

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。

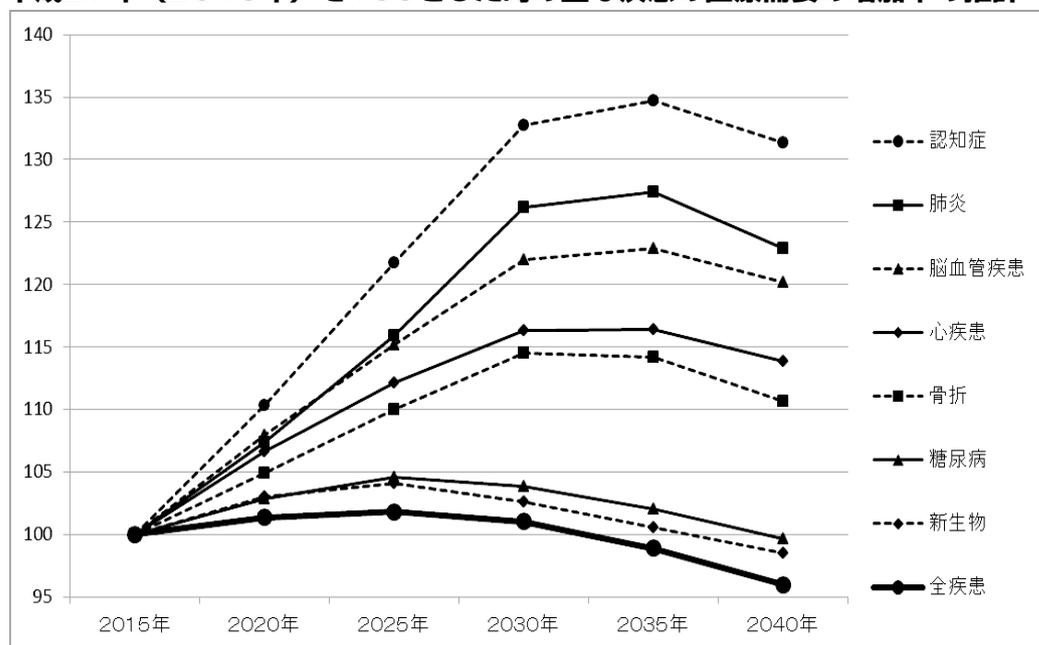
一方で、2025年までに団塊の世代がすべて75歳以上になります。2025年までに75歳以上の人口は約25.9万人から約34.4万人となり、約8.5万人増加すると推計されています。

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



※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。

[資料] 群馬県医務課推計

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。

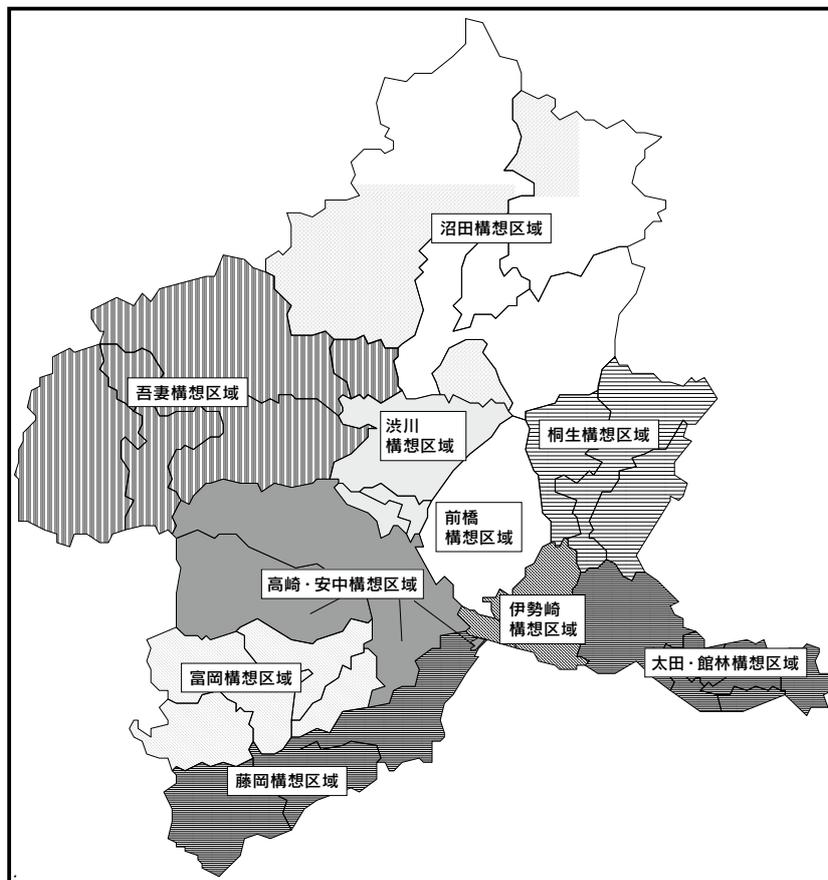
病床の機能分化・連携を推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、2025年に向けて急性期の医療から在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく適切に提供されるよう、医療と介護の総合的な確保を図り、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らせる環境づくりを目指します。

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、患者住所地域別に配分した上で、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、救命救急病棟や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。

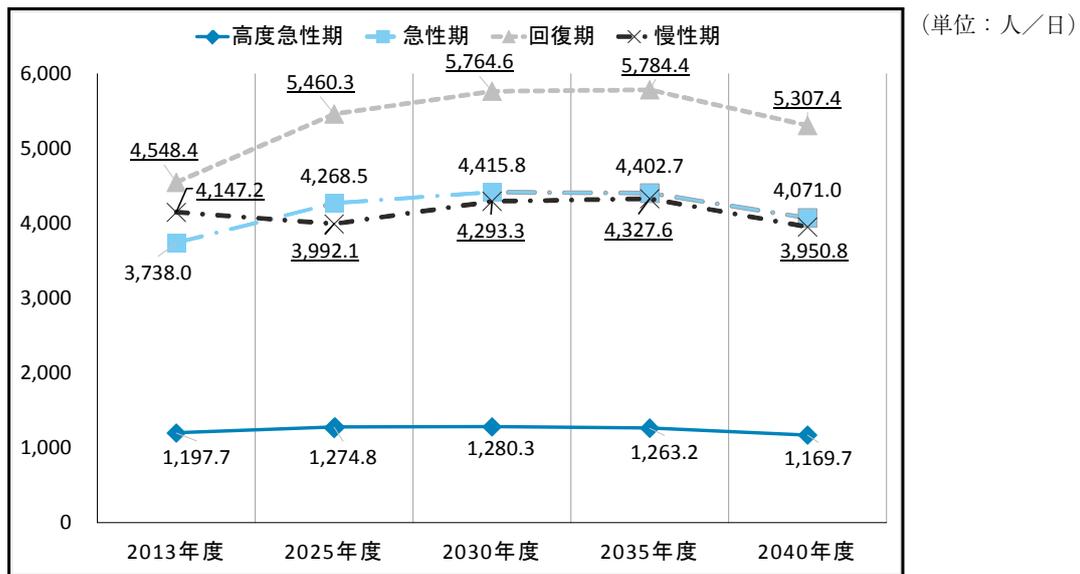
Ⅱ 医療需要の推計

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3.7%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）



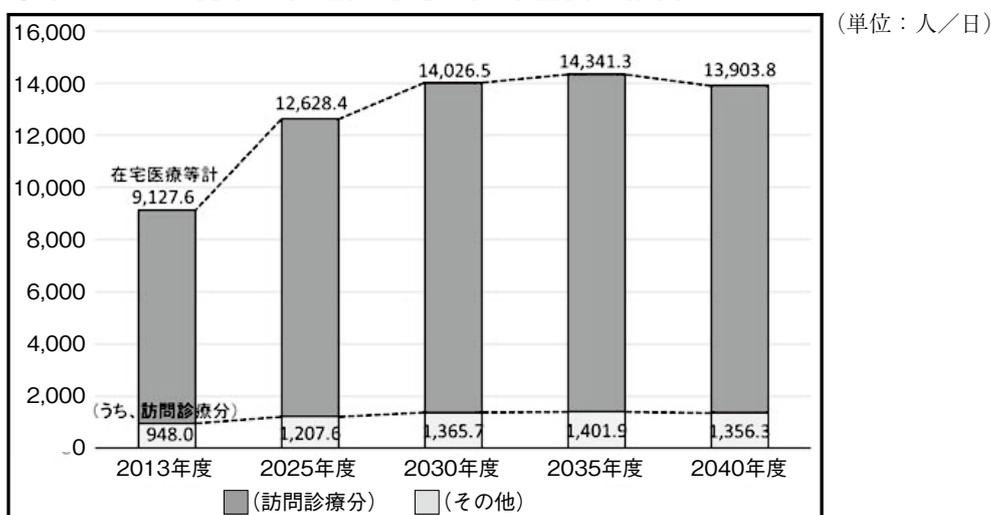
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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年度頃となっていますが、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 いと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

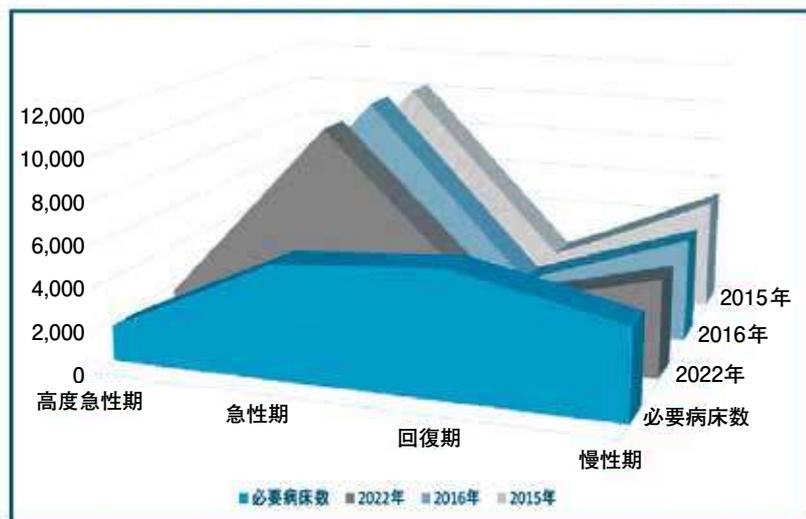
大幅な不足（3,812床）となっていることから、急性期や慢性期の病床機能を回復期の病床機能に転換していく必要があります。

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

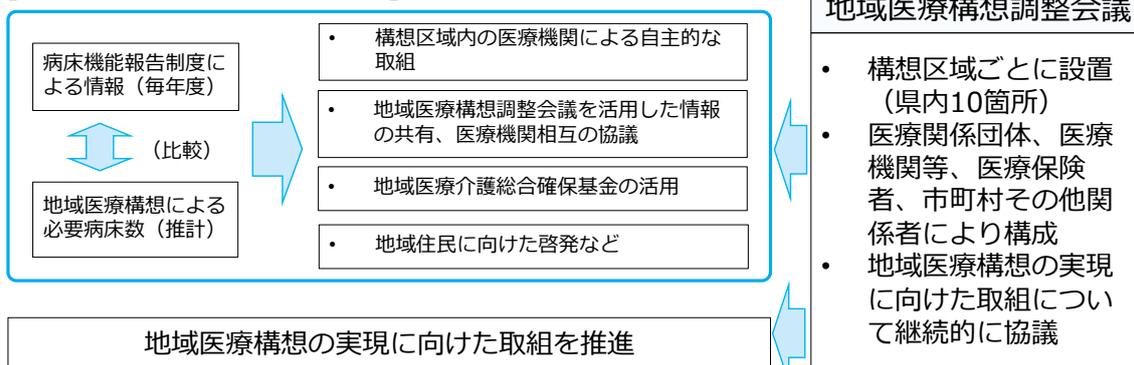
平成 37 年（2025 年）に向けて、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、質の高い医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じて取組を検討する必要がありますが、県全体の取組の方向性は次表のとおりです。

<p>1 病床の機能分化・連携の推進</p> <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
<p>2 在宅医療・介護サービスの充実</p> <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
<p>3 医療従事者の確保・養成</p> <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。

【地域医療構想策定後の取組】



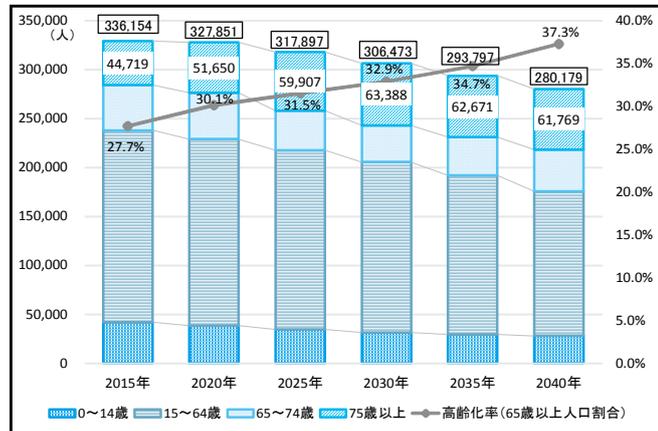
第2節 構想区域別の地域医療構想

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、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 21 施設（人口 10 万対 6.3 施設／県 6.1 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 28 年）」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 443.3 人（県 225.2 人）、医療施設従事歯科医師数は 88.5 人（県 70.9 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 201.8 人（県 159.0 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 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)

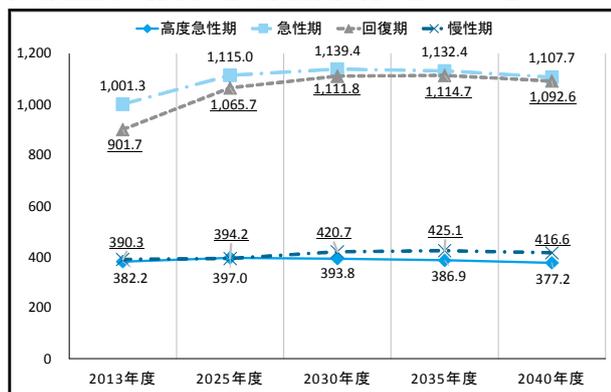
区分	自足数(※)	流出入数		主な流入元・流出先
		流入	流出	
高度急性期	192.4	流入	204.6	高崎・安中(58.3)、渋川(33.4)
		流出	40.9	高崎・安中(12.5)、渋川(11.5)
急性期	661.3	流入	453.7	高崎・安中(135.8)、渋川(94.1)
		流出	113.5	高崎・安中(40.8)、伊勢崎(30.6)
回復期	690.5	流入	375.2	高崎・安中(107.0)、渋川(91.1)
		流出	193.3	高崎・安中(63.3)、伊勢崎(53.5)
慢性期	280.4	流入	113.8	高崎・安中(34.1)、渋川(23.7)
		流出	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、高度急性期は2025年度頃、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)

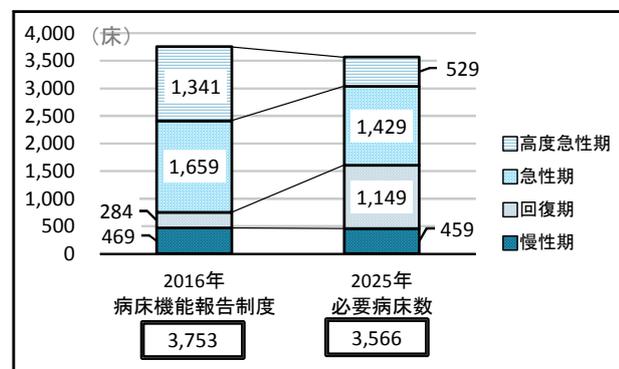


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



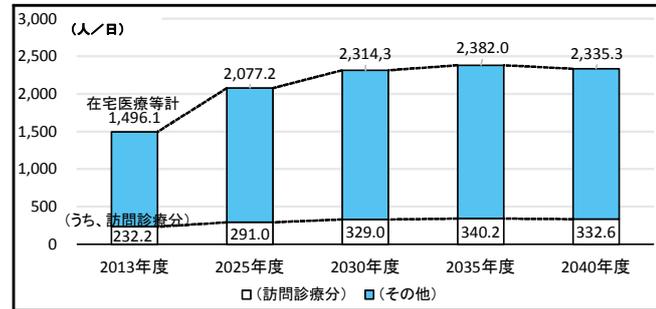
[資料] 群馬県医務課

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働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）

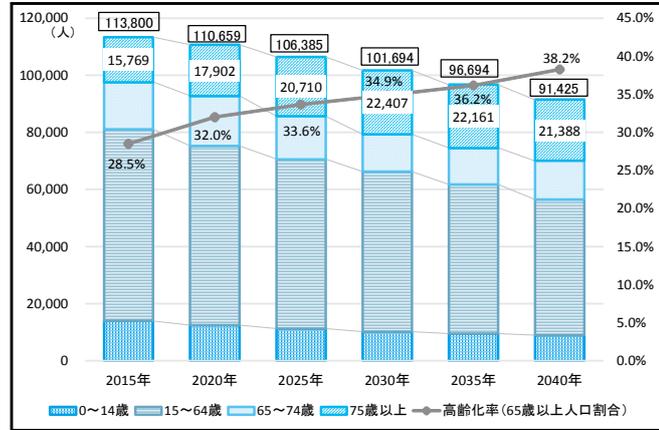
将来推計人口

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〔資料〕国立社会保障・人口問題研究所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 7 施設（人口 10 万対 6.2 施設／県 6.1 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 28 年）」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 204.0 人（県 225.2 人）、医療施設従事歯科医師数は 55.6 人（県 70.9 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 134.3 人（県 159.0 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、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・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
		流入	流出	
高度急性期	35.7	流入	60.6	伊勢崎(14.0)、前橋(11.5)
		流出	44.9	前橋(33.4)
急性期	138.1	流入	61.4	前橋(15.6)、吾妻(13.4)
		流出	131.8	前橋(94.1)、高崎・安中(25.0)
回復期	177.0	流入	56.0	前橋(18.6)、吾妻(10.5)
		流出	168.9	前橋(91.1)、高崎・安中(40.8)
慢性期	115.7	流入	123.3	高崎・安中(36.1)、前橋(33.5)
		流出	95.7	高崎・安中(40.9)、前橋(23.7)
計	466.5	流入	301.3	前橋、高崎・安中
		流出	441.2	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。

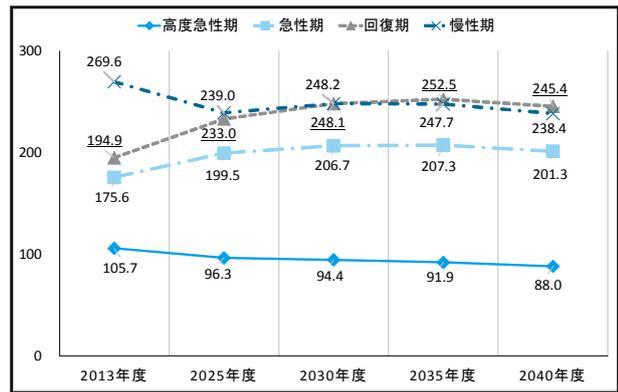
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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)



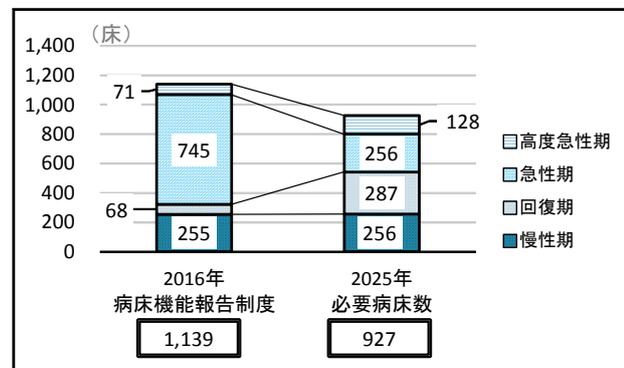
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



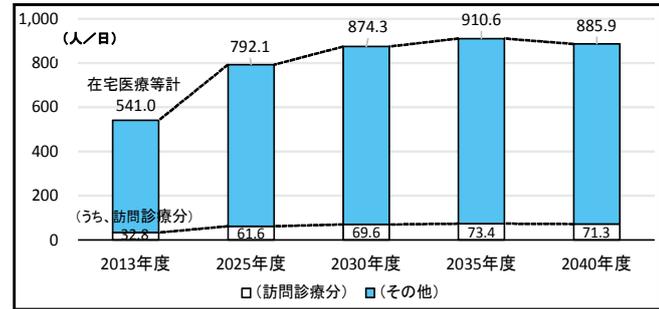
〔資料〕群馬県医務課

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ニー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 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）

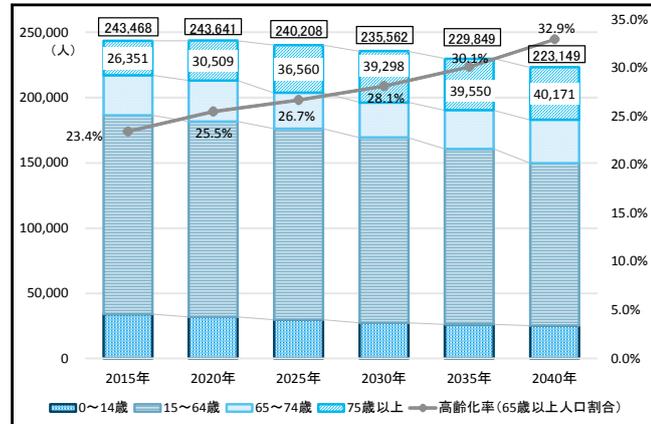
将来推計人口

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6.1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6.1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28年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は173.7人（県225.2人）、医療施設従事歯科医師数は59.0人（県70.9人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は137.7人（県159.0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(※)	流出入数	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、24.9%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)



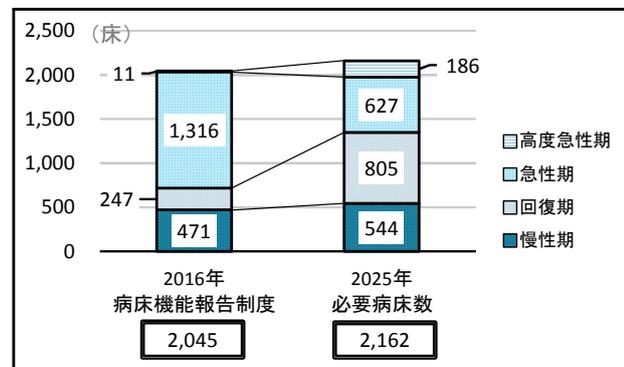
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



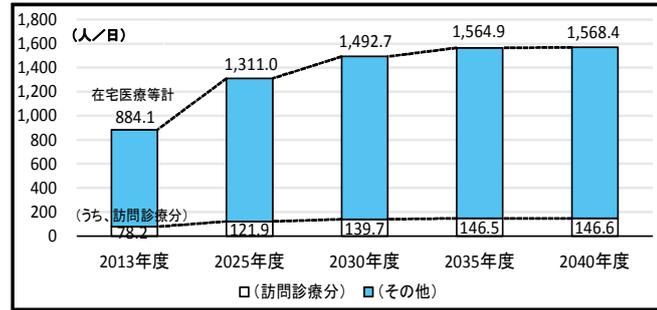
〔資料〕群馬県医務課

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）

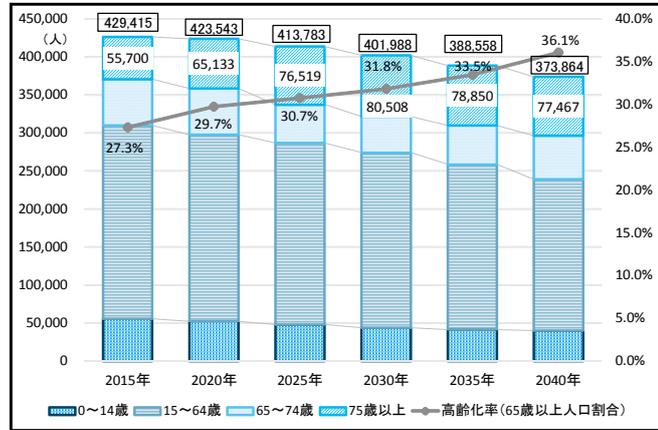
将来推計人口

ア 高崎・安中構想区域の総人口は、平成 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 28 施設（人口 10 万対 6.5 施設／県 6.1 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 28 年）」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 200.6 人（県 225.2 人）、医療施設従事歯科医師数は 77.4 人（県 70.9 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 154.9 人（県 159.0 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 194.6 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	流入元	流出先
高度急性期	163.1	48.9	101.7	前橋(12.5)	前橋(58.3)、富岡(12.2)
		141.0	246.6	前橋(40.8)、渋川(25.0)	前橋(135.8)、富岡(37.7)
急性期	619.9	277.3	242.5	前橋(63.3)、藤岡(44.7)	前橋(107.0)、藤岡(37.8)
		331.6	182.0	前橋(138.8)、渋川(40.9)	富岡(40.5)、渋川(36.1)
回復期	900.4	798.9	772.8	前橋、渋川	前橋、富岡
		2,410.9			

※ 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」

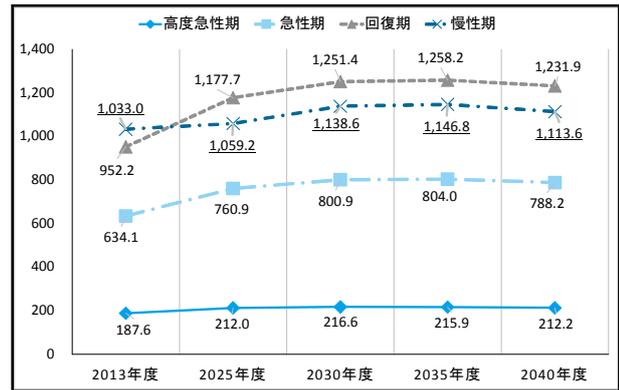
入院医療の需要推計

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、23.7%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)



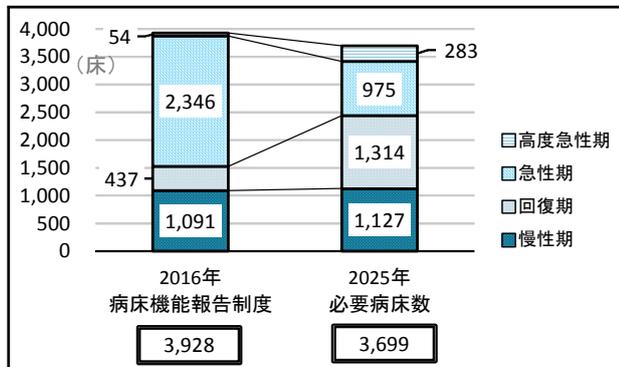
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



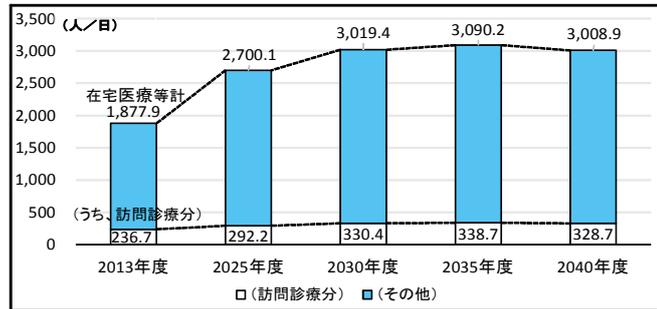
〔資料〕群馬県医務課

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、上野村、神流町）

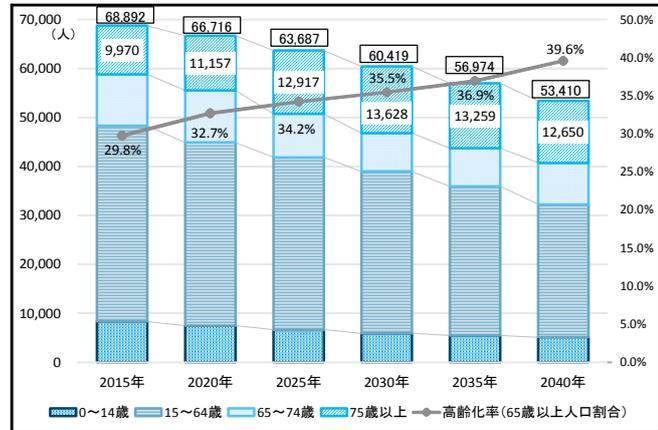
将来推計人口

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 11.8 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 6.1 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 28 年）」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 237.1 人（県 225.2 人）、医療施設従事歯科医師数は 61.5 人（県 70.9 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 191.7 人（県 159.0 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 194.6 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」

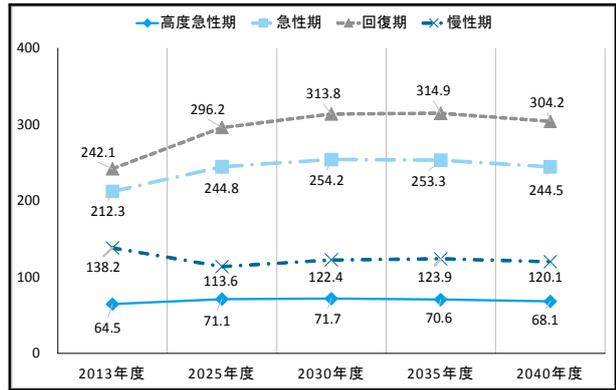
入院医療の需要推計

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)



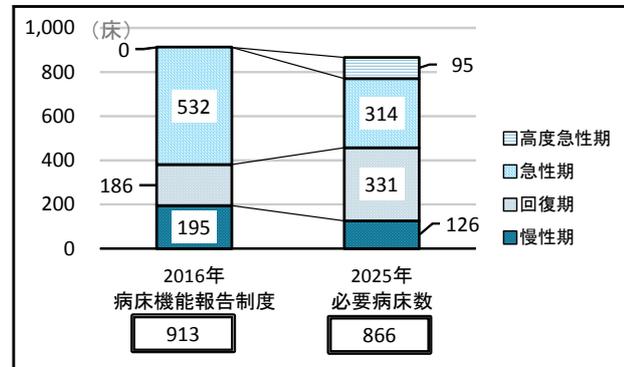
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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

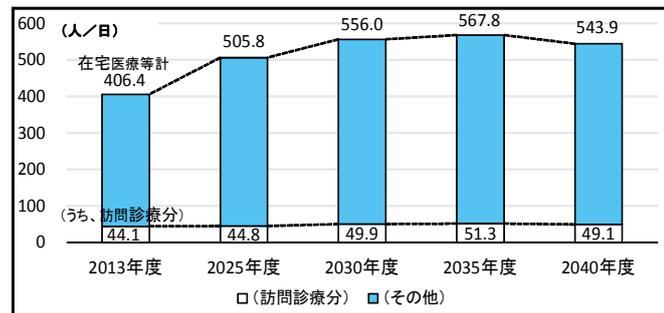


〔資料〕群馬県医務課

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方針及び運用を推進し、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 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。

6 富岡構想区域（富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町）

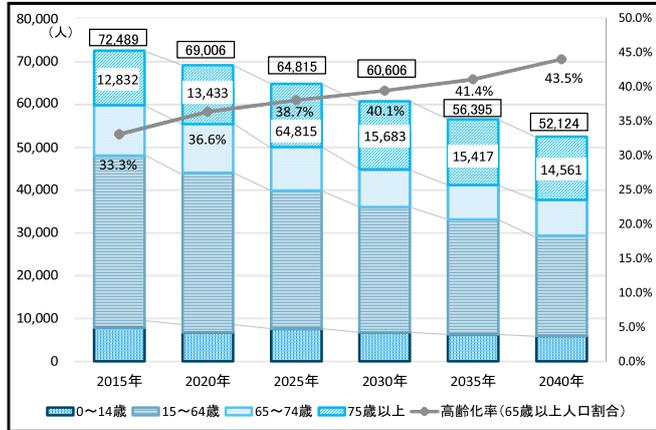
将来推計人口

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 4.2 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 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 6.1 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 28 年）」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 223.8 人（県 225.2 人）、医療施設従事歯科医師数は 60.1 人（県 70.9 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 146.9 人（県 159.0 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は 46.3 人（県 58.4 人）、作業療法士数は 50.3 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」

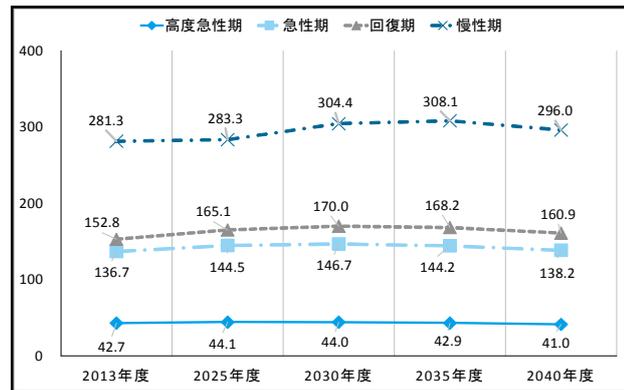
入院医療の需要推計

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)



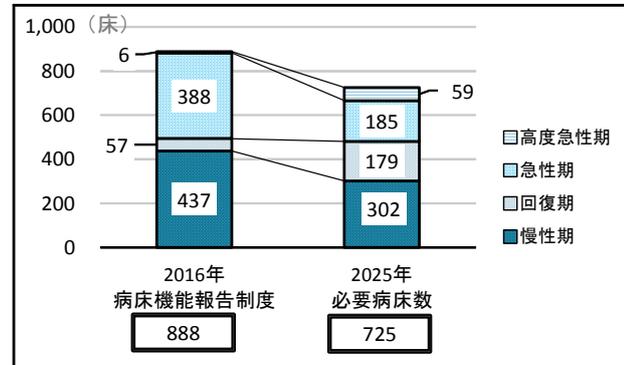
[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



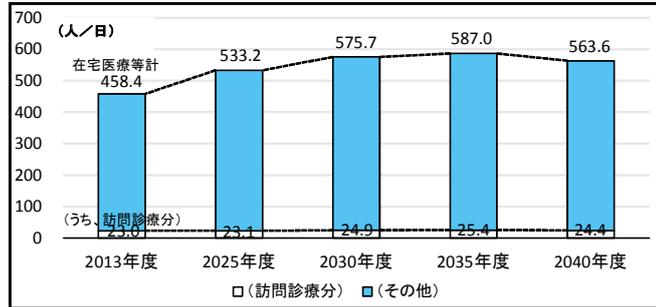
[資料] 群馬県医務課

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、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方針及び運用を推進し、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 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。

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）

在宅医療等の需要推計

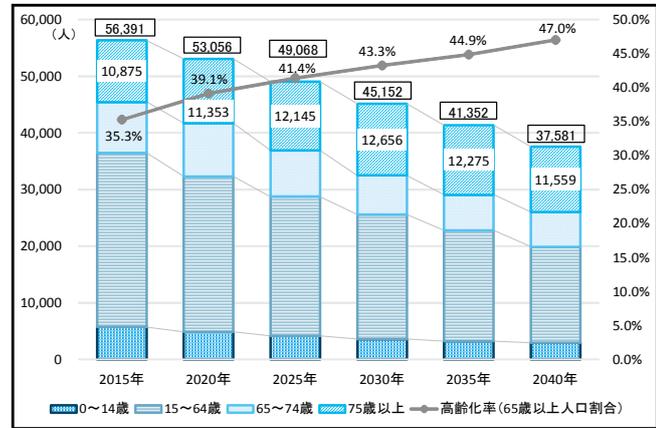
ア 吾妻構想区域の総人口は、

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 6.1 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 28 年）」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 144.0 人（県 225.2 人）、医療施設従事歯科医師数は 43.2 人（県 70.9 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 115.2 人（県 159.0 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(※)	流入数	流出数	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

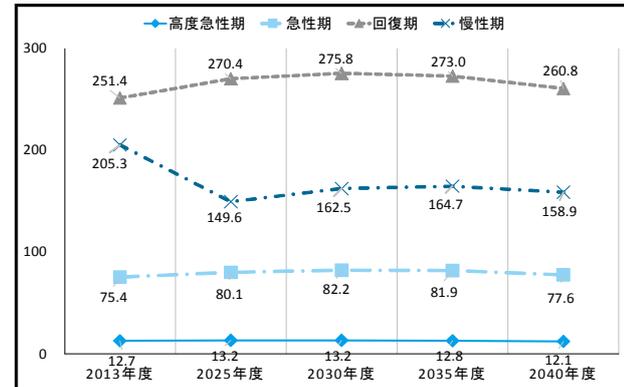
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出数の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[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)

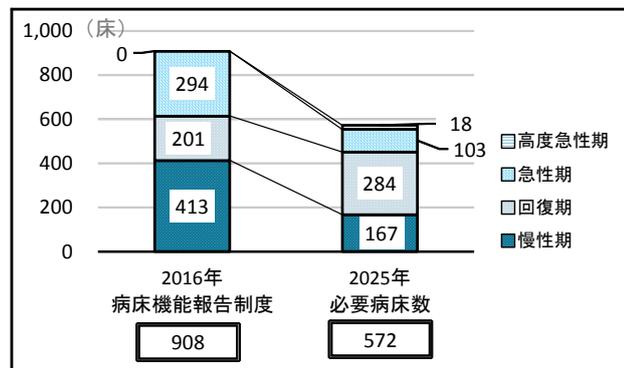


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



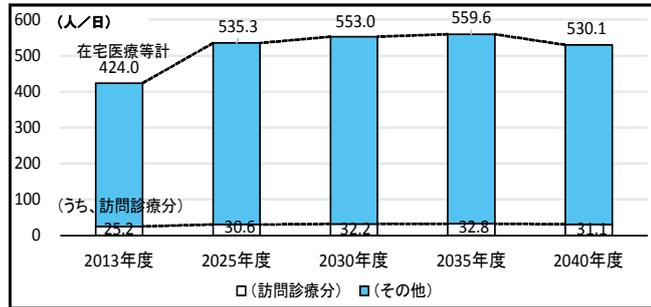
※病床機能報告の集計では、ハンセン病療養所の病床は除いている。

[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、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方策及び運用を推進し、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、昭和村、みなかみ町）

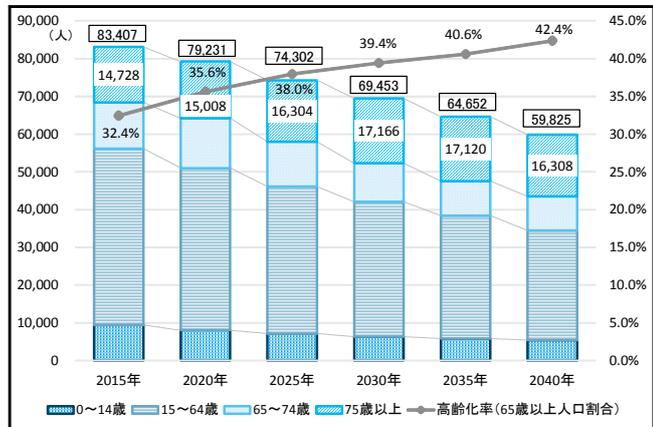
将来推計人口

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6.1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28年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は176.3人（県225.2人）、医療施設従事歯科医師数は53.5人（県70.9人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は131.3人（県159.0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	22.6
計	598.0	流入	116.9 ^{※※} 吾妻、渋川
		流出	140.3 前橋、吾妻

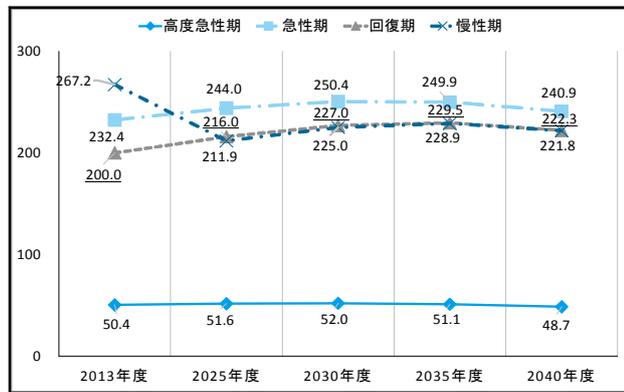
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※ 流入計は、116.9～117.8までの値
 ※※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

[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)

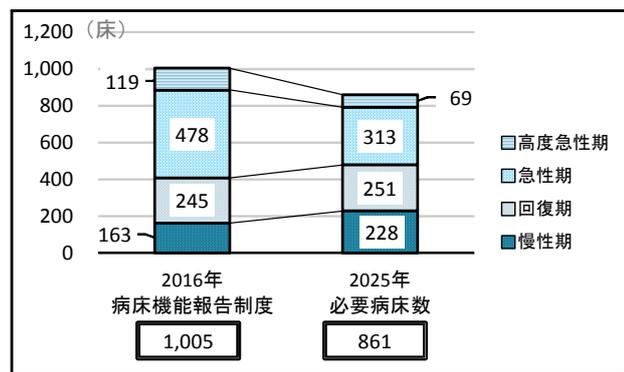


[資料] 厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



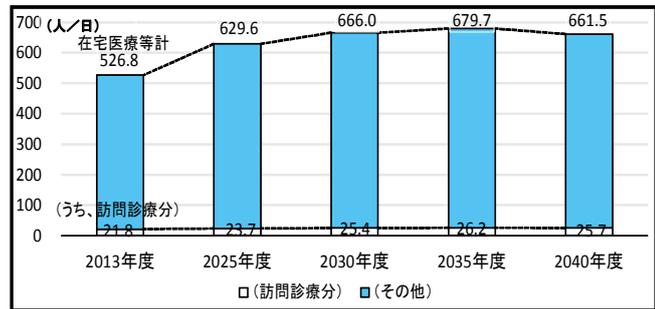
[資料] 群馬県医務課

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 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）

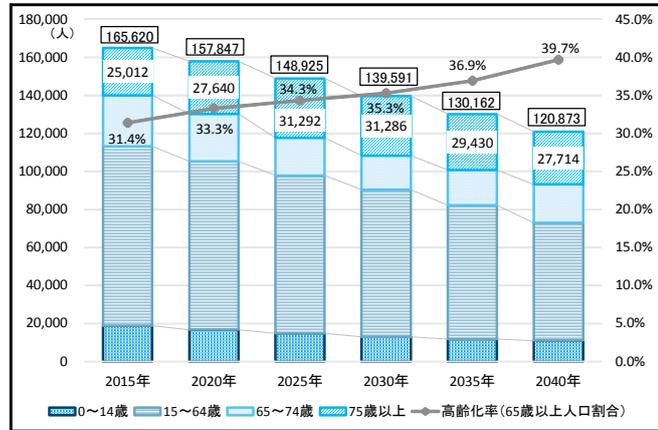
将来推計人口

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 11 施設（人口 10 万対 6.7 施設／県 6.1 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 28 年）」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 187.9 人（県 225.2 人）、医療施設従事歯科医師数は 76.3 人（県 70.9 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 170.2 人（県 159.0 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
高度急性期	60.8	流入	15.5
		流出	34.1
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

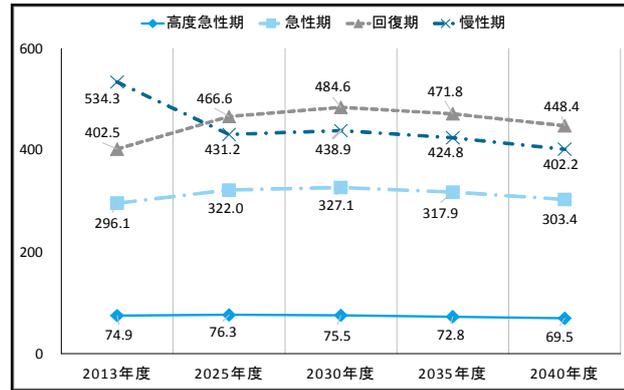
※ 自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
 ※※医療需要の流入又は流出が10人/日未満の流出入の状況は、個人情報保護の観点から推計ツール上、表示されない。

〔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)

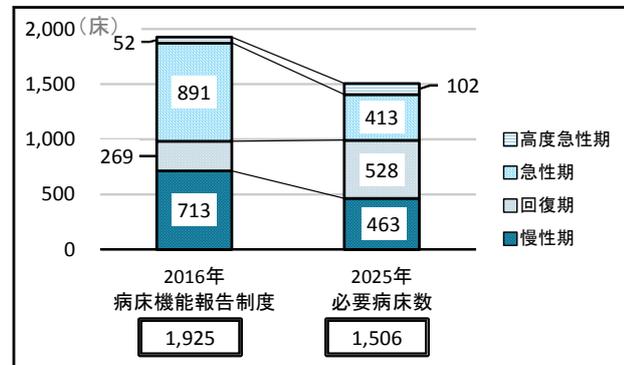


〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



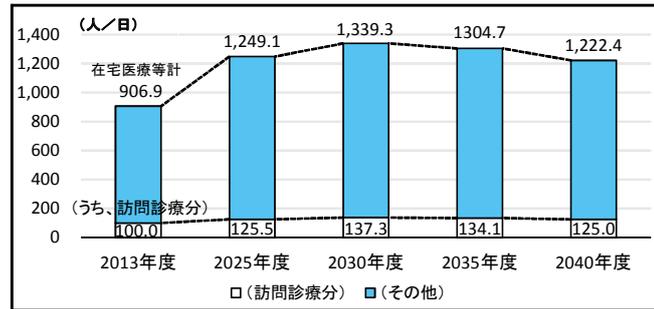
〔資料〕群馬県医務課

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、明和町、千代田町、大泉町、邑楽町）

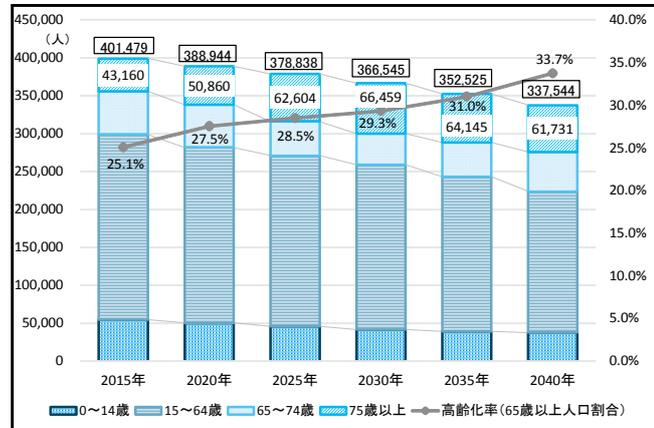
将来推計人口

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20施設（人口10万対5.0施設/県6.1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28年）」によると、人口10万人当たりの医療施設従事医師数は141.9人（県225.2人）、医療施設従事歯科医師数は69.5人（県70.9人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は142.9人（県159.0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	流出 70.2	埼玉県・北部(11.7) 栃木県・両毛(16.1)、前橋(11.6)
		流入 169.2	流出 172.2	埼玉県・北部(42.4)、栃木県・両毛(35.3)
急性期	499.7	流入 210.1	流出 184.8	栃木県・両毛(49.1)、埼玉県・北部(47.0)
		流入 155.7	流出 176.1	伊勢崎(44.2)、栃木県・両毛(37.3)
回復期	626.3	流入 576.6	流出 603.3	栃木県・両毛(64.1)、桐生(26.1)
		流入 155.7	流出 176.1	伊勢崎(83.1)、桐生(41.7)
慢性期	440.2	流入 576.6	流出 603.3	栃木県・両毛(64.1)、桐生(26.1)
		流入 155.7	流出 176.1	伊勢崎(83.1)、桐生(41.7)
計	1,697.8	流入 576.6	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」

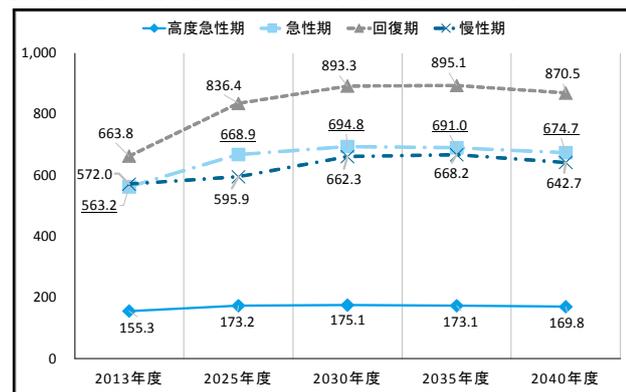
入院医療の需要推計

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、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)



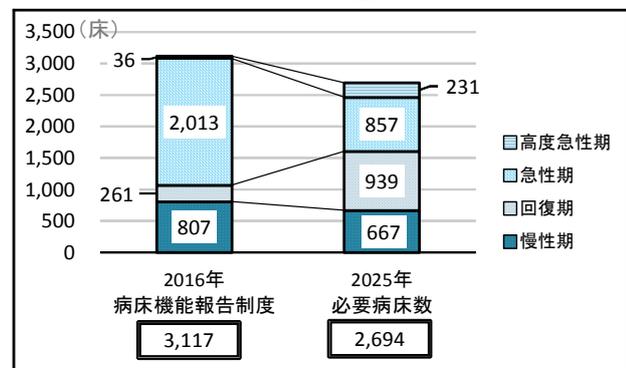
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

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



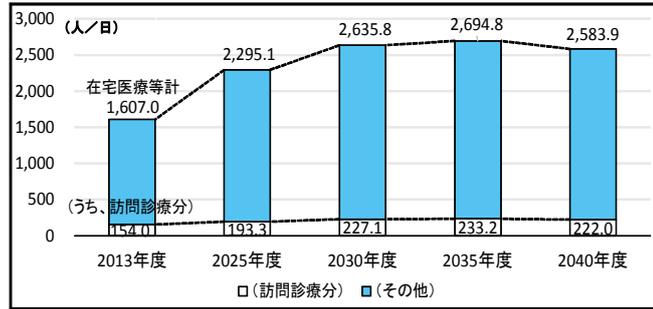
〔資料〕群馬県医務課

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)

		国勢調査		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。