

資料1

新病院の運営手法・整備手法の検討について

前回までの審議会の議論まとめ

新病院の役割・機能の検討

- 新病院が担うべき役割・機能と病床規模を整理する上で共通の観点は、「箕面市民の命と健康の砦となる公立病院、広域性・公益性がある病院、地域医療の核となる病院、患者と医療従事者にとって魅力ある病院」をめざすこと。
- 新病院がもつべき役割・機能としては、

①高度かつ質の高い医療等の提供可能な病院	②断らない救急を実践する病院
③広域災害時に注力する病院	④新興感染症にしっかりと対応する病院

新病院の規模の検討

- 267床で運営する場合
 - ・現状は317床での運営であるが、市単独で整備する場合、特定病床50床がなくなることで急性期267床での運営となる。
 - ・入院患者数推計によると、267床では今後の医療需要の増加に応えることができず、産科、眼科、耳鼻咽喉科の入院診療見直しや、呼吸器内科の新設など診療科の再編を行ったとしても、入院患者を受け入れきれないなど、その効果を十分に発揮することできない。
- 複数病院の統合により300～350床規模をめざす場合
 - ・呼吸器内科の新設や、既存診療科の強化（拡大）を図りながら、医療需要に応えていくことが可能。総合的診療を行う、自院完結範囲の広い病院として、上記の役割・機能を果たしていくことができる。
 - ・規模に見合った患者を確保できた場合、267床で運営するよりも収支状況が良くなる可能性が高い。

(確認された方向性)

新病院の規模としては、急性期300～350床をめざすべき。回復期リハビリテーション病床については、急性期病床を少なくとも300床以上確保した上で、可能であれば回復期リハビリテーション病床を別途確保する方向で検討すべき。

(審議会からの事務局への宿題)

急性期病床を増やし、かつ回復期リハビリテーション病床の確保もめざす場合、豊能二次医療圏域内での再編統合を模索することになるため、その実現性について、**対象となる医療機関と意見交換**を行うこと。**その結果を受けて、新病院の運営手法について検討**を進めることとする。

新病院の運営手法の検討

機能分化・連携強化 (旧 再編・ネットワーク化) 制度の活用①

これまで審議会でご説明してきた「再編・ネットワーク化」は、令和4年度の制度見直しにより、「機能分化・連携強化」に名称が改められ、内容にも一部変更が生じました。特別な財政措置があることや、「複数病院の統合」に係る要件はこれまでと変更ありませんが、「複数病院の相互の医療機能の見直し」については、要件が見直されています。

機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備に係る病院事業債(特別分)【R4拡充】

○ 医師不足や人口減少に伴う医療需要の変化に対応し、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」が必要。

○ 公立病院経営強化プランに基づき、原則として令和9年度までに行われる公立病院の機能分化・連携強化に係る施設・設備の整備について、病院事業債(特別分)を措置。

対象要件	対象経費
<p>以下のいずれかに該当すること。</p> <p>A. 複数病院の統合</p> <p>○関係する病院が1以上減となること。</p> <p>B. 複数病院の相互の医療機能の見直し</p> <p>○関係病院等間において、地域医療構想に沿って、以下に掲げる全ての取組が行われること。</p> <p>ア 基幹病院への急性期機能の集約</p> <p>イ 基幹病院以外の病院等の急性期から回復期等への機能転換等</p> <p>ウ 基幹病院から基幹病院以外の病院等への医師派遣の増加、遠隔診療等の支援</p> <p>エ 基幹病院以外の病院等による基幹病院の術後患者等の受入体制の構築</p> <p>オ 医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築</p>	<p>①関係病院等間のネットワーク形成のための患者搬送車、遠隔医療機器等の整備</p> <p>②経営主体の統合に伴う情報システムの統合、関係病院等間の医療情報の共有や医師等の働き方改革に必要となる情報システム等の整備</p> <p>③機能分化・連携強化後の基幹病院に新たに整備される高度・救急医療施設、医師の研修又は派遣の拠点機能を有する施設、これらの施設に設置される医療機器等の整備</p> <p>④機能分化・連携強化後の基幹病院以外の既存施設の改修、医療機器等の整備</p> <p>⑤複数病院の統合に伴う病院の整備</p> <p>⑥複数病院の相互の医療機能の見直しに伴う基幹病院の整備</p> <p style="font-size: small; color: red;">基幹病院が医師派遣の相当程度の増加及び遠隔診療等の支援を強化し、救急医療等の地域において必要とされる不採算地区病院の機能を維持する場合であって、その旨を明記した統合協定書、連携協約等を議会の議決等を経て公表する場合に限る。</p>

機能分化・連携強化のイメージ (例)

病院事業債(特別分)の対象: 元利償還金の40%を普通交付税措置

<p>元利償還金の40%に交付税措置 (繰出2/3 × 60% = 40%)</p> <p>(参考) 通常の病院事業債のスキーム</p>	<p>元利償還金の25%に交付税措置 (繰出1/2 × 50% = 25%)</p>
---	--

(出典) 令和4年4月20日 公立病院経営強化ガイドライン等に関する説明会資料

機能分化・連携強化 (旧 再編・ネットワーク化) 制度の活用②

従来から継続となる「複数病院の統合（再編統合）」と、今回要件が見直された「複数病院の相互の医療機能の見直し」の違いは次のとおりです。

	A「複数病院の統合（再編統合）」	B「複数病院の相互の医療機能の見直し」
要件	関係する病院が1病院以上減となること	以下すべての取り組みを行うこと ア 基幹病院への急性期機能の集約 イ 基幹病院以外の病院の急性期から回復期等への機能転換等 ウ 基幹病院から基幹病院以外の病院等への医師派遣の増加、遠隔診療等の支援 エ 基幹病院以外の病院等による基幹病院の術後患者等の受入れ体制構築 オ 医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築
関係する病院数の変化	1以上減	変わらない
当院の急性期病床の増	可能	可能
当院での回復期リハビリテーション病床の確保	可能性あり	要件上、急性期と回復期の併設は想定されていないと考えられる
新病院整備費に対する財政メリット	あり 通常25%の普通交付税措置が40%にかさ上げ	該当しない (普通交付税措置が通常の25%のみ) ※山村、離島等のへき地等の不採算地区病院の機能を維持することが目的である場合は該当するが、大阪府には不採算地区病院は存在しないため該当しない。



これまでの審議会において、当院の急性期病床を増やし、かつ回復期リハビリテーション病床の確保もめざす方向性が確認されたことから、それらを実現し、かつ新病院の整備費に対して財政メリットもある「複数病院の統合（再編統合）」を前提に、豊能二次医療圏域内の医療機関との意見交換を行いました。

再編統合に係る調査の対象医療機関

- 最低でも300床の急性期病床を確保するためには、豊能医療圏域内で33床（300床－当院267床）以上の急性期病床をもつ医療機関との再編統合が必要です。
- そのうち、特別な機能をもつ病院※¹及び施設が比較的新しい病院等※²は、再編統合の実現性が低いと判断し、それらを除く12病院を対象に、意見交換とアンケート調査を実施しました。

「許可病床数」…令和3年度病床機能報告より

	病院名	運営主体	許可病床数（床）					
			合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	その他（休棟中）
1	市立豊中病院	豊中市（公設公営）	594	37	557			
2	市立池田病院	池田市（公設公営）	364	4	360			
3	刀根山病院	独立行政法人国立病院機構	410	4	180		226	
4	関西メディカル病院	社会医療法人純幸会	225	5	175	45		
5	井上病院	社会医療法人愛仁会	127		94	33		
6	大阪脳神経外科病院	公益財団法人唐澤記念会	122	10	80	32		
7	巽病院	医療法人マックスール	75		75			
8	池田回生病院	医療法人互惠会	97		60			37
9	協和会病院	医療法人協和会	301		59	124	118	
10	豊中若葉会病院	医療法人若葉会	115		50	10	55	
11	大和病院	医療法人ダイワ会	171		47		124	
12	小西病院	医療法人藏春堂	37		37			

* 表は急性期病床数の降順

【急性期33床以上で調査対象外とした病院】

※ 1 特別な機能をもつ病院…大阪大学医学部附属病院、国立循環器病研究センター、大阪大学歯学部附属病院、済生会千里病院（三次救急）

※ 2 施設が比較的新しい病院等…済生会吹田病院（平成10年新築移転）、吹田市民病院（平成30年新築移転）、吹田徳洲会病院（平成26年開設）、上田病院（新病院整備中）、大阪市立弘済院附属病院（大阪市南部医療圏に転出予定）、千里山病院（令和元年建替）

再編統合に係るアンケート調査結果

- ◆ 箕面市立病院との再編統合に興味がある、あるいは取り組みを進めたいと思いますか。

取り組みたい	興味はある	興味はない
3病院 ※うち1病院は再編統合ではなく病院間の機能再編を想定された回答	3病院	6病院

- ◆ 「取り組みたい」「興味はある」とした理由を教えてください。（数値は回答数、複数回答あり）

より充実した体制（病床数や診療科構成等）で病院を運営したいから	5
経営の見直しのため	4
老朽化による建て替えを考えているから	1
廃業を考えているから	0
その他	2

- ◆ 「取り組みたい」場合、再編統合後の病院の経営についてどう考えますか。（数値は回答数）

箕面市が開設する新病院を運営したい（指定管理者制度）	3
箕面市（又は箕面市が設立する地方独立行政法人）に一切の経営権を委ねてもよい	0
どちらでもかまわない	0

- ◆ 「興味がある」場合、積極的に取り組むため、あるいは検討を深めるためには何が必要ですか。（数値は回答数、複数回答あり）

「再編・ネットワーク化」の制度をより詳しく説明してほしい	3
「再編・ネットワーク化」の制度を活用した場合、自院にとってのメリットを教えてください	3
箕面市立病院は、「再編・ネットワーク化」の制度を活用して何をめざしているのか教えてください	2
箕面市立病院の建て替えスケジュールを説明してほしい	1
その他	0

再編統合に係るアンケート調査結果まとめ

調査結果まとめ

- 当院との再編統合について、3病院が「取り組みたい」、3病院が「興味はある」との結果であり、**再編統合の実現性はある**と考えられます。
- 「取り組みたい」とした3病院はいずれも、**新病院を自ら運営することを希望**されていました。



再編統合を実現させる場合、指定管理者制度の活用が前提となります。

(参考) 全12病院対象・自由記述

◆今後、豊能二次医療圏で病院経営するにあたって、日頃感じられていること、あるいは当院との連携についてお考えがあればご回答ください。

- ・ 新興感染症の感染拡大時の対応、働き方改革への対応など、医療環境が大きく変化する中、病院間の機能分化・連携強化は重要事項である。
- ・ 地域で喜ばれ、必要とされる医療を提供し、社会貢献もできるような病院づくりを目指したい。
- ・ 公民が一体となって地域医療を支える仕組みを検討したい。
- ・ 公立病院は一般では扱いきれないようなより高度な医療、もしくは広範囲での連携が必要となる回復期を担うのが良いのではないかと。あるいは、新興感染症に対応可能な開放病床を整備するなど、新たな取り組みに期待したい。
- ・ 公立病院で回復期病床を運営すべきでないとする。
- ・ 増床することで赤字が大きくなるリスクがある。黒字になる見込みがあるなら進めても良いと思う。
- ・ 市立病院の規模を拡大するために他院と統合することが、地域医療にとってどのようなメリットがあるのかが明確でないのではないかと。
- ・ 働き方改革を見据えた医療圏域内の機能分化や、システム等の共同調達・共同運用によるコスト削減などにも取り組んでいく必要がある。再編統合という形ではなくても、積極的に連携はしていきたい。
- ・ 病院間の連携を促進するため、シャトルバスのような交通手段があると良いと思う。

(注) 回答された病院の特定を防ぐため、文意が変わらない範囲で加工を施しています。

(両面印刷調整用ページ)

指定管理者制度の概要

	公設民営	公設公営	
	指定管理者制度	地方公営企業法（全部適用） ※現在	地方独立行政法人
概要	地方公共団体が議会の議決を経て指定する法人その他の団体に、期間を定めて運営を包括的に委託する。	地方公営企業として運営する。	地方公共団体から独立した法人を設立し、中期目標に基づき事業を運営する。地方公共団体が一定程度関与しつつ、地方公営企業法に制限されずに運営できる。
開設者	地方公共団体	地方公共団体	地方公共団体
運営責任者	指定管理者 (医療法人等)	事業管理者 (地方公共団体の長が任命)	理事長 (地方公共団体の長が任命)
職員定員	制限なし	制限あり（条例規定）	制限なし
職員給与	指定管理者の規定による	事業管理者が決定	法人の規定による
職員身分	法人職員（民間職員）	地方公務員	法人職員（非公務員）
組織	指定管理者が決定	条例規定	理事長が決定
議会・市長との関与	市長への事業計画提出、事業報告書提出が必要	予算の議決、決算の認定が必要	中期事業計画の議会承認、決算報告が必要
資金調達（長期）	協定書に基づき設立団体（市）が起債又は指定管理者が独自調達	起債	設立団体（市）から借入
一般会計繰入	協定内容に基づいた費用を一般会計から財政措置（指定管理料）	国繰出基準に基づき一般会計からの繰入が可能	地方公営企業に準じた取扱が可能（運営費交付金）
政策的医療への対応	開設者と締結した協定に基づき政策的医療を提供	開設者の政策として政策的医療を提供	開設者が関与して策定した中期計画に基づき政策的医療を提供

指定管理者制度のメリット・デメリット

※下表は地方公営企業法の一部適用からの切り替えを前提に、一般的なメリット・デメリットを整理したものです。

	公設民営	公設公営	
	指定管理者制度	地方公営企業法（全部適用） ※現在	地方独立行政法人
メリット	<ul style="list-style-type: none"> 設置者である市と、運営者である指定管理者とで、経営責任を明確化することができる。 指定管理者の裁量で迅速な意思決定が可能になるとともに、独自の人事給与制度の導入をはじめとする民間経営ノウハウを幅広く活用した効率的な病院運営が期待できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業管理者に人事権、給与決定権、契約締結権など広範な権限が与えられ、経営責任を明確化することができる。 病院独自の職員採用や給与制度の導入が可能となる。 議会の意向が病院経営に反映される。 	<ul style="list-style-type: none"> 理事長に一切の権限が付与され、経営責任を明確化することができる。 中期計画等の議会での承認が得られれば、年次計画や予算執行は法人の裁量で行えるため、意思決定が迅速になる。 病院独自の職員採用や給与制度の導入が可能となる。
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> 指定管理者に応募する事業者があるとは限らない。 指定期間には期限があることから、事業の継続性の確保が課題となる。 指定管理者制度への移行時における職員の処遇が大きな課題となる。 	<ul style="list-style-type: none"> 予算や条例改廃は、議会の議決を要するため、スピーディな意思決定ができない。 職員がそのまま身分移行することが前提となるため、現実的には、脱・公務員的な斬新な人事給与改革が行いにくい。 	<ul style="list-style-type: none"> 人事、会計、資産管理などの制度移行に伴うシステムの改変等に一時的経費がかかる。 職員がそのまま身分移行することが前提となるため、現実的には、脱・公務員的な斬新な人事給与改革が行いにくい。

市財政負担の試算の諸条件①

○シミュレーション期間

基本計画策定年度（令和5年度と仮定）～新病院開設（令和10年度と仮定）後20年間の合計25年間

○運営手法のパターン

再編統合の場合の運営手法は、市直営・地方独立行政法人・指定管理者制度があり得ますが、前述の調査結果において、市直営・地方独立行政法人を希望する病院がなかったことから、指定管理者制度を前提とし、参考として市直営との比較検討を行います。

○新病院の規模及び整備費用

		指定管理者制度（再編統合）		（参考）市直営
病床数の設定	急性期	（最小）300床	（最大）350床	267床
	回復期リハビリテーション	確保の可能性はあるが、試算からは除外		なし
建築延床面積 （1床あたり面積）		31,583㎡ （105.3㎡）	36,846㎡ （105.3㎡）	28,109㎡ （105.3㎡）
新病院の整備費		223.8億円	251.6億円	205.4億円
	用地取得費	8.2億円	8.2億円	8.2億円
	造成費	3.0億円	3.0億円	3.0億円
	設計監理費・建築費 （1床当たり単価） （1㎡当たり単価）	160.8億円 （5,359万円） （50.9万円）	187.5億円 （5,359万円） （50.9万円）	143.1億円 （5,359万円） （50.9万円）
	医療機器整備費	41.6億円	42.6億円	40.9億円
	駐車場整備	8.0億円	8.0億円	8.0億円
	その他（調査費、移転費等）	2.2億円	2.2億円	2.2億円
財源内訳		223.8億円	251.6億円	205.4億円
	国補助金 （都市構造再編集中支援事業補助金）	10.5億円	10.5億円	10.5億円
	企業債対象経費 ^{*a}	209.4億円	237.0億円	191.2億円
	企業債対象外経費 ^{*b}	3.8億円	4.1億円	3.7億円

※四捨五入の関係上、表中の合計等が合わない場合がある。

市財政負担の試算の諸条件②

○その他経費

		指定管理者制度（再編統合）	（参考）市直営
開院後の経費	政策的医療に係る経費* ^c （25年間の総額（R4当初予算ベース））	81.8億円 （3.27億円/年×25年間）	81.8億円 （3.27億円/年×25年間）
	新病院以降の医療機器等更新 （25年間の企業債起債総額）	【300床の場合】 41.3億円 【350床の場合】 42.5億円	41.1億円
その他* ^d	市立病院で生じた資金不足の補てん* ¹	—	55.9億円
	職員の分限免職に伴う退職手当	36.0億円	— （普通退職分は病院収支に織り込み済）

※1…令和3年8月に市立病院において計画した経営改善策について、第三者評価に基づき経営改善実施率を76.5%と仮定して試算（前回審議会の収支シミュレーションから試算条件を精査・時点修正）

（注）現病院の長期借入金返済については、指定管理者制度への移行に伴う取扱いを検討中であるため、試算からは除外。
また、指定管理者制度への移行にあたり、人材確保の観点から補助金や貸付金等の制度を創設している先進事例がみられるが、移行に伴う臨時的な経費であり、今後の検討事項であるため、試算からは除外。

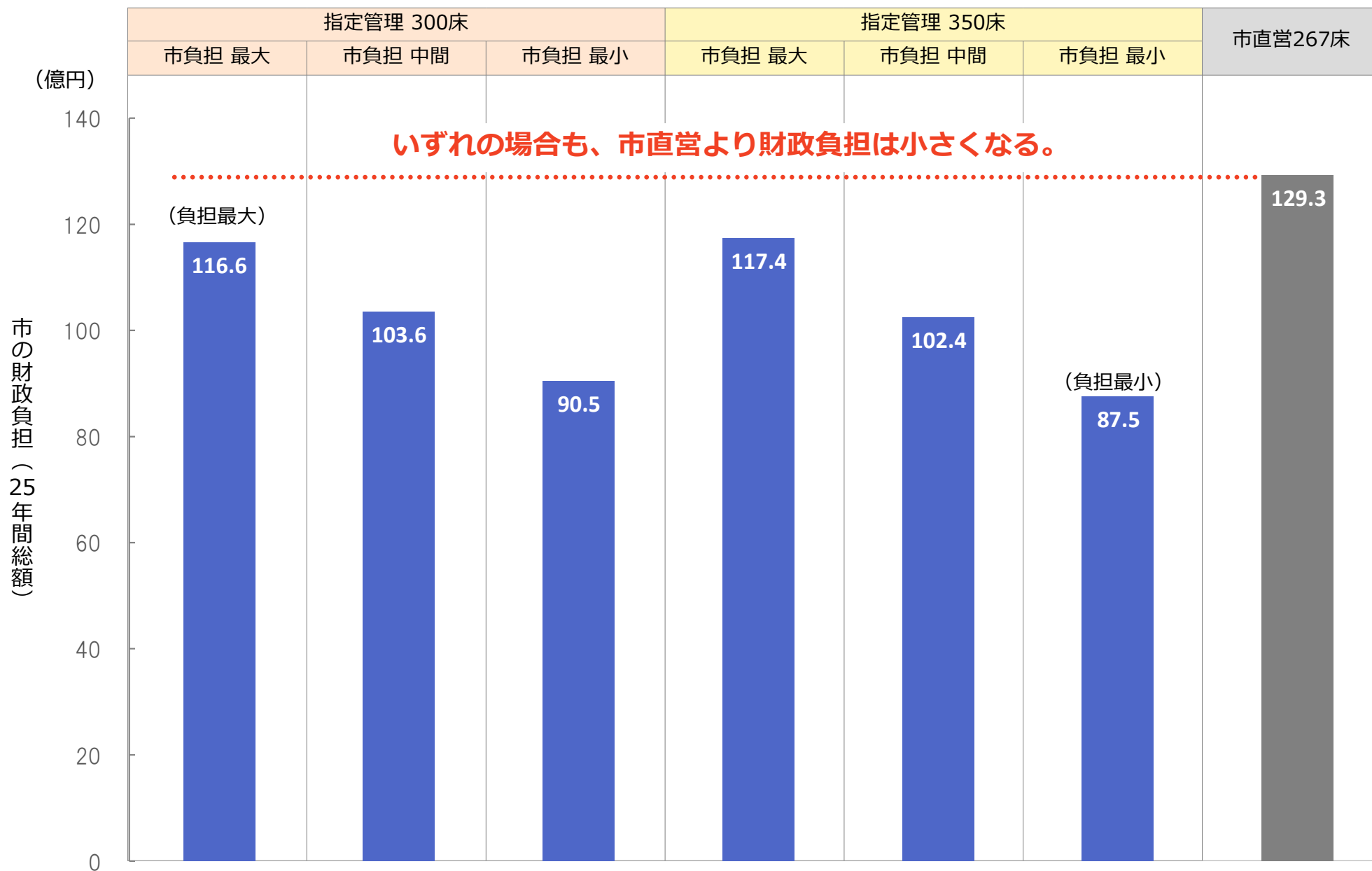
○市の財政負担の基本的な考え方

		指定管理者制度（再編統合）	（参考）市直営
政策的医療に係る負担	市は、上図中の「政策的医療に係る経費* ^c 」を支出し、国から所定の算定式に基づき交付税措置を受ける。		
新病院の整備費 （企業債対象経費* ^a ）	指定管理者の負担* ²	50%	42.5%
	国の負担（普通交付税）* ³	40%	
	市の負担* ³	10% （最小）	17.5% （中間）
新病院以降の医療機器等更新	市直営と同じ		
その他	新病院の整備費（企業債対象外経費* ^b ）の1/2及び上図中の「その他* ^d 」を市が支出		

※2…指定管理者との協議事項であるため不確定ではあるが、先進事例等を参考に考えられる負担率の最小～最大を設定。ただし、新病院の整備費のうち、用地取得費や造成費等、指定管理者に負担を求めるのが適当でないと考えられる経費については、市が負担することを想定して試算。

※3…通常、普通交付税の措置率が25%のところ、再編統合の場合には40%にかさ上げ。ただし、建築費に対する交付税措置には上限が設定されているため、措置率は理論値である。

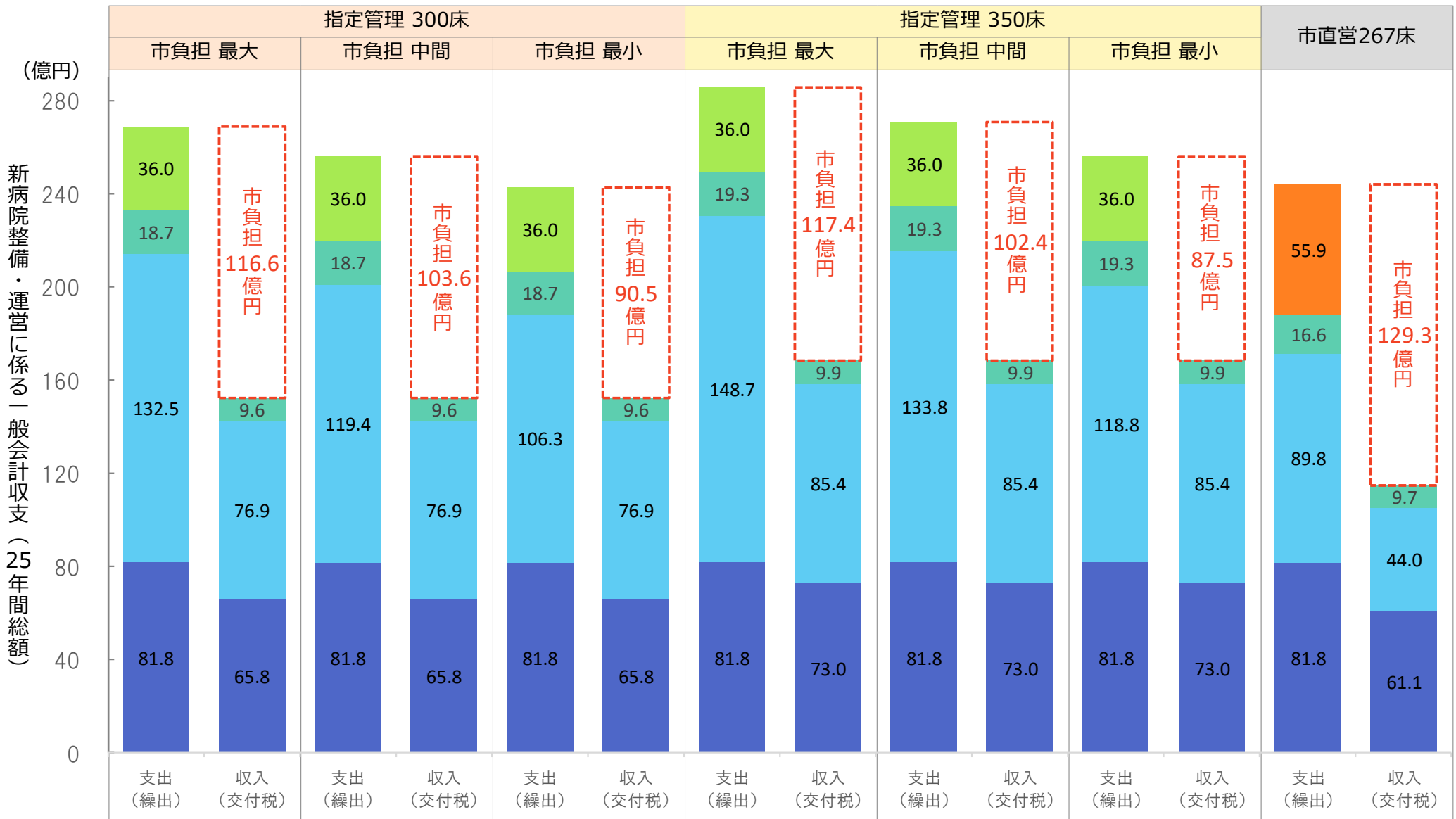
市の財政負担の試算結果①25年間の総額



※指定管理者制度への移行に伴う人材確保の観点から、補助金や貸付金等の制度を創設している先進事例がみられるが、移行に伴う臨時的な経費であり、今後の検討事項であるため、試算からは除外。

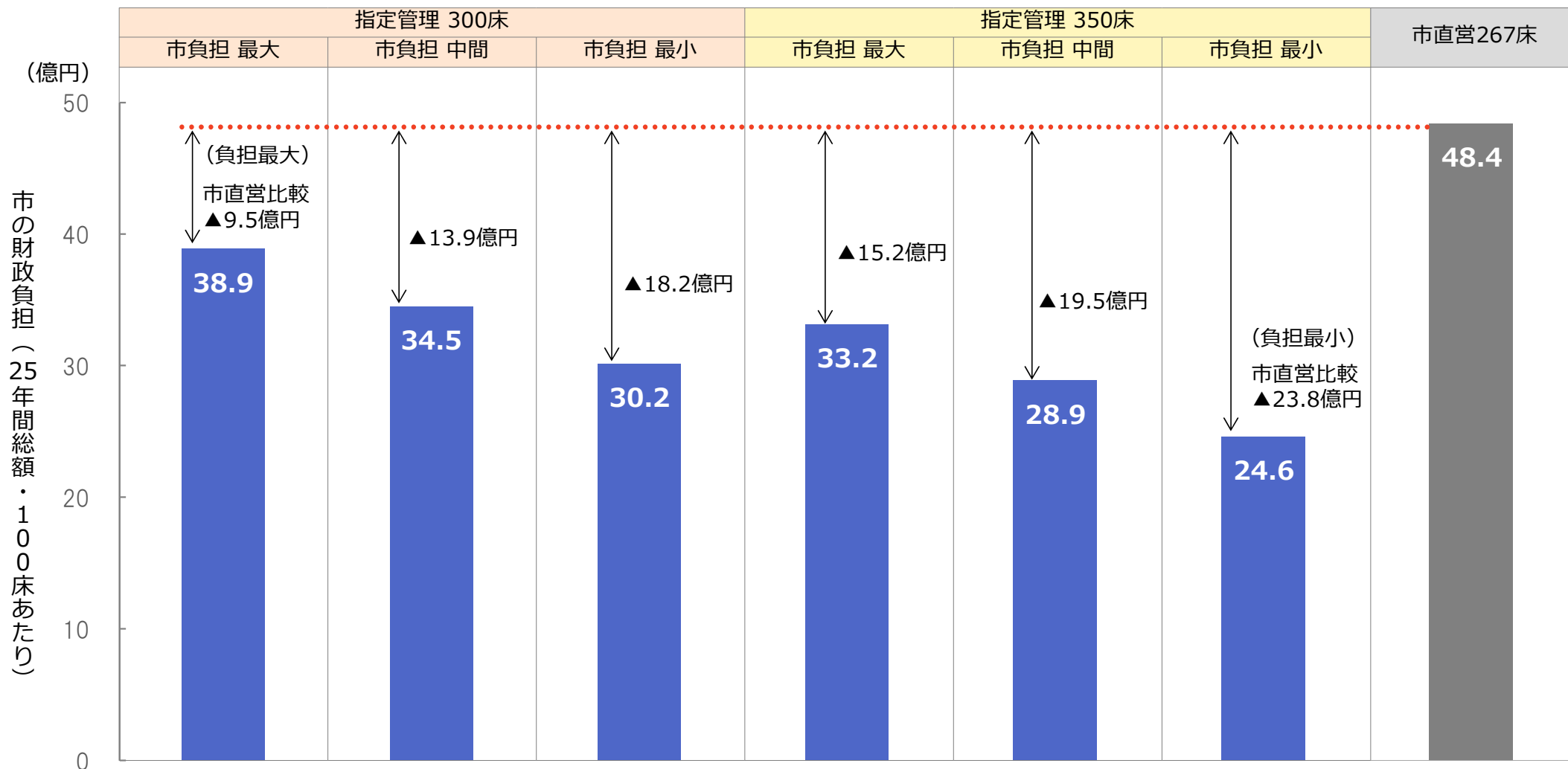
市の財政負担の試算結果②25年間の収支内訳

■ 政策医療分 ■ 新病院整備費 ■ 医療機器更新 ■ 退職手当 ■ 不足資金補てん ■ 市負担



※指定管理者制度への移行に伴う人材確保の観点から、補助金や貸付金等の制度を創設している先進事例がみられるが、移行に伴う臨時的な経費であり、今後の検討事項であるため、試算からは除外。

市の財政負担の試算結果③100床当たりの負担



※指定管理者制度への移行に伴う人材確保の観点から、補助金や貸付金等の制度を創設している先進事例がみられるが、移行に伴う臨時的な経費であり、今後の検討事項であるため、試算からは除外。

- 市の負担が最大の場合でも、市直営と比較して負担が少なくなります。
- 増床により、呼吸器内科の新設や既存診療科の強化（拡大）を図りながらも、100床当たりの負担を抑えることができ、投資効果が高いと言えます。
- なお、300～350床の間で、病床が多いほど、市の負担が少なくなります。

運営手法の検討まとめ

運営手法の検討まとめ

○これまでの審議会において、急性期300～350床をめざすべきとの方向性が確認されました。

(委員からの意見概要 ※前回審議会資料からの抜粋)

- * 基本的な考えとして、病床が少ない場合、診療体制の拡大や充実の方向は難しいと言えるのではないか。
- * 二次救急をしっかりと担うためには、バックアップできる診療科を揃える必要がある。
- * 今の状態のままでは魅力ある病院とは感じない。特に呼吸器内科がないのが大きなデメリットとなっている。
- * 267床では、現状に比べて規模は縮小されるということであり、現状維持にもなっていない。

○また、可能であれば回復期リハビリテーション病床も別途確保すべきとの方向性が確認されました。

○これらを実現する手法として、国が推し進める「機能分化・連携強化」のうち、「再編統合」の可能性について調査しました。

○豊能二次医療圏の12病院を対象に調査を行ったところ、3病院が「取り組みたい」、3病院が「興味がある」との回答でした。

○「取り組みたい」とした3病院は、いずれも新病院を自ら運営することを希望されているため、再編統合を実現させる場合、指定管理者制度の活用が前提となります。

○急性期300～350床の病院を整備し、指定管理者制度により運営した場合、市の財政負担は次のとおりと試算されました。

(※なお、本試算には、回復期リハビリテーション病床の確保に係る負担は含んでいないため、仮に同病床を確保できるとなった場合には、改めて条件の精査と再試算が必要となります。)

(試算結果まとめ)

- * 急性期300～350床の新病院を整備し、指定管理者制度により運営を行った場合、基本計画策定から25年間の市の財政負担は86.2～116.6億円程度。100床あたりの負担でみた場合は、24.6～38.9億円程度となる。
- * いずれも、市の負担が最大の場合でも、市直営と比較して負担が少なくなる。
- * 直営で急性期267床を整備・運営した場合と比較すると、呼吸器内科の新設や既存診療科の強化（拡大）を図りながらも、財政負担を抑制することができ、投資効果が高いと言える。
- * なお、300～350床の間で、病床が多いほど市の負担は少なくなる。

新病院の整備手法の検討

現市立病院の老朽化等の状況

- 当院の本館は、昭和56年（1981年）の竣工から41年が経過し老朽化が進行しています（法定耐用年数は39年）。
- 府内の100床以上の公立病院の中で、築40年を超えるのは当院だけとなっています。
- 平成16年度（2004年度）～平成17年度（2005年度）にかけて実施した大規模改修により、長寿命化対策を講じたものの、その際改修が困難であったボイラーや貯湯タンク、受変電設備、給排水管などの配管類、高圧の電気配線類などの重要な設備については、手つかずの状況となっています。

【大阪府内公立病院建設年度等一覧（届出病床100床以上）】

病院名	届出病床	建設年度	築後年数
1 箕面市立病院	317	1981	41
2 大阪市立総合医療センター	1,063	1989	33
3 市立貝塚病院	249	1996	26
4 市立岸和田市民病院	400	1996	26
5 市立池田病院	364	1997	25
6 りんくう総合医療センター（泉佐野）	388	1997	25
7 市立豊中病院	613	1997	25
8 泉大津市立病院	230	1998	24
9 市立東大阪総合医療センター	520	1998	24
10 大阪市立十三市民病院	263	2002	20
11 市立柏原病院	220	2004	18
12 八尾市立病院	380	2004	18
13 阪南市民病院	185	2013	9
14 市立ひらかた病院	335	2014	8
15 堺市立総合医療センター	487	2015	7
16 和泉市立総合医療センター	307	2018	4
17 市立吹田市民病院	431	2018	4

未建替え

建替済で築後年数も40年未満

【老朽化の状況】

写真：「箕面市立病院リニューアル調査検討報告書」より
（平成29年7月りそな総合研究所株式会社）

電気幹線配管

電線管腐食
（漏電による全館停電の危険性）



排水配管

配管劣化によるひび割れ、漏水
（排水の停止）



➡ 可能な限り早期に新病院を開院する必要があるため、工期短縮が最重要課題となります。

各整備手法の概要とメリット・デメリット

主要な整備手法の特徴を比較すると、次のとおりです。

	概要と工程イメージ	メリット・デメリット	
		工期	費用や品質
設計施工 分離方式	<ul style="list-style-type: none"> 設計と施工を別々に発注する形式。設計事務所と建設会社それぞれの役割が明確であり、設計品質を確保しやすい。反面、建設会社の施工ノウハウは生かしづらい。 業者選定プロセスを単純化しやすく、価格に基づいて施工者を選定できる利点がある一方、実施設計完了後に施工者を選定するのが一般的であるため、施工業者の決定と工事費の確定が遅くなることも特徴。 	×	△
ECI (Early Contractor Involvement) 方式	<ul style="list-style-type: none"> ECI方式は、設計段階から建設会社の技術力を設計内容に反映させることでコスト縮減や工期短縮をめざす方式。 具体的には、発注者は技術提案に基づいて選定された優先交渉権者（施工者）と工事契約を前提に技術協力業務の契約を締結し、別途設計者へ発注された設計業務に技術提案の内容を反映させながら設計を進める。また、発注者と優先交渉権者は実施設計後に価格交渉を行った上で合意に至れば工事契約を結ぶ。 	○	○
実施設計からの 設計施工 一括発注方式 (DB方式)	<ul style="list-style-type: none"> 実施設計と施工を一括して発注する方式。建設会社のノウハウを活用した、現場条件に適した合理的な設計が可能となるほか、分離方式に比べて発注業務が軽減される効果もある。 実施設計から一括発注を行う場合、実施設計の発注段階で工事費と工期を確定できる。 	△	△
基本設計からの 設計施工 一括発注方式 (DB方式)	<ul style="list-style-type: none"> 基本設計、実施設計、施工を一括して発注する方式。発注段階で工事費と工期を確定できるが、性能発注となるため、設計条件等の要求水準書の精度を高めることが重要となる。 基本設計と実施設計をオーバーラップさせながら進めることで、工期短縮と工事費の縮減が期待できる。 	◎	△

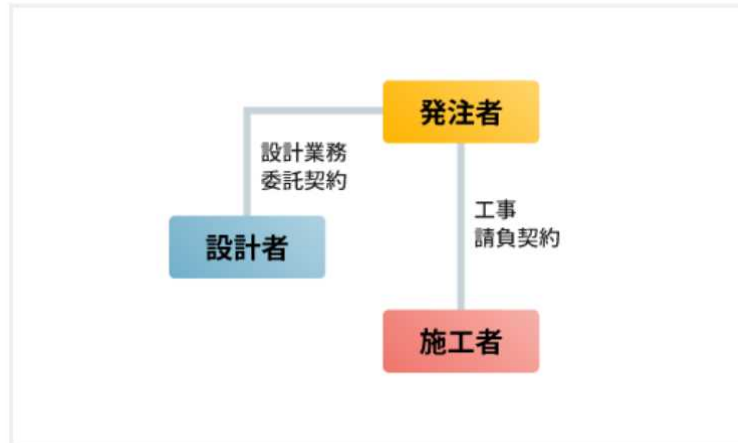


工期短縮を実現しやすいのは「ECI方式」や「基本設計からのDB方式」です。最終的には、メリット・デメリットを総合的に判断し、適切な整備手法を選択することが必要です。

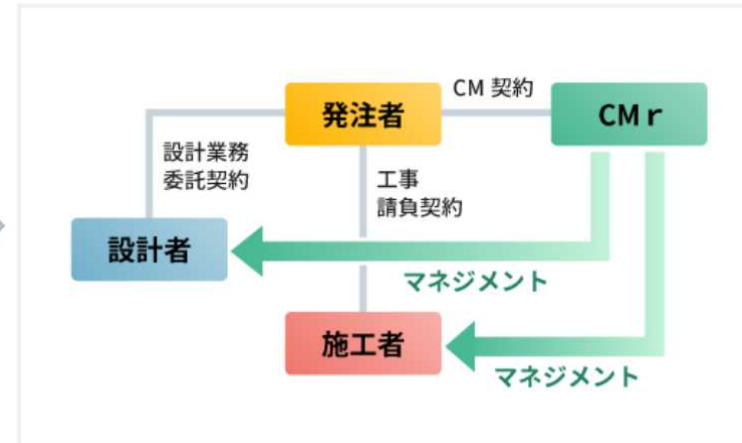
CM方式の併用

発注者側の体制強化を図るために近年注目されているのが「CM方式」です。CM方式とは、コンストラクションマネージャー（CMr）が技術的な中立性を保ちつつ発注者の側に立って、設計の検討や工事発注方式の検討、工程管理、品質管理、コスト管理などの各種のマネジメント業務を行う方式です。CMrが適切な助言・提案等を行うことで、発注者を補助する効果などが期待されます。

従来方式



CM方式



特徴

発注者が専門家でない場合、事業推進が難しい場合が多い

設計者や施工者への的確な指示ができない場合や、両者との調整がうまくいかない場合が多い。
(意図した設計にならない、コストが折り合わない等)

発注者と施工者は利益相反の関係にあるため、様々な局面で専門的な知識を要する交渉・協議が必要

特徴

発注者主体の
事業推進の実現

CMrが発注者の立場に立ってパートナーとして事業を主体的に推進

コスト・品質・
スケジュールの最適化

CMrが中立的立場から設計者と施工者の役割分担や意見調整を行い、コスト・品質・スケジュールをマネジメント

発注者の意思決定支援と、
発注業務能力の補填

発注者に求められる様々な専門的知識を要する意思決定に際し、CMrが情報整理や助言を行い、意思決定を支援