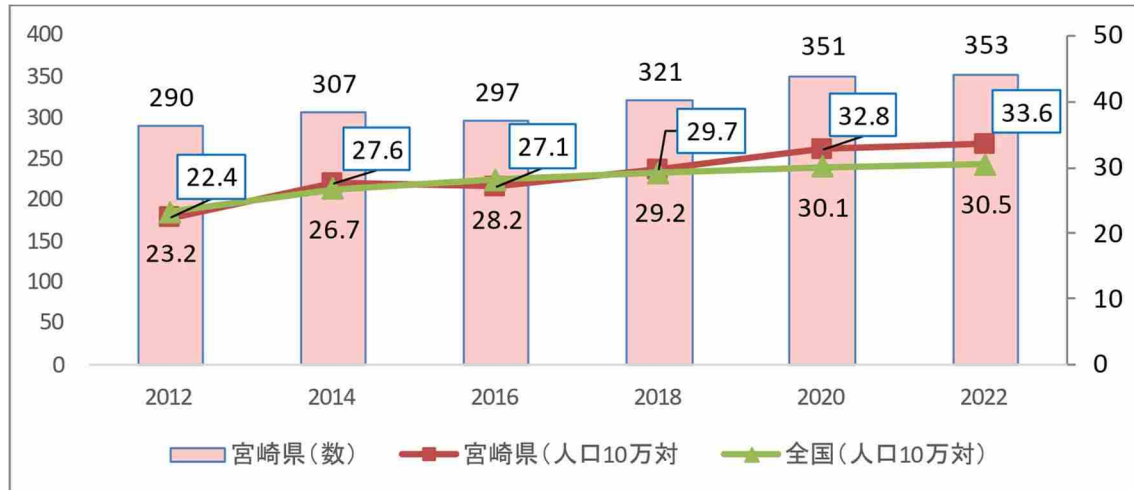
- 本県の助産師数は、令和4年(2022年)12月末現在で353人となっており、平成24年(2012年)の290人に比べ63人増加しています。人口10万人あたりで見ると、本県は33.6人で全国平均の30.5人をやや上回っています。
- 二次医療圏ごとの状況を見ると、宮崎東諸県医療圏に約5割が集まっており、人口10万人あたりでは、宮崎東諸県、日南串間、都城北諸県の3医療圏が全国平均を上回っています。
- 就業先ごとの状況では、約8割が病院や診療所勤務となっています。
- 地域における母子保健の担い手として、妊産婦や子どもを育てる家庭への支援の体制強化、産科医師とのタスク・シフト／シェアなど役割の幅が広がり、アドバンス助産師等の質の高い助産師の養成が重要となっています。

助産師数の推移（就業地による）

（単位：人）

	2012	2014	2016	2018	2020	2022
助産師数	290	307	297	321	351	353
（人口10万対）	(22.4)	(27.6)	(27.1)	(29.7)	(32.8)	(33.6)
（全国10万対）	(23.2)	(26.7)	(28.2)	(29.2)	(30.1)	(30.5)

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例（各年12月末現在）」）

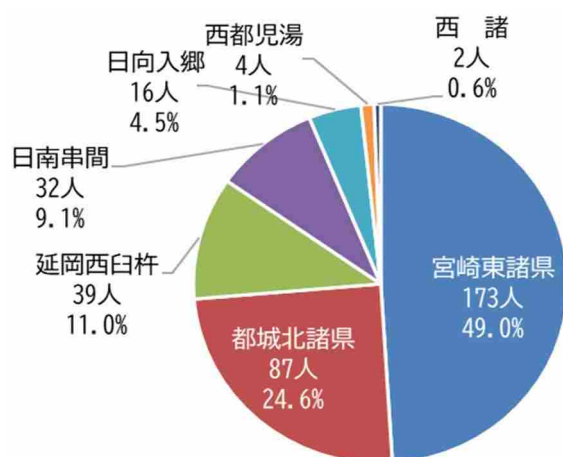


医療圏別助産師数(2022年)

（単位：人、％）

医療圏	実数	10万対	構成比
延岡西臼杵	39	29.4	11.0
日向入郷	16	19.1	4.5
宮崎東諸県	173	40.8	49.0
西都児湯	4	4.3	1.1
日南串間	32	49.2	9.1
都城北諸県	87	47.2	24.6
西諸	2	2.9	0.6
本県	353	33.6	100.0
全国	38,063	30.5	—

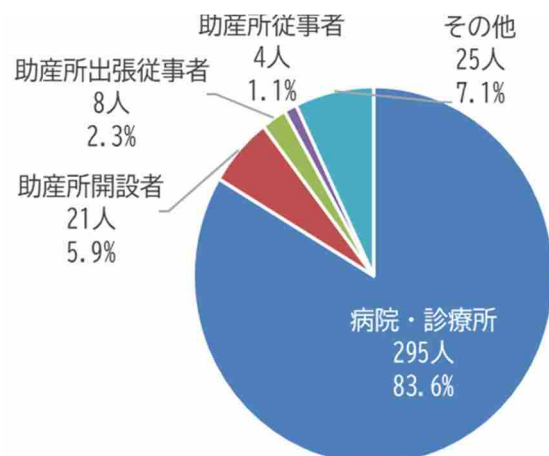
（出典：厚生労働省「衛生行政報告例（各年12月末現在）」）



就業先別助産師数(2022年)

（単位：人、％）

就業先	実数	構成比
助産所		
開設者	21	5.9
従事者	4	1.1
出張	8	2.3
病院・診療所	295	83.6
その他	25	7.1
総計	353	100.0



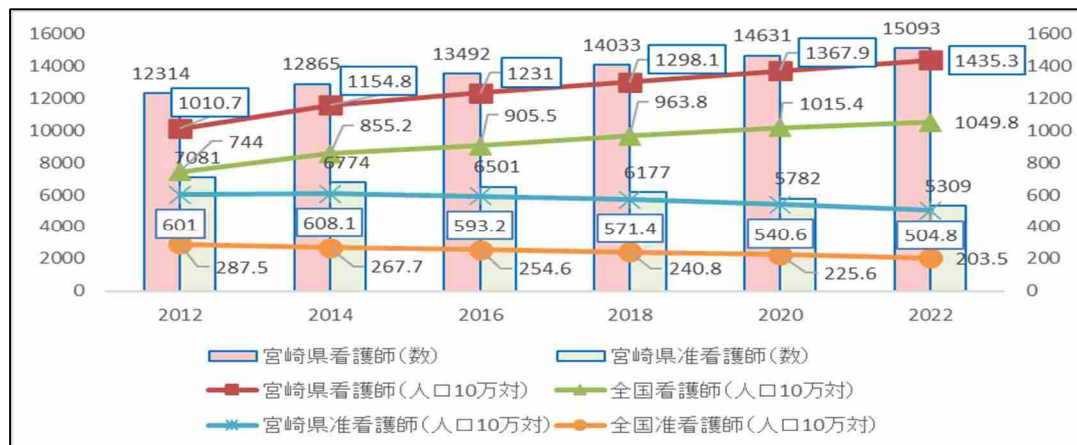
(3) 看護師・准看護師

- 本県の看護師数は、令和4年(2022年)12月末現在15,097人で、平成24年(2012年)時の12,314人に比べ、2,783人増加しています。准看護師数は、7,081人から5,309人と1,779人減少しています。人口10万人当たりでは、看護師、准看護師とも全国平均を上回っています。
- 二次医療圏ごとの状況をみると、看護師の約4割強、准看護師の約3割が宮崎東諸県医療圏に集まっており、人口10万人当たりでは、西都児湯医療圏の看護師数のみが全国平均を下回っています。
- 看護師の就業先の状況では、約8割が病院や診療所に勤務しており、在宅医療を担う訪問看護師は、1割未満となっています。
- 就業先の状況を10年前と比較すると、介護保険施設や訪問看護ステーション等の医療機関以外の施設で勤務する看護師、准看護師が増えています。
- 令和2年度に看護基礎教育の改正が行われ、医療の高度化への対応、地域・在宅看護の充実等を踏まえた教育が行われています。
- 令和5年10月には30年ぶりに看護師等の確保を促進するための措置に関する基本指針が改定され、看護需要の増大が見込まれる一方、担い手が急減する中で、新規養成、復職支援及び定着促進を柱に看護師等の確保を推進するとともに生涯にわたり看護師等の業務を継続できるよう、個人の資質向上を図る取組が重要とされています。
- コロナ禍での認定看護師等の活躍が評価されたこと、また医師の働き方改革やチーム医療推進、在宅医療の推進等における特定行為研修修了者の活躍が期待されるなど質の高い看護師の養成が重要となっています。

看護師・准看護師数の推移(就業地による) 各年12月末現在

	2012	2014	2016	2018	2020	2022
看護師数	12,314	12,865	13,492	14,033	14,631	15,097
(人口10万対)	(1010.7)	(1154.8)	(1231)	(1298.1)	(1367.9)	(1435.3)
(全国10万対)	(744)	(855.2)	(905.5)	(963.8)	(1015.4)	(1049.8)
准看護師数	7,081	6,774	6,501	6,177	5,782	5,309
(人口10万対)	(601)	(608.1)	(593.2)	(571.4)	(540.6)	(504.8)
(全国10万対)	(287.5)	(267.7)	(254.6)	(240.8)	(225.6)	(203.5)

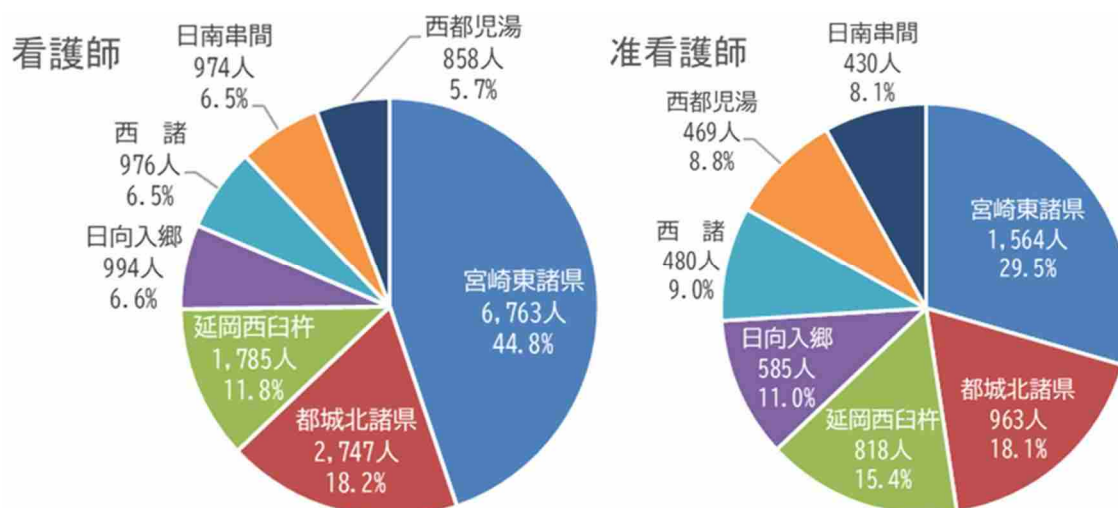
(出典：厚生労働省「衛生行政報告例(各年12月末現在)」)



医療圏別看護師・准看護師数（2022年）（単位：人、％）

医 療 圏	看護師			准看護師		
	実 数	10万対	構成比	実 数	10万対	構成比
延岡西臼杵	1,785	1,343.6	11.8	818	615.7	15.4
日向入郷	994	1,189.2	6.6	585	699.9	11.0
宮崎東諸県	6,763	1,594.0	44.8	1,564	368.6	29.5
西都児湯	858	914.9	5.7	469	500.1	8.8
日南串間	974	1,496.3	6.5	430	660.6	8.1
都城北諸県	2,747	1,490.5	18.2	963	522.5	18.1
西 諸	976	1,437.9	6.5	480	707.2	9.0
本 県	15,097	1,435.4	100.0	5309	504.8	100.0
全 国	1,311,687	1,049.8	—	254,329	203.5	—

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例（各年12月末現在）」）



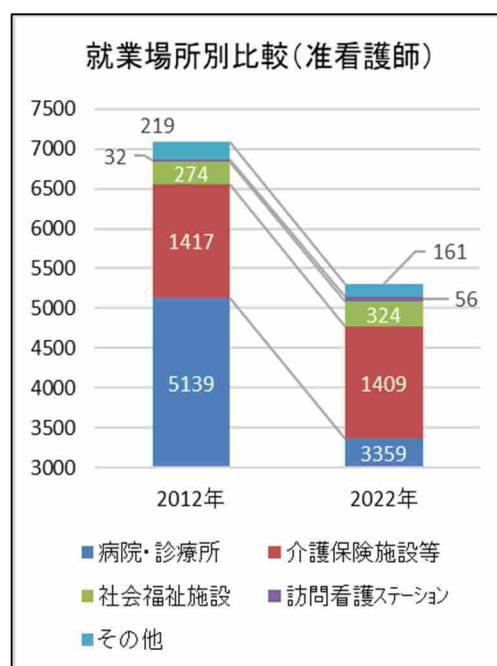
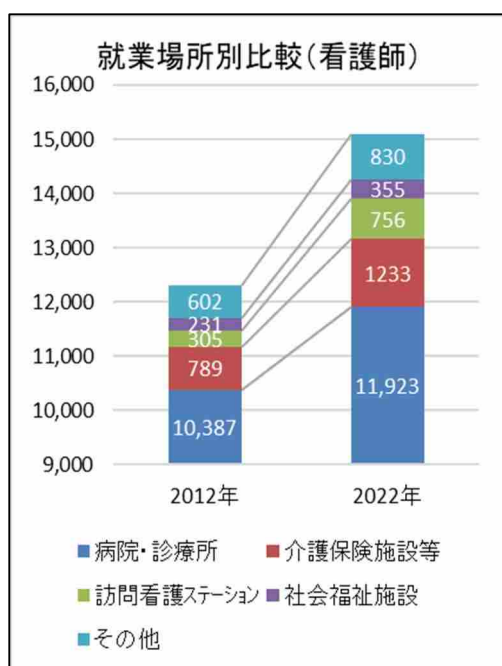
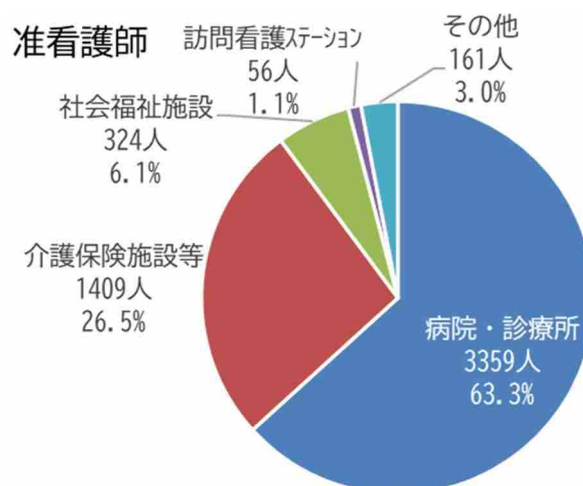
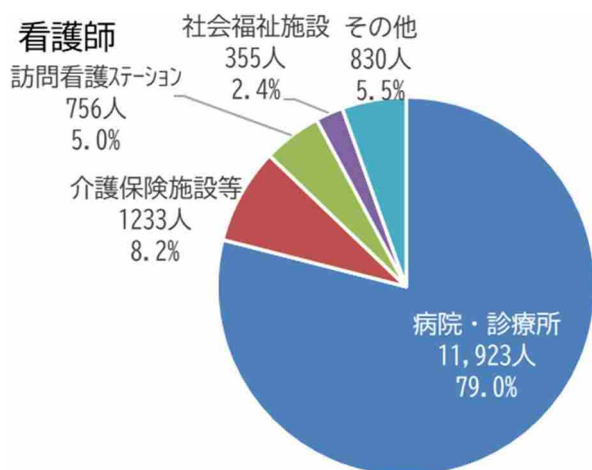
就業先別看護師・准看護師数（2022年）

（単位：人、％）

就 業 先	看護師		准看護師	
	実 数	構成比	実 数	構成比
病院・診療所	11,923	79.0	3359	63.3
介護保険施設等	1233	8.2	1409	26.5
社会福祉施設	355	2.4	324	6.1
訪問看護ステーション	756	5.0	56	1.1
その他	830	5.5	161	3.0
総 計	15,097	100.0	5,309	100.0

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例（各年12月末現在）」）

第7章 医療提供基盤の充実 ～第2節 医療従事者の養成・確保と資質向上(医師を除く)～



2. 課題

- 少子高齢化の進展による人口構造の変化により、医療ニーズが高まる一方で看護職の不足が懸念されます。看護の魅力発信や再就職支援を行うことにより、看護職員の確保が求められます。また、看護職員が働きやすい環境づくりを行うことによる定着促進、再就職促進を図っていく必要があります。
- 住民のライフスタイルやニーズの多様化により在宅分野における看護サービス提供機会が増加しています。在宅分野における看護職員の確保、対象の多様性・複雑性に対応できるような看護職員の育成が必要です。
- 新興感染症や災害など健康危機への対応、医療の高度化や在宅医療の推進等において特定行為研修修了者や認定看護師等の質の高い看護職員の育成とともにその活用がより重要となります。



3. 施策の方向

(1) 看護職の確保・養成

①	看護協会等の関係団体との連携による若年層への看護の魅力発信など 看護職員希望者の拡大を図るための啓発活動の展開
②	養成所等への支援や実習指導者の研修など教育体制の充実
③	新人看護師等を対象とした研修の実施や院内保育所への支援など 働きやすい職場環境づくりの推進
④	ナースバンク事業を活用した求人・求職相談や再就職を支援する講習会等の実施 など未就労看護職員の県内医療機関等への就労促進
⑤	訪問看護師養成講習会等の充実による訪問看護に興味のある看護職員の確保や 免許取得後すぐに訪問看護に携わる看護師の養成

(2) 質の向上

①	看護師等の研修や認定看護師・専門看護師・特定行為研修修了者の研修参加の支援
②	特定行為研修における指定研修機関や協力施設の研修体制整備の支援、県内での 育成、活用の促進
③	保健師及び助産師養成施設との連携強化による医療機関等の実習受入施設との 連携など質の高い保健師・助産師の育成
④	段階別の研修等各種研修会の開催やキャリアラダーと連動した現任教育体制の 充実など保健師の質の向上
⑤	訪問看護師の段階に応じた研修や地域の医療機関と訪問看護ステーションとの 人材交流研修による訪問看護師の質の向上及び在宅医療の充実
⑥	県立看護大学・大学院の教育・研究機能の充実を促進するとともに、宮崎大学医 学部看護学科及びその大学院との連携を図り、医療の高度化・専門化に的確に対 応できる看護師等や指導者の育成

4. 目標

指 標	現 状	目 標
ナースバンク事業 就職率（就職者数/求職者数）	36.2% (令和4年度)	⇒ 42.3%以上 ※H29～R4年度最高値以上 (令和11年度)
看護師養成施設の県内就業率	60.8% (H27～R元年度平均)	⇒ 65.0%以上 ※直近5年平均以上 (令和11年度)
特定行為指定研修機関数	県央地区に 3か所 (令和5年度)	⇒ 6か所 (令和11年度)
特定行為研修修了者の従事者数	7人 (令和2年度)	⇒ 103人 (令和11年度)

4

歯科衛生士・歯科技工士

1. 現状

(1) 歯科衛生士・歯科技工士数

- 令和4年(2022年)の本県の歯科衛生士数は1,529人で令和2年(2020年)と比べ27人(1.8%)の増加となっており、歯科技工士数は344人で令和2年(2020年)に比べ8人(2.3%)の減少となっています。人口10万人当たりでは、歯科衛生士、歯科技工士とも全国平均を上回っています。

宮崎県の歯科衛生士・歯科技工士数の推移

(単位：人)

	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2020 (R2)	2022 (R4)
歯科衛生士	1,339	1,397	1,429	1,445	1,484	1,502	1,529
10万対	117.9	124.1	128.3	131.8	137.3	140.4	145.3
全国 10万対	80.6	84.8	91.5	97.6	104.9	113.2	116.2
歯科技工士	324	359	345	347	348	352	344
10万対	28.5	31.9	31	31.7	32.2	32.9	32.7
全国 10万対	27.7	27.1	27.1	27.3	27.3	27.6	26.4

(出典：厚生労働省「衛生行政報告例(各年12月末現在)」)

(2) 歯科衛生士・歯科技工士の就業状況

- 歯科衛生士を就業先別にみると「診療所」が1,463人(届出総数の95.7%)と最も多く、次いで「病院」が37人(同2.5%)となっています。
- 歯科技工士数を就業先別にみると「歯科技工所」が199人(届出総数の57.8%)と最も多く、次いで「病院・診療所」が141人(同41.0%)となっています。
- 県内の歯科医療機関に対する調査では、61.3%の歯科医療機関が1名以上の歯科衛生士(常勤)が不足していると回答しています。

就業先別歯科衛生士数(宮崎県)

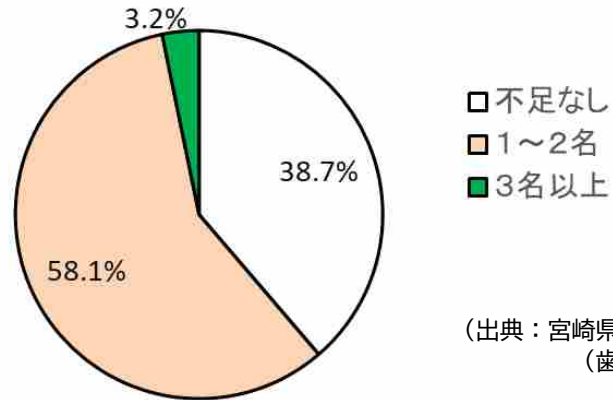
就業先	保健所	都道府県	病院	診療所	介護老人 保健施設	介護医療院	指定介護老人 福祉施設 (特別養護老人 ホーム)	介護保険施設 (その他)	歯科衛生士 学校又は養 成所	事業所	その他
人数(人)	2	1	37	1,463	4	2	4	1	9	2	4

(出典：厚生労働省「衛生行政報告例(令和4年(2022年)12月末現在)」)

就業先別歯科技工士数(宮崎県)

就業先	歯科技工所	病院・診療所	歯科技工士学 校又は養成所	事業所
人数(人)	199	141	3	1

(出典：厚生労働省「衛生行政報告例(令和4年(2022年)12月末現在)」)



現在不足している常勤歯科衛生士の数

2. 課題

(1) 歯科衛生士

- 近年の高齢化に伴う訪問歯科診療における口腔健康管理のニーズの増加や介護施設等との連携による口腔ケアの推進、病院等との連携による周術期口腔健康管理の推進、フレイル予防など、歯科保健医療の新たなニーズが高まる中、それに対応できる資質の高い歯科衛生士の養成及び確保が必要です。
- 歯科衛生士の不足は全国的な課題となっており、本県においては人口10万人あたりの歯科衛生士数は全国値を上回っていますが、宮崎県歯科医師会調査によると、本県においても歯科診療所における歯科衛生士の不足が明らかとなっています。

(2) 歯科技工士

- ハイブリッドセラミックスなど新しい材料や、CAD/CAM 等のコンピュータ技術の導入により従来の手作業による仕事の形態が大きく変化してきています。このため、新しい技術に対応できる歯科技工士の養成や、資質の向上を図る必要があります。

3. 施策の方向

(1) 人材の養成・確保

①	関係団体や養成施設等との連携による必要な人材の養成及び確保
②	歯科衛生士の復職支援や離職防止の取組の推進
③	研修会の実施等による 多様化する歯科保健医療ニーズに対応できる歯科衛生士・歯科技工士の養成

5

理学療法士・作業療法士

1. 現状と課題

- 令和2年(2020年)10月現在、県内の病院に勤務する理学療法士数は785.0人(常勤換算値)、作業療法士数は523.2人(常勤換算値)となっており、人口10万人当たりでは、理学療法士、作業療法士ともに全国平均を上回っています。
- 二次医療圏ごとの状況をみると、理学療法士では約4割、作業療法士では約3.5割が宮崎東諸県医療圏に集まっています。
- 患者の高齢化が進む中、急性期から回復期の患者に対するリハビリテーションや、在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高まってきており、それに対応できる資質の高い理学療法士・作業療法士の養成・確保が必要です。

病院勤務理学療法士・作業療法士数の推移

(単位：人)

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2020
理学療法士	346.3	420.3	519.1	597.3	687.9	756.8	785.0
作業療法士	173.1	246.1	308.4	374.0	421.7	466.5	523.2

(出典：厚生労働省「病院報告、医療施設調査」(各年10月1日現在) *常勤換算値)

医療圏別病院勤務理学療法士・作業療法士数(2020年)

(単位：人、%)

年次 区分	理学療法士			作業療法士		
	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比
延岡西臼杵	87.2	63.6	11.1%	75.2	54.8	14.4%
日向入郷	64.8	75.5	8.3%	42.0	48.9	8.0%
宮崎東諸県	321.0	75.2	40.9%	184.5	43.2	35.3%
西都児湯	52.0	54.1	6.6%	31.2	32.5	6.0%
日南串間	58.3	86.2	7.4%	61.0	90.1	11.7%
都城北諸県	126.8	68.1	16.2%	83.5	44.8	16.0%
西諸	74.9	107.1	9.5%	45.8	65.5	8.8%
本県	785.0	73.4	100.0%	523.2	48.9	100.0%
全国	84,459.3	67.0		47,853.9	37.9	

(出典：厚生労働省「医療施設調査」、人口は各年10月1日 *総数は常勤換算値)

2. 施策の方向

- ① 関係団体や養成施設等との連携による必要な人材の養成及び確保

6

診療放射線技師(診療エックス線技師) 臨床検査技師(衛生検査技師)

1. 現状と課題

- 令和2年(2020年)10月現在、県内の病院に勤務する診療放射線技師等数は448.6人(常勤換算値)、臨床検査技師等数は469.0人(常勤換算値)となっており、人口10万人当たりでは、診療放射線技師等数は全国平均を上回っており、臨床検査技師等数は全国平均と同数となっています。
- 二次医療圏ごとの状況をみると、診療放射線技師等では約4割、臨床検査技師等では約5.5割が宮崎東諸県医療圏に集まっています。
- 放射性同位元素を用いた医療や細胞検査など、医療技術の高度化に対応できるような人材の養成・確保が必要です。

病院勤務診療放射線技師等・臨床検査技師等数の推移

(単位：人)

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2020
診療放射線技師等	382.3	387.7	394.4	412.7	424.5	439.8	448.6
臨床検査技師等	330.6	352.0	367.0	394.1	449.8	485.6	469.0

(出典：厚生労働省「病院報告、医療施設調査」(各年10月1日現在) *常勤換算値)

医療圏別病院勤務診療放射線技師等・臨床検査技師等数(2020年)

(単位：人、%)

年次 区分	診療放射線技師等			臨床検査技師等		
	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比
延岡西臼杵	44.9	32.7	10.0%	54.1	39.4	11.5%
日向入郷	28.0	32.6	6.2%	17.7	20.6	3.8%
宮崎東諸県	199.0	46.6	44.4%	259.7	60.9	55.4%
西都児湯	25.0	26.0	5.6%	20.6	21.4	4.4%
日南串間	28.0	41.4	6.2%	25.8	38.1	5.5%
都城北諸県	91.9	49.3	20.5%	64.3	34.5	13.7%
西諸	31.8	45.5	7.1%	26.8	38.3	5.7%
本県	448.6	41.9	100.0%	469.0	43.8	100.0%
全国	45,323.4	35.9		55,258.4	43.8	

(出典：厚生労働省「医療施設調査」、人口は各年10月1日 *総数は常勤換算値)

2. 施策の方向

- ① 放射線技士会や臨床検査技師会等との連携による各種研修会への参加促進など医療技術の高度化に対応できる人材の養成・確保

7

その他の保健医療関係者

1. 現 状

(1) 管理栄養士・栄養士

- 令和4年(2022年)6月現在で、市町村には105人の栄養士(うち管理栄養士89人)が配置されています。
- 令和4年(2022年)4月現在で、病院等の給食施設には、現在1,529人(うち管理栄養士909人)が配置されています。配置率は病院が100.0%、診療所が73.1%、老人福祉施設が76.1%、社会福祉施設が67.3%です。
- 管理栄養士及び栄養士の養成施設は、1施設設置されています。

管理栄養士・栄養士の配置状況

		施設等数			配置率	配置人数		
		総数	配置	未配置		管理栄養士	栄養士	合計
市町村		26	26	0	100%	89人	16人	105人
給食施設種別	病院	131	131	0	100%	372人	98人	1,529人
	診療所	67	49	18	73.1%	43人	28人	
	老人福祉	289	220	69	76.1%	236人	151人	
	社会福祉	52	35	17	67.3%	19人	31人	
	児童福祉	451	231	220	51.2%	80人	205人	
	その他	349	180	169	51.6%	159人	107人	

(出典：宮崎県健康増進課調(市町村：2022年6月現在、給食施設：2022年4月現在))

(2) 視能訓練士・言語聴覚士・精神保健福祉士・社会福祉士・介護福祉士・医療社会事業従事者・臨床工学技士・公認心理師

- 令和2年(2020年)10月現在、県内の病院に勤務する視能訓練士は34.5人、言語聴覚士は152.3人、精神保健福祉士は164.8人、社会福祉士は119.5人、介護福祉士は415.6人、医療社会事業従事者は50.1人、臨床工学技士は144.2人、公認心理師は42.6人(いずれも常勤換算値)となっています。
- 医療圏別にみると、職種によっては地域偏在があることが分かります。
- 視能訓練士、言語聴覚士の養成施設は県内に1施設、精神保健福祉士の養成施設は1施設、社会福祉士は1施設、介護福祉士は13施設、臨床工学技士は1施設あります。

第7章 医療提供基盤の充実 ～第2節 医療従事者の養成・確保と資質向上(医師を除く)～

病院勤務視能訓練士数等の推移

(単位：人)

	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2020
視能訓練士	24.4	27.9	35.8	23.2	32.8	41.9	34.5
言語聴覚士	45.2	61.7	75.9	90.5	109.4	131.0	152.3
精神保健福祉士	115.5	133.5	151.4	146.1	172.8	184.6	164.8
社会福祉士	25.0	28.0	34.9	78.8	63.9	92.1	119.5
介護福祉士	230.1	290.7	300.6	327.3	377.4	426.6	415.6
医療社会事業従事者	87.8	102.7	100.8	98.1	108.0	110.0	50.1
臨床工学技士	30.4	49.0	68.0	81.0	102.0	126.3	144.2
公認心理師	-	-	-	-	-	-	42.6

(出典：厚生労働省「病院報告、医療施設調査」(各年10月1日現在) *常勤換算値)

医療圏別病院勤務視能訓練士数等(2020年)

(単位：人)

区分	視能訓練士			言語聴覚士			精神保健福祉士			社会福祉士		
	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比
延岡西白杵	2.0	1.5	5.8%	19.2	14.0	12.6%	30.0	21.9	18.2%	17.7	12.9	14.8%
日向入郷	-	-	-	10.0	11.7	6.6%	19.8	23.1	12.0%	16.0	18.6	13.4%
宮崎東諸県	14.6	3.4	42.3%	59.1	13.9	38.8%	72.0	16.9	43.7%	42.0	9.8	35.1%
西都児湯	-	-	-	12.0	12.5	7.9%	-	-	-	7.0	7.3	5.9%
日南串間	0.9	1.3	2.6%	13.0	19.2	8.5%	22.0	32.5	13.3%	9.0	13.3	7.5%
都城北諸県	17.0	9.1	49.3%	28.0	15.0	18.4%	13.0	7.0	7.9%	18.8	10.1	15.7%
西諸	-	-	-	11.0	15.7	7.2%	8.0	11.4	4.9%	9.0	12.9	7.5%
本県	34.5	3.2	100.0%	152.3	14.2	100.0%	164.8	15.4	100.0%	119.5	11.2	100.0%
全国	4,586.3	3.6		16,799.0	13.3		9,374.2	7.4		14,643.4	11.6	

区分	介護福祉士			医療社会事業従事者			臨床工学技士			公認心理師		
	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比	総数	10万対	構成比
延岡西白杵	43.3	31.6	10.4%	2.0	1.5	4.0%	13.0	9.5	9.0%	6.0	1.5	14.1%
日向入郷	47.5	55.3	11.4%	12.4	14.4	24.8%	9.0	10.5	6.2%	6.0	14.4	14.1%
宮崎東諸県	141.9	33.3	34.1%	24.0	5.6	47.9%	74.0	17.3	51.3%	19.6	5.6	46.0%
西都児湯	47.8	49.7	11.5%	1.0	1.0	2.0%	7.0	7.3	4.9%	2.0	1.0	4.7%
日南串間	81.2	120.0	19.5%	1.0	1.5	2.0%	5.2	7.7	3.6%	2.0	1.5	4.7%
都城北諸県	20.0	10.7	4.8%	8.7	4.7	17.4%	18.0	9.7	12.5%	4.0	4.7	9.4%
西諸	33.9	48.5	8.2%	1.0	1.4	2.0%	18.0	25.7	12.5%	3.0	1.4	7.0%
本県	415.6	38.9	100.0%	50.1	4.7	100.0%	144.2	13.5	100.0%	42.6	4.7	100.0%
全国	38,965.7	30.9		3,478.1	2.8		22,653.7	18.0		4,108.7	2.8	

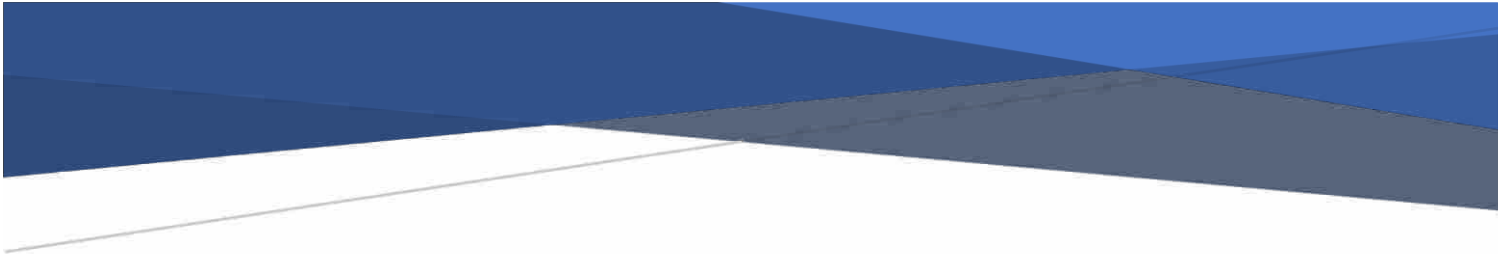
(出典：厚生労働省「医療施設調査」(10月1日現在) *常勤換算値)

2. 課題

- 糖尿病等の生活習慣病の予防・治療には、食生活の改善も重要で、利用者の特性に応じた栄養管理を充実させるため、管理栄養士・栄養士の未配置施設の解消が必要です。
- 高齢化の進展に伴い患者数の増加が予想される中、チーム医療の一翼を担うリハビリテーションスタッフとしての役割も増してきていることから、必要に応じて確保・養成していくことが必要です。
- 高齢化の進行に伴い、介護を必要とする入院患者の割合が増加することが予想されるため、必要に応じて病院内においても介護業務を担うスタッフの確保・育成や、介護福祉士の役割が今後ますます重要となります。
- 患者の抱える経済的、心理的、社会的問題の解決、調整を援助し、退院調整など社会復帰の促進を図る社会福祉士をはじめとする医療ソーシャルワーカーの果たす役割が今後ますます大きくなることから、必要に応じて確保・育成していく必要があります。
- 心の健康問題は、県民の生活に関わる重要な問題となっており、公認心理師についても必要に応じて確保していく必要があります。
- 医師の働き方改革の推進には、医師のタスクシフトを進める必要があることから、医療事務作業補助者の役割も重要です。

3. 施策の方向

①	生涯を通じた生活習慣病発症予防・重症化予防に向けた 管理栄養士・栄養士の給食施設等への配置促進
②	生活習慣病リスク者に対する栄養指導の充実に向けた 管理栄養士・栄養士の資質向上の取組の推進
③	関係団体や養成施設等との連携による必要な人材の養成・確保



第3節 医療安全の確保

- 1 医療安全対策
- 2 医薬品等の安全確保

1

医療安全対策

1. 現 状

(1) 医療機関における医療安全対策

- 治療や処置による事故だけでなく、誤った薬剤の投与や医療機器の使用による医療事故、医療機関へのサイバー攻撃への対策等については、医療機関の管理者や医療安全の責任者だけでなく、その他の従事者にも情報を共有し、医療安全に取り組むことが重要となっています。
- 全ての医療機関には、医療法に基づき、医療の安全を確保するための指針（①医療安全の確保、②院内感染対策、③医薬品安全確保、④医療機器安全確保等）策定と実施が義務付けられています。
- 医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産が発生した医療機関において、院内で調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査支援センター）が収集・分析することで医療事故の再発防止を図る医療事故調査制度が平成27年（2015年）10月より開始されました。
- 県や宮崎市の保健所では、定期的に医療機関に対する立入検査を実施し、医療安全管理体制や院内感染防止体制の確保状況をチェックするなど、必要な指導・助言を行っています。
- 病院の医療安全への取組を客観的に評価し、改善につなげていくため、（公財）日本医療機能評価機構が第三者の立場で行う「病院機能評価事業」が実施されており、本県においては、令和5年（2023年）10月現在、22の病院が認定を受けています。※認定件数は、認定病院のうち、病院機能評価結果の情報提供に同意した施設数

医療監視の実施状況

（単位：件）

実施医療機関	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
病 院	139	137	47	133	128
一般診療所	116	112	0	42	85
歯科診療所	23	11	0	0	0
合 計	278	260	47	175	213

（出典：宮崎県医療政策課調べ（宮崎市保健所実施分も含む））

(2) 医療安全センター

- 患者やその家族からの医療相談等に広く応じることにより、医療に対する信頼を確保するため、県医療政策課、宮崎市保健所及び県の各保健所に医療安全支援センターとして「医療相談窓口」を設置しています。

2. 課 題

(1) 医療機関における医療安全対策

- 医療機関の安全管理体制や院内感染防止体制、医薬品・医療機器の安全管理体制の確保状況について、引き続き定期的な立入検査等による点検・指導を実施することが重要です。

- 院内感染防止やサイバーセキュリティ対策の取組等に関する啓発や情報提供など、医師会等の関係団体と協力し、医療安全に対する理解の促進や人材の育成に取り組むことが重要です。
- 病院機能評価についての認定を受ける病院が増えるよう当該制度の普及啓発を行う必要があります。

(2) 医療安全センター

- 患者やその家族からの医療相談等に適切に対応するため、相談職員の知識の習得・向上に取り組む必要があります。

3. 施策の方向

(1) 医療機関における医療安全対策

①	医療機関への定期的な立入検査等を通じた点検・指導の実施
②	院内感染防止やサイバーセキュリティ対策等に関する啓発や情報提供の実施
③	国や関係団体等が主催する医療安全に関するセミナー・研修等の周知及び受講の推進
④	病院機能評価に係る普及啓発及び受審の促進

(2) 医療相談等への適切な対応

①	相談技能の向上に向けた相談窓口職員の研修受講等の促進
---	----------------------------

2

医薬品等の安全確保

1. 現 状

(1) 医薬品・医療機器等の安全確保

- 医薬品等については、その有効性及び安全性の確保が強く要請されており、医薬品等 GMP(製造管理・品質管理の基準)等の遵守等、諸施策の充実強化が図られています。
- 本県においても、医薬品等製造業に係る医薬品等の有効性・安全性の確保が重要であることから、製造から使用に至る各段階で不良品の発生防止、品質管理の徹底、適正な販売及び使用を図る必要があります。

(表)薬局等に対する立入検査状況

施設数 年度	薬局等	医薬品 製造業等	毒物劇物 販売業等	合計	監視件数
2018年度	1,635	68	615	2,318	1,325
2019年度	1,614	68	606	2,288	1,061
2020年度	1,628	67	589	2,284	887
2021年度	1,639	73	578	2,290	906
2022年度	1,626	72	567	2,265	1,057

資料：「薬務対策課調べ」

薬局等：薬局、店舗、卸売、薬種商、特例、高度管理医療機器等販売業及び再生医療等製品販売業

毒物劇物販売業等：販売業、製造業、輸入業、届出業務上取扱者、特定毒物研究者、特定毒物使用者

(2) 医薬品の適正使用と安定確保

- 県民の健康に対する意識や関心が高まっており、医薬品の特性等を十分に理解し、適正に使用できるよう環境整備を進めることが重要になっています。
- 県民・患者による「かかりつけ薬剤師・薬局」の選択を支援するため、薬局機能情報公表制度の円滑な導入により、体制の整備を図っています。
- 宮崎県ジェネリック医薬品安心使用促進協議会を設置し、患者及び医療関係者をはじめ県民が安心して後発医薬品を使用できる環境整備等の構築に取り組んでいます。

(表)薬局数と処方箋取扱い枚数の推移

区分 年度	薬局数	保険薬局数	処方箋枚数	分業率	
				県	全国
2018年度	602	568	7,892,490	77.4%	74.0%
2019年度	593	571	7,897,153	77.9%	74.9%
2020年度	598	577	7,237,146	78.4%	75.7%
2021年度	596	581	7,467,840	78.5%	75.3%
2022年度	597	582	7,663,087	79.8%	76.6%

資料：「日本薬剤師会調べ」

※分業率とは、処方箋総受け取り枚数を投薬対象数で除したものの

第7章 医療提供基盤の充実 ～第3節 医療安全の確保～

(表) 後発医薬品使用割合の推移 (数量ベース%)

	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度 (4～2月)
本 県	80.5	83.1	85.0	85.7	86.7
全 国	75.9	79.1	81.4	82.0	83.1

資料：「厚生労働省保険局調査課調べ」

(3) 薬物乱用防止の推進

- 全国における検挙人員は、依然として1万人を超え、高い水準で推移しておりますが、大麻事犯の検挙人員は、平成26年以降増加傾向が続いており、令和3年は過去最多の検挙者数となりました。
- 本県においても、大麻事犯の検挙人員は高い水準で推移しており、特に10代の検挙者がみられるなど、若年層での拡大が懸念されています。

(表) 麻薬業務所数及び監視件数の推移

	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
麻薬業務所数	1,236	1,220	1,229	1,231	1,244
監視件数	693	703	454	399	408

資料：「薬務対策課調べ」

(表) 薬物事犯検挙者数の推移 ※ () 内は10代の数

	麻薬・ 向精神薬	大麻	覚醒剤	シンナー
平成30年	1	40(0)	41(0)	0
令和元年	2	38(5)	32(0)	1
令和2年	2	57(9)	37(2)	1
令和3年	0	47(4)	36(0)	2
令和4年	2	46(1)	42(0)	3

資料：「県警察本部調べ」

2. 課 題

(1) 医薬品・医療機器等の安全確保

- 医薬品等の製造管理・品質管理の基準の遵守状況の確認において立入調査時における調査員の資質向上及び人材確保、医薬品等の収去検査体制の整備が求められています。

(2) 医薬品の適正使用と安定確保

- 県民が医薬品の特性等を十分に理解し、適正に使用できるよう環境整備を進めることが重要です。
- 在宅における患者は、服薬している薬の種類が多いことから、お薬手帳を活用して薬の相互作用、多剤・重複投与の防止のため、患者にかかる全ての医療機関の処方情報を把握し、薬学的管理・指導することが重要です。

(3) 薬物乱用防止の推進

- 若年層をはじめとした県民に対して、継続して薬物乱用防止の啓発に取り組んでいくとともに、特に、中・高生に向けた薬物乱用防止の啓発を推進していくことが重要です。
- 麻薬・向精神薬等の取扱者(病院・診療所・薬局等)の立入検査を実施し、適正な取扱いについて指導を実施することが重要です。

3. 施策の方向

(1) 医薬品・医療機器等の安全確保

①	医薬品等製造業の品質管理責任者や薬事監視員を対象とした専門的な研修会の開催や、薬事監視員の GMP 等模擬査察への派遣など製造管理技術の向上
②	健康被害の届け出のあった健康食品及び医薬品成分の含有が疑われる食品の成分検査や効能効果をうたった健康食品広告の監視や指導の実施など、薬事監視指導体制の整備

(2) 医薬品の適正使用と安定確保

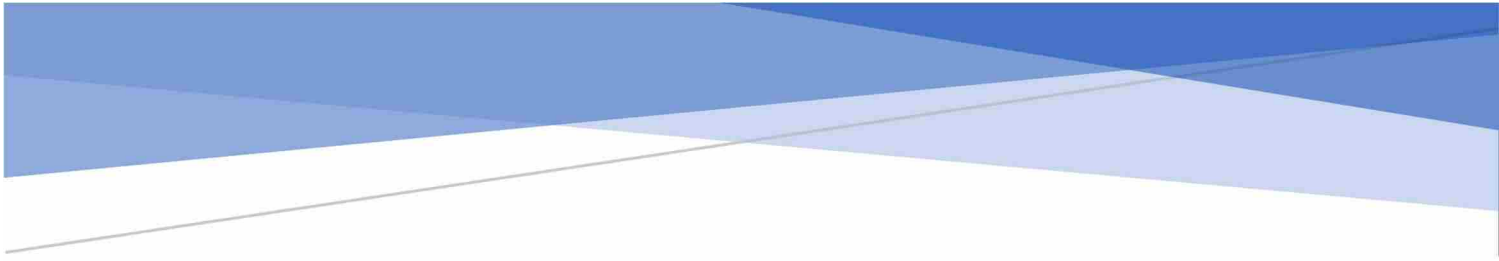
①	お薬手帳を活用した服薬情報の一元的・継続的把握や医療機関をはじめとする関係機関との連携強化
②	薬局機能情報公表制度の円滑な運用や後発医薬品を安心して使用できる環境の整備
③	薬局や医薬品販売業等における適切な薬剤管理指導等の実施など 医薬品の適正使用の促進
④	「薬と健康の週間」事業による医薬品等の正しい使い方などの普及啓発
⑤	地域包括ケアシステムの推進に向けた「かかりつけ薬剤師・薬局」「認定薬局」における在宅での対応を含む薬学的管理・指導等の機能強化

(3) 薬物乱用防止の推進

①	薬物乱用防止月間における街頭キャンペーンの実施や 様々な広報媒体を活用した薬物乱用防止の啓発
②	関係機関との連携による薬物乱用防止教室を実施など 中・高生に向けた薬物乱用防止の啓発の推進
③	違法薬物の発見や不正けし・大麻の撲滅に向けた 麻薬・向精神薬の業務上取扱者に対する監視指導による保管・管理の徹底
④	保健所ごとに設置する薬物乱用防止指導員の地区協議会を通じた地域に密着した啓発活動の実施や、精神保健福祉センターに薬物に関する相談窓口の設置
⑤	終末医療や緩和ケアの推進に向けた医療用麻薬の適正使用の推進

4. 目 標

指 標	現 状	⇒	目 標
薬局等の監視件数	1,057 件 (令和4年度)	⇒	施設数の 1/3 以上 (令和11年度)
薬物乱用防止教室の開催実績	58 箇所、6,153 人 (令和4年度)	⇒	80 箇所、8,000 人 (令和11年度)
麻薬業務所の監視件数	408 件 (令和4年度)	⇒	施設数の 1/2 以上 (令和11年度)



第 8 章 計画の推進等

第 1 節 計画の推進にあたって

- 1 計画の推進体制
- 2 実施主体の役割
- 3 評価・公表の実施

第1節 計画の推進にあたって

1. 計画の推進体制

- 本計画の基本理念である「県民が、安全で質の高い医療を切れ目なく受けられる持続可能な医療提供体制の実現」のためには、県や市町村はもとより、大学や保健・医療・福祉関係団体など、全ての関係者が相互に連携し、積極的に本計画の推進に取り組むことが求められます。
- このため、宮崎県医療審議会等で関係者の共通認識の醸成を図るとともに、保健・医療・福祉関係団体や行政等の関係者で構成される各種協議会等の活動を通じて、具体的な計画の推進を図っていきます。
- 限られた医療資源を守るためには、県民自らが「かかりつけ医」や「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つなどの取り組みを行うことが重要であることから、県民の理解と協力を得るための意識啓発に努めます。
- 国に対しては他の都道府県とも連携しながら、地域の実情に即した医療政策や制度の実施など、医療提供体制の充実強化のための支援協力を要請します。

各 種 協 議 会 等	役 割
宮崎県がん対策審議会	県内におけるがん対策の推進
宮崎県循環器病対策推進協議会	県内における循環器病対策の推進
宮崎県糖尿病・慢性腎臓病(CKD)対策検討会	県内における糖尿病・慢性腎臓病(CKD)対策の推進
宮崎県へき地医療支援機構	県内におけるへき地医療対策の各種事業の実施
宮崎県救急医療協議会	県内における救急医療機関と搬送機関の連携の促進等、救急医療の円滑な運営
宮崎県周産期医療協議会	県内における周産期医療体制の整備
宮崎県災害医療関係者連絡会議	県内における災害時の医療提供体制の整備
宮崎県感染症対策審議会	県内における感染症対策の総合的な推進
宮崎県地域医療対策協議会	県内における医師の確保促進や、関係機関の機能分担・連携の推進
宮崎県地域医療支援機構	県、市町村、宮崎大学、県医師会等が密接に連携を図りながら、県内における医師不足や医師の地域偏在の解消等を推進
宮崎県臨床研修・専門研修運営協議会	医師の臨床研修制度及び専門研修制度において、県内の協力体制を構築、研修体制の整備及び充実
宮崎県医師確保対策推進協議会	県内の自治体病院等における医師確保を推進
地域医療構想調整会議	地域医療構想の推進に向けた協議

2. 実施主体の役割

○ 県

本計画の具体的な推進を図るため、市町村や大学、関係団体との総合調整を図るとともに、計画の達成状況や効果等の検証を行うなど、本計画全体の進行管理を行います。また、保健所は地域における保健・医療を管理する機関として、所管区域における各種情報の収集や分析、広報を行うとともに、地元関係団体との連携・調整機能の発揮に努めます。

○ 市町村

住民に最も身近な市町村は、住民ニーズにあった保健・医療・福祉サービスを提供するための総合相談窓口等としての機能を発揮するとともに、県や関係団体と連携を図りながら、地域における各種サービス提供体制の充実に努めます。

※ 宮崎市保健所については、宮崎市における保健・医療を管理する機関として、上記県保健所と同様の役割を担います。

○ 関係機関・団体・大学等

保健・医療・福祉の関係機関や関係団体は、それぞれ専門的な立場から県民に良質なサービスを提供するとともに、相互に連携して保健から医療・福祉まで切れ目のないサービス提供体制の構築に努めます。また、大学等は医療関係従事者の養成と確保に積極的に取り組みます。

○ 県民

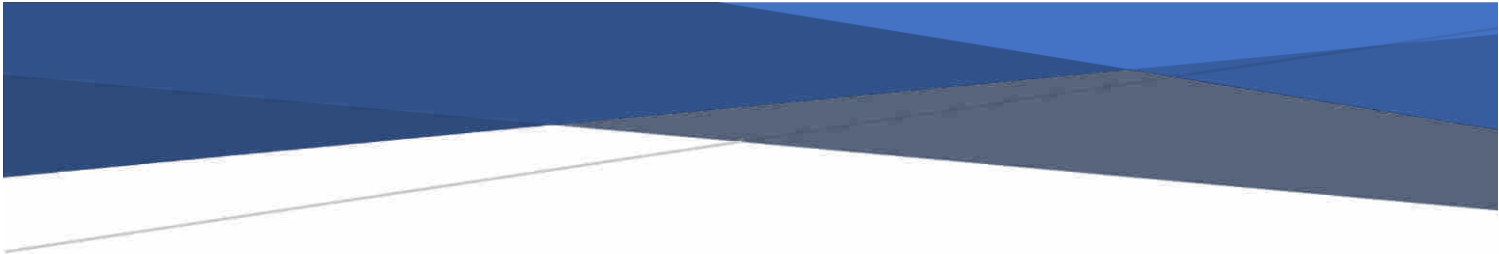
県民は、健康で生き生きとした生活を送るため、生活習慣病等にならないよう、健診の受診や保健指導を受けるなど日頃から自らの健康づくりに積極的に努めます。また、安易な夜間、休日等の時間外受診を控えるなど限りある医療資源を地域の財産として大切にするとともに、「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つなど、医療機能の分担と連携体制の構築等に協力します。

3. 評価・公表の実施

本計画の推進にあたっては、計画の達成状況や効果等の検証を行うことが必要です。

このため、数値目標及び施策の進捗状況等や評価については、医療関係者や住民、学識経験者等からなる宮崎県医療審議会において、1年ごとに行い、施策の継続的な推進が図られるよう努めます。

また、その結果については、ホームページ上に公表します。



参 考

- 1 宮崎県医療審議会名簿
- 2 宮崎県医療審議会医療計画部会名簿
- 3 用語の解説

1 宮崎県医療審議会名簿

令和5年(2023)年12月31日時点

役 職 名	氏 名
宮崎県医師会長	河 野 雅 行
宮崎県医師会副会長	山 村 善 教
宮崎県歯科医師会長	上 窪 高 志
宮崎県薬剤師会長	野 邊 忠 浩
独立行政法人国立病院機構都城医療センター院長	吉 住 秀 之
全日本病院協会宮崎県支部長	池 井 義 彦
日本医療法人協会宮崎県支部長	赤 須 郁太郎
宮崎県精神科病院協会会長	内 村 大 介
宮崎県市長会代表(日向市長)	十 屋 幸 平
宮崎県町村会代表(日之影町長)	佐 藤 貢
宮崎県保険者協議会長	仁田脇 七 郎
宮崎県高等学校 PTA 連合会副会長	梅 野 恵 美
宮崎県地域婦人連絡協議会副会長	野 村 美智子
宮崎県老人クラブ連合会副会長	松 本 順 子
宮崎大学医学部附属病院長	帖 佐 悦 男
宮崎県看護協会会長	中 武 郁 子
宮崎県弁護士会弁護士	宮 川 香代子
宮崎県栄養士会副会長	甲 斐 敬 子

2 宮崎県医療審議会医療計画部会名簿

令和5年(2023)年12月31日時点

役 職 名	氏 名
宮崎県医師会副会長	山 村 善 教
宮崎県医師会常任理事 兼 自治体病院協議会宮崎県支部副支部長	金 丸 吉 昌
宮崎県医師会常任理事	石 川 智 信
宮崎県歯科医師会副会長	佐 野 裕 一
宮崎県薬剤師会副会長	青 木 浩 朗
宮崎県看護協会常務理事	又 木 真由美
宮崎大学医学部附属病院教授	海 北 幸 一
独立行政法人国立病院機構宮崎東病院長	伊 井 敏 彦
全日本病院協会宮崎県支部副支部長	飯 田 正 幸
宮崎県市長会代表（日向市長）	十 屋 幸 平
宮崎県町村会代表（日之影町長）	佐 藤 貢
宮崎県保険者協議会長	仁田脇 七 郎