

第8次宮崎県医療計画（素案）の概要

第8次医療計画の全体像

【第1章】総論

- **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**
- **基本方針**
 - 地域を支える医療体制の構築、○医療従事者の養成・確保、○**疾病予防・健康づくりの促進**
 - デジタル技術の活用**、○在宅医療・介護体制の充実、○医薬品等の安全確保・安定供給の推進、○県民への情報提供

【第2章】地域の概況

人口：約107万人(2020年)→約87万人(2040年)
高齢化率：32.7%(〃) → 38.1%(〃)
入院受療率(10万人対)：減少傾向だが全国平均を上回っており、特に75歳以上は高い傾向

【第3章】医療圏の設定と基準病床数

- ・二次医療圏は、現行の7医療圏を維持
- ・5つの医療圏で基準病床数が増加
⇒宮崎東諸県医療圏では既存病床数が基準病床数を上回る。

【第4章】医療提供体制の構築

5 疾病	がん <ul style="list-style-type: none">・がんの予防・早期発見・チーム医療の提供、緩和ケア研修	6 事業	救急医療 <ul style="list-style-type: none">・円滑な救急搬送と救急医療体制の確保・県民の救急医療への理解・意識の向上
	脳卒中 <ul style="list-style-type: none">・発症予防の推進（県民公開講座）・リハビリ体制の充実		へき地医療 <ul style="list-style-type: none">・へき地で勤務する医師等の確保・巡回診療やへき地出張診療所等の運営支援
	心筋梗塞等の心血管疾患 <ul style="list-style-type: none">・健診受診率向上に向けた取組の推進・心不全療養指導士等の確保・育成		小児医療 <ul style="list-style-type: none">・相談体制の充実・県民意識の啓発・小児科医の確保と小児医療体制の維持
	糖尿病 <ul style="list-style-type: none">・ベジ活、減塩、日常生活での運動促進・かかりつけ医と各専門医との連携強化		周産期医療 <ul style="list-style-type: none">・地域分散型の周産期医療体制の維持・充実・産婦人科医等の育成・確保
	精神疾患 <ul style="list-style-type: none">・予防、早期発見、治療のための普及啓発・治療、回復、地域生活への円滑な移行		災害医療 <ul style="list-style-type: none">・DMATなど災害医療を担う人材の確保・育成・豪雨災害等の被害を軽減するための浸水対策
	在宅医療・介護 <ul style="list-style-type: none">・地域の実情に応じた訪問看護提供体制の構築・看取りやACPを含む在宅医療への理解促進		新興感染症発生・まん延時における医療 <ul style="list-style-type: none">・医療機関との協定締結による病床確保・感染症の予防に関する人材の資質の向上
	その他の保健医療対策の充実 <ul style="list-style-type: none">障がい保健対策/感染症対策/臓器移植対策/難病対策/アレルギー疾患対策/歯科保健対策/血液の安定供給対策/高齢化に伴い増加する疾患等対策		

【第5章】地域医療構想

- ・病床の機能区分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2025年のあるべき医療提供体制の姿と施策の方向性を示す

【第6章】外来医療計画

- ・地域ごとに外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化し、医師の自主的な行動変容による偏在状況の是正や外来医療機能が不足する地域における医療機能の充実を図る

【第7章】医療提供基盤の充実

- ・医療従事者の確保と資質向上
医師(医師確保計画)/歯科医師/薬剤師(薬剤師確保計画)/
看護職員/歯科衛生士/理学療法士など
- ・医療安全の確保

【第8章】計画の推進

- 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7次宮崎県医療計画からの主な変更点

○ 新興感染症の発生・まん延時に備えた医療提供体制の整備

- ・医療計画の6事業目として「新興感染症発生・まん延時における医療」を追加
- ・医療機関との協定締結等を通じて、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。

○ 脳卒中医療圏の見直し

- ・二次医療圏の枠を超えた広域での体制整備に向けて、「脳卒中医療圏（現行7医療圏）」を4医療圏に設定

○ 医師の確保（医師確保計画）・外来医療に係る医療提供体制の確保（外来医療計画）

【医師確保計画】

- ・医師偏在指標に基づき、医師少数区域、医師多数区域を設定し、三次医療圏(県)及び二次医療圏ごとに医師確保の方針・目標医師数を達成するための必要な施策を定める。

【外来医療計画】

- ・地域ごとに外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化することで、偏在是正や外来医療機能が不足する地域における医療機能の充実を図っていくことを目的として策定。
- ・外来機能報告制度に基づく「紹介受診重点医療機関」の項目を新たに追加。

⇒医師確保計画・外来医療計画を第8次医療計画に一体化して策定

※計画期間は令和6年度(2024年)から令和8年度(2026年)の3年間

○ 薬剤師確保計画

- ・薬剤師の従事先の業態偏在や地域偏在の是正、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を踏まえ、「宮崎県薬剤師確保計画」を策定

○ 基準病床数の見直し

- ・国が定める算定方式及び数値等により第8次医療計画における基準病床数を見直し
- ・老年人口（65歳以上）の増加等により、現行よりも基準病床数が増加、
この内、宮崎東諸県医療圏は基準病床数が既存病床数を上回る算定結果となった（別紙資料2）

1 計画策定の趣旨等

計画策定の趣旨等

この計画は、医療法に基づき都道府県が定めるもので、介護保険事業支援計画等とも整合性を持って推進します。

- 【策定の趣旨】 それぞれの地域において、安全で質の高い医療を切れ目なく提供できる体制の構築に向けて、本県の医療提供体制における課題や取り組むべき施策の方向性を明らかにするもの。
- 【計画期間】 令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)の6年間

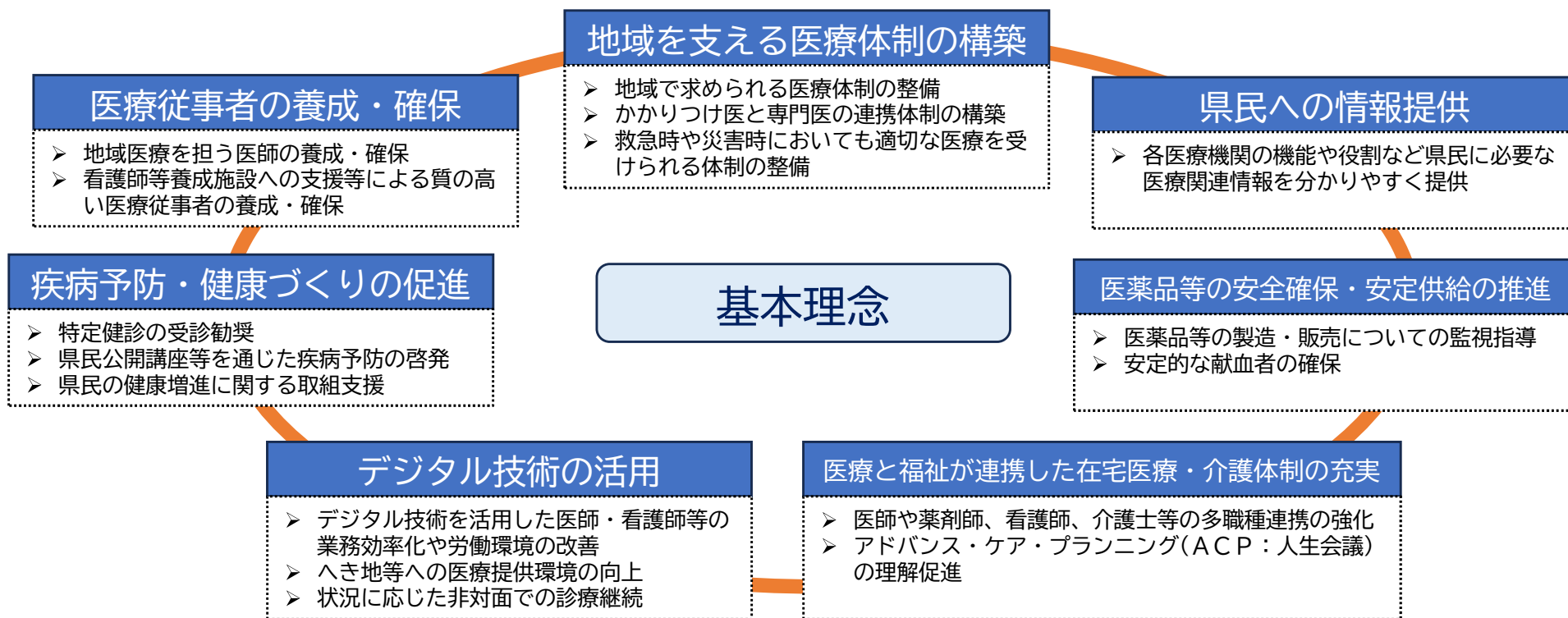
基本理念

人口減少・超高齢社会を迎える中、県民誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現に向けて、この計画の基本理念を次のとおり設定します。

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

基本方針

基本理念の実現に向けて、以下の7つの基本方針のもと、各種施策を展開していきます。

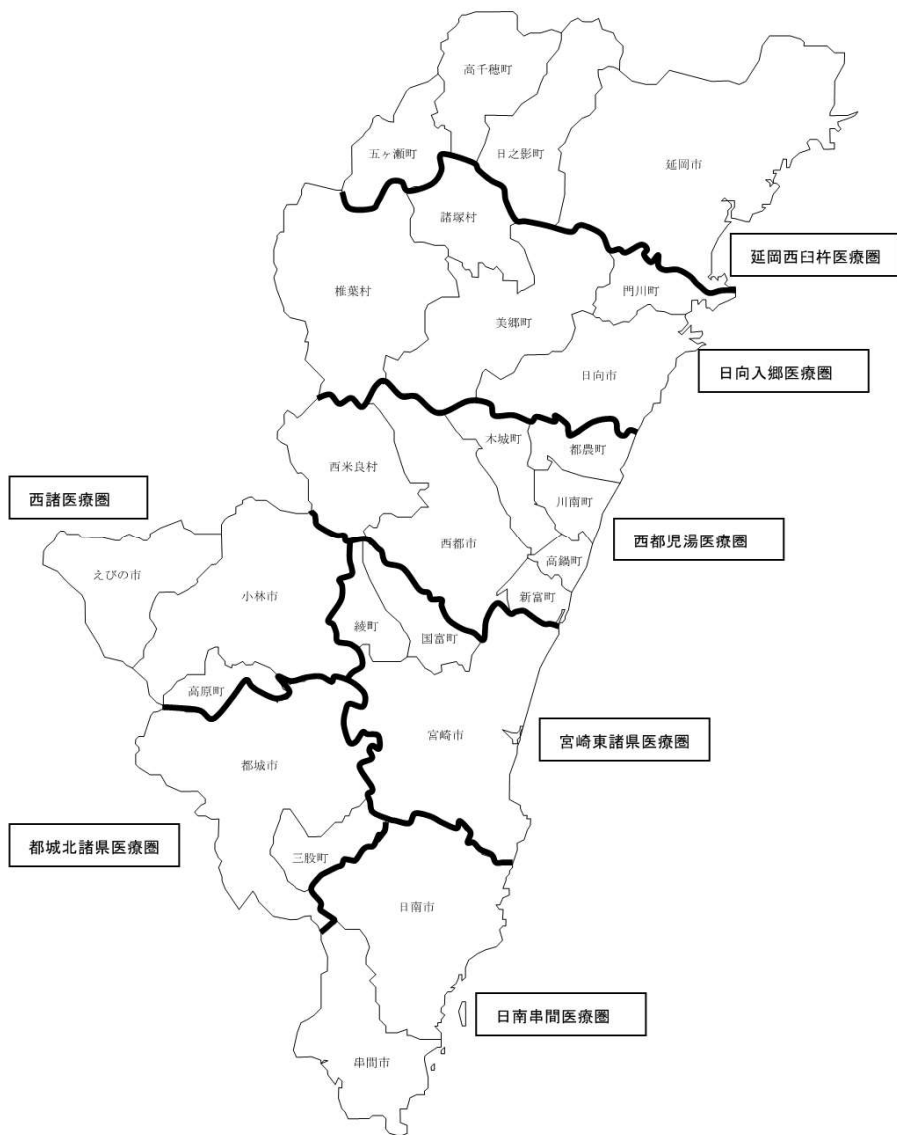


2 二次医療圏、基準病床数

(1) 二次医療圏

- 本計画では、入院医療等を検討する際の地域単位として、引き続き7つの二次医療圏を設定。

(図) 宮崎県の二次医療圏域図



(2) 二次医療圏別病院数(人口10万人当たり)

- 西諸医療圏が21.4で最も多く、全ての医療圏で全国平均を上回る。

二次医療圏	総数	一般病院	精神科病院
延岡西臼杵	14.6	12.4	2.2
日向入郷	12.8	10.5	2.3
宮崎東諸県	8.9	7.7	1.2
西都児湯	10.4	10.4	0.0
日南串間	14.8	13.3	1.5
都城北諸県	15.0	12.9	2.1
西諸	21.4	18.6	2.9
宮崎県	12.3	10.9	1.6
全国	6.5	5.7	0.8

(3) 基準病床数

- 宮崎東諸県医療圏では、基準病床数が既存病床数を上回る。

病床種別	医療圏	基準病床数	既存病床数
一般病床 及 療養病床	延岡西臼杵	1,660	1,700
	日向入郷	771	898
	宮崎東諸県	<u>5,429</u>	<u>4,947</u>
	西都児湯	819	957
	日南串間	739	974
	都城北諸県	2,233	2,313
	西諸	775	989
	計	12,426	12,778
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

3 基準病床数の見直し①

第8次医療計画策定に向けて基準病床数の見直しを行ったところ、一般病床及び療養病床において、**5つの医療圏（宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵、西諸、西都児湯）で基準病床数が増え、宮崎東諸県では基準病床数が既存病床数を上回る算定結果となった。**

参考：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基準で、全国統一の算定式により算定
 （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ない）

基準病床数の算定式

出典：厚生労働省「医療政策研修会」資料

○ 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。

$$\text{一般病床及び療養病床の基準病床数} = \text{ア} + \text{イ} \pm \text{ウ}$$

ア：一般病床

$$\text{人口} \times \text{一般病床退院率} \times \text{平均在院日数} + \text{流入入院患者数} - \text{流出入院患者数} \div \text{病床利用率}$$

イ：療養病床

$$\text{人口} \times \text{療養病床入院受療率} - \text{介護施設、在宅医療等対応可能数} + \text{流入入院患者数} - \text{流出入院患者数} \div \text{病床利用率}$$

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。

3 基準病床数の見直し② ～算定の結果～

基準病床数の算定結果は以下のとおり

第7次医療計画との比較（一般及び療養病床）

	①次期（第8次） 基準病床数	②現行（第7次） 基準病床数	③増減(次期－現行) 増減
宮崎東諸県	5,429	4,930	499
都城北諸県	2,233	2,076	157
延岡西臼杵	1,660	1,524	136
日南串間	739	962	-223
西諸	775	767	8
西都児湯	819	807	12
日向入郷	771	819	-48
計	12,426	11,885	541

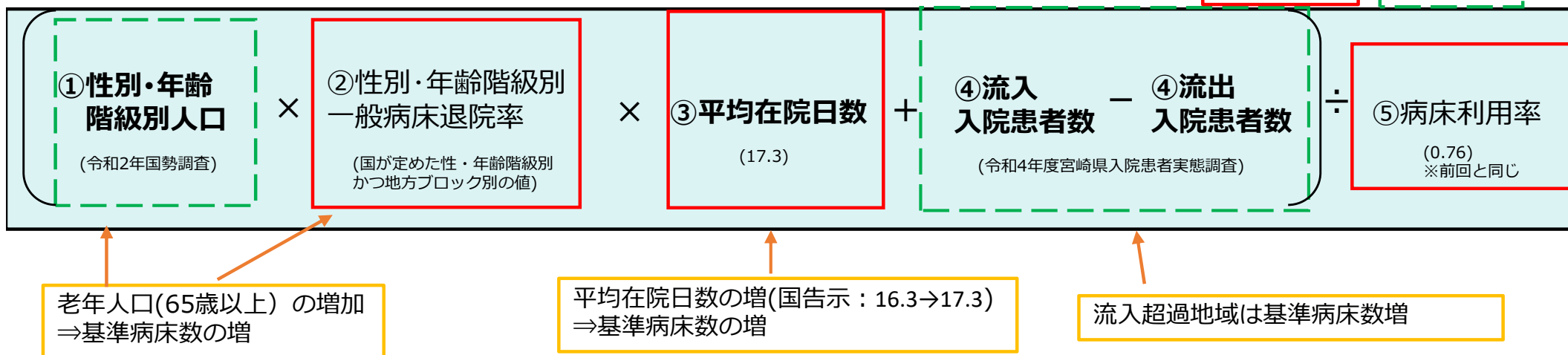
第8次医療計画における基準病床数と既存病床数（一般及び療養病床）

R5. 8. 5現在

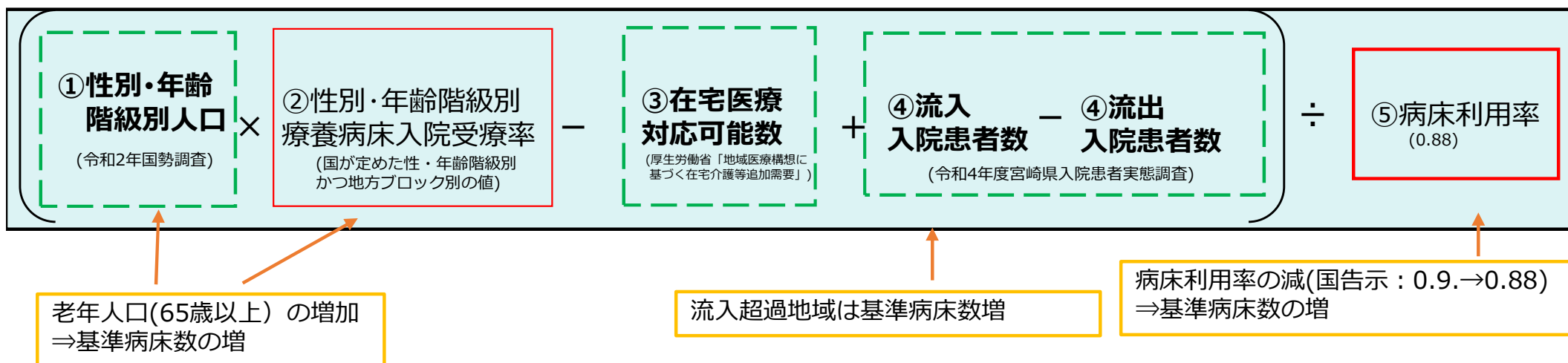
	①基準病床	②既存病床	③基準-既存 (病床設置可能数)	2025年の 病床必要量 (地域医療構想)
宮崎東諸県	5,429	4,947	482	4,445
都城北諸県	2,233	2,313	-80	1,911
延岡西臼杵	1,660	1,700	-40	1,357
日南串間	739	974	-235	877
西諸	775	989	-214	795
西都児湯	819	957	-138	908
日向入郷	771	898	-127	746
計	12,426	12,778	-352	11,037

3 基準病床数の見直し③ ~基準病床数が増える主な要因~

国が定める算定式：一般病床



国が定める算定式：療養病床



3 基準病床数の見直し④ ～基準病床数増の主な要因(宮崎東諸県)～

基準病床数が既存病床数を上回る算定結果となった宮崎東諸県医療圏について、基準病床が増加した要因を確認した

①総人口

	第7次	第8次	比較
宮崎市	401,138	401,339	201
国富町	19,606	18,398	-1,208
綾町	7,345	6,934	-411
合計	428,089	426,671	-1,418

⇒ 人口は約1,400人の減少
(宮崎市は人口が増えている)

③入院患者流出入

	流入	流出	増減
一般病床	694	82	612 (流入超過)
療養病床	78	53	29 (流入超過)

⇒ **流入超過 (流入－流出) が600人以上**

②老年人口 (65歳以上)

	第7次	第8次	比較
65～70歳	33,139	30,715	-2,424
70～75歳	23,733	31,734	8,001
75～80歳	19,748	21,993	2,245
80歳以上	34,283	39,033	4,750
合計	110,903	123,475	12,572

⇒ 一方で、老年人口が増えている
(70歳以上の人口は14,996人増)
⇒ 年齢が高くなるほど、一般病床退院率・療養病床入院率が上がり基準病床数が増える

④その他の要因

一般病床
平均在院日数の増(国告示：16.3→17.3)

療養病床
病床利用率の減(国告示：0.9.→0.88)



・ 老年人口の増加、圏域外からの入院患者の流入等が影響し、基準病床数が増加
・ 既存病床数と基準病床数の差が17床(令和5年10月末時点)と僅少であったこともあり、第8次医療計画では基準病床数が既存病床数を上回ることとなる。

3 基準病床数の見直し⑤ ～第8次医療計画での方向性(案)～

【第8次医療計画での方向性（案）】

- 基準病床数が既存病床数を上回る宮崎東諸県医療圏では、病床の設置・増床が可能となるが、新たな病床の整備については、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検討する。

参考：宮崎東諸県医療圏の2025年における病床の必要量

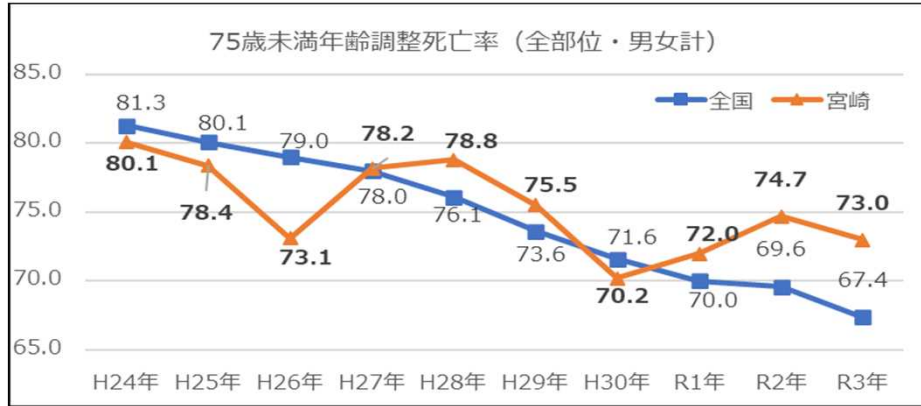
項目	令和4年度(2022年度) 病床機能報告値	令和7年(2025年度)における 病床数の必要量
病床数	高度急性期 707 床	高度急性期 558 床
	急性期 2,501 床	急性期 1,602 床
	回復期 823 床	回復期 1,324 床
	慢性期 1,027 床	慢性期 962 床
	(休棟等) 146 床	
	計 5,204 床	計 4,445 床
		在宅医療等の必要量 6,523.8 人/日
病床数 (構成比)	高度急性期 13.6% %	高度急性期 12.6 %
	急性期 48.1% %	急性期 36.0 %
	回復期 15.8% %	回復期 29.8 %
	慢性期 19.7%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

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (1) がん ～現状、医療提供体制～

(1) 現状

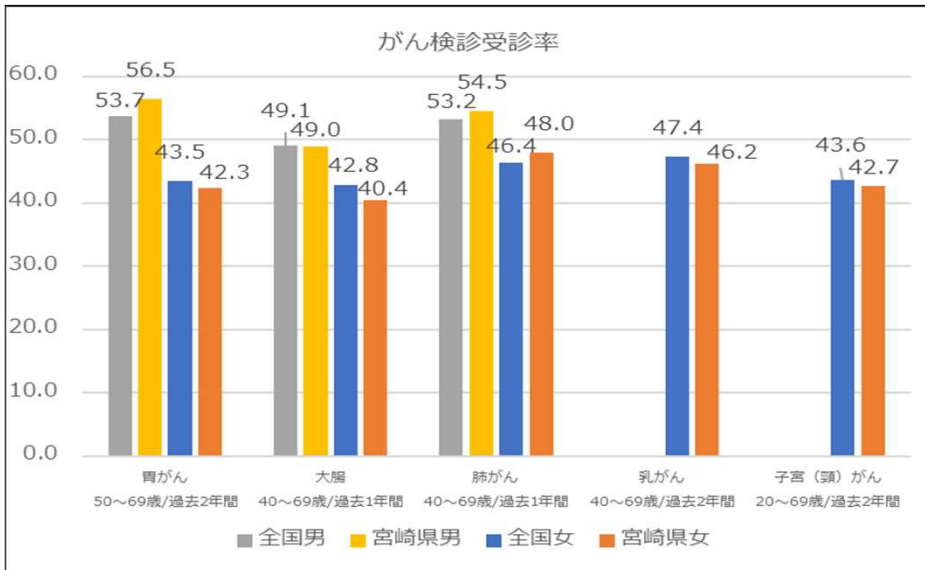
【死亡率の推移】

- 本県において、がんは死因の第1位。
- 75歳未満年齢調整死亡率は減少傾向にあるものの、令和3年は73.0と全国平均(67.4)を上回っている。



【がん検診の受診状況】

- 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、40～50%台となっている。



(2) 医療提供体制

【がん診療連携拠点病院等】

- 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施設ある。

二次医療圏	がん医療圏	拠点病院等
延岡西臼杵	県北がん医療圏	県立延岡病院
日向入郷		
宮崎東諸県	県央がん医療圏	宮崎大学医学部附属病院 県立宮崎病院
西都児湯		
日南串間	県南がん医療圏	県立日南病院
都城北諸	県西がん医療圏	国立病院機構都城医療センター
西 諸		

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

【がん地域連携クリティカルパス】

- 本県では、5大がんの地域連携クリティカルパスを整備しており、令和3年度の活用件数は合計3,205件。

二次医療圏	がん医療圏	R1年度		R2年度		R3年度	
延岡西臼	県北がん医療圏	53	(22.7)	59	(25.5)	88	(38.6)
		日向入郷					
宮崎東諸	県央がん医療圏	2,204	(414.8)	2,735	(516.6)	3,034	(575.2)
		西都児湯					
日南串間	県南がん医療圏	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
都城北諸	県西がん医療圏	63	(23.6)	66	(25.0)	83	(31.7)
		西 諸					

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (1) がん ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【がんの予防・早期発見】

- 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の強化が必要。
- がん検診受診率の向上だけでなく、市町村の実施するがん検診の精度管理の向上に向けた取組が不可欠。

【がん医療の提供体制】

- 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。
- 在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の充実が必要。
- ゲノム医療への期待が高まる中、がんゲノム医療を受けられる体制の整備についての検討が必要。
- がん治療中の感染症や合併症のリスク軽減のため、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必要。

【がんとの共生】

- 地域によって地域連携クリティカルパスの運用状況に差が生じている。
- 治療と仕事の両立や、治療に伴う外見変化に対するサポートが重要。
- 小児・AYA世代のがん患者は、成人発症のがん患者とは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。

【基盤の整備】

- がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めるため、こどもに対するがん教育の充実が必要。
- がん登録情報の収集を促進し、精度管理に取り組む必要。

(4) 施策の方向

① がんの予防・早期発見

- 市町村や医療保険者、学校等と連携した生活習慣病予防の普及啓発の強化
- がん検診の受診勧奨や検診を受診しやすい環境づくりなどがん検診受診率向上に向けた取組の強化 など



② がん医療提供体制の充実

- 拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備
- 地域の医療従事者も含めた緩和ケア研修の実施
- 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 など

③ がんとの共生

- 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
- 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充実
- 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提供 など



④ 基盤の整備

- 学校教育における外部講師を活用したがん教育の推進
- がん診療に携わる化学療法専門医や放射線治療医、病理診断医等の人材確保・育成
- 医療機関に対するがん登録への理解促進

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (1) がん ～目標、がん医療圏～

(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10年度)
年齢調整罹患率	356.0 (令和元年)	⇒	全国平均以下 (令和8年)
75歳未満年齢調整死亡率	73.0 (令和3年)	⇒	全国平均以下 (令和9年)
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8年)
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9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)

(6) がん医療圏

➤ 引き続き4つの「がん医療圏」を設定。

がんにかかる医療圏

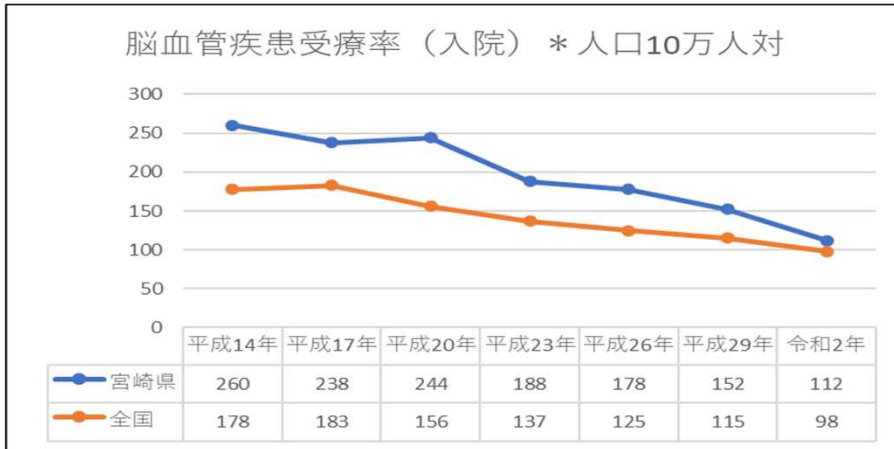


4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (2) 脳卒中 ～現状、医療提供体制～

(1) 現状

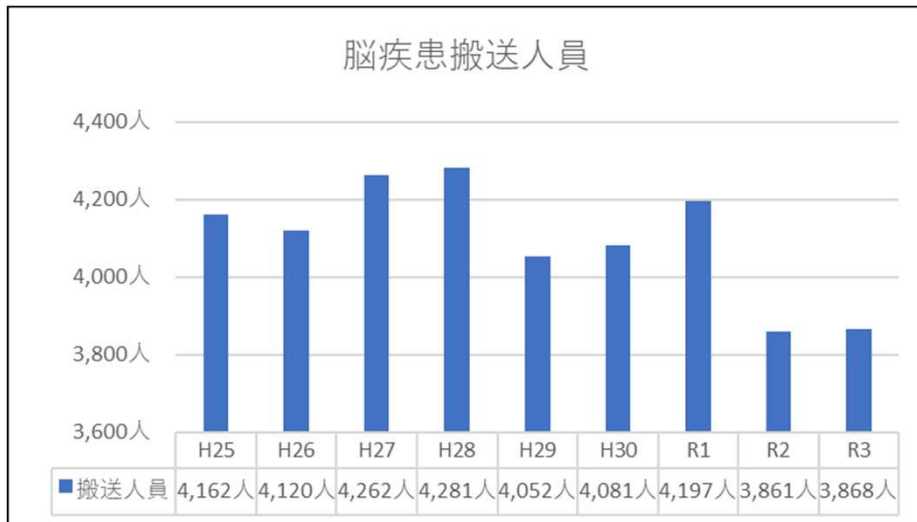
【入院受療率】

- 令和2年の本県の脳血管疾患の入院受療率(人口10万人対)は112で、年々減少傾向にあるものの、全国平均を上回って推移。



【脳血管疾患での救急搬送体制】

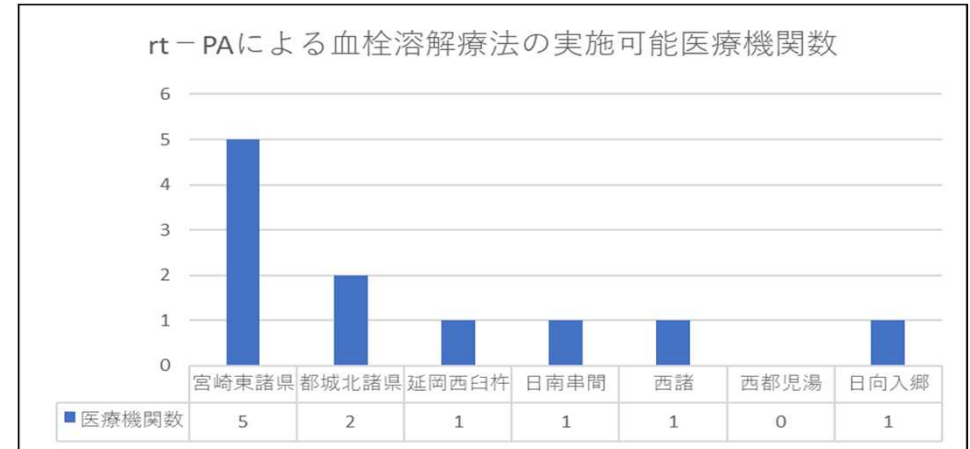
- 令和3年の本県の脳血管疾患での救急搬送人員は3,868人で、全救急搬送人員の9.5%を占める。



(2) 医療提供体制

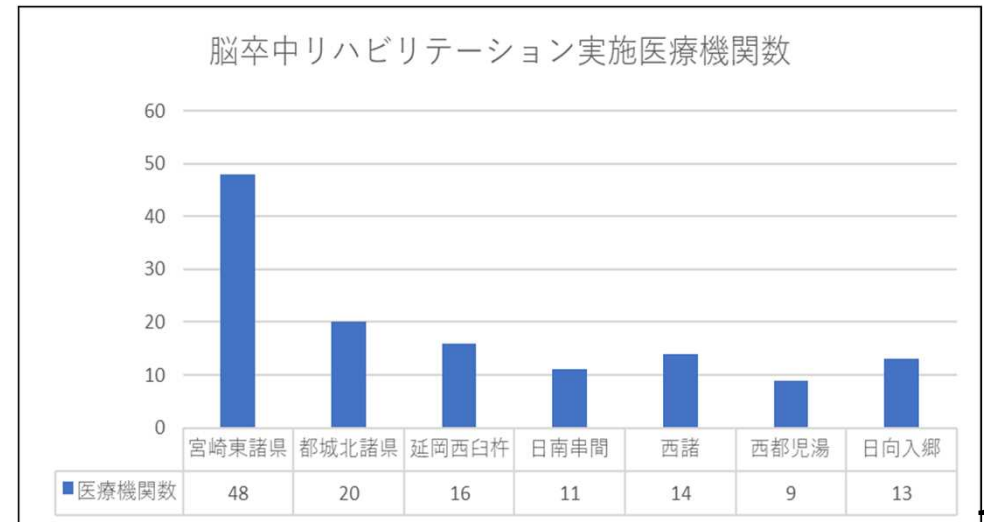
【脳血管疾患治療の実施医療機関】

- 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。



【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施設と増加傾向。



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (2) 脳卒中 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【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、予防には生活習慣病の改善や特定健診の受診行動を促進する必要。
- 生命の維持や後遺症の軽減のため、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も必要。

【円滑な救急搬送】

- 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。

【医療提供体制の充実】

- 急性期の治療を行う医療機関が宮崎東諸県医療圏に集中し、医療圏ごとの地域格差が大きいため、圏域を越えた連携体制の構築が必要。
- 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が必要。
- 患者が住み慣れた地域で患者の状態に応じたリハビリテーションを提供できる体制の整備が必要。

【在宅療養が可能な体制づくり】

- 機能維持のリハビリテーションに加えて、口腔や栄養管理、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を充実させる必要。
- 在宅療養中の再発の備え、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。

(4) 施策の方向

① 発症予防の推進

- 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
- 県民公開講座の開催や企業との連携による普及啓発の強化
- 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連携した特定健診受診率の向上に向けた取組の推進

② 円滑な救急搬送

- 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
- 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

- 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
- かかりつけ歯科医と連携した口腔ケアの促進
- 大学等と連携した専門医の養成・確保
- 各医療圏でリハビリテーションを受けられることができる体制づくりの推進 など

④ 在宅療養が可能な体制づくり

- かかりつけ医を中心とした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
- 医療・介護従事者間の情報共有・連携の強化

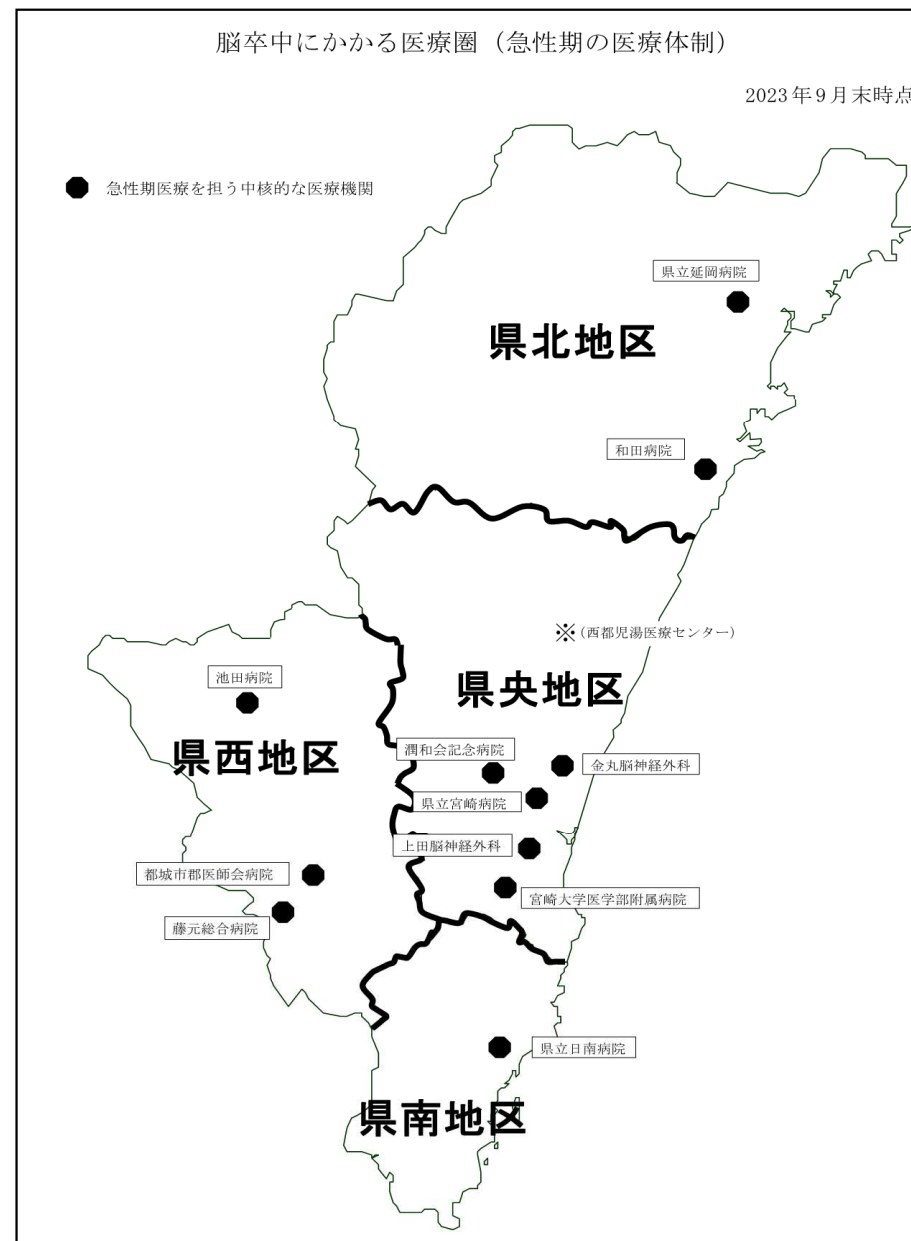
4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (2) 脳卒中 ～目標、脳卒中医療圏～

(5) 目標

指標	現状	⇒	目標
健康寿命 ※出典：厚生労働科学研究	男性〇〇 女性〇〇 (令和4年度)	⇒	男性〇〇 女性〇〇 (令和11年度)
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」	男性〇〇 女性〇〇 (令和2年度)	⇒	男性〇〇 女性〇〇 (令和11年度)
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 ※出典：日本脳卒中学会一次脳卒中センター	11施設 (令和5年)	⇒	増加 (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 ※出典：九州厚生局届出受理医療機関	131施設 (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)

(6) 脳卒中医療圏

➤ 4つの「脳卒中医療圏」を設定。

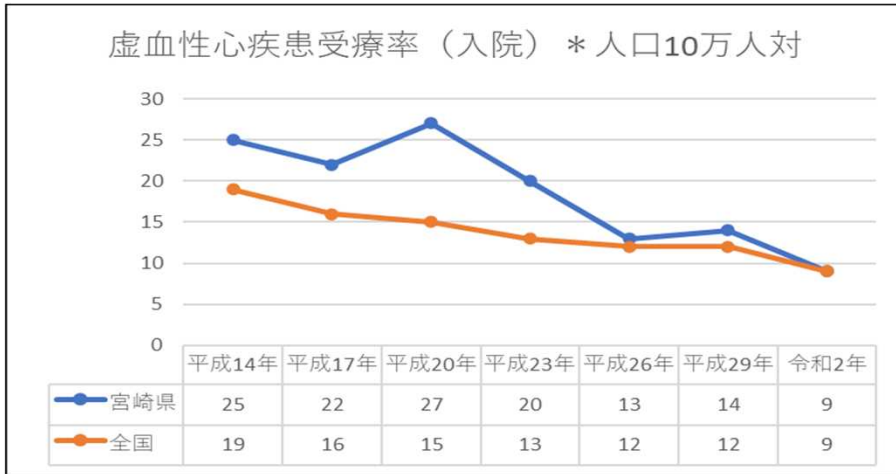


4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (3) 心筋梗塞等の心血管疾患 ～現状、医療提供体制～

(1) 現状

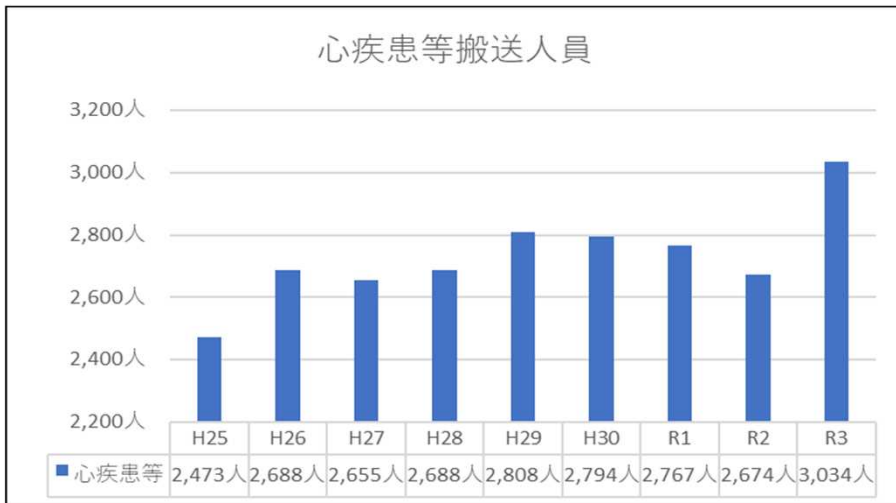
【入院受療率】

- 令和2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で、**全国平均を上回って推移**。



【心血管疾患にかかる救急搬送体制】

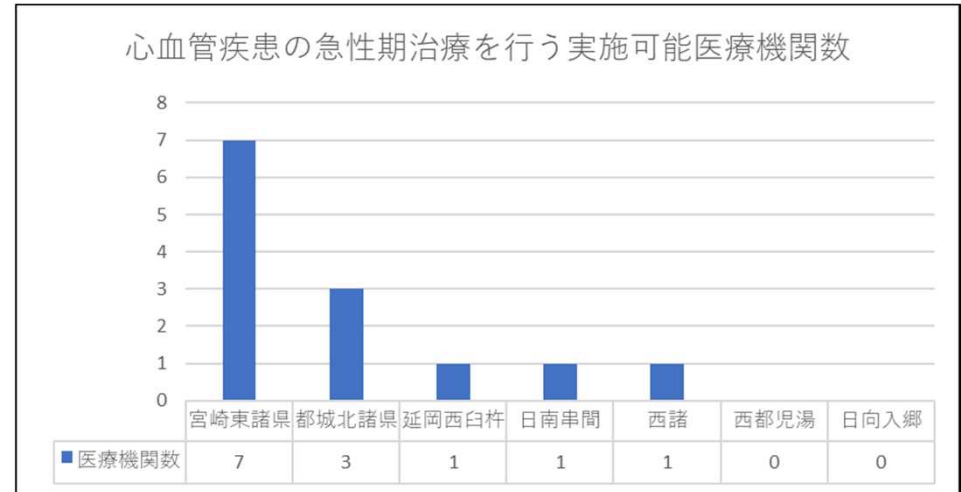
- 令和3年の本県の心血管疾患での救急搬送人員は3,034人で、全救急搬送人員の7.4%を占める。



(2) 医療提供体制

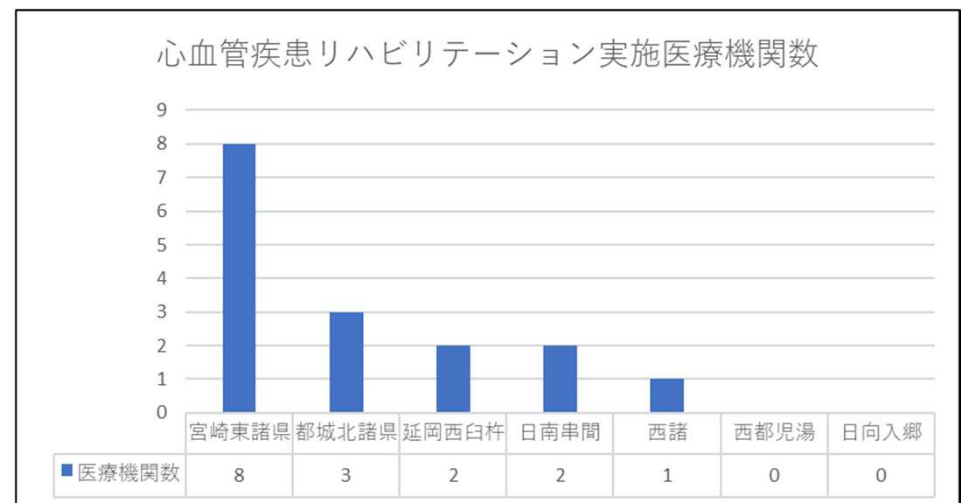
【心血管疾患治療の実施医療機関】

- 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)と同水準。



【リハビリテーションの実施医療機関】

- 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)をやや上回る。



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (3) 心筋梗塞等の心血管疾患 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【発症予防の推進】

- 特定健康診査の必要性に対する理解不足により、受診行動につながっていないため、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。

【迅速な救命処置と救急搬送】

- 県民への心肺蘇生法等の普及啓発が必要。
- 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。

【医療提供体制の充実】

- 急性期の治療を行う医療機関が宮崎東諸県医療圏に集中し、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必要。
- 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など合併症や再発を予防する体制の整備が必要。

【在宅療養が可能な体制づくり】

- 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。
- 患者情報の共有による疾病管理を行いながら、介護・福祉を含めた多職種協働による治療・ケア体制の構築が必要。

(4) 施策の方向

① 発症予防の推進

- 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
- 県民公開講座の開催や企業との連携による普及啓発の強化
- 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連携した特定健診受診率の向上に向けた取組の推進

② 迅速な救命処置と救急搬送

- 学校教育やスポーツイベント等を通じたAEDの活用方法や心肺蘇生法等の普及促進
- ドクターヘリやドクターカーの積極的な活用

③ 医療提供体制の充実

- 病床の機能分化・連携につながる医療機関の施設設備の整備に対する財政的支援
- 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医療従事者の確保・育成 など



④ 在宅療養が可能な体制づくり

- 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・育成
- かかりつけ医を中心とした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

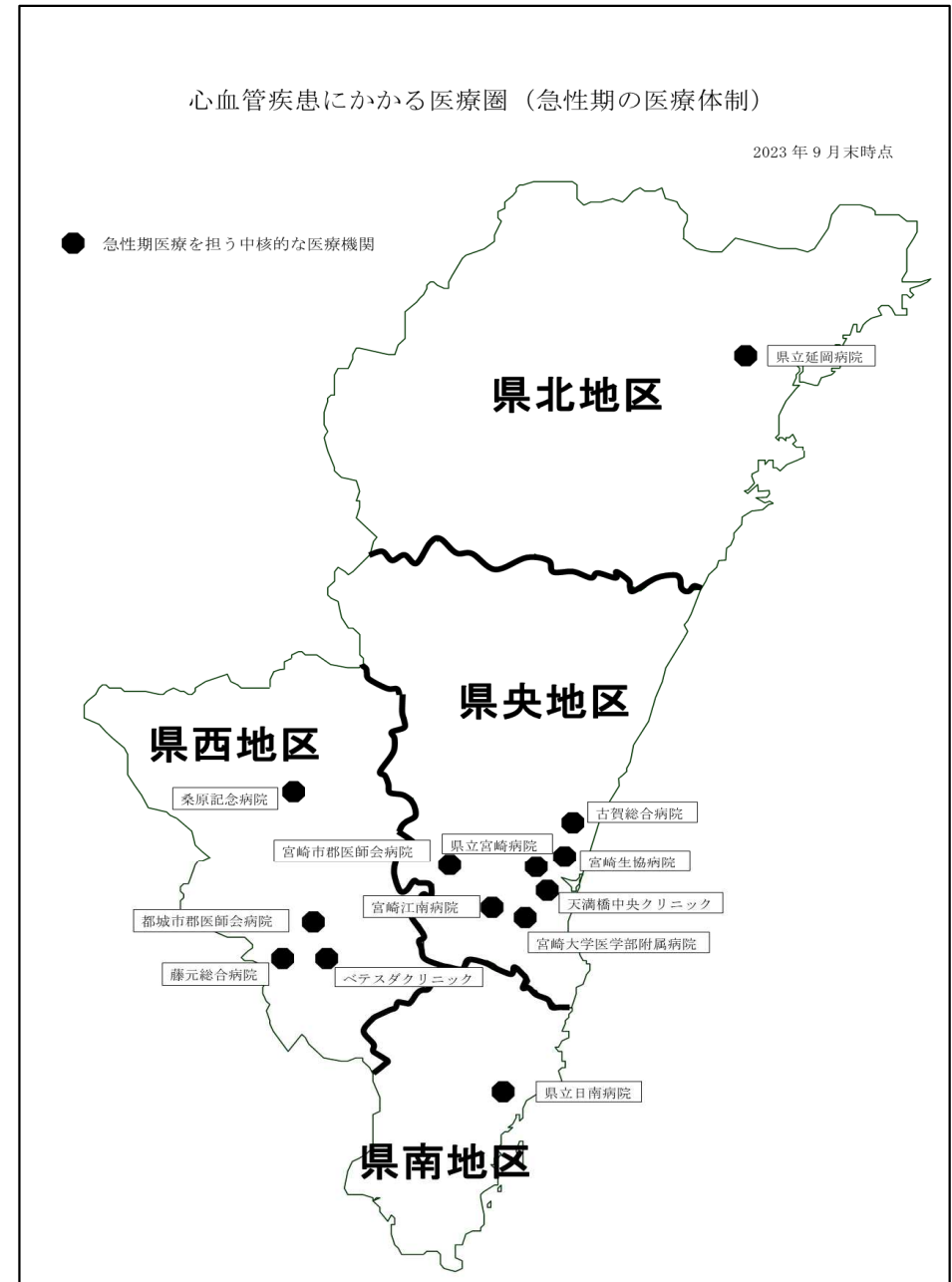
4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (3) 心筋梗塞等の心血管疾患 ～目標、心血管疾患医療圏～

(5) 目標

指標	現状	⇒	目標
健康寿命 <small>※出典：厚生労働科学研究</small>	男性〇〇 女性〇〇 <small>(令和4年度)</small>	⇒	男性〇〇 女性〇〇 <small>(令和11年度)</small>
心血管疾患による年齢調整死亡率 (人口10万人対) <small>※出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」</small>	男性〇〇 女性〇〇 <small>(令和2年度)</small>	⇒	男性〇〇 女性〇〇 <small>(令和11年度)</small>
虚血性心疾患受療率(入院) <small>※出典：厚生労働省「患者調査」</small>	9 <small>(令和2年)</small>	⇒	減少 <small>(令和11年)</small>
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 <small>※出典：救急救助の現況</small>	43.1分 <small>(令和3年)</small>	⇒	減少 <small>(令和11年)</small>
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 <small>※出典：診療報酬施設基準</small>	16施設 <small>(令和5年)</small>	⇒	17施設 <small>(令和11年)</small>
特定健康診査実施率 <small>※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ</small>	51.5% <small>(令和3年度)</small>	⇒	70.0% <small>(令和11年度)</small>
特定保健指導実施率 <small>※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ</small>	26.5% <small>(令和3年度)</small>	⇒	45.0% <small>(令和11年度)</small>

(6) 心血管疾患医療圏

➤ 引き続き4つの「心血管疾患医療圏」を設定。

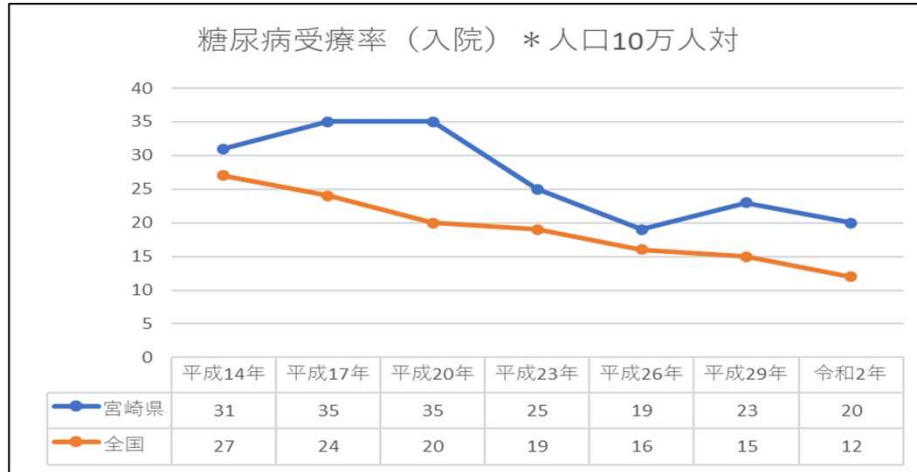


4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (4) 糖尿病 ～現状、医療提供体制～

(1) 現状

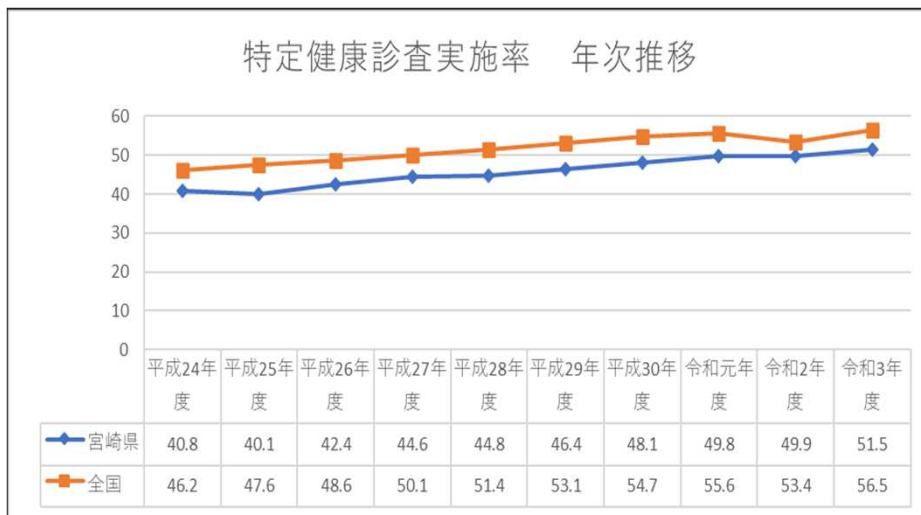
【入院受療率】

- 令和2年の本県の糖尿病の入院受療率(人口10万人対)は20で、**全国平均を上回って推移**。



【特定健康診査の状況】

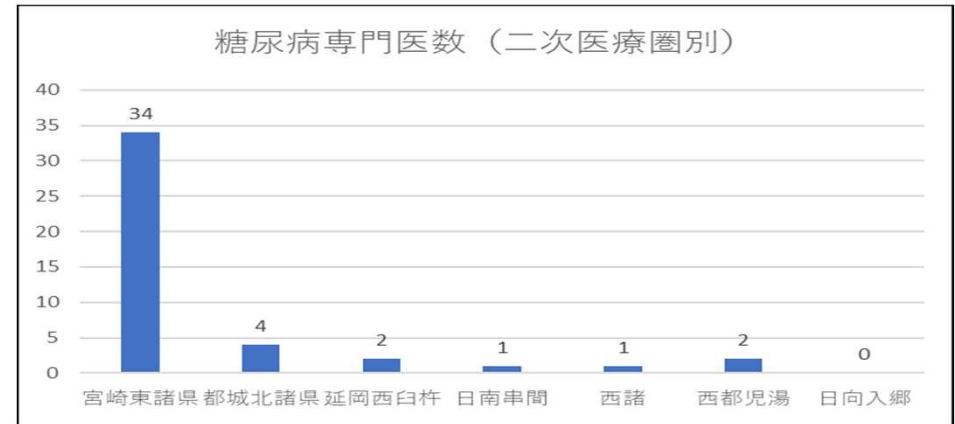
- 本県の特定健康診査実施率は、上昇傾向にあるものの、**全国平均を下回って推移**。



(2) 医療提供体制

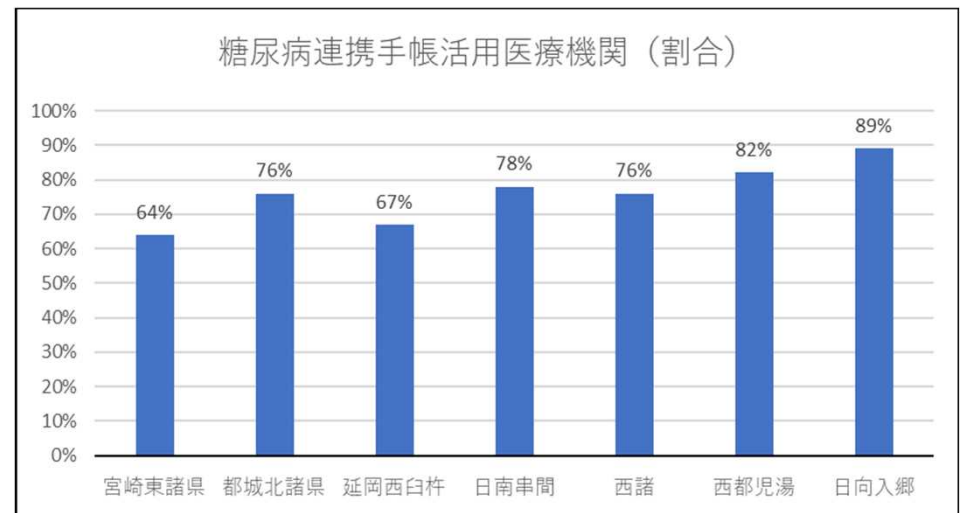
【糖尿病治療の実施医療機関】

- 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を若干下回る。
- 二次医療圏ごとの実数で見ると、宮崎東諸県圏域への偏りが見られる。



【重症化予防】

- 糖尿病連携手帳を知っていると回答した医療機関のうち、糖尿病連携手帳を活用している医療機関は218施設(71.0%)。



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (4) 糖尿病 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【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くいため、糖尿病予防に関する正しい知識と健診受診の重要性についての啓発が重要。
- 糖尿病と歯周病は相互に関連しているため、「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。
- 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。
- 糖尿病発症のリスクが高いとされるメタボリックシンドロームの予防など生活習慣の改善が促進されるよう、保健指導の実施体制の整備、充実が必要。

【医療提供体制の充実】

- 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の活用促進など、相互に連携の取れた医療提供体制の構築が必要。

(4) 施策の方向

糖尿病医療圏：7医療圏(二次医療圏)

① 発症予防、重症化予防の推進

- 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
- 広報誌やSNS等を活用した県民への糖尿病に対する知識・理解の普及促進
- 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
- 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
- 健康経営の普及を通じた働く世代の健康づくりの推進 など

② 医療提供体制の充実

- 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専門医との連携強化
- かかりつけ歯科医と連携した口腔ケアの促進
- 糖尿病看護認定看護師等の専門的な療養指導ができる人材の育成



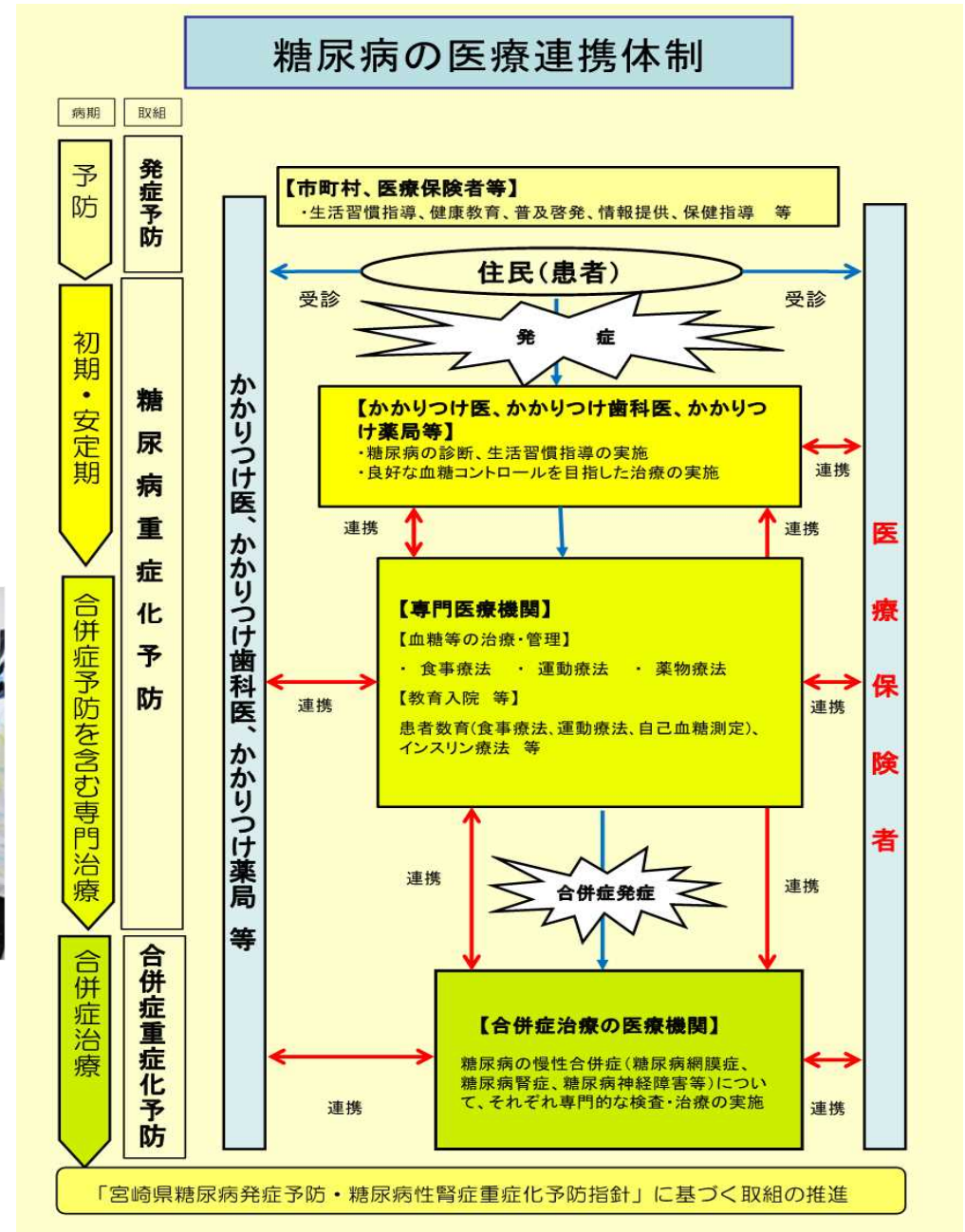
4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (4) 糖尿病 ～目標、医療連携体制～

(5) 目標

指標	現状	⇒	目標
特定健康診査実施率 <small>※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ</small>	51.5% (令和3年度)	⇒	70.0% (令和11年度)
特定保健指導実施率 <small>※出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ</small>	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 <small>※出典：わが国の慢性透析療法の現状</small>	163人 (令和3年)	⇒	128人 (令和11年) 検討中



(6) 糖尿病の医療連携体制



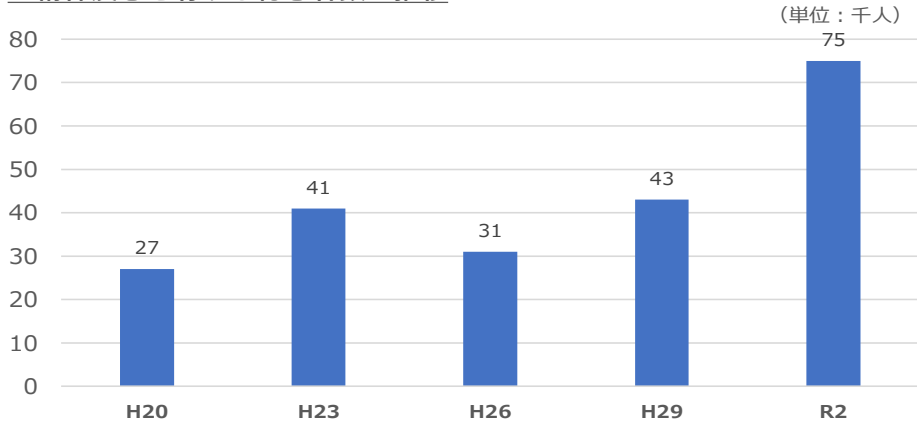
4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (5) 精神疾患 ～現状、医療提供体制～

(1) 現状

【罹患状況】

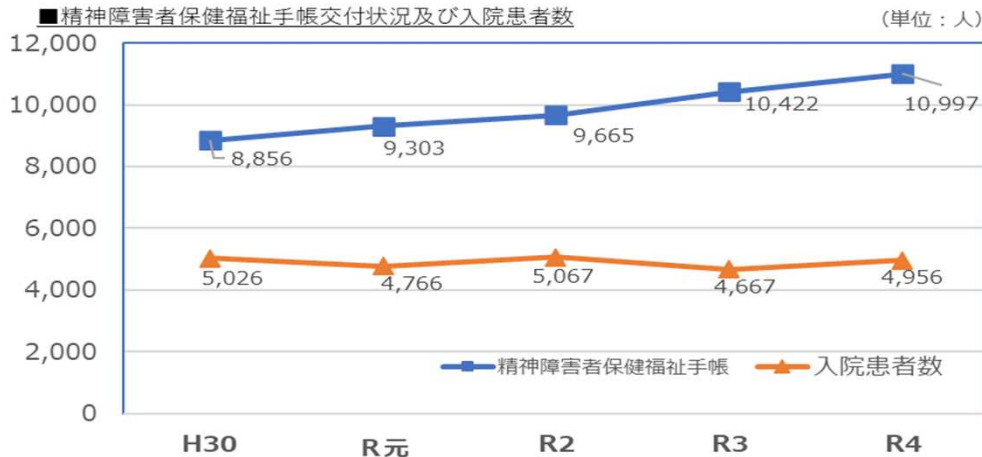
➢ 本県における精神疾患推定患者数は令和2年には7万5千人。

■精神疾患を有する総患者数の推移



➢ 精神障害者保健福祉手帳の交付数は増加傾向にあるが、精神障害者入院者数は、ほぼ横ばいの状況。

■精神障害者保健福祉手帳交付状況及び入院患者数



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) 医療提供体制

【精神科病院・診療所】

- 令和3年の県内の精神病床数は5,835床で、人口10万対病床数は550.0床で、全国平均(257.8床)を上回る。
- 精神医療機関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。

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	

【依存症患者への対応】

- 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。

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)

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (5) 精神疾患 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【予防】

- 予防や重症化・再発予防のため、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の整備が必要。
- セルフケアをはじめ、県民への精神疾患に対する正しい理解の普及啓発が必要。

【治療・回復・地域生活への移行】

- 精神障がい者は、退院後の医療との連携や介護、社会参加など様々な支援が必要なため、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必要。

【多様な精神疾患ごとの医療】

【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。

【認知症】

- 認知症を引き起こす危険因子となる高血圧や糖尿病などの生活習慣病の改善や運動習慣の見直しに取り組むことが重要。

【児童・思春期精神疾患・発達障がい】

- 不登校をはじめ、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。

【アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症】

- 潜在的な患者が多いという特性があるため、相談体制の充実が必要。
- 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。

※上記疾患のほか、「統合失調症」「精神科救急・身体合併症」「自殺対策」「災害精神医療」等についても記載。

(4) 施策の方向

① 予防、早期発見・治療のための普及啓発

- 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

- 保健・医療・福祉関係者による多職種連携・多施設連携の推進など

③ 多様な精神疾患ごとの医療

【うつ病・躁うつ病対策】

- かかりつけ医と精神科医との連携促進などうつ病の早期発見・早期治療 など

【認知症への対応】

- 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
- 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など

【児童・思春期精神疾患・発達障がいへの対応】

- 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
- 医師や看護師等の養成研修の実施

【依存症への対応】

- 依存症相談拠点を中心とした相談体制の充実
- 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など

※上記疾患のほか、「統合失調症」「精神科救急・身体合併症」「自殺対策」「災害精神医療」等についても記載。

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (5) 精神疾患 ～目標、精神医療圏～

(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)

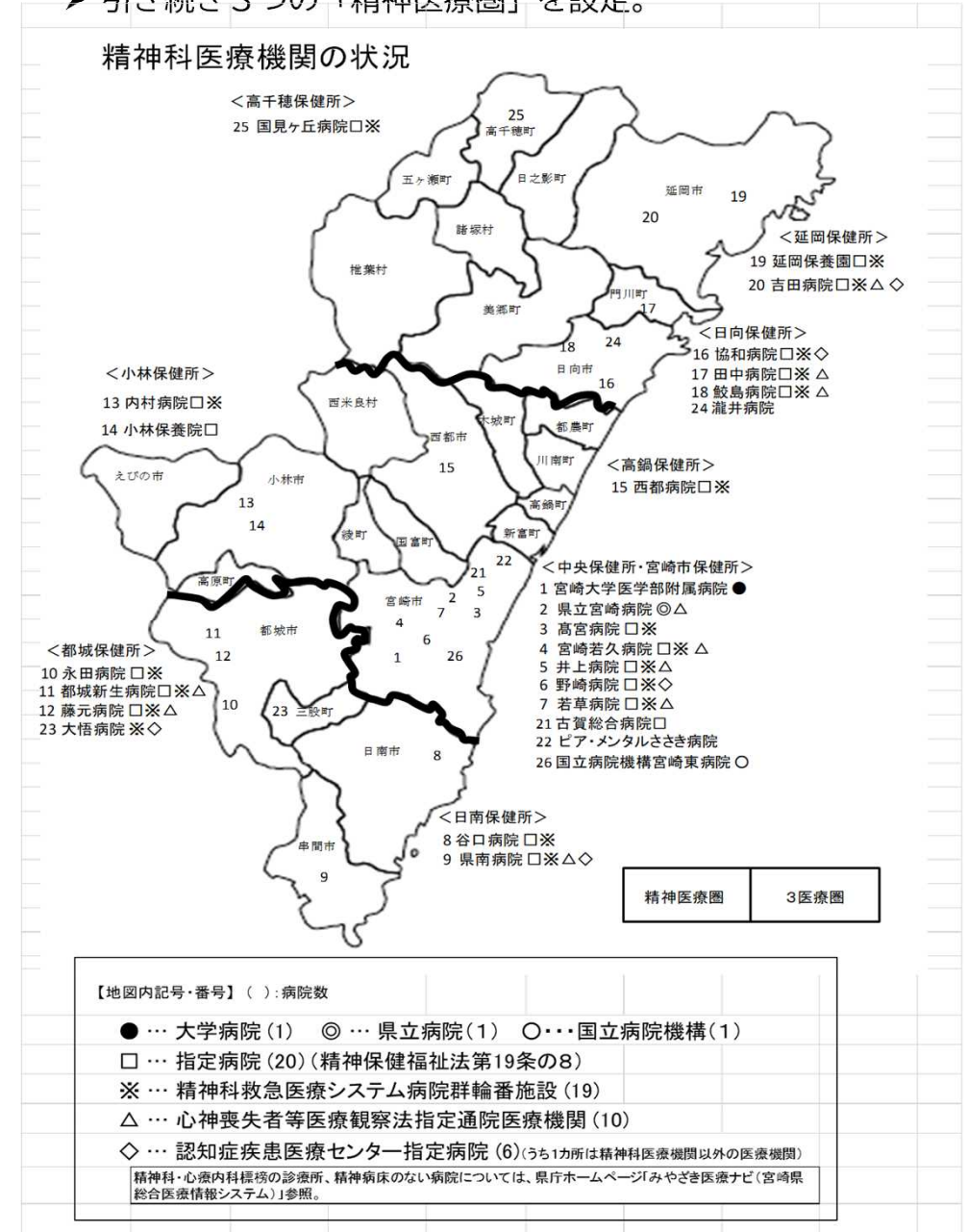
※ 目標年度は、第7期宮崎県障がい福祉計画の目標値と整合性を図るため、3年後としており、医療計画の中間年である3年後(2027年度末)に目標値の見直しを行う。



県立宮崎病院精神医療センター

(6) 精神医療圏

➤ 引き続き3つの「精神医療圏」を設定。

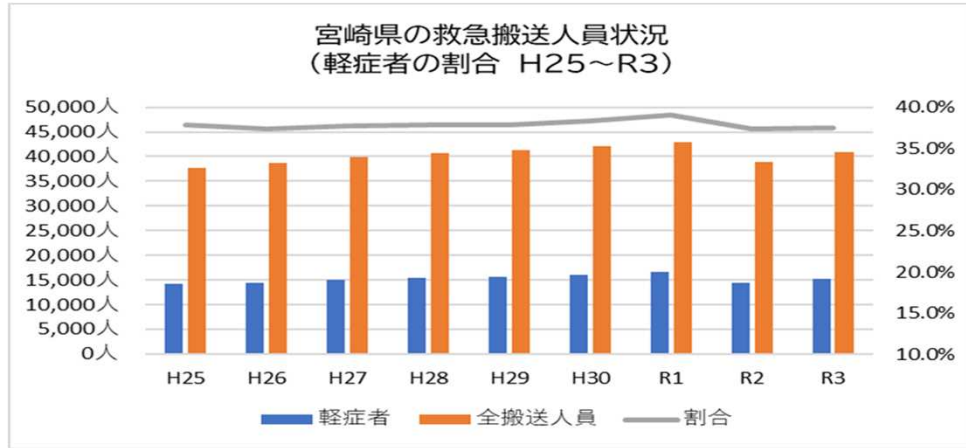


4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (6) 救急医療 ～現状、救急医療体制～

(1) 現状

【救急搬送】

- 救急車による傷病者の救急搬送人員は、令和3年は40,806人と、平成28年と同水準。
- 救急搬送された軽症者の割合は37.5%と横ばいで推移。



【救急患者の搬送状況】

- 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。
- 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い。

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)

(2) 救急医療体制

【病院前救護体制】

- 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、出動件数は年間400件超。
- 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、令和3年4月に県立延岡病院にも患者搬送機能付きのドクターカーが導入。



- 県内10消防本部(9市13町)で救急業務を実施。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る。
- 防災救急ヘリ「おおぞら」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。



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (6) 救急医療 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【県民の救急医療への理解・意識の向上】

- 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を占めており、救急車の適正利用の促進が必要。
- コンビニ受診を控えるために「かかりつけ医」を持つことや、安易な時間外受診を控えるよう啓発が必要。
- 救命率の向上のため、県民への心肺蘇生法等の普及啓発が必要。

【円滑な救急搬送と救急医療体制の確保】

- 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の整備が必要。
- 短時間で長距離を移動できる高い機動性を持つドクターヘリの継続かつ円滑な運営を行っていく必要。
- 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。

【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、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必要。
- 人生の最終段階において、本人の希望に添った医療を受けられるよう患者の家族、介護関係者及び救急医療従事者との連携体制の構築が必要。

(4) 施策の方向

① 県民の救急医療への理解・意識の向上

- 「救急医療週間」など様々な機会を活用した救急車の適正利用の周知
- 心肺蘇生法等の救急医療知識の普及啓発
- 医師会等との連携による「かかりつけ医」の推進 など

② 円滑な救急搬送と救急医療体制の確保

- 県内10消防本部の広域化や非常備町村の常備化の促進
- 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
- 12誘導心電図伝送システムなどICTを活用した救急医療の取組の推進
- 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
- 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
- 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基地病院に対する運営支援
- 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
- 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 など



③ 救急医療機関から療養場への円滑な移行

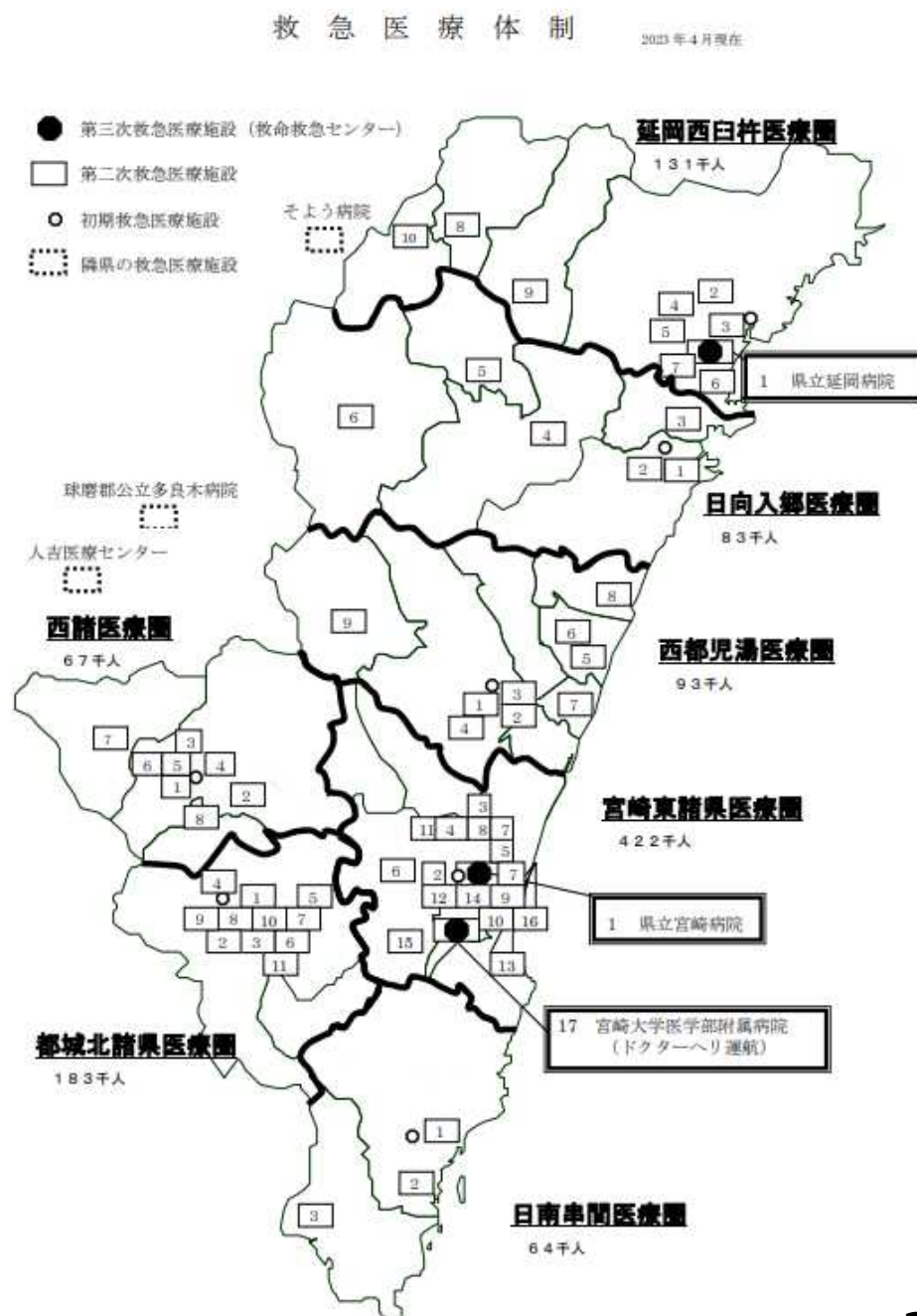
- 居宅・介護施設の高齢者が自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (6) 救急医療 ～目標、救急医療医療圏～

(5) 目標

指標	現状	⇒	目標
救急搬送患者数	40,806人 (令和3年)	⇒	40,806人以下 (令和11年)
軽症者の救急出動の割合	37.5% (令和3年)	⇒	37.5%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	43.1分 (令和3年)	⇒	全国平均(42.8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	7.4% (令和3年)	⇒	7.4%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	4.8% (令和3年)	⇒	全国平均(4.3%)以下 (令和11年)
救命科専門医数(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)

(6) 救急医療医療圏



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (7) へき地医療 ～現状、へき地医療提供体制～

(1) 現状

【へき地市町村の状況】

- 医療計画における「へき地市町村」に該当する市町村は県内19市町村。
- へき地市町村内には「無医地区」が5市町村13地区、「無歯科医地区」が6市町村15地区ある。

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		△				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

【医療施設の状況】

- へき地公立病院は10施設。無医地区及び無医地区に準じる地区において市町村等が整備・運営しているへき地診療所は11施設。
- 美郷町国民健康保険西郷病院と椎葉村国民健康保険病院の2つのへき地医療拠点病院を指定し、代診医の派遣や巡回診療等を実施。
- 医師の絶対数そのものが不足しており、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。

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

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (7) へき地医療 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【へき地で勤務する医師の確保】

- **へき地医療の最大の課題は医師不足。**自治医科大学卒業医師の計画的な派遣のほか、地域卒業医師のへき地公立病院等への勤務の促進などの取組が必要。
- へき地において医師が働きやすい環境の整備が必要。
- 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・育成が必要。

【へき地医療体制の維持】

- 限られた医療資源の中で、質の高い医療を効率的・効果的に提供するためには、へき地公立病院等の機能の充実や相互連携を図ることのほか、**ICTを活用した医療提供が必要。**
- 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。



遠隔診療支援システム



(4) 施策の方向

① へき地で勤務する医師の確保

- へき地公立病院等に対する自治医科大学卒業医師の計画的な派遣
- 宮崎大学医学部と県病院局、へき地医療支援機構の連携によるへき地公立病院等に勤務する医師の育成・確保
- みやざきドクターバンクによる医師の確保
- 医師修学資金貸与者のへき地等への円滑な配置調整の実施
- **へき地公立病院等の地域医療現場の体験機会の提供など将来へき地医療に携わる医師の育成・確保**
- 特定行為研修に派遣する医療機関の支援 など



地域医療ガイダンス

② へき地医療提供体制の維持

- へき地医療拠点病院等による無医地区等の巡回診療や代診医派遣等の実施
- 市町村におけるへき地出張診療所等の運営への支援
- **オンライン診療や遠隔診療支援システムなどICTを活用した取組の推進**
- へき地医療拠点病院やへき地診療所の施設・設備整備の支援 など



へき地における巡回診療

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (7) へき地医療 ～目標、へき地医療体制～

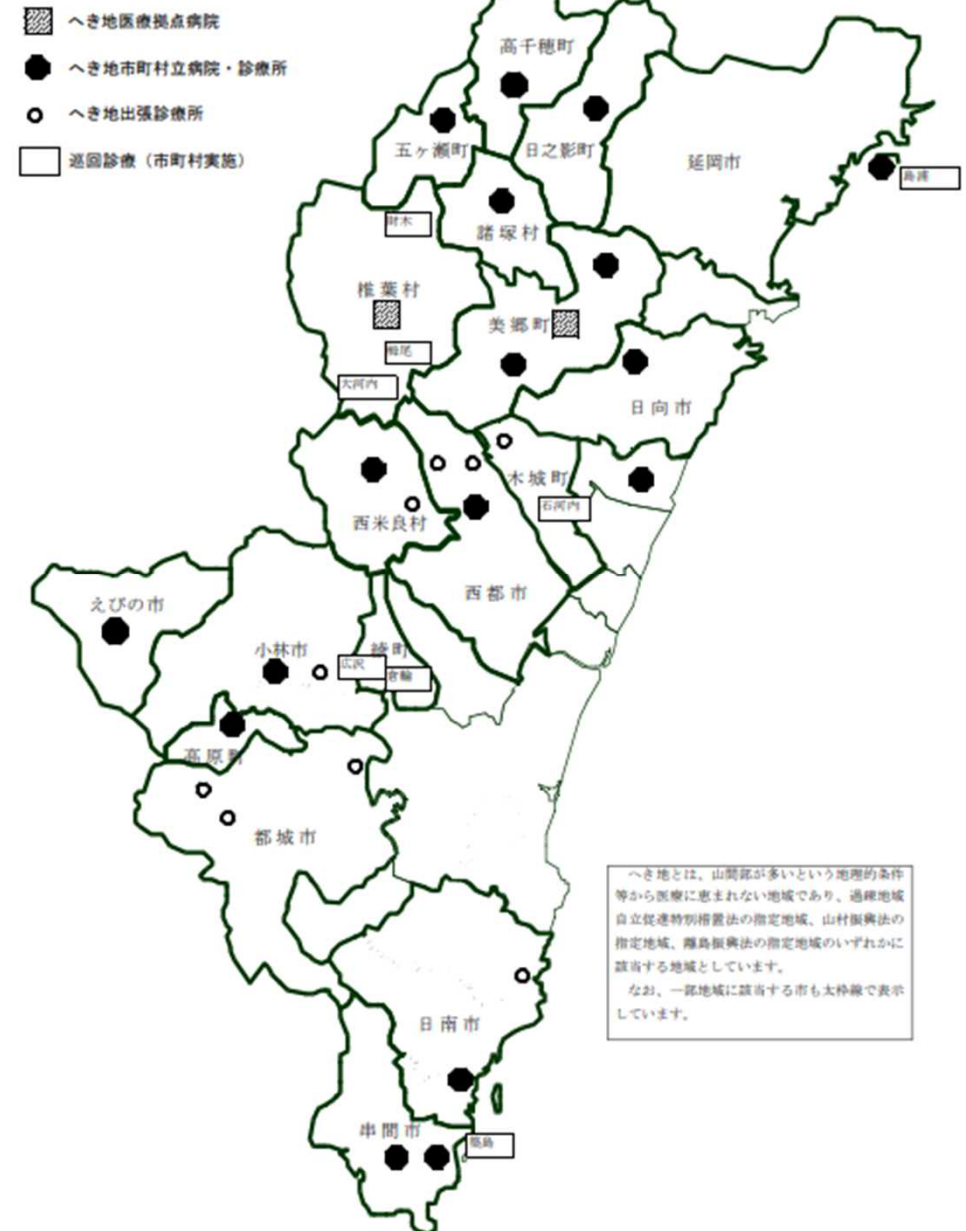
(5) 目標

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巡回診療実施日数	18日 (令和4年度)	⇒	18日以上 (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)

(6) へき地医療体制

宮崎県におけるへき地の医療体制

2023年4月



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (8) 小児医療 ～現状、医療提供体制～

(1) 現状

【小児患者の状況】

- 本県の小児(0～14歳)の推計患者数(令和2年)は6,000人で、うち外来患者が約96.7%を占める。
- 小児外来患者5,800人のうち、約4割が急性上気道感染症(かぜ症候群)や喘息等の「呼吸器系疾患」で、呼吸器系疾患患者全体の約4割が小児患者となっている。

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)

【小児救急の現状】

- 令和3年度の小児救急患者数は10,878人で、全救急患者の34.3%。
- 小児救急患者の時間帯別受診状況をみると、**平日では夕刻から深夜帯(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**。

【医療的ケア児の状況等】

- **県内の医療的ケア児は192人(県北46人、県央101人、県南14人、県西31人)で、近年増加傾向**。

(2) 医療提供体制

【医療施設の状況】

- 県内4つの二次医療圏とする「こども医療圏」により、小児医療提供体制を構築。
- 二次医療圏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る。
- 三次医療圏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る。

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		
延岡西白杵	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)	県立日南病院	
日南串間	8,230	10	823.0	○	日南市初期夜間急病センター※3	国立病院機構都城医療センター	
都城北諸県	27,245	22	1297.4	○	都城夜間急病センター	都城市郡医師会病院	
西諸	8,661	4	2165.3	△	西諸医師会時間外急病診療体制※4		

※1 初期「休日」欄は、在宅当番医の中に必ず小児科医がいる場合は、「○」、他科の医師も含めて対応している場合は「△」としている。

※2 延岡西白杵の初期の夜間は、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階級別人口(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)」。

【児童・思春期精神疾患、発達障がい児等】

- 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を提供。
- 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る。(令和2年2月調査時点)

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (8) 小児医療 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【小児医の確保・養成】

- 小児科医の高齢化が進む中、医師の確保が急務。
- 小児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・研修環境の整備が必要。
- 女性医師が働きやすい就労環境の整備も必要。

【限られた医療資源における小児医療体制の維持】

- 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る状況であり、小児救急の担い手の確保が必要。

【不要不急の受診の抑制など県民理解の醸成】

- 小児救急においては軽症患者の割合が多いため、「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。
- 休日・夜間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)」の利用促進が必要。

【医療的ケア児や保護者に対する支援】

- 身近な地域で必要な支援が受けられるよう、医療的ケアに対応できる小児科医など専門人材の養成・確保が必要。
- レスパイト等の支援を行う短期入所施設が不足しているため、支援体制の充実が必要。

【児童・思春期精神疾患、発達障がい等について】

- 不登校やいじめなど、子どもの心の診療相談体制の充実が必要
- 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等の連携体制の構築が必要。

(4) 施策の方向

① 小児科医の確保・養成

- 女性医師に対する妊娠、出産、育児といったライフステージに応じた就労環境の整備や復職支援の実施
- 研修資金の貸与や症例研修会の実施など専門医の養成 など

② 限られた医療資源における小児医療体制の維持

- 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
- 小児中核病院や小児地域医療センターの体制の確保 など

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

- 休日・夜間等の子どもの急病時に関する相談体制(#8000)の確保及び普及啓発
- 乳幼児検診等の機会を通じた保護者に対する救急対応についての基礎知識の普及や時間内受診への理解の促進 など

④ 医療的ケア児や保護者に対する支援体制の確保

- 「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
- 各地域における短期入所施設等の支援体制構築の促進 など

⑤ 児童・思春期精神疾患、発達障がいへの対応

- 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
- 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

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (8) 小児医療 ～目標、こども医療圏～

(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)	⇒	90.0%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)

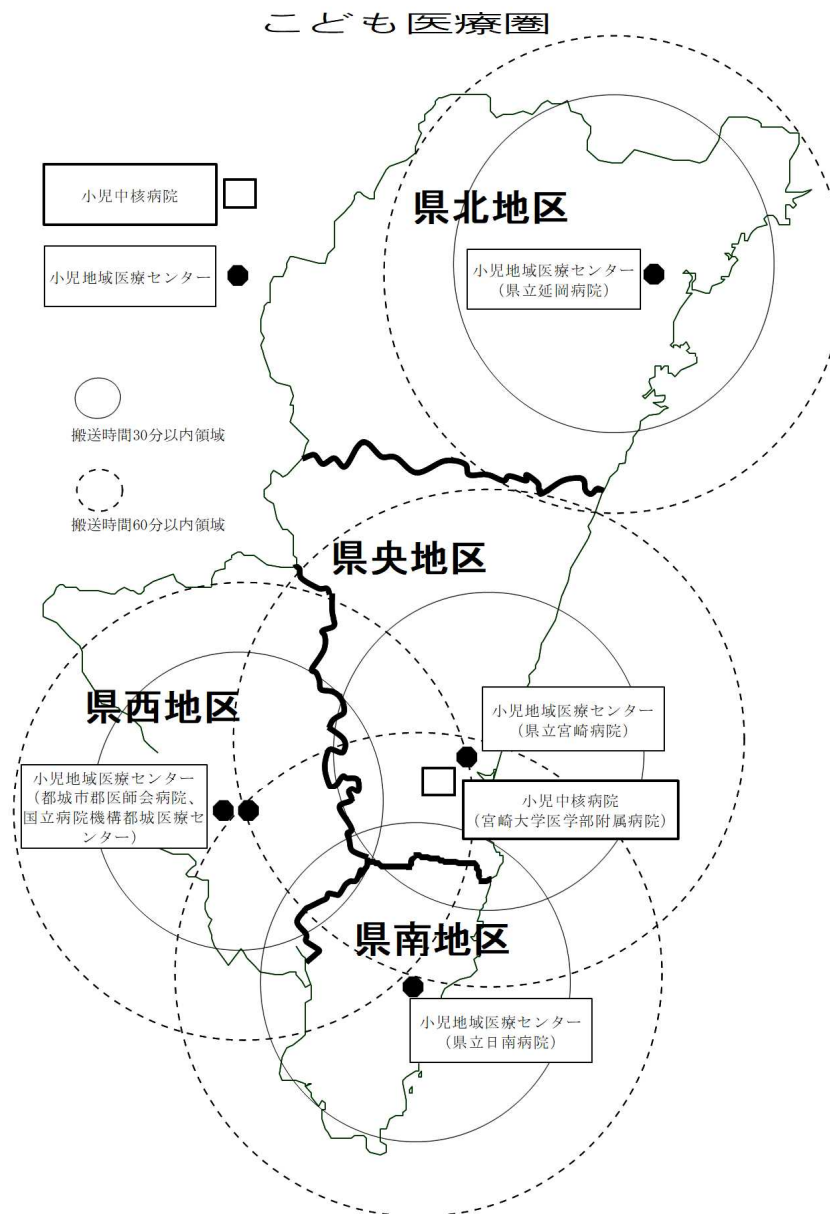
こども医療圏

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)
延岡西白杵 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 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 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

(6) こども医療圏

➤ 引き続き4つの「こども医療圏」を設定。



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (9) 周産期医療 ～現状、周産期医療体制～

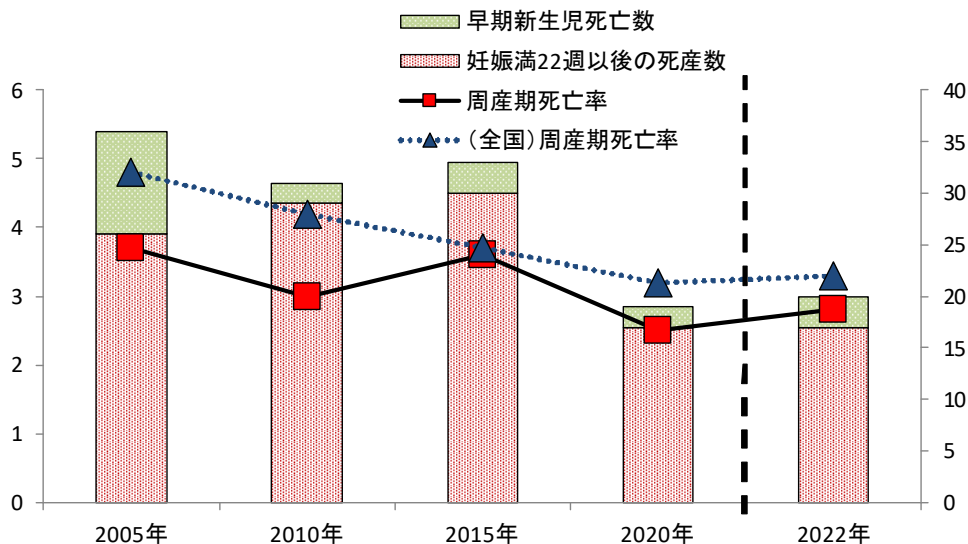
(1) 現状

【周産期死亡率】

- 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。

		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

(2) 周産期医療体制

【地域分散型の周産期医療体制】

- 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。
- 平成20年度に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、6病院を地域周産期母子医療センターとして認定。

(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	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

【分娩取扱施設の状況】

- 令和5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)で、令和3年4月の32施設と比べて、4施設減少。

(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

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (9) 周産期医療 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【地域分散型の周産期医療体制の維持・充実】

- 周産期医療圏ごとに周産期医療に対応できる体制の維持・確保が必要。
- 妊産婦の高齢化に伴い、ハイリスクな妊産婦や新生児に対応する体制の充実が必要。
- NICUの退院後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言えず、退院先の確保が課題。

【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。
- 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。

【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・頻発化や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・周産期医療の体制強化が必要。
- 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。

(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

- 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
- 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
- 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
- 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の参画の検討
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応が可能な体制の整備
- 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
- 母子保健事業との連携強化
- 産後ケア事業などの市町村等の取組支援 など

② 安定的な産婦人科医等の育成・確保

- 医師修学資金の貸与等による医師確保の取組の推進
- 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
- 未就業の女性医師の復職支援の推進
- 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 など

③ 災害時を見据えた周産期医療体制の強化

- 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
- 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 など

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (9) 周産期医療 ～目標、周産期医療圏～

(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 31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)

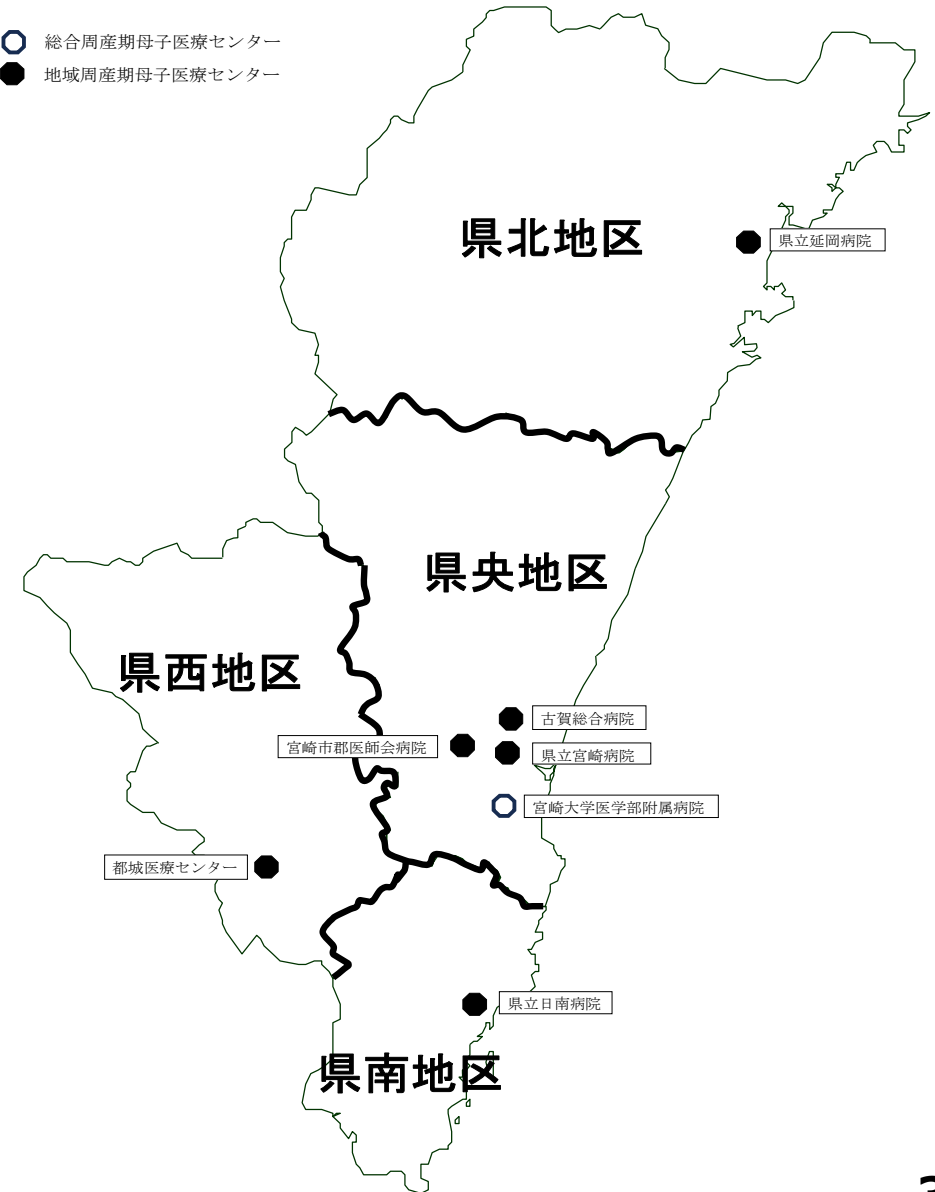
(6) 周産期医療圏

➤ 引き続き4つの「周産期医療圏」を設定。

宮崎県の周産期医療体制

2023年4月1日時点

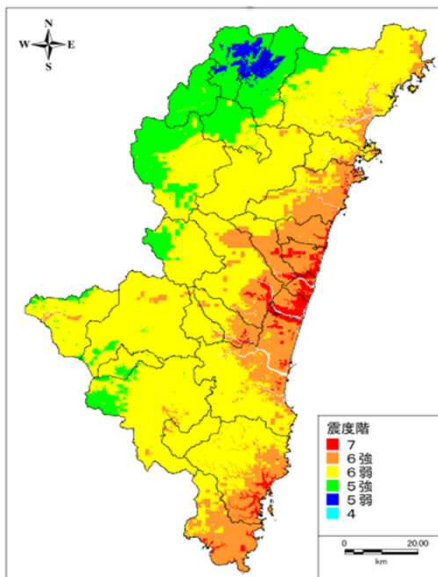
- 総合周産期母子医療センター
- 地域周産期母子医療センター



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (10) 災害医療 ～現状、災害医療体制～

(1) 現状

- 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る。
- 火山による災害としては、平成23年1月に霧島山(新燃岳)の爆発的噴火が発生。平成29年10月及び平成30年3月にも再噴火。
- 令和4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。



南海トラフ巨大地震震度分布



令和4年台風第14号による被害

(2) 災害医療体制

【災害急性期(発災後48時間以内)の対応】

- 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。
- 航空搬送拠点として、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。
- 透析治療を継続して受けることができるよう、宮崎県透析災害時情報ネットワークを構築。

【災害医療を担う体制】

- 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ほか、応急用医療資器材や食料、飲料水、医薬品等を備蓄。
- 災害派遣医療チーム(DMAT)は、県内の災害拠点病院に29チーム(令和5年4月1日現在)配置。
- 宮崎県薬剤師会において令和5年度中に災害対策医薬品供給車両(モバイルファーマシー)を1台導入予定。

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	6
地域	延岡西臼杵	県立延岡病院	3
		済生会日向病院	0
	日向入郷	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	2
		宮崎善仁会病院	1
	日南串間	県立日南病院	2
	都城北諸県	都城市郡医師会病院	3
		西諸	小林市立病院

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (10) 災害医療 ～課題、施策の方向～

(3) 課題

【大規模災害発生時に対応するための体制整備】

- DMA TやJMA T等の医療チームの派遣調整や、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が必要。
- 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。
- 平時からの災害医療関係機関が訓練や研修会を通じた「顔の見える関係」の構築・連携を図る必要。
- 精神科患者の搬送や精神症状の安定化等への対応として、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も必要。

【災害時に拠点となる病院以外の病院の防災対策】

- 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。

【豪雨災害等の被害軽減のための浸水対策】

- 津波被害や頻発している豪雨災害からの被災を軽減するため、浸水想定区域等にある医療機関の浸水対策等の状況把握に努め、浸水対策を進める必要。

(4) 施策の方向

災害医療医療圏：7医療圏(二次医療圏)

① 災害時における災害医療体制の確保

- 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
- 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など調整機能を十分発揮できる体制の整備
- DMA Tをはじめとする災害医療を担う人材の確保・育成
- 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
- 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
- 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
- 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 など

② 災害時に拠点となる病院以外の病院の防災対策

- 平時より訓練等を通じたEMISに入力できる体制の構築
- 実効性の高い業務継続計画(BCP)の整備の促進
- 施設の耐震化や自家発電機の整備、燃料等の備蓄など防災対策の必要性の周知

③ 豪雨災害等の被害軽減のための浸水対策

- 医療機関の止水板等による止水対策や自家発電機等の高所移設など浸水対策の促進

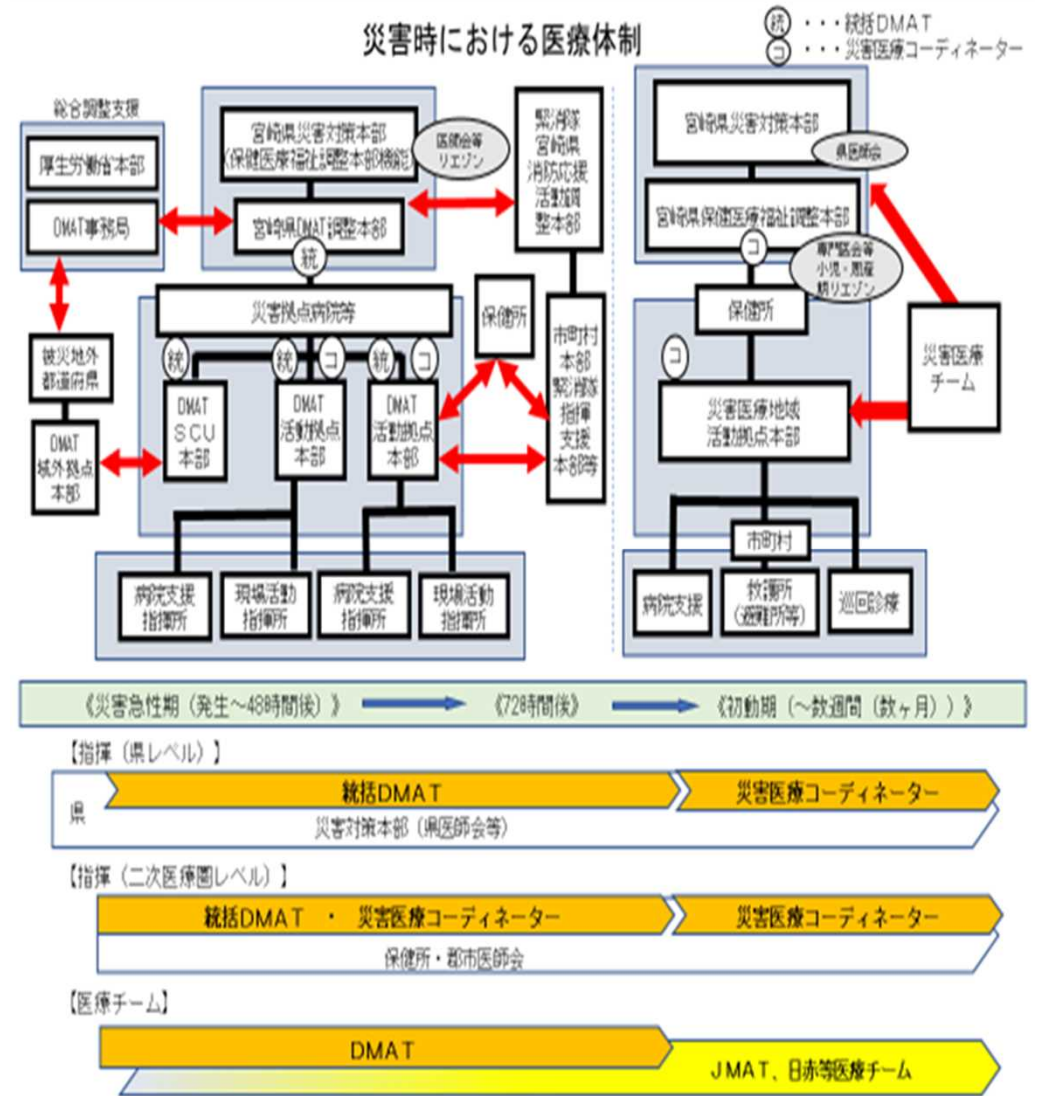
4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (10) 災害医療 ～目標～

(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)



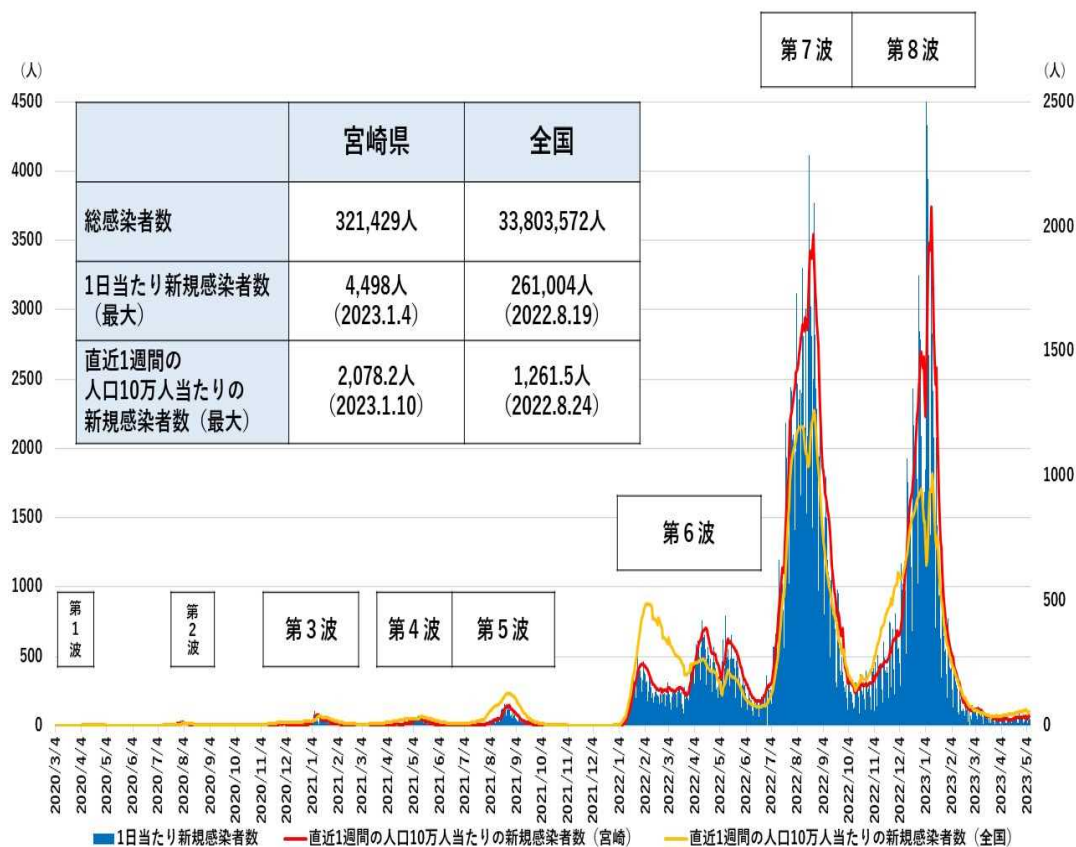
大規模災害時医療活動訓練



(1) 現状

【新型コロナウイルス感染症の流行】

- 国内では、令和2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5月7日までに）、延べ33,803,572人が感染し、合計74,694人の死亡。
- 本県では令和2年3月4日に1例目の感染確認から5類移行までの間、延べ321,429人が感染し、778人が死亡。
- 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人にまで増加。



(2) 新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制

【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。
- 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たものの、第8波では、診療・検査医療機関の拡充等により、第7波までのひっ迫状況には至らなかった。
- 第8波では、高齢者層の感染増加とともに、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た。

	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%)

(3) 課題

【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型コロナ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。
- 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応じ相談・受診できる体制を確保しつつ、有事に備えた医療用物資の備蓄も必要。

【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、連携推進が重要。
- 感染症対応を行う人材育成の推進も必要。

(4) 施策の方向

新興感染症医療圏：7医療圏(二次医療圏)

① 感染症対応に係る医療提供体制の確保

- 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
- 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
- 在宅療養者等に対する医療の提供を担当する医療機関等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
- 医療機関等との協定締結による個人防護具の備蓄

② 感染症対応を行う人材の育成

- 協定締結医療機関を含む感染症指定医療機関における研修・訓練の実施

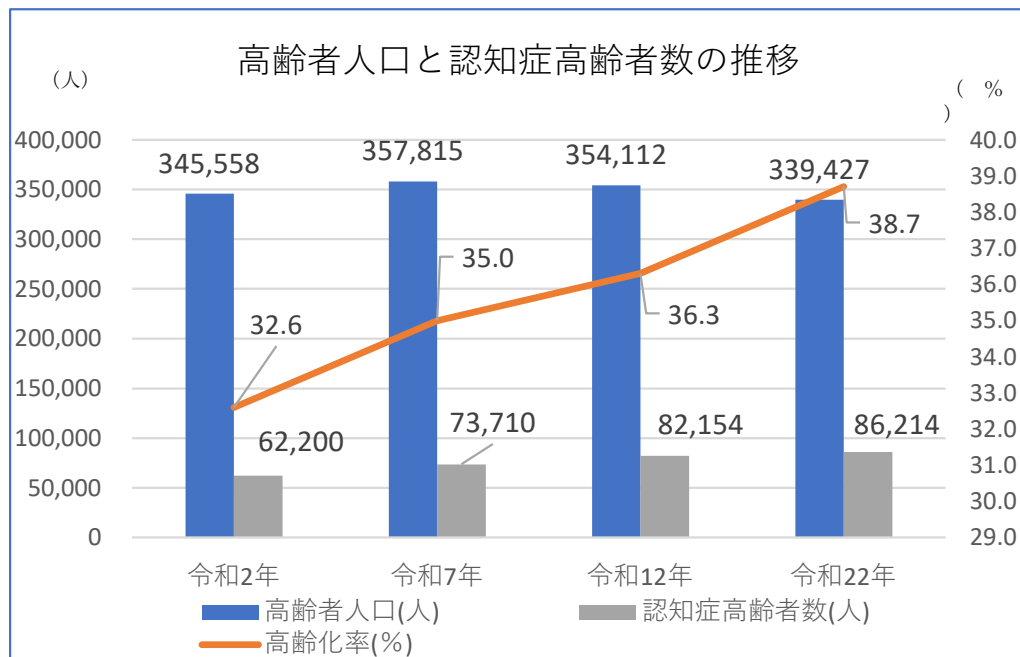
(5) 目標

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	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	
医師	県外派遣可能な人数	38人
看護師	県外派遣可能な人数	8人
看護師	県外派遣可能な人数	48人
看護師	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	

4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (12) 在宅医療・介護 ～現状、在宅医療提供体制～

(1) 現状

- 令和2年(2020年)の本県の65歳以上の高齢者人口は34.6万人(高齢化率32.6%)であるが、令和7年(2025年)には35.8万人(高齢化率35.0%)と推計されており、今後ますます高齢化が進む見通し。
- 認知症高齢者数についても、令和22年(2040年)には8.6万人になる見込み。
- 在宅医療等を必要とする患者数は、令和7年(2025年)においては、15,670.37人/日(※暫定値)となっており、高齢化の進展や病床の機能分化・連携に伴い、今後ますます増加することが見込まれる。



高齢者人口：

- ・令和2年は宮崎県統計調査課「宮崎県の推計人口と世帯数(年報)」
- ・令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」

認知症高齢者数：

- ・平成27年1月に厚生労働省が公表した認知症の有病率を踏まえて推計

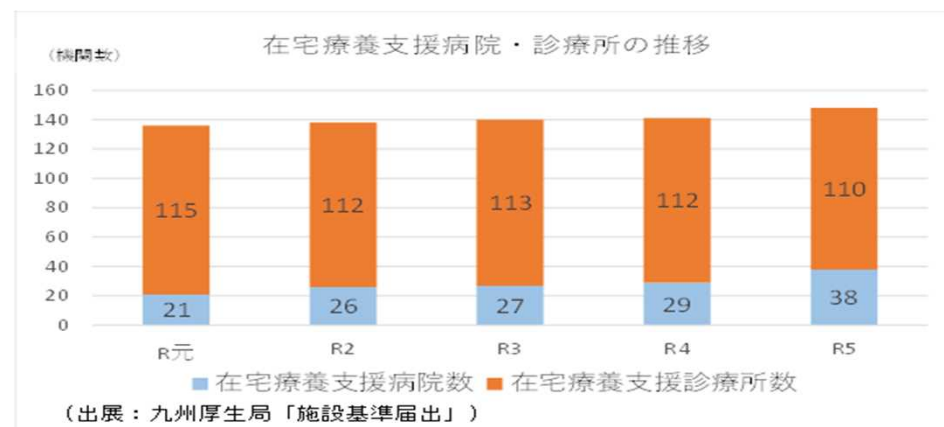
(2) 在宅医療の提供体制

【退院支援】

- 県内の退院支援を実施している診療所・病院は76か所(令和2年)で、平成29年と比べて12か所増加。

【日常の療養生活の支援】

- 在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所は、令和5年5月現在、38病院、110診療所で、その総数は増加傾向。



- 県内で訪問診療を提供している医療機関は、令和2年では、全病院・診療所1,031か所のうち185か所(17.9%)。

	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
H29年度	88	24	19	17	18	15	9	186
R2年度	86	23	22	12	17	14	11	185

- 訪問看護ステーション数は増加傾向。(令和2年：142か所 ⇒ 令和5年：165か所)
- 24時間連絡体制加算の届出を行っているステーションは増加傾向。(平成29年：98か所 ⇒ 令和3年：132か所)
- 看取りを実施する医療機関は増加傾向。(平成29年：49か所 ⇒ 令和3年：72か所)

(3) 課題

【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は、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、看護師など、在宅医療を支える多様な人材の確保・育成が必要。

【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、医療・介護等関係機関が疾病等の情報だけでなく、日常生活に関する患者の情報を共有することが重要。

【日常の療養生活の支援】

- 訪問診療の実施について各医療圏で差が見られるため、訪問診療を実施する診療所等の増加を図ることや、ICTの活用を推進するなど均てん化を進める必要。
- 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。
- 介護を必要とする患者支援のためには、医療に加えて介護分野の関係機関との連携強化が重要。

【急変時の対応】

- 24時間対応が可能な連携体制の構築や、地域医療支援病院等における病状急変時の円滑な受入れが必要。

【在宅での看取り】

- 患者や家族が希望した場所で最後を迎えることを可能にする医療・介護体制の構築が必要。
- 患者自身が自らの最期を考え、家族等と話し合うアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を進めることも重要。

(4) 施策の方向

① 在宅医療の医療提供・連携体制の構築

- 新規開業医療機関や訪問看護を行っていない医療機関による訪問診療への参入促進
- かかりつけ医を中心とした、歯科医師や薬剤師、看護師、介護支援専門員など地域の実情に応じた多職種連携の推進
- 地域の実情に応じた訪問看護提供体制の構築
- 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
- 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
- 圏域ごとに設けられた「入退院調整ルール」の改善支援
- 在宅医療において「積極的役割を担う医療機関」及び「必要な連携を担う拠点」の設定 など

② 在宅医療を支える人材の確保・育成

- 在宅医療を支える多様な人材の確保・育成

③ 在宅医療に関する普及啓発

- 講演会やセミナーの開催など県民に対する看取りやACPを含む在宅医療に係る理解促進
- 「かかりつけ医」を持つことの重要性についての普及啓発



4 5 疾病 6 事業及び在宅医療 (12) 在宅医療・介護 ～目標、在宅医療・介護医療圏～

(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) ⇒	100 (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)	38 (令和5年度) ⇒	40 (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)	110 (令和5年度) ⇒	115 (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)
麻薬の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数 (出典：九州厚生局 施設基準届出)	23 (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している薬局数 (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時間体制の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) ⇒	150 (令和11年度)
在宅での死亡率 (出典：人口動態調査)	25.4% (令和3年度) ⇒	30% (令和11年度)

(6) 在宅医療・介護医療圏

➤ 引き続き二次医療圏を「在宅医療・介護医療圏」として設定。

在宅医療の医療圏

