# 千葉県立病院
# 経営改革検討会議
# 報告書

令和８年 11 月

千葉県立病院経営改革検討会議

# 目次

第1章　はじめに ..... 1
1.1　検討の背景・趣旨 ..... 1
1.2　検討の経緯 ..... 1
第2章　県立病院の経営状況 ..... 2
2.1　委員意見の要約 ..... 2
2.2　委員の意見 ..... 2
2.3　事務局による説明及び資料 ..... 3
第3章　当面取り組むべき経営改善 ..... 8
3.1　委員意見の要約 ..... 8
3.2　委員の意見 ..... 8
3.3　事務局による説明及び資料 ..... 11
第4章　県立病院の役割・機能 ..... 13
4.1　委員意見の要約 ..... 13
4.2　委員の意見 ..... 13
4.3　事務局による説明及び資料 ..... 17
第5章　経営形態に関する検討 ..... 20
5.1　委員意見の要約 ..... 20
5.2　委員の意見 ..... 20
5.3　事務局による説明及び資料 ..... 22
おわりに ..... 25
千葉県立病院経営改革検討会議設置要綱 ..... 26
千葉県立病院経営改革検討会議 委員名簿 ..... 27
検討会議の開催状況 ..... 28

# 第１章　はじめに

## 1.1　検討の背景・趣旨




千葉県立病院（以下「県立病院」という。）は、県民に高度・特殊な専門医療や地域における中核医療を提供する役割を担ってきた。一方、人口構造や医療需要の変化、医療従事者の確保、物価・人件費の上昇等により、医療を取り巻く環境は変化している。これらの影響もあり、県立病院では、純損益の赤字が継続するとともに、累積欠損金が増加するなど、厳しい経営状況が続いている。こうした状況を踏まえ、県立病院として必要な医療提供体制を維持していくため、病院経営に関する抜本的な改革について検討を進めるに当たり、有識者等の意見を聴取することを目的として、千葉県立病院経営改革検討会議（以下「検討会議」という。）を設置した。

## 1.2　検討の経緯

検討会議では、県立５病院が現在担っている医療機能、経営状況、患者の受療動向等を確認し、各病院の現状及び経営上の課題について議論を行った。

その上で、収益確保、人件費・人員配置、材料費・委託料等の観点から、当面取り組むべき経営改善について検討した。

また、県立病院の役割・機能については、各病院が現在担っている高度・特殊な専門医療、政策医療及び地域医療の内容を確認するとともに、人口・医療需要や地域の医療提供体制等を踏まえ、今後のあり方について議論を行った。

さらに、経営形態については、現行の地方公営企業法全部適用のほか、地方独立行政法人、指定管理者制度等について、それぞれの特徴や他自治体等の事例を確認し、県立病院が担う医療機能との関係も踏まえて議論を行った。検討に当たっては、病院事業を地方独立行政法人化した他都府県へのヒアリングを実施した。

本報告書は、各論点について委員から示された主な意見を取りまとめたものである。

※　本報告書における分析は、原則として資料作成時点において確認可能な期間等を対象としているため、指標や分析内容により対象年度が異なる場合がある。対象期間、定義又は比較条件がある場合は、各図表に注記している。

# 第 2 章　県立病院の経営状況

県立病院では、平成 26 年度以降、純損益の赤字が継続している。検討会議では、県立病院の経営上の課題を把握するため、純損益、累積欠損金、資本、資金の状況等の経営・財務状況を確認した。

また、県立 5 病院について、収益・費用構造の推移や病院別の収支状況を確認し、収益が増加する一方で、それを上回って費用が増加している状況を踏まえ、県立病院の経営状況について議論を行った。

## 2.1　委員意見の要約

委員からは、債務超過や流動比率等の財務指標を踏まえ、県立病院が置かれている厳しい経営・財務状況を正しく認識する必要があるとの意見が示された。また、現在の財務状況について、当面の経営改善だけでなく、構造的な課題として捉え、より根本的な構造改革を検討すべき状況にあるとの意見が示された。

## 2.2　委員の意見

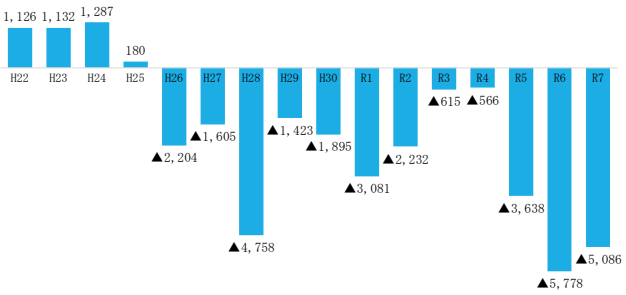
検討会議では、県立病院の経営・財務状況について、主に以下の意見が示された。

- 資本がマイナス 142 億円となっており、債務超過の状態となっている。また、流動比率は 92.8%となっている。流動比率は、1 年以内に換金可能な資産と 1 年以内に返済が必要な負債の割合を示す指標である。一般企業においては、流動比率が 200%程度あることが望ましいとされており、100%を下回る状況は非常に厳しい状態と認識されている。さらに、債務超過は一般企業であれば倒産に近い状態を意味する。まずは、この厳しい経営状況を正しく認識することが重要ではないかと考える。
- 現在の財務状況を踏まえると、当面の経営改善だけでなく、構造的な課題として捉えていく段階に入っているのではないかと考えている。減価償却費など、過去の投資に起因する費用は容易にコントロールできるものではなく、本来であれば、管理可能な費用と管理が困難な費用を分けて分析する必要がある。現在はその段階を超えて、より根本的な構造改革を検討すべき状況ではないかと考える。
- 各病院とも経営改善に取り組んでいるものの、令和 6 年度から令和 7 年度にかけては、人件費の上昇など外的要因の影響も大きく、計画どおりに進めることが難しい状況にあると認識している。今後の令和 8 年度以降については、より一層経営改革に取り組む必要があると考える。経営改善推進事業の病院事業債に関しては、経営改善が十分に進まなければ、総務省からさらなる対応を求められる可能性もある。そのため、強い危機感を持って取り組んでいく必要があると感じている。
- 将来的には病院の再編や統合も見据えながら検討を進める必要があると考えている。職員に経営改善の必要性が十分浸透していない面もあると感じており、現場レベルまで経営改善の意識を浸透させる取組や、各病院を統括し、現場の状況を直接把握しながら経営改善を推進できる人材の配置も必要ではないかと考える。

## 2.3　事務局による説明及び資料

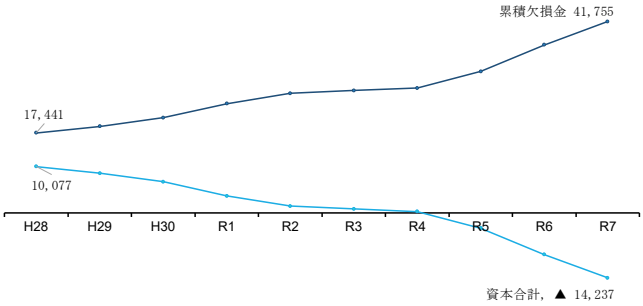
〈経営・財務状況〉

【図表 2-1 純損益の推移（百万円）】




資料：千葉県「当年度純損益、累積欠損金データ（H22年～R7年）」

【図表 2-2 累積欠損金の推移（百万円）】




資料：千葉県「当年度純損益、累積欠損金データ（H22年～R7年）」

図表 2-1 に示すとおり、病院事業会計の純損益は平成 26 年度以降赤字が継続しており、令和 6 年度は約 58 億円、令和 7 年度は約 51 億円の赤字となっている。

新型コロナウイルス感染症の影響下にあった令和 2 年度から令和 4 年度にかけては、補助金等により赤字幅が一時的に縮小したものの、その後は再び拡大している。令和 5 年度以降は、物価・人件費等の上昇に伴う費用の増加がみられる。

図表 2-2 に示すとおり、赤字の継続に伴い、累積欠損金も増加している。平成 28 年度に約 174 億円であった累積欠損金は、令和 7 年度には約 418 億円まで増加した。また、資本合計は令和 5 年度以降マイナスとなっており、令和 7 年度には約 142 億円の債務超過となっている。

【図表 2-3 借入金等の状況（百万円）】

| 年度決算 | | R2 | R4 | | R5 | R6 | R7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 借入額 | 借入額計 | 3, 700 | — | — | — | 2, 700 | 6, 400 |
| | 一般会計借入金 | 3, 700 | — | — | — | 2, 700 | 1, 500 |
| | 病院事業債（経営改善推進事業） | — | — | — | — | — | 4, 900 |
| 借入残高 | 借入残高計 | 3, 700 | 3, 700 | 3, 700 | 3, 700 | 6, 400 | 12, 800 |
| | 一般会計借入金 | 3, 700 | 3, 700 | 3, 700 | 3, 700 | 6, 400 | 7, 900 |
| | 病院事業債（経営改善推進事業） | — | — | — | — | — | 4, 900 |
| 純損益 | | ▲2, 232 | ▲615 | ▲566 | ▲3, 638 | ▲5, 778 | ▲5, 086 |
| 資金残高 | | 2, 548 | 2, 391 | 3, 447 | 1, 241 | 2, 210 | 893 |
| 繰入金 | | 14, 167 | 14, 734 | 15, 270 | 15, 820 | 16, 399 | 19, 991 |

図表 2-3 に示すとおり、病院事業会計では、内部留保資金が枯渇し、運転資金確保のため、一般会計から令和 2 年度に 37 億円、令和 6 年度に 27 億円、令和 7 年度に 15 億円を借り入れている。また、令和 7 年度には病院事業債（経営改善推進事業）49 億円を発行しており、同年度末の資金手当のための借入残高は 128 億円となっている。

【図表 2-4 貸借対照表の対前年度比較（R6→R7）（千円）】

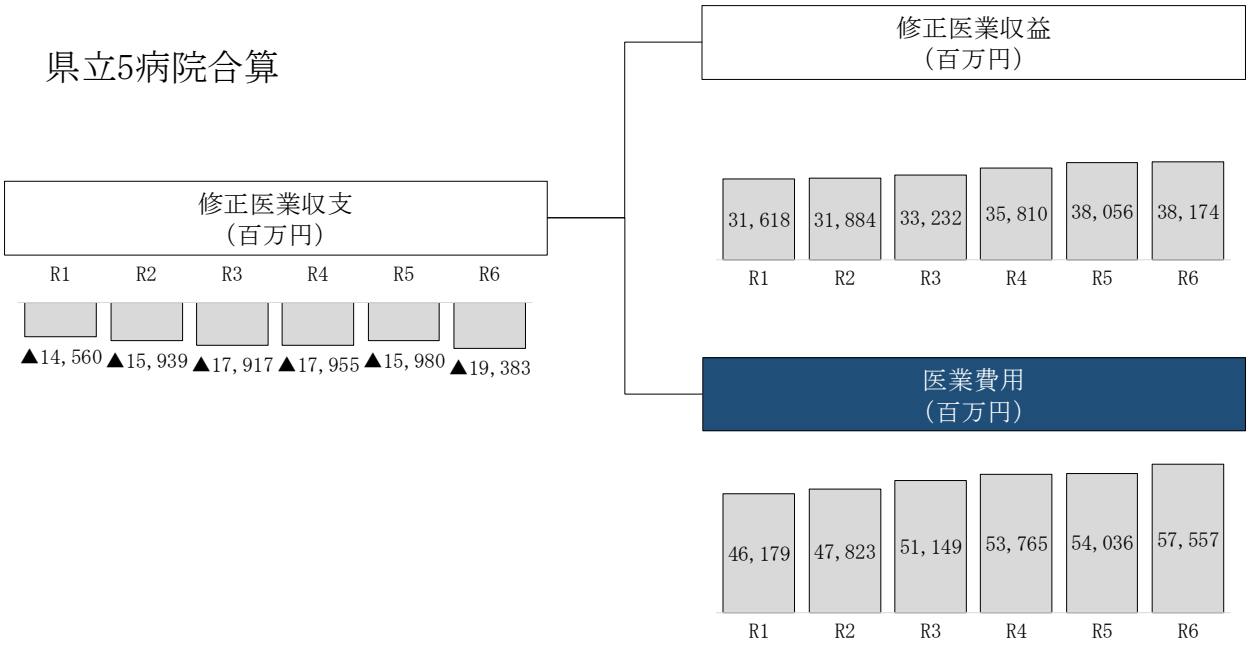
| 資産の部 | | | | 負債及び資本の部 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 資産 | R7 | R6 | 増減（R7-R6） | 負債 | R7 | R6 | 増減（R7-R6） |
| **固定資産** | 66,705,375 | 70,733,061 | ▲4,027,686 | **固定負債** | 73,250,849 | 67,017,620 | 6,233,228 |
| うち建物 | 47,193,900 | 49,205,679 | ▲2,011,778 | うち企業債 | 55,028,382 | 51,410,389 | 3,617,993 |
| うち器械備品 | 6,875,315 | 8,035,727 | ▲1,160,412 | うち他会計借入金 | 7,900,000 | 6,400,000 | 1,500,000 |
| うち建設仮勘定 | 212,688 | 157,679 | 55,009 | **流動負債** | 9,945,669 | 18,506,497 | ▲8,560,829 |
| **流動資産** | 9,227,378 | 9,886,557 | ▲659,179 | うち企業債 | 2,293,007 | 9,833,098 | ▲7,540,090 |
| うち現金預金 | 893,143 | 2,210,044 | ▲1,316,900 | うち未払金 | 5,756,096 | 6,774,201 | ▲1,018,106 |
| うち未収金 | 7,505,748 | 6,905,004 | 600,744 | **繰延収益** | 6,973,138 | 4,246,888 | 2,726,250 |
| | | | | | | | |
| | | | | **資本** | ▲14,236,903 | ▲9,151,388 | ▲5,085,515 |
| **資産合計** | **75,932,753** | **80,619,618** | **▲4,686,866** | **負債資本合計** | **75,932,753** | **80,619,618** | **▲4,686,866** |

図表 2-4 に示すとおり、貸借対照表を見ると、令和 7 年度末の流動資産は約 92 億円、流動負債は約 99 億円であり、流動比率は 92.8%となっている。また、現金預金は約 8.9 億円である。

以上のとおり、県立病院では、純損益の赤字が継続するとともに、累積欠損金が増加し、債務超過となっている。また、一般会計等からの借入れによる資金確保も行われている。

※　令和 7 年度の数値は、検討会議において使用した時点の資料に基づく。

【図表 2-5 修正医業収支の経年変化】




資料：総務省「地方公営企業年鑑（R1 年度～R6 年度）」

図表 2-5 に示すとおり、令和元年度から令和 6 年度までの 5 病院合算の修正医業収益[1]は、約 316 億円から約 382 億円へと約 66 億円（21%）増加した。一方、医業費用は約 462 億円から約 576 億円へと約 114 億円（25%）増加した。その結果、修正医業収支の赤字額は約 146 億円から約 194 億円へと拡大している。

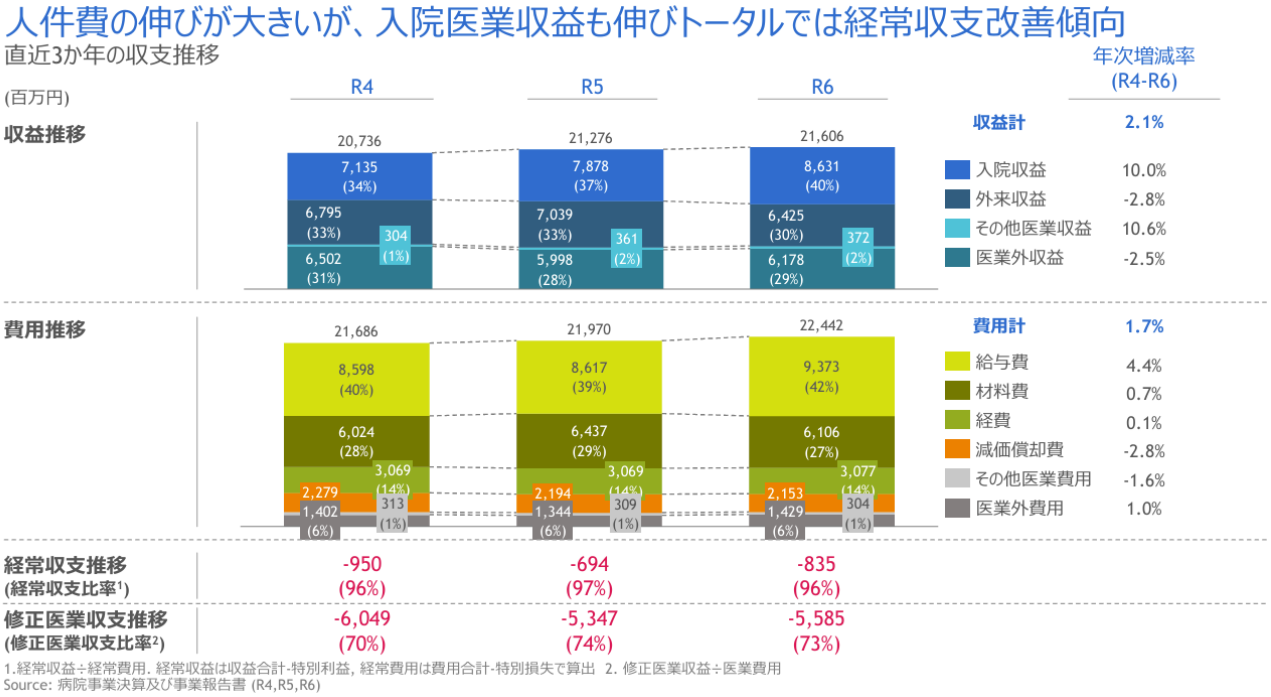
1 修正医業収益：医業収益等から他会計負担金、運営費負担金収益、補助金等収益、資産見返戻入等を除いて算出する。

収益面では、令和元年度から令和 6 年度までに、入院収益、外来収益、その他医業収益はいずれも増加している。特に入院収益は約 202 億円から約 250 億円へと約 48 億円増加しており、修正医業収益全体の増収額の 73%を占めている。

費用面では、令和元年度から令和 6 年度にかけて、給与費、材料費、経費等の各費目が増加している。中でも給与費は約 246 億円から約 297 億円へと約 51 億円増加している。

**【図表 2-6 病院別の収支状況】**

**〈がんセンター〉**

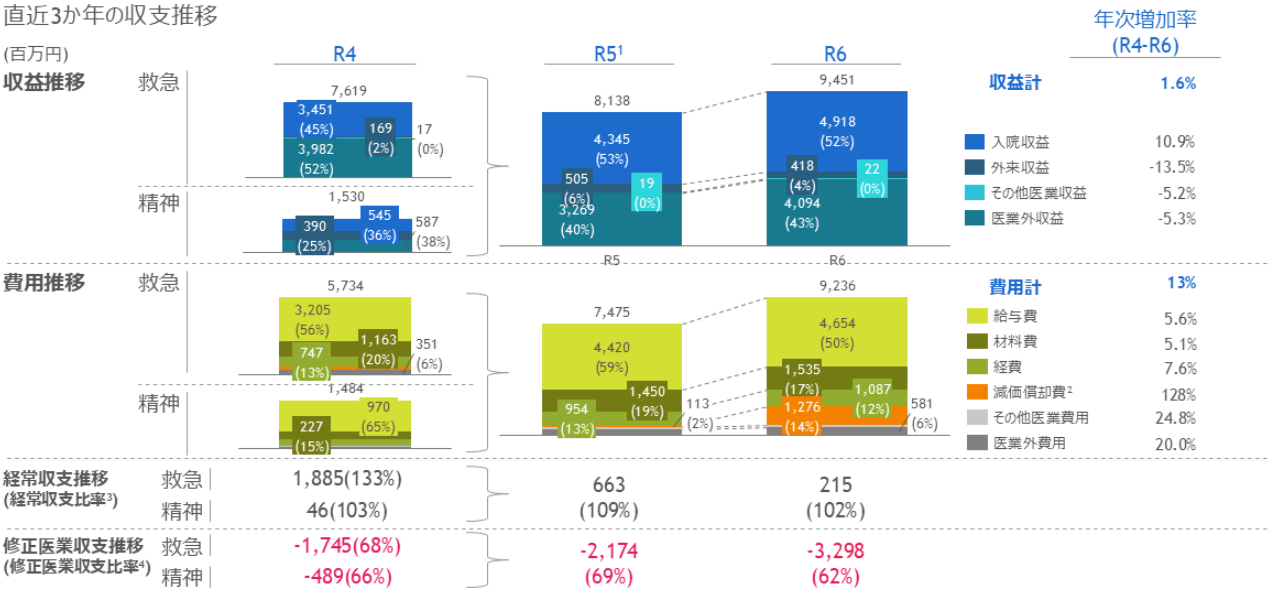



1.経常収益÷経常費用. 経常収益は収益合計-特別利益, 経常費用は費用合計-特別損失で算出 2. 修正医業収益÷医業費用
Source: 病院事業決算及び事業報告書 (R4,R5,R6)

〈総合救急災害医療センター〉

## 統合後は減価償却費が増加したが入院収益も増加し、経常収支は黒字

直近3か年の収支推移




1.R5年は救急医療センター・精神科医療センターのR5/4-10分の実績と総合救急災害医療センターのR5/11-R6/3分を加えた数値
2.経常収益÷経常費用. 経常収益は収益合計-特別利益, 経常費用は費用合計-特別損失で算出 ; 3. 修正医業収益÷医業費用
Source: 病院事業決算及び事業報告書(R4,5,6)

〈こども病院〉

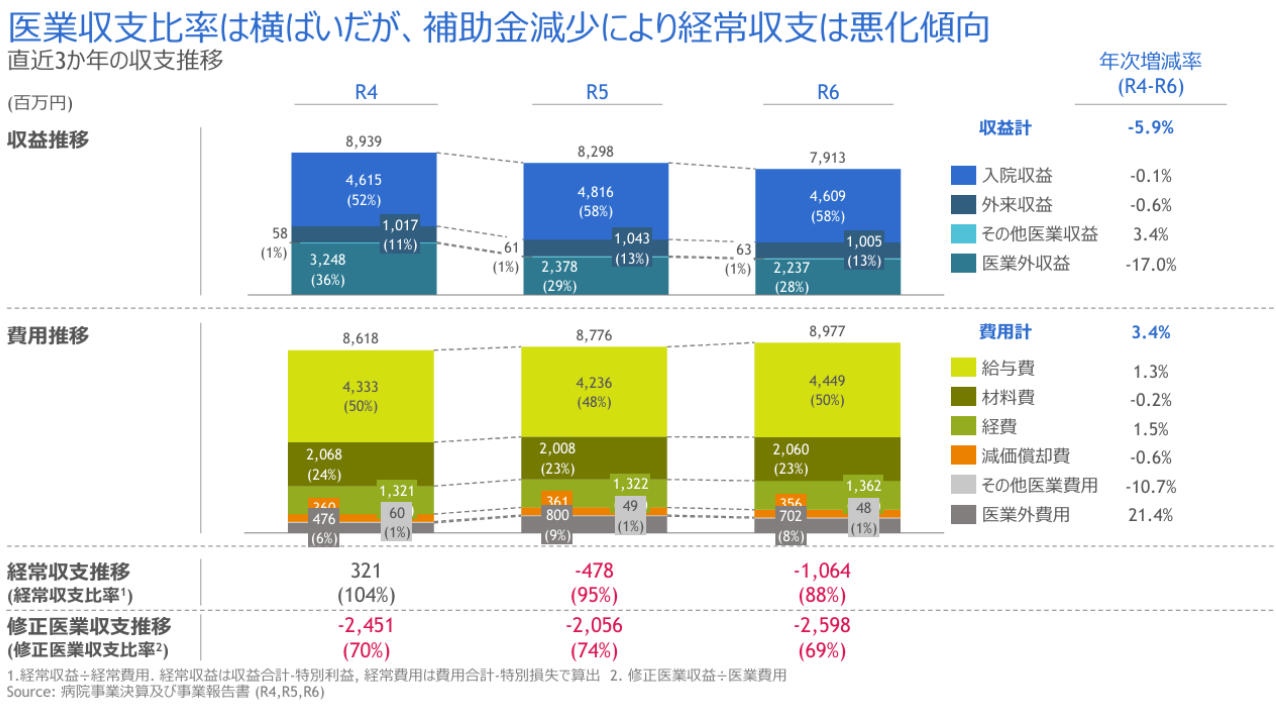
## 外来収益は伸びているが、医業外収益減少と人件費増加により経常収支は悪化傾向

直近3か年の収支推移

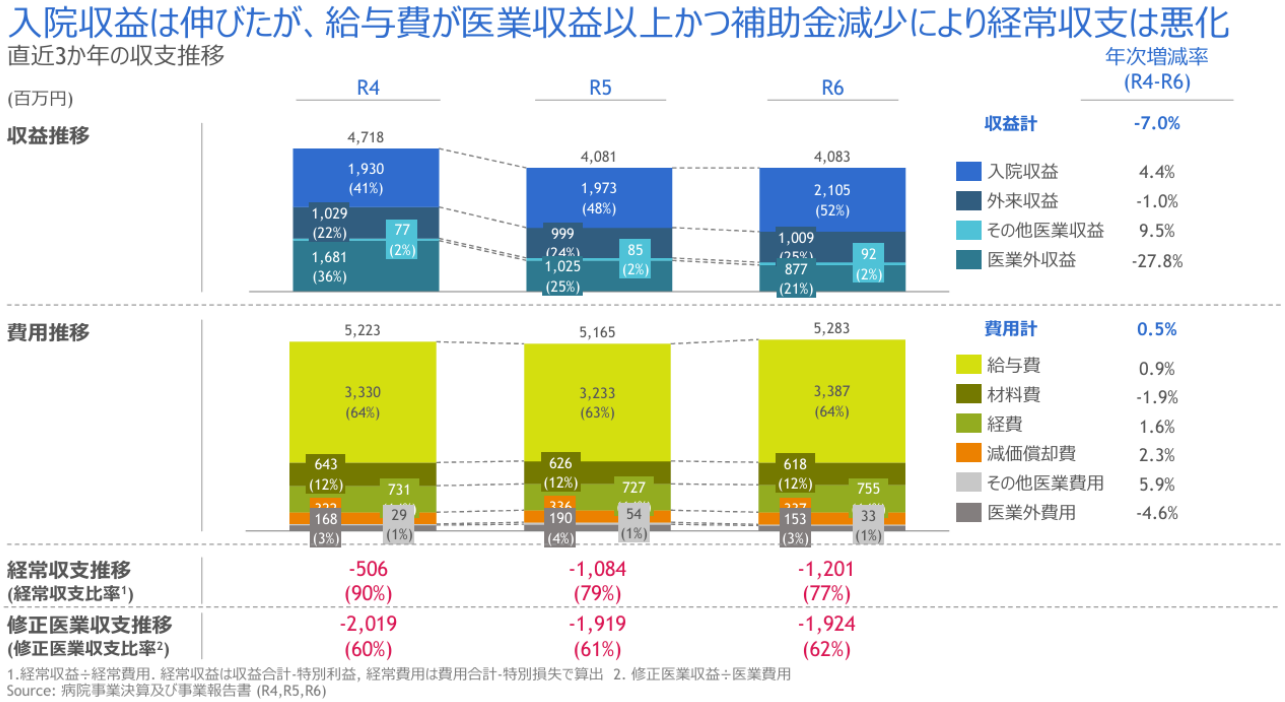



1.経常収益÷経常費用. 経常収益は収益合計-特別利益, 経常費用は費用合計-特別損失で算出 2. 修正医業収益÷医業費用
Source: 病院事業決算及び事業報告書 (R4,R5,R6)

〈循環器病センター〉




〈佐原病院〉




図表 2-6 に示すとおり、県立 5 病院の直近 3 か年度の収支状況を見ると、病院ごとに収益・費用の推移は異なるものの、令和 6 年度の経常収支は総合救急災害医療センターを除くすべての病院において赤字となっている。

# 第 3 章　当面取り組むべき経営改善

第 2 章で示したとおり、県立病院では純損益の赤字が継続している。検討会議では、現行の経営形態の下でも当面取り組むことができる経営改善について議論を行った。

## 3.1　委員意見の要約

収益面については、DPC[2]入院期間を意識した運用が必要との意見が示された。具体的な増収策として、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等の上位施設基準・新規施設基準の取得、手術室稼働率の向上、各種文書料の見直し、化学療法の外来・入院それぞれの収益性を踏まえた運用等の意見が示された。

費用面については、患者需要を踏まえた病床規模・病床運用の見直しや、材料費における共通材料の採用、共同調達、価格交渉の一元化、委託費における業務の集約、契約方法・仕様の見直し等に関する意見が示された。なお、単純な人員削減だけではなく、専門病院として必要な人材が確保できているか評価する必要があるとの意見が示された。

経営改善を推進する体制については、責任者への権限付与、若手職員等への権限委譲、現場の職員が自ら課題を抽出して改善を実行する仕組みや、各病院を横断して経営改善を進める体制・人材が必要との意見が示された。

## 3.2　委員の意見

検討会議では、当面取り組むべき経営改善について、主に以下の意見が示された。

- **DPC 入院期間Ⅱ超えの症例が 35%を超えている状況は、病床数が需要に対して多く、患者の在院期間が長期化する運用になっている可能性を示している。新規入院患者を大幅に増やすことが難しいのであれば、在院日数の短縮だけでなく、病床数そのものの適正化を検討しなければならない。こうした状況が改善されていない背景には、職員一人ひとりの経営に対する意識も関係しているのではないかと考える。**
- **毎年約 50 億円の赤字が続いている状況を考えると、当面の経営改善策も強力に進める必要がある。病床稼働率を踏まえ、十分に活用されていない病床については利用停止や病床返還を行い、人員配置の見直し等によるコスト削減を図ることも考えられる。各病院を統括し、現場の状況を直接把握しながら経営改善を推進できる人材の配置も必要ではないかと考える。**
- **厳しい状況の中で改革を進めるには、縦割りの組織をそのままにするのではなく、明確なリーダーシップを持つ責任者を置き、必要な権限を与えることが重要である。また、比較的若い職員に権限を委譲し、既存の業務のどこに問題があるのかを現場から洗い出し、一つずつ改善していく仕組みが必要だと思う。外部コンサルタントの提案**

[2] DPC：急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日あたり包括払い制度。

に依存するのではなく、内部の職員が自律的に課題を抽出し、実行まで担う体制をつくることが、県立病院の環境を変える上で重要ではないか。

- 人件費については給与や各種手当、医師研究費等の見直し、パート医師の適正化などが考えられる。また、医療機器の保守業務、清掃業務等の委託仕様の見直し、診療材料等の共同購入、光熱水費の削減などの取組が考えられる。
- 収益が上がらない理由を考える際には、単に人件費を減らすだけでなく、専門病院に必要な専門職が十分に確保できているかを評価する必要がある。埼玉県立病院が地方独立行政法人化に踏み切った最大の理由の一つは、人口当たり医師数が全国でも少ない中で、専門病院の収益と医療機能を支えるプロフェッショナルな医師や職員を確保しやすくするためであった。千葉市内の病院だけでなく、佐原病院や循環器病センターについても、収益を生み出す診療を担える人材が配置されているのかを確認する必要がある。
- 医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等の上位施設基準・新規施設基準の取得、手術室稼働率の向上、特別病室使用料や各種文書料の見直し、特別病室使用料減免額の削減などによる増収策が考えられる。
- 病棟運用について、DPC 入院期間Ⅱの最終日での退院を意識した運用や、化学療法における外来・入院それぞれの収益性を踏まえた運用が考えられる。
- 外来機能をどのように位置付けるかという視点も重要ではないか。特に、外来から入院へどのようにつなげていくのかという観点についても検討する必要がある。
- 外来については、患者総数だけではなく、新患数や新規入院患者数の動向も非常に重要である。増収策として、化学療法など外来診療の一部を入院診療へ移行する方針はあり得るが、いずれにしても新患が減ると将来的な入院減にもつながるため、そのあたりのデータをきちんと把握することが必要だと思われる。
- 患者数を継続的に増やしていくためには、近隣の介護施設（株式会社、社会福祉法人、医療法人運営）との連携など、民間病院が行っているような取り組みを更に推進する必要がある。
- クリティカルパス[3]については、適用率だけでなく、その先のバリアンス[4]分析が重要である。がんセンター適用率が 80%近くと高い水準にあるが、パスから逸脱した症例について、どの段階で、どのような理由により逸脱したのかを分析しなければ、在院日数の短縮や医療の標準化にはつながらない。例えば、化学療法や抗菌薬の使用、患者の合併症など、逸脱の要因を整理し、パス自体の見直しや診療プロセスの改善に反映する必要がある。

[3] クリティカルパス：入院から退院までの標準的な検査や治療の工程をまとめた計画書。治療の遅れを防ぎ、計画的な退院に繋げる目的がある。

[4] バリアンス：標準化や医療の質改善を図ることを目的として、収集される情報のこと。計画した診療･ケアの提供（プロセス）が行われなかったり、期待していた成果（アウトカム）通りには至らなかったりした状態をバリアンスという。

- 材料費については、令和 8 年度から預託在庫方式[5]を導入したとのことだが、在庫を適正化する効果に加え、共通材料の購入単価を下げる視点も必要である。各病院間で共通して使用する材料については、同一業者からまとめて購入することで数量を確保し、価格交渉力を高められる可能性がある。
- コスト削減では、材料費と委託費の見直しが大きなポイントである。埼玉県立病院では、4 病院を一つの機構として運営し、SPD[6]を一社で一括契約するとともに、できる限り共通の材料を採用している。また、日本ホスピタルアライアンス等の共同購入も活用している。地方公営企業法全部適用では複数年度契約や、高額機器の本体価格と保守費用を合わせた入札などに制約があると思うが、委託費を含め、契約方法そのものを見直す余地は大きいと考える。
- 委託費や医療材料の高騰に対応するため、職員一人ひとりが「前年度と同じ」という公務員的考え方をやめ、どうしたら少しでも減らせるかという工夫を試みてほしい。そのために、良い工夫をした職員を表彰したり、人事評価に反映させる仕組みなどの取組をしてみたらどうか。そして患者数の確保という点では、意外と知られていないことであるが、千葉県の県立病院は患者安全のレベルが高く医療の質が高いということを「売り」として県民に知らせる戦略もぜひ考えてほしい。
- 千葉県立病院の看護職の年齢構成について拝見したところ、45 歳から 55 歳までの年齢層が多く存在している。給与水準が高いため、人件費の面では負担が大きくなるが、経験豊富な人材を有効に活用し、地域全体で協力・連携して医療提供体制を確保していくことが重要ではないかと考える。例えば、出向事業を活用することで地域とのつながりを強化できるのではないかと考えている。2040 年を見据えた看護人材の地域偏在への対応に関する議論では国や関係団体が出向事業の推進について検討を進めており、令和 2 年度に総務省が公表した「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院の経営強化ガイドライン」においても医師・看護職の派遣を強化することの重要性が示されている。地域での勤務を経験した職員は、退職後に再びその地域で働くことを希望する傾向もあるため、地域看護人材の確保や定着にも寄与するのではないかと考える。
- 看護職の年齢構成をみると 45 歳から 55 歳までの年齢層が多い。これが人件費コストを上げているという経営上の課題ではあるが、同時に、若くしてバーンアウト等で退職する看護職が少ないという定着率の高さや、組織内のクリニカルラダー[7]への信頼感があることの表れとみることもできる。県立病院には「優秀な看護人材を率先して育成する」という社会的役割もあるのであるから、このことを単純にマイナス面とし

[5] 預託在庫方式：事業者が自社資産として医療機関内に預託在庫として配置し、在庫管理を代行する方式のこと。預託商品の売買は、医療機関が預託商品を使用した時点で成立する。
[6] SPD：病院が使用・消費する物品（診療材料、消耗品など）の在庫やそれを使用する場所への供給等の物流・物流管理を委託することにより、診療物品を柔軟かつ円滑に管理する方法。
[7] クリニカルラダー：臨床実践に必要な看護師の能力を段階的に示したシステム。

て受け止めるのではなく、そうした「経験を積んだ優秀な看護人材」を何らかの形で経営改善に活かしていく方策を検討すべきである。

- 看護師から多職種への業務委譲がどのように進められているのか、どの業務で課題が生じているのか、どの部分でタスクシフトが十分に進んでいないのかについても分析すれば、現場の状況がより明確になると考える。

## 3.3　事務局による説明及び資料

**【図表 3-1 病院経営に関する参考指標（R6）】**

| 病院 | 延入院患者数 | 延外来患者数 | 入院診療単価/日 | 外来診療単価/日 |
|---|---|---|---|---|
| **がんセンター** | 116,133 人 | 144,783 人 | 74,323 円 | 44,373 円 |
| **総合救急災害医療センター** | 49,067 人 | 37,248 人 | 100,221 円 | 11,221 円 |
| **こども病院** | 45,591 人 | 79,268 人 | 104,954 円 | 46,612 円 |
| **循環器病センター** | 44,015 人 | 72,786 人 | 104,711 円 | 13,803 円 |
| **佐原病院** | 40,939 人 | 84,487 人 | 51,414 円 | 11,942 円 |

図表 3-1 に示すとおり、県立 5 病院では、それぞれが担う医療機能等に応じて、患者数や診療単価に違いがみられる。入院については、がんセンターの延患者数が他の 4 病院と比べて多い一方、総合救急災害医療センター、こども病院及び循環器病センターでは入院診療単価が 10 万円を超えている。外来については、がんセンターの延患者数が最も多く、がんセンター及びこども病院の診療単価が他の 3 病院と比べて高くなっている。

**【図表 3-2 DPC 入院期間Ⅱ超割合・効率性係数（R7）】**

| 病院 | DPC 入院期間Ⅱ超割合 | 効率性係数 |
|---|---|---|
| **がんセンター** | 29.1% | 0.02427 |
| **総合救急災害医療センター** | 出来高算定病院のため対象外 | |
| **こども病院** | 30.6% | 0.04041 |
| **循環器病センター** | 35.8% | 0.02297 |
| **佐原病院** | 33.7% | 0.03125 |

図表 3-2 に示すとおり、DPC 対象病院における DPC 入院期間Ⅱ超割合は、がんセンターが 29.1%、こども病院が 30.6%、循環器病センターが 35.8%、佐原病院が 33.7%となっている。なお、総合救急災害医療センターは、出来高算定病院であるため対象外となっている。

【図表 3-3 材料費の病院別比較（百万円）】

| 病院 | H30 | R5 | R7 | H30→R5 | H30→R7 |
|---|---|---|---|---|---|
| がんセンター | 4,597 | 7,079 | 7,193 | +54% | +56% |
| 総合救急災害医療センター | 1,286 | 1,595 | 1,716 | +24% | +33% |
| こども病院 | 2,571 | 4,600 | 4,210 | +79% | +64% |
| 循環器病センター | 2,042 | 2,209 | 2,234 | +8% | +9% |
| 佐原病院 | 603 | 688 | 683 | +14% | +13% |
| **5 病院合計** | **11,099** | **16,170** | **16,035** | **+46%** | **+44%** |

図表 3-3 に示すとおり、材料費は、平成 30 年度から令和 5 年度にかけて全国の自治体病院で 22%増加している一方、県立 5 病院では同期間に 46%増加している。県立 5 病院の材料費は、平成 30 年度の 11,099 百万円から令和 5 年度には 16,170 百万円となり、令和 7 年度は 16,035 百万円となっている。

【図表 3-4 委託料の病院別比較（百万円）】

| 病院 | H30 | R5 | R7 | H30→R5 | H30→R7 |
|---|---|---|---|---|---|
| がんセンター | 1,050 | 2,344 | 2,385 | +123% | +127% |
| 総合救急災害医療センター | 556 | 685 | 946 | +23% | +70% |
| こども病院 | 839 | 1,119 | 1,134 | +33% | +35% |
| 循環器病センター | 690 | 864 | 898 | +25% | +30% |
| 佐原病院 | 352 | 466 | 513 | +32% | +46% |
| **5 病院合計** | **3,487** | **5,478** | **5,876** | **+57%** | **+69%** |

注 1：委託料の増減には、新病院への移行や診療機能の統合、施設・設備の更新等、各病院固有の事情が含まれる。

注 2：5 病院合計は経営管理課分を含まないため、病院局全体の委託料とは異なる。

図表 3-4 に示すとおり、委託料は、平成 30 年度から令和 5 年度にかけて全国の自治体病院で 14%増加している一方、県立 5 病院では同期間に 57%増加している。県立 5 病院の委託料は、平成 30 年度の 3,487 百万円から令和 5 年度には 5,478 百万円となり、令和 7 年度は 5,876 百万円となっている。

【図表 3-5 減価償却費の病院別比較（百万円）】

| 病院 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 | R6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| がんセンター | 624 | 588 | 2,352 | 2,280 | 2,194 | 2,153 |
| 総合救急災害医療センター | 463 | 296 | 291 | 245 | 114 | 1,276 |
| こども病院 | 309 | 475 | 378 | 357 | 332 | 311 |
| 循環器病センター | 523 | 509 | 403 | 361 | 361 | 357 |
| 佐原病院 | 208 | 235 | 302 | 322 | 336 | 337 |
| **5 病院合計** | **2,127** | **2,103** | **3,727** | **3,564** | **3,337** | **4,434** |

注 1：5 病院合計は経営管理課分を含まないため、病院局全体の減価償却費とは異なる。

図表 3-5 に示すとおり、がんセンター及び総合救急災害医療センターでは、建替えに伴い減価償却費が大きく増加している。

# 第 4 章　県立病院の役割・機能

千葉県病院局は、県民の健康保持に必要な医療を提供するため、高度・特殊な専門医療を扱う 3 病院（がんセンター・総合救急災害医療センター・こども病院）、循環器に関する高度・特殊な専門医療と地域における中核医療を行う循環器病センター及び地域の中核医療を担う佐原病院の県立 5 病院を管理・運営している。人口減少や医療需要の変化等を踏まえ、今後の県立病院の役割・機能について議論を行った。

## 4.1　委員意見の要約

委員からは、県立病院の役割・機能について、高度・特殊な専門医療を担う病院と地域医療を担う病院では、その役割や検討すべき論点が異なるとの意見が示された。がんセンター、総合救急災害医療センター及びこども病院については、広域・高度・専門医療を担う県立病院としての役割は明確であるが、今後の医療需要を踏まえ他の医療機関との連携・役割分担等を検討する必要があるとの意見が示された。一方、地域医療を担う病院については、人口減少や医療需要の変化、周辺医療機関の状況等を踏まえ、地域に必要な医療機能と、その機能を県立病院が担うことを分けて考える必要があるとの意見が示された。

こども病院については、将来の建替えを見据え、成人急性期病院との連携・近接配置を検討する必要があるとの意見が示された。専門医療と地域医療の双方を担う循環器病センターについては、それぞれの機能を分けて捉え、県立病院として担う機能や周辺医療機関との役割分担を検討する必要があるとの意見が示された。佐原病院については、地域に必要な医療機能を維持していくためには、今後、運営主体や周辺医療機関との連携・再編等を検討する必要があるとの意見が示された。

## 4.2　委員の意見

検討会議では、県立病院の役割・機能について、主に以下の意見が示された。

- **専門病院・地域病院それぞれの個別のあり方については、少なくとも医療需要減少の中で何らかの見直しが必要という方向性については理解している。**
- **専門病院と地域医療を担う病院を分けて考えるという点については、検討会議委員間でおおむね共通した意見であったと考える。**
- **新たな地域医療構想の中で県立病院をどのように位置付けるのか、今後、県立病院が地域医療の中でどのような役割を担うのか、また、どのようなポジションを取るべきなのかについて、十分に検討していただきたい。**
- **がんセンター、こども病院、総合救急災害医療センターについては、広域・高度・専門医療を担う県立病院としての役割が明確であると考える。**
- **地域病院については、人口減少や医療需要の減少を踏まえると、統廃合や再編は避けられない方向性と考える。一方で再編や移管によって県の負担が市町村等に移るだけでは、引受先が新たに厳しい経営を抱える可能性もあるため、東千葉メディカルセンターの事例を成功例としてとらえてよいかは慎重に見る必要があるのではないか。**

- 地域に対する医療機能は必要であり、住民の理解も得ながら一定の機能を残す必要はあるかもしれないが、それを県が担うべきかどうかは別問題であり、県の役割としては見直しの時期に来ているのではないかと思う。
- 大学病院から医師を派遣する立場でみると、複数の診療科がそろい、若手医師が十分な症例を経験できる病院は派遣先として選ばれやすい一方、診療科や症例が限られる地域病院は研修先としての魅力が乏しくなる。若手医師が希望しない病院へ強制的に派遣することは難しい時代であり、医師確保の観点からも、病院機能の集約化を重く考える必要がある。
- がん医療については、今後、高難度手術等の集約化・重点化が進む可能性を踏まえて機能を検討する必要がある。
- がんセンターは病床稼働率や診療単価の向上に努めているが、患者の高齢化に伴い、循環器疾患など複数の併存疾患を抱える患者が増えている。がん治療だけに特化した病院で、こうした患者に必要な全身管理を今後も十分に提供できるのかは課題である。県内には国立がん研究センター東病院や千葉大学医学部附属病院もあるため、がんセンターの専門性と総合診療機能のあり方を、周辺医療機関との役割分担も含めて検討する必要があると思う。
- こども病院については、現在、二次医療圏の患者が中心となっているが、三次医療圏、すなわち県全体から患者を受け入れる病院として考えていく必要がある。そのため、県全体を見据えた受入体制を整備していくことが重要であると思う。
- こども病院については、建替えを検討する際に、成人を診療する大規模な総合病院との連携をぜひ考えていただきたい。必ずしも病院を一つにする必要はないが、隣接するなど、お互いに助け合える場所に整備することが望ましいと考える。小児専門病院は、重症の子どもや高度・専門的な小児医療には強みがあるが、母体に疾患がある場合の産科医療や、成人診療科の支援が必要な症例については、小児専門病院だけでは対応が難しい面がある。また、小児耳鼻科、小児眼科、小児心臓外科など、今後、医師の確保が難しくなる診療領域についても、総合病院と連携することで機能を維持しやすくなる。今後、こども病院は 18 歳頃まで診療し、成人診療へ円滑に移行できるようにしていくことが重要であり、その点でも、成人病院と一緒になる、あるいは近接することには大きなメリットがあると思う。千葉県こども病院についても、現在地でそのまま単独で建て替えるだけでなく、成人病院の隣に整備するなどの選択肢を検討していただきたい。
- 循環器病センターについては、専門医療と地域医療の両方の機能を持っているので、県立病院としてどの機能を担うのか、また、地域の中でどのような役割分担や再編・統合が考えられるのかについて、もう少し具体的に整理し、検討していく必要があるとの主旨の意見が多くの委員から提示された。

- 専門医療と地域医療の双方を担っている循環器病センターを今後どのように位置付けるかだと思う。循環器の専門機能と地域の一般医療機能が一つの病院に同居しているため、病院をそのまま残すかどうかだけでなく、それぞれの機能を分けて検討する必要がある。循環器機能については、この地域からなくなった場合に、どの地域や患者が具体的に困るのか、近隣の総合病院へ統合しても患者のアクセスと診療機能を確保できるのかを検証すべきである。一方、地域医療機能については、近隣に病床稼働率の低い病院が複数あるため、病院同士を再編することで患者数や人材を集約し、一つの病院として持続可能にできる可能性がある。循環器病センターを現在の形のまま地方独立行政法人化や指定管理へ移すのか、専門機能と一般医療機能を分けてそれぞれ統合するのか、県立病院として担うべき役割から整理する必要がある。
- 循環器病センターについては、現在では多くの総合病院が循環器疾患に対応しているため、専門センターとしての特殊性や、県立病院でなければ担えない機能が何かを改めて明確にする必要がある。
- 循環器病センター周辺の病院も非常に稼働率が低く、在院日数が長い状況にある。また、循環器病センターという名称ではあるが、現在はどの病院でも循環器疾患の治療を行っているので、県立病院として担ってきた役割は見直しの時期に来ているのではないかと思う。
- 循環器疾患は高齢者に多く、一定の診療需要は今後も残ると思うが、循環器病センターを専門センターとして単独で維持することは難しいと考える。今後は、高齢者救急や地域救急を担う機能として再整理し、近隣病院との連携や統合も含めた形を検討する必要がある。
- 循環器病センターの「地域病院的な要素」をどこまで維持するのかという点で、地域の他の民間病院とのすみわけを見直す時期にきているのではないかと思われる。

- 佐原病院については、地域に必要な医療機能を維持していくためには、今後、運営主体や周辺医療機関との連携・再編等を検討していく必要があるとの主旨の意見が多くの委員から提示された。
  - 佐原病院については、病床稼働率が低く、地域に同様の機能を持つ病院も複数あることから、県立病院としての役割は相当程度終えているのではないかと思う。民間病院への移行や指定管理、近隣病院との統合など、県以外の運営主体への移行も視野に入れ、地域に必要な医療機能をどのように残すかを検討する段階に来ていると考える。
  - 佐原病院については、仮に経営形態や経営主体が変わる場合に地域医療のための機能が十分に継承される必要があるが、県立病院としての役割は終えつつあるのではないかという印象をもっている。

    - 佐原病院については、建物が築後約 52 年を経過し、老朽化が進んでいる。今後の建替えや維持管理まで県が継続して担うことには限界があるため、指定管理、民間移譲、近隣病院との再編など、別の運営方法を具体的に検討する必要があると思う。
    - 佐原病院は小規模であるだけに、病院長の経営方針やガバナンスが現場まで行き届いているという印象があった。しかし経営改善のためには、多少大胆な措置をとる必要があるかもしれないと考える。かつて東金病院が、比較的うまく別法人に引き継いでもらえた例があったと思われるが、そうした前例をよく分析検討した上で、同じようにソフトランディングを目指してほしいと思う。
- 各病院でも自分たちの病院をどうしていくべきかということを院内で検討することが大事ではないかと思う。

## 4.3　事務局による説明及び資料

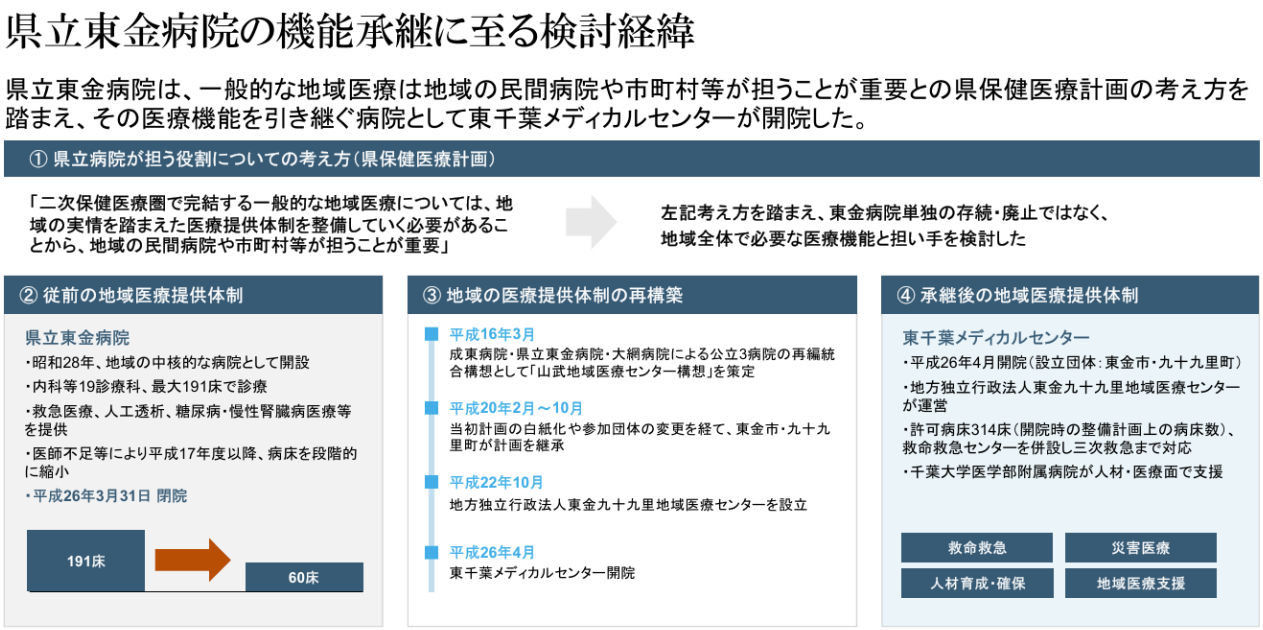
**【図表 4-1 新たな地域医療構想に向けた検討】**




図表 4-1 に示すとおり、現在、2040 年に向けた新たな地域医療構想の策定に向けた検討が進められているところであり、新たな地域医療構想が目指す方向性や、千葉県における構想区域の見直し案が示された。また、地域医療を担う病院の役割・機能を検討するに当たり、当該地域の人口・医療需要、患者の受療動向、周辺医療機関の配置及び提供されている医療機能等を確認した。

新たな地域医療構想の検討に当たり、国は、生産年齢人口の減少による医療需要の変化や医療人材の制約を踏まえ、医療機関の連携・再編・集約化等といった方向性を示している。

【図表 4-2 医療提供体制を再構築した県内事例】




図表 4-2 に示すとおり、医療提供体制を再構築した県内事例として、県立東金病院から東千葉メディカルセンターへの機能承継の経緯を確認した。地域の公立病院の再編構想等を経て、平成 26 年 3 月に閉院し、同年 4 月に東千葉メディカルセンターが開院した。

【図表 4-3 がんセンターの医療実績】

| 項目 | R4 | R6 |
|---|---|---|
| 治験 | 123 | 125 |
| ゲノム医療 | 189 | 159 |
| ダヴィンチ手術 | 306 | 431 |
| IMRT（強度変調放射線治療） | 7,589 | 7,321 |
| ハイパーサーミア | 592 | 843 |

図表 4-3 に示すとおり、がんセンターは、がんに関する高度・専門医療を担い、県内の複数の医療圏から患者を受け入れている。

【図表 4-4 総合救急災害医療センターの医療実績】

| 区分 | R4 | R6 |
|---|---|---|
| 切断肢 | 58 人 | 88 人 |
| 重症熱傷 | 23 人 | 33 人 |
| 重症等全体 | 1,332 人 | 1,750 人 |
| 自損 | 90 人 | 141 人 |
| 中毒 | 62 人 | 132 人 |
| 救急等全体 | 2,563 人 | 2,811 人 |

R6 精神科救急システム受診患者：157 件（全体 735 件の 21%）／R6 新入院の転院症例：863 人（31%）

図表 4-4 に示すとおり、総合救急災害医療センターは、救急医療、災害医療、精神科救急及び身体・精神合併救急等の政策医療を担っている。

【図表 4-5 こども病院の医療実績】

| 疾患 | R4 | R5 | R6 |
|---|---|---|---|
| 先天性心疾患 | 403 人 | 425 人 | 403 人 |
| 中枢神経疾患 | 218 人 | 253 人 | 242 人 |
| 先天性代謝疾患 | 135 人 | 194 人 | 183 人 |
| 1 型糖尿病 | 10 人 | 7 人 | 6 人 |

図表 4-5 に示すとおり、こども病院は、小児の高度・専門医療の政策医療を担っている。

【図表 4-6 循環器病センターの医療実績】

| 項目 | R5 |
|---|---|
| PCI（経皮的冠動脈形成術 ステント留置術） | 234 件 |
| ABL（心筋焼却術） | 287 件 |
| デバイス | 190 件 |
| 心血管外科手術 | 139 件 |

図表 4-6 に示すとおり、循環器病センターは、循環器疾患に関する専門医療を担うとともに、地域医療等を提供している。

【図表 4-7 佐原病院の医療実績】

| 項目 | R4 | R5 | R6 |
|---|---|---|---|
| 救急車受入 | 1,411 件 | 1,450 件 | 1,295 件 |
| 訪問看護 | 10,084 件 | 9,855 件 | 9,799 件 |
| 訪問診療 | 815 件 | 824 件 | 742 件 |

図表 4-7 に示すとおり、佐原病院は、地域において、急性期医療を担うとともに、在宅医療を提供している。

# 第 5 章　経営形態に関する検討

自治体病院の経営形態には、地方公営企業法の一部適用・全部適用、地方独立行政法人、指定管理者制度、民間移譲等の選択肢があり、現在、千葉県立病院は、地方公営企業法の全部適用により運営されている。厳しい経営状況や各病院の役割を踏まえ、将来的な経営形態について議論を行った。

## 5.1　委員意見の要約

委員からは、経営形態について、地方独立行政法人化などの抜本的な経営形態の見直しについても本格的な検討を始める必要があるとの意見が示された。なお、経営形態の変更自体を目的とするのではなく、各病院が担う役割・機能や解決すべき経営上の課題を踏まえ、何を実現し、何を改善するための手段とするのかを明確にした上で検討する必要があるとの意見が示された。地方独立行政法人については、地方独立行政法人化のみで経営改善が実現するものではない一方、病院運営に関する裁量が拡大することで、経営改善に取り組むための手段が増えるとの意見が示された。また、経営形態の検討と併せて、病床・人員配置や業務運用の見直し、病院間が連携して改善に取り組む体制が必要との意見が示された。

各病院の運営については、がんセンター、総合救急災害医療センター及びこども病院の専門医療を担う 3 病院を地方独立行政法人化して運営することを選択肢とする意見が示された。一方、循環器病センター及び佐原病院については、地域特性や担う医療機能が異なることから、これら 3 つの病院とは分けて経営形態・運営方法を検討する必要があるとの意見が示された。

## 5.2　委員の意見

検討会議では、県立病院の経営形態・運営方法について、主に以下の意見が示された。

- **病院経営を取り巻く厳しい状況は全国的な課題であると認識している。こうした課題を抜本的に解決するためには、地方独立行政法人化などの経営形態の見直しについても、本格的な検討を始める必要があるのではないかと考えている。現場が経費削減に努力することは重要であるが、解決が難しい段階にきているように感じている。**
- **経営形態の変更は目的ではなく、あくまで手段である。何を実現し、どの課題を改善するために制度を変えるのかを明確にする必要がある。例えば、地方独立行政法人化により人事の硬直性を解消して医師・看護師を確保するのか、複数年契約や共同調達を可能にするのか、意思決定を迅速化するのかによって、制度変更の評価軸は異なる。ヒアリングで示された効果のうち、県立病院が実際に必要としているものは何か、病院ごとに具体化して検討すべきだと思う。**
- **地方独立行政法人化したからといって自動的に経営が改善するわけではないが、改善策として選べる手段が増えることは確かである。埼玉県では、地方独立行政法人化により 4 病院の上に一つの機構を置き、病院長同士が経営課題を共有し、病院間**

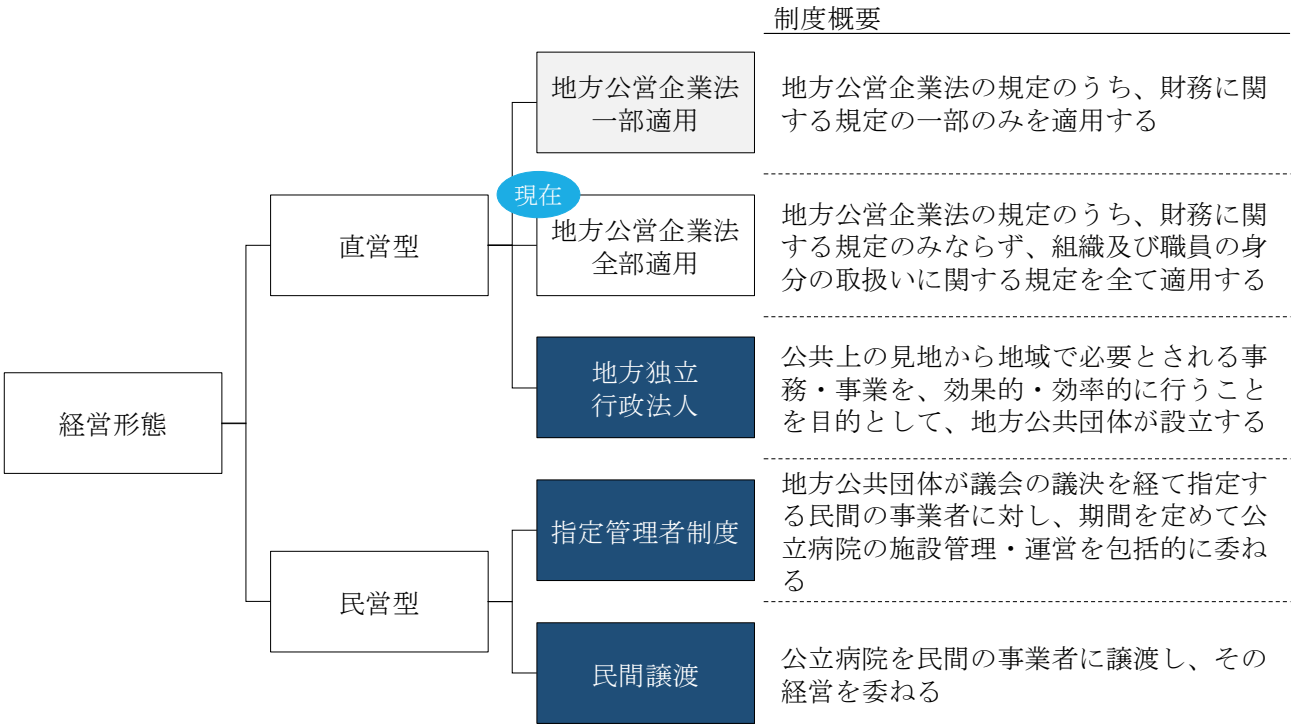
で人材や機能を補完できるようになった。職員についても、特定の病院だけの職員という意識から、機構全体を支える職員という意識に変わり、人材を相互に支援する体制を取りやすくなった。また、人事異動についても、優秀な若手に複数病院を経験させ、将来、機構全体を支える人材として育成する方針となっている。

- 埼玉県では、地方独立行政法人化によって人材の活用が柔軟になったことは、県立病院としての役割を果たす上でも大きな意味があった。地方独立行政法人化したとしても、県立病院としての役割がなくなるわけではなく、むしろ、地方独立行政法人化によって県の医療行政に対する貢献が低下するようであってはならない。千葉県立病院においても、地方独立行政法人化によって何ができるようになるのか、さらに県に対してどのような付加的な役割を果たせるのかという観点から検討することが重要ではないかと考える。
- 地方独立行政法人化だけで経営改善に直結するわけではないという点は同感である。実際、地方独立行政法人化した病院でも多額の赤字を抱えている例があり、制度を変えるだけでは不十分である。ただし、これまでのやり方を変えるという明確なメッセージを出し、組織改革の目標を設定する意味では、地方独立行政法人化は必要だと思う。
- 仮に地方独立行政法人化を 3 年後、5 年後の目標として設定するのであれば、地方独立行政法人化後に改革を始めるのでは遅い。それまでの期間に、病床数の削減、人員配置の適正化、業務運用の見直しを段階的に進め、地方独立行政法人化の時点で持続可能な体制から再スタートできるようにする必要がある。目標時期と工程を県として明確に示し、本腰を入れて取り組むべきである。
- 地方独立行政法人化そのものには賛成である。ただし、地方独立行政法人化ありきではなく、その中心となるリーダーがいて、どのように改善していくかを示し、各病院が協力しながらより良い形をつくっていくことが重要だと思う。制度の変更だけでなく、誰がどう率いるのかが極めて大事だと考える。
- 当面の経営改善について、短期的な課題対応だけで状況を改善することは難しく、より構造的・中長期的な課題への対応が必要だと考える。ただし、職員のモチベーションや経営意識が上がらなければ、経営形態を変更しても十分な改善にはつながらないのではないか。
- 地方独立行政法人化というのは有力な選択肢であると考える。地方独立行政法人化で人員配置が比較的自由になることと、本部のガバナンスが効きやすくなるというメリットがあると思われる。医療安全の問題に理解のある理事長が就任すると機構全体の患者安全への取組ががらりと変わるというのを目の当たりにした。職員の皆さんに不安が広がらないよう丁寧な説明をして理解をしてもらったうえで、地方独立行政法人化という選択もあるのではないか。

- 経営形態については、県立病院の役割・機能と密接に関わるものと考える。専門病院として位置付けていくのであれば、それにふさわしい経営形態を検討する必要がある。一方、地域密着型の病院として残していくのであれば、現在の形にこだわらず、場合によっては指定管理者制度や地域医療連携推進法人など、様々な手法も考えられるのではないか。病院の役割に応じて、それぞれに適した経営形態を考えていく必要があると思う。
- 千葉市内にある 3 病院は地理的にも連携しやすいため、地方独立行政法人化により一体的に運営することは有力な選択肢だと思う。一方、佐原病院と循環器病センターは地域特性や担う医療が異なるため、同じ法人に含めるかは慎重に検討する必要がある。
- 現在の県立病院は、それぞれの病院長の下で動いている面が強いのではないかと思うが、千葉市内の 3 病院については、統合的に一体運営する方向が望ましいのではないかと思う。一方、循環器病センターは専門医療と地域医療が混在しており、佐原病院は地域医療の色彩が強いことから、これらについては別に考える必要があると感じる。

## 5.3　事務局による説明及び資料

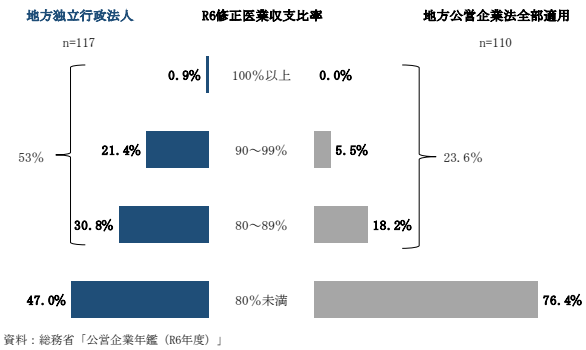
【図表 5-1 病院の経営形態一覧】



【図表 5-2 経営形態別の効果と留意点】

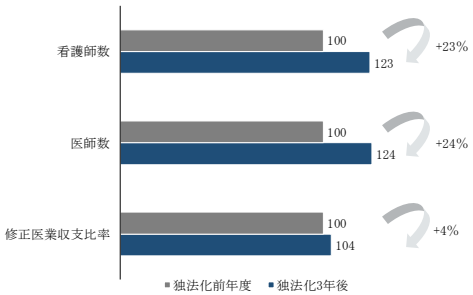
| 分類 | 経営形態 | | 制度上想定される主な効果 | 主な留意点 |
|---|---|---|---|---|
| 直営型 | 地方公営企業法 | 一部適用 | ● 職員は公務員としての身分が保障される<br>● 政策医療や不採算医療を比較的確保しやすい | ● 経営の責任者は設立団体の長（市長など）であり、病院長に経営権限が付与されないため、行政の予算制度や職員定数の制約を受け、柔軟で効率的な病院運営を行うことが難しい |
| | | 全部適用 | ● 職員は公務員としての身分が保障される<br>● 政策医療や不採算医療を比較的確保しやすい<br>● 予算や人事などの権限が病院事業管理者に委ねられるため、一部適用と比較し効率的かつ自律的な病院運営が期待できる | ● 一部適用と比較し経営の自由度は高くなるが、一部適用と同様に職員定数の制約を受ける<br>● 制度上独自で設定可能な職員給与において、多くの病院で職員給与条例に準拠しており、実態として一部適用と大きく差がない |
| | 地方独立行政法人（非公務員型） | | ● 法人に経営権が委ねられるため、多様な雇用形態や給与体系の見直しなど自律的な病院運営が可能になる<br>● 中期目標等を通じて、政策医療や不採算医療を確保する仕組みを設けることが可能 | ● 地方独立行政法人化後に業務量が増える場合がある<br>● 地方独立行政法人化に伴う新システムの導入や評価委員会の運営に関するコストが発生する<br>● 財産的基礎の確保のため、設立時点で総資産額が総負債額を上回る必要があることに留意が必要 |
| 民営型 | 指定管理者制度 | | ● 民間事業者等のノウハウを活用し、サービスや管理運営の改善を図ることが可能<br>● 運営主体のノウハウや地域の医療資源を活用した運営を検討できる | ● 民間事業者と職員の間で新たな雇用契約を締結する必要があるなど、職員の処遇に関する調整が課題となる<br>● 労働負荷が上がることなどにより職員が退職する場合がある<br>● 経営能力が十分ではない指定管理者を選定してしまった場合、経営状況が悪化する恐れがある |
| | 民間譲渡 | | ● 柔軟な経営戦略の立案・実行が可能となる<br>● 人事・給与制度を運営主体の方針に応じて設計できる | ● 民間事業者と職員の間で新たな雇用契約を締結する必要があるなど、職員の処遇に関する調整が課題となる<br>● 政策医療や不採算医療の継続について、運営条件や県の関与方法を明確にする必要がある |

【図表 5-3 経営形態別の修正医業収支比率[8]比較】



資料：総務省「公営企業年鑑（R6年度）」

【図表 5-4 地方独立行政法人化 3 年後の各指標変化】



前提条件：①平成23年度から平成28年度の間に地独法化した施設　②市町村立病院
③単独で地方独立行政法人化した病院に限る（再編統合による影響を除くため）
資料：総務省「公営企業年鑑（R2年度～R6年度）、病院事業決算状況・病院経営分析比較表」

8 修正医業収支比率：修正医業収益÷医業費用×100

図表 5-3 に示すとおり、地方独立行政法人について、地方公営企業との比較分析を行った。

修正医業収支比率 80%以上の病院は、地方独立行政法人では 53.0%である一方、地方公営企業法全部適用では 23.6%となっており、地方独立行政法人の方が病院運営上、一定の優位性を有する可能性がある。

図表 5-4 に示すとおり、過去に地方独立行政法人化した市町村立病院について、地方独立行政法人化前年度と移行 3 年後を比較した資料では、医師数、看護師数及び修正医業収支比率が上昇している。

**【図表 5-5 病院機構ヒアリング結果】**

| | 共通して確認された事項 | 代表的な具体例 |
|---|---|---|
| **1　公立病院として担う役割** | ● 地方独立行政法人化後も、政策医療・高度・専門医療等の必要な医療機能を維持<br>● 地域の医療需要を踏まえ、必要な診療機能・体制を検討<br>● 病院群の一体運営を通じて、病院間の連携・相互補完を推進 | ● 中期目標に基づき精神疾患・小児・周産期・感染症・災害医療等を提供（東京都）<br>● 4 専門病院の機能を維持し、採算性にかかわらず政策医療を継続（埼玉県）<br>● 精神・母子等の必要な機能を維持し、政策医療の赤字額を基礎に運営負担金を算定（大阪府） |
| **2　地方独立行政法人化により拡大した裁量** | ● 採用、人事、給与制度を柔軟に運用可能<br>● 複数年契約や共同購買等の活用ハードルの低下<br>● 法人本部による予算管理や経営管理を効率化<br>● 採用、契約、予算等に関する意思決定が迅速化 | ● 専門人材の特別選考や法人独自の給与・手当制度を導入（東京都）<br>● 医師給与を年俸制とし、専門医制度を基軸とした独自の処遇決定の仕組みを導入（埼玉県）<br>● 医師向け独自手当やインセンティブ制度を導入（大阪府） |
| **3　拡大した裁量を活用した取組** | ● 医師・看護師等の人材確保を強化<br>● 共同調達や価格交渉を推進し、法人本部を中心とした病院群の一体運営を実施<br>● KPI を活用した経営管理を実施 | ● 14 病院を一体運営し、本部一括契約による共同調達を実施（東京都）<br>● 独自の制度を活かした採用活動により、地方独立行政法人化後 5 年間で医師 98 人増、看護師 148 人増、薬剤師 35 人増など医療従事者を確保（埼玉県）<br>● 経営改善プロジェクトチームを設置し、本部と各センターで改善活動を実施（大阪府） |
| **4　ヒアリング先から説明のあった取組・変化** | ● 人材確保・配置強化に関する取組<br>● 病院間連携・経営管理機能の強化<br>● 費用削減・収支改善に向けた取組<br>● 地域ニーズに応じた医療提供体制の強化・再編 | ● 直近で医業収支が前年度比 70 億円改善するなど 2 期連続で医業収支が改善（東京都）<br>● 高齢化の進む県北地域の県立病院に総合内科新設と医師採用により高齢者救急受入体制を強化（埼玉県）<br>● 電力契約見直しで約 8,000 万円、検査委託で年間約 3,000 万円弱を削減（大阪府） |

図表 5-5 に示すとおり、地方独立行政法人化した東京都、大阪府、埼玉県へのヒアリングでは、人員配置、収益確保、費用管理及び経営人材の確保について、各病院機構における取組状況が確認された。

# おわりに

本検討会議では、近年の県立病院の厳しい経営・財務状況を踏まえながら、県民に必要な医療を将来にわたってどのように提供していくかという観点から、当面取り組むべき経営改善、各県立病院が担う役割・機能及びこれらを踏まえた経営形態のあり方について、令和 8 年 2 月以来 6 回にわたって議論を重ねてきた。

議論を通じて、他の病院の具体的な改善事例等の検討も踏まえつつ、経営形態の見直しにかかわらず取り組むことができる経営改善を着実に進めるべきこと、経営形態については、経営形態の変更そのものを目的とするのではなく、各病院が抱える課題や担う役割・機能との関係から検討すべきであることなど、様々な意見が示された。

今後、検討会議において示された意見や議論を十分に活かしながら、県立病院の経営改革について速やかに検討を行い、県民に必要な医療を将来にわたって持続的に提供するための取組につなげることを期待する。

# 千葉県立病院経営改革検討会議設置要綱

（目的）

第 1 条　県立病院の厳しい経営状況を踏まえ、県立病院として必要な医療提供体制を維持していくためには、病院経営に関する抜本的な改革について検討を進めていく必要があることから、有識者等の意見を聴取することを目的として、千葉県立病院経営改革検討会議（以下「検討会議」という。）を設置する。なお、検討会議は、地方公営企業法第 14 条の規定に基づき、条例により設置される附属機関の性質を有するものではない。

（検討事項）

第 2 条　検討会議は、次に掲げる事項について検討を行う。

(1) 県立病院の経営改革策について

(2) その他病院局長が必要と認める事項

（委員）

第 3 条　検討会議は、10 名以内の学識経験者等の委員で構成する。

2　委員は、病院局長が選任する。

（座長）

第 4 条　検討会議に座長を置く。

2　座長は委員の同意を得て病院局長が指名する。

3　座長に事故がある時は、病院局長が指名する委員がその職務を代理する。

（会議）

第 5 条　検討会議は、病院局長が招集する。

2　検討会議は、必要に応じて開催できるものとする。

3　委員は、やむを得ない場合、代理の者を指定して会議に出席させることができる。

4　座長は、必要に応じ委員以外の者の出席を求めることができる。

（庶務）

第 6 条　検討会議の庶務は、病院局経営管理課が行う。

（その他）

第 7 条　この要綱に定めるもののほか、検討会議の運営に必要な事項は病院局長が別に定める。

**附則**

（施行期日）

この要綱は、令和 7 年 11 月 25 日から施行する。

（失効）

この要綱は、令和 9 年 3 月 31 日限り、その効力を失う。

# 千葉県立病院経営改革検討会議 委員名簿

| 氏名 | 役職等 | 備考 |
|---|---|---|
| 今井 俊哉 | 千葉県医師会長 | 令和 8 年 6 月 14 日付<br>就任 |
| 入江 康文 | 千葉県医師会長 | 令和 8 年 6 月 14 日付<br>退任 |
| 岩中 督 | 埼玉県立病院機構理事長 | |
| 大鳥 精司 | 千葉大学医学部附属病院長 | |
| 尾形 裕也 | 九州大学名誉教授 | 座長 |
| 小栗 一徳 | 日本公認会計士協会千葉会長 | |
| 隈本 邦彦 | 江戸川大学名誉教授 | |
| 田中 正 | 君津中央病院企業団企業長 | |
| 増渕 美恵子 | 千葉県看護協会長 | |

※敬称略、50 音順

## 検討会議の開催状況

| 回 | 開催日 | 主な議題 |
|---|---|---|
| **第１回** | 令和８年２月３日 | (1) 県立病院の現状について<br>（県立病院の概要、役割、県立病院を取り巻く環境など）<br>① がんセンター<br>② 総合救急災害医療センター<br>③ こども病院 |
| **第２回** | 令和８年３月 12 日 | (1) 第１回会議における委員意見への補足説明<br>(2) 県立病院の現状について<br>（県立病院の概要、役割、県立病院を取り巻く環境など）<br>① 循環器病センター<br>② 佐原病院 |
| **第３回** | 令和８年８月７日 | (1) 第２回会議における委員意見への補足説明<br>(2) 県立病院の現状について<br>① 病院局の経営状況について<br>② 千葉県立病院と他都道府県立病院の機能等の比較分析 |
| **第４回** | 令和８年８月 31 日 | (1) 県立病院の役割・経営形態について<br>① 前回の議論と論点の整理<br>② 県立病院の経営形態<br>③ 個別病院の役割 |
| **第５回** | 令和８年 10 月６日 | (1) 当面の経営改善<br>(2) 県立病院の経営形態<br>(3) 県立病院の役割・機能<br>(4) 報告書骨子案について |
| **第６回** | 令和８年 11 月４日 | (1) 報告書（案）について |