

病院の建築

回答者

株式会社 A&Kメディコンサル.com 代表取締役 佐藤勝浩

病院の建設は、度重なる医療法改正や診療報酬改定（算定要件や施設基準の変更）などの医療関係の法律、建築基準法改正や都市計画法などでの建物耐震強化（老朽化建物対象）やアスベスト素材の制限・禁止などの建設関係の法律の2つに強く依存します。

また、日本では1989年に消費税が導入されたこともあり、1990年以降、病院建設ラッシュが続きました。2018年前後で建築コスト高のため一時停滞したようにも思いましたが、2020年のコロナ禍前までは病院建設計画が多くありました。

コロナ禍において建設計画の延期や中止が目立っているものの、公共施設の耐震補強の義務化に伴い、公的病院を中心とした新築のほか、新たながん治療等の技術を導入（陽子線や重粒子線）した高機能な大型施設の建設については依然と少なくありません。

Q 1

現地での建て替え

近い将来、現地での建て替えを検討しています。敷地が狭いためスクラップアンドビルドのような対応が必要だと思えます。実際の進め方や事例があればご教示ください。（100床以上 急性期）

A 1

工期、費用、ともに1.5倍に

「敷地が狭く、スクラップアンドビルドでの病院建設」に関しては、首都圏をはじめとする都市部だけでなく、地方部でも実在します。

まず、前提条件は「通常の病院建設より工期が1.5倍以上となり、建設費用も1.5倍以上かかる」という点です。筆者がかかわった兵庫県の某病院では、通常時より2倍以上の3期分割しての建設で、建設費用も1.8倍程度でした。

当たり前ですが、工期が長引けばそれだけ職人を含めた人件費が膨らむため、費用が加算されます。それにプラスして建築資材等費用が高騰すれば、否応なく建築単価

は膨らみます。また、「免震構造」、「耐震構造」を要望すれば建設単価は通常の1.2~1.5倍となり、「基礎杭の本数増」や「地下（BF）の施工」などを加えれば、さらに建設単価は跳ね上がります。

したがって、「スクラップアンドビルドでの病院建設」を決定する前に、今一度、建設費用（投下資金）および完成後の収支計画、返済計画（併せて事業計画）を策定し、①近隣を含めた貴院の診療圏（来院患者の範囲）での敷地探し、時間が許せば移転新築計画と、②現在地でのスクラップアンドビルド方式での建設計画を比較分析して、その事業性を割り出し、投下費用対効果やメリットとデメリットを明示すべきでしょう。

Q 2

コロナ禍で建設が遅れている

コロナ禍における感染予防のため院内工事が凍結していて、いつスタートできるのか見通しが立たず、計画のずれが大きくなっています。他の医療機関等はどうに対応しているのでしょうか。今後の建設に関する見通しも教えてください。(100床以下 慢性期)

A 2

コロナ禍が収まるまで 既存施設で対応を

民間病院の建設延期や中止はよく聞かれます。

医療機関の経営を考えた場合、特に民間病院での建設計画の開始タイミングは自院に「資金的余力」があり、「適正（実現可能な借入金返済計画）」や「建設計画でのロス（損失）部分への対処戦略（具体的／実行可能）」を盛り込んだ事業計画を策定し、「根拠に基づいた建設計画の実施」のうえで開始すべきでしょう。

ここでの事業計画とは、コロナ禍以前の資金調達のように金融機関用の安易な事業計画ではなく、現実を見据えた施設規模や収入規模に見合った計画のことで、決して「自転車操業経営」は今の時代は通じません。

建設計画スケジュールは一般的に、①基本構想および事業計画の策定：6～18カ月、②設計業者の選定：2～3カ月、③基本設計および実施設計：12～18カ月、④建設業者（ゼネコン）の選定：2～3カ月、⑤建

設実施：12カ月以上となっており、準備期間だけでも1年～1年半を要します。その期間を有効に活用し、コロナ禍ではより慎重に、事業計画等の策定のために時間を費やすことをお勧めします。

出口が定かでない新型コロナ禍での建設計画の実施は、①自院の経営状況を適正かつ厳格に把握し、②計画実施に移すまでの期間を利用して十分に計画を練り、できれば「最低でも準備期間に1年を充て、3年先を見据えた計画実施」を念頭に置いて開始してください。

現在建設計画が進行中の案件では、ワクチン接種が進みコロナ禍が収束に向かうまでは、既存施設のできる限りの継続と、収束後を見据えて計画を再考してください。

また、ワクチン接種の進捗とコロナ禍の収束の兆しを確認しつつ、運転資金（借入金を含め）を多めに確保し、非常時の対応も含めて患者を確保できる診療体制づくりなどを、時間のあるなかで今一度、検討しておいてください。

Q 3

PFMの設置場所がない

PFM（Patient Flow Management）を取り入れたいと考えていますが、施設が古く部屋・場所を別途用意することが困難です。例えば共用通路を利用するなどして、同じ機能を実現できる方法はないでしょうか。(200床以上 急性期)

A 3

患者情報の共有などの 点から考える

PFMは、情報管理を含め一部門とした位置付けとなれば、一室（部門部屋）が必要でしょう。その点を考えると、既存の「地域医療連携室」などスペース的な余裕を見て同一スペースを共有、または隣接した一室での運用が適切と考えられます。これに

よって、患者情報の共有化にとどまらず、地域医療構想との関係から、患者情報管理（在宅医療を含め）まで裾野を広げて実践している病院も存立しています。

PFMは単独での採算性は見込めないため、できるだけスタッフが活動しやすい環境を整えることを第一に考えてください。

Q 4

限られたスペースの有効活用

病院の老朽化と狭隘化が進んでいるのですが、コロナ禍で先が見通せないため、施設整備というよりも、限られたスペースを有効に活用したいと思っています。（100床以下急性期）

A 4

状況に合わせて活用を

老朽化に伴う限られたスペースの有効利用は、それぞれの医療機関の状況により一概にいえることでないため、ここでは経験則となりますが、今まで経営相談で訪問した病院の例を踏まえ、述べます。

デッドスペースの有効活用は、「デッドスペース⇒非採算スペース⇒無駄になっている場所⇒有効活用」というチェックサイクルでの認識が必要です。

デッドスペースの例を挙げると、①外来患者数に見合わない待合スペースの広さ、②管理職ごとの部屋および医局をはじめとする管理棟フロアの広さ、③救急件数に合わせた救急部門のスペース、④外来患者数と外来担当医の人数に合わせた外来診察室

の数、⑤X線（CT、MRIなどを含め）稼働状況からの部門スペース、⑥委託・外注化に伴う栄養部門と検査部門のスペースなど。

有効活用の対応策として「新たな売店の設置」、「患者相談コーナーの設置」、「健診および人間ドックの拡充」、「患者への健康教室やセミナーの提供場所」、「入院患者の家族用カンファレンスルーム」、「新部署の立ち上げ」などがあります。

医療機関は限られたスペースで労働集約型での診療サービスを提供することから、本来は「建物床面積での経済性の追求」、つまり、いかに有効的にスペースを活用しているかを検証するべきです。しかし、現実はかなり難題です。