

令和 8 年度 第 3 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 7 月 21 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、樫山委員、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	（日野市経営企画課）岡田企画部長、小松総務部長、西山企画経営課長、佐藤財政課長、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	（1）病院存続に向けた具体的検討について ① 議論前提条件の説明 ② 高齢者医療（高齢者救急）をどう担うか ③ 政策的に維持する機能をどう決めるか ④ 診療科構成をどう考えるか ⑤ 病床規模・機能をどう考えるか
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】 第 3 回在り方検討委員会資料 【資料 02】 診療科別職員構成 【資料 03】 主要委託費用 【資料 04】 医療機器等 4 か年整備計画 【資料 05】 4 か年計画一覧表

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 病院存続に向けた具体的検討について

○委員長

テーマごとに区切って時間を区切って説明を行う。

①議論前提条件の説明

■事務局

本日のテーマは 4 つあり、1 テーマあたり 20 分間で議論いただくことを想定している。議論の前提条件としては 2 つ。1 つ目が「日野市立病院が存続するための議論」をしていただきたいという点。2 つ目が「現状の 10.7 億円の繰出金の範囲で持続可能な経営を行うにはどのような体制・構造となるべきか」について皆様のご意見をいただきたい。

■事務局

現在、市の一般会計から病院に対して 10.7 億円の繰出金を出している。昨年度はさらに 10 億円の追加貸付を行い、合計 20.7 億円の支援となった。

令和7年度の決算では、昨年度より税収の面では増加が見込まれている。一方で、様々な部門で人件費が上がっており、4.4億円ほどの赤字が見込まれている。市の立場としては、すぐにでも財政的な面で市からの補助金を減らすことができるような『特効薬』が欲しい。速効性のあるものが難しいのであれば、中長期的な提案も併せて伺いたい。

○委員長

特効薬のようにすぐに効くようなものはなかなかないと思われるが、有識者の皆様から積極的な意見を募りたい。

②高齢者医療（高齢者救急）をどう担うか

■事務局

【資料01】「高齢者医療（高齢者救急）をどう担うか」に関する資料について説明。

○委員

高齢で分けるというのはどういうことか。先日別の病院の救急医との話の中では、年齢では分けることはないと言っていた。

○委員

年齢によって受ける、受けないを決めるというのは考えられない。一方、救急患者のほとんどが高齢者である現状は、日野市立病院だけでなく、全国的な傾向である。直接入院に結びつく患者は、ほとんどが高齢者であるため、「救急＝高齢者医療の1側面」というところがあり、このような表現（高齢者医療）となっていると推察する。

○委員

このような切り分けについて、市としてどう考えるか。

○委員

国保・後期高齢者に関わっていたので、この分け方は見慣れている。ただし団塊の世代が後期高齢者に入ってきたため、前期高齢者を特別に考える意味は薄れてきていると考える。医療費の観点からは後期高齢者は急激に伸びるが、治療の必要性で考えると、その差は少ないと考えている。

○委員

小児科と精神科は明らかに異なる。

○委員

そのとおり。精神科は行政的に分けられている。小児は複雑で、整形外科等は年齢幅があるが、小児内科についてはやや特殊な状況がある。

○委員

日野市立病院の入院患者のうち半数が高齢者救急で入院しているという現状は理解した。20～30年前は後方病院へ転院できない現状があったが、今は良く連携できておりいい方向である。2次救急や3次救急の役割で区別すべきではないか。

○委員

そのとおり。救急医療を考える上では、年齢ではなく、2次救急や3次救急といった重症度や緊急度の切り分けがよい。

○委員

高齢者がこれからさらに増えていき、高齢者の救急患者に対応するために必要な機器や設備が増えることが考えられる。小児医療についても然りで設備的な制約がかかってくる。また、日野市の介護系職員と日野市立病院の職員の方とはすごくいい関係を築くことができているという話も聞くため、高齢者の介護や後方連携先としては非常にやりやすいのではないかと考えている。

○委員

65 歳以上の人口が多くなるということは、高齢者救急というロイヤルカスタマーが増えることと同義である。それに対し万全な準備は必要と考えるが、それにどの程度の費用が掛かるかが今の時点ではわからない。そこにコストがかかるということであれば、症状で分けることは難しいだろうが、例えば「昼間の救急のみ受け入れる」など、時間で分けるという選択肢は現実的なのだろうか。そうすることで夜間にかかる費用が減るかもしれない。

市立病院とはいえ、財政的に厳しいのであれば、できないことはできない、とはっきりさせるのも一つではないか。市民の理解も一定数得られるのではないか。

実際に、日野市立病院でお断りが発生していて、他市の病院へ患者が流出していると認識している。

○委員

今のご発言は、外来診療の在り方を鋭く指摘されている。専門性が高くなればお断りは増加し、裾野が広い医療を選べばある程度受入れは多くなる。

専門特化でいくのか、裾野を広げた臨床病院を目指すのかは非常に重要な論点である。大学病院は専門性を重視した医療を展開している一方、市民病院や開業医は幅広い診療によって地域住民の安心を支えている。都立病院には高度な専門性が求められるが、市立病院には裾野をある程度広く持ちながら、専門性の高さも兼ね備えた役割が求められているのではないか。もし現在、裾野の狭い医療提供体制になっているのであれば、そのあり方を見直す必要がある。

○委員

やれることはやってきていると思う。ここで何かを変えないといけないのではないか。

また、高齢者の切り分けについても、今の高齢者は元気な方が増えている印象がある。年齢での切り分けは適切ではないのではないか。

○委員

かつては、手術の適応や治療方針については医師が専門的な判断に基づいて決定していた。その、医師のプロフェッショナル・オートノミー（専門的自律性）に対し、いつの間にか行政が関与するようになってきている。その象徴の一つが「高齢者救急」といった考え方であり、以前は医師が主体的に行っていた判断が、制度や行政的な考え方の影響を受けるようになってきている。過去はそうした判断はすべて医師自身が行っていた。

○委員

高齢者救急という切り口で語られることが多いが、本質的に議論すべきなのは、この地域における二次救急の需要が今後どう推移するかという点ではないか。その中心が結果として高齢者であり、今後 20 年程度は需要の増加が見込まれているため、この議論になっていると考えられる。

■事務局

現状の日野市立病院の救急の状況と制度の補足をする。日中は常勤医 1 名が勤務、夜間は各診療科手分けをして受けている状況である。応需率としては、日中はほぼ 100%、夜間は 60%程度である。

また、夜間の救急を一律でお断りするということは、救急告示病院であるため難しい。患者の病歴や受診歴等によって受入れの判断を行うことは制度上可能である。

○委員

今の応需率が 65%から 75%になった場合、売上はどのくらい伸びると想定できるか。それこそが特効薬と考えることができる。

■事務局

応需率を 85%まで上げることができたら、4 億円程度は上げられる見込みという試算は示されている。

○委員

その応需率 85%という数字は、将来像としてイメージできるということか。

■オブザーバー

イメージは難しい。救急隊の端末への対応を徹底すれば達成は可能かもしれないが、収支も考慮すると単純に数を増やすだけでは難しい。現在の応需率は 60%台後半まで向上しており、医療圏内でも上位の水準にあるため、一定の成果は上がっている。一方で、医師は専門性の高い人材が多く、専門外の症例については受入れを断るケースもある。そのため今後は、専門性を維持しながらも救急患者についてはより幅広く受け入れる方向を目指し、院内への周知や取組を進めている。

○委員

院内周知や取り組みの効果はどの程度あると見込んでいるのか。

■オブザーバー

救急受入れの改善には、現場の意識だけでなく数字による見える化も重要である。これまで当直時の受入れ判断は「可否」で記録していたが、今後は救急患者を断った場合に理由を記載する運用へ変更し、その内容を確認する体制を整えている。なぜ受入れができなかったのかを可視化し、受入れを促す環境づくりを進めることで、応需率の向上につなげていく。

○委員

65%という値は低くはないが、中には 90%の病院も存在する。

■オブザーバー

基本的には、すべての救急患者を受けよう院内周知をしている。

○委員

応需率 65%はかなり高い数値である。東京都は全国でも救急隊が搬送先の病院に到着するまでの時間が長く、その背景には複数の病院へ照会し、受入れを断られながら搬送先を決定する構造がある。都立病院でも「救急を断らない」という方針が掲げられているが、二次救急との役割分担の問題もあり、需給のバランスの中で運用されている現実がある。そのため、応需率 85%という目標は現実的ではなく、仮に目指すとしても 70～75%程度が

現実的な水準ではないか。特に収支との両立を考えた場合、85%という数字は実態に照らしてかなり難しい目標であると感じる。

○委員

方向性としては、救急受け入れは急性期病院にとって非常に大事であるということか。

○委員

公立病院として救急医療を手放すことは、夜間休日だけだとしても難しいのではないかと。働き方改革への対応は必要だが、少なくとも準夜帯の深夜0時頃までは勤務体制があるのであれば、救急受け入れは積極的に対応すべきではないか。一方で、深夜帯の対応には限界がある。

○委員

救急については財政面での特効薬の1つかもしいない。既存の取り組みをさらに強化していくような方向づけとして、委員の皆様方から意見を頂戴できた。

○委員

これから小児科・産婦人科の議論に入っていくと思うが、救急医療を考える上では、どの分野まで担うのかを明確にすることが重要である。特に今後は手術室整備など大きな支出も見込まれる中で、循環器のカテーテル治療（PCI）をどの程度担うのか、また、産婦人科・小児科を24時間365日体制で維持するのかといった判断が求められる。産婦人科や小児科は患者数に比べて必要となる医師数が多く、24時間365日の体制を維持するには相当の人員が必要であり、中途半端に持つことが難しい分野である。こうした特性を十分認識した上で病院機能を検討する必要がある、収支との両立も容易ではない。

○委員

小括すると、市立病院が2次救急を担うことは当然の役割であり、2次救急の中身をどうするかが大切であるという議論であった。

③政策的に維持する機能をどう決めるか

■事務局

【資料01】「政策的に維持する機能をどう決めるか」に関する資料について説明。

○委員

災害医療については、資料を見る限りそれほどお金はかかっていないように見える。

○委員

災害医療や感染症対応は資料上では費用が0円とされているが、実際には相当なコストがかかっていると想定される。こうした機能を維持するためには多くの職員が関わっているはずであり、定期的な訓練も実施しているのではないかと。また、建物や設備についても、災害対応や感染症対応を見据えたハード整備が既に行われており、目に見えない費用や人的資源が投入されていると考えるが、その点はどう評価しているのか。

■オブザーバー

災害医療や感染症対応にかかる費用は、資料に記載されている直接的な支出だけでは測れない。実際には毎週部会を開催し、医師を含む多職種が参加して継続的に対応しており、その人件費は資料には十分反映されていない。また、災害対応を可能にするための建物や

設備の整備にも相当の費用がかかっている。さらに、老朽化した施設の修繕費なども含め、見えにくい形で多くのコストを負担しているのが実態である。

○委員

能力を維持するために、見えないコストがたくさんかかっている。

■オブザーバー

東京都では新たな災害や感染症が発生した場合に災害拠点病院として、すぐに対応できるようにいくつかの病院と協定を結んでおり、日野市立病院についても協定を結んでいる。有事の際には日野市立病院も東京都の災害拠点病院として機能することになっている。医師会とも協力しながら対応をしていく。

○委員

全職員が何らかの形で参加するようになっているのか。

■オブザーバー

そのとおり。

○委員

見えない金額が発生していることが分かる。しかし、公立病院としての大きな柱であるため、ぜひ堅持していただきたい。

○委員

見えない金額、能力維持原価はどう表現するのが市民の説明として有効か。実際に毎年の予算で表現すると 0 円になってしまう。

○委員

機械や設備と同様に、人員についても従事時間を集計し、時間単価を掛け合わせることで、災害医療や感染症対応にどの程度のコストがかかっているかを算出できる。その上で、もしその人員を救急医療など他の業務に充てた場合にどれだけの患者を受け入れられ、どの程度の収益につながるのかという比較も可能になる。見えにくい人的コストを可視化するためにも、従事時間の集計を行うことは有効ではないか。

○委員

内部的な会計、管理会計としてこのような仕組みは市としてあった方がよいのではないか。

○委員

必要であると考え。また、ここには病院救急車の維持費用も加えるべきである。DMAT 隊については、先生の資格取得などの条件があると聞いている。

■オブザーバー

そのとおり。現在、医師の有資格者は 1 名である。

○委員

本議論では、災害医療や感染症に対する医療を縮小した場合に、市民や地域にどのような影響があるかという問いかけであるが、なにか意見はあるか。

○委員

災害医療や感染症対応は、市立病院が地域の中心となって担うべき重要な役割である。DMAT 派遣や災害訓練、参集体制の整備など、実際には多くの人員と費用が投入されている。有事の際には市民から市立病院への期待が大きく、こうした機能を一定水準で維持することは不可欠である。

また、救急や感染症、小児医療、産科医療などは体制維持に多くの人員を必要とし、採算性だけで成り立つものではない。特に小児医療は収益性が低く民間だけでは担い手が限られるため、医師会としては公立病院には最低限維持すべき機能であると考えている。一方、産科は自費診療の側面もあり、公立病院がどこまで関与するかは慎重な検討が必要である。市としては、採算性だけでなく地域に必要な医療機能をどこまで維持するのかという観点から判断していく必要がある。

○委員

災害医療と感染症に関する医療については、他に頼るのではなく自前で担うべきではないか。そのために必要な経費については明らかにした上で市民にしっかりと説明アピールを行い、それを負担してもらう必要もあるのではないかと。

○委員

災害医療や感染症対応などについては、実際には多くの人的・物的コストが投入されているものの、それらを積み上げて正確に可視化することは容易ではない。今後は災害対応やインフラ維持にどの程度の費用がかかっているのかを示していく方向性は必要である。一方で、喫緊の財政再建や収支改善に直接結びつくものではなく、別の視点で進めていくべき課題として整理しておく必要がある。

○委員

中長期的にはデータの粒度をもう少し細かく記録していく必要があるのではないかと。資料の 17 ページ目で示された救急関連コストのうちその他費用の 10 億円は大きい。医療は複合的に絡まっており、どの診療行為がどの項目に該当するのかという紐づけはしづらいと思う。しかし、10 億円のうち、減価償却費というのは 2~3 億円程度と推定され、残りの 7 億円は何に該当するのかまで、紐づけを行っていないといけな。

○委員

経営改善と並行として行うべき仕組みづくりであるという意見であった。これに関しては提言書に入れておいた方がよい内容である。

災害医療・感染症対策・小児医療は、この委員会の中で市立病院として行うべき、と受け取った方がいいかと。

○委員

小児の対象者は年々縮小している。一方で、小児医療を継続する場合は、相当な数の人員確保が必要であり、当然コストがかかるため、小児救急の維持については相当検討すべきではないか。基幹病院として都立小児総合医療センターがありほぼお断りなく受けている。また、その他にもいくつかの小児の 2 次救急病院があるため、代替可能性はあるかもしれない。しかし市として持っておかなければならないという考えも理解できる。実際の日野市立病院の小児科の診療内容を見ると、アレルギーといった検査的なものが多く、外来に偏っているように思われる。この状況を踏まえて、24 時間 365 日の救急を継続するかを検討しないといけな。

○委員

いきなり3次救急を受診することも難しいと思われる。小児科の開業医の経営状況についてはどうか。

○委員

小児科の開業医の経営は非常に厳しく、人手不足も進んでいる。そのような状況の中でも、日野市では小児科医が増え、学校医や乳幼児健診体制も何とか維持できており、比較的恵まれた状況にある。広域化によって医療資源を集約する考え方は理論的には有効な解決策の一つだと思うが、市民の理解を得ることは難しく、医師会としても容認できない。特に小児医療は保護者の関心や要望が非常に強く、「近くで診てもらえること」への期待が大きい。効率性だけを考えれば集約化という選択肢もあるが、現実には地域での医療提供体制を求める声が多く、小児救急についても必ずしも需要が大きくない中で継続している。広域化の方向性は理解できるものの、地域で小児医療を維持する立場を基本とした

○委員

小児科医が多いというのは日野市の特徴なのか。

○委員

主だった理由はわからない。小児医療の将来的な姿としては、24時間体制の診療やオンライン診療の活用などが考えられ、集約化も一つの合理的な選択肢であると思う。しかし、そうした体制が十分に機能するのは5～10年先の話であり、すぐに実現することは難しい。特に小児医療は保護者の「近くで診てもらいたい」というニーズが強く、救急や夜間診療を縮小・集約することについて市民の理解を得るのは容易ではない。また、救急医療についても軽症患者の利用が少なくないものの、患者側には切実な不安があり、単純に利用を制限することは難しい。将来的には小児医療の集約化も有力な選択肢になり得るが、現状では地域のニーズや市民感情を踏まえると直ちに進めることは難しいのではないかと。

○委員

小児科の開業医と市立病院の医師で日野市の小児医療について議論する場はあるのか。

○委員

以前はあったと記憶している。

○委員

勉強会などの小児科の先生をサポートする仕組みが必要かもしれない。あるいは、日野市立病院を頼ってもらうために、患者の情報を開業医と日野市立病院の双方で持つ必要がある。

○委員

小児科で大切なのは乳幼児健診であると考えます。小児科をなくしてしまうと乳幼児健診ができなくなってしまい、子育て世代の保険体制そのものが根底から瓦解してしまう。

○委員

未来の医療体制を確保するためにも、開業医をサポートする仕組みが必要ではないかと。

○委員

集約化してしまう選択肢もあるが、日野市の小児医療は現場では何とか成り立っているという状況。

○委員

患者からすると、分散している方がありがたい。そこをどう考えるかは行政の判断ではないか。

○委員

子どもの数は少なくなっているが、医療の高度化で命を救われる子どもの数は増えている。重い病気をお持ちのお子さまは都立病院の治療を受ける方が多い一方、アクセスの良さを踏まえて市立病院が担うべき部分もあると考えることもできる。都立病院と市立病院とでは役割に差があると感じるが、どのような立ち位置で何を守るべきか、今後検討していかなければならない。

○委員

日野市として小児医療を堅持するということであれば、数億円のお金がかかる事業であることを理解する必要がある。患者数が減ったとして、2～3人の医師で成り立つ診療科ではないと考えていただきたい。

■事務局

産科に関しては、次回の議論テーマとする。

④診療科構成をどう考えるか

■事務局

【資料 01】「診療科構成をどう考えるか」に関する資料について説明。

○委員

赤字診療科を見直すべきという議論に見えるが、まずその考え方自体が妥当かどうかを考える必要がある。民間企業であれば赤字事業の売却や撤退は合理的な判断となるが、公立病院では収支だけで診療科の存続を判断できるものではない。

また、診療科別収支の算定方法について、診療科ごとの損益を評価するのであれば、共通固定費を単純に按分する実際原価計算ではなく、ダイレクトコストリング（直接原価計算）を基本に、可能であれば標準原価計算も組み合わせる方が実態に近い評価ができる。その視点で見ると、変動費率の低い診療科や疾患は伸ばすことで病院全体の収支改善に寄与する可能性がある。

一方で、変動費率が高く採算性の低い分野であっても、単純に赤字・黒字で評価するのではなく、政策的・公共的な価値をどのように評価するかという議論に整理していくべきではないか。

○委員

今後の運営を考える上では、現在の収支だけでなく、各診療科で将来的にどの程度の設備投資や医療機器更新が必要になるのかも重要な視点である。もし多額の追加投資が必要な診療科があるのであれば、その点も踏まえて方向性を検討する必要がある。そのため、対象となる4診療科について、今後の投資の見通しがあれば示していただきたい。

■事務局

資料 04、05 は、ここから4年の設備の購入計画を示したもの。特段高額な機器の購入予定はないと考える。

○委員

皮膚科を除けば、共通費の配賦によって赤字に見えている部分もあるのではないかと。今後大きな設備投資もあまり必要ないのであれば、これらの診療科について深く議論する優先度は高くないように思う。優先すべきは、カテーテル治療を伴う循環器医療や産科、小児科といった、病院経営や将来の医療提供体制に大きく影響する分野と考えられるので、そこを重点的に議論した方がよいのではないかと。

○委員

おっしゃる通り、細かな診療科の見直しだけでは目標とする収支改善にはつながらないのではないかと。数字を見る限り、赤字額が大きいのは内科や整形外科など病院の中核を担う診療科であり、部門規模が大きい分、配賦される共通費も大きくなっていると考えられる。

本質的な改善を目指すのであれば、小規模な診療科の見直しだけでなく、大きな部門でどこまでの医療を担うのかを検討する必要がある。診療科そのものをなくすのではなく、対応する疾患や診療範囲を見直し、高コストな領域については他院との役割分担を進めるといったことも考えられる。実際のところ、対応する疾患や診療範囲を絞ることで、収支改善につながるのか確認したい。

○委員

賛否はあるが、収益改善につながる部分もあると考える。24 時間 365 日の対応が必要な診療科は大きなコストがかかるため、非常に慎重な検討が必要である。また、直近だけでなく中長期的な設備投資や人材確保が見込まれる分野についても、優先的に検討すべきではないかと。

例えば循環器については、高齢化に伴い心不全患者の増加が見込まれるため、機能としては必要性が高い。一方で、心筋梗塞に対するカテーテル治療まで自院で 24 時間対応するのか、診断後は他院へ搬送するのかによって、必要となる人員体制やコストは大きく変わる。同様の考え方は脳外科などにも当てはまる。24 時間対応を維持するための固定的なコストを踏まえながら、どこまでの医療機能を担うのかを検討する必要がある。

○委員

このような考え方、取り組みが特効薬となり得るのではないかと。

医療機能の範囲を絞ることで、設備投資だけでなく保守費や人件費などの固定的なコストも抑制できる可能性がある。固定費の内訳を分析した上で、どの機能を維持し、どこを他院と役割分担するのかを検討する必要があるのではないかと。

○委員

外来機能では一定の患者数を確保している診療科であっても、手術件数が少なく病棟機能への関与が限定的な場合は、病院全体のコストという観点から配置を見直す余地がある。こうした診療科は病床稼働率が低くなる主な要因となりやすいため、病床を整理すれば病棟の混合化や閉鎖に繋げることができ、人件費を含めた大きなコスト削減効果が期待できる。

また、脳外科のように 24 時間体制や多職種連携が不可欠な分野については、医師確保も困難な現状を踏まえると、広域医療圏の中で役割分担していくのが現実的である。一方で循環器内科は今後も需要増加が見込まれるため、心不全診療に加え、アブレーションなど比較的対応しやすい治療の強化は収益面や地域医療への貢献の面からも検討の余地がある。

○委員

高齢者救急を担い、入院患者を受け入れていくという観点から考えると、外来中心で病棟機能との関わりが少ない診療科については、地域の開業医との役割分担を検討していく必要があるのではないかと。歯科口腔外科は周術期口腔ケアや摂食嚥下への対応など、入院医療を支える上で重要な役割を担っている。加えて、地域の受け皿としての機能も大きいため、歯科口腔外科については引き続き維持してほしいと考えている。

○委員

費用対効果が低い診療科であっても、なくしたところで収支改善効果が小さいのであれば、無理に廃止する必要はないのではないかと。逆に、診療科を廃止した場合にどの程度赤字が改善するのかが明確であれば、その効果を踏まえて判断すべきだと思う。収支への影響が限定的であれば、診療科の選択肢が多い方が市民の安心感にもつながる。重要なのは、どの診療科や医療機能が大きな赤字要因になっていて、どのような見直しを行えば収支改善効果が大きいのかを明らかにすることである。個別の診療科の存廃を議論するよりも、効果の大きい施策に絞って議論した方がよいのではないかと。

○委員

赤字だからといって安易に診療科をなくすことが必ずしも収支改善につながるとは限らない。公立病院では、不採算な診療科を順次廃止していくことで病院全体の魅力や利便性が低下し、患者数がさらに減少して、残った診療科に固定費が集中する現象が起こることがある。

利用が極端に少なく、市民へのメリットも乏しい診療科であれば見直しの対象になり得るが、多くの診療科は院内外で相互に紹介し合いながら病院全体の機能を支えている。診療科ごとの損益だけでなく、その診療科があることで病院全体にどのような効果をもたらしているのかという視点も重要であり、市立病院としての役割を踏まえて判断していく必要がある。

■オブザーバー

精神科のように収益性だけを見ると厳しい診療科であっても、認知症患者への対応や、小児を含む精神疾患を抱えた患者への支援など、市立病院として重要な役割を担っている。耳鼻科についても収支は大きくないが、東京ルールによる救急当番では多摩地域全域から患者を受け入れる機能を果たしている。

そのため、単純に収益だけで診療科の存廃を判断するのではなく、市立病院や地域医療における役割も考慮する必要がある。一方で、二次救急病院として本当に必要な機能は何かという視点で見直す余地もある。

地域に本当に必要な医療を維持しつつ、強化すべき分野に注力していく必要があると考えている。

○委員

科別収支を見ると、最大の論点は産科と小児科である。日野市として簡単に縮小・廃止できない一方で、経営への影響も大きく、この分野をどう判断するかが市立病院の将来を左右するのではないかと。

○委員

数字だけを見ると小児科は赤字に見えるが、実際には変動費が低く、共通固定費の配賦方法によって見え方が大きく変わる。関連する診療科との相乗効果もあるため、単純な赤字・黒字だけで判断せず、計算方法の妥当性も含めて評価する必要がある。

○委員

病院救急車の活用について小児が多いと聞いたが、運用状況をお聞きたい。

■オブザーバー

病院救急車は、高齢者の搬送が多く、民間クリニックなどから緊急性の高い患者の搬送依頼を受けるケースが中心であり、約 8 割が入院につながっている。地域の医療機関が入院の必要な患者を市立病院へつなぐ重要な役割を担っている。また、救急車の更新や電動ストレッチャーの導入により機能強化も図られている。

病院救急車は医師が同乗するため、小児患者を含めて安心・安全な搬送が可能。今後は、地域の医療機関や介護施設との連携をさらに強化し、地域医療を支える有効な手段として積極的に活用していきたい。

○委員

民間医療機関との役割分担も考えられるが、適度な競争によって医療の質や水準を高める効果もあるのではないかと。また、診療科を維持する場合にどの程度の収支悪化を許容するのかという論点もあるが、基本的には各診療科が自立的に収支改善に努めるべきであり、安易に赤字を許容する考えではない。

ただし、議論の前提として、診療科別収支の算定方法が公平であることを確認する必要がある。少なくとも各診療科には自らの人件費相当を含め、一定の収益を確保する努力が求められる。その上で、収支悪化をどこまで許容すべきかについては、次回以降あらためて意見を伺いたい。

⑤病床機能・規模をどう考えるか。

■事務局

【資料 01】「病床機能・規模をどう考えるか」に関する資料について説明。

○委員

これまでの議論で 1 病棟削減に関する意見が出ていた。これは基本的に急性期病棟をイメージしているか。

○委員

現状、急性期病院 A 入院料を維持する方針を前提に考えた場合、本当に現在の病床数が必要なのかという視点が重要である。実際には病床稼働率は約 6 割にとどまっており、1 病棟を減らした状態でも十分に運営できる水準であり、この状況を見る限り、現状の病床数を維持することを前提に考える必要はないのではないかと。

特に病院経営では人件費の占める割合が大きく、稼働率の低い病棟を抱え続けることは合理的とは言えない。今後、救急患者や入院患者が増え、病床利用率が上がるのであれば再び病棟を稼働させることも可能だが、現状では空床が多く、その維持コストが経営を圧迫している側面がある。

そのため、今後の二次救急需要や入院患者数を見据えながら、外来機能の整理も含めて病床規模を適正化することは検討に値する。医師や看護師の確保が難しくなる中で、実態に合わせた病床運営を考えることも必要ではないかと。

○委員

現状における 1 つの考え方としてご説明いただいた。内部資源を集約化して効率的に行う方がよいということか。

○委員

そのとおり。赤字額の削減に向けて、病床の見直しは最も現実的で効果のある手段の一つではないか。空床を抱えたまま人件費を負担し続けるのは効率的とはいえない。急激な縮小ではなく、時間をかけて人員の自然減等に合わせて調整を行いながら病床を適正化することで、大きな収支改善効果が期待できるのではないか。

○委員

今の急性期病棟のうち 1 病棟を地域包括ケア病棟にすることは可能なのか。

○委員

急性期病院 A 入院料とは一緒に作ることはできない。

○委員

地域包括ケア病棟は、本来、在宅医療を支える仕組みとして作られたものである。開業医が診ている患者の状態が悪化した際に病院が一時的に受け入れ、回復後に再び地域へ戻すという役割を想定しており、病院数の少ない地方で急性期から在宅復帰までを支える公立病院に適した制度ではないかという印象がある。

また、回復期リハビリテーション病棟は、急性期治療後のリハビリを効率的かつ効果的に提供するために整備されたもので、主に民間医療機関が担ってきた経緯がある。

一方、地域包括医療病棟については、既存制度との違いが分かりにくく、特に地方の公立病院を意識して設計された仕組みではないかと感じる。

全体として、こうした病棟機能は地方では有効かもしれないが、東京のような都市部の市立病院に適しているのかという疑問がある。

○委員

そうすると、病床を減らすことが現実的なのか。

○委員

現実の需要を踏まえると、現在の病床数や診療体制を維持し続ける必要があるかは検討の余地がある。患者数が減少している中で、診療室や病床を過大に保有し続けることは効率的とは言えず、医師や看護師の確保も厳しくなっている現状を考えると、需要に見合った規模へ見直していくことは自然な考え方ではないか。

もちろん、将来的に患者や医療人材が増えれば再び拡充する余地はあるが、現状では供給体制を需要に合わせて適正化した方が、周辺医療機関との関係も含めて無理が少なく、結果として赤字縮減にもつながるのではないか。

○委員

制度上は、現在の日野市立病院が採用している急性期病院 A 入院料では地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟は設置できないが、急性期病院 B 入院料に移行すれば地域包括ケア病棟の設置が可能である。そのため、例えば 1 病棟を地域包括ケア病棟へ転換するという選択肢は制度上可能。公立病院がその役割を担うべきかという議論はあるものの、急性期で受け入れた患者の受け皿を院内で確保できるメリットもあるのではないか。

また、人員配置については、資料では 45 床をフル稼働させる場合、7 対 1 看護配置を維持するために看護師 32 人程度が必要という考え方になっている。一方で、例えば 40 床程度の稼働であれば 24～25 人程度でも対応可能との考え方もあり、病床利用率に応じて必要な人員数は変わると考える。

■オブザーバー

稼働に合わせて看護師の人数は調整している。1 病棟は 50 床だが、45 床や 40 床という状況であれば必要な人員は少なくなる。

○委員

看護師配置は実績ベースで算定されるため、病床利用率が低ければ必要な人数も少なくなる。ただし、実際には看護師数を利用率に応じて増減させることはできないため、一定数を確保しておく必要がある。45～50 床をフル稼働させる前提で必要とされる 32 人という人数は比較的高い水準。満床運用を想定した数字ではないか。

また、重要なのは、人件費削減のために看護師を無理に減らすことはできないという点。看護師確保が難しい中で退職者が出た場合、その欠員を高額な派遣職員を入れてまで病棟を維持するのは現実的ではない。ただし、自然減によって人数が減るまでには時間を要するため、来年度や再来年度の収支改善に直結する即効性のある対策とは言い難い。

○委員

ただし、方針として定めることで、方針に従い緩やかに調整していくことで経営は改善していくと思われる。

■オブザーバー

看護配置を 7 対 1 から 10 対 1 にしたからといって、入院してくる患者の重症度は変わらない。単純に収入が減るだけとなる可能性もあることは踏まえていただきたい。

○委員

夜間も救急患者は断らずに受け入れる方針とは矛盾が生じる。

■オブザーバー

地域包括ケア病棟を導入することで、長く患者を診療することができるのである程度の収益的なメリットはあると考えている。ただ、制度として維持していけるかという所は別で考えていく必要がある。

○委員

看護師が集まらないため 7 対 1 から 10 対 1 に配置を変えることはあるが、看護師が集まるのであれば、7 対 1 の看護配置は選ばれる病院の 1 つの材料となる。医師においても同じである。見るべきは、7 対 1 配置の機能を発揮し収益に結びついているか、看護師はどうコミットしているか。

○委員

7 対 1 入院基本料の方が、看護師も今まで通りの働きができるのでよいと考える。ただ、7 対 1 看護配置を維持するだけの患者数を確保できるかが課題であり外的な要因にも左右される。7 対 1の方がやりがいがあると思う職員は多く、日野市立病院の院長も 7 対 1 看護配置を維持していく方針であると聞いている。現状の 300 床で 7 対 1 の看護配置とすることは厳しい。空いている病床を活用できるのであればよいが、埋まらないのであれば一部縮小するという考え方もある。ただし、看護師を削減するのではなく、自然減などに合わせて時間をかけて調整していくことが前提であり、急激に体制を変えることは職員の働き方や病院運営への影響も大きいので、慎重に進める必要がある。

○委員

本日の議論の目的は、現状の繰出金の中でできる医療を検討するということであったが、議論の内容からして遠ざかってしまっている感じがある。できないことをやるべき、と言ってしまうと最初の目的に近づかないのではないか。

○委員

論点が多岐にわたっているので、今後はもう少し集約していくことで、課題や方向性が見えやすくなるのではないか。本日の議論で出た課題のうち、中心的な話題や次回に向けて補強が必要な点については、事務局で整理していただきたい。その上で、委員から改めて意見をいただく形にしたい。

市立病院の経営改善に向けた将来像も、少しずつ見えてきているように感じる。一方で、今後は職員の皆さんにももっと主体的に関わっていただく必要があり、そのための仕組みづくりも考えていきたい。

(2) 本日の総括

○委員

次回にむけて補強したほうがいい項目があれば、意見をいただきたい。改善に向かう道はぼんやり見えているが、日野市立病院の職員にコミットしてもらう必要がある箇所もある。

■オブザーバー

事業管理者もこの会の開催は承知していると思う。ただ、病院の方向性が自分の見えていないところで決まってしまうのは本意ではないかもしれない。できれば、代表する立場として今後の議論にも関わっていただきたい。

○委員

事業管理者だけでなく看護部長や副院長にも来ていただいた方が良いかと思う。

○委員

自分の知らないところで根幹にかかわるところの話があって結論が出るというのは許容できない気持ちがある。事業管理者には、ぜひ出席していただきたい。

■オブザーバー

参加を検討する。

次第3 閉会

特に意見なく閉会となった。