第９次群馬県保健医療計画

2024（令和６）年４月

群馬県

ごあいさつ

新型コロナウイルス感染症は、群馬県においてもこれまで40万人を超える方々が感染するなど、３年以上にわたり猛威を振るいましたが、県と保健・医療・福祉の全ての関係者が協力することで、この危機を乗り越えることができました。知事として、御協力いただいた皆様に深く敬意を表します。

現在も、県民の皆様の命と健康、暮らしは様々なリスクにさらされています。また、少子高齢化社会の進展による高齢者の増加と生産年齢人口の急速な減少により、今後は一層増大する医療・介護ニーズを限られた人材で支えていかなくてはなりません。こうした中、誰一人取り残さず、誰もが幸福を実感できる新しい群馬県の未来を切り拓いていくためには、直面する難題に対し、より果敢にチャレンジしていくことが必要です。

群馬県ではこれまで、保健・医療・福祉が密に連携しながら、県民の一人ひとりが良質かつ適切な医療・介護を安心して受けられる体制の構築を進めて参りましたが、今後は医療・介護の提供体制のさらなる最適化や効率化が求められていることから、このたび、2024年度から６年間の第９次群馬県保健医療計画を策定いたしました。

この計画は、新・群馬県総合計画が掲げる「誰一人取り残さない、必要な医療が切れ目なく提供される体制構築」を目指し、「安全・良質な医療を提供し、誰もが健康で活躍できる暮らしを支える」「人口減少や高齢化を踏まえ、持続可能な医療提供体制を確立する」「医療従事者の確保・養成と、働き方改革を推進する」の３つの理念に基づき、誰もが安心して健やかな生活を送るための保健医療福祉施策を展開することとしております。

社会・経済情勢の変化のスピードが加速する時代にあって、新たな群馬を実現していくための歩みを止めないことこそが、県政の最大目標である県民幸福度の向上につながるものと確信しています。本計画の推進に当たっては、引き続き、市町村をはじめ関係団体、医療機関、保険者や県民の皆様の御理解と御支援をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定に多大な御尽力を賜りました群馬県医療審議会、群馬県保健医療計画会議、専門部会、地域保健医療対策協議会の委員の皆様をはじめ、御協力をいただきました多くの皆様に心から感謝申し上げます。

2024（令和６）年４月

群馬県知事　山本 一太

目　次

第１章　基本構想

1　計画策定の趣旨 ……2
2　計画の理念 ……2
3　計画の位置づけ ……3
4　計画の期間 ……3

第２章　群馬県の現状

1　人口構造 ……6
2　人口動態 ……8
3　県民の健康状況 ……10
4　県民の受療動向 ……11
5　医療機関の状況 ……13

第３章　保健医療圏と基準病床数

第１節　保健医療圏 …… 16
1　保健医療圏設定の意義 ……16
2　二次保健医療圏 ……17
3　二次保健医療圏の検討 ……18
4　二．五次保健医療圏 ……18
第２節　基準病床数 ……20
1　基準病床数 ……20
2　届出により一般病床等を設置できる診療所（特例診療所） ……22

第４章　疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

第１節　医療連携の推進 ……24
第２節　疾病・事業ごとの医療連携体制 ……25
1　がんの医療連携体制構築の取組 ……25
2　脳卒中の医療連携体制構築の取組 ……41
3　心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制構築の取組 ……57
4　糖尿病の医療連携体制構築の取組 ……77
5　精神疾患の医療連携体制構築の取組 …… 101
6　救急医療の医療連携体制構築の取組 …… 121
7　災害医療の医療連携体制構築の取組 …… 141

8　新興感染症発生・まん延時の医療提供体制構築の取組 …… 161
9　へき地医療の医療連携体制の構築の取組 …… 181
10　周産期医療の医療連携体制構築の取組 …… 195
11　小児医療の医療連携体制構築の取組 …… 215
第３節　地域包括ケアシステムの深化・推進 …… 229
1　地域包括ケアシステムの深化・推進 …… 229
2　在宅医療の医療連携体制構築の取組 …… 237
3　介護サービスの体制整備 …… 257

第５章　地域医療構想

第１節　地域医療構想の概要 …… 262
1　地域医療構想の趣旨 …… 262
2　２０２５年の医療需要と病床等の必要量 …… 264
3　病床が担う医療機能の状況 …… 269
4　取組の方向性と地域医療構想の推進 …… 273
第２節　構想区域別の地域医療構想 …… 274
1　前橋構想区域 …… 274
2　渋川構想区域 …… 278
3　伊勢崎構想区域 …… 282
4　高崎・安中構想区域 …… 286
5　藤岡構想区域 …… 290
6　富岡構想区域 …… 294
7　吾妻構想区域 …… 298
8　沼田構想区域 …… 302
9　桐生構想区域 …… 306
10　太田・館林構想区域 …… 310

第６章　外来医療計画

第１節　外来医療計画の概要 …… 316
第２節　新規開業者への情報提供及び要求 …… 317
1　外来医師偏在指標 …… 317
2　外来医師多数区域 …… 319
3　不足する外来医療機能 …… 320
4　新規開業者等に協力を求める外来医療機能 …… 331
第３節　医療機器の効率的な活用 …… 332
1　医療機器の効率的な利用の概要 …… 332

2　医療機器の活用のための検討事項 …… 333
第４節　紹介受診重点医療機関の明確化 …… 337
1　外来医療機能の明確化に関する考え方 …… 337
2　外来機能報告制度 …… 337
3　紹介受診重点医療機関の選定 …… 338

第７章　保健・医療・福祉の提供体制の充実

第１節　障害保健対策 …… 340
1　発達障害 …… 340
2　重症心身障害児（者）・医療的ケア児等 …… 341
3　高次脳機能障害 …… 342
4　てんかん …… 343
第２節　感染症・結核・肝炎対策 …… 344
1　エイズ対策 …… 344
2　結核対策 …… 347
3　肝炎対策 …… 349
第３節　慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策 …… 352
第４節　慢性腎臓病（CKD）対策 …… 354
第５節　臓器移植・造血幹細胞移植対策 …… 357
1　臓器移植 …… 357
2　造血幹細胞移植 …… 360
第６節　難病対策等 …… 362
1　難病対策 …… 362
2　アレルギー疾患対策 …… 364
第７節　歯科口腔保健対策 …… 367
第８節　血液の確保・適正使用対策 …… 370
第９節　医薬品等の適正使用対策 …… 371
1　医薬品等の安全確保 …… 371
2　かかりつけ薬剤師・かかりつけ薬局の推進 …… 372
3　医療用麻薬の適正使用 …… 374
第 10 節　医療の安全の確保 …… 375
1　医療事故・院内感染の防止 …… 375
2　医療相談体制の充実 …… 376
第 11 節　公立病院改革 …… 377
第 12 節　地域医療支援病院の整備等 …… 378
1　地域医療支援病院の整備 …… 378

2　社会医療法人の役割 …… 379
第 13 節　群馬大学との連携 ……380
第 14 節　医療に関する情報化 ……381
1　医療情報の連携・ネットワーク化の推進 …… 381
2　医療・薬局機能、介護サービス情報の提供 …… 382
3　地域連携クリティカルパス …… 384
第 15 節　遠隔医療の推進 ……385

第８章　医師確保計画

第１節　医師数等の現状 …… 388
1　現在の医師数 …… 388
2　医師偏在指標 …… 393
3　産科・小児科の医師偏在指標 …… 397
第２節　これまでの取組の成果と今後の課題 …… 399
1　医師総数の確保 …… 399
2　地域偏在、診療科偏在の解消 …… 399
3　働きやすい環境づくりへの対応 …… 400
第３節　医師の確保 …… 401
1　県内における医師少数区域等の設定 …… 401
2　医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標 …… 407
3　確保すべき医師の数の目標を達成するための施策 …… 421
4　産科・小児科における医師偏在対策 …… 431

第９章　保健医療従事者等の確保

1　歯科医師 …… 444
2　薬剤師 …… 446
3　保健師 …… 455
4　助産師 …… 457
5　看護師・准看護師 …… 459
6　その他の保健医療従事者 …… 463
7　介護サービス従事者 …… 465

第 10 章　医療費適正化計画

第１節　総論 …… 468
　1　医療費等の現状と課題 …… 468
　2　第４期医療費適正化計画の基本理念 …… 477
第２節　県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策 …… 478
　1　健康寿命の延伸 …… 478
　2　メタボリックシンドローム対策の推進 …… 480
　3　たばこ対策の推進 …… 482
　4　歯科口腔保健の推進 …… 483
　5　がん対策の推進 …… 484
　6　生活習慣病の重症化予防の推進 …… 485
　7　感染症重症化予防のための予防接種の推進 …… 487
　8　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 …… 488
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 …… 489
　1　病床の機能分化・連携の推進 …… 489
　2　地域包括ケアシステムの推進等 …… 492
　3　後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進 …… 498
　4　医薬品の適正使用の推進 …… 503
　5　医療資源の効果的・効率的な活用 …… 503
　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 …… 505
第４節　計画期間における医療費の見込み …… 506
　1　医療費の見込みの推計方法 …… 506
　2　本県の医療費の推計 …… 507
　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 …… 509

第 11 章　計画の推進・評価

第１節　計画の推進……512
第２節　計画の評価 …… 515
第３節　計画の変更等 …… 515

資料編

第１節　策定経過 …… 518
第２節　関係会議委員等名簿 …… 522

第1章　基本構想

1　計画策定の趣旨

本県では、1988（昭和 63）年に群馬県保健医療計画を策定して以来、医療提供体制の整備や医師確保対策など様々な取組を展開するとともに、必要に応じて計画の改定を行ってきました。

そして現在、少子高齢化の進展に伴う疾病構造の変化、医療の高度化・専門化、県民の健康に対する意識の高まりなど、保健医療を取り巻く環境は著しく変化しており、医師や看護師等の医療従事者の不足や働き方改革も課題となっています。

また、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、救急医療をはじめ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等を行う重要性や、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識されました。

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

特に今後、全国的には 2040 （令和 22）年頃に医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者数が高止まりする一方、生産年齢人口は急速に減少していきます。増大する医療・介護ニーズを限りある人材等で支えていくためには、医療・介護提供体制の最適化や効率化を図っていくことも重要です。

こうした中、誰もが安心して健やかな生活を送るためには、保健・医療・福祉が密に連携した上で、保健医療施策の推進を図ることが必要です。

また、持続的かつ切れ目のない医療・介護サービスを提供していくためには、病床機能の分化・連携等によりサービス提供体制を充実させていくこととともに、医療の現場で働く人たちが働きやすい環境整備を図ることも重要です。

本県では、2018（平成 30）年に第８次群馬県保健医療計画を策定し、さらに 2020（令和２）年には医師確保計画及び外来医療計画を追加したところですが、計画の期間が 2023（令和５）年度までとなっていることから、これまでの県の取組や国が定める医療計画作成指針等も踏まえ、改めて今後の保健医療のあり方などを検討し、県民が良質かつ適切な医療を安心して受けられる体制を構築するため、第９次群馬県保健医療計画を策定しました。

2　計画の理念

この計画では、新・群馬県総合計画における７つの政策の柱の一つである「医療提供体制の強化」が掲げる「誰一人取り残さない、必要な医療が持続的に切れ目なく提供される体制構築」を目指し、次の理念に基づいて施策の展開を図ることとします。

（1） 安全・良質な医療を提供し、誰もが健康で活躍できる暮らしを支える。
（2） 人口減少や高齢化を踏まえ、持続可能な医療提供体制を確立する。
（3） 医療従事者の確保・養成と、働き方改革を推進する。

3　計画の位置づけ

この計画は、医療法（1948（昭和 23）年法律第 205 号）第 30 条の４第１項により策定する医療計画及び高齢者の医療の確保に関する法律（1982（昭和 57）年法律第 80 号）第９条第１項の規定により策定する医療費適正化計画です。

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

〔整合性を図る各種計画（主なもの）〕

（１） 群馬県がん対策推進計画
（２） 群馬県循環器病対策推進計画
（３） 群馬県国民健康保険運営方針
（４） 群馬県依存症対策推進計画
（５） 群馬県感染症予防計画
（６） 群馬県新型インフルエンザ等対策行動計画
（７） 群馬県肝炎対策推進計画
（８） 群馬県結核予防計画
（９） 群馬県アレルギー疾患対策推進計画
（10） 群馬県健康増進計画
（11） 群馬県歯科口腔保健推進計画
（12） 群馬県食育推進計画ぐんま食育こころプラン
（13） 群馬県福祉プラン
（14） 群馬県高齢者保健福祉計画
（15） バリアフリーぐんま障害者プラン
（16） 群馬県自殺総合対策行動計画　　など

4　計画の期間

この計画の期間は、2024（令和６）年度から 2029（令和 11）年度までの６年間です。

（空白）

第2章　群馬県の現状

1　人口構造

（1）総人口

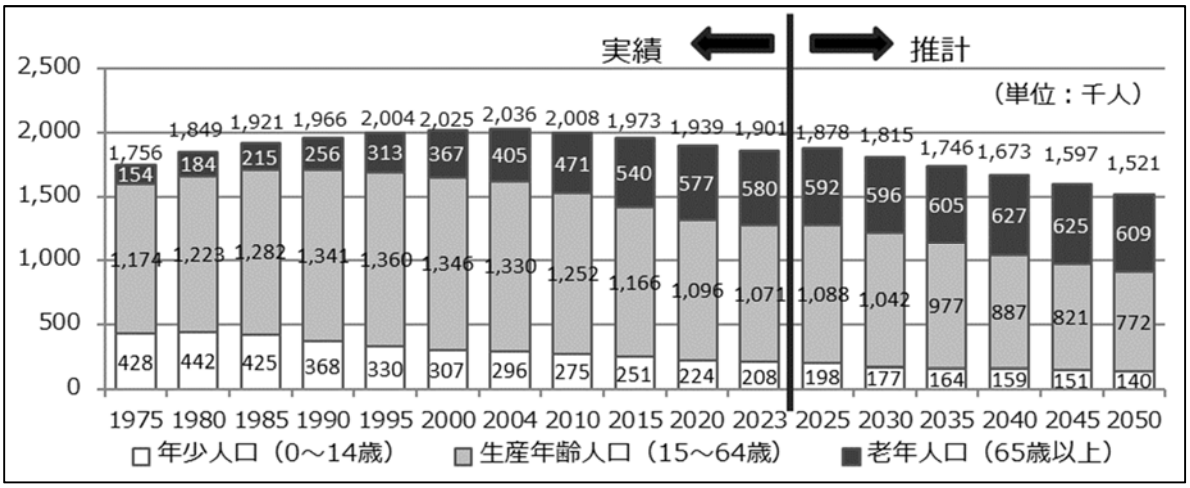
本県の総人口は 2004（平成 16）年の 2,035,542 人をピークに減少しており、2023（令和５）年 10 月１日現在で 1,900,808 人となっています。

これを年齢別の構成で見ると、年少人口（０～14 歳）が 208,148 人、生産年齢人口（15～64 歳）が 1,071,111 人、老年人口（65 歳以上）が 579,703 人でした。

また、総人口に占める構成割合で見ると、年少人口が 11.2%、生産年齢人口が 57.6%であり、ともに減少傾向が続いていますが、老年人口は 31.2%と過去最高でした。

老年人口の割合を二次保健医療圏別で見ると、吾妻保健医療圏が 41.5%、富岡保健医療圏が 38.8%、沼田保健医療圏が 38.4%など山間部を中心に高齢化が進んでいる状況です。

本県人口の推計



※年齢不詳者は総数のみに含まれている

〔資料〕総務省「国勢調査」、県「群馬県年齢別人口統計調査」、
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023）年推計）」

二次保健医療圏の年齢３区分別人口（2023（令和５）年 10 月１日現在）

二次保健医療圏	総数	0～14歳		15～64歳		65歳以上	
前橋	326,918	35,043	11.4%	175,404	57.0%	97,037	31.6%
渋川	108,593	12,280	11.4%	60,101	55.7%	35,567	32.9%
伊勢崎	246,431	29,420	12.2%	147,690	61.4%	63,577	26.4%
高崎・安中	421,679	47,984	11.6%	241,334	58.2%	125,548	30.3%
藤岡	63,750	6,280	9.9%	35,009	55.3%	22,056	34.8%
富岡	64,892	5,951	9.3%	33,397	51.9%	24,973	38.8%
吾妻	49,144	4,009	8.2%	24,429	50.3%	20,167	41.5%
沼田	73,162	6,769	9.3%	38,001	52.3%	27,943	38.4%
桐生	149,407	14,105	9.5%	81,358	55.0%	52,405	35.4%
太田・館林	396,832	46,307	11.8%	234,388	59.9%	110,430	28.2%
県計	1,900,808	208,148	11.2%	1,071,111	57.6%	579,703	31.2%

※年齢不詳者は総数のみに含まれている。また、年少人口割合、生産年齢人口割合、老年人口割合を算定する際は、年齢不詳の人数は含めない。

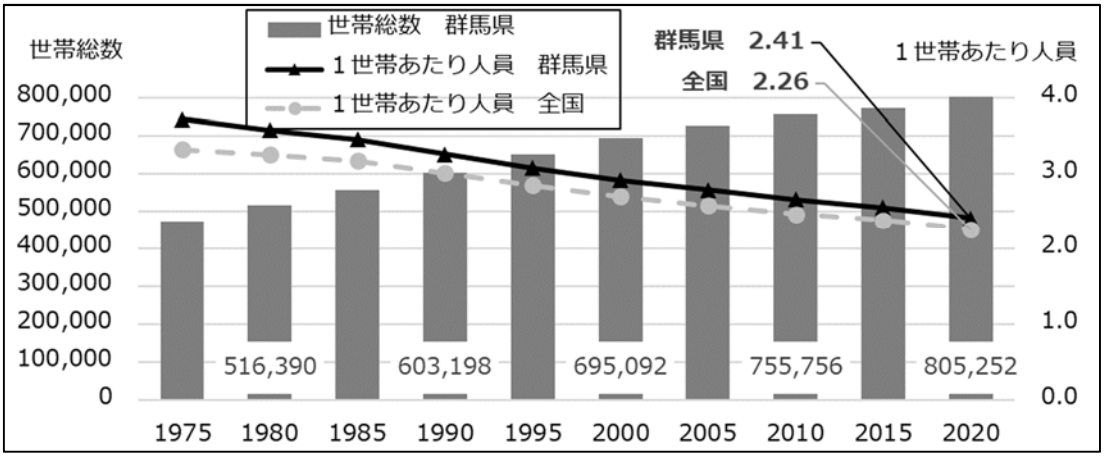
〔資料〕県「群馬県年齢別人口統計調査」

（２）世帯構成

本県における 2020（令和２）年の世帯総数は 805,252 世帯で年々増加していますが、１世帯あたりの人員は 2.41 人となり、減少傾向が続いています。

また、一般世帯（住居と生計を共にしている人の集まり、一戸を構えている単身者、間借り・下宿屋等の単身者、会社等の独身寮等の単身者）は 803,215 世帯で、2015（平成 27）年から 31,201 世帯（４％）増加しています。このうち 65 歳以上の高齢親族のいる世帯数は一般世帯数の 44.7%を占めており、特に高齢単身世帯（65 歳以上の単独世帯）や高齢夫婦世帯（夫が 65 歳以上、妻が 60 歳以上の夫婦のみの世帯）の割合が増加しています。

世帯総数と１世帯あたりの人員



〔資料〕総務省「国勢調査」

二次保健医療圏別の世帯数

二次保健医療圏	世帯総数	一般世帯	施設等の世帯
前橋	141,882	141,556	326
渋川	42,093	41,886	207
伊勢崎	101,132	100,923	209
高崎・安中	183,074	182,586	488
藤岡	26,741	26,676	65
富岡	26,783	26,675	108
吾妻	21,613	21,526	87
沼田	30,984	30,917	67
桐生	64,414	64,256	158
太田・館林	166,536	166,214	322
県計	805,252	803,215	2,037

〔資料〕総務省「国勢調査（2020 年）

本県の世帯構成の推移

区分		2015年		2020年		2020年－2015年	
高齢親族のいない世帯		428,818	55.5%	443,906	55.3%	15,088	103.5%
高齢親族のいる世帯		343,196	44.5%	359,309	44.7%	16,113	104.7%
	高齢単身世帯	79,885	10.3%	93,993	11.7%	14,108	117.7%
	高齢夫婦世帯	94,018	12.2%	103,437	12.9%	9,419	110.0%
	その他	169,293	21.9%	161,879	20.2%	▲ 7,414	95.6%
一般世帯合計		772,014	100%	803,215	100%	31,201	104.0%

〔資料〕総務省「国勢調査」

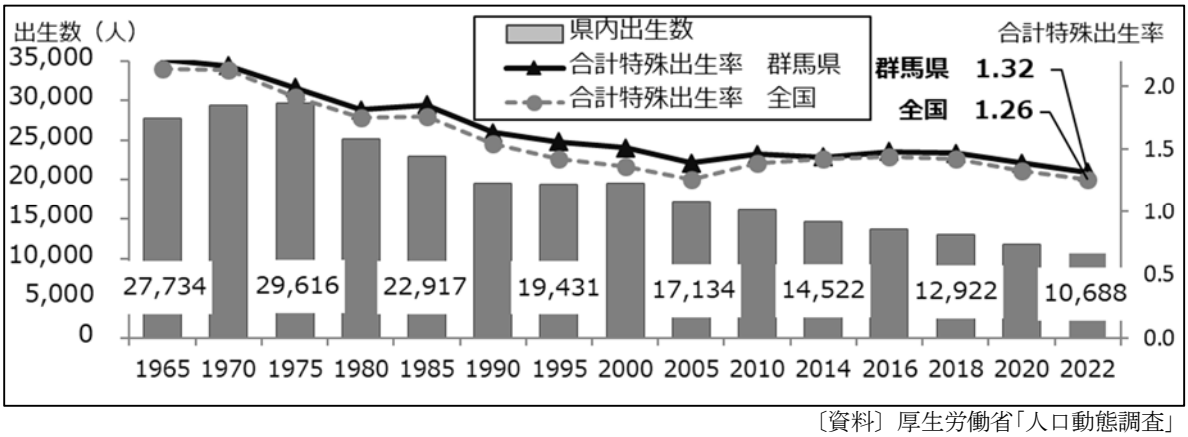
2　人口動態

（1）出生

2022（令和４）年における本県の出生数は 10,688 人で、減少傾向が続いています。

１人の女性が一生の間に生む子どもの数を示す合計特殊出生率は 2022 年では 1.32（全国 1.26）となっており、少子化の進行が継続しています。

出生数及び合計特殊出生率



〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

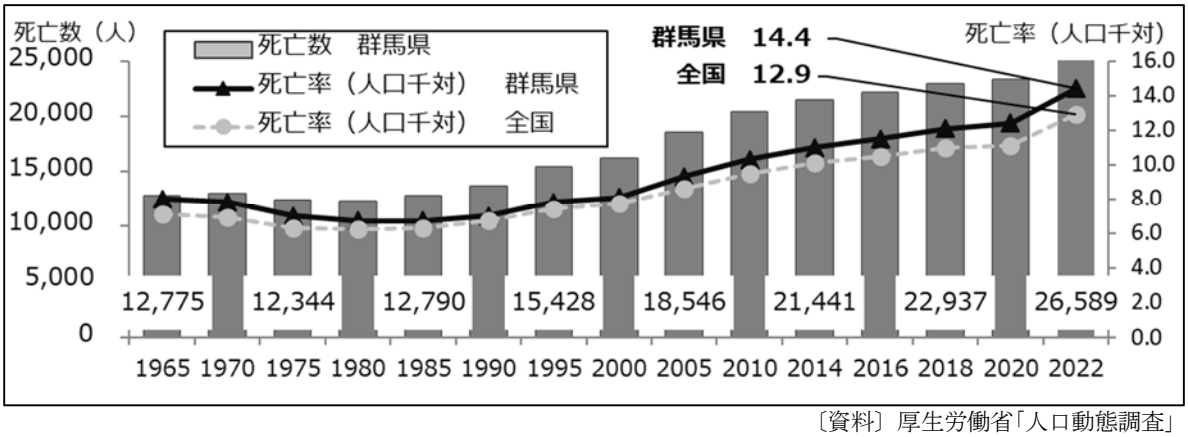
（2）死亡

ア　死亡数及び死亡率

死亡数は 1980 年頃までおおむね減少してきましたが、その後、高齢化の進展を背景に年々増加傾向にあり、2022（令和４）年の本県における死亡数は 26,589 人でした。

また、本県における死亡率（人口千対）は、全国と比べると、やや高い率で推移しています。

死亡数及び死亡率



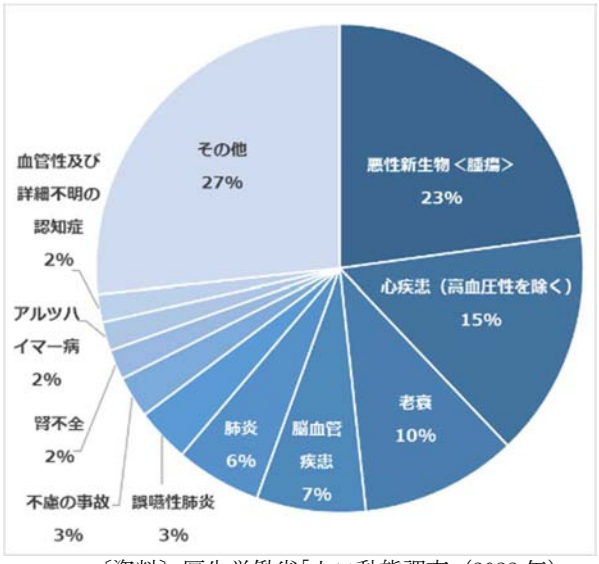
〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

イ　死因及び死因別死亡率

本県における 2022（令和４）年の死因として、最も多いのは悪性新生物＜腫瘍＞となり、次いで心疾患（高血圧性を除く）、老衰が続き、上位３つで全死亡数の約半数を占めています。

第３位の老衰は高齢者の増加に伴い年々増加し、2020（令和２）年に脳血管疾患と入れ替わって第３位の死因となりました。また、同様に誤嚥性肺炎も年々増加傾向にあります。

本県の死亡総数に占める割合



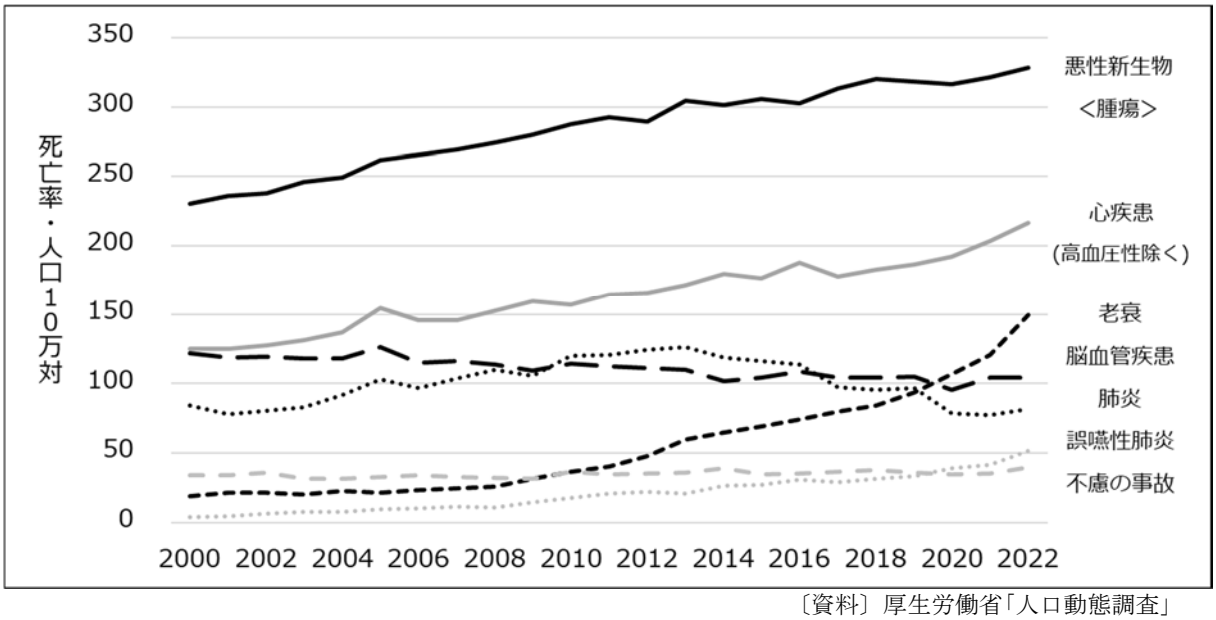
〔資料〕厚生労働省「人口動態調査（2022 年）」

本県の死因別死亡率

順位	死因	死亡率（人口10万対）
1	悪性新生物＜腫瘍＞	328.4
2	心疾患（高血圧性を除く）	216.4
3	老衰	149.3
4	脳血管疾患	104.1
5	肺炎	81.8
6	誤嚥性肺炎	51.3
7	不慮の事故	39.8
8	腎不全	28.6
9	アルツハイマー病	27.4
10	血管性及び詳細不明の認知症	26.6
-	その他	383.5
	総数	1437.2

〔資料〕厚生労働省「人口動態調査（2022 年）」

本県の死因別死亡率の推移



〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

3　県民の健康状況

（１）県民の健康意識

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、自分の健康状態についての認識は下表のとおりです。2016（平成 28）年の調査結果と比較し、「よい」と「まあよい」を合わせた割合がやや増加しています。

自分の健康状態について

項目	2016（平成28）年		2022（令和４）年		2022年－2016年	
よい	11.4%	32.3%	11.5%	34.4%	0.1%	2.1%
まあよい	20.9%		22.9%		2.0%	
普通	44.9%	44.9%	42.2%	42.2%	-2.7%	-2.7%
あまりよくない	18.3%	22.1%	18.1%	23.2%	-0.2%	1.1%
よくない	3.8%		5.1%		1.3%	

〔資料〕県「保健医療に関する県民意識調査（2022 年）」

（２）生活習慣病の有病者・予備群

厚生労働省「国民健康・栄養調査（2019（令和元）年）」、県「県民健康・栄養調査（2021・2022（令和３・４）年度）」によると、糖尿病・高血圧症・脂質異常症・メタボリックシンドロームの予備群及び有病者の割合は下表のとおりです。

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

生活習慣病の有病者・予備群の状況

項目		県		国（直近）	
		予備群	有病者（該当者）	予備群	有病者（該当者）
糖尿病	男性	4.4%	24.2%	12.4%	19.7%
	女性	8.3%	4.7%	12.9%	10.8%
高血圧症	男性	-	52.0%	-	56.1%
	女性	-	39.0%	-	41.7%
脂質異常症	男性	-	32.1%	-	25.0%
	女性	-	25.1%	-	23.2%
メタボリックシンドローム	男性	30.5%	23.3%	23.8%	28.2%
	女性	6.1%	5.6%	7.2%	10.3%

※表中の数値は、厚生労働省「国民健康・栄養調査（2019 年）」の基準により判定された内容を掲載している。
＜糖尿病＞　予備群：糖尿病の可能性を否定できない者、有病者：糖尿病が強く疑われる者
＜高血圧症＞　有病者：高血圧症有病者
＜脂質異常症＞　有病者：脂質異常症が疑われる者
＜メタボリックシンドローム＞　予備群：メタボリックシンドロームの予備群と考えられる者
該当者：メタボリックシンドロームが強く疑われる者
〔資料〕厚生労働省「国民健康・栄養調査（2019 年）、県「県民健康・栄養調査（2021・2022 年度）」

４　県民の受療動向

（１）県内の受療動向

ア　患者数

県「患者調査（2021（令和３）年）」によると、県人口の約１%が入院治療を受けています。

施設の種類別、患者居住地別・受療の種類別にみた患者数（１日当たり）

区分	総数	県内居住（人口比）	入院	県内居住（人口比）	外来	県内居住（人口比）
病院	18,540	17,077	18,540	17,077	-	-
		0.88%		0.88%		-
有床診療所	348	330	348	330	-	-
		0.02%		0.02%		-
合計	18,888	17,407	18,888	17,407	-	-
		0.90%		0.90%		-

※　県「患者調査（2021（令和３）年）」では、本県の人口は 2020（令和２）年 10 月１日現在のデータ（1,939,110 人）を用いている。

※　県「患者調査（2021（令和３）年）」は、コロナ禍における各医療機関の負担軽減を図る観点から、調査対象を県内病院及び有床診療所における入院患者とした。そのため、外来に関するデータを把握していない。

〔資料〕県「患者調査（2021 年）」

イ　医療圏相互の受療動向

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

（２）県境地域における県外との連携

本県では、地理的条件等の関係から、県境地域において他県の住民が県内で受診したり、県内の住民が他県で受診したりするケースが多い状況にあります。他県からの患者の流入の状況をみると、他県と接している藤岡保健医療圏では全入院患者のうち約 26%が、太田・館林保健医療圏では全入院患者のうち 17%が他県からの流入患者となっています。

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

入院患者流入率（総数）

受療地 / 住所地	前　橋	渋　川	伊勢崎	高崎・安中	藤　岡	富　岡	吾　妻	沼　田	桐　生	太田・館林
流入率	43.2%	57.5%	36.7%	28.5%	44.7%	34.0%	31.7%	14.6%	20.7%	25.0%
総　数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
前　橋	56.8%	13.4%	6.8%	8.3%	0.2%	0.2%	3.8%	0.7%	2.4%	0.5%
渋　川	6.3%	42.5%	0.6%	3.5%	0.0%	0.1%	5.6%	3.0%	0.2%	0.0%
伊勢崎	7.9%	3.4%	63.3%	2.8%	2.4%	0.2%	0.6%	0.1%	2.7%	2.6%
高崎・安中	10.9%	12.2%	4.6%	71.5%	13.3%	26.0%	4.5%	1.5%	0.3%	0.2%
藤　岡	2.1%	1.3%	0.7%	4.0%	55.3%	4.6%	0.4%	0.0%	0.1%	0.2%
富　岡	0.9%	1.1%	0.9%	2.7%	2.1%	66.0%	0.3%	0.0%	0.2%	0.1%
吾　妻	1.5%	6.0%	0.2%	0.7%	0.0%	0.0%	68.3%	4.7%	0.0%	0.0%
沼　田	2.0%	9.8%	0.3%	0.8%	0.0%	0.1%	5.5%	85.4%	0.3%	0.0%
桐　生	4.3%	1.2%	4.5%	0.4%	0.0%	0.1%	0.6%	0.0%	79.3%	4.4%
太田・館林	2.7%	2.0%	11.0%	0.7%	0.3%	0.2%	0.9%	0.0%	7.5%	75.0%
県　外	4.6%	7.2%	7.0%	4.4%	26.4%	2.2%	9.6%	4.6%	6.8%	17.0%
不　詳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

入院患者流入率（一般病床）

受療地 / 住所地	前　橋	渋　川	伊勢崎	高崎・安中	藤　岡	富　岡	吾　妻	沼　田	桐　生	太田・館林
流入率	46.1%	49.7%	30.0%	24.2%	44.5%	29.5%	13.0%	13.3%	21.5%	25.0%
総　数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
前　橋	53.9%	11.0%	6.4%	6.2%	0.2%	0.0%	2.3%	0.7%	2.8%	0.3%
渋　川	6.9%	50.3%	0.8%	3.9%	0.0%	0.0%	3.7%	2.7%	0.2%	0.0%
伊勢崎	7.6%	3.4%	70.0%	2.1%	2.7%	0.0%	0.9%	0.2%	2.8%	2.3%
高崎・安中	11.8%	7.2%	2.5%	75.8%	12.5%	25.1%	1.9%	2.1%	0.4%	0.1%
藤　岡	1.6%	1.3%	0.4%	2.9%	55.5%	3.0%	0.5%	0.0%	0.2%	0.1%
富　岡	1.0%	1.2%	0.2%	2.7%	1.9%	70.5%	0.5%	0.0%	0.2%	0.1%
吾　妻	1.8%	7.2%	0.1%	0.7%	0.0%	0.0%	87.0%	4.4%	0.0%	0.1%
沼　田	2.3%	7.2%	0.3%	0.6%	0.0%	0.0%	1.4%	86.7%	0.3%	0.1%
桐　生	4.4%	1.7%	3.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	78.5%	5.2%
太田・館林	3.0%	2.5%	8.5%	0.6%	0.2%	0.0%	0.9%	0.0%	7.9%	75.0%
県　外	5.7%	7.2%	7.6%	4.3%	27.0%	1.4%	0.9%	3.2%	6.6%	16.9%
不　詳	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

入院患者流入率（療養病床）

受療地 / 住所地	前　橋	渋　川	伊勢崎	高崎・安中	藤　岡	富　岡	吾　妻	沼　田	桐　生	太田・館林
流入率	26.4%	17.6%	32.8%	29.8%	44.5%	24.4%	51.7%	17.4%	20.6%	20.2%
総　数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
前　橋	73.6%	6.6%	6.3%	11.8%	0.0%	0.0%	6.3%	0.7%	1.6%	0.2%
渋　川	11.6%	82.4%	0.0%	2.5%	0.0%	0.0%	5.6%	3.5%	0.2%	0.0%
伊勢崎	3.6%	0.0%	67.2%	3.9%	0.7%	0.0%	0.3%	0.0%	3.4%	2.8%
高崎・安中	6.3%	1.1%	4.4%	70.2%	16.1%	20.9%	7.3%	0.4%	0.4%	0.0%
藤　岡	0.3%	0.0%	0.5%	2.3%	55.5%	1.2%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%
富　岡	0.3%	0.0%	0.3%	2.8%	2.9%	75.6%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%
吾　妻	1.1%	7.7%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	48.3%	5.3%	0.0%	0.0%
沼　田	0.8%	1.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	8.7%	82.6%	0.4%	0.0%
桐　生	0.6%	0.0%	5.2%	1.0%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	79.4%	0.9%
太田・館林	0.6%	0.0%	9.4%	0.6%	0.7%	1.2%	1.0%	0.0%	7.0%	79.8%
県　外	1.4%	1.1%	6.8%	4.5%	24.1%	1.2%	20.6%	7.4%	7.4%	16.4%
不　詳	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

〔資料〕県「患者調査(2021 年)」

5　医療機関の状況

（１）病院

ア　本県の 2022（令和４）年における病院数は 127 施設、人口 10 万人当たり 6.6 施設となっており、全国（6.5 施設）とほぼ同程度となっています。

イ　病院の種別では、全病院数の約 90%にあたる 114 施設が一般病院（精神科病院以外の病院）で、13 施設が精神科病院（精神病床のみを有する病院）です。

（２）一般診療所

本県の 2022（令和４）年における一般診療所数は 1,582 施設、人口 10 万人当たり 82.7 施設となっており、全国（84.2 施設）をやや下回っています。

（３）歯科診療所

本県の 2022（令和４）年における歯科診療所数は 976 施設、人口 10 万人当たり 51 施設となっており、全国（54.2 施設）をやや下回っています。

二次保健医療圏別の医療機関の状況（2022（令和４）年 10 月１日現在）

二次保健医療圏	病院施設数			病院病床数						一般診療所		歯科診療所
	総数	一般病院	精神科病院	総数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	施設数	病床数	施設数
前橋	20	18	2	4,355	3,034	382	922	9	8	342	243	202
渋川	10	7	3	2,183	1,056	100	977	46	4	74	32	43
伊勢崎	11	9	2	2,649	1,468	420	757	-	4	170	152	114
高崎・安中	30	29	1	4,490	2,659	937	878	10	6	397	215	225
藤岡	5	5	-	866	707	155	-	-	4	47	-	31
富岡	4	4	-	998	527	107	360	-	4	62	9	28
吾妻	9	8	1	1,327	704	396	223	-	4	43	23	17
沼田	7	7	-	962	688	270	-	-	4	55	49	33
桐生	12	11	1	2,065	1,222	553	286	-	4	131	74	97
太田・館林	19	16	3	3,525	2,216	709	590	-	10	261	91	186
県計	127	114	13	23,420	14,281	4,029	4,993	65	52	1,582	888	976
	6.6	6	0.7	1224.3	746.5	210.6	261	3.4	2.7	82.7	46.4	51
全国	8,156	7,100	1,056	1,492,957	886,663	278,694	321,828	3,863	1,909	105,182	80,436	67,755
	6.5	5.7	0.8	1194.9	709.6	223	257.6	3.1	1.5	84.2	64.4	54.2

（備考：上段は実数、下段は人口 10 万対）

〔資料〕厚生労働省「医療施設（動態）調査(2022 年)」

（４）診療科目

本県の 2022（令和４）年における診療科目別に見た病院及び一般診療所（重複計上）は次のとおりです。

保健医療圏別、診療科目別に見た病院・一般診療所数（2022（令和４）年 10 月１日現在）

区分		内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科（胃腸内科）	腎臓内科	脳神経内科	糖尿病内科（代謝内科）	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳腺外科	気管食道外科	消化器外科（胃腸外科）	泌尿器科
病院	前橋	15	8	11	9	4	8	5	3	7	2	5	2	6	8	2	10	4	4	4	1	4	6
	渋川	8	2	4	4	1	2	3	2	3	1	2	0	4	7	1	5	1	2	1	0	4	4
	伊勢崎	9	5	7	6	1	4	2	1	3	2	2	0	2	4	2	8	1	1	1	0	2	3
	高崎・安中	21	8	15	9	4	3	7	2	11	3	6	0	7	7	2	16	2	6	6	0	9	10
	藤岡	4	4	5	3	2	3	1	3	4	1	3	0	2	2	1	4	0	0	1	0	3	2
	富岡	4	1	2	2	0	1	1	0	4	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	0	1	2
	吾妻	7	0	2	3	0	1	2	0	1	0	1	0	3	3	1	4	1	0	1	0	0	2
	沼田	7	5	6	6	2	2	3	1	5	2	3	0	3	2	0	6	1	1	2	0	3	4
	桐生	9	3	3	4	1	1	3	1	3	1	2	0	4	2	0	4	3	1	3	0	1	2
	太田・館林	17	10	8	9	2	5	3	2	6	0	4	0	4	6	2	12	4	5	3	0	4	10
	合計	101	46	63	55	17	30	30	15	47	12	28	2	37	43	11	71	17	20	22	1	31	45
一般診療所	前橋	92	31	35	47	6	6	18	4	20	21	12	2	29	13	7	26	0	0	1	0	5	9
	渋川	21	9	10	8	0	1	3	0	10	6	1	0	8	0	2	4	0	1	0	0	0	5
	伊勢崎	49	7	19	18	1	3	7	0	11	8	5	0	21	5	6	9	0	0	0	1	0	4
	高崎・安中	112	19	31	48	3	6	9	1	25	12	10	1	40	15	10	31	0	0	3	0	6	12
	藤岡	12	1	3	8	2	0	1	1	4	2	3	0	7	1	0	6	0	0	0	0	2	3
	富岡	18	3	6	9	2	1	1	0	6	1	2	0	9	1	1	6	0	0	0	1	2	2
	吾妻	17	0	1	3	0	1	0	0	2	0	0	0	11	1	1	4	0	1	0	0	1	1
	沼田	11	2	3	5	0	1	1	0	3	2	0	0	11	1	1	3	0	0	0	0	0	2
	桐生	47	6	16	16	0	1	3	1	12	6	1	0	18	2	2	9	0	0	0	0	2	1
	太田・館林	74	9	21	28	3	6	5	1	18	14	14	0	43	10	7	18	0	0	3	0	2	4
	合計	453	87	145	190	17	26	48	8	111	72	48	3	197	49	37	116	0	2	7	2	20	43

区分		肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科
病院	前橋	3	3	13	3	0	6	3	2	4	2	3	13	6	10	5	2	2	3	0	0	3
	渋川	1	2	4	3	0	3	2	1	1	1	1	4	3	4	1	1	2	3	0	0	0
	伊勢崎	2	4	6	1	0	4	3	0	1	0	1	6	4	3	2	0	3	4	0	0	1
	高崎・安中	5	8	19	1	0	4	3	1	1	0	2	17	9	10	2	0	1	5	0	0	5
	藤岡	2	1	4	1	0	2	1	0	2	0	0	4	2	1	1	1	2	1	0	0	2
	富岡	0	1	2	0	0	2	1	0	1	0	0	3	1	1	1	0	0	2	0	0	1
	吾妻	1	1	6	0	0	1	1	0	0	0	2	4	3	1	0	0	1	0	0	0	0
	沼田	3	4	6	0	0	2	2	1	1	0	2	7	3	4	1	0	1	0	0	0	0
	桐生	0	3	6	0	0	3	1	0	1	0	0	8	4	4	2	1	1	2	0	0	3
	太田・館林	2	6	11	5	0	5	3	1	2	0	3	11	6	8	2	0	2	3	0	0	4
	合計	19	33	77	14	0	32	20	6	14	3	14	77	41	46	17	5	15	23	0	0	19
一般診療所	前橋	7	3	24	3	1	12	11	2	8	0	1	16	3	4	0	0	0	0	0	0	0
	渋川	1	0	6	1	0	4	1	1	1	2	2	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0
	伊勢崎	6	3	14	1	0	14	6	0	6	0	1	5	2	3	0	0	0	1	0	1	0
	高崎・安中	8	5	23	5	6	24	10	1	9	0	5	13	4	5	1	0	0	4	1	1	2
	藤岡	3	0	5	1	0	1	1	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	富岡	2	1	7	0	0	1	2	0	1	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	吾妻	1	1	4	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	沼田	1	1	6	0	0	4	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	桐生	2	1	9	1	0	9	5	0	2	0	1	4	0	3	1	0	0	0	0	0	0
	太田・館林	9	3	19	1	1	14	7	0	5	0	6	13	2	5	0	0	0	2	0	1	0
	合計	40	18	117	13	8	84	45	4	34	2	17	65	15	22	2	0	0	9	1	4	2

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

第３章　保健医療圏と基準病床数

第１節　保健医療圏

1　保健医療圏設定の意義

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

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

（１）一次保健医療圏（区域：市町村）

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

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

具体的には、次のようなサービスが提供されます。

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

（２）二次保健医療圏（区域：県内の 10 圏域）

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

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

具体的には、次のような保健医療施策が実施されます。

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

（３）三次保健医療圏（区域：県）

高度・特殊な医療や、より広域的に実施すべき保健医療サービスの提供を行う圏域です。

具体的には、次のような保健医療施策が実施されます。

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

2　二次保健医療圏

本県の二次保健医療圏については、次表の市町村で構成される 10 圏域とします。

二次保健医療圏名	構成市町村	面積（㎢）	人口（人）
前橋保健医療圏	前橋市	311.59	326,918
渋川保健医療圏	渋川市、榛東村、吉岡町	288.65	108,593
伊勢崎保健医療圏	伊勢崎市、玉村町	165.22	246,431
高崎・安中保健医療圏	高崎市、安中市	735.47	421,679
藤岡保健医療圏	藤岡市、上野村、神流町	476.74	63,750
富岡保健医療圏	富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町	488.67	64,892
吾妻保健医療圏	中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、高山村、東吾妻町	1278.55	49,144
沼田保健医療圏	沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町	1765.69	73,162
桐生保健医療圏	桐生市、みどり市	482.87	149,407
太田・館林保健医療圏	太田市、館林市、板倉町、明和町、千代田町、大泉町、邑楽町	368.88	396,832
合　計	３５市町村	6362.28	1,900,808

〔資料〕国土地理院「面積調（2023 年）」、県「年齢別人口統計調査（2023 年）」
なお、四捨五入の関係で圏域面積の合計と県面積とは一致しない。

3　二次保健医療圏の検討

（１）二次保健医療圏の設定の見直し基準について

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

（２）二次保健医療圏の現状について

本県の既設の 10 保健医療圏で、圏域の人口規模が 20 万人未満となるのは６保健医療圏ありますが、県「患者調査（2021（令和３）年）」では、この６圏域のうち、流入入院患者割合が 20%未満で、かつ、流出入院患者割合が 20%以上となるところはありませんでした。

（３）第９次計画における二次保健医療圏の設定について

第９次計画では、次の理由から、既設の 10 保健医療圏を維持することとします。

ア　既設の 10 保健医療圏のうち、国の医療計画作成指針で求められる見直し基準に該当する圏域がないこと。

イ　既設の 10 保健医療圏を基本として、各種拠点病院の整備等、様々な医療需要に効率的に対応できる保健医療提供体制の構築が進展していること。

ウ　広域的な医療需要に対しては、疾病・事業ごとに柔軟に対応する「二．五次保健医療圏」を設定し、医療機関の間で連携体制の構築が図られていること。

なお、今後の地域医療構想の推進や地域包括ケアシステムの構築などを踏まえながら、第９次計画の期間中も、引き続き二次保健医療圏のあり方や県、市町村、医療関係者の役割などについて検討していくこととします。

4　二．五次保健医療圏

（１）二．五次保健医療圏の設定について

本県では、第６次計画（計画期間：2010（平成 22）年度～2014（平成 26）年度）の策定の際に、次のような医療・社会情勢の変化を踏まえ、二次保健医療圏のあり方について関係者との協議や検討を進めました。

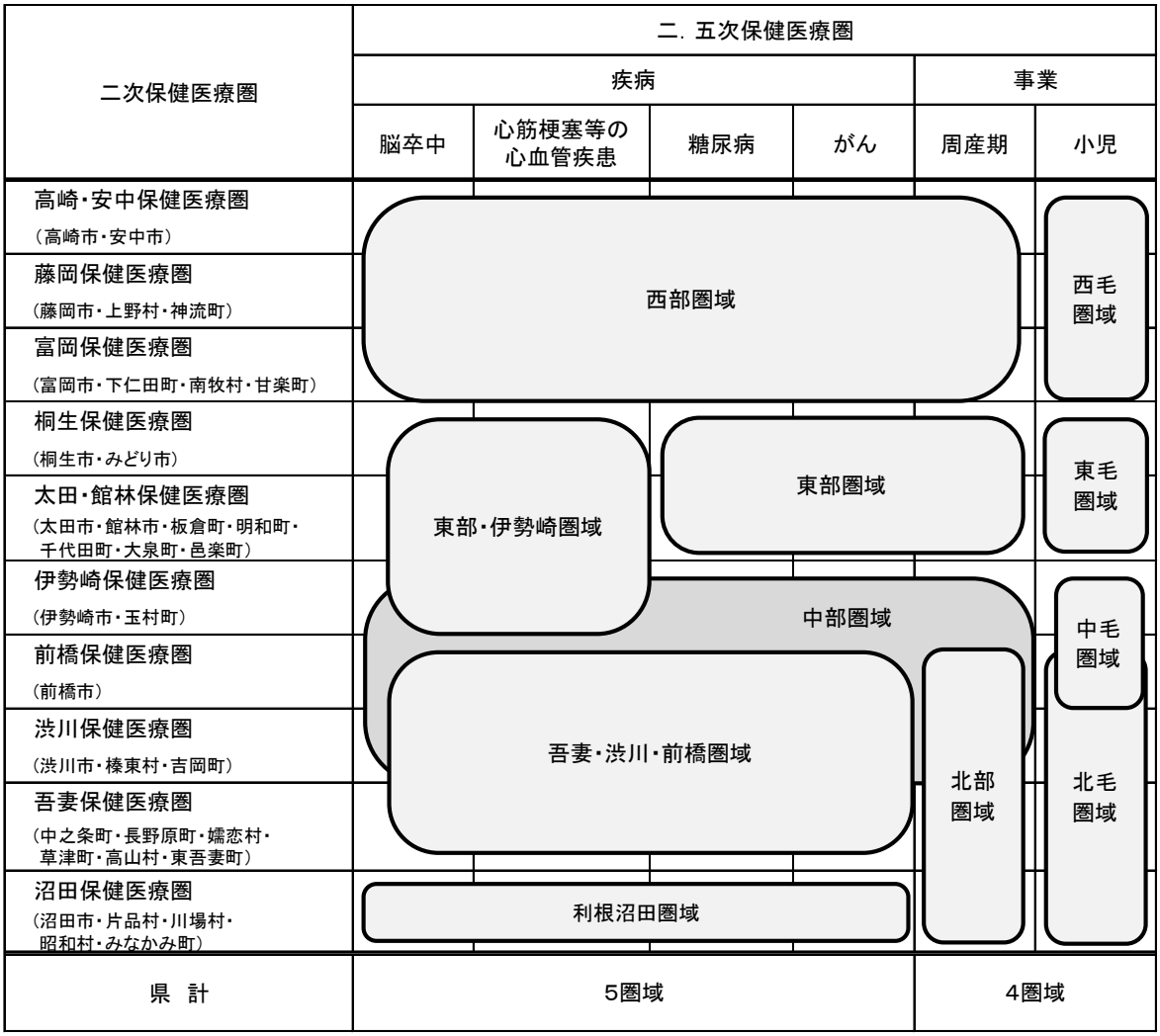
- 特定の診療科を中心として医師不足が進行しており、一部の医療機関では医療機能に影響が出ていること。
- 医療技術の進展の中で、ｔ－ＰＡのように、限られた時間の中で、多くの医療スタッフが対応するなど、従来の圏域を越えて複数の医療機関が連携して地域医療を守っていく必要性が高まっていること。

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

（２）第９次計画における二．五次保健医療圏

限られた医療資源を有効に活用するため、第９次計画においても、従来の「二．五次保健医療圏」の考え方を継承し、複数の二次保健医療圏の関係機関が連携して、広域的かつ柔軟に医療需要に対応することとします。

【二次保健医療圏と二．五次保健医療圏の関係】



第２節　基準病床数

１　基準病床数

基準病床数は、病院及び診療所の病床の適正配置を促進することを目的に、医療法第 30 条の４第２項第 17 号の規定に基づき、病床整備の基準として、病床の種別ごとに定めるものです。

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

なお、基準病床数は病床の適正配置を促進するものであって、現在ある病床を強制的に基準病床数まで整備又は削減させるというものではありません。

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

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

この計画における基準病床数は次の表のとおりです。

【地域医療連携推進法人制度とは】

地域医療連携推進法人は、2017（平成 29）年から始まった制度で、地域医療構想や地域包括ケアシステムを達成するための一つの選択肢として創設されました。

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

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

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

（１）一般病床及び療養病床

保健医療圏	基準病床数
前橋保健医療圏	3,383
渋川保健医療圏	969
伊勢崎保健医療圏	1,854
高崎・安中保健医療圏	3,660
藤岡保健医療圏	595
富岡保健医療圏	577
吾妻保健医療圏	365
沼田保健医療圏	658
桐生保健医療圏	1,273
太田・館林保健医療圏	2,667
県　計	16,001

既存病床数	新型コロナ特例を除く	一般病床	新型コロナ特例を除く	療養病床	新型コロナ特例を除く
3,532	3,522	3,142	3,132	390	390
1,061	1,061	961	961	100	100
1,890	1,890	1,516	1,516	374	374
3,396	3,377	2,456	2,437	940	940
862	862	707	707	155	155
593	593	486	486	107	107
748	748	359	359	389	389
958	958	688	688	270	270
1,581	1,581	1,068	1,068	513	513
2,806	2,806	2,106	2,106	700	700
17,427	17,398	13,489	13,460	3,938	3,938

（２）精神病床

保健医療圏	基準病床数
県　全　域	4,366

既存病床数	新型コロナ特例を除く
4,977	4,977

（３）結核病床

保健医療圏	基準病床数
県　全　域	31

既存病床数	新型コロナ特例を除く
65	65

（４）感染症病床

保健医療圏	基準病床数
県　全　域	52

既存病床数	新型コロナ特例を除く
52	52

（※既存病床数はいずれも 2024（令和６）年３月末現在）

（※既存病床数には、新型コロナウイルス感染症患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者に関する診断及び治療に係る特例（令和２年４月 10 日付け医政発 0410 第 15 号厚生労働省医政局長通知「新型コロナウイルス感染症に係る病床設置の医療法上の手続の取扱いについて」）の病床数を含む）

２　届出により一般病床等を設置できる診療所（特例診療所）

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

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

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

第４章　疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

第１節　医療連携の推進

医療連携体制の構築

医療の高度化・専門化が進むにつれ、疾病の発症から在宅療養に至るまでを一人の医師、一つの医療機関で対応することが難しくなっています。

急性期など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医療が提供される場合が多くなっていることから、治療途中で転院等をすることとなる患者の不安を軽減するためにも、医療機関同士が連携し、切れ目のない医療サービスを提供することが求められています。

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

５疾病・６事業及び在宅医療

国が定める医療計画作成指針では、県民の健康保持や安心して医療を受けられる環境整備、地域医療の確保などの観点から、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病と、救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時の医療（第９次計画から新たに追加）、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の６事業並びに居宅における医療（在宅医療）について、地域ごとに医療連携体制を構築し、整備充実に努めることとされています。

また、５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれの機能を担う医療機関名なども計画に記載することで、県民や患者が地域の医療機能を理解し、病状・病期に適した医療を受けられるようにすることとされています。

５疾病
がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患
６事業
救急医療、災害医療、新興感染症発生・まん延時の医療、
へき地医療、周産期医療、小児医療
在宅医療

医療機関名称等の公表

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

そのほか、疾病・事業ごとの医療機関の掲載基準や、現状を把握するための指標を掲載しています。

第２節　疾病・事業ごとの医療連携体制

1　がんの医療連携体制構築の取組

- **正しい知識に基づくがん予防・がん検診を推進します。**
- **患者本位のがん医療の充実を目指します。**
- **がんとともに安心して暮らせる地域社会の構築を目指します。**

概況

（１） がんとは

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

（２） 罹患者数

県「がん登録事業報告（2019（平成 31・令和元）年）」によると、本県では、年間約１万４千人を超える人が新たに「がん」にかかっています。

（３） 死亡数

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４） 年）」によると、本県では、年間６千人を超える人が「がん」で亡くなり、死亡数全体の 22.8%（全国 24.6%）を占めています。死亡原因の第１位であり、全国においても同様です。死亡数全体に占める割合は 10 年前（平成 24 年 26.8%）と比較し減少しています。

（４） 75 歳未満年齢調整死亡率

国立がん研究センターがん情報サービス（がん登録・がん統計）「人口動態統計による都道府県別がん死亡データ（2021（令和 3）年）」によると、高齢化及び年齢構成の影響を除いた 75 歳未満年齢調整死亡率（人口 10 万対）について、本県は 65.1（全国 67.4）であり、減少傾向にあります。

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
83.2	81.4	78.7	77.8	78.3	75.4	69.8	71.3	72.2	68.8	64.9	65.1

〔資料〕国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

（５） ５年相対生存率

群馬県がん登録（2019 年）によると、がんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標である５年相対生存率は、本県の 2014 年症例では 59.9%となっています。しかしながら、最初に「がん」が発生した部位により差が見られることがあります。

１　予防・早期発見（検診）

現状と課題

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

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

（１） たばこ対策

県「県民健康・栄養調査（2021（令和 3）年度）」によると、本県の喫煙率は、男性が 20.4%、女性が 6.1%となっています。喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となっていることが知られており、男性においては、がんの最大の要因であるため、禁煙支援、20 歳未満の者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙防止対策を強化する必要があります。

（２） 生活習慣対策

食塩のとりすぎ、多量の飲酒、野菜や果物をとらないこと、運動不足により、がんのリスクが高まるということが明らかになっており、引き続き、生活習慣の改善に関する取組を実施していくことが必要です。

（３） 感染症対策

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

（４） がん検診

ア　厚生労働省「国民生活基礎調査（2022（令和４）年）」によると、厚生労働省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定めるがん検診の本県の受診率（40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳）は、胃がん 42.6%（全国 41.9%）、子宮頸がん 42.5%（全国 43.6%）、肺がん 55.7%（全国 49.7%）、乳がん 47.9%（全国 47.4%）、大腸がん 46.3%（全国 45.9%）となっており、概ね改善傾向にありますが、「群馬県がん対策推進計画」の目標を 60%とし、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

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

ウ　体の不調を感じたら、まずは医療機関を受診することが必要であり、普段から健康について気軽に相談できる「かかりつけ医」を持つことが重要です。

（５） がん検診の精度管理

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

イ　厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（2021（令和 3）年度）」によると、厚生労働省が指針で定めるがん検診の本県の精密検査受診率（40～74 歳、子宮頸がんは 20～74 歳）は、胃がん検診 93.3%（全国 85.5%）、子宮頸がん検診 91.2%（全国 76.7%）、肺がん検診 92.0%（全国 83.4%）、乳がん検診 95.3%（全国 90.1%）、大腸がん検診 78.9%（全国 71.4%）となっており、全国を上回っています。しかし、早期発見・早期治療につなげるためには、精密検査を受診することが重要であり、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

求められる医療機能

（１）目標

- 喫煙やがんと関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減させること
- 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること

（２）医療機関等に求められる事項

- がんに係る精密検査を実施すること
- 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること

（３）行政に求められる事項

- 県は禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと
- 県は感染に起因するがん対策を推進すること
- 市町村はがん検診を実施すること
- 市町村は要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること
- 県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組を検討すること
- 県は市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること
- 県は全国がん登録及び院内がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること

具体的施策

（１）たばこ対策

- 引き続き、禁煙支援、20 歳未満の者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙対策を推進します。

（２）生活習慣対策

- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少、食塩摂取量の減少、適切な体重の維持、野菜・果物の摂取量の増加、定期的な運動の継続など、生活習慣の改善に向けた知識等を普及啓発します。

（３）感染症対策

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

【主な事業例（予防共通）】

禁煙支援県民公開講座・受動喫煙防止対策研修会の開催、20 歳未満の者と学生等の喫煙防止研修の実施、健康を支援する食環境づくり（減塩などの食生活改善）、女子学生向けの子宮頸がん予防講演会の開催　等

（４）がん検診

- 市町村と連携し、効果的な受診率向上のための施策を検討し、がん検診の受診率の向上に向けた取組を推進します。
- 地区地域・職域連携推進協議会を活用し、従業員に対するがん検診の普及啓発や職場におけるがん検診の受診環境整備に対する理解の促進を図ります。
- 県民に対し、かかりつけ医を持つことの重要性について、普及啓発します。

【主な事業例（予防共通）】

市町村がん検診受診率向上研修会、企業向けがん検診等啓発セミナー、がん検診等従事者講習会　等

（５）がん検診の精度管理

- 群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会での協議結果を踏まえて市町村へ助言を行うなど、市町村が行う精度管理を支援します。
- 市町村と連携し、市町村がん検診精密検査未受診者に対する受診再勧奨の実施など、精密検査受診率の向上に向けた取組を推進します。
- 国が作成した「職域におけるがん検診に関するマニュアル」について、地区地域・職域連携推進協議会等を通じてその周知を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会の運営　等

２　医療

現状と課題

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

（１）手術療法・放射線療法・薬物療法

ア　10 ある二次保健医療圏のうち８つで厚生労働大臣が指定する「がん診療連携拠点病院」が設置されています。また、がん診療連携拠点病院が未整備の吾妻、沼田保健医療圏や人口規模が大きい保健医療圏において、がん診療連携拠点病院に準ずる機能を有する病院として、８病院を群馬県がん診療連携推進病院に指定し、県内の各地域において専門的ながん診療が受けられる体制を整備しています。

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

ウ　本県は、群馬大学に重粒子線医学研究センターが設置され、放射線治療の一種である重粒子線治療が行われています。2010（平成 22）年３月の治療開始から、2023（令和５）年 12 月までに延べ 6,939 人の治療を行っていますが、引き続き、普及啓発に努める等、重粒子線治療に適したがん患者が適切に治療につながるよう集患体制の構築を図る必要があります。

エ　薬物療法は外来で実施されることが一般的となっていますが、本県は、がん診療連携拠点病院及び群馬県がん診療連携推進病院（以下「がん診療連携拠点病院等」という。）をはじめとする県内 42 の病院が、外来薬物療法に対応できるとしており、全ての二次保健医療圏で外来薬物療法が提供されています。一方、薬物療法を外来で受療する患者の増加に伴い、薬物療法に関する十分な説明が必要になるなど負担が増大していますが、引き続き、安全に提供するための体制の維持・強化が求められています。

（２）チーム医療

ア　がん診療連携拠点病院等では、医師・看護師・薬剤師などが、診療科や職種を超えて集まり、がん患者の症状、治療方針等を検討・確認・共有するための「カンファレンス」が、多職種が参加する形で実施されていますが、新規治療開始患者における検討症例の割合や参加する職種は、病院や診療科ごとに差がある状況です。

イ　がん治療においては循環器病等の合併症・併発症も多く見られ、腫瘍と循環器疾患の両方を扱う診療分野である「腫瘍循環器」等の重要性が高まっており、また、患者の長期生存に伴い、晩期合併症も問題となっています。

ウ　がん診療連携拠点病院等では、入院から退院までの治療、検査、看護ケア、リハビリテーションなどの内容やタイムスケジュールを一覧表にした診療計画書である「院内クリティカルパス」が主な疾患、治療ごとに整備されていますが、各病院の整備数及び適用患者数には差がある状況です。

エ　患者が医療行為を受ける前に、医師及び看護師から分かりやすく十分な説明を受け、その内容について十分理解し、納得した上で、その医療行為に同意する「インフォームドコンセント」について、従前から医師の説明と患者の理解に乖離が生じやすいと言われています。医師の説明内容を患者や家族が正しく理解できるようするため、多くのがん診療連携拠点病院等においては、インフォームドコンセントに看護師等の医師以外の職種の同席を基本としていますが、人材不足で看護師等の同席が十分にできていない状況があります。また、診断や治療方法について、担当以外の医師の意見を聞く「セカンドオピニオン」について、患者が納得した治療方針を選択する有効な手段となることから、更なる普及啓発を図る必要があります。

オ　本県では、がん診療連携拠点病院等に緩和ケアチームが設置されており、全ての二次保健医療圏で整備されていますが、取組状況には差があるため、緩和ケアの提供体制整備の推進が必要です。また、緩和ケアは「人生の最終段階の医療」という側面が強調されがちですが、病気の時期にかかわらず、身体的又は精神心理的な苦痛（痛み）などを取り除くことの全てが緩和ケアであり、がんと診断された時からの緩和ケアの推進に当たっては、正しい知識の普及啓発が重要です。

カ　周術期の口腔機能管理は、がん治療の合併症予防や軽減を図る観点から重要です。現在、がん治療を行う医療機関と歯科医療機関との連携が始まっていますが、地域によって取組状況に差があるため、さらに医科歯科連携を推進する必要があります。

（３）相談支援・情報提供

ア　がん診療連携拠点病院等は、がん相談支援センターを設置しており、全ての二次保健医療圏で、がんに関する相談支援及び情報提供の体制が整備されています。また、患者やその家族の交流を支援する場として、全てのがん診療連携拠点病院等でがんサロンが開催されています。

イ　厚生労働省委託事業「患者体験調査（全国調査結果）」によると、がん相談支援センターの利用率は 14.2%であり、相談支援を必要とする患者やその家族が、相談支援センターを十分利用するに至っていません。患者やその家族が、置かれている状況に応じた相談支援がいつでも受けられるようにするために、普及啓発を強化する必要があります。

ウ　成長過程において様々な問題に直面する小児やＡＹＡ世代（概ね 15 歳～30 代の思春期・若年成人）、希少がんや難治性がんについては、その希少性から情報が集約されず、適切な相談支援や情報提供が難しい状況です。患者やその家族に対して、相談支援や情報提供が行えるとともに、適切な医療につなぐことができる体制の整備を進める必要があります。

エ　がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるアピアランスケア（医学的・整容

的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア）の重要性が認識されています。

オ　県「がん登録事業報告（2019（平成 31、令和元）年）」によると、本県で、がんに罹患する人の 23.1%が生産年齢人口(15 歳～64 歳）となっています。また、群馬県がん登録（2019（平成 31，令和元）年）によると、本県のがんの５年相対生存率は、2014（平成 26）年症例では 59.9%であり、患者・経験者が長期に生存し、働きながらがん治療が受けられる可能性が高まっています。一方、がんと診断された勤労者の 31.9%が離職しているとの調査結果もあり、治療と仕事の両立支援が求められています。

カ　本県では、2013（平成 25）年度及び 2014（平成 26）年度の２年間、県立がんセンターで就労支援モデル事業を実施したほか、がん診療連携拠点病院を対象とした就労支援に関するセミナーを開催しました。また、これらの取組状況を踏まえ、がん診療連携拠点病院の相談支援員が社会保険労務士に相談できる仕組みを構築するなど、就労支援に関する相談体制の整備を推進してきましたが、患者への周知が不足しており、潜在的なニーズが支援につながっていない可能性があります。

キ　がんに関する情報があふれる中、必ずしも科学的根拠に基づかないものが混在しているため、がん患者や家族に正確な情報を提供し、確実に必要な情報にアクセスできる環境を整備することが求められています。

求められる医療機能

（１）目標

- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること
- がんと診断された時から緩和ケアを実施すること
- 各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること
- 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施することが求められます。

- 血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること
- 病理診断や画像診断等が実施可能であること
- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること
- がんと診断された時から緩和ケアを実施すること

厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院及び群馬県がん診療連携推進病院（以下「がん診療連携拠点病院等」という。）は、上記に加え、次に掲げる事項の対応が求められます。

- 医療従事者の連携を強化し、質の高いがん医療を提供するため、多職種参加型カンファレンスを充実させること
- がん治療においては合併症・併発症も多く見られ、また、患者の長期生存に伴い、晩期合併症も問題となっていることから、各診療科の連携体制の強化について、必要な対応を検討すること
- 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられること
- 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。その際、妊孕性温存療法、小児・AYA 世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
- アピアランスケアに関する相談支援及び情報提供の体制を充実させること
- がん患者への仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者への就労継続支援に取り組むこと
- 緩和ケアチームの整備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供すること
- がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること
- 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること
- 院内がん登録を実施すること

（３）医療機関の例

- がん診療連携拠点病院等
- 病院又は診療所

具体的施策

（１）手術療法・放射線療法・薬物療法

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

【主な事業例】
群馬県がん対策推進協議会での検討、群馬県がん診療連携協議会での検討、
重粒子線治療の普及啓発　等

（２）チーム医療

- 複数科の医師及び多職種参加型カンファレンスを充実させ、「腫瘍循環器」等合併症や晩期合併症にも対応できる診療科間の連携体制の整備推進及び好事例の提供に努めます。
- 院内クリティカルパスの運用を推進し、チーム医療及びインフォームドコンセントの充実に努めます。
- がん患者の理解を助けるため、がん看護専門看護師及び認定看護師をはじめとする看護師同席の上でのインフォームドコンセントの実施及び、必要に応じて臨床心理士やソーシャルワーカー等の職種との連携を促進します。また、がん分野における看護師の育成や認定看護師資格の取得支援に努めるとともに、資格取得後の効果的な働き方について検討します。
- 患者やその家族が納得して治療を選択することができるようにするため、セカンドオピニオンについて普及啓発に努めます。
- がん診療に携わる医療従事者が緩和ケアに関する基本的な知識や技術を習得できるようにするため、引き続き、緩和ケア研修会を開催します。
- がん患者が緩和ケアを適切に受けることができるよう、緩和ケアの意義等について普及啓発します。
- 医科歯科連携体制構築の取組を一層推進するとともに、がん治療における周術期の口腔管理の重要性について普及啓発します。

（３）相談支援・情報提供

- がん相談支援センターの利用率の向上に向け、院内における診療科と相談支援センターとの連携体制の一層の強化を図るとともに、相談支援センターについて普及啓発します。
- 妊孕性温存療法、小児がん、ＡＹＡ世代のがん、希少がんや難治性がんに関する相談支援及び情報提供の充実を図るとともに、適切な医療に繋ぐことができる体制の構築に努めます。
- がん相談支援センター職員を対象とした、研修会への派遣を行い、相談支援体制と情報提供の充実に努めます。
- がん相談支援センターと関係機関が連携してがん患者の就労支援を行うことができるようにするため、産業保健総合支援センター、公共職業安定所（ハローワーク）を始めとする関係機関との連携体制の構築に努めるとともに、研修会の開催など、相談支援に携わる職員に対する支援に努めます。また、就労相談支援体制について普及啓発します。

- 県民に分かりやすい情報提供のあり方を検討するとともに、がんに関する正しい情報を入手できる環境の充実に努めます。

【主な事業例】
がん相談支援センター職員向け研修会への派遣、ぐんまの安心がんサポートブックの発行　等

３　在宅療養支援

現状と課題

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

（１） 在宅医療・在宅緩和ケア

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

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

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病　院	17	2	0	0	6	1	2	2	3	0	1
診療所	117	31	7	13	25	7	5	4	3	12	10

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

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

〈成人〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	180	43	6	23	44	4	6	6	6	15	27

〈小児〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	50	12	4	5	14	1	1	2	1	2	8

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

２４時間在宅療養者への対応が可能であり、かつ、麻薬調剤の実施可能な薬局数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
薬局	381	87	16	56	76	14	12	7	11	33	69

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

「全国共通がん医科歯科連携講習会」の修了者が在籍しており、かつ、入院中のがん患者への専門的な口腔ケア及び患者宅等への訪問診療が実施可能な歯科診療所数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
歯科診療所	43	8	4	3	7	5	1	2	2	4	7

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

イ　急性期から回復期、維持期に至る中で、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いる診療計画表である「地域連携クリティカルパス」は、切れ目のないがん医療を提供するための有効な手段です。県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、263 の医療機関が、がん診療に係る地域連携クリティカルパスの導入に対応できていると答えています。一方、がん診療連携拠点病院等における運用状況には差があるため、地域連携クリティカルパスの運用を促進する必要があります。また、地域連携クリティカルパスの運用に当たっては、患者やその家族の理解が重要であるとの指摘があります。

がん診療に係る地域連携クリティカルパスの導入が対応可能な医療機関数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病　院	39	4	1	5	10	3	2	1	3	3	7
診療所	226	49	8	38	51	8	7	7	3	17	38

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

（２）看取り

ア　厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）　年）」によると、本県におけるがん患者の在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡割合は、25.6%（全国 27.4%）となっており、増加傾向にあります（2016（平成 28）年：13.3%）。一方、県「保健医療に関する県民意識調査（2023（令和５）年）」によると、「もし治る見込みのない病気になった場合、最後を迎えたい場所」について「自宅」と答えた人の割合は 45.4%となっております。在宅をはじめ、本人が望む形で人生の最終段階のケアを受けることができる体制の充実が必要です。

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

がん患者の在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡割合の推移

死亡場所	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
自宅	9.4%	9.1%	10.2%	10.2%	11.1%	11.3%	12.3%	16.7%	19.6%	18.7%
老人ホーム	1.8%	2.8%	2.9%	3.1%	3.9%	4.7%	4.9%	5.2%	5.7%	6.9%
計	11.2%	11.9%	13.1%	13.3%	15.0%	15.9%	17.2%	21.9%	25.3%	25.6%

〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

在宅がん医療総合診療料届出医療機関数（人口 10 万人当たり）

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
医療機関数	12.6	23.5	14.7	8.1	13.7	17.2	13.8	6.1	8.2	8.7	6.6

〔資料〕厚生労働省「診療報酬施設基準の届出受理状況」（2023 年４月１日現在）

がん患者に対して看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを２４時間体制で実施する医療機関数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病　院	28	3	1	3	7	1	1	3	4	1	4
診療所	155	39	11	14	38	9	6	6	3	15	14

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

在宅療養患者の看取りについて、２４時間対応している訪問看護事業所数

〈成人〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	183	48	7	24	40	5	6	5	6	15	27

〈小児〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	76	15	3	11	19	2	4	1	2	4	15

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

求められる医療機能

（１）目標

- がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅での療養を選択できるようにすること
- 在宅緩和ケアを実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- ２４時間対応が可能な在宅医療を提供していること
- がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること
- 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを２４時間体制で提供すること
- がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（地域連携クリティカルパスを含む。）
- 医療用麻薬を提供できること

（３）医療機関の例

- 病院又は診療所
- 薬局
- 訪問看護ステーション

具体的施策

（１）在宅医療・在宅緩和ケア

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

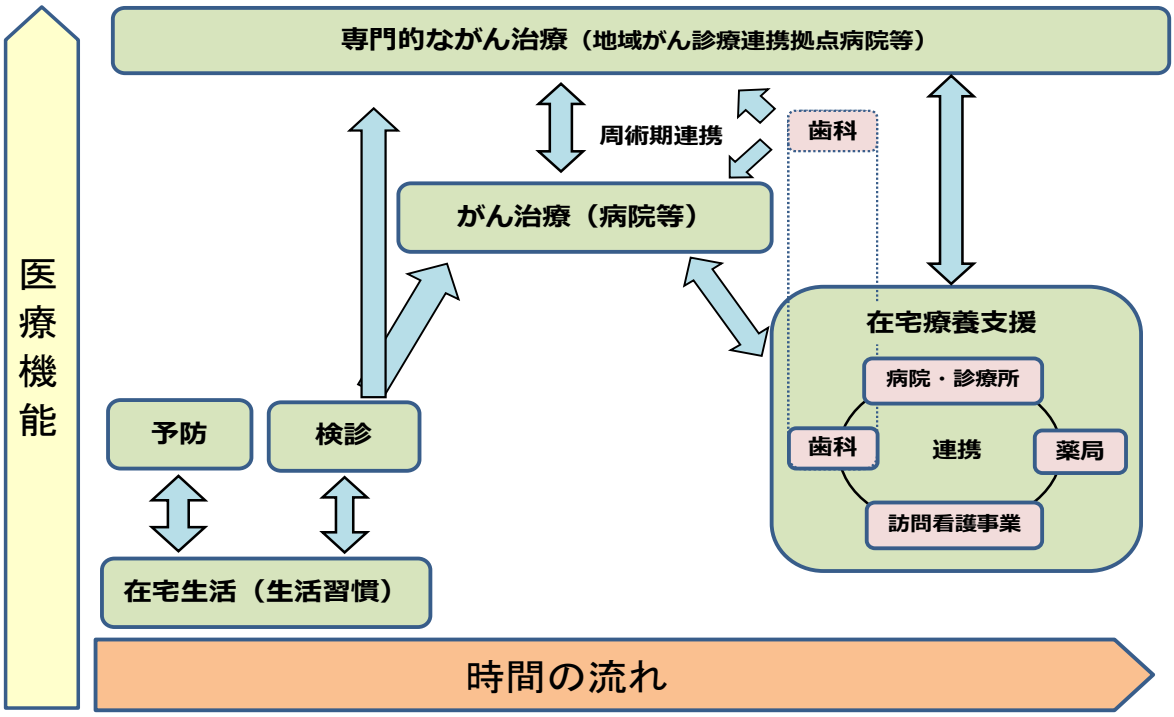
（２）看取り

- 地域における「人生の最終段階」を含めた在宅緩和ケアの提供体制について検討する場を設置するなど、地域における医療機関及び介護サービス事業者との連携体制の充実を図ります。また、ＡＹＡ世代の在宅療養支援について、国に要望します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

介護従事者向けセミナーの開催、退院調整ルール策定の進行管理、若年がん患者在宅療養支援事業等

がんの医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
予防・早期発見（検診）	・がんの予防には、生活習慣の改善とウイルス感染予防が重要 ①喫煙はがんのリスク因子である ⇒禁煙支援、20歳未満の者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙防止対策の強化が必要 ②食塩のとりすぎ、多量の飲酒、野菜・果物の摂取不足、運動不足ががんリスク因子としてあげられている ⇒引き続き、生活習慣の改善に関する取組が必要 ③ウィルス等の感染に起因するがんがある ⇒引き続き、子宮頸がん予防、肝炎対策、HTLV－1感染予防などのがん対策が必要 ・がんの早期発見・早期治療につなげるためには、科学的根拠を踏まえた正しい知識に基づくがん検診や精密検査の受診が重要 ⑤がん検診受診率は、概ね改善傾向にある ⇒「群馬県がん対策推進計画」の目標を60%とし、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要 ⑥精密検査受診率は、第3期群馬県がん対策推進計画の目標100%に達していない ⇒引き続き、受診率向上に向けた取組が必要	1	(1)たばこ対策 (2)生活習慣対策 (3)感染症対策 (4)がん検診 (5)がん検診の精度管理
医療	・患者本位のがん医療が提供できる体制整備が必要 ①県内のどこにいても質の高い専門的ながん医療が受けられる体制整備が引き続き必要 ②小児・AYA世代、高齢者等、患者の特性に応じた適切ながん医療を提供する体制整備が必要 ③身体的・精神心理的な苦痛を抱えるがん患者が約2～3割(患者体験調査)いる ⇒診断時からの緩和ケアを推進するための取組が必要 ④相談内容が多様化し、科学的根拠に基づかないがん情報が混在している ⇒患者やその家族の状況に応じた相談支援や正確な情報提供が行える体制整備が必要	2	(1)手術療法・放射線療法・薬物療法 (2)チーム医療 (3)相談支援・情報提供
在宅療養支援	・がんとともに安心して暮らせる地域社会の構築が必要 ①拠点病院等と地域の医療機関が連携し、切れ目のない医療・介護等を提供する体制整備が必要	3	(1)在宅医療・在宅緩和ケア (2)看取り

番号	B　目標	
1	①喫煙やがんと関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減させること ②科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること	
	目標値	20歳以上の喫煙率
		がん検診受診率
		がん精密検査受診率
2	①患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること ②がんと診断された時から緩和ケアを実施すること ③各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること ④相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること	
	目標値	重粒子線治療患者数（年間）
		骨髄バンクドナー登録数
		がん看護専門看護師を1名以上配置するがん診療連携拠点病院及び群馬県がん診療連携推推病院数
3	①がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅での療養を選択できるようにすること ②在宅緩和ケアを実施すること	
	目標値	二次保健医療圏の在宅がん医療総合診療料届出医療機関数（人口10万対）

番号	C　最終目標	
1	がんによる死亡が減少している	
	目標値	75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）
2	がん患者及びその家族等の療養生活の質を維持向上させる	
	目標値	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2021	10.2%	2028
B	1	②	がん検診受診率（胃がん）	42.6%	2022	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（肺がん）	55.7%	2022	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（大腸がん）	46.3%	2022	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（子宮頸がん）	42.5%	2022	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（乳がん）	47.9%	2022	60%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（胃がん）	93.3%	2021	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（肺がん）	92.0%	2021	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（大腸がん）	78.9%	2021	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（子宮頸がん）	91.2%	2021	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（乳がん）	95.3%	2021	100%	2029
B	2	①	重粒子線治療患者数（年間）	875人	2022	800人程度を維持	2029
B	2	②	骨髄バンクドナー登録数	6,698人	2023	8,200人	2029
B	2	③	がん看護専門看護師を１名以上配置するがん診療連携拠点病院及び群馬県がん診療連携推推病院数	12病院	2022	17病院	2029
B	3	①	二次保健医療圏の在宅がん医療総合診療料届出医療機関数（人口10万対）	10.3以上の圏域は5か所	2022	全二次保健医療圏が10.3以上	2029
C	1	①	75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対)	65.1%	2021	全国平均以下	2029
C	2	①	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	70.3%	2018	100%	2029

2　脳卒中の医療連携体制構築の取組

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

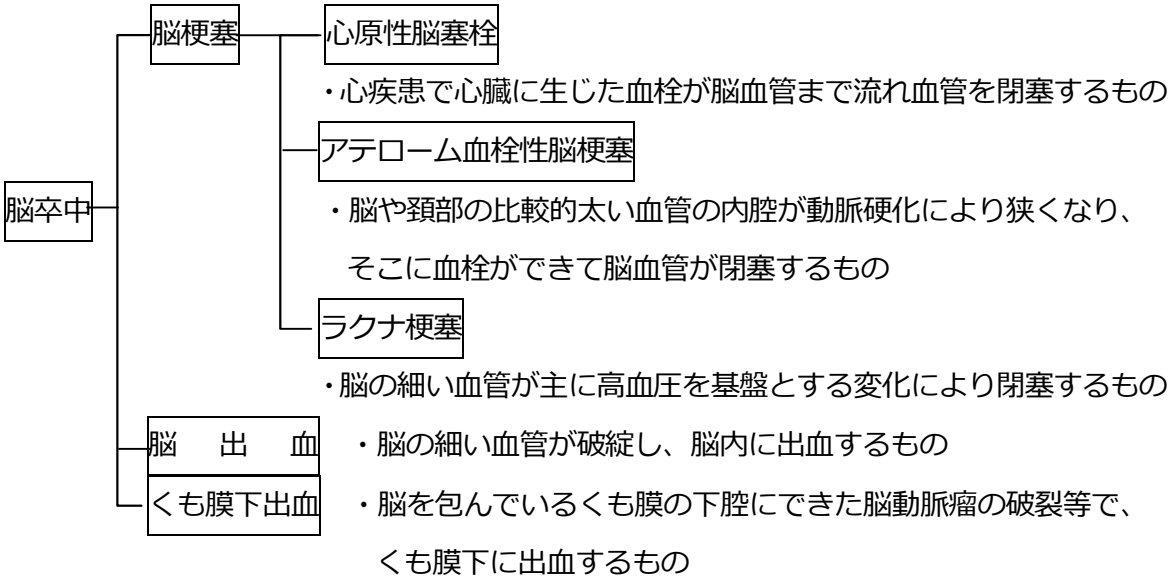
【メディカルコントロール体制とは】

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

概況

（１） 脳卒中とは

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



厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、全国で年間約 10 万人が脳卒中で死亡し、死亡数全体の 6.9%を占め、死亡原因の第４位となっています。本県では、脳卒中による死亡数が年間約２千人となっており、死亡数全体の 7.2%を占め

死亡原因の第４位となっています。また、厚生労働省「国民生活基礎調査（2022（令和４）年）」によると、介護が必要になった者の約 19.0%は脳卒中が主な原因であり、他の疾病と比べ、認知症に次いで高い割合となっています。なお、脳卒中は認知症の危険因子の一つでもあります。

（２） 年齢調整死亡率

厚生労働省「人口動態統計特殊報告（2020（令和２）年）」によると、本県の脳卒中（脳血管疾患）の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性が 101.1（全国 93.8）、女性が 59.7（全国 56.4）であり、男女とも全国を上回っています。なお、2005（平成 17）年からの推移は、本県及び全国の男女とも減少傾向にありますが、本県はいずれの年も男女とも全国を上回っています。

（３） 救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和４）年版）」によると、全国の救急車で搬送された急病患者のうち、2021（令和３）年では全体の 7.5%が脳疾患によるものであり、心疾患等を含む循環器系の割合が高くなっています。

１　予防

現状と課題

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

（１） 厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は、群馬県が 275.5 及び 96.3、全国が 215.3 及び 92.0 であり、全国に比べ、本県はやや高くなっています。定期的な外来受診により、生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要となっています。

（２） 県「県民健康・栄養調査（2021（令和 3）年度）」によると、本県の喫煙率は、13.1%（男性 20.4%、女性が 6.1%）であり、前回調査（2016（平成 28）年）と比べ減少しています。

（３） 2022（令和４）年４月時点で県内で禁煙外来を実施している医療機関は 288 施設であり、2017（平成 29）年４月時点と比較して９施設増加しています。脳卒中の発症リスクを低下させるため、喫煙者に対する保健指導や禁煙外来の受診勧奨が必要となっています。

（４） 特定健康診査などの健康診査を通じて日々の健康状態を把握し、必要に応じ保健指導等を行い生活習慣改善の指導や、適切な医療機関の受診が必要となっています。厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和３）年度）」によると、本県の特定健康診査の実施率は 55.9%（全国 56.2%）、特定保健指導の実施率は 19.7%（全国 24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 脳卒中の発症を予防すること

（２）医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
- 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

具体的施策

（１）適切な生活習慣の普及啓発

- 脳卒中の危険因子である高血圧・糖尿病・脂質異常症等は、栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣と密接に関係することから、適切な生活習慣の定着のための啓発を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

新聞やラジオ、ＳＮＳ等での啓発、健康を支援する食環境整備（減塩などの食生活支援）、県民公開講座の開催、健康フェスタの開催　等

（２）たばこ対策

- 喫煙が健康に及ぼす影響について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

新聞やラジオ、ＳＮＳ等での啓発、禁煙支援養成研修会等の実施、県民公開講座等の開催、児童や生徒、学生等の喫煙防止講習会の実施　等

（３）健診等の受診率の向上

- 県民が自ら健康状態を把握できる機会を提供するとともに、高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病、メタボリックシンドロームなどの脳卒中の危険因子を早期発見するため、特定健康診査等の実施を推進します。

- 生活習慣病などの危険因子を有する者に対して特定保健指導等を通じて生活習慣改善指導を行い適切な血圧管理等の健康管理を支援します。また、必要に応じて医療機関への受診を促します。あわせて、保健指導を行う従事者への人材育成に取り組みます。

【主な事業例（予防共通）】
新聞やラジオ、ＳＮＳ等での啓発、特定健診・保健指導従事者向け研修の実施等

２　救護

現状と課題

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

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

2021（令和３）年の脳疾患により救急搬送された県内の傷病者における、１１９番通報から病院収容までに要した平均時間は 40.2 分（統合型医療情報システム集計）となっており、全国の 40.5 分（総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和４）年版（2021（令和 3）年データ））」）に比べ短くなっていますが、引き続き専門的な診療が可能な医療機関に迅速に搬送できるよう、消防機関と医療機関との連携体制の強化が重要です。

（２） ｔ－ＰＡ（発症 4.5 時間以内の脳梗塞に対して行われる血栓溶解療法 (tissue-plasminogen activator)）による血栓溶解療法が適応になると推定される患者は、3.5 時間以内に医療機関へ搬送することが必要となっています。

（３） なお、ｔ－ＰＡ適応外の場合やｔ－ＰＡでは再開通が難しくなる主幹動脈閉塞の場合、脳血管内治療が有効となり、その実施件数は年々増加しています。

（４） 本県では 2009（平成 21）年２月からドクターヘリの運航を開始し、出動から救急現場到着まで、県内全域をおおむね 20 分以内でカバーしています。

求められる医療機能

（１）目標

- 脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも 3.5 時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

- また、3.5 時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓回収療法や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましいこと

（２）本人及び家族等周囲にいる者に求められる事項

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

（３）救命救急士を含む救急隊員に求められる事項

- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと
- 脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築すること
- 急性期医療を担う医療機関へ発症後遅くとも 3.5 時間以内に搬送すること

具体的施策

（１） 初期症状出現時の対応

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

【主な事業例】

市民公開講座（ＧＳＥＮ※による開催）、脳卒中ノートの作成、配布　等

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

（２） 搬送時間の短縮

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

【主な事業例】

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

（３） 救命率の向上

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

【主な事業例】

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

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

（４）ドクターヘリ等の運用

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

【主な事業例】

ドクターヘリ運航経費補助の実施、症例検討会の開催　等

３　急性期

現状と課題

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

（１） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、脳梗塞に対するｔ－ＰＡによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関は 16 病院、１診療所となっています。このうち 12 施設は２４時間対応が可能です。また、脳血管内治療（虚血性）が可能な医療機関は、14 病院となっています。このうち 10 施設は２４時間対応が可能です。

脳梗塞に対する治療方法ごとの実施可能な医療機関数　（単位：施設数）

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
t-PA	17(12)	7(6)	5(2)	4(4)	2(2)	6(4)
脳血管内治療（虚血性）	14(10)	7(5)	3(2)	4(3)	1(1)	6(4)

※括弧内は、２４時間対応可能な医療機関数。〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」
※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

（２） 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、本県の脳神経外科医師数は 91 人、脳神経内科医師数は 73 人です。

人口 10 万対の医師数は、脳神経外科医師が 4.7 人（全国 5.8 人）、脳神経内科医師が 3.8 人（全国 4.6 人）と、全国に比べて少ないことから、急性期の治療を担う脳神経外科医師や脳神経内科医師などの専門医師の育成・確保が必要となっています。

医師数（脳神経外科、脳神経内科）　（単位：人）

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
脳神経外科	91	41	26	33	7	25
脳神経内科	73	50	18	36	1	18

※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2022 年）」

（３） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、本県の急性期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は 49 病院、４診療所となっています。

（４） 脳卒中の治療では、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきています。急性期治療と並行して、集中的なリハビリテーションを実施できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要となっています。

（５） 回復期等の医療機関との役割分担を明確化するとともに、それらの医療機関との連携の強化を図ることが必要となっています。また、急性期から維持期にかけて、誤嚥性肺炎等の合併症を歯科医師や歯科衛生士、言語聴覚士、認定看護師等と連携して予防することも重要です。

求められる医療機能

（１）目標

- t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始すること
- 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること
- 専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと
- 廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- 血液検査や画像検査（エックス線検査、ＣＴ、ＭＲＩ、超音波検査）等の必要な検査が２４時間実施可能であること

- 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が２４時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）
- 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が２４時間実施可能であること
- t-PA 静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後に少しでも早く治療を開始すること（遅くとも来院後１時間以内に治療を開始することが望ましい。）
- 症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること
- t-PA 静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 外科手術及び脳血管内手術が必要と判断した場合には来院後２時間以内の治療開始が可能であること
- 呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
- 回復期（又は維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
- 回復期（又は維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- 脳卒中の疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

（３）医療機関の例

- 救命救急センターを有する病院
- 脳卒中の専用病室等を有する病院
- 急性期の血管内治療が実施可能な病院
- 脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院、有床診療所

具体的施策

（１）急性期の医療体制の確保

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

（２）専門医師の確保

- 群馬県地域医療支援センターを核に、地域医療枠医師を含む若手医師に対するキャリアパスを活用して専門医師の育成・確保を図ります。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】
地域医療支援センター運営、ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス　等

４　回復期

現状と課題

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

※回復期リハビリテーション病棟への転院は発症後２か月以内が条件となります。

（１） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、本県の回復期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は 65 病院、30 診療所となっています。日常生活動作（ＡＤＬ：Activities of Daily Living）の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要となっています。

回復期の脳卒中リハビリテーション実施医療機関数　（単位：施設数）

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
病院	65	15	29	15	6	15
診療所	30	11	10	9	2	9

※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

（２） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、脳卒中の地域連携クリティカルパス導入医療機関は 42 病院、45 診療所です。今後導入を検討している医療機関は、４病院、52 診療所あります。

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

地域連携クリティカルパス導入医療機関数　（単位:施設数）

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
病院	42	16	12	14	5	11
診療所	45	27	11	18	1	15

※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

（３） なお、厚生労働省「患者調査（2017（平成 29）年）」によると、脳血管疾患の治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、本県では 51.9%となっており、全国（55.2%）を下回っています。

求められる医療機能

（１）目標

- 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- 回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
- 重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること
- 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びＡＤＬの向上を目的とした理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 急性期及び維持期・生活期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること

（３）医療機関の例

- リハビリテーションを専門とする病院、有床診療所
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院、有床診療所

具体的施策

（１）リハビリテーション支援体制の構築

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

（２）地域連携の促進及び地域連携クリティカルパスの普及

- 急性期から回復期、維持期までの医療機関等の診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、「ぐんまちゃんの脳卒中ノート」（群馬脳卒中医療連携の会編集）や地域連携クリティカルパスを活用して、関係機関の連携体制の充実を図ります。また、設置を進める脳卒中・心臓病等総合支援センターによる取組等を通じたかかりつけ医を含めた地域の連携を促進します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】
脳卒中ノートの作成・配布、地域連携クリティカルパスの導入　等

５　維持期・生活期（おおむね発症後６か月以降）

現状と課題

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

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

（１） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、維持期における日常生活機能の維持・向上やリハビリテーションなどを担う在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援歯科診療所はそれぞれ 28 施設、202 施設、123 施設となっています。また、訪問看護ステーションは 222 施設となっています。

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

求められる医療機能

（１）目標

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること

- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
- 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと
- 回復期（又は急性期）の医療機関等と、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること

（３）医療機関の例

- 介護老人保健施設
  （入所、通所、リハビリテーション及び訪問リハビリテーション等が可能な施設）
- 介護保険によるリハビリテーションを行う病院、診療所
- 歯科診療所

具体的施策

（１）在宅医療の提供体制の充実

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

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

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

【ぐんまちゃん脳卒中ノートについて】

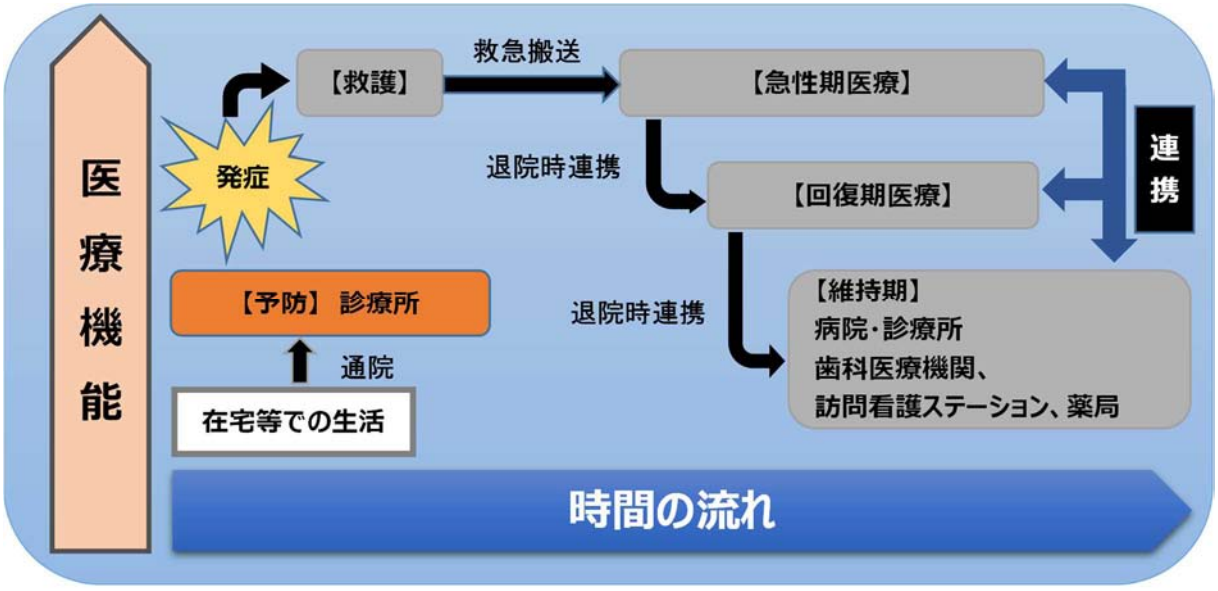
- 群馬脳卒中医療連携の会では、脳卒中患者が脳卒中で入院した病院やリハビリで転院した病院、かかりつけ医などの情報を記入できる「ぐんまちゃんの脳卒中ノート」を作成・発行しています。
- 脳卒中は再発予防が重要です。患者や家族が脳卒中を正しく理解し、再発を予防し、万が一再発したときに正しい行動が取れるよう必要な情報が掲載されています。

【HP】群馬脳卒中医療連携の会
http://g-stroke.com/gunmacyann/

【脳卒中連携クリティカルパスについて】

- 脳卒中で急性期病院に入院した患者は地域のリハビリ病院やかかりつけ医と脳卒中地域連携クリティカルパスでつながっています。
- 患者の情報が正確に伝わり、的確な治療を受けることができます。また、群馬脳卒中医療連携の会でこのパスを共通化しているため、どの地域でも同じパスを用いてスムーズに転院することが可能です。

脳卒中の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
予防	発症の予防には適切な生活習慣を身につけることと健康状態の把握が重要 ①高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国に比べやや高い ⇒定期的な外来受診による生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要 ②特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている ⇒健診後の保健指導を通じて医療機関への受診勧奨することが課題	1	(1)適切な生活習慣の普及啓発 (2)たばこ対策 (3)健診等の受診率の向上
救護	脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要 ○119番通報から病院収容までに要した時間は全国平均と比べて短い ⇒引き続き、消防機関と医療機関との連携体制の向上が重要	2	(1)初期症状出現時の対応 (2)搬送時間の短縮 (3)救命率の向上 (4)ドクターヘリ等の運用
急性期	脳卒中の救命率向上のためには、救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要であり、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が必要。また、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが勧められている。 ①脳神経外科医師、神経内科医師（人口10万対）は全国に対し、少ない ⇒専門医師の育成・確保が必要 ②急性期治療と並行して、集中的なリハビリテーションを実施できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要	3	(1)急性期の医療体制の確保 (2)専門医師の確保
回復期	在宅復帰率の向上のため、急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携強化及び在宅医療提供体制の確保を図ることが必要 ①日常生活動作の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要 ②脳卒中の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要 ③脳血管疾患治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、全国を下回っている	4	(1)リハビリテーション支援体制の構築 (2)地域連携の促進及び地域連携クリティカルパスの普及
維持期・生活期	在宅生活のための介護サービスを提供すること、及び患者の周囲にいる者に対し、適切に対応するための教育等を行うことが必要。急性期の医療機関と在宅への復帰が容易ではない患者を受け入れる医療機関等との連携強化も必要。 ①在宅医療の提供可能な医療機関等を整備するとともに、医療と福祉との関わり合いなどの多職種による連携を図ることが必要	5	(1)在宅医療の提供体制の充実

番号	B　目標	
1	脳卒中の発症を予防すること	
	目標値	特定健康診査の実施率
		20歳以上の者の喫煙率
2	脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも3.5時間以内(超える場合でも、できるだけ早く)に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること	
	目標値	脳血管疾患により救急搬送された患者数
		救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間
3	①患者の来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)に専門的な治療を開始すること(血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても高度専門治療の実施について検討すること) ②誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ③廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること	
	目標値	t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数
		t-PAによる血栓溶解療法の実施件数
		脳血管内治療の実施件数
		脳神経外科医師数
		脳神経内科医師数
4	①身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること ②回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること ③再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ④誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	
	目標値	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数
5	①生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること ②再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ③誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	
	目標値	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数【再掲】

番号	C　最終目標	
1	脳卒中による死亡が減少している	
	目標値	脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)
2	脳卒中患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	
	目標値	健康寿命(男)
		健康寿命(女)
		在宅等生活の場に復帰した脳卒中疾患患者の割合

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	特定健康診査の実施率	55.9%	2021	70%以上	2029
B	1	②	20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2022	10.2%	2028
B	2	①	脳血管疾患により救急搬送された患者数	4,669人	2021	ー	2029
B	2	②	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	39.4分 ※現状でも関東最短	2021	関東最短	2029
B	3	①	t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数	17機関	2021	現状維持	2029
B	3	②	t-PAによる血栓溶解療法の実施件数	324件	2021	324件以上	2029
B	3	③	脳血管内治療の実施件数	301件	2021	301件以上	2029
B	3	④	脳神経外科医師数	91人	2020	91人以上	2028
B	3	⑤	脳神経内科医師数	73人	2020	73人以上	2028
B	4	①	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数	773件	2021	773件以上	2029
B	5	①	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数【再掲】	773件	2021	773件以上	2029
C	1	①	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	101.1（男） 59.7（女）	2020	101.1（男）以下 59.7（女）以下	2029
C	2	①	健康寿命（男）	73.41年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②73.57年以上	2028
C	2	②	健康寿命（女）	75.80年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②76.70年以上	2028
C	2	③	在宅等生活の場に復帰した脳卒中疾患患者の割合	51.9%	2020	51.9%以上	2029

ー：目標欄に「ー」と記載している指標は、目標値の設定はせず、実態を把握するための指標

3　心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制構築の取組

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

概況

（１） 心血管疾患とは

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

（２） 推計患者数

ア　心疾患

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、全国では、虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約 128.2 万人と推計されており、減少傾向にありますが、 不整脈や心不全等その他の心疾患（高血圧性を除く）の患者数は約 177.3 万人であり、６年前と比べて約９％増加しており、心疾患（高血圧性を除く）全体でも概ね増加傾向にあります。

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

なお、本県では、虚血性心疾患の患者数は約 4.3 万人、不整脈や心不全等その他の心疾患（高血圧性を除く）の患者数は約 4.4 万人と推計されています。

イ　血管疾患

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、全国では、大動脈瘤及び解離の継続的な医療を受けている患者数は約 10.1 万人と推計されています。

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

なお、本県では、大動脈瘤及び解離の患者数は約１千人と推計されています。

（３） 死亡数

ア　心疾患

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県では、年間約４千人が心疾患（高血圧性を除く）で亡くなり、死亡数全体の 15.1%を占め、死亡原因の第２位です。また、急性心筋梗塞で亡くなる人は 391 人で減少傾向にありますが、心不全で亡くなる人は約 1.6 千人で増加傾向にあります。

イ　血管疾患

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県では、大動脈瘤及び解離の死亡数が年間 328 人で概ね増加傾向にありますが、前年調査（358 人）からは減少しています。

（４） 年齢調整死亡率

厚生労働省「人口動態統計特殊報告（2020（令和２）年）」によると、本県の心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、男性が 203.8（全国 190.1）、女性が 117.6（全国 109.2）で、大動脈瘤及び解離は、男性が 19.0（全国 17.3）、女性が 12.1（全国 10.5）であり、男女とも全国を上回っています。一方、心疾患（高血圧性を除く）のうち、虚血性心疾患は、男性が 52.8（全国 73.0）、女性が 22.1（全国 30.2）であり、男女とも全国を下回っています。心不全は、男性が 68.0（全国 69.0）で全国をやや下回り、女性が 50.8（全国 48.9）で全国を上回っています。

（５） 救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和４）年度版）」によると、全国の救急車で搬送された重症患者のうち、死亡に分類された方の疾病別割合を見ると、2021（令和３）年では全体の 43.5%が心疾患等によるものであり、最も高い割合となっています。

（６） 健康寿命

厚生労働省「第 16 回健康日本 21（第二次）推進専門委員会資料（2021（令和３）年 12 月 20 日）」によると、2019（令和元）年における本県の健康寿命は、男性が 73.41 年（全国 72.68 年）、女性が 75.80 年（全国 73.38 年）で、男女とも全国を上回っており、増加傾向にあります。

１　予防

現状と課題

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

（１） 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和３）年度）」によると、本県の特定健康診査の実施率は 55.9%（全国 56.2%）、特定保健指導の実施率は 19.7%（全国 24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

（２） 生活習慣病の予防及び重症化防止を図るために、特定健康診査や職場における定期健康診断の受診率向上、生活習慣の改善支援を行う保健指導の推進、必要に応じて適切な医療機関への受診勧奨をすること等が重要です。

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、高血圧性疾患、脂質異常症及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は、全国に比べ、本県は高くなっています。定期的な外来受診により、生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要となっています。

（３） 県「県民健康・栄養調査（2021（令和３）年度）」によると、本県の喫煙率は、13.1%（男性 20.4%、女性 6.1%）であり、前回調査（2016（平成 28）年）と比べ減少しています。

（４） 2023（令和５）年４月時点において、県内で禁煙外来を実施している医療機関は 288 施設であり、2017（平成 29）年４月時点と比較して９施設増加しています。生活習慣病を改善するために、喫煙者に対する禁煙外来の受診勧奨が必要となっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

（２）医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）等の危険因子の管理が可能であること
- 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
- 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

具体的施策

（１）健康管理

- 日頃から血圧や自身の健康管理に関心を持ち、定期的な運動や血圧測定をするよう、県民に運動習慣の形成や普及啓発を図ります。

- 塩分の取り過ぎによる動脈硬化を防ぐため、市町村保健師、管理栄養士及び食生活改善推進員と連携し、食生活改善に係る普及啓発を行います。

【主な事業例】
新聞やラジオ、SNS 等での啓発、健康を支援する食環境整備（減塩などの食生活支援）、県民公開講座の開催、健康フェスタの開催　等

（２）健診等の受診率の向上

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

【主な事業例】
新聞やラジオ、SNS 等での啓発、特定健診・保健指導従事者向け研修の実施等

（３）たばこ対策

- 喫煙が健康に及ぼす影響について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例】
新聞やラジオ、SNS 等での啓発、禁煙支援養成者研修会等の実施、県民公開講座等の開催、児童や生徒、学生等の喫煙防止講習会の実施　等

（４）疾患等の知識の普及啓発、地域の連携促進

- 群馬心不全地域連携協議会や、設置を進める脳卒中・心臓病等総合支援センターによる取組等を通じて、県民に疾患等の知識の一層の普及・啓発を図るほか、かかりつけ医を含めた地域の連携を促進します。
- 心房細動などの不整脈を早期発見・治療することは、脳梗塞や心不全の予防につながるため、検脈を通じた心房細動の早期発見に関して、広く啓発活動が行われています。こうした状況を踏まえ、関係団体との連携等により、検脈や心電図検査、携帯型心電計の有用性等について一層の啓発を図ります。

【主な事業例】
関係団体等による市民公開講座の開催（群馬心不全地域連携協議会、脳卒中・心臓病等総合支援センター（予定）等）、心不全健康管理手帳の作成・配布（群馬心不全地域連携協議会）、地域の医療機関向け勉強会の開催（脳卒中・心臓病等総合支援センター（予定））　等

２　救護

現状と課題

急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状等が出現した場合、本人や患者の周囲にいる者は速やかに救急要請を行うことや、専門的な診療が可能な医療機関へ患者を迅速に搬送できる体制を構築することが必要です。

（１） 総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和４）年度版）」によると、１１９番通報から病院収容までに要した時間について、本県の 2021（令和３）年における平均は 39.4 分（全国 42.8 分）と全国に比べ短くなっています。専門的な診療が可能な医療機関に搬送できるよう、引き続き搬送機関と医療機関との迅速な連携体制の維持・向上が重要です。

（２） 急性心筋梗塞等の発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、救命率の改善のためには、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びＡＥＤの使用が重要となっています。

（３） 本県の公共施設へのＡＥＤ設置台数は、2023（令和 5）年６月１日現在で 2,928 台となっており、設置率は、県が 100%、市町村が 98.9%で、ほとんどの公共施設に設置されています。また、県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、県民がＡＥＤを認知している割合は 94.8%と多いですが、使ったことがあったり、使用方法についての講習等を受講したりしたことがある割合は、合わせて 48.4%にとどまっています。

（４） 総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和４）年度版）」によると、心肺機能停止傷病者で搬送された人のうち、本県で一般市民により除細動が実施された件数は、2021（令和３）年は 23 件であり、2020（令和２）年から減少傾向にあります。人口 10 万人当たりの実施件数は、1.19 件（全国 1.37 件）で、全国を下回っています。

なお、県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、救急搬送までに一般市民等に期待される救護に関する情報に関心を持っている県民は、9.6%にとどまっています。

（５） 本県では 2009（平成 21）年２月からドクターヘリの運航を開始し、出動から救急現場到着まで、県内全域をおおむね 20 分以内でカバーしています。

（６） また、初期症状出現時において、本人や患者の周囲にいる者の対応について、啓発が必要となっています。

【急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状とは】

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

求められる医療機能

（１）目標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

（２）本人及び家族等周囲に求められる事項

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと
- 心肺停止が疑われる者に対して、ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること

（３）救命救急士を含む救急隊員に求められる事項

- 地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること
- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

具体的施策

（１）搬送時間の短縮

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

【主な事業例】

統合型医療情報システムの運用　等

（２）救命率の向上

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

【主な事業例】

応急手当講習会の開催（各消防本部・日本赤十字社）　等

（３）ドクターヘリ等の運用

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

【主な事業例】
ドクターヘリ運航経費補助の実施　等

（４）初期症状出現時の対応

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

３　急性期

現状と課題

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

（１） 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和２）年）」によると、県内の循環器内科医師数は 189 人、心臓血管外科医師数は 36 人です。

人口 10 万対の医療施設従事医師数は、循環器内科医師が 9.7 人（全国 10.3 人）、心臓血管外科医師が 1.9 人（全国 2.6 人）と、全国に対し少ない状況にあります。

循環器内科医師や心臓血管外科医師等、専門的な医療従事者の育成・確保が必要となっています。

（２） 急性心筋梗塞等の救命率改善のためには、迅速な救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に実施されること、また、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が重要であり、急性期の医療を担う医療機関は、来院後 30 分以内に専門的治療が開始できる体制の整備や医療機関間の円滑な連携が必要となっています。

（３） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、急性心筋梗塞等の急性期の診療ができる医療機関数は 25 施設あります。

急性心筋梗塞等に対する経皮的治療が実施できる医療機関数は、24 施設であり、このうち、20 施設は２４時間対応が可能ですが、一部の保健医療圏で２４時間の対応ができない圏域があります。急性心筋梗塞等に対する緊急冠動脈バイパス手術が実施できる医療機関数は 10 施設であり、このうち、９施設は２４時間対応が可能です。

急性大動脈解離に対する治療（※）と大動脈瘤破裂（胸部）に対する治療（※）が実施できる医療機関数は、いずれも 10 施設であり、このうち、８施設は２４時間対応が可能です。大動脈瘤破裂（腹部）に対する治療（※）が実施できる医療機関数は、11 施設であり、このうち、８施設は２４時間対応が可能です。

心不全に対する陽圧換気療法が実施できる医療機関数は、18 施設であり、このうち、16 施設は２４時間対応が可能です。心不全に対する IABP（大動脈内バルーンパンピング）が実施できる医療機関数は、22 施設であり、このうち、18 施設は２４時間対応が可能です。

※急性大動脈解離、大動脈瘤破裂（胸部）及び（腹部）に対する治療：人工血管置換術又はステントグラフト内挿術

（４） いずれの治療も、二．五次保健医療圏で見ると、対応が可能となっています。発症後早期の治療が重要であり、メディカルコントロール体制の充実・強化、及びそれぞれの地域に適した施設間ネットワークを構築することが必要となっています。

急性期に対応可能な医療機関数

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	韮・渕・前橋	沼田	東部・伊勢崎
急性心筋梗塞等に対する経皮的治療	24 (20)	8 (８)	6 (5)	6 (６)	3 (３)	9 (６)
急性心筋梗塞等の緊急バイパス手術	10 (９)	5 (４)	2 (２)	4 (３)	1 (１)	3 (３)
急性大動脈解離対する治療	10 (８)	5 (４)	2 (２)	4 (３)	1 (０)	3 (３)
大動脈瘤破裂（胸部）に対する治療	10 (８)	5 (４)	2 (２)	4 (３)	1 (０)	3 (３)
大動脈瘤破裂（腹部）に対する治療	11 (８)	6 (４)	2 (２)	5 (３)	1 (０)	3 (３)
心不全に対する陽圧換気療法	18 (16)	8 (８)	4 (４)	6 (６)	2 (２)	6 (４)
心不全に対する IABP（バルーンパンピング）	22 (18)	8 (８)	5 (4)	6 (６)	2 (２)	9 (６)

※括弧内は、２４時間対応可能な医療機関数。
※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

（５） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、急性期の心血管疾患リハビリテーションについて、対応可能な医療機関は 23 病院です。合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰のために、発症した日から患者の状態に応じて、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する必要があります。

（６） 厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、心疾患（高血圧性を除く）の退院患者平均在院日数は 14.9 日（全国 24.6 日）、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は、5.9 日（全国 12.7 日）であり、全国より短くなっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に専門的な診療を開始すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
- 再発予防の定期的専門的検査を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 心電図検査、血液生化学検査（採血した血液で様々な成分を分析し、体の異常を調べる検査）、心臓超音波検査、エックス線検査、ＣＴ検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置（心機能が回復するまでの間、一時的に心臓と肺の機能を補助・代行する装置）等必要な検査及び処置が２４時間対応可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が２４時間対応可能であること
- ＳＴ上昇型心筋梗塞（血栓により冠動脈が閉塞し心筋壊死を生じた病態）の場合、冠動脈造影検査及び適応があればＰＣＩ（経皮的冠動脈形成術）を行い、来院後 90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
- 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症対応が可能であること
- 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- 電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
- 抑うつ状態等への対応が可能であること
- 回復期（又は在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること。
  また、その一環として再発予防の定期的・専門的検査を実施すること

（３）医療機関の例

- 救命救急センターを有する病院
- 心臓内科系集中治療室（ＣＣＵ）等を有する病院
- 心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

具体的施策

（１）専門医師の確保

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

【主な事業例】

群馬県緊急医師確保修学資金貸与、群馬県医学生修学資金貸与、群馬県医師確保修学研修資金貸与、地域医療支援センターの運営、関係機関等との連携（ぐんま地域医療会議、群馬県地域医療対策協議会（ぐんま総合医会）、ぐんまレジデントサポート協議会）　等

（２）急性期の医療機能の確保

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

（３）地域医療機関の診療機能の向上

- 設置を進める脳卒中・心臓病等総合支援センターによる取組等を通じて、専門医が不足する施設や地域においても専門的な診断・治療が可能となる体制の強化を図ります。

【主な事業例】

地域の医療機関向け勉強会の開催（脳卒中・心臓病等総合支援センター（予定）（再掲））　等

４　回復期

現状と課題

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

（１） 急性心筋梗塞

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

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

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

（２） 大動脈解離

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

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

（３） 2023（令和５）年４月時点において、心大血管疾患リハビリテーション料の届出施設数は、20 病院、１診療所です。

心大血管疾患リハビリテーション料届出施設数（単位：施設）

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	富士・沼津・前橋	沼田	東部・伊勢崎
病院	20	9	6	7	2	5
診療所	1		1			

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕関東信越厚生局「診療報酬施設基準」

（４） 厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース」によると、2021（令和３）年度の心血管疾患における地域連携計画書作成等の実施件数（レセプト件数）は、各保健医療圏において年間数件であり、地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要となっています。

（５） 厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は 94.5%、大動脈疾患患者の割合は 74.3%となっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
- 在宅等生活及び就労の場への復帰を支援すること
- 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施することが求められます。

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- 心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること

- 運動耐容能を評価した上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族等への教育を行っていること
- 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
- 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を促進させ、生活の質の向上を目指すこと

（３）医療機関の例

- 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所

具体的施策

（１）心血管疾患リハビリテーションの充実

- 心血管疾患リハビリテーションを実施する医療機関の増加を促進します。

（２）地域の連携促進

- 各疾患及び急性期から回復期を経て在宅療養に至る各期を通じ継続性のある医療が提供されるよう、群馬心不全地域連携協議会や、設置を進める脳卒中・心臓病等総合支援センターによる取組等を通じて、かかりつけ医を含めた地域の連携を促進するほか、地域連携クリティカルパスを普及・改良し、医療機関における連携体制の構築を推進します。

【主な事業例】

心不全健康管理手帳の作成・配布（群馬心不全地域連携協議会（再掲））、地域の医療機関向け勉強会の開催（脳卒中・心臓病等総合支援センター（予定）（再掲））、地域連携クリティカルパスの普及促進　等

５　再発予防

現状と課題

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

（１）　心血管疾患リハビリテーションを提供する体制を整備するためには、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を構築することが必要となっています。

（２）　在宅に復帰した後は、在宅療養を継続できるよう、在宅でのリハビリや再発予防のための管理を薬局や訪問看護事業所等と連携して実施することが重要となっています。

（３）　術後合併症の予防や再発のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要となっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 在宅療養を継続できるよう支援すること

（２）医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施することが求められます。

- 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
- 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- 急性期の医療機関と介護保険サービス事業所等が、再発予防の定期的専門的検査結果や、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報及び治療計画を共有する等して、連携していること
- 在宅での運動療法や再発予防のための管理を医療機関と訪問看護事業所・かかりつけ薬剤師・薬局が連携して実施できること
- 歯周病菌と血管疾患との因果関係が指摘されていることから、歯科医療機関のサポートにより急性心筋梗塞患者等の歯周病等の口腔疾患の治療と専門的口腔ケアを行うこと

（３）医療機関の例

- 病院又は診療所
- 歯科診療所

具体的施策

- 各期を通じ継続性のある医療が提供されるよう、群馬心不全地域連携協議会や、設置を進める脳卒中・心臓病等総合支援センターによる取組等を通じて、医療機関における連携体制の構築や多職種が連携できる体制の整備を促進します。
- 本人や患者の周囲にいる者に対し、再発時の適切な対応について普及啓発します。
- 慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関による定期的な外来診療により、基礎疾患の管理を推進します。

● 在宅でのリハビリや再発予防の管理のため、医療機関（歯科医療機関を含む）、訪問看護事業所及び薬局等の連携の強化を図ります。

【主な事業例】

関係団体等による市民公開講座の開催（群馬心不全地域連携協議会、脳卒中・心臓病等総合支援センター（予定）等（再掲））、心不全健康管理手帳の作成・配布（群馬心不全地域連携協議会（再掲））、地域の医療機関向け勉強会の開催（脳卒中・心臓病等総合支援センター（予定）（再掲））、地域連携クリティカルパスの普及促進（再掲）、医療・介護連携推進事業（退院調整関連事業、在宅医療に係る人材育成、多職種連携、普及啓発等事業）の実施　等

【心不全管理手帳について】

● 群馬心不全地域連携協議会では、心不全患者が自身の健康状態や受診した医療機関等の情報を記録できる「心不全健康管理手帳」を作成・発行しています。

● 心不全は再入院しないことが肝心です。心不全悪化のサインに早く気付くこととその対処方法、心不全を悪くさせない日常生活について必要な情報が掲載されています。

【HP】群馬心不全地域連携協議会
https://www.gunma.med.or.jp/heart/docs/

【群馬県 ACS-CCS 地域医療連携パスについて】

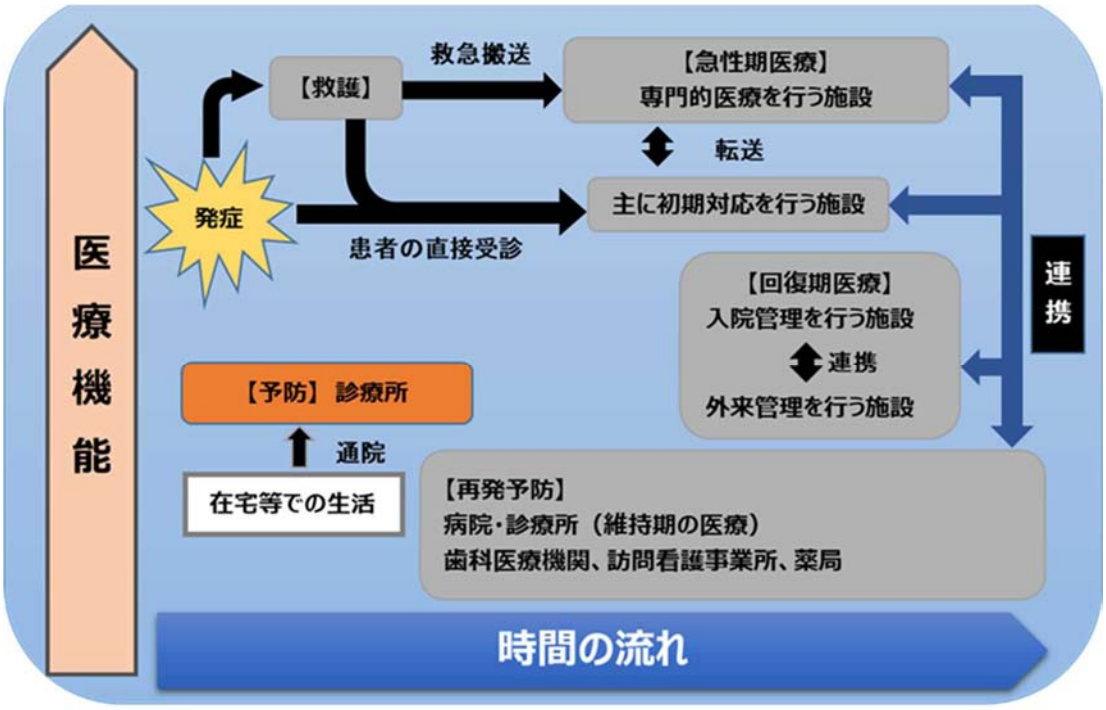
● 虚血性心疾患患者に対する地域の医療連携を進め、医療の質の向上を図るため、群馬大学医学部附属病院を中心に 2023（令和５）年 11 月に群馬県 ACS-CCS 地域医療連携パスが作成されました。

● 今後、心疾患患者の増加が想定され対策が急務な中、このパスを通じて的確な治療が行われることで、疾患の二次予防につながることが期待されます。

【運動負荷試験を使った心不全の早期診断事業について】

- 群馬大学医学部附属病院では、2022（令和４）年３月から「息切れ外来」を設置し、心不全の早期診断に取り組んでいます。特に、息切れ患者の中には、診断の難しい「隠れ心不全」がおり、この発見のため同院では「運動負荷心エコー検査」を使用した先進的な取組を行っています。
- 2023（令和５）年度に前橋保健医療圏において、同院、群馬県医師会（群馬心不全地域連携協議会）及び前橋市医師会が連携し、運動負荷心エコー検査を中心に据えた全国初の心不全の早期診断事業が開始されました。安静時では診断が難しい心不全も早いうちに発見が可能であるという画期的な事業です。
- 近年、心不全患者が急増しており、感染症になぞらえ「心不全パンデミック」と呼ばれています。心不全診療の問題点の一つが心不全診断の遅れであり、これが心不全患者の生命予後が悪い一因となっています。心不全の早期発見をすることで、その進行を予防できる可能性があります。本早期診断事業では、血液中のNT-proBNP/BNP値の紹介基準等を設定し、かかりつけ医にわかりやすい紹介フローチャートを作成すること等により、同院と前橋市内のかかりつけ医の連携が進み、2022（令和４）年度の同時期と比較し、息切れ外来への紹介患者数は2.7倍に増加しました。さらに、隠れ心不全患者の発見率（有病率）は23%から36%と前年比1.6倍に増加し、より効率的な心不全の発見とその後の治療につながったことがわかりました。
- 前橋保健医療圏では、県立心臓血管センターにおいても運動負荷心エコー検査を実施しているほか、今後、県内各地域において心不全の早期診断事業が展開されることで、心不全の進行を防ぎ、県民の健康寿命の延伸につながることが期待されます。

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
予防	発症の予防には自分の体の状態の把握と生活習慣の改善や適切な治療が重要 ①特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている **⇒健診等の受診率の向上や健診後の保健指導を通じて医療機関への受診を勧奨することが課題** ②高血圧疾患、脂質異常症及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は全国に比べ高い **⇒定期的な外来受診による生活習慣の改善指導、かかりつけ医を含む医療機関の連携等が重要**	1	(1)健康管理 (2)健診等の受診率の向上 (3)たばこ対策 (4)疾患等の知識の普及啓発、地域の連携促進
救護	急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状等が出現した場合、本人や患者の周囲にいる者の速やかな救急要請や患者の迅速な搬送体制が必要 ①119番通報から病診収容までに要した時間は全国平均と比べ短い **⇒引き続き、搬送機関と医療機関等との迅速な連携体制の維持・向上が重要** ②一般市民により除細動が実施された件数（人口10万対）は、全国に比べ少ない **⇒AEDの使用や蘇生法等の適切な実施について県民に対する普及啓発を推進することが重要**	2	(1)救急搬送時間の短縮 (2)救命率の向上 (3)ドクターヘリ等の運用 (4)初期症状出現時の対応
急性期	施設毎の医療機能を明確にして、地域の状況等を踏まえた上で、地域に適したネットワークの構築が必要 ①循環器内科医師数、心臓血管外科医師数（人口10万対）は全国に対し、少ない **⇒専門的な医療従事者の育成・確保が必要** ②急性心筋梗塞等に対する専門的治療は、二. 五次保健医療圏では対応可能 **⇒速やかな専門的診療が実施できるよう、地域に適したネットワークの構築が必要**	3	(1)専門医師の確保 (2)急性期の医療機能の確保 (3)地域医療機関の診療機能の向上
回復期	回復期における治療、心血管疾患リハビリテーション体制の整備、及び急性期から回復期・維持期へ、一貫してリハビリを継続できるネットワークの整備が必要 ①心血管疾患リハビリテーションに対応可能な医療機関はほぼ横ばい **⇒合併症や再発の予防、早期の在宅復帰等に資するため、心血管疾患リハビリテーションの体制整備が重要** ②心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数は年間数件 **⇒地域連携クリティカルパスの普及・改良等による連携の一層の推進が必要** ③在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は約95%、大動脈疾患患者の割合は約74% **⇒かかりつけ医を含む医療機関の連携体制や心血管疾患リハビリテーションの体制整備のほか、在宅等生活の場への復帰に係る連携体制の構築・支援が重要**	4	(1)心血管疾患リハビリテーションの充実 (2)地域の連携促進
再発予防	維持期における治療、及び心血管疾患リハビリテーション体制の整備による再発予防、基礎疾患・危険因子の管理が必要 **⇒在宅でのリハビリや再発予防のため、医療機関、訪問看護事業所及び薬局等の多職種が連携できる体制を構築することが重要** **⇒歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要**	5	(1)疾患等の知識の普及啓発、地域の連携促進（再掲）

番号	B　目標	
1	心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること	
	目標値	特定健康診査の実施率
		特定保健指導の実施率
		20歳以上の者の喫煙率
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率※
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率※
		糖尿病患者の年齢調整外来受療率※
		心疾患（高血圧性を除く）受療率（入院）※
		心疾患（高血圧性を除く）受療率（外来）※
		虚血性心疾患受療率（入院）※
		虚血性心疾患受療率（外来）※
		心疾患等の救急搬送人員※
2	心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること	
	目標値	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間
		心肺機能停止疾病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数※
3	①患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること ②合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること ③再発予防の定期的専門的検査を実施すること	
	目標値	循環器内科医師数※
		心臓血管外科医師数※
		急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数
		虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数
		大動脈疾患患者に対する手術件数
		PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通割合
		入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数
		心疾患（高血圧性を除く）・虚血性心疾患の退院患者平均在院日数
4	①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ②合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること ③在宅等生活及び就労の場への復帰を支援すること ④患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること	
	目標値	心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）届出施設数
		心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数
		外来心血管リハビリテーションの実施件数
		心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数
5	①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ②在宅療養を継続できるよう支援すること	
	目標値	心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数【再掲】
		外来心血管リハビリテーションの実施件数【再掲】

番号	C　最終目標	
1	心血管疾患による死亡が減少している	
	目標値	心疾患（高血圧性を除く）・虚血性心疾患・心不全・大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率※
2	心血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	
	目標値	健康寿命（男）
		健康寿命（女）
		在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合

※：人口10万対換算

目標値等一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	特定健康診査の実施率	55.9%	2021	70%以上	2029
B	1	②	特定保健指導の実施率	19.7%	2021	45%以上	2029
B	1	③	20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2022	10.2%	2028
B	1	④	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率※	275.5	2020	–	2029
B	1	⑤	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率※	72.0	2020	–	2029
B	1	⑥	糖尿病患者の年齢調整外来受療率※	96.3	2020	–	2029
B	1	⑦	心疾患（高血圧性のものを除く）受療率（入院）※	52.0	2020	–	2029
B	1	⑧	心疾患（高血圧性のものを除く）受療率（外来）※	161.0	2020	–	2029
B	1	⑨	虚血性心疾患受療率（入院）※	11.0	2020	–	2029
B	1	⑩	虚血性心疾患受療率（外来）※	79.0	2020	–	2029
B	1	⑪	心疾患等の救急搬送人員※	263.8人	2021	–	2029
B	2	①	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	39.4分 ※現状も関東最短	2021	関東最短	2029
B	2	②	心肺機能停止疾病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数※	1.19件	2021	全国平均以上	2029
B	3	①	循環器内科医師数※	9.7人	2020	全国平均以上	2028
B	3	②	心臓血管外科医師数※	1.9人	2020	全国平均以上	2028
B	3	③	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（レセプト件数）	4,002件	2021	–	2029
B	3	④	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（レセプト件数）	*	2021	–	2029
B	3	⑤	大動脈疾患患者に対する手術件数（レセプト件数）	*	2021	–	2029
B	3	⑥	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通割合	65.5%	2021	65.5%	2029
B	3	⑦	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト件数）	4,511件	2021	–	2029
B	3	⑧	心疾患（高血圧性を除く）の退院患者平均在院日数	14.9日	2020	14.9日	2029
B	3	⑨	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	5.9日	2020	5.9日	2029
B	4	①	心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）届出施設数	21施設	2023	21施設以上	2029
B	4	②	心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数	*	2021	現状より増加 (除秘匿データ)	2029
B	4	③	外来心血管リハビリテーションの実施件数（レセプト件数）	3,946件	2021	–	2029
B	4	④	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数（レセプト件数）	*	2021	現状より増加	2029
B	5	①	心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数（レセプト件数）【再掲】	*	2021	現状より増加 (除秘匿データ)	2029
B	5	②	外来心血管リハビリテーションの実施件数（レセプト件数）【再掲】	3,946件	2021	–	2029

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
C	1	①	心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（男）※	203.8	2020	全国平均以下	2029
C	1	②	心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（女）※	117.6	2020	全国平均以下	2029
C	1	③	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）※	52.8	2020	52.8以下	2029
C	1	④	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）※	22.1	2020	22.1以下	2029
C	1	⑤	心不全の年齢調整死亡率（男）※	68.0	2020	68.0以下	2029
C	1	⑥	心不全の年齢調整死亡率（女）※	50.8	2020	全国平均以下	2029
C	1	⑦	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（男）※	19.0	2020	全国平均以下	2029
C	1	⑧	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（女）※	12.1	2020	全国平均以下	2029
C	2	①	健康寿命（男）	73.41年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②73.57年以上	2028
C	2	②	健康寿命（女）	75.80年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②76.70年以上	2028
C	2	③	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	94.5%	2020	94.5%	2029
C	2	④	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	74.3%	2020	74.3%以上	2029

※：人口10万対換算

＊：１～９の件数の医療圏がある場合、県全体の数値も「＊」で秘匿

－：目標欄に「－」と記載している指標は、目標値の設定はせず、実態を把握するための指標

（余白）

4　糖尿病の医療連携体制構築の取組

◆　糖尿病の発症予防を推進するため、適切な生活習慣や糖尿病に関する知識の普及と特定健康診査等の実施の支援に取り組みます。
◆　糖尿病の治療・重症化予防を推進するため、生活習慣等の指導の実施、良好な血糖コントロールを目指した治療に取り組みます。
◆　医療連携体制の構築や専門職種によるチーム医療を推進し、妊娠糖尿病等専門的な治療や、急性合併症の治療に取り組みます。
◆　慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防が可能な体制構築を図ります。
◆　他疾患の治療のため、入院中の患者の血糖管理を行える体制構築を図ります。
◆　糖尿病であっても健康な方と同様の生活ができるよう、受療の確保等を行い医療機関の体制構築を図ります。

概況

（１） 糖尿病とは

糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾群です。

糖尿病は、主に、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする１型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満等の環境因子及び加齢が加わり発症する２型糖尿病に大別されます。

（２） 糖尿病有病者等の数

厚生労働省「国民健康・栄養調査（2019（令和元）年）」によると、全国の「糖尿病が強く疑われる者」（糖尿病有病者）は約 1,000 万人で、20 歳以上の人口に占める割合は男性が 19.7%、女性が 10.8%となっています。また、「糖尿病の可能性が否定できない者」（糖尿病予備群）も約 1,000 万人、人口割合（20 歳以上）は男性が 12.4%、女性が 12.9%となっています。

県「県民健康・栄養調査（2022（令和４）年）によると、本県の「糖尿病が強く疑われる者」の人口割合（20 歳以上）は男性が 24.2%、女性が 4.7%で、「糖尿病の可能性が否定できない者」の人口割合（20 歳以上）は、男性が 4.4%、女性が 8.3%となっています。

（３） 死亡数

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和３）年）」によると、本県の糖尿病を直接死亡原因とした死亡数は 242 人であり、死亡数全体の約 1.6%を占めています。

また、厚生労働省「人口動態統計特殊報告 2020（令和２）年）」によると、本県の糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率（人口 10 万対）は男性 17.5（全国 13.9）、女性 8.1（全国 6.9）で、いずれも全国を上回っています。

（４） 地域における連携

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

１　予防

現状と課題

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

（１） 発症予防

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

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和 3）年）によると、本県の特定健康診査の受診率は 55.9%（全国 56.2%）、特定保健指導の実施率は 19.7%（全国 24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

また、県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、糖尿病予備群への対応（食事・生活指導等）を実施している医療機関は 88 病院、532 診療所となっています。

（２） 早期発見

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

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導について（2021（令和３）年）」によると、本県の特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療薬服用者割合は 1.7%であり、全国（1.5%）をやや上回っています。

（３） 生涯を通じた健康管理

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

求められる医療機能（関係機関の役割）

（１）目標

- 生活習慣の改善等により糖尿病発症リスクを低減させること
- 特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施すること

（２）関係者に求められる事項

- 適切な食生活、過度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させる取組を実施すること
- 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと
- 国民や患者に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと
- 保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること
- 健診受診後に受動勧奨値を超える者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること
- 県糖尿病対策推進会議等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること

（医療機関）

- 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと

（３）関係者の例

- 群馬県、市町村及び保険者等
- 病院又は診療所

具体的施策

（１）糖尿病の知識の普及

- 糖尿病は生活習慣と密接に関係する疾病であるため、「群馬県健康増進計画（元気県ぐんま２１（第３次））」に基づき、栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善について健康教育を推進します。
- 糖尿病の発症予防には、日頃から自分の健康状態を把握し、必要に応じ早期に食生活や運動などの生活習慣を改善することが重要であることから、各関係機関と連携して糖尿病に関する講演会や相談会等を県民に向けて開催し、糖尿病発症予防に関する知識の普及啓発に取り組みます。

（２）特定健康診査・特定保健指導等の効果的な実施の支援

- 保険者や事業所等と連携し、特定健康診査や職場における定期健康診断等の受診率向上を図り、肥満などの危険因子を有する糖尿病予備群に対して生活改善の個別指導や健康教育プログラムの提供を行うなど健康管理を支援します。あわせて、保健医療従事者への人材育成に取り組みます。

- 健診を受診しやすい環境整備（夜間健診・休日健診）や、健診未受診者への受診勧奨の取組を進めます。

（３）地域特性に基づく対策の推進

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

【主な事業例】

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

２　初期・安定期治療

現状と課題

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

（１） 糖尿病患者の受療動向

ア　県「患者調査（2021（令和３）年）」によると、本県における糖尿病患者の圏域間の受療動向は、おおむね二．五次保健医療圏内で完結する傾向にあります。

なお、患者流出に関しては、渋川保健医療圏において流出率が 43.5%と最も大きく、隣接する前橋保健医療圏への流出率（26.1%）が高くなっています。

一方、患者流入に関しては、吾妻健医療圏において流入率が 37.5%と最も大きく、特に県外からの流入率（25.0%）が高くなっています。

患者流出・流入率（内分泌、栄養及び代謝疾患）

住所地	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
流出率	14.8%	43.5%	15.4%	16.9%	0.0%	28.6%	37.5%	4.0%	6.4%	7.2%
流入率	34.3%	23.5%	20.0%	14.5%	25.0%	16.7%	37.5%	11.1%	12.0%	14.7%

〔資料〕県「患者調査（2021 年）」

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

厚生労働省「患者調査（2020（令和 2）年）」によると、糖尿病の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は、全国が 170 に対し、本県は 184 とやや高くなっています。

また、県「県民健康・栄養調査（2022（令和４）年度）」によると、「医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある」と回答した人のうち、現在、糖尿病の治療の有無に「有」（治療を受けている）と回答した人の割合は 70.5%となっています。

なお、糖尿病の年齢調整入院受療率（人口 10 万対）は、全国が 12 に対し、本県は 12 と同様になっています。

（２） 医療提供体制の状況

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

イ　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和２）年）」によると、主たる診療科別にみた県内の糖尿病内科（代謝内科）の医師数は 68 人、人口 10 万対では 3.5 人であり、全国 4.5 人と比べて少ない状況にあるとともに、圏域間の偏在がみられます。

糖尿病内科（代謝内科）の医師数

二.五次保健医療圏	全国	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
医師数	5,630	68	42	16	37	2	8
人口10万対	4.5	3.5	2.2	0.8	1.9	0.1	0.4

注）二. 五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020 年）

上記以外の医師数

二.五次保健医療圏	全国	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
日本糖尿病学会　専門医	6,775	93	47	30	41	1	15
人口10万対	5.4	4.8	2.4	1.6	2.1	0.1	0.8
日本糖尿病協会　療養指導医	2,579	34	11	23	6	0	0
人口10万対	2.1	1.8	0.6	1.2	0.3	0.0	0.0
日本糖尿病協会　登録医	1,236	35	15	8	11	3	7
人口10万対	1.0	1.8	0.8	0.4	0.6	0.2	0.4
日本糖尿病協会　歯科医師登録医	2,330	60	25	7	17	10	14
人口10万対	1.9	3.1	1.3	0.4	0.9	0.5	0.7

注）二. 五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕（一社）日本糖尿病学会ホームページ（2023 年 8 月現在）
（公社）日本糖尿病協会ホームページ（2023 年 4 月現在）

ウ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、糖尿病の初期・安定期治療が可能な医療機関（※１）は、71 病院、188 診療所となっています。また、患者に合併症予防の重要性について説明するなど、治療中断しないよう働きかけを実施している医療機関は、92 病院、587 診療所となっています。定期的に糖尿病教室を開催している医療機関は、19 病院、19 診療所となっています。

初期・安定期治療が可能な医療機関数

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	71	20	26	26	7	19
診療所	188	77	57	61	4	60

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

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

（※１）以下のすべての項目を満たした医療機関

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

（３）ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳・地域連携クリティカルパス

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

イ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関は、33 病院、234 診療所となっています。

ウ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、地域連携クリティカルパス導入医療機関は、13 病院、78 診療所となっています。

（４）歯科医師・歯科医療機関との連携

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

イ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、外来の糖尿病患者に対する専門的な口腔ケアを実施している歯科医療機関は 218 施設、現在は実施していないが実施が可能な歯科医療機関は 204 施設となっています。

（５）眼科医師との連携

糖尿病の合併症の一つに糖尿病網膜症があります。糖尿病網膜症はその進行に応じて視力の低下を来し、患者の生活の質に大きな影響を与えるおそれがあり、定期的に眼科医師との連携を図っていくことが重要です。

（６）薬剤師・薬局の役割

ア　糖尿病の治療継続や重症化の防止のため、患者が薬物治療について正しく理解して服用等を行うことが重要となります。かかりつけ薬剤師・薬局の機能として、各医療

機関が処方する薬のチェックを行い、服薬指導することがより一層重要となっています。

イ　県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、かかりつけ薬剤師・薬局を決めている県民は 41.3%で、2016（平成 28）年（47.8%）と比べて減少しています。

（7） 低血糖・シックデイ対応

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

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

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

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

求められる医療機能

（１）目標

- 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
- 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 糖尿病の診断及び生活習慣の教育指導が可能であること
- ＨｂＡ１ｃ、75ｇＯＧＴＴ等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
- 外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること
- 高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと
- 低血糖及びシックデイの対応が可能であること
- 糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと
- 関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて適切に専門医療機関を紹介すること
- 専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応

等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと

- 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること
- 県糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること
- 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていること
- 血管障害や感染症など関連する各専門診療科とも連携を行っていること
- 糖尿病に関する専門的な講演会等に治療を担当する医師が出席し、糖尿病治療に関する最新の情報を入手していること
- 歯周病菌と糖尿病との因果関係が指摘されているため、歯科医療機関による口腔ケアのサポートを受けること
- 在宅療養をサポートするため医療機関と薬局が連携していること
- 栄養・食生活指導を実施するため、医療機関と管理栄養士・栄養ケア・ステーションの連携が可能であること

（３）医療機関等の例

- 病院又は診療所

具体的施策

（１） 医療連携体制の構築

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

（２） 歯科医療機関・薬局との連携

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

（３） 治療中断の防止

- 糖尿病治療の中断防止を図るため、継続的な受診や治療の必要性について、引き続き県民への啓発に取り組みます。
- 地域での連携、各医療機関の連携、講演会等を通じ、かかりつけ医や看護師へ必要な情報提供を行い、治療中断の防止へ体制構築を図ります。
- かかりつけ医や看護師による患者やその家族への指導を促進します。

【主な事業例】

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

３　専門治療

現状と課題

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

（１）専門的な治療の医療提供体制の状況

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

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

ウ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、糖尿病の専門的な治療に対応可能な医療機関（※２）は、20 病院、2 診療所となっています。

具体的には、専任スタッフを配置し、糖尿病専門外来を実施している医療機関は、37 病院、37 診療所あります。プログラムに従った糖尿病教育入院を実施している医療機関は、37 病院、2 診療所あります。地域において、糖尿病に関する病診連携を積極的に実施している医療機関は、32 病院、84 診療所あります。

専門治療に対応可能な医療機関数

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	20	6	8	6	2	3
診療所	2	1	0	1	1	0

注）二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

（※２）以下のすべての項目を満たした医療機関

① 専任スタッフを配置し、糖尿病専門外来を実施していること

② プログラムに従った糖尿病教育入院を実施していること

③ 地域において糖尿病に関する病診連携に積極的に取り組んでいること

エ　日本糖尿病療養指導士認定機構によると、医師の指示下で患者に適切な療養指導を行う日本糖尿病療養指導士（ＣＤＥＪ）は、県内に 322 人います（2021（令和３）年現在）。

　また、日本看護協会によると、糖尿病について高い看護実践ができる糖尿病看護認定看護師は、県内に 12 人います（2022（令和４）年 12 月現在）。

オ　群馬県糖尿病療養指導士認定機構によると、群馬県における糖尿病教育の正しい知識と技術の普及・啓発を図り、医師の指示下で熟練した療養指導を行う群馬県糖尿病療養指導士（G-ＣＤＥＬ）は、319 人います（2023（令和５）年６月現在）。

（２） 退院患者の平均在院日数

厚生労働省「患者調査（2021（令和３）年）」によると、本県の糖尿病患者の退院患者の平均在院日数は 17.2 日で、全国（30.1 日）と比べ、大きく下回っています。

求められる医療機能

（１）目標

- 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること
- １型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 75ｇＯＧＴＴ、ＨｂＡ１ｃ等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること
- 各専門職種のチームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療(心理問題を含む)が実施可能であること
- １型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること
- 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- 定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと
- 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること
- 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること
- 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていること

（３）医療機関の例

- 糖尿病内科を有する病院又は診療所

具体的施策

（１）かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進

- ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳・地域連携クリティカルパス等の活用により、かかりつけ医や専門的な医療機関等の連携強化を促進します。

（２）医療従事者の育成

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

【主な事業例】

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

４　急性合併症治療

現状と課題

生命に危険が及ぶ急性合併症を発症した場合、専門の治療が必要となるため、対応可能な医療体制の充実が課題となっています。

【急性合併症とは】

・高血糖による急性合併症

感染症や脱水、治療の中断や糖類の過剰摂取などがきっかけとなって、時に異常な高血糖を来たすことがあります。これは、適切に治療を行わなければ生命を脅かす急性合併症です。高血糖の急性合併症には、糖尿病ケトアシドーシスと、高浸透圧高血糖症候群があります。こうした急性合併症が起きた場合はすぐに治療をする必要があります。また、高血糖を起こさないように予防をすることが大切です。

・低血糖による急性合併症

低血糖とは、糖尿病を薬で治療している方に高い頻度でみられる緊急の状態です。低血糖の時には、その値に応じて、からだに様々な低血糖症状が現れます。血糖値がおよそ 70mg/dL 以下になると、「交感神経症状」が現れます。さらに血糖値が下がり 50mg/dL 程度になると、「中枢神経症状」が現れます。そして血糖値が 50mg/dL よりも低くなると、昏睡など意識のない危険な状態（重症低血糖）になってしまうことがあります。これは大変深刻な状態で、命に危険が及ぶことがあるので、直ちに対応をしなければなりません。

（１）医療提供体制の状況

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

イ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関（※３）は、16 施設となっています。

糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	16	5	7	6	1	1

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

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

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

①　糖尿病合併症患者の受入れが可能であること

②　常時、糖尿病代謝失調（ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、重症低血糖）に対応できること

③　糖尿病患者の夜間における救急搬送が受入れ可能であること

④　糖尿病患者の救急搬送受入れの相当数の実績があること

ウ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、直近１年間の糖尿病患者の救急搬送受入を行った医療機関は 42 施設で、このうち 31 施設が休日や夜間の受入に対応しています。

求められる医療機能

（１）目標

- 糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が２４時間実施可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

（３）医療機関の例

- 糖尿病内科を有する病院又は有床診療所

具体的施策

（１）かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進〔再掲〕

- ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳・地域連携クリティカルパス等の活用により、かかりつけ医や専門的な医療機関等の連携強化を促進します。

（２）医療従事者の育成〔再掲〕

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

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

５　慢性合併症治療

現状と課題

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

（１）糖尿病性腎症

ア　日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県における慢性透析患者数は、2021（令和 3）年は 6,367 人（2020（令和 2）年 6,258 人、2019（令和元）年 6,217 人）で、横ばいの状態となっています。

イ　日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県における 2021（令和 3）年の、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（人口 10 万対）は 16.8 人で、全国（12.2 人）と比べ、高くなっています。また、本県における 2021（令和 3）年の新規透析導入患者数のうち、原疾患が糖尿病性腎症である割合は 44.4%で、全国（40.2%）をやや上回っています。

ウ　県「統合型医療情報システム（2023（令和５）年９月）」によると、人工透析を実施している医療機関は、42 病院、40 診療所となっています。

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

県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、透析予防外来を実施している医療機関は、13 病院、16 診療所となっています。

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

（２）糖尿病網膜症

県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、糖尿病網膜症のレーザー治療を実施している医療機関は、23 病院、20 診療所あり、硝子体手術を実施している医療機関は、12 病院、１診療所となっています。

（３） 糖尿病足病変

県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、糖尿病足病変（壊疽）の治療に対応できる医療機関は、49 病院、51 診療所あり、フットケアを実施している医療機関は、43 病院、83 診療所となっています。

（４） その他の疾患との関連

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

求められる医療機能

（１）目標

- 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること
- 糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導実施すること

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 糖尿病の慢性合併症（糖尿病性腎症、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害、歯周病等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）
- 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること
- 糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること
- 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

（３）医療機関の例

- 糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を有する病院又は診療所

具体的施策

（１）慢性腎臓病対策の推進

- 糖尿病との関連の深い慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策を図るため、県民公開講座等による普及啓発、保健医療連携体制の構築に向けた検討、保健医療従事者の人材育成・資質向上対策を実施します。

- 重症化予防のため、かかりつけ医と透析予防外来等を実施する医療機関や腎臓内科の専門医等との連携、かかりつけ医による尿中アルブミン検査等を通じた早期診断を促進し、新規透析導入患者を減らすよう取り組みます。

【慢性腎臓病（ＣＫＤ）とは】

ＣＫＤとは、腎臓の働きが健康な人の 60%未満に低下するか、あるいはたんぱく尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいいます。

進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。ＣＫＤの初期は、自覚症状がありません。早期発見のために、定期的な健康診断を受けることが重要です。ＣＫＤの発症には、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病が深く関係しているため、バランスのよい食事や運動などすることで予防していくことが大切です。

（２）糖尿病合併症に対する健康教育の推進

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

（３）医療連携体制の構築

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

【主な事業例】

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

６　他疾患治療中の血糖管理

現状と課題

各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた血糖管理が課題となっています。糖尿病の初期・安定期治療・専門的治療・急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と情報共有するなどの連携が重要です。

（１）医療提供体制の状況〔再掲〕

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

イ　厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和２）年）」によると、主たる診療科別にみた県内の糖尿病内科（代謝内科）の医師数は 68 人、人口 10 万対では 3.5 人であり、全国 4.5 人と比べて少ない状況にあるとともに、圏域間の偏在がみられます。

糖尿病内科（代謝内科）の医師数

二.五次保健医療圏	全国	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
医師数	5,630	68	42	16	37	2	8
人口10万対	4.5	3.5	2.2	0.8	1.9	0.1	0.4

注）二．五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2020 年）

上記以外の医師数

二.五次保健医療圏	全国	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
日本糖尿病学会　専門医	6,775	93	47	30	41	1	15
人口10万対	5.4	4.8	2.4	1.6	2.1	0.1	0.8
日本糖尿病協会　療養指導医	2,579	34	11	23	6	0	0
人口10万対	2.1	1.8	0.6	1.2	0.3	0.0	0.0
日本糖尿病協会　登録医	1,236	35	15	8	11	3	7
人口10万対	1.0	1.8	0.8	0.4	0.6	0.2	0.4
日本糖尿病協会　歯科医師登録医	2,330	60	25	7	17	10	14
人口10万対	1.9	3.1	1.3	0.4	0.9	0.5	0.7

注）二．五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕（一社）日本糖尿病学会ホームページ（2023 年 8 月現在）
（公社）日本糖尿病協会ホームページ（2023 年 4 月現在）

ウ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、他疾患治療中の血糖管理を実施できる医療機関数（※４）は、32 病院、61 診療所となっています。

他疾患治療中の血糖管理が対応可能な医療機関数

二.五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	32	10	12	10	2	7
診療所	61	25	15	17	2	19

注）二．五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。
〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

（※４）以下のすべての項目を満たした医療機関

① ＨｂＡ１ｃの実施及び評価ができること
② 75ｇＯＧＴＴの実施及び評価ができること
③ 食事療法、運動療法及び薬物療法等の血糖コントロールが実施できること
④ 地域において糖尿病に関する病診連携に積極的に取り組んでいること

（２）ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳・地域連携クリティカルパス〔再掲〕

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

イ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関は、33 病院、234 診療所となっています。

ウ　県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、地域連携クリティカルパス導入医療機関は、13 病院、78 診療所となっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと

（２）医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

- 75ｇＯＧＴＴ、ＨｂＡ１ｃ等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 専門的な経験を持つ医師を含め、各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な血糖管理が実施可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- 退院時に、住宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること

（３）医療機関の例

- 糖尿病内科を有する病院又は有床診療所

具体的施策

(1)　医療連携体制の構築〔再掲〕

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

(2)　医療従事者の育成〔再掲〕

- 教育入院等の集中的な治療を行うため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上を図ります。また、療養指導の高い技術力を持つ糖尿病療養指導士の活用を促進します。

- 糖尿病の療養指導における医療関係職種の役割分担とチーム医療を促進します。

【主な事業例】

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

７　感染症流行時への対応

現状と課題

感染流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備をつくることが課題となっています。多施設・多職種による発病予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備も重要となります。

（１）事前対応型行政の構築

感染症対策は、国内外における感染症に関する情報の収集、分析並びに県民及び医師等医療関係者への公表を適切に実施するための体制の整備、厚生労働省による感染症予防の総合的な推進を図るための基本的な指針、県感染症予防計画及び各種特定感染症予防指針に基づく取組を通じて、普段から感染症の発生及びまん延を防止していくことに重点を置いた事前対応型の行政として取り組んでいくことが重要です。保健所設置市、感染症指定医療機関、医師会等医療関係団体、消防機関その他の関係機関（高齢者施設等の関係団体等を含む。）で構成される群馬県感染症対策連携協議会を設置し、取組状況を毎年報告し、進捗確認を行うことで、平時より感染症の発生及びまん延を防止していくための取組を関係者が一体となってＰＤＣＡサイクルに基づく改善を図り、実施状況について検証します。

求められる医療機能

（１） 目標

- 感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めること
- 多施設・多職種による発病予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進めること

（２） 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じて連携していることが求められます。

- 在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制があること
- 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（2018（平成 30）年医政発 0330 第 46 号厚生労働省医政局長通知別紙）に沿って、オンライン診療による診療継続が可能な体制があること
- ＩＣＴの活用やＰＨＲ（パーソナル・ヘルス・レコード）の利活用が望ましい
- 一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者に、感染症指定医療機関でなくても医療を提供できることが望ましい

（３） 医療機関の例

- 病院又は診療所

具体的施策

（１） 医療を提供する体制の構築

新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症が発生した際の医療を提供する体制の確保に必要な措置を迅速かつ的確に講ずるため、関係機関と医療措置協定を締結します。

医療措置協定では、重症者や透析患者をはじめとする特に配慮が必要な患者の病床を確保するほか、自宅療養患者等への医療提供、後方支援を行う医療機関の確保等に係る目標を定め、地域の実情に応じて、医療提供体制の構築を図ります。

（２）関係機関と関係団体との連携促進

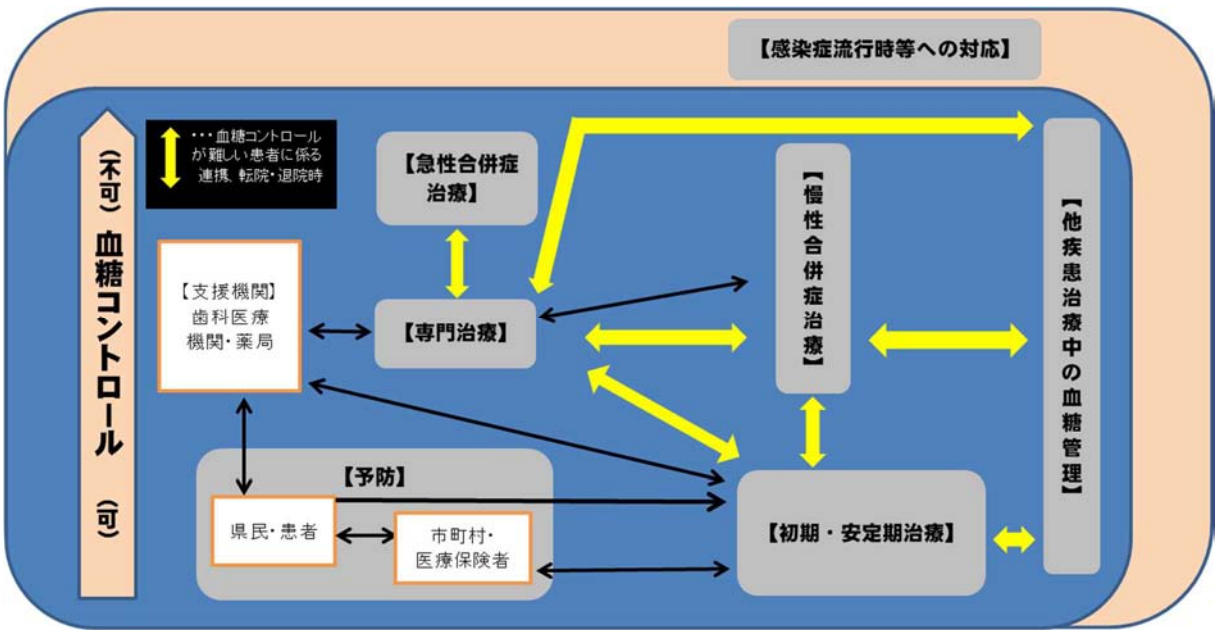
感染症流行時においても、切れ目なく適切な医療を提供する体制を確保するため、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体や医療機関との有機的な連携を図ります。

また、県感染対策連絡協議会の活動と連携するなど、平時から、医療機関のみならず、高齢者施設、障害者施設等の感染症対策のレベルアップを図ります。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、糖尿病病診連携推進事業、生活習慣病対策に係る人材育成研修会、群馬県感染症対策連携協議会、群馬県感染対策連絡協議会　等

８　糖尿病の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
予防	糖尿病の発症予防対策を強化することや、重症化する前に早期に糖尿病の診断につなげることが重要 ①日頃から適切な栄養・食生活、適度な運動習慣、節酒などを心がけることが重要 ⇒栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善について健康教育を推進することが必要 ②定期健康診断等を受診し、糖尿病が疑われれば、早期に適切な医療機関を受診することが重要 ③特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている ⇒健診後の保健指導を通じて医療機関への受診を勧奨することが必要 ④地域保健と職域保健が連携して生涯を通じた健康管理を支援することが重要	1	(1)糖尿病の知識の普及 (2)特定健康診査等の効果的な実施 (3)地域特性に基づく対策の推進
初期・安定期治療	治療中断者を減少させるとともに、適切な生活習慣に対する患者教育を行い、長期的に血糖コントロールを良好にすることが重要 ①自覚症状がなくても定期的な外来受診が必要 ②各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制の構築が必要 ③医療機関・行政機関・関係職種や団体が連携する体制を整備することが必要 ④低血糖やシックデイの症状や正しい知識を十分に身に付け、適切に対処できるようにしておくことが必要	2	(1)医療連携体制の構築 (2)歯科医療機関・薬局との連携 (3)治療中断の防止
専門治療	血糖コントロールが難しい患者に対しては、より専門的な治療により血糖コントロールを良好にすることが重要 ①かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが必要 ②各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制の構築が必要 ③教育入院等の集中的な治療を行うめには医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上が必要	3	(1)かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進 (2)医療従事者の育成
急性合併症治療	生命に危険が及ぶ急性合併症(高血糖又は低血糖等による意識障害等)に対応可能な医療体制の充実が重要 ①糖尿病昏睡等の急性合併症について、救急搬送及び24時間体制の専門医療機関での対応が必要		
慢性合併症治療	合併症の専門治療を行う医療体制の充実が重要 ①眼科・皮膚科等の専門医を有する医療機関や人工透析を実施する医療機関が相互に連携して必要な治療を実施することが必要 ②歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要	4	(1)慢性腎臓病対策の推進 (2)糖尿病合併症に対する健康教育の推進 (3)医療連携体制の構築
他疾患治療中の血糖管理	各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた血糖管理が重要 ①かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが必要 ②医療機関・行政機関・関係職種や団体が連携する体制を整備することが必要	5	(1)医療連携体制の構築 (2)医療従事者の育成

番号	B　目標	
1	①生活習慣の改善等により糖尿病発症リスクを低減させること ②特定健康診査・特定保健指導や検診後の受診勧奨を実施すること	
	目標値	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数
		特定健康診査の実施率
		特定保健指導の実施率
		特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合
		糖尿病有病者数
2	①糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること ②良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること	
	目標値	ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数
		地域連携クリティカルパス導入医療機関数
		治療継続者の割合の増加
		糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者1年当たり）
		重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）
		低血糖及びシックデイ時の対応ができる医療機関数
3	①血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること ②1型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を実施すること	
	目標値	教育入院を行う医療機関数
		1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数
		妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数
		退院患者平均在院日数（糖尿病）
		糖尿病患者の下肢切断の発生（糖尿病患者1年当たり）
4	糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること	
	目標値	糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数
		糖尿病患者の救急搬送の受け入れが可能な医療機関数
		24時間急性合併症の治療が対応可能な医療機関数
5	①糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること ②糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導実施すること	
	目標値	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数〔レセプト件数〕
		糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数
		糖尿病合併症管理料のレセプト件数
		眼底検査の実施割合
		治療が必要な糖尿病性網膜症の発生（糖尿病患者1年当たり）
		糖尿病入院患者に対する専門的な口腔ケアの実施可能な医療機関数
6	周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと	
	目標値	地域において、糖尿病に関する病診連携を実施している医療機関数
		ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数（再掲）
		地域連携クリティカルパス導入医療機関数（再掲）

番号	C　最終目標	
1	糖尿病による死亡が減少している	
	目標値	糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率（人口10万対）
		全死因の年齢調整死亡率（人口10万対）
2	糖尿病患者が日常生活の場で健康な方と同様の生活を送ることができる	
	目標値	健康寿命（男）
		健康寿命（女）

＊合併症も含めた糖尿病患者の年齢調整死亡率が確認できないため、糖尿病を直接原因とした年齢調整死亡率、全死因の年齢調整死亡率を記載

＊糖尿病患者のみの健康寿命が確認できないため、県民の健康寿命を記載

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	（該当者）83,081人 （予備群）60,088人	2021	（該当者）62,000人 （予備群）45,000人	2029
B	1	②	特定健康診査の実施率	55.9%	2021	70%	2029
B	1	③	特定保健指導の実施率	19.7%	2021	45%	2029
B	1	④	特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	16.5%	2021	27.2%	2029
B	1	⑤	糖尿病有病者数	91,000人	2021	109,000人	2029
B	2 6	① ②	ぐんまちゃん糖尿病支援手帳導入医療機関数	267機関	2022	320機関	2028
B	2 6	② ③	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	91機関	2022	95機関	2028
B	2	③	治療継続者の割合の増加	70.5%	2022	75%	2028
B	2	④	糖尿病治療を主にした入院の発生（ＤＫＡ・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者１年当たり）	222件	2021	213件	2029
B	2	⑤	重症低血糖の発生（糖尿病患者１年当たり）	0.68%	2021	0.60%	2029
B	2	⑥	低血糖及びシックデイ時の対応ができる医療機関数	510機関	2022	510機関	2028
B	3	①	教育入院を行う医療機関数	39機関	2022	45機関	2028
B	3	②	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	26機関	2021	30機関	2028
B	3	③	妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	19機関	2021	19機関	2029
B	3	④	退院患者平均在院日数（糖尿病）	17.2日	2021	17.2日	2029
B	3	⑤	糖尿病患者の下肢切断の発生（糖尿病患者１年当たり）	64件	2021	61件	2029
B	4	①	糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数	16機関	2022	16機関	2028
B	4	②	糖尿病患者の救急搬送の受け入れが可能な医療機関数	69機関	2022	69機関	2028
B	4	③	24時間急性合併症の治療が対応可能な医療機関数	41機関	2022	41機関	2028
B	5	①	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数〔レセプト件数〕	42,577件	2021	42,577件	2029
B	5	②	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	324人	2021	290人	2029
B	5	③	糖尿病合併症管理料のレセプト件数	5,193件	2021	5,193件	2029
B	5	④	眼底検査の実施割合	38.5%	2021	40%	2029
B	5	⑤	治療が必要な糖尿病性網膜症の発生（糖尿病患者１年当たり）	1.8%	2021	1.5%	2029
B	5	⑥	糖尿病入院患者に対する専門的な口腔ケアの実施可能な医療機関数	35機関	2022	35機関	2028
B	6	①	地域において、糖尿病に関する病診連携を実施している医療機関数	116機関	2022	150機関	2028

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
C	1	①	糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率（人口10万対）	（男）17.5 （女） 8.1	2020	（男）13.9 （女） 8.1	2029
C	1	②	全死因の年齢調整死亡率（人口10万対）	（男）1378.6 （女） 762.3	2020	（男）1328.7 （女） 722.1	2029
C	2	①	健康寿命（男）	73.41年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②73.57年以上	2028
C	2	②	健康寿命（女）	75.80年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②76.70年以上	2028

（空白）

5　精神疾患の医療連携体制構築の取組

◆ **精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制を構築します。**

(１)医療、障害福祉サービス、介護サービス、行政等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、人権に配慮され、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制の構築を進めます。

(２)精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備します。

概況

（１） 精神疾患の範囲

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

（２） 精神疾患に関する状況

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、精神疾患の患者数は増加傾向で推移しており、本県における精神疾患の患者総数は約10.5万人となっています。

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

本県の精神疾患の総患者数（推計値）　（単位：千人）

疾病分類	2011年	2014年	2017年	2020年
精神疾患（※）	79	80	58	105
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	14	15	9	20
気分［感情］障害（躁うつ病を含む）	24	27	11	27
血管性及び詳細不明の認知症	3	1	5	4
アルツハイマー病	10	12	12	16
てんかん	7	9	7	8
その他	21	16	14	30

※患者調査　「精神及び行動の障害」（精神遅滞除く）にアルツハイマー病及びてんかんの患者数を合算
2020 年から算出方法が変更となったため、2011 年～2017 年は補正後の数値

（資料）厚生労働省「患者調査」

本県の精神及び行動の障害による入院患者数（単位：千人）

疾病分類	2011年	2014年	2017年	2020年
精神及び行動の障害	4.6	4.4	4.2	4.0
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	3.1	3.1	2.9	2.8
気分［感情］障害（躁うつ病を含む）	0.4	0.4	0.4	0.4
神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.1	0.1	0.1	0.1

（資料）厚生労働省「患者調査」

（３） 精神疾患の医療体制

精神科医療提供体制の全般にわたる課題として、次のような課題があります。

①地域的な偏在があり、児童・思春期精神医療、依存症等の専門的な精神科医療では診断・治療を行う医療機関が限られている

②外来医療体制の整備・把握が十分でない

③初診時に受診まで時間がかかる

④総合病院における身体合併症への医療提供体制が十分でない

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

（４） 精神疾患のある人の人権や差別に関する問題

精神疾患のある人が安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、正しい理解等の普及啓発を通じた偏見や差別の解消が必要となっています。

また、精神科医療においては、医療・保護を図る上でやむを得ない措置として、措置入院や医療保護入院等の入院形態、入院中の隔離や身体的拘束等の行動制限が定められていますが、精神疾患のある人の権利擁護に対しては、特に慎重な取扱いや配慮が求められています。人権や差別の問題に適切に対応し精神科医療提供体制全体の質の向上を図るため、精神科医療を担う人材の育成と確保に係る体制整備も重要な課題となっています。

１　予防・アクセス

現状と課題

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があり、また重症になるほど病識が薄れることがあるため、適切な支援に結びつきにくいという特性があります。

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

そのため、早期の診断と適切な医療に結びつけることが重要となります。

（１） 本県における、精神保健福祉センター（こころの健康センター）、保健所及び市町村における精神保健相談実績は全国平均を下回っています。

こころの病気への正しい知識等に関する情報について、より一層の普及啓発を行うとともに、相談体制の充実と相談窓口の周知が必要となっています。精神疾患患者・精神障害者だけなく、精神疾患患者の家族、自然災害被災者、ヤングケアラーなど精神保健に課題を抱える者に対する相談支援体制の整備・拡充の必要性も増しています。

（２） 精神科を標榜する病院、診療所の地域的な偏在、精神科の外来医療体制の整備・把握が十分でない、一部の専門的な精神科医療を提供する医療機関が限られている、総合病

院における身体合併症への医療提供体制が十分でないなど、精神科医療提供の資源が不足しています。また、初診時に受診まで時間がかかる事例も多く見られます。

身近な地域で適切な精神科医療を提供できるよう精神科の医療機関及び医師の確保が重要な課題となっています。

（３） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、本県における、精神疾患の診療を行っていない医療機関で、連携のとれる精神科医がいる医療機関は約１割となっています。

かかりつけ医と精神科医との連携をさらに推進する必要があります。

（４） 多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

求められる医療機能

保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医療を受診できる機能

（１）目標

- 精神的に不調にある人がいつでも相談できる環境を整備すること
- 精神疾患で受診が必要となったとき、初診の患者が速やかに受診できる体制を整備すること
- 精神科医療機関と地域の保健・医療・福祉サービス等との連携を行うこと
- 多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること

（２）医療機関等に求められる機能

- 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、保健所、こころの健康センターや産業保健の関係機関の連携を進めること
- 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む）を提供すること
- 一般診療科医との連携を推進すること
- かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加すること

具体的施策

（１）普及啓発・相談体制の充実

- ストレスやこころの病、認知症に関する正しい知識と理解促進、差別解消に関する、より一層の普及啓発を行います。
- 誰もが相談できる相談体制の充実及び相談窓口の周知徹底、医療機関との連携を図ります。
- 精神障害者ピアサポーターをはじめとした地域の助け合い、支え合いの体制を整備します。

【主な事業例】

こころの県民講座(うつ病家族セミナー)、精神保健福祉普及運動、こころの健康相談、労働相談（メンタルヘルス相談）、アルコール問題対応力向上研修、認知症サポーター養成支援、認知症の人と家族のための電話相談設置、若年性認知症普及啓発研修会

（２）精神科医療提供体制・医師等の確保

- 保健・医療・福祉サービスの提供体制を確保します。
- 地域の精神科医療（外来医療、訪問診療を含む）の提供体制の把握、体制整備を進めます。
- 専門医療に対応できる人材を育成します。
- 認知症に関する適切な医療の提供体制を確保します。

【主な事業例】

依存症支援者研修、てんかん診療連携体制整備、精神科と他の診療科の連携を推進するための研修会（ＰＥＥＣコース研修）、認知症疾患医療センター運営等

（３）医療機関等の連携強化

- かかりつけ医と精神科医との連携を促進します。

【主な事業例】

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

（４）医療機関の医療機能の明確化

- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制を構築します。

２　治療・回復・社会復帰

現状と課題

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

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

（１） 精神科医療提供体制は、地域的な偏在があり、また、児童・思春期精神医療、アルコールや薬物などの依存症、難治性統合失調症に対する薬物治療、閉鎖循環式全身麻酔を

伴った精神科電気けいれん療法等の専門的な精神科医療については、診断や治療を行う医療機関は限られています。

入院治療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠となっています。

（２） 厚生労働省「精神保健福祉資料（６３０調査）」（2020（令和２）年）によると、「90 日時点の退院患者の割合」、「180 日時点の退院患者の割合」は全国平均を上回る一方、「365 日時点の退院患者の割合」は全国平均を下回っており、本県は長期入院患者が多い状況です。１年以上の長期入院患者の早期退院に向けた治療や積極的な退院支援が求められています。

（３） 多様な精神疾患に関する状況は次のとおりであり、精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

ア　統合失調症

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、本県における精神及び行動の障害による入院患者のうち、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が７割を占めています。

また、厚生労働省「精神保健福祉資料（2020（令和２）年）」によると、本県における入院患者のうち、１年以内に退院できなかった割合は 13.0%であり、統合失調症の特性を反映しています。

イ　うつ・躁うつ病

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、本県における患者数は 2011（平成 23）年の約 2.4 万人から 2020（令和２）年の約 2.7 万人に増加しています。

また、厚生労働省「2022（令和４）年中における自殺の状況」によると、本県における自殺の原因は健康問題が約５割と最も多く、健康問題の中でもうつ病が４割程度を占めています。

早期発見・早期治療のため、かかりつけ医等との連携が必要となっています。

ウ　児童・思春期精神疾患、摂食障害

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、本県の患者数は、約２万人となっています。

地域及び学校、児童相談所等の関係機関と連携した対策の構築、また、疾患に対応できる外来医療機関、入院医療機関、さらに総合病院の充実が必要となっています。

エ　依存症

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、全国のアルコール依存症患者数は 2014（平成 24）年の約 8.2 万人から 2020（令和２）年の約６万人に減少、アルコール以外の薬物による依存症患者数が 2014（平成 24）年の約 3.7 万人

から 2020（令和２）年の約 2.9 万人に減少しており、いずれも減少傾向にあります。

一方で県内の相談件数はやや増加傾向で推移しているため、アルコール、薬物、ギャンブル等依存症についての相談体制の充実及び相談窓口の周知、関係機関の連携が必要となっています。

オ　心的外傷後ストレス障害

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、全国の外傷後ストレス障害の患者数は約７千人となっており、増加傾向にあります。

被災・被害時及びその後の継続したこころのケアが必要となっています。

カ　認知症

認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれ、厚生労働科学研究推計結果（2014（平成 26）年度）をもとにした県介護高齢課の推計によると、本県では 2025（令和７）年には 11 万人以上（高齢者の５人に１人）になるとされています。

認知症サポート医は 2022（令和４）年度末現在 214 人養成されており、認知症の初期の段階から、適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、全市町村に設置されています。

認知症の専門的医療の提供と介護機関等との連携を目的とした認知症疾患医療センターは、14 か所（中核型：1、地域拠点型：10、連携型：3）で、県内全域に設置されています。

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

群馬県の認知症高齢者の推計値　（単位：万人）

	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年
各年齢の認知症有病率が一定の場合の推計	10.1	11.3	12.4	13.2
（高齢者人口に対する率%）	17.2%	19.0%	20.8%	22.0%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の推計	10.5	12.2	13.8	15.3
（高齢者人口に対する率%）	18.0%	20.6%	23.2%	25.4%

※群馬県の数値は、全国の出現率を準用

※65 歳以上人口は、2020（令和２）年は実績値（令和２年国勢調査）、2025（令和７）年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30 年３月推計）」による

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

（資料）「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学二宮教授）による速報値（2015（平成 27）年１月公表）

（４） 多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携推進のための医療体制を整備する必要があります。

（５） 訪問診療、訪問看護、デイケア、アウトリーチ（訪問支援）、症状悪化時等の緊急時の対応等の提供体制等、精神疾患患者等の地域生活を支える在宅医療、支援体制を充実する必要があります。

（６） 精神疾患のある人と家族を地域全体で支援する体制を構築する必要があります。

（７） 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、「医療観察法」という。）に基づく医療機関は、指定入院医療機関が１か所、指定通院医療機関が７か所（病院６か所、診療所１か所）あります。地域差がなく医療が受けられるよう、引き続き指定通院医療機関の整備、難治性統合失調症に対する薬物治療を普及していく必要があります。

求められる医療機能

精神疾患等の状態に応じて、外来医療や訪問診療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能

（１）目標

- 精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な精神科医療、保健医療サービス、福祉サービスを提供できる体制を確保すること
- 早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること
- 患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること
- 多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること
- 精神障害者の精神疾患の状態や特性に応じた精神病床の機能分化を進めること
- 入院医療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携を図ること
- 精神障害者の虐待防止、権利擁護の取組を推進すること
- 医療観察法の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を確保すること

（２）医療機関等に求められる事項

- 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供すること
- 必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること
- 精神科医、薬剤師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種のチームによる支援体制を構築すること
- 精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- 早期の退院に向けて、病状が安定するための服薬治療、精神科作業療法等の支援や相談支援事業者等との連携により、退院を支援すること
- 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を供すること

- 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健総合支援センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること
- 専門的な精神科医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行える体制を有し、専門領域ごとに必要な保健・福祉等の行政機関等と連携すること
- 専門的な精神科医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること
- 虐待防止を徹底するとともに、人権擁護の観点から、入院医療を最小限にするための取組、不適切な隔離・身体的拘束をゼロにする取組を実施すること
- 医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること

具体的施策

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

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築します。

【主な事業例】

医療介護連携調整実証（退院調整ルールの進行管理）事業、保健・医療・福祉関係者による協議の場

（２）長期入院患者の早期退院に向けた治療及び退院支援の提供

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

【主な事業例】

精神障害者ピアサポート活用事業、精神障害者地域移行普及啓発研修、家族教室　等

（３）医療機関の医療機能の明確化

- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制を構築します。

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

- 各精神疾患に対応できる専門職の養成や医療体制の整備を図ります。

【主な事業例】

精神科看護研修会、認知症看護認定看護師研修支援

（５）在宅医療、支援体制の充実

- 障害福祉サービスを充実します。
- 家族会等の活動支援、各種研修の実施等地域の支援体制を充実します。
- 自立支援医療（精神通院医療）制度の適正な運用を図ります。

【主な事業例】

障害福祉サービスの整備推進・運営指導、障害福祉サービス従事者を対象とした各種研修、強度行動障害者総合支援、自立支援医療（精神通院医療）制度運用、自立支援医療機関の指導　等

（６）精神疾患のある人と家族を地域全体で支援する体制の構築

- 地域における支援体制を構築します。

【主な事業例】

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

（７）虐待防止、権利擁護の取組の推進

- 精神保健福祉法等の改正に対応した、虐待防止の徹底を図ります。
- 入院医療を最小限にするための取組、不適切な隔離・身体的拘束をゼロにする取組を推進します。

【主な事業例】

精神科病院実施指導・実地審査、虐待通報窓口の体制整備・周知、精神科病院虐待防止取組支援

（８）医療観察法指定通院医療機関の確保

- 医療観察法に基づく指定通院医療機関の整備を図ります。

３　精神科救急

現状と課題

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

（１） 本県における精神科救急医療施設の状況は次のとおりです。

精神科救急医療施設の状況（精神保健福祉法に基づく指定等の状況）

区分	施設数	内容
県立病院・国立病院	2 か所	措置入院患者の受入れができる
指定病院	14 か所	
応急入院指定病院	2 か所	応急入院ができる （家族等からの同意が得られない場合でも指定医の診察により 72 時間に限り入院ができる）
特例措置を採ることができる応急入院指定病院	5 か所	応急入院ができる （家族等からの同意が得られない場合でも指定医の診察により 72 時間に限り入院ができる／特定医師の診察により 12 時間に限り応急入院ができる）
特定病院	5 か所	特定医師の診察により任意入院者を 12 時間に限り退院制限できる／特定医師の診察により 12 時間に限り医療保護入院させることができる

※複数の区分に重複して指定されている場合もあります。

（２） 本県における自傷他害のおそれにより警察署に保護され、その行為の背景に精神疾患が疑われる場合に行われる通報等は精神科救急情報センターで一元的に対応しています。

2022（令和４）年の通報等の件数は 583 件であり、全国でも極めて高い水準にあります。時間帯に関わらず適切に対応できる精神科救急医療体制の体制整備・充実が求められています。また、精神科救急患者や患者家族が必要に迫られたときに迅速に受診できるよう、かかりつけ医をはじめとした地域の外来医療の体制整備・拡充が求められています。

精神科救急情報センター通報件数　（単位：件）

2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
393	495	444	403	500	547	582	658	583

（資料）県障害政策課調べ

（３） 本県の夜間、休日における精神科救急医療は、精神科救急医療施設 16 施設（基幹型１施設、病院群輪番型 15 施設）で対応しています。2022（令和４）年の診療件数 694 件、うち入院件数 467 件となっています。

精神科救急医療診療等件数

区分	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
診療件数	600	789	874	835	721	706	773	851	695
うち入院件数	301	423	470	440	383	407	418	491	468

（資料）県障害政策課調べ

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

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

求められる医療機能

精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む）が患者等の状態に応じて、速やかに救急医療等を提供できる機能

（１）目標

- ２４時間３６５日、精神科救急医療を提供できること

（２）医療機関に求められる事項

- 精神科救急患者の受入れが可能な設備を整備すること
- 地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
- 精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日も対応できる体制を有すること
- 地域の医療機関や、障害福祉・介護サービス、行政機関等と連携できること

具体的施策

（１）精神科救急体制の一層の充実

- 病院及び診療所、関係機関との連携による夜間等緊急時に対応できる体制を整備します。
- 外来医療の実態把握、情報共有、連携強化を進めます。
- 身体疾患を合併する精神疾患患者に対応できる医療体制を拡充します。

【主な事業例】

精神科救急医療システム連絡調整委員会、精神科救急情報センター事例検討会議、夜間休日精神科救急医療体制整備　等

（２）地域生活を支える体制の整備

- 外来医療の実態把握、情報共有、連携強化を進めます。
- 夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制を整備します。

【主な事業例】

精神科救急医療システム連絡調整委員会、精神科救急情報センター事例検討会議、夜間休日精神科救急医療体制整備　等

４　身体合併症対策

現状と課題

一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備、一般病院・総合病院の精神科医療提供体制の強化等が求められています。

（１） 身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療提供のため、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制を整備することが必要です。

（２） 幅広い患者に対して高度な専門医療を総合的に提供できる一般病院・総合病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実が課題となっています。

（３） 身体合併症患者に対する適切な精神科救急医療の提供も課題となっています。救命救急センターを有する病院の精神科医療をさらに充実する必要があります。

また、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、救急医療と精神科医療との連携を強化する必要があります。

求められる医療機能

身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療等を提供できる機能

（１）目標

- ２４時間３６５日、身体合併症を有する精神科救急患者に適切な救急医療を提供できること
- 専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、医療体制を確保すること

（２）医療機関に求められる事項

- 身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できること
- 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること
- 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム（精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等からなるチーム。）又は精神科医療機関の診療協力を有すること
- 総合病院においては、精神科医療との連携を強化すること
- 救急医療と精神科医療の連携を強化すること
- 地域の医療機関や、障害福祉・介護サービス、行政機関等と連携できること

具体的施策

（１）一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備

- 身体合併症対応施設をはじめとした一般の医療機関と精神科医療機関との連携体制を整備します。
- 一般病院、総合病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実を目指します。
- 救急医療と精神科医療の連携強化を図ります。

【主な事業例】

精神科救急医療システム連絡調整委員会検討部会、精神科救急情報センター事例検討会議、精神科と他の診療科の連携を推進するための研修会（ＰＥＥＣコース研修）、自殺未遂者相談支援事業（いのちの相談支援事業）、歯科医師、薬剤師、看護師及び病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修等

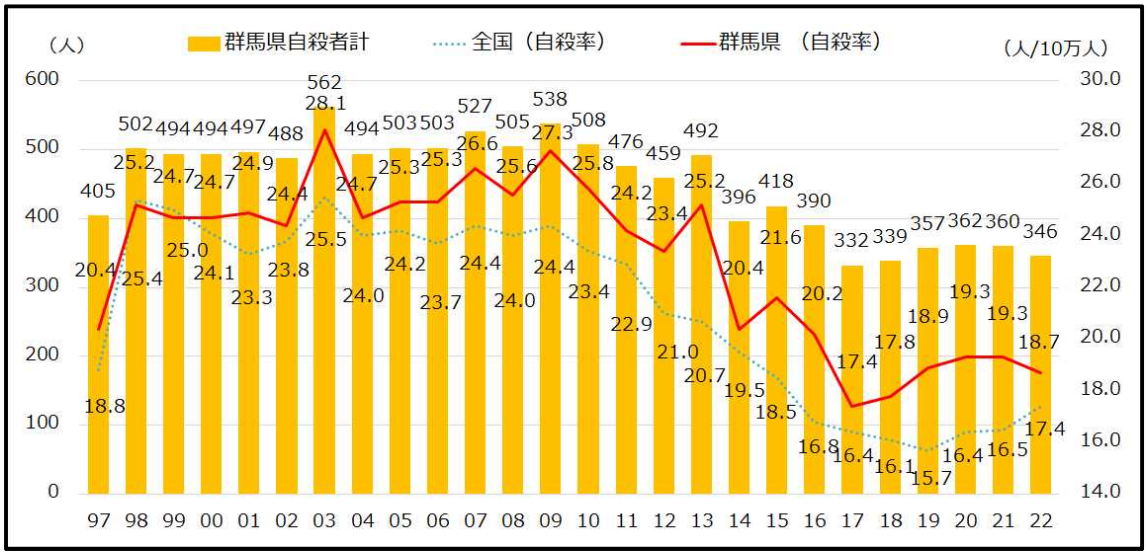
５　自殺対策

現状と課題

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県における自殺死亡率(人口 10 万人当たり自殺者数)は 18.7 であり、全国平均の 17.4 を上回っています。

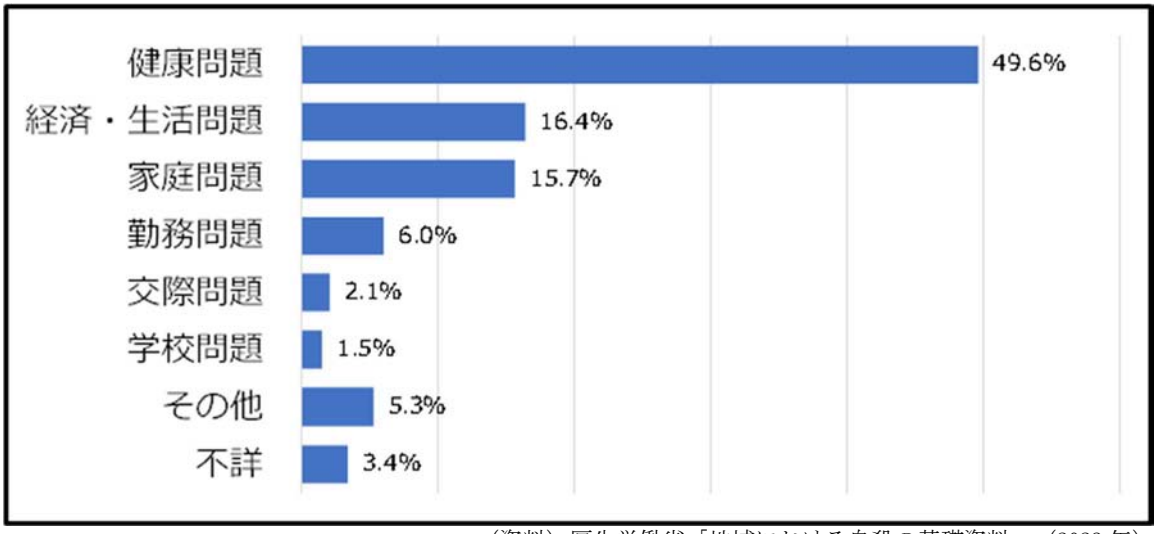
また、厚生労働省「2022（令和４）年中における自殺の状況」によると、自殺の原因・動機は健康問題が約５割と最も多く、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が広く関わっています。

群馬県と全国の自殺死亡率



（資料）厚生労働省「人口動態統計」

2022（令和４）年　原因・動機別の自殺者の状況（群馬県）



（資料）厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」（2023 年）

（１） 自殺の危険因子であるうつ病等の精神疾患について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた関係機関等のネットワークの構築が必要となっています。

（２） かかりつけ医等の精神疾患診断、治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備が必要となっています。

求められる医療機能

自殺の大きな危険因子であるうつ病等の精神疾患の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能

自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療を実施する機能

（１）目標

- 精神疾患を発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること
- かかりつけ医等による精神疾患の診断・治療技術の向上及び専門医へつなげる医療連携体制の整備を図ること

（２）医療機関に求められる事項

- かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加すること
- かかりつけ医をはじめとする地域の医療機関と連携していること
- 希死念慮のある患者や自殺未遂者に対応できること

具体的施策

（１）早期発見、早期治療の取組及び精神医療体制の充実や関係機関との連携

- 早期発見、早期治療の取組、精神科医療体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた関係機関等とのネットワークを構築します。
- 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、救急医療と精神科医療の連携体制を整備します。

【主な事業例】

自殺対策推進センターの設置、ゲートキーパー養成、こころの健康相談統一ダイヤル、自殺企図者・未遂者支援事業、自死遺族支援事業、精神科と他の診療科の連携を推進するための研修会（ＰＥＥＣコース研修）、自殺未遂者相談支援事業（いのちの相談支援事業）　等

（２）かかりつけ医等との連携

- かかりつけ医と精神科医との医療連携体制を整備します。

【主な事業例】

かかりつけ医うつ病対応力向上研修

６　災害精神医療

現状と課題

自然災害等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大します。このような災害の場合には、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療福祉体制との連携、各種関係機関等とのマネジメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援等が求められます。

（１） 2022（令和４）年度末時点で全国 46 都道府県において、ＤＰＡＴ先遣隊が整備されています。

ＤＰＡＴの整備及び災害発生時の迅速かつ適正な連絡調整等の体制整備が必要となっています。

【ＤＰＡＴ（災害派遣精神医療チーム）】

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

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

また、本県で災害が発生する事態を想定して、平時から、医療と行政が一体となって連携できる体制を整備する必要があります。

求められる医療機能

災害精神医療に対応できる専門職の養成や多職種・多施設の連携を推進する機能

（１）目標

- 災害発生時の迅速な連絡調整、被災者支援ができる体制を整備すること
- 災害精神医療に対応できる医療体制を整備すること

（２）医療機関に求められる事項

- 災害精神医療に対応できる専門職を養成すること
- 多職種・多施設との連携を推進すること
- 県内の災害発生を想定して、平時から、医療機関と行政の連携を推進すること

具体的施策

（１）災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の整備

- 災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の派遣体制を整備します。

【主な事業例】

ＤＰＡＴ運営委員会、ＤＰＡＴ隊員養成研修、ＤＰＡＴ先遣隊会議、ＤＰＡＴ先遣隊情報交換会　等

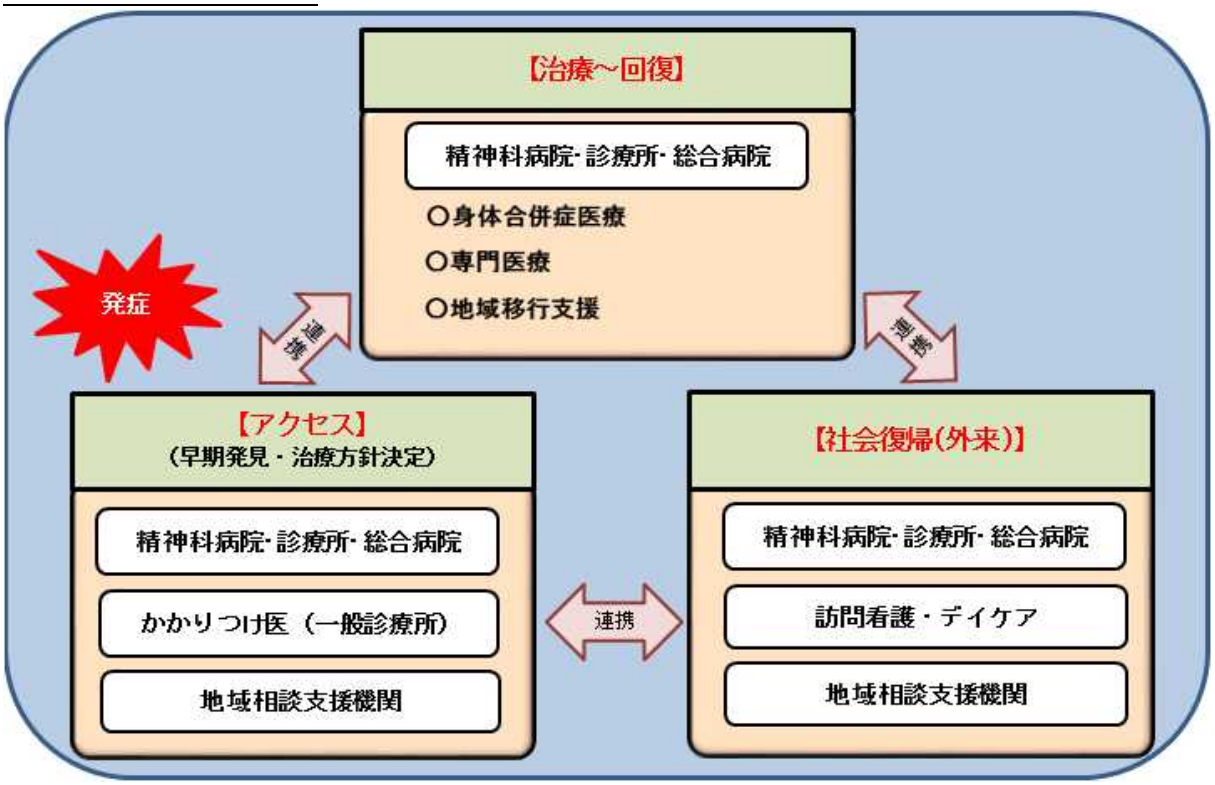
（２）災害時の医療連携体制の強化

- 災害時における精神疾患医療体制の確保を図ります。
- 災害精神医療の中核を担う災害拠点精神科病院を整備します。
- 災害精神医療に対応できる専門職の養成及び多職種・多施設連携の推進を図ります。
- 県内の災害発生を想定して、平時から、医療機関、行政等との連携体制を整備します。

【主な事業例】

ＤＰＡＴ運営委員会、災害拠点精神科病院の整備　等

精神疾患の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
予防・アクセス	精神疾患は、早期の診断と適切な医療に結びつけることが重要。 ①精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健相談実績は全国平均を下回る。 →こころの病気、相談窓口の普及啓発、相談体制の充実が必要。 →精神保健に課題を抱える者に対する相談支援体制の整備・拡充の必要性も増している。 ②精神科医療提供の資源が不足。 →身近な地域で適切な精神科医療の提供のため精神科の医療機関・医師の確保が課題。 ③精神疾患の診療を行っていない医療機関で、連携のとれる精神科医がいる医療機関は約1割。 →かかりつけ医と精神科医との連携をさらに推進する必要がある。 ④多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。	1	(1)普及啓発・相談体制の充実 (2)精神科医療提供体制・医師等の確保 (3)医療機関等の連携強化 (4)医療機関の医療機能の明確化
治療・回復・社会復帰	精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。地域の実情に応じた医療・行政・関係機関との機能分担、連携による総合的な支援が必要。 ①地域的な偏在がある。専門的な精神科医療は、診断や治療を行う医療機関は限られている。 →医療提供体制の充実、保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠。 ②本県は長期入院患者が多い。 →長期入院患者の早期退院に向けた治療、積極的な退院支援の提供が求められている。 ③多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。 ④多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成、多職種連携・多施設連携推進のための医療体制を整備する必要がある。 ⑤訪問診療、訪問看護、アウトリーチ(訪問支援)等、地域生活を支える在宅医療、支援体制を充実する必要がある。 ⑥精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制を構築する必要がある。 ⑦医療観察法に基づく医療機関は指定入院医療機関：1か所、指定通院医療機関：7か所。 →指定通院医療機関の整備、難治性統合失調症に対する薬物治療を普及していく必要がある。	2	(1)各領域の専門医療を提供する医療機関と行政機関、関係機関との重層的な連携推進 (2)長期入院患者の早期退院に向けた治療及び退院支援の提供 (3)医療機関の医療機能の明確化 (4)多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携推進のための医療体制の整備 (5)在宅医療、支援体制の充実 (6)精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制の構築 (7)虐待防止、権利擁護の取組の推進 (8)医療観察法指定通院医療機関の確保
精神科救急	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。 ①精神科救急医療施設の状況 県立病院・国立病院：2か所、指定病院：14か所、応急入院指定病院：2か所、 特例措置を採ることができる応急入院指定病院：5か所、特定病院：5か所 ②自傷他害のおそれのある警察官通報件数は全国でも極めて高い水準。 →時間帯に関わらず適切に対応できる体制、地域の外来医療の体制の整備・拡充が必要。 ③夜間・休日の精神科救急医療は、精神科救急医療施設16施設(基幹型、病院群輪番型)で対応。 ④地域での連携等により24時間対応できる体制を有する医療機関は1割強。 →夜間・休日の緊急時の対応・相談体制など、地域生活を支える体制の整備が課題。	3	(1)精神科救急体制の一層の充実 (2)地域生活を支える体制の整備
身体合併症対策	一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備、一般病院・総合病院の精神科医療提供体制の強化等が求められている。 ①身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療提供のため、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備が必要。 ②幅広い患者に対し、高度な専門医療を総合的に提供できる一般病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実が課題。 ③身体合併症患者に対する適切な精神科救急医療の提供が課題。自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、救急医療と精神科医療との連携強化が必要。	4	(1)一般の医療機関と精神科医療機関の診療体制の整備
自殺対策	本県の人口10万人当たり自殺者数(自殺死亡率)は18.7、全国平均17.4を上回る。 自殺の原因・動機は健康問題が最多、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が広く関わる。 ①早期発見、早期治療に結びつける取組、精神科医療体制の充実、地域の精神科医療機関を含めた関係機関等のネットワークの構築が必要。 ②かかりつけ医等の精神疾患診断、治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備が必要。	5	(1)早期発見、早期治療の取組及び精神医療体制の充実や関係機関との連携 (2)かかりつけ医等との連携
災害精神医療	自然災害等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大するため、災害時のこころのケアが必要とされる。 ①DPATの整備、災害発生時の迅速かつ適正な連絡調整等の体制整備が必要。 ②災害時における精神疾患医療体制確保のため、災害拠点精神科病院の整備が必要。 県内の災害発生を想定して、平時から医療・行政が一体となって連携できる体制の整備が必要。	6	(1)災害派遣精神医療チーム(DPAT)の整備 (2)災害時の医療連携体制の強化

番号	B　目標		番号	C　最終目標	
1	①精神的に不調のある人がいつでも相談できる環境を整備すること ②精神疾患で受診が必要となったとき、初診の患者が速やかに受診できる体制を整備すること ③精神科医療機関と地域の保健・医療・福祉サービス等との連携を進めること ④多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること				
	目標値	精神保健福祉の相談支援の実施件数 かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数 かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数 認知症サポート医養成研修修了者数 県連携拠点医療機関を指定した疾患数	1	精神障害者が安心してその人らしい地域生活を送ることができる 医療・福祉・介護等のサービスを切れ目なく受けられる	
2	①精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な精神科医療、保健医療サービス、福祉サービスを提供できる体制を確保すること ②早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること ③患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること ④多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること ⑤精神障害者の精神疾患の状態や特性に応じた精神病床の機能分化を進めること ⑥入院医療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携を図ること ⑦精神障害者の虐待防止、権利擁護の取組を推進すること ⑧医療観察法の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を確保すること				
	目標値	県連携拠点医療機関を指定した疾患数		目標値	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数） 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率 精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率 精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率
3	24時間365日、精神科救急医療を提供できること				
	目標値	精神科救急医療機関数（基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））	2	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられる	
4	①24時間365日、身体合併症を有する精神科救急患者に適切な救急医療を提供できること ②専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、医療体制を確保すること				
	目標値	身体合併症対応施設（特例病床）		目標値	精神科救急医療機関数（基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））
5	①精神疾患を発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること ②かかりつけ医等による精神疾患の診断・治療技術の向上及び専門医へつなげる医療連携体制の整備を図ること		3	「誰も自殺に追い込まれることのない群馬県」を実現する	
	目標値	ゲートキーパー研修受講者数 かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数		目標値	自殺死亡率（人口10万対）
6	①災害発生時の迅速な連絡調整、被災者支援ができる体制を整備すること ②災害精神医療に対応できる医療体制を整備すること		4	平時から災害を念頭に置いた体制を整備する	
	目標値	災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数 災害拠点精神科病院の指定数		目標値	災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数 災害拠点精神科病院の指定数

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	精神保健福祉の相談支援の実施件数	32,942件	2021	33,330件	2029
B	1	②	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	906人	2022	1,326人	2029
B	1	③	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	943人	2022	1,200人	2026
B	1	④	認知症サポート医養成研修修了者数	214人	2022	265人	2026
B	1	⑤	県連携拠点医療機関を指定した疾患数	3疾患	2022	8疾患	2029
B	2		県連携拠点医療機関を指定した疾患数【再掲】	3疾患	2022	8疾患	2029
B	3		精神科救急医療機関数（基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））	17か所	2023	17か所	2029
B	4		身体合併症対応施設（特例病床）	1か所	2023	1か所	2029
B	5	①	ゲートキーパー研修受講者数	809人 (2019～2022累計3,102人)	2022	730人 (2024～2028累計3,650人)	2028
B	5	②	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数【再掲】	906人	2022	1,326人	2029
B	6	①	災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）登録医療機関数	13か所	2022	16か所	2029
B	6	②	災害拠点精神科病院の指定数	0か所	2022	2か所	2029
C	1	①	精神障害者の精神病床から退院後１年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）	324.8日	2020	325.3日	2026
C	1	②	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	107.7日	2020	96.5日	2026
C	1	③	精神病床における入院後３ヶ月時点の退院率	63.9%	2020	68.9%	2026
C	1	④	精神病床における入院後６ヶ月時点の退院率	80.1%	2020	84.5%	2026
C	1	⑤	精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	87.0%	2020	91.0%	2026
C	2		精神科救急医療機関数（基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））【再掲】	17か所	2023	17か所	2029
C	3		自殺死亡率（人口10万対）	18.7	2022	14.9	2028
C	4	①	災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）登録医療機関数【再掲】	13か所	2022	16か所	2029
C	4	②	災害拠点精神科病院の指定数【再掲】	0か所	2022	2か所	2029

6　救急医療の医療連携体制構築の取組

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

【メディカルコントロール体制とは】

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

【統合型医療情報システムとは】

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

概況

（１） 救急搬送人員

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

（２） 重症患者の動向

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

（３） 県民の意識

- 県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」では、県民が不足していると考える医療分野として「救急医療」が 34.9%と最も回答が多くなっており、救急医療体制の充実が求められています。

１　救護

現状と課題

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

（１） 県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の設置

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

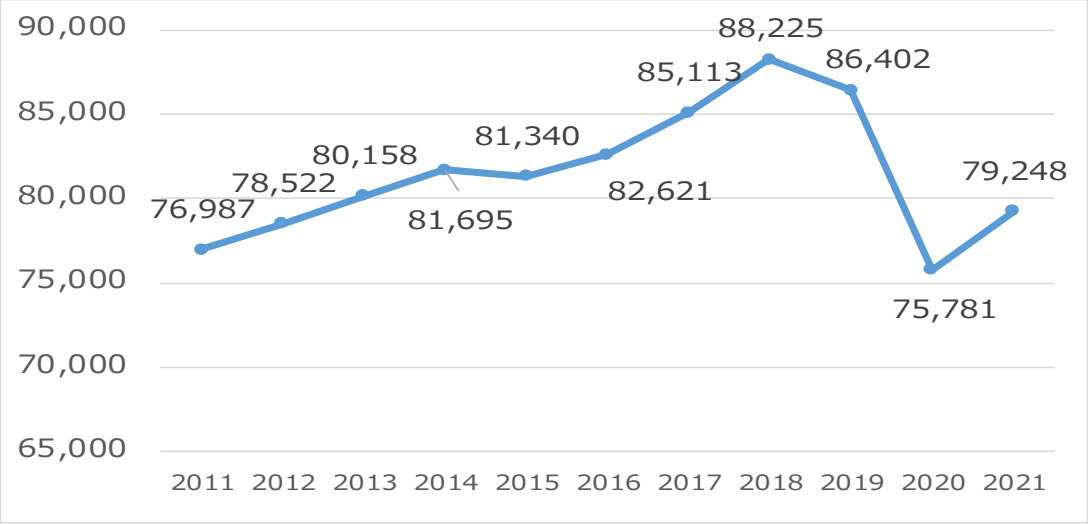
これにより、本県における一般市民が目撃した心肺停止傷病者のうち一般市民による心肺蘇生法実施率は総務省消防庁「救急蘇生統計（2023（令和５年）版（2022（令和４）年データ））」によると 55.9%となっており、救急傷病者の救命率の向上に寄与しています。更なる救命処置実施率向上のため、ＡＥＤの設置場所の周知や使用方法について普及啓発する必要があります。

また、公共施設におけるＡＥＤの設置調査を実施するとともに、設置状況を県ホームページで公表すること等により、ＡＥＤの設置と利用の促進を図っています。2023（令和５）年６月１日現在の公共施設（行政庁舎、学校、公民館等）におけるＡＥＤの設置台数は 2,928 台（設置率 99.0%）となっています。

（２） 年間救急搬送人員

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和４）年版）」によると、本県における救急搬送人員は、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられる 2019（令和２）及び 2020（令和３）年は一時大きく減少したものの、2009（平成 21）年から増加傾向にあり、2021（令和３）年には 79,248 人となっています。

本県の救急搬送人員の推移

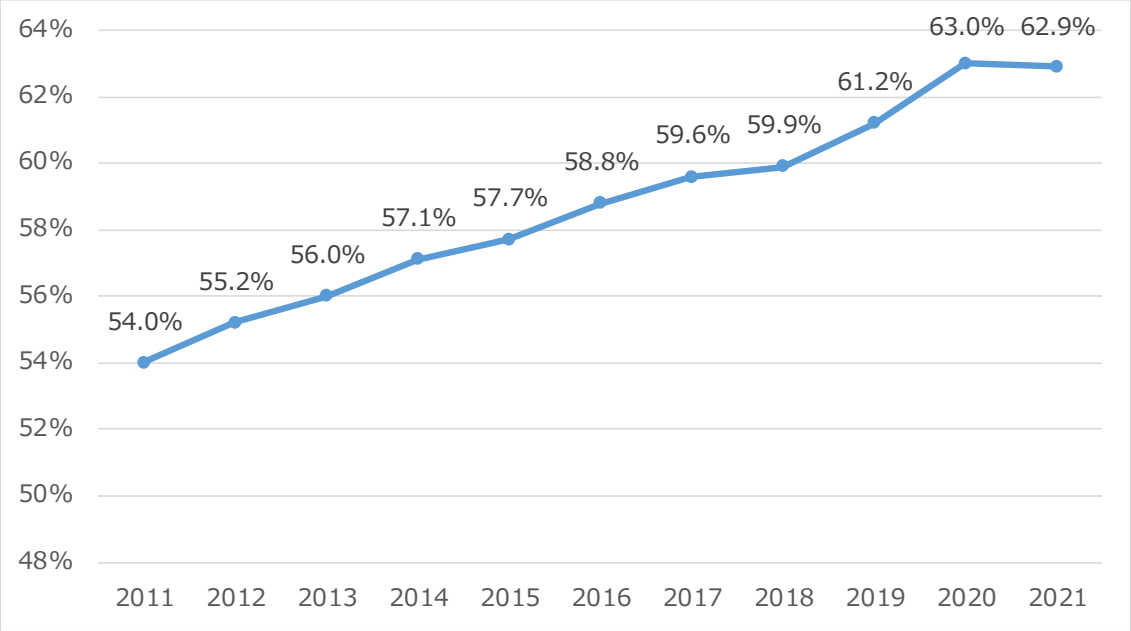


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

（３） 高齢傷病者の増加

年齢別に救急搬送人員をみると、65 歳以上の高齢者は、2011（平成 23）年の 41,562 人から 2021（令和 3）年には 49,883 人となり、救急搬送人員全体に占める割合も 54.0%から 62.9%と大幅に増加しています。救急搬送人員の増加の大部分は高齢者の増加によるものであり、今後も、高齢化の進展に伴い、救急搬送に占める高齢者の割合が増加するものと見込まれます。

本県の救急搬送人員に占める高齢者の割合

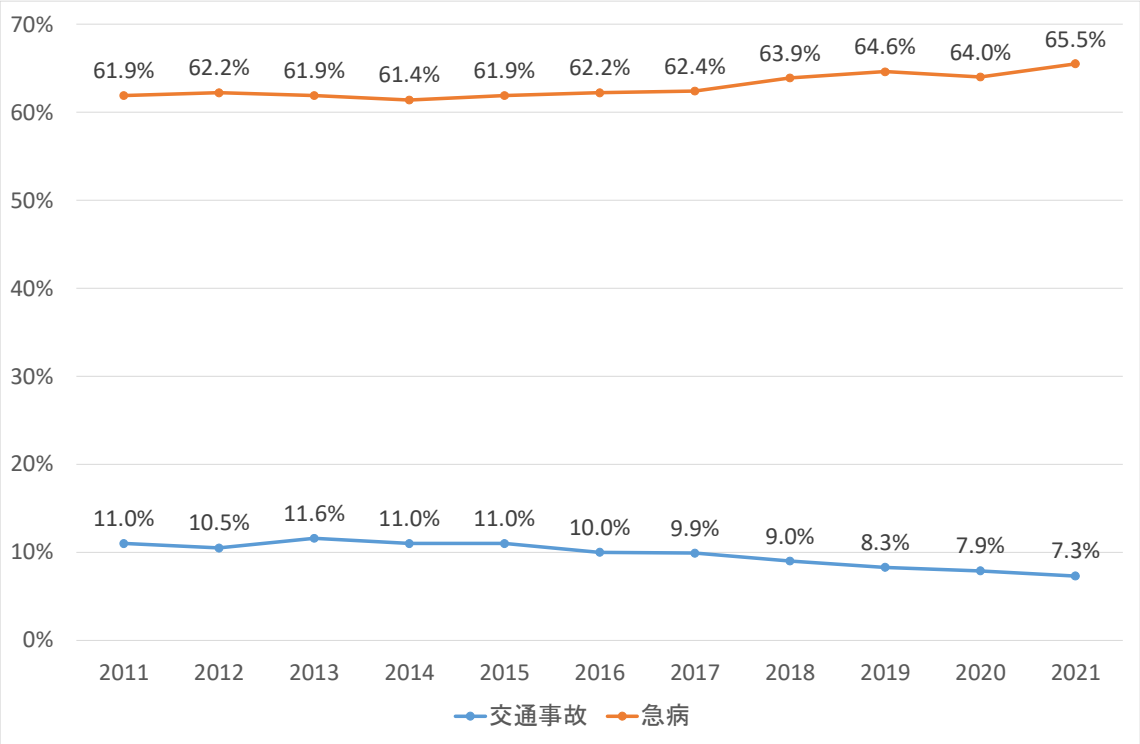


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

（４） 病床構造の変化

事故種別(原因別)に救急搬送人員をみると、近年では交通事故等による搬送人員の割合が８%程度、急病による傷病者の占める割合が 64%程度で推移しています。本県では、2011（平成 23）年に 61.9%であった急病による傷病者の占める割合が 2021（令和 3）年には 65.5%となっています。

本県の救急搬送傷病者の疾病構造の変化

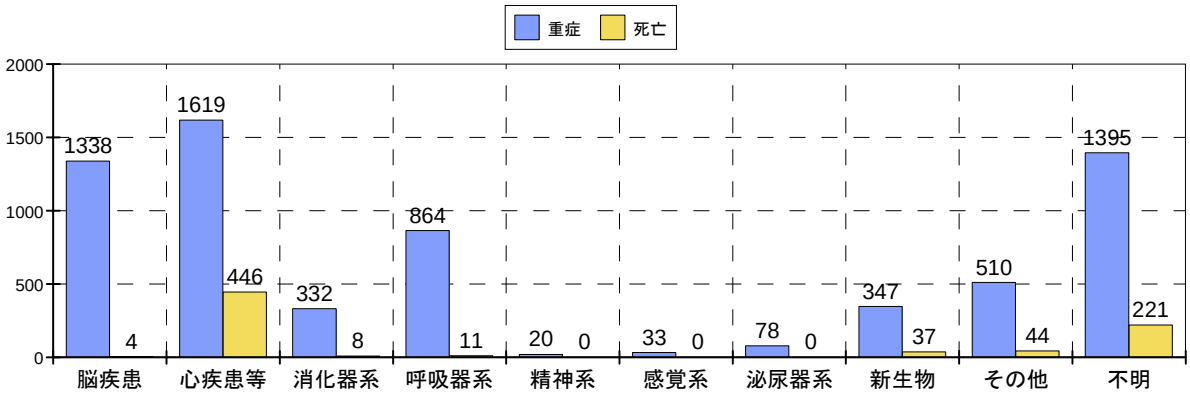


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

（５） 重症傷病者の動向

全救急搬送人員のうち、重症者（死亡を含む。）の割合が 14.5%、急病による救急搬送人員のうち、重症者（死亡を含む。）の割合が 14.3%となっています。全救急傷病者の原因疾病は、死亡では「心疾患等」（446 人、死亡全体の 49.2%）、重症でも「心疾患等」（1,619 人、重症全体の 15.3%）や「脳疾患」（1,338 人、重症全体の 12.7%）が最も多くなっています。このため、重症傷病者の救命救急医療体制を構築するに当たっては、心疾患等及び脳疾患による急病への対応が重要となります。

本県の救急搬送人員のうち急病に係る重症傷病者の原因（2021（令和３）年）



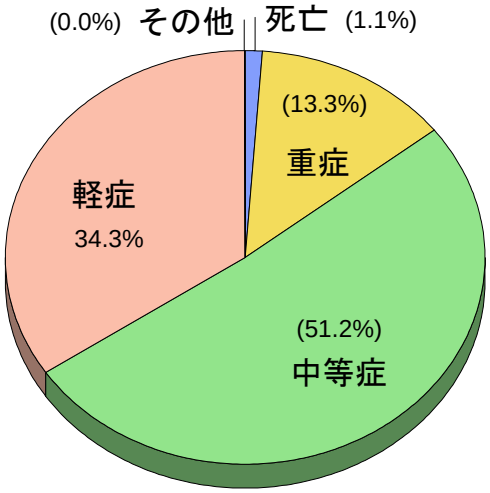
〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

（６） 軽症傷病者の動向

全救急搬送人員のうち、軽症者（入院を必要としない傷病者）の割合が 34.3%を占めています。救急傷病者の中には、定期的な通院等でタクシー代わりに救急車を利用する傷病者や軽症にもかかわらず診療時間外に救急医療機関を受診する傷病者などの存在が問題となっており、救急搬送を担う消防機関や救急医療機関の負担となるとともに、真に緊急を要する傷病者への救急医療に支障をきたしてしまいます。

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

本県の救急搬送人員の傷病程度（2021（令和３）年）

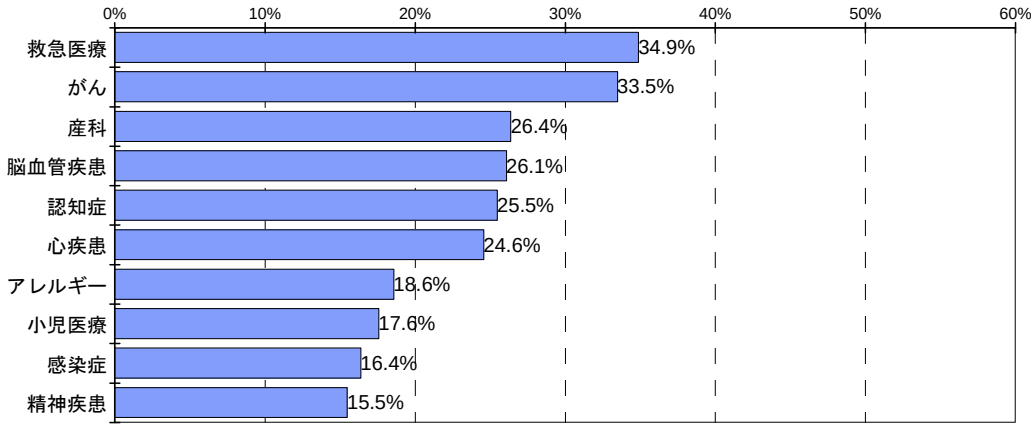


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

（７） 県民の医療に対する意識

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」では、「不足している医療分野」として 34.9%の人が「救急医療」を挙げています。平成 25 年の 47.7%に比べると割合は下がっていますが、他の医療分野との比較では最も高くなっており、より一層、救急医療体制の充実が求められています。

不足している医療分野（複数回答、上位８項目）



〔資料〕県「保健医療に関する県民意識調査（2022 年）」

（８） 消防機関による救急搬送と救急救命士等

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

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

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

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

（９） ドクターヘリ・ドクターカーの活用

本県では、2009（平成 21）年２月からドクターヘリの運航を開始し、出動から救急現場到着まで、県内全域をおおむね 20 分以内でカバーしています。また、防災ヘリコプターのドクターヘリ的運用や茨城県、栃木県との広域連携、埼玉県や新潟県などとの広域連携などにより、ドクターヘリの効果的、効率的な運航を行っています。

このほか、ドクターカーが前橋地域では前橋赤十字病院、群馬大学医学部附属病院（前橋市消防局の救急車に医師・看護師が同乗）、高崎・安中地域では独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター、太田地域ではＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院において運用されています。

2022（令和 4）年度のドクターヘリ出動件数は 524 件であり、2013（平成 25）年度から 2019（令和元）年度までは 900 件前後で推移していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響が想定される令和 2 年度から 4 年度には減少しました。

ドクターヘリ出動状況

出動区分	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	合計
救急現場	647	630	564	676	692	635	410	365	340	4,959
転院搬送	63	61	59	79	72	57	53	55	42	541
キャンセル等	171	178	153	201	183	173	115	160	142	1,476
出動件数合計	881	869	776	956	947	865	578	580	524	6,976

ドクターカー出動状況

区分		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	合計
出動件数	前橋（前橋赤十字病院）	4	34	109	104	359	405	577	724	552	607	612	4,087
	前橋（群馬大学医学部附属病院）	－	－	－	－	－	8	130	155	148	151	185	777
	高崎（高崎総合医療センター）	－	169	363	407	439	566	535	490	409	433	510	4,321
	太田（太田記念病院）	－	－	－	－	－	－	－	－	－	53	122	175
	計	4	203	472	511	798	979	1,242	1,369	1,109	1,244	1,429	9,360

救護体制の充実のため、ドクターヘリ・ドクターカーの効果的な運用についてメディカルコントロール協議会等を活用して検討する必要があります。

（10）傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の策定と実施

救急車の要請をした救急患者の受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案に対応するため、2009（平成 21）年５月に消防法が改正され、都道府県に、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の策定及び実施基準に係る協議、調整等を行う協議会（以下「法定協議会」という。）の設置等が義務付けられました。

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

また、受入医療機関の選定困難事案の問題を解消するとともに、救急搬送の更なる効率化を図るため、2013（平成 25）年１月から県内すべての救急車にタブレット端末を配備し、救急隊が事故等の現場で受入可能な医療機関の検索等ができる統合型医療情報システムを導入しています。

さらに、2014（平成 26）年４月からは、同様のシステムを運用する埼玉県と、2019（令和元）年 10 月からは栃木県と連携し、システムの相互利用により県境を越えた救急搬送にも対応しています。

求められる医療機能

（１）目標

- 患者又は周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること
- メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
- ドクターヘリ、ドクターカーを有効に活用すること
- 実施基準の運用や、空床情報等のデータ共有による医療の見える化により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
- 地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること

（２）住民等に求められる事項

- 講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- 傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること

- 人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うこと

（３）消防機関の救急救命士等に求められる事項

- 住民等に対し、応急手当、ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- 脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について、関係機関と協力して住民教育を実施すること
- 搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準や医療機関とのデータ共有等により、事前に各救急医療機関の専門性や空床情報等を把握すること
- 地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコール（活動基準）に則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること
- 搬送手段と適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
- 緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制との十分な連携を図ること

（４）メディカルコントロール協議会等に求められる事項

- 救急救命士等の行う処置や、疾患に応じたプロトコール（活動基準）を策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制を確立すること
- 救急救命士等への再教育を実施すること
- ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検証すること
- ドクターヘリや防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、ドクターヘリが同時に要請された際や、県境付近の患者からの要請時における県境を越えた隣接県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること
- ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用すること

（５）地域の救急医療関係者

- 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング（ 以下「ACP」という。）に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すこと

- ACP に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること

具体的施策

（１）県民に対する救急蘇生法の普及啓発事業により、一般市民が目撃した心肺停止傷病者のうち一般市民による心肺蘇生法実施率の向上を図るとともに、ＡＥＤ設置状況調査の実施及び設置場所の公表等によりＡＥＤの設置及び利用の促進を図ります。

（２）気管挿管実習が可能な医療機関を確保するとともに、救急医療に関する研修の実施により、メディカルコントロール体制の充実を図ります。

（３）症例検討会の開催や関係機関との連携により、ドクターヘリの効果的な運航を行います。また、ドクターヘリの他県との連携を拡大します。

（４）ドクターカーの円滑な運用を支援します。

（５）統合型医療情報システムの他県との連携により、県境を越えた救急搬送の効率化を図ります。そして、スマートフォンを利用したシステムの導入など情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した新機能を追加することにより、統合型医療情報システムの機能を強化し、救急搬送の更なる効率化を図ります。

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

２　救命医療（第三次救急医療）

現状と課題

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

（１）脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患に対する救急医療

救命救急センターを有する病院では、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患に対する専門的な医療が提供されていますが、これらに係る医療は、救命救急センターを有する病院以外の医療機関においても行われています。重症の救急患者に脳卒中や心血管疾患の患

者が多い現状を踏まえ、それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要があります。(第４章２節２「脳卒中」及び３「心筋梗塞等の心血管疾患」を参照)

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

（２） アクセス時間を考慮した体制の整備

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

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

求められる医療機能

（１）目標

- ２４時間３６５日、救急搬送の受入れに応じること
- 患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

（２）医療機関等に求められる事項

- 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる症例や診断が難しい症例等、重篤な救急患者を、広域災害時を含めて２４時間３６５日必ず受け入れることが可能であること
- 集中治療室(ＩＣＵ)、心臓病専用病室(ＣＣＵ)、脳卒中専用病室(ＳＣＵ)等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師(日本救急医学会が認定する救急科専門医等)・看護師が常時診療等に従事していること
- その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること
- 高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること
- 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
- 急性期のリハビリテーションを実施すること
- 急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転床、転院できる体制にあること

- 第二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
- 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること
- 実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ＤＭＡＴ派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- 統合型医療情報システム等を通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知すること
- 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- 救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること
- 都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習、就業前研修、再教育などに協力すること
- 「救急病院等を定める省令」に基づき県知事により指定された救急病院であること

（３）医療機関の例

- 救命救急センター

具体的施策

（１） 救命救急センターの施設整備及び設備整備に対する支援を行います。

【主な事業例】
第三次救急医療体制の充実、救命救急センターの施設・設備整備に対する支援等

３　入院救急医療（第二次救急医療）

現状と課題

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

（１） 第二次救急医療機関には、救急車の受入実績や診療体制に差が見られますが、「地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療」を担う本来の機能を果たすとともに、多様化する地域の救急医療需要に対応することが求められています。

（２） 第二次救急医療機関が適切に救急患者の受入れを行うためには、統合型医療情報システム等を活用し、救急患者の診療科ごとの応需情報の入力頻度を高めるとともに、より信頼性が高い情報を発信できるようシステムの運用体制の改善を図っていく必要があります。

求められる医療機能

（１）目標

- ２４時間３６５日、救急搬送の受入れに応じること
- 傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

（２）医療機関に求められる事項

高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

- 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事すること
- その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること
- 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
- 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
- 救急隊による傷病者の搬送が容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること
- 第三次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
- 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること
- 統合型医療情報システム等を通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・消防機関等に周知すること
- 医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと

- 救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること
- 数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること
- 「救急病院等を定める省令」に基づき県知事により指定された救急病院であること

（３）医療機関の例

- 病院群輪番制病院、共同利用型病院
- 救急告示医療機関

具体的施策

（１）救急告示医療機関等の制度を適切に運用するとともに、病院群輪番制病院の施設整備等を支援することにより、第二次救急医療体制の機能強化を図ります。

（２）医療機関にタブレット端末を配置するほか、ＩＣＴを活用した新機能を追加することにより、統合型医療情報システムの機能を強化し、救急医療の高度化を図ります。

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

４　初期救急医療

現状と課題

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

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

求められる医療機能

（１）目標

- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

（２）医療機関に求められる事項

主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

- 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること

- 休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などにより、地域で診療の空白時間が生じないように努めること
- 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること
- 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

（３）住民等に求められる事項

- 日頃からかかりつけ医を持ち、統合型医療情報システムや小児救急電話相談「＃８０００」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」により、適切な医療機関の受診、救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

（４）医療機関の例

- 休日・夜間急患センター
- 在宅当番医制に参加する診療所
- 休日歯科診療所
- 在宅当番歯科医制に参加する歯科診療所

具体的施策

（１）統合型医療情報システムや小児救急電話相談「＃８０００」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」等の周知により、軽症患者の適正受診を啓発します。

（２）休日・夜間急患センターの設置に対する支援を行うことにより、初期救急医療体制の充実を図ります。

【主な事業例】

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

５　救命期後医療

現状と課題

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

（１） 具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある場合や合併する精神疾患によって一般病棟では対応が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、退院や転院が困難となっています。この問題を改善するために、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と救命救急医療機関との連携の強化が必要となっています。

（２） また、同様の問題として、救命救急センターを有する病院において、院内の連携が十分でない等の理由により、急性期を乗り越えた救命救急センターの患者が、一般病棟へ円滑に転床できずに救命救急センターにとどまり、結果として救命救急センターでありながら新たな重症患者を受け入れることができないといった点も指摘されています。

（３） 本県ではこうした出口の問題に対応するため、急性期を脱した救急患者の転床や転院の調整を行う救急患者退院コーディネーターの救急医療機関への設置等を推進しています。

求められる医療機能

（１）目標

- 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること
- 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること

（２）医療機関に求められる事項

- 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備すること
- 重度の脳機能障害(遷延性意識障害等)の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備すること
- 救急医療機関等の地域の医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
- 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両を活用すること
- 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備すること
- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)が実施可能であること
- 日常生活動作（ＡＤＬ）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保すること
- 通院困難な患者の場合、薬局、訪問看護事業所等と連携して在宅医療を実施すること、また介護サービスを調整すること
- 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携すること

- 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携すること

（３）医療機関の例

- 療養病床を有する病院
- 精神病床を有する病院
- 回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床を有する病院
- 診療所
- 訪問看護事業所

具体的施策

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

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

６　精神科救急医療

現状と課題

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

また、身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備、一般病院・総合病院の精神科医療提供体制の強化等が求められています。

（１）総務省消防庁「救急・救助の現況」（2022（令和４）年版）によると、2021（令和３）年の本県における急病のうち精神系の疾患の人数は 1,078 人（2.1%）であり、2016（平成 28）年の 1,394 人（2.7%）から減少傾向にあります。

本県の夜間、休日における精神科救急医療は、精神科救急医療施設 16 施設（基幹型、病院群輪番型）で対応しています。

（２）本県における自傷他害のおそれにより警察署に保護され、その行為の背景に精神疾患が疑われる場合に行われる通報等は、精神科救急情報センターで一元的に対応しています。

しかし、精神疾患と身体疾患を合併する救急患者の受入れが困難になる事例があることから、身体合併症対応施設の活用や、精神科医療機関と一般医療機関の診療協力体制

の整備など、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入れ体制の強化を図る必要があります。

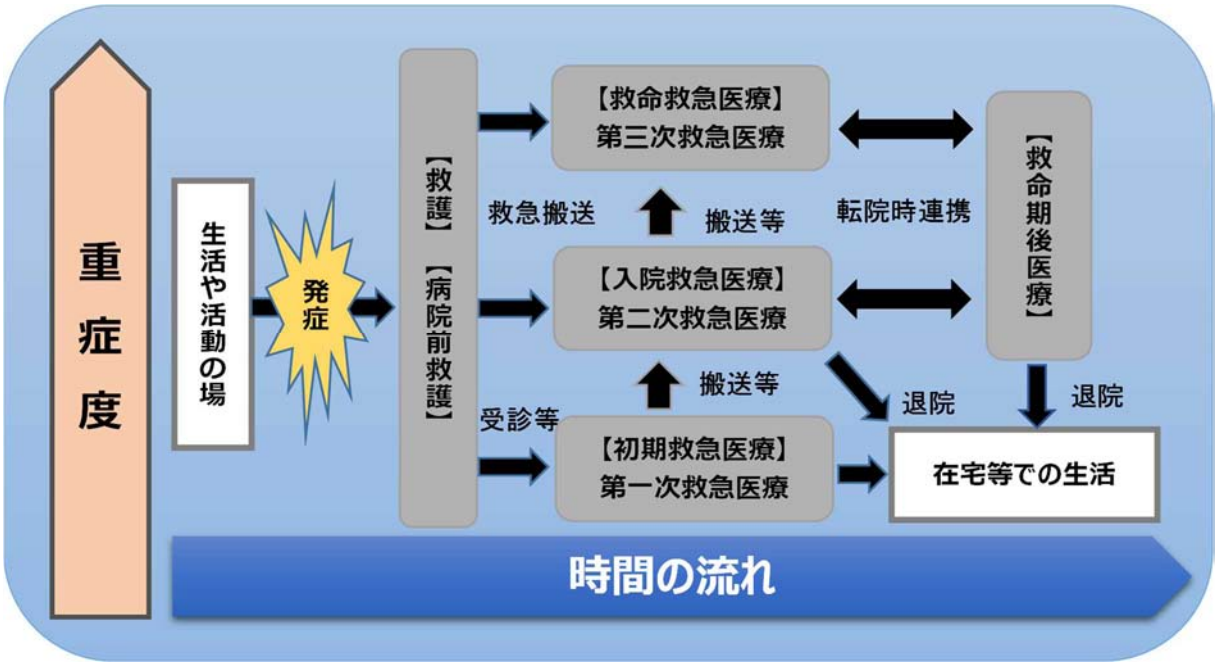
求められる医療機能

第４章第２節５「精神疾患」参照

具体的施策

第４章第２節５「精神疾患」参照

救急医療の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
救護	県民に対する心肺蘇生法の普及と AED の設置･利用促進、メディカルコントロール体制の充実、また、救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診の推進が必要 ①一般市民による心肺蘇生法実施は救急傷病者の救命率向上に寄与している。 ⇒引き続き、AEDの設置場所の周知や使用方法について普及啓発が必要 ②定期的な通院等でタクシー代わりに救急車を利用する傷病者や軽症にもかかわらず診療時間外に救急医療機関を受診する傷病者が存在する。 ⇒救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診が必要	1	(1)県民に対する救急蘇生法の普及啓発、AED設置状況調査の実施及び公表 (2)メディカルコントロール体制の充実 (3)ドクターヘリの効果的な運航 (4)ドクターカーの円滑な運用を支援 (5)統合型医療情報システムの運営
救命医療	多発外傷患者のような複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対する医療提供体制として、救命救急センターを設置する前橋赤十字病院、群馬大学医学部附属病院、高崎総合医療センター、太田記念病院を第三次救急医療機関として位置付けている。 ①重症の救急患者に脳卒中や心血管疾患の患者が多い ⇒脳卒中や心血管疾患の救命医療に関する研修を実施 ②発症から医療機関で診療を受ける時間が短いほど、救命率の向上や後遺症の軽減につながる。	2	(1)救命救急センターの施設整備及び設備整備に対する支援
入院救急医療	地域の入院機能を担う救急医療機関を確保することを目的として、病院群輪番制病院や救急告示医療機関を第二次救急医療機関として位置付けている。 ①救急車の受入実績や診療体制に差が見られる ⇒第二次救急医療機関が担う本来の機能を果たすとともに、多様化する地域の救急医療需要に対応する	3	(1)救急告示医療機関等の制度の適切な運営と病院群輪番制病院の施設整備等を支援 (2)統合型医療情報システムの機能強化
初期救急医療	休日･夜間急患センター（9か所）や在宅当番医制（12 医師会）の確保により初期救急医療体制の整備を図っている。 ①救急車で搬送される患者の約半数が軽症患者である ⇒初期救急医療機関では救急搬送を必要としない救急患者の診療を担っており、適正受診の推進が必要	4	(1)軽症患者の適正受診の啓発 (2)休日･夜間急患センターの設置に対する支援
救命期後医療	救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されている。 ①急性期を乗り越えたものの、救命救急センター等の病棟から転床できず、新たな重症患者を受け入れることができない。 ⇒救急患者退院コーディネーターの救急医療機関への設置等を推進	5	(1)転院搬送ガイドライン (2)病院救急車の活用 (3)救急患者退院コーディネーターの設置
精神科救急医療	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。 また、身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められている。	6	(1)精神科救急体制の一層の充実 (2)地域生活を支える体制の整備

番号	B　目標	
1	患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること	
	目標値	住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人当たり）
		救急要請（覚知）から医療機関への搬送までに要した平均時間
		心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）
2	①24時間365日、救急搬送の受入れに応じること ②患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること	
	目標値	救命救急センターの数
		救命救急センターの充実度評価A以上の割合
		心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）
3	①24時間365日、救急搬送の受入れに応じること ②患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること	
	目標値	重症以上傷病者の受入れ困難事例の件数（救急車で搬送する病院が決定するまでに、4機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合）
		心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）
4	患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること	
	目標値	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）
5	①合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること ②在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること	
	目標値	救急医療機関間の転院搬送件数
6	24時間365日、精神科救急医療を提供できること	
	目標値	精神科救急医療機関数（基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））

番号	C　最終目標	
1	早期医療介入による救命の向上	
	目標値	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人当たり）	29.7人	2022	94人	2029
B	1	②	救急要請（覚知）から医療機関への搬送までに要した平均時間	39.4分 （関東最短）	2021	関東最短	2029
B	1	③	心肺機能停止傷病者の１ヶ月後の予後（生存率）	12.0%	2021	12.8%	2029
B	2	①	救命救急センターの数	4	2023	4	2029
B	2	②	救命救急センターの充実度評価Ａ以上の割合	100%	2022	100%	2029
B	2	③	心肺機能停止傷病者の１ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	12.8%	2029
B	3	①	重症以上傷病者の受入れ困難事例の件数（救急車で搬送する病院が決定するまでに、４機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合）	2.1%	2021	1.8%	2029
B	3	②	心肺機能停止傷病者の１ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	12.8%	2029
B	4	①	心肺機能停止傷病者の１ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	12.8%	2029
B	5	①	救急医療機関間の転院搬送件数	4,703	2021	8,583	2029
B	6	①	精神科救急医療機関数（基幹形、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））	17か所	2023	17か所	2029
C	1	①	心肺機能停止傷病者の１ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	12.8%	2029

7　災害医療の医療連携体制構築の取組

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

概況

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

（１） 災害の種類

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

災害
- 自然災害
  - 地震

我が国においては、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震によって大規模火災が発生したり建物が崩壊したりするなど、これまでも多大な被害が発生してきました。本県においても、2011（平成 23）年３月に発生した東日本大震災の経験を踏まえ、地震に対する災害医療体制を構築する必要があります。

  - 風水害等

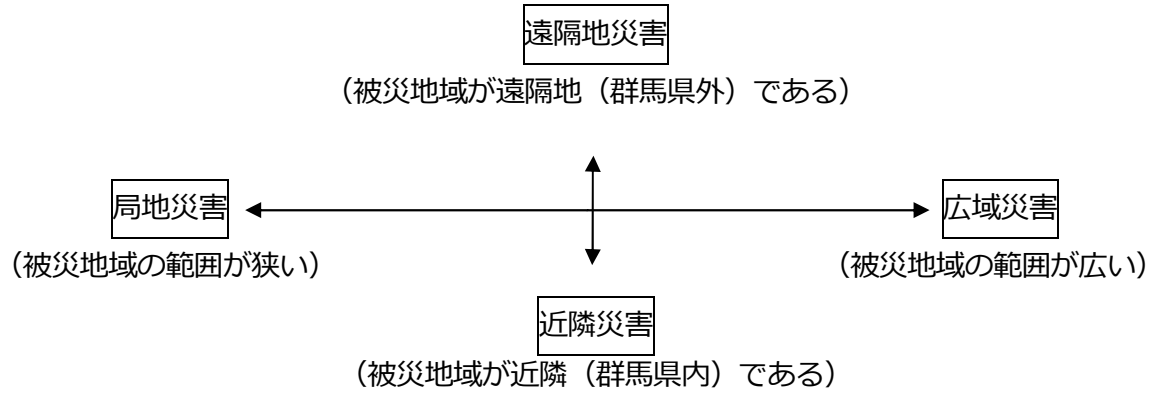
近年、集中豪雨が著しく増加しており、今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の大規模化が予想されています。本県の風水害災害では、1947（昭和 22）年９月に発生したカスリン台風によって 592 人の死者が出ています。

- 事故災害
  - 航空災害・鉄道災害・道路災害、大規模災害等

鉄道、航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが進展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故になるおそれが指摘されています。本県では、昭和 60 年８月に日航機墜落事故（520 人死亡）が発生しています。また、平成 24 年４月に関越自動車道で発生した高速バス事故では７人の死者が、2018（平成 30）年８月に発生した群馬県防災ヘリコプター墜落事故では９人の死者が出ています。

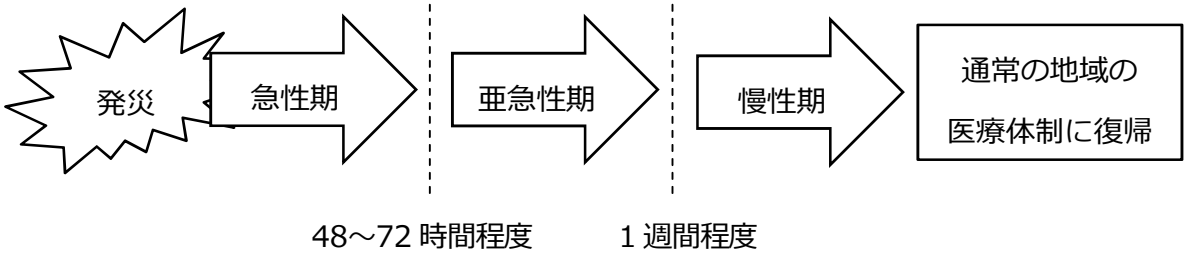
また、災害は、発生場所によって遠隔地災害と近隣災害に、被災地の範囲によって広域災害と局地災害に分類されます。

【災害の分類】



このほか、発災時からの時間経過による災害の局面（フェーズ）として、急性期、亜急性期、慢性期に分けられます。

【災害の局面】



（２） 本県における災害の発生状況

本県において、過去に発生した災害で被害が大きかったものは、以下のとおりとなっています。

ア　地震

地震名	発生年月	規模 (M)	震　度 (県内最大)	被害の状況
関東大地震	1923(大正 12)年９月	7.9	4	負傷者９人
西埼玉地震	1931(昭和６)年９月	6.9	6	死者５人､負傷者 55 人
新潟県中越地震	2004(平成 16)年10月	6.8	5	負傷者６人
東北地方太平洋沖地震	2011(平成 23)年３月	9	６弱	死者１人､負傷者 41 人

イ　風水害

風水害名	発生年月	被害の状況
カスリン台風	1947(昭和 22)年９月	死者 592 人、負傷者 1,231 人
キティ台風	1949(昭和 24)年８月	死者 44 人、負傷者 89 人
台風７号	1959(昭和 34)年８月	死者７人、負傷者 26 人
伊勢湾台風	1959(昭和 34)年９月	死者 10 人、負傷者 27 人
台風２６号	1966(昭和 41)年９月	死者 15 人、負傷者 92 人
台風１５号	1981(昭和 56)年８月	死者１人、負傷者２人
台風１０号	1982(昭和 57)年７月	死者５人、負傷者 52 人
台風１５号	2001(平成 13)年９月	死者３人、負傷者３人
台風第１９号	2019（令和元）年 10 月	死者４人、負傷者９人

ウ　火山

火山名等	発生年月	被害の状況
草津白根山 噴火	1932(昭和７年)10 月	死者２人、負傷者７
浅間山 噴火	1947(昭和 22)年８月	死者 11 人
浅間山 噴火	1961(昭和 36)年８月	死者１人
草津白根山（本白根山） 噴火	2018(平成 30)年１月	死者１人

エ　事故災害

事故災害名	発生年月	被害の状況
沼田市岩本旅客列車転覆	1977(昭和 52)年３月	死者１人、負傷者 108 人
上信電鉄列車正面衝突事故	1984(昭和 59)年12月	死者１人、負傷者 131 人
上野村御巣鷹の尾根旅客機墜落	1985(昭和 60)年８月	死者 520 人、負傷者４人
尾島町（現太田市）安養寺化学工場爆発	2000(平成 12)年６月	死者４人、負傷者 58 人
関越自動車道高速バス事故	2012(平成 24)年４月	死者７人、負傷者 39 人
群馬県防災ヘリコプター墜落事故	2018(平成 30)年８月	死者９人

１　災害拠点病院

現状と課題

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

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

【災害拠点病院の機能】

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

基幹災害拠点病院

医　療　機　関　名	対　応　地　域
前橋赤十字病院	群馬県全域

地域災害拠点病院

医　療　機　関　名	対応地域(二次保健医療圏)
群馬県済生会前橋病院	前橋保健医療圏
独立行政法人地域医療機能推進機構　群馬中央病院	
群馬大学医学部附属病院	
独立行政法人国立病院機構渋川医療センター	渋川保健医療圏
伊勢崎市民病院	伊勢崎保健医療圏
一般社団法人伊勢崎佐波医師会病院	
独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	高崎・安中保健医療圏
(医社)日高会日高病院	
公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
公立富岡総合病院	富岡保健医療圏
原町赤十字病院	吾妻保健医療圏
独立行政法人国立病院機構沼田病院	沼田保健医療圏
利根中央病院	
桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院	太田・館林保健医療圏
公立館林厚生病院	

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

【災害拠点病院の主な指定要件】

(2023(令和５)年２月28日付け厚生労働省医政局長通知「災害拠点病院指定要件の一部改正について」による定義)

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

【ＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）】

災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team）の頭文字で、DMAT（ディーマット）と呼ばれています。ＤＭＡＴは、医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され（１チーム４～５名）、大規模災害や多数傷病者が発生した事故などの現場で、急性期（おおむね48時間以内）に活動できる機動性をもった、専門的な訓練を受けた医療チームです。本県においては、2022（令和４）年度末時点で65チームの日本ＤＭＡＴが編成されています。また、ＤＭＡＴ派遣に協力する意志を持ち、厚生労働省又は都道府県に指定された医療機関を「ＤＭＡＴ指定医療機関」といいます。

【広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）】

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

ＤＭＡＴ指定医療機関

医療機関名	チーム数
前橋赤十字病院	２３（１９）
群馬大学医学部附属病院	９（６）
群馬県済生会前橋病院	４（３）
独立行政法人地域医療機能推進機構　群馬中央病院	３（３）
独立行政法人国立病院機構渋川医療センター	５（４）
伊勢崎市民病院	６（４）
一般社団法人伊勢崎佐波医師会病院	１（１）
独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	５（５）
(医社)日高会日高病院	２（２）
公立藤岡総合病院	３（２）
公立富岡総合病院	３（２）
独立行政法人国立病院機構沼田病院	１（１）
沼田脳神経外科循環器科病院	１（１）
利根中央病院	４（４）
原町赤十字病院	２（１）
桐生厚生総合病院	３（３）
ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院	８（５）
公立館林厚生病院	７（４）
合　　計	９０（７０）

※（　）：日本ＤＭＡＴ

（２） 本県の災害拠点病院における業務継続計画の策定率は 100%ですが、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施することが必要です。

（３） 災害拠点病院として県と協力しながら、災害時の医療チーム等の受入れを想定するとともに関係機関・団体等と連携し、保健所管轄区域や市町村単位等での地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行うことが重要です。

求められる医療機能

（１）目標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部等へ共有すること
- 災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること
- 患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること
- 自己完結型の医療チーム（DMAT を含む。）の派遣機能を有すること

- 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

（２）医療機関に求められる事項

基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。

地域災害拠点病院は、各地域において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。

- 災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
- 多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
- 基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
- 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
- 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、通常時の 6 割程度の発電容量のある自家発電機を保有し、3 日分程度の備蓄燃料を確保していること
- 自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと
- 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、少なくとも 3 日分の水の確保に努めること
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること
- 食料、飲料水、医薬品、医療機材等を備蓄していること
- 加えて、食料、飲料水、医薬品、医療機材、燃料等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等※において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）
- 基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
- 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
- EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行うこと
- 厚生労働省実施のＢＣＰ策定研修事業等を活用し、効率性の高い業務継続計画（ＢＣＰ）を策定すること

- 整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム（JMAT：JapanMedicalAssociationTeam）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

具体的施策

（１）業務継続計画（BCP）の整備・見直し

- 業務継続計画を未策定の災害拠点病院に対し、業務継続計画（BCP）の見直しや計画に基づいた訓練の実施に対する支援をします。

【主な事業例】
業務継続計画作成セミナーの開催、厚生労働省が実施する研修への参加の促進　等

（２）地域の災害医療体制の充実

- 地域災害医療対策会議のコーディネート機能を強化します。

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

（３）耐震化、浸水対策の推進

災害拠点病院の指定要件を継続するため、国庫補助金を活用し、耐震化や浸水対策などの災害対策事業を推進します。

【主な事業例】
医療施設等耐震整備事業補助、医療施設等浸水対策事業補助　等

２　災害拠点病院以外の病院

現状と課題

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

県内病院（災害拠点病院を除く）の耐震化率

調査時点	病院数	耐震化済み数	耐震化率
2020(令和２)年９月	111	92	82.9%
2021(令和３)年９月	111	92	82.9%
2022(令和４)年９月	110	92	83.6%

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

（３） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、本県の病院（災害拠点病院を除く）における業務継続計画の策定率は 31.8%となっており、災害拠点病院以外の病院についても、被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画の整備を進めることが必要です。

求められる医療機能

（１）目標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
- 被災をしても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

（２）医療機関等に求められる事項

- 災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行うよう努めること
- 厚生労働省実施のＢＣＰ策定研修事業等を活用し、効率性の高い業務継続計画（ＢＣＰ）を策定すること
- 整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- 診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を講じるよう努めること
- EMIS へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。

また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること

- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること

具体的施策

（１） 耐震化、浸水対策の推進

- 病院の耐震化及び浸水対策を対象とした国庫補助金を活用し、病院の建物の耐震化及び浸水対策を推進します。

【主な事業例】
医療施設等耐震整備事業補助、医療施設等浸水対策事業補助　等

（２） 災害時における情報連絡体制の強化

- ＥＭＩＳを活用し、災害時における病院の情報連絡体制を強化します。

【主な事業例】
全病院に対してＥＭＩＳの操作を含む研修・訓練を実施　等

（３） 業務継続計画の整備

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

【主な事業例】
業務継続計画を未策定の病院に対し、策定を支援します。

３　県

現状と課題

災害医療コーディネーターや地域災害医療対策会議の運用により、災害医療体制の充実を図ることが重要です。また、各種医療チームの被災地への派遣や、消防や警察などの関係機関及び、災害時に活動する保健チーム、福祉チームとの連携を確保することが重要です。

（1） 災害時における県全体の医療施策について、有効な対策を円滑に実施することを目的として、下記のとおり「災害医療コーディネーター」等を設置し、体制を整備しています。

災害時に、災害医療コーディネーター等が有効に機能するためには、災害医療に関する知識と技能を維持・向上させるとともに、コーディネーターの組織及び連携体制を確保することが必要とされています。

○　災害医療コーディネーター
- 県災害対策本部における県全体の医療救護活動の実施に係る助言
- ＤＭＡＴなどの医療チームの受入・派遣調整
- 平時における県の災害医療体制に対する助言
- 県が主催する災害医療研修会等の実施に係る企画運営

○　災害医療サブコーディネーター
- 災害医療コーディネーターの補佐、代理
- 特定の専門分野（透析、歯科、薬剤、看護、柔道整復、小児・周産期）に係る調整

○　地域災害医療コーディネーター
- 地域において災害医療コーディネーターの役割を担う

（2） 地域における災害医療対策を協議する場として、保健福祉事務所（保健所）管轄区域ごとに「地域災害医療対策会議」を設置しています。災害時に地域災害医療対策会議が有効に機能するためには、災害の種類や規模、局面ごとに会議の運用体制を検討しておくことが必要です。

【地域災害医療対策会議】

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

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

【DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）】

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

（4）　災害時に、被災地へ迅速に駆けつけ救急医療を行うため、DMAT 指定医療機関１病院当たりの DMAT 数を増加させることが必要となっています。また、災害時に備え、DMAT の技能維持や関係機関との連携体制の強化も重要です。

（5）　精神科病院については、2011（平成 23） 年の東日本大震災では被災した精神科病院から約 1,200 人、2016（平成 28）年の熊本地震でも被災した精神科病院から約 600 人の患者搬送が行われました。県内の災害拠点病院が有する精神病床数は 62 床（2023（令和 5）年３月 31 日現在）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難です。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を整備することが必要です。災害拠点精神科病院は、災害時においても精神科医療を行うための診療機能を有し、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れやＤＰＡＴの受入・派遣に係る対応等を行うことが想定されていますが、関係機関と連携し、２医療機関以上の指定について検討します。

（6）　災害時は、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大します。こういった状況に迅速に対応するため、「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」を派遣する体制を整備することが必要です。

（7）　災害支援ナースは、災害発生時における看護ニーズに迅速に対応することが想定されていますが、関係機関と連携し、本県の実態に合った活動内容について検討します。

（8）　災害薬事コーディネーターは、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行うことが想定されていますが、関係機関と連携し、そのあり方について検討します。

（9）　医療機関の被災等により、県内の医療機関で対応できない傷病者については、県外の医療機関へ広域医療搬送を行うこととされています。本県では、陸上自衛隊相馬原駐屯地及び前橋赤十字病院を広域医療搬送拠点として、広域医療搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit）設置のための資機材を整備し、県内で発生する大規模地震のほか、首都直下地震、南海トラフ地震等における広域医療搬送に対応することとしています。

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

ア　医療救護班

構成：県立病院や県内の災害拠点病院、県医師会等の医師、看護師等
活動内容：被災地の災害対策本部や病院、避難所等での支援

イ　保健師班

構成：保健師等

活動内容：避難所等での健康相談や感染予防指導等

ウ　口腔機能管理班（歯科救護班）の派遣

構成：県歯科医師会

活動内容：避難所等において、被災者の口腔機能の維持及び回復等

エ　薬剤師班の派遣

構成：県薬剤師会

活動内容：救護所、避難所等における医薬品管理や服薬指導等

（11）　災害時に必要となる医薬品や医療資機材等の確保、また、関係機関との連携の確保も重要です。

ア　医薬品及び医療資機材等の確保

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

また、県では県薬剤師会と協定を締結し、救護所、避難所等で使用する一般用医薬品、歯ブラシや洗口剤等を含む衛生材料等の確保を行っています。このほか、災害時でも透析患者が通常どおり人工透析が受けられるよう、必要な医薬品、医療資機材の迅速な調達・供給を行うことが必要です。

イ　ガソリン等燃料の確保

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

ウ　関係団体との連携

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

（12）　保健医療福祉調整本部

大規模災害時は保健・医療・福祉の連携が重要です。2016 年（平成 28 年）熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする 2016 年（平成 28 年）熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成 28 年７月 20 日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘されました。

群馬県では、災害発生時に保健・医療・福祉活動チームの派遣調整、保健医療福祉活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療福祉活動の総合調整を行う「保健医療福祉調整本部」を設置することとしています。

災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームとともに訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認することが必要です。

求められる医療機能

（１）目標

- 災害時に医療分野で活動するチームの強化と、保健分野、福祉分野で活躍するチームとの連携を強化する
- 消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
- 保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

（２）自治体に求められる事項

- 平時から、災害支援を目的とした DMAT、DPAT の養成と派遣体制の構築に努めること
- 災害医療コーディネート体制の構築要員（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
- 都道府県は、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討すること
- 都道府県によっては、災害時に多く発生が予想される中等症患者を積極的に受け入れるなど、災害時に拠点となる病院に協力する医療機関について、地域の救急医療機関を中心に指定し、その取組を促している例もあることから、これも参考に、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を検討すること
- 都道府県は、平時より、都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者とともに、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認すること
- 風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等への医療関係者の参画を促進すること
- 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと

- 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（2016（平成 28）年 12 月５日付け医政地発 1205 第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
- 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと
- 都道府県は、2016（平成 26） 年に改正された消防法施行令（1961（昭和 36）年政令第 37 号）により新たにスプリンクラーの設置義務が生じた病院・有床診療所等について、設置状況を把握し、有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業を活用しつつ設置義務の猶予期限である 2025（令和７）年６月 30 日までに整備を完了するよう指導すること

具体的施策

（１）災害医療コーディネート体制の充実

- 災害医療コーディネートを実施できる人材の育成と技能維持を図ります。

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

（２）地域の災害医療体制の充実

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

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

（３）ＤＭＡＴ体制の強化

- 新規のＤＭＡＴを養成し、１病院あたりのＤＭＡＴチーム数を増やします。
- ＤＭＡＴの技能維持を図ります。また、関係機関（消防・警察等）との連携を強化します。

【主な事業例】
群馬局地ＤＭＡＴ研修の開催、災害医療研修（急性期）の開催　等

（４）災害時における精神保健医療体制の整備

- ＤＰＡＴの派遣体制を整備します。
- 災害精神医療の中核を担う災害拠点精神科病院を整備します。
- 県内の災害発生を考慮して、平時から、医療機関、行政等との連携体制を整備します。

【主な事業例】

ＤＰＡＴ運営委員会、ＤＰＡＴ隊員養成研修、ＤＰＡＴ先遣隊会議、厚生労働省が実施する研修への参加の促進、災害拠点精神科病院の整備　等

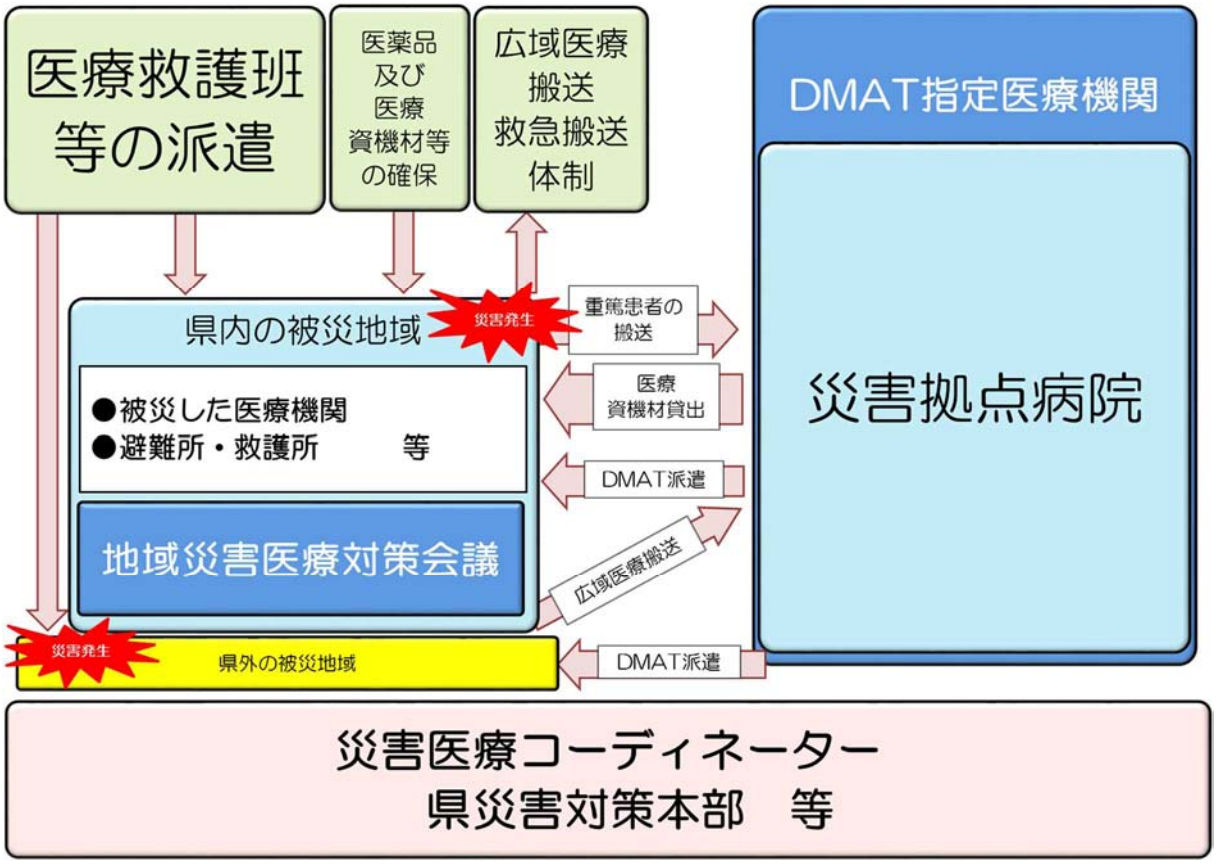
（５）災害医療と保健、福祉分野との連携

- 保健医療福祉調整本部のもと、医療分野と保健分野、福祉分野のチームが連携しながら活動するための連携体制を整備します。

【主な事業例】

災害時の医療・保健・福祉分野の連携強化を目的とした研修・訓練の実施　等

災害医療の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
災害拠点病院	災害時における医療を確保することを目的に、災害拠点病院として17 か所指定。被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うことや、地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練を実施している。 ①すべての災害拠点病院が被災後の診療体制継続のための業務継続計画（BCP）を策定済 ⇒引き続き、業務継続計画（BCP）の見直しや訓練の実施が必要 ②各保健所管轄区域等、地域単位での災害時の連携体制の強化が必要 ⇒引き続き、地域災害医療対策会議の開催及び事業の実施により、コーディネート機能の確認を行うことが重要 ③浸水想定区域内の災害拠点病院については、新たに水害発生時の浸水対策が指定要件に加わる ⇒止水板の設置、医療用設備や電気設備の移設、排水ポンプ・碓氷貯留槽の設置など、浸水対策事業への支援が必要	1	（1）業務継続計画の整備・見直し （2）地域の災害医療体制の充実 （3）耐震化、浸水対策の推進
災害拠点病院以外の病院	災害拠点病院以外の病院も、医療提供体制の継続のため、業務継続計画（BCP）の策定、訓練の実施や、病院耐震化等、災害対策を実施している。 ①本県の病院（災害拠点病院以外）の耐震化率は83.6%（2022年9月時点） ⇒耐震化改修工事のほか、ブロック塀の強化、各種浸水対策事業等、ハード対策への支援を行うことが必要 ②各医療機関との情報伝達及び共有のための体制を整備することが必要 ⇒引き続き、広域災害救急医療情報システム（EMIS）等を活用した訓練の実施が必要 ③本県の病院（災害拠点病院以外）の業務継続計画（BCP）は31.8%（2024年3月時点） ⇒引き続き、業務継続計画（BCP）研修の実施等、計画策定のための機会の創出が必要	2	（1）耐震化、浸水対策の推進 （2）災害時における情報連絡体制の強化 （3）業務継続計画の整備
群馬県	県としての災害医療体制の充実の他、各種医療チームの被災地派遣確保、保健分野、福祉分野との災害時の連携強化を図る。 ①災害医療コーディネーター制度に基づく災害医療の体制整備 ⇒引き続き、災害医療コーディネーターの知識・技能を向上させるための研修等の開催により、連携体制を確保することが重要 ②各保健所管轄区域等、地域単位での災害時の連携体制の強化が必要 ⇒引き続き、地域災害医療対策会議の開催及び事業の実施に対する支援が必要 ③災害派遣医療チームの充実、強化 ⇒研修等を通じ、DMAT、DPAT等災害時に活動する医療チーム数を増加させることが必要 ④災害拠点精神科病院が未設置のため、指定を検討することが必要 ④保健医療福祉調整本部として活動するための保健・医療・福祉分野の連携 ⇒現行の計画・方針に基づき、行政・DMAT・DPAT・DHEAT等、災害時の健康管理に携わるチームの連携を確保することが必要	3	（1）災害医療コーディネート体制の充実 （2）地域の保健医療体制の充実 （3）DMAT体制の強化 （4）災害時における精神保健医療体制の整備 （5）災害医療と保健、福祉分野との連携

番号	B　目標	
1	災害拠点病院が、災害時においても診療機能を維持できる体制を整備する	
	目標値	業務継続計画（BCP）に基づいた災害対応訓練を実施している災害拠点病院の割合
		災害医療の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と調整の上、地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練や研修などの実施回数1（2）、（3（2）指標）
		浸水想定区域に所在する災害拠点病院で、浸水被害への対策を行っている病院の割合
2	災害拠点病院以外の病院等が、被災をしても早期に診療機能を回復できるよう、平時からの備えを講じている	
	目標値	災害拠点病院以外の病院の耐震化率
		EMISの操作を含む研修・訓練を実施している医療機関の割合
		災害拠点病院以外の病院における業務継続計画（BCP）を策定している病院の策定率
3	災害時に医療分野で活動するチームの強化と、保健分野、福祉分野で活動するチームとの連携を強化する	
	目標値	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部で関係機関（消防、警察、保健所、市町村等）公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数
		災害派遣医療チーム（DMAT）チーム数
		災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数
		災害拠点精神科病院の指定数
		災害時保健医療福祉調整本部における医療・保健・福祉分野の連携強化を目的とした研修・訓練の実施回数

番号	C　最終目標	
1	「避けられた災害死」を最小限にとどめるため、災害時の医療提供体制を確実に確保する	
	目標値	医療機関の災害対応訓練の参加率

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	業務継続計画（BCP）に基づいた災害対応訓練を実施している災害拠点病院の割合	88.2%	2023	100.0%	2029
B	1	②	災害医療の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と調整の上、地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練や研修などの実施回数（1-(2),3-(2)）	9	2023	11	2029
	3	②					
B	1	③	浸水想定区域に所在する災害拠点病院で、浸水被害への対策を行っている病院の割合	1	2023	10	2029
B	2	①	災害拠点病院以外の病院の耐震化率	83.6%	2023	86.4%	2029
B	2	②	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している医療機関の割合	87.3%	2023	95.3%	2029
B	2	③	業務継続計画(BCP)を策定している病院の割合	31.8%	2023	全国平均より向上	2029
B	3	①	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部で関係機関（消防、警察、保健所、市町村等）公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	2	2023	3	2029
B	3	②	災害派遣医療チーム（DMAT）チーム数	70	2023	72	2029
B	3	③	災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数	13	2023	16	2029
B	3	④	災害拠点精神科病院の指定数	0	2023	2	2029
B	3	⑤	災害時保健医療調整本部における医療・保健・福祉分野の連携強化を目的とした研修、訓練の実施回数	0	2023	1	2029
C	1	①	県内医療機関の災害対応訓練の参加率	87.4%	2023	95.7%	2029

8　新興感染症発生・まん延時の医療連携体制構築の取組

- **新興感染症発生・まん延時の医療連携体制の構築に当たっては、県感染症予防計画及び県新型インフルエンザ等対策行動計画との整合を図りながら取り組みを進めます。**
- **医療連携体制については、本県と医療機関との医療措置協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた新興感染症に対応する医療及び新興感染症以外の通常医療の提供体制の確保を図ります。**
- **新興感染症発生・まん延時の医療体制の構築に当たっては、新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、その最大規模の体制を目指します。**

概況

（１） 新興感染症及び新興感染症発生・まん延時における医療とは

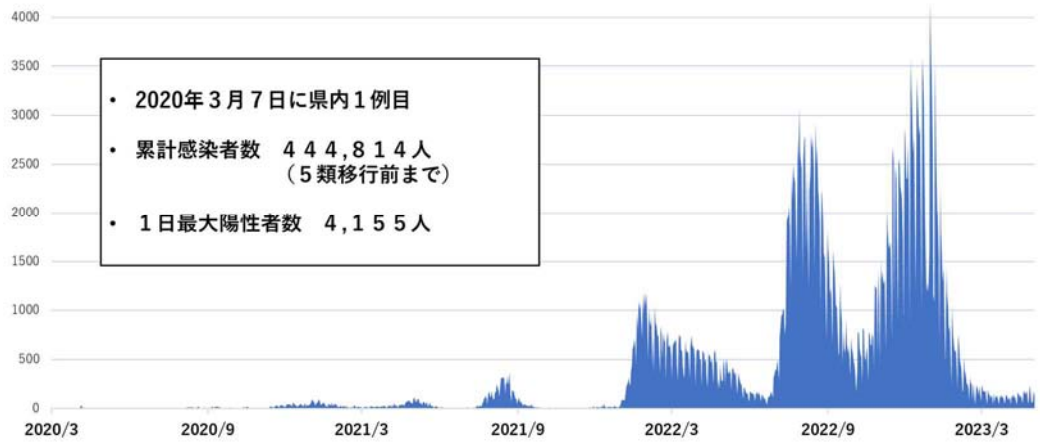
「新興感染症」とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（1998（平成 10）年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症及び同条第９項に規定する新感染症をいい、「新興感染症発生・まん延時における医療」とは、新興感染症がまん延し、又はそのおそれがあるときにおける医療をいいます。

（２） 新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染症への対応は、これまでの想定を大きく超え、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面しました。それぞれの地域において、通常医療との両立を含め、機能する医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて、必要な医療を連携やネットワークによって提供していくことの重要性が改めて認識されました。

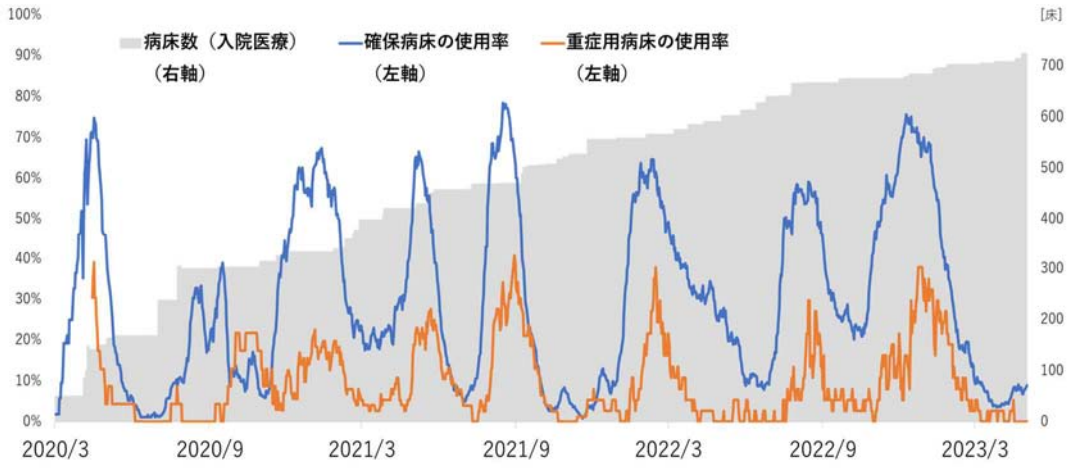
県内では、2020（令和２）年３月に初めて新型コロナウイルス感染症患者が確認されました。本県では「病床確保計画」等を策定して病床や発熱外来の確保等を進めてきましたが、短期間で感染者が急増する事態に幾度となく直面し、医療提供体制に大きな負荷がかかりました。

新型コロナウイルス感染症陽性者数の推移



（資料）県感染症・がん疾病対策課調べ

新型コロナウイルス感染症に係る確保病床数・病床使用率の推移



（資料）県感染症・がん疾病対策課調べ

（３） 新興感染症における医療提供体制

新興感染症への対応は、感染症法に基づく入院勧告・措置が伴うことから、病床の確保に加え、入院調整や移送などに行政が関わることとなり、通常医療よりも多くの医療人材を必要とします。そのため、新興感染症の発生・まん延時を考えれば、平時から関係者間の情報共有や、きめ細かい調整、役割分担・連携が必須となります。

また、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等に相談・受診できる体制の整備や、地域医療連携の強化を図ることも重要です。

（４） 感染状況に応じた医療連携体制の構築

全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者及び外来受診者の急増が想定されることから、平時から、感染症法第 36 条の３第１項に基づき締結する医療措置協定（以下「医療措置協定」という。）等により、発生状況に応じて、当該感染症患者の入院及び外来体制や、当該感染症の後方支援体制を迅速に確保できるようにしておく必要があります。

●感染症法に基づく発生の公表前

全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるなどの新興感染症が発生した旨の公表（感染症法第 44 条の２第１項、第 44 条の７第１項又は第 44 条の 10 第１項に基づく公表。以下「感染症法に基づく発生の公表」という。）前の段階においては、感染症法第 38 条第２項に基づき県知事が指定する第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心とした医療提供体制の構築が必要となります。

●流行初期

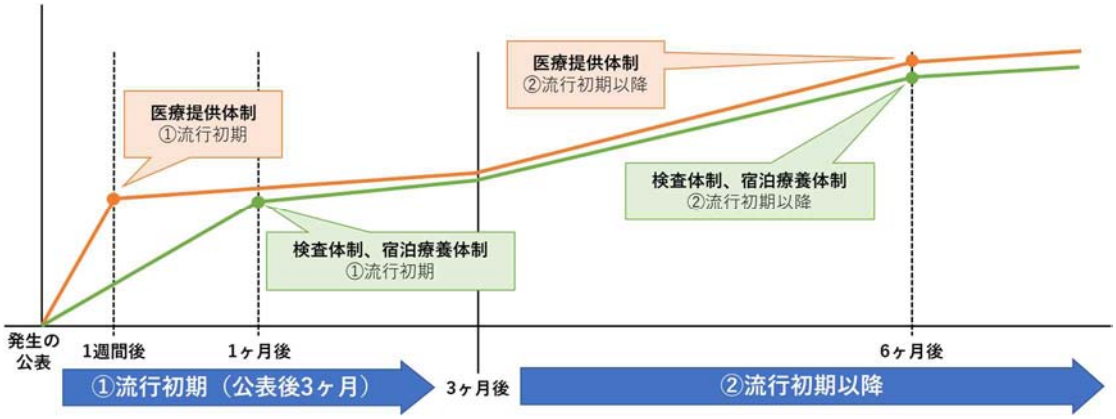
感染症法に基づく発生の公表後、３か月程度までの間においては、発生の公表前から対応実績のある感染症指定医療機関に加え、県の判断を契機として、公的医療機関等や流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結する医療機関等も含めた医療提供体制の構築が必要となります。

● 流行初期以降

流行初期以降においては、流行初期から対応する医療機関に加え、順次その他の医療措置協定締結医療機関も医療提供体制を構築し、発生の公表後６箇月程度を目途に、全ての医療措置協定締結医療機関で対応する必要があります。

※　新興感染症の特性や当該感染症への対応方法を含めた最新の知見の収集状況、感染症法第 53 条の 16 第１項に規定する感染対策物資等の確保の状況等が事前の想定とは大きく異なる場合は、国の判断を踏まえ、機動的に新興感染症へ対応することとなります。

発生状況の段階と体制整備のイメージ



１　新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）

現状と課題

新興感染症発生・まん延時に必要な病床を確保するためには、平時に県と医療機関の間で医療措置協定を締結することにより、限られた病床を有効に活用し、必要な医療を提供できる体制を整備することが必要です。

（１） 感染症患者を入院させる病床の確保

- 新型コロナウイルス感染症対応時においては、入院医療の中核的役割を担う感染症指定医療機関のみでは、急増する感染症患者へ十分に対応できず、入院病床が不足しました。
- 一般の病院が、がん治療をはじめとする通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じましたが、そうした事態における入院調整、救急搬送、院内ゾーニングを含めた具体的な対応を想定していなかったため、体制の整備に時間がかかりました。

ア　重症者用病床の確保

新型コロナウイルス感染症の重症者の受入れに当たり、新型コロナウイルス感染症患者以外の一般医療における重症者への医療提供のため、病床の確保や医療従事者の調整に苦慮しました。

イ　特に配慮が必要な患者の病床の確保

精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者等（以下「特に配慮が必要な患者」という。）が新型コロナウイルス感染症となった場合の受入れについて、対応できる医療機関が限定されており、患者急増時には病床がひっ迫しました。

（２） 入院調整

入院調整について、新型コロナウイルス感染症対応が始まった当初は、入院勧告に付随する業務として各保健所が対応していましたが、感染症患者が急増する中で、特定の医療機関における医療のひっ迫が想定されました。本県では、こうした事態を防止し、全県において効率的に入院調整を行うため、早い段階から県入院調整本部（病院間調整センター）を設置し、一元的に調整を行いましたが、想定以上に感染者が増加し、また、対応が長期にわたったことから、入院調整が難航する時期もありました。

求められる医療機能

（１）目標

- 流行初期の対応として、新型コロナウイルス感染症発生から約１年後（2020（令和２）年 12 月時点）の新型コロナウイルス感染症入院患者の規模に対応できる病床を確保します。

- 流行初期以降の対応として、新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（2022（令和４）年 12 月時点）の病床を確保することを目指します。
- 重症者を受け入れる病床のほか、特に配慮が必要な患者を受け入れる病床を確保します。

新型コロナウイルス感染症対応の実績（入院）

区分		新型コロナウイルス感染症発生約１年後の状況		新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大の体制	
		確保数	備考	確保数	備考
確保病床数		283床	2020年12月末時点の病床確保数	633床	2022年12月末時点の病床確保数
重症者病床		34床		37床	
特に配慮が必要な患者の病床	精神疾患を有する患者	14床		21床	
	妊産婦	3床		22床	
	小児	13床		39床	
	透析患者	15床		38床	

（資料）県感染症・がん疾病対策課調べ

（２）医療機関に求められる事項

ア　感染症患者を入院させる病床の確保

- 病床確保の医療措置協定を締結する医療機関には、新型コロナウイルス感染症対応の重点医療機関の施設要件も参考に、次の対応が求められます。
  ①　酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること
  ②　本県からの要請後速やかに即応病床化すること
  ③　関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施すること

  なお、この際、国は、随時収集した知見等を都道府県及び医療機関に周知し、実質的な準備期間の確保に努めることとしています。
- 流行初期に患者を受け入れる体制を整える措置（以下「流行初期医療確保措置」という。）の対象となる医療措置協定（入院に係るものに限る。）を締結する医療機関には、上記の対応に加え、次の対応が求められます。ただし、地域の実情に応じ、通常医療の確保を図るため、県は、医療措置協定締結に当たっては柔軟に対応することとしています。
  ①　感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を一定数以上確保し、継続して対応できること
  ②　感染症法に基づく発生の公表後、知事の要請後速やかに（１週間以内を目途に）即応病床化すること（なお、前述のとおり、国は、実質的な準備期間の確保に努めることとしています。）
  ③　病床の確保に当たり影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと

- 確保病床を稼働（即応化）させるためには、医療従事者の確保も重要であり、医療措置協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めることが求められます。例えば、新興感染症発生・まん延時に新興感染症患者の入院を受け入れる病床を確保するため、本県からの要請後、どのようにシフトを調整するかなど、対応の流れを点検することなども考えられます。
- 新興感染症の発生時から中心となって対応する感染症指定医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行うことが求められます。
- 新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナウイルス感染症対応時に入院患者を受け入れた医療機関の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図る必要があります。

イ　重症者用病床の確保

- 重症者用病床の確保に当たっては、重症の感染症患者に使用する人工呼吸器等の設備や、当該患者に対応する医療従事者（人工呼吸器等に関する講習受講や、集中治療室等における勤務ローテーションによる治療の経験を有する医療従事者）の確保に留意する必要があります。
- 重症者病床の確保に伴い、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある通常医療（例えば、脳卒中や急性心筋梗塞、術後に集中治療が必要となる手術等）が制限される場合も考えられることから、後方支援を行う医療機関との連携体制も重要です。

ウ　特に配慮が必要な患者の病床の確保

特に配慮が必要な患者の病床確保に当たっては、患者の特性に応じた受入医療機関の設定や、関係機関等との連携など、新型コロナウイルス感染症対応で周知してきた各特性に応じた体制確保等についての内容のほか、国や本県から周知等される患者に必要な配慮等を踏まえて確保する必要があります。

具体的施策

（１）感染症患者を入院させる病床の確保

- 県は、各医療機関の機能や役割に応じ、感染症患者を入院させる病床を確保する医療機関と医療措置協定を締結します。
- 県は、医療措置協定の内容について、患者等の医療機関の選択に資するよう、ホームページ等でできる限り分かりやすく公表するとともに、当該公表をしている旨の周知を図ります。

ア　発生段階ごとの対応

①　新興感染症発生早期

新興感染症の発生時からの対応として、新興感染症発生早期（新興感染症発生から感染症法に基づく発生の公表前まで）の段階は、第一種感染症指定医療機関

及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する体制を構築します。

②　流行初期

①の医療機関が引き続き対応を行うとともに、県の判断を契機として、公的医療機関等や流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結する医療機関等も対応していく体制を構築します。

③　流行初期以降

①、②の医療機関に加え、その後３か月程度を目途に、順次速やかに、医療措置協定を締結した全ての医療機関で対応していく体制を構築します。

イ　重症者用病床の確保

- 地域において、後方支援を行う医療機関との連携も含め、当該通常医療を担う医療機関がどの程度確保できるかなど、地域における役割分担を確認します。
- 都道府県域を越えた広域での重症患者の搬送を要する場合の備えとして、地域の実情に応じて隣県の都道府県と事前に調整準備を行うなど、柔軟に対応します。

ウ　特に配慮が必要な患者の病床の確保

新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、地域の実情に応じて、特に配慮が必要な患者を受け入れる病床を確保します。

エ　関係機関との連携

医療提供体制の構築に当たっては、県感染症予防計画、県新型インフルエンザ等対策行動計画との整合性を確保し、地域の実情に応じて、医療機関が地域の関係機関と連携して感染症への対応を行うことができるよう、必要に応じて県感染症対策連携協議会等を活用します。

【主な事業例】

医療措置協定の締結、県感染症対策連携協議会の設置・運営、医療従事者に対する感染対策研修・訓練の実施　等

（２）入院調整

ア　関係機関との連携

新興感染症発生・まん延時において確保した病床に円滑に患者が入院できるようにするため、県感染症対策連携協議会等を活用し、保健所や医療機関、高齢者施設等（障害者施設等を含む。以下同じ。）との連携強化を図ります。また、保健所設置市に対する平時からの体制整備等に係る総合調整権限や、感染症発生・まん延時の指示権限を適切に行使しながら、円滑に入院調整体制を構築し、実施します。

イ　ＩＣＴツールの積極的な導入

病床がひっ迫する恐れがある際には、新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、国が示す入院対象者の基本的な考え方（例えば、重症患者や、中等症以下の患者の中で特に重症化リスクの高い者など、入院治療が必要な患者を優先的に入院させるなど）も参考に、関係者間で入院対象者等の範囲を明確にしながら、患者の療養先の振り分けや入院調整を行います。この際、関係者間でリアルタイムに医療機関における受入可能病床情報の共有を行う Web システムや、医療機関間で患者の診療・検査の情報等を遠隔で共有する Web カンファレンスシステムを流行初期段階から活用するなど、ICT ツールを積極的に導入し、入院調整本部と各医療機関とのコミュニケーションの円滑化を図ります。

ウ　総合調整

感染症医療に関する総合的な調整及び助言を行うコーディネーターやアドバイザー等を設置し、重症又は緊急性の高い患者や特別な配慮を要する患者の医療対策を、効果的かつ円滑に実施します。

【主な事業例】

県感染症対策連携協議会の設置・運営、県入院調整本部（病院間調整センター）の設置、県統合型医療情報システムの活用、G-カンファレンスの推進、感染症医療対策コーディネーター及びアドバイザーの設置　等

２　新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）

現状と課題

新興感染症発生・まん延時において、疑い患者等の検査や診療を行う医療提供体制を整備することが必要です。

（１）　新型コロナウイルス感染症対応が始まった当初は、感染症患者の検査や診療のための感染対策等が十分にできないなどの理由で、対応する医療機関数が不十分でした。

（２）　新型コロナウイルス感染症対応においては、感染症患者の急増時に入院が必要な疑い患者を救急搬送する際に、受入れ先の調整に苦慮した事例がありました。

求められる医療機能

（１）目標

- 新興感染症の流行初期に対応する医療機関として、新型コロナウイルス感染症発生約１年後（2020（令和２）年 12 月時点）の新型コロナウイルス感染症の患者の規模に対応する体制を整備します。
- 流行初期以降に対応する医療機関として、新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模に対応する体制（2022（令和４）年 12 月時点）を整備します。

新型コロナウイルス感染症対応の実績（診療検査外来）

区分	新型コロナウイルス感染症 発生約１年後の状況		新型コロナウイルス感染症対応で 確保した最大の体制	
	実績値	備考	実績値	備考
診療検査外来対応機関数	471機関	2020年12月末時点の診療検査外来数	792機関	2022年12月末時点の診療検査外来数

（資料）県感染症・がん疾病対策課調べ

（２）医療機関に求められる事項

ア　受入体制の整備

- 新型コロナウイルス感染症対応の診療・検査医療機関の施設要件も参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、あらかじめ発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を有することが必要です。
- 関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施することを基本とし、発熱外来を行うことが求められます。
- 発熱外来を行うに当たっては、地域の医師会等の関係者と協力した取組が必要です。また、例えば地域の医師会等によるセンター方式による発熱外来の整備等の取組も考えられます。
- 流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定（発熱外来に係るものに限る。）を締結する医療機関には、次の対応が求められます。ただし、地域の実情に応じ、通常医療の確保を図るため、県は、医療措置協定締結に当たっては柔軟に対応することとしています。

  ①　流行初期から一定数以上の発熱患者を診察できること

  ②　感染症法に基づく発生の公表後、知事の要請後速やかに（１週間以内を目途に）発熱外来を開始すること（この際、国は、実質的な準備期間の確保に努めることとしています。）

イ　情報提供・情報共有

- 地域の診療所において、新興感染症医療以外の通常医療を担っている場合は、患者からの相談に応じ、発熱外来等の適切な受診先の案内に努めることが求められます。その際は、当該患者に対して、自身の基礎疾患等や、受けている治療内容、当該診療所での受診歴などの情報を当該受診先に伝えることや、お薬手帳を活用することなどを助言することが求められます。

具体的施策

（１）疑い患者等の外来診療を行う医療提供体制の整備

- 県は、各医療機関の機能や役割に応じ、発熱外来や自宅療養者に対する医療等を担う医療機関と医療措置協定を締結します。
- 新興感染症医療以外の通常医療を担う診療所も含め、日頃から患者のことをよく知る医師、診療所等と、感染症医療を担う医療機関が連携することが重要であることから、県は、医療措置協定締結に先立って行う調査や協議も活用しながら、地域における感染症医療と通常医療の役割を確認し、連携を促進します。
- 県は、医療措置協定の内容について、患者等の医療機関の選択に資するよう、診療時間や対応可能な患者（例えば小児等）など、ホームページ等でできる限り分かりやすく公表するとともに、当該公表をしている旨の周知を図ります。

（２）救急医療機関における受入体制の整備

入院が必要な疑い患者の受入れ先が確保されるよう、県は、二次救急医療機関等との間で発熱外来に係る医療措置協定の締結を検討します。疑い患者を含めた感染症医療と通常医療の確保のため、県感染症対策連携協議会等を活用し、救急医療を含め、地域における医療機関の機能や役割を踏まえた連携体制を構築します。

【主な事業例】

医療措置協定の締結、県感染症対策連携協議会の設置・運営、医療従事者向けの感染対策に係る研修・訓練の実施　等

３　居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）

現状と課題

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、自宅・宿泊施設及び高齢者施設等で療養する新興感染症患者等（以下「自宅療養者等」という。）に対する医療提供体制を整備する必要があります。

- 新型コロナウイルス感染症が発生する以前は、新興感染症の患者は入院医療が前提となっており、自宅療養者等に対する医療の提供の仕組みがありませんでした。
- 新型コロナウイルス感染症対応においては、急増する感染症患者に対応するため、自宅や宿泊施設等を療養先としましたが、健康観察や、基礎疾患のある者等、重症化リスクが高い患者等について容体の急変等に対応するために、多くの人員を必要としました。

求められる医療機能

（１）目標

自宅療養者等に対する医療を提供する医療機関等（病院・診療所、訪問看護事業所、薬局）として、新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制を整備します。

新型コロナウイルス感染症対応の実績（自宅療養者等に医療を提供する機関数）

区分		新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大の体制	
		実績値	備考
自宅・宿泊施設・高齢者施設等における療養者等に医療を提供する機関数		490機関	－
	病院・診療所	268機関	2022年12月末時点の医療機関数
	訪問看護事業所	52機関	2023年3月末時点の対応事業所数
	薬局	170か所	2023年3月末時点の対応薬局数

（資料）県感染症・がん疾病対策課調べ

（２）医療機関に求められる事項

ア　医療機関等における体制整備

関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施することを基本として医療の提供を行うことが求められます。

イ　関係機関との連携

- 自宅療養者等への医療の提供に関する医療措置協定締結医療機関は、新型コロナウイルス感染症対応と同様、地域医師会等の関係者と連携・協力した体制整備を行い、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各機関間や事業所間でも連携しながら、往診やオンライン診療等、医薬品対応、訪問看護等を行う必要があります。
- 自宅療養者等が病状悪化した場合は、入院医療機関へ適切につなぐ必要があります。また、診療所等と救急医療機関との連携も重要です。
- 患者に身近な診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容体に変化等があった場合に、迅速に医療につなげるためにも、併せてできる限り健康観察の協力を行うことが求められます。

ウ　施設内療養者への対応

高齢者施設や障害者施設等の入所者が施設内で療養する際、必要に応じて医師による往診や看護師の派遣を行うなど、医療を確保できる体制とすることが求められます。その際、高齢者施設等や障害者施設等の配置医師等の役割も重要であり、その点も踏まえて体制構築を図る必要があります。

エ　薬局の役割

薬局については、必要な体制（情報通信機器を用いた服薬指導、薬剤の配送等）整備を行い、発熱等患者の医薬品等対応（調剤・医薬品等交付・服薬指導等）を行うことが求められます。

具体的施策

（１）自宅療養等に対する医療提供体制の整備

- 県は、自宅療養者等への医療の提供を行うため、医療機関、薬局及び訪問看護事業所と医療措置協定を締結します。
- 県は、新興感染症の感染が急拡大することに備え、平時から、臨時の医療施設・入院待機施設の設置、運営の流れ等の検討及び確認を行います。
- 県は、医療措置協定の内容について、患者等の医療機関の選択に資するよう、電話・オンライン診療や、医師・看護師による往診等にそれぞれ対応する病院・診療所、医薬品対応等を行う薬局又は訪問看護を行う訪問看護事業所がそれぞれ分かるように、ホームページ等でできる限り分かりやすく公表するとともに、当該公表をしている旨の周知を図ります。

（２）高齢者施設等に対する医療支援体制の整備

- 入所者の症状等に応じ、高齢者施設等で療養する場合もあることから、医療機関が担う高齢者施設等に対する医療支援体制について、連携を推進します。
- 高齢者施設等からの相談等により、迅速に施設内における感染症まん延防止対策の指導等を実施する医療人材を派遣できる体制を整備します。
- 高齢者施設等に対して、国が提供する感染対策等に関するガイドライン等を参考に、感染症対応に必要となる情報・ノウハウ（例：PPE の着脱指導等）を提供します。また、高齢者施設等と協力医療機関を始めとする地域の医療機関との連携について、実効性のあるものとするため、県感染症対策連携協議会等を活用し、高齢者施設等と医療機関との連携の強化を図ります。
- 県は、県感染症対策連携協議会等を通じ、医療機関（救急医療機関を含む。）のほか、消防機関等との連携、役割を確認し、高齢者施設等に対する救急医療を含めた医療支援体制等の確認を行います。

【主な事業例】

医療措置協定の締結、県感染症対策連携協議会の設置・運営、高齢者施設等職員向けの感染対策に係る研修・訓練の実施　等

４　新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）

現状と課題

緊急時に対応可能な入院病床を確保するためには、地域の関係機関間で役割分担を行うことが重要です。病床確保等を行う協定締結医療機関を後方支援することにより、協定締結医療機関が新興感染症患者に効率的に対応できる体制を整備する必要があります。

- 新型コロナウイルス感染症発生時、感染症患者を受け入れる入院医療機関における病床のひっ迫を解消するため、入院患者の転院や後方施設での受入れが試行されましたが、多様な要因により、必ずしもスムーズに行われませんでした。
- 転出側においては、患者・家族の理解を得ることや、病院スタッフの理解を得ることが困難でした。また、受入れ側においては、院内感染のリスクや風評被害の懸念等があったと考えられています。
- 重症患者の入院日数が長期化したことも、医療機関の病床ひっ迫の一因とされています。罹患後、長期入院中の患者の感染性はそれほど高くなく、一般の医療機関においても受入れが可能と思われましたが、転院調整は容易ではありませんでした。

求められる医療機能

（１）目標

後方支援を行う医療機関として、新型コロナウイルス感染症対応における最大規模の体制を整備します。

新型コロナウイルス感染症対応の実績（後方支援）

区分	新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大の体制
後方支援を行う医療機関数	68機関

（資料）県感染症・がん疾病対策課調べ

（２）医療機関に求められる事項

- 通常医療の確保のため、特に流行初期における感染症患者以外の患者の受入れや、感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入れを行うことが求められます。
- 新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、既存の関係団体間連携の枠組み等と連携した上で、感染症患者以外の受入れを進める必要があります。

具体的施策

- 県は、通常医療の確保のため、流行初期の感染症患者以外の患者の受入れや、感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入れ等、後方支援を行う医療機関と医療措置協定を締結します。
- 地域の関係者間でリアルタイムに受入可能病床情報を共有できる Web システム等の ICT ツールの積極的な活用を推進し、円滑な受入体制の構築を図ります。

- 県は、医療措置協定の内容について、患者等の医療機関の選択に資するよう、ホームページ等でできる限り分かりやすく公表するとともに、当該公表をしている旨の周知を図ります。

【主な事業例】
医療措置協定の締結、県感染症対策連携協議会の設置・運営、県統合型医療情報システムの活用、新型コロナウイルス感染症回復患者転院受入医療機関登録制度の運用　等

5　新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）

現状と課題

新興感染症が急激に拡大した場合や施設内等でクラスター（一定数以上の感染者集団）が発生した場合に備え、新興感染症に対応する医療従事者をあらかじめ確保し、医療機関その他の機関に派遣する必要があります。

- 緊急時の医療人材派遣について、感染症危機を想定した制度は存在しませんでした。
- 新型コロナウイルス感染症対応時には、医療機関や施設内でのクラスター発生や、医療従事者の感染等により、一部の医療機関等で人員等に不足が生じ、医療従事者に過剰な負担が生じることがありました。
- 高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症患者が発生した場合に、施設内における適切な感染対策を行うことができず、クラスターの規模が拡大したり、長期化したりする事例がありました。

求められる医療機能

（１）目標

他の入院医療機関等に一定期間派遣する要員及び高齢者施設等における感染制御等を支援するために派遣する要員として、2023（令和５）年度に実施した医療措置協定の事前調査で得られた「派遣可能な人員数」を確保することを目指します。

他の入院医療機関等に派遣可能な人数（2023 年度調査）

区分		他の医療機関、臨時の医療機関等への派遣	うち県外派遣可	感染制御等を支援するための高齢者施設等への派遣
派遣可能な人数（医師・看護師・その他		49人	34人	157人
	うち、感染症医療対応	17人	13人	42人
	うち、感染症予防対応	9人	7人	29人
	うち、DMAT	13人	－	59人
	うち、DPAT	9人	－	15人

（資料）県感染症・がん疾病対策課調べ

（２）医療機関に求められる事項

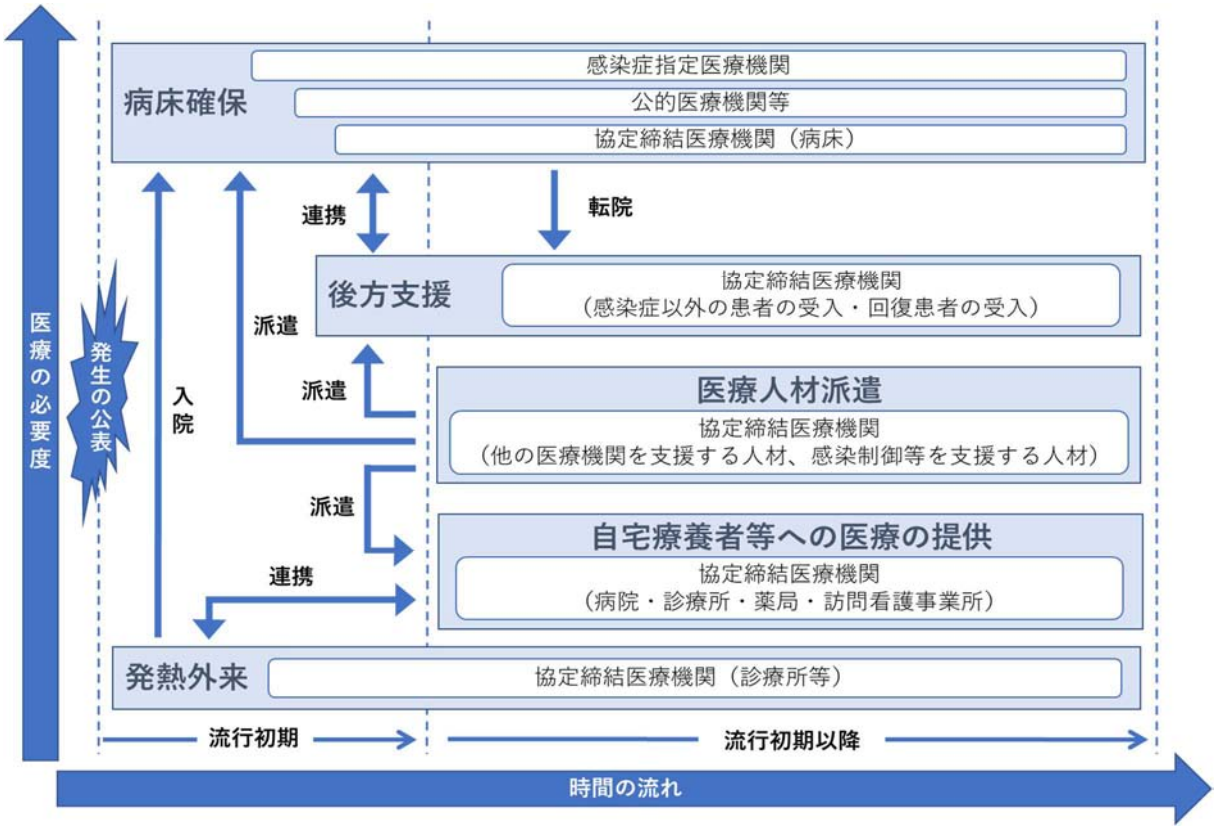
医療人材派遣の医療措置協定を締結する医療機関は、自機関の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めることが求められます。

具体的施策

- 県は、他の入院医療機関、臨時の医療施設等に一定期間人材を派遣することができる医療機関と医療措置協定を締結し、人材を確保します。
- 派遣される医療人材の身分、手当、補償等の労働条件について、国が示す協定のモデル例を参考に、医療機関との医療措置協定締結の協議を行います。
- 広域の医療人材派遣に関して、まずは県内で人材の融通を行いますが、県内だけでは人材確保が難しい場合は、県は、必要に応じて他の都道府県に直接応援を求めます。さらに、本県が他の都道府県に比して医療のひっ迫が認められるなどの場合には、国に対し、必要に応じて他の都道府県からの医療人材の確保の応援を求めます。
- 高齢者施設等から求めがあった場合に備え、感染制御等を支援するための人材を派遣することができる医療機関と医療措置協定を締結します。
- 県は、医療措置協定の内容の一部について、ホームページ等で公表します。

【主な事業例】
医療措置協定の締結、県感染症対策連携協議会の設置・運営、感染制御等を支援するチームの設置　等

新興感染症発生・まん延時の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
病床確保	新興感染症発生・まん延時に必要な病床を確保するためには、平時に県と医療機関の間で医療措置協定を締結することにより、限られた病床を有効に活用し、必要な医療を提供できる体制を整備することが必要 (1)入院医療の中核的役割を担う感染症指定医療機関のみでは、急増する感染症患者へ十分に対応できず、入院病床が不足した また、一般の病院が、通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じたが、そうした事態における具体的な対応を想定していなかったため、体制の整備に時間がかかった ア 新型コロナウイルス感染症の重症者の受入れに当たり、一般医療における重症者への医療提供のため、病床の確保や医療従事者の調整に苦慮した イ 特に配慮が必要な患者が受入れについて、対応できる医療機関が限定されており、患者急増時には病床がひっ迫した (2)入院調整について、入院勧告に付随する業務として各保健所が対応していたが、感染症患者が急増する中で、特定の医療機関における医療のひっ迫が想定された	1	(1)感染症患者を入院させる病床の確保 ア 発生段階ごとの対応 イ 重症者用病床の確保 ウ 特に配慮が必要な患者の病床の確保 (2)入院調整体制の整備
発熱外来	新興感染症発生・まん延時において、疑い患者等の検査や診療を行う医療提供体制を整備することが必要 (1)感染症患者の検査や診療のための感染対策等が十分にできないなどの理由で、対応する医療機関数が不十分であった (2)感染症患者の急増時に入院が必要な疑い患者を救急搬送する際に、受入れ先の調整に苦慮した事例があった	2	(1)疑い患者等の外来診療を行う医療の提供体制の整備 (2)救急医療機関における受入体制の整備
自宅療養者等への医療	新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、自宅療養者等に対する医療提供体制を整備することが必要 ・ 新興感染症の患者は入院医療が前提となっており、自宅療養者等に対する医療の提供の仕組みがなかった ・ 自宅や宿泊施設等を療養先としたが、健康観察や、基礎疾患のある者等、重症化リスクが高い患者等について容体の急変等に対応するために、多くの人員を必要とした	3	(1)自宅療養等に対する医療提供体制の整備 (2)高齢者施設等に対する医療支援体制の整備
後方支援	緊急時に対応可能な入院病床を確保するためには、地域の関係機関間で役割分担を行うことが重要であり、病床確保等を行う協定締結医療機関を後方支援することにより、協定締結医療機関が新興感染症患者に効率的に対応できる体制を整備することが必要 ・ 入院患者の転院や後方施設での受入れが試行されたが、多様な要因により、必ずしもスムーズに行なわれなかった ・ 転出側においては、患者・病院スタッフ等の理解を得ることが困難だった。受入れ側においては、院内感染のリスクや風評被害の懸念等があった ・ 重症患者の入院日数が長期化したことも、医療機関の病床ひっ迫の一因とされた	4	後方支援を行う医療の提供体制の整備
人材派遣関係	新興感染症が急激に拡大した場合や施設内等でクラスターが発生した場合に備え、新興感染症に対応する医療従事者をあらかじめ確保し、医療機関その他の機関に派遣することが必要 ・ 緊急時の医療人材派遣について、感染症危機を想定した制度は存在しなかった ・ 医療機関や施設内でのクラスター発生や、医療従事者の感染等により、一部の医療機関等で人員等に不足が生じ、医療従事者に過剰な負担が生じることがあった ・ 高齢者施設等の施設内における適切な感染症対策を行うことができず、クラスターの規模が拡大したり、長期化したりする事例があった	5	医療人材派遣の体制の整備

番号	B　目標	
1	流行初期及び流行初期以降に感染症患者を入院させる病床を確保する。	
	目標値	協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数
		（内数）重症者を対応する病床数
		（内数）精神疾患を有する患者を対応する病床数
		（内数）妊産婦を対応する病床数
		（内数）小児を対応する病床数
		（内数）透析患者を対応する病床数
2	流行初期及び流行初期以降に疑い患者等の外来診療を行う医療の提供体制を確保する。	
	目標値	協定締結医療機関（発熱外来）の機関数
3	自宅療養者等に対する医療の提供体制を確保する。	
	目標値	協定締結医療機関（自宅療養者等への医療を提供する医療機関）の機関数
		（内数）病院・診療所の数
		（内数）訪問看護事業所の数
		（内数）薬局の数
4	後方支援を行う医療の提供体制を確保する。	
	目標値	協定締結医療機関（後方支援）の機関数
5	医療人材派遣に体制を確保する。	
	目標値	他の入院医療機関等に一定期間派遣可能な人数
		感染制御等を支援するための高齢者施設等へ派遣可能な人数

番号	C　最終目標
1	新興感染症発生・まん延時においても、県民が適切な医療を受けられる。

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
【流行初期】							
B	1	①	●協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数		2023	283床	2029
B	1	②	（内数）重症者を対応する病床数		2023	34床	2029
B	1	③	（内数）精神疾患を有する患者を対応する病床数		2023	14床	2029
B	1	④	（内数）妊産婦を対応する病床数		2023	3床	2029
B	1	⑤	（内数）小児を対応する病床数		2023	13床	2029
B	1	⑥	（内数）透析患者を対応する病床数		2023	15床	2029
B	2	①	●協定締結医療機関（発熱外来）の機関数		2023	471機関	2029
【流行初期以降】							
B	1	①	●協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数		2023	633床	2029
B	1	②	（内数）重症者を対応する病床数		2023	37床	2029
B	1	③	（内数）精神疾患を有する患者を対応する病床数		2023	21床	2029
B	1	④	（内数）妊産婦を対応する病床数		2023	22床	2029
B	1	⑤	（内数）小児を対応する病床数		2023	39床	2029
B	1	⑥	（内数）透析患者を対応する病床数		2023	38床	2029
B	2	①	●協定締結医療機関数（発熱外来）の機関数		2023	792機関	2029
B	3	①	●協定締結医療機関数（自宅療養者等への医療を提供する医療機関）の機関数		2023	490機関	2029
B	3	②	（内数）病院・診療所の数			268機関	
B	3	③	（内数）訪問看護事業所の数		2023	52機関	2029
B	3	④	（内数）薬局の数		2023	170か所	2029
B	4	①	●協定締結医療機関数（後方支援）の機関数		2023	68機関	2029
B	5	①	●他の入院医療機関等に一定期間派遣可能な人数（医師、看護師、その他）		2023	49人	2029
B	5	①	（内数）県外派遣可能		2023	34人	2029
B	5	①	（内数）感染症医療担当従事者		2023	17人	2029
B	5	①	（内数）感染症予防業務対応関係者		2023	9人	2029
B	5	①	（内数）DMAT		2023	13人	2029
B	5	①	（内数）DPAT		2023	9人	2029
B	5	②	●感染制御等を支援するための高齢者施設等へ派遣可能な人数（医師、看護師、その他）		2023	157人	2029
B	5	②	（内数）感染症医療担当従事者		2023	42人	2029
B	5	②	（内数）感染症予防業務対応関係者		2023	29人	2029
B	5	②	（内数）DMAT		2023	59人	2029
B	5	②	（内数）DPAT		2023	15人	2029

※ 流行初期については、新型コロナウイルス感染症発生約１年後の医療提供体制（2020（令和２）年12月時点）を目標値としています。

※ 流行初期以降については、新型コロナウイルス感染症で確保した最大の医療提供体制（2022（令和４）年12時点等）を目標値としています（他の入院医療機関等に一定期間派遣する人数及び高齢者施設等における感染制御等を支援するために派遣する人数以外）。

※ 他の入院医療機関等に一定期間派遣する人数及び高齢者施設等における感染制御等を支援するために派遣する人数については、2023（令和５）年度に実施した医療措置協定の事前調査で得られた「派遣可能な人員数」を目標値としています。

※ 重複して対応する場合もあるため、内数の合計と合わないことがあります。

（空白）

9　へき地医療の医療連携体制構築の取組

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

概況

（１）へき地とは

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

（２）へき地医療の現状

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

（３）本県のへき地

県「無医地区等調査（2023（令和５）年２月）」によると、県内には、３か所の無医地区、５か所の準無医地区、５か所の無歯科医地区、４か所の準無歯科医地区、１６か所の一人医師地区が存在します。

二次保健医療圏	市町村	無医地区	準無医地区	無歯科医地区	準無歯科医地区	一人医師地区
桐生	みどり市					東町
高崎・安中	高崎市		川浦地区・権田地区		川浦地区・権田地区	
						三ノ倉・水沼・岩氷・権田地区の一部
藤岡	神流町		西部			
				旧中里村地区全域		旧中里村地区全域
						旧万場町地区全域
	上野村					上野村（村内全域）
富岡	南牧村		南牧村（村内全域）		南牧村（村内全域）	
						月形地区、磐戸地区
吾妻	中之条町					四万
						六合
	長野原町			応桑・北軽井沢		応桑・北軽井沢
	嬬恋村	万座		万座		
	東吾妻町		髙日向		髙日向	
						東地区
沼田	昭和村					昭和村（村内全域）
	沼田市					南郷
						大楊
	みなかみ町	赤谷		赤谷		
		入須川		入須川		
			藤原		藤原	
						笠原
						東峰
						恋越
６医療圏	１２市町村	３地区	５地区	５地区	４地区	１６地区
		無医地区等８地区		無歯科医地区等９地区		

（４） へき地医療体制

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

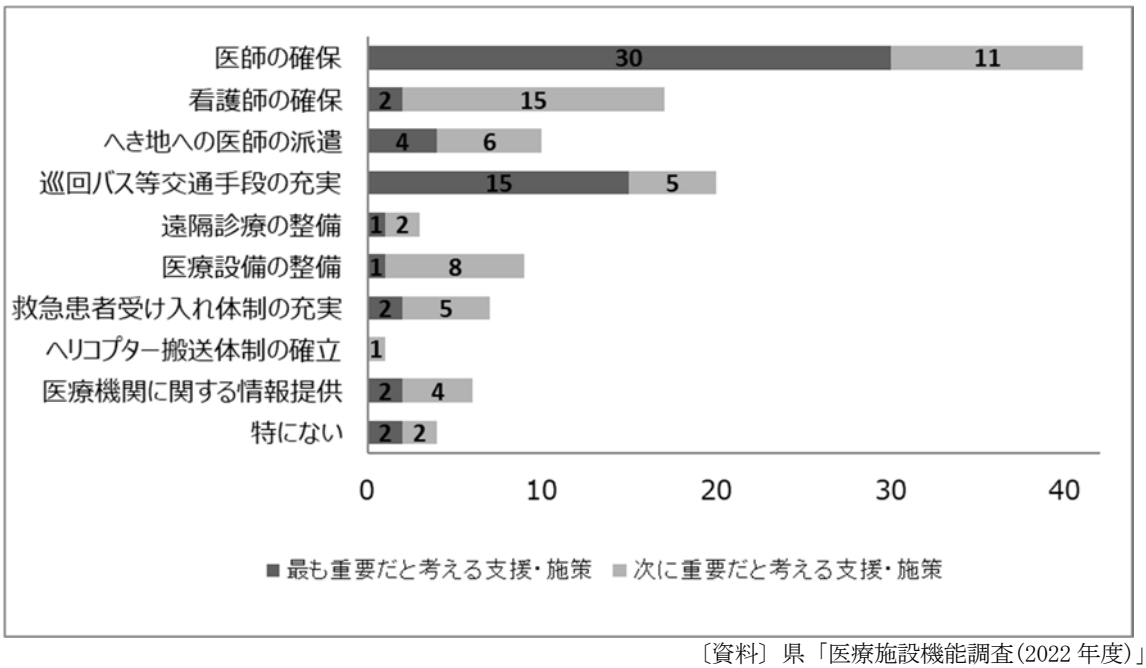
１　へき地における医師等の確保

現状と課題

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

（１） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、「へき地の医療連携体制を構築するために、へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策」として、最も重要又は次に重要と考えるものについて、「医師の確保」、次いで「巡回バス等交通手段の充実」、「看護師の確保」の回答数が多く、へき地において、医師や看護師等の確保及び交通手段の確保が課題となっています。

へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策



〔資料〕県「医療施設機能調査(2022 年度)」

（２） 県内には９か所のへき地診療所が設置されており、現在、このうち６か所に自治医科大学卒業医師が派遣されています。へき地における医療提供体制を確保するためにも、実情に応じた自治医科大学卒業医師の効果的な配置調整や代診医派遣等の支援が必要となっています。

（３） へき地においては、患者の全身の状態を踏まえ、必要に応じて専門医につなぐことのできる、地域医療の担い手としての総合診療医の育成が必要となっています。

また、医師のへき地勤務に対する不安等を解消するため、へき地医療に従事する医師のキャリア形成の支援が必要となっています。

（４） 在学期間中にへき地医療に対する意欲向上や理解を深めてもらうため、医学生に対して、へき地診療所等における勤務の現状ややりがい等について周知を図るとともに、へき地医療の実習体験等の教育の機会の充実を図ることが必要となっています。

（５） 厚生労働省「衛生行政報告例（2020（令和 2）年）」によると、本県の就業看護職員数（人口 10 万対）は 1464.7 人と、全国平均（1315.2 人）を上回っていますが、へき地等の地域医療の確保に支障を来すことのないよう、計画的に看護職員の育成・確保を図ることが必要となっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 無医地区等のへき地医療を担う医師及び看護師等を確保すること

（２）関係機関に求められる事項

- へき地診療所等へ医師を派遣すること
- へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと
- 医療従事者の養成過程等における、へき地の医療への動機付けを行うこと

（３）関係機関の例

- 県
- へき地医療支援機構
- 医育機関
- へき地診療所
- へき地医療拠点病院

具体的施策

へき地における医療の確保のため、「第８章　医師確保計画」「第９章　保健医療従事者等の確保」に加えて、次の取組を推進します。

（１）自治医科大学卒業医師の派遣

- へき地の実情に応じ自治医科大学卒業医師の派遣を効果的に行い、へき地における医師を確保します。

（２）地域医療を担う医師の養成と確保

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

- 2018（平成 30）年度以降入学の群馬大学医学部地域医療枠卒業生（卒後の従事必要期間中に医師不足地域に４年以上（へき地の場合３年以上）勤務する要件が課されている）を活用し、へき地医療に従事する医師の確保に取り組みます。

【主な事業例】
ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス　等

（３）へき地医療を担う医師の動機付け

- 在学期間中にへき地医療に対する意欲向上や理解を深めてもらうため、医学生に対して、へき地診療所等における勤務の現状ややりがい等についての周知活動を推進するとともに、高校生に対してもへき地医療について学び関心を深める機会を提供し、へき地医療を担う医師の確保に取り組みます。

【主な事業例】
地域医療体験セミナー、自治医科大学学生夏期実習、医学部医学科をめざす高校生の職場体験セミナー　等

（４）看護職員の確保と資質向上

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

【主な事業例】
看護職員の就業に関する相談や職業紹介、看護力再開発講習会、就労環境改善研修、潜在看護職員復帰支援研修等の開催による看護職員の確保、看護師特定行為研修支援事業　等

２　へき地における保健指導

現状と課題

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

（１） 無医地区等においては、市町村保健師や郡市医師会が情報共有等を行いながら、地区の状況を踏まえた保健指導を提供することが必要となっています。

（２） 治療だけでなく予防の重要性が増し、保健指導の内容も多岐にわたってきていることから、保健師等の人材の確保とともに、資質の向上も必要とされています。

求められる医療機能

（１）目標

- 無医地区等において、保健指導を提供すること

（２）関係機関に求められる事項

- 地区の保健衛生状態を十分把握し、地区の実情に即した活動を行うこと
- 生活習慣病予防や高齢者の健康管理を通じて、地域の人々の健康維持を支援すること

（３）関係機関の例

- 市町村
- 県（保健福祉事務所）

具体的施策

（１）へき地における保健指導の支援

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

（２）保健師等の確保及び資質向上に係る支援

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

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

３　へき地における医療提供

現状と課題

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

（１）へき地診療所等

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

<へき地診療所>

二次保健医療圏	市町村名	へき地診療所名	開設年月
高崎・安中	安中市	公立碓氷病院細野出張診療所	1976 年５月
		公立碓氷病院入山出張診療所	1961 年８月
藤岡	上野村	上野村へき地診療所	1969 年７月
	神流町	万場診療所	1986 年７月
		神流町国民健康保険直営中里診療所	1952 年５月
吾妻	中之条町	四万へき地診療所	1976 年４月
		六合診療所	1962 年５月
	長野原町	長野原町へき地診療所	1973 年２月
	東吾妻町	東吾妻町国民健康保険診療所	1952 年１月

<へき地歯科診療所>

二次保健医療圏	市町村名	へき地診療所名	開設年月
藤岡	上野村	上野村へき地歯科診療所	1976 年５月
	神流町	神流町歯科診療所	2013 年８月
吾妻	中之条町	六合診療所	1995 年９月

（２） へき地では、へき地診療所を設置運営するほか、在宅の高齢者等を対象とした訪問診療等を行い、住民が医療を受ける機会を確保しています。

（３） へき地診療所において、へき地の住民に対し必要な医療サービスを継続して提供できる体制を構築するため、医療機器等の整備が必要となっています。

（４） へき地では、医療機関までの移動に相当の時間を要する地域が存在するなどの問題が生じており、住民の医療機関へのアクセスの確保が必要となっています。

（５） 県「年齢別人口統計調査（2022（令和４）年）」によると、へき地が所在する市町村では 65 歳以上人口の割合が高い傾向にあり、寝たきりの高齢者等への在宅医療の提供や看取りが可能な体制の整備が求められています。

（６） 関係機関の連携の下、住民が住み慣れた地域で医療等の提供を受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題となっています。

（７） へき地では高齢化率が高く、通院困難者のみならず、介護を必要とする高齢者も増えており、訪問歯科診療や誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア等の重要性が高まっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 無医地区等において、地域住民の医療を確保すること

（２）関係機関に求められる事項

- プライマリ・ケアが可能な医師等がいること
- 訪問診療や往診を実施すること
- 緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携すること
- 歯科の訪問診療や往診を実施すること

（３）関係機関の例

- へき地診療所
- 無医地区等の近隣で診療を行う医科診療所、歯科診療所

具体的施策

（１）へき地診療所の施設・整備の充実

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

【主な事業例】
医療施設・設備整備費補助、へき地診療所運営費補助　等

（２）医療機関へのアクセスの確保

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

【主な事業例】
群馬県市町村乗合バス補助制度　等

（３）在宅医療等の提供体制の充実

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

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

（４）へき地における歯科医療提供体制の充実

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

【主な事業例】
医療施設・設備整備費補助、へき地歯科診療所運営費補助　等

４　へき地における医療提供の支援

現状と課題

へき地では医療資源が不足しているため、診療を支援する医療機関の医療機能の維持・充実に加えて、広域的な連携により、２４時間３６５日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制の充実が必要です。また、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援も求められています。

（１）へき地医療拠点病院

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

二次保健医療圏	拠点病院名	へき地医療活動	対象地域・診療所
吾妻	西吾妻福祉病院	・代診医派遣 ・医師派遣	● 上野村へき地診療所 ● 神流町国民健康保険直営中里診療所 ● 万場診療所 ● 四万へき地診療所 ● 六合診療所 ● 長野原町へき地診療所 ● 東吾妻町国民健康保険診療所　等
沼田	独立行政法人国立病院機構沼田病院	へき地への巡回診療	みなかみ町（旧新治村）入須川地区　　等
	沼田脳神経外科 循環器科病院	へき地への巡回診療	みなかみ町（旧新治村）赤谷地区、藤原地区 等

（２）へき地医療を支援する機関等

ア　へき地医療支援機構

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

イ　へき地保健医療対策に関する協議の場

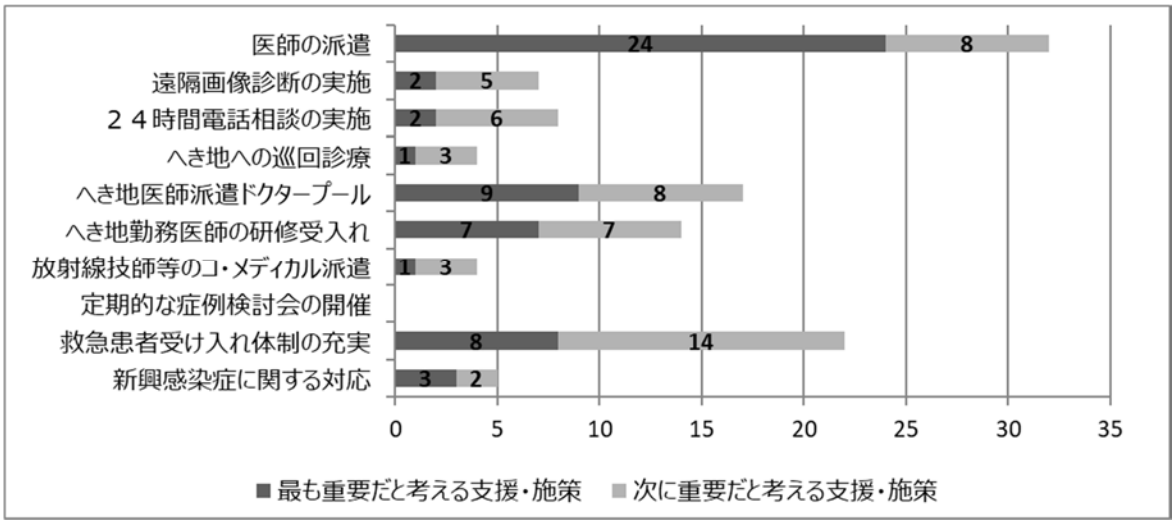
へき地医療支援機構の専任担当医師、へき地医療拠点病院、県医師会、関係市町村、大学医学部関係者等により構成し、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施しています。

（３）県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、県内の医療機関による「へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能」として、最も重要又は次に重要

と考えるものについて、「医師の派遣」、次いで「救急患者受け入れ体制の充実」の回答数が多くなっています。

へき地医療の支援体制として、医師の派遣やへき地の医療機関では対応が困難な救急患者等の受入体制、ドクターヘリの活用や救急車による搬送体制の充実が必要となっています。また、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、新興感染症の発生やまん延時における対応も求められています。

へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能



〔資料〕県「医療施設機能調査(2022 年度)」

求められる医療機能

（１）目標

- へき地において、広域的な連携により２４時間３６５日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制を充実すること

（２）関係機関に求められる事項

- へき地診療所等からの救急患者や紹介患者の受け入れを円滑に行うこと
- 無医地区等への巡回診療により、へき地住民の医療を確保すること
- 医師の派遣や研修の受け入れなど、へき地診療所等との各種の連携に対応すること
- 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること

（３）関係機関の例

- へき地医療拠点病院
- 地域医療支援病院
- 基幹型臨床研修病院
- 高度救命救急センター、救命救急センター

具体的施策

（１）へき地医療拠点病院による支援

- へき地医療拠点病院では、群馬県へき地医療支援機構と連携して、無医地区等のへき地への巡回診療やへき地診療所への代診医の派遣等に取り組みます。
- へき地医療を支援する医療提供体制を確保するため、へき地医療拠点病院の運営や医療設備整備費等の支援、また医師等の確保に向けた取組を行います。
- へき地医療拠点病院が行う巡回診療・代診医派遣について、地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や好事例の紹介等による支援を行います。

【主な事業例】

へき地医療拠点病院運営費補助、医療施設・設備整備費補助　等

（２）へき地医療支援機構による支援

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

【主な事業例】

へき地医療支援機構専任担当医師経費の補助、へき地医療従事者研修会の開催、+へき地医療対策部会の開催　等

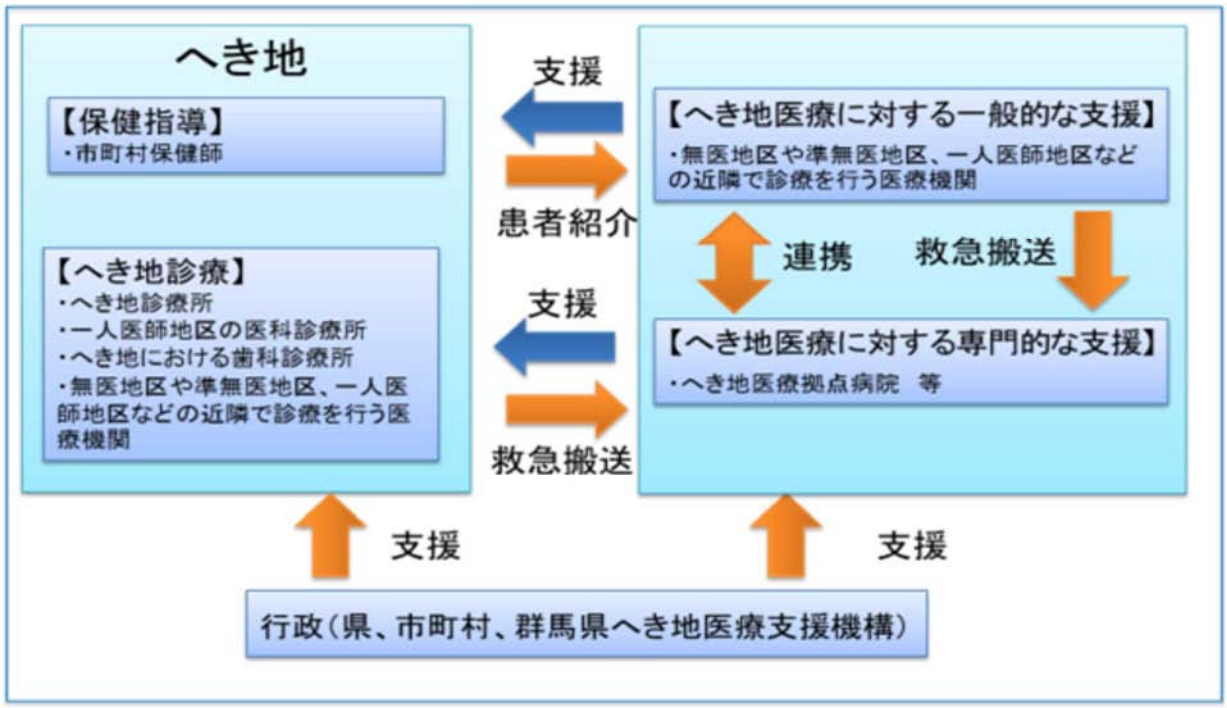
（３）救急患者等の搬送体制等の充実

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

【主な事業例】

ドクターヘリ運行経費補助の実施、症例検討会　等

へき地医療の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
医師等の確保	へき地では、高齢化と人口減少を背景に、地元での人材確保が困難な状況であり、へき地医療を担う医師等の育成と、安定的な確保が必要 ①「へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策」としては、「医師の確保」、「巡回バス等交通手段の充実」、「看護師の確保」の回答数が多い ⇒医師や看護師等の確保及び交通手段の確保が課題 ②県内には9か所のへき地診療所が設置され、うち6か所に自治医科大学卒業医師を派遣 ⇒自治医科大学卒業医師の効果的な配置調整や代診医派遣等の支援が必要 ③患者の全身の状態を踏まえ、必要に応じて専門医につなぐことのできる体制整備が必要 ⇒地域医療の担い手としての総合診療医の育成が必要	1	(1)自治医科大学卒業医師の派遣 (2)地域医療を担う医師の養成と確保 (3)へき地医療を担う医師の動機付け (4)看護職員の確保と資質向上
保健指導	高齢化が進むへき地にあっては、生活習慣病予防や高齢者の健康管理が地域の健康維持に大きく寄与しているため、保健指導体制の充実が重要 ①無医地区等においては、市町村保健師や郡市医師会が情報共有等を行いながら、地区の状況を踏まえた保健指導を提供することが必要 ②治療だけでなく予防の重要性が増し、保健指導の内容も多岐にわたってきていることから、保健師等の人材の確保とともに、資質の向上も必要	2	(1)へき地における保健指導の支援 (2)保健師等の確保及び資質向上に係る支援
医療提供	へき地では、身近な医療機関が不足している上、交通機関も少ないため、容易に医療機関を利用できない状況にあることから、住民が必要な医療を安心して受けられる医療提供体制の確保が必要 ①へき地では、へき地診療所を設置運営するほか、在宅の高齢者等を対象とした訪問診療等を行い、住民が医療を受ける機会を確保 ②へき地診療所において、へき地の住民に対し必要な医療サービスを継続して提供できる体制を構築するため、医療機器等の整備が必要 ③へき地では、医療機関までの移動に相当の時間を要する地域が存在するなどの問題が生じており、住民の医療機関へのアクセスの確保が必要 ④へき地が所在する市町村では65歳以上人口の割合が高い傾向にあり、寝たきりの高齢者等への在宅医療の提供や看取りが可能な体制の整備が必要 ⑤関係機関の連携の下、住民が住み慣れた地域で医療等の提供を受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題 ⑥へき地では高齢化率が高く、通院困難者のみならず、介護を必要とする高齢者も増えており、訪問歯科診療や誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア等が重要	3	(1)へき地診療所の施設・整備の充実 (2)医療機関へのアクセスの確保 (3)在宅医療等の提供体制の充実 (4)へき地における歯科医療提供体制の充実
医療提供の支援	へき地では医療資源が不足しているため、診療を支援する医療機関の医療機能の維持・充実に加えて、広域的な連携により、24 時間 365 日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制の充実が必要である他、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療支援も求められている。 ①へき地医療拠点病院は、無医地区等において、群馬県へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施 ⇒これらの拠点病院の医療機能の維持・充実が必要 ②へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地医療支援機構が、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を実施 ③県内の医療機関による「へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能」としては、「医師の派遣」、「救急患者受け入れ体制の充実」の回答数が多い ⇒医師の派遣やへき地の医療機関では対応が困難な救急患者等の受入体制、ドクターヘリの活用や救急車による搬送体制の充実が必要	4	(1)へき地医療拠点病院による支援 (2)へき地医療支援機構による支援 (3)救急患者等の搬送体制等の充実

番号	B　目標		番号	C　最終目標	
1	無医地区等のへき地医療を担う医師及び看護師等を確保すること		1	へき地医療の医療連携体制構築	
	目標値	へき地診療所への自治医大卒業医師派遣応需率		目標値	へき地診療所への自治医科大学卒業医師の派遣者数
		へき地における学生を対象としたセミナー・実習の実施回数			へき地における群馬大学医学部地域医療枠卒業医師の勤務者数
2	無医地区等において、保健指導を提供すること				
	目標値	へき地医療従事者研修の実施回数			
3	無医地区等において、地域住民の医療を確保すること				
	目標値	へき地診療所における通院から訪問診療への切り替え患者の応需率			
4	へき地において、広域的な連携により24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制を充実すること		2	へき地における医療提供の支援	
	目標値	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療応需率		目標値	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数
		代診医師派遣要請に対する応需率			へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	へき地診療所への自治医大卒業医師派遣応需率	100%	2022	100%	2029
B	1	②	へき地における学生を対象としたセミナー・実習の実施回数	2回/年	2022	2回/年	2029
B	2	①	へき地医療従事者研修の実施回数	——	2022	1回/年	2029
B	3	①	へき地診療所における通院から訪問診療への切り替え患者の応需率	100%	2022	100%	2029
B	4	①	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療応需率	100%	2022	100%	2029
B	4	②	代診医師派遣要請に対する応需率	100%	2022	100%	2029
C	1	①	へき地診療所への自治医科大学卒業医師の派遣者数	6人/年	2022	6人/年	2029
C	1	②	へき地における群馬大学医学部地域医療枠卒業医師の勤務者数	——	2022	2人	2029
C	2	①	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	156回/年	2022	156回/年	2029
C	2	②	へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数	1,693回/年	2022	1,764回/年	2029

10　周産期医療の医療連携体制構築の取組

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

概況

（１） 分娩件数

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県の分娩件数（出産（出生及び死産）をした母の数、母の住所地による）は 10,822 件で、2016（平成 28）年の 13,817 件と比べ 21.7%減少しています。

同じく「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、出生の場所は、病院 49.7%、診療所 50.1%で、2016（平成 28）年（病院 50.9%、診療所 48.8%）と比べ、診療所での出生の割合が増加しています。

複産の割合は、1.1%（単産 10,707 件、複産 115 件）で、2016（平成 28）年の 1.2%（単産 13,644 件、複産 172 件）とほぼ同じです。

なお、県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、2021（令和３）年度の帝王切開術の割合は 19.8%（2,053 件）となっています。

（２） 出産年齢

厚生労働省「人口動態調査(2022（令和４）年)」によると、本県の母の年齢が 35 歳以上の出生数（出生数(総数)に占める割合）は 3,046 人（28.5%）で、2016（平成 28）年の 3,633 人（26.6%）と比べ、出生数（総数）の減少に伴い、数は減少していますが、割合は増加しています。母体の高齢化等により、合併症妊娠等のリスクが高まっています。

（３） 低出生体重児

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県の低出生体重児(2,500g 未満)の出生数（出生数(総数)に占める割合）は 1,014 人（9.5%）で、2016（平成 28）年の 1,234 人（9.0%）と比べ、数は減少しましたが、割合は横ばいとなっています。

（４） 周産期死亡率

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県の周産期死亡率（出産千対）は 3.7（全国 3.3）です。

周産期死亡のうち、妊娠 22 週以降の死産率は３.３（全国 2.7）、早期新生児死亡率は 0.５（全国 0.6）となっています。

（５） 妊産婦死亡率

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県の妊産婦死亡は、直近では 2012（平成 24）年の１件を除き、ゼロ件で推移しています。

（６） 分娩取扱施設数

本県の分娩取扱施設（助産所を含む）は、2023（令和５）年４月現在 32 施設であり、2017（平成 29）年の 39 施設から７施設減少しています。

（７） 産婦人科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和２）年）」によると、県内の医療施設に従事する産婦人科医師数は 158 人で、2016（平成 28）年の 152 人と比べ、3.9%増加しています。このうち、病院勤務医師数は 96 人で、2016（平成 28）年の 91 人と比べ、5.5%増加しています。

一方、県「周産期医療体制に関する調査（2022（令和４）年度）」によると、周産期母子医療センター及び協力医療機関に従事する当直可能な常勤の産婦人科医師数は 55 人（１施設あたり５人）で、リスクの高い分娩に２４時間３６５日対応する体制の維持は厳しい状況です。

（８） 小児科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和２）年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は 277 人で、2016（平成 28）年の 293 人と比べ、5.5%減少しています。このうち、病院勤務医師数は 158 人で、2016（平成 28）年の 154 人と比べ、2.6%増加しています。

一方、県「周産期医療体制に関する調査（2022（令和４）年度）」によると、周産期母子医療センター及び協力医療機関に従事する当直可能な常勤の小児科医師数は 61 人（１施設あたり 5.5 人）で、NICU（新生児集中治療室）等の当直体制の確保は厳しい状況です。

（９） 助産師数

厚生労働省「衛生行政報告例（2020（令和２）年）」によると、県内の病院又は診療所に従事する助産師数は 429 人で、2016（平成 28）年の 416 人と比べ、3.1%増加しています。また、県内の助産所に従事する助産師数は 21 人で、平成 28 年から変化していません。

（10）救急搬送数

総務省消防庁「2021（令和３）年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」によると、本県の救急搬送数（2021（令和３）年）は 79,248 件 で、2016（平成 28）年の 82,621 件と比べ、4.1%減少しています。なお、2020（令和２）年は 75,781 件であり、2021（令和３）年とともに、新型コロナウイルス感染症の影響が大きいと考えられます。

このうち、産科・周産期傷病者は 555 件（救急搬送数に占める割合 0.7%）で、2016（平成 28）年の 492 件（同 0.6%）と比べ、件数は増加しましたが、率は横ばいです。また、産科・周産期傷病者の転院搬送は 319 件（産科・周産期傷病者の搬送数に占める割合 57.5%）で、2016（平成 28）年の 284 件（同 57.7%）と比べ、件数は増加しましたが、率は横ばいです。

(11) 県民ニーズ

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和 4）年）」によると、「不足している医療分野」について、回答者全体の 26.4%が「産科」と回答しています。特に 20 代女性では 41.1%、30 代女性では 58.0%と、高い割合を占めています。

1　一般分娩取扱医療機関

現状と課題

分娩件数に応じた低リスク分娩を担う医療機関の確保が必要です。

（1） 主に低リスク分娩を扱う一般分娩取扱医療機関（助産所を含む）は、2023（令和５）年４月現在 24 施設（うち助産所２施設）であり、2017（平成 29）年の 27 施設（うち助産所２施設）から３施設減少しています。今後も分娩取扱施設の減少が続くと考えられます。

（2） 分娩件数に応じた低リスク分娩を担う医療機関の確保や、妊産婦が近くで妊婦健診等を受けられる環境の整備が必要です。

求められる医療機能

<分娩を取り扱う医療機関>

（1）目標

- 正常分娩に対応すること
- 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
- 周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること

（2）医療機関に求められる事項

- 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること
- 正常分娩を安全に実施可能であること
- 他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
- 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
- 分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること

- 緊急時の搬送に当たっては、周産期医療情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から高次施設との連携体制を構築すること
- 助産所においては、嘱託医師・嘱託医療機関を定め、妊産婦の状況の変化や異常分娩が生じた際には適切に連携を行うこと

（３）医療機関の例

- 分娩を取り扱う医療機関
- 分娩を取り扱う助産所

<分娩を取り扱わない医療機関>

（１）目標

- 妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 産科に必要とされる検査、診断、初期治療が実施可能であること
- 妊産婦のメンタルヘルスケアを行うこと
- 妊産婦の日常的の生活・保健指導に対応すること
- オープンシステム・セミオープンシステムを活用し、分娩取扱医療機関との連携により、分娩以外の産科診療に対応すること
- 当該施設の休診時間等におけるかかりつけの妊産婦の症状等への対応について、連携する分娩取扱医療機関と取決めを行うこと
- 当該施設のかかりつけ妊婦の分娩が近くなった際に、適切に分娩取扱医療機関への診療情報提供を行うこと。また、オープンシステム、セミオープンシステムを活用し、情報の共有に努めること
- 緊急時の搬送に当たっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また、平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること

（３）医療機関の例

- 分娩を取り扱わない産婦人科を標榜する病院又は診療所
- 分娩を取り扱わない助産所

具体的施策

（１）一般分娩取扱医療機関への支援

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

【主な事業例】
分娩取扱医療機関の施設・設備整備補助　等

（２）母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- ICT 等を活用し、医療機関相互の連携を一層強化することにより、母体や新生児のリスクに応じて、地域周産期母子医療センターや総合周産期母子医療センターへスムーズに搬送できる体制を整備します。

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

（３）周産期医療従事者の確保

- 分娩を取り扱う施設の医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- 特に、女性医師の割合が高まる中、妊娠・出産等のライフイベントによって就労の継続が妨げられることがないよう、男女問わず働きやすい環境づくりを推進し、当直可能な医師の確保を図ります。

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

２　地域周産期母子医療センター

現状と課題

周産期医療の拠点として医療の質や安全性を確保するための体制整備が必要です。

（１） NICU（新生児集中治療室）を備えるなど、周産期にかかる比較的高度な医療を提供する医療機関７施設を、地域周産期母子医療センターとして認定しています。また、地域周産期母子医療センターに準じ、比較的軽度な異常のある妊娠・分娩・新生児の管理を行える医療機関３施設を、本県独自の体制として、協力医療機関に認定しています。

（２） 地域周産期母子医療センター７施設の NICU 51 床のうち、専任の医師を常駐させる等の基準を満たすのは 6 施設の 48 床であり、残り 1 施設の 3 床は基準を満たす医師の配置ができていません。

（３） 地域の周産期医療の拠点となる施設の医療の質や安全性を確保するため、当直可能な産婦人科医師及び小児科医師等を必要数配置することが課題です。

求められる医療機能

＜協力医療機関＞

（１）目標

- 異常のある妊娠・分娩・新生児の治療管理を行うこと
- 比較的軽度な異常を伴う妊婦・新生児又は周産期母子医療センターから回復した妊婦・新生児を受け入れること

（２）医療機関に求められる事項

ア　機能

- 異常のある妊娠・分娩・新生児の治療管理を行うこと
- 周産期母子医療センターの適切な運営をサポートするため、比較的軽度な異常を伴う妊婦・新生児又は周産期母子医療センターから回復した妊婦・新生児を受け入れること

イ　職員

- 小児科（新生児医療を担当するもの）については、２４時間体制を確保するために必要な職員が勤務していることが望ましい
- 産科を有する場合は、帝王切開術が必要なときに迅速に手術への対応が可能となるよう医師及びその他職員が勤務していることが望ましい
- 各医療機関において設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していることが望ましい

（３）医療機関の例

- 県が認定した協力医療機関

＜地域周産期母子医療センター＞

（１）目標

- 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- ２４時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

（２）医療機関に求められる事項

ア　機能

- 産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を県が認定するものである。ただし、NICU を備える小児専門病院等であって、県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができること
- 周産期医療施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の周産期医療施設等との連携を図ること

- 県は、各地域周産期医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供すること
- 分娩の立会い面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること

イ　施設数

- 二．五次保健医療圏（本冊 第３章第１節を参照）に１か所又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。

ウ　診療科目

- 産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICU を備える小児専門病院等であって、県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えない
- 当該施設が精神科を有さない場合には、連携して対応する協力医療機関を定め、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整えることが望ましい

エ　設備

- 産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい
  ①　緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器
  ②　分娩監視装置
  ③　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）
  ④　微量輸液装置
  ⑤　その他産科医療に必要な設備
- 小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備える NICU を設けることが望ましい
  ①　新生児用呼吸循環監視装置
  ②　新生児用人工換気装置
  ③　保育器
  ④　その他新生児集中治療に必要な設備

オ　職員

- 小児科（新生児医療を担当するもの）については、２４時間体制を確保するために必要な職員
- 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね 30 分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他職員
- 新生児病室については、次に掲げる職員
  ①　２４時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること

② 各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること
③ 公認心理師等を配置すること
④ NICU を有する場合は入院児支援コーディネーターを配置することが望ましい

カ　連携機能

- 総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ、合同症例検討会の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の周産期医療施設等と連携を図ること

キ　災害対策

- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること
- 通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと 。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい
- 災害時に少なくとも３日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも３日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましい。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えない
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じることが望ましい

（３）医療機関の例

- 地域周産期母子医療センター

具体的施策

（１）地域周産期母子医療センターへの支援

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

【主な事業例】
地域周産期母子医療センターの施設・設備整備補助、運営費補助　等

（２）母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- ICT 等を活用し、医療機関相互の連携を一層強化することにより、母体や新生児のリスクに応じ、総合周産期母子医療センター等へスムーズに搬送できる体制を整備します。

（３）周産期医療従事者の確保

- 地域周産期母子医療センターに従事する医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- 特に、女性医師の割合が高まる中、妊娠・出産等のライフイベントによって就労の継続が妨げられることがないよう、男女問わず働きやすい環境づくりを推進し、当直可能な医師の確保を図ります。

（４）中長期を見据えた周産期医療体制の整備

- 産婦人科医師及び小児科医師等が不足している状況を踏まえ、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センター等の役割分担の検討を含む中長期を見据えた周産期医療体制全体の整備を進めていくとともに、考えられるリスクに備えた環境整備を進めます。

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

３　総合周産期母子医療センター

現状と課題

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

（１） 本県では県立小児医療センターに MFICU（母体・胎児集中治療室）６床、NICU 15 床を整備の上、総合周産期母子医療センターに指定し、超低出生体重児等の分娩・管理にあたっています。しかし、県立小児医療センターの MFICU は、専任の医師を常駐させる等の基準を満たしていません。

（２） また、県立小児医療センターは子ども専門病院という特性上、母体の合併症（精神疾患を含む）の治療ができないため、地域周産期母子医療センターと連携を図りながら対応しています。

（３） 総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の整備が求められています。

求められる医療機能

（１）目標

- 合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
- 周産期医療体制の中核として周産期医療施設等との連携を図ること

（２）医療機関に求められる事項

ア　機能

- 相当規模の MFICU を含む産科病棟及び NICU を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設を県が指定すること
- 周産期医療施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の周産期医療施設等との連携を図ること
- 地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した医療従事者育成の役割を担うこと
- 分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択するうえで、必要な情報をあらかじめ提供すること

イ　施設数

- 原則として、三次医療圏に１か所以上整備すること

ウ　診療科目

- 産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU 及び NICU を有するものに限る）、麻酔科その他の関係診療科を有すること

エ　関係診療科との連携

- 当該施設の関係診療科（当該施設で対応できない場合は関係医療機関）と日頃から緊密な連携を図ること

- 総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能を有していない場合は、県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること 。
- また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設においては、当該施設が精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨を 、有さない場合は連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者及び住民に情報提供すること。

オ　設備

- MFICU には、次に掲げる設備を備えること。なお、MFICU は、必要に応じ個室とすること
  ①　分娩監視装置
  ②　呼吸循環監視装置
  ③　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）
  ④　その他母体・胎児集中治療に必要な設備
- NICU には、次に掲げる装置を備えること
  ①　新生児用呼吸循環監視装置
  ②　新生児用人工換気装置
  ③　超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）
  ④　新生児搬送用保育器
  ⑤　その他新生児集中治療に必要な設備
- GCU には、NICU から退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えること
- 新生児と家族の愛着形成を支援するため、長期間入院する新生児を家族が安心して見守れるよう、NICU、GCU 等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊施設等を備えることが望ましい
- 医師の監視の下に母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療機器を搭載した周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備すること
- 血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であること

カ　病床数

- MFICU は６床以上とする
- NICU は 12 床以上とする
- MFICU の後方病室（一般産科病床等）は、MFICU の２倍以上の病床数を有することが望ましい
- GCU は、NICU の２倍以上の病床数を有することが望ましい

キ　職員

- MFICU
  ①　２４時間体制で産科を担当する複数の医師が勤務していること
  ②　MFICU の全病床を通じて常時３床に１名の助産師又は看護師が勤務していること
- NICU
  ①　２４時間体制で新生児医療を担当する医師が当該医療施設内に勤務していること。なお、NICU の病床数が 16 床以上である場合は、２４時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい
  ②　常時３床に１名の看護師が勤務していること
  ③　公認心理師等を配置すること
- GCU には、常時６床に１名の看護師が勤務していること
- 分娩室には、原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、MFICU の勤務を兼ねることは差し支えない
- 麻酔科医を配置すること
- NICU、GCU 等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療養・療育環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護事業所、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等を次に掲げる業務を行う NICU 入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい
  ①　NICU、GCU 等の長期入院児の状況把握
  ②　望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整
  ③　在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援
  ④　その他望ましい療養・療育環境への移行に必要な事項

ク　連携機能

- オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療施設等と連携を図ること

ケ　災害対策

- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。なお、県内のみならず近隣都県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと
- 通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと 。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にして検討することが望ましい
- 災害時に少なくとも３日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも３日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましい。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えない
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じることが望ましい

（３）関係機関の例

- 総合周産期母子医療センター

具体的施策

（１）総合周産期母子医療センターへの支援

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

【主な事業例】
総合周産期母子医療センターの施設・設備整備補助、運営費補助　等

（２）母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- ICT 等の活用による医療機関相互の連携強化や搬送コーディネーターの設置など、一般分娩取扱医療機関や地域周産期母子医療センターからスムーズに搬送できる体制を整備します。

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

（３）周産期医療従事者の確保

- 総合周産期母子医療センターに従事する医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- 特に、女性医師の割合が高まる中、妊娠・出産等のライフイベントによって就労の継続が妨げられることがないよう、男女問わず働きやすい環境づくりを推進し、当直可能な医師の確保を図ります。

（４）災害時の搬送体制等の整備

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

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

（５）中長期を見据えた周産期医療体制の整備

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

４　療養・療育支援、妊産婦支援

現状と課題

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

（１） 県内の NICU の稼働率（2022（令和４）年度）は、総合周産期母子医療センターで 83.8%、地域周産期母子医療センター（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）で 54.2%となっています。

（２） 県内５施設において、重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施しています。また、県内の小児等の在宅医療に対応できる病院及び一般診療所（県健康長寿社会づくり推進課調べ）は 2023（令和５）年３月現在 163 施設、歯科診療所は 142 施設、訪問看護事業所は 103 施設ありますが、うち令和３年度中に実際に対応した医療機関は 23 施設、歯科診療所は３施設、訪問看護事業所は 24 施設となっています。

（３） 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や、小児等の在宅医療の提供が可能な医療機関や訪問看護事業所の拡大を図ることが必要となっています。また、小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要となっています。

（４） 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（2021（令和３）年度）」によると、分娩後の妊娠届出者数（未受診妊婦）は４人となっています。また、群馬県妊産婦支援事業における妊産婦支援連絡票活用実績（2021（令和３）年度）によると、医療機関から県内市町村へ支援依頼のあった妊産婦の数は 855 人となっています。

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

求められる医療機能

（１）目標

- 周産期医療施設を退院した医療的ケア児、障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等）
- レスパイト等の、在宅において療養・療育を行っている児の家族等に対する支援を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 周産期医療施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れが可能であること
- 児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること
- 薬局、訪問看護事業所、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健、福祉サービス及びレスパイト入院の受入れ等を調整し、地域で適切に療養・療育できる体制を提供すること
- 地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療施設と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
- 医療型障害児入所施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること
- 家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

（３）医療機関の例

- 小児科を標榜する病院又は診療所
- 在宅医療を行っている医療機関
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 医療型障害児入所施設
- 日中一時支援施設

具体的施策

（１）療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援

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

【主な事業例】

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

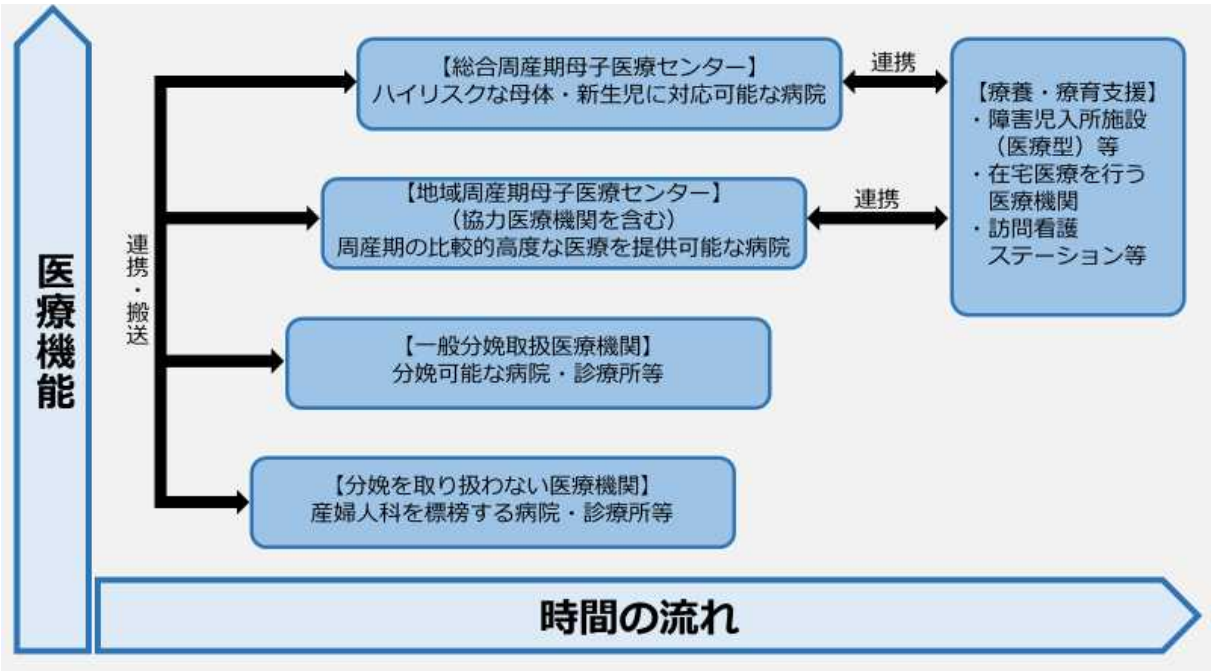
（２）関係機関の連携による早期からの妊産婦支援

- 医療機関と市町村等が県内統一の連絡票を活用し、連携を図りながら、心身の不調や家庭環境等の問題等を抱える妊産婦を早期に継続的な支援へとつなげる体制整備に取り組みます。
- 母子に対する切れ目のない支援を提供するため、母子保健事業に係る施策や中長期の支援を要する妊産婦・新生児に係る情報共有等、周産期医療を含む関係機関相互の連携強化に取り組みます。

【主な事業例】

群馬県妊産婦支援事業、産後ケア事業の実施、周産期医療対策協議会への関係機関の参画　等

周産期医療の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
一般分娩取扱医療機関	分娩件数に応じた 低リスク分娩を担う医療機関の確保が必要 ①一般分娩取扱施設(助産所を含む)の減少 （H29年度:27施設(助産所2施設)→R5年度:24施設(うち助産所2施設)） ②分娩件数に応じた低リスク分娩を担う医療機関の確保や、妊産婦が近くで妊婦健診等を受けられる環境の整備が必要	1	(1)一般分娩取扱医療機関への支援 (2)母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 (3)周産期医療従事者の確保
地域周産期母子医療センター	周産期医療の拠点として医療の質や安全性を確保するための体制整備が必要 ①地域周産期母子医療センターに、7医療機関施設を認定 ②比較的軽度な異常のある妊娠・分娩・新生児の管理を行える医療機関3施設を、協力医療機関に認定 ③地域周産期母子医療センター7施設のNICU51床のうち、専任の医師を常駐させる等の基準を満たすのは6施設の48床であり、残り1施設の3床は基準を満たす医師の配置ができていない ④地域の周産期医療の拠点となる施設の医療の質や安全性を確保するため、当直可能な産婦人科医師及び小児科医師等を必要数配置することが課題	2	(1)地域周産期母子医療センターへの支援 (2)母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 (3)周産期医療従事者の確保 (4)中長期を見据えた周産期医療体制の整備
総合周産期母子医療センター	リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療が提供できる総合周産期母子医療センターの整備が必要 ①総合周産期母子医療センターに、県立小児医療センターを認定(MFICU(母体・胎児集中治療室)6床、NICU15床を整備) ②本県のMFICUは、専任の医師を常駐させる等の基準を満たしていない ③県立小児医療センターは子ども専門病院という特性上、母体の合併症(精神疾患を含む)の治療ができないため、地域周産期母子医療センターと連携を図りながら対応 ④総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の整備が必要	3	(1)総合周産期母子医療センターへの支援 (2)母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 (3)周産期医療従事者の確保 (4)災害時の搬送体制等の整備 (5)中長期を見据えた周産期医療体制の整備
療養・療育支援、妊産婦支援	小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要 ①周産期母子医療センターにおけるNICUの稼働率(R4年度)は、総合で83.8%、地域(基準を満たす病床)で54.2%。 ②重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施:5施設(R5年3月) ③小児等の在宅医療に対応できる医療機関163施設、歯科診療所は142施設、訪問看護事業所は103施設(R5年3月) ④小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要。 ⑤分娩後の妊娠届出者数(未受診妊婦):4人(R3年度) 医療機関から県内市町村へ支援依頼のあった妊産婦の数は:855人(R3年度) ⑥令和5年4月に群馬県医療的ケア児等支援センターを設置	4	(1)療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援 (2)関係機関の連携による早期からの妊産婦支援

番号	B　目標	
1	**＜分娩を取り扱う医療機関＞** ①正常分娩に対応すること ②妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと ③周産期母子医療センター等との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること **＜分娩を取り扱わない医療機関＞** ①妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアの実施	
	目標値	一般分娩取扱施設数（助産所を含む）
2	**＜協力医療機関＞** ①異常のある妊娠・分娩・新生児の治療管理を行うこと ②比較的軽度な異常を伴う妊婦・新生児又は周産期母子医療センターから回復した妊婦・新生児の受入れ **＜地域周産期母子医療センター＞** ①周産期に係る比較的高度な医療行為の実施 ②24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること	
	目標値	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤産婦人科医師数（1施設あたり）
		周産期母子医療センター等における当直可能な常勤小児科医師数（1施設あたり）
		周産期救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が4回以上）の件数
		周産期死亡率（出産千対）（周産期死亡数を併記）
3	①合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること ②周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること	
	目標値	MFICU病床数（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）
4	①周産期医療関連施設を退院した医療的ケア児、障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等） ②在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援の実施	
	目標値	小児等在宅医療に対応した医療機関数
		小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数
		在宅医療未熟児等一時受入日数（のべ日数）

番号	C　最終目標	
1	安全・安心な周産期医療体制の構築	
	目標値	新生児死亡率（出生千対）（新生児死亡数を併記）

数値目標一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	一般分娩取扱施設数（助産所を含む）	24か所	2022	23か所以上	2029
B	2	①	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤産婦人科医師数（１施設あたり）	5.5人	2022	6人以上	2029
B	2	②	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤小児科医師数（１施設あたり）	6.4人	2021	7人以上	2029
B	2	③	周産期救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が４回以上）の件数	3件	2021	3件以下	2029
B	2	④	周産期死亡率（出産千対） （周産期死亡数を併記）	3.4 （40人）	2022	3.5以下 （42人以下）	2029
B	3	①	ＭＦＩＣＵ病床数（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）	0床	2023	6床	2029
B	4	①	小児等在宅医療に対応した医療機関数	19か所	2022	33か所以上	2029
B	4	②	小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数	30か所	2022	38か所以上	2029
B	4	③	在宅医療未熟児等一時受入日数（のべ日数）	206日	2023	180日以上	2029
C	1	①	新生児死亡率（出生千対） （新生児死亡数を併記）	0.6 （9人）	2022	0.9以下 （11人以下）	2029

11　小児医療の医療連携体制構築の取組

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

概況

（１） 推計患者数

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、本県の小児（０歳から 14 歳までを指す。以下同じ。）の推計患者数（調査日当日に受療した患者の推計数）は 10,200 人（入院 400 人、外来 9,800 人）で、６年前の 12,600 人（入院 500 人、外来 12,100 人）と比べ、19.0%減少しています。

小児人口 10 万人当たりの推計患者数は、4,547 人（入院 178 人、外来 4,369 人）で、６年前の 4,890 人（入院 194 人、外来 4,696 人）と比べ、総数で 7.0%減少しています。また、全国（5,015 人（入院 155 人、外来 4,860 人））を総数で 9.3%下回っています。

（２） 小児の死亡率

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると、本県の小児の死亡率（人口 10 万対）は 17.3 で、2016（平成 28）年の 19.5 と比べ減少しています。また、全国（18.1）を下回っています。

なお、新生児死亡率（生後４週未満、出生千対）は 0.8、乳児死亡率（１歳未満、出生千対）は 1.6、幼児死亡率（５歳未満、人口 10 万対）は 44.5 で、平成 28 年（新生児死亡率 0.9、乳児死亡率 1.6、幼児死亡率 42.8）と比べ、幼児死亡率が上昇しています。また、全国（新生児死亡率 0.8、乳児死亡率 1.8、幼児死亡率 44.5）と比較した場合は、乳児死亡率のみ下回っています。

（３） 小児科を標榜する医療機関数

県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、本県の小児科を標榜する医療機関は 234 施設（病院 37 施設、診療所 197 施設）で、2016（平成 28）年の 356 施設（病院 40 施設、診療所 316 施設）と比べ、34.3%減少しています。

（４） 小児科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和２）年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は 277 人で、６年前の 293 人と比べ、5.5%減少しています。

このうち、病院勤務医師数は 158 人で、６年前の 154 人と比べ、2.6%増加していますが、県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、小児二次医療を担う小児地域医療センターに従事する当直可能な常勤の小児科医師数は 56 人で、平成 28 年度（66 人）から、15.2%減少しました。

（５） 救急搬送数

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和４）年度版）」によると、本県の救急搬送数（2021（令和３）年）は 79,248 件で、2016（平成 28）年の 82,621 件と比べ、4.1%減少しています。なお、2020（令和２）年は 75,781 件であり、2021（令和３）年とともに、新型コロナウイルス感染症の影響が大きいと考えられます。

18 歳未満の救急搬送数（2021（令和３）年）は 5,687 件で、2016（平成 28）年の 7,252 人と比べ、21.6%減少しています。なお、2020（令和２）年は 5,086 件であり、総数と同様の状況です。

救急搬送数に占める 18 歳未満の割合は 7.1%で、全国（7.0%）を上回っています。

１　相談支援等

現状と課題

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

（１） 小児救急医療支援事業実績（令和４年度）によると、重症の小児救急患者に対応する小児地域医療センター（小児二次医療）においても、休日・夜間における小児救急患者の 83.5%が軽症患者であり、2016（平成 28）年度の 87.5%から 4.0 ポイント減少していますが、2019（令和元）年度以降、83%前後で推移しています。当直可能な医師が不足する中で、対応する医師にとって大きな負担となっており、本来対応すべき重症患者への対応が遅れることも懸念されます。

（２） 本県では、2005（平成 17）年度から小児救急電話相談（＃８０００）を実施し、休日・夜間の小児の急病に対する保護者の不安を軽減するとともに、不要不急な受診の抑制を図っています。相談件数は、2018（平成 30）年度をピークに減少傾向にあります（2018（平成 30）年度：27,297 件→2022（令和４）年度：19,801 件）。電話がつながらない（通話中となる）場合があるため、必要な回線数（2015（平成 27）年 10 月から最大３回線）を確保しています。

（３） 小児救急医療支援事業実績によると、休日・夜間における小児救急患者数は減少しており（2010（平成 22）年度：21,645 人→2022（令和４）年度：9,684 人）、相談支援等の効果と考えられます。

（４） 引き続き、小児の保護者等への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進していく必要があります。また、小児救急電話相談（＃８０００）をより多くの保護者等に利用してもらえるよう、広く周知していくことが必要です。

求められる医療機能

（１）目標

- 子どもの急病時の対応等を支援すること
- 医療を必要とする児童及びその家族に対し、地域の医療資源・福祉サービス等について情報を提供すること
- 不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
- かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

（２）関係者に求められる事項

（家族等周囲にいる者）

- 必要に応じ小児救急電話相談を活用すること
- 不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと
- 救急蘇生法等の適切な処置を実施すること
- かかりつけ医を持つこと
- 予防接種を受けるなど、疾病の予防に努めること

（消防機関等）

- 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導すること
- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- 統合型医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

（行政機関）

- 休日夜間等に子どもの急病等に関する相談体制を確保すること（小児救急電話相談）
- 急病時の対応等について適切な受療行動の啓発を実施すること
- 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導する体制を確保すること
- 慢性疾患の診療やこころのケアが必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源・福祉サービス等について情報を提供すること

具体的施策

（１）小児救急電話相談の実施

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

（２）小児救急にかかる適正受診の啓発

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

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

２　一般小児医療（小児初期医療）

現状と課題

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

（１） 県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、保護者の 78.6%が小児のかかりつけ医を決めており、63.2%がその理由を自宅からの近さと回答しています。

（２） 本県では、小児科を標榜する医療機関は減少傾向にあり、医療施設に従事する小児科医師数、診療所勤務医師数も減少しています。

（３） 本県では、小児の初期救急医療体制として、休日夜間急患センターが９施設あるほか、地域医師会による在宅当番医制が 12 地区で構築されています。しかし、休日夜間急患センターが開設されていない地域や、毎日診療を実施していない地域があります。（毎日診療を行っている施設：３施設、月～土曜日に診療を行っている施設：４施設）

（４） かかりつけ医や、休日夜間急患センター、在宅当番医制を担う医師の確保が必要です。

（５） また、小児地域医療センター（小児二次医療）のない二次保健医療圏等においては、軽症者の入院等に対応できる病院（小児地域支援病院）の確保が課題です。

求められる医療機能

＜一般小児医療＞

（１）目標

- 地域に必要な一般小児医療を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
- 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること

- 専門的外来医療を担う地域の病院と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

（３）医療機関の例

- 小児科を標榜する医療機関

＜休日夜間小児初期救急＞

（１）目標

- 休日夜間の小児初期医療を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 休日夜間急患センター等における３６５日の小児初期救急医療を提供すること
- 休日夜間に入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携すること
- 地域で小児医療に従事する開業医等が、自院や病院の開放施設（オープン制度）、休日夜間急患センター等において、休日夜間の初期小児救急医療に参画すること

（３）医療機関の例

- 在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター

＜小児地域支援病院＞

（１）目標

- 地域に必要な一般小児医療や、軽症患者の入院医療を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 一般的な小児医療に必要な診断・検査・治療を実施すること
- 専門的外来医療や軽症患者の入院医療が実施可能であること
- 一般小児科や小児地域医療センター等の地域医療機関と連携し、地域で求められる小児医療を担うこと
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

（３）医療機関の例

- 専門的外来医療を行っている病院又は軽症患者の入院が可能な病院

具体的施策

（１）小児初期救急医療体制の充実支援

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

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

（２）小児科医師の確保

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

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

３　小児地域医療センター（小児二次医療）

現状と課題

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

（１） 小児救急医療支援事業により、県内４ブロック（中毛、西毛、北毛、東毛）において、各ブロック内での輪番制による２４時間３６５日の受入体制が構築されています。

（２） 県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、小児救急医療支援事業に参加している病院（11 病院）の当直可能な常勤の小児科医師数は 56 人で、2016（平成 28）年度（12 病院で 66 人）から減少しました。

（３） 小児救急医療支援事業における取扱患者数は年々減少傾向にありますが、このうち重症患者(入院患者)については横ばいとなっています。限られた医師数で対応している中、依然として軽症患者が多く受診している状況です。

（４） ２４時間３６５日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくため、当直可能な医師を必要数配置するとともに、対応する医師の負担を軽減していくことが課題です。

求められる医療機能

（１）目標

- 一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること
- 入院を要する小児救急医療を２４時間体制で実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 入院が必要となるような重症の小児患者に対して、複数施設で連携して２４時間３６５日空白日を生じさせないことにより、確実に受け入れる体制づくりをすること

- 各地域の一般小児医療、小児地域医療センター、小児中核病院、医師会、消防、行政による連携体制を構築すること
- 一般小児科や休日夜間初期小児救急、小児地域支援病院の地域医療機関と連携し、地域で求められる小児医療を担うこと
- より高度な医療を必要とする患者への対応として、小児中核病院と連携すること
- 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

（３）医療機関の例

- 各圏域単独又は複数で各圏域の小児救急入院医療を実施する病院

具体的施策

（１）小児二次救急医療体制の整備

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

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

（２）小児地域医療センターの負担軽減

- 相談支援、一般小児医療の充実により、軽症患者の適正な受診を推進し、小児地域医療センターの負担軽減を図ります。

（３）小児科医師の確保

- 小児地域医療センターに従事する医師を確保するため、県内小児科医師の育成と確保を図ります。

４　小児中核病院（小児三次医療）

現状と課題

高度で専門的な医療の提供体制を維持・充実させていくことが課題です。

（１） 本県の小児三次医療は、群馬大学医学部附属病院及び県立小児医療センターが担っています。高度な入院医療を提供するＮＩＣＵ（新生児特定集中治療室（診療報酬上の届出をしたもの））は7病院に63床、ＰＩＣＵ（小児集中治療室）は県立小児医療センターに8床整備されています。

（２） 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（2021（令和３）年度）」によると、県内の小児慢性特定疾患医療受給者証の所持者数は 762 人であり、小児科の各領域での高度で専門的な医療の提供体制を維持・充実させていくことが課題となっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること
- 小児の救命救急医療を２４時間体制で実施すること
- 当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 小児中核病院や小児地域医療センターとの連携により、高度で専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること
- 小児地域支援病院や小児地域医療センターからの紹介患者や救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を２４時間３６５日体制で実施すること
- 診療報酬上の施設基準に適合するＮＩＣＵを運営すること
- ＰＩＣＵを運営すること
- 小児病棟やＮＩＣＵ等から退院する際に、療養・療育支援を担う施設と連携すること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

（３）医療機関の例

- 大学医学部附属病院
- 小児医療センター

具体的施策

（１）小児中核病院の機能充実

- 小児中核病院の各分野の機能充実を図ることにより、一般小児医療、小児地域医療センター、療養・療育支援及び小児等在宅医療、相談支援がその機能を十分に発揮できる環境を整備します。

（２）小児科医師の確保

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

（３）災害時の搬送体制等の整備

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

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

５　療養・療育支援、小児等在宅医療

現状と課題

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

（１）　県内の、在宅で療養している重症心身障害児（者）の数（児童相談所調べ）は、2022（令和４）年度末現在 482 人、在宅で療養している医療的ケアを要する小児等の数（県健康長寿社会づくり推進課調べ）は 2023（令和５）年３月現在 403 人となっています。

（２） 重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施している医療型障害児入所施設は 5 施設、小児を受入可能なご家族のレスパイトのための医療型短期入所施設は８施設となっています。

（３） 県内の小児等の在宅医療に対応できる医療機関（県健康長寿社会づくり推進課調べ）は 2023（令和５）年３月現在 163 施設、歯科診療所は 141 施設、訪問看護事業所は 104 施設ありますが、うち 2021（令和３）年度中に実際に対応した医療機関は 23 施設、歯科診療所は３施設、訪問看護事業所は 30 施設となっています。

（４） 2021（令和３）年に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（2021（令和３）年法律第 81 号）」が成立し、都道府県は医療的ケア児支援センターを設置することができると規定されました。本県では 2023（令和５）年４月に群馬県医療的ケア児等支援センターを設置しました。

（５） 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や、小児等の在宅医療の提供が可能な医療機関や訪問看護事業所の拡大を図ることが必要となっています。また、小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要となっています。

求められる医療機能

（１）目標

- 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児等に対し支援を実施すること

（２）医療機関に求められる事項

- 重症心身障害児等に係る必要な病床数の整備をすること
- レスパイトのための医療型短期入所施設を整備すること
- 他の医療機関の小児病棟やＮＩＣＵ等から退院後、生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児等に対し、必要な医療等の支援を実施すること
- 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む）を調整すること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 在宅医療をサポートするための医療機関と薬局が連携すること
- 歯科診療所による口腔ケアのサポートを実施すること

（３）医療機関の例

- 医療型障害児入所施設
- 在宅医療に対応できる医療機関
- 医療型短期入所施設
- 訪問看護ステーション
- 歯科診療所・薬局等

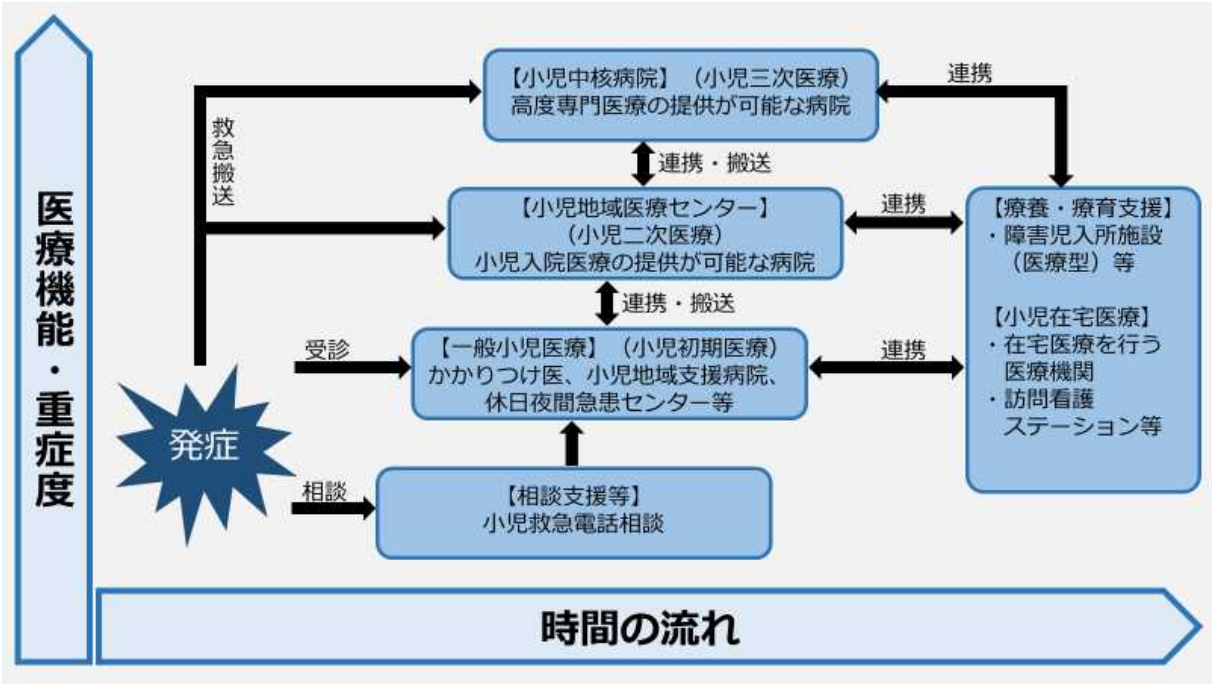
具体的施策

（１）療養・療育及び小児等在宅医療にかかる環境整備

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

【主な事業例】
医療的ケア児等支援センターの運営（相談業務、支援者を対象とした各種研修の実施、支援者のネットワーク構築、家族支援、情報収集・情報発信）、ＮＩＣＵ入院児支援コーディネーターの配置、在宅医療未熟児等一時受入事業の実施　等

小児医療の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
相談支援等	保護者への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進する必要がある。 ①小児地域医療センターの休日・夜間における小児救急患者の多くが軽症患者である。 ②子ども医療電話相談の相談件数は、平成30年度をピークに減少傾向（R4年度：19,801件） ③休日・夜間における小児救急患者数は減少（H22年度：21,645人→R4年度：9,684人）	1	(1)小児救急電話相談の実施 (2)小児救急にかかる適正受診の啓発
小児初期医療	＜一般小児医療、小児地域医療支援病院＞ 地域において、かかりつけ医として日常的な小児医療を提供するとともに、休日・夜間の初期救急医療を担う体制の確保が必要。 ①保護者の8割が小児のかかりつけ医を決めており、その決定には地理的条件が影響している。 ②小児科を標榜する医療機関は減少傾向。医療施設に従事する小児科医師数・うち診療所勤務医師数ともに減少。 ③休日夜間急患センターは9施設あり、地域医師会による在宅当番医制が12地区で構築されているが、休日夜間急患センターが未開設の地域や、毎日診療していない地域がある。 ④小児地域医療センターのない二次保健医療圏等においては、小児地域支援病院の確保が課題。	2	(1)小児初期救急医療体制の充実支援 (2)小児科医師の確保
小児二次医療	＜小児地域医療センター＞ 24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくため、当直可能な医師を必要数配置するとともに、対応する医師の負担を軽減していくことが課題。 【小児救急支援事業の状況】 ①県内4ブロックで24時間365日の受入体制の構築。 ②参加する11病院の当直可能な常勤の小児科医師数が増加しない。 ③群馬県小児救急医療支援事業の取扱患者数は減少傾向だが、このうち重症患者（入院患者）については横ばいであり、限られた医師数で対応している中、依然として軽症患者が多く受診している状況。	3	(1)小児二次救急医療体制の整備 (2)小児地域医療センター（小児二次医療）の負担軽減 (3)小児科医師の確保
小児三次医療	＜小児中核病院＞ 高度で専門的な医療提供体制の維持・充実が課題。 ①小児三次医療は、群馬大学医学部附属病院及び県立小児医療センターが担っている。 ・NICU（診療報酬上の届出をしたもの））：63床（7病院） ・PICU：8床（県立小児医療センター） ②県内の小児慢性特定疾患医療受給者証の所持者数は762人（令和3年度）。	4	(1)小児中核病院（小児三次医療）の機能充実 (2)小児科医師の確保 (3)災害時の搬送体制等の整備
療養・療育支援等	＜療養・療育支援等・小児等在宅医療＞ 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要。 ・在宅で療養している重症心身障害児（者）の数：484人（R3年度末） ・在宅で療養している医療的ケアを要する小児等の数：403人（R5年3月末） ・重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施している医療型障害児入所施設：5施設（R5年3月） ・小児を受入可能な家族のレスパイトのための医療型短期入所施設：8施設（R5年3月） ・小児等の在宅医療に対応できる医療機関163施設、歯科診療所は142施設、訪問看護事業所は103施設（R5年3月） ・令和5年4月に群馬県医療的ケア児等支援センターを設置。	5	(1)療養・療育及び小児等在宅医療にかかる環境整備

番号	B　目標	
1	子どもの急病時の対応等を支援すること	
	目標値	小児救急電話相談件数（小児人口千人対）
		小児救急医療支援事業取扱患者数（小児人口千人対）
2	①一般小児医療：地域に必要な一般小児医療を実施すること ②休日夜間小児初期救急：休日夜間の小児初期医療を実施すること ③小児地域支援病院：地域に必要な一般小児医療や、軽症患者の入院医療を実施すること	
	目標値	休日・夜間急患センター等の施設数
3	①一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること ②入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること	
	目標値	小児救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会件数が4回以上）の件数
		地域小児科センター（小児二次医療）における当直可能な常勤小児科医師数
4	①地域小児科センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること ②小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること ③医療従事者への教育や研究を実施すること	
	目標値	乳児死亡率（出生千対）（乳児死亡数を併記）
5	生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児等に対し支援を実施すること	
	目標値	小児等在宅医療に対応した医療機関数
		小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数

番号	C　最終目標	
1	安全・安心な小児医療体制の構築	
	目標値	小児死亡率（人口10万対）（小児死亡数を併記）

数値目標一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	小児救急電話相談件数（小児人口千人対）	92.6件	2022	120件以上	2029
B	1	②	小児救急医療支援事業取扱患者数（小児人口千人対）	45.3人	2022	52人以下	2029
B	2	①	休日・夜間急患センターの施設数	９施設	2023	９施設	2029
B	3	①	小児救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会件数が４回以上）の件数	39件	2021	75件以下	2029
B	3	②	地域小児科センター（小児二次医療）における当直可能な常勤小児科医師数	56人	2022	67人以上	2029
B	4	①	乳児死亡率（小児三次医療）（出生千対） （乳児死亡数を併記）	1.6 （17人）	2022	1.6未満 （22人未満）	2029
B	5	①	小児等在宅医療に対応した医療機関数	19か所	2022	33か所以上	2029
B	5	②	小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数	30か所	2022	38か所以上	2029
C	1	①	小児死亡率（人口10万対） （小児死亡数を併記）	17.3 （37人）	2022	18.1未満 (43人未満)	2029

第３節　地域包括ケアシステムの深化・推進

1　地域包括ケアシステムの深化・推進

1　総論

背景

本県の 65 歳以上の人口は、県「年齢別人口統計調査（2022（令和４）年）」によると、58.1 万人、高齢化率（総人口に占める 65 歳以上の高齢者数の割合）は 31.0%となっていますが、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計（2023（令和 5）年）」によると、2025（令和 7）年には 59.2 万人、高齢化率は 31.5%になると推計され、2040（令和 22）年には本県の高齢者人口が 62.7 万人に、高齢化率は 37.5%になると推計されています。

また、団塊の世代全てが 75 歳以上となる 2025（令和７）年には、75 歳以上の人口が 34.7 万人に、2040（令和 22）年には 36.1 万人になると推計されており、これに伴い、認知症の高齢者、ひとり暮らしの高齢世帯等が急増することから、医療・介護や生活支援の需要がさらに高まると見込まれています。

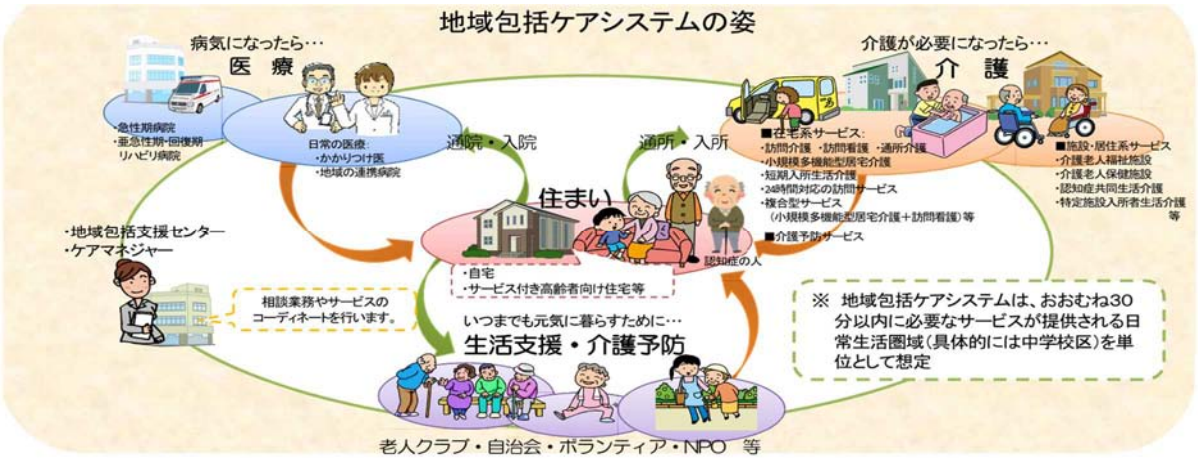
一方、県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」又は「条件が整えば望む」と回答した人は、あわせて全体の 6 割を超えています。

地域包括ケアシステムの深化・推進

県では、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（令和 7）年を見据え、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、市町村をはじめ、医療・介護関係者、さまざまな担当者（障害政策、まちづくりや住宅政策等）と連携して、「地域包括ケアシステム」を推進してきました。

高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムの考え方や取組は、「地域共生社会」（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会）の実現に向けた中核的な社会基盤となり得るものです。

今後、団塊ジュニアの世代全てが 65 歳以上となるとともに、総人口・現役世代が減少する中で高齢人口がピークを迎える 2040（令和 22）年を見据えて、地域包括ケアの更なる取組とあわせて、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備を一体的に推進することにより、地域共生社会の実現を図っていきます。



取組の方向性

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

（１）　地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケアシステムにおいて中核的な役割を担う地域包括支援センターの機能強化のため、職員の資質向上や、多様な職種や機関との連携協働の場となる地域ケア会議等の充実に係る取組を推進します。

（２）　介護予防の推進

高齢者ができるだけ要介護状態等にならず、健康を維持していくこと、また、要介護状態等になった場合においても、その状態を悪化させないようにする介護予防、フレイル予防の取組の推進は、高齢者個人だけではなく社会全体にとっても重要です。

このため、多職種の協働による自立支援型のケアマネジメントの推進により高齢者の生活の質（ＱＯＬ）の向上を目指すほか、リハビリテーション専門職等を生かした住民主体の通いの場の充実、高齢者の社会参加などを推進します。

（３）　認知症施策の推進

認知症の早期診断・早期対応を行うとともに、認知症になっても本人の意思が尊重され、可能な限り住み慣れた地域で尊厳を保持しつつ希望を持って暮らし続けることができるよう、正しい知識の普及や相談体制の充実、適切な医療の提供、本人や家族への支援等、総合的な認知症施策を推進します。

（４）　生活支援サービスの充実

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

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

（５）　医療と介護の連携

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

このため、在宅医療の基盤整備を進めるとともに、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員（ケアマネジャー）等の介護関係職種の間の多職種連携を推進します。

２　介護予防の推進

現状

（１） 厚生労働省「国民生活基礎調査（2022（令和４）年）」によると、要介護者について、介護が必要になった主な原因をみると、「認知症」が 23.6%と最も多く、次いで「脳血管疾患」19.0%、「高齢による衰弱」13.0%、「骨折・転倒」10.9%となっています。

高齢による衰弱（いわゆるフレイル）や関節疾患（いわゆるロコモティブシンドローム）、骨折･転倒を合わせると 29.3%を占め、脳血管疾患や心疾患といった生活習慣病によるものが 23.5%となっており、予防可能と思われる原因が 52.8%を占めています。

（２）　地域で自主的に介護予防の活動を行ったり、市町村の介護予防事業でボランティアとして活動する介護予防関連サポーターは、2022（令和 4）年度末現在約 11,200 人養成されています。

課題

（１）　介護予防の推進には、本人の意欲、周囲の支援が重要であり、介護予防に主体的に取り組むボランティアの養成や、身近な場所での通いの場の設置が重要です。

（２）　介護予防に資する通いの場への支援や自立支援型個別ケア会議へのリハビリテーション専門職の参加をより一層推進するため、地域でリハビリテーションに携わる多職種のネットワーク強化が必要です。

施策の方向

（１）　介護予防、フレイル予防の必要性を理解し地域で主体的に介護予防に取り組むボランティアを養成する市町村に対し、標準教材の提供や研修機会の確保、住民主体の通いの場への専門職派遣等の支援に取り組みます。

（２） 市町村が行う介護予防・日常生活支援総合事業の充実のため、通所型サービス、訪問型サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議等へのリハビリテーション専門職等の関与が促進される体制整備を進めます。

３　地域リハビリテーション

現状

（１） 地域リハビリテーションとは、障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきと生活できるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハの立場から協力し合って行なう活動のすべてをいいます。（定義：日本リハビリテーション病院・施設協会）

（２） 厚生労働省「医療施設（静態）調査（2020（令和２）年）」によると、本県では、診療科目にリハビリテーション科を設置している病院は 91 施設、一般診療所は 125 施設となっています。

また、厚生労働省「介護給付費等実態統計（2021（令和３）年度）」によると、介護保険による訪問リハビリテーション事業所数は 70 か所、通所リハビリテーション事業所数は 126 か所となっています。

（３） 厚生労働省「医療施設（静態）調査（2020（令和２）年）」によると、県内の病院に勤務している理学療法士は 1,395.4 人、作業療法士は 759.4 人、言語聴覚士は 270.1 人となっています。（いずれも常勤換算数）

（４） 県では、県医師会、県理学療法士会協会等の関係団体等で構成する「群馬県地域リハビリテーション協議会」を設置し、本県の地域リハビリテーションの推進方針等を協議するとともに、地域リハビリテーションの円滑な推進のため、県地域リハビリテーション支援センターを１か所、地域リハビリテーション広域支援センターを各地域に 12 か所設置しています。

課題

（１） 地域リハビリテーションは、患者の症状に応じて適切な時期に提供されることが必要であるため、急性期から回復期、維持期、在宅療養のステージごとに、医療機関や介護保険事業所等の連携が求められています。

（２） 高齢者の自立支援・要介護状態の重度化防止に向けた保険者（市町村）機能の強化のため、リハビリテーション専門職と連携した、効果的な介護予防事業の実施が課題となっています。

（3） 高齢者のリハビリテーションについては、国際生活機能分類（ＩＣＦ）の考え方に基づき、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要です。

（4） 地域リハビリテーションの持続的な拡大のためには、県民が健康増進や介護予防等の重要性について理解し、県民自らが主体となって活動することが重要です。

（5） リハビリテーション専門職が、地域リハビリテーション活動を担うことができるよう、リハビリテーション専門職の資質向上を推進する必要があります。

（6） リハビリテーション専門職の多くが、医療機関・介護サービス事業所に所属しており、地域リハビリテーション活動を行う際には、所属機関の長の理解を得なければならないことから、各機関の地域リハビリテーションに対する理解が必要です。

【本県の地域リハビリテーションの推進体制】

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

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

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

施策の方向

（1） 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、保健・医療・福祉・介護等が一貫してサービス提供できるよう地域リハビリテーション支援体制の整備や連携強化を推進します。

（２）地域リハビリテーション広域支援センターが、リハビリテーション専門職の立場から、介護予防事業や地域ケア会議に参画できるよう、地域リハビリテーション広域支援センターの機能強化を図るとともに、市町村との連携を推進します。

（３）心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に加え、住民主体の通いの場など、人と人とのつながりを通じて、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のバランスのとれた働きかけがとられる環境づくりを推進します。

（４）健康増進やフレイル予防、介護予防の取組が、身近な地域において、住民主体で行われるよう推進するとともに、取組のリーダー役となる「フレイル予防推進リーダー」等のボランティアの養成や活動を支援します。

（５）群馬県地域リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センター及びリハビリテーション職能団体が実施する研修会等を支援し、リハビリテーション専門職の人材育成を推進します。

（６）医療機関・介護サービス事業所に対して、地域リハビリテーションの重要性について周知し、リハビリテーション専門職が、地域リハビリテーション活動に従事しやすい環境を整備します。

４　総合的な認知症対策

現状

（１） 認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれており、厚生労働科学研究推計結果を準用した県介護高齢課の推計では、本県では 2025（令和 7）年には 11 万人以上（高齢者の 5 人に 1 人）に、2040（令和 22）年には 13 万人以上になるとしています。

（２） 認知症サポート医は 2022（令和 4）年度末現在 214 人養成されており、認知症の早期段階から関わり適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、平成 30 年度までに、全市町村で設置されています。

（３） 認知症の専門的医療の提供体制強化を目的とした認知症疾患医療センターは 14 か所（中核型：1、地域拠点型：10、連携型：3）で、県内全域に設置されています。

課題

（１） 認知症になっても本人の意思が尊重され、尊厳をもって生活できるようにするためには、認知症に対する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援体制の構築が重要です。

（２） 増加する認知症高齢者に対応するため、かかりつけ医と専門医療機関が連携し、認知症疾患の早期診断・早期対応につなげるシステムの構築が必要です。

（３） 認知症の人が安心して生活を送ることができるようにするためには、認知症の容態の変化に応じ、適時・適切に切れ目ない医療・介護の提供と家族へのサポートが重要です。

（４） 現役世代が発症する若年性認知症は、病気に対する周囲の認識不足などで診断前に症状が進行し社会生活が困難となり、就労の継続等の経済的な問題にも直面するなど、世代に応じた支援が必要です。

施策の方向

（１）認知症に対する理解の促進を図るとともに、認知症の人本人による発信機会を増やし、認知症の人やその家族の意見も踏まえた施策の推進を目指します。

（２） 適切な医療の提供と相談体制の充実のため、認知症疾患医療センター運営、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医及び医療従事者認知症対応力向上研修を行います。

（３） 地域における支援体制の構築のため、各市町村の地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームと、認知症疾患医療センター等の連携を深め、認知症の人と家族を地域全体で支援する体制の構築に努めます。

（４）若年性認知症に対する理解を促進するとともに、状態に応じた適切な支援が受けられるよう、若年性認知症支援コーディネーターの配置による相談体制の充実、支援ネットワークづくり、普及啓発を図ります。

（空白）

2　在宅医療の医療連携体制構築の取組

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

概況

（１） 自宅での療養を望む人の割合

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」又は「条件が整えば望む」という人が６割を超えている一方で、自宅で療養が「実現可能である」とした人は２割を下回っています。

（２） 高齢者人口割合の上昇

総務省「人口推計（2022（令和４）年）」及び県「年齢別人口統計調査（2022（令和４）年）」によると、本県の高齢者人口割合は31.0%（分母から年齢不詳の数を除いている）（全国29.0%）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023（令和５）年）」及び「日本の地域別将来推計人口（2023（令和５）年）」によると、2025（令和７）年には31.5%（全国30.3%）、2040（令和22）年には、37.5%（全国36.3%）になると推計されています。

（３） 要介護（要支援）認定者数の増加

厚生労働省「介護保険事業状況報告（2020（令和２）年度）」によると、本県の65歳以上の要介護（要支援）認定者の数は約10万３千人ですが、県介護高齢課調べでは、2025（令和７）年に約11万１千人、2040（令和22）年には約13万５千人に達すると推計され、今後も増加が見込まれます。

（４） 地域包括ケアシステムの構築

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

1　退院支援

現状と課題

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

（１） 退院調整支援の状況

厚生労働省「医療施設静態調査（2020（令和 2）年）」によると、退院調整支援担当者を配置している病院数は 67 か所であり、人口 10 万人当たりの数は 3.5 か所（全国 3.3 か所）で全国平均を上回っています。

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2021（令和 3）年度）」によると、退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数は 62～69 か所です。

病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）とをつなぐ事業として、2015（平成 27）年度から 2017（平成 29）年度まで県及び市町村が連携し「医療介護連携調整実証事業（退院調整ルール策定）」に取り組んできました。県健康長寿社会づくり推進課調べ（2022（令和 4）年 11 月）では、県全体で、介護支援専門員（ケアマネジャー）に連絡のないまま自宅へ退院する要介護患者の割合は 15.5%となっています。

（２） 入院初期からの支援

県「医療施設機能調査（2022（令和 4）年度）」によると、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を実施している病院数は 94 か所あり、また、退院調整時のカンファレンスを実施している病院数は 88 か所です。

（３） 在宅療養への移行

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多く、相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっています。

【医療介護連携調整実証事業について】

１　内　容

本県では、２つの中核市及び 10 の保健福祉事務所の各地域において退院調整ルールを策定しており、進行管理を行っています。

- 2015 年度策定：渋川保健福祉事務所１地域
- 2016 年度策定：前橋市、藤岡・利根沼田・太田・館林保健福祉事務所５地域
- 2017 年度策定：高崎市、伊勢崎・安中・富岡・吾妻・桐生保健福祉事務所６地域

◇◆退院調整ルールとは◆◇

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

２　実施の背景、目的

（１） 市町村は、地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、下記の在宅医療・介護連携推進事業の取組を実施しており、特に医療・介護関係者の情報共有の支援について市町村の事業を推進、支援するため、群馬県医療介護連携調整実証事業を行っています。

【在宅医療・介護連携推進事業項目】

- 地域の医療・介護資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- 医療・介護関係者の情報共有の支援
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 医療・介護関係者の研修
- 地域住民への普及啓発

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

県は、要介護状態の患者が病院から退院する際の介護支援専門員(ケアマネジャー)への引継状況を調査し、退院調整漏れの実態を把握するため、全県で退院調整状況等調査を実施しています。

求められる医療機能

（１）目標

- 入院医療機関が入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行い、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

（２）医療機関に求められる事項

（入院医療機関）

- 退院調整支援担当者を配置すること
- 退院調整支援担当者は、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を心がけること
- 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

（在宅医療に係る関係機関）

- 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や診療情報・治療計画等を共有し、連携すること
- 在宅療養者や家族への相談支援体制を確保すること

- 高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者、身体障害による在宅療養者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること
- 病院、有床診療所及び介護老人保健施設の退院調整支援担当者等に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（３）医療機関等の例

（入院医療機関等）

- 病院
- 有床診療所
- 介護老人保健施設

（在宅医療に係る医療機関等）

- 病院、診療所
- 歯科診療所
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 介護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 在宅医療・介護連携支援センター
- 介護老人保健施設等
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所

具体的施策

（１）入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進

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

（２）退院調整ルールの進行管理

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

（３）在宅療養への円滑な移行支援

- 在宅療養に移行する患者・家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、啓発パンフレットの作成・周知や講演会の開催など、在宅医療・介護に係る普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】
在宅医療等基盤整備事業（専門・多職種連携研修）、在宅医療・介護支援パンフレットの作成・配布、退院調整ルールの進行管理　等

２　日常の療養支援

現状と課題

高齢者人口割合が上昇し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の一層の推進が必要です。

（１） 訪問診療等の状況

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

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2021（令和３）年度）」によると、訪問診療を実施している病院・診療所数（１年間に１回以上在宅患者訪問診療料の報酬を算定した医療機関数）は 480～503 か所です。

厚生労働省「医療施設静態調査（2020（令和２）年）」によると、１か月間（9 月中）に病院及び診療所から訪問診療を実施した件数は 23,323 件で、人口 10 万人当たり 1,202.8 件（全国平均 1,171.0 件）となっています。

今後も需要の増加が見込まれる在宅医療の体制整備に向け、訪問診療における医療機関間の連携や ICT 化等による対応力強化、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進等を行っていく必要があります。

また、2020（令和 2）年の同調査において、2020（令和 2）年 10 月 1 日現在の本県の在宅療養支援診療所届出数は 248 か所（全国 14,506 か所）で人口 10 万人当たり 12.8 か所（全国平均 11.5 か所）であり、在宅療養支援診療所の数は全国を上回っていますが、地域毎の実施件数に差が生じているなど、在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっています。

なお、2020（令和 2）年の同調査において訪問診療を実施している病院数は 46 か所、診療所数は 374 か所であり、在宅療養支援診療所以外の診療所においても、積極的に訪問診療を実施しているところがあります。

（２） 訪問看護の状況

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

厚生労働省「訪問看護療養費実態調査（2021（令和 3）年６月審査分）」によると、医療保険による訪問看護利用者数は 1,437 人となっており、人口 10 万人当たりの訪問看護利用者数は 74.6 人（全国平均 100.1 人）となっています。

厚生労働省「介護給付費等実態調査（2021（令和 3）年度）」によると、介護保険による訪問看護年間実受給者数（要介護及び要支援）は約 14,600 人となっており、人口 10 万人当たりの訪問看護利用者数は 757.7 人（全国平均 824.0 人）となっています。

2021（令和 3）年度の同調査では、訪問看護事業所数は 228 か所、人口 10 万人当たりの訪問看護事業所数は 11.8 か所（全国平均 11.0 か所）となっています。

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

（３） 訪問歯科診療の状況

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

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2020（令和 2）年度）」によると、歯科訪問診療料を算定している医療機関数は 288 か所、訪問歯科衛生指導料を算定している医療機関数は 64 か所となっており、治療のみならず口腔衛生指導などの口腔ケア事業を充実させていく必要性があります。

（４） 訪問薬剤管理指導等の状況

薬物有害事象への対処や服薬状況の改善など、在宅医療の質の向上につなげるため、薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められています。

2021（令和３）年８月から関係法令の改正により、患者自身に適した薬局を選択できるよう、特定の機能を有すると認められる薬局の認定制度が創設され、入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）の設置を進めており、2022（令和４）年度までの地域連携薬局数は 47 件です。

また、かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能に加え、健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた「健康サポート薬局」を日常生活圏域に１か所以上の設置を進めており、2022（令和４）年度までの健康サポート薬局届出件数は 46 件（中核市設置薬局を含む）であることから、地域連携薬局等とあわせ、引き続き、設置に向けた取組が必要です。

（５）訪問リハビリテーション等の状況

厚生労働省「介護給付費等実態統計（2021（令和３）年度）」によると、介護保険による訪問リハビリテーション事業所数は 70 か所となっています。また、2021（令和３）年度の同調査では、介護保険による訪問リハビリテーション利用者数（年間の請求件数。介護予防訪問リハビリテーションを含む。）は約１万８千件と増加傾

向にあります。日常の療養支援のため訪問リハビリテーション等の提供体制の一層の充実が必要です。

（６）訪問栄養食事指導の状況

県内の栄養ケア・ステーションの数は７か所（2023（令和５）年度）です。管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション等で、訪問栄養食事指導に取り組んでいます。

患者の状態に応じた栄養管理を行うため、多職種との連携や訪問栄養食事指導に関する周知が課題です。

求められる医療機能

（１）目標

- 在宅療養を希望する患者に対し、その疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）を多職種協働により、可能な限り住み慣れた地域で継続的かつ包括的に提供すること

（２）医療機関に求められる事項

（在宅医療に係る関係機関）

- 関係機関の相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- 医療の安全管理を徹底し、在宅療養者が安心して療養できる環境を整備すること
- 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する支援を検討する際には積極的に参加すること
- 医療関係者は、地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の提供及び相談体制を整備すること
- 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している在宅療養者の搬送等に係る計画を含む）を策定すること
- 医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うための体制を整備すること
- 身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
- 日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること

- 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスを提供すること
- 在宅療養者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を関係機関の間で共有すること

（３）医療機関等の例

- 病院、診療所
- 歯科診療所
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 介護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 在宅医療・介護連携支援センター
- 介護老人保健施設
- 介護医療院
- 短期入所サービス施設
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所

具体的施策

（１）在宅医療の充実

- 在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、訪問診療の実施体制の充実や訪問看護ステーションの機能強化など、在宅医療の基盤整備を進めます。
- また、地域における在宅医療・介護に係るネットワークの形成をより一層進めるとともに、地域連携クリティカルパス等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。さらに、情報通信機器の活用により、在宅医療・介護従事者の連携推進を図ります。
- 在宅医療・介護に係る県民向け講演など、患者や家族に対する普及啓発や、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局及び訪問看護の普及に取り組みます。

【主な事業例】

在宅医療等基盤整備事業（専門・多職種連携研修、地域医療介護連携拠点事業等）、訪問看護事業所支援事業、在宅療養支援診療所等設備整備補助、訪問看護研修事業（ステップ１、指導者編、入門プログラム）の実施、精神科訪問看護フォローアップ事業、ＩＣＴを活用した在宅医療・介護連携推進、若年がん患者在宅療養支援事業　等

（２）訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の充実

- 訪問歯科診療の充実に向けた取組とともに、訪問歯科診療の利用促進に向けた普及啓発に取り組みます。
- 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応など、訪問薬剤管理指導を効果的に行うため、健康サポート薬局の推進と合わせて、かかりつけ薬剤師・薬局の普及推進、さらに地域連携薬局の推進に取り組みます。
- 訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の充実に向けた取組とともに、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の利用促進に向けた普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】
在宅歯科医療連携室整備事業、介護関係職種のための口腔機能管理研修会、地域連携薬局推進　等

３　急変時の対応

現状と課題

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%等となっていることから、急変時の対応についての体制整備が必要です。

（１） 往診の状況

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2021（令和３）年度）」によると、往診を実施している病院・診療所数は583～602か所です。

厚生労働省「医療施設静態調査（2020（令和２）年）」によると、１か月間（９月中）に病院及び診療所から往診を実施した件数は3,487件で、人口10万人当たり179.8件（全国平均169.4件）となっています。

また、2020（令和２）年の同調査において、１月間（９月中）に往診を実施した病院数は22か所（全国1,725か所）、診療所数は348か所（全国19,131か所）で、病院及び診療所を合わせた往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所（全国平均16.5か所）となっています。

往診実施医療機関数及び往診の実施件数は全国を上回っており、往診の提供体制の維持・充実が課題となっています。

（２） 緊急時の受入れ病床、２４時間対応の訪問看護ステーション、薬局

県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、２４時間対応（他の医療機関と連携している場合を含む。）を行う医療機関等は55病院・223診療所で、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、24 時間対応体制加算の届出を行う訪問看護ステーションは 204 か所となっています。

また、県「医療施設機能調査（2022（令和４）年度）」によると、夜間・休日において在宅医療患者へ対応している薬局は 392 か所となっています。

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

求められる医療機能

（１）目標

- 在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制を確保すること

（２）医療機関に求められる事項

（在宅医療に係る関係機関）

- 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族等に提示し、また、求めがあった際に２４時間対応が可能な体制を確保すること
- ２４時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携により、２４時間対応が可能な体制を確保すること
- 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者と連携を図ること
- 患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、消防関係者、警察関係者も含め連携体制の構築を進めることが望ましい

（入院医療機関）

- 在宅療養支援病院、有床診療所等において、在宅医療に係る機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと
- 特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること

（３）医療機関等の例

（在宅医療に係る医療機関等）

- 病院
- 診療所
- 歯科診療所
- 薬局

- 訪問看護事業所
- 介護老人保健施設等
- 消防機関

（入院医療機関）
- 病院
- 有床診療所

具体的施策

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

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

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

４　看取り

現状と課題

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に苦しみや痛みを緩和する医療を受けたい」人が 61.8%、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が 45.4%、となっている一方で「ご自身の死期が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、周りの人等と話しあったこと」が「ない」という人は 67.2%となっています。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者（本人）の意思決定を支援する取組が必要です。

（１） 死亡場所の推移

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和 3）年）」によると、在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡数は 6,714 人、死亡率は 27.6%（全国平均 27.2%）となっています。在宅における死亡率は、戦後、急激に減少してきましたが、近年（2005（平成 17）年以降）は増加傾向にあります。

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

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

（２） 看取りを実施している医療機関数

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2021（令和 3）年度）」によると、在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数は 237～259 か所です。

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、ターミナルケア体制加算を届け出ている訪問看護ステーション数は 190 か所で、人口 10 万人当たりでみると 9.9 か所と全国平均（8.8 か所）を上回っています。

県「医療施設機能調査（2022（令和 4）年度）」によると、自宅等、患者の望む場所での看取りを行っている（実施できる体制をとっている）とした診療所は 293 か所となっています。

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

（３） 患者（本人）の意思決定支援について

厚生労働省では、2018（平成 30）年３月に改訂した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」において、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて、医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である」としています。

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

求められる医療機能

（１）目標

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

（２）医療機関に求められる事項

（在宅医療に係る関係機関）

- 人生の最終段階における医療に係る患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- 本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること
- 麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること

- 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

（入院医療機関）

- 人生の最終段階における医療に係る患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

（３）医療機関等の例

（在宅医療に係る医療機関等）

- 病院、診療所
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 介護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所
- 介護老人保健施設等
- 地域包括支援センター

（入院医療機関）

- 病院
- 有床診療所

具体的施策

（１）看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築

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

（２）人生の最終段階における患者（本人）の意思決定支援の促進

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

【主な事業例】

国のガイドライン普及啓発、人生会議の医療・介護従事者向け研修、県民向け普及啓発　等

5　医療と介護の連携

現状と課題

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

（1） 在宅医療・介護の連携体制

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

県内各地域では、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や、在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心として、在宅医療・介護に係る様々なネットワークがあり、講演会や事例検討会等の普及啓発や人材育成等の取組が行われています。

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

（2） 各市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について

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

（3） 災害時における医療・介護連携の取組について

災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市町村や県との連携が重要になることから、平時から連携を進めるとともに、業務継続計画（BCP）の策定を推進する必要があります。

（4）様々な世代の県民のニーズに応じた体制づくりについて

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

求められる医療機能

〇在宅医療において積極的役割を担う医療機関

（1）目標

- 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- 多職種が連携し、継続的かつ包括的に在宅医療を提供するための支援を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- 患者の家族等への支援を行うこと

（２）医療機関等に求められる事項

- 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、在宅療養者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- 卒後初期臨床研修制度（歯科の場合は卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している在宅療養者の搬送等に係る計画を含む）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- 地域包括支援センター等と協働し、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- 入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと

（３）医療機関等の例

- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院

○在宅医療に必要な連携を担う拠点

（１）目標

- 市町村が在宅医療・介護連携において実施する取組との整合性に留意した上で、多職種協働による継続的かつ包括的に在宅医療の提供体制の構築を図ること
- 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

（２）医療機関等に求められる事項

- 地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を行うこと
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や切れ目のない在宅医療と介護の一体的提供体制の構築、多職種による情報共有を促進すること
- 在宅医療に係る医療及び介護関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと

- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

（３）連携拠点の例

- 市町村（地域包括支援センター、在宅医療・介護連携支援センター）
- 郡市医師会等

具体的施策

（１）在宅医療推進部会の設置・運営

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

（２）市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援

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

（３）災害時における医療・介護連携の取組支援

- 災害時等の支援体制構築に向けて、地域における平時からの医療・介護連携に関する取組や、業務継続計画（BCP）の策定を支援します。

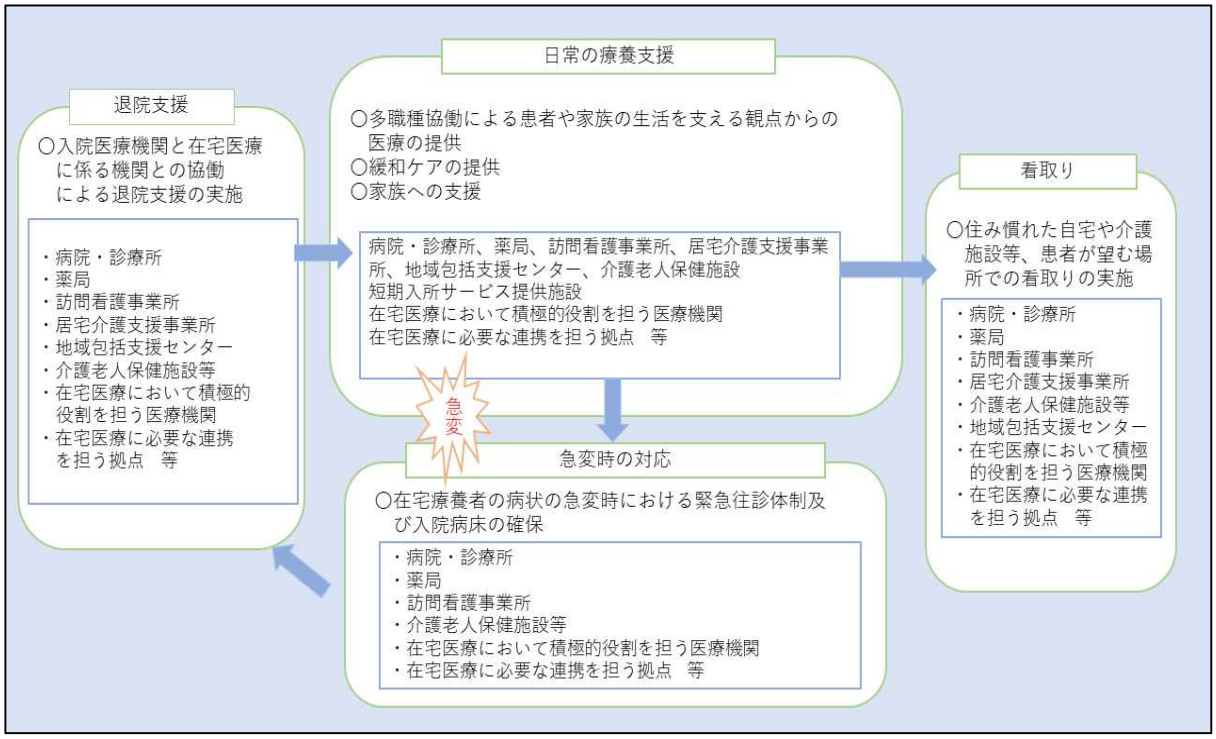
（４）多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり

- 多様な県民のニーズに応じた、包括的な支援体制づくりのための事業を進めます。

【主な事業例】

地域包括ケアに関する評価指標策定・管理、在宅医療介護連携に関する市町村支援、退院調整ルールの進行管理、小児等在宅医療連携拠点事業、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築　等

在宅医療の医療連携体制



ロジックモデル

	現状と課題	番号	A　個別施策
退院支援	在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待しており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。 ①退院調整支援担当者を配置している病院数は全国平均を上回っているが、まだ配置されていない病院もある。 ⇒退院調整支援担当者を配置している病院の更なる確保が必要となっている。 ②在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多くなっている。 ⇒相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっている。	1	(1)入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進 (2)退院調整ルールの進行管理 (3)在宅療養への円滑な移行支援
日常の療養支援	高齢者人口割合が上昇し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の一層の推進が必要。 ①R2年度の調査より、在宅療養支援診療所届出数は人口10万人当たり12.8か所(全国平均11.5か所)、また、R3年度の調査より、訪問看護事業所数は人口10万人当たり11.8か所(全国平均11.0か所)で、在宅療養支援診療所数や訪問看護事業所数は全国を上回っているが、地域毎の実施件数に差が生じている。 ⇒更なる在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっている。 ②歯科訪問診療料を算定している医療機関数は288か所(R2)、令和5年3月31日時点での地域連携薬局届出件数は47件(中核市設置薬局を含む)、訪問リハビリテーション事業所数は70か所(R3)、栄養ケア・ステーション数は7か所(R5)となっている。 ⇒訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の充実・利用促進に向けた取組が必要となっている。	2	(1)在宅医療の充実 (2)訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の充実
急変時の対応	「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときに対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%となっていることなどから、急変時の対応についての体制整備が必要。 ①往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所(全国平均16.5か所)、往診を実施した件数は人口10万人当たり179.8件(全国平均169.4件)となっている。 ⇒往診の提供体制の充実が課題となっている。 ②24時間対応を行う医療機関等は55病院・223診療所で、24時間対応体制加算の届け出を行う訪問看護ステーションは204か所となっている。また、夜間・休日において在宅医療患者へ対応している薬局は392か所となっている。 ⇒急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっている。	3	(1)在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制の確保
看取り	「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に苦しみや痛みを緩和する医療を受けたい」人が61.8%、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が45.4%となっている一方で、「ご自身の死期が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、周りの人等と話し合ったこと」が「ない」という人は67.2%となっている。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者(本人)の意思決定を支援する取組が必要。 在宅(自宅及び老人ホーム)での死亡率は27.6%(全国平均27.2%)となっている。 ⇒在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっている。	4	(1)看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築 (2)人生の最終段階における患者(本人)の意思決定支援の促進
医療と介護の連携	市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められている。 ⇒治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を生かした連携体制を構築することが求められている。 災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市町村や県との連携が重要になる。 ⇒関係機関や市町村、県で平時から連携を進めるとともに、業務継続計画(BCP)の策定を推進する必要がある。	5	(1)在宅医療推進部会の設置・運営 (2)市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援 (3)災害時における医療・介護連携の取組支援 (4)多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり

番号	B　目標	
1	住み慣れた場所に安心して戻り、暮らし続けるための退院支援の充実	
	目標値	退院支援を実施(退院支援加算を算定)している病院・診療所数
		退院調整ルールに係る退院調整漏れ率
2	日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の充実	
	目標値	訪問診療を実施している病院・診療所数
		訪問診療を実施している病院・診療所1箇所当たりの患者数
		在宅療養支援診療所数
		訪問歯科診療(居宅又は施設)を実施している診療所数
		訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数
		訪問看護事業所数
		地域連携薬局数
3	在宅での看取りに向けた急変時の対応についての体制整備の確保	
	目標値	往診を実施している病院・診療所数
		24時間体制を取っている訪問看護ステーション数
4	在宅での看取りの充実に向けた体制整備の確保	
	目標値	在宅看取りを実施(ターミナルケア加算等を算定)している病院・診療所数
5	医療・介護の連携に向けた体制整備の確保	
	目標値	1～4と同様

番号	C　最終目標	
1	在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。	
	目標値	退院支援(退院調整)を受けた患者数
		訪問診療を受けた患者数
2	患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。	
	目標値	在宅で亡くなる方の割合(老人ホーム及び自宅)

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数	62～69か所	2021	78か所	2026
B	1	②	退院調整ルールに係る退院調整漏れ率	15.5%	2021	10%未満	2026
B	2	①	訪問診療を実施している病院・診療所数	480～503か所	2021	519か所	2026
B	2	②	訪問診療を実施している病院・診療所１か所当たりの患者数（１か月あたりレセプト数）	28.7～30.0人	2021	31.4人	2026
B	2	③	在宅療養支援診療所数	256か所	2023	274か所	2026
B	2	④	訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数	266～281か所	2021	318か所	2026
B	2	⑤	訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数	65～74か所	2021	84か所	2026
B	2	⑥	訪問看護事業所数	228か所	2022	251か所	2026
B	2	⑦	地域連携薬局数	47か所	2023	141か所	2026
B	3	①	往診を実施している病院・診療所数	583～602か所	2021	602か所	2026
B	3	②	２４時間体制をとっている訪問看護ステーション数	204か所	2021	231か所	2026
B	4	①	在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数	237～259か所	2021	293か所	2026
C	1	①	退院支援（退院調整）を受けた患者数（レセプト件数、年間）	66,193件※	2021	74,798件	2026
C	1	②	訪問診療を受けた患者数（レセプト件数、年間）	173,044件※	2021	195,540件	2026
C	2	①	在宅で亡くなる方の割合（老人ホーム及び自宅）	27.6%	2021	30%	2026

※　Ｃ１①、Ｃ２①の現状値については、総レセプト数が１０未満の市町村は含まれていない。

3　介護サービスの体制整備

県全域及び圏域ごとに、2024（令和６）年度から 2026（令和８）年度までに必要な介護サービス量を見込むとともに、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえた上で、介護サービス基盤を整備し、適切なサービスの確保に努めます。また、災害及び感染症対策に係る体制整備を進めるとともに、介護人材の確保・介護現場の生産性の向上を図ります。

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

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

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

1　居宅サービス

現状と課題

多くの居宅サービスにおいて指定事業者は増加していますが、圏域によって要介護者等の増加状況には違いがあることなどから、事業者の増加についても地域差が現れてきています。

施策の方向

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

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

2　地域密着型サービス

現状と課題

地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護は地域の計画に応じた指定が進んでいます。しかし、定期巡回･随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護は十分とはいえない状況です。

施策の方向

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

３　施設・居住系サービス

現状と課題

特別養護老人ホーム及び介護老人保健施設については、整備が進んでいます。

一方、介護関連職種では、他産業に比べて有効求人倍率が大幅に高くなっており、介護職員の確保が施設運営上の課題となっています。

施策の方向

（１）特別養護老人ホーム

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

（２）介護老人保健施設

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

（３）介護医療院

日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の機能と生活施設としての機能を備えた、新たな介護保険施設である「介護医療院」について、療養病床等からの転換による整備を基本とし、地域の実情に応じて必要な整備を行います。

（４）特定施設入居者生活介護

地域の実情と高齢者の多様なニーズに対応するため、介護専用型及び混合型特定施設の基準を満たした有料老人ホームや軽費老人ホーム等の指定を行います。

（５）その他施設

有料老人ホームについては、高齢者の権利擁護やサービスの質の維持・向上を図るため、適切な指導・監督に努めるとともに、未届のまま運営されている有料老人ホームの実態把握及び届出指導に努めます。

また、サービス付き高齢者向け住宅については住宅部局と連携し、サービスの質の向上に向けて適切な指導・監督に努めます。

４　福祉サービスの基盤整備

現状と課題

高齢化が一層進展する中で、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、相談窓口の設置をはじめとした、住民に身近な市町村における取組を総合的に支援するとともに、経済的な理由等で地域での生活が困難な高齢者のための生活の場所を確保することも求められます。

施策の方向

（１）地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの充実・強化のため、研修や情報提供を実施します。

（２）地域支援事業の推進

高齢者が要介護状態等になることを予防するとともに、要介護状態等になっても可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう市町村の取組を支援します。

（３）養護老人ホーム、軽費老人ホーム

経済的理由や家庭環境により居宅での生活が困難な高齢者を受け入れる施設として重要な役割を担っていますが、本県における整備率は、近県では最も高いことから、基本的には現状の定員を維持します。

（空白）

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、2025（令和７）年の総人口は約 187.8 万人になると推計されており、2020（令和２）年と比べると、約 6.1 万人減少することが見込まれています。

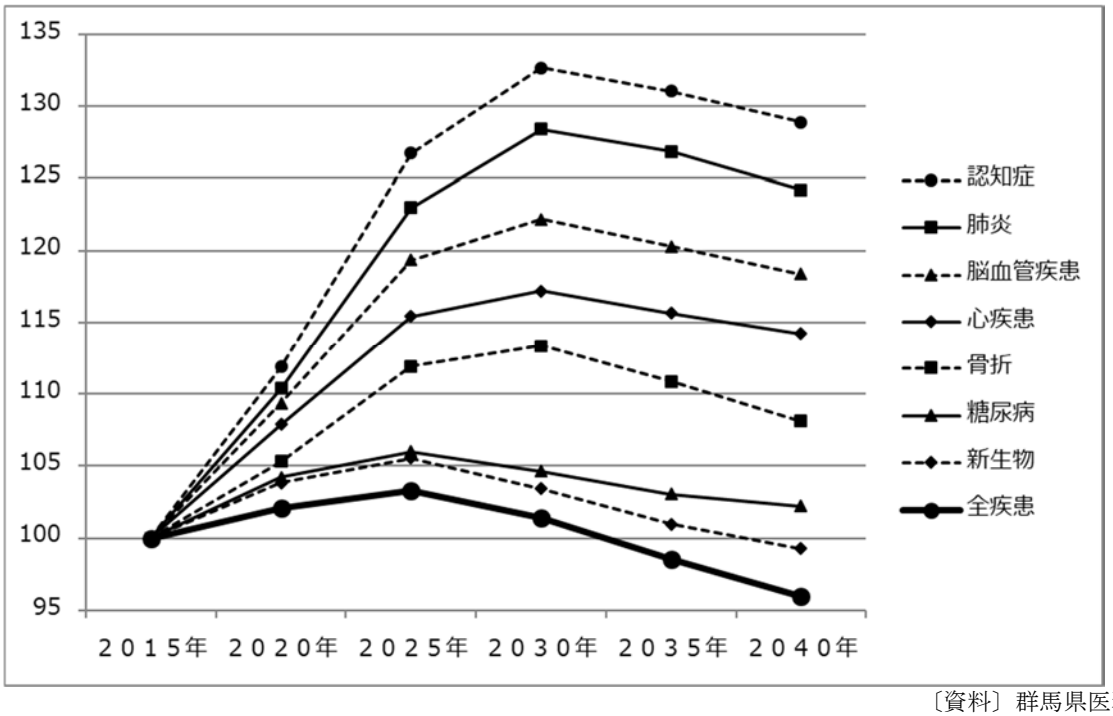
一方で、2025 年までに団塊の世代がすべて 75 歳以上になります。2025（令和７）年の 75 歳以上の人口は約 34.7 万人となり、2020（令和２）年と比べると、約 5.4 万人増加すると推計されています。

今後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、脳血管疾患、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、2030（令和 12）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病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。

2015（平成 27）年を 100 とした時の主な疾患の医療需要の増加率の推計



〔資料〕群馬県医務課推計

※県患者調査（2015 年）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「日本の地域別将来推計人口（2018）年推計」を用いて医務課で簡易推計したもの。地域医療構想で必要病床数を算出するために推計される医療需要とは算出方法が異なる。

地域医療構想の趣旨・目的

地域医療構想とは、このような転換期の中で、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年を見据え、高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえた上で、それぞれの地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの病床の必要量、及び地域ごとの目指すべき医療提供体制を実現するための施策等を定めるものです。

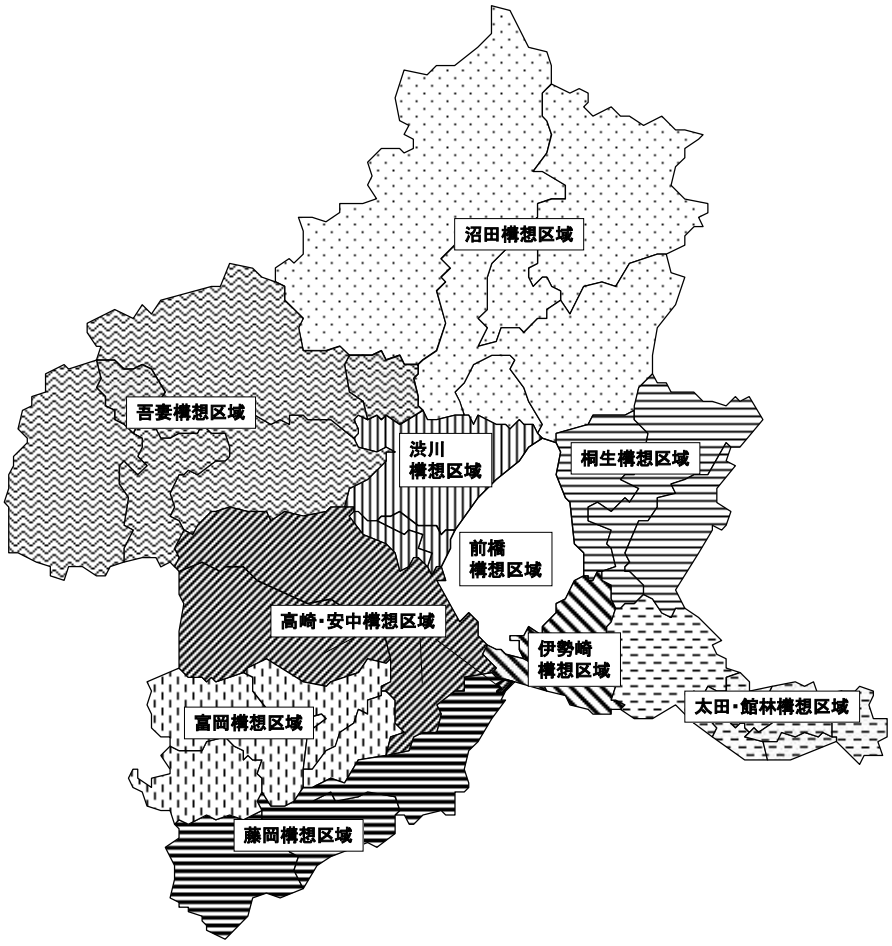
病床の機能分化・連携を推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築を念頭に、2025 年に向けて急性期の医療から在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく適切に提供されるよう、医療と介護の総合的な確保を図り、できる限り住み慣れた地域で安心して暮らせる環境づくりを目指します。

地域医療構想の概要

地域医療構想では、次のような項目について定めます。

- 構想区域の設定
- 構想区域における将来の病床の必要量の推計（病床の医療機能ごとの必要病床数）
- 構想区域における将来の在宅医療等の推計
- 地域医療構想調整会議の設置・運営　など

なお、構想区域とは、地域における病床の機能分化及び連携を推進する区域のことで、本県では、人口規模、患者受療動向、地理的状況や生活圏等を総合的に判断し、二次保健医療圏の 10 圏域を構想区域として設定しています。



2　2025 年の医療需要と病床等の必要量

医療需要の推計

（１）医療需要の推計方法

2025（令和７）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、2013（平成 25）年度のＮＤＢ（レセプト情報・特定健診等情報データーベースの呼称）のレセプトデータ、及びＤＰＣデータ（ＤＰＣ参加病院が提出している調査データ）などに基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごとに、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を 365（日）で除して１日当たり入院患者延べ数を求め、この性・年齢階級別入院受療率を病床の医療機能ごとに算定し、当該構想区域の 2025 年における性・年齢階級別人口に乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計しています。

構想区域の 2025 年の医療需要　＝　〔当該構想区域の 2013 年度の性・年齢階級別の入院受療率　×　当該構想区域の 2025 年の性・年齢階級別推計人口〕を総和したもの

また、慢性期の医療需要については、入院受療率の地域差が生じていることから、この差を一定の幅の中で縮小させる考え方で推計することとされています。

（２）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。

（３）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

ア　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。

イ　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着実に進むよう入院受療率の地域差解消の年次を 2030（令和 12）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。

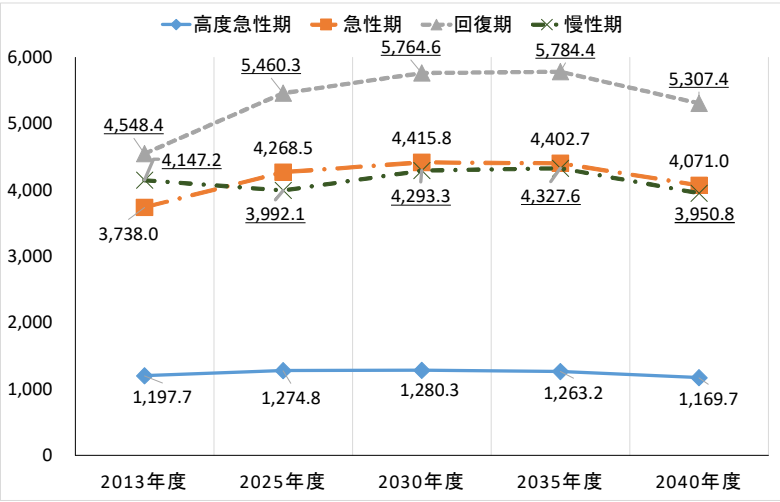
（４）医療需要の推計

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（平成 23）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）



（単位：人／日）

〔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　（単位：人／日）

〔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）

（１） 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。

（２） 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出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。

ア　回復期・慢性期

患者流出入の 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

イ　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）

（３）留意すべき事項

ア　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、病床の削減目標等ではないことに留意する必要があります。

イ　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、現状及び将来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、2014（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、現状及将来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頚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」

2022（令和４）年度病床機能報告集計結果

本県の 2022（令和４）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、19,233 床分について報告されました。

このうち、ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床を除く 18,095 床の内訳は、高度急性期が 2,092 床（11.4%）、急性期が 8,701 床（47.5%）、回復期が 3,583 床（19.6%）、慢性期が 3,719 床（20.3%）であり、2025 年の予定を見ると、急性期が 241 床減少する一方、回復期が 115 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 207 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。

2022（令和４）年度病床機能報告集計結果

構想区域	現状及び2025年の予定	小計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
前橋	2022年（A）	3,635	1,248	1,502	572	313	6	3,641
	2025年（B）	3,596	1,248	1,516	552	280	6	3,602
	差(B－A)	▲ 39	0	14	▲ 20	▲ 33	0	▲ 39
渋川	2022年（A）	1,088	41	687	161	199	0	1,088
	2025年（B）	1,069	41	668	161	199	19	1,088
	差(B－A)	▲ 19	0	▲ 19	0	0	19	0
伊勢崎	2022年（A）	2,022	165	986	456	415	18	2,040
	2025年（B）	2,022	168	983	456	415	0	2,022
	差(B－A)	0	3	▲ 3	0	0	▲ 18	▲ 18
高崎・安中	2022年（A）	3,566	501	1,384	683	998	0	3,566
	2025年（B）	3,556	501	1,374	683	998	0	3,556
	差(B－A)	▲ 10	0	▲ 10	0	0	0	▲ 10
藤岡	2022年（A）	857	0	475	242	140	5	862
	2025年（B）	857	0	433	284	140	5	862
	差(B－A)	0	0	▲ 42	42	0	0	0
富岡	2022年（A）	597	32	200	242	123	46	643
	2025年（B）	593	32	200	238	123	0	593
	差(B－A)	▲ 4	0	0	▲ 4	0	▲ 46	▲ 50
吾妻	2022年（A）	764	0	191	262	311	7	771
	2025年（B）	756	0	191	269	296	0	756
	差(B－A)	▲ 8	0	0	7	▲ 15	▲ 7	▲ 15
沼田	2022年（A）	982	38	506	256	182	25	1,007
	2025年（B）	982	38	506	256	182	14	996
	差(B－A)	0	0	0	0	0	▲ 11	▲ 11
桐生	2022年（A）	1,602	33	766	358	445	66	1,668
	2025年（B）	1,643	33	766	418	426	0	1,643
	差(B－A)	41	0	0	60	▲ 19	▲ 66	▲ 25
太田・館林	2022年（A）	2,982	34	2,004	351	593	34	3,016
	2025年（B）	2,744	78	1,823	381	462	101	2,845
	差(B－A)	▲ 238	44	▲ 181	30	▲ 131	67	▲ 171
合計	2022年（A）	18,095	2,092	8,701	3,583	3,719	207	18,302
	2025年（B）	17,818	2,139	8,460	3,698	3,521	145	17,963
	差(B－A)	▲ 277	47	▲ 241	115	▲ 198	▲ 62	▲ 339

※この集計ではハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床は除いている。

〔資料〕県「病床機能報告（2022 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

（１） 本県の状況

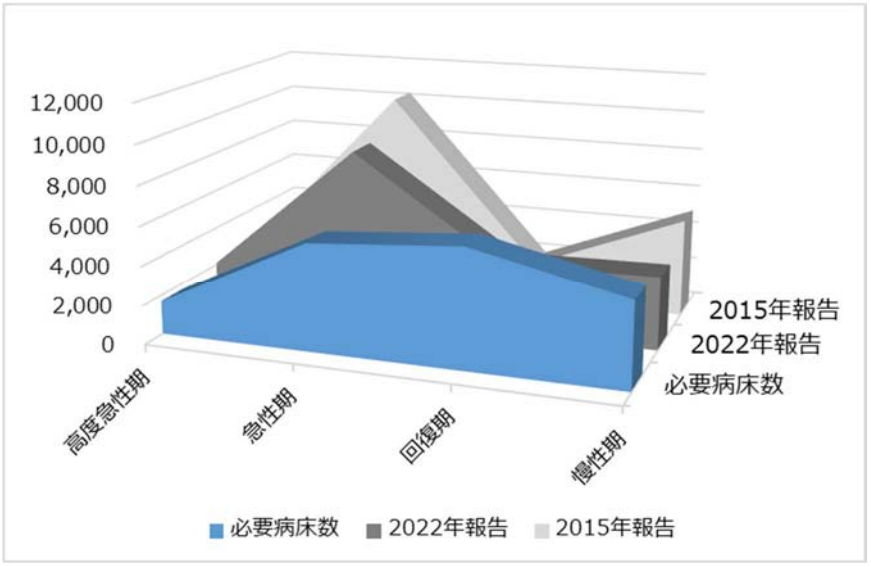
病床機能報告による医療機関からの報告（2022 年報告）と必要病床数とを比較すると、517 床上回っています（休棟等を除く）。

医療機能別に見ると、高度急性期及び急性期は過剰な状況であり、回復期及び慢性期は不足しています。

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
2015	2,320	10,378	2,027	5,062	19,787	2015年報告
2022	2,092	8,701	3,583	3,719	18,095	2022年報告
2025	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	必要病床数

※ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床並びに休棟等は除いている。

（２） 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、富岡及び沼田構想区域では、2022 年の段階で回復期病床が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	
		2022年7月（床）（①）	2025年（床）（②）	差（①－②）	割合（②／①）
前橋	高度急性期	1,248	529	＋ 719	42.4%
	急性期	1,502	1,429	＋ 73	95.1%
	回復期	572	1,149	▲ 577	200.9%
	慢性期	313	459	▲ 146	146.6%
	休棟等	6	－	－	－
	小計	3,641	3,566	＋ 75	97.9%
渋川	高度急性期	41	128	▲ 87	312.2%
	急性期	687	256	＋ 431	37.3%
	回復期	161	287	▲ 126	178.3%
	慢性期	199	256	▲ 57	128.6%
	休棟等	0	－	－	－
	小計	1,088	927	＋ 161	85.2%
伊勢崎	高度急性期	165	186	▲ 21	112.7%
	急性期	986	627	＋ 359	63.6%
	回復期	456	805	▲ 349	176.5%
	慢性期	415	544	▲ 129	131.1%
	休棟等	18	－	－	－
	小計	2,040	2,162	▲ 122	106.0%
高崎・安中	高度急性期	501	283	＋ 218	56.5%
	急性期	1,384	975	＋ 409	70.4%
	回復期	683	1,314	▲ 631	192.4%
	慢性期	998	1,127	▲ 129	112.9%
	休棟等	0	－	－	－
	小計	3,566	3,699	▲ 133	103.7%
藤岡	高度急性期	0	95	▲ 95	－
	急性期	475	314	＋ 161	66.1%
	回復期	242	331	▲ 89	136.8%
	慢性期	140	126	＋ 14	90.0%
	休棟等	5	－	－	－
	小計	862	866	▲ 4	100.5%
富岡	高度急性期	32	59	▲ 27	184.4%
	急性期	200	185	＋ 15	92.5%
	回復期	242	179	＋ 63	74.0%
	慢性期	123	302	▲ 179	245.5%
	休棟等	46	－	－	－
	小計	643	725	▲ 82	112.8%
吾妻	高度急性期	0	18	▲ 18	－
	急性期	191	103	＋ 88	53.9%
	回復期	262	284	▲ 22	108.4%
	慢性期	311	167	＋ 144	53.7%
	休棟等	7	－	－	－
	小計	771	572	＋ 199	74.2%
沼田	高度急性期	38	69	▲ 31	181.6%
	急性期	506	313	＋ 193	61.9%
	回復期	256	251	＋ 5	98.0%
	慢性期	182	228	▲ 46	125.3%
	休棟等	25	－	－	－
	小計	1,007	861	＋ 146	85.5%
桐生	高度急性期	33	102	▲ 69	309.1%
	急性期	766	413	＋ 353	53.9%
	回復期	358	528	▲ 170	147.5%
	慢性期	445	463	▲ 18	104.0%
	休棟等	66	－	－	－
	小計	1,668	1,506	＋ 162	90.3%
太田・館林	高度急性期	34	231	▲ 197	679.4%
	急性期	2,004	857	＋ 1,147	42.8%
	回復期	351	939	▲ 588	267.5%
	慢性期	593	667	▲ 74	112.5%
	休棟等	34	－	－	－
	小計	3,016	2,694	＋ 322	89.3%
県計	高度急性期	2,092	1,700	＋ 392	81.3%
	急性期	8,701	5,472	＋ 3,229	62.9%
	回復期	3,583	6,067	▲ 2,484	169.3%
	慢性期	3,719	4,339	▲ 620	116.7%
	休棟等	207	－	－	－
	総計	18,302	17,578	＋ 724	96.0%

※この表の病床機能報告の集計では、ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床は除いている。

※「第２節　構想区域別の地域医療構想」で記載した各構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、各構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

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

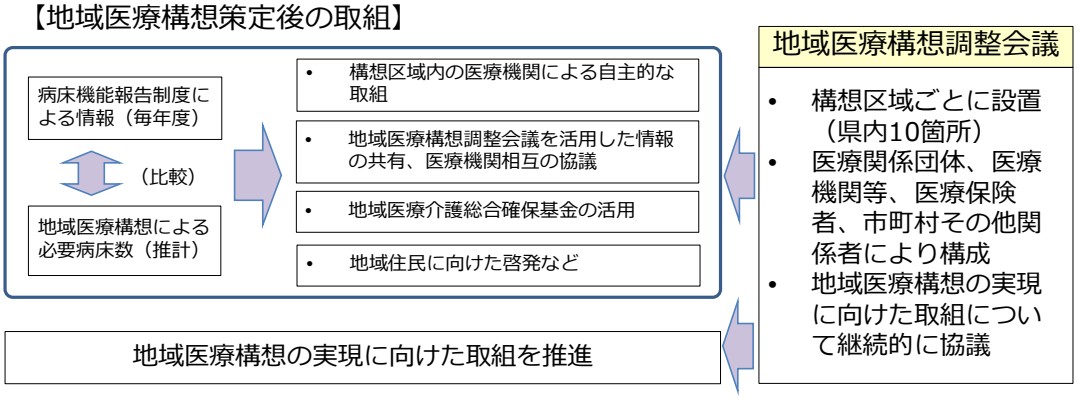
2025（令和７）年に向けて、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、質の高い医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じて取組を検討する必要がありますが、県全体の取組の方向性は次表のとおりです。

1　病床の機能分化・連携の推進	● 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、必要な病床機能への転換を促進し、それぞれの地域でバランスのとれた病床整備を推進 ● 構想区域における医療機関の役割の明確化、連携体制の強化による効率的かつ効果的な医療提供体制の構築 ● 慢性期については、回復期等への病床転換と、介護老人保健施設や介護医療院への転換も含めた在宅医療・介護サービスの充実を一体的に推進
2　在宅医療・介護のサービスの充実	● 在宅医療ニーズの増加と多様化に対応。在宅医療・介護の普及と連携体制の整備推進 ● 退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、在宅医療における適切な連携体制の構築 ● 地域の実情に応じた在宅医療・介護サービスの提供体制の整備　など
3　医療従事者の確保・要請	● 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）

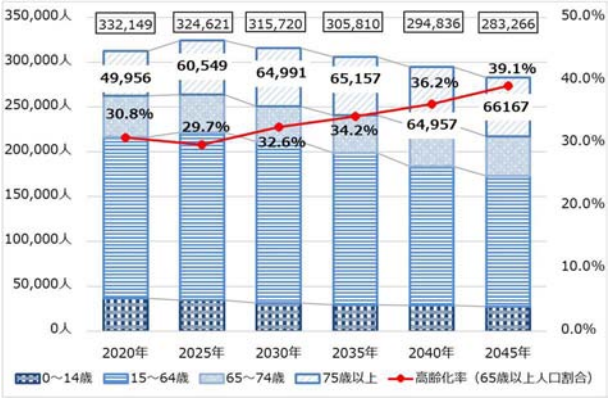
将来推計人口

（１）　前橋構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 332,149 人でしたが、2045（令和 27）年に 283,266 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、2045（令和 27）年頃までは引き続き増加する見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 30.8%でしたが、2045（令和 27）年には 39.1%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

前橋構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は 20 施設、有床診療所は 16 施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は４施設（人口 10 万対 1.2 施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 79 施設（人口 10 万対 24 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は 17 施設（人口 10 万対 5.2 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は 50 施設（人口 10 万対 15.2 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は 40 施設（人口 10 万対 12.2 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 447.4 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 93.3 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 221.9 人（県 175.9 人）となっています。

また、2022（令和４）年末時点で、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 1,100.6 人（県 779.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 229.1 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 55.3 人（県 35.1 人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 95.5 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 41.2 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 16.2 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　医療機能別に見ると、すべての機能で高崎・安中構想区域との間で流出入が多く、次いで、多くは渋川構想区域ですが、流出の一部は伊勢崎構想区域との間で多くなっています。

2025 年の病床の受療動向推計　（人／日）

区分	自足数(※)	流出入数		主な流入元・流出先
高度急性期	192.4	流入	204.6	高崎・安中(58.3)、渋川(33.4)
		流出	40.9	高崎・安中(12.5)、渋川(11.5)
急性期	661.3	流入	453.7	高崎・安中(135.8)、渋川(94.1)
		流出	113.5	高崎・安中(40.8)、伊勢崎(30.6)
回復期	690.5	流入	375.2	高崎・安中(107.0)、渋川(91.1)
		流出	193.3	高崎・安中(63.3)、伊勢崎(53.5)
慢性期	280.4	流入	113.8	高崎・安中(34.1)、渋川(23.7)
		流出	245.5	高崎・安中(138.8)、渋川(33.5)
計	1,824.5	流入	1,147.3	高崎・安中、渋川
		流出	593.2	高崎・安中、伊勢崎

※　自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数

〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

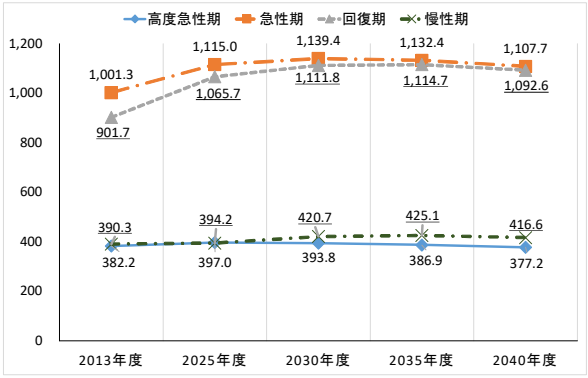
（１）　国の推計によると、2025 年度まで医療需要の推計（医療機関所在地ベース）（人／日）の医療機能別の医療需要は、高度急性期から慢性期までのすべての医療機能で増加します。

　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。

（２）　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）



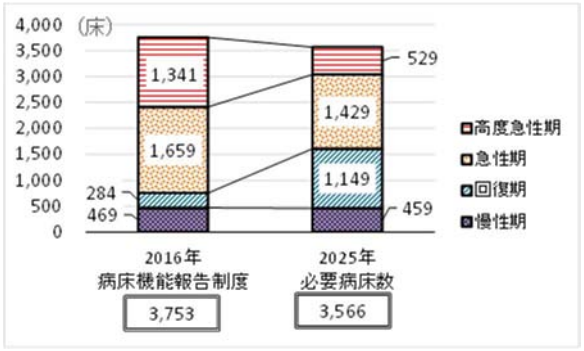
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



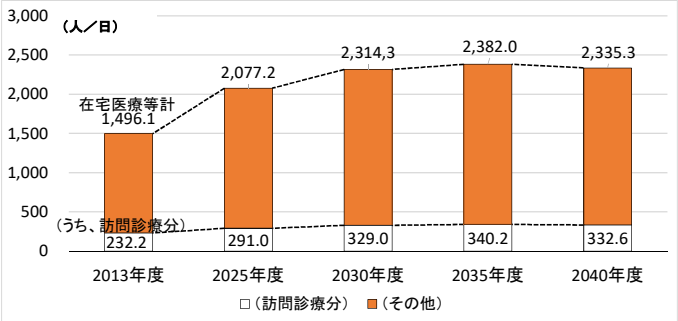
〔資料〕群馬県医務課
※休棟等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　認知症等を含む精神疾患に身体疾患を合併する患者への医療提供のため、病床を整備するとともに、一般の医療機関と精神科医療機関による圏域を越えた診療協力体制等の構築を図ります。

カ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

2　渋川構想区域（渋川市、榛東村、吉岡町）

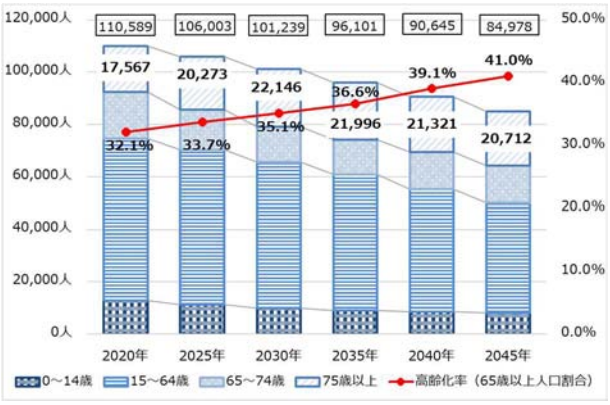
将来推計人口

（１）　渋川構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 110,589 人でしたが、2045（令和 27）年に 84,978 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、2030 年（令和 12）頃をピークに減少に転じる見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 32.1%でしたが、2045（令和 27）年には 41.0%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

渋川構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は 10 施設、有床診療所は４施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は１施設（人口 10 万対 0.9 施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 18 施設（人口 10 万対 16.5 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は１施設（人口 10 万対 0.9 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は 13 施設（人口 10 万対 11.9 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は６施設（人口 10 万対 5.5 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和２））」によると、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 227 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 54.3 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 150.1 人（県 175.9 人）となっています。

また、2022（令和４）年末時点で、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 1156.2 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 132.7 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 26.1 人（県 35.1 人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 56.5 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 37.6 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 11.8 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　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
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

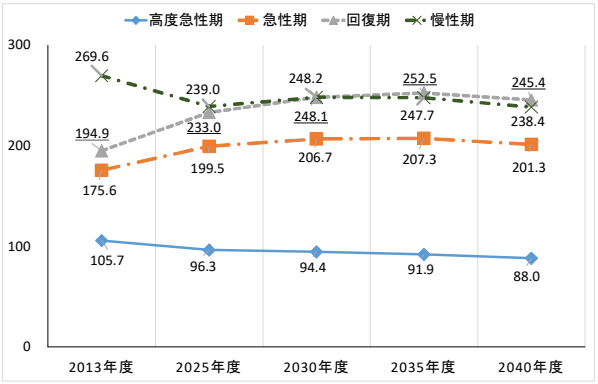
（１）　国の推計によると、2025 年度までの医療機能別の医療需要は、急性期と回復期で増加します。

　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。

（２）　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）



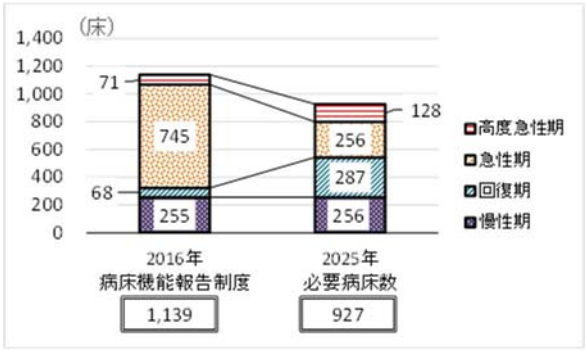
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



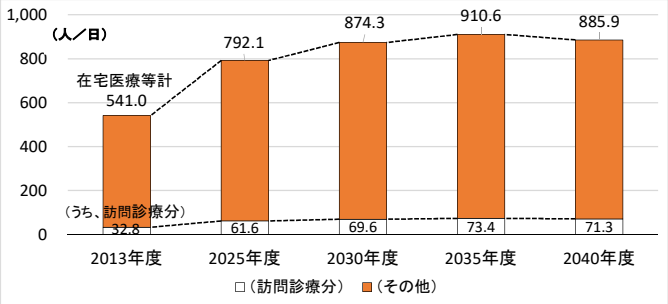
〔資料〕群馬県医務課
※医療型障害児入所施設等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

3　伊勢崎構想区域（伊勢崎市、玉村町）

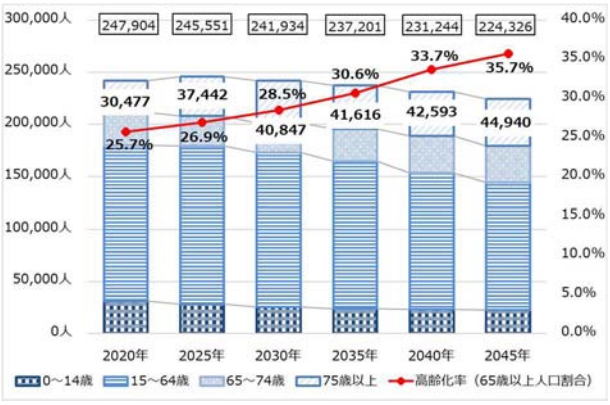
将来推計人口

（１）　伊勢崎構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 247,904 人でしたが、2045（令和 27）年に 224,326 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、2045 年頃までは引き続き増加する見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 25.7%でしたが、2045（令和 27）年には 35.7%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

伊勢崎構想区域の医療施設数は、2023（令和５）４月時点で病院は 11 施設、有床診療所は 10 施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は１施設（人口 10 万対 0.4 施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 21 施設（人口 10 万対 8.5 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は 10 施設（人口 10 万対 4.1 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は 39 施設（人口 10 万対 15.8 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は 20 施設（人口 10 万対 8.1 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 178.7 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 58.5 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 163.8 人（県 175.9 人）となっています。

また、2022（令和４）年末時点で、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 686.2 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 206.2 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 36.4 人（県 35.1 人）となっています。

なお、「医療施設調査（2020（令和２）年）」人口 10 万人当たりの理学療法士数は 69.4 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 37.8 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 9.7 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　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

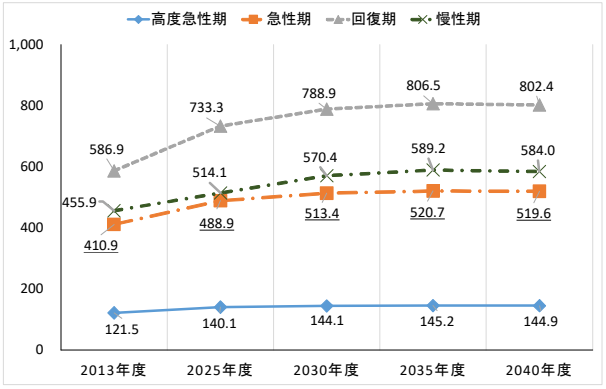
（１）　国の推計によると、2025 年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。

　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。

（２）　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）



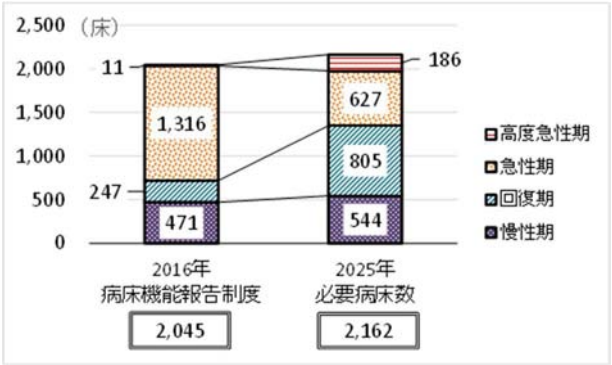
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



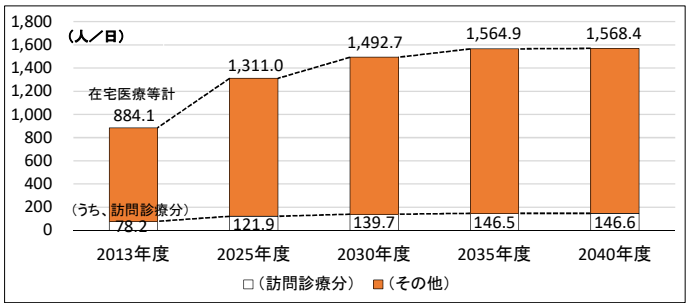
〔資料〕群馬県医務課
※休棟等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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、本構想区域の特徴として、埼玉県北部から流入する医療需要があることから、両県関係保健所を通じて、引き続き連携を図ります。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

4　高崎・安中構想区域（高崎市、安中市）

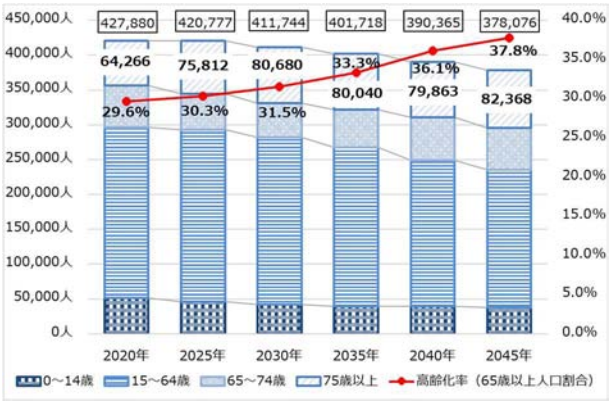
将来推計人口

（１）　高崎・安中構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 427,880 人でしたが、2045（令和 27）年に 378,076 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、2030（令和 12）年をピークに減少に転じる見込みですが、2045（令和 27）年には再度増加すると推計されています。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 29.6%でしたが、2045（令和 27）年に 37.8%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

高崎・安中構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は 30 施設、有床診療所は 16 施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は 13 施設（人口 10 万対 3.1 施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 62 施設（人口 10 万対 14.6 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は 14 施設（人口 10 万対 3.3 施設／県 4.2 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 59 施設（人口 10 万対 13.9 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は 36 施設（人口 10 万対 8.5 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 210.8 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 75.5 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 172.5 人（県 175.9 人）となっています。

また、2022（令和４）年末時点で、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 684.4 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 232.6 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 38.2 人（県 35.1 人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 80.6 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 43.1 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 17 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　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
高度急性期	163.1	流入	48.9	前橋(12.5)
		流出	101.7	前橋(58.3)、富岡(12.2)
急性期	619.9	流入	141.0	前橋(40.8)、渋川(25.0)
		流出	246.6	前橋(135.8)、富岡(37.7)
回復期	900.4	流入	277.3	前橋(63.3)、藤岡(44.7)
		流出	242.5	前橋(107.0)、藤岡(37.8)
慢性期	727.7	流入	331.6	前橋(138.8)、渋川(40.9)
		流出	182.0	富岡(40.5)、渋川(36.1)
計	2,410.9	流入	798.9	前橋、渋川
		流出	772.8	前橋、富岡

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

〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

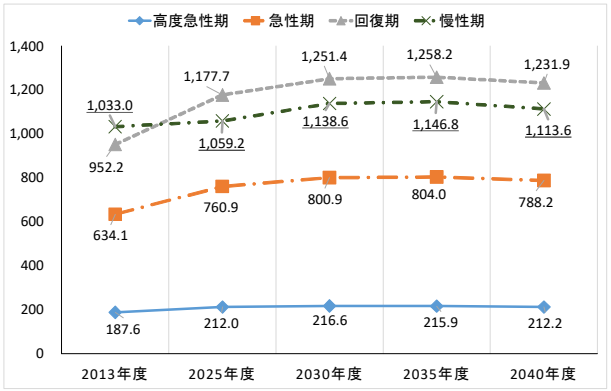
（１）　国の推計によると、2025 年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。

　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。

（２）　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）



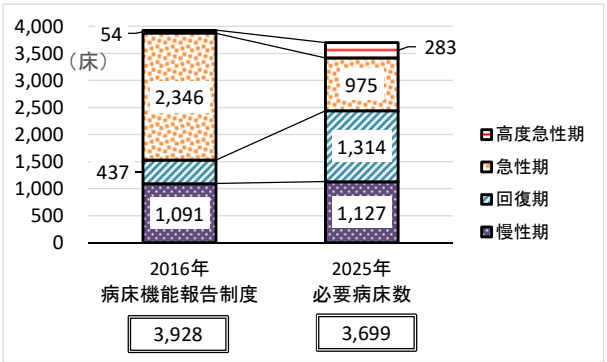
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



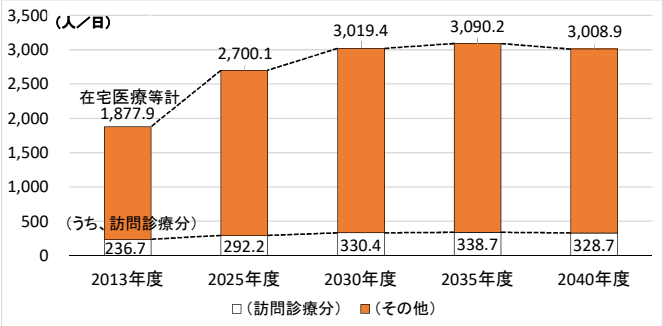
〔資料〕群馬県医務課
※医療型障害児入所施設等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　高崎・安中構想区域の西部等は、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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

5　藤岡構想区域（藤岡市、上野村、神流町）

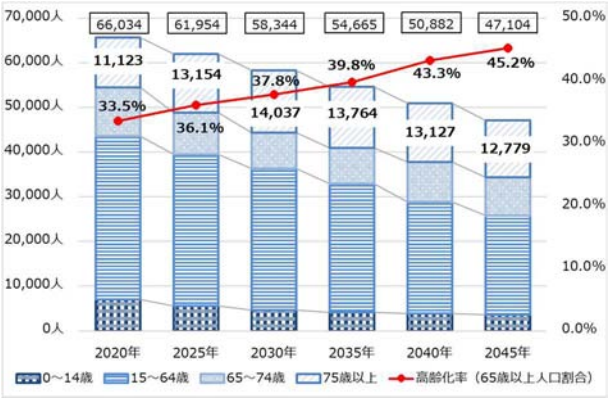
将来推計人口

（１）　藤岡構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 66,034 人でしたが、2045（令和 27）年に 47,104 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、2030（令和 12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 33.5%でしたが、2045（令和 27）年に 45.2%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

藤岡構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は５施設、有床診療所はありません。

また、同時点で在宅療養支援病院は２施設（人口 10 万対 3.1 施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 12 施設（人口 10 万対 18.6 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は５施設（人口 10 万対 7.7 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は 11 施設（人口 10 万対 17.0 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は５施設（人口 10 万対 7.7 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 242.3 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 62.1 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 219.6 人（県 175.9 人）となっています。

また、2022（令和４）年末時点で、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 978.9 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 147.8 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 22.5 人（県 35.1 人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 124.3 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 52.5 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 22.3 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　医療機能別に見ると、流入は高度急性期から回復期までは埼玉県・北部構想区域、慢性期は高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

　流出は、急性期から慢性期までで高崎・安中構想区域との間で多くなっています。

2025 年の病床の受療動向推計　（人／日）

区分	自足数（※）	流出入数		主な流入元・流出先
高度急性期	29.6	流入	41.5	埼玉県・北部（26.1）、高崎・安中（10.2）
		流出	15.0	－
急性期	116.5	流入	128.3	埼玉県・北部（77.3）、高崎・安中（35.4）
		流出	34.5	高崎・安中（13.4）
回復期	168.5	流入	127.7	埼玉県・北部（74.4）、高崎・安中（37.8）
		流出	68.3	高崎・安中（44.7）
慢性期	68.1	流入	45.5	高崎・安中（21.4）、埼玉県・北部（16.1）
		流出	53.0	高崎・安中（31.4）
計	382.7	流入	343.0	埼玉県・北部、高崎・安中
		流出	170.7	高崎・安中、前橋

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

〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

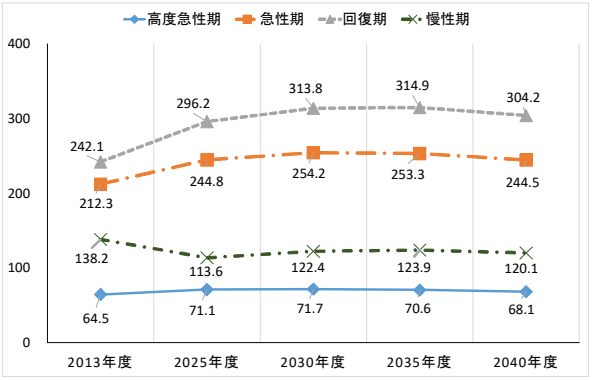
入院医療の需要推計

（１）　国の推計によると、2025 年度まで医療需要の推計（医療機関所在地ベース）（人／日）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。

（２）　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）



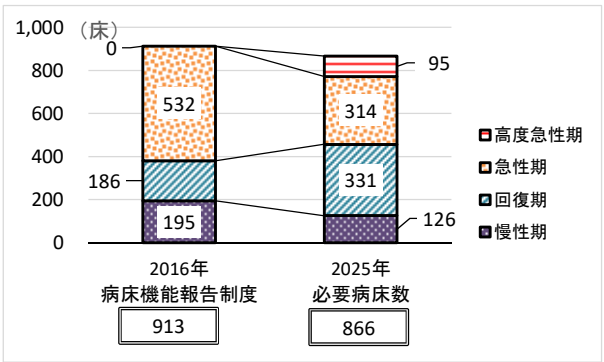
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



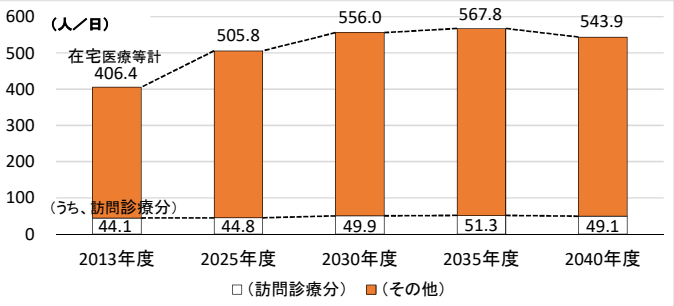
〔資料〕群馬県医務課
※休棟等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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 24.5%増加すると見込まれています。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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、本構想区域の特徴として、埼玉県北部から流入する医療需要があることから、両県関係保健所を通じて、引き続き連携を図ります。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　藤岡構想区域の南部等は、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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

6　富岡構想区域（富岡市、下仁田町、南牧村、甘楽町）

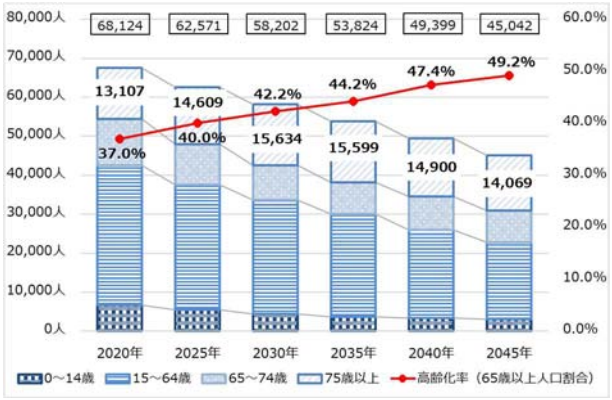
将来推計人口

（１）　富岡構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 68,124 人でしたが、2045（令和 27）に 45,042 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、2030（令和 12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 37.0%でしたが、2045（令和 27）年に 49.2%に増加すると見込まれています。

将来推計人口の推移



〔資料〕国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

富岡構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は４施設、有床診療所は１施設となっています。

また、同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 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 13 施設（人口 10 万対 19.7 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は３施設（人口 10 万対 4.6 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は９施設（人口 10 万対 13.7 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は５施設（人口 10 万対 7.6 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 227.5 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 58.7 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 167.3 人（県 175.9 人）となっています。

また、2022（令和４）年末時点で、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 900.8 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 207.6 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 23.8 人（県 35.1 人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 60.3 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 67.5 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 16.3 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　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

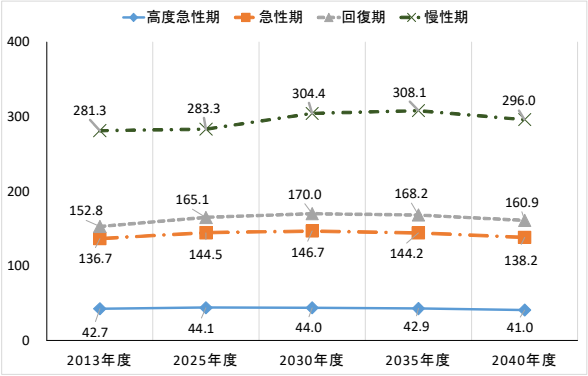
（１）　国の推計によると、2025 年度までの医療機能別の医療需要は、すべての機能で増加します。

　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。

（２）　2040 年度までの医療需要をみると、高度急性期は 2025 年頃、急性期から回復期までは 2030 年度頃、慢性期は 2035 年頃にピークを迎える見込みです。

医療需要の推計（医療機関所在地ベース）

（人／日）



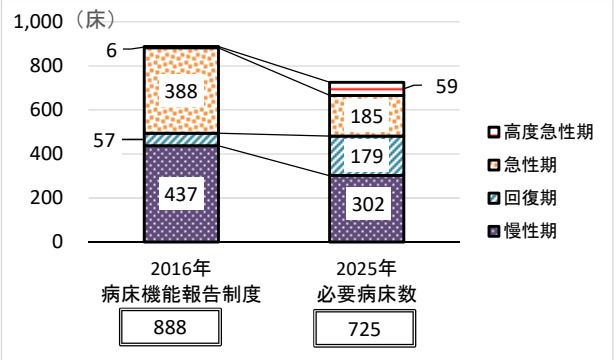
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



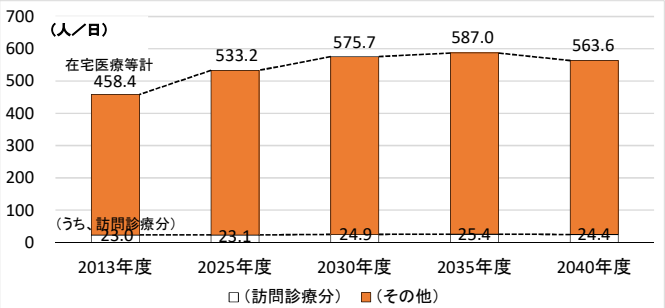
〔資料〕群馬県医務課
※休棟等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　富岡構想区域の西部等は、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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

7　吾妻構想区域（中之条町、長野原町、嬬恋村、草津町、高山村、東吾妻町）

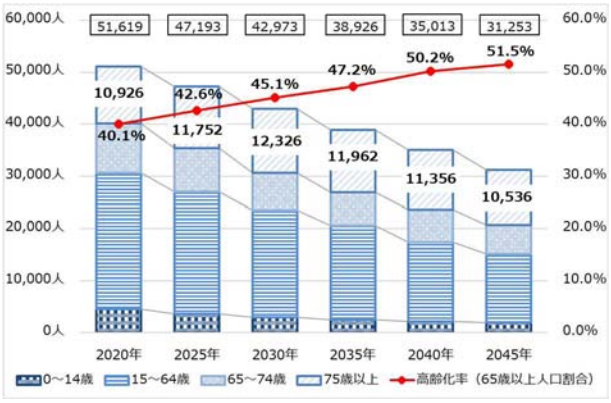
将来推計人口

（１）　吾妻構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 51,619 人でしたが、2045（令和 27）年に 31,253 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、2030（令和 12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 40.1%でしたが、2045（令和 27）年に 51.5%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

　吾妻構想区域の医療施設数は、2023（令和５）４月時点で病院は９施設、有床診療所は２施設となっています。

　また、同時点で在宅療養支援病院は４施設（人口 10 万対８施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は１施設（人口 10 万対２施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は２施設（人口 10 万対４施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は６施設（人口 10 万対 12.0 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は４施設（人口 10 万対 8.0 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

　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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 149.2 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 44.6 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 120.1 人（県 175.9 人）となっています。

　また、2022（令和４）年末時点で、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 999.6 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 115.2 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 39 人（県 35.1 人）となっています。

　なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 156.5 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 102.1 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 33.3 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　医療機能別に見ると、流入は回復期では沼田構想区域との間で多く、流出は、高度急性期から回復期までは前橋構想区域、慢性期は沼田構想区域との間で多くなっています。

2025 年の病床の受療動向推計　（人／日）

区分	自足数（※）	流出入数		主な流入元・流出先
高度急性期	11.8	流入	–	–
		流出	25.4	前橋（10.7）
急性期	74.2	流入	–	–
		流出	63.8	前橋（21.4）、沼田（17.0）
回復期	143.8	流入	126.6	沼田（33.6）、前橋（27.1）
		流出	50.3	前橋（15.3）、渋川（10.5）
慢性期	108.0	流入	41.6	–
		流出	33.4	沼田（10.6）、渋川（10.2）
計	337.8	流入	168.2	渋川、沼田
		流出	173.0	沼田、高崎・安中

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

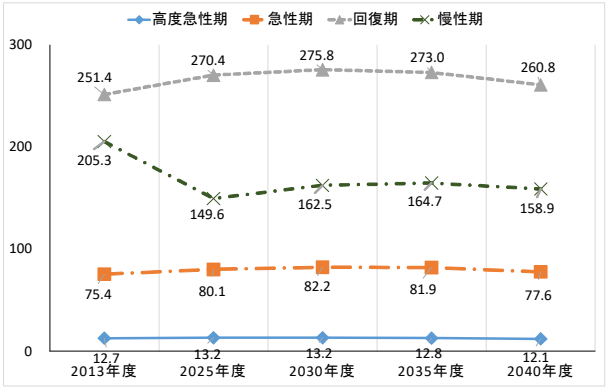
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

（１）　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。

（２）　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）



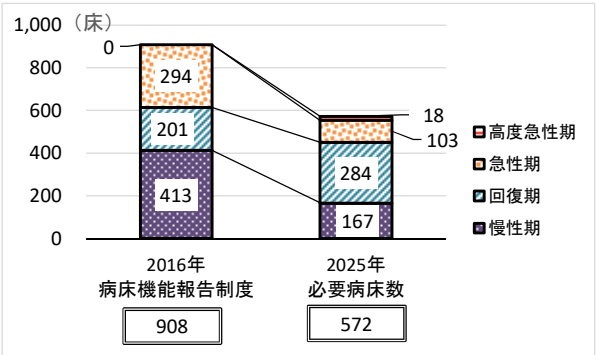
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



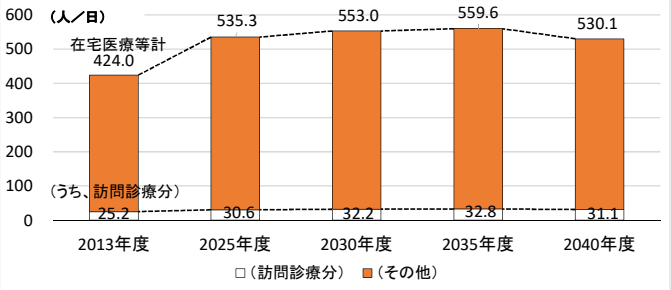
〔資料〕群馬県医務課
※休棟等やハンセン病療養所の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　嬬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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

8　沼田構想区域（沼田市、片品村、川場村、昭和村、みなかみ町）

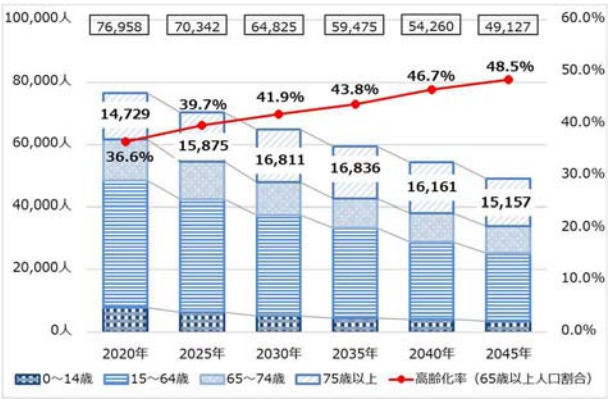
将来推計人口

（１）　沼田構想区域の総人口は、2020(令和２)年に 76,958 人でしたが、2045 (令和 27) 年に 49,127 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、2035（令和 12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 36.6%でしたが、2045（令和 27）年に 48.5%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

　沼田構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は７施設、有床診療所は３施設となっています。

　また、同時点で在宅療養支援病院は３施設（人口 10 万対４施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は４施設（人口 10 万対 5.4 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は２施設（人口 10 万対 2.7 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は７施設（人口 10 万対 9.4 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は５施設（人口 10 万対 6.7 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

　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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 204 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 55.9 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 150.7 人（県 175.9 人）となっています。

　また、2022（令和４）年末時点で、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 930.4 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 170.4 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 44.9 人（県 35.1 人）となっています。

　なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 202.2 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 70.4 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 30.5 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　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	40.9	吾妻（17.0）
		流出	35.8	前橋（18.7）
回復期	184.6	流入	31.3	－
		流出	66.5	吾妻（33.6）、前橋（15.2）
慢性期	167.3	流入	44.6	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」

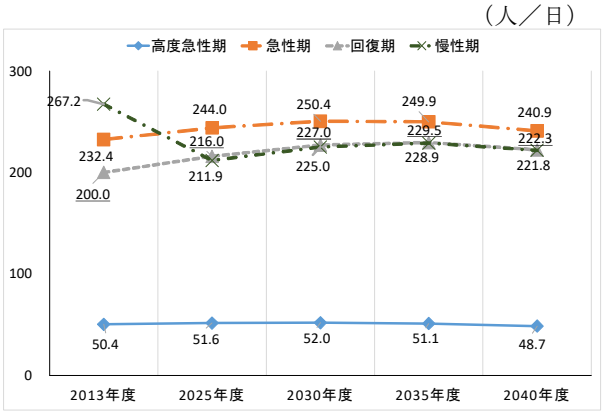
入院医療の需要推計

（１）　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。

（２）　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）



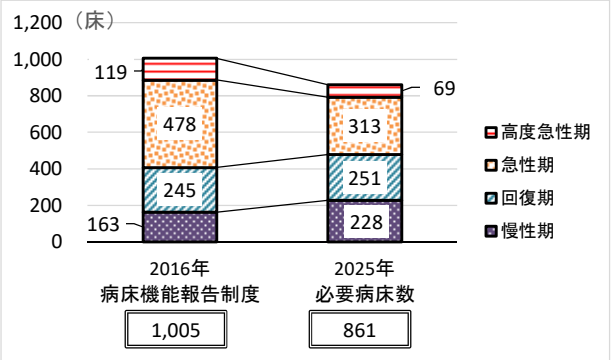
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



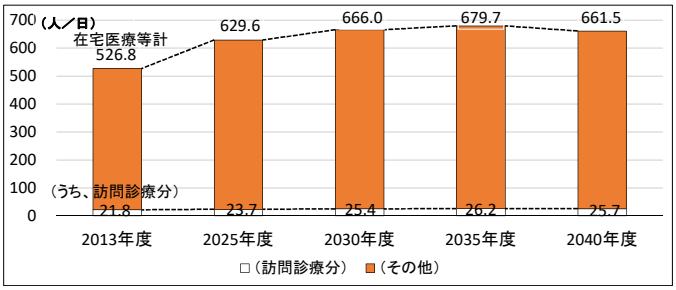
〔資料〕群馬県医務課
※休棟等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

9　桐生構想区域（桐生市、みどり市）

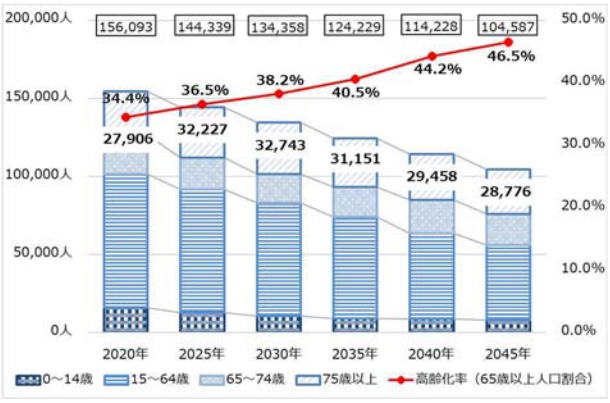
将来推計人口

（１）　桐生構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 156,093 人でしたが、2045（令和 27）年に 104,587 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、2030（令和 12）年頃をピークに減少に転じる見込みです。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 34.4%でしたが、2045（令和 27）年に 46.5%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

　桐生構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は 12 施設、有床診療所は６施設となっています。

　また、同時点で在宅療養支援病院はなく（県の人口 10 万対は 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 19 施設（人口 10 万対 12.5 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は８施設（人口 10 万対 5.3 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は 23 施設（人口 10 万対 15.2 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は 11 施設（人口 10 万対 7.3 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

　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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 187.1 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 84.6 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 195.4 人（県 175.9 人）となっています。

　また、2022（令和４）年末時点で、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 779.4 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員数は 199.2 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 34.4 人（県 35.1 人）となっています。

　なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 95.1 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 31.7 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 13.3 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　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	前橋（16.4）
急性期	270.0	流入	52.0	太田・館林（22.5）
		流出	79.2	前橋（34.5）、伊勢崎（15.5）
回復期	402.7	流入	63.9	太田・館林（27.0）、栃木県・両毛（11.0）
		流出	86.1	伊勢崎（25.5）、前橋（25.4）
慢性期	269.8	流入	161.4	太田・館林（41.7）、前橋（24.1）
		流出	75.2	太田・館林（26.1）、高崎・安中（11.0）
計	1,003.3	流入	292.8	太田・館林、前橋
		流出	274.6	前橋、太田・館林

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

〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

入院医療の需要推計

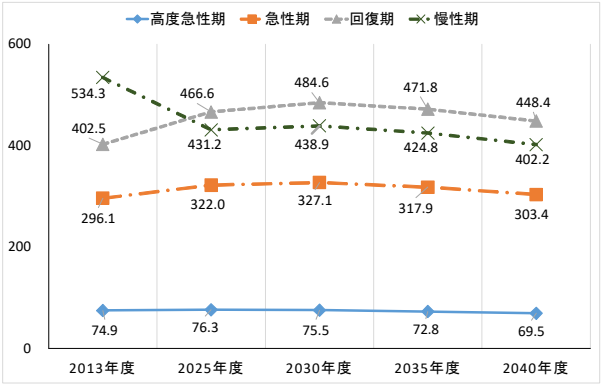
（１）　国の推計によると、2025 年度までの医療機能別の医療需要は、高度急性期から回復期までで増加します。

　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。

（２）　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）



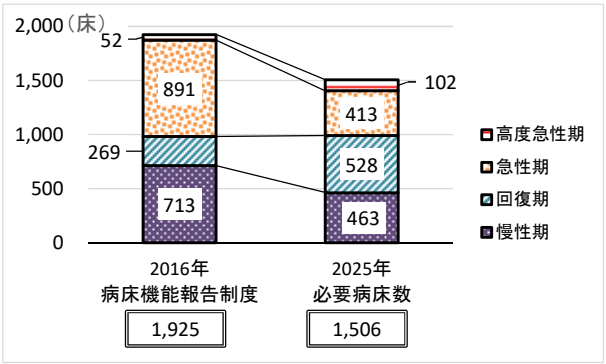
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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



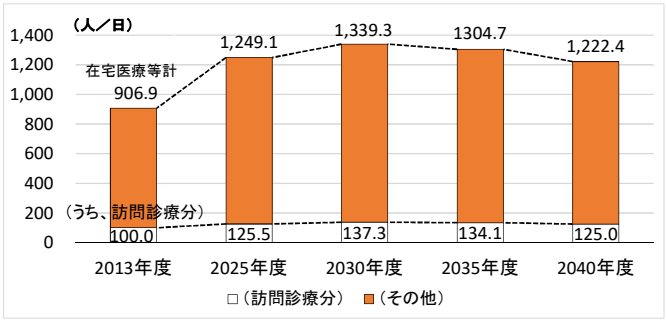
〔資料〕群馬県医務課
※休棟等や医療型障害児入所施設等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１）　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。

（２）　ピークである 2030 年度頃には、2013 年度と比較して 47.7%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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

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）

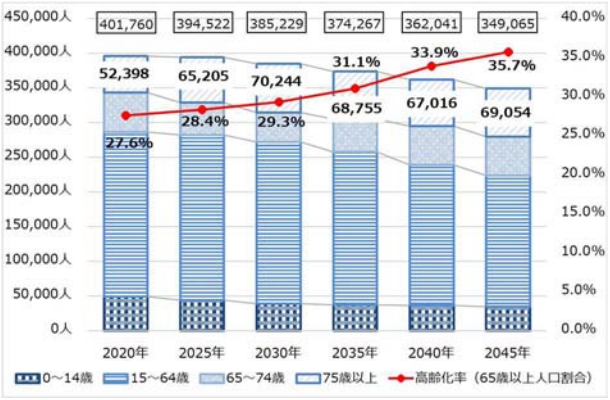
将来推計人口

（１）　太田・館林構想区域の総人口は、2020（令和２）年に 401,760 人でしたが、2045（令和 27）年に 349,065 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、2030（令和 12）年をピークに減少に転じる見込みですが、2045（令和 27）年には再度増加すると推計されています。

（２）　高齢化率（65 歳以上人口割合）は 2020（令和２）年に 27.6%でしたが、2045（令和 27）年に 35.7%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（2023 年推計）」
総務省「国勢調査（2020 年）」
※2020 年のグラフには、総数のみ年齢不詳者が含まれる。また、年齢別の人口割合を算定する際は、年齢不詳者は含めない。

医療資源の状況

（１）　医療施設

太田・館林構想区域の医療施設数は、2023（令和５）年４月時点で病院は 19 施設、有床診療所は７施設となっています。

また、同時点で在宅療養支援病院は３施設（人口 10 万対 0.8 施設／県 1.7 施設）、在宅療養支援診療所は 27 施設（人口 10 万対 6.8 施設／県 13.4 施設）、在宅療養支援歯科診療所は 19 施設（人口 10 万対 4.8 施設／県 4.2 施設）であり、本計画の別冊Ⅰ　在宅医療の掲載基準を満たす薬局は 39 施設（人口 10 万対 9.8 施設／県 13.4 施設）、訪問看護事業所は 24 施設（人口 10 万対 6.0 施設／県 8.2 施設）となっています。

（２）　医療従事者

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、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は 152.1 人（県 233.8 人）、医療施設従事歯科医師数は 71.7 人（県 72.5 人）、薬局・医療施設従事薬剤師数は 154.6 人（県 175.9 人）となっています。

また、2022（令和４）年末時点で、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 557.4 人（県 799.5 人）、診療所に勤務する看護職員師数は 154.3 人（県 194.8 人）、訪問看護事業所に勤務する訪問看護職員数は 18.7 人（県 35.1 人）となっています。

なお、厚生労働省「医療施設調査（2020（令和２）年）」によると、人口 10 万人当たりの理学療法士数は 52.5 人（県 83.3 人）、作業療法士数は 22.2 人（県 40.4 人）、言語聴覚士数は 7.9 人（県 14.6 人）となっています。

病床の医療機能別の受療動向推計

（１）　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。

（２）　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（※）	流出入数		主な流入元・流出先
高度急性期	131.6	流入	41.6	埼玉県・北部（11.7）
		流出	70.2	栃木県・両毛（16.1）、前橋（11.6）
急性期	499.7	流入	169.2	埼玉県・北部（42.4）、栃木県・両毛（35.3）
		流出	172.2	栃木県・両毛（41.7）、伊勢崎（28.8）
回復期	626.3	流入	210.1	栃木県・両毛（49.1）、埼玉県・北部（47.0）
		流出	184.8	伊勢崎（44.2）、栃木県・両毛（37.3）
慢性期	440.2	流入	155.7	栃木県・両毛（64.1）、桐生（26.1）
		流出	176.1	伊勢崎（83.1）、桐生（41.7）
計	1,697.8	流入	576.6	栃木県・両毛、埼玉県・北部
		流出	603.3	伊勢崎、栃木県・両毛

※　自足数：圏内居住者のうち、圏内の医療機関への入院患者数
※※医療需要の流入又は流出が10人／日未満の流出入の状況は、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

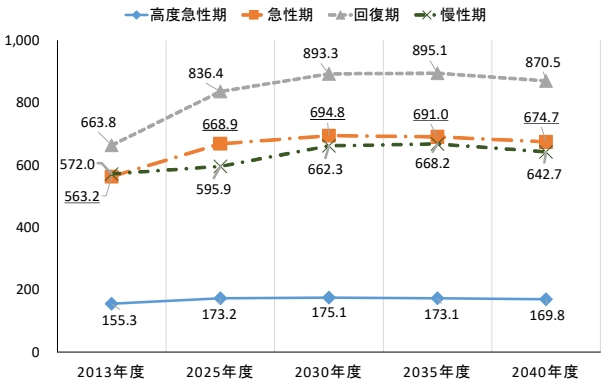
（１）　国の推計によると、2025 年度までの医療機能別の医療需要は、すべての医療機能で増加します。

　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。

（２）　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）



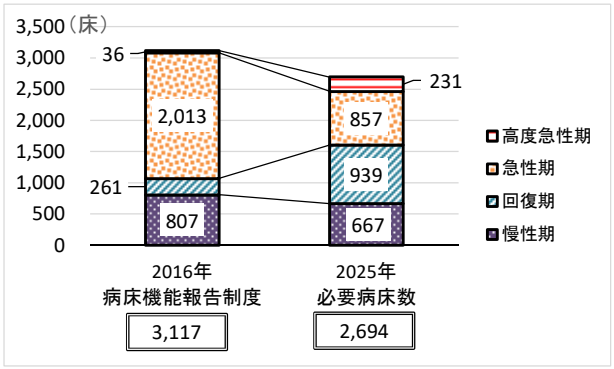
〔資料〕厚生労働省「必要病床数等推計ツール」

病床の必要量

（１）　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。

（２）　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
※休棟等の病床は除いている。

在宅医療等の需要推計

（１） 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ます。

（２） 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

（１）　病床の機能分化・連携の推進

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

（２）　在宅医療・介護サービスの充実

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

（３）　医療従事者の確保・養成

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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。

カ　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。

キ　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。

（注）本構想区域における「病床の必要量（必要病床数と病床機能報告の比較）」及び「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」は、2016（平成 28）年度病床機能報告に基づき整理されたものである。今後、国から策定が求められる見込みの 2040 年を見据えた新たな地域医療構想に向けて、本構想区域の課題整理や必要な施策の検討を予定している。

〔参考資料〕

（単位：人）

		国勢調査	地域別将来推計人口				
		2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
前橋構想区域	0～14歳	36,764	34,398	31,414	29,605	28,688	27,271
	15～64歳	179,561	187,437	179,747	169,331	155,304	145,667
	65～74歳	46,434	42,237	39,568	41,717	45,887	44,161
	75歳以上	49,956	60,549	64,991	65,157	64,957	66,167
	総計	332,149	324,621	315,720	305,810	294,836	283,266
渋川構想区域	0～14歳	12,841	11,319	9,993	9,112	8,643	8,064
	15～64歳	61,831	58,976	55,690	51,801	46,597	42,067
	65～74歳	17,705	15,435	13,410	13,192	14,084	14,135
	75歳以上	17,567	20,273	22,146	21,996	21,321	20,712
	総計	110,589	106,003	101,239	96,101	90,645	84,978
伊勢崎構想区域	0～14歳	31,283	28,172	25,571	24,065	23,503	22,484
	15～64歳	148,584	151,327	147,455	140,448	129,887	121,729
	65～74歳	31,816	28,610	28,061	31,072	35,261	35,173
	75歳以上	30,477	37,442	40,847	41,616	42,593	44,940
	総計	247,904	245,551	241,934	237,201	231,244	224,326
高崎・安中構想区域	0～14歳	51,519	45,980	42,039	39,902	39,148	37,731
	15～64歳	244,761	247,224	239,819	227,907	210,165	197,525
	65～74歳	60,521	51,761	49,206	53,869	61,189	60,452
	75歳以上	64,266	75,812	80,680	80,040	79,863	82,368
	総計	427,880	420,777	411,744	401,718	390,365	378,076
藤岡構想区域	0～14歳	7,004	5,630	4,711	4,126	3,900	3,588
	15～64歳	36,610	33,938	31,604	28,797	24,972	22,222
	65～74歳	10,892	9,232	7,992	7,978	8,883	8,515
	75歳以上	11,123	13,154	14,037	13,764	13,127	12,779
	総計	66,034	61,954	58,344	54,665	50,882	47,104
富岡構想区域	0～14歳	6,743	5,469	4,407	3,755	3,451	3,122
	15～64歳	35,811	32,045	29,212	26,253	22,542	19,755
	65～74歳	11,892	10,448	8,949	8,217	8,506	8,096
	75歳以上	13,107	14,609	15,634	15,599	14,900	14,069
	総計	68,124	62,571	58,202	53,824	49,399	45,042
吾妻構想区域	0～14歳	4,581	3,614	2,967	2,510	2,233	1,933
	15～64歳	26,029	23,456	20,612	18,034	15,210	13,220
	65～74歳	9,544	8,371	7,068	6,420	6,214	5,564
	75歳以上	10,926	11,752	12,326	11,962	11,356	10,536
	総計	51,619	47,193	42,973	38,926	35,013	31,253
沼田構想区域	0～14歳	7,778	6,283	5,235	4,442	4,029	3,611
	15～64歳	40,742	36,153	32,432	28,970	24,911	21,683
	65～74歳	13,260	12,031	10,347	9,227	9,159	8,676
	75歳以上	14,729	15,875	16,811	16,836	16,161	15,157
	総計	76,958	70,342	64,825	59,475	54,260	49,127
桐生構想区域	0～14歳	15,877	12,871	10,499	9,083	8,532	7,876
	15～64歳	85,453	78,745	72,493	64,778	55,182	48,068
	65～74歳	25,318	20,496	18,623	19,217	21,056	19,867
	75歳以上	27,906	32,227	32,743	31,151	29,458	28,776
	総計	156,093	144,339	134,358	124,229	114,228	104,587
太田・館林構想区域	0～14歳	49,914	44,305	39,728	37,479	36,715	35,382
	15～64歳	236,849	238,293	232,517	220,469	202,536	189,045
	65～74歳	56,892	46,719	42,740	47,564	55,774	55,584
	75歳以上	52,398	65,205	70,244	68,755	67,016	69,054
	総計	401,760	394,522	385,229	374,267	362,041	349,065
県計	0～14歳	224,304	198,041	176,564	164,079	158,842	151,062
	15～64歳	1,096,231	1,087,594	1,041,581	976,788	887,306	820,981
	65～74歳	284,274	245,340	225,964	238,473	266,013	260,223
	75歳以上	292,455	346,898	370,459	366,876	360,752	364,558
	総計	1,939,110	1,877,873	1,814,568	1,746,216	1,672,913	1,596,824

※国勢調査（2020 年）の年齢不詳者は総計のみに含めた

第６章　外来医療計画

第１節　外来医療計画の概要

外来医療計画の趣旨

外来医療計画は、無床診療所の開設状況が都市部に偏在する地域が見られることから、地域ごとに外来医療機能に関する協議の場を設置して、外来医療機能の地域偏在状況等を可視化し、新規開業者等が開業場所の参考とすることで、その偏在是正を促すものです。

夜間・休日等における救急医療提供体制や在宅医療、産業医などの地域の外来医療機能について、各地域でその維持や充実が課題となっているものもあることから、それらの機能を担うよう、地域における協議を踏まえ新規開業者等に協力を求めることで、地域で不足する外来医療機能の充実を図ることとします。

また、これまで個々の医療機関の自主的な取組に委ねられてきた医療機器の共同利用について、医療機器の種別ごとに共同利用の方針を定めるなど地域ぐるみで取組を進めることで、医療機器の効率的な活用を促進するものです。

2021（令和３）年５月の法改正では外来機能報告等が医療法に位置づけられました。患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」という。）の機能に着目し、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所を、紹介受診重点医療機関として明確化します。

なお、これらの外来医療計画の取組は、医師の開業に係る規制や制限を意図するものではありません。

外来医療に関する協議の場

同法第 30 条の 18 の４の規定により、外来医療機能に係る医療提供体制を確保するに当たっては、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者と外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行う必要があります。そこで、本県ではこれら外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場（以下「協議の場」という。）として、二次保健医療圏ごとに設置している地域保健医療対策協議会（兼地域医療構想調整会議）等を活用することとしています。

同規定により定められている協議事項は以下のとおりです。

（１）外来医師偏在指標によって示される医師の数に関する情報を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

（２）外来医療機能報告を踏まえた外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所（紹介受診重点医療機関）に関する事項

（３）（１）、（２）のほか病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項

（４）複数の医師が連携して行う診療の推進に関する事項

（５）医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項

（６）そのほか外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

第２節　新規開業者への情報提供及び要求

１　外来医師偏在指標

外来医師偏在指標の考え方

外来医療計画では、診療所の偏在状況等の情報を可視化し、新規開業者等が開業場所の参考とすることで、外来医療機能の地域偏在是正を促進することを主眼の一つとしています。この外来医療機能の偏在状況等の可視化にあたり、その実態を反映する指標が必要です。そこで、外来医療サービスの提供主体は医師であり、大半の診療所が医師一人により運営されていることから、医師偏在指標と同様に人口 10 万人当たり診療所医師数を次の観点から補正した「外来医師偏在指標」を算出することで、診療所の偏在状況を示しています。

（１）医療ニーズ、人口・人口構成とその変化

外来受療率は地域住民の年齢や性別により異なるため、外来医師偏在指標は、地域住民の人口に、性・年齢階級別の外来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ています。

（２）患者の流出入

地域ごとの外来患者の流出入については、都道府県間及び県内での外来患者の流出入に関して、必要に応じて各都道府県で調整を行うこととされています。

今回、厚生労働省から提示された外来患者の流出入データは、「2017（平成 29）年患者調査」における病院、一般診療所の外来患者流出入情報について、「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たものであり、本県としては、次の観点から、「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）」方針としています。

ア　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

イ　地域医療構想、医師偏在指標等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

ウ　外来偏在指標は今後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、病院及び一般診療所における外来患者の流入及び流出が１日 2,000 人未満の場合は、調整の対象外とされ、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ています。

その結果、本県において調整の対象となるのは、外来患者の流入が約 2,100 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。

（３）地理的条件

へき地等に係る外来医療の提供体制の確保については、医師確保計画における医師少数区域及び医師少数スポット等として考慮し、対応を検討することとされています。また、へき地医療拠点病院における医療体制の確保等、診療所の状況だけでなく、関連する施策との整合性を勘案して検討する必要があります。このことから、外来医療偏在指標においては、へき地等の地理的条件は勘案しないこととしています。

（４）医師の性別・年齢分布

医師偏在指標と同様に、地域ごとの性・年齢階級別の診療所医師数について、性・年齢階級別の平均労働時間により重み付けし、外来医療提供量として比較できるよう調整を行っています。

（５）　医師偏在の単位

ア　区域

外来医療における医療需要は、その多くが学校区単位や市町村単位など、二次保健医療圏より小さな地域で完結していると考えられますが、次の観点も踏まえ、二次保健医療圏単位で外来医師偏在指標を算出することとしています。

① これまでの医療提供体制の検討が二次保健医療圏単位を基本として行われており、その整合性を確保する必要があること

② 二次保健医療圏単位でないと、外来医療機能の可視化に当たり必要なデータを十分に把握できないこと

イ　病院・診療所

外来医療機能の多くは診療所で提供されており、また病院勤務医の外来勤務と病院勤務を明確に区分するのが困難であること等から、外来医師偏在指標は、診療所医師数をベースとして算定しています。

外来医師偏在指標の算定

前述の考え方に基づき、各都道府県の外来患者流出入の調整を踏まえて算定された外来医師偏在指標は、次のとおりです。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比}\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

医療圏	医療施設数		診療所医師数関係		医療需要関係			人口１０万対診療所医師数	県内順位	外来医師偏在指標	順位	
	病院	一般診療所	一般診療所従事医師数	労働時間調整係数	高齢化率(R4.10)	外来患者流出入調整係数	診療所外来患者数割合				県内	全国
群馬県	127	1582	1661	0.998	31.0%	1.032	76.1%	84.8	－	－	－	－
前橋	20	342	399	0.993	31.4%	1.166	74.6%	119.1	1	133.9	1	26
渋川	10	74	68	1.000	32.8%	0.963	69.1%	60.6	8	87.7	7	244
伊勢崎	11	170	188	0.997	26.3%	1.053	79.6%	75.3	5	94.2	6	204
高崎・安中	30	397	435	0.998	30.2%	1.079	80.7%	101.4	2	115.2	2	78
藤岡	5	47	37	1.018	34.6%	1.158	75.1%	55.1	9	61.0	10	331
富岡	4	62	57	0.992	38.4%	0.971	71.4%	82.2	4	106.6	4	122
吾妻	9	43	24	0.971	41.3%	0.707	61.6%	44.8	10	87.1	8	247
沼田	7	55	51	1.013	37.8%	0.945	63.8%	64.0	7	97.7	5	186
桐生	12	131	140	0.990	35.2%	0.957	76.7%	88.3	3	110.7	3	98
太田・館林	19	261	262	1.008	28.2%	1.034	76.8%	64.8	6	84.8	9	263

※　外来患者流出入係数 $= \dfrac{\text{外来患者数}\left(\text{患者住所地}\right) + \text{外来患者流入数} - \text{外来患者流出数}}{\text{外来患者数（患者住所地）}}$

2　外来医師多数区域

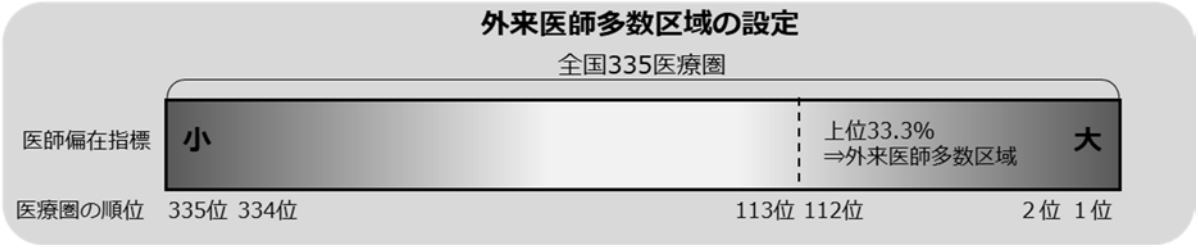
新規開業者等への情報提供及び要求等

厚生労働省等から提供された外来医療機能に関する情報等を用いて、外来医療機能の地域偏在状況を可視化し、新規開業者等への情報提供を行っています。

その上で、外来医師多数区域の新規開業者等には、当該区域で不足する外来医療機能を担うよう協力を求めることとしています。

県内における外来医師多数区域の設定

(１)　外来医療機能の地域偏在を是正するため、外来医師偏在指標を用いて外来医師多数区域を二次保健医療圏単位で設定しています。医師確保計画の医師多数区域と同様に、全国 335 箇所の二次保健医療圏のうち、外来医師偏在指標が上位 33.3%にあたる 112 箇所を外来医師多数区域に位置づけることとされています。



なお、外来医療は二次保健医療圏等一定程度の区域単位で完結することから、医師確保計画と異なり、三次保健医療圏（都道府県）単位の外来医師多数区域等の設定は行いません。

（２） 新規開業者等へ提供する情報について、二次保健医療圏ごとの外来医師偏在指標等を次のとおり整理しました。その他の情報は、次項「３　不足する外来医療機能」に記載しています。また、県ホームページにこれら情報を掲載しています。

（３） 患者流出入の調整結果を踏まえた、二次保健医療圏単位の外来医師偏在指標の値は次のとおりです。全国平均の指標値は 112.2 であり、県内では前橋保健医療圏、高崎・安中保健医療圏及び桐生保健医療圏が全国の二次保健医療圏の中で上位 33.3%にあたる 112 箇所に該当したので、外来医師多数区域として定めることとします。

二次保健医療圏単位の外来医師偏在指標

ア　県内の外来医師多数区域

全国順位	都道府県名	二次保健医療圏名	外来医師偏在指標
26	群馬県	前橋	133.9
78	群馬県	高崎・安中	115.2
98	群馬県	桐生	110.7

（参考）

－	全国	全国	112.2

イ　県内の外来医師多数区域以外の区域

全国順位	都道府県名	二次保健医療圏名	外来医師偏在指標
122	群馬県	富岡	106.6
186	群馬県	沼田	97.7
204	群馬県	伊勢崎	94.2
244	群馬県	渋川	87.7
247	群馬県	吾妻	87.1
263	群馬県	太田・館林	84.8
331	群馬県	藤岡	61.0

３　不足する外来医療機能

厚生労働省から提示された外来医療機能に関する情報等を用いて、外来医療機能の地域偏在状況を可視化し、これらの情報を元に、外来医療計画ガイドラインを踏まえ、次の項目について、各二次保健医療圏で不足する外来医療機能を検討、整理しました。各二次保健医療圏における具体的な検討結果は、次ページ以降のとおりです。

（１）夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
（２）在宅医療の提供体制
（３）産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生にかかる医療提供体制
（４）その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

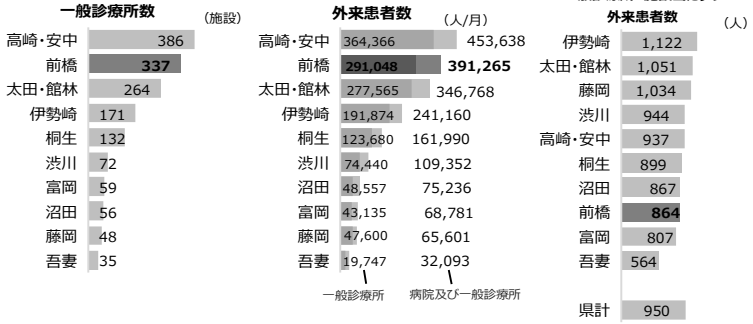
なお、上記の（１）及び（２）については「第４章第２節１１　小児医療の医療連携体制構築の取組」及び「第４章第３節２　在宅医療の医療連携体制構築の取組」において、それぞれ具体的な数値目標が定められています。

（１）前橋保健医療圏

外来医療機能の提供状況

高崎・安中、伊勢崎、渋川保健医療圏へ外来患者が流出していますが、高崎・安中、渋川、伊勢崎保健医療圏からは流入する外来患者も多く、区域全体では流入傾向にあります。在宅当番医制及び休日夜間急患センターに参加している医療機関は県内でも多く、外来医療資源の提供体制は比較的整っているといえます。

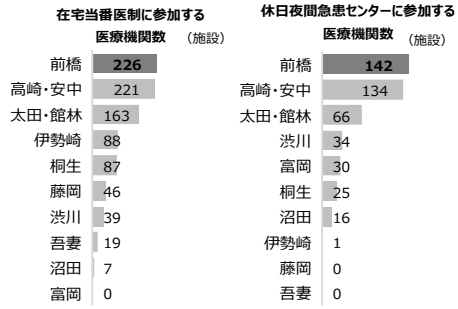
■全般



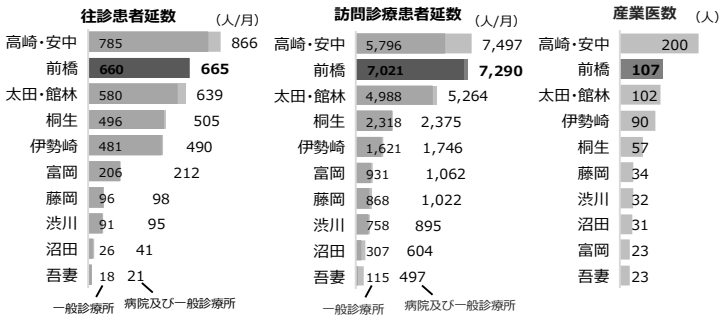
患者流出入状況
【前橋保健医療圏】　（千人/日）

	外来
流出入調整係数	**1.167** 【流入傾向】
主な患者流入元	高崎・安中(1.2)、渋川(0.9)、伊勢崎、県外(0.7)
主な患者流出先	高崎・安中(0.9)、伊勢崎(0.4)、渋川(0.3)

■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連

不足する外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

夜間、休日外来への対応（※将来的に不足することが懸念される）

イ　在宅医療機能

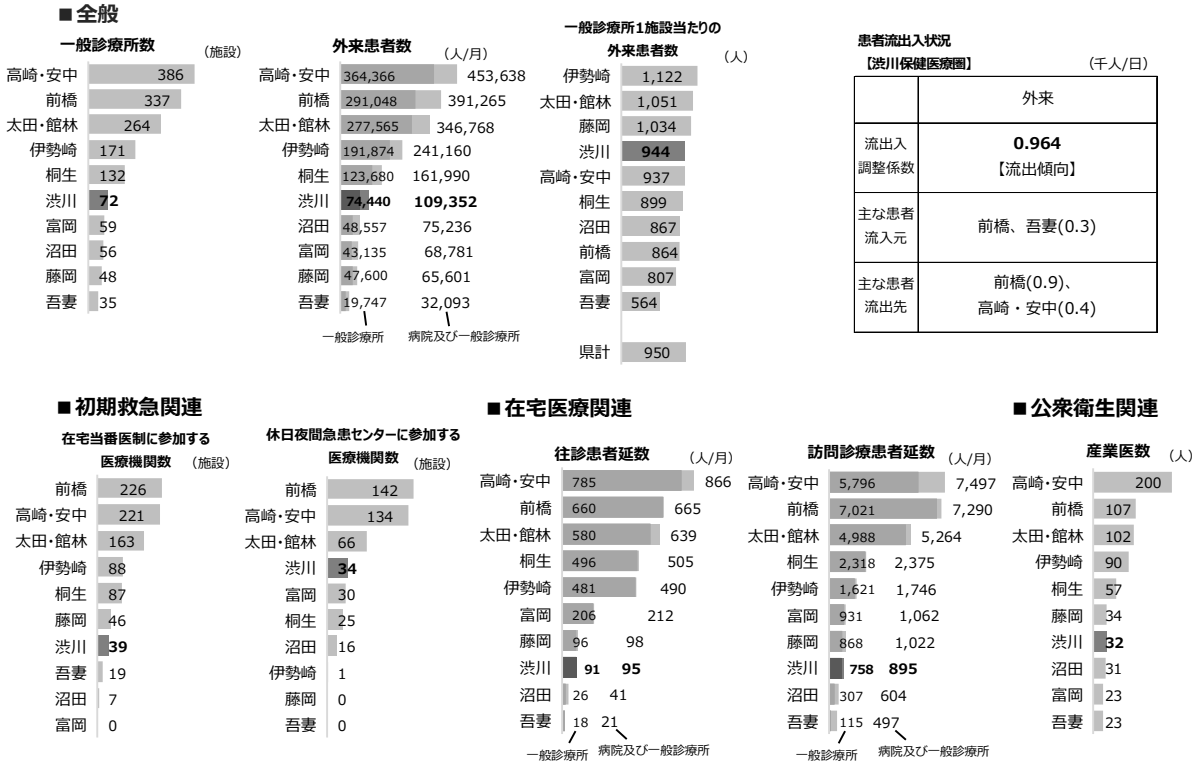
①　小児在宅医療への対応

②　訪問診療、往診、看取りへの対応（※将来的に不足することが懸念される）

（２）渋川保健医療圏

外来医療機能の提供状況

前橋、吾妻保健医療圏から外来患者が流入していますが、前橋、高崎・安中保健医療圏へ流出する外来患者が多く、区域全体では流出傾向にあります。また、一般診療所１施設当たりの外来患者数は県平均程度となっています。



不足する外来医療機能

ア　診療科の充実

①　外科

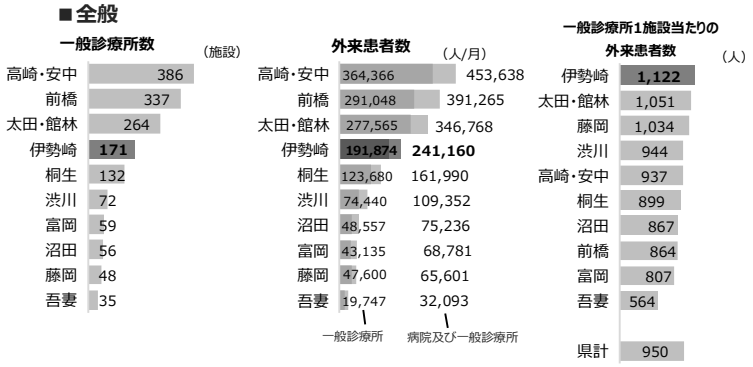
②　産科（入院医療に繋げるもの）

③　小児科（入院医療に繋げるもの・二次救急への対応）

（３）伊勢崎保健医療圏

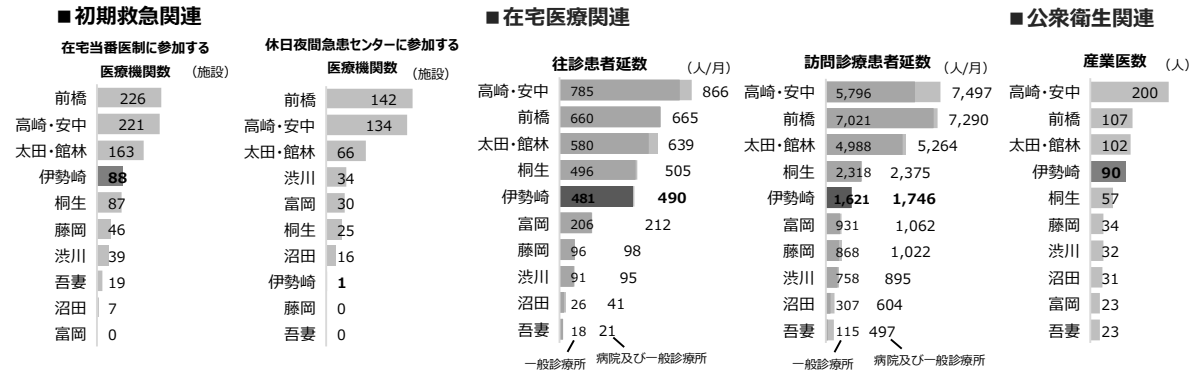
外来医療機能の提供状況

前橋、高崎・安中保健医療圏へ外来患者が流出していますが、県外及び太田・館林保健医療圏から外来患者が流入し、区域全体では流入傾向にあります。また、一般診療所１施設当たりの外来患者数は県内で最も多くなっています。



患者流出入状況
【伊勢崎保健医療圏】　（千人/日）

	外来
流出入調整係数	**1.053** 【流入傾向】
主な患者流入元	県外(0.7)、太田・館林(0.5)、前橋、桐生(0.4)
主な患者流出先	前橋(0.7)、高崎・安中(0.4)



不足する外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

伊勢崎佐波医師会病院での夜間・休日当番への参加

イ　在宅医療機能

①　訪問診療及び往診の実施

②　介護保険認定審査会・障害者支援区分認定審査会への協力

ウ　公衆衛生医療機能

①　産業医　②　学校医

エ　精神疾患にかかる医療機能

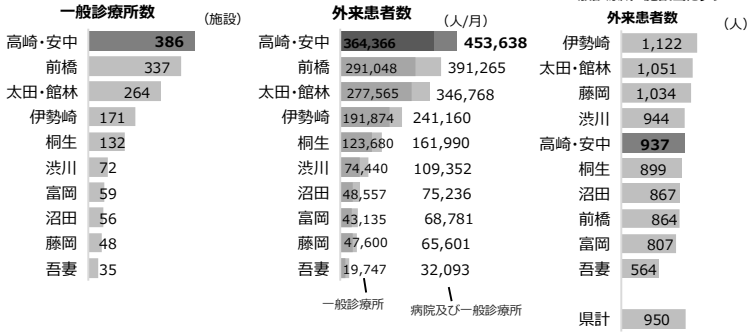
精神疾患に係る医療提供体制への参加

（４）高崎・安中保健医療圏

外来医療機能の提供状況

前橋医療圏へ外来患者が流出していますが、県外、前橋及び藤岡保健医療圏から流入する外来患者が多く、区域全体では流入傾向にあります。一般診療所数及び外来患者数は県内で最も多いですが、一般診療所１施設当たりの外来患者数は県平均程度となっています。

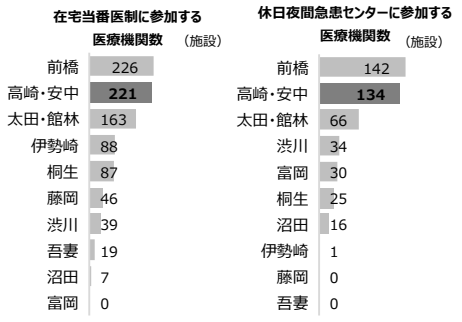
■全般



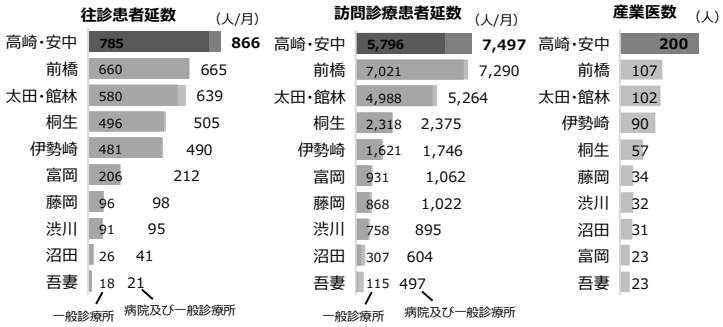
患者流出入状況
【高崎・安中保健医療圏】　（千人/日）

	外来
流出入調整係数	**1.079** 【流入傾向】
主な患者流入元	県外(1.1)、前橋(0.9)、藤岡(0.6)
主な患者流出先	前橋(1.2)、富岡(0.4)、藤岡(0.3)

■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連

不足する外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

①　休日夜間急患診療所への参加

②　在宅当番医制への参加

イ　在宅医療機能

①　訪問診療の取組への参加

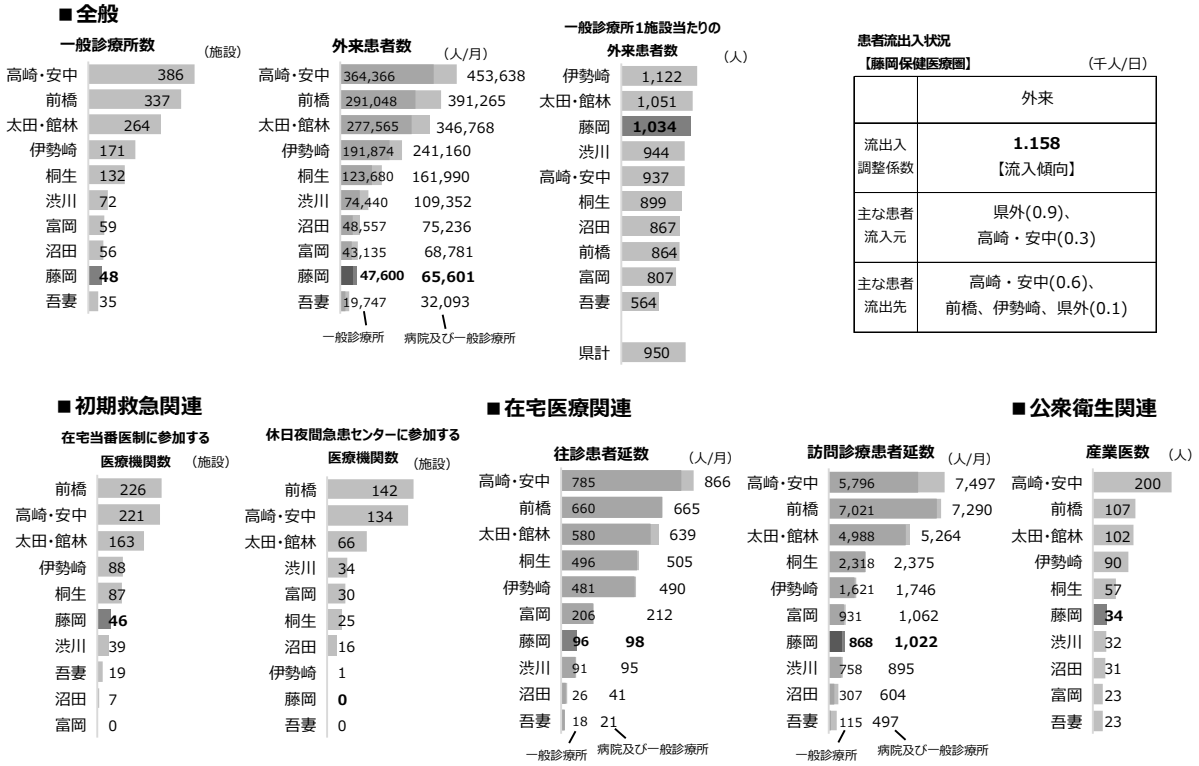
②　訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導等の取組

③　在宅医療の多種職参加による取組

（５）藤岡保健医療圏

外来医療機能の提供状況

高崎･安中保健医療圏へ外来患者が流出していますが､県外から流入する外来患者が多く、区域全体では流入傾向にあります。一般診療所数並びに病院及び一般診療所の外来患者数が県内で２番目に少なく、初期救急医療機能のうち休日夜間急患センターが設置されていません。



不足する外来医療機能

ア　夜間における地域の初期救急医療機能

夜間の初期救急医療を行う診療への参加

イ　在宅医療機能

訪問診療等の取組への参加

ウ　公衆衛生医療機能

①　産業医　②　学校医　③　園医

エ　精神疾患に係る医療機能

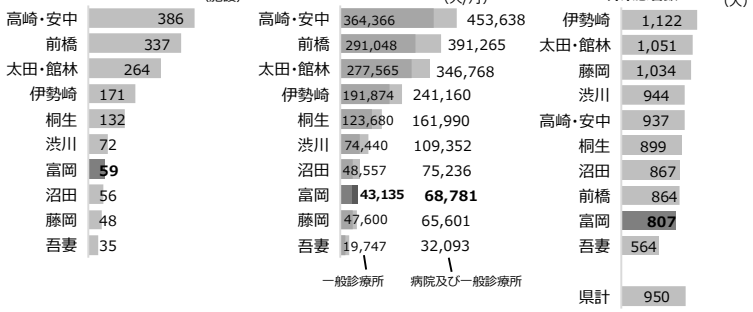
精神疾患に係る医療提供体制への参加

（６）富岡保健医療圏

外来医療機能の提供状況

高崎・安中保健医療圏との間で外来患者の流出入が見られ、区域全体では流出傾向にあります。また、初期救急医療機能のうち在宅当番医制が実施されていません。

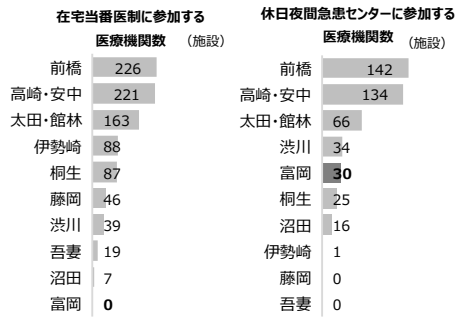
■全般



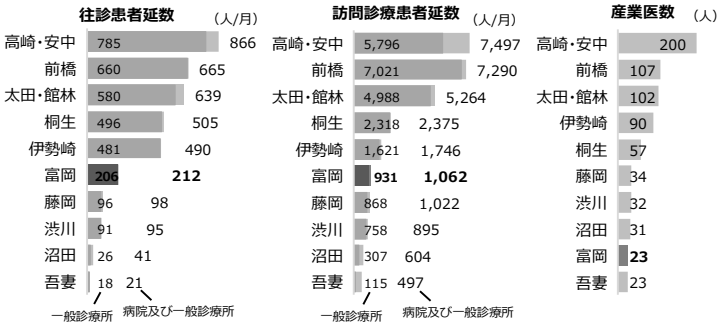
患者流出入状況
【富岡保健医療圏】（千人/日）

	外来
流出入調整係数	**0.971** 【流出傾向】
主な患者流入元	高崎・安中(0.4)、 県外(0.1)
主な患者流出先	高崎・安中(0.4)、 前橋(0.1)

■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連

不足する外来医療機能

ア　休日における地域の初期救急医療機能

富岡市甘楽郡医師会休日診療所への参加

イ　在宅医療機能

①　訪問診療及び往診への対応（夜間含む）

②　看取りへの協力

ウ　公衆衛生医療機能

①　産業医　②　警察医　③　学校医　④　予防接種　⑤　特定健康診査

⑥　後期高齢者健康診査　⑦　富岡看護専門学校、富岡准看護学校等の講師

⑧　受動喫煙対策の積極的な推進（敷地内禁煙等）

エ　診療科の充実

①　脳神経内科　②　呼吸器科　③　産科　④　小児科

オ　感染症対策に関する医療機能

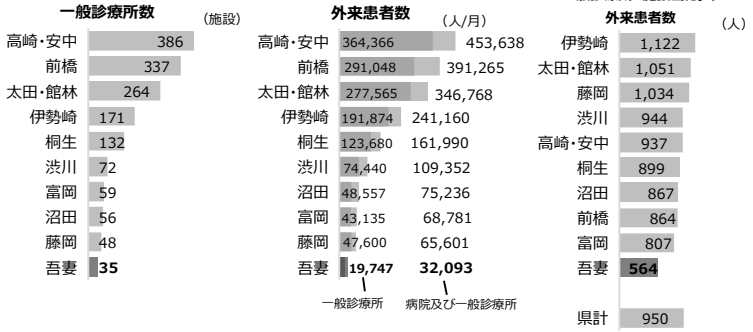
感染症発生時の診療

（７）吾妻保健医療圏

外来医療機能の提供状況

県外から外来患者の流入が見られますが、渋川保健医療圏及び県外へ外来患者が流出しており、区域全体では流出傾向にあります。一般診療所数及び外来患者数が県内で最も少なく、一般診療所１施設当たりの外来患者数も県内で最も少ない状態にあります。また、初期救急医療機能のうち、休日夜間急患センターが設置されていません。

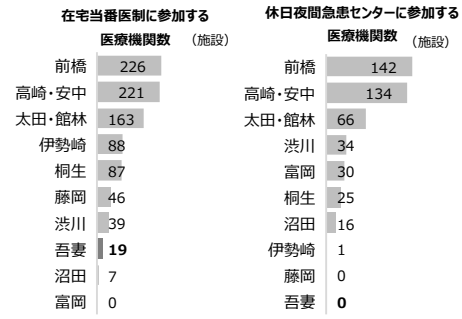
■全般



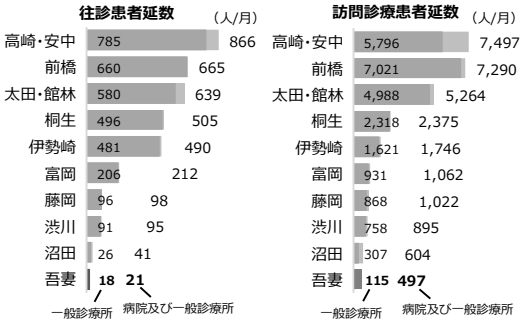
患者流出入状況
【吾妻保健医療圏】　（千人/日）

	外来
流出入調整係数	**0.707** 【流出傾向】
主な患者流入元	県外(0.1)
主な患者流出先	渋川(0.3)、県外(0.2)、前橋、高崎・安中、沼田(0.1)

■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連

不足する外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

休日、夜間外来への対応

イ　在宅医療機能

訪問診療及び往診への対応（夜間を含む）

ウ　公衆衛生医療機能

①　予防接種　②　産業医　③　学校医　④　耳鼻科検診　⑤　准看護学校の講師

エ　外国人医療機能

多言語対応

オ　特定診療科の診察に関する医療機能

①　循環器科　②　脳外科　③　小児科　④　耳鼻咽頭科

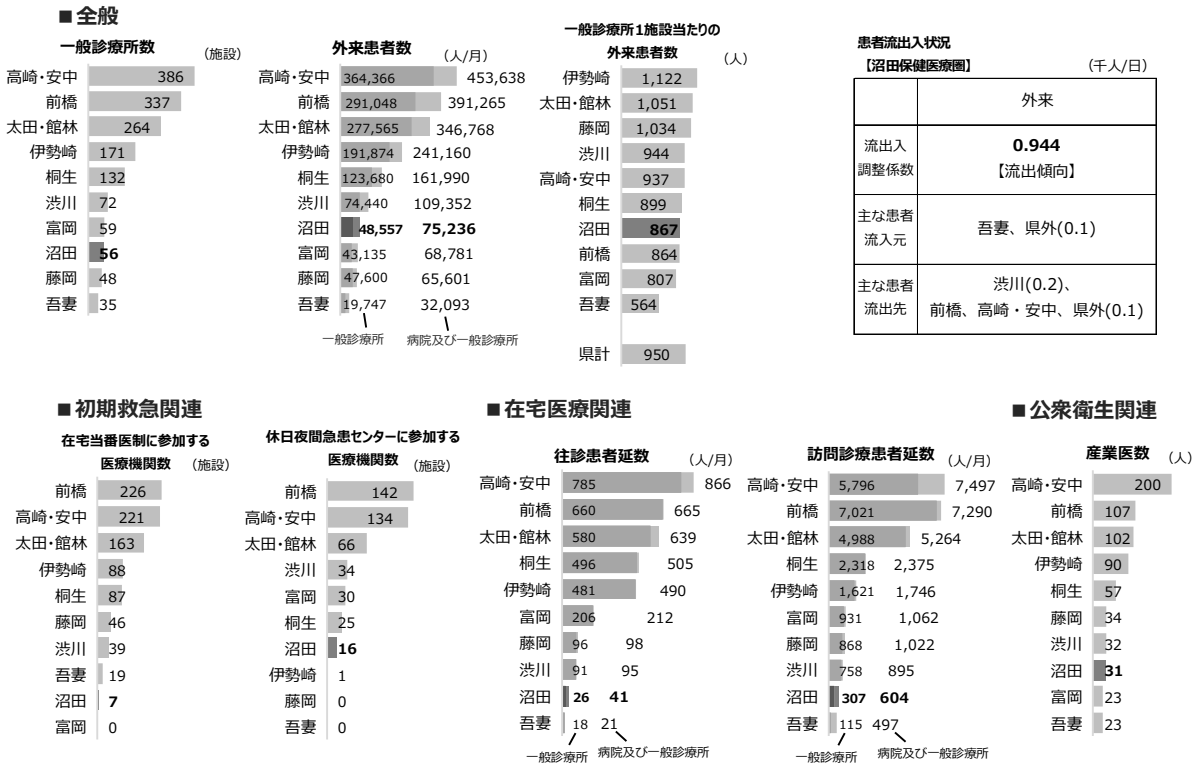
カ　妊産婦に関する医療機能

周産期医療への対応

（８）沼田保健医療圏

外来医療機能の提供状況

吾妻保健医療圏及び県外から外来患者の流入が見られますが、渋川、前橋、高崎・安中保健医療圏及び県外へ外来患者が流出しており、区域全体では流出傾向にあります。また、往診患者数及び訪問診療数は県内で２番目に少ない状態にあります。



不足する外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の救急医療機能

①　初期救急医療への協力　②　夜間休日における小児の二次救急医療への補助

イ　在宅医療機能

訪問診療の実施

ウ　公衆衛生医療機能

①　学校医　②　乳児検診

エ　特定診療科の診療に関する医療機能

産科、放射線科、泌尿器科、精神科、診療内科、小児科、耳鼻咽頭科の診察に関する医療機能への協力。

オ　精神衛生医療機能

①　精神科救急への対応

②　精神病輪番体制への産科又は精神病輪番体制の構築への協力

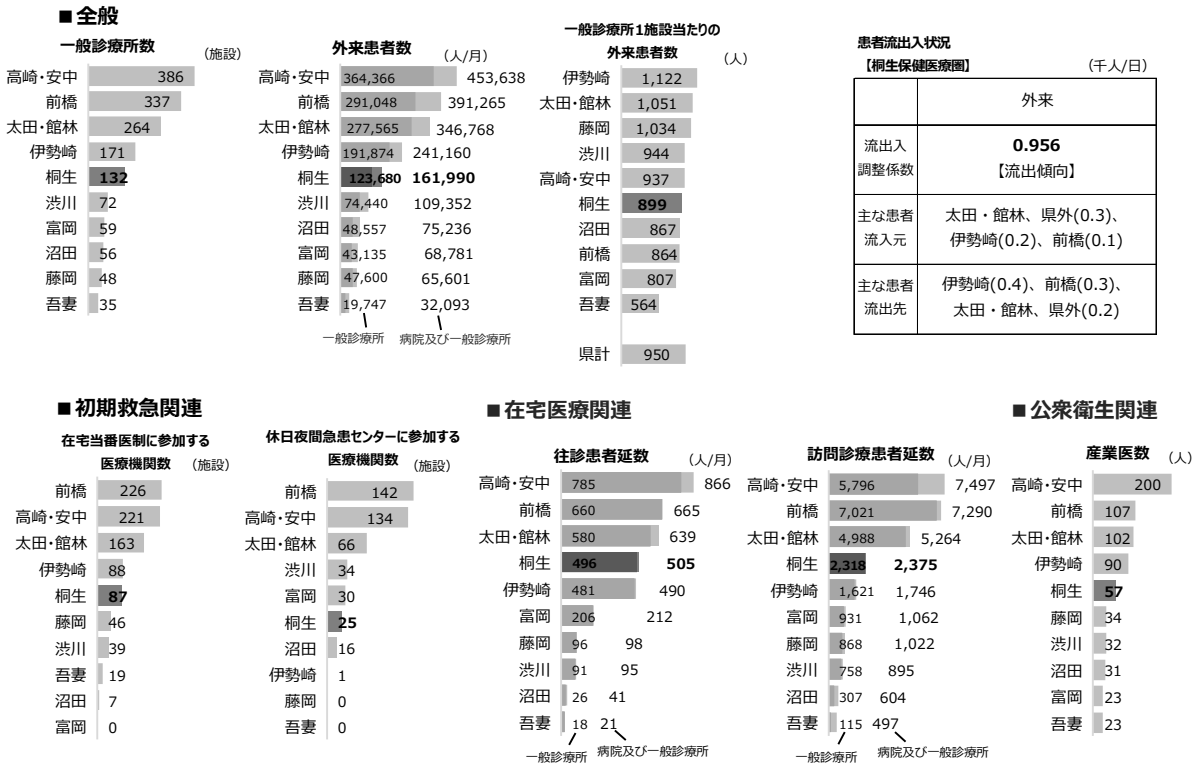
カ　外国人医療機能

多言語対応

（９）桐生保健医療圏

外来医療機能の提供状況

太田・館林保健医療圏及び県外から外来患者が流入していますが、伊勢崎、前橋保健医療圏へ外来患者が流出しており、区域全体では流出傾向にあります。また、一般診療所１施設当たりの外来患者数は県平均よりやや下回っています。



不足する外来医療機能

ア　特定診療科の診療に関する医療機能

精神神経科（精神科救急・認知症外来）、神経内科、血液内科、腎臓内科、膠原病内科、乳腺外科、心臓血管外科の診療に関する医療機能への協力

イ　夜間や休日等における地域の初期救急医療機能

初期救急医療への協力

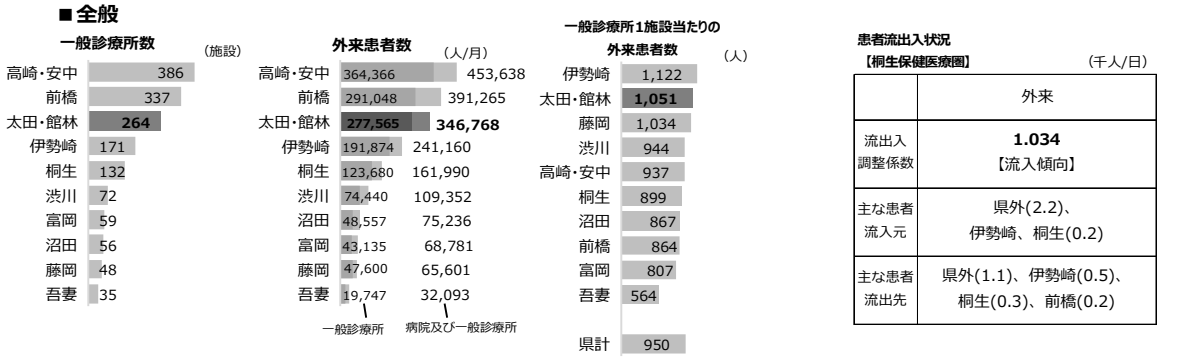
ウ　在宅医療機能

がん末期の在宅医療への協力

（10）太田・館林保健医療圏

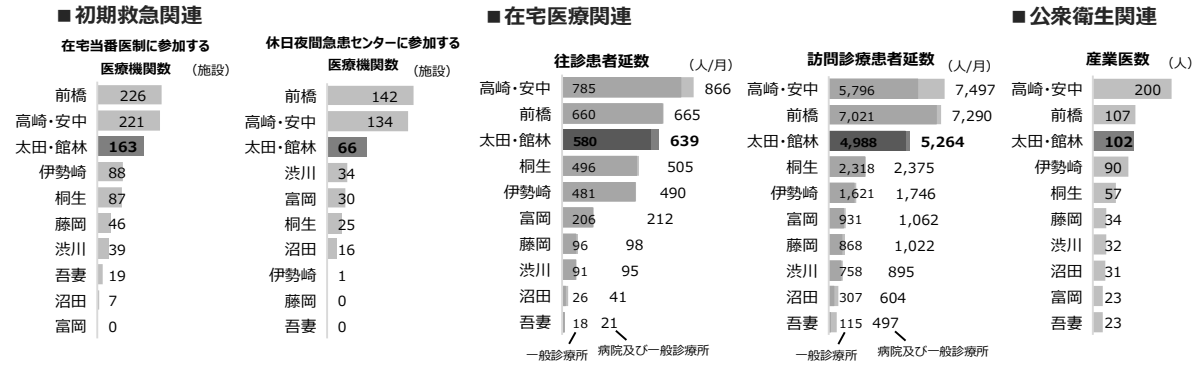
外来医療機能の提供状況

県外及び伊勢崎、桐生保健医療圏との間で外来患者が流出入しており、区域全体では流入傾向にあります。また、一般診療所１施設当たりの外来患者数は県内で２番目に多い状態にあります。



患者流出入状況
【桐生保健医療圏】（千人/日）

	外来
流出入調整係数	1.034【流入傾向】
主な患者流入元	県外(2.2)、伊勢崎、桐生(0.2)
主な患者流出先	県外(1.1)、伊勢崎(0.5)、桐生(0.3)、前橋(0.2)



不足する外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

初期救急医療の提供体制（太田市・館林市、邑楽郡）

イ　在宅医療機能

①　在宅医療の提供体制（太田市）

②　訪問診療への対応（館林市、邑楽郡）

ウ　公衆衛生医療機能

①　学校医（太田市・館林市・邑楽郡）

②　産業医（太田市）

エ　診療科の充実

①　産科　②　小児科　③　耳鼻科（館林市、邑楽郡）

オ　外国人医療機能

外国人医療の提供体制（太田市・館林市・邑楽郡）

４　新規開業者等に協力を求める外来医療機能

外来医師多数区域における新規開業者等への要求等

外来医師多数区域では新規開業者等に対して、当該区域で不足する外来医療機能を担うよう協力を求めることとし、具体的な機能としては次のとおりです。

なお、新規開業者等が不足する外来医療機能を担うことができない場合は、必要に応じて、その理由等の確認を行い、当該区域で不足する外来医療機能の充実を図ります。

また、外来医師多数区域に該当しない区域においても、協議の場で検討した結果、新規開業者等に当該区域で不足する外来医療機能を担うよう協力を求める運用とすることもできます。

（１）前橋保健医療圏において協力を求める外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

夜間、休日外来への対応（※将来的に不足することが懸念される）

イ　在宅医療機能

①　小児在宅医療への対応

②　訪問診療、往診、看取りへの対応（※将来的に不足することが懸念される）

（２）高崎・安中保健医療圏において協力を求める外来医療機能

ア　夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

①　休日夜間急患診療所への参加

②　在宅当番医制への参加

イ　在宅医療機能

①　訪問診療の取組への参加

②　訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導等の取組

③　在宅医療の多種職参加による取組

（３）桐生保健医療圏において協力を求める外来医療機能

ア　特定診療科の診療に関する医療機能

精神神経科（精神科救急・認知症外来）、神経内科、血液内科、腎臓内科、膠原病内科、乳腺外科、心臓血管外科の診療に関する医療機能への協力

イ　夜間や休日等における地域の初期救急医療機能

初期救急医療への協力

ウ　在宅医療機能

がん末期の在宅医療への協力

第３節　医療機器の効率的な活用

1　医療機器の効率的な利用の概要

医療機器の効率的な利用の考え方

(１)　今後ますます人口減少が進むことから、より効率的な医療提供体制を構築することが求められています。例えば、各医療機関が保有している医療機器について、地域ごとに保有台数は異なり、また稼働状況も異なります。そこで、地域ごと及び医療機器ごとに保有台数を可視化し、効率的かつ効果的に医療機器を活用していくため、共同利用という考え方の浸透を図ります。

(２)　厚生労働省において、地域の医療ニーズを踏まえた地域ごとの医療機器の配置状況を可視化する指標を作成しています。なお、対象となる医療機器は次のとおりです。

ア　CT（マルチスライス CT 及びマルチスライス以外の CT)

イ　MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）

ウ　PET（PET 及び PET-CT）

エ　マンモグラフィ

オ　放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）

また、医療機関ごとの医療機器の保有状況を明らかにし、医療機器の購入を検討している者等に提供することで、効率的な活用を促します。

効率的な活用として、本節では医療機器の共同利用を中心に検討します。共同利用の考え方としては次のとおりであり、連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含みます。

共同利用の例

Aが対象機器保有者Bの機器を共同利用する場合	機器の貸与(検査枠の貸与)	検査(機器の使用)	読影(結果の判断)	患者の診察・治療	備考
①機器貸与のみ	BがAに貸与	Aが実施	Aが実施	Aが実施	
②機器貸与＋検査のみ	BがAに貸与	Bが実施	Aが実施	Aが実施	
③機器貸与＋検査＋読影	BがAに貸与	Bが実施	Bが実施	Aが実施	
④患者の紹介・逆紹介	－	－(Bが実施)	－(Bが実施)	Bが実施 (逆紹介後Aが実施)	Bの患者として検査・診察を実施

※契約方法や金銭のやりとりについては特に問わない。

2　医療機器の活用のための検討事項

医療機器の配置状況に関する情報

厚生労働省が各区域における医療機器の配置状況に関する指標として作成した「調整人口当たり台数」の計算式及び対象となる医療機器ごとの当該台数は次のとおりです。本県では、CT、PET、マンモグラフィ及び放射線治療の値が全国平均に比べて高い傾向にあり、MRI は全国平均と同値となっています。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\text{地域の人口（10 万人）} \times \text{地域の標準化検査比率}^{※1}}$$

$$(※1)\ \text{地域の標準化検査比率} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数（外来}^{※2}\text{）}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

$$(※2)\ \text{地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\Sigma\left\{\dfrac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口}\right\}}{\text{地域の人口}}$$

各区域における医療機器の配置状況に関する指標の値（調整人口当たり台数）

二次保健医療圏等	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療（体外照射）
全国	11.5	5.7	0.47	3.4	0.82
群馬県	↑11.7	↑5.7	↑0.59	↑3.9	↑0.88
前橋	↓11.1	↑8.2	↑1.16	↑4.2	↑1.45
渋川	↓10.9	↓5.1	↓0.00	↓1.8	↑0.82
伊勢崎	↓8.6	↑5.9	↓0.00	↑4.5	↑0.86
高崎・安中	↑13.5	↓4.6	↑0.91	↑4.5	↑0.91
藤岡	↑13.5	↑8.2	↑2.67	↑4.5	↑1.32
富岡	↓9.7	↓1.3	↑1.22	↑4.4	↑1.19
吾妻	↑14.8	↓4.7	↓0.00	↓1.9	↓0.00
沼田	↑11.7	↑6.7	↓0.00	↑5.1	↓0.00
桐生	↑14.0	↓5.1	↓0.00	↑3.7	↓0.55
太田・館林	↓10.6	↓5.6	↓0.25	↑3.4	↓0.76

※ ↑：全国より高いもしくは同値の場合、↓：全国より低い場合。

医療機器の配置状況に関する情報

既に存在する医療機器の共同利用を効率的に進めるためには、各医療機関が保有している医療機器の情報を可視化して公表する必要があります。そこで、本県では外来機能報告の情報を元に医療機器の保有状況を取りまとめたので次に示します。

なお、詳細については、県ホームページに掲載しています。

病院保有台数

（2020 年 10 月現在）

二次保健医療圏	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィ	放射線治療（体外照射）
前橋	28	18	4	9	5
渋川	10	3	0	2	1
伊勢崎	12	10	0	7	2
高崎・安中	31	14	4	13	4
藤岡	7	6	2	3	1
富岡	7	1	1	2	1
吾妻	7	2	0	1	0
沼田	7	5	0	4	0
桐生	13	7	0	4	1
太田・館林	22	13	1	8	3
県	144	79	12	53	18

一般診療所保有台数

（2020 年 10 月現在）

二次保健医療圏	ＣＴ	ＭＲＩ	PET	マンモグラフィ	放射線治療（体外照射）
前橋	10	10	0	5	0
渋川	3	3	0	0	0
伊勢崎	8	4	0	4	0
高崎・安中	28	6	0	6	0
藤岡	3	0	0	0	0
富岡	1	0	0	1	0
吾妻	3	1	0	0	0
沼田	4	1	0	0	0
桐生	12	2	0	2	0
太田・館林	19	9	0	5	0
県	91	36	0	23	0

共同利用の方針

各医療機関が医療機器の共同利用を進める上で、より効率的なこれらの仕組みの活用を図るため、次のとおり、本県における対象医療機器の共同利用の方針を定めています。

<table>
<tr><th colspan="2">対象医療機器</th><th>共同利用の方針</th></tr>
<tr><td rowspan="2">CT</td><td>マルチスライス</td><td rowspan="10">○　圏域内で対象医療機器を保有する医療機関に対して、検査枠に余裕がある場合は、必要に応じて当該機器の共同利用を勧める。
○　対象医療機器の新規購入者（更新を含む）に対して、圏域内の医療機器の効率的な利用に配慮し、必要に応じて当該機器の共同利用を勧める。
○　特に地域医療支援病院においては、圏域の拠点として共同利用を推進する。また、可能な限りにおいて、検査予約制による共同利用を勧める。
○　放射線治療については、基本的に他の医療機関から紹介を受け、紹介先の放射線治療医等が治療計画を立てて照射等による治療を行う（紹介予約制による共同利用）。
治療後は、紹介先と紹介元の医療機関とで連携して経過観察を行う。</td></tr>
<tr><td>上記以外</td></tr>
<tr><td rowspan="3">MRI</td><td>1.5テスラ未満</td></tr>
<tr><td>1.5テスラ以上
3.0テスラ未満</td></tr>
<tr><td>3.0テスラ以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">SPECT</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PET</td><td>PET</td></tr>
<tr><td>PET-CT</td></tr>
<tr><td colspan="2">マンモグラフィ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">放射線治療</td><td>リニアック</td></tr>
<tr><td>ガンマナイフ</td></tr>
<tr><td>サイバーナイフ</td></tr>
<tr><td colspan="2">重粒子線治療</td><td>○　群馬大学医学部附属病院において、県内外の他の医療機関からの紹介を受け、治療計画を立てて重粒子線治療を行う（紹介予約制による共同利用）。
○　治療後は、群馬大学医学部附属病院と紹介元の医療機関とで連携して経過観察を行う。</td></tr>
</table>

※紹介予約制：患者の紹介を行い、検査とともに診察も行うこと。
※検査予約制：患者の紹介を行わず、検査のみを行うこと。

なお、地域によっては、その実情に応じて、医療機器の共同利用の考え方についての周知を図ることもできます。

共同利用計画の記載事項とチェックプロセス

区域ごとに定めた共同利用の方針を基に各医療機関は共同利用を進めていきますが、対象となる医療機器を新たに購入する（更新を含める）場合は、必要に応じて、当該医療機器の共同利用に係る計画（以下「共同利用計画」という。）を作成し、協議の場において確認することとしています。

なお、共同利用計画には次の事項を記載することとしています。

（１）共同利用の相手方となる医療機関

（２）共同利用の対象となる医療機器

（３）保守、整備等の実施に関する方針

（４）画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

また、共同利用ができない場合は、必要に応じて、その理由等を確認することとし、医療機器の効率的な利用を勧めます。

第４節　紹介受診重点医療機関の明確化

1　外来医療機能の明確化に関する考え方

近年、外来医療の現場では一部の医療機関に患者が集中しており、患者の待ち時間の増加や、勤務医の外来負担などの課題が生じています。そこで、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」という。）を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化し、患者の流れの円滑化を図ります。

2　外来機能報告制度

地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、2021（令和３）年に外来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、紹介受診重点外来の実施状況や、紹介受診重点医療機関となる意向、地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な事項について、毎年報告することが義務づけられています。

なお、報告された内容は県ホームページに掲載しています。

外来機能報告における報告項目

報告項目	報告項目の内容
医療資源を 重点的に活用する 外来の実施状況 （紹介受診重点外来）	○　医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 例）悪性腫瘍手術の前後の外来 ○　高額等の医療機器・設備を必要とする外来 例）外来化学療法、外来放射線治療 ○　特定の領域に特化した機能を有する外来 例）紹介患者に対する外来
紹介受診重点医療機関 となる意向の有無	○　各医療機関の意向
地域の外来機能の 明確化・連携の推進の ために必要な事項	○　紹介・逆紹介の状況 ○　外来における人材の配置状況 ○　外来・在宅医療・地域連携の実施状況　等

〔資料〕厚生労働省「外来機能報告等に関するガイドライン」

３　紹介受診重点医療機関の選定

紹介受診重点医療機関は、紹介患者への外来を基本とする医療機関であり、主に手術・処置や化学療法等を必要とする外来や、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来を担っています。

本県における紹介受診重点医療機関については別冊に一覧としてまとめ、県ホームページに掲載するとともに、必要に応じて適宜更新するなど、わかりやすく情報提供しています。

そのほか、外来機能報告で把握可能な紹介受診重点外来の実施状況も掲載しています。

第7章　保健・医療・福祉の提供体制の充実

第１節　障害保健対策

１　発達障害

現状

本県では、2006（平成 18）年度に発達障害者支援センターを設置し、専門的な相談支援を実施するとともに、発達障害者及びその家族を直接支援する関係者への研修や地域のスキルアップ研修等の間接支援にも力を入れて取り組んでいます。

発達障害者支援センターにおける相談件数の推移　(単位：件)

2018 年度	2019 度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
3,729	2,944	2,542	2,666	2,542

〔資料〕県「発達障害者支援センター事業実施状況報告」

課題

（１） 発達障害者支援センターの設置以降、相談件数は高い水準で推移しており、予約待機期間も長期化しています。その理由として、身近な地域に発達障害に関する相談機関が少ないことが要因と考えられます。

（２） 発達障害児の支援については、早期から行うことが重要であることから、市町村が実施している乳幼児健診において、発達障害を発見することが求められています。

（３） 保育所や学校等の教職員等による支援体制の強化や支援情報の有効活用が必要となっています。

（４） 日中・夜間において、発達障害の特性に応じた支援を提供できる生活の場の確保が必要です。

（５） 県「発達障害に関する診療情報調査（2021（令和 3）年度）」によると、本県で発達障害の診療等の対応が可能な医療機関数は 49 施設（病院 22、診療所 27）となっています。

引き続き、発達障害の診断及び対応ができる医療機関の確保や県民への医療機関に関する情報提供が必要となっています。

（６） 発達障害者の社会参加を促進するためには、社会において発達障害が正しく理解されることが必要です。

※発達障害：自閉症やアスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性障害などの通常低年齢で発現する脳機能障害
※発達障害に関する医療機関情報群馬県ホームページ：https://www.pref.gunma.jp/page/2776.html

施策の方向

（１） 身近な地域において、乳幼児期だけにとどまらないライフステージに応じた途切れることのない一貫した支援を提供できるよう、専門的な知識・技術を持つ支援者を地域ご

とに養成し、相談支援事業や療育事業等の充実を図るとともに、関係機関相互の連携体制の構築を推進します。

（２） 乳幼児健診における発達障害の発見及び支援に関して、保健師等の知識・技術の向上を図ります。

（３） 保育士や教職員等を対象とした発達障害に関する研修の計画的な実施や、家族等に対し、情報共有ツールの周知・活用を支援します。

（４） 発達障害者が地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域におけるニーズ等を踏まえ、グループホーム（夜間や休日の共同生活の場）等の確保を図るとともに、就労継続支援事業所（働く場の提供、必要な知識及び能力の向上のための訓練の場）、地域活動支援センター（日中の生活の場）等の整備を推進します。

（５） 発達障害の診療を行っている医療機関や関係機関等との連携を強化するとともに、県民への情報提供など、円滑に医療支援を受けることができる体制の整備を図ります。

（６） イベントや講演会、各種研修会等を通して、発達障害についての正しい知識の普及啓発に取り組むとともに、世界自閉症啓発デー・発達障害啓発週間を広く周知します。

【「世界自閉症啓発デー」・「発達障害啓発週間」とは】

国連では、自閉症をはじめとする発達障害について知っていただくこと、理解をしていただくことは、発達障害のある人だけでなく、誰もが幸せに暮らすことができる社会の実現につながるものと考え、４月２日を世界自閉症啓発デーとしています。

これを踏まえ、厚生労働省では、世界自閉症啓発デーから続く１週間を発達障害啓発週間と位置づけ、自閉症等の発達障害の啓発を推進しています。

２　重症心身障害児（者）・医療的ケア児等

現状

（１） 重症心身障害児（者）の中でも、近年、常時、医学的管理下に置かなければならない超重症心身障害児（者）が増加しています。

（２） 医療技術の進歩等を背景として、NICU 等に長期入院した後、人工呼吸器を使用したり、胃ろう造設、たんの吸引などの医療的ケアが必要な障害児が増加しています。

在宅重症心身障害児（者）数の推移　（単位：人）

2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
470	465	475	484	482

〔資料〕群馬県中央児童相談所（北部支所を含む）・群馬県西部児童相談所・群馬県東部児童相談所「事業概要」

在宅医療的ケア児（者）数の推移　（単位：人）

2017 年度	2018 年度	2019 年度	2020～2021年度	2022 年度
298	332	365	–	403

〔資料〕県「医療的ケアを要する小児等の実数調査」※2020～2021 年度は調査未実施
※重症心身障害：重度の肢体不自由と重度又は最重度の知的障害とが重複した状態

課題

（１） 重症心身障害児（者）・医療的ケア児等が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制の構築が必要です。

（２） 重症心身障害児（者）・医療的ケア児等とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らすための社会資源の確保が必要です。

（３） 重症心身障害児（者）・医療的ケア児等を支援する人材の確保が必要です。

（４） 重症心身障害児（者）・医療的ケア児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減が必要です。

施策の方向

（１） 医療的ケア児等支援センターを設置し、医療的ケア児等支援コーディネーター、行政、地域の保健・医療・障害福祉・保育・教育等の関係者が連携した支援体制を構築します。

（２） 医療的ケアに対応できる障害児通所支援事業所（集団生活への適応や生活能力向上のために必要な訓練の場）、生活介護事業所（日中の介護や創作的活動などの機会提供の場）、短期入所事業所（ショートステイ）、訪問介護等の整備を促進します。

（３） 重症心身障害児（者）・医療的ケア児等に対して、適切な支援を行う人材を育成するとともに、医療と福祉の連携を図るなど総合的な調整を行うコーディネーターを地域に配置します。

（４） 重症心身障害児（者）・医療的ケア児等とその家族や在宅医療を支える関係者に対して、小児等の在宅医療等に関する理解の促進、情報の提供及び家族の交流機会の提供等の取組を推進します。

３　高次脳機能障害

現状

（１） 厚生労働省「高次脳機能障害支援モデル事業（2001（平成 13）年～2005（平成 17）年）」において行われた調査によると医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能

障害者は、全国に 27 万人いると推計されています。

（２）県「高次脳機能障害に関する医療機関調査（2022（令和４）年）」によると、本県で高次脳機能障害に対応している医療機関数は７０施設となっています。引き続き、高次脳機能障害者が身近な地域で診療を受けられるよう、県民への医療機関に関する情報提供が必要となっています。

課題

高次脳機能障害は、表面上分かりにくい障害であるため、周囲の方に理解されにくく、本人や家族の負担が大きくなっています。適切な支援体制の確立及び高次脳機能障害の診断や対応ができる医師や専門スタッフの養成を図るとともに、医療機関、市町村等の連携を推進する必要があります。

※高次脳機能障害：交通事故や脳卒中等による脳血管障害等により、脳に損傷を受けた後遺症等として起こるものであり、記憶障害や注意障害といった認知機能障害や社会的な行動障害等のこと

施策の方向

高次脳機能障害支援拠点機関（専門相談窓口）を前橋赤十字病院に設置するなど支援体制の整備を推進するとともに、医師及び専門スタッフの養成のための研修を実施します。

また、高次脳機能障害に対する正しい理解を深めるための普及啓発を行うとともに、医療機関、市町村等を含めた地域連携支援体制の構築を推進します。

４　てんかん

現状

厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、本県のてんかん患者数は約８千人となっており、2017（平成 29）年からほぼ横ばいで推移しています。

※てんかん：さまざまな原因により起こる慢性の脳の病気であり、大脳の神経細胞の過剰な活動に由来する反復性の発作（てんかん発作）を主徴とし、それに変化に富んだ臨床及び検査の異常を伴うもの

課題

てんかん患者が、地域において適切な支援が受けられるよう、地域住民に対する普及啓発、てんかん患者・家族への相談体制の充実、関係機関との連携の推進、医療従事者等に対する研修の充実を図る必要があります。

施策の方向

群馬県てんかん治療医療連携協議会、てんかん支援拠点病院（独立行政法人国立病院機構渋川医療センター）を中心として、医療機関や関係機関（こころの健康センター、保健所、市町村、保健福祉事務所等）等による地域連携支援体制を構築し、てんかんに関する知識の普及啓発、てんかん患者・家族への相談支援、関係機関との連携・調整、医療従事者等に対する研修の充実を図ります。

第２節　感染症・結核・肝炎対策

１　エイズ対策

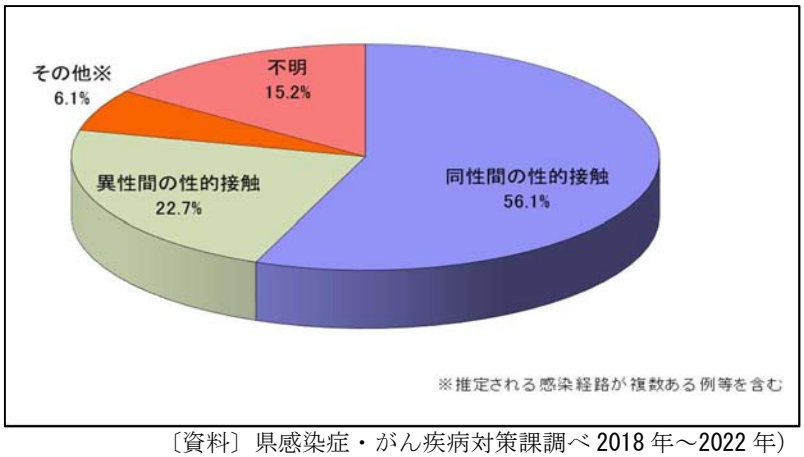
現状

（１） エイズとは、「Acquired Immunodeficiency Syndrome」の頭文字をとったもので、後天性免疫不全症候群のことです。ＨＩＶ（Human Immunodeficiency Virus：ヒト免疫不全ウイルス）の感染により、病原体などから体を守る免疫機能が低下し、日和見感染症や悪性腫瘍にかかりやすくなる感染症です。

※日和見感染症：普段は病原性がない、又はあっても毒性の弱い微生物により宿主の免疫能力が低下したときに引き起こされる感染症

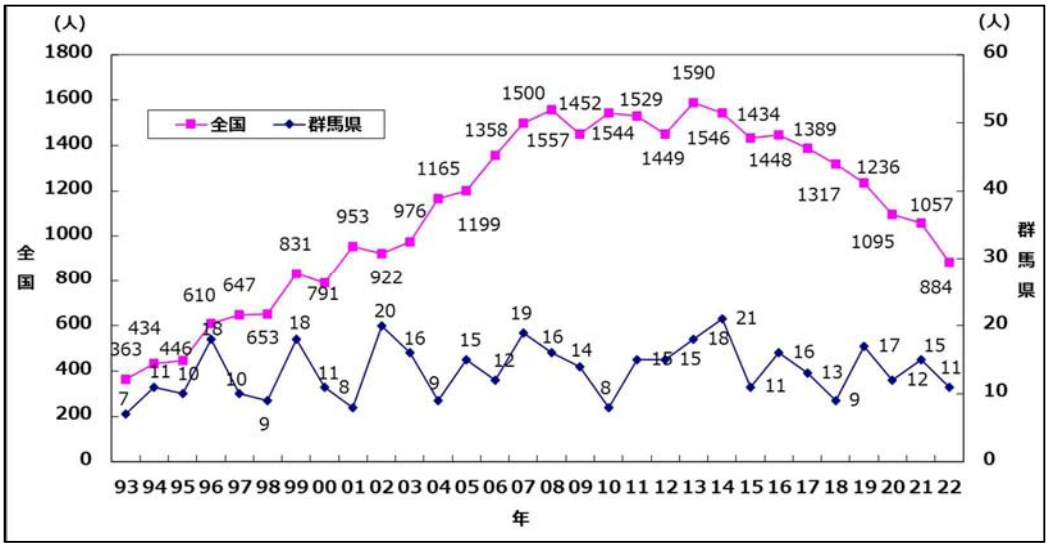
（２） 主な感染のルートは、性行為感染です。

群馬県のＨＩＶ感染者（患者）の感染経路（2018～2022 年の累計）



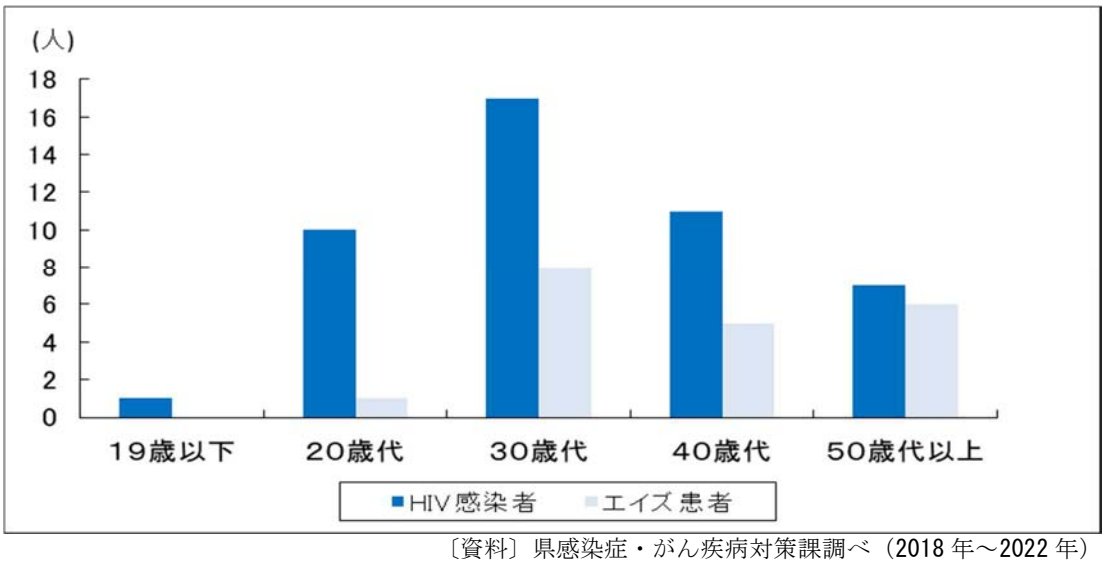
〔資料〕県感染症・がん疾病対策課調べ 2018 年～2022 年）

ＨＩＶ感染者（患者）報告数の推移



〔資料〕厚生労働省エイズ動向委員会報告「エイズ発生動向年報（2022 年）」

群馬県のＨＩＶ感染者・エイズ患者の年代別報告数（2018～2022 年の累計）



〔資料〕県感染症・がん疾病対策課調べ（2018 年～2022 年）

課題

（１）　ＨＩＶの感染予防には、正しい知識を持って行動することが大切です。非感染者の中では関心が薄れる傾向があり、ある程度の知識は持っていても、行動に移せない、自分には関係ないと思っている方が多いという実態があります。

（２）　ＨＩＶ感染者、エイズ患者は増加しているため、感染予防のための正しい知識の啓発活動及び匿名による無料相談・検査の実施、いまだに残っている感染者等に対する誤解や偏見をなくすための取組等が必要です。

（３）　感染者等が、プライバシーを確保し身近な医療機関で、他の一般的な疾患の治療を受けられる医療体制の整備と、感染者等が安心して暮らせる社会づくりが必要です。

（４）　医療の進歩により予後が改善したことから感染者等の高齢化が進んでおり、地域で受け入れることが可能な高齢者施設や在宅サービスの拡充が求められます。

施策の方向

（１）　ＨＩＶ感染を予防し社会的な偏見・誤解をなくすため、正しい知識と予防方法について、普及啓発を積極的に行います。また、毎年６月のＨＩＶ検査普及週間及び 12 月の世界エイズデーには、県ホームページ及び啓発資材の配布を通じて、広く県民に対して広報を行います。

（２）　本県では、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針に基づき、保健福祉事務所（保健所）及び中核市保健所において相談窓口を設け日時を決めてＨＩＶ・性感染症検査を実施しています。また、ＨＩＶ感染を予防し社会的な偏見・誤解をなくすため、正しい知識と予防方法について、普及啓発を積極的に行います。

（３） 感染者等を様々な面からサポートし、地域で安心して、他の一般的な疾患の治療を受けることができる体制づくり（医療連携事業）を推進し、協力透析医療機関・協力歯科医療機関を増やします。

（４） 感染者等の療養期間の長期化に伴い、長期療養・在宅医療サービスの確保と質の向上に努めます。本県では、エイズ患者やＨＩＶ感染者を積極的に診療する病院として、「群馬県エイズ診療拠点病院協力病院」を指定しています。

群馬県エイズ診療拠点病院・協力病院

区分	医療機関名
エイズ診療拠点病院	群馬大学医学部附属病院
	前橋赤十字病院
	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター
	独立行政法人国立病院機構渋川医療センター
エイズ診療協力病院	群馬県立心臓血管センター
	独立行政法人地域医療機能推進機構　群馬中央病院
	群馬県済生会前橋病院
	群馬県立小児医療センター
	公立藤岡総合病院
	公立富岡総合病院
	原町赤十字病院
	独立行政法人国立病院機構沼田病院
	伊勢崎市民病院
	桐生厚生総合病院
	群馬県立精神医療センター
	群馬県立がんセンター
	ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院
	公立館林厚生病院

２　結核対策

現状

（１） 全国の状況

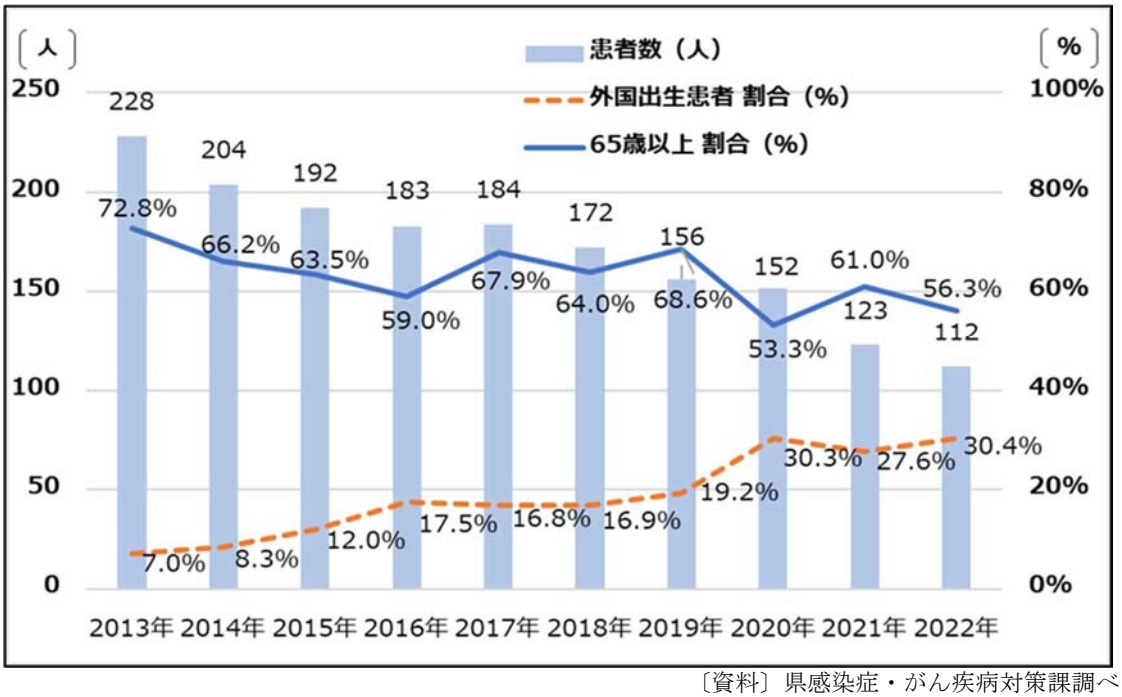
我が国の結核を取り巻く状況は、戦中戦後の大まん延を経験し、1951（昭和 26）年の結核予防法制定以来、国を挙げての取組や新薬の開発により、患者数が大幅に減少するなど、飛躍的に改善され、2022（令和４）年の結核罹患率（人口 10 万対）が 8.2 と、低まん延化を継続しています。（※2021 年（令和３）年に結核罹患率（人口 10 万対）10 以下の低まん延化を達成しました。）

しかし、現在においてもなお、年間約１万人の新規登録患者が発生し、そのうち約 1,600 人が死亡しています。結核は依然として主要な感染症の一つであり、近年では全体の約半数を占める高齢患者に加え、外国出生患者の増加に伴う処遇困難事例や多剤耐性結核の発生に伴う治療困難事例の増加など新たな課題がみられます。

（２） 本県の状況

本県では、2015（平成 27）年に罹患率 10 を下回り低まん延化を達成しました。その後も減少傾向を維持し、2022（令和４）年の新登録患者数は 112 人、罹患率は人口 10 万対 5.9 で前年に比べ減少しています。

本県における新登録患者数の推移



〔資料〕県感染症・がん疾病対策課調べ

課題

（１） 高齢者の結核

新登録結核患者数の約半数 が 65 歳以上であることから、高齢者が入所する社会福祉施設等での集団感染が懸念されます。

（２） 外国出生結核患者

2022（令和４）年新登録結核患者数に占める外国出生患者の割合が 30.4%と、全国平均の 11.9%と比較して高いことから、外国出生者等への健康診断の受診勧奨や知識の普及及び接触者対策が課題となっています。

（３） 多剤耐性結核菌

結核治療の自己中断や再治療の繰り返しなどにより、抗結核薬に耐性を持つ多剤耐性結核菌の発生につながるおそれがあることから、服薬指導等の患者支援の強化が必要です。また、外国出生患者の増加に伴い薬剤耐性を持つ結核菌の流入など国内における結核対策の強化が重要です。

（４） 定期健康診断

結核患者を早期に診断することが結核対策の基本ですが、市町村等が実施している結核の定期健康診断受診率が年々低下しており、受診率向上が課題となっています。

（５） 結核医療体制

近年の結核患者の減少に伴い、専門性の高い医師の養成など、結核医療体制の維持及び整備が課題です。

施策の方向

（１） 高齢者の結核

高齢者は既感染率が高いことから、定期的な健康診断の実施及び有症状時の早期受診を推進します。

（２） 外国出生結核患者

外国出生者を対象とした結核健康診断の徹底に取り組みます。また、感染症医療通訳者を派遣し、治療の重要性の理解の促進と保健所が実施する服薬支援を行い、治療完遂を目指します。

（３） 多剤耐性結核菌の予防

結核患者に対する服薬支援（Directly Observed Treatment, Short-course：ＤＯＴＳ）を中心とした患者支援を推進し、治療完遂に努め多剤耐性結核菌の発生を予防します。

（４） 定期健康診断

結核患者を早期発見し、集団感染を未然に防ぐため、市町村、医療機関及び社会福祉施設における結核の定期健康診断の一層の推進を図ります。

（５） 結核医療体制

結核患者の発生状況や医療へのアクセス、結核病床利用率等を考慮しながら適正な結核病床数を確保するとともに、専門性の高い医師の養成と結核医療体制の維持充実に取り組みます。

※ＤＯＴＳ：WHOが推奨する対面服薬確認治療であり、患者が適切な用量の薬を服用するところを医療従事者等が目の前で確認し、治癒するまで経過を観察する治療方法

３　肝炎対策

現状

（１） 厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルスによる肝炎患者数は、全国で 242,000 人、そのうち県内の患者数は約 4,000 人と推定されています。

（２） Ｂ型・Ｃ型ウイルス性肝炎は、適切な治療を行わないと慢性化し、肝硬変や肝がんといった、より重篤な病態に進行するおそれがあり、2020（令和 2）年の肝及び肝内胆管がんの県内における死亡率（人口 10 万対）は 20.6 で（全国 19.7）、毎年約 400 人が肝がんで亡くなっています。

（３） 県では、Ｂ型及びＣ型肝炎の治療に係る肝炎治療費等助成事業並びに平成 30 年度からは肝がん・重度肝硬変患者に対する医療費の給付も行っています。

課題

（１） 肝がんよる死亡を減少させるためには、感染者の早期発見が重要であり、すべての県民が少なくとも生涯に１回は肝炎ウイルス検査を受検することが求められます。

（２） 肝炎ウイルス検査の陽性者が医療機関を受診し、適切な治療を受けられるよう、地域の医療機関における医療の提供やフォローアップ体制を確保することが重要です。

（３） 職域健診における肝炎ウイルス検査の導入及び陽性者への受診勧奨が必要です。

（４） 肝炎ウイルスの感染に気づいていない県民が適切な医療につながるよう、医療機関で実施された術前検査結果の告知を確実に実施することが課題です。

施策の方向

（１）肝炎ウイルス定期検査受検率の増加

市町村が実施する肝炎ウイルス定期検査について、個別勧奨を積極的に行う等により受検率の増加を図ります。

（２）肝炎ウイルス検査陽性者の受診率及びフォローアップ事業の参加率の増加

市町村において実施している肝炎ウイルス検査の陽性者に対してリーフレット等を使い、医療機関受診の重要性を説明することにより、医療機関受診率の増加を図ります。

また、肝炎患者等が適切な肝炎治療を受けられるようフォローアップ事業の参加率の増加を図ります。

（３）肝炎医療コーディネーターの配置施設の増加

肝炎に関する正しい知識を持ち、肝炎ウイルス検査の勧奨や感染が判明した者を適切な医療に結び付ける役割を担う、肝炎医療コーディネーターの職域への配置に努めます。

（４）術前検査における告知率の増加

医療機関で実施された術前検査結果の告知を徹底することにより、治療が必要な肝炎患者等を確実に治療につなげます。

群馬県肝疾患診療連携拠点病院・群馬県肝疾患専門医療機関

（2022（令和４）年４月１日現在）

区　分	医療機関名	二次保健医療圏
群馬県肝疾患診療連携拠点病院	群馬大学医学部附属病院（群馬県肝疾患センター）	前橋保健医療圏
群馬県肝疾患専門医療機関	前橋赤十字病院	前橋保健医療圏
	独立行政法人地域医療機能推進機構　群馬中央病院	
	群馬県済生会前橋病院	
	下田内科医院	
	大山クリニック	
	上武呼吸器科内科病院	
	はしづめ診療所	
	独立行政法人国立病院機構渋川医療センター	渋川保健医療圏
	湯浅内科クリニック	
	斎藤内科外科クリニック	
	伊勢崎市民病院	伊勢崎保健医療圏
	山田内科クリニック	
	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	高崎・安中保健医療圏
	黒沢病院附属ヘルスパーククリニック	
	（医）大久保医院	
	うえはらクリニック	
	医療法人社団小林外科胃腸科医院	
	（医社）三愛会三愛クリニック	
	くろさわ医院	
	いわい中央クリニック	
	(医社)三思会くすの木病院	藤岡保健医療圏
	やまうち内科	
	公立富岡総合病院	富岡保健医療圏
	公立七日市病院	

区　分	医療機関名	二次保健医療圏
群馬県肝疾患専門医療機関	原町赤十字病院	吾妻保健医療圏
	利根中央病院	沼田保健医療圏
	桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
	(医社)三思会東邦病院	
	小島内科医院	
	松井内科医院	
	ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院	太田・館林保健医療圏
	さくま内科胃腸科クリニック	
	はまだクリニック	
	新井内科クリニック	

（以下余白）

第３節　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）対策

現状

（１） 慢性閉塞性肺疾患（Chronic Obstructive Pulmonary Disease：COPD）は、肺の炎症性疾患で、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する疾患であり、かつて肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれています。

（２） COPD は心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、うつ病などの併存疾患や、肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性的な炎症性疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことからも予防をはじめとして様々な取組を進めることが必要です。

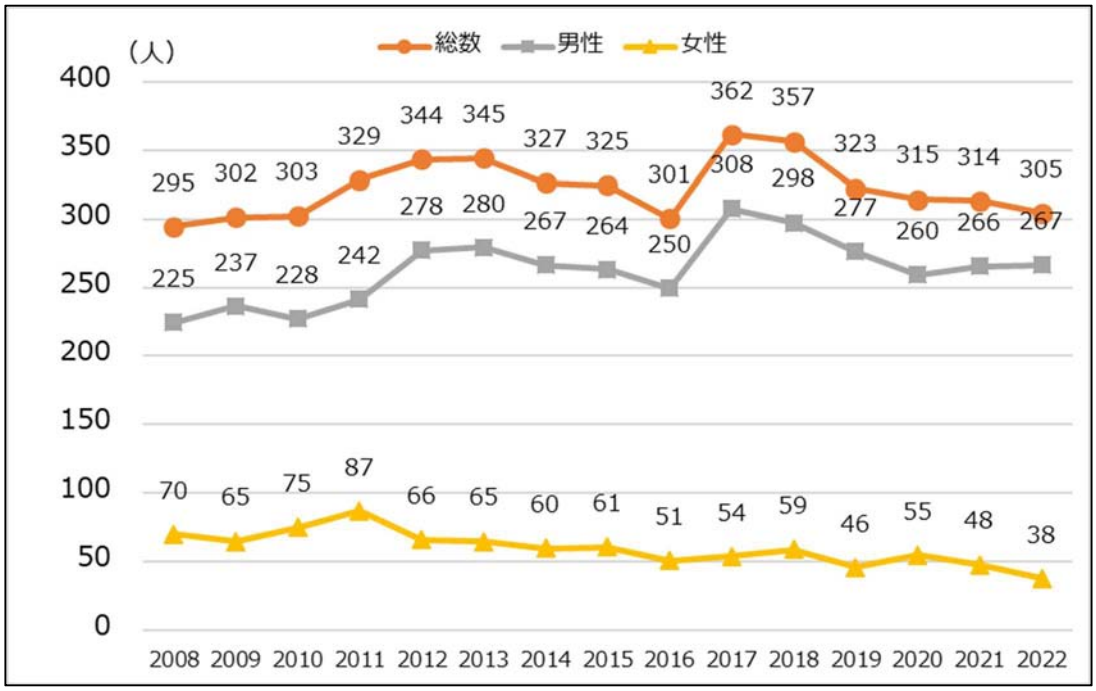
（３） 日本における死亡数は、厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると16,676 人であり、死亡率（人口 10 万対）は 13.7 となっています。日本における COPD による死亡者の９割以上を 70 歳以上の高齢者が占めており、急速に高齢化が進む中で、今後も対策を進めていく必要があります。

（４） 本県における死亡数は、厚生労働省「人口動態調査（2022（令和４）年）」によると305 人であり、男性においては死因の第９位(死亡数 267 人)となっています。

（５） COPD の原因としては、その多くにたばこの煙が関与し、喫煙者では 20～50%が COPD を発症するとされています。喫煙だけでなく、遺伝的要因、感染、大気汚染、幼少時期の問題なども原因として挙げられますが、予防可能な因子への対策に重点を置く観点から、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や吸入治療等の介入によって憎悪や重症化を防ぐことで、死亡率の減少に加え健康寿命の延伸につながるようにすることが必要です。

（６） 本県の喫煙者数は、県民健康・栄養調査（2021（令和３）年）によると、習慣的に喫煙している人は男性 20.4%、女性 6.1%です。人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）の有する者の割合は、家庭 4.1%、職場 11.3%、飲食店 16.0%となっています。

本県における慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）による死亡数の推移



〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

課題

（１） 県民へ疾患の普及啓発に加え、喫煙が COPD の一因であることから喫煙及び受動喫煙に関する知識を普及する必要があります。

（２） 発達段階にある子どもはたばこ煙による健康への影響が大きいことから、20 歳未満の者の喫煙及び受動喫煙防止の徹底をする必要があります。また、妊婦の喫煙及び受動喫煙は胎児の発育に影響することからも、喫煙や受動喫煙が健康に与える悪影響についての知識を普及啓発する必要があります。

（３） 禁煙を望む人に対して適切な禁煙支援が行えるよう、地域、職域の禁煙指導者を育成する必要があります。

施策の方向

（１） 新聞やラジオ、SNS 等のメディアでの啓発活動、県民公開講座等の開催による普及啓発を実施します。

（２） 学校や市町村等関係機関と協力して、喫煙や受動喫煙が健康に与える悪影響についての普及啓発を引き続き実施します。

（３） 地域、職域の禁煙指導者の人材育成・資質向上のための研修会を開催するとともに、群馬県受動喫煙防止対策推進会議を通じて、関係機関の連携体制の更なる充実を図り、望まない受動喫煙のない社会の実現を目指します。

第４節　慢性腎臓病（CKD）対策

現状

（１） 慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease：CKD）とは、腎臓の働きが健康な人の60%未満に低下するか、あるいはたんぱく尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいいます。進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。

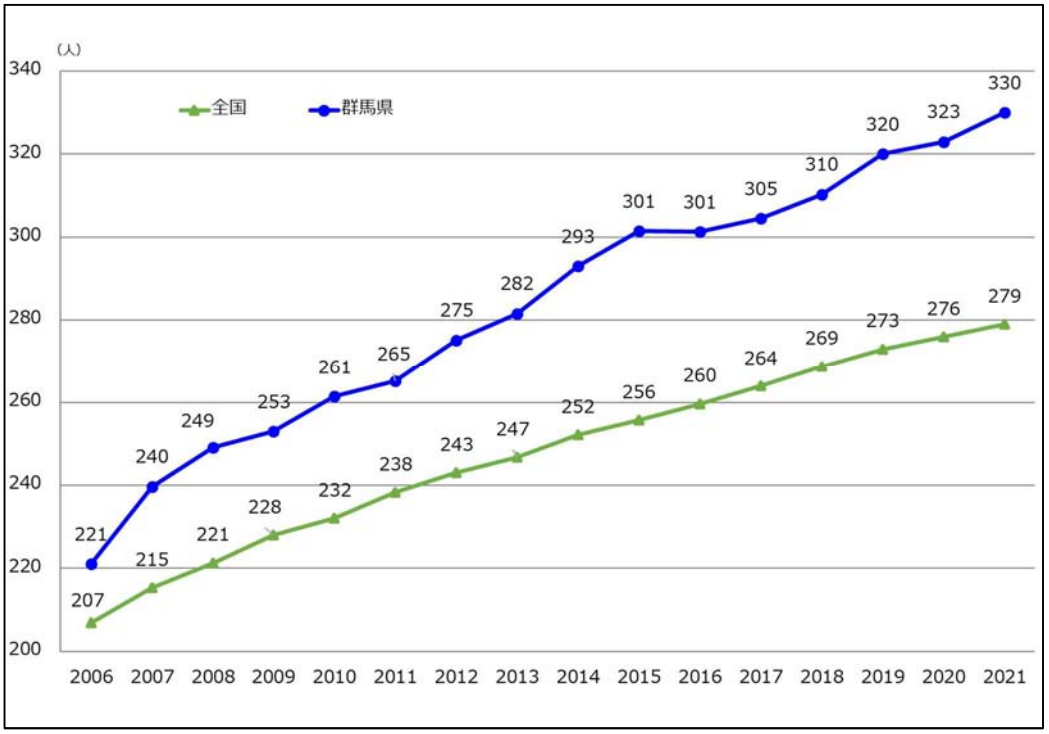
（２） 日本における CKD 患者は成人の約 8 人に 1 人と言われています。

（３） CKD の発症には、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病が深く関係しているため、バランスのよい食事や運動などをすることで予防していくことが大切です。

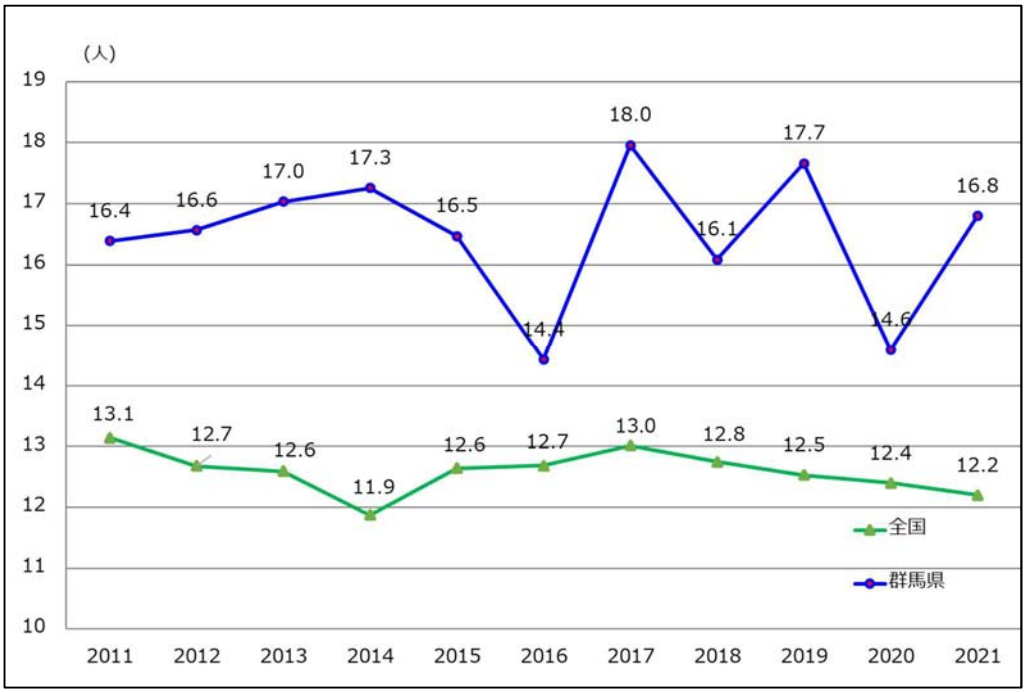
（４） 本県の慢性透析患者数は、日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年）」によると、人口 10 万人当たり 330 人（全国 279 人）と高い状況にあります。

（５） 本県の新規透析導入患者数は、日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021 年）」によると、人口 10 万人当たり 37.8 人（全国 30.2 人）と高く、都道府県別の順位は 41 位となっています。中でも、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は人口 10 万人当たり 16.8 人（全国 12.2 人）と高い状況にあります。

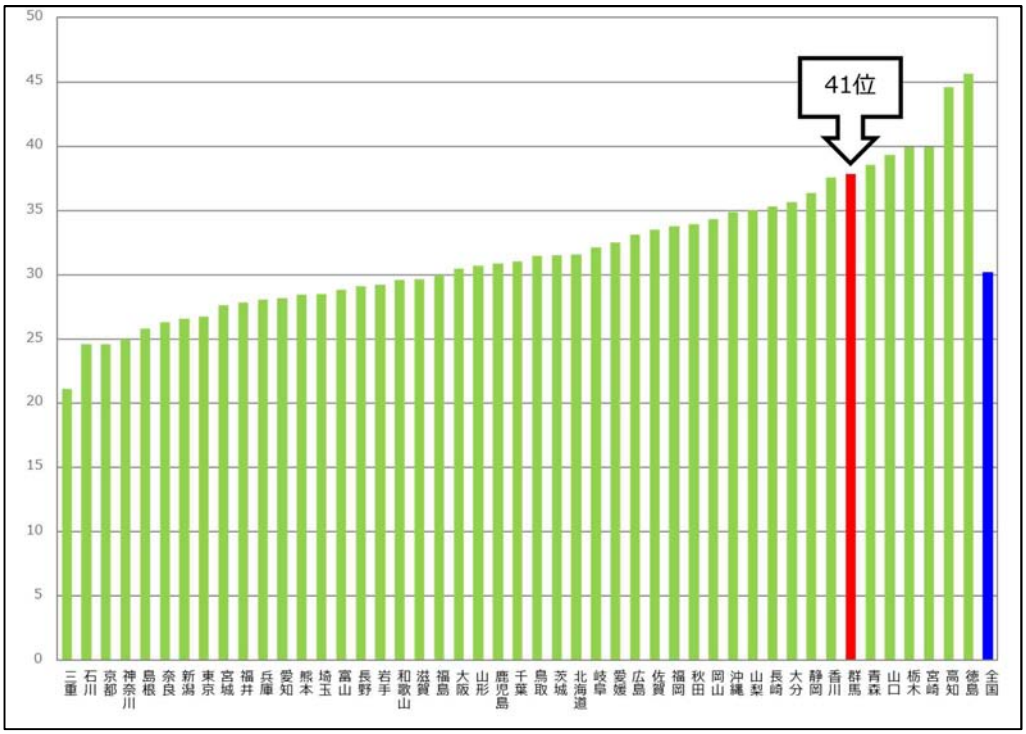
慢性透析患者の推移(10 万人対)



糖尿病性腎症による新規透析導入患者数(10 万人対)



2021 年 都道府県別 新規透析導入患者数(人口 10 万対)



（資料）日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」をもとに県健康長寿社会づくり推進課改編

(６)　県内では、医師会・医療機関と行政が連携し、特定健康診査を受診した人の中で、リスクが高い医療未受診の方へ受診勧奨を行う等の取組を行っている市町村があります。

（７） 薬剤の中には、腎臓に負担をかけやすい薬剤や、腎臓の働きによって投与量を減らす必要がある薬剤があります。本県では、かかりつけ医や薬剤師が薬の調整が行いやすくなるよう、医薬連携の一環としてお薬手帳に CKD シールを貼る取組を進めています。

課題

（１） CKD の発症予防や早期発見のため、県民へ疾患に関する知識の普及が必要です。

（２） CKD の初期は自覚症状がないため、健康診断などで異常を指摘されても放置してしまう人もいることから、受診勧奨を行い、医療機関への受診を促すことが大切です。

（３） 個々の状態に応じた適切な治療を継続して受けられるよう、医療機関や薬局等が連携することが必要です。

（４） 糖尿病関連腎臓病の発症予防や早期発見をすることで、重症化させない取組が必要です。

施策の方向

（１） 新聞やラジオ、SNS 等のメディアでの啓発活動、県民公開講座等の開催による普及啓発を実施します。

（２） 行政や保険者等による効果的な受診勧奨やフォローアップ体制の整備を促進します。

（３） 保健医療従事者の人材育成・資質向上対策のための研修会を開催することや、群馬県慢性腎臓病対策推進協議会の活動を通じて、関係機関の連携体制の更なる充実を図ります。

（４） 群馬県糖尿病対策推進協議会と連携し、糖尿病関連腎臓病の重症化予防対策にも取り組んでいきます。

第５節　臓器移植・造血幹細胞移植対策

１　臓器移植

現状

（１）臓器移植とは

ア　臓器移植とは、病気などのために臓器機能が低下した方に、臓器提供者の健康な臓器を移植して機能を回復させる医療です。

イ　臓器の移植に関する法律が施行された 1997（平成９）年から、臓器提供の場合に限り脳死を人の死と認め、脳死状態からの臓器提供が行われてきました。

（２）改正臓器移植法

ア　2010（平成 22）年に臓器の移植に関する法律の一部を改正する法律が施行され、本人の意思が不明な場合でも、家族の同意があれば臓器提供ができるようになり、さらに 15 歳未満の子どもからの臓器提供が可能になりました。

イ　臓器移植は善意による臓器提供がなければ成立せず、提供者の家族の承諾があって初めて実施することができます。

ウ　本人の意思を尊重するためにも、日頃から家族で臓器移植について話し合う機会を設け、それぞれの意思を共有しておくことが大切です。

（３）本県の臓器移植の状況

ア　アイバンクは全国に 54 か所あり、角膜を提供していただける方をあらかじめ登録することにより、角膜移植が円滑に行われるよう支援しています。

2022（令和４）年度の本県の献眼者数は 10 名、移植者数は 12 名、献眼登録者数は 605 名です。

県内の角膜移植の状況

年度	2018	2019	2020	2021	2022
県内献眼者数	16	19	12	21	10
移植者数	18	20	12	31	12
献眼登録者数	1,431	1,177	224	103	605

〔資料〕（公財）群馬県アイバンク調べ

イ　2022（令和４）年の腎臓移植における臓器の移植に関する法律に基づく本県の提供者数は２名、提供件数は２件、移植件数は２件、待機者数は 237 名です。提供者数、提供腎数及び移植件数は減少し、近年やや回復していますが、待機者数との間には依然として差があります。

県内の腎臓移植の状況

年	2018	2019	2020	2021	2022
県内提供者数	4（4）	1（1）	0	1	2（2）
提供件数	4	1	0	1	2
移植件数	8	1	2	0	2
待機者数	190	212	222	230	237

※県内提供者数の（　）内は脳死下提供者数で内数　　〔資料〕（公社）臓器移植ネットワーク調べ
※移植件数は、県外提供者からの献腎を含む

ウ　県内には、脳死下臓器提供施設が５施設、臓器移植施設が４施設あります。

県内の臓器移植関係施設（2024（令和６）年3月 31 日時点）

脳死下臓器提供施設	臓器移植施設
● 群馬大学医学部附属病院 ● 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター ● 前橋赤十字病院 ● ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院 ● 公立館林厚生病院	● 群馬大学医学部附属病院 ● 公立富岡総合病院 ● ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院 ● (医社)日高会日高病院

エ　本県では 2023（令和 5）年度時点で、４名の県臓器移植コーディネーターを設置しています。

（４） 意思表示方法の多様化

ア　意思表示カードの他、インターネットによる登録、運転免許証、健康保険証、個人番号カードによる意思表示が可能となり、意思表示方法が多様化していることからより多角的な普及啓発が求められます。

イ　本人の表示した意思が、臓器提供検討時に医療関係者へ確実に伝えられることが必要となっています。

※アイバンク：厚生労働大臣の許可により運営が許された「眼球あっせん業」を行う公的機関。登録者には死後（心停止、及び脳死後）眼球を提供（献眼）していただき、角膜移植待機患者にあっせんを行う
※脳死下臓器提供施設：「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）上、５類型（大学附属病院、日本救急医学会の指導医指定施設、日本脳神経外科学会の基幹施設又は連携施設、救命救急センターとして認定された施設、日本小児総合医療施設協議会の会員施設）に該当する施設で、臓器提供施設として体制が整っていると厚生労働省へ回答した施設のうち、公表を承諾した施設（2022(令和４)年３月 31 日現在）
※臓器移植施設：（公社）日本臓器移植ネットワーク調べ、県内は全て腎臓のみ移植可（2023（令和５）年２月 24 日現在）
※臓器移植コーディネーター：臓器提供者出現時に臓器の斡旋や医療機関等の連絡調整を行う者。平時には普及啓発活動等も行う

課題

（１）臓器移植については、身近に感じる機会が少ないため、正しい知識を入手できる環境を整えていくことが必要です。

（２）臓器提供の意思について、提供したいか否かの意思が決まっていても、実際にその意思を示している人の割合は少ないため、あらかじめの意思表示について啓発が課題です。

（３）臓器提供者発生時には、臓器提供施設・移植施設、その他様々な関連機関との連携が不可欠です。そのほか、家族に寄り添いながら心のケアを行うことも重要です。また、近年、医療者からの情報提供による臓器提供が増加しているため、県民のみならず、医療者への移植医療の普及啓発を進める必要があります。

施策の方向

（１） 県健康づくり財団と連携し、リーフレットの配布等臓器移植普及啓発事業を実施し、県民に向け臓器移植について正しい理解と知識の普及に努めます。

（２）意思表示カードに限らず、インターネットによる登録、運転免許証、健康保険証、個人番号カードによる意思表示についても、より多角的な周知を行います。

（３）県臓器移植コーディネーターを継続して複数設置し、臓器提供者発生時の体制整備及び医療関係者への啓発等を行います。

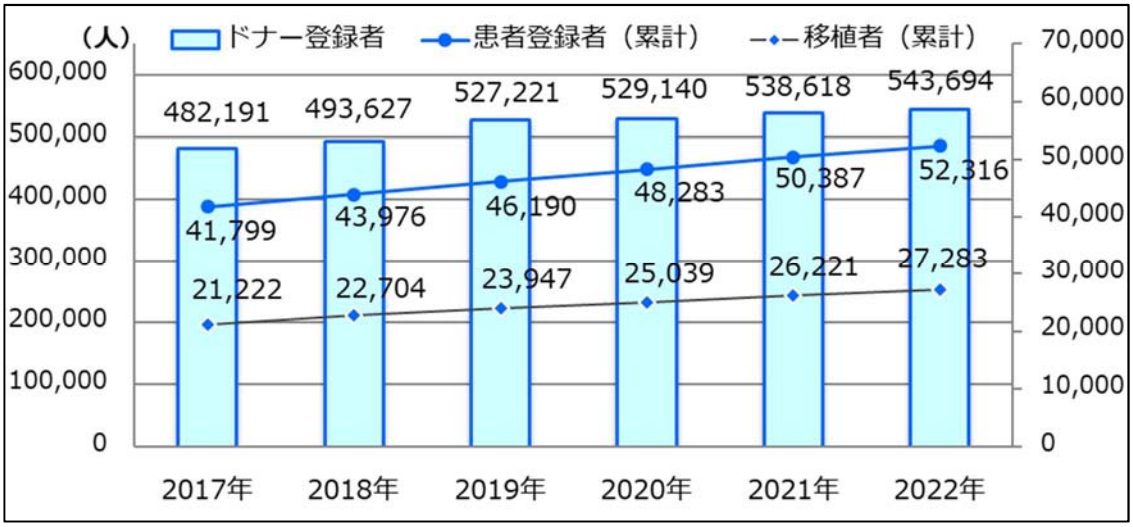
２　造血幹細胞移植

現状

（１） 造血幹細胞移植は、白血病などの難治性血液疾患に有効な治療法です。全国で 54 万人以上の骨髄提供希望者（ドナー）が骨髄バンクへ登録しています。

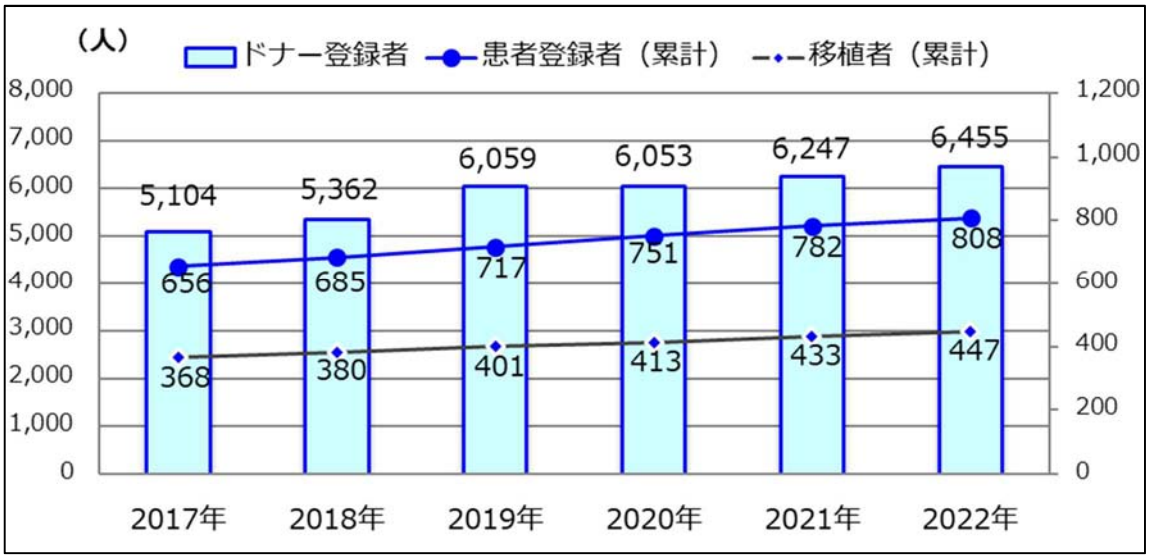
（２） 2022（令和４）年末における本県のドナー登録者状況は、公益財団法人日本骨髄バンクデータによると、登録数 6,455 人、対象人口千人当たりの登録者数 7.62 人です。

過去６年間の骨髄移植の状況（全国）



〔資料〕（公財）日本骨髄バンクデータ

過去６年間の骨髄移植の状況（県）



〔資料〕（公財）日本骨髄バンクデータ

課題

（１） 移植希望者へ骨髄提供が最終的に行われたのは、約６割にとどまっていることから、さらにドナー登録者を増やすとともに、ドナーの負担を軽減する環境整備に取り組む必要があります。

（２） 本県のドナー登録者状況は、対象人口千人当たりの登録者数 7.6２人で緩やかな増加傾向にありますが、全国平均の対象人口千人当たりの登録者数(9.7１人)を下回っており、さらに県民のドナー登録者を増やす必要があります。

施策の方向

（１） ドナーが骨髄提供をしやすい環境を整備するために、市町村が実施するドナー助成事業を支援します。

（２） 移動献血会場における「献血併行型骨髄移植ドナー登録会」の開催回数を増やすことで、ドナー登録者の増加に取り組むとともに、ドナー登録説明員の新規養成研修会を開催することで、登録説明員の更なる充実を図り、登録会の定期的な開催につなげます。

　若年層をターゲットとした登録普及に向けた動画広告配信など、骨髄移植及び骨髄バンク事業への県民の理解を深めるための効果的な普及啓発に努めるとともに、県内３か所の献血ルーム（前橋、高崎、太田）に設置されているドナー登録窓口について周知し、登録を呼びかけます。

第６節　難病対策等

１　難病対策

現状

（１） 難病の患者に関する法律について

ア　難病対策は「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づき、指定難病患者に対する特定医療費の支給、療養生活環境整備事業を実施しています。特定医療費の対象となる指定難病の対象疾患は 2024（令和 6）年４月１日から 341 疾患です。

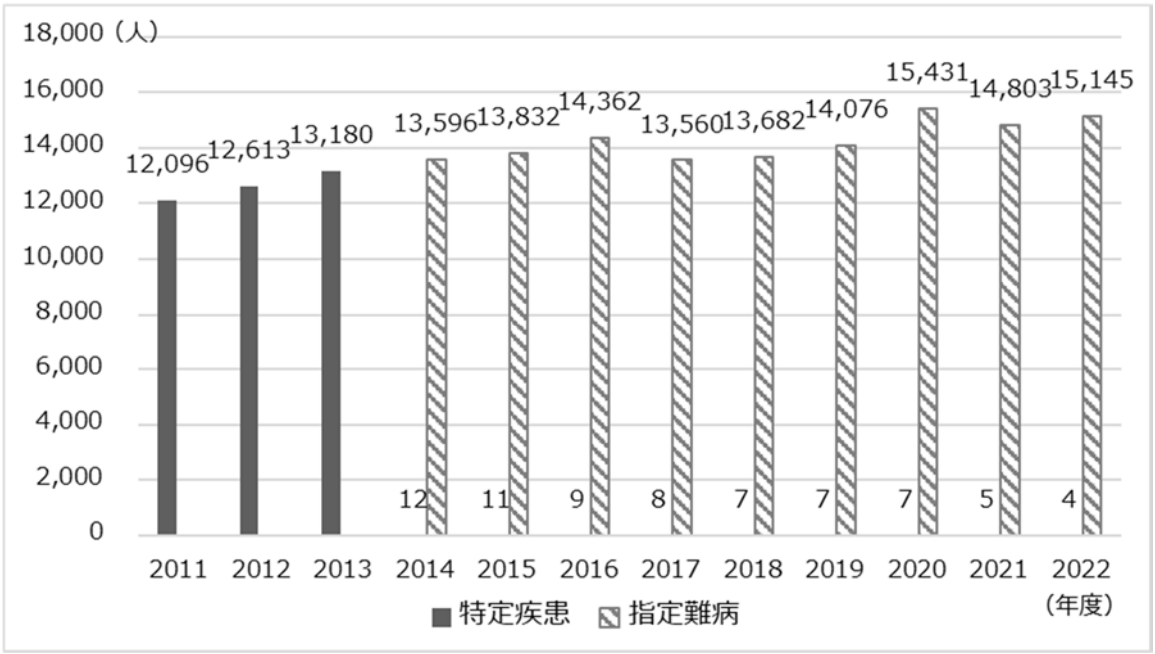
イ　「障害者総合支援法」では、難病等も障害福祉サービスの対象となっており、対象となる難病等は 2024（令和 6）年４月１日からは 369 疾患です。

（２） 本県の指定難病医療費助成制度について

ア　本県では指定難病医療給付制度として、厚生労働省が定めた疾患に対して医療給付を行っています。

イ　受給者は年々増加傾向にあり、2022（令和４）年度末の受給者数は、15,145 人となっています。

県内の指定難病受給者数の状況



〔資料〕県感染症・がん疾病対策課調べ

※2015（平成 27）年１月１日に「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、特定疾患医療給付の対象疾患の大部分が、指定難病医療給付の対象疾患として移行された。特定疾患医療給付は、４対象疾患で継続実施されている。

課題

（１） 医療費助成制度の対象疾患は拡大されており、今後も受給者数の増加が予測されることから、医療給付事務や相談体制の充実が必要となります。

（２） 難病はその多様性・希少性により、対応できる医療機関が限られたり、診断に時間がかかるなどの課題があります。

（３） 難病は治療方法が確立しておらず、長期の療養を必要とすることから、介護者の負担も大きい状況です。

（４） 難病の患者が適切な治療を受けながら日常生活や学業・職業生活を送ることは容易ではない状況であり、進学や就労に関する相談も多くなっています。

（５） 成人期を迎える小児慢性特定疾病児童等が多くなってきており、成人科へ移行する移行期医療の体制整備と支援が必要です。

施策の方向

（１） 医療費の公費負担や難病の相談支援体制の推進に継続的に取り組みます。

　難病相談支援センター業務を群馬大学医学部附属病院に委託する他、県保健福祉事務所においても医療相談会や訪問相談を継続して実施し、患者及び家族の療養上の様々なニーズに対応したきめ細かな相談・支援を行います。

（２） 難病診療連携拠点病院・難病医療協力病院を指定し、早期の診断と、診断後は身近な医療機関で適切な医療等を受けられる体制を目指していきます。また、医療機関に関する情報の提供に努めます。

（３） 介護者が休息する機会を確保できるよう、在宅難病患者一時入院事業※を継続して実施します。

※在宅難病患者一時入院事業：介護者の疾病等の理由により在宅療養が困難になった場合に一時入院が可能な病床を確保する事業

（４） 難病相談支援センター、ハローワーク等の関係機関と連携して、難病患者の就労支援を進めます。

（５） 難病患者が住み慣れた地域で安心して療養生活が送れるよう、地域における療養上の課題について、多職種・患者会等で構成する群馬県難病対策協議会で協議し、療養支援体制の構築に努めます。

２　アレルギー疾患対策

現状

（１） 全国の状況

我が国では、乳幼児から高齢者まで国民の約２人に１人が、何らかのアレルギー疾患に罹患しているとされ、厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、アレルギー疾患を原因として医療機関を受診した患者数は増加しています。

（２） 群馬県の状況

本県のアレルギー疾患患者の現状としては、厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）」によると、結膜炎、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎において 19 歳未満の占める割合が高くなっています。

県教育委員会「アレルギー疾患に関する状況調査」によると、2022（令和４）年度における公立の幼稚園及び小中学校並びに高校等でアレルギー疾患を申告している幼児・児童・生徒は 66,838 人で、全体の 37.7%を占めており、近年はその割合はほぼ横ばいで推移しています。

課題

（１） アレルギー疾患の発症や重症化の予防

ア　アレルギー疾患に関する情報の提供

アレルギー疾患の発症や重症化の予防を図るためには、正しい知識を得て理解し、適切な自己管理を継続的に実践することが大切です。

インターネット等の普及により、多くの情報の中から正しい情報を選択することができずに適切な治療を受けられなかったり、症状の悪化を繰り返すおそれがあるため、患者やその家族等が、正しい知識を入手できる環境を整えていくことが必要です。

イ　生活環境におけるアレルゲンの軽減・回避

アレルギー疾患は、生活環境での様々な要因で発症し、症状が誘発されたり、急激な発作を引き起こしたり、命に関わる危険な状態に陥ることもあります。

発症や重症化を予防するためには、アレルゲンを回避し、暴露しないことが効果的であるため、患者を取り巻く生活環境等の改善について、正しい知識に基づいた対策を講じることが重要です。

（２） 症状に応じた適切な診療を受けられる体制の確保

ア　アレルギー疾患医療の提供

アレルギー疾患は、適切な治療を受けることで症状のコントロールが可能であるため、患者が居住する地域や年代に関わらず、適切な治療を受けられるよう、診療ガイドラインに基づいた標準的治療の普及が必要です。

イ　アレルギー専門医や医療機関に関する情報の提供

アレルギー疾患の中には、診断が困難な場合や重症で難治性のものもあるため、アレルギー専門医や専門的な医療を提供する医療機関等について、情報提供することが必要です。

（３） 患者やその家族を支援する人材や相談体制の確保

ア　アレルギー疾患患者の支援に関わる連携協力体制の確保

患者が急激な発作やアナフィラキシーショックを引き起こした場合に、緊急の対応が円滑にできるように、患者が利用する保育所、幼稚園、学校等は、医療機関や消防機関等と連携を図り、協力体制を整えておくことが大切です。

また、国や関係機関が設置している相談窓口や医療機関へ相談できるよう、適切な相談窓口の情報を周知することが必要です。

イ　アレルギー疾患患者を支援する人材育成

疾患に対する理解を深める研修や、医療ケアや療養に関する相談に携わるための研修の実施等による人材育成が必要です。

ウ　災害時の対応

アレルギー疾患患者は、災害時において、生活環境等の著しい変化により症状の悪化や適切な自己管理が難しくなることが懸念されます。

施策の方向

（１） アレルギー疾患の発症や重症化の予防

ア　アレルギー疾患に関する知識の普及

患者やその家族が、アレルゲンの回避や適切な自己管理に取り組めるよう、国や関係学会等による最新の知見を踏まえた正しい情報が入手できる体制を整備します。

イ　生活環境におけるアレルゲン等の軽減

日常生活におけるアレルゲンや憎悪因子を回避し、暴露しないための環境改善を図ります。

（２） アレルギー疾患医療の均てん化の促進

ア　医療従事者等の質の向上

かかりつけ医を対象とした診療ガイドラインによる標準的治療の普及を目指した研修等を実施し、適切な医療情報を共有することで、地域におけるアレルギー疾患医療の均てん化を図ります。

イ　アレルギー疾患医療を提供する体制の整備

アレルギー疾患医療の中心的な役割を果たす拠点病院と、かかりつけ医からの紹介が可能な連携病院を指定し、アレルギー疾患患者が、その病状に適した医療を受けられるよう、医療連携体制の構築を図ります。

（３）アレルギー疾患患者の生活の質の維持と向上

ア　疾患に対する正しい理解の普及と相談体制の充実

国、県、関係団体等が作成するガイドラインやマニュアルに基づく正しい理解の普及に取り組むとともに、患者等の支援に関わる関係者を対象とした研修の機会を確保することで、患者に関わる者の知識の向上を図ります。

イ　災害に備えた体制の支援

災害時への対応として、平常時には医薬品等や自助による生活環境の確保の重要性について周知を図り、災害時には避難所でのアレルギー疾患対応に関する情報提供を行います。

第７節　歯科口腔保健対策

現状

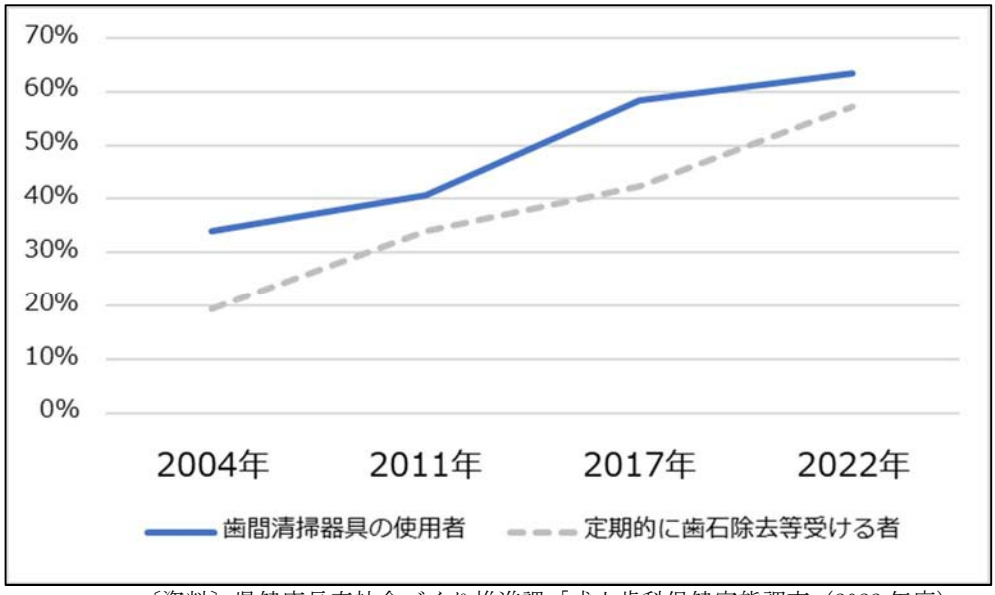
（１）　乳幼児期・学齢期

乳幼児期・学齢期のう蝕は、年々減少傾向にありますが、地域による格差や個人間での格差が生じています。また、口腔機能の発達支援や将来の歯周病対策を見据えた対応もまだ十分な状態ではありません。

（２）　成人期

乳幼児期や学童期と比べて、法に基づく歯科検診（健康診査や健康診断含む）の義務付けがされているものが少ないため、口腔衛生意識の向上が課題となっていましたが、県「成人歯科保健実態調査（2022（令和４）年度）」によると、歯石除去や歯面清掃を定期的に受ける者の割合がおよそ６割に増加していることなどから、ある一定の改善はされているところです。一方で、歯周疾患の罹患率は高い状態が続いており、さらなる対策が必要な状況です。

歯間清掃器具の使用者と定期的に歯石除去等を受ける者の推移



〔資料〕県健康長寿社会づくり推進課「成人歯科保健実態調査（2022 年度）」

（３）　高齢期

「80 歳で 20 本以上の自分の歯を有する者の割合の増加」（県「成人歯科保健実態調査（2022（令和４）年度）」：65.8%）に代表されるように、高齢期の残存歯数は増加しています。また、オーラルフレイルと呼ばれる口腔機能の低下を示す状態に当てはまる者の割合は減少傾向にありますが、高齢者が抱える多岐にわたる健康上の問題は、口腔の状況や機能に相互に影響するため、歯科口腔疾患予防や高齢者個々に応じた機能改善、生活の質の向上を目的とした対策が必要です。

（４） 障害児（者）・要介護高齢者

定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健については、県「障害児（者）の歯科口腔保健に関する調査（2022（令和４）年度）」及び、県「要介護高齢者等の歯科口腔保健に関する調査（2022（令和４）年度）」によると、歯科医師等の訪問による歯科保健医療はどちらも比較的充実していました。（障害児・者：86%、要介護高齢者：78%）

（５） 社会環境の整備

近年、歯科口腔保健と全身の健康との関連が明らかとなってきており、関係職種に対する歯科口腔保健に関する最新の情報提供を行うとともに、糖尿病等の生活習慣病や周術期（がん等の手術前後）の口腔機能管理において、多職種連携による歯科口腔疾患対策の充実強化が必要とされています。

（６） 県民のニーズ

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和 4）年）」によると、歯科の保健医療についての要望としては、「医療保険の適用範囲をもっと広げてほしい」が 59.0%と最も多く、次いで「夜間や休日でも、歯科の治療が受けられるようにしてほしい」が 35.2%、「通院できない高齢者などに対する、歯科医療体制を整備してほしい」が 23.8%となっています。2016（平成 28）年調査結果との比較では、傾向は変わりませんが、「夜間や休日でも、歯科の治療が受けられるようにしてほしい」がやや少なくなっています。

課題

（１） 乳幼児期・学齢期

地域による格差や個人間での格差が生じています。また、口腔機能の発達支援や将来の歯周病対策を見据えた対応もまだ十分な状態ではありません。

（２） 成人期

歯周疾患の罹患率は高い状態が続いており、さらなる対策が必要な状況です。また、オーラルフレイル対策など、将来の口腔機能低下に対するアプローチもまだ十分ではありません。

（３） 高齢期

個々に応じた口腔機能の維持・向上、生活の質の向上を目的とした対策が必要です。

（４） 障害児（者）・要介護高齢者

施設在地による地域差が生じています。また、摂食嚥下機能に関する支援の充実も必要な状態です。

（５） 社会環境の整備

糖尿病等の生活習慣病の口腔機能管理において、多職種連携による歯科口腔疾患対策の充実強化が必要とされています。

施策の方向

（１） 歯・口腔に関する健康格差の縮小

社会における地域格差や経済格差による歯・口腔に関する健康格差の縮小を目指し、その状況の把握に努めるとともに、地域や集団の状況に応じた効果的な歯科口腔保健施策に取り組み、健康格差の縮小を目指します。

（２） 歯科疾患の予防

う蝕、歯周病等の歯科疾患がない社会を目指して、広く県民に歯科疾患の成り立ち及び予防方法について普及啓発を行うとともに、歯・口腔の健康を増進する一次予防に重点を置いた対策を総合的に推進します。

また、歯科疾患の発症・重症化リスクが高い集団に対する歯・口腔の健康に関連する生活習慣の改善や歯の喪失の防止等ができるようにする取組を組み合わせることにより、効果的な歯科疾患の予防・重症化予防を実現します。

（３） 口腔機能の獲得・維持・向上

食べる喜び、話す楽しみ等のＱＯＬ（生活の質）の向上等のために、口腔機能の獲得・維持・向上を図るには、各ライフステージにおいて適切な取組が重要です。特に、乳幼児期から青年期にかけては良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能の獲得を図る必要があります。壮年期から高齢期においては、口腔機能の維持を図るとともに、口腔機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが重要です。

（４） 定期的に歯科健診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健

障害者・障害児、要介護高齢者等で、定期的に歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。）又は歯科医療を受けることが困難な者に対しては、在宅で生活する者も含めて、その状況に応じて、歯科疾患の予防や口腔機能の獲得・維持・向上等による歯科口腔保健の推進を図っていく必要があります。

（５） 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備

歯科口腔保健に関する施策を総合的に推進していくため、歯科口腔保健の推進に関わる人材として、歯科専門職を配置し、資質の向上を図ります。

あわせて、歯科医療又は保健指導に係る業務に従事する者等に対する情報の提供、研修の実施その他の支援を推進します。また、歯科疾患等の早期発見等を行うため、国の動向を踏まえつつ、定期的な歯科検診の機会の拡充等の体制整備に取り組みます。

第８節　血液の確保・適正使用対策

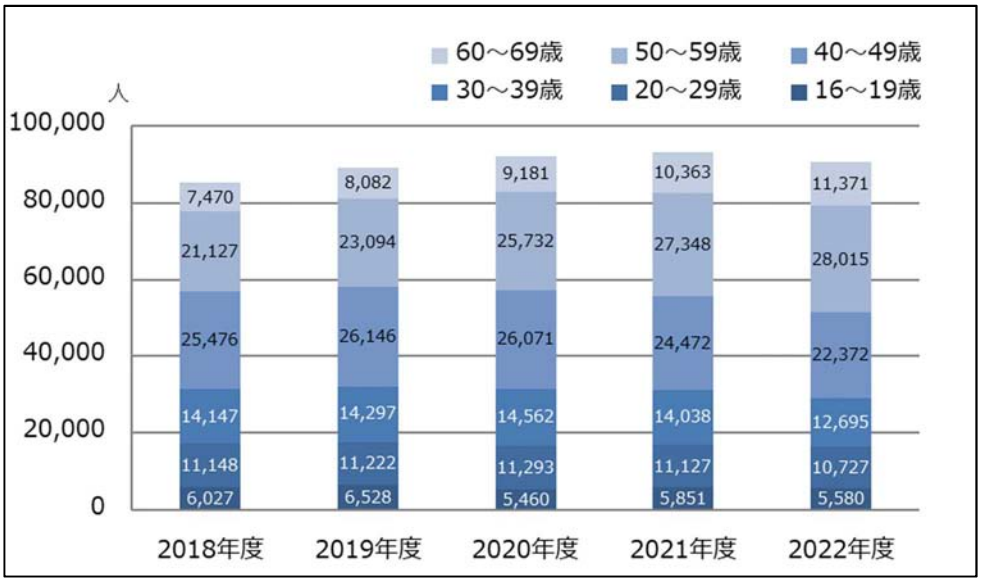
現状

（１） 少子高齢化等の影響により、医療現場での血液需要が年々増加する一方で、献血可能人口は減少する傾向にあります。

（２） 血液製剤は、ヒトの組織の一部である血液から製造しており、ウイルス感染等のリスクを全くなくすことはできません。

（３） 血液製剤は、有限かつ貴重な献血を原料として製造されています。

本県の過去５年間の年代別献血者数



〔資料〕群馬県赤十字血液センター調べ

課題

（１） 献血可能人口は減少する傾向にある中、このため長期にわたり安定的かつ持続的に献血者を確保することが重要な課題となっています。

（２） 血液製剤の安全性、製造効率、医療機関需要の観点から、献血を推進する上では、400mL 全血献血と成分献血を一層普及する必要があります。

（３） 血液製剤の使用に際しては、他に代替の措置がない場合に限り、最低限の数量を使用するなど、医療機関における適正使用が求められています。

施策の方向

（１） 献血の意義を理解し、献血に協力していただくための普及啓発を推進します。特に、長い将来にわたり血液供給を担う若年層に対して、献血への理解と協力を積極的に呼びかけます。

（２） 血液製剤のリスクを低減するため、400mL 全血献血及び成分献血への協力の呼びかけや複数回献血者増加に向けた取組を推進します。

（３） 医療機関に対して、輸血療法における血液製剤の適正使用についての理解と協力を求めます。

第９節　医薬品等の適正使用対策

１　医薬品等の安全性確保

現状

（１） 医薬品や医療機器は、人の生命や健康に直接関与するものであるため、品質、有効性及び安全性が確保された状態で流通し、医療現場等で患者に適切に使用されなければ、目的とする効能効果や機能が得られません。

（２） 強壮系やダイエット系等の多種多様な健康食品が店頭やインターネットで販売されています。

（３） 医薬品の製造技術は目覚ましい進歩を遂げ、製造方法が高度で複雑になっています。さらに、流通がグローバル化しているため、製造業者には国際基準に対応した厳格な製造管理や品質管理が求められています。

（４） 少子高齢化が進み、増大する医療費を抑制するため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の普及が進められ、その製造が積極的に行われています。

課題

（１） 医薬品や医療機器について、製造から販売に至るまで、切れ目のない監視指導が求められています。

（２） 不正に医薬品成分を含む健康食品や根拠のない医薬品的効能効果を標榜する健康食品がインターネット等で販売されています。

（３） 医薬品製造業者に対して適切な監視指導が行えるように、国際基準に対応した高度な専門性が監視員に求められています。

（４） ジェネリック医薬品は、先発品と有効成分が同じですが、原料や製造方法等が完全に一致しないことから、品質や有効性に対する監視指導が求められています。また、近年、医薬品の承認書と製造実態の相違等の不適正事案の発生が続いており、全国的にジェネリック医薬品の供給が不安視されています。

施策の方向

（１） 医薬品等の品質、有効性及び安全性を確保し、製品の使用による健康被害の発生を未然に防止するため、製造販売業者、製造業者、薬局、医薬品販売業者等に対して監視指導を行い、製品の品質管理の徹底及び市販後の安全管理体制の強化を図ります。

（２） インターネットや店舗で流通している健康食品の買上検査や広告監視を行い、不正な健康食品の流通を取り締まることで、健康被害の発生を未然に防止します。

（３） 国際基準に対応した製造管理や品質管理を導入している医薬品等の製造業者に対して、監視員が国際基準レベルの監視指導が出来るように、監視体制の整備や充実を行うとともに、監視員を継続的に教育訓練してレベルアップを図ります。

（４） 使用促進が図られているジェネリック医薬品の規格検査を行い、品質や有効性を確認し、製造業者への監視指導を強化することでジェネリック医薬品の信頼性の向上を図ります。

２　かかりつけ薬剤師・薬局の推進

現状

（１） 2015（平成 27）年 10 月、厚生労働省が「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へを目標とした「患者のための薬局ビジョン」を策定し、2025（令和７）年度までに、全ての薬局をかかりつけ薬局とすることとしています。

（２） 「患者のための薬局ビジョン」を実現し、患者に信頼される薬剤師・薬局となることを目指すため、県は、2019（平成 31）年３月に県薬剤師会と連携し、群馬県の地域の実情に合わせた「群馬県薬局ビジョンガイドライン」を策定し、実現に向けた取組を加速しています。

（３） 2021（令和３）年８月からは、患者自身に適した薬局を選択できるよう、特定の機能を有すると認められる薬局の認定制度が創設され、入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局等）の整備に取り組んでいます。

（４） 県民がかかりつけ薬剤師・薬局を持つことで、自ら健康管理を行い、必要な医療サービスを受けることができ、医薬品を適正に使用することが期待できます。

課題

（１） 県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、「かかりつけ薬剤師・薬局」を決めている県民は 41.3%であり、引き続き、より多くの県民がかかりつけ薬剤師等を活用できる環境整備に取り組むことが必要です。

（２） 在宅医療において、患者への重複投与による副反応の防止や、飲み忘れ、誤った服薬等の防止など効果的な薬物療法を行うため、医療関係の多職種との連携の推進が求められています。

（３） 薬局が医療提供施設として位置づけられ、いわゆる処方せんによる調剤業務だけでなく、在宅医療や地域医療における医薬品等の供給拠点や健常者の健康管理の拠点としての役割が求められています。

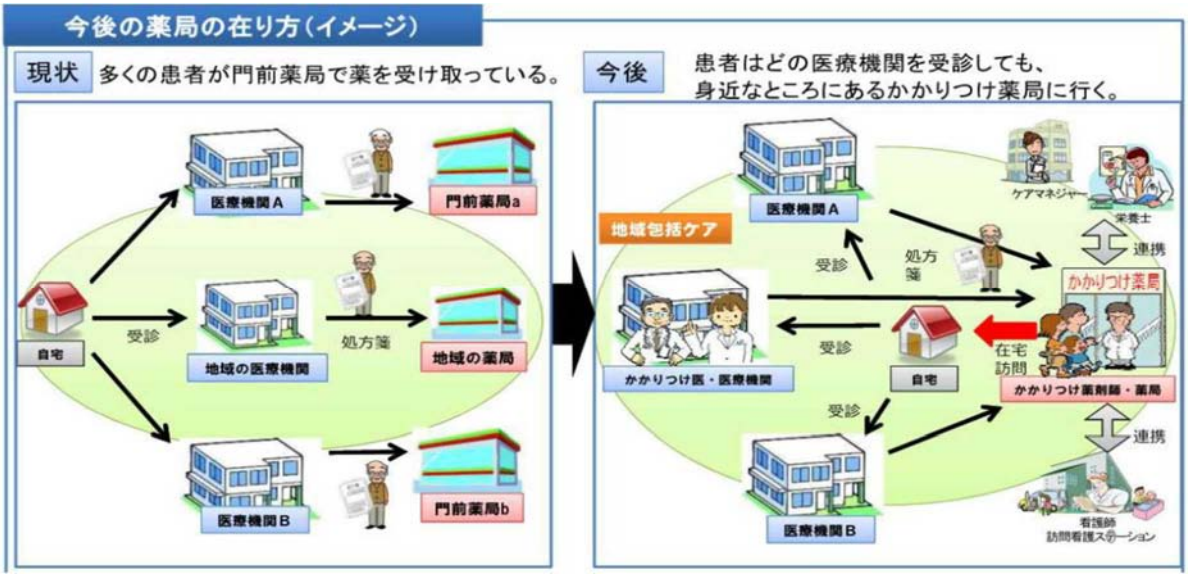
施策の方向

（１） 「患者のための薬局ビジョン」を実現するため、県薬剤師会等の関係団体と連携し、高齢者保健事業、健康寿命延伸に貢献することのできる薬剤師・薬局になるための機能強化に取り組みます。

　また、「かかりつけ薬剤師・薬局」を推進するため、「薬と健康の週間」の実施や、各種健康イベント等を開催し、県民の理解を深めるための普及啓発活動を実施します。

（２）　地域包括ケアシステムの一翼を担うことのできる薬局となるため、在宅患者等の服薬指導や薬剤の保管状況の管理など、効果的な薬物療法を行えるよう医療関係の多職種との連携を推進するためにも、入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局等）の整備に取り組みます。

（３）　県民から信頼される「かかりつけ薬剤師・薬局」となるため、患者の情報の一元化や服薬指導を徹底するほか、一般用医薬品等の活用により軽度な身体の不調は自分で手当てするという考え方に基づくセルフメディケーションを推進し、県民の健康増進を図ります。



〔資料〕厚生労働省「全国薬務主管課長会議資料（2016 年度）」

３　医療用麻薬の適正使用

現状

（１） 麻薬は乱用すると、人の身体に大きな害を及ぼすばかりでなく、凶悪事件の元凶となるなど、社会的にも大きな影響を及ぼします。その一方で、医療用麻薬として適正に投与されれば、がん等の耐え難い痛みから患者を救うことができ、現在では、疼痛緩和医療の分野には、なくてはならない医薬品となっています。

（２） がん対策基本法（2007（平成 19）年４月施行）及び群馬県がん対策推進条例（2010（平成 22）年 12 月施行）において、がん患者の疼痛緩和医療が明記されました。厚生労働省「麻薬・覚醒剤行政の概況（2022（令和４）年）」によると、国内における医療用麻薬の需要は増加傾向が認められますが、医療用麻薬の使用量は、欧米諸国と比べると、なお低い水準にあります。

課題

（１） 今後、在宅医療も含めた医療の現場において、必要十分な量の医療用麻薬が使用されるよう、適正な使用と管理について、より一層推進していく必要があります。また、在宅医療における医療用麻薬の使用推進を図るため、県内の拠点薬局（５か所）に設置された共同利用が可能な無菌調剤室の活用を含め、各薬局における無菌調剤実施体制の整備を推進していく必要があります。

（２） 医療用麻薬の使用を推進する必要がある一方、麻薬の取扱いは、麻薬及び向精神薬取締法により厳しく規制されていることから、医療関係者に対し、その特殊性を考慮に入れた正しい知識や管理の普及啓発を行う必要があります。

施策の方向

（１） 各種講習会等を通じ、医療関係者に対し、麻薬使用による疼痛緩和医療についての知識の普及啓発を推進します。

　また、県内の拠点薬局に整備された共同利用が可能な無菌調剤室の活用促進や無菌調剤実務講習会等を通じ、在宅医療を含めた医療の現場において、医療用麻薬が使用しやすい体制の整備を推進します。

（２） 医療用麻薬等の取扱施設に対する立入検査の実施等を通じて、麻薬の適正使用・管理に関する監視指導を徹底します。

第 10 節　医療の安全の確保

1　医療事故・院内感染の防止

現状

（1） 医療法等では、すべての病院、診療所及び助産所の管理者に、安全管理や院内感染対策のための指針の作成及び院内委員会の設置、職員に対する研修の実施、医療事故の情報収集・分析・再発防止策の実施等、医療の安全を確保するための措置の実施を義務付けています。

本県では、医療機関の開設手続や医療法に基づく医療監視等において、これらの実施状況について確認し、必要な改善指導を行っています。

（2） 院内感染のアウトブレイク（一定期間内に、限られた範囲内、あるいは集団の中で、特定のウイルスや細菌による感染症の患者数が予想以上に多く発生すること）が発生した場合は医療機関から地域の保健所に報告され、直ちに助言・指導を行うとともに、県衛生環境研究所が院内感染起因微生物の検体検査を実施できる体制を整備しています。さらに、県医師会等の協力を得て、医療機関からの求めに応じて、専門的な立場から個々の院内感染対策を評価する仕組みを整備しています。

（3） 医療事故に係る法律上の調査の仕組みとして、「医療事故調査制度」があります。これは、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析すること等により医療事故の再発防止につなげるものです。対象となる医療事故は、「医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの」になります。

課題

（1） 医療の安全を確保するための措置が実施されているか、定期的に確認するとともに、必要な助言・指導を行う必要があります。

また、医療機関従事者等に対して、情報提供や意識啓発等を行う必要があります。

（2） 院内感染対策について、地域の医療機関が連携して院内感染対策を行う体制を整備する必要があります。

（3） 医療事故調査制度が円滑に実施される環境を整備する必要があります。

施策の方向

（1） 医療機関の開設手続の際や医療法に基づき毎年度実施する医療監視等を通じて、医療機関の構造設備や医療従事者の確保、医療機器の保守点検を含めた安全管理対策等を確認・指導するとともに、医療安全対策や院内感染対策について、医療機関における自主的な取組を促進するため、適切な助言・指導を行います。

また、関係団体等と連携を図りながら、医療機関従事者を対象とした研修会等を開催し、医療安全や院内感染に対する情報提供、意識啓発及び従事者の資質向上を図ります。

（2） 院内感染対策について、個々の医療機関における組織的な取組に加え、通常時から地域の医療機関が連携し、適切な院内感染対策を行うための体制づくりを支援します。

（3） 医療事故調査制度が円滑に実施されるよう、必要な周知・啓発を図ります。

２　医療相談体制の充実

現状

（１） 本県では、各二次保健医療圏に医療相談窓口を設置するとともに、2003（平成 15）年４月から県医務課に「群馬県医療安全相談センター」を設置し、医療の知識・経験を有する相談員２名を配置して、医療に関する患者・家族からの苦情・相談等に迅速に対応しています。

また、必要に応じて医療機関に苦情・相談等の情報を提供することで、医療機関における患者サービスの向上を図るなど、医療の安全と信頼を高める取組を行っています。

（２） 県民の医療に関する関心の高さを背景に、年間相談件数は 2003（平成 15）年度の 837 件から増加し、近年は約 1,300 件前後で推移しています。相談内容は、健康や病気に関することや医療行為や医療内容に関することが多く、よくある相談や医療機関の上手なかかり方について県ホームページで公開しています。

（３） 医療安全相談センターの円滑な運営を図るため、医師、歯科医師、弁護士等の委員で構成される「群馬県医療安全推進協議会」を設置し、医療安全相談センターの運営及び対応困難事例等についての協議・検討を行っています。

群馬県医療安全相談センター相談実績　（単位：件）

年度	2018	2019	2020	2021	2022
相談件数	1,433	1,406	1,287	1,253	1,193

〔資料〕県医務課調べ

課題

（１） 様々な相談や苦情に迅速に対応するとともに、患者・家族と医療機関との信頼関係の構築を適切に支援する必要があります。

（２） 医療に関する相談や苦情の内容の多様化に対応するため、相談窓口において相談技能の向上や資質の向上を図る必要があります。

（３） 専門的な相談や苦情に対して適切な助言を行えるよう、医療相談窓口をより一層強化する必要があります。

施策の方向

（１） 中立的な立場で、患者・家族と医療関係者・医療機関の信頼関係の構築を支援するために、医療に対する苦情・相談等への対応、医療安全の確保に関する必要な情報の提供に引き続き取り組みます。

（２） 厚生労働省が実施する研修を相談員２人が引き続き受講し、事例研究等に取り組む全国研修会等に参加することにより、相談員の相談技能の向上や資質の向上を図ります。

（３） 多様化する患者・家族からの医療相談等に対し、効果的な対応が行えるよう、医療関係団体や関係機関との連携を強化し、医療相談窓口の一層の充実を図ります。

第 11 節　公立病院改革

現状

（１） 県内には 15 の公立病院があり、設置主体別では、市町村・一部事務組合立が 11 病院、県立が４病院あります。公立病院は、政策的な医療や不採算の医療分野も担う地域の基幹的な医療機関として、本県の医療提供体制において重要な役割を果たしています。

群馬県内の公立病院

医療機関名	二次保健医療圏
群馬県立心臓血管センター	前橋保健医療圏
群馬県立小児医療センター	渋川保健医療圏
群馬県立精神医療センター	伊勢崎保健医療圏
伊勢崎市民病院	
公立碓氷病院	高崎・安中保健医療圏
公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
藤岡市国民健康保険鬼石病院	
公立富岡総合病院	富岡保健医療圏
公立七日市病院	
下仁田厚生病院	
西吾妻福祉病院	吾妻保健医療圏
吾妻広域町村圏振興整備組合立中之条病院	
桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
群馬県立がんセンター	太田・館林保健医療圏
公立館林厚生病院	

（２） 本県では、国の「公立病院改革ガイドライン（2007（平成 19）年）」や、「新公立病院改革ガイドライン（2015（平成 27）年）」を踏まえ、公立病院改革を進めてきました。

また、国が 2022（令和４）年に「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」を策定したことを踏まえ、県内各公立病院においては「公立病院経営強化プラン」の策定が 2023（令和５）年度までに行われました。

課題

今後も各地域において持続可能な医療提供体制を確保していく観点から、各公立病院は、新たに策定した「公立病院経営強化プラン」に基づいた取組を進めるとともに、民間医療機関を含めた各医療機関との連携をさらに強化していく必要があります。

施策の方向

本県の公立病院における経営効率化、ネットワーク化の進捗状況及び地域医療構想を踏まえ、引き続き、公立病院改革の推進に取り組みます。

第 12 節　地域医療支援病院の整備等

1　地域医療支援病院の整備

現状

（1） 地域医療支援病院は、切れ目のない医療体制と在宅医療を推進していくため、紹介患者に対する医療提供や医療機器等の共同利用等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する役割を担っている病院です。

また、地域医療支援病院は、地域の医療従事者に対する研修機能を有することから、原則二次保健医療圏ごとに整備する必要があります。

（2） 県内では、2023(令和 5)年度時点で、13 病院が地域医療支援病院の承認を受けています。また、各地域医療支援病院の業務状況については、県ホームページで公表しています。

群馬県内の地域医療支援病院　（2023（令和５）年度時点）

医　療　機　関　名	二次保健医療圏
前橋赤十字病院	前橋保健医療圏
群馬県立心臓血管センター	
群馬県済生会前橋病院	
独立行政法人地域医療機能推進機構　群馬中央病院	
独立行政法人国立病院機構渋川医療センター	渋川保健医療圏
伊勢崎市民病院	伊勢崎保健医療圏
一般社団法人伊勢崎佐波医師会病院	
独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター	高崎・安中保健医療圏
(医社)日高会日高病院	
公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院	太田・館林保健医療圏
公立館林厚生病院	

課題

各地域には、構造設備や医療従事者に対する研修機能を有する中核的病院がありますが、国が定める承認要件（患者紹介や救急搬送患者の受入件数等）を満たす病院は限られており、一部の二次保健医療圏では未整備となっています。

施策の方向

地域医療支援病院のない二次保健医療圏にあっては、医療機関相互の役割分担や連携の推進、医療従事者に対する研修の充実等を図るなど、当該圏域の中核的病院について、地域医療支援病院の整備を促進するよう取り組みます。

２　社会医療法人の役割

現状

（１） 社会医療法人は、救急医療やへき地医療、周産期医療など特に地域で必要な医療（救急医療等確保事業）の提供を担う医療法人で、救急医療等確保事業を行うために必要な設備や体制を有するものとして、知事の認定を受けた法人です。

（２） 県内では、2023(令和５)年度時点で、３法人が社会医療法人の認定を受けています。

群馬県内の社会医療法人認定　（2023（令和５）年度時点）

保　健 医療圏	所在地	開設者	認定日	認定を受けた業務の区分（救急医療等確保事業）				
				救急 医療	災害 医療	へき地 医　療	周産期 医　療	小児救急 医療
沼田	沼田市	社会医療法人 輝城会	2009 年 7 月 1 日	○		○		
伊勢崎	伊勢崎市	社会医療法人 鶴谷会	2021 年 4 月 1 日	○				
太田 ・館林	館林市	社会医療法人 社団慶友会	2022 年 8 月 1 日	○				

課題

社会医療法人は、公益性が高く採算性の低い医療を担う代わりに、一定の収益事業を行うことも可能とされ、医療保健業の法人税等が非課税となるなどの優遇措置があります。

このため、社会医療法人が、救急医療等の実績、公的な運営に関する要件及び解散時の残余財産の帰属先などについて、要件を満たしているか、確認する必要があります。

施策の方向

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するため、社会医療法人が救急医療等確保事業において役割を果たせるよう、県として事業の実施状況や必要な取り組みを確認していきます。

第 13 節　群馬大学との連携

現状

（１） 群馬大学は、県内唯一の医師養成機関として、本県の地域医療を支える医師の養成・確保のほか、最先端医療のための研究・治験等といった役割を担っています。

（２） これまでも県と連携して医師確保対策の取組を進めており、地域医療に従事する医師の養成・確保を図るため、医学部定員に地域医療枠を設置するとともに、群馬県地域医療支援センターを設け、県内の医療機関や地域における医師不足の状況等の把握・分析や、地域医療を担う医師のキャリア形成、若手医師の県内定着や医師の偏在解消などに取り組んでいます。

（３） また、群馬大学医学部附属病院は特定機能病院の承認を得ている県内唯一の医療機関であるとともに、2010（平成 22）年には国内の大学に最初に設置された世界最先端のがん治療装置を用いて重粒子線治療を開始するなど、最先端医療を担っています。

【特定機能病院とは】

- 特定機能病院は、医療法第４条の２の規定に基づき、高度な医療の提供や高度な医療に関する研修等を実施する能力を備え、それにふさわしい人員配置や構造設備等を有するものとして承認された病院です。
- 1993（平成５）年から制度化され、2022（令和４）年 12 月現在、全国で 88 病院あります。

課題

医師少数県である本県においては、より一層の若手医師確保やその養成に向けて、群馬大学との連携をより強化していくことが求められています。

施策の方向

群馬大学と地域の医療関係者、市町村等とのつながりを深め、関係者が一体となって地域住民が求める未来を担う若手医師の育成と県内定着に向けた取組を支援します。

第 14 節　医療に関する情報化

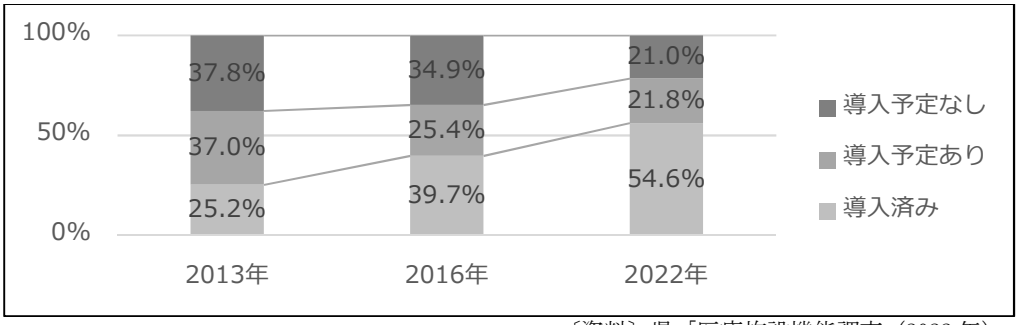
1　医療情報の連携・ネットワーク化の推進

現状

（１） 国は、ICT を活用したネットワークを構築することで、地域における質の高い医療の提供に寄与する取組を進めています。具体的には、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの整備や、情報システム間で情報連携を円滑に行うための医療情報の標準化、広域な医療情報連携を行うための実証事業等を実施しています。

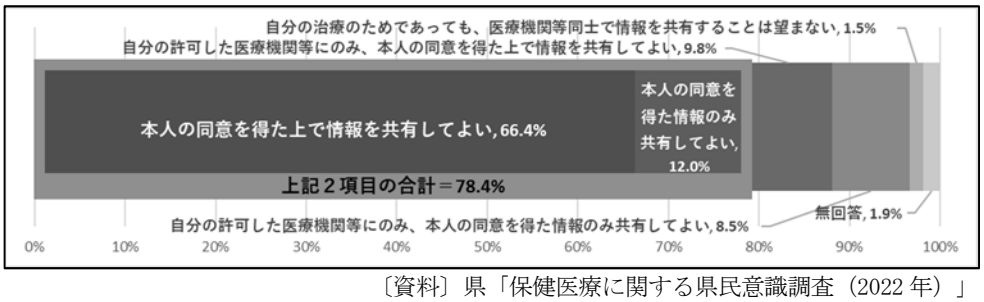
（２） 本県においても、医療分野における ICT の活用が進みつつあります。例えば、県内の医療機関のうち、2024（令和６）年２月 11 日時点で、９割以上がマイナンバーカードの健康保険証利用に参加（※）しています。県内病院における電子カルテの導入についても、2022（令和４）年時点においては 54.6%と、半数を超え、医療の情報化が進んでいます。

県内の病院における電子カルテの導入率の推移



〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年）」
〔※〕厚生労働省「マイナンバーカードの健康保険証利用対応の医療機関リスト」

（３） また、診療録や症状等の情報を医療機関等が共有することについて、県民の 78.4%の方が、同意があれば共有してよいとしており、県民の多くが理解を示しています。



〔資料〕県「保健医療に関する県民意識調査（2022 年）」

課題

県民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、マイナンバーカードの健康保険証利用や電子処方箋の導入等をはじめとする医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護含む）の利活用を積極的に推進する必要があります。

施策の方向

国において様々な議論が行われており、それらを注視しつつ、本県における医療情報の連携・ネットワーク化を推進します。

２　医療・薬局機能、介護サービス情報の提供

現状

（１） 医療・薬局機能情報の提供

ア　住民や患者が医療機関を適切に選択するためには、医療機関等が有している医療機能についての情報が必要となっています。

イ　国は、良質な医療を提供する体制の確立を図るために、病院・診療所・助産所及び薬局（以下「病院等」という。）は、当該施設の有する医療機能及び、薬局に関する情報（以下「医療・薬局機能情報」という。）を県に報告するとともに、報告した情報を各病院等において閲覧に供することとしています。

ウ　本県では、病院等の管理者から報告された医療機能・薬局に関する情報を厚生労働省が設置する医療情報ネットによりインターネットで公開しています。

エ　公表している情報は、病院等の基本情報（病院等の名称、所在地、診療科目、診療日、診療時間）のほか、設備、専門医、対応可能な疾患などとなっています。

オ　基本情報は随時、その他の情報は毎年１回定期的に更新しています。

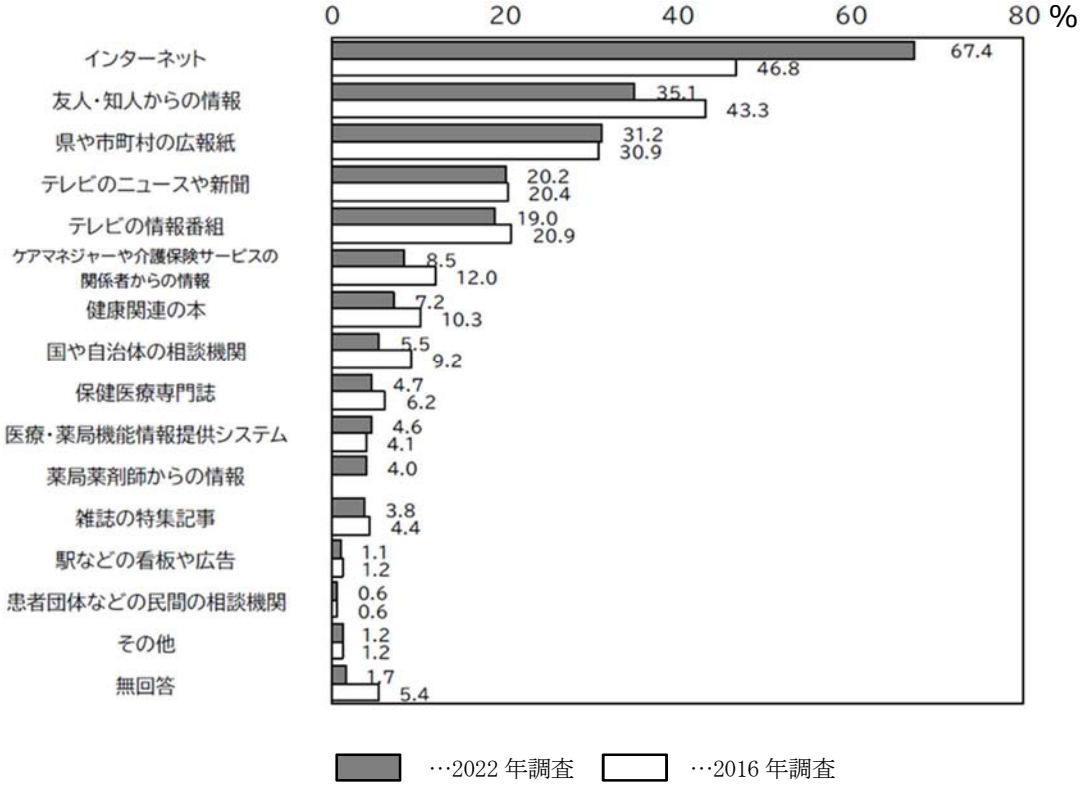
（２） 介護サービス情報の提供

ア　病院等を退院された人や通院中の人などが、介護保険サービスの利用を必要とする場合に、介護保険施設（特別養護老人ホームなど）や介護サービス事業所（デイサービスなど）の選択に当たって、利用者や家族などを支援するため、国が整備したインターネットによる検索サイト「介護サービス情報公表システム」を県が運営し介護サービス事業所等の情報を公表しています。

イ　公表している情報は、基本情報（法人情報、所在地、従業者数、サービス内容及び利用料等）と運営情報（利用者権利擁護、外部機関等との連携、安全・衛生管理、従業者教育及びサービスの質の確保の取組等）です。

保健や医療の情報の入手手段

医院（診療所）や病院で情報を入手する以外に、保健や医療に関する情報をどのような方法で入手しようと思いますか。（３個まで回答）



〔資料〕県「保健医療に関する県民意識調査（2022 年）」

課題

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和４）年）」によると、保健や医療に関する情報の入手方法として「インターネット」と回答した割合は 67.4%で最も多くなっています。今後もインターネット等を活用し、医療・薬局機能情報を迅速かつ確実に収集し、提供することが求められています。

また、介護サービス情報の提供について、システムや県のホームページなどで介護保険サービスの利用者や事業者が必要とする情報を迅速かつ確実に提供することが求められています。

施策の方向

病院等との情報共有等により、医療・薬局機能情報等を迅速かつ確実に収集できる体制の整備に努めます。また、今後も、医療情報ネットや介護サービス情報公表システム等を活用して、医療や介護に係る様々な情報を効率的に提供できる体制を目指します。

３　地域連携クリティカルパス

現状

（１） 地域連携クリティカルパスは、急性期から回復期、維持期、在宅療養に至る各ステージで、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いる診療計画表です。診療の標準化・効率化や早期の在宅復帰、円滑な地域医療連携等につながるため、切れ目のない医療を提供するツールとして期待されています。

（２） 関係者間で地域連携クリティカルパス導入の必要性やメリットについて認識を共有することなどにより、普及を図ることが必要です。

（３） 県では、2007（平成 19）年度から地域連携クリティカルパスのモデル事業を実施し、主要な疾病について、地域連携クリティカルパスの導入を促進しています。

本県の地域連携クリティカルパスの導入状況

疾病	医療機関数		
	病院	診療所	合計
がん	44	205	249
脳卒中	42	45	87
急性心筋梗塞	7	30	37
糖尿病	12	78	90
大腿骨頸部骨折	35	2	37

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022 年度）」

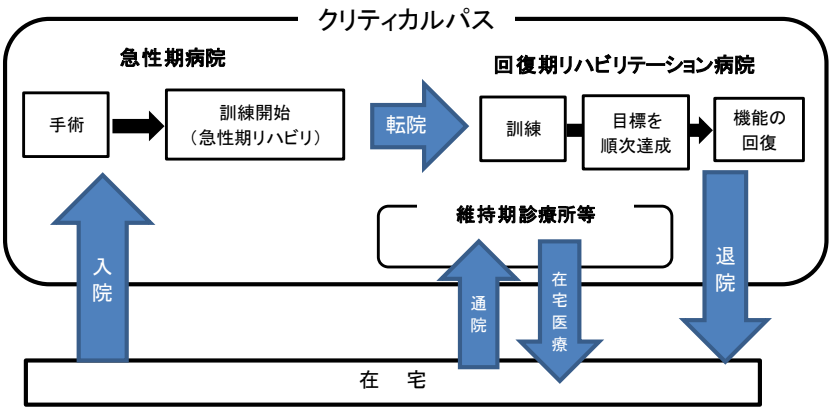
課題

円滑な医療連携体制や効率的で質の高い医療提供体制を構築するためには、本県における地域連携クリティカルパスの導入を一層促進していく必要があります。

施策の方向

引き続き、関係団体とも連携しながら地域連携クリティカルパスの普及を促進します。

地域連携クリティカルパスによる診療の流れ（例）



第 15 節　遠隔医療の推進

現状

（１） 遠隔医療は、専門医が他の医師の診療を支援する Doctor to Doctor (D to D)と、医師が遠隔地の患者を診療する Doctor to Patient (D to P)とに大別されます。

（２） D to D の遠隔医療については、ICT や通信インフラ等の進展に伴い、従来から行われてきた画像診断に加え、術中迅速病理診断、コンサルテーション、カンファレンス、遠隔救急支援等、利活用の範囲が広がってきています。県「医療施設機能調査（2022年）」によると、37.0%の病院が遠隔画像診断システムを、4.2%の病院が遠隔病理診断システムを導入しています。

（３） D to P の遠隔医療については、新型コロナウイルス感染症がまん延する中、厚生労働省は、2020（令和２）年４月からオンライン・電話による診療を時限的に規制緩和しました。本県でも 300 を超える医療機関がこれに対応し、2023（令和５）年７月にこの取扱いは終了しました。

これと並行し、2022（令和４）年度診療報酬改定では、従来の再診にかかるオンライン診療料が廃止され、情報通信機器を用いた診療に係る評価が初診料、再診料ともに新設されました。本県では、2024（令和６）年１月時点で 145 の医療機関が情報通信機器を用いた診療に係る施設基準の届出を行っています。

課題

（１） 遠隔医療は、医療資源の少ない地域や感染症発生時等における医療の確保、効率的・効果的な医療提供体制の整備、医療従事者の働き方改革、といった課題の解決に役立つと期待されています。

（２） へき地医療や在宅医療において、情報通信技術を活用した遠隔医療が期待されていますが、患者に対する安全性の確保や導入コスト、運用に当たっての体制の整備等が課題とされています。

（３） 国は、新型コロナウイルス感染症による時限的なオンライン・電話による診療の特例措置の一部を恒久化しました。遠隔医療特有のメリットを活かして患者のニーズに応えられるよう、新しい医療の形を広く普及させることが求められています。

施策の方向

（１） 情報通信技術を応用した遠隔医療を実施することにより、医療の地域格差を解消し、医療の質及び信頼性を確保することを目的に、在宅患者用遠隔診療装置等の遠隔医療の実施に必要な機器の整備に対して補助を行い、体制整備を推進します。

（２） 本県では 2022（令和４）年度に、過疎地域におけるオンライン診療モデル事業及びオンラインを活用した妊婦健診モデル事業を、2023（令和５）年度に、医師不在地域におけるオンライン診療モデル事業を実施しました。県民が安心して遠隔医療サービスを享受できるよう、モデル事業の実施等を通じて、オンライン診療の体制構築に努めます。

（３） 県内医療関係者や県民が、オンライン診療の利用方法等を共有し理解を深めることを目的に、普及・啓発活動に努めます。

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

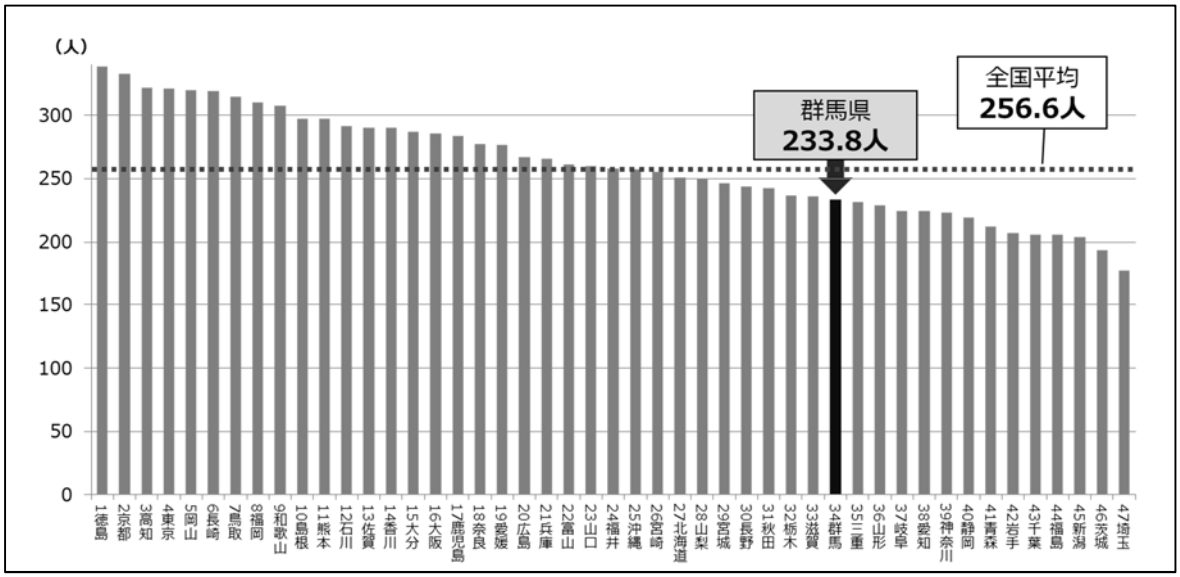
(１) 医師総数の状況

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解消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）」

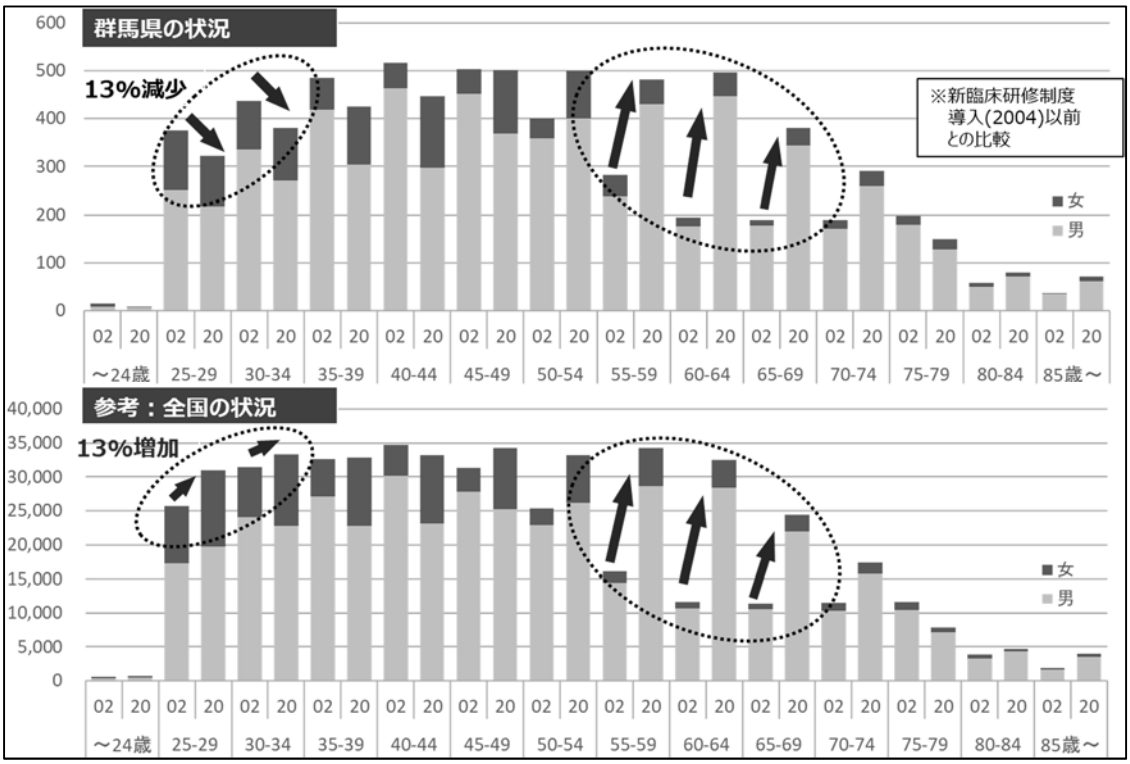
イ　年齢別医師数の状況

「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）



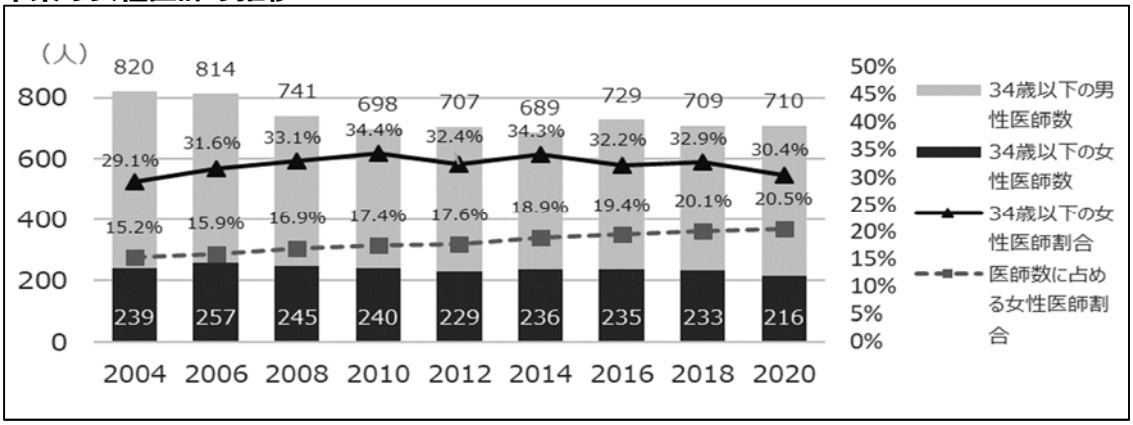
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

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

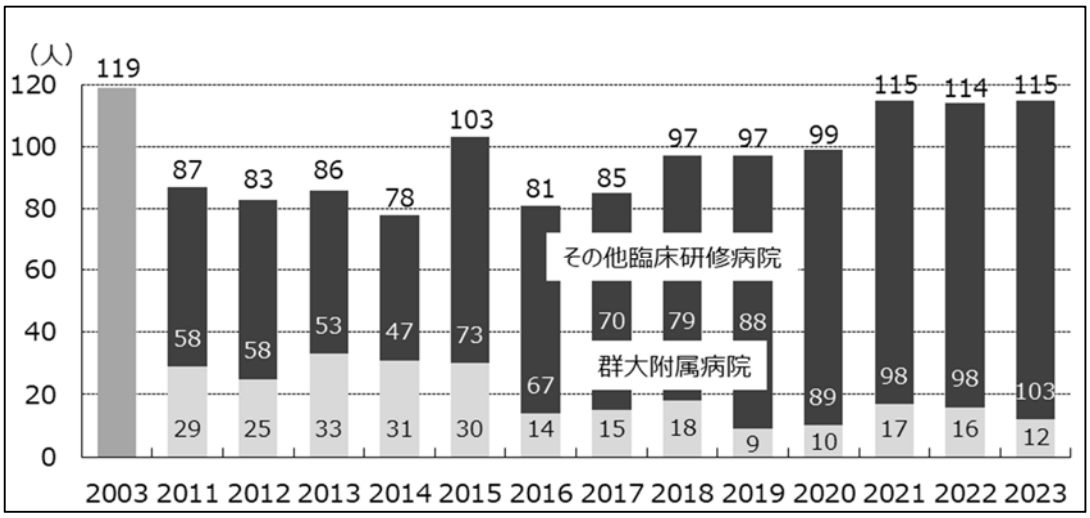
ア　臨床研修医の状況

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。

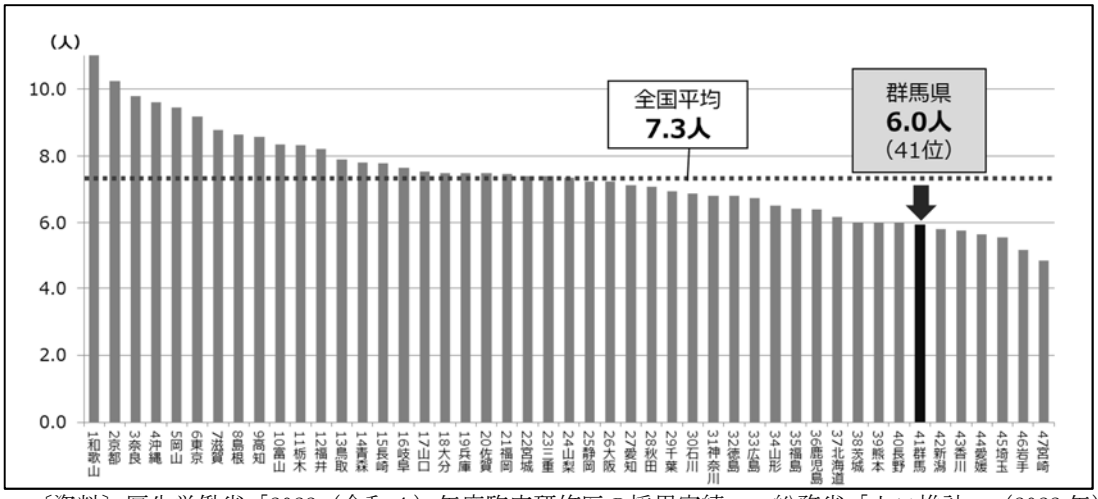
県内の病院で臨床研修を受けてもらうことは、当該医師が県内に定着する可能性が高まることから、医師確保の観点として重要です。特に、群馬大学医学部附属病院においては、2016（平成 28）年以降、現在に至るまで採用者数が低迷しており、さまざまな取組により魅力を向上し、採用者数の増加につながることが期待されます。

臨床研修医の採用実績の推移（年度別・施設別）　※2003 年は臨床研修必修化前



〔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）



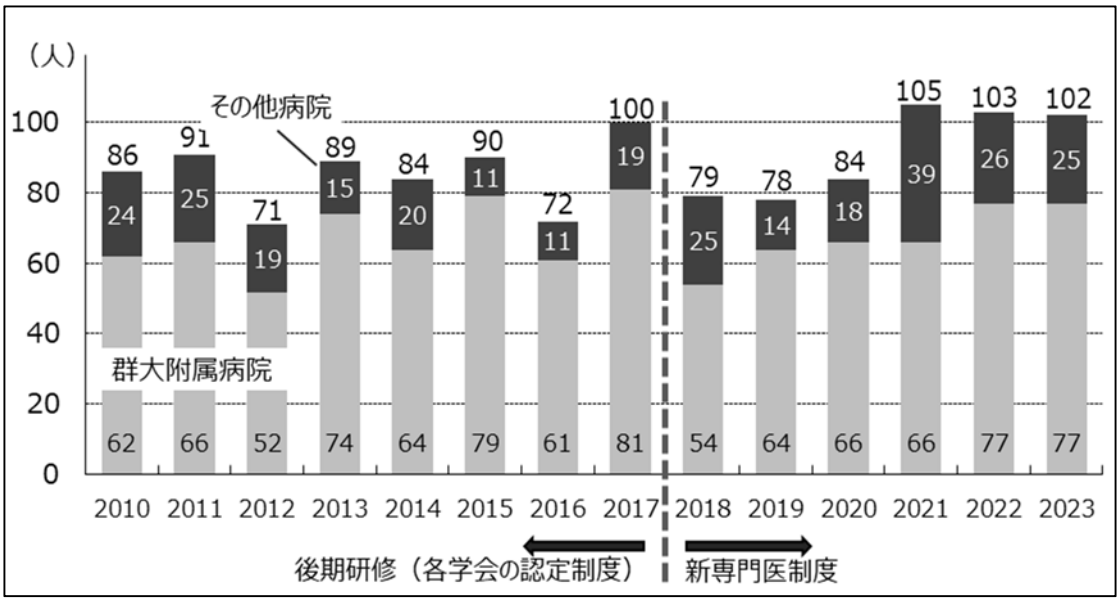
〔資料〕厚生労働省「2022（令和４）年度臨床研修医の採用実績」、総務省「人口推計」（2022 年）

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）



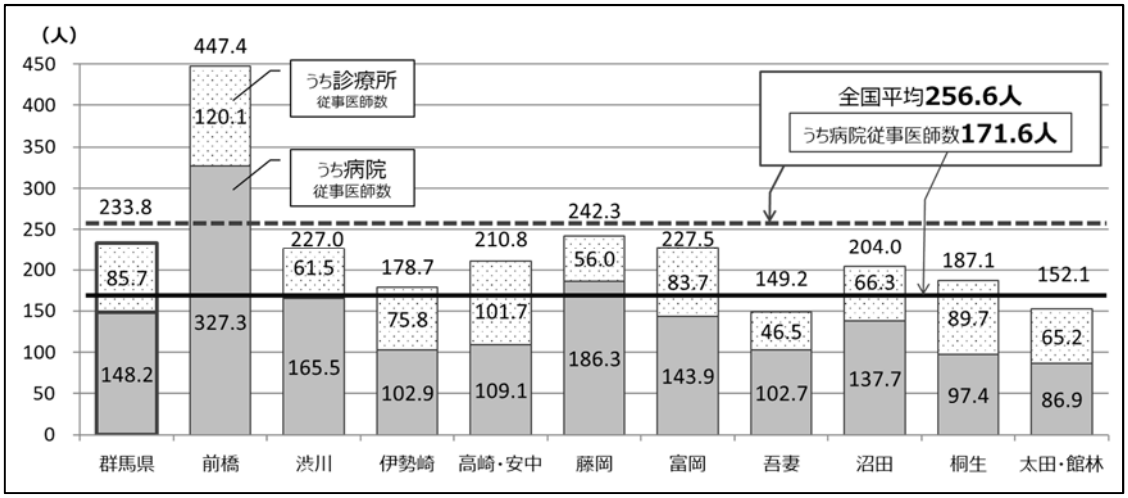
〔資料〕県医務課調べ

（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）



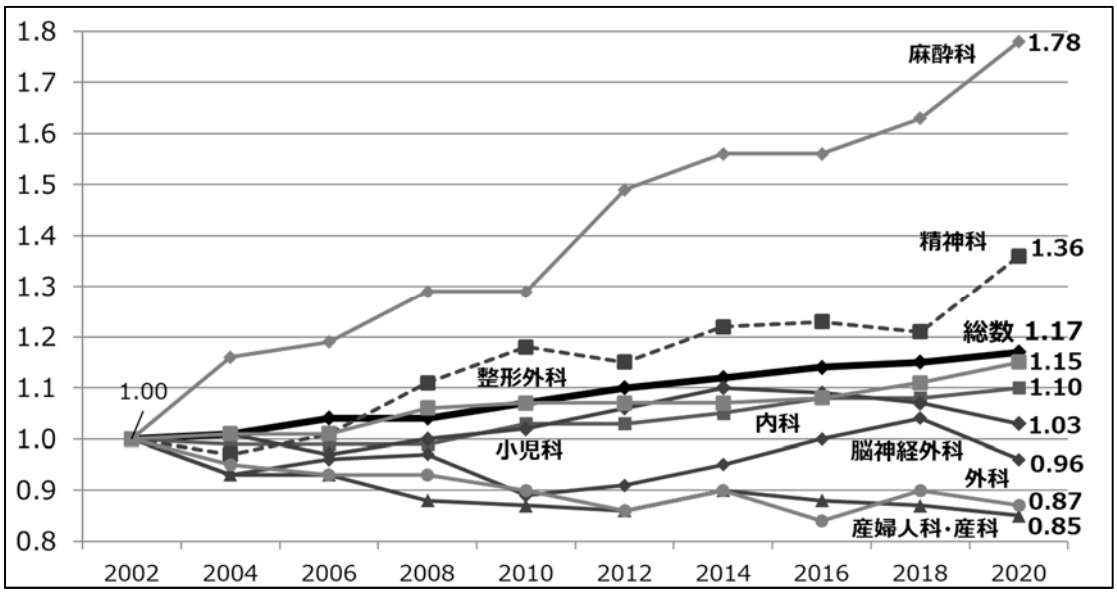
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020 年）」に基づき県医務課で推計

（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めているものではありません。よって、その活用に当たっては、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当たっては、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

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付く、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取り扱うものです。

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、主たる従事先と従たる従事先が所在する二次保健医療圏が異なる場合は、主たる従事先では 0.8 人、従たる従事先では 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、「医師の勤務環境把握に関する調査」（2022（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。

【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

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した医師偏在指標については、次のとおりです。

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

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			順位	
						入院	外来		県内	全国		県内	全国
群馬県	127	1,582	4,558	0.990	31.0%	1.032	1.011	233.8	－	34	219.7	－	37
前橋	20	342	1,442	1.011	31.4%	1.333	1.074	447.4	1	6	340.2	1	22
渋川	10	74	256	0.983	32.8%	1.333	0.943	227.0	4	119	175.8	7	232
伊勢崎	11	170	452	0.984	26.3%	1.105	1.038	178.7	8	226	179.1	6	224
高崎・安中	30	397	911	0.969	30.2%	0.895	1.101	210.8	5	143	210.8	2	125
藤岡	5	47	164	1.000	34.6%	1.333	1.027	242.3	2	92	181.3	5	216
富岡	4	62	161	0.980	38.4%	1.111	0.955	227.5	3	117	181.7	4	213
吾妻	9	43	81	0.971	41.3%	0.778	0.700	149.2	10	290	154.4	9	281
沼田	7	55	167	1.001	37.8%	0.818	0.955	204.0	6	162	206.4	3	138
桐生	12	131	297	0.965	35.2%	0.889	0.997	187.1	7	206	174.5	8	233
太田・館林	19	261	628	0.991	28.1%	1.111	1.044	152.1	9	279	149.7	10	291

※　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 $= \frac{地域の標準化医師数}{地域の医療機関従事医師数}$　　※　患者流出入調整係数 $= \frac{患者数（患者住所地）＋患者流入数－患者流出数}{患者数（患者住所地）}$

※　標準化医師数は、性・年齢階級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、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。

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

医療圏	医師数関係			分娩件数			医師偏在指標		
	分娩取扱医師数	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	2026年分娩推計件数(千件)		順位	
								県内	全国
群馬県	125	0.988	37%	13.5	50%	11.4	9.1	―	37
中部	35	1.002	33%	3.5	60%	2.9	10.1	2	100
西部	37	0.967	43%	4.2	38%	3.6	8.5	3	151
北部	33	0.991	28%	2.6	41%	2.1	12.5	1	55
東部	20	1.010	45%	3.2	63%	2.8	6.2	4	229

※　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 263 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。
- 医師数は厚生労働省「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。

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

※「主診療科＋従診療科」：主たる診療科か否かを問わず、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		2026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	278	446	0.958	43%	2.30	0.998	0.998	2.04	118.0	ー	23
中毛	70	101	0.960	44%	0.52	0.857	1.004	0.46	133.5	2	56
西毛	65	94	0.939	63%	0.66	0.748	1.014	0.60	99.9	3	173
北毛	87	135	0.983	24%	0.46	1.842	1.029	0.39	155.2	1	23
東毛	56	116	0.936	48%	0.67	0.630	0.950	0.59	93.2	4	196

※　前橋二次保健医療圏は北部と中部に按分

※　小児医療圏は全国で 303 医療圏

第２節　これまでの取組の成果と今後の課題

1　医師総数の確保

厚生労働省の「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、人口 10 万人当たり 233.8 人となり、前計画策定時の 225.2 人を上回りました。これは、群馬大学医学部地域医療枠の設置や、各種修学資金貸与事業、情報発信の強化などの医師確保対策に取り組んできた成果と考えられます。

一方、全国平均は 256.6 人となっており、本県は全国 34 番目で平均を下回っています。また、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。地域医療の充実を図るため、また、県内の地域偏在の解消に取り組むためにも、県全体として医師総数の確保が課題となっています。

特に、年齢別医師数の状況を見ると、新臨床研修制度導入以前の 2002（平成 14）年と比較して、高年齢層の医師は増加傾向にありますが、25～34 歳の若い年齢層の医師数が 13%減少しています。近年、臨床研修病院の協力のもと、病院紹介動画の作成・配信や、病院見学等交通費助成など、若手医師の確保に向けて重点的に取り組んでおり、こうした取組により、2021（令和３）年度以降、臨床研修医の採用数は大幅に増加し、明るい兆しが見え始めています。将来の医療提供体制の維持・継承を図るためにも、引き続き、若手医師の確保は大きな課題です。

また、年齢別医師数の状況では、若い年齢層だけではなく、35～44 歳の中堅医師も大きく減少しています。医療現場における即戦力として、また、若手医師を育成する指導医として、中核的な役割を担う中堅医師を確保していくことも重要な課題となっています。

2　地域偏在、診療科偏在の解消

本県の二次保健医療圏別の人口 10 万人当たり医療施設従事医師数を見ると、従前から前橋保健医療圏に医師が集中する傾向にあります。そのため、大学や関係団体等と連携して設置しているぐんま地域医療会議における医師適正配置の推進や、医学生修学資金貸与事業での医師少数区域への貸与額増額など、地域偏在解消に向けた取組を強化しています。こうした取組もあり、「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、医師数が最も多い医療圏と最も少ない医療圏の格差は、前計画策定時の 3.12 倍から 3.00 倍へと縮小しました。

しかし、依然として、前橋保健医療圏の医師数は 447.4 人と全国平均（256.6 人）を大きく上回り、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。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おり、引き続き、県内の地域間における医師偏在の解消が課題となっています。

診療科偏在については、2002（平成 14）年を基準として、医療施設に従事している医師数の増減を診療科別に見ると、従来から医師不足が指摘されている産婦人科に加えて、外科や脳神経外科についても減少しています。また、増加傾向にあった小児科についても、近年は減少に転じています。一方、麻酔科は大きく増加しており、精神科や整形外科も増加傾向にあるなど、診療科間の医師の偏在は依然として大きな課題です。

県では、医師確保修学研修資金貸与事業により、産婦人科や小児科等の特に医師が不足する診療科に従事する意欲のある研修医に修学資金を貸与し、その選択を後押ししています。また、特に医師不足が懸念されている産婦人科については、県外からの医師派遣に要する経費や、医学生・研修医向けセミナーの開催経費、分娩を取り扱った医師等に対する手当を補助するなど、医師の確保と処遇改善に向けて対策を強化しています。このような取組により、近年、産婦人科をはじめ、小児科、外科などを選択する専攻医が増加傾向にありますが、今後も引き続き、診療科間の偏在解消に向けて一層の取組が必要と考えています。

3　働きやすい環境づくりへの対応

2024（令和６）年度から、労働基準法に基づく診療に従事する医師の時間外労働の上限規制が適用され、勤務医の時間外・休日労働時間は原則として年 960 時間が上限となります。医療機関においては、医師の適切な労務管理と勤務環境改善の重要性がますます高まっています。

また、女性医師の状況を見ると、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%と年々増加しており、特に、34 歳以下の若手医師では近年 30%を超えている状況です。妊娠、出産等のライフイベントによって就労の継続が妨げられることなく、子育て中でも安心して医療に携わることのできる環境づくりが求められています。

本県では、医療勤務環境改善支援センターにおける相談体制の整備や、県医師会が運営する保育サポーターバンクへの支援など、さまざまな対策を講じていますが、地域の医療提供体制を確保しながら、医師の労働時間の短縮や、男女問わず働きやすい環境づくりを推進していくためには、一層の取組が必要となります。

第３節　医師の確保

1　県内における医師少数区域等の設定

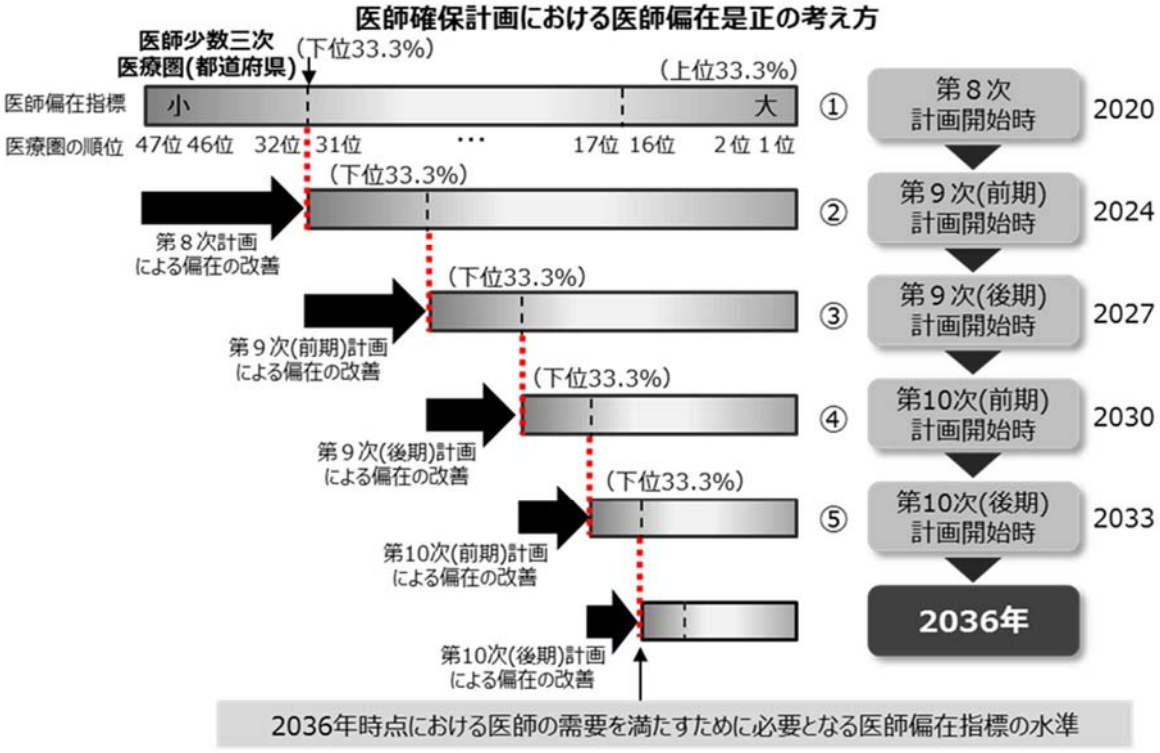
医師偏在指標を用いて、医師偏在の状況に応じた実効的な医師確保対策を進めるため、医療法第 30 条の４第６項及び第７項の規定に基づき、医師少数区域及び医師多数区域を、二次医療圏単位で設定します。これらの区域分類に応じて、重点的に医師確保を図るべき地域を峻別し、具体的な対策を実施します。さらに、これらの区域に加え、厚生労働省において医師少数都道府県及び医師多数都道府県も設定し、都道府県間の医師偏在の是正を目指します。

（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満たす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。



（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出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

－	全国	255.6

(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

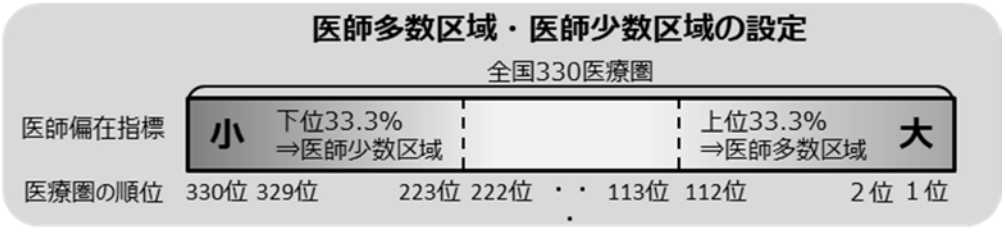
(3) 医師少数都道府県

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

（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 330 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 330 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 223 位以下の 108 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
224	群馬県	伊勢崎	179.1
232	群馬県	渋川	175.8
233	群馬県	桐生	174.5
281	群馬県	吾妻	154.4
291	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

- 圏域の人口は、高齢化率や今後見込まれる人口減少率が県内で最も低くなっています。入院に関しては、前橋保健医療圏への患者流出が見られる一方、太田・館林保健医療圏等からの流入が見られます。また、外来についても、太田・館林保健医療圏のほか、埼玉県北部からの患者流入が認められます。
- 今後の高齢化に比例して、入院需要の増加が見込まれており、引き続き、伊勢崎市民病院を中心とした当該圏域内の医療機関が連携して対応する必要があります。
- 在宅医療等の医療需要の推計を見ると、県内で最も高い増加率を示しており、地域の実情に応じた、医療・介護サービスを提供するためにも、医療人材の確保が求められています。

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、吾妻保健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。

③　桐生保健医療圏

- 特に桐生市において今後の人口減少が見込まれています。前橋、伊勢崎、太田・館林保健医療圏や県外との間で一定量の患者流出入が見られ、全体では流出傾向にありますが、高齢化率は比較的高く、今後も多くの医療需要が見込まれます。
- 桐生厚生総合病院を中心に当該医療圏内の医療機関が連携して、主に圏域内の患者に対応していますが、医師の労働時間調整係数は県内で最も低く、医師の高齢化が進んでいると考えられます。今後見込まれる医療需要の増加に対応するためにも、医師の確保が求められています。

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係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。

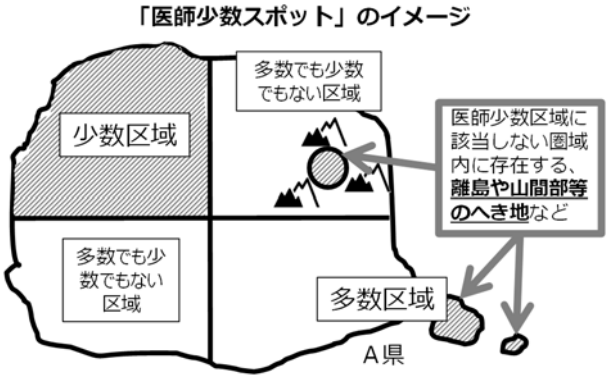
これを基に、本県においては、次の条件をいずれも満たす地域のうち、医師少数区域以外に存在する地域について、「医師少数スポット」として定めることとします。

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。

- 多野郡上野村、神流町
- 利根郡みなかみ町（旧新治村）



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なることができます。（医療法第５条の２、第 10 条）。

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
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		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	万座		○	
	東吾妻町		東吾妻町国民健康保険診療所	○	
沼田	みなかみ町	赤谷等（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

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**の対応も含め、**医師総数の増加**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、**若手医師や中堅医師の一層の確保**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て対応**します。

※ 第３節３(2)ア② 厚生労働省 将来時点（2036 年時点）における不足医師数等より

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で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。

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 4,491 人と、「医師少数県」と位置づけられながら、現状の標準化医師数 4,512 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 4,512 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 (2022年)(人)	**国目標医師数※3 (人)**
群馬県	219.7	37	医師少数県	4,558	4,512	**4,491**
前橋	340.2	22	医師多数区域	1,442	1,458	**(767)**
高崎・安中	210.8	125		911	882	**(729)**
沼田	206.4	138		167	167	**(128)**
富岡	181.7	213		161	158	**(145)**
藤岡	181.3	216		164	164	**(150)**
伊勢崎	179.1	224		452	445	**436**
渋川	175.8	232		256	252	**241**
桐生	174.5	233	医師少数区域	297	286	**267**
吾妻	154.4	281		81	78	**80**
太田・館林	149.7	291		628	622	**718**

※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）
なお、医師少数区域以外の二次保健医療圏は下位33.3%より上位にあることから、参考値として括弧書きで示す

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、上記ア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%、330 二次医療圏中 165 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（255.6）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

単位：人

圏域名	人口 (2022.10) (万人)	分類	医療施設従事医師数(2020年)	標準化医師数 ①	国目標医師数 ※1	全国中央値に達するための医師数 ※2 ②	**確保を目指す医師数 ※3 ①と②の大きい方**	
群馬県	191.3	医師少数県	4,558	4,512	4,491	-	**4,861**	(+349)
前橋	32.9	医師多数区域	1,442	1,458	(767)	(857)	**(1,458)**	
高崎・安中	42.4		911	882	(729)	(876)	**(882)**	
沼田	7.5		167	167	(128)	(164)	**(167)**	
富岡	6.6		161	158	(145)	172	**(172)**	(+14)
藤岡	6.5		164	164	(150)	176	**(176)**	(+12)
伊勢崎	24.7		452	445	436	496	**496**	(+51)
渋川	10.9		256	252	241	281	**281**	(+29)
桐生	15.2	医師少数区域	297	286	267	322	**322**	(+36)
吾妻	5.0		81	78	80	96	**96**	(+18)
太田・館林	39.8		628	622	718	811	**811**	(+189)

※1　国目標医師数：医師少数区域以外の二次保健医療圏は参考値として括弧書き。
なお、国から提示された県全体の4,491人が現医師数より少ないため、現医師数4,512人が国目標医師数とされる。

※2　全国中央値に達するための医師数：330二次医療圏に係る医師偏在指標の中央値（165位、198.7）に達する医師数
中央値より指標が上位にある前橋、高崎・安中、沼田保健医療圏は参考値として括弧書き。

※3　確保を目指す医師数：「全国中央値に達するための医師数」又は「標準化医師数」のいずれか大きい値とし、
医師少数区域以外は参考値として括弧書き。

（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
・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	・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	・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）イのとおり、「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伊勢崎、渋川、桐生、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」として示します。

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 (km²)

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%

患者流出入状況 【前橋保健医療圏】 (千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	**1.333** 【流入傾向】	**1.074** 【流入傾向】
主な患者流入元	高崎・安中(0.4) ※多圏域から流入	高崎・安中(0.5)
主な患者流出先	渋川、伊勢崎、高崎・安中(0.2)	高崎・安中(0.5)

■医療資源

人口10万人対医師数(人)

(病院)		(診療所)	
前橋	327.3	前橋	120.1
藤岡	186.3	高崎・安中	101.7
渋川	165.5	桐生	89.7
富岡	143.9	富岡	83.7
沼田	137.7	伊勢崎	75.8
高崎・安中	109.1	沼田	66.3
伊勢崎	102.9	太田・館林	65.2
吾妻	102.7	渋川	61.5
桐生	97.4	藤岡	56.0
太田・館林	86.9	吾妻	46.5
県計	148.2	県計	85.7

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

※ 第 3 節 3 (2)ア② 厚生労働省 将来時点（2036 年時点）における不足医師数等より （以降の二次保健医療圏においても同様）

【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**
1,442 人	1,458 人	(767 人) （参考値）	(1,458 人) (参考値)

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

面積 (km²)

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%

患者流出入状況 【渋川保健医療圏】 (千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	**1.333** 【流入傾向】	**0.943** 【流出傾向】
主な患者流入元	前橋、高崎・安中、沼田(0.2)	前橋(0.2)
主な患者流出先	前橋(0.3)	前橋(0.4)、高崎・安中(0.2)

■医療資源

(病院) 人口10万人対医師数(人)

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

(診療所) 人口10万人対医師数(人)

前橋	120.1
高崎・安中	101.7
桐生	89.7
富岡	83.7
伊勢崎	75.8
沼田	66.3
太田・館林	65.2
渋川	61.5
藤岡	56.0
吾妻	46.5
県計	85.7

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

【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　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。

④　将来的にも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

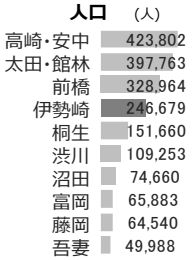
医療施設従事医師数（2020年）	標準化医師数	国目標医師数	**確保を目指す医師数**
256 人	252 人	241 人	281 人

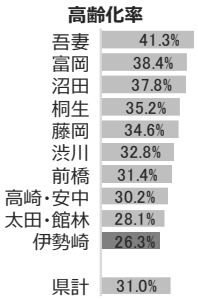
③　伊勢崎保健医療圏

（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

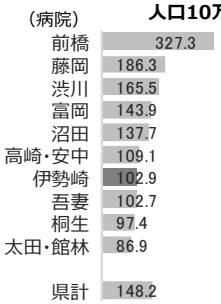


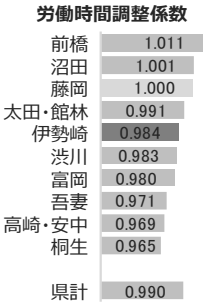


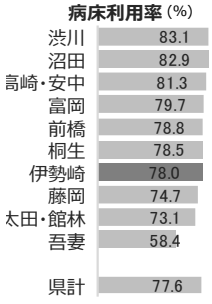
患者流出入状況 【伊勢崎保健医療圏】(千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	**1.105** 【流入傾向】	**1.038** 【流入傾向】
主な患者流入元	太田・館林(0.3)、前橋(0.2)	太田・館林、県外(0.3)
主な患者流出先	前橋(0.3)	前橋、高崎・安中(0.3)

■医療資源







（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　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　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　将来的にも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

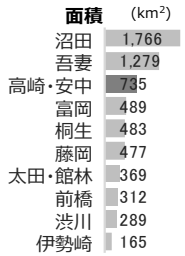
医療施設従事医師数（2020年）	標準化医師数	国目標医師数	**確保を目指す医師数**
452　人	445　人	436　人	496　人

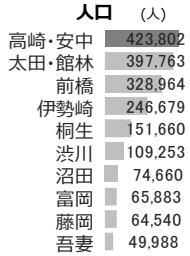
④　高崎・安中保健医療圏

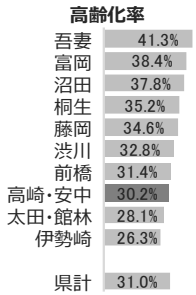
(ア) 医療圏の特徴

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



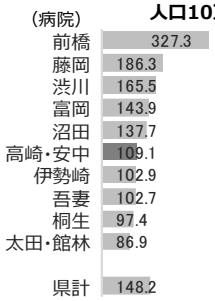


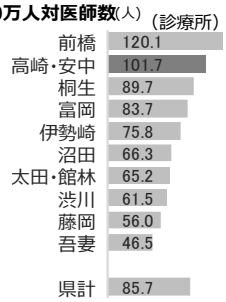


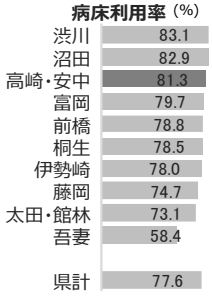
患者流出入状況 【高崎・安中保健医療圏】千人/日

	入院	外来
流出入調整係数	**0.895** 【流出傾向】	**1.101** 【流入傾向】
主な患者流入元	前橋(0.2)	県外(0.7)、前橋(0.5)
主な患者流出先	前橋(0.4)	前橋(0.5)

■医療資源







(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　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。

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	(729 人) （参考値）	(882 人) (参考値)

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 (km²)

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%

患者流出入状況 【藤岡保健医療圏】 (千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	**1.333** 【流入傾向】	**1.027** 【流入傾向】
主な患者流入元	県外(0.3)	県外(0.3)
主な患者流出先	前橋、高崎・安中(0.1)	高崎・安中(0.3)

■医療資源

人口10万人対医師数

(病院)

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

(診療所)

前橋	120.1
高崎・安中	101.7
桐生	89.7
富岡	83.7
伊勢崎	75.8
沼田	66.3
太田・館林	65.2
渋川	61.5
藤岡	56.0
吾妻	46.5
県計	85.7

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

【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】
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。

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

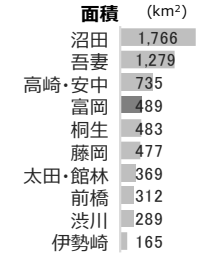
医療施設従事医師数（2020年）	標準化医師数	国目標医師数	**確保を目指す医師数**
164 人	164 人	(150 人) (参考値)	(176 人) (参考値)

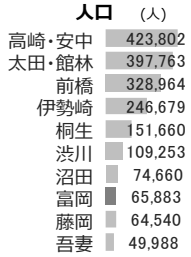
⑥　富岡保健医療圏

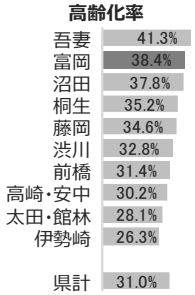
(ア) 医療圏の特徴

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



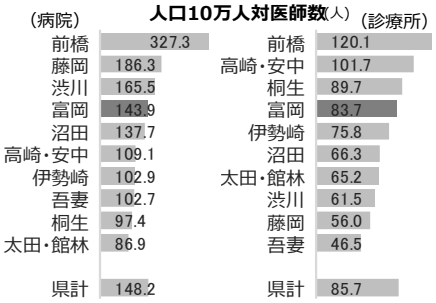


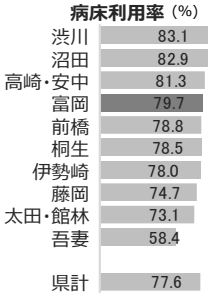


患者流出入状況 【富岡保健医療圏】 (千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	**1.111** 【流入傾向】	**0.955** 【流出傾向】
主な患者流入元	高崎・安中(0.2)	高崎・安中(0.2)
主な患者流出先	高崎・安中(0.1)	高崎・安中(0.3)

■医療資源





(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 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。

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

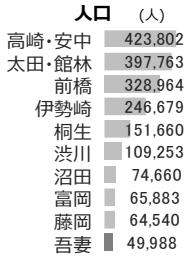
医療施設従事医師数（2020年）	標準化医師数	国目標医師数	**確保を目指す医師数**
161 人	158 人	(145 人) （参考値）	(172 人) (参考値)

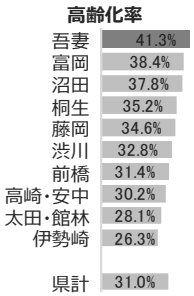
⑦　吾妻保健医療圏

(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

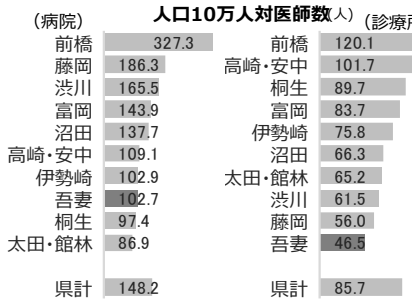


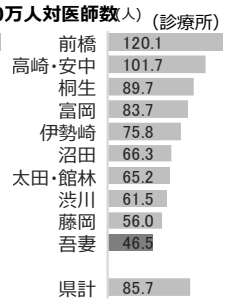


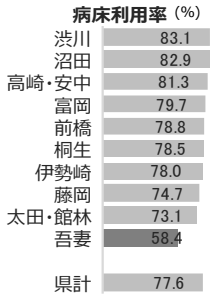
患者流出入状況【吾妻保健医療圏】 (千人/日)

	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







(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域等によっては、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箇所のへ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 将来的にも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

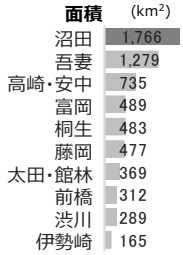
医療施設従事医師数（2020年）	標準化医師数	国目標医師数	**確保を目指す医師数**
81 人	78 人	80 人	96 人

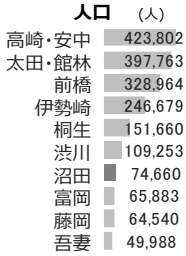
⑧　沼田保健医療圏

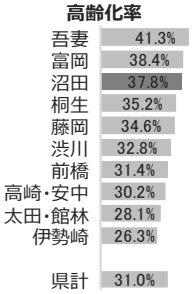
(ア) 医療圏の特徴

従来、患者流出入が少なく圏内完結率が高い区域とされていましたが、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



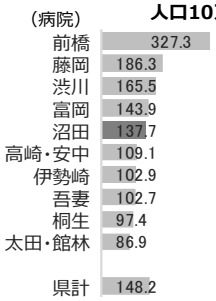


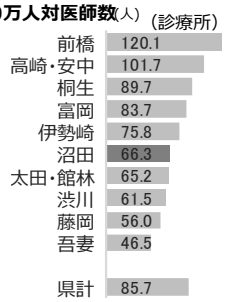


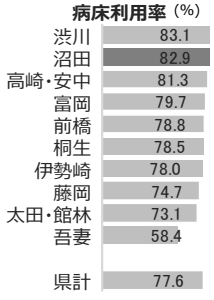
患者流出入状況 【沼田保健医療圏】 (千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	**0.818** 【流出傾向】	**0.955** 【流出傾向】
主な患者流入元	吾妻(0.1)	–
主な患者流出先	渋川(0.2)、前橋(0.1)	–

■医療資源







(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】 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、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

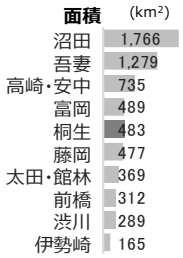
医療施設従事医師数（2020年）	標準化医師数	国目標医師数	**確保を目指す医師数**
167 人	167 人	(128 人) （参考値）	(167 人) (参考値)

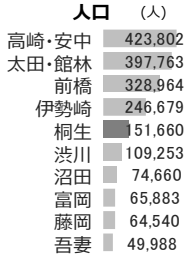
⑨　桐生保健医療圏

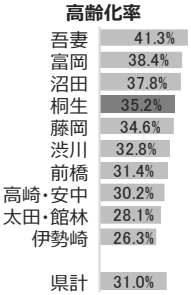
(ア) 医療圏の特徴

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



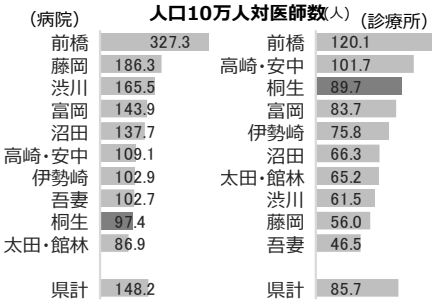


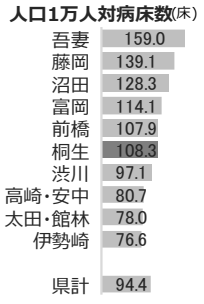


患者流出入状況 【桐生保健医療圏】 (千人/日)

	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





(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十分対応するため、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 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 将来的にも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

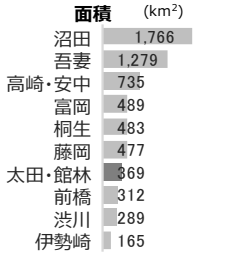
医療施設従事医師数（2020年）	標準化医師数	国目標医師数	**確保を目指す医師数**
297 人	286 人	267 人	322 人

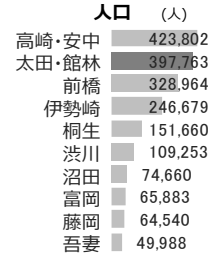
⑩　太田・館林保健医療圏

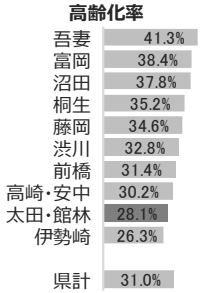
(ア) 医療圏の特徴

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



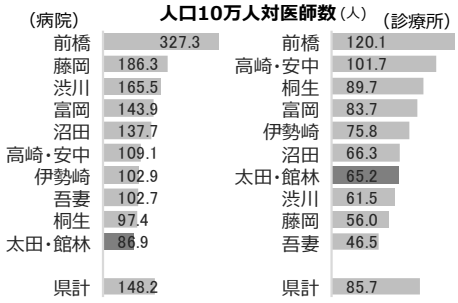


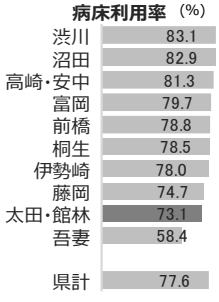


患者流出入状況 【太田・館林保健医療圏】 (千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	**1.111** 【流入傾向】	**1.044** 【流入傾向】
主な患者流入元	県外(0.9)	県外(1.1)
主な患者流出先	伊勢崎(0.3)、県外(0.2)	県外(0.4)、伊勢崎(0.3)

■医療資源





(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 将来的にも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**
628 人	622 人	718 人	811 人

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、「本計画策定時点で公表されている直近の厚生労働省『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、救急科、脳神経外科、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さまざま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。

(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年生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。

(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、救急科、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「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、診療科ごとの医師数の状況に応じて、貸与の対象とする診療科の見直しを行い、診療科偏在の解消を図ります。

(エ) 県外医学生病院見学等助成事業

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。

(オ) 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を図るとともに、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、「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。

さらに、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行います。

加えて、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、制度の改善を促すとともに、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。

(カ) 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) 中堅医師の移住促進

医療現場における即戦力であり、若手医師を育成する指導医でもある中堅医師を県外から呼び込むため、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経済的支援を含めたインセンティブの設定等について検討します。

(イ) 指導医の育成

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。

また、県外の高度な医療や最先端の医療を学び、その成果を本県医療の発展や後進の育成につなげるため、国内留学や海外留学を行う医師に対する支援を検討します。

(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。さらに、県内に在住する医師の就業支援に加え、県外からの医師の呼び込みも強化するため、医師と医療機関を仲介する体制の充実を図ります。

(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。

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、さまざま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。

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の効果的な運用を図ります。

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

へき地の実情に応じ、自治医科大学卒業医師の派遣を効果的に行うとともに、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の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。なお、貸与の対象とする診療科については、診療科ごとの医師数の状況に応じて、適宜、見直しを行います。

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。

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、引き続き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、引き続き支援するとともに、地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、遠隔医療に関する補助金や好事例の紹介等による支援を行います。

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、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。

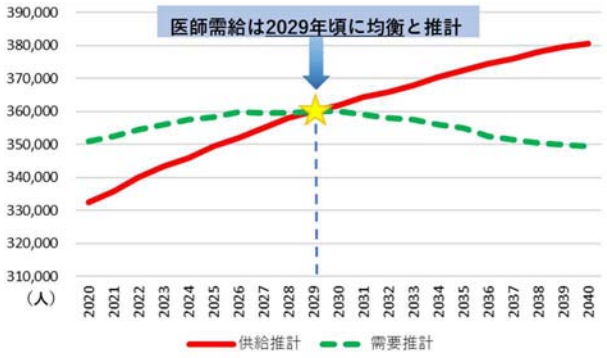
また、県外大学出身で県内病院に勤務する臨床研修医等をドクターリクルーターに任命し、県外大学の県人会等と連携した勧誘等を行います。

（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

医師需給推計と必要医師数のイメージ



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。

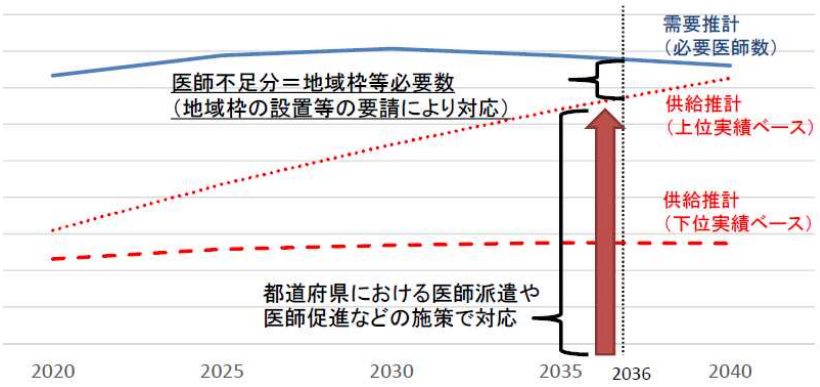
なお、その基となる厚生労働省の医師需給推計は、供給については 2020 (令和２) 年度の医学部定員（9,330 人）や、各医療圏の性・医籍登録後年数別の医師数の増減が、将来も継続する条件としています。また、需要については、労働基準法の規定に基づく時間外労働規制の考え方を考慮し、今後の医師の時間外･休日労働時間を年 960 時間（週 60 時間の労働時間）に制限する条件としています。これらの条件で算出した結果、2029（令和 11）年頃に医師需給が均衡すると推計されています。

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、同省において算出しています。

地域枠等必要数（年間不足養成数）のイメージ



厚生労働省が算出した将来時点（2036（令和 18）年時点）における不足医師数等によると、前橋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になります。

将来時点（2036 年時点）における不足医師数等（厚生労働省）

二次保健医療圏	医師供給推計－必要医師数 (正)	医師供給推計－必要医師数 (負)	年間不足養成数 (※)
合計	591	▲ 943	▲ 91
前橋	591		
渋川		▲ 64	
伊勢崎		▲ 201	
高崎・安中		▲ 130	
藤岡		▲ 31	
富岡		▲ 36	
吾妻		▲ 26	
沼田		▲ 7	
桐生		▲ 39	
太田・館林		▲ 408	

※2023年度までの臨時定員の効果を見込んだもの

イ　地域枠及び地元出身者枠の考え方

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 日文部科学省・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）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こととされています。

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、2023 年（令和５）年３月卒業生までで 133 人の地域医療枠卒後医師が県内医療機関等で活躍しており、2023（令和５）年度入学者が医師として勤務を始める 2034（令和 11）年度までには、約 250 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、2025（令和７）年度以降についても、現行人数又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。また、安定した医師確保を行うため、他県に所在する大学への地域枠の設置についても積極的に検討します。

なお、地域枠の増設等に当たっては、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、群馬大学の医学生や大学院生を高等学校等に派遣し、本県の地域医療に携わる魅力ややりがいなどについて発信することにより、医師という職業や医療に対する関心を高めるとともに、意欲の向上を図ります。

さらに、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。

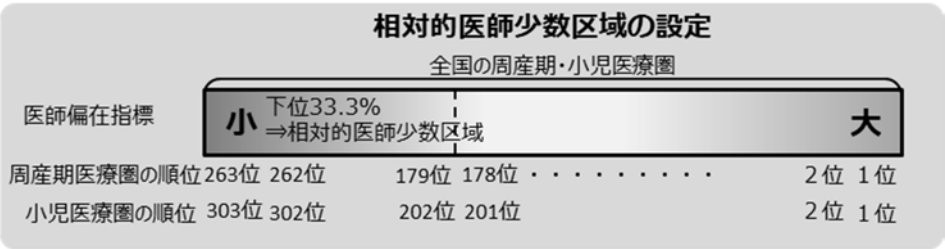
４　産科・小児科における医師偏在対策

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該当しています。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
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
–	全国	10.5

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

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）

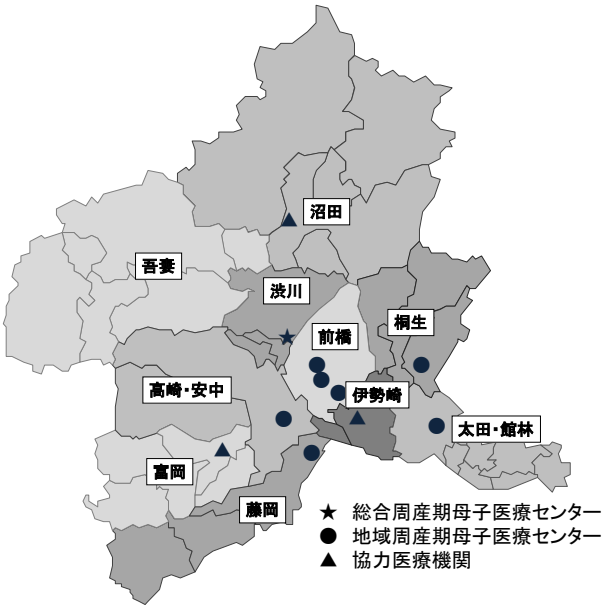
① 県内の相対的医師少数区域以外

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
55	群馬県	北部	12.5
100	群馬県	中部	10.1
151	群馬県	西部	8.5

② 県内の相対的医師少数区域

229	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	2	1	7
北部（吾妻、沼田、渋川、前橋）	1	3	1	4
東部（桐生、太田・館林）	0	2	0	6
計	1	7	3	20

※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でしたが、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
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	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
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

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）

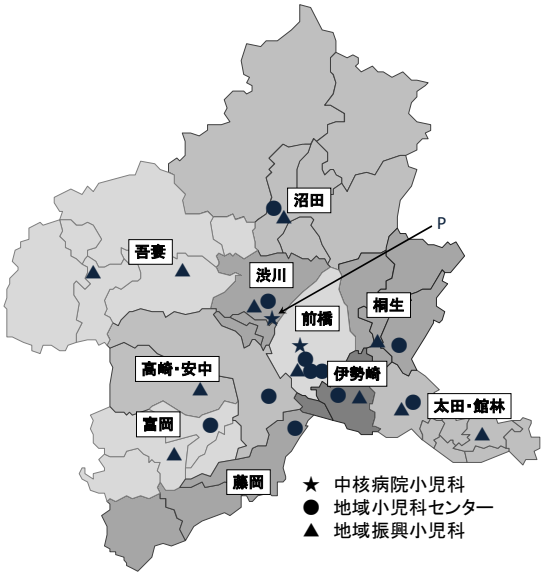
① 県内の相対的医師少数区域以外

全国順位	都道府県名	小児医療圏名	小児科医師偏在指標
23	群馬県	北毛	155.2
56	群馬県	中毛	133.5
173	群馬県	西毛	99.9
196	群馬県	東毛	93.2

② 県内の相対的医師少数区域

なし

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）	小児中核病院【小児三次医療】（施設数）	小児地域医療センター【小児二次医療】（施設数）	小児地域支援病院（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

全国的に産科医師が不足する中、相対的医師少数県に該当する本県においても、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、産婦人科など特に不足する診療科での勤務を促すとともに、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の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) 県外から転入する医師への経済的支援

- 即戦力となる産科医師等を県内に誘導するため、県外から転入し、産婦人科等の特に充実させる必要がある特定診療科に従事しようとする医師に対して経済的支援を行うことを検討します。

(d) 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。

(e) 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。特に、県内に在住する医師の就業支援に加え、県外からの医師の呼び込みも強化するため、医師と医療機関を仲介する体制の充実を図ります。

(f) 寄附講座の検討

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

(g) 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。

(h) 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。

※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) 小児地域医療センター（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、医療需要や小児地域医療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、小児地域医療センター（小児二次医療）の負担軽減を図ります。

(d) 小児中核病院（小児三次医療）

- 小児中核病院（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）、小児地域医療センター（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、小児科など特に不足する診療科での勤務を促すとともに、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の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) 県外から転入する医師に対する経済的支援

- 即戦力となる小児科医師等を県内に誘導するため、県外から転入し、小児科等の特に充実させる必要がある特定診療科に従事しようとする医師に対して経済的支援を行うことを検討します。

(c) 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。特に、県内に在住する医師の就業支援に加え、県外からの医師の呼び込みも強化するため、医師と医療機関を仲介する体制の充実を図ります。

(d) 寄附講座の検討

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

(e) 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。

(f) 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】

- 小児地域医療センター（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】

- 小児地域医療センター（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】

- 小児地域医療センター（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】

- 小児地域医療センター（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 万人当たりでは 73.3 人で、全国平均（85.2 人）を下回っています。

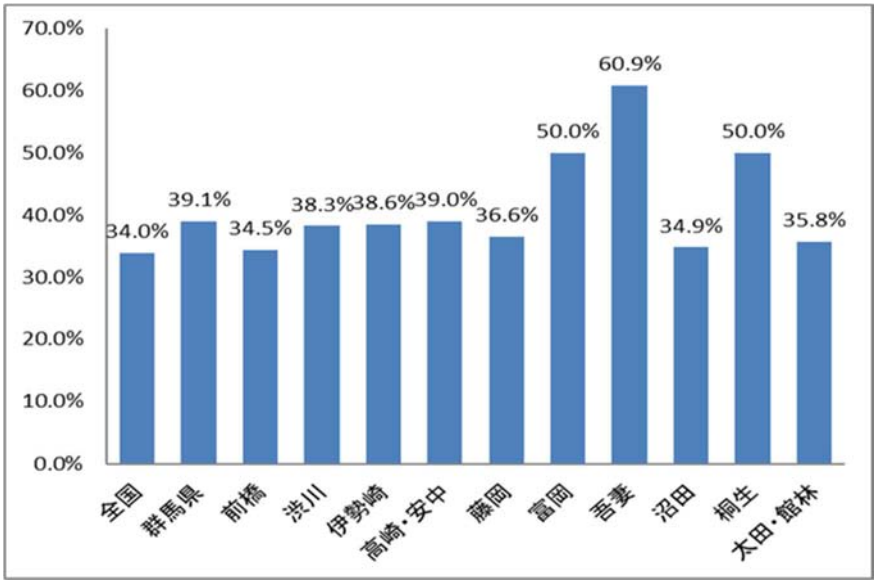
歯科医師数の推移（各年 12 月 31 日現在）

	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）を上回っています。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・薬剤師統計（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　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 2020（令和 2）年における薬剤師数は 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

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。

なお、薬剤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薬剤師偏在の状況を表しうる要素を盛り込めているものではありません。よって、その活用に当たっては、薬剤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とともに、今後、必要な見直しを行い、指標の信頼性を高めていく必要があります。

イ　病院・薬局薬剤師偏在指標（現在（2023 年）・将来時点（2036 年））

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 と目標を上回っていますが、病院薬剤師は 0.80 と下回っています。また、将来時点（2036 年）の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・将来時点の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（2023 年）・将来時点（2036 年））

	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）薬局薬剤師偏在指標

ア　現在（2023 年）の薬局薬剤師偏在指標

①　都道府県

都道府県単位での薬局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 36 番目と、「薬剤師少数でも多数でもない都道府県」となっています。

現在（2023 年）の都道府県別薬局薬剤師偏在指標

(ア)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	東京都	1.42
2	神奈川県	1.25
3	広島県	1.19
4	兵庫県	1.19
5	福岡県	1.17
6	宮城県	1.16
7	大阪府	1.12
8	佐賀県	1.10
9	香川県	1.09
10	埼玉県	1.08
11	千葉県	1.07
12	山口県	1.04
13	栃木県	1.04
14	滋賀県	1.03
15	徳島県	1.03
16	静岡県	1.01
17	北海道	1.01
18	山梨県	1.01

(イ)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
19	愛知県	1.00
20	茨城県	0.99
21	鳥取県	0.97
22	岡山県	0.97
23	岩手県	0.97
24	秋田県	0.96
25	石川県	0.96
26	福島県	0.95
27	京都府	0.95
28	長野県	0.95
29	新潟県	0.94
30	長崎県	0.93
31	熊本県	0.93
32	高知県	0.93
33	島根県	0.93
34	愛媛県	0.92
35	奈良県	0.92
36	群馬県	0.92
37	岐阜県	0.91
38	山形県	0.91
39	宮崎県	0.91
40	沖縄県	0.90
41	三重県	0.90
42	青森県	0.88
43	大分県	0.87
44	和歌山県	0.87
45	鹿児島県	0.86

(ウ)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
46	富山県	0.82
47	福井県	0.73

〔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

薬局薬剤師偏在指標の値で県内薬剤師多数の二次医療圏は、前橋、藤岡、桐生医療圏の順であり、薬剤師少数でも多数でもない区域として伊勢崎、太田・館林、高崎・安中医療圏が続きます。

一方、県内で薬局薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、吾妻、沼田、渋川、富岡医療圏の順に薬剤師不足が伺えます。

現在（2023 年）の県内二次医療圏別薬局薬剤師偏在指標

(ア)薬剤師多数二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
前橋	1.08
藤岡	1.06
桐生	1.00

(ウ)薬剤師少数二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
富岡	0.71
渋川	0.71
沼田	0.60
吾妻	0.47

(イ)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
伊勢崎	0.97
太田・館林	0.96
高崎・安中	0.88

〔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　将来時点（2036 年）の薬局薬剤師偏在指標

①　都道府県

都道府県単位での薬局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、薬剤師多数都道府県となっています。また、全国的にも薬剤師少数に該当する該当する都道府県はありません。

将来時点（2036 年）の都道府県別薬局薬剤師偏在指標

(ア)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	東京都	1.43
2	兵庫県	1.35
3	広島県	1.35
4	神奈川県	1.32
5	秋田県	1.32
6	山口県	1.32
7	香川県	1.32
8	宮城県	1.29
9	徳島県	1.29
10	佐賀県	1.28
11	大阪府	1.27
12	福岡県	1.27
13	高知県	1.22
14	山梨県	1.22
15	岩手県	1.21
16	北海道	1.20
17	栃木県	1.19
18	静岡県	1.19
19	千葉県	1.18
20	福島県	1.17
21	鳥取県	1.16
22	長崎県	1.16
23	埼玉県	1.16
24	茨城県	1.16
25	島根県	1.16
26	愛媛県	1.15
27	新潟県	1.15
28	長野県	1.15
29	山形県	1.15
30	青森県	1.15
31	奈良県	1.13
32	岡山県	1.13
33	和歌山県	1.12
34	宮崎県	1.11
35	滋賀県	1.10
36	石川県	1.10
37	岐阜県	1.10
38	熊本県	1.09
39	京都府	1.08
40	群馬県	1.07
41	大分県	1.07
42	三重県	1.06
43	愛知県	1.06
44	鹿児島県	1.05
45	富山県	1.00

(イ)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
46	沖縄県	0.89
47	福井県	0.87

(ウ)薬剤師少数都道府県

該当する都道府県なし

〔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

薬局薬剤師偏在指標の値で県内薬剤師多数の二次医療圏は、桐生、藤岡、前橋、太田・館林、伊勢崎医療圏の順であり、薬剤師少数でも多数でもない区域として高崎・安中、富岡、渋川、沼田医療圏が続きます。

一方、県内で薬局薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、吾妻医療圏があり、薬剤師不足が伺えます。

将来時点（2036 年）の県内二次医療圏別薬局薬剤師偏在指標

(ア)薬剤師多数二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
桐生	1.33
藤岡	1.33
前橋	1.22
太田・館林	1.08
伊勢崎	1.04

(ウ)薬剤師少数二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
吾妻	0.70

(イ)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
高崎・安中	0.99
富岡	0.94
渋川	0.86
沼田	0.83

（４）　病院薬剤師偏在指標

ア　現在（2023 年）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（2023 年）の都道府県別病院薬剤師偏在指標

(ア)薬剤師多数都道府県

該当する都道府県なし

(イ)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

(ウ)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、太田・館林、吾妻、渋川、桐生、伊勢崎、富岡、藤岡医療圏の順に薬剤師不足が伺えます。

現在（2023 年）の県内二次医療圏別病院薬剤師偏在指標

(ア)薬剤師多数二次医療圏

該当する県内二次医療圏なし

(イ)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	0.78
高崎・安中	0.77

(ウ)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　将来時点（2036 年）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。

将来時点（2036 年）の都道府県別病院薬剤師偏在指標

(ア)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

(イ)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	京都府	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
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

(ウ)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
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、太田・館林、伊勢崎、渋川医療圏の順に薬剤師不足が伺えます。

将来時点（2036 年）の県内二次医療圏別病院薬剤師偏在指標

(ア)薬剤師多数二次医療圏

該当する県内二次医療圏なし

(イ)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	0.79
高崎・安中	0.78
吾妻	0.78

(ウ)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	0.51

〔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）」

（５）目標薬剤師数・要確保薬剤師数

ア　厚生労働省による目標薬剤師数の考え方

薬剤師確保計画ガイドラインでは、「目標薬剤師数」について次のとおりとされています。

- 目標薬剤師数は、目標年次において確保されているべき薬剤師数を表し、都道府県（及び圏域）別に求めている。
- 計画期間における目標薬剤師数については、薬剤師少数区域及び薬剤師少数都道府県は、計画期間中に計画期間開始時の目標偏在指標以下区域の下位二分の一の基準を脱するために確保されているべき薬剤師数を、目標薬剤師数として設定している。

イ　厚生労働省による要確保薬剤師数の考え方

要確保薬剤師数は、目標薬剤師数を達成するために現在確保している薬剤師数から追加的に確保すべき薬剤師数の増分を表し、都道府県（及び圏域別）に求めています。

（６）薬局における目標薬剤師数・要確保薬剤師数

ア　本県の目標薬局薬剤師数（2036 年時点）

今回、国から提示された目標年次において確保されているべき薬剤師数は次表のとおりです。

国の薬剤師偏在指標等算定データによれば、本県の「目標薬局薬剤師数」は、県全体で 2,444.６人と試算されています。

イ　本県の要確保薬局薬剤師数（2036 年時点）

本県における 2036 年時点での薬局薬剤師少数二次医療圏とされているのは、吾妻医療圏であり、要確保薬局薬剤師数を算出すると必要な薬局薬剤師数は、23.3 人の確保が必要であると試算されています。

厚生労働省から示された薬局における目標薬剤師数・要確保薬剤師数（2036 年時点）

圏域名	分類	目標薬剤師数	要確保薬剤師数
群馬県	薬局薬剤師多数県	2444.6	—
前橋	薬剤師多数区域	436.2	—
渋川		134.1	33.2
伊勢崎	薬剤師多数区域	315.6	—
高崎・安中		550.3	75.8
藤岡	薬剤師多数区域	82.9	—
富岡		85.1	15.9
吾妻	薬剤師少数区域	59.2	23.3
沼田		91.9	25.3
桐生	薬剤師多数区域	193	—
太田・館林	薬剤師多数区域	496.3	—

※薬剤師多数区域は、目標薬剤師数を既に達しているものとして取り扱う

〔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）」

（７）病院における目標薬剤師数・要確保薬剤師数

ア　本県の目標病院薬剤師数（2036 年時点）

今回、国から提示された目標年次において確保されているべき薬剤師数は次表のとおりです。国の薬剤師偏在指標等算定データによれば、本県の「目標病院薬剤師数」は、県全体で 1,271.4 人と試算されています。

イ　本県の要確保病院薬剤師数（2036 年時点）

本県における 2036 年時点での要確保病院薬剤師数を算出すると、0.74（2023 年時点の薬剤師偏在指数）から 1.0（目標偏在指標）へとなるために必要な薬剤師数は、460.4 人の確保が必要であると試算されています。

厚生労働省から示された病院における目標薬剤師数･要確保薬剤師数（2036 年時点）

圏域名	分類	目標薬剤師数	要確保薬剤師数
群馬県	病院薬剤師少数県	1271.4	460.4
前橋		275.1	70.4
渋川	薬剤師少数区域	91.1	35.6
伊勢崎	薬剤師少数区域	151	63.0
高崎・安中		243.6	77.9
藤岡		53.4	17.1
富岡		49.4	15.6
吾妻		34.3	11.0
沼田		43.7	8.3
桐生		87.1	25.1
太田・館林	薬剤師少数区域	242.7	136.4

〔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採用情報の提供、潜在薬剤師の復帰支援、職場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て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、短期的・長期的施策のほか、働き方改革や業務効率化など、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・薬局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（県薬剤師会・県病院薬剤師会）及び県内外の薬科大学、国公立大学薬学部と連携し、県内出身の薬学生や休職中の薬剤師に対し、薬局は在宅勤務、病院では

病棟業務など、薬剤師の魅力について薬局や病院が、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（県薬剤師会・県病院薬剤師会等）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・薬局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・薬局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・薬局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や薬局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

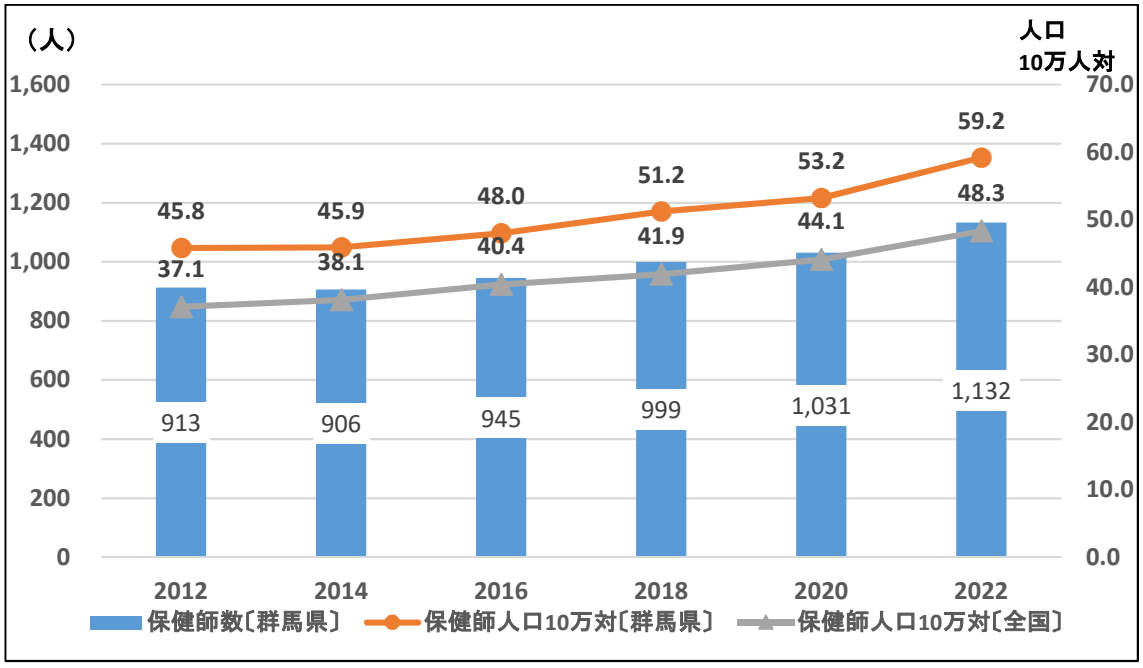
ア　本県の 2023（令和５）年４月現在の保健師養成施設は、看護系大学７校となっています。

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 1,132 人で、人口 10 万人当たりでは 59.2 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 652 人（57.6%）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」

（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。

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

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）保健師の質の向上

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

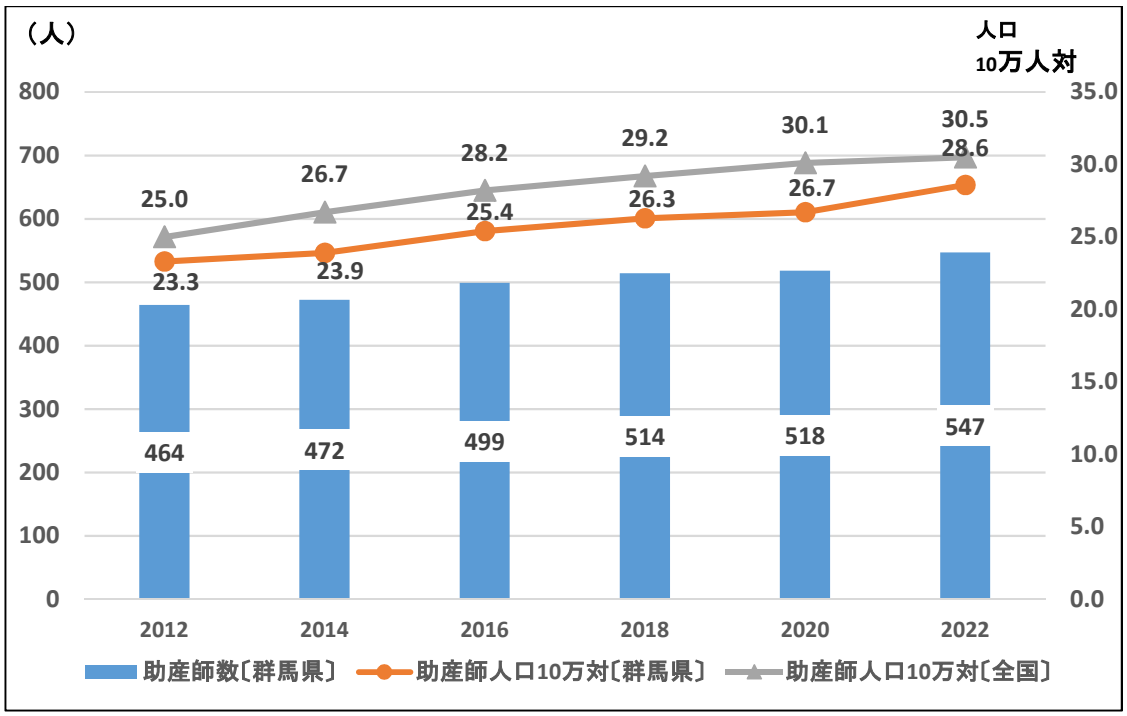
（１） 助産師の養成と就業状況

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 130 人（23.7%）と合わせて、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」

（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。

　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 66.0%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 1,426 人のうち、看護師・准看護師として就業した者は 1,208 人で、県内就業者は 816 人、県内就業率は 67.5%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。

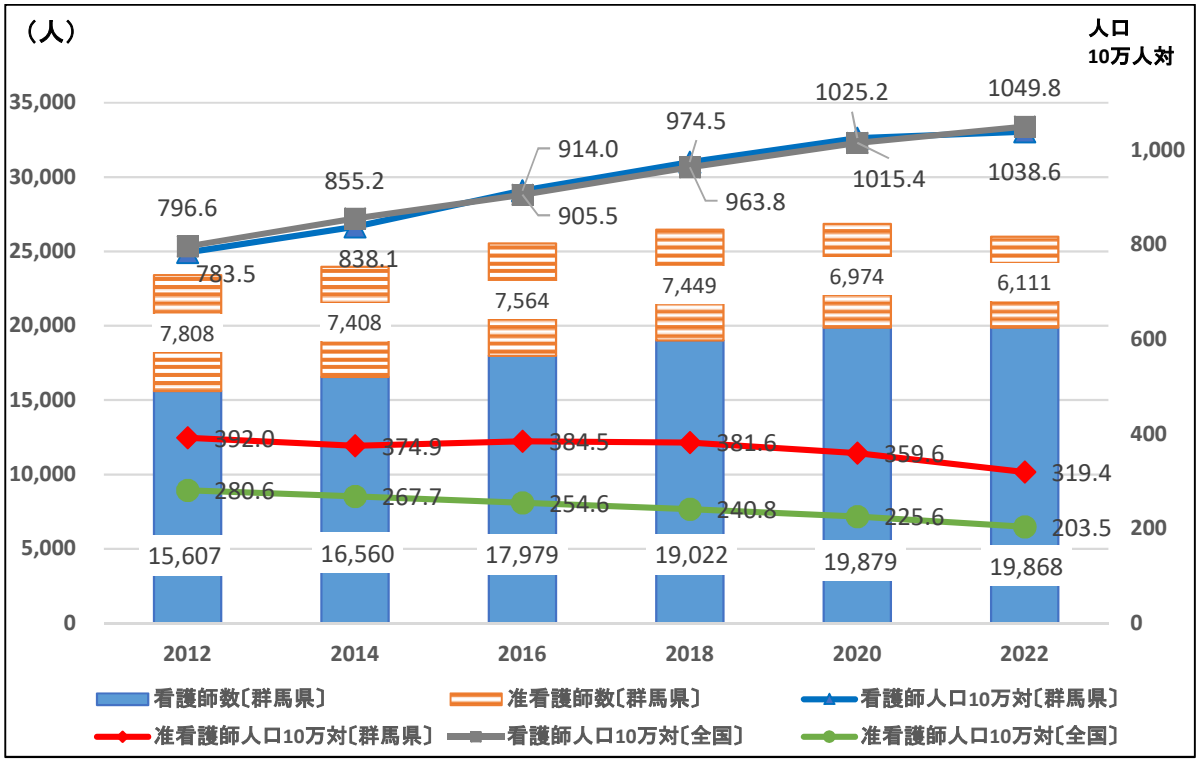
エ　本県の 2022（令和 4）年における看護師・准看護師数は 25,979 人であり、2012（平成 24）年と比べ約 2,500 人増加しています。このうち、准看護師数は減少傾向にあります。

オ　人口 10 万人当たりの看護師数は、2022（令和 4）年は 1,038.6 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（60.7%）が最も多く、診療所（16.3%）と合わせて 77.0%を占めています。介護保険施設への就業は 3,668 人（14.3%）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 973 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」

（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しています。

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。

キ　近年、自然災害が頻発しており、次の新興感染症発生も懸念されていることから、国は「災害支援ナース」を災害及び新興感染症発生時において応援派遣等ができるよう、制度の見直しを行っており、その必要性が高まっています。

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。

エ　新たな制度で養成する「災害支援ナース」が活躍するための体制整備を行う必要があります。

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。

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。

【特定看護師の確保目標（2029（令和 11）年時点）】

領域等	現行(2022 年 10 月末)	確保目標数
全体	90 人	328 人
(再掲)訪問看護ステーション	12 人	36 人

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。

ウ　「災害支援ナース」の具体的な活動内容や方法を検討するとともに、応援派遣調整ができる体制整備を進めます。

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（2022（令和４）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。

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	1,615.7	83.32	80.04
作業療法士	5	165	782.7	40.36	40.47
視能訓練士	0	0	135.1	6.97	8.03
言語聴覚士	2	70	282.7	14.58	14.19
義肢装具士	0	0	1	0.05	0.10
歯科衛生士	5	247	2,168.3	111.82	104.09
歯科技工士	0	0	115.8	5.97	7.98
診療放射線技師	2	105	881.4	45.45	44.10
臨床検査技師	1	40	1,056.6	54.49	53.71
臨床工学技士	1	40	408.3	21.06	24.11
管理栄養士	3	240	473.2	24.40	21.52
栄養士	3	170	171	8.82	4.79
あん摩マッサージ指圧師	1	76	1,688	88.20	97.30
はり師	2		1,525	79.70	107.40
きゅう師	2		1,495	78.10	105.80
柔道整復師	3	150	1,230	64.30	63.10
救急救命士	2	80	518	27.08	25.42

〔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（2022 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（2022（令和４）年）」によると、県内の介護施設・事業所の従事者は 68,454 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 36,891 人で、そのうち介護福祉士資格保有者は 18,873 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、2022（令和４）年度末時点において 11,569 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2022(令和４)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深化・推進を図る上で、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）の確保・ 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）の確保に努めるとともに、 資質向上を図るための研修を行います。

（空白）

第10章　医療費適正化計画

第１節　総論

1　医療費等の現状と課題

（１）医療費の動向

ア　全国の医療費の動向

（ア）国民医療費の状況

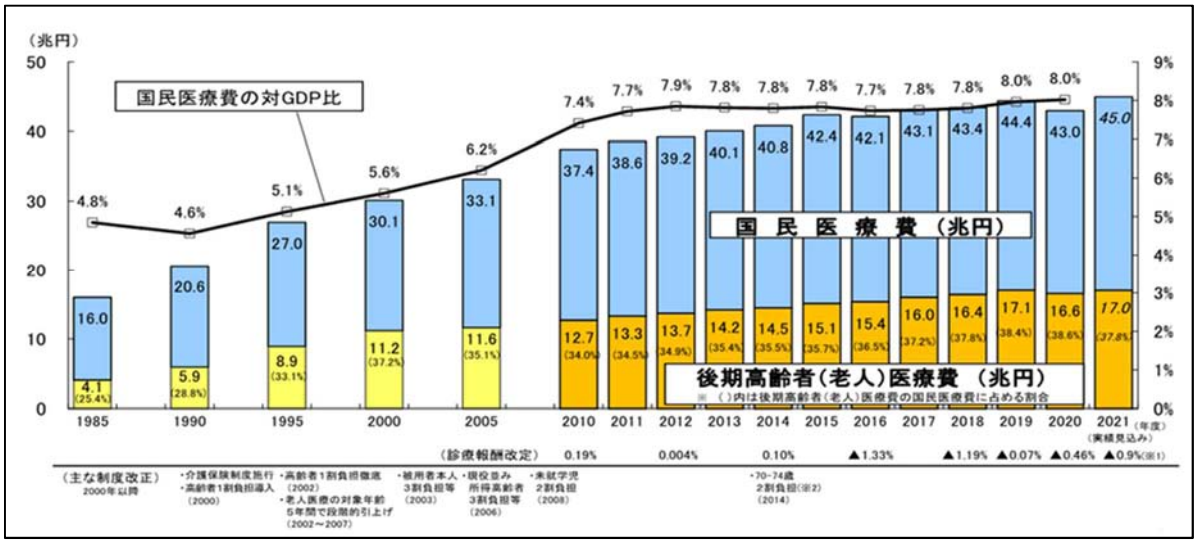
2021（令和３）年度の国民医療費は 45 兆 359 億円で、前年度の 42 兆 9,665 億円に比べ、２兆 694 億円、4.8%の増加となっています。

過去 10 年間（2012（平成 24）年度から 2021（令和３）年度まで）の国民医療費の推移をみると、概ね増加傾向にありますが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う受診控えが影響していると考えられる 2020（令和２）年度は大きく減少しています。

（イ）後期高齢者医療費の状況

2021（令和３）年度の後期高齢者医療費は 17 兆 763 億円で、前年度の 16 兆 5,681 億円に比べ、5,082 億円、3.1%増加しました。後期高齢者医療費の国民医療費に占める割合は 37.9%となっています。

図表：医療費の動向



〔資料〕厚生労働省資料

【国民医療費とは】

当該年度の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものです。この費用には、医科診療や歯科診療に係る診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれます。なお、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（特別の病室への入院、歯科の金属材料等）、不妊治療における生殖補助医療等に要した費用は含みません。また、傷病の治療に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含んでいません。

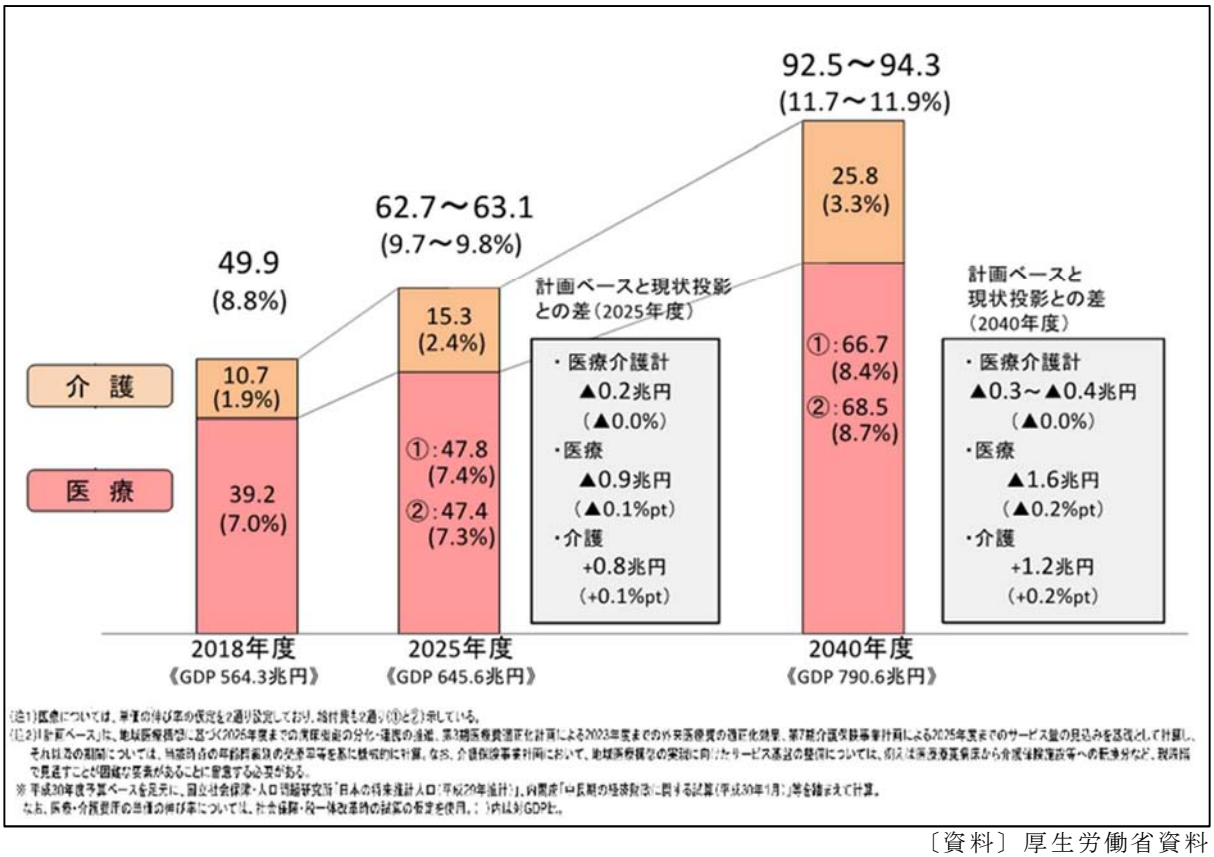
【後期高齢者医療費とは】

後期高齢者と定義される 75 歳以上にかかる医療費をいいます。後期高齢者医療制度は 2008（平成 20）年 4 月に創設されましたが、それ以前は、「老人医療費」と呼ばれていました。なお、65 歳～74 歳の高齢者は、前期高齢者と定義されます。

（ウ）今後の医療費の見込み

急速な高齢化の進展に伴って、今後も医療費が増加していくことが見込まれており、厚生労働省の「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）（2018（平成 30）年 5 月 21 日）」によると、2040（令和 22）年度における医療費は、66.7 兆円～68.5 兆円に達すると推計されており、2018（平成 30）年度と比較し、約 1.70～1.75 倍にあたります。

図表：医療費等の見通し（計画ベース）　　（単位：兆円）



〔資料〕厚生労働省資料

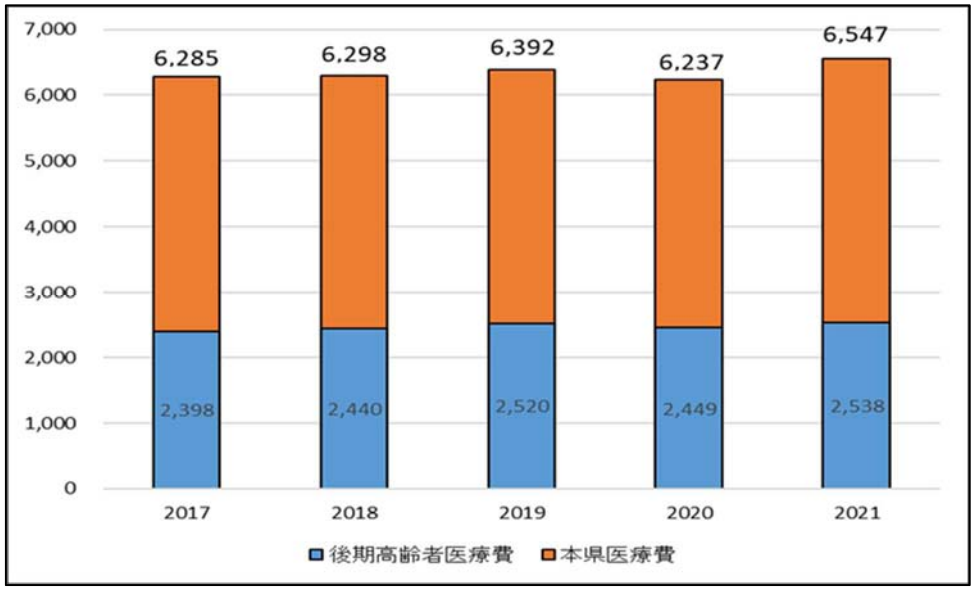
イ　本県の医療費の動向

（ア）本県の医療費の状況

2021（令和３）年度の国民医療費における本県の医療費は 6,547 億円で、前年度の 6,237 億円に比べ、310 億円、5.0%増加しています。また、2017（平成 29）年度の 6,285 億円から比較すると、262 億円、4.2%増加しています。

なお、本県の医療費のうち、後期高齢者医療費は 2,538 億円で、全体の 38.8%を占めています。

図表：本県の医療費の年次推移　　（単位：億円）



〔資料〕厚生労働省「国民医療費」　「後期高齢者医療事業年報」

（イ）１人当たり医療費の全国比較

2021（令和３）年度の本県の１人当たり医療費は 34 万円で、全国平均の 35 万９千円を下回り、全国では 35 位（少ない方から 13 番目）となっています。

2021（令和３）年度の１人当たり医療費の診療種類別内訳について、入院・入院外別の医科診療医療費をみると、本県は入院が 12 万９千円で、全国平均の 13 万４千円を下回っており、入院外が 12 万４千円で、全国平均と同程度となっています。

また、１人当たりの歯科診療医療費、薬局調剤医療費は、いずれも全国平均を下回っています。

図表：１人当たり医療費の年次推移

年度	2017	2018	2019	2020	2021
本県１人当たり医療費（千円）	320.6（35 位）	322.7（36 位）	329.1（36 位）	321.7（35 位）	339.8（35 位）
全国平均（千円）	339.9	343.2	351.8	340.6	358.8

〔資料〕厚生労働省「国民医療費」

図表：１人当たり医療費の内訳（2021（令和３）年度）

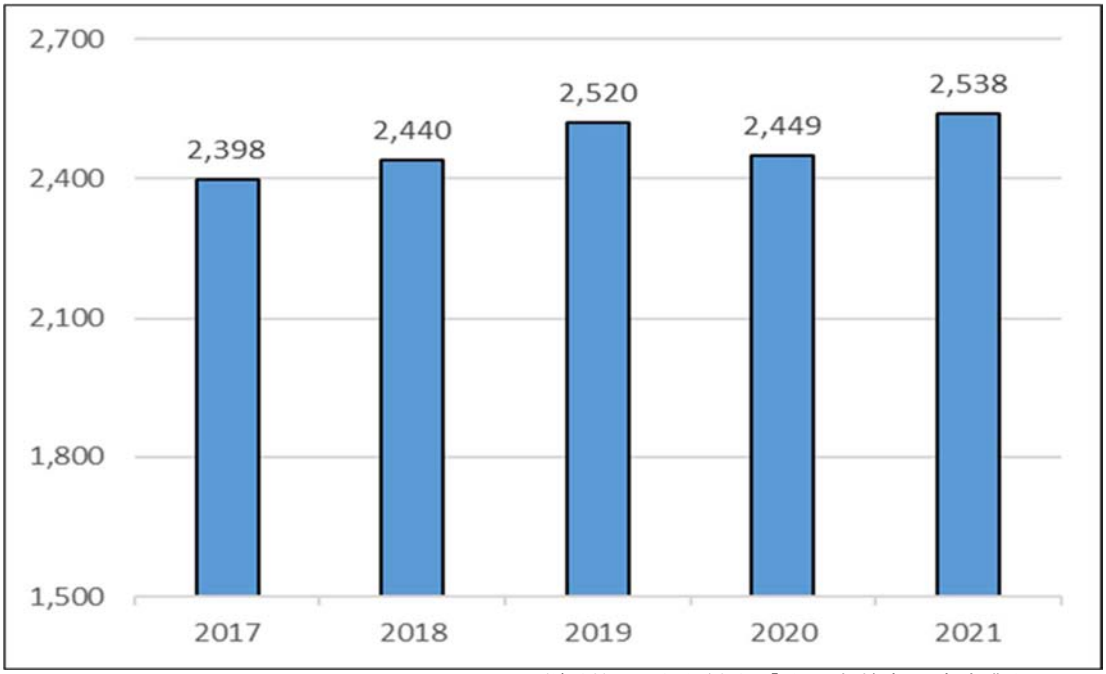
	本　　県		全国平均
	金額（千円）	全国順位	金額（千円）
１人当たり医療費（合計）	339.8	35 位 （少ない方から 13 番目）	358.8
医科診療医療費（入院）	128.6	33 位 （少ない方から 15 番目）	134.3
医科診療医療費（入院外）	123.7	27 位 （少ない方から 21 番目）	123.9
歯科診療医療費	21.7	41 位 （少ない方から７番目）	25.1
薬局調剤医療費	54.3	44 位 （少ない方から４番目）	62.8

〔資料〕厚生労働省「国民医療費（2021 年度）」
その他の内訳として、入院時食事・生活医療費、訪問看護療養費、療養費等があります。

（ウ）本県の後期高齢者医療費の状況

2021（令和３）年度の本県の後期高齢者医療費は 2,538 億円で、前年度の 2,449 億円に比べ、89 億円、3.6%増加しています。

図表：本県の後期高齢者医療費の年次推移　（単位：億円）



〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

（エ）１人当たり後期高齢者医療費の全国比較

2021（令和３）年度における本県の１人当たり後期高齢者医療費は 85 万 9 千円で、全国平均の 94 万 1 千円を下回っており、全国では 33 位（少ない方から 15 番目）となっています。

2021（令和３）年度の加入者１人当たり医療費の内訳について、入院・入院外別の医科診療医療費をみると、本県は入院が 41 万 5 千円、入院外が 26 万 1 千円で、いずれも全国平均（入院 44 万 5 千円、入院外 27 万 1 千円）を下回っています。

また、加入者１人当たりの歯科診療医療費及び薬局調剤医療費は、いずれも全国平均を下回っています。

図表：１人当たり後期高齢者医療費の推移

年度	2017	2018	2019	2020	2021
本県１人当たり医療費（千円）	869.3（31 位）	862.7（32 位）	868.8（32 位）	836.3（31 位）	858.7（33 位）
全国平均（千円）	944.6	943.1	954.4	917.1	940.5

〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

図表：１人当たり後期高齢者医療費の内訳（2021（令和３）年度）

	本　県		全国平均
	金額（千円）	全国順位	金額（千円）
１人当たり後期高齢者医療費（合計）	858.7	33 位（少ない方から 15 番目）	940.5
医科診療医療費（入院）	414.7	28 位（少ない方から 20 番目）	444.8
医科診療医療費（入院外）	261.2	23 位（少ない方から 25 番目）	270.6
歯科診療医療費	28.9	33 位（少ない方から 15 番目）	36.3
薬局調剤医療費	120.4	46 位（少ない方から２番目）	148.6

〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業年報（2021 年度）」
その他の内訳として、訪問看護診療費、療養費等があります。

（オ）医療費の疾病別状況

厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021（令和３）年度診療分のＮＤＢデータ）」によると、本県の医療費において、高血圧性疾患、糖尿病、腎不全、その他の悪性新生物等の生活習慣病に係る疾病が上位を占めており、特に糖尿病及び腎不全は全国の１人当たり医療費と比べ、それぞれ 837 円、1,539 円上回っています。また、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害は全国の１人当たり医療費と比べ、2,792 円上回っています。

図表：本県の医療費上位 20 疾病別内訳（2021（令和３）年度）

	疾病分類名	本県		全国平均		本県と全国の差
		医療費（百万円）	１人当たり医療費（円）	医療費（百万円）	１人当たり医療費（円）	１人当たり医療費（円）
	全疾病	606,780	315,154	40,450,569	324,845	-9,691
1	高血圧性疾患	41,636	21,625	2,729,990	21,924	-298
2	歯肉炎及び歯周疾患	27,725	14,400	2,315,509	18,595	-4,195
3	糖尿病	27,176	14,115	1,653,406	13,278	837
4	腎不全	25,822	13,412	1,478,385	11,872	1,539
5	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	25,403	13,194	1,730,232	13,895	-701
6	その他の心疾患	23,736	12,328	1,573,141	12,633	-305
7	骨折	21,871	11,359	1,431,688	11,497	-138
8	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	18,482	9,599	847,639	6,807	2,792
9	その他の消化器系の疾患	16,688	8,668	1,139,520	9,151	-484
10	脳梗塞	16,550	8,596	1,080,370	8,676	-80
11	虚血性心疾患	12,077	6,273	719,046	5,774	498
12	分類できない疾病	11,094	5,762	685,541	5,505	257
13	その他の神経系の疾患	10,608	5,510	842,504	6,766	-1,256
14	脊椎障害（脊椎症を含む）	9,971	5,179	673,667	5,410	-231
15	その他の損傷及びその他の外因の影響	9,919	5,152	613,105	4,924	228
16	脂質異常症	9,439	4,903	724,829	5,821	-918
17	関節症	9,354	4,859	682,235	5,479	-620
18	その他の呼吸器系の疾患	9,160	4,757	607,901	4,882	-124
19	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	8,880	4,612	663,859	5,331	-719
20	良性新生物＜腫瘍＞及びその他の新生物＜腫瘍＞	8,177	4,247	639,682	5,137	-890

〔資料〕厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021 年度診療分のＮＤＢデータ）」をもとに県国保援護課作成
訪問看護医療費、療養費等は含んでいないため、国民医療費の数値と異なります。

（２）県民の受診の状況

ア　県民の受診状況

（ア）入院・外来の受診状況

2020（令和２）年における県民の医療機関への受診状況について、受療率（人口 10 万対）をみると、入院については、本県は 941 で、全国平均の 960 よりも低くなっており、外来についても、本県は 5,518 で、全国平均の 5,658 よりも低くなっています。

また、75 歳以上の受療率（人口 10 万対）をみると、入院については、本県は 3,216 で、全国平均の 3,568 よりも低くなっており、外来についても、本県は 10,939 で、全国平均の 11,166 よりも低くなっています。

図表：受療率の状況（全年齢・75 歳以上）

	全年齢		75 歳以上	
	入院	外来	入院	外来
本県	941	5,518	3,216	10,939
全国平均	960	5,658	3,568	11,166

〔資料〕厚生労働省「患者調査（2020 年）」

【受療率とは】

厚生労働省が３年に一度公表している「患者調査」により、ある特定の日に疾病治療のために、医療機関に入院又は通院、往診を受けた患者数と人口 10 万人との比率を「受療率」として定義しています。

（イ）疾病別の受療率

傷病分類ごとの受診状況をみると、入院の受療率（人口 10 万対）については、概ね全国平均よりも低くなっていますが、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害等については、全国平均よりも高くなっています。

また、外来の受療率（人口 10 万対）についても概ね全国平均よりも低くなっていますが、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、高血圧性疾患、虚血性心疾患、気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患、喘息等が、全国平均よりも高くなっています。

図表：疾病分類ごとの受療率（本県・全国平均）

		入院		外来	
		本県	全国平均	本県	全国平均
総数		941	960	5,518	5,658
1	感染症及び寄生虫症	12	13	68	103
2	新生物＜腫瘍＞	82	100	165	196
	（悪性新生物＜腫瘍＞）	72	89	128	144
	結腸及び直腸の悪性新生物＜腫瘍＞	12	14	23	21
	気管，気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	11	13	15	15
3	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5	4	12	14
4	内分泌，栄養及び代謝疾患	26	24	363	343
	甲状腺障害	1	1	26	26
	糖尿病	12	12	184	170
5	精神及び行動の障害	208	188	229	211
	統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	143	113	61	40
	気分［感情］障害（躁うつ病を含む）	18	22	74	72
	神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害	3	5	53	50
6	神経系の疾患	77	100	136	131
7	眼及び付属器の疾患	7	8	168	237
	白内障	5	5	43	51
8	耳及び乳様突起の疾患	2	2	51	76
9	循環器系の疾患	147	157	854	652
	高血圧性疾患	5	4	618	471
	（心疾患（高血圧性のものを除く））	52	46	161	103
	虚血性心疾患	11	9	79	42
	脳血管疾患	80	98	55	59
10	呼吸器系の疾患	62	59	422	371
	急性上気道感染症	0	1	133	128
	肺炎	20	19	2	3
	急性気管支炎及び急性細気管支炎	0	1	42	37
	気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	3	5	21	14
	喘息	1	1	125	71
11	消化器系の疾患	51	48	948	1,007
	う蝕	0	0	202	231
	歯肉炎及び歯周疾患	-	0	370	401
12	皮膚及び皮下組織の疾患	9	9	161	247
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	59	59	537	718
	炎症性多発性関節障害	3	3	35	42
	関節症	17	14	103	155
	脊柱障害	16	19	212	345
	骨の密度及び構造の障害	1	1	60	51
14	腎尿路生殖器系の疾患	40	41	197	241
	糸球体疾患，腎尿細管間質性疾患及び腎不全	26	27	105	106
	乳房及び女性生殖器の疾患	2	2	50	70
15	妊娠，分娩及び産じょく	10	11	13	10
16	周産期に発生した病態	6	5	1	3
17	先天奇形，変形及び染色体異常	8	4	7	11
18	症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	12	10	59	59
19	損傷，中毒及びその他の外因の影響	111	107	230	229
	骨折	86	77	75	77

〔資料〕厚生労働省「患者調査（2020 年）」

※受療率（人口 10 万対）が 10 を超えており、かつ、全国平均よりも 10%以上高い疾病に着色しています。

（３）平均在院日数の状況

2021（令和３）年の本県における全病床（介護療養病床を除く）の平均在院日数は 27.7 日で、前年に比べ、0.6 日の短縮となりました。

全国平均(27.3 日)と比較すると 0.4 日長く、都道府県別にみると長い方から 24 番目となっています。

病床別にみると、療養病床については 111.3 日で全国平均（131.1 日）よりも短い一方、一般病床については 16.6 日で全国平均(16.1 日)と比べ 0.5 日、また、精神病床については 295.3 日で全国平均（275.1 日）と比べ 20.2 日長くなっています。

図表：平均在院日数の年次推移　　（単位：日）

		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
一般病床	本県	16.3	16.3	16.5	17.0	16.6
	全国平均	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1
精神病床	本県	310.3	311.8	303.1	307.1	295.3
	全国平均	267.7	265.8	265.8	277.0	275.1
結核病床	本県	76.2	76.1	71.9	79.8	72.2
	全国平均	66.5	65.6	64.6	57.2	51.3
療養病床	本県	109.8	107.2	105.8	110.6	111.3
	全国平均	146.3	141.5	135.9	135.5	131.1
介護療養病床を除く総数	本県	26.9	26.7	27.0	28.3	27.7
	全国平均	27.2	27.0	26.7	27.9	27.3

〔資料〕厚生労働省「病院報告」

【平均在院日数とは】

病院に入院した患者の１回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省の「病院報告」では、次の算式により算出することとされています。

平均在院日数＝（調査期間中に在院した患者の延べ数）÷（（調査期間中の新入院患者数＋退院患者数）÷２）

2　第４期医療費適正化計画の基本理念

（１）基本理念

急速な高齢化の進展に伴い、医療費の多くを占める高齢者医療費の増大が見込まれることを踏まえ、高齢期に至る前の早い段階から、健康の保持に関する予防的な取組や医療の効率的な提供に向けた取組を行っていくことにより、医療費が過度に増大しないようにしていくことを目指すこととし、この計画では、次のとおり、基本理念を定めます。

１　今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものとします。

２　医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高めていくため、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものとします。

（２）施策の２つの柱

ア　県民の健康の保持の推進

県民一人ひとりが、生涯を通じて、心身ともに健康で質の高い生活を送ることができるよう、健康寿命の延伸に向けた取組を推進するほか、各医療保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導の推進、喫煙による健康被害を回避する取組などを通じて、生活習慣病の発症予防、早期発見及び重症化予防を推進します。

また、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）と市町村による、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進します。

イ　医療の効率的な提供の推進

県民一人ひとりが良質かつ適切な医療を効率的に受けることができるように、医療機関の役割分担・連携により、地域において必要な医療を適切な場所で切れ目なく提供される体制の確立を図ります。

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

さらに、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進、医薬品の適正使用の推進並びに医療資源の効果的かつ効率的な活用の推進を図り、過度に医療費が増大しないよう取り組みます。

（３）計画に掲げる目標、施策等

この計画では、（２）に掲げた２つの施策の柱に基づき、分野ごとに「現状と課題」を踏まえ、「目標」を設定するとともに、目標を実現するために「施策の方向」を定め、医療費適正化に向けた取組を推進していくこととします。

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

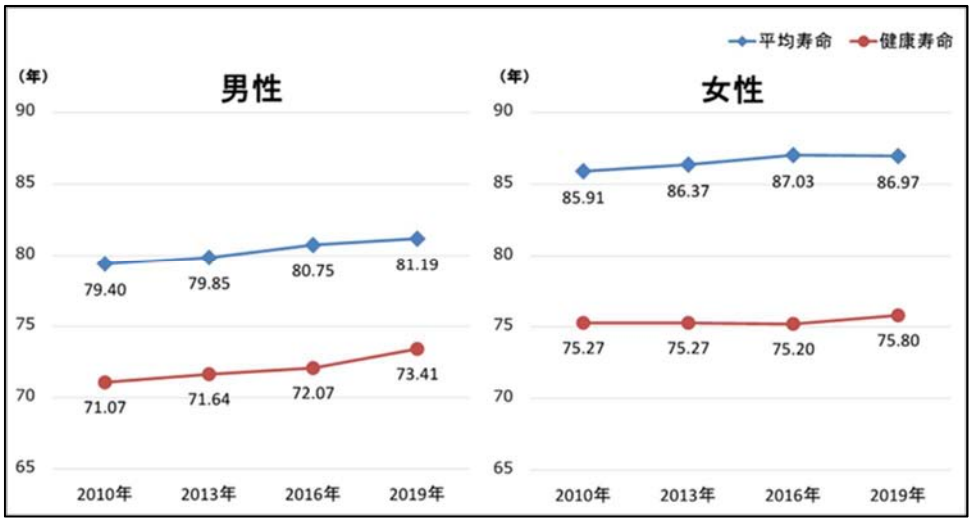
現状と課題

ア　健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されています。

イ　高齢化が進む中、健康寿命の延伸、すなわち、平均寿命と健康寿命の差を縮めることは、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待できるほか、健康に長く働く者を増やすことができ、社会保障制度を持続可能なものとするためにも重要です。このため、第３次群馬県健康増進計画「元気県ぐんま 21（第３次）」では、健康寿命の延伸を全体目標の一つとしています。

ウ　厚生労働省発表による本県の健康寿命（2019（令和元）年）は、男性 73.41 年、女性 75.80 年で、全国（男性 72.68 年、女性 75.38 年）を上回っています。ただし、2010（平成 22）年と比較すると、男性は健康寿命と平均寿命の差が縮まっていますが、女性は広がっています。

図表：本県の平均寿命と健康寿命の推移



〔資料〕平均寿命：厚生労働省「都道府県別生命表（2010 年）」
県調査「県簡易生命表（2013 年・2016 年・2019 年）」
健康寿命：厚生労働省「日常生活に制限のない期間（平均）」

目標

○　**指標と目標値**

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	健康寿命の延伸 （日常生活に制限のない期間の延伸）	男性 73.41 年 女性 75.80 年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②健康寿命 男性 73.57 年以上 女性 76.70 年以上	2028

施策の方向

生活習慣病の予防や望ましい生活習慣の定着に向けた正しい知識の普及啓発、県民の行動と健康状態の改善に加え、社会環境整備や、その質の向上を通して「健康寿命の延伸」の実現を図るため、分野ごとの目標達成に向けた施策を推進します。

2　メタボリックシンドローム対策の推進

現状と課題

ア　厚生労働省「国民健康・栄養調査（2016（平成28）年）」、県「県民健康・栄養調査（2016（平成28）年度）」によると、本県のメタボリックシンドロームの該当者は男女ともに全国の割合を下回っていますが、予備群の割合は男女ともに全国を上回っています。

項目	本県		全国	
	予備群	該当者	予備群	該当者
男性	28.9%	19.4%	24.1%	27.0%
女性	11.4%	8.9%	8.2%	10.0%

予備群：メタボリックシンドロームの予備群と考えられる者
該当者：メタボリックシンドロームが強く疑われる者
〔資料〕厚生労働省「国民健康・栄養調査（2016 年）、県「県民健康・栄養調査（2016 年度）」

イ　特定健康診査とは、2008（平成 20）年度から医療保険者に実施が義務づけられたものであり、40 歳以上 75 歳未満を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健康診査です。

ウ　特定保健指導は、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる方に対して行う保健指導であり、特定健康診査の結果に応じて、動機付け支援と積極的支援が行われます。特定健康診査と同様、2008（平成 20）年度から開始されています。

エ　厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和３）年）によると、本県の特定健康診査の受診率は55.9%（全国56.2%）、特定保健指導の実施率は19.7%（全国24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。また、保険者種別ごとの特定健診受診率（全国）をみると、共済組合や健康保険組合では約８割である一方、市町村国保では約４割となっており、種別により大きな差があります。

【メタボリックシンドロームとは】
内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい病態をいいます。

目標

ア　県民一人ひとりが日々の健康管理を適切に行うことにより、特定健康診査における保健指導対象者を 2008（平成 20）年度に比べて 25%以上減少させます。

イ　本県全体で、40 歳から 74 歳までの対象者の 70%以上が特定健康診査を受

診することにより、生活習慣病の早期発見を推進します。

ウ　本県全体で、特定保健指導が必要と判定された対象者の 45%以上が特定保健指導を受けることにより、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を推進します。

○　**指標と目標値**

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	特定保健指導対象者の減少（2008 年度と比較）	7.98%減少	2021	25%減少	2029
2	特定健康診査受診率	55.9%	2021	70%以上	2029
3	特定保健指導実施率	19.7%	2021	45%以上	2029

施策の方向

ア　県民が自らの健康に興味を持ち、適切な生活習慣を身につけ、必要に応じて生活習慣を改善できるような働きかけや普及啓発を行います。

イ　メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病のリスクを早期に発見するため、保険者や事業所等と連携し、特定健康診査の実施を推進します。

ウ　メタボリックシンドロームの危険因子を有する者に対して特定保健指導を通じて生活習慣改善指導を行い適切な健康管理を支援するため、保険者や事業所等と連携し、特定保健指導の実施率向上に向けた取組を推進します。

また、必要に応じて医療機関への受診を促します。

エ　保険者や関係機関・団体等と連携し、特定健康診査及び特定保健指導を行う従事者の人材育成に取り組みます。

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

カ　生活習慣病予防や健康づくりの情報を広報誌や SNS 等で継続的に発信し、特に特定健診・特定保健指導の対象とならない 40 歳未満の方に向けて、健康に興味を持ち、適切な生活習慣を身につけやすいよう普及啓発を行います。

3　たばこ対策の推進

現状と課題

ア　喫煙は、がん、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）をはじめとする呼吸器疾患、循環器疾患など、様々な生活習慣病の発症及び重症化に大きく影響していることから、喫煙率を低下させることは、県民の健康の保持、増進及び生活習慣病予防における重要なポイントとなります。

イ　たばこによる健康被害は、喫煙者にとどまらず、その環境のもとに育つ子どもや周囲の人々にも、受動喫煙という形で悪影響を及ぼします。

ウ　本県の喫煙者数は、県民健康・栄養調査（2021（令和３）年）によると、習慣的に喫煙している人は男性20.4%、女性6.1%です。人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）の有する者の割合は、家庭4.1%、職場11.3%、飲食店16.0%となっています。

目標

○　**指標と目標値**

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	20 歳以上の者の喫煙率	13.1%	2021	10.2%	2028

施策の方向

ア　新聞やラジオ等でのメディアでの啓発活動、県民公開講座等の開催により、喫煙及び受動喫煙に関する知識の普及啓発を図ります。

イ　学校や市町村等関係機関と協力して、喫煙や受動喫煙が健康に与える悪影響についての普及啓発を引き続き実施します。

ウ　地域、職域の禁煙指導者の人材育成・資質向上のための研修会を開催するとともに、群馬県受動喫煙防止対策推進会議を通じて、関係機関の連携体制の更なる充実を図り、望まない受動喫煙のない社会の実現を目指します。

4　歯科口腔保健の推進

現状と課題

近年、全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠が集積されつつあり、全身の健康に対する歯科口腔保健分野の重要度は年々増しています。

※詳細は第７章第７節（367 頁）を参照

目標

長く歯と口腔の健康を保つことにより、県民の生涯にわたる健康で質の高い生活の実現を目指します。

施策の方向

歯科疾患予防の推進、口腔機能の獲得・維持・向上のほか、多職種連携の推進体制の整備といった歯科口腔保健を推進するための社会環境整備等に取り組みます。

※詳細は第７章第７節（369 頁）を参照

5　がん対策の推進

現状と課題

ア　がんは、1985（昭和 60）年から本県の死亡原因の第 1 位になっており、「群馬県人口動態統計」によると、死亡総数に占める割合は 2022（令和４）年で 22.8%となっています。がんによる死亡者の減少のためには、まず予防できるがんを防ぎ、罹患者を減らすことが重要です。さらに、がんに罹った場合でも、検診で早期に発見し、できるだけ早く適切な治療につなげることが大切です。

イ　喫煙（受動喫煙を含む）、食生活や運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染はがんのリスク因子であり、日本人におけるがんの要因の第 1 位は、男性では喫煙、女性では感染となっています。

ウ　厚生労働省「国民生活基礎調査（2022（令和４）年）」によると、厚生労働省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定めるがん検診の本県の受診率（40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳）は、胃がん 42.6%（全国 41.9%）、子宮頸がん 42.5%（全国 43.6%）、肺がん 55.7%（全国 49.7%）、乳がん 47.9%（全国 47.4%）、大腸がん 46.3%（全国 45.9%）となっており、概ね改善傾向にありますが、「群馬県がん対策推進計画」の目標を 60%とし、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

エ　がんを発見し、早期治療につなげるためには、精密検査が必要と判定された受診者が必ず精密検査を受診することが必要です。

オ　厚生労働大臣が質の高い専門的ながん医療を提供する医療機関として指定する「がん診療連携拠点病院」が、10 ある二次保健医療圏のうち８つで設置されており、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法を単独又は効果的に組み合わせた集学的治療が実施されています。

目標

ア　正しい知識に基づくがん予防及びがん検診の普及啓発を図り、がん予防及びがん検診を充実させることにより、がんの年齢調整罹患率（人口 10 万対）の減少及びがんの早期発見率（がん登録に占める限局の割合）の増加を目指します。

イ　がん診療連携拠点病院等を中心として、質の高い専門的ながん医療が提供される体制を維持・強化します。

施策の方向

関係機関と連携し、予防・検診の普及啓発及び、質の高い医療提供を推進します。

※詳細は第４章第２節「１　がんの医療連携体制構築の取組」「１　予防・早期発見（検診）」の具体的施策（27 頁）及び「２　医療」の具体的施策（１）のうち１つ目のポツ（32 頁）を参照

6　生活習慣病の重症化予防の推進

現状と課題

ア　生活習慣病の発症予防には、適切な食生活や適度な運動習慣、禁煙、節酒などの生活習慣の改善や定期的な健康診断等の日々の健康管理が大切です。

イ　また、健康診断の結果、医療機関の受診が必要と判断された場合には、速やかに受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。

ウ　慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease：ＣＫＤ）は、腎臓の働きが健康な人の 60%未満に低下するか、あるいはたんぱく尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいいますが、進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。

エ　厚生労働省「患者調査（2020（令和２）年）によると、本県の糖尿病有病者数は91,000人であり、2017（平成29）年の51,000人から大幅に増加しています。糖尿病は、進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。

オ　糖尿病については、糖尿病性腎症が重症化して人工透析が必要となった場合、患者本人の生活の質（ＱＯＬ）が著しく低下することに加え、生涯の医療費が多額となることが指摘されています。

カ　本県の慢性透析患者数は、日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年）」によると、人口10万人当たり330人（全国279人）と高い状況にあります。また、本県の新規透析導入患者数は、人口10万人当たり37.8人（全国30.2人）と高く、都道府県別の順位は少ない方から数えて41位となっています。中でも、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は人口10万人当たり16.8人（全国12.2人）と高い状況にあります。

目標

ア　県民一人ひとりが、生活習慣病を予防し、良好な健康状態を保つことができるよう、生活習慣病に対する知識や関心の向上を図ります。

イ　健康管理を担う関係機関・団体が連携しながら、糖尿病をはじめとした、生活習慣病の重症化予防の取組を推進します。

施策の方向

ア　県民公開講座等を開催し、県民に対して生活習慣病に対する知識の普及啓発を行います。

イ　地域保健と職域保健が連携し、生涯を通じた健康管理を円滑に行えるよう支援します。

ウ　治療中断者への働きかけや、治療中の方に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組を推進します。

エ　糖尿病の重症化予防を推進するため、2019（平成 31）年 3 月に策定した「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に基づく市町村や保険者における取組を支援します。

7　感染症重症化予防のための予防接種の推進

現状と課題

ア　厚生労働省「人口動態統計（確定数）参考表（2022（令和４）年）」によると、県民の死因の第 5 位が肺炎となっています。特に高齢者は肺炎球菌感染やインフルエンザ等により肺炎を発症しやすいので、予防接種により重症化を防ぐことが重要です。

イ　予防接種は免疫をつけ、重症化を予防し、感染症のまん延を防止するというベネフィットが明らかにされていますが、県民が副反応の可能性があることも理解した上で自らの判断で接種を受けられるよう、十分な情報提供が必要です。

ウ　ワクチンの製造に関係した一時的な流通不足の問題が起こることがあり、その状況把握と情報発信等の対応が求められます。

エ　定期予防接種について、市町村から専門的・技術的支援が求められています。

目標

ア　感染症の罹患や重症化を防ぎ、長期間にわたり健康を保持するために必要な予防接種を受けることができる環境を整えます。

イ　感染症のまん延防止のために、社会全体での定期予防接種の高い接種率を確保します。

施策の方向

ア　定期予防接種の高い接種率を確保するため、市町村・関係機関等と協力し、県民への情報提供と啓発を充実させます。

イ　定期予防接種の実施主体である市町村と連携し、予防接種の安全性と有効性及び副反応の可能性、健康被害が生じた場合の予防接種健康被害救済制度について県民への周知を図ります。

ウ　ワクチン供給不足が発生した際には、情報収集を行い、医師会や医薬品卸組合等と連携し、円滑な流通を促進します。

エ　定期予防接種の円滑な実施のため、市町村に対して専門的・技術的支援や広域的な連携について関係機関との調整を行います。

8　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

現状と課題

ア　人生 100 年時代を見据え、健康寿命の延伸を目的として、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施が求められています。

イ　後期高齢者については、フレイル状態に陥るリスクを抱えていることから、運動、口腔、栄養、社会参加等のアプローチにより疾病予防とフレイル予防に取り組む必要性があります。

目標

ア　広域連合と市町村における一体的な実施の取組が着実に進むよう、広域性を活かした支援を行います。

施策の方向

ア　広域連合と市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組が着実に進むよう、関係部局が連携して実施状況等を把握するとともに、広域連合や市町村の要望を把握し、専門的見地等からの支援や本事業に係る好事例の横展開を進めていきます。

イ　広域連合や国民健康保険団体連合会とともに事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行い、広域での対応が望ましい課題等に対して、その調整や他の関係団体との連携体制の構築等の支援を行います。

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

現状と課題

ア　2016（平成 28）年に策定した地域医療構想では、2025（令和７）年を見据え、将来における医療需要を推計しています。今後、高齢化の進行や疾病構造の変化に伴い、慢性的な疾患や複数の疾病を抱える患者が増加することが見込まれていることから、将来を見据え、高度急性期から慢性期まで、患者の状態にふさわしい医療を提供できるよう、病床の機能分化・連携について、より一層の推進を図ることが重要となります。

イ　2022（令和４）年度における県内の病院、有床診療所からの病床機能報告の集計結果と、地域医療構想において推計した 2025（令和７）年における必要病床数（2025（令和７）年における医療機能ごとの病床数の必要量）を比較すると、回復期機能の病床数が大幅に不足する見込みであることから、今後、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。

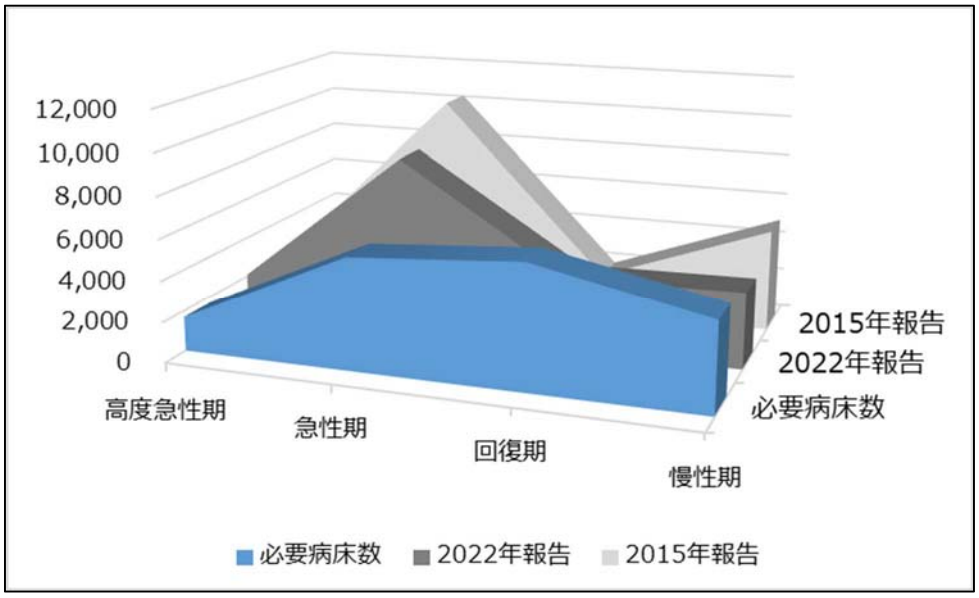
ウ　また、高齢化の進捗状況や医療施設等の社会資源の状況は地域ごとに異なることから、2025（令和７）年に向け、医療機関同士の役割分担や介護サービス事業者等を含めた連携のほか、医療・介護サービスの充実等については、地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。

図表：各構想区域における 2025（令和７）年の必要病床数の推計　（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

〔資料〕県医務課「群馬県地域医療構想」

図表：病床機能報告と必要病床数との比較　　（単位：床）



〔資料〕県医務課「群馬県地域医療構想」、「病床機能報告」

（単位：床）

年	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	備考
2015	2,320	10,378	2,027	5,062	19,787	2015 年報告
2022	2,092	8,701	3,583	3,719	18,095	2022 年報告
2025	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	必要病床数

※病床機能報告の集計については、ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床並びに休棟等の病床は除いています。

【病床機能報告とは】

一般病床・療養病床を持つ医療機関は毎年、現状及び 2025 年の病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期から１つ）を報告します。機能区分の定量的な基準はなく、医療機関が自主的に判断して選ぶもので、また、病棟単位で報告するため、複数の機能を担う病棟でも１機能だけを選択します。

目標

2025（令和７）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、病床機能の分化・連携の取組を推進します。

施策の方向

ア　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します。

イ　各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を進めます。

ウ　限られた医療資源を効率的・効果的に活用するため、これらの取組を地域の実情に応じて進める必要があることから、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、及び市町村等を構成員として設ける協議の場）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を活用し、支援します。

2　地域包括ケアシステムの推進等

1　地域包括ケアシステムの推進

現状と課題

ア　我が国は、これまで経験したことがない超高齢社会を迎えており、団塊の世代全てが 75 歳以上となる 2025（令和７）年以降は、県民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれています。

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

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

※詳細は第４章第３節「１　地域包括ケアシステムの深化・推進」「１　総論」（229 頁）を参照

目標

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（令和７）年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・介護予防・生活支援の５つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進します。

また、団塊ジュニアの世代全てが 65 歳以上となるとともに、総人口・現役世代が減少する中で高齢人口がピークを迎える 2040（令和 22）年を見据えて、地域包括ケアの更なる取組とあわせて、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備を一体的に推進することにより、地域共生社会の実現を図ります。

施策の方向

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

※詳細は第４章第３節「１　地域包括ケアシステムの深化・推進」　「１　総論」（230 頁）、「３　介護サービスの体制整備」（257 頁）を参照

2　在宅医療の推進

現状と課題

（１）在宅医療・介護の連携の推進

ア　県「保健医療に関する意識調査（令和４年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」及び「条件が整えば望む」という人が６割を超えている一方で、自宅で療養が可能とした人は２割を下回っています。

イ　高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすいことから、医療・介護の連携を通じた効果的なサービス提供を推進する必要があります。

ウ　慢性疾患や認知症等、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受け、高齢者本人が自宅で最後を迎えられるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面において、各々の専門性を活かした連携体制を構築することが必要となっています。

（２）在宅医療の基盤整備の推進

ア　在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることができるよう、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制が必要となりますが、山間部などでは、診療所や訪問看護事業所がない、夜間に対応する介護サービスが不足するなど、医療資源が不足・偏在している地域があります。

イ　このため、訪問診療・往診の提供体制の充実を図るとともに、24 時間対応の訪問看護ステーションの増加に向けた取組を推進するなど、看取りに対応できる医療機関の充実を含め、在宅医療の提供体制をより一層推進する必要があります。

目標

在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送れるよう、在宅医療の基盤整備を進めるとともに、地域の医療・介護の関係機関による連携体制を構築することで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供します。

施策の方向

ア　入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携をより一層推進するため、両者の連携を推進するための研修等を開催・支援するとともに、病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。

イ　在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、在宅医療の基盤整備を進めます。

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

エ　在宅や介護施設での看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制を構築します。

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

3　認知症施策の推進

現状と課題

認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれます。増加する認知症高齢者に対応するため、認知症に対する理解促進を図るとともに、認知症疾患の早期診断・早期対応につなげるシステムの構築が必要です。

※詳細は第４章第３節「１　地域包括ケアシステムの深化・推進」「４　総合的な認知症対策」（234 頁）を参照

目標

ア　認知症の発症予防から早期診断・早期対応につながる医療体制の整備や相談支援体制の充実を図るとともに、関係機関の連携体制を整備します。

イ　誰もが認知症について正しい知識を持つとともに、地域での見守り体制を構築するなど、地域全体で認知症高齢者を支えていくための環境整備を推進します。

施策の方向

適切な医療の提供と相談体制の充実のほか、認知症に対する理解の促進を図るとともに、認知症の人やその家族の意見も踏まえた施策の推進を目指します。

※詳細は第４章第３節「１　地域包括ケアシステムの深化・推進」「４　総合的な認知症対策」（235 頁）を参照

４　入院中の精神障害者の地域移行の推進

現状と課題

ア　厚生労働省「精神保健福祉資料（2022（令和４）年度）」によると、本県における精神科病院の入院患者数 4,486 人のうち在院期間が１年以上の長期入院患者は 2,993 人と、全体の 66.7%となっています。

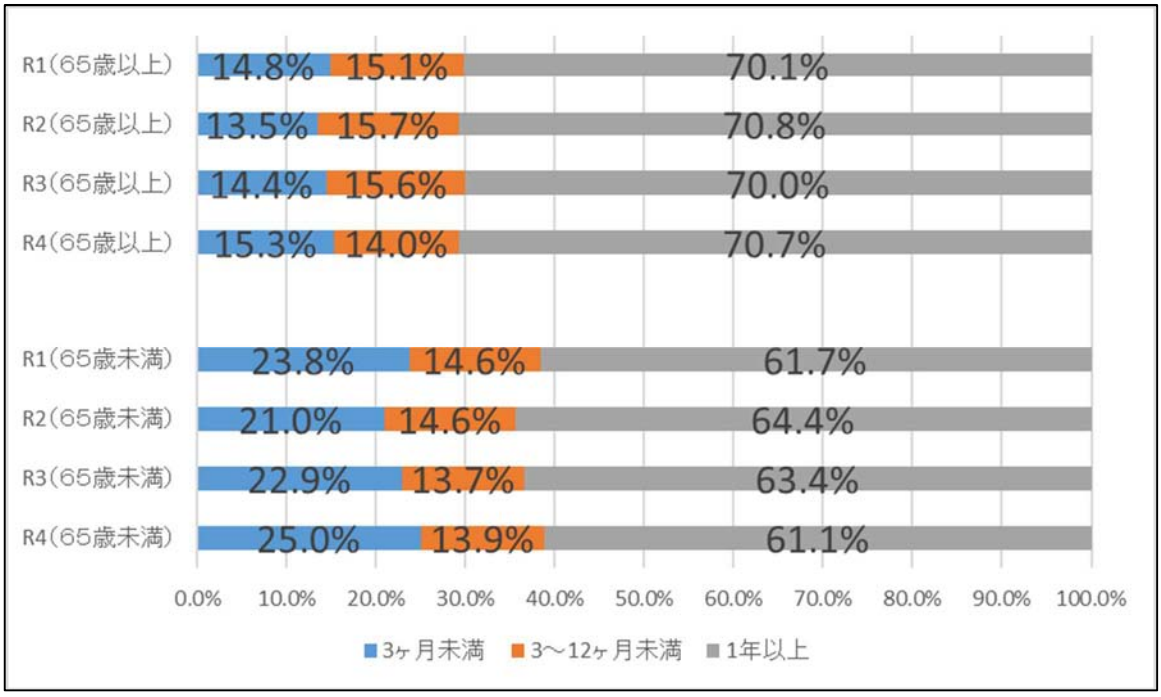
　また、厚生労働省「病院報告」によると、精神病床における 2021（令和３）年の平均在院日数は 295.3 日と、全国平均に比べて 20.2 日長くなっていることから、早期退院に向けた治療や退院支援の提供が求められています。

イ　精神科医療提供体制には地域的な偏在があることから、入院治療も含めた体制の充実や、保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠です。

ウ　患者の地域生活を支える訪問診療や訪問看護等の多職種チームによる支援や、症状悪化時等の緊急時に対応できる体制を充実する必要があります。

エ　精神疾患のある人とその家族を地域全体で支援する体制を構築する必要があります。

図表：本県精神病床における在院期間別入院患者の割合



〔資料〕厚生労働省「精神保健福祉資料」

目標

ア　精神障害者の地域生活への移行を進めるため、退院に対する意欲を高めるとともに、居住の場の確保や日中活動を推進します。

イ　精神障害者が地域の一員として安心して自分らしく暮らすことができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指します。

ウ　緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に取り組みます。

施策の方向

ア　地域における精神障害についての理解を深めるため、こころの県民講座を開催するなど、理解の促進を図ります。

イ　各地域において保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を促進し、関係者間の連携を強化するとともに、相談支援を担当する保健福祉事務所、市町村及び相談支援事業所等の相談機能の充実を図ります。

ウ　長期入院患者の早期退院に向けた支援を推進するため、ピアサポート活用事業等地域移行支援事業の実施や地域相談支援の利用促進を図ります。また、退院後生活環境相談員の設置や退院支援委員会の開催など、精神科病院における退院促進の取組を充実させます。

エ　訪問看護等の提供体制の充実を図るほか、夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制の整備等、地域生活を支える精神科救急医療体制の一層の充実を図ります。

オ　グループホームの整備や就労支援等、障害福祉サービスの充実を図ります。

カ　精神障害者や家族が地域で安心して生活できるよう、精神保健ボランティアの養成や家族会支援、各種研修の実施等、地域における支援体制の構築を図ります。

【ピアサポート活用事業とは】

地域で暮らす精神障害のある人が「ピアサポーター」として精神科病院を訪問し相談や助言を行うことにより、入院中の精神障害者の地域移行に対する不安感の解消や退院意欲の喚起を図る事業です。

3　後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

現状と課題

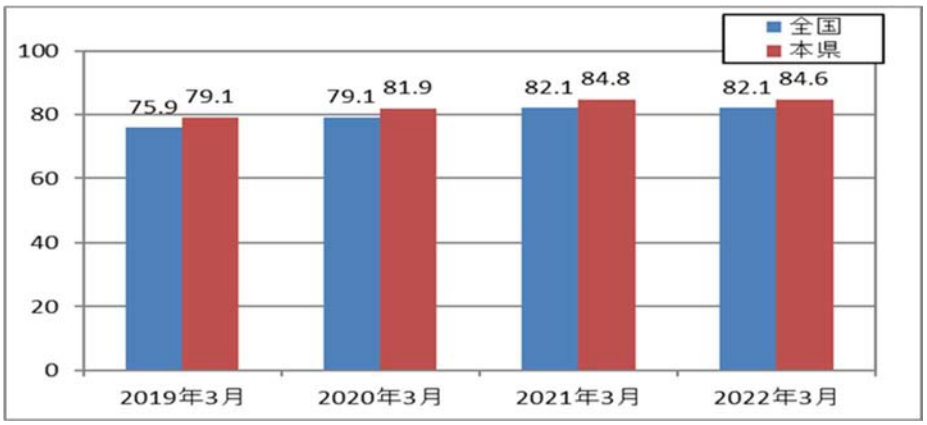
ア　後発医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなります。

イ　我が国における「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量割合は、2022（令和４）年３月末現在 82.1%で、近年、急速に普及してきています。

ウ　本県では、2009（平成 21）年度に医療関係者、学識経験者、医薬品業界関係者及び保険者代表で構成する「群馬県後発医薬品適正使用協議会」を発足し、後発医薬品の普及啓発等に取り組んできたことから、2022（令和４）年３月末の本県における後発医薬品の数量割合は 84.6%に達し、全国平均を上回り、全国９位となっています。

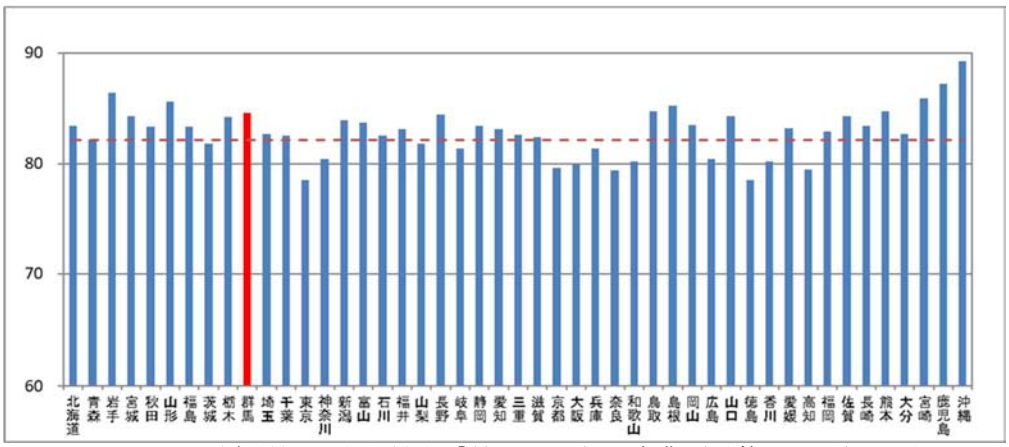
エ　後発医薬品に対する品質確保や安定供給に対する不安感の払拭を図る必要があります。

図表：後発医薬品使用割合の推移　（単位：%）



〔資料〕厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

図表：後発医薬品使用割合の全国比較　（単位：%）



〔資料〕厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

目標

本県の後発医薬品について、その使用割合は数量ベースでは現行の目標である80%に達している一方で、供給不安が続いているといった課題があります。こうした中で、国は、今後骨太方針 2021 の「後発医薬品の数量シェアを、2023（令和５）年度末までにすべての都道府県で 80%以上にする」という政府目標を、金額ベース等の観点を踏まえて見直すこととしており、本県においても本計画における後発医薬品の使用促進に関する数値目標を、新たな政府目標を踏まえ、2024（令和６）年度に設定します。

また、バイオ後続品については、2029（令和 11）年度に、バイオ後続品に数量ベースで 80%以上置き換わった成分数が 60%以上に達しているとする目標を設定します。

施策の方向

ア　群馬県後発医薬品適正使用協議会及び関係機関と連携し、本県における後発医薬品の使用状況などについて情報を収集・分析し、これに基づいた使用促進のための施策の検討や普及啓発を行います。

イ　国と連携し、後発医薬品の試験検査により品質を確認し、結果を公表するとともに、後発医薬品製造業者等に対して立入検査を実施し、製造管理及び品質管理を徹底します。

ウ　医療費適正化の観点から、今後、地域フォーミュラリに関する医療関係者への周知等の多面的な必要な取組を行います。

エ　後発医薬品の安定供給、メーカーにおける製造管理の徹底を図るなど、後発医薬品の信頼回復に向け、必要な施策を推進します。

オ　後発医薬品の使用促進に関する関係者の役割分担

主体	具体的役割
群馬県後発医薬品適正使用協議会	○　医療機関等を対象とした後発医薬品の使用に関するアンケート調査 ○　普及啓発用リーフレット等広報資材の作成・配布 ○　広報資料、電子広告等を活用した県民への普及啓発 ○　地域の医療機関における後発医薬品の取扱品目リスト及び採用基準の公表
保険者	○　後発医薬品へ切り替えた場合の「軽減差額通知」の送付 ○　「後発医薬品希望」意思表示のための資材配布

【フォーミュラリ・地域フォーミュラリとは】

フォーミュラリとは、「医薬品の有効性・安全性など科学的根拠と経済性を総合的に評価して、医療機関や地域ごとに策定する医薬品の使用指針」を意味するものとして用いられています。

地域フォーミュラリとは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」を意味するものです。

4　医薬品の適正使用の推進

現状と課題

（１）医薬品の重複投与・多剤投与の状況及び影響

ア　医薬品の重複投与・多剤投与の多くは、患者が複数の医療機関を受診すること及び加齢による様々な疾患への対応により発生しています。

イ　また、複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高いが、それが副作用の発生や医薬品の飲み残しなどにつながっているとの指摘もあるほか、医療費の増大にも繋がっています。

ウ　特に医薬品の多剤投与については、患者の年齢が高くなるほど多くなる傾向があります。

（２）関係機関との連携

ア　複数医療機関の受診や多剤投与については、患者の病状等により事情が異なり、一律に扱うことはできないため、医療機関と薬局等が情報共有することが重要となります。

イ　医薬品の適正使用を確保するため、厚生労働省では「患者のための薬局ビジョン」を 2015（平成 27）年 10 月に策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するほか、医療関係多職種との連携を推進しています。

ウ　かかりつけ薬剤師・薬局の普及により、医薬品服薬情報の一元管理等が可能となるため、医療機関との連携を進めることが重要です。

【患者のための薬局ビジョンとは】

2015（平成 27）年 10 月に厚生労働省が作成。患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）になる 2025（令和 7）年、更に 10 年後の 2035（令和 17）年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示するもので、患者が医薬分業のメリットを実感できる患者本位の薬局となることを中長期的な視点に立って推進していくものです。

○　目指すべき内容
- 2025 年までに、全ての薬局を「かかりつけ薬局」へ
- 健康サポート薬局を日常生活圏域ごとに必要数確保
- 2035 年までに、立地を含めて、門前から地域への薬局再編

○　かかりつけ薬剤師・薬局の持つべき機能
- 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- 24 時間対応・在宅対応
- かかりつけ医をはじめとした医療機関等との連携強化

目標

ア　県民に対して、医薬品に関する適正使用について普及啓発を図るとともに、薬局、医療機関、保険者の三者による連携により、重複投与や多剤投与の是正を推進します。

イ　医療機関及び薬局における重複投与等の確認を可能にする電子処方箋のメリットの周知等による普及を促進します。

ウ　医薬品の使用状況などについて情報を収集・分析・共有するための体制を構築します。

施策の方向

ア　重複投与や多剤投与への対応のためにも、「かかりつけ薬剤師・薬局」推進の一環である健康サポート薬局及び認定薬局制度の整備を更に進めます。

イ　医療機関と薬局の連携を強化し、訪問指導の実施、重複投与等の確認を可能とする電子処方箋の導入について、メリットの周知やシステム改修等に対する国の補助制度活用による導入を促進することで、飲み残し等による残薬の解消に取り組みます。

ウ　マイナンバーカードの健康保険証利用により、医師・薬剤師が過去の診療・薬剤情報を閲覧することができるようになり、重複投与・多剤投与の抑制に資することから、医療機関や薬局等と連携のうえ、マイナンバーカードの健康保険証利用を促進します。

エ　保険者と連携を図ることで、重複投与や多剤投与に係る医療費の実態分析を行い、患者に対して医療費に関するお知らせを行うなどの指導に取り組みます。

オ　患者向けの医薬品適正使用の理解促進のための広告資料や電子広告等を作成し、広く県民に普及啓発を行います。

カ　医療機関、保険者、薬局、行政が連携し、医薬品の使用状況について、情報共有を進め、必要な対策を検討するための環境整備を図ります。

5　医療資源の効果的・効率的な活用

現状と課題

ア　少子高齢化に伴い県民の疾病構造は従来から大きく変化しています。また、切れ目のない医療・介護サービスの提供体制を構築するためには、急性期から回復期、慢性期において、患者の状態にふさわしい医療を的確に提供することが求められています。さらに、医療資源の状況は地域によって異なることから、その偏在解消が必要です。

イ　効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療について、例えば、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用では、「薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプラン（2016-2020）」に基づく取組等によって使用量が減少してきており、「薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプラン（2023-2027）」に基づき更なる取組が進められています。

ウ　白内障手術及び薬物療法の外来での実施状況については、医療資源の投入量に地域差があることが指摘されています。白内障の手術は、「ＯＥＣＤ Health at a Glance 2021」によると、ＯＥＣＤ加盟国の半数以上の国において外来での実施率が 90%以上である一方で、厚生労働省「ＮＤＢオープンデータ（2021（令和３）年度）」によると、我が国の外来での実施率は 64.8%であり、本県は 76.5%となっています。また、がんの薬物療法についても、本県では全ての二次保健医療圏で外来薬物療法が提供されており、外来で治療を行うケースが増えていますが、入院で薬物療法を実施するケースも一定数存在しています。

エ　2022（令和４）年度の診療報酬改定においてリフィル処方箋の制度が創設され、患者にとって適切な治療が行われることを前提に、有効に活用できる範囲において取組を進める必要があります。

目標

ア　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更なる深化・推進を図ります。また、不足している診療科の医師確保を図るとともに、地域で不足する外来医療機能の充実と医療機器の効率的な活用を促進します。

イ　効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差がある医療について、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組を検討し、実施します。

ウ　リフィル処方箋について、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を確認しながら、有効に活用できる範囲において少しずつ普及するよう、関係者が行う必要な取組を検討し実施します。

施策の方向

ア　地域の実情や将来の医療需要等を踏まえ、限られた医療資源をより効果的・効率的に活用できるよう、地域医療構想や医師確保計画、外来医療計画に基づく取組を推進します。

※具体的な取組については、第５章「地域医療構想」（261 頁）、第６章「外来医療計画」（315 頁）及び第８章「医師確保計画」（387 頁）を参照

イ　抗菌薬の適正使用について、厚生労働省が提供するデータ（抗微生物薬適正使用の手引き　第三版）等を用いて現状・動向の把握を行い、県民や医療関係者に対して普及啓発を行います。

ウ　がんの薬物療法を外来で受療する患者の増加に伴い、薬物療法に関する説明などの負担が増大しており、引き続き人材の適正配置等、体制の維持・強化に努めます。

エ　リフィル処方箋の制度について、県民に対する周知・啓発を行います。

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

現状と課題

ア　高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすい傾向にあります。

イ　このため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。

ウ　全ての市町村では、在宅医療と介護の切れ目のない提供体制を構築していくため、介護保険法に基づき、在宅医療・介護連携推進事業を実施していますが、本事業が円滑に実施できるよう、医師会等の関係機関と連携して、市町村の取組をきめ細かく支援していく必要があります。

エ　また、がん、認知症、大腿骨骨折等についても、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備することが重要です。

目標

ア　市町村が取り組む在宅医療・介護連携推進事業について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりを支援します。

イ　患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されるよう取り組みます。

施策の方向

ア　在宅医療・介護連携事業の円滑な実施のため、特に単独の市町村での実施に課題がある「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」及び「在宅医療・介護連携に関する相談支援」について、関係団体と連携して市町村の取組を具体的・個別的に支援します。

イ　地域における在宅医療・介護に係るネットワークの形成をより進めるとともに、地域連携クリティカルパス等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。

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

この計画に求められる 2029（令和 11）年度の医療費の見込みについては、厚生労働省から提供された「医療費適正化計画推計ツール」を用いて、次のとおり算出します。

（１）入院外医療費等

2019（令和元）年度を基準年度として自然増を加味した医療費の見込みから、下記の取組による適正化の効果額を差し引いた額とします。

ア　特定健康診査・特定保健指導の実施率の達成（70%・45%)による効果

イ　後発医薬品・バイオ後続品の使用促進による効果

ウ　糖尿病重症化予防の取組等による地域差縮減に向けた取組による効果

※　病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含めていません。

（２）入院医療費

１人当たり入院医療費に、地域医療構想における 2025（令和 7）年時点の患者数を基に算出した 2029（令和 11）年度の区分ごとの患者数の見込みを乗じ、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加えた額とします。

（３）制度区分別医療費

2021（令和 3）年度の制度区分別の医療保険に係る医療費、将来推計人口等を用いて推計した 2029（令和 11）年度の制度区分別の加入者数等を基に、2029（令和 11）年度の制度区分別の医療費割合を算出し、それを 2029（令和 11）年度の推計値に乗じた額とします。

2　本県の医療費の推計

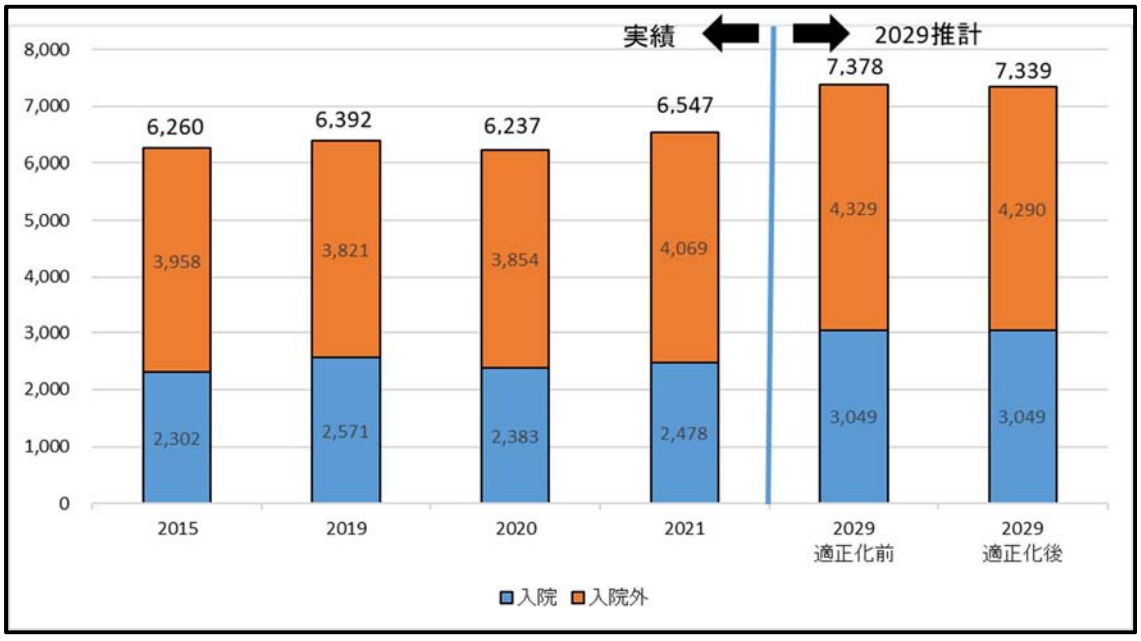
本県の１人当たり医療費は、全国平均を下回っているものの、高齢化の進展や医療の高度化等に伴い、本県の医療費は年々増加し、計画の最終年度となる 2029（令和 11）年度には 7,378 億円になると推計されます。

一方、この計画に掲げる医療費適正化の取組を行い、その目標を達成した場合の 2029（令和 11）年度の本県の医療費は、7,339 億円になると推計され、医療費適正化効果は、39 億円（増加分の 4.0%）と見込まれます。

基準年度 ＜2019（令和元）年度＞	目標年度 ＜2029（令和 11）年度＞	③医療費適正化効果（②－①）
６，３９２億円	①現状のまま推移した場合 ７，３７８億円 ②目標を達成した場合 ７，３３９億円	▲３９億円 （▲４．０%）

〔資料〕厚生労働省「医療費適正化計画推計ツール」
医療費適正化基本方針に基づき、2019（令和元）年度を基準年度としています。

図表：年度別医療費の見込み



〔資料〕厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「医療費適正化計画推計ツール」
病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含めていません。

図表：制度区分別医療費の見込み　（単位：億円）

保険制度	2021	2029	
		適正化効果前	適正化効果後
市町村国保	1,614	1,569	1,561
後期高齢者医療	2,538	3,185	3,168
被用者保険等	2,395	2,624	2,610
合計	6,547	7,378	7,339

〔資料〕厚生労働省「国民健康保険事業年報」「後期高齢者医療事業状況報告」
県国保援護課推計

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

この計画に求められる 2029（令和 11）年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の１人当たり保険料（税）については、厚生労働省から提供された「医療費適正化計画推計ツール」を用いて、計画期間中に見込まれる１人当たり保険料（税）の伸び率や、制度改正による影響額の推計値を基に、次のとおり算出します。

図表：本県の国民健康保険及び後期高齢者医療制度１人当たり保険料（税）の試算

保険制度	2021	2029
市町村国保（医療分）	5,497 円／月	7,665 円／月
後期高齢者医療	5,398 円／月	7,545 円／月

〔資料〕厚生労働省「国民健康保険事業年報」「後期高齢者医療事業状況報告」「医療費適正化計画推計ツール」

2029 年度の保険料（税）は、適正化効果を考慮した後の推計結果です。

（空白）

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。

（空白）

資料編

第１節　策定経過

第９次群馬県保健医療計画の策定の経緯は次のとおりです。

１　群馬県保健医療計画会議における検討状況

第９次群馬県保健医療計画は、群馬県保健医療計画会議において以下の協議を経て、群馬県医療審議会への諮問案が決定されました。

開催時期	内容
2021（令和３）年10月20日	令和３年度第1回 ○群馬県患者調査の実施方法
2022（令和４）年６月14日	令和４年度第1回 ○二次保健医療圏の検討
2022（令和４）年８月30日	令和４年度第２回 ○二次保健医療圏の検討 ○群馬県医療施設機能調査の実施方法
2022（令和４）年11月16日	令和４年度第３回 ○保健医療に関する県民意識調査の実施方法
2023（令和５）年３月22日	令和４年度第４回 ○国の検討状況の説明 ○二次保健医療圏の決定 ○策定スケジュールの説明 ○第9次計画（骨子）の検討
2023（令和５）年７月19日	令和５年度第1回 ○第9次計画策定の考え方の説明 ○第9次計画（素案）の検討
2023（令和５）年11月13日	令和５年度第２回 ○第9次計画（原案）の検討
2024（令和６）年２月２日	令和５年度第3回 ○パブリックコメント等に対する意見への対応状況の説明 ○第9次計画（案）の検討

2　５疾病・６事業及び在宅医療に係る専門部会における検討状況

各疾病や事業の専門家により構成される協議会・部会等において、それぞれの疾病・事業について検討しました。

（１）専門部会等名称

疾病・事業等	会議名
がん	群馬県がん対策推進協議会　がん対策推進計画検討部会 がん医療専門分科会
脳卒中	群馬県保健医療計画会議　脳卒中検討部会
心筋梗塞等の心血管疾患	群馬県保健医療計画会議　心筋梗塞等の心血管疾患検討部会
糖尿病	群馬県糖尿病対策推進協議会
精神疾患	群馬県精神保健福祉審議会　医療計画策定部会
救急医療	群馬県救急医療体制検討協議会　医療計画策定部会
災害医療	群馬県救急医療体制検討協議会　災害医療対策部会
新興感染症発生・まん延時の医療	群馬県感染症対策連携協議会
へき地医療	群馬県地域医療対策協議会　へき地医療対策部会
周産期医療	群馬県周産期医療対策協議会　保健医療計画検討部会
小児医療	群馬県小児救急医療体制検討世話人会
在宅医療	群馬県保健医療計画会議　在宅医療推進部会

（２）開催実績

開催時期	内容
2022（令和４）年４月～８月	○群馬県医療施設機能調査の調査項目検討 ○保健医療に関する県民意識調査の調査項目検討
2023（令和５）年４月～６月	○第9次計画（素案）の検討 ○ロジックモデルの検討 ○二．五次保健医療圏の検討
2023（令和５）年９月～10月	○第9次計画（原案）の検討

3　地域保健医療対策協議会における検討状況

10の二次保健医療圏ごとに設置されている地域保健医療対策協議会において、第９次計画について意見を伺い、計画に反映しました。

（１） 地域保健医療対策協議会名称

二次保健医療圏	会議名
前橋	前橋地域保健医療対策協議会
渋川	渋川地域保健医療対策協議会
伊勢崎	伊勢崎地域保健医療対策協議会
高崎・安中	高崎・安中地域保健医療対策協議会
藤岡	多野藤岡地域保健医療対策協議会
富岡	富岡甘楽地域保健医療対策協議会
吾妻	吾妻地域保健医療対策協議会
沼田	利根沼田地域保健医療対策協議会
桐生	桐生地域保健医療対策協議会
太田・館林	太田・館林地域保健医療対策協議会

（２） 開催実績

開催時期	内容
2022（令和４）年６月～７月	○二次保健医療圏の検討
2023（令和５）年８月	○第9次計画（素案）について意見を聴取
2023（令和５）年11月～12月	○第9次計画（原案）について意見を聴取

4　各種調査の実施状況

計画の策定及び施策立案の基礎資料とすることを目的に、次の調査を実施しました。

実施時期	調査名
2021（令和３）年12月	○群馬県患者調査
2022（令和４）年10月	○群馬県医療施設機能調査
2023（令和５）年１月	○保健医療に関する県民意識調査

5　県民や関係団体を対象とした意見募集の状況

第９次計画案について、県民や関係団体等に対して意見募集を行い、提出された意見を計画に反映しました。

実施年月日	内容
2023（令和５）年12月22日～ 2024（令和６）年１月20日	○県民意見提出制度（パブリックコメント）の実施
2023（令和５）年12月22日～ 2024（令和６）年１月19日	○関係団体等に対する意見照会 （１）診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医療法第30条の４第16項関係） ●公益社団法人群馬県医師会 ●公益社団法人群馬県歯科医師会 ●一般社団法人群馬県薬剤師会 （２）市町村(救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合を含む。)及び保険者協議会(医療法第30条の４第17項関係) ●市町村（35団体） ●救急業務を扱う一部事務組合（７団体） ●群馬県保険者協議会 （３）その他の団体（（１）に準ずる団体） ●一般社団法人群馬県病院協会 ●日本精神科病院協会群馬県支部 ●公益社団法人群馬県看護協会

6　群馬県医療審議会への諮問・答申

第９次計画について、群馬県医療審議会に諮問し、答申を受けました。

開催年月日	内容
2023（令和５）年８月２日	令和５年度第1回 ○第9次計画の策定状況の報告
2024（令和６）年２月13日	令和５年度第2回 ○第9次計画（案）を諮問 ○2024（令和６）年２月20日付答申「適当である」

7　公示

2024（令和６）年３月 29 日付群馬県報告示により公示されました。

第２節　関係会議委員等名簿

※いずれも 2024（令和６）年３月時点、敬称略

群馬県医療審議会

役職	氏名	職名
	須藤　英仁	群馬県医師会長
	西松　輝高	群馬県医師会副会長
	川島　崇	群馬県医師会副会長
	村山　利之	群馬県歯科医師会長
	高松　透浩	群馬県歯科医師会副会長
	田尻　耕太郎	群馬県薬剤師会長
	中野　実	前橋赤十字病院長
	田中　志子	医療法人大誠会理事長
	武田　滋利	日本精神科病院協会群馬県支部理事
	東郷　庸史	群馬県病院協会副会長
	猿木　和久	群馬県有床診療所協議会長
	駒井　和子	高崎市医師会
	清水　聖義	群馬県市長会長
職務代理者	茂原　荘一	群馬県町村会長
	熊川　栄	群馬県国民健康保険団体連合会理事長
職務代理者	山田　寿	社会保険診療報酬支払基金群馬審査委員会事務局長
会長	小湊　慶彦	群馬大学大学院医学系研究科長
	神山　智子	群馬県看護協会長
	清水　征己	群馬県消防長会長
	神保　京子	群馬県栄養士会長
	田口　時子	群馬県女性保育施設長会長
	野上　佳世子	ぐんま女性会議代表

群馬県保健医療計画会議

役職	氏名	職名
副会長	須藤　英仁	群馬県医師会長
	川島　崇	群馬県医師会副会長
	森島　愛一郎	群馬県歯科医師会専務理事
	田尻　耕太郎	群馬県薬剤師会長
	山崎　學	群馬県病院協会副会長
	田中　永	日本精神科病院協会群馬県支部理事
	矢嶋　美恵子	群馬県看護協会専務理事
	齋藤　繁	群馬大学医学部附属病院担当理事・病院長
	中野　実	前橋赤十字病院長
	前村　道生	独立行政法人国立病院機構沼田病院長
	西松　輝高	社会医療法人輝城会理事長
	内藤　滋人	群馬県立心臓血管センター院長
	柳田　康弘	群馬県立がんセンター院長
	浜島　昭人	群馬県立小児医療センター院長
	松下　洋一	群馬県市長会事務局課長
	熊川　栄	群馬県町村会副会長（嬬恋村長）
	椛澤　康幸	群馬県国民健康保険団体連合会常務理事
	山田　寿	社会保険診療報酬支払基金群馬審査委員会事務局長
	岡田　芳久	全国健康保険協会群馬支部長
	浅賀　道夫	群馬県労働者福祉協議会専務理事
	川原　武男	群馬県社会福祉協議会長
	齋藤　元	群馬県民生委員児童委員協議会副会長
	古谷 忠之	群馬県老人福祉施設協議会長
	小貫　裕康	館林地区消防組合消防本部消防長
	浜崎　景	群馬大学大学院医学系研究科教授
	後藤　裕一郎	高崎市保健所長
会長	唐木　啓介	群馬県健康福祉部長
	中島　高志	群馬県健康福祉部副部長
	矢沢　和人	太田保健福祉事務所長

群馬県がん対策推進協議会　がん対策推進計画検討部会　がん医療専門分科会

役職	氏名	職名
部会長	浜崎　景	群馬大学大学院医学系研究科教授
	齋藤　繁	群馬大学医学部附属病院長
	柳田　康弘	群馬県立がんセンター院長
	吉川　守也	群馬県医師会理事
	髙井　貞浩	群馬県歯科医師会理事
	前村　道生	群馬県病院協会理事
	大島　主好	群馬県がん患者団体連絡協議会長
	調　憲	群馬大学大学院医学系研究科教授
	浦岡　俊夫	群馬大学大学院医学系研究科教授
	大野　達也	群馬大学大学院腫瘍放射線学講座教授
	塚本　憲史	群馬大学医学部附属病院非常勤講師
	河村　恵美	群馬大学医学部附属病院看護部長
	山賀　理恵	群馬県済生会前橋病院看護部長

群馬県保健医療計画会議　脳卒中検討部会

役職	氏名	職名
部会長	西松　輝高	群馬県医師会副会長
	池田　佳生	群馬大学大学院医学系研究科教授
	登坂　雅彦	群馬大学大学院医学系研究科准教授
	高玉　真光	老年病研究所附属病院理事長
	朝倉　　健	前橋協立病院院長補佐兼地域連携相談センター長
	小貫　裕康	館林地区消防組合消防本部消防長
	武智　浩之	群馬県健康福祉部健康長寿社会づくり推進課長
オブザーバー	美原　盤	美原記念病院院長

群馬県保健医療計画会議　心筋梗塞等の心血管疾患検討部会

役職	氏名	職名
	川島　崇	群馬県医師会副会長
	丹下　正一	前橋赤十字病院副院長・心臓血管内科部長
	石井　秀樹	群馬大学大学院医学系研究科教授
	阿部　知伸	群馬大学大学院医学系研究科教授
部会長	内藤　滋人	群馬県立心臓血管センター院長
	小貫　裕康	館林地区消防組合消防本部消防長
	武智　浩之	群馬県健康福祉部健康長寿社会づくり推進課長
オブザーバー	小林　富男	さわらび医療福祉センター副センター長

群馬県糖尿病対策推進協議会

役職	氏名	職名
	山田　英二郎	群馬大学大学院医学系研究科病院診療教授
	廣村　桂樹	群馬大学大学院医学系研究科教授
	浜崎　景	群馬大学大学院医学系研究科教授
	佐藤　由美	群馬大学大学院保健学研究科教授
	永井　隆	公立富岡総合病院内科診療部長
	上原　豊	前橋赤十字病院糖尿病・内分泌内科部長
副会長	川島　崇	群馬県医師会副会長
	佐野　公永	群馬県歯科医師会常務理事
	田尻　耕太郎	群馬県薬剤師会長
	神山　智子	群馬県看護協会長
	宮崎　純一	群馬県栄養士会医療事業部顧問
	大河原　京子	高崎市保健医療部健康課課長補佐
	水出　久美子	中之条町保健環境課補佐
	田中　純子	群馬県保健所長会
	武智　浩之	群馬県健康福祉部健康長寿社会づくり推進課長

※2024 年 3 月時点で会長不在

群馬県精神保健福祉審議会　医療計画策定部会

役職	氏名	職名
部会長	福田　正人	群馬大学大学院医学系研究科教授
	武田　滋利	日本精神科病院協会群馬県支部理事
	半田　文穂	群馬県精神神経科診療所協会顧問
	服部　徳昭	群馬県医師会理事
	中嶋　淑子	群馬県精神保健福祉士会理事
	上野　勝征	群馬県精神障害者社会復帰協議会理事
	牧岡　幸樹	群馬大学大学院医学系研究科助教
	赤田　卓志朗	群馬県立精神医療センター院長
	佐藤　浩司	群馬県こころの健康センター所長

群馬県救急医療体制検討協議会　医療計画策定部会

役職	氏名	職名
部会長	中野　実	前橋赤十字病院長
	大嶋　清宏	群馬大学大学院医学系研究科教授
	有坂　拓	群馬県医師会理事

群馬県救急医療体制検討協議会　災害医療対策部会

役職	氏名	職名
部会長	中野　実	前橋赤十字病院長
	大嶋　清宏	群馬大学大学院医学系研究科教授
	有坂　拓	群馬県医師会理事

群馬県感染症対策連携協議会

役職	氏名	職名
座長	須藤　英仁	群馬県医師会長
	川島　崇	群馬県医師会副会長
	佐野　公永	群馬県歯科医師会常務理事
	田尻　耕太郎	群馬県薬剤師会長
	神山　智子	群馬県看護協会長
	井田　伸一	群馬県臨床検査技師会長
	西松　輝高	群馬県病院協会長
	齋藤　繁	群馬大学医学部附属病院長
	徳江　豊	群馬大学医学部附属病院感染制御部長
	林　俊誠	前橋赤十字病院感染症内科部長
	古谷　忠之	群馬県老人福祉施設協議会長
	服部　徳昭	群馬県老人保健施設協会理事長
	清水　聖義	群馬県市長会長
	茂原　荘一	群馬県町村会長
	清水　征己	群馬県消防長会長
	大西　一徳	前橋市保健所長
	後藤　裕一郎	高崎市保健所長
	矢沢　和人	群馬県保健所長会長
	猿木　信裕	群馬県衛生環境研究所長
	唐木　啓介	群馬県健康福祉部長
オブザーバー	釜萢　敏	日本医師会常任理事

群馬県地域医療対策協議会　へき地医療対策部会

役職	氏名	職名
	鶴谷　英樹	群馬県医師会理事
	斉藤　崇	群馬県歯科医師会常務理事
	鈴木　和浩	群馬大学医学部附属病院特命副病院長
部会長	三ツ木禎尚	西吾妻福祉病院長兼群馬県へき地医療支援機構担当医師
	前村　道生	独立行政法人国立病院機構沼田病院長
	赤尾　法彦	沼田脳神経外科循環器科病院長
	木樽　忠一	利根沼田広域市町村圏振興整備組合事務局長
	今井　嘉之	上野村保健福祉課長
	野村　佳男	神流町保健福祉課長
	倉林　敏明	中之条町保健環境課長
	本田　昌也	長野原町町民生活課長
	寺嶋　正春	東吾妻町町民課長
	島方　紀行	群馬県健康福祉部医務課医師確保対策室長

群馬県周産期医療対策協議会　保健医療計画検討部会

役職	氏名	職名
	佐藤　雄一	群馬県医師会理事
	永山　雅之	群馬県産婦人科医会長
部会長	岩瀬　明	群馬大学大学院医学系研究科教授
	滝沢　琢己	群馬大学大学院医学系研究科教授
	丸山　憲一	県立小児医療センター総合周産期母子医療センター長
	京谷　琢治	県立小児医療センター産科部長
	井上　真紀	群馬大学医学部附属病院産科婦人科助教
	井上　貴博	群馬大学医学部附属病院周産母子センター病院講師
	曽田　雅之	前橋赤十字病院副院長兼産婦人科部長
	伊藤　理廣	独立行政法人地域医療機能推進機構群馬中央病院副院長 兼リプロダクションセンター長
	五十嵐　恒雄	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター小児救急部長
	渡部　登志雄	公立藤岡総合病院副院長兼患者支援センター長
	鏡　一成	桐生厚生総合病院産婦人科診療部長
	堀　尚明	ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院小児科主任部長

群馬県小児救急医療体制検討世話人会

役職	氏名	職名
	今泉　友一	群馬県医師会理事
	篠原　真	群馬県小児科医会副会長
会長	滝沢　琢己	群馬大学大学院医学系研究科教授
	浜島　昭人	群馬県立小児医療センター院長
	松井　敦	前橋赤十字病院院長補佐兼小児科部長
	五十嵐　恒雄	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター小児救急部長
	堀　尚明	ＳＵＢＡＲＵ健康保険組合太田記念病院小児科主任部長
	戸所　誠	前橋市医師会理事
	清水　清美	高崎市医師会理事

群馬県保健医療計画会議　在宅医療推進部会

役職	氏名	職名
会長	川島　崇	群馬県医師会副会長
	大澤　誠	群馬県在宅療養支援診療所連絡会長
	佐野　公永	群馬県歯科医師会常務理事
	小黒　佳代子	群馬県薬剤師会常務理事
副会長	町田　敬子	群馬県看護協会常任理事
	木村　仁	群馬県訪問看護ステーション連絡協議会副会長
	新井　薫	群馬県介護支援専門員協会理事
	津田　至	群馬県医療ソーシャルワーカー協会理事
	篠田　幸子	群馬県ホームヘルパー協議会長
	長坂　資夫	群馬県病院協会理事
	山路　雄彦	群馬県理学療法士協会・作業療法士会・言語聴覚士会連絡協議会長
	牛久保　美津子	群馬大学大学院保健学研究科教授
	服部　徳昭	群馬県老人保健施設協会理事長
	三俣　和哉	群馬県地域密着型サービス連絡協議会長
	清水　俊明	群馬県市長会（太田市介護サービス課長）
	中西　紀子	群馬県町村会（みなかみ町町民福祉課長）

前橋地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
	小川　晶	前橋市長
副会長	須田　浩充	前橋市医師会長
	石原　秀一郎	前橋市歯科医師会長
	佐藤　岳彦	前橋市薬剤師会長
	横田　佳昌	群馬県病院協会理事
	猿木　和久	群馬県有床診療所協議会長
	吉沢　香代子	群馬県看護協会前橋地区支部長
	中野　実	前橋赤十字病院長
	細内　康男	群馬県済生会前橋病院長
	内藤　浩	群馬中央病院長
	内藤　滋人	群馬県立心臓血管センター院長
	佐藤　圭司	公益財団法人老年病研究所附属病院長
	齋藤　繁	群馬大学医学部附属病院長
	新井　寿実	群馬県自動車販売健康保険組合常務理事
	大西　一德	前橋市保健所長
	清水　征己	前橋市消防局長

※2024 年 3 月時点で会長不在

渋川地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	髙木　勉	渋川市長
	南　千晴	榛東村長
	柴﨑　德一郎	吉岡町長
副会長	中野　正幸	渋川地区医師会長
	蒔田　富士雄	独立行政法人国立病院機構渋川医療センター院長
	中島　邦喜	北関東循環器病院副院長
	菊地　政貴	渋川中央病院長
	神保　進	渋川地区医師会有床診療所代表
	高橋　勉	渋川北群馬歯科医師会長
	木村　幸弘	渋川地区薬剤師会長
	高橋　泰子	群馬県看護協会渋川地区支部長
	南　安彦	渋川広域消防本部消防長
	高橋　敬子	群馬県介護支援専門員協会渋川圏域支部役員
	青木　理	群馬県保険者協議会（全国健康保険協会群馬支部） 企画総務グループ長

伊勢崎地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	臂　泰雄	伊勢崎市長
副会長	大澤　誠	伊勢崎佐波医師会長
	石川　眞男	玉村町長
	丹野　武志	伊勢崎市消防長
	羽鳥　則夫	伊勢崎佐波医師会副会長
	岡部　敏行	伊勢崎歯科医師会長
	星野　哲也	伊勢崎市薬剤師会長
	小林　裕幸	伊勢崎市民病院長
	美原　盤	美原記念病院長
	齊藤　好隆	群馬県看護協会伊勢崎地区支部長
	馬見塚　晃	サンデン健康保険組合　常務理事
	菊入　裕美子	伊勢崎市健康推進員協議会副会長
	田中　隆次	伊勢崎市民生委員・児童委員理事
	中島　章子	玉村町保健推進協議会長

高崎・安中地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	富岡　賢治	高崎市長
副会長	岩井　均	安中市長
副会長	岡本　克実	高崎市医師会長
	本多　真	安中市医師会長
	水口　滋之	群馬郡医師会長
	松本　文和	藤岡多野医師会副会長
	谷内　晴夫	高崎市歯科医師会長
	室橋　信好	安中碓氷歯科医師会長
	山本　敬之	高崎市薬剤師会長
	萩原　一博	安中市薬剤師会長
	佐竹　誠	群馬県看護協会代表（高崎地区支部長）
	大橋　奈津美	群馬県看護協会代表（安中地区支部長）
	小川　哲史	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター院長
	三井　健揮	公立碓氷病院長
	関原　哲夫	医療法人社団日高会日高病院長
	長坂　資夫	群馬県病院協会代表（同会理事 希望館病院長）
	真木　武志	群馬県病院協会代表（同会理事 真木病院長）
	野尻　健	群馬県有床診療所協議会代表(はるな脳外科院長)
	中村　均	高崎市等広域消防局長
	齋藤　敦匡	群馬県保険者協議会代表

多野藤岡地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	新井　雅博	藤岡市長
	黒澤　八郎	上野村長
	田村　利男	神流町長
副会長	栗原　透	藤岡多野医師会長
	松本　文和	藤岡多野医師会副会長
	井上　雅浩	藤岡多野医師会救急担当理事
	島田　哲明	藤岡多野医師会へき地担当理事
	原　茂	藤岡多野歯科医師会長
	白倉　丞	藤岡薬剤師会長
	塚田　義人	公立藤岡総合病院長
	古池　きよみ	群馬県看護協会藤岡地区支部長
	染谷　さかえ	藤岡市連合婦人会長
	吉田　卓司	多野藤岡広域市町村圏振興整備組合消防長
	高木　均	くすの木病院長
	工藤　通明	鬼石病院長
	相原　芳昭	篠塚病院長
	川手 進	光病院長
	林　裕	群馬県保険者協議会代表

富岡甘楽地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	榎本　義法	富岡市長
副会長	武田　滋利	富岡市甘楽郡医師会長
	原　秀男	下仁田町長
	長谷川　最定	南牧村長
	茂原　荘一	甘楽町長
	武市　吉人	富岡市甘楽郡医師会副会長
	茂木　忠泰	富岡甘楽歯科医師会長
	中田　鈴代	富岡・甘楽薬剤師会長
	佐藤　尚文	公立富岡総合病院代表（富岡地域医療企業団企業長）
	竹原　健	公立七日市病院長
	大竹　雄二	富岡甘楽地域診療所代表
	山下　均	下仁田厚生病院長
	永井　一禎	富岡甘楽広域消防本部消防長
	阿久澤　有子	群馬県看護協会富岡地区支部長
	岸　和弘	全国健康保険協会群馬支部レセプトグループ長

吾妻地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
	外丸　茂樹	中之条町長
	萩原　睦男	長野原町長
会長	熊川　栄	嬬恋村長
	黒岩　信忠	草津町長
	後藤　幸三	高山村長
副会長	中澤　恒喜	東吾妻町長
	黒岩　巧	吾妻郡町村議会議長会長
	布施　正博	吾妻郡医師会長
	三村　松夫	吾妻郡医師会副会長
	鳩田　治	吾妻郡医師会副会長
	鈴木　秀行	吾妻郡医師会救急担当理事
	内田　信之	原町赤十字病院長
	田島　郁文	田島病院長
	眞塩　清	群馬リハビリテーション病院長
	中田　賢一郎	吾妻さくら病院長
	犬塚　守人	長生病院長
	佐藤　ミカ	草津こまくさ病院長
	三ツ木 禎尚	西吾妻福祉病院管理者
	青山　義之	中之条病院長
	櫻井　輝久	櫻井医院長
	林　豊	吾妻郡歯科医師会長
	菊池　正幸	吾妻薬剤師会長
	高橋　美千代	群馬県看護協会中之条地区支部長
	関　亨	吾妻広域消防本部消防長
	松本　康明	ベイシアグループ健康保険組合常務理事

利根沼田地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	星野　稔	沼田市長
	梅澤　志洋	片品村長
	外山　京太郎	川場村長
	堤　盛吉	昭和村長
	阿部　賢一	みなかみ町長
副会長	林　秀彦	沼田利根医師会長
	石田　智之	沼田利根医師会副会長
	迫田　洋人	沼田利根医師会副会長
	鈴木　克也	沼田利根歯科医師会長
	間宮　実	沼田利根薬剤師会長
	前村　道生	沼田病院長
	関原　正夫	利根中央病院長
	赤尾　法彦	沼田脳神経外科循環器科病院長
	田中　志子	（医）大誠会理事長
	金澤　俊明	全国健康保険協会群馬支部業務部長
	﨑谷　省吾	利根沼田広域消防本部消防長
	倉澤　孝代	群馬県看護協会沼田地区支部長
	木樽　忠一	利根沼田広域市町村圏振興整備組合事務局長

桐生地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	荒木　恵司	桐生市長
副会長	須藤　昭男	みどり市長
副会長	菊地　一真	桐生市医師会長
	永田　徹	桐生市医師会副会長
	星野　浩之	桐生市歯科医師会長
	髙橋　一之	桐生薬剤師会長
	加藤　広行	桐生厚生総合病院長
	東郷　庸史	群馬県病院協会副会長
	石内　和久	桐生市消防長
	大竹　美佐子	群馬県看護協会桐生地区支部長

太田・館林地域保健医療対策協議会

役職	氏名	職名
会長	清水　聖義	太田市長
副会長	多田　善洋	館林市長
	栗原　実	邑楽郡町村会長
	矢部　伸幸	太田市議会議長
	権田　昌弘	館林市議会議長
	渡邉　明	邑楽郡町村議会議長会長
副会長	中野　正美	太田市医師会代表
	李　雅弘	太田市医師会代表
副会長	松本　恵理子	館林市邑楽郡医師会代表
	海宝　雄人	館林市邑楽郡医師会代表
	小野　好一	太田新田歯科医師会長
	斉藤　崇	館林邑楽歯科医師会長
	岩瀬 茂	太田市薬剤師会長
	森　利恵子	館林邑楽薬剤師会長
	秋山　仁	群馬県病院協会代表
	竹内　富雄	太田市消防本部消防長
	小貫　裕康	館林地区消防組合消防長
	有野　浩司	太田地域病院代表
	松本　正弘	館林地域病院代表
	檀原 暢	精神科病院代表
	伊部　智恵子	看護協会代表
	佐藤　淳貴	保険者協議会代表

（空白）