



MC Healthcare, Inc.

MCHニュース

2016.02.29 Vol.11

MCH NEWS

医療提供体制の見直しに、 どう対処する



第16回 病院の経営を考える会

(2015年11月28日開催)

エム・シー・ヘルスケア株式会社は2015年11月28日、品川インターシティー会議室、コクヨホールで、「第16回 病院の経営を考える会」を開催しました。JA長野厚生連佐久総合病院の夏川周介名誉院長による講演を通して、地域医療提供体制の再構築をはじめ、将来を見据えた病院経営のために何をすべきかを考えました。また、「地域医療を担う急性期病院の経営」「病院のロジスティクス」「選ばれる病院になるために」をテーマとしたワークショップでは、講師を交えたディスカッションを通じて、病院経営における課題を抽出しながら対応策を模索しました。

長野県、佐久総合病院 地域医療体制の再構築に向けて



全国的に病院の統合やグループ化の必要性が叫ばれる中、長野県佐久市にある佐久総合病院は、病院を2つに分けるといふ例を見ない試みに挑戦しています。今回、病院の歴史を交えながら、病院の分割再構築という一大事業について、名誉院長である夏川周介氏に講演していただきました。

佐久総合病院の歴史と概要

長野県は、高い山々に囲まれ、かつては流通や医療が立ち遅れた「陸の孤島」でした。その一方で、平均寿命は男女とも全国1位であり、医療費も低いという特殊な地域です。

われわれの佐久総合病院は、東信地区にある佐久市に位置します。市の平均寿命は、男女とも、全国に1500ほどある区市町村のベスト20に入っており、まさに日本の長寿地域といえる地域です。佐久総合病院グループは、平成27年4月現在、3病院と1診療所、2つの老人保健施設、6つの訪問看護ステーションなどを有し、医師231人を含む常勤職員は2323人となっています。

当院は、昭和19年に開院し、昭和20年には翌年に2代目院長となる若月俊一が就任しました。若月は赴任後すぐに馬車に乗って無医村への出張診療を開始し、昭和34年に実施した八千穂村の全村健康管理は、現在の特定健診・指導の基礎にもなっています。

平成17年に全国9県目となるドクターヘリが配備されるなど、若月の信念であった「都会にも負けない医療の提供」にまい進してきました。若月の赴任時は、20床に対して入院患者がゼロ。それが、人口約1万6000人の町で1000床規模の病院にまで成長したことは、戦後の日本医療界の奇跡といえるでしょう。

同時に、すでに昭和60年ごろから在宅医療に乗り出し、昭和62年には全国初となる病院併設の老人保健施設も開設しました。われわれの提供してきた医療は地域包括ケアそのものであり、それを早くから実践し



長野県厚生農業協同組合連合会
佐久総合病院 名誉院長
夏川周介氏

てきたと自負しています。

そして、平成26年には、病院の分割再構築により佐久医療センターが誕生しました。地方では、病院を統合・合併するケースが圧倒的に多い中、一つの病院を違う機能の病院に分けるといふのは、正直お手本のない取り組みです。評価には若干の時間が必要ですが、成功すれば、一つの地域医療のモデルになれると信じています。

救急・在宅・予防と幅広く展開

当院は、病院の力を10とした時、入院医療を5、外来医療を3、公衆衛生活動(地域医療)を2とする「5:3:2」を、運営の基本方式に据えています。若月が提唱してきた「予防は治療に勝る」という言葉通り、予防活動を一貫して続けてきたことは特徴です。



昭和34年に実施した八千穂村の全村健康管理は、現在の特定健診・指導の基礎にもなっています

在宅医療では、地域ケア科が専門的にかかわり、6つの訪問看護ステーションは、北から南まで30km以上の広範囲を支えています。佐久地域の訪問看護の利用状況は全国平均の4倍で、登録患者の在宅死亡率も50%を上回っており、これは地域の開業医と連携して在宅医療を進めてきた結果でもあります。

かつては交通の便が悪く、大学病院からもなかなか医師が派遣されない地域であり、だからこそ医師確保に奔走してきました。昭和43年に臨床研修指定病院になってから、プライマリケアの実践をプログラムの基本とし、採用数は定員15人を満たすことができています。過去の研修医441人の出身大学の内訳では、全国にある80施設の医育機関(防衛大、自治医大除く)のうち73施設から研修に訪れています。飛び抜けて多い特定の出身大学がないことが特徴です。神奈川県と同じ面積を持った地域のたった一つの救命救急センターであり、救急医療から在宅医療、公衆衛生活動まで、幅広く地域医療を研修できるのが本院の魅力になっているものと考えます。

医師疲弊から分割再構築へ

医療の高度化や専門分化、建物の老朽化、入院・外来患者の集中から医師は疲弊、周辺には開業医が少なく、連携する病院もなかなかないため、紹介率が上がらない現状がありました。そこで平成13年に、分割しかないだろうという議論になり、運営委員会の承認を得て、地域にも公表しました。住民からは農村医療のメッカを移すのかという反対運動もありましたが、高度急性期のみを分割し、市民病院的な機能は従来通り病院に残そうという形で理解を得られました。

再構築に向けた機能分化の取り組み

機能分化に向けた動きは、平成11年



平成17年に全国9県目となるドクターヘリが配備されるなど、若月先生の信念であった「都会にも負けない医療の提供」にまい進してきました

の日帰り手術センターの開設が必要になっています。看護師が運営を担うことにより、患者さんの説明に対する理解度の向上と、病院運営の効率化、医師の負担軽減などを図ろうと誕生しました。医師がパスを作り、説明などを看護師はじめ多職種が連携して行う体制としたことで、医師の負担軽減に加え、パスによる治療の標準化にもつながりました。平均在院日数は当然短縮し、病床稼働率も向上。結果として、将来的なD P C移行への下準備にもなりました。

ここから派生的に、通院治療センターや術前検査センター、持参薬管理センターなども立ち上がりました。こうした周術期マネジメントに医療資源を投入することで、平均在院日数の短縮化、日曜日入院(月曜日手術)の増加、病床稼働率の上昇、持参薬使用の徹底によるコスト削減などにつながり、これが良いサイクルになってきました。

平成26年に佐久医療センターが開院

再構築事業は、821床の病院を、450床の佐久医療センターと、309床の本院とに分割する事業で、高度急性期を担う佐久医療センターは平成26年3月に完成しました。4階建て(診療機能部分は3階)、低層階で、患者さんは水平移動を基本としており、安全管理と災害時医療に配慮した設計になっていま

す。救急車は2階へ直接乗り入れ、救急外来から病棟まで一度もエレベーターに乗ることはありません。敷地は東京ドームが3つ入る4万坪で、市の中心街にこれだけの病院が造れたことは実に幸運なことでした。

平成27年度のセンターの平均在院日数は11.6日、紹介率は67.7%、逆紹介率は81.8%。分割後に紹介・逆紹介率はきれいに上昇し、念願だった地域医療支援病院に承認されました。

医師は、センターが116人、本院が59人で、軸足をどちらかに置きながら双方を行き来する体制です。術前検査センターなどは、患者サポートセンターとして一箇所に集約。術前から退院まで、すべてここで患者さんをサポートします。周術期管理の標準化を進めてきたので、いつどの病棟でも、質が均一化された入院対応が可能になりました。

地域と連携し地域包括ケアを

最後に、地域医療を守るには、住民、医療機関とのあらゆる場面での密接な連携が求められます。若月は、「健康・医療は与えられるものではなく、住民自らが獲得するものである」ということを地域に常に訴えていました。われわれも地域と連携しながら、より良い地域包括ケアを構築していきたいと考えています。

局面の決断は「直感」「読み」「大局観」を使って行う

「局面を見た瞬間に9割以上の手は捨てる」—長く将棋界をリードしてきた名人、羽生善治氏は、決断の要諦をそう語ります。そこには年齢や経験によって積み重ねてきたベースがあるといえます。勝負師としての片りんを垣間見せて頂きました。

直観とは経験則の集大成

日々の生活は決断の連続です。つまり決断とは、日常的に私たちがしていることなのですが、こと将棋に関して言えば、私の局面の決断は、「直感」「読み」「大局観」を使って行っています。

どのように将棋の手を読んでいるかというと、まず最初に直感を使っています。将棋の場合は、1つの局面で80通りのパターンがあるといわれていて、その中から2つないし3つの手に絞っているわけです。その他の手は、見た瞬間に捨てていることになります。ではその2つ、3つをどう選んでいるかというと、それは例えばカメラのピントを合わせるような作業することに似ていると思います。ここが焦点、ここが急所ではないかということを、今までの経験則、学んできたことと照らし合わせて、選んでいるのです。つまり直感といっても、それまでの経験の集大成として選択していくものと考えています。

そこから具体的に読みをします。1つひとつ先の展開を予想するわけですが、すぐに数の爆発の問題にぶつかります。例えば10手先を直感と読みだけで考えていくと、約6万手弱ぐらいの読みが必要となります。最初の段階で9割以上捨てているにもかかわらず、数が爆発する状況となるのです。

そこで3番目に使うのが、大局観です。今までの手順の総括、これから先の方針、戦略など抽象的なことを考えていくわけです。この大局観に基づくと、無駄な考えを省くことができます。今は積極的に動くべきと大局的に判断できれば、読みの段階で積極的に動くという選択肢に集中して考えていくことができるわけです。この3つは年齢や経験の積み重ねによって比重の高低がありますが、決断のベースとして変化はありません。

どんな場面になっても最善を尽くす

将棋という勝負の世界に身を置くと、

運やツキ、バイオリズムという科学的には解明しにくいものを知ることになります。運とかツキは人を魅了するものです。ギャンブルや占いというものがいつの世も廃れないということは、そのことを表しています。ただそれだけこだわってしまうと、どんな場面になっても最善を尽くすということがおざなりになりますので、私自身は気にしないようにしています。もちろん、うまくいかないときもあるわけで、そのときに私は不調なのか、実力がないのか見極めようとします。本当に不調も3年間続けばそれが実力なわけで、そのときには真摯に頑張るって次のチャンスを狙えばいいのです。

一方で、本当に不調なときもあります。不調とは何か。それは、やっていることに間違いはないけれど、いまだ結果が出ない状況をいうのではないかと思います。ただ不調のときは、やっていることを変えてしまうと元に戻ってしまうので、そこはぶれてはいけません。この時期はメンタル的に落ち込みやすいので、私の場合は生活の中で髪型を変えるなどの小さなアクセントをつけるようにしています。そのことで不調の期間を乗り越えようとするわけです。

盤上ではミスをして、結果的にそれがうまくいくということもあります。逆にそのミスが意表をついたり、楽観することになり、勝負の流れが変わることもあります。つまり良手がいつも良い結果に結びつくこともないわけです。そこに勝負の機微があると感じています。

相手の立場・価値観で二手目を予測

将棋の大先輩が、よく色紙に書かれていた言葉が「三手の読み」でした。三手の読みというのは、そのままでは簡単なことですが、これが将棋を指す上での基本中の基本です。特に難しいのは二手目です。一手目の選択は自分の意思ですので



将棋棋士 名人
(王位・王座・棋聖)
羽生善治氏

何の問題ありませんが、二手目は相手が差します。何を差してくるかは相手の立場に立っていながら、つい自分の価値観で判断しがちです。そうすると当然のことながら正しい判断ができません。つまり二手目で、相手の立場・価値観に立って判断しないと、それから先、何百手読もうが間違った結果となるわけです。二手目で相手が何をしてくるかを正確に予測することが、勝負の上で一番難しく、一番大事なことなのです。

AIによって人間の判断力もアップ

医療界でも判断をする際に人工知能(AI)を活用しようという技術があると聞いています。確かにAIは熱い分野で日進月歩の発展を遂げています。

個人的にはAI自体が自分自身で学習し精度を上げてきていると感じています。一方で、社会の中で適応するのが難しいのは、AIが正しい判断をしたとしても、多くの人がそれを受け入れるかどうかは別の議論となるからでないでしょうか。

将棋の世界でもコンピュータが強くなってきましたが、AIが出す選択・判断を多く見ることによって、人間の判断も上がっていく可能性を感じています。というのも、人間の思考には盲点や死角があったり、美意識が邪魔をして、最初の段階で検討から捨てているものがあります。捨てている中に、いい選択肢があるかもしれません。だからセカンドオピニオンとしてAIに確認して、その選択を受け人間が最終判断をしていくということもあるだろうと思っています。

地域医療構想と2016年度診療報酬改定以降を見据えた病院経営戦略 ～2025年に向けて自院のビジョンを明確に～



来年度中に各都道府県が2次医療圏毎に病床数などをまとめる地域医療構想と2016年度診療報酬改定の最大ポイントとなる7対1の看護必要度の見直しをはじめ、患者の重症度に応じた病棟編成、医師などの生産部門職員の確保の必要性などを分かりやすく解説しました。

現在、稼働していて需要がある病床は減らない

地域医療構想は、2025年に向けて各都道府県が2次医療圏（構想区域）毎に病床の機能分化や連携を進めるために病床機能4区分ごとの病床数などを来年度中に策定します。その参考となる政府の専門調査会の試算では病床数が全国で20万床減るとされました。入院の受療率から試算されていますので、現時点で実際に稼働している病床数が減るわけではありません。4区分の高度急性期、急性期、回復期、慢性期のうち具体的には病床機能報告制度で各病院から報告された区分ごとの病床数から、回復期が増えて、高度急性期、急性期が絞り込まれます。

慢性期の療養病床の都道府県別入院受療率を見ますと、最大5倍もの地域差がありますが、一般病床、介護施設、サ高住など居住系施設を含めた場合では、わずか1.5倍の差に縮まります。つまり、療養病床入院受療率が高い都道府県は、入院しているため居宅サービスの平均要介護度が低くなっています。逆に療養が少ないところは在宅患者の要介護度が高いというきれいな逆相関の関係になっています。つまり、受け皿なき構想区域での機械的な過度な療養病床の削減はリスクもあるといえます。

7対1のさらなる絞り込みがメジャーチェンジ

2016年度診療報酬改定の基本的視点は①医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムを推進する視点②患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療を実現する視点③重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点④効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点—4点です。

今回の診療報酬改定は18年同時改定前で全体的にはマイナーチェンジですが、メジャーチェンジな部分は、高度急性期、急性期の論点でもある7対1の重症度、医療・看護必要度の見直しです。

今回、A項目とB項目の両方を見直します。A項目は「無菌治療室での治療」追加案が出ています。また、救急搬送入院や手術後の患者も新たに評価される予定です。また、10対1入院基本料もデータ提出加算が必須になると思われます。B項目は、一般病棟用のB項目の「寝返り」

医師などの生産部門職員は「費用」ではなく「原価」
患者の重症度に応じた病棟編成

株式会社MMオフィス代表
関東学院大学大学院非常勤講師
工藤 高氏



との相関が強い「起き上がり」と「座位保持」が削除され、「認知症」と「せん妄」が評価の対象となり、全7項目を維持という案が出ています。また、現在、別々の一般病棟、ICU、HCUのB項目を統一する議論もされています。

単に入院期間を延ばす病床稼働率優先は急性期脱落

もともと単価が低い小児科やマイナー診療科を持つ総合病院は1日入院単価が低くなり、一方で心臓外科、脳神経外科などのメジャー診療科のみの病院ですと1日入院単価が高くなります。1日入院単価の決定要素は、ケースミックス（患者構成）と在院日数の違いです。診療科単位の病棟で急性期の患者が分散している場合ですが、病床機能報告制度を考えた場合、病棟単位の急性期割合が高まりません。そのため、診療科単位ではなく、患者の重症度に応じた病棟編成を行う病院があります。ICHやHCUでは診療科別の概念は無いはずで、つまり、一般病棟における高度急性期は準HCU的な考えです。

また、7対1DPC病院で単なる病床稼働率優先経営で臨床的には退院可能なのに社会的入院患者でベッドを埋めてしまうと、▽看護必要度が相対的に低下▽DPCの効率性係数（在院日数短縮を評価）が悪化▽平均在院日数が長期化▽DPC II群病院では要件の「診療密度」悪化▽院内における地域医療構想の高度急性期、急性期の割合が相対的に低下—など、やがて急性期から脱落することになります。7対1の稼働が低いならば病床数を減らすか、地域包括ケア病棟など、他の需要の高い機能に変えるべきです。

一般企業は、社員や事業所のリストラにより業績を回復しますが、労働集約型産業である医療の場合は、「医療の質」や「医業収入」を上げるために、逆に必要な部署の人数を増やさなければなりません。特に医師、看護師、PT、OT、STのリハビリスタッフ、薬剤師の生産部門職員はコスト（費用）ではなく「原価」と考えるべきです。人件費比率は「人件費／医業収入」で計算されますので、分子の人が多くても1人当たりの労働生産性が高ければ、分母の医業収入が増加して相対的に比率は下がります。トップランナー病院は患者の重症度が高く、平均在院日数が短い急性期、回復期、慢性期を問わず原価部門の職員が多くいます。このことは、2014年診療報酬改定でも評価され、次回2016年度改定も同様となります。点数がずんと下がることを「ハンゴ外し」といいます。その対象は重症患者をきちんと診ている部分はあまり該当することがなく、少しアンフェアなやり方や本来の目的と違う用途で運用している場合が該当するのではないのでしょうか。



病院に求められるロジスティクスとは。流通経済大学教授で東京海洋大学名誉教授の苦瀬博仁氏は、その前提として、病院のロジスティクスの特徴(物流の特殊性や影響等)を踏まえ、「備蓄」と「補給」の重要性を強く訴えました。講演後は、参加者から震災の経験も交えた多くの質問が挙がり、熱心に意見交換が行われました。

病院はあらゆるものの複合都市

病院のロジスティクスの複雑性は、オフィスとして、診療の場として、またはホテル(生活の場)として、あらゆるものが組み込まれた複合環境であることです。

平常時の考え方は「患者サービス」と「効率化」の2本立てだろうと思います。例えば、入退院サービス(手荷物配送サービス)や、医薬品の宅配サービス、共同購入・配送による効率化とコストダウンなどがあるでしょう。院内では、物流管理システム(SPD)の検討が大切です。また病院の場合、特有の事情はありますが、ライトバンや乗用車で少しずつ物資を運び込むことも多いので、病院なりの効率的な搬入方法の見直しも必要ではないでしょうか。

災害時は「兵糧攻め」と同じ

災害時のロジスティクスを考える時、最後は「備蓄」と「補給」の多様性に集約されます。東日本大震災では補給が比較的うまくいったと言われますが、その理由を挙げるならば、それは関東や関西の工場が生き残ったことでしょう。東日本大震災の被災者は約900万人でしたが、首都直下型地震の被災者は約3500万人と想定されています。東北地方の地震でも、東京のコンビニでおにぎりや水がなくなりました。約3500万人分の水はありません。あっても、消費者に届けるためのポリタンクや給水車があるのでしょうか。みなさん、自分だけは大丈夫だと都合良く考えている。だからこそ、絶対に「備蓄」が重要になります。

言い方は良くないかもしれませんが、災害時は「食料品や飲料水などが届かない兵糧攻め」になります。ですから、基本は備蓄と補給しかありません。できれば備蓄を優先して下さい。病院のロジスティクスとBCP(事業継続計画)を考える際は、流通させながら常に備蓄分も確保しておく「流通備蓄」(ローリ

病院のロジの考え方、災害時の備え等を解説 行き着くのは「備蓄」と「補給」

流通経済大学教授
東京海洋大学名誉教授
苦瀬博仁氏



ングストック)が必要です。

補給も大切ですが、災害時はなかなかうまくいきません。「災害発生から3日頑張れば」と良く言いますが、これも危ないでしょう。地震発生直後の72時間は人命救助が最優先ですから、物資の供給は後回しです。しかも4日目に十分に物資が届くとは限りません。最近は1週間分の備蓄が必要ではないかと言われるようになってきました。

ロジは最も弱い部分から破綻

ロジスティクスは、最も弱い部分から破綻します。例えば、設備があっても、いざ災害時に停電したら何の意味もない。東日本大震災では、燃料がないと話題になりましたが、燃料があっても運転手がない、運転手がいてもそもそも運ぶおにぎりがないという問題が起きたと思います。ロジスティクスは、部分でなく全体の把握が重要なことをお伝えしたい。

東日本大震災は「物が腐りにくい」「飲料水を確保しやすかった」—など、少し特殊なケースだったと私は思っています。いろいろなケースの災害も見ておいた方が良いでしょう。

【意見交換】

Q 阪神淡路大震災で被災しましたが、物資は5日後から届き始めました。備蓄が一番大事ですが、日ごろあまり在庫を抱えたくないですし、備蓄場所の確保も難しい問題です。

苦瀬氏 やはり現場に備蓄しておくことが理想ですが、例えば、グループ病院があれば、グループ病院全体で分散して備蓄するような考え方もあります。これらを組み合わせることが重要です。

Q 備蓄物資に関する他施設との情報共有や、災害時に被災地外とどうコミュニケーションをとるかも難しい問題です。

苦瀬氏 コミュニケーションの仕組みづくりについては、私ももどかしい問題だと感じています。また、被災施設から「困っている」という情報は出てこないという前提で考えておいた方が良いでしょう。「あの施設は、これが不足しているに違いない」と想定して物資を送る方法もある。私はそう考えます。



「病院の新築・増築・改築を手際よく、ローコストで実施するには、発注側が魅力あるプロジェクトにすることが必要」—岩堀幸司氏はそう言い切りました。その場限りの考えでは、将来の改築が必要となったとき、うまくいきません。基本的な考えを示唆いただきました。

病院建築の5つの基本要素

病院建築の基本は、▽機能性▽居住性▽安全性▽将来性▽経済性—という5つの要素にまとめることができます。

機能性とは、ヒトとモノと情報と部門の役割とその連携を指します。居住性とは、療養環境や癒し性を言います。安全性とは自然災害、地震などに対する備えはもちろんのこと、病院の中でけがをすることがないようにすること、最近では院内感染への対策も主要課題となっています。

また以前は病院建築は成長と変化するものといわれ、増築や建て直しをどうするかを考えてきましたが、現在はダウンサイジングも視野に入れるようになりました。この視点が将来性ということになります。最後の経済性というのは、ただ建てればいいということではなく、事業性も考えた建築・設計が大切ということです。投資できる額には限度があり、そのことが施設づくりと密接に関係があることは当然です。

一方で、病院には5つの基本部門があります。それは外来、病棟、診療という患者が訪れる部門と、直接患者は来ないが院内の運営を担う管理部門、供給部門があります。これら部門を、例えば機能の視点から見ると部門ごとで主要活動時間帯が違ふことなどを分析すると、経営的視点も含めて良い施設の設計が考えられるようになっていくわけです。

緑化環境は患者に好影響

病院建築では基本動線が大事ですが、そのポイントとして、動線が分かりやすいということ、モノとヒトの錯綜する部分をどう整理していくかということが挙げられます。またウェイファインディングといって、街中のランドマークのように、病院内に印象深い仕掛けや思わず目を留めるようなサインも、動線計画のポイントです。

現在免震構造の病院が多くなっています。この免震構造では柱を少なくすることができ、制約が減り自由に平面を考えることができます。例えば総合受付からの人の流れを考えたときに、奥に行くほど人の流れは少なくなるので、徐々に動線を細くし、サ

病院の理念を明確にし、設計者・施工者との相互確認が大切

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科非常勤講師
特定非営利活動法人医療施設近代化センター常務理事

岩堀幸司氏



インなどを見やすく配置することも可能です。

また救急・手術エリアの計画は病院経営の決め手となります。特に手術室の占有時間を少なくする意図で、手術後のリカバリーのあり方をよく考え、ハードも設計の重要度です。ただ術後患者をすぐ移動するので、看護師などスタッフのスキルが重要になります。つまり建物だけを作ればいいのではなく、スタッフの負担軽減を含めた発想が求められているのです。

療養環境として、国内でも屋上庭園がよく作られています。事実、アメリカのレポートでは、ある入院患者が病院のれんがの壁を、ある入院患者が庭の樹木をそれぞれ見て過ごす、樹木を見て過ごした患者はレンガを見ていた患者より平均4分の3日早く退院し、1症例あたり500ドルの負担減になったそうです。また同じアメリカでは緑を感じられる環境にある病院では、スタッフの定着率も上がったとの報告もあります。

設計の早い段階で知恵を結集

建設物価動向と病院建築着工の関係を見ていくと、1979年の第2次オイルショック期や1990年前後のバブル経済期には建築物価が上昇し、その反面病院の新築・増築が減少しました。つまり建設物価が上がれば、特に収支が均衡するなかで当然ながら身の丈を超えた投資はできないということです。これは特に意識しなければならないことでしょう。

また、初期投資のみならず、ランニングコストをどうするか、もっといえばランニングコストがかからないようにするにはどうしたらいいのかということも考えなければなりません。初期投資を増やして、ランニングコストを抑えるようにすることは可能です。また建築構造体は長期維持することはできますが、設備の劣化は免れません。ただ患者スペースの充実を図ると配管スペースなどが狭くなり、必要な改修ができず、結果として建て替えを選択せざるを得ないということも発生します。当然ですが、長い目で見た建築計画が必要となるのです。

今後新築・改築・増築を発注する場合に、設計者、施工者を含めてうまく共働をして魅力的なプロジェクトにしていくことが求められています。設計の早い段階から発注・設計・施工の知恵を結集することで、低コストで良質の病院建築を実現することが大事です。いわば、設計者・施工者の選択は、発注側の最大の責任となるのです。また理念・コンセプトを明確にし、設計者・施工者と共有、相互確認していくことが大切でしょう。