

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 3 回 議題資料＞

令和 6 年 4 月 25 日
市立加西病院



目次

1. 議論内容予定	P. 2
2. 前回検討委員会の振り返り	P. 4
3. 新病院の方針・コンセプト	P. 6
4. 医師確保の方針	P.12
5. 病床規模の検討	P.17



1. 議論内容予定

1. 議論内容予定（更新）

各回第3回検討委員会の議論内容想定について、前回（第2回）検討委員会でのご意見を踏まえ、新病院の方針・コンセプト、医師確保の方針についての院内協議結果を報告し、前回持ち越しとなった病床規模の検討についてご意見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 …詳細の議論は第3回（今回）に持ち越し □ 医師確保に向けた検討
第3回 4/25	□ 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 ＜新病院の方針・コンセプト、医師確保の方針＞ □ 病床規模の検討
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. 前回検討委員会の振り返り

2. 前回検討委員会の振り返り

第2回検討委員会での議題及び主な議論内容を整理しております。

第2回検討委員会 議題	検討会での主な議論内容
新病院の方針確認	□ 将来方針、医療提供体制、建て替えの必要性、経営形態等についての方針を報告。 □ 医療提供体制について、より詳細で分かりやすい表現が必要等の意見をいただいた。 □ 新病院方針として、魅力ある病院を打ち出すような内容を期待する等の意見をいただいた。
用地についての報告	□ 新病院の建設予定地について、住所、敷地面積、立地等を報告。
病床規模の検討	□ 採算性や必要病床数の観点から、開院のタイミングで大きく病床を減らしてスタートするのではなく、一定の急性期病床を保持し、回復期病床は現状の99床程度を維持するプランについて検討していることを報告。 □ 職員確保、主に医師確保について、先に議論する必要があるとの意見から、<u>詳細の議論は次回（第3回）に持ち越し</u>となった。
医師確保に向けた検討	□ 医師確保に向け、神戸大学や北播磨総合医療センターからの派遣を継続いただくこと、兵庫県養成医師制度の活用、派遣業者への依頼、奨学金制度など独自施策の創設を対応策として提示。 □ 医師の働き方改革が始まることもあり、神戸大学、北播磨総合医療センターからの派遣は厳しいとの意見をいただいた。 □ 総合診療医の確保に向けた取組や、市をあげた医師確保策の必要性について意見をいただいた。



3. 新病院の方針・コンセプト

3-1. 前回検討委員会でのご意見

3-2. 院内検討状況の報告

3-1. 前回検討委員会でのご意見（方針・コンセプト）

第2回検討委員会での報告事項（抜粋）

第2回資料

（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

（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。

主な議論内容

医療提供体制

- 急性期・サブアキュート・ポストアキュートの表現について、「急性期」は不要ではないか。
- 市民目線で分かりやすい言葉での表現が必要。
- 「急性期」の言葉を無くすと市民に与えるマイナスの影響が大きい。
- 主要機能分担のより具体的な整理（がんの一般標準治療の内容等）も今後必要。

医療DX

- Join(医療関係者間コミュニケーションアプリ)の活用等、システムの観点からも医療連携の検討が必要

特色

- 現在のままりニューアルではなく、何か新しい、魅力のある病院方針を打ち出して欲しい

院内協議事項

- ① 医療提供体制の表現再検討
- ② 魅力ある病院方針の検討

3-2. 院内検討状況の報告 ①医療提供体制の表現について

前回検討委員会で提示した「医療提供体制」の説明内容について、以下の通り修正いたします。
現状、救急搬送受入や手術についても対応しており、急性期機能は今後も継続する考えとします。

変更案

(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、サブアキュート・ポストアキュート機能*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。

*急性期機能、サブアキュート・ポストアキュート機能について

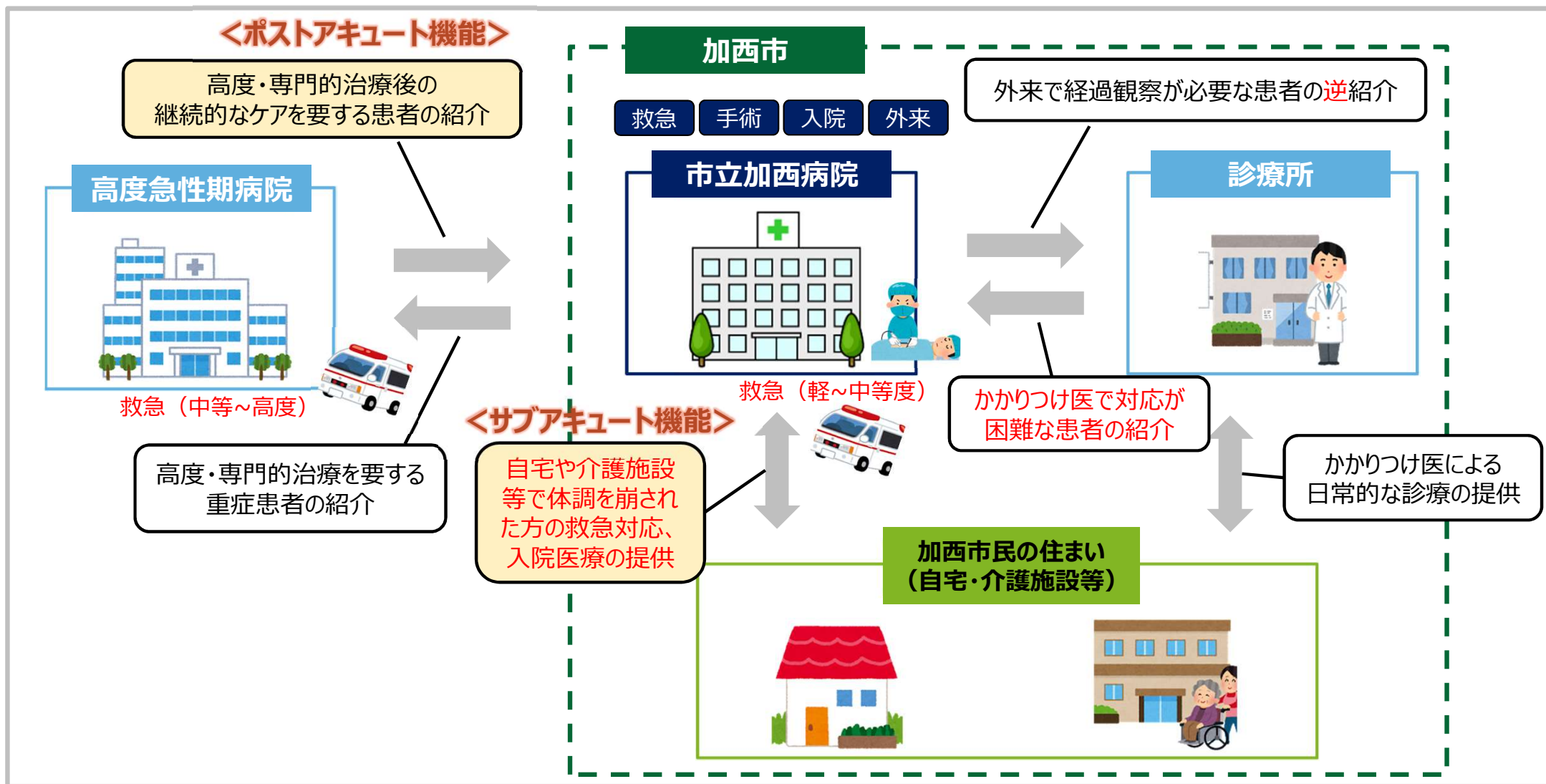
急性期	□ 救急搬送受入（軽～中等度）、手術対応 ※一部診療科での提供 □ その他、高度急性期病院に搬送するか判断が付かない患者の救急搬送受入
サブアキュート	□ かかりつけ医で対応が困難な患者への入院対応 □ 在宅や介護施設等で療養中の患者の状態が悪化した場合の受入対応
ポストアキュート	□ 基幹病院や専門病院で高度・専門的な治療を行った患者への、継続的な治療、ケア、リハビリテーションなどの機能を提供（診療所など地域の医療機関・施設と連携・役割分担し、対応する。）

3-2. 院内検討状況の報告 ①医療提供体制の表現について

前回も提示した地域医療連携のイメージ図においても、改めて内容を整理し、修正いたしました。

地域医療連携のイメージ図

赤字：前回からの修正箇所



3-2. 院内検討状況の報告 ①医療提供体制の表現について

周辺病院との主要機能分担について、前回検討委員会において、より具体的な内容を検討していくべきと意見をいただきました。詳細検討については、今後の基本計画の期間中に検討していきたいと思います。

周辺病院との主要機能分担

基本計画の期間中に詳細を検討していく。

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

3-2. 院内検討状況の報告 ②魅力ある病院方針について

前回検討委員会での意見を踏まえ、市立加西病院が誰にとって魅力ある病院であるべきかを整理しました。
具体的な内容を院内検討中であり、第4回の検討委員会で最終検討結果を報告したいと思います。

- 加西市民に安心と安全を与える病院
- 加西市民の憩いの場・休息の場となる
- 病院を核としたまちづくり
- 地域の医療機関・施設から頼られる病院

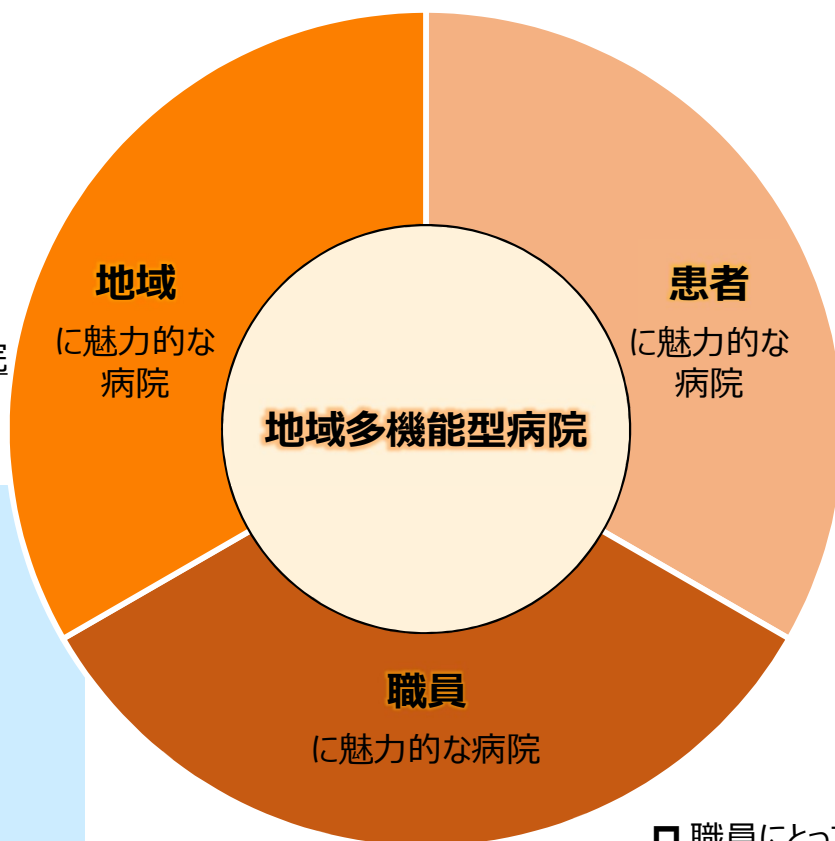
現病院の理念・方針

基本理念

ここは 病めるものが 心を安らげ
信じ 喜べる 休息の場である

基本方針

1. 信頼と思いやり、安心の医療を行います
2. 安全、良質、最善の医療を行います
3. 地域に広がる医療連携を築きます
4. 教育、研修で良き医療人を育てます
5. 健全経営で活力ある病院を築きます



- 快適な療養環境の整備
- 患者さんにとって優しい動線の計画
- 分かりやすく・読みやすい院内サインの整備

- 職員にとって働きやすい職場環境の整備
- 医師等に対し地域医療の学びの場を提供
- 職員に選ばれ続ける病院を目指す



4. 医師確保の方針

- 4-1. 前回検討委員会でのご意見
- 4-2. 院内検討状況の報告

4-1. 前回検討委員会でのご意見（医師確保）

第2回検討委員会での報告事項（抜粋）

第2回資料

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。

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

主な議論内容

大学 視点

- 医師の働き方改革もあり、大学からの医師派遣はB・C水準の病院が優先され、当院への派遣は厳しくなる
- 専攻医にとって魅力ある病院を目指す必要があるのではないかと

基幹病院 視点

- 院内で加西病院への派遣希望者を募っても集まらない状況であり、今後の医師派遣は厳しくなる
- 地域医療連携推進法人、企業団（同一経営体）などの別形態の検討も必要ではないかと

その他 視点

- 地域医療を支える総合診療医にとって魅力ある病院作りが必要ではないかと。
- 若い医師が集まる学会やセミナーに参加し、熱い想いを伝えることが必要ではないかと。
- 今後中心となる回復期の医師確保が特に必要

院内協議 事項

- ① 市立加西病院独自の施策検討
- ② 地域医療連携推進法人などの可能性検討

4-2. 院内検討状況の報告（医師確保に向けた今後の方策）

前回検討委員会で提示した具体的な医師確保策に加え、委員会での意見を踏まえて、当院が今後実施していく方策の方向性を整理しています。

● 独自施策の推進

市が実施している医師奨学金制度のPR強化や、院内に医師確保専門の部署を立上げ、市を巻き込んだ新しい制度設計や、募集に向けたパンフレット作成等に注力していきます。

課題

- 院内職員では、医師確保に向けた専門のノウハウがない。
- 追加での予算確保が必要。

● 地域医療連携推進法人の可能性検討

当院単独での検討事項ではありませんが、医師のみでなくコメディカル等の人材確保に寄与する地域医療連携推進法人の可能性も検討します。

課題

- 地域での協議が必要であり、当院単独では進めることが出来ない。

● 指定管理者制度、経営統合等の可能性検討

地域医療連携推進法人とは別に、指定管理者制度、経営統合等の新しい経営形態の可能性についても、必要に応じて検討していきます。

課題

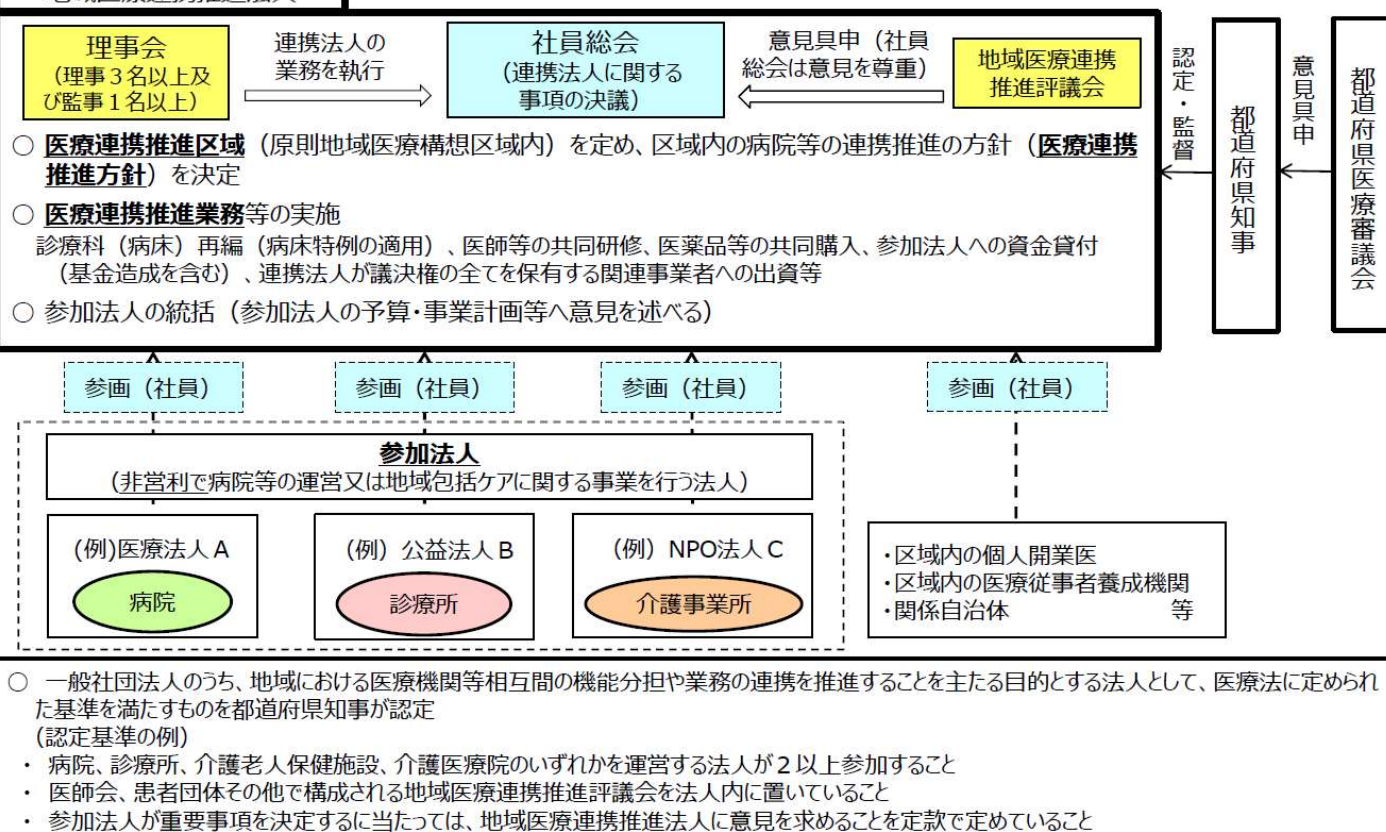
- 地域での協議が必要であり、当院単独では進めることが出来ない。

(参考) 地域医療連携推進法人

地域医療連携推進法人制度の概要

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



連携内容(例)

再編	病院統合の準備
	医療機能の分担
	病床融通・活用
提供医療	地域医療の維持
	在宅医療の強化
	特定分野の強化
人材	共同採用活動
	相互派遣・配置
	共同研修・育成
経営	共同購買
	共同委託
	ITによる効率化・連携
	資金貸付等
地域連携	機器の共同利用
	患者情報共有
	地域包括ケア
その他	緊急・災害時連携
	情報発信・啓発

出典：第93回社会保障審議会医療部会「資料2-1 医療法人制度の見直しについて」2022.11.28

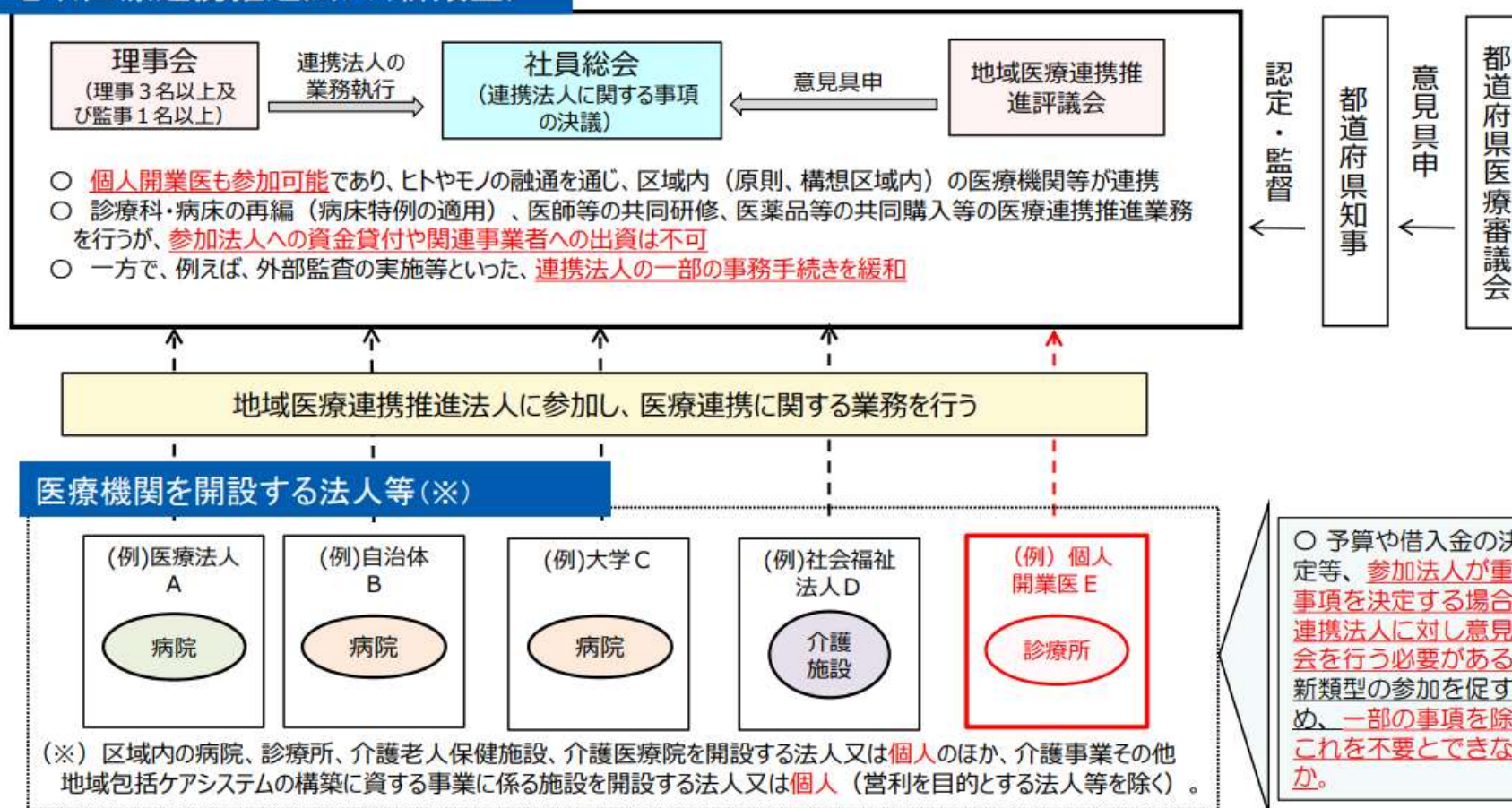
(参考) 地域医療連携推進法人<新類型>

新類型の地域医療連携推進法人のイメージ (案)

(趣旨) 少子高齢化の進展による医療需要及び医療ニーズの変化並びに医療の担い手の減少が見込まれる2040年に向けて、個人立医療機関の参加等により、更なる地域の医療資源の有効活用と地域の医療・介護の連携等を促進する。

※赤字箇所が現行制度との相違点

地域医療連携推進法人(新類型)





5. 病床規模の検討

- 5-1. 前回検討委員会での説明概要
- 5-2. 前回検討委員会を踏まえた補足説明
- 5-3. 病床規模の設定

5-1. 前回検討委員会での説明概要（病床規模の検討）

① 136床での開院をベースに検討

前回計画 157床⇒136床への将来的にダウンサイジングする案は、以下の2点の理由から現実的ではないと判断し、136床をベースに検討。

- ・今回の新築移転計画では既存棟を活用できない
- ・建築費の高騰



② 136床の収益力では事業が成り立たない

136床で事業収支シミュレーションを実施すると、6年目以降、資金不足に陥る結果となった。



③ 136床以外の病床パターンの検討

追加パターンを検討するにあたり、病床機能別病床数状況を踏まえる。
回復病床 ▲207床（R4病床機能報告-R7必要病床数）

➡回復期病床は現状の99床規模を維持する必要あり。

<追加病床パターン>

- 費用抑制の視点： 120床パターン
- 収益余力UPの視点： 144床パターン *延床面積は136床と同じ

136床と120床・144床の単年キャッシュフロー比較を実施

➡120床： 費用削減額 < 収益減少額 約1.7億円の資金悪化
144床： 人件費増額 < 収益増加額 約1億円の資金改善



④ 144床・単価UP・追加繰入金で健全経営の可能性

144床パターンにおいて、簡易キャッシュフロー計算を実施。

<計算結果>

- ・入院単価48,000円 ➡ 10年目に資金不足
- ・入院単価53,000円 ➡ 13年目に資金不足

開院30年目までに資金不足にならないためには

- ・入院単価48,000円 ➡ 追加繰入金 1.1億円
- ・入院単価53,000円 ➡ 追加繰入金 3千万円

5-1. 前回検討委員会での説明概要（病床規模の検討）

第2回資料

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。	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

5-2. 前回検討委員会を踏まえた補足説明（収支予測の試算条件）

事業収支シミュレーションにおける試算条件について、補足説明を行います。

試算条件（136床）

■ 入院収入の条件 ※前回資料から1日当たり患者数(急性期)修正

	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	126.4人/日	-28人
急性期	78.3人/日	50.4人/日	-28人
回復期	76.0人/日	76.0人/日	0人
稼働率	77.5%	92.9%	
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	

前回資料からの修正点

前回)【誤】45.0人/日 ⇒ 今回)【正】50.4人/日

※56床に第二種感染症病床は含まない

前回検討委員会での指摘事項

稼働率設定の根拠・実現可能性について ➡ 次頁説明

※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

5-2. 前回検討委員会を踏まえた補足説明（収支予測の試算条件）

■入院収入の条件（120床パターン・144床パターン含）

	① R5年度見込値	② 136床パターン	③ 120床パターン	④ 144床パターン	④-①
病床数	199床	136床	120床	144床	-55床
急性期	100床	56床	30床	48床	-52床
回復期	99床	80床	90床	96床	-3床
1日当たり患者数	154.3人/日	126.4人/日	112.5人/日	② 134.4人/日	-19.9人/日
急性期	① 78.3人/日	50.4人/日	27.0人/日	43.2人/日	-35.1人/日
回復期	76.0人/日	76.0人/日	85.5人/日	91.2人/日	15.2人/日
稼働率	77.5%	92.9%	93.8%	93.3%	
急性期	78.3%	90.0%	90.0%	90.0%	
回復期	76.8%	95.0%	95.0%	95.0%	

136床での回復期病床の稼働率95%設定根拠について

➡1日当たり患者数に着目し、回復期の患者数は現状を維持すると想定。
 $<80床 \times 95\% = 76.0人/日>$ （上図①参照）

★144床パターンについても回復期の稼働を95%で試算

・144床時の1日当たり患者数 回復期は増加する設定（上図②参照）

回復期 91.2人/日 + 15.2人/日（対 R5年度）

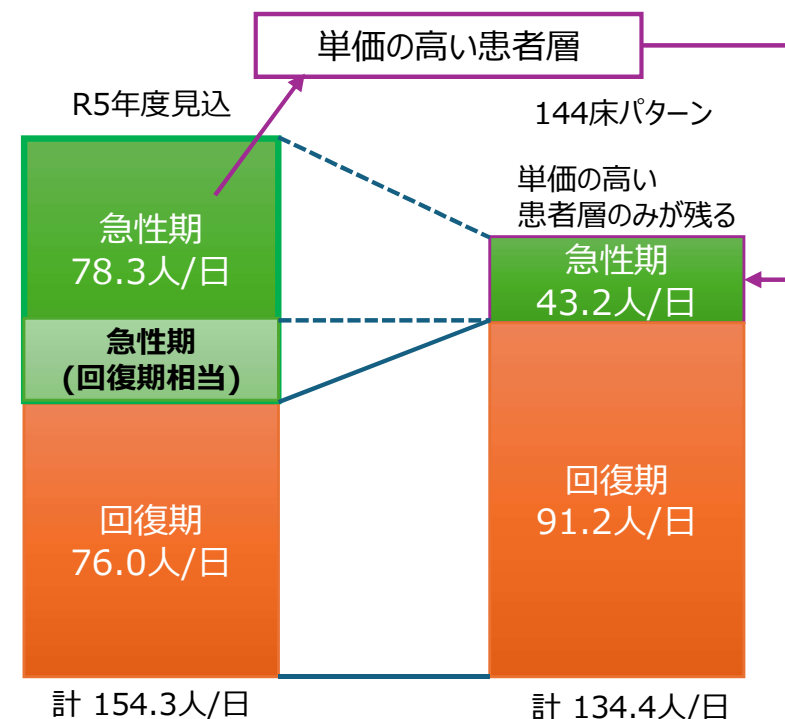
急性期 43.2人/日 ▲35.1人/日（対 R5年度）

➡現状、急性期に入院している患者のうち、回復期相当の患者が一定数いると予想される。

144床パターンでは、急性期病床がR5年度の半分以上になるため、
 その回復期相当の患者が急性期には入りきらず回復期病床に入院すると想定する。

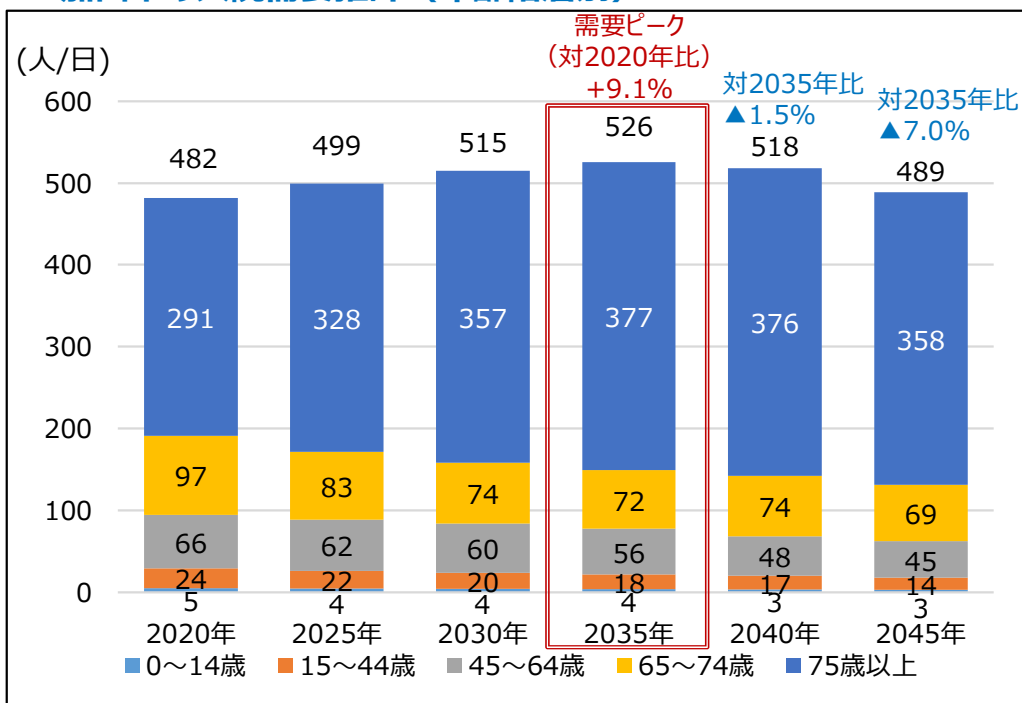
そのため、

回復期に関しては現状よりも患者数が増える可能性も考えられる。（右図参照）



5-2. 前回検討委員会を踏まえた補足説明（収支予測の試算条件）

■ 加西市の入院需要推計（年齢階層別）



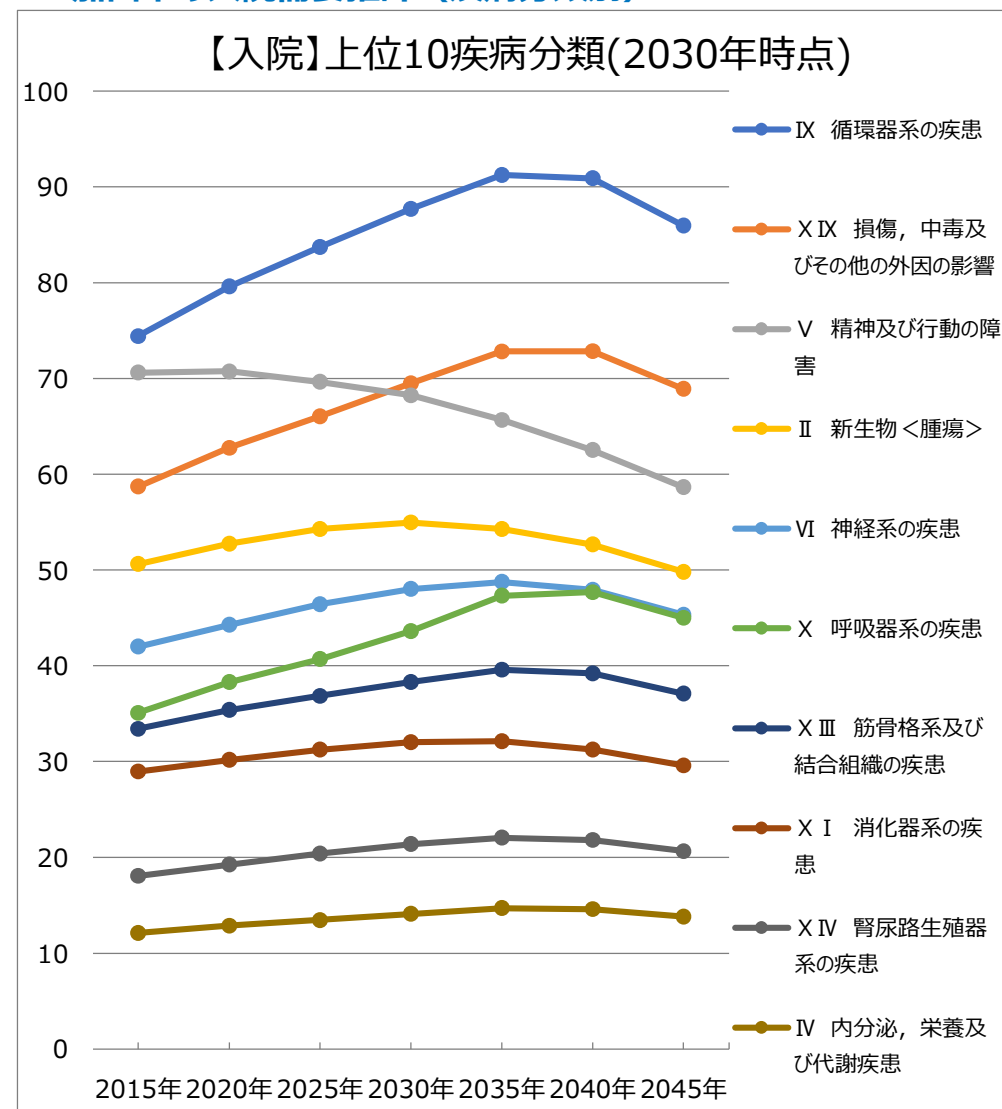
出典：人口問題研究所（2018年推計）、患者調査（2020年）より算出。

入院医療需要推計から、2035年が必要ピークであり、2045年時点の需要量についても、2020年時点よりも多い予測となっている。

疾病分類別の推移からも、2045年時点でピークアウトはしているが、2020年時点よりも需要量としては増加している項目が多くある。

このようなことから、医師をはじめとした職員確保などの診療体制を整えることができれば、目標とする病床稼働率を達成できる可能性がある。

■ 加西市の入院需要推計（疾病分類別）



出典：人口問題研究所（2018年推計）、患者調査（2020年）より算出。

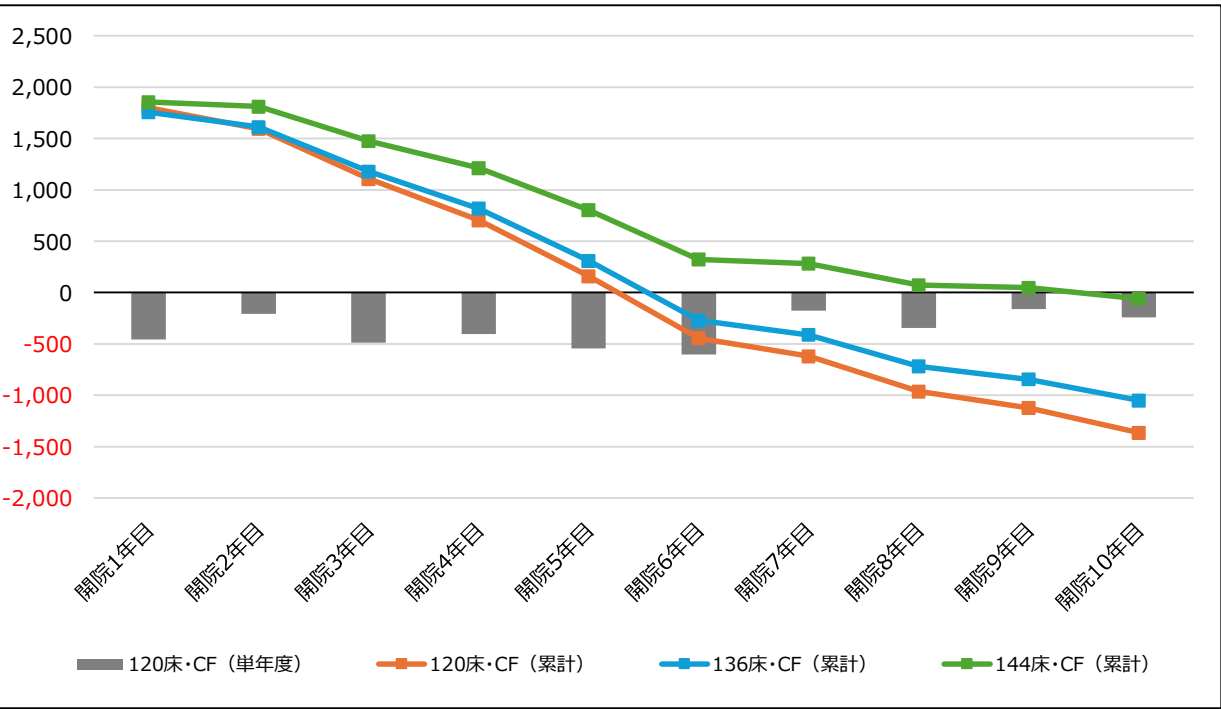
5-2. 前回検討委員会を踏まえた補足説明（医師確保の厳しい現状）

前回の検討委員会にて、医師確保の厳しい現状が改めて明確になりました。医師確保に向けた取組を進めていきますが、仮に満足いく結果が得られない場合は、144床規模よりも少ない病床数で開院する可能性も考えられます。

120床パターンでは、建築工事費が概算で減少しますが、144床パターンよりも採算性が厳しくなるため、建築費の圧縮に向けた努力や経営改善、市からの繰入金の強化など、病院を存続させていくための取組みが必要です。

■ キャッシュフローの比較（開院10年目まで）

単位：百万円



■ 基本条件

	120床パターン	136床パターン	144床パターン
延床面積	10,800㎡	12,240㎡	12,240㎡
病床当たり面積	90㎡/床	90㎡/床	85㎡/床
病床機能	急性期（30床）	急性期（56床）	急性期（48床）
	回復期（90床）	回復期（80床）	回復期（96床）
資金不足タイミング	開院6年目	開院6年目	開院10年目

5-3. 病床規模の設定

①健全経営・採算性の観点、②必要病床機能・規模の観点、③院内体制として実現可能かどうかの観点から検討していきます。

①

健全経営・採算性の観点

そもそもベッドがないと売上を上げる
原資が無くなってしまうため、
可能な範囲で病床数を維持したい。
一方で、建築費の高騰もあり、
延床面積を圧縮する検討も必要。

②

地域医療の中での
必要病床機能・規模の観点

北播磨医療圏では
回復期病床が不足。
現状の99床から大きく減らさない
方向性が求められる。

③

院内体制として
実現可能かどうかの観点

医師確保の継続的な取組、
看護職をはじめとした将来的な
院内体制の検証が必要。
⇒確保できないと144床規模は厳しい

新病院の病床規模方針

〔回復期〕現状維持、〔急性期〕一定保持し、〔総病床数〕120~144床程度を想定