

平成 17 年度 特定非営利活動法人医療施設近代化センター委託研究

病院等の施設整備の効率的な手法に関する事例研究

——低価格と品質確保の実現に向けて——

平成 18 年 5 月

国立大学法人東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

医療経済学 川淵 孝一

目 次

はじめに	3
ケース 1 一般病院の例 社会福祉法人聖霊会聖霊病院	4
1. 施主のプロフィール	5
2. センターに相談するに至った経緯	
3. 解決すべき課題	
4. センターが提示した解決策	
5. 得られた結果と施主の満足度	
ケース 2 精神病院の例 秋田回生会病院	
1. 施主のプロフィール	
2. センターに相談するに至った経緯	
3. 解決すべき課題	
4. センターが提示した解決策	
5. 得られた結果と施主の満足度	
別添 1 精神障害者の社会復帰施設の現状	
別添 2 精神科病院に求められるブレイク・スルー	
ケース 3 特別養護老人ホームの例 社会福祉法人晴山会土浦晴山苑	
1. 施主のプロフィール	
2. センターに相談するに至った経緯	
3. 解決すべき課題	
4. センターが提示した解決策	
5. 得られた結果と施主の満足度	
別 添 特別養護老人ホームの国庫補助基準額の推移	

論点整理

はじめに

私はかねてから、「努力したものが報われる医療システム」の確立を訴えてきた。しかし、国公立病院のほとんどが赤字を計上し、地方では医師の不足を名義貸しで補う病院が後を絶たず、都市部では病院勤務で報われない医師の多くが開業に走るといった構図に現れているように、わが国の医療システムは、病院と医師をはじめとする医療従事者、ひいてはそこで医療サービスを受け取る患者にとって、望ましい姿からは依然として大きな隔たりがある。

もちろん、医療サービスの効率化・標準化をめざす動きがまったくないわけではない。特に、国公立病院の赤字経営体質の改善を促すために 3 年前、国立病院は独立行政法人化され、「国立病院機構」へと組織変更された。私が勤務する国立大学も同様に「国立大学法人」となるなど、公的な医療機関であれ教育機関であれ、事業体である以上、そこにはマネジメントがなければならないという当たり前のルールが、ようやく適用されることになった。

膨大な累積赤字を抱える自治体病院にも、こうした経営体質見直しの動きは急だ。一部には民間医療法人に経営を委譲するケースも現れるなど、かつては当たり前だった赤字経営も、優れた経営者が現れることで短期間のうちに黒字経営に転換するケースも見られるようになった。

しかし、こうして医療機関の経営が見直しされていくうちに、赤字経営体質の一因として、高額な施設建築費の減価償却があることを見逃すことはできなくなった。医師や看護師が夜も寝ないで患者の治療や看護にあたっているのに、彼らの努力は赤字経営のバランスシートの中に吸い込まれ、決して報われることがない。

アメリカと比べて、日本の医療費が格段に安いことはよく知られているが、病院の建築コストは日本のほうがはるかに高いことはあまり知られていない。もちろん、日本の建築コストが高いのは医療・福祉建築に限ったことではないが、日本国内でも、商業ビルの建築費と比べて、医療・福祉施設の建築費は、その「特殊性」からか、総じて高いといわれている。もしそれが事実だとしたら、日夜激務に追われつつ、経営改善に励んでいる医療従事者の汗と涙は、高額な医療施設の建築費を支払うために費やされているといっても言い過ぎでは

ないということになる。

では、なぜ医療・福祉施設の建築費は高いのだろうか。

まず考えられるのは、医療施設の特殊性である。重量のかさむ MRI や防護壁を要する放射線治療機器を収納する施設、特殊な機密性と清潔性が求められる手術室や院内感染を防止するために NASA のレベルに匹敵するクリーンルーム、汚染区域と衛生区域の交差を防ぐ動線設計——一般の商業ビルにはないこれらの機能が求められる病院建築には、設計段階から特殊なノウハウが求められ、建築・施工段階でも特殊な技術・工法が必要となる。

しかし、本当にこれが真因だろうか。

ひょっとすると建築・設計の素人である医療従事者のわがままで、数次にわたって設計変更が行われるからではないか。同じように、医療・福祉施設に求められる機能に必要以上の無駄な仕様が施されているからではないだろうか。

さらには、最近の防衛施設庁発注の土木建築工事や、道路公団がらみで行われた鉄製橋梁建築工事のように、大掛かりな談合が医療・福祉建築においても日常的に行われているからではないだろうか。おそらく、こうした要因が複合的に重なり合って、建築コストの高騰をもたらしていると考えるが、だとすれば、医療・福祉施設の建築においては、建築の質を落とさずにコスト削減を図ることはできないのであろうか。

これらの疑問点について、一つの回答を出しているのが特定非営利活動法人医療施設近代化センターである。平成 14 年 9 月に設立された同センターではこの 3 年間、「医療・福祉施設の効率的な整備」を掲げ、いわゆる CM/PM（コンストラクションマネジメント/プロジェクトマネジメント）の手法を導入することで多くの医療機関や福祉施設の整備計画にかかわり、質を落とさず建築コストの削減を図りたいという施主側の要請に応えてきた。

本事例研究では、センターが関わった 3 つの事例を通して、建築費の仕組みと建築業界、建築費と医療・福祉経営の関係、そして建築の質とコストの関係について考えてみた。その結果、明らかになった CM/PM の成功の鍵は次の通りである。

3つの事例から明らかになった CM/PM の成功の鍵

	抱えていた問題点	介入で得られた結果
一般病院のケース	○法外な建築予算 総工費 100 億円 ○長すぎる工期 10 年 ○元施工会社との関係	○検討可能な建築予算 総工費 52 億円 ○適正な工期 5 年 ○元施工会社を指名対象外に
精神病院のケース	○休床を前提とした建替え計画 ○建築単価坪当たり 80 万円 など高額な見積り ○入札による談合の可能性	○全床稼働を前提とした建替え計画 ○坪当たり 52 万円で妥結 ○個別折衝による価格交渉
特別養護老人ホームのケース	○突然の国庫補助減額 ○国・都道府県補助 75%時代 の見積り 坪当たり 90 万円	○借入増ではなく建築コスト削減で対応 ○V/E 提案で不要工費を圧縮 坪当たり 67 万円

上図からわかるように、3 事例ともゼネコンに対してむやみに価格ダウンを強要したのではない。病院や特養の経営が右肩上がりだった時代の感覚で、漫然と提出された無駄の多い施設計画や、建築業界独特の不透明な体質にメスを入れながら、建築コストを押し上げる要因をことごとく排除した結果、得られた成果であった。

以下、各事例がどのような交渉過程を経てこうした結果を手にしたのか、詳細に報告していきたい。

ケース 1

一般病院の例

社会福祉法人聖霊会 聖霊病院



2009 年 5 月完成予定

1. 施主のプロフィール

(1) 法人概要

■開設 60 年、法人理事長にシスターが就任する 300 床の総合病院

聖霊病院は、1945（昭和 20）年に開設された「聖霊診療所」を前身とする。同診療所の開設に寄与したのは、1907（明治 40）年より日本で宣教活動を行っていたキリスト教カトリック系修道会の一つ「神言修道会」。ドイツ人宣教師によって創られた修道会で、姉妹会の 1 つに「聖霊修道女会」があった。修道会が名古屋で本格的に宣教活動を始めたのは 1930 年代以降。教会活動の傍ら各地に学校教育、社会福祉の拠点を開設。名古屋では、南山大学や南山中学・高校を経営する南山学園も同修道会が開設したものである。

医療活動に関しては、1914（大正 3）年に北陸・金沢の地で医療施設を開設し施療を行ってきていた。その金沢の施療病院（現・金沢聖霊病院）に続く医療施設として開設したのが聖霊診療所だった。金沢同様、診療所の管理運営は聖霊修道女会に託され、以後、聖霊診療所は宗教法人、財団法人、社会福祉法人と法人形態を変遷させていくが、今日に至るまで一貫して、法人トップにはシスターがその任に就いてきた。そのため現在も院内には「カトリック社会事業室」があり、ごく普通にシスターたちが院内を歩く姿が見受けられる。院内併設の礼拝堂でミサを行ったり、入院患者や家族の心のケアには専ら彼女たちが従事しているのである。

病院の変遷については次項年表で詳述するが、概略を紹介すると、病院としての開設は 1947（昭和 22）年で 30 床でのスタートだった。その後、1957（昭和 32）年に総合病院としての認可を得て、1968（昭和 43）年に現在の 300 床の総合病院としての姿を形作った。住宅地に位置することもあり、地域住民には開設以来、“身近な総合病院”として、なかでも“お産の病院”として最も親しまれてきた。あの北朝鮮拉致被害者である横田めぐみさんも、1964（昭和 39）年に同院で誕生している。父親・滋さんがちょうど名古屋に勤務し市内に居住していたためで、2003 年 3 月にはその事実と、同院で手書きの分娩記録が見つ

かったことが全国的に報道され話題を呼んだ。なお、母親・早紀江さんはある講演の中で、「婦長さんがドイツ人の方で、生まれたばかりのめぐみをすぐに洗ってくるんでくれて、私のお腹の上にボンと置いてくださった」というエピソードも披露している。ちなみに同院は1953（昭和28）年に附属施設として准看護師養成所を設置。1966（昭和41）年には附属高等看護学院を設置し、近接する県立の看護学校とともに、名古屋地域の看護師養成機関としての役割も担ってきた。水野秀朗院長は、「当院の特徴を述べるとすれば、一番に、よき医療人を育むための“教育主体の医療施設”として歴史を重ねてきたと言える」と話す。

（2）病院の理念、あゆみ、標榜科目等

■理念・基本方針

○理念

「愛と奉仕」 地域医療を通し、キリストの愛をもって人びとに奉仕します。

○基本方針

1. 患者様中心の医療を行います。
2. 国籍、宗教、貧富を問わず、患者様の人格、人権を尊重します。
3. 専門知識の研究、技術の向上に努力し、良質で適正な医療を提供します。
4. 地域医療機関との連携を密にし、地域の方々の健康保全に尽力します。
5. 特にカトリック医療施設として、いのちの始まりとその終わりを大切にします。

社会福祉法人聖霊会聖霊病院

平成17年4月改正施行

理事長	川原 恵	名誉院長	花井 士郎
院長	水野 秀朗	副院長	藤掛 守彦
事務部長	外村 新	看護部長	森川 和世

（平成18年3月31日現在）

■沿革

1945（昭和 20）年 10 月 29 日	聖霊診療所を名古屋市昭和区萩原町 4 丁目に開設
1947（昭和 22）年 11 月 13 日	宗教法人聖霊病院開設（30 床）
1950（昭和 25）年 11 月 11 日	財団法人聖霊会設立
1952（昭和 27）年 5 月 30 日	社会福祉法人聖霊会に組織変更
1953（昭和 28）年 4 月 1 日	聖霊病院付属准看護婦養成所設置
1957（昭和 32）年 11 月 19 日	総合病院認可
1966（昭和 41）年 4 月 1 日	聖霊病院付属高等看護学院設置
1968（昭和 43）年 12 月 6 日	収容定員変更（300 床）
1987（昭和 62）年 8 月 1 日	新生児特定集中治療管理施設（NICU）認可
1991（平成 3）年 4 月 8 日	老人保健施設サントマリア開設（60 床）（1998 年 100 床）
1998（平成 10）年 12 月 1 日	特定集中治療室（ICU）新設（4 床）
2000（平成 12）年 5 月 2 日	救急病院告示
2000（平成 12）年 9 月 18 日	財団法人日本医療機能評価機構認定基準（一般病院種別 B）認定
2001（平成 13）年 3 月 30 日	臨床研修病院指定（厚生労働省第 274 号）
2003（平成 15）年 10 月 30 日	臨床研修病院指定（プログラム 030415101）医政発第 1030005 号-375
2004（平成 16）年 3 月 31 日	聖霊病院付属看護専門学校閉校
2005（平成 17）年 2 月 22 日	病院新改築事業起工祝福式

法人グループ施設としては、1991（平成 3）年に隣駅に開設した介護老人保健施設（100 床）がある。居宅介護支援事業所を付設。その他の介護事業等はない。

付属の看護専門学校は、近年の少子化の影響等で学生集めが困難になり 2004（平成 16）年 3 月末に閉校した。

■標榜科目（18 診療科）

内科/精神科/消化器科/循環器科/小児科/外科/整形外科/脳神経外科/皮膚科/
泌尿器科/産科/婦人科/眼科/耳鼻咽喉科/放射線科/リハビリ科/麻酔科/歯科/
歯科口腔外科

救急告示、訪問診療、訪問看護

■病床概要

総病床数：300 床

内科 90 床、外科 40 床、整形外科 40 床、小児科 27 床、産婦人科 65 床 ICU4 床、NICU5 床、その他（緩和ケア病床など）
--

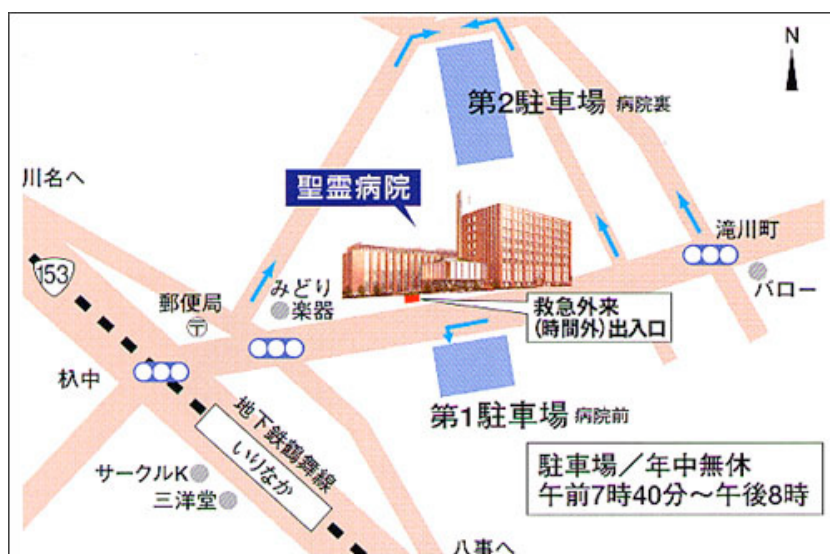
300 床の病床のおもな内訳は上記のようになっているが、周産期に力を入れていることがよくわかる。

（3）立地

■正面・後背ともに傾斜地の複雑な地形に位置

病院所在地は、愛知県名古屋市昭和区川名町 56。最寄り駅（地下鉄いりなか駅）は、名古屋駅から JR と地下鉄を乗り継いで 20 分ほど。その駅から病院までは徒歩 2 分。国道 153 号線と交差する 2 車線道路に面して聖霊病院は位置する（図 1）。

図 1



同院一帯は文教地区であり、多くの教育機関があるほか（すぐ裏手の高校はじめ、500メートル圏内に小学校1つ、高校は2つ、さらには短大も点在）、周辺は一戸建てやマンションがぐるりと建ち並ぶ（写真1）。

写真 1



国道に間近なことから病院正面前の道路(約 14.5m)の交通量は非常に多く、乗用車から大型車までがひっきりなしに通る。その道路を挟んだ真向かいに、病院の第 1 駐車場(立体型)と病院付属看護専門学校(2004 年開校)、看護師寮が隣接する。

交差点から病院方面に続く道は上り坂となっており(写真 2)、病院は右肩上がりの傾斜地に面して建つ。正面玄関(写真 3)は坂の中途に位置し、病院入口には、当該病棟建設時(旧・本館 B 棟南館 1983〈昭和 53〉年建設)、階段を昇ってアプローチする構造が整備され現在に至る。

写真 2



写真 3



また、正面だけでなく後背も急勾配の傾斜地である(写真 4)。この特異な敷地条件も病院建て替え事業のコスト押し上げ要因となった。

写真 4

(病院側道から裏手を臨む)

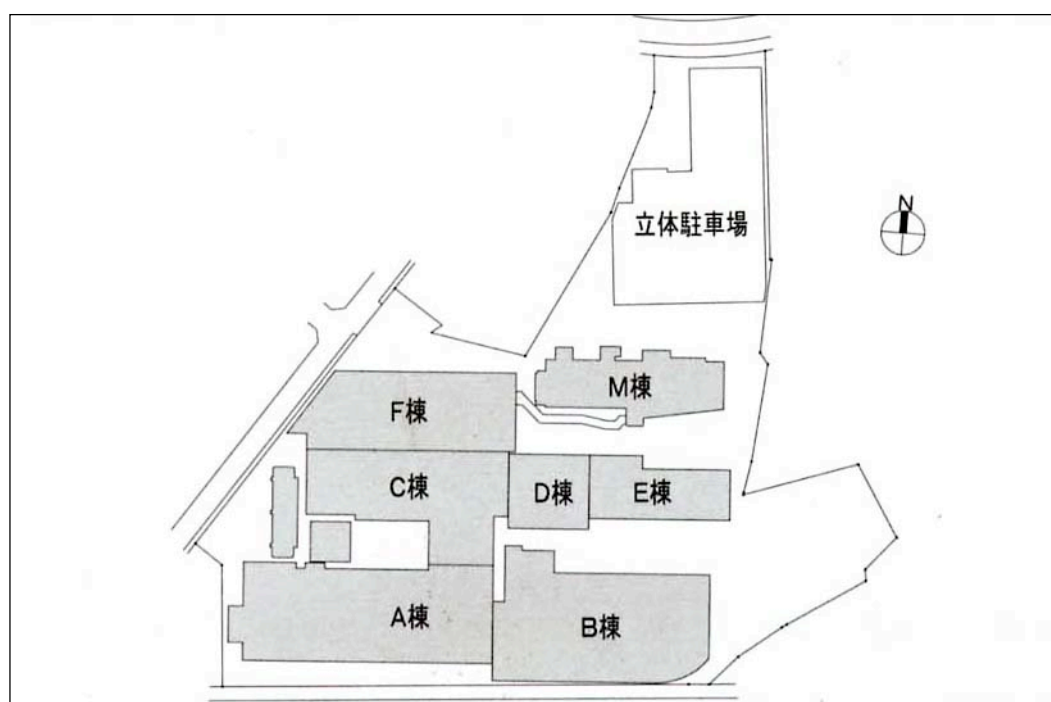
(4) 既存施設概要

■ 既存配置図

敷地面積 12,726 m² (約 3,800 坪)

建築面積 7,022 m² (約 2,100 坪)

延床面積 24,910 m² (約 7,500 坪)



■ 最も古い病棟は 1955（昭和 30）年建設

病院敷地内には、A 棟から E 棟までの 5 つの病棟と F 棟、M 棟の 2 つの管理等があった。既存施設はそれぞれ竣工時期が異なり、病棟で最も古いものは 1955（昭和 30）年に建設された B 棟北館だった。

また、その敷地条件から、各棟の階層は地階を有するものから地上 3 層構造のみのものまでと多岐にわたっていた。既存施設の詳細については次表のとおりである。

既存施設概要

棟	階層	竣工年	概要
A 棟	6 層	1968 (昭和 43)	B1F : RI、リハビリ、守衛／1F : 待合、ホール ／2F : 外来、X 線／3～5F : 病室 (各 44 室)／6F : 倉庫
B 棟	北館 3 層	1955 (昭和 30)	3～5F : 病室 (3,4 : 21 室、5 : 19 室)
	南館 3 層	1983 (昭和 58)	B1F : 喫茶、売店／1F : 外来／2F : 外来、検査
C 棟	5 層	1968 (昭和 43)	B1F : 機械室／1F : 機械室、倉庫／2F : 厨房、食 堂／3F : 手術／4F : 新生児室／5F : 病室 (30 床)
D 棟	3 層	1979 (昭和 54)	3F : 管理／4～5F : 病室 (各 27・31 床)
E 棟	3 層	1964 (昭和 39)	
F 棟	5 層	1986 (昭和 61)	1F : 機械室／2F : 作業室／3F : 手術／4F : 分娩／ 5F : 諸室
H 棟	1 層	1982 (昭和 57)	2F : 霊安室、解剖室
M 棟	3 層	1962 (昭和 37)	4F : 礼拝堂、食堂／5F : 修道院長他／6F : 寝室 (25 室)

■既存施設はドイツ人が設計、間口 7m のワイドスパン

新病院建築委員会委員長を務める水野院長は、既存建物について次のように述懐する。

「確かに建物自体は老朽化がひどかった。しかし、既存病棟はいずれも、病院創立者にゆかりの深いドイツ人建築家が設計を手がけたもの。そのため、施設全体がゆとりのある造りになっていて、狭さといったものを感じることはなかった。例えば間口一つをとっても、日本では一般に 6 メートルとされているが、ドイツ流を基本にした当施設は、どこも 7 メートルが基本。1 メートルの違いは大きい」

2. センターに相談するに至った経緯

聖霊病院が医療施設近代化センターに CM（コンストラクト・マネジメント：建主に代わって建築コスト、施工方法、段取り、建材入手方法などを管理し、効率的施工を実現するためのコンサルティング）を依頼するまでに、すでに事業計画に関するさまざまな紆余曲折があった。後述するが、一時は計画を全面的に断念し、既存施設のまま稼働を続けざるを得ないという決断を迫られる状況に追い込まれていたという。

（1）病院建て替え計画案の浮上（1990 年代後半）

■配管設備の修繕費だけで年 1 億円、施設の老朽化に苦しむ

同院のメイン病棟は A 棟である。その A 棟も建築からまもなく 30 年を迎えようとしていた。受付・待合・外来機能をメインとして日々多くの患者が出入りする同棟の傷みは激しい。さらに同院には、かつてのメイン病棟であった B 棟、E 棟という昭和 30 年、同 39 年に建設されすでに築 30 年以上を経過した病棟も現役病棟として機能していた。

それらを合わせ、すべての施設が「限界に近づいていた」と、当時はまだ整形外科部長だった水野院長は振り返る。1990 年代後半に入ると、「こちらの棟を修繕したら翌年はこちらの棟を修繕しなければならないといった具合になっていた。特に配管設備がボロボロで、その修繕費だけで年 1 億円近くがかかる状況になっていた。折しも病院の経営環境が厳しくなってきた頃で、当院のような一般急性期を指向する病院をめぐる状況はますます追い込まれていた。当院には“お産に強い”というウリがあるし、長年地域の皆さんに親しんでいたという強みはあるものの、今後は少子化が進むのは決定的で、周辺の住環境の変化も十分に予想される。そうした時代の変化の中でこのような施設環境では、培ってきた評判の遺産だけでは利用者増への期待どころか、先細りの懸念のほうが大きかった」（水野院長）。

また、現代に求められる医療機能と建物とがマッチしなくなっていたことも先行きに対する大きな不安材料になっていたという。一般急性期を指向する施設では、高度な医療に加えて、効率的な医療を実践できる動線・ハードが整備されていなければ、十分な医療機能・役割を果たすことができない。

こうしてさまざまな危機要因から、経営トップ層の間に「病院建て替え」の計画案が浮上する。それは、これまで行ってきたような補修・改築といった規模の事業ではなく、全面的な建て替えを要する事業計画になることは必至だった。

（２）計画始動（2000 年）

■元施工会社に相談、提示された計画案は工期 10 年、総工費 100 億

建て替え計画の実行は、2000 年に認証を受けた医療機能評価の受審を 1 つの契機に移されていった。審査を受けたことで、既存施設のままでは今後、同審査を継続してクリアしていくことは難しいことが十分予想されたこと、何より、自院のアメニティの弱さを痛切に実感させられたことが大きかったという。病院の評価にアメニティは大きなカギを握ることを、同審査を受けて身をもって知った。

なお、同じ年に同院は、救急告示病院の認定も受けている。一般急性期病院であり続けるという自院の地域での、ポジショニングを示す決意の表れでもあった。

こうして受審作業および自院の戦略構築の足固めがひと区切りした 2000 年初頭、当時院長職にあった花井院長（現・名誉院長、以下、花井名誉院長）が中心役となり、本格的に建て替え計画を実行に移すために、同院の元施工会社であり、補修・修繕作業を長年にわたって依頼してきた大手ゼネコンの A 社に相談を持ちかけた。

ほどなくして A 社担当者が、計画図面案を携えて来院した。目の前に広げられた図面に描かれた聖霊病院の未来予想図は、驚嘆に値するものだったという。

現況敷地左部分にあたる坂下にエントランスを設け、ホスピタルモールと称する中央通路が延び左右に南北の病棟が建つ配置。各病棟には屋上庭園を、そして中央通路の突きあたりに、同院の象徴的な建物として修道院が配置されているという図案。しかしこの図案は即時却下となる。図案うんぬんという話以前に、担当者からの「工期 10 年、総工費 100 億円」との提案を到底受け入れることができなかったからだった。

「決定的だったのが予算。100 億円などどう考えても無理。当法人には資金援助・調達などが可能な母体法人があるわけではない。公的病院なら助成金があるだろうが、社会福祉法人である当法人にそうしたものが期待できるわけがない。仮に借入れをした場合は、病院の収益から返済していかななくてはならない。数十億円もの借入れをすればその返済に追われ、下手をすれば病院が立ち行かなくなってしまうことは火を見るより明らかだ。

加えて 10 年という工期も到底受け入れることができなかった。この 10 年を振り返ってみればわかるが、10 年の間の医療の進歩は目覚ましいものがある。10 年かけて“^{いま}現在”の医療ニーズに即した施設を完成させたとして、果たして 10 年後の、さらにはその先の時代に要求される医療を提供するにふさわしい施設を手に入れられるのかどうか。また、医療制度も次々と改革が予定されていて、10 年先の当院をめぐる経営環境がどうなっているのかわからない。そのような中で、莫大な借金と長期間足場の固まらない体制でいられる余裕などまったく考えられなかった。だから即時却下となった」と水野院長は、当時の同院経営トップ層が下した判断について話してくれた。

■調達可能な自己資金の範囲内での計画案を模索する

これまで何度も増改築や補修工事を繰り返してきた聖霊病院では、その経験から近い将来の全面的な新病院建築を予想して、建築費用のプールが行われていた。また、法人への寄進なども含めると、自己資金として 40 億円程度を用意する算段ができていたという。そうした予算もあって、できれば病院建て替えは、それら自己資金の範囲内で行いたいという考えがあった。

そこで A 社担当者に、提案してくれた計画案の 3 分の 1 程度でできる計画案

を提案することはできないかと打診した。しかし今度は A 社から即答で、「不可能」である旨が告げられたという。

「ではどうすればいいのか。建築についてはズブの素人である私たちには、A 社以外のどこに相談すればわかるはずもないし、当てもなかった。だから、後日再び A 社に相談するしかなかった」（水野院長）

そうして、次なる計画案を携えてきたのは、A 社から紹介を受けた建築設計専門の B 社担当者だった。新たな計画案は、1955（昭和 30）年に建設された B 棟以外は、補修改築工事でリニューアルを行うことで新病院として生まれ変わるというものだった。工期は 5 年、総工費は 30 億円。全面建て替えは適わないものの、予算に見合うこの提案に即して、新病院に生まれ変わることを聖霊病院経営トップ層は受け入れることにした。

この時の計画案には 2 つの特徴があった。1 つは、B 病棟は完全に解体し、この部分に駐車場と車寄せが可能なロータリーのあるエントランスを配置すること。2 つ目の特徴は、B 棟に代わって、道路を挟んだ敷地部分（駐車場と看護学校および看護師寮）に、新病棟（192 床、厨房）を建設するというものだった。この新病棟と既存施設 A 棟との間には、渡り廊下を設置し動線を確保するという案だった。

なお同院ではこの計画案を立てる際に、一時、経営戦略として、外来部門はクリニックとして分離独立させるという構想も上がっていたという。当時のトレンドであった外来分離である。しかし、この案は計画案を煮詰めていく過程で見直された。同じ県内にある病院の外来分離失敗（この場合は、株式会社立という法人形態にもかかわらず一般向け診療所を開設申請したため、地元医師会の反発を受け保険診療機関としての認可が下りずオープン 2 日で閉鎖に至った）や、その他にも外来分離を果たした病院の経営状態が、総じて芳しくないことを聞き及んだからだった。

■総工費 30 億円の補修改築工事に着工しかけたが……

B 社提案の事業計画がほぼ固まったのは 2001（平成 13）年末。年が明けたら、施工業者の入札を行い、その後に着工へというスケジュールが立てられていた

のだが、そこへ来て思わぬ事態に直面する。それは、国が地震防災対策の推進策として、「東南海・南海地震に係る地震防災対策の推進に関する特別措置法」なる法律を施行したことだった。

2002（平成 14）年 4 月 24 日、新たな強化指定地域として、名古屋市が含まれたことが公表。7 月 25 日の施行を受け、同法の「公共性の高い建物への耐震化義務付け」に伴い調査をした結果、既存病棟はすべて耐震化のための補強工事が必要と判明。B 社案での新改築計画は、抜本的な見直しを迫られることになってしまったのである。

（３）医療施設近代化センターへのアプローチ

■業界紙の記事で知った医療施設近代化センターの存在

「この時は、事業の中心的な牽引役だった花井名誉院長以下、私も含めて本当に途方に暮れた。法律に違反となれば病院としてやっていくことが適わなくなる。とはいえ、法律に準拠するには全面的な建て替えしか道はない。しかし資金がない……。新病院建築の計画案はもとより、場合によっては病院の将来像を根本的に見直さざるを得ないかもしれない」というところまで追い詰められていたと水野院長は言う。

そうした中、平成 15 年（2003 年）1 月に同院関係者が 1 つの記事を目にした。それが、「Japan Medicine」（じほう）に掲載された医療施設近代化センターの記事だった。

「医療機関や福祉施設が新築・改築を行う場合、高品質を確保しつつ、できるだけコストを抑制した施設整備の実現を図るため、発注者側に立って必要な助言や支援などを行う」——その文面に文字どおり“藁をもつかむ思い”で、外村事務部長が病院を代表してセンターに電話をする。2003（平成 15）年 2 月 12 日のことだった。

3. 解決すべき課題

(1) 病院がまとめた建て替えに当たっての基本方針

■ 目指すべき医療機能

聖霊病院では、これまで培ってきた自院の特性、医療を取り巻く制度や地域等の社会環境を踏まえ、今後の自院のあり方、位置づけ、いわゆるビジョンを次のように考えていた。このように、自院の目指すべき方向性をまとめることは、続く建物設計の基本方針をまとめる上で欠かせない要素となったし、病院が建て替えに伴って抱える課題を明確にすることにも役立った。

① 二次医療を提供する急性期病院として、地域のニーズに応えていく。

同院と同じ区内に、名古屋大学医学部附属病院（1,035 床）、名古屋赤十字第 2 病院（807 床）の 3 次救急を担う大病院がある。地域完結型医療が求められる中で、同院はその間の住宅密集地にあつてより地域に密着した医療機能を果たす機関としてのポジショニングを得ることを目指したいと考えた。

② 下記 3 つに重点を置いた医療を当院の特徴として推し進める

- 1) 周産期医療
- 2) 高齢者の急性期医療
- 3) 緩和医療

③ 急性期病院としての役割

- 1) 二次救急医療の体制を充実させる
- 2) 連携医療を充実させる

④ 臨床研修病院としての役割を果たす

⑤ 医療の質を高める ICU、NICU の充実

制度に準じた施設基準の算定可能な範囲の中での最高水準を目指す

⑥ 日本医療機能評価機構の評価水準（一般病院種別 B）を維持することを目指す

■設計の基本方針

「目指すべき医療機能」を実現できる施設として、設計に当たっての基本方針として、おおよそ次のような希望・条件をまとめていた。

- ①カトリック病院としての特徴を出す。
- ②患者さん、家族に安心して安全な医療の提供。特に高齢者の患者さんのためにバリアフリーとし、安全に心がける。
- ③プライバシーが守れる病院作り、適切なセキュリティの確保
- ④段差のある土地を生かす設計
- ⑤明るい雰囲気のある環境作り
- ⑥診療をしながらの建築：スクラップ・アンド・ビルド方式
- ⑦耐震性に優れた建築
- ⑧職員にも働きやすい設計
- ⑨患者によし、スタッフによし、コストよし

（２）敷地条件

■傾斜地、高さ制限、余裕のない敷地内スペース

- 用途・地域：近隣商業地域（建蔽率 80%、容積率 200%、日影 3h、5h）
近隣商業地域（建蔽率 80%、容積率 300%、日影 3h、5h）
第 2 種中高層住居専用地域（建蔽率 60%、容積率 200%、日影 2h、3h）

○文教地区

○20m高度地区（第 2 種中高層住居専用地域のみ）

○敷地条件

敷地面積	12,726 m ² （約 3,800 坪）
許容建築面積	8,323 m ² （約 2,500 坪）

許容延床面積 25,908 m² (約 7,850 坪)

病院の敷地条件を鑑みながら、同院建て替えに当たっての課題を整理していく。

まず、病院敷地は3つの用途条件がかかる土地だった。その条件下に、既存施設は、病院裏手の第2種中高層住居専用地域の用途条件がかかる第2駐車場の部分を除いてほぼいっぱい建っていた。したがって建て替え工事の際は、既存施設内の機能を移設して継続するか、一時的な病床削減など一部の機能を閉鎖しなければならない。

しかし病院経営の厳しい時代、1床でも病床を削減することは避けたいというのが病院関係者の偽らざる気持ちであり、その上で、敷地内でのスクラップ・アンド・ビルドによる建て替え計画を希望していた。

また、病院施設には20mという高度制限も設けられていた。そのため建て替えに当たっての建物の配置等によっては、傾斜地になっている敷地を切り開き平地とする土地の整備事業が避けられなかった。

(3) 総工費

■最大の課題はコスト

病院にとって、建て替え事業に当たっての最大のネックが「コスト」にあったことは、これまでの経緯を見ても明らかである。当初、元施工会社から提示された100億円ものコストをかけての建築はとても算段がつかず、地震防災対策推進特別措置法という思わぬ立法で立ち消えとなった30億円の補修・新築工事の予算にできるだけ近いコストでの新病院建築が、同院関係者にとっての一番の希望だった。

4. センターが提示した解決策

(1) 工事計画の全面見直し

■総工費の目安として 42 億円プラス α に驚嘆

「その話を聞いて、正直すぐに飛びついた」。水野院長はセンターから総工費についての目安のアドバイスを受けたときのことをそう振り返る。

センターから担当者が初めて同院に来院したのは、電話で相談を持ちかけてから 1 カ月後の 2003（平成 15）年 3 月 13 日だった。この日、病院側からは、川原理事長、花井院長（当時）、藤副院長（当時）、外村事務部長、そして西尾潔管財課長が同席。まずは病院側から老朽化の激しい施設の現状を説明するとともに、診療を継続しながらの建て替えが可能かどうかを問いかけた。

センター側からは、自分たちの役割と考え方等の説明がまず行われた。すなわちセンターは、施主が考える建築計画を具現化することが一番の役割と考えていること、建築コストについての持論として、施主がコストアップ要因（建築界慣行の談合体質、着工後の設計変更、病院機能に見合わないデザイン性）を知っておくことが何よりも大切であり、自分たちは施主が適正価格の建築コストで計画を進められるようにサポートをするのが役割だと考えていることが披露された。

その後、院内、敷地等を見て回った後、これまでの病院建築の経験からあくまで一般論としてだがという前置きで提示のあったのが、「300 床規模の一般病院であれば 42 億円ぐらいが 1 つの総工費の目安になる」という話があったという。

「この話には、“ただし平地であれば”ということわりはついていたが、飛びついた」と水野院長は当時の経営陣の心情を代弁して述べる。

こうしてセンターとの二人三脚での新病院施設整備計画がスタート。以後、半年にわたって施設整備の「基本計画」づくりが、議論を交わしながら進められた。

■「病院のことをよくわかっている」提案に信頼

「センターからのアドバイスで心に強く響いたのが、建設コストを膨らませたくないのであれば、基本計画をきちんと練り上げることが重要だという指摘だった。その計画作りに専門知識をもってアドバイスしながらサポートするのがセンターの役割だということだったが、正直なところその意味が最初はよくわからなかった。要は施主である我々病院側が、何にいくらかかるのかが把握できるようになれば、予算に見合ったプランを納得して作り上げることができる。コストについての交渉が施工業者との間で行えるようになるということを教えてもらった。センターとのやり取りのなかで、当院の建設コストを押し上げている要因が具体的に見えてきたし、何がムダで、どこに集中的に資源を投入すればいいのか、限られた予算の中で何を最優先にすれば希望する施設を手に入れることができるのかということがよくわかるようになっていった。おかげで以前よりずっと真剣に、病院の新築事業について考えるようになった」と水野院長。「のせられた部分もあるけれど」と笑いながらも、「実際センターからの、特に建築技術担当者のそのつどのアドバイスは、病院のことをよくわかっていることを強く感じさせるもので心強かった」と話す。

例えば、先の A 社、B 社の提案も診療機能を継続しながらのスクラップ・アンド・ビルド方式での計画提案であったが、A 社の場合は、病院裏手の駐車スペースに仮説棟を建て、そこに管理部門の機能を移設。既存施設で管理部門が占有していた部分に診療・病棟機能を移設し、新病院が完成したらその仮説棟は取り壊し、元の駐車場として活用するという計画案だった。

一方、B 社の場合はまず道を挟んだ部分の新病棟を建設し、そこに外来診療機能を含めて診療機能の大半を移設。既存施設の補修工事が完了したら、外来部門だけを元の病棟に戻すという計画案だった。

それらについてセンターから「それがコスト増の一要因。病院には必ずデッドスペースがある。既存施設内のデッドスペースをやりくりすれば仮説棟などを建てなくても診療機能は継続できるはず」とのアドバイスがあり、実際、外来部門のやりくりと病室の配置替えで着工にこぎつけている。また B 社案については、5 億円相当の見積費用が提示されていた渡り廊下について次のようなア

ドバイスがあったという。「患者、スタッフの動線を考えると、急性期病院として効率的動線とは言えない」。

■元施工会社との決別

「談合という言葉は知ってはいたが、それが工費に大きく影響していることについては、センター側の話を聞くまではわからなかった」（水野院長）。しかし今なら、元施工会社がなぜ 100 億円というプランしか出せなかったのかよく理解できるという。

聖霊会は社会福祉法人であるから、病院事業であっても施工業者は入札で決定しなければならないが、万全を期するため A 社を指名から除外することにした。つまり、談合のリーダーとなるおそれがあったからである。

（２）工事概要

■当初計画の半分、工期 5 年、総工費見込 52 億円で着工へ

半年にわたって行われた基本計画づくりは、コストをできるだけ抑えつつも、質の高い医療サービスを提供できる施設を手に入れるため、議論が交わされ幾度となく修正作業が繰り返された。病院側が修正を要望したこととして、例えば次のようなことがある。

1. 病棟面積、廊下幅をできるだけ広く確保したい（水野院長によれば、従来の 7m スパンの環境をできるだけ維持したいという希望が強くあったという）
2. 個室の数をできるだけ多くしたい（都心部住民が多い背景から、プライバシーが確保された個室を望む患者・家族の希望が多い現状を踏まえて）
3. 処置室の中央化
4. 屋上庭園 等

これら要望を絶対条件として取り入れるため、同院では最終的に既存施設のうち、F 棟と M 棟は補修工事を施すことで継続して活用していくことになった。F 棟は、先述したように同院施設内では最も新しい建物で、周産期病棟として使われてきた施設である。今後は管理棟として活用することにした。礼拝堂等があるシスターたちの活動圏域であった M 棟は、今後も同様の使い方をすることにした。限られた予算の中で、医療機能部分の予算コストを削減するのではなく、周辺部分のコストをぎりぎりまで削減することで、医療機能本体部分の拡充を確保するに至ったわけである。

それでも、さまざまなコストカットを行っても見込まれる総工費を自己資金だけで賄うことは難しいことが予想された。その部分はセンターのアドバイスを受け、総工費の 25%、10 数億円を独立行政法人福祉医療機構から借り入れた。

基本計画を徹底的に煮詰めていった理由には、予算コストの配分を見極めるだけでなく、もう 1 つ、工期の短縮化を図るという大きな目的のためでもあった。工期途中での仕様変更、それに伴うコスト増を避けるためにも、徹底的に計画案の段階で検討しておくことは、工期を長引かせない最大のポイントとなる。

こうして、同院の新病院整備事業計画は、工期 5 年、総工費 52 億円という、当初案の半分の予算と工期で着工に踏み切ることができたのである。

【スケジュール概要】

4 期 5 年

平成 16 年 10 月～3 月：最も古い B 棟解体

平成 17 年 2 月 22 日：新病院起工式

平成 18 年 5 月：1 号棟竣工予定

平成 19 年 5 月：2 号棟竣工予定

平成 20 年 7 月：3 号棟竣工予定

平成 21 年 5 月：4 号棟竣工予定、グランドオープン

【工事概要】

工事名称：聖霊病院施設整備計画

建築主：社会福祉法人聖霊会

基本構想・監修：特定非営利活動法人医療施設近代化センター

設計管理：株式会社日建設計

施 工：戸田建設株式会社

敷地面積：12,726 m²

建築面積：3,735 m²（1～4号棟、渡り廊下）、619 m²（既存F棟）

延床面積：19,830 m²（1～4号棟、渡り廊下）、2,814 m²（既存F棟）

病床数：300床（ICU4床、NICU・GCU26床）

構 造：鉄筋コンクリート造

階 数：地下1階、地上8階、塔屋1棟

最高部高さ：GL+30.6m

（施設整備の詳細スケジュール、新病院概要等については別添資料参照）

■病院の懐刀

基本計画を踏まえての実際の建築設計には、日建設計が携わった。同院の「カトリック病院らしい設計」という希望を実現するには、同じくカトリック病院設計の実績（聖路加国際病院）のある設計会社がいいのではというセンターのアドバイスを受け依頼に至ったものだった。

基本計画作りが完了した2003（平成15）年10月初旬から、日建設計スタッフと細部にわたる打ち合わせ協議・検討が始まった。その場には、センターの建築技術担当者も立ち会い、折に触れて調整作業へのアドバイスを行ってくれたという。こうしたセンターのサポートは、着工後の現在も随時行われている。また、後述するような資材調達へのアドバイスなどの面でも行われた。

そして病院側にはもう1人、ある面ではセンター以上に強い味方となるアドバイザーがいた。看護部長の夫であり、ゼネコン出身の森川氏である。相談役としてこの建て替え計画に参画した森川氏は、病院現場職員たちの要望等を図面に反映させるために、その声を集約する欠かせない役回りを担った。それ以

上に、建築に素人集団である病院にとって、100%味方の唯一の建築のプロであり、病院の立場に立って計画全体に目を光らせることのできる“要”となる存在でもあった。森川氏はセンターとの最初の打ち合わせから立ち会っている。

■設備、医療機器、家具備品等の調達も“センター方式”で

病院本体の目処は大方つき、次の課題は、病院を稼働させるための各種機器等の調達だった。当初、これらについて病院側が、コスト削減のため自力で調達する予定で取り組み始めた。各部署で必要な機器等をリストアップし、それぞれに情報収集をして病院の建築委員会、経営委員会に諮り導入の可否を決定していく。しかしこのプロセスを、診療業務と平行して行っていくには限界があり、まもなく破綻をきたしそうになった。何より、ここでも調達先メーカーの情報が乏しいこと、適正市場価格を熟知しているわけではないため思ったような価格交渉ができないことが大きなネックだった。結局この件についてもセンターのアドバイスを受けることになった。

センターでは「自分たちに調達能力はないが、“発注主の立場で調達業務を代行してくれる事業者”を紹介することはできる」として、(株)グリーンホスピタルサプライを紹介した。同社は平成4年設立(平成18年2月東証2部上場)。医療機器・設備の販売・リースなどを主に手掛けている会社だが、医療機器メーカーの販売代理権を取得することなく、医療機関等と同社が協働して各医療機器メーカーと直接交渉・直接調達するノウハウを持っている。

聖霊病院では、さっそくグリーンホスピタルサプライにアプローチ。資材調達のパートナーとしての協力を要請した。同社を介した調達業務は、まず担当者に、病院側が“希望する”調達資材の“規格”を提示。マッチする品物を扱うメーカーをグリーンホスピタルサプライがピックアップし、その後同院に各メーカー担当者を招集(競合メーカーを同日に)した。病院側各部門担当者が一堂に会した場でプレゼンおよび価格交渉などを行い、最終的に入札にて決定するという手順で進められていった。最終的な調達資材の予算は上限15億円を目処に現在も交渉が進められている。

5. 得られた結果と施主の満足度

■着々と進む新病院事業、新たな収益事業を構想する余裕も

水野院長は最後に、センターを知ったことで、窮地に追い込まれていた新病院建築計画が始動できたことに「何よりもいまは満足している」と口にする。そのうえで、「センターの存在を知ったおかげで、新しい事業計画を構想できるまでになった」と続けた。それは、病院真向かいにスペース——看護学校跡地——を確保するに至ったことを指す。一時は新病棟を建築することが決定していた土地だ。

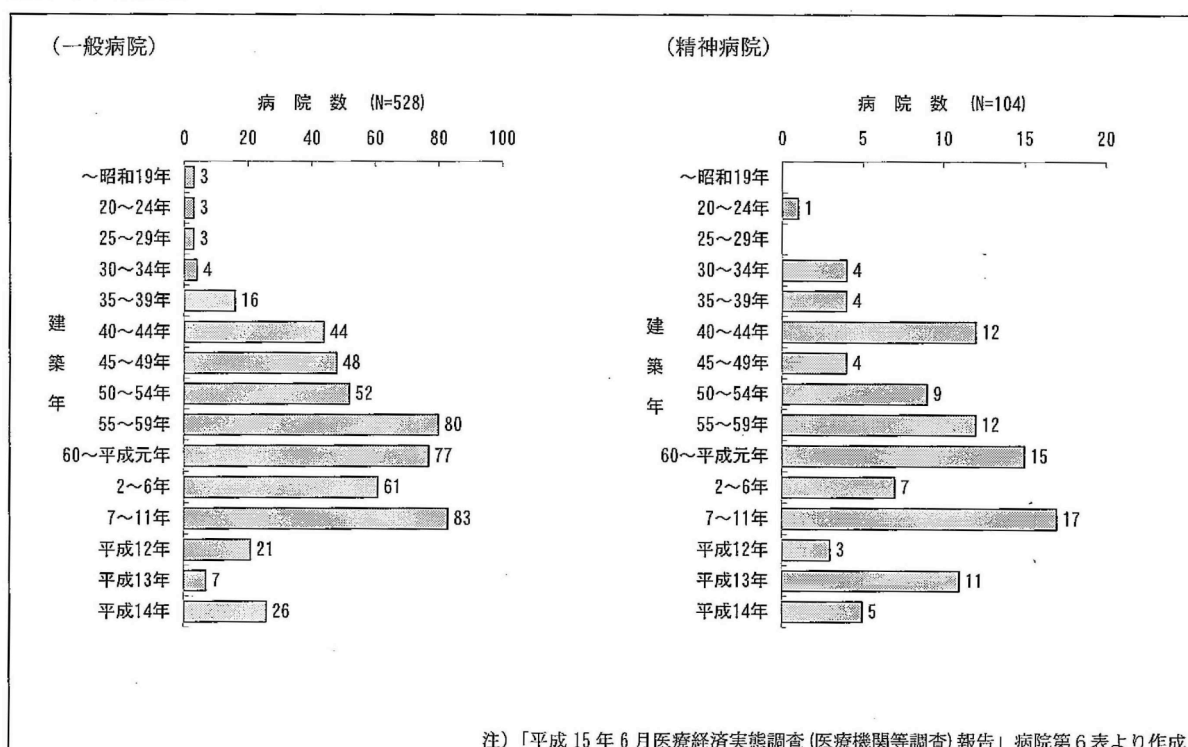
「社会福祉法人であるため、収益事業を行おうとすればいろいろと制限はあるだろうが」と前置きした上で、ケア付マンションや健康増進施設などの付帯収益事業の基点にできないかという構想が浮上し、具体的に基本計画の策定段階に入っているという。

資金計画に見合った、目指すべき医療機能を有した新病院だけでなく、新たな収益事業の計画も手中にすることができた。

「施主がリーダーシップを握ることが、施設整備計画を納得いく形で進めることができるかどうかのカギであることを今実感している。特に、センターと仕事を進める中で感じたことは、“基本計画”をきっちりと話し合って煮詰めることの大切さだった。当院の一番の課題は、総工費をいかに抑えるかだったので、センターから最初にアドバイスいただいたように、途中で設計を変更することがないように、また病院として必要な機能、療養環境および職場環境としての高いアメニティの確保は留意しつつも、コストが膨らまないように基本計画を練り直す作業を繰り返した。それは大変な労苦だったが、それがあったから着工にもこぎつけたと思う。コストの部分で、センターのアドバイスとサポートがあって、それを抑えるノウハウを知ることができたから、納得のいく形で施設整備計画を進めることができた。ただし、正直なところ、まだ工事半ばなので、実際に完成し使用してみなければ、計画当初に掲げた“患者によし、職員によし”の施設になるかどうかはわからないが」。最後に水野院長はこう締めくくった。

医療経済実態調査によれば、我が国の病院のうち建築から 30 年以上を経過しているものが約 4 分の 1、40 年以上を経過しているものも 1 割強（精神病院では 2 割）あると報告されている。

建築年別病院数



資料 1 施設整備計画スケジュール

資料2 スケジュールと配置図

資料 3 新聖霊病院の特色

資料 4 新病院のフロア構成と建物配置図

平面図（つづき）

資料 5 新病院のコンセプト

ケース 2

精神病院の例

医療法人回生会 秋田回生会病院



完成予想図（平成 18 年 7 月完成予定）

1. 施主のプロフィール

(1) 法人概要

昭和 6 年に開設された 402 床の精神病院

理事長 小泉トモ子

院長 菱川泰夫

事務長 加藤惇夫

■歴史と沿革

内科医だった創設者は精神疾患に苦しむ人々を助けたいとの思いから、公的な精神病院の設置を自治体に働きかけたが実現に至らず、自ら私財を投じ、秋田脳病院として昭和 6 年に開設。昭和 26 年に医療法人秋田脳病院へと組織を改め、昭和 55 年に秋田回生会病院に名称を変更した。

昭和 29 年までは県内唯一の精神病院であり、一部の患者は隣県からも来院するほどだった。こうした歴史から、何度かの増床・増築が行われ、さらに精神衛生法の制定および数次にわたる医療法の改正によって 4～5 年おきに建て替えや改修を行ってきた。設立時は 121 床だったが、現在は 402 床に至っている。

(2) 病院の理念や標榜科目、協力医療機関等

■理念

患者さんとの心のふれあいを第一義とする

地域との共存・共栄を図り社会の負託にこたえる

■標榜科目等

精神科、神経科

精神・神経科の外来、402 床の精神科一般病棟、デイケア、生活訓練施設（ショ

ートステイ有)等の運営も行っている。

■協力医療機関

秋田大学付属病院、秋田赤十字病院 中通総合病院の臨床研修協力病院になっている。

(3) 立地

所在地は秋田県秋田市牛島西 1-7-5。秋田市中心部から約 2 キロメートルの距離にあり、県内主要幹線道路のひとつである国道 13 号線から 200 メートルほど入った閑静な住宅街と猿田川に挟まれた場所にある。最寄り駅は羽越線羽後牛島駅(徒歩 3 分)。JR 秋田駅からは車で 15 分の距離。

(4) 既存施設概要

■既存施設配置図(別紙●参照)

敷地面積: 13,151.59 m²

建築面積: 5,658.56 m²

延床面積: 12,524.13 m²

約 13,000 m²の敷地に 2 つの男子病棟や予備棟、管理棟、3 階病棟など 9 つの建物が分散し、各棟を廊下などでつないだ構成である。また、敷地の中央部分には築年数の最も古い給食棟が配置されている。この建物群のなかで特に男子第 1 病棟と同第 2 病棟は建築から 30 年以上が経過しており、老朽化が著しかった。こうした建物自体の劣化に加え、既存の施設設備が、近年の精神医療の療養環境と合致しない懸念もあった(図 1 参照)。

●既存施設概要

棟	構 造	竣工年	概 要
男子第一病棟 A	RC2 階	1965(昭和 40) 年	精神一般病棟(30 床)、ナースセンタ ー、ホール等
男子第一病棟 B	RC2 階	1977(昭和 52) 年	精神一般病棟(57 床)
作業場	RC2 階	1965(昭和 40) 年	作業場、デイルーム
男子第二病棟	RC2 階	1973(昭和 48) 年	精神一般病棟(80 床)
予備棟	RC2 階	1969(昭和 44) 年	
生活療法館	RC 平屋	1973(昭和 48) 年	デイケアやレクリエーション用スペー ス
給食棟	鉄骨平屋	1954(昭和 29) 年	厨房、配膳施設
管理棟	RC3 階建	1980(昭和 55) 年	管理、外来部門、ホール等
3 階病棟	RC3 階建	2 階まで 1987(昭和 62) 年、3 階は 1998 (平成 5) 年に増築	精神一般病棟(1 階 80 床、2 階 80 床、3 階 75 床)
医員宿舎	木造平屋	1972(昭和 47) 年	

■既存施設の一部は「老朽化」「時代遅れ」

元施工は地元建設業者である。近年になって建築した管理棟や 3 階病棟は日本海建設株式会社が担当した。また、亡くなった元理事長の近親者には病院経営者が多く、彼ら（同法人の理事も務める）が経営する病院では清水建設株式会社が実績を持っていた。最近、隣接地にグループホームを建設しているが、これは同社の施工によるもの。

管理棟と 3 階病棟を除いたすべての既存施設が老朽化しており、精神科病棟というよりは、一昔前の一般病棟のような構造。こうした既存の古い病棟では今日の医学的、医療政策的に要求される診療機能が満たされない状況となっており、経営的側面からも不利になっていた。というのも、現在の診療報酬制度においては看護力や疾患のレベルに応じて病棟の機能分化が進んでおり、それ

を誘導するための点数配分が行われている。しかし、同院の古い施設群はその条件を満たしていない。いまだに6床室も多く、しかもすべてが「精神科一般病棟」という未分化の状態であった。

（５）施設整備計画のねらい

■建物の老朽化・狭あい化の解消

従来の古い病棟は、療養環境として現代の精神医療から遅れているものであった。今日の医療法や診療報酬上の施設基準に従って改築することで、求められている病棟機能や患者 1 人当たりの病床面積に対応できれば、療養環境が格段に向上し、集患力が増し、診療報酬上も有利となる。

■病棟の機能分化と経営安定化

従来の「精神科一般病棟」のみの病棟構成を、新築を契機に思い切った機能分化を図る。統合失調症やうつをかかえる高齢者など急性期に対応した病棟では、早期の薬物治療で早期退院をめざし、退院後はデイケア等で社会復帰に向けた支援を行う。また、老人性認知症に対応した治療病棟、長期療養に対応する精神療養病棟では療養環境の充実を図る。こうした病棟機能の再編成によって医業収益が増え、経営の安定化をめざす（9 ページ「病棟機能の分化を収支構造と併せて検討」参照）。

■アメニティと療養スペースの確保

近年の精神科病棟は明るく開放的な療養環境に変わっている。また、人権を尊重する法律の制定や行政による指導、そして人権意識の高まりとともに、治療および療養上の観点から病院全体が癒しの環境となることが求められている。さらには多目的に使えるデイケア施設や生活機能訓練室、および作業療法室と

して使える広いスペースを新たに設ける必要があった。

■社会的入院患者の退院・社会復帰めざす

平成 14 年 12 月に閣議決定された「新障害者基本計画及び重点施策実施 5 年計画（新障害者プラン）」を受けて、精神障害者の社会復帰・参加を促進する施策が進められている。同院もこの流れに沿って精神障害者の社会復帰を支援する生活訓練施設「援護寮」を開設しており、今後もこうしたニーズに応え、入院医療と社会復帰のバランスのとれた病院を目指す必要がある。

※精神障害者社会復帰施設にはこのほか、「福祉ホーム」「通所授産施設」がある。川渕らは、精神保健法施行後間もない平成 2～3 年にかけてこれら社会復帰施設の経営実態を調査したところ、調査対象 33 施設の内、補助金を繰り入れても 26 施設は赤字の状態であったが、状況は今日でもそれほど変わっていないのではないだろうか（別添 1 を参照）。

2. センターに相談するに至った経緯

■日精協での講演に興味

同院では数年前から、給食棟と 2 つの男子病棟の改築を内々に検討すると同時に、人口の高齢化や地域ニーズの変化に伴い、病棟の機能分化を図る方針であった。例えば、「精神科急性期治療病棟」や「老人性認知症疾患治療病棟」などを設置すれば、認知症や統合失調症が増えている地域の医療ニーズに応えられるとともに、経営の安定化も図ることができると考えられた。しかし、平成 11 年に前理事長が急逝したことも影響し、具体的なプランを練り上げるには至らなかった。また、いくつかのゼネコンが非公式に持ち込んできた改築案の見積には坪単価が 80 万円にも上るものがあった。

そんな折、平成 15 年 1 月 17 日、医療施設近代化センターの池田専務理事が日本精神科病院協会・秋田支部のセミナーで同センターのコンサルティング活動について講演を行った際、同院の理事数名が参加していた。理事の一人は、今の時代に適した精神科病棟が坪単価 60 万円以下で建てられると聞いて、「そんなうまい話が本当にあるのか？」との印象を持ったという。

この講演を聞いた同院の理事は、「施工業者に地元業者を入れられるのか」「福祉医療機構など公的機関からの融資が受けられるか」「センターは設計監理まで頼めるのか」等々についてあらためて詳しい説明を聞く機会を求めた。センターは同年 3 月 15 日、池田専務理事らを回生会に派遣、理事長ほか 5 名と面談したところ、病院側から以下のような方針について相談を受けた。

①医療施設近代化整備事業による補助金の活用、②建て替えは給食棟および古い 2 病棟の 180 床分で、補助金の条件に見合う 162 床への削減、③病棟種別については精神科急性期治療病棟 42 床、精神療養病棟 60 床、老人性認知症疾患治療病棟 60 床を予定していること、④精神科作業療法棟と厨房施設を改築すること——の 4 点である。

特に問題となったのが、後に触れる「診療活動を継続したまま（全病床を稼働させたまま）での改築が可能か？」ということであった。病院側としては事実上不可能と考えていた。池田氏らは病院側の意向を持ち帰り、理事で一級建

築士の資格を持つ山口技術本部長が基本プランを練ることになった。病院側としては「提案内容が希望にそったものであれば受け入れたい」（加藤事務長）と考えていた。

3. 解決すべき課題

（１）病床閉鎖をせずに新・改築を行う

建物が敷地いっぱい分散しているうえ、建て替えの必要のない病棟や管理棟もあるため、一部病棟の閉鎖をせずに新病棟を建設するのは不可能と思われた。実際、いくつかの建築業者が提案してきた改築案は、一部病棟を完全に解体・撤去してから、新しい病棟を新築するプランだった。

しかし、解体を予定する病棟（計 167 床）には長期入院患者も多く、その受け入れ先を探すのは困難な状況にあった。また、仮に病棟を閉鎖する場合、それによる収益減は極めて大きく、解体から竣工に至る期間の減収分はいわば「隠れた建築費」として、実質的に経営を圧迫することは目に見えていた。

（２）適切な機能分化

地域ニーズに適合し、かつ経営の安定化を図る病棟の機能分化については、その構成比率と病床数の算定に迷いがあった。当初の予定としては、「精神科急性期治療病棟 42 床、精神療養病棟 60 床、老人性認知症治療病棟 60 床」を考えていたが、いずれにせよ医師や看護師など職員の増強を図らなければならない。機能分化はこうした人材の確保と並行して行い、中・長期の収支計画とも併せて検討する必要があった。

4. センターが提示した解決策

(1) 3期工事に分け病棟の稼働を維持

病院側の要望を持ち帰って整備計画を練ったセンターでは、次のような整備計画案を提示した。

まず実質稼働していない予備棟および作業棟を解体し、さらに建て直す給食棟の位置を変えることによってスペースを確保する。これで既存の病棟を閉鎖せずに新病棟を建築できると判断した。

それに基づいて工事を3期に分けることにした（図2参照）。

第1期 給食棟の移転・新築

第2期 予備棟、作業棟および男子病棟の一部解体と新病棟の新築

第3期 男子第一病棟、男子第二病棟の解体および既存3階病棟の改築

なお、既存の3階病棟は新しい病棟基準をクリアするために一部廊下幅の拡張や鉄格子の撤去、給食搬送用エレベータの設置工事を行うこととした。

(2) 病棟機能の分化を収支構造と併せて検討

病院側が考えていた精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、老人性認知症治療病棟へと機能分化させるにあたり、センターは病院側と数度の協議を重ね、収支構造を含めた病床数の配分計画を検討した。

日本精神科病院協会（以下、日精協）の調査によると、既存の精神一般病棟（出来高払い）に比べ、精神科療養病棟、精神科急性期治療病棟、精神科認知症疾患治療病棟など専門性の高い病棟（包括払い）のほうが収益性も経常利益率も高い。逆に、人件費率に関しては一般病棟のほうが高くなっている。こうしたことを勘案し、一般病棟をすべて専門病棟へと転換することで合意。新築する病棟に関しては、専門病棟の施設基準を満たすよう1病室につき4床以下とし、病床面積は1床当たり6.4㎡以上とした。

医業収益 = 専門病棟 > ケアミックス型病棟 > 一般病棟
 経常利益率 = 専門病棟 > ケアミックス型病棟 > 一般病棟
 人件費率 = 一般病棟 > ケアミックス型病棟 > 専門病棟

●収支構造の基礎資料（日精協の平成 15 年医療経済実態調査から作成）

・ 医業収益（100 床当たり 平成 14 年）

専門病棟（包括払い）	58,805 万円
ケアミックス型病棟	53,426 万円
一般病棟（出来高払い）	44,956 万円

・ 入院収益（100 床当たり 平成 14 年）

専門病棟（包括払い）	48,728 万円
ケアミックス型病棟	46,129 万円
一般病棟（出来高払い）	39,381 万円

・ 外来収益（100 床当たり 平成 14 年）

専門病棟（包括払い）	86,45 万円
ケアミックス型病棟	59,47 万円
一般病棟（出来高払い）	44,65 万円

・ 医業費用（100 床当たり 平成 14 年）

専門病棟（包括払い）	54,055 万円	対医業収益比は 91.9%
ケアミックス型病棟	50,413 万円	対医業収益比は 94.4%
一般病棟（出来高払い）	43,019 万円	対医業収益比は 95.9%

・ 医業利益（100 床当たり 平成 14 年）

専門病棟（包括払い）	4,750 万円	対医業収益比は 8.1%
ケアミックス型病棟	3,012 万円	対医業収益比は 5.6%
一般病棟（出来高払い）	1,846 万円	対医業収益比は 4.1%

・経常利益（100 床当たり 平成 14 年）

専門病棟（包括払い）	4,779 万円	対医業収益比は 8.1%
ケアミックス型病棟	3,349 万円	対医業収益比は 6.3%
一般病棟（出来高払い）	2,558 万円	対医業収益比は 5.7%

・人件費率（平成 14 年）

専門病棟（包括払い）	54.9%
ケアミックス型病棟	59.9%
一般病棟（出来高払い）	62.8%

■試算では現状より年間約 4 億 5000 万円の増益見込み

センターでは高田利正・業務担当理事を中心に病棟の機能分化に伴う患者数や医業収益について試算を行った（図 3 参照）。その時点では、「精神科認知症疾患治療病棟」を竣工から数年を経て設置する予定だったので含まれておらず、「精神科急性期治療病棟」の病床数も 36 でカウントされている。なお、病床数全体もこの時点では、医療施設近代化施設整備事業による補助を予定していたため 6 床減を見込み、396 床で試算されている。

図 3 に示したセンターの試算では、新病棟が完全に稼働する平成 19 年度の医業収益は 19 億 2634 万円になると見込んでいる。

一方、平成 15 年度の実績は

- ・年間延べ入院患者数＝13 万 6048 人（病床利用率 92.4%）
- ・入院による医業収益＝13 億 1330 万円
- ・差し引き増益＝6 億 1304 万円

また、機能分化に際して、各病棟の施設基準により、常勤医 2 人、看護補助 40 人、OT 6 人など、職員の補充を行う予定だが、この人件費は 1 億 6000 万円程度に収まる見込みで、増益分は年間で約 4 億 5000 万円と試算された。

■導き出した病棟の機能分化

「近年、長期入院を是正する行政の指導、あるいは患者や家族の意識変化によ

って、当院でも徐々に病床稼働率が下がってきている。精神一般病床のまま運営をしていくと、さらに減収となるのは明らかだった」と加藤事務長は話す。そうした経営環境を鑑み、上記の試算結果から、次のような病棟構成を導き出した。

現在（出来高）

精神一般病棟（87 床＋80 床＋80 床＋75 床＋80 床＝5 病棟計 402 床）

改築・改修後（包括）

精神科療養病棟Ⅰ（60 床×5 病棟＝300 床）

精神科急性期治療病棟Ⅱ（45 床）

精神科認知症疾患治療病棟（57 床） 計 402 床

5. 得られた結果と施主の満足度

（１）休床回避と工事費用圧縮のメリット

加藤事務長によると、「休床しないで新改築を行う」というセンターの基本構想を提示された際には「これしかない！」という印象を持ったという。もちろん、理事長や院長を始めとする理事たちも同意見だった。

「病院としてまず避けなければならないと考えたのは、入院中の患者、とくに長期療養を余儀なくされている患者への影響だった。解体して新築すれば、工事期間中の大幅な減収を覚悟するだけでなく、その患者の受け入れ先を探さなければならないが、実質的に行き場のない人もいる。だから、センターの基本構想を見て安心した。しかも、坪単価で 58 万円程度（結果的には約 52 万円）という予定金額も提示され、資金的にも安心できた。私たちは建築に関しては素人なので、金額の妥当性や、それによって出来上がる施設のレベルを想像できないが、病院建築のプロが言うのだから信頼できると考えた」（加藤事務長）

また、資金調達に関するアドバイスも非常に役立ったという。当初、病院が想定していた医療施設近代化整備事業の補助金を利用した場合は、病床過剰地域であるため、建て替え分の 10%病床を削減しなければならない。しかしセンター案による予算が想定よりも低かったこと、さらには福祉医療機構からの融資をメインに利用できそうなのことがわかったため、補助金に頼らなくても（病床削減をしなくても）新築が可能になった。

「療養型の病棟にするので、看護師を始めとしたスタッフの補充も必要になるが、建築資金のほとんどを融資で賄うことになったので、手元に残った自己資金を人材確保にあてられます。さらには、最新の施設基準に合致した病棟になると、人材確保もしやすくなる」（加藤事務長）

（２）事業計画書が資金調達を有利に

図４に示したようにセンターでは同院の新改築費用を計 16 億 1700 万円と見積もった。なかでも新築部分の工事費は坪単価で約 52 万円という低価格である。精神病院という病棟主体の建物だけに安く納まっている。居住（＝療養）空間という機能面を考えると、マンションやホテルと同じコストで建てられるはずで、トイレや浴室、厨房など水回り設備を各居室に設置する必要がないことから、全体としてそれらの施設よりも低コストで建築できる。

「外観を立派に見せるなら、外壁をタイル貼り等の仕上げにしてもいいのだが、コストアップにつながるので、目立つ場所以外のタイル貼りは必要ないと考えた」（加藤事務長）

資金調達に関しては、16 億 1700 万円の総費用のうち福祉医療機構からの融資で 11 億円（元金返済 168 カ月）、また市中銀行の融資で 5 億円（元金返済 180 カ月）を賄った。償還期間はどちらも 15 年程度（1 年目は据置）で、収支計画から無理なく返済できるよう設定されている。また、「鉄筋コンクリート建造物の経年耐久性はかなり高いが、医療制度や社会環境の変化を考えると、病院施設の耐用年数は 25 年程度と考えられる」と、1 級建築士の資格を持ちセンターの技術本部長を務める山口輝夫理事が指摘するように、仮に 25 年後に再度新築の必要が生じたとしても、償還後 10 年程度という次の新築に向けた内部留保の期間がある。医療の安定的な継続という観点から、これは重要なポイントである。

なお、融資を受ける際に、センターが原案を作成した「事業計画書」は非常に役立ったという。医療を取り巻く環境や同院の置かれた立場を明瞭に分析・記述してあるため、「審査を行う側もやりやすかったのでは」と、加藤事務長は評価している。

（３）共同で練った機能分化の中身

「病院の将来についてセンターの方々と、とことん話し合ったことにより、目指すべき将来像が明確になった」と加藤事務長が言うように、センターは建築計画に限定しない総合的なコンサルティングを行った。専門病棟の振り分け（病床配分）や収支計画は何度も練り直された。センタースタッフの訪問回数は、契約以前の段階で７回に及んでいる。建築計画のベースとなる病院の将来像を、医療および医療行政に通じた第三者と徹底的に話し合えたメリットは大きいと思われる。

同院では新・改築を決断するに当たって、その基本方針を明確にし、病院が目指すべき方向性を再構築した。

■基本方針

- 黒字基調の経営基盤の堅持
- 競争力強化のための施設整備
- 激変期の経営を担える人材の育成
- 医療行政の要請に沿った病棟の機能分化
- 多様化する医療ニーズに応える業務形態の整備

■病院の目指す方向

- 患者から選ばれる病院
「癒される環境」の中で、親切、優秀なスタッフによる医療サービスを展開し、地域に密着した病院機能とサービスを提供する。
- 経営の安定性が常に確保できる病院
地域の医療ニーズに対応し集患力を高め、収益性も考慮した病棟の構成とする。またこれを実現する目標管理、計数管理も実施する。
- 機能的な医療供給体制が確立された病院へ
社会復帰部門を充実させ地域社会と連携する。また、疾病構造に対応した病棟構成とし、チーム医療の推進を図る。
- スタッフの目的意識の向上

「患者さんのための医療」という心を持ち、誇りと生きがい、やりがいを持った、考える職員集団によるサービスを提供する。

○可変性を持った病院

時代のニーズに応えるため、また経営の安定を図るために、可変性をもった施設とする。

■予算の枠内で請け負う業者を選定

業者選定に関しては、入札を実施すると談合の可能性を排除できないため、数社と個別に交渉を行うこととした。設計、建築、設備等の各業者については国内上位 10 社の中から病院建築を得意とし、かつ精神病院において実績のある 4～5 社に絞り込んだ。センターが構想した基本プラン（機能と予算）を満たせるかについて各社と個別に折衝を行った。その際、近代化センターは病院の代理人として折衝にあたり、当然のことだが、各社との交渉経過は施主側に逐一開示された。その結果、まず設計事務所が決定、続いて本体施工業者、設備業者が決まった。このように、ゼネコン 1 社に一括して発注するのではなく、工事の段階・工程ごとに個別に折衝・発注を行う方式はプロジェクト・マネジメントと呼ばれている（別添 2 参照）。

また、第 1 期工事の給食棟の厨房設備に関しても、病院側が必要な設備をリストアップ、センターとともに内容を吟味し、不要なものを削除するなどした。業者選定は実績のある 3 社に共通の仕様と基本配置図を示し、見積り合わせの結果、株式会社フジマックが選ばれた。

「病院は地域と密着した施設なので、平時でも地縁や人脈などを通して多くの建築関係者が営業や働きかけを行ってくる。公平性を保ちながら彼らとつき合うには、それなりの時間と労力を要するが、センターにコンサルティングを頼んでいたのも、そうした煩雑な手続きを踏まずに済んだ」

加藤事務長によると、病院経営者が交渉の矢面に立たなくて済んだのもセンターを利用したメリットだったという。

現在、工事が進行中の新病棟の建物は、1 階に「精神科認知症疾患治療病棟」、2 階に「精神科急性期治療病棟」、3～4 階に「精神科療養病棟」を配置。各病棟

ともに 1 室 4 床以下に設定し、廊下幅や居住スペースに大きなゆとりをもたせてある。また、各階ごとに広い食堂と兼用できる生活機能回復訓練室、あるいは作業療法室などを備え、病棟とそれら多目的スペースを見渡せる位置にナースステーションを置いた。また、トイレや浴室など水回りを 2 つの廊下で囲まれた中央部に配置し、使い勝手と施工の効率を追求している。既存の施設になかったスタッフラウンジや会議室、職員食堂も計画し、スタッフが働きやすい環境となっている。

■設計担当：株式会社佐藤総合計画

■施工会社：戸田建設株式会社秋田営業所

■総工費：約 16 億 1000 万円（うち新築部分は約 13 億円、坪単価 52 万円）

■着工：平成 16 年 11 月 9 日

■竣工

第 1 期工事（給食棟）竣工：平成 17 年 6 月

第 2 期工事（4 階建新病等）竣工予定：平成 18 年 7 月

第 3 期工事（既存 3 階病棟改修）竣工予定：平成 18 年 9 月末

資料 1 旧施設配置図

資料２ 近代化センターの提案で確定した配置計画

資料3 収入・支出積算内訳（近代化センター提出）

資料 4 収支計画、資金計画（近代化センター提出）

資料 5 秋田回生会病院 病棟等整備計画一覧表

精神障害者の社会復帰施設の現状

I. はじめに

わが国の精神保健対策は、多くの議論や批判がある中で、関係者のたゆまない努力の成果として少しずつ前進していった。

戦後 40 年余の年月の中で少なくとも、その基本理念の進歩と、それに基づく法制度は改善されて来ている。

特に、昭和 62 年の精神衛生法から精神保健法への改正は、国際的な影響を受けながらという面があったにしても、患者の人権擁護の体制は著しく整備された。

もう一つの柱である社会復帰体制の整備についてはどうであろうか。

わが国の精神障害者医療の流れは、戦前の長い発展の経過は別としても、戦後 40 年余の時間の経過の中で大きく進歩して来ている。

精神障害者の医学・医療技術が格段に進歩したということもあって、従来の入院医療から、外来医療への大きなうねりは、誰もが認めているところである。

医療統計からみても、措置入院比率は年々減少しているし、外来医療は一方で年々増加しているし、デイケア・ナイトケアなどの社会復帰のシステムづくりにも大きなエネルギーが注がれている。

それにしても、今日なお、精神科ベッドが増加をしている点については、どんな説明がなされるのであろうか。しかし、本論は社会復帰施設の整備促進が主題であるので、この点については他の機会に譲ることとしたい。

II. 社会復帰事業のパイオニア 英国（略）

III. 社会復帰施設調査から

昭和 62 年に精神衛生法の改正が行われ、法の名称も精神保健法と改められた。他方、この精神保健法のもと、精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設が新たに法制化された。現在、その整備が進められているところであるが、精神障害者の社会

復帰促進という本来の目的には、効果的・効率的な運営が不可欠である。

そこで、社会復帰施設（精神障害者援護寮、精神障害者福祉ホーム、精神障害者通所授産施設）が実際どのように運営されているかを知るためにアンケート調査を実施した。この調査は厚生省が実施する精神保険医療研究のうち「精神疾患の医療経済研究」の分担研究として実施されたものである。特に、この調査は社会復帰施設の運営コスト等の分析を行い、その適切な運営のあり方を探る上での資料とするために実施されたものである。

1. 調査の概要

1) 調査対象

対象となった施設は精神保健法に基づく精神障害者社会復帰施設として平成元年 9 月現在、施設運営を始めている施設である。但し、その中で精神障害者援護寮については一般型とよばれている施設のみをその対象とした。その結果、対象施設数は 33 施設となった。33 施設の内訳は、援護寮（一般型）6 施設、福祉ホーム 18 施設、通所授産施設 9 施設である。また、経営主体別の内訳は表 1 に示されている通りである。

表 1 調査対象

	医療法人	社会福祉法人	その他	計
援 護 寮	4	2	0	6
福 祉 ホ ー ム	15	1	2	18
通 所 授 産 施 設	1	5	3	9
計	20	8	5	33

2. 調査結果の概要

1) 調査客体の基本的な属性

調査表の回収率は 93.9%（31 施設）であった。調査結果を主に経済的な観点からみると表 2 のようになる。

表 2 調査客体の基本的な属性

援護寮

	平 均 値	中 位 値
①定 員 数 (人)	20.000	20.000
②利 用 者 数 (人)	16.80	19.00
③延 床 面 積 (m ²)	452.5	413.0
④職 員 数 (人)	4.800	5.000
⑤月 間 運 営 費 (円)	1,582,052	1,593,104
⑥月 間 実 費 請 求 額 (円)	712,818	905,300
⑦月 間 利 用 料 請 求 額 (円)	109,500	20,000
⑧公 的 補 助 金 (円)	1,180,505	1,180,050

福祉ホーム

	平 均 値	中 位 値
①定 員 数 (人)	9.824	10.000
②利 用 者 数 (人)	6.176	6.000
③延 床 面 積 (m ²)	280.4	296.3
④職 員 数 (人)	2.333	2.000
⑤月 間 運 営 費 (円)	455,479	389,700
⑥月 間 実 費 請 求 額 (円)	85,432	39,000
⑦月 間 利 用 料 請 求 額 (円)	59,271	40,600
⑧公 的 補 助 金 (円)	96,422	73,470

通所授産施設

	平 均 値	中 位 値
①定 員 数 (人)	20.778	20.000
②利 用 者 数 (人)	17.00	20.00
③延 床 面 積 (m ²)	349.9	338.5
④職 員 数 (人)	4.500	4.000
⑤月 間 運 営 費 (円)	1,563,656	1,450,000

⑥月 間 実 費 請 求 額 (円)	8,333	0
⑦月 間 利 用 料 請 求 額 (円)	11,889	0
⑧公 的 補 助 金 (円)	930,532	875,000

2) 社会復帰施設の損益状況

さらに、社会復帰施設の損益状況を明確にするために平成元年 11 月における期間損益も調査してみた。期間損益はある期間における正常な収益性をみる上で有用な資料となる。本来なら、一会計年度の期間損益を調査すべきであったが、開設してから一年を経過していない施設が多かったので 1 カ月の期間損益を調査した。表 3 はその関係を示したものである。平成元年 11 月の収入計、同月費用計、同月事業利益、同月経常利益から成る。ここで、収入計とは利用料収入とその他の収入の合計をいう。これに対して、費用計とは給与費、材料費、経費等の合計をいう。事業利益とはこの収入計から費用計を控除したものである。他方、経常利益はこの事業収益に上記以外の収入および費用を加算・減算したものである（補助金を含む）。

この表から社会復帰施設の平均期間損益は事業利益および経常利益とも赤字であることがわかる。その金額（経常損失）は援護寮で 58.3 万円（中位値は 69.2 万円）、福祉ホームで 21.5 万円（中位値は 11.6 万円）、通所授産施設で 34.1 万円（中位値は 9.6 万円）であることがわかる。

表 3 社会復帰施設の期間損益（平成元年 11 月）

援護寮

	平 均 値	中 位 値
①収 入 計 (人)	769,436	804,310
②費 用 計 (人)	1,922,069	1,973,614
③事 業 利 益 (円)	－952,634	－791,271
④経 常 利 益 (円)	－582,988	－692,353

福祉ホーム

	平 均 値	中 位 値
--	-------	-------

①収 入 計 (人)	162,640	106,205
②費 用 計 (人)	519,450	524,287
③事 業 利 益 (円)	-356,809	-319,072
④経 常 利 益 (円)	-215,008	-116,454

通所授産施設

	平 均 値	中 位 値
①収 入 計 (人)	121,079	109,520
②費 用 計 (人)	1,251,101	905,304
③事 業 利 益 (円)	-1,130,022	-795,784
④経 常 利 益 (円)	-340,908	-96,081

この点を施設別でみると平成元年 11 月の収入計が同月費用計を下回っていた施設が 31 施設中 25 施設あった（表 4 参照）。また、これに補助金等を組み入れても 31 施設中 18 施設がまだ損失を計上していた（表 5 参照）。但し、この中には補助金の記入のなかった 6 施設が含まれているので補助金の記入があれば赤字計上の施設数はもう少し減ることが予想されよう。さらに、この結果はあくまでも平成元年 11 月に限定したものであり。これだけで補助金の是非を議論するのは性急すぎると考える。

2) 実績と予算の比較

以上、平成元年度 11 月の社会復帰施設の期間損益が経済的にはあまり好ましい状況にはないことを述べたが、その理由のひとつとして社会復帰施設が制度化されてまだ日が新しいため期間損益が安定していないことが考えられる。そこで当初に作成した予算と比較して実績はどうであったかを調べてみるために予算と実績の差異分析を行った。

その結果は表 6・表 7 に示される通りである。

表 4 収入計と費用計の比較（事業利益）

	収入＜費用	収入＞費用	不 明	計
援 護 寮	5	0	0	5

福 祉 ホ ー ム	14	0	3	17
通 所 授 産 施 設	6	0	3	9
計	25	0	6	31

表 5 収入計と費用計の比較（経常利益）

	収入＜費用	収入＞費用	不 明	計
援 護 寮	4(2)	1	0	5
福 祉 ホ ー ム	10(2)	4	3	17
通 所 授 産 施 設	4(2)	2	3	9
計	18(6)	7	6	31

注：（ ）は補助金の記入のない施設

表 6 予算と実績の差異（事業利益）

	不利差異	有利差異	不 明	計
援 護 寮	1	4	0	5
福 祉 ホ ー ム	9	3	5	17
通 所 授 産 施 設	3	1	5	9
計	13	8	10	31

表 7 予算と実績の差異（経常利益）

	不利差異	有利差異	不 明	計
援 護 寮	2	3	0	5
福 祉 ホ ー ム	7	3	7	17
通 所 授 産 施 設	3	0	6	9
計	12	6	13	31

予算と実績の差異分析では、事業利益の段階で不利差異を計上している施設、つまり、実績が予算を下回っている施設が 31 施設中 13 施設あり、経常利益の段階で不利差異を計上している施設が 31 施設中 12 施設であることが判明した。逆に、有利差異を計上している施設、つまり、実績が予算を上回っている施設は事業利益（平成元年 11 月の収入計から同

月費用計を控除した金額）の段階で 8 施設、経常利益（事業利益に補助金等を加えた利益）の段階で 6 施設あった。

今回、調査対象とした施設は平成元年 4 月に開設した施設が多かったので損失を計上していることはある程度予想されたが、予算より実績が下回っている施設の方が多いことは今後の検討に値すると考える。

IV. おわりに

社会復帰施設を如何に発展させるかは、これからの精神保健の成功のための鍵である。このために、社会復帰施設の健全な財政運営の裏付けがなされなければならない。

今回の調査は、その運営実態を明らかにしようとしたものであるが、現段階では社会復帰施設の運営が開始されてから日が浅いものが多く、また、調査の内容も 11 月 1 カ月の実態に限定されているところから、その運営実態を判断する上で必ずしも十分ではない。

今後、更に運営実績が積み上げられる過程の中で、調査を深めるとともに、各施設がアイデアを出して運営の安定化のために努力している実態について、総合的な分析を行って社会復帰施設の長期的な発展普及のための資料とすることが是非とも必要であると考えている。

北川定謙：国立医療・病院管理研究所 所長

川渕孝一：同 医療経済研究部

（日精協誌 第 9 巻・第 9 号 1990 年 9 月）

精神科病院に求められるブレイク・スルー —建て替えの業者選定に個別発注方式を導入すべき

精神科医療の「これまで」と「これから」

明治以降の精神科医療の歴史は、精神病患者にとって差別や偏見との闘いという側面があった。

精神科医療の歴史（表 1・略）をひも解くと、一般医療や老人医療と比べて、精神科医療は最近になってようやくスポットがあたってきたことがわかる。とくに平成 5（1993）年に障害基本法で精神障害者が「一人の障害者」として位置づけられたことは意義が大きい。これによって精神障害者の社会復帰を促進する支援制度の拡充につながったといつてよい。

（社）日本精神科病院協会が行った「日本精神科病院協会総合調査報告（平成 10 年）」によれば、精神科病床の開放率（開放病棟の病床数と部分開放病棟の病床数の総和を全精神科病床数で除した割合）は 48.6%と 5 割に近づいている。なかでも京都が 81.8%と最も高く、次いで福井（67.7%）、沖縄（66.9%）、長野（66.6%）の順になっている。また、わが国の精神科病床の平均在院日数も 506.3 日（日精協総合調査）500 日を超えている。

図 1 は入院期間別在院患者の構成割合をみたものだが、平成 6 年から平成 10 年にかけてほとんど変化がないことがわかる。驚くべきことに 5 年以上の長期入院患者は 47.1%と約半数を占めている。しかし、これはあくまでも在院中の患者についてみたもので、退院患者の在院期間を調べたところ、1 カ月までが 25.3%と約 4 分の 1 を占める一方で、3 年以上も 9.4%と約 1 割を占めている（表 2・略）。実際、日精協の医療経済委員会が行った調査でも、「平均在院日数が 1,000 日を超える 11 病院を分析すると、病院内での病棟分化がされておらず、D.C., D.N.C.等、中間施設等を設置していない病院であることが判明した」という。

つまり、一言で精神科病院といっても、入院初期治療の取組みと、病棟の機能分化、さらには社会復帰施設の有無によって在院日数がずいぶん異なるのである。

そこで今後は、従来の精神科医療・保健に加えて、精神障害者に対する福祉施設の拡充が求められる。

精神科病院に求められるプロジェクト・マネジメントの導入

しかし、理論的にはわかっているにもかかわらず、構造変革できない病院が多い。その障害物の一つに、

病院の建て替えがある。建物の老朽化が著しいのに思うように建て替えができないという精神科病院が多いということである。表 3（略）は開設年別に病院の割合をみたものだが、昭和 41～50 年度に建設された病棟が全体の約 44%に達している。

これは①精神科医療に対する将来ビジョンが見えない、②精神科病院の診療報酬が必ずしも良好とは言えないことなどが関係している。建て替えしたために一挙に経常収支が悪化した病院も多い。広島県にある瀬野川病院もその一つである。同病院の津久江院長によれば、「当院は昭和 63 年 4 月に法人化し、平成 2 年 6 月に本館改築を含め、病院全体を総工費 26 億でリニューアルを行った。これに先立ち、長期入院患者の退院を図ったが、なかなか受け入れ先がないので自然発生的に平成元年 7 月にケアつき共同住居（60 人）を病院近接地に発足させ、改築後は増床はわずか 29 床におさえ、315 床とした。そのことにより、それまで毎年収益を上げていた病院経営は増床 29 床とおさえたためもあって一挙に赤字転落の憂き目に合った。開業（昭和 41 年）以来の初めての経験となった」これでは、努力したものが報われない。

そこで提案したいのが、プロジェクト・マネジメント（Project management）という考え方の導入である。プロジェクト・マネジメントとは、これまでゼネコンに一括して請け負わせていた病院の建て替え工事を項目別に発注することをいう。つまり、「一括元請け方式」を「個別発注方式」へと転換するものである。

そもそも、病院の新築・建て替えには、地下工事、空調衛生工事、仮設工事、エレベータ、躯体工事、防災工事、外装工事、厨房工事、内装工事、外構工事、電気工事、医療関連設備といった工事を伴う。

問題は一括元請け方式によるとその算出根拠が不透明になるということである。

例えば、全体で 20 億円の費用がかかる工事があったとしよう。従来の一括元請け方式によると、この中で防災工事費はおおよそ 1 億円程度に見積もられる。しかし、その実態は、図 2（略）に示したように、①ゼネコンが 1 億円で請けて、②サブコンに 7,500 万円で下請けに出す。そして最終的に③防災メーカーから、④防災専門工事会社が 4,200 万円で請け負って現場を監理するのだが、実際に配管工事をするのはその下の⑤配管会社で、工賃 2,500 万円に機器と部材が加わる。つまり、発注者が消防設備工事の資格を持った専門工事会社と直接契約を結べば、4200 万で済むことになる。これが個別発注方式の基本的仕組みである。発注方式の基本的仕組みを変えるだけで、発注者の建設投資は大きく節減されるのである。

理論的には単純明快だが、具体的実践となると管理項目だけでも多岐にわたり、その作業量は膨大になる。そこで、プロジェクト・マネジメント会社（P/M）が登場するというわけである。ここでは発注者は、図 3（略）に示したようにゼネコンを信頼して一括して任せるのではなく、P/M を、施主が推進する建築プロジェクトの、①当初は建設準備室として、その後は②建設推進本部として機能させることになる。

一括元請け方式においては、各専門工事業者からの見積り額、つまり原価部分および利益額を発注者に正確に報告することはあり得ない。しかし個別発注方式では、P/M は発注者側の内部の建設本部として働くので、各工事区分の原価だけでなく、経費や利益額についても、さらには交渉の過程もすべて発注者に報告する義務を負う。

ポイントは、いかに工事や設備のグレードを落とさずに建設コストを下げるかにある。これまでは、施主側（病院側）が建設コストを下げようとするゼネコンは、①下請けをいじめるか、②工事や設備のグレードを下げたとされる。しかし、これをプロの P/M に委ねると、施主に代わって、工事の質を下げずに、建設コストを 30～40%安くできるという。この仕組みでは、ゼネコンは単なる専門建築工事会社として機能することになる。

表 4（略）は、日本建築学会の P/M 特別研究委員会・事例セミナーで、山中省吾氏が発表したものだが、一括元請け方式では、5,286 万円もかかる工事が、実際に、個別発注方式を使うとその約 3 割引の 3,854 万円で済むという。

医療界も「世界標準（グローバル・スタンダード）」に直面しているが、わが国の建設業界もまさにデファクト・スタンダードが求められていると言える。

かりに、建設単価が 3 割も安くなると、国の医療費適正化政策の中でも、わが国の精神科病院の建て替えが加速度的に進むと考えるが、いかがだろう。

（日精協誌 第 19 巻・第 5 号 2000 年 5 月）

ケース 3

特別養護老人ホームの例

社会福祉法人晴山会 土浦晴山苑



平成 17 年 8 月に開設された土浦晴山苑（常陽新聞より）

1. 施主のプロフィール

社会福祉法人晴山会は、千葉県内で病院を経営する医療法人晴山会平山病院（千葉市花見川区）の理事長・院長を務める平山登志夫氏が、来るべき高齢化時代に備えて高齢者福祉事業の必要性を痛感し、昭和 51 年 6 月に設立した。平山病院に近接する特別養護老人ホーム晴山苑（当時定員 60 名）の開設を皮切りとしたその後の事業展開は表 1 のとおり。

医療法人晴山会は、昭和 42 年に入居が開始された千葉市の花見川団地に、住宅公団の誘致を受け、翌 43 年に平山氏が平山外科診療所を開設したのが始まりだった。この団地は、最寄り駅から遠く、交通の便が極めて悪かったため、「陸の孤島」と呼ばれ、入居者は伸び悩んでいた。

平山氏は当時、聖路加国際病院から銀座菊地病院外科部長に移籍、多忙を極めていたが、住宅公団側から、①病院建設用地の確保、②病院完成まで公団内の一室を提供、③病院前通路の駐車場としての使用、などを条件に開業を強く求められ、開業を決意した。

昭和 46 年 11 月には病床数 23 の平山病院とし、同 49 年 9 月、個人病院から医療法人晴山会に組織変更、同 53 年 3 月には 49 床に増床、55 年 5 月には 92 床、同 61 年 2 月に 100 床として、病院規模の拡張としては一応の区切りをつけ、今日に至るまで医療と福祉の境目のないサービスの提供を続けている。平山氏は救急医療に力を入れる一方、地域住民の高齢化にも目を凝らしていた。それは急速に高齢化する地方都市の将来を見つめていたからに他ならない。

医療業界では昭和 61 年 12 月に医療法が改正され（第二次医療法改正）、都道府県に医療計画の策定が義務付けられ病床規制が始まろうとしていた頃から、「駆け込み増床」と呼ばれる、いわば「医療バブル」が進行していた。

相次いで行われた病院新設や増床の動きとは一線を画し、平山氏は高齢者の医療と福祉の道を歩み始めた。それは、60 年 7 月に老人保健審議会が打ち出した老健制度見直しに関する中間意見、同 8 月の中間施設に関する懇談会中間報告を受けて、翌 61 年 12 月に行われた老人保健法改正の目玉であった中間施設（老人保健施設）創設への取り組みだった。社会福祉法人晴山会としていち早くモデル施設の開設に名乗りを上げた晴山会グループは、62 年 2 月、県の指定

を受け、9月には定員35名の老人保健施設晴山苑を開設した（翌年4月に定員20名を増設）。

平成6年3月には同じ花見川区に、医療法人晴山会が運営主体となって介護老人保健施設晴山会ケアセンター（定員100名）を、12年3月には千葉県八千代市に介護老人保健施設ばらの里（定員100名）を次々に開設、医療・福祉事業体を形成し現在に至っている。

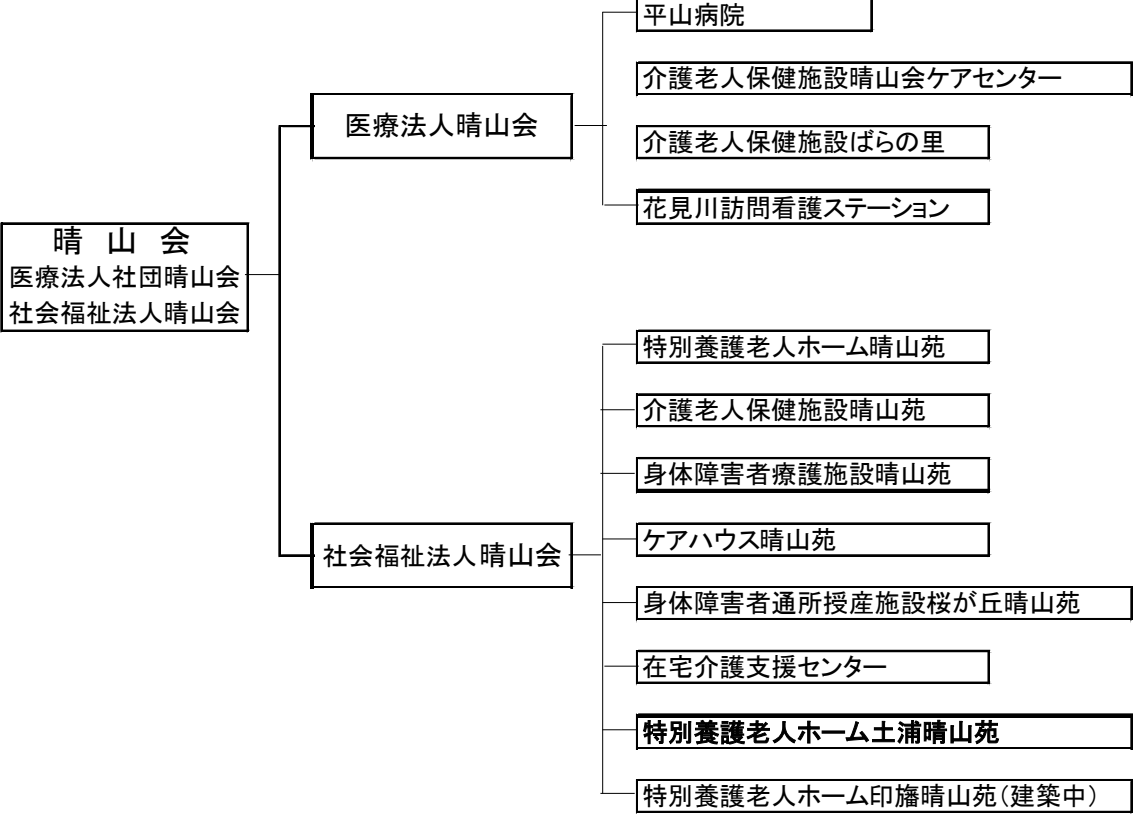
表1 社会福祉法人晴山会の主な事業

昭和	51年 6月	設立認可
	52年 4月	特養晴山苑開設（定員60名）
	54年 3月	特養晴山苑増築（定員100名）
	5月	ねたきり老人入浴援護事業開始
	57年 4月	重度身体障害者入浴援護事業開始
	59年 4月	老人短期入所事業開始
	60年 8月	給食サービス配食開始
	61年 10月	デイサービス事業開始
	62年 2月	モデル老人保健施設指定
	9月	モデル老人保健施設開設（定員35名）
平成	63年 4月	老人保健施設晴山苑開設（定員55名）デイケア事業開始
	4年 6月	身体障害者療護施設晴山苑開設（定員80名）
		身体障害者短期入所事業開始
	10月	在宅介護支援センター事業開始
	12月	身体障害者デイサービス事業開始
	5年 11月	ホームヘルプサービス事業開始
	12年 4月	居宅介護支援事業開始
	8月	訪問入浴介護事業開始
	13年 3月	特別養護老人ホーム建替工事完了
	4月	ケアハウス晴山苑開設（定員20名）
		身体障害者療護施設通所事業(B型)開始
	6月	身体障害者療護施設児童短期入所事業開始
	14年 3月	老人保健施設増築工事完了（定員81名）
	17年 4月	身体障害者通所授産施設桜が丘晴山苑開設（定員30名）
	8月	特別養護老人ホーム土浦晴山苑開設（定員50名）
	18年 7月	特別養護老人ホーム印旛晴山苑開設予定（定員50名）

図1 土浦晴山苑の開設地



図2 晴山会の組織

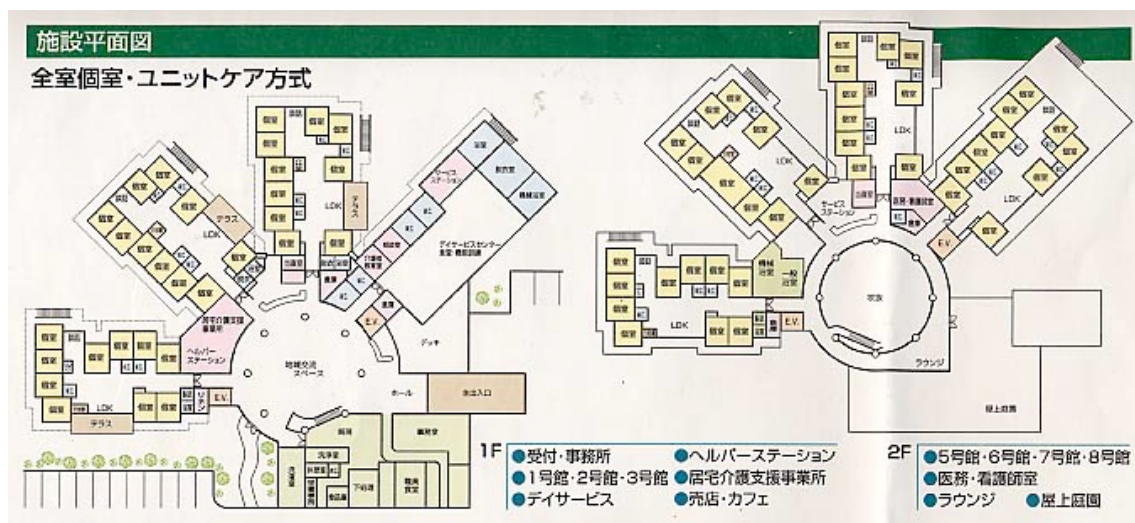


2. センターに相談するに至った経緯

■補助金は減額されたが見積りは従来並み

晴山会は平成15年に入ると、茨城県土浦市のニュータウン「おおつ野ヒルズ」の一角に、同市としては7番目となる特養の設立を計画し始めた。入居者定員は50名、全室個室で、10名を単位とした家庭的な介護環境を提供するユニットケア方式を採用、放射状に伸びた各ユニットの中心には地域交流スペースを設けるといったものだった（図3）。基本設計を株式会社アップルズ総合計画（神奈川県横浜市・富田善弘社長）に依頼、やがて実施設計図とともに坪単価約73万円、建築整備費総額9億円の概算見積りが提示された。

図3 土浦晴山苑の配置図



晴山会はこれまで病院や福祉施設の開設を何度も経験してきたが、概して建築費が高いことに平山理事長は疑問を感じていた。しかし実際のところ、特別養護老人ホームの場合はこれまで、総建築費に対して4分の3が国と県から補助されていたため、施設運営にそれほど支障を来すことはなかった。

ところが、今回はこれまでと事情が異なっていた。全室個室のユニットケアを採用した新型特養は、個室料金の差額分を入所者から徴収できる仕組みに変わったのと引きかえに、国と県の整備補助金が削減されることになったからだ。

その年の12月5日、平山理事長はかねてから出席を続けていた東京都青年医会の早朝勉強会が通算800回になるのを記念して行われた祝賀パーティーに参加した。そこで医療施設近代化センター（以下センター）の池田専務理事が、医療・福祉施設の建築コストが一般の商業ビルと比べて非常に高い問題について講演するのを聞いて大いに関心を持ち、詳しく話を聞きたい旨、池田氏に伝えた。

3. 解決すべき課題

■「三位一体改革」のあおりが直撃

ところが悪い条件がもう一つ重なってしまった。16年2月の時点で、それまで予定されていた共用スペース（地域交流スペースとヘルパーステーション）と設備資金への補助が、国の地方への補助金が三位一体改革に伴って1兆円削減されたのを機に取りやめとなったほか、ショートステイ部分への補助も15%減額されたため、事業計画が大幅に狂ってしまったのである。補助金の減額分は福祉医療機構からの借入れを増やす以外に方法はない。借入れの増加は、入所者が負担する住居費に転嫁せざるを得ないことは言うまでもなかった。

センター側は2月23日、池田氏と能町氏が晴山会本部に平山氏を訪問。センターの設立趣旨と、建築コスト適正化のための手法についてあらためて詳しく説明した。平山氏は以前、特養の建設業者選定の競争入札で談合が行われた疑いを持っていたこともあり、センター側の説明は納得のいくものだったという。この日の説明内容を、法人本部ならびに土浦晴山苑関係者全員に周知してほしいと平山氏が要請、次回打合せを3月18日にすることが決められた。

3月18日に開かれた2回目の打合せには、晴山会側から法人本部長の^{こおり}郡香目平常任理事をはじめ、石上顧問、石橋参事、深井設立準備室長、長岡事務長の5氏、センターからは池田専務理事、高田理事、能町氏が赴いた。ここで、計画されている特別養護老人ホーム土浦晴山苑の事業内容がつぶさに報告され

るとともに、すでに決定事項となっていた補助金削減の問題も同時に示された。県としては補助金削減の対象となった事業は縮小・設計変更も止むなしと判断していたようだが、それでは地域交流スペースを中心に据えた土浦晴山苑のコンセプトを否定することになるばかりか、事業の意義そのものを損なうことになりかねない。平山氏はあくまでも当初計画どおりの設計で計画を進めることにこだわった。「コストは節約するが、質は落とさない」というのが平山氏の基本的なスタンスだったため、補助金削減分を建築コストの圧縮によって吸収する以外に方法はなかった。

4. センターが提示した解決策

この時期はすでに実施設計まではほぼ完了していたため、建築コストを切り詰めるのは非常に困難ではあったが、要請を受けたセンターは、設計会社が提示した見積金額を詳細に検討、一般的な建築コストを適用し、建築単価は坪 60 万円を切ることが可能と判断、総額で 1 億 6000 万円の圧縮方針を打ち出した。

ただし、社会福祉法人の場合、建築業者の決定は都道府県が指定する一般競争入札方式で行われるため、あらかじめ談合防止のための先手を打つことはできない。そこで、民間商業ビルの建築で普及している VE (Value Engineering : 「価値工学」などと訳される。最小の総コストで必要な機能を確実に達成するために、製品やサービスの機能的研究に組織的な努力を注ぐこと) の手法を用いて、設計事務所との間で設計内容を逐一検討し直し、建築工事費の圧縮と設計変更のプランを練ることにした。

5 月 7 日、センターは VE と設計変更検討書 (表 2) を晴山会に提出した。この変更案をすべて実施した場合、得られる圧縮効果は目標どおり 1 億 6000 万円に届く予定だった。しかし表に示したとおり、「×」がついたものは晴山会側が承諾しなかったもので、比較的圧縮効果の大きなものが目立っている。晴山会

側には何棟もの施設建築と運用実績があるため、妥協できない一線が明確であったことと、福祉施設に求められる「風格」といったものへの強い思い入れがあることがここから読み取ることができる。

では、センターが提示した変更案のうち、施主が了承したもので、減額効果の大きいものをいくつか取り上げ、その内容を検討してみたい。

●設計 GL の設定

GL とは、Ground Level の略で、設計上の地盤面の高さである。本ケースでは、敷地の奥側がやや高い傾斜地のため、最も低い部分を基準に GL レベルを決めてしまうと、それより高い部分はすべて削り取ることになり、残土量が膨大になってしまう。設計事務所案ではこの GL 設定によって約 480 万円の残土処理費用を見込んでいたが、センター案では、GL を高めに設定することによって、残土はすべて敷地内で処理できるようにするというものであり、施主側の了解が得られた。

●杭工事

原設計では CPRC 杭（アースドリル杭と呼ばれる現場で作る杭）を想定していたが、これを工場で作る PC（プレキャストコンクリート摩擦杭）で行うことにした。認可された工法であることと、強度的に問題がないことから了解が得られた。115 万円の削減。

●ピット下土間コンクリート（120 ミリ厚）

基礎の下に 12 センチ厚のコンクリートを打つことになっていたが、構造的には強度と関係がないため取りやめ砕石敷きのままとし、460 万円の削減となった。

●屋根 歩行用アスファルト防水

人が頻繁に行き来する場合はアスファルト防水を施すが、今回の施設は屋上に人が立ち入ることはほとんどないことから通常の露出防水とした。510 万円の削減。

●2 階庭園の排水溝グレーチング

居室ベランダを出たところに施工上もひじょうに手間のかかる切り込みを入れる設計となっていたが、強度的にも問題があると判断。床に勾配を設

ける排水方式とすることで 100 万円の削減。

●バルコニー床のシンダーコンクリートにウレタン塗装仕上げ

通常のコンクリート金鋺仕上げで十分排水ができるため取りやめ、120 万円削減。

●2 階庭園防水立ち上がりの押し出し成型セメント板仕上げ

通常の露出アスファルト防水で、品質・見栄えとも変わらないため変更。80 万円削減。

●カフェテラス床ウッドデッキ敷き

安価なインターロッキング（かみ合わせ式ブロック）舗装に変更し 160 万円削減。

●屋上のアルミ手摺

通常は人が立ち入らないことになったため取りやめ、屋上に通じる屋外階段に片開き戸をつけ施錠することとした。140 万円削減。

●個室片引ハンガー戸

片開戸に変更し 630 万円削減。

●各室床フリーフロア下地＋コンパネ

設計者も無駄な仕上げであることを認め、コンクリート金鋺仕上げ＋リノリウム長尺シートに変更。1200 万円の削減。

●空調工事の国交省仕様

空気調和・衛生工学会仕様に変更し 200 万円。

●ビル用マルチエアコン

一部を残し、ルームエアコンに変更し 1000 万円削減。

●床暖房の施工範囲

センターは 1 階ホールとデイサービス・ルームのみとすることで 700 万円の削減を提案したが、浴室脱衣所なども残すこととなり、200 万円の削減となった。

●その他

電気工事ではローカル放送アンプを 2 基設置する予定だったが、機器設置は完成後の別途工事とし、配線までの工事にとどめ 380 万円の削減としている。ITV（防犯監視カメラ）設備も同様に配線工事以外は別途工事とするこ

とで、約 230 万円を削減した。

センターが示したこれら VE 提案について何度か検討を繰り返した結果、圧縮総額は 8500 万円に上った。

また、悪いことばかり続いたわけではなかった。この検討の間に、土浦市からの補助金が増額されるとの朗報が入った。もともと土浦市は、晴山会が県外組織であることから、他の施設よりも補助額を多少絞って見込んでいたが、国と県の補助が削られたことから、市側から補助金の増額を申し出たのだった。センターによる建築コストの圧縮提案と土浦市の補助増額によって、これ以上の圧縮を検討せずに事業計画が成り立つこととなった。

晴山会側は固まった設計変更案に基づいて設計を変更するようアップルズに指示、平成 16 年 6 月に変更された設計図に基づいて茨城県のヒアリングが行われ、事業認可が得られた。晴山会側はさっそく入札準備にとりかかり、7 月 13 日に入札を実施、施工会社は戸田建設株式会社関東支店に決定した。

7 月 20 日に第 1 回関係者会議を開催、28 日には地鎮祭を執り行い、8 月着工。翌 17 年 8 月 24 日、土浦晴山苑は無事オープンにこぎつけたのである。

表 3 設計変更検討書

設計変更計画書（つづき）

4. 得られた結果と施主の満足度

このケースでは、実施設計まで固まっていた計画をもう一度見直し、建物の機能と品質を落とすことなく、いかに総工事費を節約できるかということが最大の課題となった。圧縮額がそれほど大きなものではなかったのは、実施設計の内容に施主側の意向がすでに反映されており、特に外装のタイル張りなどは一部の関係者にはすでに公表された後であったことも影響している。そのため、前項で挙げたような比較的大きな仕様変更を除けば、検討書に挙がっている変更項目案は十万円単位の細かな節約の積み上げだった。

晴山会の郡法人本部長は「日本ではゼネコンが一括して請け負う方式が一般的だが、センターの専門技術者が、躯体工事、空調・衛生・電気の設備工事それぞれの専門分野にまで立ち入った洗い直しを行い、アドバイスしてくれたことが、当法人にとって事業負担の軽減をもたらすとともに、これから入所する利用者にとっても、利用料の軽減に結びついた」と振り返る。

平成12年の介護保険制度の導入や相次ぐ補助金の削減、そして介護報酬の引き下げなどによって、特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人の経営は転換期にさしかかっている（別添参照）。

まず入所者との関係で言えば、福祉行政による措置入所から、社会保険制度に基づく利用者との契約に基づく入所へと位置づけが転換し、特養も利用者を選ばれる仕組みに変わった。

それに伴い収入も、福祉予算からの措置費が、介護保険からの給付と利用者の一部負担へと変わった。しかも措置の時代は入所者の状態にかかわらず一律の措置費が支払われていたが、介護保険では利用者の介護度によって施設に支払われる給付額が変動する。つまり、より介護度が高い利用者を入居させたほうが施設に入る収入は増えるという、「成果主義」が一部導入されたわけである。

さらに、利用者との契約による施設介護サービスの提供であるから、利用者の生活の質の向上につねに配慮しなければならなくなった。その最も代表的な動きが個室化の流れである。すでに平成14年度からは、新たに建設される特養には、10人を単位としたユニット型のケアサービスを提供する、いわゆる新型特養が推奨され、翌15年度からは全室個室のユニット型特養以外の建設は原則

として認めないというように、厚生労働省の方針は急展開をみせた。

加えて、新型特用の施設整備に対する国・県の補助金は共用部分に限られ、個室のいわゆるホテルコストに相当する部分は補助の対象から外されたことはすでに述べたとおりである。

このように、国の高齢者福祉政策の転換によって、特別養護老人ホームにも本当の意味での「経営」が求められるようになった。新しい器が完成した土浦晴山苑ではいま、それにふさわしい“新しい酒”、つまり優れた人材の確保・育成が健全経営の鍵になると考え、介護・看護・経営それぞれの専門分野で高い専門性を磨き上げる作業に全力を注いでいるところだ。

表2 土浦晴山苑資金計画表

延床面積	3,800 m ²
	1,151 坪
敷地面積	7,639 m ²

事業費

用地費	70,600 千円
建築費	767,550 千円
坪単価	666 千円
設計料	48,300 千円
什器備品	63,000 千円
開業費・運転資金	60,000 千円
事業費計	1,009,450 千円

財源

補助金(国・県)	248,300 千円
補助金(市)	66,212 千円
福祉医療機構借入金	546,000 千円
自己資金	148,938 千円
合 計	1,009,450 千円

特別養護老人ホームの国庫補助基準額の推移

土浦晴山苑の計画途中で国庫補助金額が減額された問題は、特別養護老人ホームの整備事業における大きな課題を象徴する事態であった。この点については、これから特養を開設する予定の事業者にとって重要なポイントとなるため、あえて特養整備計画と国庫補助制度の変遷について振り返っておきたい。

特養の歴史―措置から社会保険へ

特別養護老人ホーム（以下、特養）は、1963（昭和 38）年の老人福祉法制定を契機に登場した。65 歳以上の高齢者で、身体上または精神上著しい障害があるため常時介護を必要とする者（いわゆる寝たきり老人等）で、居宅で適切な介護を受けることが困難と判断される者を入所させるためにつくられた施設である。

特養の設置・運営は第一種社会福祉事業として位置づけられており、入所者への影響が特に大きく、事業の継続性や安定のために公的な規制が必要とされており、設置主体は、①地方公共団体、②社会福祉法人の二者に限られている点は現在も同じだが、入所基準は介護保険制度創設までは、都道府県、市または福祉事務所を設置する町村による措置の決定に委ねられていた。

2000（平成 12）年に介護保険制度がスタートすると、特養の入所基準は基本的に、要介護認定を受け、要介護 1 以上と認定された高齢者に限られることになった（それ以前の措置入所者で要支援と認定された者については経過措置による救済制度が適用された）。

現在、特養の入所者選定について厚生労働省は、申し込み順を改め、要介護度がより重度など緊急性の高い者から入所できるように省令を改正し、各都道府県が独自の入所指針や入所基準を策定し、2003（平成 15）年 4 月から各施設で運用されている。

特養の整備状況

厚生省（当時）が 1989（平成元）年に打ち出した「高齢者保健福祉推進 10 か年戦略（ゴールドプラン）」は、予想を超える高齢化の進展に備えるため見直しが迫られ、平成 6 年に「高齢者保健福祉推進 10 か年戦略の見直し（新ゴールドプラン）」に組み替えられた。これにより平成 7 年度以降、平成 11 年度までの総事業費は 9 兆円を上回る規模とされたが、この「福祉バブル」の間に、埼玉県と山形県を舞台に彩福祉グループと岡光厚生事務次官（当時）を中心とする一大汚職事件が発生したことは記憶に新しい。

現在の特養の整備状況は、ゴールドプラン 21 の最終年度に当たる平成 16 年 10 月時点で 35 万 7,891 人分（平成 12 年 10 月は 29 万 6,082 人分）と、整備目標をほぼクリアしていることがわかる（図 2、図 3）。

図 2 ゴールドプランによる整備目標の推移

	ゴールドプラン 平元～6	新ゴールドプラン 平7～11	ゴールドプラン21 平12～16
●在宅サービス			
ホームヘルパー	10万人	17万人	35万人
(ホームヘルプステーション	—	1万カ所)	
ショートステイ	5万床	6万人分	9.6万人分
デイサービス/デイケア	1万カ所	1.7万カ所	2.6万カ所
在宅介護支援センター	1万カ所	1万カ所	
老人訪問看護ステーション	—	5000カ所	9900カ所
グループホーム	3200カ所		
●施設サービス			
特別養護老人ホーム	24万床	29万人分	36万人分
老人保健施設	28万床	28万人分	29.7万人分
高齢者生活福祉センター	400カ所	400カ所	1800カ所
ケアハウス	10万人	10万人分	10.5万人
●マンパワーの養成確保			
寮母・介護職員	—	20万人	
看護職員等	—	10万人	
OT・PT	—	1.5万人	

図3 老人福祉施設の種別別施設数の推移

施設種	各年別日数						
	平成10年	7(1995)	11(1999)	12(2000)	13(2001)	14(2002)	15(2003)
総数	51006	58786	68856	75875	79140	82270	86352
保護設	351	340	335	296	295	292	294
救護設	173	174	177	178	177	180	180
更施設	18	18	19	19	19	17	18
医療護設	68	65	65	64	64	63	63
授施設	76	68	62	24	24	22	22
宿護施設	16	15	12	11	11	10	11
老福施設	6506	12904	21820	28643	31037	33419	36475
養護床	950	947	949	949	951	954	959
特養護床	2260	3201	4214	4463	4651	4870	5084
軽養床	295	551	1272	1444	1580	1714	1842
養老ホーム型)	254	252	249	246	245	241	242
養老ホーム型)	38	38	38	38	38	36	34
養老型ケアハウス	3	261	985	1160	1297	1437	1566
老福社ター	2024	2214	2269	2271	2270	2263	2265
通所介護	977	3948	7401	8037	9138	10485	12498
短期所居介護	・	15	79	4515	4887	5149	5439
老介護センター	...	2028	5636	6964	7560	7984	8388

介護報酬引き下げとホテルコストの利用者負担化

介護保険以前の特養の主な施設事業収入は、国・都道府県・市町村による措置費で賄われていた。利用者負担金は本人や家族の所得に応じた負担が定められ、それ以外を措置費がカバーしていた。およその内訳は、

1) 措置費

月額 約 230,000 円／人 （国が 1/2、県・市などが 1/2 負担）

2) 利用者負担金

月額 約 30,000 円／人（平均的な額・利用者応分負担）

となっていた。

2000（平成 12）年に介護保険制度がスタートしてわずか 4 年で、在宅サービス利用者数が 2 倍以上に増えるなど量的拡大が予想を超えるスピードで進み、またたく間に保険財政の窮迫を招いた。5 年後に行うとされていた制度見直しでは「制度の持続可能性」が最大のテーマとなってしまった。

一方、政府が打ち出した「痛みを分かちあう」構造改革においても医療・福祉は例外ではなかった。2003（平成 15）年の介護報酬改定は平均マイナス 2.3%、特に施設はマイナス 4%という大幅な引き下げが行われた。軽度者の施設給付をより大幅に引き下げることによって、特養など介護保険施設の入所の適正化が

図られた（図 4）。またこの年には、在宅での暮らしに近いケアを行う観点から、自立した生活を保障する個室と、少人数の家庭的な雰囲気の中で生活するスペースを備えた「小規模生活単位（ユニット）型特別養護老人ホーム」（いわゆる新型特養）を介護報酬上初めて評価、従来型の施設より高い報酬が設定され、これを引き金に全国各地で新型特養の設立が相次いだ。

図 4 特養における介護報酬単位の推移 （数字：単位）

		2000 平 2	2003 平 5	2005.10.1 平 7. 0	2006.4.1 平 8. 4
従来型	要 護 1	796	677	577	577
	要 護 5	974	959	859	859
従来個室	要 護 1	796	677	659	639
	要 護 5	950	924	941	921
ユニット型	要 護 1		784	641	657
	要 護 5		974	831	929
ユニット個室	要 護 1			641	657
	要 護 5			831	929

しかし、前（平成 14）年度予算で創設された新型特養の補助制度では、個室部分と準個室部分の建築費用は補助の対象から外され、施設内の公共スペース部分と管理部分に限られた。これは 15 年度から、個室・準個室のいわゆる「ホテルコスト」にあたる部分を医療の「差額ベッド料」と同じように利用者から別料金を徴集することが予定されていたためである。在宅で介護サービスを利用する者との間に不公平が生じないように配慮する必要からであり、これが 17 年 10 月からは食費を含んだ施設利用料の全額自己負担化へと発展することになる。

特養整備補助金減額の推移

社会福祉法人が設立・運営する特養と、民間企業が設立・運営する有料老人ホームでは、同じ居住スペースと介護サービスが提供されているにもかかわらず、特養は建設費の 4 分の 3 が国・県による公的補助で賄われ、一方の有料老人ホームは全額設立者の負担（ひいては入居者の自己負担）で賄われるという格差が生まれている。特養整備の遅れを、民間企業と一部高齢者の自己負担によって補完していると言えなくもないわけである。

入居者の負担額は一方が無料で他方が全額自己負担というきわめて不公平な状態が生まれてしまう。この点については、介護保険制度がスタートする前の平成 11 年、行政改革推進本部規制改革委員会での「少子高齢化対策の推進（保育所及び介護施設への民間参入を中心として）」をめぐる公開討論でもすでに指摘されていた。年間 1000 億円にも上る特養整備への国庫補助に対し、社会的批判が起こっていた。

国の補助金は定率補助から定額補助へ

特養整備に対しては従来、基準となる面積および単価によって算定された「補助基本額」（用地取得費と造成工事費を除く）の 4 分の 3 を国（2 / 4）と都道府県（1 / 4）が補助をする「定率補助」が基本となっていた。残る 4 分の 1 も、都道府県や自治体の独自補助や、独立行政法人福祉医療機構（旧社会福祉・医療事業団）からの低利子貸付によって相当程度が保障され、自己資金は 1 割程度に過ぎなかった。そのため、施設建築費などのコスト削減へのインセンティブは働きにくいという問題があった。

国および県の補助金制度は、平成 3 年 11 月 25 日付厚生省社第 409 号・厚生事務次官通知「社会福祉施設等施設整備費及び社会福祉施設等設備整備費の国庫負担（補助）について」の別紙「社会福祉施設等施設整備費及び社会福祉施設等設備整備費の国庫負担（補助）金交付要綱」が根拠となっている。この通知によると、特別養護老人ホーム建築費用等に関する補助金は、「社会福祉施設等施設整備費補助金」及び「社会福祉施設等設備整備費補助金」と呼ばれ、交付金額算定方法は次のように定められていた。

a 施設整備費補助金

国等が定めた 1 平方メートル当たりの基準単価と建物建築工事費に基づく 1 平方メートル当たりの実額単価とのいずれか少ない金額に、入所定員に基づく基準面積を乗じた金額の 3 / 4（国が 1 / 2、県が 1 / 4）相当額の範囲内の額

b 設備整備費補助金

国等が定めた事業区分ごとの基準額と設備備品購入費等の実支出額とのいずれか少ない金額の 3 / 4（国が 1 / 2、県が 1 / 4）相当額の範囲内の額

これに基づいて、定員 50 人の平均的な特養への国庫補助額を試算してみると以下のようになる。

補助基準額の算定例（従来型の場合）

対象目	算出法	定員 50 の場合
本体費	213,400円定員 1 人	364,167千円
浄水費	37,600円(× 電 費 基 準)	2,744千円
昇降機費	12,020,000円	12,020千円
スプラー費	9,750,000円(× 100円定員 1 人)	28,521千円
冷暖房費	26,100円定員 1 人	44,539千円
初備費	248,000円定員 1 人	12,400千円
合計		464,391千円
補助額	合計 3 4	348,293千円

（平成 8 年のデータに基づく。本体工事費は地域によって異なる）

新型特養への国庫補助は共用スペースに限定

しかし、平成 14 年度から新たに設けられた新型特養への施設整備費補助制度では、15 年度からの個室料徴集を前提として、個人スペースと準個人スペースにかかる建築費用は補助の対象外とされ、あわせて実施された「国庫補助額算定方法の簡素・合理化」策によって、従来の「定員 1 人当たり補助基準面積」×「1 m²当たり補助基準単価」に代えて、「定員 1 人当たり補助基準単価」が設定された。

新型特養の国庫補助算定例

対象目	算出法	定員 50 の場合
直営負担額	5,400千円定員 1 人	270,000千円
合計		270,000千円
補助額	合計 3 4	202,500千円

（平成 14 年度予算時のデータに基づく。茨城県の例）

これによって国庫補助は、およそ 1 億 4600 万円近く減少したことになる。

また、16 年度からの新規事業の場合、建築単価を 3.5%引き下げたうえ、補

助枠を 15 年度実績の 3 分の 2 に圧縮、大都市向けの加算なども凍結された。

社会福祉法人の工事発注手続きの見直し

1996（平成 8）年に摘発された埼玉県の子福祉グループらによる施設整備補助金の仕組みを悪用した事件を契機に、同年 12 月厚生省に設置された「施設整備業務の再点検のための調査委員会」が翌 97（平成 9）年 3 月に発表した「施設整備業務等の再点検のための調査委員会報告書」によると、社会福祉法人による特養施設の建設工事発注契約手続きにおいては一般競争入札がほとんど行われず、指名競争入札が圧倒的多数を占めるなど問題点が多数指摘された。その主なものを挙げると、

- ・業者選定は指名競争によるものが 73.4%、一般競争が 0.5%、随意契約が 26.1%
- ・指名競争入札の指名業者数は 5 社が 30.6%で最多、2～4 社 17.3%、8 社 12.2% など
- ・入札経過を公表しているもの 65.4%、入札結果を公表しているもの 86.8%
- ・入札に立会っている法人は 80.0%
- ・下請業者を把握している法人は 75.2%、一括下請負（丸投げ）が 2 件

などとなっている（実態調査による）。

また、当初の建築計画に従って建設工事が進行しているかどうかを都道府県が実情を把握するために、契約時点の報告、建設工事中間点、建設工事完了時点に法人関係者から詳細な報告を受けているかどうかについては、

- ・契約時点の報告を受けたもの 29.2%
- ・工事中間点の報告がなされたもの 35.0%
- ・完了時点の報告がなされたもの 93.0%

など、チェック体制は決して十分とはいえないことがわかった。

さらに、工事完了時に当初計画との突合せを行っているものは 85.0%など、発注者の社会福祉法人はもとより、管理監督にあたるべき都道府県の担当部局も一連のチェックを怠っていたケースも少なくなかった。

これら調査結果を受けて厚生省では、社会福祉法人が国庫補助を受けて行う社会福祉施設の整備については、建設工事契約等の適正化を図るため、都道府

県の公共工事に準じた契約手続きを踏むよう、指導を強化した。

三位一体改革と補助金削減

これまで、特養をめぐるさまざまな環境変化を振り返ってきたが、特養の整備にとって最も大きな影響を直接的に与えたのは、やはり政府が進める「三位一体改革」ではないだろうか。「三位一体改革」とは、①国から地方への補助金削減、②補助削減に見合った税源の地方への委譲、③地方の財源不足を補う地方交付税の改革——を一体的に見直そうという税財政改革である。2004（平成16）年度からの3年間で4兆円規模の財源が国から地方へ移行する計画で、この結果、国にとっては歳出削減になり、地方にとっては使途の限られた補助金に代わって自由に使える税収が増える、というもの。しかし、国と地方との間でまだコンセンサスは十分に得られていない。

この改革によって、特養など社会福祉施設へのこれまでの国庫補助は「交付金」に組み替えられ、都道府県の裁量による補助金制度に姿を変えることになった。土浦晴山苑の計画段階で起こった突然の補助金減額は、この改革の1年目に当たったために蒙ったものだった。この時は歳出抑制が優先され、1兆313億円の補助金が削減された代わりに、地方に委譲された税収は6558億円にとどまったこと、しかもその内訳は、15年度に削減された5625億円の補填分を含んだものだったため、全国知事会が猛反発したのはいうまでもなかった。

しかし、特養の整備計画を選挙公約に盛り込んでいた都道府県知事にとっては、補助金削減をストレートに特養整備計画の後退に結びつけるわけにはいかないため、独自に補助制度を整備する動きが見られる。

一般的に特養の整備費は、定員1人当たり1200万円といわれているが、千葉県の05年度における新型特養の補助基準単価は定員1人当たり253万6000円、埼玉県も同300万円にすぎない。全国老人福祉施設協議会では、新型特養の場合は公費補助が60%から32%に圧縮されるため、社会福祉法人の負担が40%から68%に増えるとして、経営の抜本的な立て直しが迫られていると、平成14年の段階で警鐘を鳴らしていた。平成18年現在の交付金による補助は、都道府県によって一律ではないが、総事業費の20%程度にまで抑えられているという。

そのため、補助（交付）金に代わる資金の調達方法としては、福祉医療機構

と市中銀行の協調融資という形が増えていくと考えられる。しかし、たとえ低金利とはいえ、利用者にとっては決して安くない家賃負担で無理のない返済計画が立てられるか、また、国の高齢者介護政策が地域介護へと急傾斜するなかで、民間の介護付住宅などとの競合も無視できない。特養の経営がどのような展開を見せるか、予断を許さない状況だ。

図5 日本の福祉政策の変遷

復興期	1946	昭2	日国憲発 旧法保制定
	1947	昭2	児福法創
	1949	昭2	身体者福制定 新法保制定
	1951	昭2	社福事業創
高度成長期	1960	昭3	精神弱福制定
	1961	昭6	国保制度確立
	1963	昭8	老福法創
	1964	昭9	母福法創
	1971	昭4	社福施設整備年計画
	1972	昭7	老福法改老医費無上 ドルック
安定成長期	1976	昭5	全給に必要経費低減下げる取組
	1978	昭3	寝たきり短期看護創設 オパシク 第2次オパシク
	1979	昭5	通所サービス事業創設
	1982	昭5	第1回高齢者福祉政策基本法 第1回高齢者福祉政策基本法 老保法改老医費無上
	1985	昭6	第2回高齢者福祉政策基本法 第2回高齢者福祉政策基本法
バブル期	1988	昭6	第2回高齢者福祉政策基本法
	1989	平元	ゴールドプラン策定
	1990	平2	福祉改正
低成長期	1994	平6	エゾプラン策定 新ゴールドプラン策定
	1995	平7	障害者プラン策定
	1996	平8	彩福プラン岡山県・谷県・徳島県・高松県・香川県・愛媛県・高知県・福岡県・佐賀県・大分県・熊本県・鹿児島県・沖縄県（13）
	1997	平9	介護保険創 児福法改
	1999	平1	ゴールドプラン策定・目標達成年度入り
	2000	平2	地方権限移譲 介護保険開始 社福法創
	2001	平3	総額削減議論次第
	2002	平4	新型介護保険制度構築 支援制度創
	2003	平5	高齢者福祉政策基本法 高齢者福祉政策基本法 新型介護保険制度構築 介護保険施設整備費負担（0）
	2005	平7	介護保険施設整備費負担（0） 新型介護保険制度構築 医制改革制度創
	2006	平8	障害者支援法施行（4） 新型介護保険制度構築

論点整理

○建築業界に対する国民感情は、相次ぐ公共工事をめぐる談合や汚職事件によって、決して良好とはいえないのが実情である。医療・福祉建築をめぐっても、高度成長期に整備が進んだ国公立病院や特別養護老人ホームなど福祉施設の建築工事については、学校建築と同様、建築業界の談合体質によって高コストに甘んじてきたのではないかとの認識が一般的である。しかし、多くの公共工事がそうであるように、医療・福祉建築のコストについても、それが妥当な水準にあるのかどうかについてはこれまで検討されたことはなかった。

○建築業界への不信感と同時に、国民の間には、建築コストを低く抑えることについて、ある種の不安が伴うのも事実である。特に、昨年来報道されている一連の耐震強度偽装事件も相まって、建築工事の価格を低く抑えることがそのまま質の低下に結びつくとの印象を抱いているのも事実である。そのため、「建築業界が談合するのは、適正な工事を保証するために必要な適正価格での受注を確保するためであり、必要悪である」といった極論まで堂々と開陳される場合がある。

○これらのことから本スタディでは、構造や設備の特殊性から、一般の建築価格の相場より割高といわれている医療・福祉建築の事例の中から、医療施設近代化センターが関与することによって建築コストを大幅に引き下げた 3 つの事例を取り上げ、建築コストの圧縮方法について検討してきた。

■ ケース 1 急性期病院のケース

(1) 施主側の予算・経営体力に見合った建築計画が必要

本ケースでは、元施工会社が大手ゼネコンと呼ばれるわが国建築業界で 5 本の指に入る企業の 1 社だった。施主が建て替え計画を依頼した際、元施工の A 社から総工費 100 億円、工期 10 年という計画案が出されたが、300 床の民間病院が、たとえ一定の自己資金を有していたとしても、持ちこたえられる事業規模ではない。まして、現在の医療行政の動向を勘案すると、不透明この上ない提案だったといえる。A 社は病院建築の経験が少ないわけではないが、病院経営のコンサルテーションを同時に行うだけのノウハウはやはり持ち合わせていなかった。

本ケースの場合、この提案を即日却下できたことが失敗を免れた第一の条件だった。

(2) 元施工会社との関係見直しが幸いした

施主は元施工会社以外の建築会社とコンタクトがなかった。メンテナンスや補修・改修工事は通常、元施工会社に発注するのが一般的である。通常、元施工会社や前施工会社が指名競争に入札の際に、「チャンピオン」あるいは「親」となって談合を取り仕切るといわれている。そのため、元施工会社とのしがらみが、新たな建築工事の発注にとってマイナスに働くことが多い。

本ケースでは、センター側が提案した建築計画と予算規模といった条件を呑めないとした元施工会社を排除し、提案の条件で受注可能とした建築会社を指名することによって、大幅な予算削減を達成している。

※建築業界の通例として、①建築場所の土地の手当てに関わった業者、②施主が以前に発注した工事を請け負った業者（元施工業者あるいは前施工会社）、③施主と親しい設計事務所と関係の深い業者、④施主の関係者とながりの深い業者、⑤有力者の推薦業者などの順に、談合のイニシアチブを取

るケースが多いといわれている。

(3) 施主が建築工事に精通するのは難しい

不動産の販売や賃貸を業として行う企業や、店舗展開の成否が生き残りを左右するスーパーなどの流通業界、さらに国土交通省、防衛施設庁、都道府県など建築工事の発注を繰り返している諸官庁担当部局の場合、ゼネコンにひけをとらないほどの専門知識をもつ職員を多数抱えているため、同じ土俵で対等にわたりあうことができる。

一方、医療機関や社会福祉法人は1つの施設を建設すると、以後数十年間は大規模な建築工事の発注を行わない。そのため、施設建設のノウハウを学んだ職員は皆無といってよい。本ケースの場合は施主側に元ゼネコン出身者が身内にいたことが大きなプラスに働いたが、こうしたケースは稀である。

■ ケース 2 精神病院のケース

(4) 建築価格は入札では予算内に収まらない

本ケースでは施工会社を決定するに際して、入札を行わず、施主とセンターがあらかじめ取り決めておいた基本設計、実施設計、そして予算に基づき、選定対象となったゼネコン数社と折衝、提示した条件のもとで工事を引き受ける意思を表明した数社の内、最低価格での見積りを提示した中堅ゼネコンに決定した。

当初示されていた坪単価 80 万円の見積りから、最終的には 52 万円（新築棟）にまでコストダウンが実現できたのは、工事の仕様と予定価格を把握した上で個別折衝の成果である。談合を防止する目的は、建築価格を限りなく下げることにあるのではなく、適正な予定価格に近づけることにある。談合防止によって、大手ゼネコンが手にするはずだった中間マージンを圧縮できるところに施主側の大きなメリットがあるのではないかな。

■ ケース 3 特別養護老人ホームのケース

(5) 建築業者には施主を取り巻く環境への配慮が求められる

本ケースは、センター側が介入する以前の段階で実施設計と、それに基づいた建設工事費の見積り（坪単価約 90 万円）まで終了していた。施主側は、見積価格が高いことに漠然とした疑問を抱いていたものの、解決の方法を知らなかった。センターに相談を持ち込んだ段階ではすでに工事の仕様について一部公表していたため、大幅な仕様変更によるコスト削減も不可能な状況での VE 提案となり、細かな変更の積み重ね以外にコストを抑える方法はなかった。

新型特養の整備が本格化した平成 14 年にはすでに個室部分への国庫補助は行われておらず、社会福祉法人の資金調達は困難な局面に入っていた。福祉施設の設計・建築を手がける設計会社や建築会社には、特養整備をめぐる環境の変化をいち早く把握し、施設の長期にわたる維持・継続を視野に入れたコンサルティング能力が求められていたはずである。

公的補助が大幅に削減された現在、社会福祉法人は自力での資金調達とホテルコストの回収が課題となっており、建築コストが施設経営の成否を決めるほど重要な要素となった。ちなみに専門家の間では、分譲マンションの建築原価は坪 40 万円が相場といわれているが、この相場は不動産業界と建築業界の企業努力によって達成されているわけだが、福祉関係者はその恩恵にあずかっていないということになる。

※国が行う補助（交付金）の算定根拠として、標準的とされる「補助基準単価（平成 14 年度以前は補助基準額）」は 15 年度で概ね坪当たり 59 万円（鉄筋コンクリート造、標準地、用地取得・造成費は除外）程度で、しかも行財政改革の流れをつかんでいけば、この単価が年々引き下げられるであろうということは誰の目にも明らかだった。会計検査院の検査によって、国庫補助が無駄遣いされているケースが指摘されたことについて厚労省も、その理由の一つとして「基準額が必要額に対して相当高く設定されている」ことを挙げ、「実態に見合う額に引き下げるべき」だと認めている（平成 14 年 9 月 4 日、全国介護保険担当課長会議資料「介護関連施設等の平成 15 年度予算概算要求」）。ただし、特養整備への補助金は、16 年度から都道府県の裁量に

よる交付金に姿を変え、「基準単価」も死語となるなど「改革」のスピードは予想をはるかに超えていた。

■おわりに

3つのケースから、医療・福祉施設の建築コストを抑えるにはどのような方法があるのかはおおよそ理解できたと思われるが、最後に残った課題は、「建築コストと品質」の関係である。質とコストがトレードオフの関係にあると仮定するなら、この3つのケースとも、コストを大幅に引き下げた代償として、出来上がった施設の建築物としての質は低いということになるが、果たしてそうだろうか。姉齒元1級建築士（耐震強度設計）、木村建設（建築）、ヒューザー（施主）、イーホームズ（建築確認）が構成したプロジェクトチームのケースは、まさにこの典型例といえる。ただし、この例は関係者すべてが「悪意」でつながった特殊な構造を持っていることに留意する必要がある。

過去、建築の質が問題となったのは平成7年1月の阪神淡路大震災や公共施設のコンクリート事故を契機としている。平成10年、国土交通省は欠陥建築や欠陥住宅問題に対応するため建築基準法を改正し、中間検査を強化した。さらに翌11年、建築規制の実効性を確保し違反建築の発生を防止するため、「建築物安全安心推進計画」を策定、「工事監理業務の適正化」を図った（参考1）。

適正化策の内容は、①工事監理業務に関する（施主と監理を請け負う建築士の）委託契約を明確な形で結ぶ、②工事監理で確認する内容は工事監理者と十分に相談して決める、③工事監理の前提である設計図書はできる限り詳細に作成しておく、の3点だった。日本の建築業界では、設計事務所とゼネコンの関係が深く、設計事務所の地位は欧米に比べて低いことなどから、設計通りに工事が行われなくてもチェック機能が働かないおそれがあるためである。そこで、設計を担当する建築士（ゼネコンとの関係が深い）とは別に、工事監理を第三者の建築士に委託させようというのがこの適正化策の最大のポイントであり、建築業者「性悪説」に基づいた「取締まり」策であった。

そしてもう一つのポイントは「重要な工程では建築主（施主）も立ち会う」（「工

事監理を通じた欠陥建築の防止について」) など、施主が工程の様々な節目に積極的に関与・監視を行うことを挙げている。施主の関与もやはり、取締りとして位置づけられているが、実はここが重要なポイントになると考える。

建築は、医療や教育といった業界と同じように、施主と受注者の関係が、持っている知識や情報の質と量において圧倒的な差がある（情報の非対称性）ことはよく指摘されている。ゼネコン相手に、互角にわたり合える医療・福祉関係社はいないだろう。国立病院機構や大手病院グループ本部のように建築工事の発注を繰り返し行っている組織の施設整備・メンテナンス担当部局が例外的に専門家を抱えているに過ぎないだろう。

それ以外のほとんどの医療・福祉関係者は、一生のうちに 1 回、施設の建築を経験するのがやっとなであり、建築（の質と価格）についてはおそらく基本設計から竣工・維持まで、「すべてお任せ」が実態ではないのか。ひと昔前の医師・患者関係と同じである。

しかし、医療の世界は状況が大きく変化しており、患者の保有する医療・医学情報は飛躍的に増加し、「非対称性」は少しずつ壊れつつある。第三者（日本医療機能評価機構や国際標準化機構など）による評価も進んだ。医療を受ける側の意識改革は急速に進んでいるが、建築工事を発注する側の意識改革は進んでいるのだろうか。圧倒的な情報格差があるにもかかわらず、工事の発注主である病院や福祉施設の経営者は、どうして建築についてセカンドオピニオンを求めようとししないのだろうか。

製造業における「品質管理の神様」と呼ばれる中央大学理工学部の久米均教授によれば、「品質とは、顧客の要求に対する合致度である」という。つまり、出来上がった建築物が、施主の要求（設計図や仕様書）と一致していて、使用に適していることが「良質」な建築物の条件ということになる。それには、設計や建築に携わる専門家たちが、施主の要求をどこまで正しく理解したかが問われるということである。また逆に言えば、施主が設計者や建築会社に対して、自らの要求をどれだけ正確に伝えられるかにかかっていると言っても過言ではないのである。

わが国の病院や施設が、適切な価格で、かつ質の高い施工がなされることを願う次第である。

平成 13 年 2 月 15 日

各地方整備局等営繕部長 沖縄総合事務局開発建設部長

国土交通省大臣官房官庁営繕部 筑波研究学園都市施設管理センター長

営繕計画課長 あて

国土交通省大臣官房官庁営繕部営繕計画課長

建築工事監理業務委託の基本方針について

建築工事監理業務においては、適切な民間委託の推進を図るとともに、公共工事の品質確保の徹底も図るため、建築工事監理業務委託契約書については、「建築工事監理業務委託契約書の制定について」（平成 13 年 2 月 15 日付国官地第 3-2 号）をもって、建築工事監理業務委託共通仕様書については、「建築工事監理業務委託共通仕様書の制定について」（平成 13 年 2 月 15 日付国営技第 6 号）をもって通知されたところであり、建築工事監理業務委託の具体的な運用については、別紙「建築工事監理業務委託の基本方針」に留意の上、遺漏のないよう措置されたい。

なお、本通達については、地方課とも協議済みであることを申し添える。

おって、例外的に随意契約を行う場合にあっては、当分の間、事前に本省担当課と協議されたい。

建築工事監理業務委託の基本方針

1. 目的

阪神淡路大震災や公共施設等のコンクリート事故等を契機にして、公共建築の品質確保に対する国民の意識が高まってきたことを踏まえ、営繕工事においても、適切な品質確保のために一層の監督業務の充実を図る必要がある。その

ような観点から、建築工事監理業務（以下「工事監理業務」という。）の業務委託について、より透明性、客観性の高い契約関係を構築するとともに、営繕工事の適切な品質確保により一層資するため、「建築工事監理業務委託契約書」及び「建築工事監理業務委託共通仕様書」が定められたところである。

本基本方針は、工事監理業務の業務委託をより適切に実施するため、工事監理業務委託に関する基本的な考え方を定めたものである。

2. 工事監理業務の業務範囲及び内容

1) 従来との相違点と工事監理業務の業務範囲

従来は、工事監理に関する業務については、建設省告示第1206号別表2に示された「工事監理等」のうち、契約管理に関する事務を除いた範囲を業務範囲として実施してきたところであるが、今後は、工事監理に関する業務をより適切に実施するために、従来の工事監理に関する業務の業務範囲を、ア) 設計者が設計意図を請負者等に正確に伝えるために行う業務（以下「設計意図の伝達業務」という。）と、イ) 従来の工事監理に関する業務のうちア) を除く業務とに分離した上で、ア) を設計関連業務、イ) を工事監理業務と整理するものとする。

2) 工事監理業務の内容

委託する工事監理業務の内容については、「建築工事監理業務委託共通仕様書」に基づくものとする。

3. 工事監理業務の委託方針

従来の工事監理に関する業務の委託については、設計意図の伝達業務が含まれていたこと等から、通常、設計業務の受注者との随意契約が行われてきたところである。

しかしながら、今後の工事監理業務の委託にあたっては、設計意図の伝達業務を設計関連業務と整理したこと、また、設計内容に客観的な技術的検討を加え、適正な品質確保をより一層推進するため、第三者性を確保する必要があることから、原則として、当該工事の設計業務の受注者とは異なる者と契約するとともに、建築工事監理業務委託契約書第9条第2項に規定するとおり、工事

監理業務の管理技術者は、当該工事監理業務の対象工事における設計業務の管理技術者と同一の者であってはならないことにも留意するものとする。

なお、設計意図の伝達業務については、当該工事の設計者に委託する必要があることから、そのための適切な処置をとるものとする。

4. 適 用

本基本方針については、平成 13 年 2 月 15 日以降に締結する工事監理業務委託契約に対して適用するものとする。

●日本の建築工事費は欧米と比較して高いといわれているが、本当にそうなのか。

- (1)土木工事は日本がアメリカより 13～45%割高。(1993 年比較)
- (2)労務費は米国より 20%、英国より 56%割高。ドイツより 24%割安。
- (3)建設資材は米国より 51%、英国より 29%割高。
- (4)建設機械損料は米国より 31%割高。

(全日本建設技術協会資料)

●建設産業は「特殊な業界」と言われる理由は本当なのか。

- (1)発注者第一の請負業である
- (2)単品受注産業である
- (3)現地屋外で行われる「天気産業」である
- (4)総合加工産業であり、工程ごとの分業生産である
- (5)労働集約型産業である

(中村賀光『建設業界』など)

●建築工事の手抜きはなぜ起こるのか。

- (1)品質確保のための発注者側の監督・検査の不備
- (2)専門知識のない需要者が、注文内容についてまで供給者の判断・助言に依存すること（医師、弁護士、証券アナリスト、経営コンサルタント、教育産業など）

その防止策は

- (1)手抜き工事への損害賠償請求
- (2)信用・評判の低下、市場からの追放

(金本良嗣編『日本の建設産業』より)

平成 17 年度 特定非営利活動法人医療施設近代化センター委託研究
病院等の施設整備の効率的な手法に関する事例研究報告書
——低価格と品質確保の実現に向けて——

調査・報告 国立大学法人東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
医療経済学分野 川渕 孝一
発行日 平成 18 年 5 月 15 日
調査協力 有限会社自由工房