

千葉療護センターの老朽化対策検討会
報告書

令和 5 年 5 月

千葉療護センター老朽化対策検討会

はじめに（本検討会で議論したこと）

40年前、交通事故により脳に重大な後遺障害を負われた方を専門に治療する病院として設立された千葉療護センターを取り巻く環境が、大きく変化している。

こうした変化に対する対応の方向性は、国土交通省において令和3年7月に取りまとめられた「今後の自動車事故被害者救済対策のあり方に関する検討会」報告書に記載されているところであるが、この中で、療護施設関係の対策として、千葉療護センターの老朽化が大きな懸案の一つとして掲げられ、今後は、利用者ニーズを把握したうえで、リハビリテーションの充実を図ることが必要との結論が示された。

このため、療護センターの利用者と介護料受給者（脳損傷者を対象）にアンケート調査を実施して、利用者のニーズを把握したうえで、今後新たに必要とされる病院機能について検討することを目的に、令和4年7月、自動車事故被害者団体をはじめ、学識経験者や医師、建築士などから構成される「千葉療護センターの老朽化対策検討会」がナスバに設置され、これまで5回に亘って議論を積み重ねてきた。

令和5年5月、同検討会として、自動車事故被害者その他関係者の意見を踏まえた千葉療護センターの「段階的な老朽化対策」をとりまとめ、この中で、利用者のニーズに対して適切に答えていくためには、千葉療護センター西棟の建替えが必要であることが明らかとなるとともに、千葉療護センターの建替えにおいて最低限必要とされる機能を設定したうえで、今後新たに必要とされる機能内容に応じた2つの建替えプラン（段階的な老朽化対策プラン）が示されたところである。

今後、ナスバにおいては、本とりまとめに沿って千葉療護センターの老朽化対策を講じていくことが適当である。なお、ナスバに対しては、本とりまとめを基本方針としつつ、療護施設が脳損傷による重度後遺障害者の機能回復に向けた積極的な治療・看護・リハビリテーションに取り組むため、社会情勢等の変化に応じて適切に見直しを図ることを求めるとともに、国土交通省をはじめとする関係機関と緊密に連携を図り、施設を運営する上でのソフト対策について、引き続き、検討を進めることを求める。

第1章 交通事故の現況

警察庁が発表した交通事故統計（2023年1月）によれば、交通事故による死者数は近年着実に減少しており、令和4年中の交通事故による死者数は2,610人と、昭和23年に統計開始以来最小を更新している。

しかし、交通事故による重度後遺障害者数は、平成10年度以降ほぼ横ばいで推移しており、令和3年度においては1,435人（自賠責審議会資料より）と、死者数と比してその減少幅は小さく、長期的には横ばい傾向にある。

このため、被害者救済対策がこれまで以上に重要性を帯びているところである。

	平成10年（A）	令和3年（B）	減少率（1-B/A）
重度後遺障害者数	2,050人	1,435人※	30%
死者数	9,214人	2,636人	71%
交通事故件数	803,882件	305,196件	62%

※重度後遺障害者数のデータは年度ベース。自賠法施行令別表第一及び別表第二の1～3等級に該当する後遺障害者を重度後遺障害者としている。

第2章 療護センターの設置までの経緯

独立行政法人自動車事故対策機構（ナスバ）では、自動車事故により脳に重度の後遺障害が残った方を対象に専門的な治療・看護を行う病院として、国内4カ所（千葉、宮城、岡山、岐阜）に療護センターを設置・運営している。

療護センターが設置されることになった経緯については、昭和30年代以降の急速なモータリゼーションの進展に伴い、昭和45年には自動車事故による死者数がピークを迎えるなど、交通戦争と呼ばれる社会問題の解消が叫ばれる中、国を挙げての交通安全対策が功を奏し、死傷者数や事故発生件数が減少へと向かう一方で、懸命な救命処置により一命は取り留めたものの、重度の後遺障害を負った自動車事故被害者の介護負担の問題が顕在化したことを受け、昭和53年6月の自動車損害賠償責任保険審議会において、「自動車事故による重度後遺障害者について救済措置を検討すべきである」と答申がなされたことから、それまで自動車事故対策の専門機関としてナスバが業務として行ってきた被害者保護増進事業の中に、新たに療護センターの設

置・運営の項目が追加されたことによるもの。

このため、昭和59年2月に千葉療護センター、平成元年7月に東北療護センター、平成6年2月に岡山療護センター、そして平成13年7月に中部療護センターが順次開設されたが、開設当初は寝たきりの状態にある患者が終生穏やかに過ごしていただくための場所として、また、介護者の負担の軽減を図ることを最大の目的として運営してきたが、近年は医療設備の整備や治療技術の進歩等により、良好な医療環境のもとで治療等を行うと、寝たきりの状態の患者の生命予後は従来考えられていたより遙かに良好であることが確認され、その結果、退院する患者が少なくなり、新たな入院申込者が入院できず治療を受ける機会を失う状態が続いていたことから、このような状態を改善し公平で施設の有効な利用を促進するために、平成9年より入院期間を終生から概ね5年以内に、平成19年より概ね3年以内に変更し、治療等による機能回復に向けた積極的な治療（症状の改善）を最大の目的とすることに変更された。

療護施設の設置背景

(独)自動車事故対策機構

療護センター設置背景

- 昭和30年代以降、急速なモータリゼーションの進展に伴い、自動車事故発生件数及び負傷者数が増加。昭和45年には自動車事故による死者数がピークを迎えるなど、交通戦争と呼ばれる社会的課題の解決が急務であった。
- このような中、自動車事故の防止と被害者保護を図る組織として、昭和48年12月に認可法人自動車事故対策センター（現：独立行政法人自動車事故対策機構）が設立。
- 自動車事故により重度の後遺障害を負った患者を継続的に入院させる専門病院が今よりもかなり少なく、脳に重大な損傷を受け、寝たきりの状態にある被害者とその家族に寄り添った精神的、経済的支援が求められていた。
- 昭和56年6月、第94回通常国会において自動車事故対策センター法が一部改正が行われ、自動車事故対策センター（当時）が行う業務の一つに、脳損傷による重度後遺障害者を治療・看護するための療護施設の設置・運営が追加。
- 昭和59年2月に千葉療護センター、平成元年に東北療護センター、平成6年に岡山療護センター、そして平成13年に中部療護センターが順次開設された。療護センター入院患者の長期滞留傾向を解消する等を目的に、平成9年より入院期間を終生から概ね5年以内に、平成19年より概ね3年以内に変更された。

業務開始年月	名称	病床数	運営委託先
昭和59年2月	千葉療護センター	80床	医療法人社団誠馨会
平成元年7月	東北療護センター	50床	一般財団法人広南会
平成6年2月	岡山療護センター	50床	社会福祉法人恩賜財団 済生会支部岡山県済生会
平成13年7月	中部療護センター	50床	社会医療法人厚生会

第3章 千葉療護センターの現状

千葉療護センターは、入院患者の社会復帰の可能性を追求しながら、自動車事故により脳に重度の後遺障害が残った方を対象に適切な治療や看護などを行う専門病院として、千葉県千葉市に昭和59年2月に開設され、まもなく40年を迎えようとしており、これまでに392名(うち脱却による退院者が90名)が退院されている(開業から令和3年度末現在)。

千葉療護センターにおける治療・看護の特色としては、看護体制は一人の患者を継続して受け持つプライマリー・ナーシングを取り入れている。また、患者のわずかな意識の回復の兆しをとらえ、効果的な治療及び看護を行うため、病棟全体が広い一つのフロアとなっており、病室の仕切りを最小限にしたワンフロア病棟システムを取り入れ、集中的に観察できるようにしている。加えて、患者の回復に向けての環境づくりとして、季節や1日の移り変わりが感じられるように、大きな窓のそばに全てのベッドを配置するとともに、外気浴や海辺に近い立地環境などを活かし、海風を感じながら緑地での散歩などが行えるよう開口部が広く設けられている。一方で、最新の千葉県が作成した高潮浸水想定区域図によると、想定しうる最大規模の高潮が発生した場合、千葉療護センターは1.1m浸水し、12時間未満継続すると予想されているほか、高潮発生時に浸水するおそれのある地上1階には病床やCTやMRIなどの高度先進医療機器のほか、地下1階には電源機械室などのエネルギー供給部門が配置されているため、想定される災害への備えが脆弱であることが課題である。また、入院患者の多くは多剤耐性菌を保持しており、院内感染リスクが高いことに加え、新型コロナウイルス感染症など新たな感染症に対して、病室間を最小限にしたワンフロア病棟システムは、他の一般病院と比して、感染症対策がしにくい現状にある。さらには、現在は重度の脳外傷に特化したリハビリテーションの実施に取り組んでいるが、開設当初の目的は、終生を穏やかに過ごしていただくための施設であったことから、リハビリテーションの実施は想定されていなかった。このため、センター開設時にリハビリ室はなく、その後に治療による容態の改善結果が得られることが判明したため、薬局や検査室などを縮小しスペースを確保することでリハビリ室を設置することとなったが、病床80床の規模としては狭隘なりハビリ室となっている。

このように、現在の千葉療護センターにあっては、想定される災害やウイルス感染などの課題への対応が求められているとともに、顕在化したコンセプト

の老朽化についても刷新が必要な状況である。

療護施設における治療・看護の特徴

(独) 自動車事故対策機構

○ ワンフロア病棟システムの採用

病室の仕切りを最小限にすることで、常に患者の状態を観察できるとともに、わずかな意識の回復の兆しを捉えられ、効果的な治療と看護を行うことが可能となる。
※一部重症病床では、モニタリングシステムにより対応



○ プライマリー・ナーシング方式の看護体制

同じ看護師が一人の患者を主担当として継続して受け持つ看護体制。患者のわずかな反応を捉えることや、コミュニケーション手段の確立が可能となる。



○ CTやMRI等の高度先進医療機器を用いた治療・看護の実施

患者の残存する脳機能や新たな脳機能の出現の評価等により、治療効果の判定、効果的な治療及び看護方法の策定等が可能となる。



○ それぞれの患者にあつたりハビリテーションの実施

患者ごとに脳損傷の箇所、残存する脳機能等が異なるため、患者一人一人に合わせたリハビリテーション方法を探求・検証しながら実施することで、より効果的に機能回復を行う。



療護施設におけるリハビリテーション

(独) 自動車事故対策機構

- 生活の全てがリハビリテーション
- 患者一人一人に合わせたリハビリテーションを探求・検証しながら実施
- 残された機能を見つけ、回復の兆しや僅かな変化も見逃さない

理学療法



言語聴覚療法



作業療法



ベッドサイドリハビリ



入浴



本の読み聞かせ



外気浴



写真：自動車事故対策機構・千葉療護センターの老朽化対策検討会資料



千葉県が作成した高潮浸水想定区域図によると、想定しうる最大規模の高潮が発生した場合、千葉療護センターは1.1m浸水し、12時間未満継続すると予想されている。



高潮発生時に浸水するおそれのある地下1階・地上1階に病棟、高度先進医療機器、機械室やエネルギー部門が配置されている。

<浸水のおそれのある地下1階・地上1階の個室> 青：医療機器 赤：機械室やエネルギー部門 黄：病棟部門

施設名	西棟	東棟	MRi棟
2階	略	略	略
1階	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟：50床 ・検査室 ・手術室 ・一般撮影室 ・薬局 ・中央材料室 ・CT室 ・設備機械室 ・リハビリ室 ・X線透視室 ・ボイラー室 ・空調機械室 ・生理検査室 ・防災室 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟：30床 	<ul style="list-style-type: none"> ・MRi検査室 ・制御機械室 ・空調機械室
地下1階	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・サイクロترون室 ・空調機械室 ・医薬物保管庫 ・受水槽 ・電源機械室 ・マニホールド室 ・電源冷却装置置 ・消化ポンプ室 ・PET室 ・吸引機械室 	なし



入院患者の多くは多剤耐性菌を保持しており、院内感染リスクが高い現状に加え、新型コロナウイルス感染症の蔓延防止を踏まえた感染症対策が求められている。

1. 多剤耐性菌

療護センターの入院患者には、MRSA等の多剤耐性菌を保持している者が存在している。

多剤耐性菌は、多くの抗菌薬（抗生物質）に耐性を獲得した菌であり、身体の免疫が低下した状態では、菌を簡単に排除することができなくなり、さまざまな感染症を引き起こす可能性が高い。通常、接触感染という形式で感染が拡大し、菌が病室などの環境に広がった場合、他の人が触って菌に感染する可能性がある。

ワンフロア病棟システムは、他の一般病院と比較して、リスクが高い現状にある。

2. 新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルスへの感染経路は主に3つがある。

- ① 空中に浮遊するウイルスを含むエアロゾルを吸い込むこと（エアロゾル感染）
- ② ウイルスを含む飛沫が口、鼻、目などの露出した粘膜に付着すること（飛沫感染）
- ③ ウイルスを含む飛沫やウイルスが付着したものに触れた手指で露出した粘膜を触ること（接触感染）

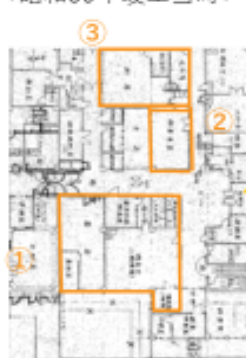
病棟はワンフロア病棟システムとなっているため、病室間の仕切りが無く、感染経路の①・②に対応しにくい状態である。

<ワンフロア病棟システムの特徴>

病室の仕切りを最小限にすることで常に患者さんの状態を観察でき、わずかな重篤の回復の兆しをとらえることができる。



<昭和59年竣工当時>



千葉療護センター
エントランス付近
(西棟)

入口

<現在>



①：薬局や検査室だったスペースを、『リハビリ室』に変更

センター設立時にリハビリ室はなく、開院後に治療による容態の改善結果が得られることが判明したため、リハビリ室を新たに設置。病室80床の規模としては狭隘なリハビリ室となっている。

②：職員食堂を、患者の家族等の『待合ロビー』に変更

患者家族が頻繁に来院するため、職員食堂を飲食スペースに簡素化して移動させ、待合ロビーを設置。

③：職員食堂の厨房を、『薬局』に変更

リハビリ室の設置に伴い薬局を移設するため、職員食堂の厨房を廃止。

第4章 千葉療護センターの老朽化対策の方向性と検討の仕組み

千葉療護センターをはじめとする療護センターの老朽化対策と今後のあり方については、国の「今後の自動車事故被害者救済対策のあり方に関する検討会」報告書（令和3年7月）において、その方向性が示されていることから、これを踏まえ、遷延性意識障害者が安心して利用できる環境を整備しつつ、限りある財源を最大限に有効活用する観点から、最も経済的かつ効率的な方法による対策を講じていくことを前提に、リハビリテーションの充実等、時代によって変化する利用者等からのニーズを的確に踏まえた最適な機能強化に取り組むための検討が必要であると考えられる。

このため、千葉療護センターで想定される高潮による浸水対策や新型コロナウイルスをはじめとするウイルス感染症対策を講じるうえで考えられる対応案を検討するとともに、療護センターの利用者及びその家族のほか、自動車事故被害者が求めるニーズを把握したうえで、今後新たに必要とされる病院機能について検討する必要があるところ。他方で、こうした老朽化対策の実施方法などの検討にあたっては、透明性を確保することも必要であることから、自動車事故被害者団体や有識者等による検討会方式により議論することとし、ナスバを事務局とする「千葉療護センターの老朽化対策検討会」が令和4年7月に設置されることとなった。

「今後の自動車事故被害者救済対策のあり方に関する検討会」報告書（抜粋）

V 今後の自動車事故被害者救済対策

1. 療護施設の充実

(2) 療護センターの老朽化対策と今後のあり方

現状・課題

- ・昭和59年設置の千葉療護センターをはじめ、療護センターの経年劣化が進行しており、順次、老朽化対策を講じていくことが必要である。
- ・療護センターの利用者及びその家族のほか、自動車事故被害者団体より、療護センターが提供するリハビリテーションの充実を期待する声が多く寄せられているところ、ただちにこのような期待の声に応えられる環境ではないことから、期待に応えるための環境整備が必要である。

今後の対応

- ・全国4箇所で開催している療護センターを対象に順次、老朽化対策を講じていくことにより、引き続き自動車事故被害者が安心して利用できる環境を整備すべきであり、**まずは最初に設置され、設置後35年以上が経過している千葉療護センターから老朽化対策を実施していくべきである。**
- ・老朽化対策に際しては、限りある財源を最大限有効活用する観点から、これまでの経験に基づいた**真に必要な機能の確保に努めるほか、最も経済的かつ効率的な方法による対策を講じていくことを検討すべきである。**
- ・また、その際には、例えば、「リハビリの充実」など、時代によって変化する**利用者ニーズを的確に捉えることが重要であり、それぞれの療護センターにおいて老朽化対策を行う時期における具体的状況を踏まえて最適な機能強化に取り組むことを検討すべきである。**

「今後の自動車事故被害者救済対策のあり方に関する検討会」報告書（抜粋）

V 今後の自動車事故被害者救済対策

2. リハビリテーションの機会等の確保

(1) リハビリテーションの充実

① 遷延性意識障害の場合

現状・課題

- ・療護施設における治療によって機能改善が図られた場合であっても、療護施設退院後、その機能を維持し、さらなる改善につなげていくためには、継続的なリハビリを実施していくことが必要不可欠である。
- ・一方で、遷延性意識障害者が回復期を過ぎた後の維持期・慢性期において十分なリハビリテーションを受けられる病院や施設等は少なく、その機会を確保することが困難であるとの声が自動車事故被害者及びその家族から寄せられている。
- ・また、(略)療護センターでの短期入院時におけるリハビリテーションの実施に係る要望も多く寄せられている。

今後の対応

- ・一部の療護センターにおける短期入院時のリハビリテーションの実施を検討するとともに、**千葉療護センターにおける老朽化対策に際しては、老朽化対策に併せて療護施設におけるリハビリテーション対応の強化に向けた取組を試行的に実施することを検討すべきである。**
- ・これら療護センターにおける取組に関しては、この効果検証を踏まえ、他の療護施設への展開に取り組んでいくことを検討すべきである。

第5章 千葉療護センターの老朽化対策の検討（課題の整理と対応の検討）

本検討会では、検討すべき課題について、高潮による浸水対策などの災害対策、新型コロナウイルスなどの感染症対策、患者のプライバシー確保など、これまで課題として明らかになっていることについては、『既存の施設の問題点に対処すべき事項』として整理することとし、一方で自動車事故被害者等から療護センターが提供するリハビリテーションの充実を期待する声が多く寄せられているが、ただちにそのような期待に応えられる環境を用意できないとして、課題としては認知されているものの、ニーズ把握を元に判断すべきことについては、『コンセプトの刷新が必要とされる事項』として整理することとした。例えば、それぞれの課題への対応を検討することとした。

これらの課題と今後の対応については、別紙のとおりとりまとめた。その中で、高潮による浸水対策としては病床を2階以上に設置することが適当であるものの、建物強度等構造上の問題があり、また、開設当初想定されていなかったリハビリテーション等に対応するためのスペースが狭隘となっている等、施設改修などの対策では対応が困難であることから、西棟の建替えが必要であることが確認された。

リハビリテーションの充実など今後新たに必要とされる病院機能を盛り込むことについては、その内容に応じてスペースの確保や部門の配置などを工夫する必要があることから、建物の面積規模の拡大を前提にいくつかの建替えプラン（段階的な老朽化対策プラン）を作成することとした。

< 課題の整理 >

○既存の施設の問題点に対処すべき事項

- ・高潮などの災害対策について
- ・新型コロナウイルス等感染症対策について
- ・患者のプライバシー確保について
- ・施設の老朽化対策における注意点について 等

○コンセプトの刷新が必要とされる事項

- ・長期入院におけるリハビリの充実について
- ・退院後のリハビリについて（短期入院・中期入院）
- ・外来患者の受入れについて
- ・患者の家族など介護者等へのケアについて 等

(検討会委員からの意見)

- ・千葉療護センターが位置する場所は、千葉県の「高潮浸水想定区域図」(平成 30 年公表)によると、高潮による浸水は水深 1～3 m が最大 12 時間未満生じる可能性がある。なお、高潮以外の地震や風水害によるリスクはハザードマップ上想定されていない。
- ・高潮対策を考えた場合、このまま東棟の 1 階にベッドを置くという状態は避けたいところであり、非常用電源もないことから、西棟の建替えに合わせて西棟に患者のスペースを確保した方がいいのではないかと。
- ・高潮や地震など不測の事態を想定し、施設の内・外に患者を安全かつ迅速に避難させるための手段や建物構造などを考慮すると、有効な対策としては、西棟の建替えの他に選択肢はないのではないかと。
- ・地震や火災など災害に備える上では、BCP の不断の見直しはもとより、患者が安全に避難するための経路の確保など、厚めに対策を講じておく必要があるのではないかと。
- ・千葉療護センターを含む 11 の療護施設においては、家族面会の原則禁止など厳しい感染症対策を講じてきた。今後、面会の再開などウイズコロナ等感染症と向き合う必要がある。また、療護施設は絶えず看護師等の目配りができるように、病床間の仕切りを最小限とした開放的なワンフロア病棟システムを採用しているが、今後、開放的な環境における感染症対策が必要となっている。
- ・感染症対策としては、気流のコントロールが適切に行えるよう、空調設備をやり直す必要がある。
- ・在宅復帰のために患者が自宅に戻る訓練を行うことがあることを考慮すると、患者の外出を前提とした感染症対策も検討する必要がある。
- ・新型コロナウイルス感染症が蔓延する前は、家族が患者と車いすでセンター周辺を散歩することもあったが、患者の容態が急変した際にすぐさま対応するにはリスクが高い。職員がすぐに対応できるように、敷地内に散歩可能なスペースを設けることとしてはどうか。
- ・西棟(50 病床)が昭和 59 年竣工・平成 4 年増築、MRI 棟が平成 3 年・平成 4 年増築、東棟(30 病床)が平成 17 年増築。西棟が最も老朽化が進んでいるが、病棟が西棟と東棟に分かれて存在しており、西棟だけを老朽化対策の対象とすることはできない。

- ・MRI 棟の耐用年数が西棟を建替えしている間にほとんど迎えてしまうので、西棟の建替えに絡めてMRI棟の運用を考えていかなければならない。また、東棟は建築年数が浅く、PET やサイクロトロンに移設に関しては、既存の施設内で移動させることはスペースの確保において難しいことから、防水対策をしっかりと行って使用し続けることが現実的と思われる。
- ・MRI 棟が病棟と接続していないので、患者が一度外に出て移動するという運用をしているが、西棟の建替え時に集約した方が良い。また、MRI 棟を西棟と同時に整備することによって、床面積を広く取れるのではないか。
- ・様々な状態の患者がいるにも関わらず、ワンフロアで看護していくのは限界があるのではないか。患者の状態に合わせた病室の構成をどのようにしていくか、ワンフロアのメリット・デメリットを踏まえた病室の設計が必要である。感染症対策も同様である。
- ・ワンフロア病棟システムは、絶えず看護師等の目配りができるなどのメリットがある一方で、ナスバスコアが改善した患者に対して、病室や日中活動する場所におけるプライバシーへの配慮を行う必要がある。
- ・ベッドの間隔が狭く、感染予防やプライバシーの確保など病床の配置にあっては対策を講じる必要があるが、患者家族が見舞いに来た際に一緒に過ごすことができるようなスペースを確保する必要もあるのではないか。
- ・患者がリハビリのために使用する車いすが廊下に並べて置かれているが、リハビリ効率や医療スタッフ・リハビリスタッフの負担軽減を兼ねて、病床近くに車いすを置けるスペースを設けるべきではないか。
- ・退院後のリハビリについては、アンケート調査の結果などを踏まえて、体制の強化を含めて総合的に検討していかなければならないと考える。
- ・在宅では週3回までの訪問リハが最大であり、訪問リハを行っている施設自体も少ない。そのため、療護センターで1ヶ月～数ヶ月間入院していただき、リハビリを受けることにアンケート結果から非常に需要が高いことが分かる。
- ・センターが取り組んでいる遷延性意識障害者の治療等は医学の分野として極めて特殊であるため、医師・看護師・作業療法士などの専門家を育てるメカニズムを構築しておく必要がある。
- ・高次脳機能障害は体系化されているものの、リハビリ内容は個々の患者の生活を見ながら、目標を定めていく必要があり、アンケートの結果だけで

なく個々のニーズを注意深く聞くことが重要である。

- ・ 外来機能の設置については、ハード面・ソフト面で条件を整理するなど、色々と検討が必要ではあるが、外傷性脳損傷分野における専門家の数が少なくなっているため、そうした専門家を育成する観点からも、対象範囲を絞った上で、専門家による評価や意見を聞けるように相談窓口などを設置してはどうか。
- ・ 外来機能の設置の有無により、ハード面・ソフト面のそれぞれでの条件や設計内容が大きく変わることになる。そのため、外来機能の設置の有無については、利用者ニーズ等をよく踏まえて検討することが必要ではないか。
- ・ 患者家族からのニーズとして、療護センターから最新の介護・治療・リハビリに関する情報提供をしてほしいという声があったので、こうした要望についてしっかり対応していく必要があるのではないか。
- ・ 再生医療などの研究機能を設けていただきたい。新しいリハビリ方法の紹介など、患者の目の前が明るくなるような情報を発信してもらえると励みになる。そういった施設になるとよいと考えている。
- ・ アンケートの結果を拝見すると、療護センターの看護サービスは非常に高い評価を受けていることが分かった。看護の質を落とすことなく、更なる向上を図るためにも、コンセプトの設定にあっては、医療スタッフにとって働きやすい職場作り、環境を整備するという点に留意する必要があるのではないか。
- ・ リハビリスペースの確保など治療を優先するために職員食堂を閉鎖するなど、医療スタッフのスペースが削減されてきた経緯があることを踏まえると、スタッフの仕事環境に配慮した対策が必要である。

介護料受給者等へのアンケート結果（アンケート送付先）

（注）自動車事故対策機構

アンケート送付先	配布枚数	期間	調査方法	主な調査項目
① 療護センター 長期入院患者(入院中)	171枚	9月末 ～ 10月末	書面アンケート (療護センター から郵送)	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院患者の情報 ● 療護センターに入院した理由等 ● 療護センターの利用状況
② 療護センター 短期入院の利用者	75枚	9月末 ～ 10月末	書面アンケート (療護センター から郵送)	<ul style="list-style-type: none"> ● 短期入院利用者の情報 ● 療護センターの利用状況 ● 現在実施しているリハビリ ● 短期入院中のリハビリ ● 療護センター退院後に、療護センターを再び利用する際の要望について
		東北、岡山、中部療護センターは、 10月上旬～11月上旬に送付		
③ 療護センター 入院経験者(長期、短期) かつ 在宅介護者または 施設入所者等	1,723枚	9月末 ～ 10月末	書面アンケート (ナ斯巴季刊誌 「ほほえみ」と 一緒に郵送)	<ul style="list-style-type: none"> ● 交通事故被害者の介護状況 ● 療護センターの利用状況 ● 療護センター退院後に、療護センターを再び利用する際の要望について ● 療護センターにおける今後のリハビリ ● 現在実施しているリハビリ ● 短期入院中のリハビリ
④ 療護センター未利用者 かつ 在宅介護者または 施設入所者等	③と同じ	9月末 ～ 10月末	書面アンケート (ナ斯巴季刊誌 「ほほえみ」と 一緒に郵送)	③と同じ
⑤ 自動車事故を起因とする 脳損傷被害者	10枚	9月末 ～ 10月末	書面アンケート (被害者団体か ら郵送)	③と同じ
※③については、 ①～④の対象者と重複しないよう調整済み				

N A S V A

介護料受給者等へのアンケート結果（回収率）

（注）自動車事故対策機構

調査対象	配布数	回答数（回収率）
合計	1,979名	1,032名（52.1%）
長期入院患者	171名	106名（62.0%）
千葉療護センターに入院中	---	35名
東北療護センターに入院中	---	16名
岡山療護センターに入院中	---	29名
中部療護センターに入院中	---	26名
短期入院利用者	75名	46名（61.3%）
千葉療護センターを利用	---	24名
東北療護センターを利用	---	5名
岡山療護センターを利用	---	9名
中部療護センターを利用	---	8名
介護料受給者及び被害者団体会員	1,733名	880名（50.8%）
療護施設の利用経験者	---	260名
療護施設の未利用者	---	611名
回答なし	---	9名

N A S V A

- 療護センターのリハビリには期待が大きい
- 新たな治療やリハビリの実施に対する期待もある

① 療護センターで治療・看護を受けて良かったところ

	看護	診療	家族サポート	リハビリ	職員	MSW	その他	回答者数
長期Q3-1	40 37.7%	24 22.6%	19 17.9%	18 17.0%	12 11.3%	2 1.9%	13 12.3%	106
短期Q2-3	17 37.0%	8 17.4%	16 34.8%	6 13.0%	2 4.3%	1 2.2%	13 28.3%	46

※自由記載の設問

② 療護センターで新たに取り組んでもらいたい内容

	看護	診療	家族サポート	リハビリ	職員	MSW	その他	回答者数
長期Q3-3	0	4	7	7	0	1	11	16
短期Q2-5	0	2	1	10	0	0	6	19

※自由記載の設問

再生医療、電気刺激治療等の可能性がある治療にトライしてもらいたい。

- 療護センターの退院後に再びリハビリ目的で再入院したいとの希望がある
- ただし、現行の短期入院でのリハビリ内容も評価されている

③ 療護施設に再度リハビリ目的で入院することの希望の有無

	希望する	希望しない	回答無し	回答者数
短期Q5-1	38 82.6%	6 13.0%	2 4.3%	46 100.0%
介護Q3-1 (療護施設 経験者)	183 70.4%	70 26.9%	7 2.7%	260 100.0%
介護Q4-1 (療護施設 未経験者)	280 45.8%	---	---	611 100.0%

④ 短期入院でリハビリを受けた患者が、再度リハビリを受けることの希望

	思う	思わない	回答無し	回答者数
短期Q4-5	31 96.9%	0 0.0%	1 3.1%	32 100.0%
介護Q6-7	105 89.7%	4 3.4%	8 6.8%	117 100.0%

- 療護センターには、脳検査、健康診断の実施など体の状態を把握したいとの希望が多い
- 車いす等の調整、新しいリハビリ情報、在宅介護等の相談など幅広い要望も挙げられている

⑤ 再度入院する場合のリハビリ以外の希望

	脳検査	健康診断 ／その他 の検査	車いすの 調整	器具等の 調整、修 理	新しいリ ハビリ機 器の情報	在宅介護 の相談	社会福祉 制度等の 相談	特に無し	その他	回答者数
短期Q 4－7	15	6	12	0	5	3	1	0	3	30
介護Q 6－9 (短期入院 経験者)	36	19	18	6	14	9	7	8	18	90
介護Q 6－9 (短期入院 未経験者)	18	3	4	0	6	5	4	1	11	35

※自由記載の設問



第6章 段階的な老朽化対策プラン（建替えプラン）の検討

本検討会では、今後予定されている西棟を建替えするにあたっては、現在、千葉療護センターにおいて行われている治療・看護などは今後も継続的に実施すべきものとして、これを最低限必要とされる機能と位置づけたうえで、今後新たに必要とされる機能内容に応じた複数の建替えプラン（段階的な老朽化対策プラン）を作成することが適当であると考えている。

また、限りある財源を最大限に有効活用し、最も経済的かつ効率的な方法による対策を講じる観点から、複数の建替えプランを作成することは合理的であるとも言える。

このため、項目毎の対策を組み合わせる形で、既存課題に対する対策と自動車事故被害者等のニーズを踏まえた対策を最大限に組み合わせ、いわば最も理想的な建替えプランをAプランとし、Bプラン、Cプランとそれぞれ対策内容を漸次縮小させた3プランを作成することとした。

<項目毎の検討結果>

1. 既存課題に対する対策について

(1) 病床について

- ・病床の位置については、高潮による浸水対策と資産価値の残った東棟との一体的な病床運営に努めることに鑑みれば、いずれの建替えプランも、西棟は建替えて2階以上に病床を設置し、東棟は建て替えせずに2階・3階部分を病床やりハビリ室として患者が使用できるように改修するとともに、空調などの設備更新や既存設備の地上化を合わせて実施する。
- ・病床のタイプについては、患者の特性に応じたきめ細やかな治療・看護を行う観点から、現行の大部屋方式による病床一択というよりは、大部屋方式のメリットを活かしつつ、様々な患者の特性に対応した病床を設置することが求められているとして、いずれの建替えプランも、3タイプ（大部屋・中部屋・個室）の病床を設ける。
- ・上記病床の設置に加えて、AプランとBプランは短期入院患者と中期入院患者のための専用病床を設置する。設置にあたっては、外部からのウイルスの持ち込みを極力防ぐために、長期入院患者とは病床を分けることとする。一方で、Cプランは短期入院と中期入院用の病床は長期入院患者の病床と離すなど運用上で最大限配慮するが、病床については、短期入院患者も中期入院患者もみな長期入院患者と兼用の病床を利用する。
- ・病床における患者プライバシーの確保については、現状、絶えず看護師等による目配りができるような病床間の仕切りを最小限とした開放的なワンフロア病棟システムを採用しているため、プライバシーの配慮が限定的とならざるを得ないことは理解できるものの、近年では医療水準の向上による治療効果によって、患者の容態に目まぐるしい好転が見られることから、意思疎通や運動機能に改善が見られる患者のプライバシーへの配慮がこれまで以上に求められているとして、いずれの建替えプランも、入院患者の容態や病床環境に応じた男女別病床を運用上で確保することにより、患者プライバシーについて配慮する。
- ・病床の感染症対策については、いずれの建替えプランも、陰圧機能を備えた病室を2つ設けるとともに、患者が機能回復訓練として声を発する言語聴覚療法室においても、陰圧機能を備えた部屋として2つ設ける。

- ・さらに、Aプランは院内の感染状況に応じて病棟フロアの一部を感染隔離ゾーンとして自在にレイアウト変更可能な作りとし、BプランとCプランは可変的な作りとするのではなく、病棟フロアの一部を固定式の感染隔離ゾーンとして使用する作りとする。
- ・空調設備の整備については、適切な温度・湿度管理を行うだけでなく、今後は開放的な環境における感染症対策が必要となっていることや、病床にある程度のバリエーションが出てくることを想定した部屋ごとに気流制御が行える空調設備を設けることが必要であるとして、AプランとBプランは部屋毎に温度や湿度の個別管理ができるよう整備し、Cプランは病棟フロア毎に空気の流れを考慮して給気・排気装置を適切に整備する。
- ・車いすの保管場所については、療護センターに入院されている患者にとって、病床から車いすへの移乗そのものがリハビリであることから、車いすの留置場はリハビリの実施にあたり重要な位置を占めるとして、AプランとBプランは車いすを患者個々の病床サイドに保管できるスペースを確保し、Cプランは車いすを病床に可能な限り近い位置に一定数まとめて保管できるスペースを複数確保する。

(2) 設備について

- ・不測の事態への備えや施設外への脱出機能については、想定される災害の種別（地震・風水害・火災）とリスクを把握し、患者の身の安全を確保する観点から、電気・水道・ガス・灯油燃料などのライフラインが絶たれても、病院機能を喪失すること無く、患者の命を守り続けるために、BCPによる備えが必要であるとして、Aプランは災害時に通常時と同等の病院機能を3日以上維持できる電源を確保するとともに、災害時においても即座に外部への脱出を必要としない耐火や耐震機能を備えた建物構造とし、避難の必要が生じたときには、外部に安全かつ迅速に避難できるスロープを設置する。BプランとCプランは災害時に医療機器や空調設備など機能を限定し、3日以上維持できる電源を確保するとともに、災害時においても即座に外部への脱出を必要としない耐火や耐震機能を備えた建物構造とする。
- ・電気設備や電源設備、給湯用蒸気ボイラー室の整備については、設備の老朽化や高潮による浸水対策上、東棟の地下にある空調機械などは設備更新し、合わせて電源機械など既存設備を地上化する必要があることから、A

プランと B プランは高潮による浸水被害、騒音や振動による影響を病棟フロアに与えない設備とメンテナンスのしやすさに配慮した設計とし、C プランは屋上など病床フロアから独立した位置に電気室などを整備する。

- ・給排水設備の整備については、入院患者の多くが多剤耐性菌を保持しており、衛生環境の適切な維持は必須であることから、通常時はもとより、災害時における断水や汚水処理などの衛生対策を講じておくことが求められているとして、いずれの建替えプランも、様々な排水（生活排水や特殊な排水）に対して適切な処理を行い、環境負荷の低減に資する浄化設備を整備する。
- ・医療用ガス等の供給設備の整備については、酸素、笑気、空気、吸引、窒素、二酸化炭素など、医療用ガスは病院内のあらゆる場所において治療に不可欠な役割を果たしていることから、これを安定・確実に分配供給する設備は、病院にとってまさしくライフラインともいえるべき存在である。このため、通常時のみならず、地震など災害時であっても、安定的に医療ガス等供給できるシステムの整備が求められているとして、いずれの建替えプランも、医療用ガス等の供給源設備を 1 ヶ所にまとめて配置し、配管を通じて手術室・病室などへ医療ガスの供給を行う設備を整備する。さらに、A プランは異常の早期発見と速やかな対応のため、外部モニターで供給設備の状態を遠隔で操作・監視可能な体制を整備する。

(3) 東棟の活用について

- ・東棟の活用については、東棟に資産価値が残っていることやサイクロトロンの廃棄など予算上の制約があることに鑑みれば、東棟の解体は困難であることから、地下 1 階にある空調設備など施設の機能維持に必要なインフラ設備の地上化を行ったうえで、建替えを予定している西棟と合わせて一体的な病床運営を行うための対応が必要であるとして、いずれの建替えプランも、東棟の 2 階と 3 階を病床・リハビリ室等患者スペースとして利用するために改修するとともに、西棟との渡り廊下を設置し両棟を自由に行き来することができるようにする。

2. 自動車事故被害者等のニーズを踏まえた対策について

(1) 病床以外のスペースについて

- ・リハビリ室については、自動車事故被害者のニーズを踏まえた今後の展開

を考えれば、これまでのように一つの部屋を時間と人数で区割りして使用するよりも、理学療法士や作業療法士などセラピスト同士が連携したリハビリの実施などリハビリ環境の向上や先進的なリハビリ機器の導入などによる新たなリハビリの実施を見越して、一定程度の広さを確保したリハビリ室を設けることが不可欠であるとして、Aプランは理学療法室・作業療法室・言語聴覚室（陰圧機能を具備）をそれぞれ専用部屋として設置し、BプランとCプランは理学療法室と作業療法室を兼ねた大部屋を設置し、言語聴覚室（陰圧機能を具備）は専用で設置する。

- ・ADL 訓練室については、在宅への復帰を念頭に日常生活動作の再取得や脳機能の再建に幅広く取り組んでいくことが求められているとして、AプランはADL訓練のための専用部屋を設置し、BプランとCプランはリハビリ室の一区画にADL訓練が可能なスペースを設置する。
- ・デイスペースについては、患者が病床のほかにゆっくり一日を過ごしていただける空間や医療スタッフによる見守りの中で患者同士の交流を通して日々の生活に生きがいを見出せるようにサポートするための環境整備を図ることが求められているとして、Aプランは患者の入院環境の充実を考慮したイベント等にも使用できる多目的ルームとしての活用も想定した専用部屋を各階に設置し、BプランとCプランは病床に併設する形でスペースを確保する。
- ・面会室については、新型コロナウイルス等感染症対策のもと、原則面会禁止など厳しい対応を強いられた患者家族の感情に鑑みれば、感染症対策が講じられるとともに、プライバシーへの配慮がなされた部屋を確保することが求められているとして、いずれの建替えプランも、患者と家族が長時間くつろげる面会室を設置する。
- ・患者家族同士の交流スペースについては、家族同士のピアサポートを促進する観点から、同じような苦しみや悩みを抱える患者家族が互いを支え合う活動を促進することは必要なことであるとして、AプランとBプランは患者家族が自由に使用できる専用部屋を設置し、その部屋については、感染症防止の観点から、外部からの入室を可能とした作りとし、病棟とは一線を画したところに設置する。Cプランは職員が使用する会議室と兼用で使用する。
- ・再入院患者への対応については、ソフト面での対応というものを引き続き

検討していかなければならないが、自動車事故被害者のニーズを踏まえれば、ある程度の広さを備えた部屋やスペースを設けることが必要であるとして、AプランとBプランは療護センターを退院後に再び入院する患者向けの専用病床・専用リハビリ室を設置し、Cプランは再入院患者向けの病床とリハビリ室は長期入院患者との兼用で設置する。

- ・再入院患者受入れのための外来窓口については、ソフト面での対応というものを引き続き検討していかなければならないが、自動車事故被害者のニーズを踏まえれば、ある程度の広さを備えた部屋やスペースを設けることが必要であるとして、AプランとBプランは再入院患者の体の状態を把握するための検査や診察、車いす・装具の調整などを行う専用部屋を設置する。また、Cプランでは検査や診察、車いす・装具などを行う部屋を他の諸室と兼用で設置する。
- ・患者が外気浴や散歩などができるスペースについては、東日本大震災による地盤沈下の影響で、外気浴スペースを安全に利用することができなくなったことから、病棟外で安全に楽しい時間を過ごしていただくための場所を確保することが必要であるとして、いずれの建替えプランも、屋上を活用し外気浴・散歩のための専用スペースを確保する。さらに、Aプランは患者への意識改善の手助けのために、病棟では体験することができない刺激を擬似的に体験することを可能とし、外出訓練の一環ともなるようなVRルームを設置する。
- ・スタッフ環境の整備については、患者家族等が利用される待合ロビーを設置するため職員食堂を廃止するなど、患者本位の治療・看護等の実施により、療護センターで働くスタッフの職場環境を顧みることが少なかったことから、e-learningの導入などを含めスタッフにとって働きやすい職場環境を整えることで患者や患者家族への還元効果を追求することとして、いずれの建替えプランも、スタッフの研修スペースの確保やe-learningの導入など職員のための研修環境を充実するとともに、web会議等リモート環境を整備する。

(2) 部門の配置について

- ・診療部門の位置については、感染対策や効率的な患者動線などを検討するうえで、現行の配置上の問題やスペースの無駄を洗い出し、医療スタッフはもとより、患者にとっても利用しやすい配置とする必要があるとして、

いずれの建替えプランも、治療や検査等を行うための諸室を機動的に設置する。

- ・患者食を作る厨房と病棟の位置については、西棟と東棟にそれぞれ厨房を設けるよりは、現状東棟にある厨房を今後も継続して使用することが経済的、かつ、効率的であるとして、いずれの建替えプランも、東棟にある厨房を活用する。
- ・病床と機械浴室の位置については、多くの患者が看護師に付き添われて車いすやストレッチャーで浴室まで移動するので、医療スタッフの導線を考慮することが重要であり、すれ違いや方向転換するときのために、廊下の幅や広さを確保することが必要であるとして、Aプランは病床フロア毎に機械浴室を設置し、BプランとCプランは病床から機械浴室までの移動時間や距離を考慮した配置とする。
- ・患者専用トイレの位置については、患者ひとりひとりの生活リズムを最大限に尊重しつつ、他の患者との共同生活に配慮したトイレの設置が求められているとして、いずれの建替えプランも、病床フロア毎に排泄洗浄室を設置する。さらに、Aプランは患者の残存機能を高め、ADL機能を再取得していくことへの意欲を引き出し、ADLの維持・向上を図ることが重要であるとして、患者の状態に応じて使用可能なトイレを病床近接に設置する。
- ・医療材料室の位置については、現状、カテーテルなどの医療材料やガーゼなどの衛生材料、滅菌器材などを収納するためのスペースが狭いことから、各部門からの距離に配慮して機能的に設置しておく必要があるとして、いずれの建替えプランも、医療材料の収納、発注や在庫管理を統一的行うための部屋を集約して設置する。さらに、Aプランでは病床フロア毎に常時使用する物品をストックするための簡易的な保管室を設置する。

第7章 段階的な老朽化対策プラン（建替えプラン）の策定

本検討会としては、前章で示した建替えプランの議論を進めていく中で、Cプランは、長期入院患者とそれ以外の患者が同一の病棟内に混在することにより、ウイルス感染症対策や患者のプライバシー確保などの面において対応としては不十分であり、また、患者家族同士が交流するスペースとして専用スペースが設けられないことにより、使用時の利便性が損なわれるおそれがあることなどから、Cプランは適当ではないと考える。また、A及びBプランは高潮な

どの災害対策や新型コロナウイルス等感染症対策など既存課題への対応及び自動車事故被害者等のニーズを反映させたプランとなっており、このうち、ニーズを最大限に反映し、災害等緊急時や感染症対策として十分な備えを行うためにはAプランが適していると考えます。

以上のことから、本検討会では、Aプランが最適なプランと位置づける。

	A プラン	B プラン	C プラン
I. 既存課題に対する対策			
病棟について(高潮による浸水対策)	<p>【前提】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 西棟と東棟の2F以上(同じレベルのフロア高)に病床を設置 <p>【西棟】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 建替えをする(嵩上げなし) <p>【東棟】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 建替えをしない ○ 2F・3Fを改修し、病棟・リハビリ室等患者スペースとして利用 ○ 上記改修の際には空調などの設備更新や既存設備の地上化も併せて実施 <p>【接続道路】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 西棟と東棟を接続通路で接続 		
病床の設置について①	<ul style="list-style-type: none"> ○ 西棟と東棟ともに、2F以上に病床を設置 ○ それぞれの病床については、3タイプの病床(大部屋・中部屋・個室)を運用に支障のないように適切に設置 ○ 上記病床の設置に際しては、男女別病床を設置することを必須とせず、入院患者の状況に応じて、男女別病床を運用上で確保<患者プライバシーの確保> 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 上記病床の設置に加えて、短期・中期入院用の専用病床を設置 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 短期・中期入院用の病床は長期入院用と兼用 	
病床の設置について②(感染症対策)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 陰圧機能を備えた病室を2つ設置するとともに、同じく陰圧機能を備えた言語聴覚療法室を2つ設置 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病棟フロアについては、上記陰圧機能を備えた病室に加えて、感染隔離ゾーンを可 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病棟フロアについては、上記陰圧機能を備えた病室に加えて、感染隔離ゾーンを固定式で設置(位置や規模については、可変を想定せず、固定することを想定) 	

	変式で設置(感染者数等状況に応じて、フレキシブルに設置可能)	
空調設備の整備	○ 部屋ごとに温度や湿度の個別管理ができるよう整備	○ 病棟フロアごとに空気の流れを考慮して給気・排気装置を適切に整備
車いす保管場所の確保	○ 車いすを患者個々の病床サイドに保管できるスペースを確保	○ 車いすを病床に可能な限り近い位置に、一定数まとめて保管できるスペースを複数確保
不測の事態への備え	○ 災害時に通常時と同等の病院機能を3日以上維持できる電源を確保	○ 災害時に医療機器や空調設備など機能を限定し、3日以上維持できる電源を確保
災害時における施設外への脱出機能	○ 災害時においても、即座に外部への脱出を必要としない耐火や耐震機能を具備した建物構造を整備	
	○ 上記に加えて、外部に安全かつ迅速に避難できるスロープを設置	○ 避難スロープの設置までは要しない
電気設備・電源設備、給湯用蒸気ボイラー室の整備	○ 高潮による浸水、騒音や振動による影響を病棟フロアに与えない設備とメンテナンスのしやすさに配慮した設計	○ 屋上など病床フロアから独立した位置に電気室などを整備
給排水設備の整備	○ 様々な排水(生活排水や特殊な排水)に対して適切な処理を行い、環境負荷の低減に資する浄化設備を整備	
医療用ガス等の供給設備の整備	○ 医療用ガス等の供給源設備を1ヶ所にまとめて集中管理が可能な形で設置し、配管を通じて手術室・病室などへ医療ガスを安全かつ適切に供給する設備を整備	
	○ 上記に加えて、異常の早期発見	○ 遠隔操作・監視までは要しない

	と速やかな対応のため、外部モニターで供給設備の状態を遠隔で操作・監視可能な体制を整備	
II.自動車事故被害者等のニーズを踏まえた対策		
リハビリ室	○ 理学療法室・作業療法室・言語聴覚室(陰圧機能を具備)をそれぞれ専用部屋として設置	○ 理学療法室と作業療法室を兼ねた大部屋を設置 ○ 言語聴覚室を専用で設置(陰圧機能を具備)
ADL 訓練のための部屋(スペース)	○ ADL 訓練のための専用部屋を設置	○ リハビリ室の一区画に ADL 訓練が可能なスペースを設置
ディスプレイスペース	○ 専用部屋を各階に設置 ○ イベント等にも使用できる多目的ルームとしての活用も想定	○ 病床に併設する形でスペースを確保
面会室	○ 患者と家族が長時間くつろげる面会室(感染症対策に配慮されたもの)を設置	
患者家族同士の交流スペース	○ 患者家族同士が自由に使用できる専用部屋を設置 ○ 主に感染症対策として外部からの入室を可能とし、病棟とは一線を画した形で設置	○ 職員が使用する会議室と患者家族同士の交流スペースを兼用する形で設置
再入院患者への対応のための部屋(スペース)	○ 療護センターを退院後に再び入院する患者向けの専用病床・専用リハビリ室を設置	○ 療護センターを退院後に再び入院する患者向けの兼用病床・兼用リハビリ室を設置
再入院患者受入れのた	○ 再入院患者の体の状態を把握するための検査や診察、車いす・装具の調整など	○ 再入院患者の体の状態を把握するための

めの外来窓口	を行う専用部屋を設置	検査や診察、車いす・装具の調整などを行う部屋を他の諸室と兼用の形で設置
外気浴や散歩などに必要なスペース	○ 屋上を活用し外気浴・散歩のための専用スペースを確保	
	○ 上記に加えて、外出訓練のためのVRルームを設置	○ VRルームまでは要しない
スタッフ環境の整備	○ スタッフの研修スペースの確保や e-learning の導入など職員のための研修環境を充実 ○ WEB 会議等リモート環境を整備	
診療部門の位置	○ 治療や検査等を行うための諸室を機動的に設置	
厨房の位置	○ 現状東棟にある厨房を今後も継続して活用	
機械浴室の位置	○ 病床フロア毎に設置	○ 病床から機械浴室までの移動時間や距離を考慮した配置
患者専用トイレの位置	○ 病床フロア毎に排泄洗浄室を設置	
	○ 上記に加えて、患者の状態に応じて使用可能なトイレを病床近接に設置	○ 患者の状態に応じて使用可能なトイレの病床近接設置までは要しない
医療材料室の位置	○ 医療材料の収納、発注や在庫管理を統一的に行うための部屋を集約して設置	
	○ 上記に加えて、病床フロア毎に常時使用する物品をストックするための簡易的な保管室を設置	○ 簡易的な保管室の設置までは要しない

(プラン策定にかかる検討会委員からの意見)

○病棟について (高潮による浸水対策)

- 病床の位置 (高さ) を上げることを意味する言葉として、「嵩上げ」という表現は、人によっては解釈が異なるおそれがあることから、表現を修正してはどうか。
- また、高潮による浸水被害を防止する観点からすれば、「西棟・東棟を嵩上げしない」という表現では、西棟の建て直しを予定しないかのように聞こえるため、「西棟は建て直す」ということを明記してはどうか。
- 東棟の活用策については、現状、東棟は西棟と一体的に病床運営をしているところであるが、今後は短期入院と長期入院の間の入院期間となる1ヶ月程度の入院患者を受け入れ、退院後のリハビリであるとか、リハビリ以外に体の状態を把握し、脳検査や車いすの調整などを行っていくためのスペースとして活用していくことが一案として考えられるところである。

○病床の設置について①

- 中部屋のイメージであるが、現在のセンターの入院患者の特性を見ると、5タイプに分けることができるということで、重症な方、いわゆる生命の危機がある方、それから意識障害が強い方、高次脳機能障害の症状が強く出ている方、脱却に近い改善が見られる方、加えて、短期入院の方がおられる。こうした様々な特性をお持ちの方がいらっしゃる中で、個室は重症な方や感染症対策の必要な方が利用され、また、意識障害の強い方は従来どおり大部屋で、高次脳機能障害の方や短期入院の方は中規模くらいがいいのではないかと。

○病床の設置について② (感染症対策)

- 感染状況に応じた病棟フロアのゾーニングや感染症対策のための陰圧室の設置などについては、できるだけ自在に可変的な対応が取れるように対策を講じておくことが重要であるが、患者が感染症に罹患した場合の対策であるとか、面会における感染防止対策であるとか、病棟の空調管理上で必要な感染対策など、場面毎に対策を想定しておく必要があるのではないかと。

- 言語聴覚療法室は声を発することから、感染対策を行うべきである。
- 言語聴覚療法室を陰圧が効く病床として使用する場合は施設基準上の届出の必要性については、少し確認しておいたほうがよいと思う。

○空調設備の整備

- 現在の空調方式は東棟も西棟もパッケージエアコンを使用した中央方式であるため、部屋ごとに気流管理など感染症対策を講じるには十分でないことから、病床タイプに合わせた空調管理ができることが望ましい。(事前レク後：岩堀委員)

○車いす保管場所の確保

- 車いすは単なる移動手段ではなく、患者にとっては生活すべてがリハビリであり、患者家族にとっても車いすへの移乗そのものが在宅介助に繋がることからすれば、常時使用する車いすの保管場所としては治療や看護に影響がでないことを前提に病床サイドに設けることが適当であり、廊下などのスペースに設ける場合は歩行訓練などのリハビリに支障のないよう臨時的な措置とすべきである。(事前レク後：桑山委員)

○不測の事態への備え

- 電気は3日くらいで復旧するとされているものの、水は1週間、排水は1ヶ月くらい復旧まで時間を要すると言われている。BCPの観点から、例えば汚水処理はどうするのか、燃料を含め電源確保はどうしたらよいかなど、非常時の対応について検討しておく必要がある。

○リハビリ室

- 自動車事故被害者等へのアンケート調査の結果より、療護施設に再度入院してリハビリを受けたいとするニーズが多かったと思う。今後、こうした新たなリハビリに取り組むであるとか、先進的なリハビリといったものをやっていく上で、スペースについてはあまり細かく区切らずに、ワンスペースで工夫した方がいいのではないかと。
- また、ADL訓練室については、基本的には大部屋方式が何かと融通が利いていいと思うが、プライバシーへの配慮などを考慮する必要

がある。

○外泊訓練について（リハビリ等関連意見）

- 退院間近の患者を対象に自宅へ戻るための準備として、試験外泊を行っているが、医療安全上の観点から、センター内で外泊をシミュレートするような部屋があれば、ご家族と一緒に擬似的な体験ができるので、いいのではないか。
- 外泊訓練により、各家庭のどこに介助上のバリアがあるのか、それを把握することに意味があるように思う。センター内に外泊をシミュレートする部屋を用意するというよりは、リフトなどを実際に使ってみることができる展示場のような部屋であるとか、在宅で介助するための工夫を体験できるような場所というのが必要だと感じている。
- 在宅に戻られる患者の介助に必要なノウハウなどを家族に指導するための相談部屋のような個別のスペースを確保することが、センターにとって大事なことかと思う。

○面会室

- 患者家族としては、面会の再開を待望している。必要な対策として、感染症対策が講じられ、プライバシーへの配慮が考えられた専用の部屋を設ける必要がある。ただ、宿泊を可能とするレベルまでは不要と考える。
- できるだけ面会がどういう状況にあってもできる形を確保していくということは、非常に重要なポイントであると思う。

○患者家族同士の交流スペース

- 家族同士の交流スペースについては、家族同士のピアサポートを促進する観点から必要である。3年間の入院生活の後のことを考えると、家族同士の繋がりや交流というのはすごく大事なことである。
- こうしたスペースは、患者への面会の際に他の患者家族と交流し、日常生活における悩みの相談や地域の医療資源等の情報共有を図るために重要な場所であり、家族同士が自由に交流を行えることが必要と考えるため、患者家族同士のピアサポートを促進する観点からすれば、医療スタッフが日頃使用する会議室を兼用により使用する

というよりも、患者家族が専用に使用できる交流スペースを確保すべきである。(事前レク後：桑山委員)

○再入院患者への対応のための部屋（スペース）

- 自動車事故被害者等へのアンケート調査の結果を拝見し、1ヶ月程度の体の状態等を把握するための入院を希望する声が多かったと感じた。入院対象者やその期間をどのように設定したらよいか。
- アンケート結果を見ると、コミュニケーションや嚥下機能の回復、関節可動域の向上といった要望が多かったという印象を持っている。入院期間があまり長くなっても、元の生活に戻りにくかったりするので、入院期間は基本1ヶ月とし、必要に応じてもう少し延長できるように、ある程度の柔軟さがあるとよいと思う。また、対象者数としては、一概には言えないが、現在の短期入院患者数からすれば、5人ぐらいではないか。
- 患者家族の立場からすれば、嚥下機能の回復などに取り組んでいただけるとは非常に有り難いことである。入院期間については、1ヶ月程度がちょうど良いのではないかと考えている。規模の面でいえば、療護センターのマンパワー次第ではないか。
- 再入院の患者さんは外部から来られるので、様々な感染症が持ち込まれるリスクがどうしても高くなる。また、自宅から来られることを考えると、特にプライバシーの確保に配慮が必要となる。さらに、長期入院とは入院の目的や治療内容が異なることから、病床やリハビリ室を兼用とするのではなく、専用とすべきである。また、これにより、職員・病棟の体制が効率的になり、経済的な運営にも資することになる。(事前レク後：小林委員)

○再入院患者受入れのための外来窓口

- 再入院患者への対応や受入れのための窓口の設置に関しては、基本的には容態の安定した方が検査を受けられるために来院するということ想定しており、人間ドッグ的な形をイメージしていたところである。ただ、主治医が必ずしも交通外傷による脳外科の専門医とは限らないので、専門医の立場から、色々と悪いところがないか診てもらいたいという気持ちはある。

- 体の状態を把握するための検査や診察ということに対するニーズが大きいのであれば、センターとして対応すべきであろうと考える。一方で、そこで異常が見つかった場合に治療には踏み込まないとか、検査をしてその後は処置をしない、ということにはならないと思う。そうすると、一般病院と同様の医療を行うことになったりするので、それが療護センターとして妥当なのか、大きな議論になる可能性があると思う。それによって、外来の規模というのは違ってくるし、頻回に行うとなると、それなりの人員も必要になってくるのではないか。
- やはり脳損傷そのものについての治療でなければ、一般病院を受診していただくことになるのではないか。

○再生医療への対応について（その他関連意見）

- 再生医療に関しては、医師主導による治験から一般の治験へとフェーズが変わっていった時に、どこまでセンターの業務として関与していくべきなのか、積極的に関与していくのであれば、施設や人員というものを考えていかなければならない。
- 患者家族としては、再生医療により少しでも患者の全身状態を改善し、リハビリによる機能回復を図りたいという思いがあるので、こうした先進的な分野への取り組みについては、積極的に進めていただきたい。（事前レク後：桑山委員）

千葉療護センターの老朽化対策検討会

委員等名簿

(敬称略、50音順)

【 委 員 】

岩堀 幸司	1級建築士
緒方 徹	東京大学医学部附属病院リハビリテーション部 部長
片山 容一	医療法人雄心会 青森新都市病院 病院総長
桑山 雄次	全国遷延性意識障害者・家族の会 代表
小林 繁樹	千葉療護センター センター長
出口 まきゆ	国土交通省自動車局保障制度参事官室 参事官
麦倉 泰子	関東学院大学社会学部 教授

【 オブザーバー 】

東北療護センター
岡山療護センター
中部療護センター

【 事務局 】

独立行政法人自動車事故対策機構