

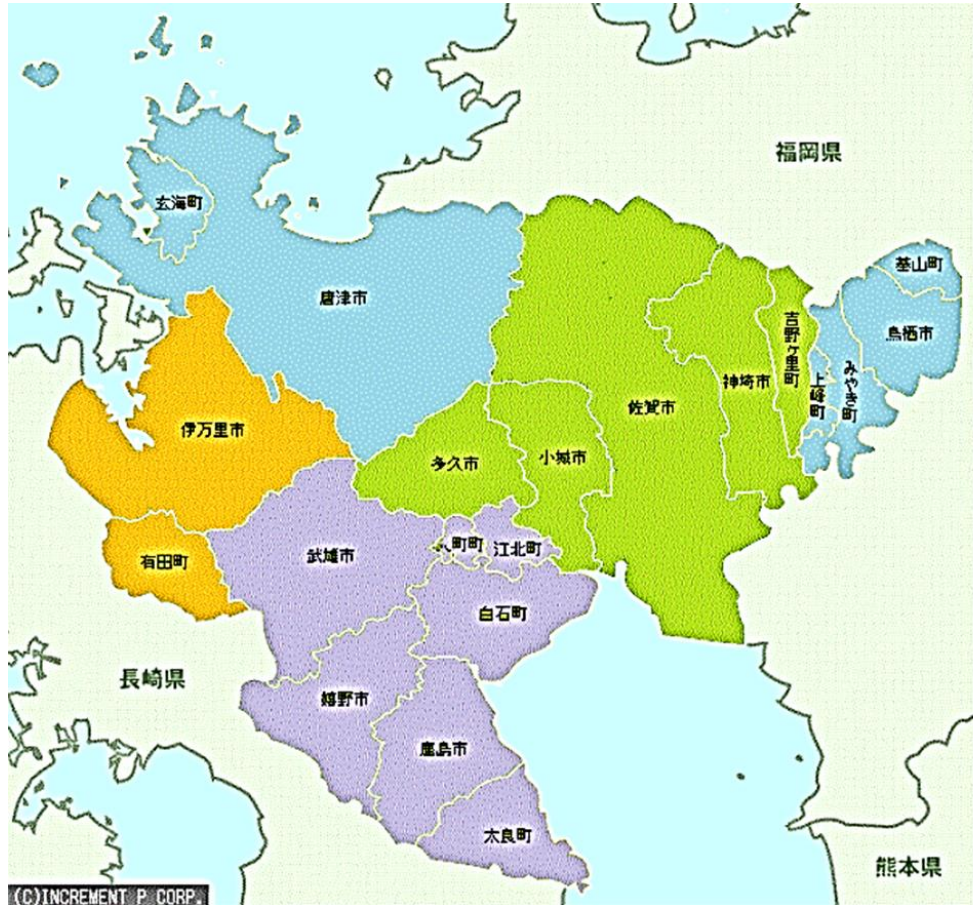
佐賀県地域医療構想の進め方について

佐賀県健康福祉部医務課

- 佐賀県各構想区域の概況
- 佐賀県地域医療構想調整会議の構成
- 佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領
- 公的医療機関等2025プラン協議の実例
- 医療機関の再編・統合の実例
- 病床機能（回復期の把握）について
- 地域医療構想推進のための基本スタンス

佐賀県の各構想区域の概況①

公立・公的／対象病院
 病院数18.6% 病床数34.0%



| 構想区域 | 人口 (千人) (R1.10) | 市町村 数 | 報告 対象 病院 数 | 公立・公的／対象病院 | | | 報告 対象 有床 診療 所 | 医師数 | 人口10万 対 |
|------|-----------------------|----------|---------------------|------------|---------------------|---------|---------------------------|-------|------------|
| | | | | 公立 病院 | 公的 医療 機関 等 | その 他 | | | |
| 中部圏域 | 343 | 5 | 32 | 4 | 4 | 24 | 56 | 1,288 | 373.8 |
| 東部圏域 | 127 | 4 | 10 | | 1 | 9 | 16 | 225 | 178.4 |
| 北部圏域 | 123 | 2 | 15 | 1 | 2 | 12 | 19 | 280 | 224.5 |
| 西部圏域 | 73 | 2 | 9 | 1 | 1 | 7 | 13 | 122 | 165.9 |
| 南部圏域 | 149 | 7 | 20 | 1 | 1 | 18 | 37 | 378 | 251.7 |

| 構想 区域 | 令和2年度病床機能報告における病床数 | | | | | 合計 | 2025年病床数の必要量 | | | | |
|----------|--------------------|-------|-----|-------|-----|-------|--------------|-------|-------|-----|-------|
| | 高度 急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 休棟等 | | 高度 急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 合計 |
| 中部圏域 | 130 | 2,386 | 896 | 1,304 | 294 | 5,010 | 372 | 1,168 | 1,430 | 835 | 3,825 |
| 東部圏域 | 8 | 403 | 422 | 857 | 92 | 1,782 | 31 | 286 | 472 | 559 | 1,348 |
| 北部圏域 | 16 | 739 | 274 | 534 | 116 | 1,679 | 101 | 378 | 269 | 437 | 1,185 |
| 西部圏域 | | 419 | 208 | 352 | 26 | 1,005 | 32 | 171 | 244 | 272 | 719 |
| 南部圏域 | 86 | 1,208 | 371 | 900 | 65 | 2,630 | 161 | 635 | 684 | 521 | 2,001 |

※病床機能報告関係は、R2年度報告時点、医師数はH30年度末時点

佐賀県の各構想区域の概況②

- **75歳以上人口のピークは、2035年**。5圏域中、3圏域（北部・西部・南部）は人口減少が顕著。
- 医療機関数、病床数、スタッフ数などは全国水準（=not需給充足）を上回るが、**1病院あたりの規模が小さい**。
- **中核病院（大学、県、日赤、NHO）が県庁所在市に集中していないことから、医療圏単位で「待てない急性期」に対応可**。
3次救急へのアクセスが良く、救急は3次に集中（3次搬送率33%、SCR3次124.2・2次69.1）
- 医療法人が介護事業、有料老人ホーム等の居住系施設事業に積極的に参入しており、**介護に理解がある医療経営者が多い**。

（人口10万人あたり）

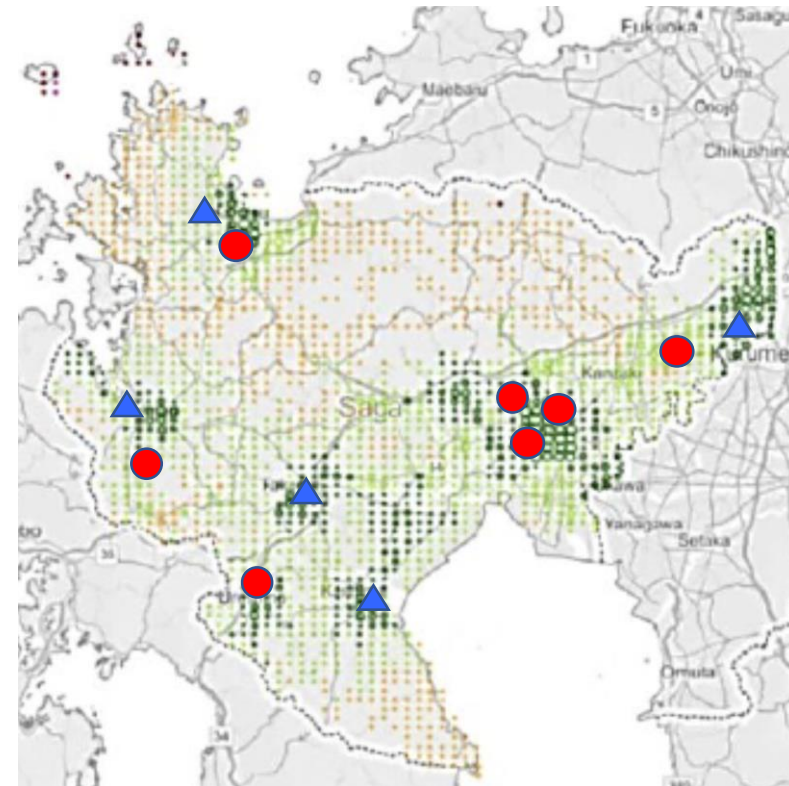
| | | 佐賀県 | 全国 |
|-------------|-------|---------|---------|
| 機関 | 病院 | 12.4 | 6.6 |
| | 一般診療所 | 84.8 | 81.3 |
| 病院 | 一般病床 | 769.7 | 703.7 |
| | 療養病床 | 495.1 | 244.5 |
| | 精神病床 | 515.2 | 258.9 |
| 有床診療所病床 | | 272.1 | 72.0 |
| 医師数(H30) | | 291.0 | 258.8 |
| 看護職員数(H30) | | 1,750.4 | 1,110.5 |
| 薬剤師数(H30) | | 237.0 | 246.2 |
| 理学療法士数(H29) | | 138.0 | 72.4 |
| 作業療法士数(H29) | | 75.8 | 37.8 |
| 言語聴覚士数(H29) | | 25.1 | 13.1 |

1病院あたりの
一般病床数

全国 122.5
佐賀 72.1

1病院あたりの
一般+療養病床数

全国 165.0
佐賀 118.4



● 特定機能病院・地域医療支援病院
▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

佐賀県地域医療構想調整会議の構成

- **県調整会議は、地域医療構想に関する協議方針など全県的事項を協議。構想区域分科会は、個別具体的な協議を実施。**
- **協議の要である分科会座長（郡市医師会長）と基幹病院長の多くが、県調整会議と構想区域分科会の双方に参加。問題意識の共有などが図りやすい構成。**
- **構想区域分科会は、医療計画作成指針上の「圏域連携会議」の性格を併せ持ち、地域における医療提供体制全般を協議できると整理。**

| | |
|-------------------|--|
| 佐賀県 地域医療構想調整会議 | <p>議長：県医師会長、 副議長：県健康福祉部長 構成員：県医師会副会長、全郡市医師会長、病院協会代表、有床診療所協議会会長、基幹病院長5名、歯科医師会長、薬剤師会長、看護協会会長、保険者協議会会長 その他：全日病副会長がオブザーバー参加</p> |
| 中部構想区域分科会 | <p>座長：郡市医師会長のうち1名 副座長：保健福祉事務所保健監</p> |
| 東部構想区域分科会 | <p>構成員：郡市医師会長、病院協会代表、有床診療所協議会代表、(※)無床診療所代表、特定機能病院長、地域医療支援病院長、公立病院長等、郡市歯科医師会代表、 郡市薬剤師会代表、看護協会代表、保険者協議会代表、介護老人保健施設代表、 全介護保険者・市町介護保険担当課長 その他：協議事項に係る病院長、オブザーバー参加病院長等</p> |
| 北部構想区域分科会 | |
| 西部構想区域分科会 | |
| 南部構想区域分科会 | |
| | <p>(※)R元年度に外来医療計画の策定が必要だったため、既存の分科会に無床診療所の構成員がいなかった東部、北部、南部に新たに追加。</p> |

佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領

- 平成28年12月に県調整会議において取扱要領を決定（当事者間・関係者の合意 not 県による要綱決定）。
- 公的医療機関等2025プランに先立ち、特定機能病院・地域医療支援病院の大幅な機能変更は、事前協議事項に。
- 病床機能の再編・統合を見据え、医療機関の統合に関する事項は、事前協議に。
- 「協議を要する事項」以外に「協議を行うことができる事項」を包括的に記載し、調整会議の位置づけを明確に。

平成28年12月15日

佐賀県地域医療構想調整会議決定

佐賀県地域医療構想調整会議における協議の取扱要領

医療法第30条の14に基づく協議について、佐賀県地域医療構想調整会議運営要綱第6条の規定に基づき、以下のとおり定める。

第1 地域医療構想調整会議において協議を要する事項

(1) 地域医療支援病院及び特定機能病院の医療機能の大幅な変更等

地域医療支援病院及び特定機能病院は、地域における中核医療機関としての役割が期待されていることから、医療機能の大幅な変更等を予定している場合には、地域医療支援病院等の開設者又は管理者（以下「開設者等」という。）は、変更前に地域医療構想調整会議において、変更の趣旨、変更後の医療機能等を説明することとする。

医療機能の大幅な変更等とは、回復期機能・慢性期機能を有しない地域医療支援病院等が新たに回復期機能・慢性期機能を有することや、従来有していた回復期機能・慢性期機能の病床を増床するなど、地域の医療機関との機能分化・連携に影響を及ぼすおそれがあるものを指す。

(2) 医療機関の統合

医療機関の統合は、地域における医療提供体制に影響を及ぼすおそれがあることから、統合を予定している医療機関の開設者等は、統合前に地域医療構想調整会議において、統合の趣旨、統合後の医療機能等を説明することとする。

統合とは、複数の医療機関の廃止届と新たな医療機関の開設許可申請が、実態として、一連の行為として行われるものをいう。

第2 地域医療構想調整会議において協議を行うことができる事項

(1) 医療機関の求めによる協議

医療機関は、自らの医療機能の大幅な変更等に伴い地域の他の医療機関の理解を求めることが必要と判断する場合には、医療機関の開設者等は、変更前に地域医療構想調整会議において、変更の趣旨、変更後の医療機能等を説明することができる。

(2) 県の求めによる協議

県は、地域医療構想の達成を推進するために必要があると認めるときは、医療機関に対して、地域医療構想調整会議に出席し、説明するよう求めることができる。

(3) 地域医療構想調整会議構成員の求めによる協議

地域医療構想調整会議構成員は、地域医療構想の達成を推進するために必要があると認めるときは、関係する医療機関が地域医療構想調整会議において説明・協議を行うよう、県に求めることができる。

第3 その他

(1) 具体的な協議の場合

本要領に基づく具体的な協議の場合は、各構想区域に設置する地域医療構想調整会議分科会とする。

(2) 関係者の責務

地域医療構想調整会議構成員、医療機関の開設者等は、医療法第30条の14の規定及び佐賀県地域医療構想の趣旨に沿って、誠実に対応するものとする。

公的医療機関等2025プラン協議の実例①(第1回協議の概況)

| | 医療機関 | 主な役割 | H28病床機能報告病床数 | | | | | | プラン概要 | 1回目の協議 |
|----|---------------|--------------|--------------|-----|----|-----|----|-----|---------------------------|--------|
| | | | 高 | 急 | 回 | 慢 | 休 | 計 | | |
| 中部 | 佐賀大学医学部附属病院 | 特定機能 3次救急 | 46 | 499 | | | | 545 | 高度急性期↑・急性期↓ | 了承 |
| | 佐賀県医療センター好生館 | 地域支援 3次救急 | 38 | 397 | | 15 | | 450 | 高度急性期↑・急性期↓ 慢性期→(緩和ケア) | 了承 |
| | NHO佐賀病院 | 地域支援 周産期 | 18 | 274 | | | | 292 | 現状維持 | 了承 |
| | JCHO佐賀中部病院 | | | 116 | 44 | | | 160 | 現状維持 | 了承 |
| | NHO肥前精神医療センター | 精神拠点 | | | | 100 | | 100 | 現状維持 | 了承 |
| 東部 | NHO東佐賀病院 | 地域支援 結核 | | 76 | 60 | 165 | 55 | 356 | 急性期・慢性期→ 回復期↑・休棟↓ | 継続協議 |
| 北部 | 唐津赤十字病院 | 地域支援 3次救急 | 16 | 288 | | | | 304 | 高度急性期↑・急性期↓ | 了承 |
| | 済生会唐津病院 | | | 163 | 30 | | | 193 | 現状維持 | 了承 |
| 西部 | 伊万里有田共立病院 | 地域支援 | | 202 | | | | | 急性期↓・回復期↑ | 継続協議 |
| | JCHO伊万里松浦病院 | | | 54 | | 40 | 18 | 112 | 長崎県へ移転 | 了承 |
| 南部 | NHO嬉野医療センター | 地域支援 3次救急 | 54 | 370 | | | | 424 | 高度急性期↓・急性期↑ | 継続協議 |

公的医療機関等2025プラン協議の実例②(第1回協議で継続協議となったケース)

- 「病院が果たしたい役割」と「地域から求められる役割」の調整。
- 公的医療機関も民間医療機関も、効率的な医療提供体制の構築に向け、真摯な協議を展開。

| 病院・現状 | 協議 | |
|---|--------|---|
| NHO東佐賀病院 急 76 回 60 慢 165 休 55 | H29.11 | NHO東佐賀病院から民間が回復期に取り組まない場合、休棟病棟を回復期とする意向が表明。 次回、 <u>県において、回復期の見通しを示し、協議。</u> |
| | H30.2 | 県から回復期の見通しを示し、協議。 東部区域においては、回復期は民間の今後の取組で充足が見込まれると協議で一致、 <u>「休棟55床は、医療法上の許可病床から削減すること」で合意。</u> |
| 伊万里有田共立病院 急 202 | H28.9 | 伊万里有田共立病院から回復期について示唆。 民間から、地域連携、公的医療機関としての役割について厳しい意見。 → <u>新公立病院プラン(H29.3)にはケアミックス化明記せず。</u> |
| | H30.2 | 病院から、50床回復期への転換検討が提案(2025プラン) 民間から、公的医療機関としての役割について厳しい意見。 →継続協議 |
| | H30.9 | <u>病院から、高度急性期への転換を見据え、急性期202床を維持するプランが提示され合意</u> |
| NHO嬉野医療C 高 54 急 370 | H29.12 | 病院から「高24急400」と回復期について示唆。 <u>民間から、地域連携、公的医療機関としての役割について意見。</u> |
| | H30.1 | <u>病院から修正案「高70急354」が提示、地域の医療機関との連携強化も提示され、合意。</u> |

公的医療機関等2025プラン協議の実例③(役割等に関する意見)

地域から求められる役割に関する意見

- 「高度急性期機能の充実」を表明した医療機関のプランについては、異論なく了承。地域の他の医療機関では、できないことに注力する姿勢に評価。
こうした医療機関が、収支改善や施設整備の観点から、一層の紹介・逆紹介の強化、救急受入を表明した際には、好意的な雰囲気の中、協議が進んだ。
- 地域医療支援病院が「回復期の充実（検討）」を表明した場合、厳しい意見。地域連携部門の在り方や、転院の支障となっている事象の提示など、より具体的な説明を求める傾向。
- 50床前後の自治体病院が、地域包括ケアの中核を担っている場合、地域から求められる役割を担っていることから、特に異論はなかった。

イコールフィッティングに関する意見

- 病院が現実に果たしている役割について、近隣の民間病院と同水準ないしは競合関係にある場合は、公が一定の財政支援を受けていることから、イコールフィッティングの観点を念頭におくべきとの指摘。

医療機関の再編・統合の実例①(統合・再編対象医療機関の概要)

多久市立病院(105床)

急性期：60
(うち地域包括ケア6)
慢性期：45
病床利用率：56.9%



小城市民病院(99床)

急性期：99
(うち地域包括ケア15)
病床利用率：61.6%



共通の課題

- 両病院とも建築から40年近くが経過し、**老朽化**
- 医師をはじめとする**医療従事者の採用難**
- 地域の**人口減少**と**疾病構造の変化**

将来的に両病院への
医師派遣継続は困難

大学病院



新公立病院(140床)

R02.08 国の重点支援区域に選定



急性期：95 慢性期：45 (うち地域包括ケア病床20)

※感染症対応用の陰圧室も整備予定

- 両病院の**医療資源を集約**し、**外来機能の充実**を図るとともに救急や急性期医療から回復期、慢性期、在宅医療へと患者の病態に合わせて適切な医療を提供。

医療機関の再編・統合の実例②(経緯と今後の予定)

- H27.03 総務省「新公立病院改革ガイドライン」
- H28.08 「多久・小城地区自治体病院再編・ネットワーク研究会」設置
- H29.01 報告書提出。
- H29.03 両病院改革プラン策定
→統合に向けての協議を盛り込む
- H30.02 **佐賀県地域医療構想調整会議中部構想区域分科会**
→**両病院の公立病院改革プランの了承**
- R01.07 「多久・小城地区新公立病院建設候補地検討委員会」を設置。
- R01.08 同検討会で建設候補地を決定
- R01.09 両市で統合病院設置及び建設候補地合意。
- R01.10 **佐賀県地域医療構想調整会議中部構想区域分科会**
→両病院統合の検討状況の報告（建設候補地等）
- R02.06 「多久・小城地区新公立病院建設基本構想・基本計画検討委員会」設置
佐賀県地域医療構想調整会議中部構想区域分科会
→**公立病院としての役割を果たすことを条件に国の重点支援区域申請について承認**
病床数、病床機能や診療科等については継続協議
- R02.08 **国の重点支援区域に選定**
- R02.10 **佐賀県地域医療構想調整会議中部構想区域分科会**
→**病床数、病床機能や診療科等について了承（産科の開設や小児科の24時間対応のための医師採用に努める旨を合わせて説明）**

医療機関の再編・統合の実例③(経緯と今後の予定)

| | |
|--------|---|
| R03.01 | 佐賀県医療審議会 両病院の統合計画を了承 |
| R03.02 | 「多久・小城地区新公立病院建設基本構想・基本計画検討委員会」から基本構想及び基本計画を両市長へ報告 |
| R03.03 | 令和2年度病床機能再編支援補助金による支援 |
| R03.03 | 多久・小城地区新公立病院建設基本構想及び基本計画を策定 |
| R03. | 基本設計 |
| R04. | 用地造成及び実施設計 |
| R05～06 | 建設工事 |
| R07.04 | 新公立病院開設 |

医療機関の再編・統合の実例④(役割等に関する意見)

地域から求められる役割に関する意見

- 公立病院は救急機能など民間で担えない部門、民間と競合しない部門を担うべき。
- 回復期病棟への転換は認めない。
- 現在の病床利用率から、新病院の病床数設定に厳しい意見。
一方で、コロナ過での病床確保が必要な時世で病床を削減することに反対の意見。
- 両市で域外流出が多い診療科や地域バランスを考えて医療の空白を作らないよう地域完結型機能が必要。
- 「病院が果たしたい役割」と「地域から求められる役割」の調整が必要。

病床機能について①(回復期の見通し)

- 回復期の現状と将来の見通しについて、「イメージがわく」整理はできないか？
 - ・ 定量的にガチガチにやってしまうと、病床機能報告の趣旨（自院が判断）と整合性がとれない
 - ・ 報告基準を独自に作るものではなく、病院関係者も「なるほど」と思えるような整理



- 医療機関の負担にならないよう、提出された病床機能報告を活用し、かつ各医療機関の病床機能報告の報告基準にはならない形で、整理。



- 佐賀県地域医療構想調整会議議長（県医師会長）、佐賀県病院協会理事会での説明を経て、地域医療構想調整会議分科会で活用。

※病院協会理事会での意見「佐賀県の民間病院の実態からみて納得感がある」「ストーンと落ちる話」

病床機能について②(地域医療構想・病床機能報告における「回復期」の課題)

厚生労働省医政局地域医療計画課長事務連絡（H29.9.29）等で示された回復期の課題

- 病床機能報告上、回復期は「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」と定義され、単に回復期リハ病棟のみを指すものではない。
(注) 病床機能報告マニュアルでの回復期の例 = 回リハ病棟、地域包括ケア病棟、10 : 1 ~ 13 : 1 ~ 15 : 1
- しかし、現実には、以下の課題
 - ・ 回復期の定義が十分理解されず、在宅復帰に向けた医療を提供していても、急性期・慢性期と報告
 - ・ 病床機能報告が病棟単位の報告であることから、回復期以外の病棟においても、在宅復帰やリハが提供
- このため、以下の対応が必要
 - ・ 各医療機関が各病棟の診療実態に即した適切な報告
 - ・ 地域医療構想調整会議における十分な分析



- 佐賀県としては、各区域において回復期がどの程度不足しているのか、また将来にわたりどの程度確保見込みがあるのかを現在の病床機能報告のデータをもとに、分析し、調整会議で共有してはどうか。

病床機能について③(「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用)

- 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟のうち、
 - ・ ①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
 - ・ ③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする
 ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

| | |
|------------|---|
| ①既に回復期相当 | 病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ※ <u>病棟単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正</u> 病棟A 急性期の患者 回復期の患者 ←可能な限り客観指標で把握 |
| ②回復期への転換確実 | 調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数 ※ <u>病床機能報告のタイムラグを補正</u> |
| ③回復期に近い急性期 | 病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数 病棟B 急性期の患者 回復期の患者 ←平均在棟日数22日超のイメージ |

病床機能について④(これまでの各分科会における個別医療機関の機能転換等の協議状況)

【各分科会において協議済みの病床機能転換】

- これまで、11医療機関で**288床**の回復期病床への転換を協議
- うち、R02年度病床機能報告に未反映の回復期病床**141床**
- これまでの転換により、過剰な急性期病床▲115床、慢性期病床▲154床、休床病床▲19床
- R4以降も複数の医療機関から回復期病床転換に関する相談あり。
- R7（2025年）の必要病床へ収れんが進んでいる。

病床機能について⑤(地域医療包括ケア病床の算定状況(R02年度))

【他の病床機能として報告された病棟内にある地域包括ケア病床】

- 23医療機関で**322床**存在。



R2年度の病床機能報告に**463床**の回復期病床が追加

病床機能について⑥(諸条件を加味した病床機能(R02年度))

・地域医療構想調整会議において回復期とみなすとされた、以下をR02病床機能報告に反映

- ①回復期への転換が分科会において協議されたもの
- ②地域包括ケア入院管理料算定病床(地域包括ケア病床)

| | 医療機能 | 病床機能報告 | | 分科会協議 | 合計 | 必要病床数 | |
|-----|-------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | R02年 | 地域包括ケア | | | R07年 | 充足率 |
| 県全体 | 高度急性期 | 240 | 0 | 0 | 240 | 697 | 34.4% |
| | 急性期 | 5,155 | -258 | -73 | 4,824 | 2,638 | 182.9% |
| | 回復期 | 2,171 | 322 | 141 | 2,634 | 3,099 | 85.0% |
| | 慢性期 | 3,947 | -64 | -68 | 3,815 | 2,644 | 144.3% |
| | 休床 | 593 | 0 | 0 | 593 | | |
| | 合計 | 12,106 | 0 | 0 | 12,106 | 9,078 | 133.4% |
| 中部 | 高度急性期 | 130 | 0 | 0 | 130 | 372 | 34.9% |
| | 急性期 | 2,386 | -140 | -62 | 2,184 | 1,168 | 187.0% |
| | 回復期 | 896 | 176 | 114 | 1,186 | 1,430 | 82.9% |
| | 慢性期 | 1,304 | -36 | -52 | 1,216 | 855 | 142.2% |
| | 休床 | 294 | 0 | 0 | 294 | | |
| | 小計 | 5,010 | 0 | 0 | 5,010 | 3,825 | 131.0% |
| 東部 | 高度急性期 | 8 | 0 | 0 | 8 | 31 | 25.8% |
| | 急性期 | 403 | -8 | 0 | 395 | 286 | 138.1% |
| | 回復期 | 422 | 8 | 0 | 430 | 472 | 91.1% |
| | 慢性期 | 857 | 0 | 0 | 857 | 559 | 153.3% |
| | 休床 | 92 | 0 | 0 | 92 | | |
| | 小計 | 1,782 | 0 | 0 | 1,782 | 1,348 | 132.2% |

| | 医療機能 | 病床機能報告 | | 分科会協議 | 合計 | 必要病床数 | |
|----|-------|--------|--------|-------|-------|-------|--------|
| | | R02年 | 地域包括ケア | | | R07年 | 充足率 |
| 北部 | 高度急性期 | 16 | 0 | 0 | 16 | 101 | 15.8% |
| | 急性期 | 739 | -23 | 0 | 716 | 378 | 189.4% |
| | 回復期 | 274 | 35 | 0 | 309 | 269 | 114.9% |
| | 慢性期 | 534 | -12 | 0 | 522 | 437 | 119.5% |
| | 休床 | 116 | 0 | 0 | 116 | | |
| | 小計 | 1,679 | 0 | 0 | 1,679 | 1,185 | 141.7% |
| 西部 | 高度急性期 | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 | 0.0% |
| | 急性期 | 419 | 0 | 0 | 419 | 171 | 245.0% |
| | 回復期 | 208 | 0 | 0 | 208 | 244 | 85.2% |
| | 慢性期 | 352 | 0 | 0 | 352 | 272 | 129.4% |
| | 休床 | 26 | 0 | 0 | 26 | | |
| | 小計 | 1,005 | 0 | 0 | 1,005 | 719 | 139.8% |
| 南部 | 高度急性期 | 86 | 0 | 0 | 86 | 161 | 53.4% |
| | 急性期 | 1,208 | -87 | -11 | 1,110 | 635 | 174.8% |
| | 回復期 | 371 | 103 | 27 | 501 | 684 | 73.2% |
| | 慢性期 | 900 | -16 | -16 | 868 | 521 | 166.6% |
| | 休床 | 65 | 0 | 0 | 65 | | |
| | 小計 | 2,630 | 0 | 0 | 2,630 | 2,001 | 131.4% |

「対話と信頼」なくして、地域医療構想の推進なし

1 県医師会等と「データと悩みを共有」、「顔が見える」から「腹を割って話せる」関係

- 節目節目で関係者に状況説明し、論点を整理。
- 病院協会主催で医療圏ごとに「病床機能分化に向けた2025年戦略を考える集い」を開催（H28～）。
 - ・参加者は、理事長・院長等経営層
 - ・県からの説明（初期は人口問題中心）+意見交換会により、問題意識を行政・医療関係者で共有
- 医師会、医療法人、医業経営コンサル、看護協会、介護関係者主催研修会等に積極派遣。
 - ・調整会議以外に、H28からの2年間で延べ50回以上の懇談会、研修会、意見交換会等を開催。以降も随時開催。

2 地域医療構想は人口問題から考える天気予報（H29.6.22厚労省地域医療構想WG佐賀県提出資料）

- 行政は「予報精度の向上」、医療機関は「立ち位置の決定」という役割分担。
- 人口増加対応・病院完結型から、人口減少対応・地域完結型へのソフトランディング。
- データの海に流されないよう、病床機能報告のダイジェスト版を整理するなど入口を重視。

3 調整会議での協議が進むよう、現場課題にあった論点を明確化

- 地域医療構想との整合性は、病床数との整合性ではなく、地域完結型医療（理念・価値観）との整合性。
- 一般論や他事例の情報を収集しつつ、「佐賀の実情」にあった論点整理と協議の展開。
- 人口減少は現実に進行中であり、手遅れにならないよう、協議には一定のテンポ感が必要。