

# 第8章 医師確保計画

## 第1節 医師数等の現状

### 1 現在の医師数

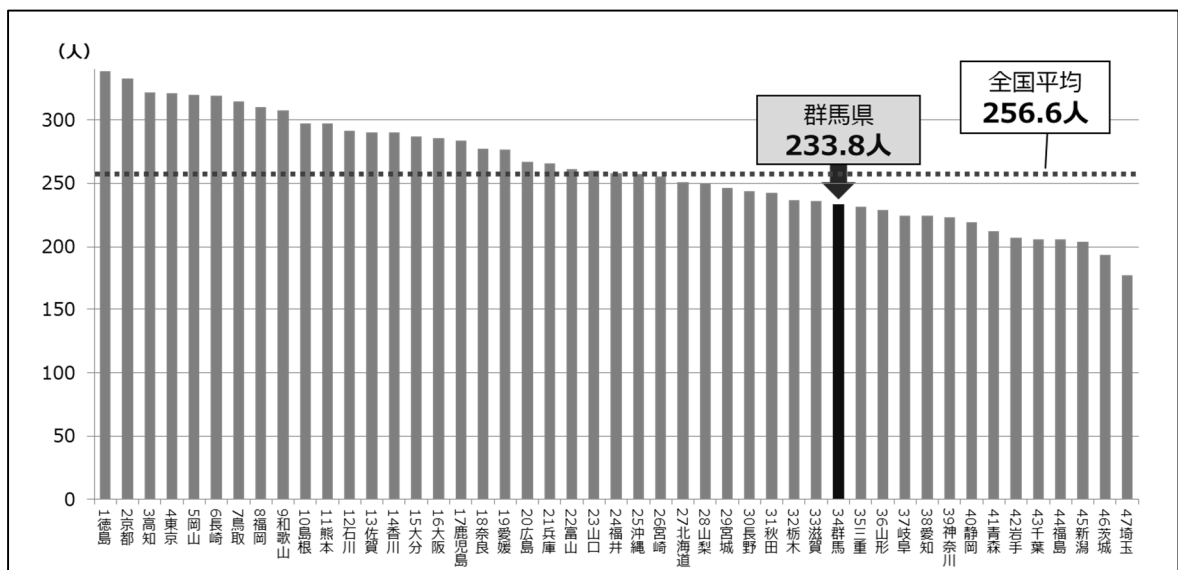
#### (1) 医師総数の状況

##### ア 医師総数

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

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

#### 都道府県別の医療施設従事医師数（人口10万人対）



〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）」

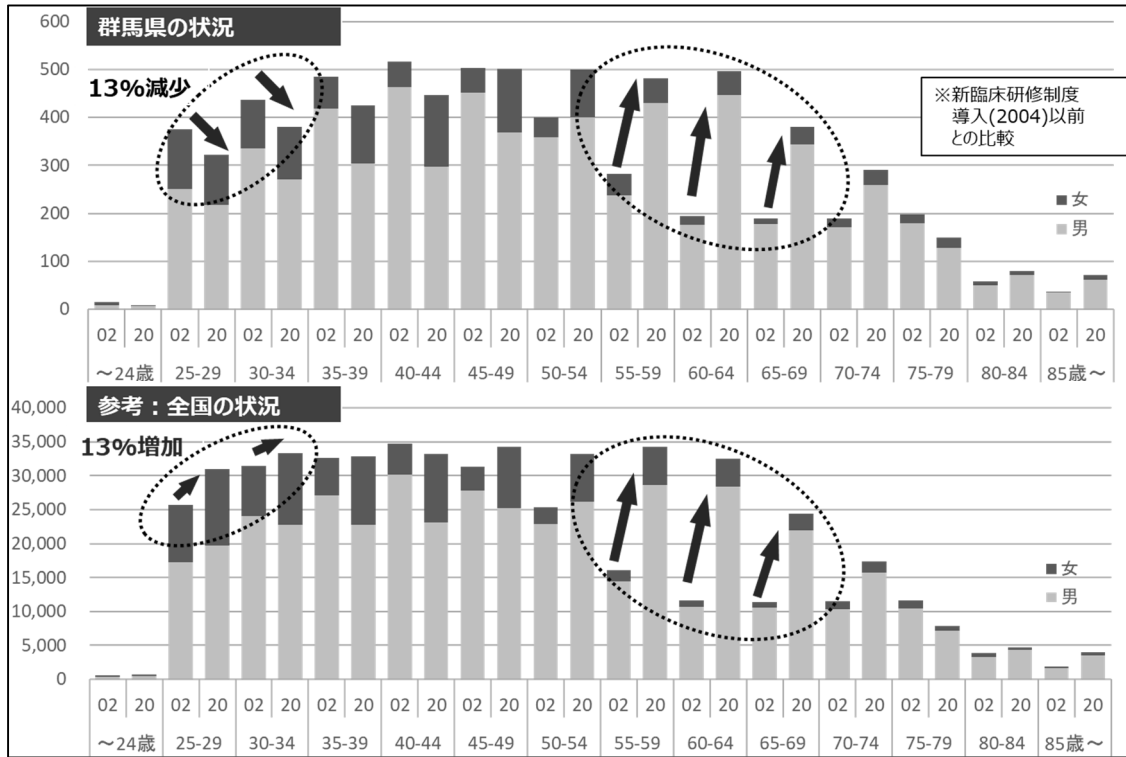
#### イ 年齢別医師数の状況

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

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

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

県内の医療施設従事医師数（年齢別・性別）



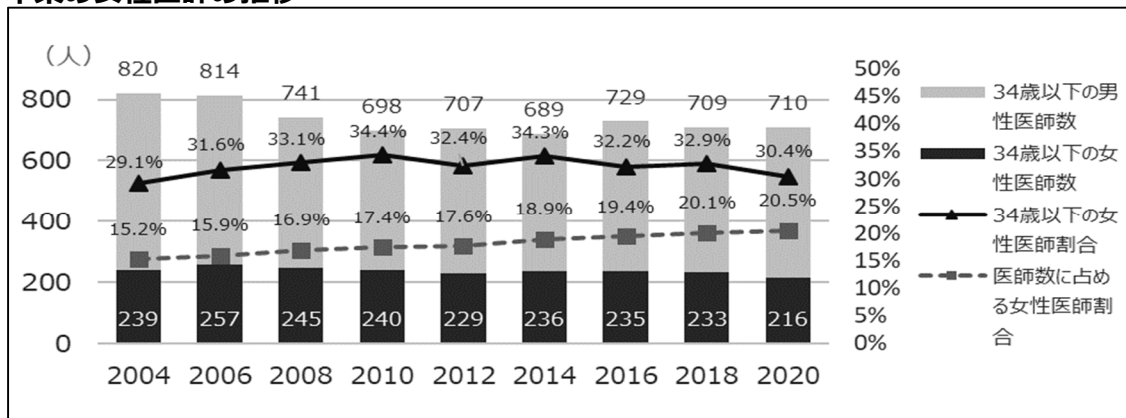
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

ウ 女性医師数の状況

「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」によると、本県で医療施設に従事する医師に占める女性医師の割合は20.5%（前回20.1%）で、年々増加しています。

特に34歳以下の若手医師については、女性医師の割合は近年30%を超えている状況です。特に女性医師は、妊娠、出産等のライフイベントにより、就労の継続が困難となる場合があることから、子育て中でも女性医師が安心して医療に携わることのできるような環境づくりが強く求められています。

本県の女性医師の推移



〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2) 研修医の確保状況

ア 臨床研修医の状況

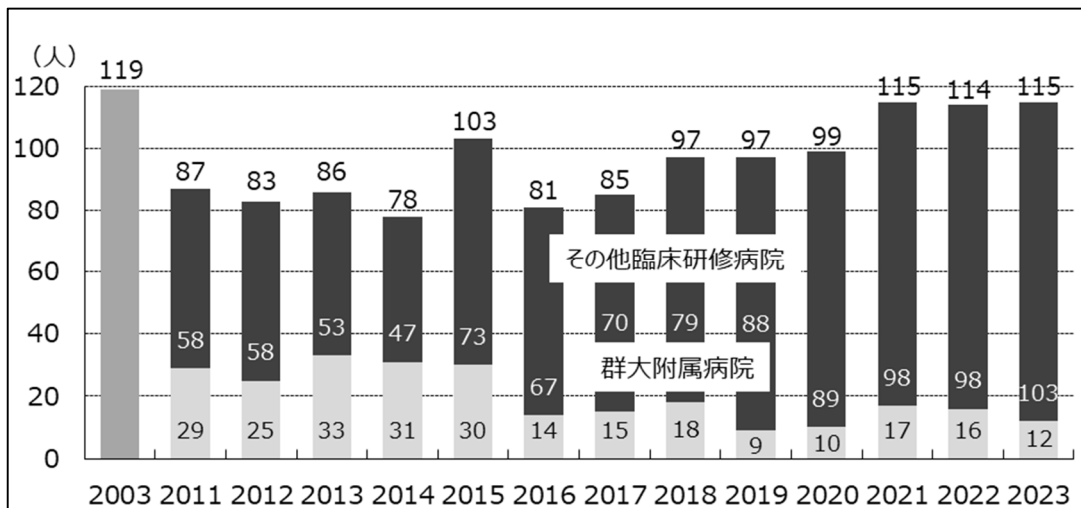
2004（平成16）年度から始まった臨床研修制度では、医師国家試験合格後2年間の臨床研修が必修となり、現在、県内14の基幹型臨床研修病院において、全国から臨床研修医を募集し、協力型臨床研修病院と連携して臨床研修を実施しています。

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

県内の病院で臨床研修を受けてもらうことは、当該医師が県内に定着する可能性が高まることから、医師確保の観点として重要です。特に、群馬大学医学部附属病院においては、**2016（平成28）年以降**、現在に至るまで採用者数が低迷しており、さまざまな取組により魅力を向上し、採用者数の増加につながることを期待されます。

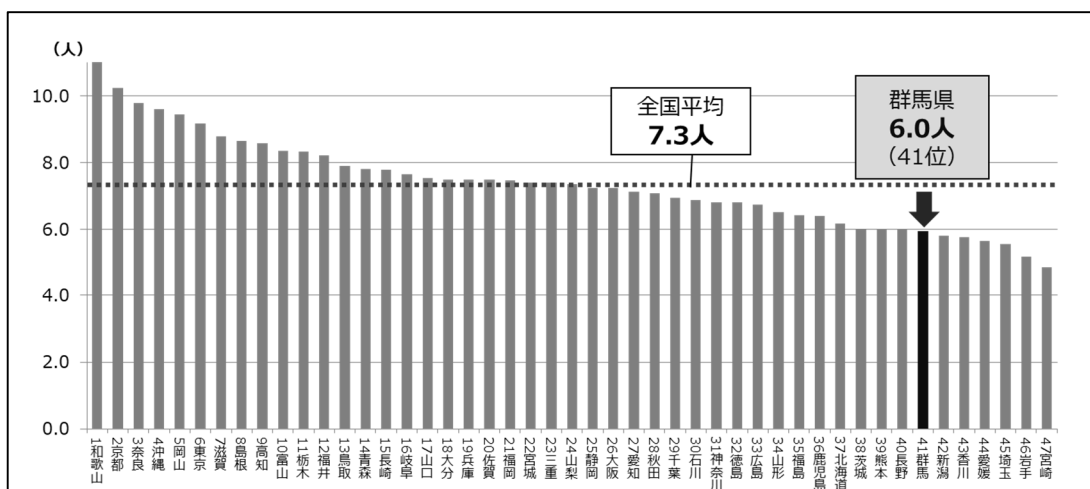
臨床研修医の採用実績の推移（年度別・施設別）

※2003年は臨床研修必修化前



〔資料〕 県医務課調べ

都道府県別の臨床研修医採用者数（人口10万人対）



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

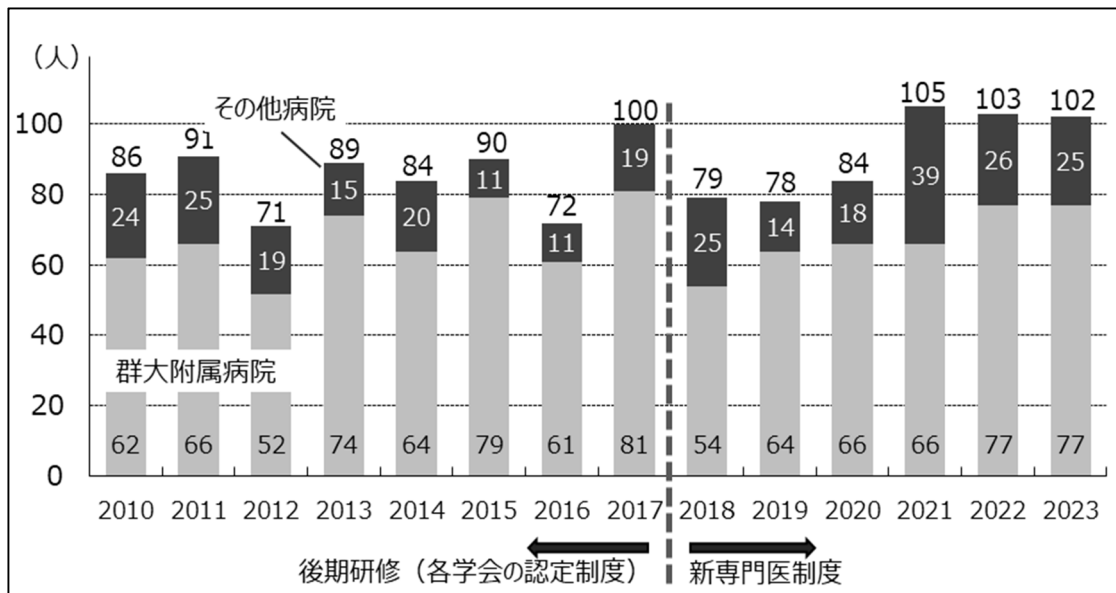


### イ 専攻医の状況

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

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

#### 専攻医（後期研修医）の採用実績の推移（年度別・施設別）



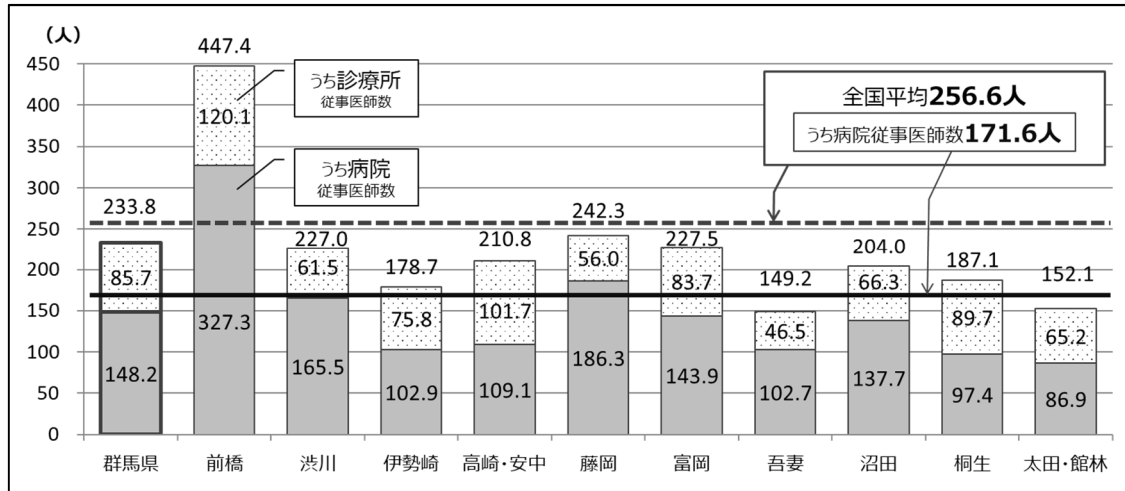
〔資料〕 県医務課調べ

### (3) 地域別の医師確保状況

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和 2）年）」によると、本県の二次保健医療圏別での人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は、前橋保健医療圏で 447.4 人と全国平均（256.6 人）を大きく上回っていますが、その他の 9 保健医療圏では全て全国平均を下回っています。また、そのうち病院に勤務する医師数を見ても、同様に県内で前橋保健医療圏が全国平均を大きく上回る状況となっています。

前橋保健医療圏への医師の集中度は依然として高く、県内の地域間における医師の偏在が課題となっています。地域の中核病院では、医師不足により、一部の診療科で外来診療の縮小や休止、入院患者の受入停止などとなっているところもあります。特に、吾妻や太田・館林保健医療圏等では人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数が少ない状況が続いています。

二次保健医療圏別の医療施設従事医師数（人口10万人対）



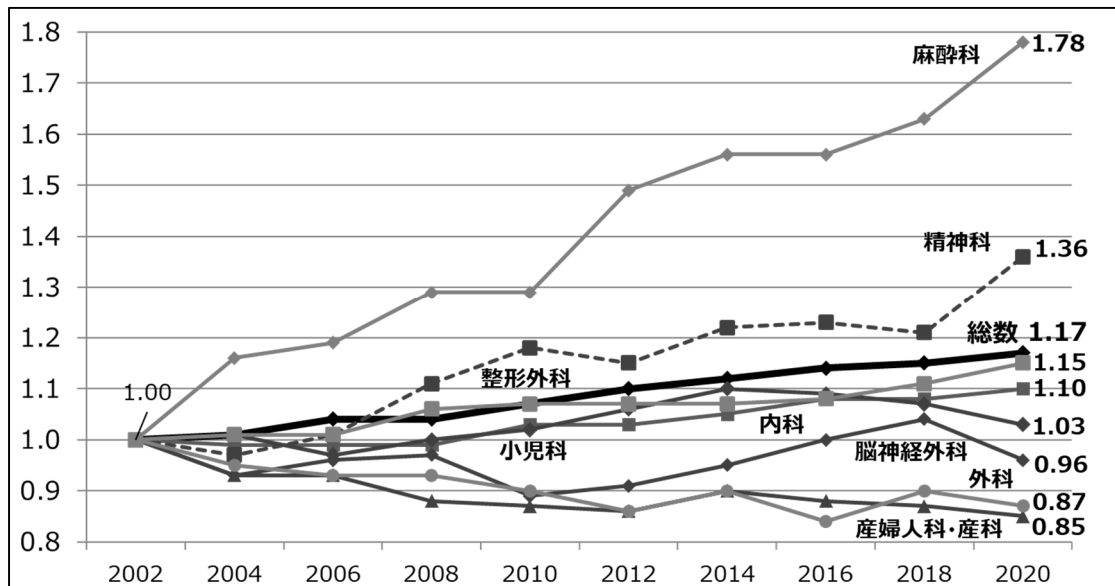
〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）」に基づき県医務課で推計

（4）診療科別の医師確保状況

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

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

県内の主な診療科別の医療施設従事医師数



※2002年における各診療科の医師数を1として算出 〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

## 2 医師偏在指標

### (1) 医師偏在指標の考え方

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

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

### ア 医療ニーズ、人口・人口構成とその変化

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

### イ 患者の流出入

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

#### ① 都道府県間調整

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

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

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

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

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

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

### ② 県内の二次保健医療圏間調整

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

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

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

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

### ウ 地理的条件

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

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

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。なお、主たる従事先と従たる従事先が所在する二次保健医療圏が異なる場合は、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算定します。

※医療施設に従事する医師の労働時間については、「医師の勤務環境把握に関する調査」（2022（R4）.7実施、研究班・厚生労働省医政局医事課）の結果を踏まえ、平均勤務時間と性・年齢階級別の勤務時間の比率を算出しています。

【性・年齢階級別勤務時間比】

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

## オ 医師偏在の種別

### ① 区域

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

### ② 入院・外来

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

### ③ 診療科

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

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

(2) 医師偏在指標の算定

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

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

医療圏	医療施設数		医師数関係		医療需要関係			人口10万対医師数			医師偏在指標		
	病院	一般診療所	医療施設従事医師数	労働時間調整係数	高齢化率(R4.10)	患者流出入調整係数		順位		順位			
						入院	外来	県内	全国	県内	全国		
群馬県	127	1,582	4,558	0.990	31.0%	1.032	1.011	233.8	—	34	219.7	—	37
前橋	20	342	1,442	1.011	31.4%	1.333	1.074	447.4	1	6	340.2	1	22
渋川	10	74	256	0.983	32.8%	1.333	0.943	227.0	4	119	175.8	7	232
伊勢崎	11	170	452	0.984	26.3%	1.105	1.038	178.7	8	226	179.1	6	224
高崎・安中	30	397	911	0.969	30.2%	0.895	1.101	210.8	5	143	210.8	2	125
藤岡	5	47	164	1.000	34.6%	1.333	1.027	242.3	2	92	181.3	5	216
富岡	4	62	161	0.980	38.4%	1.111	0.955	227.5	3	117	181.7	4	213
吾妻	9	43	81	0.971	41.3%	0.778	0.700	149.2	10	290	154.4	9	281
沼田	7	55	167	1.001	37.8%	0.818	0.955	204.0	6	162	206.4	3	138
桐生	12	131	297	0.965	35.2%	0.889	0.997	187.1	7	206	174.5	8	233
太田・館林	19	261	628	0.991	28.1%	1.111	1.044	152.1	9	279	149.7	10	291

※ 医療施設従事医師数は、主たる従事先・従たる従事先の二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先の二次医療圏において0.8人、従たる従事先の二次医療圏において0.2人と換算  
 ※ 労働時間調整係数 =  $\frac{\text{地域の標準化医師数}}{\text{地域の医療機関従事医師数}}$  ※ 患者流出入調整係数 =  $\frac{\text{患者数（患者住所地）} + \text{患者流入数} - \text{患者流出数}}{\text{患者数（患者住所地）}}$   
 ※ 標準化医師数は、性・年齢階層別に平均労働時間の割合を乗じて集計した医師数

ア 三次医療圏（都道府県）

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

イ 二次保健医療圏

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

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

### 3 産科・小児科の医師偏在指標

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

#### (1) 産科における医師偏在指標の設計

##### ア 分娩取扱医師偏在指標の考え方

医師全体の偏在指標と異なる点は、次のとおりです。

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

##### イ 分娩取扱医師偏在指標の算定

アの考え方を踏まえて算定された分娩取扱医師偏在指標は、次のとおりです。

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

医療圏	医師数関係			分娩件数			医師偏在指標		
	分娩取扱 医師数	労働時間 調整係数	診療所従事 医師数割合	年間調整 後件数 (千件)	診療所分 娩件数 割合	2026年分 娩推計件数 (千件)	県内	順位	
									全国
群馬県	125	0.988	37%	13.5	50%	11.4	9.1	—	37
中部	35	1.002	33%	3.5	60%	2.9	10.1	2	100
西部	37	0.967	43%	4.2	38%	3.6	8.5	3	151
北部	33	0.991	28%	2.6	41%	2.1	12.5	1	55
東部	20	1.010	45%	3.2	63%	2.8	6.2	4	229

※ 前橋二次保健医療圏は北部と中部に按分

※ 周産期医療圏は全国で263医療圏

(2) 小児科における医師偏在指標の設計

ア 小児科医師偏在指標の考え方

医師全体の偏在指標とほぼ同じ方法で算定しますが、異なる点は次のとおりです。

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

イ 患者の流出入

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

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

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

ウ 小児科医師偏在指標の算定

ア及びイの考え方等を踏まえて算定された小児科医師偏在指標は、次のとおりです。

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

※ 「主診療科＋従診療科」：主たる診療科か否かを問わず、小児科に従事する医師

医療圏	医師数関係				年少人口 (10万人)	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)		流出入調整係数		2026年推計 年少人口 (10万人)	順位		
	主診療科	主診療科＋ 従診療科				入院	外来		県内	全国	
群馬県	278	446	0.958	43%	2.30	0.998	0.998	2.04	118.0	—	23
中毛	70	101	0.960	44%	0.52	0.857	1.004	0.46	133.5	2	56
西毛	65	94	0.939	63%	0.66	0.748	1.014	0.60	99.9	3	173
北毛	87	135	0.983	24%	0.46	1.842	1.029	0.39	155.2	1	23
東毛	56	116	0.936	48%	0.67	0.630	0.950	0.59	93.2	4	196

※ 前橋二次保健医療圏は北部と中部に分分

※ 小児医療圏は全国で303医療圏



## 第2節 これまでの取組の成果と今後の課題

### 1 医師総数の確保

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」によると、本県において医療施設に従事している医師数は、人口10万人当たり233.8人となり、前計画策定時の225.2人を上回りました。これは、群馬大学医学部地域医療枠の設置や、各種修学資金貸与事業、情報発信の強化などの医師確保対策に取り組んできた成果と考えられます。

一方、全国平均は256.6人となっており、本県は全国34番目で平均を下回っています。また、病院に勤務する医師の割合は63.4%（全国平均66.9%）と、同様に全国平均を下回る状況です。地域医療の充実を図るため、また、県内の地域偏在の解消に取り組むためにも、県全体として医師総数の確保が課題となっています。

特に、年齢別医師数の状況を見ると、新臨床研修制度導入以前の2002（平成14）年と比較して、高年齢層の医師は増加傾向にありますが、25～34歳の若い年齢層の医師数が13%減少しています。近年、臨床研修病院の協力のもと、病院紹介動画の作成・配信や、病院見学等交通費助成など、若手医師の確保に向けて重点的に取り組んでおり、こうした取組により、2021（令和3）年度以降、臨床研修医の採用数は大幅に増加し、明るい兆しが見え始めています。将来の医療提供体制の維持・継承を図るためにも、引き続き、若手医師の確保は大きな課題です。

また、年齢別医師数の状況では、若い年齢層だけではなく、35～44歳の中堅医師も大きく減少しています。医療現場における即戦力として、また、若手医師を育成する指導医として、中核的な役割を担う中堅医師を確保していくことも重要な課題となっています。

### 2 地域偏在、診療科偏在の解消

本県の二次保健医療圏別の人口10万人当たり医療施設従事医師数を見ると、従前から前橋保健医療圏に医師が集中する傾向にあります。そのため、大学や関係団体等と連携して設置しているぐんま地域医療会議における医師適正配置の推進や、医学生修学資金貸与事業での医師少数区域への貸与額増額など、地域偏在解消に向けた取組を強化しています。こうした取組もあり、「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、医師数が最も多い医療圏と最も少ない医療圏の格差は、前計画策定時の3.12倍から3.00倍へと縮小しました。

しかし、依然として、前橋保健医療圏の医師数は447.4人と全国平均（256.6人）を大きく上回り、その他の9保健医療圏では全て全国平均を下回っています。特に、吾妻や太田・館林保健医療圏等では人口10万人当たりの医療施設従事医師数が少ない状況が続いており、引き続き、県内の地域間における医師偏在の解消が課題となっています。

診療科偏在については、2002（平成14）年を基準として、医療施設に従事している医師数の増減を診療科別に見ると、従来から医師不足が指摘されている産婦人科に加えて、外科や脳神経外科についても減少しています。また、増加傾向にあった小児科についても、近年は減少に転じています。一方、麻酔科は大きく増加しており、精神科や整形外科も増加傾向にあるなど、診療科間の医師の偏在は依然として大きな課題です。

県では、医師確保修学研修資金貸与事業により、産婦人科や小児科等の特に医師が不足する診療科に従事する意欲のある研修医に修学資金を貸与し、その選択を後押ししています。また、特に医師不足が懸念されている産婦人科については、県外からの医師派遣に要する経費や、医学生・研修医向けセミナーの開催経費、分娩を取り扱った医師等に対する手当を補助するなど、医師の確保と処遇改善に向けて対策を強化しています。このような取組により、近年、産婦人科をはじめ、小児科、外科などを選択する専攻医が増加傾向にありますが、今後も引き続き、診療科間の偏在解消に向けて一層の取組が必要と考えています。

### 3 働きやすい環境づくりへの対応

2024（令和6）年度から、労働基準法に基づく診療に従事する医師の時間外労働の上限規制が適用され、勤務医の時間外・休日労働時間は原則として年960時間が上限となります。医療機関においては、医師の適切な労務管理と勤務環境改善の重要性がますます高まっています。

また、女性医師の状況を見ると、本県で医療施設に従事する医師に占める女性医師の割合は20.5%と年々増加しており、特に、34歳以下の若手医師では近年30%を超えている状況です。妊娠、出産等のライフイベントによって就労の継続が妨げられることなく、子育て中でも安心して医療に携わることのできる環境づくりが求められています。

本県では、医療勤務環境改善支援センターにおける相談体制の整備や、県医師会が運営する保育サポーターバンクへの支援など、さまざまな対策を講じていますが、地域の医療提供体制を確保しながら、医師の労働時間の短縮や、男女問わず働きやすい環境づくりを推進していくためには、一層の取組が必要となります。

## 第 3 節 医師の確保

### 1 県内における医師少数区域等の設定

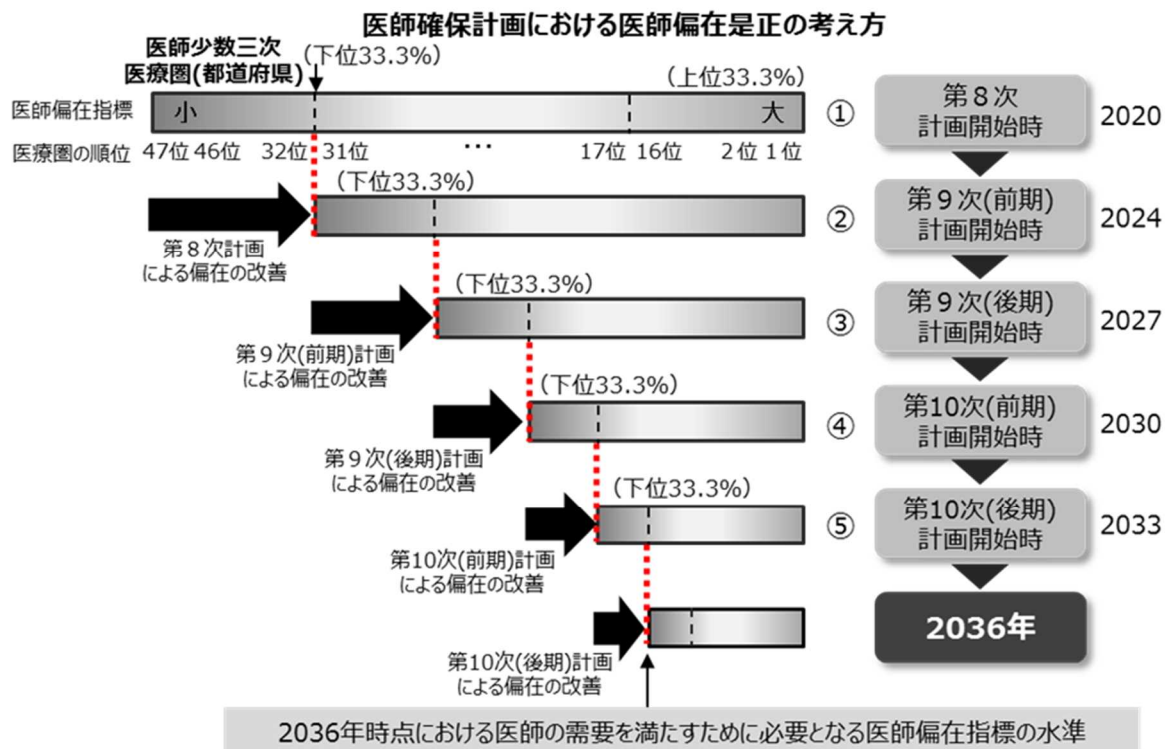
医師偏在指標を用いて、医師偏在の状況に応じた実効的な医師確保対策を進めるため、医療法第 30 条の 4 第 6 項及び第 7 項の規定に基づき、医師少数区域及び医師多数区域を、二次医療圏単位で設定します。これらの区域分類に応じて、重点的に医師確保を図るべき地域を峻別し、具体的な対策を実施します。さらに、これらの区域に加え、厚生労働省において医師少数都道府県及び医師多数都道府県も設定し、都道府県間の医師偏在の是正を目指します。

#### (1) 医師少数区域等の設定の考え方

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

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

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



## (2) 本県の位置づけ

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

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

### (1) 医師多数都道府県

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

### (2) 医師多数でも少数でもない都道府県

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

### (3) 医師少数都道府県

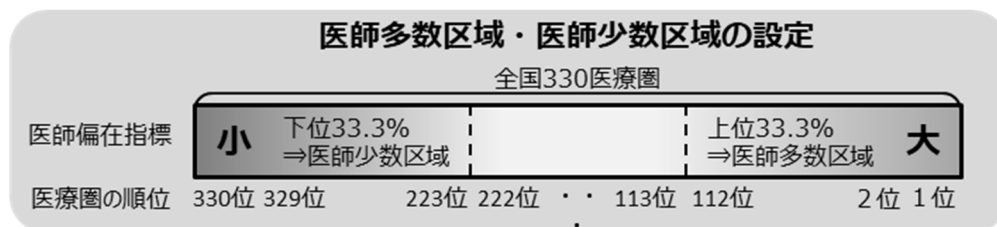
全国順位	都道府県名	医師偏在指標
32	山口県	228.0
33	宮崎県	227.0
34	三重県	225.6
35	岐阜県	221.5
36	長野県	219.9
37	群馬県	219.7
38	千葉県	213.0
39	静岡県	211.8
40	山形県	200.2
41	秋田県	199.4
42	埼玉県	196.8
43	茨城県	193.6
44	福島県	190.5
45	新潟県	184.7
46	青森県	184.3
47	岩手県	182.5

-	全国	255.6
---	----	-------

## (3) 県内における医師多数区域

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

医師多数区域についても、三次医療圏と同様に、全国 330 箇所の二次医療圏のうち、医師偏在指標が上位 33.3%にあたる 112 箇所を位置付けることとされました。これによると、県内では前橋保健医療圏のみが該当することから、当該保健医療圏を医師多数区域として定めることとします。



### 県内の医師多数区域

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

#### (4) 県内における医師少数区域の設定

##### ア 設定基準に該当する二次保健医療圏

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

医師少数区域の設定基準は、三次医療圏と同様、全国330箇所<sup>1</sup>の二次医療圏のうち、医師偏在指標が下位33.3%にあたる全国順位223位以下の108箇所<sup>2</sup>とされ、そのうち現実的に重点的な医師確保対策を行うことが適切な二次医療圏について、都道府県が「医師少数区域」として定めます。

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

##### 県内で医師少数区域の基準に該当する二次保健医療圏

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

##### イ 医師少数区域の設定

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

###### ① 伊勢崎保健医療圏

- 圏域の人口は、高齢化率や今後見込まれる人口減少率が県内で最も低くなっています。入院に関しては、前橋保健医療圏への患者流出が見られる一方、太田・館林保健医療圏等からの流入が見られます。また、外来についても、太田・館林保健医療圏のほか、埼玉県北部からの患者流入が認められます。
- 今後の高齢化に比例して、入院需要の増加が見込まれており、引き続き、伊勢崎市民病院を中心とした当該圏域内の医療機関が連携して対応する必要があります。
- 在宅医療等の医療需要の推計を見ると、県内で最も高い増加率を示しており、地域の実情に応じた、医療・介護サービスを提供するためにも、医療人材の確保が求められています。



② 渋川保健医療圏

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

③ 桐生保健医療圏

- 特に桐生市において今後の人口減少が見込まれています。前橋、伊勢崎、太田・館林保健医療圏や県外との間で一定量の患者流出が見られ、全体では流出傾向にあります。高年齢率は比較的高く、今後も多くの医療需要が見込まれます。
- 桐生厚生総合病院を中心に当該医療圏内の医療機関が連携して、主に圏域内の患者に対応していますが、医師の労働時間調整係数は県内で最も低く、医師の高齢化が進んでいると考えられます。今後見込まれる医療需要の増加に対応するためにも、医師の確保が求められています。

④ 吾妻保健医療圏

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

⑤ 太田・館林保健医療圏

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

### (5) 県内における医師少数スポットの設定

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

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

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

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

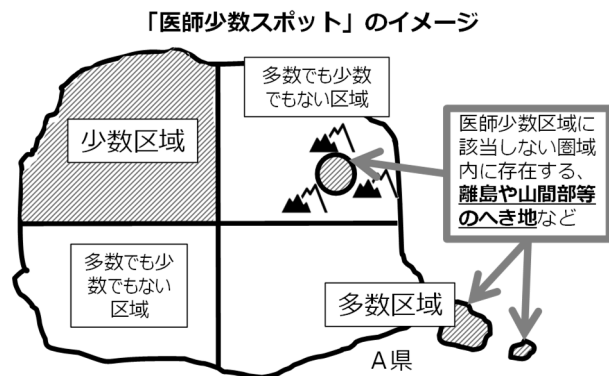
- ① 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（2021（令和3）年法律第19号）に規定する過疎地域又は特定市町村で、他の医療機関へのアクセスが制限されていること
- ② へき地診療所が存在する地域又は無医地区で現に政策医療を提供しており、今後も継続して医療の提供が必要となる地域であること

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

- 多野郡上野村、神流町
- 利根郡みなかみ町（旧新治村）

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

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



県内における無医地区又はへき地診療所の状況

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

※色塗りの地域が本県における医師少数スポット

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





## 2 医師確保の方針及び確保すべき医師の数の目標

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

### (1) 群馬県

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

#### ア 医師確保の方針

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

※ 第3節 3(2)ア② 厚生労働省 将来時点（2036年時点）における不足医師数等より

#### イ 確保を目指す医師数

##### ① 厚生労働省による目標医師数の考え方

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

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

## 第8章 医師確保計画

今回、国から提示された「全国下位 33.3%の医師偏在指標に達するために必要な医師数」は次表のとおりであり、本県については 4,491 人と、「医師少数県」と位置づけられながら、現状の標準化医師数 4,512 人を下回る結果となりました。

よって、医師確保計画ガイドライン等によれば、本県の「目標医師数」は、現在の医師数合計 4,512 人、つまり現状を維持することがこの3年間の目標となります。

### 厚生労働省から提示された「目標医師数」

圏域名	医師偏在指標	順位	分類	医療施設従事医師数※1 (2020年)(人)	標準化医師数※2 (2022年)(人)	国目標医師数※3 (人)
群馬県	219.7	37	医師少数県	4,558	4,512	4,491
前橋	340.2	22	医師多数区域	1,442	1,458	(767)
高崎・安中	210.8	125		911	882	(729)
沼田	206.4	138		167	167	(128)
富岡	181.7	213		161	158	(145)
藤岡	181.3	216		164	164	(150)
伊勢崎	179.1	224		452	445	436
渋川	175.8	232		256	252	241
桐生	174.5	233	医師少数区域	297	286	267
吾妻	154.4	281		81	78	80
太田・館林	149.7	291		628	622	718

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

※2 標準化医師数：性・年齢階級別に平均労働時間の割合を乗じて調整した医師数

※3 全国下位33.3%の医師偏在指標に達するため必要な医師数を国が機械的に算出（標準化医師数ベースを補正）  
なお、医師少数区域以外の二次保健医療圏は下位33.3%より上位にあることから、参考値として括弧書きで示す

### ② 本県における確保を目指す医師数に係る基本的な考え方

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

そこで、本県としては、国から提示された「目標医師数」はあくまでも「最低限確保すべき医師の数の目標」として、県民の安全・安心な暮らしの実現に必要な医療提供体制を早急に構築するため、医師確保計画ガイドラインの趣旨を踏まえつつも、各二次保健医療圏で**全国中央値**（医師偏在指標において上位 50%、**330** 二次医療圏中**165** 位）に達するための医師数及びその県内合計値を基本として「確保を目指す医師数」を定めます。

具体的には、厚生労働省が参考に提示する「医師偏在指標の全国平均値（255.6）に達する医師数」と各二次保健医療圏の現状の医師数との比率を用いて、全国中央値に達するための医師数を算出します。その計算結果は次表のとおりとなります。

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

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

**本県において確保を目指す医師数**

単位：人

圏域名	人口 (2022.10) (万人)	分類	医療施設従事医師数(2020年)	標準化医師数 ①	国目標医師数 ※ 1	全国中央値に 達するための 医師数 ※ 2 ②	確保を目指す 医師数 ※ 3 ①と②の大きい方
群馬県	191.3	医師少数県	4,558	4,512	4,491	-	<b>4,861</b> (+349)
前橋	32.9	医師多数区域	1,442	1,458	(767)	(857)	<b>(1,458)</b>
高崎・安中	42.4		911	882	(729)	(876)	<b>(882)</b>
沼田	7.5		167	167	(128)	(164)	<b>(167)</b>
富岡	6.6		161	158	(145)	172	<b>(172)</b> (+14)
藤岡	6.5		164	164	(150)	176	<b>(176)</b> (+12)
伊勢崎	24.7		452	445	436	496	<b>496</b> (+51)
渋川	10.9		256	252	241	281	<b>281</b> (+29)
桐生	15.2	医師少数区域	297	286	267	322	<b>322</b> (+36)
吾妻	5.0		81	78	80	96	<b>96</b> (+18)
太田・館林	39.8		628	622	718	811	<b>811</b> (+189)

- ※ 1 国目標医師数：医師少数区域以外の二次保健医療圏は参考値として括弧書き。  
なお、国から提示された県全体の4,491人が現医師数より少ないため、現医師数4,512人が国目標医師数とされる。
- ※ 2 全国中央値に達するための医師数：330二次医療圏に係る医師偏在指標の中央値（165位、198.7）に達する医師数中央値より指標が上位にある前橋、高崎・安中、沼田保健医療圏は参考値として括弧書き。
- ※ 3 確保を目指す医師数：「全国中央値に達するための医師数」又は「標準化医師数」のいずれか大きい値とし、医師少数区域以外は参考値として括弧書き。

**(2) 二次保健医療圏**

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

**ア 二次医療圏における医師確保の方針の考え方**

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

医師多数区域	医師多数区域でも 医師少数区域でもない区域	医師少数区域
<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の二次医療圏からの医師確保は行わない</li> <li>・医師少数区域への医師派遣が求められる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師少数区域以外の二次医療圏からの医師確保が可能</li> </ul>

**イ 県内二次保健医療圏における確保を目指す医師数の考え方**

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

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

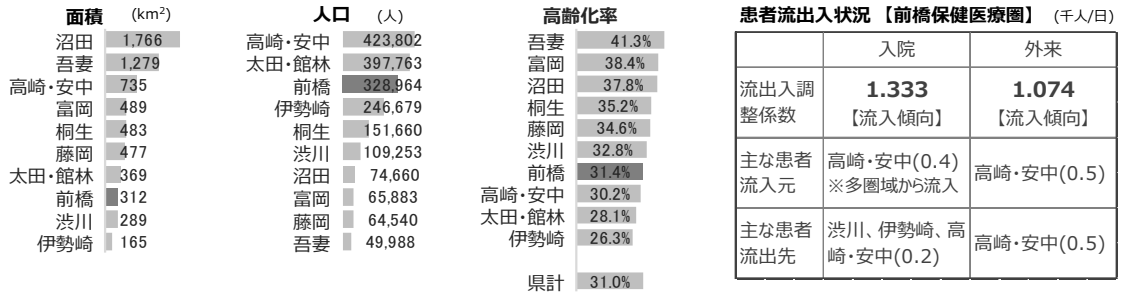
併せて、参考として、厚生労働省から提示された「目標医師数」を「最低限確保すべき医師の数の目標」として示します。

① 前橋保健医療圏

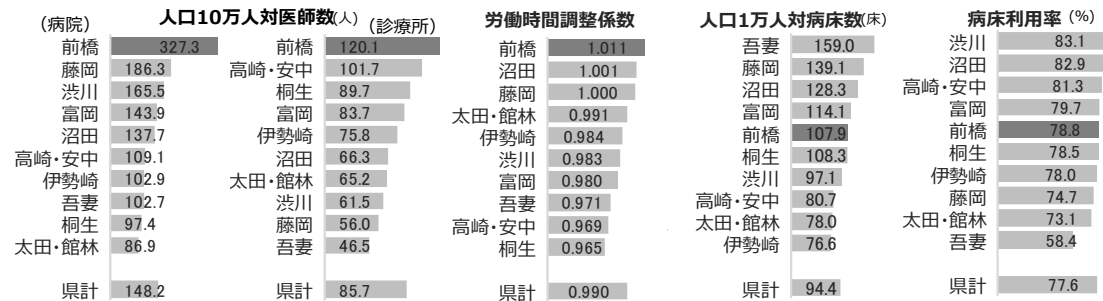
(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等



■ 医療資源



(イ) 医師確保の方針

※ 第3節3(2)ア② 厚生労働省 将来時点(2036年時点)における不足医師数等より(以降の二次保健医療圏においても同様)

<p>【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※</p>	<p>【医師少数スポット】 なし</p>
--	--------------------------

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

(ウ) 確保を目指す医師数

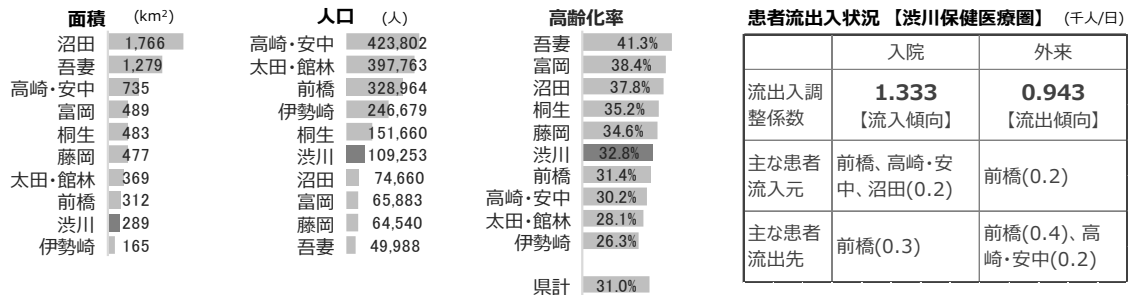
医療施設従事医師数(2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
1,442 人	1,458 人	( 767 人 )	( 1,458 人 )
		(参考値)	(参考値)

② 渋川保健医療圏

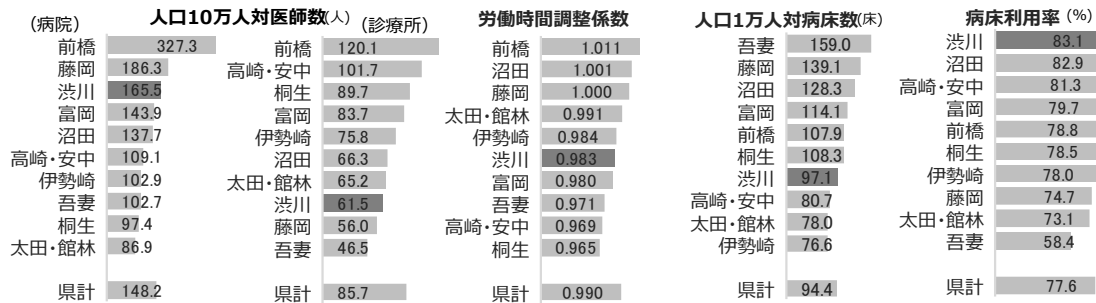
(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等



■ 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 局所的に医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ④ 将来的にも医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

(ウ) 確保を目指す医師数

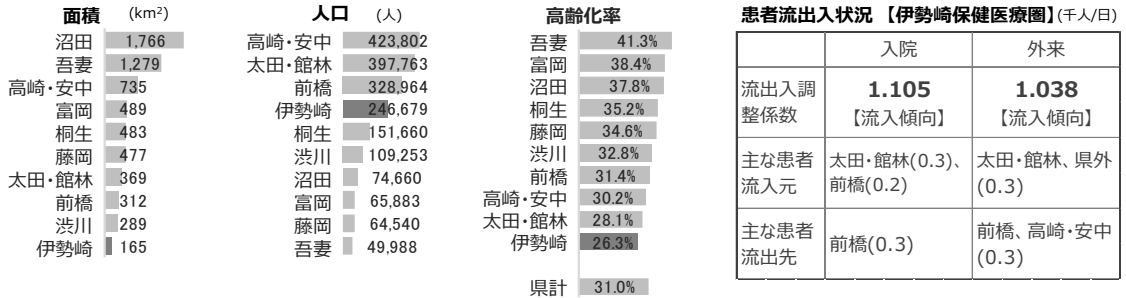
医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
256 人	252 人	241 人	281 人

③ 伊勢崎保健医療圏

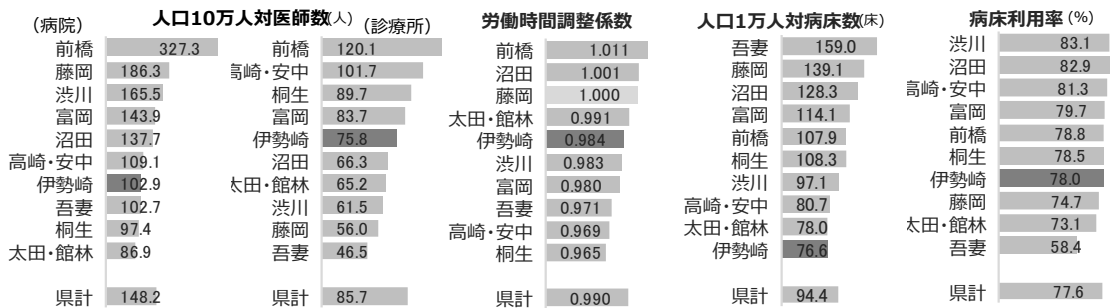
(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等



■ 医療資源



(イ) 医師確保の方針

【現在時点】医師少数区域

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】

(対象外)

- ① 一定量の患者流入に対応するため、医師数の増加を図ることを基本とし、他都道府県及び県内の医師少数区域以外の二次医療圏から医師確保を行います。
- ② 局所的に医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的にも医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果も期待されます。

(ウ) 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
452 人	445 人	436 人	496 人

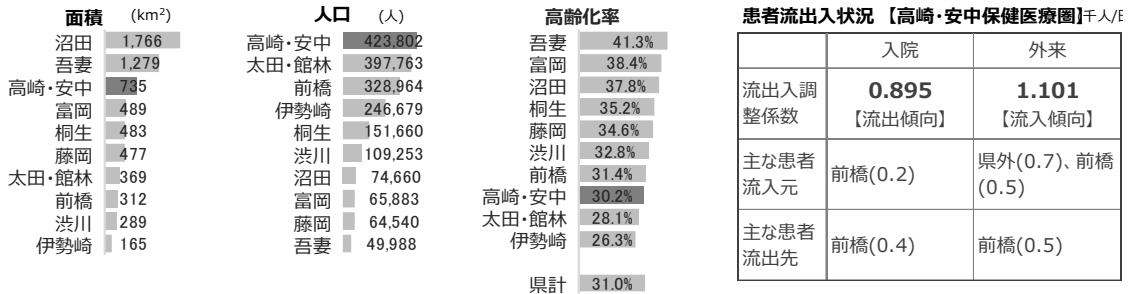


④ 高崎・安中保健医療圏

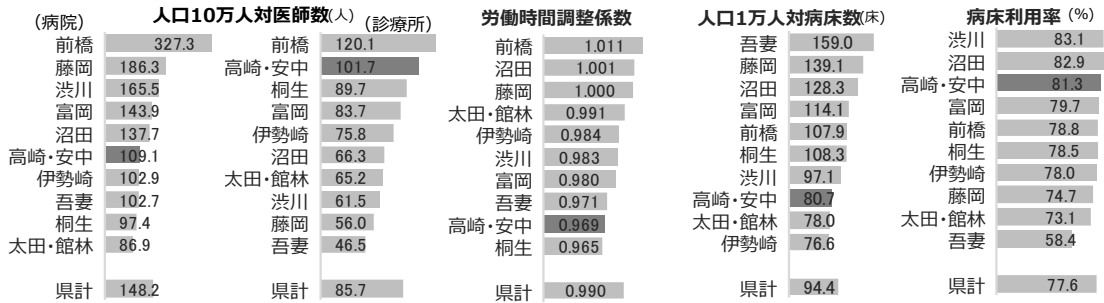
(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等



■ 医療資源



(イ) 医師確保の方針

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

【医師少数スポット】なし

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

(ウ) 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
911 人	882 人	( 729 人 ) (参考値)	( 882 人 ) (参考値)

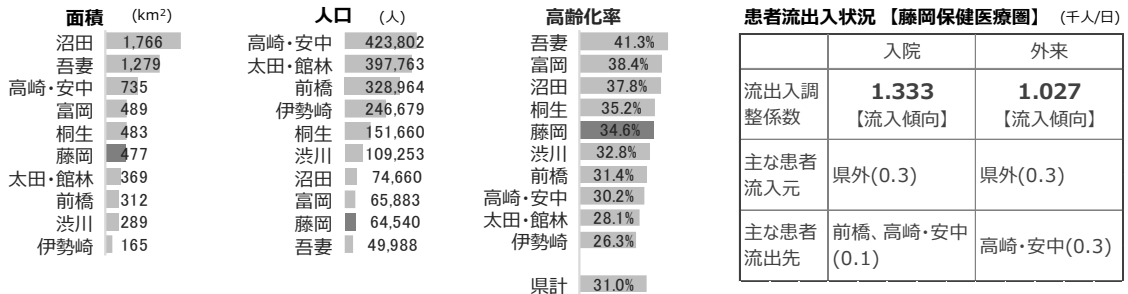


⑤ 藤岡保健医療圏

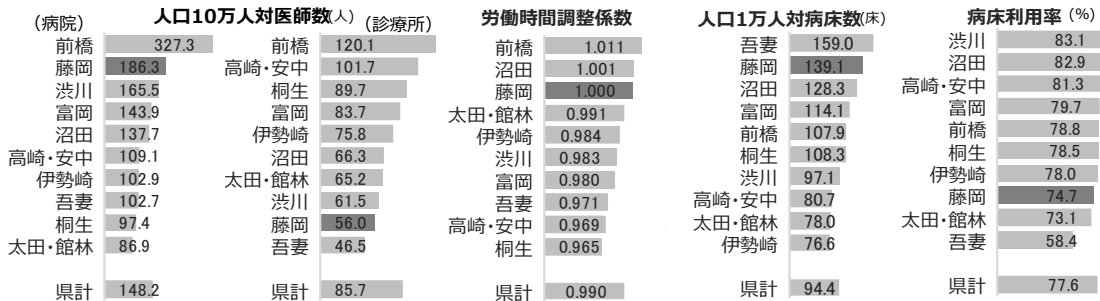
(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等



■ 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】  
 多野郡上野村、神流町

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

③ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

(ウ) 確保を目指す医師数

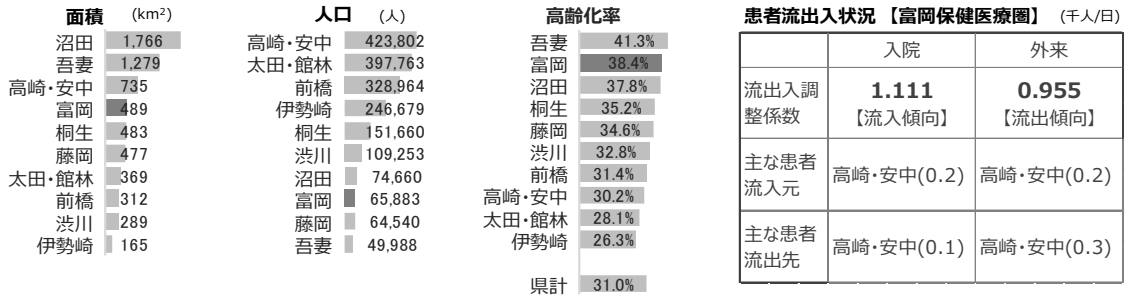
医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
164 人	164 人	( 150 人 ) (参考値)	( 176 人 ) (参考値)

⑥ 富岡保健医療圏

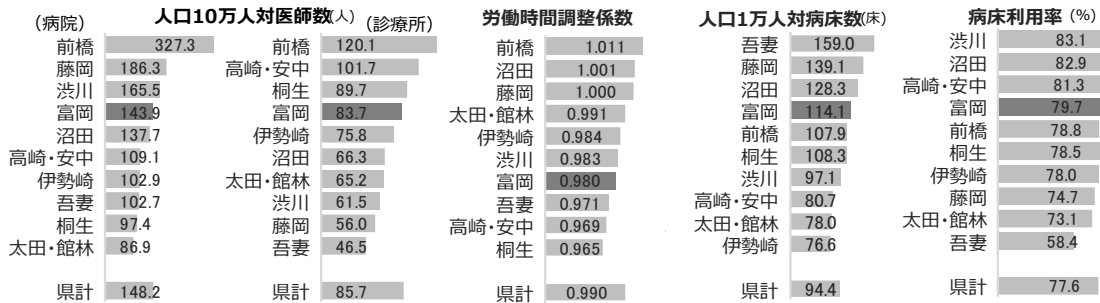
(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等



■ 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 ヘキ地等の医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した往診、訪問診療等の在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的には医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

(ウ) 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
161 人	158 人	( 145 人 )	( 172 人 )
		(参考値)	(参考値)

⑦ 吾妻保健医療圏

(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等

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

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

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

患者流出入状況【吾妻保健医療圏】(千人/日)

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

■ 医療資源

(病院)	
前橋	327.3
藤岡	186.3
渋川	165.5
富岡	143.9
沼田	137.7
高崎・安中	109.1
伊勢崎	102.9
吾妻	102.7
桐生	97.4
太田・館林	86.9
県計	148.2

人口10万人対医師数(人) (診療所)	
前橋	120.1
高崎・安中	101.7
桐生	89.7
富岡	83.7
伊勢崎	75.8
沼田	66.3
太田・館林	65.2
渋川	61.5
藤岡	56.0
吾妻	46.5
県計	85.7

労働時間調整係数	
前橋	1.011
沼田	1.001
藤岡	1.000
太田・館林	0.991
伊勢崎	0.984
渋川	0.983
富岡	0.980
吾妻	0.971
高崎・安中	0.969
桐生	0.965
県計	0.990

人口1万人対病床数(床)	
吾妻	159.0
藤岡	139.1
沼田	128.3
富岡	114.1
前橋	107.9
桐生	108.3
渋川	97.1
高崎・安中	80.7
太田・館林	78.0
伊勢崎	76.6
県計	94.4

病床利用率(%)	
渋川	83.1
沼田	82.9
高崎・安中	81.3
富岡	79.7
前橋	78.8
桐生	78.5
伊勢崎	78.0
藤岡	74.7
太田・館林	73.1
吾妻	58.4
県計	77.6

(イ) 医師確保の方針

【現在時点】医師少数区域

【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 将来的にも医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

(ウ) 確保を目指す医師数

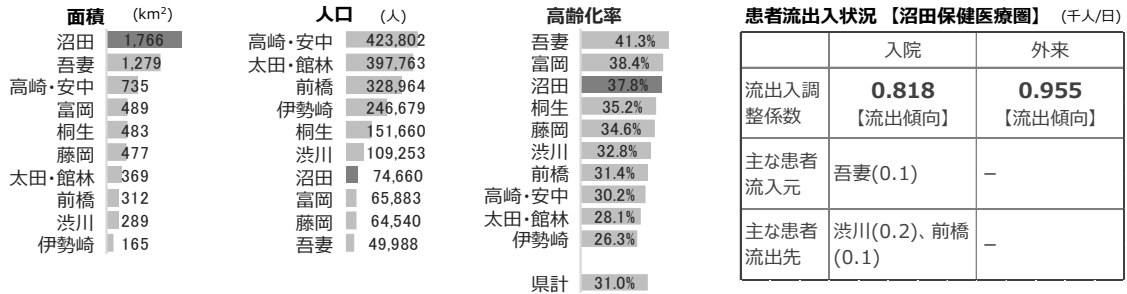
医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
81 人	78 人	80 人	96 人

⑧ 沼田保健医療圏

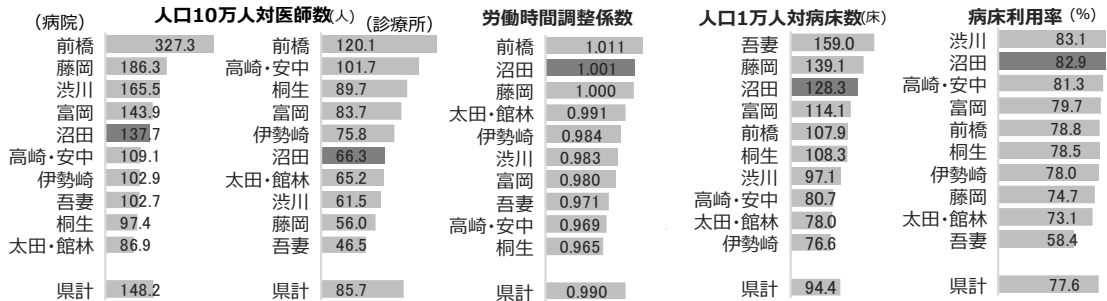
(ア) 医療圏の特徴

従来、患者流出入が少なく圏内完結率が高い区域とされてきましたが、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	【医師少数スポット】
【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み	みなかみ町(旧新治村)

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

(ウ) 確保を目指す医師数

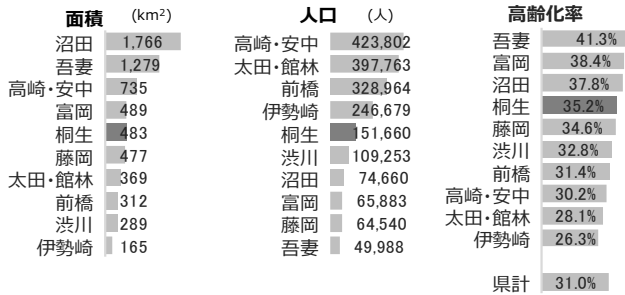
医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
167 人	167 人	( 128 人 ) (参考値)	( 167 人 ) (参考値)

⑨ 桐生保健医療圏

(ア) 医療圏の特徴

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

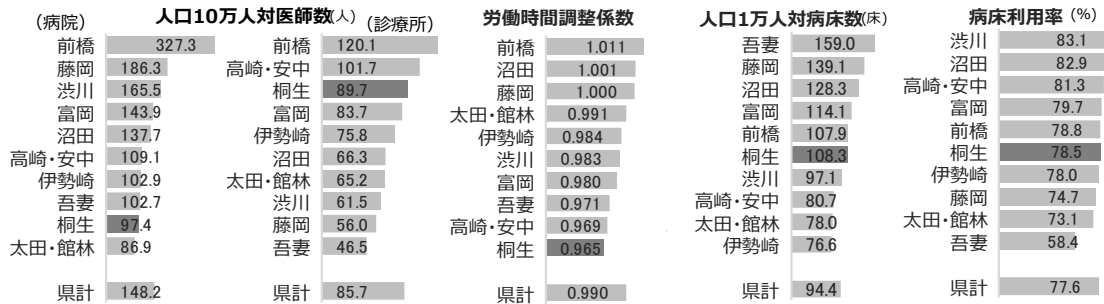
■ 医療需要等



患者流出入状況【桐生保健医療圏】 (千人/日)

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

■ 医療資源



(イ) 医師確保の方針

【現在時点】医師少数区域

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】

(対象外)

- ① 圏域内の医療需要に十分対応するため、医師数の増加を図ることを基本とし、他都道府県及び県内の医師少数区域以外の二次医療圏から医師確保を行います。
- ② 局所的に医療資源が十分でない区域については、それぞれの実情に配慮した在宅医療や介護サービスの提供体制等と併せて対応を図ります。
- ③ 将来的にも医師不足が見込まれることから、地域枠等の長期的な施策の効果が期待されます。

(ウ) 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
297 人	286 人	267 人	322 人

⑩ 太田・館林保健医療圏

(ア) 医療圏の特徴

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

■ 医療需要等

面積 (km<sup>2</sup>)

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

人口 (人)

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

高齢化率

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

患者流出入状況【太田・館林保健医療圏】(千人/日)

	入院	外来
流出入調整係数	1.111 【流入傾向】	1.044 【流入傾向】
主な患者流入元	県外(0.9)	県外(1.1)
主な患者流出先	伊勢崎(0.3)、県外(0.2)	県外(0.4)、伊勢崎(0.3)

■ 医療資源

人口10万人対医師数 (人) (診療所)

(病院)	人口10万人対医師数 (人)	(診療所)	人口10万人対医師数 (人)
前橋	327.3	前橋	120.1
藤岡	186.3	高崎・安中	101.7
渋川	165.5	桐生	89.7
富岡	143.9	富岡	83.7
沼田	137.7	伊勢崎	75.8
高崎・安中	109.1	沼田	66.3
伊勢崎	102.9	太田・館林	65.2
吾妻	102.7	渋川	61.5
桐生	97.4	藤岡	56.0
太田・館林	86.9	吾妻	46.5
県計	148.2	県計	85.7

労働時間調整係数

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

人口1万人対病床数 (床)

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

病床利用率 (%)

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

(イ) 医師確保の方針

【現在時点】医師少数区域

【将来時点】医師の供給が需要を下回る(不足)見込み

【医師少数スポット】

(対象外)

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

(ウ) 確保を目指す医師数

医療施設従事医師数 (2020年)	標準化医師数	国目標医師数	確保を目指す医師数
628 人	622 人	718 人	811 人

### 3 確保すべき医師の数の目標を達成するための施策

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

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

#### (1) 短期的な施策

##### ア 医師総数の確保

##### ① 若手医師の確保

##### (ア) 地域医療枠

本県では、群馬県における地域医療のリーダーを養成・確保するため、2009（平成21）年度から群馬大学医学部医学科の入学試験枠に「地域医療枠」を設けており、地域医療枠の学生に対して入学から卒業までの修学資金を貸与し、卒業後、医師として一定期間（貸与期間の3分の5倍の期間（従事必要期間））、県内の特定病院に勤務することで、修学資金の返還を免除することとしています。さらに、2018（平成30）年度入学生以降の「地域医療枠」については、「従事必要期間において群馬県地域医療支援センターが作成するキャリア形成プログラム『ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス』（下記参照）に参加すること」、「臨床研修修了後に県知事が指定する医師不足地域の医療機関や特に不足する診療科に一定期間（必要従事期間の4割以上の期間、へき地医療に従事する場合は、3割以上の期間）勤務すること」を貸与修学資金の返還免除要件に加えました。

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

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

#### 【キャリア形成プログラム『ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス』とは】

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

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

### (イ) 医学生修学資金貸与事業

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

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

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

### (ウ) 医師確保修学研修資金貸与事業

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

また、診療科ごとの医師数の状況に応じて、貸与の対象とする診療科の見直しを行い、診療科偏在の解消を図ります。

### (エ) 県外医学生病院見学等助成事業

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

### (オ) 研修体制の充実

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

県内全ての基幹型臨床研修病院と群馬大学医学部附属病院、県医師会、県により構成する「ぐんまレジデントサポート協議会」では、臨床研修医向け合同研修会、レジデントグランプリ等を実施し県内の臨床研修体制の充実を図るとともに、臨床研修病院の紹介動画の作成・配信や、民間主催の臨床研修病院合同ガイダンスへの出展などにより、研修医の確保に努めます。



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

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

加えて、専門医制度に関して、地域医療対策協議会による検証を行い、日本専門医機構へ意見を提出することにより、より地域医療に配慮した研修体制が確保できるよう、制度の改善を促すとともに、2020（令和 2）年度採用から設けられた「連携（地域研修）プログラム」において、シーリング対象県と本県の医療機関が連携できるよう支援します。

### **(カ) 臨床研修病院の指定・定員設定**

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

また、臨床研修病院の指定を目指す県内病院を支援し、基幹型臨床研修病院の増加を図ります。

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

## **② 中堅医師・指導医の確保**

### **(ア) 中堅医師の移住促進**

医療現場における即戦力であり、若手医師を育成する指導医でもある中堅医師を県外から呼び込むため、移住を促進する動画の配信など、医療を含めた本県の魅力を情報発信するほか、県外から移住した医師に対する経済的支援を含めたインセンティブの設定等について検討します。

### **(イ) 指導医の育成**

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

また、県外の高度な医療や最先端の医療を学び、その成果を本県医療の発展や後進の育成につなげるため、国内留学や海外留学を行う医師に対する支援を検討します。

### **(ウ) ドクターバンク**

本県では、2007（平成 19）年度から「群馬県ドクターバンク」を設置し、医師の県内誘導・定着を図ってきました。WEB 広告の掲載の他、周知・広報を強化し、

医師の県内就業への支援、紹介、あっせん、医療機関からの求人情報の提供等に一層取り組んでいきます。さらに、**県内に在住する医師の就業支援に加え**、県外からの医師の呼び込みも強化するため、医師と医療機関を仲介する体制の充実を図ります。

### (工) 寄附講座の検討

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

## イ 地域偏在の解消

### ① ぐんま地域医療会議による大学等と連携した適正配置の推進

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

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

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

### ② キャリア形成プログラムに基づく派遣調整

2018（平成30）年度入学生以降の「地域医療枠」については、貸与修学資金の返還免除要件として、「従事必要期間においてキャリア形成プログラムに参加すること」、「臨床研修修了後に県知事が指定する医師不足地域の医療機関や特に不足する診療科に一定期間（必要従事期間の4割以上の期間、へき地医療に従事する場合は、3割以上の期間）勤務すること」を追加したことから、派遣される医師の希望に応じた能力開発・向上の機会の確保に配慮しつつ、医師少数区域への勤務に資する内容となるよう、地域医療対策協議会で協議し、キャリア形成プログラムの更なる見直しを検討します。

また、地域医療枠医師に適用するキャリア形成プログラムは、地域の医療機関と県内中核病院とのローテーションを経験することで、医師の専門性を高めながら、バランス良く地域医療に貢献できるものであることから、地域医療枠以外の学生についても、キャリア形成プログラムへの任意での参加を促していきます。

**③ キャリア形成卒前支援プランの提供**

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

**④ キャリアコーディネーターの配置**

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

**⑤ 医学生修学資金貸与事業**

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

**⑥ へき地における確保等**

へき地の実情に応じ、自治医科大学卒業医師の派遣を効果的に行うとともに、地域の医療ニーズに合わせたへき地医療拠点病院による巡回診療を支援します。

**⑦ 医師多数都道府県への派遣要請**

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

**ウ 診療科偏在の解消****① 医師確保修学研修資金貸与事業**

産婦人科や小児科等、県内の病院等において特に充実する必要のある診療科については、引き続き、研修医を対象に「医師確保修学研修資金」を貸与し、当該診療科の医師として一定期間（貸与期間の2分の3倍の期間）、県内の公的病院等に勤務することを要件に修学研修資金の返還を免除することで、不足する診療科の医師確保に取り組みます。なお、貸与の対象とする診療科については、診療科ごとの医師数の状況に応じて、適宜、見直しを行います。

② **キャリア形成プログラムに基づく誘導**

2018（平成30）年度入学生以降の「地域医療枠」については、貸与修学資金の返還免除要件として、「従事必要期間においてキャリア形成プログラムに参加すること」、「臨床研修修了後に県知事が指定する医師不足地域の医療機関や特に不足する診療科に一定期間（必要従事期間の4割以上の期間、へき地医療に従事する場合は、3割以上の期間）勤務すること」を追加したことから、派遣される医師の希望に応じた能力開発・向上の機会の確保に配慮しつつ、特に不足する診療科への勤務に資する内容となるよう、地域医療対策協議会で協議し、キャリア形成プログラムの更なる見直しを検討します。

**エ 医師の勤務環境改善に向けた支援**

① **医師の勤務環境改善の取組**

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

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

さらに、へき地医療に関しては、へき地医療拠点病院が実施するへき地診療所への代診医派遣に対し、引き続き支援するとともに、地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、遠隔医療に関する補助金や好事例の紹介等による支援を行います。

② **子育て医師の離職防止支援**

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

また、院内保育施設の運営費や施設整備費について、引き続き補助します。

**オ その他の施策**

① **ドクターズカムホームプロジェクト（DCHP）の推進**

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

② **地域医療支援センター**

本県では、地域医療に従事する若手医師のキャリア形成支援と、それと一体となった医師不足病院の医師確保の支援を行うことにより、医師の県内定着や医師偏在の解

消を図ることを目的に、2013（平成25）年10月に「群馬県地域医療支援センター」を設置しました。

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

### ③ 情報発信の強化

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

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

(2) 長期的な施策

ア 必要医師数と年間不足養成数

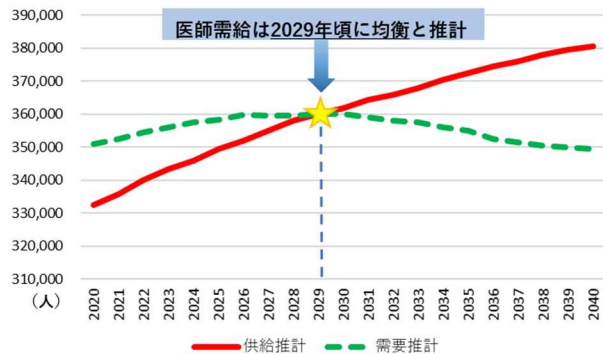
① 必要医師数と医師需給推計

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

具体的には、将来時点（2036（令和18）年）において全国医師数が全国の医師需要（平均値）に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、将来時点の医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数として算出します。

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

医師需給推計と必要医師数のイメージ

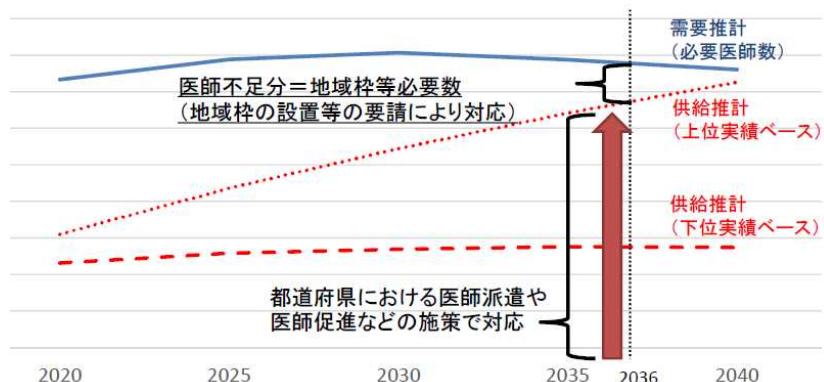


② 年間不足養成数

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

具体的には、過去の医師の増減実績に基づき、今後の定着促進策等の施策の効果について幅を持たせた医師供給推計を厚生労働省で行います。それを踏まえ、各二次医療圏で2036（令和18）年時点の医師供給推計（上位実績ベース）が需要推計を下回る場合に、これらの医療圏の医師不足数の合計数を確保するために必要な年間不足養成数（各都道府県における地域枠等の必要数の上限）を、同省において算出しています。

地域枠等必要数（年間不足養成数）のイメージ



厚生労働省が算出した将来時点（2036（令和18）年時点）における不足医師数等によると、前橋保健医療圏以外の県内二次保健医療圏では、将来時点において医師不足が見込まれ、地域枠等の追加的な対策が求められることとなります。

将来時点（2036年時点）における不足医師数等（厚生労働省）

二次保健医療圏	医師供給推計 - 必要医師数		年間不足養成数（※）
	（正）	（負）	
合計	591	▲ 943	▲ 91
前橋	591		
渋川		▲ 64	
伊勢崎		▲ 201	
高崎・安中		▲ 130	
藤岡		▲ 31	
富岡		▲ 36	
吾妻		▲ 26	
沼田		▲ 7	
桐生		▲ 39	
太田・館林		▲ 408	

イ 地域枠及び地元出身者枠の考え方

※2023年度までの臨時定員の効果を見込んだもの

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

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

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

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

さらに、2025（令和7）年度以降の医学部臨時定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、改めて検討を行うこととなります。



このため、2024（令和6）年度に現在認可されている全ての臨時定員増が期限を迎えることとなります。

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

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

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

### ウ 群馬県における対応

#### ① 地域枠等の設置

本県では、2009（平成21）年度に、群馬大学医学部に地域医療枠を設置して以降、2023年（令和5）年3月卒業生までで133人の地域医療枠卒業医師が県内医療機関等で活躍しており、2023（令和5）年度入学者が医師として勤務を始める2024（令和11）年度までには、約250人の医師が確保できる見通しです。

地域医療枠は、医師確保及び地域偏在解消の有効な施策の1つであることから、2025（令和7）年度以降についても、現行人数又はそれを上回る増員ができるよう、群馬大学と連携しながら検討していきます。また、安定した医師確保を行うため、他県に所在する大学への地域枠の設置についても積極的に検討します。

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

#### ② 高校生対策

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

また、群馬大学の医学生や大学院生を高等学校等に派遣し、本県の地域医療に携わる魅力ややりがいなどについて発信することにより、医師という職業や医療に対する関心を高めるとともに、意欲の向上を図ります。

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

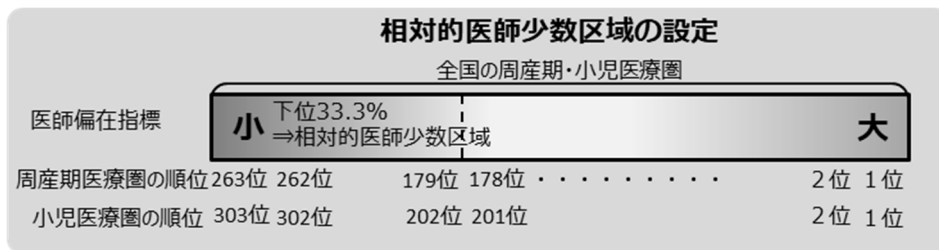
## 4 産科・小児科における医師偏在対策

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

### (1) 産科・小児科における医師偏在対策の考え方

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

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



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

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

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

### (2) 相対的医師少数県／区域

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

ア 産科

① 群馬県（三次医療圏）

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

産科における医師偏在指標（三次医療圏（都道府県）単位）

① 相対的医師少数県以外の都道府県

全国順位	都道府県名	分娩取扱医師 偏在指標
1	東京都	14.3
2	京都府	13.9
3	鳥取県	13.5
4	秋田県	12.8
5	福井県	12.7
6	奈良県	12.5
7	徳島県	12.4
8	山梨県	12.2
9	大阪府	11.8
10	沖縄県	11.6
11	島根県	11.5
12	福岡県	11.0
13	神奈川県	10.9
14	富山県	10.8
15	三重県	10.8
16	石川県	10.8
-	全国	10.5

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

② 相対的医師少数県

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

② 二. 五次保健医療圏（周産期医療圏）

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

産科における医師偏在指標（周産期医療圏単位）

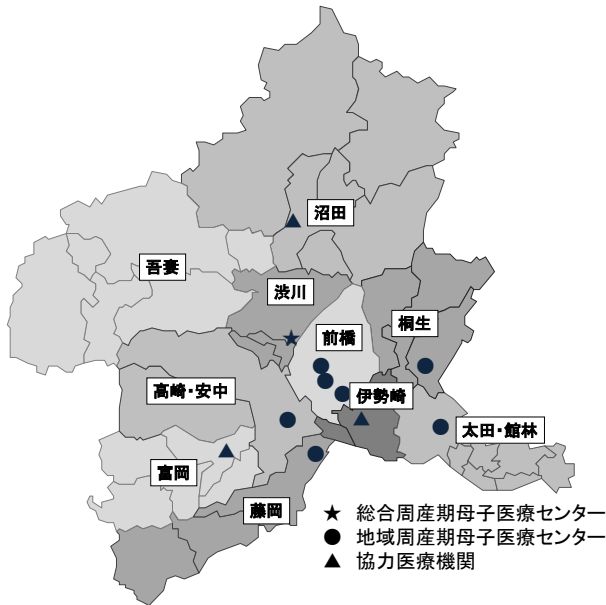
① 県内の相対的医師少数区域以外

全国順位	都道府県名	周産期医 療圏名	分娩取扱医師 偏在指標
55	群馬県	北部	12.5
100	群馬県	中部	10.1
151	群馬県	西部	8.5

② 県内の相対的医師少数区域

229	群馬県	東部	6.2
-----	-----	----	-----

周産期医療圏図



周産期医療圏 (二次医療圏)	総合周産期母子医療センター (施設数)	地域周産期母子医療センター (施設数)	協力医療機関 (施設数)	分娩取扱施設 (施設数)
中部(前橋、渋川、伊勢崎)	1	3	1	7
西部(高崎・安中、藤岡、富岡)	0	2	1	7
北部(吾妻、沼田、渋川、前橋)	1	3	1	4
東部(桐生、太田・館林)	0	2	0	6
計	1	7	3	20

※周産期医療圏は二次医療圏の重複があるため、その合計が県計と一致しない。

イ 小児科

① 群馬県 (三次医療圏)

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

小児科における医師偏在指標 (三次医療圏 (都道府県) 単位)

① 相対的医師少数県以外の都道府県

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

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

② 相対的医師少数県

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

-	全国	115.1
---	----	-------

② 二. 五次保健医療圏（小児医療圏）

県内の二.五次保健医療圏は、いずれも相対的医師少数区域に該当しません。

小児科における医師偏在指標（小児医療圏単位）

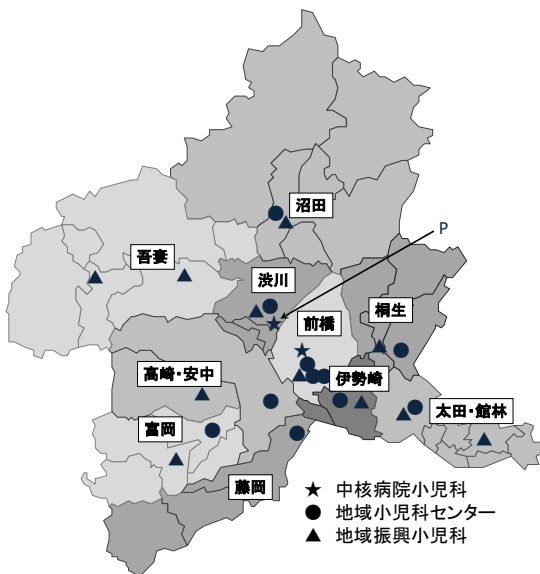
① 県内の相対的医師少数区域以外

全国順位	都道府県名	小児医療圏名	小児科医師偏在指標
23	群馬県	北毛	155.2
56	群馬県	中毛	133.5
173	群馬県	西毛	99.9
196	群馬県	東毛	93.2

② 県内の相対的医師少数区域

なし

小児医療圏図



※図中の「P」：小児集中治療室（PICU）を有する施設

小児医療圏 (二次医療圏)	小児中核病院 【小児 三次医療】 (施設数)	小児地域医療センター 【小児 二次医療】 (施設数)	小児地域支援病院 (施設数)
中毛(前橋、 渋川、伊勢 崎)	2	4	2
西毛(高崎・安 中、藤岡、富 岡)	0	3	2
北毛(吾妻、 沼田、渋川、 前橋)	2	5	4
東毛(桐生、 太田・館林)	0	2	3
計	2	11	11

※小児医療圏は二次医療圏の重複があるため、その合計が県計と一致しない。

※地域振興小児科は、小児初期医療の機能の一つ。

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

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

全国的に産科医師が不足する中、相対的医師少数県に該当する本県においても、宿日直に携わる医師が不足し、医療提供体制を構築するのが困難な医療機関が少なくない状況となっています。

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

**(イ) 医師偏在是正のための施策****【a 医療提供体制の維持・充実】****(a) 一般分娩取扱医療機関**

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

**(b) 地域周産期母子医療センター**

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

**(c) 総合周産期母子医療センター**

- ハイリスクな妊娠・新生児に対応する周産期医療を提供していくため、施設・設備整備補助や運営費補助等により総合周産期母子医療センターへの支援を行います。
- 一般分娩取扱医療機関や地域周産期母子医療センターからスムーズに搬送できるよう、搬送コーディネーターの設置や周産期医療情報システムの運用、新生児蘇生法研修会等により体制整備を図ります。
- ハイリスクな母体及び新生児に対する総合的な診療が可能な機能の確保に向け、中長期を見据えた周産期医療体制整備を推進します。

**【b 産科医師の派遣調整】**

**(a) キャリア形成プログラムに基づく派遣調整**

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

**(b) 産科医療を担う産科医師等確保事業**

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

**【c 産科医師の勤務環境改善】**

**(a) 医師の勤務環境改善の取組**

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

**(b) 子育て医師の離職防止支援**

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

**【d 産科医師の養成数を増やすための施策】**

**(a) 産科医師等確保支援（分娩手当補助）**

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

**(b) 医師確保修学研修資金貸与事業**

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



で、産科医師の確保に取り組めます。特に産婦人科については、2020（令和2）年度から貸与額を増額しており、引き続き、産科医師の確保に努めます。

**(c) 県外から転入する医師への経済的支援**

- 即戦力となる産科医師等を県内に誘導するため、県外から転入し、産婦人科等の特に充実させる必要がある特定診療科に従事しようとする医師に対して経済的支援を行うことを検討します。

**(d) 産科医師等確保支援（周産期医療従事者育成支援）**

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

**(e) ドクターバンク**

- 県内医療機関における産科医師等の募集について、県が実施する無料職業紹介事業「ドクターバンク」を通じて支援します。特に、**県内に在住する医師の就業支援に加え、**県外からの医師の呼び込みも強化するため、医師と医療機関を仲介する体制の充実を図ります。

**(f) 寄附講座の検討**

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

**(g) 若手医師・医学生等のニーズの把握**

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

**(h) 情報発信の強化**

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

**② 中部医療圏**

**(ア) 医師偏在対策の方針**

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

**(イ) 医師偏在是正のための具体的対応**

**【a 医療提供体制の維持・充実】**

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

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

**③ 西部医療圏**

**(ア) 医師偏在対策の方針**

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

**(イ) 医師偏在是正のための具体的対応**

**【a 医療提供体制の維持・充実のための施策】**

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

**④ 北部医療圏**

**(ア) 医師偏在対策の方針**

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

**(イ) 医師偏在是正のための具体的対応**

**【a 医療提供体制の維持・充実】**

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

- 前橋・渋川地域の周産期医療に係る医療資源については、中部医療圏と十分連携して有効活用を図ります。

#### ⑤ 東部医療圏

##### (ア) 医師偏在対策の方針

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

##### (イ) 医師偏在是正のための具体的対応

###### 【a 医療提供体制の維持・充実のための施策】

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

#### イ 小児科における医師偏在対策

##### ① 群馬県

##### (ア) 医師偏在対策の方針

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

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

##### (イ) 医師偏在是正のための施策

###### 【a 医療提供体制の維持・充実】

###### (a) 相談支援等

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

###### (b) 一般小児医療（小児初期医療）

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

**(c) 小児地域医療センター（小児二次医療）**

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

**(d) 小児中核病院（小児三次医療）**

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

**【b 小児科医師の派遣調整（キャリア形成プログラムに基づく派遣調整）】**

本県では、地域医療枠の学生に貸与している修学資金の返還免除要件として、2018（平成30）年度以降の入学生については、「キャリア形成プログラムへの参加」、「臨床研修修了後に県知事が指定する医師不足地域の医療機関や特に不足する診療科への一定期間の勤務」を追加しました。

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

**【c 小児科医師の勤務環境改善】**

**(a) 医師の勤務環境改善の取組**

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

**(b) 子育て医師の離職防止支援**

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

**【d 小児科医師の養成数を増やすための施策】**

**(a) 医師確保修学研修資金貸与事業**

- 小児科等、県内の病院等において特に充実する必要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) 県外から転入する医師に対する経済的支援**

- 即戦力となる小児科医師等を県内に誘導するため、県外から転入し、小児科等の特に充実させる必要がある特定診療科に従事しようとする医師に対して経済的支援を行うことを検討します。

**(c) ドクターバンク**

- 県内医療機関における小児科医師等の募集について、県が実施する無料職業紹介事業「ドクターバンク」を通じて支援します。特に、**県内に在住する医師の就業支援に加え、**県外からの医師の呼び込みも強化するため、医師と医療機関を仲介する体制の充実を図ります。

**(d) 寄附講座の検討**

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

**(e) 若手医師・医学生等のニーズの把握**

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

**(f) 情報発信の強化**

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

**② 中毛医療圏**

**(ア) 医師偏在対策の方針**

圏域内の連携を推進しつつ、更に小児科医師の確保を図ります。

**(イ) 医師偏在是正のための具体的対応**

**【a 医療提供体制の維持・充実】**

- 小児地域医療センター（小児二次医療）である前橋赤十字病院、群馬中央病院、前橋協立病院、伊勢崎市民病院を中心に、圏域内における小児医療の病病・病診連携を一層進め、医療資源の効率的かつ効果的な運用に取り組みます。
- 前橋地域は本県の小児三次医療の中心として県内全域の高度医療の需要に対応できる体制の整備を目指します。

- 前橋地域の小児医療に係る医療資源については、北毛医療圏と十分連携して有効活用を図ります。

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

### ③ 西毛医療圏

#### (ア) 医師偏在対策の方針

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

#### (イ) 医師偏在是正のための具体的対応

##### 【a 医療提供体制の維持・充実】

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

### ④ 北毛医療圏

#### (ア) 医師偏在対策の方針

圏域内の連携体制を図りつつ、更に小児科医師の確保を図ります。

#### (イ) 医師偏在是正のための具体的対応

##### 【a 医療提供体制の維持・充実】

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

### ⑤ 東毛医療圏

#### (ア) 医師偏在対策の方針

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

#### (イ) 医師偏在是正のための具体的対応

##### 【a 医療提供体制の維持・充実】

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

**第9章 保健医療従事者等の確保**



# 1 歯科医師

## 現状

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

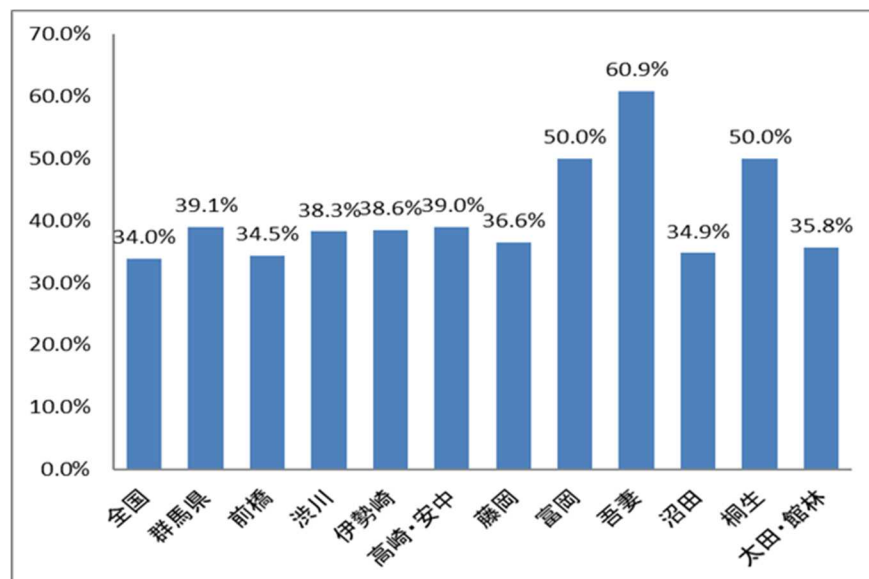
### 歯科医師数の推移（各年12月31日現在）

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

〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

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

### 60歳以上の歯科医師数の割合（2020（令和2）年12月31日現在）



〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）」

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

#### 課題

---

- (1) 歯科医師は都市部へ集中し、山間部では不足する傾向があります。また、歯科医師の高齢化も徐々に進んでいます。今後は地域における適正な歯科医師数を確保・維持したうえで、歯科医師の資質向上を図っていく必要があります。
- (2) 県民が生涯を通じて歯と口の健康を守り、質の高い生活を送るために、歯科疾患の治療だけではなく、各種健診、予防処置、歯科保健指導等を通じた歯科医師による総合的な関わりが必要とされています。
- (3) 高齢化の進行に伴い高度化・多様化する歯科保健医療のニーズに対応するため、生涯を通じた歯科医師の研修が必要となっています。

#### 施策の方向

---

##### (1) かかりつけ歯科医の推進

- ア 県民の多くは、かかりつけ歯科医を「症状がある時に決まっていく歯科医院」と考えていますが、「症状がなくとも、歯石除去や清掃指導などを定期的に受ける」という「予防歯科」の概念の普及に努めます。
- イ 歯科医師は、かかりつけ歯科医として、定期的な歯科検診（健康診査及び健康診断を含む）、歯科保健指導、予防処置、歯科保健指導を行い、健全な歯科口腔保健の維持向上に努めます。

##### (2) 歯科医療機能の充実

- ア 障害児歯科診療や訪問歯科診療、周術期の口腔機能管理など、患者の状況にあった適切な歯科口腔保健サービスが提供できるよう、研修会の開催などを通じて技術の習得を推進します。
- イ 乳幼児期から高齢期まで、生涯を通じた切れ目のない口腔機能の獲得・維持向上に関する施策を推進します。
- ウ 無歯科医地区等が所在する市町村に対し、歯科診療所の施設・設備整備やその運営支援を通じて、歯科医療提供体制を整備します。また、地域歯科医師会と連携し、在宅歯科医療における歯科医療提供体制の充実を図ります。

## 2 薬剤師

### 現状

#### (1) 本県の薬剤師総数及び薬学教育環境

- ア 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（2020（令和2）年）」によると、本県の2020（令和2）年における薬剤師数は4,130人であり、2018（平成30）年（3,963人）と比べ167人増加していますが、人口10万人当たりでは213.0人となっており、全国平均（255.2人）を下回っています。
- イ 県内の薬剤師のうち、59.3%が薬局、23.3%が病院・診療所等で業務を行っています。
- ウ 医療技術の高度化、医薬分業の進展等に伴い、より高い資質を持つ薬剤師養成のため、2006（平成18）年度から薬学教育6年制が導入されたことで、医療現場での実践教育が可能となり、より高度な薬物療法の提供が可能となっています。
- エ 本県の2023（令和5）年4月現在の薬剤師養成施設は、高崎健康福祉大学の1校で、学年定員は90名となっています。

#### (2) 薬剤師偏在指標

##### ア 偏在指標の考え方

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

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

##### イ 病院・薬局薬剤師偏在指標（現在（2023年）・将来時点（2036年））

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

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

病院・薬局薬剤師偏在指標（現在（2023年）・将来時点（2036年））

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

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

(3) 薬局薬剤師偏在指標

ア 現在（2023年）の薬局薬剤師偏在指標

① 都道府県

都道府県単位での薬局薬剤師偏在指標について確定された現在の指標値は、次のとおりです。本県は、全国で高い方から36番目と、「薬剤師少数でも多数でもない都道府県」となっています。

現在（2023年）の都道府県別薬局薬剤師偏在指標

(ア) 薬剤師多数都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
1	東京都	1.42
2	神奈川県	1.25
3	広島県	1.19
4	兵庫県	1.19
5	福岡県	1.17
6	宮城県	1.16
7	大阪府	1.12
8	佐賀県	1.10
9	香川県	1.09
10	埼玉県	1.08
11	千葉県	1.07
12	山口県	1.04
13	栃木県	1.04
14	滋賀県	1.03
15	徳島県	1.03
16	静岡県	1.01
17	北海道	1.01
18	山梨県	1.01

(イ) 薬剤師少数でも多数でもない都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
19	愛知県	1.00
20	茨城県	0.99
21	鳥取県	0.97
22	岡山県	0.97
23	岩手県	0.97
24	秋田県	0.96
25	石川県	0.96
26	福島県	0.95
27	京都府	0.95
28	長野県	0.95
29	新潟県	0.94
30	長崎県	0.93
31	熊本県	0.93
32	高知県	0.93
33	島根県	0.93
34	愛媛県	0.92
35	奈良県	0.92
36	群馬県	0.92

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
37	岐阜県	0.91
38	山形県	0.91
39	宮崎県	0.91
40	沖縄県	0.90
41	三重県	0.90
42	青森県	0.88
43	大分県	0.87
44	和歌山県	0.87
45	鹿児島県	0.86

(ウ) 薬剤師少数都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
46	富山県	0.82
47	福井県	0.73

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

② 二次医療圏

薬局薬剤師偏在指標の値で県内薬剤師多数の二次医療圏は、前橋、藤岡、桐生医療圏の順であり、薬剤師少数でも多数でもない区域として伊勢崎、太田・館林、高崎・安中医療圏が続きます。

一方、県内で薬局薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、吾妻、沼田、渋川、富岡医療圏の順に薬剤師不足が伺えます。

**現在（2023年）の県内二次医療圏別薬局薬剤師偏在指標**

**(ア)薬剤師多数二次医療圏**

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
前橋	1.08
藤岡	1.06
桐生	1.00

**(ウ)薬剤師少数二次医療圏**

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
富岡	0.71
渋川	0.71
沼田	0.60
吾妻	0.47

**(イ)薬剤師少数でも多数でもない二次医療圏**

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
伊勢崎	0.97
太田・館林	0.96
高崎・安中	0.88

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

**イ 将来時点（2036年）の薬局薬剤師偏在指標**

**① 都道府県**

都道府県単位での薬局薬剤師偏在指標について確定された将来の指標値は次のとおりです。本県は、薬剤師多数都道府県となっています。また、全国的にも薬剤師少数に該当する該当する都道府県はありません。

**将来時点（2036年）の都道府県別薬局薬剤師偏在指標**

**(ア)薬剤師多数都道府県**

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
1	東京都	1.43
2	兵庫県	1.35
3	広島県	1.35
4	神奈川県	1.32
5	秋田県	1.32
6	山口県	1.32
7	香川県	1.32
8	宮城県	1.29
9	徳島県	1.29
10	佐賀県	1.28
11	大阪府	1.27
12	福岡県	1.27
13	高知県	1.22
14	山梨県	1.22
15	岩手県	1.21
16	北海道	1.20
17	栃木県	1.19
18	静岡県	1.19

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
19	千葉県	1.18
20	福島県	1.17
21	鳥取県	1.16
22	長崎県	1.16
23	埼玉県	1.16
24	茨城県	1.16
25	島根県	1.16
26	愛媛県	1.15
27	新潟県	1.15
28	長野県	1.15
29	山形県	1.15
30	青森県	1.15
31	奈良県	1.13
32	岡山県	1.13
33	和歌山県	1.12
34	宮崎県	1.11
35	滋賀県	1.10
36	石川県	1.10
37	岐阜県	1.10
38	熊本県	1.09

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
39	京都府	1.08
40	群馬県	1.07
41	大分県	1.07
42	三重県	1.06
43	愛知県	1.06
44	鹿児島県	1.05
45	富山県	1.00

**(イ)薬剤師少数でも多数でもない都道府県**

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
46	沖縄県	0.89
47	福井県	0.87

**(ウ)薬剤師少数都道府県**

該当する都道府県なし

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

**② 二次医療圏**

薬局薬剤師偏在指標の値で県内薬剤師多数の二次医療圏は、桐生、藤岡、前橋、太田・館林、伊勢崎医療圏の順であり、薬剤師少数でも多数でもない区域として高崎・安中、富岡、渋川、沼田医療圏が続きます。

一方、県内で薬局薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、吾妻医療圏があり、薬剤師不足が伺えます。

**将来時点（2036年）の県内二次医療圏別薬局薬剤師偏在指標**

**(ア) 薬剤師多数二次医療圏**

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
桐生	1.33
藤岡	1.33
前橋	1.22
太田・館林	1.08
伊勢崎	1.04

**(ウ) 薬剤師少数二次医療圏**

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
吾妻	0.70

**(イ) 薬剤師少数でも多数でもない二次医療圏**

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
高崎・安中	0.99
富岡	0.94
渋川	0.86
沼田	0.83

**(4) 病院薬剤師偏在指標**

**ア 現在（2023年）の病院薬剤師偏在指標**

**① 都道府県**

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

**現在（2023年）の都道府県別病院薬剤師偏在指標**

**(ア) 薬剤師多数都道府県**

該当する都道府県なし

**(イ) 薬剤師少数でも多数でもない都道府県**

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

**(ウ) 薬剤師少数都道府県**

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
12	岡山県	0.85
13	高知県	0.81
14	滋賀県	0.81
15	広島県	0.81
16	神奈川県	0.80
17	和歌山県	0.80
18	千葉県	0.78
19	香川県	0.78
20	山口県	0.77
21	宮城県	0.76
22	埼玉県	0.75
23	愛知県	0.75
24	福井県	0.75
25	長崎県	0.75
26	富山県	0.75
27	鹿児島県	0.74
28	愛媛県	0.74
29	群馬県	0.74
30	長野県	0.73
31	鳥取県	0.73
32	大分県	0.73
33	山梨県	0.71
34	島根県	0.70
35	栃木県	0.69
36	岐阜県	0.69
37	佐賀県	0.69
38	新潟県	0.67
39	茨城県	0.67
40	静岡県	0.66
41	福島県	0.65
42	宮崎県	0.65
43	岩手県	0.64
44	三重県	0.63
45	山形県	0.60
46	秋田県	0.56
47	青森県	0.55

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

② 二次医療圏

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

一方、県内で病院薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、太田・館林、吾妻、渋川、桐生、伊勢崎、富岡、藤岡医療圏の順に薬剤師不足が伺えます。

現在（2023年）の県内二次医療圏別病院薬剤師偏在指標

(ア) 薬剤師多数二次医療圏

該当する県内二次医療圏なし

(イ) 薬剤師少数でも多数でもない二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
前橋	0.88
沼田	0.78
高崎・安中	0.77

(ウ) 薬剤師少数二次医療圏

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

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

イ 将来時点（2036年）の病院薬剤師偏在指標

① 都道府県

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

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

将来時点（2036年）の都道府県別病院薬剤師偏在指標

(ア) 薬剤師多数都道府県

全国順位	都道府県名	薬剤師偏在指標
1	徳島県	1.07

(イ) 薬剤師少数でも多数でもない都道府県

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

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

(ウ) 薬剤師少数都道府県

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

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

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



② 二次医療圏

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

一方、県内で病院薬剤師偏在指標の値が低い薬剤師少数区域は、太田・館林、伊勢崎、渋川医療圏の順に薬剤師不足が伺えます。

将来時点（2036年）の県内二次医療圏別病院薬剤師偏在指標

(ア) 薬剤師多数二次医療圏

該当する県内二次医療圏なし

(イ) 薬剤師少数でも多数でもない二次医療圏

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

(ウ) 薬剤師少数二次医療圏

二次医療圏名	薬剤師偏在指標
渋川	0.70
伊勢崎	0.67
太田・館林	0.51

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

(5) 目標薬剤師数・要確保薬剤師数

ア 厚生労働省による目標薬剤師数の考え方

薬剤師確保計画ガイドラインでは、「目標薬剤師数」について次のとおりとされています。

- 目標薬剤師数は、目標年次において確保されているべき薬剤師数を表し、都道府県（及び圏域）別に求めている。
- 計画期間における目標薬剤師数については、薬剤師少数区域及び薬剤師少数都道府県は、計画期間中に計画期間開始時の目標偏在指標以下区域の下位二分の一の基準を脱するために確保されているべき薬剤師数を、目標薬剤師数として設定している。

イ 厚生労働省による要確保薬剤師数の考え方

要確保薬剤師数は、目標薬剤師数を達成するために現在確保している薬剤師数から追加的に確保すべき薬剤師数の増分を表し、都道府県（及び圏域別）に求めています。

**(6) 薬局における目標薬剤師数・要確保薬剤師数**

**ア 本県の目標薬局薬剤師数（2036年時点）**

今回、国から提示された目標年次において確保されているべき薬剤師数は次表のとおりです。

国の薬剤師偏在指標等算定データによれば、本県の「目標薬局薬剤師数」は、県全体で2,444.6人と試算されています。

**イ 本県の要確保薬局薬剤師数（2036年時点）**

本県における2036年時点での薬局薬剤師少数二次医療圏とされているのは、吾妻医療圏であり、要確保薬局薬剤師数を算出すると必要な薬局薬剤師数は、23.3人の確保が必要であると試算されています。

**厚生労働省から示された薬局における目標薬剤師数・要確保薬剤師数（2036年時点）**

圏域名	分類	目標薬剤師数	要確保薬剤師数
群馬県	薬局薬剤師多数県	2444.6	—
前橋	薬剤師多数区域	436.2	—
渋川		134.1	33.2
伊勢崎	薬剤師多数区域	315.6	—
高崎・安中		550.3	75.8
藤岡	薬剤師多数区域	82.9	—
富岡		85.1	15.9
吾妻	薬剤師少数区域	59.2	23.3
沼田		91.9	25.3
桐生	薬剤師多数区域	193	—
太田・館林	薬剤師多数区域	496.3	—

※薬剤師多数区域は、目標薬剤師数を既に達しているものとして取り扱う

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

**(7) 病院における目標薬剤師数・要確保薬剤師数**

**ア 本県の目標病院薬剤師数（2036年時点）**

今回、国から提示された目標年次において確保されているべき薬剤師数は次表のとおりです。国の薬剤師偏在指標等算定データによれば、本県の「目標病院薬剤師数」は、県全体で1,271.4人と試算されています。

**イ 本県の要確保病院薬剤師数（2036年時点）**

本県における2036年時点での要確保病院薬剤師数を算出すると、0.74（2023年時点の薬剤師偏在指数）から1.0（目標偏在指標）へとなるために必要な薬剤師数は、460.4人の確保が必要であると試算されています。

## 厚生労働省から示された病院における目標薬剤師数・要確保薬剤師数(2036年時点)

圏域名	分類	目標薬剤師数	要確保薬剤師数
群馬県	病院薬剤師少数県	1271.4	460.4
前橋		275.1	70.4
渋川	薬剤師少数区域	91.1	35.6
伊勢崎	薬剤師少数区域	151	63.0
高崎・安中		243.6	77.9
藤岡		53.4	17.1
富岡		49.4	15.6
吾妻		34.3	11.0
沼田		43.7	8.3
桐生		87.1	25.1
太田・館林	薬剤師少数区域	242.7	136.4

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

## 課題

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

## 施策の方向

## (1) 短期的施策

## ア 潜在薬剤師の復帰支援

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

## イ 病院・薬局薬剤師の採用に係るウェブサイト、就職説明会等を通じた情報発信

関係団体（県薬剤師会・県病院薬剤師会）及び県内外の薬科大学、国公立大学薬学部と連携し、県内出身の薬学生や休職中の薬剤師に対し、**薬局は在宅勤務、病院では**

病棟業務など、薬剤師の魅力について薬局や病院が、独自で取り組む薬剤師確保対策などをウェブサイトにて情報発信することや、就職説明会やインターンシップの機会を通じて県内での就職を呼びかけるなど、薬剤師の育成・確保を推進します。

### ウ 薬剤師の資質向上

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

## (2) 長期的施策

### ア 将来の薬剤師育成に向けた取組

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

### イ 地域医療介護総合確保基金の活用検討

国における現時点での薬剤師偏在状況に関する調査データだけでは調査数が少ないことから、加えて本県でも県内薬剤師の就業状況把握及び病院等への薬剤師確保状況に関する実態調査、分析を行うとともに、国の調査結果を踏まえて関係団体（県薬剤師会・県病院薬剤師会等）の理解・協力の下、今後、薬学部における地域出身者枠の設定や、地域医療介護総合確保基金を活用した修学資金貸与事業の導入について検討するなど地域の実情に応じた薬剤師確保への具体的な取組を進めます。

## (3) 薬剤師確保対策と一体的に取り組むべき施策

### ア 病院・薬局における働き方の見直しへの対応

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

### イ 病院・薬局における業務効率化の推進

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

### 3 保健師

#### 現状

##### (1) 保健師の養成と就業状況

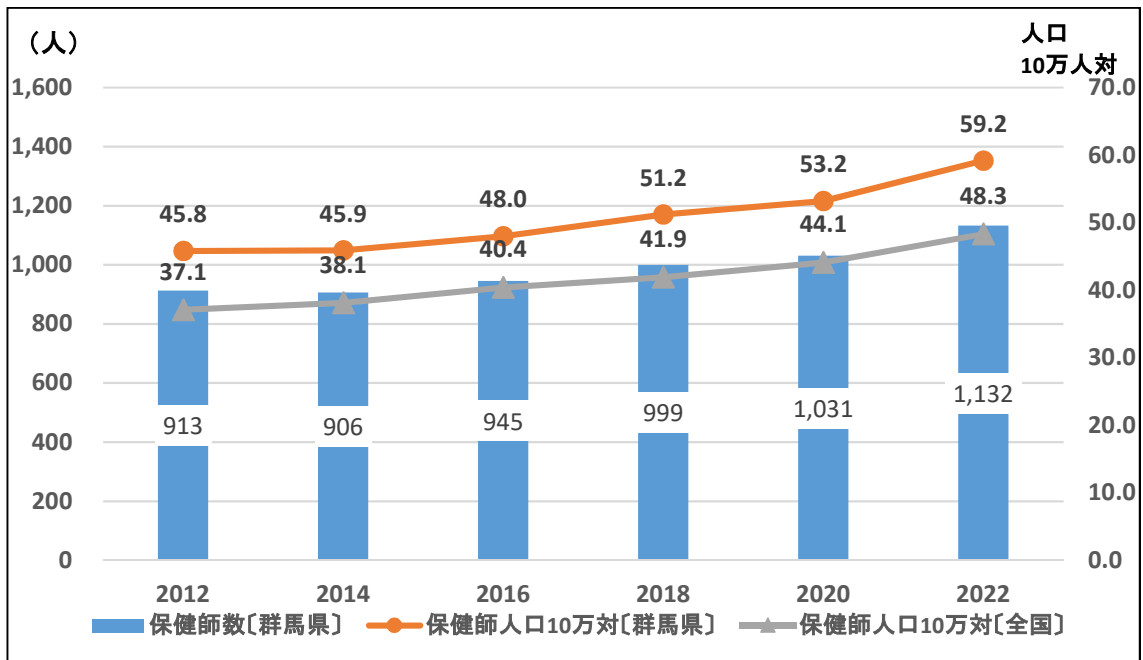
ア 本県の2023（令和5）年4月現在の保健師養成施設は、看護系大学7校となっています。

県内の7大学では保健師課程選択制を導入しており、定員（1学年）620人のうち170人の保健師養成が行われています。

イ 本県の2022（令和4）年における就業保健師数は1,132人で、人口10万人当たりでは59.2人となっており、年々増加しています。

ウ 保健師の主な就業場所は、市町村や保健所のほか、事業所、病院などであり、このうち市町村が652人（57.6%）と最も多くなっています。市町村保健師数は年々、増加していますが、市町村によっては年齢構成の偏りや、確保が困難な状況もあります。

##### 就業保健師数の推移



〔資料〕厚生労働省「衛生行政報告例」

##### (2) 保健師をめぐる状況の変化

ア 自治体保健師は、個々の住民や地域全体の健康の保持増進及び疾病の予防を図るため保健活動を行っていますが、疾病構造や社会情勢等の変化に伴い、生活習慣病予防や介護予防、虐待防止対策など、保健師の活動領域は拡大、多様化しています。

- イ さまざまな健康課題に対応するため、保健指導などの直接的な保健サービスの提供はもちろんのこと、地域包括ケアシステムの構築、健康危機管理における対応、地域保健関連施策の企画、立案、実施、評価を行うことなどが求められています。
- ウ 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大においては、保健師は他職種と協力して対応し、感染症対応における保健師の重要性が再認識されました。また、平時からの健康危機管理体制の整備を図るため、保健師を含め保健所の人員が増員されました。

### 課題

---

#### (1) 保健師の養成と確保

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

#### (2) 保健師の質の向上

- ア 自治体によっては、保健師の年齢構成に偏りがある、配置が分散されているなど、保健師として技術の獲得や伝承が難しい状況にあります。
- イ 新型コロナウイルス感染症での対応を踏まえ、今後も起こりうる新興感染症等へ適切に対応できるよう、平時からの体制づくりが必要となっています。
- ウ 複雑化・多様化する地域の健康課題を把握し、その解決に向け、住民ニーズに対応できる保健師の育成が求められています。

### 施策の方向

---

#### (1) 保健師の養成と確保

- ア 市町村保健師の確保を促進するため、保健師採用に関する情報を広く周知するなど、引き続き支援を実施します。
- イ 教育機関や市町村と連携し、学生に自治体保健師の魅力を知ってもらう機会をつくるなど、確保に努めます。

#### (2) 保健師の質の向上

- ア 「群馬県保健師人材育成の手引き」に基づき、新人保健師を始めとした保健師の人材育成を行い、実践能力の強化に努めます。
- イ 新興感染症やその他の健康危機に対応できるよう、県関係部署や関係機関・団体等と連携し、必要な研修等を実施します。

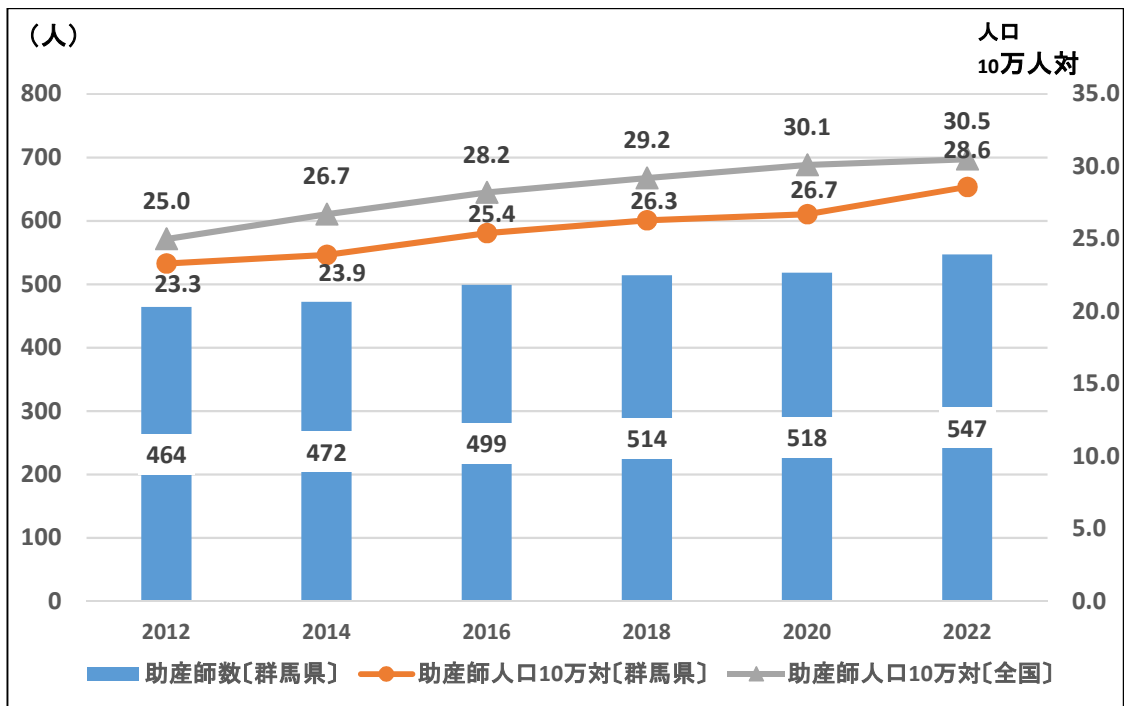
## 4 助産師

### 現状

#### (1) 助産師の養成と就業状況

- ア 本県の2023（令和5）年4月現在の助産師養成施設は、大学院、大学及び専修学校等の養成施設が5校あり、定員（1学年）は60人となっています。
- イ 本県の2022（令和4）年における就業助産師数は547人で、人口10万人あたりでは28.6人となっており、年々その数は増加しています。
- ウ 助産師の主な就業場所は、病院が307人（56.1%）と最も多く、有床診療所130人（23.7%）と合わせて、全体の約8割を占めています。

#### 就業助産師数の推移



〔資料〕厚生労働省「衛生行政報告例」

#### (2) 助産師をめぐる状況の変化

- ア 産科を取り巻く現状は、産科医師不足や分娩取扱医療機関の減少、ハイリスク妊産褥婦の増加など、依然厳しい状況にあり、助産師が多く就業している周産期母子医療センターではハイリスク妊産婦の受け入れが多い状況にあります。
- イ 母子保健分野において、安心した育児と子どもの健やかな成長を支える地域の支援体制づくりのため、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する「子育て世代包括支援センター」が全市町村に設置されました。また、出産後の母子を支援するため、産後ケア事業への取組も推進しています。

これまで行ってきた母子保健事業に加え、より手厚い母子への支援を行うため、助産師の専門性を活かした活躍が期待されています。



- ウ 思春期から更年期に至る女性のライフステージに合わせた健康問題や予期しない妊娠への対応等、助産師の専門性を活かした幅広い活躍が期待されています。

---

課題

**(1) 助産師の養成と確保**

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

**(2) 助産師の質の向上と活躍**

- ア 産科医不足や、医師の働き方改革の推進に係るタスク・シフト/シェアの推進に対応するため、正常分娩等においては助産師の専門性を活かした活躍が求められています。
- イ 助産師の経験年数に応じた正常分娩の介助経験等の実践を積み重ねることが難しい状況が見られます。

---

施策の方向

**(1) 助産師の養成と確保**

- ア 養成所への運営費補助や助産師学生への修学資金の貸与等により、助産師の養成及び県内就業の促進を引き続き行います。
- イ 自治体保健師と連携を図り、地域の母子保健分野で活動する助産師の育成支援に努めます。

**(2) 助産師の質の向上と活躍**

- ア 「助産師活用推進事業」を実施し、助産師の助産実践能力の強化支援等を推進します。
- イ 安全・安心な出産環境の確保のため、自律して助産師業務ができる「アドバンス助産師」の確保に努めます。
- ウ 助産実践能力の向上はもちろんのこと、女性の生涯を通じた健康問題に対応できる質の高い助産師を育成するため、新人助産師研修や再教育研修の充実に努めます。

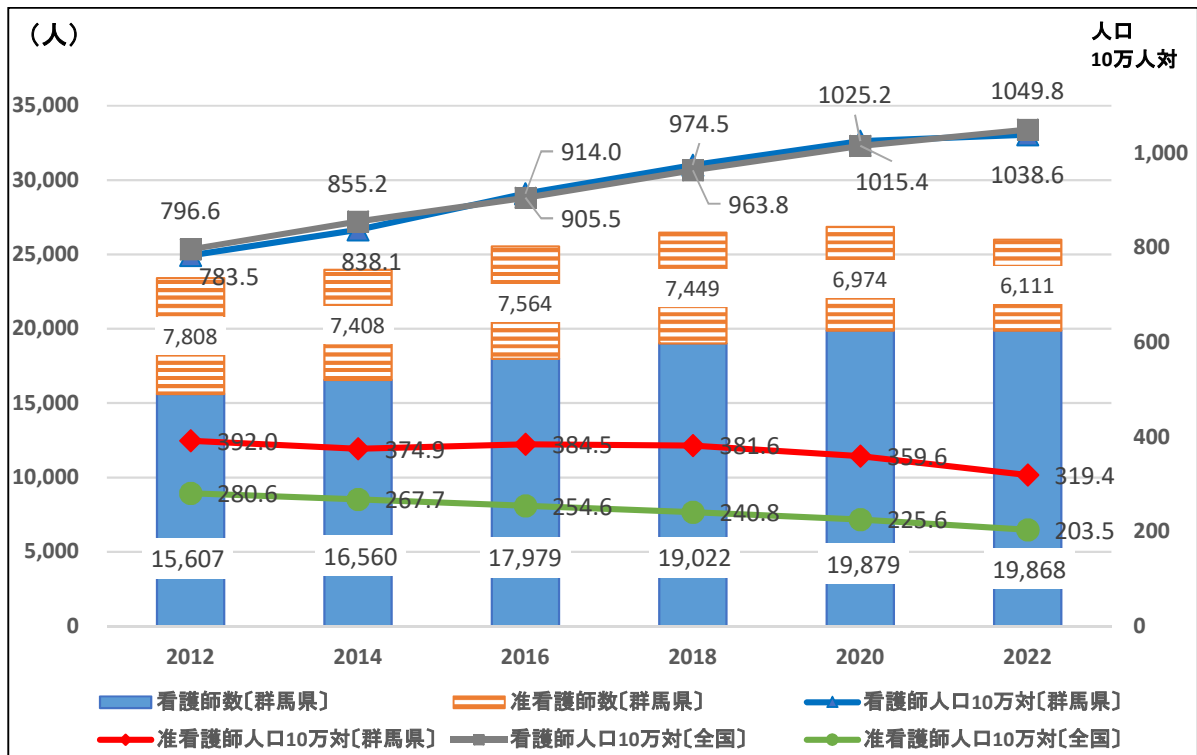
## 5 看護師・准看護師

### 現状

#### (1) 看護師・准看護師の養成と就業状況

- ア** 本県の2023（令和5）年4月現在の看護師・准看護師養成施設は、大学、専修学校等が26校28課程あり、定員（1学年）は1,794人となっています。
- イ** 2023（令和5）年度の県内養成施設の充足率（定員に対する入学者数）は、大学は100%を超えていますが、看護師専修学校は約90%、准看護師養成所は66.0%であり、大学以外の養成施設の充足率が低い傾向にあります。
- ウ** 本県における卒業後の就業状況を見ると、2023（令和5）年3月の卒業生1,426人のうち、看護師・准看護師として就業した者は1,208人で、県内就業者は816人、県内就業率は67.5%となっています。大学の卒業者の県内就業率は低く、看護師としての就業は509人、県内就業者は230人、県内就業率は45.2%となっています。
- エ** 本県の2022（令和4）年における看護師・准看護師数は25,979人であり、2012（平成24）年と比べ約2,500人増加しています。このうち、准看護師数は減少傾向にあります。
- オ** 人口10万人当たりの看護師数は、2022（令和4）年は1,038.6人であり、増加を続けています。
- カ** 就業場所別に見ると、2022（令和4）年は病院（60.7%）が最も多く、診療所（16.3%）と合わせて77.0%を占めています。介護保険施設への就業は3,668人（14.3%）で、2012（平成24）年より就業者数（2,581人）・割合（11.0%）ともに増加しています。訪問看護ステーションへの就業数は973人で、2012（平成24）年（502人）の約1.9倍となりました。
- キ** 看護師・准看護師の就業者数は増加傾向にありますが、訪問看護や介護保険施設等の領域や医療圏によっては不足が生じています。

就業看護師・准看護師の推移



[資料] 厚生労働省「衛生行政報告例」

(2) 看護師をめぐる状況の変化

- ア 本県でも少子高齢社会が進展しており、今後、ますます在宅医療のニーズが高まること予測されます。在宅医療の推進には、24時間切れ目なく医療サービスを提供することが必要であり、訪問看護の重要性が増しています。
- イ 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大では、感染管理認定看護師を始めとした専門性の高い看護師が活躍し、その必要性が再認識されました。
- ウ 在宅医療の推進や、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進、感染症拡大への迅速・的確な対応には、特定行為研修修了者をはじめとした専門性の高い看護師の活躍が期待されています。
- エ 介護保険施設や福祉施設では看護職員を確保することが難しい状況があり、さらに医療従事者が少ない環境での看護サービスの提供が多いことから、人材の確保と併せて実践力が高く自律的に活動できる看護師の活躍が期待されています。
- オ 群馬県ナースセンターに委託して行っている看護師等の無料職業紹介事業や、看護に関する普及啓発活動、未就業の看護職員を対象に最新の知識・技術を習得する研修等、復職支援の必要性が高まっています。
- カ 看護師等の離職時の届出制度により、免許を持ちながら看護師等の仕事に就いていない人にナースセンターへ届出してもらうことにより、潜在看護師等とのつながりを確保し、総合的な復職への働きかけを行っています。

- キ 近年、自然災害が頻発しており、次の新興感染症発生も懸念されていることから、国は「災害支援ナース」を災害及び新興感染症発生時において応援派遣等ができるよう、制度の見直しを行っており、その必要性が高まっています。

## 課題

---

### (1) 看護師・准看護師の養成と確保

#### ア 養成力の充実

看護師等養成施設の入学者の確保や、教育の質の担保が求められています。

#### イ 県内定着促進

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

#### ウ 復職支援

潜在看護師等の再就業を促進するための取組が必要です。

### (2) 看護師等の質の向上

- ア 今後ますます高まる在宅医療のニーズや、医師の働き方改革の推進に係るタスク・シフト/シェア等に対応するため、特定行為研修を修了した看護師等、専門性の高い看護師の確保が求められています。
- イ 今後、増加が見込まれる在宅医療での需要に対応できるよう、訪問看護師等の確保及び質の向上が重要です。
- ウ 介護保険施設や福祉施設の看護師等は、必要な研修を受ける機会が少ない状況にあります。
- エ 新たな制度で養成する「災害支援ナース」が活躍するための体制整備を行う必要があります。

## 施策の方向

---

### (1) 看護師・准看護師の養成と確保

#### ア 養成力の充実

- ① 看護師等養成所への運営費補助や施設・設備整備への補助等により、看護師等の養成を支援します。
- ② 専任教員養成講習会の開催や継続研修の開催、病院等での看護学生実習の指導に当たる看護職員を対象とした実習指導者講習会を開催することにより、養成力の向上を図ります。
- ③ 県内の看護師等学校養成所を紹介する進学ガイドの作成や看護職の魅力を伝えるイベントの開催、中学校・高等学校等への出前講座の実施などにより、看護職を目指す学生等の確保に努めます。

**イ 県内定着促進**

- ① 修学資金の貸与により、県内で看護職員の確保が困難な過疎地域や小規模病院・診療所、施設等への就業を促進します。
- ② 医療機関等の院内保育施設の運営費や施設整備への支援、病院のナースステーションやカンファレンスルーム等の施設整備への支援等により、看護師等の医療従事者の働きやすい環境整備を支援します。
- ③ 新人看護職員研修を実施するとともに、各医療機関で取り組む新人看護職員研修への支援をすることにより、早期離職の防止と定着を図ります。
- ④ 看護師等が不足する地域や領域の実態を踏まえ、必要な確保対策を進めます。

**ウ 復職支援**

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

**(2) 看護師等の質の向上**

**ア 特定行為研修を修了した看護師（特定看護師）の確保に努めます。**

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

**【特定看護師の確保目標（2029（令和 11）年時点）】**

領域等	現行（2022年10月末）	確保目標数
全体	90人	328人
(再掲)訪問看護ステーション	12人	36人

**イ 在宅医療及び介護・福祉関係施設等における看護ニーズに対応可能な看護師等の確保・育成を推進します。**

- ① 訪問看護に従事する看護師等を確保するとともに、在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう、訪問看護研修事業を実施します。
- ② 関係機関と協力し、介護・福祉関係施設に勤務する看護職員に対する研修支援を進めます。

**ウ 「災害支援ナース」の具体的な活動内容や方法を検討するとともに、応援派遣調整ができる体制整備を進めます。**

## 6 その他の保健医療従事者

### 現状

#### (1) 養成の状況

県内の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師及び救急救命士の各養成施設では、それぞれの特色を活かしながら、質の高い医療従事者の養成に取り組んでいます。

#### (2) 医療従事者数

厚生労働省「医療施設調査（2020（令和2）年度）」、同「衛生行政報告例（2022（令和4）年度）」などによると、本県の人口10万人当たりの従事者数で全国平均を上回っている職種は、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、栄養士、柔道整復師及び救急救命士です。

#### (3) チーム医療の実践

様々な医療スタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有しながら業務を分担するとともに、互いに連携・補完し合って、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療の実践が広まっています。

### 課題

チーム医療による適切なインフォームド・コンセントの下、患者本人の選択と意思が尊重され、医療・介護・福祉の多職種がフラットに連携して患者・家族の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）を高める医療を提供するために、医師、看護師を含めた保健医療従事者には資質の向上が求められています。

### 施策の方向

県民ニーズに応じた医療サービスの提供に支障を来すことのないよう、関係団体等の協力を得ながら、人材の確保に努めます。

また、関係団体等の実施する研修等の取組を通じて、新任者や現任者の養成や資質の向上を推進します。

医療従事者の養成施設の状況・県内従事者数

職種	養成施設数	入学定員	県内従事者数	人口10万対	
				群馬県	全国
理学療法士	6	355	1,615.7	83.32	80.04
作業療法士	5	165	782.7	40.36	40.47
視能訓練士	0	0	135.1	6.97	8.03
言語聴覚士	2	70	282.7	14.58	14.19
義肢装具士	0	0	1	0.05	0.10
歯科衛生士	5	247	2,168.3	111.82	104.09
歯科技工士	0	0	115.8	5.97	7.98
診療放射線技師	2	105	881.4	45.45	44.10
臨床検査技師	1	40	1,056.6	54.49	53.71
臨床工学技士	1	40	408.3	21.06	24.11
管理栄養士	3	240	473.2	24.40	21.52
栄養士	3	170	171	8.82	4.79
あん摩マッサージ指圧師	1	76	1,688	88.20	97.30
はり師	2		1,525	79.70	107.40
きゅう師	2		1,495	78.10	105.80
柔道整復師	3	150	1,230	64.30	63.10
救急救命士	2	80	518	27.08	25.42

〔資料〕 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師：厚生労働省「衛生行政報告例（2022年度）」  
 救急救命士：総務省消防庁「救急・救助の現況（2021（令和4）年版）」  
 その他の医療従事者：厚生労働省「医療施設調査（2020年度）」

（注1：県内従事者数について）

あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、救急救命士については実人数

その他の医療従事者については、病院、一般診療所及び歯科診療所における従事者数の常勤換算後の総数

（注2：人口10万対の算出に用いた人口）

出典調査年度の10月1日時点の人口（推計）



## 7 介護サービス従事者

### 現状

- (1) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（2021（令和3）年）」によると、県内の介護施設・事業所の従事者は66,416人となっています。  
また、利用者を直接処遇する介護職員及び訪問介護員は35,829人で、そのうち介護福祉士資格保有者は17,442人となっています。
- (2) 要介護者やその家族を支援する介護支援専門員（ケアマネジャー）登録者は、2022（令和4）年度末時点において **11,569** 人となっています。
- (3) 高齢者人口の増加に伴い、今後も介護サービスへのニーズの増加が見込まれる一方、生産年齢人口の減少などにより介護職種の有効求人倍率は20**22**（**令和4**）年度末時点において全産業の2倍以上となっており、介護の現場では慢性的な人材不足の状況にあります。

### 課題

- (1) 将来にわたり、介護サービスを安定的に供給していくため、新たな人材の参入促進とともに、介護職員の定着支援を図る必要があります。
- (2) 認知症高齢者の増加等に伴い、多様化・高度化する介護ニーズに対応するため、介護職員の資質を向上し、質の高い介護サービスの提供につなげることが必要です。
- (3) 人口減少に伴い、人材の確保が一層厳しさを増す中で、介護サービスの質の維持・向上を図っていくために、介護現場における生産性の向上が必要です。
- (4) 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう地域包括ケアシステムの深化・推進を図る上で、医療・介護の連携やサービス調整を担う介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割が重要となっています。

### 施策の方向

- (1) **介護人材確保対策**  
新たな人材の養成・就労促進、介護の意義・やりがい・重要性のPR等を行うとともに、働きやすい職場環境づくりの推進等を通じて介護職員の職場定着を支援します。
- (2) **介護職員の資質向上**  
多様化・高度化する介護ニーズへの対応や、在宅医療と介護の連携を図るため、県内の研修体制の充実や研修受講の支援等を行い、介護職員の資質向上を図ります。
- (3) **介護現場の生産性向上**  
介護ロボットやICT機器の導入支援等により、職員の負担を軽減するとともに、サービス利用者に向き合う時間を確保し、サービスの質の維持・向上を図ります。
- (4) **介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保・資質向上**  
地域包括ケアシステムの構築において重要性が増している介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保に努めるとともに、資質向上を図るための研修を行います。

(空白)

**第10章 医療費適正化計画**

## 第1節 総論

### 1 医療費等の現状と課題

#### (1) 医療費の動向

##### ア 全国の医療費の動向

##### (ア) 国民医療費の状況

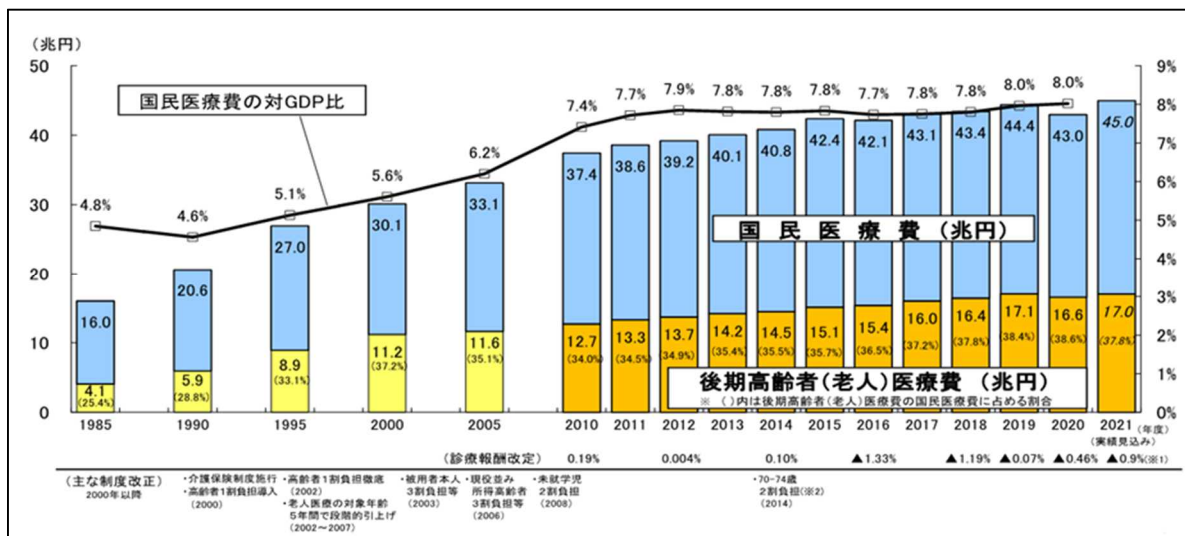
2021（令和3）年度の国民医療費は **45兆359億円** で、前年度の42兆9,665億円に比べ、**2兆694億円**、**4.8%**の増加となっています。

過去10年間（2012（平成24）年度から2021（令和3）年度まで）の国民医療費の推移をみると、概ね増加傾向にあります。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う受診控えが影響していると考えられる2020（令和2）年度は大きく減少しています。

##### (イ) 後期高齢者医療費の状況

2021（令和3）年度の後期高齢者医療費は17兆**763**億円で、前年度の16兆5,681億円に比べ、5,082億円、3.1%増加しました。後期高齢者医療費の国民医療費に占める割合は **37.9%** となっています。

図表：医療費の動向



〔資料〕厚生労働省資料

#### 【国民医療費とは】

当該年度の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものです。この費用には、医科診療や歯科診療に係る診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれます。なお、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（特別の病室への入院、歯科の金属材料等）、不妊治療における生殖補助医療等に要した費用は含みません。また、傷病の治療に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含んでいません。

【後期高齢者医療費とは】

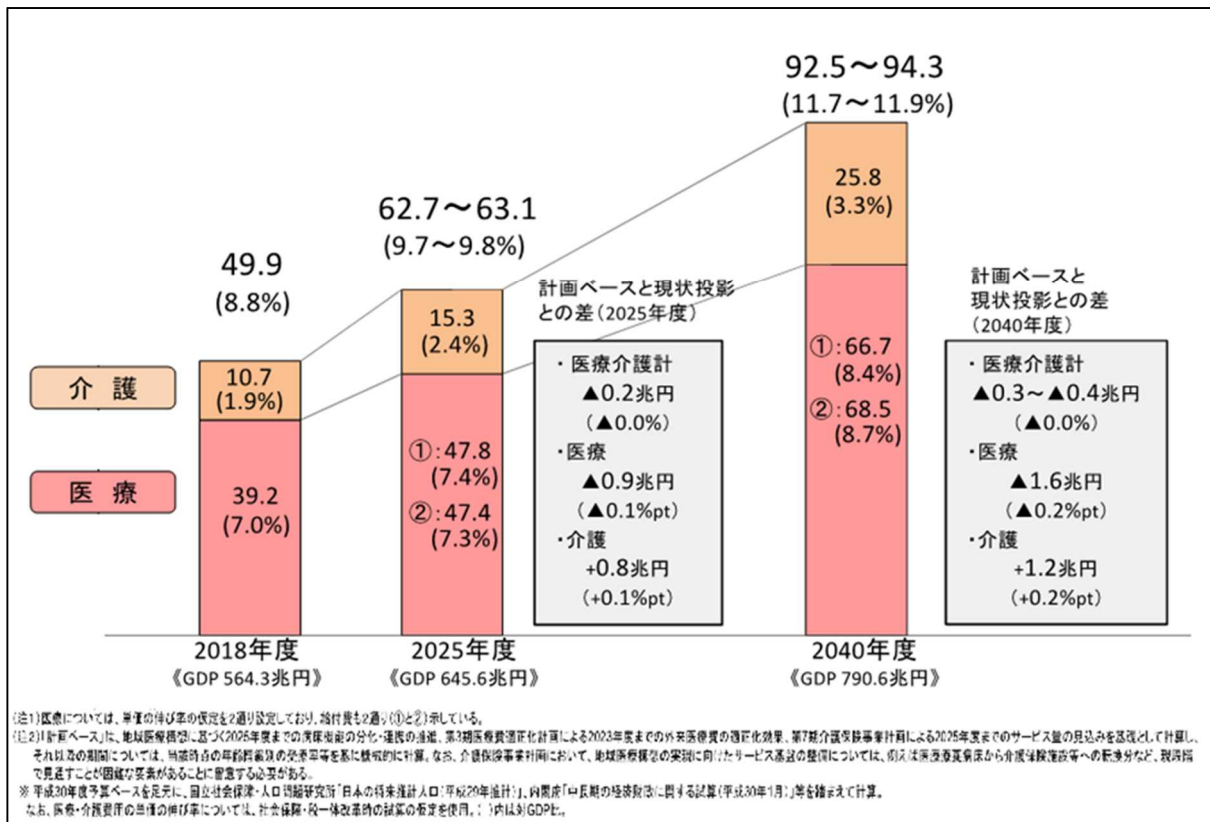
後期高齢者と定義される75歳以上にかかる医療費をいいます。後期高齢者医療制度は2008（平成20）年4月に創設されましたが、それ以前は、「老人医療費」と呼ばれていました。なお、65歳～74歳の高齢者は、前期高齢者と定義されます。

（ウ）今後の医療費の見込み

急速な高齢化の進展に伴って、今後も医療費が増加していくことが見込まれており、厚生労働省の「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）（2018（平成30）年5月21日）」によると、2040（令和22）年度における医療費は、66.7兆円～68.5兆円に達すると推計されており、2018（平成30）年度と比較し、約1.70～1.75倍にあたります。

図表：医療費等の見通し（計画ベース）

（単位：兆円）



〔資料〕厚生労働省資料

イ 本県の医療費の動向

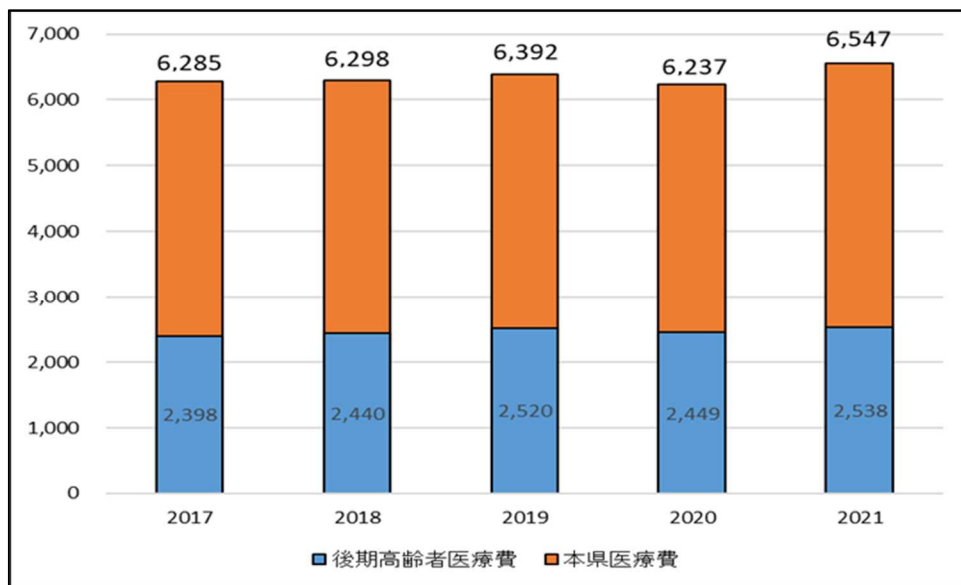
(ア) 本県の医療費の状況

2021(令和3)年度の国民医療費における本県の医療費は6,547億円で、前年度の6,237億円に比べ、310億円、5.0%増加しています。また、2017(平成29)年度の6,285億円から比較すると、262億円、4.2%増加しています。

なお、本県の医療費のうち、後期高齢者医療費は2,538億円で、全体の38.8%を占めています。

図表：本県の医療費の年次推移

(単位：億円)



[資料] 厚生労働省「国民医療費」「後期高齢者医療事業年報」

(イ) 1人当たり医療費の全国比較

2021(令和3)年度の本県の1人当たり医療費は34万円で、全国平均の35万9千円を下回り、全国では35位(少ない方から13番目)となっています。

2021(令和3)年度の1人当たり医療費の診療種類別内訳について、入院・入院外別の医科診療医療費をみると、本県は入院が12万9千円で、全国平均の13万4千円を下回っており、入院外が12万4千円で、全国平均と同程度となっています。

また、1人当たりの歯科診療医療費、薬局調剤医療費は、いずれも全国平均を下回っています。

図表：1人当たり医療費の年次推移

年度	2017	2018	2019	2020	2021
本県1人当たり医療費(千円)	320.6 (35位)	322.7 (36位)	329.1 (36位)	321.7 (35位)	339.8 (35位)
全国平均(千円)	339.9	343.2	351.8	340.6	358.8

[資料] 厚生労働省「国民医療費」

図表：1人当たり医療費の内訳（2021（令和3）年度）

	本 県		全国平均
	金額（千円）	全国順位	金額（千円）
1人当たり医療費（合計）	339.8	35位 (少ない方から13番目)	358.8
医科診療医療費 (入院)	128.6	33位 (少ない方から15番目)	134.3
医科診療医療費 (入院外)	123.7	27位 (少ない方から21番目)	123.9
歯科診療医療費	21.7	41位 (少ない方から7番目)	25.1
薬局調剤医療費	54.3	44位 (少ない方から4番目)	62.8

〔資料〕厚生労働省「国民医療費（2021年度）」

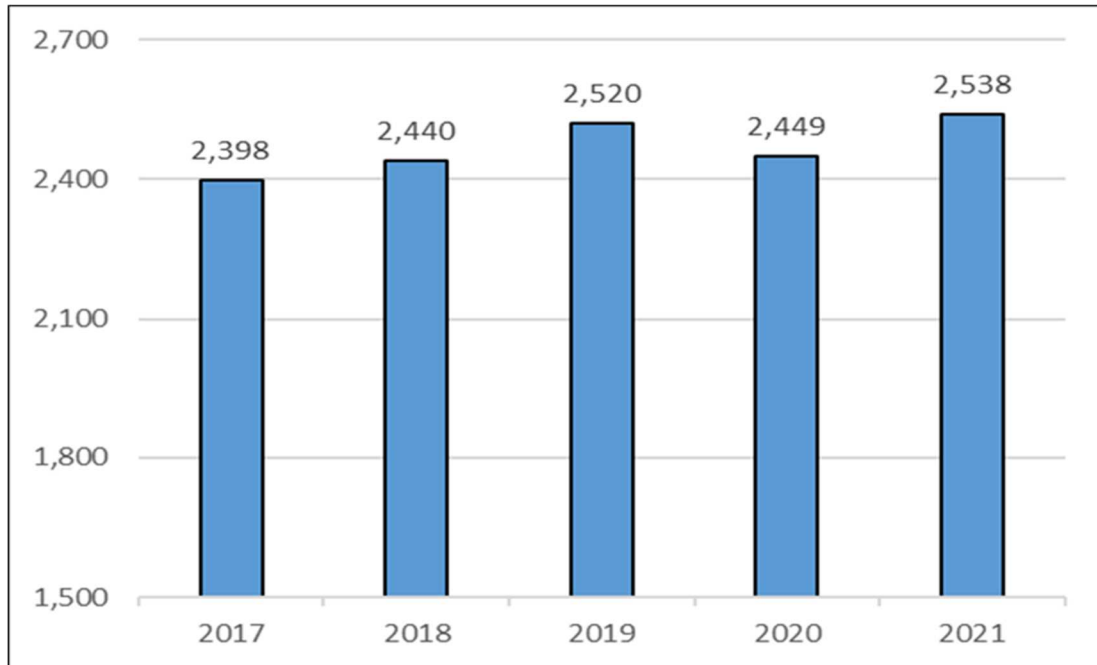
その他の内訳として、入院時食事・生活医療費、訪問看護療養費、療養費等があります。

（ウ）本県の後期高齢者医療費の状況

2021（令和3）年度の本県の後期高齢者医療費は2,538億円で、前年度の2,449億円に比べ、89億円、3.6%増加しています。

図表：本県の後期高齢者医療費の年次推移

（単位：億円）



〔資料〕厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」



**(工) 1人当たり後期高齢者医療費の全国比較**

2021(令和3)年度における本県の1人当たり後期高齢者医療費は85万9千円で、全国平均の94万1千円を下回っており、全国では33位(少ない方から15番目)となっています。

2021(令和3)年度の加入者1人当たり医療費の内訳について、入院・入院外別の医科診療医療費をみると、本県は入院が41万5千円、入院外が26万1千円で、いずれも全国平均(入院44万5千円、入院外27万1千円)を下回っています。

また、加入者1人当たりの歯科診療医療費及び薬局調剤医療費は、いずれも全国平均を下回っています。

**図表：1人当たり後期高齢者医療費の推移**

年度	2017	2018	2019	2020	2021
本県1人当たり医療費(千円)	869.3 (31位)	862.7 (32位)	868.8 (32位)	836.3 (31位)	858.7 (33位)
全国平均(千円)	944.6	943.1	954.4	917.1	940.5

[資料] 厚生労働省「後期高齢者医療事業年報」

**図表：1人当たり後期高齢者医療費の内訳(2021(令和3)年度)**

	本 県		全国平均
	金額(千円)	全国順位	金額(千円)
<b>1人当たり後期高齢者医療費(合計)</b>	858.7	33位 (少ない方から15番目)	940.5
医科診療医療費(入院)	414.7	28位 (少ない方から20番目)	444.8
医科診療医療費(入院外)	261.2	23位 (少ない方から25番目)	270.6
歯科診療医療費	28.9	33位 (少ない方から15番目)	36.3
薬局調剤医療費	120.4	46位 (少ない方から2番目)	148.6

[資料] 厚生労働省「後期高齢者医療事業年報(2021年度)」  
その他の内訳として、訪問看護診療費、療養費等があります。

## (オ) 医療費の疾病別状況

厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021（令和3）年度診療分のNDBデータ）」によると、本県の医療費において、高血圧性疾患、糖尿病、腎不全、その他の悪性新生物等の生活習慣病に係る疾病が上位を占めており、特に糖尿病及び腎不全は全国の1人当たり医療費と比べ、それぞれ837円、1,539円上回っています。また、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害は全国の1人当たり医療費と比べ、2,792円上回っています。

図表：本県の医療費上位20疾病別内訳（2021（令和3）年度）

疾病分類名	本県		全国平均		本県と全国の差 1人当たり 医療費 (円)
	医療費 (百万円)	1人当たり 医療費 (円)	医療費 (百万円)	1人当たり 医療費 (円)	
全疾病	606,780	315,154	40,450,569	324,845	-9,691
1 高血圧性疾患	41,636	21,625	2,729,990	21,924	-298
2 歯肉炎及び歯周疾患	27,725	14,400	2,315,509	18,595	-4,195
3 糖尿病	27,176	14,115	1,653,406	13,278	837
4 腎不全	25,822	13,412	1,478,385	11,872	1,539
5 その他の悪性新生物<腫瘍>	25,403	13,194	1,730,232	13,895	-701
6 その他の心疾患	23,736	12,328	1,573,141	12,633	-305
7 骨折	21,871	11,359	1,431,688	11,497	-138
8 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	18,482	9,599	847,639	6,807	2,792
9 その他の消化器系の疾患	16,688	8,668	1,139,520	9,151	-484
10 脳梗塞	16,550	8,596	1,080,370	8,676	-80
11 虚血性心疾患	12,077	6,273	719,046	5,774	498
12 分類できない疾病	11,094	5,762	685,541	5,505	257
13 その他の神経系の疾患	10,608	5,510	842,504	6,766	-1,256
14 脊椎障害（脊椎症を含む）	9,971	5,179	673,667	5,410	-231
15 その他の損傷及びその他の外因の影響	9,919	5,152	613,105	4,924	228
16 脂質異常症	9,439	4,903	724,829	5,821	-918
17 関節症	9,354	4,859	682,235	5,479	-620
18 その他の呼吸器系の疾患	9,160	4,757	607,901	4,882	-124
19 気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	8,880	4,612	663,859	5,331	-719
20 良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>	8,177	4,247	639,682	5,137	-890

[資料] 厚生労働省「医療費適正化計画関係のデータセット（2021年度診療分のNDBデータ）」をもとに県国保援護課作成  
訪問看護医療費、療養費等は含んでいないため、国民医療費の数値と異なります。

## (2) 県民の受診の状況

### ア 県民の受診状況

#### (ア) 入院・外来の受診状況

2020（令和2）年における県民の医療機関への受診状況について、人口10万人当たりの受療率をみると、入院については、本県は941人で、全国平均の960人よりも低くなっており、外来についても、本県は5,518人で、全国平均の5,658人よりも低くなっています。

また、75歳以上の人口10万人当たりの受療率をみると、入院については、本県は3,216人で、全国平均の3,568人よりも低くなっており、外来についても、本県は10,939人で、全国平均の11,166人よりも低くなっています。

図表：受療率の状況（全年齢・75歳以上）（単位：人）

	全年齢		75歳以上	
	入院	外来	入院	外来
本県	941	5,518	3,216	10,939
全国平均	960	5,658	3,568	11,166

〔資料〕厚生労働省「患者調査（2020年）」

#### 【受療率とは】

厚生労働省が3年に一度公表している「患者調査」により、ある特定の日に疾病治療のために、医療機関に入院又は通院、往診を受けた患者数と人口10万人との比率を「受療率」として定義しています。

#### (イ) 疾病別の受療率

傷病分類ごとの受診状況をみると、入院の受療率については、概ね全国平均よりも低くなっていますが、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害等については、全国平均よりも高くなっています。

また、外来の受療率についても概ね全国平均よりも低くなっていますが、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、**高血圧性疾患**、虚血性心疾患、気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患、喘息等が、全国平均よりも高くなっています。

図表：疾病分類ごとの対10万人当りの受療率（本県・全国平均）（単位：人）

	入院		外来	
	本県	全国平均	本県	全国平均
総数	941	960	5,518	5,658
1 感染症及び寄生虫症	12	13	68	103
2 新生物<腫瘍>	82	100	165	196
(悪性新生物<腫瘍>)	72	89	128	144
結腸及び直腸の悪性新生物<腫瘍>	12	14	23	21
気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>	11	13	15	15
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5	4	12	14
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	26	24	363	343
甲状腺障害	1	1	26	26
糖尿病	12	12	184	170
5 精神及び行動の障害	208	188	229	211
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	143	113	61	40
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	18	22	74	72
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	3	5	53	50
6 神経系の疾患	77	100	136	131
7 眼及び付属器の疾患	7	8	168	237
白内障	5	5	43	51
8 耳及び乳様突起の疾患	2	2	51	76
9 循環器系の疾患	147	157	854	652
高血圧性疾患	5	4	618	471
(心疾患（高血圧性のものを除く）)	52	46	161	103
虚血性心疾患	11	9	79	42
脳血管疾患	80	98	55	59
10 呼吸器系の疾患	62	59	422	371
急性上気道感染症	0	1	133	128
肺炎	20	19	2	3
急性気管支炎及び急性細気管支炎	0	1	42	37
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	3	5	21	14
喘息	1	1	125	71
11 消化器系の疾患	51	48	948	1,007
う蝕	0	0	202	231
歯肉炎及び歯周疾患	-	0	370	401
12 皮膚及び皮下組織の疾患	9	9	161	247
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	59	59	537	718
炎症性多発性関節障害	3	3	35	42
関節症	17	14	103	155
脊柱障害	16	19	212	345
骨の密度及び構造の障害	1	1	60	51
14 腎尿路生殖器系の疾患	40	41	197	241
糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全	26	27	105	106
乳房及び女性生殖器の疾患	2	2	50	70
15 妊娠、分娩及び産じょく	10	11	13	10
16 周産期に発生した病態	6	5	1	3
17 先天奇形、変形及び染色体異常	8	4	7	11
18 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	12	10	59	59
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	111	107	230	229
骨折	86	77	75	77

〔資料〕厚生労働省「患者調査（2020年）」

※対10万人当たりの受療率が10人を超えており、かつ、全国平均よりも10%以上高い疾病に着色しています。

**(3) 平均在院日数の状況**

2021（令和3）年の本県における全病床（介護療養病床を除く）の平均在院日数は 27.7 日で、前年に比べ、0.6 日の短縮となりました。

全国平均(27.3 日)と比較すると 0.4 日長く、都道府県別にみると長い方から 24 番目となっています。

病床別にみると、療養病床については 111.3 日で全国平均（131.1 日）よりも短い一方、一般病床については 16.6 日で全国平均(16.1 日)と比べ 0.5 日、また、精神病床については 295.3 日で全国平均（275.1 日）と比べ 20.2 日長くなっています。

**図表：平均在院日数の年次推移**

(単位：日)

		2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度
一般病床	本県	16.3	16.3	16.5	17.0	16.6
	全国平均	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1
精神病床	本県	310.3	311.8	303.1	307.1	295.3
	全国平均	267.7	265.8	265.8	277.0	275.1
結核病床	本県	76.2	76.1	71.9	79.8	72.2
	全国平均	66.5	65.6	64.6	57.2	51.3
療養病床	本県	109.8	107.2	105.8	110.6	111.3
	全国平均	146.3	141.5	135.9	135.5	131.1
介護療養病床を除く総数	本県	26.9	26.7	27.0	28.3	27.7
	全国平均	27.2	27.0	26.7	27.9	27.3

[資料] 厚生労働省「病院報告」

**【平均在院日数とは】**

病院に入院した患者の 1 回当たりの平均的な入院日数を示すものであり、その算定にはいくつかの考え方がありますが、厚生労働省の「病院報告」では、次の算式により算出することとされています。

$$\text{平均在院日数} = (\text{調査期間中に在院した患者の延べ数}) \div ((\text{調査期間中の新入院患者数} + \text{退院患者数}) \div 2)$$

## 2 第4期医療費適正化計画の基本理念

### (1) 基本理念

急速な高齢化の進展に伴い、医療費の多くを占める高齢者医療費の増大が見込まれることを踏まえ、高齢期に至る前の早い段階から、健康の保持に関する予防的な取組や医療の効率的な提供に向けた取組を行っていくことにより、**医療費が過度に増大しないようにしていく**ことを目指すこととし、この計画では、次のとおり、基本理念を定めます。

- 1 今後の県民の健康と医療のあり方を展望し、県民の生活の質を確保・向上する形で、良質かつ適切な医療の効率的な提供を目指すものとします。
- 2 医療・介護の提供体制を支える医療保険制度・介護保険制度の持続可能性を高めるため、限りある地域の社会資源を効果的かつ効率的に活用し、医療費適正化を図っていくものとします。

### (2) 施策の2つの柱

#### ア 県民の健康の保持の推進

県民一人**ひとり**が、生涯を通じて、心身ともに健康で質の高い生活を送ることができるよう、健康寿命の延伸に向けた取組を推進するほか、各医療保険者が実施する特定健康診査及び特定保健指導の推進、喫煙による健康被害を回避する取組などを通じて、生活習慣病の発症予防、早期発見及び重症化予防を推進します。

また、後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）と市町村による、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進します。

#### イ 医療の効率的な提供の推進

県民一人**ひとり**が良質かつ適切な医療を効率的に受けることができるように、医療機関の役割分担・連携により、地域において必要な医療を適切な場所で切れ目なく提供される体制の確立を図ります。

また、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・介護予防・生活支援の5つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進していきます。

さらに、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進、医薬品の適正使用の推進並びに医療資源の効果的かつ効率的な活用の推進を図り、過度に医療費が増大しないよう取り組みます。

### (3) 計画に掲げる目標、施策等

この計画では、**(2)**に掲げた2つの施策の柱に基づき、分野ごとに「現状と課題」を踏まえ、「目標」を設定するとともに、目標を実現するために「**施策の方向**」を定め、医療費適正化に向けた取組を推進していくこととします。



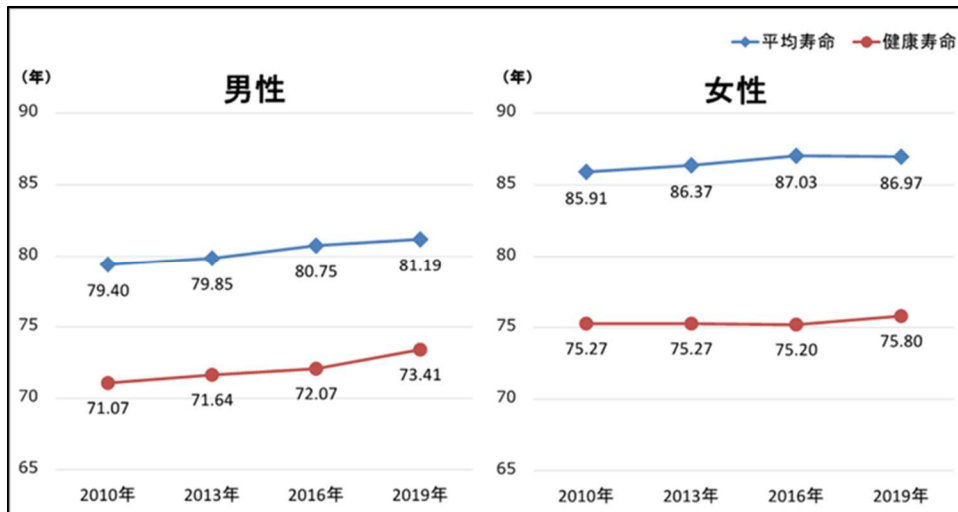
## 第 2 節 県民の健康の保持の推進に関する目標及び施策

### 1 健康寿命の延伸

#### 現状と課題

- ア 健康寿命とは、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されています。
- イ 高齢化が進む中、健康寿命の延伸、すなわち、平均寿命と健康寿命の差を縮めることは、個人の生活の質の低下を防ぐとともに、医療費や介護給付費等の社会保障負担の軽減も期待できるほか、健康に長く働く者を増やすことができ、社会保障制度を持続可能なものとするためにも重要です。このため、第 3 次群馬県健康増進計画「元気県ぐんま 21（第 3 次）」では、健康寿命の延伸を全体目標の一つとしています。
- ウ 厚生労働省発表による本県の健康寿命（2019（令和元）年）は、男性 73.41 年、女性 75.80 年で、全国（男性 72.68 年、女性 75.38 年）を上回っています。ただし、2010（平成 22）年と比較すると、男性は健康寿命と平均寿命の差が縮まっていますが、女性は広がっています。

図表：本県の平均寿命と健康寿命の推移



〔資料〕 平均寿命：厚生労働省「都道府県別生命表（2010年）」  
 県調査「県簡易生命表（2013年・2016年・2019年）」  
 健康寿命：厚生労働省「日常生活に制限のない期間（平均）」

## 目標

## ○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間の延伸)	男性 73.41 年 女性 75.80 年	2019	次のいずれも満たすものとする ①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 ②健康寿命 男性 73.57 年以上 女性 76.70 年以上	2028

## 施策の方向

生活習慣病の予防や望ましい生活習慣の定着に向けた正しい知識の普及啓発、県民の行動と健康状態の改善に加え、社会環境整備や、その質の向上を通して「健康寿命の延伸」の実現を図るため、分野ごとの目標達成に向けた施策を推進します。



## 2 メタボリックシンドローム対策の推進

### 現状と課題

- ア 厚生労働省「国民健康・栄養調査（2016（平成28）年）」、県「県民健康・栄養調査（2016（平成28）年度）」によると、本県のメタボリックシンドロームの該当者は男女ともに全国の割合を下回っていますが、予備群の割合は男女ともに全国を上回っています。

項目	本県		全国	
	予備群	該当者	予備群	該当者
男性	28.9%	19.4%	24.1%	27.0%
女性	11.4%	8.9%	8.2%	10.0%

予備群：メタボリックシンドロームの予備群と考えられる者

該当者：メタボリックシンドロームが強く疑われる者

〔資料〕厚生労働省「国民健康・栄養調査（2016年）」、県「県民健康・栄養調査（2016年度）」

- イ 特定健康診査とは、2008（平成 20）年度から医療保険者に実施が義務づけられたものであり、40 歳以上 75 歳未満を対象としたメタボリックシンドロームに着目した健康診査です。
- ウ 特定保健指導は、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる方に対して行う保健指導であり、特定健康診査の結果に応じて、動機付け支援と積極的支援が行われます。特定健康診査と同様、2008（平成 20）年度から開始されています。
- エ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和 3）年）」によると、本県の特定健康診査の受診率は55.9%（全国56.2%）、特定保健指導の実施率は19.7%（全国24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。また、保険者種別ごとの特定健診受診率（全国）をみると、共済組合や健康保険組合では約 8 割である一方、市町村国保では約 4 割となっており、種別により大きな差があります。

#### 【メタボリックシンドロームとは】

内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさり、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすい病態をいいます。

### 目標

- ア 県民一人ひとりが日々の健康管理を適切に行うことにより、特定健康診査における保健指導対象者を 2008（平成 20）年度に比べて 25%以上減少させます。
- イ 本県全体で、40 歳から 74 歳までの対象者の 70%以上が特定健康診査を受

診することにより、生活習慣病の早期発見を推進します。

- ウ 本県全体で、特定保健指導が必要と判定された対象者の 45%以上が特定保健指導を受けることにより、生活習慣病の発症予防及び重症化予防を推進します。

○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	特定保健指導対象者の減少 (2008 年度と比較)	7.98% <b>減少</b>	2021	25%減少	2029
2	特定健康診査受診率	55.9%	2021	70%以上	2029
3	特定保健指導実施率	19.7%	2021	45%以上	2029

施策の方向

- ア 県民が自らの健康に興味を持ち、適切な生活習慣を身につけ、必要に応じて生活習慣を改善できるような働きかけや普及啓発を行います。
- イ **メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病のリスクを早期に発見するため**、保険者や事業所等と連携し、特定健康診査の実施を推進します。
- ウ **メタボリックシンドロームの危険因子を有する者に対して特定保健指導を通じて生活習慣改善指導を行い適切な健康管理を支援するため**、保険者や事業所等と連携し、特定保健指導の実施率向上に向けた取組を推進します。  
また、必要に応じて医療機関への受診を促します。
- エ 保険者や関係機関・団体等と連携し、特定健康診査及び特定保健指導を行う従事者の人材育成に取り組みます。
- オ 特定健康診査のデータを中心とした分析を行い、県全体と市町村や職域別に健康課題の抽出と検討を進め、地域特性に基づいた効果的な対策の推進を図ります。
- カ **生活習慣病予防や健康づくりの情報を広報誌や SNS 等で継続的に発信し、特に特定健診・特定保健指導の対象とならない 40 歳未満の方に向けて、健康に興味を持ち、適切な生活習慣を身につけやすいよう普及啓発を行います。**

### 3 たばこ対策の推進

#### 現状と課題

- ア 喫煙は、がん、慢性閉塞性肺疾患（COPD）をはじめとする呼吸器疾患、循環器疾患など、様々な生活習慣病の発症及び重症化に大きく影響していることから、喫煙率を低下させることは、県民の健康の保持、増進及び生活習慣病予防における重要なポイントとなります。
- イ たばこによる健康被害は、喫煙者にとどまらず、その環境のもとに育つ子どもや周囲の人々にも、受動喫煙という形で悪影響を及ぼします。
- ウ 本県の喫煙者数は、県民健康・栄養調査（2021（令和3）年）によると、習慣的に喫煙している人は男性20.4%、女性6.1%です。人が吸っていたたばこの煙を吸う機会（受動喫煙）の有する者の割合は、家庭4.1%、職場11.3%、飲食店16.0%となっています。

#### 目標

##### ○ 指標と目標値

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2021	10.2%	2028

#### 施策の方向

- ア 新聞やラジオ等でのメディアでの啓発活動、県民公開講座等の開催により、喫煙及び受動喫煙に関する知識の普及啓発を図ります。
- イ 学校や市町村等関係機関と協力して、喫煙や受動喫煙が健康に与える悪影響についての普及啓発を引き続き実施します。
- ウ 地域、職域の禁煙指導者の人材育成・資質向上のための研修会を開催するとともに、群馬県受動喫煙防止対策推進会議を通じて、関係機関の連携体制の更なる充実を図り、望まない受動喫煙のない社会の実現を目指します。

## 4 歯科口腔保健の推進

### 現状と課題

近年、全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠が集積されつつあり、全身の健康に対する歯科口腔保健分野の重要度は年々増しています。

※詳細は第7章第7節（365頁）を参照

### 目標

長く歯と口腔の健康を保つことにより、県民の生涯にわたる健康で質の高い生活の実現を目指します。

### 施策の方向

歯科疾患予防の推進、口腔機能の獲得・維持・向上のほか、多職種連携の推進体制の整備といった歯科口腔保健を推進するための社会環境整備等に取り組みます。

※詳細は第7章第7節（367頁）を参照

## 5 がん対策の推進

### 現状と課題

- ア** がんは、1985（昭和 60）年から本県の死亡原因の第 1 位になっており、死因別死亡率は 2022（令和 4）年で 22.8%（「令和 4 年群馬県人口動態統計」）となっています。がんによる死亡者の減少のためには、まず予防できるがんを防ぎ、罹患者を減らすことが重要です。さらに、がんにかかった場合でも、検診で早期に発見し、できるだけ早く適切な治療につなげることが大切です。
- イ** 喫煙（受動喫煙を含む）、食生活や運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染はがんのリスク因子であり、日本人におけるがんの要因の第 1 位は、男性では喫煙、女性では感染となっています。
- ウ** 厚生労働省「国民生活基礎調査（2022（令和 4）年）」によると、厚生労働省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定めるがん検診の本県の受診率（40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳）は、胃がん 42.6%（全国 41.9%）、子宮頸がん 42.5%（全国 43.6%）、肺がん 55.7%（全国 49.7%）、乳がん 47.9%（全国 47.4%）、大腸がん 46.3%（全国 45.9%）となっており、概ね改善傾向にありますが、「群馬県がん対策推進計画」の目標を 60%とし、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。
- エ** がんを発見し、早期治療につなげるためには、精密検査が必要と判定された受診者が必ず精密検査を受診することが必要です。
- オ** 厚生労働大臣が質の高い専門的ながん医療を提供する医療機関として指定する「がん診療連携拠点病院」が、10 ある二次保健医療圏のうち 8 つで設置されており、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法を単独又は効果的に組み合わせた集学的治療が実施されています。

### 目標

- ア** 正しい知識に基づくがん予防及びがん検診の普及啓発を図り、がん予防及びがん検診を充実させることにより、がんの年齢調整罹患率（人口 10 万当たり）の減少及びがんの早期発見率（がん登録に占める限局の割合）の増加を目指します。
- イ** がん診療連携拠点病院等を中心として、質の高い専門的ながん医療が提供される体制を維持・強化します。

### 施策の方向

- 関係機関と連携し、予防・検診の普及啓発及び、質の高い医療提供を推進します。
- ※詳細は第 4 章第 2 節「1 がんの医療連携体制構築の取組」「1 予防・早期発見（検診）」の**具体的施策**（27 頁）及び「2 **医療**」の**具体的施策**（1）のうち 1 つ目のポツ（32 頁）を参照

## 6 生活習慣病の重症化予防の推進

### 現状と課題

- ア 生活習慣病の発症予防には、適切な食生活や適度な運動習慣、禁煙、節酒などの生活習慣の改善や定期的な健康診断等の日々の健康管理が大切です。
- イ また、健康診断の結果、医療機関の受診が必要と判断された場合には、速やかに受診を勧奨するとともに、その重症化を予防するための取組を進めることが重要です。
- ウ 慢性腎臓病（**Chronic Kidney Disease**: CKD）は、腎臓の働きが健康な人の60%未満に低下するか、あるいはたんぱく尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいいますが、進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。
- エ 厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）によると、本県の糖尿病有病者数は91,000人であり、2017（平成29）年の51,000人から大幅に増加しています。糖尿病は、進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。
- オ 糖尿病については、糖尿病性腎症が重症化して人工透析が必要となった場合、患者本人の生活の質（QOL）が著しく低下することに加え、生涯の医療費が多額となることが指摘されています。
- カ 本県の慢性透析患者数は、日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2021年）」によると、人口10万人当たり330人（全国279人）と高い状況にあります。また、本県の新規透析導入患者数は、人口10万人当たり37.8人（全国30.2人）と高く、都道府県別の順位は少ない方から数えて41位となっています。中でも、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は人口10万人当たり16.8人（全国12.2人）と高い状況にあります。

### 目標

- ア 県民一人**ひとり**が、生活習慣病を予防し、良好な健康状態を保つことができるよう、生活習慣病に対する知識や関心の向上を図ります。
- イ 健康管理を担う関係機関・団体が連携しながら、糖尿病をはじめとした、生活習慣病の重症化予防の取組を推進します。

### 施策の方向

- ア 県民公開講座等を開催し、県民に対して生活習慣病に対する知識の普及啓発を行います。
- イ 地域保健と職域保健が連携し、生涯を通じた健康管理を円滑に行えるよう支援します。
- ウ 治療中断者への働きかけや、治療中の方に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組を推進します。

- Ⅰ 糖尿病の重症化予防を推進するため、2019（平成 31）年 3 月に策定した「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」に基づく市町村や保険者における取組を支援します。



## 7 感染症重症化予防のための予防接種の推進

### 現状と課題

- ア 厚生労働省「人口動態統計（確定数）参考表（2022（令和4）年）」によると、県民の死因の第5位が肺炎となっています。特に高齢者は肺炎球菌感染やインフルエンザ等により肺炎を発症しやすいので、予防接種により重症化を防ぐことが重要です。
- イ 予防接種は免疫をつけ、重症化を予防し、感染症のまん延を防止するというベネフィットが明らかにされていますが、県民が副反応の可能性があることも理解した上で自らの判断で接種を受けられるよう、十分な情報提供が必要です。
- ウ ワクチンの製造に関係した一時的な流通不足の問題が起こることがあり、その状況把握と情報発信等の対応が求められます。
- エ 定期予防接種について、市町村から専門的・技術的支援が求められています。

### 目標

- ア 感染症の罹患や重症化を防ぎ、長期間にわたり健康を保持するために必要な予防接種を受けることができる環境を整えます。
- イ 感染症のまん延防止のために、社会全体で定期予防接種の高い接種率を確保します。

### 施策の方向

- ア 定期予防接種の高い接種率を確保するため、市町村・関係機関等と協力し、県民への情報提供と啓発を充実させます。
- イ 定期予防接種の実施主体である市町村と連携し、予防接種の安全性と有効性及び副反応の可能性、健康被害が生じた場合の予防接種健康被害救済制度について県民への周知を図ります。
- ウ ワクチン供給不足が発生した際には、情報収集を行い、医師会や医薬品卸組合等と連携し、円滑な流通を促進します。
- エ 定期予防接種の円滑な実施のため、市町村に対して専門的・技術的支援や広域的な連携について関係機関との調整を行います。



## 8 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防の推進

### 現状と課題

---

- ア 人生 100 年時代を見据え、健康寿命の延伸を目的として、高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、高齢者の保健事業と介護予防事業の一体的な実施が求められています。
- イ 後期高齢者については、フレイル状態に陥るリスクを抱えていることから、運動、口腔、栄養、社会参加等のアプローチにより疾病予防とフレイル予防に取り組む必要性があります。

### 目標

---

- ア 広域連合と市町村における一体的な実施の取組が着実に進むよう、広域性を活かした支援を行います。

### 施策の方向

---

- ア 広域連合と市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組が着実に進むよう、関係部局が連携して実施状況等を把握するとともに、広域連合や市町村の要望を把握し、専門的見地等からの支援や本事業に係る好事例の横展開を進めていきます。
- イ 広域連合や国民健康保険団体連合会とともに事業の取組結果に対する評価や効果的な取組の分析等を行い、広域での対応が望ましい課題等に対して、その調整や他の関係団体との連携体制の構築等の支援を行います。

### 第 3 節 医療の効率的な提供の推進に関する目標及び施策

#### 1 病床の機能分化・連携の推進

##### 現状と課題

- ア 2016（平成 28）年に策定した地域医療構想では、2025（令和 7）年を見据え、将来における医療需要を推計しています。今後、高齢化の進行や疾病構造の変化に伴い、慢性的な疾患や複数の疾病を抱える患者が増加することが見込まれていることから、将来を見据え、高度急性期から慢性期まで、患者の状態にふさわしい医療を提供できるよう、病床の機能分化・連携について、より一層の推進を図ることが重要となります。
- イ 2022（令和 4）年度における県内の病院、有床診療所からの病床機能報告の集計結果と、地域医療構想において推計した 2025（令和 7）年における必要病床数（2025（令和 7）年における医療機能ごとの病床数の必要量）を比較すると、回復期機能の病床数が大幅に不足する見込みであることから、今後、地域で必要となる病床への転換を推進していくことが求められています。
- ウ また、高齢化の進捗状況や医療施設等の社会資源の状況は地域ごとに異なることから、2025（令和 7）年に向け、医療機関同士の役割分担や介護サービス事業者等を含めた連携のほか、医療・介護サービスの充実等については、地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。

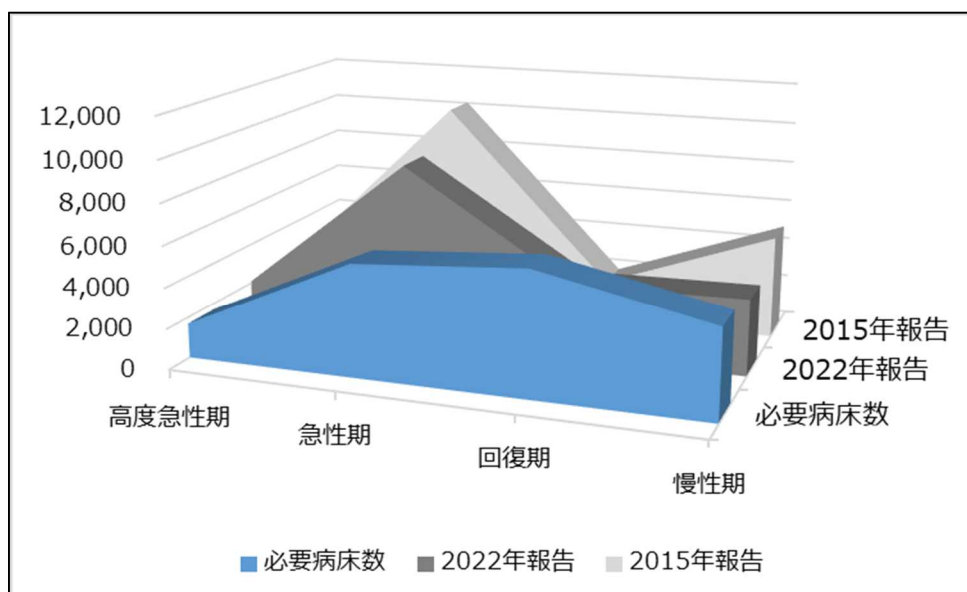
図表：各構想区域における 2025（令和 7）年の必要病床数の推計（単位：床）

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
前橋	529	1,429	1,149	459	3,566
渋川	128	256	287	256	927
伊勢崎	186	627	805	544	2,162
高崎・安中	283	975	1,314	1,127	3,699
藤岡	95	314	331	126	866
富岡	59	185	179	302	725
吾妻	18	103	284	167	572
沼田	69	313	251	228	861
桐生	102	413	528	463	1,506
太田・館林	231	857	939	667	2,694
計	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578

〔資料〕 県医務課「群馬県地域医療構想」

図表：病床機能報告と必要病床数との比較

(単位：床)



〔資料〕 県医務課「群馬県地域医療構想」、「病床機能報告」

(単位：床)

年	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	備考
2015	2,320	10,378	2,027	5,062	19,787	2015年報告
2022	2,092	8,701	3,583	3,719	18,095	2022年報告
2025	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	必要病床数

※病床機能報告の集計については、ハンセン病療養所及び医療型障害児入所施設等の病床並びに休棟等の病床は除いています。

**【病床機能報告とは】**

一般病床・療養病床を持つ医療機関は毎年、現状及び2025年の病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期から1つ）を報告します。機能区分の定量的な基準はなく、医療機関が自主的に判断して選ぶもので、また、病棟単位で報告するため、複数の機能を担う病棟でも1機能だけを選択します。

**目標**

2025（令和7）年に向けて、限られた医療資源を効率的・効果的に活用し、質の高い医療提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、病床機能の分化・連携の取組を推進します。

**施策の方向**

---

- ア 患者の医療需要に応じた適切な医療機能を提供できるよう、不足が見込まれる回復期病床への転換を促進し、それぞれの地域でバランスのとれた病床整備を推進します。
- イ 各構想区域における医療機関の役割の明確化、連携体制の強化による効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を進めます。
- ウ 限られた医療資源を効率的・効果的に活用するため、これらの取組を地域の実情に応じて進める必要があることから、構想区域ごとに設置する地域医療構想調整会議（学識経験者、医療関係者、及び市町村等を構成員として設ける協議の場）で協議を行うとともに、医療機関等の自主的な取組について地域医療介護総合確保基金を活用し、支援します。

## 2 地域包括ケアシステムの推進等

### 1 地域包括ケアシステムの推進

#### 現状と課題

**ア** 我が国は、これまで経験したことがない超高齢社会を迎えており、団塊の世代全てが 75 歳以上となる 2025（令和 7）年以降は、県民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれています。

**イ** 疾病を抱えていても、自宅等の住み慣れた場所で療養し、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的・継続的な在宅医療や在宅介護の提供を行うことが必要です。

**ウ** 高齢者ができる限り要介護状態にならず、健康を維持しながら自立した生活を送るため、また、要介護状態等になった場合であっても、その状態を悪化させないようにするための介護予防の取組は、高齢者個人の生活の質（QOL）を高めるだけでなく、社会全体にとっても重要な課題です。

※詳細は第 4 章第 3 節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」「1 総論」（227 頁）を参照

#### 目標

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（令和 7）年を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・介護予防・生活支援の 5 つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進します。

また、団塊ジュニアの世代全てが 65 歳以上となるとともに、総人口・現役世代が減少する中で高齢人口がピークを迎える 2040（令和 22）年を見据えて、地域包括ケアの更なる取組とあわせて、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備を一体的に推進することにより、地域共生社会の実現を図ります。

#### 施策の方向

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた市町村の取組が円滑に進むよう支援を行うとともに、県・市町村・関係団体との連携を強化しながら、地域の実情に応じた取組を推進します。

※詳細は第 4 章第 3 節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」「1 総論」（228 頁）、「3 介護サービスの体制整備」（255 頁）を参照

## 2 在宅医療の推進

### 現状と課題

#### (1) 在宅医療・介護の連携の推進

ア 県「保健医療に関する意識調査（令和4年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」及び「条件を整えば望む」という人が6割を超えている一方で、自宅で療養が可能とした人は2割を下回っています。

イ 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすいことから、医療・介護の連携を通じた効果的なサービス提供を推進する必要があります。

ウ 慢性疾患や認知症等、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受け、高齢者本人が自宅で最後を迎えられるよう、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等、様々な局面において、各々の専門性を活かした連携体制を構築することが必要となっています。

#### (2) 在宅医療の基盤整備の推進

ア 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることができるよう、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制が必要となりますが、山間部などでは、診療所や訪問看護事業所がない、夜間に対応する介護サービスが不足するなど、医療資源が不足・偏在している地域があります。

イ このため、訪問診療・往診の提供体制の充実を図るとともに、24時間対応の訪問看護ステーションの増加に向けた取組を推進するなど、看取りに対応できる医療機関の充実を含め、在宅医療の提供体制をより一層推進する必要があります。

### 目標

在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送れるよう、在宅医療の基盤整備を進めるとともに、地域の医療・介護の関係機関による連携体制を構築することで、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供します。

### 施策の方向

ア 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携をより一層推進するため、両者の連携を推進するための研修等を開催・支援するとともに、病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。

イ 在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、在宅医療の基盤整備を進めます。

ウ 在宅療養者の急変時に、往診や必要に応じた受入れができるよう、在宅医療に係る関係機関と入院医療機関の連携を推進し、24時間対応可能な連携体制や、病状急変時の円滑な受入れ体制の構築に取り組みます。

- 工** 在宅や介護施設での看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制を構築します。
- 才** 人生の最終段階における本人の意思を尊重した医療のあり方について、医療・介護従事者向けの研修や県民向けの普及啓発に取り組みます。

### 3 認知症施策の推進

#### 現状と課題

---

認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれます。増加する認知症高齢者に対応するため、認知症に対する理解促進を図るとともに、認知症疾患の早期診断・早期対応につなげるシステムの構築が必要です。

※詳細は第4章第3節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」「4 総合的な認知症対策」（232頁）を参照

#### 目標

---

ア 認知症の発症予防から早期診断・早期対応につながる医療体制の整備や相談支援体制の充実を図るとともに、関係機関の連携体制を整備します。

イ 誰もが認知症について正しい知識を持つとともに、地域での見守り体制を構築するなど、地域全体で認知症高齢者を支えていくための環境整備を推進します。

#### 施策の方向

---

適切な医療の提供と相談体制の充実のほか、認知症に対する理解の促進を図るとともに、認知症の人やその家族の意見も踏まえた施策の推進を目指します。

※詳細は第4章第3節「1 地域包括ケアシステムの深化・推進」「4 総合的な認知症対策」（233頁）を参照



#### 4 入院中の精神障害者の地域移行の推進

##### 現状と課題

**ア** 厚生労働省「精神保健福祉資料（2022（令和4）年度）」によると、本県における精神科病院の入院患者数 4,486 人のうち在院期間が1年以上の長期入院患者は 2,993 人と、全体の 66.7%となっています。

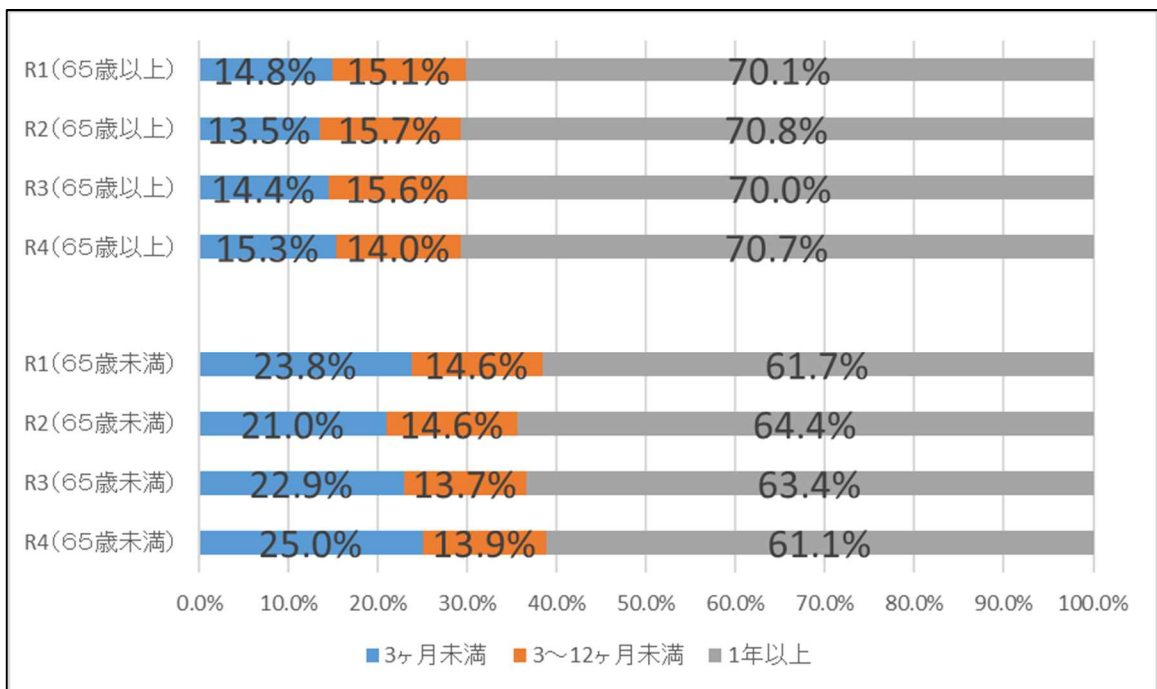
また、厚生労働省「病院報告」によると、精神病床における 2021（令和3）年の平均在院日数は 295.3 日と、全国平均に比べて 20.2 日長くなっていることから、早期退院に向けた治療や退院支援の提供が求められています。

**イ** 精神科医療提供体制には地域的な偏在があることから、入院治療も含めた体制の充実や、保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠です。

**ウ** 患者の地域生活を支える訪問診療や訪問看護等の多職種チームによる支援や、症状悪化時等の緊急時に対応できる体制を充実する必要があります。

**エ** 精神疾患のある人とその家族を地域全体で支援する体制を構築する必要があります。

図表：本県精神病床における在院期間別入院患者の割合



[資料] 厚生労働省「精神保健福祉資料」

**目標**

- ア 精神障害者の地域生活への移行を進めるため、退院に対する意欲を高めるとともに、居住の場の確保や日中活動を推進します。
- イ 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしく暮らすことができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指します。
- ウ 緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に取り組みます。

**施策の方向**

- ア 地域における精神障害についての理解を深めるため、こころの県民講座を開催するなど、理解の促進を図ります。
- イ 各地域において保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置を促進し、関係者間の連携を強化するとともに、相談支援を担当する保健福祉事務所、市町村及び相談支援事業所等の相談機能の充実を図ります。
- ウ 長期入院患者の早期退院に向けた支援を推進するため、ピアサポート活用事業等地域移行支援事業の実施や地域相談支援の利用促進を図ります。また、退院後生活環境相談員の設置や退院支援委員会の開催など、精神科病院における退院促進の取組を充実させます。
- エ 訪問看護等の提供体制の充実を図るほか、夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制の整備等、地域生活を支える精神科救急医療体制の一層の充実を図ります。
- オ グループホームの整備や就労支援等、障害福祉サービスの充実を図ります。
- カ 精神障害者や家族が地域で安心して生活できるよう、精神保健ボランティアの養成や家族会支援、各種研修の実施等、地域における支援体制の構築を図ります。

**【ピアサポート活用事業とは】**

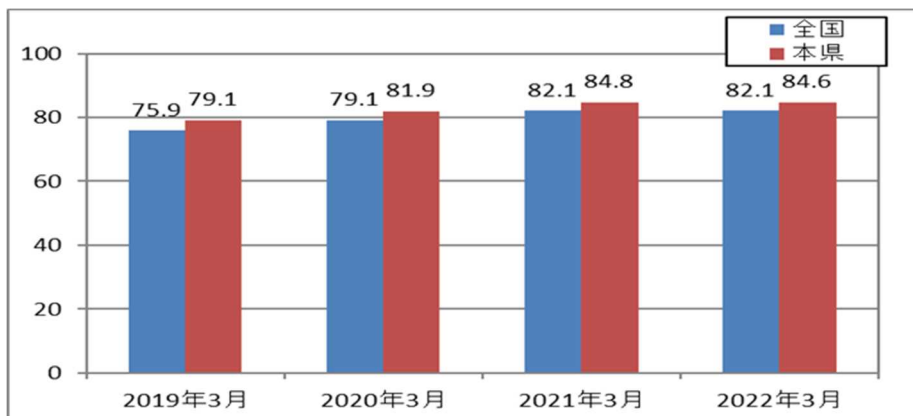
地域で暮らす精神障害のある人が「ピアサポーター」として精神科病院を訪問し相談や助言を行うことにより、入院中の精神障害者の地域移行に対する不安感の解消や退院意欲の喚起を図る事業です。

### 3 後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進

#### 現状と課題

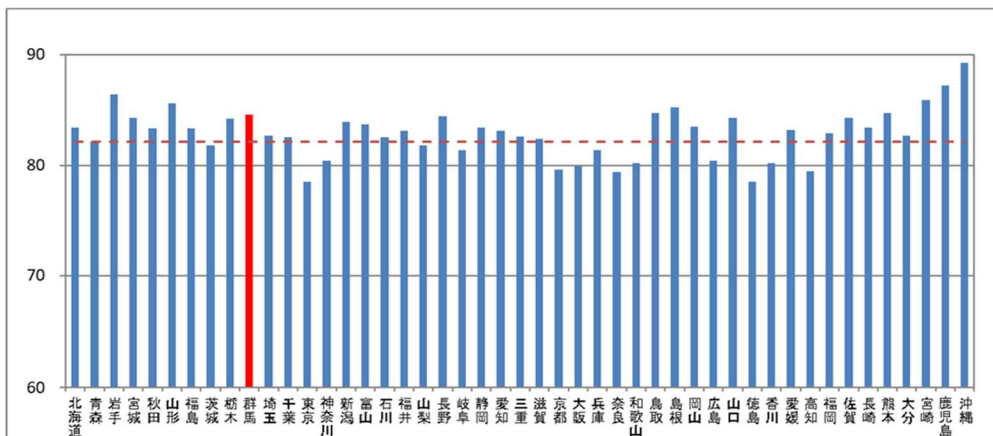
- ア 後発医薬品は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなります。
- イ 我が国における「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量割合は、2022（令和4）年3月末現在 82.1%で、近年、急速に普及してきています。
- ウ 本県では、2009（平成21）年度に医療関係者、学識経験者、医薬品業界関係者及び保険者代表で構成する「群馬県後発医薬品適正使用協議会」を発足し、後発医薬品の普及啓発等に取り組んできたことから、2022（令和4）年3月末の本県における後発医薬品の数量割合は **84.6%**に達し、全国平均を上回り、全国9位となっています。
- エ 後発医薬品に対する品質確保や安定供給に対する不安感の払拭を図る必要があります。

図表：後発医薬品使用割合の推移 (単位：%)



〔資料〕厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

図表：後発医薬品使用割合の全国比較 (単位：%)



〔資料〕厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」

**目標**

本県の後発医薬品について、その使用割合は数量ベースでは現行の目標である 80%に達している一方で、供給不安が続いているといった課題があります。こうした中で、国は、今後骨太方針 2021 の「後発医薬品の数量シェアを、2023（令和 5）年度末までにすべての都道府県で 80%以上にする」という政府目標を、金額ベース等の観点から踏まえて見直すこととしており、本県においても本計画における後発医薬品の使用促進に関する数値目標を、新たな政府目標を踏まえ、2024（令和 6）年度に設定します。

また、バイオ後続品については、2029（令和 11）年度に、バイオ後続品に数量ベースで 80%以上置き換わった成分数が 60%以上に達しているとする目標を設定します。

**施策の方向**

- ア** 群馬県後発医薬品適正使用協議会及び関係機関と連携し、本県における後発医薬品の使用状況などについて情報を収集・分析し、これに基づいた使用促進のための施策の検討や普及啓発を行います。
- イ** 国と連携し、後発医薬品の試験検査により品質を確認し、結果を公表するとともに、後発医薬品製造業者等に対して立入検査を実施し、製造管理及び品質管理を徹底します。
- ウ** 医療費適正化の観点から、今後、地域フォーミュラリに関する医療関係者への周知等の多面的な必要な取組を行います。
- エ** 後発医薬品の安定供給、メーカーにおける製造管理の徹底を図るなど、後発医薬品の信頼回復に向け、必要な施策を推進します。
- オ** 後発医薬品の使用促進に関する関係者の役割分担

主体	具体的役割
群馬県後発医薬品適正使用協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療機関等を対象とした後発医薬品の使用に関するアンケート調査</li> <li>○ 普及啓発用リーフレット等広報資材の作成・配布</li> <li>○ 広報資料、電子広告等を活用した県民への普及啓発</li> <li>○ 地域の医療機関における後発医薬品の取扱品目リスト及び採用基準の公表</li> </ul>
保険者	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 後発医薬品へ切り替えた場合の「軽減差額通知」の送付</li> <li>○ 「後発医薬品希望」意思表示のための資材配布</li> </ul>

**【フォーミュラリ・地域フォーミュラリとは】**

フォーミュラリとは、「医薬品の有効性・安全性など科学的根拠と経済性を総合的に評価して、医療機関や地域ごとに策定する医薬品の使用指針」を意味するものとして用いられています。

地域フォーミュラリとは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」を意味するものです。

## 4 医薬品の適正使用の推進

### 現状と課題

#### (1) 医薬品の重複投与・多剤投与の状況及び影響

- ア 医薬品の重複投与・多剤投与の多くは、患者が複数の医療機関を受診すること及び加齢による様々な疾患への対応により発生しています。
- イ また、複数疾患を有する患者は、複数種類の医薬品の投与を受けている可能性が高いが、それが副作用の発生や医薬品の飲み残しなどにつながっているとの指摘もあるほか、医療費の増大にも繋がっています。
- ウ 特に医薬品の多剤投与については、患者の年齢が高くなるほど多くなる傾向があります。

#### (2) 関係機関との連携

- ア 複数医療機関の受診や多剤投与については、患者の病状等により事情が異なり、一律に扱うことはできないため、医療機関と薬局等が情報共有することが重要となります。
- イ 医薬品の適正使用を確保するため、厚生労働省では「患者のための薬局ビジョン」を 2015（平成 27）年 10 月に策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進するほか、医療関係多職種との連携を推進しています。
- ウ かかりつけ薬剤師・薬局の普及により、医薬品服薬情報の一元管理等が可能となるため、医療機関との連携を進めることが重要です。

#### 【患者のための薬局ビジョンとは】

2015（平成 27）年 10 月に厚生労働省が作成。患者本位の医薬分業の実現に向けて、かかりつけ薬剤師・薬局の今後の姿を明らかにするとともに、団塊の世代が後期高齢者（75 歳以上）になる 2025（令和 7）年、更に 10 年後の 2035（令和 17）年に向けて、中長期的視野に立って、現在の薬局をかかりつけ薬局に再編する道筋を提示するもので、患者が医薬分業のメリットを実感できる患者本位の薬局となることを中長期的な視点に立って推進していくものです。

- 目指すべき内容
  - ・ 2025 年までに、全ての薬局を「かかりつけ薬局」へ
  - ・ 健康サポート薬局を日常生活圏域ごとに必要数確保
  - ・ 2035 年までに、立地を含めて、門前から地域への薬局再編
- かかりつけ薬剤師・薬局の持つべき機能
  - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
  - ・ 24 時間対応・在宅対応
  - ・ かかりつけ医をはじめとした医療機関等との連携強化

## 目標

---

- ア 県民に対して、医薬品に関する適正使用について普及啓発を図るとともに、薬局、医療機関、保険者の三者による連携により、重複投与や多剤投与の是正を推進します。
- イ 医療機関及び薬局における重複投与等の確認を可能にする電子処方箋のメリットの周知等による普及を促進します。
- ウ 医薬品の使用状況などについて情報を収集・分析・共有するための体制を構築します。

## 施策の方向

---

- ア 重複投与や多剤投与への対応のためにも、「かかりつけ薬剤師・薬局」推進の一環である健康サポート薬局及び認定薬局制度の整備を更に進めます。
- イ 医療機関と薬局の連携を強化し、訪問指導の実施、重複投与等の確認を可能とする電子処方箋の導入について、メリットの周知やシステム改修等に対する国の補助制度活用による導入を促進することで、飲み残し等による残薬の解消に取り組みます。
- ウ マイナンバーカードの健康保険証利用により、医師・薬剤師が過去の診療・薬剤情報を閲覧することができるようになり、重複投与・多剤投与の抑制に資することから、医療機関や薬局等と連携のうえ、マイナンバーカードの健康保険証利用を促進します。
- エ 保険者と連携を図ることで、重複投与や多剤投与に係る医療費の実態分析を行い、患者に対して医療費に関するお知らせを行うなどの指導に取り組みます。
- オ 患者向けの医薬品適正使用の理解促進のための広告資料や電子広告等を作成し、広く県民に普及啓発を行います。
- カ 医療機関、保険者、薬局、行政が連携し、医薬品の使用状況について、情報共有を進め、必要な対策を検討するための環境整備を図ります。

## 5 医療資源の効果的・効率的な活用

### 現状と課題

- ア 少子高齢化に伴い県民の疾病構造は従来から大きく変化しています。また、切れ目のない医療・介護サービスの提供体制を構築するためには、急性期から回復期、慢性期において、患者の状態にふさわしい医療を的確に提供することが求められています。さらに、医療資源の状況は地域によって異なることから、その偏在解消が必要です。
- イ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療について、例えば、急性気道感染症や急性下痢症の治療における抗微生物薬の使用では、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2016-2020）」に基づく取組等によって使用量が減少してきており、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」に基づき更なる取組が進められています。
- ウ 白内障手術及び薬物療法の外来での実施状況については、医療資源の投入量に地域差があることが指摘されています。白内障の手術は、「OECD Health at a Glance 2021」によると、OECD加盟国の半数以上の国において外来での実施率が90%以上である一方で、厚生労働省「NDBオープンデータ（2021（令和3）年度）」によると、我が国の外来での実施率は64.8%であり、本県は76.5%となっています。また、がんの薬物療法についても、本県では全ての二次保健医療圏で外来薬物療法が提供されており、外来で治療を行うケースが増えています。入院で薬物療法を実施するケースも一定数存在しています。
- エ 2022（令和4）年度の診療報酬改定においてリフィル処方箋の制度が創設され、患者にとって適切な治療が行われることを前提に、有効に活用できる範囲において取組を進める必要があります。

### 目標

- ア 病床の機能分化・連携を推進するとともに、地域包括ケアシステムの更なる深化・推進を図ります。また、不足している診療科の医師確保を図るとともに、地域で不足する外来医療機能の充実と医療機器の効率的な活用を促進します。
- イ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療や医療資源の投入量に地域差がある医療について、地域ごとに関係者が地域の実情を把握するとともに、医療資源の効果的かつ効率的な活用に向けて必要な取組を検討し、実施します。
- ウ リフィル処方箋について、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を確認しながら、有効に活用できる範囲において少しずつ普及するよう、関係者が行う必要な取組を検討し実施します。



**施策の方向**

---

**ア** 地域の実情や将来の医療需要等を踏まえ、限られた医療資源をより効果的・効率的に活用できるよう、地域医療構想や医師確保計画、外来医療計画に基づく取組を推進します。

※具体的な取組については、第 5 章「地域医療構想」（259 頁）、第 6 章「外来医療計画」（313 頁）及び第 8 章「医師確保計画」（385 頁）を参照

**イ** 抗菌薬の適正使用について、厚生労働省が提供するデータ（抗微生物薬適正使用の手引き 第 三版）等を用いて現状・動向の把握を行い、県民や医療関係者に対して普及啓発を行います。

**ウ** がんの薬物療法を外来で受療する患者の増加に伴い、薬物療法に関する説明などの負担が増大しており、引き続き人材の適正配置等、体制の維持・強化に努めます。

**エ** リフィル処方箋の制度について、県民に対する周知・啓発を行います。

## 6 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進

### 現状と課題

- ア 高齢期の疾病は、疾病の治療等の医療ニーズだけでなく、疾病と関連する生活機能の低下等による介護ニーズの増加にもつながりやすい傾向にあります。
- イ このため、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要です。
- ウ 全ての市町村では、在宅医療と介護の切れ目のない提供体制を構築していくため、介護保険法に基づき、在宅医療・介護連携推進事業を実施していますが、本事業が円滑に実施できるよう、医師会等の関係機関と連携して、市町村の取組をきめ細かく支援していく必要があります。
- エ また、がん、認知症、大腿骨骨折等についても、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備することが重要です。

### 目標

- ア 市町村が取り組む在宅医療・介護連携推進事業について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりを支援します。
- イ 患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されるよう取り組みます。

### 施策の方向

- ア 在宅医療・介護連携事業の円滑な実施のため、特に単独の市町村での実施に課題がある「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」及び「在宅医療・介護連携に関する相談支援」について、関係団体と連携して市町村の取組を具体的・個別的に支援します。
- イ 地域における在宅医療・介護に係るネットワークの形成をより進めるとともに、地域連携クリティカルパス等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。

## 第 4 節 計画期間における医療費の見込み

### 1 医療費の見込みの推計方法

この計画に求められる 2029（令和 11）年度の医療費の見込みについては、厚生労働省から提供された「医療費適正化計画推計ツール」を用いて、次のとおり算出します。

#### （1）入院外医療費等

2019（令和元）年度を基準年度として自然増を加味した医療費の見込みから、下記の取組による適正化の効果額を差し引いた額とします。

ア 特定健康診査・特定保健指導の実施率の達成（70%・45%）による効果

イ 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進による効果

ウ 糖尿病重症化予防の取組等による地域差縮減に向けた取組による効果

※ 病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含めていません。

#### （2）入院医療費

1 人当たり入院医療費に、地域医療構想における 2025（令和 7）年時点の患者数を基に算出した 2029（令和 11）年度の区分ごとの患者数の見込みを乗じ、精神病床、結核病床及び感染症病床に関する医療費を加えた額とします。

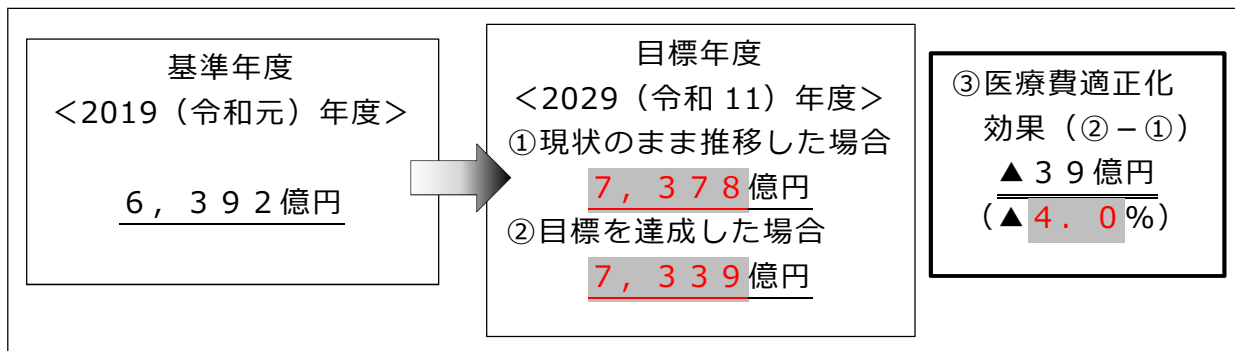
#### （3）制度区分別医療費

2021（令和 3）年度の制度区分別の医療保険に係る医療費、将来推計人口等を用いて推計した 2029（令和 11）年度の制度区分別の加入者数等を基に、2029（令和 11）年度の制度区分別の医療費割合を算出し、それを 2029（令和 11）年度の推計値に乗じた額とします。

## 2 本県の医療費の推計

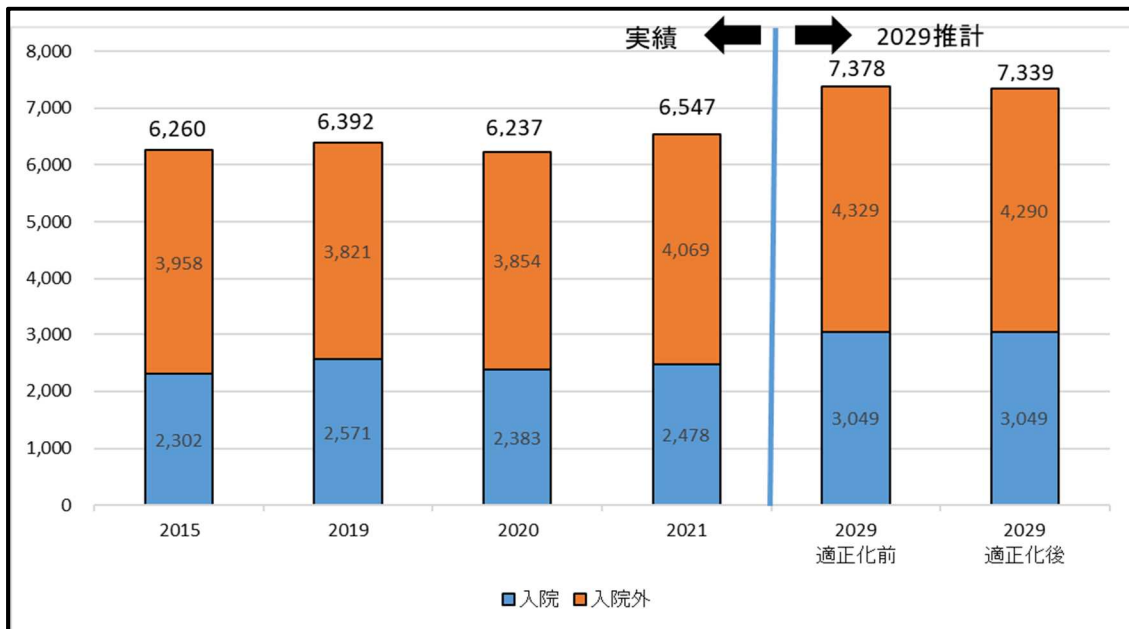
本県の1人あたり医療費は、全国平均を下回っているものの、高齢化の進展や医療の高度化等に伴い、本県の医療費は年々増加し、計画の最終年度となる2029（令和 11）年度には7,378 億円になると推計されます。

一方、この計画に掲げる医療費適正化の取組を行い、その目標を達成した場合の2029（令和 11）年度の本県の医療費は、7,339 億円になると推計され、医療費適正化効果は、39 億円（増加分の4.0%）と見込まれます。



〔資料〕厚生労働省「医療費適正化計画推計ツール」  
医療費適正化基本方針に基づき、2019（令和元）年度を基準年度としています。

図表：年度別医療費の見込み



〔資料〕厚生労働省「国民医療費」、厚生労働省「医療費適正化計画推計ツール」  
病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、推計額に含めていません。

図表：制度区分別医療費の見込み

(単位：億円)

保険制度	2021	2029	
		適正化効果前	適正化効果後
市町村国保	1,614	1,569	1,561
後期高齢者医療	2,538	3,185	3,168
被用者保険等	2,395	2,624	2,610
合計	6,547	7,378	7,339

[資料] 厚生労働省「国民健康保険事業年報」「後期高齢者医療事業状況報告」  
県国保援護課推計

### 3 国民健康保険及び後期高齢者医療制度の保険料（税）の試算

この計画に求められる 2029（令和 11）年度の市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の 1 人当たり保険料（税）については、厚生労働省から提供された「医療費適正化計画推計ツール」を用いて、計画期間中に見込まれる 1 人当たり保険料（税）の伸び率や、制度改正による影響額の推計値を基に、次のとおり算出します。

図表：本県の国民健康保険及び後期高齢者医療制度 1 人当たり保険料（税）の試算

保険制度	2021	2029
市町村国保（医療分）	5,497 円／月	7,665 円／月
後期高齢者医療	5,398 円／月	7,545 円／月

〔資料〕厚生労働省「国民健康保険事業年報」「後期高齢者医療事業状況報告」  
「医療費適正化計画推計ツール」

2029 年度の保険料（税）は、適正化効果を考慮した後の推計結果です。

(空白)

**第11章 計画の推進・評価**



## 第1節 計画の推進

### 1 計画の推進

この計画は、地域の最も重要な社会基盤の一つである医療提供体制の確保に向けて、県や市町村などの行政、医療提供者、関係団体及び県民がともに考え、ともに行動するための基本的な指針として策定するものです。

計画の着実な推進を図り、県民の誰もが安全で質の高い保健医療サービスを受けることができる環境を整備するためには、それぞれの主体がお互いの役割を認識しながら、協働して計画の推進に取り組むことが必要です。

### 2 行政の役割

#### (1) 県の役割

- ア 県は、この計画について、市町村をはじめ県内の関係者や県民に対して周知を図るとともに、進捗状況について毎年度、群馬県保健医療計画会議などに報告を行うなど、施策の実施状況について必要な協議を行います。
- イ また、市町村の役割を踏まえた上で、市町村と保健医療サービスの提供者等の調整役として、地域包括ケアシステムの構築が促進されるよう必要な支援を行うとともに、県全域における施策について主体的に取り組んでいきます。
- ウ 特に医療分野においては、市町村の圏域などを越えて広域的・専門的な観点から施策を展開することで、効率的・効果的なサービス提供が可能となる事業もあることから、これらの取組については県がその役割を担います。
- エ 二次保健医療圏ごとに市町村や医療提供者、関係団体、住民代表などで構成している地域保健医療対策協議会等において、広く意見を聴きながら、急性期から慢性期などを経て在宅等での医療や介護サービスに至るまで、切れ目のない連携体制の構築に向け、地域の実情に応じた取組を進めます。
- オ このほか、医師の地域偏在・診療科偏在をはじめ、全国的な課題であって国が所管する施策については、国に対し、地域の実情を踏まえて必要な対応を行うよう求めていきます。

#### (2) 市町村の役割

- ア 住民の日常生活を支える健康づくりの推進や疾病の予防、軽易な傷病の対応、介護サービスや障害福祉サービスの実施など、保健や医療、介護等の提供に当たって、住民の日常生活に身近な市町村が、地域の実情に応じた提供体制を構築することが必要です。
- イ 特に、病気や障害等があっても、できる限り住み慣れた地域で生活を送ることができる地域包括ケアシステムを構築するためには、介護保険サービスだけでなく、保健・医療・福祉の専門職、ボランティアなどの様々な資源を活用し、見守りなどの日常生活支援や介護予防の取組、在宅医療・介護連携の推進などが必要で、住民に身近な市町村が地域の実情に応じた取組を進めることが求められます。

ウ このほか、初期・二次救急の医療提供体制の確保や母子保健、在宅療養に関する取組などは市町村が中心となって取り組んでおり、今後も、地域住民のニーズに的確に応え、地域の特性と実情に応じた取組を展開していくことが、これまで以上に求められます。

### 3 医療提供者の役割

#### (1) 医療機関の役割

ア 医療の高度化・専門化など、疾病の発症から在宅療養に至るまでを1つの医療機関で対応することが難しくなっています。

限られた医療資源を将来にわたって維持する観点からも、急性期など高密度な治療を必要とする時期と、回復期や維持期などリハビリテーションや定期的な検査・指導等を必要とする時期などで、複数の医療機関等により効率的に医療を提供し、切れ目のない医療サービスを提供することも求められています。

イ このため、それぞれの医療機関には自らの医療機能や地域医療に果たす役割をできる限り明確にして、わかりやすく県民や地域に発信し、医療機関同士の連携をより一層深めたり、治療途中で転院等をする患者の不安軽減につなげることが求められています。

ウ また、医師等の医療従事者は、自らの資質の向上に努め、それぞれの専門性を発揮しながら協力してチーム医療を推進していくことはもとより、地域における医療や介護の連携にも積極的に協力する姿勢が求められます。

#### (2) 関係団体の役割

ア 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会をはじめとする医療関係団体は、群馬県保健医療計画会議などに参画するとともに、医療連携体制や地域包括ケアシステムの構築など、計画の推進に協力しています。

イ 引き続き、医療提供者や市町村、県などの関係者と協力し、県民のために一体となって、適切な医療サービスを提供する体制の整備に努めるとともに、県民等に対して必要な情報の提供や適切な受診等に関する普及啓発を行うことなどが求められます。

### 4 保険者の役割

(1) 近年、国民医療費が国民所得の伸びを上回る勢いで増加しており、特にがんや糖尿病、循環器系疾患など、いわゆる生活習慣病に起因する疾病が医療費の増加の主な要因と指摘されています。

(2) 県民が健康で自立した生活をより長く送ることができるようにするとともに、医療費を適正な水準に保ち、誰もが安心できる国民皆保険制度の維持につなげていくためにも、生活習慣病の発症や重症化を予防することが重要となります。

(3) 保険者は、40歳から74歳までの加入者に対し、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための特定健康診査・特定保健指導を実施しています。

本県の特定健康診査の実施率、及び特定保健指導の実施率は、全国平均を下回っており、保険者には引き続き、特定健康診査の受診率や特定保健指導の実施率の向上を図る取組が求められます。

- (4) このほか、保険者は、県の医療費適正化計画の推進に協力し、加入者に対し、後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用や医療機関等の適切な受診に関する啓発などを行います。

## 5 県民の役割

- (1) がんや糖尿病をはじめとする生活習慣病が増加する中で、まずは予防の観点から、食生活や運動などのライフスタイルを見つめて改善を図るとともに、積極的に健康診断を受診するなど、家族やより充実した人生のため自らの健康の保持増進に努めることが必要です。
- (2) 医療機関を受診する場合には、全国統一システムによる医療機能情報や「小児救急電話相談（#8000）」などの活用、身近なかかりつけ医に相談し、症状に応じた医療機関を受診することも重要です。
- (3) また、歯と口腔の健康は、食べる・話すといった日常生活に欠かせないもので、さらに歯周病の予防や治療を行うことが、生活習慣病や感染症の対策につながるということもいわれており、かかりつけの歯科診療所を持つことも大切です。
- (4) かかりつけ薬局を持つことも重要です。一つの薬局を「かかりつけ」とすることで、医薬品によるより有効な治療が行えるようになります。また、お薬手帳を持つことで、医薬品の情報を一元的に管理することができるようになります。
- (5) その他、限りある医療資源を将来にわたって持続可能なものにするため、救急車の適正使用や、自治会などの地縁活動やボランティア活動などに参加し、自発的に介護予防や健康増進に取り組むことなど住民同士が相互に支えあうことが必要です。

私たち県民一人ひとりが、保健医療サービスの単なる受け手ではなく、利用者・費用負担者として、自らの健康には自らが責任をもつという自覚を持って、保健や医療サービスに対して主体的かつ積極的に関わることがこれまで以上に求められています。

## 第2節 計画の評価

### 1 進行管理

この計画の進捗状況については、県の事業評価の取組に併せて、数値目標の年次推移や施策の取組状況を確認し、群馬県保健医療計画会議や疾病・事業ごとの専門部会等に報告するなど、毎年度、評価・検証を行います。具体的には、疾病・事業ごとに構築したロジックモデルを活用することで、施策・取組と数値目標の因果関係を明確化しながら、取組の評価や課題の検証を進めていきます。

また、保健医療圏ごとに設置する、各地域保健医療対策協議会等の場においても情報を共有しながら、評価・検証を行います。

なお、施策を着実に推進するため、いわゆる“PDCAサイクル”（計画（Plan）－実行（Do）－評価（Check）－改善（Act））の実施を通じて、計画の進行管理を行います。

### 2 進行状況及び評価結果の公表

この計画の進捗状況や評価・検証の結果については、県のホームページ等において公表するとともに、この計画の推進に反映します。

## 第3節 計画の変更等

この計画の期間（2024年度から2029年度：6年間）に関わらず、在宅医療、医師の確保及び外来医療に関する事項については3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合には計画を変更します。

このほか、計画期間内であっても、保健医療を取り巻く社会・経済環境の変化等により必要があると認めるときは、計画を見直します。

(空白)