

## 統合新病院建設部会（第1回）会議録

日 時：平成24年3月8日 午後3時30分開会

出席委員：稲坂委員、川渕委員、小橋委員、嶋崎委員、毛呂委員

(50音順)

### <会議の概要>

#### ○委嘱状の交付

○市長挨拶 第一回の加賀市医療提供体制推進委員会の統合新病院建設部会にご参加いただきまして有難うございます。冒頭にご挨拶をさせていただきます。ご案内の通り、統合新病院の用地確保は議会の同意を得まして、また地権者の同意を得まして法的にも加賀市のものとさせていただいています。今後はこの用地の上に造って参ります統合新病院の建設の一番コアとなる所を迎えまして、推進委員会全体の中でも極めて重要性の高い部会でございます。全体を引っ張っていく大変大事な会議だと思っておりますので、先生方の意見をぜひ頂きまして、加賀市民のために良いプランを作りたいと思います。有難うございました。

#### ○委員紹介

稲坂委員 加賀市医師会稲坂です。4月からは医師会の顧問になります。宜しくお願いします。

川渕委員 川渕です。私は富山県の生まれで、加賀市は子供のときから温泉地で有名ですのでよく遊びに来ていました。冒頭の寺前市長の言葉にありましたように微力ながら何か貢献したいと思います。宜しくお願いします。

小橋委員 小橋です。宜しくお願い致します。建築とか建物とか全くの素人でよく分かりません。多くの病院を見ているわけでもありません。どちらかというところから要望を出すという形になろうかと思えます。専門家の先生のお知恵を拝借していい病院になれば良いと考えております。宜しくお願いします。

嶋崎委員 嶋崎正晃と申します。先ほど市長さんのお言葉にありました加賀市民のためということ肝に銘じて良い物ができるように知恵を出していきたいと思っております。宜しくお願い致します。

毛呂委員 MORO設計管理室の毛呂と申します。私、6年前までは国立病院の整備を担当しておりました。厚生労働省に昔、整備課という課があり、そこで専ら国立病院の整備をしておりました。今回2つの病院を統合して新たにスタートを切るということで、その時の経験を活かしながら、またその後引き続き、医療福祉建築協会、あるいは医療福祉設備協会の会員としても色々勉強させていただいておりますので、そういった知見も踏まえながら、皆さんに微力ながらお役立ちできるように努力していきたいと思っておりますので宜しくお願い致します。

事務局委員 (事務局員の紹介)

○部会長、副部会長の選任

事務局委員 (部会長に川渕委員、副部会長に長澤委員を選任したい旨を諮ったところ、全会一致で承認された。)

○議事

【議題1】 統合新病院建設部会の進め方について

事務局説明 資料1 加賀市医療提供体制の推進について (組織図)

資料2 統合新病院建設基本計画 策定スケジュール (案)

資料3 統合新病院建設部会 検討スケジュール (案)

質疑応答

川渕部会長 事務局から資料1から3までの説明がありましたが、ここまで何かご質問等がございますか。確認ですが、この委員会は都合6回を目処にまとめて、医療提供体制推進委員会に答申するという事によろしいですか。

事務局 そうです。

川渕部会長 スケジュールに関しては若干ご異論があるかと思いますが、本計画は補助金等の関係上、タイムスケジュールが極めてタイトです。精力的にこれからまとめていくということで、了承を得たということで宜しいですか。

全員 (異論なし)

【議題2】 基本理念について

事務局説明 **資料4** 基本理念について

【議題3】 統合新病院整備の基本方針について

事務局説明 **資料5** 統合新病院整備の基本方針

【議題4】 建築の基本コンセプト（案）

事務局説明 **資料6** 建築の基本コンセプト（案）

質疑応答

川渕部会長 今日第一回目ですが、建築の基本コンセプトまでです。基本理念、それから統合新病院整備の基本方針、それから最後に基本コンセプト（案）が、付いております。繰り返しますけども平成24年3月1日に当加賀市の中で病院統合協議が開催されて、そこで新病院の理念について検討し、もう既に基本理念についてはこのように決まると理解をしています。基本方針に関しても、基本構想策定時に確認しました。今日は3番目の資料6についてご議論したいと思っています。ただ、資料6の基本コンセプトは、次回の承認事項としたいのでありますので、今日は第1回目ということで資料4、5、6についてご質問、ご意見等ございましたら承りたいと思いますがいかがでしょうか。

毛呂委員 まず、1から8までいいコンセプト案が挙げられていますが、安全であることの説明では、医療安全を主に説明していただいたのですけれど、これはセキュリティも含めてですね。

事務局 はい。そうでございます。

毛呂委員 そう理解して宜しいですね。それともう一点、基本理念の方で医療人の教育とありますが、これからの病院はマグネット病院といいますか、スタッフの方に来てもらわなければならないということで、患者さんのアメニティ等は当然なのですが、スタッフのアメニティ、働きやすい病院に当然していくということになると思いますが、それは8つの中でどのあたりで読めば宜しいですか。

事務局 2番目の「快適であること」です。患者さん及びスタッフ含めて「快適であること」、働きやすい環境づくりをするということです。

毛呂委員 はい、分かりました。

川渕部会長 私は医療経済学者ですので全く分からない言葉が、8番目の「固有であるもの」という言葉です。「Vernacular」という言葉を聞いたことがないのですが、もう一回どんなことを具体的に言うのか、教えてください。

事務局 はい。「Vernacular」というのは建築の方で使う言葉でございまして、今から30、40年前までは機能だけを追及する建築というのが流行ってございました。しかし、地域性、例えば加賀市におきまして、ここではないと出来ない建築物というものが、最近是非常に重要視されています。そういうことで「Vernacular」の訳語というのが本来は「土着性」という意味でございまして、それを飛躍ではございせんけれど、加賀市として「固有であるもの」としてコンセプトに据えさせていただきました。

川渕部会長 土着性の方がピンとくるような気がします。他に何かございせんか。私は一回目が重要だと思います。日本人はビジョンとなったら恥ずかしくなる節を覚える人もいますが、ここが建築で一番大事であり、私もだいたい今までいろいろなものを見てきたのですけれど、やっぱりここなのです。漢字で書いた場合と英語で書いた場合で、少し意味合いも変わったりしますがその辺の確認等で、小橋委員いかがでしょうか。

小橋委員 分かるようで分からないところです。現実的に例えば、今、加賀市特有の、地域に特有の、と言われましたが、実際に加賀市でそういうコンセプトで作られた建物はありますか。

事務局 そうですね。例えば、柴山潟の北側に位置しております湖北小学校というものは、全面に潟を景観として取り込むと、あそこは場所性といいますか、そこでしかないデザインになっております。ですから、本計画地におきましても、必ず景観はそこにしかないものでございます。それプラスですね、最近私どもでやっております小中学校の建替えにおきましても、地元の木を使う、地元の県の木を使うという事例もございます。ですから、その場所性もしかりですけれど、その素材ですね、素材というものも建築物に取り入れていくということも固有のものであるということに分類されます。それと本市としては、赤瓦というのが固有のものである、ということもでございます。今、ゲートウェイ構想というものを打ち出そうとしていまして、やはり加賀市の色としてカラーを打ち出そうということで、昔から加賀市内で使われて

きておりました赤瓦というのも素材としては重要なファクターになろうということを考えております。

寺前市長 加賀市の公共施設は基本的には「赤瓦」でいく、と言っております。民間の施設はお願いをするしかありませんが、ゲートウェイにあたるような駅前ですとか、高速道路のインターの出口とか、そういう所は出来る限り赤瓦を、無理をいただくと有難いと。しかし、公共施設は瓦葺になるかはその前に判断が必要ですが、可能な限り赤瓦でいきたいというのが私の姿勢です。もう指示をしておりますので、一つの固有のものとしてですね、湖北小学校は柴山瀉以外の瀉もいくらでもありますので、日本中、加賀市以外にもあると思います。赤瓦もあるのですが、上空から見ますと、金沢でも福井でもないのが、たぶん加賀市のカラーだと思います。それから、加賀市中で中谷宇吉郎記念館というのがありまして、中谷宇吉郎先生を顕彰して雪のデザイン賞というのを二年に一回出さしていただいているのですが、そこで、若い芸術家の方に色々な作品を応募していただいているのですが、活用する場がございません。ですから、雪のデザイン賞を獲得された方の作品を発表するようですね、前は雪の結晶をイメージした螺旋階段を作られたりですとか。これは、毛呂先生がこういう階段の病院は危ないということであれば、「安全であること」を優先すべきであるとは思いますが、そういうことも予算の許される範囲でもし通ればということでございます。

川渕部会長 私は富山の出身でありますけれど、瓦は黒い瓦が多いです。これが、当たり前とっていたら、結構、世の中色々な所を行きますと、やはり北陸は独特ですね。よく病院建築賞を取った人たちの話を聞きますと、曇天の気候を反映して云々という話がよく出てきます。病院は癒しの空間ですから、どういう色をすれば癒しになるのか、というのも大事だと思います。それから、小橋委員がおっしゃったように加賀の特色というのも必要かと思えます。先日、市長から絵葉書をもらいまして、**Lady Kaga** が、**youtube** で、もの凄く有名になっているとのこと。同時に、今度、近くに出来た温泉地で変わった木造の建物が建築されており、何かそういうものを新病院をきっかけにもう少し打ち出してもいいのかなと思います。もちろん、経済性と機能性とかありますので。毛呂委員、どうでしょうか、その辺は。この1～8はご理解されましたでしょうか。

毛呂委員 お金の話が出てきており、それは、これから議論されることだと思いますが、5番の経済的であることというのは、先ほどの説明ですと、LCC（ラ

ライフサイクルコスト：以下同様)ということでの経済性ということですので、何もインシヤルコストをやたらに下げるといった意味合いではないかと思いません。ただ、厳しい財政の中で、今、市長がおっしゃられるようなことに取り組むというのはなかなか大変な部分もあろうかと思えます。何かそれを上手く取り入れてく仕組みのようなものを、病院の整備費だけでそこをやろうとするとちょっと苦しいかなと思えますので、何かいろんな手立てがないかという気がします。病院の建物は器だけを用意しておいて、その中を別の手当でそれらしいインテリアデザインをしていくという手があるかという気がしています。

川渕部会長 先日も旭川に行ってまいりまして、旭川市民病院の話しを聞いてきたのですが、前の前の前ぐらいの院長のときに相当贅沢な建物を作ったらしいです。屋根は銅版じゃなかったのですが、壁面には立派な絵が飾ってありまして、それを作るが故に、相当建築上、非経済的な建物を作っており、「これだけは川渕さんやらない方が良いでしょう」と言われました。ところが、その病院には、一番大事な研修室、会議室はほとんどないのです。病院は会議が多い。それが1～8のどれに入ってくるのかは分かりませんが、「場を設定する」ことも必要です。ただ、今、LCCという言葉が出ましたけれど、皆様、どういう意味か分かりますか。先ほどのライフサイクルコストをもう一度説明をお願いします。

事務局 ライフサイクルコストというのは、つまり建築物を建てる時において、計画に始まって、建設、そして最終的には解体と、それをトータルで色々な熱、エネルギーとか相対的にコストがかかっているというものを重視した考え方でございます。ですから、今までは、インシヤル、いわゆる初期投資を下げる、又はランニングコスト、運営費を下げるということだけではなく、設計の当初の段階から建物が解体するところまで、長い目で見てロングスパンでコストを下げていくという考え方でございます。

川渕部会長 日本では「安物買いの銭失い」という言葉があります。トータルで見るとこれが建築の世界でも必要ですが、財政制約上、建築コストも、インシヤルコストもそこそこにしないと非常に厳しいのも、事実です。ですから、そのルールもご理解いただきたい。稲坂委員、どうでしょうか。

稲坂委員 ここに書いてあることが全部実現出来ればいいでしょうが、おそらく出来ない。いかにどれを少し削るかというようになってくるのでしょうか。今、

LCCという話が出ましたように、結局、病院が黒字になればランニングコストを多く出せるわけでしょう。赤字になったらつぎ込めないわけですから、建物はまず、大きな赤字を出さない病院が一番基本であり、病院が儲かればどんどん新しいもの作れると思いますけれど。

川渕部会長　　これはどうですか。解説や説明、何かありますか。

事務局　　委員のご指摘の通り、全部、全項目、このコンセプトを達成するのは難しいと思います。ただ、これはあくまでも最大の目標値として掲げたいと思います。やはり、限られた予算の中でも最高品質のものを目指すという意気込みでこれを掲げさせていただきたいと思います。

川渕部会長　　8つは、私も少し多いかなという気もしたのですが、その中でも特に優先順位を付けるとすればどれでしょうか。もう一つは、やはり実現可能性ですね。病院は建築すると減価償却費という形で費用を計上します。安く作れば減価償却費も寡少になります。しかし一方で、あまり安く作ると修繕費も相当かかる。他方、電気もLED電球にすればちょっと高いですが、長期的に見れば水光熱費が割安になってくる。ですから、何の費用で見るのかだと私は思います。減価償却費で見るのか、水光熱費で見るのか。そのトータルで見ていくことかと思えます。それと、安全とか快適とかありますけど、そのミニマムリクワイアメントが、どれくらいか。1床あたり何㎡が良いかも病院が広ければ差額室料が発生しますが、差額室料の上限は決まってくる。ただ、この辺はディテールの話になると思いますが。嶋崎委員どうでしょうか。

嶋崎委員　　「安全であること」、1番の「安全であること」は何に対して安全であることかを詳細に説明していただきたいのと、あと何に対しての実際に建物とするところこういう感じでやりますと。例えば、天災で地震に対して安全であるために免震構造を取ります、というような頭にあるイメージを説明していただきたい。

事務局　　私のあくまでもイメージということでお聞き願えますでしょうか。昨年の東北の大地震、その前には新潟の中越地震、かなり病院機能というのが継続しなかったというのが私の印象で強くございます。そこで、基本構想でも謳っています災害拠点病院を目指すということになれば、今の基準で耐震性を持った建築物というのは震度6強では壊れないけれど人は助かると、命は

助かるという基準でございます。そこで、今、東京の方でよく言われていまず震度7が来た場合に病院機能が継続するかということが、災害拠点病院としては最大の使命と考えておりますので、最低、免震構造の建物、なおかつ病院の機能が継続して維持していける、ということのための「安全である」ということが最大の目標でございます。

嶋崎委員 安全のところ、先ほど医療安全の話が出てきましたけれど、もう一つ何か安全の対象が、セキュリティですか。その辺のところを具体的に言うところのようなイメージなるのですか。

事務局 セキュリティ関係では外来患者のみならず、たくさんの方々が一日にしては相当な人が出入りする中で、いかにしてセキュリティを確保するか。第三者が入ってきた場合、侵入してきた場合にどう患者さん並びに中のスタッフの方々の安全を確保するのか、というものも必ず検討しなければならない項目に入っております。それは今の安全であること、ということで先ほど毛呂委員の方にもご指摘がございましたけれど、先ほどの6番の情報システムというところにも連携させて考えていきたいと思っております。今は電子カルテの導入ということですが、それ以外にトータル的なシステムを構築するにあたり、セキュリティも組み込めていけたらという考えでございます。

川渕部会長 この辺も今、議論になっているところです。クラウドが流行ってききましたが、逆に、先日も富士通のシステムが狙われたりしました。安全ということとシステム的に対応出来るということと、相互の問題も出てくると思います。それから、4月24日に石巻に行ってみてきましたが、厳しい状況でした。石巻市民病院に関しては、一見すると建物はまだ持っているのですが、吹き抜けみたいになっておりました。また、日赤病院が新築移転して良かったのですが、今後は核シェルターみたいな病院が必要かもしれません。石川県は幸いプレートが、東海地区よりは強いと思いますが、災害拠点病院の耐震性能等の要件について、第6次医療法改正により制度見直しがあると思います。

嶋崎委員 医療安全ということを建築の中で具体化するとなると、具体的にはどのようなこととお考えですか。

事務局 安全という項目の中に入ろうかと思うのですが、結局、人的ミス防止するという観点に立ち入るとすれば、患者さんやスタッフが分かりやすい配置、物の配置、医療器具の配置が重要になってくると思います。これは建築の用



語で言いますと、ユニバーサルデザインの導入ということになるかと思  
います。それからヒューマンエラーに対して、二重三重の安全対策というもの  
がハードだけではなくてソフトの面が重要視されてくるかと思  
います。その二つを今後の議論として位置付けさせていただきたいと思  
います。

小橋委員 安全ということになると、今、言われていたように、割と大上段に構えた  
ことが頭に浮かぶのですけれど、日常的な安全性というか、例えば転倒とか、  
それから今の病院もそうですけれど、多くの病院では鉄筋で出来ていて真四  
角になっていますので、例えば出会い頭というか、結構ぶつかりそうになる  
ことが多いと思います。特に患者さんが歩いていると、ちょっと接触した  
だけで転倒してしまうことがあります。これは、建物内部のコーナーの角が四  
角くて先が見えないことや廊下が狭いということによると思います。そうい  
ったところを、日常的な安全性に配慮した建物をぜひ希望したいと思  
います。

稲坂委員 今のところに関連して、昔は入院したお年寄りは、ベッドの乗り降りや転  
倒により骨折したことが多くありました。コストを抑える為には、硬い床が  
いいでしょうが、転倒による骨折が多くなる。一方で、柔らかい絨毯にする  
と逆に車椅子が動かない。このように日常の安全は難しいと思います。それ  
と聞きたいのですが、ここの地盤はどうなのですか。もし、岩盤が深いとお  
金がかかるのではないですか。

事務局 ただいま、現地にて地盤調査をしております。間もなく地盤の結果とい  
うのが判明するかと思  
います。ですが、旧加賀市内におきましては、もともと江沼郡と言われるぐ  
らいですので沼地だったという所がほとんどでございます。そこで詳細な  
調査を行なっているところでございます。結果が出次第、また委員の皆  
様にもご報告させていただきたいと思  
っております。

稲坂委員 かなり柔らかい地盤の可能性があるということですか。

事務局 今はまだ中間の段階でございますけれど、通常ですと市内は 30 メートル  
前後の支持層、要は堅い岩盤が出てくるのがほとんどでございます。今、現  
地におきましては、それよりも浅い所で一度、硬い層が出ています。ただ、  
その層だけでは今回の重たい病院を支えきれないかもしれない、というこ  
とで、さらに掘り進めてどこまで硬い岩盤があるかということ  
を継続して調査している最中  
でございます。

稲坂委員 大聖寺は場所によって地盤が随分違います。ここも少し場所が違くと地盤が違う可能性があります。

川渕部会長 今、ボーリングをやっている現場を見てきましたが、今日現在のところは分からない、というのが正直なところだと思います。ところで、先ほどのセキュリティに関連して、先日、聖路加国際病院の院長と話す機会がありました。聖路加病院は転倒率が高いがその改善が見られないということでした。嶋崎先生の病院の転倒率は何%ですか。

嶋崎委員 いや、細かい数字は覚えていませんが、結構多いです。

川渕部会長 ニアミスとかヒヤリハットはインシデント・アクシデントレポートで報告しなければいけないので、最近の病院はそのようなデータを持っています。転倒率とか、褥瘡率とかを聖路加国際病院は全部可視化していますが、小橋先生の病院はいかがですか。

小橋委員 データはありますが。

川渕部会長 聖路加病院の転倒率は2%です。院長が赴任する前も後も全然変わっていないようです。転倒率の改善策を現場から聞くと手すりを作ればよいという案が出て、設置すると、一気に転倒率が改善したそうです。このことから現場の声が結構大事だと思います。ということで、まず両先生にお願いしたのは、ぜひ次回までに先生方の転倒率はどれくらいあるのか、もしご存知でなかったらもう一度調べていただきたいと思います。もう一つの事例として東海大学附属病院の建替え事例が参考になります。今までは第一手術室は何科、第二手術室は何科、その診療科しか手術に出来ないような仕様になっていたようです。その手術室を産業工学的な視点から色々な知恵を入れてどの科でも出来るようにしたそうであります。災害拠点の話がありましたが、北陸はプレートの心配はないとしても、先ほどのクラウドや転倒率のようなことをコンセプトの中に盛り込んでいくことも必要かと思います。他に何かございますか。

嶋崎委員 一ついいですか。お金の制限というのもあると思いますので、災害拠点として有事に備えて準備しておくという部分にかかるコストと、後は通常の日々の安全性に備えるコストがあると思います。災害拠点に絶対するという想いなのか、それとも、お金の制限が出てくればその辺りを削っていくとい

う感じなのでしょうか。その辺の優先度を教えていただければと思います。

事務局　　今の委員のご質問でありますけれど、例の地域医療再生臨時特例交付金、これは今、正式に金額はいただいておりますけれども、約10億円程度ということでございますので、もしその範囲の中で必要であれば、そのお金をある程度投入することが可能であると思っております。

嶋崎委員　　どうしても必要だというのはこの部会が決めるということですか。

事務局　　もちろん、建設部会である程度ご審議いただいて、必要となれば、当然、そういう形になるのではと思っております。ただ、最終的には推進委員会のご承認を頂戴しなければならないですけれど。

川渕部会長　　資料3のスケジュールをもう一度、確認したいのですが、今の嶋崎委員の質問、回答はどこでどう議論しますか。

寺前市長　　基本理念に係ります。だから、基本理念で文面があれば、それに併せて予算をどこまで確保できるかだと思います。最初に予算ありきではないですから。

事務局　　基本理念は統合協議会で作成を致しますので、次回の統合協議会までに各委員にお知らせし、こういう形の話があったということを申し上げて、それで次回に理念として出てくるかどうか。今の先生方のご意見も踏まえて説明しておきたいと思っております。

嶋崎委員　　あと、今度ぐらいまでに調べていただきたいのですが、例えば、災害拠点で震度7のときにも機能を残して1週間ぐらい粘れるというようにしたときに、水の確保であったり、エネルギーの確保であったり、あとそこで発生する産業廃棄物とかのし尿処理のことであったりすると、どのくらいの規模の設備というかプラントを持っている必要があって、それにはどのくらい掛かるという話を提示していただければと思います。

事務局　　次回またはその次ぐらいには提示させていただきます。

川渕部会長　　ではそれは宿題ですね。

嶋崎委員        その辺の追加で、今回、東日本大震災のときの現場に行って聞いてきたことですけれど、やはりし尿処理が大変だったということです。紙おむつとかで尿とか便を取ってもそれを燃やすところが無かったようです。それを逆に燃やして水をお湯に変えるというプラントも出ているようなので、そのようなものを整備しておくということも考えておけばと思います。

川渕部会長        3・11から一年経ちますが、その教訓もなるべく入れたいと思います。

毛呂委員        建築の基本コンセプトというのは、まず、既に決まっています基本理念があって、それを受けて整備の基本方針があって、その整備の基本方針を具体化していくために大きいコンセプトを抑えておくということになるかと思っています。基本方針の中で5番と6番ですね、効果的・効率的に運用することについて、今議論がされていますけれども生涯に渡って持続可能な設備を整備する、災害時に機能する施設として整備すると書いてあります。ご説明の中にBCPの話が出てきましたけれど、それはこのコンセプトの中で、どこで読めば宜しいのでしょうか。

事務局            基本方針、整備の基本方針の6番としまして、それは1番目の「安全であること」、要は建築物として地震に持ち堪えることがまず大前提になろうかと思っています。

毛呂委員        ただ、具体的に事業を継続するためには当然安全でなければならない、というのが条件として出てくるのでしょうかけれども、事業を継続させる、というコンセプトが先にあるような気がしないでもないですが。

事務局            今、委員がご指摘のように災害拠点病院という指定を受けるためにはいくつか項目がございます。それをまず満足し得る中身としたいと考えております。そこで先ほどのお話ですけれど、例えば、飲料水を何日分確保するのか、燃料をどうするのか、実際に汚物の処理をどうされるか、ということも相対的に考えて、「快適であること」も含めて、まず第一に「安全であること」という言葉で括らせていただいたということがございます。ですから、今から詳細にわたりまして次回、その次の回の中で明らかにしていき、また委員の皆様にはご議論いただきたいと思っています。

毛呂委員        コンセプトというのは基本的な部分でこれを提示して設計者にいい案を出してくださいというものかと思っています。実際の具体的な設計になると、これ

はどうするのか、ということになると思います。そうすると、どこかで持ちちとして、これはどうして欲しいというものを持っておく必要があります。ただ、それを前面に出しすぎるのも、あまりにも具体的過ぎてしまうという気もします。ただ、色々出てくる日常の安全性等の細かな項目をどこかで一度整理しておく必要があろうかと思えます。

事務局 承知いたしました。

川渕部会長 次は基本計画についてです。コンセプトと行ったりきたりすることも多いと思います。私自身は経験談しか物が言えないですけど、後は毛呂委員とか、次回参加の長澤委員に建築のご示唆をいただければと思います。

小橋委員 確認ですが、4番に変化対応できることとありますが、変化を予測するのは難しいと思います。今回建てる病院は何年を予定していますか。継続して使用するのを。

事務局 通常の鉄筋コンクリートで建てられた病院というのは最低でも耐用年数は50年から60年というのは構造体としては持ちます。ただ、その設備の方の進歩が早くて医療機器等の入れ換えであるとか、病床数では多床室から個室に変わる時代に来ていますので、構造体として50、60年は最低でも持たすと考えています。

小橋委員 構造体としてではなくて、トータルとして、病院として機能するとしてどれぐらいで考えておられますか。そうでないと、変化を予想し難いですが、例えば30年と50年ではどれぐらいの幅を持って変化に対応できるのかで違ってきます。10年先はイメージが湧きますが、それが先へ行くほどイメージが全く分からない。それを全部対応出来るようにフレキシブルにしておくのは非常に難しいことだと思います。ですから、ある程度そこも見越して何年ぐらいを見積もっておくかをはっきりした方がフレキシビリティをある程度決められるのではないかなと思います。

事務局 検討させていただきます。

毛呂委員 病院の整備は非常に難しく、変化に対応できる病院を作ろうということでスクラップ&ビルドではなくてグロス&チェンジを念頭に、私たちも悪戦苦闘したということがあります。例えば構造として50年持つのであれば医療

機能も50年持たせたいと、持たせるためにはどうしたら良いかみんなで知恵を出そうというアプローチもあるかと思います。構造計画では、通常、ラーメン構造とするのですが、その架構を大きくしておいて、耐震壁などもなるべく作らない。中も間仕切りを自由に変更できるようにして、新たな部屋が必要になったら間取りを変えましょうと。それから、そんなに長いスパンでない場合には予備に倉庫等を取っておいて、その倉庫を診療機能に切り替るといったことも出来ます。診療に直接関係ないものは段々押し出されて、ちょっとした増築で対応しましょうかと。増築するときも幹線軸をつくっておいて、その軸に付け足していくような方法ができないかと。ヨーロッパの病院はもう100年以上も昔の建物を使い続けている病院もあります。そういうことが出来ているのに何故日本は出来ないのだというのは、私たちハードを担当する者として反省しているのですが、そういうことも含めて設計施工をする業者の方々の知恵を借りて、50、60年は使える建物としたいという想いを持っていて良いかと思います。

川渕部会長 耐用年数には法定耐用年数、物理的耐用年数、機能的耐用年数の3つがあります。病院の法定耐用年数は39年です。これは、39年で減価償却するという意味です。物理的には50年以上と持つと言われていますが、機能的に持たないことが多い。それから、先ほど出てきた災害拠点病院のように制度変更により要求される条件が違ってきます。そういうことを考えて病院の耐用年数をどう考えるかだと思います。先日まとめた報告書では何年償却でしたか。

事務局 基本構想で試算しているのは法定の耐用年数39年とさせていただいています。

川渕部会長 経済的には39年ということですが、これも建築単価が一定のレベルで抑え込めるという前提です。

毛呂委員 39年で建替えて建替え費用も全部含めて計算されているということですか。

事務局 基本構想の中では建替えの次のリニューアルが入っていないので試算はしておりませんが、内部留保としてはそこまで積んでいく予定でした。

嶋崎委員 ずっと先の話で39年後、40年後にその場所で建替えるのか、また別の

所に土地を求めて移るのかでイメージが変わるのですが、例えば伊勢神宮のように寄せて建てておいて隣に建て直すみたいなことも想定して建てようとか、その辺も考えておいておかないと、後々の世代も考えておかないといけないと思います。

事務局 先日、北村委員とお話をさせていただいたときに、将来、いずれ建替えをしなければいけないだろうという話をしました。北村委員はその時のために、どこに次の病院を建てるかを想定して今回の病院の建設の場所をある程度考えた方がいいよと話しておりましたので、今、嶋崎委員がおっしゃった通りだと思います。

川渕委員 本日、現場を見てきましたけれど、非常に広い敷地であり、将来考えたときにはこの地しかないのかなと思いました。ここが中心になって町が生き残っていくのかなというイメージでした。ボーリングの結果も大事ですが、駅前でありますので、これからは患者さんにとって、あわせて、マグネットホスピタルということで職員も働きやすくなると思います。

【議題5】 講話「(仮) 公立病院の成功の<sup>かぎ</sup>鍵」と題して<毛呂委員>

毛呂委員 先ほど紹介のときに国立病院の整備をしていましたと自己紹介させていただきましたが、国立病院は公立病院と違うところもあるのですが、そのときの経験をもとに、講演というよりは議論する議題提供という形でお話しをさせていただきたいと思います。宜しくお願ひ致します。まず、先ほどからお金の話が出ていますのでお金から入るのかなという気もします。公立病院というのは公共建築であるということがあるかと思ひます。何故、公共建築が高いのだと言われ続けて、国立病院も高いと言われていたのですが、確かに公共建築は高いです。それはもう仕方ありません。まず、公共建築の価格の高止まりと書いてありますが、病院を経験されている方は分かると思ひます。薬価は今はいくら改革されて昔ほどではないですが、薬の値段は民間病院と公的病院では絶対違っていました。今でも違っていると思ひますが。それは国に安く提供するとそれが波及するというので絶対に、ある程度以下は下がらないのです。公共建築もそういう所があつて公共的な建物は応募する業者がある程度の所で止めてしまう所があり、高止まりになっていました。それは、一つには公共建築というのは、国土交通省が各自治体を指導していますけれど、国土交通省の一つの役割として業界育成というものがあります。業界が潰れてしまったらどうしようもないということで、単価を決めたりす

るときにこれだけは適切な利益だろうということで単価も決めています。そういう面があり、たたくこともできない。公共建築はそういう部分があります。あと、公共建築としての色々な役割があります。その一つとしてグリーン調達法といったものがあり、再生可能な色々なものを積極的に使いたいということがあります。それは当然安ければいいではなくて、他にも安い材料もあるはずですが、そこをあえてそうでない再生可能なものを使うということがあります、高くなっています。あと公共建築の仕様では、それなりのレベルを保たなければいけない。公共建築としてしっかり長く使ってもらわなければいけないということで国土交通省が中心になって建築設備の仕様が定められています。いわゆる公共建築標準仕様書というものがあります。それは民間の仕様に比べてグレードが高いです。そのグレードの高い仕様書を使って建物を建てますので高くても当たり前です。その代わり持ちもいいはずですが。そこの所があり、やはり高い。あと国の場合、予算を単年度で処理しなければいけないということで合理的な発注ができない。安く発注する方法もあるのですが、会計法のしぼりがあるって自由にできないということがあります。私が担当していた国立病院も基本的には単年度予算で3月までに発注して工事も終わらせなければいけない。2年債務までをして、工事をする間に次の発注をしてつなげていくということもしました。これも一括で発注が出来ないので受ける方も危険を見てそれなりの単価でしか受けてくれないということがあります。その後、5年債務を採用して一括発注ができるようになるのでだいぶ価格も下がってききましたが、そういった制約がありました。それと、積算体系の制約ということがあります。国等の公の建物は積算をするときにコストで積み上げて予定価格を立てるということが基本になっていると思います。コストというのは歩掛というものがあり、工事をするのに人が何人必要でその労務単価が三省協定ということで決められており、1万2千円前後でしょうか、とても高い単価ではないですが、その労務単価と使う材料の値段を積み上げて施工単価、平米単価を積み上げて積算をしていきます。一方にプライスという考え方もあって、一括でいくら出来るかということではありますが、これですと物を安く買えたりします。それと市場単価も導入できます。最近では総務省の指導もあって、国土交通省も市場単価を導入して、積算も変わってきていますが、基本的にはコストで積み上げていく体制は変わっていないと思います。国立病院が国から国立病院機構に移り、安く整備しなければならないということで、実は積算体系を見直してプライスを全面的に導入しました。例えば業者がダンピングで10億のものを6億ぐらいで取ったとすると、6億で出来るということで次の予定価格は当然6億を基準に決めることで、安く発注出来るようになっております。ただ、公共



建築としてはなかなかそういうことはしづらいという制約があるかと思いません。

経営に関わる事務職員の人事異動の制約もあると思います。何年かすると病院の方々が転勤をされてしまって、事業が継続していかない。そのための不都合があることも関係があり、価格にも影響すると思います。それとなかなか経営改善が出来ないということもあり、やはり人事も少なからず影響していると思います。そうはいっても公共建築の価格を少しでも安くしようという流れもあるかと思えます。ただ、皆さんに、特に病院の場合がそうですが、ただ安いというのがどういうことなのか、国立病院機構に変わったときに一つの基準としてベッド当たり1千5百万という値段を出した時期があります。多くても2千5百万です。そのときに色々調査をしたようですが、そこで営業に来る方がうちではいくらでしましたよ、とか、病院の幹部の方がうちではいくらでやってもらいましたよ、と言うことで、価格だけが一人歩きして、どのぐらいのグレードのどういう診療機能のある病院を建てたのかが全く議論から外れてしまうことがあるので気をつけなければいけないと思います。

次に負のスパイラル、正のスパイラルということが書いてあります。整備に係る予算がかなり負担になることから、少しでも安くという考えは当然あります。負のスパイラルでどんどん業績が落ちているような施設が建替えようとした場合に、整備予算がますます負担になって、さらにどんどん落ち込んでいくということがあるのではないのかなと思います。周りの病院がどんどんきれいになって、それに比べると自分たちの病院は古くて狭くて、それで患者が来てくれない。ここで建替えればどうにか起死回生が出来るのではと短絡的に考えてしまうことも少なからずあるかと思えます。そういった場合、どんな病院にしていくのか、どんな診療を提供して、どうやって病院を運営していくのか、病院機能プログラムと言いますか基本方針とか基本計画の重要なところをしっかりと立てないでまず建物を建てたいというその思いが先行して整備が始まるというケースが多いかと思えます。そういうようなことをすると、さらに、その事業費が足を引っ張ってしまうという気がします。上がり調子の病院の場合に整備が足かせになるかという点意外とそうではなく、逆にお金をかけてしっかり整備をして、それがまた患者さん呼び込み、さらにはいいスタッフも集められるという事例もあります。もちろんしっかりした医療を提供しているという大前提がありますが。一つの事例として、私が前に、国の時代に整備した建物として、国立岡山医療センターや国立長崎医療センターというものがあります。岡山医療センターは直接の担当ではないですが、ここにあるように580床、51,380㎡を整備して

います。ベッドあたり88㎡です。岡山医療センターは高機能病院で、国立の中でも基幹病院と言われた病院です。かなりの高い診療機能を持っているということで、当然80㎡以上の面積が必要だろうということで整備されたものです。次に国立長崎医療センターですが、直接私が担当しましたので金額もおおよそのことは分かっていますので下に記載しています。650床で59,042㎡を整備しています。ベッドあたり90㎡です。整備費が320億を超えていて、ベッドあたりにすると約5,000万です。平米あたり54万1千円です。これは建物だけでなく外構、解体、仮設も全部含めています。それと、ドクターヘリのヘリポートも全部入った金額です。それから臨床研究部というものがあり、2,000㎡ほどの面積を使っていますが、それも含めた金額です。それにしても大きな金額です。当然こんなに整備費をかければ整備費が足かせになると思うのですが、長崎医療センターは長崎県の大村市にありますが、それほど大都会の中ではなく、こんな片田舎にこんな病院を作ってもいいのかという施設でありました。整備当初、患者1人あたり3,500点いくかいかないかの病院だったのですが、整備したときにまず4,000点以上という目標を立てていました。今は5,000点を越えて、整備を機会に成績を、さらに上げています。岡山病院は、さらに増床・増築の整備も行い、減価償却費も民間になって計上するようになったのですが、それも含めて黒字で経営している病院です。元気なところはどんどん整備をしますます元気になるということが国立病院でもありました。当然民間病院でもあると思いますが。私の関わった病院の事例ということで紹介させていただきました。病院を建替えたり、増改築したときに失敗した事例もあります。何が失敗したのか、あるいはどうしたら失敗しないのかですが、失敗の例としては短期間で増築が必要になってしまった、せっかく整備したのに2～3年したらまた足りなくてまた増築しなければいけない、そういった病院があります。それは建替えとか増改築の事業の目的とかポリシーが不明確のまま建ててしまったためです。今回は基本計画からやっていますのでこの失敗はないと思います。それから、竣工直後からスタッフからのクレームが多発して、せっかく新しくしたのにあそこが使いづらい、ここが使いづらいという現場の評価が非常に低いことがあります。このようなときは運営の改善手法とか設計段階での意志の決定手続きに何らかの問題があって、現場と整備を推進している方との乖離があって、やはり現場と一体となって整備が出来ていなかったためです。それから、増改築の余地が全くないものを建ててしまったという事例も多く見られます。それは、最初のマスタープランがないまま、場当たりの増改築を重ねていっているためにそのような失敗をしてしまうのです。それから建替え、増改築を経て経営が苦し

なくなってしまうことがあります。当然経営収支計画、実施時期の判断ミスもあります。タイミングをずらしてしまうと患者さんを逃してしまう、今整備していれば、あの時整備していれば引き止められたのにということがあるように思います。では、そんな失敗をしないためにどうしたら良いかですが、まず、病院としての医療活動の継続ということがあるかと思います。多様な選択肢の中での進路決定とか対象が大事だと思います。それから病院を取り巻く環境変化にしっかりと対応していかなければいけないだとうと思います。変化に対応できる施設整備とリスク管理が必要だとうと思います。先ほど変化にどう対応するかという話がありましたけれど、その通りだとうと思います。それから病院の施設機能と運営管理が非常に複雑で多岐に渡っていますので、そういった医療本業以外にそれを支える周辺サービスも含めて、そういった業務の統括マネジメントをしっかりしていることが必要だとうと思います。それから、根拠に基づいた病院の施設計画の展開ということで、科学的調査に基づくプランニングとデザインが大事です。今、医療界では EBM、エビデンスに基づいた医療を提供しようとしています、設計界でも EBD、エビデンス・ベースド・デザインと言っています。根拠に基づいたデザイン、何故こうしなければいけないか、何故これだけの面積がいるのかを詰めて計画をしていこうという方法が主になってきています。それから、来客者施設としての病院の果たすべき役割として、医療というのはサービス業ではないか、という考え方が一つにあります。そうすると、顧客満足度を高める施設と運営、建物だけアメニティを高めても肝心の運営が付いていかなければ駄目なので施設と運営の連携が必要です。さらに重要だと思うのが人材育成、人材の確保のための業務環境の改善です。先ほどから効率的に業務が行なえるようにということで、スタッフアメニティが出ていますが、スタッフ業務における効率性と快適性を押さえようということです。人材育成確保ということで、私がある協会の調査で徳島にある赤十字病院にお邪魔したことがあります。建物整備状況のヒアリング調査で伺ったのですが、建物整備しているときに企画課長をされて建物整備に深く関わっていた方が、調査に行ったときにはすでに企画課長という肩書きではなくて、研修課長というポストになっていました。その方がこれからはいかにいいスタッフを集めるか、それが病院の死活問題で、建物が出来たのでこれからは研修機能が非常に大事だとう話をされていました。それから療養環境、地球環境を意識した整備が必要です。これも基本コンセプトに入っていますが、こういうことに配慮することも必要だとう思います。それから病院利用者の安全・安心の確保、運営上のリスクを盛り込んだ機器の管理、こういったことをしっかり押さえて計画に反映させることが必要です。ただ、これらのことを行ったらからといって成功する

かといったこともあります。川渕先生とも話したのですが、一番大事なのは現場のモチベーションではないかということです。このような推進室だけではなく、現場の方々と一緒になって、現場の方々が私たちの病院をどうするのかという想いを持って、これからの病院の整備、運営に係れるようになるシステムをどのように作るのかが重要かと思います。整備をするときにトップダウンですか、ボトムアップですかがありますが、ボトムアップは非常に大変で、特に工期が短い場合はまず無理かと思います。日本ファシリティマネジメント協会ヘルスケア FM 研究部会が行った調査事例の中で一例だけボトムアップで成功した病院があるのですが、それは組合系の病院だったのでそういうシステムにせざるを得ないのですが、ほとんどの病院はトップダウン形式でした。ただし、一方的にトップダウンで行った失敗事例もありますのでトップダウンの合意形成が必要です。大きな方針はトップダウンで流すが、現場の意見はしっかり吸い上げる仕組みの中で現場のモチベーションをあげて一緒になって取り組めるのがいいかと思います。それからトップダウンで流した方針がぶれると現場が混乱するので、基本方針は絶対にぶれないことが大事だと思っています。それから、建替え増改築を契機に現場のスタッフにも経営感覚を持ってもらうという事例がありました。どちらかという各病院の現場の方々は自分の部署だけのことしか考えない傾向があるのですが、そこの施設では自己部門だけでなく他部門への関心が出てきて、さらには病院全体へ視野を広げていく、そういった事例がございました。そういった病院では自分たちで自主的に運営上の経営に関する勉強会をしていることを教えていただきました。成功している事例ではドクターが経営感覚をお持ちで、病院の経営をどうするのかをしっかりと考えていました。ドクターは医者が診療をすればいいという時代は過ぎました。先ほど国立病院の 2 つの事例、岡山医療センター、それから長崎医療センター、これらは院長先生がとても経営感覚をお持ちの病院でした。特に岡山医療センターでは、倉敷中央病院の理事の方からあの先生すごいですねと、事務のプロの方が褒めていました。トップの経営がどうか大きく影響していると思います。それから設計をしていくにあたって、医療の現場と設計者との橋渡しをするキーパーソンがいないと、ただただ設計事務所がきまってヒアリングで現場の話を聞くということではこれは絶対失敗します。どんどん要望は増えていくばかりで、やはり基本方針ということをしっかり踏まえて、経営のことも良く分かった方が間に立って設計事務所への的確に情報を伝えることが必要です。調査にいった病院では、副院長がその役割をしていましたし、事務部長がそういう役割をしている病院がありましたし、先ほど申し上げた企画課長がされている病院もありました。それから、医療活動スペースを効

率的、戦略的に運用するということがあります。面積には制約がありますが、スペース、場所がなければ医療の提供、より高度な医療の提供は出来ないの  
で必要なときに必要なスペースを確保できるのが大前提かと思います。それ  
と、特に公立病院、国立病院等は組合が強かったから余計にそうなのですが、  
施設を使い切るといふ面では、施設管理の人も把握していない部屋があつた  
りします。何に使っているのかを聞くと、内緒の部屋があつたり、あるいは  
先生方も色々なところを自分の医局の延長のように使つたりして、とて  
も制約のあるスペースを有効に活用しているとは思えないようなことが、特  
に国立系、公立系ではあるかと思います。民間のそれなりにやっている病院  
では使い切っているということでした。それから建替え、増改築における経  
営改善効果ですが、成功している事例をみると、せつかくの建替え、増改築  
を単なる建替えに終わらせないでその機会を病院経営の再構築の契機として  
捉えていらっしゃいました。やはりどういう医療をこれから提供していくの  
か、基本的な部分をしっかり押さえて、そのためにはこういう病院が必要な  
のだ、ということでした。しっかりした整備方針があつて整備しているというこ  
とです。

それと6番として先ほどの話の中でありましたけれど、これからの急性期  
病院は建物設備以上に医療人材の充実が課題となっています。先生方だけ  
でなく、コメディカルも含めて、医療スタッフがしっかりしてこそその病院  
です。いくらい建物があつても病院としては意味がないということです。そんな  
ことを感じた次第です。

川渕部会長      どうもありがとうございました。いかがでしょうか。

嶋崎委員      毛呂先生のプリントの最後の病院経営の再構築の契機ということが大事か  
なと思ひまして病院経営だけではなくて加賀市全体の保健医療、福祉の再構  
築の契機ということで、そういう考え方が大事だと思います。資料5の統合  
新病院の基本方針の一と二のところでは適切な医療を提供することと言  
っていますし、二で保健福祉、介護に対して適切に対応ということで、「適切  
に」という言葉が二つ出てきているのですが、その辺りを市側として具体的  
に細かく想定していることを教えていただければと思います。例えば財政的  
な部分であれば国保会計、病院会計とか、そういうものを含めて全体的にだ  
んだん掛からないようにしていくとか、あるいは健康長寿の人を増やすこと  
を目標とし、健康な人が増えて病院に人が来なくなって病院が尻すぼみにな  
っても市として成功しているとなるのか、その辺の全体的な保険、医療、福  
祉を含めてのアウトプットを紹介していただければと思います。

寺前市長　　大変大事なところでございまして、今回の統合新病院は医療の政策ということがもちろん中心にありますし、その根幹は救急医療ですから、そこはしっかりと踏まえた上で、今、ご指摘にあったような、川渕委員が前におっしゃられた健康都市宣言についてもこういう機会ですから考えていきたいと思えます。その場合には政策としてどのように持っていくか、しっかりと踏まえてやっていきたいと思えます。

川渕部会長　　嶋崎委員いかがでしょうか。

嶋崎委員　　次回で結構ですので、「適切な」という内容の指標でも、現在このぐらいで10年後、20年度にこのぐらいにしたいというようなことを立てておけば動きやすいと思えます。

寺前市長　　それは厳しいかもしれません。

川渕部会長　　事務局の代弁するわけではないですが、資料4に他市にはない「救急を断らない医療」という具体的な文言があります。今、結構断っているが、それをゼロにするということかと思えます。ただし、数値目標を入れると責任問題になります。数値を入れるとなると、石川県の医療はどのようになっているのか、石川県の医療の見える化、特に救急医療の見える化も必要です。地域的なコミットメントになってきます。ただ、あえて聖路加国際病院の転倒率について言及したのは同院が経年変化を見て適正化を行っているからです。次の宿題ですが、何を持って適正かと言うかは、この辺でという話しになるかと思えますが、どうでしょうか。

やはりいい病院は勝つべきして勝つのです。そういういい循環を築くには、やはり最後は人であると思えます。嶋崎委員、どうでしょうか。

嶋崎委員　　毛呂委員のペーパーのタイトルに成功の鍵というのがありましたので、われわれにとっての成功というのを定義しておきましょうという提案なのですが、お亡くなりになった人のところに、アンケートを取って加賀市の医療を受けての満足度を調べてみてもいいし、手術を受けるということになって金沢とか福井に行かずに新病院で受けてくれる人がどのくらい増えてくるのか、そういったことで色々と評価し、ある程度クリアしていれば5年後、10年度に成功したといえるのではないかと、成功の鍵と言われましたけれど、何を持って成功とするのかを定義をしませんか。

川渕部会長　　そうすると、建替える前を調べとかなないと継承できないのではないかと  
いうことですか。それは先日、日本経営がアンケート調査を行っていましたが、  
結果はどうでしたか。

事務局　　厳しい意見もございました。ですから、定性的な感情的な考え方というこ  
とは、市民にとってどのように映っているのかは分かりましたので、完成後  
は委員がおっしゃる通りもう一度はかれば患者さんの満足度は、確認出来る  
と思います。

川渕部会長　　病院が出来るという喜びが欲しいですね。一番よくあるひどい建替え病院  
は、流し台の水が流れないのはこの院長が駄目だから、と言うのです。あ  
なた方の自分の病院ではないのかと言うと黙ってしまう。失敗例は、日頃か  
ら建替えるに当たっての準備が、正直言って全くの無いです。本院は60億  
円も入れてもらって、やるぞという雰囲気はありますか。

事務局　　モチベーションを高めるような施策を考えながら意見を吸い上げていって  
いい計画を立てられればと思います。

川渕部会長　　嶋崎委員のおっしゃることは分かります。病院を建替える前の市民のクレ  
ームやニーズを聞いて、建替えた後はどう改善したのかをもってして成功し  
たかどうかを評価したらいいということですね。

寺前市長　　モチベーションの話は今日、稲坂先生と看護学校の卒業式に参りましてそ  
のような話をさせていただきました。初心忘るべからずという話になるわけ  
ですが、私の経験でも国鉄改革がありますが、大きな動きを作ること自体が  
一気にモチベーションを上げた大変な成功例だと思います。そこは、やはり  
毛呂委員がおっしゃるように指導者だろうと思います。もちろん仕組みも大  
事ですが、指導者の問題だと思います。私も他人事のようにそのようなこと  
を申し上げてはいけないわけですので、病院の来年度の予算にこういうこと  
をしたい、ああいうことをしたいということで職員が提案をしているときに、  
去年も我慢比べみたいに聞いていましたし、今年も一日目は聞かせていた  
だきました。やはりそういう面での期待感も出てきていると思いますし、何よ  
りも救急医療の域外搬送率がこの数年と違いますか、1,2年で上がりました。  
ですから、加賀市の職員は遠慮深いのかもしれませんが、もっと積極的に若  
い人が小橋委員や嶋崎委員にどんどん提案して頂きたい。おっしゃる通り、  
私の立場では、現場のスタッフのモチベーションをいかに上げるかですが、

聞く能力が、謙虚に申し上げても分からないところも大半です。そこはこういう場にいる委員の方のフィルターをかけてしっかりと判断をしていきたいと思えます。

川渕部会長　公共建築としての公立病院という切り口もあるのかなと思いましたが、モダンヘルスケアという商業雑誌に、一年に一回、米国の病院の建築特集があります。それを見て、ジョンズ・ホプキンスの病院やロサンゼルスの上CLAの外来棟の建築単価が、ものすごく安いということに驚きます。同じ公共建築でありながら、日本よりこんなに安く出来るのだらうと。アメリカと何故こんなに違うのか。私は日本の病院建築の構造改革も必要かと思えますが、コンストラクション・マネジメントとかプロダクション・マネジメントの導入についても、研究会が組織されるなど流れが出てきたのかと思えます。毛呂委員どうですか。

毛呂委員　日本での建築の単価が高いのは病院だけではない。アメリカと比べるとシステムが全く違う。今、おっしゃったコンストラクション・マネジメント、プロダクション・マネジメントのシステムが向こうでは確立していますけれど日本ではまだ確立してなくて、確か早稲田大学かどこかでコンストラクション・マネジメントをやって失敗して訴訟問題が起こったりと、まだコンストラクション・マネジメントが出来ていません。それをやっているのが実はゼネコンで、ゼネコンはコンストラクション・マネジメントも含めて一括で受けてやっています。そこの部分を切り離してどこかがやれるかという日本ではやれないと思えます。その辺のシステムが変わらないと辛いかと思えます。でも、ずいぶん安くなっていると思えます。昔に比べると。

先ほど、コストの話をしたときに、どういうやり方をするかという、例えば、これを取り付けるのに1人が何個付けられるから1個当たり何人工だと人数を出します。それに労務単価をかけて、材料はどれぐらい使うから、それに下請け経費はいくらと入れて単価を決めて、それを積み上げていきます。単価を決めるときの、人件費って、先ほど1万2千円ぐらいと言いましたが、場合によっては、手に職を持っている職人の方ですら、親方が上前をはねるなどいろいろあり、ひょっとしたら1万円いくかないかの方もいらっしゃると思います。昔は、土曜日は、現場は止めましょうとしていましたから、そうすると月20日、そんなことをやったら生活出来ませんので土曜日場合によっては日曜日も働かしてくださいと。日曜日は、無理だとして土曜日は働くとして25日、手取り1万で25日働いたら25万、その中から自分で保険料から何から何まで全部出さなければいけない。しかもそれが専門の



技を身に付けている方の賃金です。それを見ると決して高くないのかなと思います。しかし、実際の施工単価から比較すると高い。どこかやはり違う。構造的なもので病院の発注者側が頑張っても改善されないかなと思います。

川渕部会長 構造改革の関連で、実は医療とTPPという講演依頼が多いのですが、ゼネコンという職種があるのは韓国と日本だけらしいです。先ほどから小学校、中学校という話が出てきたのですが、同じ公共建築でも病院は割高です。民間も官公立も薬は安く買うようになってきたので、私は建築業界にもLCCもあります。構造改革が必要かと思います。建築単価が高いと、病院職員が働いても働いても病院の赤字が消えないということになります。

毛呂委員 川渕先生から病院が高いと言われてしまいましたが、病院は高いです。高くても当たり前と思っています。というのは学校と病院を比べたときに、学校は、昔は空調すら入ってなかった、教室さえあればいいという感じです。一方、病院は空調がちゃんとしていないといけません。空調が止まってしまうと患者さんが亡くなります。例えばICUでちゃんとした空調をしなければ患者さんが亡くなります。それから、安全ということが出ましたが、当然感染をしたら困るということで感染に対する空調設備が病院には必要です。それから医療ガスという他の建物にはない設備が入っています。設備を見ると病院はものすごい重装備です。そういった重装備の建物が学校と同じ単価で出来ている、下手すると学校より安い、あるいはどこかの会社の本社屋よりはるかに安い単価でやっていますが、そうすると安全が確保出来ているのか、大丈夫かと逆に思うところがあります。ただ、やはりそうはいつでも本当にそれだけかかるのかは精査する必要があります。無駄もあるだろうから無駄は省かなければいけない。では、どれぐらいの単価が適切なのかですが、坪で言った方が皆様ピンと来るのでしょうか、一時期、坪70万円で出来ていた時代があります。でも、今は坪70万ではきついかなど。病院と言いましたけれど、病院でも療養型の病院と急性期の病院では全然設備が違いますから、全部まとめて病院と言っていること自体が、またこれも問題があるのです。先ほどの話で、設備のグレードを無視して単価だけが1人歩きしていると言いましたが、そういったものをしっかり精査する必要があると思います。坪80万円あればそこそこ出来ます。今、ある大学病院で、特定機能病院ですが、どれだけの平米単価で設定したらよいかの話があり、今だったら平米あたり32万円あればどうにかいけるのではないかと話しています。坪で言うと100万程度です。これは、特定機能病院ですので、一般病院だったらというと80万程度でしょうか。皆さん自分の家を建てるときにどのぐらい

の坪単価で建っているのでしょうか。私の同級が自宅を建てましたが、東北で寒さ対策が必要なのですが、何やかんやで100万かかったと言うのですね。家は規模が小さく、病院は規模が大きいののでスケールメリットもあるのですが、そのように比較すると病院の適正価格というのはいくらか分からなくなります。

川渕部会長　今日は適正という言葉が何回も出てきましたが、適正な建築価格とは何でしょうか。次に公共建築としての公立病院は何故高いのか。もっと言うと民間病院と国公立病院との違いです。そして、日本は高いのにアメリカは何故安いのか。あと5回ありますので、ぜひ毛呂委員からも適正な市民病院の価格を、ご教示いただければと思います。

#### 事務局連絡

- ・ 次回の建設部会は3月29日の予定。
- ・ 会議録は完成次第送付するので、確認をお願いしたい。