

# 松戸市立病院建替計画検討委員会会議記録

1 日 時 平成23年1月18日（火）14時開会

2 場 所 市役所議会棟3階特別委員会室

3 出席委員

委員長	山浦 晶
副委員長	伊関 友伸
委員	岩堀 幸司
委員	山口 卓秀
委員	窪田 芙美子
委員	谷川 正人
委員	田村 建弘
委員	植村 研一
委員	江原 正明
委員	岩井 直路

4 傍聴者 日刊建設工業新聞、日刊建設新聞、建設通信新聞、朝日新聞、千葉日報、読売新聞、東京新聞、JCN コアラ東葛他35名

5 議 題 1) 現地建替えの検討について  
2) その他

6 会議経過及び概要

山浦委員長

第6回松戸市立病院建替計画検討委員会を開催いたします。開催に先立ちまして、まだお正月であるということで、皆さんどうぞよろしくとご挨拶を申し

上げます。委員の皆さん、よろしくお願いいたします。

今日の議事の進め方については、私の考えをまず最初にお話をしたいと思います。これまで様々な角度で、かなり自由に協議されてきましたけれども、市長からの諮問に立ち戻りますと、審議期間は3月いっぱいということでした。ですから、3月に報告書をまとめることも念頭に会議を進めなければいけませんので、その予定について最初にお諮りをしたいと思います。と思っています。

2番目ですが、これまでの経過をちょっとたどりまして、特に第5回についてたどりまして、それをレビューしておきたいと思います。

3番目、これが一番時間を取る議題だと思いますけれども、アイテックとのQ&A。第5回ではすでにアイテックとかなりのQ&Aをしましたが、12月28日を締め切りとしてさらにたくさんの疑問が寄せられました。それに対して今日、アイテックから回答をいただけるといいますし、それ以外のことについてもアイテックさんと質疑応答をしていきたいと思っています。これが一番時間を取るのではないかと。

時間が余りましたら、重要なトピックスではあるのですが、病院の規模について最終的な議論に入っていきたいと思っています。それを4番目に持ってきてあるのですが、今日十分に時間が取れるかどうか自信はありません。おそらく取れないと私は読んでいるのですが。次回ですね。あと2月に2回、3月に2回というような予定を組みますと、2月の1回目、あるいは2回目をその病院の規模に関する最終的な議論に持っていければなと思っています。そして3月の2回は、まとめの時期に入らないと間に合いませんので、そういったつもりでおります。

今日の議事の進め方に対する私の考え方ですが、こんなところでよろしいでしょうか。

それでは、最初の市長の諮問事項についてもう一度戻って議論を集約したいと思います。委嘱状を平成22年10月18日に我々にはいただきました。そこには今年の3月31日までと委嘱の期間が明記されております。諮問事項ですが、松戸市立病院の現地建替えについての検討・検証が第1。2番目の諮問事項とし

て、松戸市立病院建替計画の検討という一見すると似た表題で、2つの諮問事項を与えられております。これが我々のすべき議論であるということに1回立ち戻るためにこのようなことを申し上げているわけです。

それで今日は、この問題にあまり深くはいることはないのですが、これまでの議論を通じて、かなり「概ねの理解が得られた」ところ。それから今、丁々発止「議論が燃えているところ」があるわけですが、それでも、「現在の病院機能は維持して欲しい」というのは市民の声でもあり、またこの委員会の皆さんのご意見だろうと思います。これについてはあまりディスカッションの余地はないと思っております。

それから2つ目の概ねの理解としましては、「来るべき人口動態の変動に耐えること」。将来の患者さんの動向に、それに十分に耐えなければならない。今だけ耐えても30年後に倒れてしまっても意味がない。これが2つ目の皆さんの同意の得られる事項ではないかと思っております。

それから3つ目として、既に述べました2つの事項は、「最短30年間は通用」しないと、30年をスパンとして考えなければならないだろうと。これについては、皆さん特に反対はないと思っております。

それから、これは市長もおっしゃったんですけど、「経営的には自立」してくれよと。こういうことですね。これについても我々はもちろん反対はないと思っておりますし、ぜひ病院に頑張ってもらいたいと思っております。

ただ今述べました4つほどのことは、これまで議論を重ねてきた、概ね理解をいただける事項であるというふうに思っております。

それで現地建て替えについての検討・検証です。これは市長の第1の諮問事項なんですけれども、これについてはこれからいくつか項目を申し上げます。これは重要な項目であろうということですので、委員の皆さんはそんなのは必要ないとか、重要なものを忘れていたよとかいうご意見がありましたら言っていただきたいと思います。

まず現地建て替え。可か否か、それについて論じるにあたって第一項目は「コスト」。ここでコストというのは建て替えのためのコストです。イニシャルコス

トです。病院運営に関するコストではなくて、建て替えのコスト。これが第一に挙げられるかなど。

それから、工期が7年ですけれども、「工期7年」に耐えうるだろうかという項目がある。

そして、工期の間、7年間の間の「減収」の問題。それが一つの重要な項目。

それから現在、病院は経営の改善に取り組んでおります。それがこの工期7年によってどのような影響を受けるだろうか。益々燃えて経営改善をしていただけか。あるいは、もううるさくてたまらん、とても経営改善なんてやっつけられないということなのか。単純に言いますとそういった意味で、「経営改善に及ぼす影響」。

それからぜひこれも皆さんに考えていただきたいのですが、完成時の病院の姿が、現地建替えて非常に苦勞をして建て替えた最終的な形と、あるいはぽーんと移動したときの全く新しい考えで30年は持つ病院をつくった時の姿と差があるだろうかという考え方も重要ではないかと思うんです。「完成した病院の状態、設計の限界」はないだろうかということです。

それから、市民の皆さんの「アクセス」の問題。アクセスするのに、そんなところに行かれちゃ困るというような問題も重要な問題。

あと最後に、これも重要なんですが、「病院の規模」です。これについては先ほども言いましたように、相当たっぷり戦わせないといけない問題かなと思います。

こうした問題が、現地建替えの検討・検証の中のキーワードになるのではないかと私はメモしてきたのですけれども。これについてそんなの不要だとか、あるいはこれは欠けているよとか、ご意見がありましたら、ぜひお聞かせいただきたいと思います。伊関先生、いかがでしょうか。

## 伊関副委員長

病院の規模に関して、30年後の高齢者の人口増の際の拡張可能性も一つ重要な項目になると思います。将来600床でも、足りない可能性がある。松戸の高

齡者の増加を考えて、拡張の余地を考慮して建築を考える必要があると考えます

#### 山浦委員長

他にはいかがでしょうか。山口先生、いかがでしょうか。

#### 山口委員

私はそれで網羅されていると思います。

#### 山浦委員長

田村委員、いかがですか。

#### 田村委員

私も十分だと思います。

#### 山浦委員長

建築の立場から、岩堀先生、いかがでしょうか。

#### 岩堀委員

基本的にはよろしいかと。ちょっと気になるのは、現状の病院機能というのが維持できるのかどうかというのがありますけれども。現在、いろいろ困っている状況であると思うんですね。それが改善されないでいいのかというのがちょっと気になりますね。今までのやり取りの中で、今のものが移せるからという言い方で説明いただいている項目が結構あるものですから。キーワードの中に含まれるのかと思いますけれども。

#### 伊関副委員長

病院の機能について、最低限の基準を満たしているかどうか。加えて、最先

端の医療を松戸市立病院の場合はやっていますので、最先端の病院の機能を備える必要があり、どの程度まで満たすのか。最低限の機能を満たすのは当然ですが、更なる機能向上について、あきらめる部分は何なのか。そのところを、現地建替えの場合、明確にしておくことが必要だと思います。

## 山浦委員長

今の発言で思い当たるのですが、市民の皆さんには病院で何が困っているかということは、あまり実感として伝わらないような気がするんですね。むしろ病院の方は、これ困っているんだけど、現状の機能を維持すればいいよと、市民の皆さんが言ったときに、じゃあ困ったままでいいのかというようなことになってしまうというご指摘だったと思うんですが、それまた十分に注意して議論をしていきたいと思います。

他には何か追加すべきキーワードはございますか。

それでは私が提案をしたキーワード。それから追加していただいたキーワードなどを中心に、現地建替えについての検討・検証をまとめていきたいと思います。

それから次ですが、前回の最後のところで、病院運営あるいは病院建て替えのエキスパートをお招きしようと言うお話がありました。そこで5回は終了しているのですけれども、その1週間後に、病院の経営改革プラン。改革プラン報告書。平成21年3月に出ましたけれども。それに沿って病院は適切な経営改善をするかどうかということの評価する委員会があります。その委員会は、正確な名前は「病院事業経営改革評価委員会」と言うんですけれども、ここでは評価委員会と呼ばせていただきます。その評価委員会の方から、谷川委員が、「ここで話している人はエキスパートで、我々も参考になるだろう。ぜひお招きしたい。」というようなご発言があったと思います。それを受けまして、1週間後に我々にもその評価委員会の議事録が全部手に入りました。それを読んでまいりまして、その評価委員会の性格というのは、こういったもんだということが分かったわけですね。谷川委員が発言された時は、我々がまったくタッチした

ことがない資料について、その場で配布されてのご発言だったのでちょっと戸惑ったわけですが、一冬かけて 4 回にわたる議事録を拝見しました。特に第 3 回目の議事録は、非常に私にも興味があったんですけれども、そこに出てらっしゃるエキスパートをお招きするのは、いかがなものかと私は考えるようになったんですね。と言いますのは、評価委員会は経営改善についての評価委員会であって、特に議論を読んでいきますと、建て替えあるいは病院の改築、そういったことについてあえて意見を避けているように思います。参考になる数字項目がたくさんあるんですけれども、それはそれで我々がいただいております。それで評価委員会のメンバーの方をここにお招きするのは、評価委員の方はそういうつもりで松戸に来ているのではない、経営改善のために我々は相当厳しいことを言わせていただいているよという、そういった印象ですね。それで私は、前回から今回の間、そのエキスパートにアプローチをすることはいたしませんでした。議事録を十分読んでいただければ、我々の血となり肉となるデータがいただけたというふうに思っております。そういったわけで、エキスパートの招聘については、私は歩を進めなかったんですね。それについてはお断りしておきたいと思っております。

それから 3 番目の議題なんですが、これは一番長く時間を取ろうと思っておりますけれども、アイテックへの疑問点。これは 12 月 28 日を最終日として疑問点を寄せていただきまして、それに対して膨大な回答をアイテックさんの方で用意されていると思うんです。それについてこれからお話をいただきたいと思っております。それから、伊関委員から意見を聞く会での発言に関して、免震に関する問題をお尋ねになっておりました。これもアイテックさんがお答えいただけると思います。それから 3 つ目として、アイテックの方で、ご自分のほうで課題と思われることをいくつか挙げていただけるということにもなっておりますので、3 番目の議題としては、そういったところをこれからお聞きしたいと思っております。

それではアイテックさん、よろしいでしょうか。

それで、膨大な資料がありますよね。それについてお話をいただくわけですが、これ全部 259 の項目があるんですけれども、一つ一つ丁寧に回答を

していただくのは結構なんですけれども、時間には限界がありますので、現在のゾーニングの時点でお答えできるもの、それからもっと設計が進まなければお答えできないもの、その辺の振り分けはしていただいた上での回答をいただきたいと思います。

## コンサルティング業者

今回の説明としまして、前回第 5 回の検討委員会で掲示しました図面それから資料について、委員の皆様からいただいた質問事項にお答えした資料をまとめてまいりました。

手元資料は 2 種類あります。別冊 1 と別冊 2 です。別冊 1 が委員の皆様からいただいた質問事項に対する回答です。並びに私どもの考えを課題として記載した資料です。そして、別冊 2 に関しましては、別冊 1 の説明資料となっています。

今回委員の皆様には、質問に対する回答を事前に配布させていただきました。(別冊 1 を) 一枚開いていただいて、資料の右上に凡例があります。凡例は◎・○・△・×としています。◎は、今の基本構想の段階では対応済みという項目です。○は、対応は可能。詳細は基本設計・実施設計で対応すると判断した項目です。これは、内容的に課題があるかもしれませんが、基本構想段階の見通しとして次のステップで、対応可能と判断したという項目です。続いて△の項目です。これは、今後検討の必要があるであろうという内容です。そして×は、この段階でなかなか対応が難しいという内容の項目です。以上が◎・○・△・×の凡例でございます。

先ほど、お話がありましたように質問項目はおよそ 260 項目ほどあります。これを説明しますと大変な時間となりますので、今回は前回ご要望がありました各工程の敷地内の動線のルートの話が一つ、そして二つ目が皆様の関心が高いと思われました工事中の騒音対策について、そして三つ目がコストダウンを図れる整備手法、この 3 つをまとめて別冊 2 の方に添付させていただきました。説明する内容やその他の質問に対する回答事項につきまして、さらに質問があ

るかと思えます。その場合は、次回の委員会までにお受けしたいと考えています。

それでは内容の方に入りたいと思います。

まず、初めに工事ルートの補足・追加説明です。手元資料の 1-01 の内容を説明します。

左側のⅠ期工事、約 16 ヶ月間のところです。拡大してきたものがございましてスクリーンをご覧ください。こちらで前回出入口部分を 2 か所設定しました。こちらで言いますと正面西側の仮設の一般入口と、現状の横玄関です。また救急入口は現状と同じです。この二つの一般入り口で対応可能と考えておりますが、こちらの南側の地域連携室のところを一部サブエントランスに改修が可能であるというのが一つの提案です。

基本的には前回と変わっておりませんが状況に応じて、ここの内部改修を行うことによって、三か所対応可能であるということです。

次に左下の地下の部分をご覧ください。こちらの RI 棟の施工計画に対して「実際に施工可能か」「手順に問題はないのか」といった内容のご質問をいただきました。我々の検討によりますと現段階で問題はないと思われまます。但し、詳細は施工段階、基本・実施段階での検討を進めていく必要があります。

それではⅡ期工事、工事期間は約 26.5 か月の部分です。1 階平面図を見ていただくと、まずⅠ期工事で新 6 号館が完成しますので、その 1 層部分が吹き抜けておりますので、ここから従来の入口にアクセスできるというお話です。それから救急の部分も現状と同じです。横玄関も変わりません。そういった中で、Ⅲ期工事の直前で発生するこの仮設渡り廊下の下を通るサービス車両が本当に大丈夫なのかといった内容のご質問がございました。これは、まず新 2 号館を完成させるというのが本来のⅡ期工事の目的です。ですので、この新 2 号館が完成してから、この仮設の渡り廊下を建設するという手順をご理解していただければ、つまり、新 2 号館の搬出搬入関係の口を作った後で渡り廊下を作っていきますので、こういったルートの問題はありませんということです。右下の地下 1 階の図、これは地下 1 階と言っても実際は地上階ですが、先ほどの搬入

出のルートを描にまとめますと新 2 号館が工事中は、この緑のラインからアクセスします。そして、ここの部分を一部改修しましてここから物品を搬入いたします。この渡りの部分に関しては問題ないというお答えをさせていただきました。

それでは、次のページの 1-02 の説明になります。Ⅲ期工事の話です。Ⅱ期からⅢ期に移る最後のときに、ここで初めて仮設の渡り廊下約 90m が発生するということです。ここも質問の中で本当に安全で通れるのかという話がありました。ここはレベル的には同一フロアレベルですので、段差は無いかたちです。そして、これも仮設計画の内容は実施設計・そして施工計画で実際には詰めなければならない項目です。但し、現段階では問題ないと回答させていただきました。そして地下の部分、実際は地上階になりますが、ここで新 2 号館が完成しております。1 号館の工事中は新 2 号館地下 1 階の仮設物品入口でサービス対応をするということです。こちら、こんなに狭くて大丈夫なのかというお話や、物品が集中するのではないかとのご不安と言った指摘がありました。こちらに関しては、搬出入の時間管理ということで対応可能と考えております。これも具体的なお話としましては、病院様のご要望、時間帯の確認作業等は基本・実施設計での作業かと思われまます。あとは現場に入った時点でのどれだけのスペースが確保できるかの確認作業は出てまいります。

最後こちらは竣工時のお話でございますので、大きな問題はこれまでに説明した部分となります。

## 山浦委員長

この後は動線とは別のお話をするのですか。

## コンサルティング業者

はい、そうです。

### 山浦委員長

それでしたら、動線に関して質問を受けていただけるでしょうか。動線を気にされている方が何人もいらっしゃったのですが。病院側の先生、それから建築の立場から、それから山口委員も動線の関係気にされていましてよね。どうぞ意見いただけますか。

### 岩堀委員

ちょっと聞き漏らしたんだと思うんですけど、新 2 号館の仮設の物品入口はどこになるのでしょうか。

### コンサルティング業者

新 2 号館の仮設の入口といいますのは、工事中の話でしょうか？

### 岩堀委員

そうです。

### コンサルティング業者

1-01 ページでございます。向かって右下の図でございます。地下 1 階平面において、三角で表示してあるところです。

### 岩堀委員

それで仮設通路、ちょっと立体的なのがよく頭に入っていないのですけれど、これは通れるのですか。仮設通路の下に。

### コンサルティング業者

工事中にはこちらの仮設通路が出来ます。

岩堀委員

出来あがりますよね。下に物品を入れる必要が出てきますね。

コンサルティング業者

ここに物品の入口があります。

岩堀委員

地下に。

コンサルティング業者

地下にです。はい。

その後、Ⅲ期工事時では新 2 号館が完成していますので、こちらの入口を使うことになります。

岩堀委員

それは地下 1 階ですか。

コンサルティング業者

はい、そうです。

今の救急出入口が 1 階ですので、一層下の部分です。

岩堀委員

倉庫等としてある所ですか。地下 1 階の救命救急の西側ですか。

コンサルティング業者

最終形の配置予定では、倉庫に当たる部分です。その場所が物品の出入口になるところです。

### 岩堀委員

ちょっとスペースとかよくわかりませんが、地下1階の倉庫等としてあるところですね。

### コンサルティング業者

はい、そうです。

最終的には倉庫に改修しますので、物品搬入口にはなりません。

### 岩堀委員

そこから下へ食材とか全部持って行くのですか。

### コンサルティング業者

はい、そうです。

### 伊関副委員長

第1期工事の16ヶ月、1年4ヶ月分の部分の、車の出入り口のスペースは、実際は何メートル×何メートルですか。実際に車が入ってどのぐらいのスペースになるのか、教えてください。

### コンサルティング業者

図面で確認しますと、道路面の敷地境界線から既存の建物までが9mあります。そのスペースに合わせるようにとる予定です。工事期間での対応の仕方にもよりますが、9mは確保しなければならないと考えております。

### 伊関副委員長

横が9メートル。縦は。

コンサルティング業者

ごめんなさい。縦が 9m です。

伊関副委員長

縦が 9 メートル、それで横は。

コンサルティング業者

横は約 24～25 メートルと想定しております。・・・

伊関副委員長

道路込みで。

コンサルティング業者

いえ、道路は込んでおりません。

伊関副委員長

9 メートル×24 メートルというのはどれくらいですかね。ここの部屋よりは小さいぐらい、半分ぐらいですかね。

コンサルティング業者

この部屋が、スパン的には 7～9m です。

伊関副委員長

こっちの幅がですね。それでこっちが 24 メートル。このぐらいのスペースがあるのですね。

コンサルティング業者

長さがもう少しあります。それぐらいのスペースを確保しなければならない

と考えています。

### 伊関副委員長

なるほど。停車的にはなんとかいけるけど、駐車はやっぱりできないですね。

### コンサルティング業者

そうですね。一時的な駐車は可能ですが、レイアウトは今後詰めていかなければならない。

### 伊関副委員長

なるほど、わかりました。

### 江原委員

よろしいですか。同じI期の工事の16ヶ月のところですけども、ここでは北の方の入口、タクシーで例えば車いすで来た場合、ここで降りて車いすで下りますよね。そうすると多少一時的に停車しますが、そういう時かなり渋滞することはないでしょうか。

### コンサルティング業者

今の実際の交通量調査はしていませんが、現地に何回か行って確認しております。西側のメインの道路の信号機に干渉しないように、入口部分を北西に計画しております。

今回、工事を行なうということになりますと、北側の道路の一部を使わせていただくという考え方が、一番妥当だと考えております。

### 江原委員

それからこの時期は、身障者のための駐車場はないわけですね。

### コンサルティング業者

仮の駐車スペースはあったとしても、それを数時間置くスペースとしては、幅が9mですので2~3台程度です。

### 江原委員

今の病院で、17台身障者のための駐車場があります。そうするとこの期間はほとんどの身障者の方には不便で、スムーズに院内に入ってくるということが難しくなるわけですね。

それから下の横玄関ですけれども、救急車が2台、3台入ることがあるわけですよ。その場合に、袋小路になっていますから回り込んでまた進行方向に向かうのですが、一方通行ではなく同じ車線を使うものですから、救急車が2台、3台入った時には横玄関から来るのは難しいわけですね。

しかもこの期間は、入退院される患者さんが車で来る時も、救急車があると、なかなかここを使えませんよね。

### コンサルティング業者

おっしゃる通りです。前回もご指摘いただき、考えましたところ、現状の使われ方がよろしいだろうということで、救急の出入口と一般の出入口としています。この一般というのは、周辺の駐車場を利用して来院される方の入口ということで考えています。

### 山浦委員長

ただいまのディスカッションですけれども、救急入口、一般入口の所というのはこのスペースが狭いから不便だということでしょうか。それとも、入口がですね、黄色い入口がありますよね、一般入口。その有りようが不具合だから不便だということですか。要するに、車のスペースが狭いというのが根源と考えてよろしいでしょうか。

コンサルティング業者

今は、ご覧の通り一般の入口と救急の入口を完全に分けた状態になっております。

山浦委員長

お隣同士でしょ。

コンサルティング業者

はい、お隣同士です。

山浦委員長

だとしたら、駐車するとしたら同じスペースを奪い合うわけですよ。

コンサルティング業者

そうです。

伊関副委員長

要は、救急車の入る入口の横の一般入口というのは人が歩いて入ってくるだけの入口であって、車は基本的に入らないように警備員さんかなんかがいて、シャットアウトする。車を利用する人は、先ほど議論した現在の正面玄関の所だけしか使えないと考えていいわけですよ。9メートル×24メートルのスペースの所だけが車の利用で横付けできるだけのスペースであって、入口とは書いてあるけれど救急車入り口の所は、車利用禁止ということによろしいですね。

コンサルティング業者

そうです。

### 伊関副委員長

住民の方が勘違いしてしまうので、図面に車利用不能と書いておかないといけないかもしれませんね。ここは車の利用ができないということを確認しておいた方がいいと思います。

### コンサルティング業者

はい。

### 江原委員

そうしますと、車で来られる方の患者さんが数的に制限されるということがあります。車で来られる方は北西の玄関だけ使えて、タクシープールはないわけですね。タクシーに乗って帰ることは出来ないということですね。

### コンサルティング業者

はい。タクシープールはありません。

### 江原委員

道路でタクシーを手を挙げて拾うことしか出来ないわけですね。

### コンサルティング業者

現状はそのような状況になっております。

### 江原委員

はい、わかりました。

### 山浦委員長

先ほど江原委員から質問がありましたけれども、現在身障者の駐車場が 17 台あるということをおっしゃいました。それでも不便だということですか。

## 江原委員

いえ。工事中は1台か2台ぐらいしか停まれないということですから、それで身障者が来るときは非常に不便だということです。

## 山浦委員長

それは問題ですね。他にはいかがですか。

## 岩堀委員

垂直のエレベーターですけれども、新設するのは2号館にエレベーターと書いてあるところですね。これかなり集中すると思うんですけど、救急でも使うし、上にリハビリもありますし、病棟が150床くらい、この2号館だけでも150くらいあるんですか。それと物品も地下へ持っていくし、この辺どういふふうにお考えですか。

## コンサルティング業者

まず、前回提示しました図面では、エレベーターの表記は位置関係を表現しております。台数を表記しているではありません。

それを念頭において見ていただくと、新2号館ではエレベーターの場所は2箇所のエリアで分けて構成しております。これに関しまして、台数はそれぞれ2台という考え方もございますし、計画によっては3台と2台とか、3台と3台とか色々な考え方はできます。台数の表現はしてありません。

今後設計を進めていく段階で病院様との協議の中で、最終形のエレベーターの台数と新2号館が出来てからの他の物品アクセス関係に関してそれを明確に、数を明らかにしていくということになります。

こちらの部分（図面で上側に位置するEV）が搬出入のエレベーター、こちらの部分（図面で下側に位置するEV）が一般乗用のエレベーターというような大きな分け方のみしております。

## 岩堀委員

だけど、今後打ち合わせで明らかにしていくとおっしゃるけれども、大体想定しておかないと後で入らないということにはならないですか。3m×6m と、6m×6m ですよね。その中に特に救急のエレベーターだとすると、非常に大きなエレベーターがいると思いますね。ベッドも入れるだろうし、周りに色々なものがくっついてくるだろうし、それから基本的にはベッド搬送と乗用と物品搬送と、3種類ありますよね。厨房はどこにあるのかよくわからないけれど。そういうことである程度想定して検証していただかないと、後で明らかになるということでは、全てがそうなっちゃうと、少しずつ限定して行って結局駄目だったということになりかねないんじゃないですか。その辺はどうお考えですか。

## コンサルティング業者

わかりました。ご指摘の通り、台数も含めて、また、病院様のご指導を頂かないと不明瞭な点がございますので、その情報を踏まえた上で、改めて明らかにしていきたいと思います。

## 岩堀委員

よろしくをお願いします。

## 山浦委員長

ただ今の質疑応答ですけど、それは今の段階で結論が出る問題ですか。それとも、設計がさらに進んで次の段階で決めることですか。もし次の設計に行かなければわからないというのでしたら、わからないという回答を我々は欲しいのです。次に進めばできるでしょうということではなくて、次に進まなければわからないという回答の方が正しいと思うんですね。

## コンサルティング業者

私どもコンサルの立場でエレベーターの台数は提示できると思います。それ

を平面に反映することは可能だと思います。それに対する病院様の使われ方、今後の対応というのは次のステップである基本設計の段階になるかと思います。

### 山浦委員長

岩堀委員、そういうことでよろしいですか。

### 岩堀委員

ちょっとよくわからないのですが。他の質問でも今後検討して明らかとなっていくでしょうということだと、後になって駄目だということになった場合、どういうことになるのですか、これは。今ご検討いただいているコンサルの位置づけにもなると思うのですが。ある程度見通しがついてないと、先へ進めないと思うんですよね、私の感じでは。

### コンサルティング業者

ある程度、運用のことを想定して可能性を見い出しながら検討しておりますので、エレベーターの用途を整理しながら、どれだけの台数のエレベーターが必要なのかというのは、設定させていただきます。そこでスペースの問題も整理します。

詳細は、これからの基本設計、実施設計ということになります。今は基本計画の段階ですから、そこまではコンサルの提案としてやらせていただいて、内容は病院様にもご指南いただくということになります。

### 岩堀委員

エレベーターで言えば、どういう性格のエレベーターがどこに何台というのは想定していただかないと判断が出来ないですね。というふうに思います。

### コンサルティング業者

はい。

## 田村委員

工事の入口の箇所が今回明記されましたけれども、現地工事を円滑に進める、要は工事車両の渋滞だとかで、救急車両の交通が妨げられない、あるいは病院に来られる方々の交通が支障にならないというようなことを大前提とすると、例えば資材の一時保管場所だとか、そういうのが必ず必要になるんだと思うんですけども、例えばこういう工事でしたら、どのくらいの一時の保管場所が一般的には必要だとか、おわかりいただける範囲内で結構なんですがご提示いただければと思うのですが。一回に打つコンクリートの量がどのくらいなのかとか、そういうことでちょっと左右されてしまうとも思うんですけども。

## 山浦委員長

田村委員、それは次回のお答えでよろしいですか。

## 田村委員

ええ、次回で結構です。

## 山浦委員長

他に、動線に関していかがですか。

## 窪田委員

霊安室の所のことなんですけど、既存の3号館は手を付けてないんですよ。I期工事の時もそうなんですけど、それで物品入口が既存の3号館の所を通過して動いてくるようになって、今はそうじゃないんですよ。それをI期工事の間は3号館の間を物品が動いてくるようになったときに、霊安室やそれから中央材料滅菌室なんかが3号館の所にあるんですけど、その物とぶつかるようなことはないんですか。もともと図面の中で滅菌室と霊安室が隣り合っているということがいいのかなということも思っているんですけど。そのその動きというのは、ぶつかることはないですか。

## 江原委員

これはぶつかると思いますね。この地下1階の平面図で左側の図面ですけど、下の緑の斜線ですね。霊安室は緑の矢印の近くですから当然、霊柩車とぶつかることになると思います。それ以外道はないと思います。今の霊安室は緑の矢印近くの右側の所にあります。霊柩車はここに来るに決まっていますから、工事動線とぶつかります。

## コンサルティング業者

今ご指摘の混乱を招いた原因につきましては、お手元の資料には緑の三角が二箇所ございまして、物品の入口が緑の三角、工事関係入口も緑の三角となっており、混乱を招かせてしまいました。大変失礼いたしました。

工事関係の出入口は、明るい色の赤色（ピンク色）で表現しています工事入口がメインでございます。資料の図面で言いますと、ここにあたります。今、この部分で工事車両と物品車両が、同じ緑色の表記になっていましたので混同を招きました。

この段階（I期工事期間）では、現状の使われ方と全く変わっておりません。現状のサービス関係の流れ、霊安の対応方法は変えておりません。

私どものミス（資料の誤植）でございまして、工事入口のピンク色でなければならないところが緑色になっていましたので、訂正させていただきます。混乱を招かせて申し訳ございません。

## 山口委員

霊安室は今2号館地下1階にあって、2号館と3号館の間から霊柩車が出ていくわけですね。ところが、工事が始まりますと3号館地下2階に移るわけですね。それでどういうルートかわからないですが、地下2階から地下1階までご遺体を移送してそこから霊柩車に乗せるわけですけれども、その霊柩車はどこに着けるのですか。

### コンサルティング業者

今、この絵で言いますと、ここにある霊安入口がⅢ期工事に入りますと、こちらの部分に移動するという話の中で、出入口としては、こちらに仮設の入口を設けるという考え方でございます。それがまず1案です。

### 江原委員

そうすると、それは、壁を壊して道をつくるわけですね。もし今お答えになったような通路を考えるならば。

### コンサルティング業者

はい。この部分（既存3号館と4号館の間）に通路を確保することになります。

### 江原委員

その費用は今まで計算した費用の中に入っていないわけですね。

### コンサルティング業者

見込んでおります。

### 江原委員

この金額の中に入っているのですか。

### コンサルティング業者

はい。この規模に関しましては、平米単価で算出させていただきましたので、Ⅰ期工事、Ⅱ期工事、Ⅲ期工事全ての面積が入っておりますので、全ての費用は入った形で想定しております。

## 江原委員

仮設の道路も。

## コンサルティング業者

はい。仮設の道路も。

## 山口委員

今のお答えですと、つまり 3 号館地下 1 階の検査部門があるレベルに霊柩車を着けて、そこから搬出するという事ですから、つまり、ご遺体がですね、地下 2 階から地下 1 階の検査部門の廊下の真ん中を突っ切ってご遺体が行って、検査部門の 1 ヶ所どこかを壊して外に出る出口をつくって、そこから霊柩車に搬入すると、そういうことになりますね。これは心理的にちょっと患者さんに、ご遺族にもですね、検査を受けている患者さんにも到底受け入れられるような話ではないと思いますね。

## 山浦委員長

今のは意見ですから、記録に留めればいいので、それについてお答えする必要はないと思います。他に動線について疑問はありますか。またこれも後で家に帰りますといろいろ湧いてくるかもしれませんが。次に騒音の問題があって、その次にコストダウンの手法について説明する予定ですね。動線についてはひとまずここまででよろしいでしょうか。

## 伊関副委員長

もう 1 点だけ。車の出入り口について出来た後のことをもう 1 回確認しておきたいのですが、竣工時の 1 階の平面図の一般入口、要は今の正面玄関の所に新 6 号館が建って、下が空いている形で空間が出来て、一部建物の基礎部分ができるわけですね。スペース的には今でもかなり狭いんですね。これでさらに基礎部分が、一部張り出したりしてますけれども、機能的にどのく

らい減るのかを教えてください。

### コンサルティング業者

ご指摘のところ、資料の 1-02 ページです。これが竣工時の配置の絵でございます。新 6 号館のスペースが今のロータリーの部分、17 台の駐車スペースがあるところになります。それに対しましてこちらの部分、ここの部分が、コアと言いまして階段、エレベーターの部分になり出っ張った形になります。そして一部こちらにも階段があります。この 2 箇所が出っ張っているということになります。長さ的には、12m×8m 程度の突起部があるということになります。もう一方は 6m×6m 程度のスペースになります。その 2 箇所が今のロータリー部分に出っ張ってくるということになります。

### 伊関副委員長

身障者の駐車場が 17 台分ありますよね、それが何台分ぐらい減る形になりますか。要するにこの機能で、このスペースでイメージが湧かないので、何台ぐらいの身障者用の車のスペースが出て、どのぐらいのロータリーの余裕があるのかということをおっしゃって下さい。

### コンサルティング業者

今現在図面をおこしておりませんので、最終的には次回お答えしたいと思いますが、予測から言いますと、3 分の 1 までは減っておりませんので、17 台のうち 10 台以上は確保できるかと思いますが、今のところは難しいところです。

### 山浦委員長

先ほど 1、2 台とおっしゃったのは別の話ですか。

### 伊関副委員長

1、2 台の駐車スペースは工事中の話です。工事の完成後、最終形として、

今ある 17 台の駐車場のうち何台分かが減って、10 台ぐらいの駐車スペースはなんとか確保できるかなという。4 台か 5 台か 6 台かわからないけれども、今よりは駐車スペースが減る。これはレイアウトを考えていただいて描いていただいた方がいいかもしれませんね。

#### コンサルティング業者

次回までの宿題にさせてください。

#### 窪田委員

交通量の調査をしていらっしゃらないとおっしゃったので、ちょっとわからないかもしれないんですけど、Ⅰ期とⅡ期の工事で、3 年 8 ヶ月ぐらいの期間なんですけれど、車を一般入口の車と一般入口に歩いて入る人たちを、一日どれぐらいの量を想定していらっしゃるのでしょうか。どれぐらいの量というのは言い方が悪いですね。車はどれぐらい、何台ぐらいを想定をされていらっしゃるか、それから歩いていらっしゃる方たちを何人ぐらいで見積もっていらっしゃるのか。

#### 山浦委員長

それは事務局の方でお答えできますか。外来の数かける 2 人とか大雑把な見当でいいのですが。

#### 病院事業企画管理室長

一般の駐車場は 208 台ありますので、それが 2 回転しているとすると、約 500 ぐらいなんです。

#### 山浦委員長

患者の数ですね。

### 病院事業企画管理室長

車の数です。ただそれが実際何回転しているかデータを今持っていないもの  
ですから。

### 窪田委員

ほとんどの方は、じゃあ車でいらしていることになりますよね。どこにお聞  
きたらいいのかわからないのですが。それによって歩いてくる人たちをどの  
くらいで、またその歩いてくる人たちを、どのくらいの距離をここでは歩かせ  
ることになるのかを、ちょっと知りたいんですが。一番近い駐車場というか、  
車以外で来る人たちが駐車場から。ここ坂ですよね。ちょっと思ったのですが。  
これは事務局に聞くことですか。

### 病院事業企画管理室長

ほとんどの歩いてくる方は、北松戸の駅からですと、バスが市立病院の前ま  
で出ています。お歩きに不自由な方は、バスかタクシー、健常に近い方は歩い  
て来ると。そういうような現状はあると思います。

### 山浦委員長

今の窪田委員のお聞きになったデータですけれども、これはきわめて重要で  
すね。何人歩いてくるのかわからない、車で来る人もわからないんじゃ、話が  
進まないと思いますが、ぜひ事務局の方で、次回で結構ですのでしっかりとし  
たものに近いデータとして示していただきたいと思います。

### 病院事業企画管理室長

実際駐車場の回転率はどれくらいかわかりますので、次回に。

### 伊関副委員長

一般の車の入口が気になっているのですが、今のスペースに基礎が出っ

張るわけですね。そうすると、車の移動の動線についても、制限されるから今よりも悪くなる可能性もあるのかなとも思えます。動線も検討していただければありがたいです。さらに、既存建物に比べて新 6 号館は少し前に出ている感じもするので、現在のスペースと比べると、駐車スペースが減っているなという感じもします。最終形として車の駐車、誘導を含めても検討していただければありがたいです。ここは、バスは道路に止まるので、駐車スペースには入らないわけですね。だからバスはともかく、今の車の駐車の利用の仕方よりもどのくらい便が悪くなるのか、市民の皆さんから見てイメージ出来るような図は作っておかないと、後でこんな事じゃなかったということになると思います。

#### コンサルティング業者

今のお話の中で、新 6 号館のキャノピー（ピロティー）部分が身障者用駐車場としての使い方になっておりますが、前々回のお話の中で地下駐車場の部分に身障者用の駐車スペースを 20 台確保させていただいて、新 6 号館の 1 階の一般入口部分はタクシープールとロータリーとして使わせていただくということで計画をしております。

#### 伊関副委員長

住民の皆さんがわかりやすいように。結局、この白い部分が駐車場にするんでしたっけ。

#### コンサルティング業者

その白い部分（新 1 号館地下 1 階）です。

#### 伊関副委員長

それでは、それを画として落としていただいた方が良いと思います。要は委員会で報告書をアップするときに、議論が見て分かりやすいように図として示

されていないと市民の皆さんから見てわかりづらいと思います。現在の駐車スペースは基本的には駐車スペースは想定していない。それで地下の方に駐車するスペースが確保する予定であると。これは画も含めて整理しておいた方が、これ住民の方々がインターネットでも支所に行って見たときに、理解していただけるとと思います。私が言ってるのは、客観的にデータを示しておかなければならないことだけですので。

### コンサルティング業者

次回お持ちします。

### 山浦委員長

ちょっと見方を変えますと、我々非常に狭い所で、すでにこれまで不自由であった所で、建替えということがあるために四苦八苦してますよね。本来であれば600床レベルの病院であれば、どのくらいのスペースが、30年後も見据えてですけれども、車のためにあつたら、あるいは人が歩くためにあつたらいいのかということも考えないといかんとするんですね。我々が考えている範囲は非常に限られた範囲で、あっちいじったりこっちいじったりしているわけなんですけれども、本来だったらこれくらい欲しいんだという意見も病院建て替えについては非常に貴重な項目になってくると思います。

### 江原委員

先ほど霊安室の話が出ましたが、3号館の地下2階でのゾーニングで、霊安室の隣が中央材料滅菌室です。手術材料を扱う最も感染してはいけない所に霊安室があって、多分解剖もここで行われると思います。このような配置はあり得ないですね。それから、放射線治療を受けている人は、皆さん癌の患者さんですから、癌の患者さんの前の部屋が霊安室というような配置も全くあり得ないことだと思います。ちょっと付け加えさせていただきます。

## 山浦委員長

動線については、よろしいですか。次の騒音対策・安全対策に移ってよろしいですか。それではいろいろまた疑問点が出ましたけれども、よろしく願います。

それでは、騒音対策・安全対策の方に進めていただけますか。

## コンサルティング業者

騒音対策・安全対策ということでパワーポイントで簡単な資料を作らせていただきましたのでご説明します。こちらは I 期工事で幅が狭いと思われ新 6 号館と現存の 1 号館の間の通路周辺の絵です。工事中の安全確保にどう対応していくかというお話です。①は朝顔といいまして、よく工事現場で見かけます工事中の万が一の落下物を防止するものです。こちらに関しましては、こういった工事範囲の外周部にぐるっと回ると想定されます。②の安全シートも良く見かけると思いますが、こちらも工事範囲の外周部に装着すべき内容です。そして何よりもこの幅の狭い通路も、③のような鋼管で組まれた安全トンネルで対応していくという考え方が一般的です。

それでは次の問題で、騒音・振動関係の対策例です。こちらはかなりの量のご質問がありました。ちょうどこちらの絵でご覧いただければわかりますが、防音パネルのようなものがあります。そして、騒音自体を発生させるのが重機ですので、超低音型の重機、並びに圧砕機の使用で対応するという話です。ただし、完全に音が消せるといったものではありません。

こちらの絵は、より具体的に工事中のところで、特に音が発生するところに遮音性能の高い高性能の防音壁を設けるというお話です。実際に騒音が想定される場所に工事する場合は、こういったグラスウールを挟んだ二重の壁を作ることも仮使用時に対応可能であります。これも、その工事の場所場所によって収まりは変わってきますが、対応策として考えられる一つです。

そういった中で、パネル等いろいろな防音をしていったとしても、音は漏れますし振動も伝わってきます。そうしますと今度は、騒音・振動を管理すると

いう話になりますので、そういった方法を調べてまいりました。騒音レベル・振動レベルはいろいろと設定があります。そういった中で、これも病院様と協議をしていく話ではあると思いますが、騒音・振動の一定のレベルを設定しまして、それが工事中に発生した場合、警報ランプがなるような形でお知らせし、その工事を一時的に止める、日を変える等の工事監理をしていく方法です。

騒音・振動に関しては、こういった3つを挙げさせていただきました。

### 山浦委員長

すみません。一つ戻っていただいて。許される範囲というのはどのくらいなんですか。これは測定範囲ですよ。

### コンサルティング業者

はい。測定範囲です。

許される範囲は、聞く側の感覚になってしまいますので、私共でも示し難いです。

### 伊関副委員長

これは後でまた言わなければいけないけど、患者さんの側から見た騒音・振動の基準と、医療機器だとか検査だとかから見た騒音・振動の基準については、文献みたいなものはないのでしょうか。

### 岩堀委員

規制法の関係の数字はあるんじゃないですか。それと、振動はむしろ影響を受けますね。その辺も医療器械側の何か設定レベルがあると思いますので。

### コンサルティング業者

調査します。

## 江原委員

聴覚検査は、こういう騒音があったら、大影響を受けます。

## 山浦委員長

あとは、精密な機械も大きな影響を受けるんじゃないかと思えますけどね。

## 伊関副委員長

先に議論を進めてはいけないのかもしれないですけども、3次救急までやっ  
ていて、重症のお子さんが一杯入院している病院なので、やはりこの振動とか  
騒音というのはものすごく厳しく見ておかないと、いざ工事が始まってからこ  
んなはずじゃなかったということになりかねない。それで、患者さんの療養環  
境や医療機器の運用も含めて、振動・騒音の問題は、きちんと検討しておく必  
要があると思えます。ここは、高台なので、基礎は大きく打たなくて大丈夫な  
所なんですよね。

## コンサルティング業者

良い地盤だと想定されます。

## 山浦委員長

昔の患者さんなら耐えたかもしれないけれども、今の患者さんは耐えられな  
いということもありますので、その辺の基本的なデータを是非我々に教えてい  
ただきたいと思えます。騒音・安全対策については、いかがですか。

## 窪田委員

測定値が高くなったから一時的に止めるということはあるけれども、やらないわ  
けにはいかないわけですよ。何時かは必ずやらなければいけないことなん  
ですよ。それをそれ以下にするような何か方策ってあるんですか。止めたら、1  
日たったら静かになるわけではないと思うんですが。

### コンサルティング業者

音の問題としまして、工事期間中は二種類の工事があります。解体の工事、新築時の工事となります。騒音を中心に先程説明させていただいたのは、解体時の音が一番最大に出てくるだろうということを想定した説明です。騒音規制等については、数値を調べて次回にお答えしますが、他の新築や現地建て替えの場合にも（この問題は）致し方なく出てきますので、なんらかの形で各施工会社の知恵と技術力が試される場所だと考えますが、施工計画で提案していただくことになると考えます。

### 伊関副委員長

結局、設計会社というよりも、どちらかと言うと建設会社の施工の能力というのが大きく影響してくる分野であるということですね。

### 山浦委員長

騒音対策・振動対策について他にご意見がなければ次に進みますが。

### 伊関副委員長

アスベストの話も報告ください。粉塵の問題などとセットになってくるので、粉塵の問題も同時に話してください。

### コンサルティング業者

アスベスト除去の簡単な絵を作らせていただきました。この絵を見ていただくと一般の方にもお分かりになると思いますが、アスベスト処理の工事は実際大変であるというのがお分かりいただけるかと思いますが。これは、法的な規制がしっかりと作られております。アスベストには複数の種類があります。ですから、これは事前調査をさせていただいてそのアスベストの種類に合わせてアスベストの除去方法と手順を細やかに検討します。そういった中で、一般的なアスベストの除去工事とはどういったものかというのが下の絵です。濃度の測

定、つまりモニタリングを工事中に行います。また環境対策をしっかりとやりつつ、アスベストを集めて撤去していく方法です。ダーティゾーンと言われている部分は完全に隔離し養生します。すべて各開口部等をビニールシート等で密閉した形になり、その作業を行う人の作業着もしっかりと定められておりますので、そのように対応するという事です。

#### 伊関副委員長

やはり可能性としてあの建物にアスベストはありそうな感じなのですか。

#### コンサルティング業者

工事の時期から判断するとあると考えられます。

#### 伊関副委員長

病院が建設された時期の一般的な施工の状況からアスベストはあると考えるということですね。あともう一つ、アスベストについてはきちんと規則に基づいて除去されたとして、その後撤去する際の一般の粉塵はどの程度出て、患者さんや医療機器にどの程度の影響が出てくるのか。アスベストの方は逆にきちんと除去できると思うのですが、それ以外の部分の一般のコンクリートの粉塵などはどういうような状況になるのか。一般的な話で構いませんので、話をさせていただきたいと思います。

#### コンサルティング業者

一般的なコンクリートの建物の解体では、このような形で建物を全てビニールでカバーするという事はありません。解体している時には、散水を行い粉塵が飛ばないように方策をとるのが一般的な方法です。

#### 伊関副委員長

ということは、水を撒いているから、相当数は防げるけど、一定数は粉塵が

出るだろうということですね。

**コンサルティング業者**

そうです。

**窪田委員**

この費用というのは組み込まれているのですね、もうすでに。

**コンサルティング業者**

費用は含んでおりません。

これは、アスベストの範囲が不明瞭なため算出する根拠がありませんので、まずはアスベストの事前調査を行ない、実際の大きさ、広さを確認、また、アスベストの種類によっても除去方法が決まりますので、それによってもコストが変わってくるということになります。

**窪田委員**

相当な額なんですか。

**コンサルティング業者**

私どもが回答させていただいたのは、これだけの規模なので調査だけでも 6 百万円程度は必要かと考えます。除去に関しては、算出の根拠がありません。

**伊関副委員長**

これはおそらく現地建替えだろうと、どこかに建て直すにしても、病院を建てる以上は必ず必要なコストであって、どちらにしても大きなコストの差は出てこないという感じですね。

## 窪田委員

調査費用だけで 600 万なんですね。

## 伊関副委員長

おそらくものすごいお金がかかるはず。除去工事については、相当かかるだろうということですよね。ただそれは、病院を建築する以上は、現地建て替えでも移転建て替えでも必要なコストではあると思います。ずっとこのままでいるわけにはいかないのです。

## 窪田委員

それはこの費用に上乗せされてくるということですね。

## コンサルティング業者

はい、そうです。

## 江原委員

質問事項の 189 番にも書きましたけれども、がんセンターが報告していますが、病棟の解体時に多くのかびが出て、それが既存の病棟でかびの感染症を引き起こすので病棟の解体に関してはかびの対策が必要であるということ報告しています。特に市立病院では免疫機能が落ちた患者さんが多いので、大きな災害につながるかと心配です。そういった対策を練らないといけないと思いますが、いかがですか。

## コンサルティング業者

これは新しい議題であり、鋭意調査中です。実例として、大阪大学の事例がありました。こちらも同じような現地建て替え時の問題です。(それによると)一般の患者さんには大きな問題はありません。但し、かびが飛散することによって、ある一定の患者さんには多大な影響を与えるという状況がありますので、

その場合にどのような対応をするかは今後検討しなければなりません。

### 江原委員

その一定の患者さんが市立病院には大勢いらっしゃいますので、それは絶対に対策は練らないといけないと思います。

### 伊関副委員長

免疫機能が落ちている患者さんに対して、かびは一定数発生する。完全にかびを取り除かないと一定の患者さんに影響が出る。その影響が出る方はどれくらいいるかは、病院の方で、医療的な観点で文献を調べていただいていた方が良いと思います。おそらくアイテックさんだと建築ですので、よく分からない部分があると思います。かびについて、こういう問題があるというのを文献を提示していただいていた方がよいと思います。これから工事をすれば問題は一定数起きるので、発生が予測される問題を事前にできるだけ明確にした上で判断した方がよい。かびは一定数発生してそれは抑え切れませんよね。さっきの粉塵と同じで。

### コンサルティング業者

おっしゃる通りです。私共でも調査しておりますが、この対策の方法としては、病院内でプロジェクトチームをつくり、工事期間に合わせて患者さんの移動などを実施している事例があります。調査結果は、次回に説明いたします。

### 山浦委員長

あとはよろしいですか。そろそろ疑問点が減ってくるかと思っていたのですが、減る気配はありませんね。3月いっぱい終わらなくてはいけないテーマです。それでは、動線、騒音・安全対策などについてはここまでにさせていただいて、次のコストダウン整備手法についてご説明いただけますか。

## コンサルティング業者

お手元の資料別冊 2「2-01」ページをご覧ください。

コストダウンに係わる質問は、3名の委員から質問をいただいております。今から説明する内容は、別冊 1 の質問内容 番号 227、229、230 に関する内容になります。

資料は、前回(第 5 回)で提示した資料に青文字で追記したものです。

前回では、整備方式のモデルとして「従来方式」と「デザインビルド方式」の 2 種類を比較して説明いたしましたが、今回は委員の方々からいただきました質問やコメントを踏まえまして、「二段階発注方式」を加えてそれぞれの特徴を比較しております。また、特記事項として「CM 方式」の説明を簡単に記載しております。

質問の 230 番では、建設工事開始までの工程と期間についてのご質問となっております。資料の中段あたりに「入札準備から建設工事開始までの工程と目安となる期間」を示しております。

I の「従来方式」においては、内容については前回説明しておりますので割愛させていただきます。工程と目安となる期間につきましては、基本構想、基本計画を含めて仕様を明確にする入札準備として 2 ヶ月、入札公示から入札執行まで 1 ヶ月、基本設計 6 ヶ月、実施設計 10 ヶ月、基本設計と実施設計の期間につきましては全ての整備手法において画一的に想定しております。実施設計終了後は、施工業者入札公示から入札執行で 3 ヶ月。全工程で概ね 22 ヶ月として想定しました。

II の「デザインビルド方式」においては、形態①と形態②のケースで整理しています。形態①は、基本設計の段階から設計業務と施工を一括して総合建設業者に発注するケースで、形態②は基本設計までを設計事務所に発注し基本設計終了後に、実施設計と施工を一括して総合建設業者に発注するケースとしました。ここでのポイントは、発注時期を早めに設定するほうが全工程期間の短縮とコスト削減効果が期待できるということです。全工程でケース①では 21～25 ヶ月、ケース②では 23～28 ヶ月として、2～3 ヶ月程度の差を想定していま

す。

Ⅲの「二段階発注方式」は、今回新たに挙げております。これは、Ⅱの「デザインビルド方式」のケース②に類似しています。市は基本設計から実施設計までを範囲として設計者を選定のうえ特定し発注します。基本設計を終了した時点で、総合建設業者の選定を行い落札業者を特定します。このときお互いに基本協定書を交わすものとし、特定された総合建設業者は設計者と共に実施設計に参画しVEを行い品質を維持しながらコスト削減を図った設計を行います。実施設計完了後、総合建設業者より、前回の入札金額を上回らないことを前提として精算見積もりを徴収し工事の発注金額を確定するのが特徴となります。入札準備から建設工事開始までの全工程期間は、概ね23～26ヶ月を想定します。この方式の事例では、岐阜県下呂市の金山病院がこの方式を用いています。

特記事項に記載してありますCM方式は、プロジェクト全体を施主の立場に立って初期の目標通り完成させることを目的として、専門の「施工管理者」、品質、工程、コスト等を監理統制する監理技術者を配置し機能の位置付けを明確にしたうえで実行していく方式です。欧米では普及している方式だが、日本では広く普及するまでには至っていません。

## 伊関副委員長

資料だけでは、委員の皆さんも傍聴の方々も分かりづらいと思うんですけれども。要は、先ほどの議論で具体的な建物の建築の技術的なものについては設計会社も分からない部分も多いんです。粉塵をいかに発生させないかなどは、技術的なもので、このデザインビルド方式とか二段階発注方式は、設計と一緒に建設のほうにも具体的な設計部分に関わってもらって、よりコストを下げるような提案、知恵を出し合って設計を行うというのが一番大きなポイントだと思います。デザインビルドの場合は、最初から1社でやる人が多いですよ。二段階発注は、建設会社が設計の途中から参加して、設計会社と建設会社が、相互チェックするという面にメリットがあるかなと思っています。デザインビルド方式だと、もう全部その会社に、設計も施工もお任せになってし

まう。相互牽制が働かない部分が多少のリスクになるかなという感じがしています。二段階発注については、実際に病院が建築された数が、私に関わった岐阜の下呂市の金山病院などわずかしかなかく、一定のリスクもあり、これが全部すばらしいですと言うつもりもありません。やはり、途中で施工会社が入ることによってコストダウンはある程度できたなとは思いますが。100床の病院で1床3千万で、30億という建設の見積もりが出たのを、公開の場で設計会社のプレゼンテーションを行い、設計の時点で20億円に下げ、そのあと設計会社の基本設計の努力で19億円まで下げたのをこの二段階発注方式という形で、建設会社のプレゼンテーションで建設コストの縮減の提案してもらって、さらに2億円下げた17億円ぐらゐの建設費にしたという実績はあります。今、設計が終わって、これから建設に着工する時期になります。

いろいろなやり方はあると思うので、こういうものを組み合わせていく、現有地建て替えに、例えば2番、3番のデザインビルド方式とか二段階発注方式を入れたとして、どれくらいのメリットがありそうでしょうか。それとも、こういうものは効果があまり期待できないのか。一般論で結構なんですけど、見解をお聞かせください。

### コンサルティング業者

定量的な効果は現時点では不明ですが、定性的な評価としては、表の下部にメリットと課題を整理しております。

メリットとしては、VE及びネゴシエーションが出来るということで、実施設計段階でのコスト削減が可能となります。また、基本設計完了の段階で入札を行い、実施設計を協働することにより品質を落とさないでコストを削減する提案をされることによりコストダウンに繋がります。

課題ももちろんあります。実施設計を行なうにあたり、設計事務所と建設業者間の協調性を維持することが困難となるケースも考えられます。

## 岩堀委員

当初ご説明をしていただいた内容が 2 つあるんですね。CM って言い方をされてましたけれども、これはマネージメントの話で、CM とか PM という言い方がありますね。それから、この 1、2、3 というのは発注方式なんですね。設計者発注。設計者をどう決めるか、施工者をどう決めるかということで、発注の方法なんですね。で、マネージメントは別として、発注方法としては、ここに挙げていただいているのは、要するに設計施工の段階からいうと、まずデザインビルドが当初から設計者施工者を決めてしまおうというやり方ですね。その次の段階が、基本設計が終わったときに施工者を決めてしまおうという方法なんですね。で、従来方式というのは、実施設計が完了したときに施工者を決めましょうということなんです。参加してもらいましょうと。当然、当初から施工者が入ると、伊関先生もおっしゃったように施工のノウハウとか、そういうのが入れられる。例えば簡単に言うと、免震構造を採用するとすると、まず最初に免震にするかしないかということも施工者が入って議論できるわけなんですね。基本設計の段階では、免震にしましょうということが決まっていると思います。だけど、具体的にどういう免震手法をとるかということが決まっていないから、施工者が入って、じゃあ積層ゴムは入れるとしてもダンパをどういうふうにするかっていうのは、それぞれの施工者のノウハウ、特許も含めて選択の余地があるんですね。従来方式というのは、設計が決まりますから、その上で自由競争ができるように、誰でもできる施工方法になってしまうから、段々そのコストコントロールの余地がなくなってしまうということになると思います。それで、設計者と施工者と、先ほど言ったチェック機能というのは、管理の役割も大きいんですね。その 3 つの役割をどういう人たちが関わるかということで、いろんなやり方が出てくると思います。ただもう一つ、今あまりはつきりおっしゃっていなかったけれど、全体工程が短くなるというメリットがあると思う。例えば、設計をしながら準備工事はできるんですね。ですから、設計が完了して入札すると、それから、さあ現場の係官を決めて、現場の管理者を決めてということになりますから、それだけ少しずつ少しずつ時間がかかる

から、早く決めれば決めるほど、全体のロスと、先ほどご説明もあったようにコストコントロールネゴシエーションの余地がある。それと同時に、施工者が最初から関われるとなると、非常にモチベーションが高まりますので、それで例えば二段階発注方式、最近では仙台の大崎市でも二段階方式をやりました。それから埼玉のがんセンターも二段階方式をやっています。その場合、非常に施工者が取りにかかりますから、例えばがんセンターですと、予定価格が約 205 億でした。それで県が調査基準価格で 175 億ぐらいだったら御の字だろうと。それが 117 億で落札された。必ずしもそういうふうになっていくとは言いませんが、上手く競争していただくとそういう可能性があるということになるかと思う。それと問題もいろいろありまして、じゃあ基本設計の段階で施工者が決まったら、債務補助はどうするかそういったことがありますから、まだ完全に確立はしていませんから、いずれにしても検討の余地はあると思います。ちょっと長くなりますので、これぐらいにしておきます。

#### 山浦委員長

スタートして 2 時間が迫ってきまして、数分しか残っていません。それをちょっと頭に入れて。

#### 田村委員

2 点質問なんですけれども。入札準備から建設工事期間の工程の目安ということで、3 つの方式で期間を示していただいています。概ね 2 年プラスマイナス何ヶ月と。ということは、今仮にこういうことで方針が決まったとしても、2 年先じゃないと工事が開始できないということですよ。そうすると、竣工までには 8 年、8.5 年かかるということ。それとあともう 1 点ですけれども、ここには実施設計の完了で、すぐ入札施工ということで、従来方式になるんですが、入札施工してすぐ資材調達等があるかと思うんですけれども、工事に本当にかかれますか、どうですかということですね。解体工事が先に入るんで、その間に資材調達の準備が十分にできますと言うことで考えられるのであればいいん

ですが、ここにまた資材調達の期間がかかりますと。例えば鉄骨何百トン頼むのに、例えば3ヶ月かかりますということだと、ここに資材調達の期間が入ってきちゃうんで、ちょっとそれが必要なのかなどなのか。次回で結構なので、お示しいただければと思います。私の方からは以上です。

#### 山浦委員長

今、田村委員がおっしゃられた、工事が始まるのはどんなに早くても2年以上先ですかというのはお答えできますよね。

#### コンサルティング業者

はい。そうです。

#### 山浦委員長

そうしますと、それプラス7年だとほぼ10年になるということですか。それは多少短くなるかもしれませんが。短くなっても1年ぐらい。

#### コンサルティング業者

目安として挙げたものですが、それくらいが想定できます。

#### 山浦委員長

それは重要なことだと思います。我々も大体の見当で頭に入れておきませんと判断できませんので。それからもう一つ伺いたいのですが、このデザインビルド方式と二段階発注方式なんですけど、これは日本の建設業界ではきわめて普通に行なわれていることなんでしょうか。それともさっき例を挙げていただきましたけれども、それは特殊な例を挙げていただいたことになるんでしょうか。

#### コンサルティング業者

特殊なものではありません。民間では一般的に行なわれています。前回、民

間手法という中で DB 方式を説明しております。ただ、松戸市では前例がないと伺っております。

### 山浦委員長

民間というのは、民間病院ということですか。

### コンサルティング業者

そうです。

### 谷川委員

CM 方式の質問をしたのは私なんですけれども、このコストダウンを図れる整備手法検討の備考の一番下の方にあるのですが、塗りつぶされた三角のところにありますけれど、日本だと人材確保は難しいんですか。アメリカでは確立された実施方式ということなんです。もう一つなんです、日本で珍しいかということと、あとは他の自治体病院なり民間病院でこの CM 方式を採って建て替えなり建設した病院というのはあるのでしょうか。

### コンサルティング業者

国内に優秀な技術者がいないというわけではありませんが、社会的に、欧米の契約社会と日本の社会では違いがあり定着しないものと思われれます。

国内での事例としては、私の知る限りでは千葉県内で旭中央病院がこの方式を採用していると認識しています。

### 伊関副委員長

コンストラクションマネジメント方式自体がアメリカの定義でいくと厳格なことでやると難しいのかもしれませんが、第三者的な人がチェックするとか、あと日本医師会で確か建築のセカンドオピニオンみたいな形でのアドバイスとかも事業として確かやっていたと思いますし、いろいろな第三者的な人が客観

的にそのアドバイスするというやり方はあるのかなと思っています。設計会社とまた別の相互チェックだと思います。出来るだけ安くしてかつ間違いがなく、質がいいものを作っていくにはどうしたらいいかということで、ある程度いくつかのプレイヤーを置いて、相互牽制の中でより高いものを造っていくというやり方はあるのかなと考えています。要は、1社だけだと、チェック出来なくなる部分があるし、設計と施工の人を分けることは、相互牽制する点ではいい面もある。ただ、協調性の問題が出たり、また第三者が絡むことによってそれがより円滑にいくのか、またうまくいかなくなるのか、これから日本の社会の中で実験みたいな形で造り出していかなければならないのかなと考えています。

#### 谷川委員

質問というより、要望というか、希望なんですけれども、ローマ数字のⅠ従来方式、Ⅱのデザインビルド方式、Ⅲの二段階発注方式と同じように、同じ県内で公立病院でありますので、この検討（CM方式）をちょっと入れていただきたいんですけれども、是非。安くなる方式であれば。是非、前例が少ないような気がしますけれども、ただやはりそこをコスト削減できる手法の一つであれば是非これも検討という形で乗っけていただきたいのですが。次回の資料で出来れば載っけていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

#### 山浦委員長

そろそろ予定の時間がまいりました。また次回たくさんの課題が残ってしまったんですけれども。私の質疑はですね、先ほど冒頭にしようとしたことで一つやり残したあります。それは3月の予定についてなんです、3月の2回の予定を皆さん手帳を見ながら決めていただきたいと思います。その2回はおそらく報告書の作成になるであろうということも念頭に置いて下さい。議会の関係でかなりチャンスは絞られちゃうのですが。出来れば2回開催したいので、3月の7日から始まる週、ずばり言いますが、9日はいかがでしょうか。

伊関副委員長

3月ですよ。

山浦委員長

3月9日です。水曜日。

植村委員

9日はいいです。

江原委員

9日は大丈夫です。

山浦委員長

よろしいですか。9日を採らせていただきまして。

植村委員

時間はいつ。

山浦委員長

ちょっと待って下さい。日にちだけ確保してしまいます。3月25日金曜日、もうこれ以上後にはしたくないです。最後の日。都合の悪い方いらっしゃいますか。

伊関副委員長

大丈夫です。

山浦委員長

よろしいですか。それでは3月の2回目は25日。時間についてまたお調べい

いただきます。それから次回の予定ですけれども、今日ディスカッションしている疑問が出た点には時間を半分ぐらい割きたい。それから病院の規模について最終的な議論に突入したいなというふうに私は思うのですが、いかがでしょうか。

## 谷川委員

冒頭で委員長がおっしゃっていましたが、評価委員会の委員の先生をお呼びするのは今回は控えたいということですが、その理由について私も全くその通りだとは思いますが、我々のこの建替計画を検討する委員会と、経営の改革を評価する委員会とは目的が違います。ただ全く違うかというところでは決してそうではないと思います。改革プランというのは総務省が平成 21 年からやりなさいということで松戸市も始めました。「3 年以内に経営改善をし、それでもその後 2 年経っても黒字化されなければ、独法化、あるいは民間移譲しなさい」というようなかなり突き付けられている条件だと思います。やはりこれは松戸市立病院の存亡が本当にかかっていると思いますので、是非とも規模について議論するにあたり、様々なアイデアとか意見を、正木先生、河北先生含め、実際に病院の建て直し等で実績を上げられている方々から頂きたいです。この委員会というのは市民に向けて公開されている委員会なんですから、であればなお一層、正木先生、河北先生、あるいは公認会計士の石井先生にも是非とも意見を述べていただきたいんですけれども。もちろんそれは参考意見ということで、建替えとその経営がごっちゃになると困りますけれども。ただやはり建て替えというのはどうしてもコスト、お金がかかることで、経営にももちろん関係していることですので、私委員の一人として強く委員長に参考意見として評価委員会の先生の意見を聴く機会を設けていただきたいと希望するんですけれど。

## 山浦委員長

市長から我々が委嘱状をいただいたときのお言葉なんですけれども、病院の改革は病院内でやっている。それはそれでやってくれということだったんです

ね。それで我々はこの建て替えが可能かどうか、もし可能であればどういう問題があるのか、不可能だったらどういう理由で不可能なのか。それをはっきりしてくれというのが市長が我々に下した命題なんです。ですから、5回目の最後のときに未公開の情報を谷川委員がお示したわけで、我々準備がなかったんですけど、我々にまだ未公開のうちに谷川委員はお話になったので、その一週間後に出ました。それでたっぷり読ませていただいて、ずいぶん勉強になりましたけどね。谷川委員の言うことも本当によくわかります。経営に関しては、是非話を聴きたい人たちだと思いますね。しかし今建替えについて、今日冒頭に申し上げましたのは、我々の議論が規模だけの議論にちょっと入りかけてしまって、規模に終始し始めたなというふうに私感じたものですから、市長からの命題はこれだったんですよというふうに冒頭に申し上げたわけなんです。そういった理由で、評価委員会の委員の方たちには言葉をかけてはいないんです。確かに谷川委員がおっしゃるように経営はものすごく大切ですが、早く言えば我々は箱物について論議しなければならないのです。それで3月までに結果を出して下さいという限界があるなかで、経営まではちょっと考えを及ぼすことは無理じゃないかなというふうに私は思っております。

### 谷川委員

私が申し上げておりますのは、経営についてはなくて、病院規模について評価委員会でもかなり話が出ていたと思うんです。建て替える時の規模についてどう考えるかという意見をいただきたいというふうに思いますので。

### 山浦委員長

わかりました。わかりましたというのは、やりますということではないんですけれども。理解いたしました。

### 岩井委員

話は変わりますけれども、先ほど現地建替えでいろいろ越えなくてはいけな

いバリアとか、そういう問題解決のところをお話しいただいたのですが、実際に松戸市立病院と同じような環境で現地建替えをやって、それでいくらかかったとか、東京の方は現地建替えをしている病院がたくさんあるかと思うのですが、そういう事例が実際あるのかどうか、あったとしたら、それでいくらくらいかかっているのかということは調査可能でしょうか。もしあったら教えていただいで、やっぱりこれくらいかかるんだとかそういうのがわかれば非常に参考になるし、その中で動線にしろ粉塵にしろ、そういったことをどう解決したのか事例があれば非常にわかりやすいので、もしそういった事例があれば宿題で結構ですので教えていただきたい。

#### 山浦委員長

谷川委員の議論の続きではなく、別のお話しですね。

#### 岩井委員

はい、別の話です。時間がないので、話をさせていただきました。

#### 山浦委員長

谷川委員の言うこともとってもよくわかるんです。病院の運営もものすごく重要であって、今病院も四苦八苦しなながら、議事録を読んでみますと、こてんぱんにやられていますよね。完膚なきまでにやられていて、なおかつ頑張っていこうという意欲が見えるんですが。谷川委員の言うこともよくわかります。それで、これから病院のサイズについて最終的な結論に入るんですが、その時にこの点について知りたいんだということがはっきりした時にはやはり考える必要はあろうかと思えますけれども、漠然としたうちにとにかく来てくれよということとはとり得ないですね。そう私は思っています。

#### 植村委員

谷川委員のご指摘は大変重要なことなんですけれども、ただ手続きに問題が

あります。目的が違う諮問委員会が各市にできるわけで、そこでメンバーの方が発言をされる。それで、その議事録から、発言の内容から、別の委員会に呼び出されるとなると、評価委員会も諮問委員会も来る人がいなくなってしまう。それから、手続き的には、この委員会の委員長は山浦先生です。評価委員会には別の方が委員長になっていらっしゃるわけです。そうしますと、委員長同士の話し合いがないと手続き的には駄目です。ただ勝手にその委員会の一人をこっちに来てくれということは、手続き的にはできないわけです。ですから、そうなってくると、山浦委員長と向こうの委員長との話し合いで、向こうの委員長からそんなつもりで委員会をやっているわけじゃないんだというような反論が出てきます。これはなかなか難しい問題で、簡単にはいかないのです。それはやっぱりそういう手続き的な問題です。谷川さんがどうしても意見を聴きたいというのはわかるのですが、市の行う諮問委員会というのはそう簡単にはいきません。だから、我々ここで発言しますが、ここでの発言をとられて別の委員会から出てきて話せと言われたら、私は拒否しますよ。それでは意見を述べられなくなります。ですから、そういう手続きの問題が非常にあるので簡単にはいかないのです。これはもう山浦委員長と、もしも呼ぶとしても、向こうの委員長と話し合って、ノーが出たらそれで終わりなのです。ですから、そういう手続きもちょっと考えていただかないと。簡単にはいかないものです。

## 田村委員

規模をどうするこうするというのは重要なことだと思いますけれども、今基本の計画として600床ですか、これが仮に500床なり450床になった時に、今の工事金額からどのくらい減額可能なのかというのをご提示いただけると、一つの目安になるかと思うんですけれども。単純に1病床数で割った金額ではないと私は思っていますので。それが、100床違えば、こんなに違うんだというのか、これだけしか違わないのかというのか、そこら辺のイメージを踏まえた上で皆さんに討議していただいた方がいいと思うんですけれども。

## 山浦委員長

田村委員がおっしゃるような計算を私もやってみました。A案、B案、C案いずれもそうだと思いますが、1床当たり2,200万なので、50床減らしたら、だいたい10億ぐらい減るということですかね、100床減らせば、22億ですか。極めて単純な計算です。しかし、それはベッド当たりの2,200万で私は計算したんですが、アイテックさんの方は平米当たりで計算していて、ちょっと誤差が出てくるかもしれませんが、そんな半分になるというような大きな値ではないというふうに私は見当をつけています。田村委員のご質問はきわめてごもつともです。我々は知らなくてはいけない問題だと思います。

## 窪田委員

今岩井委員もおっしゃったんですけれども、現地建替えをした時に、敷地の広さとか病院の規模があるから一概に言えないと思うんですけれども、本当にそこで現地建替えしか方法がなくてやっているんだろうと思いますが、それで働く職員は十分満足できたのかどうかというのは難しいと思うんですけれども。例えば、動線ががたがたになってしまったとか、レントゲン室があっち側とかこっち側に出てきてしまったとか、手術室が十分広さを取れなかったとかといったことがどうしても起きてしまったのかどうかとか、その辺はわかりますか。現地建替えでこれだけ厳しかったんだというのがあれば、教えていただきたいと思います。現地建替えでもこれだけ有効にできたんだというのがあれば、それも知りたいです。それともう一つ、これはアイテックさんではなくて病院の方にお聞きしたいのですけれども、施設・設備をしっかりとそこにもものすごくコストをかけてつくるのと、病床を少し減らしてもそういうふうにするのと、病床をとにかく600床とかっていうふうに病床をまずありきで考えていく方がいいのか。この前の「意見を聴く会」の時に、病院の先生方は、とにかくもうどこでもいいから建て替えて下さいとおっしゃったんですけれども、その青写真がきつとあると思うんですね。こんな形のこんな病院に建て替えて欲しいというのがあると思うんですけれども。そういうものがあつたら、それを教えてい

ただくことは無理ですか。働く人たちが働きやすい病院にどうせなら建て替えて行って欲しいし、そこで働く人たちが満足している方が患者としてかかった時に十分診てもらえるし、もしかしたら気持ちよく最後をそこで迎えることもできるんじゃないかと思うんですが。

### 江原委員

資料を用意してきました。4ページくらいありますので、簡単には説明できません。600床なぜ必要かということですからけれども。次回でしょうか。今日はもう時間がありませんので。

### 山浦委員長

病床サイズについて、なぜ600床説があるのかについては、次回以降たっぷりやりたいと思うんです。資料は用意されているそうですが、今日は時間がもうありませんので。

### 江原委員

次回発表させていただきます。

### 岩堀委員

現地建替えの例というお話がありましたね。現地建替えで非常にうまくいったところもありますよ、もちろん。だけど、この場所で建て替えるとどうなるかというのが問題であって、他でうまくいってもここでうまくいくかどうかは別だと思えますので。そういうことを踏まえて、ご用意いただければと思います。

### 山浦委員長

その差は随分大きいと思えますね。この地形、この広さ、密集の具合とかいろいろあるんでしょうね。建て替えやすいような建物に元々建っているとか。

それでは、今日はここまでにしたいと思います。ありがとうございました。

委員会散会報告

16時18分