資料４

市立加西病院　新病院に係る基本構想・基本計画検討委員会

＜第２回　議題資料＞

令和６年3月29日

市立加西病院

目次

1．	議論内容予定	P. 2
2．	新病院の方針確認	P. 4
3．	用地についての報告	P.13
4．	病床規模の検討	P.15
5．	医師確保に向けた検討	P.27

１．議論内容予定

1. 議論内容予定（更新）

全４回の検討委員会を予定しています。各回の議論内容想定について、前回（第1回）検討委員会でご提示した内容から、一部変更しております。今回（第2回）は、新病院の方針や医療体制をテーマとし、特に病床規模について、議論いただきたいと思います。

検討委員会	議論内容（想定）
第１回 1/10	□ 前回基本構想・基本計画の確認 □ 外部環境・内部環境による建て替え方向性の検討 □ ~~医療体制・病床規模等の検討~~ **・・・第2回（今回）に持ち越し**
第２回 **3/29**	□ **新病院の方針確認** □ **用地取得状況の報告** □ **病床規模の検討** □ **医師確保に向けた検討**
第３回 4/25（予定）	□ 第２回 基本構想・計画検討委員会の内容を踏まえての資料提示 □ 医療体制（病床規模・診療科等）の検討
第４回 翌12月頃（予定）	□ 第３回 基本構想・計画検討委員会の内容を踏まえての資料提示 □ 基本構想・基本計画（素案）提出

２．新病院の方針確認

2-1. 将来方針・経営形態 等
2-2. 周辺病院との主要機能分担
2-3. 地域医療連携

2-1. 将来方針・経営形態等

新病院の将来方針等について、前回の基本構想及び基本計画の内容をベースに設定しています。

（１）将来方針

- 地域包括ケアシステムにおいて加西市の中心的な役割を担います。
- 加西市民から医療保健全般で信頼される**地域多機能型病院**となります。

地域多機能型病院とは

救急医療機能などの急性期から回復期、状況に応じて慢性期・介護機能など、
地域に必要な多機能を発揮する病院

新病院の将来方針等について、前回の基本構想及び基本計画の内容をベースに設定しています。

（２）医療提供体制

- 基幹病院や周辺診療所との連携を強化し、急性期機能、ポストアキュート・サブアキュート機能を提供します。
- 当院周辺の将来医療需要に合わせた病床規模を整備します。
- 周辺医療機関との機能分化を図り、急性期病床を一定維持しつつ、不足している回復期病床を整備します。

新病院の将来方針等について、前回の基本構想及び基本計画の内容をベースに設定しています。

（３）救急医療体制

- 基本的には、初期救急の機能を担い、在宅医療を受けておられる患者、高齢者の救急受け入れに対応します。

新病院の将来方針等について、前回の基本構想及び基本計画の内容をベースに設定しています。

（４）在宅医療の充実

- 地域の診療所・介護事業所との連携体制の強化や医療介護の在宅サービスの充実を図ります。
- 医師会と連携し、市立病院として担うべき地域の希求度の高い在宅サービスを提供します。
- 平成23年に開設した訪問看護ステーションを今後も継続していきます。

新病院の将来方針等について、前回の基本構想及び基本計画の内容をベースに設定しています。

（５）建て替えの必要性

- 当院は築後約50年が経過しています。そのため、建物の老朽化・狭隘化が進んでおり、耐震性にも課題があります。

- 利便性の観点等から、現在の高台からアクセスの良い平地への**新築移転**を前提とした施設整備を行います。

新病院の将来方針等について、前回の基本構想及び基本計画の内容をベースに設定しています。

（６）経営形態

- 当院は、平成21年12月より地方公営企業法の**全部適用**を行っています。
- 当面は、**現行の経営形態を維持**しながら、経営の健全化に努めます。
- 今後、著しい経営環境の変化が生じた場合には、経営形態についても再検討することとします。

2-2. 周辺病院との主要機能分担

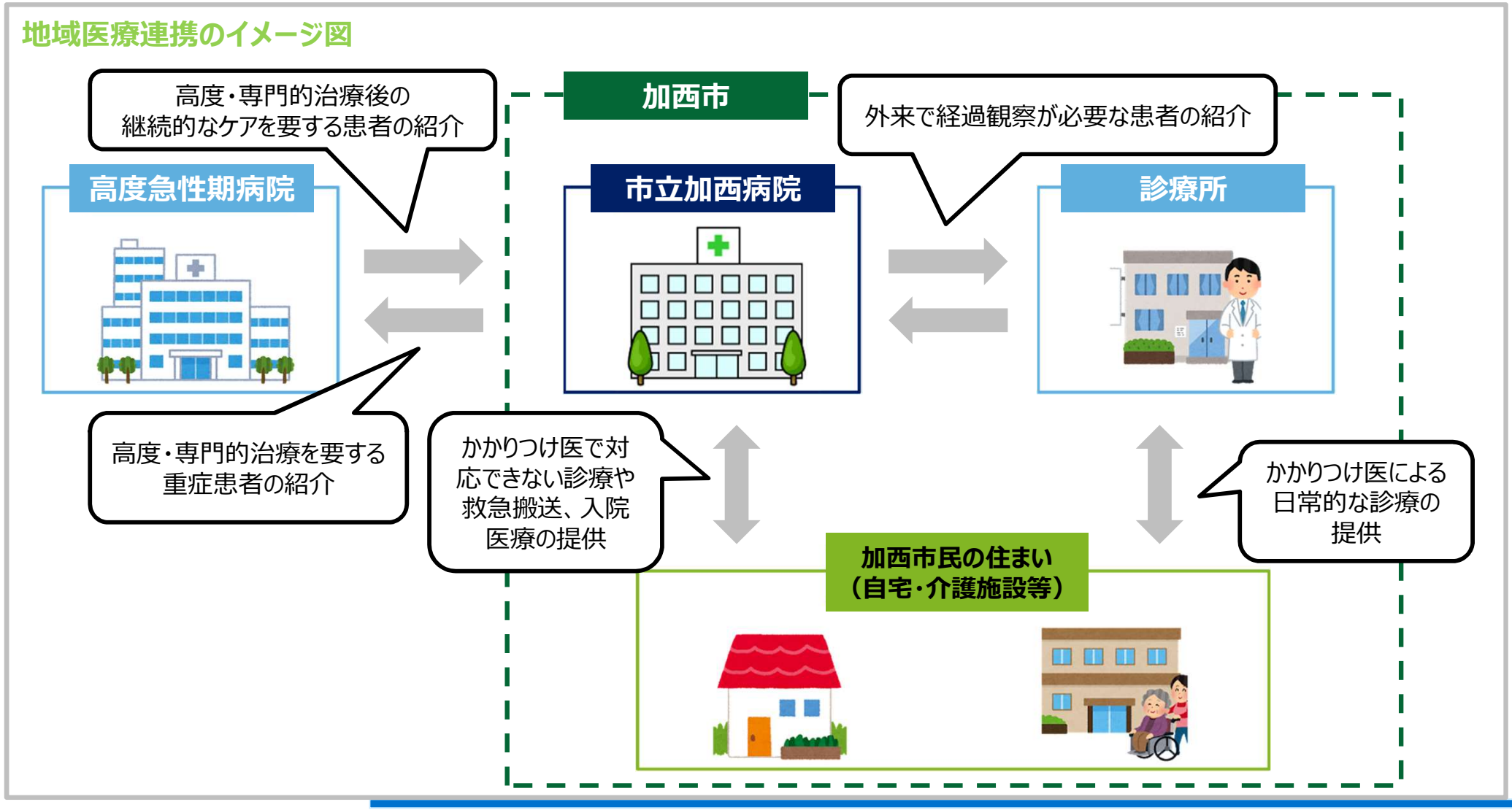
新病院での主要医療機能について、周辺医療機関との機能分担を前回の基本構想及び基本計画の内容をベースに設定しています。
周辺医療機関との役割分担については、今後も協議していきたいと考えております。

機能	周辺基幹病院の機能 （北播磨総合医療センター、加古川中央市民病院、 県立はりま姫路総合医療センター等）	当院の主要機能
がん	がんの診療拠点	がん一般標準治療
		外来化学療法
		外来対応
		緩和ケア機能
脳卒中	手術療法の強化	回復期・維持期
心筋梗塞	手術療法の強化	一部初期救急・回復期・維持期
救急医療	地域で二次～三次救急の完結	初期救急
		在宅医療・高齢者の救急受入対応
小児医療	小児救急	一般外来対応
精神医療・認知症対応	兵庫県認知症疾患医療センター	認知症疾患の早期発見
在宅医療支援	在宅療養後方支援	在宅療養支援機能の検討

2-3. 地域医療連携

地域の医療機関との連携について、市立加西病院は地域の診療所のバックアップ機能、高度急性期病院との懸け橋としての機能を中心に担います。

地域医療連携のイメージ図



３．用地についての報告

3. 用地についての報告

新病院の建設予定地について、概要を報告します。

■ 用地住所

兵庫県加西市豊倉町

■ 敷地面積

約43,000㎡

■ 現病院からの距離間

３km

車で５分

※取り扱いにご留意ください

■ 周辺地図

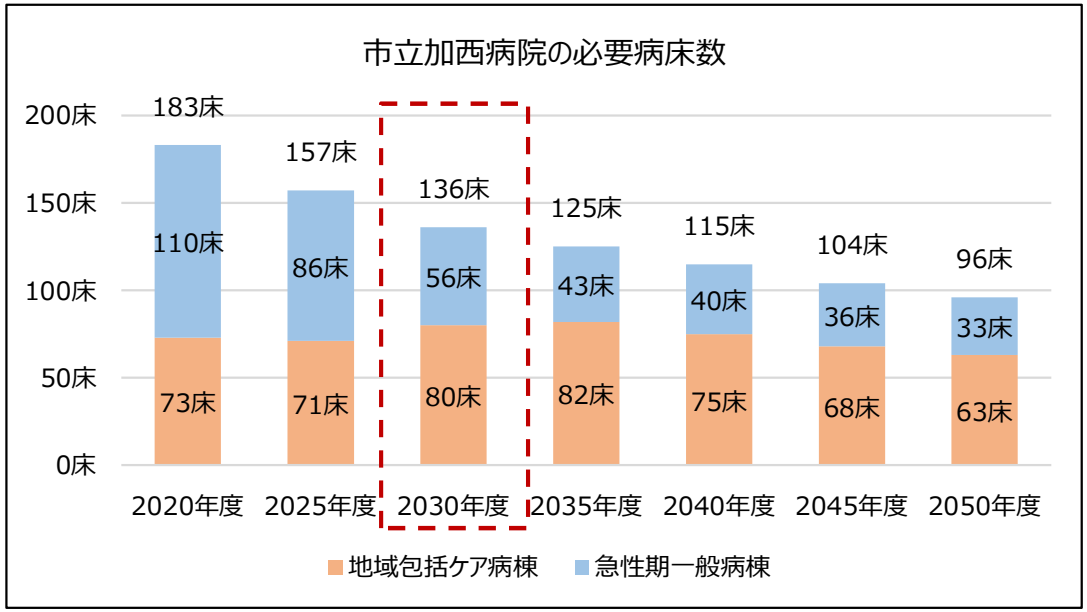
４．病床規模の検討

4-1. 前回計画での病床規模設定
4-2. 病床規模の検討

4-1. 前回計画での病床規模設定

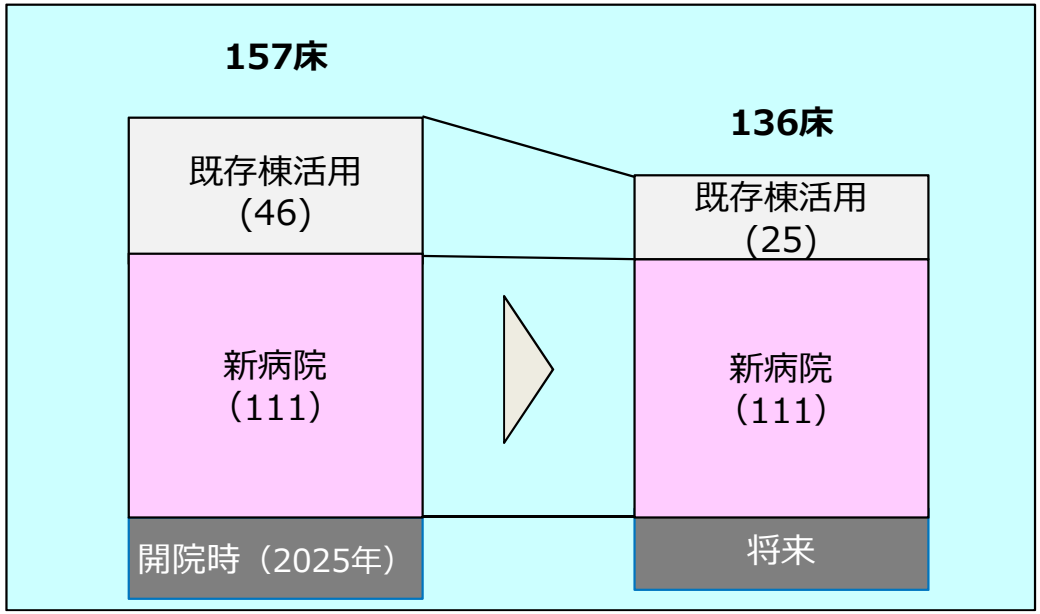
前回計画では、当院の将来推計入院患者数から、必要病床数を算出することで、病床数の設定を行いました。
具体的には、既存西本館の一部を活用し、開院時は157床とし、将来的に136床へダウンサイジングする計画となっていました。

【前回基本計画（案）で算出された当院の必要病床数】



出典：加西市立病院建設基本計画（案）より

【前回設計時の病床数設定イメージ】



4-2. 病床規模の検討　（１）病床規模検討における基本方針

病床規模のパターンとして、前回の計画と同じ「**157床➡136床へダウンサイジングするパターン**」と、開院時期の変更を踏まえ、「**136床で開院するパターン**」を比較すると、「建築費の高騰」や「新築移転により既存棟の活用ができない」といった条件から、**136床で開院するパターンの方が望ましい**と考えます。

前回計画

開院時）157床　➡　将来）　136床へダウンサイジングするパターン

今回は、既存建物を活用しない**新築移転での計画**であり、将来的にダウンサイジングを実行する場合、**改修費が発生**します。
また、**建築費が高騰**している現在の環境下では、出来る限り建物の延床面積を抑える計画が求められます。

既存建物の再活用を実施しない今回の計画では、
157床➡136床へのダウンサイジングするパターンは現実的ではないと判断します。

今次計画の基本方針

【 136床で開院するパターン 】を基本に検討を進めます。

4-2. 病床規模の検討　（３）事業収支検証【136床パターン】 試算条件整理

136床で開院したパターンの採算性を検証します。主な試算条件としては、以下の通りです。

試算条件（136床 ）

■入院収入の条件

	令和5年度 見込値	開院後 推定値	
病床数	199床	136床	-63床
急性期	100床	56床	-44床
回復期	99床	80床	-19床
1日当たり患者数	154.3人/日	121.0人/日	-33人
急性期	78.3人/日	45.0人/日	-33人
回復期	76.0人/日	76.0人/日	0人
稼働率	75.0%	89.0%	
急性期	78.3%	90.0%	
回復期	76.8%	95.0%	
診療単価	44,709円	44,308円	
急性期	47,344円	48,000円	
回復期	42,144円	42,000円	

※急性期：急性期一般入院基本料（10対1）を想定
回復期：地域包括ケア病棟入院料（13対1）を想定
（将来的に、地域包括医療病棟入院料取得の可能性も含む）

■外来収入の条件

	令和5年度 見込値	開院後 推定値
患者数	370.0人/日	350.0人/日
診療単価	12,500円	12,600円

■医業費用の条件

	設定概要
給与費	ダウンサイジングに伴う計画的な減員反映
材料費	対医業収益比率 16.4%
経費（光熱水費、委託費・清掃）	延床面積の変動を反映

■減価償却の条件

	償却年数	償却率
建物（新築・改修）	39年	0.026
設備（新築・改修）	15年	0.067
医療機器等	5年	0.200
情報システム	6年	0.167

■起債償還計画の条件

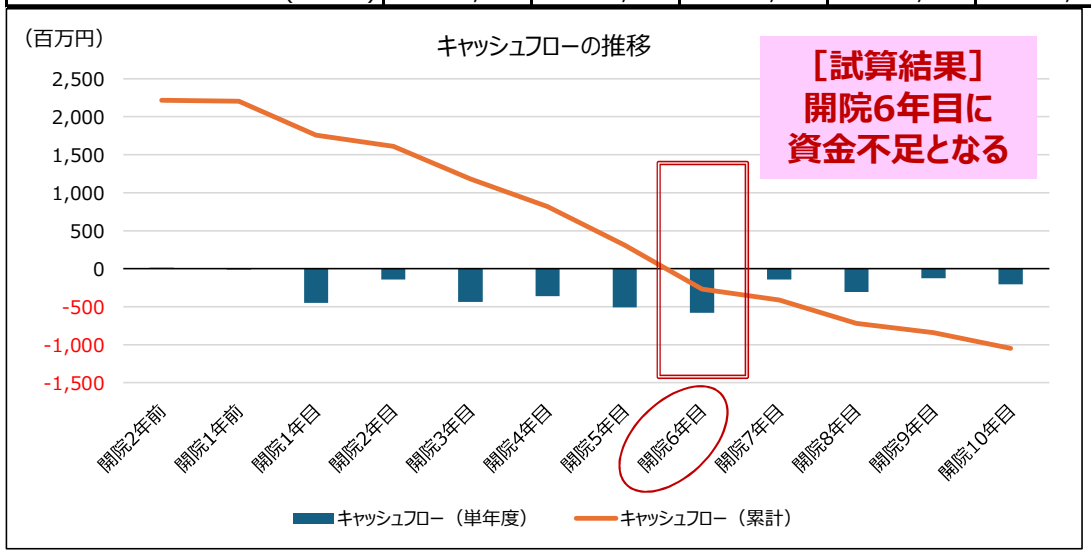
	償還年数	据置期間	利率
用地取得費	30年	5年	1.4%
造成開発費	30年	5年	1.4%
工事監理費・意図伝達業務	30年	5年	1.4%
建築工事費	30年	5年	1.4%
医療機器等導入費	5年	1年	0.3%
情報システム導入費	5年	1年	0.3%
起債償還　一般会計負担割合	50%　（元金返済）		

4-2. 病床規模の検討　（３）事業収支検証【136床パターン】 試算結果

136床で開院したパターンの採算性を検証します。試算結果としては、以下の通りです。

試算結果（136）

	開院2年前	開院1年前	開院1年目	開院2年目	開院3年目	開院4年目	開院5年目	開院6年目	開院7年目	開院8年目	開院9年目	開院10年目
病床数	199床	199床	136床	136床	136床	136床	136床	136床	136床	136床	136床	136床
医業収支比率	94.5%	95.2%	73.9%	80.8%	80.6%	81.0%	81.2%	84.7%	86.6%	86.5%	88.7%	86.6%
修正医業収支比率	89.1%	89.7%	68.7%	75.6%	75.4%	75.7%	75.9%	79.1%	81.0%	80.9%	83.0%	80.9%
経常収支比率	97.9%	98.0%	83.6%	89.3%	89.9%	90.0%	90.2%	92.7%	93.4%	93.5%	94.7%	93.8%
キャッシュフロー［単年度］（百万円）	14	-12	-449	-144	-434	-362	-510	-579	-141	-308	-126	-206
キャッシュフロー［累計］（百万円）	2,217	2,206	1,757	1,613	1,180	818	309	-270	-410	-718	-843	-1,049



136床の収益力では、

事業計画が成り立たない

4-2. 病床規模の検討　（４）追加パターンの検討（病床機能別病床数の視点）

136床以外の病床候補を検討するにあたり、病床規模別病床数を整理すると、北播磨医療圏では、回復期病床が不足しており、当院の回復期病床を現状の99床から大きく減らすことは望ましくないと考えています。

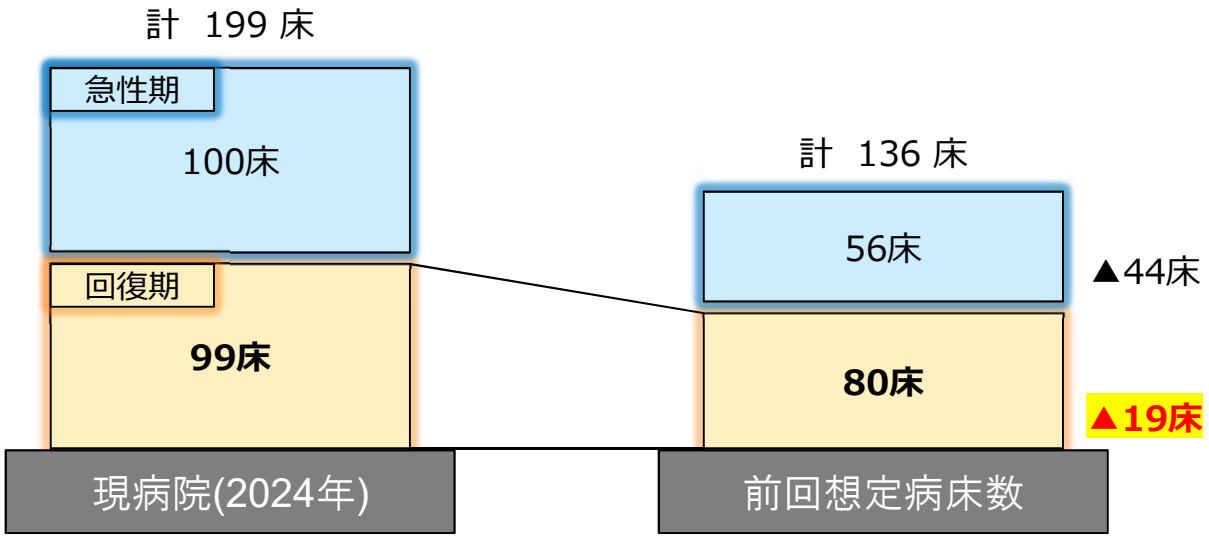
Point　病床機能別 病床数の視点

■北播磨医療圏における病床機能別の必要数

	2025年 医療需要 （人/日）	(A) 2025年必要 病床数	(B) 2022年度 病床機能 報告	過不足 (B － A)
高度 急性期	175人	234床	56床	▲178床
急性期	771人	988床	1,426床	438床
回復期	800人	889床	682床	▲207床
慢性期	1,157人	1,257床	1,415床	158床
全体	**2,903人**	**3,368床**	**3,611床**	**243床**

出典：兵庫県医療計画、令和4年度 病床機能報告

医療圏として、回復期病床は不足しており、
回復期病床を大きく減らすことは望ましくない



総病床数136床で回復期病床を99床とすると、

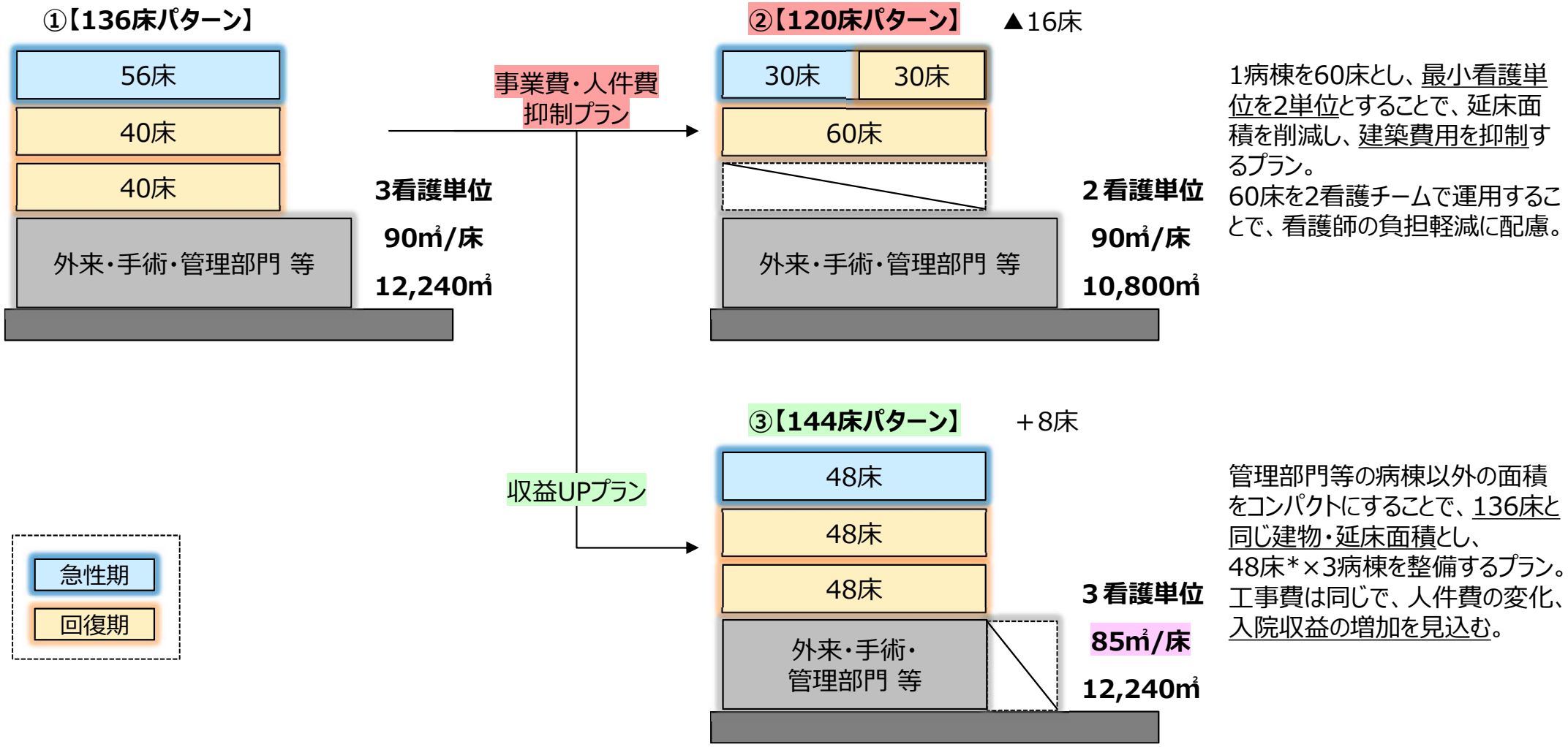
急性期病床が37床となってしまい、更に収益が悪くなる。

急性期病床を一定数維持しつつ、

回復期病床を大きく減少させない病棟構成が必要となる。

4-2. 病床規模の検討　（４）追加パターンの検討（採算性の視点）

【①136床パターン】では収支が合わないため、収益力のUPや、事業費を抑制するプランが必要になります。
看護単位を減らし事業費を抑える【②120床パターン】、総面積を変えずに病床数を増やす【③144床パターン】を検討します。



4-2. 病床規模の検討　（４）追加パターンの検討（簡易CF単年比較）

136床パターン、120床パターン、144床パターンについて、簡易的にキャッシュフローの比較を実施しました。
費用項目としては、**新棟建築工事費と看護師給与**、収益項目としては、**入院収益の変動**に限定し、試算しています。

	①136床パターン	②120床パターン	③144床パターン	備考
延床面積	12,240㎡	10,800㎡	12,240㎡	
病床当たり面積	90㎡/床	90㎡/床	**85㎡/床**	
新棟建築工事費	8,568,000千円	7,560,000千円	8,568,000千円	70万円/㎡×延床面積
看護単位数	3看護単位	2看護単位	3看護単位	
入院料構成	急性期一般入院基本料2（56床）	急性期一般入院基本料2（30床）	急性期一般入院基本料2（48床）	現状の入院料を継続と想定
	地域包括ケア病棟入院料1（80床）	地域包括ケア入院医療管理料1（30床）	地域包括ケア病棟入院料1（96床）	
		地域包括ケア病棟入院料1（60床）		
病棟看護師数	急性期病棟　27人	急性期病棟　30人	急性期病棟　24人	稼働率（急性期）90% で計算
	回復期病棟　34人（17人×2病棟）	回復期病棟　24人	回復期病棟　38人（19人×2病棟）	稼働率（回復期）95% で計算
	計 61人	計 54人	計 62人	
看護師給与費	480,192千円	425,088千円	488,064千円	給与費には法定福利費等含む
入院収益	2,048,088千円	1,783,755千円	2,154,960千円	
急性期	56床	30床	48床	稼働率 90%
単価 48,000円	883,008千円	473,040千円	756,864千円	
回復期	80床	90床	96床	稼働率 95%
単価 42,000円	1,165,080千円	1,310,715千円	1,398,096千円	
①との単年CF比較	-	**-168,909千円/年**	**99,000千円/年**	
費用項目	-	-95,424千円/年	7,872千円/年	建築費：30年返済(据置5年)
収益項目	-	-264,333千円/年	106,872千円/年	

- **120床パターンでは、費用削減額よりも収益削減の影響が大きく、全体収支としては136床パターンよりも約 1.7 億円の資金悪化**
- **144床パターンでは、136床パターンと看護配置数は1名多くなるが、収益面の増収の影響が大きく、約 1 億円の資金改善**

4-2. 病床規模の検討　（４）追加パターンの検討（キャッシュフローの推移）

136床よりも収支が向上した144床パターンについて、簡易キャッシュフロー計算を実施しました。
144床パターンでは、開院10年目に資金不足となる試算結果となります。
そこで、更に急性期の単価を48,000円➡53,000円まで引き上げることができた場合の試算も追加しています。
この場合、開院13年目に資金不足となる試算結果となりました。

区分	（単位：百万円）	1~10年目	開院1年目	開院2年目	開院3年目	開院4年目	開院5年目	開院6年目	開院7年目	開院8年目	開院9年目	開院10年目
資金残高（単年度）	固定		-448	-144	-434	-361	-509	-578	-140	-308	-125	-206
資金残高（累計）	【136床】		1,757	1,613	1,179	818	309	-269	-410	-718	-843	-1,049
資金残高（累計）	【144床】		1,856	1,811	1,476	1,214	804	325	283	74	48	-59
資金残高（累計）	【144床・単価UP】		1,935	1,969	1,665	1,435	1,056	608	599	421	427	351

区分	（単位：百万円）	11~20年目	開院11年目	開院12年目	開院13年目	開院14年目	開院15年目	開院16年目	開院17年目	開院18年目	開院19年目	開院20年目
資金残高（単年度）	固定		-214	-391	-295	-289	-277	-100	-181	-177	-341	-250
資金残高（累計）	【136床】		-1,262	-1,653	-1,947	-2,236	-2,513	-2,613	-2,795	-2,971	-3,312	-3,562
資金残高（累計）	【144床】		-173	-465	-660	-850	-1,028	-1,029	-1,112	-1,189	-1,431	-1,582
資金残高（累計）	【144床・単価UP】		268	8	-156	-314	-461	-430	-481	-527	-737	-857

区分	（単位：百万円）	21~30年目	開院21年目	開院22年目	開院23年目	開院24年目	開院25年目	開院26年目	開院27年目	開院28年目	開院29年目	開院30年目
資金残高（単年度）	固定		-297	-290	-104	-190	-185	-505	-321	-310	-146	59
資金残高（累計）	【136床】		-3,859	-4,150	-4,254	-4,443	-4,628	-5,133	-5,454	-5,765	-5,911	-5,851
資金残高（累計）	【144床】		-1,780	-1,972	-1,977	-2,067	-2,153	-2,559	-2,781	-2,993	-3,040	-2,881
資金残高（累計）	【144床・単価UP】		-1,024	-1,183	-1,157	-1,216	-1,270	-1,645	-1,835	-2,015	-2,030	-1,841

4-2. 病床規模の検討　（４）追加パターンの検討（キャッシュフローの推移・追加増収）

144床・単価UPパターンにおいて、追加で年間3千万円の増収（資金確保）が可能になると、開院30年目まで資金不足にならないといった試算結果になりました。

一方で、144床パターン（単価48,000円のまま）で資金不足にならないためには、追加で年間約1.1億円の追加資金確保が必要になります。

区分	（単位：百万円）	1~10年目	開院1年目	開院2年目	開院3年目	開院4年目	開院5年目	開院6年目	開院7年目	開院8年目	開院9年目	開院10年目
資金残高（単年度）	固定		-448	-144	-434	-361	-509	-578	-140	-308	-125	-206
資金残高（累計）	【136床】		1,787	1,673	1,269	938	459	-89	-200	-478	-573	-749
資金残高（累計）	【144床】		1,886	1,871	1,566	1,334	954	505	493	314	318	241
資金残高（累計）	【144床・単価UP】		1,965	2,029	1,803	1,649	1,348	978	1,045	945	1,028	1,030

区分	（単位：百万円）	11~20年目	開院11年目	開院12年目	開院13年目	開院14年目	開院15年目	開院16年目	開院17年目	開院18年目	開院19年目	開院20年目
資金残高（単年度）	固定		-214	-391	-295	-289	-277	-100	-181	-177	-341	-250
資金残高（累計）	【136床】		-932	-1,293	-1,557	-1,816	-2,063	-2,133	-2,285	-2,431	-2,742	-2,962
資金残高（累計）	【144床】		157	-105	-270	-430	-578	-549	-602	-649	-861	-982
資金残高（累計）	【144床・単価UP】		1,024	841	755	674	604	712	739	770	637	594

区分	（単位：百万円）	21~30年目	開院21年目	開院22年目	開院23年目	開院24年目	開院25年目	開院26年目	開院27年目	開院28年目	開院29年目	開院30年目
資金残高（単年度）	固定		-297	-290	-104	-190	-185	-505	-321	-310	-146	59
資金残高（累計）	【136床】		-3,229	-3,490	-3,564	-3,723	-3,878	-4,353	-4,644	-4,925	-5,041	-4,951
資金残高（累計）	【144床】		-1,150	-1,312	-1,287	-1,347	-1,403	-1,779	-1,971	-2,153	-2,170	-1,981
資金残高（累計）	【144床・単価UP】		505	423	527	545	568	271	157	55	117	384

4-2. 病床規模の検討　（５）病床パターンの評価

136床パターン、120床パターン、144床パターンについて、評価結果は以下の通りです。
建築費の高騰をはじめ、病院経営を取り巻く環境が大きく変化している中で、新病院開院後も採算性を確保し、医療提供を続けていくためには、病院の大きな収入源である病床数を一定数維持することが必要と考えます。

No.	病床数パターン	建築コストに係る要素	最小看護単位	評価
-	157床→136床 （段階的なダウンサイジング）	• 建築面積が最も大きい • 136床へのダウンサイズする際に改修費が発生する	3看護単位	• 建築費が最も高くなる • 新築移転のため、既存棟を活用できないため、ダウンサイジングする際に改修費が発生する
①	136床 【検討上ベースとしたプラン】	• 最低3看護単位の整備が必要	3看護単位	• 6年目にキャッシュアウトする
②	120床	• 2看護単位での整備が可能で、①、②よりも1病棟分削った建築面積で済む	2看護単位	• 136床と比較し、建築費や延床面積に影響する費用額は下がるが、その減額分よりも収益面でのマイナス影響が大きい
③	144床	• 136床と同じ延床面積での建築を想定。 （個室率の調整等）	3看護単位	• 136床と比較し、病床あたりの面積が小さくなり、管理部門等が比較的コンパクトな作りになる可能性がある（90㎡/床→85㎡/床） • 急性期を維持することで収益面でのプラスの影響が大きい

５．医師確保に向けた検討

5-1. 基本方針
5-2. 医師確保に向けた具体的な対策

5-1. 基本方針

医療従事者の確保に関する基本方針として、以下の内容を想定します。

医療従事者の確保について

- 働き方改革を推進し、医療従事者にとって魅力的な職場環境を構築します。
- 周辺基幹病院との連携を強化し、医療人材の育成・交流を含めた病病連携の在り方を検討します。

5-2. 医師確保に向けた具体的な対策

医師確保に向け、市立加西病院として検討している対策は、以下の通りです。

具体的な医師確保策

① 神戸大学からの派遣

② 北播磨総合医療センターからの派遣

③ 兵庫県養成医師制度の活用

④ 派遣業者への依頼

⑤ 奨学金制度など独自施策の創設