

『医療機関の移転新築・建て替え計画と統廃合の動向～』

※. プロフィールと会社の業務紹介及び主な病院コンサル実績

1. 本研修に関連する医療機関を取り巻く環境TOPIC:背景
2. 医療機関(病院)の移転新築・建て替え計画の流れとポイント
3. 医療機関(病院)での統廃合のケースと動向
4. 製薬企業及びMRの方が抑えておくシーンは...
5. その他(質疑応答を含め)

実施日:2022.1.27

株式会社 A&Kメディコンサル.com
佐藤 勝浩

<会社所在地及び連絡・問い合わせ先等>
〒146-0082 東京都大田区池上4丁目17-17
TEL: 090-3316-0458 FAX: 03-3753-4358
Email: k.satoh@ak-mediconsul.com
URL: <http://ak-mediconsul.com/>

※プロフィールと会社の業務紹介

氏名	佐藤 勝浩 (さとう かつひろ) <医療(業)コンサルタント一筋…2019.4.1より独立して38年目に突入>
生年月日	昭和34 (1959) 年9月29日
本籍地及び現住所	*最近は物騒で…なおかつ個人情報になるのでこの部分の掲載は取り止めました*
その他	血液型: B型/星座: てんびん座/干支: 亥年/興味ある事: 街の散策に人間ウォッチング・ネタ探し、料理、下手なゴルフ・可愛い孫と遊ぶことほか

年 月	経 歴
昭和 59 3	専修大学法学部法律学科を卒業
59 4	医薬品流通8企業に入社 医療システム研究グループに配属 ※新卒から何も分からず医療経営コンサル部署へ配属⇒医師会病院の開設等から今の基本部分を学ぶ⇒主にマーケティング・リサーチ⇒「一人医師医療法人」にて各医師会へ講演巡回⇒当時はコンサルは不要な時代
平成 2 8	アメリカ・カナダ病院管理及び施設等視察に参加 (14日間)
3 12	社団法人 日本医療経営コンサルタント協会の会員 (運営) ⇒現、公益社団法人
7 4	福井医科大学非常勤講師 (薬理学教室) ⇒福井大学医学部⇒講義内容「厚生行政と薬価制度」他 ⇒ H24年3月に退任⇒16年間継続 ※11年6か月在籍⇒得たノウハウを試したく、また直に報酬に結び付ける仕事がしたく、連載や別冊作成も多く、日経BP社 (当時の専務) に転社先をお願いして、1回目の転社へ
7 10	会計事務所兼コンサルティングファームの入社: 企画開発部次長として配属 ※当時の代表者に引っ張られ、即入社⇒大きな紆余曲折を経て、「医療経営指導部」を立ち上げ、①医療分業関係、②機能評価取得、③職員待遇、④アンケートなどのコンサル部隊を作る⇒講演会・セミナー・執筆多数 ⇒公的病院等コンサル業務多数
16 3	日本医師会医療安全推進者の取得/海外視察②⇒ドイツ視察に参加 (14日間)
16 4	学校法人川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学科 非常勤講師/大学院ゼミ担当 ⇒「厚生行政一般」「病院機能評価と医療の質」「医療分業と調剤薬局経営」「療養病床と病院経営」他 ⇒在職中まで
16 4	経営コンサルティング部門統括及び取締役役に就任 (在職中の業務は多過ぎて省略する) ⇒最大30数名の部下/6部統括/3.5億円
18 6	社団法人 全国訪問看護事業協会 平成17・18年度事業「管理者養成のあり方」の検討委員会の委員 (有識者) として任命・参画 (委員長: 山崎麻耶氏) ※11年在籍⇒引っ張ってくれた先代の代表者が亡くなった翌年に退任・退職⇒相談した社長から転社及び新規事業部立ち上げを言われ、独立を断念して3社目へ転社
18 10	株式会社パースジャパンに入社 経営コンサルティング部を新設及び部長で着任 ※主に①病院対象コンサル業務 (M&A含み)、②会社主催のセミナーを定期開催 (年2~3回)、③営業支援、④その他
19 2	「病院の業務管理項目」という書籍を執筆・発刊
26 2	病院建て替え (移転新築) 講座 (全4回) を実施、新社会システム研究所よりDVDの発売
28 9	カンボジア (プノンペン市内) で「Sunrise Japan Hospital」の開設セレモニーの参列及び海外医療視察
31 3	12年6か月の在籍⇒会社人生35年間でピリオドにして、19.4.1から新たに独立起業にてスタート (最終転機?)

	31 4	「内科クリニック」「歯パースジャパン」他、地方の中小規模病院のコンサル顧問等を受託にてスタートする
令和 元年	5	起業への第一歩となる「A&Kメディコンサル.com」の設立登記完了
	1 10	兵庫県の精神病院の建て替えコンサル業務を受託
	1 12	医療法人格の法人譲渡 (M&A) の案件成約/「医療法人成り前、開業して3年目までの診療所の悩み」でセミナー講師
令和	2 5	新型コロナウイルスの拡大に関係するコンサル業務を複数受託⇒資金対策等/「病院羅針盤」(産労総研) へ執筆
	2 12	株式及び事業譲渡 (介護事業所/M&A) を受託・成約⇒翌年1月より事業所運営を行う
	3 2	心疾患のため入院⇒現在体調を調整をしつつ、一部業務を遂行中⇒独立起業して3年目に突入

<作成年月日: 2021年8月24日現在>



(主 要 業 務)

1. 医療機関の建て替え・移転新築に伴うコンサルティング支援
2. 医療機関の赤字体質及び悪習業務の改善・院内研修に伴うコンサルティング支援
3. クリニック (診療所・医院) の新規開業コンサルティング
4. クリニック (診療所・医院) の事務長代行顧問コンサルティング
5. その他 (指定管理者制度への支援⇒過去実績/医療機関M&A ほか)

主な公的医療機関等のコンサルティング実績(2012年度以降)

NO.	年度/年次別	開設者別	医療機関名等	病床規模	地域別	コンサル実施期間		支援内容等	備考
						コンサル開始	コンサル終了		
1	<2012年度> 2012年6月	袋井市長	袋井市民病院	400床 ⇒ 150床	静岡県袋井市	2012年6月	2013年3月	平成24年度 現袋井市民病院利用医療分野開設支援業務、袋井市総合健康センター運営検討委員会へアドバイザーとして参画⇒指定管理者:聖隷事業団	対象でない (療養病床)
2	<2013年度> 2013年10月	社会福祉法人 恩賜財団済生会 支部	埼玉県済生会 鴻巣病院	精神病床: 379床	埼玉県鴻巣市	2013年10月	2014年3月	新病院建築の支援業務(設計見直し、建築業者入札、経営・運営のサポート・アドバイス)/精神病院	対象でない (精神病床)
3	<2014年度> 2014年12月	山梨市市長	山梨市市立産婦 人科医院	19床	山梨県山梨市	2014年12月	2018年5月	市立産婦人科医療機関の指定管理者制度導入による新築(基本構想~開院:2017.6)/開院後の顧問コンサル業務(年報等作成他)	対象でない (有床診療所)
4	2015年1月	広城公立組合(身延町/早川町)国保組合/一部事務組合	飯富病院	87床(うち療養病床:26床)	山梨県身延町及び早川町	2015年1月	2015年3月	以前より職員研修や地域包括ケア病棟などでの相談を委託しており、今回は「地域包括ケア病棟移行及びデータ提出加算取崩しの院内研修を実施する(災害拠点病院)	再検証要請 対象医療機関
5	<2018年度> 2019年3月	北村山公立組合(東根市/村山市/尾花沢市/大石田町)/一部事務組合	北村山公立病院	300床	山形県東根市	2018年12月	2019年3月	「公立病院における経営手腕」(地方病院の役割などテーマ)より院内全体研修を実施	対象外

今回の再検証対象は「急性期」のみ

追補：主な実績

※旧市民病院の活用への支援
指定管理者制度による袋井市より依頼
⇒浜松の聖隷事業団へ決定
⇒運営検討委員会への参画
⇒経済的目的・効果は市の財政軽減

※精神病院の建て替え案件
⇒設計及び建設業者の選定方法等の支援
⇒総合評価方式での入札業者選定
⇒経済的目的・効果は3億円程度の投下資金の減額

※建て替え・新築案件
指定管理者制度での産婦人科有床診療所の開設(当時は全国で初めてのケース)
⇒新築後は入院稼働率及び外来患者の増加
⇒経済的効果は、新築後の収益性が0.5億円/年間増加

(2019年5月7日現在)

2021年5月7日:追記分

病院及び有床診療所の移転・建て替え及び新築の実績(平成元年～30年)

No.	開院等年月	所在地	法人名称	医療機関名称	病床規模(床)	当時の病床種別	その他(当時の病床種別)	新入(敷地・場所)	理由・背景	備考
1	2004(0+16)年8月	山口県山口市	医療法人輝会	住々木外科病院	(74)⇒54	一般(10:1)	うち開放型病床:5床	旧病院跡地の駐車場	①老朽化、②事業継承(親が死んで子(兄弟)へ)、③ダウンサイジング	2～4年間のコンサル業務/現在は開放型病床6床+地域包括ケア病床10床あり
2	2006(0+18)年10月	長野県松本市	医療法人協生会⇒社会医療法人	丸の内病院	(226)⇒199	一般:164床(10:1) 介護療養:35床	うち回復期リハ病床:20床	近隣の商業地域への移転	①老朽化、②理事長交代、③ダウンサイジング、④建物が手狭など	15年間継続で、複数案件でのコンサル業務/企業との関連ある病院/現在は地域包括ケア病床:38床あり
3	2010(0+22)年1月	兵庫県相生市	健保組合立	IHI福鹿病院	(198)⇒180	一般(10:1)		旧病院跡地に周辺を+α	①老朽化で長年の計画実現、②ダウンサイジング、③健保組合との関係など	5年間継続でのコンサル業務(複数案件あり)/現在は回復期リハ病床28床+地域包括ケア病床22床
4	2012(0+24)年3～4月:事業譲渡⇒2014(26)年に新築して開院	東京都中央区	健保組合立	IHI東京病院	47	一般(10:1)		旧病院跡地及び企業所有地	①経営の赤字解消が目的、②医療法人への事業譲渡、③老朽化、④健保組合の財政、⑤地域との関係など	8年間継続でのコンサル業務⇒医療法人への事業譲渡までを行う⇒2012年4月より新たに株式会社「東京記念病院」⇒2014年に新築開院⇒2018年10月で全面休診⇒2019年は閉院?
5	2014(0+26)年1月	岡山県岡山市	医療法人天翔会	岡山セントラルシティ病院	(88)⇒60	一般(13:1)⇒10:1へ		旧病院跡地の駐車場	①老朽化、②経営状態(赤字経営)の改善、③ダウンサイジング、④事業継承など	5年間継続でのコンサル業務:①入院定額再入コンサル、②病院経営の再コンサルの両面⇒新築補助金の取得+福祉医療機構からの融資+地方銀行からの融資で資金調達はオールクリア/赤字経営も赤字化に転換/現在は地域包括ケア病床60床 など
6	2017(0+29)年6月	山梨県山梨市	山梨市	山梨市立産婦人科病院	(16)⇒19	産婦人科有床診療所		山梨市所有地	①指定管理者制度での全国初の産婦人科病院⇒駅前開院により市内に産婦人科医療機関が充実となる、②唯一市内にあり本駅前開院によりかかる医療法人東豊会や村産婦人科が市の指定管理者制度での風潮になり計画が進展など	4年間継続でのコンサル業務を行う。基本的にはハード面では①設計業者の紹介・選定、②他地域他施設の見学説明会を実施、③建設委員会へ参画など、ソフト面では基本的に市と法人間での「指定管理者制度」の契約ややり方などを詰める、④新規開院後(17.6～18.5)にコンサル顧問契約でのチェック作成等相談業務受託

その他:埼玉県済生会鴻巣病院(開院時)/強工業者の総合評価方式での選定コンサル業務、医療法人三和会聖宮病院(移転地の提供支援/看護部長のリクルート/退院薬局の情報提供など)/愛井市民病院の一部療養病床(150床)等での指定管理者制度での事務局(市の衛生部)を支援などの建て替え等に係る部分的コンサル業務を行う。

追補:主な実績

- ※病院経営の再生等及び建て替え案件(トータルサポート)
 - ⇒長期継続より病床の適正化から移転新築まで行う
 - ⇒病院機能評価の取得/周産期医療・整形外科の専門化
 - ⇒収益性の大幅な向上/診療機能・体制の見直しほか
 - ⇒理事会及び経営会議等面での具体的成果は議事録記載
- ※病院経営の再生等及び建て替え案件(トータルサポート)
 - ⇒上記から紹介により、同様にコンサル導入を行う
 - ⇒年間2億円程度の赤字解消/新築建て替え/事務長派遣
- ※病院経営の再生等及び事業譲渡(M&A)
 - ⇒上記からIHI健保組合の3病院のコンサルを行う
 - ⇒年間1億円程度の赤字解消
 - ⇒事業譲渡終了にてコンサル業務も終了
- ※病院経営の再生等及び建て替え案件(トータルサポート)
 - ⇒入院基本料の格上げと入院稼働率の向上
 - ⇒年間で5～7,000万円の増収⇒新築後1億円/年間増収
 - ⇒病床の適正化と新築建て替えを行い
 - ⇒建て替えに伴い、2億円程度の補助金(耐震化)/医療福祉機構からの借入/不動産の売却(ほか)
- ※各病院のコンサル導入の過程や実績は、内部資料又は研修・セミナー資料にて参照が必要となっている。

2021年5月7日:追記分

株式会社A&Kメディコンサル. Comの創設後での病院案件

NO.	コンサルティング開始	開設者別	医療機関等	病床規模	地域別	支援内容等	備考
2	2016.8	医療法人社団	A病院	120床(地域一般⇒15:1/医療療養病床(1))	岡山県	建て替えに伴うコンサルティング⇒2代目が借入金と事業継承の決断できず	コロナ禍及び他理由にて中断
4	2019.6	医療法人(持ち分なし)	B病院(精神病院)	265床(精神病床/医療療養病床(1):35床)	兵庫県	病院建て替えに伴うコンサルティング業務	コロナ禍及び他理由にて中断
5	2021.10	医療法人社団	C病院	163床(一般:95床/地域包括ケア36床/回復期リハ32床)	埼玉県	全般的な経営コンサルティング顧問	

1. 本研修に関連する医療機関を取り巻く環境TOPIC: 背景

A) 3年目を迎えての新型コロナ感染と医療機関の動向

- ・中大規模病院及び公的病院は(単年度)黒字経営→空床確保補助料→条件変更で継続
- ・小規模病院は赤字経営／診療所は診療科目及び診療体制での格差
- ・調剤薬局はインフルエンザの流行なく...

B) 2022年4月の診療報酬改定

- ・改定率→診療報酬本体: +0.43% 薬価: 1.35% 材料等: 0.02% →実質: ▲0.94%
(うち看護処遇改善: +0.20% 不妊治療特例: +0.20% 小児感染防止加算: ▲0.10%)
- ・入院医療の評価と外来医療の評価

C) 地域医療構想(2025年プラン)

- ・再検証対象医療機関: 424病院→2019.9/440病院→2020.1/436病院→2021.12
- ・「第8次地域医療計画」と「地域医療構想調整会議」
- ・病床削減及び統合に伴う財政支援

D) その他<2017(平成29)年.4月: 地域医療連携推進法人/M&A 他>

令和4(2022.4)年度診療報酬改定の基本方針

2021(令和3)年12月10日

令和4(2022.4)年度診療報酬改定の諮問

2022(令和4)年1月14日

令和4(2022.4)年度診療報酬改定の答申
(個別改定項目の点数あり短冊／点数なし短冊の案は1月下旬)

2022(令和4)年2月4日前後

令和4(2022.4)年度診療報酬改定の告示及び疑義紹介

2022(令和4)年3月4日以降

<改定に当たっての基本認識>

1. 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
2. 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
3. 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
4. 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

<改定の基本的視点と具体的方向性>

(1)新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

(2)安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

(3)患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

(4)効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

<将来を見据えた課題>

○ 団塊の世代が全て後期高齢者となる**2025年**、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる**2040年**と、高齢化の進展に併せて、サービスの担い手(生産年齢人口)が減少する超高齢化・人口減少社会が到来している。また、**地域包括ケアシステムの構築**はもちろん、地域に生きる一人一人が尊重され、その可能性が最大限に発揮できる「**地域共生社会**」の実現に資する取組が求められている。その際、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防・健康づくりに関するモデル事業」も実施されているところであり、今後、その結果や、かかりつけ医機能を含む外来機能の明確化・連携等を更に進めていく方策の検討等も踏まえつつ、**地域資源の実情に即した取組を推進すべきである。**

○ 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応し、「**全世代型社会保障**」を実現するためには、診療報酬のみならず、**医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、国や地方自治体の補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。**

○ 患者自身が納得して医療を受けられるよう、患者にとって身近で分かりやすい医療を実現していくとともに、国民の制度に対する納得感を高めるため、政府において、診療報酬制度を分かりやすくするための取組を継続していくこと、また、国民に対して医療制度に関する丁寧な説明を行っていくことが必要である。

(1)新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

～抜 粋～

○医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組

○医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- (1)地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。
- (2)総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、総合入院体制加算について、手術の実績及び外来を縮小する体制等に係る要件を見直す。
- (3)急性期入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る評価項目を見直すとともに、入院料について評価の在り方を見直す。
- (4)重症度、医療・看護必要度の測定に係る負担軽減及び測定の適正化を更に推進する観点から、急性期一般入院料Ⅰ（許可病床数200床以上）を算定する病棟について、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることを要件化する。
- (5)実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について、対象手術等を追加するとともに、要件及び評価を見直す。
- (15)地域包括ケア病棟に求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の要件及び評価の在り方を見直す。
- (16)地域包括ケア病棟について、一般病床及び療養病床の入院患者の特性の違いを踏まえ、それぞれの役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の要件及び評価の在り方を見直す。

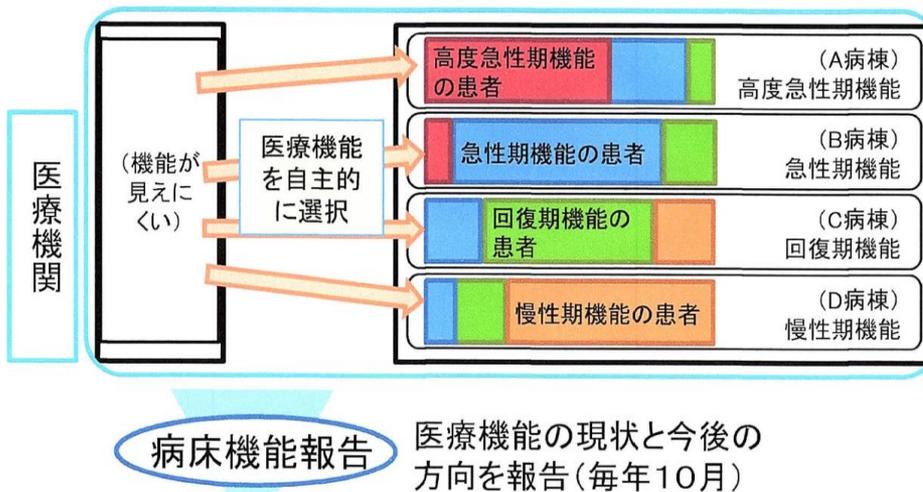
- (17)重症患者に対する効率的・効果的なリハビリテーションの提供を更に推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方を見直す。
- (18)回復期リハビリテーションの提供体制の充実を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーションを要する患者の状態として、「急性心筋梗塞、狭心症の発作若しくはその他急性発症した心大血管疾患の発症後又は手術後の状態」を追加する。
- (19)患者のニーズに応じたリハビリテーションの提供を推進する観点から、特定機能病院において実施するリハビリテーションについて、新たな評価を行う。
- (20)医療法に基づく医療療養病床に係る人員配置標準の経過措置の見直し方針及び届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の取扱いを見直す。

○外来医療の機能分化等

- (1)外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。
- (2)「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。
- (3)外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、要件を見直す。

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

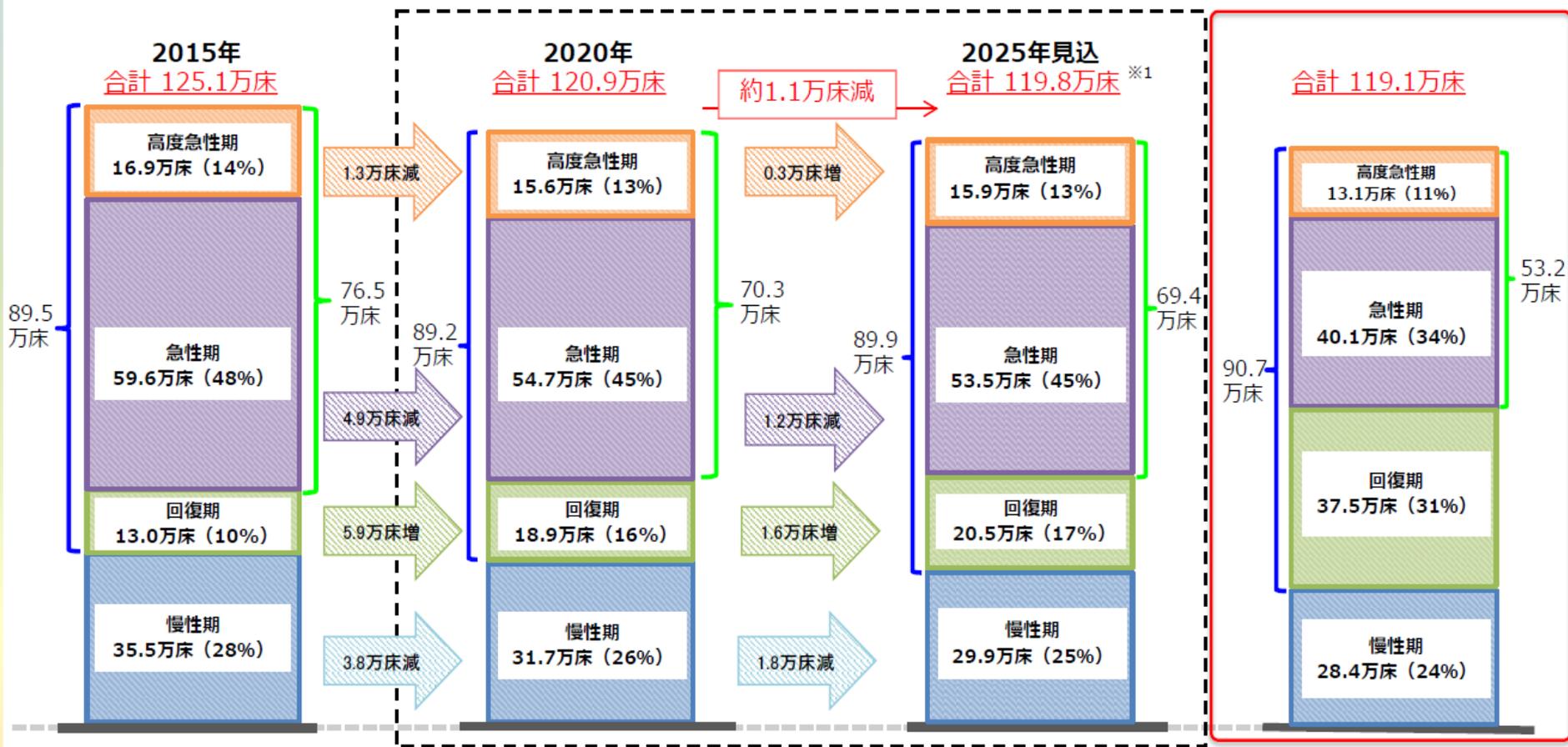
- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

2020年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2020年度病床機能報告



出典: 2020年度病床機能報告

※1: 2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2020年病床機能報告: 12,635/13,137(96.2%))

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

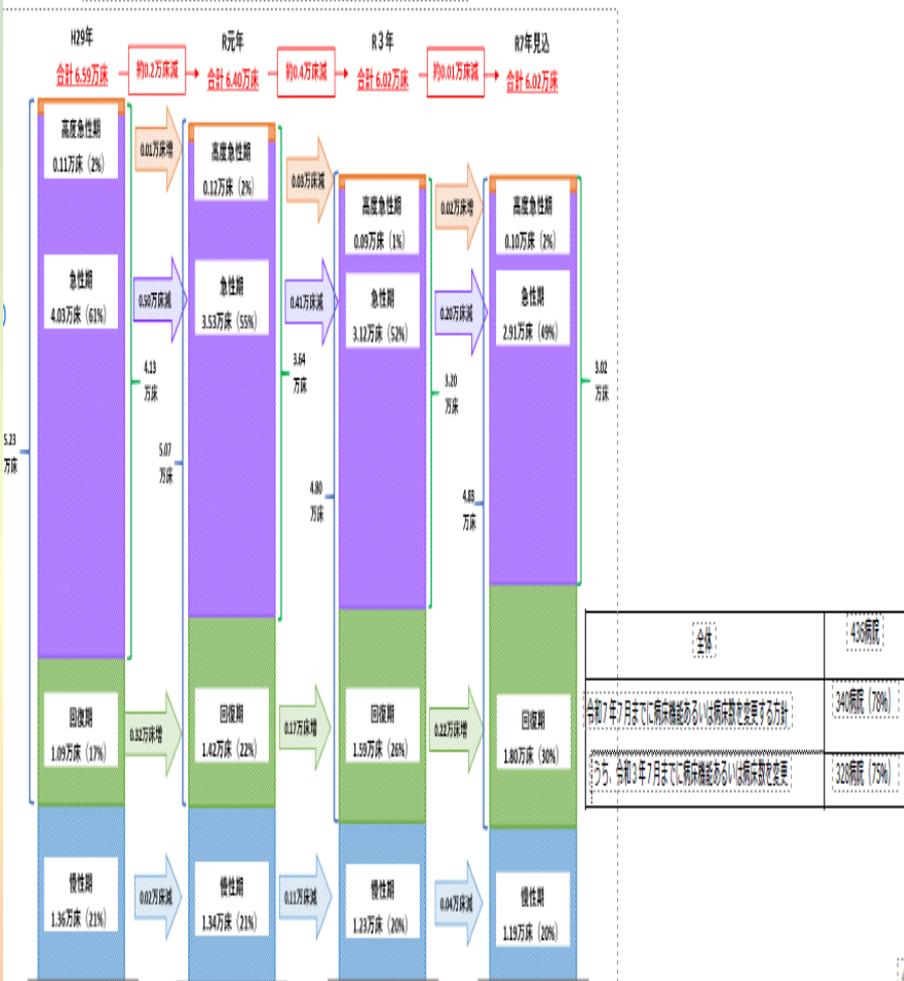
※5: ICU及びHCUの病床数(*): 18,482床(参考 2019年度病床機能報告: 18,253床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

再検証対象医療機関（436病院分）の病床機能・病床数

- 平成29年から令和7年にかけて、全体の病床数は6.59万床から6.02万床に減少。また、高度急性期病床は0.11万床（2%）から0.10万床（2%）に、急性期病床は4.03万床（61%）から2.91万床（49%）に、慢性期病床は1.36万床（21%）から1.19万床（20%）に減少し、回復期病床は1.09万床（17%）から1.80万床（30%）に増加。
- 令和7年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する予定の病院は、340病院で全体の78%。そのうち令和3年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する予定の病院は328病院で75%。

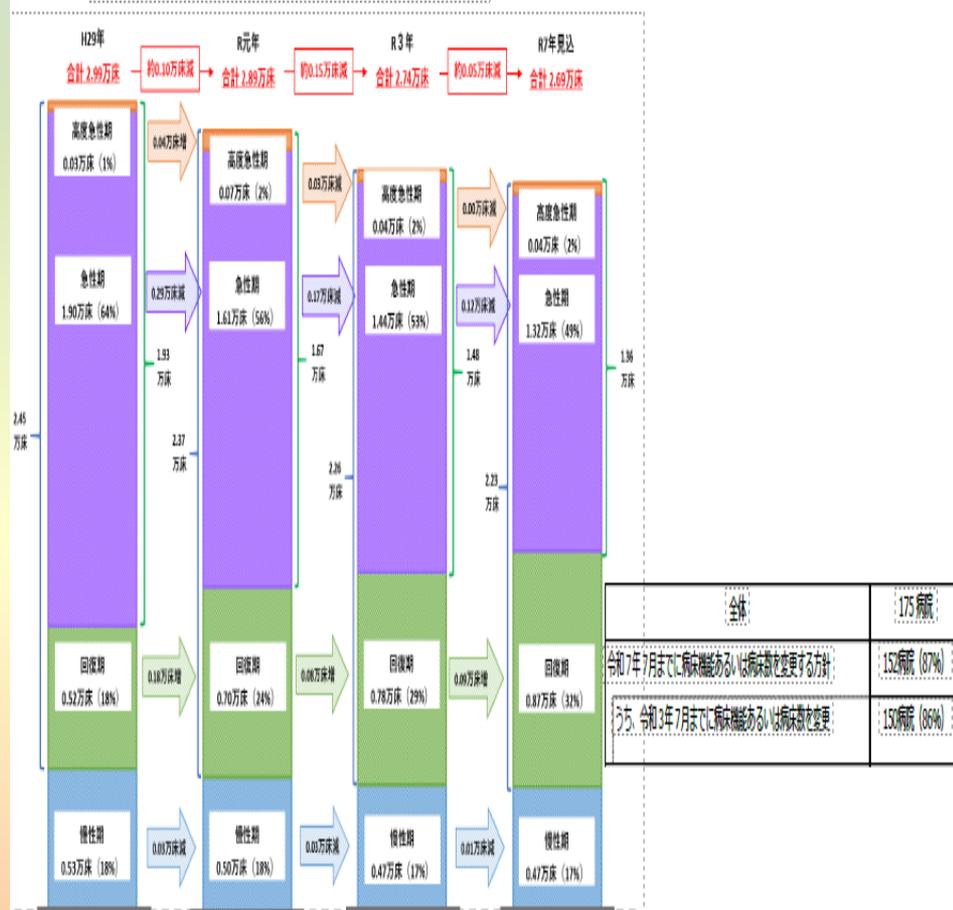
平成29年7月から令和7年7月までの病床機能・病床数との比較



再検証対象医療機関のうち再検証について合意済 または合意結果に基づき措置済の医療機関（175病院分）の病床機能・病床数

- 平成29年から令和7年にかけて、全体の病床数は2.99万床から2.69万床に減少。また、急性期病床は1.90万床（64%）から1.32万床（49%）に、慢性期病床は0.53万床（18%）から0.47万床（17%）に減少し、高度急性期病床は0.03万床（1%）から0.04万床（2%）に、回復期病床は0.52万床（18%）から0.87万床（32%）に増加。
- 令和7年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する予定の病院は、152病院で全体の87%。そのうち令和3年7月までに病床機能あるいは病床数を変更する予定の病院は150病院で86%。

平成29年7月から令和7年7月までの病床機能・病床数との比較



新たな病床機能の再編支援について

令和3年度要求額：事項要求
(令和2年度予算額：84億円)

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて行う自主的な病床削減や病院の統合による病床廃止に取り組む際の財政支援を実施する。【補助スキーム：定額補助(国10/10)】
- 令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床機能の再編支援を実施する。

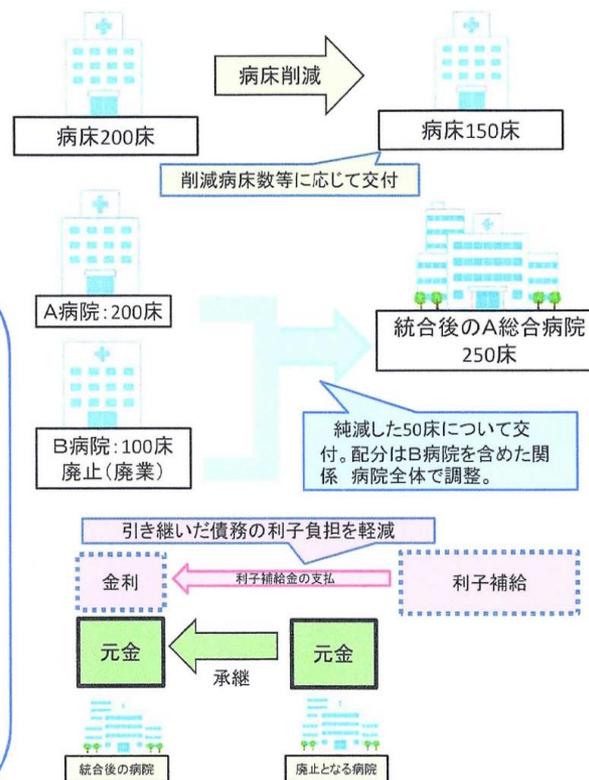
「病床削減」に伴う財政支援

病床を削減した病院等（統合により廃止する場合も含む）に対し、削減病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を交付
 ※病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の合計の90%以下となること
 ※許可病床から休床等を除いた稼働している病棟の病床の10%以上を削減する場合に対象

「病院統合」に伴う財政支援

【統合支援】 統合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合のコストに充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付（配分は関係病院で調整）
 ※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援
 ※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

【利子補給】 統合（廃止病院あり）を伴う病床削減を行う場合において、廃止される病院の残債を統合後に残る病院に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後病院へ交付
 ※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象
 ※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る。



病床機能再編支援事業 (地域医療介護総合確保基金 事業区分 I - 2)

令和3年度予算額：地域医療介護総合確保基金（医療分）
公費1,179億円の内数（195億円）

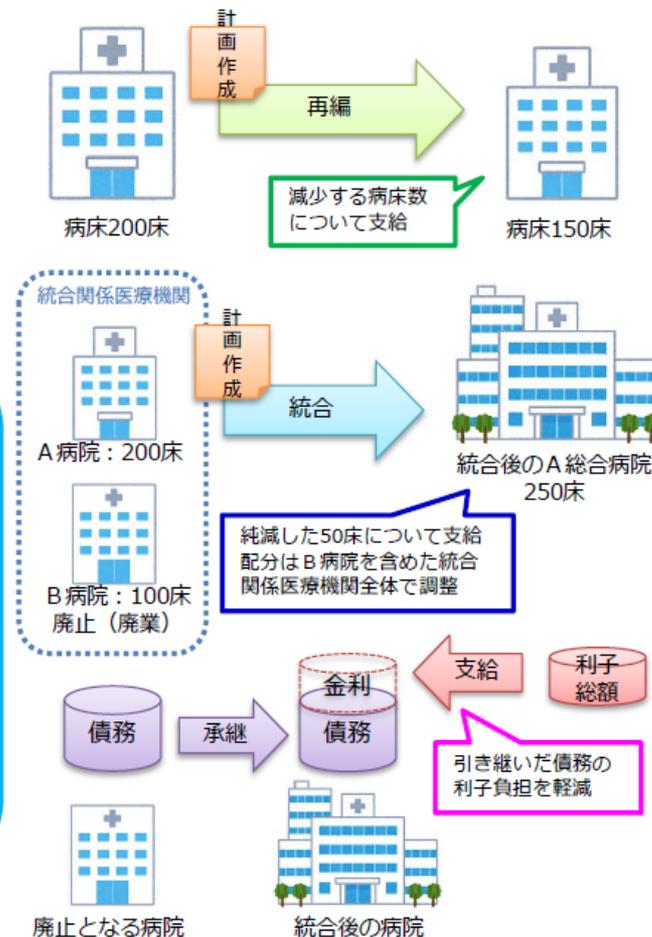
- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の合意を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10/10）】

「単独医療機関」の取組に対する財政支援

【1.単独支援給付金支給事業】

病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給

※病床機能再編後の対象3区分*2の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90%以下となること



「複数医療機関」の取組に対する財政支援

【2.統合支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）

※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援
※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象

【3.債務整理支援給付金支給事業】

統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給

※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象
※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る

*1 財政支援 …用途に制約のない給付金を支給

*2 対象3区分…高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。

2 基本的な考え方

- 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」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を決めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。

3 選定対象・募集時期

- 「重点支援区域」における事例としての対象は、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
 - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
 - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等
- 重点支援区域申請は、当面の間、随時募集する。

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。
なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ① 複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
- ② できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③ 異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
- ④ 人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 支援内容

重点支援区域に対する国による技術的・財政的支援は以下を予定。

【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

5 選定区域

これまでに以下の12道県17区域の重点支援区域を選定。

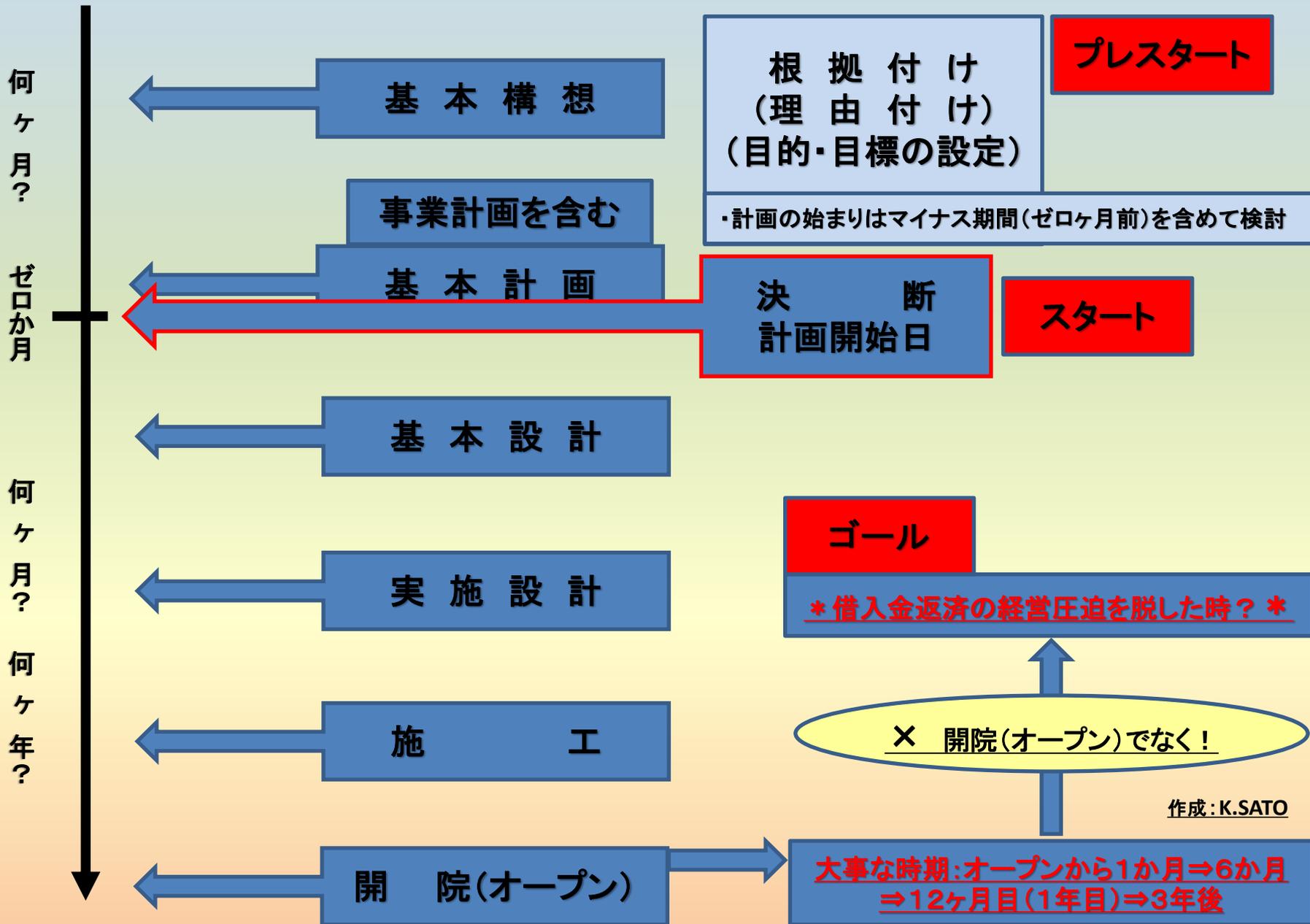
- 【1回目（令和2年1月31日）に選定した重点支援区域】
 - ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
 - ・ 滋賀県（湖北区域）
 - ・ 山口県（柳井区域、萩区域）
- 【2回目（令和2年8月25日）に選定した重点支援区域】
 - ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
 - ・ 岡山県（県南東部区域）
 - ・ 新潟県（県央区域）
 - ・ 佐賀県（中部区域）
 - ・ 兵庫県（阪神区域）
 - ・ 熊本県（天草区域）
- 【3回目（令和3年1月22日）に選定した重点支援区域】
 - ・ 山形県（置賜区域）
 - ・ 岐阜県（東濃区域）
- 【4回目（令和3年12月3日）に選定した重点支援区域】
 - ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
 - ・ 広島県（尾三区域）

県立西宮病院と西宮市立中央病院の統廃合

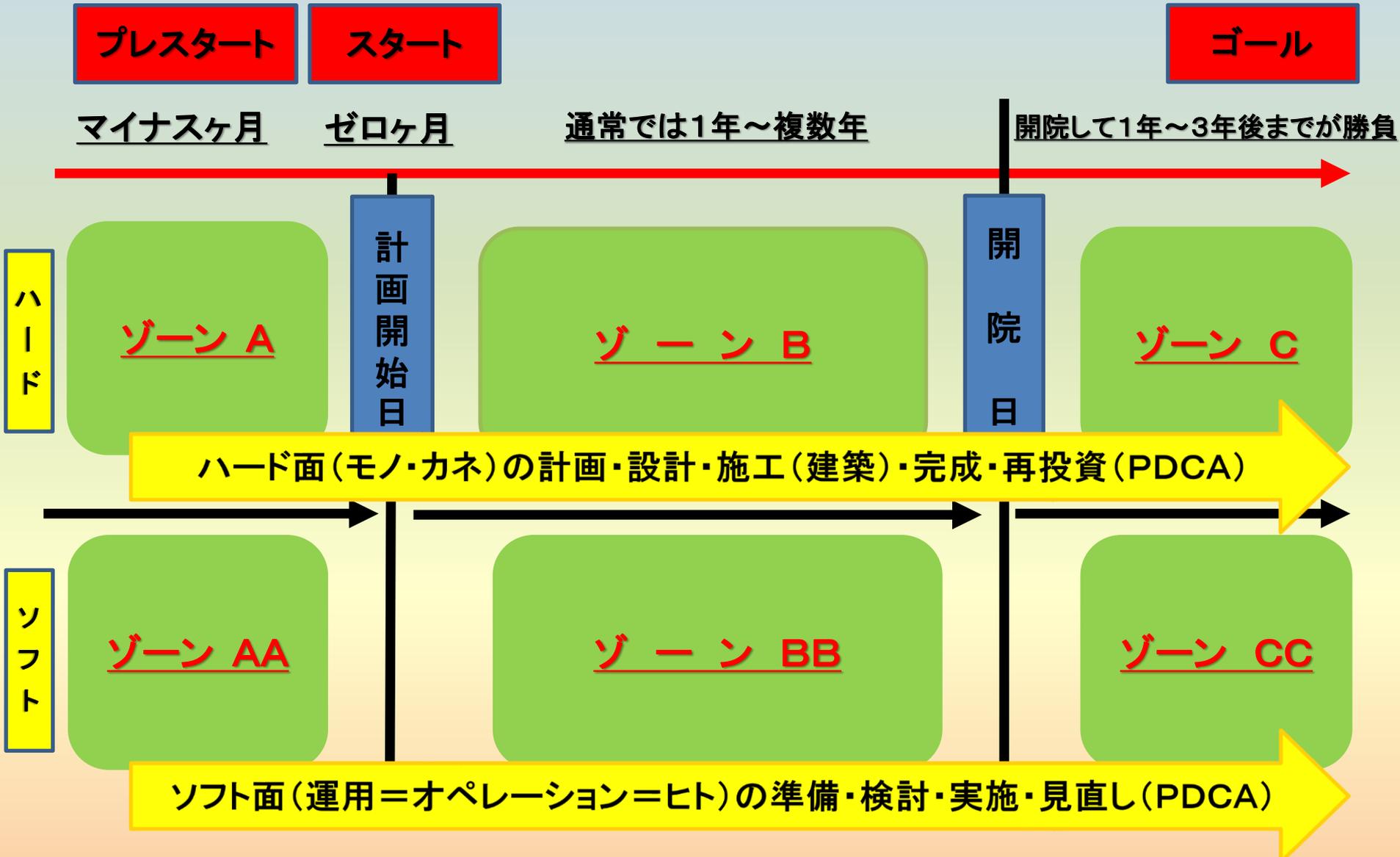
2. 医療機関(病院)の移転新築・建て替え計画

- A) 病院の移転新築・建て替え計画のスケジューリング(工程表)
- B) 病院の移転新築・建て替え計画での6つのゾーン
- C) 移転新築・建て替え計画で6つのゾーン分けの意味
- D) 設計・監理業務及び施工業務の主な発注方式(基礎知識①)
- E) 施工(建設)業者の選定フローの一例(基礎知識②)
- F) 一病院における移転新築・建て替え計画での経営・運営の問題点整理

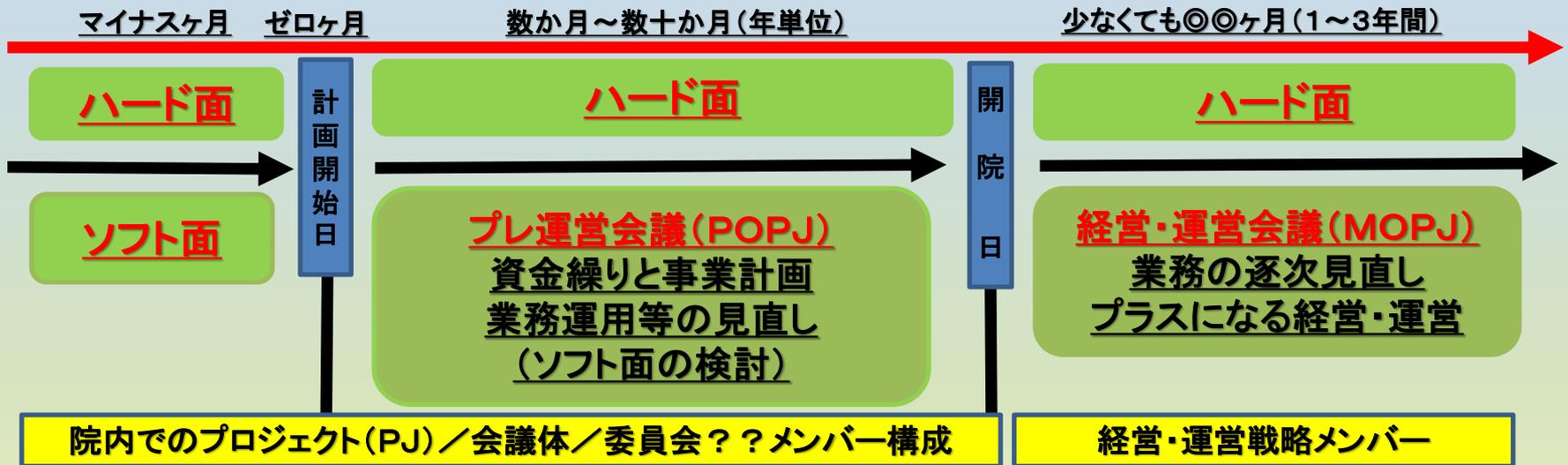
A) 病院の移転新築・建て替え計画のスケジューリング(工程表)



B) 病院の移転新築・建て替え計画での6つのゾーン

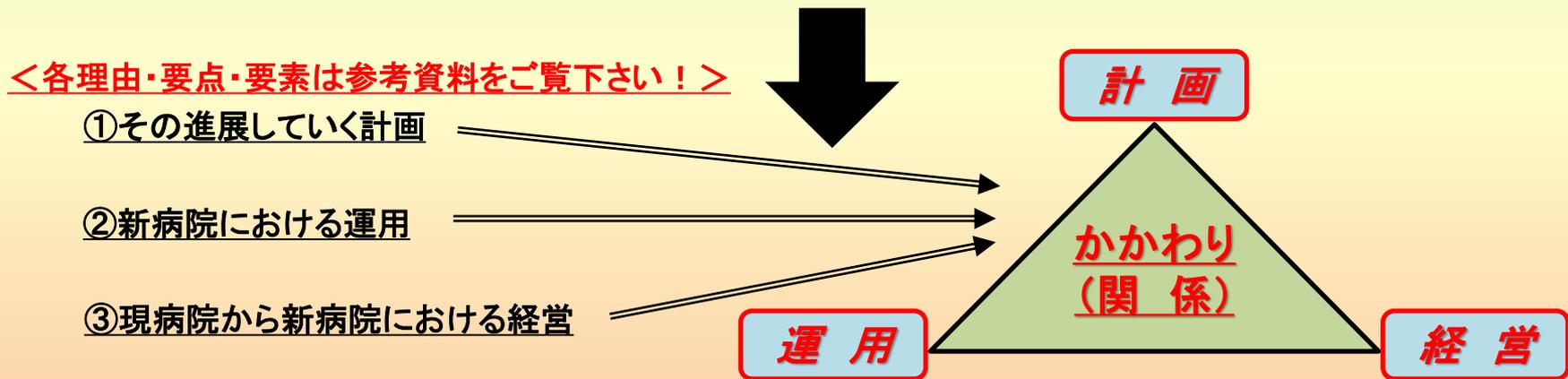


C) 移転新築・建て替え計画で6つのゾーン分けの意味



ソフト面のテーマ:「かかわり(関係)」

病院とヒト(職員)との主な関係(かかわりトライアングル)



D) 設計・監理業務及び施工業務の主な発注方式(基礎知識①)

1. 一括発注方式

2. 分離(分割)発注方式

2-①. 設計・監理+施工の分離発注方式

2-②. 施工・設備関係分離発注方式

建築本体+設備+電気+空調+衛生ガス+(昇降機)+(手術室) など

2-③. 完全分離発注方式(2-①と2-②の合わせる)

3. ECI方式(アーリー・コントラクター・インボルブメント)

マネジメントを伴う発注方式

3. CM方式(コンストラクション・マネジメント)

4. PM方式(プロジェクト・マネジメント)

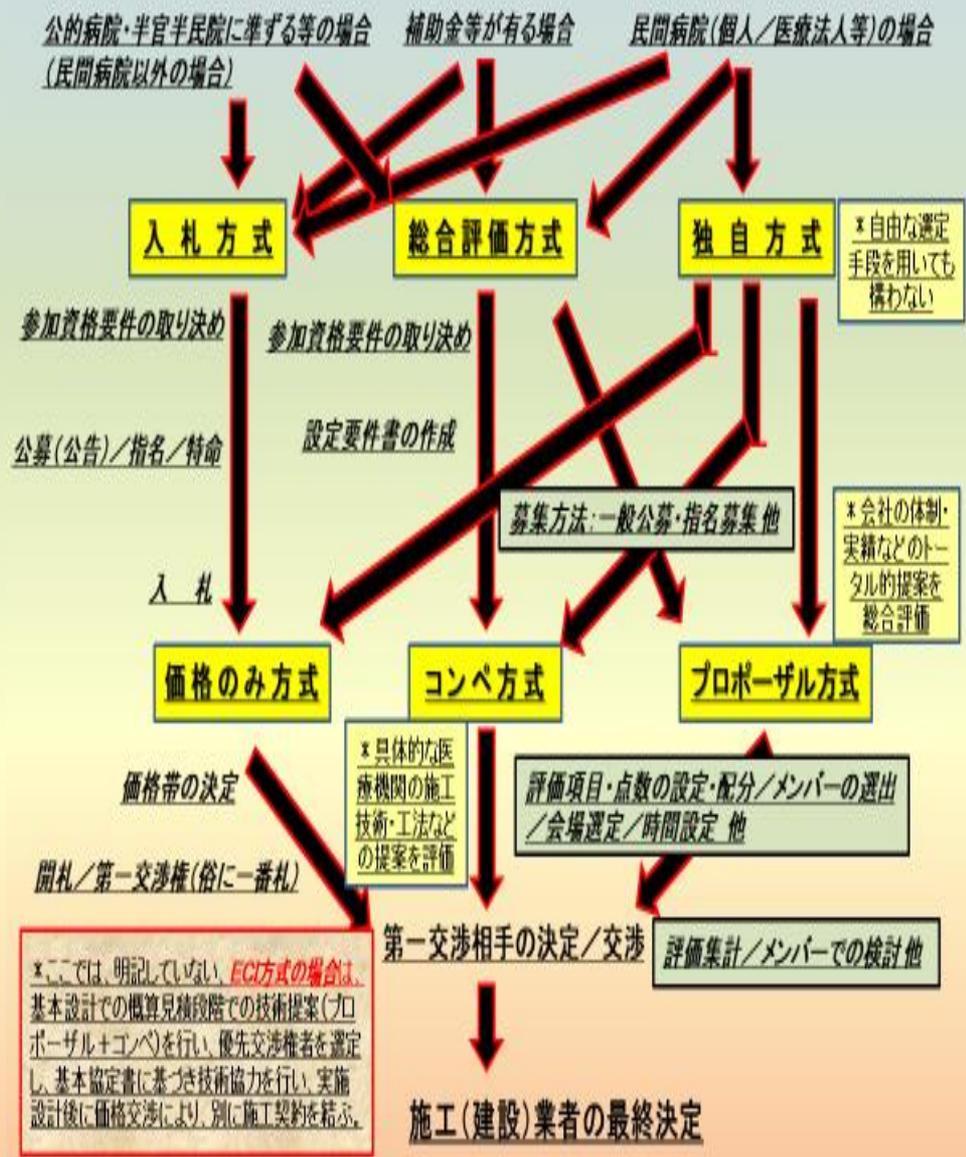
地域を意識した発注方式とコストダウンの一手法

5. JV方式⇒ジョイント・ベンチャー

*VE提案⇒バリュー・エンジニアリング

共同企業体といわれる、複数の企業が相互の利益のために共同で事業を行うこと。ジョイント形態の代表的な例に、大規模な建設工事などにみられる共同事業がある。また、共同出資によって合弁会社や施設を設立し、技術や人材、設備等を提供しあう場合もある。

E) 施工(建設)業者の選定フローの一例(基礎知識②)



F) 一病院における移転新築・建て替え計画での経営・運営の問題点整理

①その進展していく計画 → 特定される職員/第三者への丸投げ **警報①!**

- 基本計画は病院のアウトライン**
- 基本設計・実施設計への反映・交渉ネタ
 - 施工業者選定時のプレゼン評価
 - 施工への反映/デザイン(見た目)/機能
 - (仮)建設PJへの叩き台 → 職員への夢の土台?
- 事業計画は予想・予測**
- 理事会・院内での了解/投下資金と調達
 - 外部折衝(主に金融機関と行政)
 - オーナー(理事長)の決断の元(糧)
 - 誰に頼むか?任せるか?⇒第三者との接触
 - 進行に伴い修正又修正/納得するまで作り込みは構わない/数字の読み・カン

②新病院における運用 → 多くの職員へ降りてくる(囂望)・参加/参加意識の温度差
第三者の介入/中心的役割 **警報②!**

- 各種委員会(PJ)の存在と役割**
- 業務の洗い出しが出来ない
 - 業務を見直さない/強い固定概念/慣習打破
 - さらに付加を掛ける/効率化という幻想
- IT化の導入(電カル・オーダー・情報)**
- 医師のみの意見 → 協力体制/部門間の壁
- 現場で行われること...その他に**
- 合議制の妄想/意見の集約とぶつかり合い
 - アナログとデジタル化の妄想
 - 一度ではできないから、やり直すパワーと余力

③現病院から新病院における経営 → どのクラスまで経営状況を知っておくべきか?
院内のどのようなヒト(人間)に教えておくべきか?
(協力者/相談者/企画者)
第三者へ求める・依頼・頼(すが)る **警報③!**

院外(外部)からの協力・支援が得られるか?

- ×1.信用・信頼を勝ち取る
- ×2.個人的感情より病院を職員全体を
考える姿勢(⇒甘やかすも程々に)
- ×3.院外活動を甘く見ない⇒収入増要因 など

- 地域⇒住民⇒患者
- 金融機関等の地元企業
- 行政
- 医療機関・介護関連施設・調剤薬局

院内(内部)の協力・賛同が得られるか?

- ×1.むやみなヒトの入れ替え
- ×2.届出忘れ
- ×3.仕事場では仕事の関係優先
- ×4.目標達成意欲 など

- 経営層
- 幹部層
- 管理層
- 職員層

ヒト=(職員/患者s住民)=人間

信頼・信用・安心感

最後の一言...

すべてで「かわり」が大切・重要⇒そんな場が提供できる⇒病院を作って欲しい

3. 医療機関(病院)での統廃合のケースと動向

A) 医療機関(病院)の統廃合の流れと方式(手法)

B) 統廃合の主な背景に伴う類型と手段

C) 統廃合に向けての主な理由

D) 統廃合での主なプロセス(2-Aで話したスケジュールの基本設計実施前)

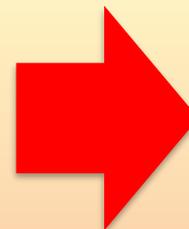
E) 統廃合における課題

A) 医療機関(病院)の統廃合の流れと方式(手法)

- 1999(平成11)年 7月:国内でPFI(Private Finance Initiative)法⇒半官半民方式
⇒特定目的会社(SPC)⇒実情は民設公営方式とも言えた
- 2003(平成15)年 9月:改正地方自治法⇒指定管理者制度⇒公設民営方式
- 2005(平成17)年 3月:国内初のPFIでの医療機関⇒高知医療センター(5年で解消)
- 2007(平成19)年12月:「公立病院改革ガイドライン」(総務省)⇒2015(平成27)年3月:新しく
⇒2008(平成20)年度から「公立病院改革プラン」の作成
- 2010(平成22)年 3月:東京都立多摩総合医療センター(多摩医療PFI:06~25年)
- 2011(平成23)年 6月:改正PFI法⇒「公共施設等運営権」
- 2014(平成26)年10月:「病床機能報告制度」の開始⇒「医療介護総合確保推進法」
- 2015(平成27)年 4月:「地域医療構想」策定の開始⇒「地域包括ケアシステム」の構築
- 2019(令和元)年 9月:再検証対象医療機関の公表
- 2020(令和2)年 4月:病床機能再編支援事業(地域医療介護総合確保基金)の創設

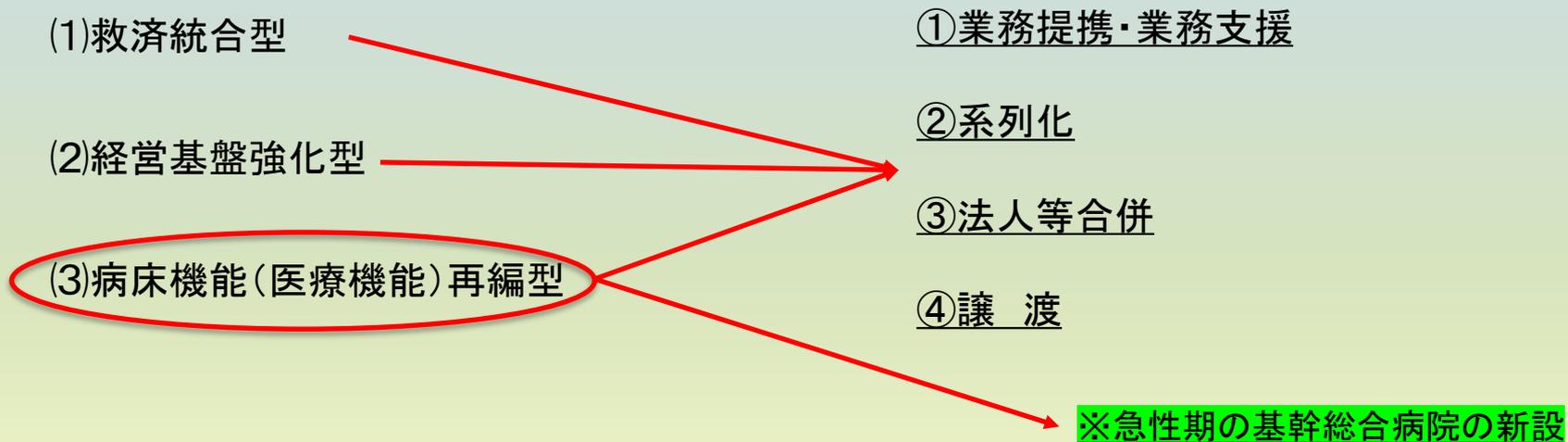
※2000年始めから、私的(民間)ベースでは、「グループ化」「チェーン化」が広域で進展し、公設民営方式だけでなく、M&Aと共に民設民営方式での統廃合も増えている

- (1) 公設民営方式⇒指定管理者制度
- (2) 民設民営方式⇒M&Aに伴う法人及び事業譲渡
- (3) 民設公営方式(半官半民)⇒従来のPFIとSPC
- (4) 公設公営方式⇒公立病院改革プラン／病床機能再編支援事業



※医療機関(病院)は再編成及び統廃合が加速している⇒地域医療提供体制の維持の根底では、個々の医療機関(病院)の存続を意味している

B) 統廃合の主な背景に伴う類型と手段

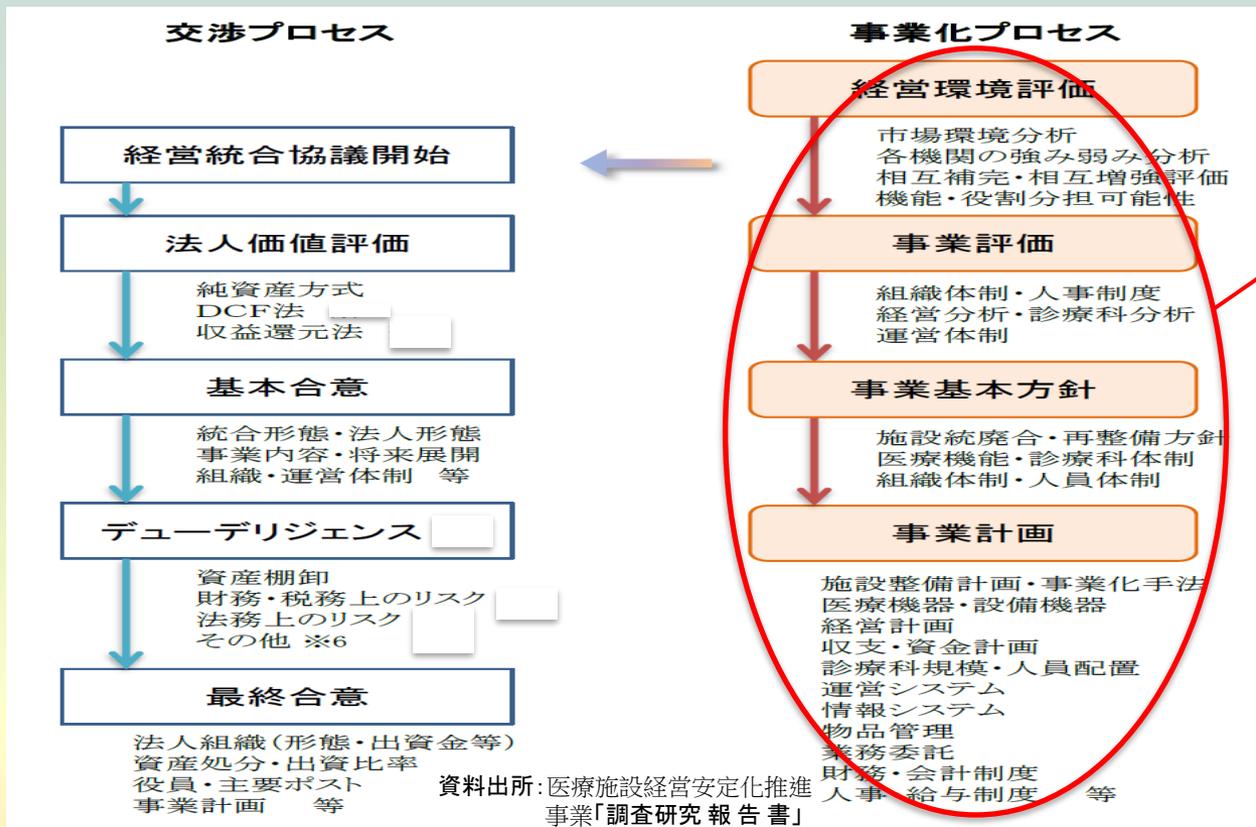


C) 統廃合に向けての主な理由

- (1)経営難・経営破綻(患者の減少／病床稼働率の低迷)
- (2)医師及び看護師不足並びにPT・OTを含むコ・メディカルの人材不足
- (3)病床機能(医療機能)再編及び業務拡大(地域での病院の存続／医療連携)
- (4)建物老朽化と建設投下資金不足(余剰資金と調達資金)
- (5)地域医療構想に基づく国からのメッセージ

D) 統廃合での主なプロセス(2-Aで話したスケジュールの基本設計実施前)

＜公設民営方式の一例＞



1. 統廃合を決断するまでの期間
基本及び事業計画
2. 統廃合での協議の期間
在り方委員会・検討会議⇒関係者が集まる定期会合⇒事務局の設置⇒その検討メンバーは？
3. 統廃合で合意に達する期間
事務組合及び企業団の設立

最終合意・協定契約書の押印

基本構想の策定

※状況によるが5～10年以上を費やすケースが多く、破談になる場合もある

運用面での各取り決めを行っていく

基本設計の実施へ

E) 統廃合における課題

(1) 労務関係(処遇・規定等)の統一化

(2) 診療報酬体系における施設・人員基準の統一化

(3) 院内情報システム及び運用面での統一化 → 各WGの設置

(4) 医師補充及び大学医局との関係

(5) 統合における費用負担とコストダウン

(6) 地方自治体の場合はトップの駆け引きと思考

(7) その他(病床削減ではなく、病床機能の再編で推し進める)

4. 製薬企業及びMRの方が抑えておくシーンは...

A. 情報への感度(情報への臭覚)

B. 幅広い顧客に対する知識力(知る力)

C. 社会人としての座学とコミュニケーション力

5. その他(質疑応答を含め)

※先に頂いた質問・確認・その他のID1～11に関する内容は、本研修会のレジユメに概ね盛り込んであると思いますので、当日聞きたい点や疑問点があれば、当日又はメールにてお尋ね下さい。但し「医薬品購入と返品の実例」に関する質問は、私の理解が及ばない質問にて申し訳ないですが、本研修会では触れておりません。

参 考 で知っておくと良い 資 料

※1つの医療機関(病院)統廃合の事例

(公設公営方式:救済統合型/病床機能再編型)

A) 静岡県掛川市と袋井市の市民病院の統廃合 → 中東遠医療圏:人口47万人

B) 掛川市立総合病院 = 22診療科:450床

袋井市立袋井市民病院 = 19診療科:400床 の統廃合

<統廃合の理由:老朽化と病床稼働率の低迷と赤字経営の継続他>

C) 主な期間:両市での検討開始2006(平成18)年

→2009(平成21)年:両市での基本協定終結

→2010(平成22)年:基本設計開始

→2013(平成25)年5月開院

→開院までの期間は約7年間

2019(令和元)年8月:
開院6年目での単年度
経常黒字決算

D) 中東遠総合医療センター = 32診療科:500床(一般:496床/感染症:4床)

→基幹総合病院として掛川市内に設置

E) 跡地活用:掛川市 → 医療法人綾和会掛川東病院

= 病院病床:190床(他老健:100床/介護医療院:50床を併設)

袋井市 → 袋井市立聖隷袋井市民病院(指定管理者制度の活用)

= 150床(一般/回復期/療養)

* 一般:850床 → 病床機能再編をして合わせると840床 + α となっている?!