

【平成29年12月27日】

第8次群馬県保健医療計画 (案)

パブリックコメント用

※基準病床数は年齢別人口統計の結果等により修正される場合があります。

また、各種統計データ等の数値は今後時点更新される場合があります。

※そのほか編集上の文言修正などを行う場合があります。

群 馬 県

(余白)

目次

第1章	計画に関する基本的な考え方	1 - 1
1	計画策定の趣旨	1 - 2
2	計画の理念	1 - 2
3	計画の位置付け	1 - 3
4	計画の期間	1 - 3
5	将来に向けた取組	1 - 3
第2章	群馬県の現状	2 - 1
1	人口構造	2 - 2
2	人口動態	2 - 4
3	県民の健康状況	2 - 6
4	県民の受療動向	2 - 7
5	医療機関の状況	2 - 9
第3章	保健医療圏と基準病床数	3 - 1
第1節	保健医療圏	3 - 2
1	保健医療圏設定の意義	3 - 2
2	二次保健医療圏	3 - 3
3	二次保健医療圏の再検討	3 - 4
4	二、五次保健医療圏	3 - 4
第2節	基準病床数	3 - 6
1	基準病床数	3 - 6
2	届出により一般病床等を設置できる診療所（特例診療所）	3 - 8
第4章	疾病・事業ごとの医療連携体制の構築	4 - 1
第1節	医療連携の推進	4 - 2
第2節	疾病・事業ごとの医療連携体制	4 - 3
1	がんの医療連携体制構築の取組	4 - 3
2	脳卒中の医療連携体制構築の取組	4 - 13
3	心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制構築の取組	4 - 21
4	糖尿病の医療連携体制構築の取組	4 - 31
5	精神疾患の医療連携体制構築の取組	4 - 41
6	救急医療の医療連携体制構築の取組	4 - 51

7	災害医療の医療連携体制構築の取組	4-61
8	へき地医療の医療連携体制構築の取組	4-73
9	周産期医療の医療連携体制構築の取組	4-81
10	小児医療の医療連携体制構築の取組	4-89
第3節 地域包括ケアシステムの推進		4-97
1	地域包括ケアシステムの推進	4-97
	(1) 総論	4-97
	(2) 介護予防の推進	4-99
	(3) 地域リハビリテーション	4-100
	(4) 総合的な認知症施策	4-102
2	在宅医療の医療連携体制構築の取組	4-103
3	介護サービスの体制整備	4-114
	(1) 居宅サービス	4-114
	(2) 地域密着型サービス	4-114
	(3) 施設・居住系サービス	4-115
	(4) 福祉サービスの基盤整備	4-115
第5章 地域医療構想		5-1
第1節 地域医療構想の概要		5-2
1	地域医療構想の趣旨	5-2
2	2025年の医療需要と病床等の必要量	5-4
3	病床が担う医療機能の状況	5-9
4	取組の方向性と地域医療構想の推進	5-13
第2節 地域医療構想（構想区域別）		5-14
1	前橋構想区域	5-14
2	渋川構想区域	5-18
3	伊勢崎構想区域	5-22
4	高崎・安中構想区域	5-26
5	藤岡構想区域	5-30
6	富岡構想区域	5-34
7	吾妻構想区域	5-38
8	沼田構想区域	5-42
9	桐生構想区域	5-46
10	太田・館林構想区域	5-50

第6章 保健・医療・福祉の提供体制の充実	6-1
1 障害保健対策	6-2
(1) 発達障害	6-2
(2) 重症心身障害児(者)・医療的ケア児	6-3
(3) 高次脳機能障害	6-4
(4) てんかん	6-4
2 感染症・結核・肝炎対策	6-5
(1) 新型インフルエンザ対策	6-5
(2) エイズ対策	6-7
(3) 結核対策	6-10
(4) 肝炎対策	6-12
3 慢性閉塞性肺疾患(COPD)対策	6-14
4 臓器移植・骨髄移植対策	6-16
(1) 臓器移植	6-16
(2) 骨髄移植	6-18
5 難病対策	6-19
6 歯科口腔保健対策	6-21
7 血液の確保・適正使用対策	6-24
8 医薬品等の適正使用対策	6-25
(1) 医薬品等の安全性確保	6-25
(2) かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の推進	6-26
(3) 医療用麻薬の適正使用	6-27
9 医療の安全の確保	6-28
(1) 医療事故・院内感染の防止	6-28
(2) 医療相談体制の充実	6-29
10 公立病院改革及び地域医療支援病院の整備等	6-30
(1) 公立病院改革	6-30
(2) 地域医療支援病院の整備	6-31
(3) 社会医療法人の役割	6-32
11 群馬大学との連携	6-33
12 医療に関する情報化	6-35
(1) 医療情報の連携・ネットワーク化の推進	6-35
(2) 医療・薬局機能、介護サービス情報の提供	6-36
(3) 地域連携クリティカルパス	6-38

第7章 保健医療従事者等の確保	7-1
1 医師	7-2
(1) 医師の県内定着、特定地域における医師の確保	7-2
(2) 研修医の確保	7-6
(3) 特定診療科の医師の確保	7-7
(4) 女性医師等の働きやすい就業環境づくり	7-9
2 歯科医師	7-10
3 薬剤師	7-12
4 保健師	7-14
5 助産師	7-16
6 看護師・准看護師	7-18
7 その他の保健医療従事者	7-21
8 介護サービス従事者	7-23
第8章 計画の推進・評価	8-1
第1節 計画の推進	8-2
第2節 計画の評価	8-5
第3節 計画の変更	8-5
資料編	
第1節 策定作業	
第2節 策定体制別委員等名簿	

第1章

計画に関する基本的な考え方

1 計画策定の趣旨

本県では、昭和63年6月に群馬県保健医療計画を策定して以来、保健医療を取り巻く環境の変化に応じ、医療提供体制の整備や医師確保対策など様々な取組を展開するとともに、必要に応じて計画の改定を行ってきました。

そして現在、急速な高齢化の進展や、生活習慣病の増加などの疾病構造の変化、医療技術の高度化・専門化、県民の健康に対する意識の高まりなど、保健医療を取り巻く環境は著しく変化しており、医師や看護師等の医療従事者の不足も課題となっているところです。

また、介護分野においても、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者の増加など、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まっています。

特に今後、平成37年（2025年）には団塊の世代すべてが75歳以上となる本格的な超高齢社会を迎えるに当たり、医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる環境を整備していくことが求められています。

こうした中、県民一人ひとりが健やかで生きがいのある幸せな生活を送るためには、保健・医療・福祉が連携を取りながら、限りある資源を効率的・効果的に提供できるよう、将来も見据えて、質の高いサービスを地域において切れ目なく提供できる体制を確立し、充実した保健医療施策の推進を図ることが必要です。

また、患者それぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を効果的かつ効率的に提供するため、病床機能の分化・連携を進めるとともに、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスの提供体制を充実させていくことが重要となります。

本県では、平成27年4月に第7次群馬県保健医療計画を策定し、さらに平成28年11月には群馬県地域医療構想を定めて追加したところですが、計画の期間が平成29年度までとなっていることから、これまでの県の取組や国が定める医療計画基本指針等も踏まえ、改めて今後の保健医療のあり方などを検討し、県民が良質かつ適切な医療を安心して受けられる体制を構築するため、第8次群馬県保健医療計画を策定しました。

2 計画の理念

この計画では、第15次群馬県総合計画「はばたけ群馬プランⅡ」における基本目標である「誰もが安全で安心できる暮らしづくり」や「地域を支え、経済・社会活動を支える人づくり」を踏まえ、「県民の医療に対する安心と信頼を確保するため、県民と患者の視点に立って、将来にわたり良質かつ適切な医療が効率的かつ効果的に提供できる体制を確立する」ことを基本理念とするとともに、次の視点に立って施策の展開を図ることとします。

- (1) 安全で質の高い医療を提供する体制を整備し、県民の健康と元気な暮らしを支える。
- (2) 誰もが住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、医療と介護が持続的に切れ目なく提供される体制を構築する。
- (3) 地域の医療を支える医療従事者の確保・養成と、働きやすい環境を整備する。

3 計画の位置付け

この計画は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項の規定に基づき策定する医療計画です。

また、第15次群馬県総合計画「はばたけ群馬プランⅡ」の個別計画として、医療分野における最上位計画の役割を持つとともに、計画の策定及び推進に当たっては次に掲げる保健・医療・福祉などの関連施策に関する各種計画との整合性を図ります。

〔整合性を図る各種計画（主なもの）〕

- ・群馬県医療費適正化計画
- ・群馬県がん対策推進計画
- ・群馬県感染症予防計画
- ・群馬県新型インフルエンザ等対策行動計画
- ・群馬県肝炎対策推進計画
- ・群馬県結核予防計画
- ・元気県ぐんま21（群馬県健康増進計画）
- ・群馬県歯科口腔保健推進計画
- ・群馬県高齢者保健福祉計画（群馬県老人福祉計画、群馬県介護保険事業支援計画）
- ・バリアフリーぐんま障害者プラン（群馬県障害者計画、群馬県障害福祉計画、群馬県障害児福祉計画）
- ・群馬県自殺総合対策行動計画 など

4 計画の期間

この計画の期間は、平成30年度から平成35年度までの6年間とします。

なお、在宅医療その他の必要な事項については3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合には計画の変更を行うことで、市町村介護保険事業計画や県介護保険事業支援計画との整合性を図ることとします。

このほか、計画期間内であっても、保健医療を取り巻く社会・経済環境の変化等により必要があると認めるときは計画の見直しを行うこととします。

5 将来に向けた取組

この計画では、計画の期間中、5疾病・5事業及び在宅医療の連携体制や病床機能の分化・連携、望ましい圏域のあり方や関係者の役割分担など、それぞれの地域における協議や検討を継続的に行うことで、地域の実情に応じた取組を進めることとします。

また、保健医療を取り巻く社会・経済環境の変化等に機敏に対応するため、地域の医療関係者や市町村と連携しながら、より効率的・効果的な施策や取組を展開できるよう努めます。

(余白)

第2章

群馬県の現状

1 人口構造

(1) 総人口

本県の総人口は平成16年の2,035,542人をピークに減少しており、平成29年10月1日現在で1,958,615人となっています。

これを年齢別の構成比で見ると、年少人口（0～14歳）が240,959人、生産年齢人口（15～64歳）が1,139,895人、老年人口（65歳以上）が561,336人でした。

また、総人口に占める構成割合で見ると、年少人口が12.4%、生産年齢人口が58.7%であり、ともに減少傾向が続いていますが、老年人口は28.9%と過去最高でした。

老年人口の割合を二次保健医療圏別で見ると、吾妻保健医療圏が37.1%、富岡保健医療圏が35.0%、沼田保健医療圏が34.2%など山間部を中心に高齢化が進んでいる状況です。

本県人口の推移（推計を含む）

（単位：千人）



〔資料〕総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(H25年)」

※本県人口の将来推移値は国立社会保障・人口問題研究所の推計であって、県総合計画等における人口の将来展望の数値とは異なる。

二次保健医療圏の年齢3区分別人口（平成29年10月1日）

（単位：人）

二次保健医療圏	総数	0～14歳		15～64歳		65歳以上	
前橋	334,715	40,582	12.4%	192,491	58.7%	94,626	28.9%
渋川	112,450	13,549	12.1%	64,654	57.7%	33,792	30.2%
伊勢崎	246,364	32,967	13.5%	151,368	62.0%	60,003	24.6%
高崎・安中	427,193	54,177	12.8%	248,858	58.7%	120,969	28.5%
藤岡	67,651	7,789	11.5%	38,483	57.0%	21,248	31.5%
富岡	70,561	7,542	10.7%	38,200	54.3%	24,603	35.0%
吾妻	54,724	5,230	9.6%	29,158	53.3%	20,280	37.1%
沼田	81,030	8,783	10.9%	44,376	54.9%	27,600	34.2%
桐生	161,958	17,513	10.9%	90,829	56.3%	52,958	32.8%
太田・館林	401,969	52,827	13.2%	241,478	60.4%	105,257	26.3%
県計	1,958,615	240,959	12.4%	1,139,895	58.7%	561,336	28.9%

※年齢不詳者は総数のみに含まれている

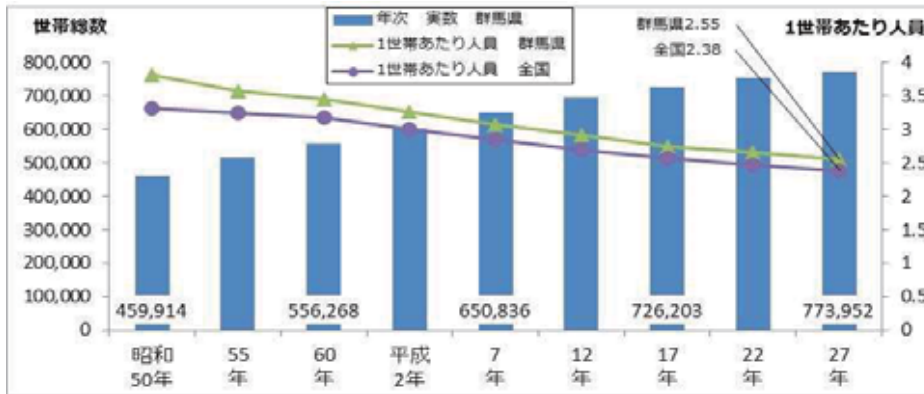
〔資料〕県「年齢別人口統計調査（H29年）」

(2) 世帯構成

本県における平成27年の世帯総数は773,952世帯で年々増加していますが、1世帯あたりの人員は2.55人となり、減少傾向が続いています。

また、一般世帯（住居と生計を共にしている人の集まり、一戸を構えている単身者、間借り・下宿屋等の単身者、会社等の独身寮の単身者）は772,014世帯で、平成22年からの5年間に17,690世帯（2.3%）増加しています。このうち65歳以上の高齢親族のいる世帯数は一般世帯数の44.5%を占めており、特に高齢単身世帯（65歳以上の単独世帯）や高齢夫婦世帯（夫が65歳以上、妻が60歳以上の夫婦のみの世帯）の割合が増加しています。

世帯総数と1世帯あたりの人員



〔資料〕 総務省「国勢調査」

二次保健医療圏別の世帯数

二次保健医療圏	世帯総数	一般世帯	施設等の世帯
前橋	136,900	136,591	309
渋川	40,988	40,823	165
伊勢崎	94,447	94,267	180
高崎・安中	172,561	172,154	407
藤岡	26,050	25,989	61
富岡	26,787	26,697	90
吾妻	22,192	21,936	256
沼田	31,782	31,716	66
桐生	64,901	64,758	143
太田・館林	157,344	157,083	261
県計	773,952	772,014	1,938

〔資料〕 総務省「国勢調査（H27年）」

本県の世帯構成の推移

区分	平成22年度		平成27年度		平成27－平成22年度	
高齢親族のいない世帯	447,926	59.4%	428,818	55.5%	▲ 19,108	95.7%
高齢親族のいる世帯	306,398	40.6%	343,196	44.5%	36,798	112.0%
高齢単身世帯	62,612	8.3%	79,885	10.3%	17,273	127.6%
高齢夫婦世帯	79,589	10.6%	94,018	12.2%	14,429	118.1%
その他	164,197	21.8%	169,293	21.9%	5,096	103.1%
一般世帯合計	754,324	100.0%	772,014	100.0%	17,690	102.3%

〔資料〕 総務省「国勢調査」

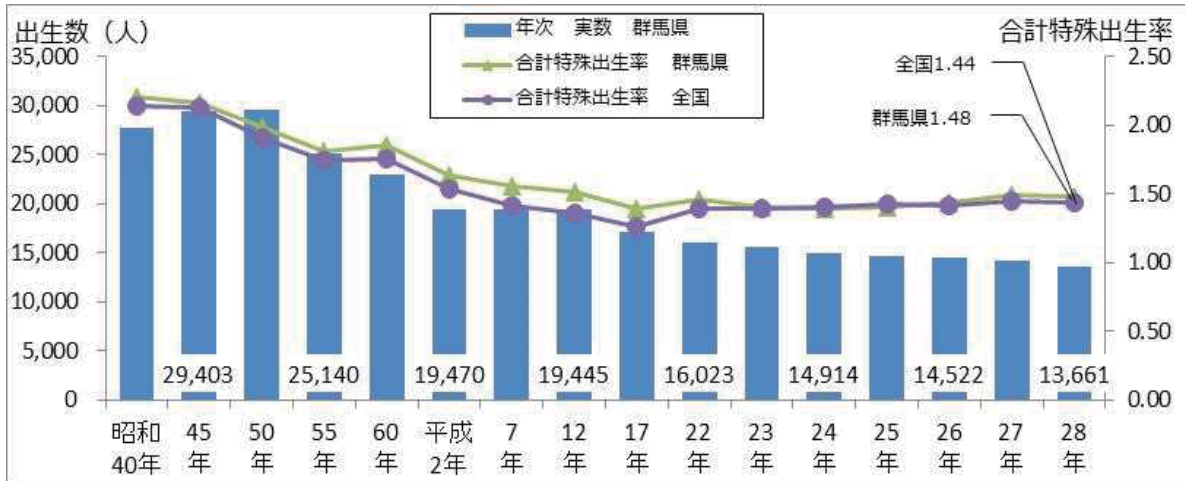
2 人口動態

(1) 出生

平成28年における本県の出生数は13,661人で、減少傾向が続いています。

1人の女性が一生涯に出産する子どもの数を示す合計特殊出生率は平成28年では1.48（全国1.44）となっており、少子化の進行が継続しています。

出生数及び合計特殊出生率



〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

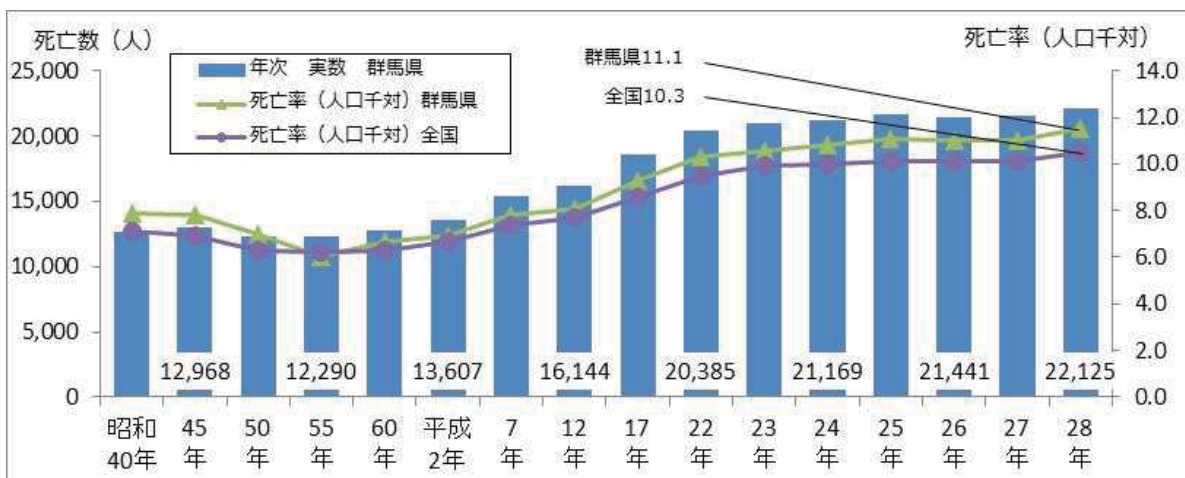
(2) 死亡

ア 死亡数及び死亡率

医療の進歩等に伴って死亡数は昭和50年代までおおむね減少してきましたが、その後、高齢化の進展を背景に年々増加傾向にあり、平成28年の死亡数は22,125人でした。

また、本県における死亡率（人口千人あたりの死亡数）は、全国と比べると、やや高い率で推移しています。

死亡数及び死亡率



〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

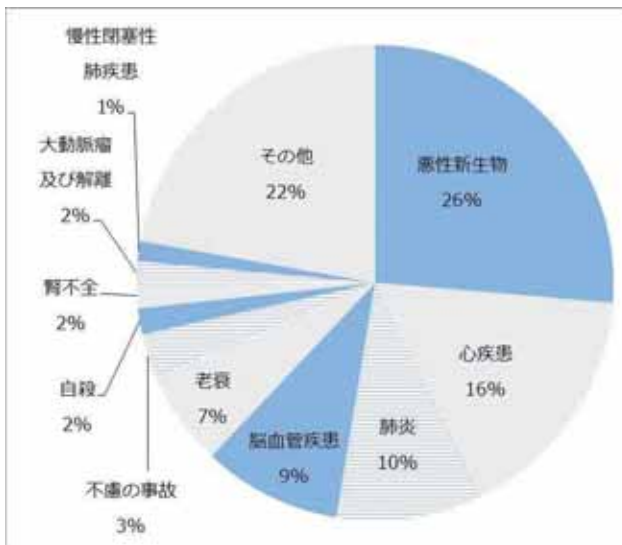
イ 死因及び死亡率

本県における平成28年の死因として、第1位は悪性新生物（がん）、第2位は心疾患、第3位は肺炎となっており、上位3つで全死亡数の52.6%を占めています。

悪性新生物は昭和60年から死因の第1位となり年々増加しています。第2位の心疾患は、昭和63年に脳血管疾患と入れ替わって初めて第2位となり、おおむね全国と同様の動きを示しています。第3位の肺炎は、高齢者の増加に伴い年々増加し、平成22年に脳血管疾患と入れ替わって第3位となりました。

3大死因以外の死因については、脳血管疾患、老衰、不慮の事故、自殺、腎不全、大動脈瘤及び解離、慢性閉塞性肺疾患の順となっています。

本県の死亡総数に占める割合



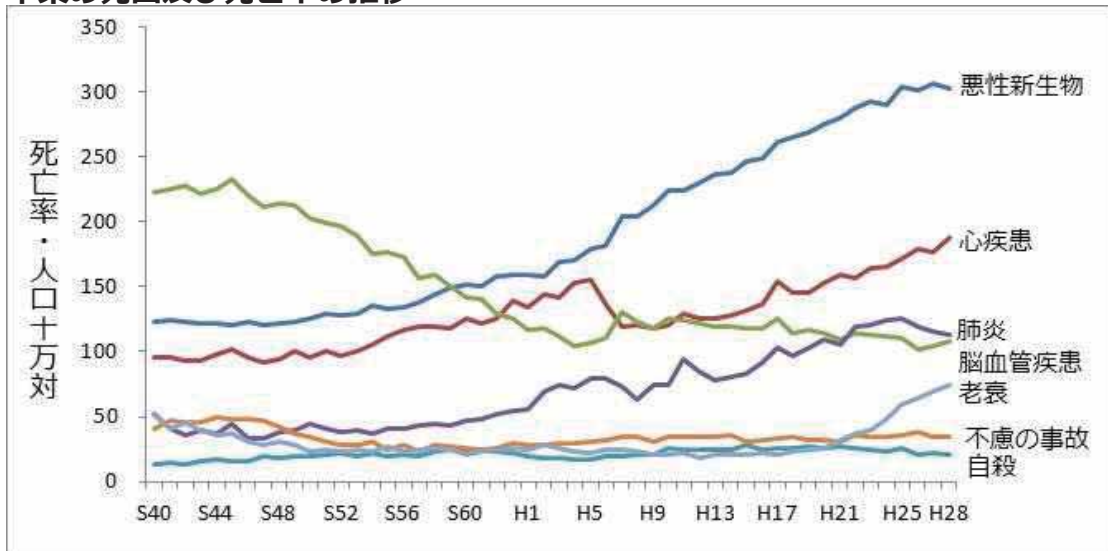
〔資料〕厚生労働省「人口動態調査（H28年）」

本県の死因別死亡率（人口10万対）

順位	死因	死亡率 (人口10万対)
1	悪性新生物	302.8
2	心疾患	187.8
3	肺炎	113.6
4	脳血管疾患	108.3
5	老衰	74.2
6	不慮の事故	34.9
7	自殺	20.2
8	腎不全	19.4
9	大動脈瘤及び解離	17.1
10	慢性閉塞性肺疾患	15.6
-	その他	254.9
	総数	1,148.8

〔資料〕厚生労働省「人口動態調査（H28年）」

本県の死因及び死亡率の推移



〔資料〕厚生労働省「人口動態調査（H28年）」

3 県民の健康状況

(1) 県民の健康意識

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、自分の健康状態についての認識は下表のとおりです。平成25年の調査結果と比較し、ほぼ同様の内容となっています。

自分の健康状態について

項目	平成25年		平成28年		平成28年－平成25年	
よい	10.8%	31.7%	11.4%	32.3%	+0.6%	+0.6%
まあよい	20.9%		20.9%		-	
普通	44.0%	44.0%	44.9%	44.9%	+0.9%	+0.9%
あまりよくない	19.9%	23.6%	18.3%	22.1%	▲1.6%	▲1.5%
よくない	3.7%		3.8%		+0.1%	

〔資料〕 県「保健医療に関する県民意識調査（H28年）」

(2) 生活習慣病の有病者・予備群

厚生労働省「国民健康・栄養調査（平成27年）」、県「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、糖尿病・高血圧症・脂質異常症・メタボリックシンドロームの予備群及び有病者の割合は下表のとおりです。

全国の割合を概ね下回っていますが、メタボリックシンドロームの予備群については男女とも全国の割合を上回っています。

生活習慣病の有病者・予備群の状況

項目		県		国（直近）	
		予備群	有病者（該当者）	予備群	有病者（該当者）
糖尿病	男性	6.8%	12.7%	14.7%	19.5%
	女性	6.5%	10.7%	14.9%	9.2%
高血圧症	男性	4.1%	49.1%	14.9%	56.9%
	女性	9.7%	33.3%	12.7%	40.1%
脂質異常症	男性	-	24.3%	-	26.0%
	女性	-	16.1%	-	20.2%
メタボリック シンドローム	男性	28.9%	19.4%	22.1%	29.0%
	女性	11.4%	8.9%	7.8%	10.6%

〔資料〕 厚生労働省「国民健康・栄養調査（H27年）」、〔資料〕 県「県民健康・栄養調査（H28年度）」

※表中の数値は、厚生労働省「国民健康・栄養調査（H27年）」の基準により判定された内容を掲載しています。

＜糖尿病＞ 予備群：糖尿病の可能性を否定できない人、有病者：糖尿病が強く疑われる人

＜高血圧症＞ 予備群：正常高値血圧者、有病者：高血圧症有病者

＜脂質異常症＞ 有病者：脂質異常症が疑われる人

＜メタボリックシンドローム＞ 予備群：メタボリックシンドロームの予備群と考えられる者

有病者：メタボリックシンドロームが強く疑われる者

4 県民の受療動向

(1) 県内の受療動向

ア 患者数

県「患者調査（平成27年）」によると、県人口の約1%が入院治療、約5%が外来治療を受けています。

施設の種別、患者住所別・受療の種別に見た患者数（1日当たり）

区分	総数	入院		外来	
		県内居住 (人口比)	県内居住 (人口比)	県内居住 (人口比)	県内居住 (人口比)
病院	43,012	39,706 2.0%	20,212 0.9%	22,800	21,154 1.1%
一般診療所	63,437	61,103 3.1%	514 0.02%	62,923	60,632 3.1%
歯科診療所	20,696	20,000 1.0%	-	20,696	20,000 1.0%
合計	127,145	120,809 6.1%	20,726 1.0%	106,419	101,786 5.2%

〔資料〕県「患者調査（H27年）」

※県「患者調査（H27年）」では、本県の人口は平成26年10月1日現在のデータ（1,975,105人）を用いている。

イ 医療圏相互の受療動向

県内の各保健医療圏間の受療動向をみると、前橋、渋川及び藤岡の各保健医療圏では、全入院患者のうち40%以上の患者が他の保健医療圏及び県外から流入しています。前橋保健医療圏では県内全域から一定の流入があり、渋川保健医療圏では隣接する保健医療圏からの流入が多くなっています。また、藤岡、太田・館林の各保健医療圏では、県外からの患者の流入が多くなっています。

(2) 県境地域における県外との連携

本県では、地理的条件等の関係から、県境地域において他県の住民が県内で受診したり、県内の住民が他県で受診したりするケースが多い状況にあります。他県からの患者の流入の状況を見ると、他県と接している藤岡保健医療圏では全入院患者のうち約27%が、太田・館林保健医療圏では全入院患者のうち約16%が他県からの流入患者となっています。

今後、関係各県と相互に情報共有や協議を進め、医療連携に取り組むことが必要となっており、本県では県境を越えた救急搬送に対応するために、ドクターヘリの運航や、救急搬送システムの運用に関して近隣県との広域連携を進めています。

患者流入率（総数）

受療地 住所	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・ 館林
流入率	27.3%	31.8%	20.9%	16.8%	32.6%	20.6%	13.4%	8.0%	11.4%	14.9%
前橋	72.7%	8.5%	4.5%	4.2%	0.6%	0.6%	1.5%	0.4%	1.3%	0.2%
渋川	5.5%	68.2%	0.2%	1.7%	0.0%	0.2%	3.4%	1.0%	0.1%	0.1%
伊勢崎	4.2%	2.0%	79.1%	2.1%	0.9%	0.1%	0.6%	0.0%	1.9%	1.6%
高崎・安中	7.9%	6.9%	2.0%	83.2%	11.0%	15.3%	1.2%	0.4%	0.2%	0.2%
藤岡	0.7%	0.6%	0.6%	2.4%	67.4%	1.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
富岡	0.4%	0.4%	0.3%	1.8%	0.9%	79.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%
吾妻	0.6%	5.3%	0.1%	0.3%	0.0%	0.1%	86.6%	2.4%	0.0%	0.0%
沼田	0.9%	4.1%	0.1%	0.4%	0.0%	0.1%	1.6%	92.0%	0.0%	0.0%
桐生	2.2%	0.6%	3.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.3%	0.0%	88.6%	2.4%
太田・館林	1.2%	0.6%	5.3%	0.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	85.1%
県外	2.3%	2.1%	3.4%	2.4%	15.6%	1.5%	3.9%	2.3%	2.5%	9.1%
不詳	1.4%	0.9%	0.8%	0.9%	3.3%	1.2%	0.6%	1.4%	1.0%	1.3%
総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

患者流入率（入院）

受療地 住所	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・ 館林
流入率	41.7%	54.8%	36.9%	25.7%	44.1%	30.8%	27.3%	16.9%	18.2%	24.0%
前橋	58.3%	13.0%	6.6%	5.7%	0.8%	1.0%	3.6%	0.7%	2.2%	0.4%
渋川	7.9%	45.2%	0.8%	3.7%	0.1%	0.4%	6.3%	1.7%	0.3%	0.1%
伊勢崎	6.0%	3.8%	63.1%	2.6%	1.6%	0.3%	1.2%	0.0%	2.5%	2.7%
高崎・安中	11.6%	12.2%	3.8%	74.3%	12.9%	21.2%	2.0%	0.8%	0.4%	0.3%
藤岡	1.5%	1.2%	0.9%	3.9%	55.9%	3.6%	0.2%	0.0%	0.1%	0.2%
富岡	1.0%	0.8%	1.3%	2.0%	1.4%	69.2%	0.6%	0.2%	0.1%	0.0%
吾妻	1.6%	6.0%	0.3%	0.9%	0.0%	0.2%	72.7%	5.5%	0.2%	0.0%
沼田	1.8%	9.2%	0.5%	0.8%	0.0%	0.2%	3.8%	83.1%	0.1%	0.0%
桐生	3.7%	1.1%	4.6%	0.6%	0.0%	0.1%	0.7%	0.0%	81.8%	3.7%
太田・館林	2.2%	1.4%	10.0%	0.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	7.3%	76.0%
県外	4.2%	5.1%	7.5%	4.3%	26.9%	3.5%	8.4%	6.7%	5.0%	16.4%
不明	0.4%	1.1%	0.6%	0.7%	0.4%	0.3%	0.4%	1.3%	0.2%	0.3%
総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

患者流入率（外来）

受療地 住所	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・ 安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・ 館林
流入率	24.1%	23.0%	17.3%	14.9%	30.1%	16.8%	5.7%	5.4%	9.7%	13.0%
前橋	75.9%	6.7%	4.0%	3.8%	0.5%	0.4%	0.4%	0.4%	1.1%	0.2%
渋川	5.0%	77.0%	0.1%	1.3%	0.0%	0.1%	1.9%	0.7%	0.0%	0.1%
伊勢崎	3.8%	1.3%	82.7%	2.0%	0.8%	0.0%	0.2%	0.1%	1.7%	1.4%
高崎・安中	7.1%	4.9%	1.7%	85.1%	10.6%	13.0%	0.8%	0.2%	0.2%	0.1%
藤岡	0.5%	0.3%	0.5%	2.1%	69.9%	0.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
富岡	0.3%	0.2%	0.1%	1.8%	0.8%	83.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
吾妻	0.4%	5.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	94.3%	1.5%	0.0%	0.0%
沼田	0.7%	2.1%	0.0%	0.3%	0.0%	0.1%	0.3%	94.6%	0.0%	0.0%
桐生	1.9%	0.4%	3.3%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	90.3%	2.1%
太田・館林	1.0%	0.3%	4.2%	0.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	87.0%
県外	1.8%	1.0%	2.5%	1.9%	13.1%	0.8%	1.4%	1.0%	1.9%	7.6%
不明	1.7%	0.8%	0.9%	0.9%	4.0%	1.5%	0.6%	1.5%	1.2%	1.5%
総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

〔資料〕 県「患者調査(H27年)」

5 医療機関の状況

(1) 病院

ア 本県の平成28年における病院数は130施設、人口10万人当たり6.6施設となっており、全国（6.7施設）とほぼ同程度となっています。

イ 病院の種別では、全病院数の90%にあたる117施設が一般病院（精神科病院以外の病院）で、13施設が精神科病院（精神病床のみを有する病院）です。

(2) 一般診療所

本県の平成28年における一般診療所数は1,558施設、人口10万人当たり79.0施設となっており、全国（80.0施設）とほぼ同程度となっています。

(3) 歯科診療所

本県の平成28年における歯科診療所数は973施設、人口10万人当たり49.3施設となっており、全国（54.3施設）をやや下回っています。

二次保健医療圏別の医療機関の状況（平成28年10月1日現在）

二次保健 医療圏	病院施設数			病院病床数						一般診療所		歯科診療所
	総数	一般病院	精神科病院	総数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	施設数	病床数	施設数
前橋	20	18	2	4,506	3105	401	983	9	8	339	315	196
渋川	11	8	3	2,263	1,081	155	973	50	4	75	34	46
伊勢崎	11	9	2	2,711	1,478	420	809	-	4	167	163	106
高崎・安中	32	31	1	4,553	2,636	1,019	882	10	6	384	328	221
藤岡	5	5	-	898	703	191	-	-	4	51	71	31
富岡	4	4	-	1,214	543	307	360	-	4	61	28	30
吾妻	9	8	1	1,505	787	491	223	-	4	36	59	18
沼田	7	7	-	990	704	282	-	-	4	57	68	35
桐生	12	11	1	2,252	1,299	583	366	-	4	131	108	99
太田・館林	19	16	3	3,754	2,314	840	590	-	10	257	127	191
県計	130	117	13	24,646	14,650	4,689	5,186	69	52	1,558	1,301	973
	6.6	5.9	0.7	1249.1	742.5	237.6	262.8	3.5	2.6	79.0	65.9	49.3
全国	8,442	7,380	1,062	1,561,005	891,398	328,161	334,258	5,347	1,841	101,529	103,451	68,940
	6.7	5.8	0.8	1229.8	702.3	258.5	263.3	4.2	1.5	80.0	81.5	54.3

（備考：上段は実数、下段は人口10万対）

〔資料〕厚生労働省「医療施設（動態）調査（H28年）」

県「移動人口調査（H28年）」

※表中の全国の数値はH27のもの。H28の数値については、H30.1月末に判明する予定。

(4) 診療科目

本県の平成28年における診療科目別に見た病院及び一般診療所（重複計上）は次のとおりです。

保健医療圏別、診療科目別に見た病院一般診療所数（平成28年10月1日現在）

区分	内	呼	循	消	腎	神	糖	血	皮	ア	リ	感	小	精	心	外	呼	循	乳	気	消	泌	
	科	吸	環	化	臓	経	尿	液	膚	レル	ウ	染	児	神	療	科	吸	環	腺	管	化	尿	
	器	器	器	器	内	内	病	内	科	ギー	マ	症	科	科	内	科	器	器	外	食	器	器	
	内	内	内	内	科	科	内	科	科	科	チ	内	科	科	科	科	外	外	道	外	外	科	
	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科	
病院	前橋	15	6	8	7	2	7	3	2	7	2	2	1	6	6	2	11	2	4	2	0	4	6
	渋川	8	1	4	2	1	1	1	1	1	1	2	0	4	7	2	4	1	2	1	0	2	2
	伊勢崎	11	5	8	6	2	4	3	0	3	1	3	0	2	4	2	9	0	1	1	0	2	2
	高崎・安中	26	9	16	10	5	5	4	1	13	4	7	0	9	9	2	20	4	6	7	1	12	15
	藤岡	5	4	5	3	2	3	2	3	3	1	3	0	2	2	1	4	1	1	1	0	3	2
	富岡	4	1	2	2	0	2	1	0	4	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	1	2
	吾妻	6	0	3	2	0	1	1	0	1	0	1	0	3	3	0	3	1	0	0	0	0	3
	沼田	6	4	5	5	2	3	3	1	4	2	3	0	3	1	0	5	1	1	2	0	3	2
	桐生	10	3	5	5	1	2	3	1	4	1	2	0	5	3	0	5	3	1	2	0	2	3
	太田・館林	18	8	8	10	3	3	3	1	8	3	5	0	4	8	2	12	4	5	2	1	6	11
合計	109	41	64	52	18	31	24	10	48	15	28	1	40	45	11	75	17	21	18	2	35	48	
一般診療所	前橋	148	37	43	59	9	8	13	3	24	28	13	2	49	22	11	31	0	1	3	0	5	7
	渋川	34	10	11	11	0	1	3	0	11	5	2	0	14	2	2	7	0	1	0	0	0	6
	伊勢崎	62	13	24	23	1	2	5	0	15	11	7	0	34	4	2	12	0	0	0	1	0	5
	高崎・安中	163	23	36	60	2	9	12	1	35	15	15	1	55	16	19	36	0	0	2	0	10	17
	藤岡	26	3	5	14	2	1	0	2	4	2	5	0	12	2	1	11	0	0	0	1	2	4
	富岡	34	3	8	13	1	2	1	0	7	3	2	1	8	1	2	7	0	0	1	0	0	3
	吾妻	20	1	2	4	0	1	0	0	2	0	0	0	12	0	1	4	0	1	0	0	0	1
	沼田	31	2	5	4	1	3	1	2	5	1	2	0	28	1	2	6	0	1	1	0	1	3
	桐生	70	7	18	15	0	4	5	0	13	7	4	0	30	2	2	11	0	0	0	0	0	2
	太田・館林	115	11	22	32	2	6	6	0	20	17	10	0	74	7	6	21	0	0	2	0	0	5
合計	703	110	174	235	18	37	46	8	136	89	60	4	316	57	48	146	0	4	9	2	18	53	

区分	肛	脳	整	形	美	眼	耳	小	産	産	産	婦	リ	放	麻	病	臨	救	歯	矯	小	歯
	門	神	形	成	容	科	鼻	児	婦	婦	婦	人	ハ	射	酔	理	床	急	科	正	児	科
	外	経	外	外	外	科	い	外	人	人	人	ビ	線	科	診	検	科	科	歯	歯	口	科
	科	外	科	科	科	科	ん	科	科	科	科	リ	科	科	断	査	科	科	科	科	腔	科
	科	科	科	科	科	科	こ	科	科	科	科	ビ	科	科	科	科	科	科	科	科	科	科
病院	前橋	3	3	12	2	1	6	3	0	4	1	2	12	5	10	5	2	2	3	0	0	3
	渋川	0	2	4	2	0	3	2	1	1	1	2	4	2	2	1	0	0	3	0	0	1
	伊勢崎	3	4	7	1	0	4	3	0	1	0	1	6	5	2	2	1	1	4	0	0	2
	高崎・安中	7	8	21	1	0	6	4	2	2	0	4	15	13	12	2	1	3	7	0	0	7
	藤岡	3	1	4	0	0	2	1	0	2	0	0	4	2	2	1	1	2	1	1	0	1
	富岡	0	1	2	0	0	2	2	0	1	0	0	3	1	1	1	0	0	2	0	0	1
	吾妻	1	2	6	0	0	1	1	0	1	0	2	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0
	沼田	3	4	6	1	0	3	2	0	1	0	2	6	3	4	1	0	2	0	0	0	0
	桐生	0	5	8	1	0	4	1	0	1	0	0	11	5	5	2	0	1	2	0	0	2
	太田・館林	3	8	12	6	0	5	4	1	2	0	4	12	8	8	2	1	1	3	1	0	5
合計	23	38	82	14	1	36	23	4	16	2	17	77	47	48	17	6	12	25	2	0	22	
一般診療所	前橋	8	2	36	3	1	13	12	1	5	3	5	16	5	3	1	0	0	0	0	0	0
	渋川	2	0	7	1	0	4	3	0	1	1	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0
	伊勢崎	8	2	17	1	0	11	6	0	4	0	1	8	3	2	0	0	0	1	0	0	0
	高崎・安中	6	7	39	6	2	22	16	0	9	2	6	21	9	5	0	0	0	2	0	1	2
	藤岡	2	1	9	0	0	3	3	1	2	0	1	6	2	3	0	0	0	0	0	0	0
	富岡	1	1	9	0	0	2	2	0	2	2	2	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	吾妻	0	1	4	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	沼田	1	3	9	0	0	4	2	0	3	0	1	3	1	0	0	0	0	3	0	2	1
	桐生	3	1	9	1	0	7	4	1	3	0	4	6	2	3	1	0	0	1	0	0	0
	太田・館林	8	4	19	3	0	18	8	0	3	2	7	17	3	5	0	0	1	0	0	1	0
合計	39	22	158	15	3	85	56	3	33	10	29	88	29	23	2	0	1	8	0	4	3	

〔資料〕 県「医療施設機能調査 (H28年度)」

第3章

保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏

1 保健医療圏設定の意義

住み慣れた地域で安心した生活を送るためには、必要とする保健医療サービスを、県民誰もが必要に応じて適切に受けられることが必要です。

こうした県民の保健医療ニーズに対応するため、一次、二次、三次の各保健医療圏を設定し、保健・医療・福祉を担う機関や団体等の相互の機能分担と連携を図ることにより、県民の安心を支え、効率的で安全な保健医療サービスを提供できる体制の整備を目指しています。

(1) 一次保健医療圏（区域：市町村）

県民の日常生活に密着した保健医療サービスの提供や、頻度の高い一般的な疾病の治療などを行うための最も基礎的な圏域です。

頻度の高い一般的な疾病には、かかりつけ医を中心とした身近な地域の医療体制が必要であり、介護保険事業や健康増進事業などは市町村が実施主体であること等から、住民に身近な地域での保健・医療・福祉の連携体制構築を図るため、市町村区域となっています。

具体的には、次のようなサービスが提供されます。

- ・ かかりつけ医による一般的な診療
- ・ 市町村保健センター等を中心とした健康管理、疾病の予防活動などの身近な保健サービス

(2) 二次保健医療圏（区域：県内の10圏域）

高度・特殊な医療を除く一般的な入院医療、リハビリテーション及び比較的専門性の高い保健医療サービスの提供を行う圏域です。

主にこの圏域を単位として、保健医療サービスを提供するための施設や設備、医師や看護師等の医療従事者の適正配置及び保健医療提供体制の体系化を図っていきます。

具体的には、次のような保健医療施策が実施されます。

- ・ 一般病床及び療養病床の整備
- ・ 保健医療施設の機能分担・連携の促進、地域医療支援病院の整備
- ・ 救急医療体制の整備、へき地医療の確保、地域リハビリテーションの確保

(3) 三次保健医療圏（区域：県）

高度・特殊な医療や、より広域的に実施すべき保健医療サービスの提供を行う圏域です。具体的には、次のような保健医療施策が実施されます。

- ・ 精神病床、結核病床及び感染症病床の整備
- ・ 統合型医療情報システムや周産期医療情報システムの運用
- ・ 先進的な技術や特殊な医療機器を必要とする医療機能の整備
- ・ 発生頻度が低い疾病に対する医療や専門性の高い救急医療の確保

2 二次保健医療圏

本県の二次保健医療圏については、次表の市町村で構成される10圏域とします。

圏域名	構成市町村	面積 (Km ²)	人口 (人)
前橋保健医療圏	前橋市	311.59	334,715
渋川保健医療圏	渋川市、榛東村、吉岡町	288.65	112,450
伊勢崎保健医療圏	伊勢崎市、玉村町	165.22	246,364
高崎・安中保健医療圏	高崎市、安中市	735.47	427,193
藤岡保健医療圏	藤岡市、神流町、上野村	476.73	67,651
富岡保健医療圏	富岡市、甘楽町、下仁田町、南牧村	488.66	70,561
吾妻保健医療圏	中之条町、長野原町、嬭恋村、草津町、高山村、東吾妻町	1,278.55	54,724
沼田保健医療圏	沼田市、片品村、川場村、みなかみ町、昭和村	1,765.69	81,030
桐生保健医療圏	桐生市、みどり市	482.87	161,958
太田・館林保健医療圏	太田市、館林市、板倉町、明和町、千代田町、大泉町、邑楽町	368.87	401,969
合計	35市町村	6,362.28	1,958,615

〔資料〕 国土地理院「面積調（H28年）」、県「年齢別人口統計調査（H29年）」

なお、四捨五入の関係で圏域面積の合計と県面積とは一致しない。

3 二次保健医療圏の再検討

(1) 二次保健医療圏の設定の見直し基準について

国が定める医療計画作成指針では、二次保健医療圏の設定について、人口規模が20万人未満の二次医療圏については、流入入院患者割合が20%未満であり、かつ、流出入院患者割合が20%以上となっている場合には、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるものとして、医療圏設定の見直しを検討することが必要とされています。

(2) 二次保健医療圏の現状について

本県の既設の10保健医療圏で、圏域の人口規模が20万人未満となるのは6保健医療圏ありますが、県「患者調査（平成27年）」では、この6圏域のうち、流入入院患者割合が20%未満で、かつ、流出入院患者割合が20%以上となることはありませんでした。

(3) 第8次計画における二次保健医療圏の設定について

第8次計画では、次の理由から、既設の10保健医療圏を維持することとします。

- ア 既設の10保健医療圏のうち、国の医療計画作成指針で求められる見直し基準に該当する圏域がないこと。
- イ 既設の10保健医療圏を基本として、各種拠点病院の整備等、様々な医療需要に効率的に対応できる保健医療提供体制の構築が進展していること。
- ウ 広域的な医療需要に対しては、疾病・事業ごとに柔軟に対応する「二.五次保健医療圏」を設定し、医療機関間で連携体制の構築が図られていること。

なお、今後の地域医療構想の推進や地域包括ケアシステムの構築などを踏まえながら、第8次計画の期間中も、引き続き二次保健医療圏のあり方や県、市町村、医療関係者の役割などについて検討していくこととします。

4 二.五次保健医療圏

(1) 二.五次保健医療圏の設定について

本県では、第6次計画（計画期間：H22年度～H26年度）の策定の際に、次のような医療・社会情勢の変化を踏まえ、二次保健医療圏のあり方について関係者との協議や検討を進めました。

- ・ 特定の診療科を中心として医師不足が進行しており、一部の医療機関では医療機能に影響が出ていること。
- ・ 医療技術の進展の中で、t-P Aのように、限られた時間の中で、多くの医療スタッフが対応するなど、従来の圏域を越えて複数の医療機関が連携して地域医療を守っていく必要性が高まっていること。

こうしたことから、第6次計画からは、本県独自の考え方として、疾病や事業によっては医療資源の状況などから二次保健医療圏より広域的かつ柔軟に対応する「二.五次保健医療圏」を設けています。

(2) 第8次計画における二. 五次保健医療圏

限られた医療資源を有効に活用するため、第8次計画においても、従来の「二. 五次保健医療圏」の考え方を継承し、複数の二次保健医療圏の関係機関が連携して、広域的かつ柔軟に医療需要に対応することとします。

【二次保健医療圏と二.五次保健医療圏の関係】

<二次保健医療圏と二. 五次保健医療圏の関係>

二次保健医療圏	二. 五次保健医療圏					
	疾病				事業	
	脳卒中	心筋梗塞等の 心血管疾患	糖尿病	がん	周産期	小児
高崎・安中保健医療圏 (高崎市・安中市)	西部圏域				西毛圏域	
藤岡保健医療圏 (藤岡市・神流町・上野村)						
富岡保健医療圏 (富岡市・甘楽町・下仁田町・南牧村)						
桐生保健医療圏 (桐生市・みどり市)	東部・伊勢崎圏域		東部圏域		東毛圏域	
太田・館林保健医療圏 (太田市・館林市・板倉町・明和町・千代田町・大泉町・邑楽町)						
伊勢崎保健医療圏 (伊勢崎市・玉村町)	中部圏域				中毛圏域	
前橋保健医療圏 (前橋市)						
渋川保健医療圏 (渋川市・榛東村・吉岡町)						
吾妻保健医療圏 (中之条町・長野原町・嬬恋村・草津町・高山村・東吾妻町)	吾妻・渋川・前橋圏域				北部圏域	
沼田保健医療圏 (沼田市・片品村・川場村・みなかみ町・昭和村)						
利根沼田圏域					北毛圏域	
県 計	5圏域				4圏域	

(注) 5 疾病・5 事業及び在宅医療のうち、精神疾患、救急医療、災害医療、へき地医療及び在宅医療については、個別事業ごとに圏域を設定して医療連携体制の構築を推進します。

第2節 基準病床数

1 基準病床数

基準病床数は、病院及び診療所の病床の適正配置を促進することを目的に、医療法第30条の4第2項第14号の規定に基づき、病床整備の基準として、病床の種別ごとに定めるものです。

一般病床及び療養病床に係る基準病床数は二次保健医療圏ごとに、精神病床、結核病床及び感染症病床は県全域で定めます。

なお、基準病床数は整備すべき病床数を示すものであって、現在ある病床を強制的に基準病床数まで削減させるというものではありません。

保健医療計画で定めた基準病床数を既存病床数が上回っている、いわゆる「病床過剰地域」では、病院の開設・増床・病床種別の変更又は診療所の病床の設置・増床を行おうとする場合は、原則として、開設中止等の知事の勧告の対象となります。

ただし、「病床過剰地域」においても、医療の高度化や機能分化のため病床の増床や再編が必要な場合には、基準病床数制度における特定の病床に係る特例措置や公的医療機関等の再編統合の特例措置、地域医療連携推進法人制度の活用などにより病床の整備ができる場合があります。

この計画における基準病床数は次の表のとおりです。

【地域医療連携推進法人制度とは】

地域医療連携推進法人は、平成29年4月2日から始まった新たな制度で、地域医療構想や地域包括ケアシステムを達成するための一つの選択肢として創設されました。

この制度では、医療機関における機能の分担及び業務の連携を推進するための方針を定め、当該方針に沿って、参加法人の医療機関の機能の分担及び業務の連携を推進することを目的とする一般社団法人を都道府県知事が地域医療連携推進法人として認定する仕組みとなっています。

地域医療連携推進法人には介護事業等を実施する非営利法人も参加することができることとされており、介護との連携も図りながら、地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を果たすものとされています。また、当該法人に参加する施設間で病床数の調整ができるなどのメリットがあるとされています。

なお、県が地域医療連携推進法人の認定等を行うに当たっては、地域医療構想との整合性に配慮するとともに、あらかじめ都道府県医療審議会の意見を聴くこととされています。

(1) 一般病床及び療養病床

圏 域	基準病床数	既存病床数		
		一般病床	療養病床	
前橋保健医療圏	3,233	3,581	3,159	422
渋川保健医療圏	680	1,046	891	155
伊勢崎保健医療圏	1,665	1,901	1,462	439
高崎・安中保健医療圏	3,216	3,474	2,507	967
藤岡保健医療圏	641	913	722	191
富岡保健医療圏	725	825	549	276
吾妻保健医療圏	437	867	376	491
沼田保健医療圏	645	958	688	270
桐生保健医療圏	1,189	1,678	1,119	559
太田・館林保健医療圏	2,469	3,093	2,281	812
合 計	14,900	18,336	13,754	4,582

(2) 精神病床

圏 域	基準病床数	既存病床数
県 全 域	4,301	5,009

(3) 結核病床

圏 域	基準病床数	既存病床数
県 全 域	40	65

(4) 感染症病床

圏 域	基準病床数	既存病床数
県 全 域	52	52

(※既存病床数はいずれも平成29年10月末現在)

※ 基準病床数は試算値で、確定値ではありません。今後若干変更となる場合があります。

2 届出により一般病床等を設置できる診療所（特例診療所）

医療法第7条第3項及び医療法施行規則第1条の14第7項第1号及び第2号の規定に基づき、次の診療所については、一般病床又は療養病床の設置について許可を受けることを要せず届出により設置できるとされています。

- ・ 医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう）の構築のために必要な診療所
- ・ へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所

なお、上記の診療所に該当するかどうかについては、届出前に事前計画書等の提出を求める等の方法で確認するとともに、都道府県医療審議会の議を経るものとされています。

第4章

疾病・事業ごとの 医療連携体制の構築

第1節 医療連携の推進

医療連携体制の構築

医療の高度化・専門化が進むにつれ、疾病の発症から在宅療養に至るまでを一人の医師、1つの医療機関で対応することが難しくなっています。

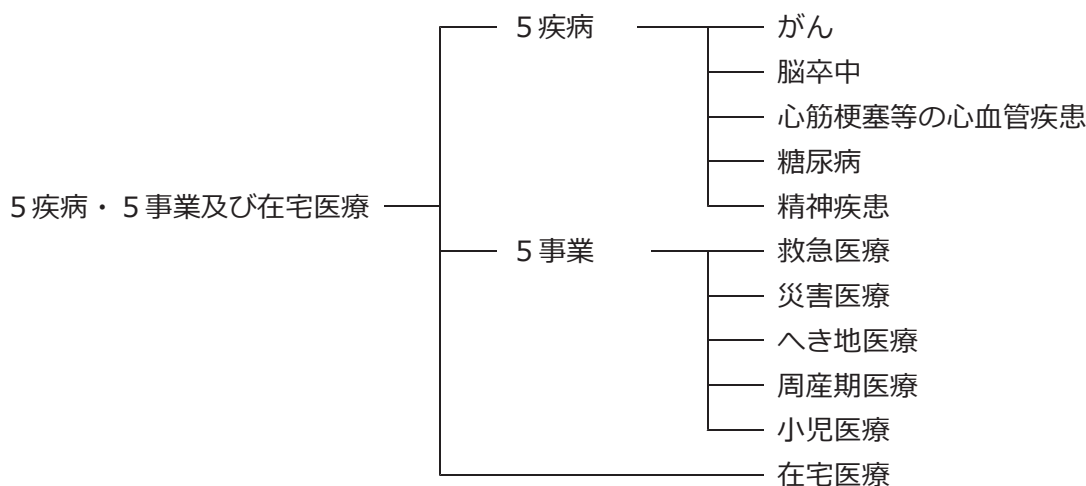
急性期など濃厚な治療を必要とする時期と、回復期や維持期などリハビリテーションや定期的な検査・指導等を必要とする時期などで、複数の医療機関等により医療が提供される場合が多くなっていることから、治療途中で転院等を行うこととなる患者の不安を軽減するためにも、医療機関同士が連携し、切れ目のない医療サービスを提供することが求められています。

また、地域の中で限られた医療資源を有効活用する上では、医療機関がそれぞれの専門性を発揮しながら機能を分担し、連携して地域に必要な医療を提供していくことが必要です。

5疾病・5事業及び在宅医療

国が定める医療計画作成指針では、県民の健康保持や安心して医療を受けられる環境整備、地域医療の確保などの観点から、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病と、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の5事業並びに居宅における医療（在宅医療）について、地域ごとに医療連携体制を構築し、整備充実に努めることとされています。

また、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの機能を担う医療機関名なども計画に記載することで、県民や患者が地域の医療機能を理解し、病状・病期に適した医療を受けられるようにすることとされています。



医療機関名称等の公表

疾病・事業ごとのそれぞれの医療機能を担う医療機関名については別冊に一覧としてまとめ県ホームページに掲載するとともに、必要に応じて適宜更新するなど、わかりやすく情報提供しています。

そのほか、疾病・事業ごとの求められる医療機能、医療機関の掲載基準、及び現状を把握するための指標も同様に掲載しています。

第2節 疾病・事業ごとの医療連携体制

1 がんの医療連携体制構築の取組

- がんの予防に関する普及啓発を図るとともに、がん検診及び精密検査の受診率向上を図ります。
- 質の高いがん治療が提供できる体制の維持・強化を図ります。
- 切れ目のない医療・緩和ケア及び介護が提供できる体制の構築を推進します。

現状と課題

概況

(1) がんとは

人間のからだは、肺や消化管など、たくさんの細胞が集まってできた様々な臓器や組織からできています。「がん」は、遺伝子が傷つくことによりできた「異常な細胞＝がん細胞」が増殖して広がる病気であり、基本的にほぼ全ての臓器・組織で発生します。

(2) 罹患者数

県保健予防課「がん登録事業報告（平成25年）」によると、本県では、年間約1万3千人を超える人が新たに「がん」にかかっています。

(3) 死亡数

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県では、年間6千人弱の人が「がん」で亡くなり、死亡数全体の26.4%を占めています。死亡原因の第1位であり、全国においても同様です。死亡数全体に占める割合は10年前（平成17年28.0%）と比較し減少しています。

(4) 75歳未満年齢調整死亡率

国立がん研究センターがん情報サービス（がん登録・がん統計）「人口動態統計による都道府県別がん死亡データ（平成27年）」によると、高齢化及び年齢構成の影響を除いた75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）について、本県は75.4（全国78.0）であり、減少傾向にあります。

平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
89.0	85.5	84.5	83.5	80.7	83.2	81.4	78.7	77.8	78.3	75.4

（国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」）

(5) 5年相対生存率

国立がん研究センターがん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計2006－2008年生存率報告」によると、がんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標である5年相対生存率について、本県は62.2%であり、全国（62.1%）と同様となっています。しかしながら、最初に「がん」が発生した部位による差は大きく、肺がん、膵臓がんの5年相対生存率はそれぞれ29.0%（全国31.9%）、6.2%（全国7.7%）となっています。

1 予防・早期発見（検診）

がんの危険因子は、喫煙（受動喫煙含む。）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など様々なものがあります。がんの予防には、これら生活習慣の改善やウイルス感染予防が重要です。

また、がんの早期発見・早期治療につなげるため、科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診が重要です。

（1）たばこ対策

県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、本県の喫煙率は、男性が40.5%（全国30.2%）、女性が12.2%（全国8.2%）となっており、全国に比べ高くなっています。喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となっていることが知られており、男性においては、がんの最大の要因であるため、禁煙支援、未成年者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙防止対策を強化する必要があります。

（2）生活習慣対策

県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、本県の成人1日あたりの食塩摂取量は、男性が10.7g（全国10.8g）、女性が9.4g（全国9.2g）となっており、国が推奨する適正な食塩の目標量である男性8g、女性7gを上回っています。食塩のとりすぎ、多量の飲酒、野菜や果物をとらないことにより、がんのリスクが高まるということが明らかになっており、引き続き、生活習慣の改善に関する取組を実施していくことが必要です。

（3）感染症対策

日本人のがんの原因として、女性で一番、男性でも二番目に多いのが感染であり、引き続き、子宮頸がん予防、肝炎対策、HTLV-1感染予防など、ウイルス等の感染に起因するがんへの対策を実施していくことが必要です。

（4）がん検診

ア 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成28年）」によると、厚生労働省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定めるがん検診の本県の受診率は、胃がん41.3%（全国40.9%）、子宮頸がん43.1%（全国42.3%）、肺がん53.6%（全国46.2%）、乳がん43.3%（全国44.9%）、大腸がん40.3%（全国41.4%）となっており、概ね改善傾向にありますが、肺がん検診を除き、「群馬県がん対策推進計画」の目標である50%に達していないことから、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

イ 特に、乳がん及び子宮頸がんといった女性特有のがんに関する検診受診率は、乳がん43.3%（平成22年43.1%）、子宮頸がん43.1%（平成22年41.6%）と伸び悩んでおり、受診率向上に向けた対策の強化が必要です。

ウ 各保健福祉事務所ごとの地区地域・職域連携推進協議会の設置、全国健康保険協会群馬支部（協会けんぽ）との協定締結など、地域保健・職域保健の連携の取組を進めており、引き続き、取組を推進していくことが必要です。

エ 体の不調を感じたら、まずは医療機関を受診することが必要であり、普段から健康につ

いて気軽に相談できる「かかりつけ医」を持つことが重要です。

(5) がん検診の精度管理

ア 群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会では、科学的根拠に基づくがん検診の推進、市町村がん検診の精度管理のための協議を行い、必要に応じて市町村へ助言等しており、この取組を継続していくことが必要です。

イ 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（平成26年度）」によると、厚生労働省が指針で定めるがん検診の本県の精密検査受診率は、胃がん検診87.8%（全国81.4%）、子宮頸がん検診78.2%（全国70.4%）、肺がん検診85.3%（全国78.6%）、乳がん検診91.4%（全国86.0%）、大腸がん検診68.6%（全国66.6%）となっており、全てで全国を上回っています。しかし、早期発見・早期治療につなげるためには、精密検査を受診することが重要であり、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

(6) がん登録

平成28年1月から「がん登録等の推進に関する法律」の施行により全国がん登録制度がスタートし、がん登録データが国立がん研究センターで一元的に管理されることとなり、今後はデータをどのように活用するかの検討が必要です。

2 治療

がんによる死亡者を減少させるためには、どこにいても、質の高いがん治療を受けられる体制が整備されていることが重要です。また、がん患者のQOL（生活の質）を高めるためには、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケア、リハビリテーションなど、がん患者の状況に応じた医療を提供できる体制の構築が必要です。

(1) 手術療法・放射線療法・薬物療法

ア 10ある二次保健医療圏のうち9つで厚生労働大臣が指定する「がん診療連携拠点病院」が設置されています。また、群馬大学医学部附属病院が、がん診療連携拠点病院と同等の診療機能を持つ病院として、群馬県がん診療連携中核病院に指定されているほか、がん診療連携拠点病院が未整備の吾妻保健医療圏や人口規模が大きい保健医療圏において、がん診療連携拠点病院に準ずる機能を有する病院として、7つの病院が群馬県がん診療連携推進病院に指定されており、県内の各地域において専門的ながん診療が受けられる体制が整備されています。

イ 全てのがん診療連携拠点病院、群馬大学医学部附属病院及び群馬県がん診療連携推進病院の一部（日高病院、館林厚生病院）に体外放射線治療装置が設置されており、吾妻保健医療圏を除き標準的な放射線療法が提供されています。吾妻保健医療圏においても、隣接する保健医療圏等の関係機関と連携して対応しています。

ウ 本県は、群馬大学に重粒子線医学研究センターが設置され、放射線治療の一種である重粒子線治療が行われています。平成22年3月の治療開始から、平成29年8月までに延べ2,482人の治療を行っていますが、引き続き、普及啓発に努める等、重粒子線治療に適したがん患者が適切に治療につながるよう集患体制の構築を図る必要があります。

エ 薬物療法が外来で実施されることが一般的となっていますが、本県は、がん診療連携拠

点病院、群馬大学医学部附属病院並びに群馬県がん診療連携推進病院（以下「がん診療連携拠点病院等」という。）をはじめとする県内38の病院が、外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室を保有していることなどが要件となっている「外来化学療法加算」の施設基準に適合する施設として届出しており、全ての二次保健医療圏で外来薬物療法が提供されています。一方、薬物療法を外来で受療する患者の増加に伴い、薬物療法に関する十分な説明が必要になるなど負担が増大していますが、引き続き、安全に提供するための体制の維持・強化が求められています。

(2) チーム医療

- ア** がん診療連携拠点病院等では、医師・看護師・薬剤師などが、診療科や職種を超えて集まり、がん患者の症状、治療方針等を検討・確認・共有するための検討会である「キャンサーボード」が、多職種が参加する形で実施されていますが、新規治療開始患者における検討症例の割合や参加する職種は、病院や診療科ごとに差がある状況です。
- イ** がん診療連携拠点病院等では、入院から退院までの治療、検査、看護ケア、リハビリテーションなどの内容やタイムスケジュールを一覧表にした診療計画書である「院内クリティカルパス」が主な疾患、治療ごとに整備されていますが、各病院の整備数及び適用患者数には差がある状況です。
- ウ** 患者が医療行為を受ける前に、医師及び看護師から分かりやすく十分な説明を受け、その内容について十分理解し、納得した上で、その医療行為に同意する「インフォームドコンセント」について、従前から医師の説明と患者の理解に乖離が生じやすいと言われていました。医師の説明内容を患者や家族が正しく理解できるようにするため、多くの地域がん診療連携拠点病院等においては、インフォームドコンセントに看護師等の医師以外の職種の同席を基本としていますが、人材不足で看護師等の同席が十分にできていない状況があります。また、診断や治療方法について、担当以外の医師の意見を聞く「セカンドオピニオン」について、患者が納得した治療方針を選択する有効な手段となることから、更なる普及啓発を図る必要があります。
- エ** 本県では、がん診療連携拠点病院等に緩和ケアチームが設置されており、全ての二次保健医療圏で整備されていますが、取組状況には差があるため、緩和ケアの提供体制整備の推進が必要です。

また、緩和ケアは「人生の最終段階の医療」という側面が強調されがちですが、病気の時期にかかわらず、身体的又は精神心理的な苦痛（痛み）などを取り除くことの全てが緩和ケアです。緩和ケアの推進に当たっては、正しい知識の普及啓発が重要です。
- オ** 周術期の口腔機能管理は、がん治療の合併症予防や軽減を図る観点から重要です。現在、がん治療を行う医療機関と歯科医療機関との連携が始まっていますが、地域によって取組状況に差があるため、さらに医科歯科連携を推進する必要があります。

(3) 相談支援・情報提供

- ア がん診療連携拠点病院等は、がん相談支援センターを設置しており、全ての二次保健医療圏で、がんに関する相談支援及び情報提供の体制が整備されています。また、患者やその家族の交流を支援する場として、病院で開催されるがんサロンも増えており、地域がん診療連携拠点病院等のうち、7つの病院で開催されています。
- イ 厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」によると、がん相談支援センターの利用率は7.7%であり、相談支援を必要とする患者やその家族が、相談支援センターを十分利用するに至っていません。患者やその家族が、不安を感じた時から置かれている状況に応じた相談支援が受けられるようにするために、普及啓発を強化する必要があります。
- ウ 成長過程において様々な問題に直面する小児やAYA世代（15歳～30歳前後の思春期・若年成人）、希少がんや難治性がんについては、その希少性から情報が集約されず、適切な相談支援や情報提供が難しい状況です。患者やその家族に対して、相談支援や情報提供が行えるとともに、適切な医療につなぐことができる体制の整備を進める必要があります。
- エ 県保健予防課「がん登録事業報告（平成25年）」によると、本県で、がん罹患する人の27.9%が生産年齢人口(15歳～64歳)となっています。また、国立がん研究センターがん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計2006－2008年生存率報告」によると、本県のがんの5年相対生存率は、62.2%であり、患者・経験者が長期に生存し、働きながらかん治療が受けられる可能性が高まっています。一方、がんと診断された勤労者の3人に1人が離職しているとの研究結果もあり、仕事と治療の両立支援が求められています。
- オ 本県では、平成25年度及び平成26年度において、県立がんセンターで就労支援モデル事業を実施し、その後がん診療連携拠点病院において就労支援の必要性を普及啓発するためのセミナーを開催しましたが、患者への周知や病院に対する支援策が不足しており、潜在的なニーズが支援につながっていない可能性があります。
- カ がんに関する情報があふれる中、必ずしも科学的根拠に基づかないものが混在しているため、がん患者や家族に正確な情報を提供し、確実に必要な情報にアクセスできる環境を整備することが求められています。

3 在宅療養支援

がん患者の在宅療養を支援するためには、切れ目のない医療・在宅緩和ケアと介護サービスの提供が重要です。また、人生の最終段階には、看取りまで含めた在宅医療が行われる必要があります。

(1) 在宅医療・在宅緩和ケア

- ア がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅での療養を選択できるようにするためには、在宅医療、在宅緩和ケア及び介護サービスの提供体制が整備されている必要がありますが、地域により差がある状況です。

**がん診療に係る24時間体制の在宅医療を実施しており、かつ、
往診による緩和ケア（医療用麻薬の提供含む）診療が実施可能な医療機関**

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病院	14	0	1	2	5	0	2	1	2	0	1
診療所	110	32	7	6	27	8	0	3	3	11	13

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

**日常の在宅医療に係る24時間体制の訪問看護を実施しており、かつ、
がん疼痛（麻薬の利用に伴うものに限る）の管理・指導が実施可能な訪問看護事業所**

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	55	10	2	8	15	1	3	1	1	4	10

※成人を対象とした実施状況。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

24時間在宅療養者への対応が可能であり、かつ、麻薬調剤の実施可能な薬局

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
薬局	263	48	9	39	65	15	7	6	8	29	37

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

**「全国共通がん医科歯科連携講習会」の修了者が在籍しており、かつ、
入院中のがん患者への歯科治療及び患者宅等への訪問診療が実施可能な歯科診療所**

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
歯科診療所	81	17	8	7	11	7	1	3	5	6	16

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

イ 急性期から回復期、維持期に至る中で、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いる診療計画表である「地域連携クリティカルパス」は、切れ目のないがん医療を提供するための有効な手段です。県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、292の医療機関が、がん診療に係る地域連携クリティカルパスの導入に対応できていると答えています。一方、がん診療連携拠点病院等における運用状況には差があるため、地域連携クリティカルパスの運用を促進する必要があります。

がん診療に係る地域連携クリティカルパスの導入が対応可能な医療機関

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病院	26	1	0	4	7	2	1	1	3	2	5
診療所	267	59	11	37	67	13	8	8	5	18	41

※病院については、がん診療連携拠点病院等は除く。〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

(2) 看取り

ア 厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県におけるがん患者の在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡割合は、13.3%（全国13.5%）となっており、増加傾向にあります（H23：9.6%）。一方、県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、「もし治る見込みのない病気になった場合、最後を迎えたい場所」について「自宅」と答えた人の割合は41.1%となっており、看取りを含む人生の最終段階のケア体制の拡充が必要です。

イ 40歳未満の末期がん患者は、在宅療養支援について介護保険が適用にならず医療保険のみのため、経済的負担が大きく、在宅療養の選択が困難な場合があります。

がん患者の在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡割合の推移

死亡場所	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
自宅	7.1%	7.2%	8.0%	7.7%	8.2%	9.0%	9.4%	9.1%	10.2%	10.2%
老人ホーム	0.6%	0.8%	1.0%	1.0%	1.4%	1.9%	1.8%	2.8%	2.9%	3.1%
計	7.7%	8.0%	9.0%	8.7%	9.6%	10.9%	11.2%	11.9%	13.1%	13.3%

〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

がん患者への24時間体制の人生の最終段階のケア（看取りを含む）実施医療機関

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病院	25	4	2	2	8	0	1	1	2	1	4
診療所	144	37	8	10	38	12	2	4	4	15	14

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

在宅療養患者の看取りについて、24時間対応している訪問看護事業所

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	131	23	6	15	30	5	5	3	9	13	22

※成人を対象とした実施状況。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

具体的施策

1 予防・早期発見（検診）

(1) たばこ対策

- ・ 引き続き、禁煙支援、喫煙防止対策、未成年者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙対策を推進します。

(2) 生活習慣対策

- ・ 節度ある飲酒、食塩摂取量の減少、適切な体重の維持、野菜・果物の摂取量の増加、定期的な運動の継続など、生活習慣の改善に向けた知識等を普及啓発します。

(3) 感染症対策

- ・ 子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（HPV）、肝がんに関連する肝炎ウイルス及びATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）に関する正しい知識等を普及啓発します。また、HPVワクチンの接種のあり方について、国の動向を注視します。

【主な事業例（予防共通）】

禁煙支援県民公開講座の開催、未成年者と若い女性の喫煙防止研修の実施、健康を支援する食環境づくり（減塩などの食生活改善）、女子学生向けの子宮頸がん予防講演会の開催 等

(4) がん検診

- ・ 市町村と連携し、効果的な受診率向上のための施策を検討し、がん検診の受診率向上に向けた取組を推進します。
- ・ 地区地域・職域連携推進協議会を活用し、従業員に対するがん検診の普及啓発や職場におけるがん検診の受診環境整備に対する理解の促進を図ります。

- ・ 県民に対し、かかりつけ医を持つことの重要性について、普及啓発します。

【主な事業例】

市町村がん検診受診率向上研修会 等

(5) がん検診の精度管理

- ・ 群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会での協議結果を踏まえて市町村へ助言を行うなど、市町村が行う精度管理を支援します。
- ・ 国が作成を予定している「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」について、地区地域・職域連携推進協議会等を通じてその周知を図ります。

【主な事業例】

群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会の運営 等

(6) がん登録

- ・ 国の検討状況を踏まえ、がん登録データの分析・評価を行い、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策へ活用するよう努めます。

【主な事業例】

全国がん登録事業委託、がん登録審議会の運営 等

2 治療

(1) 手術療法・放射線療法・薬物療法

- ・ 標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供等の均てん化が必要な取組に関しては、引き続きがん診療連携拠点病院等を中心とした体制の維持推進に努めます。
- ・ 重粒子線治療について、県内はもとより県外・国外に向けて、有効性や対象疾患に関する情報提供に努めます。

【主な事業例】

群馬県がん対策推進協議会、群馬県重粒子線治療資金利子補給制度 等

(2) チーム医療

- ・ 多職種参加型がん診療連携協議会の好事例の提供に努めるなどし、多職種参加型がん診療連携協議会の普及と充実に努めます。
- ・ 院内クリティカルパスの運用を推進し、チーム医療及びインフォームドコンセントの充実に努めます。
- ・ がん患者の理解を助けるため、がん看護専門看護師及び認定看護師をはじめとする看護師同席の上でのインフォームドコンセントの実施に努めるとともに、必要に応じて臨床心理士やソーシャルワーカー等の職種との連携に努めます。また、がん分野における看護師の育成や認定看護師資格の取得支援に努めるとともに、資格取得後の効果的な働き方について検討します。
- ・ 患者やその家族が納得して治療を選択することができるようにするため、セカンドオピニオンについて普及啓発します。
- ・ がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアに関する基本的な知識や技術を習得できるようにするため、引き続き、緩和ケア研修会を開催します。

- ・ がん患者が緩和ケアを適切に受けることができるよう、緩和ケアの意義等について普及啓発します。
- ・ 医科歯科連携体制構築の取組を一層推進するとともに、がん治療における周術期の口腔管理の重要性について普及啓発します。

(3) 相談支援・情報提供

- ・ がん相談支援センターの利用率の向上に向け、院内における診療科と相談支援センターとの連携体制の一層の強化を図るとともに、相談支援センターについて普及啓発します。
- ・ 小児がん、AYA世代のがん、希少がんや難治性がんに関する相談支援及び情報提供の充実を図るとともに、適切な医療に繋ぐことができる体制の構築に努めます。
- ・ がん相談支援センターと関係機関が連携してがん患者の就労支援を行うことができるようにするため、産業保健総合支援センター、公共職業安定所（ハローワーク）を始めとする関係機関との連携体制の構築に努めるとともに、研修会の開催など、相談支援に携わる職員に対する支援に努めます。また、就労相談支援体制について普及啓発します。
- ・ 県民に分かりやすい情報提供のあり方を検討するとともに、がんに関する正しい情報の入手できる環境の充実に努めます。

【主な事業例】

がん相談支援センター職員向け研修会、ぐんまの安心がんサポートブックの発行 等

3 在宅療養支援

(1) 在宅医療・在宅緩和ケア

- ・ 在宅療養支援診療所、病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療従事者及び介護支援専門員を含む介護従事者への緩和ケア研修等を実施し、在宅緩和ケア体制の整備に努めます。
- ・ がん患者やその家族による在宅での療養の選択を支援するため、在宅医療を提供する医療機関や薬局、訪問看護ステーション等の診療(業務)体制について、情報提供を行います。
- ・ 地域連携クリティカルパスの利用の促進を図るため、県民、医療・福祉関係者に向けた普及啓発に努めます。
- ・ 市町村と連携し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進します。

(2) 看取り

- ・ 人生の最終段階のケアや看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材の育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制の構築を図ります。また、介護保険が適用にならないがん患者の在宅療養支援について、国に要望します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

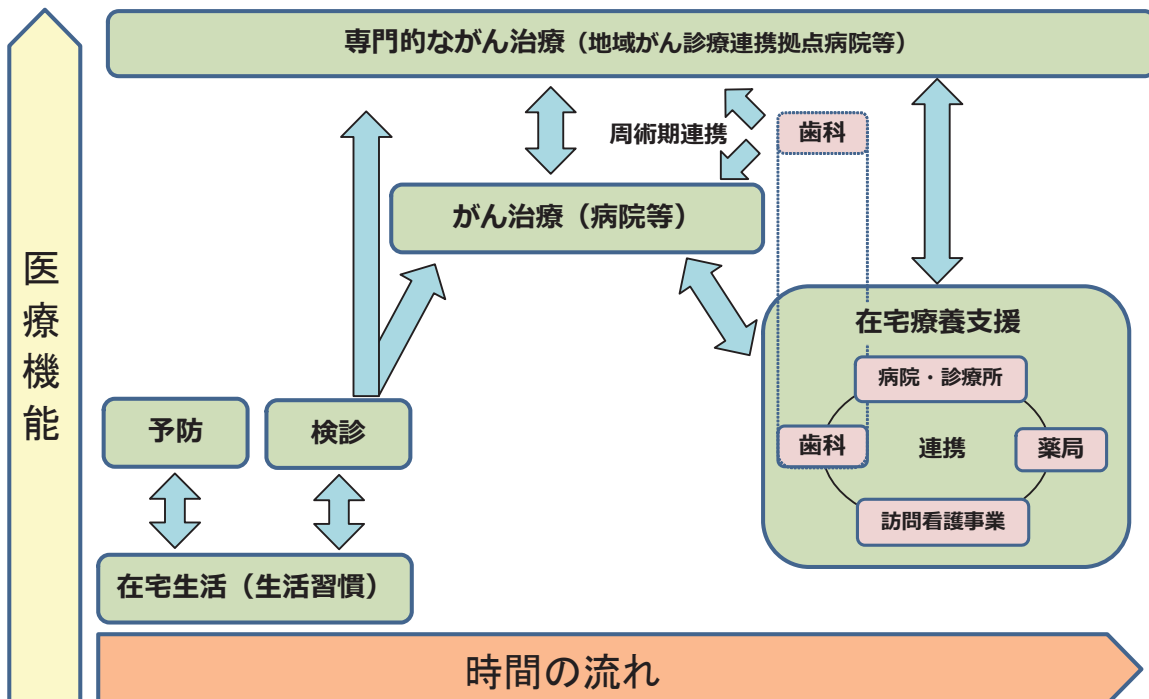
介護従事者向けセミナーの開催、医療介護連携調整実証事業 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 予防・早期発見（検診）					
①	成人の喫煙率（男女計）	26.0%	H28	12.0%	H34
②	がん検診受診率 40歳～69歳				
	胃がん	41.3%			
	肺がん	53.6%			
	大腸がん	40.3%	H28	50%	H34
	子宮頸がん（20歳～69歳）（過去2年間）	43.1%			
	乳がん（過去2年間）	43.3%			
2 治療					
③	がん診療連携拠点病院数	9病院	H28	10病院	H35
④	がん看護専門看護師を1名以上配置するがん診療連携拠点病院、群馬県がん診療連携中核（推進）病院数	9病院	H28	17病院	H35
⑤	ぐんまの安心がんサポートブック	毎年更新	H28	維持	H35

※目標の根拠：①県健康増進計画、②～⑤県がん対策推進計画

がんの医療連携体制



2 脳卒中の医療連携体制構築の取組

- 脳卒中の発症予防に向け、適切な生活習慣の普及啓発や特定健康診査・保健指導等を推進します。
- 救急救命士等による迅速かつ適切な判断・処置・搬送を実施するため、メディカルコントロール体制の強化を図ります。
- 急性期から回復期、維持期までの医療機関等の診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、関係機関の連携体制の充実を図ります。

【メディカルコントロール体制とは】

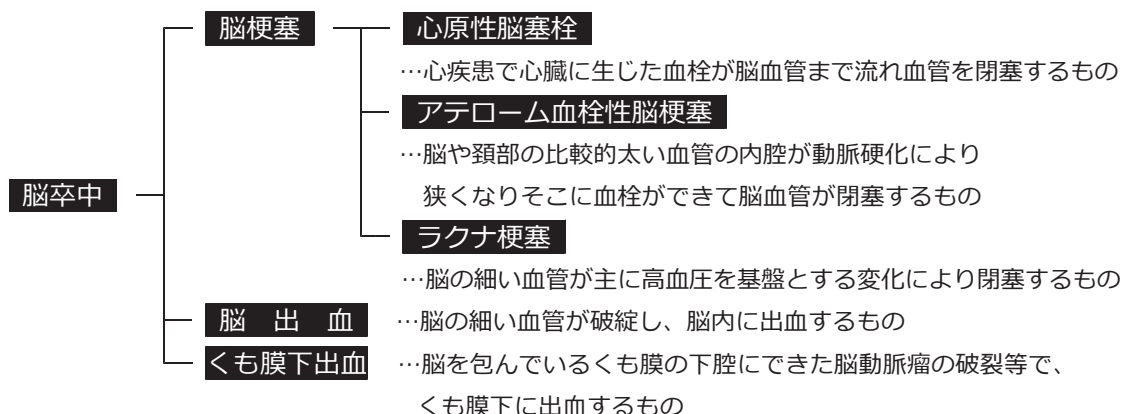
消防機関と医療機関との連携によって、(1) 救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導及び助言を要請できる、(2) 救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証、(3) 救急救命士の資格取得後の定期的な病院実習などを行う体制のことです。本県では、県内全域の救急医療体制検討協議会を設置するとともに、県内11地域の協議会による体制を整備しています。

現状と課題

概況

(1) 脳卒中とは

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。



厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、全国で年間約11万人が脳卒中で死亡し、死亡者数全体の8.4%を占め、死亡原因の第4位となっています。本県では、脳卒中による死亡者数が年間約2千人となっており、死亡者数全体の9.4%を占め死亡原因の第4位となっています。また、厚生労働省「国民生活基礎調査（平成25年）」によると、介護が必要になった者の約18%は脳卒中が主な原因であり、その割合は他の疾病と比べて最も高くなっています。

(2) 年齢調整死亡率

厚生労働省「人口動態統計特殊報告（平成27年）」によると、本県の脳卒中（脳血管疾患）の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性が39.5（全国37.8）、女性が23.5（全国21.0）であり、男女とも全国を上回っています。なお、平成17年からの推移は、本県及び全国の男女とも減少傾向にあります。本県はいずれの年も男女とも全国を上回っています。

(3) 救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（平成28年版）」によると、全国の救急車で搬送された急病患者のうち、平成27年では全体の8.1%が脳疾患によるものであり、心疾患等を含む循環器系の割合が高くなっています。

1 予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病・脂質異常症・喫煙・過度の飲酒・メタボリックシンドロームなど、生活習慣と関連しているため、適切な生活習慣を身につける事も重要です。また、不整脈（特に心房細動）・無症候性病変・慢性腎臓病なども危険因子であり、定期的に健康診査を受診し健康状態を把握することが大切です。

- (1) 厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国に比べ、本県はやや高くなっています。定期的な外来受診により、生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要となっています。
- (2) 県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、本県の喫煙率は、男性が40.5%（全国30.2%）、女性が12.2%（全国8.2%）となっており、全国に比べ高くなっています。
- (3) 県内で禁煙外来を実施している医療機関は279施設であり、3年半前と比較して24施設増加しています。脳卒中の発症リスクを低下させるため、喫煙者に対する保健指導や禁煙外来の受診勧奨が必要となっています。
- (4) 特定健康診査などの健康診査を通じて日々の健康状態を把握し、必要に応じ保健指導等を行い生活習慣改善の指導や、適切な医療機関の受診が必要となっています。
厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成27年度）」によると、本県の特定健康診査の実施率は49.0%（全国50.1%）、特定保健指導の実施率は13.6%（全国17.5%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

2 救護

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。

- (1) 脳卒中を発症した場合、できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対処を行う必要があります。

平成27年の脳疾患により救急搬送された県内の傷病者における、119番通報から病

院収容までに要した平均時間は37.8分（群馬県統合型医療情報システム集計）となっており、全国の39.3分（総務省消防庁「救急・救助の現況（平成28年版）」）に比べ短くなっていますが、引き続き専門的な診療が可能な医療機関に迅速に搬送できるよう、消防機関と医療機関との連携体制の向上が重要です。

- (2) t-P A（発症4.5時間以内の脳梗塞に対して行われる血栓溶解療法(tissue-plasminogen activator)）による血栓溶解療法が適応になると推定される患者は、3.5時間以内に医療機関へ搬送することが必要となっています。
- (3) なお、t-P A適応外の場合やt-P Aでは再開通が難しくなる主幹動脈閉塞の場合、脳血管内治療が有効となり、その実施件数は年々増加しています。
- (4) 本県では平成21年2月からドクターヘリの運航を開始し、出勤から救急現場到着まで、県内全域をおおむね20分以内でカバーしています。平成28年度の出動件数は776件であり、平成26年度の881件をピークに若干減少傾向にあるものの、ドクターカーの出動件数との合計は年々増加しています。

3 急性期

脳卒中の救命率向上のためには、救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要であり、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が必要となっています。また、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが勧められています。

- (1) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関は17病院、1診療所となっています。このうち14機関は24時間対応が可能です。

また、脳血管内治療（虚血性）が可能な医療機関は、16病院、1診療所となっています。このうち12機関は24時間対応が可能です。

脳梗塞に対する各治療方法ごとの実施可能な医療機関数 (単位：機関数)

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
t-P A	18(14)	8(5)	5(5)	5(3)	2(1)	6(5)
脳血管内治療(虚血性)	17(12)	5(5)	6(4)	3(3)	2(1)	5(4)

※括弧内は、24時間対応可能な医療機関数。 [資料] 県「医療施設機能調査（H28年度）」

※二、五次保健医療圏ごとの集計であるため、医療機関数は重複箇所を含む。

- (2) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、本県の脳神経外科医師数は90人、神経内科医師数は50人です。

人口10万対の医師数は、脳神経外科医師が4.6人（全国5.6人）、神経内科医師が2.5人（全国3.7人）と、全国に比べて少ないことから、急性期の治療を担う脳神経外科医師や神経内科医師などの専門医師の育成・確保が必要となっています。

医師数（脳神経外科、神経内科） (単位：人)

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
脳神経外科	90	39	27	28	7	28
神経内科	50	31	9	23	2	16

※二、五次保健医療圏ごとの集計であるため、医師数は重複箇所を含む。

[資料] 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（H26年）」

- (3) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、本県の急性期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は55病院、9診療所となっています。
- (4) 脳卒中の治療では、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきています。
急性期治療と並行して、集中的なリハビリテーションを実施できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要となっています。
- (5) 回復期等の医療機関との役割分担を明確化するとともに、それらの医療機関との連携の強化を図ることが必要となっています。また、急性期から維持期にかけて、誤嚥性肺炎等の合併症を歯科医師や歯科衛生士、言語聴覚士、認定看護師等と連携して予防することも重要です。

4 回復期（おおむね発症後2週間～6か月*）

在宅復帰率の向上のため、急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携強化及び在宅医療提供体制の確保を図ることが必要となっています。

※回復期リハビリテーション病棟への転院は発症後2か月以内が条件となります。

- (1) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、本県の回復期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は79病院、35診療所となっています。
日常生活動作（ADL：Activities of Daily Living）の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要となっています。

回復期の脳卒中リハビリテーション実施医療機関

（単位：施設）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
病院	79	22	27	20	7	25
診療所	35	11	9	12	4	10

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、医療機関数は重複箇所を含む。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

- (2) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、脳卒中の地域連携クリティカルパス導入医療機関は48病院、67診療所です。今後導入を検討している医療機関は、14病院、88診療所あります。

脳卒中の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要となっています。

地域連携クリティカルパス導入医療機関

（単位：施設）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
病院	48	16	19	12	5	12
診療所	67	35	21	19	2	25

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、医療機関数は重複箇所を含む。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

- (3) なお、厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、脳血管疾患の治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、本県では55.9%となっており、全国（56.5%）を下回っています。

5 維持期（おおむね発症後6か月以降）

回復期での治療に加えて、生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活のための介護サービスを提供することが必要です。また、脳卒中は再発することも多く、患者の周囲にいる者に対し、適切に対応するための教育等を行うことが重要です。

なお、重度の後遺症等のため回復期の医療機関等への転院や退院が行えない患者に対する対応として、急性期の医療機関と在宅への復帰が容易ではない患者を受け入れる医療機関等との連携強化も必要となっています。

- (1) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、維持期における日常生活機能の維持・向上やリハビリテーションなどを担う在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援歯科診療所はそれぞれ15施設、197施設、170施設となっています。また、訪問看護ステーションは152施設となっています。

在宅療養の推進を図るため、在宅医療の提供可能な医療機関等を整備するとともに、医療と福祉との関わり合いなどの多職種による連携を図ることが必要となっています。

具体的施策

1 予防

(1) 適切な生活習慣の普及啓発

- 脳卒中の危険因子である高血圧・糖尿病・脂質異常症等は、栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣と密接に関係することから、適切な生活習慣の定着を図るための啓発を行うとともに、社会環境の整備に取り組みます。

【主な事業例】

健康を支援する食環境整備（減塩などの食生活支援）、県民公開講座の開催、健康フェスタの開催 等

(2) たばこ対策

- 喫煙が健康に及ぼす影響について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例】

禁煙支援者育成研修の実施、受動喫煙防止対策研修の実施、禁煙支援県民公開講座の開催、未成年者と若い女性の喫煙防止研修の実施 等

(3) 健診等の受診率の向上

- 県民が自ら健康状態を把握できる機会を提供するとともに、高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病、メタボリックシンドロームなどの脳卒中の危険因子を早期発見するため、特定健康診査等の実施を推進します。
- 生活習慣病などの危険因子を有する者に対して特定保健指導等を通じて生活習慣改善指導を行い適切な血圧管理等の健康管理を支援します。また、必要に応じて医療機関へ受診を促します。併せて、保健指導を行う従事者への人材育成に取り組みます。

【主な事業例】

特定健診・保健指導従事者向け研修の実施 等

2 救護

(1) 初期症状出現時の対応

- ・ 初期症状やその対応、専門医療機関に関する情報について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例】

市民公開講座（GSE N※による開催）、脳卒中ノートの作成、配布 等

※GSE N：群馬脳卒中救急医療ネットワーク（Gunma Stroke Emergency Network）。組織内を①t-PA、②脳卒中救急、③地域連携パス、④市民啓蒙の4グループに分割し、脳卒中の治療に関する活動から住民への普及啓発まで幅広く活動を行っている。

(2) 搬送時間の短縮

- ・ 救急搬送情報をリアルタイムで共有できるシステムを有効に活用し、適切な搬送先を迅速に選定できる体制を整えることで救急搬送の効率化を図ります。

【主な事業例】

統合型医療情報システムの運用、傷病者の搬送及び受入に関する実施基準の運用 等

(3) 救命率の向上

- ・ 救急救命士等による迅速かつ適切な判断・処置・搬送を実施するため、メディカルコントロール体制の強化を図ります。

【主な事業例】

群馬脳卒中救急医療ネットワーク（GSE N）全体会の共催、救急救命士等を対象としたPSLS※講習会の開催 等

※PSLS：早期治療による脳卒中の予後改善を目指し、プレホスピタルでの迅速な判断と処置、適切な医療機関への搬送を達成するために観察処置の標準化を目指したもの(Prehospital Stroke Life Support)

(4) ドクターヘリ等の運用

- ・ ドクターヘリ、ドクターカーを適切に運用し、救命率の向上や後遺障害の軽減を目指します。

【主な事業例】

ドクターヘリ運航経費補助の実施、症例検討会の開催 等

3 急性期

(1) 急性期の医療体制の確保

- ・ 急性期における専門的診断・治療を24時間実施できる医療体制整備を推進します。
- ・ t-PA治療や脳血管内治療を実施するための体制整備を促進し、急性期におけるリハビリテーションや地域連携クリティカルパスの普及を図ります。

(2) 専門医師の確保

- ・ 群馬県地域医療支援センターを核に、地域医療枠医師を含む若手医師に対するキャリア

パスを活用して専門医師の育成・確保を図ります。

【主な事業例】

地域医療支援センター運営、ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス 等

4 回復期

(1) リハビリテーション支援体制の構築

- 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、医療機関や介護保険事業所等により一貫したリハビリテーションのサービスが提供されるよう、地域リハビリテーション支援体制の構築を推進します。回復期リハビリテーションの提供が可能な体制整備と多職種連携を推進します。

(2) 地域連携クリティカルパスの普及

- 急性期から回復期、維持期までの医療機関等の診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、「ぐんまちゃんの脳卒中ノート」（群馬脳卒中医療連携の会編集）や地域連携クリティカルパスを活用して、関係機関の連携体制の充実を図ります。

【主な事業例】

脳卒中ノートの作成、配布、地域連携クリティカルパスの導入 等

5 維持期

(1) 在宅医療の提供体制の充実

- 看取りを含めた在宅医療の提供体制の充実を図るため、地域における在宅医療に係る設備整備や人材育成、多職種連携、県民に対する普及啓発等を推進します。
- 在宅療養への移行を円滑に進めるための冊子の作成等を通じ、在宅療養を希望する県民が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう在宅医療の提供体制の整備にも積極的に取り組みます。
- 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、医療機関や介護保険事業所等により一貫したリハビリテーションのサービスが提供されるよう、地域リハビリテーション支援体制の構築を推進します。

【主な事業例】

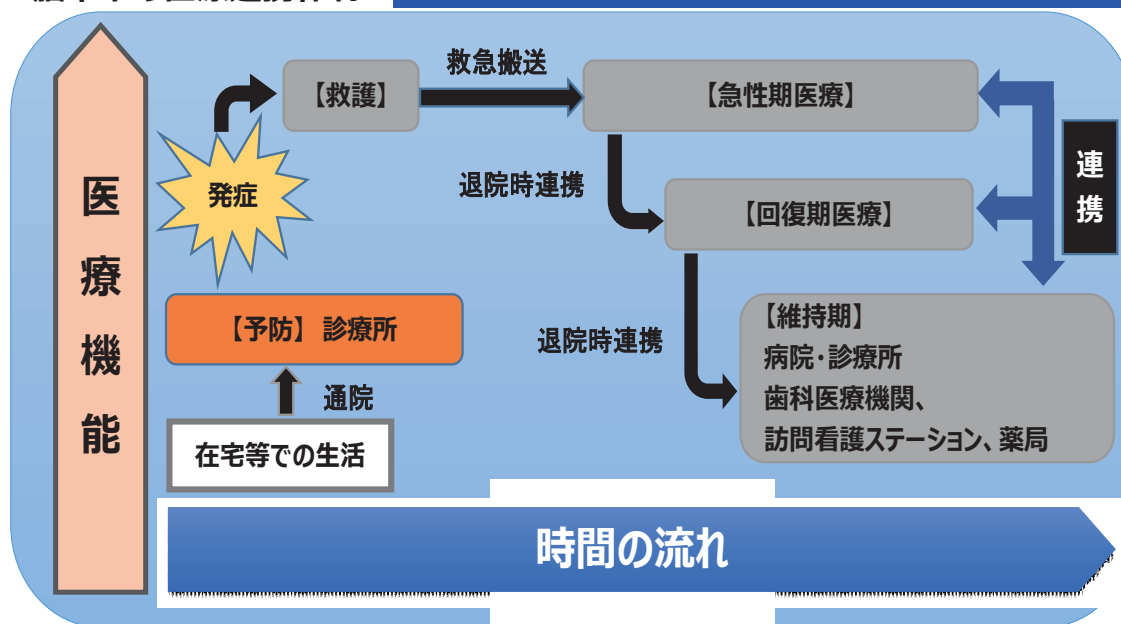
在宅療養支援診療所等の設備整備補助、人材育成・多職種連携等に係る研修及び補助、退院調整ルールの進行管理、在宅医療・介護連携支援パンフレットの配布 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 予防					
①	特定健康診査の実施率	49.0%	H27	70%以上	H35
②	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男39.5	H27	男43.1	H34
		女23.5		女27.2	
③	成人の喫煙率	26.0%	H28	12.0%	H34
2 救護					
④	脳血管疾患により救急搬送された患者数	6,697件	H27	6,697件	H35
⑤	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間（脳疾患傷病者）	37.8分	H27	37.8分	H35
3 急性期					
⑥	t-P Aによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数	19機関	H28	23機関	H35
⑦	t-P Aによる血栓溶解療法の実施件数	312件	H28	375件	H35
⑧	脳血管内治療の実施件数	257件	H28	300件	H35
4 急性期・回復期					
⑨	退院患者平均在院日数	75.5日	H26	66.2日	H35
5 回復期・維持期					
⑩	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	115機関	H28	166機関	H35

※目標の根拠：①県医療費適正化計画、②③県健康増進計画、④H27と同数、⑤現状を維持、⑥⑩県「医療施設機能調査（平成28年度）」で今後導入したいと回答した医療機関の半数、⑦⑧現状の約1.2倍（⑥の増加率）、⑨過去9年間の推移率による

脳卒中中の医療連携体制



3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制構築の取組

- 心血管疾患を予防する生活習慣に関する県民の理解促進を図ります。
- 患者が発症した場合において、速やかに専門的な医療につなげる体制を確保します。
- 急性期における医療では、施設ごとの医療機能を明確にして、地域に適した施設間ネットワークの構築を促進します。
- 急性期から回復期・維持期へ、一貫して疾病管理プログラムとしての心臓血管リハビリテーションを継続できるネットワークの構築を目指します。

現状と課題

概況

(1) 心血管疾患とは

心臓におこる病気の総称である心疾患と、血管におこる病気の総称である血管疾患に大別されます。心疾患には、虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞等）、心臓弁膜症、不整脈、心不全などがあり、血管疾患には、閉塞性動脈硬化症や大動脈瘤、大動脈解離など、様々な疾患があります。

(2) 推計患者数

ア 心疾患

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、全国では、虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約78万人と推計されており、減少傾向にありますが、不整脈や心不全等その他の心疾患（高血圧性を除く）の患者数は約95万人であり、6年前と比べて約30%増加しており、心疾患全体でも増加傾向にあります。

心筋梗塞等を発症すると、手術後も適切な治療がなされないと心不全が繰り返される恐れがあることから、退院後も適切な治療を提供できる体制整備が課題となっています。

なお、本県では、虚血性心疾患の患者数は約11千人、その他の心疾患の患者数は約14千人と推計されており、6年前との比較では虚血性心疾患が減少、その他の心疾患が増加しており、全国と同様の傾向ですが、心疾患全体では減少傾向です。

イ 血管疾患

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、全国では、大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は約4.2万人と推計されており、増加傾向にあります。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇するといわれていることから、予後改善のためには迅速な診断と治療が重要となっています。

なお、本県では、大動脈瘤及び解離の患者数は約1千人と推計されています。

(3) 死亡数

ア 心疾患

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県では、年間3千人を超える人が心疾患で亡くなり、死亡数全体の16.3%を占め、死亡原因の第2位です。

また、心疾患で亡くなる人のうち、急性心筋梗塞による死亡数は13.8%で、概ね減少傾向にあります。

イ 血管疾患

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県では、大動脈瘤及び解離の死亡数が年間3百人を超えており、増加傾向にあります。

(4) 年齢調整死亡率

厚生労働省「人口動態統計特殊報告（平成27年）」によると、本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性が12.7（全国16.2）、女性が4.8（全国6.1）であり、男女とも全国を下回っています。

なお、平成12年からの推移は、男女とも減少傾向にあります。

(5) 救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（平成28年度版）」によると、全国の救急車で搬送された重症患者のうち、死亡に分類された方の疾病別割合を見ると、平成27年では全体の38.0%が心疾患等によるものであり、最も高い割合となっています。

1 予防

心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス、喫煙などです。心血管疾患の発症予防のためにも、食生活を含めた生活習慣を改善して高血圧や脂質異常症、糖尿病などを予防するとともに、適切な治療を継続して重症化を防ぐことが重要です。

- (1) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成26年度）」によると、本県の特定健康診査の実施率は48.3%（全国48.6%）、特定保健指導の実施率は13.7%（全国17.8%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。
生活習慣病の予防及び重症化防止を図るために、特定健康診査や職場における定期健康診断の受診率向上、生活習慣の改善支援を行う保健指導の推進、必要に応じて適切な医療機関への受診勧奨をすること等が重要です。
- (2) 厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国に比べ、本県はやや高くなっています。定期的な外来受診により、生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要となっています。
- (3) 県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、本県の喫煙率は、男性が40.5%（全国30.2%）、女性が12.2%（全国8.2%）となっており、全国に比べ高くなっています。

- (4) 平成29年4月時点で県内で禁煙外来を実施している医療機関は279施設であり、平成25年9月時点と比較して24施設増加しています。
生活習慣病を改善するために、喫煙者に対する禁煙外来の受診勧奨が必要となっています。

2 救護

急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状が出現した場合、本人や患者の周囲にいる者は速やかに救急要請を行うことが必要です。

- (1) 総務省消防庁「救急・救助の現況（平成28年度版）」によると、119番通報から病院収容までに要した時間について、平成27年における平均は36.4分（全国39.4分）と全国に比べやや短くなっています。専門的な診療が可能な医療機関に搬送できるよう、引き続き搬送機関と医療機関との迅速な連携体制の維持・向上が重要です。
- (2) 急性心筋梗塞等の発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、救命率の改善のためには、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びAEDの使用が重要となっています。
- (3) 本県の公共施設へのAED設置台数は、平成29年6月1日現在で2,555台となっています。また、県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、県民がAEDを認知している割合は92.5%と多いですが、使ったことがあったり、使用方法についての講習等を受講したことがある割合は、合わせて38.8%にとどまっています。
- (4) 総務省消防庁「救急・救助の現況（平成28年度版）」によると、心肺機能停止傷病者で搬送された人のうち、本県で一般市民により除細動が実施された件数は、平成27年は41件であり、平成25年の18件に比べて2.3倍に増加しています。
なお、県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、救急搬送までに一般市民等に期待される救護に関する情報に関心を持っている県民は、約13%にとどまっています。
- (5) 本県では平成21年2月よりドクターヘリの運航を開始し、出勤から救急現場到着まで、県内全域をおおむね20分以内でカバーしています。平成28年度の出動件数は776件であり、平成26年度の881件をピークに減少傾向にあるものの、ドクターカー出動件数との合計は年々増加しています。
- (6) また、初期症状出現時において、本人や患者の周囲にいる者の対応について、啓発が必要となっています。

【急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状とは】

- 急性心筋梗塞の初期症状は、突然の激しい胸痛で、胸骨裏面の締め付けられるような圧迫感が多く、通常ニトログリセリンは効きません。冷汗、悪心、嘔吐を伴うものも多く、しばしば左肩、左腕へ拡散し、胸痛は30分以上続くことが多いです。
- 急性大動脈解離は、引き裂かれるような（電撃痛）激しい痛みが、胸部、腹部、腰背部などに突然おきるのが特徴です。意識消失発作を起こしてしまう場合もあります。
- このような症状が見られるときは、速やかに救急要請を行うことが大切です。

3 急性期

施設ごとの医療機能を明確にして、地域の救急搬送圏の状況等を踏まえた上で、それぞれの地域に適した施設間ネットワークを構築することが必要です。

- (1) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、県内の循環器内科医師数は161人、心臓血管外科医師数は45人です。
人口10万対の医師数は、循環器内科医師が8.2人（全国9.4人）、心臓血管外科医師が2.3人（全国2.4人）と、全国に対し少ない状況にあります。
循環器内科医師や心臓血管外科医師等、専門的な医療従事者の育成・確保が必要となっています。
- (2) 急性心筋梗塞等の救命率改善のためには、迅速な救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に実施されること、また、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が重要であり、急性期の医療を担う医療機関は、来院後30分以内に専門的治療を開始できる体制の整備や医療機関間の円滑な連携が必要となっています。
- (3) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、急性心筋梗塞等の急性期の診療ができる医療機関数は26施設あります。
また、急性心筋梗塞等に対する経皮的治療が実施できる医療機関数は、24施設であり、このうち、20施設は24時間対応が可能です。一部の保健医療圏で24時間の対応ができない圏域があります。
さらに、急性心筋梗塞等に対する緊急冠動脈バイパス手術が実施できる医療機関数は10施設であり、このうち、8施設は24時間対応が可能です。
なお、大動脈人工血管置換術が実施できる医療機関数は9施設であり、このうち、6施設は24時間対応が可能となっています。また、大動脈ステントグラフト内挿術が実施できる医療機関は6施設であり、このうち3施設は24時間対応可能です。
- (4) いずれの治療も、二、五次保健医療圏で見ると、対応が可能となっています。発症後早期の治療が重要であり、メディカルコントロール体制の充実・強化及び、それぞれの地域に適した施設間ネットワークを構築することが必要となっています。

急性期に対応可能な医療機関数

(単位：施設)

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
急性心筋梗塞等に対する経皮的治療	24 (20)	8 (8)	7 (7)	6 (6)	3 (1)	8 (6)
急性心筋梗塞等に対する緊急バイパス手術	10 (8)	5 (5)	3 (1)	4 (4)	1 (1)	2 (2)
大動脈人工血管置換術	9 (6)	5 (4)	2 (1)	4 (3)	1 (1)	2 (1)
大動脈ステントグラフト内挿術	6 (3)	3 (2)	1 (0)	2 (1)	1 (1)	2 (1)

※括弧内は、24時間対応可能な医療機関数。

※二、五次保健医療圏ごとの集計であるため、医療機関数は重複箇所を含む。

[資料] 県「医療施設機能調査（H28年度）」

- (5) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、急性期の心血管疾患リハビリテーションについて、対応可能な医療機関は23病院、3診療所です。

合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰のために、発症した日から患者の状態に応じて、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する必要があります。

- (6) 厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、虚血性心疾患患者の平均在院日数は、5.3日（全国8.2日）であり、全国より短くなっています。

4 回復期

回復期における治療、疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション体制の整備、及び急性期から回復期・維持期へ、一貫して心臓血管リハビリテーションを継続できる多職種によるネットワークの構築が必要です。

(1) 急性心筋梗塞

ア 急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防、再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。

急性期治療の進歩等による入院期間短縮に伴い、入院中のリハビリテーションシステムの完遂が困難となり、外来通院によるリハビリテーション継続が推奨されていることから、心血管疾患リハビリテーション体制の整備が重要になっています。

また、慢性心不全患者の心不全増悪や再入院の防止のためにも、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

- イ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、回復期の心血管疾患リハビリテーションについて、対応可能な医療機関は21病院、30診療所であり、このうち、心大血管リハビリテーション料の届出をしている医療機関は12病院、3診療所です。

回復期の心血管疾患リハビリテーション実施医療機関

(単位：施設)

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
病院	21	7	7	5	4	5
診療所	30	11	9	10	3	8

※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、医療機関数は重複箇所を含む。

[資料] 県「医療施設機能調査（H28年度）」

- ウ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、急性心筋梗塞等の地域連携クリティカルパスについて、導入医療機関は、6病院、20診療所です。今後、導入を検討している医療機関は、16病院、41診療所です。

地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要となっています。

地域連携クリティカルパス導入医療機関

(単位：施設)

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
病院	6	2	2	2	1	1
診療所	20	10	7	7	0	6

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、医療機関数は重複箇所を含む。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

エ 厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は93.3%となっています。

(2) 大動脈解離

急性期を脱した後は、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む多面的・包括的なリハビリテーションが行なわれます。

外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーション体制の整備が重要になっています。

5 再発予防

かかりつけ医等と専門的医療を行う施設が連携して、維持期における治療、及び疾病管理としての維持期リハビリテーション体制を整備することが必要です。

- (1) 心血管疾患リハビリテーションを提供する体制を整備するためには、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を構築することが必要となっています。
- (2) 在宅に復帰した後は、在宅療養を継続できるよう、在宅でのリハビリや再発予防のための管理を薬局や訪問看護ステーション等と連携して実施することが重要となっています。
- (3) 術後合併症の予防や再発のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要となっています。

具体的施策

1 予防

(1) 健康管理

- ・ 日頃から血圧や自身の健康管理に関心を持ち、定期的な運動や血圧測定をするよう、県民に運動習慣の形成や普及啓発を図ります。
- ・ 塩分の取り過ぎによる動脈硬化を防ぐため、市町村保健師、管理栄養士、及び食生活改善推進員と連携し、食生活改善に係る普及啓発を行います。

(2) 健診等の受診率の向上

- ・ 県民が自ら健康状態を把握できる機会を提供するとともに、メタボリックシンドロームなどの生活習慣病の危険因子の発見のため、特定健康診査等の受診を推進します。
- ・ 生活習慣を改善する特定保健指導を推進し、生活習慣病の予防及び重症化防止を図ります。

(3) たばこ対策

- ・ 喫煙が健康に及ぼす影響について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

健康を支援する食環境づくり（減塩などの食生活改善）、適度な運動習慣の普及啓発
特定健診・保健指導従事者向け研修の実施、受動喫煙防止対策研修の実施、禁煙支援
県民公開講座の開催、未成年者と若い女性の喫煙防止研修の実施 等

2 救護

(1) 搬送時間の短縮

- ・ 救急搬送情報をリアルタイムで共有できる統合型医療情報システムを有効に活用し、救急搬送の効率化を図ります。

【主な事業例】

統合型医療情報システムの運用 等

(2) 救命率の向上

- ・ A E Dの使用や蘇生法等の適切な実施について、県民に対する普及啓発を推進します。
- ・ 日本赤十字社や消防署等が実施する救命救急に関する講習会の受講促進を図ります。

【主な事業例】

応急手当講習会の開催（各消防本部・日本赤十字社群馬県支部） 等

(3) ドクターヘリ等の運用

- ・ ドクターヘリ、ドクターカーを適切に運用し、救命率の向上や後遺障害の軽減を目指します。

【主な事業例】

ドクターヘリ運航経費補助の実施 等

(4) 初期症状出現時の対応

- ・ 急性心筋梗塞や急性大動脈解離の初期症状やその対応について、県民に普及啓発を図ります。

3 急性期

(1) 専門医師の確保

- ・ 循環器内科医師や心臓血管外科医師等、専門的な医療従事者の育成・確保を推進します。

【主な事業例】

地域医療支援センター運営、医師確保就学研修資金貸与 等

(2) 急性期の医療機能の確保

- ・ 急性期における専門的な診断・治療を行う医療機関の機能や体制の強化を図ります。また、二、五次保健医療圏ごとの広域的な連携体制の強化を図ります。

4 回復期

(1) 心血管疾患リハビリテーションの充実

- ・ 心血管疾患リハビリテーションを実施する医療機関の増加を促進します。

(2) 地域連携クリティカルパスの普及

- ・ 各疾患及び急性期から回復期を経て在宅療養に至る各期を通じ継続性のある医療が提供されるよう、地域連携クリティカルパスを普及・改良し、医療機関における連携体制の構築を推進します。

5 再発予防

- ・ 各期を通じ継続性のある医療が提供されるよう、医療機関における連携体制の構築や多職種が連携できる体制の整備を促進します。
- ・ 本人や患者の周囲にいる者に対し、再発時の適切な対応について普及啓発します。
- ・ 慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関による定期的な外来診療により、基礎疾患の管理を推進します。
- ・ 在宅でのリハビリや再発予防の管理のため、医療機関（歯科医療機関を含む）、訪問看護ステーション及び薬局等の連携の強化を図ります。

【主な事業例】

医療・介護連携推進事業（退院調整関連事業、在宅医療に係る人材育成、多職種連携、普及啓発等事業）の実施 等

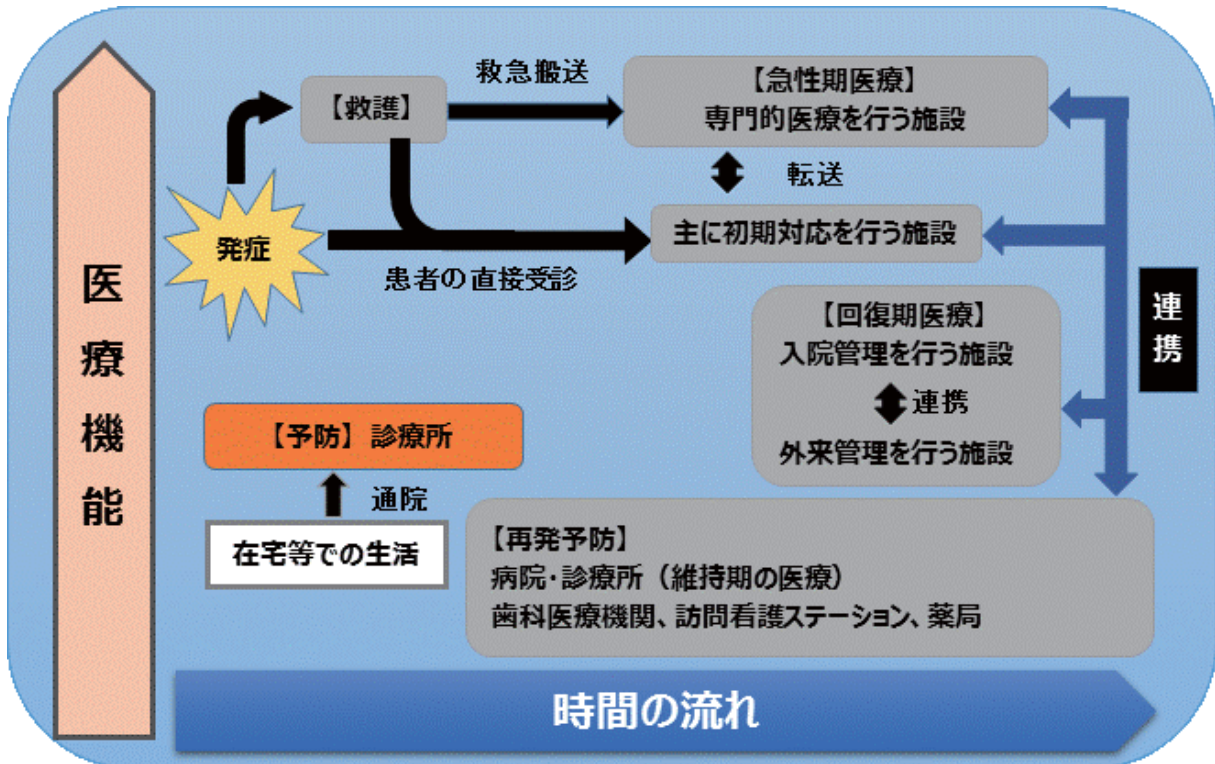
数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 予防（概況を含む）					
①	特定健康診査の実施率	49.0%	H27	70%以上	H35
②	成人の喫煙率	26.0%	H28	12.0% 以下	H34
2 救護					
③	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	36.4分	H27	36.4分	H35
④	心肺機能停止疾病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	41件	H27	77件	H35
3 急性期					
⑤	急性心筋梗塞等の急性期患者に24時間対応又はオンコール対応できる医療機関数	21施設	H28	21施設	H35

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
4 回復期					
⑥	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	23病院 30診療所	H28	28病院 36診療所	H35
⑦	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	6病院 20診療所	H28	14病院 41診療所	H35
5 再発予防					
-	1 予防と同じ	-	-	-	-

※目標の根拠：①県医療費適正化計画、②県健康増進計画、③現状を維持、④全国の増加率（年1.1倍）を踏まえて算出、⑤現状を維持、⑥現状の1.2倍、⑦県「医療施設機能調査（平成28年度）」で、今後導入したいと回答した医療機関の半数の導入

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



(余白)

4 糖尿病の医療連携体制構築の取組

- 糖尿病の発症予防を推進するため、適切な生活習慣や糖尿病に関する知識の普及と特定健診等の実施の支援に取り組みます。
- 長期的に良好な血糖コントロールができる医療連携体制の構築や専門職種によるチーム医療を促進するとともに、治療中断の防止に取り組みます。
- 慢性合併症の治療を促進するため、各専門治療を行う医療連携体制の整備促進を図ります。

現状と課題

概況

(1) 糖尿病とは

糖尿病は、すい臓から分泌されるインスリンというホルモンの働きが悪くなったり、量が少なかったりすることが原因で、血液中のブドウ糖（身体を動かすエネルギー源）が正常に利用されず、結果的に血糖値が高くなる病気です。

糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失による1型糖尿病と、過食、運動不足、肥満等が原因でインスリン作用不足が現れて高血糖になる2型糖尿病に大別されます。

(2) 糖尿病有病者等の数

厚生労働省「国民健康・栄養調査（平成28年）」によると、全国の「糖尿病が強く疑われる者」（糖尿病有病者）は約1,000万人で、人口に占める割合は男性が16.3%、女性が9.3%となっています。また、「糖尿病の可能性が否定できない者」（糖尿病予備群）も約1,000万人、人口割合は男性が12.2%、女性が12.1%となっています。

県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、本県の「糖尿病が強く疑われる者」の人口割合（20歳以上）は男性が12.7%、女性が10.7%で、「糖尿病の可能性が否定できない者」の人口割合（20歳以上）は、男性が6.8%、女性が6.5%となっており、県民の約5.5人に1人が糖尿病が強く疑われる者か、その可能性が否定できない者となっています。

(3) 死亡数

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県の糖尿病を直接死亡原因とした死亡数は250人であり、死亡数全体の約1.1%を占めています。

また、厚生労働省「人口動態統計特殊報告（平成27年）」によると、本県の糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）は男女とも減少傾向にありますが、男性は6.6人で全国（5.5人）を上回っており、女性は2.5人で全国（2.5人）と同様となっています。

(4) 地域における連携

糖尿病の発症予防・重症化予防の観点から、市町村及び医療保険者等と医療機関が保健事業に係る情報共有や協力を行うなど、地域における連携が求められています。

1 発症予防・早期発見

生活習慣の変化や高齢化に伴い糖尿病有病者数は増加傾向にあります。糖尿病の発症予防対策を強化することや、重症化する前に早期に糖尿病の診断につなげることが一層重要となっています。

(1) 発症予防

糖尿病は、生活習慣と密接に関係していることから、発症予防には日頃から適切な栄養・食生活、適度な運動習慣、節酒などを心がけることが重要です。また、特定健康診査や職場における定期健康診断等で自らの健康状態を把握し、必要に応じて生活習慣の改善支援を行う特定保健指導等を活用することで、早期に食生活や運動などの生活習慣を改善することが重要です。

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（平成27年）」によると、本県の特定健康診査の受診率は49.0%（全国50.1%）、特定保健指導の実施率は13.6%（全国17.5%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

また、県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、糖尿病予備群への対応（食事・生活指導等）を実施している医療機関は91病院、590診療所となっています。

(2) 早期発見

糖尿病は初期の段階では自覚症状（口渇・多飲・多尿等）がないまま進行します。このため、自らの健康状態を把握するためには、定期健康診断等を受診することが大切です。健康診断の結果、糖尿病が疑われれば、早期に適切な医療機関を受診することが重要です。また、症状出現時には、直ちに医療機関を受診することが必要です。

本県の平成23年度における特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療薬服用者割合は4.9%であり、全国（4.5%）をやや上回っています。

(3) 生涯を通じた健康管理

糖尿病の発症や重症化を予防し、健康寿命の延伸を図るためには、糖尿病以外の生活習慣病を改善するとともに習慣的な喫煙などを見直す等、県民一人ひとりの主体的な健康づくりに加え、地域保健と職域保健が連携して生涯を通じた健康管理を支援することが必要です。

2 初期・安定期治療

治療中断者を減少させるとともに、適切な生活習慣に対する患者教育を行い、長期的に血糖コントロールを良好にすることが課題となっています。

(1) 糖尿病患者の受療動向

ア 県「患者調査（平成27年）」によると、本県における糖尿病患者の圏域間の受療動向は、おおむね二、五次保健医療圏内で完結する傾向にあります。

なお、患者流出に関しては、渋川保健医療圏において流出率が25.7%と最も大きく、隣接する前橋保健医療圏への流出率（18.5%）が高くなっています。

一方、患者流入に関しては、藤岡保健医療圏において流入率が23.3%と最も大きく、特に県外からの流入率（9.9%）が高くなっています。

患者流出・流入率（内分泌、栄養及び代謝疾患）

所在地	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
流出率	11.3%	25.7%	11.6%	9.2%	12.2%	8.6%	13.4%	4.7%	6.5%	3.8%
流入率	18.3%	18.6%	13.6%	12.6%	23.3%	12.1%	6.8%	2.8%	6.8%	8.8%

〔資料〕 県「患者調査（H27年）」

イ 糖尿病の慢性合併症を予防するため、自覚症状がなくても定期的な外来受診が重要です。

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国が98.6人（平成23年98.3人）に対し、本県は105.2人（平成23年99.2人）とやや高くなっています。

一方、糖尿病の年齢調整入院受療率（人口10万対）は、全国が8.2人（平成23年9.8人）に対し、本県は4.9人（平成23年7.2人）と低くなっています。

また、県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28年度）」によると、「医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある」と回答した人のうち、現在、糖尿病の治療の有無に「有」（治療を受けている）と回答した人の割合は62.4%となっています。

（2）医療提供体制の状況

ア 血糖コントロールを良好に保つために、身近なかかりつけ医を中心として、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等による各専門職種チーム医療による医療サービスを提供できる体制を構築し、栄養・食生活指導や運動指導等を実施する必要があります。併せて、治療が必要な人が未治療や治療中断とならないよう、医療機関・行政機関・各種関係職種や団体が連携する体制を整備することが重要です。

イ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、主たる診療科別にみた県内の糖尿病内科（代謝内科）の医師数は40人、人口10万対では2.0人であり、全国（3.5人）と比べて少ない状況にあるとともに、圏域間の偏在が見られます。

なお、県内における専門医の状況については、以下のとおりです。

専門医の状況

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
日本糖尿病学会 専門医	77	41	24	36	0	12
日本糖尿病協会 療養指導医	56	28	18	23	0	9
日本糖尿病協会 登録医	37	16	9	14	0	10
日本糖尿病協会 歯科医師登録医	78	36	13	24	8	18

注）二、五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕（一社）日本糖尿病学会ホームページ（平成29年4月現在）

（公社）日本糖尿病協会ホームページ（平成29年5月現在）

ウ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、糖尿病の初期・安定期治療が可能な医療機関（※1）は、71病院、224診療所となっています。また、患者に合併症予防の重要性について説明するなど、治療中断しないよう働きかけを実施している医療機関は、100病院、663診療所となっています。定期的に糖尿病教室を開催している医療機関は、

33病院、22診療所となっています。

初期・安定期治療が可能な医療機関数

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	諫・刈・前橋	利根沼田	東部
病院	71	24	23	21	7	13
診療所	224	76	84	64	7	51

注) 二. 五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

[資料] 県「医療施設機能調査 (H28年度)」

(※1) 以下のすべての項目を満たした医療機関

- ① 75g OGTTの実施及び評価ができること
- ② HbA1cの実施及び評価ができること
- ③ 食事療法、運動療法及び薬物療法等の血糖コントロールが実施できること
- ④ 低血糖及びシックデイの対応ができること
- ⑤ インスリン・GLP-1アナログ製剤の新規導入が実施できること
- ⑥ インスリン・GLP-1アナログ製剤による治療が実施できること

(3) 地域連携クリティカルパス

ア 糖尿病の合併症を予防するため、地域連携クリティカルパス（かかりつけ医と専門医療機関が連携するために共有して用いる診療計画表）等を活用し、かかりつけ医や専門医、その他保健医療従事者等が連携を強化することが必要となっています。

イ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、地域連携クリティカルパス導入医療機関は、10病院、90診療所あり、今後、導入を検討している医療機関は、16病院、113診療所あります。

(4) 歯科医師・歯科医療機関との連携

ア 歯周病と糖尿病は相互に影響を及ぼす関係にあり、安定した血糖コントロールを目指した歯周病対策が必要とされていることから、歯科と内科の連携が一層重要となっています。

イ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、県内には、糖尿病の入院患者に対する専門的な口腔ケア等を実施している歯科医療機関は123施設、現在は実施していないが実施が可能な歯科医療機関は200施設あります。また、外来の糖尿病患者に対する専門的な口腔ケアを実施している歯科医療機関は226施設、現在は実施していないが実施が可能な歯科医療機関は241施設あります。

(5) 薬剤師・薬局の役割

ア 糖尿病の治療継続や重症化の防止のため、患者が薬物治療について正しく理解して服用等を行うことが重要となることから、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬指導が一層重要となっています。

イ 県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、かかりつけ薬剤師・薬局を決めている県民は47.8%で、平成25年（44.1%）と比べて増加しています。

(6) 低血糖・シックデイ対応

何らかの原因により血糖値が下がりすぎて、様々な症状を来した状態を低血糖症といいます。症状として、軽いものでは空腹感・冷や汗・ふるえなどの症状が現れ、重症になると頭痛・集中力の低下・痙攣・意識障害などの中樞神経系の症状が現れます。

また、糖尿病患者が発熱や下痢、嘔吐などを起こし、または食欲不振によって食事ができないときをシックデイといいます。シックデイの際には、高血糖や脱水意識障害等をきたす場合があります。

患者やその家族・周囲の者は、低血糖やシックデイが糖尿病の治療を行っている患者の誰でも起こる可能性があることを理解し、症状や正しい対応の知識を十分に身に付け、適切に対処できるようにしておくことが大切です。

また、かかりつけ医は、糖尿病患者が低血糖やシックデイとなった場合に備えて、事前に病態の情報提供を行うとともに、対応方法の指導を行うことが重要です。

3 専門治療

血糖コントロールが難しい患者に対して、より専門的な治療により血糖コントロールを良好にすることが課題となっています。

(1) 専門的な治療の医療提供体制の状況

ア 治療中の患者の重症化を予防するため、かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが重要となっています。

イ 糖尿病の治療や合併症予防のための医療体制を充実するため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等による各専門職種ของทีม医療が重要となっています。

ウ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、糖尿病の専門的な治療に対応可能な医療機関（※2）は、18病院、4診療所となっています。

具体的には、専任スタッフを配置し、糖尿病専門外来を実施している医療機関は、39病院、30診療所あります。プログラムに従った糖尿病教育入院を実施している医療機関は、29病院、4診療所あります。地域において、糖尿病に関する病診連携を積極的に実施している医療機関は、32病院、120診療所あります。

専門治療に対応可能な医療機関数

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	18	7	6	6	2	2
診療所	4	1	2	0	0	1

注) 二. 五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

[資料] 県「医療施設機能調査（H28年度）」

(※2) 以下のすべての項目を満たした医療機関

- ① 専任スタッフを配置し、糖尿病専門外来を実施していること
- ② プログラムに従った糖尿病教育入院を実施していること
- ③ 地域において糖尿病に関する病診連携に積極的に取り組んでいること

工 日本糖尿病療養指導士認定機構によると、医師の指示下で患者に適切な療養指導を行う日本糖尿病療養指導士（CDEJ）は、県内に288人います（平成28年6月現在）。

また、日本看護協会によると、糖尿病について高い看護実践ができる糖尿病看護認定看護師は、県内に13人います（平成29年8月現在）。

オ 群馬県糖尿病療養指導士認定機構によると、群馬県における糖尿病教育の正しい知識と技術の普及・啓発を図り、医師の指示下で熟練した療養指導を行う群馬県糖尿病療養指導士（G-CDEL）は、242人います（平成29年5月現在）。

（2）退院患者の平均在院日数

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、本県の糖尿病患者の退院患者の平均在院日数は17.1日で、全国（35.1日）と比べ、大きく下回っています。

4 重症急性増悪時治療

生命に危険が及ぶ急性合併症（高血糖または低血糖等による意識障害等）を発症した場合、専門の治療が必要となるため、対応可能な医療体制の充実が課題となっています。

（1）医療提供体制の状況

ア 糖尿病昏睡等の急性合併症について、救急搬送及び24時間体制の専門医療機関での対応が必要です。

イ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関（※3）は、15病院、2診療所となっています。

糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	澁・刈・前橋	利根沼田	東部
病院	15	6	5	5	2	2
診療所	2	1	1	0	0	0

注）二、五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕 県「医療施設機能調査（H28年度）」

（※3）糖尿病の専門的な治療に対応可能な医療機関（※2）に該当し、かつ、以下のすべての項目を満たした医療機関

- ① 糖尿病合併症患者の受け入れが可能であること
- ② 常時、糖尿病代謝失調（ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、重症低血糖）に対応できること
- ③ 糖尿病患者の夜間における救急搬送が受け入れ可能であること
- ④ 糖尿病患者の救急搬送受け入れの相当数の実績があること

ウ 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、直近1年間の糖尿病患者の救急搬送受入を行った医療機関は60施設で、このうち30施設が休日や夜間の受入に対応しました。

5 慢性合併症治療

合併症の専門治療を行う医療体制の充実が課題となっています。特に、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析を実施する医療機関が相互に連携して必要な治療を実施することが重要です。

(1) 糖尿病性腎症

ア 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県における慢性透析患者数は、平成27年は5,948人（平成26年5,790人、平成25年5,587人）となっており、全国と同様に増加傾向にあります。

イ 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県における平成27年の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数（人口10万対）は16.2人で、全国（12.5人）と比べ、高くなっています。また、本県における平成27年の新規透析導入患者数のうち、原疾患が糖尿病である割合は45.2%で、全国（43.7%）をやや上回っています。

ウ 本県の人工透析実施医療機関は、45病院、36診療所となっています（県「統合型医療情報システム」平成29年5月現在）。

エ 糖尿病性腎症の早期発見及び早期治療は、腎臓の機能低下を防いだり、透析治療に至らせないために重要であるため、かかりつけ医や透析予防外来を実施している医療機関、腎臓内科の専門医等との連携を強化することが課題となっています。

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、透析予防外来を実施している医療機関は、22病院、22診療所あります。

また、重症化を防ぐための取組として、糖尿病教室等を活用した合併症の予防知識の普及啓発や、適切な医療機関への受診勧奨が必要となっています。

(2) 糖尿病網膜症

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、糖尿病網膜症のレーザー治療を実施している医療機関は、27病院、24診療所あり、硝子体手術を実施している医療機関は、8病院、1診療所となっています。

(3) 糖尿病足病変

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、糖尿病足病変（壊疽）の治療に対応できる医療機関は、60病院、79診療所あり、フットケアを実施している医療機関は、49病院、109診療所となっています。

(4) その他疾患との関連

糖尿病は、上記(1)～(3)の合併症以外に、脳卒中や急性心筋梗塞といった重大な動脈硬化性疾患を引き起こす可能性があるほか、歯周病との関連や、がんや認知症発症との関連も指摘されています。

具体的施策

1 発症予防・早期発見

(1) 糖尿病の知識の普及

- ・ 糖尿病は生活習慣と密接に関係する疾病であるため、「元気県ぐんま21（群馬県健康増進計画）」に基づき、栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善について健康教育を推進します。
- ・ 糖尿病の発症予防には、日頃から自分の健康状態を把握し、必要に応じ早期に食生活や運動などの生活習慣を改善することが重要であることから、各関係機関と連携して糖尿病に関する講演会や相談会等を県民に向けて開催し、糖尿病発症予防に関する知識の普及啓発に取り組みます。

(2) 特定健康診査・特定保健指導等の効果的な実施の支援

- ・ 保険者や事業所等と連携し、特定健康診査や職場における定期健康診断等の受診率向上を図り、肥満などの危険因子を有する糖尿病予備群に対して生活改善の個別指導や健康教育プログラムの提供を行うなど健康管理を支援します。併せて、保健医療従事者への人材育成に取り組みます。
- ・ 健診を受診しやすい環境整備（夜間健診・休日健診）や、健診未受診者への受診勧奨の取組を進めます。

(3) 地域特性に基づく対策の推進

- ・ 特定健康診査のデータを中心とした分析を行い、県全体と地域別の健康課題の抽出と検討を進め、地域特性に基づいた効果的な対策の推進を図ります。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、県民公開講座、健康フェスタ、糖尿病セミナー、地域保健研修会、生活習慣病対策に係る人材育成研修会、地域・職域連携推進事業 等

2 初期・安定期治療

(1) 医療連携体制の構築

- ・ かかりつけ医と専門的な医療機関の連携、多職種による療養指導体制の充実、地域連携クリティカルパスの普及により、症状に応じた医療が適切に提供できる体制構築を図ります。

(2) 歯科医療機関・薬局との連携

- ・ 日々のセルフケアの励行や、症状がなくても歯科医療機関へ定期通院して歯石除去等の歯周病予防処置を受けるといった、受診行動の励行を図ります。
- ・ ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳等を活用し、歯科・薬局と医科の連携を促進します。

(3) 治療中断の防止

- ・ 糖尿病治療の中断防止を図るため、継続的な受診や治療の必要性について、引き続き県

民への啓発に取り組みます。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、糖尿病病診連携推進事業（県医師会による「ぐんまちゃん」の糖尿病支援手帳）普及促進、群馬糖尿病地域連携ネット、病診連携に係る研修開催の支援等）、地域保健研修会、生活習慣病対策に係る人材育成研修会、地域・職域連携推進事業、8020県民運動推進特別事業、糖尿病性腎症重症化予防プログラム 等

3 専門治療 及び 4 重症急性増悪時治療

(1) かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進

- ・ 地域連携クリティカルパス等の活用により、かかりつけ医や専門的な医療機関等の連携強化を促進します。

(2) 医療従事者の育成

- ・ 教育入院等の集中的な治療を行うため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上を図ります。また、療養指導の高い技術力を持つ糖尿病療養指導士の活用を促進します。
- ・ 糖尿病の療養指導における医療関係職種との役割分担とチーム医療を促進します。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、糖尿病病診連携推進事業、生活習慣病対策に係る人材育成研修会 等

5 慢性合併症治療

(1) 慢性腎臓病対策の推進

- ・ 糖尿病との関連の深い慢性腎臓病（CKD）対策を図るため、県民公開講座等による普及啓発、保健医療連携体制の構築に向けた検討、保健医療従事者の人材育成・資質向上対策を実施します。
- ・ 重症化予防のため、かかりつけ医と透析予防外来等を実施する医療機関や腎臓内科の専門医等との連携、かかりつけ医による尿中アルブミン検査等を通じた早期診断を促進し、新規透析導入患者を減らすよう取り組みます。

【慢性腎臓病（CKD）とは】

腎障害を示す所見や腎機能低下が慢性的に続く状態で、放置したままにしておくと、末期腎不全となって、人工透析や腎移植を受けなければ生きられなくなってしまいます。軽症なものも含めると成人の8人に1人の割合で慢性腎臓病になっているとされています。

(2) 糖尿病合併症に対する健康教育の推進

- ・ 合併症に対する予防や受診について、県民への普及啓発に取り組みます。
- ・ 教育入院が終了した後の生活習慣の改善が継続実施できるよう、患者やその家族等に対する生活指導等に取り組むなど、地域の保健活動の体制を整備します。

(3) 医療連携体制の構築

- ・ 糖尿病の専門的治療機関が、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析の実施可能な医療機関、歯科医療機関などと連携して治療できる体制の整備を促進します。

【主な事業例】

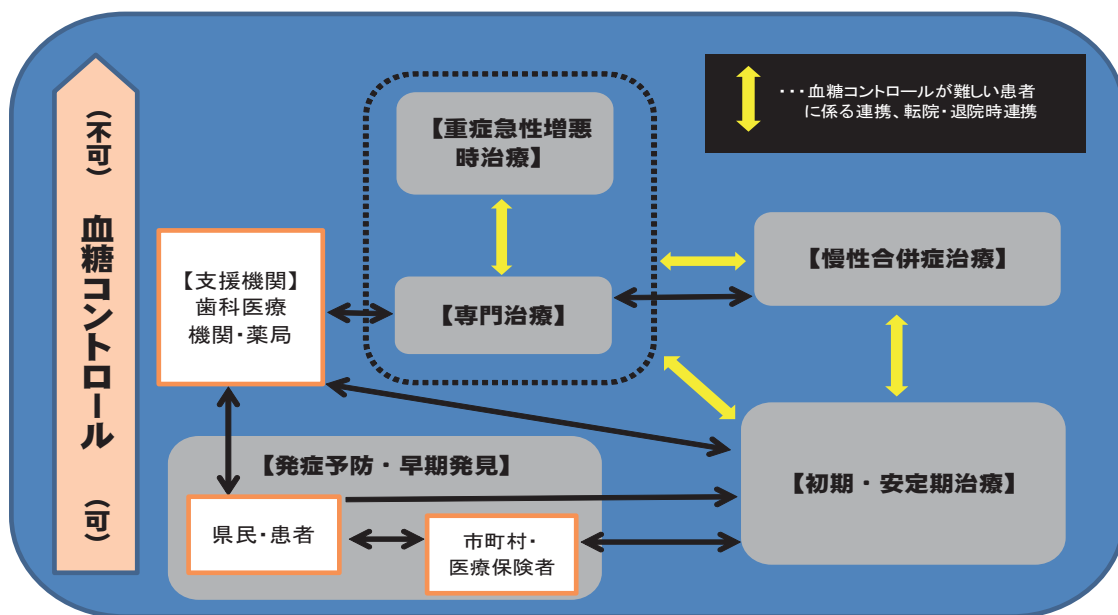
群馬県糖尿病対策推進協議会、群馬県慢性腎臓病対策推進協議会、健康フェスタ、県民公開講座、糖尿病病診連携推進事業 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
①	特定健康診査の受診率の向上	49.0%	H27	70%以上	H35
②	特定保健指導の実施率の向上	13.6%	H27	45%以上	H35
③	治療継続者の割合の増加	62.4%	H28	80.0%	H34
④	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	10病院 90診療所	H28	18病院 147診療所	H35
⑤	合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	325人	H27	300人	H34

※目標の根拠：①②県医療費適正化計画、③⑤県健康増進計画、④県「医療施設機能調査（H28年度）」で、今後導入したいと回答した医療機関の半数の導入

糖尿病の医療連携体制



5 精神疾患の医療連携体制構築の取組

- 精神科医療機関、一般医療機関、保健所、市町村、地域援助事業者などとの機能分担と連携による総合的な支援体制の構築に努めます。
- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築に努めます。

現状と課題

概況

(1) 精神疾患の範囲

精神疾患には、統合失調症、うつ病等の気分障害の他、児童・思春期精神疾患、依存症や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症疾患も含まれていて、住民に広く関わる疾患です。

(2) 精神疾患に関する状況

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、精神疾患の患者数は平成14年から平成17年にかけて急増し、その後ほぼ横ばいで推移しており、本県における精神疾患の患者総数は約55千人となっています。

また、精神及び行動の障害による入院患者数のうち、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が約7割を占めています。

本県の精神疾患の総患者数（推計値）

（単位：千人）

疾病分類	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
精神疾患（※）	33	55	62	55	55
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	9	12	17	11	12
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	6	20	24	18	20
血管性及び詳細不明の認知症	2	2	2	2	1
アルツハイマー病	1	3	4	6	7
てんかん	5	4	2	4	5
その他	10	14	13	14	10

※患者調査「精神及び行動の障害」（精神遅滞除く）にアルツハイマー病及びてんかんの患者数を合算

〔資料〕厚生労働省「患者調査」

本県の精神及び行動の障害による入院患者数

（単位：千人）

疾病分類	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
精神及び行動の障害	5.1	5.1	4.8	4.6	4.4
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.8	3.7	3.5	3.1	3.1
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

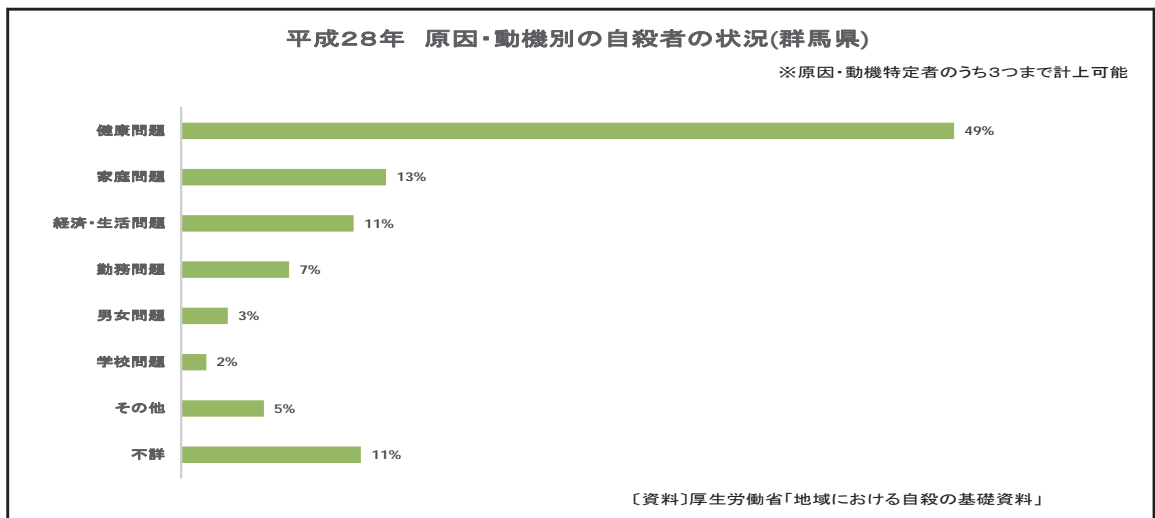
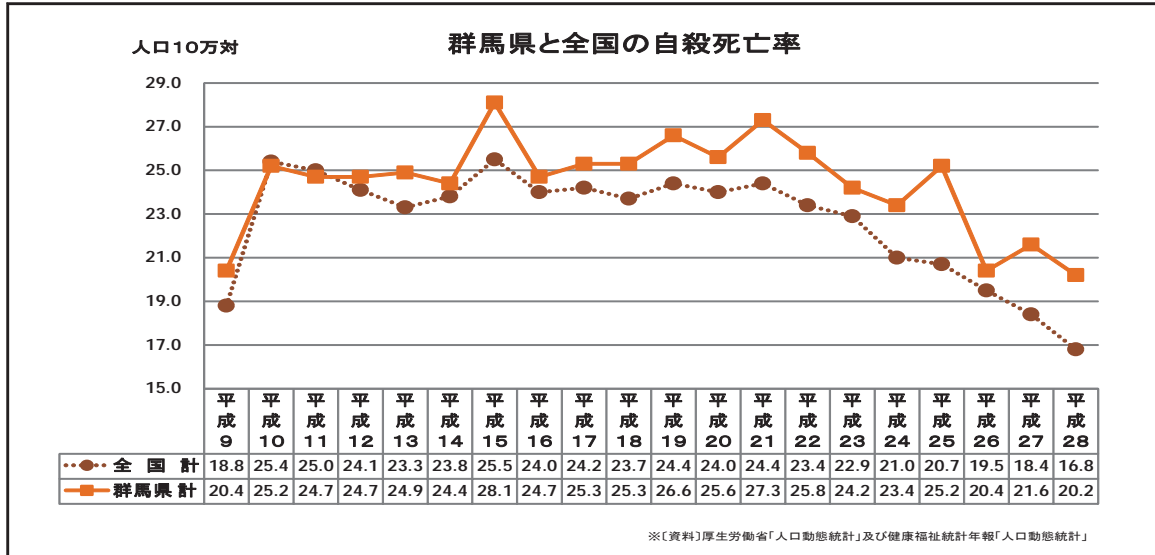
〔資料〕厚生労働省「患者調査」

(3) 自殺者に関する状況

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県における自殺死亡率(人口

10万人当たり自殺者数)は20.2であり、全国平均の16.8を上回っています。

また、厚生労働省「平成28年中における自殺の状況」によると、自殺の原因・動機は健康問題が約5割と最も多く、健康問題の中でもうつ病が4割程度を占めていることをはじめとして、他の精神疾患も広く関わっています。



(4) 精神疾患に関する課題

精神科医療提供体制では、地域的な偏在があり、また、児童・思春期精神医療、依存症等の専門的な精神科医療では、診断や治療を行う医療機関は限られています。

精神疾患は多様であり、その多様性に対応できる医療提供体制の構築が必要となっています。

1 予防・アクセス

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があり、また重症になる

ほど病識が薄れることがあるため、適切な支援に結びつきにくいという特性があります。

発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができやすくなります。

そのため、正確な診断等に基づく早期治療が重要となります。

- (1) 本県における、精神保健福祉センター（こころの健康センター）、保健所及び市町村における精神保健相談実績は全国平均を下回っています。
こころの病気への正しい知識等に関する情報について、より一層の普及啓発を行うとともに、相談体制の充実と相談窓口の周知が必要となっています。
- (2) 精神科を標榜する診療所は医科診療所の増加率を上回りますが地域的な偏在があり、また、精神科医師数は医師数全体の増加率を上回りますが患者の増加割合に比べ下回っています。
身近な地域で適切な精神科医療を提供できるよう精神科の医療機関及び医師の確保が重要な課題となっています。
- (3) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、本県における、精神疾患の診療を行っていない医療機関で、連携のとれる精神科医がいる医療機関は約1割となっています。
かかりつけ医と精神科医との連携をさらに推進する必要があります。
- (4) 地域における予防・アクセスの課題を分析する必要があります。
- (5) 多様な精神疾患に関する状況は次のとおりであり、各精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

ア 統合失調症

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、精神及び行動の障害による入院患者のうち、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が7割を占めています。

また、厚生労働省「精神保健福祉資料（平成26年）」によると、入院患者のうち、1年以内に退院できなかった割合は18.2%であり、統合失調症の特性を反映しています。

イ うつ・躁うつ病

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、患者数は平成14年の約6千人から平成23年の約18千人で約3倍に増加し、平成26年も約20千人と増加傾向にあります。

また、厚生労働省「平成28年中における自殺の状況」によると、自殺の原因は健康問題が約5割と最も多く、健康問題の中でもうつ病が4割程度を占めています。

早期発見・早期治療のため、かかりつけ医等との連携が必要となっています。

ウ 児童・思春期精神疾患、摂食障害

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、平成11年で500人未満だった患者数は、約20千人と増加しています。

地域及び学校等の関係機関と連携した対策の構築が必要となっています。

エ 依存症

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、全国のアレルギー依存症患者数は約60千人、アレルギー以外の薬物による依存患者数が約27千人となっており、いずれも増加傾向にあります。

一方で県内の相談件数はほぼ横ばいで推移しているため、アレルギー、薬物、ギャンブル等依存症についての相談体制の充実及び相談窓口の周知が必要となっています。

オ 外傷後ストレス障害

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、全国の外傷後ストレス障害の患者数は約3千人となっており、増加傾向にあります。

被災・被害時及びその後の継続したところのケアが必要となっています。

カ 認知症

認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれ、厚生労働科学研究推計結果（平成26年度）をもとにした県介護高齢課の推計によると、本県では平成37年には11万人以上（高齢者の5人に1人）になるとされています。

認知症サポート医は平成28年度末現在90人養成されており、認知症の初期の段階から、適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、平成30年度までに、全市町村で設置されます。

認知症の専門的医療の提供体制強化を目的とした認知症疾患医療センターは、13か所（中核型：1、地域拠点型：11、連携型：1）で、県内全域に設置されています。

高齢者の総合相談を担う地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医、サポート医、専門医療機関等との連携体制の構築が課題となっています。

群馬県の認知症高齢者の推計値

（単位：万人）

	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年
各年齢の認知症有病率が一定の場合の推計 （高齢者人口に対する率％）	8.5 15.7%	9.9 17.2%	11.1 19.0%	12.1 20.8%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の推計 （高齢者人口に対する率％）	8.7 16.0%	10.4 18.0%	12 20.6%	13.5 23.2%

〔資料〕「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授）による速報値（平成27年1月公表）

注・群馬県の数値は、全国の出現率を準用

・65歳以上人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）及び「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）による

・各年齢の認知症有病率が上昇する場合の推計人数は、平成24年以降も糖尿病有病率の増加により認知症有病率が上昇すると仮定した場合のもの

- (6) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく医療機関は指定入院医療機関が1か所、指定通院医療機関が5か所となっています。

2 治療・回復・社会復帰

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。

地域の実情に応じた医療機関と行政機関、関係機関との機能分担と連携による総合的な支援が必要となっています。

- (1) 精神科医療では、地域的な偏在があり、また、児童・思春期精神医療、アルコールや薬物などの依存症等の専門的な精神科医療については、診断や治療を行う医療機関は限られています。
入院治療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠となっています。
- (2) 精神科のデイケア利用者数は全国平均を下回り、訪問看護利用者数は全国平均をやや上回っています。
患者の地域生活を支える訪問診療、訪問看護、デイケア、アウトリーチ（訪問支援）、症状悪化時等の緊急時の対応等の提供体制を充実する必要があります。
- (3) 入院医療の1年以内の早期退院患者割合は多くなってきていますが、未だ長期入院患者が数多くいます。
長期入院患者の早期退院に向けた治療や退院支援の提供が求められています。
- (4) 多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携推進のための医療体制を整備する必要があります。
- (5) 精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制を構築する必要があります。

3 精神科救急

緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要があります。

- (1) 本県における県立病院及び国立大学病院以外に措置入院患者を受け入れることができる指定病院は県内14か所、応急入院を行うことができる応急入院指定病院は3か所、特例措置をとることができる応急入院指定病院は1か所となっています。
- (2) 本県における自傷他害のおそれにより警察署に保護され、その行為の背景に精神疾患が疑われる場合に行われる通報等は、精神科救急情報センターで一元的に対応しています。
平成28年度の通報等の件数は444件であり、依然として件数が多いため、精神科救急体制の一層の充実が求められています。

精神科救急情報センター通報件数

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
280	307	321	369	340	393	398	495	444

〔資料〕県障害政策課調べ

- (3) 本県の夜間、休日における精神科救急医療は、精神科救急医療施設15施設（常時対応、

輪番対応)で対応しています。

平成28年度の診療件数874件、入院件数等470件となっています。

精神科救急医療診療等件数

区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
診療件数	711	944	666	630	569	628	600	789	874
うち入院件数	348	442	395	372	328	351	301	423	470

〔資料〕県障害政策課調べ

- (4) 地域での連携等により24時間対応できる体制を有する医療機関は1割強という状況です。

通報等による受診のほか、夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制など、地域生活を支える体制を整備することが課題となっています。

4 身体合併症対策

身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められています。

- (1) 身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療提供のため、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制を整備することが必要です。
- (2) 幅広い患者に対し、高度な専門医療を総合的に提供できる一般病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実が課題となっています。
- (3) 身体合併症患者に対する適切な精神科救急医療の提供も課題となっています。特に、救命救急センターを有する病院の精神科医療をさらに充実する必要があります。

5 自殺対策

厚生労働省「人口動態調査(平成28年)」によると、本県における自殺死亡率(人口10万人当たり自殺者数)は20.2であり、全国平均の16.8を上回っています。

また、厚生労働省「平成28年中における自殺の状況」によると、自殺の原因・動機は健康問題が約5割と最も多く、うつ病等の精神疾患が広く関わっています。

- (1) 自殺の危険因子であるうつ病等の精神疾患について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた関係機関等のネットワークの構築が必要となっています。
- (2) かかりつけ医等の精神疾患診断、治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備が必要となっています。

6 災害精神医療

自然災害等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大します。このような災害の場合において、災害時のこころのケアが必要とされています。

- (1) 平成28年度末時点で全国29府県において、DPAT先遣隊が整備されています。
DPATの整備及び災害発生時の迅速かつ適正な連絡調整等の体制整備が必要となっています。

----- 【DPAT（災害派遣精神医療チーム）】 -----

DPATは災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）のことです。災害時に被災者及び支援者に対して、被災地域の都道府県の派遣要請により被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための専門チームです。精神科医師、看護師、業務調整員（事務職員）を含めた数名から構成され、現地のニーズに合わせて、児童精神科医、薬剤師、保健師、精神保健福祉士や臨床心理技術者等を含めて適宜構成されます。

- (2) 災害時における精神疾患医療体制確保のため、災害拠点精神科病院の整備が必要となっています。

■ 具体的施策

1 予防・アクセス

(1) 普及啓発・相談体制の充実

- ・ ストレスやこころの病、認知症に関する正しい知識と理解促進に関する、より一層の普及啓発を行います。
- ・ 誰もが相談できる相談体制の充実及び相談窓口の周知徹底、医療機関との連携を図ります。

----- 【主な事業例】 -----

こころの県民講座(うつ病家族セミナー)、精神保健福祉普及運動、こころの健康相談、労働相談（メンタルヘルス相談）、アルコール問題対応力向上研修、認知症サポートー養成支援、認知症コールセンター設置運営、若年性認知症普及啓発研修会

(2) 精神科医療機関及び医師等の確保

- ・ 保健・医療・福祉サービスの提供体制を確保します。
- ・ 専門医療に対応できる人材を育成します。
- ・ 認知症に関する適切な医療の提供体制を確保します。

----- 【主な事業例】 -----

認知症疾患医療センター運営 等

(3) 医療機関等の連携強化

- ・ かかりつけ医と精神科医との連携を促進します。

----- 【主な事業例】 -----

かかりつけ医等のうつ病対応力向上研修、かかりつけ医等認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修、認知症初期集中支援チーム員研修 等

(4) 精神疾患の地域における予防・アクセスの課題分析

- ・ 精神疾患の地域（保健所・市町村・診療所等）で、予防・アクセスの課題を分析します。

(5) 医療機関の医療機能の明確化

- ・ 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制を構築します。

2 治療・回復・社会復帰

(1) 各領域の専門医療を提供する医療機関と行政機関、関係機関との重層的な連携推進

- ・ 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムを構築します。

【主な事業例】

医療介護連携調整実証（退院調整ルール策定）事業、保健・医療・福祉関係者による協議

(2) 精神科デイケア及び訪問看護等の提供体制の充実

- ・ グループホーム等障害福祉サービスを充実します。

【主な事業例】

精神訪問看護基本療養費算定要件研修

(3) 長期入院患者の早期退院に向けた治療及び退院支援の提供

- ・ 精神障害者地域移行支援事業の実施や地域相談支援の利用を促進します。
- ・ 家族教室等の実施及び地域ボランティア等の人材を育成します。
- ・ 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムを構築します。

【主な事業例】

ピアサポート活用事業、家族教室

(4) 多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携推進のための医療体制の整備

- ・ 各精神疾患ごとに対応できる専門職の養成や医療体制の整備を図ります。

【主な事業例】

精神科看護研修会、認知症看護認定看護師研修支援

(5) 精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制の構築

- ・ 地域における支援体制を構築します。

【主な事業例】

ゲートキーパー養成研修、精神保健ボランティア養成、本人及び家族の会支援、認知症地域支援推進員研修、認知症ケアパス作成活用支援、若年性認知症支援コーディネーター設置 等

3 精神科救急

(1) 精神科救急体制の一層の充実

- ・ 診療所及び病院、関係機関との連携による夜間等緊急時に対応できる体制を整備します。

【主な事業例】

精神科救急医療システム連絡調整委員会、精神科救急情報センター事例検討会議

(2) 地域生活を支える体制の整備

- ・ 夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制を整備します。

4 身体合併症対策

(1) 一般の医療機関と精神科医療機関の診療体制の整備

- ・ 身体合併症対応施設をはじめとした一般の医療機関と精神科医療機関との連携体制を整備します。
- ・ 一般病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実を目指します。
- ・ 高度な専門医療を総合的に提供できる病院の精神病床設置への整備を促進します。

【主な事業例】

精神科救急医療システム連絡調整委員会検討部会、歯科医師、薬剤師、看護師及び病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 等

5 自殺対策

(1) 早期発見、早期治療の取組及び精神医療体制の充実や関係機関との連携

- ・ 早期発見、早期治療の取組、精神科医療体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた関係機関等とのネットワークを構築します。

【主な事業例】

自殺対策推進センターの設置、こころの元気サポーター養成、ゲートキーパー養成、こころの健康統一ダイヤル、自殺企図者・未遂者支援事業、自死遺族支援事業

(2) かかりつけ医等との連携

- ・ かかりつけ医と精神科医との医療連携体制を整備します。

【主な事業例】

かかりつけ医等のうつ病対応力向上研修

6 災害精神医療

(1) 災害精神医療体制の整備

- ・ DPATの派遣体制を整備します。
- ・ 災害時における精神疾患医療体制の確保を図ります。
- ・ 災害精神医療に対応できる医療体制の明確化を図ります。
- ・ 災害精神医療に対応できる専門職の養成及び多職種・他施設連携の推進を図ります。

【主な事業例】

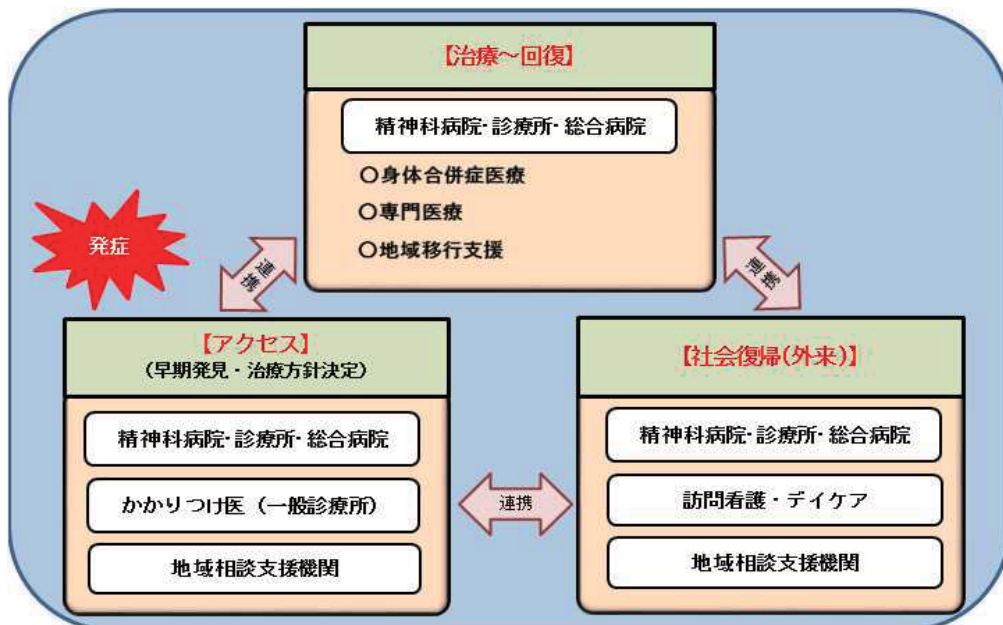
DPAT研修、災害拠点精神科病院の整備 等

数値目標

No.	項目	現状		中間目標		目標	
		数値	年次	数値	年次	数値	年次
1 予防・アクセス							
①	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	534人	H28			1,024人	H35
②	かかりつけ医認知症対応力向上研修終了者数	584人	H28	1,150人	H32		
③	認知症サポート医養成研修終了者数	90人	H28	160人	H32		
2 治療・回復・社会復帰							
④	精神病床における急性期(3ヶ月未満)入院需要(患者数)	747人	H26	750人	H32	749人	H36
⑤	精神病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院需要(患者数)	662人	H26	680人	H32	681人	H36
⑥	精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	3,259人	H26	2,656人	H32	1,859人	H36
⑦	精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	1,763人	H26	1,549人	H32	1,119人	H36
⑧	精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	1,496人	H26	1,107人	H32	740人	H36
⑨	精神病床における入院需要(患者数)	4,668人	H26	4,086人	H32	3,289人	H36
⑩	地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)			625人	H32	1,398人	H36
⑪	地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)			343人	H32	755人	H36
⑫	地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)			282人	H32	643人	H36
⑬	精神病床における入院後3か月時点の退院率	66%	H26	69%	H32		
⑭	精神病床における入院後6か月時点の退院率	80%	H26	84%	H32		
⑮	精神病床における入院後1年時点の退院率	88%	H26	90%	H32		
3 精神科救急・身体合併症対策							
⑯	精神科救急・身体合併症対応施設	0箇所	H28			1箇所	H35
4 災害精神医療							
⑰	DPATチーム数	0チーム	H28			6チーム	H35
⑱	災害拠点精神科病院	0箇所	H28			1箇所	H35

※目標の根拠：①参加実績をもとに設定、②③認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）による本県の数値目標、④～⑮厚生労働省指針において定める数値目標（※今後も県内の実態に合わせて施策を検討する。）、⑯新たに1箇所整備、⑰初動期から応急期の活動を想定したチーム数、⑱新たに1箇所整備

精神疾患の医療連携体制



6 救急医療の医療連携体制構築の取組

- 救急医療に関する研修の実施等によりメディカルコントロール体制の充実を図ります。
- 統合型医療情報システムの運営・機能強化により、救急搬送の効率化・高度化に取り組みます。
- 医療機関の施設・設備整備に対する支援を行い、初期救急医療から三次救急医療体制までの充実を図ります。

【メディカルコントロール体制とは】

消防機関と医療機関との連携によって、(1) 救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導及び助言を要請できる、(2) 救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証、(3) 救急救命士の資格取得後の定期的な病院実習などを行う体制のことです。

本県では、県内全域の救急医療体制検討協議会を設置するとともに、県内11地域の協議会による体制を整備しています。

【統合型医療情報システム】

統合型医療情報システムは、県内の救急医療機関、消防本部などに設置した端末機をインターネット回線で結び、救急医療や災害時の救護活動などに必要な情報を24時間体制で総合的に収集・提供を行う情報システムです。

現状と課題

概況

(1) 救急搬送人員

- ・ 医療機関に搬送された人（救急搬送人員）は増加傾向にあります。
- ・ 高齢化の進展により、救急搬送に占める高齢者の割合が今後も増加することが見込まれます。

(2) 重症患者の動向

- ・ 全救急患者の原因疾病は、死亡では心疾患等が、重症では脳疾患がそれぞれ最も多くなっています。

(3) 県民の意識

- ・ 県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」では、県民が不足していると考えられる医療分野として「救急医療」が最も回答が多くなっており、救急医療体制の充実が求められています。

1 救護（病院前救護活動）

病院前救護活動については、県民に対する心肺蘇生法の普及とAEDの設置・利用促進が必要になっており、メディカルコントロール体制の充実も重要となっています。また、救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診の推進が必要となっています。

（1）県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（AED）の設置

消防機関・保健所・医療機関・日本赤十字社・民間団体等の関係機関により、自動体外式除細動器（AED）の使用も含めた心肺蘇生法の知識・実技を広めるため、講習会開催等の普及活動が行われています。

これにより、一般市民が目撃した心肺停止傷病者のうち一般市民による心肺蘇生法実施率は総務省消防庁「救急蘇生統計（平成27年）」によると52.2%となっており、救急傷病者の救命率の向上に寄与しています。更なる救命処置実施率向上のため、AEDの設置場所の周知や使用方法について普及啓発する必要があります。

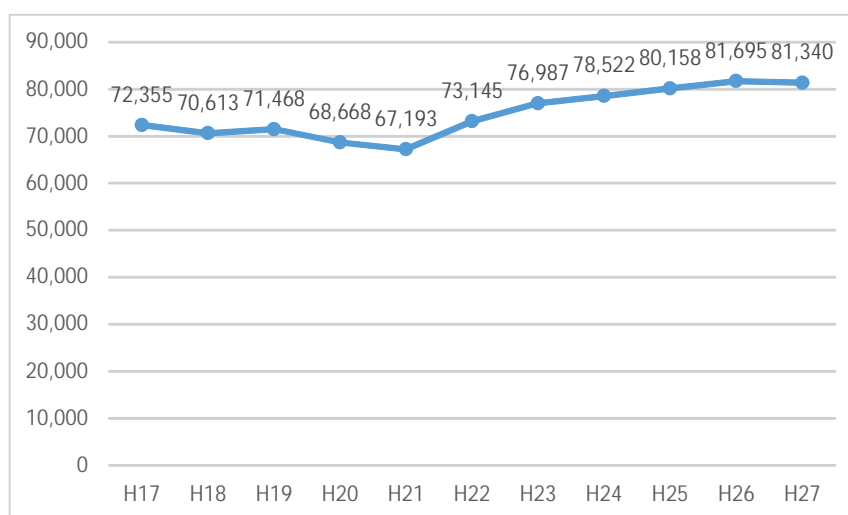
また、公共施設におけるAEDの設置調査を実施するとともに、設置状況を県ホームページで公表すること等により、AEDの設置と利用の促進を図っています。平成29年6月1日現在の公共施設（行政庁舎、学校、公民館等）におけるAEDの設置台数は2,555台（設置率99.5%）となっています。

（2）年間救急搬送人員

消防庁「救急・救助の現況（平成28年版）」によると、本県における救急搬送人員は、平成21年から増加傾向にあり、平成27年には81,340人となっています。

本県の救急搬送人員の推移

(人)



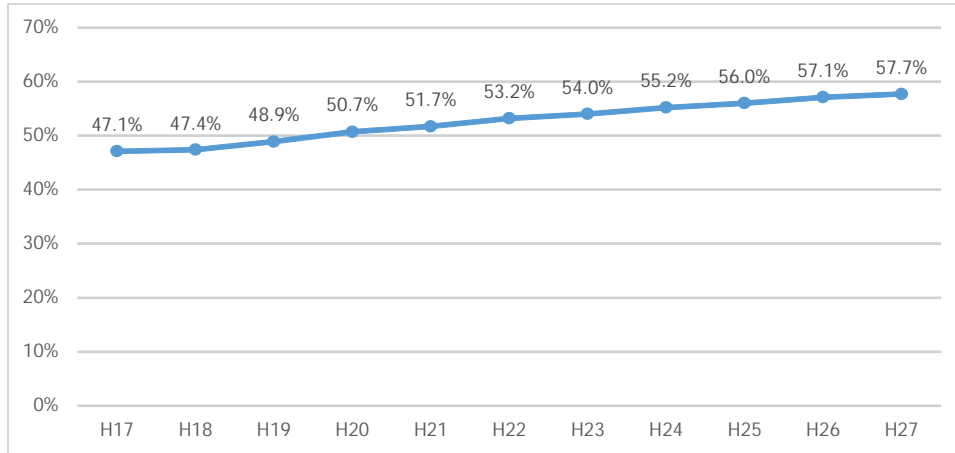
〔資料〕 総務省消防庁「救急・救助の現況」

（3）高齢傷病者の増加

年齢別に救急搬送人員をみると、65歳以上の高齢者は、平成17年の34,099人から平成27年には46,936人となり、救急搬送人員全体に占める割合も47.1%から57.7%と大幅に

増加しています。救急搬送人員の増加の大部分は高齢者の増加によるものであり、今後も、高齢化の進展に伴い、救急搬送に占める高齢者の割合が増加するものと見込まれます。

本県の救急搬送人員のうち高齢者の占める割合

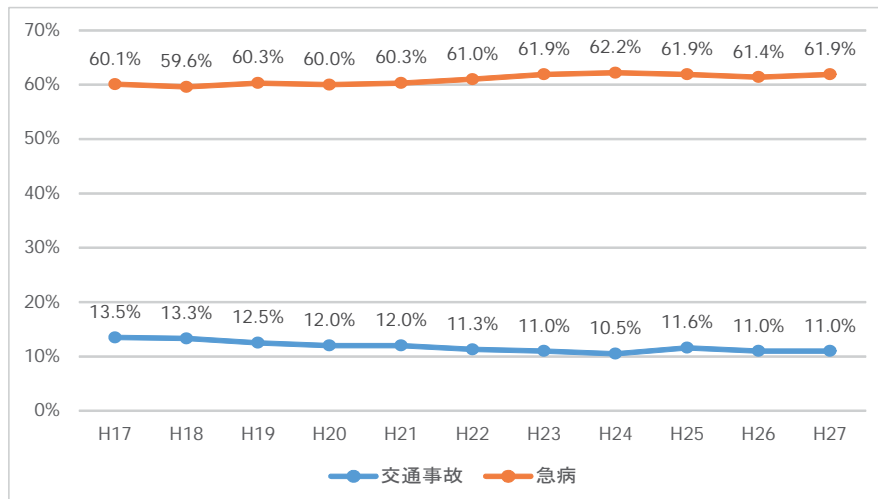


〔資料〕 総務省消防庁「救急・救助の現況」

(4) 疾病構造の変化

事故種別(原因別)に救急出動件数をみると、近年では交通事故等による出動件数の割合が11%、急病による傷病者の占める割合が62%程度で推移しています。本県では、平成17年に60.1%であった急病による傷病者の占める割合が平成27年には61.9%となっています。

本県の救急搬送傷病者の疾病構造の変化



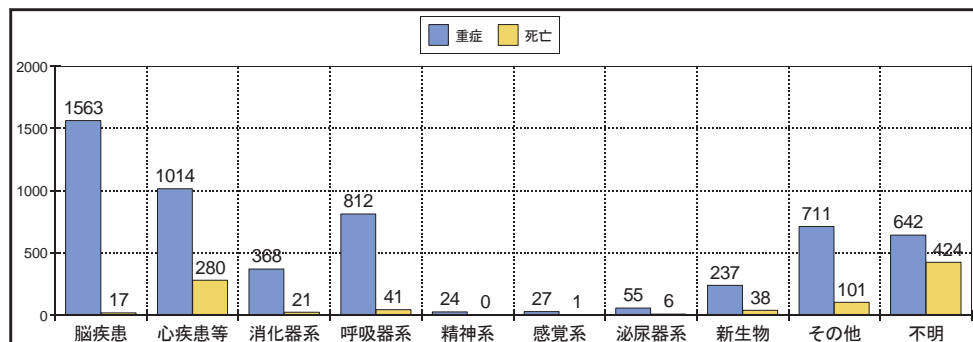
〔資料〕 総務省消防庁「救急・救助の現況」

(5) 重症傷病者の動向

全救急搬送人員のうち、重症者（死亡を含む。）の割合が13.5%、急病による救急搬送人員のうち、重症者（死亡を含む。）の割合が7.8%となっています。全救急傷病者の原因疾

病は、死亡では「心疾患等」(280人、死亡全体の30.1%)、重症では「脳疾患」(1,563人、重症全体の28.7%)が最も多くなっています。このため、重症傷病者の救命救急医療体制を構築するに当たっては、心疾患等及び脳疾患による急病への対応が重要となります。

本県の救急搬送人員のうち急病に係る重症傷病者の原因



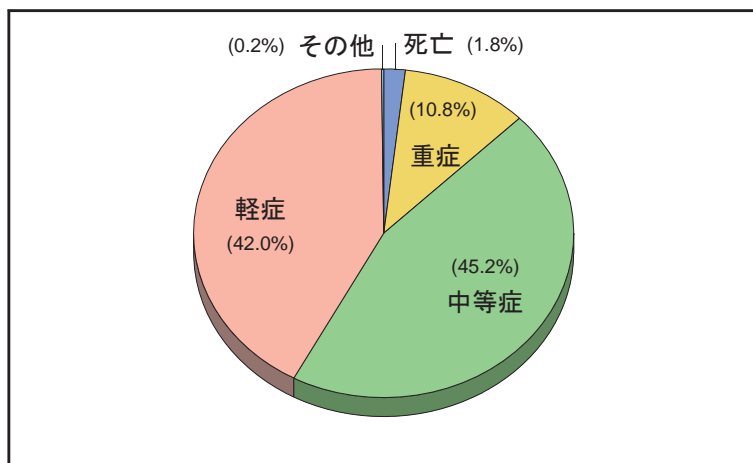
〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況 (H28)」

(6) 軽症傷病者の動向

全救急搬送人員のうち、軽症者(入院を必要としない傷病者)の割合が42.0%を占めています。救急傷病者の中には、定期的な通院等でタクシー代わりに救急車を利用する傷病者や軽症にもかかわらず診療時間外に救急医療機関を受診する傷病者などの存在が問題となっており、救急搬送を担う消防機関や救急医療機関の負担となるとともに、真に緊急を要する傷病者への救急医療に支障を来すことになっています。

地域における救急医療体制を守るためにも、救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診を推進する必要があります。

本県の救急搬送人員の傷病程度

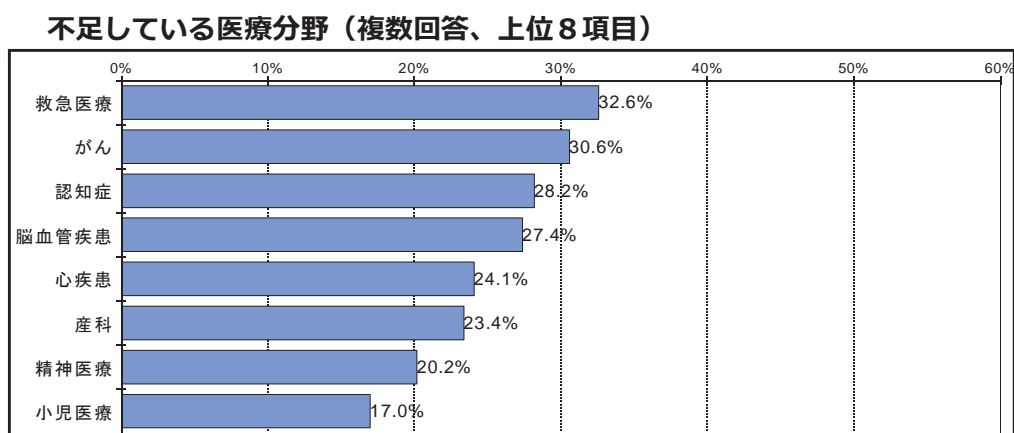


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況 (H28)」

(7) 県民の医療に対する意識

県「保健医療に関する県民意識調査(平成28年度)」では、「不足している医療分野」として32.6%の人が「救急医療」を挙げています。平成25年の47.7%に比べると割合は下が

っていますが、他の医療分野との比較では最も高くなっており、より一層、救急医療体制の充実が求められています。



〔資料〕 県「保健医療に関する県民意識調査（H28年度）」

（8）消防機関による救急搬送と救急救命士等

救急隊は、一定の応急処置に関する教育を受けた3名以上の救急隊員により構成されています。救急隊に救急救命士が配置されることにより、救急隊の質の向上が図られており、本県においては、95.7%（平成28年）の救急隊に救急救命士が配置されています。

救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備を条件として、徐々に業務範囲が拡大され、気管挿管や薬剤投与のほか、平成25年には心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液並びに血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施が可能となりました。

心肺機能停止傷病者及び心肺機能停止前の重症傷病者への対応については、救急救命士を含む救急隊員(以下「救急救命士等」という。)の標準的な活動内容を定めたプロトコール(活動基準)を策定し、運用を図っています。これによって、救急救命士等が心肺機能停止傷病者等に対してより適切に観察、判断、処置を行えるようになりました。これらプロトコールの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うため、県救急医療体制検討協議会を中心に各保健福祉事務所等の単位ごとに地域メディカルコントロール協議会を設置し、メディカルコントロール体制を整備しています。

救急救命士が適切に救急業務を行える体制を整備するため、メディカルコントロール体制の更なる充実が必要となっています。

（9）ドクターヘリ・ドクターカーの活用

本県では平成21年2月からドクターヘリの運航を開始し、出勤から救急現場到着まで、県内全域をおおむね20分以内でカバーしています。また、防災ヘリコプターのドクターヘリの運用や茨城県、栃木県との広域連携、埼玉県との広域連携の試行などにより、ドクターヘリの効果的、効率的な運航を行っています。

このほか、悪天候時や夜間に運航できないドクターヘリの機能を補完するためにドクターカーが運用されています。前橋地域では前橋赤十字病院（前橋市消防局の救急車に医師が同乗）において、高崎・安中地域では高崎総合医療センターにおいて運用されています。

平成28年度のドクターヘリ出動件数は776件であり、平成26年度の881件をピークに若

干減少傾向にあるものの、ドクターカーの出動件数との合計では年々増加しています。

ドクターヘリ出動状況

出動区分	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	合計
救急現場	17	229	406	521	607	673	647	630	564	4,294
転院搬送	7	80	68	81	69	56	63	61	59	544
キャンセル等	2	14	49	74	94	114	171	178	153	849
出動件数合計	26	323	523	676	770	843	881	869	776	5,687

ドクターカー出動状況

区分		24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	合計
出動件数	前橋	4	34	109	104	359	610
	高崎	—	169	363	407	439	1,378
	計	4	203	472	511	798	1,988

ドクターヘリをより効率的に運用するため、他県との広域連携を拡大するとともに、悪天候時に運航できないドクターヘリの機能を補完するため、ドクターカーの運用地域や運用時間の拡大を図る必要があります。

(10) 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の策定と実施

救急車の要請をした救急患者の受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案に対応するため、平成21年5月に消防法が改正され、都道府県に、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の策定及び実施基準に係る協議、調整等を行う協議会（以下「法定協議会」という。）の設置等が義務付けられました。

本県においても、群馬県救急医療体制検討協議会を法定協議会として実施基準を策定し、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を整備しています。

また、受入医療機関の選定困難事案の問題を解消するとともに、救急搬送の更なる効率化を図るため、平成25年1月から県内すべての救急車にタブレット端末を配備し、救急隊が事故等の現場で受入可能な医療機関の検索等ができる統合型医療情報システムを導入しています。

さらに、平成26年4月からは、同様のシステムを運用する埼玉県と連携し、システムの相互利用により県境を越えた救急搬送にも対応しています。

2 救命医療（第三次救急医療）

多発外傷患者のような複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対する医療提供体制として、救命救急センターを設置する前橋赤十字病院、群馬大学医学部附属病院、高崎総合医療センター、太田記念病院を第三次救急医療機関として位置づけています。

(1) 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患に対する救急医療

救命救急センターを有する病院では、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患に対する専門的な医療が提供されていますが、これらに係る医療は、救命救急センターを有する病院以外の医療機関においても行われています。重症の救急患者に脳卒中や心血管疾患の患者が多い現状を踏まえ、それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要があります。（第4

章2節2「脳卒中」及び3「心筋梗塞等の心血管疾患」を参照)

本県では高度救命救急センターである前橋赤十字病院において、二次救急医療機関の医師等を対象に脳卒中や心血管疾患の救命医療に関する研修を実施し、地域の救急医療体制の向上を図っています。

(2) アクセス時間を考慮した体制の整備

脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の救命救急医療においては、医療機関へのアクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）が短いほど、救命率の向上や後遺症の軽減につながります。

本県においては、北部地域におけるアクセス時間を考慮した救命救急医療体制の整備が求められています。

3 入院救急医療（第二次救急医療）

地域の入院機能を担う救急医療機関を確保することを目的として、病院群輪番制病院や救急告示医療機関を第二次救急医療機関として位置付けています。

- (1) 第二次救急医療機関には、救急車の受入実績や診療体制に差が見られますが、「地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療」を担う本来の機能を果たすとともに、多様化する地域の救急医療需要に対応することが求められています。
- (2) 第二次救急医療機関が適切に救急患者の受入れを行うためには、統合型医療情報システム等を活用し、救急患者の診療科ごとの応需情報の入力頻度を高めるとともに、より信頼性が高い情報を発信できるようシステムの運用体制の改善を図っていく必要があります。

4 初期救急医療

休日・夜間急患センター（9か所）や在宅当番医制（12医師会）の確保により初期救急医療体制の整備を図っています。

- (1) 初期救急医療機関では救急搬送を必要としない救急患者の診療を担っていますが、救急車で搬送される患者の約半数が軽症患者であるという実態を踏まえ、統合型医療情報システムや小児救急電話相談「#8000」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」等の更なる活用により、適正受診を推進することが必要となっています。

5 救命期後医療

受入医療機関の選定困難事案の原因の一つに、「ベッドの満床」が挙げられます。その背景として、救急医療機関(特に救命救急医療機関)に搬送された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されています。

- (1) 具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある場合や合併する精神疾患によって一般病棟では対応が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、退院や転院が困難となっています。この問題を改善するために、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でな

い患者を受け入れる医療機関や介護施設等と救命救急医療機関との連携の強化が必要となっています。

- (2) また、同様の問題として、救命救急センターを有する病院において、院内の連携が十分でない等の理由により、急性期を乗り越えた救命救急センターの患者が、一般病棟へ円滑に転床できずに救命救急センターにとどまり、結果として救命救急センターでありながら新たな重症患者を受け入れることができないといった点も指摘されています。
- (3) 本県ではこうした出口の問題に対応するため、急性期を脱した救急患者の転床や転院の調整を行う救急患者退院コーディネーターの救急医療機関への設置等を推進しています。

6 精神科救急医療

緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要があります。

また、身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められています。

- (1) 総務省消防庁「救急・救助の現況」(平成28年版)によると、平成27年の本県における急病のうち精神系の疾患の人数は1,484人(3.0%)であり、平成22年の1,523人(3.8%)から若干減少傾向にあります。
本県の夜間、休日における精神科救急医療は、精神科救急医療施設15施設(常時対応、輪番対応)で対応しています。
- (2) 本県における自傷他害のおそれにより警察署に保護され、その行為の背景に精神疾患が疑われる場合に行われる通報等は、精神科救急情報センターで一元的に対応しています。
しかし、精神疾患と身体疾患を合併する救急患者の受入れが困難になる事例があることから、身体合併症対応施設の整備や、精神科医療機関と一般医療機関の診療協力体制の整備など、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入れ体制の強化を図る必要があります。

具体的施策

1 救護

- (1) 県民に対する救急蘇生法の普及啓発事業により、一般市民が目撃した心肺停止傷病者のうち一般市民による心肺蘇生法実施率の向上を図るとともに、AED設置状況調査の実施及び設置場所の公表等によりAEDの設置及び利用の促進を図ります。
- (2) 気管挿管実習が可能な医療機関を確保するとともに、救急医療に関する研修の実施により、メディカルコントロール体制の充実を図ります。
- (3) 症例検討会の開催や関係機関との連携により、ドクターヘリの効果的な運航を行います。また、ドクターヘリの他県との連携を拡大します。
- (4) ドクターカーの円滑な運用を支援します。
- (5) 統合型医療情報システムの他県との連携により、県境を越えた救急搬送の効率化を図ります。そして、スマートフォンを利用したシステムの導入など情報通信技術(ICT)を活用した新機能を追加することにより、統合型医療情報システムの機能を強化し、救急搬送の更なる効率化を図ります。

【主な事業例】

県民に対する救急蘇生法の普及啓発事業、AED設置状況調査の実施、設置場所の公表、気管挿管実習可能な医療機関の確保及び救急医療に関する研修の実施、ドクターヘリ症例検討会の開催、統合型医療情報システムの機能強化 等

2 救命医療（第三次救急医療）

- (1) 救命救急センターの施設整備及び設備整備に対する支援を行います。

【主な事業例】

第三次救急医療体制の充実、救命救急センターの施設・設備整備に対する支援 等

3 入院救急医療（第二次救急医療）

- (1) 救急告示医療機関等の制度を適切に運用するとともに、病院群輪番制病院の施設整備等を支援することにより、第二次救急医療体制の機能強化を図ります。
- (2) 医療機関にタブレット端末を配置するほか、ICTを活用した新機能を追加することにより、統合型医療情報システムの機能を強化し、救急医療の高度化を図ります。

【主な事業例】

救急告示医療機関等の制度運用、病院群輪番制病院の施設整備等に対する支援、統合型医療情報システムの機能強化 等

4 初期救急医療

- (1) 統合型医療情報システムや小児救急電話相談「#8000」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」等の周知により、軽症患者の適正受診を啓発します。
- (2) 休日・夜間急患センターの設置に対する支援を行うことにより、初期救急医療体制の充実を図ります。

【主な事業例】

統合型医療情報システムや小児救急電話相談「#8000」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」等の周知啓発、休日・夜間急患センターの設置に対する支援 等

5 救命期後医療

- (1) 消防救急車による転院搬送ガイドラインの策定や病院救急車を各地域に配備することにより急性期病院の空床確保と救急搬送時間の短縮を目指します。また、救急患者退院コーディネーターの設置促進により、救急医療機関の「出口の問題」に取り組めます。

【主な事業例】

転院搬送ガイドラインの策定及び転院搬送病院救急車の整備に対する支援、救急患者退院コーディネーターの設置促進 等

6 精神科救急医療

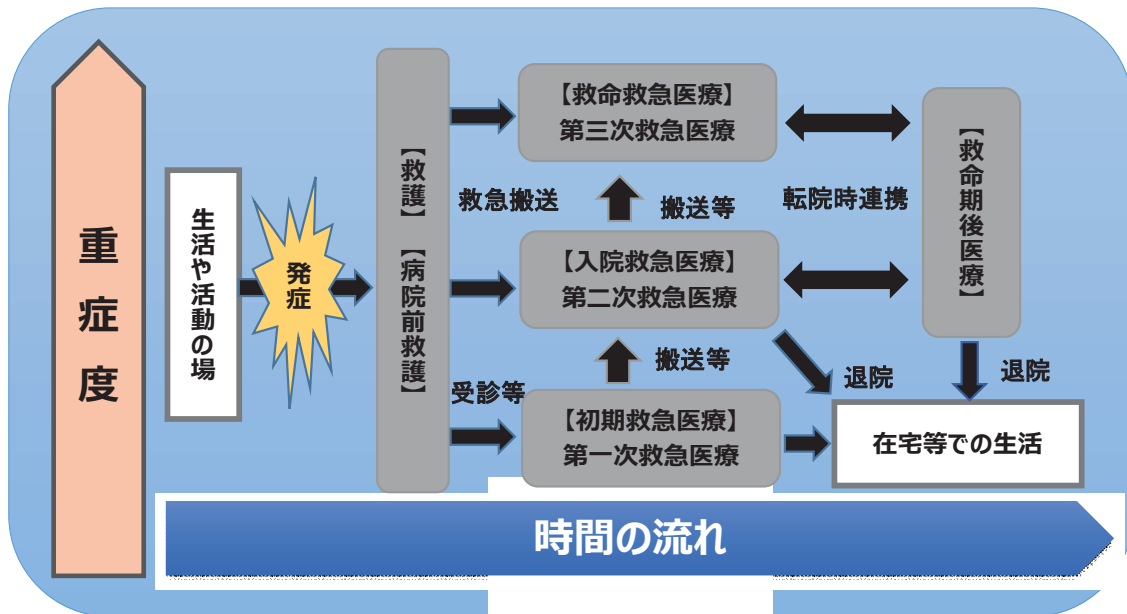
第4章2節5「精神疾患」参照

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 救護					
①	住民の救急蘇生法講習の受講率(人口1万人対)	100人	H27	100人	H35
2 救護・救命医療					
②	救急要請(覚知)から医療機関への搬送までに要した平均時間	36.4分	H27	36.4分	H35
3 救命医療					
③	救命救急センターの数	4か所	H28	4か所	H35
④	県の救命救急センターの充実度評価Aの割合	100.0%	H28	100.0%	H35
4 救護・救命医療・入院救急医療					
⑤	重症以上傷病者の受入れ困難事例の件数(救急車で搬送する病院が決定するまでに、4機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合)	151件 (1.8%)	H27	150件 (1.8%)	H35
5 救護・救命医療・入院救急医療・初期救急医療・救命後の医療					
⑥	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後(生存率)	15.6%	H27	15.6%	H35

※目標の根拠：現状を維持

救急医療の医療連携体制



7 災害医療の医療連携体制構築の取組

- 災害拠点病院が災害時に医療機能を維持できるよう支援します。
- 災害時における医療提供体制を確保するため、一般病院の耐震化を推進します。また、災害時の対応に必要な訓練・研修を実施します。
- 災害時に迅速かつ適切に医療救護活動が行えるよう、DMAT等の体制を強化します。

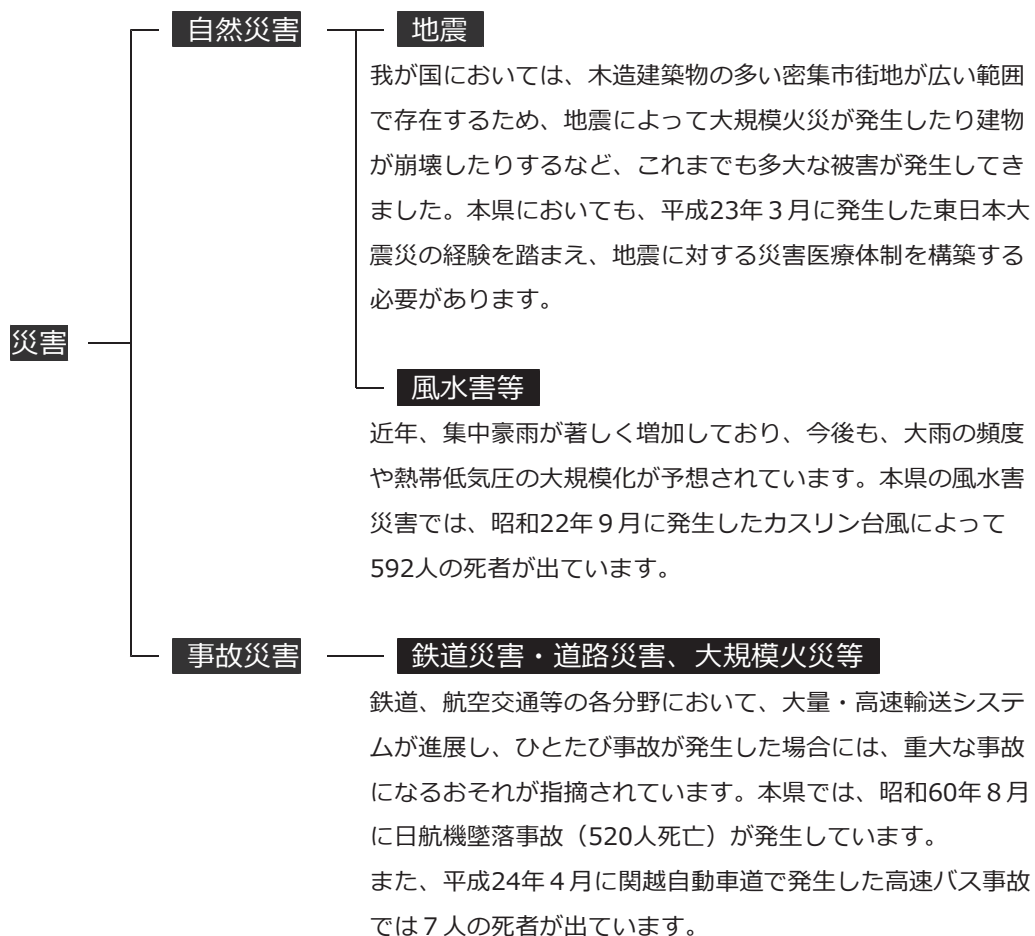
現状と課題

概況

災害時における医療（以下「災害医療」という。）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り効果的に活用するとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要です。

(1) 災害の種類

災害は、地震、風水害、火山災害、雪害等などの自然災害と、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模火災などの事故災害（人為災害）に分類されます。



イ 風水害

風水害名	発生年月	被害の状況
カスリン台風	昭和22年9月	死者592人、負傷者1,231人
キティ台風	昭和24年8月	死者44人、負傷者89人
台風7号	昭和34年8月	死者7人、負傷者26人
伊勢湾台風	昭和34年9月	死者10人、負傷者27人
台風26号	昭和41年9月	死者15人、負傷者92人
台風15号	昭和56年8月	死者1人、負傷者2人
台風10号	昭和57年7月	死者5人、負傷者52人
台風15号	平成13年9月	死者3人、負傷者3人

ウ 火山

火山名等	発生年月	被害の状況
草津白根山 爆発	昭和7年10月	死者2人、負傷者7人
浅間山 爆発	昭和22年8月	死者11人
浅間山 爆発	昭和36年8月	死者1人

エ 事故災害

事故災害名	発生年月	被害の状況
沼田市岩本旅客列車転覆	昭和52年3月	死者1人、負傷者108人
上信電鉄列車正面衝突事故	昭和59年12月	死者1人、負傷者131人
上野村御巢鷹の尾根旅客機墜落	昭和60年8月	死者520人、負傷者4人
尾島町（現太田市）安養寺化学工場爆発	平成12年6月	死者4人、負傷者58人
関越自動車道高速バス事故	平成24年4月	死者7人、負傷者39人

1 災害拠点病院

災害時における医療提供体制を確保するため、県内に17か所の災害拠点病院を指定しています。災害拠点病院においては、被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画の整備を行うことや、地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練を実施することが重要です。

- (1) 災害時における医療を確保することを目的に、次の機能を有する病院を災害拠点病院として17か所指定しています。さらに、災害拠点病院のうち、その機能を強化し、災害医療に関して都道府県の中心的な役割を果たす病院として基幹災害拠点病院があり、本県では前橋赤十字病院を指定しています。

【災害拠点病院の機能】

- ・ 災害時に多発する多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能
- ・ 災害急性期における被災地からの重症傷病者の受入れ機能
- ・ D M A T、医療救護班等の受入れ機能及びD M A Tの派遣機能
- ・ 傷病者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能
- ・ 地域の医療機関への応急用資機材の貸出し機能

基幹災害拠点病院

医 療 機 関 名	対 応 地 域
前橋赤十字病院	群馬県全域

地域災害拠点病院

医 療 機 関 名	対応地域(二次保健医療圏)
群馬県済生会前橋病院	前橋保健医療圏
群馬中央病院	
群馬大学医学部附属病院	
渋川医療センター	渋川保健医療圏
伊勢崎市民病院	伊勢崎保健医療圏
伊勢崎佐波医師会病院	
高崎総合医療センター	高崎・安中保健医療圏
日高病院	
公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
公立富岡総合病院	富岡保健医療圏
原町赤十字病院	吾妻保健医療圏
沼田病院	沼田保健医療圏
利根中央病院	
桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
太田記念病院	太田・館林保健医療圏
館林厚生病院	

災害拠点病院は災害時における医療を確保できるよう、次の要件を満たす必要があります。

【災害拠点病院の主な指定要件】

(平成29年3月31日付け厚生労働省医政局長通知「災害拠点病院指定要件の一部改正について」による定義)

- ・ DMATを保有していること
- ・ 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること
- ・ 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- ・ 二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること
- ・ 災害発生時に通常時の2倍の入院患者、5倍の外来患者を受け入れるスペース、簡易ベッドを有すること
- ・ 建物が耐震構造であること
- ・ 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電装置を有し、3日分程度の燃料を確保すること
- ・ 受水槽、井戸設備等を有し、診療に必要な水を確保すること
- ・ 衛星電話、衛星回線インターネットを有すること
- ・ 広域災害救急医療情報システム（EMISS）の入力担当者を定め、操作方法に関する研修・訓練を行うこと
- ・ 食料、飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄しておくこと
- ・ 敷地内（又は隣接地）にヘリコプターの離着陸場を有すること
- ・ DMAT用の車両や医療資機材を有すること

----- 【DMAT（災害派遣医療チーム）】 -----

災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team）の頭文字で、DMAT（ディーマット）と呼ばれています。DMATは、医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され（1チーム4～5名）、大規模災害や多数傷病者が発生した事故などの現場で、急性期（おおむね48時間以内）に活動できる機動性をもった、専門的な訓練を受けた医療チームです。本県においては、平成28年度末時点で50チームのDMATが編成されています。また、DMAT派遣に協力する意志を持ち、厚生労働省又は都道府県に指定された医療機関を「DMAT指定医療機関」といいます。

DMAT 指定医療機関

医療機関名	チーム数
前橋赤十字病院	15
群馬大学医学部附属病院	4
群馬県済生会前橋病院	3
群馬中央病院	1
渋川医療センター	2
伊勢崎市民病院	2
伊勢崎佐波医師会病院	1
高崎総合医療センター	3
日高病院	2
公立藤岡総合病院	2
公立富岡総合病院	2
沼田病院	1
沼田脳神経外科循環器科病院	1
利根中央病院	2
原町赤十字病院	1
桐生厚生総合病院	2
太田記念病院	4
館林厚生病院	2
合 計	50

(チーム数は平成29年3月31日現在)

- (2) 厚生労働省「災害拠点病院の現況調査（平成28年度）」によると、本県の災害拠点病院における業務継続計画の策定率は23.5%（全国平均約45%）となっており、被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画の整備を進めることが必要です。
- (3) 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施することが必要です。
- (4) 災害拠点病院として県と協力しながら、災害時の医療チーム等の受入れを想定するとともに関係機関・団体等と連携し、保健所管轄区域や市町村単位等での地域災害医療対策会議のコーディネイト機能の確認を行うことが重要です。

2 災害拠点病院以外の病院

- (1) 災害時における医療提供体制を確保するために、病院の耐震化が必要となっています。

県内病院（災害拠点病院を除く）の耐震化率

調査時点	病院数	耐震化済み数	耐震化率
平成26年9月	113	83	73.4%
平成27年9月	114	86	75.4%
平成28年9月	113	88	77.9%

厚生労働省「病院の耐震改修の状況の調査」

- (2) 災害時は情報の伝達及び共有が重要です。災害時の情報共有体制を確保するために、「広域災害救急医療情報システム（EMIS）」の操作を含む訓練を平常時から行い、災害時に有効に活用できるよう備えておくことが必要です。

----- 【広域災害救急医療情報システム（EMIS）】 -----

広域災害救急医療情報システム（EMIS^{イ-ミ-ス}：Emergency Medical Information System）は、災害時に被災した都道府県を越えて、医療機関のライフラインや患者の受入れ状況など、災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としたシステムです。厚生労働省及び都道府県により運営をされています。

- (3) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、本県の病院（災害拠点病院を除く）における業務継続計画の策定率は9.7%となっており、災害拠点病院以外の病院についても、被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画の整備を進めることが必要です。

3 県

災害医療コーディネーターや地域災害医療対策会議の運用により、災害医療体制の充実を図ることが重要です。また、各種医療チームの被災地への派遣や関係機関との連携を確保することが重要です。

- (1) 災害時における県全体の医療施策について、有効な対策を円滑に実施することを目的として、下記のとおり「災害医療コーディネーター」等を設置し、体制を整備しています。
- 災害時に、災害医療コーディネーター等が有効に機能するためには、災害医療に関する知識と技能を維持・向上させるとともに、コーディネーターの組織及び連携体制を確保することが必要とされています。
- 災害医療コーディネーター
 - ・ 県災害対策本部における県全体の医療救護活動の実施に係る助言
 - ・ DMATなどの医療チームの受入・派遣調整
 - ・ 平時における県の災害医療体制に対する助言
 - ・ 県が主催する災害医療研修会等の実施に係る企画運営
 - 災害医療サブコーディネーター
 - ・ 災害医療コーディネーターの補佐、代理
 - ・ 特定の専門分野（透析、歯科、薬剤、看護、柔道整復、小児・周産期）に係る調整
 - 地域災害医療コーディネーター
 - ・ 地域において災害医療コーディネーターの役割を担う
- (2) 地域における災害医療対策を協議する場として、保健福祉事務所（保健所）管轄区域ごとに「地域災害医療対策会議」を設置しています。
- 災害時に地域災害医療対策会議が有効に機能するためには、災害の種類や規模、局面ごとに会議の運用体制を検討しておくことが必要です。

----- **【地域災害医療対策会議】** -----

地域災害医療対策会議では、地域災害医療コーディネーターを中心に、災害時には避難所等での医療ニーズの把握・分析、医療救護班などの受入調整を行い、平時においては地域の災害医療対策の検討や関係機関の連携確保を図ります。

- (3) 東日本大震災では、受援側の自治体が被災して指揮調整部門が機能不全に陥り、保健医療の支援資源を適正に配分することができなかつたため、長引く避難生活において慢性疾患の増悪、メンタルヘルス、感染症等の二次的な健康被害が拡大しました。そのため、災害時に自又は他自治体の保健医療部門の指揮調整機能を補佐する役割として、災害時健康危機管理支援チーム（D H E A T）を組織することが必要です。

----- **【D H E A T（災害時健康危機管理支援チーム）】** -----

D H E A Tは災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team）のことです。地震、台風など自然災害に伴う重大な健康危機が発生した際に、被災地の保健医療需要と保健医療資源を迅速に把握・分析し、外部からの保健医療支援チーム等を組織・職種横断的に全体調整するなどの専門的研修・訓練を受けた都道府県等職員によって組織される支援チームです。

- (4) 災害時に、被災地へ迅速に駆けつけ救急医療を行うため、D M A T指定医療機関1病院あたりのD M A T数を増加させることが必要となっています。また、災害時に備え、D M A Tの技能維持や関係機関との連携体制の強化も重要です。
- (5) 精神科病院については、平成23年の東日本大震災では被災した精神科病院から約1,200人、平成28年の熊本地震でも被災した精神科病院から約600人の患者搬送が行われました。県内の災害拠点病院が有する精神科床数は40床（平成29年7月31日現在）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難です。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を整備することが必要です。
- (6) 災害時は、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大します。こういった状況に迅速に対応するため、「災害派遣精神医療チーム（D P A T）」を派遣する体制を整備することが必要です。
- (7) 医療機関の被災等により、県内の医療機関で対応できない傷病者については、県外の医療機関へ広域医療搬送を行うこととされています。

本県では、陸上自衛隊相馬原駐屯地を広域医療搬送拠点として、広域医療搬送拠点臨時医療施設（S C U : Staging Care Unit）設置のための資機材を整備し、県内で発生する大規模地震のほか、首都直下地震、南海トラフ地震等における広域医療搬送に対応することとしています。

より効果的・効率的に広域医療搬送を行うために、新たに広域医療搬送拠点の追加設置を検討することが重要です。

- (8) 災害時には、D M A T・D P A T以外にも被災地へ各種医療チームを派遣しています。各医療チームが効果的・効率的に機能を発揮するために各医療チーム間での連携の確保が

重要です。

- ア 医療救護班**
構成：県立病院や県内の災害拠点病院、県医師会等の医師、看護師等
活動内容：被災地の災害対策本部や病院、避難所等での支援
 - イ 保健師班**
構成：保健師等
活動内容：避難所等での健康相談や感染予防指導等
 - ウ 口腔機能管理班（歯科救護班）の派遣**
構成：県歯科医師会
活動内容：避難所等において、被災者の口腔機能の維持及び回復等
 - エ 薬剤師班の派遣**
構成：薬剤師会
活動内容：救護所、避難所等における医薬品管理や服薬指導等
- (9) 災害時に必要となる医薬品や医療資機材等の確保、また、関係機関との連携の確保も重要です。

ア 医薬品及び医療資機材等の確保

県、市町村、日本赤十字社、災害拠点病院、公的医療機関において医薬品及び医療資機材の備蓄に努めているほか、県では、救護所等で使用する医薬品及び医療資機材について、県医薬品卸協同組合及び県医療機器販売業協会に流通備蓄を委託しています。

また、県では県薬剤師会と協定を締結し、救護所、避難所等で使用する一般用医薬品、歯ブラシや洗口剤等を含む衛生材料等の確保を行っています。

このほか、災害時でも透析患者が通常どおり人工透析が受けられるよう、必要な医薬品、医療資機材の迅速な調達・供給を行うことが必要です。

イ ガソリン等燃料の確保

県は、県石油協同組合と協定を締結するとともに、石油連盟と覚書を締結し、医療機関が必要とする燃料の確保を図っています。

ウ 関係団体との連携

県は、日本赤十字社、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県柔道整復師会と災害時の医療救護活動等に関する協定を締結し、災害時における関係団体との連携体制を確保しています。

具体的施策

1 災害拠点病院

(1) 業務継続計画の整備

- ・ 業務継続計画を未策定の災害拠点病院に対し、策定の支援をします。

【主な事業例】

業務継続計画作成セミナーの開催、厚生労働省が実施する研修への参加の促進 等

(2) 地域の災害医療体制の充実

- ・ 地域災害医療対策会議のコーディネート機能を強化します。

【主な事業例】

地域ごとにおける、災害拠点病院・病院・日本赤十字社・医師会・保健所（保健福祉事務所）・市町村等が連携した災害訓練の実施 等

2 災害拠点病院以外の病院

(1) 耐震化の推進

- ・ 病院の耐震化を対象とした国庫補助金を活用し、病院の建物の耐震化を推進します。

【主な事業例】

医療施設等耐震整備事業補助 等

(2) 災害時における情報連絡体制の強化

- ・ E M I Sを活用し、災害時における病院の情報連絡体制を強化します。

【主な事業例】

全病院に対して E M I S の操作を含む研修・訓練を実施 等

(3) 業務継続計画の整備

- ・ 業務継続計画を未策定の病院に対し、策定を支援します。

【主な事業例】

業務継続計画作成セミナーの開催、厚生労働省が実施する研修への参加の促進 等

3 県

(1) 災害医療コーディネート体制の充実

- ・ 災害医療コーディネートを実施できる人材の育成と技能維持を図ります。

【主な事業例】

県災害医療コーディネート研修の開催、厚生労働省主催の災害医療コーディネート研修への災害医療コーディネーター及び県職員の参加 等

(2) 地域の災害医療体制の充実

- ・ 地域災害医療対策会議の活動に関するマニュアル策定を推進し、会議がより有効に機能する体制を整備します。
- ・ 地域災害医療対策会議のコーディネート機能を強化します。

【主な事業例】

地域ごとにおける、災害拠点病院・病院・日本赤十字社・医師会・保健所（保健福祉事務所）・市町村等が連携した災害訓練の実施 等

(3) D M A T体制の強化

- ・ 新規の D M A T を養成し、1病院あたりの D M A T チーム数を増やします。

- ・ D M A Tの技能維持を図ります。また、関係機関（消防・警察等）との連携を強化します。

【主な事業例】

群馬局地D M A T研修の開催、災害医療研修（急性期）の開催 等

（4）災害時における精神保健医療体制の整備

- ・ D P A Tの派遣体制を整備します。

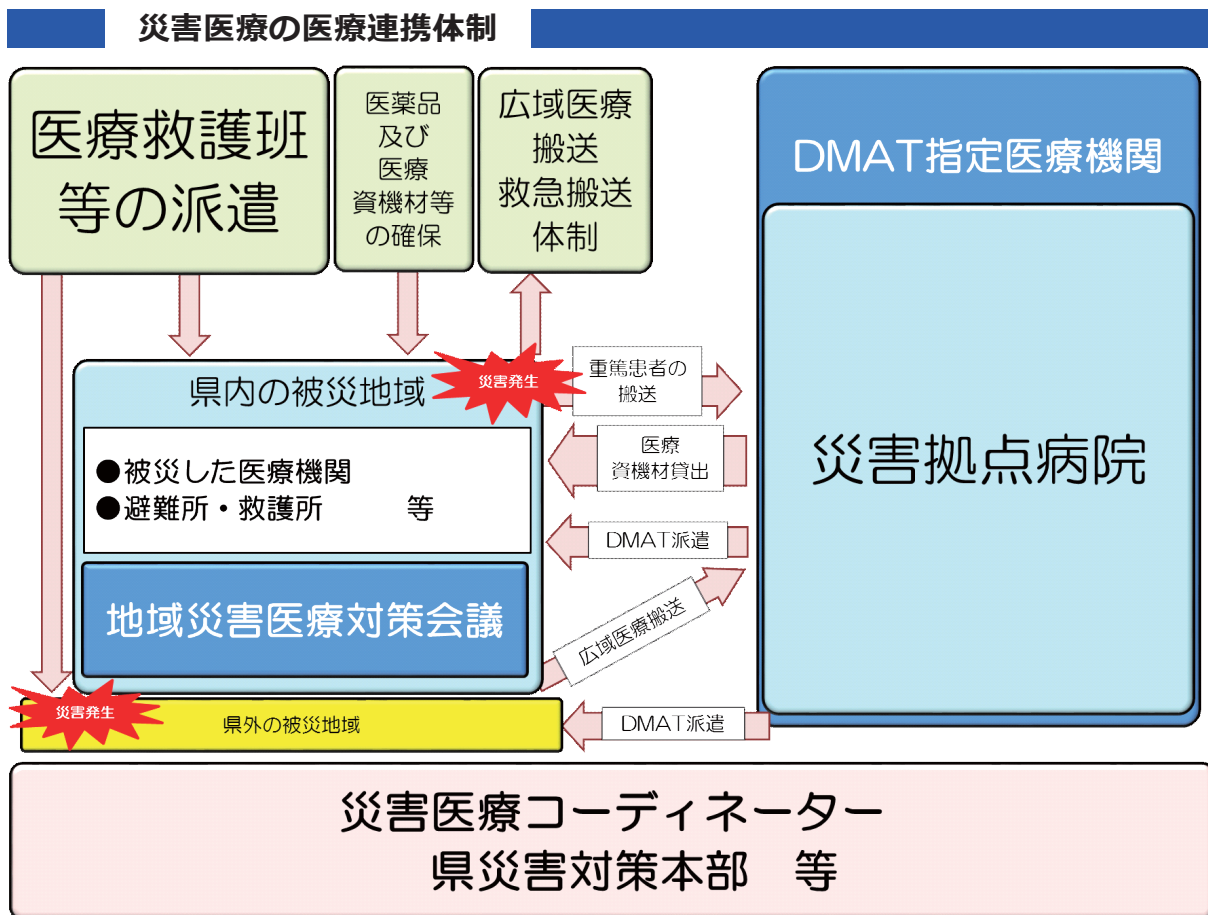
【主な事業例】

D P A T隊員研修、厚生労働省が実施する研修への参加の促進 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 災害拠点病院					
①	業務継続計画を策定している病院の割合	23.5%	H28	100%	H30
②	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等との連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等での地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練の実施回数	0回	H28	11回	H35
③	被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	88.2%	H28	100%	H35
2 災害拠点病院以外の病院					
④	病院の耐震化率	77.9%	H28	90.2%	H35
⑤	業務継続計画を策定している病院の割合	9.7%	H28	50%	H35
⑥	E M I Sの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	45.1%	H28	100%	H35
⑦	②に同じ	0回	H28	11回	H35
3 県					
⑧	D M A Tチーム数	50チーム	H28	64チーム	H35
⑨	災害拠点精神科病院の数	0病院	H28	1病院	H35
⑩	D P A Tチーム数	0チーム	H28	6チーム	H35
⑪	②に同じ	0回	H28	11回	H35
⑫	広域医療搬送拠点臨時医療施設の数	1か所	H28	2か所	H35

※目標の根拠：①災害拠点病院の指定要件、②⑦⑪全11地域で実施、③全ての災害拠点病院で実施、④1年に2病院増加、⑤全体の半数の病院、⑥全病院が実施、⑧1年に2チーム増加、⑨新たに1か所整備、⑩初動期から応急期の活動を想定したチーム数、⑫現状から1か所増加



8 ヘき地医療連携体制構築の取組

- ヘき地医療を担う医師等の育成・確保に取り組みます。
- ヘき地診療を支援する医療機関の機能の維持・充実に取り組みます。
- ヘき地において必要な医療を安心して受けられる医療サービスを確保します。

現状と課題

概況

(1) ヘき地とは

本計画において「ヘき地」とは、住民が居住している一定の範囲に医療機関が存在しない、あるいは一人しか医師がいないことにより、容易に医療機関を利用することができない地区を指します。

(2) ヘき地医療の現状

ヘき地では身近な医療機関が不足している上、住民の高齢化率が高く、交通機関も少ないため、容易に医療を受けることができない状況となっています。

(3) 本県のヘき地

県「無医地区等調査（平成29年7月）」によると、県内には、7か所の無医地区、5か所の準無医地区、5か所の無歯科医地区、5か所の準無歯科医地区、9か所の一人医師地区が存在します。

二次保健医療圏	市町村	無医地区	準無医地区	無歯科医地区	準無歯科医地区	一人医師地区	
渋川	渋川市	開拓・八木沢					
高崎・安中	高崎市		川浦・権田		川浦・権田		
藤岡	神流町		八倉・橋倉・山室				
	上野村					村内全域	
富岡	南牧村		村内全域		村内全域		
吾妻	中之条町					四万 旧六合村	
	長野原町				応桑・北軽井沢	応桑・北軽井沢	
	端恋村	万座		万座			
		浅間開拓 中原・山梨・大平		浅間開拓			
	高山村					村内全域	
	東吾妻町		高日向		高日向		
沼田	沼田市	穴原 赤谷 入須川		穴原 赤谷 入須川			
	みなかみ町		藤原		藤原		
							笠原 束峰 恋越
							9地区
6医療圏	12市町村	7地区 無医地区等 計12地区	5地区	5地区 無歯科医地区等 計12地区	5地区		

(4) ヘき地医療体制

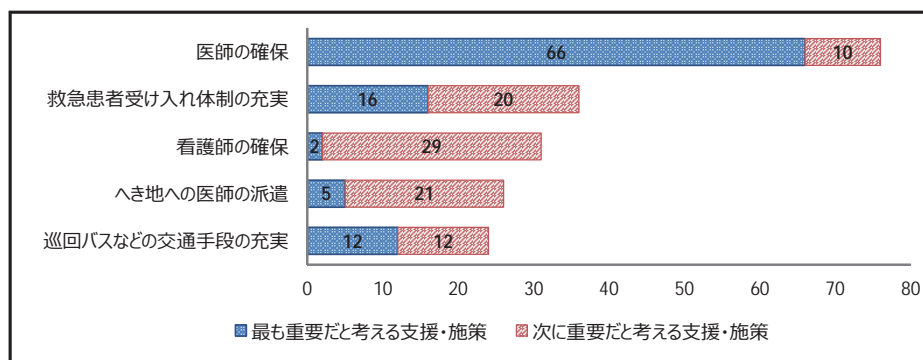
県内には、9か所のヘき地診療所と3か所のヘき地歯科診療所、3か所のヘき地医療拠点病院が存在し、ヘき地診療やヘき地診療への支援を行っています。

1 へき地における医師等の確保

へき地では、高齢化と人口減少を背景に、地元での人材確保が困難な状況であり、へき地医療を担う医師等の育成と、安定的な確保が必要となっています。

- (1) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、「へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策」として、最も重要又は次に重要と考えるものについて、「医師の確保」、次いで「救急患者受け入れ体制の充実」、「看護師の確保」の回答数が多く、へき地において、医師や看護師等の確保が課題となっています。

へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策



〔資料〕 県「医療施設機能調査（H28年度）」

- (2) 県内には9か所のへき地診療所が設置されており、このうち6か所に自治医科大学卒業医師が派遣されています。へき地における医療提供体制を確保するためにも、自治医科大学卒業医師の効果的な配置調整や代診医派遣等の支援が必要となっています。
- (3) へき地においては、患者の全身の状態を踏まえ、必要に応じて専門医につなぐことのできる、地域医療の担い手としての総合診療医の育成が必要となっています。
- また、医師のへき地勤務に対する不安等を解消するため、へき地医療に従事する医師のキャリア形成の支援が必要となっています。
- (4) 在学期間中にへき地医療に対する意欲向上や理解を深めてもらうため、医学生に対して、へき地診療所等における勤務の現状ややりがい等について周知を図るとともに、へき地医療の実習体験等の教育の機会の充実を図ることが必要となっています。
- (5) 厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年）」によると、本県の就業看護職員数（人口10万対）は1,371.9人と、全国平均（1,228.7人）を上回っていますが、へき地等の地域医療の確保に支障を来すことのないよう、計画的に看護職員の育成・確保を図ることが必要となっています。

2 へき地における保健指導

高齢化が進むへき地にあつては、生活習慣病予防や高齢者の健康管理が地域の健康維持に大きく寄与しているため、保健指導体制の充実が重要です。

- (1) 無医地区等においては、市町村保健師や郡市医師会が情報共有等を行いながら、地区の状況を踏まえた保健指導を提供することが必要となっています。
- (2) 治療だけでなく予防の重要性が増し、保健指導の内容も多岐にわたってきていることから、保健師等の人材の確保とともに、資質の向上も必要とされています。

3 へき地における医療提供

へき地では、身近な医療機関が不足している上、交通機関も少ないため、容易に医療機関を利用できない状況にあることから、住民が必要な医療を安心して受けられる医療提供体制の確保が必要となっています。

(1) へき地診療所等

へき地診療所とは、概ね半径4kmの区域内の人口が原則1,000人以上で、その区域内に他の医療機関がなく、かつそのへき地診療所から最寄りの医療機関まで、通常交通機関を利用して30分以上かかる地区に設置されている診療所で、県内にへき地診療所が9か所、へき地歯科診療所（へき地診療所において歯科が標榜科目の一つである場合を含む）が3か所設置されています。

〈へき地診療所〉

二次保健医療圏	市町村名	へき地診療所名	開設年月
高崎・安中	安中市	公立碓氷病院細野出張所	S51.5
	安中市	公立碓氷病院入山出張所	S36.8
藤岡	上野村	上野村へき地診療所	S44.7
	神流町	万場診療所	S61.7
	神流町	神流町国民健康保険直営中里診療所	S27.5
吾妻	中之条町	四万へき地診療所	S51.4
	中之条町	六合診療所	S37.5
	長野原町	長野原町へき地診療所	S48.2
	東吾妻町	東吾妻町国民健康保険診療所	S27.1

〈へき地歯科診療所〉

二次保健医療圏	市町村名	へき地診療所名	開設年月
藤岡	上野村	上野村へき地歯科診療所	S51.5
	神流町	神流町歯科診療所	H25.8
吾妻	中之条町	六合診療所	H7.9

- (2) へき地では、へき地診療所を設置運営するほか、在宅の高齢者等を対象とした訪問診療等を行い、住民が医療を受ける機会を確保しています。
- (3) へき地診療所において、へき地の住民に対し必要な医療サービスを継続して提供できる体制を構築するため、医療機器等の整備が必要となっています。
- (4) へき地では、医療機関への移動までに相当の時間を要する地域が存在するなどの問題が

生じており、住民の医療機関へのアクセスの確保が必要となっています。

- (5) 県「年齢別人口統計調査（平成28年度）」によると、へき地が所在する市町村では65歳以上人口の割合が高い傾向にあり、寝たきりの高齢者等への在宅医療の提供や看取りが可能な体制の整備が求められています。
- (6) 関係機関の連携の下、住民が住み慣れた地域で医療等の提供を受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題となっています。
- (7) へき地では高齢化率が高く、通院困難者のみならず、介護を必要とする高齢者も増えており、訪問歯科診療や誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア等の重要性が高まっています。

4 へき地における医療提供の支援

へき地では医療資源が不足しているため、診療を支援する医療機関の医療機能の維持・充実に加えて、広域的な連携により、24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制の充実が必要です。

(1) へき地医療拠点病院

無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施しています。県内には3か所のへき地医療拠点病院が指定されており、これらの拠点病院の医療機能の維持・充実が求められています。

二次保健医療圏	拠点病院名	へき地医療活動	対象地域・診療所
吾妻	西吾妻福祉病院	<ul style="list-style-type: none"> ・代診医派遣 ・医師派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ・上野村へき地診療所 ・神流町国保中里診療所 ・ " 万場診療所 ・四万へき地診療所 ・六合診療所 ・長野原町へき地診療所 ・東吾妻町国保診療所 等
沼田	国立病院機構 沼田病院	・へき地への巡回診療	・みなかみ町（旧新治村） 入須川地区 等
	沼田脳神経外科 循環器科病院	・へき地への巡回診療	・みなかみ町（旧新治村） 赤谷地区、藤原地区 等

(2) へき地医療を支援する機関等

ア へき地医療支援機構

へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行っています。

イ へき地保健医療対策に関する協議の場

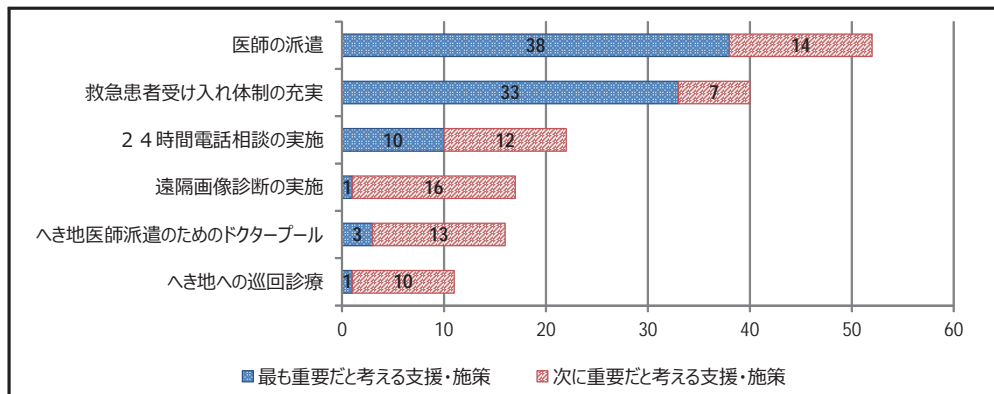
へき地医療支援機構の専任担当医師、へき地医療拠点病院、県医師会、関係市町村、大学医学部関係者等により構成し、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等

を実施しています。

- (3) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、県内の医療機関による「へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能」として、最も重要又は次に重要と考えるものについて、「医師の派遣」、次いで「救急患者受け入れ体制の充実」の回答数が多くなっています。

へき地医療の支援体制として、医師の派遣やへき地の医療機関では対応が困難な救急患者等の受入体制、ドクターヘリの活用や救急による搬送体制の充実が必要となっています。

へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能



〔資料〕 県「医療施設機能調査（H28年度）」

具体的施策

1 へき地における医師等の確保

へき地における医療の確保のため、「第7章 保健医療従事者等の確保」に加えて、次の取組を推進します。

(1) 自治医科大学卒業医師の派遣

- へき地診療所等へ自治医科大学卒業医師の派遣を効果的に行い、へき地における医師を確保します。

(2) 地域医療を担う医師の養成と確保

- 地域医療枠医師をはじめとする若手医師のキャリア形成を支援するため、診療科ごとに、将来を見据え、経験を積みながら高度の診療能力を幅広く身につけていくための「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」を効果的に運用し、地域医療の担い手としての総合診療医等の育成とともに、へき地医療に従事する医師等の確保に取り組みます。

【主な事業例】

ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス 等

(3) へき地医療を担う医師の動機付け

- ・ 在学期間中にへき地医療に対する意欲向上や理解を深めてもらうため、医学生に対して、へき地診療所等における勤務の現状ややりがい等についての周知活動を推進し、へき地医療を担う医師の確保に取り組みます。

【主な事業例】

地域医療体験セミナー、自治医科大学学外体験実習 等

(4) 看護職員の確保と資質向上

- ・ ナースセンターの運営による未就業看護職員の再就業支援や、看護職の魅力を伝えるイベントの開催等により看護職員を確保します。また看護職員の資質向上のため、各種研修会や講習会を実施します。

【主な事業例】

看護職員の就業に関する相談や職業紹介、看護力再開発講習会、就労環境改善研修、潜在看護職員復帰支援研修等の開催による看護職員の確保 等

2 へき地における保健指導

(1) へき地における保健指導の支援

- ・ 郡市医師会等との連携を図りながら、市町村保健師が行う生活習慣病予防等の保健指導を支援します。

(2) 保健師等の確保及び資質向上に係る支援

- ・ へき地を含む市町村に勤務する保健師の確保を支援するとともに、保健指導に携わる保健師等の資質向上のため、研修会を開催します。

【主な事業例】

県ホームページへの市町村保健師の募集状況の掲載、及び県内養成機関への情報提供、保健師等を対象とした研修事業の実施 等

3 へき地における医療提供

(1) へき地診療所の施設・整備の充実

- ・ へき地診療所の設置や施設・設備の充実、また運営を支援することで住民が安心して医療サービスを受けられる体制を整備します。

【主な事業例】

医療施設・設備整備費補助、へき地診療所運営費補助 等

(2) 医療機関へのアクセスの確保

- ・ へき地が所在する市町村等が、住民の医療機関へのアクセスを確保するために行う事業を支援します。

【主な事業例】

群馬縣市町村乗合バス補助制度 等

(3) 在宅医療等の提供体制の充実

- ・ 看取り等の在宅医療に対応できる医師、看護師等の人材育成を図るとともに、関係者相互の連携体制の構築を図ります。
- ・ 関係機関の連携の下、住民が住み慣れた地域で必要な医療や介護を受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築について、地域の実情に応じた支援を実施します。

【主な事業例】

在宅医療に係る人材育成、多職種連携の推進、普及啓発等を行う事業に対する補助、地域包括ケアに関する住民向け普及啓発、病院や診療所等に勤務する看護職員を対象にした「訪問看護研修会(入門プログラム)」の実施 等

(4) へき地における歯科医療提供体制の充実

- ・ 無歯科医地区等が所在する市町村に対し、歯科診療所の施設・設備整備やその運営支援を通じて、歯科医療提供体制を整備します。
- ・ 地域歯科医師会と連携を図りながら、在宅歯科医療における歯科医療提供体制の充実を支援します

【主な事業例】

医療施設・設備整備費補助、へき地歯科診療所運営費補助 等

4 へき地における医療提供の支援

(1) へき地医療拠点病院による支援

- ・ へき地医療拠点病院では、群馬県へき地医療支援機構と連携して、無医地区等のへき地への巡回診療やへき地診療所への代診医の派遣等に取り組みます。
- ・ へき地医療を支援する医療提供体制を確保するため、へき地医療拠点病院の運営や医療設備整備費等の支援、また医師等の確保に向けた取組を行います。

【主な事業例】

へき地医療拠点病院運営費補助、医療施設・設備整備費補助 等

(2) へき地医療支援機構による支援

- ・ 群馬県へき地医療支援機構では、へき地の住民の医療を確保するためのへき地診療所への医師派遣の調整、へき地医療従事者の医療技術向上等を図るための研修事業などを実施します。
- ・ へき地医療支援体制の強化のため、へき地保健医療対策にかかる協議会「群馬県地域医療連携協議会へき地医療対策部会」を開催し、総合的な意見交換・調整等を実施します。

【主な事業例】

へき地医療支援機構専任担当医師経費の補助、へき地医療従事者研修会の開催、群馬県地域医療連携協議会へき地医療対策部会の開催 等

(3) 救急患者等の搬送体制等の充実

- 重症患者やへき地の診療を担う医療機関では対応できない患者について、ドクターヘリ等を効果的に運用するとともに、関係する消防職員や医師等が過去の事例を検証すること等により関係者の資質向上に努め、救命率の向上や後遺障害の軽減等を図ります。

【主な事業例】

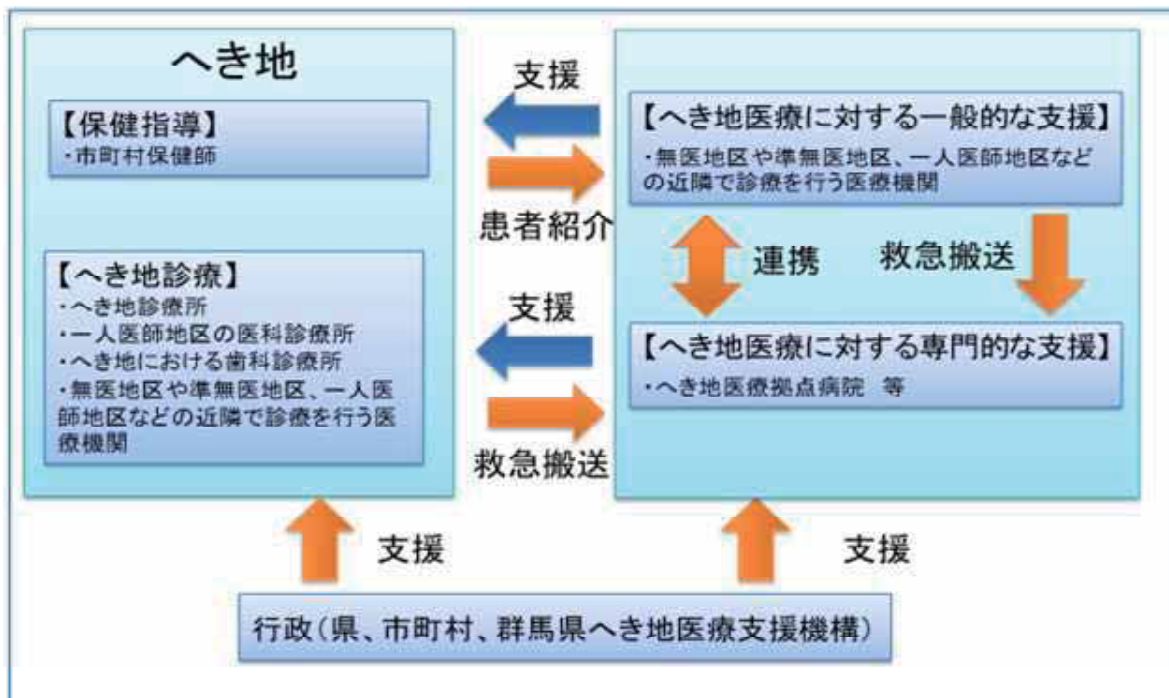
ドクターヘリ運行経費補助の実施、症例検討会 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	へき地における医師等の確保				
①	へき地診療所への派遣医師数	6人	H28	6人	H35
2	へき地における医療提供				
②	へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数	1,764回/年	H28	1,764回/年	H35
3	へき地における医療提供の支援				
③	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	155回/年	H28	155回/年	H35
④	代診医派遣要請に対する応需率	100%	H28	100%	H35

※目標の根拠：①～④現状を維持

へき地医療連携体制



9 周産期医療の医療連携体制構築の取組

- 母体や新生児のリスクに応じた医療が提供される体制を整備するとともに、円滑な搬送体制を整備します。
- 医療機関の施設・設備整備及び運営支援を行い、周産期医療体制の充実を図ります。
- NICU等入院児の退院支援・退院後のフォローにかかる体制及び妊産婦の支援体制を整備します。

現状と課題

概況

(1) 分娩件数

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、分娩件数（出産（出生及び死産）をした母の数、母の住所地による）は13,817件で、6年前の16,251件と比べ15.0%減少しています。また、県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、平成27年度に県内の医療機関が取り扱った分娩件数は15,409件で、人口動態調査結果（平成27年、14,425件）との差は、里帰りや近県の妊産婦の流入によるものと考えられます。

同じく「人口動態調査（平成28年）」によると、出生の場所は、病院50.9%、診療所48.8%で、6年前（病院48.7%、診療所51.0%）と比べ、病院での出生の割合が増加しています。

複産の割合は、1.2%（単産13,644件、複産172件）で、6年前の1.0%（単産16,082件、複産169件）とほぼ同じです。

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、平成27年度の帝王切開術の割合は19.4%（2,992件）となっています。

(2) 出産年齢

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、母の年齢が35歳以上の出生数及び出生数（総数）に占める割合は3,633人（26.6%）で、6年前の3,659人（22.8%）と比べ、出生数（総数）が減少する中でも数は減少しておらず、割合は増加しています。母体の高齢化等により、合併症妊娠等のリスクが高まっています。

(3) 低出生体重児

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、低出生体重児（2,500g未満）の出生数及び出生数（総数）に占める割合は1,234人（9.0%）で、6年前の1,503人（9.4%）と比べ、数は減少しましたが、割合は横ばいとなっています。

(4) 周産期死亡率

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、周産期死亡率（出産千対）は3.5で、減少傾向にあり、全国（3.6）を下回っています。

周産期死亡のうち、妊娠22週以降の死産率は2.8（全国2.9）、早期新生児死亡率は0.7（全国0.7）となっています。

(5) 妊産婦死亡率

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、妊産婦死亡は、直近では平成24年の1件を除き、ゼロ件で推移しています。

(6) 分娩取扱施設数

分娩取扱施設（助産所を含む）は、平成29年4月現在39施設であり、平成19年の50施設から11施設減少しています。

(7) 産婦人科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、県内の医療施設に従事する産婦人科医師数は162人で、6年前の168人と比べ、3.6%減少しています。このうち、病院勤務医師数は95人で、6年前の85人と比べ、11.8%増加しています。

ただし、県「医療施設機能調査（平成28年）」によると、周産期母子医療センター等に従事する当直可能な常勤の医師数は51人（1施設あたり4.3人）で、リスクの高い分娩に24時間365日対応する体制の維持は厳しい状況です。

(8) 小児科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は295人で、6年前の269人と比べ、9.7%増加しています。このうち、病院勤務医師数は151人で、6年前の126人と比べ、19.8%増加しています。

ただし、県「医療施設機能調査（平成28年）」によると、周産期母子医療センター等に従事する当直可能な常勤の医師数は50人（1施設あたり4.2人）で、NICU（新生児集中治療室）等の当直体制の確保は厳しい状況です。また、小児科医のうち新生児医療を専門とする医師の数は増えていないのが現状です。

(9) 女性医師の割合

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、県内の病院に従事する産婦人科医師に占める女性の割合は28%で、6年前の18%から上昇しています。同じく小児科医師に占める女性の割合は44%で、6年前の30%から上昇しています。医師の確保にあたっては、女性医師の割合の高まりを踏まえた対応が必要です。

(10) 助産師数

厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年）」によると、県内の病院又は診療所に従事する助産師数は416人で、6年前の350名と比べ、18.9%増加しています。また、県内の助産所に従事する助産師数は21人で、6年前の19名と比べ、10.5%増加しています。

(11) 救急搬送数

総務省消防庁「平成27年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」によると、本県の救急搬送数（平成27年）は81,340件で、平成23年の76,987件と比べ、5.7%増加しています。このうち、産科・周産期傷病者は632件（救急搬送数に占める割合0.8%）で、6年前の576件（同0.7%）と比べ、数・率ともに増加しています。また、産科・周産期傷病者の転院搬送は389件（産科・周産期傷病者の搬送数に占める割合61.6%）で、6年前の373件（同64.8%）と比べ、数は増加していますが、率は減少しています。

(12) 県民ニーズ

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、「不足している医療分野」について、回答者全体の23.4%が「産科」と回答しています。特に20代女性では46.4%、30代女性では53.4%と、同年代の回答のトップとなっています。

1 一般分娩取扱医療機関

分娩件数に応じた、低リスク分娩を担う医療機関の確保が必要です。

- (1) 主に低リスク分娩を扱う一般分娩取扱医療機関（助産所を含む）は、平成29年4月現在27施設（うち助産所2施設）であり、平成19年の38施設（うち助産所2施設）から11施設減少しています。また、県「群馬県の周産期医療に係る調査（平成26年）」では、2025年（平成37年）までに常勤の産科医師全員が65歳以上となる施設が13施設あり、（うち2施設は平成29年4月現在、分娩中止）今後も分娩取扱施設の減少が続くと考えられます。
- (2) 分娩件数に応じた低リスク分娩を担う医療機関の確保や、妊産婦が近くで妊婦健診等を受けられる環境の整備が必要です。

2 地域周産期母子医療センター

周産期医療の拠点として医療の質や安全性を確保するための体制整備が必要です。

- (1) NICU（新生児集中治療室）を備えるなど、周産期にかかる比較的高度な医療を提供する医療機関7施設を、地域周産期母子医療センターとして認定しています。また、地域周産期母子医療センターに準じ、比較的低度の異常のある妊娠・分娩・新生児の管理を行

える医療機関4施設を、本県独自の体制として、協力医療機関に認定しています。

- (2) 地域周産期母子医療センター7施設のNICU43床のうち、専任の医師を常駐させる等の基準を満たすのは3施設の27床であり、残り4施設の16床は基準を満たす医師の配置ができていません。
- (3) 地域の周産期医療の拠点となる施設の医療の質や安全性を確保するため、当直可能な産婦人科医師及び小児科医師等を必要数配置することが課題です。

3 総合周産期母子医療センター

リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療が提供できる総合周産期母子医療センターの整備が課題です。

- (1) 本県では県立小児医療センターにMFICU（母体・胎児集中治療室）6床、NICU 15床を整備の上、総合周産期母子医療センターに指定し、超低出生体重児等の分娩・管理にあたっています。
- (2) しかし、本県のMFICUは、専任の医師を常駐させる等の基準を満たしていません。
- (3) また、県立小児医療センターは子ども専門病院という特性上、母体の合併症（精神疾患を含む）の治療ができないため、地域周産期母子医療センターと連携を図りながら対応しています。
- (4) 総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の整備が求められています。

4 療養・療育支援、妊産婦支援

NICU等の新生児受入体制を確保するため、小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要です。また、支援を必要とする妊産婦について、関係機関による情報共有と早期からの支援の実施が必要です。

- (1) 県内のNICUの稼働率（平成27年度）は、総合周産期母子医療センターで98.5%、地域周産期母子医療センター（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）で78.0%となっています。
- (2) 県内5施設において、重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施しています。また、県内の小児等の在宅医療に対応できる医療機関（県医務課調べ）は平成28年3月現在118施設、訪問看護事業所は88施設ありますが、うち平成28年度中に実際に対応した医療機関は19施設、訪問看護事業所は24施設となっています。
- (3) 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や、小児等の在宅医療の提供が可能な医療機関や訪問看護事業所の拡大を図ることが必要となっています。また、小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要となっています。
- (4) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（平成27年度）」によると、分娩後の妊娠届出者数（未受診妊婦）は18名となっています。また、群馬県妊産婦支援事業における妊

産婦支援連絡票活用実績（平成28年度）によると、医療機関から県内市町村へ支援依頼のあった妊産婦の数は352人となっています。

- (5) 未受診妊婦の分娩については受入体制の確立が必要であるとともに、未受診妊婦や産後うつ病の疑いのある褥婦等、特に支援を必要とする妊産婦については、関係機関で情報を共有し、早期から支援を実施することが必要です。

■ 具体的施策

1 一般分娩取扱医療機関

(1) 一般分娩取扱医療機関への支援

- 分娩件数に応じた、低リスク分娩を担う医療機関が確保されるよう、一般分娩取扱医療機関への支援を行います。

【主な事業例】

分娩取扱医療機関の施設・設備整備補助 等

(2) 母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- 母体や新生児のリスクに応じ、地域周産期母子医療センターや総合周産期母子医療センターへスムーズに搬送できる体制を整備します。

【主な事業例】

周産期医療対策協議会の設置、周産期医療情報システムの運用、新生児蘇生法研修会の開催、新生児搬送用保育器の整備 等

(3) 周産期医療従事者の確保

- 分娩を取り扱う施設の医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- 特に、女性医師の割合が高まる中、女性医師の出産後の復職支援や、当直可能な医師の確保を図ります。

【主な事業例】

産科医師等確保支援（分娩手当の補助、周産期医療従事者育成支援）、医師確保修学研修資金貸与、地域医療支援センターの運営、レジデントサポート推進事業の実施、女性医師等の就労支援 等

2 地域周産期母子医療センター

(1) 地域周産期母子医療センターへの支援

- 地域の周産期医療の拠点として必要な施設の充実を図るため、地域周産期母子医療センターへの支援を行います。

【主な事業例】

地域周産期母子医療センターの施設・設備整備補助、運営費補助 等

(2) 母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- ・ 母体や新生児のリスクに応じ、総合周産期母子医療センター等へスムーズに搬送できる体制を整備します。

(3) 周産期医療従事者の確保

- ・ 地域周産期母子医療センターに従事する医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- ・ 特に、女性医師の割合が高まる中、女性医師の出産後の復職支援や、当直可能な医師の確保を図ります。

(4) 中長期を見据えた周産期医療体制の整備

- ・ 産婦人科医師及び小児科医師等が不足している状況を踏まえ、中長期を見据えた周産期医療体制の整備を進めていくとともに、考えられるリスクに備えた環境整備を進めます。

【主な事業例】

セミオープンシステム（妊婦健診は分娩を取り扱っていない近くの医療機関で受け、分娩はその医療機関と連携している分娩取扱医療機関で行う仕組み）等の機能分担と連携体制の推進、医療機関へのアクセスに関する安全対策（救急救命士向けの分娩介助研修、新生児蘇生法研修等の開催）、周産期医療の現状や課題に関する県民理解の推進 等

3 総合周産期母子医療センター

(1) 総合周産期母子医療センターへの支援

- ・ ハイリスクな妊娠・新生児に対応する周産期医療を提供していくため、総合周産期母子医療センターへの支援を行います。

【主な事業例】

総合周産期母子医療センターの施設・設備整備補助、運営費補助 等

(2) 母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- ・ 搬送コーディネーターを設置するなど、一般分娩取扱医療機関や地域周産期母子医療センターからスムーズに搬送できる体制を整備します。

【主な事業例】

周産期医療対策協議会の設置、周産期医療情報システムの運用、新生児蘇生法研修会の開催、搬送コーディネーターの設置 等

(3) 周産期医療従事者の確保

- ・ 総合周産期母子医療センターに従事する医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- ・ 特に、女性医師の割合が高まる中、女性医師の出産後の復職支援や、当直可能な医師の確保を図ります。

(4) 災害時の搬送体制等の整備

- ・ 総合周産期母子医療センター等に従事する医師を、災害時に周産期医療に関する情報集約や母体・新生児の搬送調整等を行うコーディネーター（災害時小児周産期リエゾン）として委嘱します。
- ・ 周産期母子医療センター等における災害時の連携体制の構築や、平時からの訓練の実施等に取り組みます。

【主な事業例】

災害時小児周産期リエゾンの設置、災害時の連携体制やマニュアルづくり、災害対応研修や訓練の実施 等

(5) 中長期を見据えた周産期医療体制の整備

- ・ 総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の確保へ向け、中長期を見据えた周産期医療体制の整備を推進します。

4 療養・療育支援、妊産婦支援

(1) 療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援

- ・ NICU等に入院している小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できるよう、コーディネーターを設置するほか、市町村等の行政、地域の医療・福祉・教育関係者等の関係者が連携した支援体制を構築します。
- ・ 小児等の在宅医療の受入れが可能な医療機関・訪問看護事業所の拡大を図るため、医師・訪問看護師の人材育成に取り組みます。
- ・ 患者・家族や在宅医療を支える関係者に対して、小児等の在宅医療等に関する理解の促進や介護負担の軽減を図るための取組を推進します。

【主な事業例】

NICU入院児支援コーディネーターの設置、在宅医療未熟児等一時受入事業の実施、小児等在宅医療連携拠点事業（関係者による協議会の開催、小児等の在宅医療にかかわる研修会やシンポジウムの開催など）の実施 等

(2) 関係機関の連携による早期からの妊産婦支援

- ・ 医療機関と市町村等が県内統一の連絡票を活用し、連携を図りながら、心身の不調や家庭環境等の問題等を抱える妊産婦を早期に継続的な支援へとつなげる体制整備に取り組みます。

【主な事業例】

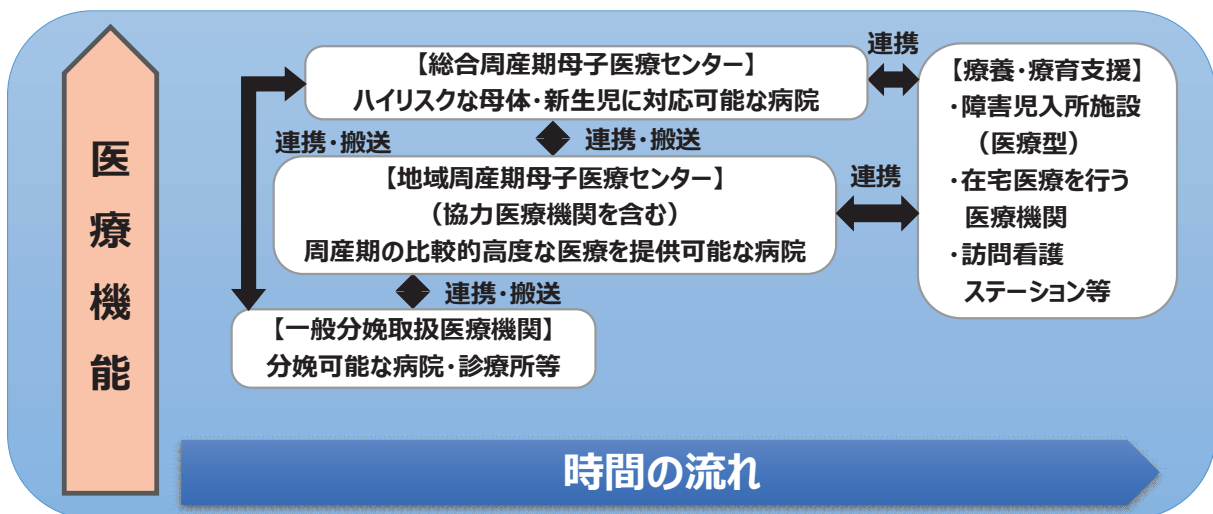
群馬県妊産婦支援事業、産後ケア事業の実施 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 一般分娩取扱医療機関					
①	一般分娩取扱施設数（助産所を含む）	27か所	H29	23か所以上	H35
2 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					
②	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤産婦人科医師数（1施設あたり）	4.3人	H27	5人以上	H35
③	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤小児科医師数（1施設あたり）	4.2人	H27	5人以上	H35
④	周産期救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が4回以上）の件数	4件	H27	3件以下	H35
⑤	周産期死亡率	3.5	H28	3.5以下	H35
3 総合周産期母子医療センター					
⑥	M F I C U病床数（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）	0床	H29	6床	H35
4 療養・療育支援、妊産婦支援					
⑦	在宅医療未熟児等一時受入日数（のべ日数）	132日	H28	150日以上	H35

※目標の根拠：①過去10年間と比べ減少率を低減、②増加、③増加、④減少、⑤減少又は現状を維持、⑥総合周産期母子医療センターに求められる病床数、⑦概ね10%の増加

周産期医療の医療連携体制



10 小児医療の医療連携体制構築の取組

- 小児患者の重症度に応じた医療が提供される体制を整備するとともに、適正な受診がなされるよう相談支援に取り組みます。
- 医療機関の施設・設備整備及び運営支援を行い、小児医療体制の充実を図ります。
- 小児等の療養・療育及び在宅医療の環境整備に取り組みます。

現状と課題

概況

(1) 推計患者数

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、本県の小児（0歳から14歳までを指す。以下同じ。）の推計患者数（調査日当日に受療した患者の推計数）は12,600人（入院500人、外来12,100人）で、6年前の12,900人（入院500人、外来12,400人）と比べ、2.3%減少しています。

小児人口10万人あたりの推計患者数は、4,890人（入院194人、外来4,696人）で、6年前の4,531人（入院176人、外来4,355人）と比べ、総数で7.9%増加しています。また、全国（4,766人（入院195人、外来4,343人））を総数で2.6%上回っています。

(2) 小児の死亡率

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県の小児の死亡率（人口10万対）は19.5で、6年前の26.9と比べ減少しています。また、全国（22.1）を下回っています。

なお、新生児死亡率（生後4週未満、出生千対）は0.9、乳児死亡率（1歳未満、出生千対）は1.6、幼児死亡率（5歳未満、人口10万対）は42.8で、6年前（新生児死亡率1.1、乳児死亡率2.2、幼児死亡率61.1）と比べ、全て減少しています。また、全国（新生児死亡率0.9、乳児死亡率2.0、幼児死亡率53.5）を全て下回っています。

(3) 小児科を標榜する医療機関数

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、本県の小児科を標榜する医療機関は356施設（病院40施設、診療所316施設）で、平成20年の368施設（病院44施設、診療所324施設）と比べ、3.3%減少しています。

(4) 小児科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は295人で、6年前の269人と比べ、9.7%増加しています。

このうち、病院勤務医師数は151人で、6年前の126人と比べ、19.8%増加していますが、県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、小児二次医療を担う地域小児科センターに従事する当直可能な医師数は66人で、平成20年度（66人）から増えていません。

（5）救急搬送数

総務省消防庁「救急・救助の現況（平成28年度版）」によると、本県の救急搬送数（平成27年）は81,340件で、平成23年の76,987件と比べ、5.7%増加しているものの、18歳未満では7,252件で、平成23年の7,493人と比べ、3.2%減少しています。なお、救急搬送数に占める18歳未満の割合は8.9%で、全国（8.5%）を上回っています。

1 相談支援等

限られた医療資源で小児医療を提供するために、小児の保護者への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進していく必要があります。

- （1） 小児救急医療支援事業実績（平成28年度）によると、重症の小児救急患者に対応する地域小児科センター（小児二次救急医療機関）においても、休日・夜間における小児救急患者の88.8%が軽症患者であり、当直可能な医師が不足する中で、対応する医師にとって大きな負担となっています。本来対応すべき重症患者への対応が遅れることも懸念されます。
- （2） 本県では、平成17年度から小児救急電話相談（＃8000）を実施し、休日・夜間の小児の急病に対する保護者の不安を軽減するとともに、不要不急な受診の抑制を図っています。相談件数は、受付時間の拡充等に伴い増加傾向にあります（平成22年度：13,412件→平成28年度：24,476件）。電話が繋がらない（通話中となる）場合があるため、必要な回線数（平成27年10月から最大3回線）を確保しています。
- （3） 小児救急医療支援事業実績によると、休日・夜間における小児救急患者数は減少しており（平成22年度：21,645人→平成28年度：14,701人）、相談支援等の効果と考えられます。
- （4） 引き続き、小児の保護者等への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進していく必要があります。また、小児救急電話相談（＃8000）をより多くの保護者等に利用してもらえよう、広く周知していくことが必要です。

2 一般小児医療（小児初期医療）

地域において、かかりつけ医として日常的な小児医療を提供するとともに、休日・夜間の初期救急医療を担う体制の確保が必要です。

- （1） 県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年度）」によると、保護者の76.8%が小児

のかかりつけ医を決めており、63.2%がその理由を自宅からの近さと回答しています。

また、かかりつけ医の83.1%が診療所の医師となっています。

- (2) 本県では、小児科を標榜する医療機関は減少傾向にあります。また、医療施設に従事する小児科医師数は増加していますが、このうち診療所勤務医師数は増加していないのが現状です。
- (3) 本県では、小児の初期救急医療体制として、休日夜間急患センターが9施設あるほか、地域医師会による在宅当番医制が12地区で構築されています。しかし、休日夜間急患センターが開設されていない地域や、毎日診療を実施していない地域があります。(毎日診療を行っている施設：3施設、月～土曜日に診療を行っている施設：4施設)
- (4) かかりつけ医や、休日夜間急患センター、在宅当番医制を担う医師の確保が必要です。
- (5) また、地域小児科センター（小児二次医療）のない二次保健医療圏等においては、軽症者の入院等に対応できる病院（地域振興小児科）の確保が課題です。

3 地域小児科センター（小児二次医療）

24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくことが課題です。

- (1) 小児救急医療支援事業により、県内4ブロック（中毛、西毛、北毛、東毛）において、各ブロック内での輪番制による24時間365日の受入体制が構築されています。
- (2) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、小児救急医療支援事業に参加している病院（12病院）の当直可能な医師数は66人で、平成20年度（13病院で66人）から増えていません。
- (3) 小児救急医療支援事業における取扱患者数は年々減少傾向にあります。このうち重症患者（入院患者）については横ばいとなっています。限られた医師数で対応している中、依然として軽症患者が多く受診している状況です。
- (4) 24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくため、当直可能な医師を必要数配置するとともに、対応する医師の負担を軽減していくことが課題です。

4 中核病院小児科（小児三次医療）

高度で専門的な医療の提供体制を維持・充実させていくことが課題です。

- (1) 本県の小児三次医療は、群馬大学医学部附属病院及び県立小児医療センターが担っています。高度な入院医療を提供するNICU（新生児特定集中治療室（診療報酬上の届出をしたもの））は4病院に42床、PICU（小児集中治療室）は県立小児医療センターに8床整備されています。
- (2) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（平成27年度）」によると、県内の小児慢性特定疾患医療受給者証の所持者数は862人であり、小児科の各領域での高度で専門的な医療の提供体制を維持・充実させていくことが課題となっています。

5 療養・療育支援、小児等在宅医療

小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要です。

- (1) 県内の、在宅で療養している重症心身障害児（者）の数（児童相談所調べ）は、平成28年度末現在434人、経管栄養や口腔・鼻腔内吸引等の医療的ケアが必要な幼児・児童・生徒の数（県教育委員会調べ、特別支援学校在籍者（訪問教育を含む）の数）は平成28年5月現在147人となっています。
- (2) 県内5施設において、重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施しています。また、県内の小児等の在宅医療に対応できる医療機関（県医務課調べ）は平成28年3月現在118施設、訪問看護事業所は88施設ありますが、うち平成28年度中に実際に対応した医療機関は19施設、訪問看護事業所は24施設となっています。
- (3) 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や、小児等の在宅医療の提供が可能な医療機関や訪問看護事業所の拡大を図ることが必要となっています。また、小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要となっています。

具体的施策

1 相談支援等

(1) 小児救急電話相談の実施

- ・ 引き続き、小児救急電話相談（＃8000）を実施し、適正な受療行動を推進していきます。

(2) 小児救急にかかる適正受診の啓発

- ・ 休日や夜間の子どもの急病時の受診の目安や、家庭での対処方法、小児救急電話相談（＃8000）の利用などについて、保護者等に対する啓発を実施します。

【主な事業例】

「子どもの救急ってどんなとき？」（冊子・県ホームページ）による啓発、小児救急に関する保護者講習会の開催、小児救急電話相談（＃8000）にかかる広報 等

2 一般小児医療（小児初期医療）

(1) 小児初期救急医療体制の充実支援

- ・ 休日夜間急患センターの運営を支援するとともに、内科医等の小児診療への参加を推進し、小児初期救急医療体制の充実を図ります。

【主な事業例】

小児初期救急導入促進事業（休日夜間急患センターが診療日・時間を拡充する際の運営費支援）、小児救急地域医師研修（内科医等の小児診療への参加推進）の実施 等

(2) 小児科医師の確保

- ・ 一般小児医療（小児初期医療）の担い手となる医師を確保するため、県内小児科医師の育成と確保を図ります。

【主な事業例】

医師確保修学研修資金貸与、地域医療支援センターの運営、レジデントサポート推進事業の実施、女性医師等の就労支援 等

3 地域小児科センター（小児二次医療）

(1) 小児二次救急医療体制の整備

- ・ 24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を確保するために、医療需要や地域小児科センターまでのアクセス等を考慮して輪番体制を整備します。

【主な事業例】

地域小児救急医療対策協議会の設置、小児救急医療支援事業（輪番制による休日・夜間の小児二次救急医療の提供）の実施 等

(2) 地域小児科センター（小児二次医療）の負担軽減

- ・ 相談支援、一般小児医療（小児初期医療）の充実により、軽症患者の適正な受診を推進し、地域小児科センター（小児二次医療）の負担軽減を図ります。

(3) 小児科医師の確保

- ・ 地域小児科センター（小児二次医療）に従事する医師を確保するため、県内小児科医師の育成と確保を図ります。

4 中核病院小児科（小児三次医療）

(1) 中核病院小児科（小児三次医療）の機能充実

- ・ 中核病院小児科（小児三次医療）の各分野の機能充実を図ることにより、一般小児医療（小児初期医療）、地域小児科センター（小児二次医療）、療養・療育支援及び小児等在宅医療、相談支援がその機能を十分に発揮できる環境を整備します。

(2) 小児科医師の確保

- ・ 高度で専門的な医療を担う医師を確保するため、県内小児科医師の育成と確保を図ります。

(3) 災害時の搬送体制等の整備

- ・ 中核病院小児科等に従事する医師を、災害時に小児医療に関する情報集約や小児の搬送調整等を行うコーディネーター（災害時小児周産期リエゾン）として委嘱します。
- ・ 中核病院小児科及び地域小児科センター等における災害時の連携体制の構築や、平時からの訓練の実施等に取り組みます。

【主な事業例】

災害時小児周産期リエゾンの設置、災害時の連携体制やマニュアルづくり、災害対応研修や訓練の実施 等

5 療養・療育支援、小児等在宅医療

(1) 療養・療育及び小児等在宅医療にかかる環境整備

- ・ N I C U等に入院している小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できるよう、コーディネーターを設置するほか、市町村等の行政、地域の医療・福祉・教育関係者等の関係者が連携した支援体制を構築します。
- ・ 小児等の在宅医療に対応できる医療機関・訪問看護事業所の拡大を図るため、医師・訪問看護師の人材育成に取り組みます。
- ・ 患者・家族や在宅医療を支える関係者に対して、小児等の在宅医療等に関する理解の促進、情報の提供及び介護負担の軽減を図るための取組を推進します。
- ・ 療養・療育環境や在宅の小児等への災害時支援体制の構築を推進します。

【主な事業例】

小児等在宅医療連携拠点事業（関係者による協議会の開催、小児等の在宅医療にかかる研修会やシンポジウムの開催、県ホームページによる小児等在宅医療に対応可能な医療機関等の情報提供など）の実施、N I C U入院児支援コーディネーターの配置、在宅医療未熟児等一時受入事業の実施 等

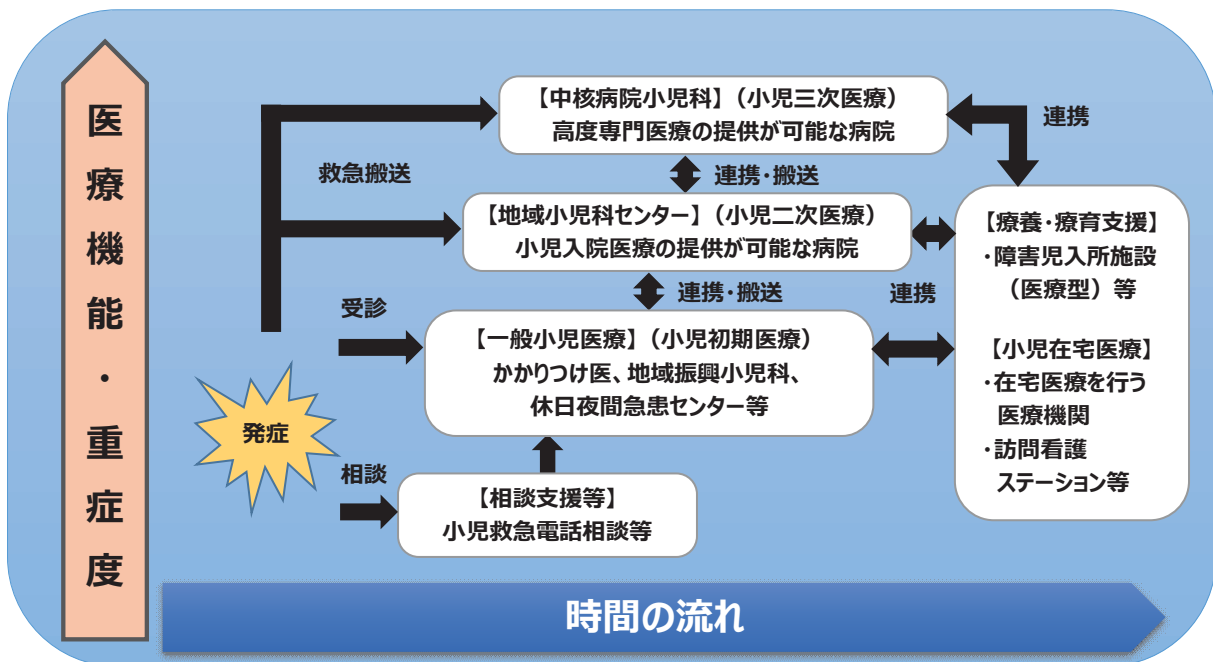
数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 相談支援等					
①	小児救急電話相談の相談件数（小児人口千対）	99.4件	H28	110件以上	H35
②	小児救急医療支援事業取扱患者数（小児人口千対）	59.7人	H28	55人以下	H35
2 一般小児医療（小児初期医療）					
③	休日・夜間急患センター等の診療に参加した小児科診療を行う医療機関数	206か所	H27	206か所以上	H35
3 地域小児科センター（小児二次医療）					
④	小児救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が4回以上）の件数	80件	H27	79件以下	H35
⑤	地域小児科センター（小児二次医療）における当直可能な常勤小児科医師数	66人	H28	67人以上	H35

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
4 中核病院小児科（小児三次医療）					
⑥	乳児死亡率（出生千対）	1.6	H28	1.6未満	H35
5 療養・療育支援、小児等在宅医療					
⑦	小児等在宅医療に対応した医療機関数	19か所	H28	30か所以上	H35
⑧	小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数	24か所	H28	30か所以上	H35

※目標の根拠：①10%の増加、②10%の減少、③現状を維持、④減少、⑤増加、⑥減少、⑦50%の増加、⑧25%の増加

小児医療の医療連携体制



(余白)

第3節 地域包括ケアシステムの推進

1 地域包括ケアシステムの推進

(1) 総論

背景

本県の65歳以上の人口は、県統計課「年齢別人口統計調査（平成28年）」によると、55.2万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上の高齢者数の割合）は28.3%となっていますが、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計（平成25年）」によると、平成37年（2025年）には58.3万人、高齢化率は31.3%になり、約3人に1人が高齢者になることが推計されています。

特に、団塊の世代全てが75歳以上となる平成37年（2025年）には、75歳以上の人口が34.4万人になると推計されており、これに伴い、認知症高齢者、ひとり暮らし高齢世帯等が急増することから、医療・介護や生活支援の需要がさらに高まると見込まれています。

一方、県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」又は「条件が整えば望む」と回答した人は、全体の6割を超えています。

地域包括ケアシステムの推進

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援の5つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進していきます。

また、今後、この考え方を深化させ、制度・分野ごとの縦割りや「支え手」「受け手」という関係を超越して、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超越して「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく「地域共生社会」を実現していく必要があります。



取組の方向性

地域包括ケアシステムの構築に向けた市町村の取組が円滑に進むよう支援を行うとともに、県・市町村・関係団体との連携を強化しながら、地域の実情に応じた取組を推進します。

(1) 医療と介護の連携

疾病を抱えていても、自宅等の住み慣れた場所で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的・継続的な在宅医療や在宅介護の提供を行うことが必要です。

このため、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員（ケアマネジャー）等の介護関係職種の間が多職種連携を推進します。

(2) 介護予防の推進

高齢者ができる限り要介護状態にならず、健康を維持しながら自立した生活を送るため、また、要介護状態等になった場合であっても、その状態を悪化させないようにするための介護予防の取組は、高齢者個人のクオリティ・オブ・ライフ（生活の質）を高めるだけでなく、社会全体にとっても重要な課題です。

このため、リハビリテーション専門職等を活かした、地域リハビリテーションの推進、住民主体の通いの場の充実、高齢者の社会参加などを推進します。

(3) 認知症施策の推進

認知症の早期診断・早期対応を行うとともに、認知症になっても可能な限り住み慣れた地域で尊厳を保ちながら安心して暮らし続けることができるよう、正しい知識の普及や相談体制の充実、適切な医療の提供、本人や家族への支援等、総合的な認知症施策を推進します。

(4) 生活支援サービスの充実

今後、認知症高齢者やひとり暮らし高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援サービス（配食・見守り等）を充実させていく必要があります。

このため、市町村における、行政、地縁組織、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービス体制整備の取組を支援します。

(5) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケアシステムにおいて中核的な役割を担う地域包括支援センターの機能強化のため、職員の資質向上や地域ケア会議等の充実に係る取組を推進します。

(2) 介護予防の推進

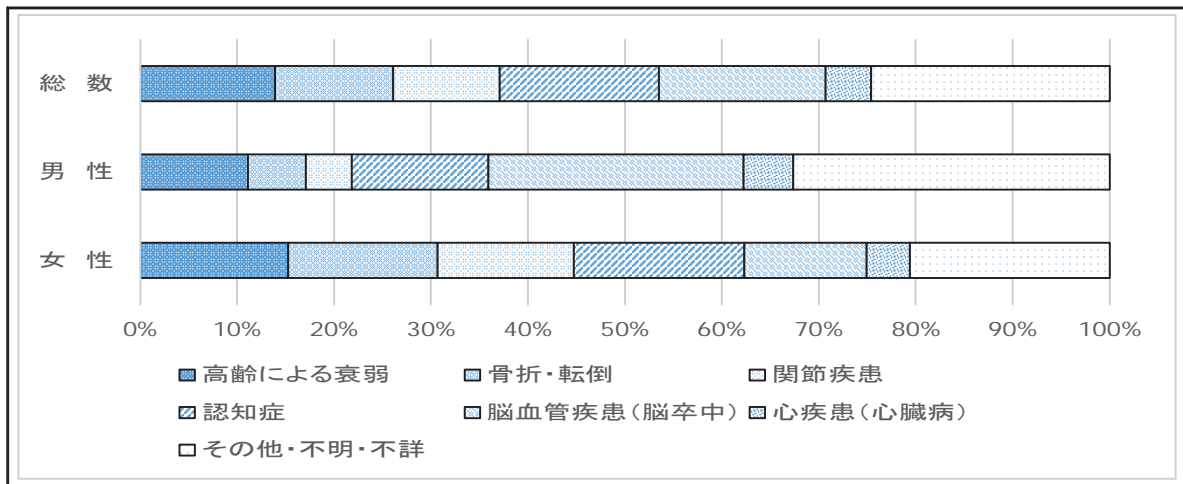
現状と課題

ア 介護保険法の改正により、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に取り組む仕組みの構築が求められています。

イ 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成25年)によると、要介護者について、介護が必要になった主な原因をみると、「脳血管疾患」が17.2%と最も多く、次いで「認知症」16.4%、「高齢による衰弱」13.9%、「関節疾患」11.0%となっています。

高齢による衰弱(いわゆるフレイル)や関節疾患(いわゆるロコモティブシンドローム)、骨折・転倒を合わせると37.1%を占め、脳血管疾患や心疾患といった生活習慣病によるものが21.9%となっており、予防可能と思われる原因が59.0%を占めています。

要介護者の介護が必要になった主な原因



[資料] 厚生労働省「国民生活基礎調査」

ウ 地域で自主的に介護予防の活動を行ったり、市町村の介護予防事業でボランティアとして活動する介護予防サポーターは、平成28年度末現在9,200人養成されています。

施策の方向

ア 高齢者が要介護状態になることを予防するとともに、要介護状態になった場合においても、その状態を悪化させないようにするための体制整備を進めます。

高齢者のフレイルやロコモティブシンドローム等の介護予防対策、生活習慣病予防対策を強化するため、栄養管理や咀嚼、嚥下等歯科口腔機能の向上のため多職種連携に努めます。

イ 市町村が行う新しい介護予防・日常生活支援総合事業の充実のための支援を行うとともに、多職種協働による自立支援型地域ケア個別会議が円滑に開催できるよう体制整備を進めます。

ウ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進します。

(3) 地域リハビリテーション

現状と課題

- ア** 地域リハビリテーションとは、障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきと生活できるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハの立場から協力し合って行なう活動のすべてをいいます。(定義：日本リハビリテーション病院・施設協会)
- イ** 地域リハビリテーションは、患者の症状に応じて適切な時期に提供されることが必要であるため、急性期から回復期、維持期、在宅療養の各ステージごとに、医療機関や介護保険事業所等の連携が求められています。
- ウ** 厚生労働省「医療施設（静態）調査（平成26年）」によると、本県では、診療科目にリハビリテーション科を設置している病院は86施設、一般診療所は128施設となっています。
また、平成29年4月1日現在、介護保険指定事業所は、（介護予防）訪問リハビリテーション事業所が150施設、（介護予防）通所リハビリテーション事業所が195施設あります。
- エ** 厚生労働省「病院報告（平成27年）」によると、病院に勤務している理学療法士は1,092.9人、作業療法士は651.1人、言語聴覚士は43.4人となっています。(いずれも常勤換算数)
- オ** 県では、群馬県医師会、群馬県理学療法士会協会等の関係団体等で構成員とする「群馬県地域リハビリテーション協議会」を設置し、本県の地域リハビリテーションの推進方針等を協議するとともに、地域リハビリテーションの円滑な推進のため、県地域リハビリテーション支援センターを1カ所、地域リハビリテーション広域支援センターを各地域に12カ所設置しています。(H29年4月1日現在)
- カ** 高齢者の自立支援・要介護状態の重度化防止に向けた保険者（市町村）機能の強化のため、リハビリテーション専門職と連携した、効果的な介護予防事業の実施が課題となっています。
- キ** 高齢者のリハビリテーションについては、国際生活機能分類（ICF）の考え方に基づき、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要です。
- ク** 地域リハビリテーションの持続的な拡大のためには、県民が健康増進や介護予防等の重要性について理解し、県民自らが主体となって活動することが重要です。
- ケ** リハビリテーション専門職が、地域リハビリテーション活動を担うことができるよう、リハビリテーション専門職の資質向上を推進する必要があります。
- コ** リハビリテーション専門職の多くが、医療機関に所属しており、地域リハビリテーション活動を行う際には、所属医療機関の長の理解を得なければならないことから、各医療機関の地域リハビリテーションに対する理解が必要です。

【本県の地域リハビリテーションの推進体制】

1 群馬県地域リハビリテーション協議会

- ・ 地域リハビリテーション推進方針等の協議
- ・ 地域リハビリテーション広域支援センター等の指定の協議



2 県地域リハビリテーション支援センター

- ・ 地域リハビリテーション広域支援センターの支援・連絡調整
- ・ リハビリテーション専門職の人材育成
- ・ 介護予防サポーター養成支援

3 地域リハビリテーション広域支援センター

- ・ 地域リハビリテーション推進協議会の開催（各地域での協議会）
- ・ 介護サービス事業所等に対する援助・研修
- ・ 地域支援事業等の円滑な実施に向けた市町村支援
- ・ 地域住民向けの介護予防に関する情報提供

施策の方向

- ア** 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、医療機関や介護保険事業所等から一貫したリハビリテーションのサービスが提供されるよう地域リハビリテーション支援体制の整備を推進します。
- イ** 地域リハビリテーションの実践には、保健・医療・福祉・介護等の多職種による連携が不可欠であるため、関係機関・団体に対し、地域リハビリテーションの重要性を周知し、連携強化を図ります。
- ウ** 地域リハビリテーション広域支援センターが、リハビリテーション専門職の立場から、介護予防事業や地域ケア会議に参画ができるよう、地域リハビリテーション広域支援センターの機能強化を図るとともに、市町村との連携を推進します。
- エ** 心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に加え、住民主体の通いの場など、人と人とのつながりを通じて、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のバランスのとれたアプローチを推進します。
- オ** 健康増進や介護予防の取組が、身近な地域において、住民主体で行われるよう推進するとともに、取組のリーダー役となる「介護予防サポーター」等のボランティアの養成や活動を支援します。
- カ** 群馬県地域リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センター及びリハビリテーション職能団体が実施する研修会等を支援し、リハビリテーション専門職の人材育成を推進します。
- キ** 医療機関に対して、地域リハビリテーションの重要性について周知し、リハビリテーション専門職が、地域リハビリテーション活動に従事しやすい環境を整備します。

(4) 総合的な認知症施策

現状と課題

- ア 認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれており、厚生労働科学研究推計結果を準用した県介護高齢課の推計では、本県では平成37年には11万人以上（高齢者の5人に1人）になるとしています。
- イ 認知症サポート医は平成28年度末現在90人養成されており、認知症を早期発見し、適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、平成30年度までに、全市町村で設置されます。
- ウ 認知症の専門的医療の提供体制強化を目的とした認知症疾患医療センターは13か所（中核型：1、地域拠点型：11、連携型：1）で、県内全域に設置されています。
- エ 高齢者の総合相談を担う地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医、サポート医、専門医療機関等との連携体制の構築が課題となっています。

施策の方向

- ア 早期発見・早期対応を軸とした医療・介護等の有機的連携による「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会」を目指した施策に取り組みます。
- イ 認知症に対する理解の促進と家族に対する支援として、市町村による認知症サポーター養成支援や本人と家族の会への支援を行います。
- ウ 適切な医療の提供と相談体制の充実のため、認知症疾患医療センター運営、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医及び医療従事者認知症対応力向上研修を行います。
- エ 若年性認知症施策の強化のため、若年性認知症支援事業を行います。
- オ 地域における支援体制の構築のため、各市町村の地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームと、認知症疾患医療センター等の連携を深め、認知症の人と家族を地域全体で支援する体制の構築に努めます。

2 在宅医療の医療連携体制構築の取組

- 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送れるよう、在宅医療の基盤整備を進めるとともに、多職種協働により適切な体制を構築します。
- 入院医療機関と、在宅医療・介護に関わる従事者との円滑な連携を図ります。
- 患者（本人）の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応を推進します。

現状と課題

概況

（1）自宅での療養を望む人の割合

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」及び「条件が整えば望む」という人が6割を超えている一方で、自宅で療養が可能とした人は2割を下回っています。

（2）高齢者人口割合の増加

総務省「国勢調査（平成27年）」によると、本県の高齢者人口割合は27.4%（全国26.3%）、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25年）」によると、平成37年には、31.3%（全国30.3%）になると推計されています。

（3）要介護（要支援）認定者数の増加

厚生労働省「介護保険事業状況報告（平成27年度確定値）」によると、本県の要介護（要支援）認定者の数は約9万5千人ですが、県介護高齢課調べでは、平成37年には約12万7千人に達すると推計されており、今後も増加が見込まれています。

（4）地域包括ケアシステムの構築

住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題となっています。

1 退院支援

在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待されており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となっています。

(1) 退院調整支援の状況

厚生労働省「医療施設静態調査（平成26年）」によると、退院調整支援担当者を配置している病院数は59か所であり、人口10万人当たりの数は3.0か所（全国2.8か所）で全国平均を上回っていますが、第7次群馬県保健医療計画に定める目標（86か所）には達していません。

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（平成27年度）」によると、退院支援を実施している病院・診療所数は50～51か所です。

地域との連携を図る窓口と、地域の資源とをつなぐ事業として、平成27年度から平成29年度まで県及び市町村が連携し「医療介護連携調整実証事業（退院調整ルール策定）」に取り組んできました。県地域包括ケア推進室調べ（平成27年12月）では、県全体で、介護支援専門員（ケアマネジャー）に連絡のないまま自宅へ退院する要介護患者の割合は24.2%となっています。

(2) 入院初期からの支援

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を実施している病院は90病院あり、また、退院調整時のカンファレンスを実施している病院は85病院あります。

(3) 在宅療養への移行

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年度）」によると、在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多く、相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など機能強化が課題となっています。

【医療介護連携調整実証事業について】

1 内容

2つの中核市及び10の保健福祉事務所の各地域における退院調整ルールを策定し、進行管理を行います。

- ・ H27年度策定：渋川保健福祉事務所 1地域
- ・ H28年度策定：前橋市、藤岡・利根沼田・太田・館林保健福祉事務所 5地域
- ・ H29年度策定：高崎市、伊勢崎・安中・富岡・吾妻・桐生保健福祉事務所 6地域

◇◆退院調整ルールとは◆◇

要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に病院から介護支援専門員(ケアマネジャー)に引き継ぐこと

2 実施の背景、目的

(1) 市町村は、地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、下記の在宅医療・介護連携推進事業（ア）から（ク）の取組を実施しており、以下の特に（エ）及び（ク）の項目について市町村の事業を推進、支援するため、群馬県医療介護連携調整実証事業を行っています。

【在宅医療・介護連携推進事業項目】

（ア）地域の医療・介護資源の把握

- (イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

(2) 県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員（ケアマネジャー）と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員（ケアマネジャー）への着実な引継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行っています。

3 方法

- (1) 市町村、関係団体（医師会等）への事業説明
- (2) 病院への事業説明
- (3) 介護支援専門員（ケアマネジャー）への事業説明
- (4) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の協議
- (5) 病院と介護支援専門員等の協議
- (6) 圏域での退院調整ルールを策定
- (7) 退院支援ルール運用とその運用状況の確認

2 日常の療養支援

高齢者人口割合が増加し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援のため在宅医療の提供体制の一層の推進が必要です。

(1) 訪問診療等の状況

日常の療養支援のため、定期的に患者宅を訪問して診療する「訪問診療」等の体制の充実が求められています。

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（平成27年度）」によると、訪問診療を実施している病院・診療所数（1年間に1回以上在宅患者訪問診療料の報酬を算定した医療機関数）は485か所です。

厚生労働省「医療施設静態調査（平成26年）」によると、1か月間（9月中）に病院及び診療所から訪問診療を実施した件数は14,620件で、人口10万人当たり739.9件（全国平均843.8件）となっています。

また、平成26年の同調査において、平成26年10月1日現在の本県の在宅療養支援診療所届出数は223か所（全国14,188か所）で人口10万人当たり11.3か所（全国平均11.2か所）であり、在宅療養支援診療所の数は全国を上回っていますが、訪問診療の実施件数は下回っているほか、地域毎の実施件数に差が生じているなど、在宅医療の実施体制の充実及び地域

差の解消が課題となっています。

なお、平成26年の同調査において訪問診療を実施している病院数は39か所、診療所数は380か所であり、在宅療養支援診療所以外の診療所においても、積極的に訪問診療を実施しているところがあります。

(2) 訪問看護の状況

日常の療養支援を進める上で、訪問診療とともに訪問看護の体制の一層の充実が求められています。

厚生労働省「訪問看護療養費実態調査（平成27年6月審査分）」によると、医療保険による訪問看護利用者数は2,082人となっており、人口10万人当たりの訪問看護利用者数は105.5人（全国平均134.4人）となっています。

厚生労働省「介護給付費等実態調査（平成27年度）」によると、介護保険による訪問看護年間実受給者数（要介護及び要支援）は約9,500人となっており、人口10万人当たりの訪問看護利用者数は481.5人（全国平均512.9人）となっています。

平成27年度の同調査では、訪問看護ステーション数は160か所、人口10万人当たりの訪問看護事業所数は8.1か所（全国平均8.0か所）となっています。

訪問看護ステーションの数は全国を上回っていますが、訪問看護の実施件数は下回っており、訪問看護サービスの利用や在宅医療・介護に関する普及啓発、周産期を含む患者・家族への支援体制の構築とともに、訪問看護の知識・技術を有する人材の育成が課題となっています。

(3) 訪問歯科診療の状況

摂食、咀嚼、嚥下など口腔機能の向上や誤嚥性肺炎の防止を図るため、訪問歯科診療や専門的な口腔ケアが重要となっています。

厚生労働省「医療施設静態調査（平成26年）」によると、歯科訪問診療を実施している歯科診療所数は126か所で、人口10万人当たりの1か月の居宅・施設への訪問診療件数（歯科診療所）は243.8件であり、全国平均（338.0件）を下回っています。

また、平成29年4月の在宅療養支援歯科診療所は87か所となっています。

また県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、訪問歯科衛生指導を実施している歯科診療所は118か所となっています。

訪問歯科診療の実施体制の充実を図るとともに、訪問歯科診療の利用促進に向けた普及啓発が課題となっています。

(4) 訪問薬剤管理指導等の状況

薬の飲み忘れや誤った服薬のほか重複投与による相互作用を防止するため、薬歴管理の一元化、服薬指導、薬剤の保管状況の管理が求められています。

県では、これらのことを適切に行うため、日常生活圏域に1か所以上の健康サポート薬局を設置し、効率的に患者の服薬指導等を実施できる体制を整備しています。

平成29年4月の在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は694か所、平成29年9月末時点

での健康サポート薬局届出件数は7件（中核市設置薬局を含む）となっています。

薬歴管理の一元化、服薬指導、薬剤の保管状況の管理など、訪問薬剤管理指導を効果的に行うため、健康サポート薬局の推進と合わせて、かかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局の普及推進が課題となっています。

【健康サポート薬局について】

1 位置づけ

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第1条第5項第10号に規定

2 概要

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を合わせ持った薬局

○かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能

- ・服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- ・在宅医療への対応、24時間の対応
- ・かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携

○地域住民の健康をサポートする機能

- ・地域における医療関係多職種との連携
- ・健康相談の受付や受診勧奨・関係機関の紹介
- ・医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言

(5) 訪問リハビリテーション等の状況

厚生労働省「介護給付費等実態調査（平成27年度）」によると、介護保険による訪問リハビリテーション事業所数は58か所となっています。日常の療養支援のため訪問リハビリテーション等の提供体制の一層の充実が必要です。

3 急変時の対応

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年度）」によると、「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」が35.9%、「往診してくれるかかりつけの医師がない」が32.3%等となっていることから、急変時の対応についての体制整備が必要です。

(1) 往診の状況

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（平成27年度）」によると、往診を実施している病院・診療所数は728か所です。

厚生労働省「医療施設静態調査（平成26年）」によると、1か月間（9月中）に病院及び診療所から往診を実施した件数は3,115件で、人口10万人当たり157.6件（全国平均163.9件）となっています。

また、平成26年の同調査において、1月間（9月中）に往診を実施した病院数は28か所（全

国1,604か所)、診療所数は426か所(全国23,358か所)で、病院及び診療所を合わせた往診実施医療機関数は人口10万人当たり23.0か所(全国平均19.6か所)となっています。

往診実施医療機関数は全国を上回っていますが、往診の実施件数は下回っており、往診の提供体制の充実が課題となっています。

(2) 24時間対応の訪問看護ステーション、緊急時の受入れ病床

県「医療施設機能調査(平成28年度)」によると、24時間対応(他の医療機関と連携している場合を含む。)を行う医療機関等は71病院・261診療所で、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査(平成27年)」によると、24時間対応体制加算の届出を行う訪問看護ステーションは103か所となっています。

また、急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や、病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっています。

4 看取り

県「保健医療に関する県民意識調査(平成28年)」によると、「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に痛みや苦しみを緩和する医療を受けたい」人が60.9%、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が41.1%、となっている一方で「ご自身の死期が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、周りの人等と話しあったこと」が「ない」という人は58.8%となっています。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者(本人)の意思決定を支援する取組が必要です。

(1) 死亡場所の推移

厚生労働省「人口動態調査(平成28年)」によると、在宅(自宅及び老人ホーム)での死亡数は4,261人、死亡率は19.3%(全国平均19.8%)となっています。在宅における死亡率は、戦後、急激に減少してきましたが、近年は(平成17年以降)増加傾向にあります。

在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、必要に応じて、医療機関以外での看取りに積極的に対応していくことが重要となっています。

特に、高齢化の進展に伴い、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっています。

(2) 看取りを実施している医療機関数

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース(平成27年度)」によると、在宅看取り(ターミナルケア)を実施している病院・診療所数は194か所です。

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査(平成27年)」によると、ターミナルケア体制加算を届け出ている訪問看護ステーション数は103か所で、人口10万人当たりでみると5.4か所と全国平均(5.2か所)を上回っています。

県「医療施設機能調査(平成28年度)」によると、自宅等、患者の望む場所での看取りを行っている(実施できる体制をとっている)とした診療所は342か所となっています。

看取りの対応が可能な医療機関や訪問看護ステーション等の拡充とともに、関係機関相互の連携体制の構築が必要となっています。

(3) 患者（本人）の意思決定支援について

厚生労働省では、平成27年3月に改訂した「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」において、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療を進めることが最も重要な原則である」としています。

医療従事者には、上記ガイドラインに沿った対応が求められています。また、人生の最終段階において受けたい医療や受けたくない医療、最期を迎えたい場所などについて普段から身近な人と話し合い、必要に応じて書面に残すなどの取組を含め、患者（本人）の意思決定を支援する体制の構築が必要となっています。

5 医療と介護の連携

市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められています。

(1) 在宅医療・介護の連携体制

治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を活かした連携体制を構築することが求められています。

県内各地域では、在宅医療・介護に係る様々なネットワークがあり、講演会や事例検討会等の普及啓発や人材育成等の取組が行われています。

県では、県内の在宅医療・介護の連携を進めるため、多職種連携に係る人材育成事業等を実施してきました。

(2) 各市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について

「在宅医療・介護連携推進事業」の中でも、特に単独の市町村での実施に課題がある「(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」及び「(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援」について、市町村と、県や関係団体等との密接な連携による施策の推進が必要です。

(3) 様々な世代の県民のニーズに応じた体制づくりについて

子どもや障害者を含め、様々な世代の県民のニーズに応じた、包括的な支援体制づくりが求められています。

■ 具体的施策

1 退院支援

(1) 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進

- 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携を推進するための研修等を支援します。

(2) 退院調整ルールの進行管理

- 退院調整ルール運用とその運用状況の確認を定期的に行い、地域における病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。

【主な事業例】

専門・多職種連携研修、在宅医療・介護支援パンフレットの作成・配布、退院調整ルールの進行管理 等

2 日常の療養支援

(1) 在宅医療の推進

- 在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、在宅医療の基盤整備を進めます。
- また、地域における在宅医療・介護に係るネットワーク形成や地域連携クリティカルパス等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。さらに、情報通信機器の活用により、在宅医療・介護従事者の連携推進を図ります。
- 在宅医療・介護に係る県民向け講演など、患者や家族に対する普及啓発や、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局及び訪問看護の普及に取り組みます。

【主な事業例】

在宅医療等基盤整備事業（人材育成研修、地域医療介護連携拠点事業等）、在宅医療推進セミナー、訪問看護事業所支援事業、在宅療養支援診療所等設備整備補助、訪問看護研修事業（ステップ1、指導者編、入門プログラム）の実施、精神科訪問看護基本療養費算定要件研修事業への補助 等

(2) 訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション等の充実

- 訪問歯科診療の充実に向けた取組とともに、訪問歯科診療の利用促進に向けた普及啓発に取り組みます。
- 薬歴管理の一元化、服薬指導、薬剤の保管状況の管理など、訪問薬剤管理指導を効果的に行うため、健康サポート薬局の推進と合わせて、かかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局の普及推進に取り組みます。

- ・ 訪問リハビリテーション等のサービスの普及啓発に努めます。

【主な事業例】

在宅歯科医療連携室整備事業、薬局ビジョン推進事業、健康サポート薬局推進 等

3 急変時の対応

(1) 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制の確保

- ・ 在宅療養者の急変時に、往診や必要に応じた受け入れができるよう、在宅医療に係る関係機関と入院医療機関の連携を推進し、24時間対応可能な連携体制や、病状急変時の円滑な受け入れ体制の構築に取り組みます。

【主な事業例】

訪問看護事業所支援事業、24時間対応の訪問看護ステーション増加に向けた取組の検討、急変時の受け入れ病床等の確保体制の検討、退院調整ルールの進行管理 等

4 看取り

(1) 看取りに対応できる医療機関の充実及び、関係者相互の連携体制の構築

- ・ 在宅や介護施設での看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制の具体的な構築を図ります。

(2) 人生の最終段階における患者（本人）の意思決定支援の促進

- ・ 人生の最終段階における本人の意思を尊重した医療のあり方について、医療・介護従事者向けの研修や県民向けの普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】

医療・介護従事者向け研修、県民向け普及啓発 等

5 在宅医療・介護の連携体制及び在宅医療提供体制の構築推進

(1) 在宅医療推進部会の設置・運営

- ・ 在宅医療の推進及び、在宅医療・介護連携推進事業の取組支援に向けて、関係機関により構成する作業部会を設置・運営し、必要な施策について具体的な検討を進めます。

(2) 市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援

- ・ 在宅医療・介護連携推進事業の円滑な進捗のため、関係機関と連携して市町村の取組を具体的・個別的に支援します。

【主な事業例】

地域包括ケアに関する評価指標策定・管理、医療介護連携に関する市町村支援、退院調整ルールの進行管理 等

目標・指標

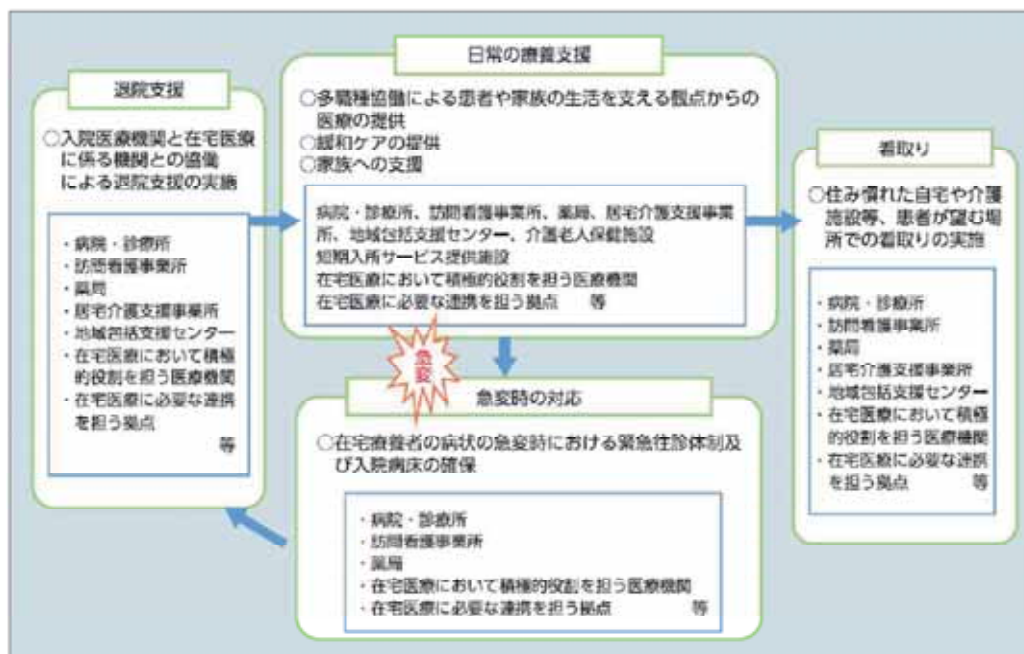
(順不同)

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 退院支援					
①	退院支援を実施している病院・診療所数	50～51 か所	H27	56～58 か所	H32
②	退院調整ルールに係る退院調整漏れ率	24.2%	H27	20%未満	H32
2 日常の療養支援					
③	訪問診療を実施している病院・診療所数	485か所	H27	519か所	H32
④	訪問診療を実施している病院・診療所1か所当たりの患者数（1か月当たりレセプト数）	19.3人	H27	20.7人	H32
⑤	歯科訪問診療（居宅又は施設）を実施している診療所数	200か所	H26	234か所	H32
⑥	健康サポート薬局数	7か所	H29	48か所	H32
⑦	訪問看護事業所数	160か所	H27	182か所	H32
3 急変時の対応					
⑧	往診を実施している病院・診療所数	728か所	H27	829か所	H32
⑨	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	103か所	H27	117か所	H32
4 看取り					
⑩	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院・診療所数	194か所	H27	221か所	H32
5 1～4全般に関わる目標					
⑪	在宅療養支援診療所数	237か所	H28	250か所	H32

※目標の根拠：①1.14倍（地域医療構想における「訪問診療」の2025年（平成37年）の医療需要に、同構想の進展に伴い生じる追加的需要を加えた値(a)と、同構想の推計時点（平成25年度）の医療需要(b)とを比較し、年度推移を等比的に按分して算出した伸び率）、②28年度の調査結果（調査対象者数約1/2）を維持、③1.14倍（①と同率）の半分（平方根）である1.07倍、④1.14倍（①と同率）の半分（平方根）である1.07倍、⑤1.14倍（①と同率）、⑥2025年（平成37年）に116か所（県内全ての日常生活圏域に1か所）、⑦1.14倍（①と同率）、⑧1.14倍（①と同率）、⑨1.14倍（①と同率）、⑩1.14倍（①と同率）、⑪第7次計画の目標値を据え置き

在宅医療の医療連携体制

(図：厚生労働白書より) ※検討中



3 介護サービスの体制整備

県全域及び各圏域ごとに、平成30年度から32年度までに必要な介護サービス量を見込むとともに、団塊の世代が75歳以上となり介護需要の増大が見込まれる2025（平成37年）年度に必要なサービス量を見込み、適切なサービスの確保に努めます。

高齢化が一層進展する中で、重度の要介護状態や認知症になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、居宅サービスや地域密着型サービスの提供体制整備を推進します。

また、在宅での生活が困難な要介護高齢者に対する介護保険施設（特別養護老人ホーム等）の整備など、多様な福祉・介護サービス基盤の整備を計画的に推進します。

なお、病床の機能分化・連携により新たに生じる介護需要についても、居宅、地域密着型及び施設・居住系の各サービス量に見込みます。

（1）居宅サービス

現状と課題

ア 多くのサービスにおいて指定事業者は増加していますが、地域ごとのバラツキも多くなっています。

施策の方向

ア 一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加もあり、家庭での介護力の低下を踏まえ、在宅での生活が続けられるよう、訪問介護や訪問看護、通所サービスや短期入所サービスなど、必要なサービス量の確保に努めます。

また、高齢者の生活支援については、専門職だけでなく、互助も含めて生活支援の充実を図るための組織である、協議体や生活支援コーディネーターの設置について、研修や情報提供等により市町村を支援します。

（2）地域密着型サービス

現状と課題

ア 地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護及び地域密着型特別養護老人ホームは指定が進んでいます。しかし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護は十分とはいえない状況です。

施策の方向

ア 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、住み慣れた地域で暮らし続けるために重要なサービスであり、その整備にあたる市町村に対する積極的支援を行います。

（3）施設・居住系サービス

現状と課題

- ア 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）及び介護老人保健施設については、順調に整備が進んでいます。
- イ 介護関連職種では、他産業に比べて有効求人倍率が大幅に高くなっており、介護職員の確保が施設運営上の課題となっています。

施策の方向

ア 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

家庭での介護力の低下に伴い、在宅での介護が困難になるケースの増加が見込まれており、特別養護老人ホームは中重度の要介護高齢者の受入施設として、必要な整備を行います。

イ 介護老人保健施設

心身の状態に応じて、適切なリハビリテーション等を提供することにより、心身機能の回復を図り、できる限り住み慣れた地域での生活を支える施設として、地域の実情に応じた整備を図ります。

ウ 介護医療院

日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の機能と生活施設としての機能を備えた、新たな介護保険施設である「介護医療院」について、療養病床からの転換を考慮し、情報提供等に努めます。

エ 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設については、平成35年度末まで延長された設置期限までに、介護医療院等への転換などの再編成に取り組みます。

オ 特定施設入居者生活介護

地域の実情と高齢者の多様なニーズに対応するため、介護専用型及び混合型特定施設の基準を満たした有料老人ホームや軽費老人ホーム等の指定を行います。

カ その他施設

有料老人ホームについては、高齢者の権利擁護やサービスの質の維持・向上を図るため、適切な指導・監督に努めるとともに、未届のまま運営されている有料老人ホームの実態把握及び届出指導に努めます。

また、サービス付き高齢者向け住宅については住宅部局と連携し、サービスの質の向上に向けて適切な指導・監督に努めます。

（4）福祉サービスの基盤整備

現状と課題

高齢化が一層進展する中で、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、相談窓口の設置をはじめとした、住民に身近な市町村における取組を総合的に支援するとともに、経済的な理由等で地域での生活が困難な高齢者のための生活の場所を確保することも求められます。

施策の方向

ア 地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの充実・強化のため、研修や情報提供を実施します。

イ 地域支援事業の推進

地域に暮らす、すべての高齢者を対象に介護予防から生活支援まで幅広くサービスができるよう市町村の取組を支援します。

ウ 養護老人ホーム、軽費老人ホーム

経済理由や家庭環境により居宅での生活が困難な高齢者を受け入れる施設として重要な役割を担っていますが、現状は定員を下回っている施設も多く、入所対象となる高齢者の把握と、入所が必要な方の確実な措置が求められています。

本県における整備状況は、ともに65歳以上人口10万人あたりの定員数が近県では最も多いことから、基本的には現状の定員を維持しながら、地域の実情に応じて弾力的な対応を行うこととします。

第5章

地域医療構想

第1節 地域医療構想の概要

1 地域医療構想の趣旨

少子高齢化の進展による医療需要の変化

本県の人口は既に減少の局面に入っており、平成27年（2015年）から平成37年（2025年）までの10年間で、総人口は約11.5万人減少することが見込まれています。

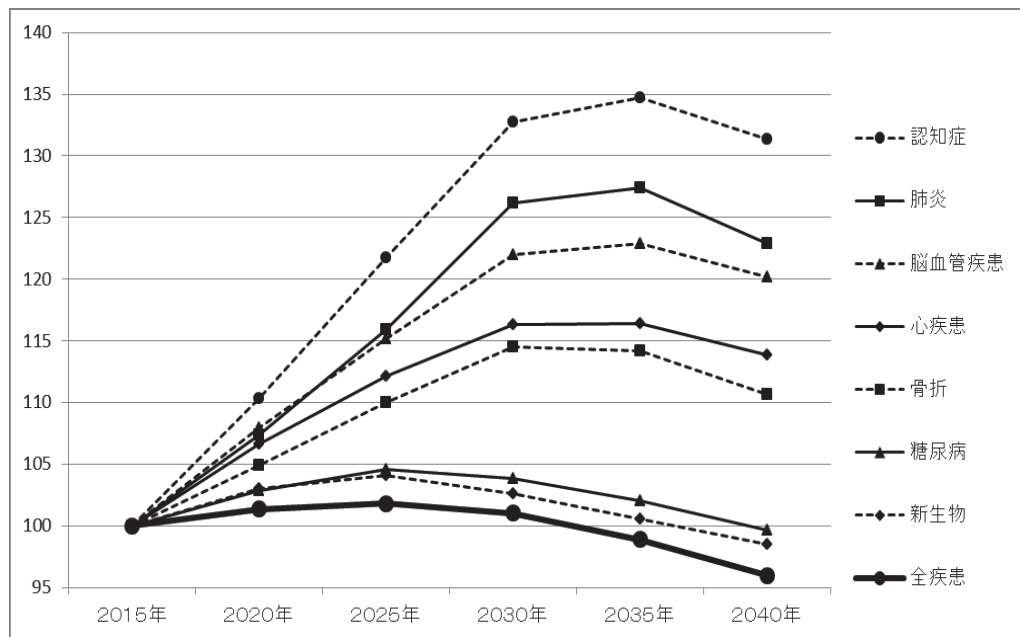
一方で、2025年までに団塊の世代がすべて75歳以上になります。2025年までに75歳以上の人口は約25.9万人から約34.4万人となり、約8.5万人増加すると推計されています。

これからの10年は人口が減少するだけでなく、人口構成も大きく変化する転換期であり、疾病構造の変化も見込まれています。本県のすべての疾患における医療需要は、高齢化の影響により増加し、その後、人口減少の影響が大きくなることで医療需要も減少に転じます。

これを疾病ごとに見ると、認知症、脳梗塞、肺炎、骨折等の高齢者に多く見られる疾患の医療需要の増加率が高く、平成47年（2035年）頃まで増加傾向が続き、その後減少することが見込まれます。

また、慢性的な疾患や複数の疾患を抱える患者が増加することも見込まれることから、将来の医療需要に対応した地域の医療提供体制のあり方を継続的に検討することが必要です。

平成27年（2015年）を100とした時の主な疾患の医療需要の増加率の推計



〔資料〕群馬県医務課推計

※県患者調査（H24）による性・年齢階級別の各疾患の受療率と国立社会保障・人口問題研究所による将来推計人口を用いて医務課で簡易推計したもの。地域医療構想で必要病床数を算出するために推計される医療需要とは算出方法が異なる。

地域医療構想の趣旨・目的

地域医療構想とは、このような転換期の中で、団塊の世代が75歳以上になる2025年を見据え、高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえた上で、それぞれの地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの病床の必要量、及び地域ごとの目指すべき医療提供体制を実現するための施策等を定めるものです。

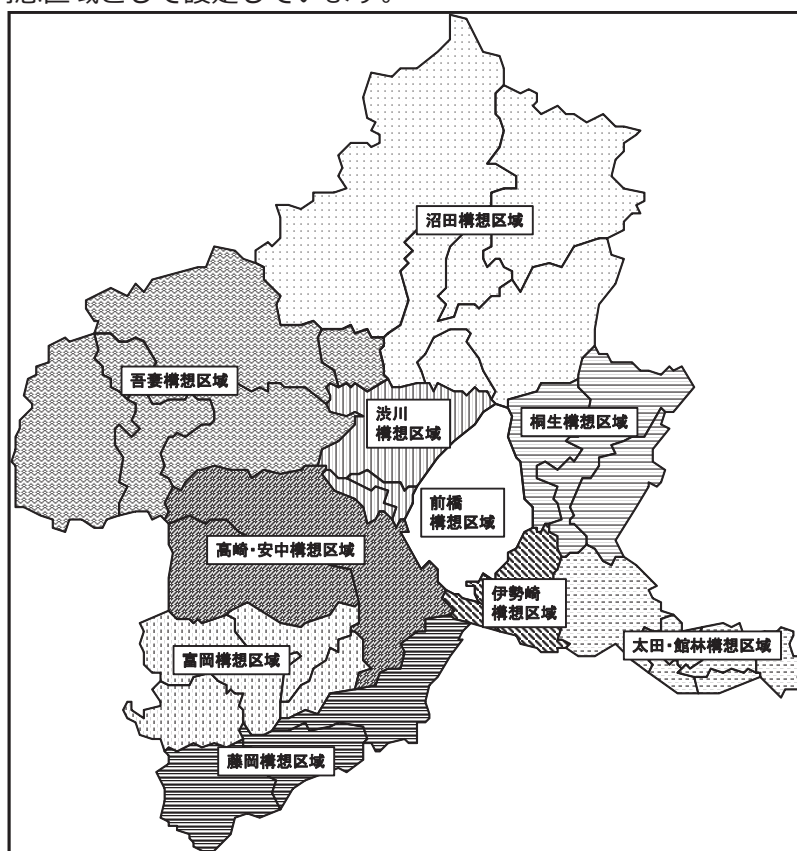
病床の機能分化・連携を推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、2025年に向けて急性期の医療から在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく適切に提供されるよう、医療と介護の総合的な確保を図り、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らせる環境づくりを目指します。

地域医療構想の概要

地域医療構想では、次のような項目について定めます。

- ・ 構想区域の設定
- ・ 構想区域における将来の病床の必要量の推計（病床の医療機能ごとの必要病床数）
- ・ 構想区域における将来の在宅医療等の推計
- ・ 地域医療構想調整会議の設置・運営 など

なお、構想区域とは、地域における病床の機能分化及び連携を推進する区域のことで、本県では、人口規模、患者受療動向、地理的状況や生活圏等を総合的に判断し、二次保健医療圏の10圏域を構想区域として設定しています。



2 2025年の医療需要と病床等の必要量

医療需要の推計

ア 医療需要の推計方法

平成37年（2025年）における病床の機能区分ごとの医療需要（推計入院患者数）は、各種基礎データや国のガイドラインに基づき、構想区域ごとに推計しています。

このうち、高度急性期、急性期及び回復期の医療需要については、平成25年度（2013年度）のNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称）のレセプトデータ、及びDPCデータ（DPC参加病院が提出している調査データ）などに基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごとに、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、この性・年齢階級別入院受療率を病床の医療機能ごとに算定し、当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口に乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計しています。

構想区域の2025年の医療需要 = [当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

また、慢性期の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる考え方で推計することとされています。

イ 高度急性期、急性期及び回復期の医療需要の推計の考え方

各医療需要の区分については、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（以下「医療資源投入量」という。）で分析しています。

具体的には、救命救急棟やICU、HCU等の入院患者像を参考にして、高度急性期と急性期とを区別する境界点を3,000点として推計しています。

また、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までを高度急性期及び急性期とし、急性期と回復期とを区分する境界点を600点として推計しています。

さらに、回復期については、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる225点を境界点とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み175点で区分して推計するとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を加えた数を、回復期で対応する患者数としています。

ウ 地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の医療需要の推計の考え方

① 慢性期と在宅医療等の医療需要の推計

慢性期の医療需要については、療養病床に入院している状態の患者数のうち一定数は、在宅医療等で対応するとともに、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小して推計することとされています。

なお、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については、この目標に関して配慮できることになっています。

② 入院受療率の設定

入院受療率の地域差を解消するため、本県の2025年における慢性期の医療需要の推計については、構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させるため、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いています。

また、入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きく、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合は、介護施設等の受け皿の整備が進むよう入院受療率の地域差解消の年次を2030年とすることができるとされていますが、本県では、吾妻構想区域がこの特例に該当します。

なお、特例を採用する際は、2030年から比例的に逆算した2025年の病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとされていることから、吾妻構想区域については、2025年及び2030年の病床の必要量（必要病床数）を見込みます。

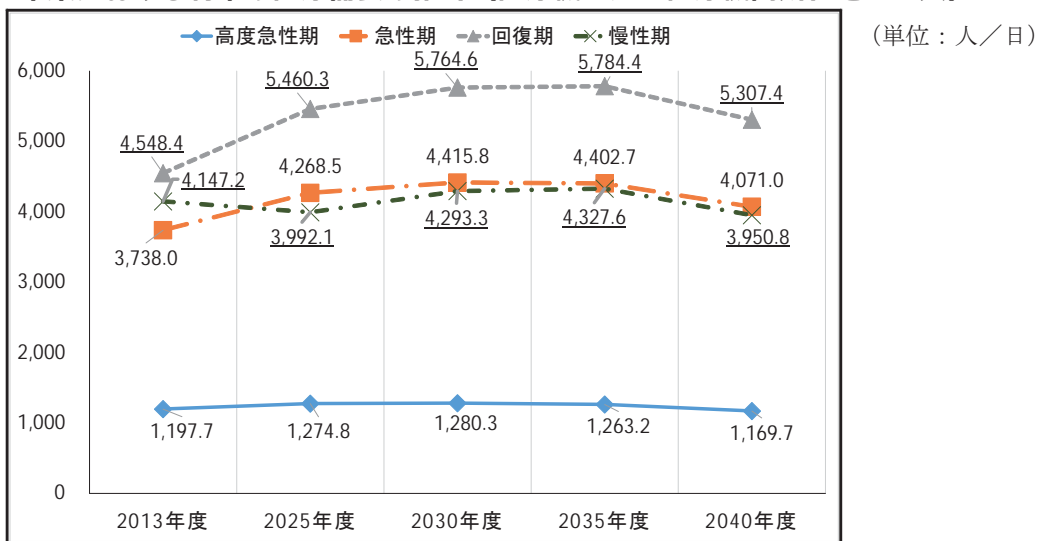
Ⅰ 医療需要の推計

本県の高度急性期から慢性期の医療需要（医療機関所在地ベース）は、2013年度は、13,631.3人/日でしたが、国の推計によると、2025年度は、14,995.7人/日となっており、約10.0%（1,364.4人/日）増加するとされています。

これを医療機能別に見ると、高度急性期は約6.4%増加、急性期は約14.2%増加、回復期は約20.0%増加し、慢性期は約3.6%減少する見込みであり、特に回復期の増加率が高くなると推計されています。

なお、医療需要のピークは、回復期及び慢性期は2035年度頃、高度急性期及び急性期は2030年度頃となっており、特に回復期のピーク時は2013年度比27.2%の伸びとなっています。

本県における将来の医療需要の推計（医療機能別：医療機関所在地ベース）



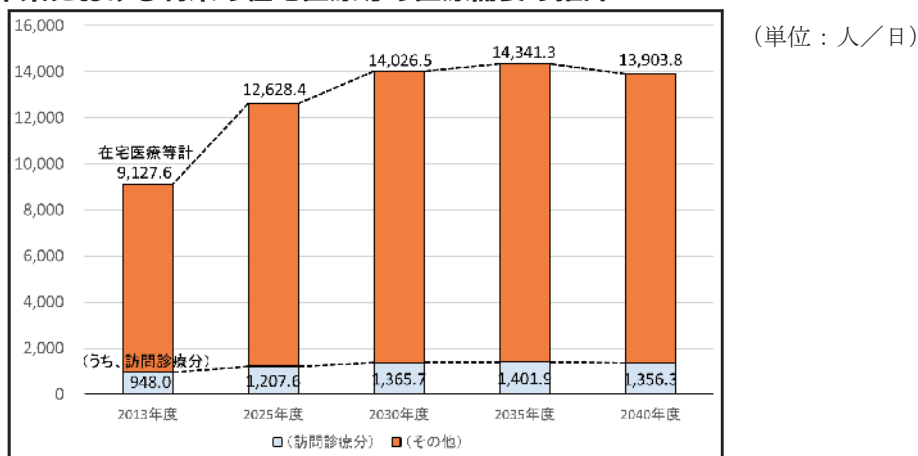
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

また、本県の在宅医療等の医療需要は、2013年度は、医療機関所在地ベースで9,127.6人/日でしたが、2025年度の患者住所地ベースで12,628.4人/日となっており、約38.4%（3,500.8人/日）増加すると推計されています。

なお、在宅医療等の医療需要（患者住所地ベース）のピークは2035年度頃となっており、2013年度（医療機関所在地ベース）と比較して57.1%の伸びであり、2040年度においても在宅医療等の需要は高い水準を維持すると見込まれています。

ただし、訪問診療分を除いた在宅医療等の医療需要には、療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%、一般病床の入院患者数のうち医療資源投入量が175点未満の患者等が含まれることから、このことも踏まえて、今後、各地域における在宅医療等の提供体制について、更に検討していきます。

本県における将来の在宅医療等の医療需要の推計



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」を基に県医務課推計

病床の必要量（必要病床数）

ア 病床の必要量（必要病床数）推計の考え方

将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、構想区域間の供給数の増減を調整し、医療機能ごとの推計供給数を病床稼働率で除して得た数を、各構想区域における2025年の病床の必要量（以下「必要病床数」という。）として見込むこととされています。

イ 医療需要に対する医療供給体制

アの考え方を踏まえて推計すると、本県の2025年における必要病床数は合計で17,578床となり、医療機能別にみると、高度急性期は1,700床、急性期は5,472床、回復期は6,067床、慢性期は4,339床となります。

なお、必要病床数の推計に当たり、都道府県間の流出入について、医療機能別かつ二次医療圏別（2025年度推計）で流出又は流入している患者数が10人/日以上の場合には調整の対象となり、本県は埼玉県や栃木県が該当しますが、両県と調整した結果、現状の医療機能や役割分担等を踏まえて、すべての医療機能とも医療機関所在地の医療需要として推計しています。

2025年の医療需要及び医療供給（県全体）

（単位：人／日、床）

区分	2025年における医療需要 （当該構想区域に居住する患者の 医療需要）①	2025年における医療供給（医療提供体制）		
		現在の医療提供体制が変わら ない仮定した場合の他の構想区 域に所在する医療機関により供 給される量を増減したもの②	将来のあるべき医療提供体 制を踏まえ他の構想区域に 所在する医療機関により供 給される量を増減したもの ③※	病床の必要量（必要病床数） ③を基に病床稼働率により算 出される病床数④※※
高度急性期	1,209.1	1,274.8	1,274.8	1,700
急性期	4,038.7	4,268.5	4,268.5	5,472
回復期	5,130.5	5,460.3	5,460.3	6,067
慢性期	3,753.4	3,992.1	3,992.1	4,339
総計	14,131.8	14,995.7	14,995.7	17,578

※ 他県調整後

※※ ④を算出する際の病床稼働率（高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%）

※※※端数処理の関係で合計が一致しない場合がある。

また、各構想区域ごとの2025年の必要病床数は、次表のとおりとなっています。

県内の構想区域間の患者流入による調整については、現状の医療機能や役割分担等を踏まえるとともに、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、必要病床数を推計しています。

① 回復期・慢性期

患者流入の80%を現状の医療機関所在地で対応し、20%を患者住所地で対応

② 高度急性期・急性期

医療機関所在地で対応

※ 流出又は流入している患者数が10人／日未満の場合は、調整の対象外とし、医療機関所在地の医療需要としています。

各構想区域ごとの2025年の必要病床数

（単位：床）

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
前橋	529	1,429	1,149	459	3,566
渋川	128	256	287	256	927
伊勢崎	186	627	805	544	2,162
高崎・安中	283	975	1,314	1,127	3,699
藤岡	95	314	331	126	866
富岡	59	185	179	302	725
吾妻（※）	18	103	284	167	572
沼田	69	313	251	228	861
桐生	102	413	528	463	1,506
太田・館林	231	857	939	667	2,694
計	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578

※吾妻構想区域における2030年の必要病床数は、慢性期のみ減少し135床（計540床）

ウ 留意すべき事項

- ① 必要病床数は、将来のあるべき医療提供体制の構築のため、あくまでも現状の患者受療動向や将来の人口の高齢化等を基にした推計値であり、地域で協議する際の目安であることから、病床の削減目標ではないことに留意する必要があります。

- ② 必要病床数の推計に際して用いた将来推計人口は、医療法施行規則等に基づき、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月中位推計）」であって、県及び市町村が策定する総合戦略における目標値等とは異なっています。

在宅医療等の必要量

各構想区域ごとの2025年の在宅医療等の必要量は次表のとおりです。

なお、在宅医療等の必要量については、一部の入院患者を在宅医療等の必要量に含めて推計していることに注意するとともに、提供体制の整備に当たっては、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、在宅医療を担う在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護事業所等の基盤整備を推進するとともに、特別養護老人ホーム等の住まい、介護老人保健施設、居宅サービス等を確保する必要があります。

また、将来にわたり、介護サービスの安定的な供給体制を確保していくため、介護人材確保対策を含めた、総合的な対策の検討が必要となっています。

本県の各構想区域ごとの在宅医療等の医療需要

構想区域	医療機能	2013年度の医療需要 (人/日) ①	2025年の医療需要(患者住所地) (人/日) ②	増減数 (人/日) ②-①	増減率 ②/①
前橋	在宅医療等	1,496.1	2,077.2	581.1	138.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	232.2	291.0	58.8	125.3%
	その他	1,263.8	1,786.1	522.3	141.3%
渋川	在宅医療等	541.0	792.1	251.1	146.4%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	32.8	61.6	28.9	188.0%
	その他	508.2	730.5	222.3	143.7%
伊勢崎	在宅医療等	884.1	1,311.0	426.9	148.3%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	78.2	121.9	43.7	155.9%
	その他	805.9	1,189.1	383.2	147.5%
高崎・安中	在宅医療等	1,877.9	2,700.1	822.2	143.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	236.7	292.2	55.5	123.5%
	その他	1,641.3	2,407.9	766.6	146.7%
藤岡	在宅医療等	405.4	505.8	100.4	124.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	44.1	44.8	0.7	101.5%
	その他	361.3	461.0	99.7	127.6%
富岡	在宅医療等	458.4	533.2	74.9	116.3%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	23.0	23.1	0.0	100.2%
	その他	435.3	510.2	74.8	117.2%
吾妻	在宅医療等	424.0	535.3	111.3	126.2%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	25.2	30.6	5.3	121.2%
	その他	398.8	504.7	105.9	126.6%
沼田	在宅医療等	526.8	629.6	102.7	119.5%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	21.8	23.7	1.9	108.8%
	その他	505.0	605.8	100.8	120.0%
桐生	在宅医療等	906.9	1,249.1	342.2	137.7%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	100.0	125.5	25.5	125.5%
	その他	807.0	1,123.7	316.7	139.2%
太田・館林	在宅医療等	1,607.0	2,295.1	688.1	142.8%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	154.0	193.3	39.3	125.5%
	その他	1,453.0	2,101.8	648.8	144.6%
県計	在宅医療等	9,127.6	12,628.4	3,500.8	138.4%
	在宅医療等のうち訪問診療分 ※	948.0	1,207.6	259.7	127.4%
	その他	8,179.6	11,420.8	3,241.2	139.6%

※(訪問診療(件/月))/20日*1.9回(1か月当たりの平均受診回数(全国平均))

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」等を基に県医務課推計

3 病床が担う医療機能の状況

病床機能報告制度

将来のあるべき医療体制の検討に当たり、現状及び6年後の各構想区域における病床ごとの医療機能等を把握する必要があることから、平成26年に病床機能報告制度が創設されました。

一般病床・療養病床を有する医療機関は、現状及び6年後の病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期から自ら選択し、毎年、報告することが義務づけられています。

なお、報告された内容は広く県民等が確認できるように、県のホームページで公開しています。

病床機能報告における4つの医療機能

区分	医療機能の内容
高度急性期	○ 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
急性期	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○ 急性期を経過した患者の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 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能） ※「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション」のみでなく、現状において、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることとされています。
慢性期	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

〔資料〕厚生労働省「平成29年度病床機能報告マニュアル」

平成28年度病床機能報告集計結果

本県の平成28年度病床機能報告では、一般病床及び療養病床を有するすべての病院及び有床診療所から、20,278床分について報告されました。

このうち、ハンセン病療養所を除く19,867床の内訳は、高度急性期が1,690床（8.5%）、急性期が10,662床（53.7%）、回復期が2,255床（11.4%）、慢性期が5,014床（25.2%）であり、6年後の予定を見ると急性期が174床減少する一方、回復期が472床増加するなど若干の変化が見られます。

なお、休棟等は県全体で246床と報告されていますが、これは全体の1.2%に当たります。

平成28年度病床機能報告集計結果

(単位：床)

構想区域	現状及び 6年後の予定	小計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
前橋	H28	3,753	1,341	1,659	284	469	38	3,791
	H34(6年後)	3,772	1,263	1,698	501	310	19	3,791
	差(H34-H28)	19	▲ 78	39	217	▲ 159	▲ 19	0
渋川	H28	1,139	71	745	68	255	51	1,190
	H34(6年後)	1,190	71	796	68	255	0	1,190
	差(H34-H28)	51	0	51	0	0	▲ 51	0
伊勢崎	H28	2,045	11	1,316	247	471	18	2,063
	H34(6年後)	2,060	11	1,313	247	489	3	2,063
	差(H34-H28)	15	0	▲ 3	0	18	▲ 15	0
高崎・安中	H28	3,928	54	2,346	437	1,091	12	3,940
	H34(6年後)	3,906	114	2,282	415	1,095	34	3,940
	差(H34-H28)	▲ 22	60	▲ 64	▲ 22	4	22	0
藤岡	H28	913	0	532	186	195	33	946
	H34(6年後)	913	0	452	266	195	33	946
	差(H34-H28)	0	0	▲ 80	80	0	0	0
富岡	H28	888	6	388	57	437	0	888
	H34(6年後)	888	6	388	114	380	0	888
	差(H34-H28)	0	0	0	57	▲ 57	0	0
吾妻	H28	908	0	294	201	413	18	926
	H34(6年後)	889	0	219	257	413	37	926
	差(H34-H28)	▲ 19	0	▲ 75	56	0	19	0
沼田	H28	1,005	119	478	245	163	14	1,019
	H34(6年後)	1,005	119	478	245	163	14	1,019
	差(H34-H28)	0	0	0	0	0	0	0
桐生	H28	1,925	52	891	269	713	6	1,931
	H34(6年後)	1,925	52	841	319	713	6	1,931
	差(H34-H28)	0	0	▲ 50	50	0	0	0
太田・館林	H28	3,117	36	2,013	261	807	56	3,173
	H34(6年後)	3,108	80	2,021	295	712	65	3,173
	差(H34-H28)	▲ 9	44	8	34	▲ 95	9	0
合計	H28	19,621	1,690	10,662	2,255	5,014	246	19,867
	H34(6年後)	19,656	1,716	10,488	2,727	4,725	211	19,867
	差(H34-H28)	35	26	▲ 174	472	▲ 289	▲ 35	0

※この集計ではハンセン病療養所の病床（411床・慢性期）は除いている。

〔資料〕 県「病床機能報告（H28年度）」

病床機能報告制度の留意点

病床機能報告制度では、病床の医療機能を区分する定量的な基準がないため、医療機能の選択は医療機関が定性的な基準を参考に報告します。

また、病棟単位での報告となるため、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合（ケアミックス病棟等）には、主に担っている機能1つを選択し、報告することになります。

なお、国では病床機能報告における医療機能の選択の考え方なども含め、継続的に検討や見直しを行っており、病床機能報告制度の改善を図っています。

病床機能報告と必要病床数との比較

ア 本県の状況

病床機能報告による医療機関からの報告と必要病床数とを比較すると、2,043床上回って

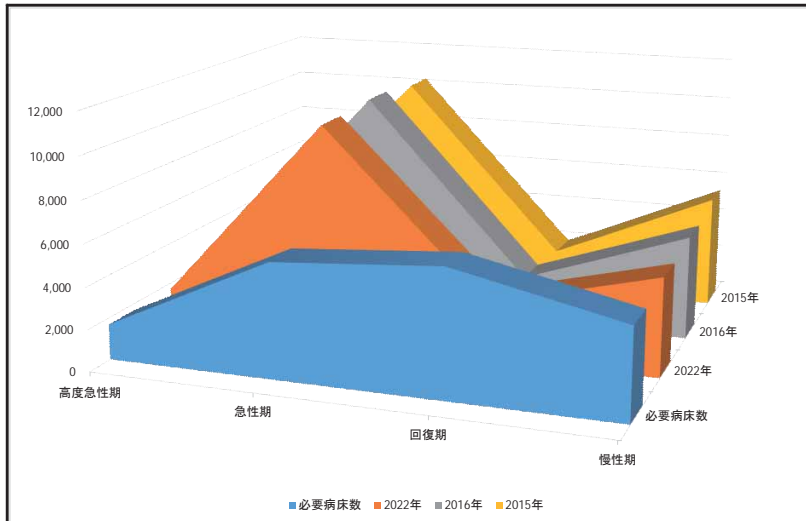
います（休棟等を除く）。

医療機能別に見ると、高度急性期、急性期、慢性期は過剰な状況であり、回復期は大幅な不足（3,812床）となっていることから、急性期や慢性期の病床機能を回復期の病床機能に転換していく必要があります。

しかしながら、現状の病床機能報告制度には課題があるため、まずは各地域の現状の医療機能をしっかり把握することが必要です。

その上で、構想区域・病床の医療機能ごとの必要病床数と直近の病床機能報告とを比較するとともに、病床の機能分化・連携における地域の課題を分析し、医療機関の自主的な取組と相互の協議、地域医療介護総合確保基金（都道府県が計画した、医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業に要する経費を支弁するために都道府県に設置した基金）の活用等により、地域で必要となる病床への転換を推進していくことが求められています。

病床機能報告と必要病床数との比較 (単位：床)



(単位：床)

年	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	備考
H27 (2015)	2,320	10,378	2,027	5,062	19,787	H27報告
H28 (2016)	1,690	10,662	2,255	5,014	19,621	H28報告
H34 (2022)	1,716	10,488	2,727	4,725	19,656	同上
H37 (2025)	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	必要病床数

※ハンセン病療養所の病床（411床・慢性期）及び休棟等は除いている。

イ 各構想区域の状況

構想区域ごとの病床機能報告と必要病床数の比較は次表のとおりです。ほぼすべての地域で県全体と同様の傾向が見られますが、沼田構想区域は、2016年の段階で回復期病床がほぼ必要病床数に達しています。

構想区域ごとの病床機能報告と必要病床数の比較

(単位：床)

構想区域	医療機能	病床機能報告		必要病床数(床)		比較	
		2016年7月(床) (①)	2025年(床) (②)	差(①-②)	割合(②/①)		
前橋	高度急性期	1,341	529	+ 812	39.4%		
	急性期	1,659	1,429	+ 230	86.1%		
	回復期	284	1,149	▲ 865	404.6%		
	慢性期	469	459	+ 10	97.9%		
	小計	3,753	3,566	+ 187	95.0%		
渋川	高度急性期	71	128	▲ 57	180.3%		
	急性期	745	256	+ 489	34.4%		
	回復期	68	287	▲ 219	422.1%		
	慢性期	255	256	▲ 1	100.4%		
	小計	1,139	927	+ 212	81.4%		
伊勢崎	高度急性期	11	186	▲ 175	1690.9%		
	急性期	1,316	627	+ 689	47.6%		
	回復期	247	805	▲ 558	325.9%		
	慢性期	471	544	▲ 73	115.5%		
	小計	2,045	2,162	▲ 117	105.7%		
高崎・安中	高度急性期	54	283	▲ 229	524.1%		
	急性期	2,346	975	+ 1,371	41.6%		
	回復期	437	1,314	▲ 877	300.7%		
	慢性期	1,091	1,127	▲ 36	103.3%		
	小計	3,928	3,699	+ 229	94.2%		
藤岡	高度急性期	0	95	▲ 95	-		
	急性期	532	314	+ 218	59.0%		
	回復期	186	331	▲ 145	178.0%		
	慢性期	195	126	+ 69	64.6%		
	小計	913	866	+ 47	94.9%		
富岡	高度急性期	6	59	▲ 53	983.3%		
	急性期	388	185	+ 203	47.7%		
	回復期	57	179	▲ 122	314.0%		
	慢性期	437	302	+ 135	69.1%		
	小計	888	725	+ 163	81.6%		
吾妻	高度急性期	0	18	▲ 18	-		
	急性期	294	103	+ 191	35.0%		
	回復期	201	284	▲ 83	141.3%		
	慢性期	413	167	+ 246	40.4%		
	小計	908	572	+ 336	63.0%		
沼田	高度急性期	119	69	+ 50	58.0%		
	急性期	478	313	+ 165	65.5%		
	回復期	245	251	▲ 6	102.4%		
	慢性期	163	228	▲ 65	139.9%		
	小計	1,005	861	+ 144	85.7%		
桐生	高度急性期	52	102	▲ 50	196.2%		
	急性期	891	413	+ 478	46.4%		
	回復期	269	528	▲ 259	196.3%		
	慢性期	713	463	+ 250	64.9%		
	小計	1,925	1,506	+ 419	78.2%		
太田・館林	高度急性期	36	231	▲ 195	641.7%		
	急性期	2,013	857	+ 1,156	42.6%		
	回復期	261	939	▲ 678	359.8%		
	慢性期	807	667	+ 140	82.7%		
	小計	3,117	2,694	+ 423	86.4%		
県計	高度急性期	1,690	1,700	▲ 10	100.6%		
	急性期	10,662	5,472	+ 5,190	51.3%		
	回復期	2,255	6,067	▲ 3,812	269.0%		
	慢性期	5,014	4,339	+ 675	86.5%		
	総計	19,621	17,578	+ 2,043	89.6%		

※この表の病床機能報告の集計では、ハンセン病療養所の病床（411床・慢性期）は除いている。

4 取組の方向性と地域医療構想の推進

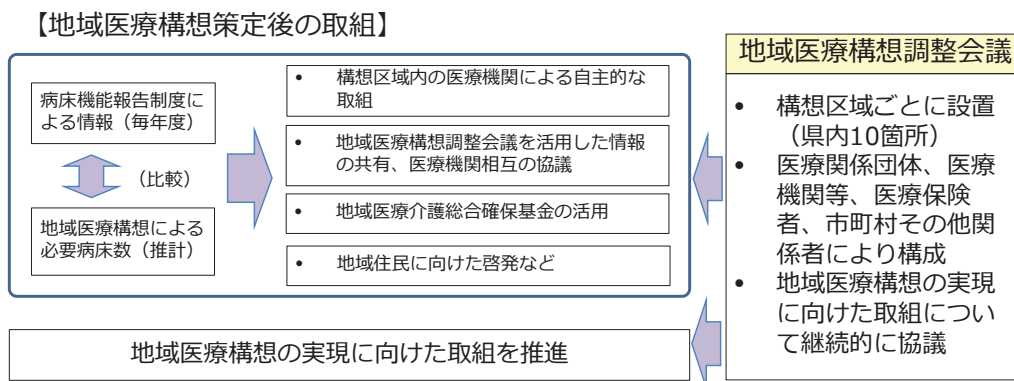
地域医療構想の実現に向けた取組の方向性

平成37年（2025年）に向けて、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、質の高い医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じて取組を検討する必要がありますが、県全体の取組の方向性は次表のとおりです。

1	病床の機能分化・連携の推進 <ul style="list-style-type: none"> 患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足が見込まれる回復期病床への転換を促進し、それぞれの地域でバランスのとれた病床整備を推進 構想区域における医療機関の役割の明確化、連携体制の強化による効率的かつ効果的な医療提供体制の構築 慢性期については、回復期等への病床転換と、介護老人保健施設や介護医療院への転換も含めた在宅医療・介護サービスの充実を一体的に推進
2	在宅医療・介護サービスの充実 <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療ニーズの増加と多様化に対応。在宅医療・介護の普及と連携体制の整備推進 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、在宅医療における適切な連携体制の構築 地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの提供体制の整備 など
3	医療従事者の確保・養成 <ul style="list-style-type: none"> 地域に必要な医師、看護師その他医療従事者の確保 在宅医療を担う医療従事者の確保・養成や介護職等との多職種連携の取組を推進 回復期病床等の整備にあわせた人材確保 認知症への対応（認知症サポート医等） など

地域医療構想の推進

地域医療構想の実現に向けて、これらの取組を地域の実情に応じて進めるため、構想区域ごとに設置する地域医療構想調整会議（学識経験者、医療関係者、及び市町村等との間に設ける「協議の場」）で協議を行うとともに、医療機関等の自主的な取組について地域医療介護総合確保基金により支援を行います。



第2節 構想区域別の地域医療構想

1 前橋構想区域（前橋市）

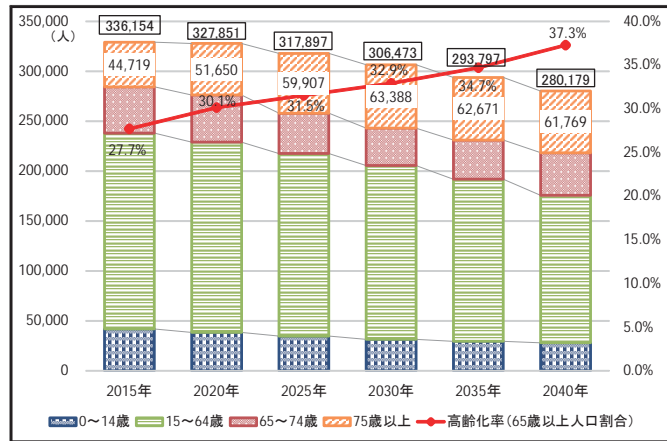
将来推計人口

ア 前橋構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に336,154人でしたが、平成37年（2025年）に317,897人、平成52年（2040年）に280,179人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に27.7%でしたが、2025年31.5%、2040年に37.3%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」

総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

前橋構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は21施設、有床診療所は22施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院は2施設（人口10万対0.6施設／県1.0施設）、在宅療養支援診療所は75施設（人口10万対22.4施設／県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は18施設（人口10万対5.4施設／県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は26施設（人口10万対7.8施設／県8.0施設）、訪問看護事業所は20施設（人口10万対6.0施設／県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は432.1人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は91.0人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は184.3人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員（保健師、助産師及び看護師。以下同じ。）数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は1,073.0人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は251.1人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は47.0人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は57.7人（県58.4人）、作業療法士数は36.8人（県34.4人）、言語聴覚士数は13.9人（県11.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における前橋構想区域の入院患者の受療動向は、高崎・安中構想区域との間で流出入が多く、次いで、流入は渋川構想区域、流出は伊勢崎構想区域となっています。

イ 医療機能別に見ると、すべての機能で高崎・安中構想区域との間で流出入が多く、次いで、多くは渋川構想区域ですが、流出の一部は伊勢崎構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計

(人/日)

区分	自足数(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	192.4	流入 204.6	高崎・安中(58.3)、渋川(33.4)
		流出 40.9	高崎・安中(12.5)、渋川(11.5)
急性期	661.3	流入 453.7	高崎・安中(135.8)、渋川(94.1)
		流出 113.5	高崎・安中(40.8)、伊勢崎(30.6)
回復期	690.5	流入 375.2	高崎・安中(107.0)、渋川(91.1)
		流出 193.3	高崎・安中(63.3)、伊勢崎(53.5)
慢性期	280.4	流入 113.8	高崎・安中(34.1)、渋川(23.7)
		流出 245.5	高崎・安中(138.8)、渋川(33.5)
計	1,824.5	流入 1,147.3	高崎・安中、渋川
		流出 593.2	高崎・安中、伊勢崎

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

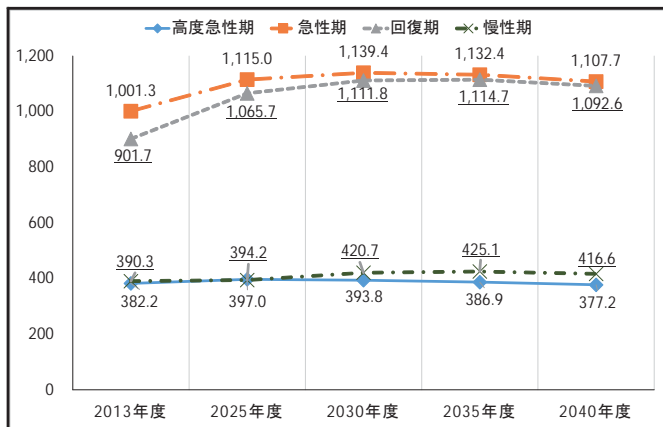
ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、高度急性期から慢性期までのすべての医療機能で増加します。

特に、回復期の医療需要の増加率が最も高く、2013年度と比較すると、18.1%増加する見込みです。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期、急性期は2030年度頃にピークを迎えますが、回復期、慢性期は2035年度頃の見込みです。

医療需要の推計（医療機関所在地ベース）

(人/日)



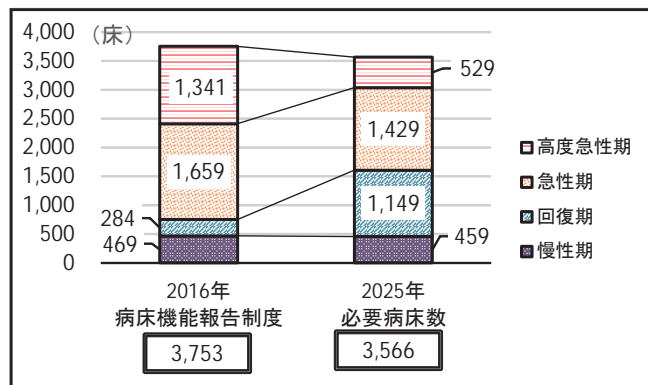
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期529床、急性期1,429床、回復期1,149床、慢性期459床となり、合計で3,566床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

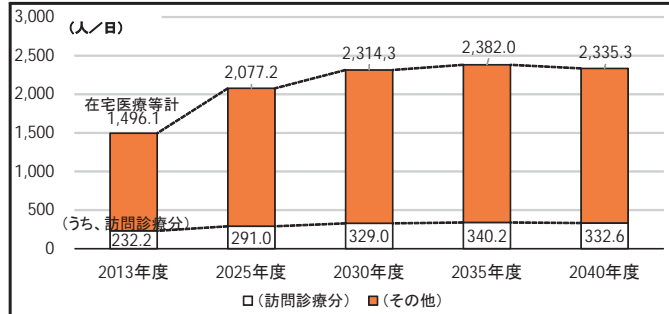


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- ア** 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、2,077.2人/日となり、2013年度と比較すると38.8%増加すると見込まれています。
- イ** ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して59.2%増加すると推計されており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 認知症等を含む精神疾患に身体疾患を合併する患者への医療提供のため、病床を整備するとともに、一般の医療機関と精神科医療機関による圏域を越えた診療協力体制等の構築を図ります。
- ⑥ 救急、災害、周産期及び小児医療等においては、本県の三次医療の中心として県内全域の高度医療のニーズに対応できる体制の整備を目指します。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、

退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ③ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの運営等を支援します。
- ④ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 前橋構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の養成を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

2 渋川構想区域（渋川市、榛東村、吉岡町）

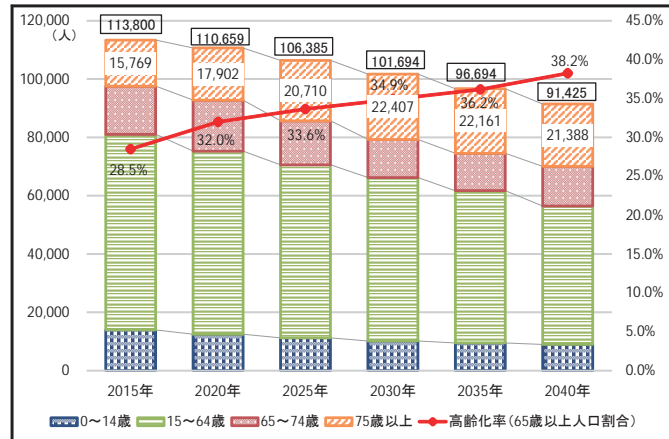
将来推計人口

ア 渋川構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に113,800人でしたが、平成37年（2025年）に106,385人、平成52年（2040年）に91,425人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に28.5%でしたが、2025年33.6%、2040年に38.2%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」

総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

渋川構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は10施設、有床診療所は5施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院はなく（県の人口10万対は1.0施設）、在宅療養支援診療所は19施設（人口10万対16.9施設/県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は4施設（人口10万対3.5施設/県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は3施設（人口10万対2.6施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は4施設（人口10万対3.5施設/県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は195.0人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は52.2人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は119.2人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は1,000.9人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は160.6人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は42.5人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は44.4人（県58.4人）、作業療法士数は34.8人（県34.4人）、言語聴覚士数は7.1人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における渋川構想区域の入院患者の受療動向は、流出入ともに前橋構想区域との間で多く、次いで、高崎・安中構想区域となっています。

イ 医療機能別に見ると、流入は、高度急性期は伊勢崎構想区域、急性期及び回復期は前橋構想区域、流出は高度急性期から回復期までは前橋構想区域との間で多く、慢性期の流出入は高崎構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計

(人/日)

区分	自足数(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	35.7	流入	伊勢崎(14.0)、前橋(11.5)
		流出	前橋(33.4)
急性期	138.1	流入	前橋(15.6)、吾妻(13.4)
		流出	前橋(94.1)、高崎・安中(25.0)
回復期	177.0	流入	前橋(18.6)、吾妻(10.5)
		流出	前橋(91.1)、高崎・安中(40.8)
慢性期	115.7	流入	高崎・安中(36.1)、前橋(33.5)
		流出	高崎・安中(40.9)、前橋(23.7)
計	466.5	流入	前橋・高崎・安中
		流出	前橋・高崎・安中

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

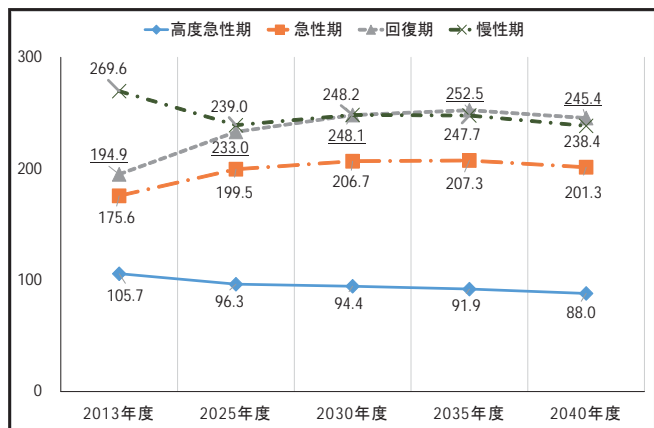
入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、急性期と回復期で増加します。

特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、19.5%増加する見込みです。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期は既にピークを過ぎていますが、急性期、回復期は2035年度頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計(医療機関所在地ベース)(人/日)



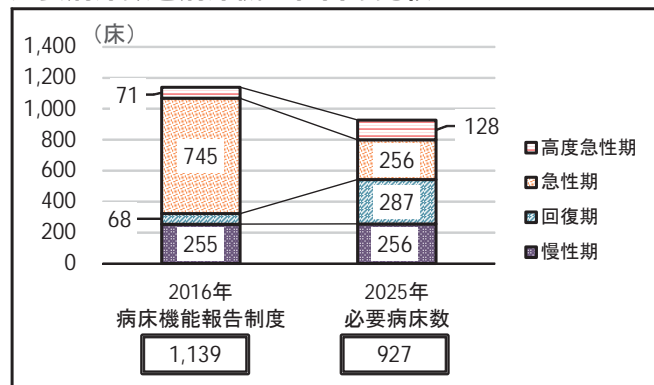
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期128床、急性期256床、回復期287床、慢性期256床となり、合計で927床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較



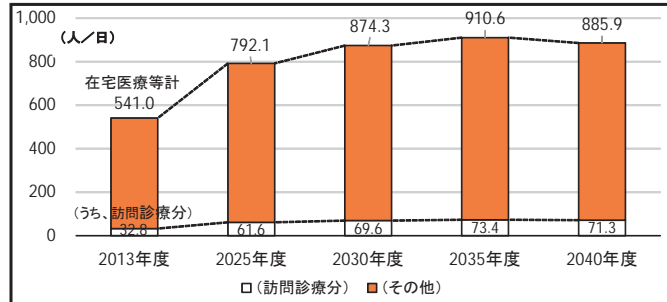
[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

ア 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、792.1人/日となり、2013年度と比較すると46.4%増加すると見込まれています。

イ ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して68.3%増加すると推計されており、2040年度においても医療需要は高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。

また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。

- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 周産期及び小児医療等において、本県の三次医療の中心として県内全域の高度医療の二一ズに対応できる体制の整備に努めるとともに、救急等では北毛地域で広域的な対応が行えるよう、受入体制の充実を目指します。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要は県内でも有数の増加率を示すため、地域の実情に応じた、在宅医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 渋川市は、容易に医療機関を利用することができない無医地区を有することから、それぞれの各地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ③ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、

退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ④ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ⑤ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 渋川構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

3 伊勢崎構想区域（伊勢崎市、玉村町）

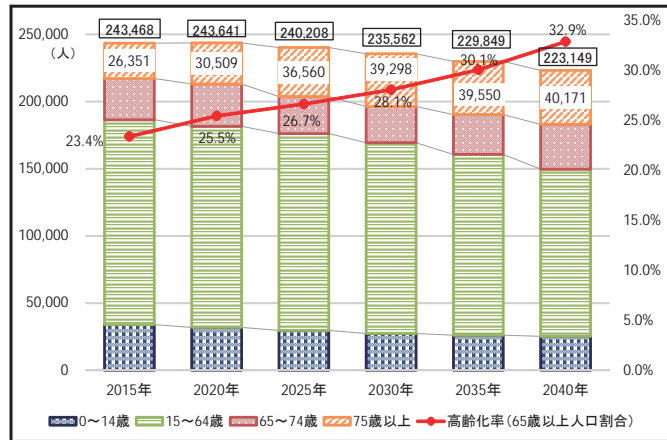
将来推計人口

ア 伊勢崎構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に243,468人でしたが、平成37年（2025年）に240,208人、平成52年（2040年）に223,149人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、2040年頃までは引き続き増加する見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に23.4%でしたが、2025年26.7%、2040年に32.9%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」

総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

伊勢崎構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は11施設、有床診療所は15施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院はなく（県の人口10万対は1.0施設）、在宅療養支援診療所は19施設（人口10万対7.7施設／県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は15施設（人口10万対6.2施設／県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は25施設（人口10万対10.2施設／県8.0施設）、訪問看護事業所は13施設（人口10万対5.3施設／県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は170.7人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は56.2人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は137.7人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は688.1人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は197.2人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は35.8人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は56.4人（県58.4人）、作業療法士数は36.8人（県34.4人）、言語聴覚士数は13.0人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における伊勢崎構想区域の入院患者の受療動向は、流入は太田・館林構想区域との間で多く、流出は前橋構想区域との間で多くなっています。

イ 医療機能別に見ると、高度急性期から回復期までで、流入は埼玉県北部構想区域、流出は前橋構想区域との間で多く、慢性期では、流入は太田・館林構想区域、流出は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計

(人/日)

区分	自足数(※)	流入人数	流出人数	主な流入元・流出先
高度急性期	93.3	流入	46.8	埼玉県・北部(18.1)
		流出	57.8	前橋(27.5)、渋川(14.0)
急性期	346.0	流入	142.9	埼玉県・北部(47.1)、前橋(30.6)
		流出	104.9	前橋(59.4)、高崎・安中(12.2)
回復期	501.9	流入	231.4	埼玉県・北部(59.2)、前橋(53.5)
		流出	125.9	前橋(48.2)、太田・館林(28.3)
慢性期	338.4	流入	175.7	太田・館林(83.1)、前橋(28.8)
		流出	98.9	高崎・安中(24.2)、桐生(18.3)
計	1,279.6	流入	596.9	太田・館林、埼玉県・北部
		流出	387.5	前橋、高崎・安中

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流入入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

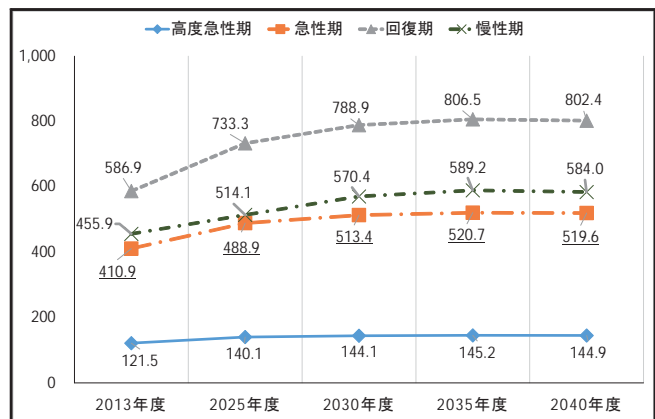
入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。

特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、24.9%増加する見込みです。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期から回復期まですべての医療機能は2035年度頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計（医療機関所在地ベース）(人/日)



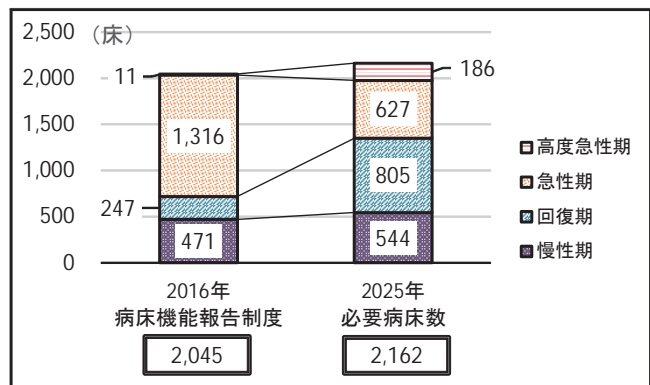
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期186床、急性期627床、回復期805床、慢性期544床となり、合計で2,162床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

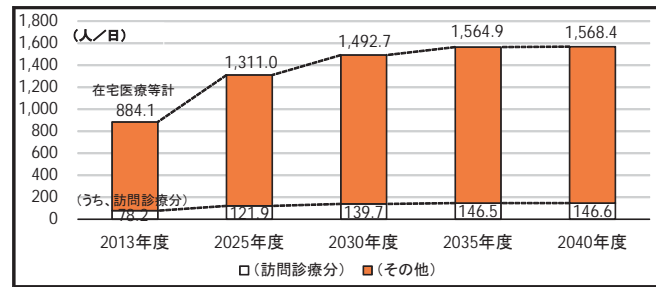


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- ア** 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、1,311.0人/日となり、2013年度と比較すると48.2%増加すると見込まれています。
- イ** 2040年度までの医療需要を見ると、増加が続くと推計されており、2040年度頃の医療需要は、2013年度と比較して77.4%増加する見込みですが、これは県内で最も高い増加率となっています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」
訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
また、埼玉県北部構想区域からの医療需要の流入についても、引き続き対応できるよう取り組みます。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 周産期や小児医療においては、中毛の拠点地域である前橋構想区域との連携により、高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要は県内でも最も高い増加率を示すため、地域の実情に応じた、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の構築を支援します。
- ② 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた

退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ③ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ④ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 伊勢崎構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

4 高崎・安中構想区域（高崎市、安中市）

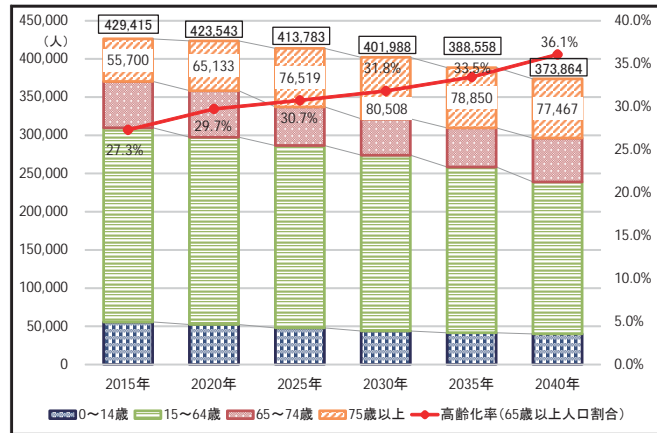
将来推計人口

ア 高崎・安中構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に429,415人でしたが、平成37年（2025年）に413,783人、平成52年（2040年）に373,864人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に27.3%でしたが、2025年30.7%、2040年に36.1%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」
総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

高崎・安中構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は32施設、有床診療所は25施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院は8施設（人口10万対1.9施設／県1.0施設）、在宅療養支援診療所は53施設（人口10万対12.4施設／県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は16施設（人口10万対3.7施設／県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は42施設（人口10万対9.8施設／県8.0施設）、訪問看護事業所は27施設（人口10万対6.3施設／県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は198.2人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は79.3人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は144.6人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は641.7人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は226.3人（県144.4人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は37.8人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は54.9人（県58.4人）、作業療法士数は34.7人（県34.4人）、言語聴覚士数は13.6人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における高崎・安中構想区域の入院患者の受療動向は、流出入ともに前橋構想区域との間で多く、次いで、流入は渋川構想区域、流出は富岡構想区域となっています。

イ 医療機能別に見ると、流出はすべての医療機能で前橋構想区域との間で多く、流出は、高度急性期から回復期までで前橋構想区域、慢性期は富岡構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出入数		主な流入元・流出先
		流入	流出	
高度急性期	163.1	流入 48.9	流出 101.7	前橋(12.5)
				前橋(58.3)、富岡(12.2)
急性期	619.9	流入 141.0	流出 246.6	前橋(40.8)、渋川(25.0)
				前橋(135.8)、富岡(37.7)
回復期	900.4	流入 277.3	流出 242.5	前橋(63.3)、藤岡(44.7)
				前橋(107.0)、藤岡(37.8)
慢性期	727.7	流入 331.6	流出 182.0	前橋(138.8)、渋川(40.9)
				富岡(40.5)、渋川(36.1)
計	2,410.9	流入 798.9	流出 772.8	前橋、渋川
				前橋、富岡

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

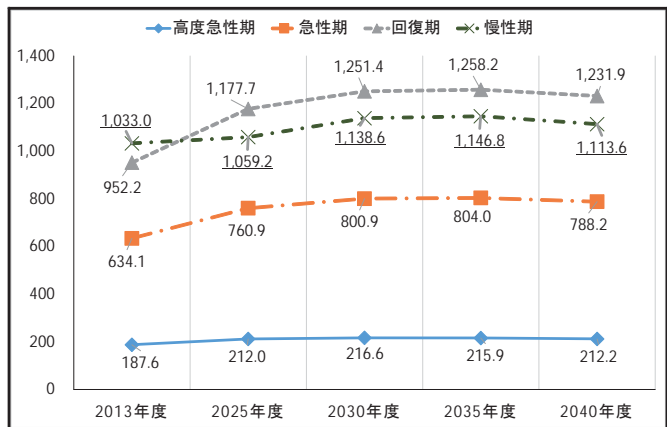
入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。

特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、24.0%増加する見込みです。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期は2030年度頃にピークを迎えますが急性期から回復期までは2035年度頃の見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース) (人/日)



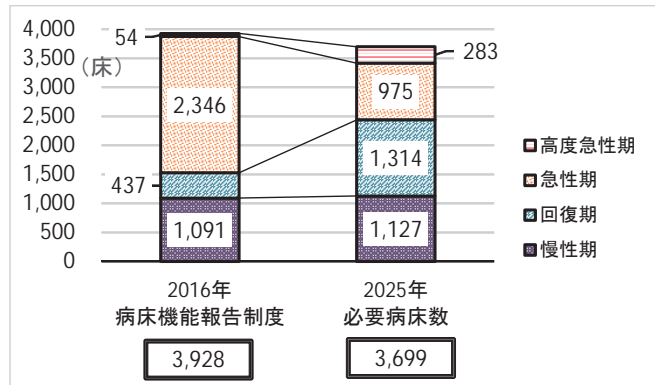
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期283床、急性期975床、回復期1,314床、慢性期1,127床となり、合計で3,699床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較



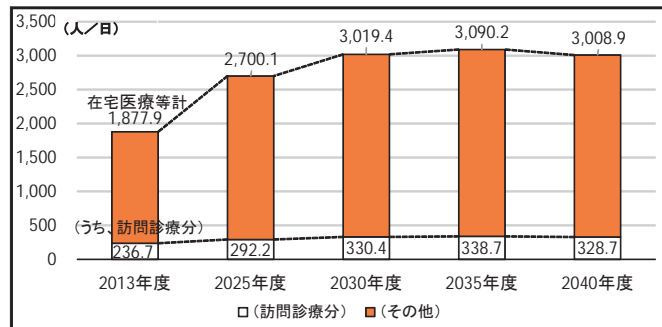
[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

ア 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、2,700.1人/日となり、2013年度と比較すると43.8%増加すると見込まれています。

イ ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して64.6%増加すると推計されており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 救急においては、三次救急として西毛地域の患者受入に対応するとともに、周産期及び小児医療等においては、藤岡構想区域及び富岡構想区域と連携して、西毛地域で高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 構想区域西部等は、容易に医療機関を利用することができない準無医地区等を有することから、それぞれの各地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。

- ③ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。
- ④ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ⑤ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組めます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 高崎・安中構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組めます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

5 藤岡構想区域（藤岡市、神流町、上野村）

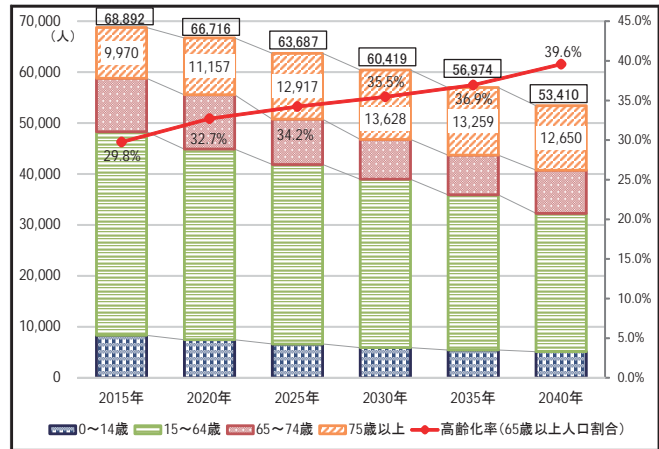
将来推計人口

ア 藤岡構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に68,892人でしたが、平成37年（2025年）に63,687人、平成52年（2040年）に53,410人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に29.8%でしたが、2025年34.2%、2040年に39.6%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」
総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

藤岡構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は5施設、有床診療所は1施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院は1施設（人口10万対1.5施設／県1.0施設）、在宅療養支援診療所は10施設（人口10万対14.7施設／県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は8施設（人口10万対11.6施設／県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は5施設（人口10万対7.3施設／県8.0施設）、訪問看護事業所は5施設（人口10万対7.3施設／県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は218.1人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は61.7人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は179.4人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は834.2人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は214.4人（県194.5人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は29.3人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は93.5人（県58.4人）、作業療法士数は37.8人（県34.4人）、言語聴覚士数は20.2人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における藤岡構想区域の入院患者の受療動向は、流入は埼玉県・北部構想区域との間で多く、流出は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

イ 医療機能別に見ると、流入は高度急性期から回復期までは埼玉県・北部構想区域、慢性期は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

流出は、急性期から慢性期までで高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出入数		主な流入元・流出先
高度急性期	29.6	流入	41.5	埼玉県・北部(26.1)、高崎・安中(10.2)
		流出	15.0	-
急性期	116.5	流入	128.3	埼玉県・北部(77.3)、高崎・安中(35.4)
		流出	34.5	高崎・安中(13.4)
回復期	168.5	流入	127.7	埼玉県・北部(74.4)、高崎・安中(37.8)
		流出	68.3	高崎・安中(44.7)
慢性期	68.1	流入	45.5	高崎・安中(21.4)、埼玉県・北部(16.1)
		流出	53.0	高崎・安中(31.4)
計	382.7	流入	343.0	埼玉県・北部、高崎・安中
		流出	170.7	高崎・安中、前橋

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

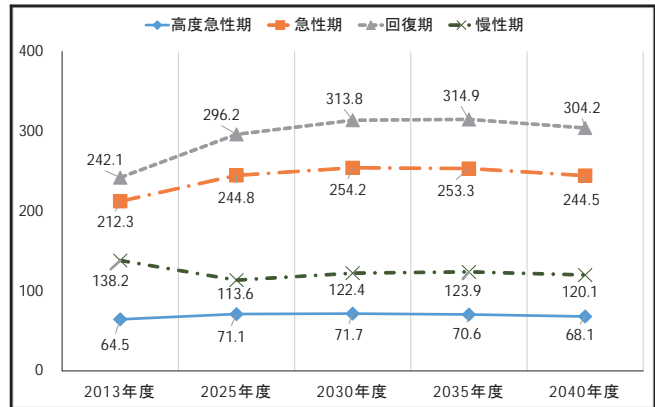
入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、高度急性期から回復期までで増加します。

特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、22.3%増加する見込みです。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期、急性期は2030年度頃にピークを迎えますが、回復期は2035年度頃になる見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース) (人/日)



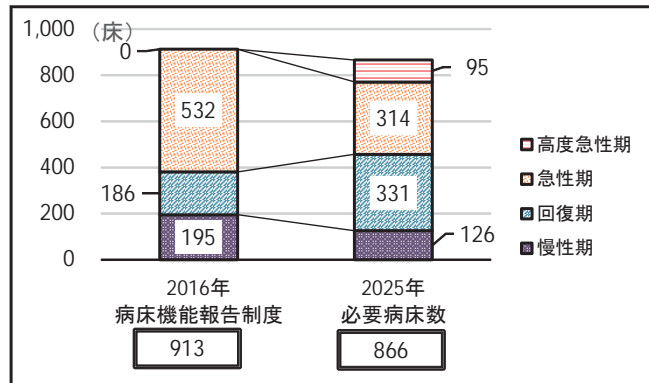
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期95床、急性期314床、回復期331床、慢性期126床となり、合計で866床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較



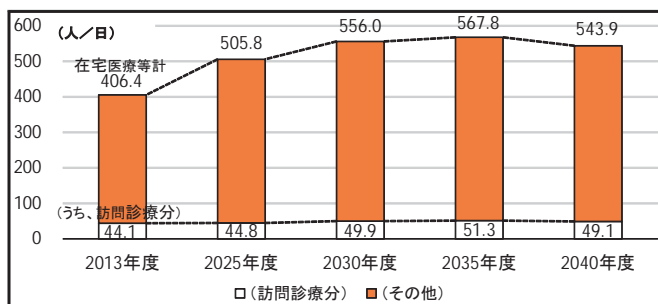
[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

ア 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、505.8人/日となり、2013年度と比較すると12.4%増加すると見込まれています。

イ ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して39.7%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 周産期、小児医療においては、高崎・安中構想区域及び富岡構想区域と連携して、西毛地域で高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 構想区域南部等は、容易に医療機関を利用することができない準無医地区等を有することから、それぞれの各地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ③ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、

連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ④ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ⑤ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 藤岡構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

6 富岡構想区域（富岡市、甘楽町、下仁田町、南牧村）

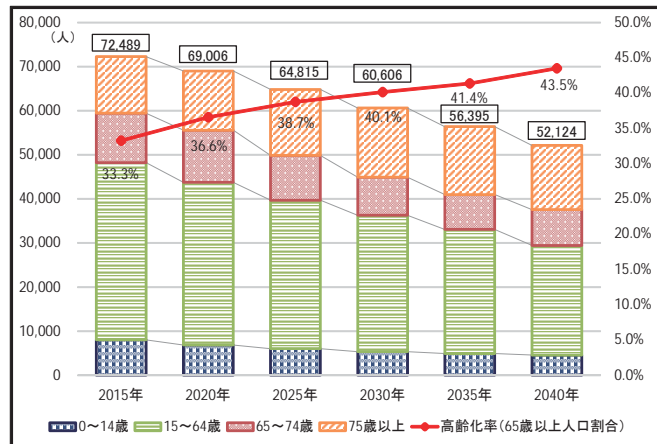
将来推計人口

ア 富岡構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に72,489人でしたが、平成37年（2025年）に64,815人、平成52年（2040年）に52,124人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に33.3%でしたが、2025年38.7%、2040年に43.5%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」

総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

富岡構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は4施設、有床診療所は2施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院は1施設（人口10万対1.4施設/県1.0施設）、在宅療養支援診療所は10施設（人口10万対14.1施設/県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は3施設（人口10万対4.1施設/県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は1施設（人口10万対1.4施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は4施設（人口10万対5.6施設/県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は205.1人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は57.4人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は142.2人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は890.5人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は197.7人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は45.3人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は46.3人（県58.4人）、作業療法士数は36.0人（県34.4人）、言語聴覚士数は14.0人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における富岡構想区域の入院患者の受療動向は、流出入ともに高崎・安中構想区域との間で多く、次いで、流入は藤岡構想区域、流出は前橋構想区域となっています。

イ 医療機能別に見ると、流入は高度急性期から慢性期まで、流出は急性期から慢性期までで高崎・安中構想区域との間で流出入が多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計

(人/日)

区分	自足数(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	29.5	流入	14.6 高崎・安中(12.2)
		流出	12.9 -
急性期	99.0	流入	45.5 高崎・安中(37.7)
		流出	28.8 高崎・安中(12.0)
回復期	119.4	流入	45.7 高崎・安中(35.9)
		流出	28.9 高崎・安中(14.3)
慢性期	231.4	流入	52.0 高崎・安中(40.5)
		流出	24.1 高崎・安中(14.2)
計	479.3	流入	157.7 高崎・安中、藤岡
		流出	94.7 高崎・安中、前橋

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

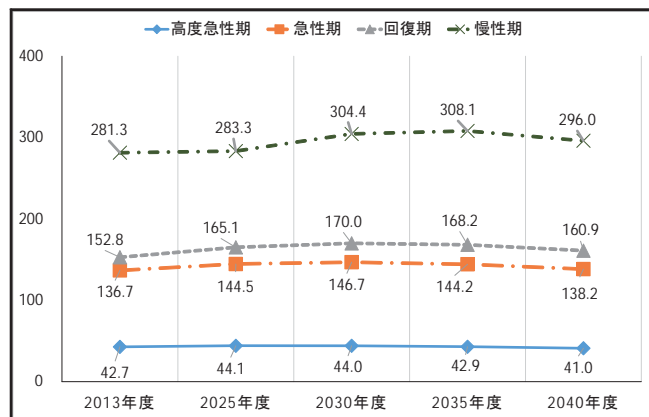
入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての機能で増加します。

特に、回復期の医療需要の増加率が高く、平成25年度（2013年度）と比較すると、8.0%増加する見込みです。

イ 2040年度までの医療需要をみると、高度急性期は2025年頃、急性期から回復期までは2030年度頃、慢性期は2035年頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計（医療機関所在地ベース）(人/日)



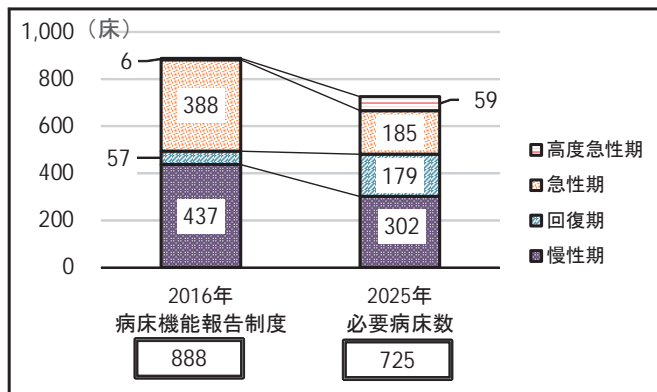
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期59床、急性期185床、回復期179床、慢性期302床となり、合計で725床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実に図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較



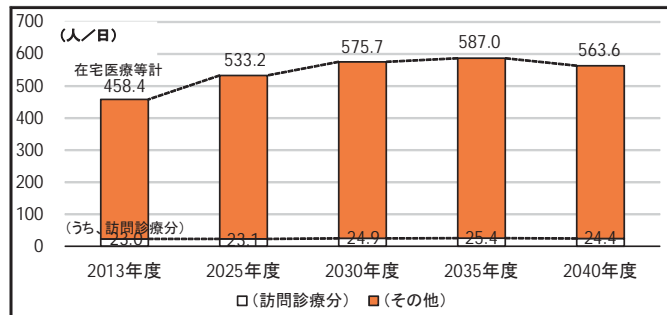
[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

ア 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、533.2人/日となり、2013年度と比較すると16.3%増加すると見込まれています。

イ ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して28.0%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 周産期、小児医療等においては、高崎・安中構想区域及び藤岡構想区域と連携し、西毛地域で高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 構想区域西部等は、容易に医療機関を利用することができない準無医地区等を有することから、それぞれの各地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ③ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、

連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ④ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ⑤ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 富岡構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

7 吾妻構想区域（中之条町、長野原町、嬭恋村、草津町、高山村、東吾妻町）

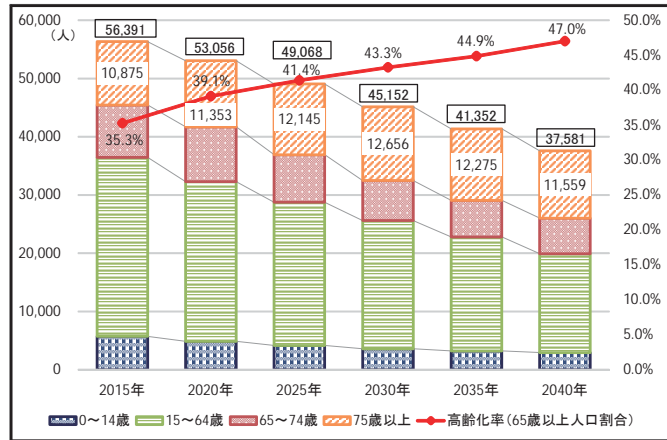
将来推計人口

ア 吾妻構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に56,391人でしたが、平成37年（2025年）に49,068人、平成52年（2040年）に37,581人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に35.3%でしたが、2025年41.4%、2040年に47.0%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」
総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

吾妻構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は9施設、有床診療所は3施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院は2施設（人口10万対3.7施設／県1.0施設）、在宅療養支援診療所は1施設（人口10万対1.8施設／県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は2施設（人口10万対3.7施設／県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は6施設（人口10万対10.8施設／県8.0施設）、訪問看護事業所は3施設（人口10万対5.4施設／県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は142.7人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は38.3人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は99.2人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は962.4人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は113.2人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は34.5人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は112.2人（県58.4人）、作業療法士数は86.4人（県34.4人）、言語聴覚士数は28.8人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における吾妻構想区域の入院患者の受療動向は、流入は渋川構想区域との間で多く、流出は沼田構想区域との間で多くなっています。

イ 医療機能別に見ると、流入は回復期では沼田構想区域との間で多く、流出は、高度急性期から回復期までは前橋構想区域、慢性期は沼田構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計

(人/日)

区分	自足数(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	11.8	流入	-
		流出	25.4 前橋(10.7)
急性期	74.2	流入	-
		流出	63.8 前橋(21.4)、沼田(17.0)
回復期	143.8	流入	126.6 沼田(33.6)、前橋(27.1)
		流出	50.3 前橋(15.3)、渋川(10.5)
慢性期	108.0	流入	41.6 -
		流出	33.4 沼田(10.6)、渋川(10.2)
計	337.8	流入	168.2 渋川、沼田
		流出	173.0 沼田、高崎・安中

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※ 医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

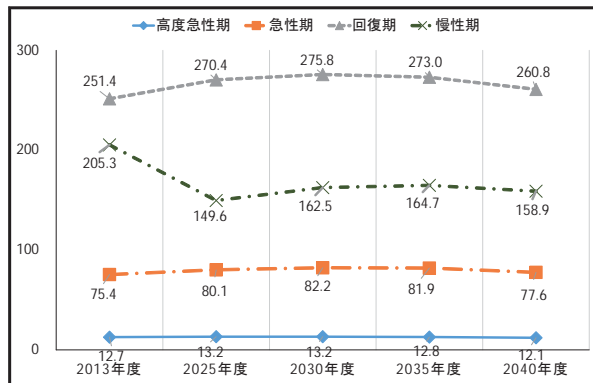
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、慢性期は減少しますが、それ以外の医療機能についてはほぼ横ばいで推移することが見込まれています。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期から回復期までは2030年度頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計（医療機関所在地ベース）(人/日)



[資料]

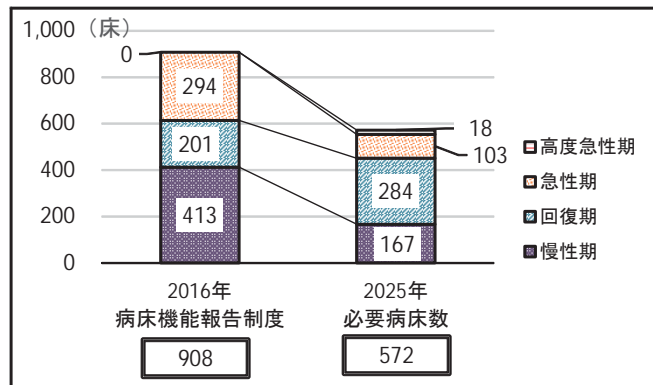
厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期18床、急性期103床、回復期284床、慢性期167床となり、合計で572床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較



[資料] 群馬県医務課

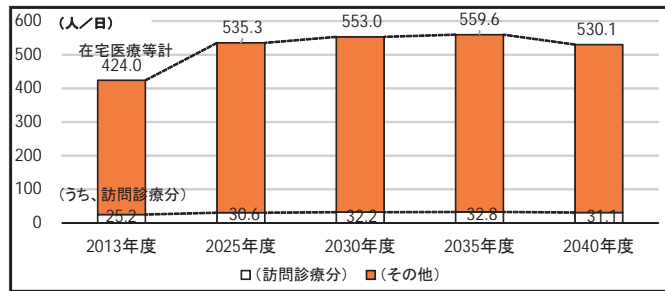
※ 病床機能報告の集計では、ハンセン病療養所の病床(411床・慢性期)は除いている。

在宅医療等の需要推計

ア 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、535.3人/日となり、2013年度と比較すると26.2%増加すると見込まれています。

イ ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して32.0%増加すると見込まれており、2040年度においても現状以上に医療需要があると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院、救急を受け入れる有床診療所の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 救急、周産期及び小児医療等において、渋川構想区域など近隣の構想区域や前橋構想区域と連携して、24時間対応できる体制の維持等を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの充実を図る必要があることから、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 嬭恋村及び東吾妻町は、容易に医療機関を利用することができない無医地区又準無医地区を有することから、それぞれの各地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ③ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、

連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ④ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ⑤ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 吾妻構想区域の在宅における死亡率は、県平均を上回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

8 沼田構想区域（沼田市、片品村、川場村、みなかみ町、昭和村）

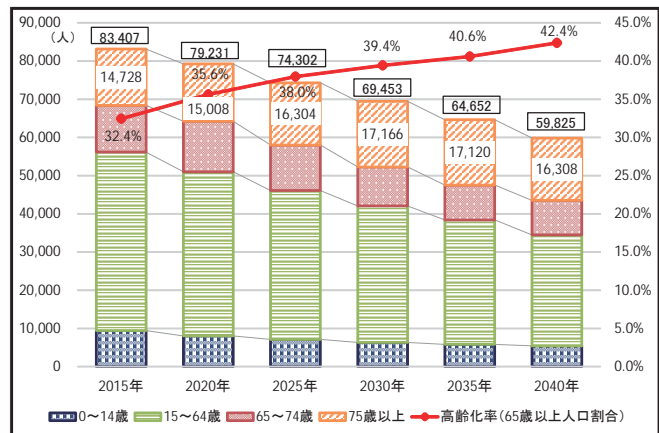
将来推計人口

ア 沼田構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に83,407人でしたが、平成37年（2025年）に74,302人、平成52年（2040年）に59,825人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に32.4%でしたが、2025年38.0%、2040年に42.4%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」

総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

沼田構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は7施設、有床診療所は4施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院は2施設（人口10万対2.5施設／県1.0施設）、在宅療養支援診療所は5施設（人口10万対6.1施設／県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は4施設（人口10万対4.9施設／県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は1施設（人口10万対1.2施設／県8.0施設）、訪問看護事業所は8施設（人口10万対9.7施設／県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は163.5人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は58.1人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は104.3人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は802.4人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は170.8人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は44.3人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は116.7人（県58.4人）、作業療法士数は42.7人（県34.4人）、言語聴覚士数は20.3人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における沼田構想区域の入院患者の受療動向は、流入は吾妻構想区域との間で多く、流出は前橋構想区域との間で多くなっています。

イ 医療機能別に見ると、流入は急性期及び慢性期は吾妻構想区域との間で多く、流出は、急性期は前橋構想区域、回復期は吾妻構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計

(人/日)

区分	自足数 ^(※)	流出入数	主な流入元・流出先
高度急性期	43.0	流入	-
		流出	15.4
急性期	203.1	流入	吾妻(17.0)
		流出	前橋(18.7)
回復期	184.6	流入	31.3
		流出	吾妻(33.6)、前橋(15.2)
慢性期	167.3	流入	吾妻(10.6)
		流出	-
計	598.0	流入	116.9 ^(※※) 吾妻、渋川
		流出	140.3 前橋、吾妻

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数

※※ 流入計は、116.9～117.8までの値

※※※ 医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

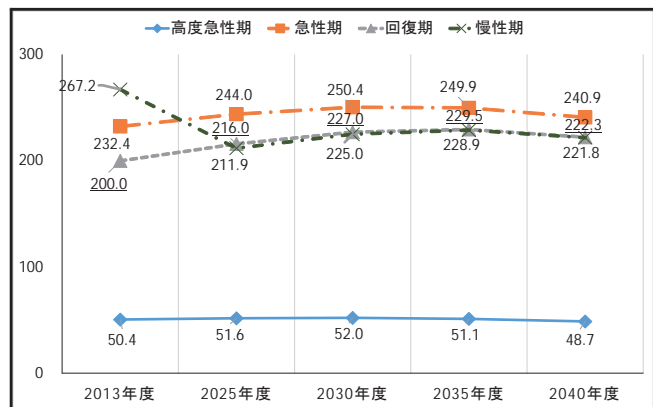
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、慢性期では減少しますが、それ以外の医療機能についてはほぼ横ばいで推移すると見込まれています。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期から急性期までは2030年度頃にピークを迎えますが、回復期は2035年度頃になる見込みです。

医療需要の推計（医療機関所在地ベース）(人/日)



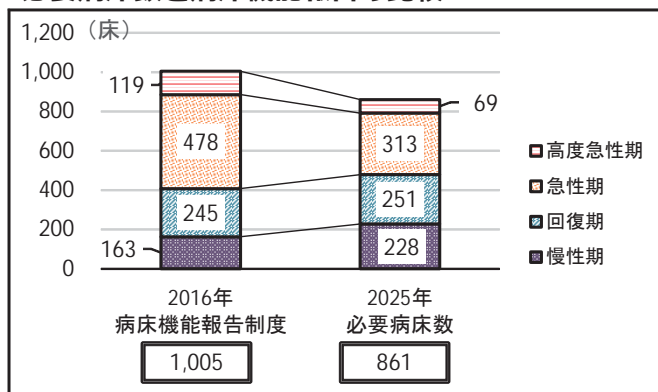
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期69床、急性期313床、回復期251床、慢性期228床となり、合計で861床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較



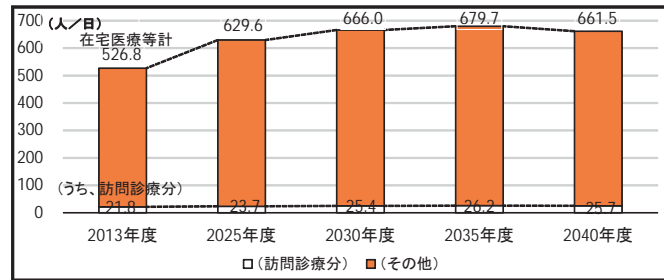
[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

ア 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、629.6人/日となり、2013年度と比較すると19.5%増加すると見込まれています。

イ ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して29.0%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① すべての医療機能が既にバランスよく提供されていることから、今後は医療機能ごとの課題について、詳細に検討していく必要があります。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 周産期及び小児医療等においては、渋川構想区域と連携して、北毛地域として高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するため、広大な面積である構想区域に対応可能な入院医療と在宅医療の連携体制を構築する必要があることから、地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制及び医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② みなかみ町は、容易に医療機関を利用することができない無医地区及び準無医地区を有することから、それぞれの各地区の実情にも配慮した在宅医療・介護サービスの提供体制のあり方について検討し、対応を図っていく必要があります。
- ③ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、

連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルールの策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ④ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ⑤ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 沼田構想区域の在宅における死亡率は、県で一番低い状況となっており、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

9 桐生構想区域（桐生市、みどり市）

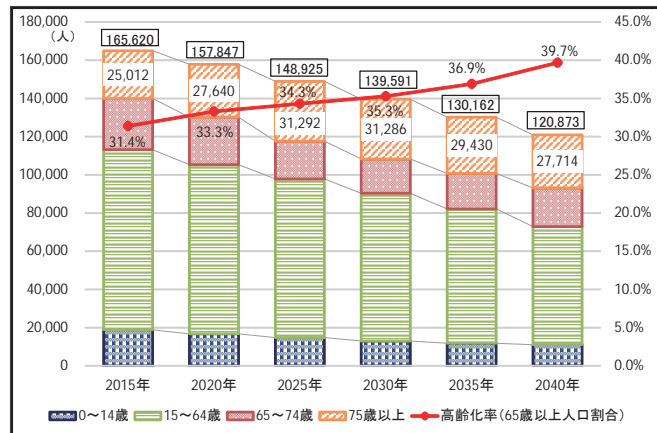
将来推計人口

ア 桐生構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に165,620人でしたが、平成37年（2025年）に148,925人、平成52年（2040年）に120,873人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、2025年頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に31.4%でしたが、2025年34.3%、2040年に39.7%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」

総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

桐生構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は12施設、有床診療所は7施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院はなく（県の人口10万対は1.0施設）、在宅療養支援診療所は15施設（人口10万対9.2施設／県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は6施設（人口10万対3.7施設／県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は21施設（人口10万対12.8施設／県8.0施設）、訪問看護事業所は10施設（人口10万対6.1施設／県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は188.7人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は74.5人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は157.4人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は814.7人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員数は169.0人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は34.0人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は73.1人（県58.4人）、作業療法士数は25.6人（県34.4人）、言語聴覚士数は11.3人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

ア 国の推計によると、2025年における桐生構想区域の入院患者の受療動向は、流入は太田・館林構想区域との間で多く、流出は前橋構想区域との間で多くなっています。

イ 医療機能別に見ると、流入は急性期から慢性期までは太田・館林構想区域との間で多く、流出は高度急性期及び急性期は前橋構想区域、回復期は伊勢崎構想区域、慢性期は太田・館林構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計 (人/日)

区分	自足数(※)	流出入数		主な流入元・流出先
		流入	流出	
高度急性期	60.8	流入	15.5	-
		流出	34.1	前橋(16.4)
急性期	270.0	流入	52.0	太田・館林(22.5)
		流出	79.2	前橋(34.5)、伊勢崎(15.5)
回復期	402.7	流入	63.9	太田・館林(27.0)、栃木県・両毛(11.0)
		流出	86.1	伊勢崎(25.5)、前橋(25.4)
慢性期	269.8	流入	161.4	太田・館林(41.7)、前橋(24.1)
		流出	75.2	太田・館林(26.1)、高崎・安中(11.0)
計	1,003.3	流入	292.8	太田・館林・前橋
		流出	274.6	前橋・太田・館林

※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

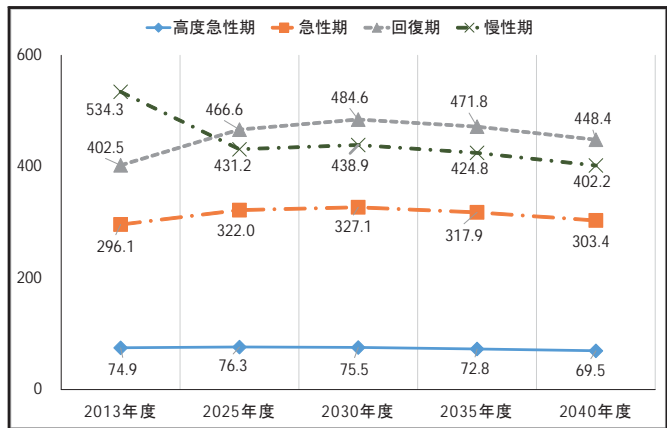
入院医療の需要推計

ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、高度急性期から回復期までで増加します。

特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、15.9%増加する見込みです。

イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期は2025年度頃にピークを迎えますが、急性期から回復期までは2030年度頃になる見込みです。

医療需要の推計 (医療機関所在地ベース) (人/日)



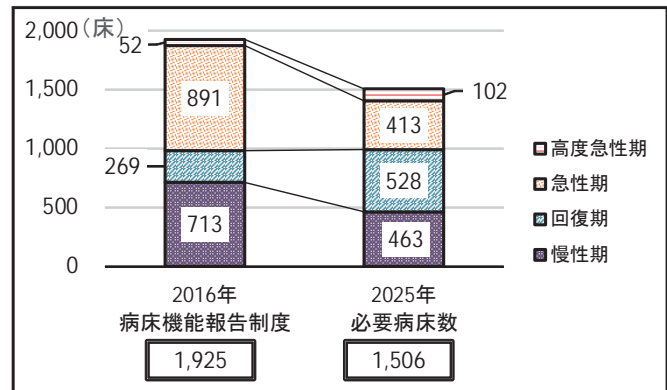
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期102床、急性期413床、回復期528床、慢性期463床となり、合計で1,506床となっています。

イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床（回復期病床）への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較



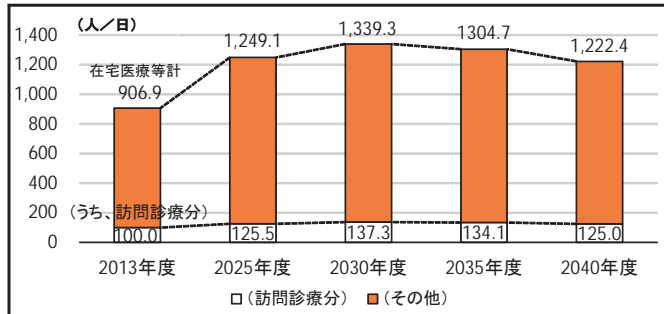
[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

ア 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、1,249.1人/日となり、2013年度と比較すると37.7%増加すると見込まれています。

イ ピークである2030年度頃には、2013年度と比較して47.6%増加すると見込まれており、2040年度においても現状以上に医療需要があると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、すべての一般病床及び療養病床をもつ病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 周産期及び小児医療等においては、太田・館林構想区域と連携して、高度医療の提供又は24時間対応できる体制の維持を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するために、これまで実施してきた地域医療介護連携拠点事業の成果を踏まえ、地域の実情に応じた、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ③ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ④ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 桐生構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

10 太田・館林構想区域（太田市、館林市、板倉町、昭和町、千代田町、大泉町、邑楽町）

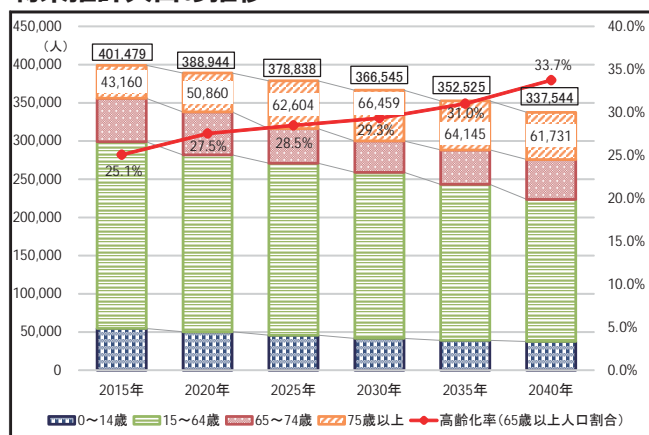
将来推計人口

ア 太田・館林構想区域の総人口は、平成27年（2015年）に401,479人でしたが、平成37年（2025年）に378,838人、平成52年（2040年）に337,544人まで減少すると推計されています。

一方、75歳以上人口は、引き続き増加傾向ですが、平成42年（2030年）頃をピークに減少に転じる見込みです。

イ 高齢化率（65歳以上人口割合）は2015年に25.1%でしたが、2025年28.5%、2040年に33.7%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕 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（H25年3月推計）」
総務省「国勢調査（H27年）」

医療資源の状況

ア 医療施設

太田・館林構想区域の医療施設数は、平成29年4月時点で病院は19施設、有床診療所は10施設となっています。

また、平成29年4月時点で在宅療養支援病院は3施設（人口10万対0.7施設/県1.0施設）、在宅療養支援診療所は30施設（人口10万対7.5施設/県12.1施設）、在宅療養支援歯科診療所は11施設（人口10万対2.7施設/県4.4施設）であり、保健医療計画（在宅医療編）の掲載基準を満たす薬局は27施設（人口10万対6.7施設/県8.0施設）、訪問看護事業所は18施設（人口10万対4.5施設/県5.7施設）となっています。

イ 医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は136.2人（県218.9人）、医療施設従事歯科医師数は63.2人（県69.7人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は136.2人（県146.5人）となっています。

また、厚生労働省「衛生行政報告例（平成28年度）」によると、人口10万人当たりの病院に勤務する看護職員師数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は557.3人（県770.5人）、診療所に勤務する看護職員師数は144.4人（県194.6人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は19.6人（県35.5人）となっています。

なお、厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、人口10万人当たりの理学療法士数（常勤換算数。以下の職種も同じ。）は38.9人（県58.4人）、作業療法士数は21.7人（県34.4人）、言語聴覚士数は7.9人（県12.8人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

- ア 国の推計によると、2025年における太田・館林構想区域の入院患者の受療動向は、流入は栃木県両毛構想区域との間で多く、流出は伊勢崎構想区域との間で多くなっています。
- イ 医療機能別に見ると、流入はすべての機能で県外の構想区域との間で多いですが、流出は高度急性期及び急性期は栃木県両毛構想区域、回復期及び慢性期は伊勢崎構想区域との間で多くなっています。

2025年の病床の受療動向推計

(人/日)

区分	自足数(※)	流入数	流出数	主な流入元・流出先
高度急性期	131.6	流入	41.6	埼玉県・北部(11.7)
		流出	70.2	栃木県・両毛(16.1)、前橋(11.6)
急性期	499.7	流入	169.2	埼玉県・北部(42.4)、栃木県・両毛(35.3)
		流出	172.2	栃木県・両毛(41.7)、伊勢崎(28.8)
回復期	626.3	流入	210.1	栃木県・両毛(49.1)、埼玉県・北部(47.0)
		流出	184.8	伊勢崎(44.2)、栃木県・両毛(37.3)
慢性期	440.2	流入	155.7	栃木県・両毛(64.1)、桐生(26.1)
		流出	176.1	伊勢崎(83.1)、桐生(41.7)
計	1,697.8	流入	576.6	栃木県・両毛、埼玉県・北部
		流出	603.3	伊勢崎、栃木県・両毛

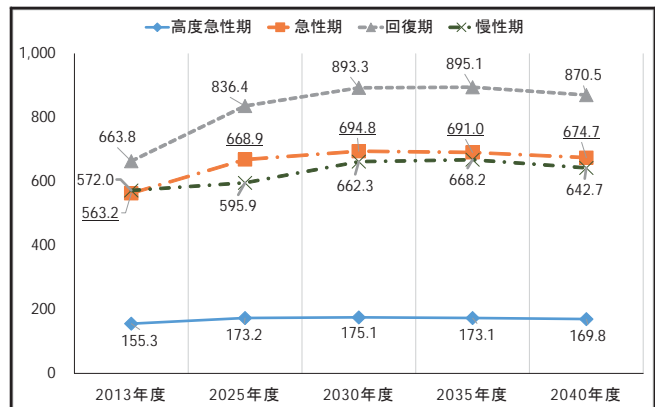
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

- ア 国の推計によると、2025年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。特に、回復期の医療需要の増加率が高く、2013年度と比較すると、26.0%増加する見込みです。
- イ 2040年度までの医療需要を見ると、高度急性期、急性期は2030年度頃にピークを迎えますが、回復期、慢性期は2035年度頃になる見込みです。

医療需要の推計(医療機関所在地ベース)(人/日)

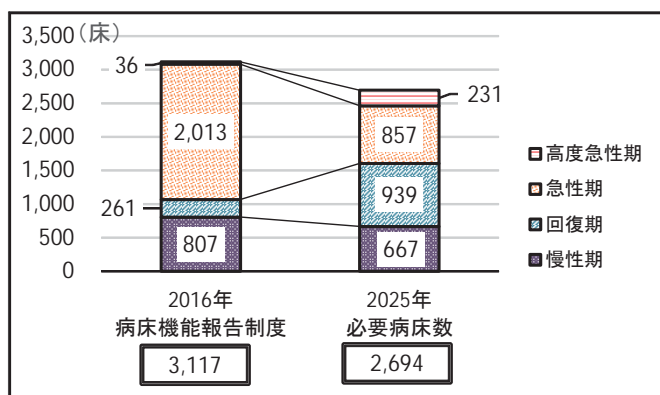


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

- ア 他の構想区域との役割分担を踏まえ、国の推計方法に基づいて推計した2025年の必要病床数は、高度急性期231床、急性期857床、回復期939床、慢性期667床となり、合計で2,694床となっています。
- イ 今後は、病床機能報告と比較し、地域で必要となる病床(回復期病床)への転換等によるバランスのとれた病床整備や受け皿となる在宅医療等の充実を図る必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

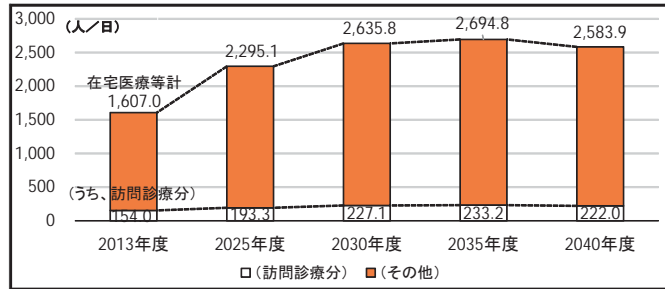


[資料] 群馬県医務課

在宅医療等の需要推計

- ア** 在宅医療等の医療需要は、2025年度には、2,295.1人/日となり、2013年度と比較すると42.8%増加すると見込まれています。
- イ** ピークである2035年度頃には、2013年度と比較して67.7%増加すると見込まれており、2040年度においても医療需要は引き続き高い水準を維持すると見込まれています。

在宅医療等の医療需要の推移（患者住所地ベース）



〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

訪問診療分は国データを基に医務課推計

将来のあるべき医療・介護提供体制を実現するための施策

ア 病床の機能分化・連携の推進

- ① 高度急性期、急性期医療を担う医療機関が多い一方で、回復期の医療を提供する医療機関が少ないことから、医療機関の自主的な取組とともに、地域医療介護総合確保基金を活用し、回復期の病床への転換等を促進し、バランスのとれた病床整備を推進します。
- ② 慢性期については、在宅医療等を含めた医療需要の増加に対応する必要があることから、今後、在宅医療・介護サービスの充実と慢性期病床から介護老人保健施設や介護医療院への転換を含めた必要な医療機能への転換等を一体的に推進することとします。
- ③ 地域完結型の医療への転換のためには、各医療機関の役割の明確化を図り、医療機関相互が連携し、医療資源の効率的活用に取り組む必要があることから、急性期病院、及び回復期病院の代表者を含めた地域医療構想調整会議での協議等により、各医療機関の役割を明確化し、相互の連携の促進を図ります。
また、医療機関同士の話し合いも含めた自主的な取組を支援します。
- ④ 今後、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、認知症などで、医療需要の増加が見込まれることから、診療報酬上の地域連携計画作成など連携パスの活用により、病病連携、病診連携の促進を図ります。
- ⑤ 救急においては、三次救急として東毛地域の患者受入に対応するとともに、周産期及び小児医療等においては、桐生構想区域と連携して、高度医療の提供及び24時間対応できる体制の維持を図ります。

イ 在宅医療・介護サービスの充実

- ① 在宅医療等の医療需要の増加に対応するために、これまで実施してきた地域医療介護連携拠点事業の成果を踏まえ、地域の実情に応じた、医療・介護サービスの提供体制や医療・介護連携体制の整備を支援します。
- ② 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の医療機関がそれぞれの役割を適切に担い、連携して患者の状態に即した円滑な在宅療養への移行を支援する必要があることから、退院支援に係るルール策定及び運用を推進し、入院初期から退院後の生活を見据えた

退院支援や在宅患者の急変時の連携体制の整備に係る取組を推進します。

- ③ 認知症の増加に対応するために、認知症の患者や家族に対する初期支援を包括的・集中的に行い自立支援のサポートを行う認知症初期集中支援チームの設置及び運営等を支援します。
- ④ 在宅医療に移行する患者や家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、在宅医療・介護の普及に取り組みます。

ウ 医療従事者の確保・養成

- ① 2025年度における在宅医療等の医療需要の増加に鑑み、在宅医療を担う医師・訪問看護師等の確保や介護事業者等との連携が課題となっていることから、人材育成や多職種連携に係る取組を積極的に支援します。
- ② 太田・館林構想区域の在宅における死亡率は、県平均を下回っていますが、在宅で亡くなる方の増加や在宅医療への期待の高まり等により、在宅（介護施設等を含む）での看取りにも対応する医師や訪問看護師等の確保を推進します。
- ③ 認知症患者への適切な医療・介護サービスの提供が求められていることから、かかりつけ医の認知症対応力の向上や認知症サポート医等の養成を支援します。
- ④ 認知症や緩和ケア等の高度化・専門化する医療や多様化するニーズに対応した看護サービスを提供するため、認定看護師等の水準の高い看護師や幅広い疾患に対応可能な看護職員の養成を支援します。
- ⑤ 在宅医療等の推進を図っていくため、医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成を支援します。
- ⑥ 地域で必要となる回復期等の病床整備に併せて、リハビリテーション等の専門性を有する医師や看護師、その他の医療従事者の確保に取り組みます。
- ⑦ 在宅医療等の医療需要の増加に伴い、入院医療から在宅医療への円滑な移行が必要となるため、退院調整に係る人材の育成や相談体制の充実を支援します。

〔参考資料〕

(単位:人)

		地域別将来推計人口					
		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
前橋 構想区域	0～14歳	41,961	38,472	34,775	31,526	29,530	28,068
	15～64歳	196,034	190,576	182,896	174,113	162,352	147,656
	65～74歳	46,424	47,153	40,319	37,446	39,244	42,686
	75歳以上	44,719	51,650	59,907	63,388	62,671	61,769
	総計	336,154	327,851	317,897	306,473	293,797	280,179
渋川 構想区域	0～14歳	13,997	12,471	11,257	10,197	9,515	9,003
	15～64歳	67,046	62,797	59,333	56,022	52,199	47,460
	65～74歳	16,533	17,489	15,085	13,068	12,819	13,574
	75歳以上	15,769	17,902	20,710	22,407	22,161	21,388
	総計	113,800	110,659	106,385	101,694	96,694	91,425
伊勢崎 構想区域	0～14歳	34,050	31,979	29,662	27,394	26,106	25,258
	15～64歳	152,370	149,575	146,491	141,962	134,544	124,430
	65～74歳	30,671	31,578	27,495	26,908	29,649	33,290
	75歳以上	26,351	30,509	36,560	39,298	39,550	40,171
	総計	245,468	243,641	240,208	235,562	229,849	223,149
高崎・安中 構想区域	0～14歳	55,764	52,394	47,956	43,904	41,592	40,122
	15～64歳	254,062	245,187	238,638	230,157	216,963	198,895
	65～74歳	60,700	60,829	50,670	47,419	51,153	57,380
	75歳以上	55,700	65,133	76,519	80,508	78,850	77,467
	総計	429,415	423,543	413,783	401,988	388,558	373,864
藤岡 構想区域	0～14歳	8,332	7,476	6,640	5,928	5,461	5,138
	15～64歳	39,972	37,425	35,243	33,069	30,466	27,135
	65～74歳	10,487	10,658	8,887	7,794	7,788	8,487
	75歳以上	9,970	11,157	12,917	13,628	13,259	12,650
	総計	68,892	66,716	63,687	60,419	56,974	53,410
富岡 構想区域	0～14歳	8,049	6,876	6,045	5,365	4,922	4,587
	15～64歳	40,182	36,887	33,660	30,914	28,152	24,860
	65～74歳	11,210	11,810	10,152	8,644	7,904	8,116
	75歳以上	12,832	13,433	14,958	15,683	15,417	14,561
	総計	72,489	69,006	64,815	60,606	56,395	52,124
吾妻 構想区域	0～14歳	5,737	4,870	4,161	3,593	3,224	2,945
	15～64歳	30,726	27,422	24,589	22,027	19,572	16,967
	65～74歳	8,997	9,411	8,173	6,876	6,281	6,110
	75歳以上	10,875	11,353	12,145	12,656	12,275	11,559
	総計	56,391	53,056	49,068	45,152	41,352	37,581
沼田 構想区域	0～14歳	9,450	8,058	7,130	6,358	5,833	5,433
	15～64歳	46,710	42,940	38,969	35,721	32,577	29,041
	65～74歳	12,248	13,225	11,899	10,208	9,122	9,043
	75歳以上	14,728	15,008	16,304	17,166	17,120	16,308
	総計	83,407	79,231	74,302	69,453	64,652	59,825
桐生 構想区域	0～14歳	18,895	16,757	14,769	13,020	11,868	11,098
	15～64歳	94,280	88,553	83,066	77,318	70,266	61,813
	65～74歳	26,775	24,897	19,798	17,967	18,598	20,248
	75歳以上	25,012	27,640	31,292	31,286	29,430	27,714
	総計	165,620	157,847	148,925	139,591	130,162	120,873
太田・館林 構想区域	0～14歳	54,649	50,367	45,845	41,729	39,194	37,689
	15～64歳	244,398	231,461	225,097	217,315	204,011	185,936
	65～74歳	56,865	56,256	45,292	41,042	45,175	52,188
	75歳以上	43,160	50,860	62,604	66,459	64,145	61,731
	総計	401,479	388,944	378,838	366,545	352,525	337,544
県計	0～14歳	250,884	229,720	208,240	189,014	177,245	169,341
	15～64歳	1,165,780	1,112,823	1,067,982	1,018,618	951,102	864,193
	65～74歳	280,910	283,306	237,770	217,372	227,733	251,122
	75歳以上	259,116	294,645	343,916	362,479	354,878	345,318
	総計	1,973,115	1,920,494	1,857,908	1,787,483	1,710,958	1,629,974

※国勢調査(2015年)の年齢不詳者は計のみに含めた。

第6章

保健・医療・福祉の 提供体制の充実

1 障害保健対策

(1) 発達障害

現状と課題

ア 本県では、平成18年度に発達障害者支援センターを設置し、専門的な相談支援を実施していますが、設置当初に比べて相談件数は大幅に増加しています。身近な地域での支援体制の充実を図るため、人材育成とともに直接関わる関係者への研修、地域のスキルアップ研修にも力を入れて取り組んでいます。

発達障害者支援センターにおける相談件数の推移

(単位：人)

平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
2,878	3,220	3,546	3,739	3,511

[資料] 県「発達障害者支援センター事業実施状況報告」

- イ 発達障害児の支援については、早期から行うことが重要であることから、市町村が実施している乳幼児健診において、発達障害を発見することが求められています。
- ウ 保育所や学校等の教職員等による支援体制の強化や支援情報の有効活用が必要となっています。
- エ 日中・夜間において、発達障害の特性に応じた支援を提供できる生活の場の確保が必要です。
- オ 発達障害の診断及び対応ができる医療機関の確保や県民への医療機関に関する情報提供が必要となっています。
- カ 発達障害者の社会参加を促進するためには、社会において発達障害が正しく理解されることが必要です。

※発達障害：自閉症やアスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性障害などの、通常低年齢で発現する脳機能障害

施策の方向

- ア 身近な地域において、ライフステージに応じた途切れることのない一貫した支援を提供できるよう、専門的な知識・技術を持つ支援者を地域ごとに養成し、相談支援事業や療育事業等の充実を図るとともに、関係機関相互の連携体制の構築を推進します。
- イ 乳幼児健診における発達障害の発見に関して、保健師等の知識・技術の向上を図ります。
- ウ 保育士や教職員等を対象とした発達障害に関する研修の計画的な実施や、家族等に対し、情報共有ツールの周知・活用を支援します。
- エ 地域におけるニーズ等を踏まえ、グループホーム（夜間や休日の共同生活の場）等の確保を図るとともに、就労継続支援事業所（働く場の提供及び、必要な知識及び能力の向上のための訓練の場）、地域活動支援センター（日中の生活の場）等の整備を推進します。
- オ 発達障害の診療を行っている医療機関や関係機関等との連携を強化し、円滑に医療支援を受けることができる体制の整備を図ります。

県障害政策課「発達障害に関する診療情報調査（平成26年）」によると、本県で発達障害

の診療を標榜する医療機関数は54（病院18、診療所36）となっています。

※発達障害に関する医療機関情報 群馬県ホームページ：<http://www.pref.gunma.jp/02/d4200262.html>

カ イベントや講演会、各種研修会等を通して、発達障害についての正しい知識の普及啓発に取り組むとともに、世界自閉症啓発デー・発達障害啓発週間を広く周知します。

[参考] 「世界自閉症啓発デー」・「発達障害啓発週間」について

国連では、自閉症をはじめとする発達障害について知っていただくこと、理解をしていただくことは、発達障害のある人だけでなく、誰もが幸せに暮らすことができる社会の実現につながるものと考え、世界自閉症啓発デーを設定しました。

これを踏まえ、厚生労働省では、世界自閉症啓発デーから続く1週間を発達障害啓発週間と位置づけ、自閉症等の発達障害の啓発を推進しています。

(2) 重症心身障害児（者）・医療的ケア児等

現状と課題

ア 重症心身障害児（者）の中でも、近年、常時、医学的管理下に置かなければならない超重症心身障害児（者）が増加しています。

イ 超重症心身障害児等への対応が可能な施設が不足していることや、在宅医療の体制が十分ではない等の理由により、病院を退院できずに長期入院となっている場合があります。

[参考]在宅重症心身障害児（者）数の推移

(単位：人)

平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
368	381	399	432	434

[資料] 群馬県中央児童相談所（北部支所を含む）・群馬県西部児童相談所・群馬県東部児童相談所「事業概要」

ウ 医療技術の進歩等を背景として、NICU等に長期入院した後、人工呼吸器を使用したり、胃ろう造設、たんの吸引などの医療的ケアが必要な障害児が増加しています。

※重症心身障害：重度の肢体不自由と重度または最重度の知的障害とが重複した状態

施策の方向

ア 医療的ケアに対応できる障害児通所支援事業所（集団生活への適応や生活能力向上のために必要な訓練の場）、生活介護事業所（日中の介護や創作的活動などの機会提供の場）、短期入所事業所（ショートステイ）等の整備を促進します。

イ 保護者が安心して在宅療養をさせられるよう、市町村や医療・福祉・教育等の関係機関等と連携し、在宅医療を支える体制の構築を図ります。

ウ 医療的ケア児等支援のための保健・医療・障害福祉・保育・教育等の関係機関の協議の場を設置し適切な支援を受けられるようにします。

(3) 高次脳機能障害

現状と課題

- ア 厚生労働省「高次脳機能障害支援モデル事業（平成13年～17年）」において行われた調査によると医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は、全国に27万人いると推計されています。
- イ 高次脳機能障害は、表面上分かりにくい障害であるため、周囲の方に理解されにくく、本人や家族の負担が大きくなっています。適切な支援体制の確立及び高次脳機能障害の診断や対応ができる医師や専門スタッフの養成を図るとともに、医療機関、市町村等の連携を推進する必要があります。

※高次脳機能障害：交通事故や脳卒中等による脳血管障害等により、脳に損傷を受けた後遺症等として起るものであり、記憶障害や注意障害といった認知機能障害や社会的な行動障害等のこと

施策の方向

- ア 高次脳機能障害支援拠点機関（専門相談窓口）を前橋赤十字病院に設置するなど支援体制の整備を推進するとともに、医師及び専門スタッフの養成のための研修を実施します。
また、高次脳機能障害に対する正しい理解を深めるための普及啓発を行うとともに、医療機関、市町村等を含めた地域連携支援体制の構築を推進します。

(4) てんかん

現状と課題

- ア 厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、本県のてんかん患者数は約5千人となっており、平成14年からほぼ横ばいで推移しています。
- イ てんかん患者が、地域において適切な支援が受けられるよう、地域住民に対する普及啓発、てんかん患者・家族への相談体制の充実、医療従事者への情報提供や研修の充実及び医療機関、市町村等の連携を推進する必要があります。

※てんかん：さまざまな原因により起こる慢性の脳の病気であり、大脳の神経細胞の過剰な活動に由来する反復性の発作（てんかん発作）を主徴とし、それに変化に富んだ臨床および検査の異常を伴うもの。

施策の方向

- ア てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者・家族への相談支援体制及び医療従事者等に対する情報提供や研修の充実を図るとともに、医療機関、市町村等を含めた地域連携支援体制の構築を推進します。

2 感染症・結核・肝炎対策

(1) 新型インフルエンザ等対策

現状と課題

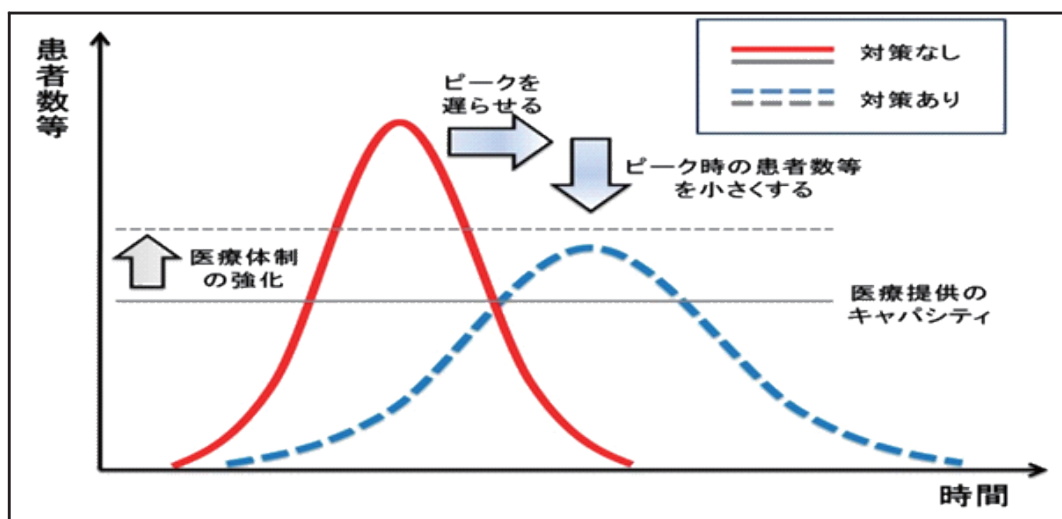
- ア** およそ10年から40年の周期で世界的に流行し、大きな健康被害と社会的影響をもたらす新型インフルエンザの発生が懸念されています。
- イ** 新型インフルエンザ等発生時に、県民の生命及び健康を保護し、県民生活及び経済に及ぼす影響を最小とするため、発生時の措置及び緊急事態時の特別な措置を定めることが必要です。
- ウ** 新型インフルエンザ等のすべての発生段階において、行政、医療機関、事業者、県民の間で十分なコミュニケーションが必要です。
- エ** 感染の拡大を防止するための対策を講じる体制を整備する必要があります。
- オ** 効率的・効果的に医療を提供できる体制を事前に整備することが求められます。

施策の方向

ア 新型インフルエンザ等対策の目的及び基本的な戦略

- ① 感染拡大を可能な限り抑制し、県民の生命及び健康を保護します。
- ② 県民生活及び県民経済に及ぼす影響が最小となるようにします。

対策の効果 概念図



[資料] 県「新型インフルエンザ等対策行動計画」

イ 主要な新型インフルエンザ等対策

① 実施体制の整備

- ・ 新型インフルエンザ等発生時における措置を定めた計画や各種マニュアルを最新の知見や社会情勢に基づき、必要に応じて改訂します。
- ・ 有識者会議や幹事会を定期的を開催し、新型インフルエンザ等発生時に速やかな対応ができる体制を整備します。

② 情報収集・提供・共有体制の整備

- ・ 新型インフルエンザ等対策を適時適切に実施するために、新型インフルエンザ等に関する様々な情報を系統的に収集、分析し、その結果を関係者に迅速かつ定期的に提供することができる体制を整備します。
- ・ 医療機関、事業者、県民に対して、新型インフルエンザ等に関する基本的な情報や発生した場合の対策について、各種媒体を利用し、継続的に情報提供を行います。
- ・ 新型インフルエンザ等発生時に、医療機関や県民からの相談に応じるための窓口設置等の体制を整備します。

③ 予防・まん延防止のための体制整備

- ・ 個人、地域、職場における基本的な感染対策の周知を行います。
- ・ 特定接種、住民接種の対象者が速やかに接種できるよう、接種体制の整備を推進します。

④ 医療体制の整備

- ・ 保健福祉事務所（保健所）単位で、地域の医療関係者と密接に連携を図りながら地域の実情に応じた医療体制の整備を図ります。
- ・ 医療機関等と連携しながら、発生時を想定した訓練を実施します。
- ・ 新型インフルエンザ等発生時に必要となる医療資機材を医療機関があらかじめ備蓄・整備するための支援を行います。
- ・ 全罹患者（被害想定においては県民の25%が罹患すると想定）の治療その他の医療対応に必要な量を目標として、抗インフルエンザウイルス薬を備蓄するとともに、円滑に供給される体制を構築します。

⑤ 県民生活及び県民経済の安定確保のための体制整備

- ・ 新型インフルエンザ等対策には、個人の行動を制限する面や、対策そのものが社会、経済活動に影響を与える面もあることを踏まえ、対策の効果と影響について周知を行います。
- ・ 指定地方公共機関による新型インフルエンザ等対策業務を実施するための体制整備を推進します。
- ・ 一般の事業者における事業継続計画の策定を推進します。

※特定接種：新型インフルエンザ発生時に医療の提供又は国民生活及び国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者の従業員や、新型インフルエンザ等対策の実施に携わる公務員に対して行われる予防接種

※住民接種：新型インフルエンザ発生等緊急事態において、住民に対して行われる臨時の予防接種

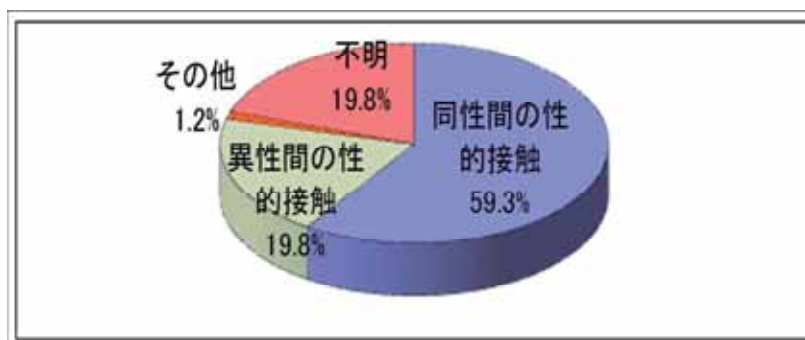
※指定地方公共機関：都道府県の区域において医療、医薬品または医療機器の製造又は販売、電気等の供給、輸送その他の公益事業を営む法人、地方道路会社等の公共的施設を管理する法人及び地方独立行政法人のうち、あらかじめ当該法人の意見を聞いて都道府県知事が指定するもの

(2) エイズ対策

現状と課題

- ア エイズとは、「Acquired Immune Deficiency Syndrome」の頭文字をとったもので、後天性免疫不全症候群のことです。H I V（Human Immunodeficiency Virus：ヒト免疫不全ウイルス）の感染により、病原体などから体を守る免疫機能が低下し、日和見感染症や悪性腫瘍にかかりやすくなる感染症です。
- イ 感染のルートは、性行為感染、血液感染及び母子感染の3つです。

群馬県のH I V感染者（患者）の感染経路

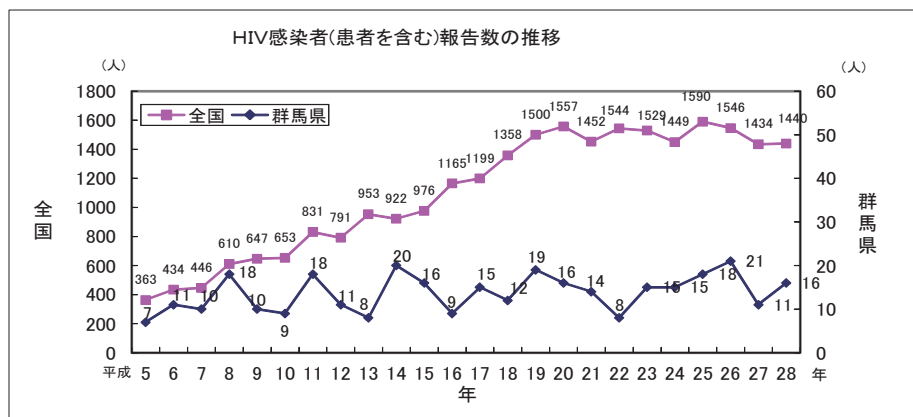


〔資料〕 県保健予防課調べ（平成24年～28年）

- ウ H I Vの感染予防には、正しい知識を持って行動することが大切です。非感染者の中では関心が薄れる傾向があり、ある程度の知識は持っていますが、行動に移せない、自分には関係ないと思っている方が多いという実態があります。
- エ H I V感染者、エイズ患者は増加しているため、感染予防のための正しい知識の啓発活動及び匿名による無料相談・検査の実施、いまだに残っている感染者等に対する誤解や偏見をなくすための取組等が必要です。
- オ H I V感染者は20代、30代に多く、エイズ患者はそれよりも年齢が高い30代以上に多く分布しています。
- カ 感染者等が、プライバシーを確保し身近な医療機関で治療を受けられる医療体制の整備と、感染者等が安心して暮らせる社会づくりが必要です。
- キ 医療の進歩により予後が改善したことから感染者等の高齢化が進んでおり、地域で受け入れることが可能な高齢者施設や在宅サービスの拡充が求められています。

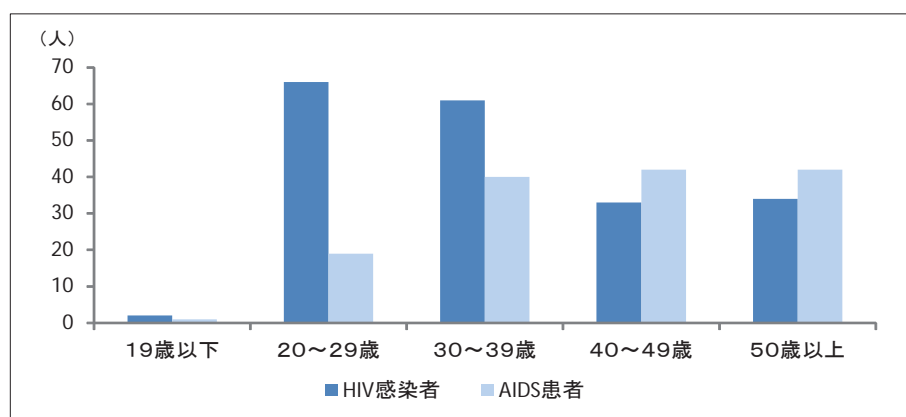
※日和見感染症：普段は病原性がない、又はあっても毒性の弱い微生物により宿主の免疫能力が低下したときに引き起こされる感染症

H I V感染者（患者）報告数の推移



〔資料〕厚生労働省エイズ動向委員会報告「エイズ発生動向年報（平成28年）」

群馬県のH I V感染者・エイズ患者の年代別報告数（報告時点）



〔資料〕県保健予防課調べ（昭和62年～平成28年）

施策の方向

- ア** H I V感染を予防し社会的な偏見・誤解をなくすため、正しい知識と予防方法について、普及啓発を積極的に行います。また、毎年6月のH I V検査普及週間及び12月の世界エイズデーには、ラジオ放送や県ホームページ及び啓発資材の配布を通じて、広く県民に対して広報を行います。
- イ** 本県では、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針に基づき、保健福祉事務所（保健所）及び中核市保健所において相談窓口を設け日時を決めてH I V・性感染症検査を実施しています。
- ウ** 感染者等を様々な面からサポートし、地域で安心して治療を受け、暮らすことのできる体制づくりを推進します。
- エ** 感染者等の療養期間の長期化に伴い、長期療養・在宅医療サービスの確保と質の向上に努めます。

オ エイズ患者やHIV感染者を積極的に診療する病院として、「群馬県エイズ診療拠点病院・協力病院」を指定しています。

区 分	医 療 機 関 名	二次保健医療圏
エイズ診療拠点病院	群馬大学医学部附属病院	前橋保健医療圏
	前橋赤十字病院	
	渋川医療センター	渋川保健医療圏
	高崎総合医療センター	高崎・安中保健医療圏
エイズ診療協力病院	県立心臓血管センター	前橋保健医療圏
	JCHO群馬中央病院	
	群馬県済生会前橋病院	
	県立小児医療センター	渋川保健医療圏
	県立精神医療センター	伊勢崎保健医療圏
	伊勢崎市民病院	
	公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
	公立富岡総合病院	富岡保健医療圏
	原町赤十字病院	吾妻保健医療圏
	沼田病院	沼田保健医療圏
	桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
	県立がんセンター	太田・館林保健医療圏
	太田記念病院	
	館林厚生病院	

(3) 結核対策

現状と課題

ア 全国の状況

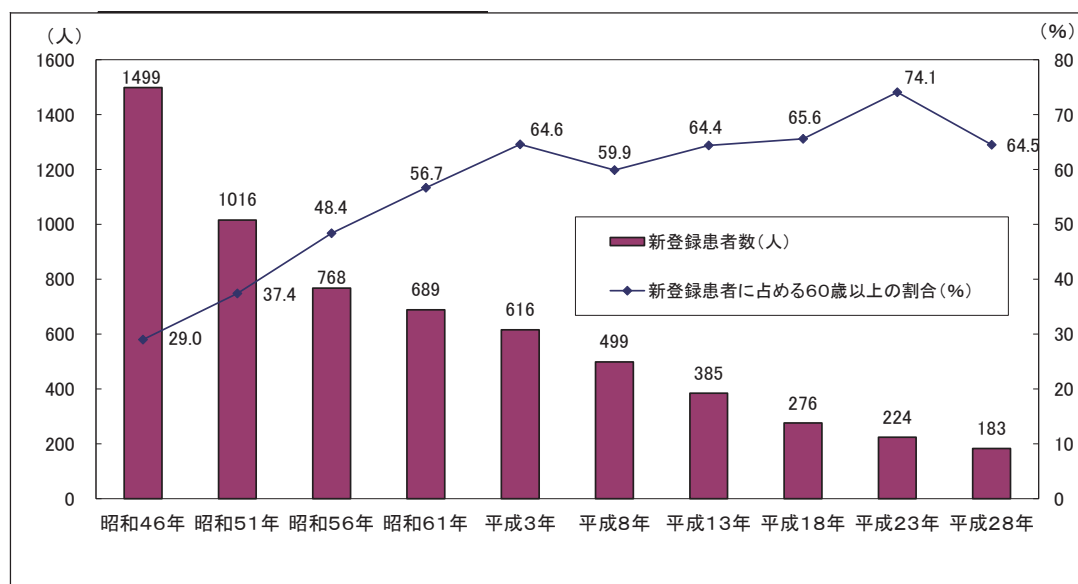
我が国の結核を取り巻く状況は、戦中戦後の大まん延を経験し、昭和26年の結核予防法制定以来、国を挙げての取組や新薬の開発により、患者数が大幅に減少するなど、飛躍的に改善されてきました。

しかし、現在においてもなお、年間約1万8千人の新規登録患者が発生するなど、結核は依然として主要な感染症の一つであり、近年では多剤耐性結核や新登録患者中の高齢患者の増加に伴う治療の困難性など新たな課題がみられます。

イ 本県の状況

平成28年の新登録患者数は183人で、昭和46年当時と比較すると約8分の1以下まで減少しています。また、平成28年の罹患率は人口10万対9.3で低まん延の定義である10を下回っています。

本県における新登録患者数の推移



〔資料〕 県保健予防課調べ

ウ 本県の課題

① 高齢者の結核

新登録患者数の約3分の2が60歳以上であることから、高齢者が入所する社会福祉施設等での集団感染が懸念されます。

② 外国出生結核患者

平成28年新登録患者数の17.5%が外国出生者であることから、外国人等への知識の普及や接触者対策が新たな課題となっています。

③ **多剤耐性結核菌の出現**

結核治療の自己中断や再治療の繰り返しなどにより、抗結核薬に耐性を持つ多剤耐性結核菌が出現しており、服薬指導等の患者支援の強化が必要です。

④ **定期健康診断**

市町村等が実施している結核の定期健康診断受診率が年々低下しており、受診率向上が課題となっています。

⑤ **結核病床数**

近年の結核患者の減少に伴い、結核病床利用率は県平均で50%前後を推移しています。本県の実情に合わせた適正な数の結核病床が必要です。

施策の方向

ア 高齢者の結核

高齢者は既感染率が高いことから、定期的な健康診断の実施及び有症状時の受診勧奨を推進します。

イ 外国出生結核患者

外国人等を対象とした結核の知識の普及啓発に取り組みます。

ウ 多剤耐性結核菌の予防

結核患者に対する服薬支援（Directly Observed Treatment, Short-course : DOTS）を中心とした患者支援を推進し、治療完遂に努め多剤耐性結核菌の発生を予防します。

エ 定期健康診断

結核患者を早期発見し、集団感染を未然に防ぐため、市町村、医療機関及び社会福祉施設における結核の定期健康診断の一層の推進を図ります。

オ 適正な結核病床数

機能的で質の高い結核医療体制を目指し、結核患者の発生状況や結核病床利用率等を考慮しながら適正な数の結核病床を確保します。

※DOTS：WHOが推奨する対面服薬確認治療であり、患者が適切な用量の薬を服用するところを医療従事者等が目の前で確認し、治癒するまで経過を観察する治療方法

(4) 肝炎対策

現状と課題

- ア ウイルス性肝炎は国内最大級の感染症であり、県内のウイルス性肝炎の患者数は厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、約4,000人（全国約184,000人）と推計されています。
- イ B型・C型ウイルス性肝炎のまん延を予防するため、感染者の早期発見が重要です。ウイルス性肝炎は適切な治療を行わないと慢性化し、肝硬変や肝がんといった、より重篤な病態に進行するおそれがあることから、すべての県民が少なくとも生涯に1回は肝炎ウイルス検査を受検することが求められます。
- ウ 肝炎ウイルス検査で陽性となった者が、医療機関を受診しない、受診しても治療を継続しない等、適切な医療を受けていない現状が「平成23年度厚生労働省肝炎等克服緊急対策研究事業」で報告されたことから、陽性者に対する有効な受診勧奨が課題です。

施策の方向

- ア 肝炎ウイルス検査の受検を促進
 - ① 本県では、肝炎ウイルス検査や肝炎ウイルスに関する相談事業を推進しています。また、感染の予防・まん延防止及び治療の推進を図るため、健康増進法に基づき市町村が実施する肝炎ウイルス検査の他に、保健福祉事務所（保健所）及び中核市保健所において無料の肝炎ウイルス検査を実施しています。
 - ② 今後は、契約医療機関での受検等、更なる肝炎ウイルス検査の体制整備及び受検の勧奨を推進します。
 - ③ 地域や職域での肝炎ウイルス検査の普及啓発を推進します。
- イ 肝炎医療を提供する体制の確保
 - ① 本県では、平成20年度に肝炎治療費助成制度事業を開始し、肝炎患者等の医療費負担を低減することで効果的な医療が継続できるよう取り組んでいます。
 - ② すべての肝炎患者等に個々の病態に応じた適切な治療を継続して提供できるよう、肝疾患治療の中心的役割を担う肝疾患診療連携拠点病院と専門的な知識を持つ医師が勤務する肝疾患専門医療機関との連携体制の強化を図ります。
 - ③ 肝炎ウイルス検査陽性者の受診勧奨やフォローアップ体制の確保に取り組みます。
- ウ 肝炎の予防及び肝炎の医療に関する人材の育成
 - ① 群馬県肝炎治療講習会を開催し、適切で良質な肝炎医療の普及と肝炎治療費等助成事業の円滑な運営に努めます。
 - ② 肝炎ウイルス検査の受検勧奨や陽性者のフォローアップなどの支援を行う肝炎医療コーディネーター育成の取組を強化します。
- エ 肝炎に関する正しい知識の普及

県民一人ひとりが自らの肝炎ウイルスの感染の有無を把握するとともに、肝炎についての正しい知識を持てるよう、普及啓発に取り組めます。

※「契約医療機関」：日本肝臓学会肝臓専門医が勤務し県と検査業務委託契約を締結した医療機関

群馬県肝疾患診療連携拠点病院・群馬県肝疾患専門医療機関（平成29年10月1日現在）

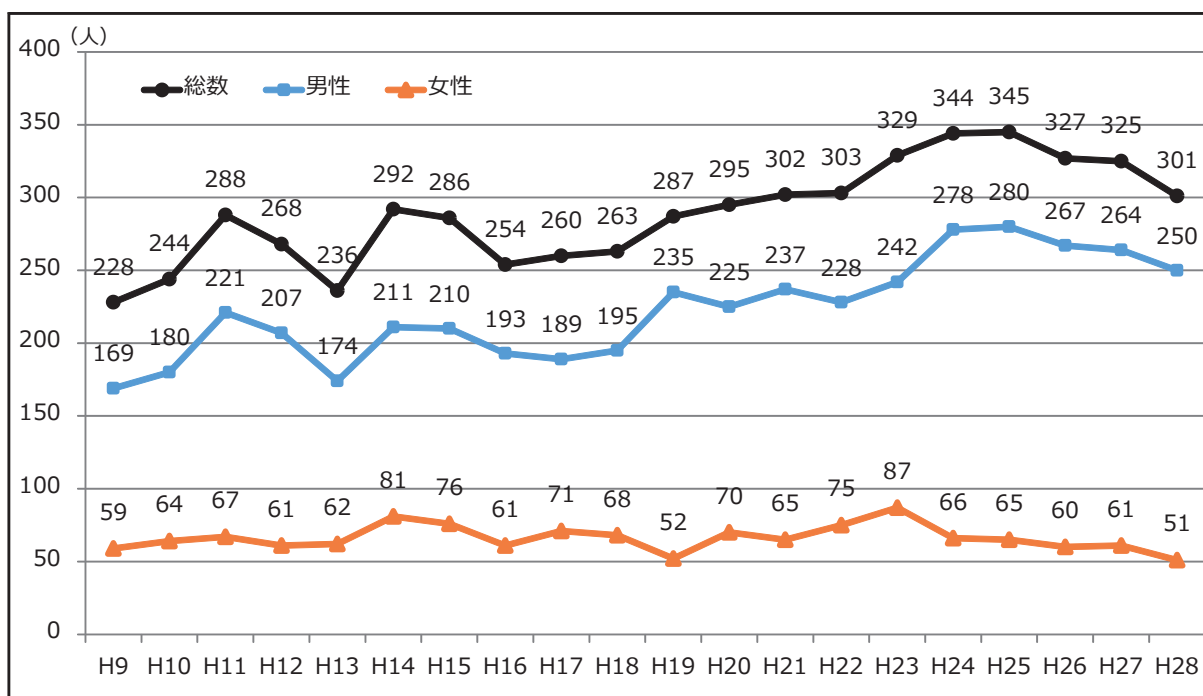
区分	医療機関名	二次保健医療圏	
群馬県肝疾患診療連携拠点病院	群馬大学医学部附属病院	前橋保健医療圏	
群馬県肝疾患専門医療機関	前橋赤十字病院	前橋保健医療圏	
	JCHO群馬中央病院		
	群馬県済生会前橋病院		
	下田内科医院		
	もてぎ内科医院		
	はしづめ診療所		
	渋川医療センター	渋川保健医療圏	
	湯浅内科クリニック	伊勢崎保健医療圏	
	齋藤内科外科クリニック		
	伊勢崎市民病院		
	山田内科クリニック		
	高崎総合医療センター		高崎・安中保健医療圏
	黒沢病院附属ヘルスパーククリニック		
	大久保医院		
	小林外科胃腸科医院		
	三愛クリニック		
	くろさわ医院		
	公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏	
	くすの木病院		
	やまうち内科		
	公立富岡総合病院	富岡保健医療圏	
	公立七日市病院	吾妻保健医療圏	
	原町赤十字病院		
	利根中央病院	沼田保健医療圏	
	桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏	
	東邦病院		
	小島内科医院		
松井内科医院			
太田記念病院	太田・館林保健医療圏		
館林厚生病院			
さくま内科胃腸科クリニック			
はまだクリニック			
新井内科クリニック			

3 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策

現状と課題

- ア 慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD）は、主に長期の喫煙によって引き起こされる肺の炎症性疾患であり、咳・痰・息切れを主訴として徐々に呼吸障害が進行する疾病です。
- イ 平成12年の日本における40歳以上のCOPD有病率は8.6%、患者数530万人と推定されています。COPDは健康増進にとって極めて重大な疾患であるにもかかわらず、十分に認知されていません。
- ウ COPDは禁煙による発症予防が可能です。もし発症した場合は、禁煙・薬物治療・栄養管理等により進行を遅らせたり、症状を和らげることができます。
- エ 世界保健機関（WHO）では、平成20年（2008年）に、緊急のたばこ対策等を行わなかった場合、COPDによる全世界の死亡者は以後10年間に30%増加し、平成42年（2030年）には死因順位第3位（平成20年、第4位）になると推定しています。
- オ 日本における死亡数は、人口動態調査（平成28年）によると15,654人であり、男性では第8位（死亡数12,626人）となっています。
- カ 本県では、平成28年の死亡数が301人にのぼり、死因順位～。※平成29年12月に数字が発表となります

本県における慢性閉塞性肺疾患（COPD）による死亡数の推移



〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

施策の方向

- ア COPDが禁煙等により発症及び進行を予防することが可能である生活習慣病であることなど、病気に関する知識を普及し、喫煙者が禁煙に取り組むようにします。また、早期発見、早期治療を推進します。
- イ 学校等関係機関と協力して、喫煙が健康に与える悪影響についての普及啓発を引き続き実施し、未成年者の喫煙をなくすよう対策を進めます。
- ウ 禁煙希望者に対する禁煙支援策として、地域、職域の禁煙指導者を対象とした禁煙支援講習会を開催するとともに、群馬県医師会、群馬県歯科医師会、群馬県薬剤師会等との協力により、県民公開講座等による啓発を引き続き実施します。

4 臓器移植・骨髄移植対策

(1) 臓器移植

現状と課題

ア 臓器移植とは

- ① 臓器移植とは、病気などのために臓器機能が低下した方に、臓器提供者の健康な臓器を移植して機能を回復させる医療です。
- ② 臓器の移植に関する法律が施行された平成9年から、臓器提供の場合に限り脳死を人の死と認め、脳死状態からの臓器提供が行われてきました。

イ 改正臓器移植法

- ① 平成22年に臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律が施行され、本人の意思が不明な場合でも、家族の同意があれば臓器提供ができるようになり、さらに15歳未満の子どもからの臓器提供が可能になりました。
- ② 臓器移植は善意による臓器提供がなければ成立せず、提供者の家族の承諾があって初めて実施することができます。
- ③ 本人の意思を尊重するためにも、日頃から家族で臓器移植について話し合う機会を設け、それぞれの意思を共有しておくことが大切です。

ウ 本県の臓器移植の状況

- ① アイバンクは全国に54か所あり、角膜を提供していただける人をあらかじめ登録することにより、角膜移植が円滑に行われるよう支援しています。
- ② 平成28年度の本県の献眼者数は19名、移植者数は39名、献眼登録者数は1,405名です。
- ③ 近年の本県の腎臓移植件数等は、いったん減ったものの、また増えつつあります。

県内の腎臓移植の状況

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
県内提供者数	2(1)	0	1	1(1)	3(3)
提供腎数	4	0	1	2	6
移植件数	4	1	2	1	2
待機者数	168	170	165	168	168

※ () 内は脳死下提供者数で内数。

[資料] (公社) 臓器移植ネットワーク調べ

※アイバンク：厚生労働大臣の許可により運営が許された「眼球あっせん業」を行う公的機関。登録者には死後（心停止、及び脳死後）眼球を提供（献眼）していただき、角膜移植待機患者にあっせんを行う。

- ④ 県内には、脳死下臓器提供施設が5施設、臓器移植施設が4施設あります。

県内の臓器移植関係施設

脳死下臓器提供施設	臓器移植施設
高崎総合医療センター	群馬大学医学部附属病院
群馬大学医学部附属病院	公立富岡総合病院
前橋赤十字病院	太田記念病院
沼田脳神経外科循環器科病院	日高病院
館林厚生病院	

- ⑤ 本県では平成29年5月末現在で、1名の県臓器移植コーディネーターを設置しています。

エ 意思表示方法の多様化

- ① 運転免許証や健康保険証でも意思表示が可能となり、意思表示方法が多様化していることからより多角的な普及啓発が求められます。
- ② 本人の表示した意思が、臓器提供検討時に医療関係者へ確実に伝えられることが必要となっています。

※脳死下臓器提供施設：「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）上、5類型（大学附属病院、日本救急医学会の指導医指定施設、日本脳神経外科学会の基幹施設又は研修施設、救命救急センターとして認定された施設、日本小児総合医療施設協議会の会員施設）に該当する施設で、臓器提供施設として体制が整っていると厚生労働省へ回答した施設のうち、公表を承諾した施設（平成29年3月31日現在）

※臓器移植施設：（公社）日本臓器移植ネットワーク調べ、全て腎臓のみ移植可（平成29年6月2日現在）

※臓器移植コーディネーター：臓器提供者出現時に臓器の斡旋や医療機関等の連絡調整を行う者。平時には普及啓発活動等も行う

施策の方向

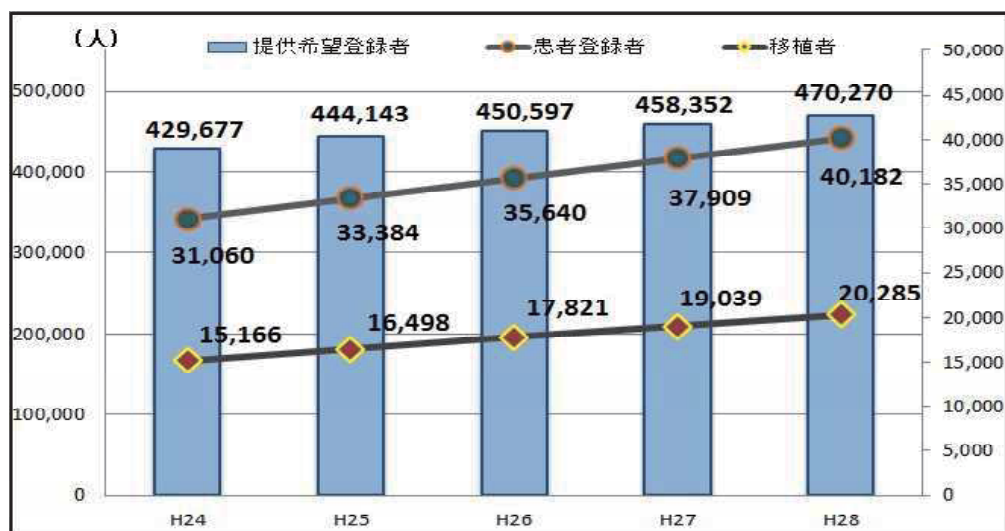
- ア 公益財団法人群馬県健康づくり財団と連携し、リーフレットの配布等臓器移植普及啓発事業を実施し、県民に向け臓器移植について正しい理解と知識の普及に努めます。
- イ 意思表示カードに限らず、運転免許証や健康保険証による意思表示についても、より多角的な周知を行います。
- ウ 県臓器移植コーディネーターを継続設置し、臓器提供者発生時の体制整備及び医療関係者への啓発等を行います。

(2) 骨髄移植

現状と課題

- ア** 骨髄移植は、白血病などの難治性血液疾患に有効な治療法です。全国で47万人以上の骨髄提供希望者（骨髄移植ドナー）が骨髄バンクへ登録していますが、最終的に移植希望者へ骨髄提供が行われたのは未だ6割にとどまっていることから、さらに骨髄移植ドナー登録者を増やすとともに、骨髄移植ドナーの負担を軽減する環境整備に取り組む必要があります。
- イ** 平成28年度末における本県の骨髄ドナー登録者状況は、公益財団法人日本骨髄バンクデータによると、登録数4,916人、対象人口千人当りにおける登録者数5.78人であり、緩やかな増加傾向にあります。全国平均の対象人口千人当りにおける登録者数(8.29人)を下回っており、さらに県民の骨髄移植ドナー登録者を増やす必要があります。

過去5年間の骨髄移植の状況（全国）



[資料] (公財)日本骨髄バンクデータ

施策の方向

- ア** 骨髄移植及び骨髄バンク事業への県民の理解を深めるための普及啓発に努めるとともに、県内3か所の献血ルーム（前橋、高崎、太田）に設置されている骨髄移植ドナー登録窓口について周知し、登録を呼びかけます。
- イ** 移動献血会場における「献血併行型骨髄移植ドナー登録会」の開催回数を増やすことで、骨髄移植ドナー登録者の増加に取り組みます。
- ウ** 骨髄移植ドナーが骨髄提供をしやすい環境を整備するために、市町村と連携し骨髄移植ドナー助成事業の推進を図ります。

5 難病対策

現状と課題

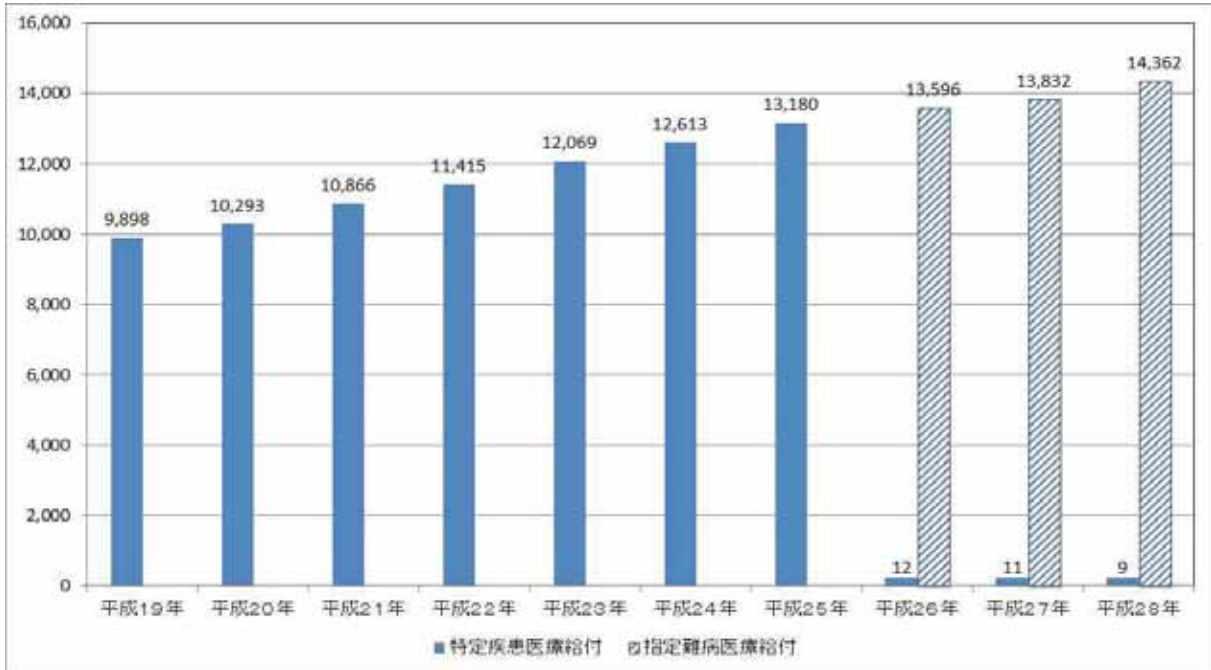
ア 難病の患者に関する法律について

- ① 難病対策は「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づき、医療費助成制度、療養生活環境整備事業を実施しています。
- ② 「障害者総合支援法」では、難病等も障害福祉サービスの対象となっています。平成29年4月には対象となる疾患が拡大されており、必要な人が必要なサービスを受けられるよう、さらなる事業の周知が必要です。

イ 本県の難病対策の状況と課題

- ① 本県では指定難病医療給付制度として、厚生労働省が定めた疾患に対して医療給付を行っています。受給者は年々増加傾向にあり、平成28年度末の受給者数は、14,362人となっています。平成29年4月には医療費助成制度の対象疾患がさらに拡大され、今後も受給者数の増加が予測されることから、医療給付事務や相談体制の充実が必要となります。
- ② 本県では、群馬大学医学部附属病院内に設置している難病相談支援センターにおいて、難病患者の療養上の様々なニーズに対応した相談を行っているほか、県保健福祉事務所における医療相談会や訪問相談を実施しています。
- ③ 神経難病患者が病状悪化等により在宅療養が極めて困難になった場合に、適時・適切な受入医療機関の確保を図るため、群馬県神経難病医療ネットワークの体制整備を行っています。
- ④ 難病はその多様性・希少性により、受診すべき医療機関の選択や早期診断などが難しい状況です。
- ⑤ 難病の患者が適切な治療を受けながら日常生活や学業・職業生活を送ることは容易ではない状況であり、進学や就労に関する相談も多くなっています。
- ⑥ 成人期を迎える小児慢性特定疾病児童等が多くなってきており、それぞれの診療科間における円滑な連携体制が必要です。

特定疾患医療給付及び指定難病医療給付受給者の推移



〔資料〕 県保健予防課調べ

施策の方向

- ア 指定難病医療給付の対象疾患の拡大に伴い、受給者数が増加していることから、医療費の公費負担や難病の相談支援体制の推進に継続的に取り組みます。
- イ 患者及び家族の療養上の様々なニーズに対応したきめ細かな相談・支援を行えるよう、群馬県難病相談支援センター、保健福祉事務所（保健所）及び中核市保健所での相談を継続して行います。また、利用可能な障害福祉制度についての周知を図ります。
- ウ 難病医療提供体制の充実に向けて検討を行い、必要な医療提供体制の構築とともに、これら医療機関に関する情報の提供に努めます。
- エ 神経難病患者の適時・適切な受入医療機関の確保が行えるよう群馬県神経難病医療ネットワーク体制の推進を図るとともに、在宅難病患者一時入院事業*を継続して実施します。
- オ 難病相談支援センター、ハローワーク等の関係機関と連携して、難病患者の就労支援を進めます。
- カ 難病患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送れるよう、地域における療養上の課題について、多職種・患者会等で構成する難病対策協議会で協議し、療養支援体制の構築に努めます。

*在宅難病患者一時入院事業：介護者の疾病等の理由により在宅療養が困難になった場合に一時入院が可能な病床を確保する事業

6 歯科口腔保健対策

現状と課題

ア 年代ごとの歯科口腔保健施策

① 乳幼児期・学齢期

幼児期のう蝕や12歳児の一人平均う歯数は、年々減少傾向にありますが、地域により格差があります。また、将来の歯周病対策を見据えた良習慣の定着や、口腔機能の発達支援への対応が望まれます。

② 成人期

乳幼児期や学童期と比べて、法に基づく歯科検診（健康診査や健康診断含む）の義務付けがされているものが少なく、定期的な歯科検診（健康診査や健康診断含む）や歯科保健指導を受けている者の割合は低い傾向があり、成人期の県民の歯科口腔保健意識の向上が課題となっています。

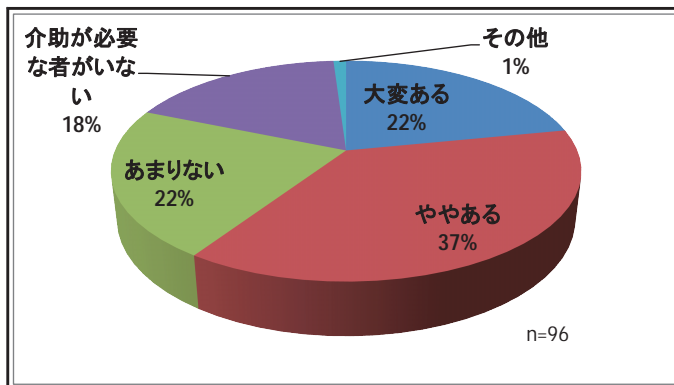
③ 高齢期

80歳で20本以上の自分の歯を持っている者の割合は増加しています。一方、認知症など高齢者が抱える多岐にわたる健康上の問題は、口腔の状況や機能に相互に影響するため、歯科口腔疾患予防や高齢者個々に応じた機能改善、生活の質の向上を目的とした口腔機能の管理・維持向上の対策が必要です。

イ 障害児（者）・要介護高齢者に対する施策

本人の全身的な問題や介護者の高齢化などにより歯科医療機関への通院が困難な場合があるため、一次医療機関の機能強化を図る必要があります。県「障害児（者）の歯科口腔保健に関する実態調査（平成27年度）」によると、障害児（者）施設において摂食嚥下機能支援について問題があると回答した施設はおよそ6割にのぼり、また、実施できない理由として「専門職がない」とした施設がほとんどであったため、障害児（者）への摂食嚥下機能支援対策が必要です。県内の在宅療養者の歯科口腔保健の現状については、十分に把握されていないため、今後はその把握に努めるとともに、口腔機能維持管理のための実施体制を整備する必要があります。

障害児（者）施設において摂食嚥下機能支援の問題の有無



〔資料〕 県「障害児（者）の歯科口腔保健に関する実態調査（H27年度）」

ウ 社会環境の整備

近年、歯科口腔保健と全身の健康との関連が明らかとなっており、関係職種に対する歯科口腔保健に関する最新の情報提供を行うとともに、糖尿病等の生活習慣病や周術期（がん等の手術前後）の口腔機能管理において、多職種連携による歯科口腔疾患対策の充実強化が必要とされています。また、関係機関・団体等と連携し、総合的に、生涯を通じた歯科口腔保健に関する施策に取り組む必要があります。

エ 県民のニーズ

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、「夜間や休日でも歯科の治療が受けられるようにしてほしい」、「通院できない高齢者などに対する歯科医療体制を整備してほしい」の割合が多く見られました。平成25年の調査結果との比較では、傾向は変わりませんが、「地域や職場での歯科の検診を実施してほしい」、「身体障害者など体の不自由な人に対する歯科医療体制を強化してほしい」が微増しています。

※う蝕：口の中の細菌が糖質から作った酸によって歯が溶かされた状態

※う歯：う蝕のある歯（「むし歯」のこと）

※法に基づく歯科検診：乳幼児期は母子保健法、学齢期は学校保健安全法、成人期は健康増進法に基づいて歯科検診が行われる。

施策の方向

ア 生涯を通じた歯科健診の充実、年代ごとの特性等を踏まえた歯科口腔疾患の予防及び口腔機能の維持向上

① 乳幼児期・学齢期

- a う蝕予防や健全な口腔機能の育成のために、市町村の乳幼児歯科健康診査や歯科保健指導等の事業を支援するとともに、年齢や機能の発達に応じた口腔機能育成の取組を推進します。特に、口腔の変化に富んだ1歳児の機能支援型健診の実施に努めます。
- b 学校や市町村、学校歯科医等と連携を密にし、正しい知識の普及や良習慣の定着に向けて、関係職員等に対する研修等の実施に努めるとともに、家庭や医療機関と連携した効果的な歯と口腔の健康づくりの取組を推進します。

② 成人期

- a 成人を対象とした歯科検診（健康診査や健康診断含む）及び歯科保健指導の機会の確保や、歯科口腔保健に関する効果的な取組の実施のために事業所や市町村、保険者を支援します。
- b 歯の喪失の原因となる歯周病やう蝕の予防法、喫煙などの生活習慣による影響や全身の疾患との関連性など、成人期特有の課題の正しい知識の普及に努めます。

③ 高齢期

「8020運動」をさらに推進し、歯の喪失予防や口腔機能、特に摂食嚥下機能の重要性及

びその維持向上のために必要な知識の普及啓発に努めます。

イ 障害児（者）・要介護高齢者

- ① 在宅療養中あるいは施設入所中の要介護高齢者の歯科口腔保健の状況の把握に努め、これに基づく効果的な対策を推進します。
- ② 障害児（者）に対応可能な歯科医療機関や在宅要介護高齢者の訪問歯科診療を行う歯科医療機関について、数を増やすための取組を推進するとともに、県民に対して情報提供を行います。
- ③ 障害児（者）・要介護高齢者の摂食嚥下機能を育成及び維持向上させるための体制整備に努めます。

ウ 社会環境の整備

- ① 県民、行政、事業所、保健・医療・福祉の関係機関等がそれぞれの機能を活かした役割を担い、相互に補完・連携をしながら協力する多職種連携体制の整備を推進します。
- ② 県歯科口腔保健支援センター（保健予防課内）を中心に、歯科口腔保健関係者や関係職種に対する情報提供や研修の実施、その他の支援に取り組みます。

※：8020運動：平成元年から厚生省（当時）と日本歯科医師会が推進している「80歳になっても20本以上自分の歯を保とう」という運動のこと

【「群馬県歯科総合衛生センター」のご案内】

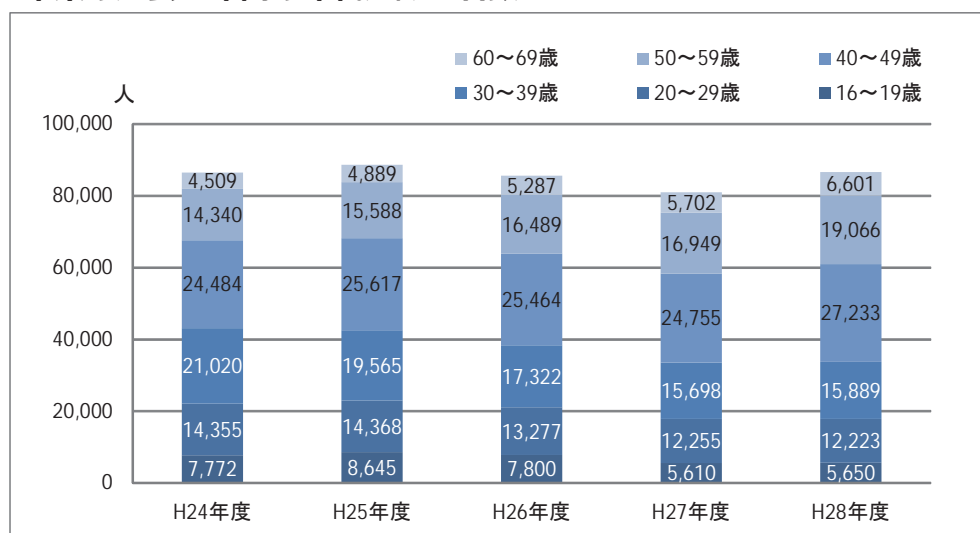
- 群馬県歯科医師会では、昭和49年から、県の委託事業として群馬県歯科総合衛生センターを開設しています。
センターでは、一般の歯科医療機関で治療が困難な障害者を対象とし、週5日の診療を通して、障害者の歯や口腔の健康を回復・維持・向上に努めることを目的としています。また、障害者の医療・介護に係る方たちに対する研修・教育機関として 障害者歯科保健の一翼を担っています。
- このほか、県歯科医師会では、障害者歯科診療協力医制度を行っており、障害者を診察できる県内の歯科医院を情報提供しています。
- 群馬県歯科総合衛生センターの診療日時などの情報や、障害者を診察できる県内の歯科医院の一覧（群馬県歯科医師会「障害児（者）歯科診療協力医名簿」）については、県歯科医師会ホームページでご覧いただけます。

7 血液の確保・適正使用対策

現状と課題

- ア 少子高齢化等の影響により、医療現場での血液需要が年々増加する一方で、献血可能人口は減少する傾向にあります。このため長期にわたり安定的かつ持続的に献血者を確保することが重要な課題となっています。
- イ 血液製剤は、ヒトの組織の一部である血液から製造しており、ウイルス感染等のリスクを全くなくすることはできません。このため感染等のリスクの低減につながる400mL全血献血と成分献血を一層普及する必要があります。
- ウ 血液製剤は、有限かつ貴重な献血を原料として製造されています。このため血液製剤の使用に際しては、他に代替の措置がない場合に限り、最低限の数量を使用するなど、医療機関における適正使用が求められています。

本県の過去5年間の年代別献血者数



[資料] 群馬県赤十字血液センター調べ

※400mL全血献血、成分献血ともに、より少ない献血協力者からより多くの血液や血小板等を献血していただけるため、感染症などのリスクを少なくできる特徴がある

施策の方向

- ア 県民に対して広く献血思想の普及啓発を推進します。特に、長い将来にわたり血液供給を担う若年層に対して、献血への理解と協力を積極的に呼びかけます。
- イ 血液製剤のリスクを低減するため、400mL全血献血及び成分献血への協力の呼びかけや複数回献血者増加に向けた取組を推進します。
- ウ 医療機関に対して、輸血療法における血液製剤の適正使用についての理解と協力を求めます。

8 医薬品等の適正使用対策

(1) 医薬品等の安全性確保

現状と課題

- ア 医薬品や医療機器は、人の生命や健康に直接関与するものであるため、品質、有効性及び安全性が確保された状態で流通し、医療現場等で患者に適切に使用されなければ、目的とする効能効果や機能が得られません。
- イ 医薬品等による健康被害の発生を未然に防止するため、医薬品等の製造販売業者・製造業者、薬局及び医薬品販売業者等に対して、施設への立入調査や医薬品の規格検査等の監視指導を行っています。
- ウ 不正に医薬品成分を含む健康食品や根拠のない医薬品的効能効果を標榜する健康食品がインターネット等で販売されているため、健康食品を買い上げて医薬品成分の有無を確認する検査やインターネット等の広告監視を行っています。
- エ 医薬品の製造技術は目覚ましい進歩を遂げ、製造方法が高度で複雑になっています。さらに、流通がグローバル化しているため、製造業者には国際基準に対応した厳格な製造管理や品質管理が求められています。また、これらの製造業者に対して厳格な監視指導が行えるように、国際基準に対応した高度な専門性が監視員に求められています。
- オ 品質、有効性及び安全性が確保された医薬品が患者へ適切に供給できるように、薬局及び医薬品販売業者には譲受、保管、販売等の各段階における医薬品等の厳格な管理が求められています。
- カ 少子高齢化が進み、増大する医療費を抑制するため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及が進められ、後発医薬品の生産が積極的に行われていますが、原料や製造方法等が先発品と完全に一致しないことから、品質や有効性に対する監視指導が求められています。

施策の方向

- ア 医薬品等の品質、有効性及び安全性を確保し、製品の使用による健康被害の発生を未然に防止するため、製造販売業者等に対して監視指導を行い、製品の品質管理の徹底及び市販後の安全管理体制の強化を図ります。
- イ インターネットや店舗で流通している健康食品の買上検査や広告監視を行ない、不正な健康食品の流通を取り締まることで、健康被害の発生を未然に防止するとともに、製造業者等への教育啓発を行い、適正な健康食品の製造販売を周知します。
- ウ 国際基準に対応した製造管理や品質管理を導入している医薬品等の製造業者に対して、監視員が国際基準レベルの監視指導が出来るように、監視体制の整備や充実を行うとともに、監視員を継続的に教育訓練してレベルアップを図ります。
- エ 偽造医薬品等の流通を防止するため、薬局及び医薬品販売業者に対する監視指導の強化を行い、医薬品の適正な流通確保を図ります。
- オ 使用促進が図られている後発医薬品（ジェネリック医薬品）の規格検査を行い、品質や有効性を確認し、製造業者への監視指導を強化することで後発医薬品の信頼性の向上を図ります。

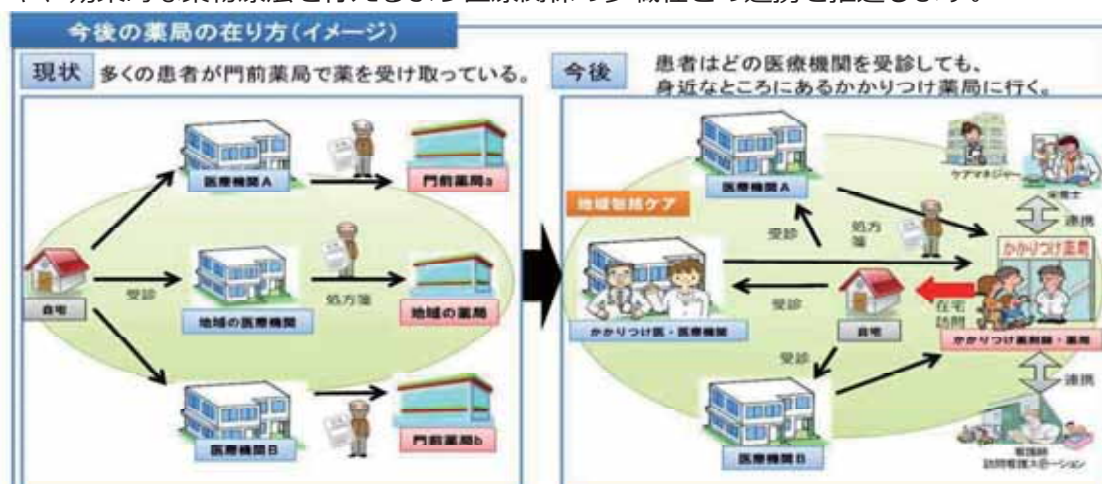
(2) かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の推進

現状と課題

- ア 平成27年10月、厚生労働省が「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へを目標とした「患者のための薬局ビジョン」を策定し、平成37年度（2025年度）までに、全ての薬局をかかりつけ薬局とすることとしています。
- イ 薬局が医療施設として位置づけられ、いわゆる処方せんによる調剤業務だけでなく、在宅医療や地域医療における医薬品等の供給拠点や健常者の健康管理の拠点としての役割が求められています。
- ウ 在宅医療の中では、患者への重複投与による副反応の防止や、飲み忘れや誤った服薬等の防止など、医療関係の多職種との連携推進のほか、在宅における効果的な薬物療法を行うため、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携が求められています。
- エ 県民がかかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局を持つことで、自ら健康管理を行い、必要な医療サービスを受けることができ、医薬品を適正に使用することが期待できます。
- オ 県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、かかりつけ薬剤師・薬局を決めている県民は47.8%ですが、より多くの県民がかかりつけ薬剤師等を活用できる環境整備が重要です。

施策の方向

- ア かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局を推進するため、「薬と健康の週間」の実施や、各種健康イベント等を開催し、県民の理解を深めるための普及啓発活動を実施します。
- イ 「患者のための薬局ビジョン」を実現するため、県薬剤師会と連携し、群馬県の地域特性に合わせた「群馬県版薬局ビジョン」を策定することで、実現に向けた取組を加速します。
- ウ 県民から信頼される「かかりつけ薬剤師・薬局」となるため、患者の情報の一元化や服薬指導を徹底するほか、一般用医薬品等の活用により軽度な身体の不調は自分で手当てするという考え方に基づくセルフメディケーションを推進し、県民の健康増進を図ります。
- エ 地域包括ケアシステムの一翼を担うことのできる薬局となるため、在宅患者等の服薬指導や、効果的な薬物療法を行えるよう医療関係の多職種との連携を推進します。



[資料] 厚生労働省「全国薬務主管課長会議資料（H28年度）」

(3) 医療用麻薬の適正使用

現状と課題

- ア** 麻薬は乱用すると、人の身体に大きな害を及ぼすばかりでなく、凶悪事件の元凶となるなど、社会的にも大きな影響を及ぼします。その一方で、医療用麻薬として適正に投与されれば、がん等の耐え難い痛みから患者を救うことができ、現在では、疼痛緩和医療の分野には、なくてはならない医薬品となっています。
- イ** がん対策基本法（平成19年4月施行）及び群馬県がん対策推進条例（平成22年12月施行）において、がん患者の疼痛緩和医療が明記されました。厚生労働省「麻薬・覚醒剤行政の概況（平成28年）」によると、国内における医療用麻薬の需要は増加傾向が認められますが、医療用麻薬の使用量は、欧米諸国と比べると、なお低い水準にあります。今後、在宅医療も含めた医療の現場において、必要十分な量の医療用麻薬が使用されるよう、適正な使用と管理について、より一層推進していく必要があります。
- ウ** 在宅医療における医療用麻薬の使用推進を図るため、県内の拠点薬局（5か所）に整備された共同利用が可能な無菌調剤室の活用促進を図っていく必要があります。
- エ** 医療用麻薬の使用を推進する必要がある一方、麻薬の取扱いや管理は、麻薬及び向精神薬取締法により厳しく規制されていることから、医療関係者に対し、その特殊性を考慮に入れた正しい知識や技術の普及啓発を行う必要があります。

施策の方向

- ア** 各種講習会の実施等を通じ、医療関係者に対し、麻薬使用による疼痛緩和医療についての知識の普及啓発を推進します。
- また、県内の拠点薬局に整備された共同利用が可能な無菌調剤室の活用促進や無菌調剤実務講習会の実施等を通じ、在宅医療を含めた医療の現場において、医療用麻薬が使用しやすい体制の整備を推進します。
- イ** 医療用麻薬等の取扱施設に対する立入検査の実施等を通じて、麻薬の適正使用・管理に関する監視指導を徹底します。

9 医療の安全の確保

(1) 医療事故・院内感染の防止

現状と課題

- ア 医療法等では、すべての病院、診療所及び助産所の管理者に、安全管理や院内感染対策のための指針の作成及び院内委員会の設置、職員に対する研修の実施、医療事故の情報収集・分析・再発防止策の実施等、医療の安全を確保するための措置の実施を義務付けています。
- イ 医療機関の開設手続の際や医療法に基づく医療監視等において、これらの実施状況について確認し、必要な改善指導を行っています。
- ウ 本県では、院内感染のアウトブレイク（一定期間内に、限られた範囲内、あるいは集団の中で、特定のウイルスや細菌による感染症の患者数が予想以上に多く発生すること）が発生した場合は医療機関から地域の保健所に報告され、直ちに助言・指導を行うとともに、県衛生環境研究所が院内感染起因微生物の検体検査を実施できる体制を整備しています。さらに、群馬県医師会及び群馬大学の協力を得て、医療機関からの求めに応じて、専門的な立場から個々の院内感染対策を評価する仕組みを整備しています。
- エ 平成26年6月に医療法の改正が行われ、平成27年10月から「医療事故調査制度」として、医療事故に係る調査の仕組みが法律上位置付けられました。これは、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析すること等により医療事故の再発防止につなげるものです。対象となる医療事故は、「医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの」になります。

施策の方向

- ア 医療機関の開設手続の際や医療法に基づき毎年度実施する医療監視等を通じて、医療機関の構造設備や医療従事者の確保、医療機器の保守点検を含めた安全管理対策等を確認・指導するとともに、医療安全対策や院内感染対策について、医療機関における自主的な取組を促進するため、適切な助言・指導を行います。
- イ 関係団体等と連携を図りながら、医療機関従事者を対象とした研修会等を開催し、医療安全や院内感染に対する情報提供、意識啓発及び従事者の資質向上を図ります。
- ウ 院内感染対策について、個々の医療機関における組織的な取組に加え、通常時から地域の医療機関が連携し、適切な院内感染対策を行うための体制づくりを支援します。
- エ 医療事故調査制度が円滑に実施されるよう必要な周知・啓発を図ります。

(2) 医療相談体制の充実

現状と課題

- ア 本県では、平成15年4月から県医務課に「群馬県医療安全相談センター」を設置し、医療の知識・経験を有する相談員2名を配置して、医療に関する患者・家族からの苦情・相談等に迅速に対応しています。また、必要に応じて医療機関に苦情・相談等の情報を提供することで、医療機関における患者サービスの向上を図るなど、医療の安全と信頼を高める取組を行っています。
- イ 県民の医療に関する関心の高さを背景に、年間相談件数は平成15年度の837件から増加し、近年は約1,300件前後で推移しています。相談内容は、健康や病気に関することや医療行為や医療内容に関するものが多くなっています。
- ウ 医療安全相談センターの円滑な運営を図るため、医師、歯科医師、弁護士等の委員で構成される「群馬県医療安全推進協議会」を設置し、医療安全相談センターの運営及び対応困難事例等についての協議・検討を行っています。

群馬県医療安全相談センター相談実績

(単位：件)

平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
1,395	1,290	1,248	1,234	1,290

〔資料〕 県医務課調べ

施策の方向

- ア 中立的な立場で、患者・家族と医療関係者・医療機関の信頼関係の構築を支援するために、医療に対する苦情・相談等への対応、医療安全の確保に関する必要な情報の提供に引き続き取り組みます。
- イ 事例研究等に取り組む全国研修会等に参加することにより、相談員の相談技能の向上や資質の向上を図ります。
- ウ 多様化する患者・家族からの医療相談等に対し、効果的な対応が行えるよう、医療関係団体や関係機関との連携を強化し、医療相談窓口の一層の充実を図ります。

10 公立病院改革及び地域医療支援病院の整備等

(1) 公立病院改革

現状と課題

ア 県内には15の公立病院があり、設置主体別では、市町村・一部事務組合立が11病院、県立が4病院あります。公立病院は、政策的な医療や不採算の医療分野も担う地域の基幹的な医療機関として、本県の医療提供体制において重要な役割を果たしています。

イ 本県では、国の「公立病院改革ガイドライン（平成19年12月）」に基づき、平成22年3月に、「公立病院等の医療連携を推進するための基本方針」を策定し、病院事業経営の改革に総合的に取り組んできました。

また、国から「新公立病院改革ガイドライン（平成27年3月）」が示されたことから、これに基づき更なる公立病院の改革を進めています。

施策の方向

ア 良質な医療を効率的に提供する体制を確保するため、個々の医療機関の役割を明確化し、機能の重点化を進めるとともに、民間医療機関を含めた医療機関等との連携強化を促進します。

イ 本県の公立病院における経営効率化、ネットワーク化の進捗状況及び地域医療構想を踏まえ、引き続き、公立病院改革の推進に取り組めます。

群馬県内の公立病院

医療機関名	二次保健医療圏
県立心臓血管センター	前橋保健医療圏
県立小児医療センター	渋川保健医療圏
県立精神医療センター	伊勢崎保健医療圏
伊勢崎市民病院	
公立碓氷病院	高崎・安中保健医療圏
公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
鬼石病院	
公立富岡総合病院	
公立七日市病院	富岡保健医療圏
下仁田厚生病院	
西吾妻福祉病院	
中之条病院	吾妻保健医療圏
桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
県立がんセンター	太田・館林保健医療圏
館林厚生病院	

(2) 地域医療支援病院の整備

現状と課題

ア 地域医療支援病院は、切れ目のない医療体制と在宅医療を推進していくため、紹介患者に対する医療提供や医療機器等の共同利用等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する役割を担っている病院です。

また、地域医療支援病院は、地域の医療従事者に対する研修機能を有することから、各二次保健医療圏ごとに整備する必要があります。

イ 県内では、平成29年10月末現在、13病院が地域医療支援病院の承認を受けています。また、各地域医療支援病院の業務状況については、県ホームページで公表しています。

群馬県内の地域医療支援病院（平成29年10月30日現在）

医療機関名	二次保健医療圏
前橋赤十字病院	前橋保健医療圏
県立心臓血管センター	
群馬県済生会前橋病院	
JCHO群馬中央病院	
渋川医療センター	渋川保健医療圏
伊勢崎市民病院	伊勢崎保健医療圏
伊勢崎佐波医師会病院	
高崎総合医療センター	高崎・安中保健医療圏
日高病院	
公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
太田記念病院	太田・館林保健医療圏
館林厚生病院	

ウ なお、各地域には、構造設備や医療従事者に対する研修機能を有する中核的病院がありますが、国が定める承認要件（患者紹介や救急搬送患者の受入件数等）を満たす病院は限られています。

施策の方向

地域医療支援病院のない二次保健医療圏にあつては、医療機関相互の役割分担や連携の推進、医療従事者に対する研修の充実等を図るなど、当該圏域の中核的病院について、地域医療支援病院の整備を促進するよう取り組みます。

(3) 社会医療法人の役割

現状と課題

社会医療法人は、救急医療や災害医療など地域で特に必要な医療の提供を担う医療法人で、救急医療等確保事業を行うために必要な設備や体制を有するものとして、知事の認定を受けた法人であり、本県では以下のとおり認定されています。

保健医療圏	所在地	開設者	認定日	認定を受けた業務の区分（救急医療等確保事業）				
				救急医療	災害医療	へき地医療	周産期医療	小児救急医療
沼田	沼田市	社会医療法人輝城会	平成21年7月1日	○		○		

1.1 群馬大学との連携

現状と課題

- ア** 群馬大学は、県内唯一の医師養成機関として、本県の地域医療を支える医師の養成・確保のほか、最先端医療のための研究・治験等といった役割を担っています。
- イ** これまでも県と連携して医師確保対策の取組を進めており、地域医療に従事する医師の養成・確保を図るため、医学部定員に地域医療枠を設置するとともに、群馬県地域医療支援センターを設け、県内の医療機関や地域における医師不足の状況等の把握・分析や、地域医療を担う医師のキャリア形成、若手医師の県内定着や医師の偏在解消などに取り組んでいます。
- このほか、平成22年には国内の大学に最初に設置された世界最先端のがん治療装置を用いて重粒子線治療を開始するなど、最先端医療を担っています。
- ウ** 医師の養成・確保と県内医療機関への派遣、高度医療の提供等の役割が期待される一方、平成26年6月に判明した群馬大学医学部附属病院における腹腔鏡手術等の医療事故を受けて以降、様々な改善や改革の取組を進めていますが、現在も特定機能病院の再承認には至っていないなど、今なお影響が続いている状況です。
- エ** 群馬大学医学部附属病院は県内唯一の大学病院であり、県民からの信頼を回復し、地域医療をリードする最後の砦として再生するためにも、医療安全管理体制の再構築やガバナンスの強化など、様々な改革が求められています。

【特定機能病院とは】

- ・特定機能病院は、医療法第4条の2の規定に基づき、高度な医療の提供や高度な医療に関する研修等を実施する能力を備え、それにふさわしい人員配置や構造設備等を有するものとして承認された病院です。
- ・平成5年から制度化され、平成29年4月現在、全国で85病院あります。
- ・県内では、群馬大学医学部附属病院のみが該当していましたが、医療事故を受け、平成27年6月に承認が取り消しとなり、現在に至っています。

施策の方向

- ア** 群馬大学医学部附属病院における改革の取組状況について、大学と県、県医師会及び県病院協会が情報共有を図りながら、群馬大学医学部附属病院の再生と信頼回復に向けた取組を促進します。
- イ** また、更なる改革の一環として、群馬大学医学部附属病院では、県域医療ネットワークの充実や医師配置の適正化などを目的とする地域医療研究・教育センターの設置などに取り組んでおり、県としても、県内の医療提供体制の充実などの観点から、県医師会をはじめとした地域の医療関係者とも連携し、必要な支援を行います。
- ウ** 群馬大学と地域の医療関係者、市町村等とのつながりを深め、関係者が一体となって地域住民が求める未来を担う若手医師の育成と県内定着に向けた取組を支援します。

【群馬大学医学部附属病院における改革の取組】

- ・群馬大学医学部附属病院では、平成28年7月の第三者による医療事故調査委員会からの報告書や再発防止に向けた提言、同年8月の病院改革委員会からの最終提言等を受けて、様々な医療安全改革の取組を実施しています。
- ・改革の工程表や、項目（提言）ごとの改善・改革の実施状況については、同病院や群馬大学のホームページで公表しています。

【さらなる改革に向けて】

- ・これらの提言等に伴う改革に加え、群馬大学では、さらに先進的かつ安全で効率的な診療・教育・研究体制を構築し、地域の中核となって県域全体の医療レベルの向上に貢献するため、平成29年度から次の3つの柱を立てて取組を進めています。

- ① 地域医療ネットワークの充実や医師配置の適正化などを目的とする「地域医療研究・教育センター」の新設。（平成29年11月）
 - ・ 県内各地域の医療情報を集約・検証し、県全体で医師の配置や医師をはじめとするスタッフの人材育成のあり方を検討
 - ・ 医師のキャリアパスを提示し、卒前・卒後を通じたシームレスな教育システムを導入
 - ・ 設置促進会議の協議を経て、できるだけ早期に地域医療研究・教育センターを設置
- ② 国際レベルの医療安全教育・研究等を行う「医療の質・安全学講座」の新設。（平成29年4月）
 - ・ 国際標準の医療安全教育・研究を、WHO等との連携活動を通して実施
 - ・ 地域医療機関や国内外の医療機関等との連携のほか、学生や病院職員への多職種混合による医療安全の実習・演習・研修等の効果解析研究等を行い、教育・臨床現場へのフィードバックや人材育成を実施
- ③ 難易度が高い医療技術や未承認医薬品等を用いた医療を安全に提供するため「先端医療開発センター」の新設。（平成29年4月）
 - ・ 医療開発研究・高難度新規医療技術・未承認薬等を用いる医療等の実施に係る集中管理センターとして機能
 - ・ 先端的医療の開発提供に係る診療科等関係部署の専門的な技術・手法・経験を集約し、高難度新規医療技術・未承認薬等を用いる医療等について、国際標準の安全管理体制のもとに提供

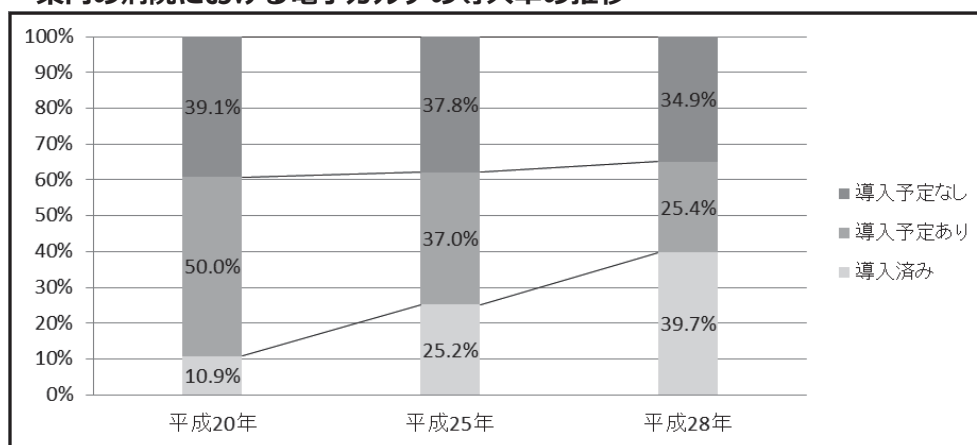
12 医療に関する情報化

(1) 医療情報の連携・ネットワーク化の推進

現状と課題

- ア** 電子カルテやオーダーリングシステムなど情報システムやレセプトの電算処理の普及が進むとともに、医療の質の向上や効率化を図る観点から、医療機関等によるネットワーク化が進んでいます。
- イ** 患者の診療記録や検査結果、地域連携クリティカルパス等の共有化により、専門医による診療支援、かかりつけ医と紹介先病院との連携などが促進され、安全で質の高い医療の提供が期待されるため、医療機関のネットワーク化を推進する必要があります。
- ウ** 県内病院における電子カルテ等の導入状況は、平成28年時点において39.7%の病院が導入し、25.4%の病院が導入予定としています。

県内の病院における電子カルテの導入率の推移



〔資料〕 県「医療施設機能調査」

- エ** 一方、複数の医療機関の連携に加え、医療・介護従事者等の多職種連携も重要となっていることから、その連携ツールとして情報通信技術に期待が高まっています。
- オ** ヘき地医療や在宅医療において、情報通信技術を活用した遠隔診療が期待されていますが、患者に対する安全性の確保や導入コスト、運用に当たっての体制の整備等が課題とされています。
- カ** 県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、「個別の医療機関に限らず、自分の治療のためなら、本人の同意を得た上で情報を共有してよい」と62.9%の方が回答しており、治療を進める上での医療機関同士による自らの診療に係る情報の共有に、多くの県民が理解を示しています。

施策の方向

- ア** 本県における医療情報の連携・ネットワークのあり方について、検討を進めます。
- イ** 質の高い医療提供体制の構築を図るため、情報通信技術を活用した多職種連携や遠隔医療の推進に係る取組を促進します。

(2) 医療・薬局機能、介護サービス情報の提供

現状と課題

ア 医療・薬局機能情報の提供

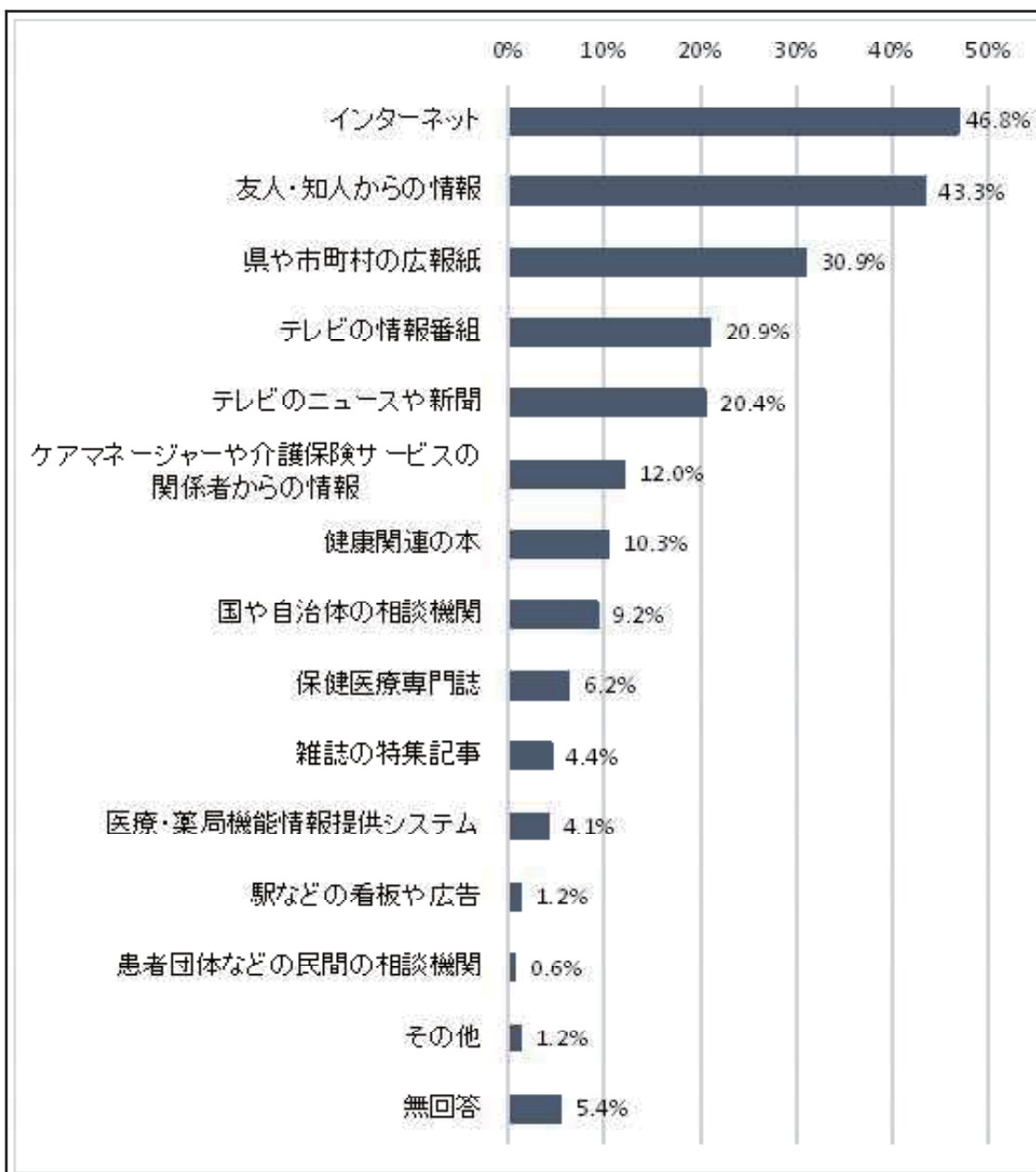
- ① 住民や患者が医療機関を適切に選択するためには、医療機関等が有している医療機能についての情報が必要となっています。
- ② 国は、良質な医療を提供する体制の確立を図るために、病院・診療所・助産所及び・薬局（以下「病院等」という。）は、当該施設の有する医療機能及び、薬局に関する情報（以下「医療・薬局機能情報」という。）を県に報告するとともに、報告した情報を各病院等において閲覧に供することとしています。
- ③ 本県では、病院等の管理者から報告された医療機能・薬局に関する情報を群馬県統合型医療情報システムによりインターネットで公開しています。
- ④ 公表している情報は、病院等の基本情報（病院等の名称、所在地、診療科目、診療日及び・診療時間）のほか、設備、専門医、対応可能な疾患などとなっています。
- ⑤ 基本情報は随時、その他の情報は毎年1回定期的に更新しています。
- ⑥ 県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、保健や医療に関する情報の入手方法として「インターネット」と回答した割合は46.8%で最も多くなっています。今後もインターネット等を活用し、医療・薬局機能情報を迅速かつ確実に収集し、提供することが求められています。

イ 介護サービス情報の提供

- ① 病院等を退院された人や通院中の人などが、介護保険サービスの利用を必要とする場合に、介護保険施設（特別養護老人ホームなど）や介護サービス事業所（デイサービスなど）の選択にあたって、利用者や家族などを支援するため、国が整備したインターネットによる検索サイト「介護サービス情報公表システム」を県が運営し介護サービス事業所等の情報を公表しています。
- ② 公表している情報は、基本情報（法人情報、所在地、従業者数、サービス内容及び利用料等）と運営情報（利用者権利擁護、外部機関等との連携、安全・衛生管理、従業者教育及びサービスの質の確保の取組等）です。
- ③ 今後もこのシステムや県のホームページなどで介護保険サービスの利用者や事業者が必要とする情報を迅速かつ確実に提供することが求められています。

保健や医療の情報の入手手段

医院（診療所）や病院で情報を入手する以外に、保健や医療に関する情報をどのような方法で入手しようと思いますか。（3個まで回答）



〔資料〕 県「保健医療に関する県民意識調査（H28年度）」

施策の方向

- ア** 病院等との情報共有等により、医療・薬局機能情報等を迅速かつ確実に収集できる体制の整備に努めます。
- イ** また、今後も、統合型医療情報システム等を活用して、医療や介護に係る様々な情報を効率的に提供できる体制を目指します。

(3) 地域連携クリティカルパス

現状と課題

ア 地域連携クリティカルパスは、急性期から回復期、維持期、在宅療養に至る各ステージで、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いる診療計画表です。

地域連携クリティカルパスは、診療の標準化・効率化や早期の在宅復帰、円滑な地域医療連携等に繋がるため、切れ目のない医療を提供するツールとして期待されています。

イ 大腿骨頸部骨折に対する地域連携クリティカルパスの適用が平成18年度の診療報酬で初めて対象となって以来、対象疾病が増加してきましたが、平成28年度から対象疾病の制限がなくなるなど、適用範囲が広がっています。

ウ 関係者間で地域連携クリティカルパス導入の必要性やメリットについて認識を共有することなどにより、普及を図ることが必要です。

エ 県では、平成19年度から地域連携クリティカルパスのモデル事業を実施し、主要な疾病について、地域連携クリティカルパスの導入を促進しています。

本県の地域連携クリティカルパスの導入状況

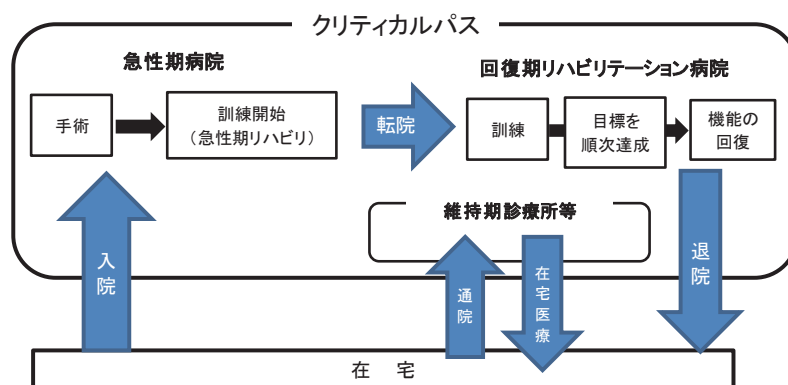
疾病	医療機関数		
	病院	診療所	合計
がん	44	197	241
急性心筋梗塞	6	32	38
脳卒中	48	67	115
糖尿病	10	90	100
大腿骨頸部骨折	40	3	43

〔資料〕 県「医療施設機能調査（H28年度）」

施策の方向

円滑な医療連携体制や効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、関係団体とも連携しながら地域連携クリティカルパスの普及を促進します。

地域連携クリティカルパスによる診療の流れ（例）



第7章

保健医療従事者等の確保

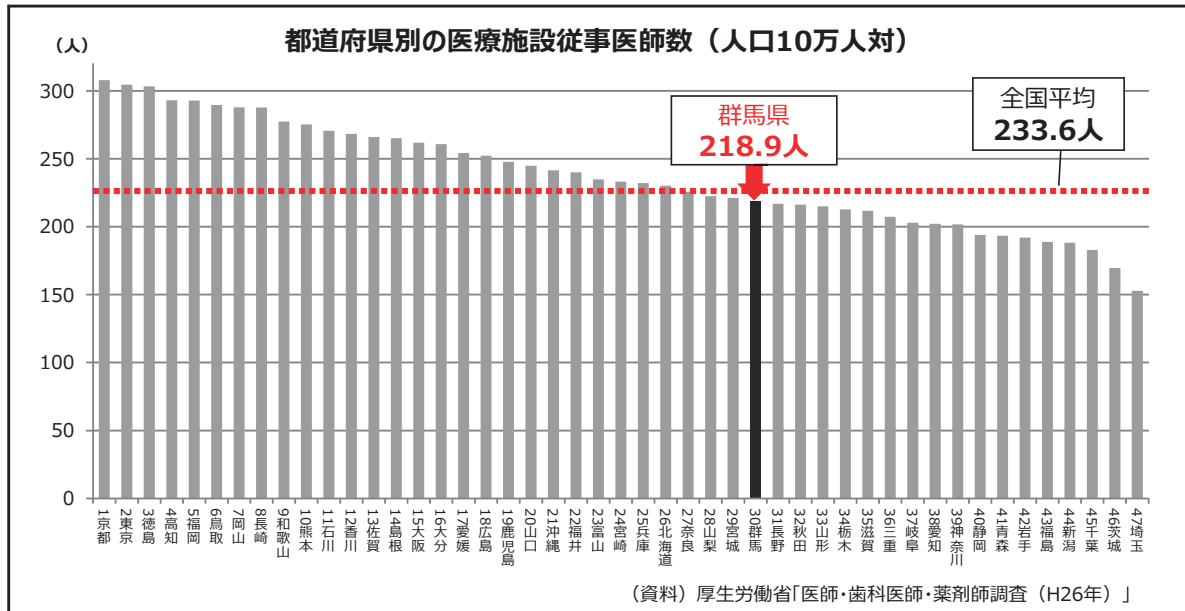
1 医師

(1) 医師の県内定着、特定地域における医師の確保

現状と課題

ア 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、本県で医療施設に従事している医師数は4,326人であり、前回の調査時（平成24年、4,281人）と比べ45人（1.1%）増加しています。人口10万人あたりでは218.9人（全国233.6人）であり、県全体では前回調査（214.9人）より増加はしていますが、全国をかなり下回っています（全国30位）。また、そのうち病院に勤務する医師の割合が61.4%（全国65.7%）と、同様に全国を下回る状況です。

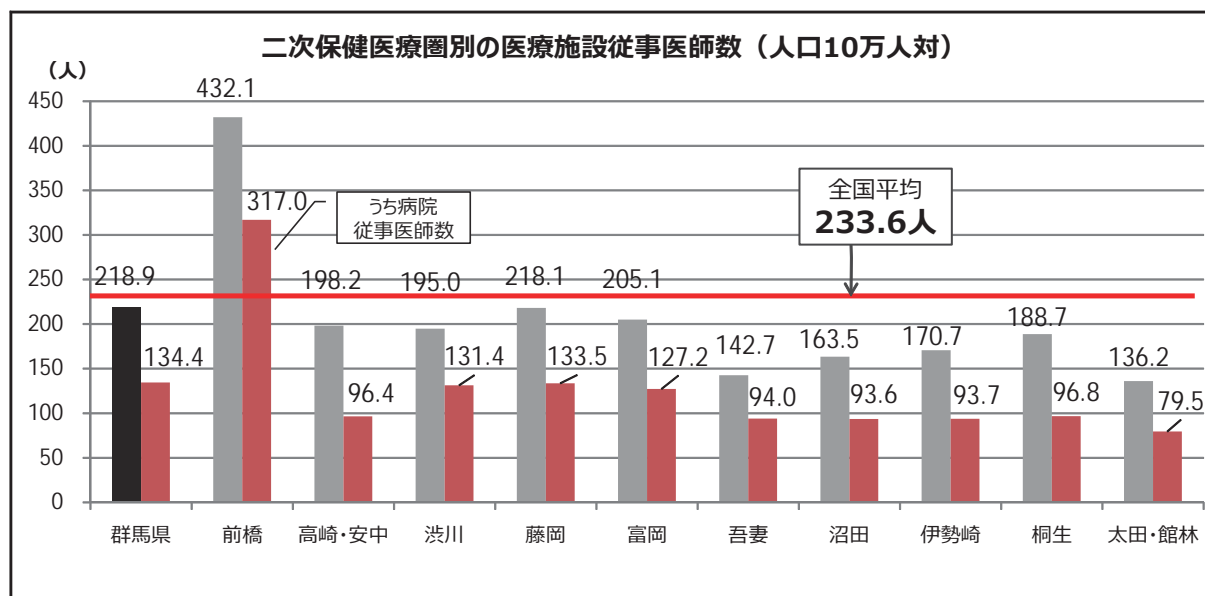
本県の地域医療の充実を図るためには、へき地等での医療従事に意欲の高い医師だけでなく、県全体として医師の絶対数、特に病院に勤務する医師数の確保が課題となっています。



イ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、本県の二次保健医療圏別での人口10万人当たりの医療施設従事医師数は、前橋保健医療圏で432.1人と全国を大きく上回っていますが、その他の9保健医療圏ではすべて県や全国を下回っています。

前回調査に比べ、前橋保健医療圏への医師の集中度はより高まっており、県内の地域間における医師の偏在が課題となっています。地域の中核病院では、医師不足により、入院の休止や外来の縮小などが発生しています。特に、県東部の太田・館林保健医療圏や県北部の2保健医療圏（吾妻・沼田）では人口10万人当たりの医療施設従事医師数が少なく、地域の実情に応じた医師の確保が必要です。

ウ 医師の地域偏在の背景には、高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安などがあることから、医師のキャリア形成への不安を解消しながら、医師不足地域の医師確保を支援する必要があります。



エ このため、本県では、平成25年10月に設置した群馬県地域医療支援センターにおいて、「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」を作成して地域医療を担う医師のキャリア形成を支援するとともに、医師不足病院への支援、情報発信や相談への対応を行うなど、若手医師の県内定着や医師の地域偏在の解消に向けて、群馬大学医学部と連携して取り組んでいます。

オ この群馬県地域医療支援センターの取組内容については、県医師会や県病院協会、群馬大学、地域医療有識者などが参画した群馬県地域医療連携協議会において、県内の医療関係者による連携協力体制の下で効果的・効率的に運営されるよう、必要な調整を行っています。

カ 本県では、群馬県における地域医療のリーダーを育成・確保するため、平成21年度から群馬大学医学部医学科の入学試験に「地域医療枠」（平成31年度までの定員暫定枠）を設けており、地域医療枠の学生に対して入学から卒業まで修学資金を貸与し、卒業後、医師として一定期間（貸与期間の3分の5倍の期間（従事必要期間））県内の公的病院等に勤務することで、修学資金の返還を免除することとしています。

平成29年4月現在、地域医療枠の入学定員は18名で、108名の群大医学生に修学資金を貸与しています。また、地域医療枠を卒業した医師について、臨床研修医25名、後期研修医6名が、全員群馬県内の医療機関に従事して地域医療に取り組んでいます。

キ 厚生労働省「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査（平成28年）」によると、医師が地方で勤務する意思がない理由の上位として、年代を問わず「労働環境への不安」が挙げられており、地域での医師確保のためには医師の勤務負担軽減が必要です。

施策の方向

（地域医療枠）

ア 当面平成31年度入学生まで継続される群馬大学医学部の「地域医療枠」を活用し、同枠学生への貸与事業により、将来、本県の地域医療に従事する医師の確保や定着に努めます。

地域医療枠を卒業した医師については、医師としてやりがいを感じながら地域医療に従事できるよう、地域医療支援センターとして群馬大学と連携の上、顔の見える関係の中で、相

談や助言、研修への参加や専門医資格取得後も含めたキャリア形成の支援等を行います。

平成32年度以降については、今後国において、医師の需給推計やこれまでの医学部定員の暫定枠の効果を踏まえて医学部定員の精査が行われる予定であり、国の動向を注視しつつ、地域医療の確保に支障を来すことのないよう、計画的に医師の育成・確保に取り組みます。

なお、平成30年度入学生以降の「地域医療枠」については、県内出身者に対象を限定するとともに、貸与修学資金の返還免除要件を、①卒業後、医師として従事必要期間県内の公的病院等に勤務すること、②従事必要期間において群馬県地域医療支援センターが作成する「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」に参加すること、③臨床研修修了後に県が指定する医師不足地域の医療機関や特に不足する診療科に一定期間（従事必要期間の4割以上の期間、へき地医療に従事する場合は3割以上の期間）勤務することと見直します（「医師不足地域」の考え方は（1）の「施策の方向」オ、「特に不足する診療科」の考え方は（3）の「施策の方向」ウを参照）。

（県地域医療支援センター）

イ 群馬県地域医療支援センターを核として、地域医療に従事する若手医師のキャリア形成と一体的に医師確保対策を推進し、医師の県内定着や地域偏在等の解消に取り組みます。

群馬県地域医療支援センターでは、主に次の医師確保対策に取り組みます。なお、医師確保対策の実効性向上等のため、当事者である地域医療枠等の医学生や若手医師の意向や意見を把握し、その活用を図ります。

① 医師不足状況等の把握・分析

県内の医療機関や地域の医師不足状況等の把握・分析、地域医療を志向する医師の情報収集・蓄積を行います。

② 医師不足病院の支援

ウェブサイトによりドクターバンクによる登録医師の求人・求職情報を県内医療機関に紹介し、本県で働くことに興味のある医師の県内医療機関への就業を支援します。

③ 医師のキャリア形成支援

地域医療枠医師をはじめとする若手医師のキャリア形成を支援するため、診療科ごとに、将来を見据え、経験を積みながら高度の診療能力を幅広く身に付けていくための「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」を提供し、地域医療に携わることへの動機付けを図ります。

なお、出産、育児、家族の介護の場合や、事前に想定できないやむを得ない特段の事情が生じた場合には、キャリアパスの内容の変更等に柔軟に対応できるよう配慮します。

④ 情報発信と相談への対応

ウェブサイト等を通じて県内医師確保対策に係る情報を発信するとともに、県内外の医師、医学生、高校生等からの相談に対応します。

また、地域医療への理解の醸成と人材の確保を図るため、群馬大学の地域医療枠学生をはじめとする地域医療に関心を持つ学生を対象として、県内の実際の地域医療の現場を体験するセミナーを定期的に実施します。

さらに、将来の県内従事医師を確保するための中・長期的な対策として、医師を目指す高校生向けの職場体験セミナーを、地域医療を担う複数の病院の協力を得て開催します。

医学生支援としては、地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安を解消するため、群馬県地域医療支援センター専任医師により地域医療卒学生に対して個別面談を実施するほか、地域医療に関心がある医学生からのさまざまな相談に対応します。

(高校生の医学部進学者増加)

- ウ 県内出身の医学部生は県外出身者に比べ将来県内で医師として勤務する可能性が高いことから、高等学校等と連携して、県内高校生の医学部進学者を増やす取組を推進します。

(キャリア形成支援による地域偏在対策)

- エ 地域の偏在対策としては、「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」において、本人の意向を尊重しながら地域の医療機関と県内中核病院とのローテーションを経験することで、医師の専門性を高めながらバランス良く地域医療に貢献することができ、地域偏在解消に寄与できることから、群馬大学の地域医療枠以外の学生も含め、本県の医療施設に従事する若手医師に対して、キャリアパスへの参加を促進します。
- オ 本県における「医師不足地域」については、「直近の厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』において、人口当たりの病院従事医師数が県平均値を下回る二次保健医療圏」と定義することとします。これによると、平成29年4月現在では、前橋保健医療圏を除く9保健医療圏が全て医師不足地域となります。

(地域医療関係者との連携・協力)

- カ 医師確保の取組を積極的・効果的に進めるため、県、県立病院、群馬大学、県医師会、県病院協会等の地域医療関係者の連携・協力体制の充実強化を図ります。
特に、群馬大学医学部附属病院改革の柱の一つである「地域医療研究・教育センター」では、県内医療関係者等と協働の上、地域医療支援センターの機能を拡充し、地域医療ネットワークの充実と医師配置の適正化を目指します。この取組を推進することで、県内における医師の地域偏在解消に寄与します。

(へき地医療支援機構や医療勤務環境改善支援センターとの連携)

- キ 地域医療支援センターとへき地医療支援機構は、連携を十分に図り、群大地域医療卒後医師や自治医科大卒後医師について、本人の希望を尊重しながら、へき地医療やへき地医療拠点病院も含めたキャリア形成支援を行います。
- ク 医師の勤務負担軽減について、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターとで連携を図り、地域医療卒後医師等が勤務する医師不足病院等の勤務環境について、必要に応じ情報共有を図ります。

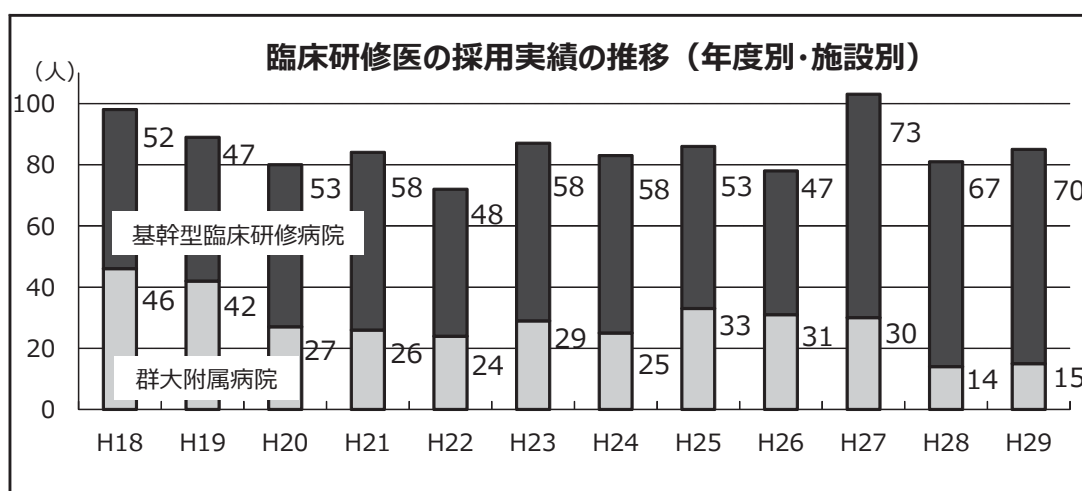
(厚生労働省データベースの活用)

- ケ 厚生労働省で開発中の「医師の配置状況等のデータベース」について、可能な範囲で「地域医療研究・教育センター」等における県内での医師の適正配置の検討に活用します。

(2) 研修医の確保

現状と課題

- ア 平成16年度から始まった新しい臨床研修制度において、大学卒業後2年間の臨床研修（初期研修）が必修となり、現在、県内では、群馬大学医学部附属病院と13臨床研修指定病院（基幹型）が、協力型臨床研修病院と連携して臨床研修を実施しています。
- イ 初期臨床研修医の採用状況を見ると、平成16年度の臨床研修必修化以降、一部の年を除きおおむね80人前後で推移しており、必修化前の平成15年度に県内で研修を開始した医師数（119人）に比べ、3分の2程度に少なくなっています。



- ウ 臨床研修を県内の病院で受けてもらうことは、その後の県内病院への医師の定着を図るうえで、重要です。特に、群馬大学医学部附属病院における臨床研修医の採用数は、ここ2年間15名程度に止まり、これにより大学病院から地域の医療機関への医師派遣が困難になることで、地域の公的病院等の医師不足の一因となっているとも言えます。
- エ また、臨床研修を修了した医師が、引き続き県内で希望する専門医研修に取り組むことができる環境づくりも必要です。平成30年度から開始される新たな専門医制度に関し、県内で受けることが可能な新専門研修プログラム等について、魅力ある質の高いものとするとともに、その内容について広く周知することが重要です。

加えて、県、市町村、県医師会、県病院協会、群馬大学医学部附属病院等で構成される都道府県協議会（基幹病院長会議）において、地域医療の観点から新専門研修プログラム等の運用実績の検証等を行い、新専門研修プログラムや専門医の認定を行う第三者機関である日本専門医機構に対し、必要に応じてプログラムの改善等について意見を提出することが求められています。

施策の方向

（ぐんまレジデントサポート協議会）

- ア 県内すべての基幹型臨床研修指定病院と群馬大学医学部附属病院、県医師会、県により構成するぐんまレジデントサポート協議会において、県内の臨床研修体制の充実と研修医の確

保・支援を図ります。

なお、研修医確保対策の実効性向上等のため、当事者である若手医師の意向把握や主体的な参画促進を図ります。

イ 臨床研修医の確保対策として、県内の臨床研修指定病院見学バスツアー、臨床研修医向けのセミナー等を実施します。

また、県内の各臨床指定研修病院における指導医の養成講習会を開催する等により、各病院の指導体制の充実や研修プログラムの充実を支援します。

さらに、臨床研修指定病院の指定を目指す県内病院を支援し、基幹型臨床研修病院の増加を図ります。

(新たな専門医制度)

ウ 新たな専門医制度については、県内の新専門研修プログラムに係る合同説明会を開催するとともに、民間主催の合同ガイダンスに出展し、県外の臨床研修医等に情報発信を行います。

また、都道府県協議会により、新たな専門医制度に関して地域医療に配慮した研修体制等を確保するため、関係団体と連携して適切な検証を行い、適宜日本専門医機構へ意見を提出することにより、新専門研修プログラムの改善を促進します。

(3) 特定診療科の医師の確保

現状と課題

ア 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、診療科別における医療施設に従事している医師数は、当直医不足や勤務環境等により、従来から医師不足が指摘されている産婦人科に加え、主要診療科である外科についても、直近は増加しているものの、10年前（平成16年）と比較すると減少傾向にあります。

主要な診療科の医療施設従事医師数

【群馬県】		【全国】										
		H16	H18	H20	H22	H24	H26	H16→H26 推移	H16	H26	H16→H26 推移	
群馬県	内科	1,520	1,506	1,519	1,567	1,573	1,598	78	100,991	110,285	9,294	
	外科	462	461	439	431	430	448	▲ 14	28,097	28,043	▲ 54	
	整形外科	311	311	326	328	330	330	19	18,771	20,996	2,225	
	脳神経外科	88	91	92	85	86	90	2	6,287	7,147	860	
	小児科	270	260	269	274	284	295	25	14,677	16,758	2,081	
	精神科・心療内科	191	201	216	229	226	235	44	12,903	16,090	3,187	
	泌尿器科	105	106	107	104	109	111	6	6,032	6,837	805	
	産婦人科・産科	172	168	168	162	156	162	▲ 10	10,594	11,085	491	
	麻酔科	111	114	124	124	143	150	39	6,397	8,625	2,228	
	救命救急	-	14	11	22	32	45	(45)	-	3,011	(3,011)	
	その他	603	730	688	752	844	812	209	51,919	67,968	16,049	
	全医師数	3,908	4,026	4,026	4,145	4,281	4,326	418	256,668	296,845	40,177	

(資料) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

イ また、小児科の医師数は平成18年以降減少に歯止めがかかっていますが、小児救急医療に従事する当直が可能な勤務医師数や、新生児を専門とする医師数は増えていません。

ウ 近年、大学病院からの医師派遣停止や開業等による退職増により、県内の中核病院におい

ても、医師不足の診療科等について休止や縮小等が生じています。特に、小児医療、周産期医療、救急医療等に携わる病院勤務医師は、当直を含め不規則な長時間勤務を余儀なくされており、これらの分野に従事する医師を確保する等の取組が求められています。

- エ** 高齢化社会の進展等により、地域包括ケアの観点から今後ますます需要が見込まれる在宅医療や、介護保険施設等の現場、さらに地域の中小病院・中核病院、へき地の医療機関など地域医療の第一線で必要となる総合診療医の育成・確保が必要となっています。

施策の方向

(医師確保修学研修資金貸与事業)

- ア** 小児科や産婦人科、麻酔科、救急科、外科、整形外科といった、医師不足が深刻な診療科について、医師確保修学研修資金貸与事業を活用し、医師の県内定着に取り組みます。

(周産期医療従事者の育成等)

- イ** 周産期医療従事者育成支援として、分娩手当を支給する県内医療機関を支援して産婦人科医等の処遇改善を図るとともに、周産期医療の知識や技術の向上に資するセミナー等の開催を支援し、周産期医療への関心を高める等により、産婦人科医の育成・確保に取り組みます。

(不足する診療科)

- ウ** 本県における「特に不足する診療科」については、次のとおりとします。

特に不足する診療科	医師の確保が必要な理由・背景
産婦人科	ハイリスクな妊娠の増加や新生児医療を専門とする医師の減少等から、周産期医療体制の確保は重要な課題であり、特に病院で当直可能な産婦人科医や小児科医の確保が課題となっているため。
小児科	
麻酔科	全身麻酔の手術に必要不可欠な医師であり、近年医師数は増加傾向にあるが、絶対数が不足しているため。
救急科	県民意識調査で「不足している医療分野」として「救急医療」が挙げられており、近年医師数は増加傾向にあるが、絶対数が不足しているため。
外科	手術一般に必要不可欠な医師であり、手術の高度化や当直を含めた不規則な勤務環境等から、特に若手医師の外科離れが顕著であるため。
整形外科	高齢化の進展により、今後ロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防等の観点から重要性が高まると考えられるが、若手医師が不足しているため。
総合診療	地域包括ケア推進の担い手として重要性が今後より高まると考えられるため。

(総合診療医の育成・確保)

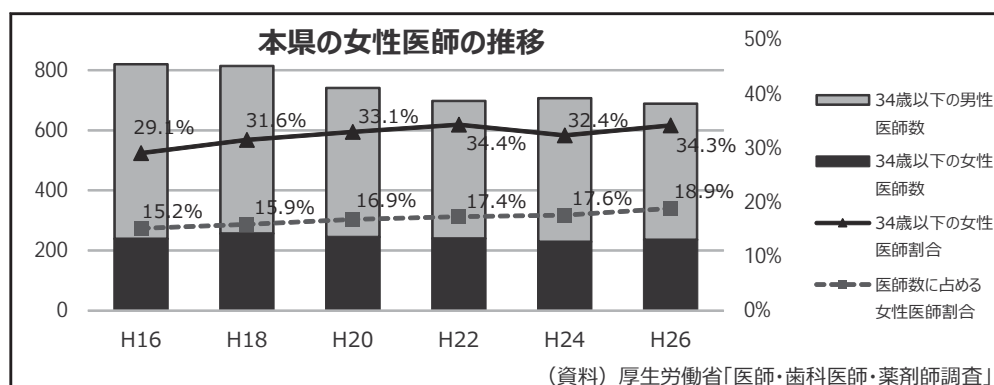
- エ** 新専門医制度において、多くの医師が本県での総合診療医の専門研修を希望するよう、県内の専門研修プログラムについて、質の向上や地域医療確保等の観点から適宜改善を図ります。

また、「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」により、専門医取得後も含めて、県内で更に総合診療医としてのキャリアが形成できることについて、医師への周知や意識付けを図ります。

(4) 女性医師等の働きやすい就業環境づくり

現状と課題

ア 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、本県で医療施設に従事する医師に占める女性医師の割合は18.9%（前回17.6%）で、着実に増加しています。特に、34歳以下の若手医師については、女性医師の割合は近年30%を超えています。



イ 女性医師は、妊娠、出産等のライフイベントが重なると、就労の継続が困難となる場合があることから、医療機関、大学、県医師会等と連携して、子育てしながら生涯にわたり女性医師が安心して医療に携わることができるような環境づくりを推進する必要があります。

施策の方向

（女性医師が働きやすい就業環境の整備）

ア 女性医師のライフステージに応じた就労を支援し、離職防止・復職支援に必要な職場環境整備や女性医師が働きやすい就業環境の整備を推進します。

（保育サポーターバンクの支援）

イ 県医師会では、子育て世代の医師が仕事と家庭（育児）を両立できるよう、育児支援を必要とする女性医師等に対して、子育て医師保育支援相談員が、そのニーズに沿った保育サポーター等の情報提供や紹介を行うとともに、その保育費用の助成等を行う「保育サポーターバンク」を運営しています。県では、子育て世代の女性医師等の離職防止を図るため、その取組を支援します。

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 医師の県内定着、特定地域における医師の確保					
①	人口10万人当たりの医療施設従事医師数	218.9人	H26	234人以上	H35
2 研修医の確保					
②	臨床研修医の採用人数	85人	H29	119人以上	H35

※目標の根拠：①厚生労働省調査(H26)の全国平均以上、②臨床研修必修前の採用実績(H15)以上

2 歯科医師

現状と課題

ア 歯科医師数・年齢など

- ① 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、本県の歯科医師数は1,408人となっており、平成24年（1,397人）と比べて11人増加していますが、人口10万人あたりでは69.7人と、全国平均（81.8人）を下回っています。

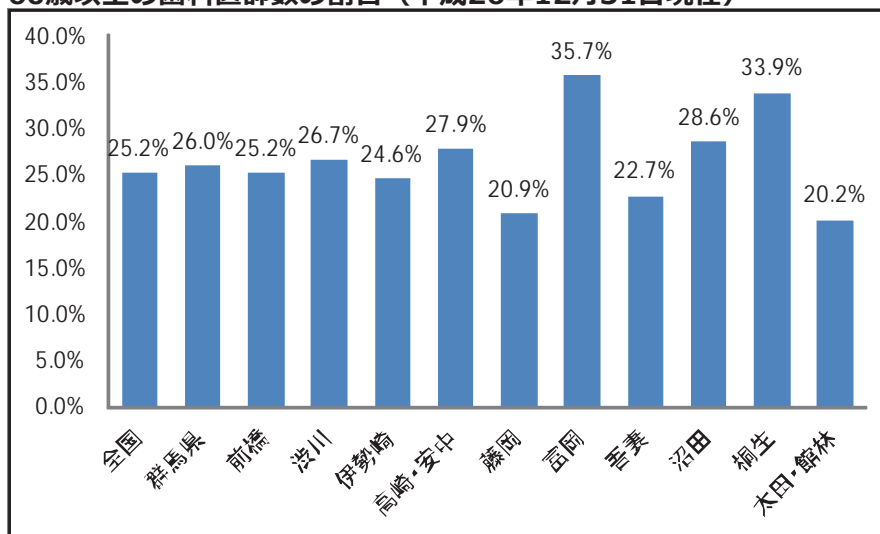
歯科医師数の推移（各年12月31日現在）

	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26
全国総数	92,874	95,157	97,198	99,426	101,576	102,551	103,972
群馬県	1,219	1,251	1,251	1,329	1,362	1,397	1,408
前橋	276	260	264	282	287	304	319
渋川	43	43	50	55	63	67	61
伊勢崎	115	124	120	130	138	143	140
高崎・安中	260	273	284	319	335	333	351
藤岡	62	61	48	43	43	52	43
富岡	45	44	42	44	43	42	42
吾妻	29	28	26	25	24	25	23
沼田	50	51	49	49	50	46	49
桐生	128	137	125	127	133	129	124
太田・館林	211	230	243	255	246	256	256

〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- ② 本県の歯科医師の平均年齢は、「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、51.7歳で、全国平均（50.4歳）を上回っており、前回（平成24年）に比べ0.9歳上昇しています。また、60歳以上の歯科医師の割合を見ると、本県は26.0%で、全国平均（25.2%）を上回っています。地域別で見ると、約10%上回っている地域もありました。

60歳以上の歯科医師数の割合（平成26年12月31日現在）



〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」

- ③ 歯科医師は都市部へ集中し、山間部では不足する傾向があり、無歯科医地域などもあります。今後は地域における適正な歯科医師数を確保・維持したうえで、歯科医師の資質向上を図っていく必要があります。

イ 歯科医師をめぐる状況の変化

- ① 高齢化の進行に伴い高度化・多様化する歯科保健医療のニーズに対応するため、生涯を通じた歯科医師の研修が必要となっています。
- ② 県民が生涯を通じて歯と口の健康を守り、質の高い生活を送るために、歯科疾患の治療だけでなく、各種健診、予防処置、歯科保健指導等を通じた歯科医師による総合的な関わりが必要とされています。

施策の方向

ア かかりつけ歯科医の推進

- ① 県民の多くは、かかりつけ歯科医を「症状がある時に決まっていく歯科医院」と考えていますが、「症状がなくとも、歯石除去や清掃指導などを定期的に受ける」という「予防歯科」の概念の普及に努めます。
- ② 歯科医師は、かかりつけ歯科医として、定期的な歯科検診（健康診査及び健康診断を含む）、歯科保健指導、予防処置、歯科保健指導を行い、健全な歯科口腔保健の維持向上に努めます。

イ 歯科医療機能の充実

- ① 障害児歯科診療や訪問歯科診療、周術期の口腔機能管理など、患者の状況にあった適切な歯科口腔保健サービスが提供できるよう、研修会の開催などを通じて技術の習得を推進します。
- ② 乳幼児期から高齢期まで、生涯を通じた切れ目のない口腔機能の獲得・維持向上に関する施策を推進します。
- ③ 無歯科医地区等が所在する市町村に対し、歯科診療所の施設・設備整備やその運営支援を通じて、歯科医療提供体制を整備します。また、地域歯科医師会と連携を図りながら、在宅歯科医療における歯科医療提供体制の充実を支援します。

3 薬剤師

現状と課題

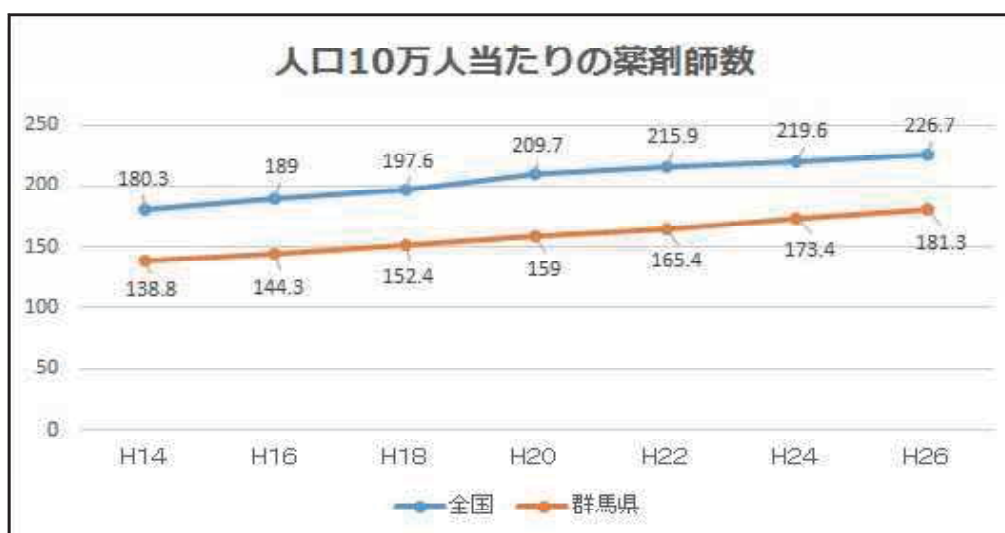
ア 薬剤師数

- ① 本県の平成26年における薬剤師数は、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成26年）」によると、3,583人であり、平成24年（3,454人）と比べ129人増加していますが、人口10万人当たりでは181.3人となっており、全国平均（226.7人）を下回っています。
- ② 県内の薬剤師のうち、57.2%が薬局、23.6%が病院・診療所等で業務を行っています。
- ③ 本県の平成29年4月現在の薬剤師養成施設は、高崎健康福祉大学の1校で、定員は90名となっています。

本県の薬剤師数の推移（業務の種別）

	薬局	病院・診療所	大学・行政	医薬品販売業等	医薬品製造業・製造販売業	その他	無職	総数
昭和6 1	537	494	81	200	140	86	202	1,740
昭和6 3	587	534	86	210	147	99	195	1,858
平成 2	572	619	97	241	222	67	158	1,976
平成 4	618	632	91	236	222	58	155	2,012
平成 6	747	666	98	214	271	54	89	2,139
平成 8	895	743	100	253	292	39	108	2,430
平成1 0	964	781	104	258	287	54	98	2,546
平成1 2	1,104	800	113	307	263	34	105	2,726
平成1 4	1,254	807	109	227	275	51	98	2,821
平成1 6	1,314	844	101	285	259	40	93	2,930
平成1 8	1,442	855	119	239	264	49	90	3,078
平成2 0	1,571	857	122	249	238	71	91	3,199
平成2 2	1,722	878	141	213	211	61	95	3,321
平成2 4	1,891	865	155	176	204	64	99	3,454
平成2 6	2,049	847	149	190	189	59	100	3,583

〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」



〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

イ 薬剤師をめぐる状況の変化

- ① 医療技術の高度化、医薬分業の進展等に伴い、より高い資質を持つ薬剤師養成のため、平成18年度から薬学教育6年制が導入されています。薬学教育が6年制になったことで、医療現場での実践教育が可能となり、より高度な薬物療法の提供が可能となっています。
- ② 在宅医療の進展に伴い、地域医療の場における薬歴管理の一元化や服薬指導の徹底のほか、かかりつけ医との連携による効果的な薬物療法の提供が求められています。
- ③ 地域住民の身近な存在として健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付けるほか、適切な受診勧奨や関係機関等の紹介を行う役割を担っています。
- ④ 病院においては、チーム医療の一員として高度な薬学管理能力を発揮し、適切な薬物療法の選択のほか、抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などの対応力が求められています。
- ⑤ これらのニーズに対応することのできる人材の育成が必要となっています。

施策の方向

ア 薬剤師の養成と確保

- ① 県薬剤師会及び県内外の薬科大学と連携し、大学等が行う実務研修の場の確保に努めるとともに、県内出身の薬科大学生の県内での就職を呼びかけるなど、薬剤師の育成・確保を推進します。
- ② 県薬剤師会と連携し、県内の薬剤師の就職情報の提供により、未就業の薬剤師の再就職や県内出身薬剤師のUターン就職のほか、県外出身薬剤師のIターン就職を支援します。

イ 薬剤師の資質向上

- ① 処方内容の確認や薬歴管理の一元化、服薬指導の徹底、さらには、患者に対する効果的な薬物療法の提案や副作用の説明などを適切に行うため、薬剤師の資質向上を推進します。
- ② 県薬剤師会と連携し、研修会の開催や医薬品情報の迅速な提供に努めるとともに、在宅医療に適切に対応できる薬剤師や災害時に医薬品の管理・提供を適切に行える災害従事薬剤師の人材育成に取り組みます。

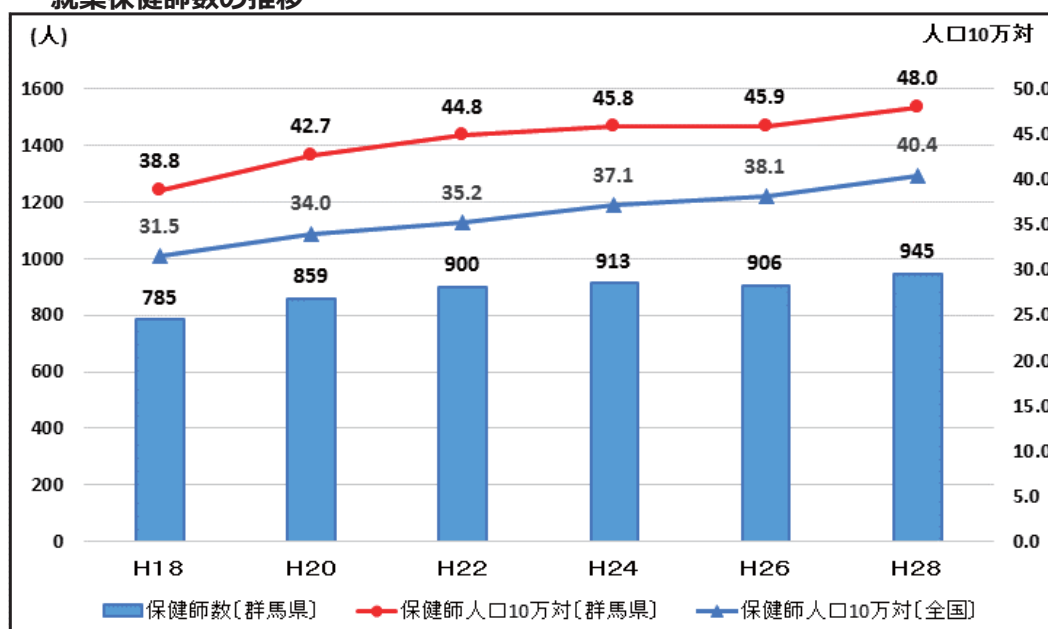
4 保健師

現状と課題

ア 保健師の養成と就業状況

- ① 本県の平成29年4月現在の保健師の養成施設は、看護系大学7校となっています。
県内の7大学では保健師課程選択制を導入しており、定員580人のうち170人の保健師養成が行われています。
- ② 本県の平成28年における就業保健師数は945人で、人口10万人当たりでは48.0人となっており、全国平均（40.4人）を上回っています。
- ③ 保健師の主な就業場所は、市町村や保健所のほか、事業所、病院などであり、このうち市町村が646人（68.4%）と最も多くなっています。

就業保健師数の推移



厚生労働省「衛生行政報告例」

イ 保健師をめぐる状況の変化

- ① 保健師は、個々の住民や地域全体の健康の保持増進及び疾病の予防を図るため、保健活動を行っていますが、疾病構造や社会情勢等の変化に伴い、生活習慣病予防や介護予防、虐待防止対策など、保健師の活動領域は拡大、多様化しています。
- ② さまざまな健康課題に対応するため、保健指導などの直接的な保健サービスの提供はもちろんのこと、地域包括ケアシステムの構築、健康危機管理における対応、地域保健関連施策の企画、立案、実施、評価を行うことなどが求められています。

施策の方向

ア 保健師の養成と確保

- ① 教育機関との連携を強化し、より実践的で効果的な公衆衛生看護学実習を行うなど、実

践能力の高い保健師の養成を支援します。

- ② 市町村保健師の確保を促進するため、保健師採用に関する情報を周知するなど、引き続き支援を実施します。

イ 保健師の質の向上

「群馬県保健師人材育成の手引き」に基づき、高度化・多様化する地域の健康課題を把握し、その解決に向け、住民ニーズに対応できる保健師の育成研修を体系的に行うなど、保健師の質の向上に努めます。

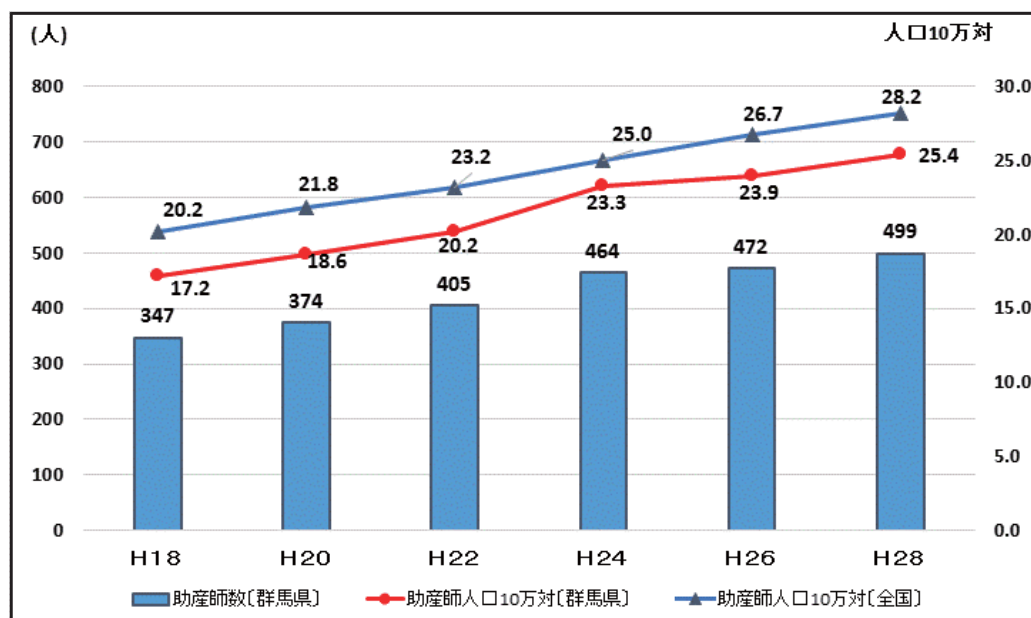
5 助産師

現状と課題

ア 助産師の養成と就業状況

- ① 本県の平成29年4月現在の助産師養成施設は、大学院、大学及び専修学校等の養成施設が5校あり、定員は60人となっています。
県内の分娩を取り扱う医療機関は減少しており、実習施設の確保が難しくなっています。
- ② 本県の平成28年における就業助産師数は499人で、人口10万人当たりでは25.4人となっており、全国平均（28.2人）を下回っていますが、年々その数は増加しています。
- ③ 助産師の主な就業場所は、病院が61.9%、有床診療所が20.8%となっており、有床診療所が微増しました。

就業助産師数の推移



厚生労働省「衛生行政報告例」

イ 助産師をめぐる状況の変化

- ① 産科を取り巻く現状は産科医師不足や分娩施設の減少、産科の混合病棟化、ハイリスク妊産婦の増加など、依然厳しい状況にあり、助産師の積極的な活用による安全・安心な出産環境の確保が求められています。
- ② 少子化による分娩件数の減少やハイリスク妊産婦の増加により、周産期母子医療センター等では、助産師の経験年数に応じた正常分娩の介助経験等の実践を積み重ねることが難しい状況が見られます。また、地域によっては助産師の確保が困難な状況にあります。
- ③ 母子保健分野において、安心した育児と子どもの健やかな成長を支える地域の支援体制づくりが課題となっています。その一つとして、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のな

い支援を提供する「子育て世代包括支援センター」を全市町村に設置できるよう準備を進めています。

これまで行ってきた母子保健事業に加え、より手厚い母子への支援を行うため、助産師の専門性を活かした支援が必要です。

- ④ 地域社会の中で命の重要性を広く説き、思春期から更年期に至る女性のライフステージに合わせた健康問題への対応等、助産師の幅広い活躍が期待されています。

施策の方向

ア 助産師の養成と確保

養成所への運営費補助や助産師学生への修学資金の貸与等により、助産師の養成及び県内就業の促進を引き続き行います。

イ 助産師出向支援導入事業の検討

地域における助産師の偏在の緩和や助産師の助産実践能力の強化支援等を図ることを目的に、助産師出向支援導入事業の実施について検討します。

ウ 助産師の質の向上

- ① 助産実践能力の向上はもちろんのこと、女性の生涯を通じた健康問題に対応できる質の高い助産師を育成するため、新任助産師研修や再教育研修の充実に努めます。
- ② 行政保健師と連携を図り、地域の母子保健分野で活動する助産師の育成支援に努めます。

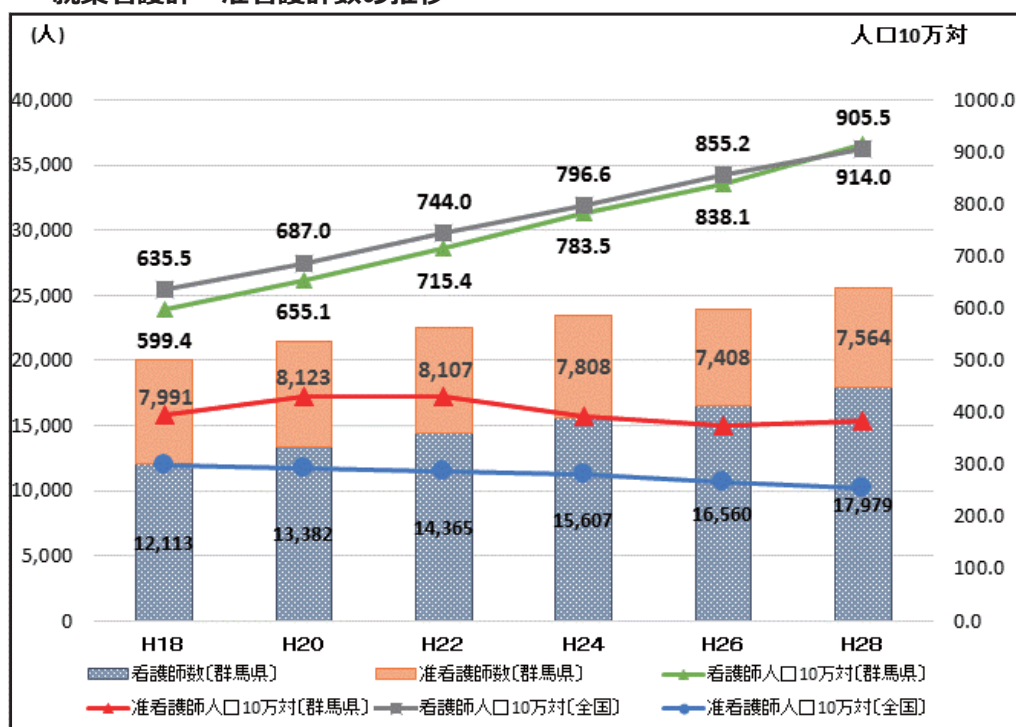
6 看護師・准看護師

現状と課題

ア 看護師・准看護師の養成と就業状況

- ① 本県の平成29年4月現在の養成施設は、大学、専修学校等の看護師等学校養成所が28校29課程あり、定員は1,564人となっています。
- ② 本県における卒業後の就業状況を見ると、平成29年3月の卒業生1,330人のうち、看護師・准看護師として就業した者は1,169人で、県内就業者は855人、県内就業率は73.1%となっています。大学の卒業者の県内就業率は低く、看護師としての就業は493人、県内就業者は244人、県内就業率は49.5%となっています。
- ③ 本県の平成28年における看護師・准看護師数は25,543人となっており、平成18年と比べ約1.3倍、約5,400人増加しています。このうち、准看護師数はほぼ横ばいであり、看護師数は年々増加しています。
- ④ 人口10万人当たりの看護師数は、平成28年は914.0人であり、全国平均の905.5人よりも初めて多くなりました。
- ⑤ 就業場所別に見ると、病院及び診療所が約78%を占めていますが、近年では介護保険施設（13.5%）や訪問看護ステーション（3.2%）への就業が増加しています。

就業看護師・准看護師数の推移



厚生労働省「衛生行政報告例」

イ 看護師をめぐる状況の変化

- ① 医療は高度化・専門化しており、住民のニーズも多様化しています。そのため、専門看護師や認定看護師等の水準の高い看護が提供できる看護師の養成が求められており、併せ

て看護全体の質の向上も必要となっています。

- ② 我が国では前例のない少子高齢社会を迎えており、本県も例外ではありません。今後、ますます医療のニーズが高まることが予測され、在宅医療の推進を図ることが求められており、訪問看護の果たす役割に期待が高まっています。
- ③ 在宅医療の推進には、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師等の判断を待たずに手順書により一定の診療の補助を行う看護師を養成し、確保していく必要があることから、平成27年10月から「特定行為に係る看護師の研修制度」が始まりました。特に訪問看護事業所等において、研修の受講の促進が望まれます。
- ④ 入院医療から在宅医療への移行には、入院時から退院後の生活を見据えた看護ケアの提供と、退院に向けて多職種と調整を図る看護職員の質の向上が不可欠であり、回復期の看護を担う人材育成が重要です。
- ⑤ 介護保険施設や福祉施設では看護職員を確保することが難しい状況があり、さらに医療従事者が少ない環境での看護サービスの提供が多いことから、人材の確保と併せて実践力が高く自律的に活動できる看護師等の育成・確保が課題となっています。

ウ 群馬県ナースセンターによる看護師確保

- ① 群馬県ナースセンターにおいて、看護師等の無料職業紹介事業、看護に関する普及啓発活動、潜在看護職員復職支援研修等を行っています。センターの機能充実のため、八口ワークでの相談を開始したり、ナースセンター事業運営委員会での協議等を行っていますが、さらなる強化が必要です。
- ② 平成27年10月から看護師等の離職時の届出制度が始まり、免許を持ちながら看護師等の仕事に就いていない人にナースセンターに届出してもらうことにより、潜在看護師等を把握し、復職への働きかけを行うことを目的としています。この制度を推進することにより、看護師等を確保することが求められています。

エ 医療勤務環境改善支援センターによる支援

医療法改正により、医療機関がP D C Aサイクルを活用して計画的に勤務環境改善に取り組むことができるよう、都道府県に医療勤務環境改善支援センターを設置することが努力義務化されました。

本県でも平成27年2月にセンターを設置し、個々の医療機関が勤務環境改善に取り組むことを支援するため、運営協議会や研修会の開催、相談等を実施していますが、医療機関への支援機能の更なる充実強化が求められています。

施策の方向

ア 看護師・准看護師の養成と確保

① 養成力の充実及び県内就業促進

- ・ 看護師等養成所への運営費補助や施設・設備整備への補助等により、看護師等の養成を支援するとともに、修学資金の貸与により県内で看護職員の確保が困難な過疎地域や小規模病院・診療所、施設等への就業を促進します。

- ・ 専任教員養成講習会の開催や継続研修の開催、病院等での看護学生実習の指導に当たる看護職員を対象とした実習指導者講習会を開催することにより、養成力の向上を図ります。
- ・ 県内の看護師等学校養成所を紹介する進学ガイドの作成や看護職の魅力を伝えるイベント等を開催し、看護職を目指す学生等の確保に努めます。

② 離職防止対策

医療機関等の院内保育施設の運営費や施設整備への支援、医療勤務環境改善支援センターによる研修会の開催・相談事業の実施等により、看護師等の医療従事者が働きやすい環境整備を支援します。

また、新人看護職員研修を実施するとともに、各医療機関で取り組む新人看護職員研修への支援をすることにより、早期離職の防止と定着を図ります。

③ 再就業の促進

看護師等免許保持者の離職時の届出制度を活用し、群馬県ナースセンターを拠点として、再就業に関する情報提供に取り組むほか、最新の知識・技術を習得する研修の実施、ハローワークとの連携による就業相談の充実等により、復職支援体制を強化します。

イ 看護師等の質の向上

- ① 県内看護系大学及び県看護協会等の関係機関と連携し、高度化・専門化する医療に対応可能な認定看護師・専門看護師の養成・確保を支援します。
- ② 今後ますます高まる在宅医療のニーズに対応するため、特定行為看護師の確保に努めます。
 - ・ 県内の受講者数や修了者の実践状況、指定研修機関及び協力施設の実施状況等について把握し、研修受講促進に関わる課題を検討します。
 - ・ 研修等を通じて制度に関する普及啓発を実施し、広く理解を求めます。
 - ・ 受講に係る経費への補助制度を利用し、特定行為看護師の確保を推進します。
- ③ 在宅医療及び介護・福祉関係施設等における看護ニーズに対応可能な看護師等の確保・育成を推進します。
 - ・ 訪問看護に従事する看護師等を確保するとともに、在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう、訪問看護研修事業を実施します。
 - ・ 回復期の看護を担う看護職員が在宅医療を見据えた看護ケアが提供できるとともに、関係者・関係機関との調整力を向上させることができるよう支援します。
 - ・ 関係機関と協力し、介護・福祉関係施設に勤務する看護職員に対する研修支援を検討します。

7 その他の保健医療従事者

現状と課題

ア 養成の状況

県内の管理栄養士、栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、救急救命士、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師の各養成施設では、それぞれの特色を活かしながら、質の高い医療従事者の養成に取り組んでいます。

イ 医療従事者数

厚生労働省「病院報告（平成28年）」、同「衛生行政報告例（平成28年度）」などによると、本県の人口10万人当たりの従事者数で全国平均を上回っている職種は、管理栄養士、栄養士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士、臨床検査技師、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、柔道整復師などです。

ウ チーム医療の実践

様々な医療スタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有しながら業務を分担するとともに、互いに連携・補完し合って、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療の実践が広がっています。

チーム医療による適切なインフォームド・コンセントの下、患者本人の選択と意思が尊重され、医療・介護・福祉の多職種がフラットに連携して患者・家族のQOL（生活の質）を高める医療を提供するために、医師、看護師を含めた保健医療従事者には様々なニーズに的確かつ柔軟に対応できるよう資質の向上が求められています。

施策の方向

ア 人材の確保

県民ニーズに応じた医療サービスの提供に支障を来すことのないよう、関係団体等の協力を得ながら、高齢化の進展や医療の高度化・多様化等に対応した人材の確保に努めます。

イ 資質の向上

関係団体等の実施する研修等の取組を通じて、新任者や現任者の養成や資質の向上を推進します。

医療従事者の養成施設の状況・県内従事者数

職 種	養成 施設数	入学 定員	県内 従事者数	人口10万対	
				群馬県	全 国
管理栄養士	3	240	413 *	21.0 *	17.6 *
栄養士	3	170	141 *	7.1 *	3.6 *
診療放射線技師	2	105	709 *	36.1 *	34.7 *
臨床検査技師	1	40	907 *	46.1 *	43.1 *
理学療法士	6	315	1,149 *	58.4 *	58.1 *
作業療法士	4	135	676 *	34.4 *	34.3 *
視能訓練士	—	—	46 *	2.3 *	3.3 *
言語聴覚士	1	40	252 *	12.8 *	11.8 *
臨床工学技士	2	90	321 *	16.3 *	16.0 *
義肢装具士	—	—	2 *	0.1 *	0.1 *
歯科衛生士	5	247	2,046	104.0	97.6
歯科技工士	—	—	667	33.9	27.3
救急救命士	1	50	458	23.3	30.0
あん摩マッサージ指圧師	1	76	1,588	80.7	91.6
はり師	2		1,244	63.2	91.4
きゅう師	2		1,216	61.8	89.8
柔道整復師	3	120	1,067	54.2	53.7

(注) *印は、病院における従事者数であること。

〔資料〕救急救命士：総務省消防庁「救急・救助の現況（平成28年版）」

歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、

柔道整復師：厚生労働省「衛生行政報告例（H28年度）」

その他の医療従事者：厚生労働省「病院報告（H28年）」

8 介護サービス従事者

現状と課題

- ア** 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成28年）」によると、県内の介護施設・事業所の従事者は52,053人となっています。
- また、利用者を直接処遇する介護職員及び訪問介護員は28,723人で、そのうち介護福祉士資格保有者は13,355人となっています。
- イ** 要介護者やその家族を支援する介護支援専門員（ケアマネジャー）登録者は、平成28年度末時点において10,435人となっています。
- ウ** 高齢者人口の増加に伴い、今後も介護サービスへのニーズの増加が見込まれる一方、生産年齢人口の減少などにより介護職種の有効求人倍率は平成28年度末時点において全産業の2倍以上となっており、介護の現場では慢性的な人材不足の状況にあります。
- エ** 認知症高齢者の増加等に伴い、多様化・高度化する介護ニーズへの対応も必要であることから、人材の確保だけでなく、資質の向上も求められています。
- オ** 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう地域包括ケアシステムの構築を進める上で、医療・介護の連携やサービス調整を担う介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割が重要となっています。

施策の方向

ア 介護人材確保対策

将来にわたり、介護サービスを安定的に供給していくため、新たな人材の養成・就労促進、介護職員の定着支援、介護の意義・やりがい・重要性のPR等を行い、人材確保を図ります。

イ 介護職員の資質向上

多様化・高度化する介護ニーズへの対応や、在宅医療と介護の連携を図るため、県内の研修体制の充実や研修受講の支援等を行い、介護職員の資質向上を図ります。

ウ 介護職員のキャリアアップ

県全体の介護サービスの質の向上を促進するとともに、介護職員の意欲向上・職場定着を図るため、介護職員のキャリアアップを支援します。

エ 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上

地域包括ケアシステムの構築において重要性が増している介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上を図るための研修を行います。

(余白)

第8章

計画の推進・評価

第8章 計画の推進・評価

第1節 計画の推進

計画の推進

この計画は、地域の最も重要な社会基盤の1つである医療提供体制の確保に向けて、県や市町村などの行政、医療提供者、関係団体及び県民が、ともに考え、ともに行動するための基本的な指針として策定するものです。

計画を着実な推進を図り、県民の誰もが安全で質の高い保健医療サービスを受けることができる環境を整備するためには、それぞれの主体がお互いの役割を認識しながら、協働して計画の推進に取り組む必要があります。

行政の役割

(1) 県の役割

ア 県は、この計画について、市町村をはじめ県内の関係者や県民に対して周知を図るとともに、進捗状況について毎年度、群馬県保健医療対策協議会などに報告を行うなど、施策の実施状況について必要な協議を行います。

イ また、市町村の役割を踏まえた上で、市町村と保健医療サービスの提供者等の調整役として、地域包括ケアシステムの構築が促進されるよう必要な支援を行うとともに、県全域における施策について主体的に取り組んでいきます。

ウ 特に医療分野においては、市町村の圏域などを越えて広域的・専門的な観点から施策を展開することで、効率的・効果的なサービス提供が可能となる事業もあることから、これらの取組については県がその役割を担います。

また、外国籍県民が安心して医療・保健サービスを受けられるようコミュニケーションの円滑化を支援するメディカルインタープリター（医療通訳ボランティア）登録・派遣事業や、医療機関の負担軽減を図ることで外国人の不慮の疾病に対する緊急的な医療の確保に資する外国人未払医療費対策事業など、引き続き実施してまいります。

エ 二次保健医療圏ごとに市町村や医療提供者、関係団体、住民代表などで構成している地域保健医療対策協議会等において、広く意見を聞きながら、急性期から慢性期などを経て在宅等での医療や介護サービスに至るまで、切れ目のない連携体制の構築に向け、地域の実情に応じた取組を進めます。

オ このほか、医師の地域偏在・診療科偏在をはじめ、全国的な課題であって国が所管する施策については、国に対し、地域の実情を踏まえて必要な対応を行うよう求めていきます。

(2) 市町村の役割

ア 住民の日常生活を支える健康づくりの推進や疾病の予防、軽易な傷病の対応、介護サービスや障害福祉サービスの実施など、保健や医療、介護等の提供に当たって、住民の日常生活に身近な市町村が、地域の実情に応じた提供体制を構築する必要があります。

イ 特に、病気や障害等があっても、できる限り住み慣れた地域で生活を送ることができる地域包括ケアシステムを構築するためには、介護保険サービスだけでなく、保健・医

療・福祉の専門職、ボランティアなどの様々な資源を活用し、見守りなどの日常生活支援や介護予防の取組、在宅医療・介護連携の推進などが必要で、住民に身近な市町村が地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。

ウ このほか、初期・二次救急の医療提供体制の確保や母子保健、在宅療養に関する取組などは市町村が中心となって取り組んでおり、今後も、地域住民のニーズに的確に応え、地域の特性と実情に応じた取組を展開していくことが、これまで以上に求められます。

医療提供者の役割

(1) 医療機関の役割

ア 医療の高度化・専門化など、疾病の発症から在宅療養に至るまでを1つの医療機関で対応することが難しくなっています。

将来にわたり、地域の限られた医療資源を維持する観点からも、急性期など濃厚な治療を要とする時期と、回復期や維持期などリハビリテーションや定期的な検査・指導等を必要とする時期などで、複数の医療機関等により効率的に医療を提供し、切れ目のない医療サービスを提供することも求められています。

イ このようなことから、それぞれの医療機関には自らの医療機能や地域医療に果たす役割をできる限り明確にして、分かりやすく県民や地域に発信し、医療機関同士の連携をより一層深めたり、治療途中で転院等をする患者の不安軽減につなげることが求められています。

ウ また、医師等の医療従事者は、自らの資質の向上に努め、それぞれの専門性を発揮しながら協力してチーム医療を推進していくことはもとより、地域における医療や介護の連携にも積極的に協力する姿勢が求められます。

(2) 関係団体の役割

ア 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会をはじめとする医療関係団体は、群馬県保健医療対策協議会などに参画するとともに、医療連携体制や地域包括ケアシステムの構築などをはじめ、計画の推進に協力しています。

イ 引き続き、医療提供者や市町村、県などの関係者と協力し、県民のために一体となって、適切な医療サービスを提供する体制の整備に努めるとともに、県民等に対して必要な情報の提供や適切な受診等に関する普及啓発を行うことなどが求められます。

保険者の役割

ア 近年、国民医療費が国民所得の伸びを上回る勢いで増加しており、特に、がんや糖尿病、循環器系疾患など、いわゆる生活習慣病に起因する疾病が医療費の増加の主要要因と指摘されています。

イ 県民が健康で自立した生活をより長く送ることができるようにするとともに、医療費を適正な水準に保ち、誰もが安心できる国民皆保険制度の維持につなげていくためにも、生活習慣病の発症や重症化を予防することが重要となります。

ウ 保険者は、40歳から74歳までの加入者に対し、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための特定健康診査・特定保健指導を実施しています。

本県の特定健康診査の実施率、及び特定保健指導の実施率は、全国平均を下回っており、保険者には引き続き、特定健康診査の受診率や特定保健指導の実施率の向上を図る取組が求められます。

エ このほか、保険者は、県の医療費適正化計画の推進に協力し、加入者に対し、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用や医療機関等の適切な受診に関する啓発などを行います。

県民の役割

ア がんや糖尿病をはじめとする生活習慣病が増加する中で、まずは予防の観点から、食生活や運動などのライフスタイルを見つめて改善を図るとともに、積極的に健康診断を受診するなど、家族やより充実した人生のため自らの健康の保持増進に努めることが必要です。

イ 医療機関を受診する場合には、「群馬県統合型医療情報システム」や「小児救急電話相談（#8000）」などの情報を活用して受診行動に反映させたり、身近なかかりつけ医に相談し、症状に応じた医療機関を受診するといった姿勢も欠かせません。

ウ また、歯と口腔の健康は、食べる・話すといった日常生活に欠かせないもので、さらに歯周病の予防や治療を行うことが、生活習慣病や感染症の対策につながるということもいわれており、かかりつけの歯科診療所を持つことも大切です。

エ かかりつけ薬局を持つことも重要です。1つの薬局を「かかりつけ」とすることで、医薬品によるより有効な治療が行えるようになります。また、お薬手帳を持つことで、医薬品の情報を一元的に管理することができるようになります。

オ その他、限りある医療資源を持続可能なものにするためにも救急車を適正に利用したり、自治会などの地縁活動やボランティア活動などに参加し、自発的に介護予防や健康増進に取り組むことなど住民同士が相互に支えあうことが必要となっています。

私たち県民一人ひとりが、保健医療サービスの単なる受け手ではなく、利用者・費用負担者として、自らの健康には自らが責任をもつという自覚を持って、保健や医療サービスに対して主体的かつ積極的に関わることが、これまで以上に求められています。

【「かかりつけ医」をお持ちですか？】

- かかりつけ医とは、日ごろの健康管理や体の変化などを気軽に相談したり、初期の治療をしてくれる、身近なお医者さん（主治医）のことです。
- かかりつけ医を持つことで、以下のようなメリットがあります。
 - ・入院や検査などが必要な場合、適切な病院や診療科などを紹介してもらえる
 - ・病状・病歴、健康状態、体質や生活習慣などを把握しているので、もしもの時にも素早い対応をしてくれる
 - ・日常の健康管理や食事面などの相談に応じたり、アドバイスをもらえる
- なお、ご自宅やお勤め先の近くでかかりつけとなる診療所（医科・歯科）や薬局などを探すときには「群馬県統合型医療システム」をご活用ください。

第2節 計画の評価

1 進行管理

この計画の進捗状況については、県の事業評価の取組に併せて、数値目標の年次推移や施策の取組状況を確認し、群馬県保健医療対策協議会や疾病・事業ごとの専門部会等に報告するなど、毎年度、評価・検証を行います。

また、各保健医療圏ごとに設置する、各地域保健医療対策協議会等の場においても情報を共有しながら、評価・検証を行います。

なお、施策を着実に推進するため、いわゆる“PDCAサイクル”（計画（Plan）－実行（Do）－評価（Check）－改善（Act））の実施を通じて、計画の進行管理を行います。

2 進捗状況及び評価結果の周知

この計画の進捗状況や評価・検証の結果については、県のホームページ等において公表するとともに、この計画の推進に反映します。

第3節 計画の変更等

この計画の期間（6年）に関わらず、計画の進捗状況の評価の結果などを踏まえ、施策全般の見直しの必要があると認められるときは計画の見直しを行うこととします。

また、在宅医療その他必要な事項については、計画期間の中間（3年）において見直しを行い、必要がある場合に計画の一部変更を行います。

なお、計画の推進に当たっては、関連する他の県計画と連携を図るとともに、保健医療を取り巻く社会・経済環境の変化等に機敏に対応するため、より効果的・効率的な施策展開に努めます。

(余白)

資料編

策定作業 策定体制別委員等名簿

※施行後、冊子に掲載します。