

第4期宮崎県医療費適正化計画

令和6年3月策定
令和7年3月改定

宮 崎 県

(目 次)

第1章 計画の位置づけ	1
1 計画の基本理念	2
(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること	〃
(2) 今後の人口構成の変化に対応するものであること	〃
(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること	〃
2 計画の期間	3
3 計画に掲げる目標	〃
(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標	4
(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標	〃
4 計画の策定の手続き及び公表	〃
(1) 計画策定のための体制の整備	〃
(2) 他の計画との調和	5
(3) 計画の公表	6
5 計画の策定及び計画に基づく施策の実施に関する協力	7
第2章 医療に要する費用等の状況	8
1 高齢化の状況	〃
(1) 高齢化の推移及び将来推計	〃
(2) 本県の人口構造	9
(3) 平均寿命と健康寿命の状況	10
2 医療費の状況	12
(1) 全国の国民医療費	〃
(2) 本県の国民医療費	13
(3) 地域差指数の状況	14
(4) 全国の後期高齢者医療費	16
(5) 本県の後期高齢者医療費	〃
(6) 医療提供体制を巡る状況	17
3 県民の健康の保持を巡る状況	20
(1) 特定健康診査・特定保健指導	〃
(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	22
(3) たばこ対策	23
(4) 予防接種	〃
(5) 生活習慣病の状況	〃
(6) がん検診実施状況	25
4 医療の効率的な提供を巡る状況	26
(1) 後発医薬品の使用促進	〃
(2) 医薬品の適正使用の推進	〃

第3章 計画の目標と取組	27
1 県民の健康の保持の推進	〃
(1) 特定健康診査・特定保健指導	〃
(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率	29
(3) たばこ対策	〃
(4) 予防接種の促進	30
(5) 生活習慣病等の重症化予防の推進	31
(6) がん対策	32
(7) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進 に関する目標	〃
(8) その他予防・健康づくりの推進	33
2 医療の効率的な提供の推進	35
(1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進	〃
(2) 医薬品の適正使用の推進	36
(3) 医療資源の効果的・効率的な活用の推進	〃
(4) 医療等の提供体制の構築	37
第4章 その他医療費適正化の推進のために必要と認める事項	39
1 県の取組事項	〃
(1) レセプトの点検・活用	〃
(2) 医療費の動向把握・分析	〃
2 保険者等の取組事項	40
(1) 市町村の取組事項	〃
(2) 広域連合の取組事項	〃
3 保険者協議会の取組事項	41
4 医療の担い手等の取組事項	〃
5 関係機関の連携	〃
6 医療機関の適正受診	〃
7 県民の医療費適正化に対する意識の向上	〃
第5章 計画期間における医療に要する費用の見込み	42
1 令和11年度の医療費の見込み	〃
2 制度区分別・年度別医療費の見込み等について	43
第6章 計画の進行管理	45
1 計画のサイクル	〃
2 進捗状況の公表等	〃
3 暫定評価及び次期計画への反映	〃
4 実績の評価	〃

＜参考資料＞

第4期宮崎県医療費適正化計画における用語一覧	46
宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会設置要綱	54
宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会委員名簿	56
宮崎県の地域医療を守り育てる条例(平成25年3月28日条例第18号)	57

第1章 計画の位置づけ

我が国は、国民皆保険の下、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきました。

しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等医療制度を取り巻く様々な環境が変化してきております。

このような中、今後も国民皆保険制度を堅持し続けていくためには、県民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。

このため、医療費の伸びが過大とならないよう、計画的な医療費の適正化対策を推進するための計画（以下「医療費適正化計画」という。）を策定する制度が平成18年度に創設され、国の「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（以下「基本方針」という。）に基づき、国及び都道府県において医療費適正化計画を策定することが義務づけられました（高齢者の医療の確保に関する法律第8条及び第9条）。

本県においても、これまで「第1期宮崎県医療費適正化計画（平成20～24年度）」、「第2期宮崎県医療費適正化計画（平成25～29年度）」及び「第3期宮崎県医療費適正化計画（平成30～令和5年度）」を策定し、医療費の適正化に向けた取組を進めてきたところです。

全国的には令和25年頃に高齢者人口がピークを迎える中で、さらなる高齢化と医療費の増加が見込まれる中、第3期計画の期間の満了を迎え、引き続き医療費の適正化に向けた取組を着実に推進していく必要があることから、基本方針や宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会における御意見等を踏まえ、第3期計画の更新計画として「第4期宮崎県医療費適正化計画」を策定することとしました。

1 計画の基本理念

この計画は、次の3つを基本理念としています。

(1) 県民の生活の質の維持及び向上を図るものであること

医療費適正化のための具体的な取組は、第一義的には、今後の県民の健康と医療の在り方を展望し、良質かつ適切な医療を効率的に提供することにより、県民の生活の質の維持向上を目指すものとします。

(2) 今後の人口構成の変化に対応するものであること

全国で見れば、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる令和7年にかけて、65歳以上人口、とりわけ75歳以上人口が急速に増加した後、令和25年に向けてその増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降さらに減少が加速していきます。

本県においては、高齢化は全国平均よりも早く進んでいると言われており、後期高齢者医療費の動向は、制度が始まった平成20年度の約1,276億円から令和3年度は約1,603億円に増加し、1人当たり医療費も平成20年度の781,202円から令和3年度は、911,360円に増加しています。

こうした中で、人口減少に対応した全世代対応型の社会保障制度を構築していくことが必要であり、医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高めていくため、限りある地域の社会資源を効果的・効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものとします。

(3) 目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること

目標及び施策の達成状況等について、計画の初年度と最終年度を除く毎年度、進捗状況を公表します。

また、計画の最終年度には、進捗状況の調査及び分析結果を公表するとともに、次期計画に反映させます。

さらに、計画の最終年度の翌年度には実績に関する評価を行います。

2 計画の期間

6年を一期とし、第4期宮崎県医療費適正化計画については、令和6年度から令和11年度までを計画期間とします。

3 計画に掲げる目標

健康長寿の実現のためには、若いときからの生活習慣病の予防対策が重要です。

予防・健康づくりには、健康の改善により生活の質を向上させ、健康寿命を延ばすだけでなく、健康に働く者を増やすことで、社会保障の担い手を増やすこと、健康格差の拡大を防止することといった多面的な意義があります。

例えば糖尿病が重症化して人工透析に移行した場合、頻回な治療等のため生活の質が低下することに加え、多額の医療費が必要になります。

生活習慣病の発症予防として、個人の生活習慣の改善を促す取組を進めることや重症化するリスクの高い医療機関未受診者等に対して医療機関の受診を勧奨し、必要な治療を行うこと等、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。

次に、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を有効に活用することが重要であることから、医療機関の病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図り、市町村や関係機関等とも連携して、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築を目指すこととします。

上記に加え、後発医薬品の使用促進については、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、新たな数値目標を検討し、後発医薬品を使用することができる環境の整備等の取組を進めることとします。

同じく、バイオ後続品は、先発バイオ医薬品とほぼ同じ有効性、安全性を有し、安価であり、後発医薬品と同様に医療費適正化の効果を有することから、その普及促進にあたり、医療関係者や保険者を含めた多様な主体と連携し、取組を進めることとします。

こうしたことから、「県民の健康の保持の推進」及び「医療の効率的な提供の推進」に関し、次の事項について目標を定めることとします。

(1) 県民の健康の保持の推進に関する目標

- ・ 特定健康診査、特定保健指導の実施率
- ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率
- ・ たばこ対策
- ・ 予防接種の促進
- ・ 生活習慣病等の重症化予防の推進
- ・ がん対策
- ・ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進
- ・ その他予防・健康づくりの推進

(2) 医療の効率的な提供の推進に関する目標

- ・ 後発医薬品の使用割合
- ・ バイオ後続品の使用の促進
- ・ 医薬品の適正使用の推進
- ・ 医療資源の効果的・効率的な活用の推進
- ・ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

4 計画の策定の手続き及び公表

国は、「基本方針」及び「全国医療費適正化計画」を改訂し、県では、改訂された「基本方針」に即して「第4期宮崎県医療費適正化計画」を策定します。

(1) 計画策定のための体制の整備

① 関係者の意見を反映させる場の設置

学識経験者、医療関係者、保険者等をメンバーとする医療費適正化計画策定検討委員会を開催し、それぞれの意見をお伺いすることとします。

② 市町村との連携

市町村は、住民の健康の保持の推進に関し、健康増進の啓発事業等を実施する立場であり、また、医療と介護の連携の推進に関しては、介護保険施設その他の介護サービスの基盤整備を担う立場であること等から、医療費適正化計画の作成又は変更に当たっては市町村と協議を行うなど連携を図ります。

③ 保険者等との連携

特定健康診査等の保健事業の実施主体である保険者等においては、特定健康診査等やレセプト情報を活用した効果的かつ効率的な保健事業を推進することとされ、各保険者等において当該事業の実施計画（データヘルス計画）の策定及びそれに基づく事業の実施が進められています。

宮崎県医療費適正化計画の目標の達成に向けて、県内の保険者等による保健事業の効果的かつ効率的な実施は重要であり、そうした取組が県内の保険者等の特定健康診査等実施計画やデータヘルス計画にも反映されるよう連携を図ります。

こうした中で、都道府県が医療費適正化計画を作成又は変更する際には、保険者協議会に協議することとされており、保険者協議会を通じ、保険者や関係団体等との連携を図ります。

④ 医療の担い手等との連携

医療の担い手等（医師、歯科医師、薬剤師、看護職その他の医療の担い手、医療提供施設の開設者及び管理者）は、国、県、保険者等による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、患者に対して良質かつ適切な医療を提供する役割があります。

本計画の目標のうち、特に医療の効率的な提供の推進に関する目標の達成に向けては、県内の医療の担い手等を含む関係者が地域ごとに地域の実情を把握・検討し、必要な取組を行うことが重要であるため、今後も保険者協議会の構成員としての参画を含め、本計画の作成又は変更においても連携を図ります。

(2) 他の計画との調和

「県民の健康の保持の推進」については、生活習慣病の予防を中心とした施策の推進を掲げる「健康みやざき行動計画21」、「医療の効率的な提供の推進」については、医療機能の適切な分化・連携による効率的で質の高い医療提供を構築するための施策を掲げる「県医療計画」、医療と介護の連携や高齢者の健康づくり・介護予防を中心とした施策の推進を掲げる「県高齢者保健福祉計画」、県及び市町村の国民健康保険事業の運営に関する方針である「県国民健康保険運営方針」と密接に関連しています。

県では、これらの計画との整合性を図り連携させることで、医療費適正化に関する施策を推進します。

① 「健康みやざき行動計画 21」との調和

「健康みやざき行動計画 21」における生活習慣病対策に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、本計画における県民の健康の保持の推進に関する取組の内容とが整合し、両者が相まって高い予防効果を発揮するようにします。

② 「県医療計画」との調和

「県医療計画」における良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保に係る目標及びこれを達成するために必要な取組の内容と、本計画における医療の効率的な提供の推進に関する目標及び取組の内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が実現されるようにします。

③ 「県高齢者保健福祉計画」との調和

「県高齢者保健福祉計画」における介護給付等対象サービスの量の見込みに関する事項、介護保険施設等の整備等に関する取組及び医療と介護の連携等に関する取組の内容と、本計画における医療と介護の連携等に関する取組の内容とが整合し、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施が図られるようにします。

④ 「宮崎県国民健康保険運営方針」との調和

国民健康保険の安定的な財政運営及び宮崎県内の市町村の国民健康保険事業の広域的かつ効率的な運営の推進を目的とした「宮崎県国民健康保険運営方針」の内容と本計画における目標及び取組内容との整合を図り、国民健康保険の安定的な財政運営及び効率的な運営を推進します。

また、全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律により、国民健康保険運営方針において、医療費適正化の推進に関する事項を定めることが必須とされたことを踏まえ、国民健康保険運営方針の財政見通しにおいて都道府県医療費適正化計画の医療費の見込みを用いること等により調和を図ります。

(3) 計画の公表

計画を定め、又はこれを変更したときは、遅滞なく厚生労働大臣に提出します。

また、計画の推進に当たっては、県のホームページへの掲載など様々な手段により県民への周知を行います。

5 計画の策定及び計画に基づく施策の実施に関する協力

計画の作成及び計画に基づく施策の実施に関して必要があると認めるときは、保険者、医療機関その他の関係者に対して必要な協力を求めることとします。

第2章 医療に要する費用等の状況

1 高齢化の状況

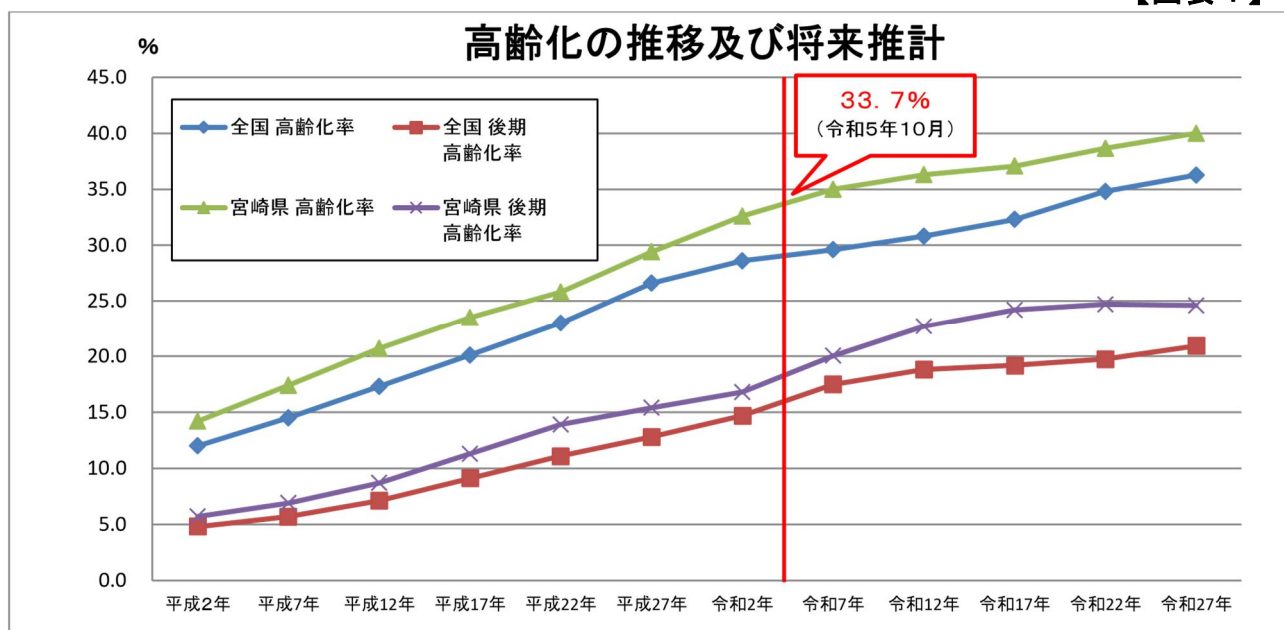
(1) 高齢化の推移及び将来推計

本県は、全国平均より早いペースで高齢化が進んでいます。高齢化率は、平成12年に20%を超え、令和5年10月には33.7%に達しています。

年齢別の構成比でみると、令和5年10月現在の高齢者人口約35万1千人のうち、前期高齢者（65～74歳）は約16万3千人、後期高齢者（75歳以上）は約18万8千人で、高齢者人口に占める割合はそれぞれ46.4%、53.6%となっています。

平成19年以降、後期高齢者の人口が前期高齢者の人口を上回っており、今後もこの傾向が顕著になるものと予想されています。

【図表1】



資料：全国推計：令和2年までは「国勢調査」及び「人口推計年報」、令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口－令和5年推計」

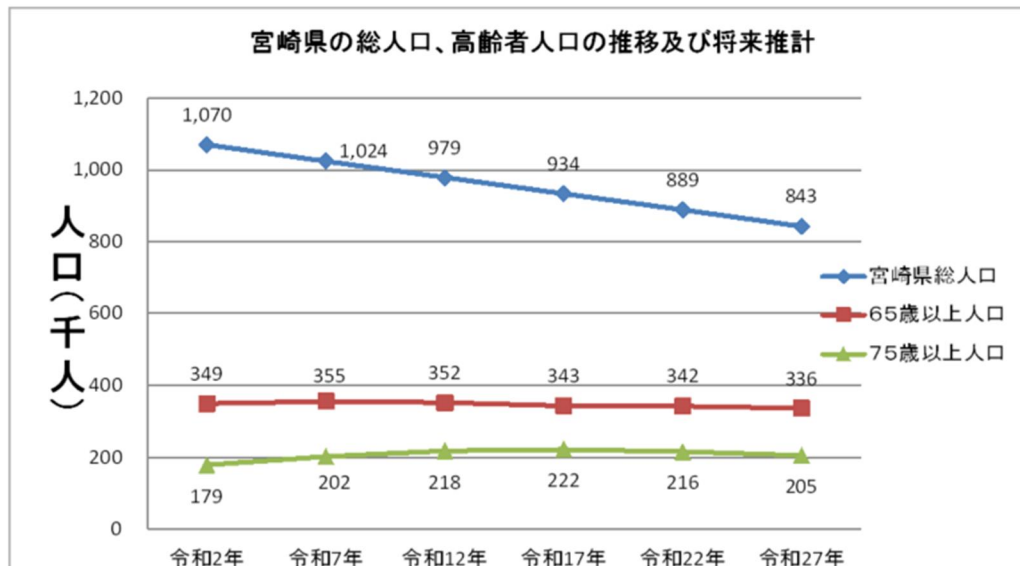
県推計：令和2年までは「国勢調査」及び「現住人口調査」、令和7年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口－令和5年推計」

* 以下【図表3】まで同じ。

また、本県の人口を令和2年と令和27年で比較すると、107万人から84万3千人に減少し、65歳以上人口は、34万9千人から33万6千人に減少すると見込まれています。

しかし、75歳以上人口は増加傾向にあり、17万9千人から20万5千人になると見込まれています。

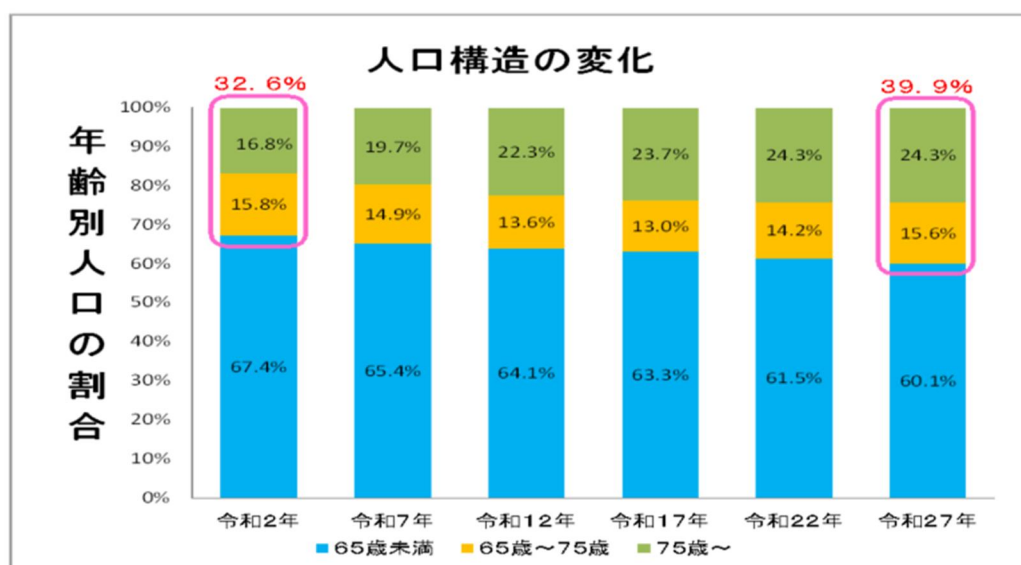
【図表2】



(2) 本県の人口構造

階層別にみると、65歳以上の高齢者の割合は、令和2年の32.6%が、令和27年には39.9%に、75歳以上の後期高齢者の割合は、令和2年の16.8%が、令和27年には24.3%になると見込まれています。

【図表3】



(3) 平均寿命と健康寿命の状況

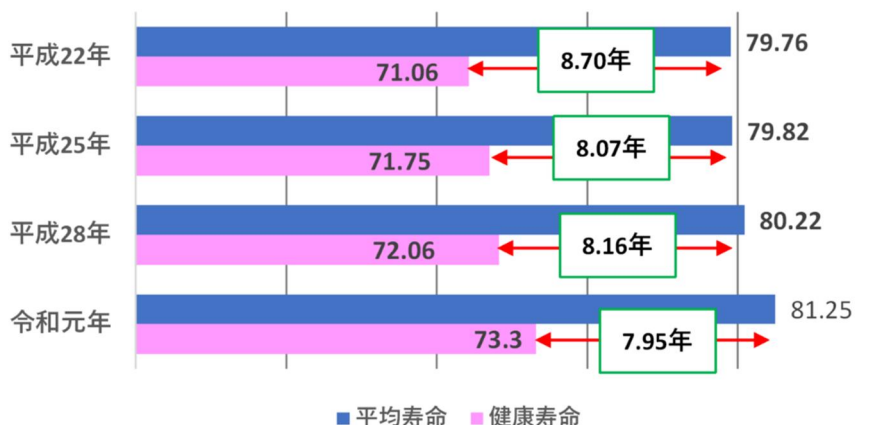
本県の平均寿命は、2019年（令和元年）において男性81.25歳、女性87.62歳となっています。

一方、健康寿命は、男性73.30歳、女性76.71歳となっており、平均寿命と健康寿命の差（日常生活に制限のある期間の平均）は、平成28年と比べて、男性0.21年、女性1.08年短縮されました。

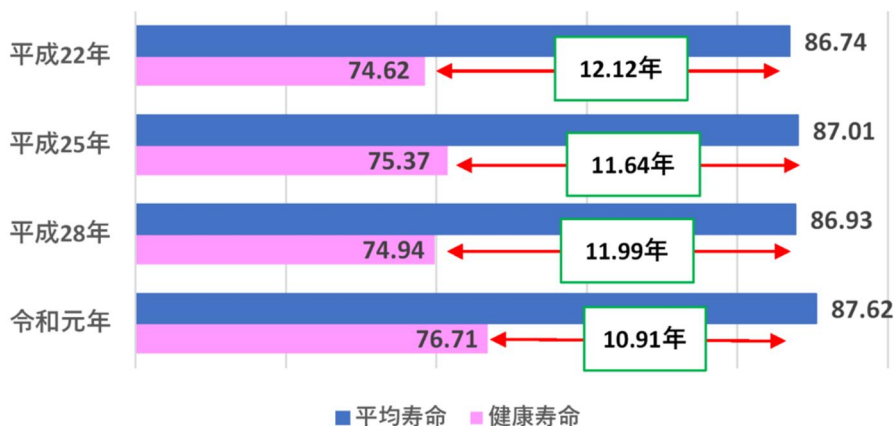
今後も、健康でいきいきとした生活を送るため、健康寿命の延伸が必要です。

平均寿命と健康寿命の差の推移（性別） 【図表4】

男性



女性



（参考）健康寿命：健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間

資料：

平均寿命：「平成22年完全生命表」

「平成25年/平成28年/令和元年簡易生命表」

健康寿命：「平成２２年/平成２５年/平成２８年/令和元年簡易生命表」
「平成２２年/平成２５年/平成２８年/令和元年人口動態統計」
「平成２２年/平成２５年/平成２８年/令和元年国民生活基礎調査」※上記の出典元は厚生労働省
「平成２２年/平成２５年/平成２８年/令和元年推計人口」（総務省）より算出

2 医療費の状況

(1) 全国の国民医療費

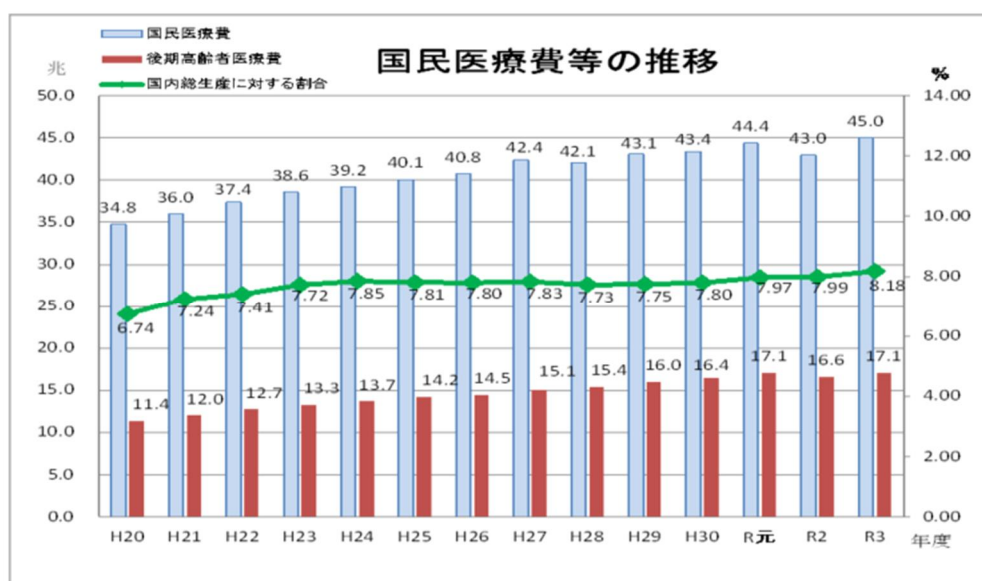
全国における国民医療費は、令和3年度には4兆5千359億円となっており、前年度の4兆2千965億円に比べ2兆694億円(4.8%)増となっています。

国内総生産に占める国民医療費の割合は、年度によって多少の上下がありますが、令和3年度は8.18%と、増加傾向にあります。

また、厚生労働省が公表している令和4年度医療費動向調査「概算医療費」によると、全国の概算医療費総額は、4兆5千965.9億円で、前年度と比較して約1,758億円、3.9%の増加となっています。

(参考) 概算医療費：医療費の動向を迅速に把握するため、推計的に集計するもので、労災等は含まず、概ね98%程度を補足した数値。

【図表5】



受診延べ日数の伸び率(対前年同期比)(単位: %)

【図表6】

	総 計	医科計			歯科	調剤
			医科入院	医科入院外		
全国計	2.0	2.1	▲ 1.1	3.1	▲ 0.2	4.4
宮崎	0.8	1.1	▲ 2.3	2.4	▲ 2.1	3.5

1日当たり医療費の伸び率(対前年同期比)(単位: %)

【図表7】

	総 計	医科計			歯科	調剤
			医科入院	医科入院外		
全国計	2.0	2.3	4.0	3.1	2.8	▲ 2.6
宮崎	2.6	2.7	3.7	4.6	3.4	▲ 1.4

(図表6、図表7) 資料:「令和4年度医療費の動向」(厚生労働省)

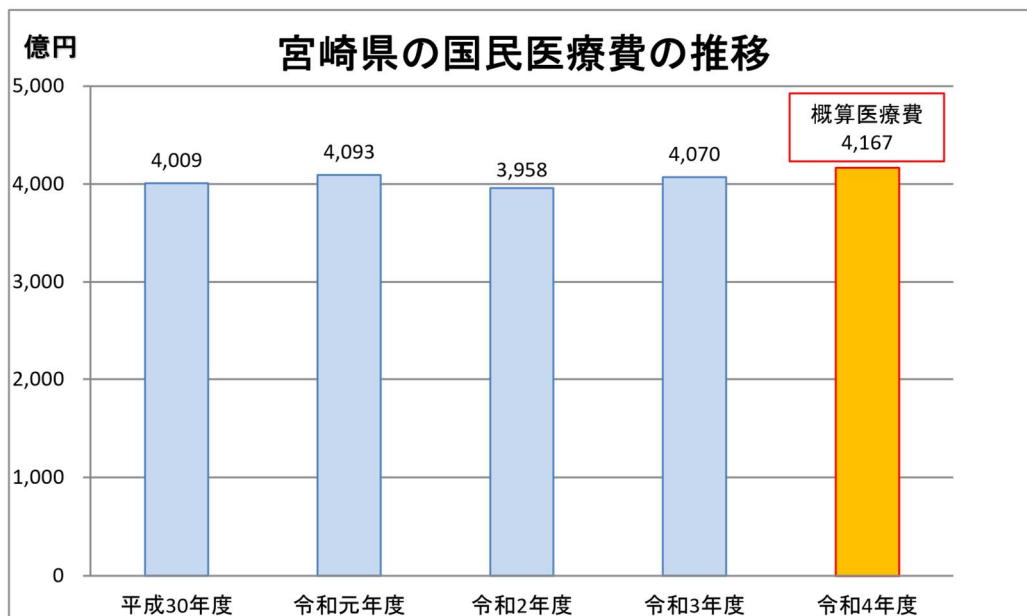
(2) 本県の国民医療費

令和3年度の都道府県別国民医療費によると、本県の医療費は4,070億円で、前年度の3,958億円から112億円増加しています。

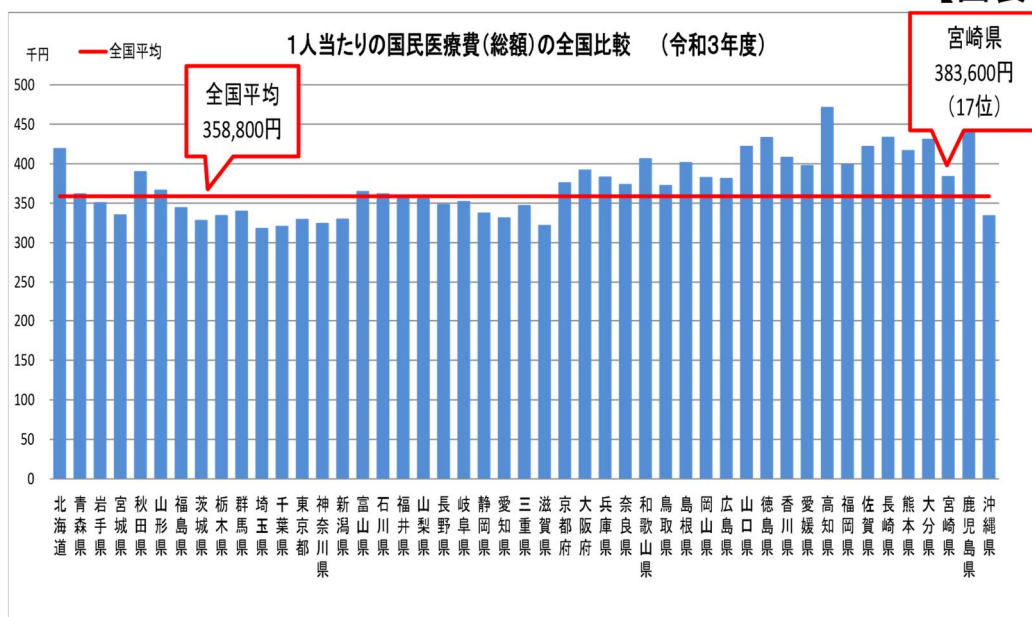
また、1人当たり医療費は全国平均の35万8,800円を2万4,800円上回る38万3,600円となっており、全国で高い方から17位となっています。

さらに、令和4年度の「概算医療費」によると、令和4年度の本県の概算医療費総額は、4,167億円（前年度比較138億円増、3.4%増）となっています。

【図表8】



【図表9】



(図表5、図表8、図表9)

資料：「令和3（2021）年度 国民医療費の概況」（厚生労働省）

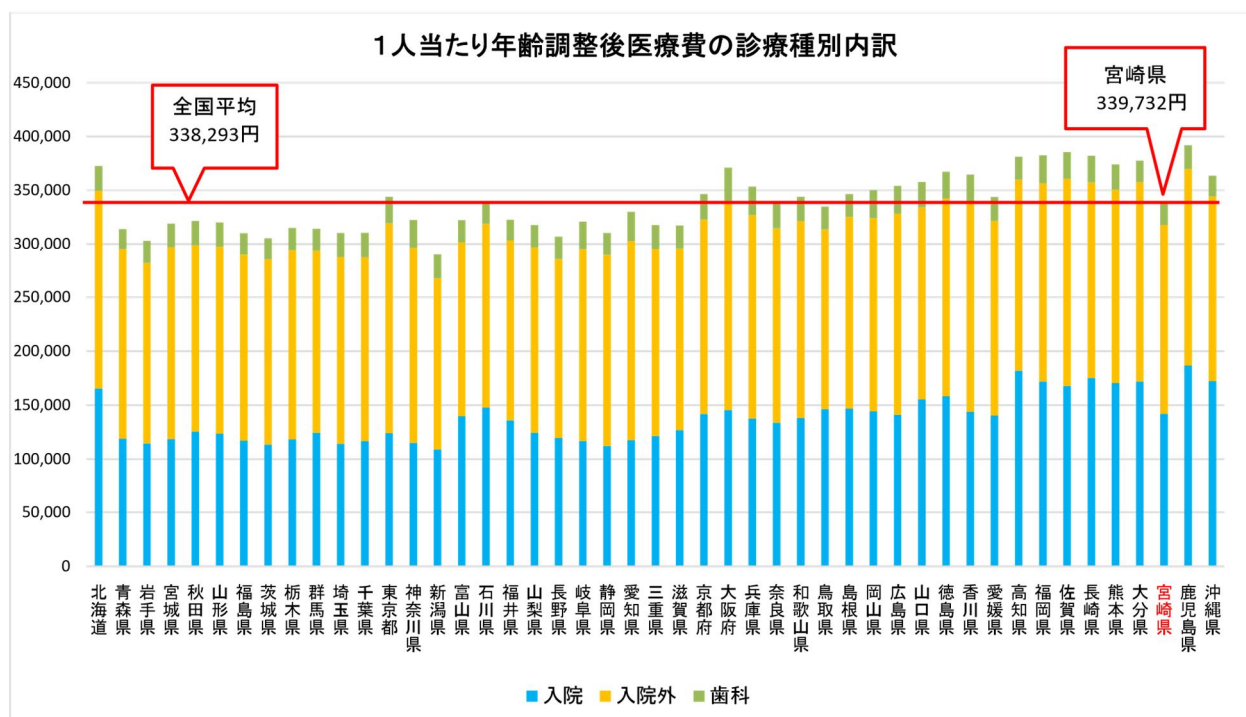
(3) 地域差指数の状況

医療費は、人口の年齢構成、病床数等の医療供給体制、健康活動の状況、健康に対する意識、受診行動、住民の生活習慣、医療機関側の診療パターンなどの要因によって地域差が生じます。

全国における県の医療費の水準を考える場合、地域の1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違を補正したものを指数化し（全国平均を「1」とする）、「地域差指数」として地域差の比較を行うことができます。

令和3年度年齢調整後の本県の医療費は、入院は全国平均より高くなっていますが、入院外や歯科は全国平均を下回っています。

【図表10】



資料：「令和3年度（2021年度）医療費（電算処理分）の地域差分析」（厚生労働省）

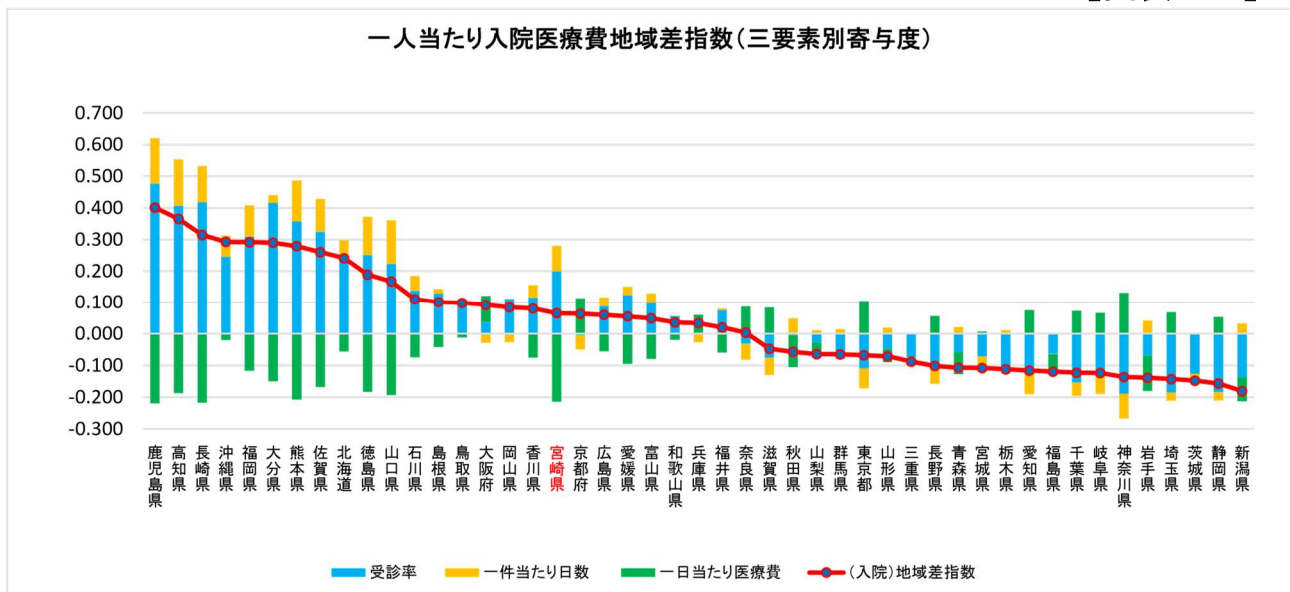
* 以下【図表12】まで同じ。

＜参考＞

- ※ 年齢調整後医療費とは、都道府県ごとの人口の年齢構成の相違による分を補正した医療費のこと。
- ※ 寄与度とは、あるデータの構成要素となる項目の変化が、データ変更にどのくらい影響を与えているかを示す指標のこと。±1の範囲の値を取り、値の絶対値が大きいほど影響が大きくなっている。
- ※ 入院、入院外、歯科には、それぞれ次の医療費が含まれる。
 - 入院：診療費、入院時食事療養費、入院時生活療養費
 - 入院外：診療費、調剤医療費
 - 歯科：診療費、入院時食事療養費、入院時生活療養費

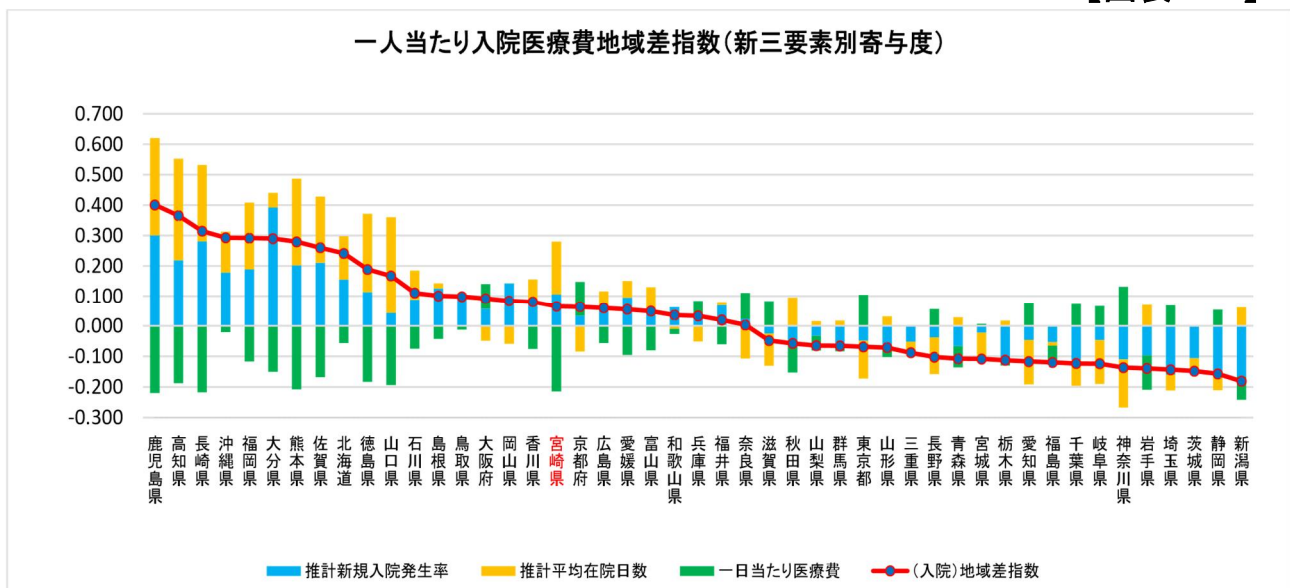
地域差指数（入院）の三要素である「受診率」（加入者1人当たり受診件数）、「1件当たり日数」、「1日当たり医療費」が与える影響をみると、本県は受診率の寄与度がプラス（入院医療費を押し上げる作用）となっています。

【図表11】



地域差指数（入院）の新三要素である「推計新規入院発生率」、「推計平均在院日数」、「1日当たり医療費」が与える影響をみると、本県は推計平均在院日数の寄与度がプラス（入院医療費を押し上げる作用）となっています。

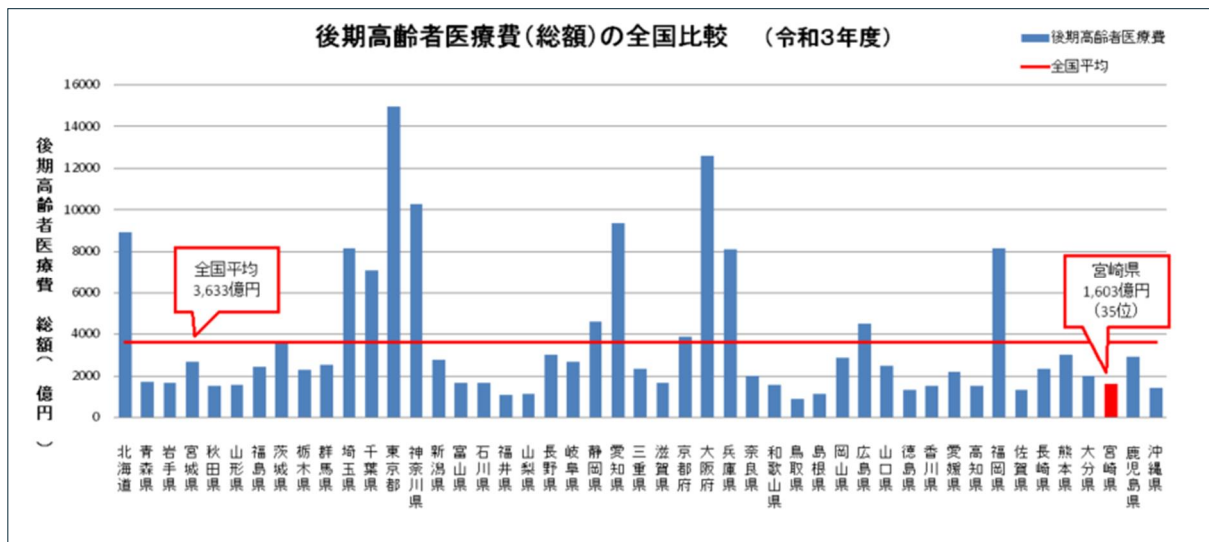
【図表12】



(4) 全国の後期高齢者医療費

令和3年度の全国の後期高齢者医療費の総額は、約17.1兆円と国民医療費の37.7%を占めており、1人当たり医療費も後期高齢者医療制度が始まった平成20年度以降、毎年増加しています。

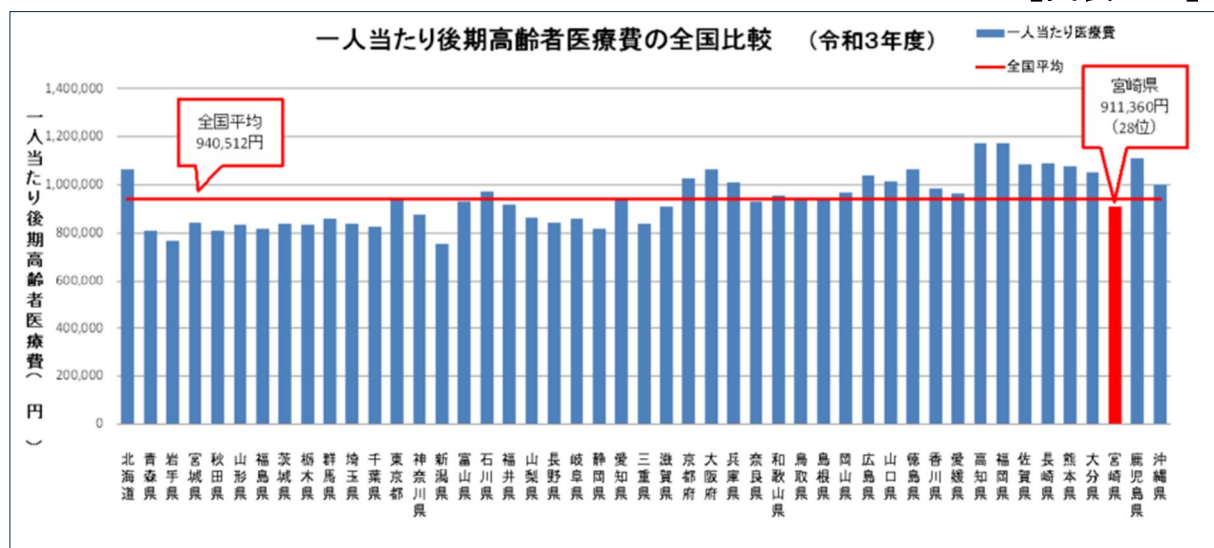
【図表13】



(5) 本県の後期高齢者医療費

令和3年度の後期高齢者医療における1人当たり医療費は、全国平均の94万5,122円に対し、本県は全国平均を2万9,152円下回る91万1,360円となっており、これは全国で高い方から28位となっています。

【図表14】



(図表13、図表14)

資料:「令和3年度後期高齢者医療事業状況報告(年報:確報)」(厚生労働省)

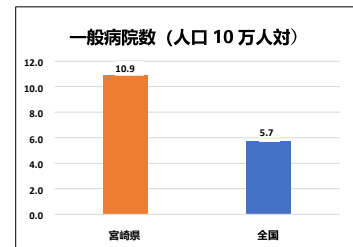
(6) 医療提供体制を巡る状況

① 医療施設の状況

令和4（2022）年の本県の人口10万人当たり一般病院数は、10.9施設であり、全国平均（5.7）を上回っています。

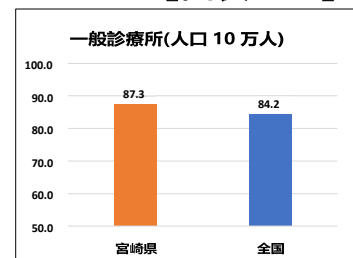
資料：「令和4年医療施設調査」（厚生労働省）
＊以下【図表17】まで同じ。

【図表15】



また、人口10万人当たり一般診療所数は、87.3施設であり、全国平均（84.2）を上回っています。

【図表16】



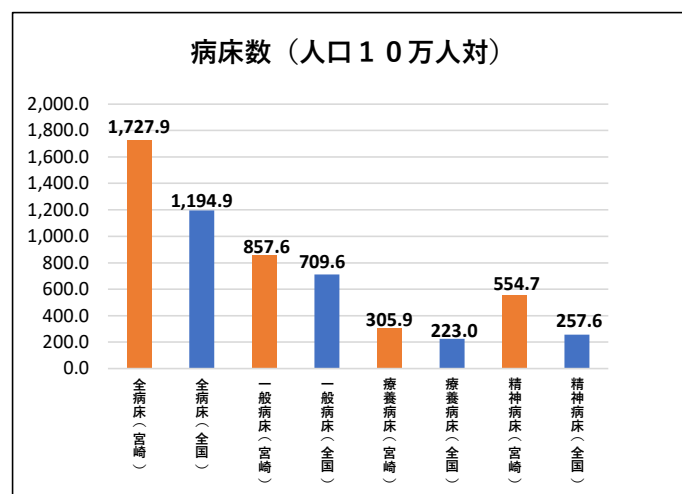
② 病床数（病院）の状況

令和4（2022）年の本県の人口10万人当たりの病院の病床数は1,727.9床であり、全国で10番目に多く、全国平均（1,194.9床）を上回っています。

病床の種類別にみると、病院の一般病床は857.6床であり、全国で17番目に多く、全国平均（709.6床）を上回っています。療養病床は305.9床であり、全国で13番目に多く、全国平均（223.0床）を上回っています。

精神病床は554.7床であり、全国で3番目に多く、全国平均（257.6床）を上回っています。

【図表17】



③ 現状の病床数と令和7年の必要病床数の比較

本県の地域医療構想（宮崎県地域医療構想）において推計が行われている令和7（2025）年の病床の必要量（必要病床数）は11,037床となっています。

令和4（2022）年の病床機能報告に基づき、病床の機能別に、現状の病床数と令和7（2025）年の必要病床数の推計値を比較すると、全病床数では、現状の病床数が必要病床数を3,135床上回っている一方、回復期病床では現状の病床数が必要病床数を1,745床下回っています。

令和4年度病床機能報告

【図表18】

二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等
延岡西臼杵	1,907	67	1,004	333	463	40
日向入郷	900	0	442	241	179	38
宮崎東諸県	5,204	707	2,501	823	1,027	146
西都児湯	1,122	0	475	115	487	45
日南串間	1,187	4	497	120	505	61
都城北諸県	2,763	33	1,816	384	353	177
西諸	1,089	0	482	256	301	54
全体	14,172	811	7,217	2,272	3,315	557

2025年における病床数の必要量（床）

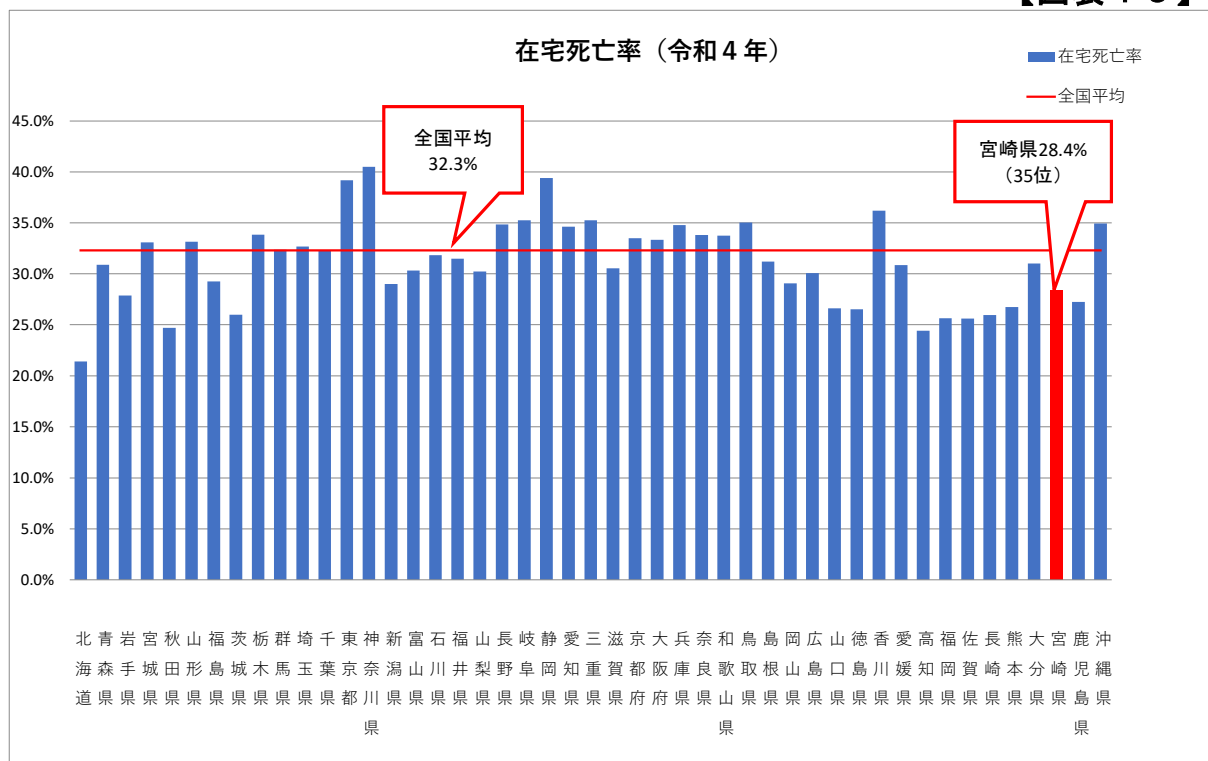
二次医療圏	全体	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	R4年度との必要量の差
延岡西臼杵	1,357	108	418	522	309	550
日向入郷	746	36	181	349	181	154
宮崎東諸県	4,445	558	1,602	1,324	962	759
西都児湯	908	18	152	416	324	214
日南串間	877	37	165	270	407	310
都城北諸県	1,911	218	676	740	279	852
西諸	795	27	164	399	206	294
全体	11,037	999	3,356	4,017	2,666	3,135

※端数処理の関係上、合計が一致しない場合がある。

④ 在宅死亡率の状況

令和4年の本県における在宅死亡の割合は28.4%で、全国平均の32.3%を下回っており、全国35位と低い状況にあります。

【図表19】



資料：「令和4年人口動態統計」（厚生労働省）

3 県民の健康の保持を巡る状況

(1) 特定健康診査・特定保健指導

特定健康診査

令和３年度の特定健康診査の全国の実施率は５６．５％、本県は５１．５％となっており、国の目標値７０％を大きく下回っています。

県内保険者別の実施率は、市町村国保３７．０％、全国健康保険協会５７．３％、国保組合４７．７％、健保組合７７．４％、共済が８５．０％となっています。

【図表２０】

令和３年度	全国	宮 崎 県					
		全体	市町村国保	全国健康保険協会	国保組合	健保組合	共済
対象者数（人）	53,801,976	472,300	177,633	185,669	2,132	38,542	23,125
実施者数（人）	30,389,789	243,074	65,777	106,386	1,017	29,834	19,667
実施率（％）	56.5	51.5	37.0	57.3	47.7	77.4	85.0

特定保健指導

令和３年度の特定保健指導の全国の実施率は２４．６％、本県は２６．５％となっており、国の目標値４５％を大きく下回っています。

県内保険者別の実施率は、市町村国保４６．３％、全国健康保険協会１６．８％、国保組合６．１％、健保組合４９．３％、共済が４９．５％となっています。

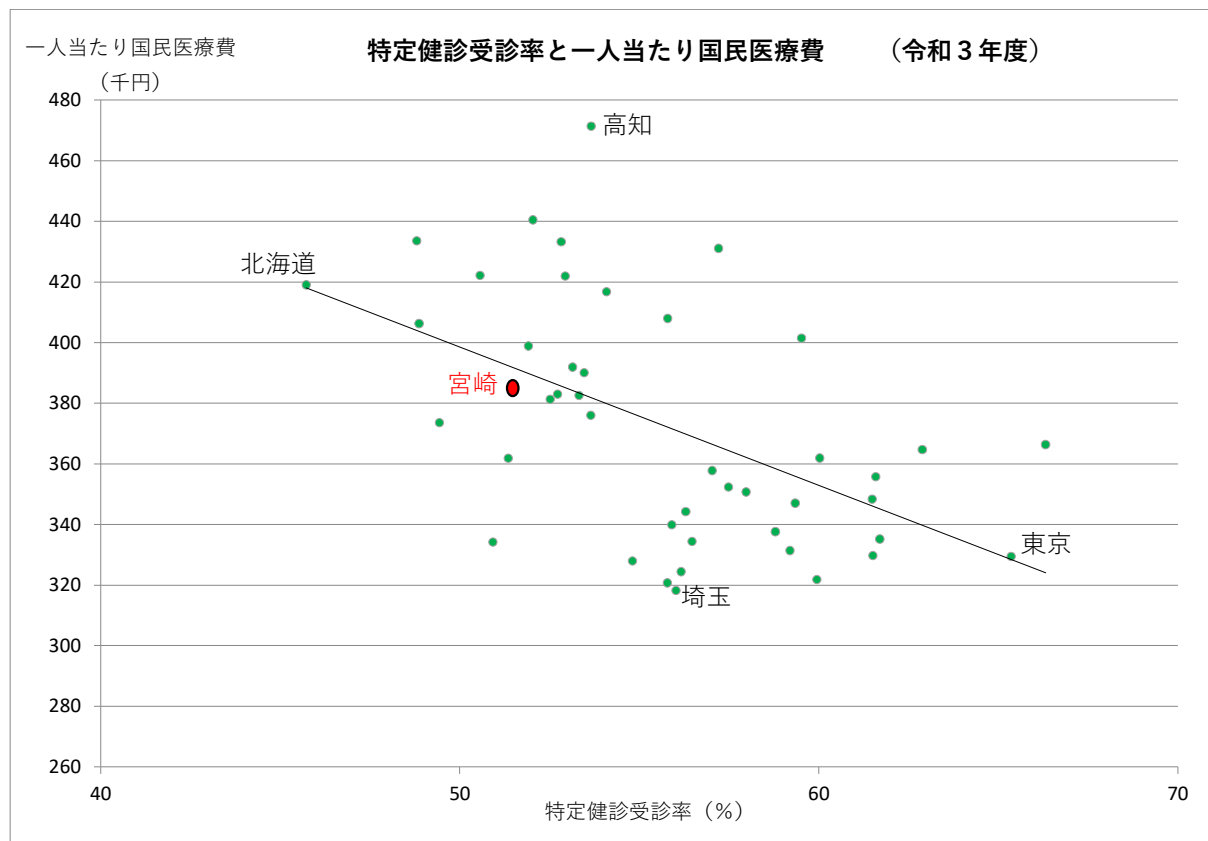
【図表２１】

令和３年度	全国	宮 崎 県					
		全体	市町村国保	全国健康保険協会	国保組合	健保組合	共済
対象者数（人）	5,262,265	40,592	7,168	20,101	-	5,084	3,348
終了者数（人）	1,294,289	10,752	3,321	3,375	-	2,467	1,657
実施率（％）	24.6	26.5	46.3	16.8	6.1	49.3	49.5

特定健康診査の受診率と国民医療費の関係

40歳以上の特定健康診査の受診率と1人当たり国民医療費の関係をみると、受診率が高いほど、1人当たり国民医療費が低くなるという傾向が見られます。

【図表22】



資料：「特定健康診査の状況（都道府県別一覧）」（厚生労働省）
「令和3（2021）年度 国民医療費の概況」（厚生労働省）

【参考】主な都道府県の特定健診受診率と1人当たり国民医療費の関係

都道府県名	特定健診受診率		1人当たり国民医療費	
	(%)	順位	(千円)	順位
東京都	65.4	2位	329.4	42位
埼玉県	56.0	21位	318.1	47位
高知県	53.7	28位	471.3	1位
宮崎県	51.5	39位	383.6	17位
北海道	45.7	47位	419.0	8位

(2) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少

平成20年度と比較したメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、令和3年度では全国で13.8%減少しているのに対し、本県は16.48%減少しています。

【図表23】

項 目		減少率の推移(%)					
		H28	H29	H30	H31	R2	R3
平成20年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率(※)	本県	15.5	14.6	13.71	14.74	14.05	16.48
	全国	15.5	14.2	13.7	13.5	10.9	13.8

(メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の算定式)

平成20(2008)年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者		—	当該年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数	
減少数		=	平成20(2008)年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数	

【参考】メタボリックシンドローム該当者及び予備群の状況

	特定健診受診者数(人)		メタボリックシンドローム該当者数				
	宮崎県	全国	宮崎県			全国	
			該当者数(人)	割合	全国順位	該当者数(人)	割合
令和元年度	235,994	29,774,873	40,395	17.1%	13位	4,719,318	15.9%
令和2年度	238,090	28,791,016	42,032	17.7%	17位	4,848,580	16.8%
令和3年度	243,074	30,240,302	42,806	17.6%	15位	5,017,557	16.6%

	メタボリックシンドローム予備群				
	宮崎県			全国	
	予備群者数(人)	割合	全国順位	予備群者数(人)	割合
令和元年度	31,466	13.3%	2位	3,668,242	12.3%
令和2年度	32,034	13.5%	2位	3,645,567	12.7%
令和3年度	32,839	13.5%	2位	3,768,848	12.5%

資料：「都道府県別特定健診・保健指導実施状況」（厚生労働省）

(3) たばこ対策

望まない受動喫煙の防止を図るため、多数の者が利用する施設等の区分に応じ、施設の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、当該施設等の管理について権原を有する者が講ずべき措置等について定める「健康増進法の一部を改正する法律(平成30年法律第78号)」が平成30年7月25日に公布されました。この改正に基づいて、本県でも禁煙対策・受動喫煙対策に取り組んでいます。

(4) 予防接種

市町村単位で実施されていた定期予防接種においては、平成15年7月から、予防接種の広域化により、接種希望者は県内であればお住まいの市町村以外の医療機関でも接種ができるよう整備しています。

定期予防接種の対象ワクチンは、国における検討に基づき、随時、追加・変更されており、近年では、ロタウイルスワクチン(R2)、ヒトパピローマウイルス9価ワクチン(R5)が追加となりました。

現在、予防接種法に基づく定期予防接種の対象疾患は16種類となっています。

集団予防に重点、 努力義務あり (A類疾病)	(1)ジフテリア	(8)結核
	(2)百日せき	(9)Hib(ヒブ)感染症
	(3)破傷風	(10)小児の肺炎球菌感染症
	(4)急性灰白髄炎(ポリオ)	(11)ヒトパピローマウイルス感染症
	(5)麻しん	(12)水痘
	(6)風しん	(13)B型肝炎
	(7)日本脳炎	(14)ロタウイルス感染症
個人予防に重点、 努力義務なし (B類疾病)	(15)インフルエンザ (16)高齢者の肺炎球菌感染症	

(5) 生活習慣病の状況

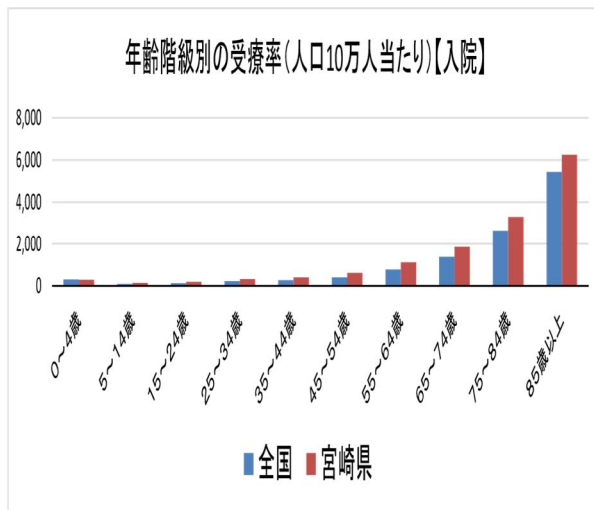
① 年齢階級別の受療状況

年齢階級別の人口10万人当たりの受療率をみると、入院では0～4歳以上を除いた年齢階級で本県が全国平均を上回っています。

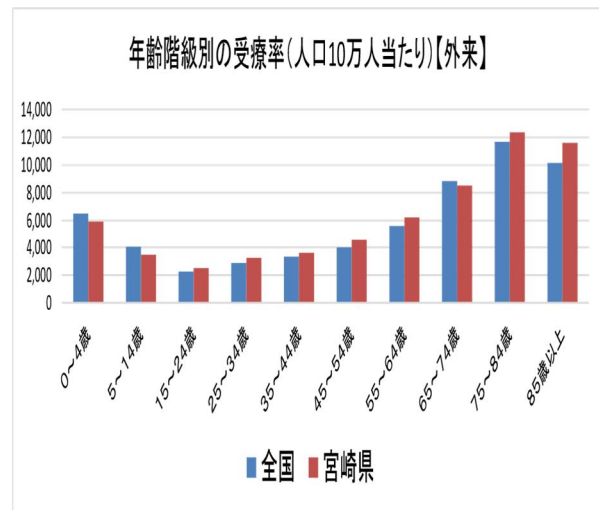
特に35歳以上では年齢が上がるにつれ、全国平均との差も大きくなっています。

一方、外来でも15～24歳から55～64歳、75歳以上の年齢階級で本県が全国平均を上回っており、年齢が上がるに従って、全国と同様に受療率は増加しています。

【図表 2 4】



【図表 2 5】



② 受療のうち生活習慣病が占める割合

本県の令和2年の受療のうち生活習慣病が占める割合は、入院においては疾病全体の23.6%、外来においては32.1%です。

【図表 2 6】

入院・外来別生活習慣病に係る受療率(人口10万対)(令和2年)

疾病名	入院		外来	
	全国	宮崎県	全国	宮崎県
悪性新生物(がん)	89	118	144	165
糖尿病	12	20	170	200
高血圧性疾患	4	6	471	621
心疾患(高血圧性のものを除く)	46	52	103	116
虚血性心疾患	27.4%	23.6%	32.3%	32.1%
脳血管疾患	98	112	59	87
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	5	7	14	15
う蝕、歯肉炎及び歯周疾患、補てつ	0	0	827	750
上記以外	697	1,050	3,828	4,223
合計	960	1,374	5,658	6,224

(図表 2 4、図表 2 5、図表 2 6) 資料:「令和2年患者調査」(厚生労働省)

③ 生活習慣病の医療費の状況

令和3年度の国民医療費約45兆円のうち、医科診療医療費は72.0%の32.4兆円で、そのうち生活習慣病(※)に関連する医療費は29.9%の9.7兆円となっており、国民医療費に占める生活習慣病の割合は21.6%となっています。

※生活習慣病:食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患の総称。

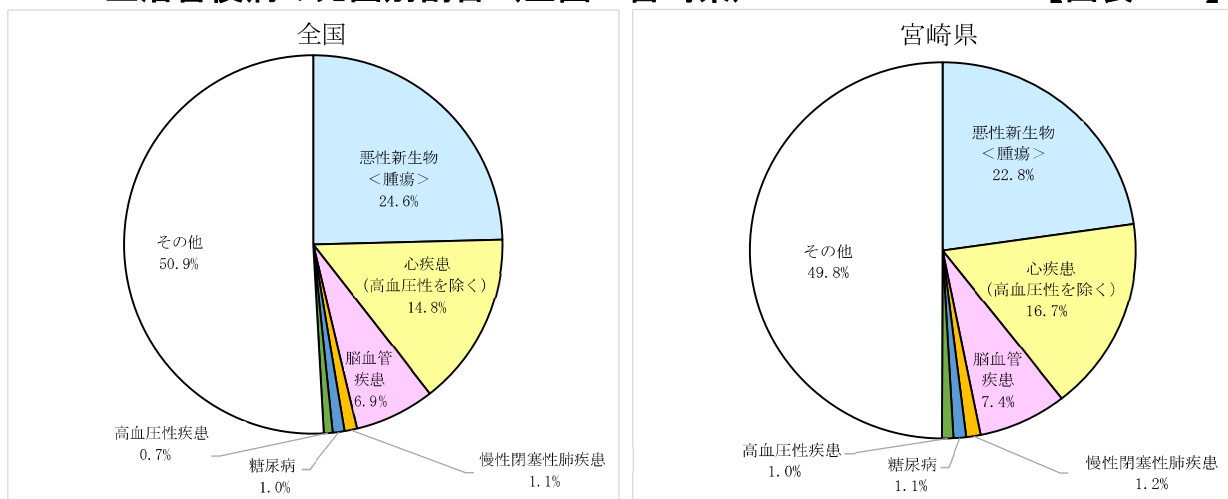
(主な疾患としては、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、糖尿病など)

④ 生活習慣病に関連する死亡割合

令和4年の生活習慣病に関連する死因の死亡割合をみると、全国は49.1%、本県は50.2%で、生活習慣病に関連する疾患が死亡の約半数を占めています。疾患別では、悪性新生物の割合が最も高く、次いで心疾患（高血圧性を除く）、脳血管疾患の順に高くなっています。

生活習慣病の死因別割合（全国・宮崎県）

【図表27】

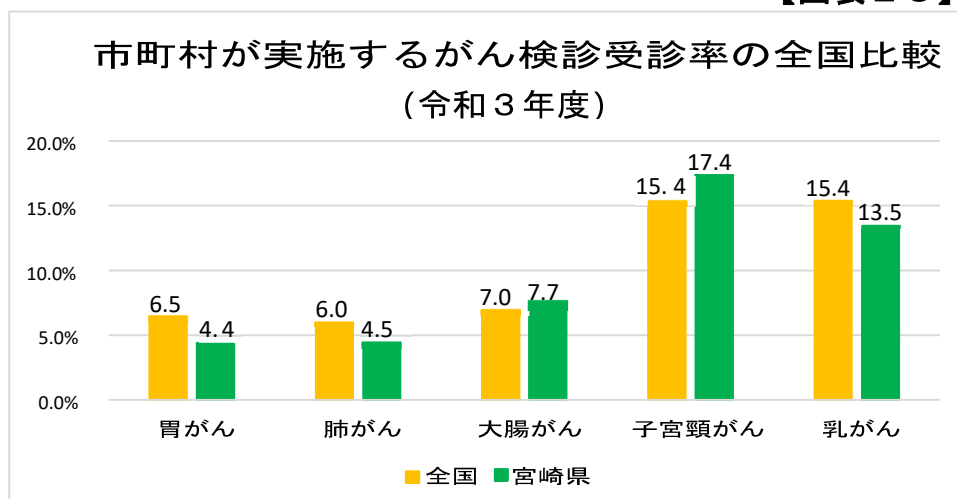


資料：「令和4年人口動態調査」（厚生労働省）

(6) がん検診実施状況

本県の令和3年度の各種がん検診（市町村実施）受診率の状況を見ると、5つのがん検診のうち、胃がん、肺がん、乳がんの検診受診率が全国平均を下回っています。

【図表28】



資料：「令和3年度地域保健・健康増進事業報告」（厚生労働省）

4 医療の効率的な提供を巡る状況

(1) 後発医薬品の使用促進

県民の健康に対する意識や関心が高まっており、後発医薬品を含め、医薬品を使用する県民がそ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。

また、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。

後発医薬品使用割合の推移（数量ベース％） 【図表 29】

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
本 県	85.0	85.7	86.8
全 国	81.4	82.0	83.2

資料：「厚生労働省保険局調査課調べ」

(2) 医薬品の適正使用の推進

重複服薬、多剤服薬により、副作用の発生による身体への影響や薬剤の効果が十分に発揮されないことがあります。適正な服薬の促進を促す個別通知や訪問指導を行うことで、医薬品の適正使用の推進を図り、県民の健康の保持増進に努めています。

第3章 計画の目標と取組

1 県民の健康の保持の推進

(1) 特定健康診査・特定保健指導

<目標>

- 特定健康診査実施率を令和11年度に70%以上にすることを目指します。
- 特定健診において保健指導の対象となった方の特定保健指導実施率を令和11年度に45%以上にすることを目指します。

項 目	目標値	各医療保険者毎の目標値（令和11年度）	
特定健康診査 の実施率	70%	単一健保	90%
		共済組合	
		総合健保	85%
		全国健康保険協会	70%
		国保組合	70%
		市町村国保	60%

項 目	目標値	各医療保険者毎の目標値（令和11年度）	
特定保健指導 の実施率	45%	単一健保	60%
		共済組合	60%
		総合健保	30%
		全国健康保険協会	35%
		国保組合	30%
		市町村国保	60%

＜取組の方向性＞

○ 円滑な実施への支援

医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導が、より効果的かつ円滑に実施されるよう助言等による支援を行います。

○ 実施率向上に向けた取組への支援

実施率の向上に向け医療保険者が独自に取り組んでいる先駆的な取組や、今後、実施しようとしている取組を積極的に支援します。

市町村国保と全国健康保険協会（協会けんぽ）等の被扶養者の健診との共同実施の推進や、がん検診との同時実施など健診機会の拡大に努めるほか、かかりつけ医等による受診勧奨や、診療における検査データの活用について、医師会などの関係団体と連携して取り組みます。

また、健診内容を充実させることや労働安全衛生法に基づく事業主健診結果の入手等により、実施率向上に向け、関係団体と連携して取り組みます。

○ 保健所による支援

医療保険者が特定健康診査等の実施計画を策定する際に、保健所から地域の疾病状況等について情報提供を行う等、その円滑な実施に対し支援を行います。

○ 県民への広報・啓発

県民一人ひとりが、自らの健康に関心を持ち、日ごろから健康の増進、疾病の予防等に積極的に取り組むとともに、疾病予防や早期発見のため、特定健康診査及び特定保健指導を受けることが求められています。

また、医療保険者においても、受診機会の拡充に努めることが求められています。

このため、5月、10月を特定健康診査広報月間とし、「年に一度は特定健診」を合い言葉に、生活習慣病のリスクを訴えるなど効果的な広報・啓発に努めます。

○ 保険者協議会の活動への支援

宮崎県保険者協議会は、全国に先駆け本県に設置された医療保険者で構成する団体で、特定健康診査等の推進に取り組んでいます。

県は構成員として、県民の健康増進と医療費適正化の推進のため、保険者協議会がその機能を十分に発揮できるようガバナンス強化の観点から、運営に積極的に参画し、活動を支援します。

○ 医療保険者における健診結果データ等の活用の推進

特定健康診査等のデータは、医療保険者にとって保険運営上重要な情報であり、その有効な活用やそれを用いた効果的な保健指導の

推進について助言や支援を行います。

○ **市町村等による一般的な健康増進対策への支援**

保険者等による健診等は、市町村が行う一般的な健康増進対策（＝ポピュレーションアプローチ）と相まって生活習慣病予防の成果を効果的に発揮することから、市町村によるポピュレーションアプローチの取組に対して必要な助言その他の支援を行うとともに、先進的な事例を紹介したり、健康増進に関する普及啓発等の取組を行います。

(2) **メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率**

＜目標＞

- 40歳～74歳のメタボリックシンドローム該当者・予備群を令和11年度に平成20年度比25%以上減少されることを目指します。

＜取組の方向性＞

○ **メタボリックシンドローム**

メタボリックシンドロームは、高血糖、高血圧、脂質異常の状態が重複し、喫煙習慣とあわせ虚血性心疾患や脳血管疾患などの発症リスクが大きい状態です。

このため、健康診断やがん検診の受診を勧奨し早期発見を推進するとともに、運動や食生活を中心とした生活習慣の改善により、がんや循環器疾患などの発症予防と抑制を図ります。

(3) **たばこ対策**

＜目標＞

- 喫煙率を令和11年度までに男性22.0%以下、女性3.2%以下にすることを目指します。
- COPD（慢性閉塞性肺疾患）の死亡率（人口10万人当たり）を令和11年度までに14.7以下にすることを目指します。

＜取組の方向性＞

○ **20歳未満の者への喫煙防止**

教育委員会との連携を図り保健所、学校医等の協力により、学校や地域社会における効果的な喫煙防止教育を積極的に推進します。

○ **妊産婦への喫煙防止**

妊娠中の喫煙のリスクについて、教育機関、医療機関等と連携し啓発を推進します。

○ 公共の場や職場等における受動喫煙防止

受動喫煙が健康に及ぼす影響について啓発し、教育機関、医療機関等の公共の場における敷地内禁煙、職場等における屋内禁煙を推進します。

○ 禁煙支援

喫煙をやめたいと考えている人を対象に、個人に応じた禁煙支援及び禁煙外来等に関する情報提供を積極的に行います。

【図表 30】

	項 目	現状 (令和4年度)		目標値 (令和11年度)
		男 性	24.0%	22.0%
1	喫煙率	女 性	3.7%	3.2%
2	COPD（慢性閉塞性肺疾患）の 死亡率（人口10万人当たり）	18.3		14.7

資料：「健康みやざき行動計画21」より

※ COPD（慢性閉塞性肺疾患）とは、たばこ煙を主とする有害物質を長期に吸入することとで生じる肺の炎症性疾患で、労作時の呼吸困難や慢性のせきやたんが主な症状。

(4) 予防接種の促進

＜目標＞

○ 予防接種で防ぐことのできる感染症予防策を推進していきます。

＜取組の方向性＞

○ 予防接種の円滑な実施

予防接種の円滑な実施のため、医療機関等の職員に対する予防接種実務担当者研修会の開催や、関係機関との連絡調整など広域的連携を支援します。

○ 県民に対する正しい知識等の普及啓発

対象者が適切に定期接種を受けることができるよう、県民に対する普及啓発に取り組みます。

(5) 生活習慣病等の重症化予防の推進

<目標>

- 栄養、運動、休養、喫煙、飲酒、歯の健康などの生活習慣の改善に関する目標値を科学的根拠に基づいて定め、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少やがんのリスク低減などを目標に施策を進めます。

～健康みやざき行動計画 2 1（第 3 次）の目標より引用～ 【図表 3 1】

(1) 栄養・食生活

目標項目	策定時値	目標値
主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が 1 日 2 回以上の日がほぼ毎日の者の割合	60.8%	70%
野菜摂取量の平均値	236g	350g
食塩摂取量の平均値	10.5g	7g

(2) 身体活動・運動

目標項目		策定時値	目標値
1 日の歩数の平均値（20～64 歳）	男性	6,240 歩	8,000 歩
	女性	5,410 歩	8,000 歩

(3) 休養・睡眠

目標項目	策定時値	目標値
睡眠で休養がとれている者の割合（20 歳～59 歳）	74.5%	79%
睡眠で休養がとれている者の割合（60 歳以上）	82.7%	90%

(4) 飲酒

目標項目		策定時値	目標値
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合 （1 日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の割合）	男性	20.1%	16%
	女性	12.5%	5.2%
妊婦の飲酒率		0.6%	0%

(5) 歯・口腔の健康

目標項目	策定時値	目標値
定期的に歯科健診に行っている者の割合（過去 1 年間に歯科健診を受診した者の割合）	51.1%	65%
50 歳以上における咀嚼良好者の割合（50 歳～74 歳） （よく噛んで食べることができる者の割合）	77.5%	85%

※（1）～（4）の目標値＝令和 17 年度（計画最終年度）

※（5）は第 3 期宮崎県歯科保健推進計画の目標より引用、目標値＝令和 11 年度（計画最終年度）

<取組の方向性>

○ 生活習慣病の重症化予防

糖尿病発症や糖尿病性腎症重症化予防、人工透析への移行を防止するために策定した「宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病性腎症重症化予防指針」に基づき、宮崎県医師会や医療関係者、各保険者等と連携した取組を行います。

(6) がん対策

<目標>

- 「宮崎県がん対策推進計画」に基づき、早期発見、早期治療の基本となる各種がん検診の実施率向上を目標とします。

<取組の方向性>

○ がん検診

生活習慣病のひとつであるがんは、年々死亡数が増え続けています。がんの早期発見・早期治療を促すため、ピンクリボン活動などの啓発活動や県内企業との連携等により、がん検診の受診率向上を図ります。

(7) 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進に関する目標

<目標>

- 高齢者の特性（複数の慢性疾患を有すること、加齢に伴う身体的、精神的及び社会的な特性）を踏まえるとともに、市町村による保健事業や介護予防の取組の実施状況を把握し、関係団体との連携を図りながら、市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る取組を支援します。

<取組の方向性>

【市町村による高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施】

- 市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組が着実に進むよう、宮崎県後期高齢者医療広域連合及び国民健康保険団体連合会との共催によるセミナー等を開催することにより、三師会等の関係団体への協力依頼や調整等を行います。
また、医療機関等に対して、協力依頼を行うなど、関係機関との連携を図ることにより、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の円滑な推進を支援します。

【高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防】

- 骨・関節や筋肉など足腰の運動器の障がいのために、立つ・歩くなどの移動機能が低下する「ロコモティブシンドローム（通称：ロコモ）」や、高齢になって心身の活力が落ちた状態である「フレイル」に係る情報提供とともに、その進行を予防する取組等について普及啓発を行います。
- オーラルフレイル等の口腔機能に関する知識の普及啓発を行います。

【高齢者の心身機能の低下等に起因した介護予防】

- 機能回復訓練といった高齢者本人へのアプローチに加え、地域づくりなど高齢者本人を取り巻く環境にもアプローチを行い、生活機能の構成要素である「心身機能」「活動」「参加」それぞれにバランスの取れた介護予防の取組の普及に努めます。また、介護予防に関する取組に対する評価の実施や関連情報の提供に努めます。
- 高齢者本人が地域の支援を必要とする高齢者の支え手となるなど、社会的役割を持つことや自己実現を通じた介護予防の取組や、住民運営の通いの場の充実等により、継続して介護予防の取組が行える場や高齢者の活躍の場の創出を推進します。
- 地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを適正に実施できるよう、地域包括支援センター職員等を対象とした研修等の充実を図ります。あわせて、市町村がリハビリテーション専門職等を活用し、介護予防事業の機能強化を図れるよう、リハビリテーション専門職等を活用できる環境整備に努め、市町村が行う介護予防事業の効果を高めます。
- これまで市町村が取り組んできた介護予防の取組効果等を分析し、今後取り組むべき課題を明確化するよう努めます。

(8) その他予防・健康づくりの推進

<目標>

- 「健康みやざき行動計画 21」で示される基本的な方向のうち、歯・口腔の健康、身体活動・運動、食育についても、取組を推進していきます。

<取組の方向性>

○ 歯の健康

ライフステージに応じた歯科保健対策として、特に乳幼児・学童期は、むし歯予防のため、市町村や学校における歯科保健事業の取組の充実や、フッ化物を利用したむし歯予防を推進します。

また、糖尿病等全身疾患にも大きく関係する歯周病予防のため、事業所歯科健診や妊婦歯科健診、かかりつけ歯科医での定期的な歯科健診など様々な機会での歯科健診受診の勧奨を行うほか、在宅における口腔ケアや周術期における口腔機能管理など医科歯科連携の推進を図ります。

○ みんながスポーツ 1130 県民運動

1 週間に 1 回以上、30 分以上は運動・スポーツをしようという「1130 県民運動」による「1130 体操」や県公式ウォーキン

グスマートフォンアプリ「SALKO」の普及・啓発を図るとともに、市町村やスポーツ関係団体と連携し、県民のスポーツ実施率の向上に取り組めます。

○ 食育の推進

「宮崎県食育・地産地消推進計画」に基づき、食育の推進や食生活改善等県民の食への理解醸成に向けた取組により、子どもの頃から食べることの大切さを実感することなど、食育についての県民に対する正しい知識の普及や幅広い情報提供を行い、野菜摂取量の増加や朝食の欠食改善等、あらゆる機関と連携し社会全体で食育を推進します。

2 医療の効率的な提供の推進

(1) 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

<目標>

- 後発医薬品の数量シェアでの使用割合は令和5年度末までの全国目標である80%を達成していますが、医薬品の安定的な供給を基本としつつ、引き続き80%以上の数量シェアを維持することを目標とします。
- 国において、後発医薬品の金額シェアを令和11年度末までに65%以上とする副次目標が設定されたことを踏まえ、県も同様の目標値を目指します。
- バイオ後続品については、国において、令和11年度末までに、バイオ後続品が80%以上を占める成分数が全体の成分数の60%以上とする副次目標が設定されたことを踏まえ、県も同様の目標値を目指します。

【図表32】

項 目	現状（令和4年度）	目標（令和11年度）
後発医薬品使用数量シェア	86.8% (全国：83.2%)	80%以上
後発医薬品使用金額シェア	55.7% (全国：51.0%)	65%以上
バイオ後続品使用数量シェア	12.5% (全国：12.5%)	バイオ後続品に80%以上 置き換わった成分数が 全体の60%以上

<取組の方向性>

- 後発医薬品のさらなる使用割合の向上に向け、各保険者や県、市町村、医療機関及びその他関係者が連携して、県民や医療関係者の理解促進のための普及啓発、各保険者における後発医薬品差額通知の充実等の取組をより一層進めます。
- バイオ後続品を医療関係者や患者が安心して使用することができるよう、医療関係者、保険者、県やその他関係者が連携して、医療関係者や県民へ宮崎県域内におけるバイオ後続品の使用に関する情報共有や普及啓発等を図ります。

(2) 医薬品の適正使用の推進

<目標>

- 医療関係団体との協力体制を構築し、重複・多剤投与者への適正使用の推進に取り組みます。

<取組の方向性>

- 被保険者による医療機関や保険薬局へのお薬手帳の提供は、重複服薬、併用禁忌を妨ぎ、適切な服薬に繋がることから、関係機関と連携して手帳の普及や正しい使い方の一層の啓発に取り組むとともに、患者や医療機関及び保険薬局に対し、医薬品の適正使用の重要性や適切な投薬に関する普及啓発を行います。
- 薬剤師や保健師が定期的に患者宅を訪問し服薬指導を行うことにより、被保険者の健康保持と疾病の早期回復を促し医療給付の適正化を図る事業など、保険者が薬剤師会や保険薬局等と連携した服薬の適正化に向けた取組を支援します。

(3) 医療資源の効果的・効率的な活用の推進

<目標>

- 限られた医療資源の効果的かつ効率的な活用のための取組を進めます。

<取組の方向性>

- 第4期計画の計画期間においては、医療資源の効果的かつ効率的な活用のための取組を進めることも重要です。
具体的には、急性気道感染症や急性下痢症の患者に対する抗菌薬の処方といった「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療」や白内障手術及び化学療法の外來での実施状況などの「医療資源の投入量に地域差がある医療」について、今後の国の取組として、エビデンス等を継続的に収集・分析し、都道府県が取り組むべき目標等の追加を検討していくこととされています。
個別の診療行為は医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつも、保険者協議会等において、地域における医療サービスの提供状況を把握するとともに、県民や医療関係者に対する普及啓発等について検討し、実施に向けた取組を進めていくこととします。
また、医師・歯科医師が発行するリフィル処方箋や電子処方箋については、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を確認した上で、必要な取組を進めていくこととします。

(4) 医療等の提供体制の構築

<目標>

- 質の高い医療を効率的に提供できる体制の構築を実現するため、「宮崎県地域医療構想」に基づく病床機能の分化及び連携を図ります。
- 2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指し、「宮崎県高齢者保健福祉計画」に基づき、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図ります。

<取組の方向性>

(4-1) 病床の機能の分化及び連携の推進

- 患者に応じた質の高い医療を効率的に提供する体制の構築を目指し、地域で不足する医療機能への転換（急性期病床から回復期病床への転換）を行う医療機関に対する施設・設備整備支援や病床機能の異なる関係機関の連携強化など、病床の機能の分化及び連携を推進します。

(4-2) 地域における医療及び介護の総合的な確保の推進

- 団塊の世代全てが75歳以上となる令和7年（2025年）が近づく中、さらにその先の2040年に向け、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が加速するとともに高齢者人口がピークを迎え、医療と介護の複合的なニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加すると見込まれていることから、地域の状況に応じて介護サービス基盤と医療提供体制との一体的な整備に取り組みます。

(4-3) 地域包括ケアシステムの更なる深化・推進

- 医療と介護の複合的なニーズを有する慢性疾患等の高齢者が増加する中、地域の状況に応じて、介護サービス基盤と医療提供体制とを一体的に整備していくことが求められていることから、医療・介護・予防・生活支援・住まいという5つのサービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の更なる深化・推進に取り組みます。
- 精神疾患については、保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置し、精神科医療機関、地域援助事業者、市町村等関係者との重層的な連携による支援体制を整備し、精神障がい者が地域の一員として安心して生活できるよう精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めます。

(4-4) 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービスの提供の推進

- 医療・介護の関係機関が連携して包括的・継続的な在宅医療・介護サービスを提供するため、市町村が主体となって取り組む在宅医療・介護連携の取組を支援します。
- また、骨粗鬆症は骨折等の基礎疾患となり、人口の高齢化によりその増加が予想されることから、早期に骨量減少者を発見し、骨粗鬆症を予防することを目的とし、市町村における検診事業、健康教育、健康相談及び訪問指導等他の保健事業の支援に取り組んでいきます。
- さらに、要介護者等は口腔機能低下により誤嚥性肺炎のリスクが高くなることから、高齢者施設等における口腔の健康管理を推進します。また、残っている歯の本数が多いほど転倒リスクが低くなることも知られており、生涯を通じた口腔機能の維持、向上に加え、かかりつけ歯科医での定期的な歯科健診の受診勧奨を行うなど、関係機関と連携し、歯科口腔保健の推進に取り組んでいきます。
- 高齢者保健福祉圏域毎に策定した入退院調整ルールの効果測定や改善等を支援します。

第4章 その他医療費適正化の推進のために必要と認める事項

1 県の取組事項

県は地域内の医療提供体制の確保や国民健康保険の財政運営を担う役割を有することから、保険者等、医療関係者その他の関係者の協力を得つつ、中心的な役割を果たすことが求められます。このため、保険者協議会等を通じて、保険者等、医療関係者その他の関係者と共同で、保健事業の実施状況、医療サービスの提供の状況等を把握するとともに、医療費適正化計画の目標達成に向けて必要な取組について検討し、必要に応じて協力を求めることとします。

また、県は国民健康保険の財政運営の責任主体であることから、県と市町村が一体となり、保険者としての事務を共通認識のもと実施するとともに、保険者努力支援制度等の保険者の取組に対するインセンティブ強化により医療費適正化を進めていきます。

また、レセプトの点検、保健師等による訪問指導活動の充実強化をはじめとする医療費の適正化対策、医療費を把握し、分析した結果を踏まえた広報活動の推進を重点として、引き続き助言を行うこととします。

(1) レセプトの点検・活用

レセプト点検における縦覧点検の実施等、レセプト点検調査の充実強化を助言します。

介護保険との給付調整が十分に実施されるよう、介護保険担当部門との連携や給付調整を重点としたレセプト点検の実施等について助言を行います。

また、国民健康保険団体連合会から得られた情報を活用し、重複・頻回受診者への訪問指導活動等について助言します。

特に、保険者が策定するデータヘルス計画（レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく効率的・効果的な保健事業を実施するための事業計画）に基づき、保健事業に取り組む際は、PDCAサイクルに沿って効果的・効率的な事業実施となるよう助言します。

(2) 医療費の動向把握・分析

医療費の動向を的確に把握するとともに、医療費の増加要因等进行分析し分析結果に基づき、保健活動への活用等について助言します。

2 保険者等の取組事項

保険者等は、加入者の資格管理や保険税の徴収等、医療保険を運営する主体としての役割に加え、保健事業等を通じた加入者の健康管理や医療の質及び効率性向上のための医療提供体制側への働きかけ等、保険者機能の強化を図ることが重要です。

(1) 市町村の取組事項

① 生活習慣病対策の普及啓発

健康増進法に基づき、生活習慣病予防対策の普及啓発を行い、住民一人一人が意識して取り組むことにより、健康の増進に加え、医療費の伸びの抑制にもつながることへの意識付けを行います。

② 在宅医療の受け皿となる介護サービス提供体制の充実

介護保険事業計画の推進に当たっては、住民の介護サービスのニーズを的確に把握し、適正な介護サービスの量と質を確保します。

③ 医療費に関する意識の啓発

住民に対して、医療費通知や広報誌などを活用して、医療費の現状の理解を広めるとともに、医療費の増加は、市町村国保の運営や保険税負担の増大に多大な影響を与えることを意識付けし、適正な受診行動をとるよう、意識啓発を行います。

④ 重複受診者・頻回受診者に対する指導

国民健康保険団体連合会から得られた情報を活用し、重複・頻回受診者への訪問指導活動等を実施します。

⑤ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

これまで医療保険者がそれぞれ行ってきた健診等の保健事業と介護保険で行ってきた介護予防事業を一体的に実施します。

(2) 広域連合の取組事項

被保険者の健康の保持増進及び医療費適正化のために、健康診査や医療レセプトを分析し、疾病の重症化予防及び未受診者対策等の保健事業並びに重複・頻回受診者訪問指導事業について、県内各市町村との連携を図りながら実施します。

3 保険者協議会の取組事項

特定健康診査等の実施等に関する保険者間の連絡調整、保険者に対する必要な助言又は援助、医療費などに関する情報の調査及び分析の事業を行う必要があります。

4 医療の担い手等の取組事項

医療の担い手等は、国、県及び保険者による医療費適正化や予防・健康づくりの取組に協力するとともに、良質かつ適切な医療を提供する役割があります。

5 関係機関の連携

この計画を推進していくためには、各医療保険者や県、市町村、医療機関、その他関係者が連携・協力して社会全体で取り組む必要があります。

県は、医療費適正化計画の作成に当たって、保険者協議会等の場を活用し、関係者の意見を踏まえた取組を進めてまいります。

6 医療機関の適正受診

県民は、自らの地域の医療の現状を理解し、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、後発医薬品の積極的な使用促進や、重複・頻回受診の是正など、適正に医療機関を受診する必要があります。

7 県民の医療費適正化に対する意識の向上

本県においては、「宮崎県の地域医療を守り育てる条例（平成25年3月28日条例18号）」を制定し、県民は、協働して地域医療を守り育てることについて、最大限の努力をすることとしております。

県民は、自らの加齢に伴って生じる心身の変化等を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、軽度な身体の不調を自ら手当するため、OTC医薬品の適切な使用など、症状や状況に応じた適切な行動をとることが必要です。

このため、マイナポータルでの特定健康診査情報等の閲覧等により健康情報の把握に努め、保険者等の支援も受けながら、積極的に健康づくりに取り組む必要があります。

第5章 計画期間における医療に要する費用の見込み

1 令和11年度の医療費の見込み

本県の医療費は、厚生労働省の示した推計方法によって算定すると、令和5年度は4,196億円程度が、令和11年度には4,715億円程度と519億円の増加が見込まれています。

しかしながら、本計画の目標を達成した場合、令和11年度の本県の医療費は4,671億円程度と推計されることから、その医療費適正化の効果は44億円程度と見込まれます。

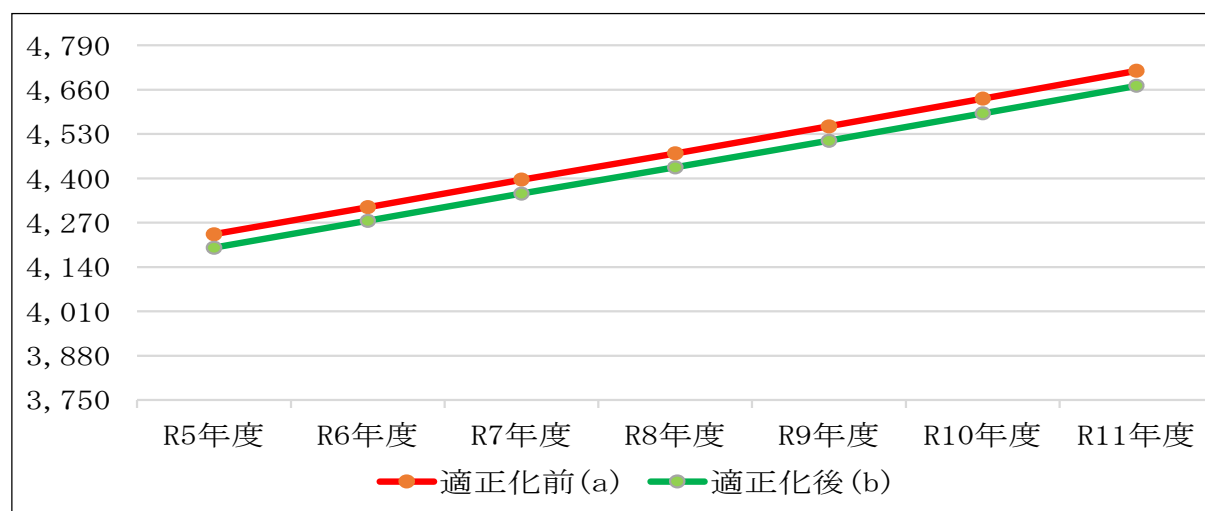
【図表33】

(単位：億円)

区 分	推計医療費の額
令和5年度推計医療費 (" 概算医療費)	4,196 (4,275)
令和11年度推計医療費 ① (計画を実施しない場合)	4,715
令和11年度推計医療費 ② (計画を実施する場合)	4,671
医療費適正化の効果 (①－②)	44

＜宮崎県の医療費（見込み）※国民医療費ベース＞

医療費（億円）	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
実績							
適正化前(a)	4,236	4,315	4,396	4,473	4,552	4,633	4,715
適正化後(b)	4,196	4,275	4,355	4,432	4,510	4,590	4,671
適正化効果(a-b)	40	40	41	41	42	43	44



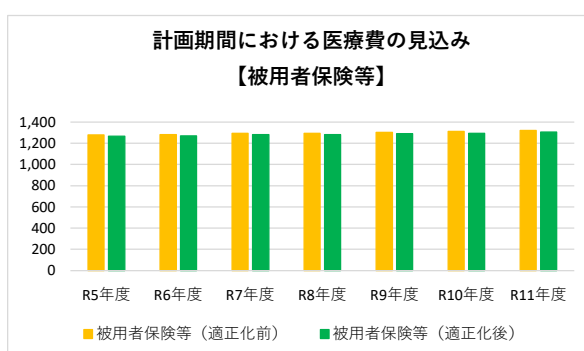
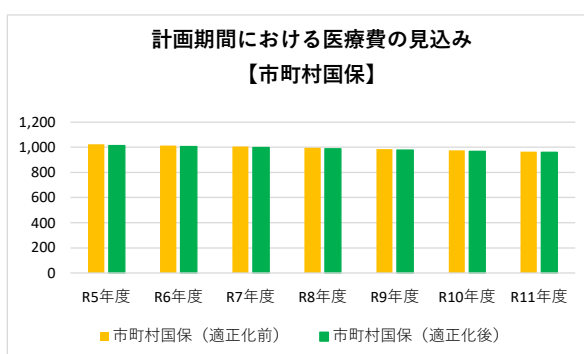
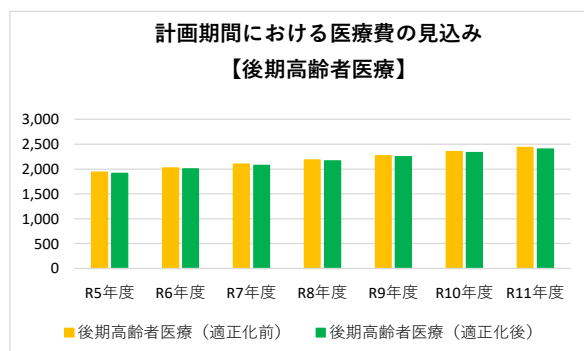
2 制度区分別・年度別医療費の見込み等について

第4期宮崎県医療費適正化計画においては、医療費の見込みの精緻化を図り、保険者等との連携を強化する観点から、医療費の見込みを制度区分別・年度別に算出し、それを基に、令和11年度の宮崎県における市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の1人当たり保険料の機械的な試算を算出することとしています。

＜計画期間における医療費の見込み（単位：億円）＞

【図表34】

	R5年度	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
宮崎県全体医療費（適正化前）	4,236	4,315	4,396	4,473	4,552	4,633	4,715
宮崎県全体医療費（適正化後）	4,196	4,275	4,355	4,432	4,510	4,590	4,671
後期高齢者医療（適正化前）	1,935	2,021	2,096	2,183	2,263	2,352	2,429
後期高齢者医療（適正化後）	1,917	2,002	2,076	2,164	2,243	2,330	2,406
市町村国保（適正化前）	1,024	1,015	1,007	997	987	977	968
市町村国保（適正化後）	1,014	1,006	998	987	977	968	959
被用者保険等（適正化前）	1,277	1,279	1,293	1,293	1,302	1,304	1,318
被用者保険等（適正化後）	1,265	1,267	1,281	1,281	1,290	1,292	1,306



＜１人当たり保険料の機械的な試算（月額）（令和１１年度）＞
【図表３５】

	適正化前	適正化後
後期高齢者医療	６，４６３円	６，４０４円
市町村国保	６，９６１円	６，８９６円

※ 被用者保険等については、加入者が都道府県をまたいで所在することが多いため、算出しない。

※ 医療費の見込み（適正化前及び適正化後）、１人当たり保険料の機械的な試算は、厚生労働省「都道府県別の医療費の将来推計ツール」を基に推計している。

第6章 計画の進行管理

1 計画のサイクル

計画の実効性を高めるために、計画作成、実施、点検、評価及び見直し、改善のいわゆる「PDCAサイクル」により進行管理を行っていきます。

2 進捗状況の公表等

計画の進捗状況について、計画の初年度及び最終年度を除く毎年度、県のホームページ等で公表するとともに、その進捗状況を踏まえ、計画に掲げた目標の達成が困難と見込まれる場合には、その要因を分析し、必要に応じ、目標を達成するために取り組むべき施策等の内容について見直しを行った上で、必要な対策を講ずるよう努めます。

3 暫定評価及び次期計画への反映

毎年度の進捗状況の公表に加え、計画の最終年度である令和11年度に計画の進捗状況に関する調査及び分析を行い、その結果を県のホームページ等で公表します。

さらに、その分析に基づいて必要な対策を講ずるよう努めるとともに、次期医療費適正化計画の作成に活用します。

	令和5 (2023) 年度	令和6 (2024) 年度	令和7 (2025) 年度	令和8 (2026) 年度	令和9 (2027) 年度	令和10 (2028) 年度	令和11 (2029) 年度	令和12 (2030) 年度
第3期 計画	計画期間	実績評価						
第4期 計画	策定	計画期間						実績評価
			進捗状況の公表					進捗状況 の調査・ 分析
第5期 計画							策定	

4 実績の評価

計画の期間の終了する年度の翌年度の令和12年度に、保険者協議会の意見を聴いた上で、目標の達成状況等の計画の実績に関する評価を行います。

評価の内容は厚生労働大臣に報告し、県のホームページで公表します。

<参考資料>

- 1 第4期宮崎県医療費適正化計画における用語一覧
- 2 宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会設置要綱
- 3 宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会委員名簿
- 4 宮崎県の地域医療を守り育てる条例

<第4期宮崎県医療費適正化計画における用語一覧>

用語		解説	ページ
い	医療の担い手等	医師、歯科医師、薬剤師、看護職（看護師、保健師、助産師等含む）等をいう。	5p,41p
	医療保険者	医療保険各法の規定により、医療に関する給付を行う政府・組合管掌健康保険、船員保険、国家公務員共済組合等、国民健康保険組合、市町村（特別区を含む。）をいう。	27p～28p, 40p～41p
う	う蝕	いわゆる「むし歯」のこと。口腔内の細菌が産生する酸によって歯の表面から溶解し、歯の組織が崩壊していく疾患。	24p
え	エビデンス	証拠・根拠・裏付けのこと。 医学・医療の分野では、ある治療法がある病気に対して、安全で効果のあるものなのかどうかを確率的な情報として示す検証結果（根拠）のことをいう。	36p
お	お薬手帳	病院や薬局などで医療用の薬をもらったときや、市販の薬を購入したときに、薬の名称や飲む量、回数などを記録するための手帳のこと。 医療機関を受診したり、薬局を利用する際に、医師や薬剤師がお薬手帳の記録をチェックし、薬の飲み合わせや重複などによる副作用を防いだり、新しく処方された薬の情報等を記入してもらうことができる。	36p
	オーラルフレイル	歯や口腔の健康への関心度が低下し、歯周病やむし歯を放置したり、滑舌の衰え、食べこぼし、わずかなむせ、噛めない食品の増加など、ささいな「口の衰え」による食欲低下や食事バランス等の悪化がみられる状態。	32p
か	回復期機能	急性期の医療提供が終了した患者へ、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能（リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟）をいう。	18p, 37p関連

き	急性期機能	発症から間もない時期で症状が安定せず重点的な医療措置が必要な患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能（外科、内科、整形外科など）をいう。	18p, 37p関連
	寄与度	あるデータの構成要素となる項目の変化が、データ全体にどのくらい影響を与えているかを示す指標のこと。±1の範囲の値を取り、値の絶対値が大きいほど影響が大きくなっている。	14p～15p
	共済組合	公務員および私立学校教職員を対象とした公的社会保障を運営する社会保険組合をいう。	27p
	虚血性心疾患	動脈硬化などが原因で、心臓が働くのに必要な血液を供給する血管（冠動脈）が狭くなったり、詰まったりすると、心臓の筋肉（心筋）に酸素や栄養が行き渡らず、ポンプとしての機能が低下する。このために、胸痛や胸部圧迫感、呼吸困難などの症状を示す病気。冠動脈の血流障害（虚血）が一時的で回復が可能な狭心症と心筋の細胞が傷害され、回復が不可能な状態に至る心筋梗塞がある。	24p,29p
こ	後期高齢者医療広域連合（広域連合）	後期高齢者医療制度の運営主体として、都道府県単位で全市町村が加入する特別地方公共団体のこと。	32p,40p
	後期高齢者医療費	75歳以上の方及び65歳以上の方で一定の障がいがあると認定を受けた方を対象とした医療制度である後期高齢者医療制度の被保険者にかかる医療費のこと。	2p,12p, 16p, 43p～44p
	高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能（救命救急病棟、集中治療室など）をいう。	18p
	高齢化率	65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合のこと。	8p

こ	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	令和2年度より開始された、高齢者の心身の多様な課題に対応しきめ細かな支援を実施するため、後期高齢者医療広域連合と市町村が連携のうえ、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施する取組のこと。	32p,40p
	後発医薬品	ジェネリック医薬品とも呼ばれ、新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に販売される、新薬（先発医薬品）と同じ有効成分、同じ効能・効果を持つもので、医療機関や薬局で医師の処方箋に基づいて調剤してもらう医薬品のこと。	3p～4p, 26p,35p, 41p
	国保組合	国民健康保険法に基づき設立された医療保険者で、同種の事業・業務の従事者を組合員として組織する組合のこと。	20p,27p
	国民医療費	当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの。この費用には、以下診療や歯科診療に係る診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護費等が含まれる。 なお、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科差額分）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含まず、また、傷病の治療費に限っているため、正常な妊娠・分娩に要する費用、健康診断・予防接種等に要する費用、義眼や義肢等の費用も含まれない。	12p～13p, 21p,24p, 42p,
	国民皆保険	全ての国民が何らかの公的な医療保険制度に加入している状態のこと。国民は健康保険（政府管掌・組合管掌等）・各種共済組合・船員保険・国民健康保険・後期高齢者医療広域連合のいずれかに加入する。 なお、健康保険の加入者を被保険者という。	1p

こ	国民健康保険	国民健康保険の保険者は市町村と国民健康保険組合により運営している。 市町村が運営する国保は市町村の区域内に住所を有する人がすべて被保険者となる。 職場の健康保険や共済組合などの加入者、後期高齢者医療制度の加入者、生活保護の受給世帯に属する人は対象から除かれる。	6p,39p
	在宅医療	できる限り住み慣れた家庭や地域で療養することができるよう、自宅等で行う医療のこと。	38p,40p
さ	差額通知	処方された先発医薬品を後発医薬品に変更した場合、薬の自己負担額がどのくらい軽減できるかを試算し、被保険者へ通知すること。	35p
し	市町村国保	国民健康保険組合や他の医療保険に加入していない住民を被保険者として、市町村・特別区が行う国民皆保険制度の基礎のこと。	20p, 27p～28p, 40p, 43p～44p
	受療率	厚生労働省が毎年公表している「患者調査」で、ある特定の調査日に医療施設で受療した推計患者数を人口で除して人口10万対で表した数のこと。	23p～24p
	新生物	腫瘍（しゅよう）とも呼ばれ、細胞が異常に増殖したもの。転移をしない良性のものと悪性のもの（悪性新生物、がん）がある。	24p～25p
せ	生活習慣病	疾病の発症には、様々な要因が関係している。 特に生活習慣は、悪性新生物や脳血管疾患、心疾患などの疾病に深く関わっていることが明らかになってきており、代表例として、喫煙による肺がん、食事の偏りによる脳卒中や高血圧、運動不足などによる糖尿病が挙げられる。このように、生活習慣がその発症・進行に深く関与する疾病群を生活習慣病と呼ぶ。	3～6p, 23p～25p, 28p～29p, 31p～32p, 40p
	全国健康保険協会 （協会けんぽ）	2008年10月に政府管掌健康保険を国から引き継いだ保険組織のこと。 現在、本部と47都道府県支部で構成され、保険運営の企画や保険給付、保健事業などを行っている。	20p, 27p～28p

そ た	総合健保	2以上の事業所または2以上の事業主が共同して設立する健康保険組合のこと。合計で被保険者が常時3,000人以上であることが必要となる。	27p
	単一健保	事業所で働いている被保険者が常時700人以上いる企業が、単独で設立する健康保険組合のこと。	27p
ち	地域医療構想	各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し策定したものをいいます。	18p,37p
	地域差指数	都道府県ごとの1人当たり医療費について、人口の年齢構成の相違を補正し、全国平均を1として指数化したもの。	14p～15p
	地域包括ケアシステム	高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、個々人の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、予防、住まい及び生活支援が一体的に提供される体制のこと。	3p,37p
	地域包括支援センター	市町村が設置し、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的マネジメント支援事業等を担い、地域住民の保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援する中核機関をいう。	33p
	重複・頻回受診者	重複受診者は、複数の医療機関に同一の傷病名で受診している人、頻回受診者は、頻繁に医療機関に受診をしている人のこと。	26p,36p, 39p～41p
て	電子処方箋	電子的に処方箋の運用を行う仕組みのこと。患者の同意のうえ、複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照、それらを活用した重複投薬チェックが行えるようになる。	36p
と	糖尿病性腎症	糖尿病の合併症の一つで、腎臓の機能が低下した病状のこと。 進行すると、むくみ、貧血、高血圧などを伴い、最後は人工透析が必要になる。	31p

と	特定健康診査	高齢者の医療の確保に関する法律に定められた、40歳以上75歳未満を対象に医療保険者により実施される健康診査のこと。	4p～5p, 20p～22p, 27p～28p, 41p
	特定保健指導	特定健康診査の結果により階層化されて実施される保健指導のこと。	4p,20p, 22p, 27p～28p
に	二次医療圏	医療法の規定により、都道府県において設定される区域（おおむね広域市町村圏）で、主として一般の入院医療を提供する病院の病床の整備を図るべき区域のこと。	18p
は	バイオ後続品	国内で既に新有効成分含有医薬品として承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（先発バイオ医薬品）と同等／同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発された医薬品のこと。	3p,4p, 35p
ひ	1人当たり医療費	「一日当たりの医療費」と「一件当たりの日数」、「受診率」の3つの積で算出され、これらを「医療費の3要素」という。	2p, 14p,16p
ふ	フレイル	加齢とともに心身の活力（筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの危険性が高くなった状態のこと。 一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能でもある。	32p
へ	平均在院日数	平均在院日数とは、病院に入院した患者の1回当たりの平均的な入院日数を示すもの。その算定にはいくつかの考え方があるが、厚生労働省の「病院報告」では、次の算式により算出することとされている。 平均在院日数 = $\frac{\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}}{(\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2}$	15p

ほ	保険者協議会	県内の医療保険の加入者に係る健康づくりの推進に当たり、保険者間の問題意識の共有や、それに基づく取り組みの推進等を図るとともに、医療計画並びに医療費適正化計画の策定及び変更等に係る協議の意見提出等を行うことを目的とした協議会。	5p,28p,36p,39p,41p,45p
	ポピュレーションアプローチ	多くの人々が少しずつリスクを軽減させることで、集団全体としては多大な恩恵をもたらすことに注目し、集団全体をよい方向にシフトさせることをいう。	29p
ま	慢性期機能	長期療養が必要な患者を入院させる機能（療養病棟、障がい者病棟、緩和ケア病棟など）のこと。	18p
め	メタボリックシンドローム	内臓脂質症候群ともいう。該当者は、内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、リスクがあるとされる血中脂質や血圧、血糖の基準のうち2つ異常に該当する方、予備群は、内臓脂肪の蓄積に加え、血中脂質や血圧、血糖の基準のうち1つに該当する方をいう。 (メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率の算定式) $\text{減少率} = \frac{\text{平成20(2008)年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者} - \text{当該年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数}}{\text{平成20(2008)年度の特定健康診査データにおける特定保健指導対象者の推定数}}$	4p,22p,29p,31p
り	リフィル処方箋	症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携のもと、一定期間内に処方箋を反復利用することができる仕組みのこと。	36p
れ	レセプト	診療報酬明細書又は調剤報酬明細書のこと。患者に提供した医療内容又は処方内容が具体的に記載されている。	5p,39p~40p
ろ	ロコモティブシンドローム（運動器症候群）	運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態のこと。	32p

英	COPD(慢性閉塞性肺疾患)	たばこ煙を主とする有害物質を長期に吸入することで生じる肺の炎症性疾患で、労作時の呼吸困難や慢性のせきやたんが主な症状。	29p～30p
	OTC医薬品	医師による処方箋を必要とせずに購入できる医薬品のこと。	41p
	PDCAサイクル	プロジェクト（行政施策）の実行に際し、「計画を立て（Plan）、実行し（Do）、その評価（Check）に基づいて改善（Action）を行う、という工程を継続的に繰り返す」仕組み（考え方）のこと。	39p,45p

宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会設置要綱

令和 5 年 4 月 1 日

福祉保健部国民健康保険課

(設置)

第 1 条 宮崎県医療費適正化計画（以下「計画」という。）の策定に当たり、関係団体等から意見を求め、計画の推進を図ることを目的として、宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第 2 条 委員会は、次に掲げる事項について検討を行う。

- (1) 本県医療費の実情を踏まえた計画内容に関すること。
- (2) 計画の進捗状況や目標の達成状況の評価に関すること。

(構成)

第 3 条 委員会は、15 名以内の委員で構成する。

- 2 委員は、別表に掲げる団体等の推薦する者とする。
- 3 委員の任期は、2 年とする。ただし、補欠による委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 4 委員は、再任することができる。

(会議)

第 4 条 委員会は、福祉保健部長が招集する。

- 2 委員会に会長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- 3 会長は、委員会を主宰する。
- 4 会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、会長の予め指名する委員がその職務を行う。
- 5 会長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、意見を聴取することができる。

(庶務)

第 5 条 委員会の庶務は、福祉保健部国民健康保険課において処理する。

(委任)

第 6 条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に必要な事項は、福祉保健部長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 平成 29 年 2 月 1 日付け「宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会設置要綱」は、廃止する。

別表

区 分	団 体 名 等
学識経験者	宮崎大学
	宮崎県立看護大学
医療・保健 関 係 者	宮崎県医師会
	宮崎県歯科医師会
	宮崎県薬剤師会
	宮崎県栄養士会
	宮崎県看護協会
被 保 険 者	宮崎県老人クラブ連合会
	宮崎県地域婦人連絡協議会
保 険 者 市 町 村	宮 崎 市
	都 城 市
	美 郷 町
	宮崎県後期高齢者医療広域連合
	全国健康保険協会宮崎支部
	宮崎県国民健康保険団体連合会
事 務 局	宮崎県福祉保健部 国民健康保険課

第4期宮崎県医療費適正化計画策定検討委員会委員名簿

区分	団体名等	職名	氏名
学識経験者	宮崎大学医学部附属病院	患者支援センター長	鈴木 斎王
	宮崎県立看護大学	学長	長鶴 美佐子
医療・保健 関係者	宮崎県医師会	副会長	金丸 吉昌
	宮崎県歯科医師会	理事	林 正太郎
	宮崎県薬剤師会	専務理事	福森 一真
	宮崎県栄養士会	副会長	甲斐 敬子
	宮崎県看護協会	会長	久保 敦子
被保険者	宮崎県老人クラブ連合会	常務理事兼事務局長	兒玉 洋一
	宮崎県地域婦人連絡協議会	会長	甲斐 恵子
保険者 市町村	宮崎市 国保年金課	課長	渡辺 俊輔
	都城市 健康課	課長	栗山 佐代子
	美郷町 町民生活課	課長	黒田 和幸
	宮崎県後期高齢者医療広域連合	事務局長	仁田脇 七郎
	全国健康保険協会 宮崎支部	企画総務部長	十文字 重臣
	宮崎県国民健康保険団体連合会	事務局長	徳留 義章

任期：令和5年4月1日～令和7年3月31日

会長：◎ 会長代行：○

宮崎県の地域医療を守り育てる条例をここに公布する。

宮崎県の地域医療を守り育てる条例

県民一人ひとりが生涯にわたり、住み慣れた地域で安心して暮らし、健康で豊かな生活を送るためには、必要に応じ適切な医療サービスが提供されなければならない。

しかしながら、本県医療の現状は、産科、小児科等特定の診療科やへき地等における医師不足、医師の高齢化等が深刻な状況にあり、救急医療体制等地域医療の崩壊が懸念されている。

この事態に対処するためには、まず県民一人ひとりが、限りある医療従事者、医療機関等の医療資源を地域の財産として大切に想い、日頃から健康の増進、疾病の予防等に自らが取り組むとともに、地域の医療提供体制を互いに支え合う意識の醸成に努めることが求められる。

また、社会全体で、地域医療を守り育てるためには、県、市町村、医療機関、県民等が相互に連携し、それぞれの役割を積極的に果たしていくことが必要である。

ここに、私たち宮崎県民は、協働して地域医療を守り育てることについて、最大限の努力をすることを決意し、この条例を制定する。

(目的)

第 1 条 この条例は、地域医療を守り育てるための基本理念を定め、並びに県の責務並びに市町村、医療機関及び県民の役割を明らかにするとともに、地域医療を守り育てるための施策の基本となる事項を定めることにより、県民が住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現に寄与することを目的とする。

(基本理念)

第 2 条 地域医療を守り育てるための施策は、次に掲げる事項を基本理念として行うものとする。

- (1) 医療従事者、医療機関等の医療資源（以下「医療資源」という。）は、地域社会の重要かつ不可欠な財産であることに鑑み、県、市町村、医療機関、県民等が一体となり、地域社会全体で守り育てること。
- (2) 県民が、いつでも、どこでも必要な医療サービスが受けられる医療体制を確立すること。
- (3) 県民の健康の保持増進は、県民自らが生涯にわたって日常生活において健康の増進、病の予防等に取り組むことを基本とすること。

(県の責務)

第3条 県は、前条に定める基本理念（以下「基本理念」という。）にのっとり、国、市町村、医療機関、大学、医療関係団体等（以下「関係団体等」という。）と連携を図りつつ、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項の規定により県が策定する医療計画及び健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項の規定により県が策定する健康増進計画に従い、地域の実情に応じた施策を実施するものとする。

(市町村の役割)

第4条 市町村は、基本理念にのっとり、地域医療を守り育てるための施策に関し、県及び関係団体等と連携を図り、その市町村の区域の特性に応じた施策の推進に努めるものとする。

(医療機関の役割)

第5条 医療機関は、基本理念にのっとり、県及び関係団体等と連携し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の充実を図るとともに、患者等との信頼関係の構築に努めるものとする。

(県民の役割)

第6条 県民は、基本理念にのっとり、自らの地域の医療の現状を理解し、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（日常的な診療、健康管理等を行う身近な医師をいう。）を持つなど、医療従事者との信頼関係の構築に努めるものとする。

2 県民は、疾病の予防、早期発見のため、適切に検診、健康診査及び保健指導を受けるとともに、健康及び医療に関する基本的な知識を学ぶこと等により、健康づくりに努めるものとする。

3 県民は、地域の医療提供体制を支える一員であることを認識し、共に支え合い、かつ、助ける地域コミュニティの構築に努めるものとする。

(保健及び福祉との連携)

第7条 県は、疾病の予防、治療、介護等切れ目のない保健、医療及び福祉サービスの提供体制の構築を図れるよう、関係団体等との連携に努めるものとする。

(医療機関相互の連携体制の構築)

第8条 県は、限られた医療資源の中で、県民に良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、医療機関の機能と役割に応じた連携体制の構築に努めるものとする。

(医療従事者の育成、確保等)

第9条 県は、関係団体等と連携を図り、医療従事者の地域及び診療科間の偏在等を考慮しつつ、医療従事者の育成及び確保並びにその資質の向上に努めるものとする。

(情報提供及び相談体制の充実強化)

第10条 県は、関係団体等と連携を図り、医療を受ける者が医療機関の機能に応じ適切に受診することができるよう、必要な情報の提供及び医療に関する相談体制の充実強化に努めるものとする。

(県民の理解の増進)

第11条 県は、地域医療を守り育てることに関し、県民の関心を高め、その理解と協力を得られるよう、関係団体等と連携し、次に掲げる施策の推進に努めるものとする。

- (1) 地域医療を守り育てるための取組に関する普及啓発
- (2) 地域医療を守り育てる活動を行うことを目的とした団体の育成及び支援
- (3) 家庭、学校、地域等におけるあらゆる機会を利用した健康及び医療に関する理解を深めるための教育

(財政上の措置)

第12条 県は、地域医療を守り育てるための施策を推進するため、必要な財政上の措置を講ずるよう努めるものとする。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

