

第8次群馬県保健医療計画 一部改定版（案）

パブリックコメント用

- ※ 産科、小児科や外来の医師偏在指標は国において未確定のため、現時点の値を記載しています。
- ※ また、他の都道府県の医師偏在指標等は、今後国において公表されます。これに伴い、確保すべき医師の数の目標等は今後変更となることがあります。
- ※ そのほか、編集上の文言修正などを行う場合があります。

令和元年 12 月

群 馬 県

目次

第1章 基本的な考え方	1
1 計画変更の趣旨	2
2 計画（一部改定版）の位置付け	3
3 計画（一部改定版）の期間	3
4 計画（一部改定版）の全体像	4
第2章 医師数等の現状	7
1 人口構造・動態	8
2 現在の医師数	10
3 医師偏在指標	15
4 産科・小児科の医師偏在指標	19
5 外来医師偏在指標	21
第3章 医師の確保	25
第1節 県内における医師少数区域等の設定	26
1 医師少数区域等の設定の考え方.....	26
2 本県の位置付け	27
3 県内における医師多数区域	27
4 県内における医師少数区域の設定	28
5 県内における医師少数スポットの設定	30
第2節 医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標	32
1 群馬県	32
2 二次保健医療圏	36
第3節 確保すべき医師の数の目標を達成するための施策	47
1 短期的な施策	47
2 長期的な施策	53

3	医師確保対策と一体的に取り組むべき施策	56
第4節	産科・小児科における医師偏在対策	57
1	産科・小児科における医師偏在対策の考え方	57
2	相対的医師少数県／区域	57
3	産科・小児科における医師偏在対策	61
第4章	外来医療に係る医療提供体制の確保	69
第1節	県内における外来医師多数区域の設定	70
第2節	外来医療に関する協議の場の設置	70
第3節	新規開業者等への情報提供及び要求等	70
1	新規開業者等への情報提供（外来医師多数区域の設定）	70
2	不足する外来医療機能の検討	71
3	新規開業者等に協力を求める外来医療機能	82
第4節	医療機器の効率的な活用	83
1	医療機器の効率的な利用の考え方	83
2	協議の場の設置	84
3	医療機器の活用のための検討事項	84
第5章	推進・評価	89
1	計画（一部改定版）の推進	90
2	計画（一部改定版）の評価・見直し	91
資料編		93
	医師偏在指標等の算定方法	94



第1章

基本的な考え方

1 計画変更の趣旨

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第2次中間とりまとめ(平成29(2017)年12月)」を踏まえ、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保することを目的とした「医療法及び医師法の一部を改正する法律(平成30年法律第79号。以下「改正法」という。)」が平成30(2018)年7月に成立しました。

改正法附則第5条第1項において、各都道府県は、令和元(2019)年度中に医師の確保に関する事項(医師確保計画)の見直しを行うとともに、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項(外来医療計画)を新たに策定する必要があります。

なお、これらの事項を医療計画に定めるに当たり留意すべき事項等について、厚生労働省から「医師確保計画策定ガイドライン」(以下「医師確保計画ガイドライン」という。)及び「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」(以下「外来医療計画ガイドライン」という。)が通知されています。(平成31(2019)年3月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長等通知)

(1) 医師確保計画

我が国における医師確保対策については、平成20(2008)年度以降、地域枠(卒後一定期間、都道府県の特定地域における診療義務を課す大学医学部の入試選抜制度)を中心とした大学医学部の定員増というマクロの領域で、主として医師総数の増加対策が進められてきました。本県においても、平成20(2008)年度以降、健康福祉部医務課内に医師確保対策室を設置し、群馬大学医学部医学科に地域医療枠(同大学における地域枠)を設けるなどのさまざまな取組を進めており、医師総数自体は着実に増加傾向にあります。

一方、県内の状況を見ると、医師不足を原因として、一部の診療科において外来診療の縮小や休止、入院患者の受入停止となっている医療機関も県内に見受けられるなど、医師の地域や診療科における偏在は、現時点においても依然として解消されていません。これは、群馬大学医学部附属病院における各診療領域の医会に所属する医師数の減少等により、県内の医療機関に必要な医師派遣を十分に行うことができないことも一因です。

医師確保計画は、このような背景のもと、現時点で入手可能なデータを最大限活用し、医師の多寡を全国ベースで統一的・客観的に比較・評価するために厚生労働省が算定した「医師偏在指標」に基づき、医師の自主性を尊重し、強制によらない手法により、都道府県間、県内二次医療圏間における医師の偏在是正を図るものです。

なお、診療科別の医師偏在については、診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要がありますが、本計画では今後の検討課題とされていますが、政策医療であると共に、診療科と診療行為等との関係を比較的明らかにしやすい産科及び小児科については、暫定的に診療科別の医師偏在指標を示し、地域偏在是正に向けた対応等を行うこととします。

また、労働基準法(昭和22年法律第49号)に基づき、診療に従事する医師に対する時間外労働規制が令和6(2024)年度から適用されることから、今後の医師偏在対策は、医療機関における医師の労働時間短縮の取組と併せて検討する必要があります。

(2) 外来医療計画

外来医療計画については、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。

また、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。

併せて、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。

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。

2 計画（一部改定版）の位置付け

今回策定する医師確保計画及び外来医療計画については、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 1 項並びに第 2 項第 10 号及び第 11 号の規定により、各都道府県において策定する医療計画（本県における医療分野の最上位計画である群馬県保健医療計画）の一部として位置付けられます。

なお、今回の医師確保計画については、平成 30（2018）年 4 月策定の第 8 次群馬県保健医療計画で、「第 7 章 保健医療従事者等の確保」の「1 医師」を見直す形で位置付けるものとなります。

3 計画（一部改定版）の期間

医療法第 30 条の 6 第 2 項において、医療計画の計画期間は 6 年間と規定されていますが、医師確保計画については、同条第 1 項の規定により、在宅医療とともに 3 年ごとに見直しを行うこととされています。

一方、外来医療計画は、同項の規定により、在宅医療や医師確保に関する部分として 3 年ごとに見直す対象に含まれるとされており、その旨外来医療計画ガイドラインに明示されています。

なお、本計画（一部改定版）の計画期間については、改正法附則第 5 条第 3 項に基づき、第 8 次群馬県保健医療計画との終期を合わせるため、令和 2（2020）年度から令和 5（2023）年度までの 4 年間とします。

また、医師確保計画については、同計画に位置づける地域枠等の効果が十分に見込まれる時点や、医師需要が今後最大化すると推計される時点を考慮して、医師偏在是正の目標年を令和 18（2036）年と設定し、今後 5 回の計画サイクルで目標達成を目指します。

4 計画（一部改定版）の全体像

（1）医師確保計画の全体像

1 医師偏在指標の調整

- 厚生労働省が公表する暫定的な医師偏在指標を基に、**都道府県間及び二次保健医療圏間の患者の流入**の状況について調整を行う。
 - ※ 本県への外来患者の流入が多い埼玉県と流入を全て見込むことで調整を実施。

2 医師少数区域等の設定

- 調整後の医師偏在指標の全国上位 33.3%に属する二次保健医療圏を**医師多数区域**と設定する。
- 指標が下位 33.3%の二次保健医療圏を**医師少数区域**の設定基準とし、重点的な対策を行う医師少数区域に設定するかを都道府県で判断する。
- 必要に応じ、局所的に医師が少ない**医師少数スポット**を定める。

3 医師の確保の方針の策定

- 県内の医師少数区域等の状況や、将来の医師需給推計等を踏まえ、二次・三次保健医療圏、医師少数スポットについて**医師の確保の方針**を策定する。

区域区分	医師多数	(中程度)	医師少数(スポット含む)
三次保健医療圏 (都道府県)	・当該都道府県以外からの医師の確保は行わない ・医師少数都道府県への医師派遣も検討	医師少数区域が存在する場合、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保が可能	・医師の増加を基本 ・医師多数都道府県からの医師の確保が可能
二次保健医療圏 (区域)	・他の二次医療圏からの医師の確保は行わない ・医師少数区域への医師派遣も求められる	必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは医師多数区域からの医師の確保が可能	・医師の増加を基本 ・医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保が可能

- 現時点の医師不足には短期的な施策により、将来時点の医師不足には、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせる。

4 確保すべき医師の数の目標（確保を目指す医師数）の設定

- 医師少数県／区域において、**医師偏在指標**を踏まえ、**計画期間中に全国中央値に達するための医師数を「確保を目指す医師数」と定める。**
 - ※ できるだけ早期に医師総数を確保するため、下位 33.3%を脱するための目標医師数より高みを目指す。
 - ※ 医師少数区域において「確保を目指す医師数」を設定し、医師少数区域以外では、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」とする。
 - ※ 国の提示した「目標医師数」は「最低限確保すべき医師数」と位置付ける。

5 確保すべき医師の数の目標を達成するための施策

- 医師の確保の方針を踏まえ、確保を目指す医師数を達成するための具体的な施策を策定する。
 - ※ 短期的な施策：医師の配置調整、キャリア形成プログラム、研修体制の充実等
 - ※ 長期的な施策：医学部における地域枠の設定、高校生対策
(2036年に医師需給が一致する医師偏在指標に達するための必要医師数を活用)
 - ※ 医師少数県／区域の医師確保に地域医療介護総合確保基金を重点的に用いる。
- 医師確保対策と連携した取組を推進する。
 - ※ 医師の働き方改革、地域医療構想の推進、ICTや人工知能の活用 等

(2) 産科・小児科における医師偏在対策の全体像

1 医師偏在指標の調整

- 医師偏在指標について、都道府県ごと、周産期・小児医療圏ごとに国が算出し、小児について都道府県間等の流出入を調整する。
 - ※ 産科については分娩数を医療需要としており、都道府県間調整は不要

2 相対的医師少数区域等の設定

- 調整後の医師偏在指標の下位 33.3%に属する都道府県（周産期・小児医療圏）を**相対的医師少数都道府県（区域）**と設定する。
 - ※ 画一的に医師確保を図るのではなく、医療提供体制の整備に特に配慮が必要な医療圏
 - ※ 産科・小児科医は他地域でも不足している可能性があり、医師多数区域等は設けない。

3 医師の確保の方針の策定

- 医師偏在指標の大小を踏まえ、医療圏を越えた連携等も含め、県、周産期・小児医療圏ごとに地域における**医師の確保の方針**を策定する。

相対的医師少数区域等	<ul style="list-style-type: none">・必要に応じ医療圏の見直し、医療圏を越えた連携・なお相対的医師少数の場合、医師派遣や専攻医確保、医療提供体制効率化、長期的施策を適宜併せて実施
相対的医師少数区域等以外	<ul style="list-style-type: none">・医師を増やす方針を定めることも可能

- 総合／地域周産期母子医療センター、中核病院小児科、地域小児科センター等における医師の配置状況等を踏まえた検討を行う。

4 医師の確保の方針等を踏まえた施策

- 医師の確保の方針を踏まえ、具体的施策を策定する。
 - ・医療提供体制等の維持・充実
(総合周産期母子医療センター、中核病院小児科等を中心とした体制整備等)
 - ・産科・小児科医の派遣調整 (相対的医師少数区域等での勤務の支援等)
 - ・産科・小児科医の勤務環境を改善するための施策
(県医療勤務環境改善支援センターにおける相談体制整備等)
 - ・産科・小児科医の養成数を増やすための施策 (専門医の確保等)
 - ※ 相対的医師少数県／区域でなくとも、偏在対策に地域医療介護総合確保基金の活用が可能

(3) 外来医療計画の全体像

1 外来医師偏在指標の調整

- 厚生労働省が公表する暫定的な外来医師偏在指標を基に、**二次保健医療圏間の外来患者の流出入**の状況について調整を行う。
※ 本県への患者流入が多い埼玉県と流出入を全て見込むことで調整を実施。

2 外来医師多数区域の設定

- 調整後の外来医師偏在指標の全国上位 33.3%に該当する二次保健医療圏を**外来医師多数区域**と設定する。
※ 各二次保健医療圏における外来医療機能の情報と併せて、県ホームページ等で周知。

3 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組

- 外来医療計画には、二次保健医療圏ごとに次の事項を盛り込む。

(1) 外来医師多数区域等の可視化	<ul style="list-style-type: none">・ 二次保健医療圏ごとの外来医師偏在指標、外来医師多数区域の情報や医療機関のマッピング情報等を整理して外来医療機能の地域偏在状況を可視化。
(2) 新規開業者等への不足外来医療機能の情報提供	<ul style="list-style-type: none">・ 二次保健医療圏ごとに「地域で不足する外来医療機能」[※]を協議、確認。特に外来医師多数区域では、新規開業者等に情報提供し、協力を求める。 ※ア 夜間休日等における地域の初期救急医療の提供体制 イ 在宅医療の提供体制 ウ 公衆衛生（産業医、学校医等）に係る医療提供体制 等・ 外来医師多数区域で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、必要に応じて、その理由等を確認。
(3) 外来医療に係る協議の場の設置	<ul style="list-style-type: none">・ 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、地域の医療関係者で協議を行う場を設ける。 ※ 地域医療構想調整会議等を活用することが可能

4 医療機器の効率的な活用に係る計画

- **医療機器の配置状況を可視化する指標**を作成し、**医療機器の効率的な共同利用等に係る協議**を行い、次の事項を外来医療計画に盛り込む。
 - ・ 二次保健医療圏ごとの医療機器の配置状況等に関する情報
 - ・ 県全体における医療機器の共同利用方針
※ 共同利用には、連携先施設からの紹介患者のための利用を含む。
※ 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。



第2章

医師数等の現状

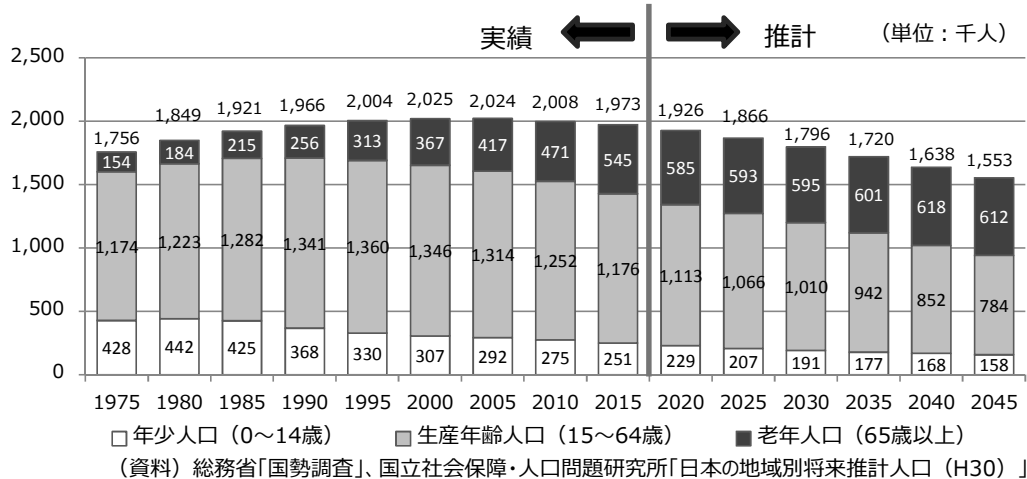
1 人口構造・動態

(1) 総人口と人口構成

ア 県内の総人口

本県の総人口は平成 16 (2004) 年の 2,035,542 人をピークに減少しており、平成 30 (2018) 年 10 月 1 日現在で 1,949,756 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 236,289 人、生産年齢人口(15~64 歳)が 1,128,564 人、老年人口(65 歳以上)が 568,478 人となっており、また、総人口に占める構成割合で見ると、年少人口が 12.2%、生産年齢人口が 58.4%であり、ともに減少傾向が続く一方、老年人口は 29.4%と過去最高となっています。

本県人口の推移 (推計を含む)



イ 二次保健医療圏別人口構成

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 38.0%、富岡保健医療圏が 35.8%、沼田保健医療圏が 35.1%と、中山間部において特に高齢化が進んでいます。

二次保健医療圏の年齢 3 区分別人口 (平成30年10月1日)

(単位：人、%)

二次保健医療圏	総数	0~14歳		15~64歳		65歳以上	
前橋	334,257	39,992	12.2%	191,299	58.5%	95,950	29.3%
渋川	111,639	13,303	12.0%	63,553	57.2%	34,328	30.9%
伊勢崎	246,953	32,510	13.3%	151,457	61.8%	60,960	24.9%
高崎・安中	426,024	53,341	12.6%	246,990	58.4%	122,504	29.0%
藤岡	67,077	7,514	11.2%	37,959	56.7%	21,473	32.1%
富岡	69,695	7,312	10.5%	37,315	53.7%	24,852	35.8%
吾妻	53,782	4,978	9.3%	28,314	52.7%	20,434	38.0%
沼田	79,512	8,405	10.6%	42,999	54.3%	27,837	35.1%
桐生	159,873	16,915	10.6%	89,068	55.9%	53,232	33.4%
太田・館林	400,944	52,019	13.1%	239,610	60.1%	106,908	26.8%
県計	1,949,756	236,289	12.2%	1,128,564	58.4%	568,478	29.4%

※年齢不詳者は総数のみに含まれている。

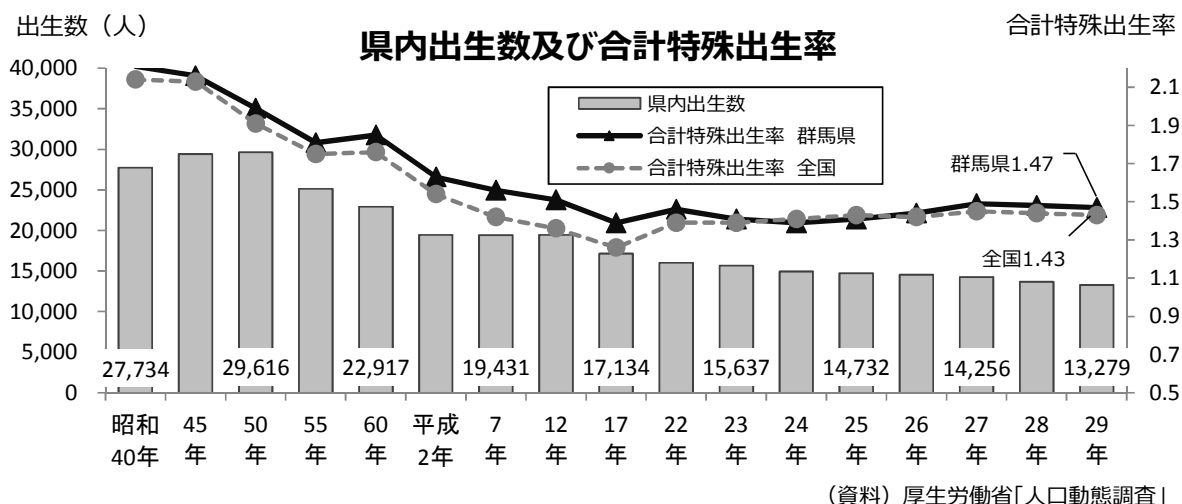
(資料) 県「年齢別人口統計調査(H30年)」

(2) 人口動態

ア 出生数

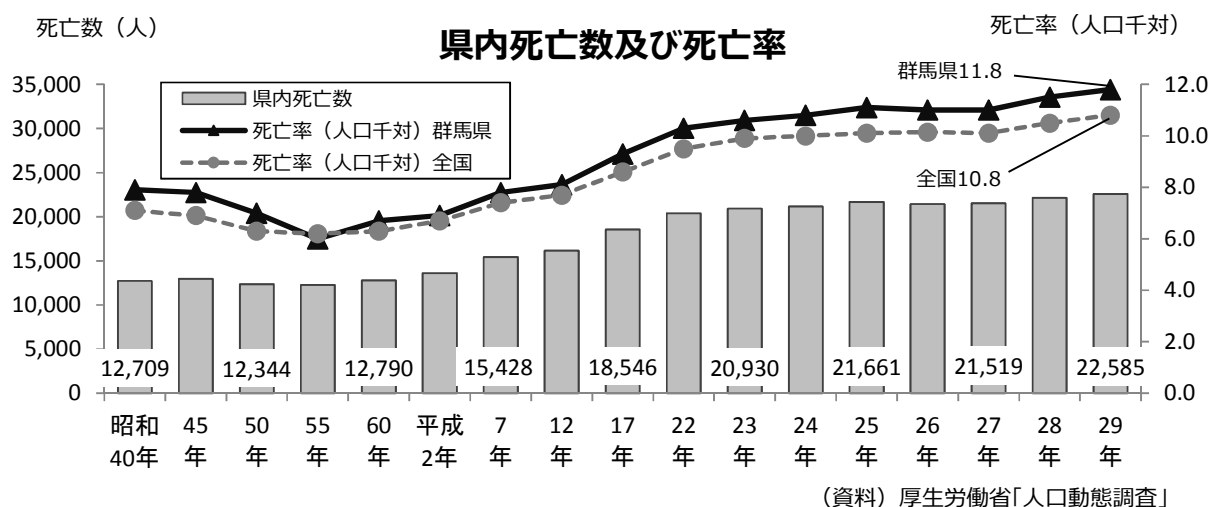
平成 29 年における本県の出生数は 13,279 人で、減少傾向が続いています。

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、平成 29 年では本県において 1.47 となっており、全国における 1.43 と比べると高くなっているものの、少子化の進行に歯止めがかかっていない状況です。



イ 死亡数

医療の進歩等に伴い死亡数は昭和 50 年代までおおむね減少してきましたが、その後、高齢化の進展を背景に年々増加傾向にあり、平成 29 年の死亡数は 22,585 人でした。また、本県における死亡率 (人口千人あたりの死亡数) は、全国と比べると、やや高い率で推移しています。



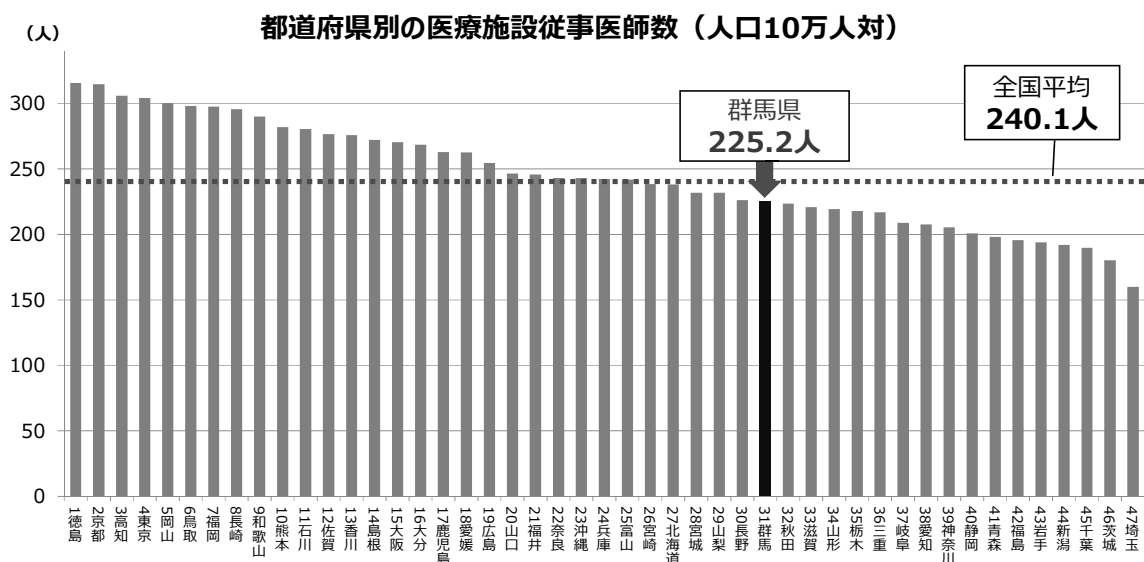
2 現在の医師数

(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・薬剤師調査（平成 28 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 4,430 人と、前回の調査時(平成 26 年、4,326 人)と比べて 104 人(2.4%)増加しています。人口 10 万人当たりで見ると 225.2 人(全国平均 240.1 人)であり、県全体では前回調査(218.9 人)より増加はしていますが、全国的には多い方から 31 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 62.5%(全国平均 66.4%)と、同様に全国平均を下回る状況です。

本県の地域医療の充実を図るため、また県内の地域偏在の調整に取り組むためにも、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。



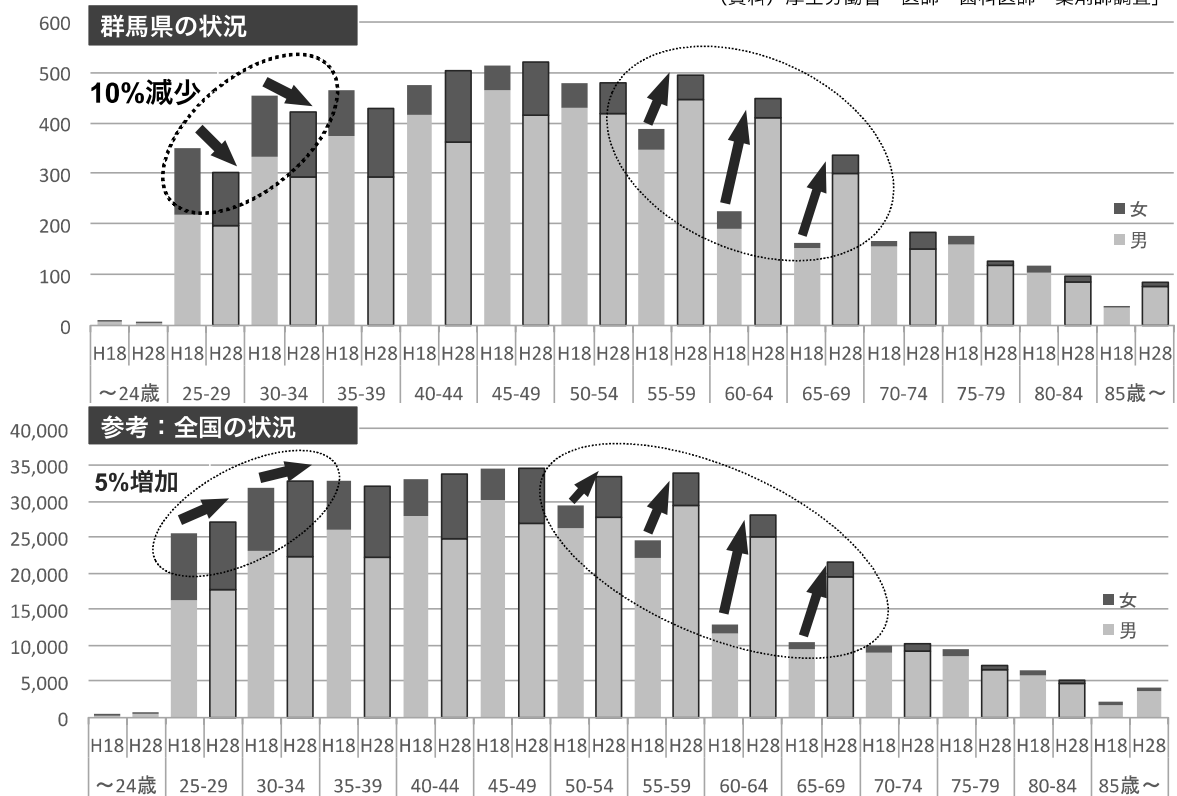
イ 年齢別医師数の状況

「医師・歯科医師・薬剤師調査」により、平成 18（2006）年及び平成 28（2016）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、直近 10 年間に於いて、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 10 年前と比較して、10%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、若手医師の確保を速やかに進める必要があります。

県内の医療施設従事医師数（年齢別・性別）

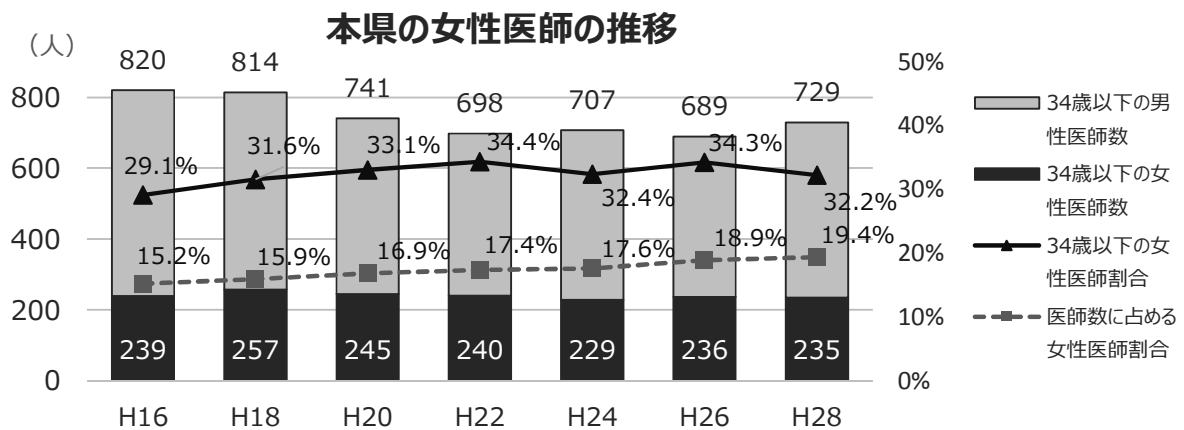
（資料）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」



ウ 女性医師数の状況

「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成 28 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 19.4%(前回 18.9%)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求められています。



（資料）厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

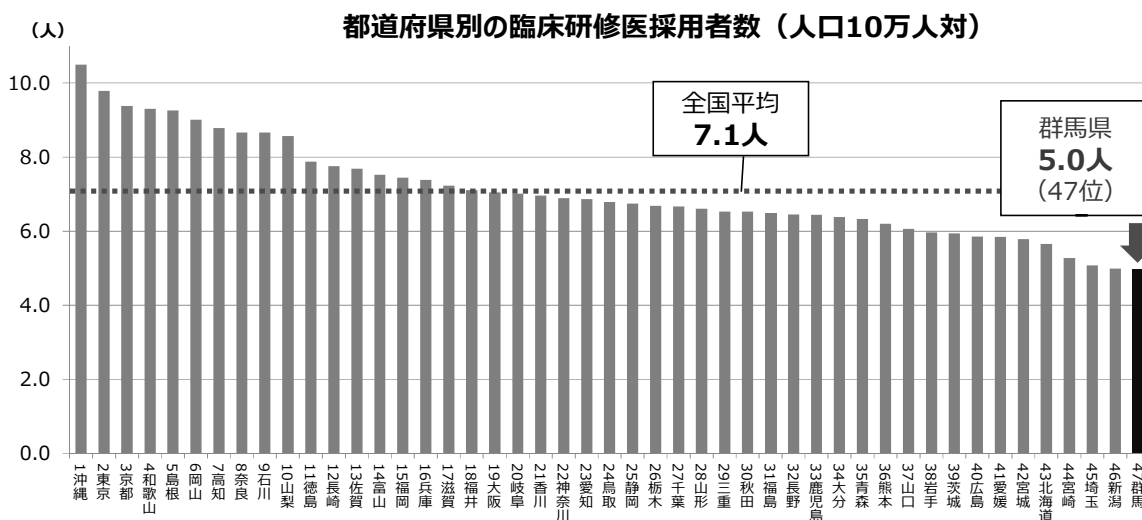
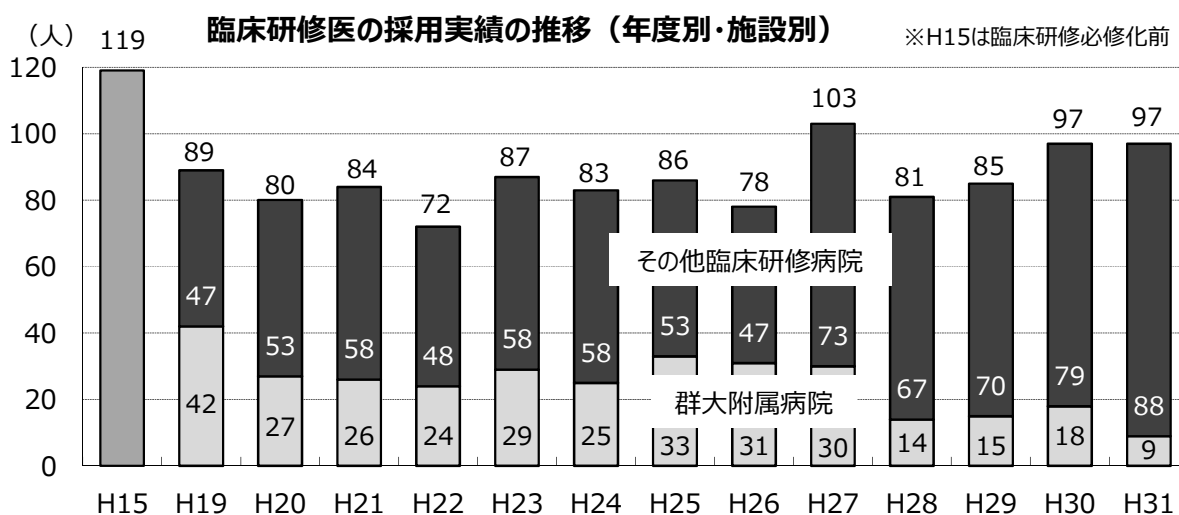
(2) 研修医の確保状況

ア 臨床研修医の状況

平成 16 (2004) 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 15 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状況は、直近 10 年間の平均で 86.9 人と、必修化前の平成 15 (2003) 年度に県内で研修を開始した医師数(119 人)に比べ、7 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 (平成 30 年度) を見ると、本県は 5.0 人と全国最下位の状況です。

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、近年採用者数が減少していた群馬大学医学部附属病院においては、平成 26 年に確認された医療事故後のさまざまな改革の取組による信頼回復に伴い、採用者数の増加につながることを期待されます。

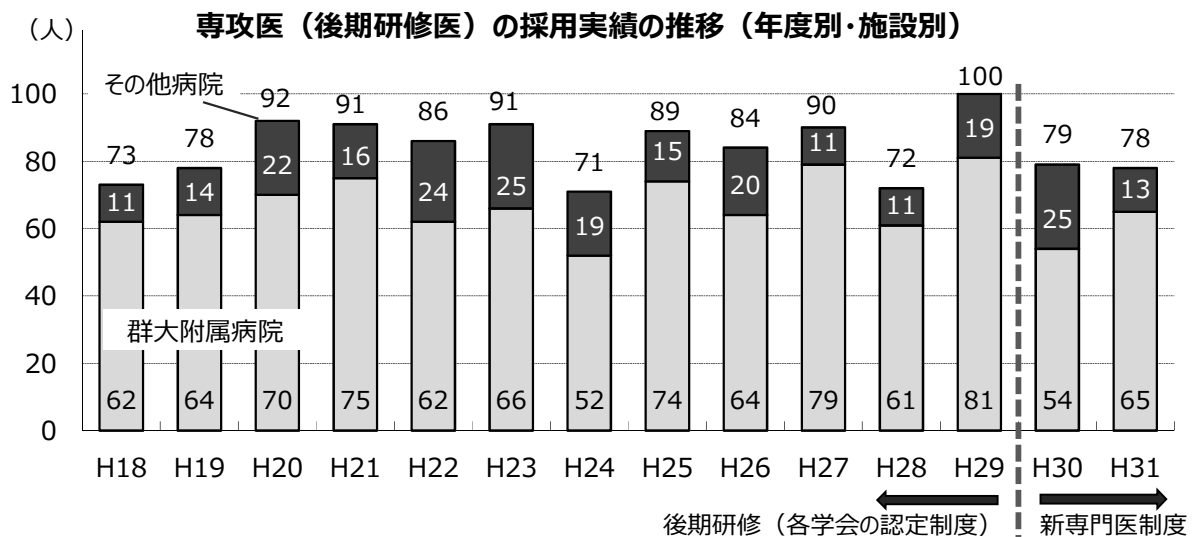


(資料) 厚生労働省「平成30年度臨床研修医の採用実績」、総務省「人口推計」(H30)

イ 専攻医の状況

平成 30（2018）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 84 人であり、臨床研修医の採用者数とほぼ同じ人数です。ただし、後期研修と新専門医制度で比べると、前者は過去 10 年間で平均 86.6 人、後者は直近 2 年間で平均 78.5 人と、新制度への移行によりやや採用者数が減少しています。

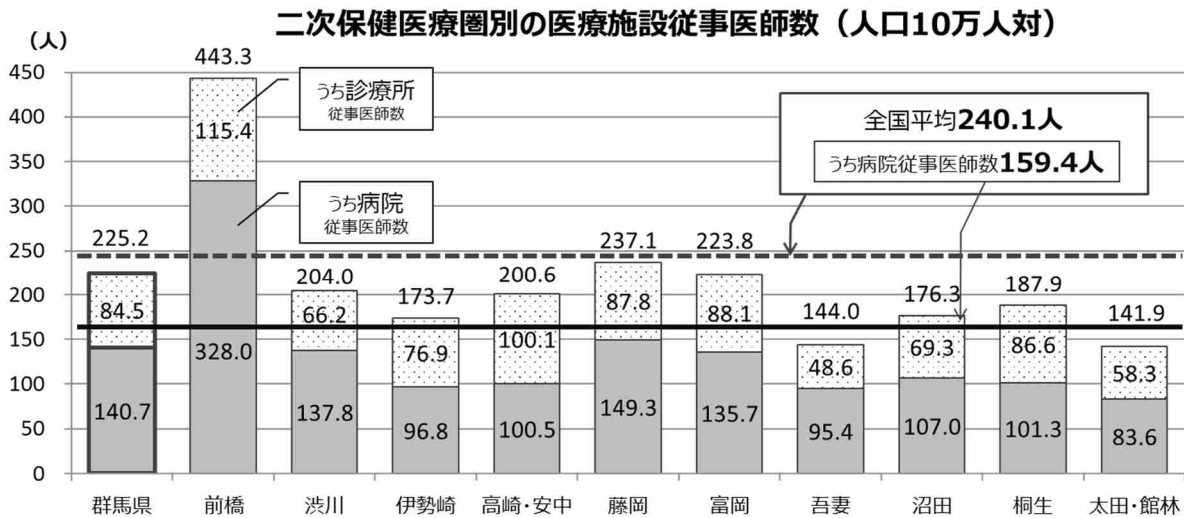
県内で臨床研修を修了した医師が、引き続き県内で専門研修に取り組むことを望むような、また県外で臨床研修を修了した本県にゆかりのある医師が、本県に戻って専門研修を受けることを望むような環境づくりが重要です。



(3) 地域別の医師確保状況

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成 28 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 443.3 人と全国平均（240.1 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のみ全国平均を大きく上回る状況となっています。

前回調査(平成 26 年)に比べて、前橋保健医療圏への医師の集中度はより高まっており、県内の地域間における医師の偏在が課題となっています。地域の中核病院では、医師不足により、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、太田・館林や吾妻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です。

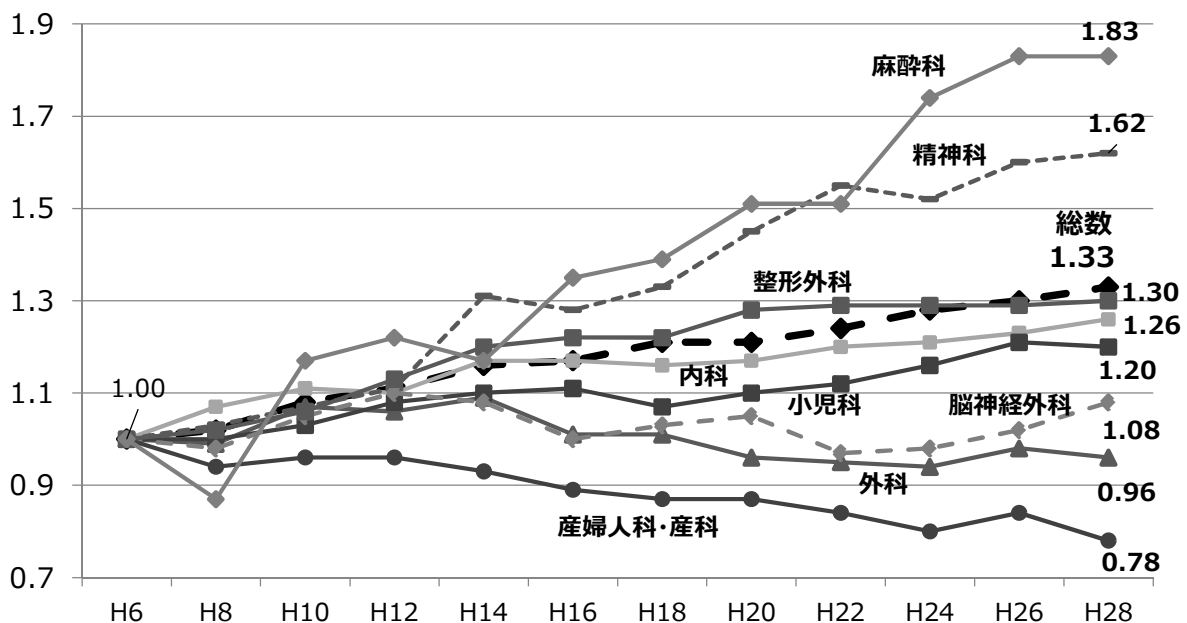


(4) 診療科別の医師確保状況

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28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、平成6（1994）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、外科についても、25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であり、平成18年以降は着実に増加していましたが、直近では減少に転じました。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



※平成6年度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・薬剤師調査」

3 医師偏在指標

(1) 医師偏在指標の考え方

従来、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人当たりの医師数が一般的に用いられてきましたが、住民の年齢構成等の違い等による医療ニーズや、住民の圏域を越えた移動、また医師の年齢構成等の違いによる医療提供量の違いが反映されていませんでした。

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

なお、医師偏在指標等については、入手できるデータの限界などにより、指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではありません。よって、その活用に当たっては、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。

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、入院患者については同省「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（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。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 4 年間（次期計画以降は 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「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（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。

工 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。

※医療施設に従事する医師の労働時間については、全国約10万人の医師（無作為抽出）を対象とした「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（H28.11実施、H28年度厚生労働科学特別研究）の結果を踏まえ、平均勤務時間と性・年齢階級別の勤務時間の比率を算出しています。

【医師全体の週当たり平均勤務時間】 51時間42分（宿日直含む）

【性・年齢階級別勤務時間比】

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上
男性	1.24	1.21	1.14	1.03	0.86	0.64
女性	1.15	0.95	0.84	0.87	0.77	0.62

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、本県を含め、全国的に医師偏在等を原因として医療提供体制を維持することが困難な地域が見られること、一定の前提の下、診療科と疾病・診療行為の対応を明らかにしやすいこと等から、暫定的に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（昭和23年厚生省令第50号）第30条の28の5及び6に規定されています。各都道府県において必要に応じ患者の流出入調整を行い、厚生労働省でそれを踏まえて最終的に算定、確定した医師偏在指標については、次ページのとおりです（具体的算定方法は資料編を参照）。

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

医療圏	医療施設数		医師数関係		医療需要関係			人口10万対医師数			医師偏在指標		
	病院	一般診療所	医療施設従事医師数	労働時間調整係数	高齢化率(H30.1)	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	130	1,535	4,430	0.989	29.4%	1.032	1.011	225.2	—	31	210.9	—	34
前橋	21	333	1,487	1.030	29.3%	1.333	1.074	443.3	1	4	354.7	1	11
渋川	10	76	231	0.972	30.9%	1.333	0.943	204.0	4	128	153.8	8	248
伊勢崎	11	164	427	0.984	24.9%	1.105	1.038	173.7	8	208	169.4	6	199
高崎・安中	32	374	860	0.952	29.0%	0.895	1.101	200.6	5	132	193.9	2	119
藤岡	5	49	162	1.005	32.1%	1.333	1.027	237.1	2	79	177.4	3	169
富岡	4	59	160	0.960	35.8%	1.111	0.955	223.8	3	95	171.0	5	188
吾妻	9	35	80	0.965	38.0%	0.778	0.700	144.0	9	279	145.7	9	272
沼田	7	55	145	0.978	35.1%	0.818	0.955	176.3	7	202	167.6	7	203
桐生	12	131	308	0.950	33.4%	0.889	0.997	187.9	6	163	173.0	4	182
太田・館林	19	259	570	0.984	26.8%	1.111	1.044	141.9	10	287	135.1	10	297

※ 労働時間調整係数 = $\frac{\text{地域の標準化医師数}}{\text{地域の医療機関従事医師数}}$ ※ 患者流出入調整係数 = $\frac{\text{患者数（患者住所地）} + \text{患者流入数} - \text{患者流出数}}{\text{患者数（患者住所地）}}$

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

ア 三次医療圏（都道府県）

群馬県は、全国で高い方から34番目と、人口10万人当たりの医療施設従事医師数（31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（全国11番目）、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、吾妻、太田・館林、渋川保健医療圏です。

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、藤岡、伊勢崎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。

4 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、暫定的に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 産科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・薬剤師調査」の産科と産婦人科の医師数の合計とします。本来は、実際に分娩を取り扱う産科医とするのが望ましいですが、性・年齢階級別の分娩を取り扱う産科医等の数を把握可能な調査が現時点ではありません。
- ・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 産科医師偏在指標（現時点）の算定

アの考え方を踏まえて算定された現時点の産科医師偏在指標は、次のとおりです（具体的算定方法は資料編を参照）。

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{【性・年齢階層別の労働時間を考慮した産科・産婦人科医師数】}}{\text{分娩件数（1000件）}}$$

※「主診療科＋従診療科」：主たる診療科が否かを問わず、産科に従事する医師

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

※前橋二次保健医療圏は北部と中部に按分

※ 周産期医療圏は全国で284医療圏

(2) 小児科における医師偏在指標の設計

ア 小児科医師偏在指標の考え方

医師全体の偏在指標とほぼ同じ方法で算定しますが、異なる点は次のとおりです。

- ・医療需要として、15歳未満の「年少人口」を用いることとします。
- ・医師数は同省「医師・歯科医師・薬剤師調査」の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、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（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4年間（次期計画以降は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（現時点）の算定

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

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

※「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		2023年推計 年少人口 (10万人)	順位		
	主診療科	主診療科＋ 従診療科				入院	外来		県内	全国	
群馬県	293	481	0.962	47%	2.46	0.998	0.998	2.16	117.5	—	15
中毛	76.5	112	0.972	49%	0.55	0.857	1.004	0.48	142.4	2	22
西毛	69	102	0.903	65%	0.71	0.748	1.014	0.63	95.1	3	170
北毛	90.5	141	1.015	33%	0.49	1.842	1.029	0.42	156.5	1	16
東毛	57	126	0.937	53%	0.72	0.630	0.950	0.63	87.9	4	194

※ 前橋二次保健医療圏は北毛と中毛に按分

※ 小児医療圏は全国で311医療圏

5 外来医師偏在指標

(1) 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すものとします。

ア 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ます。

イ 患者の流出入

地域ごとの外来患者の流出入については、日中に外来患者が受診する割合が多いことから、「昼間人口」により算出することも可能ですが、今回、医師確保計画と同様に、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ました。

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、「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（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
- ・外来偏在指標は今後4年間（次期計画以降は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ました。

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。

ウ 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ます。

エ 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います。

オ 医師偏在の種別

① 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、二次医療圏単位で外来医師偏在指標を算出することとします。

- ・これまでの医療提供体制の検討が二次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
- ・二次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

② 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ます。

③ 診療科

医師偏在指標と同様に、今後、厚生労働省において、診療科と疾病・診療行為との対応等の検討を行い、その結果を踏まえて改めて検討することとします。

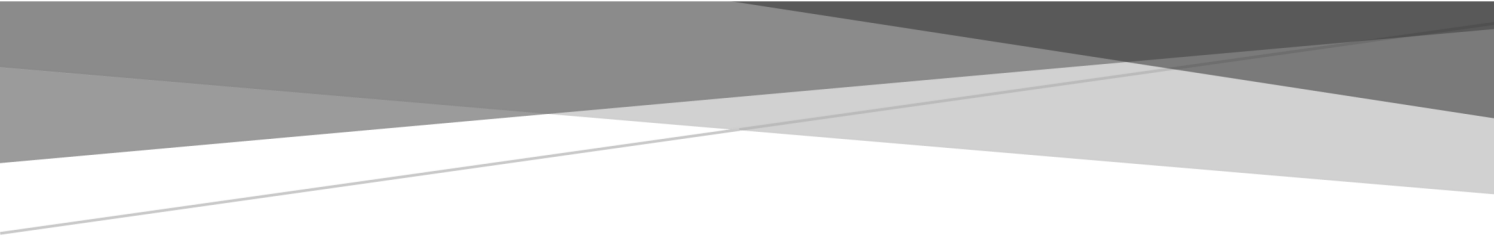
(2) 外来医師偏在指標（現在時点）の算定

(1) の観点に基づき、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現在時点の外来医師偏在指標は、次のとおりです（具体的算定方法は資料編を参照）。

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

医療圏	医療施設数		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		外来医師偏在指標		
	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 (H30.1)	外来患者 流出入 調整係数 ※	診療所外 来患者数 割合	県内 順位	順位			
									県内	全国		
群馬県	130	1,535	1,663	0.992	28%	1.032	76.1%	84.5	—	—	—	—
前橋	21	333	387	0.980	28%	1.166	74.6%	115.4	1	127.3	1	36
渋川	10	76	75	0.993	30%	0.963	69.1%	66.2	8	94.4	9	188
伊勢崎	11	164	189	1.000	24%	1.053	79.6%	76.9	6	95.1	8	181
高崎・安中	32	374	429	0.997	28%	1.079	80.7%	100.1	2	112.5	2	75
藤岡	5	49	60	1.024	31%	1.158	75.1%	87.8	4	97.6	6	163
富岡	4	59	63	0.965	34%	0.971	71.4%	88.1	3	110.8	3	83
吾妻	9	35	27	0.995	37%	0.707	61.6%	48.6	10	96.4	7	172
沼田	7	55	57	1.005	33%	0.945	63.8%	69.3	7	104.0	5	128
桐生	12	131	142	0.975	32%	0.957	76.7%	86.6	5	107.1	4	104
太田・館林	19	259	234	1.006	26%	1.034	76.8%	58.3	9	75.3	10	300

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



第3章

医師の確保

第1節 県内における医師少数区域等の設定

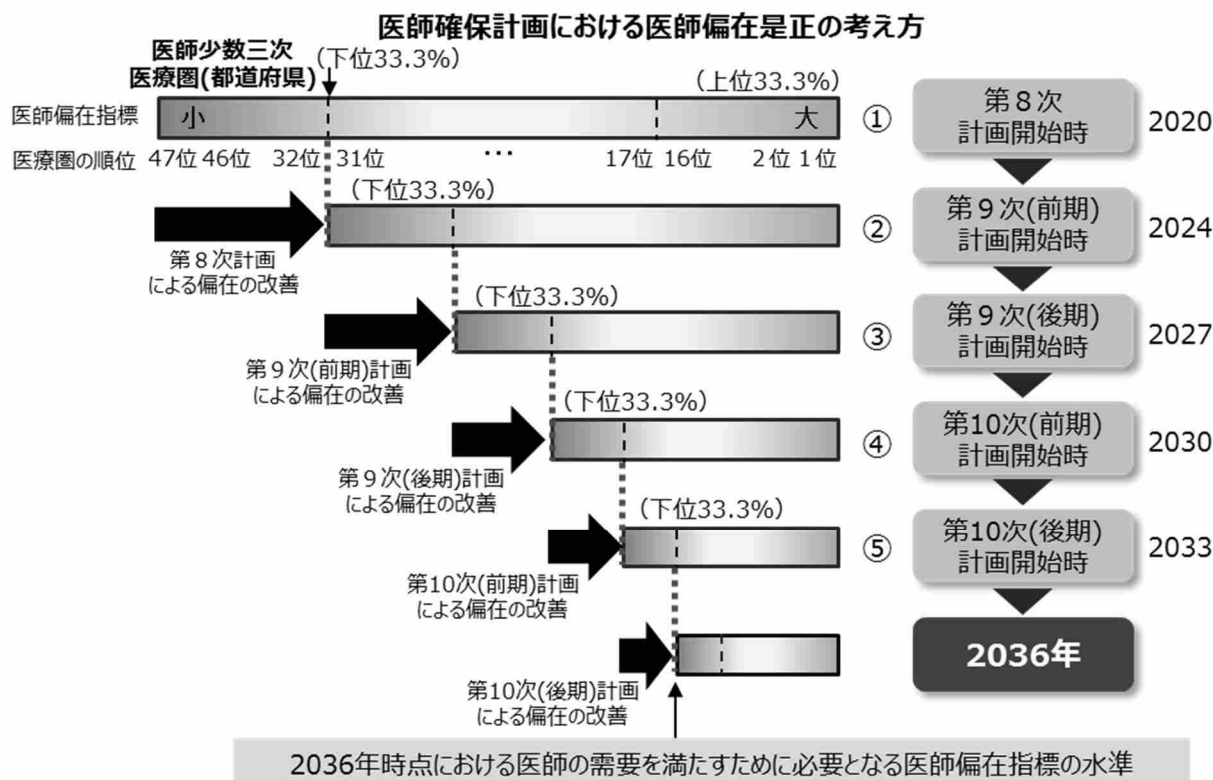
医師偏在指標を用いて、医師偏在の状況に応じた実効的な医師確保対策を進めるため、医療法第30条の4第6項及び第7項の規定に基づき、医師少数区域及び医師多数区域を、二次医療圏単位で設定します。これらの区域分類に応じて、重点的に医師確保を図るべき地域を峻別し、具体的な対策を実施します。さらに、これらの区域に加え、厚生労働省において医師少数都道府県及び医師多数都道府県も設定し、都道府県間の医師偏在の是正を目指します。

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(今回のみ4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令和18（2036）年時点において、各都道府県及び各二次医療圏で医療ニーズを上回る医師を確保することを目指します。

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

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



2 本県の位置付け

都道府県間の医師偏在是正を目的として、医師少数区域等と併せて設けられた三次医療圏（都道府県）単位での医師偏在指標について、各都道府県における患者流入の調整結果を踏まえ、確定された本計画における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 34 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。

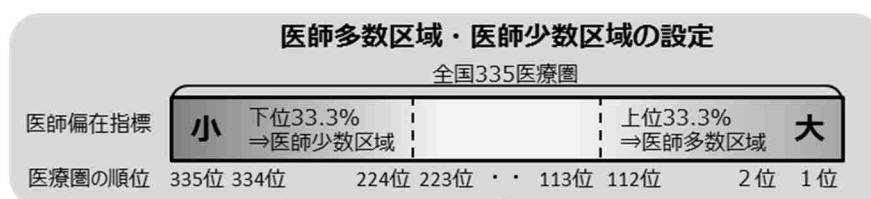
医師多数都道府県、 医師少数都道府県等の状況

3 県内における医師多数区域

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

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

なお、近隣県の状況についても参考に示しましたが、本県と同様に「医師少数県」と位置づけられる近隣の〇〇県、〇〇県、〇〇県及び〇〇県においても、それぞれ数箇所の医師多数区域が存在している状況です。



(1) 県内の医師多数区域

順位	都道府県名	二次保健医療圏名	医師偏在指標
11	10 群馬県	1001前橋	354.7

(参考)

順位	都道府県名	二次医療圏名	医師偏在指標
-	00 全国	00 全国	239.8

(参考)
近隣県における
医師多数区域

4 県内における医師少数区域の設定

(1) 設定基準に該当する二次保健医療圏

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

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

県内の二次保健医療圏については、吾妻、太田・館林及び渋川保健医療圏が、医師偏在指標の下位33.3%の範囲内にあります。

ア 県内で医師少数区域の基準に該当する二次保健医療圏

順位	都道府県名	二次保健医療圏名	医師偏在指標
255	10 群馬県	1002渋川	155.1
280	10 群馬県	1010太田・館林	146.3
288	10 群馬県	1007吾妻	145.2

(参考)

順位	都道府県名	二次医療圏名	医師偏在指標
-	00 全国	00 全国	238.6

(参考)
近隣県における
医師少数区域内の
二次医療圏

(2) 医師少数区域の設定

吾妻、太田・館林及び渋川保健医療圏は、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3つの医療圏を医師少数区域として定めることとします。

ア 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い二次医療圏であり、その中で、原町赤十字病院などの圏内病院等において、一般内科、一般外科等を中心に医療提供体制を維持しており、総合診療や高齢者に多い疾患にかかる医師の確保が求められています。

イ 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最下位であり、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。

ウ 渋川保健医療圏

- ・引き続き人口が増加傾向にある吉岡町を抱え、今後の圏域の人口減少率は比較的小さいと推計されています。前橋や高崎・安中保健医療圏への患者流出が見られる一方、特に入院機能に関して、当該医療圏のほか沼田、吾妻医療圏からの流入が増えています。
- ・平成28年に国立病院機構西群馬病院と渋川市立渋川総合病院が再編統合して開設した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。

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

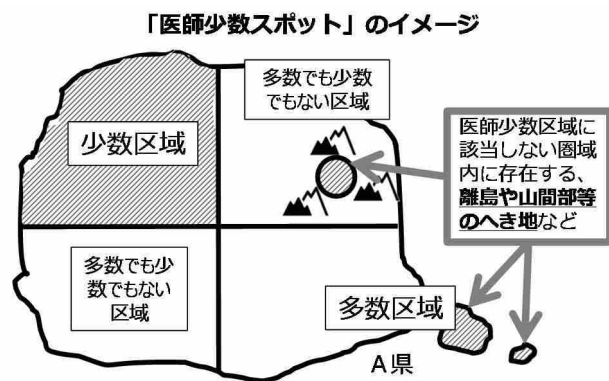
- ・二次医療圏より小さい単位で、局所的に医師が少ない地域が想定されます。
- ・へき地診療所が設置されていても、継続的な医師の確保が困難で、他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている場合は設定することが適切とされています。
- ・他の区域の医療機関でカバーされている等により必要な医療を安定して提供している区域の設定や、準無医地区等の無条件での設定は適切ではありません。

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

- ① 過疎地域自立促進特別措置法（平成 12（2000）年法律第 15 号）に規定する過疎地域で、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。

- 沼田市（旧利根村）
- 利根郡みなかみ町（旧新治村）
- 多野郡上野村、神流町



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

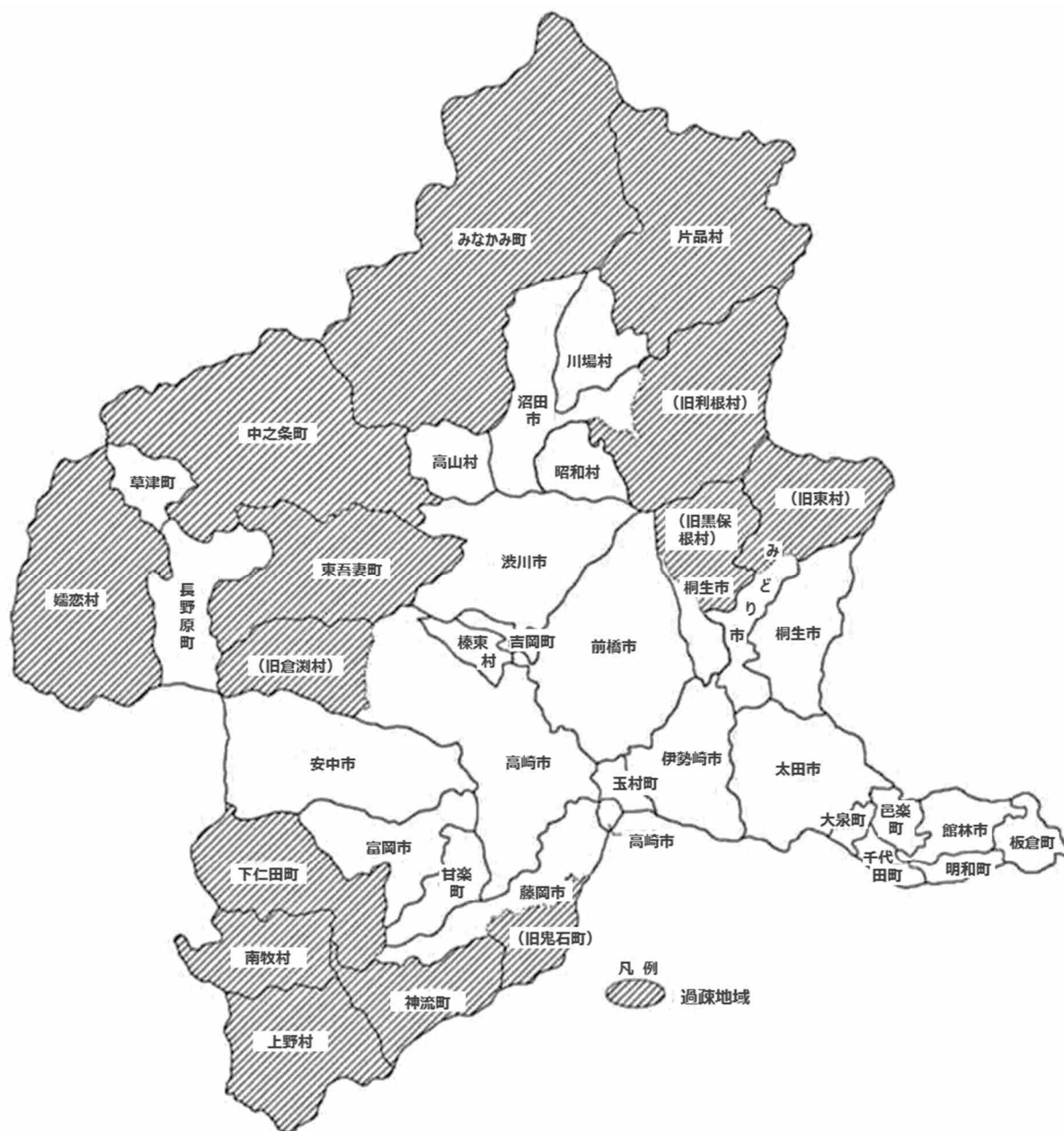
- ・当該地域内に開設する診療所について、都道府県知事の許可を受けた場合、他の医療機関等を管理する医師等でも管理することができます（医療法第 12 条）。
- ・令和 2（2020）年 4 月から、当該地域で一定期間勤務した医師を厚生労働大臣が認定し、当該地域における医療の確保のために必要な支援を行う病院の管理者要件とされます（令和 2（2020）年 4 月 1 日施行後の医療法第 5 条の 2、第 10 条）。

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	医師少数区域以外
渋川	渋川市	開拓等		×	(少数区域)
高崎・安中	安中市		公立碓氷病院細野、入山出張診療所	×	○
藤岡	上野村		上野村へき地診療所	○	○
	神流町		万場診療所、神流町国民健康保険直営中里診療所	○	
吾妻	中之条町		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	万座等		○	
	東吾妻町		東吾妻町国民健康保険診療所	○	
沼田	沼田市	旧利根村		○	○
	みなかみ町	旧新治村		○	

※色塗りの地域が本県における医師少数スポット

(参考) 過疎地域自立促進特別措置法による群馬県の過疎地域 (H31年4月1日現在)



第2節 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

第1節の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。

（1）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、**若手医師等の一層の確保**を図ります。
- ③ 医師の地域偏在に加えて診療科偏在の解消を図るため、今後**特に充実が必要な診療科医師**について、**県全体で確保**に取り組みます。
- ④ 将来時点（令和18（2036）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2(1)イ 医師需給分科会第4次報告
別添資料2 将来時点における不足医師数等（暫定値）より

（2）確保を目指す医師数

ア 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、医師少数県の「目標医師数」について、将来の人口減少等の影響により、国が提示する「目標医師数」が現在時点の都道府県の医師数合計を下回る場合は、現在の医師数合計を「目標医師数」とする。
- ・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、二次医療圏の合計値が都道府県全体の「目標医師数」を超えない範囲において、県において地域の実情を踏まえて独自に設定する。

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 4,298 人と、「医師少数県」と位置づけられながら、現状の医療施設従事医師数 4,430 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 4,430 人、つまり現状を維持することがこの 4 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 (2016年)(人)	標準化医師数※1 (2016年)(人)	国目標医師数※2 (人) (括弧内は参考値)
群馬県	210.9	34	医師少数県	4,430	4,383.3	4,298→4,430
前橋	354.7	11	医師多数区域	1,487	1,531.1	(695)
高崎・安中	193.9	119		860	818.6	(664)
藤岡	177.4	169		162	162.8	(138)
桐生	173.0	182		308	292.6	(249)
富岡	171.0	188		160	153.7	(135)
伊勢崎	169.4	199		427	420.4	(394)
沼田	167.6	203		145	141.9	(121)
渋川	153.8	248		231	224.4	221
吾妻	145.7	272	医師少数区域	80	77.2	75
太田・館林	135.1	297		570	560.7	652

※1 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

※2 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

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

イ 本県における確保を目指す医師数に係る基本的な考え方

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

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

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

なお、二次保健医療圏においては、医師少数区域について「確保を目指す医師数」を設定します。また、医師少数区域以外の二次保健医療圏では、全国中央値に達するため

の医師数と現状の医師数のいずれか大きい値を「参考値」とします（県全体で確保を目指す医師数の算出の際には各参考値を加算します）。

※ 必要な医師数を確保するに当たっては、単に医師総数を増加させるだけでなく、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 (2018.10) (万人)	分類	医療施設従事医師数(2016年)	国目標医師数=最低限確保すべき医師数 ※1	全国中央値に達するための医師数※2	確保を目指す医師数※3
群馬県	194.9	医師少数県	4,430	4,298 →4,430	-	4,663 (+233)
前橋	33.4	医師多数区域	1,487	(695)	(784)	(1,487)
高崎・安中	42.6		860	(664)	(815)	(860)
藤岡	6.7		162	(138)	163	(163)
桐生	16.0		308	(249)	313	(313)
富岡	7.0		160	(135)	164	(164)
伊勢崎	24.7		427	(394)	446	(446)
沼田	7.9		145	(121)	150	(150)
渋川	11.2		231	221	258	258 (+27)
吾妻	5.4	医師少数区域	80	75	91	91 (+11)
太田・館林	40.1		570	652	731	731 (+161)

※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4,298人が現医師数より少ないため、現医師数4,430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：335二次医療圏に係る医師偏在指標の中央値（168位、177.5）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「医療施設従事医師数」のいずれか大きい値とし、医師少数県及び医師少数区域以外は参考値として括弧書き

(3) 県内病院における非常勤医師の勤務実態調査

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

医療圏をまたぐ県内非常勤医師の勤務実態調査

【調査時期】 令和元年7月31日～8月26日

【対象施設】 群馬大学医学部附属病院を除く県内129病院

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

※対象施設を主たる勤務先とする非常勤医師は対象外

※同一の二次医療圏内の医療機関が主たる勤務先の場合は対象外

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

【回答割合】 100%（129病院から回答）

医療圏をまたぐ県内非常勤医師の勤務実態調査結果（概要）

（常勤換算医師数（単位：人）、下段は宿日直の非常勤勤務を除いた人数）

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

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

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

2 二次保健医療圏

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

ア 二次医療圏における医師確保の方針の考え方

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

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

イ 県内二次保健医療圏における確保を目指す医師数の考え方

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

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

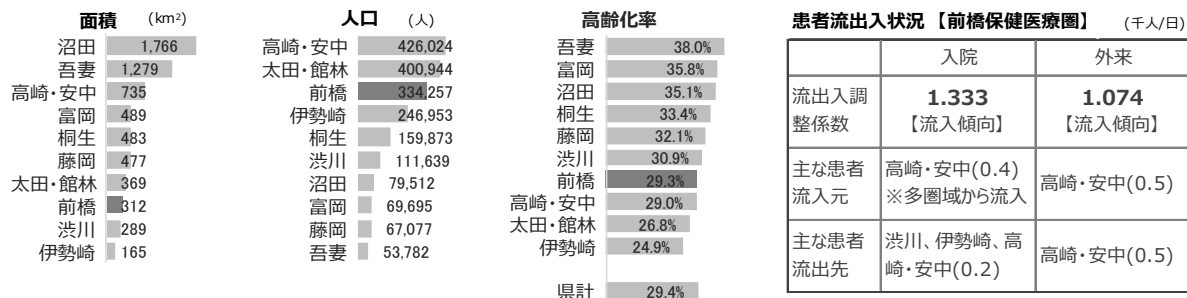
併せて、参考として、厚生労働省から提示された「目標医師数」を「最低限確保すべき医師の数の目標」として示すとともに、医療圏をまたぐ県内非常勤医師の勤務実態調査を踏まえ、各二次保健医療圏で従たる勤務を行う非常勤医師数（常勤換算、宿日直除く）についても示します。

(1) 前橋保健医療圏

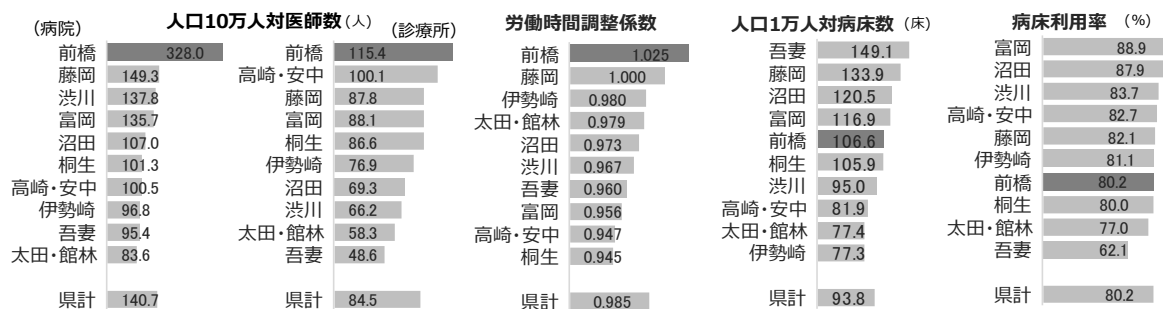
ア 医療圏の特徴

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



■ 医療資源



イ 医師確保の方針

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

【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

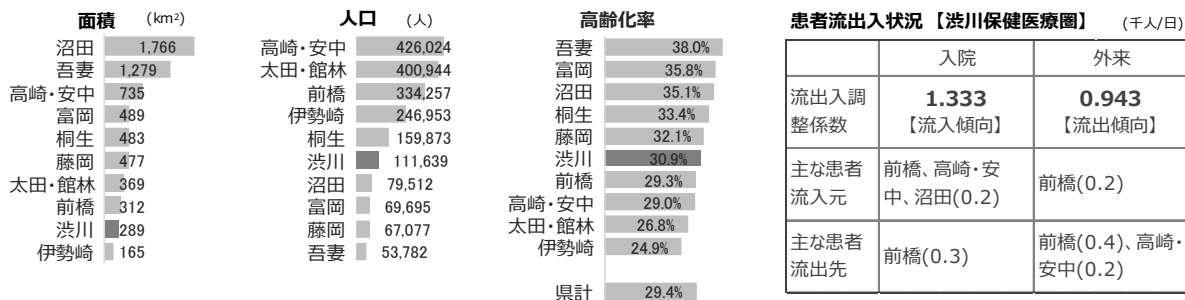
医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
1,487 人	1,531.1 人	(695 人)	(1,487 人)	▲ 112.72 人
		(参考値)	(参考値)	+ 13.07 人 (圏外から)
				- 125.80 人 (圏外へ)

(2) 渋川保健医療圏

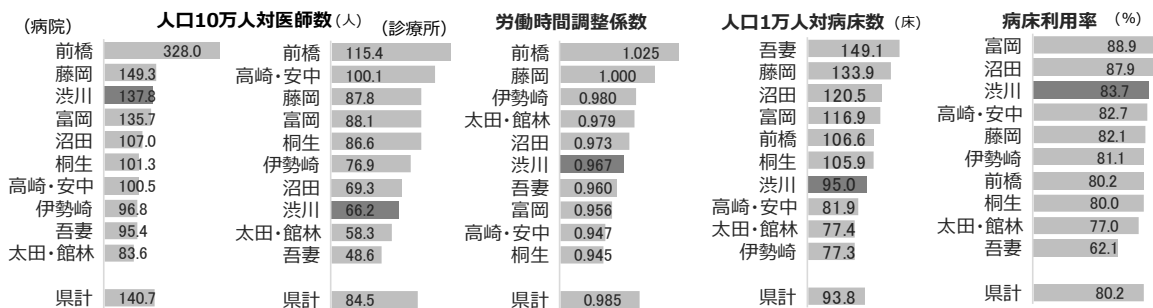
ア 医療圏の特徴

外来については前橋や高崎・安中保健医療圏へやや患者流出が見られる一方で、入院については前橋、高崎・安中、沼田保健医療圏等から患者流入の傾向にあります。

■ 医療需要等



■ 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 当該保健医療圏の基幹医療機関等から、非常勤医師も含め圏域内や吾妻保健医療圏等の医療機関へ医師派遣等を行うとの観点も含めて医師確保に取り組み、当該保健医療圏のみならず、北毛地域の医療提供体制の充実に貢献することが求められています。
- ③ へき地等の医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した往診、訪問診療等の在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ④ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

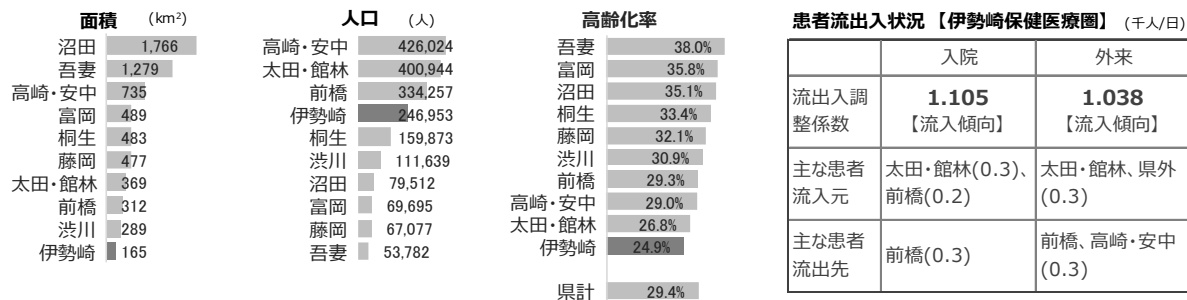
医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
231 人	224.4 人	221 人	258 人	
				+ 17.79 人 (圏外から)
				- 3.96 人 (圏外へ)

(3) 伊勢崎保健医療圏

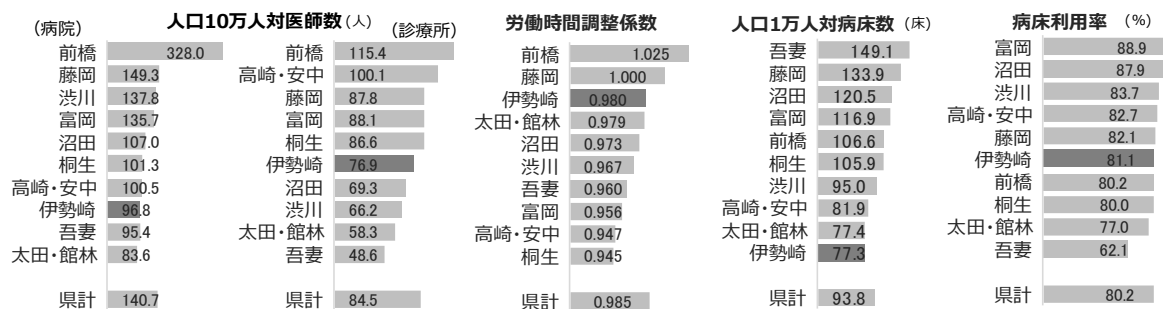
ア 医療圏の特徴

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



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

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
427 人	420.4 人	(394 人)	(446 人)	30.09 人
		(参考値)	(参考値)	+ 33.98 人 (圏外から)
				- 3.89 人 (圏外へ)

(4) 高崎・安中保健医療圏

ア 医療圏の特徴

人口対医師数について、他の保健医療圏と比べて診療所の医師数が比較的多く、入院は前橋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

面積 (km ²)	人口 (人)
沼田 1,766	高崎・安中 426,024
吾妻 1,279	太田・館林 400,944
高崎・安中 735	前橋 334,257
富岡 489	伊勢崎 246,953
桐生 483	桐生 159,873
藤岡 477	高崎・安中 111,639
太田・館林 369	沼田 79,512
前橋 312	富岡 69,695
渋川 289	藤岡 67,077
伊勢崎 165	吾妻 53,782

高齢化率	
吾妻	38.0%
富岡	35.8%
沼田	35.1%
桐生	33.4%
藤岡	32.1%
渋川	30.9%
前橋	29.3%
高崎・安中	29.0%
太田・館林	26.8%
伊勢崎	24.9%
県計	29.4%

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

(病院)	人口10万人対医師数(人) (診療所)	労働時間調整係数	人口1万人対病床数(床)	病床利用率(%)
前橋	328.0	前橋 1,025	吾妻 149.1	富岡 88.9
藤岡	149.3	藤岡 1,000	藤岡 133.9	沼田 87.9
渋川	137.8	伊勢崎 0.980	沼田 120.5	渋川 83.7
富岡	135.7	太田・館林 0.979	富岡 116.9	高崎・安中 82.7
沼田	107.0	沼田 0.973	前橋 106.6	藤岡 82.1
桐生	101.3	沼田 0.967	桐生 105.9	伊勢崎 81.1
高崎・安中	100.5	吾妻 0.960	渋川 95.0	前橋 80.2
伊勢崎	96.8	富岡 0.956	高崎・安中 81.9	桐生 80.0
吾妻	95.4	高崎・安中 0.947	太田・館林 77.4	太田・館林 77.0
太田・館林	83.6	桐生 0.945	伊勢崎 77.3	吾妻 62.1
県計	140.7	県計 0.985	県計 93.8	県計 80.2

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

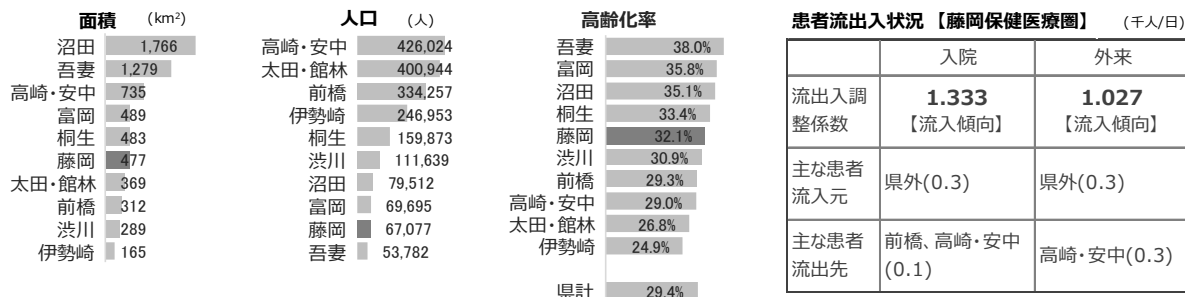
医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
860 人	818.6 人	(664 人)	(860 人)	43.73 人
		(参考値)	(参考値)	+ 54.22 人 (圏外から)
				- 10.49 人 (圏外へ)

(5) 藤岡保健医療圏

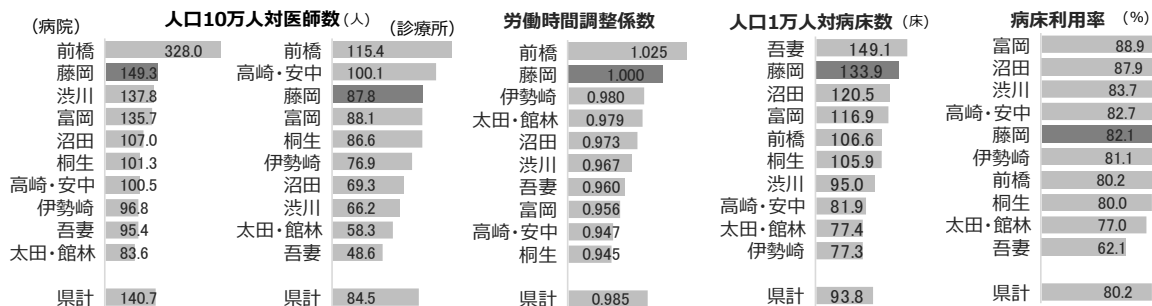
ア 医療圏の特徴

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



■ 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上回る見込み

【医師少数スポット】

多野郡上野村、神流町

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

ウ 確保を目指す医師数

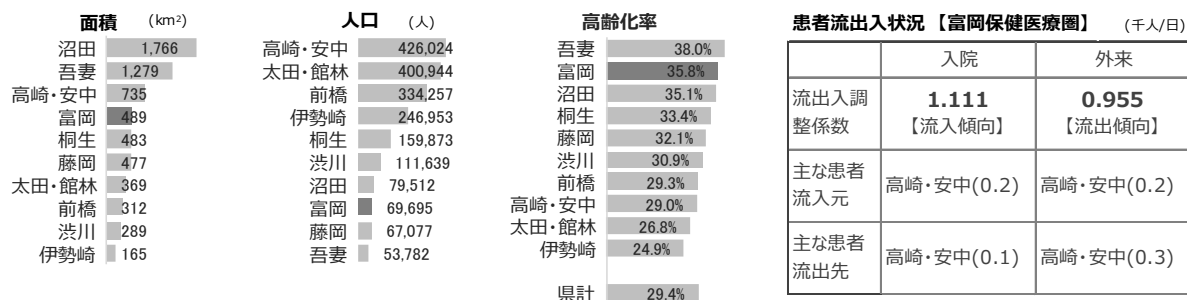
医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
162 人	162.8 人	(138 人)	(163 人)	14.25 人
		(参考値)	(参考値)	+ 16.50 人 (圏外から)
				- 2.26 人 (圏外へ)

(6) 富岡保健医療圏

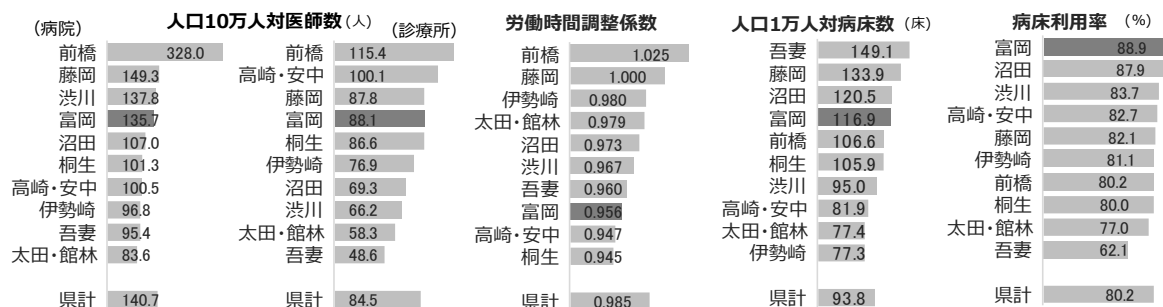
ア 医療圏の特徴

高齢化率が県内で2番目に高く、また病床利用率が最も高い医療圏です。入院患者は流入、外来患者は流出傾向で、特に高崎・安中保健医療圏との流出入が見られます。

■ 医療需要等



■ 医療資源



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

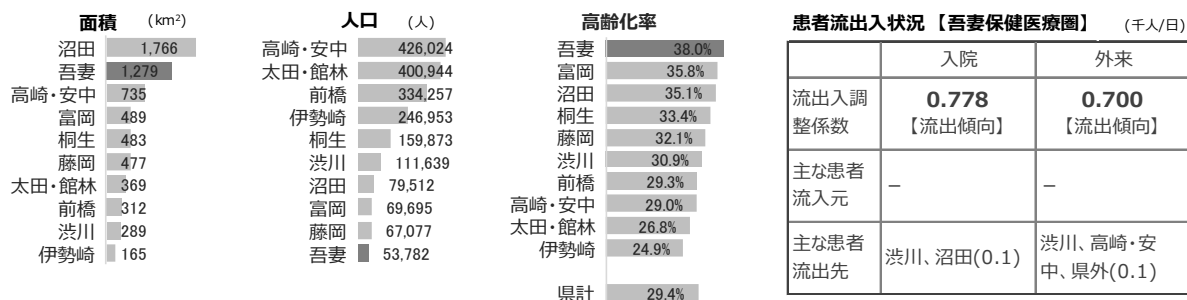
医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
160 人	153.7 人	(135 人)	(164 人)	9.54 人
		(参考値)	(参考値)	+ 10.73 人 (圏外から)
				- 1.18 人 (圏外へ)

(7) 吾妻保健医療圏

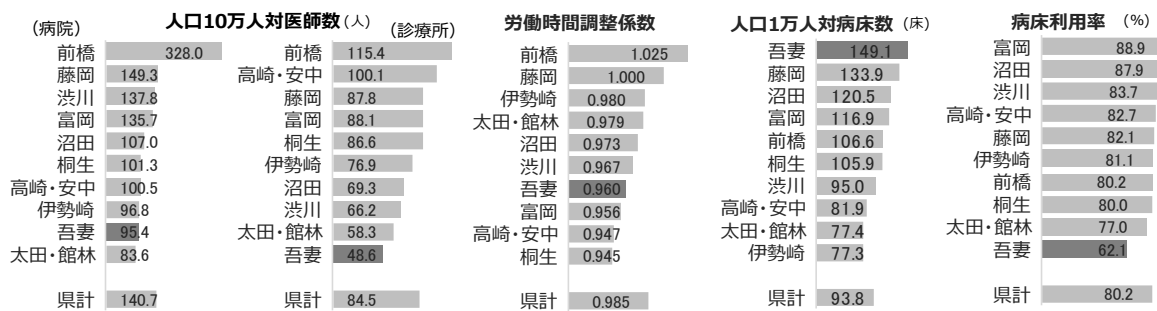
ア 医療圏の特徴

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



■ 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等によっては、渋川保健医療圏や県外近隣医療圏との連携により、医療提供体制の構築を推進します。
- ③ 4箇所へのき地診療所については、自治医科大学卒業医師を中心に常勤医の派遣継続や代診医派遣等に努めるとともに、将来に向け複数の非常勤医による派遣システムを検討します。在宅医療や介護サービスの提供体制と併せて対応を図ります。
- ④ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

ウ 確保を目指す医師数

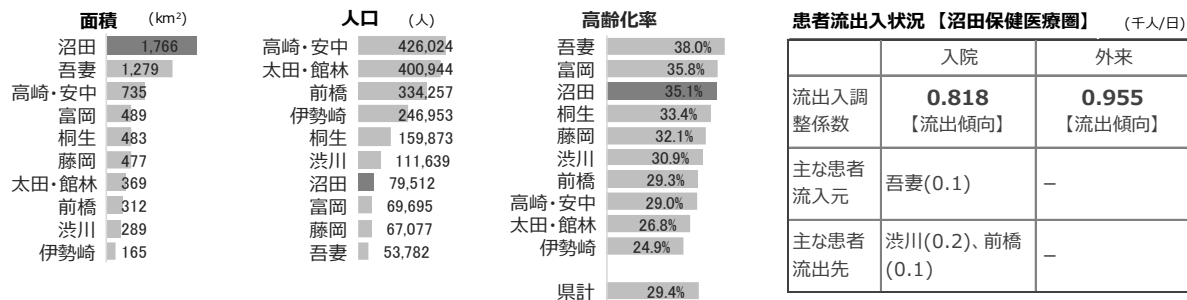
医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
80 人	77.2 人	75 人	91 人	8.95 人
				+ 10.35 人 (圏外から)
				- 1.41 人 (圏外へ)

(8) 沼田保健医療圏

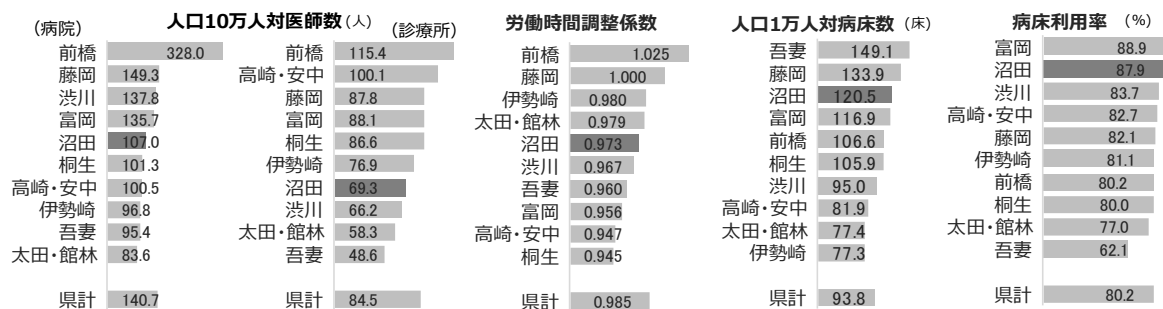
ア 医療圏の特徴

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きましたが、直近のデータでは特に入院機能について、渋川や前橋保健医療圏への流出傾向が見られます。

■ 医療需要等



■ 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】沼田市(旧利根村)、みなかみ町(旧新治村)

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

ウ 確保を目指す医師数

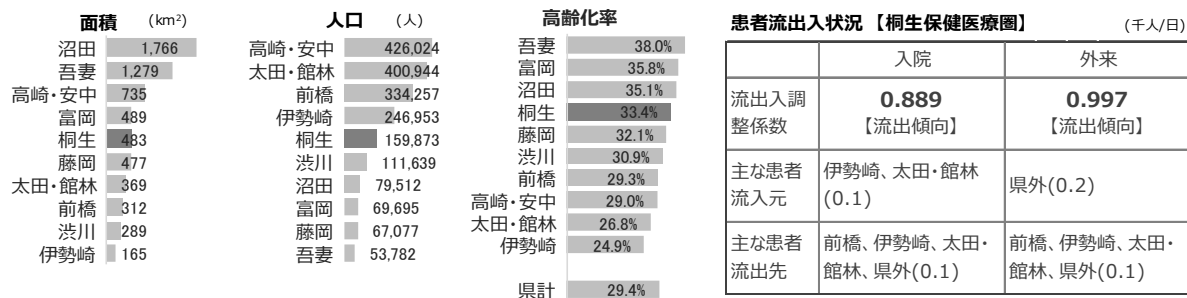
医療施設従事医師数(2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数(国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数(常勤換算、宿日直除く)
145 人	141.9 人	(121 人) (参考値)	(150 人) (参考値)	23.83 人
				+ 25.12 人(圏外から)
				- 1.30 人(圏外へ)

(9) 桐生保健医療圏

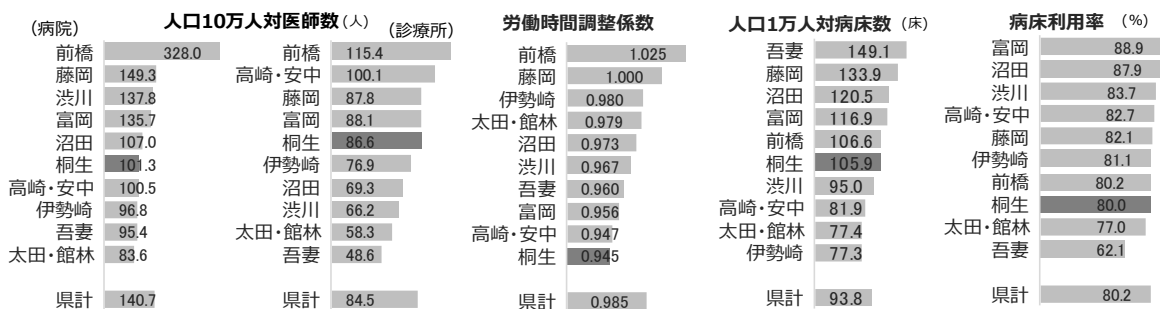
ア 医療圏の特徴

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が見られ、全体で流出傾向にあります。

■ 医療需要等



■ 医療資源



イ 医師確保の方針

【医師少数スポット】
なし

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

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数	【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)
308 人	292.6 人	(249 人)	(313 人)	20.82 人
		(参考値)	(参考値)	+ 25.50 人 (圏外から)
				- 4.69 人 (圏外へ)

(10) 太田・館林保健医療圏

ア 医療圏の特徴

高齢化率は県内で2番目に低く、伊勢崎、桐生保健医療圏との間で患者流出が見られるほか、特に入院については、栃木県両毛医療圏からの患者流入の傾向にあります。

■ 医療需要等

面積 (km ²)	人口 (人)
沼田 1,766	高崎・安中 426,024
吾妻 1,279	太田・館林 400,944
高崎・安中 735	前橋 334,257
富岡 489	伊勢崎 246,953
桐生 483	桐生 159,873
藤岡 477	渋川 111,639
太田・館林 369	沼田 79,512
前橋 312	富岡 69,695
渋川 289	藤岡 67,077
伊勢崎 165	吾妻 53,782

高齢化率	
吾妻	38.0%
富岡	35.8%
沼田	35.1%
桐生	33.4%
藤岡	32.1%
渋川	30.9%
前橋	29.3%
高崎・安中	29.0%
太田・館林	26.8%
伊勢崎	24.9%
県計	29.4%

患者流出状況【太田・館林保健医療圏】(千人/日)

	入院	外来
流出調整係数	1.111 【流入傾向】	1.044 【流入傾向】
主な患者流入元	県外(0.9)	伊勢崎、桐生、県外(0.1)
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

(病院)	人口10万人対医師数 (人) (診療所)	労働時間調整係数	人口1万人対病床数 (床)	病床利用率 (%)
前橋	328.0	前橋 1,025	吾妻 149.1	富岡 88.9
藤岡	149.3	藤岡 1,000	藤岡 133.9	沼田 87.9
渋川	137.8	伊勢崎 0.980	沼田 120.5	渋川 83.7
富岡	135.7	太田・館林 0.979	富岡 116.9	高崎・安中 82.7
沼田	107.0	沼田 0.973	前橋 106.6	藤岡 82.1
桐生	101.3	渋川 0.967	桐生 105.9	伊勢崎 81.1
高崎・安中	100.5	吾妻 0.960	渋川 95.0	前橋 80.2
伊勢崎	96.8	富岡 0.956	高崎・安中 81.9	桐生 80.0
吾妻	95.4	高崎・安中 0.947	太田・館林 77.4	太田・館林 77.0
太田・館林	83.6	桐生 0.945	伊勢崎 77.3	吾妻 62.1
県計	140.7	県計 0.985	県計 93.8	県計 80.2

イ 医師確保の方針

【現在時点】医師少数区域

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】

(対象外)

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

ウ 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2016年)	標準化医師数	最低限確保すべき医師数 (国目標医師数)	確保を目指す医師数
570 人	560.7 人	652 人	731 人

【参考】従たる勤務の非常勤医師数 (常勤換算、宿日直除く)

48.64 人

+ 54.62 人 (圏外から)
- 5.98 人 (圏外へ)

第3節 確保すべき医師の数の目標を達成するための施策

第2節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

(1) 医師の配置調整等

ア 地域医療枠医師

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、平成21(2009)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、平成30(2018)年度入学生以降の「地域医療枠」については、「従事必要期間において群馬県地域医療支援センターが作成するキャリア形成プログラム『ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス』（下記参照）に参加すること」、「臨床研修修了後に県知事が指定する医師不足地域の医療機関や特に不足する診療科に一定期間（必要従事期間の4割以上の期間、へき地医療に従事する場合は、3割以上の期間）勤務すること」を貸与修学資金の返還免除要件に加えました。

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

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

※ キャリア形成プログラム『ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス』とは

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

本県では、「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」として平成 26(2014)年にバージョン 1 を策定し、現在は、平成 30(2018)年度から開始された新たな専門研修を踏まえ平成 31(2019)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医師

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、令和元年度(2019)から県外大学医学部に在籍する本県出身者等の5、6年に対して修学資金を貸与する「医学生修学資金貸与事業」を実施し、卒業後、医師として一定期間(貸与期間の2分の3倍の期間)県内の特定病院に勤務することで、修学資金の返還を免除することとしています。

今後、若手医師の一層の確保と医師少数区域への誘導を図るため、貸与対象者を県外出身者にも拡大すること、及び医師少数区域内の医療機関に従事することを希望する学生に対して、貸与資金の増額等のインセンティブを設けること等を検討します。

ウ その他の医師

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、平成 30(2018)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きます。

② へき地における確保等

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

③ 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。

(2) キャリア形成プログラムの運用

ア キャリア形成プログラムの見直し

平成 30 (2018) 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。

イ キャリア形成プログラムへの参加促進

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、平成 29 (2017) 年度入学者以前の「地域医療枠」はもちろん、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) 研修体制の充実、研修医確保

ア ぐんま総合医会等

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、令和元 (2019) 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きます。

また、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、民間主催の臨床研修病院合同ガイダンスに出展し、研修医の確保に努めます。

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

イ 指導医の確保

指導医養成講習会を開催し、各病院の指導体制の充実や研修プログラムの充実を支援します。

ウ 臨床研修病院の指定・定員設定

令和2（2020）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、新たに設けられた「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。

エ 専攻医の確保

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

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

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

加えて、令和2（2020）年度採用から、新たに設けられた「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。

オ 情報発信の強化

県内の臨床研修病院見学バスツアーの実施や、東日本の医学生をターゲットとしたブッシュ型周知、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。

さらに、医学生が県内病院について直接知る機会を拡大するため、病院見学や臨床研修に係る採用試験を受験する際の交通費補助を検討します。

(4) 勤務環境改善支援

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

イ 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。

(5) その他の施策

ア 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、平成 25（2013）年 10 月に「群馬県地域医療センター」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。

イ ドクターバンク

本県では、平成 19(2007)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。

ウ 寄付講座の検討

寄付講座は、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付金を財源に開設される講座です。県では、寄付講座を活用し、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。

エ 医籍登録データベースを活用した医師のリクルート

厚生労働省が提供する医師の医籍登録データを活用し、本県にゆかりのある医師に対するリクルート活動に努めます。

オ 若手医師・医学生等のニーズの把握

若手医師・医学生の確保・県内定着を図るため、意識調査や意見交換等を実施し、今後の施策に活かしていきます。

2 長期的な施策

(1) 必要医師数と年間不足養成数

ア 必要医師数と医師需給推計

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

具体的には、将来時点(令和 18(2036)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、供給については平成 30(2018)年度の医学部定員(9,419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、2028 年頃に医師需給が均衡すると推計されています。

医師需給推計と必要医師数のイメージ

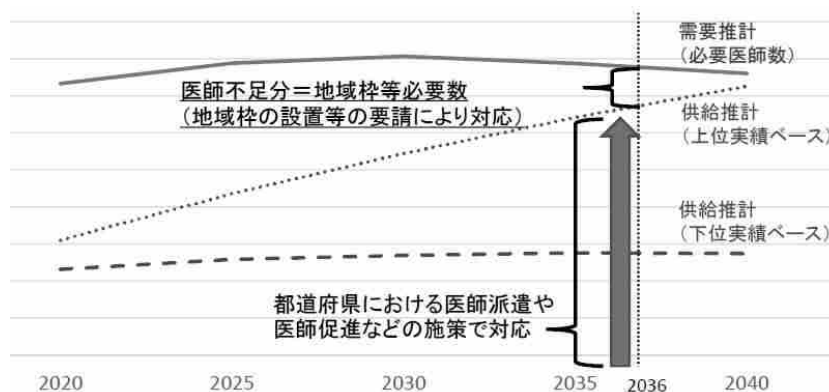


イ 年間不足養成数

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、各二次医療圏で令和 18(2036)年時点の医師供給推計(上位実績ベース)が需要推計を下回る場合に、これらの医療圏の医師不足数の合計数を確保するために必要な年間不足養成数(各都道府県における地域枠等の必要数の上限)を、同省において、今後算出する予定です。

地域枠等必要数(年間不足養成数)のイメージ



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

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

将来時点における不足医師数等（暫定版）

（医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第4次中間取りまとめ 別添資料2）

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

※2019年度までの臨時定員増の効果を見込む

（2）地域枠及び地元出身枠の考え方

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

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

これらのうち地域枠については、平成20（2008）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科科学省、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、令和2（2020）年度、令和3（2021）年度については、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取組等を進めることとし、医学部入学定員の暫定増に関する各都道府県等からの要望に対しては、令和元（2019）年度の医学部入学定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査していくこととされています。

さらに、令和4（2022）年度以降の医師養成数については、医師の働き方改革に関する検討会の結論、医師偏在対策の方針や状況等を踏まえ、再度、医師の偏在推計を行った上で新たに検討を行うこととなります。このため、令和3（2021）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、医療法第30条の24の規定により、令和2（2020）年4月1日以降、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なります。

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。

（3）群馬県における対応

ア 地域枠等の設置

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

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

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

イ 高校生対策

県内出身者の医学生は、将来県内で医師として勤務する可能性が高いことから、高等学校等と連携して、高校生向けの医学部進学セミナーや、医療現場体験ツアーなどを実施し、県内高校生の医学部進学者を増やす取組を推進します。

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

3 医師確保対策と一体的に取り組むべき施策

(1) 医師の働き方改革への対応

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

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

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

(2) 地域医療構想の推進

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

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

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

(3) 情報通信技術(ICT)や人工知能(AI)の医療分野への活用

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

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

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

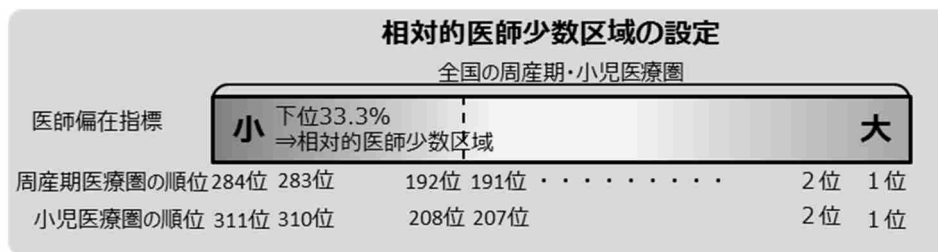
第4節 産科・小児科における医師偏在対策

第2章の4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、相対的医師少数区域県／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。

(1) 産科

ア 群馬県（三次医療圏）

本県の指標値（現在時点）は 11.4 と全国 30 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、〇〇県は本県と同様に該当しませんが、〇〇県は相対的医師少数県として位置づけられています。

産科における医師偏在指標 （三次医療圏（都道府県）単位）

イ 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。

なお、近隣県では、〇〇県、〇〇県ではそれぞれ〇周産期医療圏が相対的医師少数区域に該当し、〇〇県には相対的医師少数区域がありませんでした。

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

順位	都道府県名	周産期医療圏名	産科医師偏在指標
35	10 群馬県	北部	17.1
105	10 群馬県	中部	12.3
152	10 群馬県	西部	10.3

② 県内の相対的医師少数区域

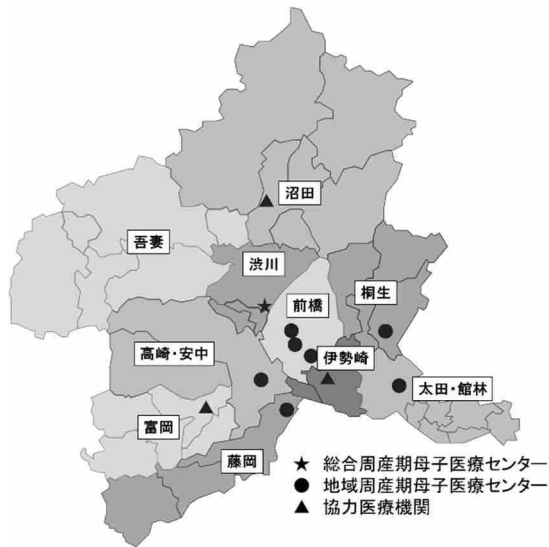
236	10 群馬県	東部	7.4
-----	--------	----	-----

(参考)

-	00 全国	00 全国	12.8
---	-------	-------	------

(参考) 近隣県内の
相対的医師少数区域

周産期医療圏図



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

※周産期医療圏は二次医療圏の重複があるため、その合計が県計と一致しない。

(2) 小児科

ア 群馬県 (三次医療圏)

本県の指標値 (現在時点) は 117.5 と全国 15 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、〇〇県は本県と同様に該当しませんでした。〇〇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)

イ 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。

なお、近隣県では、〇〇県で〇圏域、〇〇県で〇圏域がそれぞれ相対的医師少数区域に該当しています。

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

順位	都道府県名	小児医療圏名	小児科医師偏在指標
16	群馬県	北毛	156.5
22	群馬県	中毛	142.4
170	群馬県	西毛	95.1
194	群馬県	東毛	87.9

② 県内の相対的医師少数区域

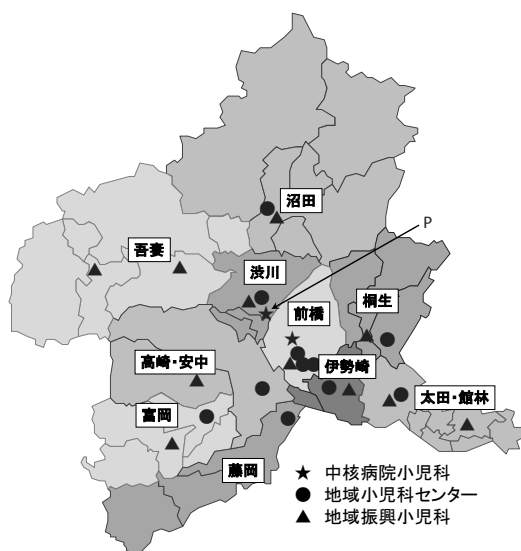
なし

(参考)

00 全国	00 全国	106.2
-------	-------	-------

(参考) 近隣県内の
相対的医師少数区域

小児医療圏図



※図中の「P」：小児集中治療室（PICU）を有する施設

小児医療圏 (二次医療圏)	中核病院 小児科 【小児 三次医療】 (施設数)	地域小児 科センター 【小児 二次医療】 (施設数)	地域振興 小児科 (施設数)
中部(前橋、 渋川、伊勢 崎)	2	4	2
西部(高崎・ 安中、藤岡、 富岡)	0	3	2
北毛(吾妻、 沼田、渋川、 前橋)	2	5	4
東部(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

(1) 産科における医師偏在対策

ア 群馬県

(ア) 医師偏在対策の方針

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

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

(イ) 医師偏在是正のための施策

【a 医療提供体制の維持・充実】

(a) 一般分娩取扱医療機関

- ・ 分娩件数に応じた、低リスク分娩を担う医療機関が確保されるよう、施設・設備整備補助等により一般分娩取扱機関へ支援を行います。
- ・ 母体や新生児のリスクに応じ、地域周産期母子医療センターや総合周産期母子医療センターへスムーズに搬送できるよう、周産期医療情報システムの運用や新生児蘇生法研修会、新生児搬送用保育器の整備等により体制整備を図ります。

(b) 地域周産期母子医療センター

- ・ 地域の周産期医療の拠点として必要な施設の充実を図るため、施設・設備補助や運営費補助等により地域周産期母子医療センターへの支援を行います。
- ・ 母体や新生児のリスクに応じ、総合周産期母子医療センター等へスムーズに搬送できる体制を整備します。
- ・ 中長期を見据えた医療提供体制の整備を進めていくとともに、セミオープンシステム等の機能分担と連携の推進、医療機関へのアクセスに関する安全対策（救急救命士向け分娩介助研修、新生児蘇生法研修等）等、考えられるリスクに備えた環境整備を進めます。

(c) 総合周産期母子医療センター

- ・ ハイリスクな妊娠・新生児に対応する周産期医療を提供していくため、施設・設備整備補助や運営費補助等により総合周産期母子医療センターへの支援を行います。

- ・ 一般分娩取扱医療機関や地域周産期母子医療センターからスムーズに搬送でききるよう、搬送コーディネーターの設置や周産期医療情報システムの運用、新生児蘇生法研修会等により体制整備を図ります。
- ・ ハイリスクな母体及び新生児に対する総合的な診療が可能な機能の確保に向け、中長期を見据えた周産期医療体制整備を推進します。

【b 産科医師の派遣調整】

(a) キャリア形成プログラムに基づく派遣調整

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

(b) 産科医療を担う産科医師等確保事業

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

【c 産科医師の勤務環境改善】

(a) 医師の勤務環境改善の取組

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

(b) 子育て医師の離職防止支援

- ・ 県医師会では、子育て世代の医師が仕事と家庭の両立ができるよう、育児支援を必要とする医師に対し、子育て医師保育支援相談員が、そのニーズに沿った保育サポーター等の情報提供や紹介を行うとともに、その保育費用の助成等を行う「保育サポーターバンク」を運営しています。県では、子育て世代の女性医師等の離職防止を図るため、その取組を支援します。
- ・ 院内保育施設の運営費や施設整備費を補助します。

【d 産科医師の養成数を増やすための施策】

(a) 産科医師等確保支援（分娩手当補助）

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

(b) 医師確保修学研修資金貸与事業

- ・ 産婦人科等、医師不足等に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。

(c) 産科医師等確保支援（周産期医療従事者育成支援）

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

(d) ドクターバンク

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

(e) 寄付講座の検討

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

(f) 若手医師・医学生等のニーズの把握

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

(g) 情報発信の強化

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

イ 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。

ウ 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。

エ 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。

オ 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。

(2) 小児科における医師偏在対策

ア 群馬県

(ア) 医師偏在対策の方針

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

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

(イ) 医師偏在是正のための施策

【a 医療提供体制の維持・充実】

(a) 相談支援等

- ・ 子ども医療電話相談（＃８０００）を実施し、適正な受療行動を推進していきます。
- ・ 休日や夜間の子どもの急病時の受診の目安や、家庭での対処方法、子ども医療電話相談（＃８０００）の利用などについて、保護者講習会や冊子の配布等により保護者等に対する啓発を実施します。

(b) 一般小児医療（小児初期医療）

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

(c) 地域小児科センター（小児二次医療）

- ・ 24 時間 365 日の重症の小児患者の受入体制を確保するため、医療需要や地域小児科センターまでのアクセス等を考慮して輪番体制を整備します。
- ・ 相談支援、一般小児医療（小児初期救急）の充実により、軽症患者の適正な受診を推進し、地域小児科センター（小児二次医療）の負担軽減を図ります。

(d) 中核病院小児科（小児三次医療）

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

【b 小児科医師の派遣調整（キャリア形成プログラムに基づく派遣調整）】

本県では、地域医療枠の学生に貸与している修学資金の返還免除要件として、平成 30 年度以降の入学生については、「キャリア形成プログラムへの参加」、「臨床研修修了後に県知事が指定する医師不足地域の医療機関や特に不足する診療科への一定期間の勤務」を追加しました。

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

【c 小児科医師の勤務環境改善】

(a) 医師の勤務環境改善の取組

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

(b) 子育て医師の離職防止支援

- ・ 県医師会では、子育て世代の医師が仕事と家庭の両立ができるよう、育児支援を必要とする医師に対し、子育て医師保育支援相談員が、そのニーズに沿った保育サポーター等の情報提供や紹介を行うとともに、その保育費用の助成等を行う「保育サポーターバンク」を運営しています。県では、子育て世代の女性医師等の離職防止を図るため、その取組を支援します。
- ・ 院内保育施設の運営費や施設整備費を補助します。

【d 小児科医師の養成数を増やすための施策】

(a) 医師確保修学研修資金貸与事業

- ・ 小児科等、医師不足等に県内の病院等において特に充実する必要がある診療科については、引き続き、研修医を対象に「医師確保修学研修資金」を貸与し、当該診療科の医師として一定期間（貸与期間の 2 分の 3 倍の期間）、

県内の公的病院等に勤務することを要件に修学研修資金の返還を免除することで、小児科医師の確保に取り組みます。

(b) ドクターバンク

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

(c) 寄付講座の検討

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

(d) 若手医師・医学生等のニーズの把握

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

(e) 情報発信の強化

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

イ 中毛医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内の連携を推進しつつ、更に小児科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

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

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

ウ 西毛医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

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

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

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

エ 北毛医療圏

(ア) 医師偏在対策の方針

圏域内の連携体制を図りつつ、更に小児科医師の確保を図ります。

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

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

オ 東毛医療圏

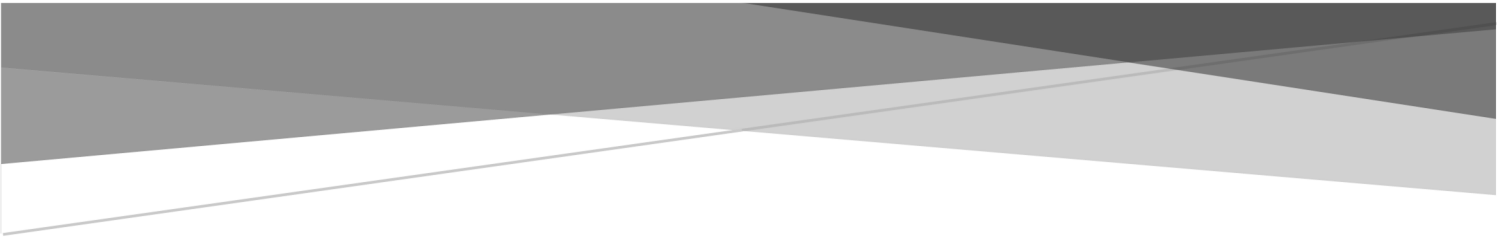
(ア) 医師偏在対策の方針

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

(イ) 医師偏在是正のための具体的対応

【a 医療提供体制の維持・充実】

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

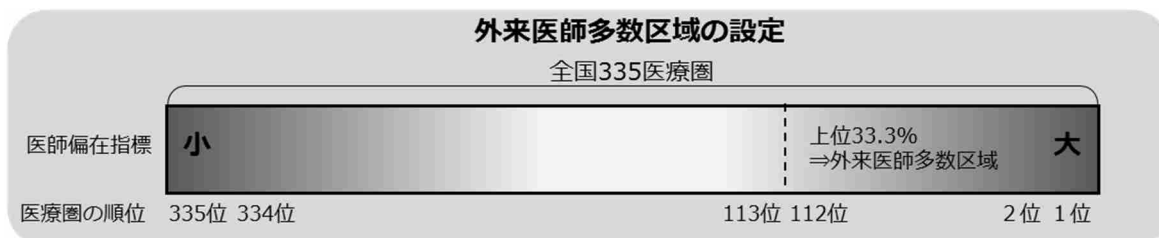


第4章

外来医療に係る 医療提供体制の確保

第1節 県内における外来医師多数区域の設定

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医療圏単位で設定します。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ました。



なお、外来医療は二次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。

第2節 外来医療に関する協議の場の設置

医療法第 30 条の 18 の 2 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り、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、本県ではこれら協議の場（以下「外来医療機能の協議の場」という。）として、二次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ます。

第3節 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ます。

1 新規開業者等への情報提供（外来医師多数区域の設定）

新規開業者等へ提供する情報について、二次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「2 不足する外来医療機能の検討」及び平成 30（2018）年 4 月策定の第 8 次群馬県保健医療計画、「第 5 章 地域医療構想」等に記載しています。また、県ホームページ（<https://www.pref.gunma.jp/>）及び群馬県統

合型医療情報システム（<http://www.med.pref.gunma.jp/>）にこれら情報を掲載し、できる限り頻繁に更新を行うなど情報の質の担保に努めていきます。

患者流入の調整結果を踏まえ、現時点の二次医療圏単位の外来医師偏在指標の値は次のとおりです。全国平均は106.3であり、全国112番目（上位33.3%の中で最下位）の値は〇〇〇.〇でした。県内では前橋保健医療圏、高崎・安中保健医療圏、富岡保健医療圏、桐生保健医療圏が全二次医療圏の中で上位33.3%にあたる112箇所に該当しましたので、外来医師多数区域として定めることとします。

なお、近隣県の状況についても参考に示しましたが、外来医師多数区域に該当する二次医療圏が存在しているのは〇〇県、〇〇県、〇〇県でした。

二次医療圏単位の外来医師偏在指標

(1) 県内の外来医師多数区域

順位	都道府県名	二次保健医療圏名	外来医師偏在指標
36	10 群馬県	1001前橋	127.3
75	10 群馬県	1004高崎・安中	112.5
83	10 群馬県	1006富岡	110.8
104	10 群馬県	1009桐生	107.1
(参考)			
	00 全国	00全国	106.3

(2) 県内の外来医師多数区域以外の区域

順位	都道府県名	二次保健医療圏名	外来医師偏在指標
128	10 群馬県	1008沼田	104.0
163	10 群馬県	1005藤岡	97.6
172	10 群馬県	1007吾妻	96.4
181	10 群馬県	1003伊勢崎	95.1
188	10 群馬県	1002渋川	94.4
300	10 群馬県	1010太田・館林	75.3

(3) 近隣県における外来医師多数区域 (参考)

(参考) 近隣県内の
外来医師多数区域

2 不足する外来医療機能の検討

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、区域ごとに設置した外来医療機能の協議の場において、外来医療計画ガイドラインを踏まえ、次の項目について、当該区域で不足する外来医療機能を検討しました。検討結果は次ページ以降のとおりです。

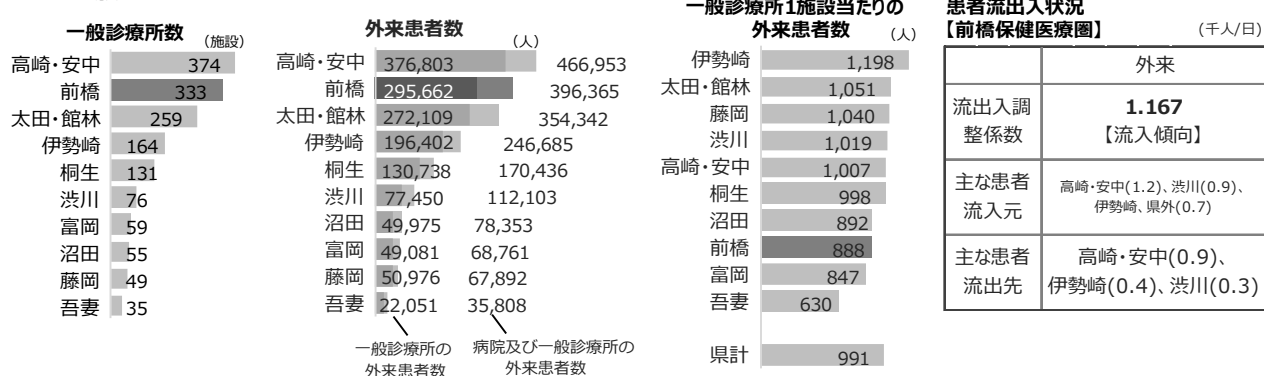
- ・ 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
- ・ 在宅医療の提供体制
- ・ 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生にかかる医療提供体制
- ・ その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

(1) 前橋保健医療圏

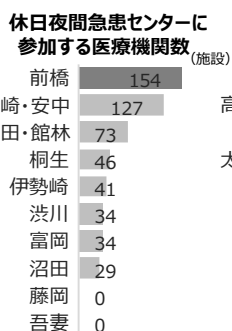
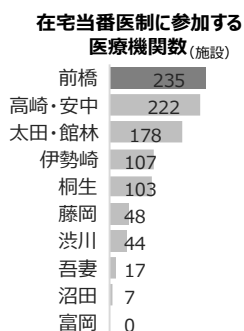
ア 外来医療機能の提供状況

他の区域から外来患者が流入する傾向にあります。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や産業医数は県内でも多く、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。

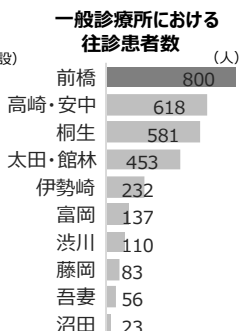
■全般



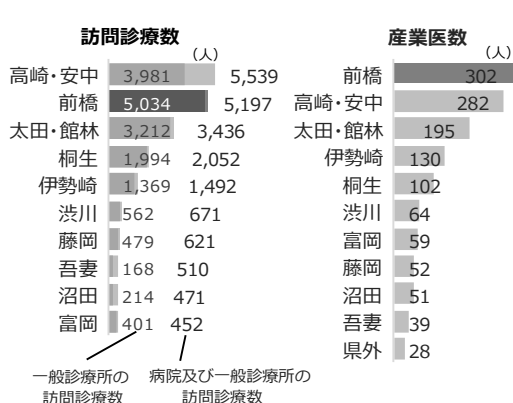
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

①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)

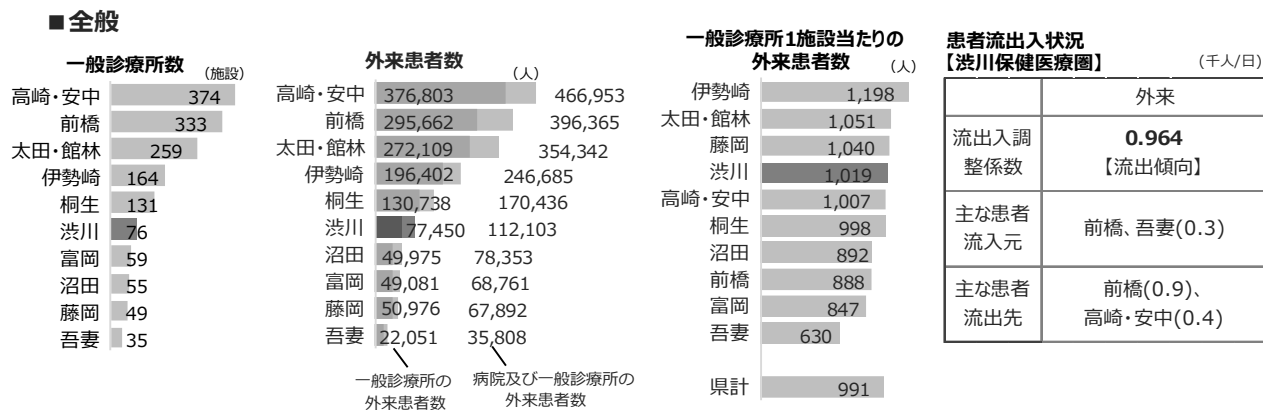
②在宅医療機能

- ・小児在宅医療への対応
- ・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)

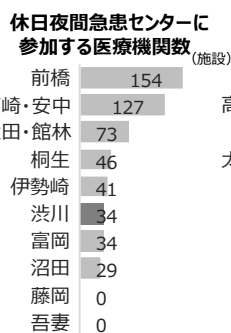
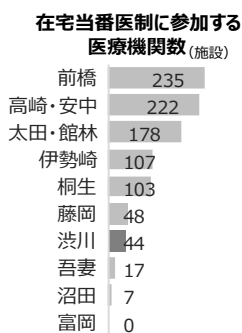
(2) 渋川保健医療圏

ア 外来医療機能の提供状況

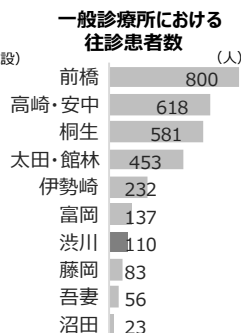
吾妻保健医療圏から外来患者が流入していますが、前橋、高崎・安中保健医療圏へ流出する外来患者が多く、区域全体では流出傾向にあります。また、一般診療所1施設当たりの外来患者数は県平均より少し多くなっています。



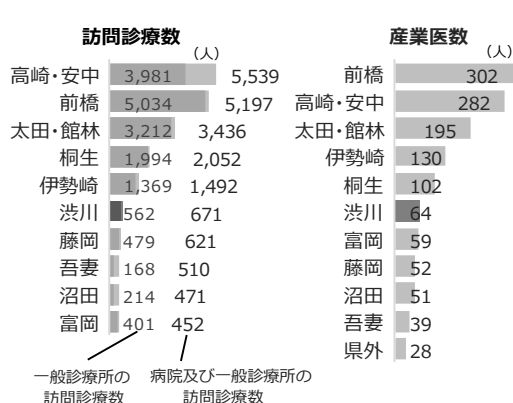
■ 初期救急関連



■ 在宅医療関連



■ 公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

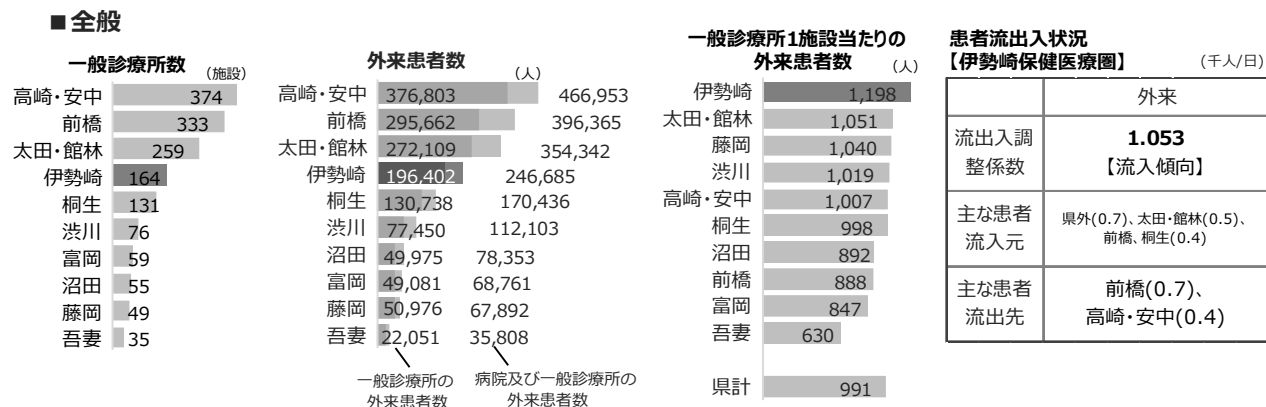
① 診療科の充実

- ・ 外科
- ・ 産科 (入院医療に繋げるもの)
- ・ 小児科 (入院医療に繋げるもの)

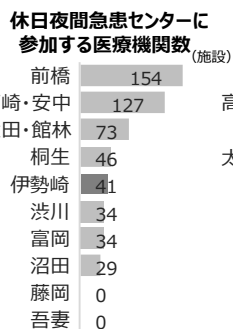
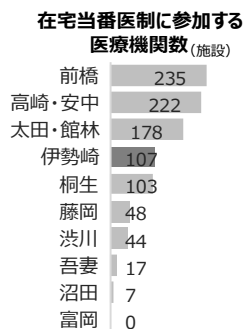
(3) 伊勢崎保健医療圏

ア 外来医療機能の提供状況

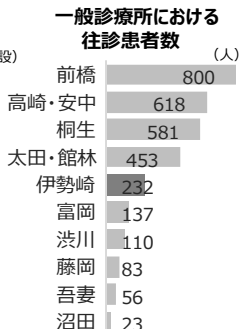
県外及び太田・館林保健医療圏から外来患者が流入し、区域全体では流入傾向にあります。また、一般診療所1施設当たりの外来患者数は県内で最も多くなっています。



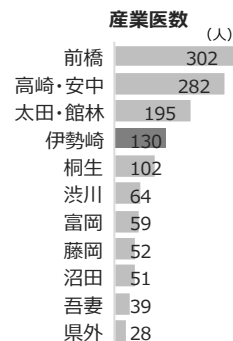
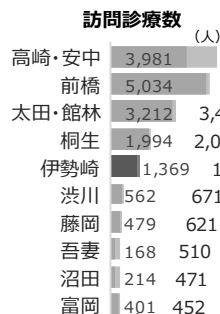
■ 初期救急関連



■ 在宅医療関連



■ 公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

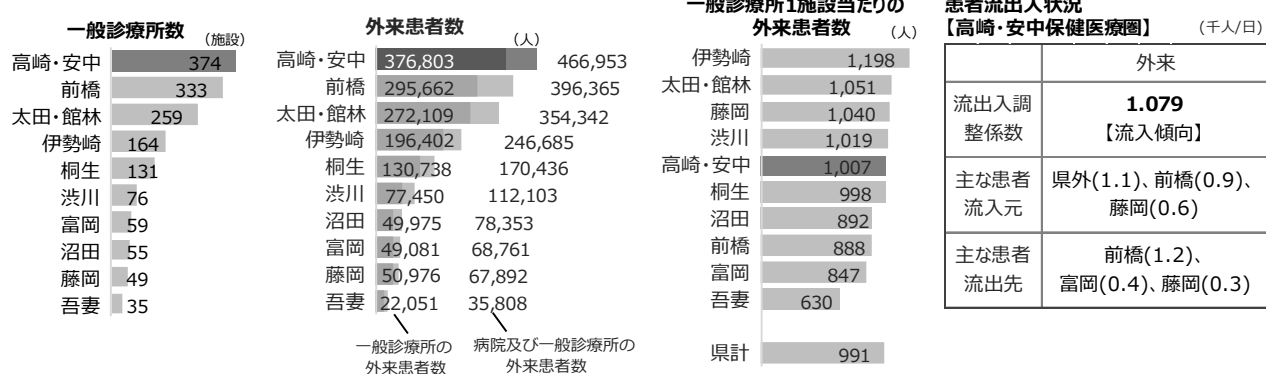
- ① 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能
 - ・伊勢崎佐波医師会病院での夜間・休日当番への参加
- ② 在宅医療機能
 - ・訪問診療及び往診の実施
 - ・介護保険認定審査会・障害者支援区分認定審査会への協力
- ③ 公衆衛生医療機能
 - ・産業医 ・学校医
- ④ 精神疾患にかかる医療機能
 - ・精神疾患に係る医療提供体制への参加

(4) 高崎・安中保健医療圏

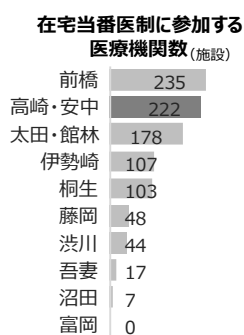
ア 外来医療機能の提供状況

県外及び藤岡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。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。

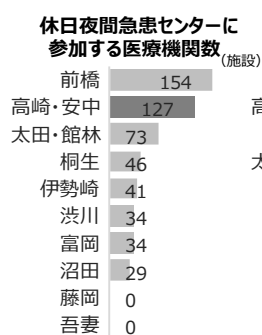
■ 全般



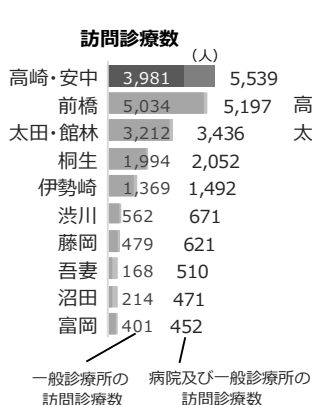
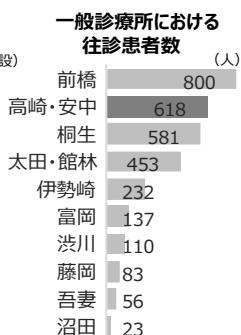
■ 初期救急関連



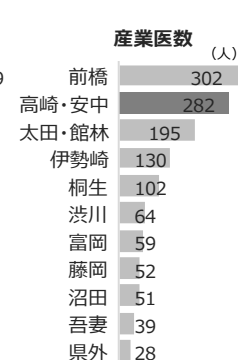
■ 在宅医療関連



■ 公衆衛生関連



■ 産業医数



イ 不足する外来医療機能

① 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能

- ・ 休日夜間急病診療所への参加
- ・ 在宅当番医制への参加

② 在宅医療機能

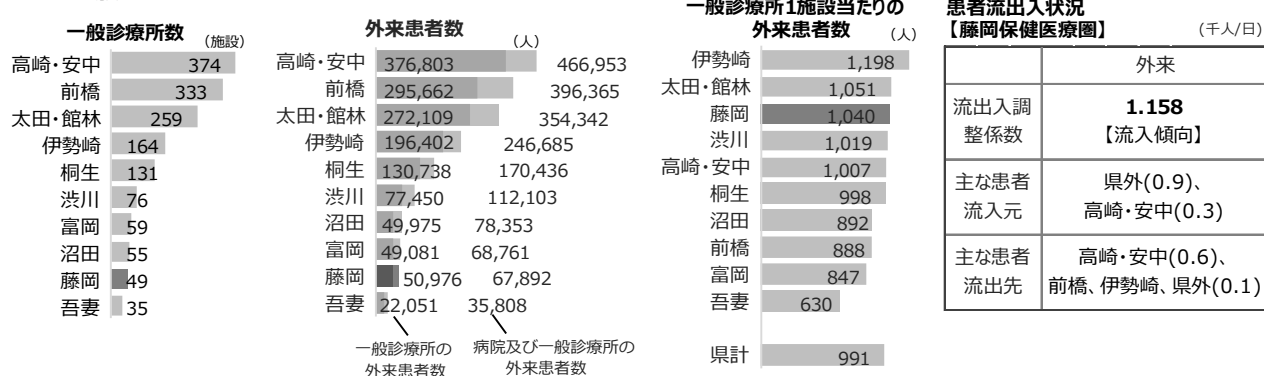
- ・ 訪問診療の取組への参加
- ・ 訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導等の取組
- ・ 在宅医療の多職種参加による取組

(5) 藤岡保健医療圏

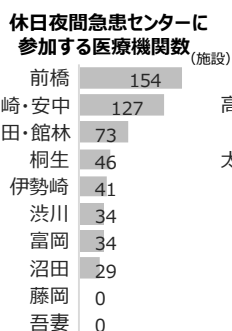
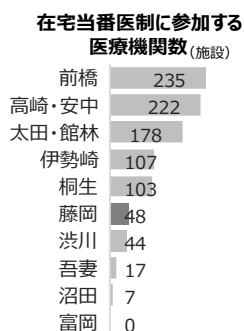
ア 外来医療機能の提供状況

県外から外来患者が流入しており、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。

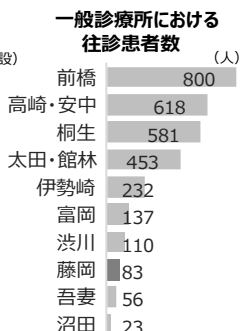
■全般



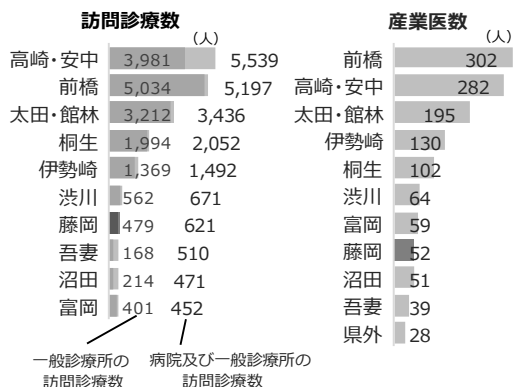
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

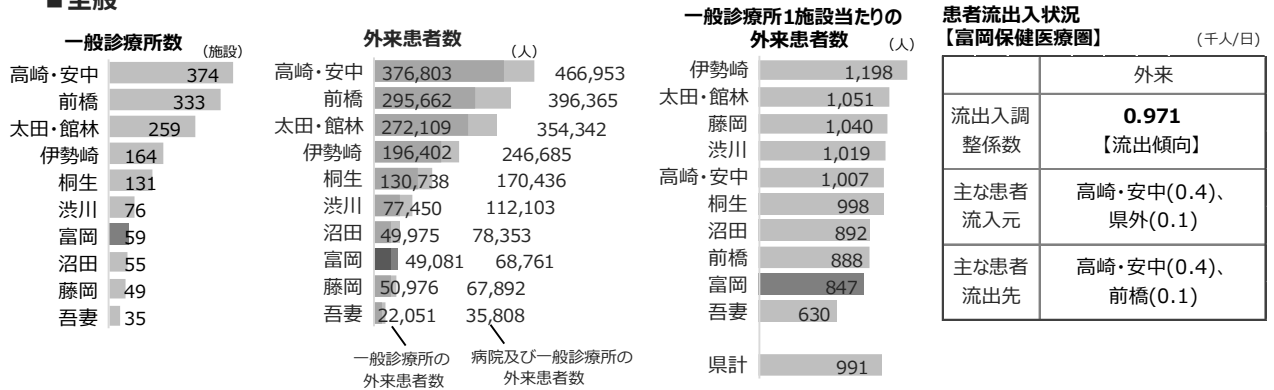
- ①夜間における地域の初期救急医療機能
 - ・夜間の初期救急医療を行う診療への参加
- ②在宅医療機能
 - ・訪問診療等の取組への参加
- ③精神疾患に係る医療機能
 - ・精神疾患に係る医療提供体制への参加

(6) 富岡保健医療圏

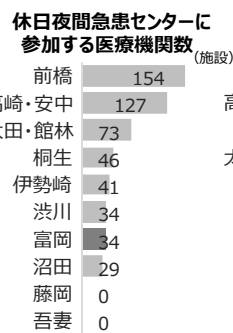
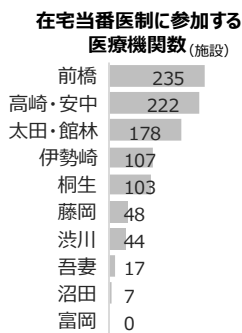
ア 外来医療機能の提供状況

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。

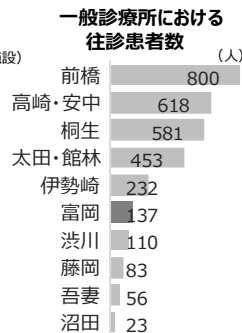
■全般



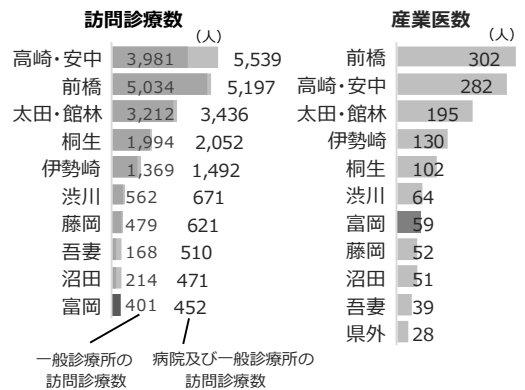
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

①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

②在宅医療機能

- ・訪問診療及び往診への対応（夜間含む）

③公衆衛生医療機能

- ・産業医 ・学校医 ・予防接種 ・特定健康診査
- ・後期高齢者健康診査 ・富岡看護専門学校、富岡准看護学校の講師
- ・受動喫煙対策の積極的な推進（敷地内禁煙等）

④新型インフルエンザ等感染症対策に関する医療機能

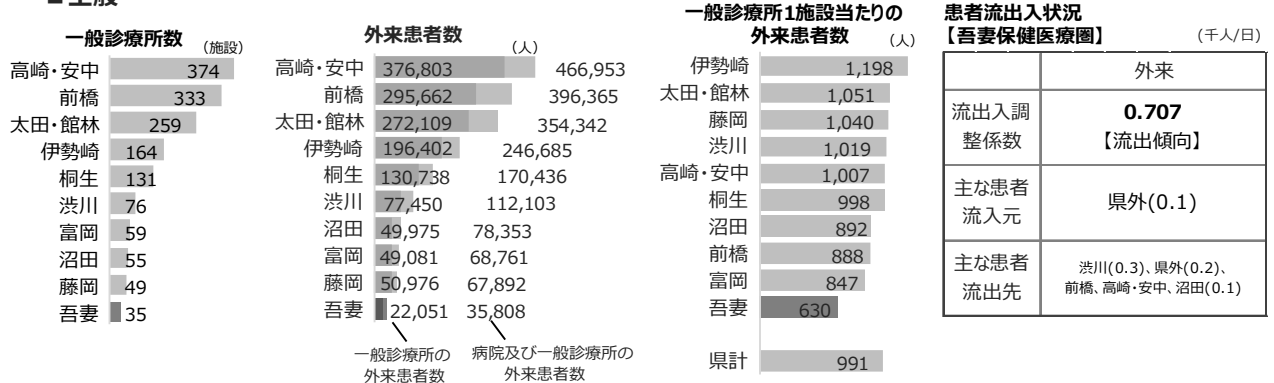
- ・新型インフルエンザ等感染症発生時の診療

(7) 吾妻保健医療圏

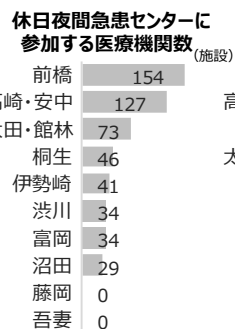
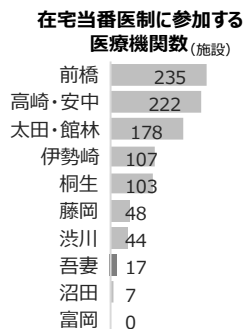
ア 外来医療機能の提供状況

渋川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。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。

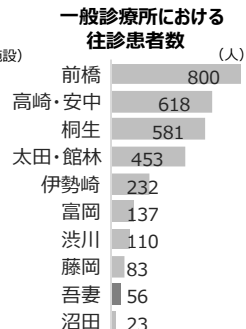
■全般



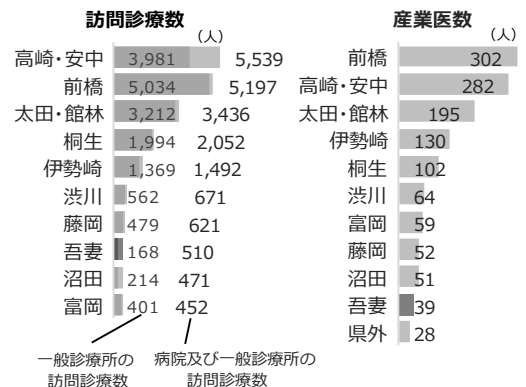
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

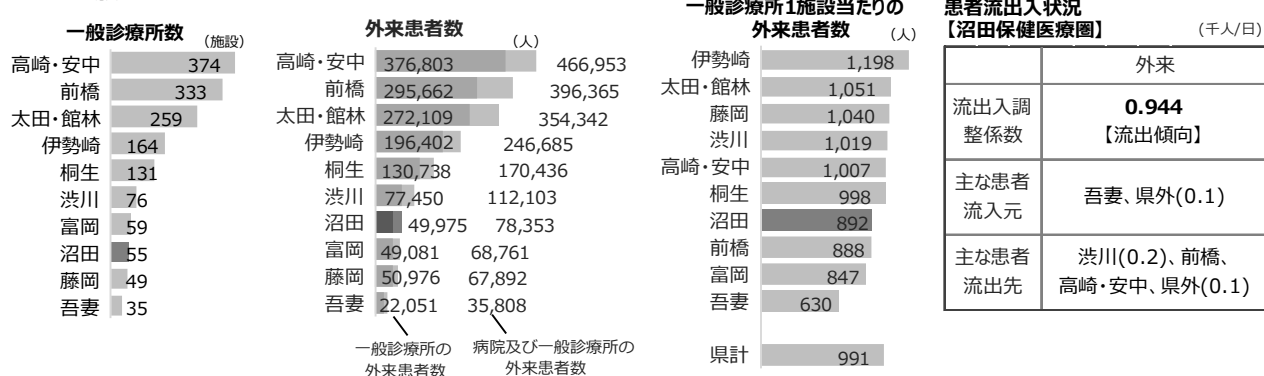
- ① 夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能
 - ・ 休日、夜間外来への対応
- ② 在宅医療機能
 - ・ 訪問診療及び往診への対応（夜間を含む）
- ③ 公衆衛生医療機能
 - ・ 予防接種 ・ 産業医 ・ 学校医 ・ 耳鼻科検診 ・ 准看護学校の講師
- ④ 外国人医療機能
 - ・ 多言語対応
- ⑤ 特定診療科の診察に関する医療機能
 - ・ 循環器科、脳外科、小児科、耳鼻咽喉科
- ⑥ 妊産婦に対する医療機能
 - ・ 周産期医療への対応

(8) 沼田保健医療圏

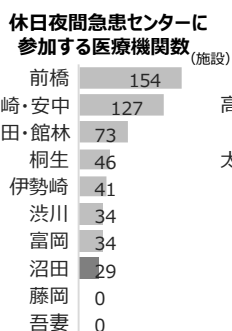
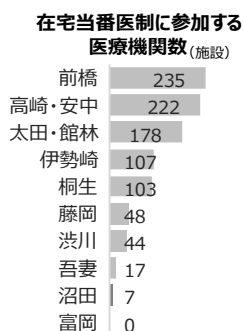
ア 外来医療機能の提供状況

渋川、前橋、高崎・安中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、一般診療所における往診患者数及び訪問診療数は県内でも少ない傾向にあります。

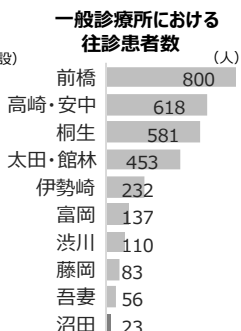
■全般



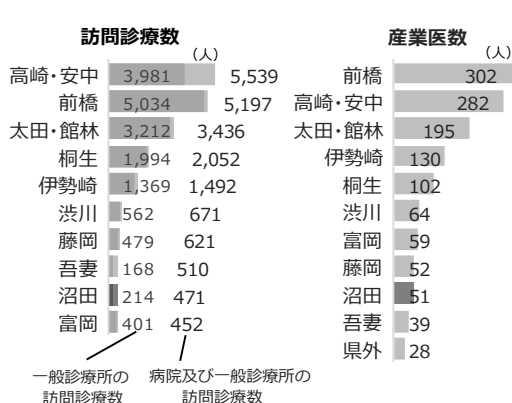
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

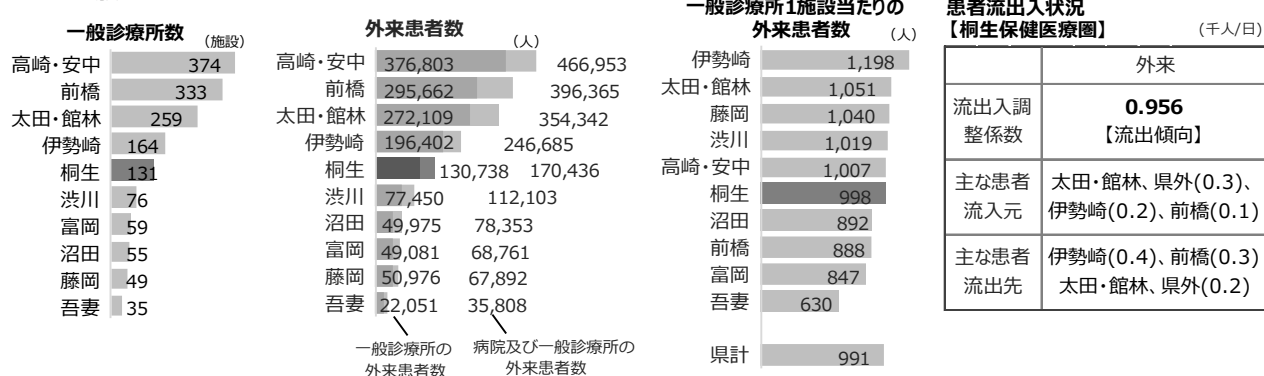
- ①夜間及び休日等における地域の救急医療機能
 - ・初期救急医療への協力
 - ・夜間休日における小児の二次救急医療への補助
- ②在宅医療機能
 - ・訪問診療の実施
- ③公衆衛生医療機能
 - ・学校医
 - ・乳児検診
- ④特定診療科の診療に関する医療機能
 - ・放射線科、産科、泌尿器科、精神科、心療内科、小児科、耳鼻咽喉科の診療に関する医療機能への協力
- ⑤精神衛生医療機能
 - ・精神科救急への対応
 - ・精神病輪番体制への参加または精神病輪番体制の構築への協力
- ⑥外国人医療機能
 - ・多言語対応

(9) 桐生保健医療圏

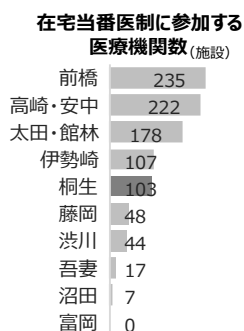
ア 外来医療機能の提供状況

太田・館林保健医療圏や県外から外来患者が流入し、伊勢崎、前橋保健医療圏へ流出しており、区域全体では流出傾向にあります。また、一般診療所における往診患者数及び訪問診療数は県内でも多い傾向にあります。

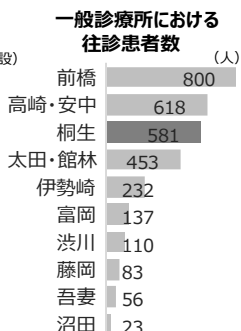
■全般



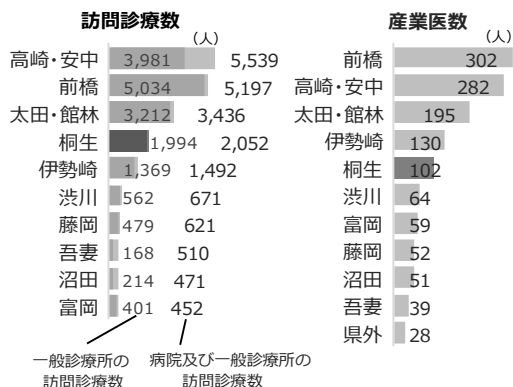
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

① 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

② 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

③ 在宅医療機能

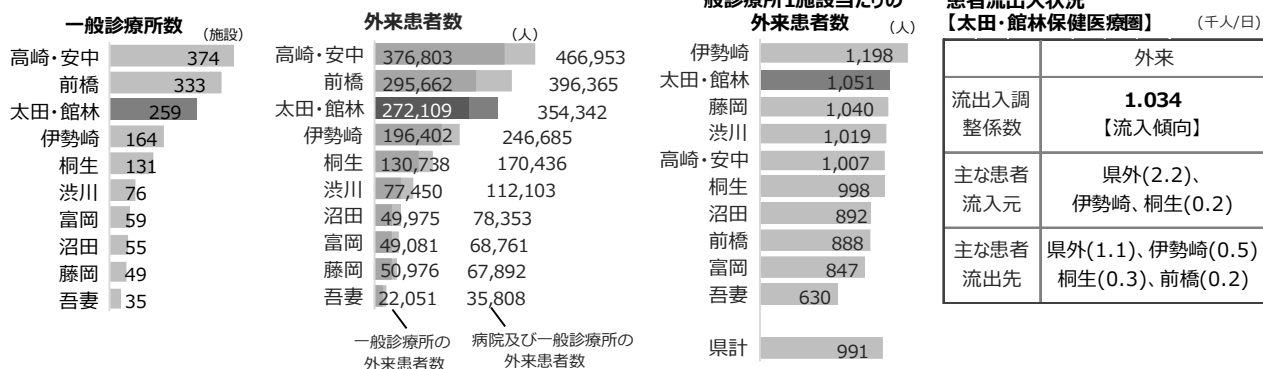
- ・がん末期の在宅医療への協力

(10) 太田・館林保健医療圏

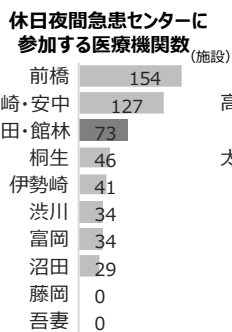
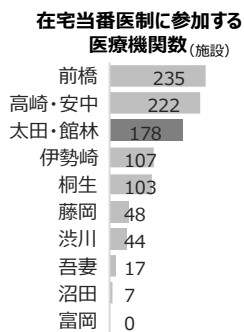
ア 外来医療機能の提供状況

県外や伊勢崎、桐生保健医療圏との間で外来患者が流入しており、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。

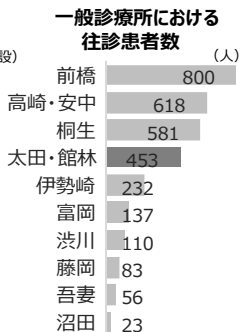
■全般



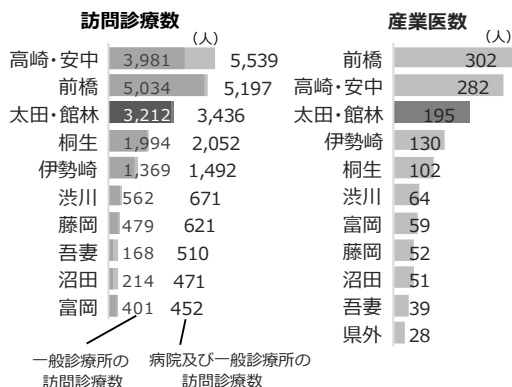
■初期救急関連



■在宅医療関連



■公衆衛生関連



イ 不足する外来医療機能

■太田市

- ①在宅医療機能
 - ・在宅医療の提供体制
- ②外国人医療機能
 - ・外国人医療の提供体制

■館林市、邑楽郡

- ①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
- ②周産期医療機能
 - ・周産期医療の提供体制
- ③小児医療機能
 - ・小児医療の提供体制
- ④外国人医療機能
 - ・外国人医療の提供体制

3 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、外来医療機能の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は差し支えありません。

(1) 前橋保健医療圏において協力を求める外来医療機能

- ①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
- ②在宅医療機能
 - ・小児在宅医療への対応
 - ・訪問診療、往診、看取りへの対応

(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

- ①夜間及び休日等における地域の初期救急医療機能
 - ・休日夜間急病診療所への参加
 - ・在宅当番医制への参加
- ②在宅医療機能
 - ・訪問診療の取組への参加
 - ・訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導等の取組
 - ・在宅医療の多職種参加による取組

(3) 富岡保健医療圏において協力を求める外来医療機能

- ①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
- ②在宅医療機能
 - ・訪問診療及び往診への対応（夜間含む）
- ③公衆衛生医療機能
 - ・産業医 ・学校医 ・予防接種 ・特定健康診査
 - ・後期高齢者健康診査 ・富岡看護専門学校、富岡准看護学校の講師
 - ・受動喫煙対策の積極的な推進（敷地内禁煙等）
- ④新型インフルエンザ等感染症対策に関する医療機能
 - ・新型インフルエンザ等感染症発生時の診療

(4) 桐生保健医療圏において協力を求める外来医療機能

- ① 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
- ② 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
- ③ 在宅医療機能
 - ・ がん末期の在宅医療への協力

第4節 医療機器の効率的な活用

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。

1 医療機器の効率的な利用の考え方

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。

- ・ CT（マルチスライス CT 及びマルチスライス以外の CT）
- ・ 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）
- ・ PET（PET 及び PET-CT）
- ・ 放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）
- ・ マンモグラフィ

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 協議の場の設置

医療法第30条の18の2第1項第4号の規定に基づき、医療機器の効率的な活用に関する事項について協議することとされています。そこで、これら協議の場（以下「医療機器の協議の場」という。）として、区域ごと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ます。

3 医療機器の活用のための検討事項

(1) 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、MRI、PET及びマンモグラフィの値が全国平均に比べて高い傾向にあります。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化検査比率}} \quad \text{※1}$$

$$\text{（※1）地域の標準化検査比率} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり機体検査数（外来）} \quad \text{※2}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※2）地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

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	放射線治療 (体外照射)	マンモグラフィ
全国	11.1	5.5	0.46	0.91	3.4
群馬県	↑12.0	↑5.7	↑0.59	↓0.88	↑4.0
前橋	↑12.7	↑7.3	↑1.16	↑1.15	↑3.9
渋川	↑11.5	↓5.0	↓0.00	↓0.81	↓1.8
伊勢崎	↓10.0	↑6.4	↓0.00	↓0.87	↑4.6
高崎・安中	↑13.4	↓4.8	↑0.91	↓0.90	↑4.7
藤岡	↑12.0	↑8.1	↑2.63	↑1.30	↑4.3
富岡	↓9.4	↓1.2	↑1.19	↑1.16	↑4.2
吾妻	↑14.2	↑6.0	↓0.00	↓0.00	↑3.6
沼田	↑11.3	↑7.5	↓0.00	↑1.02	↑4.8
桐生	↑13.6	↓4.4	↓0.00	↓0.53	↑3.6
太田・館林	↓10.6	↑5.8	↓0.25	↓0.76	↑3.6

※ ↑：全国より高い場合、↓：全国より低い場合。

(2) 医療機器の保有状況に関する情報

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、本県では群馬県統合型医療情報システム (<http://www.med.pref.gunma.jp/>) 等の情報をもとに医療機器の保有状況を取りまとめましたので次に示します。

なお、詳細につきましては、県ホームページ (<https://www.pref.gunma.jp/>) に掲載しています。

対象となる医療機器保有状況 (令和元年11月現在)

二次医療圏	CT(台数)			MRI(台数)			
	医療機関数	マルチスライス	マルチスライス以外	医療機関数	1.5テスラ未満	1.5テスラ以上 3.0テスラ未満	3.0テスラ以上
前橋	27	44	1	16	4	16	5
渋川	12	13	0	6	2	3	1
伊勢崎	20	21	2	9	1	9	2
高崎・安中	53	54	4	18	4	15	1
藤岡	6	7	1	5	1	2	2
富岡	6	7	1	1	0	1	0
吾妻	12	9	2	4	1	3	0
沼田	12	12	0	7	2	6	0
桐生	23	20	5	7	2	5	1
太田・館林	35	36	3	18	7	14	1
県	206	223	19	91	24	74	13

二次医療圏	PET(台数)			放射線治療(台数)			マンモグラフィ
	医療機関数	PET	PET-CT	医療機関数	リニアック	ガンマナイフ	医療機関数
前橋	3	1	3	2	5	0	10
渋川	0	0	0	1	1	0	2
伊勢崎	0	0	0	2	1	1	10
高崎・安中	2	0	4	2	3	1	19
藤岡	2	0	2	1	1	0	3
富岡	1	0	1	1	1	0	3
吾妻	0	0	0	0	0	0	2
沼田	0	0	0	0	0	0	7
桐生	0	0	0	1	1	0	6
太田・館林	1	0	1	2	3	0	14
県	9	1	11	13	17	2	76

(3) 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には、県全体における方向性を示す必要があります。

そこで、県内各圏域での医療機器の協議の場などにおける議論を踏まえ、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ます。

対象医療機器		共同利用の方針
CT	マルチスライス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。
	上記以外	
MRI	1.5テスラ未満	
	1.5テスラ以上 3.0テスラ未満	
	3.0テスラ以上	
SPECT		
PET	PET	
	PET-CT	
マンモグラフィ		
放射線治療	リニアック	
	ガンマナイフ	
	サイバーナイフ	
重粒子線治療		<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

※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としても差し支えありません。

(4) 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元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。様式は次ページ参照。）を作成し、医療機器の協議の場において確認することとします。

なお、共同利用計画には次の事項を記載することとします。

- ・ 共同利用の相手方となる医療機関
- ・ 共同利用の対象となる医療機器
- ・ 保守、整備等の実施に関する方針
- ・ 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5章

推進・評価

1 計画（一部改定版）の推進

この第8次群馬県保健医療計画（一部改定版）は、医師や外来医療機能の地域偏在是正、地域で不足する外来医療機能の充実等への取組を通じ、地域の重要な社会基盤である医療提供体制を確保することを目指すものです。その実現には、県や市町村、大学、医療提供者、関係団体及び県民が、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。

（1）県の役割

県は、計画（一部改定版）の内容について県内関係者や県民へ周知を図るとともに、施策を着実に推進するため、PDCA サイクルにより計画の進行管理を行います。その中で、群馬県地域医療対策協議会や群馬県保健医療計画会議、二次保健医療圏ごとに設置する地域保健医療対策協議会等において、施策の実施状況等について必要な協議を行います。



（2）市町村の役割

外来医療計画で取り扱う、在宅医療の推進や初期・二次救急の医療提供体制等に関しては、地域包括ケアシステムの推進などの観点から、住民に身近な市町村が、地域保健医療対策協議会と連携し、地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。

（3）大学の役割

医育機関である大学は、医学生への地域医療に係る教育の充実を図り、卒後医師の県内定着を促進するとともに、地域枠の設置等、医師確保計画に基づき群馬県地域医療対策協議会で合意された医師確保対策の実現に、できる限り協力することが求められます。

（4）医療提供者の役割

各医療機関では、地域で求められる医療機能や地域医療に果たすべき役割に基づき、必要な医師の確保に自ら取り組むとともに、医療機関同士の連携をより一層深め、県内での研修体制やキャリア形成プログラムの充実、さらに医師多数区域の医療機関では医師少数区域への医師派遣等について、必要な協力を行うことが求められます。

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も、地域医療の維持・充実に積極的に協力する姿勢が求められます。

(5) 医療関係団体の役割

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会等では、引き続き、群馬県保健医療計画会議等に参画し、適切な医療提供体制の整備促進など計画（一部改定版）の推進に協力するほか、県民等への情報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。

(6) 県民の役割

県民は、限りある医療資源を持続可能なものにするため、自らの健康の保持増進や介護予防に努めるとともに、症状に応じた医療機関の受診、救急車の適正利用等に積極的に取り組むことが、これまで以上に求められています。

2 計画（一部改定版）の評価・見直し

(1) 計画（一部改定版）の評価

ア 進行管理

計画（一部改定版）の進捗状況について、群馬県地域医療対策協議会や群馬県保健医療計画会議、各二次保健医療圏に設置する地域保健医療対策協議会（地域医療構想調整会議）に定期的に報告を行い、関係者の意見を踏まえつつ、地域の実情に応じた取組を進めます。

① 医師確保計画

計画（一部改定版）の計画期間中の具体的な医師確保対策の実施に当たっては、群馬県地域医療対策協議会において関係者間の必要な協議・調整を行い、協議が整った事項について、県が地域医療支援事務を実施します。

なお、地域医療対策協議会の構成員や医療従事者は、群馬県地域医療対策協議会で協議が整った事項等の実施に協力するよう努めなければならないとされています。

計画の評価については、計画終了時に、次の事項等について状況を把握し、計画策定時点からの状況の変化や、医師確保の進捗状況を判定します。

- ・ 地域枠医師の定着率及び派遣先
- ・ 医療機関等における非常勤医師の派遣等の取組
- ・ 都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況
- ・ 三次医療圏及び二次医療圏ごと（特に医師少数区域）における医師確保の状況

② 外来医療計画

協議の場（地域医療構想調整会議等）で合意された内容に基づき、必要に応じて、毎年度協議の場等において、外来医師多数区域における新規開業者等の対応状況や、可視化する外来医療機能等の情報更新、医療機器の共同利用計画の策定状況等の確認、検証等を行います。

イ 進捗状況及び評価結果の周知

この計画（一部改定版）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県民に分かりやすく公表するとともに、インターネットにアクセスできない県民にも周知できるよう配慮します。

(2) 計画（一部改定版）の見直し

次期計画に向けた見直しについては、その時点で活用可能な医師偏在対策や外来医療機能に係る最新データから医師偏在指標等の見込みを算定して、群馬県地域医療対策協議会等で現計画の効果測定や評価を行い、次期計画の検討に活かすこととします。

なお、この計画（一部改定版）の期間（4年間）に関わらず、計画の進捗状況の評価結果等を踏まえ、施策全般の見直しの必要があると認められるときは計画の見直しを行うこととします。



資料編

1 医師偏在指標等の算定方法

(1) 医師偏在指標

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の人口（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化医師数} = \sum \text{地域の性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

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

$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待受療率}}$$

(\ast 3) 地域の期待受療率

$$= \frac{\sum (\text{性・年齢階級別調整受療率}^{\ast 4} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(\ast 4) 性・年齢階級別調整受療率

$$= \text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ \times \text{無床診療所患者流出入調整係数}^{\ast 6} \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数}^{\ast 7}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 5-2}} \\ \times \frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}$$

\ast 無床診療所の外来医療需要と、病院及び有床診療所の入院（外来含む）医療需要の比率

(\ast 5 - 2) 全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

(\ast 6) 無床診療所患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数（患者住所地）}}$$

$$(\ast 7) \text{ 入院患者流出入調整係数} = \frac{\text{入院患者数(患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数（患者住所地）}}$$

(2) 産科医師偏在指標

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}^{\ast 1}}{\text{分娩件数 (1000 件)}^{\ast 2}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{地域の性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(\ast 2) 医療施設調査の分娩数 (9 月分) を人口動態調査の年間出生数で調整

(3) 小児科医師偏在指標

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の年少人口 (10 万人)} \times \text{地域の標準化受療率}^{\ast 2}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化小児科医師数} = \sum \text{地域の性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\ast 3) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{性・年齢階級別調整受療率}^{\ast 4} \times \text{地域の性・年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

$$(\ast 4) \text{ 性・年齢階級別調整受療率} = \text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ \times \text{無床診療所年少患者流出入調整係数}^{\ast 6} \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院年少患者流出入調整係数}^{\ast 7}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 5-2}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

\ast 無床診療所の外来医療需要と、病院及び有床診療所の入院 (外来含む) 医療需要の比率

(※5 - 2) 全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

(※6) 無床診療所年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所年少患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所年少患者流入数} - \text{無床診療所年少患者流出数}}{\text{無床診療所年少患者数 (患者住所地)}}$$

(※7) 入院年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院年少患者数(患者住所地)} + \text{入院年少患者流入数} - \text{入院年少患者流出数}}{\text{入院年少患者数 (患者住所地)}}$$

(4) 外来医師偏在指標

外来医師偏在指標

$$= \frac{\text{標準化診療所医師数}^{\ast 1}}{\text{地域の人口 (10 万人)} \times \text{地域の標準化受療率比}^{\ast 2} \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{\ast 5}}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化診療所医師数} = \sum \text{地域の性・年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率}^{\ast 3}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

(※3) 地域の外来期待受療率

$$= \frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{外来患者流出入調整係数}^{\ast 4} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$(\ast 4) \text{ 外来患者流出入調整係数} = \frac{\text{外来患者数 (患者住所地)} + \text{外来患者流入数} - \text{外来患者流出数}}{\text{外来患者数 (患者住所地)}}$$

$$(\ast 5) \text{ 地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所} + \text{病院の外来延べ患者数}}$$