

令和5年度第1回上川北部区域地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時 令和5年9月26日(火) 18:30～20:00
- 2 場所 名寄市総合福祉センター 多目的ホール
- 3 内容(発言内容は要約しています)

進行:名寄保健所 寄木次長
議長:上川北部医師会 和泉会長

議事1 地域医療構想に関する国と道の動きについて	
<p>北海道保健福祉部 地域医療課 竹内正人課長</p>	<p>(資料1) (スライド2)</p> <p>「地域医療構想の推進体制等」の「目指す姿」とは、医療のあり方や人口構造の変化に対応した、バランスのとれた医療提供体制を構築すること。病床削減を目的としたものではなく、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するためのツールである。</p> <p>(スライド3)</p> <p>地域医療構想とは、2025年、団塊の世代が全て75歳になる節目を指標とし、人口構造の変化や疾病構造の変化に対応しうる医療提供体制を地域で話し合っ作るというコンセプトになっている。</p> <p>(スライド4)</p> <p>人口ピラミッドのデータ。1965年の人口構造はまさしくピラミッドの形で、高齢者を生産年齢人口が支える図となっているが、2025年では、ほぼ樽のような形となり、高齢化が進んでいる。2040年では、青色の15歳から65歳までの生産年齢人口が急速に減少し、高齢者人口とほぼ1対1となる見込み。</p> <p>(スライド5)</p> <p>財務省の財政制度分科会の資料。今後の人口減少、特に生産年齢人口の急減に伴い、経済では、生産性が落ちていく可能性が指摘されている。医療に限らず、全てのサービスにおいて労働力の確保というのが課題になると予想。</p> <p>(スライド6)</p> <p>国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口による2030年以降の予測。2100年の展望では、出生中位、死亡中位の推計で、総人口が6300万人弱とされ、現在の半分程度に減少する見込み。また、青いグラフは65歳以上人口、薄緑色が64歳以下の人口だが、出生低位の2100年推計では、高齢化率が40%から、さらに悪化し、50%近くになる見込み。</p> <p>(スライド7)</p> <p>昨年5月の全世代型社会保障構築会議の資料。中長期的には、2040年の総人口は1億人いるものの毎年約90万人ずつ減る見通しで、生産年齢人口は6,000万人を割り、毎年約100万人ずつ減る見通し。高齢者の総数は2042年に3,935万人でピークを迎えると予測され、それに伴い、認知症の方や介護職員の必要数が増加、また、単身の高齢世帯が急増し約4割を占めると見込まれる。10数年後に訪れる未来が見通されている中、医療や介護でどのように支援をし対応するのかが、今後必要となる。</p> <p>(スライド8-10)</p> <p>二次医療圏ごとの人口推計。オレンジ色の線が生産年齢人口、グレーの線が65歳以上の人口。スライド8の北海道全体の推計では、まだ生産年齢人口の区分が一番多くなっている。上川北部圏域はスライド9下段にあり、生産年齢人口が急激に減少し、2,040年頃には65歳以上人口が生産年齢人口と逆転する見込み。このように圏域ごとに階層の区分等が変わるため、各圏域で、人口構造や現状の医療提供体制をもとに、今後の医療需要を見越した体制を作っていく必要がある。</p> <p>上川北部圏域に限らず、生産年齢人口の急激な減少は全国共通の課題であり、これに対応しうる備えを構築していくことが重要。</p>

(スライド11-13)

必要病床数の考え方。

(スライド14-15)

一定の要件に基づき 2025 年の必要病床数を推計したもの。全道で 7 万 3,190 床が必要病床で、これを高度急性期から慢性期まで四つに区分し、二次医療圏ごとにどの程度必要かを示したもの。

上川北部圏域の必要病床は 792 床で、スライド15に記載のとおり、令和3年7月1日時点の許可病床は上川北部圏域で 865 床、休棟等の 12 床を除くと 853 床であり、必要病床数に近い形になっている。機能別で見ても、高度急性期・急性期と、回復期・慢性期の二区分で比較すると、比較的近い状態となっている。

(スライド16)

グラフの見方の解説。

(スライド17)

地域医療構想調整会議の法的根拠について記載。

(スライド19)

「地域医療構想等に係る国の動き」について、令和4年 12 月以降、ワーキンググループが3回開催され、令和5年3月 31 日には地域医療構想の進め方について通知が発出されている。今回、新たに「再編検討区域」が設けられている。

(スライド20)

2026 年度以降における地域医療構想について。新たな構想に基づく取組を進めるため、2025 年度に、新たな地域医療構想を策定する必要があるとされている。現在、次期医療計画の策定作業中であり、地域医療構想も医療法の中で医療計画の一部として位置付けられており、2025 年までは現行のまま、2026 年から新たにバージョンアップした構想を始める。

資料の朱書き部分のとおり、現行の地域医療構想は入院医療を中心とし、病床機能報告や必要病床数の推計等が行われている。今後は、かかりつけ医機能や在宅医療といった外来医療の部分も取り込んだ構想となることが想定。

(スライド21)

改正された法律の概要。赤枠内の4「医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化」の①「かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療介護の各種計画に反映する」とされている。令和7年4月1日からかかりつけ医の報告が始まり、現状の病床機能報告、昨年度から始まった外来機能報告、そしてかかりつけ医機能の報告のデータを分析し、令和8年度からの新たな地域医療構想で話し合うことになる。また、④のとおり、地域医療連携推進法人制度が見直される。

(スライド22)

重点支援区域について、都道府県は当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、重点支援区域の申請を行うこととなる。国による技術的支援としては、医療提供体制や医療機能再編に係るデータ分析等が示される。

(スライド23)

再編検討区域について、病院の統合等具体的な方向性が決まった上での支援という状況の前段階が対象。具体的にとのように合併や機能再編するか等検討する初期の段階で、複数の医療機関で再編を検討している場合等に活用しやすいよう、国が新たな枠組みとして設けたもの。重点支援区域の申請を前提としたものではない。

(スライド24)

地域医療連携推進法人制度の見直しは来年4月1日から施行。これまで参加できなかった個人立の医療機関が法人運営に参加可能となるほか、お金の融通をしない場合は外部監査を不要とするなど、事務手続きの一部緩和が図られている。スライド 25 にイメージ図があるので参照いただきたい。

(スライド26-31)

財務省財政制度分科会の資料。財務省の地域医療構想の捉え、医療機関に対する認識が示されている。

(スライド26)

新型コロナの対応では十分な病床が提供されたとはいえず、医療機関の病床の役割分担が進んでなかったことが顕在化したとされている。

(スライド27)

医療制度を持続可能なものにするためには、給付と負担のバランスだけではなく、医療提供体制そのものを効果的・効率的にする必要があり、①病院の役割分担、②診療所等のかかりつけ医機能の確保・強化、③地域包括ケア、これらを合わせて進めていく必要があるとされている。

(スライド28)

地域医療構想の進捗状況。公立公的病院の対応方針の再検証については、新型コロナの影響もあり対応が遅れているが、昨年、民間医療機関も含めた対応方針の策定や、検証見直しを行うことが通知された。

(スライド29)

地域医療構想の進捗は、財務省では、はかばかしくないという評価。

(スライド30)

医療費抑制の視点もあり、7対1といった看護配置に依存した診療報酬体系から、患者の重症度、救急受入れ、手術等の実績を反映すべきであり、10対1の看護配置を要件とする急性期一般入院料の廃止を検討すべきだとの提言がなされている。

(スライド31)

構想の進捗の遅さを踏まえ、知事の権限を法制的に整備し進めるべきではないかと提言されている。生産年齢人口の急激な減少は、税収にマイナスに作用。一方、高齢者人口のピークは2042年であり、それまでは医療や介護保険等社会保障費はプラスとなっていく。そのため、国では、財政に軸を置いた制度見直しを進めるものと予想。

(スライド32-39)

国開催のワーキンググループで紹介された事例。参考としていただきたい。

(スライド41-44)

今年の道の動きについて。毎年度取組方針を発出しているが、今年度も、基本的に、これまでの取り組みをさらに進めていく。変更点は、新たに発出された国の通知に基づき、文言の整合性を図った部分と、新型コロナに関わる部分の時点修正を図ったところ。

(スライド45)

今年度の年間スケジュール。

(スライド47)

医療計画作成指針について。医療計画については、ここまでの検証や、次期計画作成に向けた協議をお願いします。道本庁では昨年度から二次医療圏の設定について議論してきており、4月18日開催の地域医療専門委員会で、二次医療圏については現状を維持し、5疾病6事業及び在宅医療ごとの医療連携圏域の設定については、検討・議論を行った上で、計画に位置づけるということで了承を得ている。そのため次の医療計画では、二次医療圏の基本単位は変更せず、疾病あるいは事業により圏域の中で完結できない場合には、弾力的な運用について議論頂くようお願いする。

(スライド48-49)

二次医療圏の区域設定の考え方についての論点を整理。

(スライド50-52)

道内の重点支援区域の取組状況を紹介したもの。南檜山圏域と上川北部圏域では、地域医療連携推進法人を立ち上げ、議論を進めている。

(スライド52)

	<p>上川北部圏域について。現在は名寄と士別2者の連携となっている、今後、参加する法人を拡大していく見込みと伺っている。遠紋圏域でも、今年10月の連携推進法人設立の予定で、富良野圏域でも今年度中の推進法人設立が検討されている。 (スライド54)</p> <p>公立病院経営強化ガイドライン関係について。公立病院経営強化プランは今年度中の策定が求められており、都道府県は地域医療構想との整合性について助言する。 (スライド55)</p> <p>公立病院の経営改革に関する財務省の資料。 (スライド57以降)</p> <p>医療介護総合確保基金を活用した事業について。スライド57に事業スケジュールを載せている。スライド58以降が各補助事業の説明で、昨年度から大きな変更はない。 (スライド69)</p> <p>「遠隔医療促進事業」について。2「遠隔相談事業」については、遠隔医療を行った時に、相談を受ける側、カンファレンスをする側に補助が入る事業。例えば大学病院や専門医等に遠隔医療で診療を受ける場合、先方には診療報酬が入らないため、1時間当たり8,000円の逸失利益を補填する趣旨の補助となっている。遠隔医療の取組を進めるに当たっての呼び水として活用いただきたい。 (スライド70-81)</p> <p>遠隔医療の促進事業について。参考としていただきたい。 (スライド82-84)</p> <p>在宅医療の事業について。参考としていただきたい。 (スライド85-87)</p> <p>勤務環境改善支援事業について。参考としていただきたい。 (スライド89)</p> <p>外来医療機能の明確化・連携については、きれいに役割分担が図られるわけではないが、今後はかかりつけ医機能を担う医療機関と紹介受診重点医療機関など、外来機能の明確化を図り連携していく。</p>
和泉議長	皆様から御意見・御質問があれば発言をお願いします。
	(質疑応答なし)
<p>北海道保健福祉部 地域医療課 竹内剛課長補佐</p>	<p>(資料1補足資料1) (スライド1)</p> <p>医療計画本体については、次年度新たな計画を策定。外来医療計画についても令和2年から令和5年までであり、令和6年4月から新たな計画となり、現在作成中。外来医療計画は、地域医療構想同様に、人口推計・疾病構造の変化を見据えて、地域に必要な外来医療機能の確保を目的としている。そのため、医療機関相互の機能分化・連携の推進や外来医療機能情報を可視化し、新たに診療所を開設する医師等にその情報を提供することを通じて、診療所が少ない地域に医師個人の行動変容によって地域偏在の是正を目指すほか、医療機器の共同利用を促進し、効率的な外来医療提供体制を構築することを目的としている。この大きな目的については、次期計画でも変更はない。今回、新たな医療計画に向けて変更する箇所は、主には朱書きで記載された3点。①計画の対象区域は、第二次医療圏と同じ21区域。②外来医師偏在指標で示される、外来医師多数区域は、札幌区域のみ。③は新たな要素で、紹介受診重点医療機関の名称とその外来の実施状況について記載する。また、新たな計画では、現行計画に記載されていなかった、具体的な目標と達成に向けた取組の進捗評価を記載するよう、国のガイドラインで示されている。 (スライド2)</p> <p>外来医療計画及び医師確保計画の医療計画本体への一体化について。外来医療計画、医師確保計画は現在医療計画の別冊としているが、今般の同時改定に合わせて、医療</p>

	<p>計画と一体的に策定する、同一冊子とする方針で進めている。 (スライド5-10)</p> <p>具体的な骨子案について。基本的な枠組みは現行計画から大きな変更はない。医療計画の中での一章立てとして記載するに当たっての若干の構成や記載内容の変更について、説明する。 (スライド7)</p> <p>次期計画骨子案「第5 2具体的な施策」の中に、紹介受診重点医療機関や外来医療報告に関する記述を具体的な施策に追加。 (スライド8-9)</p> <p>現行計画の「第8 対象区域における不足する外来医療機能及び対応方針」は、医療計画との一体的な策定となることを受け、次年度に各圏域で作成する「地域推進方針」に記載。 (スライド10)</p> <p>現行計画の「第3 3地域で不足する医療機能に対する今後の取組の方向性(地域の方針)」について。国のガイドラインにて、PDCA サイクルによる計画推進が明記されたことを受け、目標設定と確認指標を圏域で議論し、盛り込む予定。 (資料1 補足資料2)</p> <p>次期「北海道医療計画」骨子(案)簡易版。 変更事項(下線部箇所)を簡単に説明する。計画内の「訪問看護ステーション」の記載を全て「訪問看護事業所」に変更。国の作成指針の記載変更に合わせて。みなし等訪問看護を行う事業所もあるので、幅広く対象となるようにとの趣旨。また、「第3章 5事業・5疾病」に新興感染症が追加され、「6事業・5疾病」となる。 (3ページ)</p> <p>第3章に「第9節 新興感染症発生・まん延次における医療体制」を追加している。節内は他の事業と同じ項目立てにする。 (4ページ)</p> <p>第5節・6節 死亡率が比較的高い、慢性閉塞性肺疾患対策と慢性腎臓病対策を、医療計画に追加すべきとの国の指針を踏まえ、対象疾患に追加する予定。 第6章・第7章・第8章は、(資料1補足資料1)で説明した、外来医療計画及び医師確保計画の医療計画本体への一体化に係る記載の追加及び変更。</p>
和泉議長	<p>皆様から御意見・御質問があれば発言をお願いします。 (質疑応答なし)</p>
北海道保健福祉部 地域医療課 長野主査	<p>(資料2)医師の働き方改革について(特例水準の指定申請について) (1ページ)</p> <p>今年3月31日付で道内の病院と有床診療所に発出した通知文で、申請方法やスケジュール、提出書類、留意事項等が示されている。申請方法については、書面によるほか、厚生労働省のG-MISを活用したオンライン申請も可能。 (2ページ)</p> <p>令和5年度の申請スケジュール。上段は医療機関の欄で、特定労務管理対象機関の指定を受ける医療機関は、時短計画を作成し、評価センターの評価を受審してから、道に指定申請する形となる。そしてその指定内容に基づき36協定を締結していただくこととなる。評価センターの評価には、最低でも4ヶ月程度要するとされているので御留意いただきたい。 北海道では、今年度、3回に分けて申請を受け付ける。第1回目は6月30日の締切であったが、申請はなかった。第2回目は9月29日が申請期限で12月下旬頃に指定する予定。3回目は11月30日が申請期限で2月下旬頃に指定する予定。そのため、今年度中に指定を受ける医療機関については、第3回目の申請受付に間に合うよう準備いただきたい。</p>

(3ページ)

特定労務管理対象機関の指定対象医療機関について。B水準については、医療法の中で、3つの医療分野が対象となると規定。一つ目が「(1) 救急医療」で、三次救急医療機関や一定の条件を満たす二次救急医療機関。二つ目が「(2) 居宅等における医療」。三つ目が「(3) 地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療」で、北海道では、「(3)ア〜ク がん、脳卒中、心血管疾患、精神疾患へき地医療、周産期医療、小児医療、移植医療」等の医療分野を対象としている。要件に該当しないが、地域医療の必要性においてやむをえず長期間の労働が必要な場合は、「(3)ケ その他地域における医療の確保のために必要な機能を有すると知事が認めた医療機関」の項目で認めることになる。

(4ページ)

連携B水準、C水準の対象医療機関について。資料を参照いただきたい。

(5ページ)

特定労務管理対象機関の指定要件について。表の1から3までは、各特例水準共通であり、4は「C2水準 特定高度機能研修機関」のみが対象。要件の一つ目は「時短計画」で、医師等関係者の意見を聞いて作成されたものであること、所定の事項が記載されていること等が必要。要件の二つ目は、面接指導や休息時間の確保ができる体制が整備されていること。要件の三つ目は、労働基準法や最低賃金法の規定に違反し送致等が行われ、その旨が公表された日から1年を経過していないものがないこと、となっている。

(6ページ)

申請に必要な提出書類については、特例水準ごとに申請書様式が異なる。添付書類のうち、様式5から8までは各特例水準に該当する業務があることを証する書類だが、B水準については、例えばがん診療連携拠点病院や地域医療支援病院、地方・地域センター病院等、国や道の許認可を受けて政策医療を実施している医療機関については、特例水準に該当する業務があることは道でも把握できるため、様式5-1は提出不要。提出書類の各様式は、道庁地域医療課のホームページからダウンロード可能。

(8-9ページ)

医療機関の皆様へのお願い事項については、一点目、特定労務管理対象機関の申請の必要性について自己点検をお願いする。宿日直許可の取得を前提にA水準を予定している医療機関については、現時点で、許可を取得できなかった場合、医師の労働時間がどうなるのか確認いただきたい。確認した結果、960時間を超える医師がいると判明した場合は、道の申請スケジュールも留意の上、申請準備を進めていただきたい。

二点目は、追加的健康確保措置のシミュレーションの実施をお願いする。来年4月以降に、実際に追加的健康確保措置を考慮した勤務計画を作成する時に、想定外に診療機能を縮小しなければシフトが組めないといったことが起きないよう、あらかじめ勤務間インターバル考慮した勤務計画の作成や、勤務実態に基づく大小休息の付与に関するシミュレーションを実施しておくことをお勧めする。三点目は、指定に向けた早期の準備についてであるが、評価センターの評価は、書類提出から評価結果の通知まで最低4ヶ月程度かかると言われており、5月に申請した医療機関の結果がまだ届いていない状況。評価受審が集中した場合には、更に時間を要することも予想される。道の申請受付スケジュールから逆算し、祝日直許可の取得や計画の策定等必要な準備をできるだけ早期に進めていただくようお願いする。次年度のスケジュールは道でも調整中。960時間を超えるタイミングは早くても年度の中頃であり、その前までに道からの指定ができるよう、道としてもスケジュールを考えていく。指定が必要であれば、早めの準備をお願いする。

(10-11ページ)

医師の働き方改革の制度やFAQについては、厚生労働省のホームページ「いきサポ」を参照いただきたい。特例水準の指定申請手続きについては道地域医療課のサイトを確認いただきたい。地域医療課医師確保係で電話での相談対応も行っている。労務管理や医師の働き方改革に関する具体的な相談については、医療勤務環境改善支援センターで相談を

	受け付けている。
和泉議長	<p>特例水準の指定基準を満たす医療機関は圏域内ではおそらく名寄市立総合病院のみ。しかし、時間外労働をさせる場合は全て36協定を締結しなければならない、つまり勤務医がいる医療機関は締結が必要だろう。宿日直許可を考えると、年960時間＝月80時間ということは平均すると1日3時間程度、これを超える医師が一人でもいる施設は申請しなければならないということになる。今年度中に申請を得るためには第3回に間に合うように準備する必要がある。皆様から御意見・御質問があれば発言をお願いします。</p>
風連国民保険診療所 松田委員	<p>特例水準は医療機関ごとに検討が必要な問題であるが、各自治体病院の当直医師を確保できるかも切実な問題。病床が確保できなくなれば、自治体で生まれて自治体で最期を迎えることができず、介護施設の入所者が急変した際の対応の問題も必ず生じる。全てを救急車で搬送することになれば、消防や救急医の負担が増え、大きな問題となる。当直医師を確保できている、若しくは自治体の中で最期を迎えたいというニーズがなければ、問題の検討は不要だが、維持できない自治体が出てきたときに、その影響は徐々に顕著になっていく。派遣に係る費用や勤務時間の課題から、今後一層派遣のハードルが高くなっている。広域で在宅医療・看取りを提供できる体制や医師を確実に派遣できる体制の検討等も、今回の会議の場ではなくとも必要と考えるが、首長の皆様のお考えはいかがか。</p>
和寒町 奥山委員	<p>和寒町立診療所(旧:和寒町立病院)が令和3年度から無床となっている。現在は2名の医師が地域医療を担っている。現状、看取りができず、救急車で医療機関に運んでいる。福祉施設と連携し、地域で看取りをできる環境を作らねばと、医師も考えてくださっている。(医師の働き方改革のような)制度が進んでいけば、小規模の病院は相当厳しい状況になる。札幌や旭川の大学病院や大きな病院から医師の派遣が難しくなっていくので、行政として、苦勞されている診療所の医師のサポートをしなければならないと考えている。</p>
和泉議長	<p>地域医療構想の資料にもあるように、慢性期の医療やかかりつけ医の議論をしなければならなくなると考えている。出張医を依頼する際もそうだが、金曜日から日曜日に宿直許可を取っていただければ働かず、(派遣元の方の時間外になるので)そういった部分が派遣を難しくしていく。医療の集約というか、点在は効率的ではないというのが出てきている。この地域ではそういったことを考えていく必要がある。坂田委員はいかがか？</p>
坂田委員	<p>旭川や札幌の医師派遣の難しさを一番わかっているのは名寄市立総合病院。宿日直許可は地域の中で非常に重要になり、名寄市立総合病院の覚悟でどうなるか、連携する医療機関同士の話し合いがメインになる。無床診療所が関わる場所は少ないが、話し合いの場が必要になる。</p>
和泉議長	眞岸委員はいかがか？
名寄市立総合病院 眞岸委員	<p>期待されていることは承知している。名寄市立総合病院内での当直も免除してほしいという医師も一定数おり、院内では不公平感も大きい。地域での枠組みを作る際、精神論では誰も納得しないと思うので、議論の際は、地域の皆さんにも工夫を考えたいただきたいと思う。そうでなければ医師は動かないし、負担感をさらに増すのではないかと聞いていた。</p>
和泉議長	長島委員はいかがか？
士別市立病院 長島委員	<p>現状としては絵空事としか映らない。無理だと思う。当院は、先週日当直の許可が下りたが、それでようやくなんとかやっている。医局の平均年齢は60を超えており、3人しか当直できる医師がいない。医大や北大から派遣を受けてやっている。そんなことが行えることはないとは私は思っている。</p>
和泉議長	<p>難しい問題を含んでいるが、労働基準法違反になる。何か皆で効率良い方法を考えていかなければならない。すぐにこうしたら良い、ということまではいかないが、法律ができるので、特例水準を超えないと思ってもシミュレーションしたら上手くいかない、という場合もある。医療機関はある程度準備が必要と考えている。その他、皆様から御意見・御質問があれば発言をお願いします。</p>
	(質疑応答なし)

議事2 上川北部圏域の状況について	
名寄保健所 神田主幹	<p>(資料3-1) 上川北部圏域の人口推計に関するデータ。少子高齢化・人口減少により、令和7年度は55731人まで減少する見込みであり、5人に2人は高齢者となる圏域。</p> <p>(資料3-2) 上川北部圏域の機能別病床数の推移を示したもの。棒グラフの右側にあるとおり、当圏域の必要推計は792床。平成28年度は1000床近くあったが、圏域内での役割分担により調整が進み、令和4年度は886床となっている。なお、高度急性期の必要数63床に対し令和4年度は11床となっているが、急性期の医療が高度急性期をカバー可能であり、病床が不足している評価とはなっていない。</p> <p>(資料3-3) 令和3年度上川北部圏域の患者受療動向について。 (1-2ページ) 協会けんぽからの提供資料、けんぽ加入者の医療自給率を示したもの。上川北部圏域は協会けんぽ加入者は55%程、国保加入者は70%程で、圏域としてはある程度医療を確保できている状況。 (3ページ) 協会けんぽ加入者の入院外の二次医療圏単位別患者流出入状況。上川北部圏域は77.2%となっている。 (4ページ) 上川北部圏域における協会けんぽ加入者の市町村別患者流出入状況。士別市・和寒町・剣淵町・音威子府村は半数以上が圏域外で医療を受けており、その他の市町村でも2-4割が圏域外で医療を受けている状況。 (5ページ以降) 国保レセプトを用いた上川北部圏域の受療動向について。 (6ページ) 入院患者の流入状況。宗谷・遠紋圏域からの音威子府村や名寄市の医療機関に一定割合の入院があり、他圏域の医療もカバーしている状況。 (7ページ) 外来患者の流入状況。圏域内での受診が多い一方、宗谷圏域からの流入もある。 (8ページ) 入院患者の流出状況。士別市・和寒町・剣淵町は上川中部に流出している状況。圏域内では、士別市や名寄市内の医療機関の入院が多く、一定数の入院をカバーしている状況。 (9ページ) 外来患者の流出状況。入院と同様、士別市・和寒町・剣淵町は、上川中部への流出が一定の割合がある。 (10ページ以降) 疾患別の受療動向について。</p>
和泉議長	<p>前年より若干流出入が多い状況。二次医療圏の見直しは、人口20万人未満の場合、流入が20%未満、流出が20%以上が目安と記載されているので、上川北部二次医療圏が何とか維持できているという状況だとわかる。 皆様から御意見・御質問があれば発言をお願いする。</p>
士別市立病院 長島委員	<p>こういうデータを提供している意味合いを知りたい。旭川に患者が流れるのは自然だと思うが、旭川に流れる患者を引き留めろということなのか、流出を止めるのが難しいので圏域の病床を更に削減しろということなのか。</p>
名寄保健所 神田主幹	<p>病床の削減ありきの議論ではなく、圏域の状況をデータで明らかにして検討していただくためのもの、現状把握のためのものとして御理解いただきたい。</p>

音威子府村 遠藤委員	受療動向の表記方法で確認させていただきたい。例えば、村内で骨折した場合、村立診療所では治療が難しいことも多く、名寄市立総合病院に受診する患者が多い。その後の通院も名寄市立総合病院のまま、若しくは音威子府診療所に通院する、というパターンがある。こういった場合の数の計上は一回ごとなのか、再診は計上しないのか。
北海道保健福祉部 地域医療課 竹内剛課長補佐	レセプトデータ全てを使うため、趣旨としては、同じ人が複数医療機関を受診した場合は一回ごとに集計される。
和泉議長	今回のデータは、色々なサービスや今後地域をどうするかを検討するための現状を把握するための材料として解釈するのが良いかと考えている。
和寒町 奥山委員	今のデータの話。和寒町は、生活圏が旭川に向いており、和寒診療所が無床化するに当たり、生活圏を考慮して旭川市圏域の救急にも調整を行った。そういう場合に、こういったデータが活用できるので、我々としては必要なものであると考えている。
和泉議長	その他、皆様からご意見・ご質問があれば発言をお願いします。
	(質疑応答なし)
和泉議長	本日の議事は以上。事務局にお返す。
名寄保健所 神田主幹	次回 第3回調整会議は、12月以降で開催予定。後日日程調整させていただく。