町立辰野病院運営委員会会議録

日時　令和８年８月 17 日（月）15：00～16：30
場所　町立辰野病院　講堂

【出席者】（委員）舟橋秀仁　松澤千代子　村上順彦　石﨑　玲　赤羽正臣　古村仁士
松澤　恩　宮原正尚
武居町長　漆原院長　中竹副院長　桑原事務長　清水看護部長
春日事務長補佐　今福経営コーディネーター　相澤経営企画係長
兼健診係長　赤羽経理係長　加藤庶務係長（議事録作成）

【欠席者】（委員）古村慎二

次　第

1.　開会 ..... 1
2.　あいさつ ..... 2
3.　病院長からの報告事項 ..... 4
4.　協議事項 ..... 6
⑴　令和７年度町立辰野病院事業決算について ..... 6
⑵　町立辰野病院の運営状況について ..... 7
⑶　辰野病院経営強化プラン点検報告について ..... 12
⑷　その他 ..... 15

進行 15:00　桑原事務長

## 1.　開会

（桑原事務長）
皆さんこんにちは。本日は大変お忙しい中、また暑い中、お集まりいただきましてありがとうございます。本日予定されている委員の皆様全員お揃いですので、ただいまから町立辰野病院運営委員会を開催させていただきます。
私は病院事務長の桑原と申します。まず、協議事項まで私の方で進行させていただきますので、よろしくお願いいたします。
古村委員より欠席の連絡をいただいておりますので、ご報告させていただきます。
（資料の確認）

それでは次第に沿って進めさせていただきます。
まず開会の言葉を古村副委員長にお願いいたします。

（古村副委員長）
皆さんこんにちは。大変暑い日になりました。
ただいまから辰野病院運営委員会を開会いたします。
よろしくお願いいたします。

（桑原事務長）
ありがとうございました。
それでは、武居町長よりご挨拶をお願いいたします。

## 2. あいさつ

（武居町長）
皆さんこんにちは。この慌ただしい時期にこうしてお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。
また、委員の皆様におかれましては、日頃から多大なるご理解とご支援を賜り、この場をお借りして深く感謝申し上げます。
さて、本日の委員会におきましては主に 3 つの事項についてご協議をお願いいたします。
1 つ目は令和 7 年度決算について、2 つ目は令和 8 年度の運営状況について、そして 3 つ目が経営強化プランの点検報告でございます。
まず、令和 7 年度の決算につきましては大変申し上げにくいのですが、前年度に引き続き厳しい赤字決算となりました。
当院を取り巻く医療環境は、物価や医療資材の高騰に加え、患者数の伸び悩みなど構造的な要因が重なり、かつてないほど厳しい経営状況が続いています。
また、令和 8 年度の運営状況についても、患者数の減少傾向等に歯止めがかからず、依然として大変厳しい経営状況となっております。
こうした難局を乗り越え、住民の皆様にとってなくてはならない病院の機能を守り抜くためには、より一層実効性のある経営改善にしっかりと取り組んでいく必要があります。
本日は 3 つ目の議題であります経営強化プラン点検報告も含め、委員の皆様にはそれぞれの立場から、専門的かつ多角的な視点を持って、忌憚のないご意見、実効性のあるアドバイスを賜りたいと存じます。
委員の皆様におかれましては、限られたお時間とはなりますが、辰野病院の未来を見据えた活発なご議論をお願いいたします。

（桑原事務長）
ありがとうございました。続きまして、宮原委員長、ご挨拶をお願いいたします。

（宮原委員長）
皆さんこんにちは。本日は大変お忙しい中、ご出席をいただきましてありがとうございます。
8 月の半ばも過ぎたところですが、まだまだ残暑も続いております。
予定された委員の皆様全員のご出席をいただきましたので、本当にありがとうございました。
委員の皆様におかれましては活発なご意見を賜りますようお願い申し上げます。
また、本日は議題に沿って円滑に進めてまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

（桑原事務長）
ありがとうございました。続きまして、漆原院長お願いいたします。

（漆原院長）
皆さんこんにちは、院長の漆原でございます。
本日はご多用の中、町立辰野病院の運営委員会にご参加いただきまして、誠にありがとうございます。
今、地域医療は少子高齢化、患者減少、物価、人件費の高騰など種々の問題を抱えながら新たな局面に立たされています。
特に病院における財政運営面での困難さは、全国的な規模で深刻な問題となっておりまして、倒産や廃院のような病院のニュースも珍しくない昨今であります。
また、自治体病院の 9 割近くが赤字経営とのデータもあり、長野県でも大学病院をはじめ、県立病院機構や日赤系列の病院など多くの病院が赤字経営に困窮しています。
当院も例外ではなく、この厳しい環境の中で経営改善を前提とした医療サービスの提供が求められているところであります。
そんな厳しい情勢ではありますが、この地域の皆様に安心して喜んでいただける医療を確保するために職員一同力を注いでまいりますので、本日は何卒、ご協力、ご助言をよろしくお願い申し上げます。それではよろしくお願いいたします。

（桑原事務長）
ありがとうございました。
それでは次第の 3 番になります。

## 3. 病院長からの報告事項

（漆原院長）
引き続きまして、着座にて失礼申し上げます。
私からは前回２月以降の当院での出来事や現状について説明したいと思います。
特に私から資料はございませんので、お聞きいただければと思います。
まず常勤医の体制についてですが、今年度は昨年度と同様に、内科が 4、総合診療が 1、小児科 1、眼科 1 の計 7 名の常勤医師の体制となっております。
また、この 4 月からこれまで総合診療科で勤務していた中竹香峰医師を副院長に昇格とし、診療のみならず病院運営、それから研修指導等の業務にも参画してもらっております。
今日も診療が入っておりますので、先生が見えましたらちょっとご挨拶いただこうかなと思っています。
それから病棟再編の実施による病床稼働率の状況についてご報告したいと思います。
昨年の 7 月 1 日から急性期一般病床を 63 床あったところを 30 床に減らし、地域包括ケア病床を 37 床から 70 床に増やす病床再編を行いました。
これは、当院の入院患者さんが急性期医療を必要とするよりも、リハビリテーションや在宅復帰療養を目的とした方が多く、そのような患者さんの場合、急性期一般病床よりも、地域包括ケア病床が 1 日あたりの入院基本料ひいては診療報酬が高い傾向にあるため、そのように転換しました。
そうして集計したところ、病床 1 床 1 日あたりの収益が今年 6 月分と前年度 6 月分を比較しますと、1 人 1 床あたり 4,732 円ほど増加しました。
これは同封の資料の中にも数字があります。
これは大体、病床利用率が現状よりプラス 10%増加した場合、80%を維持できれば現状より年間 1,700 万円くらいの増収になる計算となります。
あと先ほど町長からも出ている患者数の減少についてなんですが、ここ数年、外来、入院等の患者数が減少傾向にあります。
これは地域性の高い透析の患者さんや、特に担当医の決まっていない土曜日の内科外来の患者さんが減少していることからも、患者さんの他地域への流出というよりも、人口減少などによる自然減の要因がかなり大きいのではないかというふうに思っております。
この患者減少の傾向は近隣の南信地域の各病院でもある程度の差はあるものの同様に減少の傾向にあります。
またこれも後ほどの資料に出てまいりますが、入院患者の病床利用率で見ますと、今年度の 4・5 月の平均で当院は 68.5%であったところ、伊那中央病院では 71.1%、昭和伊南病院は 60.0%、飯田市立病院では 67.3%、諏訪日赤病院では 71.1%、岡谷市民病院で 75.1%、諏訪中央病院で 80.3%といった数字であり、80%以上キープしているのはこの 2 病院に

とどまっているということになっております。
それから、上伊那医療圏の現状と傾向について、特に医師数についてなんですけれども、厚生労働省が今年4月に公表した医師偏在指標によりますと、都道府県別では全国平均が266.8であるところ、長野県が232.6と、医師が多い方から数えて全国の36番目というところになります。その中でも長野県内の10ある医療圏で上伊那医療圏は今回最も低く出まして166.6しかない。
全国平均が266.8ですので、それよりもマイナス100ポイントなんですね。
ついで上小が174.2、飯伊が177.7の順でありまして、この3医療圏がいわゆる医師少数区域とされました。これまで上伊那は、下から2番目か3番目でなんとかビリっけつになってなかったんですけど、今回はワースト 1 の医師不足地域となってしまいました。
特に上伊那では、救急医療や整形外科診療については医師不足・勤務医不足からそのニーズに十分な対応が困難となっておりまして、近隣の医療圏に患者さんを紹介・搬送しなければならないことも少なくありません。
長野県の次世代の地域医療構想案として、現在の二次医療圏よりも広域範囲の医療圏構想が上がってきておりまして、当院としては今後さらに諏訪医療圏との連携を発展させていく必要があるのではないかというふうに考えております。
そして、最後の点ですが、今後の当院の在り方についてであります。
ここ数年の継続的な患者数の減少や、かなりの額の赤字運営の状態などから、今後の当院の在り方については熟慮が必要であると認識しております。
近隣の伊那中央病院と昭和伊南病院では、厚労省の病床数適正化緊急支援事業、これは病床数の削減につき補助金を出すという事業なんですが、それに基づきまして今後病床数削減が予定されています。
当院でも将来的には病床数の削減が必要になってくると思われますが、病床数の削減が必ずしも人件費やその他の経費削減につながらないという問題点があります。
病床数の削減を行う場合は、それとともにいかに経費削減を図っていくかが重要な課題であります。
また、当院の診療所化など、大幅なダウンサイジングを口にする方もいるようですが、当院の入院機能の大幅な縮小や廃止、また、夜間休日の時間外診療機能並びに救急車受入機能を大きく縮小してしまえば、地域の住民の方々が困ってしまうことは言うまでもありません。
現在の当院の各種診療機能をできる限り維持していくことは当面は必要であると私は考えています。
当院の将来の在り方についてもご意見、ご助言があればよろしくお願いいたします。
私からは以上です。

## 4. 協議事項

### (1) 令和7年度町立辰野病院事業決算について

(桑原事務長)
ありがとうございました。これより協議事項に入ります。
ここからの進行につきましては、宮原委員長お願いいたします。

(宮原委員長)
それでは協議事項の（１）令和7年度町立病院事業決算について説明をお願いいたします。

(赤羽経理係長)
それでは私の方より、決算の概要について説明をさせていただきます。
（資料NO.1「令和7年度町立辰野病院事業会計決算書（案)」について説明）

(宮原委員長)
ありがとうございました。
資料NO.1の決算書（案）につきましてご説明を受けたわけでございますが、各委員の皆様からご質問がございましたらお願いいたします。
（宮原委員長）
私から一つよろしいでしょうか。
病院の職員の定数について、例えば看護師では入院患者1人につき何人看護師がいるとかそういったことはありますか。

(桑原事務長)
入院患者については、一応10対1という基準があります。

(宮原委員長)
ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。
質問等がないということでございますので採決を取りたいと思います。
それでは令和7年度町立辰野病院事業会計決算書（案）につきまして承認いただけますでしょうか。
よろしければ挙手をお願いいたします。
それでは決算案については承認されたということでございます。
ありがとうございました。

**(2) 町立辰野病院の運営状況について**

(宮原委員長)

続きまして、協議事項の（２）町立辰野病院の運営状況について説明をお願いいたします。

(赤羽経理係長)

それでは引き続きまして、赤羽の方から説明をさせていただきます。

資料NO.2　町立辰野病院 年度別経営状況

資料NO.3　町立辰野病院事業経営状況一覧表（2026年6月）

上記について説明

(宮原委員長)

ありがとうございました。

それではただいま説明をいただいた中で改めてご質問がありましたらお願いいたします。

(舟橋委員)

辰野議会議員の舟橋と申します。よろしくお願いします。

先ほど決算の説明をいただきまして、その前の漆原院長の話もありましたように、おそらく患者数の減少がいろいろなところに、特に収支に関しては影響を受けているんだろうというふうに推測します。

それで漆原院長の冒頭のお話の中で、やはり私一つ気になるのは、これまでも申し上げていますが、絶対的な患者数が減ってきていて、それが辰野病院の固有の課題ではなく全国的な傾向が出ているということ、それを考えるとですね、今年度のまだ6月までの途中経過でありますけれども、これはさらに前年度より悪い状況が見られるのではないかなというふうに思います。

そうなるとですね、やはり病床数が今100床あって、そのうち地域包括ケア病床の割合を増やして、昨年度は確かに収益的には一部改善はされていると思いますが、今年度のこの3ヶ月の状況を見る限り、大幅にその数字というのは悪化しているというふうに思います。

そうなったときには、病床数100床というのが本当に適正なのかというところは、改めて考える必要があるというふうに思っています。

昭和伊南病院などは新しく作り直してその時に病床数を減らすという意味ではありますけれども、確かに病床数を減らすだけではなくて、それに伴って人件費を含めた機能的な経費の削減も合わせてやらないと効果は得られないと、かつ病床の利用率もなかなか上がっていないので、今の状況を見る限りは、やはり病床数を減らすこと一択なんで

はないかなというふうに見えてしまいます。
当然、住民に対する医療サービスの質が低下することは問題ですが、病床の利用率も上がらず患者も減り続けているという状況を考えると、病床数を今も維持するということ自体がちょっと理屈に合わないんじゃないかというふうに思ってしまいます。
そのへん、少し素人なもんですから、プロの先生方からして、こういう理由で今の 100 床を維持する必要があるんだということがあればご説明をお願いしたいと思います。

（漆原院長）
ご意見ありがとうございます。
長期的な目で見れば、やはりいつかはベッド数を減らす方向だと思うんです。
それが 90 床であるか 80 床であるか 70 床であるかはわかりません。
ただ、先ほど申し上げたように、来年度、再来年度に早急に 80 床にして、どれほどのメリットが数字の上に現れるか、そこら辺が何も見えてこない。
結局、ベッド数を 20 床減らしても、まず職員数は減らない。
ベッド数に比例して職員数はおそらく減りませんから、人件費についてはほとんど改善されない。部屋を使わないことによって照明を使わないとか、そういった部分での光熱費の削減などは実質あるんでしょうけど、それもそれほど大きな額には多分ならないですから、ベッド数を減らすにはそれと同時にやはり人件費を減らす、あるいは何らかの経費を減らすという、セットでやっていかないと、まずベッド数減少ありきでは、決してこの赤字状況の改善に結びつきにくいんじゃないかなというふうに私は思います。
あと公立病院、自治体病院における職員数の問題なんですが、長野県以外の病院で非常に困っている病院のレポートを動画配信で見たんですが、やはり、職員数を減らす場合に希望退職で辞めてくださる方がたくさんいれば問題ないんですけど、おそらく公務員であるうちの職員に希望退職を募ってもそれほど出ないでしょうし、そうしたらどうやって職員を減らすのかとなったときに、そこの病院は院長なり理事長が一人一人全部面接をして、どこだったら転職するか調べて、その職員一人一人の転職先を理事長と院長が歩いて探したという、そういう悲惨な状況もありまして。
ですので、ベッド数を 80 床に減らしても職員数は絶対減らない。
そうするとやはり人件費は変わらない。
ですので、ベッド数減らしの意義がちゃんと実質的に効果が出るということがわからないとなかなか踏み込みにくいのではないかと。実際、職員数を我々が減らす方法としては、新規採用者の職員をなるべく減らすという方法ができると思います。
そうすると、年高の方から退職してきますので、職員はおそらく自然減少しますので、そういう対策もあいまった上で計画的にベッド数を減らさないと、私は難しいんじゃないかなというふうに思っています。
あと、これ前回でも申し上げたと思うんですが、確かに今年度の 4・5・6 月と非常にベ

ッド利用率が悪くて、6 月が 63.9%、65%といったときに、私来てからあまり経験なかったんですが、ただこの夏が暑くなってきた、その気候のせいもあるのか、ここ 1 週間は 75 床くらい来ているんですね。
あと、やはり冬場のシーズンには去年も一時的ながら 90 床を超えて埋まるということもあるので、やはりベッド数のキャパシティを減らしてしまうということは、シーズンによっては十分な入院診療に適応できなくなる可能性があるので、そういった部分を削りながら「なおかつ 80 床にしたけれども何だ経費がそんなに減ってないじゃないか」という結果がやはり私はちょっと心配しております。
ですので、何で減らさないんだと言われたら、減らしても経費を減らす効果に結びつきにくいということと、あとシーズン的な患者さんの増加に対応できないという、多分 2 点ではないかなと思います。

（舟橋委員）
ありがとうございます。
以前はともかく、院長の方からは同様のお話は伺っています。
それで一度、じゃあ 80 床に病床を減らしたときにどれだけコストが……当然先ほど私も申し上げましたけど、別のコストも削減しないと効果が薄いというのは非常に分かります。
であれば、実際に 80 床に減らした場合にどれだけのコストが落とせるのかというところもシミュレーションをしっかりやるべきだと思うんですね。
今の状況で病床の利用率が上がりそうだとか、冬になると増えそうだとか、その期待的観測をずっと言ってもダメで、最悪の場合この状態が続くということを想定してシミュレーションをかけて、じゃあどういうところで落とせるのか、本当に 20 床減らしても全然経費が落ちないのかというところはしっかりと検討していただくべきだと思います。
それで病床数に限らないんですけど、先ほど職員の方、私は首を切るべきだとかいうことを全然言っているわけではなくて、一部公務員として働いている方がいらっしゃるので、例えば働く場所を変わってもらうとか、事務職員の方ってニーズ減ってないですよね。
1 年間でこの方って会計年度任用職員と正規職員の比率って何人くらいになっているんですか。
全員が正規職員ですか。

（桑原事務長）
違います。

（舟橋委員）
ですからそういう見直しであったり、そういう部分も本当に今これから先を考えたときにしっかり詰めて検討しないと、今の延長でいったときには来年はもっとひどい数字になって、いつまでその病床を減らすことによって国からの補助金が出るかわからないんですけど、その傾向としては、病床を減らして患者数が減っていくイコール病床を減らすという傾向というのはそうそう変わらないと思うので、そういう補助金なんかが生かせるうちに病床を減らすとか、将来に向けた選択肢をやっぱ考えていかないといけないんじゃないかなというふうに思います。
これは意見です。

（漆原院長）
あとは、考えられる方策としては、ベッド数の削減はしたと言ったように、現状としてはすぐにメリットが感じられないという中で、地域包括ケア病床をちょうど 1 年前に 70 床に増やしたと、今 30 床はまだ急性期なんですね。
実際このベッドの比率でやってみると、地域包括ケアは今も埋まるんですけど、むしろ急性期一般の方が利用率が減ってきてるんですね。
その辺を考えますと、当初からもちょっと意見があったんですが、もう 100 床全部をまず地域包括ケアにしちゃうという方向性で進めると、今言ったように 1 床あたり 4,732 円、1 日あたり増収になりますので、少しでも病床利用率の低さをそちらでカバーできる可能性はあるんじゃないかと。その辺も含めまして、今週の水曜日は病院経営のコンサルテーションを受ける予定になってまして、それを…ちょっと説明していいですか。

（桑原事務長）
令和 6 年の時にも活用させていただいた、病院機能再編個別経営コンサルティング支援事業という県の事業がありまして、今年度も対象病院に選定されましたので、今年度もまたコンサルさんに入っていただいて、本当に 100 床必要なのか。
前回令和 6 年の時には辰野病院はしばらくは 100 床必要でしょうというデータでしたので、また改めてデータをいただきながら、今後どういう病床数が必要なのかというところも検討してまいりたいと思います。

（漆原院長）
その中で少し事務長からの話があったんですが、介護医療院という入院形態というのもありまして、上伊那ではあまり採用している病院はないと思うんですけど、これすぐに飛びつくわけじゃないんですけど、一部病床をそういった職員数が少なくて運用できるような入院形態に変えることで職員数を減らせるというところが出るかもしれません。これもですので、今度の 19 日のコンサルテーションの時にこちらからまた質問してい

く予定になっています。

（舟橋委員）
急性期の病床数を減らすというお話もあるかと思うんですけど、そうなってきたときに、やはり医療機関との連携ですよね。
伊那中央病院とかあまり良い連携のお噂を聞かなかったりするので、先ほど諏訪圏というお話もありましたけども、やはり住民へのサービスを落とさずに急性期の病床を減らすとしても、そこは安心して利用いただけるような形態は上伊那全体として考えなければいけないと思います。

（漆原院長）
私は急性期が残り 30 床ありますけど、これを例えば 10 床、5 床、0 床にしても、ほとんど今のうちの病院機能がやっているものが何か損なわれるとかレベルダウンするという認識はあまりないですね。
結局、うちの病院の立ち位置が、やはり急性期で基本的に専門医の治療や高度な医療が必要な病院は中核病院である伊那中央病院さん、岡谷市民病院さん、それから諏訪日赤さんにお願いして、そこで急性期でやる手術や専門の検査を受けて終わった方はこちらでお受け取りして、リハビリテーションをして在宅なり施設でお返しするというのが立ち位置ですので、急性期病床がたとえゼロになったとしても、ほぼ今やっている入院患者さんの対応はできるんじゃないかと考えています。
実際にうちの急性期の意味というのは、うちの入院できる急性期の患者さんというのは、高齢者の肺炎ですとか尿路感染とかそういった患者さんになりますので、それは地域包括ケアに入院していただいても基本的に同等の治療ができますので、逆に高度なある程度の治療をやるとか手術をやっているところだと、やっぱり急性期病床ってどうしても残さないといけないと思うんですけど、その必要はうちは外科の常勤医師もいませんし、全身麻酔で手術するという治療もできないものですから、比較的皆さんは「急性期で辰野病院の病床がなくなっちゃうの？」という感覚とはまた違うと思うんですよね。
もちろん地域包括ケアだけでも救急車を受けられますし、ある程度の急性期の治療はそのままできますので。

（舟橋委員）
一つ質問なんですけど、中病（伊那中央病院）とかは急性期の患者さんをしっかり受け入れられているんですか。

（漆原院長）
一応基本的にはこちらから紹介した患者さんについては受けていただいています。

特に一旦我々が見て通常の外来とか診療の中でお願いした場合には各科の専門の先生が対応してくださって受けてくださるのであまり断られたりはないんですが、今まで困ったケースは救急ですね。
急患で夜あるいは土日に来たその方を中央病院さんなりに見てほしいといった場合に、今混んでいるからだめとかいろいろ理由があって受けてくださらない場合もあったんですが、それは諏訪日赤さんとかそちらにお願いすることで2方向で紹介できるものですから、あまり問題なく対応はできています。
だから予定で見てください、予約で見てくださいということに関しては全然問題なく見てくださるんですが、今すぐ見てください、夜に今すぐ見てくださいというのはちょっとやはり、今までの体制はちょっとハードルが高い時もありました。
ただ今年4月からは救急体制も結構変わってきてますので、この4月からはあんまり断られたという話は以前より聞かなくなりましたけどね、救急に関しては。
伊那中さんも非常に患者さんの数が多い割に担当医が少なくて頑張っている分だと思ってますので、やってきた人に感謝しているというのが一つではあります。

（宮原委員長）
ありがとうございました。
その他ご質問ございますか。よろしいですか。
それでは質問もございませんので、（２）町立辰野病院の運営状況は終了いたします。

**(3) 辰野病院経営強化プラン点検報告について**
（宮原委員長）
続きまして、(３)辰野病院経営強化プラン点検報告につきまして説明をお伺いします。

（加藤庶務係長）
4月より庶務係長となりました加藤と申します。
どうぞよろしくお願いいたします。
私の方から資料 NO.4「町立辰野病院経営強化プランに関する点検・評価報告書（案)」について説明させていただきます。
（資料NO.4について説明）

（宮原委員長）
ありがとうございました。
ただいま、目標達成に向けて取り組んでいくというようなことで説明をいただきました。
皆様からの質問があればお受けいたします。
いかがでしょうか。

（舟橋委員）
先ほど言われればよかったんですが、病床稼働率が令和7年度の推定で73.1%だったということですけれども、この地域包括ケア病床と急性期の病床のそれぞれの率を教えていただけますか。

（漆原院長）
資料NO.1-2の右下のところにしか出てませんけれども、令和7年決算のデータで利用率が79.95……83.3人ですので、地域包括に限ればかなり8割近く増えていたのかなと思います。
ただこれ、昨年度は7月から地域包括が70床ですので、3ヶ月は以前のことで36床でしたので、今年6月の先ほどの数字にも同じ数値が出ていると思うんですけど、資料NO.は3ですね。
それが一番右下のところ。
地域包括ケアの利用率の、6月の当日分が70.56%など、前月分が80.05%ですから、地域包括に限れば8割ぐらいというところになりますからね。
逆に言うと、やっぱり急性期の方が相当空いているということですね。
急性期は在院日数を21日以下に保たなきゃいけないというルールがあるので、回転を早くしていかないとなかなかベッドの利用率が上がらないのと、平均在院日数を減らすために急性期に入れてもなるべく早くという意識が働きますので、どうしても空床ができやすいんじゃないかと思います。
その辺も含めて地域包括を全部にしちゃうと、もう少し利用の可能性があるんじゃないかという。
地域包括に入院させれば大体60日までは入院が可能になりますが、急性期一般病床の平均在院日数というのは少し影響して埋まりにくいという印象を持っております。

（舟橋委員）
ちょっと素人考えでは分からないですけど、70床のうち地域包括ケア病床が、いいときは80を超える稼働率だということだと思うんですけど、それをじゃあ70床を100床にやったときに稼働率下がるんじゃないかっていう。

（漆原院長）
それはもちろん、そのまま80%で100床が期待できるということじゃないと思います。

（舟橋委員）
はい、わかりました。

（宮原委員長）
急性期の場合の入院日数というのは平均的にどのくらいなんでしょうか。

（漆原院長）
それの数字が出ておりますが、資料NO.1-2ですね。
今度一番下の左側の表ですね。
一番下、平均在院日数（除外者を除いた）というところになりまして、当年度が 22.6日、前年度は17.7日と一応21日を上回らないということなので大体20日前後……ギリギリ20日をちょっと割り込むぐらいですね。
これが今年の6月分につきましては資料NO.3。
これがやはり去年より在院日数長くて……あ、一番下の左側の表ですね。
平均在院日数（除外者を除いた）が当年度が16.3日で前年度が15.3日ということで、この6月というのは前年度もこれだけ在院日数少ないので、ちょっと季節性のものがあるのかなと思うんですが、やっぱり急性期病床でこれだけ在院日数少ないと、どうしてもベッドが空きやすいということかと思います。

（宮原委員長）
ありがとうございました。

（松澤恩委員）
すみません、ちょっといいですか。
県の個別経営コンサルというもの、この支援事業。これどのぐらいお金がかかりますか。

（桑原事務長）
これは無料の事業なんですよね。

（漆原院長）
これが県だとかが関わっているんですよね。それで無料になってるんです。
財源は県の方にあるんですよね。

（宮原委員長）
その他質問ございますか。
それでは質問もございませんので、（３）辰野病院経営強化プラン点検報告は終了いたします。

## (4) その他

（宮原委員長）

続きまして、その他をお願いします。

（桑原事務長）

本日お配りさせていただきました、資料 NO.5「町立辰野病院の照明 LED 化改修工事について」の資料をご覧いただきたいと思います。

病院の LED 化改修工事についてですけれども、1 番の概要になります。辰野病院における院内照明の LED 化改修工事につきましては、令和 8 年度の当初予算におきましては 2,500 万円を計上してございます。

毎年各年の当初予算の方に工事費を上程しまして、その予算の範囲内で工事を計画的に進め、複数年での施工完了を想定しておりました。

しかし、続きの 2 番の方に記載してありますけれども、こちらの背景を踏まえまして事業手法を見直しまして、一括発注による事業を進めたいと考えております。

その背景でございますけれども、

2 番の 1 つ目としまして、蛍光灯の製造、輸出入の終了になります。

2027 年末までに一般照明用蛍光灯の製造及び輸出入が終了する予定でございます。

それに向けて今後は全国的に LED 照明の切り替え需要の増加が見込まれるところです。

今後、LED 照明器具の価格上昇などのほか、需要が集中するときには供給不足が生じ、調達が困難になる恐れがあります。

2 つ目の背景としまして、工事需要の集中による影響です。

今後 LED 化に伴う工事需要が全国的に高まる中、施工体制の確保や施工時期の調整が難しくなり、施工費用の上昇が懸念されます。

3 つ目の背景としまして、照明 LED 化による病院経営の健全化です。

LED 化を進めることで、消費電力の削減、電気料金の低減が期待されます。

また、照明器具の維持管理コストの軽減などによりまして、病院経営の効率化を図ることができます。

画面をご覧ください。3 番の一括発注による効果です。

一括発注により LED 化改修工事を進めることで、将来的な資材価格や施工費の上昇による影響をできる限り抑えるとともに、LED 化による省エネルギー化を進め、消費電力の削減を通じまして、病院経営の健全化につなげていくことが可能となります。

以上のことから一括発注を進めたいと思っております。

4 番の事業規模になります。

事業費の総額としては、1 億 5,000 万円を予定しております。

対象場所ですけれども、院内のすでに LED 化された場所を除きまして 1,755 箇所となっております。

発注方法ですけれども、令和9年度から10年度までの債務負担行為を設定いたしまして、令和8年から10年の複数年契約による一括発注を行う予定であります。
5番の予算の補正額ですけれども、令和8年度におけるLED化改修工事の補正額になりますが、当初2,500万円を上程しておりますので、こちらの方に3,500万円補正をいたしまして、今年度としては6,000万円の金額となります。
また併せまして、令和9年度から10年度までの債務負担行為につきましては、9,000万円を限度額と設定いたしまして、事業費総額としましては1億5,000万円となります。
なお、財源につきましては、公営企業債、脱炭素化推進事業債を100%充当して行う予定でございます。
なお、この補正予算につきましては、9月議会にて上程予定でありますので、よろしくお願いいたします。

(宮原委員長)
ありがとうございました。
最後はLED化に伴う改修工事で、当初予定した手法を見直して一括発注により事業を進めるということでの説明でございます。
これについて皆さんご質問ございますか。

(石﨑委員)
単純な質問なんですけども、もともとは2,500万をかけるということですか。

(桑原事務長)
一応3年くらい予定しておりましたけれども、見積もりを取ったところどんどん値上がりがしておりまして、この半年の間で約4,000万から5,000万くらいの見積り額の値上がりをしておりましたので、ここで一括発注をすることによって、経費を抑えたいということで提案させていただいております。

(石﨑委員)
じゃあ、現状だと例えば4,000万上がる見込みもあるけど、それだとこの1億5,000万を上回りそうになってきたので……。

(桑原事務長)
そうですね。
もし一括発注しなければ、もっと総事業費としては大きくなると思われます。

(宮原委員長)

この費用は全額企業債ということですが、国からの事業において補助金とかそういうものはないんですか。

（桑原事務長）
補助金はございませんが、交付税措置がございまして、この起債を借りることによって元利償還金が生じますけれども、その元利償還金の 2 分の 1 の、その 2 分の 1 の 3 割から 5 割が措置される見込みでございます。

（宮原委員長）
はい、地方交付税の中で措置されていますね。ありがとうございました。
ほかにいかがでしょうか。この LED 化改修工事についてはよろしいですかね。
ないようですので、この事項につきまして終了させていただきます。
さらに他にもご質問ございませんでしょうか。

（漆原院長）
ちょっとよろしいですか。
あと一言、最後に申し添えたい点なんですが、今日主に患者の減少と人件費という部分で、病院の赤字がなかなか抜け出さないというお話が大体あったんですが、それ以上に重要な点の一つとして、いわゆる診療報酬制度の問題が非常にあって、これは病院長とか病院経営に関わる先生たちがみんな頭にあるんですけど、結局診療報酬制度というのは、診療報酬というのはいわゆる公定価格で、実際の物価や人件費の上昇に全く相応しない形でずっと来ていますので、今年の 6 月から 2 年に 1 回開催される診療報酬改定というのがあるんですが、そこで確か 20 何年ぶりかぐらいで、3.69%という本体の底上げがあって、それによって我々の医業収益がアップするんですが、これが実際のものの値段、そういったものにまだまだできていない。
自営業で飲食店とかやってらっしゃる方は、原材料費が上がれば、例えばラーメン屋さんでしたらラーメン一杯の値段を 200 円上げるとか 300 円上げるという形で収益を得られるんですが、我々は材料費だとか経費、人件費が上がっても診療報酬を自分たちの判断で上げられないものですから、結局もう国頼みという形になります。
今回、診療報酬改定である程度改善はするんでしょうけれども、これが約 2 年続きますから、2 年後の診療報酬改定でさらにそれがどんどんアップしていくのか、それとも上げ止まりで今の報酬からあまり上がらないという状況になるとなかなか状況が苦しくなってくるんですね。
ですので、今相澤病院の日本病院会会長の相澤先生なんかも率先して、国に対して診療報酬をもっと上げなさいということをアピールしていただいているんですけど、それが実現するかしないかというのも我々の非常に死活問題になっていると。一部の専門家は、

今の日本の医療の情勢を考えると、診療報酬を現在の 3%どころか 10%ぐらい引き上げていかないと、一般の病院での黒字達成というのは難しいんじゃないかと言われているんです。
ですので、我々も決められた制度の中で頑張るしかないんですけれども、国全体の日本の医療に対する報酬制度というのをですね、実勢に合わせて引っ張り上げてくれないと、どんどん苦しんでいくということを今回も申し上げておきたいと思います。
ありがとうございました。

（宮原委員長）
ありがとうございました。
それではこの辺をもちまして、協議事項を終了いたします。
それでは事務局の方へお返しいたします。

（桑原事務長）
長時間にわたりまして慎重審議いただきましてありがとうございました。
先ほどもお話ししましたけれども、今年度コンサルタント事業を活用しまして、コンサルさんからデータ提供やご提案をいただきまして、令和 10 年度までに策定予定の地域医療構想を鑑みながら病床再編等に取り組んでまいりたいと思います。
また病院運営に対するご意見等がございましたら、遠慮なく病院の方へお寄せいただければと思います。
それでは閉会の言葉を古村副委員長、お願いいたします。

（古村仁士委員）
大変難しい問題がいろいろと関連しておりますので、簡単に赤字が解消するということは簡単にはいかないというふうに思います。
私も定期的に病院に行って、診療報酬が 300 円とか 400 円、「これじゃあまり儲からないわな」というふうに思うんですけど、自分は負担が少なくてありがたいことだなとそんなふうに思っているわけでありますので、いろいろな問題があります。
簡単にはいかないと思いますけれども、いろいろな努力を重ねられて、より一層町民に頼りになる病院になっていけばいいなとこのように思っております。
これをもちまして、町立辰野病院の運営委員会を終わりといたします。ありがとうございました。
ありがとうございました。