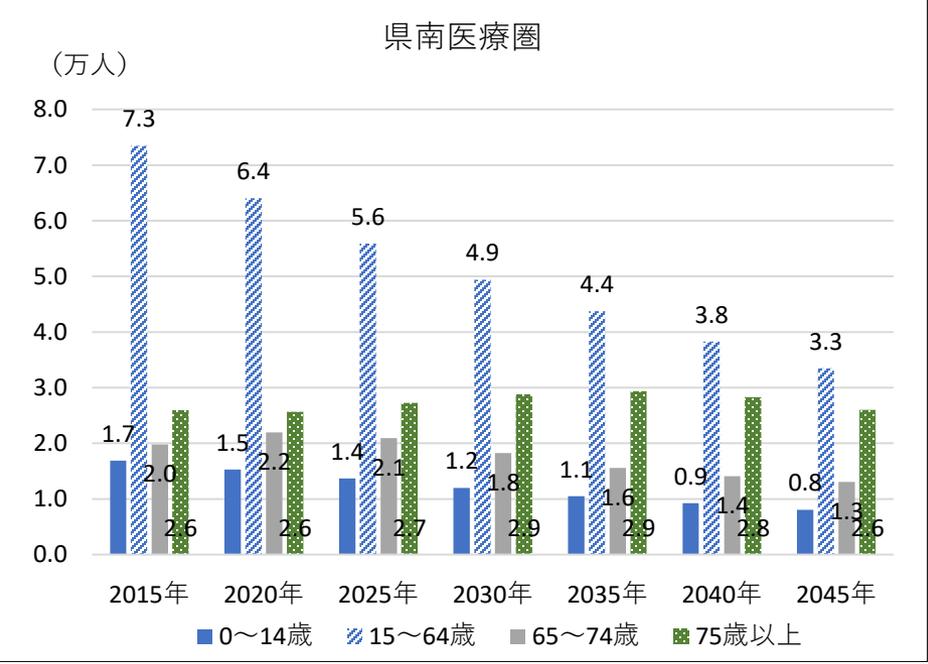
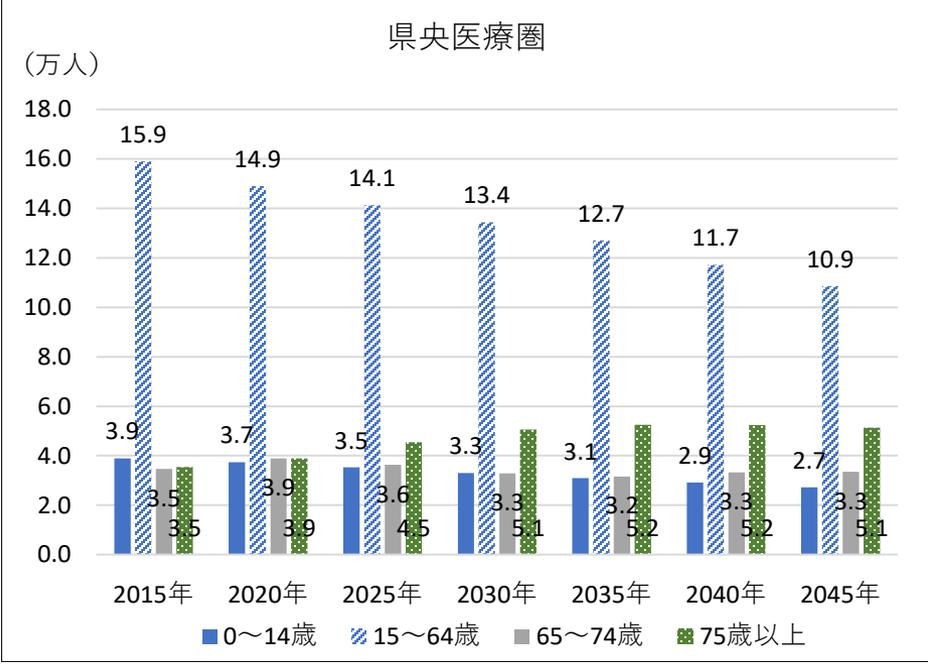
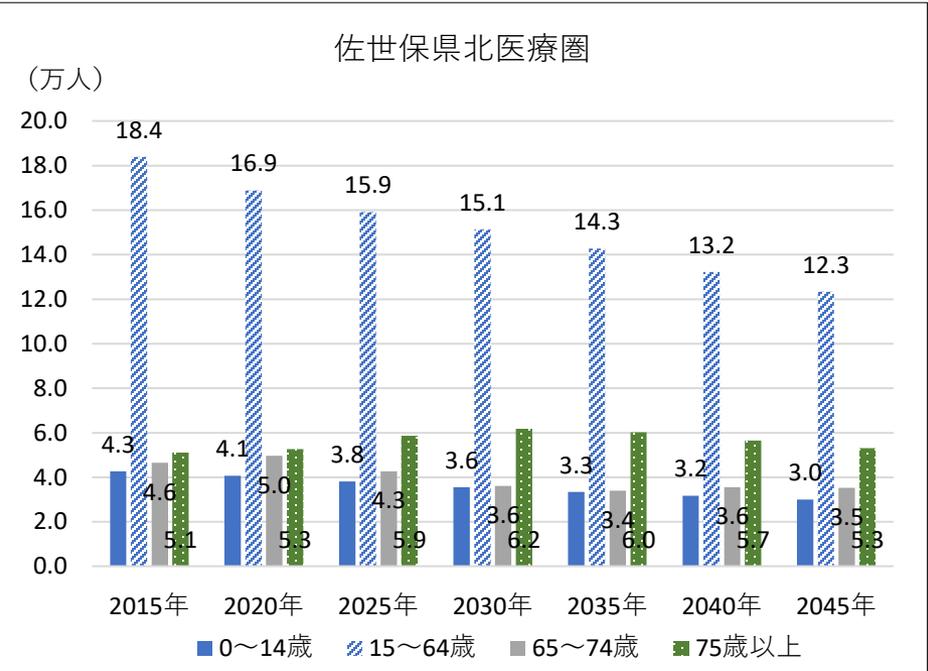
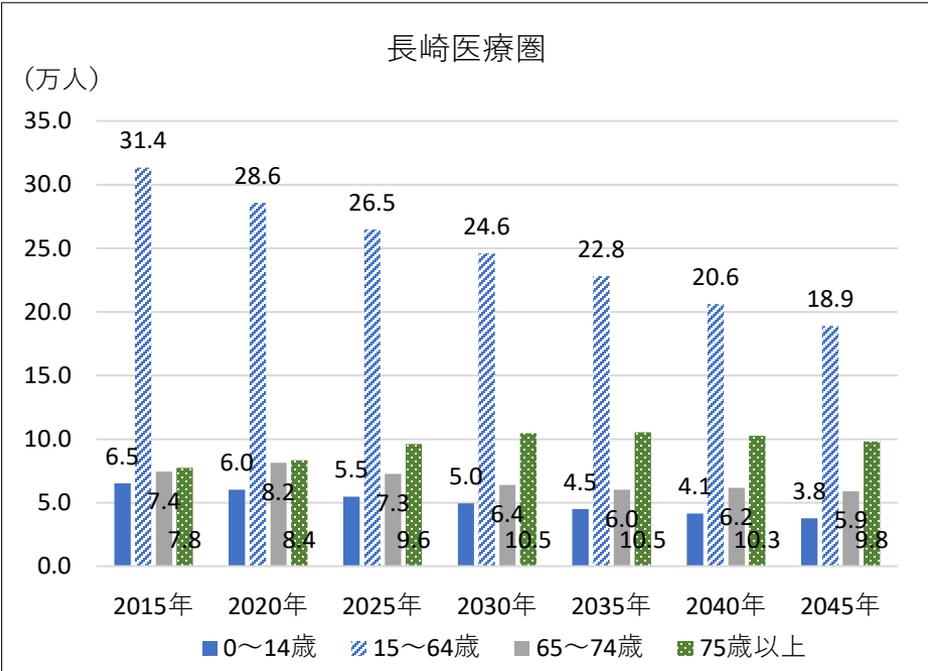


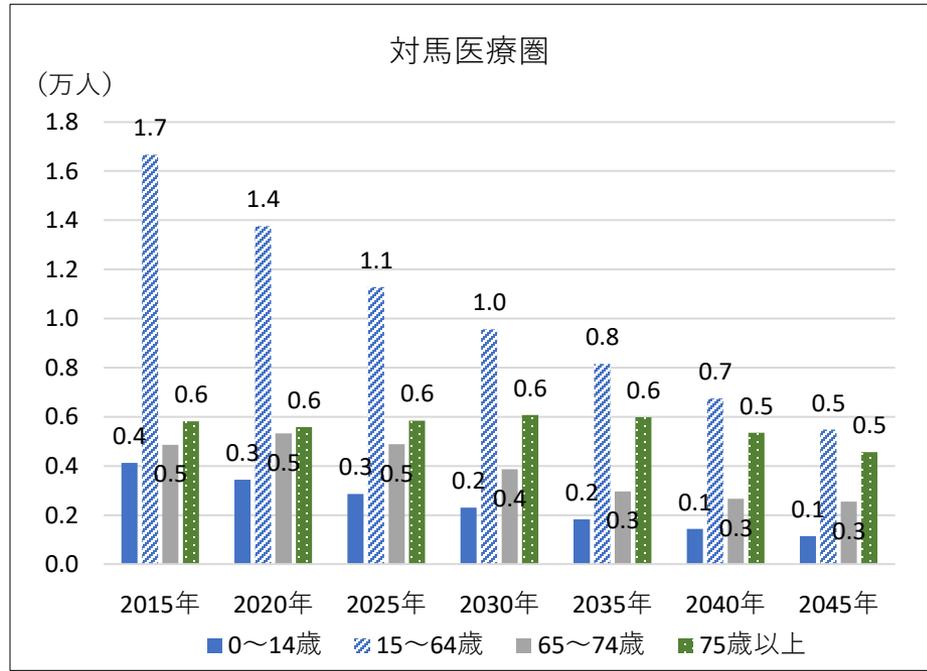
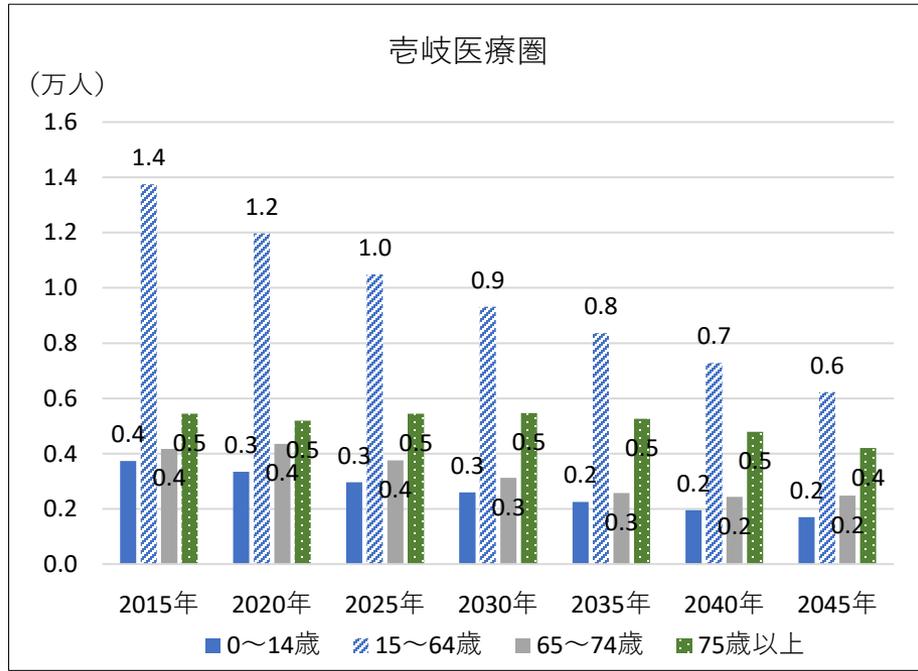
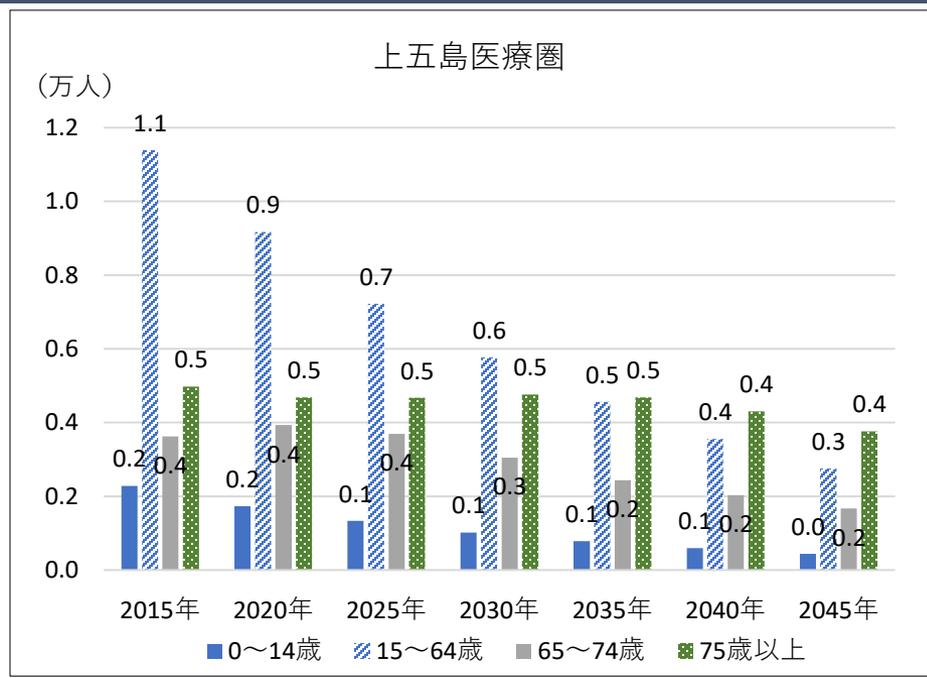
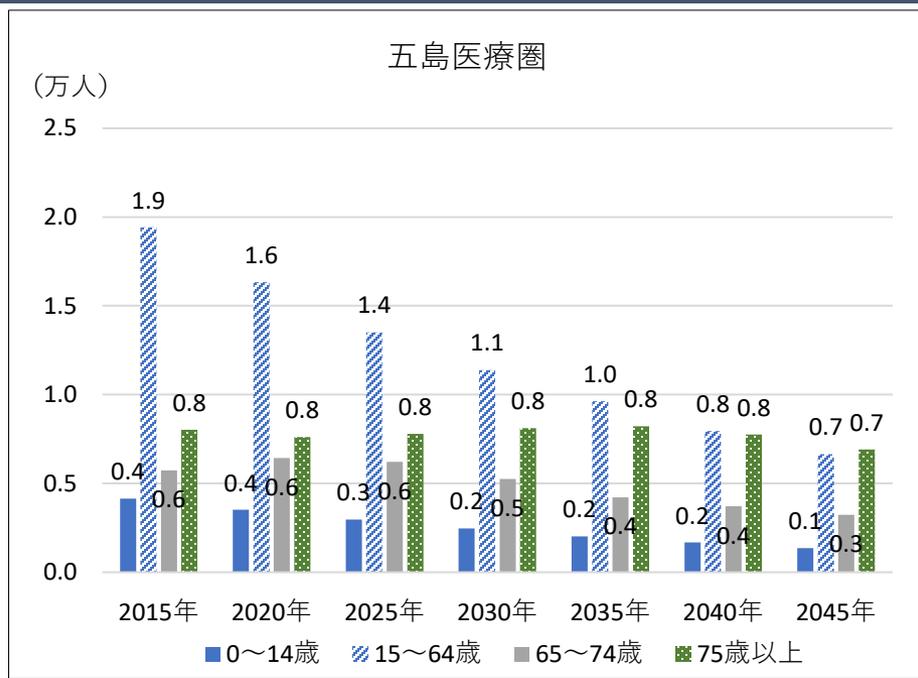
医療圏の概況

INDEX

- 1 医療圏の概況
- 2 地域医療構想に関するアンケート結果(概要)
- 3 病床機能報告
- 4 病床機能報告の定量的な基準による分析

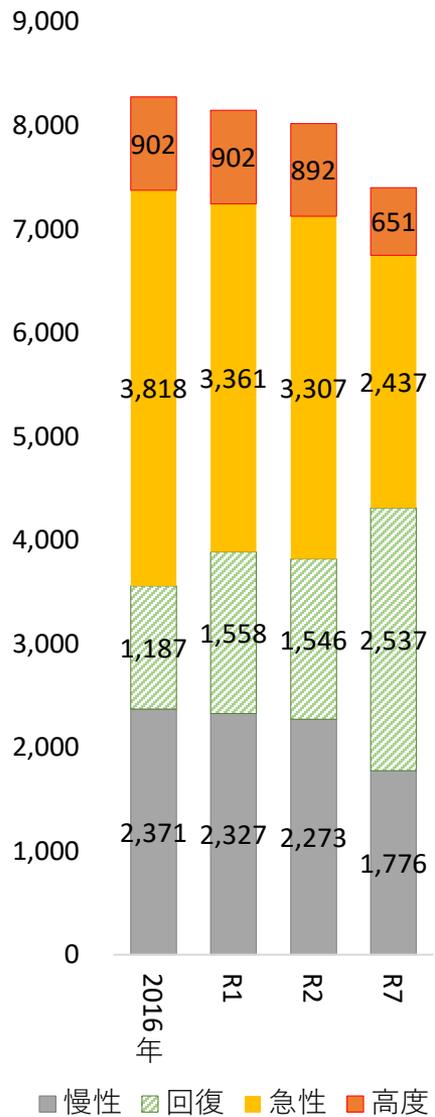




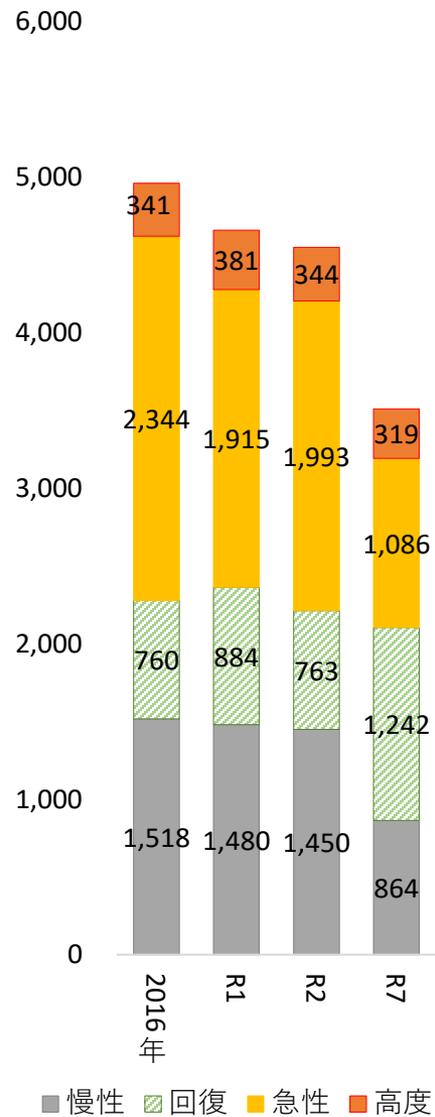


病床機能報告と将来の病床の必要量の比較（医療圏別）

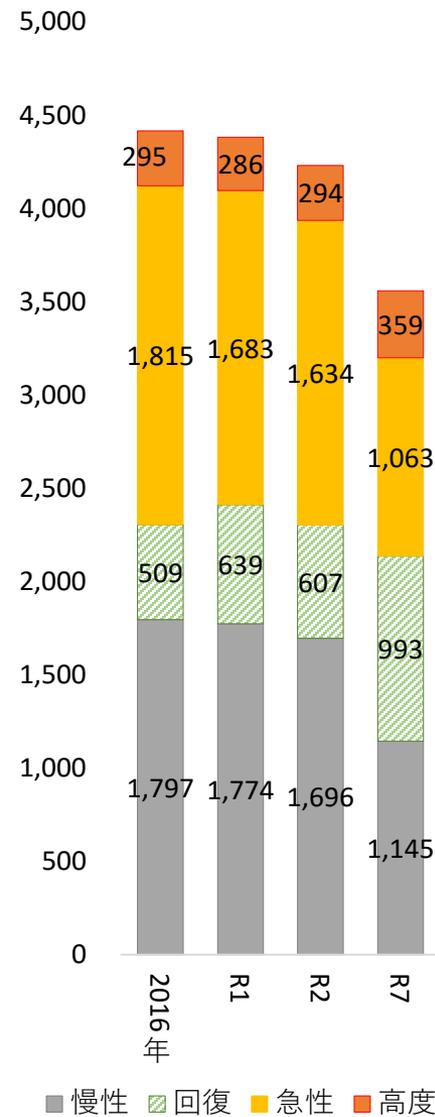
長崎医療圏



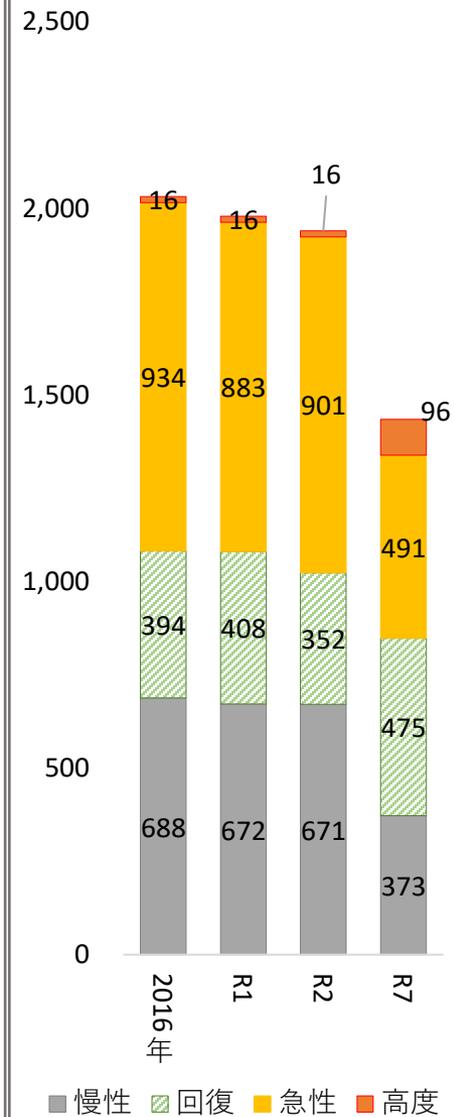
佐世保県北医療圏



県央医療圏

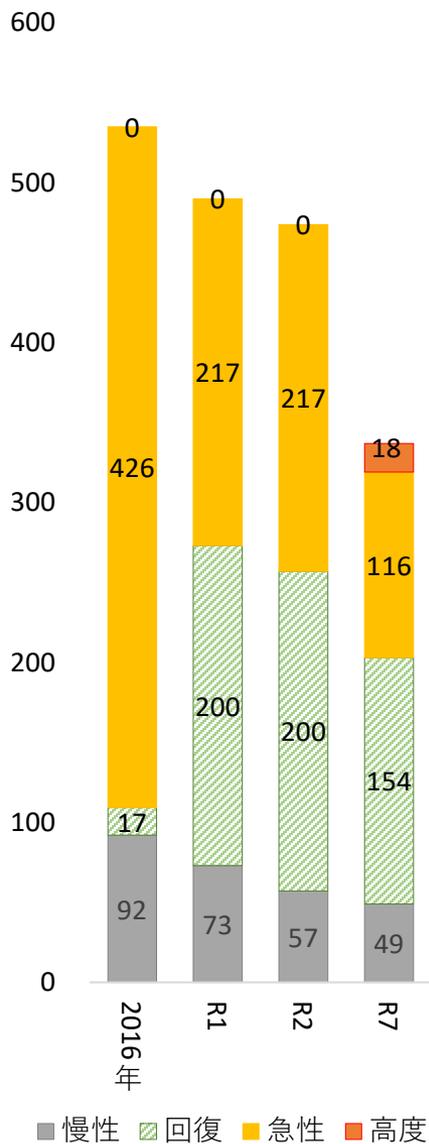


県南医療圏

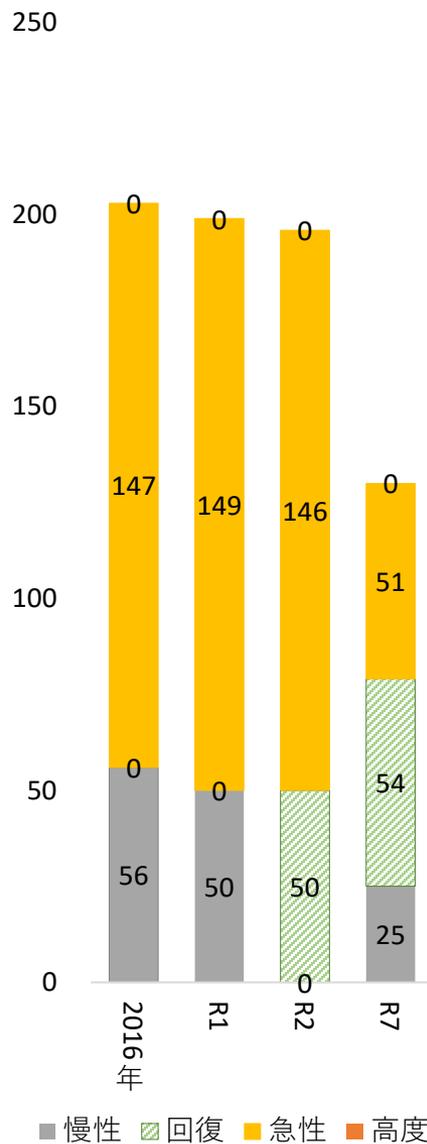


病床機能報告と将来の病床の必要量の比較（医療圏別）

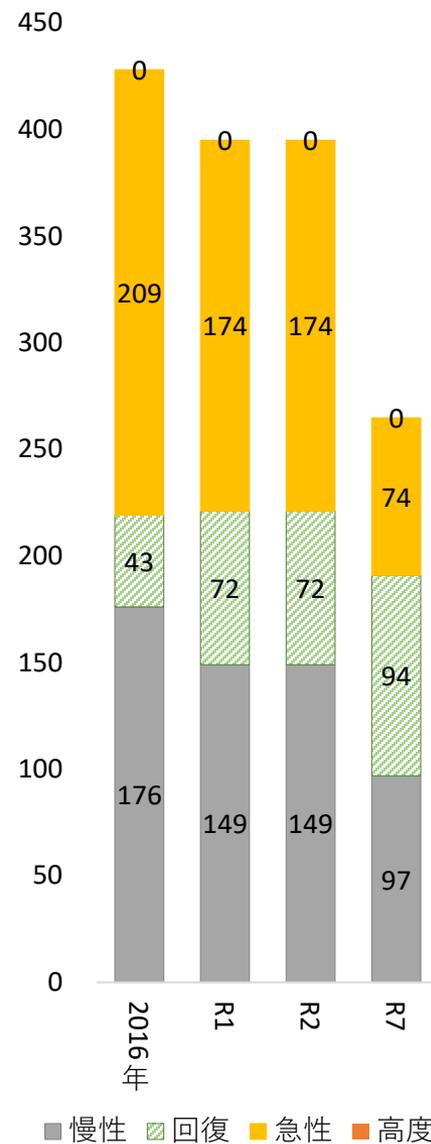
五島医療圏



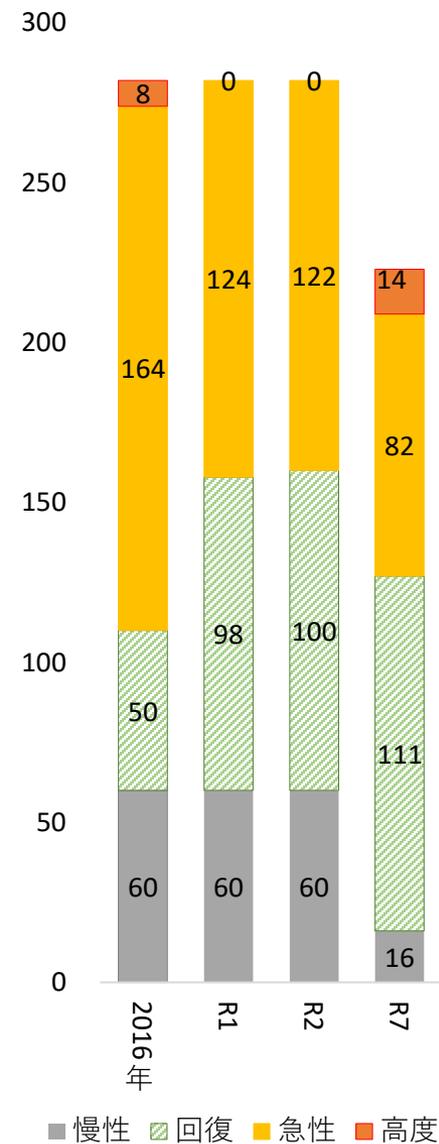
上五島医療圏



吉岐医療圏



対馬医療圏



地域医療構想に関するアンケート結果(概要)

1) アンケートの目的

地域医療構想調整会議において、医療機関の具体的対応方針（役割や医療機能ごとの病床数等）の協議を行うための資料として活用するために実施

2) 調査対象

一般病床又は療養病床を有する病院118施設

3) アンケート実施期間

令和4年10月5日～10月17日

4) アンケートの概要

- ①個別医療機関の現状及び将来に向けた対応方針に関する設問【設問1～4】
⇒調整会議において、個別医療機関名も含め共有・公表
- ②二次医療圏の課題及び地域医療構想の実現に向けた施策等に関する設問【設問6、7】
⇒集計結果を、調整会議等において活用

5) 回答状況

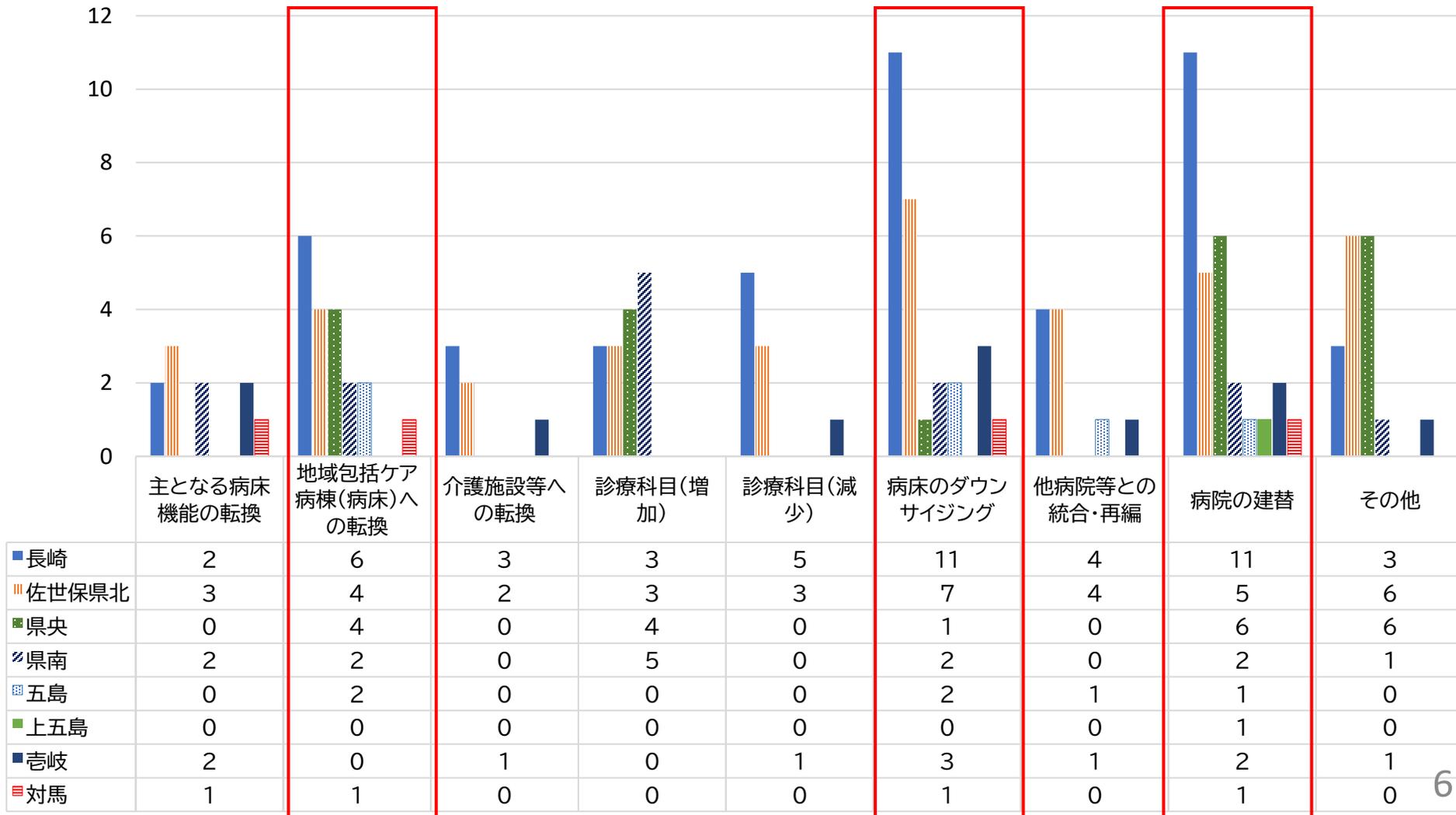
	対象 病院数	回答 病院数	未回答
長崎	41	41	0
佐世保県北	27	27	0
県央	24	24	0
県南	14	14	0
五島	4	4	0
上五島	1	1	0
壱岐	5	5	0
対馬	2	2	0
合計	118	118	0

● 将来に向けた検討項目

- 地域医療構想に関するアンケート結果（速報値） -

4(1) 将来に向けて検討している（検討予定含む）項目（複数回答可）

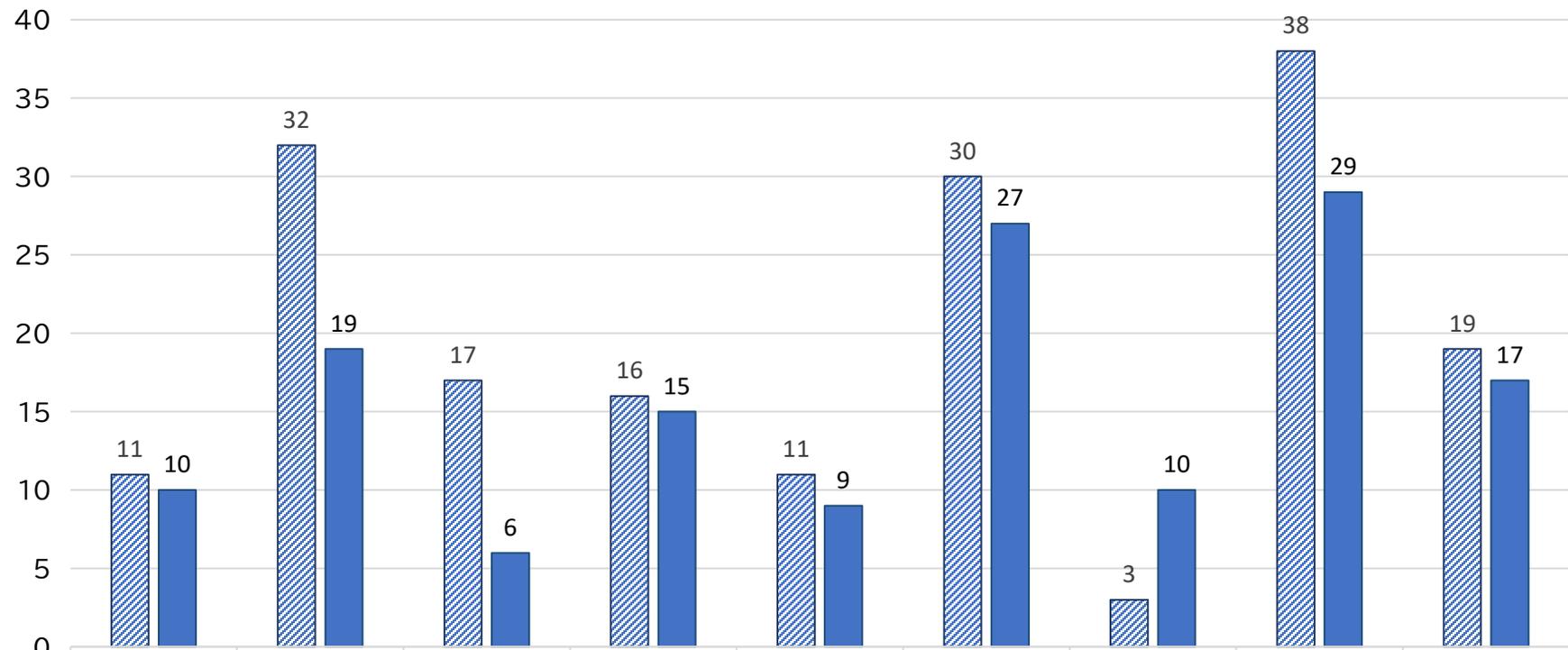
○地域包括ケア病棟（病床）への転換を検討している病院は19施設、病床のダウンサイジングを検討している病院は27施設となっている。



● 将来に向けた検討項目

4(1) 将来に向けて検討している（検討予定含む）項目（複数回答可）

- 県内の地域包括ケア病床数は徐々に増加しており、地域包括ケア病棟（病床）への転換を検討している病院は32施設から19施設に減少していることから、転換が進んでいると考えられる。
- 他病院等との再編統合（機能分化含む）を検討している病院が3施設から10施設に増加しており、病院間連携の必要性が高まってきていると考えられる。



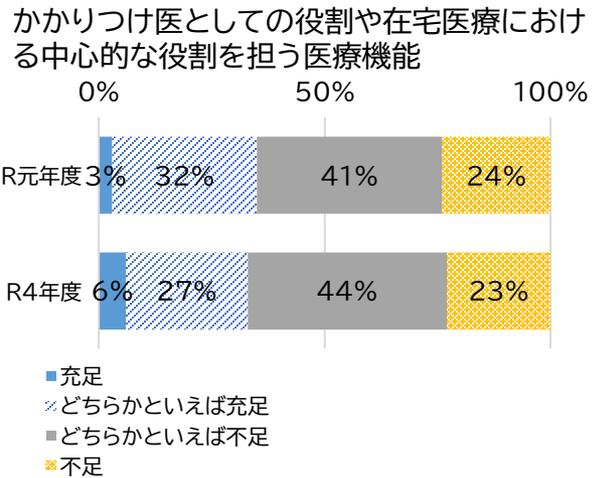
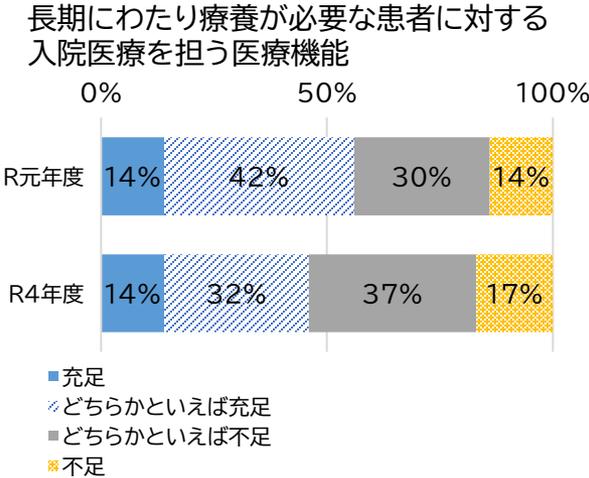
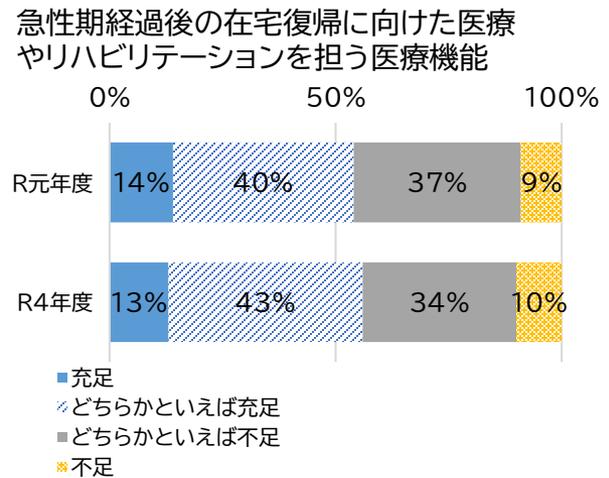
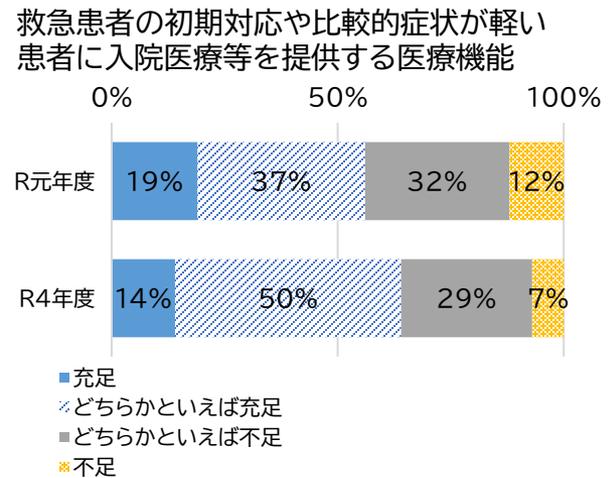
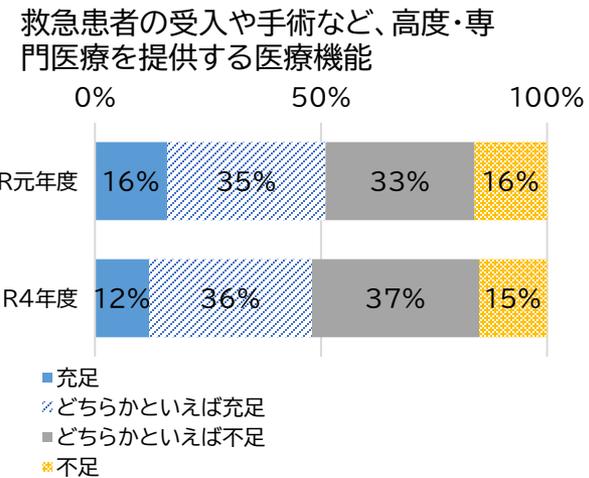
	令和元年度	令和4年度
主となる病床機能の転換	11	10
地域包括ケア病棟(病床)への転換	32	19
介護施設等への転換	17	6
診療科目(増加)	16	15
診療科目(減少)	11	9
病床のダウンサイジング	30	27
他病院等との統合・再編	3	10
病院の建替	38	29
その他	19	17

●現在及び将来にむけての課題等

県全体

■ 貴院が立地する構想区域（二次医療圏）における現状の認識（1つ選択）

➤ 令和元年度と今回を比較すると、全ての機能において「どちらかといえば不足」「不足」の割合が上昇



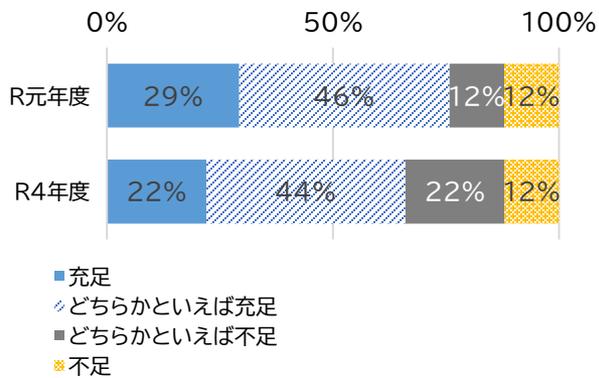
●現在及び将来にむけての課題等

■ 貴院が立地する構想区域（二次医療圏）における現状の認識（1つ選択）

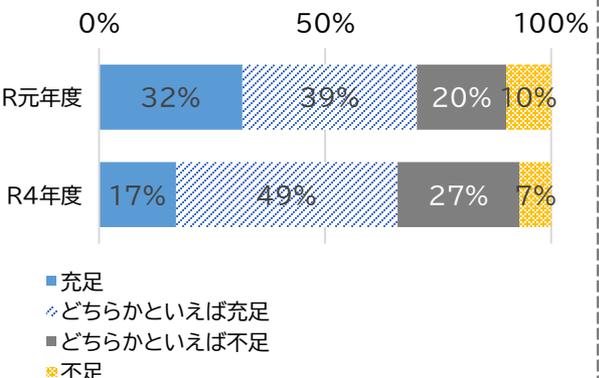
長崎

- 全ての機能で、「どちらかといえば不足」「不足」の割合が増加
- 特に「慢性期機能」「在宅医療」において不足感が強まっている

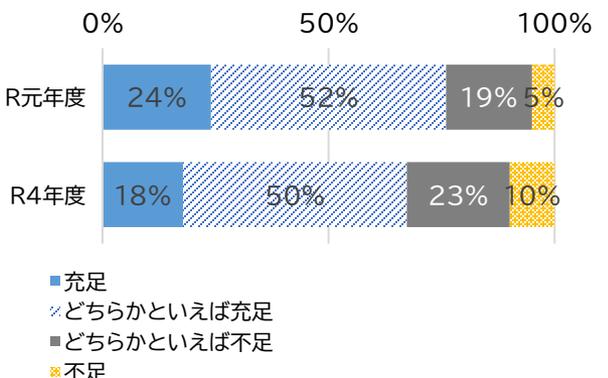
救急患者の受入や手術など、高度・専門医療を提供する医療機能



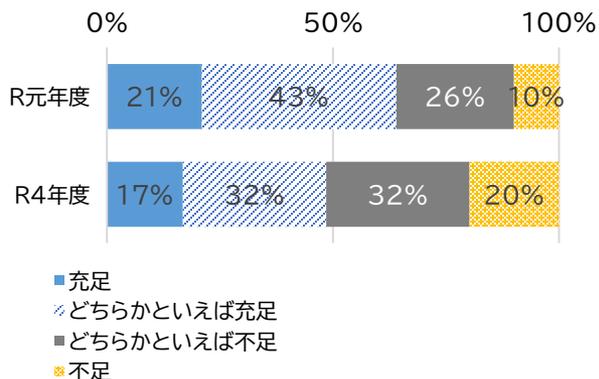
救急患者の初期対応や比較的軽微な症状が軽い患者に入院医療等を提供する医療機能



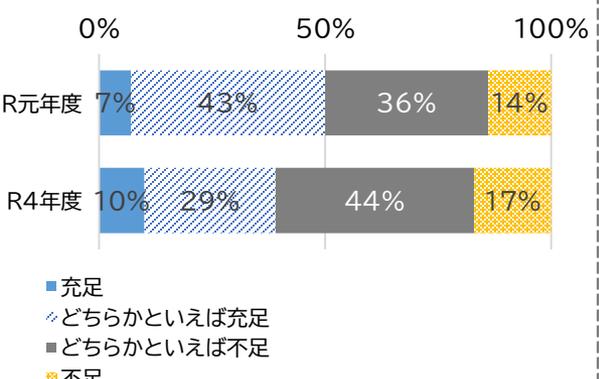
急性期経過後の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを担う医療機能



長期にわたり療養が必要な患者に対する入院医療を担う医療機能



かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機能



- ・ コロナ拡大期において、基幹病院のクラスター等により急性期機能が不足する場合があった
- ・ 高度救急を担う医師の不足
- ・ 医師の働き方改革や労働人口の減少により救急等の機能が縮小することを懸念
- ・ 急性期治療後の在宅復帰までのリハビリや療養施設が不足
- ・ 医療依存度の低い患者の受け入れ先の不足
- ・ 誤嚥性肺炎、人工呼吸器を付けている患者などの受け入れ先の不足

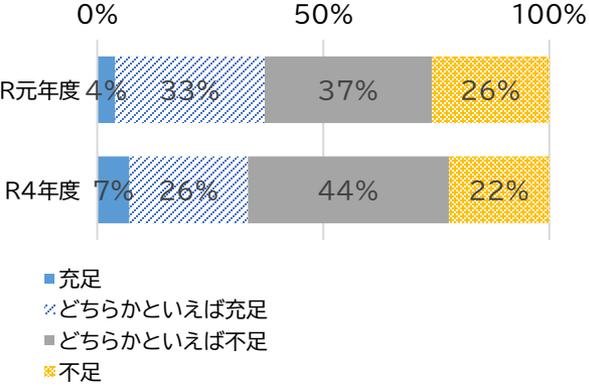
●現在及び将来にむけての課題等

佐世保県北

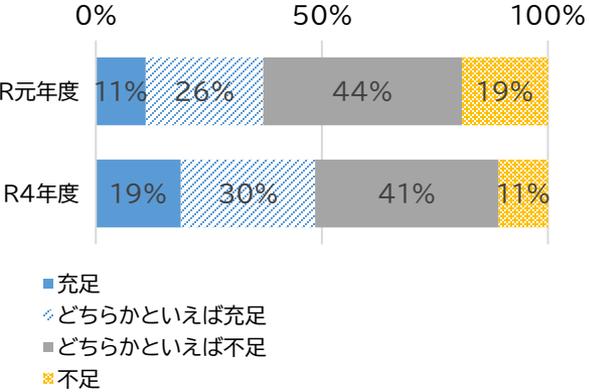
■ 貴院が立地する構想区域（二次医療圏）における現状の認識（1つ選択）

➤ 改善傾向ではあるが、ほとんどの医療機能において「どちらかといえば不足」「不足」の割合が半数を超えており、医療機能全般において不足感が高い医療圏となっている

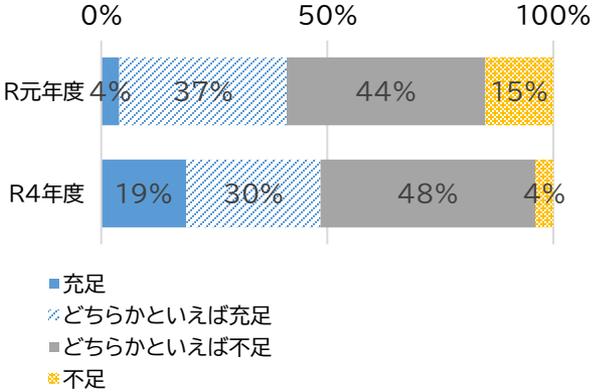
救急患者の受入や手術など、高度・専門医療を提供する医療機能



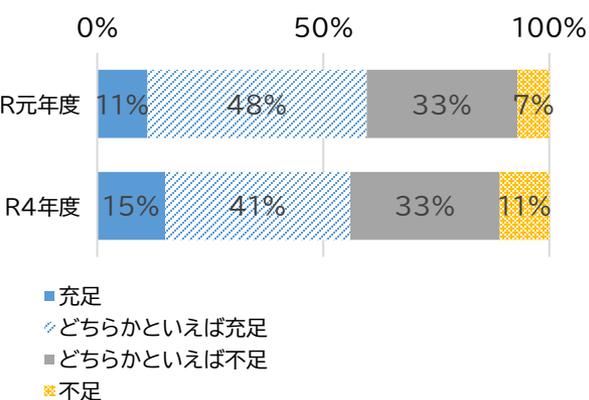
救急患者の初期対応や比較的軽微な症状の患者に入院医療等を提供する医療機能



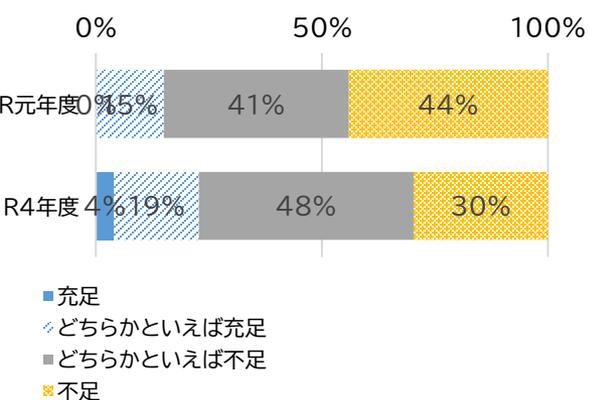
急性期経過後の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを担う医療機能



長期にわたり療養が必要な患者に対する入院医療を担う医療機能



かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機能



- ・二次輪番病院が減少により救急体制が脆弱化。受入先が見つからず、救急隊からの医療機関への照会回数が増加している
- ・初期救急患者が二次医療機関に集中し、マンパワー不足になっている。
- ・合併症を伴う高齢者の受け入れが困難となっている
- ・回復期リハが不足
- ・医師の高齢化、後継者不足による診療所の減少
- ・長期療養に対応した病床が不足。人工呼吸器管理ができる病床の不足。
- ・終末期医療の需要が高まっており、在宅医療体制の整備が必要

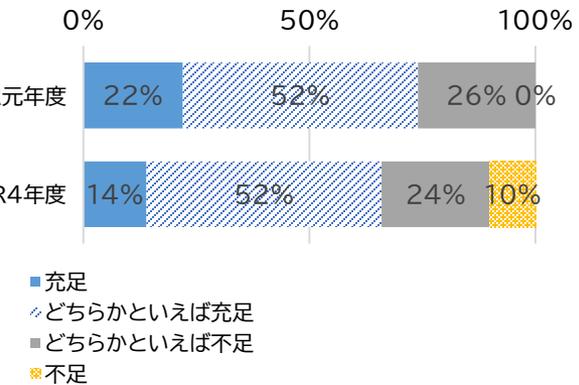
●現在及び将来にむけての課題等

県央

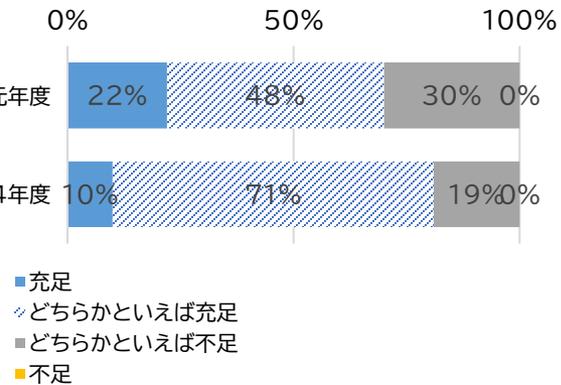
■ 貴院が立地する構想区域（二次医療圏）における現状の認識（1つ選択）

- 「高度急性期」「急性期」機能は一定充足しているものの、急性期後の受入において不足と感じる医療機関が多くなっている
- 特に「慢性期」「在宅医療」において不足感が高い

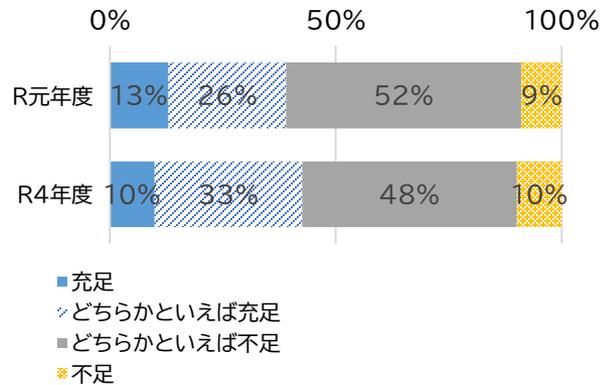
救急患者の受入や手術など、高度・専門医療を提供する医療機能



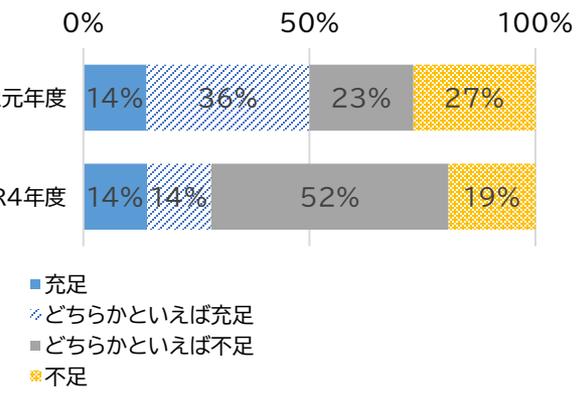
救急患者の初期対応や比較的軽微な症状が軽い患者に入院医療等を提供する医療機能



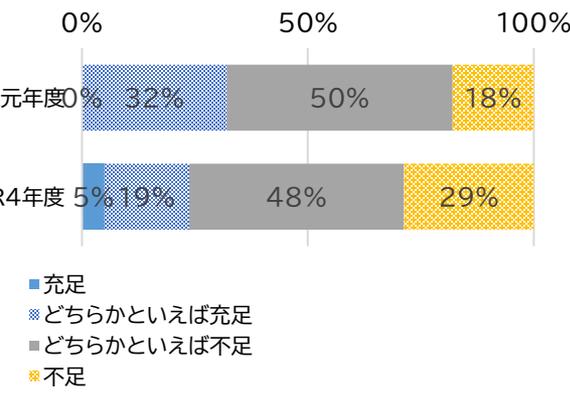
急性期経過後の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを担う医療機能



長期にわたり療養が必要な患者に対する入院医療を担う医療機能



かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機能



- ・ 救急に対応した医療機関が限られており、県南など他医療圏からの流入も多いことから、病床に余裕がない
- ・ 長期療養の患者の転院調整において、時間がかかることがある

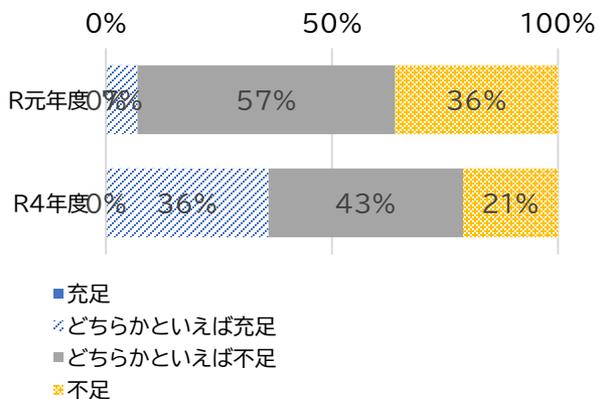
●現在及び将来にむけての課題等

県南

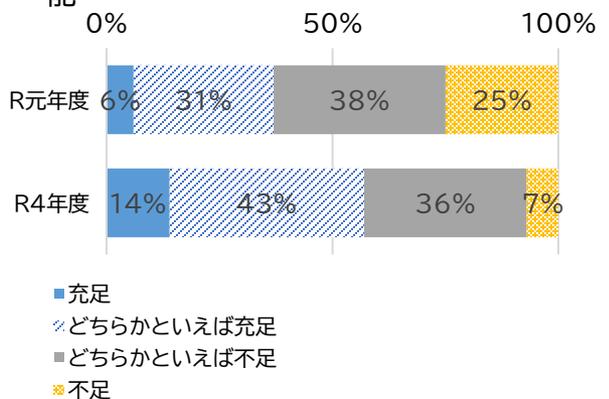
■ 貴院が立地する構想区域（二次医療圏）における現状の認識（1つ選択）

➤ 改善傾向ではあるものの、「高度急性期」「急性期」機能において、不足感が強い医療圏となっている

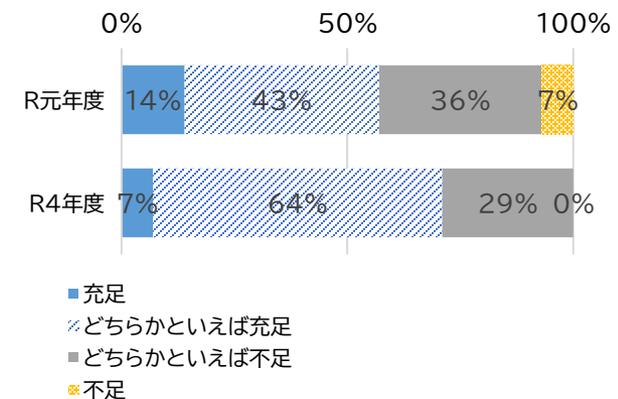
救急患者の受入や手術など、高度・専門医療を提供する医療機能



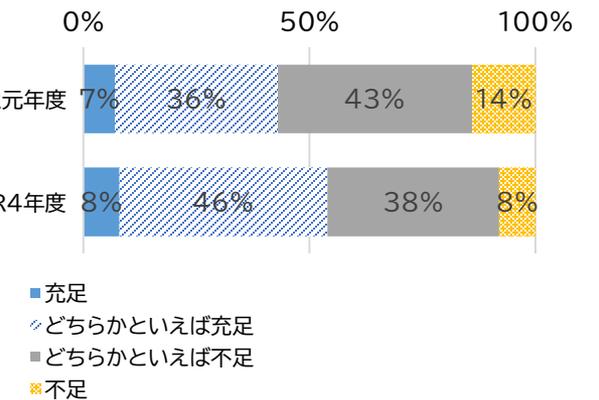
救急患者の初期対応や比較的軽微な症状の患者に入院医療等を提供する医療機能



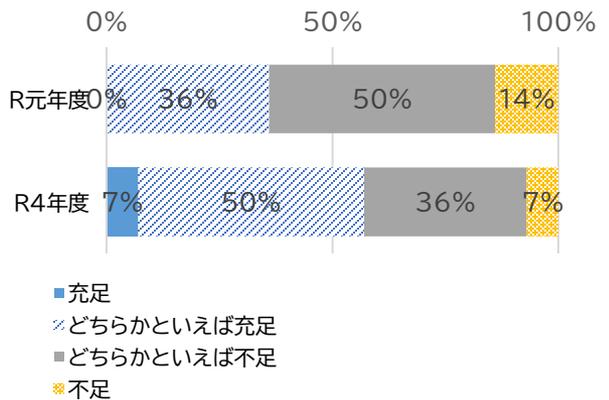
急性期経過後の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを担う医療機能



長期にわたり療養が必要な患者に対する入院医療を担う医療機能



かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機能



- ・ 救急を担う病院が少なく、特定の病院に患者が集中。医師不足の中現場の負担が大きい
- ・ 軽症の患者についても、二次病院に集中するため、重症患者を受け入れる病床を確保するには、比較的軽微な症状の軽症救急患者を地域で受け入れる体制の構築が必要
- ・ 急性期後の転院先が満床に近く、受入れ先が不足している。転院調整に時間がかかるため、救急の受入れにも支障が生じている
- ・ 患者の高齢化により長期入院が必要な患者が多く、受入先の調整に時間がかかることがある

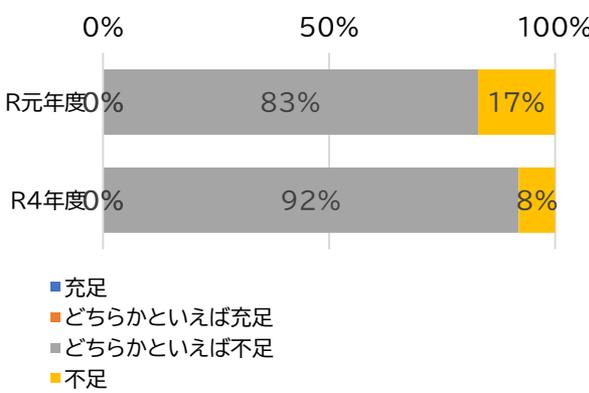
●現在及び将来にむけての課題等

離島

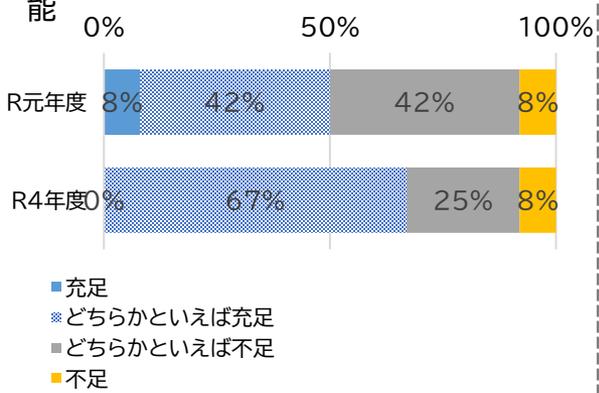
■ 貴院が立地する構想区域（二次医療圏）における現状の認識（1つ選択）

- 地理的要件により、高度・専門医療が不足
- 高齢化が急速に進んでいる医療圏であり、「慢性期」機能及び在宅医療の提供体制が課題

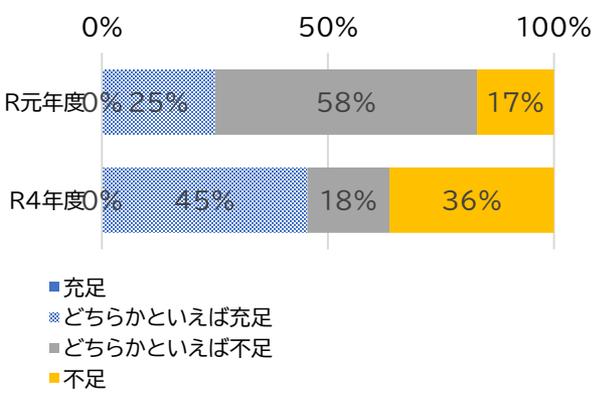
救急患者の受入や手術など、高度・専門医療を提供する医療機能



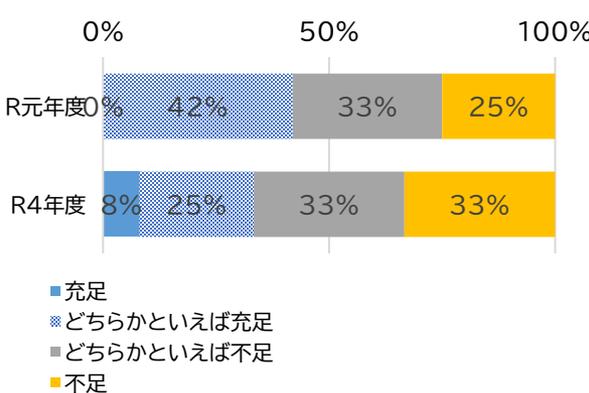
救急患者の初期対応や比較的軽微な症状の患者に入院医療等を提供する医療機能



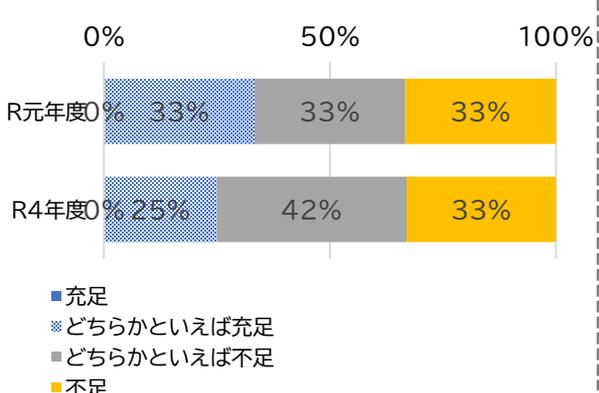
急性期経過後の在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを担う医療機能



長期にわたり療養が必要な患者に対する入院医療を担う医療機能



かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機能



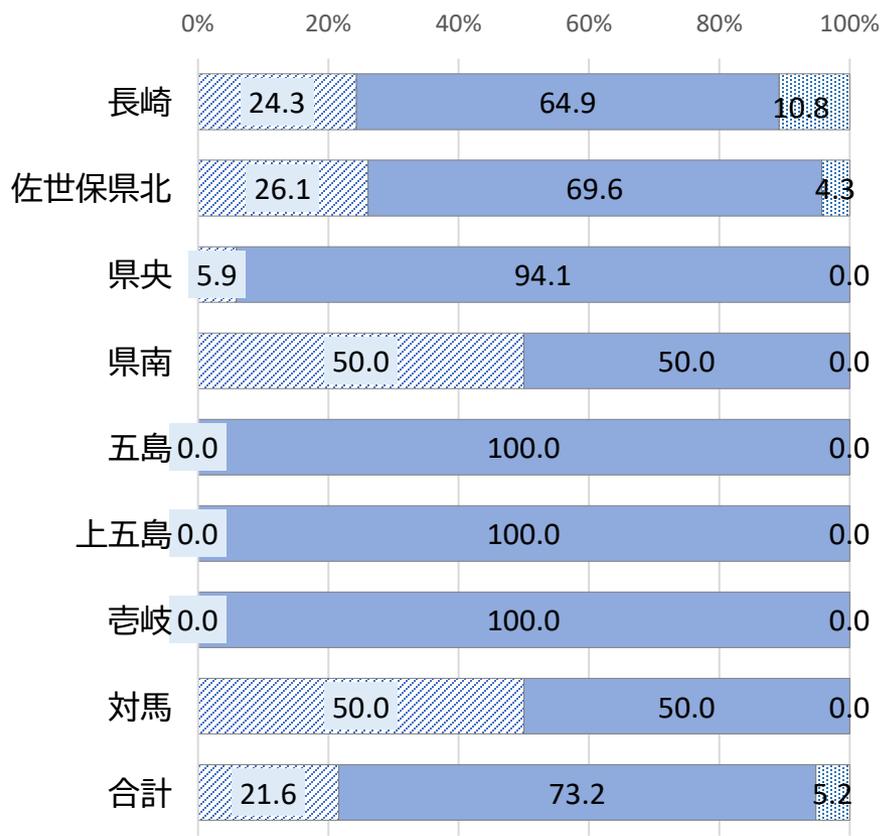
- ・ 高度・専門医療が必要な患者は本土への搬送により対応しているが、夜間や天候不良時など対応が難しいことがある
- ・ 医療機関が限られるため、入院患者への対応、救急車の受入れ、救急外来への対応などすべてに対応する必要があり、医師不足の中での負荷が大きい
- ・ 整形外科領域のリハビリが不足している
- ・ 高齢者施設の待機者が多く、高齢者の受入れ調整が困難なケースがある

●現在及び将来にむけての課題等

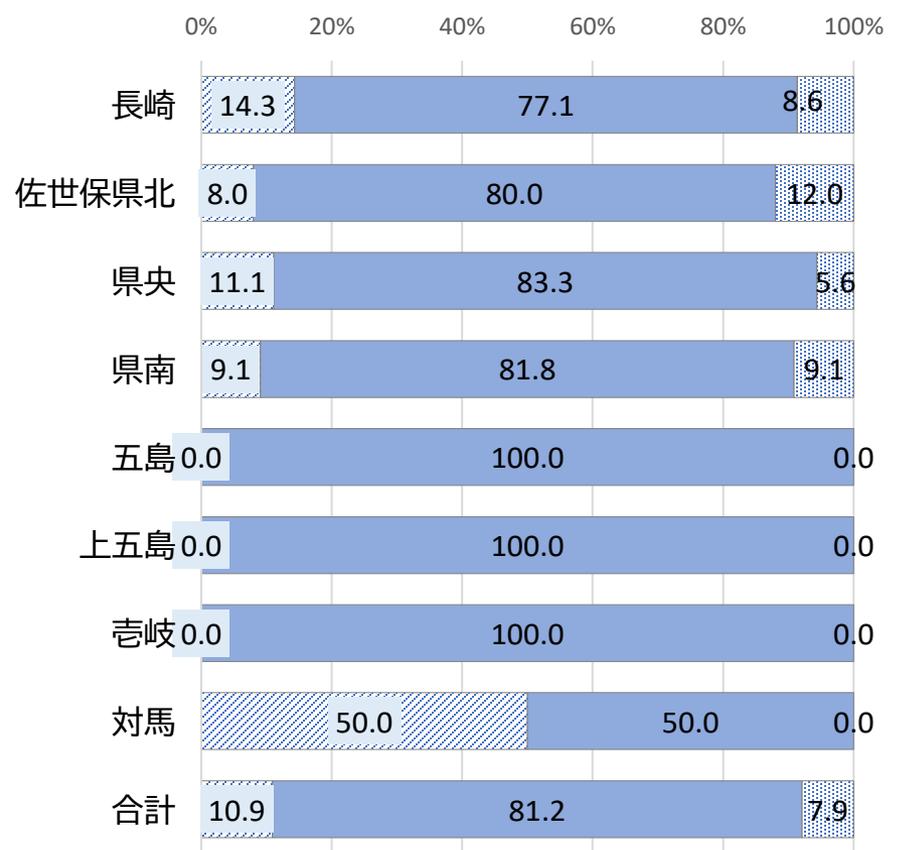
■急性期から回復期等の医療機関への転院や急性期を担う医療機関からの患者の受け入れ

➤ 急性期から回復期等の医療機関への転院等については、おおむね円滑に運用されているという意見

【令和元年度調査】



【令和4年度調査】



- ▨ 1 うまくいっている
- 2 まあまあうまくいっている
- ▨ 3 うまくいっていない

●現在及び将来にむけての課題等

■急性期から回復期等の医療機関への転院や急性期を担う医療機関からの患者の受け入れ

【機能分化・連携】

- 重度の認知症の患者、食事がとれない患者の受け入れ先が不足
- 独居、経済困窮、認知症高齢者等の社会的課題がある患者の受け入れ先の調整が困難
- コロナ感染拡大期においては、急性期病院から回復期等の医療機関への転院調整が難しいことがあった
- 抗ガン剤など高額薬剤投与を行う治療等の継続ができないといった理由で断られるケース
- 療養期となった患者の転出先が常時満床状態
- 回復期や慢性期病床が不足していると感じる

【病院間の連携】

- 地域連携空間での情報共有の手段が電話やファックスのため効率が悪い
- 転院時の病院間における情報共有が不足し、スムーズな受入ができない場合がある
- 受入病床と患者の容態のミスマッチがある

【その他】

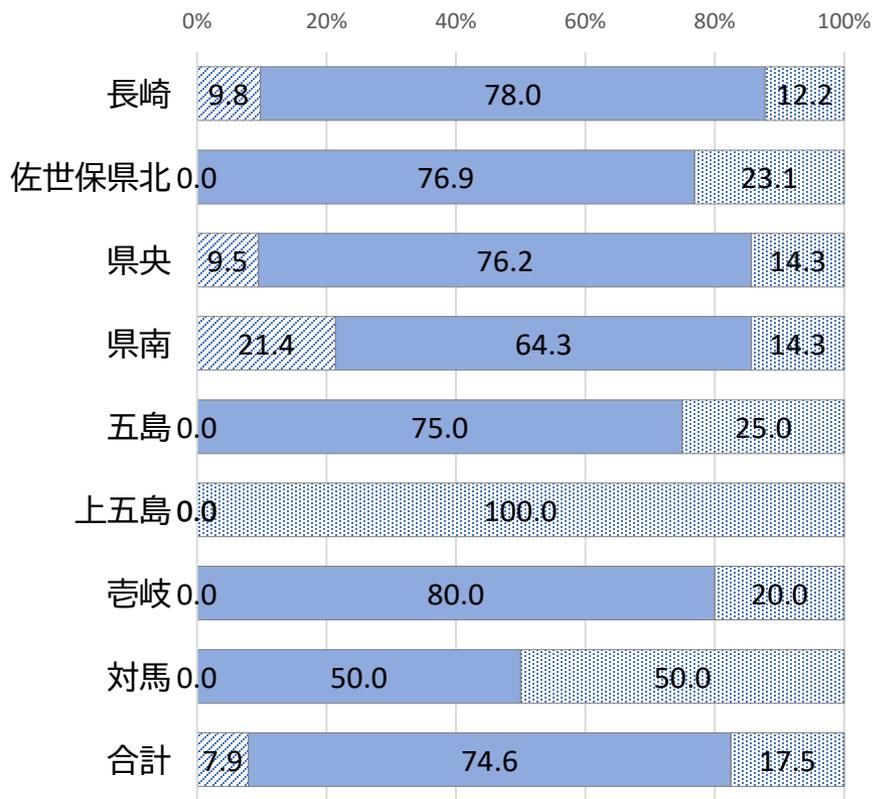
- 天候不良時の患者搬送に不安

●現在及び将来にむけての課題等

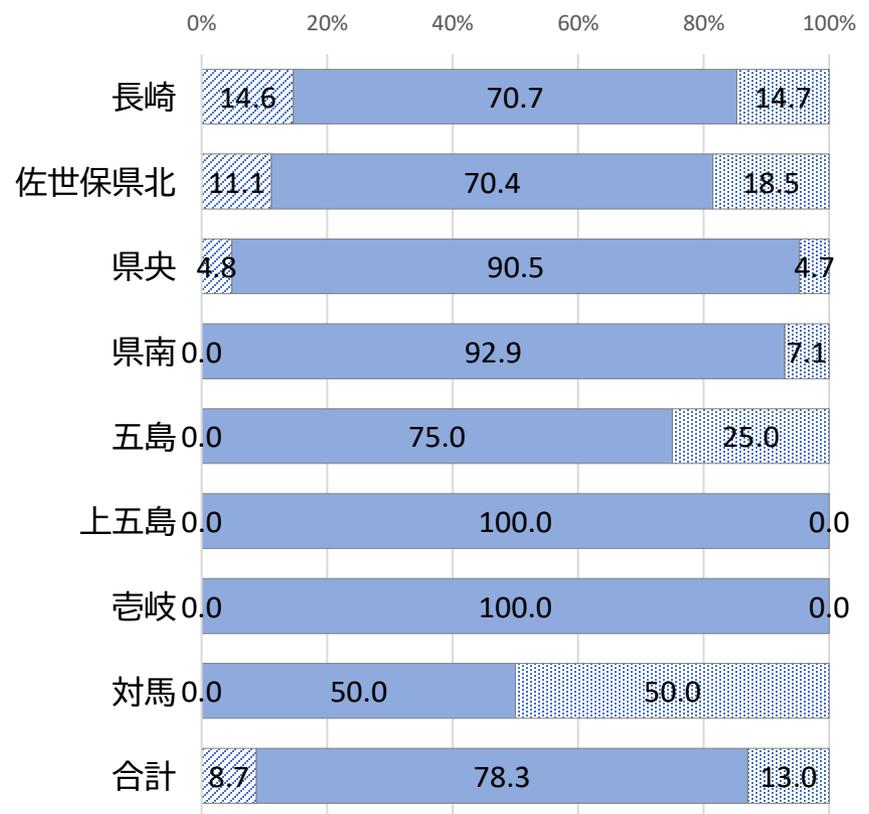
■ 在宅医療への移行

➤ 介護施設の多様化、在宅サービスの充実等により、在宅への移行は比較的うまくいっているという意見がある一方で、絶対量が足りていないという意見も

【令和元年度調査】



【令和4年度調査】



- 1 うまくいっている
- 2 まあまあうまくいっている
- 3 うまくいっていない

●現在及び将来にむけての課題等

■在宅医療への移行

【在宅医療体制における課題】

- 地域連携室、退院支援看護師等が中心となり退院前カンファレンスを開催し、地域との連携を図っている
- 在宅療養する体制が整っており、自宅退院させやすい
- 連携施設と居宅支援に関わる事業所との関係性がとれている
- 介護施設の多様化、在宅サービスの充実により比較的うまくいっている
- 経済的問題、ACPに対する理解不足などで自宅等への退院が困難な方が一定数いる
- 患者本人や家族の希望、患者の状態等により退院調整がスムーズに行かない場合が多々ある
- 家族の認識不足により、自宅退院が調整がうまくいかないケースがある
- 食事がとれない患者の受け皿が不足している
- 重症心身障害児者に対応できる医療機関の育成が必要
- 在宅見取りを希望する患者について、訪問診療医の不足により、引継ぎが出来ていない場合がある

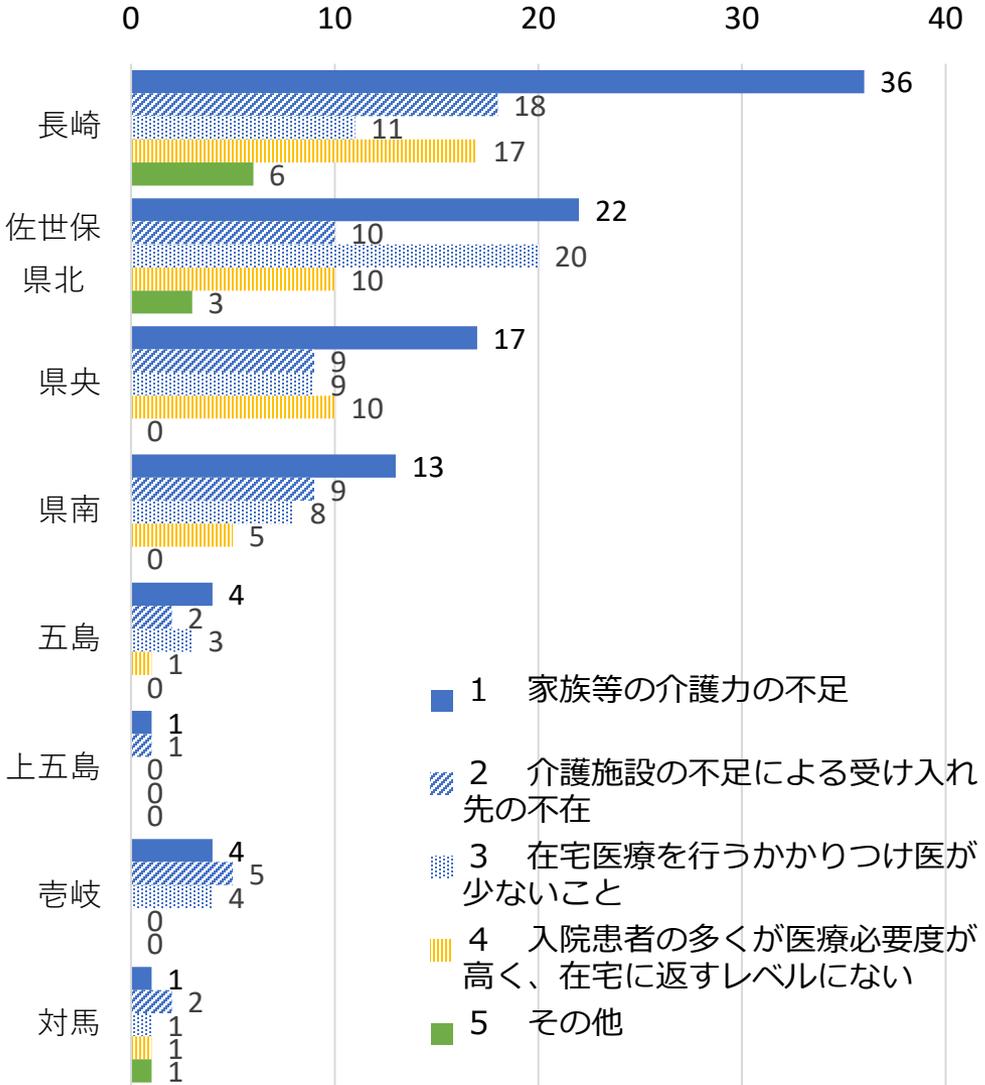
【高齢者施設における課題】

- 介護施設では、一定程度医療行為を有する患者の受け入れも増えてきている
- 医療行為を担えるスタッフ不足により、施設選択の困難例が増えてきている
- 施設の看護師配置状況によって、インスリン自己注が難しい患者や吸引などの医療処置が難しい場合、身寄りなし症例の場合には受入れ困難な施設が多い
- 施設における見取り体制の構築が必要
- 独居の高齢者の増加による介護施設への退院が困難

●現在及び将来にむけての課題等

■ 在宅医療等への移行について

療養病床等で対応している医療必要度が低い患者を将来在宅医療等で対応する上での課題（最大3つ選択）



(意見)

1 家族等の介護力不足

- 核家族化や、高齢夫婦や独居の方が増加
- 家族の介護に対する理解不足を感じる

2 介護施設の不足等

- 介護施設の費用により利用者が限られる
- 施設の看護師不足により、経管栄養や吸引ができない施設が多く、患者の受け入れが制限されている
- 医療依存度の低い患者の受け入れが難しい
- 介護施設では人工透析の患者の受け入れが難しい
- 介護施設や在宅医療については、地域差が大きい

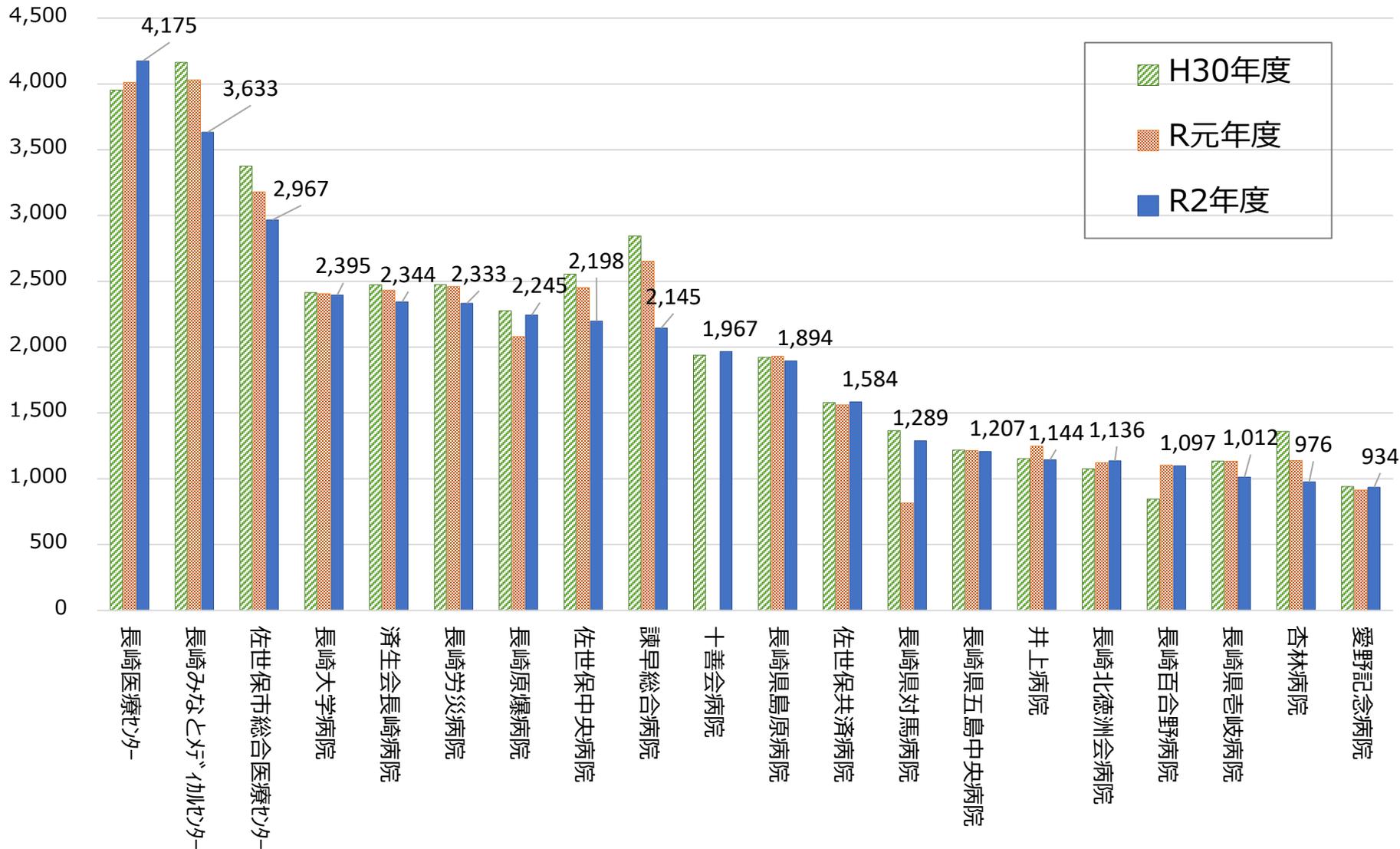
3 在宅医療を担う医師不足

- 在宅医療を担う医師が少ない
- 生産年齢が少ない地域では、将来に向けて医療スタッフが確保できるか不安がある
- 離島など集落が点在する地域では、自宅での在宅医療を支えるための体制を構築することが困難

(病床機能報告等)

救急車の受入件数(令和2年4月1日～令和3年3月31日)

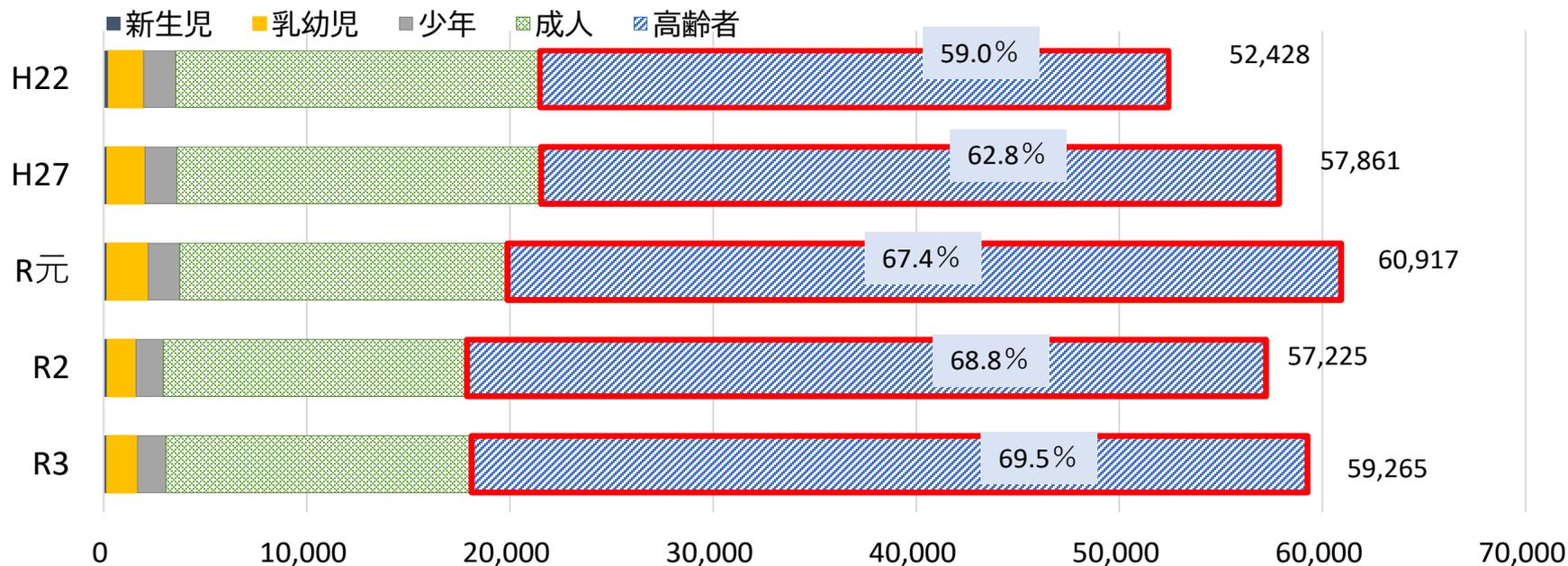
救急車の受入件数(上位20病院)



(出典)病床機能報告

●年齢区分別搬送人員構成比率の推移

- 令和2年の搬送患者数は前年より大幅に減少しているものの、令和3年についてはコロナ流行以前の令和元年の水準に戻りつつある
- 高齢者の搬送者数、搬送割合のいずれも年々増加している

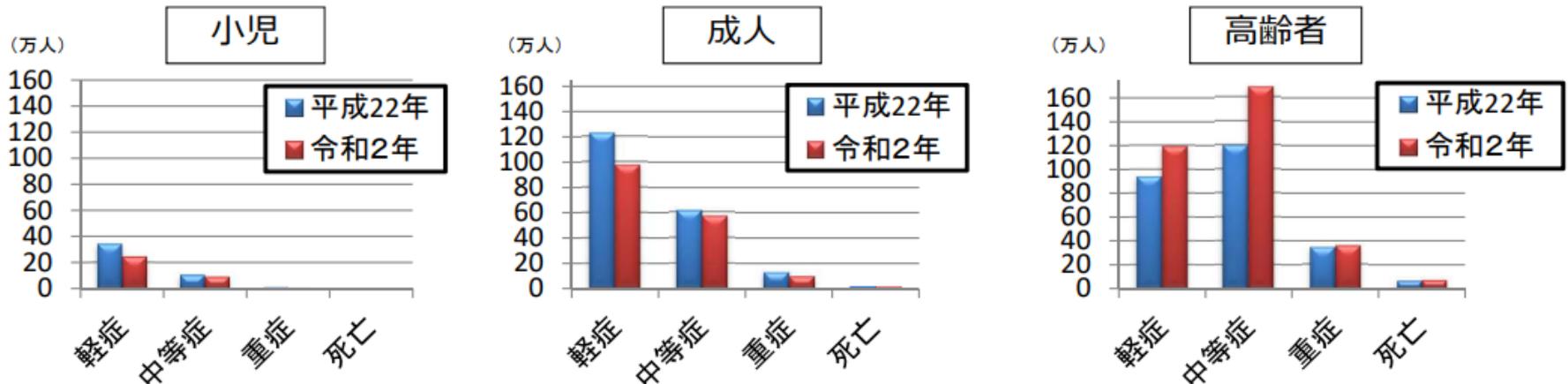


	新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
H22年	253	1,714	1,583	17,929	30,949	52,428
H27	187	1,851	1,574	17,920	36,329	57,861
R元年	177	2,021	1,551	16,132	41,036	60,917
R2	198	1,394	1,342	14,947	39,344	57,225
R3	163	1,506	1,390	15,054	41,152	59,265

(出典)救急・救助の現況(消防庁)資料

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

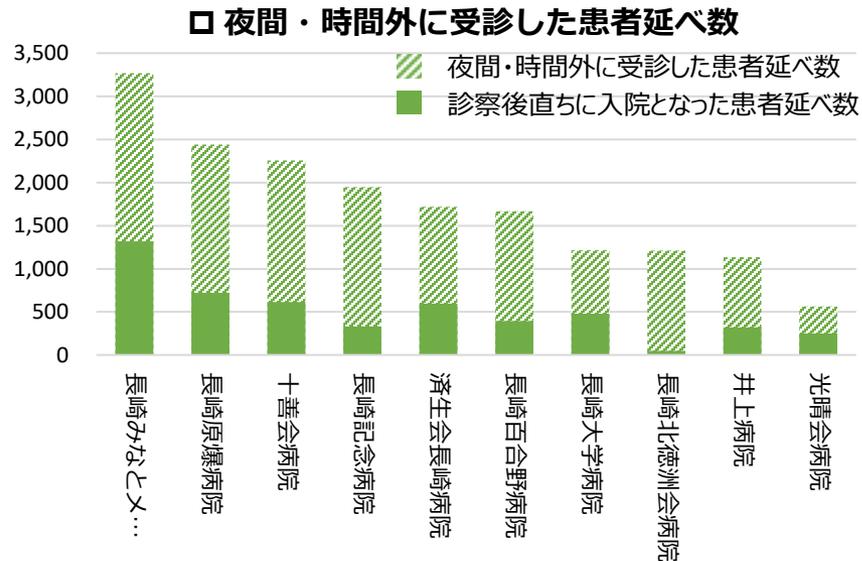
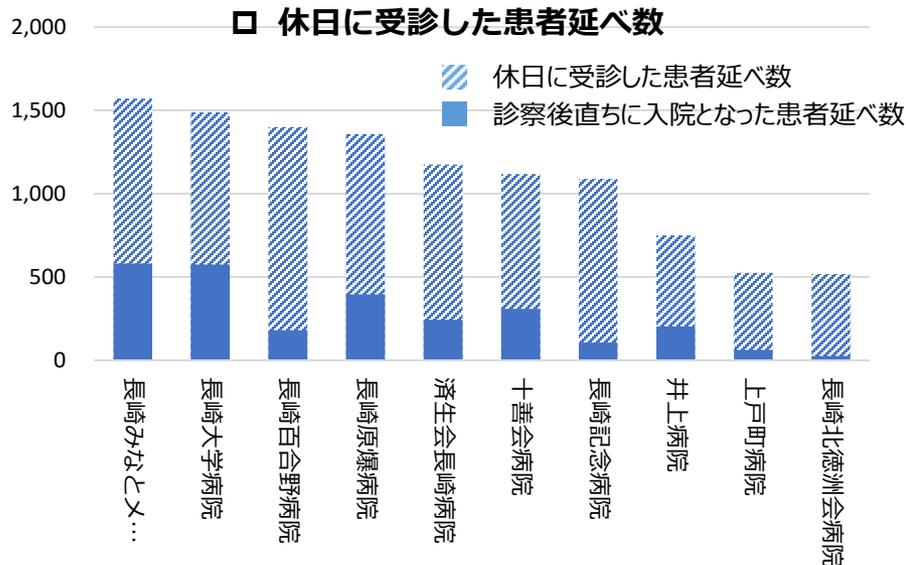
死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの

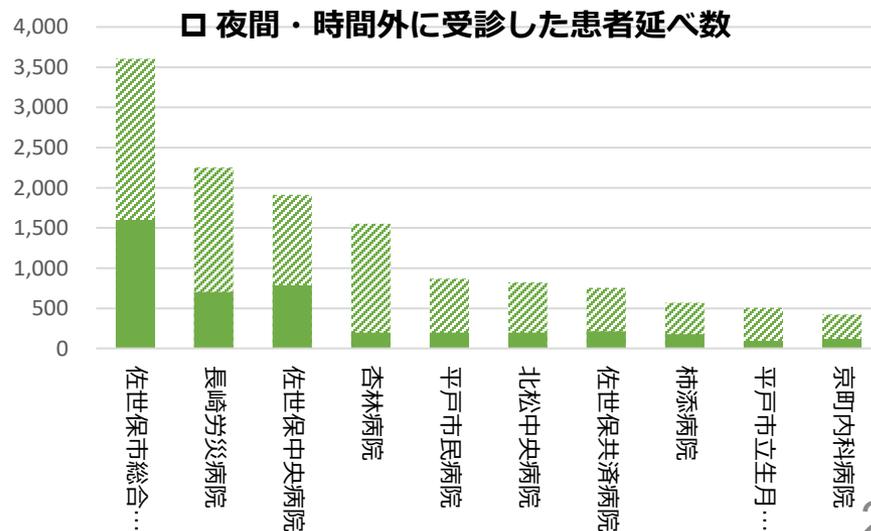
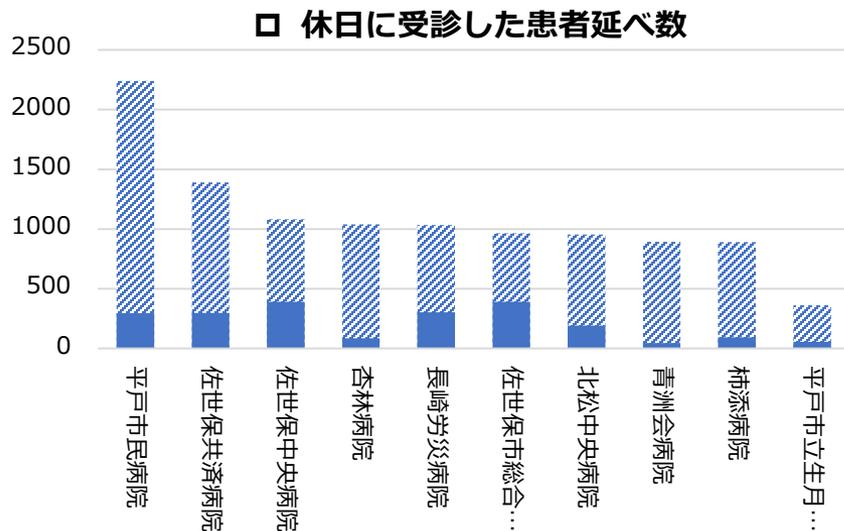
●休日・夜間（時間外）の受診患者延べ数（令和2年4月1日～令和3年3月31日）

（出典）病床機能報告

長崎医療圏

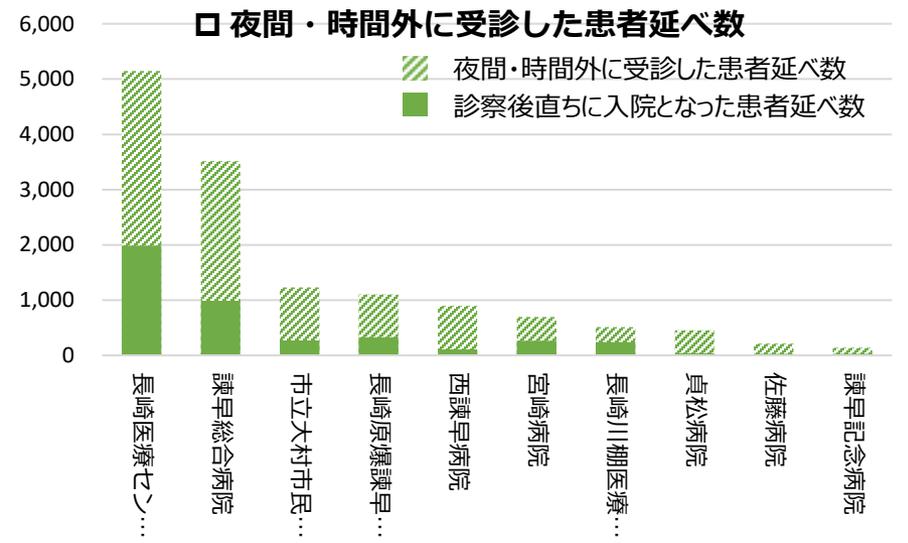
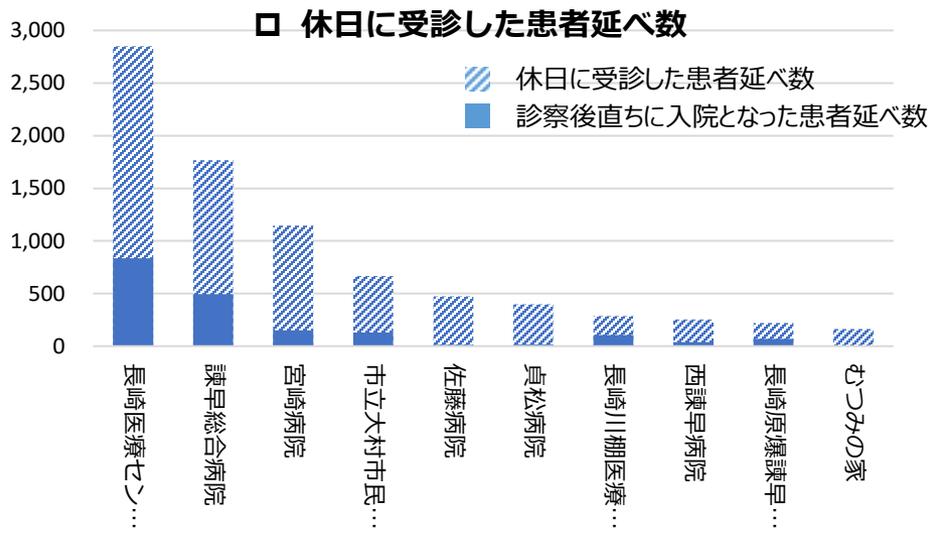


佐世保県北医療圏

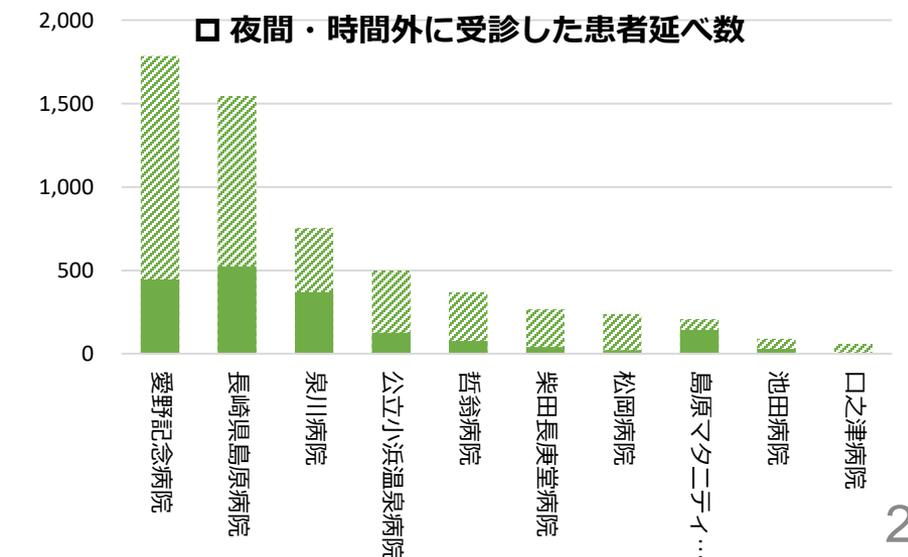
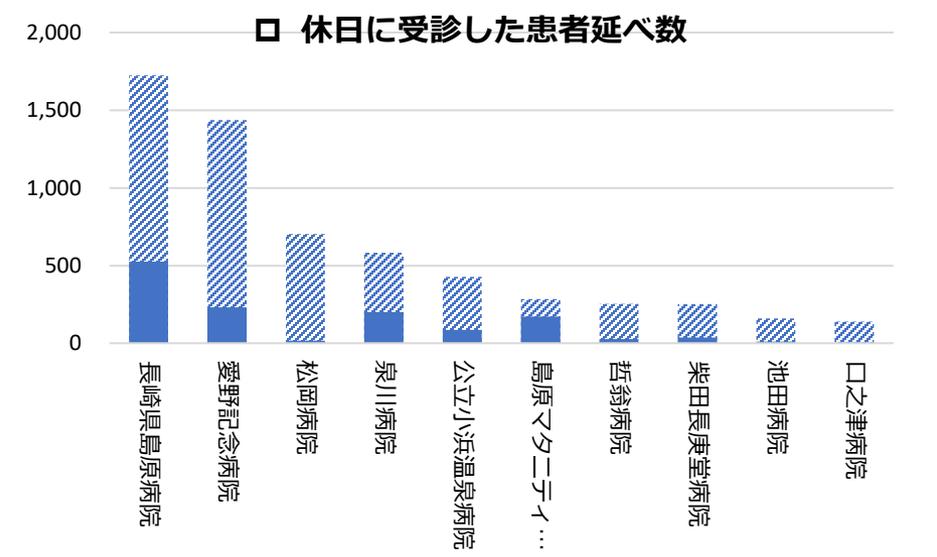


●休日・夜間(時間外)の受診患者延べ数(令和2年4月1日～令和3年3月31日)

県央医療圏



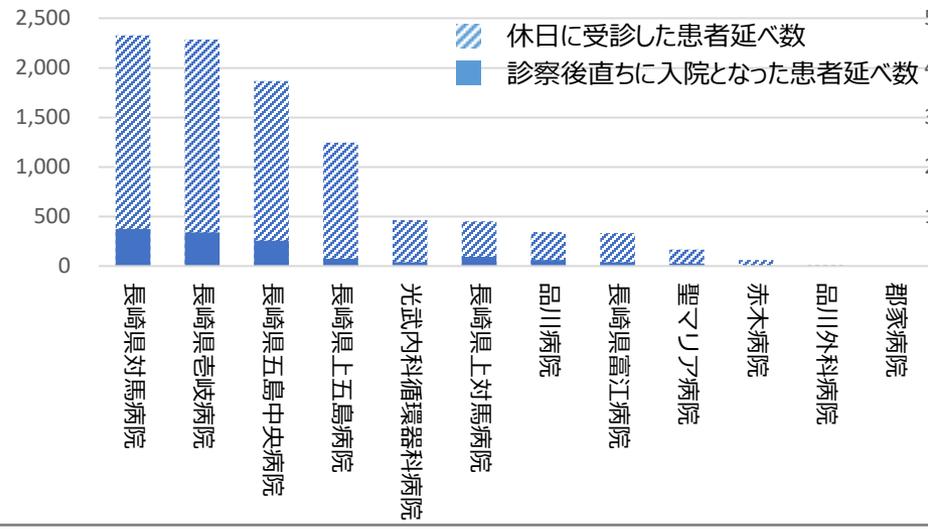
県南医療圏



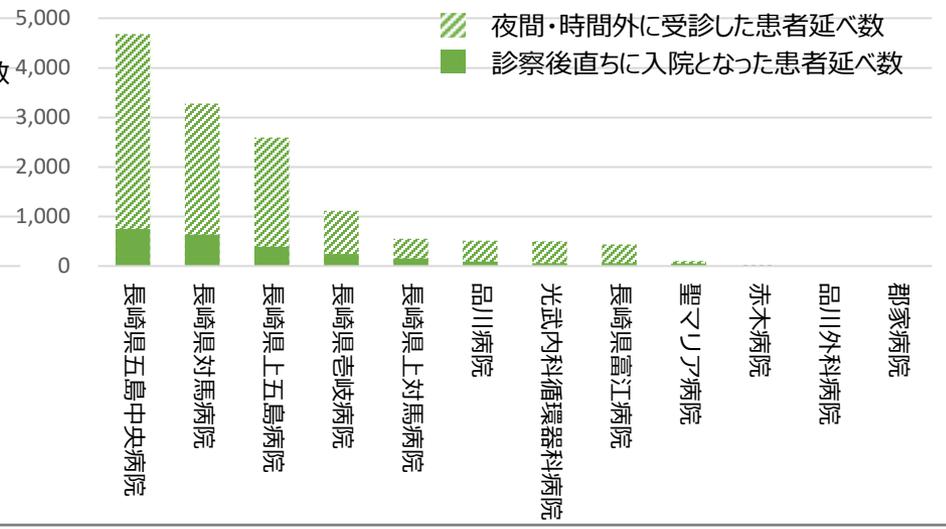
●休日・夜間(時間外)の受診患者延べ数(令和2年4月1日～令和3年3月31日)

離島医療圏

□ 休日に受診した患者延べ数



□ 夜間・時間外に受診した患者延べ数



● 周産期医療体制の状況

分娩実施施設及び分娩数の比較(二次医療圏別)

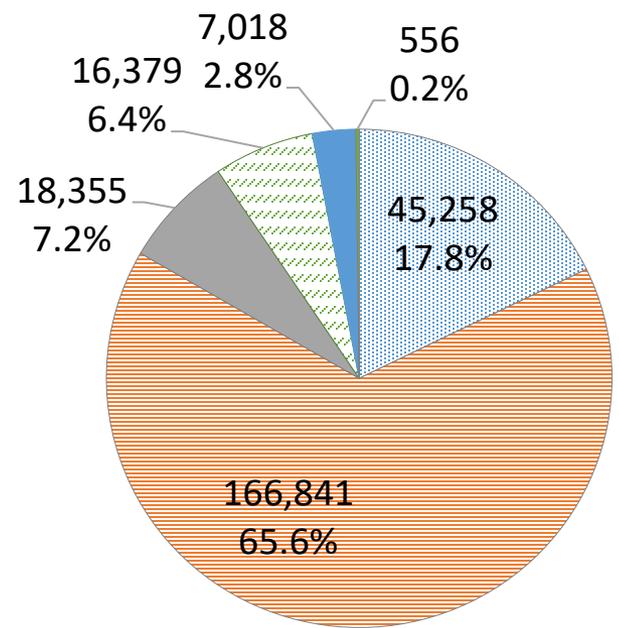
二次医療圏	分娩実施施設数			分娩数		
	H28年度	R2年度	増減	H28年度	R2年度	増減
長崎	17	13	▲ 4	4,322	3,580	▲ 742
佐世保県北	9	7	▲ 2	3,033	2,107	▲ 926
県央	12	9	▲ 3	2,979	2,344	▲ 635
県南	5	3	▲ 2	976	812	▲ 164
五島	2	2	0	256	215	▲ 41
上五島	1	1	0	111	56	▲ 55
壱岐	2	2	0	193	136	▲ 57
対馬	1	1	0	224	153	▲ 71
合計	49	38	▲ 11	12,094	9,403	▲ 2,691

(出典)病床機能報告

●入棟前又は入院前の場所／退棟先又は退院先の場所(令和2年4月1日～令和3年3月31)

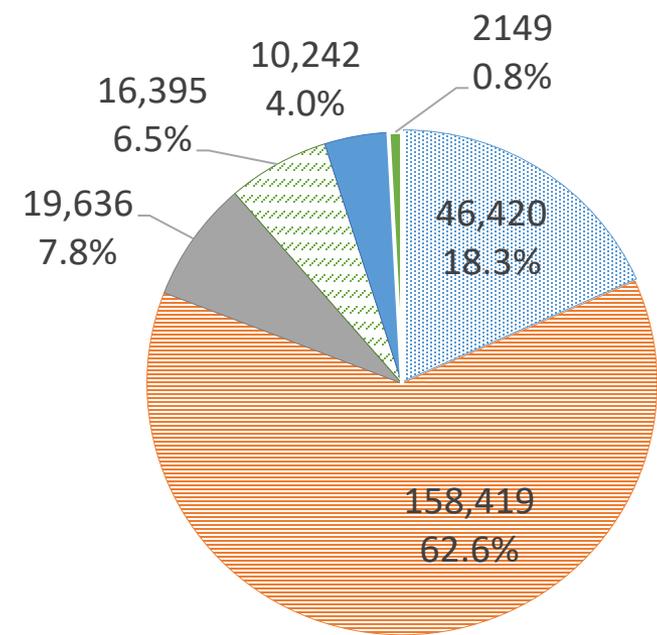
- 入院時の場所、退院の場所のいずれも「自宅」が最も多く過半数を占めている
- 自宅を見ると、入院時と退院時で約8.5千人の差があるが、これは医療機能分化による他の医療機関へ転院(自院他病棟への転院含む)や、高齢者を受け入れる施設等への退院によるものと推測される

◆ 入院時の場所



- 院内他病棟
- 家庭
- 他の病院、診療所
- 介護施設等
- 院内の出生
- その他

◆ 退院先の場所



- 院内他病棟
- 家庭
- 他の病院、診療所
- 介護老人保健/福祉施設, 介護医療院, 社会福祉施設等
- 死亡退院等
- その他

(出典)病床機能報告

●退院後に在宅医療を必要とする患者の状況

◆ 退院後に在宅医療を必要とする患者の比較

	当該病棟から退院した患者数	うち、退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者 (死亡退院を含む)	うち、退院後1か月以内に自院が在宅医療を提供する予定の患者	うち、退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者	うち、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者
平成30年度	244,535	216,183	10,666	9,861	7,825
	(割合)	88.4%	4.4%	4.0%	4.4%
			8.4%		
令和3年度	206,841	174,987	6,462	6,415	9,172
	(割合)	84.6%	3.1%	3.1%	4.4%
			6.2%		

(出典)病床機能報告

(病床機能報告の定量的な基準による分析)

1 地域医療構想について

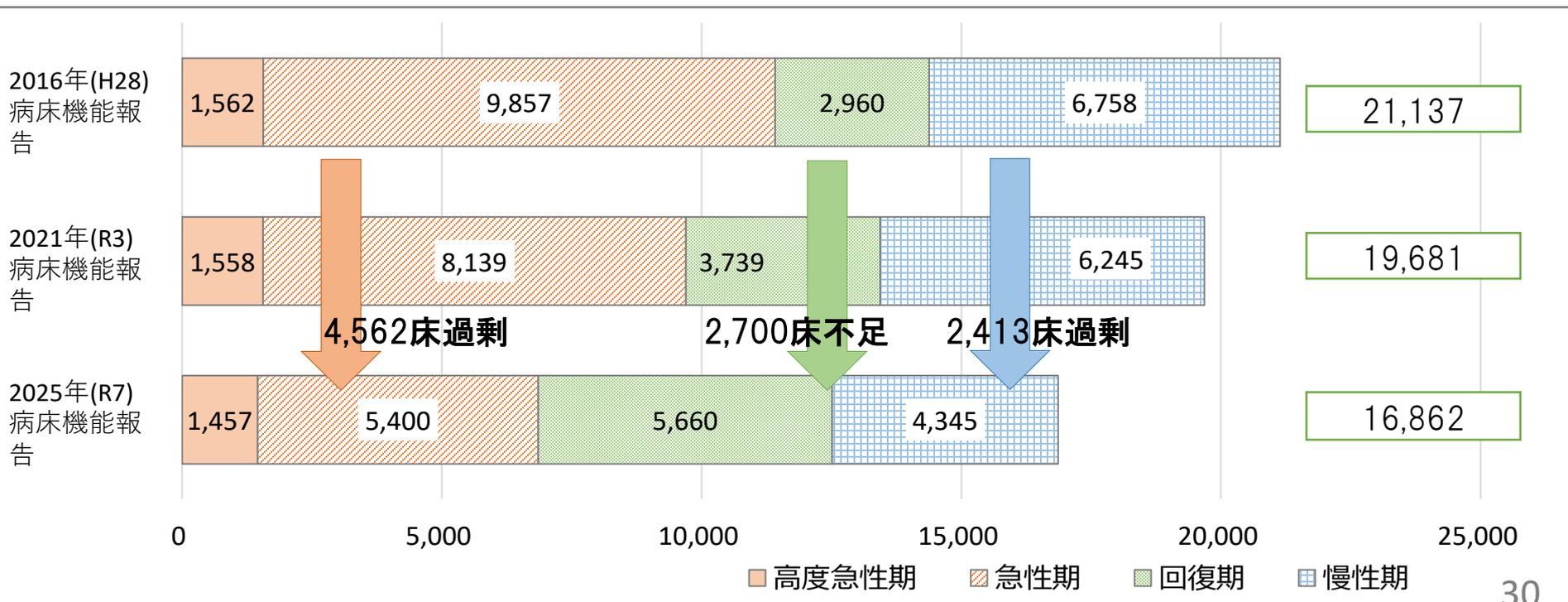
■ 長崎県地域医療構想（平成28年11月策定）

計画策定当時(2016年)の病床機能報告における機能別病床数と、2025年における病床の必要量を比較すると、高度急性期・急性期・慢性期病床が**過剰**となる一方で、回復期病床は**不足**

- 高度急性期・急性期 4,562床 過剰
- 回復期 2,700床 不足
- 慢性期 2,413床 過剰

【参考】令和3年度病床機能報告(速報)

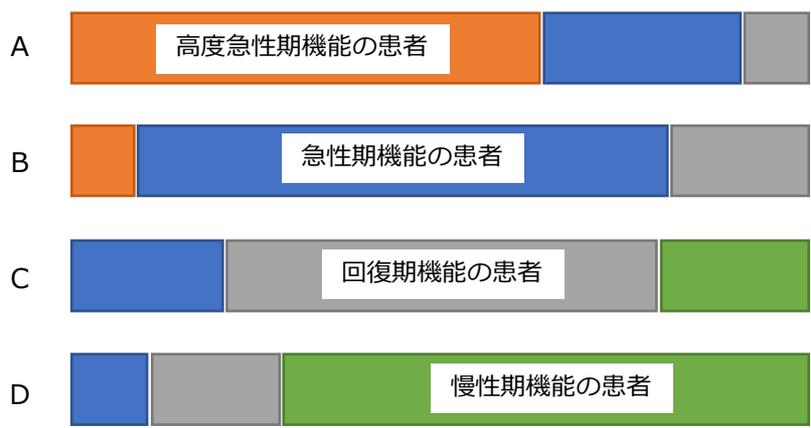
- 高度急性期・急性期 2,840床 過剰
- 回復期 1,921床 不足
- 慢性期 1,900床 過剰



医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

病床機能報告の限界

- 医療機関の自主的な判断による報告（定性的な基準）
- 病棟ごとに、最も多くの割合の患者を報告するため、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること

定量的な基準の検討について

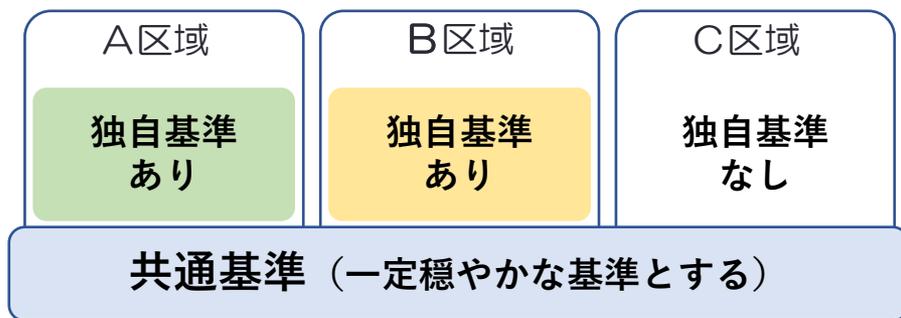
地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、**本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入**されたい

(医政地発0816 第1号平成30年8月16日課長通知)

本県の対応

- ▶ 構想区域ごとに医療提供体制は大きく異なるため、一定緩やかな基準を、全県下統一的な『定量的な基準』として導入してはどうか。
- ▶ 県下統一的な基準に合わせ、各区域の実情を反映させるための独自の基準の設定も可能とする

【イメージ図】



- ▶ 医療機関の自主判断にゆだねられている病床機能報告について、客観的な基準で再整理し、地域の医療提供状況について、議論を行いやすくすることが目的。
- ▶ 病床機能報告の基準を策定するものではない

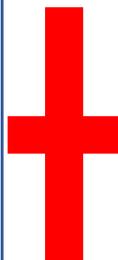
共通基準 一定緩やかな基準

①急性期、慢性期病棟のうち地域包括ケア入院管理料算定病床を回復期へ分類

【理由】

地域包括ケア病床は、制度上急性期後の患者の在宅復帰や在宅等の緊急時の受入れを行うなど回復期の性格が強い。

②調査時点以降に回復期へ機能変更を行ったもの又は調整会議で回復期への機能変更の調整がついた病床を回復期へ分類



各区域の実情を反映させるための独自の基準 (区域で設定可能)

パターン1 平均在棟日数

平均在棟日数を基準として設定

事例)

- 厚労省が医療機能の考え方の目安として示した急性期入院基本料は、「7対1」又は「10対1」(H29年度)
- 10対1入院基本料の平均在棟日数が「21日」であることから、「22日」を超える病棟は回復期相当の患者の入院割合が高いと仮定し、回復期へ分類してはどうか

パターン2 具体的な医療の提供内容

手術件数やその内容、がん・救急など提供した医療の内容等を基準として設定

- 事例1) 「高度急性期」「急性期」「回復期」のしきい値検討し、それぞれ再定義してはどうか
- 事例2) 急性期機能の病棟を、手術と救急入院の件数から「重症急性期」「軽度急性期」に分け、「軽度急性期」を『回復期』と解釈してはどうか

パターン3 その他

- ・ D P Cによる医療提供内容の分析
- ・ 入院基本料 (H30以降) 等

定量的基準（共通基準）の適応結果

圏域	医療機能	病床機能報告					2025 病床の 必要量 ④	必要量と の比較 ④-③	圏域	医療機能	病床機能報告					2025病 床の必 要量④	必要量と の比較 ④-③	
		令和2 年度病 床機能 報告①	共通基準②		R2 調整後 ③=① +②	2025 病床の 必要量 ④					令和2 年度病 床機能 報告①	共通基準②		R2 調整後 ③=① +②	2025病 床の必 要量④			必要量と の比較 ④-③
			地域包 括ケア 入院管 理料	今後見 込み								地域包 括ケア 入院管 理料	今後見 込み					
長崎	高度急性期	904	0	0	904	651	253	五島	高度急性期	0	0	0	0	18	▲ 18			
	急性期	3,072	▲ 196	▲ 46	2,830	2,437	393		急性期	177	0	0	177	116	61			
	回復期	1,611	196	▲ 3	1,804	2,537	▲ 733		回復期	200	0	0	200	154	46			
	慢性期	2,295	0	▲ 53	2,242	1,776	466		慢性期	57	0	0	57	49	8			
	計	7,882	0	▲ 102	7,780	7,401	379		計	434	0	0	434	337	97			
佐世保 県北	高度急性期	344	0	0	344	319	25	上五島	高度急性期	0	0	0	0	0	0			
	急性期	1,912	▲ 42	0	1,870	1,086	784		急性期	149	▲ 12	▲ 9	128	51	77			
	回復期	723	116	34	873	1,242	▲ 369		回復期	50	12	0	62	54	8			
	慢性期	1,455	▲ 74	▲ 74	1,307	864	443		慢性期	0	0	0	0	25	▲ 25			
	計	4,434	0	▲ 40	4,394	3,511	883		計	199	0	▲ 9	190	130	60			
県央	高度急性期	294	0	0	294	359	▲ 65	吉岐	高度急性期	0	0	0	0		0			
	急性期	1,608	▲ 24	▲ 17	1,567	1,063	504		急性期	134	0	0	134	74	60			
	回復期	582	38	0	620	993	▲ 373		回復期	112	0	0	112	94	18			
	慢性期	1,639	▲ 14	0	1,625	1,145	480		慢性期	149	0	0	149	97	52			
	計	4,123	0	▲ 17	4,106	3,560	546		計	395	0	0	395	265	130			
県南	高度急性期	16	0	0	16	96	▲ 80	対馬	高度急性期	0	0	0	0	14	▲ 14			
	急性期	905	▲ 34	▲ 33	838	491	347		急性期	182	0	0	182	82	100			
	回復期	361	34	0	395	475	▲ 80		回復期	100	0	0	100	111	▲ 11			
	慢性期	650	0	▲ 60	590	373	217		慢性期	0	0	0	0	16	▲ 16			
	計	1,932	0	▲ 93	1,839	1,435	404		計	282	0	0	282	223	59			
									県全体	高度急性期	1,558	0	0	1,558	1,457	101		
										急性期	8,139	▲ 308	▲ 105	7,726	5,400	2,326		
										回復期	3,739	396	31	4,166	5,660	▲ 1,494		
										慢性期	6,245	▲ 88	▲ 187	5,970	4,345	1,625		
										計	19,681	0	▲ 261	19,420	16,862	2,558		

定量的基準による補正 427床