

第7章 資料編（データ等）

[西胆振区域の市町村別将来推計人口]

(単位：人)

【室蘭市】

	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年	平成52年
総 数	94,536	89,827	85,047	79,819	74,452	69,168	64,121
0～14歳	10,485	9,508	8,332	7,345	6,539	5,998	5,606
15～64歳	56,335	50,395	46,516	44,317	42,054	39,301	35,490
65～74歳	14,629	15,201	13,952	10,444	8,510	8,490	9,393
75歳以上	13,087	14,723	16,247	17,713	17,349	15,379	13,632

【登別市】

	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年	平成52年
総 数	51,527	49,536	47,345	44,787	42,015	39,179	36,411
0～14歳	6,086	5,556	4,926	4,357	3,868	3,545	3,337
15～64歳	30,821	27,518	25,239	23,908	22,536	20,897	18,665
65～74歳	7,724	8,471	8,136	6,204	5,106	5,101	5,624
75歳以上	6,896	7,991	9,044	10,318	10,505	9,636	8,785

【伊達市】

	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年	平成52年
総 数	36,277	35,110	33,626	31,912	30,085	28,225	26,365
0～14歳	4,276	3,924	3,492	3,047	2,676	2,448	2,315
15～64歳	20,961	18,907	17,296	16,225	15,201	13,993	12,330
65～74歳	5,393	5,745	5,693	4,692	4,022	3,932	4,322
75歳以上	5,647	6,534	7,145	7,948	8,186	7,852	7,398

【豊浦町】

	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年	平成52年
総 数	4,528	4,262	3,882	3,533	3,199	2,899	2,621
0～14歳	447	365	305	266	234	212	199
15～64歳	2,525	2,296	2,023	1,825	1,635	1,481	1,295
65～74歳	639	638	648	544	447	390	378
75歳以上	917	963	906	898	883	816	749

【壮瞥町】

	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年	平成52年
総 数	3,232	2,928	2,665	2,403	2,161	1,929	1,735
0～14歳	350	303	255	195	165	141	124
15～64歳	1,633	1,362	1,176	1,055	929	818	694
65～74歳	461	496	469	359	286	246	248
75歳以上	788	767	765	794	781	724	669

【洞爺湖町】

	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年	平成52年
総 数	10,132	9,225	8,420	7,607	6,805	6,048	5,345
0～14歳	998	835	683	563	472	407	354
15～64歳	5,568	4,604	3,950	3,425	2,989	2,580	2,183
65～74歳	1,672	1,672	1,553	1,245	1,021	886	826
75歳以上	1,894	2,114	2,234	2,374	2,323	2,175	1,982

(国立社会保障・人口問題研究所（平成25年3月推計）)

[西胆振区域の市町村別世帯数]

(単位：世帯、%)

	世帯総数	単身高齢者 世帯数	単身高齢者 世帯数割合
全 国	51,842,307	4,790,768	9.2%
北海道	2,418,305	261,553	10.8%
西胆振	89,455	11,910	13.3%
室蘭市	44,962	6,326	14.1%
登別市	21,680	2,585	11.9%
伊達市	15,227	1,864	12.2%
豊浦町	1,931	298	15.4%
壮瞥町	1,213	177	14.6%
洞爺湖町	4,442	660	14.9%

(平成22年国勢調査)

○ 北海道人口ビジョン

今回の地域医療構想は、国の地域医療構想策定ガイドラインに基づき、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計を用いますが、平成27年10月に策定した「北海道人口ビジョン～北海道の人口の現状と展望～」においては、次のとおり人口の将来を展望しています。今回の病床推計については、このような取組みによる今後の人口構造の変化等を踏まえながら見直しが行われると想定しています。

北海道人口ビジョン（抜粋）

人口の将来展望

1 人口分析のまとめ

本道は、自然減と社会減が相まって、全国よりも約10年早く人口減少局面に入り、2010（平成22）年の人口は、ピーク時より約19万人少ない550.6万人となっている。

自然減は、2014（平成26）年の1年間で約23,000人となっているが、その主な要因は出生率・出生数の減少であり、理由としては、若者の不安定な雇用状況や核家族化の進行などによる未婚・晩婚・晩産化が考えられる。

社会減は、2014（平成26）年の1年間で約8,900人となっており、進学・就職等による首都圏への転出が主な要因であると考えられる。

また、地域からの札幌市への人口集中が進行しており、札幌市の出生率の低さが道全体の人口減少を加速させる要因となっている。

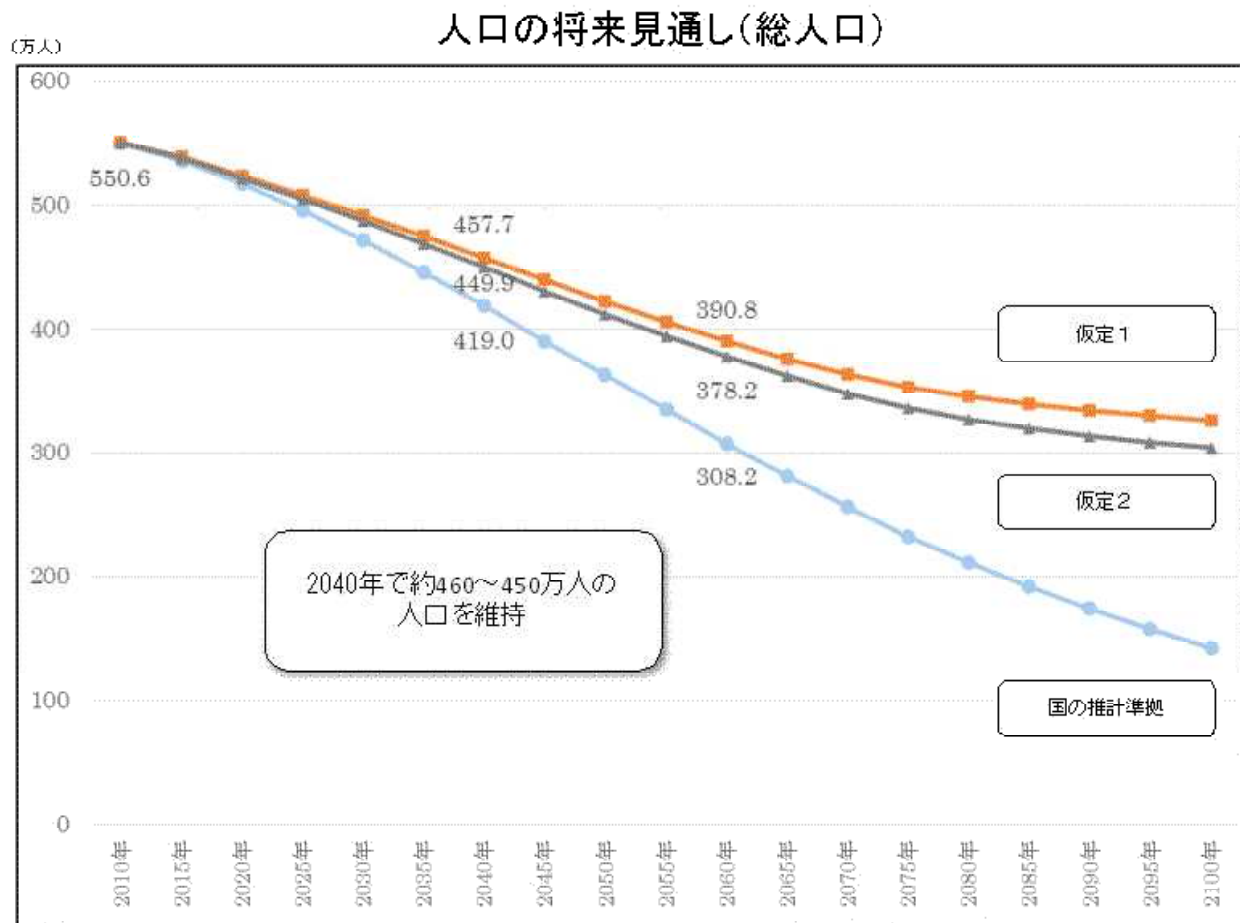
国の推計によると、今後、有効な対策を講じない場合、本道の人口は、2010（平成22）年の550.6万人から、2040年には419万人と、131.6万人（▲23.9%）の減少となり、小規模市町村ほど減少が加速すると見込まれる。

このことにより、就業者数の著しい減少による生産・消費の減少や、高齢者人口割合の増加による医療費・介護費負担の増大、地域交通の利便性の大きな低下など、道民生活の様々な場面に大きな影響を及ぼすことが懸念される。

2 目指すべき将来の方向

道民の結婚・出産・子育ての希望に関して、国立社会保障・人口問題研究所が実施した「第14回出生動向基本調査結果」（2010（平成22）年）によると、いずれは結婚しようとする未婚者の割合は、全道で男性85.2%、女性84.1%と、ともに8割を超えているものの、全国平均の男性86.3%、女性89.4%に比べると、いずれも低い水準にある。

また、夫婦の理想とする子ども数は、全道で男性2.33人、女性1.97人であったが、夫婦が実際に持つ子どもの数である完結出生児数は1.81人となっている。



移住・定住の希望に関して、2013（平成25）年の道民意識調査によると、「現在住んでいる市町村にこれからも住み続けたいと思うか」との問いに対し、「できれば今と同じ市町村に住んでいたい」との回答の割合が76.2%と、全体の4分の3以上にのぼっている。

2014（平成26）年に国が実施した「東京在住者の今後の移住に関する基本調査」によると、東京在住者のうち、今後移住する、または移住を検討したいと回答した人は40.7%と全体の4割、うち関東圏以外の出身者では49.7%と全体の5割にのぼる。

こうした希望を現実のものとするため、自然減及び社会減の両面から人口減少の進行を緩和する取組とともに、人口減少社会の中で道民の暮らしの安心を確保するための取組を一体的に進め、「幅広い世代の人々が集い、つながり、安心して暮らせる包容力のある北海道」の実現を目指す。

3 人口の将来展望

「目指すべき将来の方向」の実現に向け、今後、道民をはじめ、幅広い分野の方々と連携し、人口減少対策を進めていくために必要な人口の将来展望を示す。

国による推計を基に試算すると、総人口は2010年の550.6万人から2040年

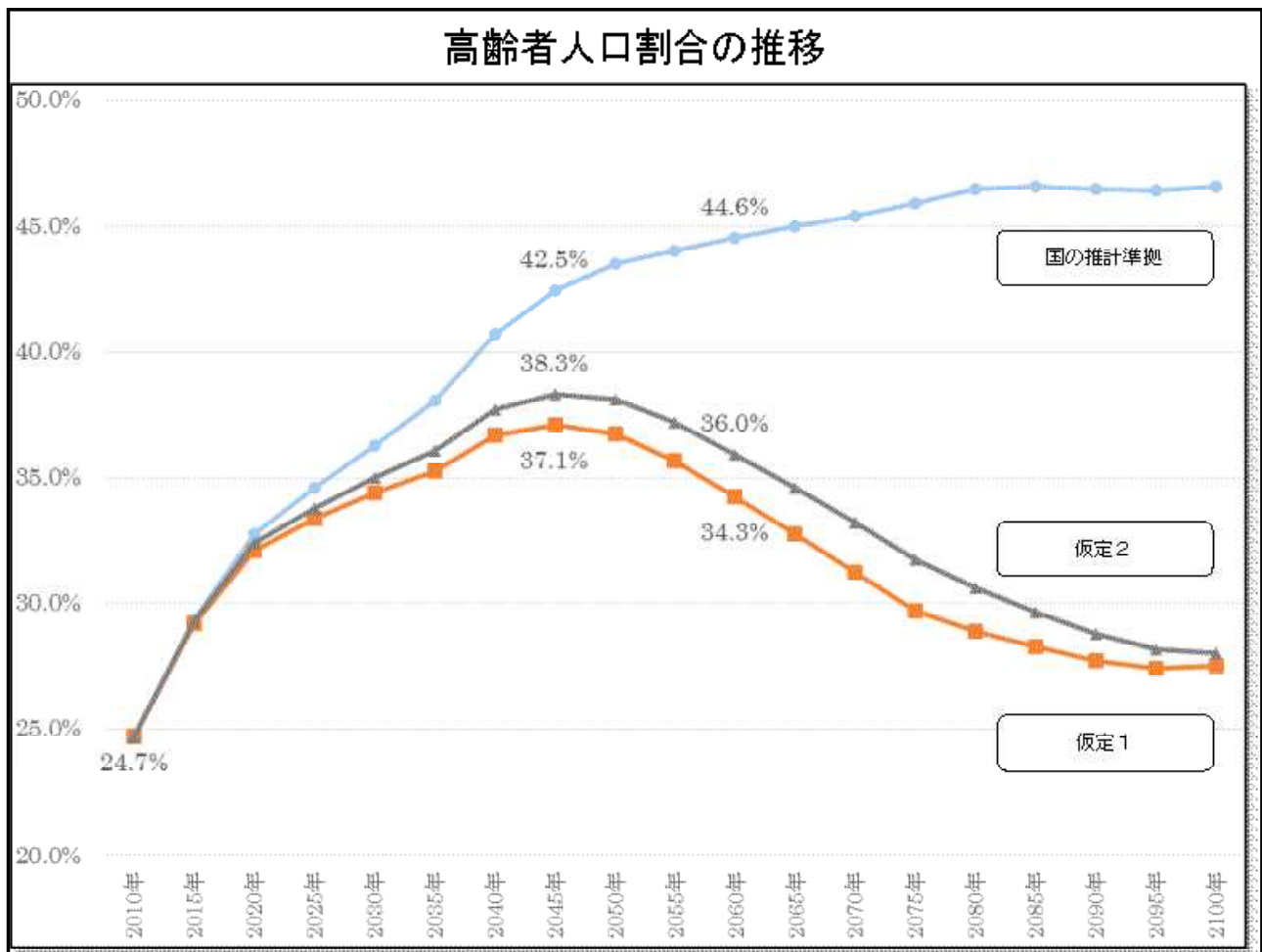
には419万人となり、131.6万人減（▲23.9%）となるが、合計特殊出生率が、国の長期ビジョンと同様、2030年までに1.8、2040年までに2.07（人口置換水準）まで上昇し、純移動数が現在の約▲8,000人から2019年で▲4,000人、2025年で0になると仮定した場合は、2040年には約458万人となる。

さらに、札幌市の合計特殊出生率が全道平均より低いことを考慮し、札幌市の合計特殊出生率を2030年に1.5、2040年に1.8、2050年に2.07と、約10年ずつ遅れて上昇すると仮定した場合は、2040年の総人口は約450万人となる。

こうした2つの仮定を踏まえ、今後、札幌市における少子化対策の充実強化はもとより、道全体として、自然減、社会減対策を効果的かつ一体的に行うことにより、本道の人口は2040（平成52）年に約460万人を維持することが可能となる。

なお、これらの仮定に基づき推計した高齢者の人口割合は、国の推計が2040年を超えても上昇していくのに比べ、人口構造の高齢化抑制の効果が2045年頃に現れ始め、その後、低下する。

人口置換水準：人口が制止する合計特殊出生率の水準のことであり、若年期の死亡率が低下している日本においては、夫婦2人から概ね2人の子どもが生まれれば人口が制止することになる。現在の日本の場合、2.07となっている。



＜仮定１：２０４０年の人口約４５８万人＞

①自然動態

合計特殊出生率は、国の長期ビジョンと同様、２０３０（平成４２）年に１.８、２０４０（平成５２）年に２.０７の人口置換水準まで上昇する。

②社会動態

道外への転出超過数は、現在、約▲８,０００人であるが、２０１６（平成２８）年以降マイナスが縮小し、２０１９（平成３１）年で、現在の半分の▲４,０００人になる。

２０２０（平成３２）年以降もマイナス幅は縮小し、社人研推計と同様に、２０２５（平成３７）年で社会増減数が均衡し、転出超過がゼロとなる。

＜仮定２：２０４０年の人口約４５０万人＞

①自然動態

合計特殊出生率は、札幌市に関しては、２０３０（平成４２）年に１.５、２０４０（平成５２）年に１.８、２０５０（平成６２）年に２.０７まで上昇する。

札幌市以外は仮定１と同様に、２０３０（平成４２）年に１.８、２０４０（平成５２）年に２.０７まで上昇する。

②社会動態

社会増減に関しては、仮定１と同様に推移する。

[西胆振区域 医療機関別許可病床数（一般病床・療養病床）]

（平成26年7月1日現在）

区分	所在地	施設名称	全体病床数	許可病床数				
				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答
病院	室蘭市	医療法人社団医修会大川原脳神経外科病院	153床	0床	71床	35床	47床	0床
	室蘭市	日鋼記念病院	479床	85床	325床	0床	69床	0床
	室蘭市	市立室蘭総合病院	401床	16床	385床	0床	0床	0床
	室蘭市	社会医療法人製鉄記念室蘭病院	347床	4床	298床	45床	0床	0床
	室蘭市	医療法人社団上田病院	120床	0床	0床	0床	120床	0床
	室蘭市	医療法人室蘭太平洋病院	210床	0床	0床	0床	210床	0床
	登別市	社会医療法人友愛会恵愛病院	16床	0床	0床	0床	16床	0床
	登別市	登別記念病院	120床	0床	0床	0床	120床	0床
	登別市	医療法人社団千寿会三愛病院	74床	0床	0床	0床	74床	0床
	登別市	医療法人登別すすらん病院	130床	0床	0床	0床	130床	0床
	登別市	独立行政法人地域医療機能推進機構登別病院	242床	0床	57床	54床	36床	95床
	伊達市	社会医療法人慈恵会聖ヶ丘病院	288床	0床	0床	288床	0床	0床
	伊達市	総合病院伊達赤十字病院	314床	0床	213床	0床	44床	57床
	壮瞥町	医療法人交雄会そうべつ温泉病院	180床	0床	0床	0床	180床	0床
	洞爺湖町	医療法人社団洞仁会洞爺温泉病院	216床	0床	0床	0床	216床	0床
	洞爺湖町	社会福祉法人北海道社会事業協会洞爺病院	293床	0床	60床	60床	120床	53床
	豊浦町	豊浦町国民健康保険病院	60床	0床	0床	0床	60床	0床
	病 院 小 計			3,643床	105床	1,409床	482床	1,442床
診療所	室蘭市	医療法人社団柳川内科医院	17床	0床	0床	17床	0床	0床
	室蘭市	東室蘭サテライトクリニック	17床	0床	0床	0床	0床	17床
	室蘭市	医療法人社団順心会澤崎眼科	7床	0床	0床	0床	0床	7床
	登別市	登別東クリニック	19床	0床	0床	0床	0床	19床
	伊達市	医療法人社団いぶり腎泌尿器科クリニック	19床	0床	19床	0床	0床	0床
	伊達市	医療法人社団守谷内科医院	19床	0床	0床	0床	19床	0床
	伊達市	医療法人社団なかむら整形外科クリニック	19床	0床	19床	0床	0床	0床
	診 療 所 小 計			117床	0床	38床	17床	19床
合 計			3,760床	105床	1,447床	499床	1,461床	248床

（出典：平成26年病床機能報告結果）

「地域医療構想策定ガイドライン」 (平成27年3月31日 厚生労働省)

4 構想区域ごとの医療需要の推計

- 構想区域ごとの基礎データを厚生労働省が示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計する。
- 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、平成25年度の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、下記の計算を行う。

高度急性期、急性期、回復期の入院受療率

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

$$\frac{1 \text{ 日当たり入院患者延べ数}}{\text{性・年齢階級別の人口}} = \text{入院受療率}$$

高度急性期、急性期、回復期の医療需要

構想区域の2025年の医療需要
 = [当該構想区域の2013年の性・年齢階級別の入院受療率
 × 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] を総和したもの

※ 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）」を用いる。

機能別分類の境界点の考え方

高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の医療需要の考え方

医療資源投入量／日		医療機能の内容 / 基本的考え方
高度急性期 3000点	C 1	●急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
		●救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C 2	●急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
600点		●急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C 3	●急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
		●特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腸骨頭部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
225点		●在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
175点		●ただし、境界点に達してから、退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で推計する。 ●175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として、一体的に推計する。
慢性期		●長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ●長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

※医療資源投入量：患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値。（患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分とリハビリテーション料の一部を除いたもの）

慢性期の医療需要の考え方

- 療養病床については、現在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。また、地域の療養病床数には大きな地域差がある。

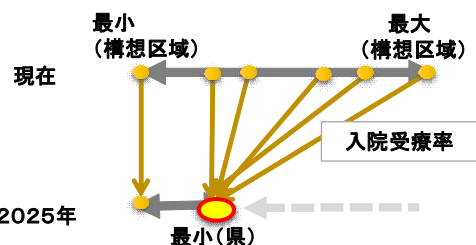
→慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、①慢性期の中に在宅医療等に対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立ったうえで、②療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定することで推計。

- 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む。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する。

- ②：慢性期病床の入院受療率における地域差の解消目標（AからBの範囲で定める）

パターンA 全ての構想区域が全国最小値（県単位）まで入院受療率を低下する。

※ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。

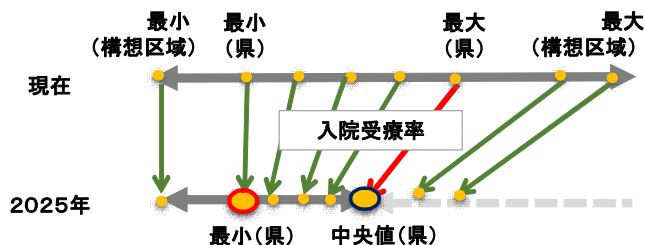


（地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討委員会資料）

パターンB

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。

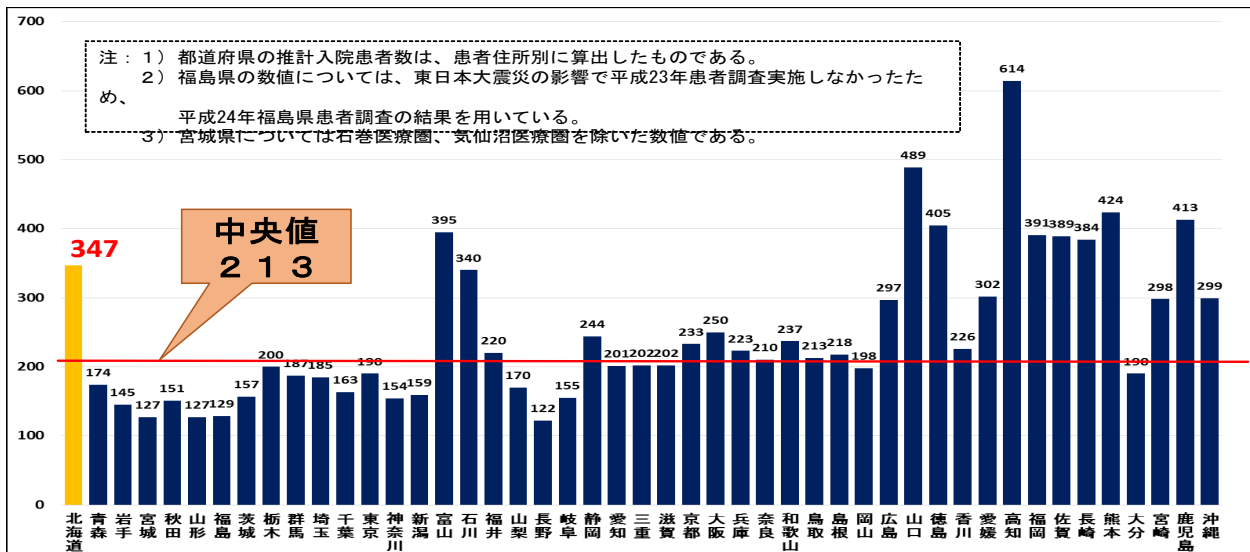
※ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。



療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）

- 〇 都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】
各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（Σ〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国の入院受療率



入院受療率の目標に関する特例

- 次の要件に該当する場合は、**入院受療率の目標の達成年次を2025年から2030年とすることができる。**

(その際、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目標として定めるとともに、2030年の入院受療率の目標及び当該入院受療率で推計した病床の必要量も併せて地域医療構想に定めることとする。)

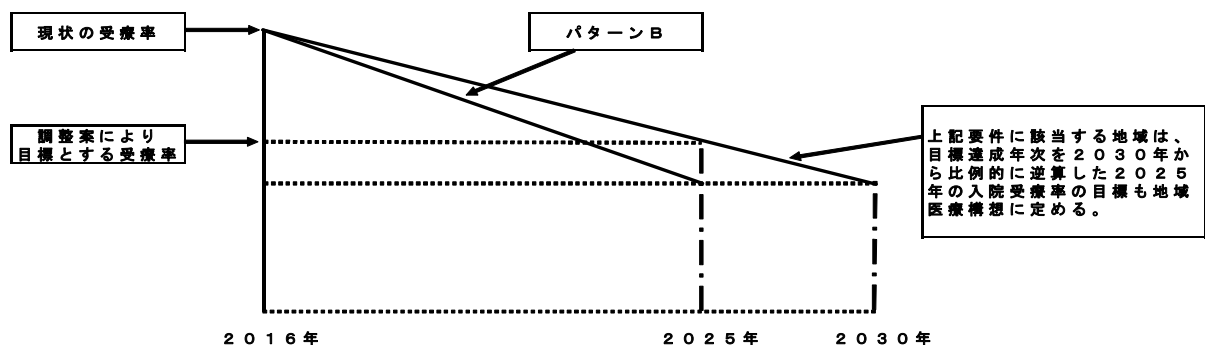
【要件】 次の①および②を満たすこと。

① Bにより入院受療率の目標を定めた場合における**当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい**

② 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**

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。

※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については弱い相関が見られる。(相関係数0.62)



入院受療率の目標に関する特例

(地域医療構想策定後の目標修正について)

- 厚労大臣が認める構想区域において、**慢性期病床の必要量の達成が特別の事情により著しく困難になった場合には、都道府県は、厚生労働大臣が認める方法により、入院受療率の目標を変更することができる**こととする。

※厚労大臣が認める構想区域：都道府県全体の慢性期病床の減少率が全国中央値を上回っている都道府県の構想区域（当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値を上回っている構想区域に限る。）その他これに類する構想区域

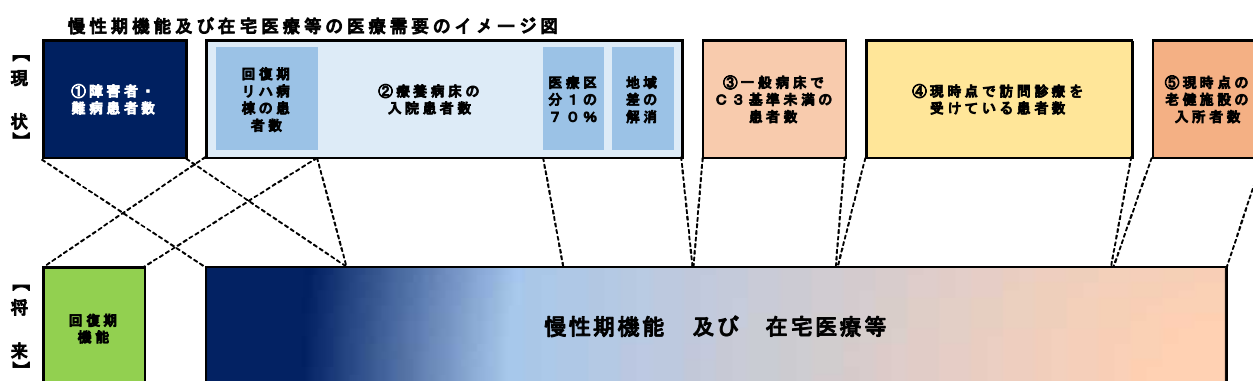
※※特別な事情：やむを得ない事情により、在宅医療等の充実・整備が大幅に遅れることが見込まれる場合や高齢者単身世帯及び高齢者夫妻のみ世帯が著しく増加するなどの社会的事情の大きな変化が見込まれる場合など、その他これと同等と認められる事情であって、都道府県及び厚生労働省においてやむを得ないと認める事情とする。

※※※厚生労働大臣が認める方法：当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値を下回らない範囲を目安として、厚生労働省に協議して同意を得た入院受療率の目標を定める。

在宅医療等への移行

- ① 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する。
- ② 療養病床の入院患者のうち、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推計する。
- ③ 医療資源投入量175点未満の患者数を、在宅医療等に対応する患者数として推計する。
- ④ 2013年の在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別受療率を算定し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。
- ⑤ 2013年の介護老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の2025年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の需要として推計する。

※ 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者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。



在宅医療等での対応の推進について

○ 限られた医療資源の中で住民が安心して地域医療を受けるためには、在宅医療等の整備が先行した上で、慢性期機能の必要病床数に係る目標に向けた取組が不可欠である。

一方で、医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築のためには、目標の達成が不可欠であることから、住民の理解を深めるとともに、市町村や地域社会を巻き込んだ、医療だけではない地域全体としての取組が求められるものである。

また、厚生労働省においても、地域の需要に円滑に対応できる医療法での人員配置等を整えることの検討を進めることとする。

5 医療需要に対する医療提供体制の検討

構想区域間の供給数の増減の調整

都道府県は、構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を推計するが、都道府県間を含む構想区域間の医療提供体制の役割分担を踏まえ、**医療需要に対する供給数の増減を見込む必要**があり、都道府県間の供給数の増減を調整した後で、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する。（増減を原則一致させる）

【構想区域間の供給数調整のプロセス】

- ① **患者住所地に基づき推計した医療需要**
 - ② **現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数**
（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）
 - ③ **将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数**
 - ④ **病床の必要量（必要病床数）**〔③／病床稼働率〕
- （i）①と②を比較する。
- （ii）都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まずは、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する。
- （iii）都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局や介護部局、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめる。**自都道府県内における調整も同じ**。
- （iv）がん、脳卒中及び急性心筋梗塞などについては、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討する。
- （v）各都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し**③を確定**する。

7 構想区域の確認

都道府県は、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。

8 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

- 施策の検討に当たっては、都道府県は、幅広い視点で地域医療を捉えるとともに、関連する法・制度や関係団体の取組を活用することも含めて検討することが適当。
- 一般医療と精神科医療の連携は重要であり、地域における精神科医療も含め検討。
- 認知症対策について、機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進めることが重要。

- 都道府県は、構想区域ごとに病床の機能区分ごとの**必要病床数**と平成26年度（又は、直近の年度）の**病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数**とを**比較**し、病床の機能の分化及び連携における**地域の課題を分析**する必要がある。
- **病床の機能の分化及び連携の推進**：都道府県が定めた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、地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策を進めていく。
- **在宅医療の充実**：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る。
- **医療従事者の確保・養成**：地域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等に取り組む必要があり、基金の有効活用も含めた施策を検討することが重要。

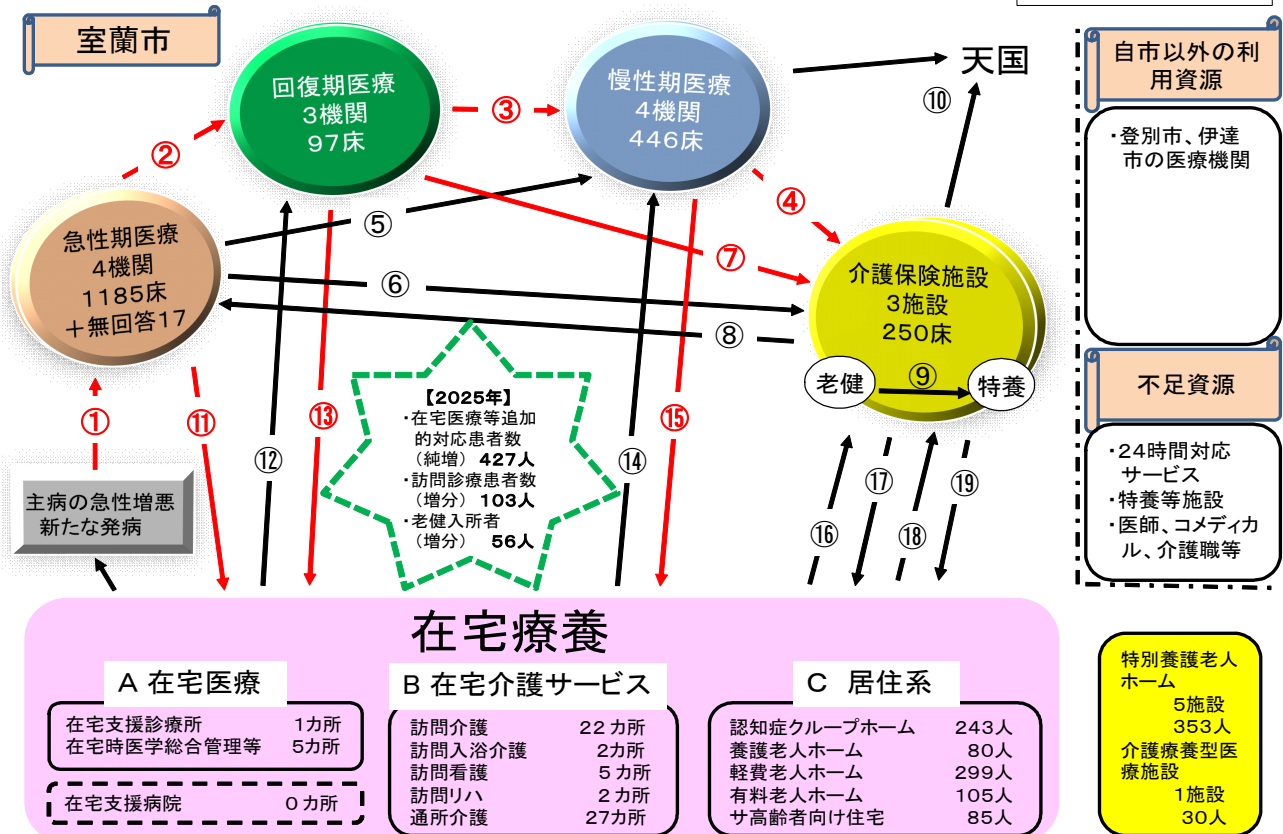
[つながるかかわり ぐるぐる図]

○ 各市町の地域連携を考える「つなぐかかわり ぐるぐる図」です。ぐるぐる図をもとに市町内の医療・介護の連携について点検・検討をおこなうツールとして活用します。

特に点線囲みの資源については、市町に事業者が存在しないため、サービスの不足等が懸念される状況です。

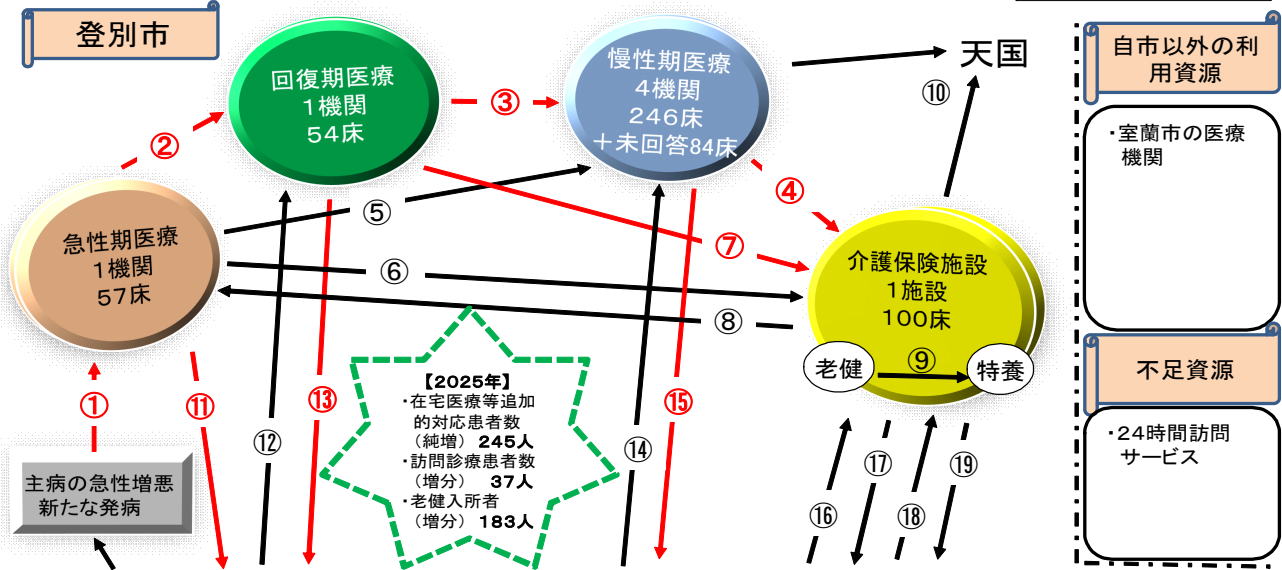
ぐるぐる図 (在宅療養、入・転・退院、入・退所の動向)

札幌市西区在宅ケア連絡会作成
北海道胆振総合振興局
保健環境部保健行政室編集



ぐるぐる図 (在宅療養、入・転・退院、入・退所の動向)

札幌市西区在宅ケア連絡会作成
北海道胆振総合振興局
保健環境部保健行政室編集



在宅療養

A 在宅医療

在宅支援診療所	1カ所
在宅時医学総合管理等	4カ所
在宅支援病院	0カ所
在宅支援診療所	0カ所

B 在宅介護サービス

訪問介護	8カ所
訪問看護	5カ所
訪問リハ	1カ所
通所介護	14カ所
訪問入浴介護	0カ所

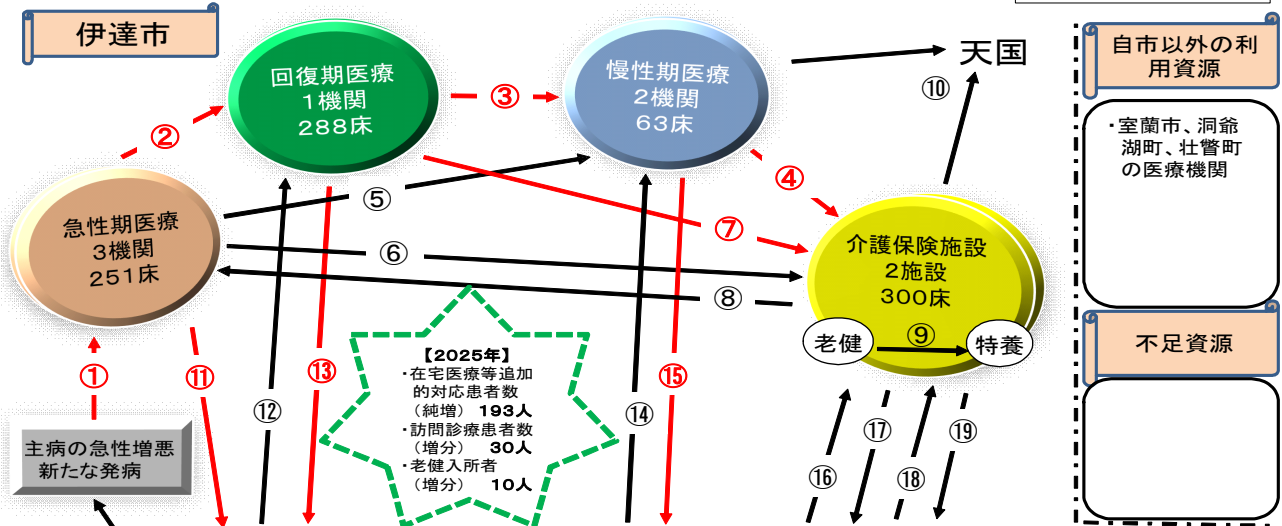
C 居住系

認知症グループホーム	117人
養護老人ホーム	70人
軽費老人ホーム	50人
有料老人ホーム	52人
サ高齢者向け住宅	30人

特別養護老人ホーム	2施設 200人
介護療養型医療施設	1施設 30人

ぐるぐる図 (在宅療養、入・転・退院、入・退所の動向)

札幌市西区在宅ケア連絡会作成
北海道胆振総合振興局
保健環境部保健行政室編集



在宅療養

A 在宅医療

在宅時医学総合管理等	2カ所
在宅支援病院	0カ所
在宅支援診療所	0カ所

B 在宅介護サービス

訪問介護	8カ所
訪問看護	2カ所
訪問リハ	2カ所
通所介護	14カ所
訪問入浴介護	0カ所

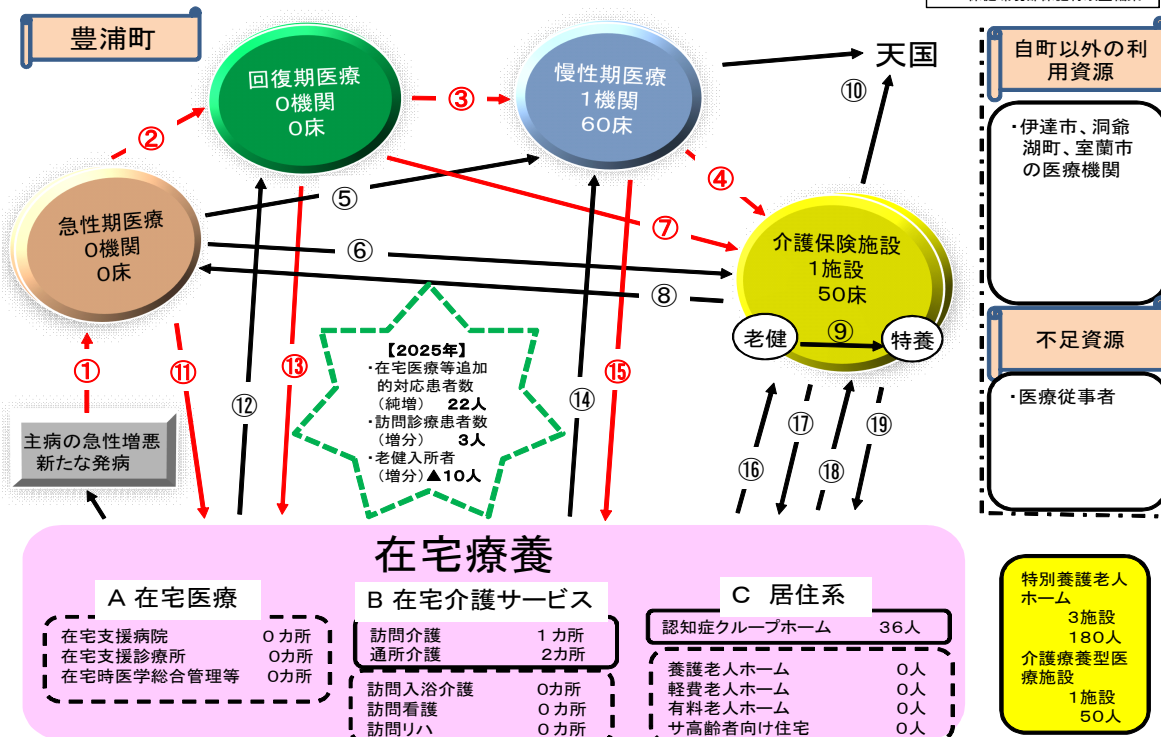
C 居住系

認知症グループホーム	99人
養護老人ホーム	80人
軽費老人ホーム	150人
有料老人ホーム	86人
サ高齢者向け住宅	0人

特別養護老人ホーム	5施設 299人
介護療養型医療施設	0施設 0人

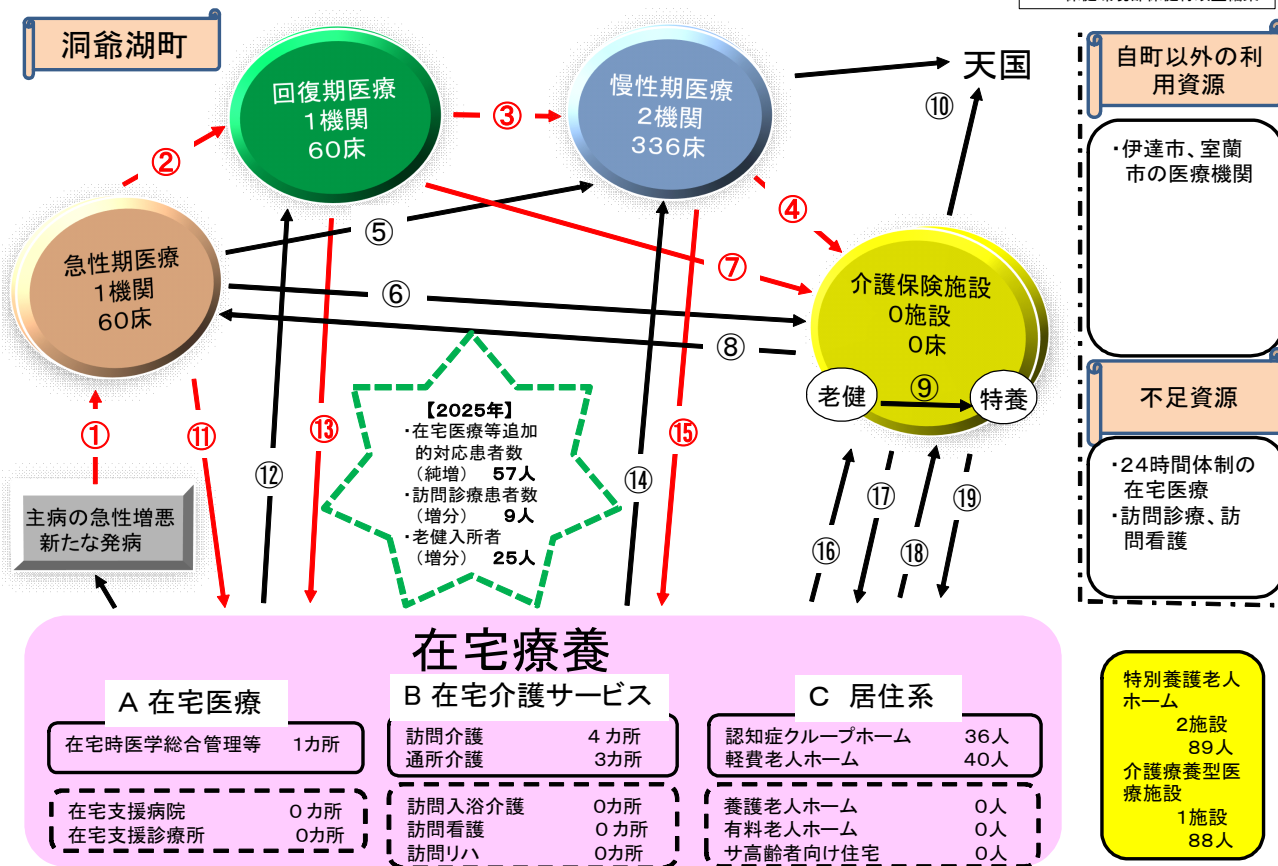
ぐるぐる図 (在宅療養、入・転・退院、入・退所の動向)

札幌市西区在宅ケア連絡会作成
北海道胆振総合振興局
保健環境部保健行政室編集



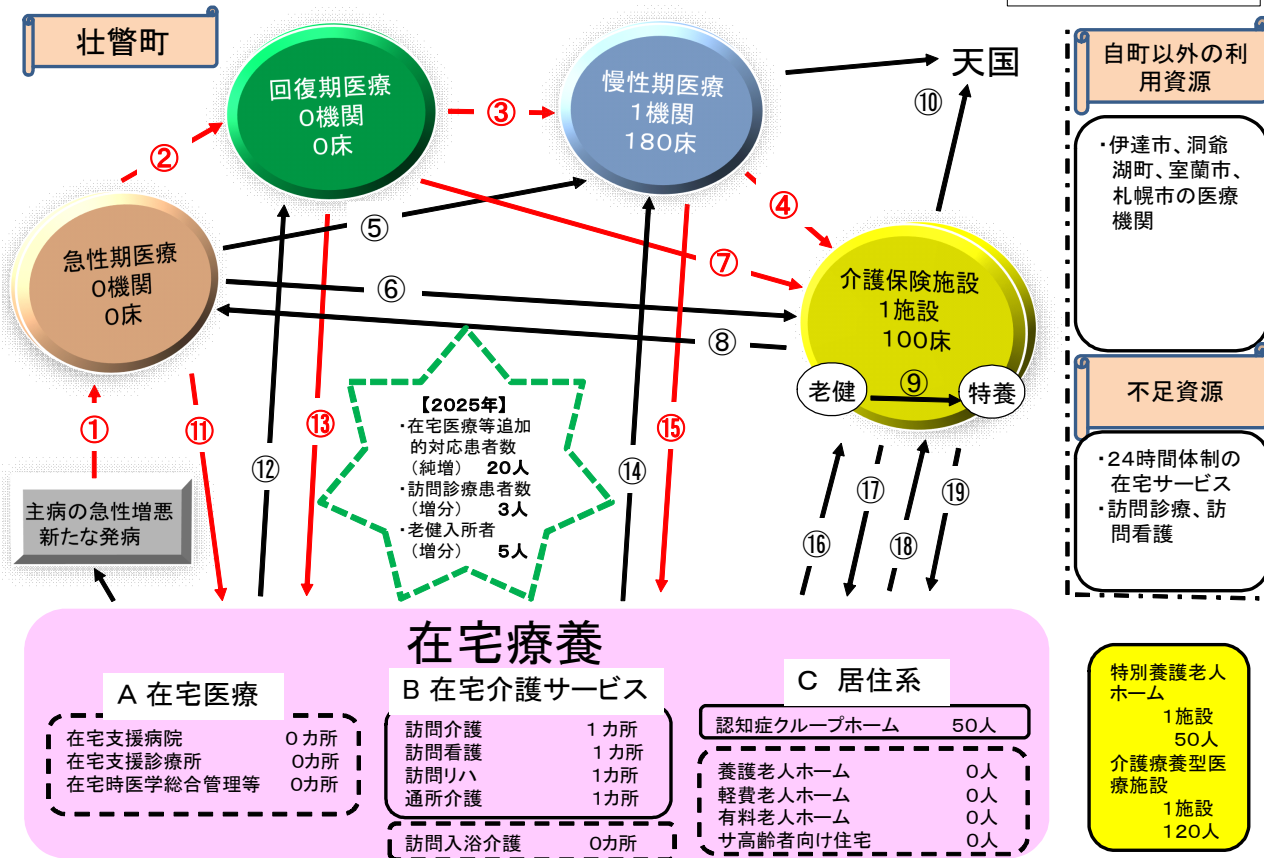
ぐるぐる図 (在宅療養、入・転・退院、入・退所の動向)

札幌市西区在宅ケア連絡会作成
北海道胆振総合振興局
保健環境部保健行政室編集



ぐるぐる図 (在宅療養、入・転・退院、入・退所の動向)

札幌市西区在宅ケア連絡会作成
北海道胆振総合振興局
保健環境部保健行政室編集



1 検討経緯

月 日	西胆振保健医療福祉圏域連携推進会議会議議題等
平成27年 7月29日	・地域医療構想について
平成27年11月19日	・在宅医療等に係る各市町の状況等について
平成28年 3月 2日	・西胆振地域医療構想（たたき台）について等
平成28年 5月18日	・西胆振地域医療構想（案）について等

西胆振保健医療福祉圏域連携推進会議 委員名簿

役職	所 属 団 体	委 員		
		団体役職名	氏 名	摘 要
会長	公益社団法人 室蘭市医師会	会長	稲川 昭	医療法人社団いな川こどもクリニック 院長
副会長	一般社団法人 胆振西部医師会	会長	坪 俊輔	医療法人社団いぶり腎泌尿器科クリニック 院長
	一般社団法人 室蘭歯科医師会	会長	多田 和央	医療法人社団多田歯科医院 院長
	北海道薬剤師会室蘭支部	支部長	多田 昌央	株式会社多田薬局本店 薬局長
	北海道看護協会室蘭支部	支部長	小竹 紀代美	総合病院伊達赤十字病院 看護副部長
	北海道理学療法士会日胆支部	相談役	加賀谷 芳夫	介護老人保健施設プライムヘルシー タウン湘南 リハビリ室長
	北海道社会福祉協議会胆振地区事務所	所長	戸嶋 信司	
	日胆地区老人福祉施設協議会	会長	高野 裕和	特別養護老人ホーム白鳥ハイソ 施設長
	室蘭消費者協会	会長	山本 孝子	
	室蘭市	市長	青山 剛	
	登別市	市長	小笠原 春一	
	伊達市	市長	菊谷 秀吉	
	豊浦町	町長	村井 洋一	
	壮瞥町	町長	佐藤 秀敏	
	洞爺湖町	町長	真屋 敏春	
	北海道慢性期医療協会	副会長	辻 寧重	
	医療法人五紀会室蘭太平洋病院	理事長	伊藤 真義	
	社会医療法人母恋日鋼記念病院	院長	柳谷 晶仁	
	社会医療法人製鉄記念室蘭病院	理事長	松木 高雪	
	市立室蘭総合病院	室蘭市病院事業管理者	土肥 修司	
	総合病院伊達赤十字病院	院長	武智 茂	
	医療法人社団洞仁会洞爺温泉病院	院長	中谷 玲二	
	社会医療法人慈恵会聖ヶ丘病院	院長	上原 總一郎	
	医療法人北海道家庭医療学センター 本輪西ファミリークリニック	院長	草場 鉄周	

西胆振保健医療福祉圏域連携推進会議設置要綱

（設置）

第1条 地域における保健医療福祉施策の総合的かつ一体的な推進を図るため、西胆振保健医療福祉圏域連携推進会議（以下「連携推進会議」という。）を設置する。

（所掌事項）

第2条 連携推進会議は、次の事項について取り組むものとする。

- （1）地域の保健医療福祉に関すること。
- （2）その他、連携推進会議の目的達成のため必要と認められる事項

（組織）

第3条 連携推進会議は、次に掲げる者のうちから胆振総合振興局長が委嘱する委員をもって組織する。

- （1）保健医療福祉サービスの提供者
 - （2）保健医療福祉サービスの受益者
 - （3）関係行政機関の長
 - （4）その他必要と認められる者
- 2 委員の任期は2年以内とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- ただし、専門的事項に関し必要な場合は、臨時に委員を置くことができる。
- 3 委員の互選により、会長を置く。
- 4 副会長1名を置き、委員のうちから会長が指名する。
- 5 副会長は会長を補佐し、会長に事故あるときは、その職務を代理する。

（会議）

第4条 会議は、必要の都度会長が招集する。

- 2 会長は、必要に応じて、委員以外の者を出席させることができる。

（専門部会）

第5条 連携推進会議は、必要に応じ、専門部会を置くことができる。

（事務局）

第6条 事務局は、胆振総合振興局保健環境部保健行政室企画総務課に置く。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、連携推進会議の運営に関し必要な事項は、会長が連携推進会議に諮って定める。

附則

この要綱は、平成20年6月12日から施行する。

附則

この要綱は、平成22年5月21日から施行する。

附則

この要綱は、平成24年4月9日から施行する。

附則

この要綱は、平成26年3月11日から施行する。

附則

この要綱は、平成27年6月29日から施行する。