

vol,7
2016.8

YBC

YAMADA Business Consulting

vol,7
2016.8

病院を取り巻く制度環境変化と 病院経営への影響と課題

I 病院を取り巻く制度環境変化と病院経営への影響

「病院を取り巻く制度環境変化と病院経営への影響」
増井 浩平・海内 志保

II 病院経営における最近の論点と実務のポイント

「病床機能転換の論点と実務のポイント」
竹田 康次郎

「病棟建替えに際しての論点と実務のポイント」
松下 徹

「人事制度の論点と実務のポイント」
渡辺 茂徳

III 病棟建替えに際しての事業計画の内容と策定手順

「病棟建替えに際しての事業計画の内容と策定手順」
伊藤 元一



目次

I	病院を取り巻く制度環境変化と 病院経営への影響	病院を取り巻く制度環境変化と病院経営への影響	増井 浩平・海内 志保	4
II	病院経営における最近の論点と 実務のポイント	病床機能転換の論点と実務のポイント	竹田 康次郎	16
		病棟建替えに際しての論点と実務のポイント	松下 徹	22
		人事制度の論点と実務のポイント	渡辺 茂徳	26
III	病棟建替えに際しての事業計画の内容と 策定手順	病棟建替えに際しての事業計画の内容と策定手順	伊藤 元一	32

基本理念

健全な価値観

私たちは、信頼される人間集団として健全な価値観を共有します

社会貢献

私たちは、高付加価値情報を創造・提供し、顧客と社会の発展に貢献します

個と組織の成長

私たちは、個と組織の成長と調和を目指し、高い目標を掲げる個を尊重します

ごあいさつ

納涼のみぎり、ますますご健勝のほどお慶び申し上げます。日頃は私共 山田ビジネスコンサルティング株式会社をご愛顧くださりまして誠にありがとうございます。

弊社情報誌YBC Vol.7では、「病院を取り巻く制度環境変化と病院経営への影響と課題」をテーマにしております。



山田ビジネスコンサルティング株式会社
代表取締役社長 増田 慶作

高齢化と医療費の抑制という国家レベルのテーマを背景に、中央行政は、各種制度を改定・改正し、将来発生する医療ニーズに効率的に対応するための医療供給体制の構築・誘導を促しています。結果として、病院は、様々な環境変化から引き起こされる経営課題への対応を迫られています。加えて、建替えや、人事制度の見直しなど、制度環境変化とは直接関係ない、重要テーマも併せて検討する必要があることも多く、総じて、経営者である理事長には難しいかじ取りが求められています。

これに合わせて、各地域における（将来の医療需要推計も踏まえた）自院のポジショニングをどう定めるか、機能転換が必要な場合はハード面、ソフト面で対応可能か、オペレーションの転換等様々な観点での検討を要する病院が増加しています。建替えを機に検討を開始する病院も多いようです。現理事長及び将来の理事長候補の理念・志向と照らし合わせながら、自院の存続・経営安定化の方向性を定める必要がありますが、多角的な検討が求められることもあり、私共へのご相談も増えてきています。

本号では、病院経営を取り巻く制度環境の変化を整理し、環境変化を背景とする主要な経営課題とその対応方針を紹介しております。どの病院においてもある程度共通して発生している課題例を掲載しておりますので、多少であれお役立て戴ければ幸いです。

2016年8月吉日

病院を取り巻く制度環境変化と 病院経営への影響

山田ビジネスコンサルティング株式会社
コンサルティング事業本部 医療事業部 部長

増井 浩平
ますい こうへい

医療機関・介護施設の事業計画の策定、業績改善、事業承継、M&A、組織再編、病棟・事業モデルの見直し、建替計画の基本構想の立案、新規事業計画立案等の支援実績多数。



山田ビジネスコンサルティング株式会社
コンサルティング事業本部 医療事業部 コンサルタント

看護師 海内 志保
かいない しほ

救命救急センター・急性期病院等の経験を元に、収支改善、事業計画策定を現場観点から支援。



POINT

平成28年(2016年)4月、病院経営の方向性を大きく左右する診療報酬の改定が行われました。平成37年(2025年)を見据え、近年、病床再編が推し進められていますが、今改定はさらに再編スピードを加速させる可能性があります。病院経営という観点でみると、病床再編はビジネスモデルの大きな転換を意味し、経営戦略を抜本的に見直す必要があります。法制度の動向を見据え、地域におけるポジショニング確立が必要です。

本稿では、主に一般病床と療養病床を対象として、医療業界を取り巻く制度の近年の動向および病院経営への影響を解説します。

1 診療報酬制度とその改定

(1) 診療報酬制度とは

図表1 診療報酬の項目

基本診療料	初診料	+	特掲診療料	医学管理等	リハビリテーション	+	加算
	再診料等			在宅医療	精神科専門療法		
	入院基本料			検査	処置		
	入院基本料等加算			画像診断	手術		
	特定入院料			投薬	麻酔		
	短期滞在手術基本料			注射	放射線治療等		

①基本診療料

基本診療料は、1日に1度算定するベース料金のような料金体系となっており、「1日当たり〇円」のように請求する診療報酬を指します。

②特掲診療料

特掲診療料は、個々の診療行為に対する点数(料金単価)であり、例えば「検査1回〇円」や「リハビリ1回(1単位)〇円」のような料金体系となっています。

③加算

加算は、基本診療料や特掲診療料で定められている基本的な施設基準や要件を上回る場合に算定できるオプション料金であり、人員や設備を手厚く配置・整備すること等によって、より高い料金単価を請求することができるようになります。↗

↘(イ) 施設基準

施設基準とは、保険診療の一部について、安全面やサービス面等を評価する、医療機関の機能や設備、診療体制等の基準です。この基準は、健康保険法等の規定に基づき厚生労働大臣によって定められています。診療報酬を請求するためには、施設基準を満たす必要があります。

施設基準は、供給側の要件(有資格者の人数・割合、設備面の整備、組織体制の構築等)と需要側の要件(患者の疾患や状態、処置の状況等)、実績要件などで構成されています。

基本診療料である入院基本料の施設基準は、図表2の通りです。一般病棟入院基本料をみると、人員を手厚く配置する(患者当たりの看護職員を多く配置する)とより高い料金単価を算定できるようになっています。

図表2 一般病棟入院基本料・療養病棟入院基本料の診療報酬・施設基準抜粋

	一般病棟入院基本料				療養病棟入院基本料	
	7対1	10対1	13対1	15対1	1	2
1日当たり算定点数	1,591点	1,332点	1,121点	960点	800~1,810点	735~1,745点
14日以内	+450点	+450点	+450点	+450点	—	—
15日以上30日以内	+192点	+192点	+192点	+192点	—	—
平均在院日数	18日以内	21日以内	24日以内	60日以内	—	—
対象患者要件	—	—	—	—	医療区分3、2の患者 80%以上	医療区分3、2の患者 50%以上
医師要件	入院患者数の10% 以上	—	—	—	—	—
看護配置	7:1 (正看比率70%) 夜勤看護職2名以上 (夜勤72時間以下)	10:1 (正看比率70%) 夜勤看護職2名以上 (夜勤72時間以下)	13:1 (正看比率70%) 夜勤看護職2名以上 (夜勤72時間以下)	15:1 (正看比率40%) 夜勤看護職2名以上 (夜勤72時間以下)	20:1 (正看比率20%) 夜勤看護職1名以上	25:1 (正看比率20%) 夜勤看護職1名以上 (夜勤72時間以下)
重症度、医療・看護必要度	常時25%以上	—	—	—	—	—
在宅復帰率	80%	—	—	—	—	—
その他要件	データ提出加算	データ提出加算 ※200床以上				

【参考】平均単価

入院単価(室料差額除)(円)	50,977	40,445	37,550	26,987	20,542
外来単価(円)	12,808	9,747	11,631	8,929	9,446

入院基本料は、病床種類ごとに異なり、一般病床には一般病棟入院基本料が、療養病床には療養病棟入院基本料が用いられます。病床は、入院患者の病状や状態に応じて法的に5つの種類に分かれています。病床の種類、病床種類別の病床数・割合は図表3の通りです。



図表3 病床の種類、病床種類別病床数・割合（平成28年3月時点）

病 床 種 類		病床数・割合
精 神 病 床	精神疾患を有する者を入院させるための病床	335,573床 21.5%
感染症病床	感染症の予防及び感染症の患者、新感染症の所見がある者を入院させるための病床	1,829床 0.1%
結 核 病 床	結核の患者を入院させるための病床	5,423床 0.3%
療 養 病 床	上記以外の病床であり、引き続き医療提供は必要とするが病状は比較的安定しており、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	328,703床 21.0%
一 般 病 床	上記以外の病床であり、疾病や外傷等急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的として専門的手術や治療を行うための病床	890,522床 57.0%

出所：厚生労働省

(2) 診療報酬改定

診療報酬制度は、原則2年に1回改定されています。直近では平成28年4月に改定されました。

改定の内容は、既存の点数を増減または新設・廃止する改定と施設基準の変更の大きく2つに分かれます。近年の改定では、施設基準を厳しくする傾向が見られます。

診療報酬改定は、事業者に大きな影響を与えます。その理由は、第一に、一般的に、保険診療収益（診療報酬制度で定められている医療サービスによる収益）の収益全体に占める割合が9割以上と極めて大きいこと、第二に、診療

報酬改定は、当該医療サービスの提供に必要な原価構成に全く関係なく行われるため、改定の増減はそのまま利益の増減に直結するということです。したがって、自院の医療サービスの報酬がマイナス改定になった場合は、コスト削減や更なる増収機会を見つけないければ、「収益低下イコール利益低下」となります。

図表4は、これまでの診療報酬改定のトレンドとその時代におけるコンサルティングニーズを整理した資料ですが、改定のトレンドがニーズの変化に対応していることが分かります。

図表4 診療報酬改定推移と業界動向・トレンド

	報酬改定率（%）	業界動向・トレンド／主なコンサルティングテーマ
8～12年前	H16年 ▲1.00 H18年 ▲3.16 H20年 ▲0.82	- 業績不振・低迷法人多数。 - 営業キャッシュ・フロー改善ニーズ多。
4～6年前	H22年 +0.19 H24年 +0.00	- 診療報酬改定の追い風で業績改善。 - 抑制していた設備投資ニーズ増大。 - 積極拡大のM&Aニーズ増大。 - 異業種からの介護参入ニーズ。
前回	H26年 +0.10 消費税増税分控除後 ▲1.26	- 消費税増税および診療報酬改定により再び業績悪化法人が散見。 - 営業キャッシュ・フローの改善難易度増（地力のない病院→構造的な入院稼働率低迷） - 事業承継ニーズ・相談増（後継者不在・将来見通し不透明によりM&Aへ転ずるケース増）
今回	H28年 ▲0.84	- 投資コストの増大や消費税増税による投資環境の悪化により建替え困難な病院増加。収支改善努力を必要とするケースが増えている。 - 建替え後突発的に再生案件化する事例も散見。 - 大手・地域有力先は慎重な姿勢であるがM&Aニーズ有り。
次回？	H29年 ???	消費税増税による損税の負担増加を補填するために例外的（通常は2年に1回の改定）に報酬改定が行われる予定。

増税延期により中止？

診療報酬改定は、厚生労働省の政策目標を達成するためのツールといえます。すなわち、供給量を増やしたい医療サービスがあった場合、当該診療行為に関する報酬点数を新設・増加させたり、施設基準を緩和するなど、経済的インセンティブを付与することにより事業者の参入意欲を高めます。

他方、供給量を抑制したい場合は、経済的「逆」インセンティブ（点数を廃止・減少させることや、基準を強化する等、当該医療サービスを継続すると経営的にマイナスとなるような改定）により誘導しようとしします。

診療報酬改定の傾向を把握することで、政策の意図を読み取ることができます。近年においては施設基準を変更することで、政策目的である病床再編を促進させようとする意図が見られます。

また、傾向としては、経済的「逆」インセンティブを用いることが多いように見受けられます。加えて、サービス提供側の要件から患者側の要件へとシフトしていることが特徴的です。具体的には、これまでの診療報酬改定では、有資格者を手厚く配置することで高い点数が請求できるように施設基準を設定・新設するなどの傾向がありました。狙いは、より手厚く配置することで経済的インセンティブが大きくなるように設定し、当該サービスへ参入意欲を高めることで供給量を増大させることです。

しかし、近年においては供給量を「適正化」することを念頭においた改定がなされています。例えば、施設基準を改定し、想定される患者が一定割合入院していなければ所定の点数請求をできなくさせるなどの経済的「逆」インセンティブを用いて再編を推し進めようとする意図が見られます。

図表5 医療機能の名称と内容

名 称	内 容
高度急性期	急性期（病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまで）の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急 性 期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回 復 期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やりハビリテーションを提供する機能
慢 性 期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

(3) 平成37年(2025年)を見据えた病床再編

厚生労働省は、様々なインセンティブ（逆インセンティブ）を用いて、病床再編を誘導しようとしていると考えられます。

(ア) 医療機能別病床数のギャップ

現在、厚生労働省は、各都道府県に指示を出し、平成37年（2025年）における各地域の想定医療ニーズから求められる、医療機能ごとの必要病床数を算出しようとしています。病床数を算出するに際して、新たに4つの区分を設け、患者の状態ごとに提供すべき医療機能を明確化しています（図表5）。



また、各都道府県は、必要病床数を算出するために、将来の医療ニーズの推計情報だけでなく、平成26年（2014年）より開始した病床機能報告制度に基づき各医療機関から報告される医療機能に関する詳細情報および各医療機関が自身で選択する将来機能等の情報を収集・蓄積しています。

これらの情報に基づく、厚生労働省の平成25年（2013年）時点の病床数と平成37年（2025年）必要病床数との医療機能別ギャップの全国推計値は、図表6の通りです（全都道府県での必要病床数を集計する前の途中経過）。

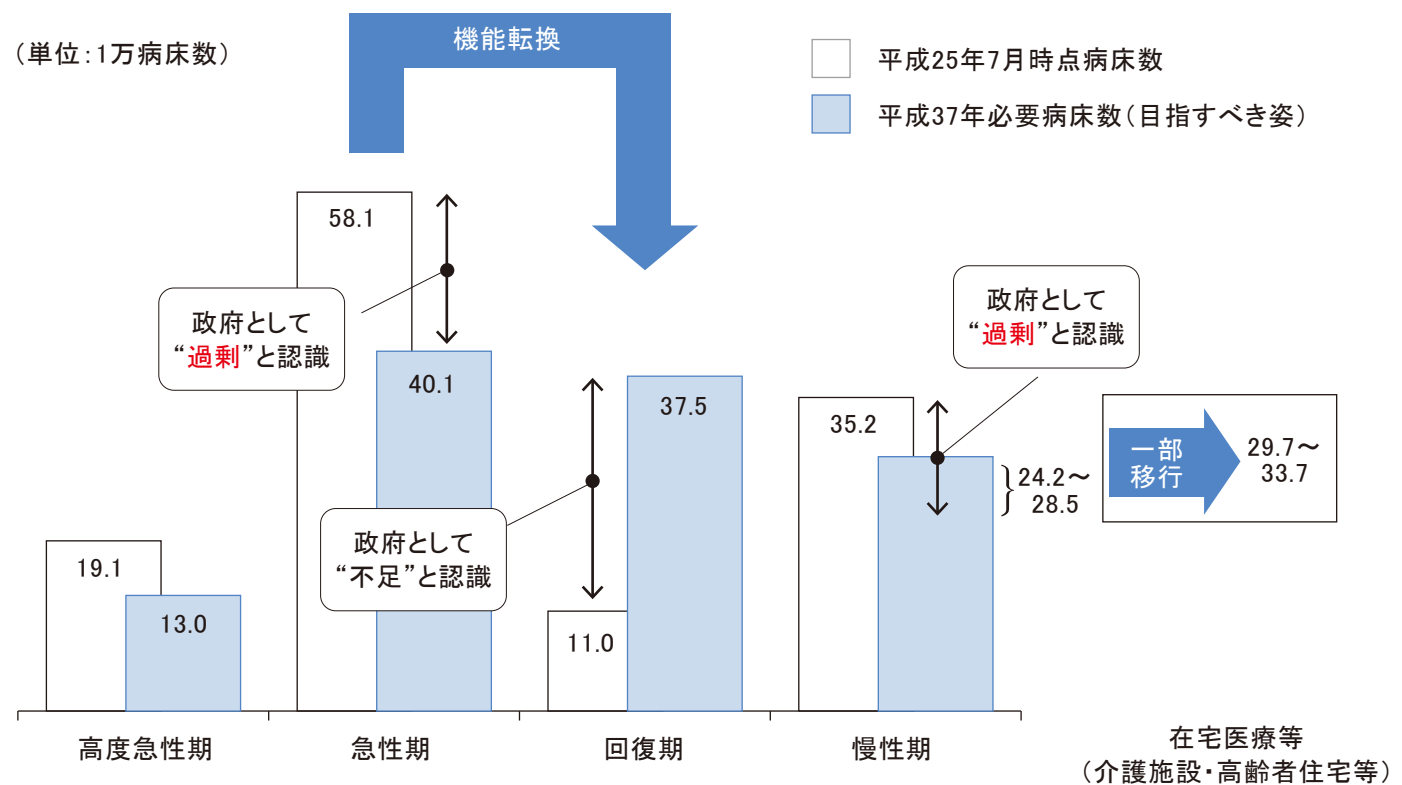
この推計値によれば、将来、回復期以外の病床は、過剰になることが見込まれています。また、現時点での慢性期病床の機能は、介護施設や高齢者住宅等が担うことも想定されていると考えられます。

厚生労働省は、平成37年（2025年）までにこれらのギャップを解消しようとしていると考えられます。必要病床数は、都道府県内の二次医療圏（一般的な入院医療が完結する地域的範囲）を原則とした区域単位で算出されていることから、病床数ギャップの是正は、都道府県を主体に二次医療圏レベルで行われると考えられます。

ところで、なぜ平成37年（2025年）なのでしょう。それは、団塊の世代とされる昭和22年～24年（1947年～1949年）生まれの人口が全て75歳以上になるのが平成37年（2025年）であるためです。一人当たり医療費は、一般的には、年齢が上がるにつれて上昇します。75歳以上になると、その支出は特に多くなるため（75歳未満のおよそ4.4倍）、医療費が著しく多くなる＝社会保障費が膨張することから、それまでに病床再編を推進することで医療費支出を適正化しようとの意図があると考えられます。



図表6 平成25年時点病床数と平成37年必要病床数の医療機能別ギャップの全国推計値



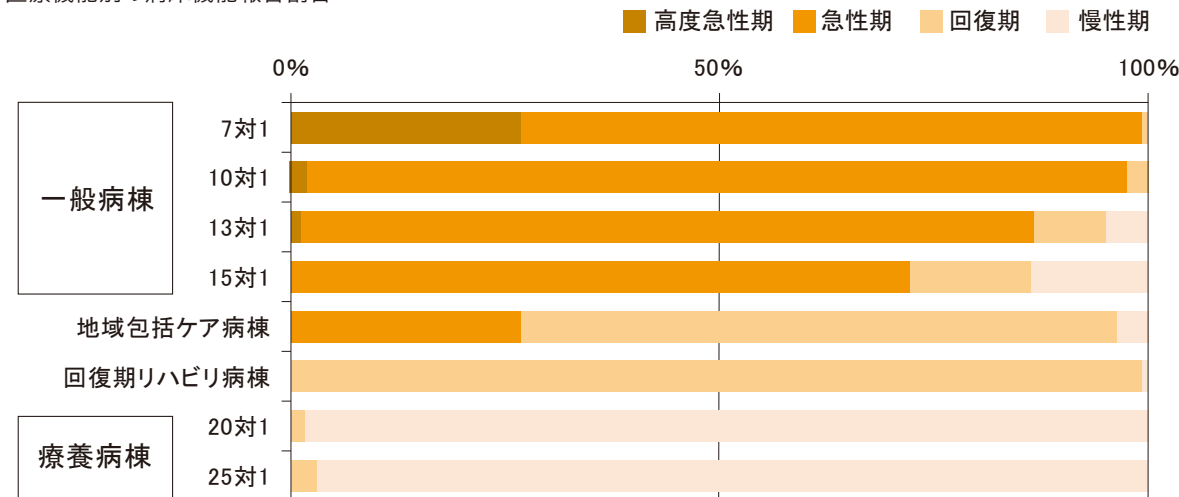
注：平成25年病床数には病床機能報告未提出の病院分が算定されていない。
慢性期の必要病床数は入院受療率の地域差を解消した場合を複数パターン想定している。
在宅医療等の患者は介護施設や高齢者住宅の利用者も含んだ想定。
出所：厚生労働省

（イ）病床再編が病院の収益に与える影響

厚生労働省が目指す病床再編は、病院の収益にどのような影響を与えるのでしょうか。図表7は、病棟ごとの病床種類別の入院基本料の構成比率を表しています。



図表7 医療機能別の病床機能報告割合



注：平成26年度病床機能報告データから集計
出所：厚生労働省

図表7によれば、一般病棟の入院基本料は、7対1から15対1のいずれも、急性期のものが大部分を占めています。また、平成37年（2025年）に必要とされる急性期の病床数は現在病床数に対して7割弱であり、急性期病床は過剰になると見込まれています。これらのことから、一般病棟の入院基本料は、将来、減少することが見込まれます。

療養病棟の入院基本料は、ほぼ全て慢性期のものです。慢性期病床も過剰になると見込まれ、療養病棟の入院基本料も将来、減少することが見込まれます。

他方、回復期の入院基本料の占める割合は一般病棟・療養病棟いずれにおいても高くなく、また、回復期病床は将来大幅に不足することが見込まれています。

厚生労働省は、以上のような病床の過不足や過剰病床における将来の収益減少の影響を事前に小さくしておくために、今後も診療報酬制度の改定を行っていくものと考えられます。

なお、本章では触れていませんが、回復期は、地域包括ケア病棟と回復期リハビリ病棟という病棟で高い割合を占めています。

地域包括ケア病棟は、急性期治療後の患者、または、在宅療養患者が急性増悪した場合の受け入れを行う機能を有する病棟です。

回復期リハビリ病棟は、その名の通り、術後の在宅復帰を目的としてリハビリを中心にサービス提供する病棟であり、看護師に加えて理学療法士等のセラピストを多く配置する必要があります。いずれも急性期と在宅、あるいは慢性期を繋ぐ機能として位置付けられた病棟です。



2 平成28年度診療報酬改定のポイント

(1) 全体改定率

平成28年度診療報酬改定の改定率をみると本体部分はプラス改定となっています。ただし、薬価部分を合わせた全体でみるとマイナスであり、内訳は図表8の通りです。

図表8 診療報酬の改定率

診療報酬本体	0.49％（医科：0.56％、歯科：0.61％、調剤：0.17％）
薬価	▲1.33％（薬価：▲1.22％、材料：▲0.11％）

(2) 一般病棟における改定

(ア) 改定の内容

今回注目される改定は、前回に引き続き「重症度、医療・看護必要度」（以下、必要度）の要件見直し、基準引き上げです。この改定の趣旨は、7対1一般病棟に、その手厚い人員配置に見合うだけの重症度の高い患者を一定割合以上受け入れさせるということです。

必要度は、7対1一般病棟入院基本料の施設基準となっている項目であり、入院患者へ提供されるべき医療・看護サービスの基準を数量化して評価する指標です。

平成28年まで、必要度は、「医学的な処置の必要性を示す」A項目、「患者の日常生活機能を示す」B項目により構成され、重症者はA項目が2点以上かつB項目が3点以上の患者と定義されていました。



今回の改定により、7対1一般病棟入院基本料を請求するための要件である、重症者の定義が厳格化され（狭くなり）、かつ患者に占める重症者の割合が引き上げられることになりました（図表9 スミ塗された箇所が新設部分）。

具体的には、A項目に「無菌治療室での治療」「救急搬送」という項目が新設され、B項目においては「認知症」を受け入れなければ当該項目で評価することが難しくなりました。また、新たに「手術等の医学的状況」についてのC項目が加わり、重症者の定義は①A項目が2点以上かつB項目が3点以上、②A項目が3点以上、③C項目が1点以上、のいずれかを満たす患者とされました。要求される重症者に該当する患者割合も25％まで引き上げられました。



図表9 重症度、医療看護必要度に係る改定内容

●重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A項目	0点	1点	2点
1. 創傷処置 ①創傷の処理（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置	なし	あり	
2. 呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）	なし	あり	
3. 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4. 心電図モニターの管理	なし	あり	
5. シリンジポンプの管理	なし	あり	
6. 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7. 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ） ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③麻薬の使用（注射剤のみ） ④麻薬の内服・貼布、坐薬の管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤の管理 ⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ） ⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ） ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレーナの管理	なし	—	あり
⑪無菌治療室での治療	なし	—	あり
8. 救急搬送（搬送日より2日間）	なし	—	あり

●重症者の定義（いずれかを満たせばよい）

A項目が2点以上かつB項目が3点以上の患者	A項目が3点以上の患者	C項目が1点以上の患者
-----------------------	-------------	-------------

(イ) 病院経営への影響

以上の改定への対応策は、重症度の高い患者を多く受け入れることです。ただし、自院だけでなく、他病院の多くも重症度の高い患者を増やす取り組みを行うため、患者獲得競争が激化することは避けられないと考えます。

改定により重症者の患者割合を満たせなくなった場合の病院経営への影響は、以下のようなものです。

①病床転換

重症者の患者割合が改定後に基準値以下になってしまうということは、7対1という手厚い人員配置でケアするほどの重症度の高い患者が少ないということであり、そうであれば、より少ない配置人数でも対応できる＝より低い料金設定の病床区分へ転換すべき、これが厚生労働省のねらいと考えられます。

厚生労働省は、今回の改定で10,000床～18,000床くらいの病床が転換を余儀なくされると試算しています。ちなみに、平成26年度の改定については、平成26年3月と平成27年4月の病床数を比較すると、約35,530床の病床が他の病床区分へ転換したと見られています（別の病床区分から当該病床区分へ変更した病床もあるためネットの転換病床数は16,500床程度）。

B項目	0点	1点	2点
1. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2. 起き上がり	—	—	—
3. 座位保持	—	—	—
2. 危険行動	ない	—	ある
3. 診療・療養上の指示を通じる	はい	いいえ	—
4. 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5. 口腔清潔	できる	できない	—
6. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C項目	0点	1点
①開頭の手術（術当日より7日間） ②開胸の手術（術当日より7日間） ③開腹の手術（術当日より5日間） ④骨の観血的手術（術当日より5日間） ⑤胸腔鏡・腹腔鏡手術（術当日より3日間） ⑥全身麻酔・脊椎麻酔の手術（16～20除く〔術当日より2日間〕） ⑦救命等にかかる内科的治療（2日間） （ 1. 経皮的血管内治療 2. 経皮的心筋焼灼成形術等の治療 3. 侵襲的な消化器治療 ）	なし	あり

●重症者に該当する患者割合

【現行】	【改定後】
7対1入院基本料 15%	25%

基準
引き上げ

入院基本料収益は、病院全体の収益の20％程度を占めます。仮に7対1から10対1へ転換したとすると、料金単価は約16.3％低下することから、病院全体の収益を3.3％程度（20％×16.3％）押し下げる要因となります。

②病床稼働率の低下

患者割合を調整し7対1入院基本料を維持する、すなわち重症患者割合を高めるために全体の患者数を減らす場合には、病床稼働率が低下することになります。実際に、平成26年度の改定につき、平成26年と平成25年の前年同月の病床稼働率を比較したところ、業界全体で、稼働率が月平均1％程度低下したと見られています。成り行きでは施設基準を満たせなくなるため、稼働病床数を調整し患者割合を維持したということです。

厚生労働省としては、7対1病床はまだ過剰であるという見解であり、目標としては9万床の削減が必要であると見られています。今後も7対1病床削減をターゲットとした改定が続くとみられます。

(3) 療養病棟における改定

療養病棟においては、近年、大きな改定は行われていませんでしたが、今回の改定では当該病床群をターゲットとして再編を推し進めるという意図が感じられます。

(ア) 改定の内容

療養病棟における主要な改定項目について触れます。
療養病棟入院基本料は、看護配置によって大きく2つに分かれ（看護配置20対1：療養病棟入院基本料1、看護配置25対1：療養病棟入院基本料2）、**➡**

➡ 入院患者の疾患・状態又は医療処置の内容に応じた医療の必要度合いを「医療区分」として3区分と、日常生活を送る上でどの程度の動作が可能かを判別する「ADL区分」の3区分のマトリックスに分け、9段階で点数評価されています（図表10）。

今回の主な改定内容は、酸素療法、血糖検査、うつ症状の治療についての医療区分の判定基準厳格化（図表11）と療養病棟入院基本料2に医療区分2・3の患者割合を5割以上とする割合基準の導入です（図表10）。

図表10 療養病棟入院基本料別の点数マトリックス

療養病棟入院基本料1				療養病棟入院基本料2			
【算定要件】 看護配置20:1(医療区分2・3が8割以上)				【算定要件】 看護配置25:1(医療区分2・3が5割以上)			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3		医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	967点	1,412点	1,810点	ADL区分3	902点	1,347点	1,745点
ADL区分2	919点	1,384点	1,755点	ADL区分2	854点	1,320点	1,691点
ADL区分1	814点	1,230点	1,468点	ADL区分1	750点	1,165点	1,403点

図表11 酸素療法、血糖検査、うつ症状に関する評価の見直し

現行		改定後	
医療区分3	● 酸素療法を実施している状態	● 酸素療法を実施している状態のうち ・ 常時流量3L/分以上を必要とする状態 ・ 心不全の状態(NYHA分類のⅢ 又はⅣ度) ・ 肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態。	該当しない場合、医療区分2へ
医療区分2	● 頻回の血糖検査を実施している状態 ・ 糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態 ● うつ症状に対する治療を実施している状態 ・ うつ症状に対する薬を投薬している場合 ・ 精神科専門療法を算定している場合	● 頻回の血糖検査を実施している状態 ・ 糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態 ● うつ症状に対する治療を実施している状態 ・ 精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投薬している場合 ・ 精神科専門療法を算定している場合	該当しない場合、医療区分1へ
医療区分1			

(イ) 病院経営への影響

今回の改定で、医療区分2・3の判定が厳格化されたことにより、既存患者の医療区分が下がる可能性があります（図表11）。医療区分が下がる場合には、対象患者の診療単価が下がります。

また、医療区分が下がった結果、割合基準を満たせなくなる懸念が生じ（図表10）、この場合には病棟全体の診療単価が下がります。現在、療養病棟入院基本料2を算定する病床全体に占める医療区分2・3の患者割合は6割弱**➡**

➡ で、また、日本慢性期医療協会の調査によると、医療区分2・3の患者のうち、今回の改定で見直しが必要になる割合は2割程度とのことです。割合基準を満たせなくなる病院は少なくないといえそうです。

図表12は、基準改定に伴う減収シミュレーションです。このシミュレーションでは、既存患者の医療区分の低下により対象患者の診療単価が低下した結果、年間20,600千円の減収となっています。

図表12 医療区分の基準見直しによる収益へのインパクト

	減収シミュレーション		入院基本料			
	単価低下額	3,980円		医療区分1	医療区分2	医療区分3
改定後の基準で医療区分3に該当しなくなる患者	× 該当患者数	3人	ADL区分3	967点	1,412点	1,810点
	× 診療日数/年	365日	ADL区分2	919点	1,384点	1,755点
	① 減収額	4,358千円	ADL区分1	814点	1,230点	1,468点
			398点(3,980円)の単価マイナス			
改定後の基準で医療区分2に該当しなくなる患者	単価低下額	4,450円	ADL区分3	967点	1,412点	1,810点
	× 該当患者数	10人	ADL区分2	919点	1,384点	1,755点
	× 診療日数/年	365日	ADL区分1	814点	1,230点	1,468点
			445点(4,450円)の単価マイナス			
		減収額合計(①+②)	20,600千円			



改定の影響への対応策は医療区分の高い患者割合を高めることで、そのためには、療養病棟の入院患者は一般病棟からの転院が一般的であることから、自院及び近隣他病院からの紹介受入の体制を見直し、より状態の重い患者が紹介されるような関係づくり・体制づくりが必要になると考えられます。

しかし、療養病床を有する病院の多くで同じような課題が発生しているとみられ、患者獲得競争が激しくなる可能性があります。



3 25対1療養病棟と介護療養病床の廃止問題

現在、25対1療養病棟と介護療養病床、いずれも平成30年（2018年）3月末に廃止する方向で議論が進んでいます。そのため、制度廃止直前ではなく、余裕を持った検討、準備が重要です。

療養病棟入院基本料は、先に見たように看護配置によって大きく2つ（20対1と25対1）に分かれています。本則では20対1の基準が定められていますが、25対1の看護配置基準は経過措置として設けられているに留まっており、将来的には廃止予定となっています。そのため、25対1の看護配置基準を届け出ている事業者は、将来、他の事業モデルへ転換する必要があります。

介護療養病床とは、介護保険が適用される療養病床のことです（これまで説明してきた療養病床は医療保険適用の療養病床を対象としています）。

介護療養病床と医療保険適用の療養病床、いずれも長期にわたり療養を必要とする入院患者の受け入れが目的ですが、介護保険適用療養病床については要介護認定者に対するサービス提供が想定されている、という違いがあります。

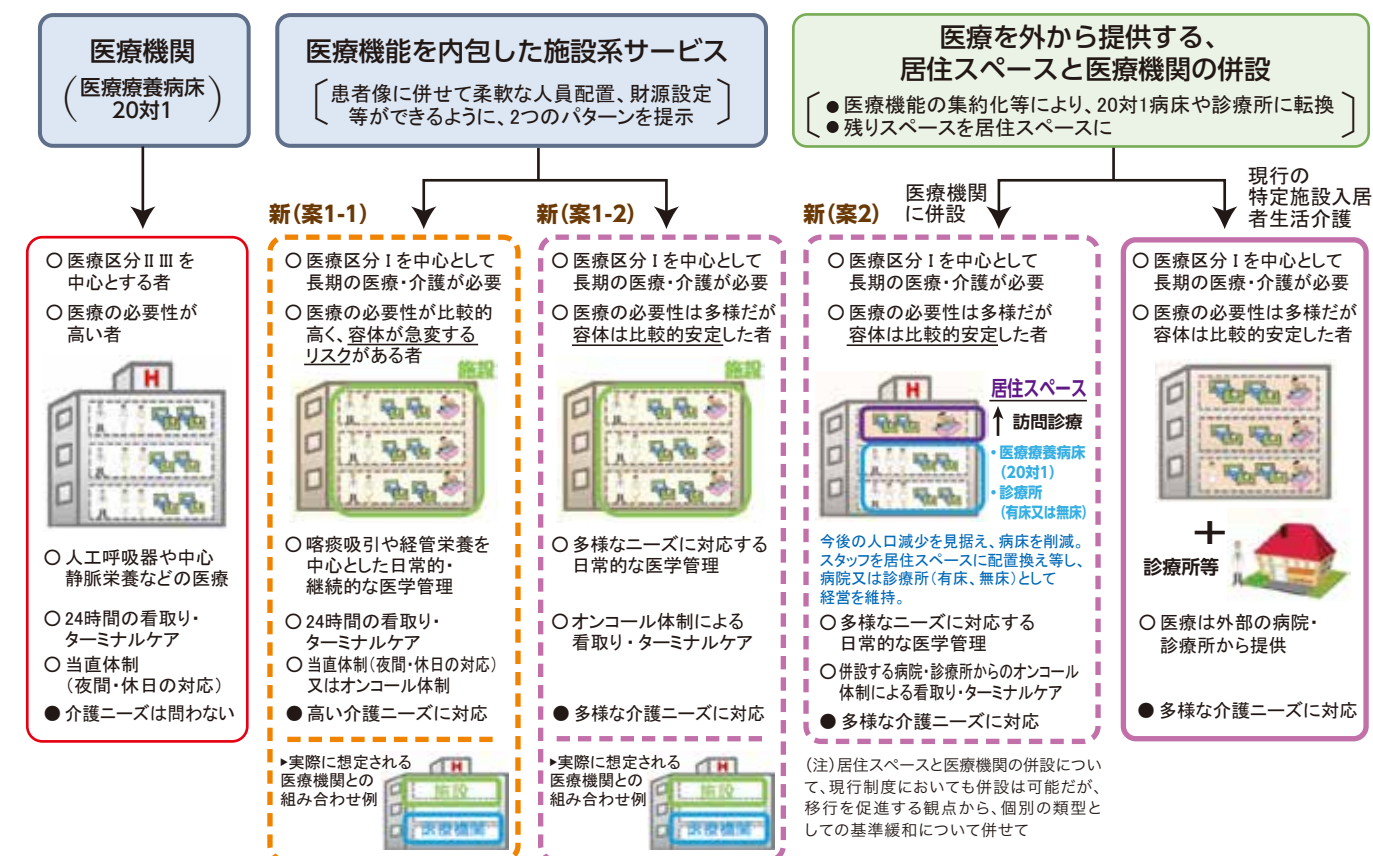
しかし、実際には機能が重複していたことから機能分化を促す取り組みがなされてきました。その抜本的な制度対応として当該病床類型が廃止される予定であり、現在、図表13にあるような受皿の制度構築を議論しているところです。

図表13は、あくまでイメージとしていますが、図表上の「医療機関」以外は、介護施設や場合によっては「居住スペース」を受皿として考えていることが見え隠れしています。

今後、イメージが具体化されていくことになりますが、大きな方向としては医療機関「以外」への転換を含めた検討が必要となると考えられます。また、その検討レベルは、全部を医療機関以外へ転換するかしないか、というだけでなく、一部機能を残して、部分的に転換（例えば50床のうち1フロア30床を転換し20床は機能強化して存続させる）するなど、選択肢は多岐に渡り、シミュレーションは複雑になると考えられます。

図表13 療養病棟の転換後サービスのモデルイメージ

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）



※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

25対1医療療養と介護療養病床は抜本的な事業モデルの見直しが必要

以上、病院を取り巻く主な制度環境の動向と病院経営に与えるインパクトについてみてきました。以降の章では、病院経営における最近の論点をコンサルティングの立場から解説していきます。



病床機能転換の 論点と実務のポイント

山田ビジネスコンサルティング株式会社
コンサルティング事業本部 医療事業部

薬剤師 竹田 康次郎
たけだ こうじろう

医療、介護の両分野において再生局面から成長局面まで幅広い
ステージの改善業務に従事。薬剤師としての臨床現場の知見を
生かし、近年では病棟転換実行サポート、病床稼働率向上支援等
の現場に入った案件に従事。

POINT

平成37年(2025年)時点の医療ニーズに対応できる医療提供体制の構築を目指し
「病床機能報告制度」「地域医療構想」が策定されたことで、病床機能の転換を検討する
必要に迫られる医療機関が増加しています。

病床機能を転換する際には、地域内におけるポジショニング(集患の可否)、職員の
スキル・志向、施設の広さや保有設備の検証に加えて病床転換後の収支が成立するかの
検証が必要です。

また、病床転換時には、オペレーションの見直し、病床を転換したことの周知活動を計画
的に行わなければ、病床転換前に想定していた収支の達成は困難となる懸念があります。

本稿では、病床転換を促されている背景、病床転換に際し
ての検討ポイント、病床転換実施上の留意点を解説します。

1 なぜ病床転換が必要か

なぜ、多くの医療機関が病床転換の必要性に迫られている
のでしょうか。その原因は、診療報酬改定による「逆」
インセンティブ、「病床機能報告制度」「地域医療構想」
「療養病棟の廃止」といった政策にあり、これらの政策の
背景には、将来必要とされる医療機能別の病床数と現在の
それとのギャップを解消する必要性があります。

(1) 病床機能報告制度の導入

厚生労働省は、診療報酬改定による経済的逆インセン
ティブというツールを用いて、各医療機関の医療機能を、
地域の実情に見合ったものへ転換させようとしています。

しかし、診療報酬改定による政策誘導だけでは各病院の
機能・病床数を適正化しきれないという判断の下、医療
提供体制に関する制度改正として平成26年(2014年)10月
に「病床機能報告制度」が施行されました。

病床機能報告制度は、毎年7月1日時点の、一般病床・
療養病床を有する病院及び有床診療所(診療所・歯科診療
所)を対象に(一部対象外あり)、自施設の病床機能等を
各都道府県に報告させる制度です。

報告事項には、自施設の各病棟の医療機能(高度急性

期、急性期、回復期、慢性期(詳細は前稿参照)の4つ
から選択して自己申告)に加えて、6年後に各医療機関が
希望する医療機能も含まれます。各病院が都道府県に提出
したデータは、都道府県にて公表されています。

病床機能報告制度によって、各医療機関が抱える医療
資源(有資格者数、医療機器台数等)や医療提供実績
(手術実施件数、リハビリの実施状況等)が数値によって
明確化されます。明確化された医療資源や医療提供実績に
応じて、都道府県知事は、地域医療構想(詳細は後述)
実現のため、必要に応じて個別医療機関に病床機能の転換
要請等ができるとされています。

診療報酬改定によってインセンティブ(逆インセンティブ)
を与えて、病床機能の転換を誘導することに加え、個々の
医療機関の実態を定量化した上で機能転換を直接促すと
いう、医療機関にとっては影響力のある制度が導入された
といえます。

(2) 地域医療構想

都道府県は、病床機能報告の内容と、地域の医療需要の
将来推計とを照らし合わせ、二次医療圏ごとの各医療機能
の将来の必要量を見定めます。そのうえで、医療機能の分化
と連携を適切に推進するための「地域医療構想」を策定
し、従来から都道府県単位で策定されている医療計画に盛り
込み、適切な医療体制の構築を推進していくことになります。

地域医療構想の実現に向けては、医療機関の自主的取り
組みが基本になりますが、これだけでは関係者での合意が
得られないことも考えられます。そこで地域医療構想で
は、2点の枠組みを設けています。第一に、「協議の場」
の設置です。都道府県は、診療に関する学識者の団体、
医療関係者等との協議の場を設け、地域医療構想の達成の
促進について協議を行うこととされています。第二は、
都道府県に主に以下3つの権限を与えていることです。

- ①病院の新規開設・増床の際に、都道府県知事は不足
している医療機能を担うという条件を付けることができ
ること。
- ②既存医療機関が過剰な医療機能(病床)に転換しよう
とする際には、都道府県知事は、医療機関に対して医療
審議会での説明等を求めることができること。また、
都道府県知事は、公的医療機関に対して適切な医療機能
(病床)への転換の命令が、公的医療機関以外には転換
の要請ができること。

③医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合、
都道府県知事は稼働していない病床の削減を、公的
医療機関には命令が、公的医療機関以外には要請が
できること。

このように、地域医療構想を実現するために、都道府県
知事には一定の権限が与えられており、地域医療構想の実
現に向けて病床転換が促されることになります。

(3) 医療療養病床の一部(療養病棟入院基本料2)の 経過措置の終了及び介護療養病床の廃止

平成30年(2018年)3月末に、医療療養病床のうちの
療養病棟入院基本料2(看護配置25対1療養病棟)及び
介護療養病床は、廃止される見通しです。

現在、療養病棟入院基本料2を算定する医療療養病床は
約8万床、介護療養病床は約6.4万床あり、平成30年
(2018年)3月末の制度廃止に備え、機能転換の必要に
迫られています。全日本病院協会の「慢性期医療に関する
アンケート調査」によると25対1療養病床を持つ病院の
3分の2の病院が病床転換を予定しているという回答結果も
あり、今後、病床の機能転換の事例が増えていくことが
予想されます。



2 病床転換に際しての検討ポイント

以下に、病床転換に際しての主要な検討ポイントを解説します。

(1) 患者属性の変化と集患見通し

通常、病床転換後は従来と異なる属性の患者を集患する必要があります。例えば急性期から回復期に機能を転換する場合、リハビリを行って身体機能を回復し、自宅等に戻ることのできる患者を集めることが求められます。高齢の患者が肺炎を患い、一定期間入院して容態が安定したら自宅に戻るケースなど、一般病棟（急性期）の該当患者とは成り得ますが、高齢のため体を動かすリハビリが難しい場合には、回復期リハビリ病棟（回復期）の入院対象とはならないケースがあります。

集患のためには、従来の患者の入院フロー（入院経路）を分析し、転換後の病床に合致する患者の集患が出来るかどうか、病床転換を行う前に検討することが必要です。従来の入院フローでは、病床転換後の患者を十分に確保できない場合は、近隣病院との連携、新たな診療科目の立ち上げ等の施策を検討する必要があります。

(2) 職員のスキル・志向チェンジ、配置転換

病床転換により患者属性が変わるため、職員に求められるスキルも志向も変わります。

これまで使ったことが無い医薬品の処方、リハビリを行う必要がある患者のケアなど、変更を求められる内容は多岐に渡ります。特に回復期は、家族の協力と自宅退院への意思確認が必要です。そのために看護師やリハビリ職員は、外部の施設や、家族と情報共有及び退院調整を行う必要があり、そのスキル習得が必要です。当該オペレーションに関する業務知識・経験が乏しい場合には、他院の見学等を行い、そこで学んだことを自院で共有することも検討が必要です。

また、医療機関の職員は、特定の医療機能や診療科に関するスキルアップを志向していることが多く、病床転換による患者属性の変化に対して自身の志向を変化させられないことがあります。例えば、急性期疾患の症例を学びた

いという考えを持って入職した職員の所属する病棟を、急性期から慢性期に病床転換すると決断した場合、職員の働くモチベーションが低下し、最悪の場合、退職という事態につながるリスクもあります。特に、急性期や回復期のように、治療やリハビリをして病院から退院（復帰）することを目的とした病床と、慢性期のように患者ケアが目的の病床とでは、同じ病院でも考え方は大きく異なります。病床転換を検討する際には、職員がスキルや志向の変化に耐えられるか、確認または説得が必要となります。

また、病床転換をすることで施設基準上必要となる職種及び職種別の人数が変わります。例えば、一般病棟入院基本料7対1から、回復期リハビリテーション病棟に病床転換した場合、必要となる看護師の数は、入院患者7人に対して常時1人の配置から、入院患者13人もしくは15人に対して常時1人の配置に変わり、また、必要となるリハビリスタッフの数が増えることになりますが、他方、病棟単位で見ると特定の職種の職員数が、施設基準対比で過剰になる場合があります。このような場合に過剰となる職種の職員を、例えば訪問看護ステーションに配置転換するなどの対応が必要となります。この場合でも、前述した職員のスキル・志向チェンジの問題をクリアする必要があります。



(3) ハード面による制約

病床転換の際、施設の構造上、満たさなければならない基準があります。例えば回復期リハビリテーション病棟であれば、患者に対してリハビリの実施のため、治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室の面積基準が定められています。建物が古い医療機関においては、新たにリハビリスペースを新設または拡大することが難しく、病床転換を検討する際のボトルネックとなることがあります。

通常、建物の構造（ハード面）の見直しは困難であり、病床転換を検討する際、最初にハード面の確認をしておくことで、転換できる病床の種類や病床数を絞り込むことができます。確認するポイントは、主に病室面積、廊下幅、リハビリ室面積です。

(4) 収支シミュレーションの策定

病床転換は病院の収支に大きな影響を与えます。以下に収支の観点からの検討ポイントを解説します。

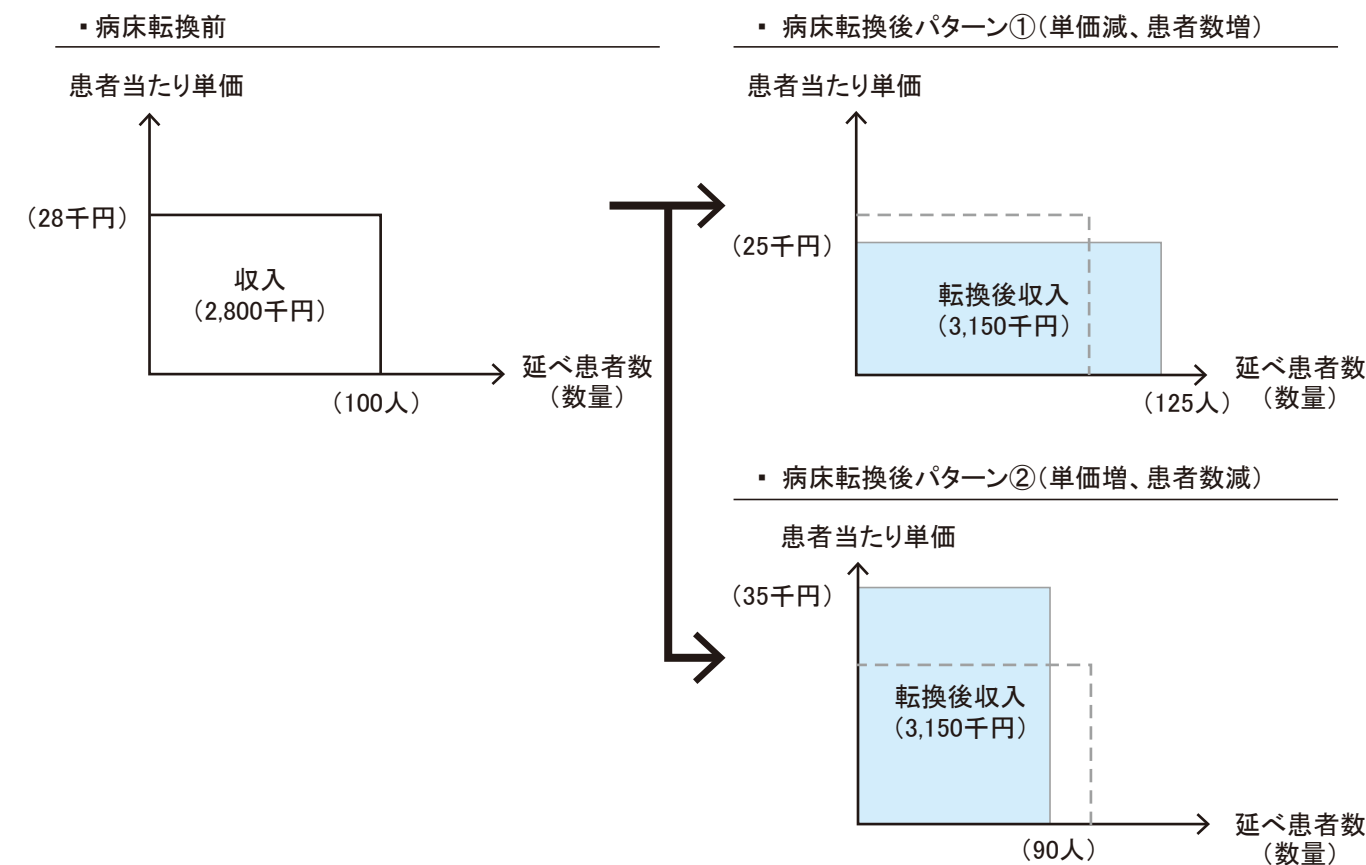
(ア) 収入面

病院の収入は、大まかに、患者属性ごとに、患者1人1日当たりの単価×病床数×病床稼働率×365日と計算されます。病床稼働率は、1日当たりの新規入院患者数÷平均在院日数÷病床数と計算されます。病床転換により患者属性が変わると、これらの式の計算要素も変わり、病院の収入が変わることになります。

転換後の収入を予測するためには、地域の年齢階層別人口動態及び地域の競争環境等の情報から、どのような属性の患者を何人集め受け入れることができるか、患者属性ごとの平均在院日数などを、将来にわたって見通す必要があります。

病床転換による収入面の変化の考え方を表したものが図表1です。転換後パターン①のように、病床転換によって単価は減少するが患者数が増えて増収に繋がるケースや、病床転換後パターン②のように患者数は減るものの、単価が増加して増収に繋がるケースが考えられます。

図表1 病床転換前後による収入変化イメージ



転換後パターン①の例としては、一般病棟入院基本料(7対1)を算定するが患者数が確保できていない病棟において、地域包括ケア病棟に転換することで単価は下がるものの患者数を確保できる例が考えられます。

転換後パターン②の例としては、一般病棟入院基本料(15対1)を算定し患者数を確保できている単価の低い病棟が、回復期リハビリテーション病棟に転換し、単価を上げる例が考えられます。

病床転換後の収入予測においては、稼働の立ち上がり、新規入院患者数獲得のスピードも大事な論点となります。医療機関の費用の大部分が固定費であり、病床の非稼働は赤字に直結するからです。

(イ) 支出面

病床転換を行ってすぐに職員の配置数を変えること、特に配置人員数を減らすことは、難しい場合が多いです。病床転換を行い患者属性は変わるものの、そこに職員のスキルチェンジが追いつかずに、施設基準上必要な配置人員数を超えて職員を配置せざるを得ないケースがあるからです。この場合、一定期間は基準以上に人件費が発生する結果、費用が過大になるリスクがあります。

また、病床転換のため建物の一部を改修する必要がある場合は、改修費用が発生します。その他、施設基準を満たすためだけでなく、患者の療養環境を整えるために内装を見直すといった支出も想定されます。

患者属性によって、原価構成が変わることもあります。例えば、これまでは頻繁に投薬が必要であった患者層から、投薬の必要性が少ない患者層に変化する場合などです。



3 病床転換実施上の留意点

(1) 業務内容・オペレーションの見直し

通常、病床転換前後で、在院日数、看護必要度、日常生活機能評価などの施設基準が変わります。

医療職の方の中には施設基準・診療報酬についての理解・関心が薄く、そのため転換後も転換前の治療方針のまま運営を行い、施設基準を満たせなくなることが懸念されます。

このような事態を発生させないためには、病床転換直前・直後のタイミングにおいて、施設基準の周知徹底が必要不可欠になります。この点について、看護部長・各病棟の看護師長が主体となり働きかけながら運営することにより上手くいった事例がありました。責任者が率先して周辺を巻き込みながら推進する必要があります。

また、各種施設基準を遵守するために、新たな部署、役割を持った職員の配置が必要となることがあります。例えば、退院調整を専担で行う看護師やベッドコントロールを行う組織を院内に置くことで、施設基準の遵守状況のモニタリングと病床稼働率の維持ができた事例があります。

複数の一般病棟を抱える医療機関において、急性期病床の一部を回復期病床に転換するケースでは、急性期病床の入院患者の中から、回復期病床に該当する患者を選定し、転棟（院内の異なる機能を持つ病棟に移動）させることがあります。対象患者を選定するためには、適宜、対象患者を選別する話し合いを実施することが望ましく、その際には医師だけではなく、病棟に関連するスタッフ（特に受け入れ側となる病棟スタッフ）が話し合いに参加すると転棟をスムーズに行うことができます。

(2) 外部周知活動

病床転換によって患者属性が変化し、患者フローも変化するため、外部の医療機関との連携方法も変化します。

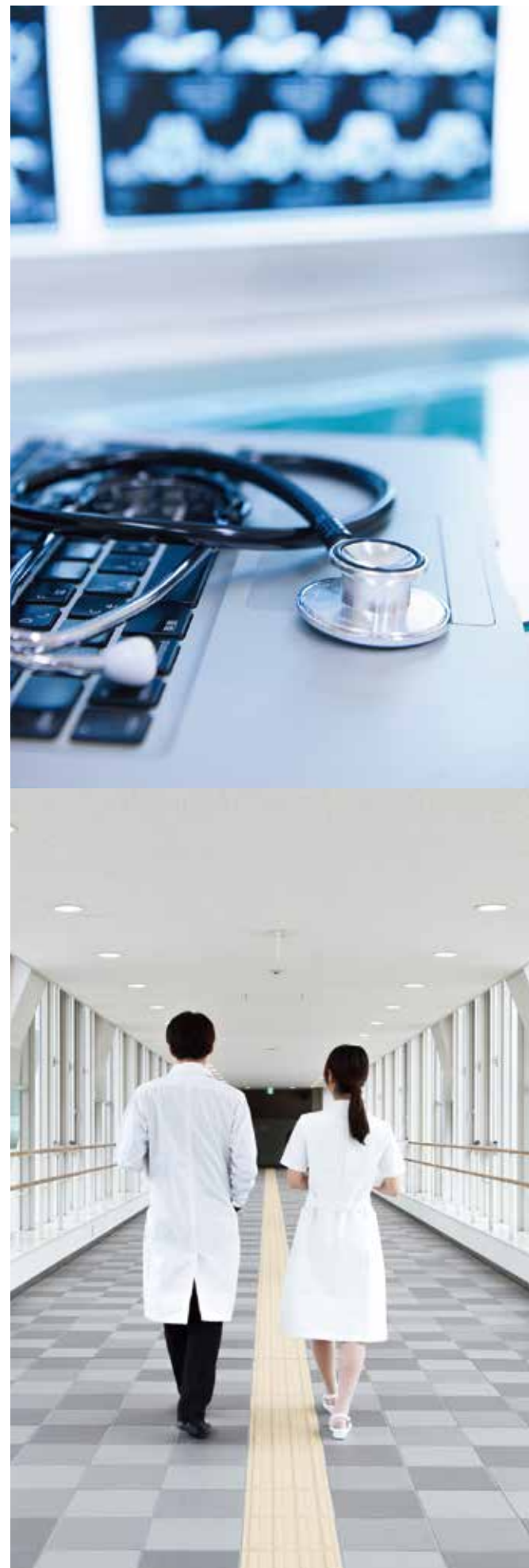
一般的に、患者が入院する経路は、①他院からの紹介、②救急搬送による受け入れ、③自院外来患者からの入院、④自グループ内の介護保険施設や老人ホームからの紹介、が考えられます。

①は紹介元の医療機関では治療できない患者や他院で急性期の治療を終えた患者の受け入れで、②～④は比較的、容態の悪くなった患者の受け入れであり、大まかには急性期の病棟が対象のイメージとなります。

病床転換を行うと、これまでと異なる属性の患者の紹介を受けることになるため、連携先医療機関への周知活動が大切です。医療機関が他院へ患者紹介を行う前提として、医師同士のつながりもあります。理事長自らが連携先医療機関との関係を構築することが望ましいといえます。他の医療機関との連携は、双方にメリットのある関係作りが重要です。また、患者紹介を受けた際、受け入れまでのリードタイムを短くできるよう、地域連携室の機能向上が必要となります。

地域住民から病院の認知を得るためにホームページの変更、最寄り駅への広告の掲載、病院内にお知らせを貼る等の周知活動も大切な取り組みとなります。

「病床機能報告制度」「地域医療構想」を背景に、1つの医療機関がすべての役割を担うのではなく、各々の医療機関が機能を明確にし、各医療機関が連携して地域完結型医療を進めていくことが求められています。近年、病床稼働の向上を経営課題としたコンサルティングのご相談を受けることが増えています。病床転換は政策的な病床転換の圧力を受けて実施せざるを得ないケースもありますが、一方で、地域の需給バランスに見合った病床への転換は、病床稼働率を向上させる施策ともなりえます。病床転換を行う際には、本誌で触れた検討ポイントや実施上の留意点があります。これらを関係者と十分に議論をし、地域のニーズに合致した病床転換を行った上で、経営上もメリットを享受できるようにすることが大切です。



病棟建替えに際しての 論点と実務のポイント

山田ビジネスコンサルティング株式会社
コンサルティング事業本部 医療事業部 西日本・中部担当 マネージャー

松下 徹
まつした とおる

医療法人・介護事業者向けに、再生
支援、収支改善支援、事業計画策定
支援、事業性・財務状態評価、M&A
等支援実績多数。



POINT

建物老朽化や耐震基準を満たしていないことから、建替えが必要な病院が増加しています。建替えに際しては、建築単価の上昇や1床あたりの必要面積の増加等がキャッシュ・フローに与える影響を検討する必要があります。

建替えには多額の資金を要し、その回収は長期にわたります。建替えは、長期にわたる病院継続の決断にもなるため、これからの病院経営を担うメンバーが一丸となり、病院の機能の取舍選択・見極め、事業承継の視点を含めた検討が重要です。

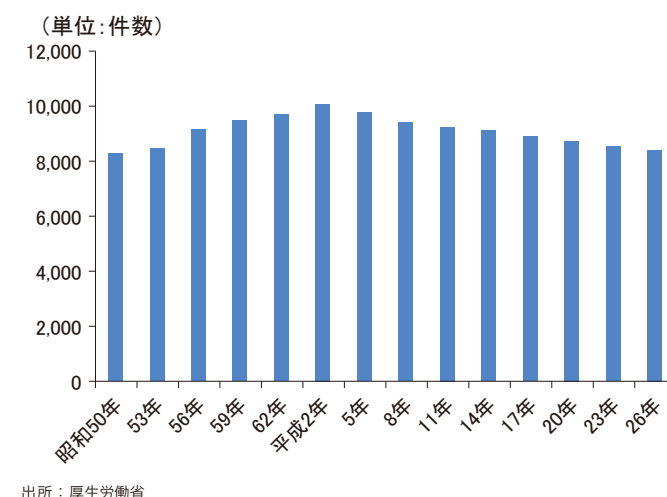
本稿では、病棟建替えが必要される背景、建築コストの上昇など建替えに際しての検討項目とこれらの項目がキャッシュ・フローに与える影響を解説します。

1 病棟建替えが 増加している背景

(1) 病床規制と建設ラッシュ

現在、日本には約8,500の病院があります。病院数は、昭和50年（1985年）以降年々増加しており、平成2年（1990年）頃がピークとなっています（図表1）。平成2年（1990年）頃以前に建てられた病院は、築30年近く経過し、老朽化のため建替えが必要な時期を迎えています。

図表1 病院数の推移



平成2年（1990年）頃以前に病院数が増えていった背景の一つに、昭和60年（1985年）の病床規制があります。

厚生労働省は、第1次医療法改正時に、医療供給を計画的に整備するため、都道府県に対して、医療計画の策定を義務付けました。この計画は、都道府県内をいくつかのエリアに区分けし（二次医療圏）、将来の需要量を予測し、医療需給の過不足を調整することで、最適な医療供給体制を実現することを目的としています。

この医療計画の内容の一つに「基準病床数制度」があります。基準病床数制度は、二次医療圏ごとに、需要動向を鑑みて必要となる病院・診療所の病床数を定める制度です。

医療計画策定・見直し時点で既に存在している病床数（既存病床数）が基準病床数より多いエリアにおいては、都道府県知事は、病院等の新規開設を認めないことができるとされています（医療法第7条の2）。この基準病床数制度が導入される前に、駆け込み的に病院を建設しようという動きがあったと推察されます。

(2) 低い耐震化率

建替え検討を必要とする病院が増えているもう一つの背景が、耐震化率の問題です。

建築基準法に基づく現行の耐震基準は、昭和56年（1981年）6月1日に導入されました。平成7年（1995年）の阪神・淡路大震災では、住宅・建築物の倒壊による被害が見られましたが、特に、新耐震基準が導入された昭和56年（1981年）前に建築されたものに大きな被害が発生しました。

耐震基準の一つに「建築物の存在期間中に一度は遭遇することを考慮すべき極めて稀に発生する地震動に対して倒壊・崩壊するおそれのないこと。」が挙げられていますが、病院の耐震化率は、平成27年（2015年）調査時点で69.4%にとどまっています。平成22年（2010年）時点の耐震化率56.7%と比べると、耐震化が進んではいるものの、国が目標とする平成32年（2020年）の耐震化率95%（学校、病院、百貨店等の多数の者が利用する一定規模以上の建築物）に対しては、まだまだ十分な水準とはいえません。

実際、先般の熊本地震でも、本来災害拠点にもなるはずの病院で、一部の建物が旧耐震基準であったために亀裂や水漏れ等が発生し、入院患者の転院・退院を行うという事態が起きています。

2 建築コストの上昇等

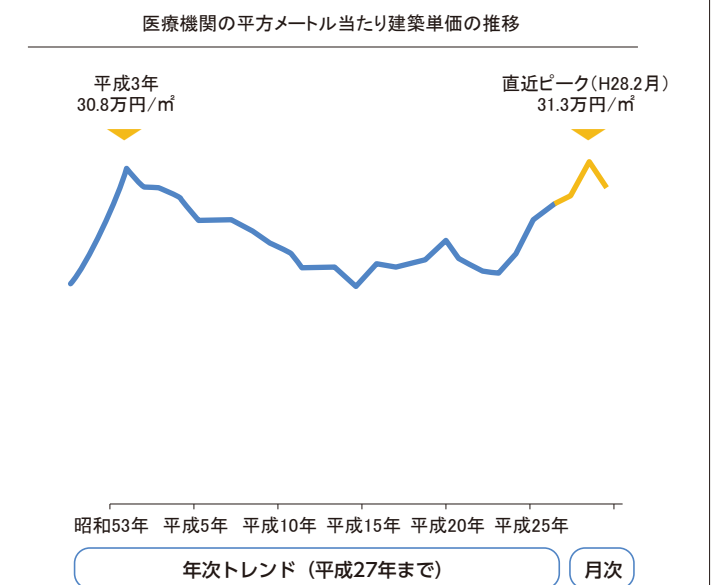
病院経営において最も大きな投資にあたる病棟建替えに関して、従前以上に資金負担を増加させる要因となっている建築コストの上昇と必要面積の増加について解説します。

(1) 建築コストの上昇・消費税増税

東日本大震災後の復興需要や東京オリンピック・パラリンピックに伴うインフラ整備需要等により建築コストが上昇しています。

図表2を見ると、1㎡当たりの建築単価は、バブル崩壊の頃の平成3年（1991年）に30万円を超えた後、右肩下がり推移してきました。しかしながら、平成25年（2013年）から上昇に転じ、平成28年（2016年）には20数年ぶりに30万円台に達しています。平成24年（2012年）の21万円台と比較すると、ほんの3年程度の間に約1.5倍の水準にまで上昇しています。

図表2 建築単価の推移



また、平成31年（2019年）10月から消費税率が10％に引き上げられることが予定されています。病院では、建築コストにかかる消費税の大半を控除できないため、消費税増税分の大半が建築コストの上昇に直結することになります。

（2）必要面積の増加

また、建替えに伴う必要面積についても、病院を建築した当時とは状況が大きく様変わりしています。

平成13年（2001年）に施行された第4次改正医療法により、従前の「その他病床」が「一般病床」と「療養病床」の2つに区分され、それぞれの病床につき、施設基準である病室面積や廊下幅の見直しがなされました。たとえば、一般病床の病室面積は、従前では、1床当たり4.3㎡以上であったものが、1床当たり6.4㎡以上に、また、廊下幅に関しては、従前1.2m以上が1.8m以上（廊下の両側に病室がある場合は1.6mが2.1mに改定）と、必要面積が1.5倍にまで大きくなっています。

その他、医療法の規定とは別の要因で、一床当たり投資面積は拡大傾向にあります。周辺病院など他の病院との競争の中で、「より高度な」「より快適な」医療・療養環境を充実させるという観点から、リハビリテーション室、検査室、手術室、または特別な療養室、待合スペースを拡大させる等により、医療法に定める施設基準以上に延床面積が拡大することとなっています。

3 建築コストの上昇等がキャッシュ・フローに与える影響

続いては、前述の建築コストの上昇と必要面積の増加がキャッシュ・フローに与える影響について考えてみます。

（1）病棟建替えのための投資額の増加

まずは病棟建替えのための投資額についてです。上述の通り、「建築コストの上昇」「必要面積の増加」により、病棟建替えのための投資額は近年上昇傾向にあります。建替え後の病床数を200床とし、仮に病床1床当たりの面積を75㎡とすると、建築単価は約30万円/㎡のため、75㎡/床×約30万円/㎡×200床＝45億円となります。もし、3～4年前に建替えを行っていた場合は、75㎡/床×

約20万円/㎡×200床＝30億円であり、建替えに際して、実に15億円も投資額が増加している計算になります。

（2）病床数の減少

なお、必要面積の内、病室面積や廊下幅に関しては平成13年（2001年）の改正によるものであり、ここ数年での変化はありませんが、大きく影響を与える項目として、建替え後に持てる病床の数が挙げられます。これがキャッシュ・フローに大きな影響を与えることとなります。

特に、都心部においては、用地の拡大ができず同じ場所同じ土地面積で建替えを行わざるを得ないケースが多く見られます。そのような場合、病床数を減らす可能性も出てきますが、仮に、患者1人1日当り入院収益が50,000円、減床影響20床（稼働が減少する数）とすると、50,000円×20床×365日＝3.65億円（年間）の減収になります。

建替え前の段階で、稼働率が低下傾向にある、またはスタッフ確保が充分でない場合には、減床により実状に即した適正規模に変えていくという選択肢もありますが、そうでない場合は、人件費等の固定費はかわらず減収影響が利益、キャッシュ・フローの減少に直結します。

そのため、減床を前提として建替えを行う場合には、重症度や医療・看護必要度等を満たした上で、入院基本料のランクアップ等単価を改善する余地や余った人員により地域で必要とされる新規のサービス提供を行うこと等により収入を確保する手立ての検討が必要となります。

（3）価格転嫁

このように投資コストが増加する局面でありながらも、医療機関の保険診療は、価格転嫁ができないという制度上の問題があります。

他業界では、コスト増加分を最終消費者（医療機関においては患者）にも一部負担してもらうよう価格改定していくこともありますが、医療機関においては、診療報酬制度で価格が固定化されているため、各医療機関の判断で単価をいくらにするかという、いわゆる値決めは行えません。

（4）人事制度の見直し

投資コストの上昇を補うために、医業収益の改善によってキャッシュ・フローを増加させることが困難な場合、医業費用を削減する必要があります。

医業費用の中心となる人件費については、長年見直しをしていない人事制度・給与制度を運用している医療法人が多く、建替え検討の際に、定期昇給負担が重大な問題であることが顕在化するケースが散見されます。

多くの病院において、診療報酬改定の影響はマイナス（または維持）であり、定期昇給分だけキャッシュ・フローが目減りすることとなります。また、退職金制度も見直しがされていない場合、高止まりした給与に基づいて退職金を支払うことが多く二重の負担圧力となります。

対応策として、人事制度の見直しを行うことが検討されますが、大前提として人件費削減のための見直しではなく、貢献度に応じて、成果の高い人に手厚く昇給・手当を支給し、そうでない人には、相応の支給に留める等、職員の努力が反映されるようなメリハリのある制度設計が重要となります。

（5）補助金の活用

建替え時の減床により得られるメリットの1つに補助金が挙げられます。代表的なものは、医療施設近代化施設整備事業費補助金で、1床当り150～200万円程度の補助が受けられます。ただし、建築面積等の要件があることに加えて、一定期間は当初の用途に応じて使用を継続する必要があります。そのため、建替え後しばらく（例えば数年）して第三者へ売却を行う場合においては、残存期間に応じて補助金の返還義務が発生します。

（6）事業承継

現在の理事長が、建替え後にご勇退を想定されている場合、ご子息・ご息女をはじめとした後継者候補の確保、並びに、後継者候補を巻き込んだ建替え計画の検討が重要となります。後継者候補を巻き込まず理事長独断で方針が決定された結果、後継者候補から見て魅力のない病院となってしまうことがあるからです。

理事長が想定している後継者候補が、診療に専念したい・事業規模の大きさが負担となる・借入金等の保証責任を回避したい等の理由により、そもそも病院を引継ぎたくないているケースもあり、その際は別の後継者をさがすことになり、後継者がみつからなければ、第三者に売却することにもなりかねません。

建替えは、長期にわたる病院継続の決断にもなるため、これからの病院経営を担うメンバーが一丸となり、病院の機能の取捨選択・見極め、事業承継の視点を含めた検討が重要です。



人事制度の論点と実務のポイント

山田ビジネスコンサルティング株式会社
コンサルティング事業本部 医療事業部 マネージャー

渡辺 茂徳
わたなべ しげのり

各地の中堅・中小医療機関の人事制度の再構築支援や、将来構想・計画作成支援、M&A支援等の医療機関の経営課題の解決支援実績多数。



POINT

近年、人事制度に関するコンサルティングのご相談を頂く機会が増えています。背景には、制度環境変化による経営環境の悪化、人材確保・定着に対する問題意識の高まりがあると考えられます。

医療機関の人事制度は年功序列的な要素が強いことが多く、今後の環境変化によるキャッシュ・フローへの影響等を踏まえると、人事制度を見直す必要性のある医療機関は多いと考えられます。

人事制度の再構築には、職員の理解と、時には説得が必須となりますが、そのためには、経営者自らが経営方針とそれに基づく人事方針を明確にすることが大切です。また、評価者となる管理職のマネジメント能力を高めることも、人事制度再構築における重要なポイントです。

本稿では、人事制度が注目される背景、人事制度におけるよくある課題、人事制度再構築のポイントを解説します。

1 なぜ、人事制度が注目されているのか？

(1) 制度環境変化によるキャッシュ・フローの減少

人事制度が注目される理由として、病院を取り巻く制度環境変化によるキャッシュ・フローの減少があげられます。診療報酬改定により病院経営は厳しさを増しており、また今後も社会保障費抑制の観点からは大幅なプラス改定

を期待することは難しいため、より一層、コストの適正化に目を向ける必要があります。

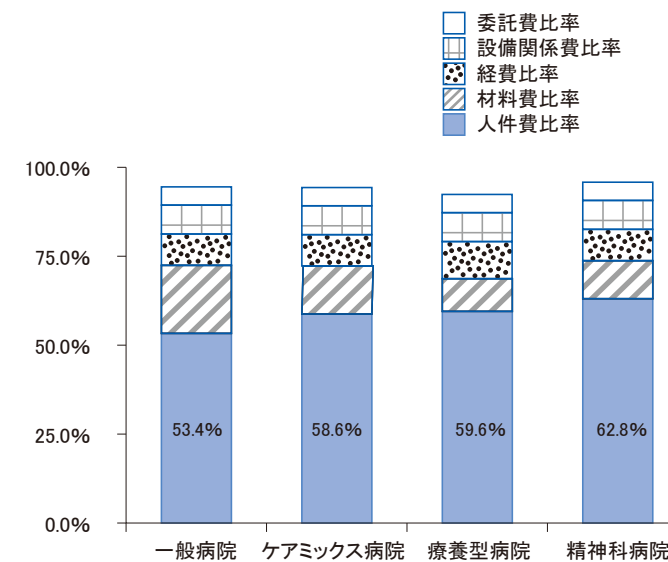
通常、医療機関においてコストの適正化を検討する際、人件費は最も慎重に検討すべき項目と言えます。しかし、病院のコストのうち、売上に占める割合の5割から6割程度は人件費であり（図表1参照）、収入増加が難しいケースにおいて、財務基盤を安定させるためには、人件費総額の管理にも手を付けることが必要となります。

これまで、経営上必要な改善金額を、医業収入の増加で賄ってきたが、いよいよ収入が頭打ち、もしくは減少し始めたことで、人件費総額の管理に切り込むか否かの経営判断に直面する病院が増えています。

また、医療機関では、通常、単年度予算の策定にとどまり、中長期的な収支予算を策定することは稀です。そのため、病院の建替え計画等の中長期的な収支計画の策定に際して、従来の伸び率で人件費が増加するという試算を行うと、将来収支が成り立たないことに初めて気付く病院もあります。

総額人件費の管理が、より一層重要な経営課題として位置づけられています。

図表1 病院の各費用項目が売上に占める割合



出所：厚生労働省 平成25年度 病院経営管理指標 病院種類別比較 開設者別 医療法人

(2) 人材確保・定着の視点

人事制度が注目されるもう一つの理由は、医療機関の「仕入」に該当する、有資格者の採用・定着の困難さです。高齢者人口の増加に伴い、一部の地域を除けば、医療需要は年々増加する一方で、職員の母集団である高齢者以外の人口の減少が続く（図表2参照）、職員の採用・定着は一層困難になっていくことになりそうです。

医療機関は法律によって必要な職員数が細かく定められており、職員数が基準を下回れば、診療報酬（国が定める医療行為ごとの単価）の低下や、更には施設運営そのものの継続が困難になる恐れがあります。

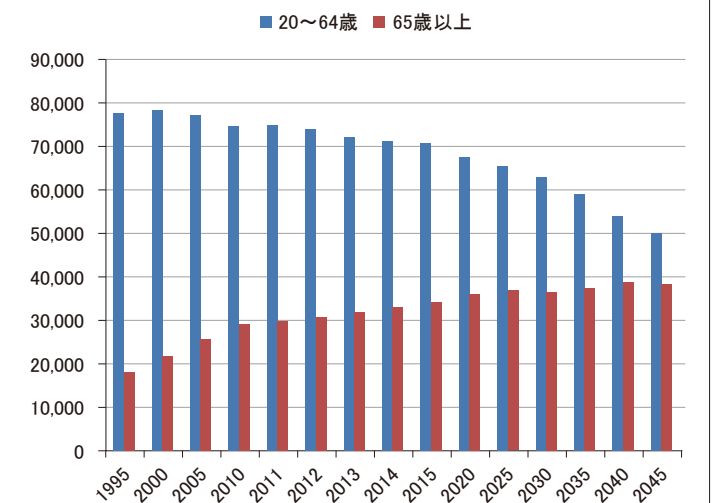
実際、大多数の医療機関の事務関係者、看護部長は、施設基準を維持するべく、人員のやりくりやシフト調整に日々頭を悩ませ、時に、管理者自らが夜勤に入って何とか職員数基準を維持する、という病院は少なくありません。

医療業は労働集約型の産業であることに加え、法的な制約から、人材の確保・定着は、避けては通れない経営課題となっています。国全体として労働者が減少する局面においては、次から次へと職員を入れ替えながら運営することは現実的ではなく、限られた人的資源である人材を最大限活かすことが必要です。

限られた人的資源を活かすためには、職員にとって魅力ある職場環境を整備し、職員の定着を促すことが求められます。魅力ある職場環境とは、託児所の整備や有給休暇取得促進といった制度、つまりハード面の整備に留まらず、個々の職員に働き甲斐を感じてもらうこと、職員同士の人間関係にストレスを感じさせない組織風土作りといったソフト面の整備も大切になります。

職員が納得する人事制度の導入と、人事制度を活用した組織内コミュニケーションの促進は、職場環境の改善に寄与すると期待され、人材確保・定着に苦戦している医療機関は、人事制度の見直しに取り組み始めています。

図表2 20～64歳、65歳以上人口推移



出所：総務省統計局『国勢調査報告』、『人口推計』および国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成24年1月推計）[出生中位(死亡中位)推計値をもとにYBC作成]



2 人事制度におけるよくある課題

コンサルティングの現場で直面する、人事制度におけるよくある課題として、次の3つがあげられます。

(1) 貢献度合いに応じた人事評価制度の導入・運用が困難

病院においては、職員の組織に対する貢献度合いに応じて人事評価を行い、貢献度合いの大きい職員に対する報酬を手厚くして給与単価のコントロールを行うことが必要です。

しかし、医療機関でこのような人事評価制度の導入を検討すると、成果（いわゆる売上等）が個人単位で定量化しにくい、専門性が高くて相手（特に他部門、他診療科）を評価できない、24時間365日運営が行われており、常に業務を見ることができない、非常勤職員が多い、といった理由で導入に反対する意見が多く出てきます。

とはいえ、このような人事評価制度が導入されず、職員にとって不透明な人事評価制度のもとで昇進や人事異動が行われると、誰々は院長から気に入られているから昇進した、異動になった、などといった有らぬ噂が広まる恐れがあります。このような噂が広まると、そもそも上司（評価者）は公平に部下をみてくれない、評価してくれないという思いが職員の間で強くなり、一層、貢献度合いに応じた人事評価制度の導入及び運用が困難になってしまいます。



(2) 人員数計画の実現が困難

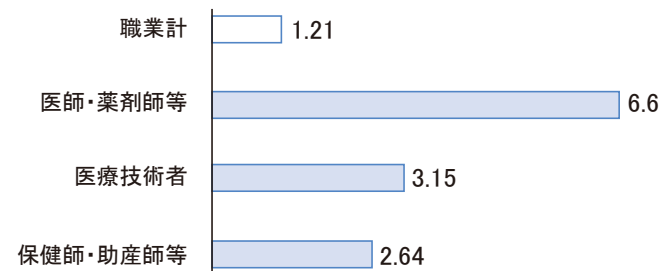
法令等で定められた施設基準を守るためには一定の人員数が必要となります。しかし、医療業界における労働市場は売り手優位であること、所属する組織に対するロイヤリティーが比較的低いことから、必要な時に必要な職員数を、計画的に抱えておくことは、難しいといわれています。

実際、厚生労働省が公表している平成28年（2016年）3月の職業分類別有効求人倍率をみると、全職種平均が1.21倍であることにに対し、医師・薬剤師等が6.60倍、技師などの医療技術者が3.15倍、保健師・助産師等が2.64倍、となっており、医療職は比較的容易に転職できる環境にあるといえます（図表3参照）。毎年人件費（人員数）予算は策定するものの、採用できる時に採用する、というのが採用担当者の実情だと想像します。

しかし、このような人員採用のやり方は財務的に非常に危うい対応です。例えば、看護師を400名抱える病院で、毎年平均すると50名の程度の職員が年度末に退職するとします。仮に、応募がある都度採用を行い、最終的に50名の看護師採用を行ったが、実際の退職者数が30名にとどまった場合、20名の看護師×年俸500万円（看護師の年俸を500万円と仮定）で、年間1億円コストが増加することになります（法定福利費など含めると実際には1億円以上）。

職員が定着し、またコンスタントに入職希望者が来て、人員数計画の管理が行えるよう、職場環境の整備が必要です。

図表3 有効求人倍率の比較



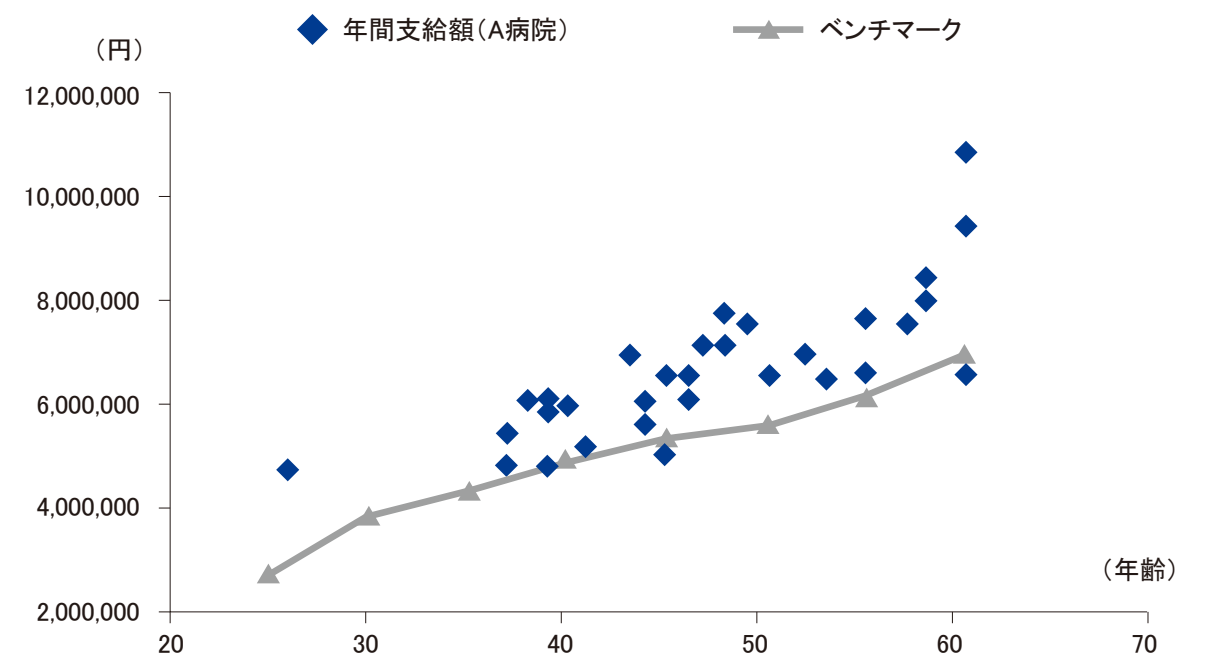
出所：厚生労働省 職業分類別有効求人倍率（平成28年3月）

(3) 定期昇給等による人件費の増加

毎年定期昇給によって増加する人件費の負担に頭を悩ませている理事長、事務長は少なくありません。

過去、公務員の賃金を参考にして毎年一定の定期昇給を行う人事制度・賃金規程を作成した医療機関では、職員の勤続年数が長くなるに連れて、総額人件費が膨らみ、経営が圧迫されているケースが多くあります（図表4参照）。

図表4 A病院の看護師別年間総支給額とベンチマーク（業界平均）との比較図



他にも、一定のサイクルで若い（＝比較的給与の低い）職員と、勤続年数が長くなって給与の高くなった職員とが入れ替わることで総額人件費を安定させようと計画していたが、実際には期待したように職員の入れ替わりが起これずに、総額人件費の増加に悩むケースも多いです。

また、定期昇給により職員の能力に関係なく給与が増えてきた医療機関や、人員を確保するためその場しのぎで手当を増やしてきた医療機関において、職員の能力とは関係なく個々人の給与が増え、給与負担額の増加という問題が起こっているケースも多く見受けられます。



3 人事制度再構築のポイント

人材の流出や、人件費のコントロールができない状況に陥ることは、医療機関の存続を揺るがす大問題です。しかし、人事制度の整備は重要な経営課題であると認識しつつも、対策が遅れている医療機関が多いという実感があります。では、人事制度を再構築する際にどのような点に気を付ければよいのか、主要なポイントを解説します。

(1) 人事制度再構築に対する経営者の強いコミットメント・リーダーシップと経営方針等の明確化

人事制度の再構築が経営上必要であっても、経営幹部は制度改革を望んでいない可能性があります。なぜなら、職員全員が納得する人事制度の構築は現実的に困難であり、必ず反対する職員が現れるからです。

特に、現状で高い給与をもらっている古参職員は、自分の給与を守るべく、時に制度改革に反対する姿勢を取ります。困難な制度改革を前にして、幹部メンバーは、自分が現役の時代には制度改革に手をつけなくて欲しいと考えることが、ある意味人間らしいといえます。実際、コンサルティングの場面で事務長にヒアリングをすると、人事制度を見直すという理事長の方針はわかるが、本音は反対ですとおっしゃる方は少なくありません。

また、今まで人事評価を行ってなかった医療機関では、誰が何を基準に評価するのか？ 評価がどのように処遇に

反映されるのか？さらには、人事制度を見直すことでこの病院は何を実現したいのか？と聞かれることが多くあります。つまり、組織がどこに向かおうとしていて、その上でどのような人材が評価されるのかを明確に示してほしいという考えの表れです。

職員からの反対や評価制度に対する疑問に答えていくためには、人事制度再構築に対する、経営者の強いコミットメント・リーダーシップ、経営方針の明確化が欠かせません。そもそも人事制度とは、組織の経営目標を実現するための行動を職員に促す仕組みであり、その再構築に際しては、組織として目指すべき方向性、経営戦略を明確化することが必要です。そのため、人事制度には、経営者の「想い」がこもったものである必要があります。制度構築の根幹部分は、経営者自らが強くコミットし、時に制度改革に消極的な幹部・一般職員を引っ張っていくだけのリーダーシップが経営者に求められます。事務長や外部のコンサルタントに丸投げではうまくいきません。

制度改革の方向性と評価軸を説明する際、患者の視点を強調することも、職員の方々からの理解を得るポイントです。医療業界では、お金儲けを嫌う職員が多く、病院が儲かることをすると自身が評価されるという制度設計への反発があります。弊社が制度改革のお手伝いさせていただく際には、患者のためになる行動を評価し、それが結果的にキャッシュ・フローの改善にも繋がる制度設計を提案しています。また職員の方々には患者の視点を強調して、人事制度をご説明いただくように、アドバイスをすることが多くあります。

経営方針や戦略の明確化と共に、経営状況（収支状況）を職員に日頃から周知しておくことも大切です。そうしないと、人事制度の再構築の際、職員から、経営者の勝手な都合で人件費削減をしたいがゆえに人事制度を導入するのではないかと、といった疑問が必ずといっていいほど出てきます。

普段から経営状況を開示していれば、業績が良い医療機関においては人事制度再構築の議論の際、人件費削減の議論は出にくくなります。一方、業績が悪い医療機関においても、現在の業績を日ごろから職員に説明し、業績に対する理解を得ておけば、制度改革の必要性についての理解を得やすくなります。逆に、経営状況（収支状況）が職員にとって不明確な状態で、制度改革、更には人件費削減の議論を行うことは、経営者と職員の間・職員相互間に不信感をうみだすことになります。

(2) 人事評価の土台となる管理者のマネジメント能力の向上

人事評価を行ってこなかった医療機関にとっては、評価される側よりも、評価をする側に課題を抱えていることが多くあります。毎年、経営方針からブレイクダウンされた各部、各課、各個人の目標に対する評価、フィードバックが行われていれば、なぜ自分がこのような評価、処遇であるのか、一定の理解を得られやすいのですが、そうでない場合、評価をする上司、経営陣に対する不信感を持たれることがあります。

自身の評価が不明確であれば、最悪、自分の上司が上司としての資質を持っているのか、そのような上司に評価をされることに納得がいかない、という意見も出てきます。

このような問題は、現在運用されている人事制度の問題でもあります。同時に管理者（上司）のマネジメント能力が足りていないという側面もあります。マネジメント能力は一朝一夕で身に付く能力ではないため、時間をかけながらマネジメント能力の向上を図っていく必要があります。納得のいかない評価に基づき自身の給与が決められるとなると、職員の不満が相当程度膨らむ懸念があります。

そのため、実際のコンサルティングの場面においては、まずは、評価と給与を無理やり結び付けようとするのではなく、人事評価制度を上司と部下のコミュニケーションツールとして活用し、給与とは結び付けないやり方を勧めています。マネジメントに関心のある上司であれば、評価制度を用いて部下とコミュニケーションを取りつつ、部下を育成していくことで、部下からの信頼を得ることができ

ると考えます。これによって管理者としての適性が見えてきます。

また、部下のこういう取り組みを評価したい、このような観点で評価を行うとより納得感のある評価項目になる、等の意見が出てくれば人事制度そのものがより良いものになります。

管理者のマネジメント能力向上という観点では、管理者に自部門の計画を作成させることを勧めています。経営陣は法人の方針のみを作成し、作成した方針を達成するために自部門が抱える課題の整理と課題の優先順位付け、課題解決のための改善計画作成を通じて、自部門の職員をどのように育成すべきかを、管理者が考えるきっかけとなります。人事制度を再構築するお手伝いの一環として、各部門の計画策定をサポートすることが、コンサルティングの場面では多くあります。

キャッシュ・フローの状況次第ではありますが、以上のように、まずは給与査定のための評価ではなく、純粋な育成を目的とした制度運用から開始して、管理者のマネジメント能力を向上させた後に、評価と給与をつなげて制度構築を進めることが、人事制度再構築のポイントです。

人事制度は医療機関経営の中でも非常に重要なテーマであるにもかかわらず、制度設計に対する力のかけ方は医療機関によって様々です。制度改革には数年の期間を要します。財務状況が悪くなってくると、せつかく評価をしてもそれに報いる原資が無いという話になってきます。今後、より一層経営環境が厳しくなると想定されるなか、なるべく早期に、制度改革に着手することが望ましいと考えます。

人事制度構築において、完璧な制度というものはありません。また、近年の制度変化に対応するべく医療機能の見直し（病床転換）によって、医療機関の方向性が見直されるケースがあります。方向性の変更に人事制度が対応できるようにしておく必要もあります。毎年の運用の中で改良を加えながら、より今の経営環境に適した制度にするための見直しを行っていくことが大切です。



病棟建替えに際しての事業計画の内容と策定手順

山田ビジネスコンサルティング株式会社
コンサルティング事業本部 医療事業部 名古屋支店 シニアコンサルタント

伊藤 元一
いとう げんいち

医療機関・介護施設の事業計画策定、収支改善、再生支援を中心に、事業モデルの検証及び見直し、新規事業計画策定等の支援実績多数。



POINT

施設の老朽化・耐震強化の必要性に加え、地域医療需要の変化等から、病床機能の転換を含めた病棟建替えを検討する医療法人が増えています。

病棟建替えには多額の資金を要し、その回収は長期にわたることから、建替えに際しては、資金の回収期間内における医療需要などを予測し、この予測に基づいた、実現可能性の高い事業計画を策定する必要があります。

本稿では、病棟建替えに際しての事業計画の内容と策定手順を解説します。

1 事業計画の内容と策定手順

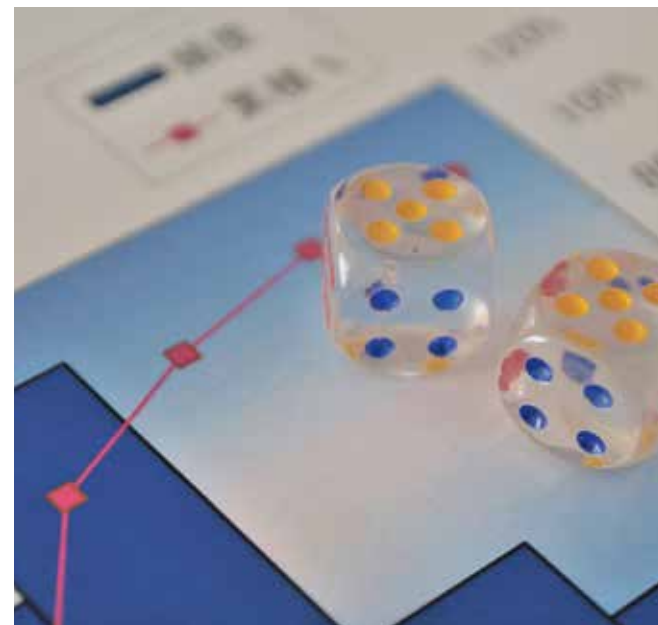
事業計画の内容と策定手順を図解したものが図表1です。

図表1の項目のうち、市場環境分析・将来予測（外部環境）は、事業方針を立てるための基礎調査であり、事業計画策定には欠かせない項目です。

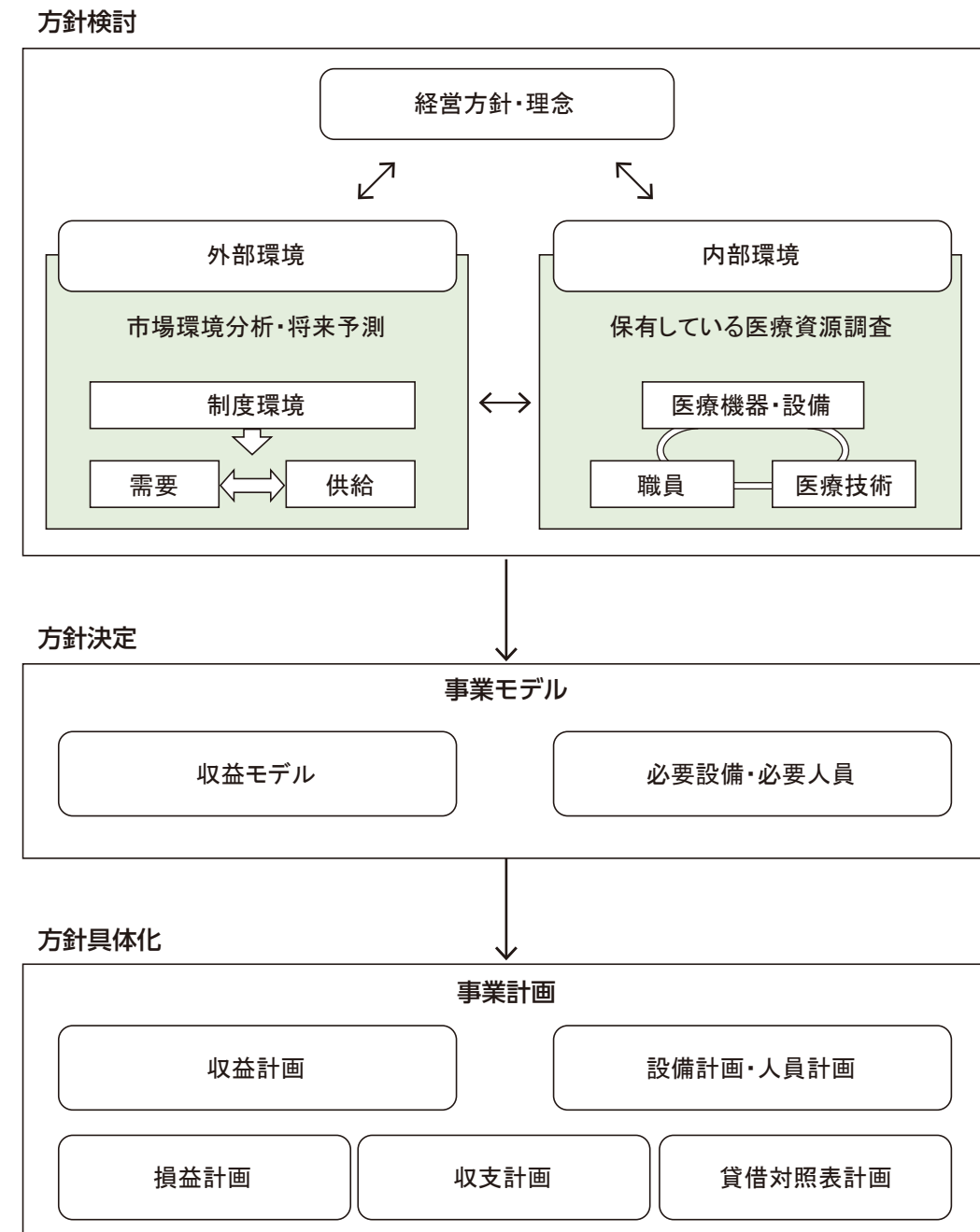
保有している医療資源調査（内部環境）、必要設備・必要人員と設備計画・人員計画は、事業運営に必要な医療資源の調達計画であり、市場環境分析・将来予測（外部環境）と合わせて、収益モデルを実現するための基礎となります。

収益計画、損益計画、収支計画、貸借対照表計画は、想定している事業モデルを数値化したものであり、実現可能性が求められます。

本稿では、これらのうち特にポイントとなる市場環境分析・将来予測、設備計画・人員計画、収益計画、損益計画、収支計画について解説します。



図表1 事業計画の内容と策定手順



2 市場環境分析・将来予測

病院の対象患者は、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）によって異なります。高度急性期・急性期病院は病気等の症状が激しく手術等が必要な患者が対象となりますが、回復期病院は急性期後に在宅で生活を送るためにリハビリを行う患者が対象となり、慢性期病院は急性

期・回復期を経て病状が安定しているものの完治していない患者が対象となります（高齢者や難病患者の入院が多い）。

高齢化が進む地域においては、高度急性期・急性期病院よりも回復期・慢性期病院の必要性が高くなります。図表2は都道府県別の将来人口推計ですが、多くの都道府県において、65歳以上の高齢者人口の増加、64歳以下の人口の減少が見込まれています。

図表2 都道府県別将来人口推計

単位:万人	項目	人 口			増 減	
		2015年 (平成27年)	2025年 (平成37年)	2040年 (平成52年)	2015年(平成27年) ～2025年(平成37年)	2025年(平成37年) ～2040年(平成52年)
北海道	0歳～14歳	60	47	35	▲13	▲12
	15歳～64歳	319	277	213	▲42	▲65
	65歳以上	157	172	171	▲14	▲1
	合計	536	496	419	▲40	▲77
青森	0歳～14歳	15	11	8	▲4	▲3
	15歳～64歳	77	64	46	▲13	▲17
	65歳以上	39	42	39	2	▲3
	合計	131	116	93	▲14	▲23
岩手	0歳～14歳	15	12	9	▲3	▲3
	15歳～64歳	73	62	48	▲11	▲14
	65歳以上	39	40	37	2	▲3
	合計	127	114	94	▲13	▲20
宮城	0歳～14歳	29	24	19	▲5	▲5
	15歳～64歳	142	129	107	▲13	▲23
	65歳以上	59	68	71	9	4
	合計	231	221	197	▲10	▲24
秋田	0歳～14歳	11	8	6	▲3	▲2
	15歳～64歳	57	46	34	▲11	▲12
	65歳以上	34	35	31	1	▲5
	合計	102	89	70	▲13	▲19
山形	0歳～14歳	13	11	8	▲3	▲2
	15歳～64歳	64	54	42	▲10	▲12
	65歳以上	34	36	33	1	▲3
	合計	112	101	84	▲11	▲17
福島	0歳～14歳	24	19	15	▲5	▲5
	15歳～64歳	112	97	76	▲15	▲22
	65歳以上	55	61	58	6	▲3
	合計	191	178	149	▲13	▲30
茨城	0歳～14歳	37	30	24	▲7	▲6
	15歳～64歳	178	160	130	▲18	▲30
	65歳以上	78	86	88	9	2
	合計	292	276	242	▲16	▲34
栃木	0歳～14歳	25	21	17	▲4	▲4
	15歳～64歳	121	108	88	▲12	▲20
	65歳以上	51	58	60	6	2
	合計	197	187	164	▲11	▲22
群馬	0歳～14歳	25	21	17	▲5	▲4
	15歳～64歳	117	107	86	▲11	▲20
	65歳以上	54	58	60	4	1
	合計	197	186	163	▲11	▲23
埼玉	0歳～14歳	91	76	63	▲14	▲14
	15歳～64歳	451	424	348	▲27	▲77
	65歳以上	179	198	220	20	22
	合計	721	699	630	▲21	▲69
千葉	0歳～14歳	77	65	52	▲12	▲12
	15歳～64歳	380	354	288	▲26	▲66
	65歳以上	162	180	196	18	16
	合計	619	599	536	▲21	▲83
東京	0歳～14歳	148	131	106	▲17	▲25
	15歳～64歳	879	854	713	▲24	▲142
	65歳以上	308	332	412	25	80
	合計	1,335	1,318	1,231	▲17	▲87
神奈川	0歳～14歳	115	98	82	▲16	▲17
	15歳～64歳	580	558	461	▲22	▲97
	65歳以上	220	245	292	24	47
	合計	915	901	834	▲14	▲87
新潟	0歳～14歳	27	22	17	▲5	▲5
	15歳～64歳	134	117	92	▲17	▲24
	65歳以上	69	72	69	4	▲3
	合計	230	211	179	▲18	▲32
富山	0歳～14歳	13	10	8	▲3	▲2
	15歳～64歳	61	55	44	▲6	▲11
	65歳以上	33	33	32	1	▲1
	合計	106	99	84	▲8	▲14
石川	0歳～14歳	15	12	10	▲2	▲2
	15歳～64歳	88	63	52	▲5	▲11
	65歳以上	32	34	35	2	1
	合計	115	110	97	▲6	▲12
福井	0歳～14歳	10	8	7	▲2	▲2
	15歳～64歳	45	41	33	▲5	▲8
	65歳以上	23	24	24	1	▲0
	合計	78	73	63	▲5	▲10
山梨	0歳～14歳	10	8	7	▲2	▲2
	15歳～64歳	50	44	34	▲6	▲10
	65歳以上	24	25	26	2	1
	合計	84	78	67	▲6	▲11
長野	0歳～14歳	27	22	17	▲5	▲4
	15歳～64歳	119	108	85	▲12	▲22
	65歳以上	63	64	64	2	▲0
	合計	209	194	167	▲15	▲27
岐阜	0歳～14歳	27	22	18	▲5	▲4
	15歳～64歳	120	109	88	▲11	▲21
	65歳以上	57	60	60	3	0
	合計	204	191	166	▲13	▲25
静岡	0歳～14歳	48	39	32	▲8	▲8
	15歳～64歳	219	198	159	▲21	▲39
	65歳以上	103	110	112	7	2
	合計	370	348	304	▲22	▲44
愛知	0歳～14歳	103	90	78	▲13	▲13
	15歳～64歳	465	450	386	▲15	▲64
	65歳以上	179	194	222	15	28
	合計	747	735	686	▲12	▲49
三重	0歳～14歳	24	19	16	▲4	▲4
	15歳～64歳	108	99	81	▲9	▲19
	65歳以上	51	53	54	2	1
	合計	182	171	151	▲11	▲21

2015年 (平成27年)	2025年 (平成37年)	2040年 (平成52年)	増 減	
			2015年(平成27年) ～2025年(平成37年)	2025年(平成37年) ～2040年(平成52年)
11.1%	9.5%	8.4%	▲1.7%	▲1.0%
59.5%	55.9%	50.8%	▲3.6%	▲5.1%
29.4%	34.6%	40.7%	5.2%	6.1%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
11.3%	9.5%	8.6%	▲1.8%	▲0.9%
58.7%	54.7%	49.9%	▲3.9%	▲4.9%
30.0%	35.8%	41.5%	5.7%	5.8%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
11.8%	10.2%	9.5%	▲1.6%	▲0.7%
57.6%	54.3%	50.7%	▲3.2%	▲3.6%
30.6%	35.5%	39.7%	4.8%	4.3%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.5%	10.9%	9.8%	▲1.6%	▲1.2%
61.8%	58.4%	54.0%	▲3.4%	▲4.4%
25.7%	30.7%	36.2%	5.0%	5.6%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
10.5%	9.0%	8.3%	▲1.4%	▲0.7%
55.9%	51.5%	47.9%	▲4.4%	▲3.6%
33.7%	39.5%	43.8%	5.8%	4.3%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.0%	10.5%	9.9%	▲1.5%	▲0.6%
57.1%	53.8%	50.8%	▲3.3%	▲3.0%
30.9%	35.7%	39.3%	4.8%	3.6%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.5%	10.8%	9.8%	▲1.7%	▲0.9%
58.8%	54.7%	50.8%	▲4.1%	▲3.8%
28.8%	34.5%	39.3%	5.8%	4.8%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.7%	11.0%	10.1%	▲1.7%	▲0.9%
60.8%	57.8%	53.6%	▲2.9%	▲3.4%
26.6%	31.2%	36.4%	4.6%	5.2%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.9%	11.3%	10.3%	▲1.6%	▲1.0%
61.1%	57.9%	53.4%	▲3.2%	▲4.5%
26.0%	30.8%	36.3%	4.8%	5.5%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.9%	11.2%	10.4%	▲1.7%	▲0.8%
59.5%	57.5%	53.0%	▲2.1%	▲4.5%
27.6%	31.3%	36.6%	3.7%	5.3%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.6%	10.9%	9.9%	▲1.6%	▲1.0%
62.6%	60.7%	55.1%	▲1.9%	▲5.6%
24.8%	28.4%	34.9%	3.6%	6.6%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.4%	10.8%	9.8%	▲1.6%	▲1.1%
61.4%	59.1%	53.7%	▲2.3%	▲5.4%
26.2%	30.0%	36.5%	3.8%	6.5%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
11.1%	10.0%	8.6%	▲1.2%	▲1.3%
65.8%	64.8%	57.9%	▲1.0%	▲8.9%
23.1%	25.2%	33.5%	2.2%	8.2%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.6%	10.9%	9.8%	▲1.6%	▲1.1%
63.4%	61.9%	55.2%	▲1.5%	▲6.7%
24.1%	27.2%	35.0%	3.1%	7.8%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
11.9%	10.5%	9.7%	▲1.4%	▲0.8%
58.1%	55.2%	51.6%	▲2.9%	▲3.6%
30.0%	34.3%	38.7%	4.3%	4.4%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.3%	10.6%	9.9%	▲1.6%	▲0.8%
57.2%	55.7%	51.7%	▲1.4%	▲4.0%
30.6%	33.6%	38.4%	3.1%	4.8%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
13.0%	11.4%	10.5%	▲1.6%	▲0.8%
59.1%	57.4%	53.4%	▲1.6%	▲4.0%
28.0%	31.2%	36.0%	3.2%	4.9%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
13.1%	11.6%	10.8%	▲1.6%	▲0.8%
57.9%	55.6%	51.7%	▲2.3%	▲3.9%
28.9%	32.8%	37.5%	3.9%	4.7%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.3%	10.6%	9.8%	▲1.8%	▲0.8%
59.5%	56.9%	51.4%	▲2.6%	▲5.5%
28.2%	32.5%	38.8%	4.3%	6.3%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.9%	11.2%	10.5%	▲1.7%	▲0.8%
57.2%	55.6%	51.1%	▲1.6%	▲4.5%
29.9%	33.2%	38.4%	3.3%	5.2%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
13.1%	11.4%	10.6%	▲1.7%	▲0.8%
58.9%	57.3%	53.2%	▲1.6%	▲4.1%
28.0%	31.3%	36.2%	3.3%	4.8%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
13.0%	11.3%	10.5%	▲1.6%	▲0.9%
59.3%	57.0%	52.5%	▲2.2%	▲4.5%
27.8%	31.6%	37.0%	3.9%	5.4%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
13.8%	12.3%	11.3%	▲1.5%	▲0.9%
62.3%	61.3%	56.3%	▲1.0%	▲5.0%
24.0%	26.4%	32.4%	2.5%	5.9%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－
12.9%	11.3%	10.5%	▲1.7%	▲0.8%
59.3%	57.9%	53.5%	▲1.4%	▲4.4%
27.8%	30.8%	36.0%	3.0%	5.2%
100.0%	100.0%	100.0%	－	－

単位:万人	項目	人 口			増 減	
		2015年 (平成27年)	2025年 (平成37年)	2040年 (平成52年)	2015年(平成27年) ～2025年(平成37年)	2025年(平成37年) ～2040年(平成52年)
滋賀	0歳～14歳	20	18	15	▲3	▲2
	15歳～64歳	87	84	73	▲4	▲11
	65歳以上	34	38	43		4
	合計	142	140	131	▲2	▲9
京都	0歳～14歳	32	27	22	▲5	▲5
	15歳～64歳	157	146	120	▲10	▲26
	65歳以上	73	77	81		4
	合計	261	250	222	▲12	▲28
大阪	0歳～14歳	109	90	72	▲19	▲18
	15歳～64歳	537	505	405	▲32	▲100
	65歳以上	235	246	268	11	23
	合計	881	841	745	▲40	▲96
兵庫	0歳～14歳	71	59	47	▲12	▲11
	15歳～64歳	332	308	250	▲24	▲58
	65歳以上	150	160	170	10	10
	合計	553	527	467	▲26	▲59
奈良	0歳～14歳	17	13	11	▲3	▲3
	15歳～64歳	81	73	57	▲8	▲16
	65歳以上	39	42	42	2	0
	合計	137	128	110	▲9	▲18
和歌山	0歳～14歳	11	9	7	▲3	▲2
	15歳～64歳	55	48	37	▲7	▲11
	65歳以上	30	30	29	0	▲2
	合計	96	87	72	▲9	▲15
鳥取	0歳～14歳	7	6	5	▲1	▲1
	15歳～64歳	33	28	23	▲4	▲6
	65歳以上	17	18	17	1	▲1
	合計	57	52	44	▲5	▲8
島根	0歳～14歳	8	7	5	▲2	▲1
	15歳～64歳	38	33	26	▲5	▲6
	65歳以上	22	23	20	0	▲2
	合計	69	62	52	▲7	▲10
岡山	0歳～14歳	25	21	18	▲4	▲4
	15歳～64歳	111	103	87	▲8	▲16
	65歳以上	55	57	56	2	▲1
	合計	191	181	161	▲10	▲20
広島	0歳～14歳	37	31	26	▲6	▲6
	15歳～64歳	166	153	127	▲13	▲26
	65歳以上	79	84	86	5	2
	合計	283	269	239	▲14	▲30
山口	0歳～14歳	17	14	11	▲3	▲3
	15歳～64歳	78	69	55	▲9	▲14
	65歳以上	45	45	41	0	▲4
	合計	140	128	107	▲12	▲21
徳島	0歳～14歳	9	7	5	▲2	▲2
	15歳～64歳	43	37	29	▲6	▲8
	65歳以上	24	25	23	1	▲2
	合計	76	69	57	▲7	▲12
香川	0歳～14歳	12	10	8	▲2	▲2
	15歳～64歳	55	50	40	▲6	▲10
	65歳以上	29	30	29	1	▲1
	合計	97	90	77	▲7	▲13
愛媛	0歳～14歳	17	14	11	▲3	▲3
	15歳～64歳	79	69	55	▲10	▲14
	65歳以上	42	44	42	2	▲2
	合計	138	127	107	▲11	▲19
高知	0歳～14歳	8	7	5	▲2	▲2
	15歳～64歳	41	35	27	▲6	▲8
	65歳以上	24	24	22	0	▲2
	合計	73	65	54	▲7	▲12
福岡	0歳～14歳	66	57	46	▲9	▲10
	15歳～64歳	306	281	237	▲25	▲44
	65歳以上	133	148	155	15	6
	合計	505	486	438	▲19	▲48
佐賀	0歳～14歳	11	9	8	▲2	▲2
	15歳～64歳	48	43	36	▲5	▲7
	65歳以上	23	25	24	2	▲1
	合計	83	77	68	▲5	▲9
長崎	0歳～14歳	17	14	11	▲3	▲3
	15歳～64歳	79	67	53	▲12	▲14
	65歳以上	41	44	41	3	▲3
	合計	137	125	105	▲12	▲20
熊本	0歳～14歳	23	20	17	▲4	▲3
	15歳～64歳	103	91	77	▲11	▲14
	65歳以上	51	55	53	4	▲2
	合計	178	167	147	▲11	▲20
大分	0歳～14歳	15	12	10	▲2	▲2
	15歳～64歳	67	60	50	▲7	▲9
	65歳以上	35	37	35	2	▲2
	合計	117	109	96	▲8	▲14
宮崎	0歳～14歳	15	12	10	▲2	▲2
	15歳～64歳	63	56	46	▲8	▲9
	65歳以上	33	35	33	3	▲2
	合計	111	103	90	▲7	▲13
鹿児島	0歳～14歳	22	18	15	▲4	▲3
	15歳～64歳	95	82	67	▲13	▲14
	65歳以上	49	52	49	4	▲3
	合計	165	152	131	▲13	▲21
沖縄	0歳～14歳	24	21	19	▲3	▲2
	15歳～64歳	89	85	76	▲4	▲8
	65歳以上	28	35	42	7	6
	合計	141	141	137	0	▲4
全国	0歳～14歳	1,583	1,324	1,073	▲259	▲251
	15歳～64歳	7,682	7,084	5,787	▲597	▲1,298
	65歳以上	3,395	3,657	3,868	262	210
	合計	12,660	12,066	10,728	▲594	▲1,338

また、現在各都道府県において地域医療構想が策定されており、将来推計人口や現在の受療率を基に、都道府県別将来（2025年）必要病床数が推計されています（図表3）。

高度急性期・急性期病床は、ほぼすべての都道府県で過剰となっており、他方で回復期病床の不足が目立ちます。慢性期病床が過剰であるという推計となっている要因は、

実態として退院可能な患者（在宅もしくは介護施設への退院）が多いと判断されているためです。

実務的には将来人口推計、必要病床数の他、疾患別年齢別の受療率や周辺の競合状況を勘案して、将来予測を行いますが、まずは医療法人の方針としてどのような病床機能を持つのかの検討をすることが重要です。

図表3 都道府県別将来必要病床数推計

単位:床	①2014年(平成26年)時点の既存病床数(※1)					②2025年(平成37年)時点の必要病床数(※2)					過不足(①-②)				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
北海道	7,292	36,825	5,320	26,168	75,605	7,348	21,927	20,310	23,485	73,070	▲56	14,898	▲14,990	2,683	2,535
青森県	1,616	8,098	1,419	2,990	14,123	1,157	4,070	4,238	2,362	11,827	459	4,028	▲2,819	628	2,296
岩手県	2,083	6,179	1,547	3,455	13,264	1,032	3,332	3,696	2,616	10,676	1,052	2,847	▲2,149	839	2,588
宮城県	2,810	10,868	1,506	3,982	19,166	2,265	6,604	6,005	3,907	18,781	545	4,264	▲4,499	75	385
秋田県	680	6,920	618	2,764	10,982	902	3,255	2,544	2,442	9,143	▲222	3,665	▲1,926	322	1,839
山形県	2,083	5,878	1,138	2,626	11,725	932	3,122	2,937	2,275	9,266	1,151	2,756	▲1,799	351	2,460
福島県	1,695	12,428	1,296	4,312	19,731	1,500	5,400	5,200	3,200	15,300	195	7,028	▲3,904	1,112	4,431
茨城県	2,084	13,536	1,641	6,453	23,714	2,178	7,445	7,117	5,015	21,755	▲94	6,091	▲5,476	1,438	1,959
栃木県	3,567	7,364	1,239	4,070	16,240	1,728	5,385	5,179	3,166	15,458	1,839	1,979	▲3,940	904	782
群馬県	1,767	9,920	1,639	4,837	18,163	1,700	5,472	6,067	4,339	17,578	67	4,448	▲4,428	498	585
埼玉県	7,732	22,827	3,637	12,242	46,438	5,500	18,000	16,700	14,000	54,200	2,232	4,827	▲13,063	▲1,758	▲7,762
千葉県	6,813	22,686	3,806	10,447	43,752	5,600	17,900	15,300	11,200	50,000	1,213	4,786	▲11,494	▲753	▲6,248
東京都	30,016	41,557	6,900	23,509	101,982	15,888	42,275	34,628	20,973	113,764	14,128	▲718	▲27,728	2,536	▲11,782
神奈川県	12,976	27,334	4,313	13,962	58,585	9,419	25,890	20,913	16,139	72,361	3,557	1,444	▲16,600	▲2,177	▲13,776
新潟県	3,587	10,661	1,469	6,487	22,204	1,700	5,700	5,700	5,200	18,300	1,887	4,961	▲4,231	1,287	3,904
富山県	1,564	6,081	616	5,338	13,599	929	3,254	2,724	2,642	9,549	635	2,827	▲2,108	2,696	4,050
石川県	2,218	6,506	1,017	4,967	14,708	1,200	3,900	3,700	3,000	11,800	1,018	2,606	▲2,683	1,967	2,908
福井県	1,632	4,233	940	2,722	9,527	735	2,576	2,646	1,634	7,591	897	1,657	▲1,706	1,088	1,936
山梨県	1,206	3,935	930	2,349	8,420	535	2,028	2,566	1,780	6,909	671	1,907	▲1,636	569	1,511
長野県	2,956	8,918	1,878	4,242	17,994	1,906	6,552	5,122	3,259	16,839	1,050	2,366	▲3,244	983	1,155
岐阜県	2,156	10,114	1,116	3,689	17,075	1,692	5,920	4,913	2,863	15,388	464	4,194	▲3,797	826	1,687
静岡県	6,098	12,718	2,873	9,626	31,315	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584	2,938	3,634	▲5,030	3,189	4,731
愛知県	13,705	23,676	5,085	12,686	55,152	6,907	20,613	19,480	10,773	57,773	6,798	3,063	▲14,395	1,913	▲2,621
三重県	2,415	8,045	1,346	4,461	16,267	1,400	4,300	4,400	3,500	13,600	1,015	3,745	▲3,054	961	2,667
滋賀県	1,783	6,297	1,124	2,967	12,171	1,277	3,871	3,579	2,592	11,319	506	2,426	▲2,455	375	852
京都府	5,401	12,350	2,162	8,377	28,290	3,187	9,543	8,542	8,684	29,956	2,214	2,807	▲6,380	▲307	▲1,666
大阪府	11,587	43,521	7,260	22,975	85,343	11,789	35,047	31,364	23,274	101,474	▲202	8,474	▲24,104	▲299	▲16,131
兵庫県	5,271	28,244	4,509	13,873	51,897	5,901	18,257	16,532	11,765	52,455	▲630	9,987	▲12,023	2,108	▲558
奈良県	1,741	6,953	1,528	3,357	13,579	1,275	4,347	4,333	3,081	13,036	466	2,606	▲2,805	276	543
和歌山県	1,684	5,776	1,199	3,540	12,199	885	3,142	3,315	2,164	9,506	799	2,634	▲2,116	1,376	2,693
鳥取県	1,748	2,662	775	1,739	6,924	600	2,000	2,100	1,200	5,900	1,148	662	▲1,325	539	1,024
島根県	2,282	2,776	960	2,303	8,321	600	2,200	1,900	1,700	6,400	1,682	576	▲940	603	1,921
岡山県	5,013	9,267	2,526	6,103	22,909	2,249	6,838	6,480	4,467	20,034	2,764	2,429	▲3,954	1,636	2,875
広島県	4,787	14,178	3,284	10,312	32,561	2,989	9,118	9,747	6,760	28,614	1,798	5,060	▲6,463	3,552	3,947
山口県	2,847	7,592	1,702	9,679	21,820	1,300	4,400	4,600	4,100	14,400	1,547	3,192	▲2,898	5,579	7,420
徳島県	1,514	3,647	1,690	5,236	12,087	718	2,394	3,003	2,880	8,995	796	1,253	▲1,313	2,356	3,092
香川県	1,196	6,363	1,096	3,573	12,228	1,048	3,384	3,396	2,218	10,046	148	2,979	▲2,300	1,355	2,182
愛媛県	2,193	8,754	1,773	6,362	19,082	1,326	4,724	4,893	3,879	14,822	867	4,030	▲3,120	2,483	4,260
高知県	1,531	4,938	1,511	6,892	14,872	811	2,845	3,292	4,282	11,230	720	2,093	▲1,781	2,610	3,642
福岡県	9,397	26,622	7,040	22,999	66,058	7,300	21,300	21,100	14,900	64,600	2,097	5,322	▲14,060	8,099	1,458
佐賀県	674	5,641	1,195	4,647	12,157	697	2,638	3,099	2,644	9,078	▲23	3,003	▲1,904	2,003	3,079
長崎県	1,551	9,891	2,391	6,754	20,587	1,454	5,397	5,656	4,342	16,849	98	4,494	▲3,265	2,412	3,738
熊本県	2,513	11,363	4,126	10,921	28,923	1,870	6,010	7,048	6,161	21,089	643	5,353	▲2,922	4,760	7,834
大分県	1,346	10,087	2,037	3,776	17,246	1,295	4,908	5,391	3,055	14,649	51	5,179	▲3,354	721	2,597
宮崎県	788	8,369	1,504	3,873	14,534	999	3,355	4,016	2,518	10,889	▲211	5,014	▲2,512	1,355	3,645
鹿児島県	1,443	13,114	3,511	9,393	27,461	1,540	5,534	7,048	5,822	19,944	▲97	7,580	▲3,537	3,571	7,517
沖縄県	2,139	5,467	1,425	3,918	12,949	1,831	5,428	4,674	3,358	15,291	308	39	▲3,249	560	▲2,342
全国計	191,180	581,179	109,617	351,953	1,233,929	130,253	400,684	375,096	282,054	1,188,087	60,927	180,495	▲265,479	69,899	45,842

※1：2014年時点の既存病床数は、第5回 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（平成27年6月15日）資料1に記載のある病床機能報告制度の報告結果（2014年7月時点）を使用。
※2：2025年時点の必要病床数は各都道府県の地域医療構想調整会議等にて議論されている資料数値を使用。
ただし、福島県、埼玉県、千葉県、新潟県、石川県、三重県、鳥取県、島根県、山口県、福岡県は県単位での検討資料が公表されていないため、※1の資料に記載されている推計結果（パターンB）を使用。

3 設備計画・人員計画

病棟建替え計画策定時は診療内容（病床機能）をどうするか、どうやって患者を集めるか等に意識が集中し、設備計画、人員計画は後回しにされがちです。しかし、施設基準で診療報酬単価が定められているように、医療資源（設備・職員等）が無ければ収益（診療報酬）は確保できませんので、設備計画と人員計画は収益計画の前提となる重要な計画です。病棟建替え時に病床機能を転換する場合、建替え前後で施設基準が変わりますので特に重要です。

（1）設備計画

しばしばみられる事象として、事業計画策定後に投資コストが変化することがあります。例えば、現場職員とオペレーション確認を行った際に動線の見直しが入る等、着工後に一部図面の修正が発生するケースです。事前に現場職員を巻き込んでいれば防止できる課題ではありますが、時間の都合上確認が漏れてしまうことがあります。

その他にも、導入する設備・医療機器の見直しにより購入総額が計画を上回るケース、着工の遅れや工期の延長等により追加費用が発生するケース、資材価格の高騰により

建築コストが増加するケースがあります。

投資コストの増加は収支悪化につながり、返済負担の増加や無理な収益計画の策定につながります。不要不急の投資は無いか、過剰品質となっていないか等、投資内容の検証が重要となります。

（2）人員計画

病院運営のために必要な職員数は、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）によって異なります（図表4）。職員数の要件は複数あります。例えば職種別の職員配置数（看護職員、理学療法士等の専門職）や夜間に配置すべき看護職員数、夜勤を行う看護職員の1人当りの月平均夜勤時間数が72時間以内等の要件です。

病棟建替え時に病床機能を転換する場合、必要な職種・職員数が変化しますので注意が必要です。また、職員配置数によっては算定可能な加算（看護補助者、医師事務等）があり、このような加算を事業計画で織り込んでいる場合は加算の要件も考慮しなければなりません。

仮に、必要な職員数を確保できない場合、入院単価が想定よりも低くなってしまう、または、人員基準を満たせる範囲内までしか入院患者を受け入れることができなくなり病床稼働率を上げられない事態に陥ることになります。

図表4 病床機能別必要職員数

	一般病棟 10対1入院基本料	回復期リハ病棟 入院料1	地域包括ケア病棟 入院料1	療養病棟 入院基本料1
看護師	10：1 （正看比率70%） 夜勤看護職員2名以上 （夜勤72時間以内）	13：1 （正看比率70%） 夜勤看護職員2名以上	13：1 （正看比率70%） 夜勤看護職員2名以上	20：1 （正看比率20%） 夜勤看護職員1名以上
看護補助者	—	30：1	—	20：1
専従セラピスト	—	PT3名、OT2名 ST1名	PT・OT・ST いずれか1名	—
社会福祉士等 （在宅復帰支援担当者）	—	専任1名以上	専任1名以上	—

出所：厚生労働省

病棟建替え後に必要職員数を確保できず一部の病棟の開設を延期せざるを得なかったケースもありました。現状は職員不足によりすべての病床を稼働させられない病院において、病棟が新しくなれば職員を採用できるという考えから、建替え後にすべての病床の稼働を計画しているケースもありますが、職員採用ができない場合のリスクは高いため注意が必要です。過去の採用実績や採用に必要な期間と病棟開設のタイミングを考慮し、開設時に職員不足とならないように採用計画を慎重に検討する必要があります。

4 収益計画

収益計画は、市場環境分析・将来予測を基にした患者見込と、病床機能を基にした単価見込から策定します。収益計画が楽観的なことから実績が計画と乖離し、事業計画の見直しが必要となる場合がありますので、収益計画数値の妥当性検証が重要です。

図表5は、一般病棟入院基本料の収益指標です。一般病棟の平均病床利用率は、70%～80%程度であり、90%水準の高稼働を目指すことが難しい病棟であることがわかります。また、入院単価は看護配置が少なくなる（15対1病棟に近づく）につれて低くなり、7対1病棟では50,000円強であるのに対して15対1病棟では27,000円弱となっています。

図表5 一般病棟入院基本料の経営管理指標①

	一般病棟入院基本料			
	7対1	10対1	13対1	15対1
病床利用率※（％）	79.6	77.7	70.1	72.9
平均在院日数（日）	17.34	22.55	31.34	43.93
入院単価（室料差額除）（円）	50,977	40,445	37,550	26,987

※病床利用率：24時現在の病院に在院している患者数／病床数
（参考）病床稼働率：（24時現在の病院に在院している患者数＋1日に退院した患者数）／病床数
出所：平成25年度 病院経営管理指標



収益計画においては病棟建替え後の病床稼働率設定がポイントとなります。

建替え前に低稼働であった病棟が建替え後に短期間で高稼働になる収益計画や、増床した病床が短期間で埋まる収益計画は注意が必要です。

特に、病棟建替えと合わせて病床機能の見直しを行うケースにおいては、対象患者が変化することで建替え前とオペレーションが変化し、病床稼働率が上がりにくいことがあり注意が必要です。

病床稼働率が上がらない結果、過大設備投資になるにも関わらず、投資計画を見直さず、返済に必要な収支から逆算で患者見込みや収益計画を策定しているケースにおいては、開設初年度から事業計画と実績に大幅な乖離が発生する可能性が高くなります。

病棟稼働の立ち上がりの遅れなど収益計画の下振れは、立ち上がりまでの費用の増加ひいては、これを補填するための借入金の増加につながる可能性があります。

建替え後の稼働率が高い場合は、どのように患者を獲得する計画であるかの前提確認が必要です。一般的に新入院患者獲得経路は紹介、救急、外来の3つに分けられるため、救急患者受入件数や紹介患者獲得件数（紹介元医療機関別）等の目標設定状況と、具体的な行動計画（救急患者受入体制の強化、救急隊との連携体制、院長同士の連携体制、事務方の地域連携室への訪問等）の確認が必要です。

5 損益計画、収支計画

収益計画、設備計画・人員計画等を組み合わせることで損益計画、収支計画が策定されます。各計画において具体的に注意すべきポイントを図表6にまとめます。

図表6 事業計画のよくある課題と検証ポイント

損益計画	収益計画	<u>よくある課題</u> 根拠が不十分な中で右肩上がりの計画となっている。 <u>検証ポイント</u> ・建替え後、立ち上がりの稼働率改善が楽観的となっていないか。 ・患者数は周辺診療圏の動向を加味したものとなっているか。特に移転する場合は診療圏の変化を考慮しているか。 ・移転・建替えに伴う一時的な収益減少期間が考慮されているか。 ・病床機能を転換する場合、患者層・単価の変化を考慮しているか。 ・稼働率、単価以外に計画実行時の具体的な目標（KPI）の設定がされているか。（手術件数、検査・画像診断件数、他加算件数等の具体的な目標数値） ・診療報酬改定の影響を考慮しているか。 ・グッドケース、バッドケース等のパターン別の収益シミュレーションがされているか。
	費用計画	<u>よくある課題</u> 必要な費用の計上に漏れがある、過少見積となっている。 <u>検証ポイント</u> ・人件費は横ばいとなっていないか、定期昇給は織り込まれているか。 ・必要人数を確保するための人員計画（採用計画）は作成されているか。 ・退職見込みは考慮されているか。 ・移転、建替えに係る費用（職員採用費、設備投資にかかる税金、融資にかかる利息・保証料、除却・廃棄費用等）は漏れなく織り込まれているか。 ・高額医療機器の導入を計画している場合、保守料等のランニングコストの計上に漏れはないか。 ・消費税増税等、制度環境の変化は織り込まれているか。
収支計画	設備投資計画	<u>よくある課題</u> 内容に漏れがある、過大設備投資となっている。 <u>検証ポイント</u> ・建築コスト、建築単価の見積もりは適正か（上昇懸念はないか）。 ・医療機器の購入等、設備投資内容に漏れはないか。 ・電子カルテ等、建替え後に導入予定の追加投資コストは織り込まれているか。 ・空調、電気設備等の大規模定期修繕、改修工事は考慮されているか。 ・収益規模に見合っているか（投資回収年数は過度に長期となっていないか）。
	その他	<u>よくある課題</u> 補助金の入金タイミングのずれや想定外の支出の発生により追加資金が必要となる。 <u>検証ポイント</u> ・補助金活用を予定している場合、補助金の入金予定等が勘案されているか。（補助金入金までに時間を要する場合はつなぎ資金が必要） ・建替えにより、過去に受給した補助金の返還リスクはないか。（補助事業で整備した建物や備品の使用目的等が変更される場合は返還を求められることがある） ・設備投資支出は消費税等を勘案した金額が適切に織り込まれているか。 ・建築費用等の支払タイミングは適正か。（契約時、着工時、竣工時、引き渡し時、補助金入金時、等） ・運転資金は確保されているか（収益下振れ時に耐えられるか）。



図表6の内容の検証方法として、各項目の抜け漏れ確認の他、収益比率等の業界平均との比較が挙げられます。図表7は、一般病棟の業界平均数値を入院基本料別に比較したのですが、7対1病棟と15対1病棟を比較すると、

図表7 一般病棟入院基本料の経営管理指標②

	一般病棟入院基本料			
	7 対 1	10 対 1	13 対 1	15 対 1
材料費率（％）	21.5	17.3	17.5	18.4
人件費比率（％）	53.1	53.6	55.2	55.1
委託費比率（％）	5.2	5.7	5.5	5.0
設備関係費比率（％）	8.8	8.5	8.1	9.4
経費比率（％）	7.0	9.5	9.0	10.3
医業利益率（％）	1.6	2.5	0.6	-2.3
経常利益率（％）	2.1	3.2	0.5	-1.6

出所：平成25年度病院経営管理指標

6 事業計画策定プロセス

事業計画策定は法人経営を左右するプロジェクトです。前述した事業計画の実現可能性を高めるためには、事業計画策定プロセスも重要となります。経営幹部に加えて現場職員（医師・看護師等）を巻き込みながら事業計画を策定するなど、職員一丸となって事業計画を遂行できる体制整備が必要となります。

例えば計画策定プロセスが原因で起こる問題として、「計画を立てたものの実行されずに改善できない」「計画策定段階における情報不足、検証不足から実現困難な計画となっている」場合があります。

前者で発生している問題点は、現場キーマンが計画の主旨を理解・納得していないことで、現場の状況を十分に考慮せず事務方のみで計画を策定している場合が当てはまります。具体的には、計画策定段階において医師、看護師等の現場職員を巻き込んでいない場合、病床稼働率・単価の目安や病床転換の可否・改善効果のすり合わせを現場とできておらず、実現可能性を担保できない場合等です。

後者で発生している問題点は、事務職員が多忙であること、人数が少ないことにより、事業計画策定のために十分な時間を確保できない（片手間で策定している）、

7対1病棟は材料費比率が高く人件費比率が低い特徴があることがわかります。このような病床機能の特徴と照らし合わせることで、数値計画の妥当性を検証することができます。

図表8の内容の検証方法として、各項目の抜け漏れ確認の他、収益比率等の業界平均との比較が挙げられます。図表9は、一般病棟の業界平均数値を入院基本料別に比較したのですが、7対1病棟と15対1病棟を比較すると、

	一般病棟入院基本料			
	7 対 1	10 対 1	13 対 1	15 対 1
材料費率（％）	21.5	17.3	17.5	18.4
人件費比率（％）	53.1	53.6	55.2	55.1
委託費比率（％）	5.2	5.7	5.5	5.0
設備関係費比率（％）	8.8	8.5	8.1	9.4
経費比率（％）	7.0	9.5	9.0	10.3
医業利益率（％）	1.6	2.5	0.6	-2.3
経常利益率（％）	2.1	3.2	0.5	-1.6

出所：平成25年度病院経営管理指標

必要な情報が揃わないことなどが挙げられます。実現可能性の高い事業計画を策定するためには、現場職員を巻き込み、現場の意見を考慮することがポイントですが、注意が必要なことは、医師・看護師等を巻き込むことにより収支計画の精度は上がる一方で、投資計画や採用計画などへの要望（医療機器の購入、電子カルテの導入、職員の追加採用等）が噴出し、融資稟議の決裁が得られた後に投資額が増える場合があります。現場から追加要望が出た場合は、経常収支、投資収支、財務収支の状況を考慮し、過剰投資とならないように現場職員の意向調整を図ることが必要となります。

また、事業承継の観点から建替えの前後で理事長が交代することが多いと想定されるため、建替え検討においては次の理事長候補（子息子女等）の意向を事業計画に反映させることが必要となります。

ただし理事長の子息子女であっても、実は病院を引き継ぎたくない（自身の診療領域への専念、事業規模の負担感、借入金等の保証責任の回避等）と思っている場合もあるため、次の理事長候補を慎重に選定した上で事業計画策定に参加させることが必要と考えます。

YBC バックナンバーのご案内

vol, 1

I 中堅・中小企業における資本戦略 –事業承継とM&A–

「中堅・中小企業における人的事業承継の成功ポイント」
「事業承継の選択肢としてのM&A」

II 業界・業種別解説

「スーパーマーケット売場改善のポイント」
「製造業における利益のとらえ方」
「医療介護総合確保推進法における医療法の改正内容とその影響」

III 財務改善

「中堅・中小企業資金繰り改善のポイント」

IV アジアでの事業展開

「中国現地法人 財務実態把握のポイント」
「非製造業企業の東南アジア進出検討のポイント」

vol,3

金融円滑化法「暫定リスケ」からの出口

I 出口に向けた取組状況と見通し

「出口に向けた取組状況と見通し」

II 出口のスキーム

「出口の選択」
「抜本策実現の手続1 –私的整理か法的整理か–」
「抜本策実現の手続2 –各種私的整理手続の比較–」
「再生型M&Aの見極めと決断」
「私的整理における税務のポイント」
「経営者保証ガイドラインによる保証債務整理の実務運用について」

III 出口の事例

「私的整理によるスーパーマーケットのM&A事例」
「私的整理による建設業のM&A事例」

vol,5

中国現地法人 撤退の実務

I 中国経済の現状と日本企業の動向

「中国経済の現状と日本企業の動向」

II 撤退実務のポイント

「存続か撤退か」
「撤退手法の概要と実務上の注意点」
コラム「中国リストラ実務の現場より」
コラム「中国で仕事があうまく進まないのは、雑談が足りないから？」

III 撤退の法務と税務

「撤退に際しての法務ポイント」
「撤退に際しての税務ポイント」
「撤退に際しての日本の親会社の税務ポイント」

vol,2

医療法人を取り巻く業界環境、事業承継とM&Aの動向

I 医療法人を取り巻く業界環境と経営課題

医療法人を取り巻く業界環境と経営課題

II 医療法人の事業承継実務とポイント

「医療法人の事業承継における問題点」
「持分のある医療法人の出資持分の放棄」
「医療法人の納税猶予制度」
「事業承継事例 –退職金で評価を引き下げ–」

III 医療法人のM&A実務とポイント

「業界再編を促す規制 緩和・強化・創設の動き」
「コラム MS法人の活用と留意点」
「医療法人M&Aの目的・狙い」
–M&Aニーズが発生する背景と買い手側の狙い–
「医療法人のM&A事例」
「コラム 医療法人のM&Aと株式会社のM&Aの違い」

vol,4.02

“人的”事業承継対策の重要性と進め方

I オーナー企業を取り巻く経営環境と人的事業承継の重要性

「オーナー企業を取り巻く経営環境と事業承継」
「失敗事例から考える人的事業承継の重要性」

II 人的事業承継のポイント

「人的事業承継のポイント」
「安易な株式の分散・移転は、スムーズな人的事業承継の障害となる」
コラム「事業承継に際して押さえておきたい株主の権利」
「人的事業承継に向けた中期事業計画の策定方法」
コラム「株価引下げ対策が中期事業計画実現の足かせになるケース」

III 事例・座談会

「事例紹介 後継幹部メンバーによる中期事業計画策定プロジェクト」
コラム「MEBOスキーム立案に際しての財務上の注意点」
「座談会 コンサルティングの現場から見た人的事業承継の実態」

vol,6

パチンコホール業界を取り巻く環境と生き残りの方向性

パチンコホール業界の市場・競争環境

パチンコホール業界への規制強化の動向

パチンコホール 生き残りの方向性

パチンコホール業界の基礎知識

Group Information

会社概要

私たち山田ビジネスコンサルティング株式会社は、
 ジャスダックに上場している山田コンサルティンググループの中核会社であり、
 各分野のプロフェッショナル結集という信頼のバックボーンのもと、
 お客様のあらゆる経営課題解決のために現場主義を徹底しサポートいたします。



Our Services

主な業務内容

山田ビジネスコンサルティング株式会社

- | | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|----------------------------|
| 1 持続的成長
コンサルティング | 2 事業再生
コンサルティング | 3 M&A
コンサルティング | 4 事業承継
コンサルティング |
| 5 海外事業
コンサルティング | 6 医療機関向け
コンサルティング | 7 人事
コンサルティング | 8 グループ会社組織再編、
その他諸問題の解決 |

※弊社は中小企業経営力強化支援法に基づく「経営革新等支援機関」に認定されております

スパイア リサーチ アンド コンサルティング

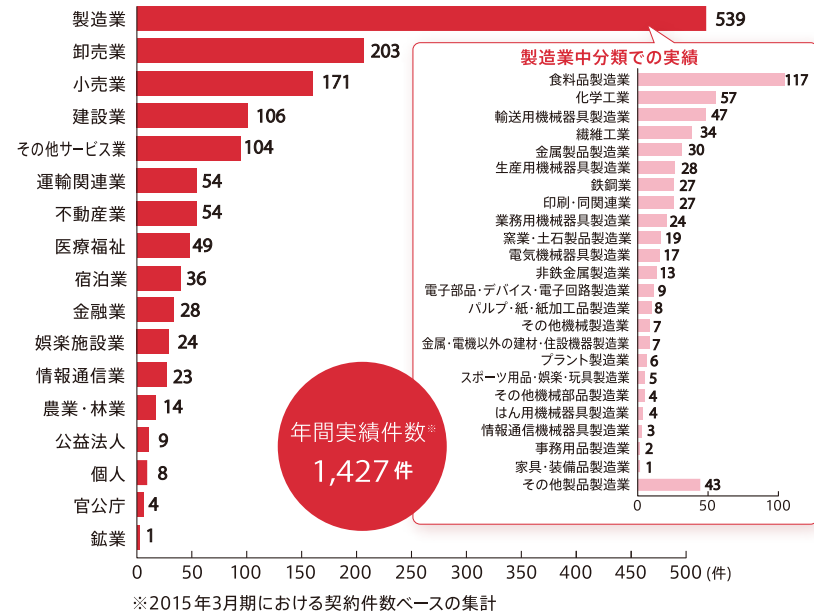
- | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------|
| 1 市場規模の算出と
セグメンテーション | 2 チャネルと
バリューチェーン分析 | 3 パートナー選定 |
| 4 消費者と
小売店の調査 | 5 購買行動分析 | |

Track Record

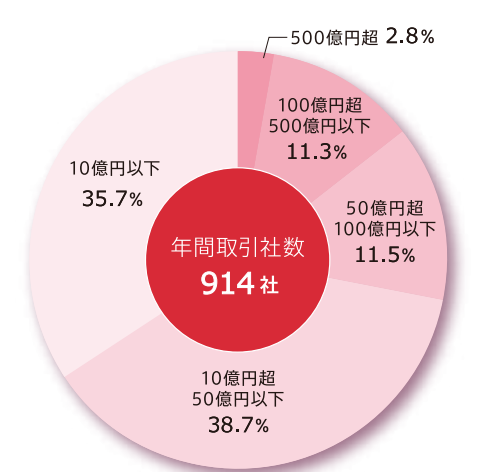
コンサルティング実績

業界に偏らず、多種・多様な業種・売上規模のお客様に対して役務をご提供しております。

クライアント業種別の実績件数

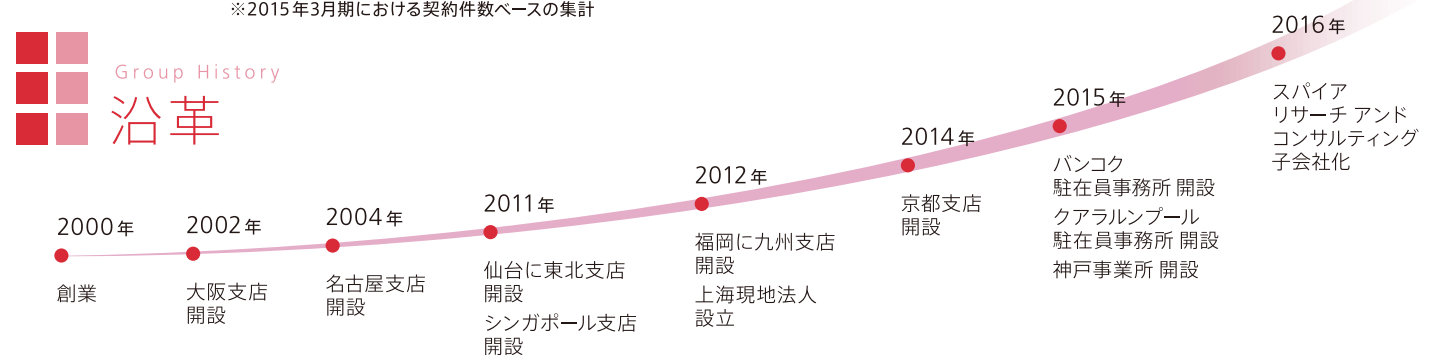


クライアント売上規模別の契約件数構成比



Group History

沿革



Offices

拠点

