

---

---

# 新たな病院経営の構築に向けて

## － 地域連携 －

---

---

### 1. 要旨

地域連携を推進することが今後の病棟経営に重要であるとの観点から、病院と地域との関係性強化による、今後の病院経営の構築に向けた検討を目的とした。方法は全国国立大学病院（日本医療連携研究会）、愛媛大学関連病院（愛媛地域連携ネットワーク会議）等による、医療関係者へのアンケート調査及びインタビュー調査などである。結果及び考察として以下の点が上げられた。病棟レベル・病院レベルでの経営には、患者ニーズ達成を目標として共有する“チーム医療”が不可欠である。さらに連携範囲は地域に広がり、“開かれた病院”から“出かけていく病院”として、地域と信頼関係の構築された“おらがまちの病院づくり”の観点が重要である。実際、地域住民を対象とした学習の場や医療ボランティアの育成支援など、地域との連携を重視している所は少なくない。医療モデルから生活モデルにつながるのではなく、生活モデルに医療モデルを取り込む考えの下、地域社会と連動した地域連携部門の充実強化が期待される。医療経営にヘルスプロモーションやソーシャル・キャピタル理念を積極的に導入することが効果的である

### 2. 地域連携の現状と課題

#### 1) 目的

医療崩壊という言葉が、全国いたる所で聞かれるようになり、その解決方法の一つとして地域連携による機能分化・役割分担が強調されるようになった。確かに患者や住民の健康や幸福を支援するために、医療と地域資源が有機的に連携することは重要であるが、実際の連携は、患者・住民が主役となっておらず、医療側の都合が重視された連携にとどまっている感がある。筆者はその主因が「公衆衛生の軽視」、つまり保健・医療・福祉の分野さらに地域社会づくり全般にわたって、憲法に明記された“公衆衛生”が意識されていないことが問題であると考えている。それは医療者が公衆衛生の

真意や重要性を理解していないためか、行政など公衆衛生関係者の医療への関わり不足のためか。いずれにしても、地域住民と共に、住民の真のニーズや地域特性を明らかにし、公衆衛生の観点から医療を地域の資源として見直して、地域の健康社会水準の向上を図るといった狙いから地域連携を推進することが、今後の病棟経営に必要である。今後の方向性を提案するために、病院と地域との関係性の現状と課題について調査・検討した。

## 2) 方法

全国の国立大学病院には、医療福祉支援センターや医療連携室・地域連携室など、名前は多少異なるが、退院支援・地域連携を担う部門が設置されており、全国レベルで連絡会議の開催やデータベースの構築がされており、またその共同研究活動として“日本医療連携研究会”が発足している。また筆者の在籍する愛媛大学病院では、その関連病院長会議による“愛媛地域連携ネットワーク会議”が設置され、県内関連病院の地域連携に関するデータベース構築や研究会が運営されている。これらの機関を背景として、医療関係者へのアンケート調査及びインタビュー調査などを行い、現状や課題について把握すると共に今後の在り方について検討した。

## 3) 結果及び考察

### (1) 住民・患者及び家族が医療チームの一員に

医療チームと言えば、医師を中心とした看護師や検査技師などコメディカルとの医療者間の連携を連想する。医療者と患者との信頼関係や互いのコミュニケーションが強調される時代の中にあっては、思い切って患者自身が医療チームの一員として参画するといった考え方はどうだろうか。

医療者のチームが患者に「してあげる」から、患者と共に「患者ニーズを実現する」といった医療者と患者・住民との関係のパラダイムシフトを期待したい。患者を医療チーム外に区分せず、目的を共有した同じ仲間と位置づけることが“早道”と思われる。サービスの提供者とそれを受ける側といった関係を超えて、ともに医療を活用する同志と位置づけることにより、患者自らの選択や安心は確保され、そのことによる患者満足度は向上は間違いない。患者を含めた医療チームという考え方は、医療者側に限定した安全対策マニュアルや注意喚起に委ねきた医療安全対策においても、より快適な医療環境作りを患者とともに構築するという観点からも、極めて有効と考えられる。

では、患者が医療チームの一員となるための環境をどう整備していけばいいのだろうか。以下に、いくつかのポイントを列挙しておく。

①自己健康管理の重要性や命の尊さなど保健・医療・福祉に関する知識を身につけ、

健康や疾病・障害と主体的に向き合える力を養える学校教育や社会教育を進める。

- ②患者側の真のニーズを明確にし、日頃から患者自身が自分の意志を声に出せるような患者力を育てると共に、その声が医療に反映される環境をつくる。
- ③健康な時から住民が医療機関と接点を持てる環境をつくる。例えば、①医療ボランティアの受け入れ、②地元住民向けセミナーの開催、③住民の相談に対応し情報発信のできる部門の設置、④医療施設内に住民の集まりやすい場所を設けるなど。
- ④入院直後に、診断治療だけでなく退院やその後の生活などについて、患者と十分話し合う機会を設けることやそれらを支援する部門の強化を図る。
- ⑤入院早期から、退院後に関わる院外関係者とともに話し合う機会を設ける。地域連携パスなどで患者の状態やニーズを共有し、経過を継続的に観察できる（モニタリング）体制を構築する。
- ⑥患者は最も鋭いアンテナを持った医療チームの一員との観点から、患者会を充実させ、ピアカウンセリングとして他の患者支援に関わるとともに、安心して地域で医療やケアが受けられる環境整備に協力する体制をつくる。

このように、医療主導ではない、生活に視点を置いた中で、医療を地域に活かすためにどうすればいいかを考え実践することが、ベストな解答を導くものと考えている。

#### <参考資料> ヘルスプロモーションとは

ヘルスプロモーションとは、「人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセス」。包括的な社会・政治的プロセスであり、それは単に、個人的スキルや能力の強化のためのアクションだけでなく、公衆衛生や個人の保健への悪影響を緩和するように社会・環境・経済的状況を変化させるようなアクションを含んでいる。

WHOは、オタワ憲章（1986）とジャカルタ宣言（1997）で、ヘルスプロモーションを推奨しており、以下のことを列挙し、21世紀の最優先課題としてヘルスプロモーションの展開をあげている。

- ・健康に対する責任を社会が積極的に果たすこと
- ・健康開発への投資の増加
- ・パートナーシップの強化の拡大
- ・コミュニティー能力の拡大と個人の能力の効果
- ・ヘルスプロモーション展開のための組織的制度的基盤の確保

これを受けて我が国では、第3次国民健康づくり運動「健康日本21」の基本理念として明記された。

#### (2) 医療機関を地域生活資源に

病院は、「患者満足度の向上」と「医療費抑制」の両面から“連携”がキーワードと

なり、「施設完結型」から「地域完結型」へ大きく変革させることが求められている。政権交代後もその流れには変わらない。そのためには、院内や関係医療機関との連携もむろん重要だが、

- ① 患者・住民主役を念頭に置いた医療者と患者・家族との連携強化
- ② 生活モデルを重視した医療の他の地域資源との連携強化
- ③ “健康づくりはまちづくり”の観点から、医療は地域の資源であり、医療は住民が育むといった地域全体のネットワークの構築。などが重要な課題だと考えている。

地域連携を医療連携に限定して考えられている傾向があるが、ここで筆者の言う地域連携は、医療の範囲にとどまらない、住民生活・地域資源全般との連携であることを強調したい。今後の展望は連携範囲が地域全体に広がる時代となったことを認識してこそ開けるからだ。

臨床医や医療に従事している医療者の中で公衆衛生に関心を持っている人はあまり多くない。公衆衛生学会での臨床医の少ない参加状況は、こういう人たちの公衆衛生への関心の低さを端的に表していると思う。公衆衛生の研究者や教育者は、学生だけでなく医療者や住民など幅広い対象に向けて、公衆衛生の真意やねらいを普及することが重要である。特に医療者が医療の範囲に限定するのではなく、生活全般にわたって、いわゆる“生活モデル”として、ソーシャル・キャピタルの視点（参考資料）から、地域の資源を有効に活用できるよう導いていくことが必要だ。

患者の不安や不満は、医療者の狙いと患者側の求めるものが十分確認されず共有できていない“認識のズレ”から起きていると言っても過言ではない。医療関係者はこのことを再確認して、住民（患者）との信頼関係の再構築を図ることが大切である。昨今注目されている“医療メディエーター”は医療紛争への対処ではなく、互いの対話促進が狙いであることも納得できる。また医療ボランティアは、医療機関の“肩代わり業務”を担ってもらうのではなく、住民とのパートナーシップを日頃から築くことによって、医療資源を地域・生活資源としてお互いが理解し合うことに意義がある。つまり、医療者が患者や家族を診断・治療・看護等医療の範囲で判断し、生活全般の問題として捉えていないことが、問題の根底にある。そのために筆者はこれまで公衆衛生の重要性を述べてきたが、ソーシャル・キャピタルという考え方が、保健・福祉だけでなく、医療の分野へ広がるのが極めて有効であると考えている

<参考資料> ソーシャル・キャピタルとは

- ・人々の協調行動の活発化により社会の効率性を高める
- ・信頼関係、規範、ネットワークといった社会組織の重視
- ・地域力・社会の結束力などを説く概念

- ・基本的な定義：人々が持つ信頼関係や人間関係（社会的ネットワーク）のこと
- ・ヒューマン・キャピタル（人的資本）と対応する概念
- ・地域コミュニティの衰退や、過度な個人主義への反省
- ・「社会問題に関わっていく自発的団体の多様さ」と「社会全体の人間関係の豊かさ」が前提
- ・地方分権型社会での、市民の自発的行政参加や市民団体と行政による協働のまちづくりを推進するための原動力

一方、住民は医療機関に頼ることなく、また行政や専門家に任せてしまうことなく、医療者や行政などと地域医療を“共に育てる”姿勢を持ち、医療者とのパートナーシップを築く努力が求められている。

また、地方行政は、従来の補助金行政から脱却し、住民ニーズや地域特性を踏まえて、どのようなまちづくりを目指すかを明示し、その目標達成に向けて地域資源を開発し、その目的達成のために活用する能力が求められる。そのためには、地方行政職員がこれらの能力をさらに向上させる必要がある。

そして国・厚生労働省は、医療の産業化を進めてきた“聖域無き財政再建”施策を早急に見直し、この機会に医療制度（国民皆保険や医師確保対策など）を、産業ではなく社会政策の観点から再構築することが期待される。また、いわゆる官僚主導の縦割り行政から脱却し、保健・医療・福祉のシームレス化が地域で展開しやすくなるよう支援してくれることを期待したい。

### (3) 愛媛大学病院の地域連携の試み

愛媛大学病院では、医療ボランティア活動を核とした、老人会（住民団体）と医療機関（大学病院等）と行政（東温市）の3者間の連携による、“おらがまちの病院づくり”を目指した地域づくり活動に取り組まれている。

独立行政法人化に伴い、従来の教育・研究、診療に加えて、地域貢献が大学病院の役割として位置づけられたことを契機に、“地域に開かれた病院”さらには“地域に出かけていく病院”を方針に掲げ、地元愛媛県東温市行政や住民と協力して取り組んできている。

その内容として具体的には、

- ① 地域住民を対象とした愛大病院医療ボランティア（いきいき会）を育成支援し、会員数は200名を昨年度末には上回り、現在も着々と増えている。特に地元老人会は環境ボランティアとして、患者さんだけでなく健康人も訪れたい快適な病院づくりを目指して、病院や敷地の環境美化活動ボランティアとして取り組んでいる。
- ② 大学病院看護部や救急部、事務部等の病院関係者ボランティアが中心となって、

東温市と協力して、地元住民を対象に、防災ボランティア育成コース(1コース3回)を設け、その育成に取り組んでおり、既に100名以上が終了している。

- ③ 糖尿病やがん(サバイバーを含む)などの患者団体を支援するために、愛媛大学病院の医療福祉支援センターや病院関係者により、サロンなど話し合いの場づくり等支援を行っている。
- ④ 東温市における介護者支援体制を充実させるために、企業等を巻き込んだシンポジウムを開催し、これを契機に、東温市行政支援の下、老人会と看護師等が連携して介護ボランティア事業を立ち上げることとなり、現在準備を進めている。

東温市は、医療・福祉資源を主な基盤として、全国住みやすいまちベスト10に入っている。東温市行政も東温市民もそれを理解して、愛大病院の支援と活用に取り組むことを、重要な地域づくりの課題としている。この3者間の特に医療ボランティア活動を柱においた“おらがまちの病院づくり”への取り組みを推進することは、住民が安心して暮らせるまちづくりを通じた地域活性化連携モデルとして意義深いと思われる。

#### (4) 目指す方向(ミッション)を見定めて

前述のように、住民と患者を主役にするということは、医療チームの中心メンバーに住民・患者を置くということである。「住民・患者の真のニーズを実現するために協働する」という、医療者側・患者側両者が目指すべき目標(ミッション)を明確化し共有化することである。その実現に向けて、地域のあらゆる資源をソーシャル・キャピタルとして位置づけ、縦割りの保健・医療・福祉ではなく、生活モデルの観点でこれら地域資源をマネジメントすること、つまり“共助”の環境づくりを進めることが大切である。連携のために何かを新しく始める必要は必ずしもなく、むしろ今行っていることが、“ミッション”達成に向けた手段として活用できているかを確認して実践すれば、既に連携はできているといっても良い。その連携の評価には、ヘルスプロモーションの理念に基づいて、以下の物差し(キーワード)の活用を勧めたい。

- ① 共有化(コンセンサス): ミッションを理解し共有しているか。
- ② 協働の推進(コミット): その達成に向けた地域資源の協働推進が図られたか。
- ③ 内なる力の賦活化(エンパワメント): 住民・患者や地域の内なる力を引き出せたか。

目的達成をそれぞれが目指し、それぞれができることを結集すれば、地域づくりにつながる。まさに“公衆衛生のチカラ”そのものである。この一連の流れを意識して、医療を地域の資源として育て活用する取り組みが行われることを期待したい。

---

---

# 新たな病院経営の構築に向けて

## - 病院における総合診療 -

---

---

### 1. 背景

日本では高齢化に伴う医療費の増加や、「地方中小都市」「郡部地域」での医師不足、とりわけ病院勤務の専門医不足は問題となっており、その解決策の1つとして病院総合医が求められている。しかし、その具体的な教育・認定制度などはない。

病院で総合診療を行って、地域を支えている医師をどのように支援していくかも重要な検討事項である。

アメリカでは、総合内科医、総合小児科医、家庭医がプライマリ・ケアを担当している。総合内科医、総合小児科医、家庭医も入院患者の診療を行っているが、1990年代よりマネージド・ケアの普及、コストに見合った医療提供の必要性から、カナダ、イギリスのように病院においても総合医の必要性がでてきた<sup>1)</sup>。2003年には病院総合医学会（SHM：The Society of Hospital Medicine）が誕生している。SHMの誕生は、1996年のアメリカ病棟医協会（NAIP：The National Association of Inpatient Physicians）が前身となっている。2009年より、内科専門医認定機構（ABIM：The American Board of Internal Medicine）も病院総合医の専門医認定制度及びカリキュラム、資格更新制度などを定めた。家庭医も入院患者を見ている現状もあり、2009年よりABIMと、家庭医専門医認定機構（ABFM：The American Board of Family Medicine）の共同の病院総合医養成プログラムも誕生している。

日本においては、2010年に日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医療学会、日本総合診療医学会が合併し、日本プライマリ・ケア連合学会が発足した。

日本プライマリ・ケア学会が定めたプライマリ・ケア学会専門医、日本家庭医療学会が定めた家庭医療学会専門医（2009年は、プライマリ・ケア学会専門医試験と、家庭医療学会専門医試験は合同で実施）がある。これらは、2010年からは日本プライマリ・ケア連合学会誕生にともない家庭医療専門医となるが、これは入院での総合診療を主目的とした認定制度ではない。

入院診療の病院総合医に関しては、日本総合診療医学会が後期研修プログラム案<sup>2</sup>を含め構想を発表しているにとどまっている。

## 2. 目的

日本には、カナダ、イギリス、アメリカのような制度として確立した病院総合医のカリキュラム・認定制度はなく、例えば、認知症の方の腎盂腎炎など、複数の疾患があり入院加療が必要なケースでは、その主な入院の原因となった泌尿器科がその治療を担当するのではなく、内科系医師がその専門に関係なく加療する例がある。この例以外でも、内科系でも呼吸器科専門医がいない場合は、神経内科専門医や脳神経外科専門医が、脳梗塞患者の誤嚥性肺炎の治療にあたる例も多い。

医師がその専門科以外の疾患の診療を行っている郡部地域の病院での、教育・診療の問題点を把握し、その改善を考察する。

## 3. 方法

福島県三春町（人口約 18,275 人／平成 22 年 5 月 1 日時点）にある郡部地域の三春町立三春病院の勤務医 2 名（循環器専門医）への面接（①専門科以外の疾患を見ることへの不安、②日常診療を行うにあたっての困難、③困った時の対応、④郡部地域病院での総合診療を支えるのに必要なシステムについて）を行った。

入院患者の疾患は、脳梗塞、心不全、肺炎、尿路感染症、蜂窩織炎など多岐にわたっている。近隣の老人保健施設、開業医からの入院依頼が多い。地元住民の要望、及び隣接する福島県郡山市の総合病院にも医師・病床不足の問題もあり、入院医療を求められている現状もある。

この病院は、他にも家庭医療専門医研修医 4 名が勤務している。また、財団法人星総合病院が指定管理者となっている病院でもあり、消化器内科医、泌尿器科医、整形外科医、皮膚科医、小児科医、外科医、精神科医、耳鼻咽喉科医が週に 1～2 回程度外来診察に来ており、勤務医からの相談があれば入院患者への診察も行っている。許可病床数は 86 床で、急性期病床は 36 床、残り 50 床は回復期リハビリテーション病棟となっている。実施できる検査は、レントゲン、エコー（腹部・心臓）、心電図、呼吸機能検査、CT、採血（臨床検査技師 2 名勤務）、また上部内視鏡、下部内視鏡も消化器内科医により実施されている。CT 画像は、専用回線を通じ星総合病院の放射線科医へ読影依頼を行っている。

## 4. 結果



2名の循環器専門医の経歴であるが、1名は星総合病院循環器科に勤務を経て、三春町立三春病院の開設（平成19年に福島県から三春町に移管）にともない平成19年4月1日より勤務している。もう1名は、郡山市の総合病院に勤務していた循環器専門医で、総合医を志向し三春町立三春病院に平成22年度4月より勤務している。

面接により下記の回答を得た。

① 専門科以外の疾患を見ることへの不安

循環器疾患しか見たことがなく、今までの経験症例に偏りがある点。

② 日常診療を行うに当たっての困難

- ・疾患・症状への対応が分からない（精神疾患、整形疾患、皮膚疾患、褥瘡、小児、緩和医療など）。
- ・どうしても自分の専門である循環器疾患のことを考えてしまう傾向があり全体的な診察ができなくなってしまうことがある。
- ・専門医へ、どのタイミングで相談してよいのか分からない。
- ・対応を誤ってしまった時。
- ・多主訴の患者さんへの対応（専門医であれば、自分の専門を否定すればよかった）。

③ 困った時の対応

- ・とりあえずCT、採血など検査を行う。
- ・専門医に相談（総合病院勤務のときのようにすぐに相談とはいかないので、相談するまでに悩む時がある）。
- ・家庭医療専門医研修医に相談（いろいろな科を研修してきているので助かる）。

④ 郡部地域病院での総合診療を支えるのに必要なシステムについて

- ・病院総合医のトレーニングシステム・生涯学習。
- ・専門医に気軽に相談できる環境。
- ・プライマリ・ケア学術連合学会やその他でも、総合診療を統括する学会としての標準的な治療基準・カリキュラム。

## 5. 考察

今回の調査は、特定の地域の、しかも2名のみからの面接から得られた結果であるが、病院での総合診療教育が確立していない日本においては、郡部地域の病院に共通の問題点は多いと考えた。

地域の病院で総合診療を行う医師の負担に、経験したことがない、教育を受けたことがない疾患・症状への対応を行うことへの精神的なストレスがある。この医師への精神的な負担軽減だけでなく、経験・教育不足は治療結果・入院期間・入院費用に影響を与える可

能性も高く、病院で総合診療を行う医師への生涯教育・診療支援を行う必要がある。実際に、アメリカでの病院総合医の入院ケアのシステマティック・レビューにおいては、入院期間、入院費用、予後も改善するという報告が多い<sup>2</sup>。

総合診療を行うための教育に関しては、日本プライマリ・ケア連合学会、日本内科学会などが整備している研修カリキュラム・生涯学習などの充実が望まれ、アメリカで成果を上げてきているように<sup>3</sup>、病院総合医の制度としての確立も必要であると思われる。その結果、病院総合医と各科専門医との役割分担がはっきりし、より各科専門医がその専門の診療に従事できるようになると考えられ、病院での専門医不足の解消に役立つものとも考えられる。

制度として病院総合医のカリキュラムが存在しない現在の日本では、地域の病院で総合診療を行う医師の支援として専門医に相談しやすい環境整備が必要であると思われる。この制度を整備し、相談頻度の多い疾患・症状を把握することで日本版病院総合医カリキュラムに反映させることもできる。

このほか、イギリス・オランダなどに見られる全国共通の電子カルテなど、その地域の医療問題が即座に把握できるシステム、それに基づいた罹患率の高い、また重要度の高い疾患の教育・診療モジュールの作成も大きな診療サポートになると考えられる。

病院総合学を医学部・研修医の教育にも導入<sup>4</sup>し、医学生・研修医が将来選択する専門科として認識できる環境を整えることも重要であると考えられる。

#### (参考文献)

1. Robert M. Wachter.; Lee Goldman. The emerging role of “Hospitalist” in the American health care system. *The New England Journal of Medicine*. 1996, vol. 335, p.514-517.
2. 山城 清二. 病院総合医を目指す人のために. *日本総合診療医学会誌*. 2008, vol.13, no.2, p109-116.
3. Michael C. Peterson. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists. *Mayo clinic proceedings*. 2009, vol.84, p248-254.
4. Robert M. Wachter. Hospitalists in the United States — mission accomplished or work in progress?. *The New England Journal of Medicine*. 2004, vol.350, p1935-1936.

---

---

# 新たな病院経営の構築に向けて

## 建築計画上の課題

---

---

### 1. 病棟計画の前提の変化

#### 1) 概念の変化

病棟は「治療の場」であると同時に、患者の「生活の場」であり、療養環境としての重要性が指摘される。かつては医療提供者側の視点によって合理的・効率的な看護動線などを計画の目標とした設計が中心であったが、医療における療養環境の意味が問い直され、「癒しの環境」の重要性が言われるようになった。すなわち患者の日常生活が展開される場としての考え方であり、安心・安全・快適性が追求されるデザインが求められている。患者が“寝る”“食べる”“排泄する”“入浴する”“会話をする”等の行為を重視し、またプライバシーに配慮した計画の重要性である。

一方、病院が徐々に機能分化し、急性期・亜急性期・慢性期などの特徴をもつようになると、日常生活行為はもちろんであるが、病棟で行われる診療そのものも異なっており、特に急性期病院では、病棟で展開される「医療行為」の重要性が増している。たとえば術後ケアなど、従来はICUで行われていたような看護が病棟で行われることは珍しくないし、また回復期リハビリテーション病棟などでは、日常生活そのものが治療・訓練として位置づけられるようになった。改めて病棟を「治療の場」として位置づけられる必然性が出ていよう。また、こうした状況から、病棟の医療は、「医師」「看護師」だけによるものでなく、「薬剤師」「栄養士」「療法士」「ソーシャルワーカー」など多くの職種がかかわるチーム医療が前提とされている。

#### 2) 入院患者像の変化

諸外国と比較し、長すぎると批判されている入院期間も、最近では徐々に（急速に）短縮している。医療施策の影響も大きいですが、高齢者でも短縮している点は注目される（図4）。病院のうち一般病床（精神科病床などを除いたもの）についてだけ見れば、ここ10年ほどで、5日以上も短縮し、もはや20日を切っている（図5）。さらに急性

期病院だけに特化してみれば平均入院期間は2週間程度とみても良い(図6)。図7はこうした状況をモデル化したものである。横軸は在院日数、縦軸は患者の重症度を示す。かつての一般病院での在院期間は4週間程度と言われていた。たとえば健診等で問題が発見され、予約入院をするが、その時点ではそれほど重症度は高くなく、入院してから手術のための検査を行うなどの期間がある。手術を受けると重症度は高まり、徐々に回復をして、最終的には退院する。しかし近年の急性期病院モデルの一つの目標である2週間程度の入院期間とするには、術前検査期間や回復期期間を省略する、かつてのヨーロッパモデルに近い姿が予想される。既にヨーロッパの病院の入院期間は10日前後、米国は5日程度になっている。こうした入院期間の短縮化は、入院患者の重症度が全体として高くなっていることを示している。

同様に年齢別患者数の推移を見たものである。人口全体の高齢化もあり、65歳以上患者数の急激な増加が分かる。右は急性期医療を行っている市立S病院のここ20年程の年齢別構成である(図8)。

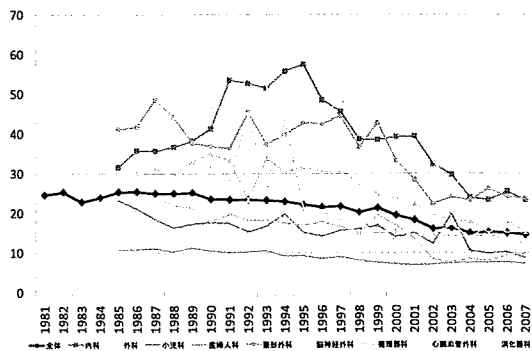


図1 M市立病院の診療科別入院期間の推移

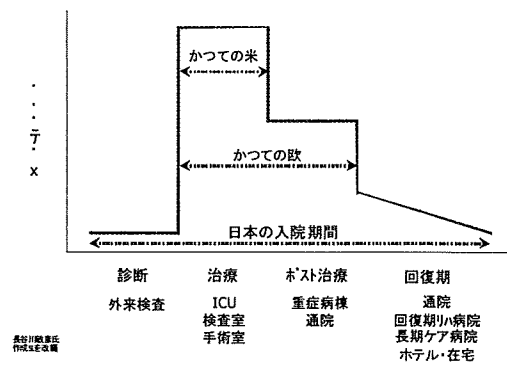


図2 入院期間別医療度のモデル

図1 M市立病院の診療科別入院期間の推移

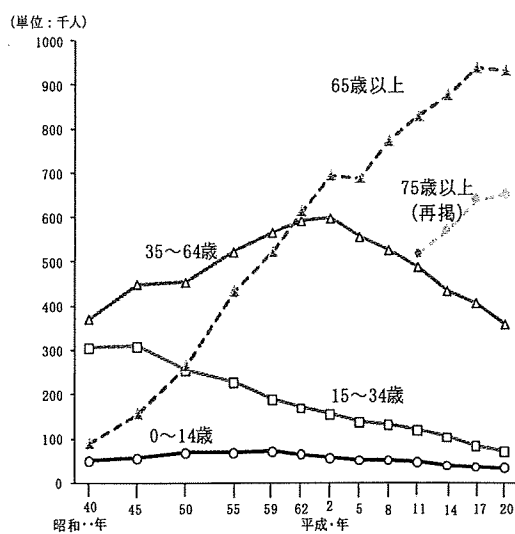


図3 患者調査による全国値

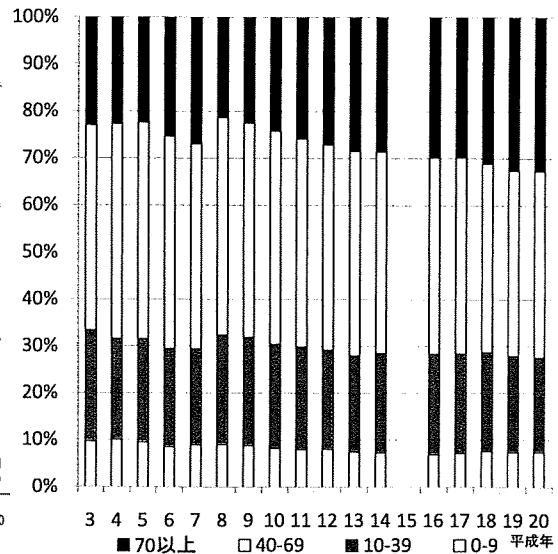


図4 急性期S市立病院の年齢構成

### 3) 病棟建築の近代化の変化の概要

(1) 効率性の追求：病棟の件点としてのナイチンゲール型病棟に対して、病室の窓に平行にベッドを配置したリス病院の登場（1910年）で、ペリメータを節約した合理的な病棟形式が登場し、さらに動線短縮などを目指して複廊下型病棟やZ字型配置などが生み出された。

(2) 療養環境確保の時代：1980年代ごろから患者アメニティ確保が指摘され、入院環境における患者の療養環境づくりが求められ快適性が追求された。医療法で定める病室面積とは別に、診療報酬上の療養環境加算が認められ、十分な面積の確保や患者トイレが分散配置された。また給食加算によって病棟食堂が普及した。さらにプライバシー確保のために個室的多床室が提案された（1994年）。

(3) 急性期医療の時代：病院の機能分化が指摘され、同時に病棟の役割も変わりつつある。上述した計画の条件が急速に変化しつつある中で、急性期病棟における治療行為と生活行為の重要度の変化を再検討すべき時期になっている。患者諸室（トイレ・風呂・食堂等）は改めてその意味が問い直されつつあり、患者の生活行動の中における施設としてのあり方が検討されよう。たとえば平均在院期間10日といった病棟では、食堂で食事をする患者などはいない。病棟は滞在場所としての意味だけで、治療としては手術部やICUが主たる施設となり、病棟は通過するだけだとする意見さえある（長谷川敏彦）。しかし、それでは食堂が不要かという点、そうではなく、患者のオリエン

テーションや家族の控え・待機場所になっているし、亜急性の患者にとっては重要な居場所になっている。当然のことながら、病院全体の在院期間が長い回復期リハビリテーションといった病棟では、患者生活諸室は、それなりに意味があるが、それとて、単なるアメニティのための諸室ということではなく、リハビリテーション治療の一環として利用するなどの目的が付加され、同様にその意味に変化が起こりつつある。

## 2. 病室のタイプ

病室にはいくつかのタイプがあるが、以下の病室を組み合わせることが一般的である。

- ・総室タイプ：10 数床～30 床程度の大部屋（パーティションのある場合もある）。
- ・多床室：複数の患者で共有する病室。かつては 6 床室、8 床室などもあったが両隣を他患者に囲まれる配置が嫌われ、現在では 4 床室が主流である。
- ・個室：治療・観察のための個室とアメニティから求められる個室がある。
- ・個室的多床室：多床室でありながら、個々の患者のプライバシーを重視し、それぞれの領域を形成したタイプ。固有の窓を持つことを条件とする主張がある。

### 1) 病棟形式

- ・1 階当たり看護単位数
- ・矩形・三角形・光庭
- ・縦シャフトの位置（図 10、図 11）。米国のスタンダード

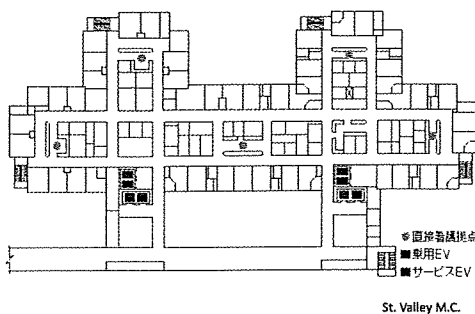


図10 病棟における縦交通部の位置

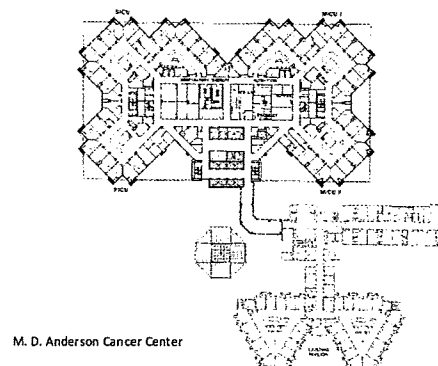


図11 病棟の構造と縦交通部

## 3. 看護拠点の計画

### 1) 看護拠点の機能と位置

看護師が働くナース・ステーションには、病棟に出入りする人・もの・情報を管理するための“管理の機能”と、実際の患者のケアのための準備や後始末、ものの保管、記録の読み書きなどの“看護の機能”がある。このほか、診療指示を出したり受けたり、看護計画立案などの情報交換などコミュニケーションを行う必要がある。

管理機能を重視する場合は、看護単位の出入り口付近のエレベータや階段室に近いところに配置する方が有利である。一方、看護機能に着目すると、それらの行為は、結局は患者の訪室につながるもので、病室群の重心的な位置に配置する方が、トータルな動線距離を短縮することになり有利である。

設計上、矛盾する条件を解決するのは難しいが、中廊下型の病棟から、複廊下型、Z字型など設計を進化させることで、両機能を満たす試みが数多く提案されている。

(図 12、図 13)

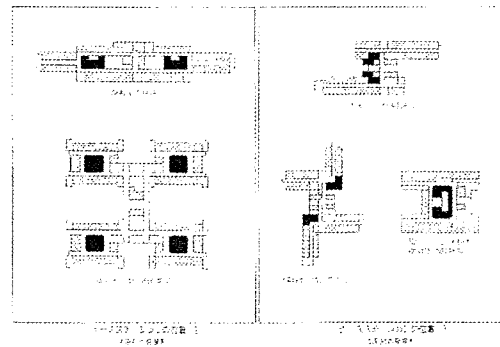
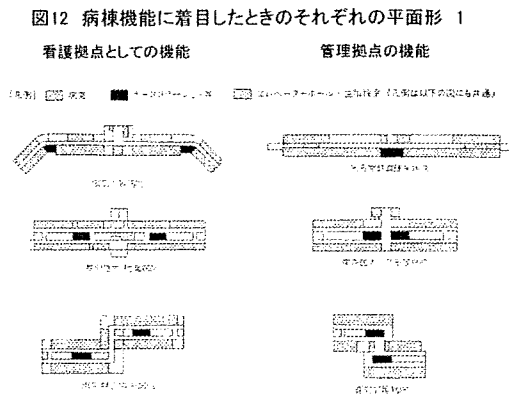


図13 病棟の機能に着目したそれぞれの平面形 2

## 2) 看護拠点の分散

看護拠点に異なる二つの機能があり、それぞれが異なる平面形を要求している。これらを一つのステーションの配置で解決するのではなく、それぞれの機能を果たす拠点を分けて設ける提案がある。特に看護機能を1看護単位の中でも分散する方法で、ナースコーナーなどとも呼ばれる。1看護単位の中に複数(2か所程度から10か所程度まで)のナースコーナーを分散配置し、その近辺の病室・患者を担当するものである。ナースコーナーが十分に機能するためには、その場所で患者の情報が入手でき、医師の指示なども確認できる必要があるほか、必要物品や薬品が整えられていること、手洗いが近辺でできることなどの条件が整っていないとできない。

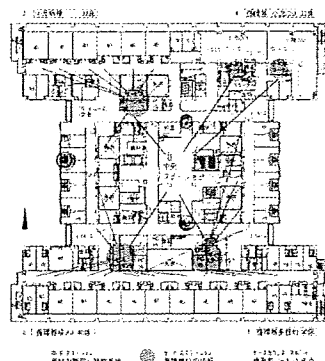
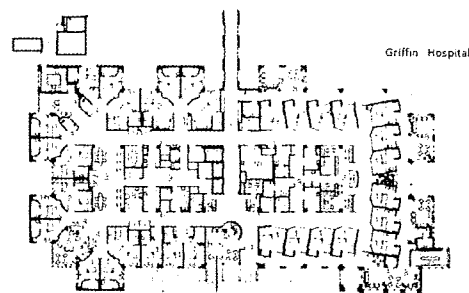


図14 看護拠点の分散



1.個室 2.セム個室 3.中央ステーション 4.サブステーション 5.談話室 6.リソースセンター 7.計誌・図書 8.家務 9.ナポード 10.処置

図16 ポッド(Pod)型病棟

### 3) 看護拠点計画の課題

#### (1) ナース・ステーションからスタッフ・ステーションへ

看護拠点のうち管理の機能は看護師だけで完結するものでなく、医師はもちろん、薬剤師・栄養士・療法士など様々な職種のスタッフと共同で当たるチーム医療が当たり前になっている。したがって、ナース・ステーションという呼び方は既に該当せず、今日ではスタッフ・ステーションと呼ぶことが一般的である。

#### (2) 情報機器の活用

分散型の看護拠点の目的はベッドサイドケアである。この目的を十分に満たすためにはいくつかの条件がある。一つは情報である。電子カルテの普及により、病棟内のどこでも患者記録にアクセスでき、読み書きできるようになってきた。固定型の端末だけでなく、ノートPCやPDAの利用などはこの流れを助けている。(図14・15・16)

#### (3) 物品搬送と管理

問題は物品の搬送である。看護拠点を細分化すればするほど、拠点はベッドサイドに近づくが、実際の物品搬送・物品管理が難しい。ものが配置できないとすると、結局は物品が置かれている拠点との動線が多くなり、ベッドサイドケアの達成が難しいこととなる。

#### (4) 指示伝達と看護師教育

看護師の看護は医師の指示に基づいて行われるが、その伝達方法は幾通りかのやり方がある。多くはリーダーナースがとりまとめ、スタッフナースに指示を出す。その方法によっては分散化の限界がある。加えて病棟は看護の場であると同時に、看護教育の場でもあるので、分散化がベストプラクティスとは限らない。

## 4. 看護単位の規模 (病床数)



## 1) 診療報酬上の規定

我が国における1看護単位の病床規模は、長いこと50床程度が一般的であった。これは看護師の夜勤体制を定めた人事院の判定（いわゆる二八裁定）から算出される1チームの看護師数と、患者数と看護師数の割合を定めていた診療報酬上の「基準看護」によって自動的に決まっていたものである。診療報酬の基準が改正されて手厚くなり、1看護単位病床規模の小規模化が実現できる環境が整ってきたにもかかわらず、病床規模はそれほど小さくはならなかった。

今日、患者数と看護師数を定める「入院基本料」が大きく変わり、これまでより1チームの看護師数が大幅に増えることとなった（診療報酬改定2006年）。このことにより看護単位の小規模化が進んできている。（図17）

## 2) 看護師による患者の把握

ひところ受け持ち性を主体とするプライマリーナーシング方式が流行ったが、現在の主流はチーム看護方式である。これは看護単位を構成する看護チームをさらにいくつかのユニットに分け、また患者グループも細分化して担当するものである。

この分け方の根拠は、業務のローテーションが組める看護師人数という点と看護チームが受け持つ（掌握できる）患者数という点である。看護師（チーム）が容態を中心とする患者の情報をどの程度把握できるかは、看護ユニットの規模を決定する際の重要なポイントとなる。実質の看護単位は、このユニットの単位だと考える。すなわち、実質の看護ユニットと、管理的な側面を含み看護師長が患者を把握する看護単位である。看護の単位はこのように重層化して構成されるのが当然であろう（後述）。井部は一定数以上の看護単位規模になると、患者の状態把握は徐々に薄らいでいくのではなく、一気に混沌とした状態になると指摘しており、その規模は現在の聖路加国際病院の35床が限度だとしている（文献12）。

## 5. 病室の設計

### 1) 病室の寸法と面積

病室の計画では、まずベッド回りに必要な寸法を検討する必要がある。ベッド回りで行われる医療・看護行為、特に救急蘇生や術後ケアなどに必要なスペースや、患者の生活行為や車いす移動に必要な空きスペースの確保である。またプライバシー確保には一定のパーソナルディスタンスとパーソナルスペースが必要であり、これらは想定される入院患者像によっても微妙に異なるであろう。

病室の寸法は病棟構造とも大きくかかわっているが、間口寸法はベッドの足もと周りの寸法を、奥行き寸法はベッド間隔を規定している。

## 2) 諸外国の基準

シュトゥットガルト大学の研究成果によりニュルンベルク病院に適応されたモデルでは、1床当たり 10 m<sup>2</sup>のベッド回りスペースと 2 m<sup>2</sup>のトイレ・シャワーユニットを提案している。病室スペースの検討に面積規模の設定がどれだけの有効かという議論もあるが、この場合、隣接するベッドとの関係や眺望などにも言及している点は重要である。眺望のある病室では在院期間が短縮されるという EBD もある。(図 18) (参考文献 14)

米国や英国のスタンダードでは、いずれも日本のいくつかの基準より広く、米国 AIA ガイドラインでは、新築個室病室は 120ft<sup>2</sup> (約 15 m<sup>2</sup>)、個室率 100%であり、英国の「new Hospital Building Note」では、個室 19 m<sup>2</sup>、4床室は 16 m<sup>2</sup>/床を推奨しており(個室率の規準はない)、日本の最低基準と比較すると、相当に広い面積を設定している。(図 19・20・21)

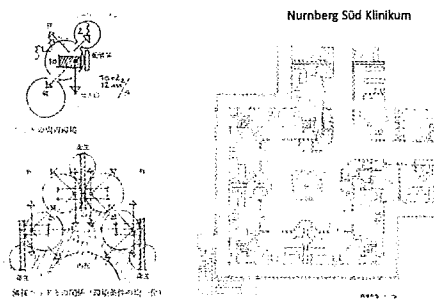


図18 病床周りの面積と他の構成要素

図19 HBN 04-01/ 病室の面積標準の変遷\*7

single-bed room (m <sup>2</sup> )			
Area	HBN 04-01	HBN 04-01 2006	Difference
Single-bed room	13.5	19.0	5.5
Family and clinical support area	3.0	included above	-3.0
En-suite shower room	4.5	4.5	0.0
En-suite WC	2.0	2.0	0.0
multi-bed room (m <sup>2</sup> )			
Area	HBN 04-01	HBN 04-01 2006	Difference
4-bed room	48.0	64.0	16.0
Clinical support area	3.0	included above	-3.0
En-suite assisted shower & wash	4.5	not included	-4.5
En-suite assisted WC/wash (en-suite)	4.5	not included	-4.5
Assisted shower room (en-suite)	not included	6.5	6.5
Semi-ambulant WC without luggage space (en-suite)	not included	2.0	2.0
4-bed room total	63.0	72.5	9.5

図20 個室の病床周り有効面積における日・米・英の比較\*7

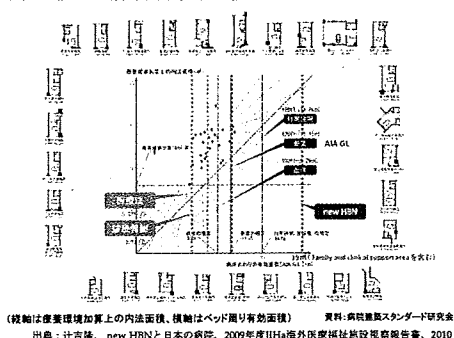
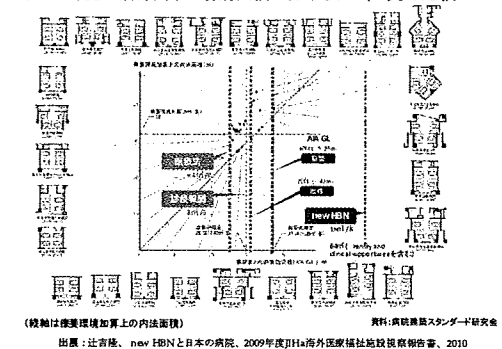


図21 4床室の病床周りの有効面積における日・米・英の比較\*7



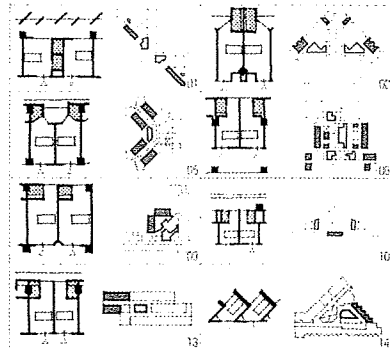


図22 個室病室のいろいろ1<sup>6</sup>

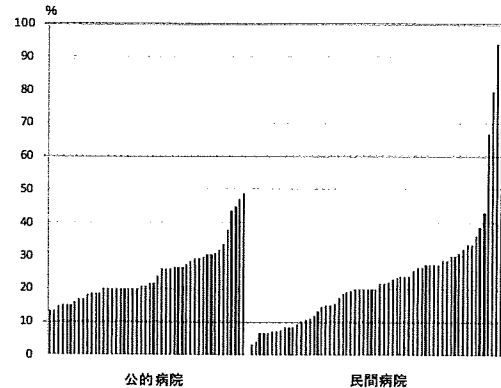


図24 個室率の割合

### 3) 個室の機能と規模計画

個室病室は重症者等療養環境特別加算の対象となる一部の病室を除くと、個室=差額病室であると、運営者も設計者も考えてきた。しかし急性期病院においては、病室は患者の診療の場であり、頻回に行われるベッドコントロールを円滑に行うためには個室や各筆のできない設備として認識されている。管理上からの個室の利点は、

- ①診療のしやすさ；処置室へ搬送せずとも病室で診療が行え、急変時にも対応しやすい。
- ②感染防止；当然のことながら感染防止に有利である。
- ③稼働率の向上；ベッドコントロールが容易であり、加えて性別・生活習慣に起因する空床をなくせる。
- ④メンテナンスの容易さ；病室内の補修、備品修理などでも稼働率減少を最小にできる。

などが挙げられる。

個室の普及率は、現状では差額病床の割合には規制があるので、それに呼応した状況であるが、個室=差額病床ととらえるのでなければ、この制約にとらわれる必要はない。

最近の急性期病院における個室病室では、廊下側からの観察やベッド搬送時の取り回しの良い差を配慮して病室度入れ（や手洗い）を窓側へ配置している例が多い。（図22・23・24）

## 6. 病棟マネジメントの変革に対応する病棟建築設計

### 1) 建築設計の前提条件の確認

これまでにマネジメントの変革について述べ、それらが建築設計にどのような影響を与えるか考察したが、再度条件について確認する。

- (1) 急性期病院における 10 日前後の短期入院による患者に必要な病室の診療及び日常生活行為への期待の変化
- (2) 従来指摘されていた看護力の不足という状況から、7 対 1 看護に表される新入院基本料から算定される潤沢な看護師の配置。従来換算から見れば 1.6 : 1 以上の体制がとれる。
- (3) 医療の変化により夜間にも病室で診療が行われる。加えて手術重要性から、準夜帯などにも術後患者が病棟に搬送され、そのためのケアが必要とされている。
- (4) 日本の病室の狭小さが指摘されてきたが、診療報酬上の誘導による療養環境加算 8 m<sup>2</sup>/床以上の面積を有する病室は、今日建設される急性期病院では当然のこととして受け止められている。さらに、ここ数年の療養環境の向上目指して、個室的多床室の普及などによって、病棟（病室）の面積はかなり充実している。病棟で見れば、かつての 20 m<sup>2</sup>/床程度から平均値としても 30 m<sup>2</sup>/床は当然のことで、35 m<sup>2</sup>/床を越えるものも珍しくはないほどの充実ぶりであり、病室も 10 m<sup>2</sup>/床を越える例も珍しくはない。欧米諸国と比較すれば、もちろんまだまだ十分とは言えないが、これだけの面積が与えられるならば、設計としてももっと工夫され、診療を目指した病室事例が期待される。
- (5) 療養環境として重要なのは、環境の自律的コントロールである。単に視線を遮蔽するプライバシーを確保するだけでなく、他患者との交流時代も選択できる環境が望まれているし、自然環境（光・熱・痛風）なども患者個人がコントロールできるデザインが必要である。
- (6) かつての 6 床室・8 床室は姿を消しつつあり、多くの病棟では個室と 4 床室の組み合わせで設計されている。これは 2 床・3 床室では、ベッド配置の問題もさることながら、患者同士の間関係の形成に困難さがあり、ベッドコントロールに悩むという理由で積極的には設けられてこなかった。しかし、入院期間が 10 日あるいはそれを切ろうとする今日、患者どうしの間関係が発生するような状況は考えにくい。多床室を 4 床にこだわる理由はなく、2 床室などの出現も検討されよう。
- (7) しかし、病室の個室化の進展は当然のことであろう。これまで病院の個室は、重症者等療養環境特別加算の対象となる一部の病室を除くと、個室＝差額病室であると運営者はもちろん設計者も考えてきた。しかし急性期病院においては、病室は患者の診療の場であり、頻回に行われるベッドコントロールを円滑に行うためには個室は欠くことのできない設備として認識されるようになってきている。米国の病院が個室だけで構成されているのは何もアメニティ確保という視点ではなく医療提供者の側からの発想である。すなわち（前述したが）、①診療のしやすさ、②感染防止、③稼働率の向上、④メンテナンスの容易さ、など病棟のマネジメ