

## ポイント

### 1 新構想に関する国の検討状況（報告）

#### 2 新構想に関する県の対応（報告）

- (1) 入院医療に関する構想区域（従来から検討事項）
- (2) 在宅医療等（新たな検討事項）
- (3) 精神医療（新たな検討事項）

## 1－1 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（概要①）

### 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、  
全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、  
必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、  
同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、  
地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 1－2 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（概要②）

### （１）基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
将来のビジョン等、**病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等**
- 新たな構想は2027年度から順次開始
  - **2025年度に国でガイドライン作成**
  - **2026年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等**
  - **2028年度までに医療機関機能に着目した協議等**
- **新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け**  
医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

3

## 1－3 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（概要③）

### （２）病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能  
これまでの「**回復期機能**」について、  
「**高齢者等の急性期患者**への医療提供機能」を追加し「**包括期機能**」と位置づけ
- ② **医療機関機能報告**（医療機関から都道府県へ報告）  
構想区域※1ごと、広域な観点※2で確保すべき機能や今後の方向性等を報告  
※1 高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能  
※2 医育及び広域診療機能
- ③ **構想区域・協議の場**（→7ページで詳細説明）  
必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議  
（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

4

1－4 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（概要④）

（3）地域医療介護総合確保基金

医療機関機能に着目した取組の支援を追加

（4）都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
  - ・ 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - ・ 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

1－5 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（概要⑤）

（5）国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

（6）新たな地域医療構想における精神医療の位置づけ

精神医療を新たな地域医療構想に位置づけることとする

1－6 新たな地域医療構想に関するとりまとめ（本文）

構想区域の設定

- **人口20万人未満の区域**においては、  
2040年には生産年齢人口が約3割、高齢人口が約1割減少すると見込まれ、  
現行の二次医療圏を基本とする区域では**医療提供体制の確保が困難な可能性**。  
→ 引き続き**二次医療圏を基本**としつつ、  
**医療提供体制上の課題がある場合は、必要に応じ区域を見直すことが適当**。
- **広域的な観点での区域については、都道府県単位で設定することが適当**。
- **在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域**での議論が必要  
地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、  
在宅医療等に関するより狭い区域を設定することが適当。

（参考）新たな地域医療構想に関するスケジュール

2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	2030年度 (R12)
現・地域医療構想		新・地域医療構想			
新構想策定 国ガイドライン 必要病床数の推計等		医療機関機能に着目した 地域の医療機関の連携等の協議			
構想区域、協議 の場を検討					
第9次群馬県保健医療計画					
				次期計画策定 医療圏を議論	次期計画



(参考) 医療機関機能について

名称	定義
高齢者救急・地域急性期機能	高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。
在宅医療等連携機能	地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。
急性期拠点機能	地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。
専門等機能	上記にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。
医育及び広域診療機能	大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

ポイント

- 1 新構想に関する国の検討状況（報告）
- 2 新構想に関する県の対応（報告）
  - (1) 入院医療に関する構想区域（従来から検討事項）
  - (2) 在宅医療等（新たな検討事項）
  - (3) 精神医療（新たな検討事項）

2（1）－ 1 新構想に関する国とりまとめ（構想区域）

入院医療に関する構想区域

- 人口20万人未満の区域は、医療提供体制の確保が困難となる可能性
- 医療提供体制上の課題がある場合には、区域の見直しを検討

群馬県の現状

- 20万人未満の区域あり
- 課題を確認する必要



2025年度（構想策定準備）

課題を確認し、  
構想区域の見直しを検討

2 ( 1 ) - 2      二次医療圏の現状と課題（R7.7.24 国検討会）

二次医療圏設定の目安

入院に係る医療を一定程度完結すること、人口規模が20万人以上であること等※。  
※ 人口規模が20万人未満の二次医療圏については、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場合（特に、流出患者割合20%以上であり、流入患者割合が20%未満である場合）、その設定の見直しについて検討する。

現状

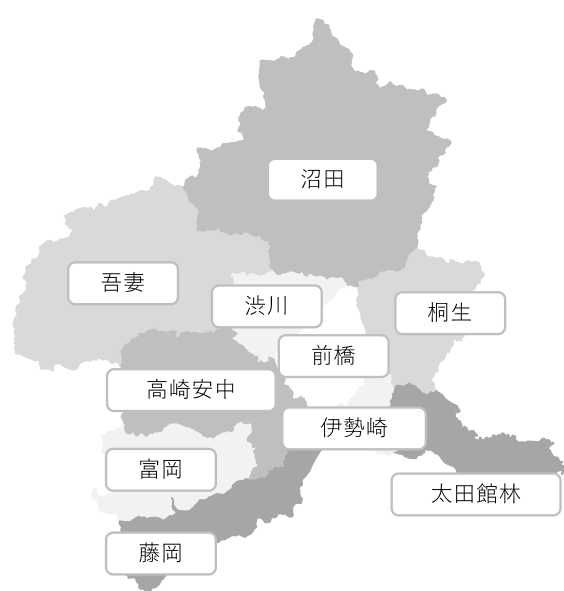
- ・ 半数の二次医療圏が人口20万人未満。
- ・ 時間外緊急手術がほとんど実施されていない医療圏が一定数存在。

課題

- ・ 当該医療圏内で医療提供が完結していない。
- ・ 圏域における医療需要が少なく、提供体制として効率性に課題。

構想区域の見直し（広域化）の必要性を検討

2 ( 1 ) - 3      群馬県の二次医療圏（構想区域）



県内10圏域の二次保健医療圏（構想区域）ごとに急性期の医療提供体制を構築

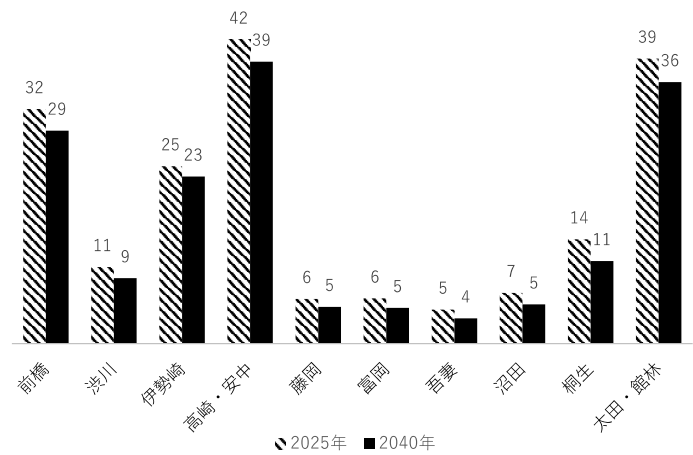
（急性期の医療提供体制：求められるもの）

救 急 医 療	時間外等を含めた人員確保
手 術	麻酔科医、外科医等の確保
急 性 期 入 院	専門性の高い医師、看護師等の手厚い配置
施 設 ・ 設 備	ICU、ECMOなど高度医療のための施設・設備の整備

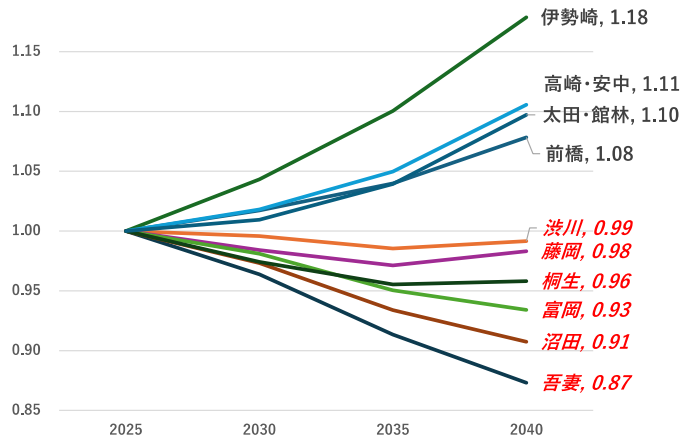
## 2 ( 1 )－ 4 各構想区域の人口推計

総人口、65歳以上人口ともに減少する区域は 6 区域（渋川、藤岡、桐生、富岡、沼田、吾妻）  
総人口は減少するが、65歳以上人口が増加する区域は 4 区域（伊勢崎、高崎安中、太田館林、前橋）

2025年→2040年人口（万人）



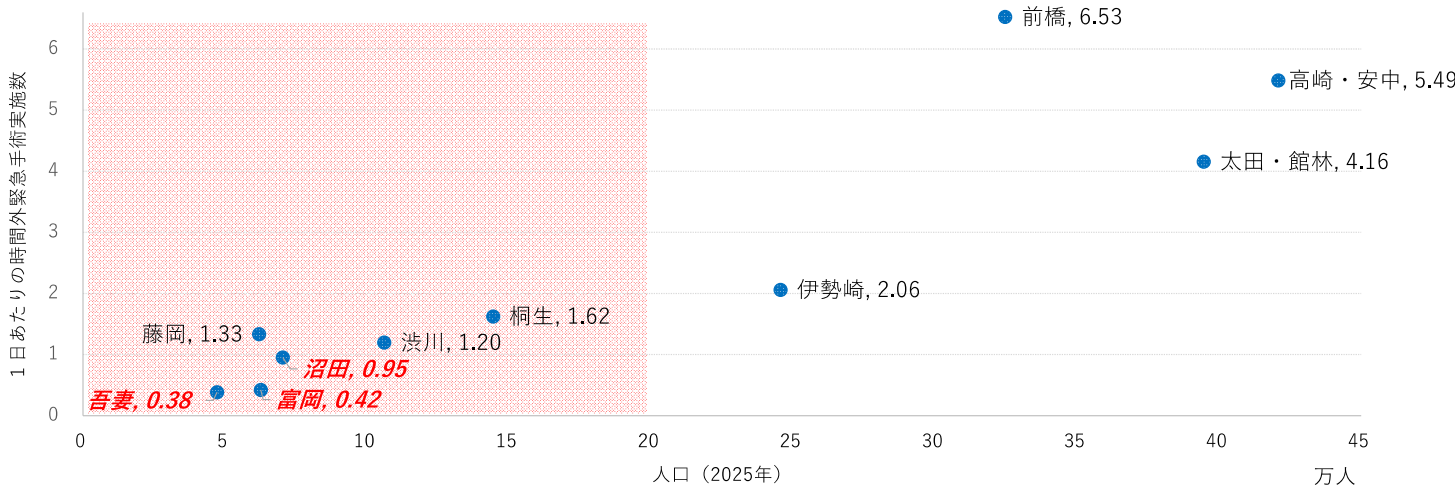
2025年の65歳以上人口を1とした推計



出典：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（令和 5 年（2023）年推計）」

## 2 ( 1 )－ 5 構想区域ごとの時間外緊急手術実施数／日

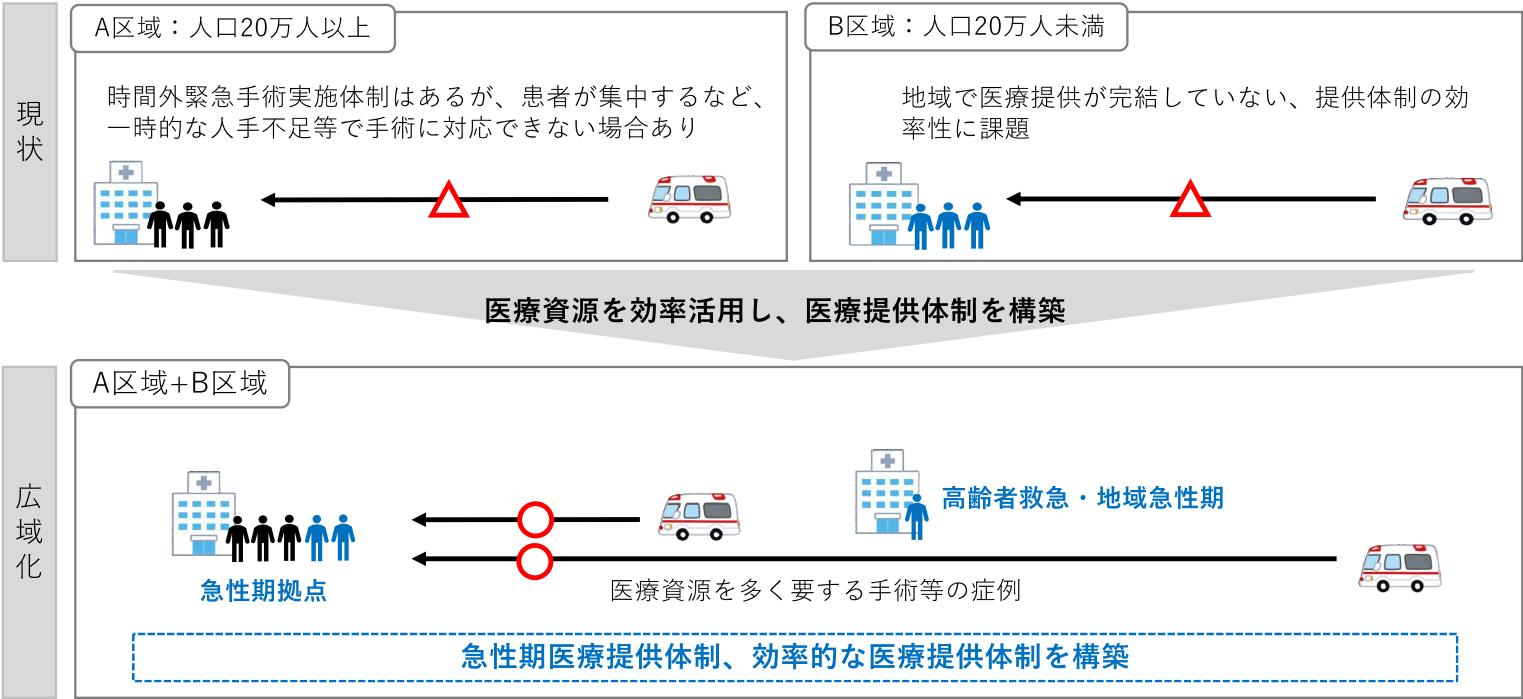
人口規模20万人未満の区域は 6 区域（渋川、藤岡、富岡、吾妻、沼田、桐生）  
1 日あたりの時間外緊急手術実施数※が 1 件未満の区域は 3 区域（富岡、吾妻、沼田）



出典：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（令和 5 年（2023）年推計）」  
厚生労働省 第10回NDBオープンデータ（レセプト算定回数）2023年度

※ 時間外加算（手術）、深夜加算（手術）、休日加算（手術）算定回数の合計/365日

(参考) 広域化による医療提供体制イメージ (例)



(参考) 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方 (R7.8.8 国検討会)

区域	現在の人口規模	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能
大都市型	100万人以上	<div>・将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保</div> <div>・都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</div>	<div>・高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応</div>
地方都市型	50万人程度	<div>・将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保</div> <div>・都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</div>	<div>・高齢者救急の対応</div> <div>・手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</div>
人口の少ない地域	<div>～30万人</div> <div>20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</div>	<div>・手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する</div> <div>・地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる</div>	<div>・地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</div> <div>・手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</div>

（参考）広域化のメリット、デメリット

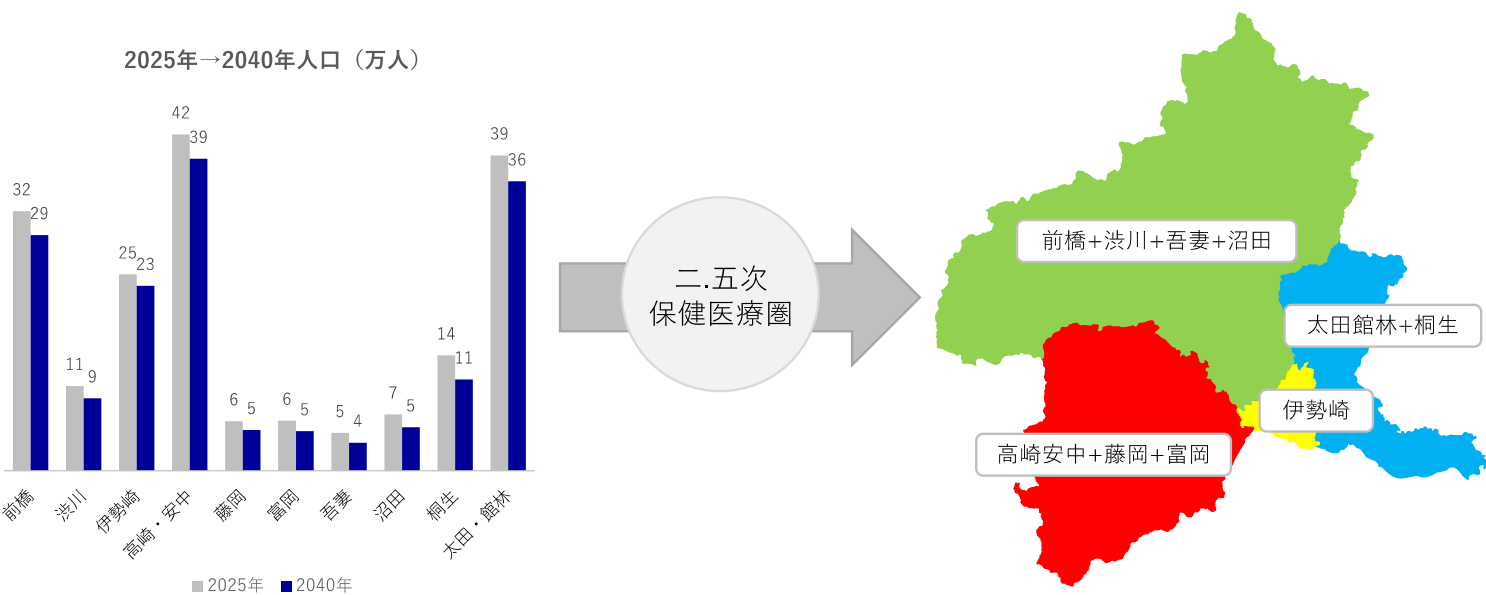
	メリット		デメリット
	住民	医療スタッフ	住民
救 急 医 療	<b>医療の質向上</b> ・ 時間外等の医療体制強化 ・ 医療スタッフの経験機会が増加 ・ 専門性の高い医療チーム ・ 救急搬送受入困難事例の減少	<b>働き方改善</b> ・ 負担軽減 ・ 人材確保育成	<b>救急搬送距離、通院距離が長くなる</b>  【デメリットに対する施策】 ・ 道路ネットワーク整備によりアクセス改善 ・ ドクターヘリ、ドクターカーの普及（重篤患者に対応） ・ ICT技術等の活用（県統合型医療情報システム、消防共同指令センター）
手 術			
急性期入院			
経 営	<b>人件費の適正化</b> ・ 適正な人員配置 ・ 時間外勤務手当等の人件費を抑制		-

（参考）これまでの広域化（二.五次保健医療圏）

二次 保健医療圏	二.五次保健医療圏					
	疾病				事業	
	脳卒中	心筋梗塞等 の心血管疾患	糖尿病	がん	周産期	小児
高崎安中	西部圏域					西毛圏域
藤岡						
富岡						
桐生	東部・伊勢崎圏域	東部圏域				東毛圏域
太田館林						
伊勢崎						
前橋	中部圏域					中毛圏域
渋川						
吾妻						
沼田	利根沼田圏域				北部圏域	北毛圏域

(参考) 広域化シミュレーション (例)

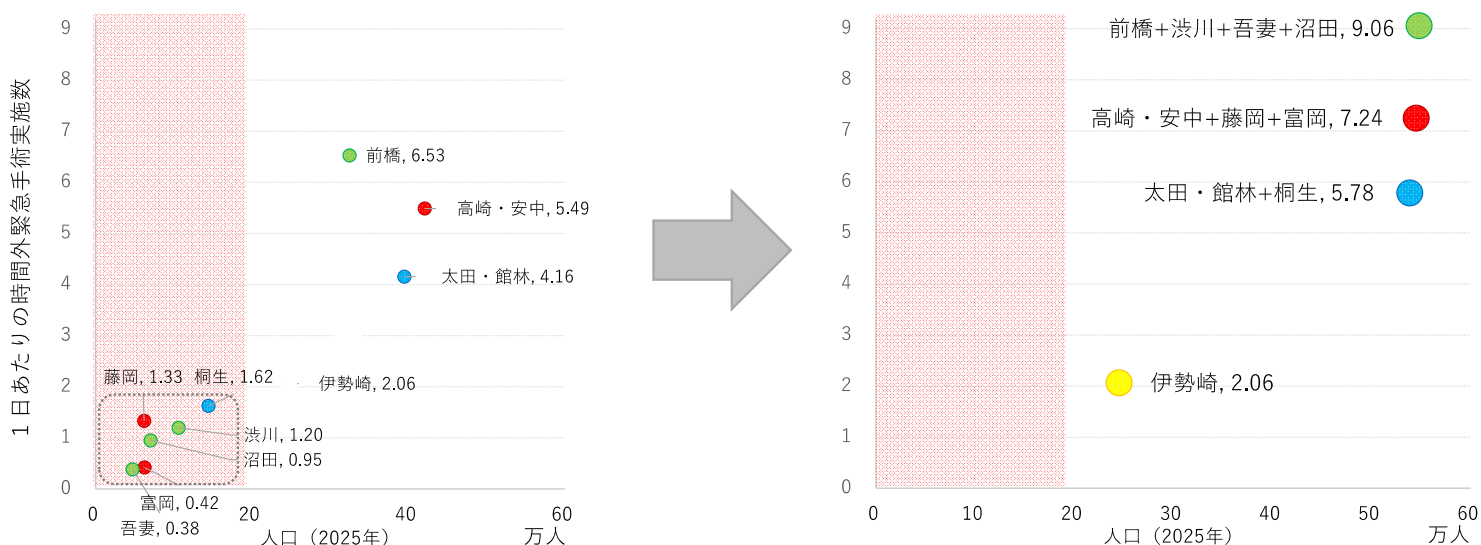
① 2040年の人口規模（20万人以上）、② 2.5次保健医療圏を考慮してシミュレーションを実施。



21

(参考) 広域化シミュレーション (時間外緊急手術)

すべての区域で人口規模20万人以上、1日あたりの時間外緊急術件数が2件以上となる。



出典：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（令和5年（2023）年推計）」  
厚生労働省 第10回NDRオープンデータ（レザプト算定回数）2023年度

22

※ 時間外加算（手術）、深夜加算（手術）、休日加算（手術）算定回数の合計/365日

2(1)-6 構想区域に関するアンケート

設問1 現状の構想区域について、どのようにお考えですか。

- A) 今後、人口減少・高齢化が進む中、構想区域単独で急性期医療を確保し続けることが困難な可能性がある。地域医療を維持していくため、新構想策定のタイミングで区域を見直し、手術や救急医療等の提供体制を検討する必要がある。  
→設問2へ
- B) 直ちに構想区域を見直す必要はない。今後、医療提供体制上の課題が生じたタイミングで構想区域の見直しを検討する。
- C) どちらともいえない。

設問2 見直し（広域化）区域を教えてください。（例：〇〇区域+〇〇区域）

(参考) 二次保健医療圏のあり方に関するアンケート結果

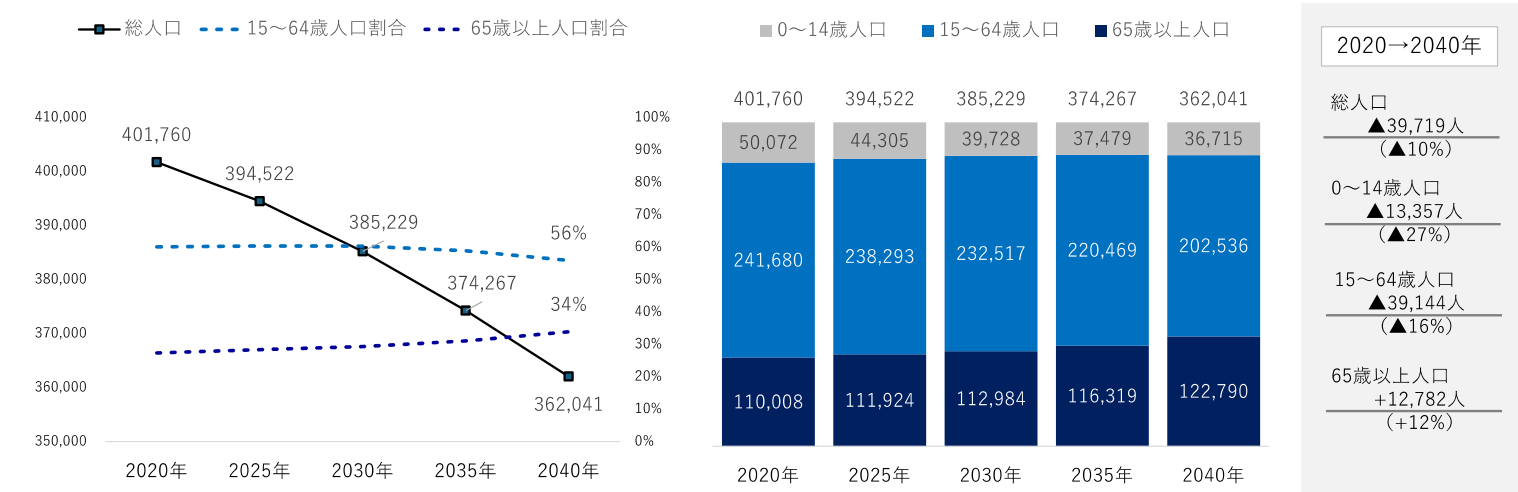
令和4年度第1回地域保健医療対策協議会

医療圏	課題が多く、見直しを検討する必要がある	現状のままで特段の支障はない	どちらともいえない	未回答
前橋	3	6	3	5
渋川	0	4	7	3
伊勢崎	3	5	7	0
高崎・安中	3	4	2	9
藤岡	1	5	2	10
富岡	3	8	4	0
吾妻	1	6	5	13
沼田	1	16	1	0
桐生	1	2	2	5
太田・館林	2	1	5	14



(参考) 太田・館林区域の人口推計 (2020→2040年)

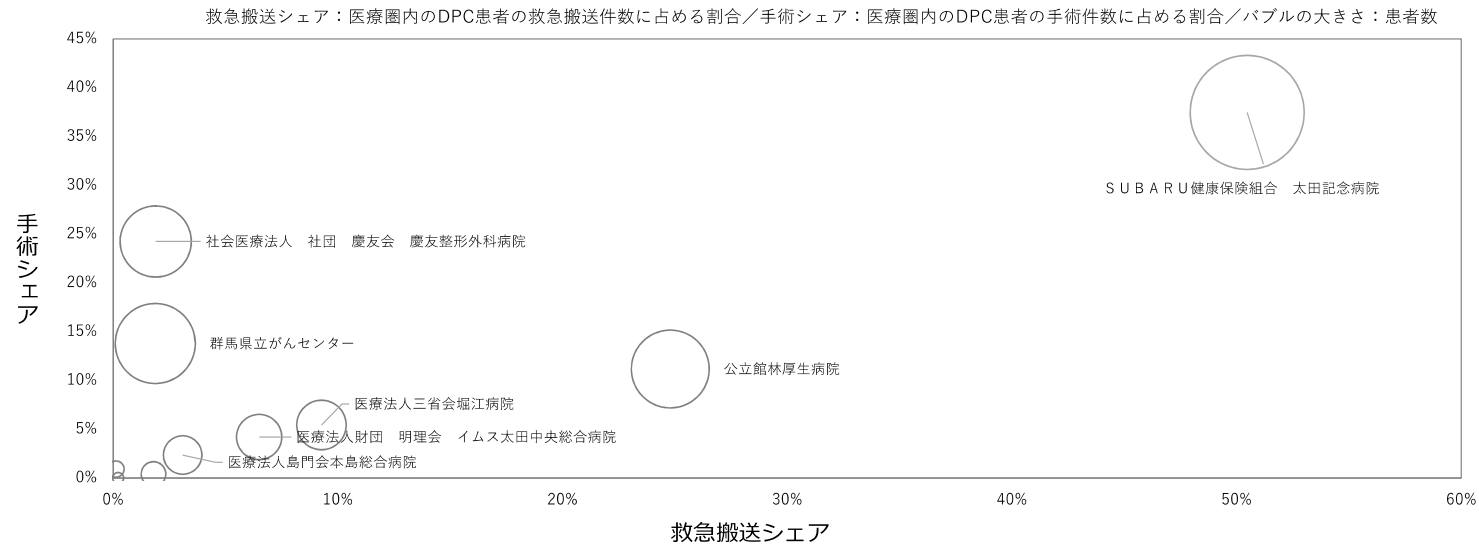
総人口は約 4 万人減少する一方で、65歳以上人口は約 1 万 3 千人増加する。



出典：総務省「住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）」、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（令和 5 年（2023）年推計）」

(参考) 太田・館林区域の急性期医療 (2023年度)

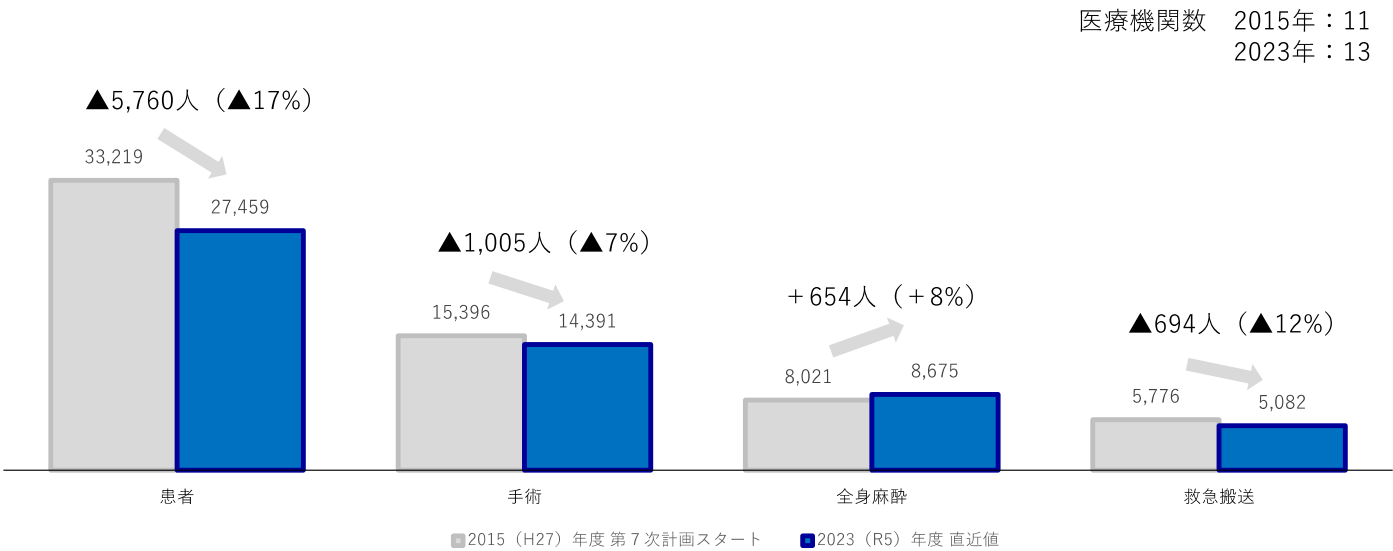
救急搬送及び手術ともに太田記念病院が高いシェアを有している。



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」

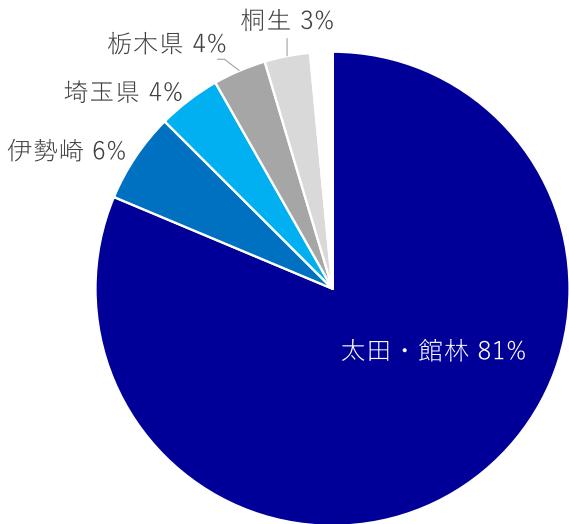
(参考) 太田・館林区域の急性期医療需要の推移 (2015→2023年)

患者、手術、救急搬送件数は減少している一方、全身麻酔件数は増加している。



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」

(参考) 太田市、館林地区消防本部の救急搬送先 (2024年)

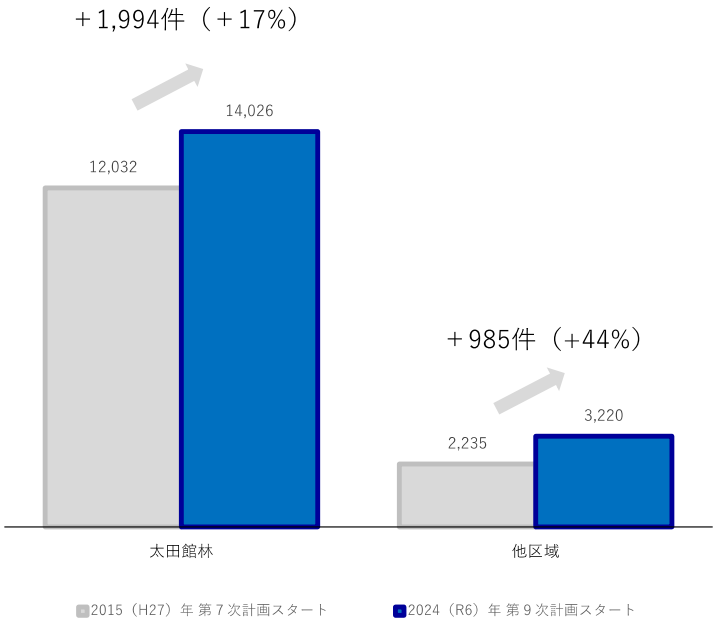


太田・館林区域への搬送

81%

出典：県統合型医療情報システム

(参考) 太田市、館林地区消防本部の救急搬送先 (2015→2024年)



太田館林区域への搬送

**+1,994件／年**

他区域への搬送

**+985件／年**

出典：県統合型医療情報システム

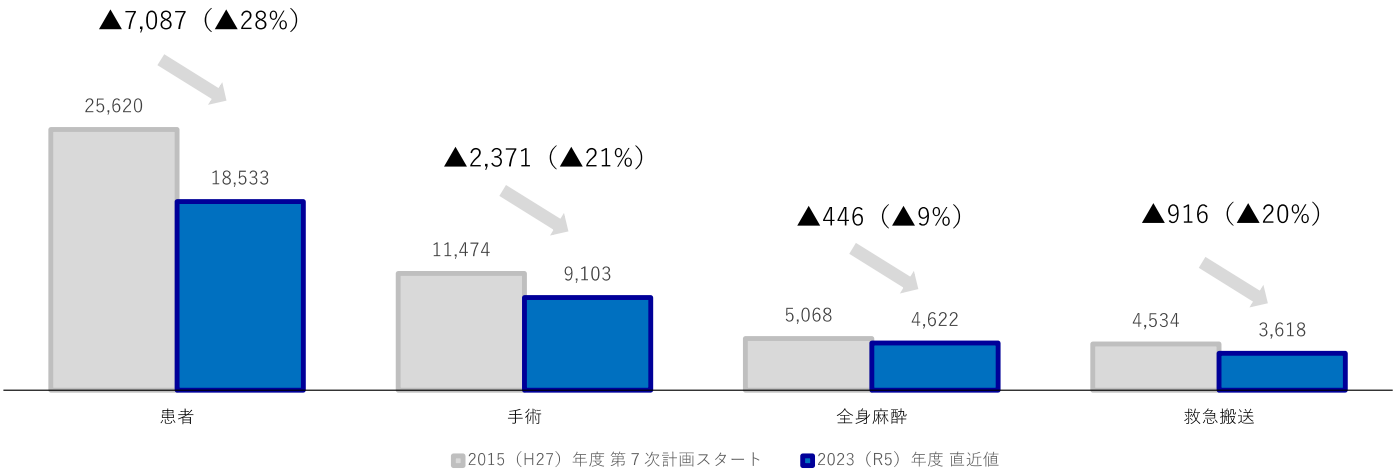
(空白頁)

(参考) 太田市消防本部管内の急性期医療需要の推移

(2015→2023年)

患者、手術、全身麻酔、救急搬送件数はいずれも減少している。

医療機関数 2015年：7  
2023年：8



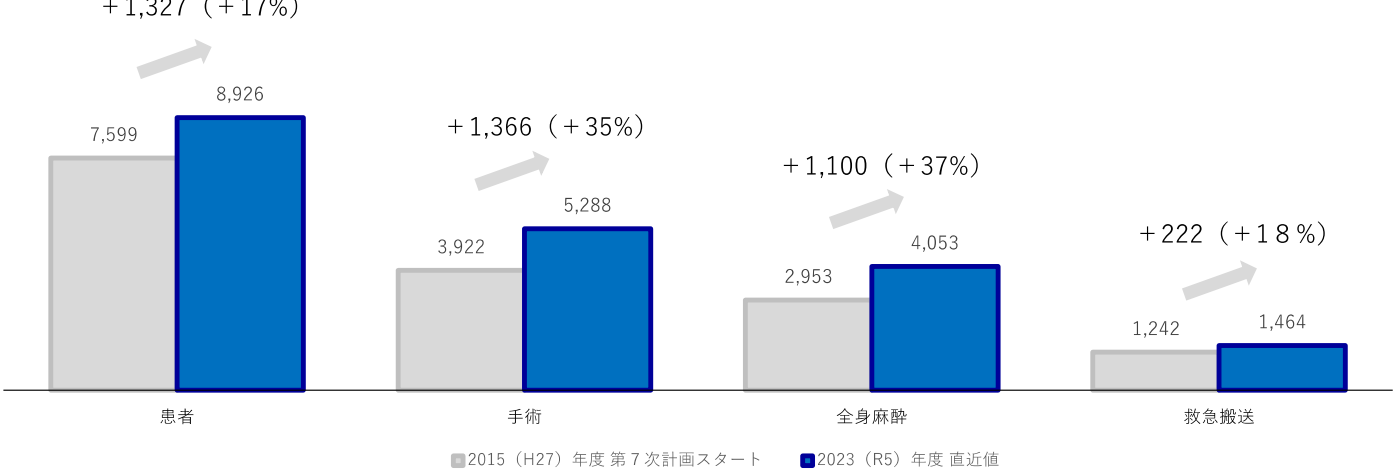
出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」

(参考) 館林地区消防本部管内の急性期医療需要の推移

(2015→2023年)

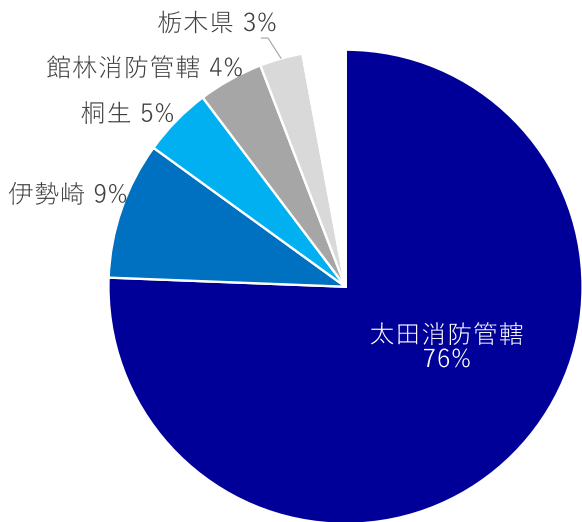
患者、手術、全身麻酔、救急搬送件数はいずれも増加している。

医療機関数 2015年：4  
2023年：5



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」

(参考) 太田市消防本部の救急搬送先 (2024年)

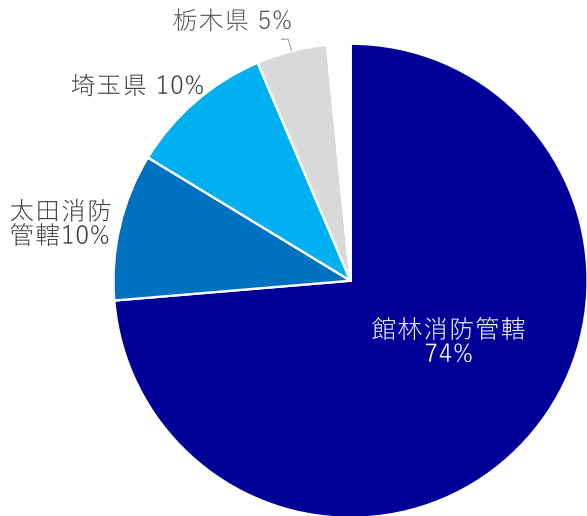


太田消防管内への搬送

76%

出典：県統合型医療情報システム

(参考) 館林地区消防本部の救急搬送先 (2024年)

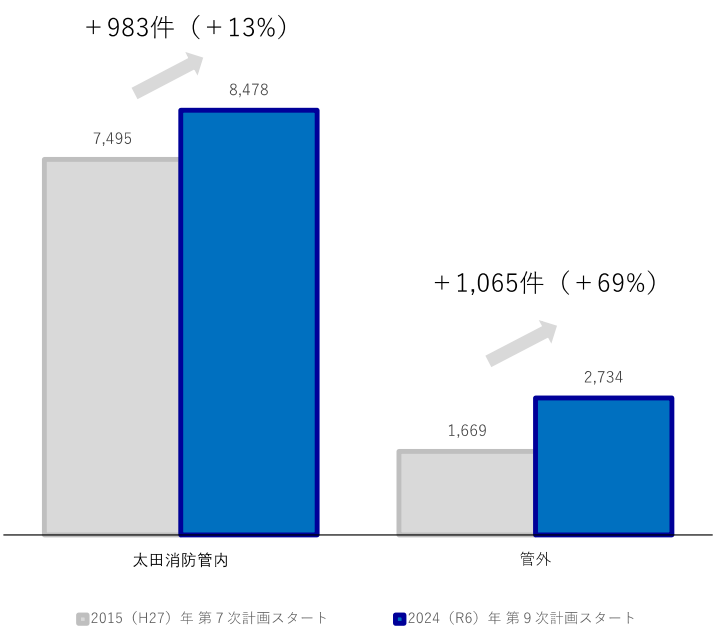


館林消防管内への搬送

74%

出典：県統合型医療情報システム

(参考) 太田市消防本部の救急搬送先 (2015→2024年)



太田消防管内への搬送

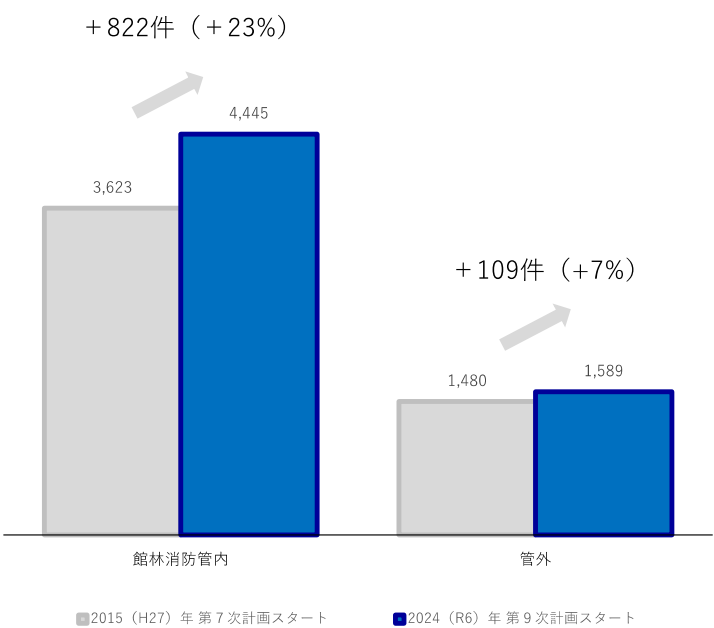
+983件／年

管外への搬送

+1,065件／年

出典：県統合型医療情報システム

(参考) 館林地区消防本部の救急搬送先 (2015→2024年)



館林消防管内への搬送

+822件／年

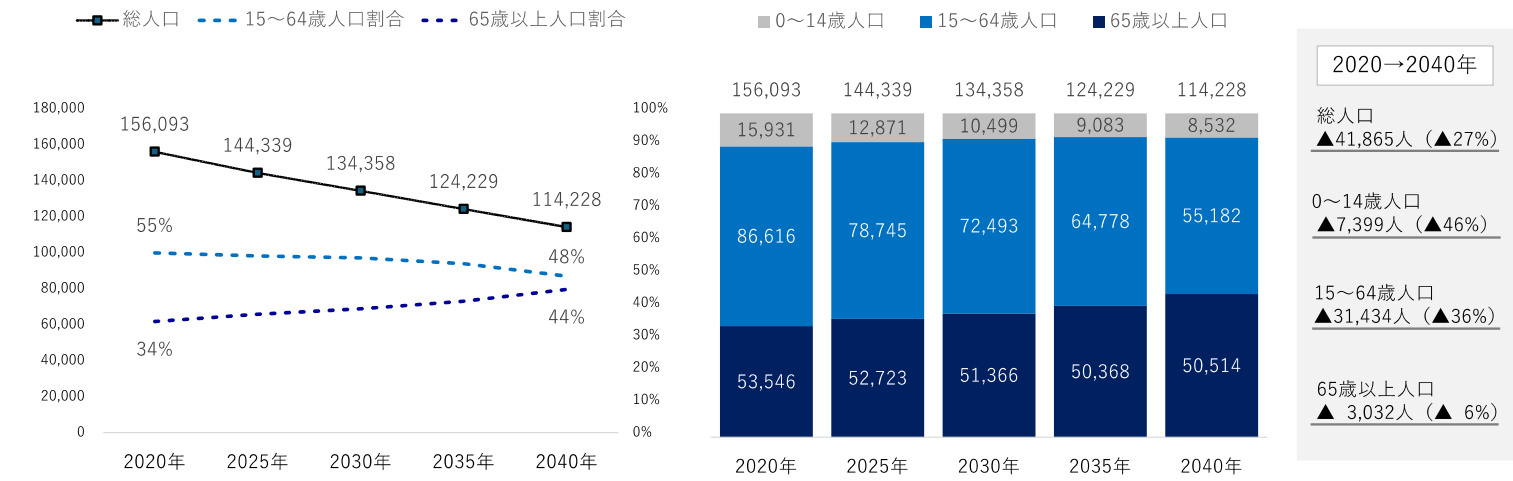
管外への搬送

+ 109件／年

出典：県統合型医療情報システム

(参考) 桐生区域の人口推計 (2020→2040年)

2020年から2040年にかけての20年間では、人口規模は約15.6万人から11.4万人まで減少する見込み。総人口は約4万1千人減少し、全ての年齢区分における人口も減少する見込み。

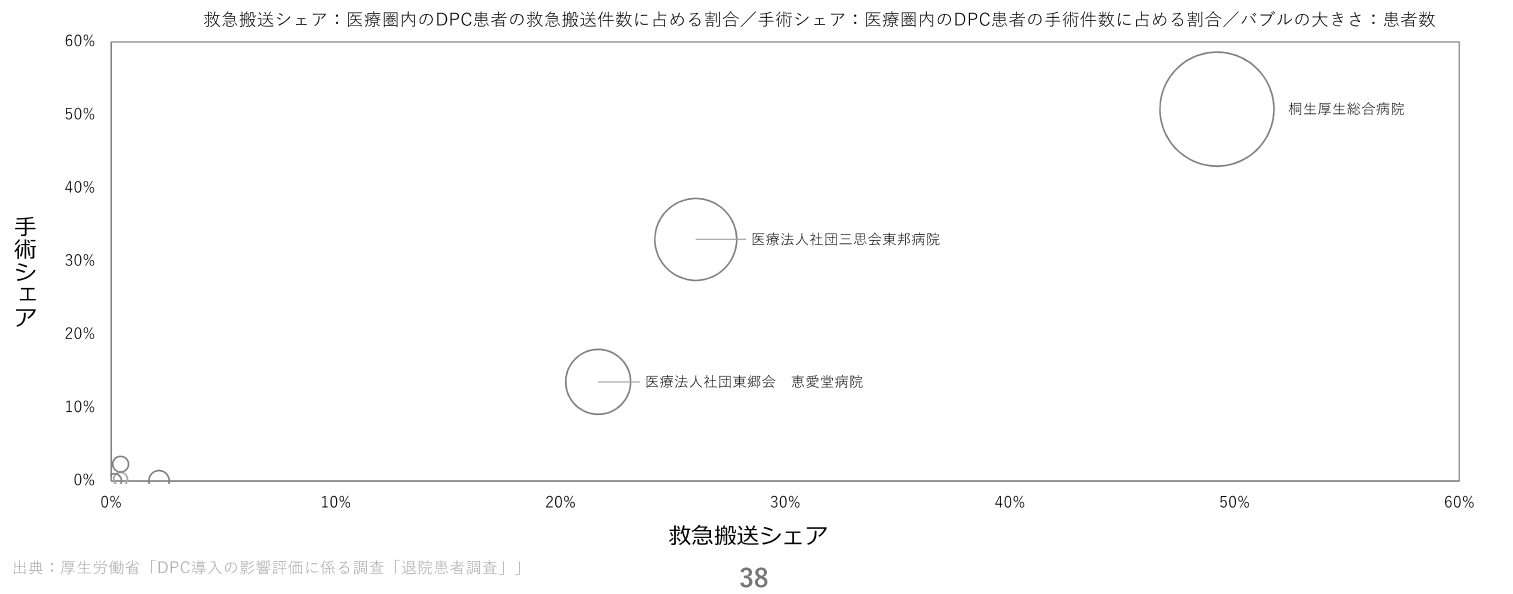


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年（2023）年推計）」

37

(参考) 桐生区域の急性期医療 (2023年度)

救急搬送及び手術ともに桐生厚生総合病院が高いシェアを有している。



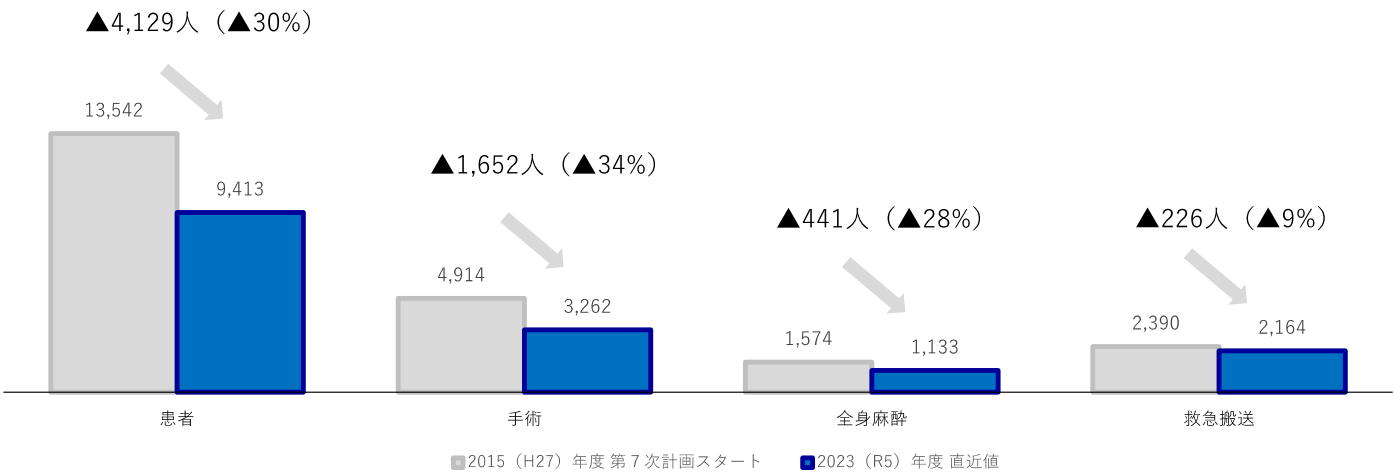
出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」

38

(参考) 桐生区域の急性期医療需要の推移 (2015→2023年)

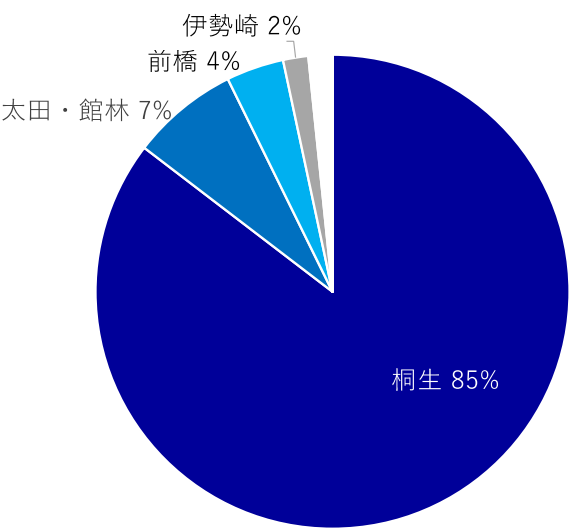
患者、手術、全身麻酔、救急搬送件数はいずれも減少している。

医療機関数 2015年：5  
2023年：8



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」

(参考) 桐生市消防本部の救急搬送先 (2024年)



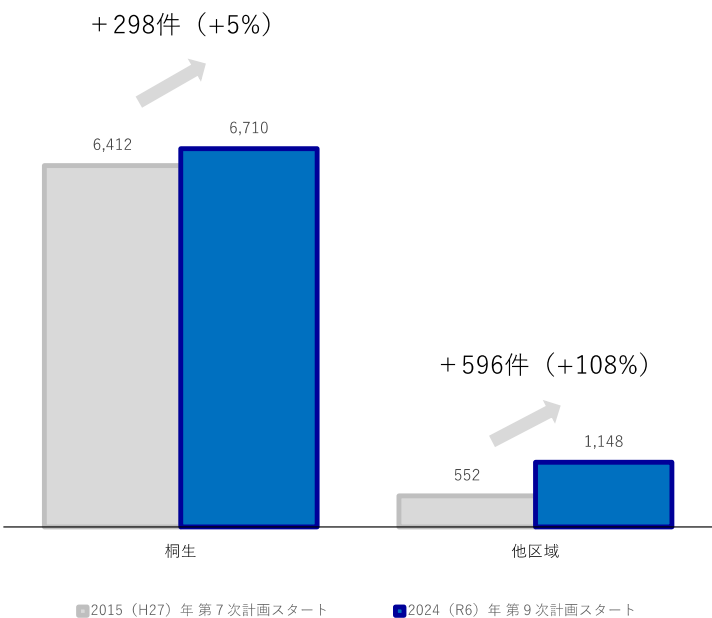
桐生区域への搬送

85%

出典：県統合型医療情報システム



(参考) 桐生市消防本部の救急搬送先 (2015→2024年)



桐生区域への搬送

**+298件／年**

他区域への搬送

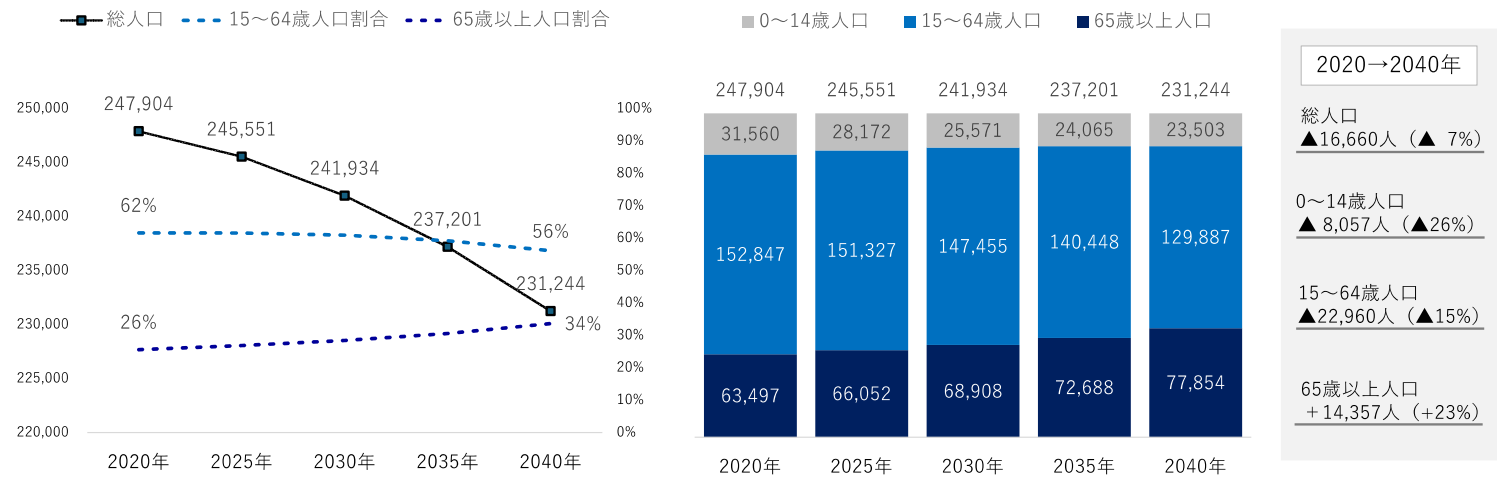
**+596件／年**

出典：県統合型医療情報システム

(空白頁)

(参考) 伊勢崎区域の人口推計 (2020→2040年)

2020年から2040年にかけての20年間では、人口規模は20万人以上で推移する見込み。  
総人口は約1万6千人減少する一方、65歳以上人口は約1万4千人増加する見込み。

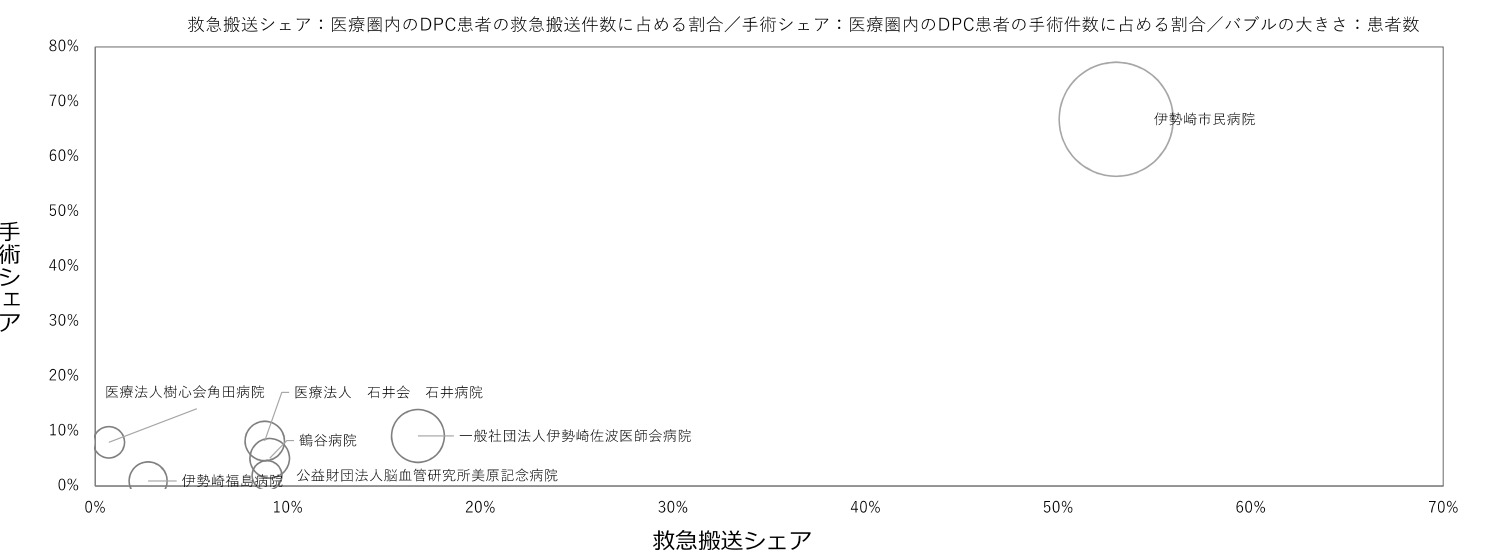


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5年（2023）年推計）」

43

(参考) 伊勢崎区域の急性期医療 (2023年度)

救急搬送及び手術ともに伊勢崎市民病院が高いシェアを有している。



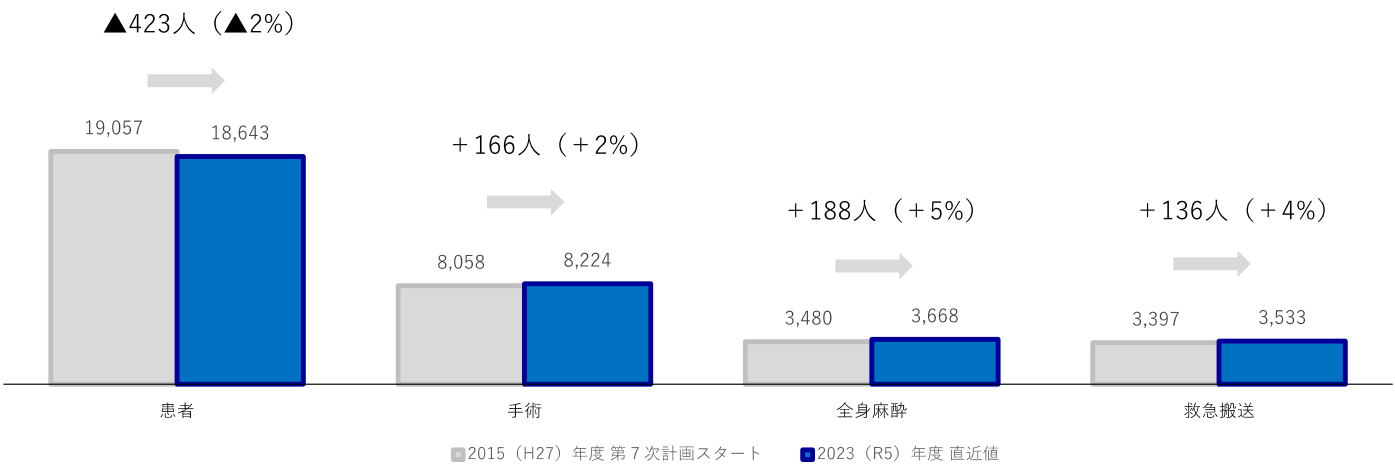
出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」

44

(参考) 伊勢崎区域の急性期医療需要の推移 (2015→2023年)

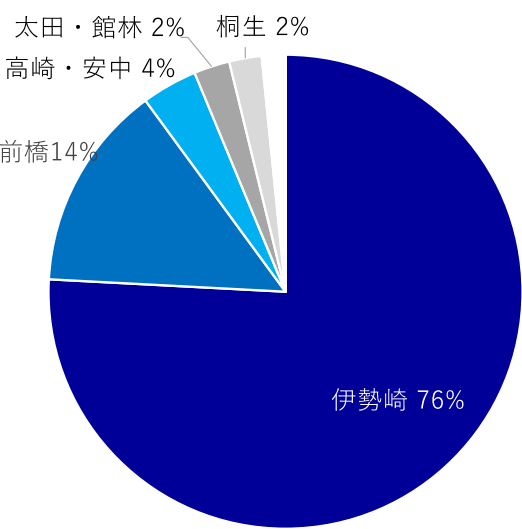
患者、手術、全身麻酔、救急搬送件数はいずれも同水準で推移している。

医療機関数 2015年：6  
2023年：8



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」」

(参考) 伊勢崎市消防本部の救急搬送先 (2024年)

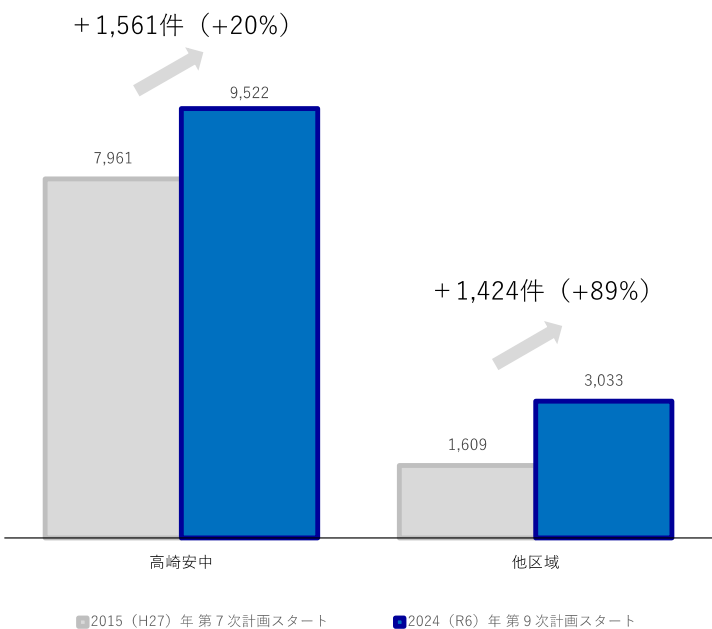


伊勢崎区域への搬送

76%

出典：県統合型医療情報システム

(参考) 伊勢崎市消防本部の救急搬送先 (2015→2024年)



伊勢崎区域への搬送

+1,561件／年

他区域への搬送

+1,424件／年

出典：県統合型医療情報システム

新たな地域医療構想について

ポイント

- 1 新構想に関する国の検討状況 (報告)
- 2 新構想に関する県の対応 (報告)
  - (1) 入院医療に関する構想区域 (従来から検討事項)
  - (2) 在宅医療等 (新たな検討事項)
  - (3) 精神医療 (新たな検討事項)

2(2)-1 新構想に関するとりまとめ（構想区域）

在宅医療等

- 在宅医療等※に関する区域を設定（二次医療圏より狭い区域）
- 協議の場※を設定し、かかりつけ医機能報告等のデータを基に地域の状況や将来の見込みを整理して課題を共有

※ 現状、在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険事業計画を作成する市町村単位（二次医療圏より狭い区域）で取組  
※ 医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施

群馬県の現状

- 二次医療圏単位で区域設定
- 協議の場がない（在宅医療）

2025年度（構想策定準備）

かかりつけ医機能報告制度とあわせて、区域の見直し、協議の場の設定を検討

2(2)-2 群馬県の現状と課題（在宅医療等）

県内10圏域の二次保健医療圏ごとに医療提供体制を協議・構築

	（これまでの取組）	（構想区域／協議の場）
外 来 医 療	<ul style="list-style-type: none"><li>• 外来医療機能の地域偏在を是正</li><li>• 不足する外来医療機能の充実 等</li></ul>	<u>区 域：二次保健医療圏単位</u> 協議の場：二次保健医療圏単位 （地域保健医療対策協議会）
在 宅 医 療	<ul style="list-style-type: none"><li>• 在宅医療の基盤整備</li><li>• 多職種協働による関係者相互の連携体制の構築</li><li>• 入院医療機関と在宅医療・介護に関わる従事者との円滑連携</li><li>• 在宅医療・介護連携推進事業（市町村事業）の実施 等</li></ul>	<u>区 域：二次保健医療圏単位</u> <u>協議の場：設定なし</u>

- 二次保健医療圏より狭い区域を検討
- 協議の場の設定を検討

## 2(2)ー3 かかりつけ医機能報告制度との関係

### かかりつけ医機能報告の概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能※について、医療機関から都道府県知事に報告。  
※ 時間外診療、入退院支援、在宅医療、介護等との連携 等
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



「構想区域」「協議の場」は、かかりつけ医機能報告制度とあわせて検討

## 2(2)ー4 調整・意思決定について

### 在宅医療に係る構想区域について

- 二次医療圏にこだわらず、医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、地域の实情に応じた区域の設定を検討する。
  - なお、本県においては、現状、県内14地域において「在宅医療・介護連携推進事業」(市町村事業)を実施。(地域については、次スライド参照)
  - 当該区域において、郡市医師会をはじめとした関係多職種連携を推進し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築に取り組んできている。
  - 新たな構想区域は、当該区域を基本とし、地域保健医療対策協議会における調整、在宅医療推進部会での検討を踏まえて設定することとしたい。
- (参考)「在宅医療・介護連携推進事業」・・・介護保険法に基づく地域支援事業の一つに位置づけられており、在宅医療と介護の一体的な提供の実現に向けて、医療と介護の関係者をつなぎ、在宅医療・介護連携の推進のために、医療・介護関係者の資質の向上や連携に必要な機会の確保を図るもの。

### 協議の場について

- 各構想区域毎に、医療関係者、介護関係者、県(保健福祉事務所)、市町村等の関係者による協議の場を設置する。
- 地域保健医療対策協議会、「在宅医療・介護連携推進事業」実施にあたり各地域で設置されている協議会等、既存の枠組みを活用することも検討。
- 構想区域とあわせて調整、検討を行う。

# 「在宅医療等に関する協議の場」の設定について

## 協議の場について

- ・在宅医療等に関する議題に応じた参加者を設定し、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施。
- ・地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来のあるべき姿を議論。
- ・なお、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されていることを踏まえ、既存の会議の活用や合同開催の方法なども検討。

## 構成員（イメージ）

- ・既存の地域医療構想調整会議に以下のような参加者を加えた協議の場を設定
- ※追加参加団体等の例
- 市町村社会福祉協議会、市町村介護保険担当部局（地域包括支援センター）、看護協会、ケアマネ協会、理学療法士会、訪問看護ステーション連絡協議会、ホームヘルパー協議会、老人福祉施設協議会、老人保健施設協会、在宅医療・介護連携支援センター、民生委員児童委員協議会等
- ※今後示される予定の国ガイドラインも参考に、地域ごとに検討・調整を進める。

# 現在の二次保健医療圏（構想区域）と在宅医療・介護連携支援窓口の関係

現在の二次医療圏 （構想区域）	市町村	在宅医療・介護連携支援窓口
前橋	前橋市	おうちで療養相談センターまえばし（前橋市医師会）
渋川	渋川市・榛東村・吉岡町	渋川地区在宅医療介護連携支援センター（渋川地区医師会）
伊勢崎	伊勢崎市・玉村町	在宅医療介護連携センターいせさき・たまむら（伊勢崎佐波医師会）
高崎・安中	高崎市	高崎市医療介護連携相談センター南大類（高崎健康福祉大学） 高崎市医療介護連携相談センターたかまつ（高崎市医師会）
	安中市	医療介護連携室あんなか（安中市医師会）
藤岡	藤岡市	藤岡多野医師会 医療介護連携センターふじおか（藤岡多野医師会）
	上野村	上野村地域包括支援センター
	神流町	神流町地域包括支援センター

現在の二次医療圏 （構想区域）	市町村	在宅医療・介護連携支援窓口
富岡	富岡市・甘楽町・下仁田町・南牧村	かぶら在宅療養ネットワークセンター（富岡市甘楽郡医師会）
吾妻	中之条町・長野原町・嬬恋村・草津町・高山村・東吾妻町	一般社団法人吾妻郡医師会
沼田	沼田市・片品村・川場村・みなかみ町・昭和村	ぬまとね医療・介護連携相談室（沼田利根医師会）
桐生	桐生市・みどり市	在宅医療介護連携センターきりゅう（桐生市医師会）
太田・館林	太田市	太田市在宅医療介護連携センター（太田市医師会）
	館林市・板倉町・明和町・千代田町・大泉町・邑楽町	在宅医療介護連携相談センターたておう（館林市邑楽郡医師会）

2 ( 2 )－ 5 構想区域・協議の場に関するアンケート

**設問1 在宅医療等における構想区域について、どのようにお考えですか。**

- A) 在宅医療・介護連携の窓口が管轄している区域での設定が適当である。
- B) これとは、別の区域での設定が適当である。→設問 2 へ

**設問2 構想区域のお考えを教えてください。(例:〇〇の区域)**

**設問3 在宅医療等における協議の場の構成員について、お考えを教えてください。**

(空白頁)

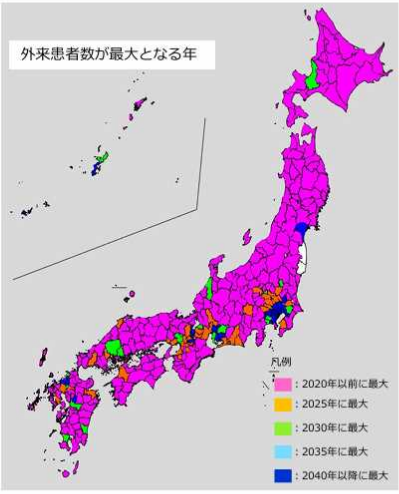
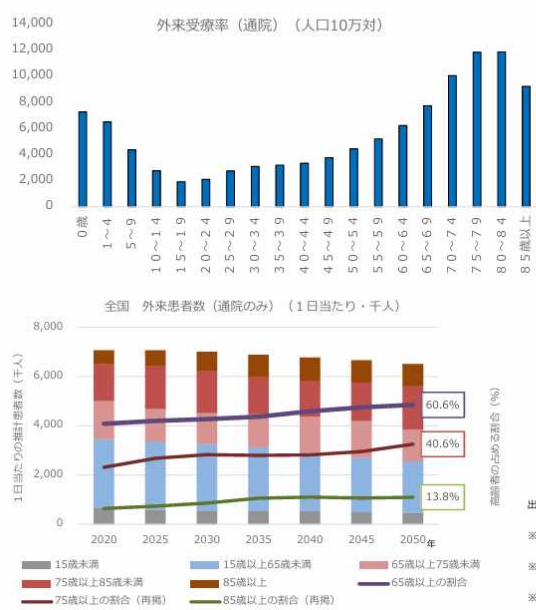


(参考) 外来患者数

出典：厚労省「第11回新たな地域医療構想等に関する検討会」

医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに224の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



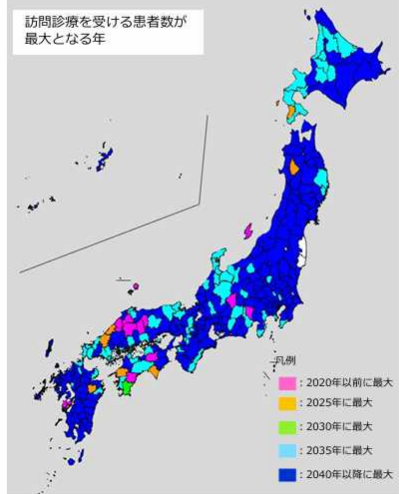
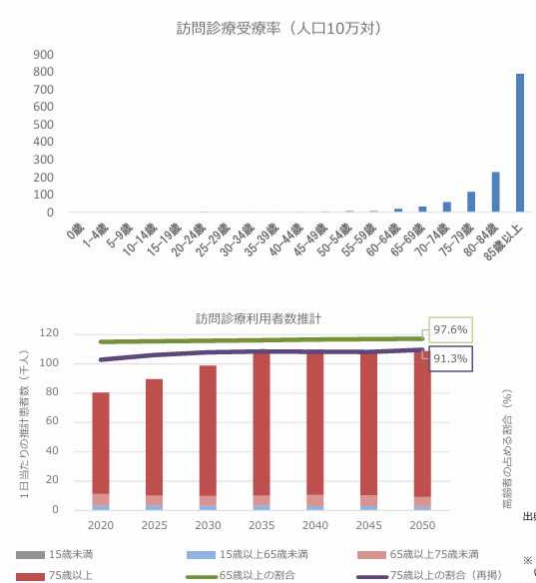
出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。  
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。  
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く328の二次医療圏について集計。  
※ 外来患者数は通院のみであり、訪問診療、往診等を含まない。

(参考) 在宅患者数

出典：厚労省「第11回新たな地域医療構想等に関する検討会」

医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。  
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。  
※ 福島県は相双、いわきの2医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの2地域を除く333の二次医療圏について集計。

ポイント

- 1 新構想に関する国の検討状況（報告）
- 2 新構想に関する県の対応（報告）
  - (1) 入院医療に関する構想区域（従来から検討事項）
  - (2) 在宅医療等（新たな検討事項）
  - (3) 精神医療（新たな検討事項）

2(3)-1 新構想に関するとりまとめ（構想区域）

精神医療

- 現在、国において新たな地域医療構想に精神医療を位置づける場合の課題等を検討している
- 県では、国が示す構想区域の考え方等の方針を受け、諸課題の検討を行う

群馬県の現状

現行の地域医療構想は、精神病床を対象としていない



2025年度（構想策定準備）

- ・ 国において課題等を検討
- ・ 入院、在宅医療とは異なるスケジュールとなる可能性あり

## 2(3)-2 群馬県の現状（精神医療）

○精神医療は、広域的に実施すべき保健医療サービスを行う県域として、  
全県一区で運用されている



### 精神科救急医療

夜間休日における精神科救急医療は、全県一区の輪番制により運用を行っている

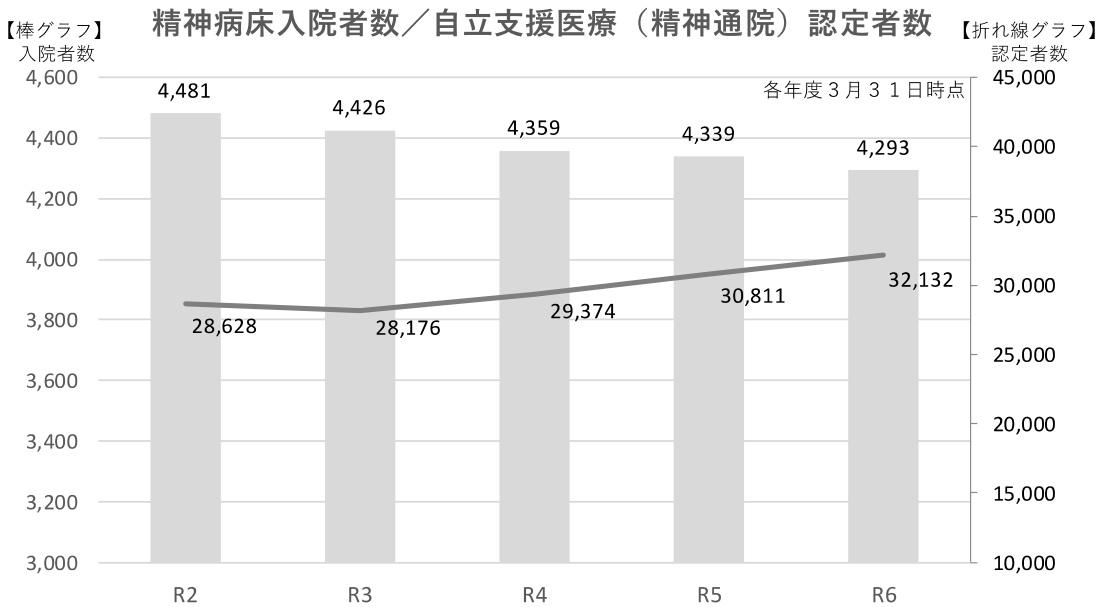
令和7年4月1日現在

保健医療圏	病院数	既存病床数	基準病床数
県全域	20	4,977	4,366

※沼田、藤岡保健医療圏には精神科病院がない

## 2(3)-3 群馬県の現状（精神医療）

○精神医療における入院者は減少傾向、通院者は増加傾向にある



入院者資料：群馬県入院患者月報  
自立認定者資料：こころの健康センター所報

## 2(3)－4 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

### 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 以下の観点から、新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当。
    - 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めている。
      - 地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当
    - 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。
      - ・ 2040年頃の精神病床数の必要量を推計 → 中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進
      - ・ 病床機能報告の対象に精神病床を追加 → データに基づく協議・検討が可能
      - ・ 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画  
→ 身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等の推進
      - ・ 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使 → 精神病床等の適正化・機能分化の推進
  - 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要。
- ※ 病床数の必要量の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等

厚生労働省作成：新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム取りまとめ概要

(空白頁)

新たな地域医療構想について

ポイント

- 1 新構想に関する国の検討状況（報告）
- 2 新構想に関する県の対応（報告）
- (1) 入院医療に関する構想区域  
(従来から検討事項)

→ 各構想区域において、  
区域の広域化について検討を進める。
- (2) 在宅医療等（新たな検討事項）

→ 各地域において、構想区域・協議の場の  
調整・検討を進める。
- (3) 精神医療（新たな検討事項）

→ 国の示す方針を受け課題の検討を行う。

新構想策定に関する今後の進め方

	2025（R7）年度								2026（R8）年度	2027（R9） 年度～
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
入院医療 （従来から検討事項）	各構想区域で、区域の広域化を検討								医療需要の推計 構想策定作業 等	新構想 スタート
在宅医療等 （新たな検討事項）	・ 在宅医療における構想区域を検討 ・ 協議の場の検討 （医療関係者、介護関係者、県、市町村等の関係者等）									
精神医療 （新たな検討事項）	国の示す方針を受け、課題の検討を行う ※入院医療、在宅医療等とは異なるスケジュールとなる可能性あり									