

第8章 医師確保計画

第1節 医師数等の現状

1 現在の医師数

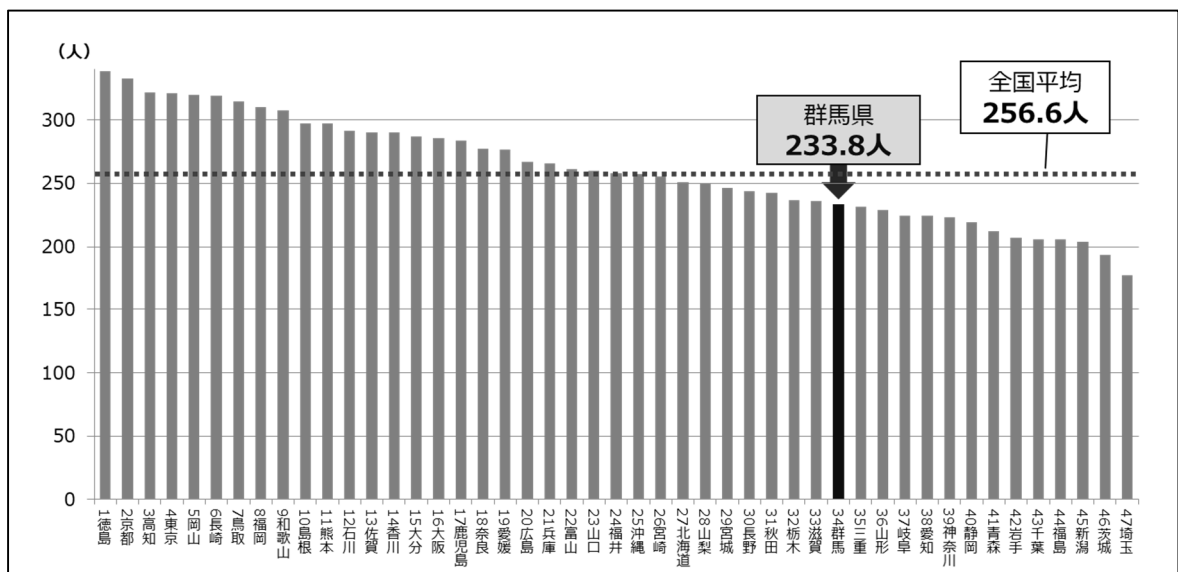
(1) 医師総数の状況

ア 医師総数

厚生労働省が実施した「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」によると、本県において医療施設に従事している医師数は4,534人と、前回の調査時（2018（平成30）年、4,457人）と比べて77人（1.7%）増加しています。人口10万人当たりで見ると233.8人（全国平均256.6人）であり、県全体では前回調査（228.3人）より増加はしていますが、全国的には多い方から34番目で、平均を下回っています。また、そのうち病院に勤務する医師の割合は63.4%（全国平均66.9%）と、同様に全国平均を下回る状況です。

本県の地域医療の充実を図るため、また県内の地域偏在の調整に取り組むためにも、引き続き、県全体として医師の総数、特に病院に勤務する医師の確保を図ることが重要です。

都道府県別の医療施設従事医師数（人口10万人対）



〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）」

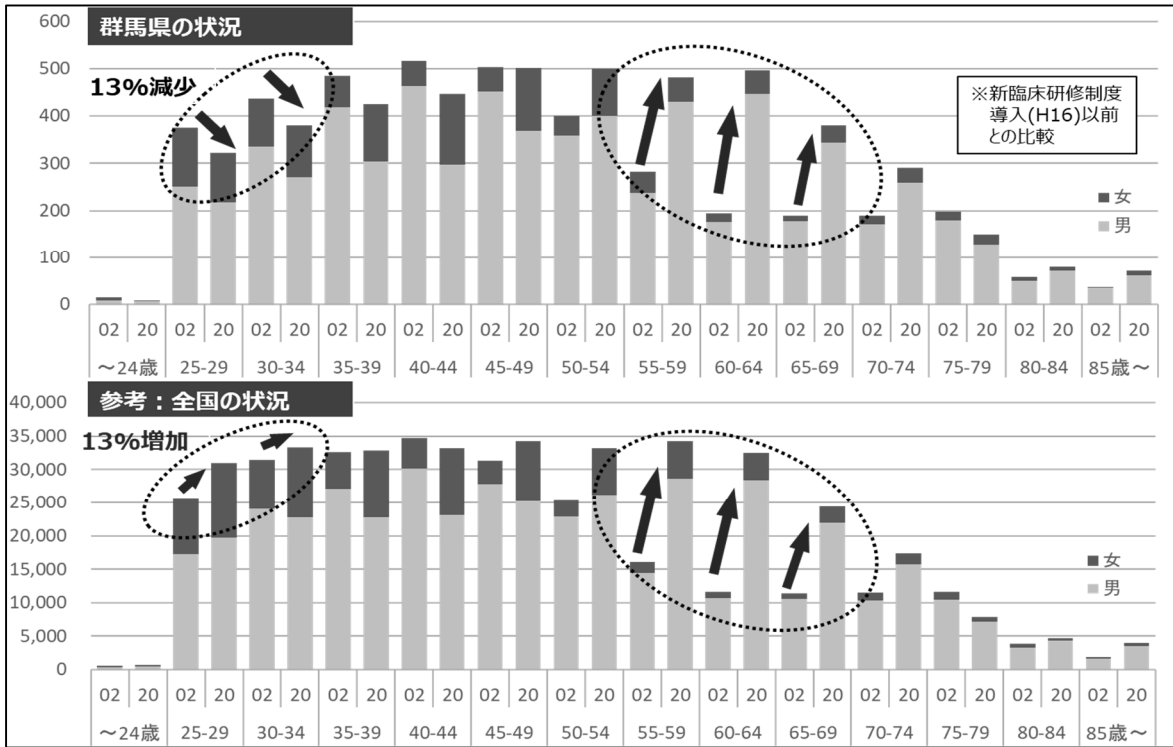
イ 年齢別医師数の状況

「医師・歯科医師・薬剤師統計」により、新臨床研修制度導入以前の2002（平成14）年及び2020（令和2）年における本県と全国の医療施設従事医師数について、年齢階層別及び性別で比較すると、全国規模ではほぼ全ての年齢階層で医師数が増加しています。

一方、本県においては、高年齢層の医師は全国と同様に増加傾向にあるものの、25～34歳という若い年齢階層の医師数は2002（平成14）年と比較して、13%減少して

います。若手医師の減少が続くと、将来の医療提供体制の維持・継承ができなくなるおそれがあることから、若手医師の確保が大きな課題となっています。

県内の医療施設従事医師数（年齢別・性別）



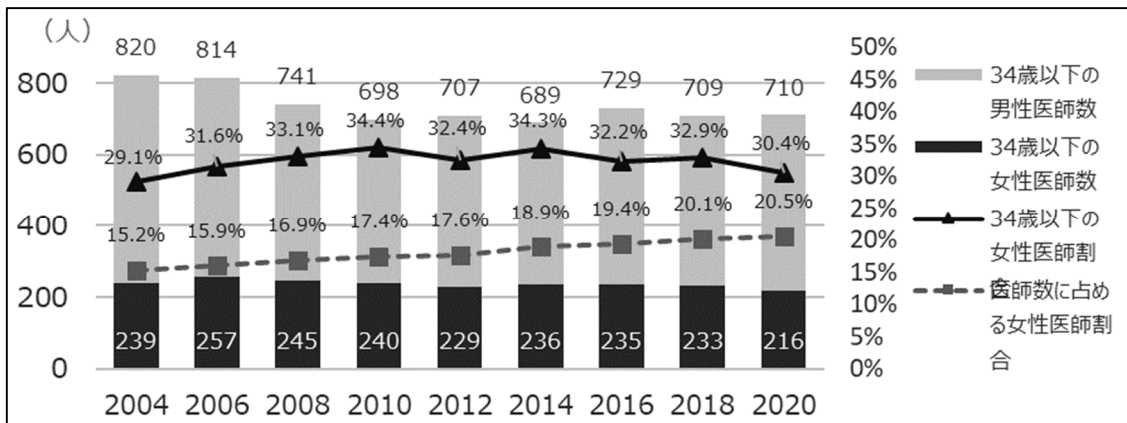
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

ウ 女性医師数の状況

「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）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20.5%（前回20.1%）で、年々増加しています。

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%を超えている状況です。特に女性医師は、妊娠、出産等のライフイベントにより、就労の継続が困難となる場合があることから、子育て中でも女性医師が安心して医療に携わることのできるような環境づくりが強く求められています。

本県の女性医師の推移



〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2) 研修医の確保状況

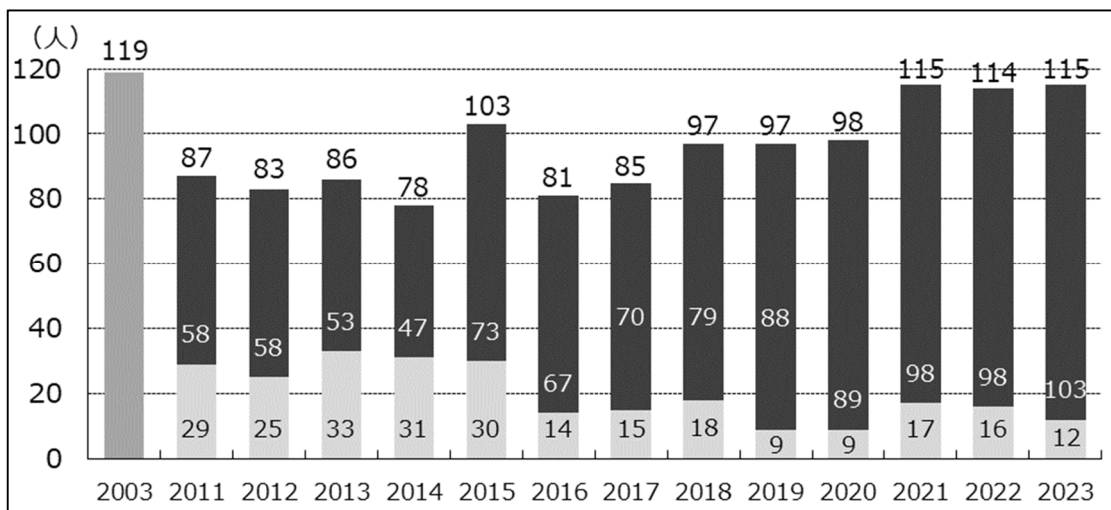
ア 臨床研修医の状況

2004（平成16）年度から始まった臨床研修制度では、医師国家試験合格後2年間の臨床研修が必修となり、現在、県内14の基幹型臨床研修病院において、全国から臨床研修医を募集し、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。

県内の臨床研修医の採用者数は近年増加傾向にあるものの、直近10年間の平均で98.3人と、必修化前の2003（平成15）年度に県内で研修を開始した医師数（119人）に比べ、8割程度に留まっています。また、人口10万人当たりの臨床研修医採用数（2022（令和4）年度）を見ると、本県は6.0人と全国で41番目の状況です。

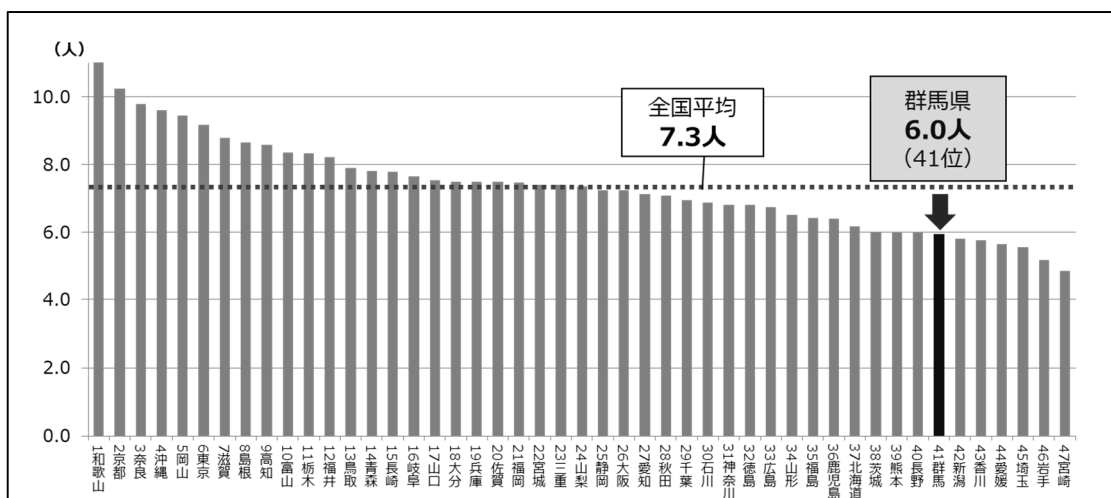
県内の病院で臨床研修を受けてもらうことは、当該医師が県内に定着する可能性が高まることから、医師確保の観点として重要です。特に、群馬大学医学部附属病院においては、平成26年に確認された医療事故以降、現在に至るまで採用者数が低迷しており、さまざまな改革の取組により信頼を回復し、採用者数の増加につながることが期待されます。

臨床研修医の採用実績の推移（年度別・施設別）



〔資料〕 県医務課調べ

都道府県別の臨床研修医採用者数（人口10万人対）



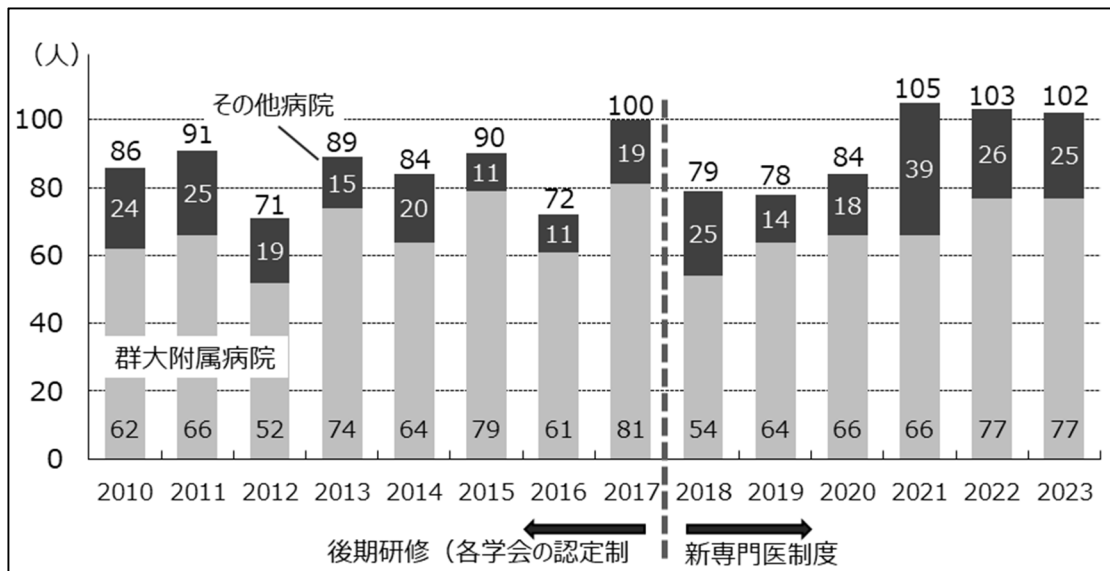
〔資料〕 厚生労働省「2022（令和4）年度臨床研修医の採用実績」、総務省「人口推計」（2022年）

イ 専攻医の状況

2018（平成 30）年度から、臨床研修を修了した医師を対象として、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う中立的な第三者機関（（一社）日本専門医機構）を中心とした新たな専門医制度が始まりました。従前の各学会が認定する後期研修制度も含め、専門研修を受ける専攻医の県内採用実績の推移をみると、直近の 10 年間で平均 **89.7 人** となっています。後期研修と新専門医制度で比べると、**新制度への移行直後は採用者数が減少したものの、近年は増加傾向となっており、前者は過去 10 年間で平均 86.6 人、後者は直近 6 年間で平均 91.8 人と新制度への移行後の採用数が上回っています。**

しかし、臨床研修医の採用者数と比べると専攻医の採用者数は下回っており、県内で臨床研修を修了した医師が、引き続き県内で専門研修に取り組むことを望むような、また県外で臨床研修を修了した本県にゆかりのある医師が、本県に戻って専門研修を受けることを望むような環境づくりが重要です。

専攻医（後期研修医）の採用実績の推移（年度別・施設別）



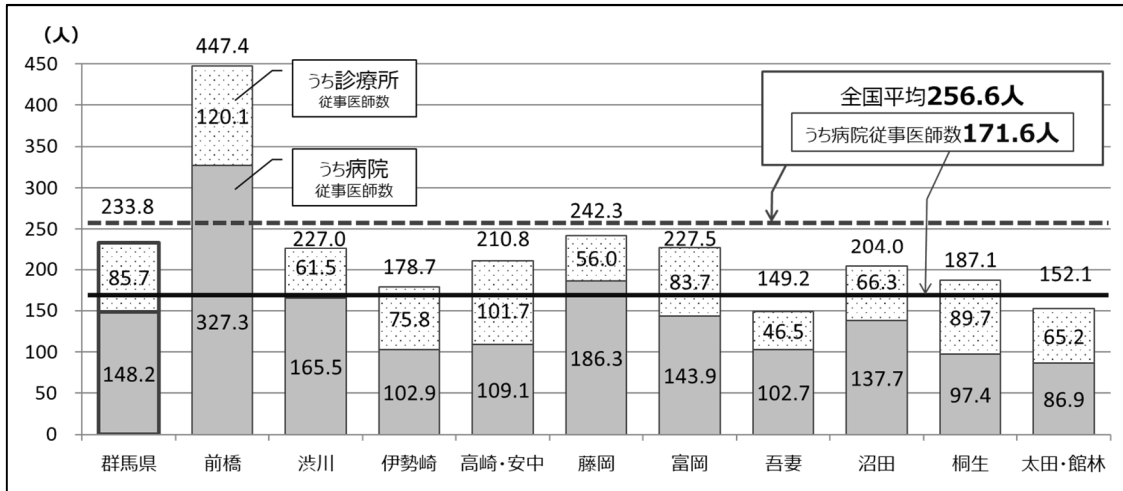
〔資料〕 県医務課調べ

(3) 地域別の医師確保状況

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020(令和 2)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 **447.4 人** と全国平均（**256.6 人**）を大きく上回っていますが、その他の 9 保健医療圏では全て全国平均を下回っています。また、そのうち病院に勤務する医師数を見ても、同様に県内で前橋保健医療圏が全国平均を大きく上回る状況となっています。

前橋保健医療圏への医師の集中度は**依然として高く**、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、一部の診療科で外来診療の縮小や休止、入院患者の受入停止などとなっているところもあります。特に、**吾妻や太田・館林**保健医療圏等では人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数が少ない状況が続いています。

二次保健医療圏別の医療施設従事医師数（人口10万人対）



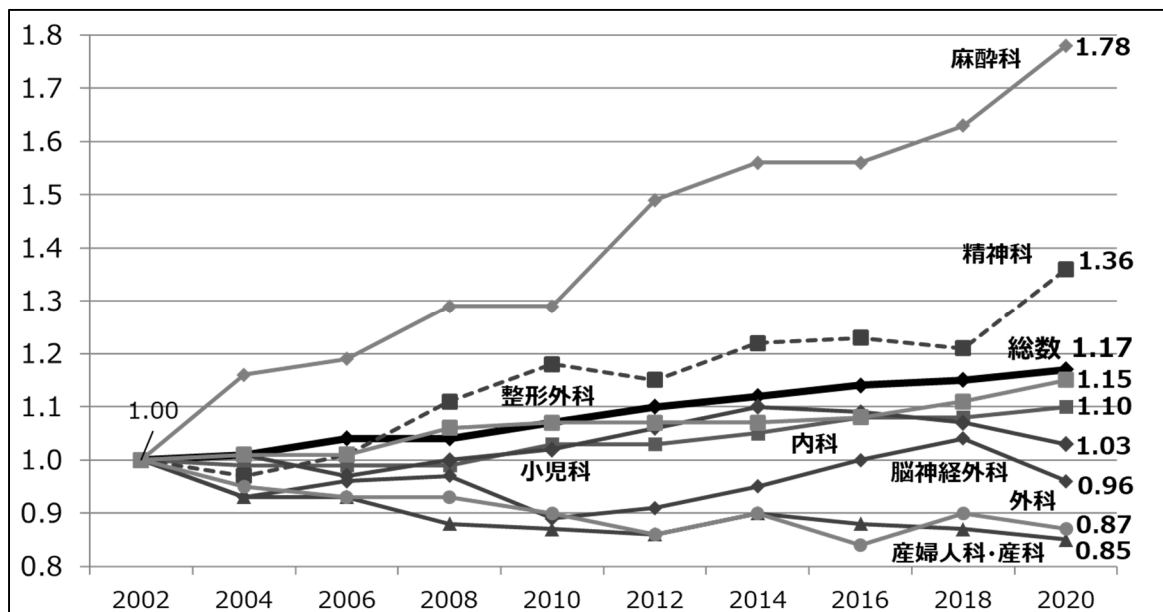
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）」に基づき県医務課で推計

(4) 診療科別の医師確保状況

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」により、主な診療科における医療施設に従事している医師数について、2002（平成14）年を基準としてその増減を診療科別に見ると、当直可能な医師数の不足やその勤務環境等により、従来から医師不足が指摘されている産婦人科に加え、外科や脳神経外科についても、18年前の医師数を下回っており、減少傾向にあります。

また、小児科の医師数は概ね増加傾向にありましたが、近年は減少に転じています。特に、小児救急医療に従事する当直が可能な勤務医や、新生児を専門とする医師が不足しています。

県内の主な診療科別の医療施設従事医師数



※2002年における各診療科の医師数を1として算出

〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

2 医師偏在指標

(1) 医師偏在指標の考え方

本計画では以下の5つの観点から、把握可能なデータを最大限活用し、人口10万人当たりの医師数を補正した「医師偏在指標」を用いて、全国の医師の多寡を客観的に比較・評価することとしています。

なお、医師偏在指標等については、入手できるデータの限界などにより、指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではありません。よって、その活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものでなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであることに十分留意する必要があります。

ア 医療ニーズ、人口・人口構成とその変化

地域によって、住民の年齢や性別の構成は異なりますが、住民の受療行動（受療率）については、例えば児童や高齢者は高いなど、地域の人口構成により影響を受けます。そこで、医師偏在指標の算出にあたっては、地域住民の人口に、性・年齢階級別の受療率で重み付けをする補正を行い、医療ニーズを考慮した指標とします。

イ 患者の流出入

患者は必ずしも居住する住所地で医療を受けるとは限りません。患者の選好等により、医療圏を越えて医療を受けることは少なからずありますが、人口10万人当たりの医師数は全て患者住所地ベースで算出しているため、このような患者の流出入を考慮していません。そこで、医師偏在指標では、この受療行動をどの程度受け入れるのか、地域の実情を踏まえて都道府県間等で県内外の患者数の流出入を調整し、指標の計算に反映することとされました。

① 都道府県間調整

厚生労働省では、都道府県間における患者数増減の流出入調整についての協議が合意に至らない場合、実際に各地域では患者の流出入を踏まえた医療ニーズに対応しており、またその受療動向は短期間で大きく変化するとは考えにくいことから、医療施設所在地に基づく患者数を用いて、つまり患者の流出入を全て見込む形で指標を算出することを基本としました。

今回厚生労働省から提示された患者流出入データは、**直近のものではなく、前計画策定時と同様**、入院患者については同省「2017（平成29）年患者調査」を元に作成したもの、無床診療所の外来患者については当該患者調査の結果を、同省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2017（平成29）年度）」における診療データの流出入割合に応じて集計しています。**これは、2020（令和2）年の患者調査が、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると考えられることから、影響を受けていない患者数として、2017（平成29）年の患者調査を用いて医師偏在指標を算出するとしたものです。**本県としては、**前回同様**、次の観点から、「厚生労働省から提示さ

第8章 医師確保計画

れたデータを使用し、医療施設所在地ベースで推計する(患者の流出入を全て見込む)」方針としました。

- 国が提示したデータと比べてより効果的なデータを県で把握していないこと
- 地域医療構想策定時の他県間調整結果を踏襲し、同じ保健医療計画の中では「県間では患者流出入を全て見込む」との考え方で統一すべきであること
- 医師偏在指標は今後3年間を見据えた足下の状況を反映したものであり、現状の受療状況をベースに検討するのが適切であること

なお、入院患者及び無床診療所の外来患者の流入及び流出が1日1,000人未満の場合は、その有意性から調整の対象外とし、同省から提示された患者流出入データをそのまま算定に使用することとされました。

その結果、本県において調整の対象となるのは、県内無床診療所への外来患者の流入が約1,100人である埼玉県のみとなり、実際に調整について協議を行った結果、両県とも医療施設所在地ベースで県間の患者流出入を見込むことで合意が得られました。

② 県内の二次保健医療圏間調整

県内の二次保健医療圏間の患者の流出入調整についても、都道府県間調整と同じ考え方から、本県としては、**前回同様**「厚生労働省から提示されたデータを使用し、医療施設所在地ベースで推計する(患者の流出入を全て見込む)」方針としました。

なお、厚生労働省から提示されたデータの元となる同省の患者調査は、特定日における一部の患者の動向を把握する抽出調査であり、外来患者については居住市町村が特定できないとの特徴があります。

また、同様に厚生労働省の提示データで活用されている同省「レセプト情報・特定健診等情報データベース(2017(平成29)年度)」では、患者の居住地情報と紐づく、国民健康保険や後期高齢者医療制度のレセプトデータのみを利用しており、データの相対的割合を見るために用いられています。

今回、厚生労働省では、これらのさまざまなデータを組み合わせることで、各データの課題を補い、現時点でできる限りの患者流出入データを算出しています。

ウ 地理的条件

今回の医師偏在対策では、二次保健医療圏ごとの検討及び対応を基本としていますが、二次保健医療圏より小さい区域でのきめ細かい対応が可能となるよう、局所的に医師が少ない区域を「医師少数スポット」として設定することが可能です。

具体的には、離島や半島、地理的に分断された限定的な区域などアクセスに制限があり、継続的な医師の確保が困難な地域については、医師偏在指標に反映することが困難であることから、例外的に都道府県知事が「医師少数スポット」に位置付け、医師少数区域と同様に扱うものです。

なお、単に地理的条件だけで判断するのではなく、既存の取組により必要な医療が安定して提供されている地域については、更なる対策が必要か否かについて地域で議論を踏まえて、医師少数スポットとするか検討する必要があります。

エ 医師の性別・年齢分布

地域によって医師の年齢構成や男女の比率が異なりますが、その年齢や性別によって平均労働時間に違いがあることから、地域別の性・年齢階級別の医師数を労働時間により重み付けし、医療提供量として比較できるよう調整を行っています。なお、主たる従事者と従たる従事者が所在する二次保健医療圏が異なる場合は、主たる従事者では0.8人、従たる従事者では0.2人として算定します。

※医療施設に従事する医師の労働時間については、全国約10万人の医師（無作為抽出）を対象とした「医師の勤務環境把握に関する調査」（R4.7実施、研究班・厚生労働省医政局医事課）の結果を踏まえ、平均勤務時間と性・年齢階級別の勤務時間の比率を算出しています。

【医師全体の週当たり平均勤務時間】 51時間42分（宿日直含む）

【性・年齢階級別勤務時間比】

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上
男性	1.09	1.15	1.11	1.05	0.93	0.74
女性	1.07	0.94	0.90	0.92	0.87	0.71

作成中

オ 医師偏在の種別

① 区域

三次医療圏及び二次保健医療圏それぞれについて医師偏在指標を設定します。なお、三次医療圏については、医師確保対策等を協議する医療審議会や地域医療対策協議会が都道府県単位で設置されることを考慮し、都道府県単位で設定することとされています。

② 入院・外来

医師偏在指標においては、病院及び診療所の外来、入院を含めた医師の偏在状況全体を取り扱います。そのうち特に、外来医療機能を担う診療所の地域偏在については、外来医療計画において、外来医師偏在指標を別途算定して検討します。

③ 診療科

診療科別の医師偏在は、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があり、厚生労働省の「医療従事者の受給に関する検討会 医師需給分科会」において今後の検討課題とされています。

しかし、産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、診療科別医師偏在指標を算出して、医師偏在是正に向けた対応を行うこととします。

(2) 医師偏在指標の算定

(1) の5つの観点を考慮した医師偏在指標の算定方法は、医療法施行規則（1948（昭和23）年厚生省令第50号）第30条の28の5及び6に規定されています。各都道府県において必要に応じ患者の流出入調整を行い、厚生労働省でそれを踏まえて（最終的に）算定（確定）した医師偏在指標については、次のとおりです（具体的算定方法は資料編を参照）。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{【性・年齢階層別労働時間を考慮した医師数】}}{\text{【性・年齢階層別受療率と患者流出入を考慮した地域の人口（10万人）】}}$$

医療圏	医療施設数		医師数関係		医療需要関係			人口10万対医師数		医師偏在指標			
	病院	一般診療所	医療施設従事医師数	労働時間調整係数	高齢化率(R4.10)	患者流出入調整係数		順位		県内	全国	順位	
						入院	外来	県内	全国			県内	全国
群馬県	127	1,590	4,558	0.990	31.0%	1.032	1.011	233.8	—	34	219.7	—	37
前橋	20	346	1,442	1.011	31.4%	1.333	1.074	447.4	1	6	340.2	1	22
渋川	10	75	256	0.983	32.8%	1.333	0.943	227.0	4	119	175.8	7	233
伊勢崎	11	171	452	0.984	26.3%	1.105	1.038	178.7	8	226	179.1	6	225
高崎・安中	30	392	911	0.969	30.2%	0.895	1.101	210.8	5	143	210.8	2	129
藤岡	5	48	164	1.000	34.6%	1.333	1.027	242.3	2	92	181.3	5	216
富岡	4	60	161	0.980	38.4%	1.111	0.955	227.5	3	117	181.7	4	213
吾妻	9	39	81	0.971	41.3%	0.778	0.700	149.2	10	290	154.4	9	285
沼田	7	58	167	1.001	37.8%	0.818	0.955	204.0	6	162	206.4	3	141
桐生	12	135	297	0.965	35.2%	0.889	0.997	187.1	7	206	174.5	8	234
太田・館林	19	266	628	0.991	28.1%	1.111	1.044	152.1	9	279	149.7	10	295

※ 医療施設従事医師数は、主たる従事先・従たる従事先の二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先の二次医療圏において0.8人、従たる従事先の二次医療圏において0.2人と換算

※ 労働時間調整係数 = $\frac{\text{地域の標準化医師数}}{\text{地域の医療機関従事医師数}}$

※ 患者流出入調整係数 = $\frac{\text{患者数（患者住所地）} + \text{患者流入数} - \text{患者流出数}}{\text{患者数（患者住所地）}}$

※ 標準化医師数は、性・年齢階層別に平均労働時間の割合を乗じて集計した医師数

ア 三次医療圏（都道府県）

群馬県は、全国で高い方から 37 番目となり、前計画策定時の順位（34 番目）を下回りました。また、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数（34 番目）より順位が下がっています。これにより、他都道府県と比較して、実質的には医師不足がより深刻であることが伺えます。本県の場合、医師の高齢化等により労働時間調整係数が低く、一方で入院患者、外来患者とも県外からの流入傾向が強いことなどから、それにより指標の順位が低くなったと考えられます。

イ 二次保健医療圏

医師偏在指標の値が県内で最も大きいのは、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数と同様に前橋保健医療圏であり、一方で、県内で医師偏在指標の値が小さいのは、太田・館林、吾妻、桐生、渋川、伊勢崎保健医療圏です。

労働時間調整係数は、若手医師が多い医療圏ほど高くなり、医師偏在指標の値が大きくなる方向に振れます。県内では前橋、沼田、藤岡保健医療圏などが比較的高めとなっています。また、患者流出入調整係数については、患者の流出傾向が大きい医療圏では医師偏在指標の値が大きく、流入傾向が大きい医療圏では指標の値が小さくなります。渋川、藤岡保健医療圏の医師偏在指標の順位が相対的に低くなったのも、入院患者の流入傾向が大きいことが要因として考えられます。

3 産科・小児科の医師偏在指標

産科・小児科においては、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、医師偏在指標を示し、地域偏在対策の検討を行います。ただし、当該指標は、診療科間の医師偏在の是正を目的とするものではないこと、また、偏在指標の値が大きい医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設毎の医師数が少ない場合もあること等に留意する必要があります。

(1) 産科における医師偏在指標の設計

ア 分娩取扱医師偏在指標の考え方

医師全体の偏在指標と異なる点は、次のとおりです。

- 医療需要は、厚生労働省「医療施設調査」における妊婦の流出入の実態を踏まえた「分娩数」を用います。これにより、「里帰り出産」など分娩が実際に行われた医療機関の所在地が把握可能です。なお、妊婦の住所地も併せて把握できる手法が現時点でないことから、妊婦の流出入に係る都道府県での調整は行いません。
- 医師数は同省「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「過去2年以内に分娩の取り扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）を用います。また、本計画から算定方法を変更したことから、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更します。
- 三次医療圏（都道府県単位を基本）ごと、周産期医療圏（本県の場合、二、五次医療圏）ごとに算出します。

イ 分娩取扱医師偏在指標の算定

アの考え方を踏まえて算定された分娩取扱医師偏在指標は、次のとおりです（具体的な算定方法は資料編を参照）。

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{【性・年齢階層別の労働時間を考慮した分娩取扱医師数】}}{\text{分娩件数（1000件）}}$$

医療圏	医師数関係				分娩件数			医師偏在指標		
	産科医師数		労働時間調整係数	診療所従事医師数割合	年間調整後件数（千件）	診療所分娩件数割合	2023年分娩推計件数（千件）	順位		
	主診療科	主診療科+従診療科						県内	全国	
群馬県	152	158	1.016	40%	13.5	50%	12.1	11.4	—	30
中部	42.5	43.5	1.006	41%	3.5	60%	3.1	12.3	2	105
西部	43	45	1.007	49%	4.2	38%	3.8	10.3	3	151
北部	43.5	44.5	1.020	29%	2.6	41%	2.2	17.1	1	35
東部	23	25	1.045	43%	3.2	63%	3.0	7.4	4	236

※前橋二次保健医療圏は北部と中部に按分

※ 周産期医療圏は全国で284医療圏

(2) 小児科における医師偏在指標の設計

ア 小児科医師偏在指標の考え方

医師全体の偏在指標とほぼ同じ方法で算定しますが、異なる点は次のとおりです。

- 医療需要として、15歳未満の「年少人口」を用いることとします。
- 医師数は同省「医師・歯科医師・薬剤師統計」における小児科医師数とします。
- 三次医療圏（都道府県単位を基本）ごと、小児医療圏（本県の場合、二、五次医療圏）ごとに算出します。

イ 患者の流出入

小児科の医師偏在指標も、都道府県間及び県内での年少患者の流出入調整に関して、適宜各都道府県で、関係者間の協議を行うこととされました。厚生労働省から提示された年少患者の流出入データは、前計画策定時と同様、入院、無床診療所の外来とも、同省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2017（平成29）年度）」における年少患者診療データを集計したものであり、本県としては、次の観点から、医師偏在指標と同様に「厚生労働省から提示されたデータを使用し、医療施設所在地ベースで推計する」方針としました。

- 国が提示したデータと比べてより効果的なデータを県で把握していないこと
- 地域医療構想、医師偏在指標での他県間調整結果を踏まえ、同じ保健医療計画の中では「県間では患者流出入を全て見込む」との考え方で統一すべきであること
- 医師偏在指標は今後3年間を見据えた足下の状況を反映したものであり、現状の受療状況をベースに検討するのが適切であること

なお、小児の場合、入院患者及び無床診療所の外来患者の流入及び流出が1日100人未満の場合は調整の対象外とされ、本県の場合、調整は必要ありませんでした。

ウ 小児科医師偏在指標の算定

ア及びイの考え方等を踏まえて算定された小児科医師偏在指標は、次のとおりです（具体的な算定方法は資料編を参照）。

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{【性・年齢階層別の労働時間を考慮した小児科医師数】}}{\text{【性・年齢階層別受療率を考慮した地域の年少人口（10万人）】}}$$

作成中

※「主診療科+従診療科」：主たる診療科が否かを問わず、小児科に従事する医師

医療圏	医師数関係				医療需要				医師偏在指標		
	小児科医師数		労働時間調整係数	診療所従事医師数割合（主診療科）	年少人口（10万人）	流出入調整係数		2023年推計年少人口（10万人）	順位		
	主診療科	主診療科+従診療科				入院	外来		県内	全国	
群馬県	293	481	0.962	47%	2.46	0.998	0.998	2.16	117.5	—	15
中毛	76.5	112	0.972	49%	0.55	0.857	1.004	0.48	142.4	2	22
西毛	69	102	0.903	65%	0.71	0.745	1.014	0.63	95.1	3	168
北毛	90.5	141	1.015	33%	0.49	1.842	1.029	0.42	156.5	1	16
東毛	57	126	0.937	53%	0.72	0.630	0.950	0.63	87.9	4	194

※ 前橋二次保健医療圏は北毛と中毛に按分

※ 小児医療圏は全国で311医療圏

第 2 節 医師の確保

1 県内における医師少数区域等の設定

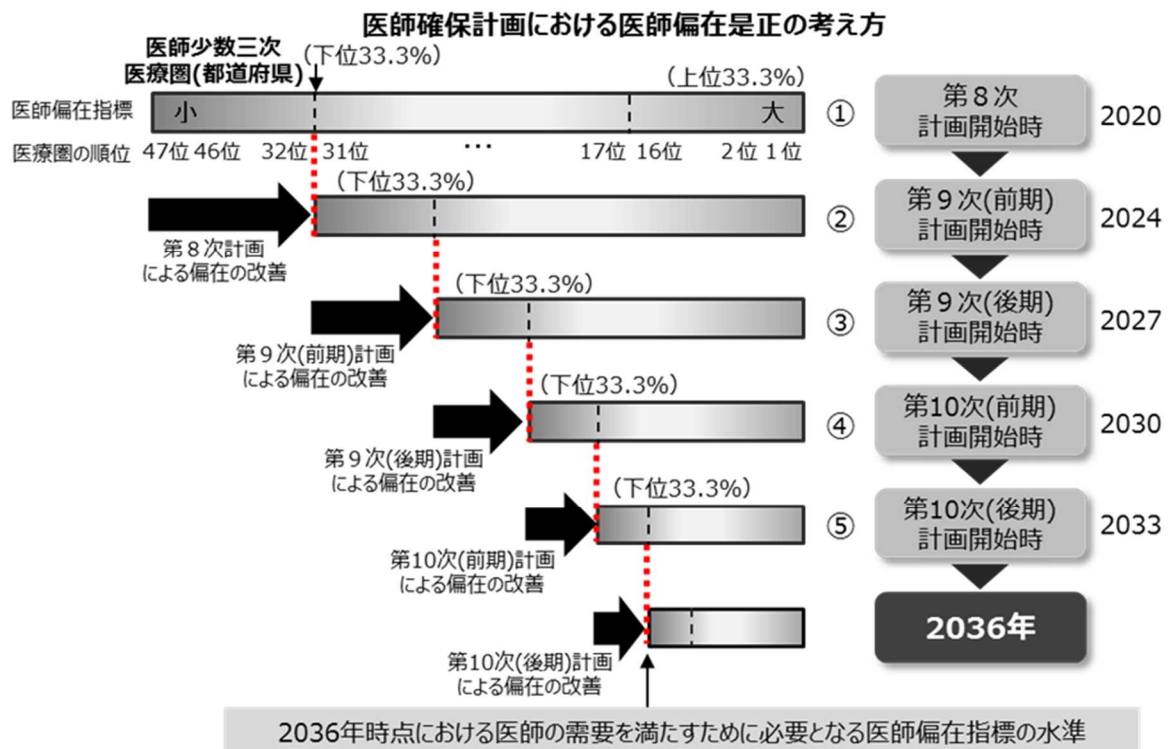
医師偏在指標を用いて、医師偏在の状況に応じた実効的な医師確保対策を進めるため、医療法第 30 条の 4 第 6 項及び第 7 項の規定に基づき、医師少数区域及び医師多数区域を、二次医療圏単位で設定します。これらの区域分類に応じて、重点的に医師確保を図るべき地域を峻別し、具体的な対策を実施します。さらに、これらの区域に加え、厚生労働省において医師少数都道府県及び医師多数都道府県も設定し、都道府県間の医師偏在の是正を目指します。

(1) 医師少数区域等の設定の考え方

医師偏在是正に向けた考え方としては、医師偏在指標の下位 33.3%を医師少数区域（都道府県）の基準とし、医師確保計画の計画期間（3年）ごとに、医師少数区域（都道府県）に属する二次医療圏（都道府県）がこれを脱することを繰り返すことを基本とします。これを繰り返すことで、医師偏在是正の目標年である 2036（令和 18）年時点において、各都道府県及び各二次医療圏で医療ニーズを上回る医師を確保することを目指します。

なお、指標が下位 33.3%の二次医療圏でも、その住民の医療を圏外の医療機関で提供することを企図している等の場合には、県が医師少数区域として設定しないことも可能です。ただし、下位 33.3%以外の二次医療圏を医師少数区域と設定することは認められていません。

また、医師多数区域（都道府県）は、医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位 33.3%とします。



第8章 医師確保計画

(2) 本県の位置づけ

都道府県間の医師偏在是正を目的として、医師少数区域等と併せて設けられた三次医療圏（都道府県）単位での医師偏在指標について、各都道府県における患者流入の調整結果を踏まえ、**（確定された）**各都道府県の指標値は次のとおりです。

47都道府県のうち、指標の数値が高い順に全国16番目までが上位33.3%の「医師多数都道府県」と、また高い順に全国32番目以降が下位33.3%の「医師少数都道府県」と位置付けられましたが、本県は全国**37**番目であったことから「医師少数県」に位置付けられました。

(1) 医師多数都道府県

全国順位	都道府県名	医師偏在指標
1	東京都	353.9
2	京都府	326.7
3	福岡県	313.3
4	岡山県	299.6
5	沖縄県	292.1
6	徳島県	289.3
7	大阪府	288.6
8	長崎県	284.0
9	石川県	279.8
10	和歌山県	274.9
11	佐賀県	272.3
12	熊本県	271.0
13	鳥取県	270.4
14	奈良県	268.9
15	高知県	268.2
16	香川県	266.9

(2) 医師多数でも少数でもない都道府県

全国順位	都道府県名	医師偏在指標
17	兵庫県	266.5
18	島根県	265.1
19	滋賀県	260.4
20	大分県	259.7
21	鹿児島県	254.8
22	広島県	254.2
23	神奈川県	247.5
24	宮城県	247.3
25	福井県	246.8
26	愛媛県	246.4
27	山梨県	240.8
28	愛知県	240.2
29	富山県	238.8
30	北海道	233.8
31	栃木県	230.5

(3) 医師少数都道府県

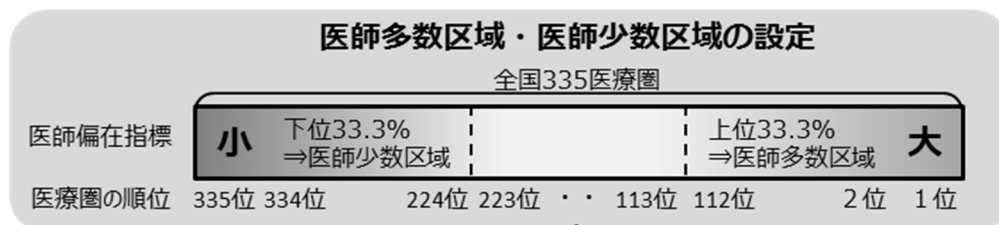
全国順位	都道府県名	医師偏在指標
32	山口県	228.0
33	宮崎県	227.0
34	三重県	225.6
35	岐阜県	221.5
36	長野県	219.9
37	群馬県	219.7
38	千葉県	213.0
39	静岡県	211.8
40	山形県	200.2
41	秋田県	199.4
42	埼玉県	196.8
43	茨城県	193.6
44	福島県	190.5
45	新潟県	184.7
46	青森県	184.3
47	岩手県	182.5

-	全国	255.6
---	----	-------

(3) 県内における医師多数区域

二次医療圏間の医師偏在是正を目的として、医師偏在指標に基づき、各都道府県で医療計画に医師多数区域を定めることができる旨、医療法第30条の4第7項に規定されています。

医師多数区域についても、三次医療圏と同様に、全国335箇所の二次医療圏のうち、医師偏在指標が上位33.3%にあたる112箇所を位置付けることとされました。これによると、県内では前橋保健医療圏のみが該当することから、当該保健医療圏を医師多数区域として定めることとします。



県内の医師多数区域

全国順位	都道府県名	二次保健医療圏名	医師偏在指標
22	群馬県	前橋	340.2

(4) 県内における医師少数区域の設定

ア 設定基準に該当する二次保健医療圏

医師少数区域についても、医師多数区域と同様に、医療法第30条の4第6項の規定により、医師偏在指標等に基づき、各都道府県で策定する医療計画に定めることができます。

医師少数区域の設定基準は、三次医療圏と同様、全国335箇所の二次医療圏のうち、医師偏在指標が下位33.3%にあたる全国順位224位以下の112箇所とされ、そのうち現実的に重点的な医師確保対策を行うことが適切な二次医療圏について、都道府県が「医師少数区域」として定めます。

県内の二次保健医療圏については、伊勢崎保健医療圏、渋川保健医療圏、桐生保健医療圏、吾妻保健医療圏及び太田・館林保健医療圏が、医師偏在指標の下位33.3%の範囲内にあります。

県内で医師少数区域の基準に該当する二次保健医療圏

全国順位	都道府県名	二次保健医療圏名	医師偏在指標
225	群馬県	伊勢崎	179.1
233	群馬県	渋川	175.8
234	群馬県	桐生	174.5
285	群馬県	吾妻	154.4
295	群馬県	太田・館林	149.7

イ 医師少数区域の設定

伊勢崎、渋川、桐生、吾妻及び太田・館林保健医療圏は、次のとおり、いずれも重点的に医師確保対策を行うべき状況が認められることから、これら5つの医療圏を医師少数区域として定めることとします。

① 伊勢崎保健医療圏

② 渋川保健医療圏

- 引き続き人口が増加傾向にある吉岡町を抱え、今後の圏域の人口減少率は比較的小さいと推計されています。前橋や高崎・安中保健医療圏への患者流出が見られる一方、特に入院機能に関して、当該医療圏のほか沼田、吾妻医療圏からの流入が増えています。
- 国立病院機構渋川医療センターは、渋川保健医療圏だけでなく、吾妻、沼田保健医療圏の医療機関への常勤医師や非常勤医師の派遣を担っています。当該医療機関を中心として、北毛地域の医療提供体制の維持・充実に取り組んでおり、渋川保健医療圏自体の医療需要の増加に加え、北毛地域への医師派遣等の観点からも、医師総数の確保が求められています。

作成中
(今後検討)

③ 桐生保健医療圏

④ 吾妻保健医療圏

- 圏域の人口は既に減少局面にあり、渋川、沼田保健医療圏や県外への患者流出も認められますが、75歳以上人口や高齢化率は今後更に増加が見込まれるなど、依然として圏域内に一定の医療需要が見込まれます。
- 圏域面積が比較的大きく、圏内の5町村に無医地区等のへき地が存在しています。自治医科大学卒業医師等がへき地診療所に勤務し、それをへき地医療拠点病院である西吾妻福祉病院が支援する形で、へき地の医療を支えています。
- 県内で最も医療施設従事医師数が少なく、人口10万人対医師数も県内最下位の二次医療圏であり、その中で、原町赤十字病院などの圏内病院等において、一般内科、一般外科等を中心に医療提供体制を維持しており、総合診療や高齢者に多い疾患にかかる医師の確保が求められています。

⑤ 太田・館林保健医療圏

- 圏域の人口は、県内では伊勢崎、高崎・安中保健医療圏に次いで、今後の人口減少の減少率が小さいと推計されています。県外からの患者流入が認められ、圏域内の医療需要は前橋、高崎・安中に次いで多く見込まれます。
- 太田記念病院、公立館林厚生病院を中心とした当該医療圏内の医療機関で連携し、医療提供体制の維持・充実に取り組んでいますが、人口10万人対医師数は県内9番目と医師不足が顕著であり、特に邑楽郡では医療資源が少なく、医師総数の確保が求められています。

(5) 県内における医師少数スポットの設定

医療法において、医師少数区域以外で「特に医師の確保を図るべき区域」を都道府県知事が定めることで、医師少数区域と同等に取り扱うこととされており、医師確保計画ガイドラインにおいて、「医師少数スポット」と規定されています。

医師少数スポットについて、医師確保計画ガイドラインにおける基本的な考え方は、次のとおりです

- 二次医療圏より小さい単位で、局所的に医師が少ない地域を設定します。
- 原則として市町村単位で設定し、へき地等においては、必要に応じて市町村よりも小さい地区単位の設定も可能となっています。
- へき地診療所が設置されていても、継続的な医師の確保が困難で、他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている場合は設定することが適切とされています。
- 他の区域の医療機関でカバーされている等により必要な医療を安定して提供している区域の設定や、準無医地区等の無条件での設定は適切ではありません。

これを基に、本県においては、次の条件をいずれも満たす地域のうち、医師少数区域以外に存在する地域について、「医師少数スポット」として定めることとします。

- ① 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（2021（令和3）年法律第19号）に規定する過疎地域又は特定市町村で、他の医療機関へのアクセスが制限されていること
- ② へき地診療所が存在する地域又は無医地区で現に政策医療を提供しており、今後も継続して医療の提供が必要となる地域であること

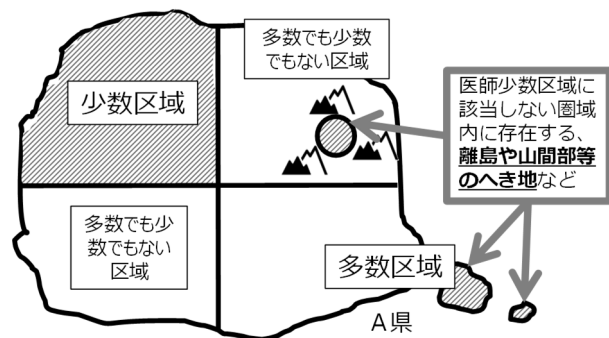
具体的には、過疎地域又は特定市町村であり、かつへき地診療所又は無医地区を有する地域として、次の地域を「医師少数スポット」として定めることとします。

- 利根郡みなかみ町（旧新治村）
- 多野郡上野村、神流町

なお、医師少数区域及び医師少数スポットについては、医師確保計画ガイドラインにおいて、当該地域における医師の確保に地域医療介護総合確保基金が重点的に用いられることとされているほか、次の効果が適用となります。

- 当該地域内に開設する診療所について、都道府県知事の許可を受けた場合、他の医療機関等を管理する医師等でも管理することができます（医療法第12条）。
- 2020（令和2）年4月から、当該地域で一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が認定し、当該地域における医療の確保のために必要な支援を行う病院の管理者とすることができます。（医療法第5条の2、第10条）。

「医師少数スポット」のイメージ

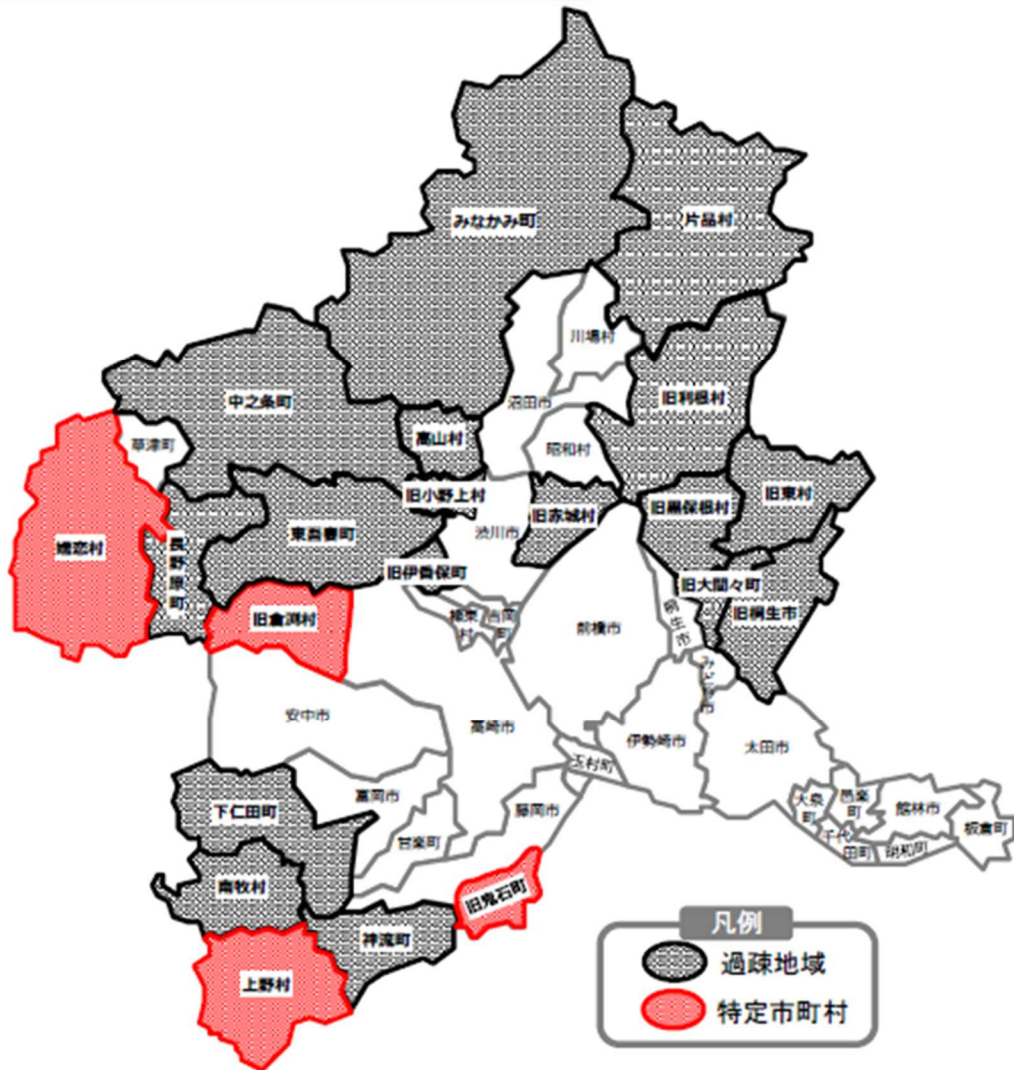


県内における無医地区又はへき地診療所の状況

二次保健医療圏	市町村	無医地区	へき地診療所	過疎地域 特定市町村	医師少数 区域以外
渋川	渋川市	開拓等		○	(少数区域)
高崎・安中	安中市		公立碓氷病院細野、入山出張診療所	×	○
藤岡	上野村		上野村へき地診療所	○	○
	神流町		万場診療所、神流町国民健康保険直営中里診療所	○	
吾妻	中之条町	万座	六合診療所、四万へき地診療所	○	(少数区域)
	長野原町		長野原町へき地診療所	○	
	嬬恋村			○	
	東吾妻町		東吾妻町国民健康保険診療所	○	
沼田	みなかみ町	旧新治村		○	○

※色塗りの地域が本県における医師少数スポット

(参考) 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法による群馬県の過疎地域及び特定市町村 (2022 (令和4) 年4月1日現在)



2 医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標

医師偏在指標に基づき設定された医師多数都道府県／区域、医師少数都道府県／区域等の類型化の下、三次医療圏（都道府県）及び県内二次保健医療圏における県の施策としての医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標（「確保を目指す医師数」）を定めます。

(1) 群馬県

1の(2)のとおり、本県は「医師少数県」に位置付けられていることから、医師確保計画ガイドラインを参考として、医師確保の方針及び確保を目指す医師数は次のとおりとします。なお、医師少数都道府県以外の都道府県は、新たに追加的な医師確保対策を行うことが抑制されることとなります。

ア 医師確保の方針

作成中
(今後検討)

- ① 医師少数県として、医師多数都道府県からの医師派遣等の対応の増加を図ることを、本県の医師確保の方針の基本とします。
- ② 群大医学部卒業の医師の県内定着、本県にゆかりのある県外の医大生や勤務医の県内誘導等により、若手医師等の一層の確保を図ります。
- ③ 医師の地域偏在に加えて診療科偏在の解消を図るため、今後特に充実が必要な診療科医師について、県全体で確保に取り組みます。
- ④ 将来時点（2036（令和18）年）の医師不足も見込まれる^{*}ことから、医師確保に係る短期的な施策と長期的な施策を組み合わせ対応します。

※ 第3節2(1)イ 医師需給分科会第4次報告 別添資料2 将来時点における不足医師数等（暫定値）より

イ 確保を目指す医師数

① 厚生労働省による目標医師数の考え方

医師確保計画ガイドライン等では「目標医師数」について次のとおりとされています。

- 計画期間中に、医師少数県／区域が計画期間開始時の下位33.3%を脱するために必要な医師の数を「目標医師数」として設定する。（全国下位33.3%の医師偏在指標に達するために各医療圏に必要な医師数を国が算出）
- **ただし、医師少数区域の二次医療圏における「目標医師数」について、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、「目標医師数」は計画開始時の医師数を設定上限数とします。**
- 医師少数区域以外の二次医療圏における「目標医師数」については、**原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とします。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とします。**

作成中（今後検討）

今回、国から提示された「全国下位 33.3%の医師偏在指標に達するために必要な医師数」は次表のとおりであり、本県については〇〇〇人と、「医師少数県」と位置づけられながら、現状の医療施設従事医師数 4,558 人を下回る結果となりました。

よって、医師確保計画ガイドライン等によれば、本県の「目標医師数」は、現在の医師数合計 4,558 人、つまり現状を維持することがこの 3 年間の目標となります。

厚生労働省から提示された「目標医師数」

圏域名	医師偏在指標	順位	分類	医療施設従事医師数※1 (2020年)(人)	標準化医師数※2 (2020年)(人)	国目標医師数※3 (人) (括弧内は参考値)
群馬県	219.7	37	医師少数県	4,558	4,512	
前橋	340.2	22	医師多数区域	1,442	1,458	
高崎・安中	210.8	129	医師少数区域	911	882	
沼田	206.4	141		167	167	
富岡	181.7	213		161	158	
藤岡	181.3	216		164	164	
伊勢崎	179.1	225		452	445	
渋川	175.8	233		256	252	
桐生	174.5	234		297	286	
吾妻	154.4	285		81	78	
太田・館林	149.7	295		628	622	

- ※1 医療施設従事医師数：主たる従事先・従たる従事先の二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先の二次医療圏において0.8人、従たる従事先の二次医療圏において0.2人と換算
- ※2 標準化医師数：性・年齢階級別に平均労働時間の割合を乗じて調整した医師数
- ※3 全国下位33.3%の医師偏在指標に達するため必要な医師数を国が機械的に算出（標準化医師数ベースを補正）

作成中
(今後検討)

② 本県における確保を目指す医師数に係る基本的な考え方

厚生労働省から提示された「目標医師数」を見ると、県全体及び一部の医師少数区域において、現状の医師数が目標医師数を上回っていますが、県内各地域に所在する医療機関の医師不足の状況等は極めて深刻であり、上記（1）にも記載したとおり、できるだけ早期に医師総数の増加を図ることが必要不可欠です。

そこで、本県としては、国から提示された「目標医師数」はあくまでも「最低限確保すべき医師の数の目標」として、県民の安全・安心な暮らしの実現に必要な医療提供体制を早急に構築するため、医師確保計画ガイドラインの趣旨を踏まえつつも、各二次保健医療圏で**全国中央値**（医師偏在指標において上位 50%、335 二次医療圏中 168 位）**に達するための医師数**及びその県内合計値を基本として「**確保を目指す医師数**」を定めます。

具体的には、厚生労働省が参考に提示する「医師偏在指標の全国平均値（239.8）に達する医師数」と各二次保健医療圏の現状の医師数との比率を用いて、全国中央値に達するための医師数を算出します。その計算結果は次表のとおりとなります。

なお、二次保健医療圏においては、医師少数区域について「確保を目指す医師数」を設定します。また、医師少数区域以外の二次保健医療圏では、全国中央値に達するための医師数と現状の医師数のいずれか大きい値を「参考値」とします（県全体で確保を目指す医師数の算出の際には各参考値を加算します）。

※ 必要な医師数を確保するに当たっては、単に医師総数を増加させるだけではなく、その地域又は医療機関において必要とする診療領域ごとの医師数を考慮することも重要ですが、厚生労働省で今後診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があることから、本計画では診療科別の確保を目指す医師数の目標は設定しません。

本県において確保を目指す医師数

圏域名	人口 (2022.10) (万人)	分類	医療施設従事医師数 (2020年)	国目標医師数 ※1	確保を目指す 医師数※2
群馬県	191.3	医師少数県	4,558		
前橋	32.9	医師多数区域	1,442		
高崎・安中	42.4		911		
沼田	7.5		167		
富岡	6.6		161		
藤岡	6.5		164		
伊勢崎	24.7		452		
渋川	10.9		256		
桐生	15.2	医師少数区域	297		
吾妻	5.0		81		
太田・館林	39.8		628		

作成中
(今後検討)

ウ 県内病院における非常勤医師の勤務実態調査

医師偏在指標等の算出において、医師の配置状況は医師届出票における「主たる従事先」により整理されていますが、実際には一定数程度の医師が、大学からの派遣等により、主たる従事先以外の医療機関において、非常勤の就業形態で外来や病棟管理、宿日直などに従事しています。そこで、医師確保対策の検討に際し、大学や医療機関等に籍を置いたまま、その他の二次医療圏に所在する県内病院へ定期的に派遣されている非常勤医師の実態を調査しました。

医療圏をまたぐ県内非常勤医師の勤務実態調査

【調査時期】 令和元年7月31日～8月26日

【対象施設】 群馬大学医学部附属病院を除く県内129病院

【調査対象】 2019(平成31)年4月1日現在、他の二次(保健)医療圏に所在する大学や医療機関等での主たる勤務に加え、対象施設に非常勤勤務する医師

※対象施設を主たる勤務先とする非常勤医師は対象外

※同一の二次医療圏内の医療機関が主たる勤務先の場合は対象外

【調査方法】 ・宿日直を含む勤務実態と宿日直を除いた勤務実態(常勤換算)を回答
・宿日直の非常勤勤務時間は2分の1を計上(医療監視と同様の取扱)

【回答割合】 100%(129病院から回答)

医療圏をまたぐ県内非常勤医師の勤務実態調査結果(概要)

(常勤換算医師数(単位:人)、下段は宿日直の非常勤勤務を除いた人数)

	従たる勤務先(派遣先)										合計 (圏域から)	差引	医師数		人口10万人対医師数		
	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			非常勤考慮	非常勤考慮			
主たる勤務先	前橋		13.28 (10.93)	22.41 (18.34)	51.32 (37.36)	13.15 (10.04)	7.06 (6.88)	10.49 (7.20)	13.92 (12.66)	15.85 (13.58)	11.16 (8.80)	158.64 (125.80)	▲ 142.03 (▲ 112.72)	1,487	1,345 (1,374)	443.3 (443.3)	401.0 (409.7)
	渋川	0.80 (0.61)		0.09 (0.09)	1.31 (1.07)	0.09 (0.09)		0.50 (0.50)	0.79 (0.67)	0.74 (0.74)	0.87 (0.17)	5.19 (3.96)	17.47 (13.83)	231	248 (245)	204.0 (204.0)	219.5 (216.3)
	伊勢崎	0.30 (0.14)	0.32 (0.32)		0.38 (0.38)	0.40 (0.40)	0.07 (0.00)	0.10 (0.10)	0.33 (0.33)	0.59 (0.59)	1.63 (1.63)	4.12 (3.89)	39.53 (30.09)	427	467 (457)	173.7 (173.7)	189.8 (186.0)
	高崎・安中	2.83 (2.27)	1.18 (1.13)	1.19 (1.19)		1.64 (1.64)	1.06 (1.06)	1.09 (0.60)	0.53 (0.53)	1.45 (1.11)	1.07 (0.96)	12.04 (10.49)	68.03 (43.73)	860	928 (904)	200.6 (200.6)	216.4 (210.8)
	藤岡	0.64 (0.59)	0.38 (0.31)	0.09 (0.09)	1.09 (0.72)				0.09 (0.09)		0.45 (0.45)	2.74 (2.26)	18.10 (14.25)	162	180 (176)	237.1 (237.1)	263.6 (257.9)
	富岡	0.08 (0.08)			0.90 (0.82)	0.03 (0.03)		0.08 (0.08)	0.19 (0.19)			1.27 (1.18)	10.33 (9.54)	160	170 (170)	223.8 (223.8)	238.2 (237.1)
	吾妻	0.90 (0.69)		0.20 (0.20)	0.06 (0.03)	0.05 (0.05)			0.08 (0.08)	0.20 (0.20)	0.15 (0.15)	1.64 (1.41)	15.38 (8.95)	80	95 (89)	144.0 (144.0)	171.7 (160.1)
	沼田	0.16 (0.06)	0.25 (0.25)		0.63 (0.63)			0.23 (0.23)		0.13 (0.13)		1.39 (1.30)	28.49 (23.83)	145	173 (169)	176.3 (176.3)	211.0 (205.3)
	桐生	1.35 (1.23)	0.14 (0.14)	0.41 (0.41)	0.80 (0.63)	0.44 (0.00)			0.35 (0.35)		1.94 (1.94)	5.42 (4.69)	27.64 (20.82)	308	336 (329)	187.9 (187.9)	204.8 (200.6)
	太田・館林	2.08 (1.45)	0.41 (0.17)	1.95 (1.54)	0.70 (0.32)	0.11 (0.11)	0.11 (0.11)			3.30 (2.27)		8.65 (5.98)	58.02 (48.64)	570	628 (619)	141.9 (141.9)	156.3 (154.0)
	県外医療機関	7.13 (5.86)	6.72 (4.54)	17.03 (11.84)	22.39 (11.78)	4.93 (4.13)	3.04 (2.43)	4.53 (1.64)	12.92 (9.55)	10.80 (6.88)	49.09 (40.20)	138.59 (98.84)					
	その他	0.34 (0.09)		0.28 (0.28)	0.48 (0.48)		0.25 (0.25)		0.68 (0.68)		0.33 (0.33)	2.36 (2.11)					
	合計 (圏域に+)	16.61 (13.07)	22.66 (17.79)	43.64 (33.98)	80.06 (54.22)	20.85 (16.50)	11.60 (10.73)	17.02 (10.35)	29.88 (25.12)	33.06 (25.50)	66.67 (54.62)	342.05 (261.89)	140.95 (100.95)	4,430	4,571 (4,531)	225.2 (225.2)	232.4 (230.3)

医師偏在指標等に基づき追加で確保が必要とされる医師については、各医療機関からの要望内容を踏まえ、将来的には常勤医を基本として医師確保対策を推進することとなりますが、当面の間、この非常勤医師の派遣実績を参考として考慮し、医師偏在指標を補う形で、実態に即した目標医師数や医師確保対策の検討を行います。

なお、県全体の医師確保の状況に関してこの調査結果を見ると、県外医療機関や、医学部のない大学等に籍を置く、常勤換算で約 100 名分（宿日直分を含めると約 140 名分）の非常勤医師が、県内病院で診療行為等に従事し、県内の医療提供体制の維持に寄与していることが把握されました。

(2) 二次保健医療圏

1 の (3) 及び (4) において設定した、本県における医師多数区域、医師少数区域の区域区分に応じて、医師確保計画ガイドラインに基づき、各二次保健医療圏の医師確保の方針及び確保を目指す医師数について、次ページ以降のとおり定めます。

ア 二次医療圏における医師確保の方針の考え方

二次医療圏における医師確保の方針は、医師確保計画ガイドラインにおいて次のとおり区域区分ごとに整理されています。なお、医師多数区域においても、これまでの既存の医師確保の取組を速やかに是正することまでを求めるものではありません。

医師多数区域	医師多数区域でも 医師少数区域でもない区域	医師少数区域
<ul style="list-style-type: none"> ・他の二次医療圏からの医師確保は行わない ・医師少数区域への医師派遣が求められる 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、医師多数区域の水準に至るまで、医師多数区域からの医師確保が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師少数区域以外の二次医療圏からの医師確保が可能

イ 県内二次保健医療圏における確保を目指す医師数の考え方

県内二次保健医療圏における確保を目指す医師数については、1 (2) のとおり、「全国中央値に達するための医師数」とし、医師少数区域である渋川、吾妻及び太田・館林保健医療圏に設定します。

また、医師少数区域以外の二次保健医療圏では、全国中央値に達するための医師数と現状の医師数のいずれか大きい値を「参考値」とします。

併せて、参考として、厚生労働省から提示された「目標医師数」を「最低限確保すべき医師の数の目標」として示すとともに、医療圏をまたぐ県内非常勤医師の勤務実態調査を踏まえ、各二次保健医療圏で従たる勤務を行う非常勤医師数（常勤換算、宿日直除く）についても示します。

第8章 医師確保計画

(1) 前橋保健医療圏

ア 医療圏の特徴

群馬大学医学部附属病院を始め多くの医療機関が立地し、医師も含め医療資源が集中しており、県内全域から、高度急性期・急性期等の医療需要の流入傾向が見られます。

■ 医療需要等

面積 (km ²)		人口 (人)		高齢化率		患者流出入状況【前橋保健医療圏】 (千人/日)				
沼田	1,766	高崎・安中	423,802	吾妻	41.3%	流出入調整係数	入院	1.333	外来	1.074
吾妻	1,279	太田・館林	397,763	富岡	38.4%		【流入傾向】	【流入傾向】		
高崎・安中	735	前橋	328,964	沼田	37.8%	主な患者流入元	高崎・安中(0.4)	高崎・安中(0.5)		
富岡	489	伊勢崎	246,679	桐生	35.2%		※多圏域から流入			
桐生	483	桐生	151,660	藤岡	34.6%	主な患者流出先	高崎・安中(0.2)	高崎・安中(0.5)		
藤岡	477	渋川	109,253	渋川	32.8%					
太田・館林	369	沼田	74,660	前橋	31.4%					
前橋	312	富岡	65,883	高崎・安中	30.2%					
渋川	289	藤岡	64,540	太田・館林	28.1%					
伊勢崎	165	吾妻	49,988	伊勢崎	26.3%					
				県計	31.0%					

■ 医療資源

(病院)	人口10万人対医師数(人) (診療所)	労働時間調整係数	人口1万人対病床数(床)	病床利用率 (%)	
前橋	327.3	前橋	1,011	渋川	83.1
藤岡	186.3	高崎・安中	1,001	沼田	82.9
渋川	165.5	桐生	1,000	高崎・安中	81.3
富岡	143.9	太田・館林	0.991	富岡	79.7
沼田	137.7	伊勢崎	0.984	前橋	78.8
高崎・安中	109.1	渋川	0.983	桐生	78.5
伊勢崎	102.9	富岡	0.980	伊勢崎	78.0
吾妻	102.7	太田・館林	0.971	藤岡	74.7
桐生	97.4	高崎・安中	0.969	太田・館林	73.1
太田・館林	86.9	桐生	0.965	吾妻	58.4
県計	148.2	県計	0.990	県計	77.6

※ 第3節2(1)イ 医師需給分科会第4次報告別添資料2 将来時点における不足医師数等(暫定値)より(以降の二次保健医療圏においても同様)

作成中
(今後検討)

イ 医師確保の方針

【現在時点】医師多数区域

【将来時点】医師の供給が需要を上回る見込み※

【医師少数スポット】

なし

- ① 県内の高度医療を担う医療機関に係る必要な医療提供体制の維持に配慮した上で、県内唯一の医師多数区域として、当該医療圏内の大学病院その他の医療機関からの、県内の医師少数区域等への医師派遣を促進します。
- ② 基本的に他の二次医療圏から医師を確保する追加の対策は行いませんが、次の観点から必要な医師確保に取り組みます。
 - ・ 大学病院等において医師少数区域へ派遣するための医師を確保する観点
 - ・ 今後、特に充実が必要な診療科医師を県全体で確保する観点

ウ 確保を目指す医師数

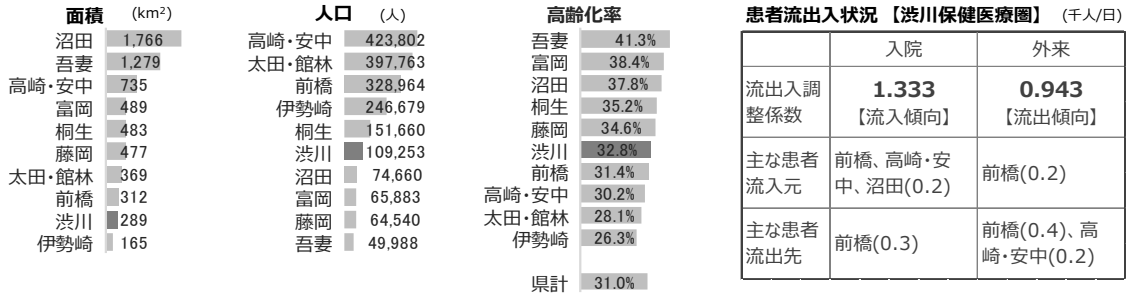
医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
1,442 人	1,458 人	(〇〇 人) (参考値)	(〇〇〇 人) (参考値)	〇〇 人
				+ 〇〇 人 (圏外から)
				- 〇〇 人 (圏外へ)

(2) 渋川保健医療圏

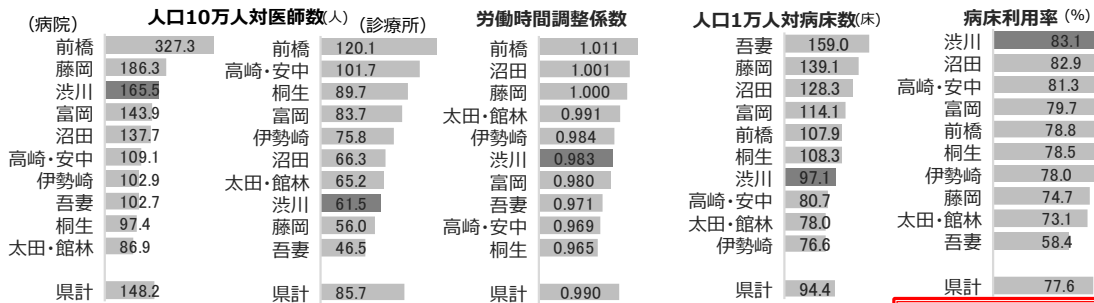
ア 医療圏の特徴

病床利用率が県内で最も高く、入院については前橋保健医療圏等から患者流入の傾向にあります。外来については前橋保健医療圏等へやや患者流出が見られます。

■ 医療需要等



■ 医療資源



イ 医師確保の方針

作成中
(今後検討)

【現在時点】医師少数区域

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】

(対象外)

- ① 一定量の患者流入に対応するため、医師数の増加を図ることを基本とし、他都道府県及び県内の医師少数区域以外の二次医療圏から医師確保を行います。
- ② 当該保健医療圏の基幹医療機関等から、非常勤医師も含め圏域内や吾妻保健医療圏等の医療機関へ医師派遣等を行うとの観点も含めて医師確保に取り組み、当該保健医療圏のみならず、北毛地域の医療提供体制の充実に貢献することが求められています。
- ③ へき地等の医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した往診、訪問診療等の在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ④ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果率が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
256 人	252 人	〇〇 人	〇〇〇 人

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)

〇〇 人
+ 〇〇 人 (圏外から)
- 〇〇 人 (圏外へ)

第8章 医師確保計画

(3) 伊勢崎保健医療圏

ア 医療圏の特徴

高齢化率や今後見込まれる人口減少率は県内で最も低く、太田・館林保健医療圏のほか、特に外来については埼玉県北部からの患者流入の傾向が見られます。

■ 医療需要等

面積 (km ²)	人口 (人)	高齢化率	患者流出入状況【伊勢崎保健医療圏】(千人/日)	
沼田 1,766	高崎・安中 423,802	吾妻 41.3%	入院	外来
吾妻 1,279	太田・館林 397,763	富岡 38.4%	流出入調整係数	1.105 【流入傾向】
高崎・安中 735	前橋 328,964	沼田 37.8%		
富岡 489	伊勢崎 246,679	桐生 35.2%	主な患者流入元	太田・館林(0.3)、 前橋(0.2)
桐生 483	桐生 151,660	藤岡 34.6%	主な患者流出先	前橋、高崎・安中 (0.3)
藤岡 477	渋川 109,253	高崎・安中 32.8%		
太田・館林 369	沼田 74,660	前橋 31.4%		
前橋 312	富岡 65,883	太田・館林 28.1%		
渋川 289	藤岡 64,540	伊勢崎 26.3%		
伊勢崎 165	吾妻 49,988	県計 31.0%		

■ 医療資源

(病院)	人口10万人対医師数(人) (診療所)	労働時間調整係数	人口1万人対病床数(床)	病床利用率(%)
前橋	327.3	前橋 1.011	吾妻 159.0	渋川 83.1
藤岡	186.3	沼田 1.001	藤岡 139.1	沼田 82.9
渋川	165.5	藤岡 1.000	沼田 128.3	高崎・安中 81.3
富岡	143.9	太田・館林 0.991	富岡 114.1	富岡 79.7
沼田	137.7	伊勢崎 0.984	前橋 107.9	前橋 78.8
高崎・安中	109.1	渋川 0.983	桐生 108.3	桐生 78.5
伊勢崎	102.9	富岡 0.980	渋川 97.1	伊勢崎 78.0
吾妻	102.7	高崎・安中 0.971	高崎・安中 80.7	藤岡 74.7
桐生	97.4	吾妻 0.969	太田・館林 78.0	太田・館林 73.1
太田・館林	86.9	桐生 0.965	伊勢崎 76.6	吾妻 58.4
県計	148.2	県計 0.990	県計 94.4	県計 77.6

作成中
(今後検討)

イ 医師確保の方針

【現在時点】医師多数区域でも少数区域でもない
【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】なし

- ① 一定量の患者流入に対応するため、医師偏在指標が全国中位の水準に至るまで、他都道府県及び県内の医師多数区域から医師の確保を図ることを目指します。
- ② 局所的に医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
452 人	445 人 (〇〇人)		〇〇〇人

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)

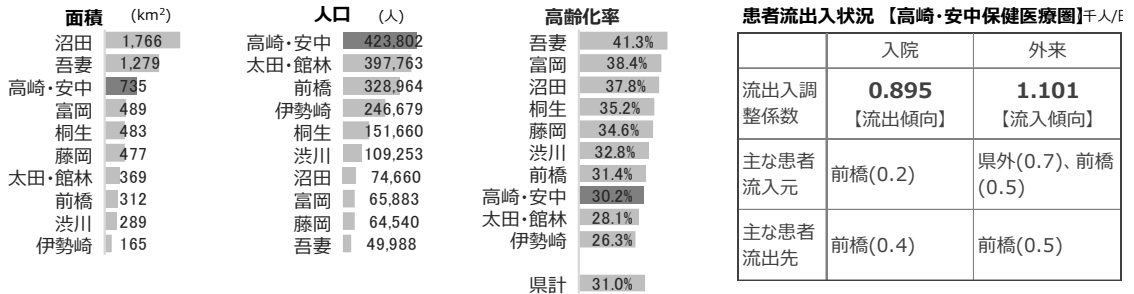
〇〇人
+ 〇〇人 (圏外から)
- 〇〇人 (圏外へ)

(4) 高崎・安中保健医療圏

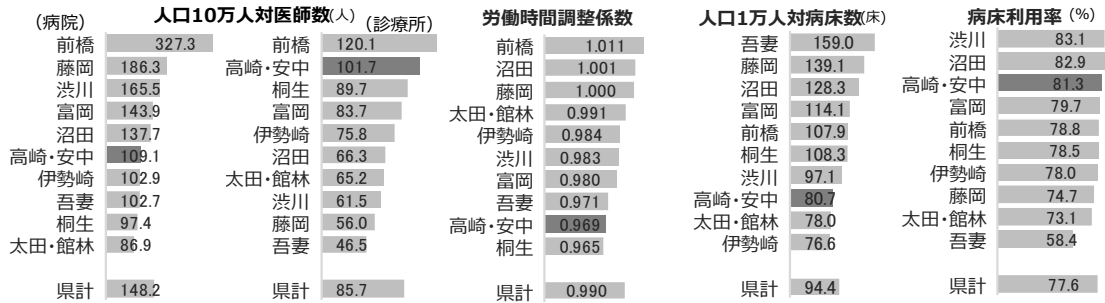
ア 医療圏の特徴

人口対医師数について、他の保健医療圏と比べて診療所の医師数が比較的多く、入院は前橋保健医療圏等への患者流出傾向、外来は県外等からの患者流入傾向が見られます。

■ 医療需要等



■ 医療資源



作成中
(今後検討)

イ 医師確保の方針

【現在時点】医師多数区域でも少数区域でもない
【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】なし

- ① 圏域内の医療需要に十分対応するため、他都道府県及び県内の医師多数区域から必要な医師の確保を図ることを目指します。
- ② ヘキ地等の医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した往診、訪問診療等の在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
911 人	882 人	(〇〇 人) (参考値)	(〇〇〇 人) (参考値)

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
〇〇 人
+ 〇〇 人 (圏外から)
- 〇〇 人 (圏外へ)

第8章 医師確保計画

(5) 藤岡保健医療圏

ア 医療圏の特徴

入院・外来患者とも、埼玉県北部からの流入傾向、高崎・安中保健医療圏など県内への流出傾向が見られ、全体としてはいずれも患者流入傾向となっています。

■ 医療需要等

面積 (km ²)	人口 (人)	高齢化率	患者流出入状況【藤岡保健医療圏】 (千人/日)	
沼田 1,766	高崎・安中 423,802	吾妻 41.3%	入院	外来
吾妻 1,279	太田・館林 397,763	富岡 38.4%	流出入調整係数	1.333 【流入傾向】
高崎・安中 735	前橋 328,964	沼田 37.8%		
富岡 489	伊勢崎 246,679	桐生 35.2%	主な患者流入元	県外(0.3)
桐生 483	桐生 151,660	藤岡 34.6%	主な患者流出先	前橋、高崎・安中(0.1)
藤岡 477	渋川 109,253	渋川 32.8%		
太田・館林 369	沼田 74,660	前橋 31.4%		
前橋 312	富岡 65,883	高崎・安中 30.2%		
渋川 289	藤岡 64,540	太田・館林 28.1%		
伊勢崎 165	吾妻 49,988	伊勢崎 26.3%		
	県計 31.0%	県計 31.0%		

■ 医療資源

(病院)	人口10万人対医師数(人) (診療所)	労働時間調整係数	人口1万人対病床数(床)	病床利用率(%)
前橋 327.3	前橋 120.1	前橋 1.011	吾妻 159.0	渋川 83.1
藤岡 186.3	高崎・安中 101.7	沼田 1.001	藤岡 139.1	沼田 82.9
渋川 165.5	桐生 89.7	藤岡 1.000	沼田 128.3	高崎・安中 81.3
富岡 143.9	富岡 83.7	太田・館林 0.991	富岡 114.1	富岡 79.7
沼田 137.7	伊勢崎 75.8	伊勢崎 0.984	富岡 107.9	前橋 78.8
高崎・安中 109.1	沼田 66.3	渋川 0.983	桐生 108.3	桐生 78.5
伊勢崎 102.9	太田・館林 65.2	富岡 0.980	渋川 97.1	伊勢崎 78.0
吾妻 102.7	渋川 61.5	吾妻 0.971	高崎・安中 80.7	藤岡 74.7
桐生 97.4	藤岡 56.0	高崎・安中 0.969	太田・館林 78.0	太田・館林 73.1
太田・館林 86.9	吾妻 46.5	桐生 0.965	伊勢崎 76.6	吾妻 58.4
県計 148.2	県計 85.7	県計 0.990	県計 94.4	県計 77.6

イ 医師確保の方針

作成中
(今後検討)

【現在時点】医師多数区域でも少数区域でもない
【将来時点】医師の供給が需要を上回る見込み

【医師少数スポット】
多野郡上野村、神流町

- ① 一定量の患者流入に対応するため、医師偏在指標が全国中位の水準に至るまで、他都道府県及び県内の医師多数区域から医師の確保を図ることを目指します。
- ② 医師少数スポットについては、自治医科大学卒業医師を中心にへき地診療所への常勤医の派遣継続に努めるとともに、将来に向け複数の非常勤医による派遣システムを検討します。在宅医療や介護サービスの提供体制と併せて対応を図ります。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
164 人	164 人	(〇〇 人) (参考値)	(〇〇〇 人) (参考値)

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)

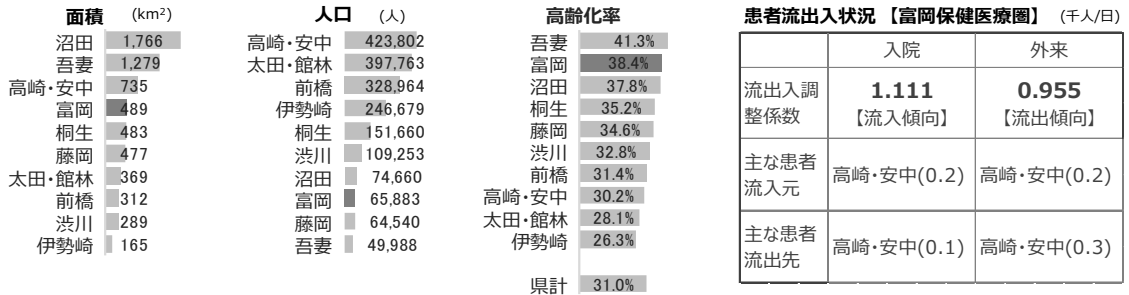
〇〇 人
+ 〇〇 人 (圏外から)
- 〇〇 人 (圏外へ)

(6) 富岡保健医療圏

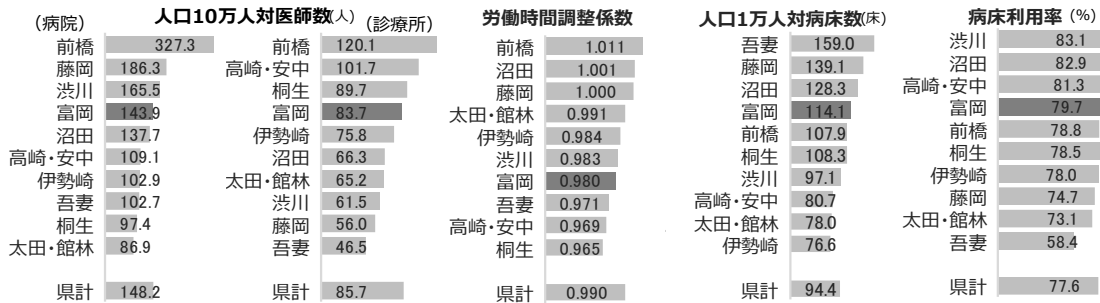
ア 医療圏の特徴

高齢化率が県内で2番目に**高い保健医療圏**です。入院患者は流入、外来患者は流出傾向で、特に高崎・安中保健医療圏との流出入が見られます。

■ 医療需要等



■ 医療資源



作成中
(今後検討)

イ 医師確保の方針

【現在時点】医師多数区域でも少数区域でもない
【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】なし

- ① 圏域内の医療需要に十分対応するため、医師偏在指標が全国中位の水準に至るまで、他都道府県及び県内の医師多数区域から医師の確保を図ることを目指します。
- ② ヘキ地等の医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した往診、訪問診療等の在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
161 人	158 人	(〇〇 人) (参考値)	(〇〇〇 人) (参考値)

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)

〇〇 人
+ 〇〇 人 (圏外から)
- 〇〇 人 (圏外へ)

第8章 医師確保計画

(7) 吾妻保健医療圏

ア 医療圏の特徴

高齢化率は県内で最も高く、また、県内で最も医師数が少ない状況です。入院・外来とも患者流出傾向であり、渋川、沼田保健医療圏や県外への流出が認められます。

■ 医療需要等

面積 (km ²)	
沼田	1,766
吾妻	1,279
高崎・安中	735
富岡	489
桐生	483
藤岡	477
太田・館林	369
前橋	312
渋川	289
伊勢崎	165

人口 (人)	
高崎・安中	423,802
太田・館林	397,763
前橋	328,964
伊勢崎	246,679
桐生	151,660
渋川	109,253
沼田	74,660
富岡	65,883
藤岡	64,540
吾妻	49,988

高齢化率	
吾妻	41.3%
富岡	38.4%
沼田	37.8%
桐生	35.2%
藤岡	34.6%
渋川	32.8%
前橋	31.4%
高崎・安中	30.2%
太田・館林	28.1%
伊勢崎	26.3%
県計	31.0%

患者流出状況【吾妻保健医療圏】(千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	0.778 【流出傾向】	0.700 【流出傾向】
主な患者流入元	-	-
主な患者流出先	渋川、沼田(0.1)	渋川、高崎・安中、県外(0.1)

■ 医療資源

(病院)

人口10万人対医師数(人) (診療所)	
前橋	327.3
藤岡	186.3
渋川	165.5
富岡	143.9
沼田	137.7
高崎・安中	109.1
伊勢崎	102.9
吾妻	102.7
桐生	97.4
太田・館林	86.9
県計	148.2

労働時間調整係数

前橋	1.011
沼田	1.001
藤岡	1.000
太田・館林	0.991
伊勢崎	0.984
渋川	0.983
富岡	0.980
吾妻	0.971
高崎・安中	0.969
桐生	0.965
県計	0.990

人口1万人対病床数(床)

吾妻	159.0
藤岡	139.1
沼田	128.3
富岡	114.1
前橋	107.9
桐生	108.3
渋川	97.1
高崎・安中	80.7
太田・館林	78.0
伊勢崎	76.6
県計	94.4

病床利用率(%)

渋川	83.1
沼田	82.9
高崎・安中	81.3
富岡	79.7
前橋	78.8
桐生	78.5
伊勢崎	78.0
藤岡	74.7
太田・館林	73.1
吾妻	58.4
県計	77.6

イ 医師確保の方針

作成中
(今後検討)

【現在時点】医師少数区域

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】

(対象外)

- ① 圏域内の医療需要に対応するため、医師数の増加を図ることを基本とし、他都道府県及び県内の医師少数区域以外の二次保健医療圏から医師確保を行います。
- ② 診療科や患者の居住地等によっては、渋川保健医療圏や県外近隣医療圏との連携により、医療提供体制の構築を推進します。
- ③ 4箇所へのき地診療所については、自治医科大学卒業医師を中心に常勤医の派遣継続や代診医派遣等に努めるとともに、将来に向け複数の非常勤医による派遣システムを検討します。在宅医療や介護サービスの提供体制と併せて対応を図ります。
- ④ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
81人	78人	(〇〇人)	〇〇〇人

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)

〇〇人

+ 〇〇人 (圏外から)

- 〇〇人 (圏外へ)

(8) 沼田保健医療圏

ア 医療圏の特徴

従来、患者流入が少なく圏内完結率が高い区域とされてきましたが、直近のデータでは特に入院機能について、渋川や前橋保健医療圏への流出傾向が見られます。

■ 医療需要等

面積 (km ²)	人口 (人)	高齢化率	患者流出状況【沼田保健医療圏】 (千人/日)	
沼田 1,766	高崎・安中 423,802	吾妻 41.3%	入院	外来
吾妻 1,279	太田・館林 397,763	富岡 38.4%	流出入調整係数	0.818 【流出傾向】
高崎・安中 735	前橋 328,964	沼田 37.8%		
富岡 489	伊勢崎 246,679	桐生 35.2%	主な患者流入元	吾妻(0.1)
桐生 483	桐生 151,660	藤岡 34.6%	主な患者流出先	渋川(0.2)、前橋(0.1)
藤岡 477	渋川 109,253	高崎・安中 32.8%		
太田・館林 369	沼田 74,660	前橋 31.4%		
前橋 312	富岡 65,883	太田・館林 28.1%		
渋川 289	藤岡 64,540	伊勢崎 26.3%		
伊勢崎 165	吾妻 49,988	県計 31.0%		

■ 医療資源

(病院)	人口10万人対医師数(人) (診療所)	労働時間調整係数	人口1万人対病床数(床)	病床利用率 (%)
前橋 327.3	前橋 120.1	前橋 1.011	吾妻 159.0	渋川 83.1
藤岡 186.3	高崎・安中 101.7	沼田 1.001	藤岡 139.1	沼田 82.9
渋川 165.5	桐生 89.7	藤岡 1.000	沼田 128.3	高崎・安中 81.3
富岡 143.9	富岡 83.7	太田・館林 0.991	富岡 114.1	富岡 79.7
沼田 137.7	伊勢崎 75.8	伊勢崎 0.984	富岡 107.9	前橋 78.8
高崎・安中 109.1	沼田 66.3	渋川 0.983	桐生 108.3	桐生 78.5
伊勢崎 102.9	太田・館林 65.2	富岡 0.980	渋川 97.1	伊勢崎 78.0
吾妻 102.7	渋川 61.5	吾妻 0.971	高崎・安中 80.7	藤岡 74.7
桐生 97.4	藤岡 56.0	高崎・安中 0.969	太田・館林 78.0	太田・館林 73.1
太田・館林 86.9	吾妻 46.5	桐生 0.965	伊勢崎 76.6	吾妻 58.4
県計 148.2	県計 85.7	県計 0.990	県計 94.4	県計 77.6

作成中
(今後検討)

イ 医師確保の方針

【現時点】医師多数区域でも少数区域でもない

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】沼田市(旧利根村)、みなかみ町(旧新治村)

- ① 圏域内の医療需要に十分対応するため、医師偏在指標が全国中位の水準に至るまで、他都道府県及び県内の医師多数区域から医師の確保を図ることを目指します。
- ② 医師少数スポットその他の医療資源が十分でない区域については、引き続き、へき地医療拠点病院による巡回診療を支援するほか、それぞれの実情に配慮した往診、訪問診療等の在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果も期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除)
167 人	167 人	(〇〇 人)	(〇〇〇 人)	〇〇 人
		(参考値)	(参考値)	+
				〇〇 人 (圏外から)
				-
				〇〇 人 (圏外へ)

第8章 医師確保計画

(9) 桐生保健医療圏

ア 医療圏の特徴

医師の高齢化が比較的進んでいます。また、前橋、伊勢崎、太田・館林保健医療圏や栃木県両毛医療圏との間で一定量の患者流出入が見られ、全体で流出傾向にあります。

■ 医療需要等

面積 (km ²)	人口 (人)	高齢化率
沼田 1,766	高崎・安中 423,802	吾妻 41.3%
吾妻 1,279	太田・館林 397,763	富岡 38.4%
高崎・安中 735	前橋 328,964	沼田 37.8%
富岡 489	伊勢崎 246,679	桐生 35.2%
桐生 483	桐生 51,660	藤岡 34.6%
藤岡 477	渋川 109,253	渋川 32.8%
太田・館林 369	沼田 74,660	前橋 31.4%
前橋 312	富岡 65,883	高崎・安中 30.2%
渋川 289	藤岡 64,540	太田・館林 28.1%
伊勢崎 165	吾妻 49,988	伊勢崎 26.3%
		県計 31.0%

患者流出入状況【桐生保健医療圏】 (千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	0.889 【流出傾向】	0.997 【流出傾向】
主な患者流入元	伊勢崎、太田・館林 (0.1)	県外(0.2)
主な患者流出先	前橋、伊勢崎、太田・館林、県外(0.1)	前橋、伊勢崎、太田・館林、県外(0.1)

■ 医療資源

(病院)	人口10万人対医師数(人) (診療所)	労働時間調整係数	人口1万人対病床数(床)	病床利用率(%)
前橋	327.3	前橋 120.1	吾妻 159.0	渋川 83.1
藤岡	186.3	高崎・安中 101.7	藤岡 139.1	沼田 82.9
渋川	165.5	桐生 89.7	沼田 128.3	高崎・安中 81.3
富岡	143.9	富岡 83.7	富岡 114.1	富岡 79.7
沼田	137.7	伊勢崎 75.8	前橋 107.9	前橋 78.8
高崎・安中	109.1	沼田 66.3	桐生 108.3	桐生 78.5
伊勢崎	102.9	太田・館林 65.2	渋川 97.1	伊勢崎 78.0
吾妻	102.7	渋川 61.5	高崎・安中 80.7	藤岡 74.7
桐生	97.4	藤岡 56.0	太田・館林 78.0	太田・館林 73.1
太田・館林	86.9	吾妻 46.5	伊勢崎 76.6	吾妻 58.4
県計	148.2	県計 85.7	県計 94.4	県計 77.6

作成中
(今後検討)

イ 医師確保の方針

【現在時点】医師多数区域でも少数区域でもない
【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】なし

- ① 圏域内の医療需要に十分対応するため、医師偏在指標が全国中位の水準に至るまで、他都道府県及び県内の医師多数区域から医師の確保を図ることを目指します。
- ② 局所的に医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
297 人	286 人	(〇〇 人)	(〇〇〇 人)

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)

〇〇 人

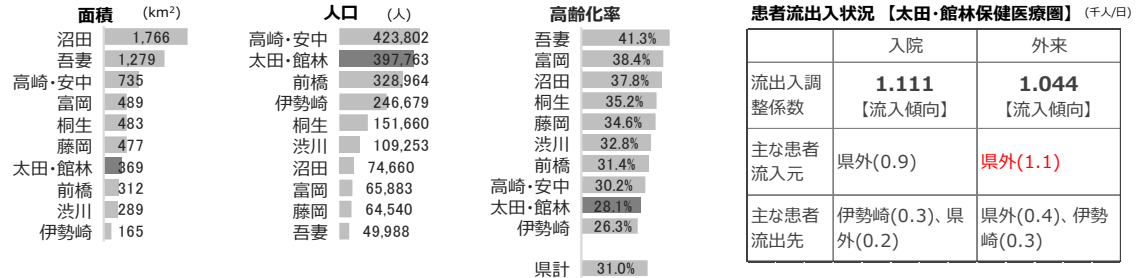
+ 〇〇 人 (圏外から)
- 〇〇 人 (圏外へ)

(10) 太田・館林保健医療圏

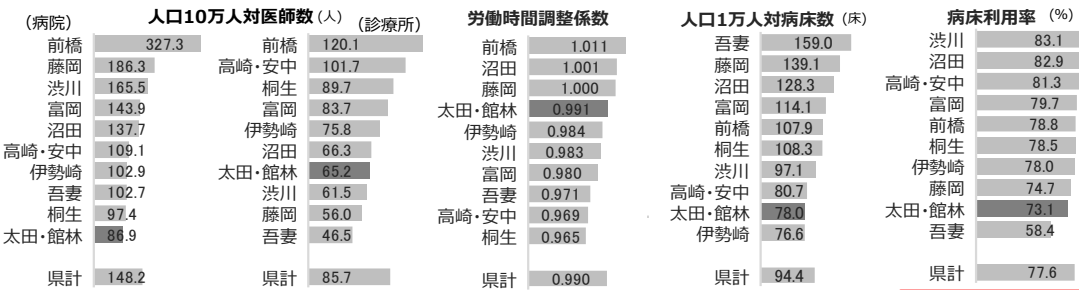
ア 医療圏の特徴

医師偏在指標が県内で最も低い医療圏です。入院・外来とも患者流入傾向であり、特に県外からの患者流入が認められます。

■ 医療需要等



■ 医療資源



作成中
(今後検討)

イ 医師確保の方針

【現在時点】医師少数区域

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】

(対象外)

- ① 圏域内の医療需要に対応するため、医師数の増加を図ることを基本とし、他都道府県及び県内の医師少数区域以外の二次医療圏から医師確保を行います。
- ② 太田記念病院や公立館林厚生病院を中心とした圏内連携のほか、診療科によっては伊勢崎、桐生保健医療圏や県外とも連携し、医療提供体制の構築を推進します。
- ③ 特に医療資源が十分でない邑楽郡については、それぞれの実情に配慮した往診、訪問診療等の在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ④ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数(2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数(常勤換算、宿日直除く)
628人	622人	(〇〇人)	〇〇〇人	〇〇人
				+ 〇〇人(圏外から)
				- 〇〇人(圏外へ)

3 確保すべき医師の数の目標を達成するための施策

2において県単位及び県内二次医療圏単位で定めた医師確保の方針に基づき、計画期間終了時に「確保を目指す医師数」を達成することを目指し、必要な医師確保対策を行います。

施策としては、計画期間内に効果が現れる短期的な施策と、それ以上の時間をかけて効果が生じる地域枠等の長期的な施策の大きく2つに分けられ、現在時点、将来時点ともに医師不足が見込まれる本県については、これらを組み合わせて対策を講じることが求められます。

(1) 短期的な施策

ア 医師総数の確保

① 若手医師の確保

(ア) 地域医療枠

本県では、群馬県における地域医療のリーダーを養成・確保するため、2009（平成21）年度から群馬大学医学部医学科の入学試験枠に「地域医療枠」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の修学資金を貸与し、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））、県内の特定病院に勤務することで、修学資金の返還を免除することとしています。さらに、2018（平成30）年度入学生以降の「地域医療枠」については、「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キャリア形成プログラム『ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス』（下記参照）に参加すること」、「臨床研修修了後に県知事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（必要従事期間の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」を貸与修学資金の返還免除要件に加えました。

キャリア形成プログラムの適用を受ける医師については、本人の意思を最大限尊重しつつ、医療法第30条の23の規定に基づく地域医療対策協議会において派遣調整を行い、医師少数区域等へ誘導します。

なお、本県における「医師不足地域」は、医師少数区域及び医師少数スポットのほか、「直近の厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師統計』において、人口当たりの病院従事医師数が全国平均値を下回る二次保健医療圏」と定義します。また、「特に不足する診療科」は、産婦人科、小児科、外科、整形外科、救急科、麻酔科、総合診療とします。

【キャリア形成プログラム『ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス』とは】

キャリア形成プログラムは、主に地域医療枠の医師を対象に、従事必要期間中のキャリア形成について、診療科や従事先となる医療機関ごとに様々なコースを示したものです。

本県では、「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」として2014（平成26）年にバージョン1を策定し、現在は、2018（平成30）年度から開始された新たな専門研修を踏まえ2019（平成31）年1月に改訂したバージョン2を運用しています。

作成中
(今後検討)

(イ) 医学生修学資金貸与事業

本県では、県内出身者等のうち県外大学医学部に進学した学生のUターン促進を図るため、2019（令和元）年度から県外大学医学部に在籍する本県出身者等の5、6年に対して修学資金を貸与する「医学生修学資金貸与事業」を実施し、卒業後、医師として一定期間（貸与期間の2分の3倍の期間）県内の特定病院に勤務することで、修学資金の返還を免除することとしています。

さらに、2020（令和2）年度からは、貸与対象者を本県にゆかりのない県外大学医学部の学生及び県外出身の群馬大学医学部の学生にも拡大したほか、医師少数区域である館林市及び渋川市に所在する医療機関で臨床研修に従事することを希望する学生に対して、貸与資金の増額を行いました。

今後、若手医師の一層の確保と医師少数区域への誘導を図るため、貸与資金を増額する地域の見直しを行うなど、制度の一層の充実に向けて検討します。

(ウ) 医師確保修学研修資金貸与事業

2006（平成18）年度から、将来、県内の病院で、特に不足する診療科（産婦人科、小児科、外科、整形外科、救急科、麻酔科、総合診療）に従事する意欲のある研修医に対して修学研修資金を貸与する「群馬県医師確保修学研修資金貸与事業」を実施しており、制度を県内外の病院の研修医に周知することで、県内の専攻医を確保します。

また、県内医療機関の専門研修プログラムの内容を一層充実させ、その魅力を高め、専攻医の確保につなげることを目的に、プログラムの新規策定や更新に係る経費の補助を検討します。

さらに、専門医制度に関して、地域医療対策協議会による検証を行い、日本専門医機構へ意見を提出することにより、より地域医療に配慮した研修体制が確保できるよう、制度の改善を促します。

加えて、2020（令和2）年度採用から設けられた「連携（地域研修）プログラム」において、シーリング対象県と本県の医療機関が連携できるよう支援します。

(エ) 研修体制の充実

本県では、県、医師会、大学、県内医療機関等、オール群馬の体制で医師確保に取り組むため、2019（令和元）年10月に「ぐんま総合医会」を設置しました。ぐんま総合医会では、県内の新臨床研修医を対象とした合同オリエンテーションを開催するとともに、構成員全員をドクターリクルーターに任命し、学会や講演会、病院実習などの機会を捉え、医学生や若手医師に対し、本県の取組や本県の地域医療に携わる魅力・やりがい等を発信しています。

県内全ての基幹型臨床研修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」では、臨床研修医向け合同研修会、レジデントグランプリ等を実施し県内の臨床研修体制の充実に努めるとともに、臨床研修病院の紹介動画の作成・配信や、民間主催の臨床研修病院合同ガイダンスへの出展などにより、研修医の確保に努めます。

また、2020（令和2）年度から、県外大学の医学生を対象に、臨床研修病院の見学や受験の際に必要な交通費の一部を助成する「県外医学生病院見学等助成事業」を実施しており、制度を県外大学の医学生に周知し、県内病院について直接知る機会を提供することで、若手医師の確保につなげます。

さらに、「手術基本手技講習会」の実施を群馬大学に委託し、研修環境の充実を図るとともに、手術手技の魅力を学生や研修医等に発信していきます。

(オ) 臨床研修病院の指定・定員設定

2020（令和2）年度から臨床研修病院に関する事務が国から都道府県に移譲され、地域医療対策協議会での協議を経た上で、県において臨床研修病院を指定すること、及び各病院の定員を設定することが可能となりました。そこで県では、医師少数区域に配慮しつつ、臨床研修病院ごとの臨床研修医の定員調整を行います。

また、臨床研修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。

さらに、「地域密着型臨床研修病院」（地域医療の研修を医師少数区域で12週以上行う「地域重点型プログラム」を策定することが認定要件）への認定を働きかけるなど、多くの臨床研修医が医師少数区域における地域医療研修を行うことができるよう努めます。

② 中堅医師・指導医の確保

(ア) 中堅医師の確保

県外から即戦力となる中堅医師を呼び込むため、移住を促進する動画の配信など、医療を含めた本県の魅力を情報発信するほか、県外から移住した医師に対するインセンティブの設定等について検討します。

(イ) 指導医の確保

指導医養成講習会を開催し、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。

(ウ) ドクターバンク

本県では、2007（平成19）年度から「群馬県ドクターバンク」を設置し、医師の県内誘導・定着を図ってきました。WEB広告の掲載の他、周知・広報を強化し、医師の県内就業への支援、紹介、あっせん、医療機関からの求人情報の提供等に一層取り組んでいきます。

(エ) 寄附講座の検討

寄附講座は、大学等において、教育研究の奨励を目的とする外部からの寄附金を財源に開設される講座です。県では、寄附講座を活用し、研究活動の一環として医師が医師少数区域等に派遣される仕組みについて検討します。

作成中
(今後検討)

イ 地域偏在の解消

① ぐんま地域医療会議による大学等と連携した適正配置の推進

本県では、県全体で、医師の適正配置、医療従事者の育成等について協議することを目的に、県、医師会、群馬大学、病院協会等の県内医療関係団体参加の下、2018（平成 30）年 3 月に「ぐんま地域医療会議」を設置しました。

当会議では、県内全ての病院への医師配置に係る実態調査やレセプトデータの分析等を行い、県内各地域における医療需要と派遣可能な医師の人数などの把握、医師確保における現状と課題の共有を図った上で、医師適正配置に係る方針を群馬大学、県内各病院等に提案しています。

これまで医師少数区域である吾妻保健医療圏への救急医の配置や、東毛地域への呼吸器内科医、耳鼻咽喉科医の配置、総合周産期母子医療センターへの産科医、小児科医の配置など、様々な提案を行っており、医師の地域偏在、診療科偏在の解消に取り組んできました。今後も、各医療機関における実態やニーズの把握に努め、医師の適正配置を推進していきます。

② キャリア形成プログラムに基づく派遣調整

2018（平成 30）年度入学生以降の「地域医療枠」については、貸与修学資金の返還免除要件として、「従事必要期間においてキャリア形成プログラムに参加すること」、「臨床研修修了後に県知事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（必要従事期間の 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」を追加したことから、派遣される医師の希望に応じた能力開発・向上の機会の確保に配慮しつつ、医師少数区域への勤務に資する内容となるよう、地域医療対策協議会で協議し、キャリア形成プログラムの更なる見直しを検討します。

また、地域医療枠医師に適用するキャリア形成プログラムは、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できるものであることから、地域医療枠以外の学生についても、キャリア形成プログラムへの任意での参加を促していきます。

③ キャリア形成卒前支援プランの提供

本県では、2023（令和 5）年度入学生以降の「地域医療枠」や自治医科大学の学生等を対象として、学生の期間を通じて、地域医療へ貢献する意思を継続することができるよう「群馬県キャリア形成卒前支援プラン」を策定しました。本プランでは、地域医療に関するセミナーや実習、交流会の実施などにより、学生が将来従事する地域と接する機会を提供し、地域医療に従事する意識の向上を図るとともに、キャリア形成のプランニングを支援します。

作成中
(今後検討)

④ **キャリアコーディネーターの配置**

医師偏在対策と医師のキャリア形成の両立を円滑に推進するため、キャリア形成プログラムの対象となる予定の学生を支援する人材として、地域医療支援センターの医師をキャリアコーディネーターとして配置し、キャリア形成プログラムを効果的に運用します。

⑤ **医学生修学資金貸与事業**

「医学生修学資金貸与事業」において、2020（令和2）年度から、医師少数区域である館林市及び渋川市に所在する医療機関で臨床研修に従事することを希望する学生に対して、貸与資金の増額を行っています。今後も、若手医師の一層の確保と医師少数区域への誘導を図るため、貸与資金を増額する地域の見直しを行うなど、制度の一層の充実に向けて検討します。

⑥ **へき地における確保等**

引き続き、へき地診療所に対する自治医科大学卒後医師の配置を行うとともに、地域の医療ニーズに合わせたへき地医療拠点病院による巡回診療を支援します。

⑦ **医師多数都道府県への派遣要請**

地域医療対策協議会での協議を踏まえ、医師多数都道府県に対し、医師の派遣要請を行います。

ウ **診療科偏在の解消**

① **医師確保修学研修資金貸与事業**

産婦人科や小児科等、県内の病院等において特に充実する必要がある診療科については、引き続き、研修医を対象に「医師確保修学研修資金」を貸与し、当該診療科の医師として一定期間（貸与期間の2分の3倍の期間）、県内の公的病院等に勤務することを要件に修学研修資金の返還を免除することで、不足する診療科の医師確保に取り組みます。

② **キャリア形成プログラムに基づく誘導**

2018（平成30）年度入学生以降の「地域医療枠」については、貸与修学資金の返還免除要件として、「従事必要期間においてキャリア形成プログラムに参加すること」、「臨床研修修了後に県知事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（必要従事期間の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」を追加したことから、派遣される医師の希望に応じた能力開発・向上の機会の確保に配慮しつつ、特に不足する診療科への勤務に資する内容となるよう、地域医療対策協議会で協議し、キャリア形成プログラムの更なる見直しを検討します。

作成中
(今後検討)

エ 医師の勤務環境改善に向けた支援

① 医師の勤務環境改善の取組

医務課内に設置した群馬県医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療機関に勤務環境改善の重要性や必要性について理解を深めてもらうため、引き続き、情報提供や研修会の開催、専門家による相談体制を整備します。

また、医療機関が実施するICTの導入やタスク・シェアリングなど、医師の労働時間短縮のための体制整備に対して支援を行うことを検討します。

さらに、へき地医療に関しては、へき地医療拠点病院が実施するへき地診療所への代診医派遣に対し、引き続き支援します。

② 子育て医師の離職防止支援

県医師会では、子育て世代の医師が仕事と家庭の両立ができるよう、育児支援を必要とする医師に対し、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。

また、院内保育施設の運営費や施設整備費について、引き続き補助します。

オ その他の施策

① ドクターズカムホームプロジェクト（DCHP）の推進

2019（令和元）年度に、知事が先頭に立って立ち上げた「ドクターズカムホームプロジェクト（DCHP）」を一層推進し、医師や医学生との対話を通じて現場のニーズを把握しながら、より実効性のある施策を展開することで、医師の確保を図ります。

② 地域医療支援センター

本県では、地域医療に従事する若手医師のキャリア形成支援と、それと一体となった医師不足病院の医師確保の支援を行うことにより、医師の県内定着や医師偏在の解消を図ることを目的に、2013（平成25）年10月に「群馬県地域医療支援センター」を設置しました。

群馬県地域医療支援センターでは、引き続き、医師不足状況等の把握・分析、ドクターバンクによる医師不足病院の支援、「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」の提供による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、地域医療枠学生等を対象とする地域医療体験セミナーの実施などに取り組んでいきます。

③ 情報発信の強化

県内の臨床研修病院見学バスツアーの実施や、東日本の医学生をターゲットとしたプッシュ型周知、動画を含めた総合窓口サイトなどによる情報発信を行います。

また、県外大学出身で県内病院に勤務する臨床研修医等をドクターリクルーターに任命し、県外大学の県人会等と連携した勧誘等を行います。

作成中
(今後検討)

(2) 長期的な施策

ア 必要医師数と年間不足養成数

① 必要医師数と医師需給推計

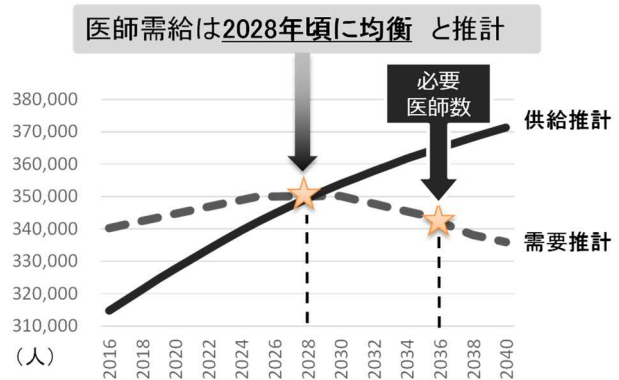
長期的な施策として地域枠等を検討するに当たり、その根拠とするため、将来時点において医療圏で確保が必要な医師総数を「必要医師数」と定義します。

具体的には、将来時点（2036（令和18）年）において全国医師数が全国の医師需要（平均値）に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）

を算出し、医療圏ごとに、将来時点の医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数として算出します。

なお、その基となる厚生労働省の医師需給推計は、供給については2020（令和2）年度の医学部定員（9,330人）や、各医療圏の性・医籍登録後年数別の医師数の増減が、将来も継続する条件としています。また、需要については、労働基準法の規定に基づく時間外労働規制の考え方を考慮し、今後の医師の時間外・休日労働時間を年960時間（週60時間の労働時間）に制限する条件としています。これらの条件で算出した結果、2029（令和11）年頃に医師需給が均衡すると推計されています。

医師需給推計と必要医師数のイメージ



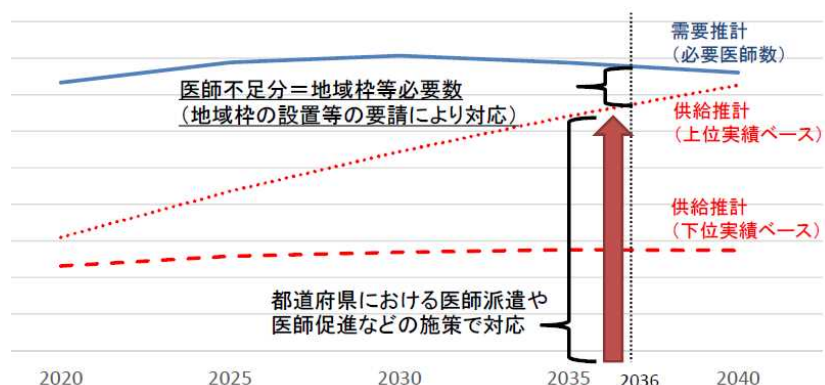
② 年間不足養成数

地域枠等の設定により追加で確保が必要な医師数は、必要医師数と将来時点の医師供給量（短期的な施策の効果を含む）との差となります。

具体的には、過去の医師の増減実績に基づき、今後の定着促進策等の施策の効果について幅を持たせた医師供給推計を厚生労働省で行います。それを踏まえ、各二次医療圏で2036（令和18）年時点の医師供給推計（上位実績ベース）が需要推計を下回る場合に、これらの

医療圏の医師不足数の合計数を確保するために必要な年間不足養成数（各都道府県における地域枠等の必要数の上限）を、同省において、今後算出する予定です。

地域枠等必要数（年間不足養成数）のイメージ



なお、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」が2019（平成31）年3月22日に公表した第4次中間取りまとめにおいて、将来時点（2036（令和18）年時点）における不足医師数等の情報（暫定版）を公表しています。

これによると、前橋、藤岡保健医療圏以外の県内二次保健医療圏では、将来時点において医師不足が見込まれ、地域枠等の追加的な対策が求められることとなります。

将来時点における不足医師数等（暫定版）
 （医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第4次中間取りまとめ 別添資料2）

二次保健医療圏	医師供給推計 - 必要医師数		年間不足養成数(※)
	(正)	(負)	
合計	898	▲ 1,110	▲ 78
前橋	878		
渋川		▲ 31	
伊勢崎		▲ 160	
高崎・安中		▲ 405	
藤岡	20		
富岡		▲ 27	
吾妻		▲ 54	
沼田		▲ 58	
桐生		▲ 52	
太田・館林		▲ 323	

※2019年度までの臨時定員増の効果を見込む

イ 地域枠及び地元出身枠の考え方

長期的な施策として位置付けられる地域枠及び地元出身者枠については、「医療法第30条の23第2項第5号に規定する取組を定める省令（2021（平成31）年3月28日 文部科学・厚生労働省令第1号）」において定義されており、その概要等は下表のとおりです。

	地域枠	地元出身者枠
制度の考え方	● 卒後一定期間、都道府県内の特定地域における診療義務を課す大学医学部の入学選抜制度	● 大学医学部で都道府県内出身者を区別して選抜する制度(卒後の特定地域での診療義務なし)
期待される機能	● 二次医療圏間（・診療科間）の偏在調整機能 ● 都道府県間の偏在調整機能	● 都道府県間の偏在調整機能 ※ 診療義務はないが、8割程度定着する見込み
要請権限	● 医師少数区域のある都道府県 (臨時定員増は医師少数都道府県のみ)	● 医師少数都道府県
要請上限	● 二次医療圏ごとの将来時点の医師不足数の合計数を満たすために必要な年間不足養成数	● 都道府県における医師不足数を満たすために必要な年間不足養成数

これらのうち地域枠については、2008（平成20）年以降、地域の医師確保の観点から、その設置を要件とした臨時的な医学部入学定員の増員が文部科学省、厚生労働省により進められてきたところです。

今後の医師養成数の方針としては、2024（令和6年）年度の医学部総定員は、2019（令和元）年度の医学部総定員数（9,420人）を上限とし、2023（令和5）年度末を期限とする医学部入学定員の臨時増員の枠組みについては、2024（令和6）年度末まで1年間延長することとされました。また、2024（令和6）年度の医学部入学定員の臨時増員については、地域の医師確保・診療科偏在対策等に有用な範囲に限り認めるとされています。

さらに、2025（令和7）年度以降の医学部臨時定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、改めて検討を行うこととなります。このため、2024（令和6）年度に現在認可されている全ての臨時定員増が期限を迎えることとなります。

そうした中、地域枠（臨時定員増を伴わないものも含む。）及び地元出身者枠（以下「地域枠等」という。）については、医療法第30条の24の規定により、地域医療対策協議会の協議を経た上で、都道府県知事から大学に対し、医学部にこれらの選抜枠を設置・増員するよう要請できることとされています。

なお、医師確保計画ガイドラインにおいて、臨時定員増を要請する場合は、まず大学医学部の恒久定員の枠内で地域枠等の設置等を検討することが必要とされています。

また、都道府県は、大学の恒久定員内に、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠を設置することについて、積極的に大学と調整を行うこととし、特に医師少数都道府県においては、自都道府県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県に所在する大学にも地域枠を設置することが求められています。

ウ 群馬県における対応

① 地域枠等の設置

本県では、2009（平成21）年度に、群馬大学医学部に地域医療枠を設置して以降、2019（平成31）年3月卒業生までで69人の地域医療枠卒業医師が県内医療機関等で活躍しており、2019（令和元）年度入学者が医師として勤務を始める2025（令和7）年度までには、約180人の医師が確保できる見通しです。

地域医療枠は、医師確保及び地域偏在解消の有効な施策の1つであることから、2022（令和4）年度以降についても、現行人数またはそれを上回る増員ができるよう、群馬大学と連携しながら検討していきます。

なお、地域医療枠の増設等にあたっては、地域医療対策協議会での協議を経た上で、大学に要請します。

② 高校生対策

県内出身者の医学生は、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、高校生向けの医学部進学セミナーや、医療現場体験ツアーなどを実施し、県内高校生の医学部進学者を増やす取組を推進します。

また、本県出身医学生への情報発信を強化するため、医学部進学を希望する県内高校生に対してメールマガジン登録を促進します。

(3) 医師確保対策と一体的に取り組むべき施策

ア 医師の勤務環境改善に向けた支援

労働基準法に基づく診療に従事する医師に対する時間外労働の上限規制が、2024（令和6）年度から適用され、県内の医療機関においても、勤務医の時間外勤務や勤務間インターバルを含め、医師の適切な労務管理が必要となります。

また、同法の経過措置として、地域医療提供体制の観点から必要とされる機能を果たすために、やむを得ず長期間労働となる医療機関等について、暫定的に高い労働時間上限水準が認められることとされています。

医師確保計画においても、この労働規制の考え方を考慮し、今後の勤務医の時間外・休日労働時間を年間 960 時間までとする条件で医師の需要推計を行い、将来の必要医師数を算出していますが、本計画に基づく医師少数区域を中心とした医師確保対策と併せて、看護師の特定行為研修支援といった、医師から他職種へのタスクシフティングやチーム医療など、県内各医療機関における労働時間短縮に向けた個別の取組等を促進し、地域の医療提供体制の確保と医師の労働時間の短縮について双方の実現を目指します。

イ 地域医療構想の推進

地域医療構想では、将来人口推計を基に、2025（令和7）年に必要となる病床数を4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに推計した上で、各構想区域（二次医療圏）の医療関係者の協議を通じて、病床の機能分化・連携を進め、質の高い効率的な医療提供体制の実現を目指しています。

この医師確保計画は、医師の地域偏在解消による二次医療圏の医療提供体制の維持・確保を目的として策定するものであり、地域医療構想における医療機関ごとの機能分化・連携の方針と整合した医師確保対策が行われるよう十分配慮します。

さらに、今後、地域医療構想の実現に向け、診療実績の分析や地域の実情等を踏まえて、公立・公的医療機関等における2025（令和7）年に向けた具体的対応方針や圏域全体における医療提供体制の検証が進められることから、こうした取組の検証結果等も考慮して、医師確保対策の取組を推進します。

ウ 情報通信技術（ICT）や人工知能（AI）の医療分野への活用

医療分野でのICT化が進められており、医療関係者間や医師と患者との間で患者情報等を送受信、共有することによる遠隔画像診断や遠隔病理診断、オンライン診療等について、診療報酬上で評価されるとともに、導入費用の支援等が行われています。

また、AIの医療現場での利活用も検討されており、医師が最先端・最適な診療行為の判断を補完し、医師の負担軽減につながるとして、開発が促進されています。

今後、医療分野でこれらの活用が進むことで、医師を始めとする医療従事者の負担軽減や患者の利便性向上、医療提供体制の地域差の是正などが期待されます。

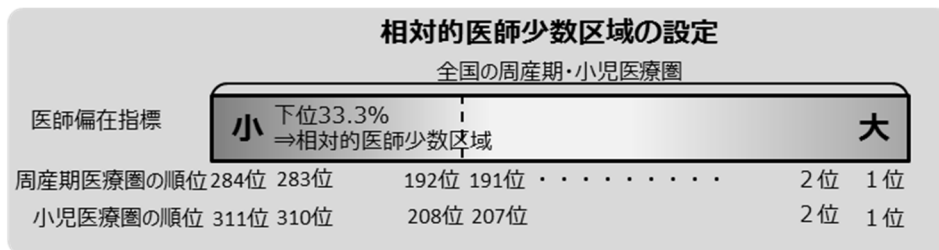
4 産科・小児科における医師偏在対策

第1節の3で示した産科・小児科の医師偏在指標に基づき、当該指標の下位一定割合をそれぞれ相対的医師少数県／区域として定めて産科医師及び小児科医師の偏在状況を把握します。これらの状況把握を基に、医師確保の方針及びその方針等を踏まえた具体的な方策を、産科・小児科の医師確保計画として策定します。

(1) 産科・小児科における医師偏在対策の考え方

産科・小児科については、産科医師や小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を考慮すると医師が不足している可能性があります。

このため、産科・小児科については、医師偏在指標の下位 33.3%を「相対的医師少数県／区域」と分類して相対性を強調することとし、多数県／区域は設定しないこととします。



対策の方向性についても、医師の派遣や少数区域への重点的な医師確保による医師の均てん化を目指すのは適切でなく、相対的医師少数区域については、「周産期・小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏」として考えます。

相対的医師少数県／区域における具体的対応としては、医師派遣や産科医師・小児科医師の養成数を増やす取組に加え、医療圏を越えた連携などの医療提供体制等の見直しのための施策を検討します。一方、相対的医師少数県／区域等以外の医療圏においても、その医療提供体制の状況を鑑み、産科・小児科の医師総数を増やす方針を定めることとします。

また、産科・小児科では宿日直に携わる医師が不足し、医療提供体制を構築するのが困難な医療機関が少なくないことから、特に医師の働き方改革を踏まえ、医師の労務管理、時間外労働の短縮に向けた取組、効果的な医師の配置等についても考慮する必要があります。

(2) 相対的医師少数県／区域

今回、厚生労働省において、産科・小児科の地域偏在対策の検討を進めるため、暫定的に示した産科・小児科の医師偏在指標と、相対的医師少数県／区域は次のとおりです。

ア 産科

① 群馬県（三次医療圏）

本県の指標値は9.1と全国37番目となり、相対的医師少数県には該当していません。
 なお、近隣県については、栃木県、茨城県ともに相対的医師少数県には該当しません
 でした。

産科における医師偏在指標（三次医療圏（都道府県）単位）

① 相対的医師少数県以外の都道府県

全国順位	都道府県名	分娩取扱医師 偏在指標
1	東京都	14.3
2	京都府	13.9
3	鳥取県	13.5
4	秋田県	12.8
5	福井県	12.7
6	奈良県	12.5
7	徳島県	12.4
8	山梨県	12.2
9	大阪府	11.8
10	沖縄県	11.6
11	島根県	11.5
12	福岡県	11.0
13	神奈川県	10.9
14	富山県	10.8
15	三重県	10.8
16	石川県	10.8
-	全国	12.8

全国順位	都道府県名	分娩取扱医師 偏在指標
17	長崎県	10.6
18	佐賀県	10.4
19	岡山県	10.3
20	滋賀県	10.3
21	愛知県	10.3
22	栃木県	10.3
23	大分県	10.2
24	高知県	10.2
25	北海道	10.1
26	宮城県	10.0
27	山形県	9.9
28	茨城県	9.8
29	静岡県	9.8
30	和歌山県	9.6
31	山口県	9.5

② 相対的医師少数県

全国順位	都道府県名	分娩取扱医師 偏在指標
32	兵庫県	9.5
33	岐阜県	9.5
34	千葉県	9.4
35	鹿児島県	9.3
36	長野県	9.2
37	群馬県	9.1
38	宮崎県	9.0
39	愛媛県	8.9
40	新潟県	8.7
41	広島県	8.6
42	香川県	8.6
43	青森県	8.3
44	埼玉県	8.2
45	岩手県	8.0
46	福島県	7.3
47	熊本県	6.8

作成中
(今後検討)

② 二. 五次保健医療圏（周産期医療圏）

県内の二.五次保健医療圏では、東部圏域（桐生、太田・館林保健医療圏）のみ、全周産期医療圏の下位33.3%に該当することから、相対的医師少数区域として定めます。

産科における医師偏在指標（周産期医療圏単位）

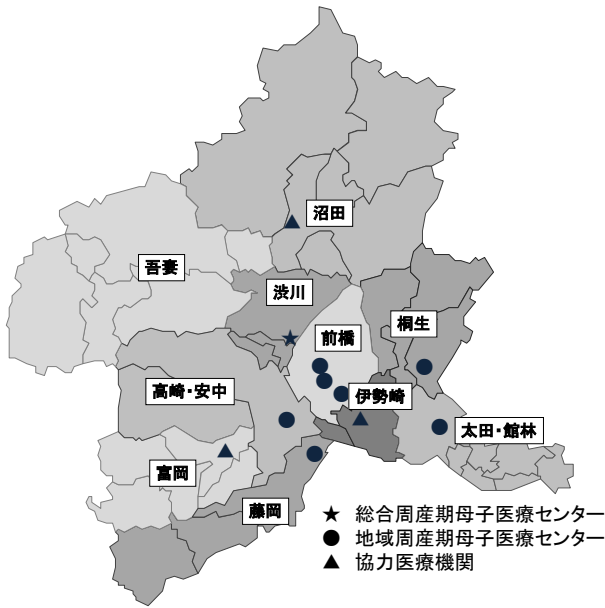
① 県内の相対的医師少数区域以外

全国順位	都道府県名	周産期医 療圏名	分娩取扱医師 偏在指標
57	群馬県	北部	12.8
154	群馬県	西部	8.6

② 県内の相対的医師少数区域

214	群馬県	中部	7.0
243	群馬県	東部	6.2

周産期医療圏図



周産期医療圏 (二次医療圏)	総合周産期母子医療センター (施設数)	地域周産期母子医療センター (施設数)	協力医療機関 (施設数)	分娩取扱施設 (施設数)
中部(前橋、渋川、伊勢崎)	1	3	1	7
西部(高崎・安中、藤岡、富岡)	0	3	1	7
北部(吾妻、沼田、渋川、前橋)	1	3	1	6
東部(桐生、太田・館林)	0	3	0	7
計	1	7	3	23

※周産期医療圏は二次医療圏の重複があるため、その合計が県計と一致しない。

イ 小児科

① 群馬県 (三次医療圏)

本県の指標値は **118.0** と全国 **23** 番目となり、相対的医師少数県には該当しません。なお、近隣県については、栃木県は本県と同様に該当しませんが、茨城県は相対的医師少数県として位置づけられています。

小児科における医師偏在指標 (三次医療圏 (都道府県) 単位)

① 相対的医師少数県以外の都道府県

全国順位	都道府県名	小児科医師偏在指標
1	鳥取県	171.0
2	京都府	152.7
3	東京都	150.4
4	高知県	134.4
5	和歌山県	130.4
6	長崎県	128.5
7	秋田県	127.9
8	徳島県	127.7
9	山梨県	127.3
10	富山県	125.9
11	福井県	124.6
12	滋賀県	124.3
13	岡山県	124.3
14	兵庫県	123.9
15	石川県	123.8
16	福岡県	122.0
-	全国	115.1

② 相対的医師少数県

全国順位	都道府県名	小児科医師偏在指標
17	香川県	122.0
18	大阪府	120.4
19	大分県	120.4
20	長野県	120.2
21	愛媛県	120.0
22	島根県	118.0
23	群馬県	118.0
24	北海道	115.4
25	山口県	115.0
26	山形県	114.0
27	佐賀県	113.8
28	熊本県	110.2
29	岐阜県	109.7
30	青森県	109.4
31	栃木県	109.2

全国順位	都道府県名	小児科医師偏在指標
32	新潟県	108.7
33	奈良県	108.7
34	三重県	107.9
35	神奈川県	106.1
36	宮城県	104.6
37	岩手県	103.8
38	広島県	101.1
39	埼玉県	99.7
40	福島県	98.0
41	宮崎県	96.9
42	茨城県	95.8
43	鹿児島県	95.3
44	沖縄県	95.1
45	愛知県	94.7
46	静岡県	94.4
47	千葉県	93.6

作成中
(今後検討)

② 二. 五次保健医療圏（小児医療圏）

県内の二.五次保健医療圏は、いずれも相対的医師少数区域に該当しません。

小児科における医師偏在指標（小児医療圏単位）

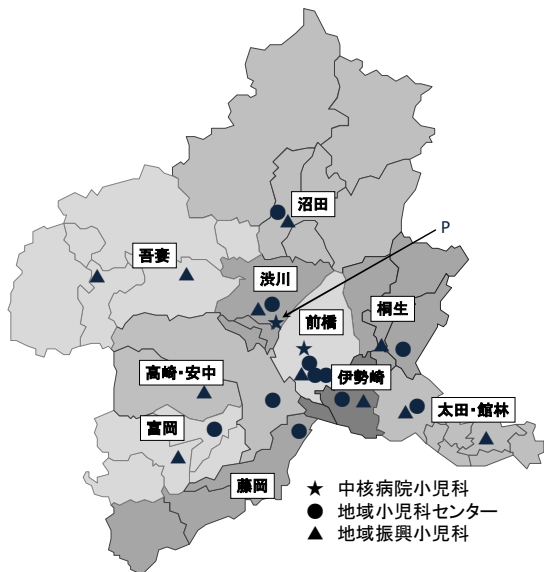
① 県内の相対的医師少数区域以外

全国順位	都道府県名	小児医療圏名	小児科医師偏在指標
16	群馬県	北毛	162.5
174	群馬県	西毛	100.0
198	群馬県	東毛	93.2

② 県内の相対的医師少数区域

227	群馬県	中毛	86.3
-----	-----	----	------

小児医療圏図



※図中の「P」：小児集中治療室（PICU）を有する施設

小児医療圏（二次医療圏）	中核病院小児科【小児三次医療】（施設数）	地域小児科センター【小児二次医療】（施設数）	地域振興小児科（施設数）
中毛（前橋、渋川、伊勢崎）	2	4	2
西毛（高崎・安中、藤岡、富岡）	0	3	2
北毛（吾妻、沼田、渋川、前橋）	2	5	4
東毛（桐生、太田・館林）	0	2	3
計	2	11	11

※小児医療圏は二次医療圏の重複があるため、その合計が県計と一致しない。

※地域振興小児科は、小児初期医療の機能の一つ。

- ① 常勤又は非常勤の小児科医師が診療を実施している病院
- ② 専門的外来医療又は軽症患者の入院医療が実施可能である病院

(3) 産科・小児科における医師偏在対策**ア 産科における医師偏在対策****① 群馬県****(ア) 医師偏在対策の方針**

相対的医師少数県には該当しないものの、産科医師については、全国的に不足しており、本県においても、宿日直に携わる医師が不足し、医療提供体制を構築するのが困難な医療機関が少なくない状況となっています。

県内の周産期医療提供体制の維持・充実のため、二、五次保健医療圏を基本として、圏域内及び県内外の医療圏間のより一層の連携体制を構築するとともに、県全体で分娩を取り扱う産科医師の確保を図ります。また、医師の働き方改革の流れも踏まえ、効率的かつ効果的な産科医師の配置についても検討を進めます。

(イ) 医師偏在是正のための施策**【a 医療提供体制の維持・充実】****(a) 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が確保されるよう、施設・設備整備補助等により一般分娩取扱機関へ支援を行います。
- 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よう、周産期医療情報システムの運用や新生児蘇生法研修会、新生児搬送用保育器の整備等により体制整備を図ります。

(b) 地域周産期母子医療センター

- 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、施設・設備補助や運営費補助等により地域周産期母子医療センターへの支援を行います。
- 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。
- 中長期を見据えた医療提供体制の整備を進めていくとともに、セミオープンシステム等の機能分担と連携の推進、医療機関へのアクセスに関する安全対策（救急救命士向け分娩介助研修、新生児蘇生法研修等）等、考えられるリスクに備えた環境整備を進めます。

(c) 総合周産期母子医療センター

- 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、施設・設備整備補助や運営費補助等により総合周産期母子医療センターへの支援を行います。
- 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きるよう、搬送コーディネーターの設置や周産期医療情報システムの運用、新生児蘇生法研修会等により体制整備を図ります。
- ハイリスクな母体及び新生児に対する総合的な診療が可能な機能の確保に向け、中長期を見据えた周産期医療体制整備を推進します。

【b 産科医師の派遣調整】

(a) キャリア形成プログラムに基づく派遣調整

- 本県では、地域医療枠の学生に貸与している修学資金の返還免除要件として、2018（平成 30）年度以降の入学生については、「キャリア形成プログラムへの参加」、「臨床研修修了後に県知事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への一定期間の勤務」を追加しました。
- キャリア形成プログラムの適用を受ける医師については、本人の意思を最大限尊重しつつ、地域医療対策協議会において派遣調整を行い、特に産科医師が不足する区域等への勤務を誘導します。

(b) 産科医療を担う産科医師等確保事業

- 引き続き、県外都市部の病院等から産科医師の派遣を受ける県内医療機関に対し、その派遣に伴う手当及び旅費等の一部を補助し、産科医師による県内周産期医療への従事を促進し、県内の産科医師の確保を図ります。
-

【c 産科医師の勤務環境改善】

(a) 医師の勤務環境改善の取組

- 医務課内に設置した群馬県医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療機関に勤務環境改善の重要性や必要性について理解を深めてもらうため、引き続き、情報提供や研修会の開催、専門家による相談体制を整備します。

(b) 子育て医師の離職防止支援

- 県医師会では、子育て世代の医師が仕事と家庭の両立ができるよう、育児支援を必要とする医師に対し、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。
- 院内保育施設の運営費や施設整備費を補助します。

【d 産科医師の養成数を増やすための施策】

(a) 産科医師等確保支援（分娩手当補助）

- 産科医師の処遇改善を図るため、引き続き、分娩手当等を支給する分娩取扱機関を支援します。

(b) 医師確保修学研修資金貸与事業

- 産婦人科等、県内の病院等において特に充実する必要がある診療科については、引き続き、研修医を対象に「医師確保修学研修資金」を貸与し、当該診療科の医師として一定期間（貸与期間の 2 分の 3 倍の期間）、県内の公的病院等に勤務することを要件に修学研修資金の返還を免除することで、産科医師の確保に取り組みます。特に産婦人科については、2020（令

和2) 年度から貸与額を増額しており、引き続き、産科医師の確保に努めます。

(c) 産科医師等確保支援（周産期医療従事者育成支援）

- 引き続き、県内医療機関等で開催する周産期医療従事者向けセミナー及び医学生・研修医向けセミナー開催に対して補助し、周産期医療への関心を高めること等により、産婦人科医師の育成・確保に取り組みます。

(d) ドクターバンク

- 県内医療機関における産科医師等の募集について、県が実施する無料職業紹介事業「ドクターバンク」を通じて支援します。

(e) 寄付講座の検討

- 周産期医療に従事する医師の養成し、県内周産期医療の向上を図るため、寄付講座の設置について検討します。

(f) 若手医師・医学生等のニーズの把握

- 産科医師等の確保を図るため、意識調査や意見交換等を通じて若手医師や医学生のニーズを把握し、今後の施策に活かします。

(g) 情報発信の強化

- 動画を活用した病院の魅力のPRなど、産科医師等の確保のため、情報発信を強化します。

② 中部医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内及び北部医療圏と連携して周産期医療提供体制を維持しつつ、更に分娩を取り扱う産科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

- 総合周産期母子医療センターである県立小児医療センター、地域周産期母子医療センターである群馬大学医学部附属病院、前橋赤十字病院、群馬中央病院及び協力医療機関の伊勢崎市民病院を中心に、圏域内における周産期医療の病病・病診連携を一層進め、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。
- 前橋地域は本県の周産期三次医療の中心として県内全域の高度医療の需要に対応できる体制の整備を目指します。
- 前橋・渋川地域の周産期医療に係る医療資源については、北部医療圏と十分連携して有効活用を図ります。

作成中
(今後検討)

※他の二、五次保健医療圏（周産期医療圏）も含め、産科医師の派遣調整や増加については県全体で取り組みます。

③ 西部医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内及び近隣の医療圏とより一層の連携体制を図りつつ、更に分娩を取り扱う産科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実のための施策】

- 地域周産期母子医療センターである国立病院機構高崎総合医療センターや公立藤岡総合病院、協力医療機関の公立富岡総合病院を中心に、圏域内における周産期医療の病病・病診連携をより一層進め、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。

④ 北部医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内及び県内外の近隣医療圏とより一層の連携体制を構築しつつ、更に分娩を取り扱う産科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

- 総合周産期母子医療センターである県立小児医療センター、地域周産期母子医療センターである群馬大学医学部附属病院、前橋赤十字病院、群馬中央病院及び協力医療機関である利根中央病院を中心に、圏域内における周産期医療の病病・病診連携を一層進め、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。
- 圏域内における分娩取扱機関の減少を踏まえ、県内の他の医療圏及び県外の医療圏との連携を図るとともに、関係市町村や病院等との連携会議を開催して対応策を検討するなど、安全性と利便性の確保を図ります。
- 前橋・渋川地域の周産期医療に係る医療資源については、中部医療圏と十分連携して有効活用を図ります。

⑤ 東部医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内及び県内外の近隣医療圏とより一層の連携体制を構築しつつ、分娩を取り扱う産科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応**【a 医療提供体制の維持・充実のための施策】**

- 地域周産期母子医療センターである桐生厚生総合病院や太田記念病院並びに中部医療圏のほか、県外の医療圏とも連携を図り、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。

イ 小児科における医師偏在対策**① 群馬県****(ア) 医師偏在対策の方針**

相対的医師少数県には該当しないものの、小児科医師については、全国的に不足しており、本県においても、宿日直に携わる医師が不足し、医療提供体制を構築するのが困難な医療機関が少なくない状況となっています。

県内の小児医療提供体制の維持・充実のため、二、五次保健医療圏を基本として、圏域内及び県内外の医療圏間のより一層の連携体制を構築するとともに、県全体で小児科医師の確保を図ります。また、医師の働き方改革の流れも踏まえ、効果的な小児科医師の配置についても検討を進めます。

(イ) 医師偏在是正のための施策**【a 医療提供体制の維持・充実】****(a) 相談支援等**

- 子ども医療電話相談（#8000）を実施し、適正な受療行動を推進していきます。
- 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、子ども医療電話相談（#8000）の利用などについて、保護者講習会や冊子の配布等により保護者等に対する啓発を実施します。

(b) 一般小児医療（小児初期医療）

- 休日夜間急患センターの運営を支援するとともに、小児救急地域医師研修等により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。

(c) 地域小児科センター（小児二次医療）

- 24時間365日の重症の小児患者の受入体制を確保するため、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。
- 相談支援、一般小児医療（小児初期救急）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。

(d) 中核病院小児科（小児三次医療）

- 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。

【b 小児科医師の派遣調整（キャリア形成プログラムに基づく派遣調整）】

本県では、地域医療枠の学生に貸与している修学資金の返還免除要件として、2018（平成 30）年度以降の入学生については、「キャリア形成プログラムへの参加」、「臨床研修修了後に県知事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への一定期間の勤務」を追加しました。

キャリア形成プログラムの適用を受ける医師については、本人の意思を最大限尊重しつつ、地域医療対策協議会において派遣調整を行い、特に小児科医師が不足する区域等への勤務を誘導します。

【c 小児科医師の勤務環境改善】

(a) 医師の勤務環境改善の取組

- 医務課内に設置した群馬県医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療機関に勤務環境改善の重要性や必要性について理解を深めてもらうため、引き続き、情報提供や研修会の開催、専門家による相談体制を整備します。

(b) 子育て医師の離職防止支援

- 県医師会では、子育て世代の医師が仕事と家庭の両立ができるよう、育児支援を必要とする医師に対し、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。
- 院内保育施設の運営費や施設整備費を補助します。

【d 小児科医師の養成数を増やすための施策】

(a) 医師確保修学研修資金貸与事業

- 小児科等、県内の病院等において特に充実する必要がある診療科については、引き続き、研修医を対象に「医師確保修学研修資金」を貸与し、当該診療科の医師として一定期間（貸与期間の2分の3倍の期間）、県内の公的病院等に勤務することを要件に修学研修資金の返還を免除することで、小児科医師の確保に取り組みます。

(b) ドクターバンク

- 県内医療機関における小児科医師等の募集について、県が実施する無料職業紹介事業「ドクターバンク」を通じて支援します。

(c) 寄付講座の検討

- 小児科医師を養成し、県内小児医療の向上を図るため、寄付講座の設置について検討します。

(d) 若手医師・医学生等のニーズの把握

- 小児科医師等の確保を図るため、意識調査や意見交換等を通じて若手医師や医学生のニーズを把握し、今後の施策に活かします。

(e) 情報発信の強化

- 動画を活用した病院の魅力のPRなど、小児科医師等の確保のため、情報発信を強化します。

② 中毛医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内の連携を推進しつつ、更に小児科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

- 地域小児科センター（小児二次医療）である前橋赤十字病院、群馬中央病院、前橋協立病院、伊勢崎市民病院を中心に、圏域内における小児医療の病病・病診連携を一層進め、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。
- 前橋地域は本県の小児三次医療の中心として県内全域の高度医療の需要に対応できる体制の整備を目指します。
- 前橋地域の小児医療に係る医療資源については、北毛医療圏と十分連携して有効活用を図ります。

※他の二、五次保健医療圏（小児医療圏）も含め、小児科医師の派遣調整や勤務環境改善、養成数増加については県全体で取り組みます。

③ 西毛医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内及び近隣の医療圏とより一層の連携体制を構築しつつ、小児科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

- 地域小児科センター（小児二次医療）である高崎総合医療センター、公立藤岡総合病院、公立富岡総合病院を中心に、圏域内における小児医療の病病・病診連携を一層進め、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。
- 現在の医師配置状況に鑑み、中毛医療圏との連携を検討します。

④ 北毛医療圏**(ア) 医師偏在対策の方針**

圏域内の連携体制を図りつつ、更に小児科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応**【a 医療提供体制の維持・充実】**

- 地域小児科センター（小児二次医療）である県立小児医療センター、利根中央病院、前橋赤十字病院、群馬中央病院、前橋協立病院を中心に、圏域内における小児医療の病病・病診連携を一層進め、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。
- 前橋地域の小児医療に係る医療資源については、中毛医療圏と十分連携して有効活用を図ります。

⑤ 東毛医療圏**(ア) 医師偏在対策の方針**

圏域内及び県内外の近隣医療圏とより一層の連携体制を構築しつつ、小児科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応**【a 医療提供体制の維持・充実】**

- 地域小児科センター（小児二次医療）である桐生厚生総合病院、太田記念病院並びに中毛医療圏のほか、県外の医療圏とも連携を図り、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。

第 8 章 医師確保計画

(空白)

第9章 保健医療従事者等の確保

1 歯科医師

現状

(1) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」によると、本県の歯科医師数は**1,421**人（内、医療機関等に従事している者は**1,405**人）となっており、**ここ何年かはほぼ横ばいです**。また、人口10万人あたりでは**73.3**人で、全国平均（**85.2**人）は下回っています。

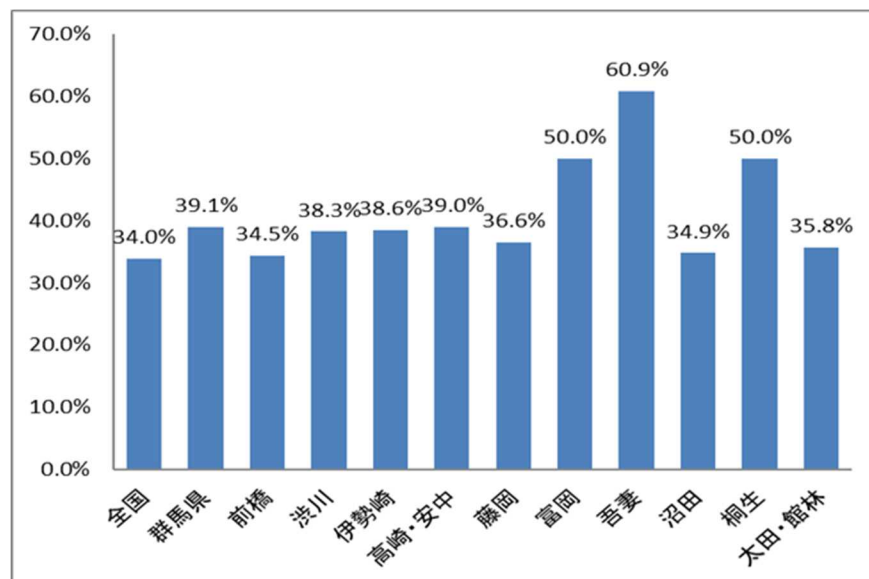
歯科医師数の推移（各年12月31日現在）

	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年
全国総数	102,551	103,972	104,533	104,908	107,443
群馬県	1,397	1,408	1,420	1,414	1,405
前橋	304	319	305	311	310
渋川	67	61	64	61	60
伊勢崎	143	140	147	140	145
高崎・安中	333	351	345	333	323
藤岡	52	43	42	46	41
富岡	42	42	43	41	40
吾妻	25	23	24	24	23
沼田	46	49	44	45	43
桐生	129	124	126	124	132
太田・館林	256	256	280	289	288

〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2) 本県の歯科医師の平均年齢は、「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」によると、**54.8**歳で、全国平均（**52.5**歳）を上回っていた。また、60歳以上の歯科医師の割合を見ると、本県は**39.1%**で、全国平均（**34.0%**）を上回っています。地域別で見ると、**50%を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（2020（令和2）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（2020年）」

- (3) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」によると、本県の診療所従事歯科医師数は1,327人、病院従事歯科医師数は78人となっており、およそ95%が一次医療機関に従事する歯科医師です。

課題

- (1) 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ます。また、歯科医師の高齢化も徐々に進んでいます。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。
- (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はなく、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。
- (3) 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。

施策の方向

(1) かかりつけ歯科医の推進

- ア 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。
- イ 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。

(2) 歯科医療機能の充実

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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し、在宅歯科医療における歯科医療提供体制の充実を図ります。

2 薬剤師

現状

(1) 本県の薬剤師総数及び薬学教育環境

- ア 本県の2020(令和2)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(2020(令和2)年)」によると、4,130人であり、2018(平成30)年(3,963人)と比べ167人増加していますが、人口10万人当たりでは213.0人となっており、全国平均(255.2人)を下回っています。
- イ 県内の薬剤師のうち、59.3%が薬局、23.3%が病院・診療所等で業務を行っています。
- ウ 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、2006(平成18)年度から薬学教育6年制が導入されたことで、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。
- エ 本県の2023(令和5)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、学年定員は90名となっています。

(2) 薬剤師偏在指標(現在・将来)

ア 偏在指標の考え方

これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には人口10万人対薬剤師数を一般的に用いてきましたが、医療需要に対する薬剤師数を統一的・客観的に把握するための指標として必ずしも十分と言えないことから、今後は、国が新たに算定した薬剤師偏在指標を活用し、薬剤師少数区域等を設定することで、少数区域等に集中的な対応策の検討が可能となります。

イ 病院・薬局薬剤師偏在指標(現在・将来)

国の調査では、現在の薬剤師偏在指標について、目標偏在指標1.0に対し、薬局薬剤師の全都道府県ベースの偏在指標は1.08と目標を上回ったが、病院薬剤師は0.80と下回っています。また、2036年の将来偏在指標においても薬局薬剤師1.22に対し病院薬剤師は0.82と下回ると予測しています。

本県においても、現在・将来偏在指標において全国と同様の傾向が見られ医療需要に対する病院薬剤師不足が伺えることから、特に、病院薬剤師確保に向けた取組が求められます。

病院・薬局薬剤師偏在指標(現在・将来)

	現在時点		将来時点	
	病院薬剤師	薬局薬剤師	病院薬剤師	薬局薬剤師
全国	0.80	1.08	0.82	1.22
群馬県	0.74	0.92	0.77	1.07

[資料] 厚生労働省「薬剤師偏在指標等算定データ(2023(令和5)年6月)」

(3) 病院薬剤師偏在指標（現在・将来）

ア 現在の病院薬剤師偏在指標

① 都道府県

都道府県単位での病院薬剤師偏在指標について確定された現在の指標値は次のとおりです。本県は、全国で高い方から29番目と、「薬剤師少数都道府県」となっています。これにより、他都道府県と比較して、実質的に薬剤師不足が伺えます。

現在の病院薬剤師偏在指標(都道府県別)

(1) 薬剤師多数都道府県

該当する都道府県なし

(2) 薬剤師少数でも多数でもない都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
1	京都府	0.94
2	徳島県	0.94
3	東京都	0.94
4	福岡県	0.93
5	大阪府	0.92
6	沖縄県	0.91
7	兵庫県	0.89
8	石川県	0.87
9	奈良県	0.86
10	北海道	0.85
11	熊本県	0.85

(3) 薬剤師少数都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
12	岡山県	0.85
13	高知県	0.81
14	滋賀県	0.81
15	広島県	0.81
16	神奈川県	0.80
17	和歌山県	0.80
18	千葉県	0.78
19	香川県	0.78
20	山口県	0.77
21	宮城県	0.76
22	埼玉県	0.75
23	愛知県	0.75
24	福井県	0.75
25	長崎県	0.75
26	富山県	0.75
27	鹿児島県	0.74
28	愛媛県	0.74
29	群馬県	0.74

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
30	長野県	0.73
31	鳥取県	0.73
32	大分県	0.73
33	山梨県	0.71
34	島根県	0.70
35	栃木県	0.69
36	岐阜県	0.69
37	佐賀県	0.69
38	新潟県	0.67
39	茨城県	0.67
40	静岡県	0.66
41	福島県	0.65
42	宮崎県	0.65
43	岩手県	0.64
44	三重県	0.63
45	山形県	0.60
46	秋田県	0.56
47	青森県	0.55

〔資料〕厚生労働省「薬剤師偏在指標等算定データ（2023（令和5）年6月）」

② 二次医療圏

病院薬剤師偏在指標の値が県内で最も高いのは、前橋医療圏であり、薬剤師少数でも多数でもない区域として沼田、高崎・安中医療圏が続きます。

一方、県内で病院薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、藤岡、富岡、伊勢崎、桐生、渋川、吾妻、太田・館林医療圏の順に低い偏在状況となります。

現在の病院薬剤師偏在指標(県内二次医療圏別)

(1) 薬剤師多数二次医療圏

該当する県内二次医療圏なし

(2) 薬剤師少数でも多数でもない二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
前橋	0.88
沼田	0.77
高崎・安中	0.77

(3) 薬剤師少数二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
藤岡	0.71
富岡	0.70
伊勢崎	0.70
桐生	0.70
渋川	0.65
吾妻	0.64
太田・館林	0.50

〔資料〕厚生労働省「薬剤師偏在指標等算定データ（2023（令和5）年6月）」

イ 将来の病院薬剤師偏在指標

① 都道府県

都道府県単位での病院薬剤師偏在指標について確定された将来の指標値は次のとおりです。

本県は、全国で高い方から29番目と、「薬剤師少数都道府県」となっています。これにより、他都道府県と比較して、実質的に薬剤師不足が伺えます。

将来の病院薬剤師偏在指標(都道府県別)

(1) 薬剤師多数都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
1	徳島県	1.07

(2) 薬剤師少数でも多数でもない都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
2	京都市	0.96
3	高知県	0.95
4	大阪府	0.95
5	和歌山県	0.93
6	熊本県	0.92
7	福岡県	0.92
8	東京都	0.91
9	奈良県	0.91
10	石川県	0.91
11	兵庫県	0.91
12	岡山県	0.90
13	北海道	0.89

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
14	山口県	0.88
15	香川県	0.85
16	沖縄県	0.85
17	広島県	0.85
18	長崎県	0.84
19	鹿児島県	0.83
20	愛媛県	0.82
21	福井県	0.82
22	富山県	0.81
23	島根県	0.80

(3) 薬剤師少数都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
24	大分県	0.80
25	鳥取県	0.80
26	滋賀県	0.80
27	長野県	0.80
28	山梨県	0.77

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
29	群馬県	0.77
30	神奈川県	0.76
31	千葉県	0.76
32	宮城県	0.75
33	岐阜県	0.75
34	佐賀県	0.74
35	愛知県	0.74
36	新潟県	0.74
37	岩手県	0.73
38	埼玉県	0.72
39	栃木県	0.72
40	宮崎県	0.71
41	福島県	0.70
42	静岡県	0.69
43	山形県	0.69
44	茨城県	0.68
45	三重県	0.68
46	秋田県	0.66
47	青森県	0.62

[資料] 厚生労働省「薬剤師偏在指標等算定データ(2023(令和5)年6月)」

② 二次医療圏

病院薬剤師偏在指標の値が県内で最も高いのは、沼田医療圏であり、薬剤師少数でも多数でもない区域として前橋、桐生、富岡、藤岡、高崎・安中、吾妻医療圏が続きます。

一方、県内で病院薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、渋川、伊勢崎、太田・館林医療圏の順に低い偏在状況となります。

将来の病院薬剤師偏在指標(県内二次医療圏別)

(1) 薬剤師多数二次医療圏

該当する県内二次医療圏なし

(2) 薬剤師少数でも多数でもない二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
沼田	0.93
前橋	0.86
桐生	0.82
富岡	0.79
藤岡	0.78
高崎・安中	0.78
吾妻	0.78

(3) 薬剤師少数二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
渋川	0.70
伊勢崎	0.67
太田・館林	0.50

[資料] 厚生労働省「薬剤師偏在指標等算定データ(2023(令和5)年6月)」

課題

- (1) 薬剤師の積極的な確保が求められる病院に関する情報の提供、潜在薬剤師の復帰支援、定着など短期的に効果が得られると考えられる施策に取り組む必要があります。
- (2) 将来の薬剤師を育成するための取組や薬学部卒業後の一定期間、県内において地域医療に貢献する制度の導入など、薬剤師確保の効果が得られるまでに時間のかかる長期的な施策については、関係機関の理解・協力を得ながら、短期的施策と組み合わせで対策を講じることが重要となっています。
- (3) 薬剤師確保対策としては、短期的・長期的施策のほか、確保対策と一体的に取り組むべき施策についても推進する必要があります。

施策の方向

(1) 短期的施策

ア 潜在薬剤師の復帰支援

地域医療介護総合確保基金を活用し、未就業薬剤師の復職支援を行うため、潜在薬剤師の状況を把握した上で、希望する医療機関での復帰に向けた復職支援セミナーや資質向上のための研修などの開催に取り組みます。

イ 病院薬剤師の採用に係るウェブサイト、就職説明会等を通じた情報発信

関係団体（県病院薬剤師会・県薬剤師会）及び県内外の薬科大学と連携し、県内出身の薬学生や休職中の薬剤師に対し、病院薬剤師の魅力や病院が独自で取り組む薬剤師確保対策などをウェブサイトで情報発信することや、就職説明会やインターンシップの機会を通じて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。

ウ 薬剤師の資質向上

現在就労している薬局薬剤師を定着させるためのスキルアップ・キャリア形成への取組として、在宅医療を支援する体制強化の一環とした研修を行うほか、病院薬剤師定着のために専門薬剤師としての認定資格取得に係る支援の検討など、薬剤師の資質向上に向けた取組を推進します。

(2) 長期的施策

ア 将来の薬剤師育成に向けた取組

将来の薬剤師を育成する取組として、薬学部に進学する学生を増やすための中高生に向けた薬剤師の役割や魅力を伝えるセミナー、研修等を実施します。

イ 地域医療介護総合確保基金の活用検討

国における現時点での薬剤師偏在状況に関する調査データだけでは調査数が少ないことから、加えて本県でも県内薬剤師の就業状況把握及び病院等への薬剤師確保状況に関する実態調査、分析を行うとともに、国の調査結果を踏まえて関係団体（県病

第9章 保健医療従事者等の確保

院薬剤師会・県薬剤師会等)の理解・協力の下、今後、薬学部における地域出身者枠の設定や、地域医療介護総合確保基金を活用した修学資金貸与事業の導入について検討するなど地域の実情に応じた薬剤師確保への具体的な取組を進めます。

(3) 薬剤師確保対策と一体的に取り組むべき施策

ア 病院における働き方の見直しへの対応

病院において、産休・育休や介護休業など就業する病院薬剤師のライフイベントに応じた就業時間や休暇制度の構築など、病院薬剤師が継続して働くことを可能とする福利厚生制度を含めた就業制度の見直しを関係団体と連携し推進します。

イ 病院における業務効率化の推進

業務効率化の一環として、自動調剤機器などの機械の活用、電子薬歴システムなどICTの活用、薬剤師以外の職員による対応などを病院で取り入れることで薬剤師不足を補う効果があると考えられることから、業務効率化に向けた取組を関係団体と連携し推進します。

3 保健師

現状

(1) 保健師の養成と就業状況

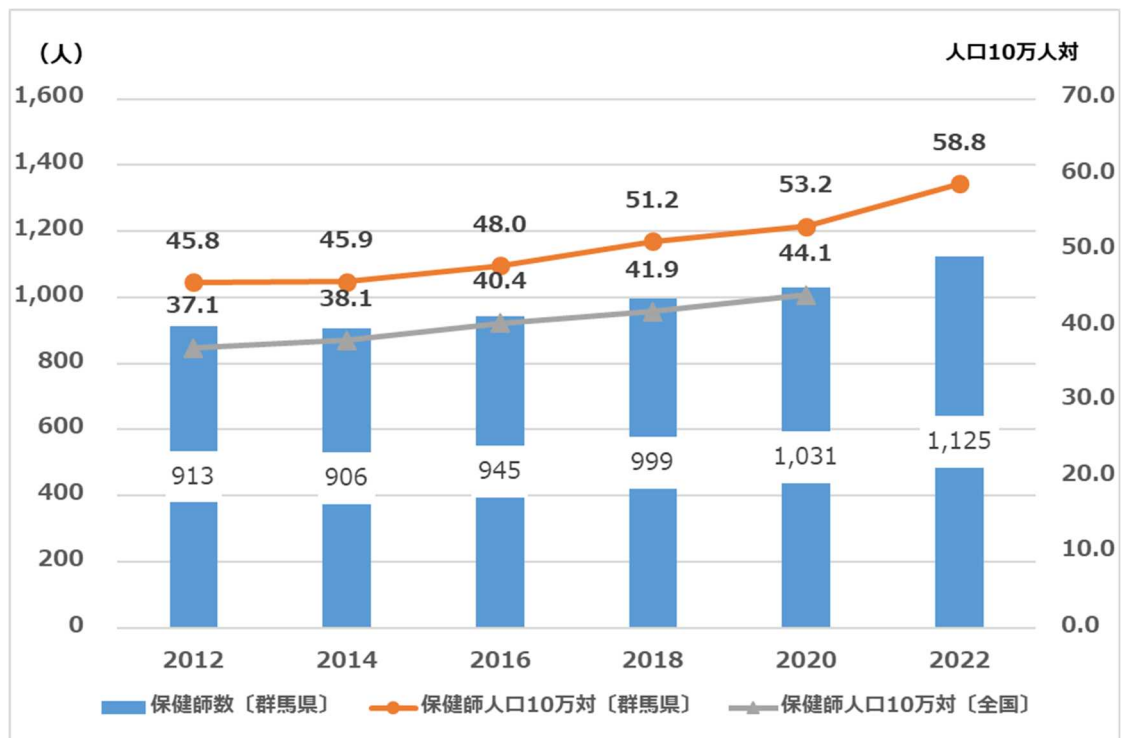
ア 本県の2023(令和5)年4月現在の保健師養成施設は、看護系大学7校となっています。

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(1学年)620人のうち170人の保健師養成が行われています。

イ 本県の2022(令和4)年における就業保健師数は1,125人で、人口10万人当たりでは58.8人となっており、年々増加しています。

ウ 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644人(62.5%)と最も多くなっています。市町村保健師数は年々、増加していますが、市町村によっては年齢構成の偏りや、確保が困難な状況もあります。

就業保健師数の推移



〔資料〕厚生労働省「衛生行政報告例」
(2022年の群馬県データのみ県医務課集計)

(2) 保健師をめぐる状況の変化

ア 自治体保健師は、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。

第9章 保健医療従事者の確保

イ 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。

ウ 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、保健師は他職種と協力して対応し、感染症対応における保健師の重要性が再認識されました。また、平時からの健康危機管理体制の整備を図るため、保健師を含め保健所の人員が増員されました。

課題

(1) 保健師の養成と確保

ア 人口規模が少ない山間部の地域等では、保健師確保が困難になっている町村もあり、支援が必要となっています。

(2) 保健師の質の向上

ア 自治体によっては、保健師の年齢構成に偏りがある、配置が分散されているなど、保健師として技術の獲得や伝承が難しい状況にあります。

イ 新型コロナウイルス感染症での対応を踏まえ、今後も起こりうる新興感染症等へ適切に対応できるよう、平時からの体制づくりが必要となっています。

ウ 複雑化・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が求められています。

施策の方向

(1) 保健師の養成と確保

ア 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広く周知するなど、引き続き支援を実施します。

イ 教育機関や市町村と連携し、学生に自治体保健師の魅力を知ってもらう機会をつくるなど、確保に努めます。

(2) 保健師の質向上

ア 「群馬県保健師人材育成の手引き」に基づき、新人保健師を始めとした保健師の人材育成を行い、実践能力の強化に努めます。

イ 新興感染症やその他の健康危機に対応できるよう、県関係部署や関係機関・団体等と連携し、必要な研修等を実施します。

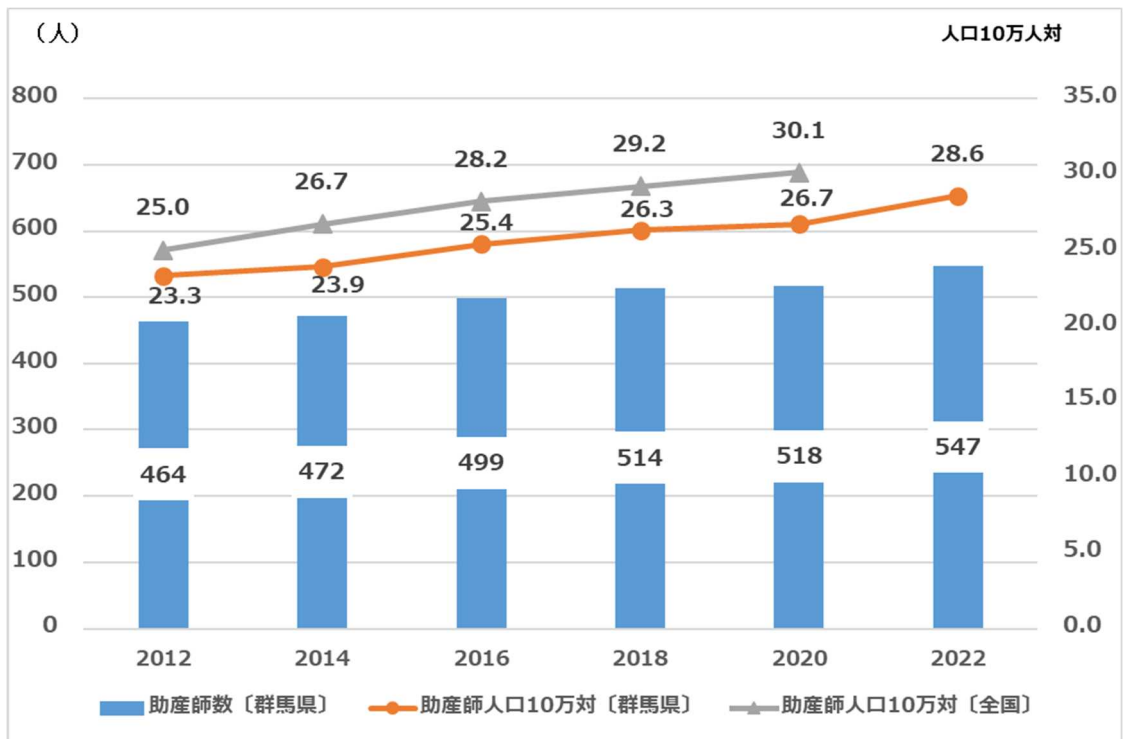
4 助産師

現状

(1) 助産師の養成と就業状況

- ア 本県の2023（令和5）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（1学年）は60人となっています。
- イ 本県の2022（令和4）年における就業助産師数は547人で、人口10万人当たりでは28.6人となっており、年々その数は増加しています。
- ウ 助産師の主な就業場所は、病院が307人（56.1%）と最も多く、有床診療所が130人（23.7%）で、全体の約8割を占めています。

就業助産師数の推移



〔資料〕厚生労働省「衛生行政報告例」
 (2022年の群馬県データのみ県医務課集計)

(2) 助産師をめぐる状況の変化

- ア 産科を取り巻く現状は、産科医師不足や分娩取扱医療機関の減少、ハイリスク妊産褥婦の増加など、依然厳しい状況にあり、助産師が多く就業している周産期母子医療センターではハイリスク妊産婦の受入れが多い状況にあります。
- イ 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のため、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」が全市町村に設置されました。また、出産後の母子を支援するため、産後ケア事業への取組も推進しています。

第9章 保健医療従事者の確保

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活躍が期待されています。

- ウ 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や予期しない妊娠への対応等、助産師の専門性を活かした幅広い活躍が期待されています。

課題

(1) 助産師の養成と確保

分娩取扱医療機関のほか、産後ケアや子育て支援、女性の健康支援等、さまざまな分野での助産師の確保が求められています。

(2) 助産師の質の向上と活躍

- ア 産科医不足や、医師の働き方改革の推進に係るタスク・シフト/シェアの推進に対応するため、正常分娩等においては助産師の専門性を活かした活躍が求められています。
- イ 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。

施策の方向

(1) 助産師の養成と確保

- ア 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 自治体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。

(2) 助産師の質の向上と活躍

- ア 「助産師活用推進事業」を実施し、助産師の助産実践能力の強化支援等を推進します。
- イ 安全・安心な出産環境の確保のため、自律して助産師業務ができる「アドバンス助産師」の確保に努めます。
- ウ 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、新人助産師研修や再教育研修の充実に努めます。

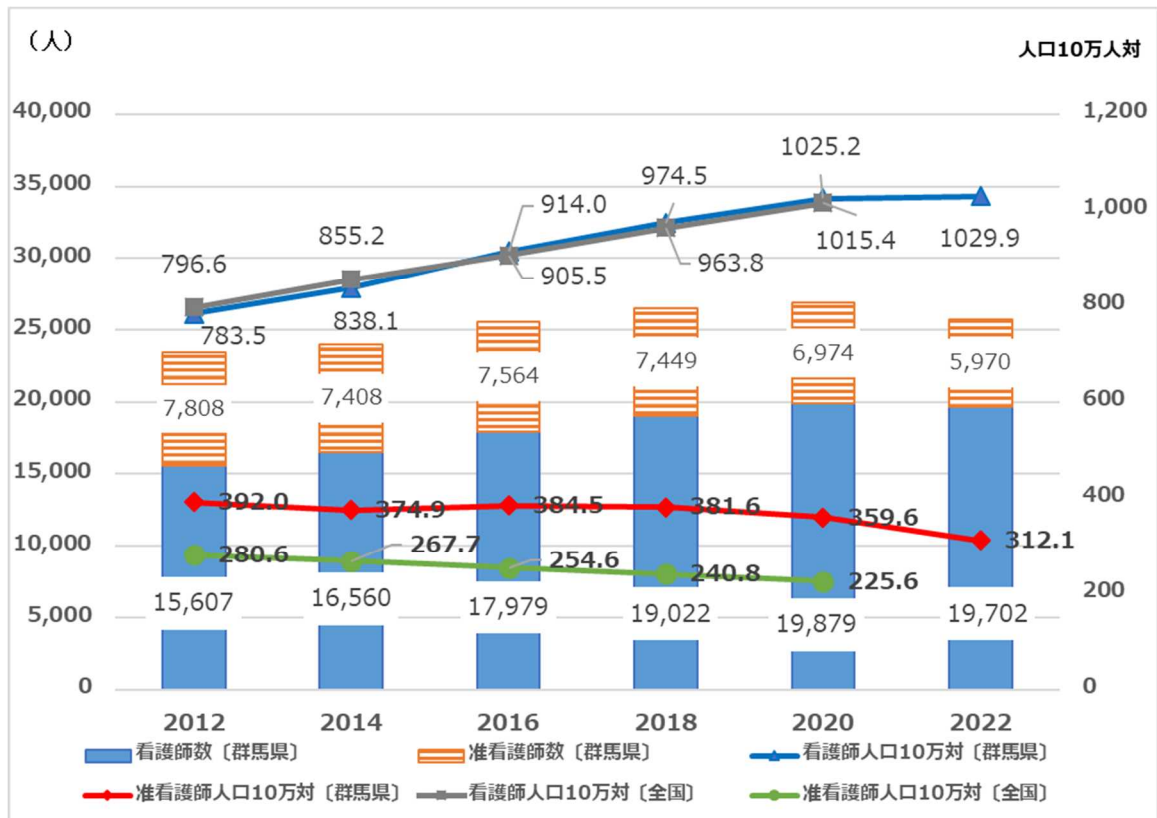
5 看護師・准看護師

現状

(1) 看護師・准看護師の養成と就業状況

- ア 本県の2023（令和5）年4月現在の看護師・准看護師養成施設は、大学、専修学校等が26校28課程あり、定員（1学年）は1,794人となっています。
- イ 2023（令和5）年度の県内養成施設の充足率（定員に対する入学者数）は、大学は100%を超えていますが、看護師専修学校は約90%、准看護師養成所は66%であり、大学以外の養成施設の充足率が低い傾向にあります。
- ウ 本県における卒業後の就業状況を見ると、2023（令和5）年3月の卒業生1,434人のうち、看護師・准看護師として就業した者は1,216人で、県内就業者は816人、県内就業率は67.1%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509人、県内就業者は230人、県内就業率は45.2%となっています。
- エ 本県の2022（令和4）年における看護師・准看護師数は25,672人であり、2012（平成24）年と比べ約2,200人増加しています。このうち、准看護師数は減少傾向にあります。
- オ 人口10万人当たりの看護師数は、2022（令和4）年は1,029.9人であり、増加を続けています。
- カ 就業場所別に見ると、2022（令和4）年は病院（62.2%）が最も多く、診療所（13.5%）と合わせて約78%を占めています。介護保険施設への就業は3,456人（13.5%）で、2012（平成24）年より就業者数（2,581人）・割合（11.0%）ともに増加しています。訪問看護ステーションへの就業数は961人で、2012（平成24）年（502人）の約1.9倍となりました。
- キ 看護師・准看護師の就業者数は増加傾向にありますが、訪問看護や介護保険施設等の領域や医療圏によっては不足が生じています。

就業看護師・准看護師の推移



〔資料〕厚生労働省「衛生行政報告例」
(2022年の群馬県データのみ県医務課集計)

(2) 看護師をめぐる状況の変化

- ア 本県でも少子高齢社会が進展しており、今後、ますます在宅医療のニーズが高まる
ことが予測されます。在宅医療の推進には、24時間切れ目なく医療サービスを提供
することが必要であり、訪問看護の重要性が増えています。
- イ 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大では、感染管理認定看護師を始めとし
た専門性の高い看護師が活躍し、その必要性が再認識されました。
- ウ 在宅医療の推進や、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推
進、感染症拡大への迅速・的確な対応には、特定行為研修修了者をはじめとした専門
性の高い看護師の活躍が期待されています。
- エ 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の活躍が期待されています。
- オ 群馬県ナースセンターに委託して行っている看護師等の無料職業紹介事業や、看護
に関する普及啓発活動、未就業の看護職員を対象に最新の知識・技術を習得する研修
等、復職支援の必要性が高まっています。
- カ 看護師等の離職時の届出制度により、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へ届出してもらうことにより、潜在看護師等とのつながりを
確保し、総合的な復職への働きかけを行っています。

課題

(1) 看護師・准看護師の養成と確保

ア 養成力の充実

看護師等養成施設の入学者の確保や、教育の質の担保が求められています。

イ 県内定着促進

- ① 看護学生がより多く県内へ就業するとともに、就業継続につなげるための支援が必要です。
- ② 特に、看護師等が不足する地域や領域において確保するための対策が求められています。

ウ 復職支援

潜在看護師等の再就業を促進するための取組が必要です。

(2) 看護師等の質の向上

ア 今後ますます高まる在宅医療のニーズや、医師の働き方改革の推進に係るタスク・シフト/シェア等に対応するため、特定行為研修を修了した看護師等、専門性の高い看護師の確保が求められています。

イ 今後、増加が見込まれる在宅医療での需要に対応できるよう、訪問看護師等の確保及び質の向上が重要です。

ウ 介護保険施設や福祉施設の看護師等は、必要な研修を受ける機会が少ない状況にあります。

施策の方向

(1) 看護師・准看護師の養成と確保

ア 養成力の充実

- ① 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します。
- ② 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。
- ③ 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の開催、中学校・高等学校等への出前講座の実施などにより、看護職を目指す学生等の確保に努めます。

イ 県内定着促進

- ① 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。
- ② 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、病院のナースステーションやカンファレンスルーム等の施設整備への支援等により、看護師等の医療従事者の働きやすい環境整備を支援します。

第9章 保健医療従事者の確保

- ③ 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。
- ④ 看護師等が不足する地域や領域の実態を踏まえ、必要な確保対策を進めます。

ウ 復職支援

- ① 群馬県ナースセンターに委託し、無料職業紹介を行うほか、ハローワークとの連携による就業相談の充実を図ります。
- ② 潜在看護師等への各種研修会等を通じて、復職支援体制を強化します。
- ③ 看護師等免許保持者の離職時の届出制度を活用し、継続した復職支援を行います。

(2) 看護師等の質の向上

ア 特定行為研修を修了した看護師（特定看護師）の確保に努めます。

- ① 特定看護師が活躍しやすい環境を整えるため、研修等を通じて制度に関する普及啓発を実施し、医師を始めとした医療従事者の理解促進に努めます。
- ② 県内10か所の指定研修機関において、より多くの看護師が受講できるよう、必要な支援を検討します。
- ③ 受講に係る経費への補助制度を実施し、特定看護師の確保を推進します。
- ④ 特定看護師が継続して活躍できるよう、フォローアップ研修の実施等により支援します。

イ 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。

- ① 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。
- ② 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進めます。

6 その他の保健医療従事者

現状

(1) 養成の状況

県内の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師及び救急救命士の各養成施設では、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。

(2) 医療従事者数

厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年度）」、同「衛生行政報告例（2020（令和2）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、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、栄養士、柔道整復師及び救急救命士です。

(3) 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まっています。

課題

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・家族の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）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資質の向上が求められています。

施策の方向

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、人材の確保に努めます。

また、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。

第9章 保健医療従事者の確保

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
理学療法士	6	355	1615.7	83.3	80.0
作業療法士	5	165	782.7	40.4	40.5
視能訓練士	0	0	135.1	7.0	8.0
言語聴覚士	2	70	282.7	14.6	14.2
義肢装具士	0	0	1	0.1	0.1
歯科衛生士	5	247	2168.3	111.8	104.1
歯科技工士	0	0	115.8	6.0	8.0
診療放射線技師	2	105	881.4	45.5	44.1
臨床検査技師	1	40	1056.6	54.5	53.7
臨床工学技士	1	40	408.3	21.1	24.1
管理栄養士	3	240	473.2	24.4	21.5
栄養士	3	170	171	8.8	4.8
あん摩マッサージ指圧師	1	76	1596	82.3	93.6
はり師	2		1404	72.4	100.5
きゅう師	2		1380	71.2	99.1
柔道整復師	3	150	1184	61.1	60.1
救急救命士	2	80	518	27.1	25.4

〔資料〕 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（2020年度）」
 救急救命士：総務省消防庁「救急・救助の現況（2021（令和4）年版）」
 その他の医療従事者：厚生労働省「医療施設調査（2020年度）」

（注1：県内従事者数について）

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、救急救命士については実人数
 その他の医療従事者については、病院、一般診療所及び歯科診療所における従事者数の常勤換算後の総数

（注2：人口10万対の算出に用いた人口）

出典調査年度の10月1日時点の人口（推計）

7 介護サービス従事者

現状

- (1) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（2021（令和3）年）」によると、県内の介護施設・事業所の従事者は66,416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35,829人で、そのうち介護福祉士資格保有者は17,442人となっています。
- (2) 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、2021（令和3）年度末時点において11,386人となっています。
- (3) 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2016（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。

課題

- (1) 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、新たな人材の参入促進とともに、介護職員の定着支援を図る必要があります。
- (2) 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に対応するため、介護職員の資質を向上し、質の高い介護サービスの提供につなげることが必要です。
- (3) 人口減少に伴い、人材の確保が一層厳しさを増す中で、介護サービスの質の維持・向上を図っていくために、介護現場における生産性の向上が必要です。
- (4) 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

- (1) **介護人材確保対策**
新たな人材の養成・就労促進、介護の意義・やりがい・重要性のPR等を行うとともに、働きやすい職場環境づくりの推進等を通じて介護職員の職場定着を支援します。
- (2) **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。
- (3) **介護現場の生産性向上**
介護ロボットやICT機器の導入支援等により、職員の負担を軽減するとともに、サービス利用者に向き合う時間を確保し、サービスの質の維持・向上を図ります。
- (4) **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。

第9章 保健医療従事者等の確保

(空白)

**第
10
章
医療費適正化計画**

第4期群馬県医療費適正化計画 構成(案)	
計画の構成	
第1節 総論	
1	医療費等の現状と課題
2	第4期医療費適正化計画の基本理念
第2節 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策	
1	健康寿命の延伸
2	特定健康診査及び特定保健指導の推進
3	メタボリックシンドローム対策の推進
4	たばこ対策の推進
5	歯科口腔保健の推進
6	がん対策の推進
7	生活習慣病の重症化予防の推進
8	感染症重症化予防のための予防接種の推進
9	高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進
第3節 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策	
1	病床の機能分化・連携の推進
2	地域包括ケアシステムの推進等
ア	地域包括ケアシステムの推進
イ	在宅医療の推進
ウ	認知症施策の推進
エ	入院中の精神障害者の地域移行の推進
3	後発医薬品及びバイオ後続品の使用推進
4	医薬品の適正使用の推進
5	医療資源の効果的・効率的な活用
6	医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進
第4節 計画期間における医療費の見込み	
1	医療費の見込みの推計方法
2	県民医療費の推計
3	国民健康保険及び後期高齢者医療制度の保険料(税)の試算
赤字は現行計画からの変更点	

**第
11
章 計画の推進・評価**

第1節 計画の推進

1 計画の推進

この計画は、地域の最も重要な社会基盤の一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。

計画の着実な推進を図り、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ことが必要です。

2 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、群馬県保健医療計画会議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。
- 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、広く意見を聴きながら、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ことが必要です。
- 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。

3 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。

限られた医療資源を将来にわたって維持する観点からも、急性期など高密度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 このため、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、わ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、群馬県保健医療計画会議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、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。

4 保険者の役割

(1) 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な要因と指摘されています。

(2) 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。

(3) 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。

- (4) 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。

5 県民の役割

- (1) 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。
- (2) 医療機関を受診する場合には、全国統一システムによる医療機能情報や「小児救急電話相談（#8000）」などの活用、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ことも重要です。
- (3) 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。
- (4) かかりつけ薬局を持つことも重要です。一つの薬局を「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。
- (5) その他、限りある医療資源を将来にわたって持続可能なものにするため、救急車の適正使用や、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です。

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。

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、群馬県保健医療計画会議や疾病・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。具体的には、疾病・事業ごとに構築したロジックモデルを活用することで、施策・取組と数値目標の因果関係を明確化しながら、取組の評価や課題の検証を進めていきます。

また、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 進行状況及び評価結果の公表

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（2024年度から2029年度：6年間）に関わらず、在宅医療、医師の確保及び外来医療に関する事項については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を変更します。

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、計画を見直します。

第11章 計画の推進・評価

(空白)