

病院の事業構想を実現する建設プロジェクト推進の具体策セミナー

CM活用で建設コストを7~20%削減

東京オリ・パラすぐそこに。建築費高騰のトレンドが変わる!! 見えてきた建設費下落の予兆と今後のコストダウン対策とは!!

今が病院建設プロジェクトスタートのチャンス! 収益改善の基本構想づくりからゼネコン選定までを詳細に解説

~株式会社プラスPMが全国で手掛けた新病院建設プロジェクトの実例を多数交えて、求める機能と建設投資コストを削減を徹底解説~

開催日

平成31年

3月16日(土) PM1:30~PM5:30

会場

銀座同和ビル2F(セミナールーム)
東京都中央区銀座7-2-22 TEL03-6228-5995

参加料

	【税込】	本体価格	消費税
HMS会員(法人・個人会員)	27,216円	25,200円	2,016円
(購読会員)	28,728円	26,600円	2,128円
一般	30,240円	28,000円	2,240円

※参加料には資料・コピー代を含みます。



株式会社プラスPM
代表取締役 一級建築士、
認定コンストラクション・マネジャー

木村 譲二氏



一級建築士、
認定コンストラクション・マネジャー、
認定登録 医業経営コンサルタント

濱田 徹氏

第1部 13:30 ▶ 15:50

理想の病院建設を実現する建設プロジェクト

- **なぜ、今プロジェクトをスタートするのか**
 - ・東京オリンピック前に建設コストが崩れる一大都市圏・地方の動向
 - ・建設費の最新動向とゼネコン各社の受注動向
 - ・新病院完成までのスケジュール
 - ・2025年改革シナリオと2018年同時改定への対応
- **高い医療機能と投資コスト削減を実現するCM**
 - ・CM会社の役割 ・医療経営方針を設計に反映させる方法
 - ・機能や品質を落とさずに建設コストを削減
 - ・設計と工事は一括か、分けるべきか
 - ・病院経験豊富な設計会社と建設会社はどこか。
 - ・必要な建設投資額が算出できる計算法を公開
 - ・実例紹介 ① 不可能と思われた狭小地の現地建替え実例
 - ② 改修工事での稼働ベッド数を減らさない実例
 - ③ 地下階取りやめ、面積削減で工事費6億円削減した実例

株式会社プラスPM 代表取締役 一級建築士
認定コンストラクション・マネジャー **木村 譲二氏**

第2部 16:00 ▶ 17:30

収益改善ができる病院づくり

- **基本構想策定の進め方**
 - ・医療経営分析から考える病院のこれからの機能拡張
 - ・病院機能変更の選択肢と病院設計計画のリンク
 - ・将来の病院経営収支を明確にする基本構想の策定方法
- **収益改善ができる病院計画**
 - ・診療効率をアップする外来計画 ・スタッフが減らせる外来計画
 - ・患者を呼び込む待合計画 ・離職者がでないスタッフエリアの計画
- **補助金活用方法 -上手な活用の進め方-**
 - ・補助金取得のポイント
- **建設設備のインシヤルコスト、ランニングコストの下げ方**
 - ・発注方法の変更でインシヤルコストを10億円削減
 - ・光熱費を大幅削減する建設計画の方法

一級建築士、認定コンストラクション・マネジャー、
認定登録 医業経営コンサルタント **濱田 徹氏**

<参加のお誘い>

医療環境を取り巻く環境が激変するなか、病院建替え事業は専門的見識を持つことと、多くの他実例から学ぶことが重要です。投資コストを押さえつつ、求める機能をいかに実現させるか、多くの病院経営者が悩むことを解説します。今回は、外部環境と内部環境分析から建築計画へ落とし込む基本構想フェーズとゼネコン選定フェーズについて特に注力して解説します。(株)プラスPMは、がん研有明病院、東京都済生会中央病院、国立循環器病研究センターなどの日本を代表する病院から地域密着の小規模病院まで多数の実績を有しております。参加者には「ゼネコンの選び方、使い方」の小冊子を贈呈します。ぜひ、ご参加ください。

申込日 平成 年 月 日 ※参加希望の日付にチェックを入れて下さい。

FAX.03-6228-5996

■10月25日(木) ■3月16日(土) 病院の事業構想を実現する建設プロジェクト推進の具体策セミナー 申込書

住所	〒					HMS会員の方は、会員区分にレを付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 法人会員 <input type="checkbox"/> 個人会員 <input type="checkbox"/> 購読会員 ※参加料は 月 日送金します。 ※入金照合のために口座名義を下記にご記入ください。 振込名義 () 振込先:三井住友銀行 本店営業部 普通預金7577162 名義:ホケンイリョウフクシサービスクエイクイ					
団体名											
TEL				FAX				e-mail			
参加者氏名	所 属	役 職	参加者氏名	所 属	役 職						
						※希望の方は <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> CD受講希望 <input type="checkbox"/> 無料個別相談					