

第 1～3 回検討委員会 議論の振り返り

1 第 1 回(令和 8 年 5 月 19 日)の振り返り … 現状把握

(1) 主な議題

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

(2) 概要

第 1 回では、令和 7 年度委託報告書の概要に基づき、市立病院の稼働状況や経営指標に関する説明を行った。

これを受け、稼働率や単価の評価方法、高齢者救急の受け皿、公立病院の役割、財政の切迫性等について、委員より様々な視点で意見、説明資料についての指摘がなされ、市立病院のあり方を検討する上で必要となる多角的な視点が示された。

論点	内容
稼働率の低さと改善の実現可能性	○ 入院稼働率がここ数年 60%台で推移しており、目標の 80%にリーチできていない。急性期病棟のままで稼働率を上げるのは構造的に難しいのではないか、という意見。 ○ 地域包括ケア病棟への転換で稼働は上がるが、急性期志向のスタッフ文化と相容れるかという問題。
入院単価の低さをどう評価するか	○ 周辺病院と比べ単価が低い、それは「重症度を問わず救急を断らない」方針の裏返しである可能性。 ○ 単価が低い理由を「経営課題」と見るのか、「政策的選択」と見るのかの整理が必要。
高齢者救急の受け皿問題	○ 行き場のない高齢者を受け入れると退院先がなく滞留し、急性期病床を圧迫する悪循環。 ○ 高齢者救急に特化した地域包括医療病棟の活用が論点に。 ○ 下り搬送先(療養・施設)の受け皿整備なしには根本解決にならない。
公立病院として何を担うか	○ 「公の医療とは何か」―競う(地域医療水準向上)・支える(政策的医療)という役割。 ○ 診療報酬は民間のために設計されており、公立病院に合わない制度設計になっているという構造問題。
財政の切迫性と時間軸	○ 直近 1～2 年で経営が急速に悪化しており、資金不足が現実問題として迫っている。 ○ 改善施策は時間がかかる(公務員の人件費削減など)が、資金は今すぐ枯渇しかねないというジレンマ。

2 第 2 回(令和 8 年 6 月 15 日)の振り返り … 認識の整理

(1) 主な議題

市のビジョンおよび市の考える方向性、経営悪化の構造的原因の整理

(2) 概要

第 2 回では、検討の土台となる認識を整えるため、公営企業の制度的な特徴について説明。あわせて、市が期待する 5 つの役割等のビジョンや、赤字を「経営改善領域」「協議領域」「政策判断領域」に分ける整理の枠組を示した。

公立病院、ひいては市立病院に対する制度上の認識は整えられることとなり、また、示されたビジョンについて役割の広さや実現状況の可視化を問う意見が示された

論点	内容
市が示したビジョンと期待する役割	○ 「地域未来ビジョン 2030」を上位概念に、期待する 5 つの役割(周産期・小児医療／24 時間 365 日の二次救急／地域連携の中核／災害・感染症対応／福祉施策と連動した後方支援)を提示。 ○ 繰出金は 10 億円規模、役割は持続可能な経営形態の範囲で実行するという条件

	が示された。
会計・ガバナンス構造の説明への指摘	○ 公立病院の本業は保険診療と政策医療の 2 本立てであり、民間企業的な経営指標だけで単純評価してはいけないという整理。
病床稼働と診療科構成の偏り	○ 病床利用率の低さと診療科ごとの偏り(整形外科は高稼働、産科・小児科は低稼働)が確認され、混合病棟の導入は避けて通れないとの意見。
赤字要因の切り分け	○ 「正常操業度×管理可能性」のマトリクスが提示され、赤字を「経営改善領域」「協議領域」「政策判断領域」に分けて考える枠組みが共有された。 ○ 病床稼働率は単なる努力不足ではなく、病床規模・病棟構成と一体で捉えるべき。
医師確保と病院像の明確化	○ 医師派遣を受けるには「何をやる病院なのか」を明確に示す必要がある。 ○ 全方位で機能を持とうとすると相応の規模が必要で、広域の中での機能分担の観点で整理すべき。

3 第 3 回(令和 8 年 7 月 21 日)の振り返り … 論点の深掘り

(1) 主な議題

管理可能性・採算性の観点からみた、市立病院の役割・機能・規模の在り方について

(2) 概要

第 3 回では、繰出金 10.7 億円規模の範囲内で持続可能な経営体制となることが改めて前提として共有され、救急医療、政策医療(災害・感染症)、政策的医療(小児科・産科)、診療科構成、病床規模・機能の 5 つのテーマで審議が行われた。

委員からは、各テーマにおける実際の患者利用の実態や、機能を維持するのであれば相応のコストがかかることを前提とすべきという考えが示され、それぞれの機能の意義や課題について意見が交わされた。

論点	内容
救急医療のあり方 (2 次救急)	○ 救急応需率の向上こそ経営危機打開の「一点突破の特効薬」との意見がある一方、65%も十分高い水準であり、実現性は検討しなければならないとの意見。 ○ 市立病院が 2 次救急を担うことは当然の前提ではあるが、専門救急を 24 時間 365 日体制で維持するには最低 7~8 名の医師確保が必要であり、フルセット機能維持が集約・縮小かの選択を迫られている。
政策的医療(災害・感染症対応)	○ 「0 円」と表示された項目にも実際には多くの能力維持コストがかかっているはずであり、可視化すべき。 ○ 維持すべきとすること自体には異論はなく、そのコストをどう可視化するかが論点。
政策的医療(小児科・産科)	○ 広域集約化は理論的には正しい解決策の一つだが、市民の納得等をふまえると実行に移すのは容易ではないのでは。 ○ 小児医療を市として堅持するなら、数億円単位のコストがかかる事業であることを前提に予算措置を検討すべきとの指摘。
診療科構成(診療科の見直し基準)	○ 赤字を理由に安易に診療科を廃止すると、他科への患者紹介機能等に連鎖的な悪影響が及ぶのではないかと。 ○ 対応する疾患の幅を絞り、コストのかかる症例は他院に紹介する等の選別を求める意見。
病床規模・機能	○ 現状の占床率は約 6 割で、1 病棟減らしても対応可能な水準との指摘。 ○ 地域包括ケア病棟等への機能転換について、大都市圏の市立病院になじむのかという意見がある一方、転院先を自前で持つメリットを指摘する意見もあった。