

第 1 章

病院整備における重要な考え方

病院建替えのスケジュール, 進め方

建替えまでの道のりは、病院の規模によって大きく異なります。例えば、200床規模の病院が新築・移転する場合を考えてみます(図1)。

まず、「どのくらいの規模で、どのような機能をもつ病院を目指すのか」という基本構想から検討を開始します。そして、実現までにかかる事業費の総額や

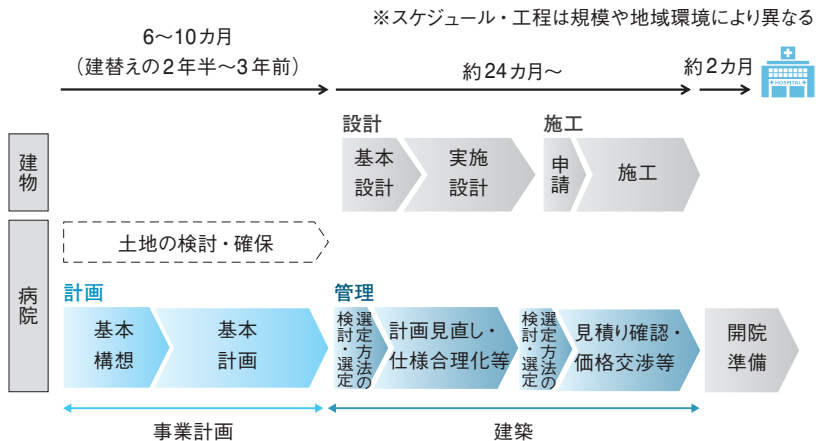


図1 200床規模の病院建替えのイメージ

「建物」は設計事務所やゼネコンが検討することを指し、「病院」は病院の機能、病院側もしくはコンサルタントが主に検討、交渉することを指している

資金調達方法、将来の事業計画シミュレーションなどを作成し、ある程度の企画骨子が作成できたら、設計・施工といった建築への本格的なアクションを起こす段取りが一般的です。

建物を建築するときにはどうしても実際の設計や工事に目がいってしまいがちですが、本当に重要なのは検討の初期段階、つまり設計・施工よりも前段階の部分です。具体的には建築専門業者に依頼する前の、土地の検討・確保、あるいは基本構想や基本計画といった事項なのです。

必要となる期間は、基本構想・基本計画段階で最低6カ月程度、その後は設計・施工段階だけでもさらに20カ月以上が目安となります。ただし、設計以降の建築の段階においては、専門業者が施行から完成までのスケジュールを管理してくれますが、前段階のスケジュール管理は自分たちで行わなければなりません。そのため、6カ月というのはあくまでも目安と考えてください。

また、検討の初期段階では実現可能なか根拠の乏しい要望が次々と出てきますが、この段階ならば計画の変更はまだ柔軟にできます。ただし、基本設計、実施設計と工程が進んでいくにつれて計画変更は難しくなり、変更するには多額のコストを要するようになります。よりよい環境、機能、施設、システムにしたいという希望はもちろん大切ですが、現実的な希望であるのか検討しないまま次のステップにもち込むと、後戻りが困難になってしまいます。

基本構想、基本計画の段階でやるべきことは、それぞれの現場の要望をできるだけ引き出しつつ、どんな効果があるのか、どのような理想を実現できるのか、関係部署とのバランスはどうなるのかなど、多角的な視点からシミュレーションを繰り返して、最終的な機能を選択していくことです。このとき考慮に入れるのは、患者数や平均単価、各種費用関係、総事業費の設定などを含む数値面での検討要素もあれば、病院全体の方向性と各部門の要望の整合性をはかるような組織内での調整要素もあるでしょう。いずれにしても、公平な数字に基づいて、関係各所への調整のタイミングをはかりながら進めていくことになります。

一方で、トップ層に「こういう病院にしたい」という理想と強い思い入れがあ

第 2 章

時代に合わせた建替えのポイント

医療制度や診療報酬に対応する

日本の病院数は1945～90年まで増加し、以降は減少傾向にあります(図1)。病院の建替えのサイクルを30～40年と仮定すると、1985年までに設立された病院は最も病院数の多い時期に建築され、すでに30年以上が経過しているため今が“建替え時”だといえます。さらに、1950年頃に設立された病院ならば2度目の建替えサイクルにあたります。

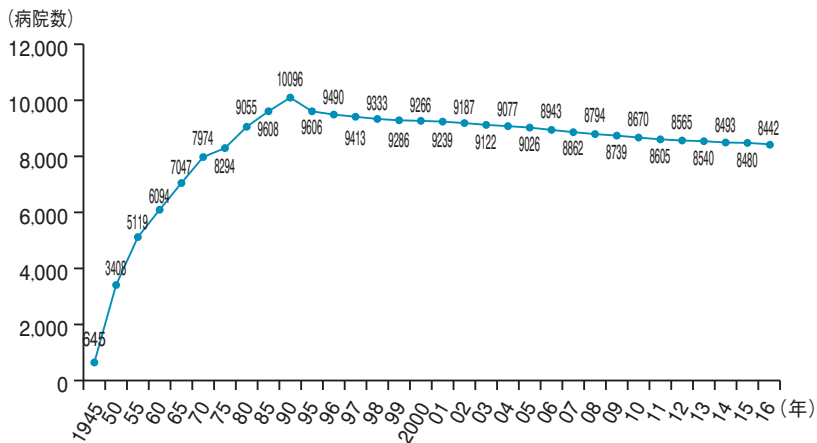


図1 病院数の推移

厚生労働省：平成30年版厚生労働白書 資料編

表1 診療報酬で定められた主な病棟機能に関する面積の基準

	一般病棟	療養病棟	地域包括 ケア病棟	回復期リハビリ テーション病棟	緩和ケア 病棟
病床面積	6.4m ² /床以上(療養環境加算8m ² /床以上)	6.4m ² /床以上(療養病棟療養環境加算14床/病室以下, 6.4m ² /床以上, 病棟床面積は患者1人につき16m ² 以上)	6.4m ² /床以上	6.4m ² /床以上	8.0m ² /床以上, 病棟床面積は30m ² /床以上
廊下幅 (両側居室の場合, 片側居室の場合)	両側210cm以上, 片側180cm以上	両側270cm以上, 片側180cm以上	両側270cm以上, 片側180cm以上が望ましい ※上記未満の場合は全面的な改築の予定を年1回報告	両側270cm以上, 片側180cm以上が望ましい	—
その他 (面積に係る部分)	—	機能訓練室40m ² 以上, 患者1人につき1m ² 以上の広さを有する食堂	下記のいずれかの届出が必要 ・心大血管リハI ・脳血管疾患リハI, II, III ・運動器リハI, II ・呼吸器リハI ・がん患者リハ	下記のいずれかの届出が必要 ・心大血管リハI ・脳血管疾患リハI, II, III ・運動器リハI, II ・呼吸器リハI	—

(2019年11月時点)

ただし、これらは病院の設立時期からみた建替え時期です。これに加えて、建物の耐震化、医療法による面積基準の変更、診療報酬の施設基準による面積基準の変更なども建替えのタイミングに大きく影響するので、これらも検討に入れつつ最適な建替え時期を検討すべきです。

現在の医療法による基準では、「病床1床当たりの面積は6.4m²以上」と規定されていますが(表1)、以前の基準では「4.3m²以上」とされていました。ただし、既存病床については建替えまでは「4.3m²でよい」とする経過措置がとら

基本構想策定におけるポイント

経営陣が「戦略(機能)」「建物」「財務」のバランスを決める

前章までに病院建替えに関する多くの問題点や困難点を乗り越えるために最も大切なのは、基本構想だと述べてきました。しかし、検討を開始してみると関係する部門担当者はそれぞれ立場が異なるため、別々の方向に進んでしまうケースが少なくありません。遅すぎるヒアリングは混乱を招きますが、早めに全員の意見を取り入れることに気をとられすぎても実現不可能なプランになってしまうことがあります。

多くの建替え事例にかかわり言えるのは、計画が迷走してしまうケースの多くは、“それぞれのステップにおいて、しっかりと抑えるべきポイントが明確にされていない”ということです。

最終的には病院建替えを成功させるのは当然として、この建替えは「自分たちがしたいことを実現する」ということだけでなく、「戦略(機能)」「建物」「財務」のバランスをしっかりと確認し、建替え後の病院の姿を想定しながら、進めることが重要なのです。

そのためには全体感を持った経営幹部が中心となり、経営の意思決定を行う議論を進めていくことが肝要です。つまり、この基本構想においては、経営幹部が中心となって大枠(制約条件、予算の上限など)を決定し、それを踏まえて以後の基本計画で各スタッフの意見を反映していくことを前提とします。

適正なバランスを欠いた失敗事例

「戦略(機能)」「建物」「財務」のバランスをとることに失敗すると、どうなるのでしょうか。例えば急性期機能への過剰投資(手術室の拡充、高額医療機器への投資など)や人間ドックなどの自費領域の機能への過剰投資など、機能面への過剰投資をしてしまうケースが考えられます。

あるいは過大な外来スペースや相談室、休憩室、更衣室、会議室など室数の過剰な設置など、建物への過剰投資をしてしまうことも。その結果、実に年間医業収益の2倍以上の負債を負ってしまった例もありました。

私たちは病院の建替えコンサルティング以外にも、過剰投資によって経営が悪化した病院の事業再生コンサルティングにも携わっていますが、そこでは、適正なバランスを欠いた建替えの失敗で事業再生を余儀なくされた病院を、数多く目のあたりにしてきました。

過剰投資に陥ってしまった場合、最も難しいのはそれをリカバリーして経営を健全化することです。法的整理の1つである民事再生を選択した場合は、債権カットを含む抜本的な財務の改善も可能ですが、風評被害などを考えると、病院の場合は選びにくい選択肢です。

法的整理ではなく私的整理で対応する場合、関係金融機関以外に病院名が公表されることはありませんが、多くは債務免除などの抜本的な対応となることはなく、リスケジュールといわれる借入金の返済スケジュールや条件の見直し、DDS(debt debt swap: デット・デット・スワップ)といわれる借入金の劣後化(返済の順序・時期を後にすること)といった手法が採用されます。

これらの方法は、債務自体が減少するわけではなく、いずれは返済をしていくことを前提としています。そのため、長い期間をかけて経営改善の努力をしながら、返済を続けていくこととなり、その間の設備投資などは制限されることとなります。そのため、次の病院建替えが視野に入る時期になっても、借入金の残高が多い場合などは、新たな資金調達が困難になることもあります。

つまり、一度建替えに失敗すると、課題を解消できないまま継続的に資金が

第 4 章

基本計画策定におけるポイント

基本構想から基本計画への展開時の注意

基本計画では、基本構想で設定した「戦略」「建物」「財務」のテーマに沿って検討・シミュレーションした方針を、それぞれ具体化していきます。

主な検討事項としては、全体の方向性を踏まえた建物の整備計画、各部門単位での計画、医療機器の整備計画、システムの整備計画などがあります。ここで最も大切なポイントは、基本構想で決定した内容を「上限」とすることです。

建物であれば、基本構想で検討した予想の建物面積の範囲を上限として、各部門計画において検討します。医療機器やシステムの整備計画においても、同様に投資額の上限を設けて、その範囲で既存の機器、新たに設置する機器などを整理していきます。基本構想までは、経営幹部で検討を進めることが一般的ですが、基本計画の検討段階においては、各部門のスタッフも検討に参加することが少なくありません。

しかし、現実的にはすべてのスタッフが検討に参加することは難しいでしょう。ですから、参加していないメンバーからの意見もなるべく多くヒアリングして反映させ、バランスのよい整備計画をつくることが課題となります。誰もがよりよい病院にしようと考えていますが、そういったスタッフ全員の要望をすべて採用しているとオーバースペックな計画になってしまいがちです。基本構想で設けた上限を超えないという制限を設けるのはこのためです。

部門計画作成の流れ

部門計画とは基本計画の一部で、新病院の基本構想をまとめた後、建物内の機能を部門別に検討していく段階で策定するものです。要するに、部門別に現状の人の動きや建物の構造を整理し、新病院に必要な諸室の機能についてまとめたものだと考えてください。また部門計画は、設計者や施行者を入札手続きなどで決める場合に、要求水準書の仕様内容の重要な核となるので、慎重かつ確実につくります。

基本構想段階では、経営層(トップ)の意思決定により進めていくことができますが、部門計画は各部門の方針や運営方法、施設整備基準を決めるものであるため、実際に日々運営を行っている現場の意見を吸い上げてまとめていく必要があります。ここで注意したいのが、各部門の希望すべてを全部取り入れていくと、新病院は現病院の倍以上の面積まで延床面積が広がりかねないという点です。近年の建築の状況を踏まえると、現場の要望を全面的に取り入れた結果、膨張した延床面積の設計計画を具現化する建築費を捻出できる病院などほとんどないのが現状です。

基本構想段階で設定した新病院の延床面積などの条件に収まるような調整が必要です。

基本構想段階で立てた「戦略」を実現しうる建物を整備するには、

- ① 現病院における構造的な課題を抽出すること
 - ② その課題解決を主たる目的として新病院の計画をしていくこと
- が必要です。各部門の代表者には、現状の部門の責任者を任命するのに加えて、新病院竣工後の次世代のリーダーとなるスタッフを起用することも将来に向けた重要なポイントです。

部門計画作成のおおまかな流れは、次のようになります。