

令和 8 年度 第 1 回日野市立病院在り方検討委員会

議事録

1. 概要

日時	令和 8 年 5 月 19 日（火曜） 午後 7 時 00 分 から午後 9 時 00 分まで
場所	日野市役所本庁舎 4 階 庁議室
出席	（委員）谷田委員、櫻山委員、山田委員、西村委員、武内委員、栗太委員、青木委員
オブザーバー	（日野市立病院）仁賀田事務長、島田総務課長、仲田経営企画室長
事務局	（日野市）岡田企画部長、小松総務部長、西山企画経営課長、廣島企画経営課主幹、永尾企画経営課副主幹、東瀬企画経営課主査、高山企画経営課主任 （委託事業者）株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン
議事	令和 7 年度委託報告書の概要及び市当局が考えている方向について
記録作成	株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン
配布資料	【資料 01】日野市立病院在り方検討委員会 委員名簿 【資料 02】日野市立病院在り方検討委員会 設置要綱 【資料 03】会議情報の公開、検討委員会の概要、検討スケジュールについて 【資料 04】令和 7 年度委託報告書の概要 【資料 05】市説明資料 令和 7 年度日野市立病院経営再建支援業務委託報告書

2. 要点録

次第 1 開会

■事務局

委員が全員出席したため開会。

次第 2 副市長挨拶

副市長より挨拶。

次第 3 委嘱状交付

■事務局

委嘱状の交付、資料の確認等を行った。

次第4 各委員による自己紹介

○各委員

各委員より自己紹介。

次第5 オブザーバー、事務局紹介

■オブザーバー

オブザーバーより自己紹介。

■事務局

事務局より自己紹介。

次第6 委員長及び副委員長の選出

■事務局

要綱に則り、委員長を互選としたい。

○委員

谷田委員を推薦します。

○委員

お引き受けいたします。

■事務局

副委員長は委員のうちから委員長が指名することとしている。

○委員

樫山委員にお願いしたい。

○委員

お引き受けします。

○各委員

異議なし。

■事務局

では、委員長を谷田委員、副委員長を樫山委員として決定したい。
以降の進行は委員長にお願いしたい。

次第7 会議情報の公開、委員会設置の経緯、検討スケジュール

■事務局

検討スケジュールについて、【資料 03】を基に説明。

次第8 議事

(1) 令和7年度委託報告書の概要及び市当局が考えている方向について

○委員長

まず皆さんに理解していただきたいのは、公立病院とは単に市が運営している病院ではなく、地域医療において「引っ張る」「競う」「支える」という役割を持っているという点である。民間と競いながら地域の医療水準を上げ、また地域全体を支える存在である。その一方で、市の財政との整合性も極めて重要であり、そのバランスをどうとるかが大きな論点になる。本日はまず現状の理解に重点を置き、その上で議論を深めていきたい。

■事務局

【資料 04】に基づき、「令和7年度委託報告書の概要」について説明。

○委員

他の病院との比較で何が違うのかという分析はされているのか。単に赤字が大きいというだけではなく、なぜそうなっているのか、周辺や類似病院、病院機能の違いを見ないと議論が進まないのではないか。

■事務局

現時点では詳細な分析までは至っていないが、傾向としては売上が相対的に低いことが大きな要因であると考えている。今後、より詳細な比較分析を行う予定である。

○委員

損益分岐点の話について、単価や稼働率の改善が提示されているが、現状60%前後の稼働率が続いている中で、急に90%近くまで上げるとするのは現実的なのか。これまで改善していない状況を踏まえると、具体的な実現策がなければ難しいのではないか。例えば、急性期をやめて療養型にした方が稼働率は上がる等といった検討はされているのか。

■事務局

ご指摘の通り、現状のままでは難しいため、急性期を維持したまま収支を改善するケースと、病床機能を見直すケースの両方で検討している。例えば地域包括ケア病棟などに転換すれば稼働率は上げやすくなる。一方、現状のままであっても救急受入を強化することで収支改善の余地はあると考えている。

○委員

ここ何年か稼働率が 60%台と続いており、ほとんど変わってない状況である。残念ながら稼働率 70%もいかないという段階で突然稼働率を 85%まで持っていくというのは、根本的な改善がされないと、実現は難しいと感じる。

■事務局

再び、【資料 04】に基づき、「令和 7 年度委託報告書の概要」について説明。

○委員

単価が低いというのは良くないことなのだろうか。急性期病院として、入院期間は短縮していこうという流れがある中で、市民のニーズにできるだけ応えてやっていこうということであれば、在院日数を長くなる傾向にあるはず。1 日単価という数字だけで評価するのではなく、その背景にある医療提供の実態についてお話を聞きたい。

■オブザーバー

今、目標としているのは「1 人でも多くの救急患者さんをしっかり救急車を受け入れて、1 人でも多くの患者さんに診療をして、そして入院させていく」というところがメインである。単価の高低を受け入れ時の判断基準とせず、日野市立病院が必要とされている診療をしっかりと受けることを第一優先に取り組んでいる。

○委員

それはどこかで示しておく必要がある。

単純に低い 1 日単価が低い病院という位置付けだけではなく、低いなら低いなりの理由があるはず。医師個人のモチベーションに依存しているのであれば、大きく改革を進めなければならぬが、そうとは限らない。そのあたりについて、事務局はどう考えるか。

■事務局

日野市民の最後の砦の部分を担当いただいていると考えている。

○委員

数字を出すときには必ずその背景があるため、数字を比較する場合は背景も示すと議論しやすい。

■事務局

再び、【資料 04】に基づき、「令和 7 年度委託報告書の概要」について説明。

○委員

稼働率が低くなっている状況と病棟ごとに診療科が決まっているという運用について、何か原因はあるのか。

■オブザーバー

まず前提の条件として、300床の病床を保有しており、1病棟50床の6病棟を保有する形となっている。課題があるのは4階フロアで、4階の東側に産科、西側に小児科が入っている。政策医療の一つである周産期医療を担っているフロアである。また、医師が偏在化していることも要因として挙げられる。脳神経外科と皮膚科については常勤医が1名しかいないので、大きな手術が1人ではできないという状況もあり、患者数を増やすことができていない状況である。

また、現在300床あるが、4月1日より現在は260床で運用している。昨年より看護師が12名少ない状況であり、新人看護師の入職もあり、当直可能な看護師の人数が少なくなってしまったことが原因である。4階の東西の病棟を統合し1病棟として運用している。

○委員

つい最近、周辺の公立病院も少し病床減らしたという話を聞いた。どのような理由かわからないが、日野市立病院もそういう形で、病棟を閉鎖した分、救急診療をする医師を増やすことができれば、収益に貢献するということになる。それは、前向きなことで、今までにはなかったことである。今後期待したい部分である。

■オブザーバー

4階を60床1病棟の運用することによって、今までより救急に回せる人員ができたため、救急を手厚くして今運用を行っている。

○委員

ということは、病床利用率の分母は300床（許可病床）ではなく260床（稼働病床）になっているのか。

■オブザーバー

許可病床は変えておらず300床のままである。運用として40床は稼働していないという形なので、病床利用率の分母は300床である。ただ実際には4月からは260床で運用しているので、許可病床数と稼働病床数の両方で数字を押さえていく。実際は稼働病床をしっかり言った方が、院内の職員に対しても実感を持って働いていただけると予測している。

○委員

市民へ意識して説明しているのか。

■事務局

現時点では公表していない。ただ、次の議会では稼働病床を削減したことについても、改革として始めているということはお話をする機会はあると考えている。

■事務局

再び、【資料 04】に基づき、「令和 7 年度委託報告書の概要」について説明。

○委員

不応需は日野市立病院の場合のデータか。「ベッド満床」とあるが。

■事務局

救急科は、救急科のベッドというのは保有していないため、救急搬送を受けて入院となる場合、いずれかの診療科のベッドを使用することになる。そのために該当診療科と調整する必要がある。

○委員

応需率 55%というのは、どう評価できると考えるか。

○委員

応需率という指標については、その数値だけで評価するのは難しいと考える。例えば、あらかじめ診療科制限や病床の稼働情報を救急端末で示すことで搬送要請自体が減り、結果として応需率は上がる。一方で、端末をオープンにした状態で電話を受け、その場で断る運用をしている場合には、実態よりも応需率が低く見える可能性がある。

その前提で確認したいが、救急を最重点とする方針について、この地域において本当に搬送先が不足しているのか。もし他院で受入が可能であれば、日野市立病院が無理に担う必要はないのではないか。南多摩地域の状況を知りたい。

■オブザーバー

周辺には立川病院や災害医療センター、大学病院など大規模医療機関が多数存在し、三次救急体制も整っている。ただし市立病院の役割は三次救急ではなく、あくまで日野市民中心の二次救急を担うことである。救急隊が二次救急と判断した患者を受け、三次救急病院が本来の役割を果たせる構造になる。

受入困難の要因としては、病棟が診療科ごとに固定されており柔軟な受入が難しいこと、感染症対応のための隔離機能が十分でないこと、そして電話回線が実質1本であることが大きい。

○委員

年間2000件以上の救急受入は決して少なくなく、市立病院として一定の役割は果たしていると評価できる。その上で、日野市全体の搬送件数に対する割合を把握する必要がある。

■オブザーバー

全体割合は把握していないが、南多摩圏内では受入件数は30弱ある病院の内およそ6～7番目程度。件数は年々増加しており、3,000件を目標としている。

○委員

3,000件の受入れというのは、中核市の市立病院並みである。

■事務局

令和元年から応需率が大きく低下した背景には救急医体制の変化もあり、かつて救急医が3名であった体制が現在は1名となっている。

また人口構造としては、高齢者は今後大幅に増加する一方、急性期病床の需要は在院日数短縮により中長期的には縮小する見込みである。

■事務局

再び、【資料04】に基づき、「令和7年度委託報告書の概要」について説明。

○委員

急性期のみならず、在宅や介護も含めた地域医療全体を見なければ将来像は描けない。

■事務局

追加で資料を作成する。

○委員

また、多摩地域全体で病床利用率が低い理由も確認したい。

○委員

利用率低下は COVID-19 の影響が大きい。患者の受診行動に変化があった。現在は一部回復しているが、公立病院の回復は遅れている。資料のデータが 2023 年度になっているが、この年度を選択した理由は。

■事務局

厚労省の公開データを使用しており、そのデータの最新年度が 2023 年度であった。先日 2024 年度版が公開されたので、次回委員会までに更新を行う。

○委員

コロナ期を経て現在は病床運用を絞っているとのことだが、その経緯を確認したい。COVID-19 用の感染病床を持っていると、空床でも補助金がでていたということか。

■オブザーバー

感染対策として病棟単位で管理していた経緯があり、現在は人員不足も踏まえて稼働病床を調整している。

○委員

感染をコントロールするために感染症病床をつくっていたのか。

■オブザーバー

そのとおり。

■事務局

再び、【資料 04】に基づき、「令和 7 年度委託報告書の概要」について説明。

○委員

制度上は高齢者救急を地域包括医療病棟で扱う整理になっているが、現場では従来から既に高齢者の救急患者の受入を積極的に実施しているのではないか。

■事務局

実態として医療内容は大きく変わらないが、制度上は急性期で高齢者を診ると不利になる現状もある。特に救急の疾患で運ばれてきた高齢者の ADL (Activities of Daily Living) をしっかりと回復させて退院させるための救急病棟が必要なため、地域包括医療病棟というものがつくられた。

○委員

患者の状況に応じて、ADL 回復のため早期からリハビリを始めたり、看護師による家族への生活指導など、すでに行われているのか。

■オブザーバー

行なっている。

○委員

地域包括医療病棟となると、急性期とは運用が変わるのではないかと感じる。急性期であれば早期退院を前提とした医療を行っているはずだが、地域包括の場合、どのような患者像をイメージすればよいのか、理解しきれていない部分がある。

■事務局

委員ご指摘の通り、対象となる患者は高齢者が中心であり、具体的には肺炎、心不全、尿路感染などが多い。これらの患者を急性期病棟で診た場合、制度上は収益が上がりにくく、また急性期病棟では一定の重症度割合を維持する必要があるため、経営的に不利に働く。

そのため、こうした高齢者救急を受け入れるインセンティブとして新設されたのが地域包括医療病棟である。医療内容自体は急性期と大きく変わらないが、制度上は収益面で一定のメリットが付与されている。一方でこれは、国全体として急性期病床を削減していく流れの中で設計された制度とも考えられる。

○委員

現実として、看護必要度が低いから受けないという判断は存在しないのではないかと。救急現場ではまず受け入れ、その後評価するという流れであり、事前にスコアで振り分けることは実際には行われていないはずである。

○委員

現場の実態として、救急患者の多くは高齢者であり、すでに「救急＝高齢者救急」に近い状況といえる。しかしながら、高齢者救急を制度上明確に区分し、特定の病院に振り分けるという仕組みは整っていない。制度としては整理されているが、現場との乖離が大きいのが実情である。

○委員

こうした課題は最終的に、市としてどのような救急医療を担うのかという意思の問題に帰着するのではないかと。

○委員

地域の高齢者施設や包括支援の現場を踏まえると、高齢者の受入を担わないという選択は現実的ではない。ただし、診療報酬上の扱いとの整合は難しく、今後市民のニーズを踏まえてさらに検討が必要と認識している。

○委員

民間の医療機関はどのような対応をされているのか。

○委員

現場では、骨折など一過性の急性疾患であれば比較的早期退院が可能であるが、高齢者の場合は誤嚥性肺炎や尿路感染などを繰り返し、退院後の受け皿がないケースが多い。その結果、入院が長期化する。

民間病院でも、こうした患者を受けするため、急性期とは異なる機能を持つ病棟を実質的に整備している。退院先が確保できない患者を抱え続ける構造があり、これが医療機関全体の課題となっている。

○委員

退院先がない高齢者を支える仕組み自体が不足しており、新たな仕組みの検討が必要である。

○委員

高度急性期病院の立場から見ると、救急受入自体は対応できるが、急性期治療後の「下り搬送先」が不足していることが大きな問題である。ただし、地域包括医療病棟については、救急搬送として直接入院した場合しか評価されないなど制度上の制約もあり、運用は容易ではない。

また、現場で患者を重症度ごとに振り分けることは非常に難しく、制度通りに機能させるのは困難である。

○委員

診療報酬制度の問題はあるにせよ、市立病院としては、市民生活にどう関わるかという観点を軸に据える必要がある。

■オブザーバー

看護配置については、制度上は7対1から10対1などへ変更可能であるが、実際には患者の重症度に応じた対応が必要であり、単純に人員を減らすことは現実的ではない。現場からも減員には強い懸念が示されている。

○委員

診療報酬制度は基本的に民間病院を前提に設計されており、公立病院はその枠組みの中で運営せざるを得ないという構造がある。

■事務局

再び、【資料 04】に基づき、「令和 7 年度委託報告書の概要」について説明。

○委員

救急の電話回線が 1 本という点について、2 本にするなど複数回線化はできないのか。

■オブザーバー

技術的には可能だが、対応できる医師数が限られているため、回線を増やしても実質的な改善にはなりにくい。現在は転送などによる運用改善を検討している。

○委員

電話以外の手段、例えばデジタル化や情報共有の仕組みは検討できないか。

■オブザーバー

一部の病院では DX 化が進んでいるが、本院は財政的に初期投資が難しい状況であり、導入は容易ではない。また、救急隊とも今現在救急応需が可能か、というものを共有しているが、そこが受入れ可能となっても、実際に入院することになる診療科のベッドが空いていないなどの状況も発生しうる。

○委員

整形外科の受入が非常に多い点を見ると、より病床数の多い体制の中に整形外科機能を組み込んだ方が、満床による受入制限を減らせるのではないかと感じる。

■オブザーバー

整形外科については、地域の医療機関から強い信頼を得ており、市立病院の整形外科を選んで搬送いただいている状況である。現在は 6 階東病棟を中心に運用しているが、実際には状況に応じて他病棟も活用し、柔軟に受け入れている。単純に「50 床上限」という運用ではなく、可能な限り受入を行っている。

○委員

この点は重要な論点であるため、もう少し掘り下げたい。

○委員

混合病棟化の議論があるが、現状は診療科別の病棟構成となっている。その背景は、医師側の事情なのか、看護側の事情なのか。

■オブザーバー

両方の要因がある。医師としては自分の患者が同一病棟にまとまっていた方が管理しやすく、看護側も同様である。ただし、その結果として柔軟性に欠ける面があることは認識している。

○委員

現在多くの病院で混合病棟化が進んでいるのは、まさにその柔軟性確保のためであり、一定の合理性はあると考える。

■オブザーバー

院内でも混合病棟化を目指す方針は共有しているが、現場の運用のしやすさもあり、完全には移行できていないのが実態である。

○委員

限られた医師体制で年間3,000件近い救急搬送を受けている点は非常に評価できる。その上で、当直体制について確認したい。勤務形態としては日勤後に当直に入り、その後も勤務が続くのか。

■オブザーバー

現在は働き方改革の中で運用しており、当直は夕方から翌朝までの単位勤務として設定されている。原則その後は休みとなるが、実際には受け持ち患者対応のため一定時間残る医師も多い。

○委員

時間外労働の上限についてはどのように管理しているのか。

■オブザーバー

年間の時間外労働は概ね960時間以内とする管理を行っている。

○委員

宿直勤務については、労働基準法上は通常勤務とは異なり、待機が基本であり、呼び出し対応を前提としたものという整理である。

■オブザーバー

許可を得た宿直時間については労働時間に含めない扱いとなるが、実際に患者対応が発生した場合は時間外勤務となる。

○委員

現実としては、そのような制度的整理のなかで何とか医療が維持されているという状況である。

○委員

シミュレーションについて確認したい。提示された複数案の中から、今後の方向性を検討していく理解でよいか。

■事務局

このシミュレーションはあくまでも一例。診療科構成や病床規模なども含め総合的に検討していく必要がある。

○委員

これらも含めて、今後の方向性を検討していくという理解でよいか。

■事務局

そのとおり。

■オブザーバー

あわせて重要なのは時間軸である。人員削減などは即時には実施できず、段階的に進めていく必要があるため、方向性と同時に実現までの期間も考慮していただきたい。

○委員

実現可能性を踏まえた議論が重要である。

○委員

財務面について、補助金の減少が見られるが、その要因を確認したい。

■オブザーバー

現状では、市からの繰入金と東京都の補助金が大きな割合を占めている。令和6年度の13.5億円の内訳は、市からの繰り越しが10.7億円、東京都から3億円弱である。

○委員

東京都以外では都道府県からのこのような補助はあまり見られない。経営としては補助を前提としない考え方も必要ではないか。

○委員

直近の経営状況は急速に悪化しており、資金面の制約が強まっている。貸付金の増加により返済負担も増しており、時間的余裕は少ないと考える。時間軸で考えると、実現可能な選択肢はより少なくなると考えられる。市財政全体とのバランスも踏まえ、現実的な対応が必要である。

■事務局

財政的な許容期間については、市として整理し提示していく。

○委員

全体として厳しい状況であることは理解したが、一方で比較的うまくいっている病院の事例を分析し、参考にできないか。

■事務局

次回、他病院との比較資料を提示する。

○委員

経験上、コロナ対応を強く行った公立病院は大きな赤字を抱えている。また、中程度の赤字額の病院は急性期と回復期を混在させたケアミックス型の体制を取っている病院が多い。うまくいっている病院は、明確な方針を持って運営しているケースが多い。

○委員

例えば整形外科のインプラントや人工関節など収益が見込める分野を強化することで、経営改善は可能か。

○委員

診療件数の拡大が進めば固定費の回収効率は高まるため、収益改善の可能性はある。ただし多くの医療材料は海外製がほとんどであり、円安など外部要因の影響も大きい。

○委員

加えて、予防医療（糖尿病の教育入院や骨粗鬆症の入院等）による収益確保は制度上難しく、現状の診療報酬体系では大きな収益源にはなりにくい。自費診療の範囲でもそこまでの収益を生み出すものではなく、また対象となる患者も既に減少傾向にある。

○委員

次回に向けて、令和8年度の予算書の中で、予定のキャッシュフロー計算書を参考に、資金の切迫具合を示した資料を準備していただきたい。

■事務局

次回までに準備させていただく。

○委員長

今回は医療現場の現状理解が中心であった。次回は市としての方針や枠組みについて議論を進める。

次第9 その他

次第10 閉会

特に意見なく閉会となった。