

第8次医療計画 骨子（案）

宮 崎 県

令和5年8月30日

1 計画策定の趣旨、計画の構成

(1) 計画策定の趣旨

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。

(2) 計画の位置付け

- 医療法第30条の4に規定する都道府県医療計画
- 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
- 宮崎県総合計画の分野別計画

(3) 計画期間

令和6年度(2024年度)から令和11年度(2029年度)の6年間
※ 3年ごとに見直しを行う

(4) 介護保険事業支援計画との整合性

病床機能の分化・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、「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)」との整合性の確保を図っていく。

(5) 第8次医療計画の構成

第1章 総論

- 計画策定の趣旨、計画期間
- 基本理念 など

第2章 地域の概況

- 地勢と交通
- 人口構造、人口動態、県民の受療状況
- 医療提供施設の状況 など

第3章 医療圏の設定と基準病床数

第4章 医療提供体制の構築

- 5疾病6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療提供体制
- その他の保健医療対策 など

第5章 地域医療構想

- 将来予測(人口、入院患者数)、病床機能の現状
- 将来の病床数の必要量、在宅医療の医療需要 など

第6章 外来医療の提供体制の確保(外来医療計画)

- 外来医療に係る医療提供体制
- 外来医師偏在指標、外来医師多数区域の設定 など

第7章 医療提供基盤の充実

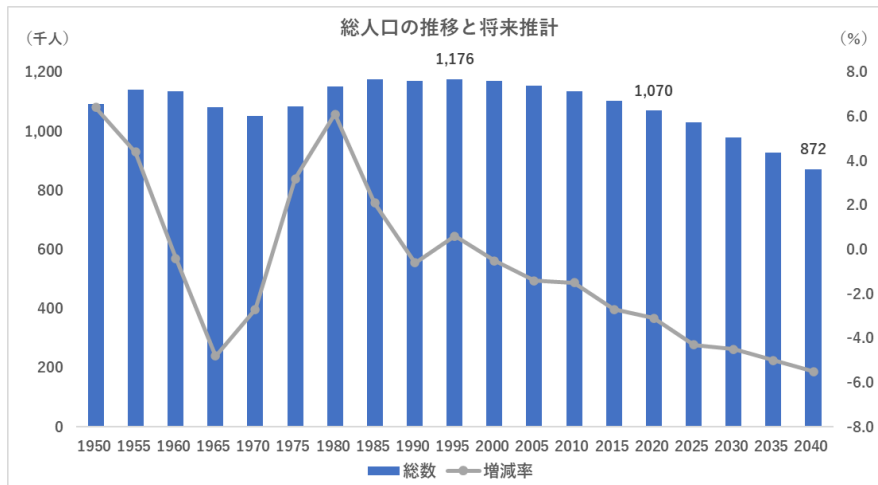
- 医師確保計画
- 医療従事者の確保と資質向上
 - ・ 歯科医師、薬剤師、保健師・助産師、看護師 など
- 医療安全の確保
 - ・ 医療安全対策
 - ・ 医薬品等の安全確保

第8章 計画の推進等

2 地域の概況 ～人口動態、受療率等～

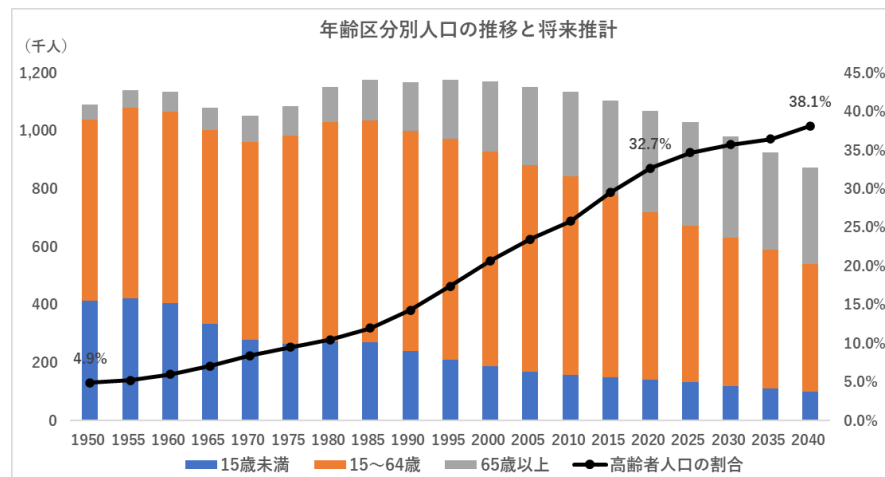
(1) 県人口の推移と将来推計

➤ 県人口は今後ますます減少し、**2040年には87万人程度**となる見通し。



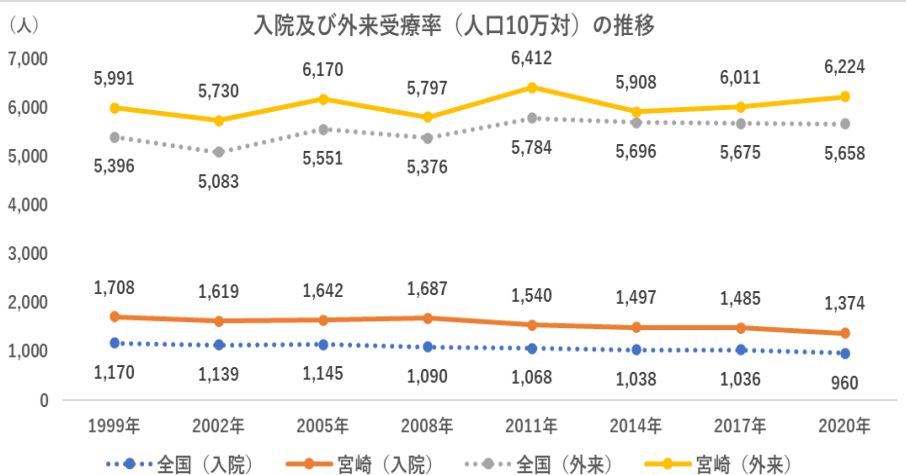
(2) 年齢構成

➤ 高齢人口の割合が急激に増加しており、**2040年には38.1%**となる見通し。



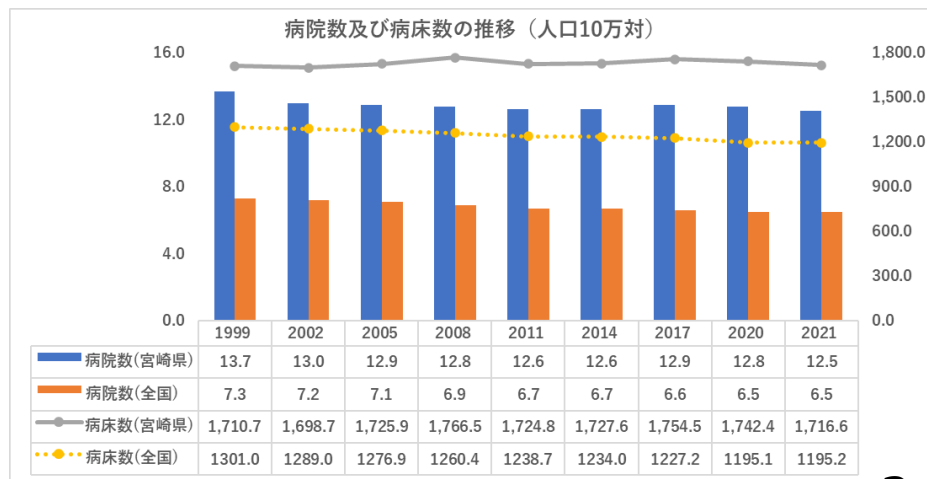
(3) 入院・外来受療率

➤ 入院受療率は減少傾向にあるものの、全国平均を上回って推移。
➤ 外来受療率も全国平均を上回って推移しており、近年増加傾向。



(4) 医療施設の状況

➤ 病院数、病床数ともに全国平均を上回りながら横ばいで推移。

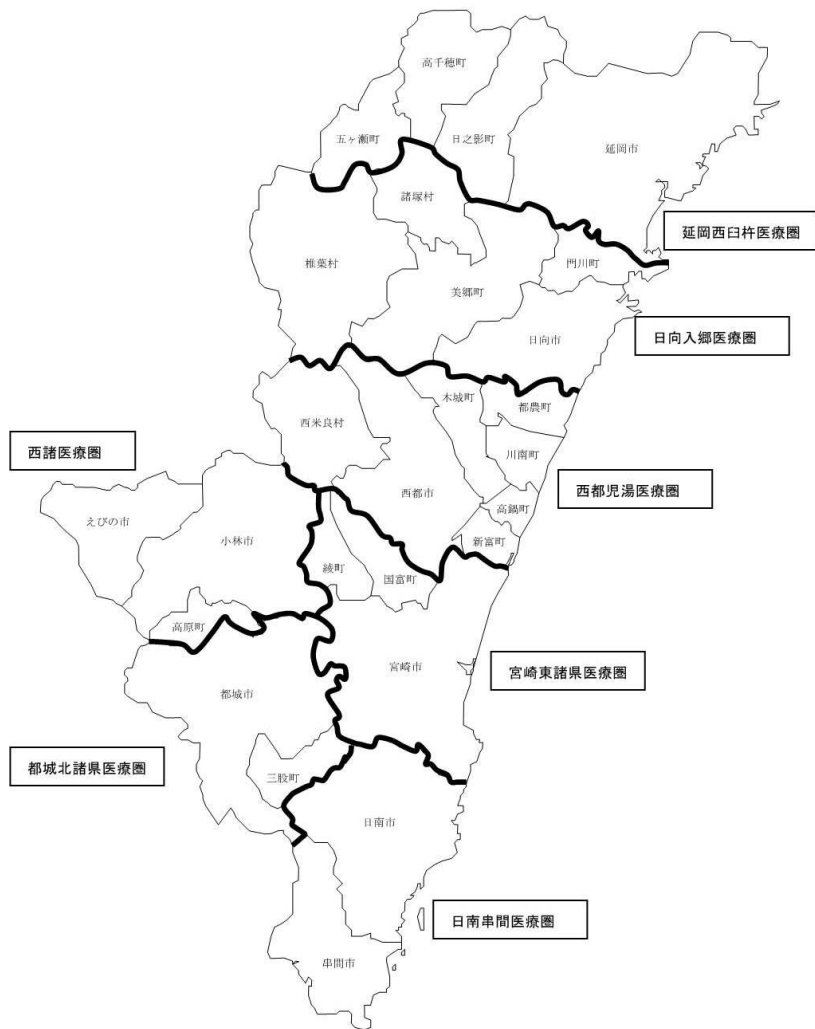


3 医療圏の設定と基準病床数

(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	16.3	14.8	1.5
都城北諸県	15.0	12.9	2.1
西諸	21.4	18.6	2.9
宮崎県	12.5	10.9	1.6
全国	6.5	5.7	0.8

(3) 二次医療圏別基準病床数(療養病床及び一般病床)

二次医療圏	基準病床数	既存病床数
延岡西臼杵	1,524	1,784
日向入郷		
宮崎東諸県		
西都児湯		
日南串間		
都城北諸県		
西諸	767	1,058
宮崎県	11,885	13,577

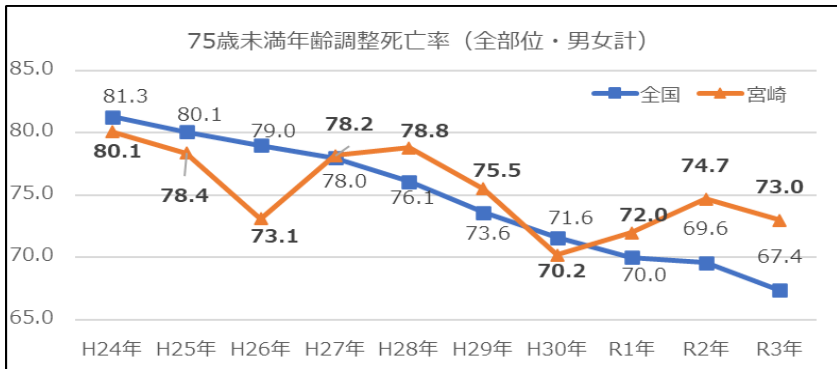
データ更新中

4 医療提供体制の構築 (1) がん ～現状と課題～

(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(2021年)は73.0と全国平均(67.4)を上回っている。



【医療提供体制】

- ▶ 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 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) 課題

【がんの予防・早期発見】

- ▶ 県民の主体的ながん予防の生活習慣の実践を促す取組が必要。
- ▶ 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も必要。

【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がある。
- ▶ 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も必要。

【がんとの共生】

- ▶ 医療面だけでなく、就労や経済面、家族へのサポートを含めた相談支援や情報提供が必要。
- ▶ 治療に伴う外見変化に対するサポートも重要。
- ▶ 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がある。

4 医療提供体制の構築 (1) がん ～施策の方向、主な指標～

(3) 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
- ▶ がんに対する正しい知識の普及啓発、検査体制の充実
- ▶ がん検診の受診勧奨や検診を受診しやすい環境づくりの推進 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
- ▶ 緩和ケア研修の実施など地域における緩和ケア提供体制の充実
- ▶ 地域連携クリティカルパスの普及促進と今後のあり方の検討
- ▶ 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

- ▶ 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
- ▶ 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



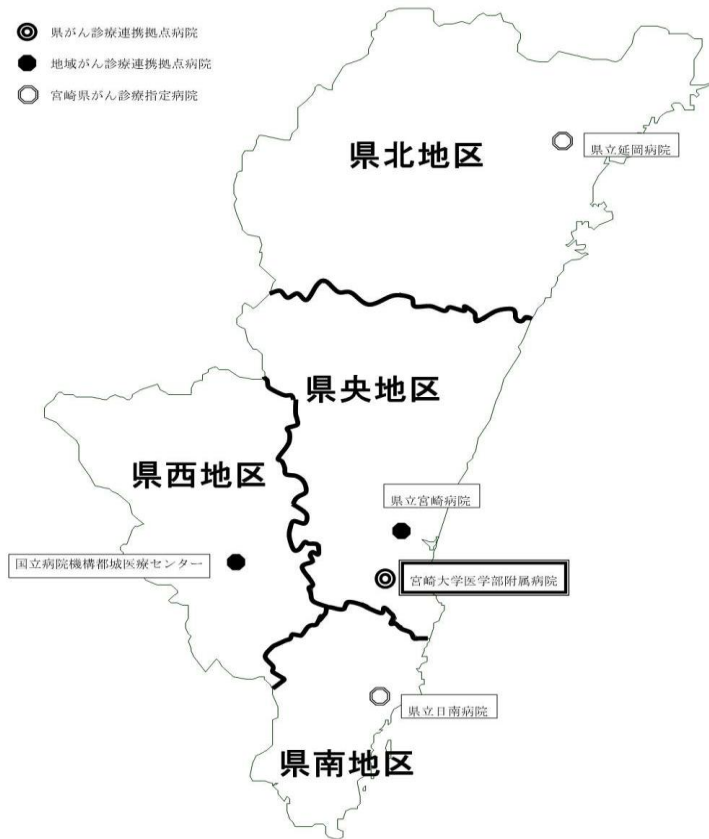
④ 基盤の整備

- ▶ 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) 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



《主な指標》

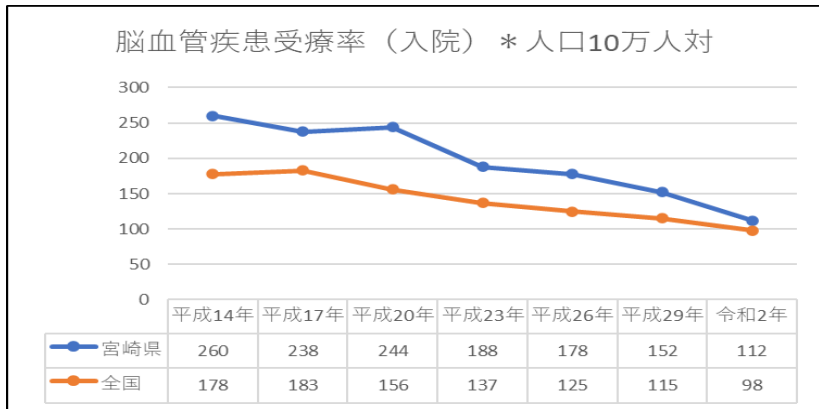
- ◆ がん検診受診率（部位別）
- ◆ 75歳未満年齢調整死亡率
- ◆ 緩和ケアチームのある病院数
- ◆ 地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数 など

4 医療提供体制の構築 (2) 脳卒中 ～現状と課題～

(1) 現状

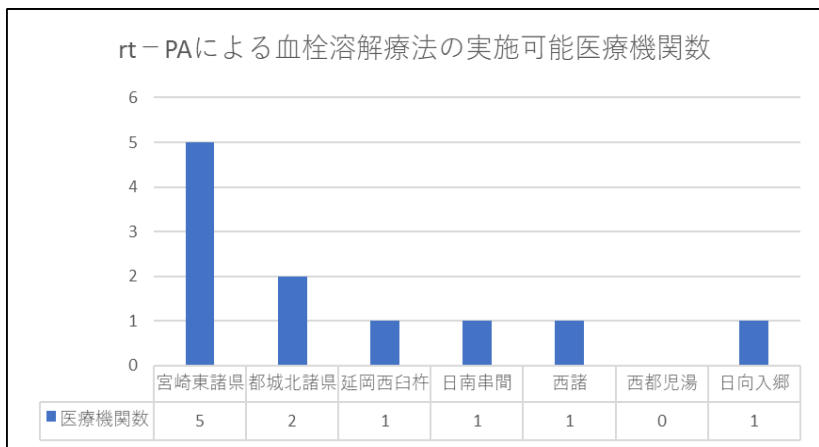
【入院受療率】

- 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で、年々減少傾向にあるものの、全国平均を上回って推移。



【医療提供体制】

- 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）施設あります。



(2) 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を強化**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**。 ※西都児湯医療圏には急性期を担う医療機関がない。
- 回復期は地域に密着した体制で行えることが望ましいため、リハビリテーション可能な医療機関を医療圏ごとに整備する必要。

【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する必要。
- 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 医療提供体制の構築 (2) 脳卒中 ～施策の方向、主な指標～

(3) 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 など



② 迅速な救命処置と救急搬送

- ▶ 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 など



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
- ▶ かかりつけ歯科医と連携した口腔ケアの促進
- ▶ 多職種と連携した摂食・嚥下リハビリテーションの促進
- ▶ 大学等と連携した専門医の養成・確保 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

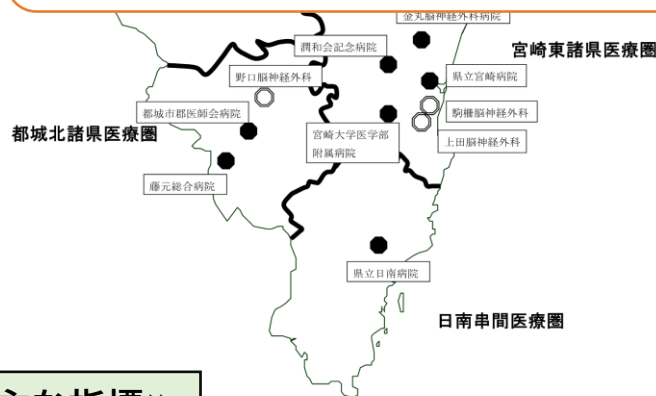
(4) 脳卒中医療圏

脳卒中にかかる医療圏（急性期の医療体制）

2017年12月末時点



宮崎県循環器病対策推進協議会において、圏域の見直しを検討中。(現在7つの医療圏を設定)



《主な指標》

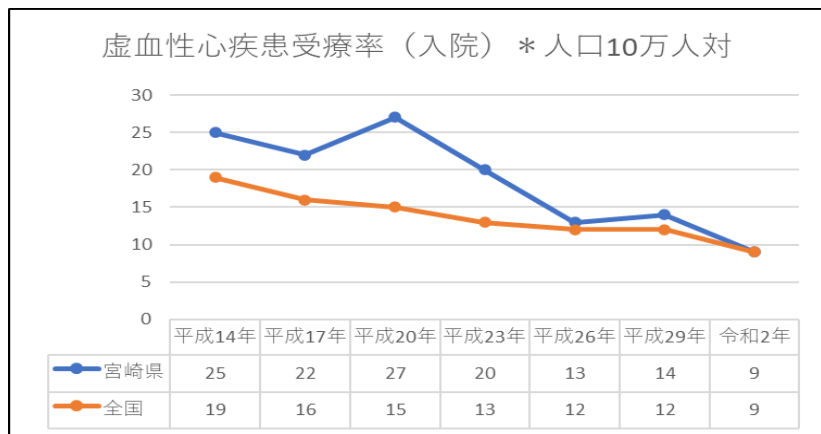
- ◆ 脳血管疾患年齢調整死亡率(人口10万人対)
- ◆ 脳血管疾患受療率(入院)
- ◆ rt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数
- ◆ 特定健康診査実施率 など

4 医療提供体制の構築 (3) 心筋梗塞等の心血管疾患 ～現状と課題～

(1) 現状

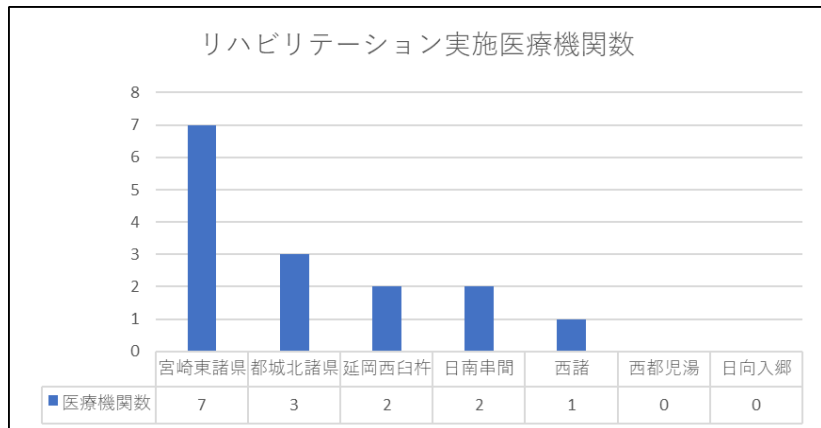
【入院受療率】

- 令和3年(2021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。



【医療提供体制】

- 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15(人口10万人対1.4)施設あり、全国平均(人口10万人対1.3)をやや上回る。



(2) 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を強化する必要**。

【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、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】

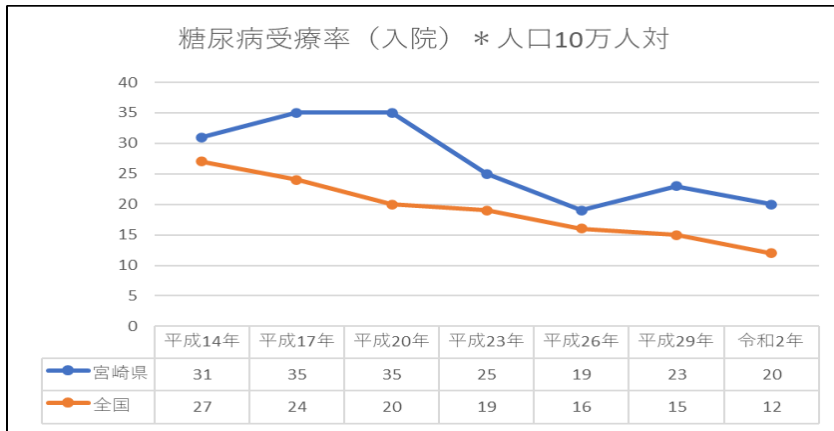
- 状況によっては心不全に対する治療と連携した緩和ケアも必要。
- 患者情報の共有による疾病管理を行いながら、介護・福祉を含めた多職種協働による治療・ケア体制の構築が必要。

4 医療提供体制の構築 (4) 糖尿病 ～現状と課題～

(1) 現状

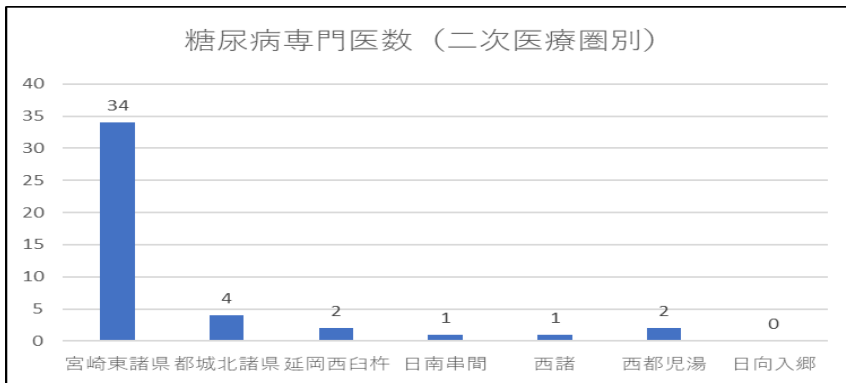
【入院受療率】

- 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で、全国平均を上回って推移。



【医療提供体制】

- 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みると、宮崎東諸県圏域への偏りが見られる。



(2) 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を推進する必要。
- 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病の改善に向けた取組を推進する必要。

【医療提供体制の充実】

- 糖尿病専門医は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く、専門医等の確保・育成が必要。
- 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 医療提供体制の構築 (4) 糖尿病 ～施策の方向、主な指標～

(3) 施策の方向

① 発症予防の推進

- ▶ 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連携した特定健診受診率の向上に向けた取組の推進
- ▶ 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



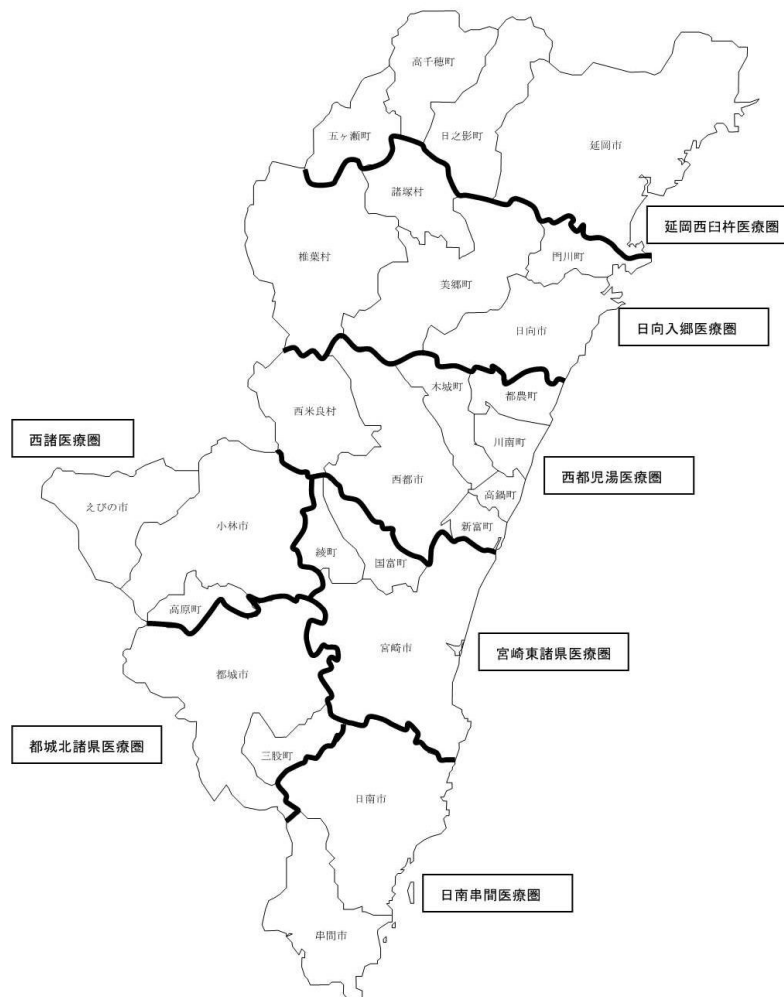
《主な指標》

- ◆ 特定健康診査実施率
- ◆ 特定保健指導実施率
- ◆ 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数

(4) 糖尿病医療圏

- ▶ 引き続き二次医療圏を「糖尿病医療圏」として設定。

(図) 宮崎県の二次医療圏域図



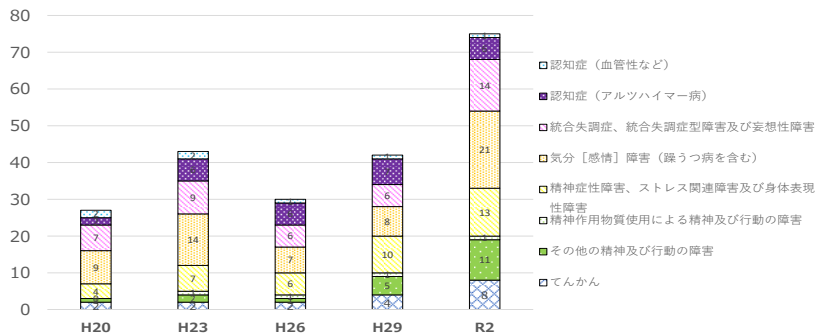
4 医療提供体制の構築 (5) 精神疾患 ～現状と課題～

(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(2020年)には7万5千人で、6年前の3万1千人から大幅に増加。
- 疾病別では、気分[感情]障がいが多く、次いで統合失調症、統合失調障害型障害及び妄想性障害となっている。

(単位：千人)



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

【医療提供体制】

- 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状況。

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) 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を啓発する必要。

【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ことが重要。
- 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】

- うつ病にかかっているにもかかわらず医療機関を受診していない人が多い状況にあるため、早期受診を促し、早期発見・早期治療に取り組む必要。

【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。
- 症状の改善や維持、あるいは進行を遅らせるため、早期相談・早期受診に向けた啓発や相談体制の充実が必要。

【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く、医療機関相互の連携が重要。

※上記疾患のほか、「統合失調症」「児童・思春期精神疾患、発達障がい」「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 医療提供体制の構築 (5) 精神疾患 ～施策の方向、主な指標～

(3) 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】

- ▶ 関係機関に対する知識の普及と啓発及び相談体制の強化
- ▶ 精神科医と内科等の一般医との医療連携体制の充実 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
- ▶ みやざきオレンジドクター制度や認知症対応力研修の実施などを通じた地域の医療提供体制の更なる充実
- ▶ 地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等の相談体制の充実 など

【依存症への対応】

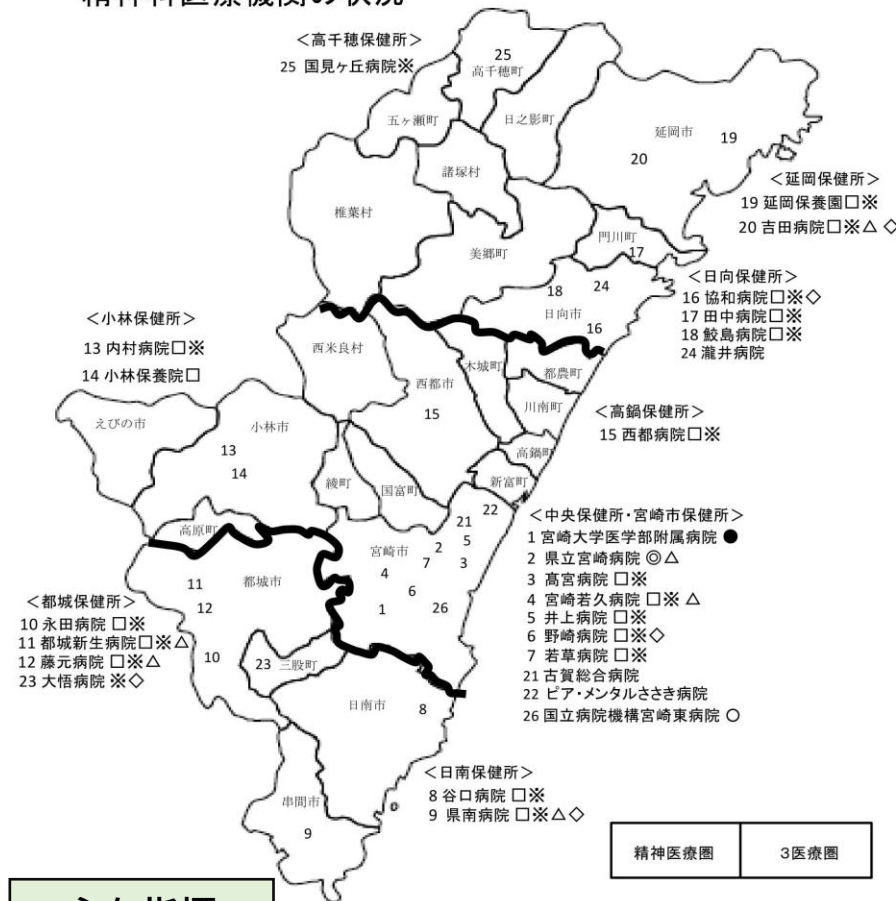
- ▶ 専門医療機関、治療拠点機関及びその他の医療機関との連携強化
- ▶ 依存症相談拠点を中心とした相談体制の充実 など

※上記疾患のほか、「統合失調症」「児童・思春期精神疾患、発達障がい」「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) 精神医療圏

- ▶ 引き続き3つの「精神医療圏」を設定。

精神科医療機関の状況



《主な指標》

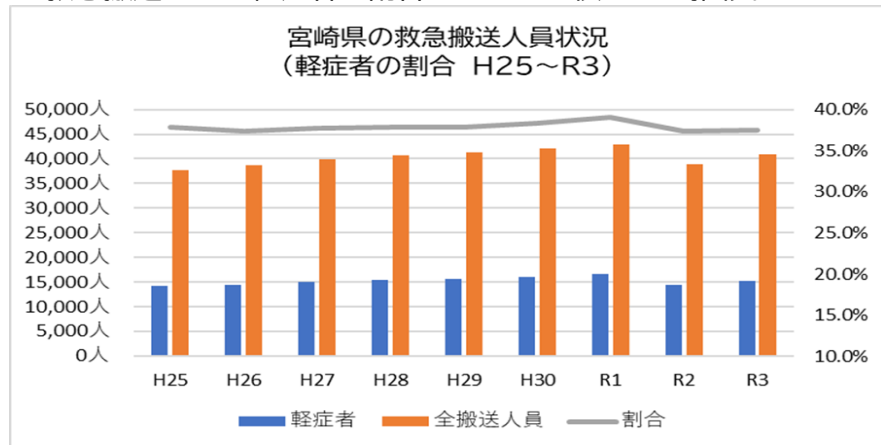
- ◆ 精神病床における入院後3, 6, 12か月時点の退院率
- ◆ 退院後1年以内の地域における平均生活日数
- ◆ 精神病床における1年以上の入院患者数(65歳未満、65歳以上)

4 医療提供体制の構築 (6) 救急医療 ～現状と課題～

(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(2021年)は40,806人と、平成28年(2016年)の40,622人と比べるとほぼ横ばいの状況。
- 救急搬送された軽症者の割合は37.5%と横ばいで推移。



【救急医療体制】

- 7つの医療圏全てに「休日夜間急患センター」が整備。
- 県内全ての市郡医師会の協力のもと「在宅当番医制」を実施。
- 県内の救急告示施設は64か所で、その数は減少傾向。
- 県立宮崎病院をはじめ、県立延岡病院、宮崎大学医学部附属病院の3か所に「救命救急センター」が開設。
- 宮崎大学医学部附属病院を基地病院として、ドクターヘリが運航されており、出動件数は年間400件超。



(2) 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。

【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的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介護関係者と救急医療従事者との連携体制の構築が必要。

4 医療提供体制の構築 (6) 救急医療 ～施策の方向、主な指標～

(3) 施策の方向

① 県民への情報提供と意識啓発

- ▶ 「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 病院前救護体制の確保

- ▶ 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 など



③ 初期から第三次までの救急医療体制の確保

- ▶ 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 など

④ 救急医療従事者の確保・養成

- ▶ 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

⑤ 居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- ▶ 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) 救急医療医療圏

救急医療体制 2023年4月現在



現状の7医療圏の見直しを検討中。



《主な指標》

- ◆ 救急搬送患者数
- ◆ 救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間
- ◆ 軽症者の救急出動の割合
- ◆ 救急科専門医数(人口1万人対)

4 医療提供体制の構築 (7) へき地医療 ～現状と課題～

(1) 現状

【へき地市町村】

- 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。

【へき地医療提供体制】

- へき地公立病院は11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10施設。
- 無医地区を多く抱える日向入郷医療圏では、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ている状況。

へき地における医師の状況

へき地市町村	面積 (R2.10)	人口 (R2.10.1)	医師数 (R2.12.31)	1km ² 当たり 医師数	人口千人当たり 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、「国勢調査(2020年)」(総務省)
 ・医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師統計(2020年12月現在)」

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	△	△				162,572	51,691	31.8%
延岡市	△	△	島野浦島	3	4	119,352	41,420	34.7%
日南市	○	△	大島	1	1	50,958	19,823	38.9%
小林市	△	△				44,047	16,315	37.0%
日向市	△	△				59,953	19,685	32.8%
串間市	○	△	築島	1	1	17,394	7,455	42.9%
西都市		△			1	29,190	11,076	37.9%
えびの市	○					18,267	7,967	43.6%
高原町	○					9,009	3,746	41.6%
綾町		○				7,112	2,737	38.5%
西米良村	○	○				1,086	463	42.6%
木城町		○				4,987	1,850	37.1%
都農町	○					10,333	4,053	39.2%
諸塚村	○	○		3	3	1,542	702	45.5%
椎葉村	○	○		5	5	2,637	1,188	45.1%
美郷町	○	○				4,994	2,561	51.3%
高千穂町	○	○				11,655	5,051	43.3%
日之影町	○	○				3,726	1,740	46.7%
五ヶ瀬町	○	○				3,606	1,570	43.5%
19市町村 計	16	16	3	13	15	562,420	201,093	35.8%
県 計						1,078,313	353,423	32.8%

※無医地区、無歯科医地区は、2022年厚生労働省調査
 ※人口は、令和4年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(総務省)
 ※表内の「○」は全部指定地域、「△」は一部指定地域

(2) 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。

【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。

4 医療提供体制の構築 (7) へき地医療 ～施策の方向、主な指標～

(3) 施策の方向

① へき地で勤務する医師の確保

- 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
- 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
- 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
- 医学生に対する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
- 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

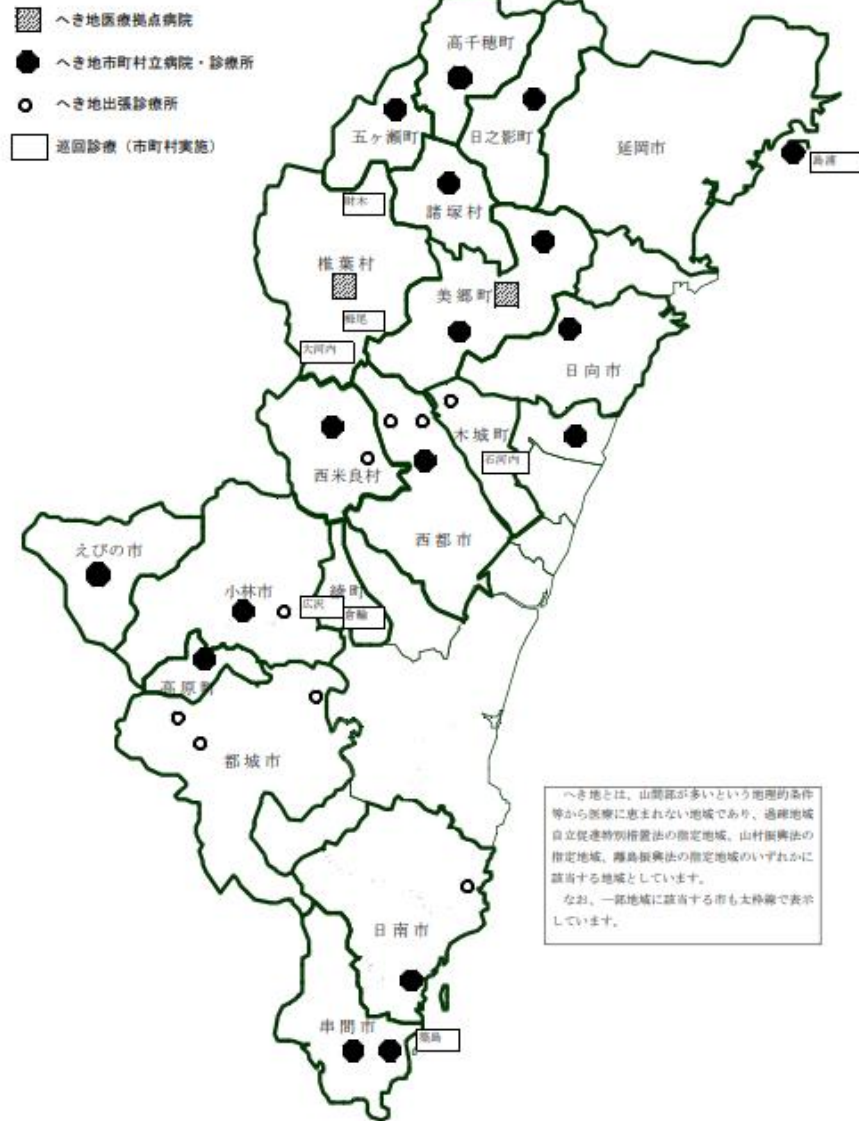
《主な指標》

- ◆ 中山間地域における常勤医師充足状況
- ◆ **へき地における診療・巡回診療の実施日数**
- ◆ **へき地公立医療機関等でオンライン診療を実施できる医療機関数**

(4) 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



へき地とは、山間部が多いという地理的條件等から医療に恵まれない地域であり、過疎地域自立促進特別措置法の指定地域、山村振興法の指定地域、離島振興法の指定地域のいずれかに該当する地域としています。
なお、一部地域に該当する市も太枠線で表示しています。

4 医療提供体制の構築 (8) 小児医療 ～現状と課題～

(1) 現状

【小児患者の状況】

- 本県の小児の推計患者数(令和2年(2020年))は、0歳から4歳までが2,500人、5歳から14歳までが3,500人。
- 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。

【小児救急の現状】

- 令和3年度(2021年度)の小児救急患者数は10,878人で、全救急患者(31,756人)の34.3%。
- 小児救急患者の時間帯別受診状況は、平日は夕刻から準夜帯(18～22時頃まで)にかけて増加し、土・日ではさらに多くなる傾向。

【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。
- レスパイト等の受入可能な医療型短期入所施設は5か所(県北1か所、県央3か所、県南1か所)。

【医師の状況】

- 本県の小児科系医師数は令和2年(2020年)12月末現在で144人(人口10万人当たり13.5)となっており、全国平均(人口10万人当たり14.9)より少ない状況。
- 県内の小児科医のうち、約半数に当たる75人が宮崎東諸県医療圏に集中。

二次医療圏ごとの主たる診療科・専門性資格の医師数(2020年)

	主たる診療科が小児科		小児科専門医	
	対小児人口1万	対小児人口1万	対小児人口1万	対小児人口1万
延岡西白杵	13	7.79	8	4.79
日向入郷	7	6.19	6	5.31
宮崎東諸県	75	13.10	55	9.61
西都児湯	9	7.36	6	4.91
日南串間	10	12.64	5	6.32
都城北諸県	21	7.89	12	4.51
西諸	4	4.83	5	6.04
本県	139	9.91	97	6.91
全国	17,997	11.59	14,745	9.50

※人口10万の比率は令和2年国勢調査の「年少人口」により算出

(2) 課題

【小児医の確保・育成】

- 小児科医の高齢化が進む中、医師の確保が急務。小児科医の約22%が女性医師となっており、女性医師が働きやすい就労環境の整備が必要。
- 専門医が意欲を持って働けるよう、研修環境の充実や指導体制の強化が必要。

【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。

【相談体制の充実・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。

4 医療提供体制の構築 (9) 周産期医療 ～現状と課題～

(1) 現状

【死亡状況】

- 新生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	2021年
周産期死亡率	全国	4.8	4.2	3.7	3.2	3.4
	宮崎県	3.7	3.0	3.6	2.5	3.0
	宮崎県(実数)	36	31	33	19	23
	全国順位	2位	2位	20位	5位	13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
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	0.7
	宮崎県(実数)	10	2	3	2	5

【周産期医療体制】

- 令和5年(2023年)4月現在、県内で分娩可能な病院・診療所は25施設、助産所は3施設の計28施設となっており、令和3年(2021年)と比べて4施設減少。
- 一次医療機関と周産期母子医療センター間をICTネットワークで繋ぎ、胎児心拍モニターを供覧できる周産期医療ネットワークを順次導入し、令和元年(2019年)に県下全域をカバー。
- 本県の産婦人科医の数は106人(令和2年(2020年)12月現在)で、そのうち59.4%に当たる63人が県央地区に集中。

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

(2) 課題

【医療従事者の確保・育成】

- 産婦人科医は減少傾向にある上、高齢化が進む中、周産期医療体制を維持するためには医師の確保が必要不可欠。
- 産婦人科医は比較的女性医師の割合が高いことから、出産・子育て世代の医師が勤務を継続できる体制整備が必要。

【周産期医療体制の維持・充実】

- 分娩取扱施設が減少する中、少なくとも全ての周産期医療圏において、出産できる体制の維持・確保が必要。
- 妊産婦の高齢化に伴うハイリスク分娩や低出生体重児の割合の増加が懸念されるため、圏域や県境を越えた搬送体制の確保が必要。
- 周産期医療に係る疾患は多岐にわたるため、精神科など様々な診療科との連携体制を構築していくことも必要。
- 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せず、退院先の確保が課題。

【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。

4 医療提供体制の構築 (9) 周産期医療 ～施策の方向、主な指標～

(3) 施策の方向

① 医療従事者の確保・育成

- 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 など

② 周産期医療体制の維持・充実

- 周産期医療ネットワークを活用した異常分娩の早期発見、助言指導の実施
- 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
- 医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援が可能な周産期医療体制の整備
- 母子保健事業との連携強化 など

③ 災害時を見据えた周産期医療体制の強化

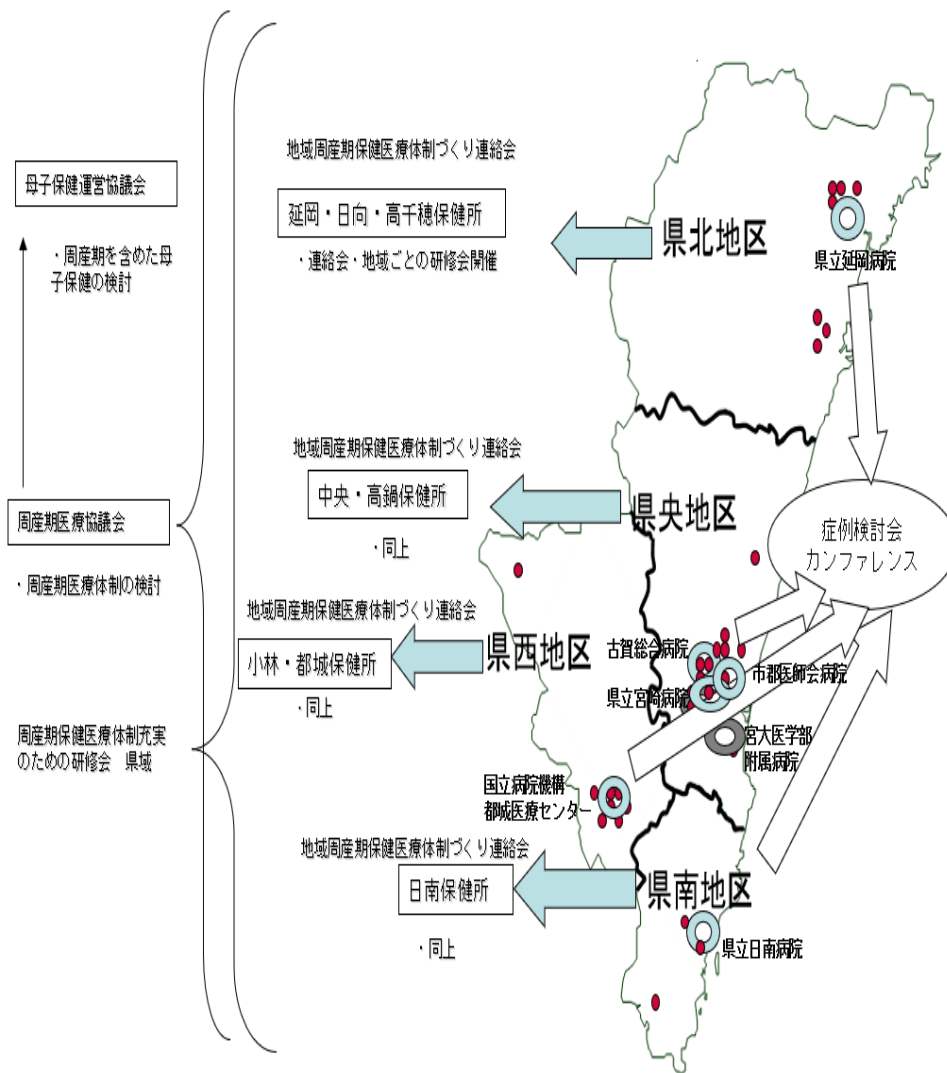
- 宮崎県災害時小児周産期リエゾンの養成、人員体制の充実
- DMATの活動と連携した訓練の実施や、災害対策情報システムの活用など災害発生時を想定した体制の構築

《主な指標》

- ◆ 周産期死亡率
- ◆ 総合周産期母子医療センターにおけるNICU病床数等
- ◆ 地域周産期母子医療センターにおけるNICU病床数等
- ◆ 災害時小児周産期リエゾン委嘱者数

(4) 周産期医療圏

➢ 引き続き4つの「周産期医療圏」を設定。



4 医療提供体制の構築 (10) 災害医療 ～現状と課題～

(1) 現状

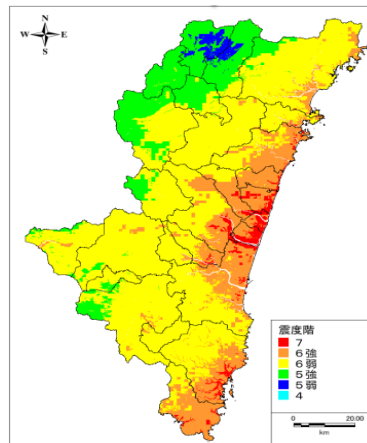
【災害の発生状況等】

- 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。
- 今後発生が危惧される南海トラフ巨大地震による津波被害想定では、建物被害は最大約80,000棟、人的被害は最大約15,000人。

【災害医療体制】

- 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。
- 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。
- 航空搬送拠点として、航空搬送拠点臨時医療施設(Staging Care Unit)を県内4か所に整備。
- 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(2023年)4月1日現在)配置。

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
	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	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	2	



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) 課題

【大規模災害発生時に対応するための体制整備】

- 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。
- 災害急性期において被災地に駆けつけ救急医療を行うとともに、医療機関の支援等を行うDMATの維持・確保が必要。

【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には、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 医療提供体制の構築 (10) 災害医療 ～施策の方向、主な指標～

(3) 施策の方向

① 災害時における災害医療体制の確保

- ▶ DMAT 隊員や災害時小児周産期リエゾン、DPAT など災害医療を担う人材の育成
- ▶ 新たに災害拠点病院となる病院やDMAT 指定医療機関への支援の実施
- ▶ 災害時医療訓練や研修会等の実施による災害医療関係機関の連携体制の構築
- ▶ 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整備 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



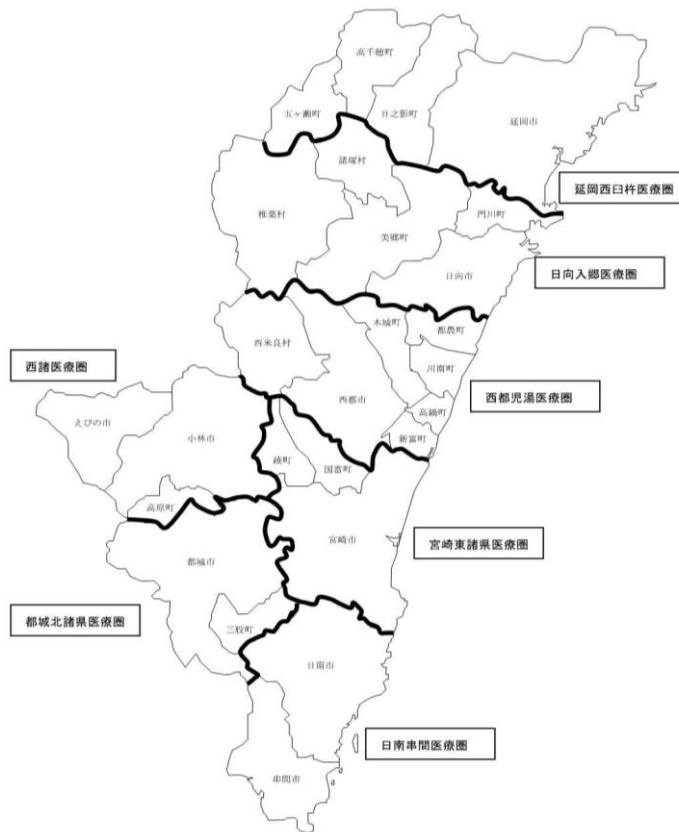
③ 豪雨災害等の被害軽減のための浸水対策

- ▶ 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) 災害医療医療圏

- ▶ 引き続き二次医療圏を「災害医療医療圏」として設定。

(図) 宮崎県の二次医療圏域図



《主な指標》

- ◆ DMAT チーム数
- ◆ 災害拠点病院以外の病院におけるBCP策定率
- ◆ EMIS の操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合

4 医療提供体制の構築 (11) 新興感染症発生・まん延時における医療 ～現状と課題～

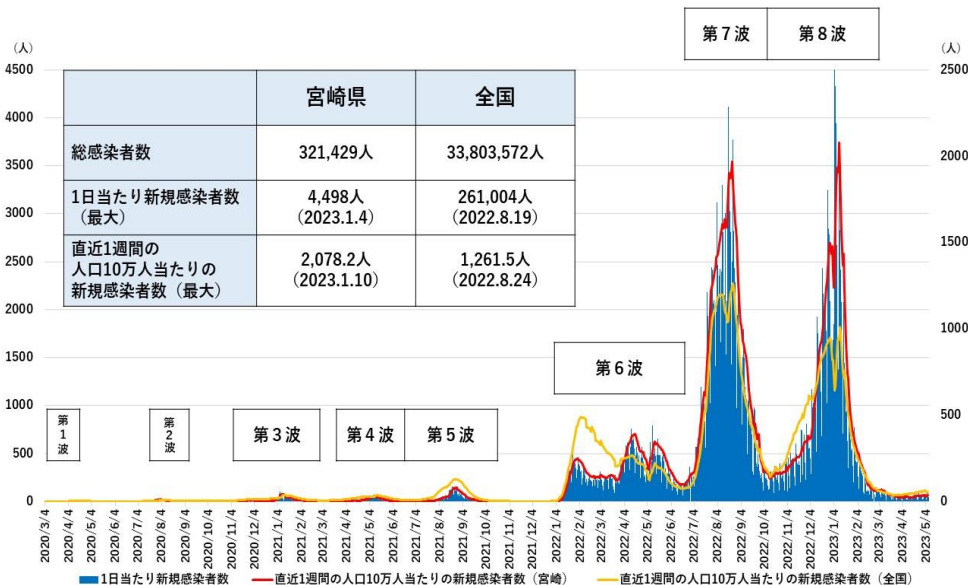
(1) 現状

【新型コロナウイルス感染症の流行】

- 本県では令和2年(2020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。

【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。
- 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。



(2) 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ためには、入院患者の転院調整等が必要になるため、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。
- 感染流行の段階に応じ相談・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。

	第1波	第2波	第3波	第4波 (7株7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%)

4 医療提供体制の構築 (11)新興感染症発生・まん延時における医療 ～施策の方向、主な指標～

(3) 施策の方向

① 感染症対応に係る医療提供体制の確保

- 医療機関との協定締結による病床確保
- 医療機関との協定締結による患者受入体制の構築
- 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
- 医療機関との協定締結による後方支援体制の確保
- 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



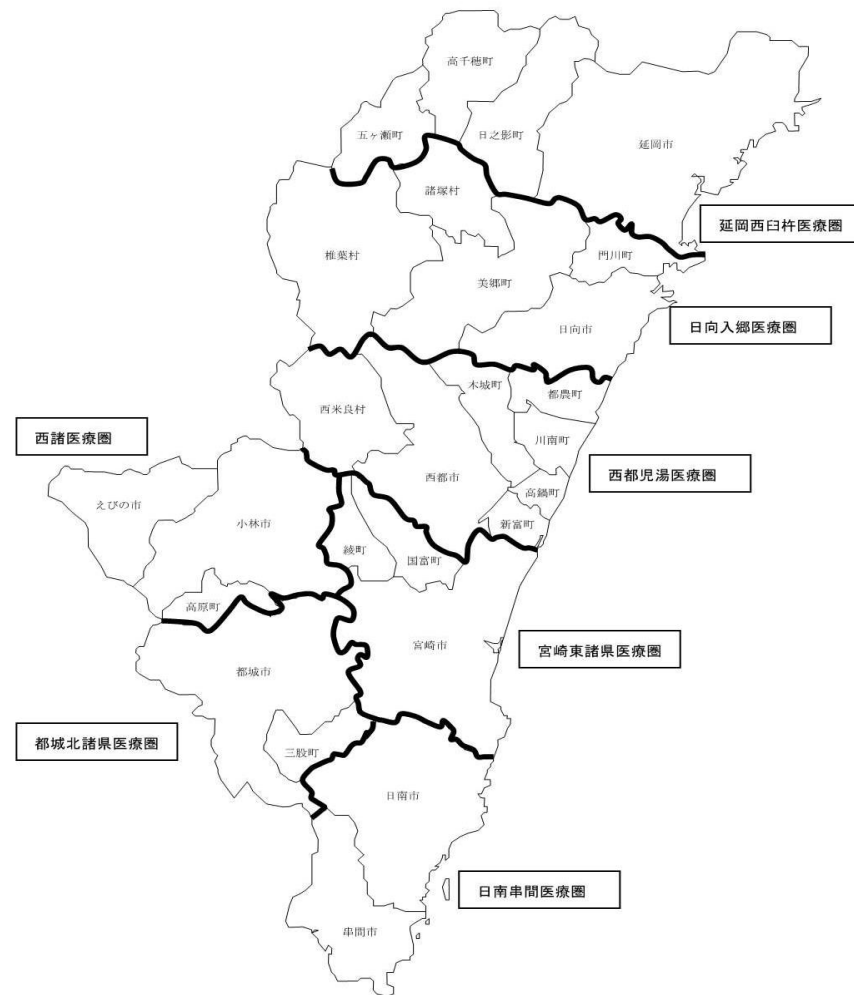
《主な指標》

- ◆ 協定締結医療機関(入院)の確保病床数
- ◆ 協定締結医療機関(発熱外来)の機関数
- ◆ 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
- ◆ 個人防護具の備蓄を十分に行う医療機関数
- ◆ 患者受入に係る研修・訓練の実施数 など

(4) 新興感染症医療圏

- 二次医療圏を「新興感染症医療圏」として設定。

(図) 宮崎県の二次医療圏域図

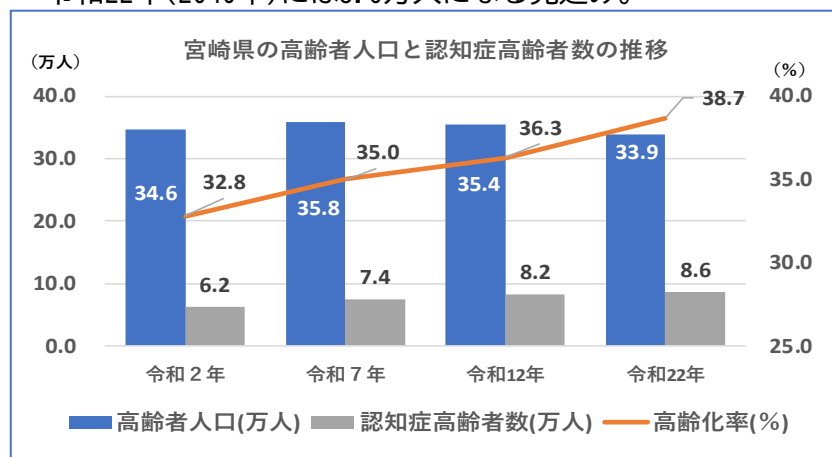


4 医療提供体制の構築 (12) 在宅医療・介護 ～現状と課題～

(1) 現状

【高齢者人口・認知症高齢者数】

- 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32.8%)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、平成27年(2015年)の5.2万人から令和22年(2040年)には8.6万人になる見込み。



【本県の在宅医療の提供体制】

- 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)5月現在、38病院、110診療所で、その総数は増加傾向。
- 在宅療養支援歯科診療所は、令和5年(2023年)では、全歯科診療所498か所のうち76か所(15.3%)。
- 訪問看護ステーションは令和5年(2023年)4月現在、165施設で増加傾向にあるものの、7市町村では未設置。
- 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、令和3年(2021年)は132か所で増加傾向。
- 看取りを実施する医療機関は、平成29年(2017年)の49か所から令和3年(2021年)には72か所に増加。

(2) 課題

【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は、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。
- 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る。

【日常の療養生活の支援】

- 訪問診療や緩和ケアに対応できる医師をはじめ、歯科医師、薬剤師、看護師など**在宅療養を支える人材の確保が必要**。
- 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り、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。
- 訪問看護ステーションの重要性は今後一層高まることが想定されるため、ステーション未設置地域における訪問看護の提供体制の確保が必要。

【急変時の対応、在宅での看取り】

- 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け入れが必要。
- 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。

5 地域医療構想 ～総論～

(1) 策定の背景

- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、医療や介護を必要とする方がますます増加することが予想される。
- 「医療介護総合確保推進法」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」を定めることとされた。

(2) 地域医療構想とは

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その実現に必要な施策の方向性を示すもの。

(3) 地域医療構想の構成

第1節 総論

第2節 将来の医療需要と病床数の必要量

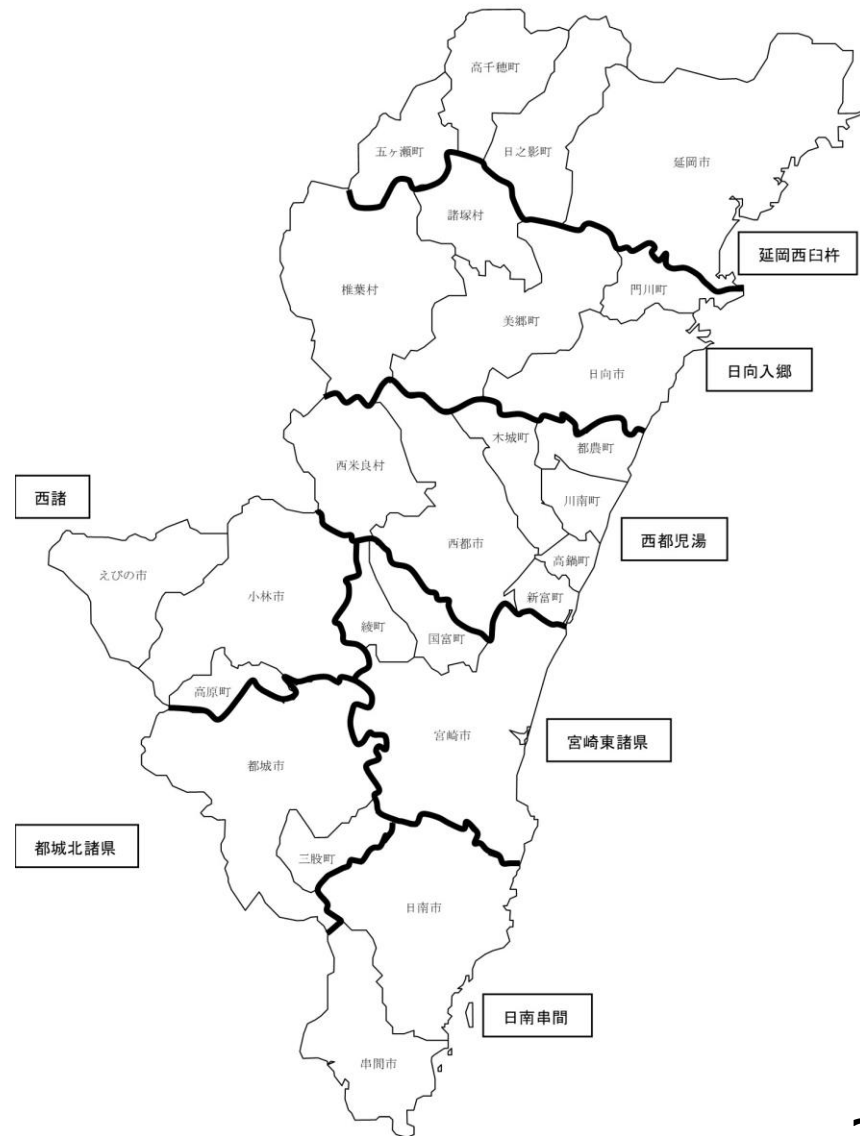
- 将来予測
- 構想区域の設定
- 将来の医療需要と病床数の必要量
- 病床機能報告制度 など

第3節 病床の機能分化・連携の推進

- 推進体制
- 推進施策の方向 など

(4) 構想区域の設定

(図) 宮崎県の構想区域



5 地域医療構想 ～将来の医療需要と病床数の必要量～

(1) 病床機能ごとの医療需要

- 2025年の1日当たりの入院医療需要は、「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。
- 「急性期」と「回復期」は2030年頃まで増加することが見込まれているが、2040年にはすべての病床機能の医療需要が減少傾向へ転じる推計となっている。
- 特に「回復期」の割合が高くなる見通し。

	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%)

(2) 2025年における病床数の必要量

- 上記医療需要を踏まえ、法令で定められた病床稼働率をもとに算定した結果、2025年の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（床）は、次のとおり。
- 2025年の病床数の必要量と2021年の病床機能報告値を比較すると合計で約3,400床を超えており、現状では急性期が過剰で、回復期は大きく不足している。
- 二次医療圏と同じ7つの構想区域において、引き続き調整会議での協議を進め、地域医療介護総合確保基金を活用した医療機関の自主的な取り組みへの支援等を行う。

	2016年 (病床機能報告値)	2019年 (病床機能報告値)	2021年 (病床機能報告値)	2025年 (必要量)
高度急性期	780(4.9%)	845(5.8%)	795(5.5%)	1,002(9.1%)
急性期	8,270(52.4%)	7,484(51.5%)	7,435(51.3%)	3,358(30.4%)
回復期	1,855(11.8%)	2,165(14.9%)	2,235(15.4%)	4,020(36.4%)
慢性期	4,200(26.6%)	3,642(25.1%)	3,477(24.0%)	2,668(24.2%)
(休棟等)	670(4.2%)	390(2.9%)	557(3.8%)	
合 計	15,775(100%)	14,526(100%)	14,499(100%)	11,037(100%)

5 地域医療構想 ～病床の機能分化・連携の推進～

(1) 推進体制

地域医療構想調整会議

- 各構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置
- 医療機関や市町村等の関係者間で様々なデータを共有するとともに、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支援



(2) 推進施策の方向

地域医療介護総合確保基金を活用し、以下の取組を展開

① 病床機能の分化

- 不足する病床機能への変更のための財政的・技術的支援
- 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について、必要な施設等の整備に係る財政的・技術的支援
- 遠隔診療等の医療のICT化に係るシステム構築の財政的・技術的支援 など



② 病床機能の連携

- 病床機能の異なる関係機関の連携強化
- 病床機能の連携に資する重点化・明確化
- 連携に係る人材の確保・養成 など

③ 各構想区域の関係者への支援

- 各地域医療構想調整会議の関係者が実施する調査・分析への財政的・技術的支援
- 各地域医療構想調整会議の関係者向けの講演会や研修会の実施
- 各地域医療構想調整会議への地域医療構想アドバイザーの派遣 など

6 外来医療の提供体制の確保（外来医療計画）～医療提供体制の状況～

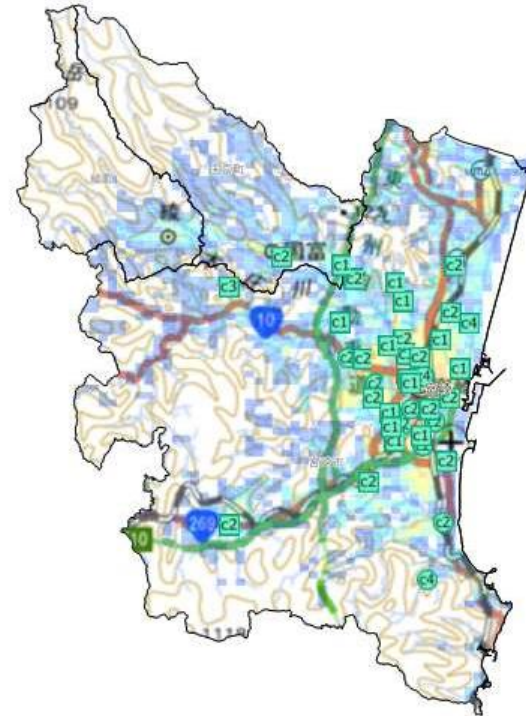
(1) 外来医師偏在指標

- 国から提供されるデータを基に、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となる指標を設定
- 外来医師偏在指標の値が全国上位33.3%に該当する二次医療圏は外来医師多数区域に設定
- ※ 本県では宮崎東諸県が「外来医師多数区域」に該当

(2) 医療機器の保有状況

地域内での医療機器の効率的な活用のため
県内医療機器の配置状況を可視化

宮崎東諸県	120.7
都城北諸県	92.8
延岡西臼杵	85.3
日南串間	105.8
西諸	96.6
西都児湯	106.3
日向入郷	81.5



- 外来医師多数区域での新規開業希望者に対しては、「地域で不足する外来医療機能」を担うことを求める。
- 地域で不足する外来機能（例）
 - ・ 夜間や休日等における地域の初期救急医療
 - ・ 在宅医療の提供状況
 - ・ 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制



6 外来医療の提供体制の確保（外来医療計画）～医療提供体制の状況、施策の方向～

～医療提供体制の状況～

(3) 紹介受診重点医療機関

紹介受診重点医療機関は宮崎東諸県医療圏への集中が見られ、日向入郷医療圏には指定された施設はない。

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

※ 令和5年8月1日現在

《主な指標》

- ◆ 外来医師多数区域での新規開設診療所のうち、地域で不足する医療機能を担う診療所の割合
- ◆ 対象医療機器購入件数のうち、医療機器の共同利用を行う割合
- ◆ 県民意識調査における「本県の医療体制に対する満足度」 など

～施策の方向～

(1) 外来医療に係る医療提供体制の構築

① 医療機関等や県民に対する情報提供

【医療機関等】

- 二次医療圏ごとの外来医師偏在指標及び外来医師多数区域である二次医療圏の情報や医療機関のマッピングに関する情報等の公表
- 新規開業に間接的に関わる機会があると考えられる管下の金融機関、医薬品・医療機器卸売業者、調剤薬局等の関係者に対する周知促進

【県民】

- 紹介受診重点医療機関に関する制度の周知を促進（かかりつけ医を持つことを推奨） など

(2) 医療機器の効率的な活用

① 医療機関等や県民に対する情報提供

【医療機関等】

- 医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピングデータ等を情報提供
- 「医療機器の配置状況に関する指標」の情報提供による地域のニーズの可視化
- 協議の場（地域医療構想調整会議）を通じた共同利用の推進（好事例の紹介など状況の報告等）

【県民】

- 医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピングデータ等を情報提供（再掲） など

7 保健医療従事者の確保と資質向上 (1) 医師確保計画 ～計画の概要～

(1) 策定の趣旨等

- 医療法第30条の4第1項に基づく計画として、三次医療間及び二次医療間の医師確保対策等を定め、医師偏在の是正を図る。
- 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。

(2) 計画期間

令和6年(2024年)から令和8年(2026年)の3年間
※3年ごとに見直し

(3) 医師確保計画の構成

第1節 総論

- 策定の趣旨、位置づけ
- 計画期間 など

第2節 現状・課題

第3節 医師偏在指標

第4節 医師少数区域・医師多数区域の設定

第5節 医師の確保に関する方針

第6節 目標医師数

第7節 施策の方向

第8節 産科における医師確保計画

第9節 小児科における医師確保計画

(4) 医師偏在指標

- 本県の医師偏在指標は227.0(全国33位)であり、医師少数県となっている。
- 二次医療圏ごとに見ると、宮崎東諸県圏域が医師多数地域とされており、日南串間圏域を除くそれ以外の圏域は全て医師少数区域となっている。

二次医療圏	医師偏在指標	全国順位	医師多数/少数区域
宮崎東諸県	308.1	34	医師多数区域
都城北諸県	171.4	242	医師少数区域
延岡西臼杵	160.5	268	医師少数区域
日南串間	180.1	222	どちらでもない
西諸	164.7	254	医師少数区域
西都児湯	157.7	275	医師少数区域
日向入郷	149.8	294	医師少数区域
宮崎県	227.0	33	医師少数県
全国	255.6	—	

7 保健医療従事者の確保と資質向上 (1) 医師確保計画 ～医師確保の方針、施策の方向～

(1) 医師確保の方針

三次医療圏

医師の増加を基本とする。
医師の養成定着や県外からの医師の確保に取り組む。

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へ医師の派遣を行う。
- 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とする。
- ③ 医師多数区域にも医師少数区域にも該当しない区域(日南串間)
医師の増加又は現状維持を基本とする。

(2) 目標医師数

三次医療圏	区分	現在の標準化医師数	目標医師数
県	医師少数県	2,727	2,744

二次医療圏	区分	現在の標準化医師数	目標医師数
宮崎東諸県	医師多数区域	1,536	1,536
都城北諸県	医師少数区域	383	383
延岡西臼杵	医師多数区域	257	257
日南串間		158	158
西諸	医師少数区域	126	126
西都児湯	医師少数区域	121	124
日向入郷	医師少数区域	146	160

(3) 施策の方向

① 短期的・長期的施策

【短期的施策】

- 地域枠医師・自治医科大学卒業医師をはじめとする医師の派遣調整の実施
- キャリア形成プログラムの運用による対象医師のキャリア形成支援
- タスクシフトの推進など医師の負担軽減や働きやすい勤務環境の整備の促進 など

【長期的施策】

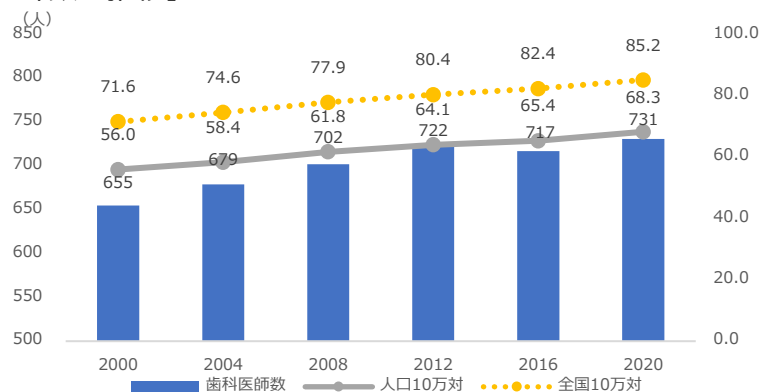
- 宮崎大学医学部における地域枠の設定 など



7 保健医療従事者の確保と資質向上 (2) 歯科医師・薬剤師

(1) 歯科医師

【歯科医師数の推移】



【課題】

【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障がい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。

【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には、歯科医師と医科や介護分野との連携強化がますます重要。

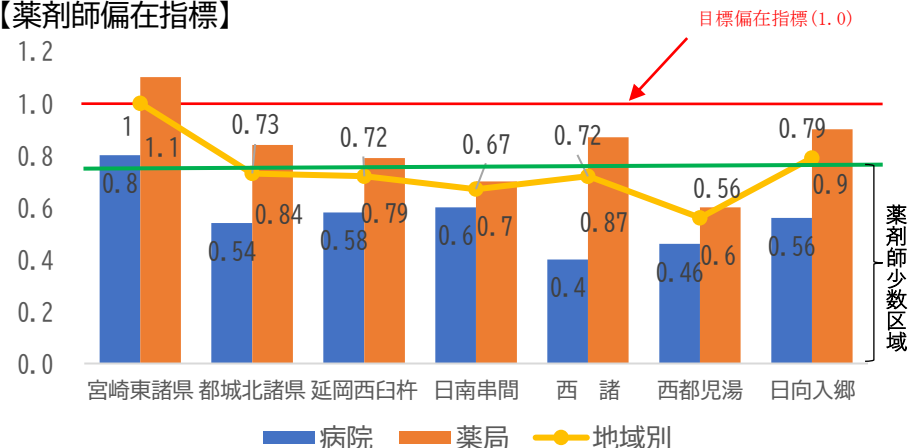
【施策の方向】

在宅歯科診療を担う歯科医師の養成等

- 県歯科医師会との連携による研修会の実施など、摂食嚥下障がい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
- 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

【薬剤師偏在指標】



【課題】

【薬剤師従事先の偏在】

- 業態偏在があり、病院薬剤師の不足が喫緊の課題。
- 地域偏在があり、宮崎東諸県医療圏以外は不足の傾向。

【業務・役割の更なる充実、資質向上】

- 病棟薬剤師業務やチーム医療など業務・役割の更なる充実が必要。
- 在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能を中心とした、業務・役割の更なる充実が必要。

【施策の方向】

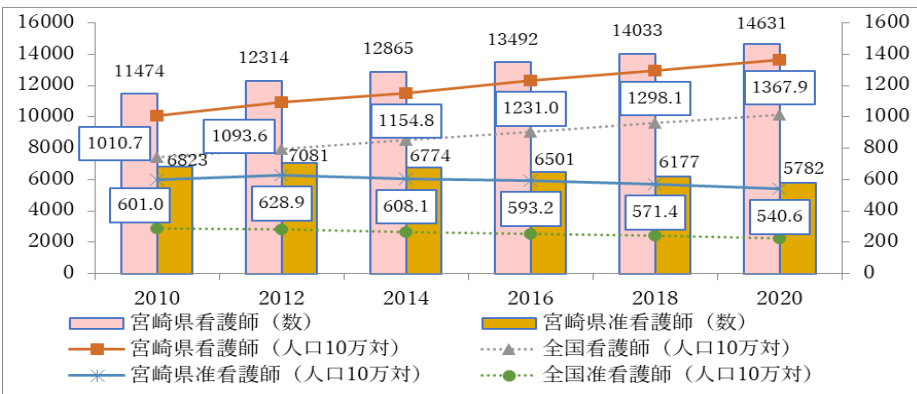
薬剤師の確保、資質向上

- 地域医療介護確保基金の活用等による現状を踏まえた確保対策の推進
- 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や多職種と協働で行う研修実施など薬剤師の資質向上の取組の推進

7 保健医療従事者の確保と資質向上 (3) 看護師・准看護師など

(1) 看護師・准看護師

【看護師・准看護師の推移】



【課題】

- 少子高齢化に伴い、看護職の不足が懸念されるため、看護職員の確保や定着、再就職の促進が必要。
- 在宅分野での看護サービスの提供機会が増加しており、在宅分野における看護職員の確保・育成が必要。
- 新興感染症や災害発生など、健康危機に対応できる看護職員の育成も必要。

【施策の方向】

看護職の確保・養成

- 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
- 院内保育所への支援など看護職員が働きやすい環境づくりの推進
- 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の開催など未就労看護職員の就労促進
- 指定研修機関や協力施設の研修体制整備の支援による特定行為研修の充実
- 地域の医療機関と訪問看護ステーションとの人材交流等による訪問看護師の質の向上

(2) その他の保健医療関係者

【管理栄養士・栄養士の推移】

	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	100%	372人	98人	1,529人
	診療所	67	49	73.1%	43人	28人	
	老人福祉	289	220	76.1%	236人	151人	
	社会福祉	52	35	67.3%	19人	31人	
	児童福祉	451	231	51.2%	80人	205人	
その他	349	180	51.6%	159人	107人		

【課題】

- 糖尿病等の生活習慣病の予防・治療には、食生活の改善が重要であるため、未配置地域の解消が必要。

【施策の方向】

管理栄養士・栄養士の確保・育成

- 関係団体や養成施設等との連携による管理栄養士・栄養士の確保の取組の推進
- 研修会の実施など保健指導や病態に応じた栄養指導の充実に向けた資質の向上

このほか、下記職種についても記載予定。

- ・保健師、助産師
- ・歯科衛生士、歯科技工士
- ・理学療法士、作業療法士
- ・診療放射線技師、臨床検査技師
- ・精神保健福祉士 など