

第6節 医療需要及び必要とされる病床数の推計

1 医療需要

(1) 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要については、2013年のNDB（ナショナル・データ・ベース）のレセプトデータ及びDPCデータに基づき、患者住所地別に配分した上で、推計を行います。

この推計は、2013年における実際の医療資源投入量を基に推計しているもので、平均在院日数、受療率は2013年の数値を活用していることになります。

① 入院受療率

$$\frac{\text{性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）}}{365（日）} = \text{1日当たり入院患者延べ数}$$
$$\frac{\text{1日当たり入院患者延べ数}}{\text{性・年齢階級別の人口}} = \text{入院受療率}$$

② 医療需要

$$\begin{aligned} & \text{構想区域の2025年の医療需要} \\ & = [\text{当該構想区域の2013年の性・年齢階級別の入院受療率} \\ & \quad \times \text{当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口}] \text{を総和したもの} \end{aligned}$$

※ 2025年の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月中位推計）」を用います。

なお、医療機能別（高度急性期・急性期及び回復期）の医療需要の考え方は、資料編資料7のとおりです。

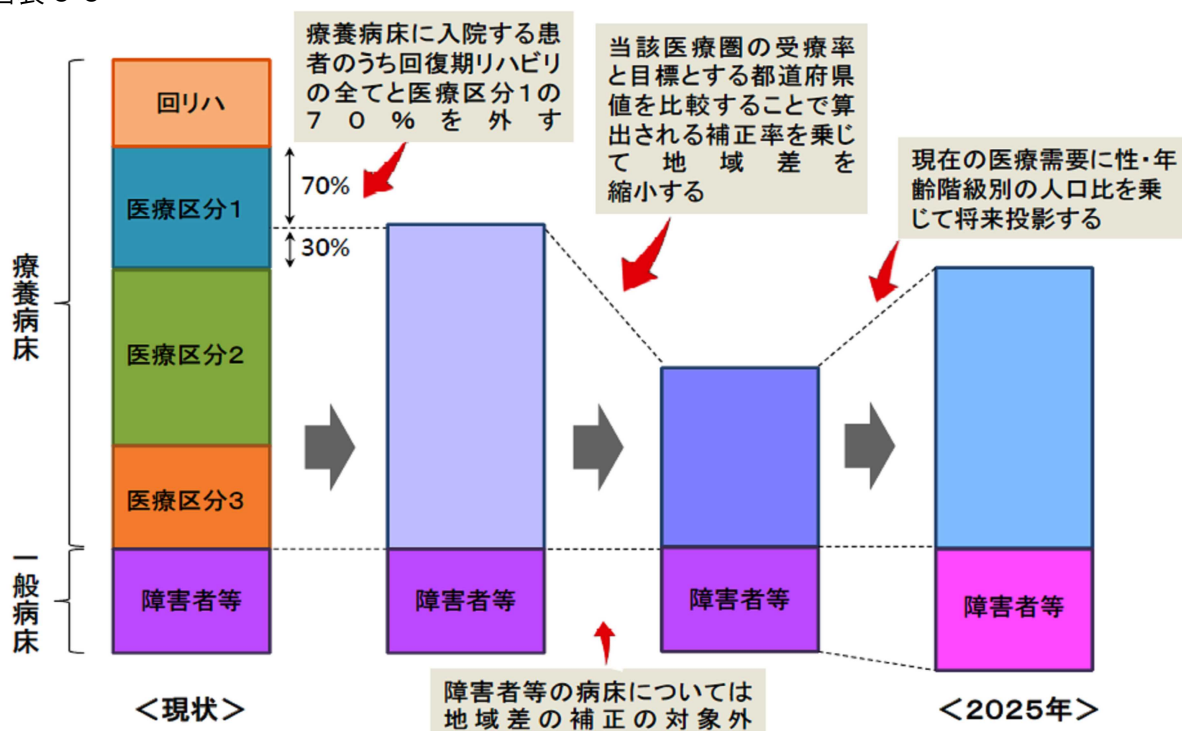
(2) 慢性期機能と在宅医療等

療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であるため、医療資源投入量に基づく分析を行うことが難しい状況です。また、地域の療養病床数には、大きな地域差があります。

このことから、慢性期機能の推計については、医療資源投入量を用いず、

- ① 慢性期の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ったうえで、
- ② 療養病床の入院受療率の地域差を縮小することを加味して推計します。

図表 5 5



[考え方]

- ① 療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として見込みます。なお、一般病床の障害者・難病患者（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者）は、慢性期機能の医療需要として推計します。
- ② 慢性期病床の入院受療率における地域差の解消については、構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定程度解消させることとして、全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下させる割合を一律に用いて推計します。

ただし、当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値より大きく、かつ、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合は、目指す姿の達成年次を2025年から2030年とすることとし、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を用いて推計することが可能とされており、上川北部区域は、これに該当するため、目指す姿の達成年度を2030年として推計します。

2 必要とされる病床の必要量の推計

第6節の1で推計しました2025年の医療需要に基づき、病床利用率で割り戻して、2025年に必要とされる病床の必要量（必要病床数）を推計します。

また、医療需要の推計にあたっては、高度急性期及び急性期については、他の構想区域との流出入を考慮するものとし、回復期及び慢性期については、より身近な地域において提供することが望ましいことから、他の構想区域との流出入は考慮しないものとしします。

ただし、他都府県との流出入については、慢性期を除く各区分で調整を行います。

病床利用率は、厚生労働省令で規定されている割合（高度急性期～75%、急性期～78%、回復期～90%、慢性期92%）を使用して推計します。

なお、今回推計した病床の必要量については、医師や看護師などの医療従事者の不足により、やむを得ず休床している医療機関が存在する現状（2013年）において算出したものであり、今後病床の稼働状況を継続的に把握するとともに、少子化対策による将来人口推計への影響なども勘案して、必要に応じて見直しが行われると想定しています。

図表56

区 分	医 療 需 要			病床の必要量
	① 上川北部構想区域に居住する患者の医療需要 (患者所在地ベース)	② 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの (医療機関所在地ベース)	③ 将来あるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの (高度急性期・急性期のみ:医療機関所在地ベース)	
高度急性期	62	47	47	63
急性期	201	178	178	229
回復期	225	185	225	251
慢性期	229	201	229	249
計	717	611	679	792

3 在宅医療等に関する医療需要の推計

2025年における在宅医療等に関する医療需要について、国の必要病床数等推計ツールにより算出した結果は、図表57のとおりです。

地域医療構想ガイドラインでは、在宅医療等で対応することが可能とされている「療養病床の医療区分1の70%の入院患者」及び「一般病床のうち診療報酬における出来高点数が入院基本料を除き175点未満の入院患者」は、在宅医療等の医療需要として推計されています。

推計の基となる2013年における在宅医療等に関する医療需要には、下記のものが含まれています。

- ①訪問診療を受けている患者（図表57における「うち訪問診療」）
- ②介護老人保健施設の入所者
- ③一般病床で医療資源投入量175点未満の患者
- ④療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%

2025年における在宅医療等に関する医療需要については、上記4項目に地域差解消分を含めた後、二次医療圏別・性年齢階級別の将来人口を乗じて推計しています。

なお、在宅医療等に関する医療需要については、国の「療養病床のあり方等に関する検討会」で提示された新たな類型（資料6-1、6-2参照）において提供される医療も含まれると考えられるため、現時点において在宅医療等に関する医療需要にどの程度対応できるかを正確に検証することは困難であることから、国の必要病床数等推計ツールにより算出した医療需要をもとに、在宅医療の推進や高齢者の住まいの場の整備等を行っていく必要があります。

図表57 2013年及び2025年における在宅医療等の医療需要

二次医療圏	2013年		2025年	
	在宅医療等	うち 訪問診療 (人/日)	在宅医療等	うち 訪問診療 (人/日)
上川北部	600	169	840	232
全道	54,683	29,059	88,725	42,767

注1：在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

注2：図表57の推計結果については、下記の点について留意が必要です。

- ・「一般病床で医療資源投入量175点未満の患者数」については、特定の退院日を設けるなど、退院調整の過程で、医療がほとんど行われていない入院日も算定されており、必ずしも在宅医療等のニーズとは限らないこと。
- ・「一般病床で医療資源投入量175点未満の患者数」等には、支援により外来通院が可能な患者も含まれていること。
- ・訪問診療については、毎日訪問することが求められているわけではないこと。

注3：在宅医療等の医療需要推計のイメージは、資料7のとおりです。

第7節 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

1 病床の機能の分化及び連携の推進

地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に当たっては、北海道が地域医療構想において定めた構想区域における病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提として、これらを実効性のあるものとするために、必要とされる支援を行いつつ、地域で不足している病床の機能がある場合はそれを充足することができるよう、当該機能を担う病床の増床や機能転換により収れんを次第に促していく必要があります。

このため、北海道においては、医師会等の医療関係者と十分に協議を行った上で、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、病床の機能の分化及び連携のための仕組みづくりや施設・設備整備等に対して支援するとともに、上川北部地域における実態を踏まえた必要な役割分担の議論が進むよう、必要なデータの提供や調整を行います。

これらの検討に当たっては、人口構造や疾病構造の変化、それに伴う患者の受療行動の変化など、医療を取り巻く環境の変化を踏まえた視点が必要であります。

また、不足する機能を担う病床の増床や病床機能の転換に伴う施設・設備整備の支援のみならず、医療機関が役割分担をして有効に機能するための連携施策が重要であり、患者の疾病からの回復が遅延したり、ADL（日常生活における基本的な動作を行う能力）の低下を招くことのないよう、医療機関等の連携により切れ目なく円滑に患者の状態に応じた医療が提供される必要があります。

このため、地域連携パスの整備・活用の促進や、北海道や市町村が中心となった連携を推進するための関係者が集まる会議の開催、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等に複合的に取り組む必要があります。

また、各医療機関における地域との前方連携及び後方連携を行う看護職員や医療ソーシャルワーカーの研修だけでなく、退院支援部門以外の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員等の職員に対して、入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うための在宅医療や介護の理解を推進する研修、医療機関の医師、看護職員等と地域の関係者による多職種協働研修等により必要な人材の確保・育成に取り組む必要があります。

上川北部地域においては、名寄市立総合病院が、上川北部地域のみならず道北北部地域における中核医療機関として、高度医療機能の整備に努めてきているほか、医師派遣やビデオ会議システムを活用した周辺医療機関の支援、士別市立病院や稚内市立病院などとのICTを活用した医療連携などに取組を進めてきています。

今後、名寄市立総合病院と士別市立病院をはじめとした地域の医療機関との役割分担とともに、一層の連携体制の整備に向けて、引き続き地域連携パスの整備・活用の推進や、ICTを活用した地域医療ネットワークの構築等に取り組むこととし、上川北部保健医療福祉圏域連携推進会議や上川北部区域地域医療構想調整会議等において検討を進めます。

また、保健・医療・福祉の連携に関しては、名寄保健所在宅医療推進ネットワーク協議会において、名寄市内を中心に多職種のネットワーク構築に向けた研修会を開催しています。

今後、管内の他市町村においても、こうした取組が進められるよう、道は必要な支援を行います。

2 在宅医療の充実

(1) 在宅医療の充実

地域包括ケアシステムの構築のためには、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう医療と介護の連携を推進し、医療と介護の提供体制を一体的に整備する必要があります。

また、病床の機能の分化及び連携を推進することにより、入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える外来医療、在宅医療の充実は一層重要であり、退院後や入院に至らないまでも状態の悪化等により在宅医療を必要とする患者は今後増大することが見込まれます。特に、慢性期医療については、在宅医療の整備と一体的に推進する必要があります。地域における推進策を検討するためには、整備状況の把握だけではなく、具体的な施策につながる調査を行うなど、きめ細かい対応が必要となります。

さらに、患者・住民の視点に立てば、日頃から身近で相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つことが重要であり、「かかりつけ医」はその機能を地域で十分に発揮することが期待されます。

こうした点を踏まえ、在宅医療の提供体制については、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域で整備する必要があることから、保健所等が市町村を支援していくことが重要です。

また、在宅医療・介護の連携を推進する事業については、市町村が地域包括ケアシステムの観点から円滑に施策に取り組めるよう、北海道の保健・医療担当部局及び介護・福祉担当部局による技術的支援等の様々な支援が必要です。

在宅医療の提供体制の充実のためには、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所、地域医師会等の関係団体等との連携が不可欠であり、関連する事業の実施や体制整備に加え、人材の確保・育成を推進する観点から、北海道が中心となって、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等に対しての在宅医療への参入の動機付けとなるような研修や参入後の相談体制の構築等を行う必要があります。

また、在宅医療には「(地域側の)退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」という機能などが求められており、緊急時や看取りに対応するための24時間体制の構築に向けた役割分担等の協議や、医療存度の高い患者や小児等患者に対応するための研修等により各機能を充実させることが必要です。加えて、地域の関係者の連携のみならず、患者の急変時等に対応するため、病院が在宅医療を担う診療所等を後方支援できる体制が重要です。さらに、在宅医療を受けている患者に対する口腔機能の管理等の機能を担う歯科診療所及び後方支援を行う病院歯科等が医科医療機関等と連携体制を構築することが重要です。

(2) 在宅医療・介護の連携推進等

在宅医療・介護の連携推進については、平成27年度から介護保険法の地域支援事業に位置づけ、地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村が主体となり、郡市医師会等と連携して取り組むこととされ、都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援を行うこととされています。

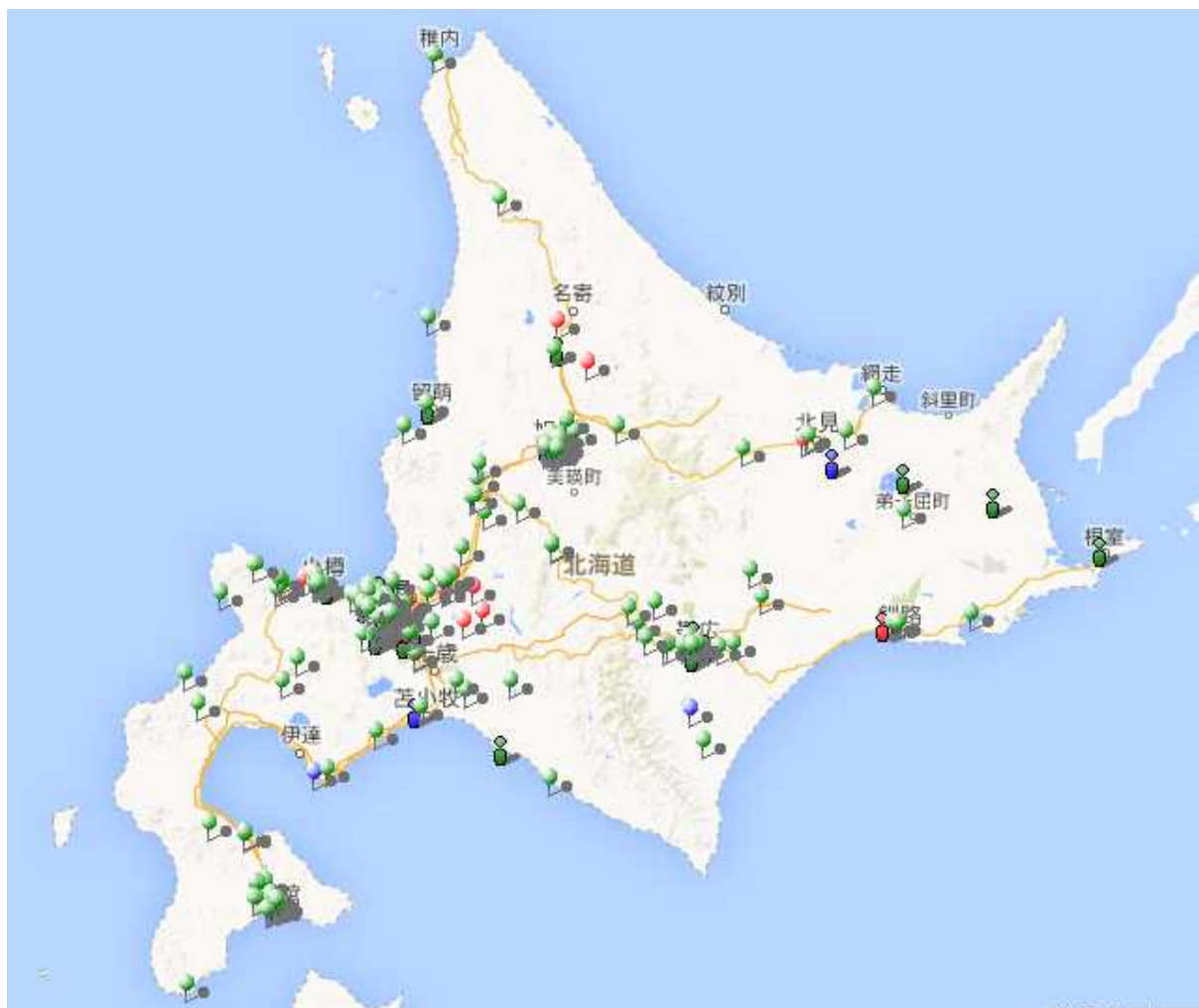
上川北部区域においては、現在、「名寄保健所在宅医療推進ネットワーク協議会」において、名寄市を中心として、医療介護福祉関係者の資質の向上と多様な関係職種ネットワークを目的とした「在宅医療ネットワーク講座」、関係者の顔の見える関係づくりを目的とした「ケアカフェ」、地域住民の在宅医療に関する理解の促進を目的とした「市民公開講座」などの取組を進めてきてます。

今後、他の市町村においても、こうした取組ができるだけ早期に進められるよう、道は必要な支援を行います。

また、上川北部地域においては、今後、高齢者の一人世帯や高齢者夫婦のみの世帯が増加することが見込まれ、在宅医療を提供できる医療機関や訪問看護の充実とともに、サービス付高齢者住宅など高齢者の方々が安心して暮らすことのできる住まいの確保も必要となると考えられ、こうした施設は医療機関とのアクセスの面でも大きなメリットが見込まれます。

地域医療介護総合確保基金を活用した病床からの転換などにより、こうした施設の整備検討等が進められるよう、保健所は活用可能な補助金の情報等の提供を行います。

図表 5 8 北海道における在宅療養支援診療所、病院の配置



なお、上川北部区域における在宅医療支援医療機関は、36ページに記載のとおりです。

3 医療従事者の確保・養成

地域における医療提供体制を構築する上で、医療従事者の確保・養成は不可欠なものであるため、北海道医療対策協議会での検討を踏まえ、地域医療支援センター等を活用した医師等の偏在の解消や医療勤務環境改善支援センター等を活用した医療機関の勤務環境の改善、看護職員の確保・定着・離職防止、ワーク・ライフ・バランスの確立に取り組む必要があり、地域医療介護総合確保基金の有効活用も含めた施策を引き続き検討します。

また、限りある医療資源を有効活用し、質の高い医療を安全に提供するためには、各医療職種の高い専門性を前提とし、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合うチーム医療を推進していくことも必要です。チーム医療の推進に当たっては、専門職人材の確保が重要であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション関連職種、医療ソーシャルワーカー等の専門職について人材確保に取り組む必要があります。

医療従事者の確保は、入院医療だけではなく、在宅医療の推進においても求められていることから、地域包括ケアシステムの構築の観点から、市町村とも連携を図りながら進める必要があります。

上川北部地域における医療従事者確保等の取組状況及び今後の課題等については、次のとおりとなっています。

取 組

- ・医師臨床研修の受入
- ・市町村による修学資金貸付（看護職員）
- ・医療機関における臨床実習受入
- ・中高生等を対象とした職場体験（見学）の受入

課題等

- ・名寄市立大学から上川北部地域内への就業促進（看護職員）
- ・修学資金返済免除後の定着対策（看護職員）
- ・回復期機能の強化に向けたリハビリテーション関係職種の確保
- ・地域の医療機関が連携した医療従事者確保対策の検討

第8節 地域医療構想策定後の取組

1 構想策定後の実現に向けた取組

(1) 基本的な事項

北海道は、構想区域等ごとに設置した、医療関係者、医療保険者その他の関係者との地域医療構想調整会議において、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うほか、各医療機関が自主的な取組を行うことも必要であります。

(2) 各医療機関での取組

各医療機関は、自らの行っている医療内容やその体制に基づき、将来目指していく医療について検討を行うことが必要となります。

その上で、自院内の病床の機能分化を進めるに当たり、病床機能報告制度により、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況等を把握することが可能になります。

また、地域医療構想により、構想区域における病床の機能区分ごとの2025年における必要病床数も把握することが可能になります。これら2つの情報（データ）を比較するなどして、地域における自院内の病床機能の相対的位置付けを客観的に把握した上で、次のような自主的な取組を進めることが可能になります。

まず、様々な病期の患者が入院している個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行った上で、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の収れんのさせ方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討します。

併せて、自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議を活用した医療機関相互の協議により、地域における病床の機能の分化と連携に応じた自院の位置付けを確認することが可能になります。例えば、がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担すること、回復期のリハビリテーション機能を集約化すること、療養病床について在宅医療等への転換を進めること等が挙げられます。

以上の取組を受け、次年度の病床機能報告への反映や地域医療介護総合確保基金の活用を検討し、更なる自院の運営の改善と地域における役割の明確化を図ります。

また、これらの取組により、区域全体で見ても、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていき、不足する機能の解消や、患者数との整合が図れることとなります。

なお、医療機関がこのような取組を行う際には、患者・住民の理解が不可欠であり、自らの状態に応じた医療機能や医療機関を選択することが重要であるため、医療機関だけではなく、保険者や関係者を巻き込んで、患者・住民への啓発に取り組むことが重要です。

(3) 北海道の取組

医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、病床の機能の分化及び連携等による将来のあるべき医療提供体制を実現するため、北海道は、医療機関への情報提供を含め、次の各段階における取組を行っていきます。

ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較

北海道は、病床の機能の分化及び連携について、まずは病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析をします。

その結果を踏まえ、地域医療構想において定める構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを、地域全体の状況として把握します。

イ 病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握

北海道は、各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理する必要があります。

病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを北海道が作成します。

ウ 地域医療構想調整会議における協議の促進

北海道は、地域において各医療機関が担っている医療の現状を基に、医療機関相互の協議を促進することとされていますが、そのためには、各医療機関の自主的な取組を改めて促進する必要があります。

これを踏まえ、道は必要に応じて地域医療構想調整会議を開催するなど、不足している病床機能への対応について、具体的な協議を促進します。

その際、地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなりますが、早い段階で2025年までの本構想区域における工程表を策定することを目指します。

エ 2025年までのPDCA

工程表が策定できていない段階においては、各医療機関が地域における位置付けを検討し、病棟ごとに担う病床の機能に応じた対応を行うことを促進する必要があります。また、工程表を策定したとしても、各医療機関における状況の変化等により計画どおりに進めることが困難又は不適當な場合も考えられます。

このため、2025年まで毎年、進捗状況の検証を行い、工程表の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要があります。

その際、構想区域全体及び北海道内全体で、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と、地域医療構想における必要病床数が次第に収れんされていること

を確認する必要がありますが、不足する病床機能の解消のためには、過剰となっている病床機能からの転換を促すことにより、医療需要に応じた医療の提供が可能となるという視点の共有を進め、病床機能報告制度における病棟の報告病床数と患者数との整合性が図ることができるよう、検討を重ねます。

また、毎年、北海道総合保健医療協議会地域医療専門委員会に報告することにより、各構想区域における進捗状況の比較や、より広い立場からの意見を求めることが可能となるため、適宜、開催していきます。

2 北海道知事による対応

医療法改正等により、都道府県知事は地域医療構想の実現に向けて次の対応が可能とされたことから、地域医療の実情を把握し、北海道医療審議会や地域医療構想調整会議を円滑に運営させることにより、適切に対応することが必要であります。

(1) 病院・有床診療所の開設・増床等への対応

病院・有床診療所の開設・増床等の許可の際に、不足している病床の機能区分に係る医療の提供という条件を付することができます（指定都市にあっては、指定都市の市長に当該条件を付するよう求めることができます）（医療法第7条第5項）。

(2) 既存医療機関が過剰な病床の機能区分に転換しようとする場合の対応

過剰な病床の機能区分に転換しようとする理由等を記載した書面の提出を求めることができます（医療法第30条の15第1項）。

当該書面に記載された理由等が十分でないとき等は、地域医療構想調整会議における協議に参加するよう求めることができます（同条第2項）。

地域医療構想調整会議における協議が調わないとき等は、北海道医療審議会に出席し、当該理由等について説明をするよう求めることができます（同条第4項）。

地域医療構想調整会議における協議の内容及び北海道医療審議会の説明の内容を踏まえ、当該理由等がやむを得ないものと認められないときは、北海道医療審議会の意見を聴いて、過剰な病床機能に転換しないことを公的医療機関等に命令することができます。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあっては、要請することができます（同条第6項及び第7項）。

(3) 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは不足している機能の充足が進まない場合の対応

北海道医療審議会の意見を聴いて、不足している病床の機能区分に係る医療を提供すること等を公的医療機関等に指示することができます。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあっては、要請することができます。

(4) 稼働していない病床への対応

病床過剰地域において、公的医療機関等が正当な理由がなく病床を稼働していな

いときは、北海道医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を命令することができます。(医療法第7条の2第3項)。なお、公的医療機関等以外の医療機関にあつては、病床過剰地域において、かつ医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、正当な理由がなく病床を稼働していないときは、北海道医療審議会の意見を聴いて、当該病床の削減を要請することができます(同法第30条の12第1項)。

また、実際には、病床の稼働状況は病床機能報告制度において病棟単位で把握することが可能であることから、病棟単位で病床が稼働していないことについて正当な理由がない場合に、当該対応を検討します。

3 地域医療構想の実現に向けたPDCA

地域医療構想について北海道は、地域医療構想の実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要であります。

地域医療構想を実現するための施策において、地域医療介護総合確保基金を活用した事業については、北海道計画に位置付けることとなりますが、地域医療構想の目指す姿等と連動しつつ、基金が適切に活用されたことが確認できる評価指標を設定する必要があります。その際、将来のあるべき医療提供体制を目指すものとして、地域医療構想を含む医療計画と北海道計画の方向性は一致しており、可能な評価指標は共通化するなど効率化も考慮します。

4 住民への公表

医療を受ける当事者である患者・住民が、医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、計画の評価や見直しの客観性及び透明性を高める必要があることから、北海道はこれらをホームページ等で住民に分かりやすく公表します。

第9節 資料（データ等）

1 検討経緯

月 日	地域医療構想調整会議
平成27年 9月 7日	第1回開催（設置、議長等選任、地域医療構想説明）
平成27年12月14日	第2回開催（構想区域、病床必要量、圏域の課題等）
平成28年 2月	（上川北部区域地域医療構想（素案）作成、意見照会）
平成28年 3月	（上川北部区域地域医療構想（案）作成）
平成28年 3月22日	第3回開催（上川北部区域地域医療構想策定）

2 上川北部圏域 地域医療構想調整会議設置要領・委員名簿

（1）上川北部圏域 地域医療構想調整会議設置要領

（設置）

第1条 地域医療構想を策定する区域（医療法第30条の4第2項第7号の規定により定める区域のこと。以下「構想区域」という。）において、関係者との連携を図りつつ、将来の病床数の必要量を達成するための方策その他地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うため、医療法第30条の14第1項に定める「協議の場」として、上川北部圏域地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

（所掌事項）

第2条 調整会議は、構想区域内における次の事項について協議する。

- （1）病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する事項
- （2）病床機能報告制度による情報等の共有に関する事項
- （3）北海道計画（地域医療介護総合確保基金の年度ごとの事業計画）に盛り込む事業に関する事項
- （4）その他の地域医療構想の達成の推進に関する事項

（組織）

第3条 調整会議は、次に掲げる者又は団体に所属する者から、上川総合振興局長が委嘱した委員で組織する。

- （1）学識経験者
- （2）医療関係団体
- （3）医療保険者
- （4）市町村
- （5）医療を受ける立場にある者
- （6）その他必要と認められる者

(委員の任期)

第4条 委員の任期は2年とする。ただし、任期途中で退任した委員の後任者の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(議長及び副議長)

第5条 調整会議に、議長及び副議長を置く。

2 議長及び副議長は、委員が互選した者をもって充てる。

3 議長は、調整会議を代表し、会務を総理する。

4 議長に事故があるときのほか、議事の内容により議長に重大な利益又は不利益が生じるおそれがあると委員の過半数が認める場合は、副議長がその職務を代理する。

(会議)

第6条 調整会議は、必要の都度議長が招集する。

2 議長は、調整会議における協議をより効果的・効率的に進める観点から、議事等の必要に応じて、委員の参加を制限することができるほか、委員以外の関係者の参加を求めることができる。

(部会)

第7条 調整会議には、必要に応じ、調整会議の承認を得て、部会を置くことができる。

2 部会に属すべき委員は、議長が指名する。

3 部会の運営は、部会を構成する委員が協議して行う。

(庶務)

第8条 調整会議に関する庶務は、上川総合振興局保健環境部において処理する。

(その他)

第9条 この要領に定めるもののほか、調整会議の運営に関し必要な事項は、議長が調整会議に諮って定める。

附則

この要領は、平成27年8月11日から施行する。

(2) 委員名簿

区 分	所 属	氏 名	備 考
医 療 提供者	一般社団法人 上川北部医師会 会長	吉 田 肇	議 長
	名寄東病院 病院長	佐 古 和 廣	副議長
	名寄市立総合病院 病院長	和 泉 裕 一	
	士別市立病院 病院長	山 田 政 孝	
	旭川歯科医師会名寄班長	豊 岡 正 起	
	北海道薬剤師会旭川支部名寄部会長	池 田 幸 司	
	北海道看護協会上川北支部長	太 田 泰 子	
福祉関係 団 体	上川地区市町村社会福祉協議会連絡協議会副会長	斉 木 勲	
	道北地区老人福祉施設協議会	江 尻 輝 章	
市町村	士別市長	牧 野 勇 司	
	名寄市長	加 藤 剛 士	
	和寒町長	奥 山 盛	
	剣淵町長	早 坂 純 夫	
	下川町長	谷 一 之	
	美深町長	山 口 信 夫	
	音威子府村長	佐 近 勝	
	中川町長	川 口 精 雄	
学識経験者	名寄市立大学 教授	大 見 広 規	
サービス受益者	名寄消費者協会 会長	佐 藤 靖	