

座談会議事録

○山下先生（ファシリテータ） 山下と申します。本日はよろしくお願いいたします。
これまでのお話にもありましたが、「今後どのような方向性を目指すべきか」が十分に
見通せていない状況です。私自身も笠原さんと議論を重ねたり、さまざまな方から御意
見を伺ってきましたが、現時点でも明確な答えを見いだせているわけではありません。

本日は高田先生にも御出席いただいておりますので、まず病院の将来像や目指すべき方
向性についてお話しいただき、その後、他の皆様からも御意見を伺いたいと思います。

それでは、まず高田先生からお願いいたします。

○高田副院長 関東中央病院副院長の高田です。

まず、当院の現状を踏まえた考えをお話しします。本部説明資料では、「急性期の拠点
機能」と「高齢者救急・地域急性期機能」の2つの方向性が示されていましたが、私は
後者の「高齢者救急・地域急性期機能」が当院にふさわしい方向性ではないかと考えて
います。

私は消化器悪性腫瘍の外科治療を専門としていますが、近年は若年層の患者は国立がん
研究センター中央病院や大学病院などへ流れる傾向があります。一方で、先ほどもアク
セシビリティの話がありましたが、高齢の患者が安心して受診できる医療環境が十分整
っているとは言えません。

今後、世田谷区では高齢者人口の増加が見込まれています。そのため、専門領域にとど
まらず、高齢者救急に強みを持つ病院を目指すことが重要ではないかと以前から考えて
きました。実際に、院内でも高齢者の患者を積極的に受け入れられる病院づくりについ
て議論しています。

また、当院の施設は、高齢者医療を前提として整備されたものではありません。例え
ば、廊下が狭くベッド同士がすれ違いにくいことや、個室トイレの段差が大きくバリア
フリー化されていないことなど、多くの課題があります。

今後、高齢者の患者を受け入れていくためには、こうした施設面の改善を進めるとともに、地域に向けて高齢者に優しい病院であることを発信していくことが重要だと考えています。

当院は高齢者救急を中心に据え、都心の特定機能病院とは異なる特色を打ち出していくことが必要ではないかと考えています。

○山下先生 ありがとうございます。笠原さんは、組合全体としてどのようにお考えでしょうか。

○笠原特任理事 高田先生からもお話がありましたが、国の医療政策や地域医療の方向性を踏まえると、市民病院としての役割を果たしつつ、高齢者救急や地域救急を中心にどの機能を強化していくのかということになると考えています。

ただ、私は建築を専門としているため、病院建築の観点から考えると、多くの条件整理が必要です。現時点では具体的な方向性をすべて決め切れているわけではありませんが、建物の老朽化が進んでいることから、病院機能の検討と並行して施設整備の方向性も考えていかなければならない時期に来ています。

将来的な方向性を見据えながら、現施設を活用して何ができるのか、また抜本的な整備が必要な部分はどこなのかを同時並行で検討しなければなりません。

そのような難しい状況の中で、本日、勉強会を開催しているところです。

○山下先生 ありがとうございます。

先ほど病院全体の規模の話がありましたけど、関東中央病院は現在約 380 床ですが、仮に 300 床規模とした場合、病床利用率や面積効率を踏まえると、現在の施設を活用しながら質の高い環境を整えていくことも可能ではないかと思います。

そこで寛先生にお伺いします。今後、高齢化や重症化が進む中で、病院には具体的にどのような機能や環境整備が求められるのでしょうか。

○寛先生 高齢化・重症化への対応という観点では、病棟のあり方が最も重要だと考えています。

もちろん外来や検査部門も重要ですが、外来患者の高齢化には一定の上限があります。一方で、入院患者は救急搬送によって受け入れられるため、より高齢化が進みます。

そのため、入院患者のための環境整備が極めて重要になります。例えば、先ほど高田先生がお話しされたトイレやバリアフリーの問題に加え、高齢者が安心して療養できる病棟構成やケア環境、看護単位のあり方などを根本から見直す必要があります。

これらについては、JIHaでも研修や議論を重ねてきましたが、従来型の病棟計画を前提とするのではなく、高齢者医療を前提とした新しい病棟のあり方を考えることが重要です。

病院建築の議論では、「これまでそうだったから」という理由で前例を踏襲することが少なくありません。しかし、患者構成や経営環境が大きく変化している現在、これまでの前提を一度白紙に戻し、高齢者の重症化に対応する病院の姿を一から考え直す必要があると感じています。

また、医療安全の分野にも携わっていますが、高齢化への対応は病棟だけの問題ではありません。医療事故や施設環境の観点も含めて考える必要があります。例えば、現在は当たり前のように利用しているエスカレーターについても、高齢患者が増加する中で本当に適切なのか見直す必要があるかもしれません。病院全体を通じて様々な観点から再検討が必要だと考えています。

○高田先生 私は医療安全室長を兼任しており、エスカレーターの問題は日頃から議論になります。また、高齢患者の増加を踏まえると、病室の1床当たり面積を広げることも重要と思っています。今後は歩いて受診する外来患者よりも、救急搬送される患者が増えると考えられます。そのため、病床環境の改善と併せて、救急外来のアクセシビリティ向上や受入れ動線の整備も必須ではないでしょうか。

○寛先生 Patient Flow Managementの観点から見ると、病院を利用する患者の多くは、救急経由で、救急車だけでなく高齢者施設からの搬送も増えています。高齢者救急という言葉から受ける印象は人によって異なりますが、実際には肺炎や施設からの搬送患者への対応が中心になります。介護保険を利用している高齢者も多いため、病院は介護施設から患者を受け入れ、再び介護施設へ送り出す役割も担っています。その意味で

は、病院も介護環境として機能することを前提に整備を考える必要があります。高田先生が考える高齢者救急のイメージについてもお聞きしたいと思います。

○高田先生 ご指摘のとおり、救急外来で最も多いのは誤嚥性肺炎の患者です。私自身はがん診療を専門としているため、高齢のがん患者への急性期医療という観点でお話しましたが、救急搬送される患者の多くは肺炎や脳卒中などです。一方で、がん患者も高齢化しており、当院では90歳以上の患者の手術が月平均5件程度あります。80代の手術も日常的になっていますので、高齢患者が安全に療養し、円滑にリハビリテーションを受けられる環境を整えないと患者にきていただけない。現在、リハビリ室は1階にあり、動線に課題がありますので、例えば各病棟階にリハビリ室を設置できないかと考えています。高齢患者の受入れ強化に向けては、病床面積の拡大や病棟内リハビリ機能の充実も検討すべきではないかと思っています。なお、救急患者は大半を占め、発熱や転倒による搬送も見られます。また、自力移動が難しい方や施設からの搬送患者が多い状況です。

○山下先生 ありがとうございます。岡本先生には、事前の打合せにおいて病院建築チェックリストのようなチェックリストを目指すべきではないかという御提案をいただいていたので、その点や海外の事例についてお話しいただければと思います。

○岡本先生 寛先生の資料でも紹介された病院建築チェックリストは、工学院大学とJIHaのメンバーが5年かけて、病院建築の各部門に留意点を整理した内容となっています。作成から時間が経過しているため、現在の建替え時代に合わせた改訂版を作成してもよいのではないかと考えています。チェックリストは汎用性の高いツールですので、その中から関東中央病院に必要な項目を抽出・再編集し、『関東中央病院版チェックリスト』として活用することが有効ではないでしょうか。

○山下先生 ありがとうございます。今後は、関東中央病院がどのような病院を目指し、それに必要な要求水準や施設機能をどのように定めるかを整理していく必要があります。その対象は関東中央病院に限られるのか、組合病院全体なのか、あるいは今後の病院建築全般に共通するものなのかも含めて議論が必要です。高齢者医療や地域救急の需要増加に伴い、各診療科がどのような役割を担うのか、改修費用に見合う収益が確保できるのかといった視点も重要になります。経営面の将来像と施設整備の方向性を結び

付けながら、最終的なアウトプットにつなげていきたいと考えています。今後も数回の検討機会がありますので、手術部門、検査部門、患者構成の変化なども含めて議論を深めていきたいと思います。

○高田先生 チェックリストの作成に着手する前に、まず病床数を決定する必要があります。単純に病床を減らせれば解決するものではなく、各診療科の実情を踏まえた適正病床数を検討しなければなりません。消化器外科であれば手術件数から必要病床数を算出できますが、病院全体として適正規模をシミュレーションすることが重要です。現状の383床は過剰である可能性があります、一方で大幅に削減すればよいという話でもありません。救急機能も含め、当院として何床が適正なのかを早急に議論し、方向性を示していく必要があると考えています。

○山下先生 病床数の決定は非常に大きなテーマです。ただ、現在は建築計画が停滞している状況でもあり、その分、将来像をじっくり検討できる時間があるとも言えます。会場の皆様には、これまでの議論を踏まえ、建築計画を進める上で明らかにしておくべき事項や、大学病院等での経験を含めた課題認識があればお聞かせいただきたいと思います。なお、本日の発言は公表を前提としていますが、発言者名や病院名は伏せて掲載する予定ですので、率直に御発言いただければと思います。

○設計会社① 現在の病院建築を取り巻く状況は非常に厳しくなっています。私たちの事務所でも病院設計を手掛けていますが、新築案件はほとんどなく、改修や長期修繕が中心となっています。また、改修だから安価というわけではなく、工事単価は新築同様に上昇しており、5～6年前と比較すると倍になっています。そのため、改修費用を抑えるには対象面積を絞るか、工事期間を長期化して年度ごとの負担を平準化するしかありません。病床減少により1床当たり面積が拡大していることは望ましい面もありますが、全面改修すると莫大な費用がかかります。したがって、病院として何を指すのか、そのためにどの部分を優先的に改修するのかという方針やコンセプトを明確にし、すべてを更新するのではなく、目標に対して最も効果的な改修を選択する必要があります。各病院で方向性は異なりますが、その判断材料となるガイドとして活用できるチェックリストが整備されることは有意義だと思います。

○高田先生 私たち医師は建築の専門家ではありません。医療については即座に判断できますが、建築に関しては分からないことが多くあります。例えば、廊下を広げることが可能なのか、工事中にどの程度病棟を閉鎖しなければならないのかといった点も分かりません。そのため、病院側から要望や疑問点を整理し、それに対して建築側が Q&A 形式で回答していただけると、将来像を具体的にイメージしやすくなると思います。現在はまさに手探りの状態です。

○山下先生 この場が建築と医療をつなぐ“翻訳機能”の役割を果たせばよいと思います。建築には建築の専門用語があり、医療には医療の専門用語があります。双方が同じ方向を向くためには、それぞれの考えを翻訳しながら共有する仕組みが必要です。私自身もこれまでその役割を担うことが多くありましたが、まさにその機能をこの検討会の中で構築できればと考えています。

○笠原特任理事 この会の位置付けについて改めて申し上げます。本会は公立学校共済組合が主催していますが、出席者の皆様には組織の代表としてではなく、専門的知見を持つ個人として自由に御参加いただいています。いただいた御意見を整理し、方向性として取りまとめるのは私たちの役割です。また、議論はできる限り公開しながら進めたいと考えています。そのため、発言者名や具体的な病院名は原則として伏せた形で取り扱います。建築、医療、経営など様々な立場から率直な意見交換を行うことが重要であり、そのための場を提供することも本会の目的の一つだと考えています。

○山下先生 ありがとうございます。このような取組は前例がなく、どのような成果物を目指すべきかについても手探りの部分があります。一方で、その過程で皆様から様々な知見や事例を共有いただけることに大きな価値があると考えていますので、他病院の取組や成功事例、課題なども含めた情報収集や、実際の病院見学にもつなげていければと思います。次はゼネコンの立場からの御意見も伺いたいと思います。

○医療コンサルタント① ゼネコン勤務を経て、現在は医療コンサルタントとして活動しています。本検討会への参加に当たり、まず確認したいのは、この会の位置付けです。施設整備や建築が出発点とありますが、現実には建築だけで解決できない課題が多く存在します。経営、運営、さらには制度そのものが非常に厳しい状況であります。そ

のため、この会が建築に議論を集約する場なのか、それともより広い視点から課題を整理する場なのか、その検討の方向性を理解しておく必要があります。

また、現在の病院建築が置かれている状況については、他の建築種別との比較も必要で、半導体工場や物流施設などは建設市場が活況ですが、病院建築は伸び悩んでいます。その背景には、建設コストに見合った予算を確保しにくいという構造的な問題があります。半導体工場やオフィスなどでは建設コスト増加分の価格転嫁が可能です。医療機関は公定価格の下で収入が制約される一方、支出は増加しています。コスト削減の努力だけでは限界があり、必要な財源をどう確保するかという視点も重要だと考えています。

○山下先生 この点については事前にも議論しました。検討の出発点は建築ですが、制度や医療現場の実態についても共通理解を持つ必要があります。ただし、最終的なアウトプットは建築的な提案としてまとめる方向になると考えています。医療現場からの要望や課題提起は大いに歓迎されますが、それらをどのように建築計画へ翻訳していくかが、この検討会の役割になると思います。

○寛先生 医療コンサルタント①さんの御指摘はもっともだと思います。現在、病院団体が学会と共同で施設整備のための財源確保や支援制度の拡充を求める活動を行っている例もあります。そのような取組も必要かもしれません。

一方で、建築と経営・運営については、笠原特任理事がお話しされたように、建築側から病院側に対して「こういう運営に変えてほしい」と提案するような、建築側と病院側双方向に意見交換をしながら、状況に応じて柔軟に計画を検討し、建築計画を考える上では、経営や運営の在り方も含めて議論する必要があります。ただし、制度の問題までこの場で解決策を示すのは難しく、最終的には建築として何ができるかに落とし込むことになると思います。

○山下先生 ありがとうございます。いただいた御意見は今後の検討において重要な視点になると思います。続いて、設計の立場からのお考えを伺いたいと思います。

○設計会社② 私は30年以上病院建築に携わっております。今回の議論で特に重要だと感じたのは、プロジェクトのどの段階で設計者が関わるべきかという点です。

これまでの新築案件では、病床数や個室率、運営方針など病院の条件が整理された後に設計を行ってきました。しかし、今後は改修や増築が中心となりますと、改修では新築以上に物理的・法的な制約が大きく、病院側の希望をそのまま実現できるとは限りません。そのため、複数の選択肢の中から優先順位を付けて最適な方法を選ぶプロセスが必要になります。

よって、設計者は通常、基本設計の段階から参画しますが、改修や増築が中心の時代になるなら、その前段階から病院と伴走しながら検討を進めることが理想的です。その意味で、設計者をいつプロジェクトに参加させるのかは極めて重要な論点であり、私自身が最も関心を持っている点です。

○山下先生 確かにそのとおりだと思います。お話を伺いながら、かつてクリストファー・アレグザンダーが提唱した「漸進的成長」の考え方を思い出しました。以前は同じ設計者が継続的に関わり、改修や増築を重ねながら建物を育てていくことができました。しかし、現在は競争的な設計者選定が一般的となり、建物の完成とともに設計者との関係が終了してしまうケースが増えていますので、今後の設計者選びへの問題点だと思います。

また、免震構造の普及により、一棟全体をまとめて整備する必要性も高まりました。その結果、少しずつ建て替えるという柔軟な手法が取りにくくなっています。一方で、国立大学病院では分棟形式を活用しながら段階的な整備を進めてきました。この点について、文教施設行政の経験も踏まえて笠原特任理事のお考えを伺いたいと思います。

○笠原特任理事 昨年度まで文部科学省で文教施設部長を務め、国立大学病院の施設整備にも関わっていました。個人の見解として申し上げますと、国立大学病院は規模が大きく機能変化も激しいことから、一度に全てを整備することが難しい現実がありました。加えて、多くの大学病院は一定の敷地余裕を確保しているため、新たな敷地に病棟や中央診療部門を段階的に更新、整備を行っていった経緯があります。

一方で、都心部の大学病院のように敷地条件が厳しい場合は、免震化などの対応のため、一括整備を選択せざるを得ないケースも増えています。そのため、病院ごとの立地条件や施設状況に応じて最適な整備手法を選択する必要があると考えています。

○山下先生 ありがとうございます。機能強化棟を整備し、それをローリングのバッファとして活用しながら既存施設を順次改修していく方法もありますが、実際には必ずしも円滑に進まないケースがあることも分かりました。今後、一括建替えが難しくなる中で、機能強化棟を活用したローリング方式は一つの有力な手法になるかもしれません。

ここから本格的な議論を進めていくことになりますが、私は関東中央病院を具体的なモデルケースとして検討することが有効だと考えています。今後、高齢者医療を中心に据えるのであれば、どのような患者がどの程度存在し、どのような機能が必要となるのかを整理する必要があります。病院規模の算定には患者像、新規外来患者数、新規入院患者数、病床回転率などを踏まえた検討が不可欠です。

今後、必要な医療機能や改修で対応可能な部分、新築でなければ実現できない部分などを整理し、それらをチェックリストの形でまとめながら議論を進めていければと思います。

○高田先生 大変貴重なご意見をいただいたと思っています。今後各診療科と協議し、将来必要となる機能を整理したいと考えています。限られた予算の中で何でも求めるのではなく、本当に必要な機能を見極めることが重要であると改めて認識しました。病室面積の拡大や廊下幅の確保など、現場として最低限必要な要望をまとめたいと思います。

また、当院は世田谷区内でも数少ない災害拠点病院に指定されています。大規模災害時には多数の患者受入れが想定されるため、災害時の動線や対応機能についても検討に組み込む必要があります。先日、東日本大震災を経験した仙台の医療関係者と話をしましたが、実際の災害経験の有無によって危機意識には大きな差があると感じました。当院としても災害対応を重要な要素として位置付ける必要があると考えています。

○山下先生 災害対応は重要な視点です。過去には地震発生時の患者発生数や搬送先病院のシミュレーション研究も行われましたが、結論としては全ての患者を収容することは困難であり、迅速な処置と患者の早期帰宅・転院が不可欠とされました。そのため、トリアージを含めた災害時対応の検討も必要になりますので、今後の進め方についても、皆様から引き続き御意見をいただきたいと思います。

○岡本先生 進め方については、現時点ではまだ見通せない部分も多いと感じています。特にキックオフ段階では、民間企業の皆様も慎重にならざるを得ず、具体的なアイデアを出しにくい状況だと思います。そのため、私は大学での研究事例などを参考情報として提供したいと考えています。

例えば埼玉県坂戸市では、小学校の建替えを原則行わない方針を採用しました。調査の結果、建物の状態が良好で、今後も長期間使用できることが分かったためです。関東中央病院についても、現時点では建物の状態が比較的良好であるとのお話がありましたので、建替えではなく改修を中心とした対応も十分考えられるのではないかと思います。

また、現在、学生とともに病院病室の個室化改修事例を調査しています。高齢者施設では4人部屋を3人の個室化した事例があり、病院でも実施事例がないか調査しました。その結果、実際に個室化の事例は存在しましたが、多くは緩和ケア病棟や精神科病棟であり、急性期病院での事例はほとんど見られませんでした。急性期病院における個室化の難しさが改めて明らかになっています。

○寛先生 急性期病院で個室改修が進まないのは、診療報酬上のインセンティブが乏しいことも一因だと思います。精神科や緩和ケア病棟では一定の必要性や制度的支援がありますが、急性期病院ではそれが働かないためです。

一方で、山下先生から提案のあったように、関東中央病院を具体的なモデルケースとして検討することは有効だと思います。改修には多くの選択肢があるため、抽象的な議論だけでは整理が難しく、実際の病院を題材にした方が具体的な検討が進めやすくなります。

病床数についても、私は比較的客観的に算出できると考えています。診療科ごとの新規入院患者数や平均在院日数など、過去5年間の実績データを基に将来予測を行えば、必要病床数の議論は可能です。同様に外来患者数についても実績を踏まえて予測することで、病院の将来像を描くための基礎資料になります。

その上で、病院が将来どのような機能を重視するのか、地域がどのような医療を求めているのかを整理しながら、改修の優先課題を議論していくことが重要だと思います。

○笠原特任理事 笥先生に大変分かりやすく整理していただいたと思います。病床機能報告制度や診療報酬改定など、今後の制度変更によって状況は変化しますので、現時点で細部まで決め切ることは難しいと思います。

そのため、過去の実績や現在得られる情報を基に大まかな前提条件を設定し、その上で議論を進めるのが現実的で、大きな方向性としては、関東中央病院の地域特性や置かれている状況を踏まえると、これまで高田先生がお話しされてきた高齢者救急・地域医療の方向性が軸になると考えています。

その前提の下で、将来の患者像や病院側の課題を整理し、病院側と建築側が共有しながら議論を深めていくことが重要だと思います。

○山下先生 建築分野では、病院規模や設備規模を算出する際に「原単位」という考え方を用います。例えば、新規入院患者数を基準に手術室数や放射線機器の必要台数を算定するといった手法です。

こうした共通指標を用いることで、医療側と建築側の議論を接続することができます。新規入院患者数や外来患者数といった指標は、双方が共有できる共通言語になるのではないかと思います。

○高田先生 笥先生のお話は大変参考になりました。今後、当院にて施設整備の検討を進めていく場合には、病床数や手術室数、外来診察室数などについては、客観的なデータに基づいて算出することが必要だと思います。各診療科と協議し、将来必要となる病床数や機能について整理していきたいと考えています。

○山下先生 本日は長時間にわたり御参加いただき、ありがとうございました。