千葉県立病院
経営改革検討会議
報告書（参考資料）

令和８年 11 月

千葉県立病院経営改革検討会議

目次

目次 1
1　大鳥委員提出の経営改善の取組 2
2　田中委員提出の経営改善の取組・考え方 8
3　健康福祉部説明資料 11
4　岩中委員提出の埼玉県立小児医療センター等の取組..... 18
5　岩中委員提出の埼玉県立病院機構の地方独立行政法人化..... 25

1　大鳥委員提出の経営改善の取組

千葉大学病院

CHIBA UNIVERSITY

厳しい医療経営の打開策を探る大学病院の現状と課題





千葉大学医学部附属病院長　大鳥　精司

Copyright by Chiba University Hospital.

日本経済新聞　2025年（令和7年）7月3日（木曜日）

Opinion

編集委員



矢野 寿彦

大学病院がなくなる日

5月上旬、都内で開かれた国立大学病院長会議の記者会見。全国に42ある国立大学病院の約6割が計274億円の赤字に直面するなか、各病院のトップから窮状を訴える声が続いた。

「病床（ベッド）の稼働率は9割、それでも1病棟を閉める。これで病院が運営できるかはやってみないとわからない」「耐用年数をゆうに超えた医療機器を使っている。ミスが起きたらおしまいだ」「とにかく経費削減。白衣の配布……」

同会議会長の大鳥精司・千葉大医学部付属病院長はいう。「大学病院がなくなるかもしれない次元の問題だ」

経営悪化にはいくつか要因がある。医療費抑制のあおりで大学病院が手掛ける高度医療の利幅が減った。例えば最先端の証しとされる手術支援ロボット。消耗品のコストが高く、やればやるほど収入は増えるが採算は合わない。

そして人件費の高騰。2024年からの働き方改革によって医師の勤怠管理が徹底され、今まであいまいにしてきた残業代も増した。近年のインフレにより医療材料費も上がる。これらは収入源となる診療報酬でカバーされずに病院の持ち出しになる。

長年、大学病院経営に携わってきた順天堂大前学長の新井一氏によると、以前は難しい手術ら今…

令和７年度国立大学病院　決算概要（速報値）

現金収支　**赤字23大学病院 計▲１５８億円**（←R6 赤字25大学病院 計▲２１２億円）



経常損益　**赤字31大学病院 計▲２４４億円**（←R6 赤字32大学病院 計▲２８６億円）

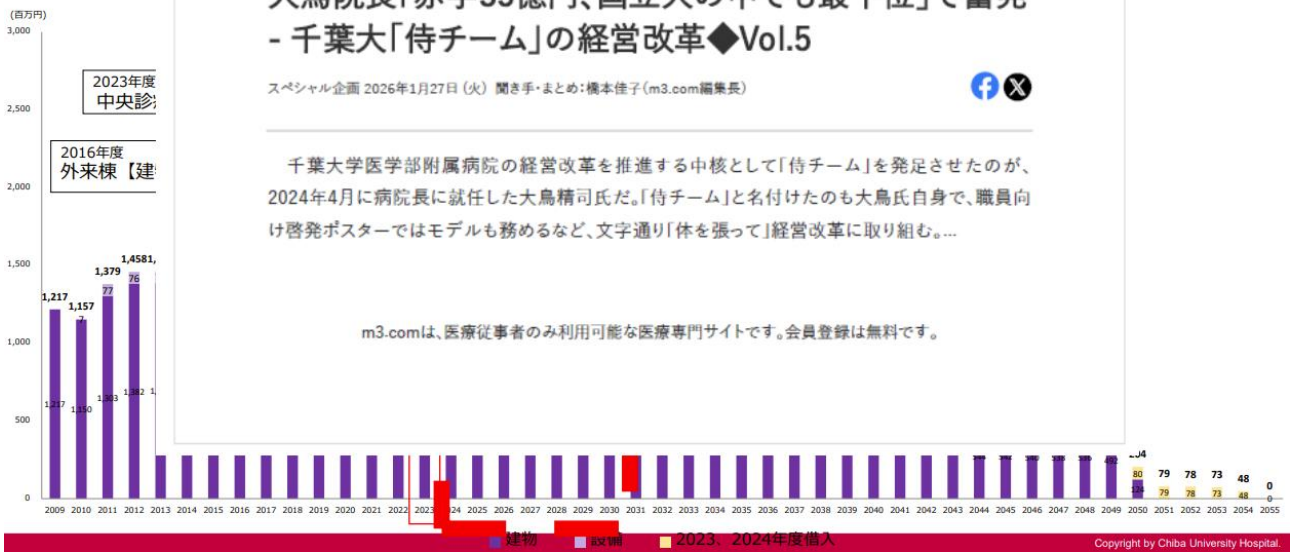


Copyright by Chiba University Hospital.

病院経営に関する業務

◆債務償還額の推移

・20



大鳥院長「赤字35億円、国立大の中でも最下位」で奮発 - 千葉大「侍チーム」の経営改革◆Vol.5

スペシャル企画 2026年1月27日（火） 聞き手・まとめ：橋本佳子（m3.com編集長）

千葉大学医学部附属病院の経営改革を推進する中核として「侍チーム」を発足させたのが、2024年4月に病院長に就任した大鳥精司氏だ。「侍チーム」と名付けたのも大鳥氏自身で、職員向け啓発ポスターではモデルも務めるなど、文字通り「体を張って」経営改革に取り組む。...

m3.comは、医療従事者のみ利用可能な医療専門サイトです。会員登録は無料です。

Copyright by Chiba University Hospital.

経営改善推進チーム（通称：侍チーム）を設置

稼働率の向上と人件費を中心とする
コストカット実現のため、組織や業務
の構造を根本から変えるべく、
時限付きで専業のチームを設置し、
早急に課題の改善に取り組んでいます。



統括　井上副病院長



毎週、課題解決に向けてミーティングを開催

【メンバー(病院長補佐)】

医師	小笠原定久	（消化器内科）
	神田　真人	（循環器内科）
	松谷　智郎	（脳神経外科）
	山中　義崇	（患者支援部）
看護	菊田　直美	（看護部）
	西宮　岳	（看護部）
	横田　慎一郎	（看護学研究院）
企画	大塚　秀郷	（病院長企画室）
事務	渡邉　直広	（経営企画課）



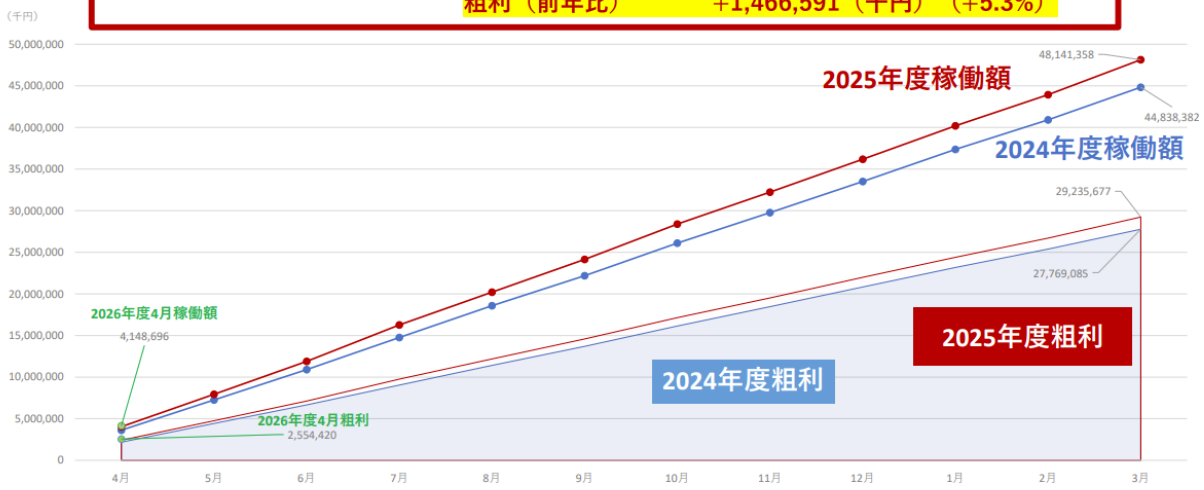
Copyright by Chiba University Hospital.

◆粗利向上プロジェクト（APEX Project）実績報告 (2026.5)

診療報酬額と粗利の経過（入院・外来）

2024年度 vs 2025年度

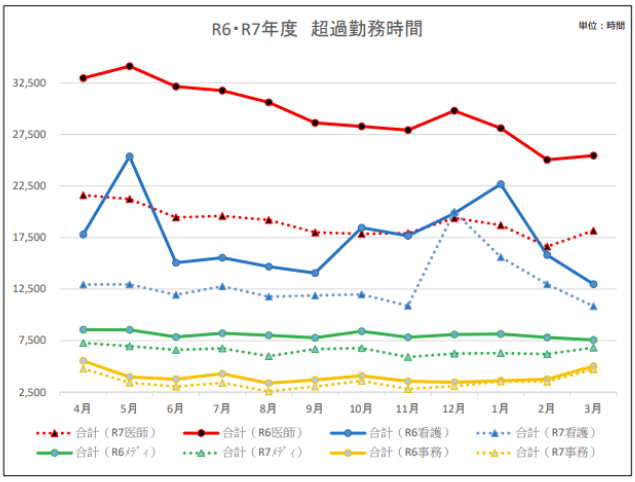
診療報酬額（前年比）　+3,302,975（千円）　（+7.4%）
粗利（前年比）　+1,466,591（千円）　（+5.3%）



Copyright by Chiba University Hospital.

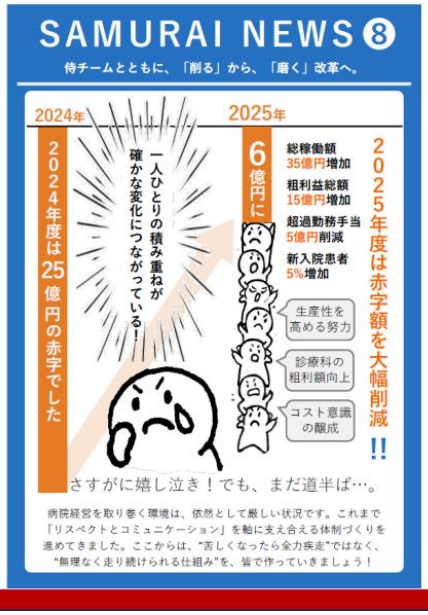
◆R7年度超過勤務時間削減目標　実績報告（2026.5）

超過勤務時間（前年比）　　年間　-205,271時間（28.9%↓）
超過勤務手当支給額（前年比）　　-520,194,487円（25.4%↓）



Copyright by Chiba University Hospital.

◆職員への労い　～病院長メッセージ 及び SAMURAI NEWS～（2026.5）



Copyright by Chiba University Hospital.

◆慎選組（しんせんぐみ）発足 (2026.4)

外来棟や中央診療棟の借入金返済額(約28.4億円)がピークを迎える2026年度に向け、
コスト削減の視点から現場目線の発案・目標設定を行うチーム、**「慎選組」**が誕生。
経営・戦略を担う「侍チーム」と協働し、身近な無駄の解消や業務効率化を推進する。



左から 穂積崇史（ほづみたかし）材料部・整形外科助教、若林華恵（わかばやしはなえ）腎臓内科助教、栗田惇也（くりたじゅんや）耳鼻咽喉・頭頸部外科助教、
江幡智栄（えばたともえ）看護部副看護部長、高橋文子（たかはしあやこ）看護部看護師長、橋本拓也（はしもとたくや）管理課調達グループ専門職員

Copyright by Chiba University Hospital.

階段を一段。病院も一歩、前へ。

エレベーター運転見直しのお知らせ

目的 厳しい病院経営を切り抜けるため、夜間・休日のエレベーターを一部停止いたします。皆様の深いご理解とご協力をお願い申し上げます。

対象
・にし棟（2台）・ひがし棟（1台）
・外来診療B棟（4台）・CCSC（1台）

時間
・夜間： 21:15 ～ 翌5:15
・休日： 終日停止

効果 節電金額 ２００万円也！

次号掲載（予定）
・ゴミ×分別×コスト削減
・材料×切替×金脈

ムダ経費、ご意見はここに！



！慎選組目安箱！

カテーテル分別のお願い

院内提示用

いつもカテーテルのリサイクルにご協力頂き、誠にありがとうございます。
下記対象のカテーテルを破棄する際には必ず消毒後、先端を切って
指定のカテーテル専用容器に入れて頂きます様、ご協力をお願いいたします。
お手数をおかけして誠に恐縮ですが、何卒ご理解の程よろしくお願いいたします。



※注意※
ハサミ・ピン・ガラス類・
注射針・ガーゼ・グローブ等は、
従来からお入れ頂いて
おりますご指定の容器に
お入れ願います。



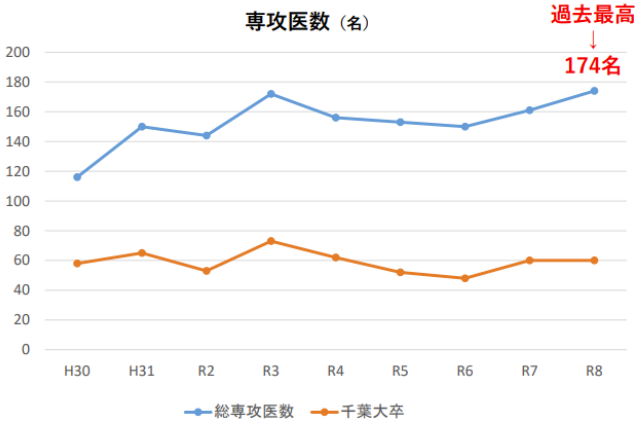
Copyright by Chiba University Hospital.

附属病院に求められるミッションの遂行

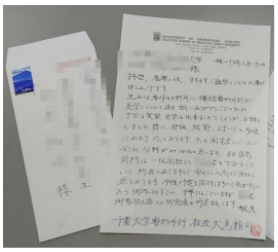
千葉大学病院

◆当院に入局する専攻医数が過去最高に

優秀な人材の確保が喫緊の課題となる中、見学生や初期研修医に手書きのお礼状を送るとともに、
病院長自らビッグバードカフェで若手医師と意見交換する等の取組を行い、
R8年4月入局の**専攻医数174名**と過去最高。



手書きのお礼状



（参考）千葉県専攻医採用数

R8年度	498名 ←過去最高
R7年度	424名
R6年度	410名
R5年度	397名

ビッグバードカフェ
ポスター



Copyright by Chiba University Hospital.

千葉大学病院

CHIBA UNIVERSITY 千葉大学病院

Copyright by Chiba University Hospital.

経営改善の取り組み－給与費削減策－

経営改善の取り組み

1. 増収対策

- ✓ ・・・・・・・・・・
- ✓ ・・・・・・・・・・

2. 費用削減対策

- ✓ ・・・・・・・・・・
- ✓ ・・・・・・・・・・
- ✓ 給与費削減：
  病院管理者/病院長給与10%カット
  管理職手当10%カット
  ・・・・・・・・・・・・

⇩

- ✓ さらなる給与費削減策

> ➢ 様々な経営改善策があるが、費用削減策の一つに給与費削減がある
> ➢ しかし、人件費に手をつけるのは職員のモチベーションが下がるため注意を要する

> ➢ しかし、究極の人件費削減策としてさらなる対策が考えられる

考え得る”さらなる給与費削減策“

1. 職員数の削減

① 常勤職員：欠員補充見送り

② パート医師：勤務時間、必要性などの見直し

考え得る”さらなる給与費削減策“

1. 職員数の削減

① 常勤職員：欠員補充見送り

② パート医師：勤務時間、必要性などの見直し

2. 勤務時間の削減

① 会計年度任用職員の勤務時間： 一律1時間短縮など

② 時間外手当の削減

➢ 勤務時間短縮に伴う対応

- 外来受付時間を一部繰り下げ
- 予約変更などの電話受付を変更

等も同時に施行

⇒ 医療サービスの低下も覚悟

考え得る”さらなる給与費削減策“

1. 職員数の削減

① 常勤職員：欠員補充見送り

② パート医師：勤務時間、必要性などの見直し

2. 勤務時間の削減

① 会計年度任用職員の

② 時間外手当の削減

働き方改革 ≠ 働かない改革
を注意（強調）する

- 医師の時間外の削減（医師働き方改革にも関係）
  - 主治医制 → チーム制
  - 病棟の日中の雑用、夜間・休日は当番制
    （手術中でも看護師は何らかの医師の指示が仰げる）
  - カンファレンスは時間内に

考え得る”さらなる給与費削減策“

1. 職員数の削減

① 常勤職員：欠員補充見送り

② パート医師：勤務時間、必要性などの見直し

2. 勤務時間の削減

① 会計年度任用職員の

② 時間外手当の削減

医師のオーダーが遅くなると、
その分
コメディカルの業務が遅くなる

- 医師の時間外の削減（医師働き方改革にも関係）
- コメディカルの時間外削減
  - 業務の効率化を図ることで、負の影響は少なくなる
  - 医師のオーダー時間の厳守
    - オーダー締切り時間を決める
      ⇒ 看護師への指示、検査・食事オーダー・薬処方など
    - 夕方の外来も、検査オーダーなどは診察前に指示しておく

3　健康福祉部説明資料

新たな地域医療構想の策定について

千葉県 健康福祉部 健康福祉政策課 政策室
電話番号：043-223-2609
メール：khseisaku@mz.pref.chiba.lg.jp

1

1　新たな地域医療構想が目指す方向性

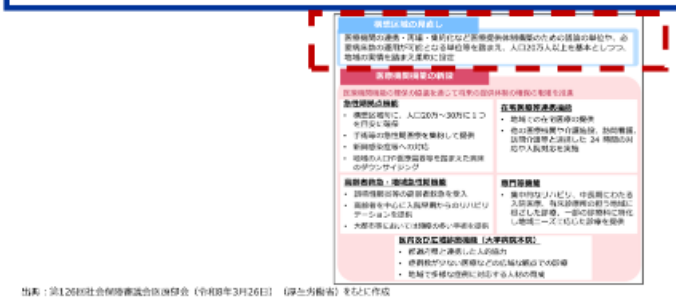
・ 新たな地域医療構想は、全ての人が適切に医療・介護を受けられ、医療従事者の持続可能な働き方も確保できるよう、全国的に高齢者人口がピークを迎える**令和22年（2040年）頃を見据えた地域の医療提供体制全体の課題解決を図ろう**とするもの。

・ 国からは、次のことが示されている。

➢ 一定の人口規模（20万人以上を基本※）を有する構想区域（病床の機能分化や連携を推進するために設定される地域単位）を設定した上で、必要な対策（医療機関の集約化等）を講じること。

※ 国が「20万人以上」とする理由（国の資料から）
・人口20万人未満の二次医療圏（病床の整備を図るべき地域単位）では、入院医療を一体的に提供する区域として成り立たない場合があり、これまでも見直しの対象とされてきたため。
・現在、全国の二次医療圏の半数近くが20万人以下となっており、人口減少が進む中、こうした地域において入院医療等の完結を引き続き目指していくことは困難なため。
→ 人口20万人未満の医療圏には、時間外緊急手術が圏域内でほとんど実施されていない医療圏が一定数存在するとのデータが示されている。

➢ 構想区域の検討にあたっては、**現在の患者動向を前提として、その人口動態、医療資源、医療へのアクセス等を踏まえ**ながら、将来にわたって医療機関機能を確保し、必要病床数等の制度運用や、地域の医療関係者が実効的な協議をするために適当な単位として、必要に応じて**広域化等を検討**すること。



出典：第126回社会保障審議会医療部会（令和3年3月26日）（厚生労働省）をもとに作成

2

2　千葉県における構想区域の見直し方針

- 国の方針に則り、本県では、次の事項を踏まえ、適切な構想区域を設定することとしたい。

1．1つの構想区域あたりの人口が2040年においても20万人以上であること
2．実際の患者の受療動向に即していること

課題

中長期的な人口減少
- 患者数は減
- 医療従事者も減

↓ 何もしないと…

各医療機関の患者数 減
- （治療経験数が減ることにより）医療の質が低下するおそれ
- 経営もひっ迫するおそれ

医療従事者数 減
- 少ない従事者が各施設に分散
- 各施設の体制が弱くなり、特に夜間や休日の救急車の受入れが縮小・困難となるおそれ
- 少ない人数で各施設が重厚な体制を維持しようとすれば、従事者が疲弊するおそれ

↓ 最悪の場合

病院の閉院等、医療を受けられなくなる可能性

今後の方向性・対応案

人口規模毎に、適切な医療機関の役割分担、連携を促進
→ 医療従事者の配置もメリハリ

- 圏域の拠点となる病院に手術や重篤な患者に対する救急医療等の症例を集約し、医療の質に加え、医療従事者の良好な労働環境の確保を図る（急性期拠点機能）
- 地域の病院では、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、入院早期からのリハビリ等を行い、早期の退院につなげる（高齢者救急・地域急性期機能）　等

↓ こうした地域での役割分担を進めていくために、**人口や交通アクセス、実際の患者さんの流れ（どこに住む方がどこで医療を受けているか）に合わせて**圏域を設定していくことが重要

以下の地域を中心に見直し、適切な構想区域を設定
- **人口の少ない地域**
- **入院医療の圏域内完結率が低い地域**

↓ 設定した区域に基づき、必要な対策を講じることにより・・・

安心で質の高い医療を受けられるようになる

3

3　千葉県における構想区域の現況

- 本県の構想区域は、二次医療圏と同様、9圏域を設定しているが、2040年には、**香取海匝・安房区域では人口20万人を下回る**ことが見込まれる。
- また、**山武長生夷隅**区域では、入院医療の圏域内完結率が低い（住民が入院する場合、約1/3は他の区域の病院等に入院）。

➡**区域の見直し方針を踏まえ、香取海匝、安房、山武長生夷隅の各区域は適切な構想区域となるよう検討する必要がある。**

20万人未満

（単位：人、%）

構想区域	人口 2025年	人口 2040年	人口増減	入院医療の圏域内完結率（※）
千葉	983,896	929,803	▲54,093	82.3%
東葛南部	1,806,989	1,806,921	▲68	80.7%
東葛北部	1,435,446	1,422,591	▲12,855	90.9%
印旛	729,327	675,484	▲53,843	79.6%
香取海匝	250,508	188,693	▲61,815	82.4%
山武長生夷隅	401,163	318,974	▲82,189	64.3%
安房	114,508	88,482	▲26,026	97.9%
君津	322,881	295,558	▲27,323	84.1%
市原	266,861	229,289	▲37,572	77.0%
県全体	6,311,579	5,955,795	▲355,784	



※圏域内完結率：各構想区域に住む患者のうち、その区域内にある医療機関に入院した人の割合

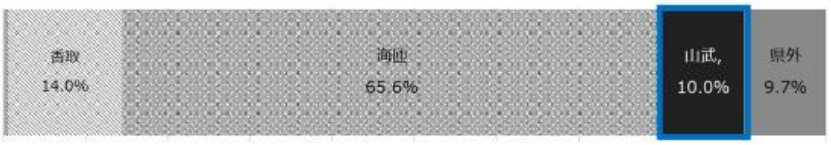
出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、日本の地域別将来推計人口（令和5年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

4

4　香取海匝区域の医療機関における入院患者の状況等

- 香取海匝区域の中で、旭中央病院が位置する**海匝地域の医療機関への入院患者の住所地**は、多い順に、海匝地域が65.6%、香取地域が14.0%、**山武地域が10.0%**、県外が9.7%であった。
- **山武地域の住民の入院先**は、多い順に、山武地域が57.1%、**海匝地域が13.0%**、印旛地域が12.8%、千葉市が11.1%であった。

海匝地域の医療機関への入院患者の流入状況（保健所別）



山武地域住民の入院医療の流出状況（保健所別）



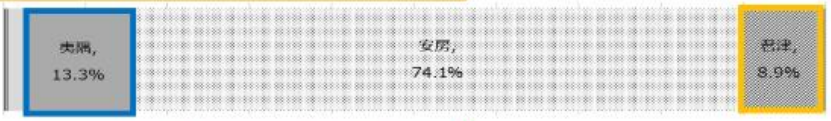
出典：医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

5

5　安房区域の医療機関における入院患者の状況等

- 亀田総合病院が位置する、**安房地域の医療機関への入院患者の住所地**は、多い順に、安房地域が74.1%、**夷隅地域が13.3%**、**君津地域が8.9%**であった。
- **夷隅地域の住民の入院先**は、多い順に、夷隅地域が59.1%、**安房地域が29.2%**、長生地域が4.8%であった。
- **君津地域の住民の入院先**は、多い順に、君津地域が84.1%、**安房地域が8.1%**、市原地域が4.8%であった。

安房地域の医療機関への入院患者の流入状況（保健所別）



夷隅地域住民の入院医療の流出状況（保健所別）



君津地域住民の入院医療の流出状況（保健所別）



出典：医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

6

6　市原区域の医療機関における入院患者の状況等

- 帝京大学ちば総合医療センターや千葉労災病院が位置する、**市原地域の医療機関への入院患者の住所地**は、多い順に、市原地域が77.1%、**長生地域が8.8%**、君津地域が5.7%、千葉市が5.2%であった。
- **長生地域の住民の入院先**は、多い順に、長生地域が54.8%、**市原地域が14.5%**、千葉市が11.0%、山武地域が10.1%であった。

市原地域の医療機関への入院患者の流入状況（保健所別）



長生地域住民の入院医療の流出状況（保健所別）



出典：医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

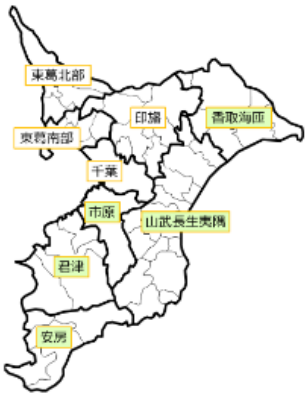
7

7―1　新たな構想区域（案1）

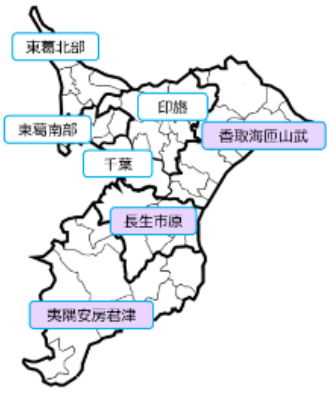
案1（7区域）（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛・香取海匝山武・長生市原・夷隅安房君津）

- **香取海匝・安房区域をそれぞれ広域化**し、香取海匝区域では隣接する**山武地域**と、安房区域では隣接する**夷隅・君津地域と一体**となった区域とする。
- また、入院医療の完結率が低く、両区域の中間に位置する**長生地域を、市原区域と一体となった区域**とする。

○ 現行構想区域（9区域）



○ 案1（7区域）



※ 医療圏の名称は今後精査

8

7－2　構想区域（案1）　～見直しによる効果～

構想区域の見直しにより、以下のような効果が見込まれる。

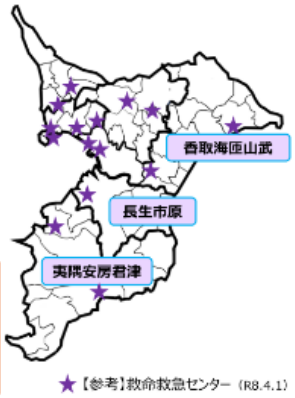
【住民】

・ 一定の人口規模を確保した区域で医療拠点が維持され、将来（2040年）にわたって安心して医療を受けられる体制が整う。

【医療機関】

・ 受療動向に即した区域設定により、医療機関相互の連携・集約・再編を進めやすくなる。
・ 区域ごとの将来像について、実効性の高い議論が可能になる。

構想区域	人口		人口増減	入院医療の圏域内完結率
	2025年	2040年		
千葉（1市）	983,896	929,803	▲54,093	82.3%
東葛南部（6市）	1,806,989	1,806,921	▲68	80.7%
東葛北部（5市）	1,435,446	1,422,591	▲12,855	90.9%
印旛（7市2町）	729,327	675,484	▲53,843	79.6%
香取海匝山武（7市6町）	445,180	344,785	▲100,395	78.6%
長生市原（2市5町1村）	408,517	345,341	▲63,176	75.7%
夷隅安房君津（9市3町）	502,224	430,870	▲71,354	93.8%
県全体	6,311,579	5,955,795	▲355,784	



出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、日本の地域別将来推計人口（令和5年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

9

7－3　新たな構想区域（案2）

案2（6区域）（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛香取海匝・山武長生夷隅市原・安房君津）

現行の構想区域を分割せず維持できる一方、山武長生夷隅市原地域の入院医療の圏域内完結率は73.8%に留まり、7区域と比べると、実際の患者の受療動向とずれが生じる。

構想区域	人口		人口増減	入院医療の圏域内完結率
	2025年	2040年		
千葉（1市）	983,896	929,803	▲54,093	82.3%
東葛南部（6市）	1,806,989	1,806,921	▲68	80.7%
東葛北部（5市）	1,435,446	1,422,591	▲12,855	90.9%
印旛香取海匝（11市5町）	979,835	864,177	▲115,658	85.0%
山武長生夷隅市原（7市10町1村）	668,024	548,263	▲119,761	73.8%
安房君津（7市1町）	437,389	384,040	▲53,349	95.0%
県全体	6,311,579	5,955,795	▲355,784	



出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、日本の地域別将来推計人口（令和5年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

10

7－4　新たな構想区域（案3）

案3（5区域）（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛香取海匝・山武長生夷隅安房君津市原）
現行の構想区域を分割せず維持でき、かつ各区域の入院医療の圏域内完結率が80%以上となる一方、区域が広域になるため、地域の課題が把握しづらくなり、実効性の高い議論が困難となることが懸念される。

構想区域	人口		人口増減	入院医療の圏域内完結率
	2025年	2040年		
千葉（1市）	983,896	929,803	▲54,093	82.3%
東葛南部（6市）	1,806,989	1,806,921	▲68	80.7%
東葛北部（5市）	1,435,446	1,422,591	▲12,855	90.9%
印旛香取海匝（11市5町）	979,835	864,177	▲115,658	87.8%
山武長生夷隅安房君津市原（14市11町1村）	1,105,413	932,303	▲173,110	85.0%
県全体	6,311,579	5,955,795	▲355,784	



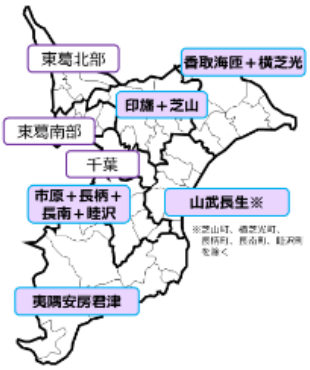
11

出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、日本の地域別将来推計人口（令和5年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

7－5　新たな構想区域（案4）

案4（8区域）（千葉・東葛南部・東葛北部・印旛＋芝山・香取海匝＋横芝光・山武長生・夷隅安房君津・市原＋長柄＋長南＋睦沢）
現行の構想区域のうち入院完結率が最も低い山武長生夷隅圏域について、2040年における人口が20万人となるようにしつつ、市町村別の入院医療の受療動向等を踏まえ、構想区域を検討したところ、一部の区域において入院完結率が改善したものの、山武長生地域（芝山町、横芝光町、長柄町、長南町、睦沢町を除く）の入院医療の圏域内完結率は60.8%にとどまる。

構想区域	人口		人口増減	入院医療の圏域内完結率
	2025年	2040年		
千葉	983,896	929,803	▲54,093	82.3%
東葛南部	1,806,989	1,806,921	▲68	80.7%
東葛北部	1,435,446	1,422,591	▲12,855	90.9%
印旛＋芝山	735,971	680,574	▲55,397	80.0%
香取海匝＋横芝光	272,603	204,877	▲67,726	82.5%
山武長生（芝山、横芝光、長柄、長南、睦沢を除く）	287,733	236,988	▲50,745	60.8%
夷隅安房君津	502,224	430,870	▲71,354	93.8%
市原＋長柄＋長南＋睦沢	286,717	243,171	▲43,546	75.5%
県全体	6,311,579	5,955,795	▲355,784	



12

出典：住民基本台帳に基づく人口（R7.1.1現在、総務省）、日本の地域別将来推計人口（令和5年推計、国立社会保障・人口問題研究所）、医療計画作成支援データブック（令和6年度版）（厚生労働省）をもとに作成

8 今後の主なスケジュール（案）

R8.8	・医療審議会総会【諮問】 （新たな地域医療構想の策定の検討） ・医療審議会地域保健医療部会 （構想区域（案）の検討）
R8.8～9	・地域医療構想調整会議
R8.10	・医療審議会地域保健医療部会 （構想区域の設定、医療需要の推計等）
R8.12	・医療審議会総会 （会長・副会長の選出、部会所属委員の指名）
R9.1	・医療審議会地域保健医療部会 （新たな地域医療構想（試案）の検討）
R9.2	・パブコメ、関係団体への意見照会
R9.3	・医療審議会総会【答申】 （新たな地域医療構想のうち、構想区域(案)の答申） ・新たな地域医療構想のうち、構想区域の決定

※ 人口20～30万人毎に1つ確保する「急性期拠点機能」等、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携の協議は、令和9年度以降に実施予定

13

4　岩中委員提出の埼玉県立小児医療センター等の取組

埼玉県立小児医療センターとさいたま赤十字病院の連携



1

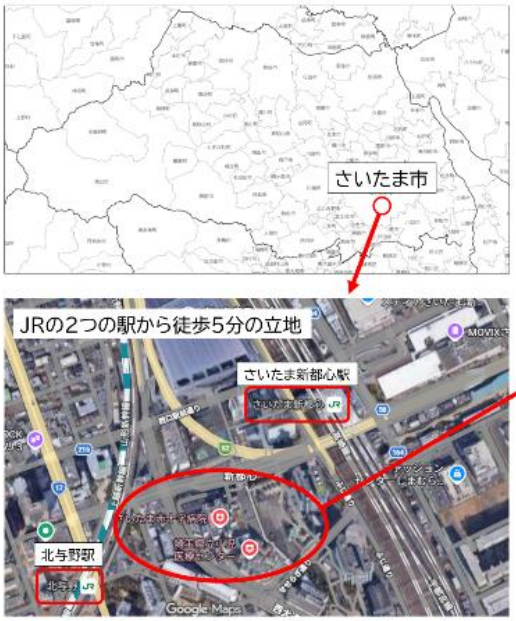
Saitama Prefectural Hospital Organization

併設の経緯と両病院の概要

2

Saitama Prefectural Hospital Organization

所在地





↑北側　さいたま赤十字病院
↓南側　埼玉県立小児医療センター

さいたま新都心８－1A街区に併設

3

併設の経緯

■ **2010年（平成22年）**
- さいたま新都心駅前の８－１Ａ街区の整備予定事業者が撤退
- 同時期に、小児医療センター、さいたま赤十字病院では老朽化や狭隘化の問題から、それぞれ現地建替え案などを検討中だった。

- ８－１Ａ街区の整備構想として、両病院を移転新築し、病院を核とした一体的整備を行うというコンセプトを関係者で検討

- 小児医療センターでは、総合病院が隣接することで、総合周産期母子医療センターの機能、小児三次救急医療体制の強化が可能
- さいたま赤十字病院では、救急受入のキャパシティを超えた狭隘化の問題解消に向け、現地建て替えよりも短い期間で建て替えができる移転を決定

■ **2011年（平成23年）**
- 埼玉県知事及びさいたま市長が共同会見で両病院を８－１Ａ街区に移転新築する計画を発表

■ **2013年（平成25年）**工事着工

■ **2016年（平成28年）**埼玉県立小児医療センター開院

■ **2017年（平成29年）**さいたま赤十字病院開院

4

埼玉県立小児医療センターとさいたま赤十字病院

両病院が一体として総合周産期母子医療センターに指定されているほか、生体肝移植、救命救急など、多岐にわたる分野で連携

県立小児医療センター

敷地面積	10,031㎡
延べ床面積	65,448㎡（地下1階/地上13階）
許可病床数	316床（一般316床） NICU:30床 GCU:48床 PICU:14床 HCU:20床
主な指定等	・地域医療支援病院 ・臨床研修指定病院 ・小児がん拠点病院 ・総合周産期母子医療センター ・小児救命救急センター ・災害拠点病院 ・がんゲノム医療連携病院 ・特定行為研修指定研修機関

さいたま赤十字病院

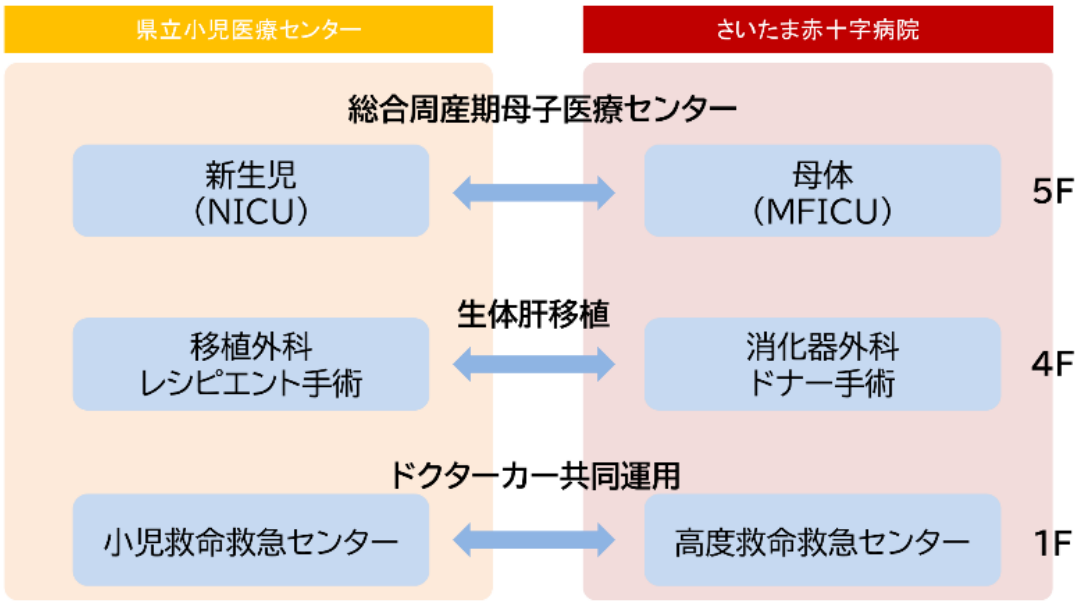
敷地面積	14,001㎡
延べ床面積	67,334㎡（地下2階/地上14階）
許可病床数	638床（一般632床、精神6床） NICU:3床 GCU:6床 MFICU:9床 ICU:8床 CCU:14床 SCU:6床 HCU:8床
主な指定等	・地域医療支援病院 ・臨床研修指定病院 ・地域がん診療連携拠点病院 ・総合周産期母子医療センター ・高度救命救急センター ・基幹災害拠点病院 ・埼玉DMAT指定病院 ・外国人患者受入医療認証医療機関

5

両病院の医療連携による機能強化

6

連携による機能強化の概要



7

Saitama Prefectural Hospital Organization

連携のための動線確保

6F（管理部門）、5F（NICU⇔MFICU）、4F（手術室や救急系病棟）、2F（受付）、1F（救命救急）で両病院を廊下で連結し、建築上でも連携のしやすい構造となっている。



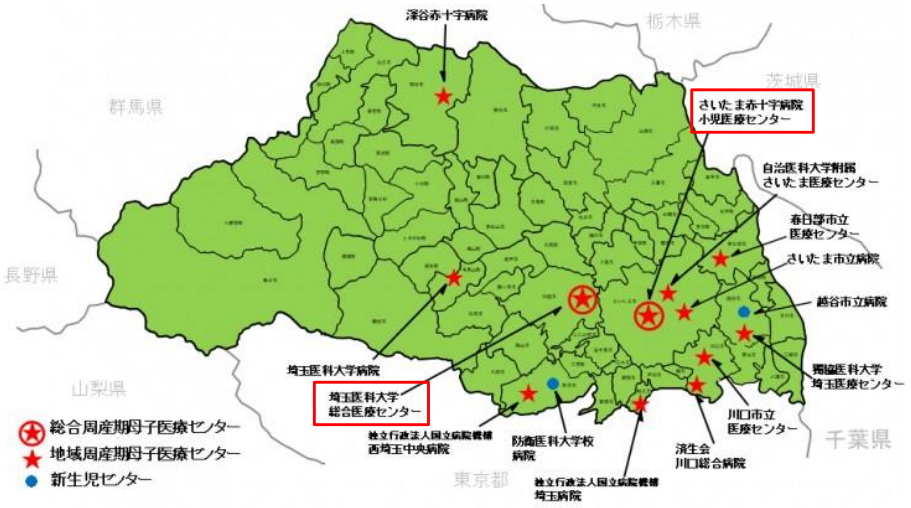
県立小児医療センター　　さいたま赤十字病院

8

Saitama Prefectural Hospital Organization

埼玉県の総合周産期母子医療センター

埼玉県内の総合周産期母子医療センターは2施設（2024年 県内出生数 39,956人　全国第5位）

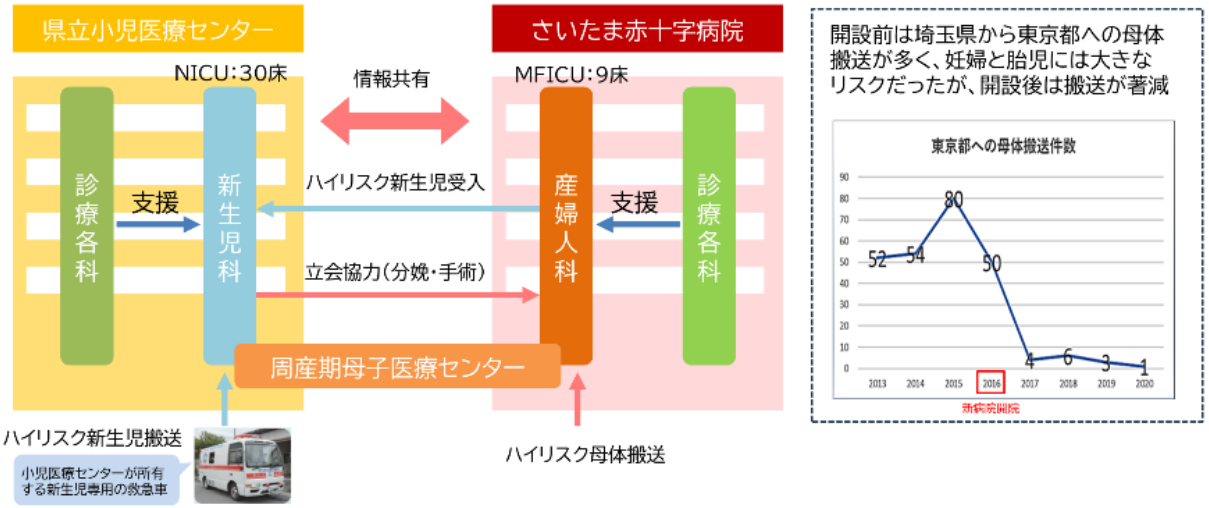


9

Saitama Prefectural Hospital Organization

総合周産期母子医療センターとしての連携

さいたま赤十字病院で母体の疾患・胎児の疾患を有するハイリスク妊産婦を、小児医療センターで分娩後のハイリスク新生児を受け入れ、両病院で総合周産期母子医療センターとして機能



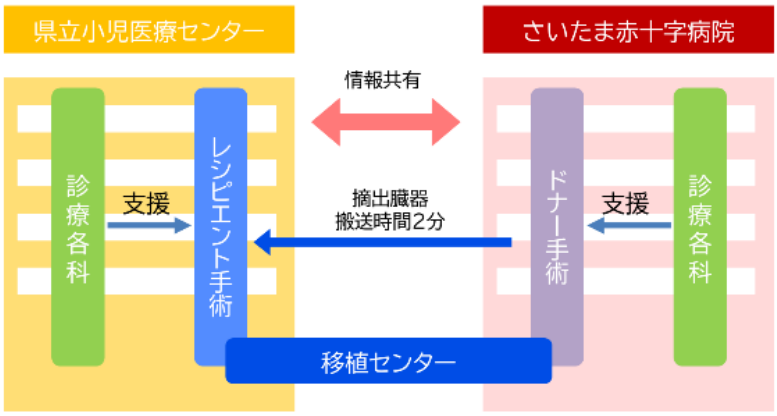
開設前は埼玉県から東京都への母体搬送が多く、妊婦と胎児には大きなリスクだったが、開設後は搬送が著減

10

Saitama Prefectural Hospital Organization

生体肝移植での連携

小児患者への肝移植医療では、さいたま赤十字病院でドナー手術を行い、連結した廊下を使い臓器を搬送、小児医療センターでレシピエント手術を実施



移植センター組織図

センター長
小児医療センター　移植外科長

副センター長
さいたま赤十字病院　外科部長

- 移植肝摘出手術(さいたま赤十字病院)
  外科
- 移植手術(小児医療センター)
  移植外科、 外科

2019年4月　　移植センター開設
2026年8月時点　累積症例数：63例
(5年生存率：96.9%)

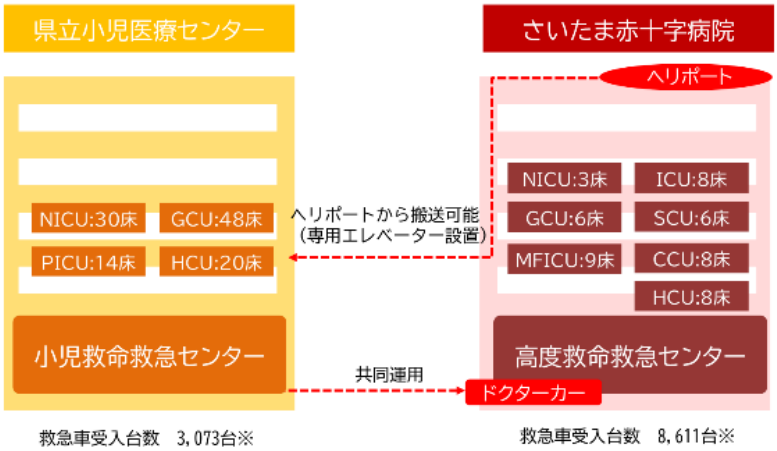
ドナー手術の費用は、さいたま赤十字病院が小児医療センターにレセプト計算額や室料差額等を請求
→小児医療センターは、ドナー手術・レシピエント手術含め、手術全体の診療報酬を請求

11

Saitama Prefectural Hospital Organization

救命救急医療での連携

集中治療を要する小児患者の受け入れや、救急医療スタッフの教育・研修などで、さいたま赤十字病院の高度救命救急センターと連携し、子どもから大人までカバーする救急医療拠点を整備



救急車受入台数　3,073台※

救急車受入台数　8,611台※

※救急車受入台数は令和6年度病床機能報告の数値



ドクターカーの共同運営
救急現場に小児患者がいる場合、さいたま赤十字病院が運行するドクターカーに小児医療センターの医師・看護師が乗り込み、協働して救命にあたる。

小児事案での出動回数　150回以上/年

12

Saitama Prefectural Hospital Organization

その他の医療連携や施設面での連携

両病院では、周産期、移植医療、救急医療の他にも、医療機能の役割分担と専門性の相互補完を図るため、診療面・施設面の双方で様々な連携を行っている。

■ 成人先天性心疾患（ACHD：Adult Congenital Heart Disease）への対応
- さいたま赤十字病院では、成人医療を担う中でACHD患者への対応が求められるが、先天性心疾患特有の解剖学的知識やカテーテル治療については、小児医療センターの専門医が協力している。

■ 移行期医療における連携
- 両病院で移行期医療連携カンファレンスを開催し、血液・腫瘍科や感染免疫・アレルギー科の成人移行の現状を共有するとともに移行先選定が困難な患者受入れについて協力を依頼

■ 新生児医療における役割分担
- さいたま赤十字病院には小児外来はあるが、小児病棟は設置されておらず、同病院のNICU3床の管理については、小児医療センターの医師が担当しており、同一の役割が重複しないように調整している。

■ その他の施設の共同利用
- ヘリポートやドクターカーのほか、職員食堂もはさいたま赤十字病院側に整備し、院内保育所、職員用の休憩ラウンジは小児医療センター側に整備するなど、両病院で施設の共同利用を行っている。（両病院で重複する福利厚生施設はコンビニエンスストアなど）

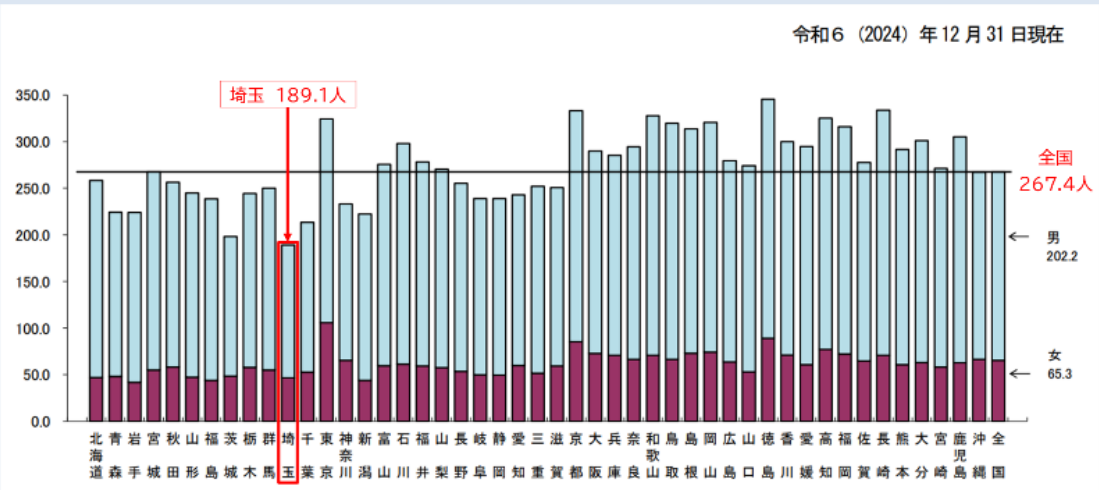
埼玉県立病院機構
地方独立行政法人化について

SPHO
Saitama Prefectural Hospital Organization

埼玉県の医療事情

人口当たり医師数

埼玉県の人口当たり医師数は189.1人で全国最下位
次いで茨城県 198.1人、千葉県 213.3 人、最も多い徳島県は345.4人　全国平均は267.4人



出典：令和6（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況

近隣都県との大学病院の本院の数の比較

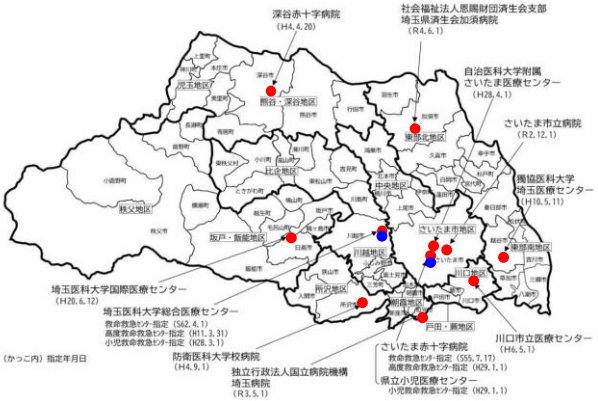
埼玉県は人口規模に比較して大学病院の本院が少ない
国公立大学医学部がない自治体は、埼玉県、栃木県、岩手県　▶ 医師の自給が困難

	人口	大学病院本院の数	分院の数
東京都	1,404万人	13	10
神奈川県	923万人	4	5
埼玉県	734万人	2 （防衛医大含む）	5
千葉県	627万人	2	6
茨城県	284万人	1	1
群馬県	191万人	1	0
栃木県	191万人	2 （自治医大含む）	0

県内医療機関の立地

救命救急センター、基幹病院ともに県南部に集中
秩父、北部、利根の3医療圏では、一般病床500床以上の病院がない(一般病床400床以上が3病院)

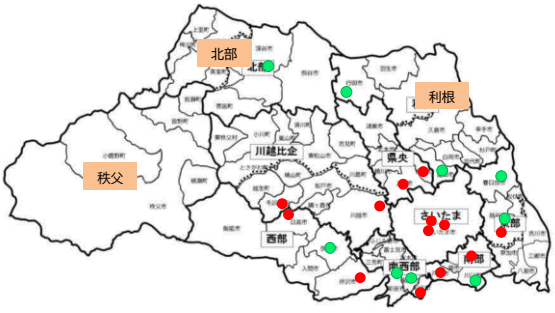
埼玉県の救命救急センター



- 救命救急センター　11病院
- 小児救命救急センター　2病院

出典:第8次埼玉県保健医療計画

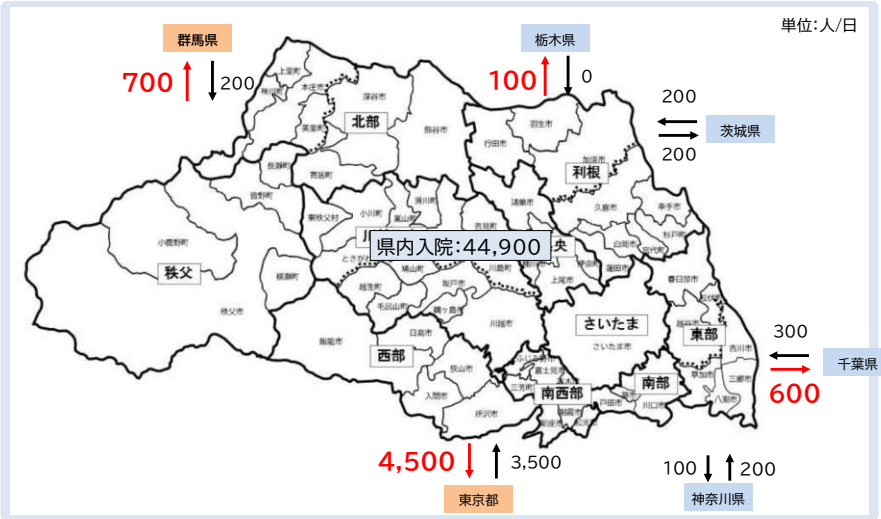
埼玉県の基幹病院



- 一般病床５００床以上の病院　13病院
- 一般病床４００床以上の病院　9病院

入院患者の流出入の状況

埼玉県在住の入院患者は、東京・群馬・千葉・栃木へ流出超過(令和5年患者調査)



埼玉県立病院の概要と
地方独立行政法人化の目的

埼玉県立４病院の概要

それぞれが3次医療機関で、民間医療機関では対応困難な高度専門的医療・政策医療などを担う一方で、6～7割は立地する医療圏からの患者であり、地域との関わりの中で医療を提供

循環器・呼吸器病センター



開設年月	昭和29年1月 小原療養所開設（結核療養所） 平成6年4月 改編、小原循環器病センター開設
病床数	343床｜一般292、結核30、感染症21
職員数	651人
診療科数	21科 循環器内科、腎臓内科、心臓外科、血管外科、放射線診断科、放射線治療科、呼吸器内科、緩和ケア内科、呼吸器外科、消化器外科、脳神経外科、脳神経内科、リハビリテーション科、麻酔科、病理診断科、集中治療科、総合内科、整形外科、眠科、耳鼻いんこう科、歯科
指定等	第二種感染症指定医療機関、埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワーク基幹病院、結核指定医療機関

小児医療センター



開設年月	昭和58年4月
病床数	316床｜一般316
職員数	939人
診療科数	29科 総合診療科、新生児科、代謝・内分泌科、消化器・肝臓科、腎臓科、感染免疫・アレルギー科、血液・腫瘍科、遺伝科、精神科、神経科、循環器科、放射線科、小児外科、移植外科、整形外科・リハビリテーション科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、三鼻耳咽喉科、麻酔科、病理診断科、小児歯科、集中治療科、救急診療科、外傷診療科、臨床検査科
指定等	小児がん拠点病院、小児救命救急センター、総合周産期母子医療センター、災害拠点病院、がんゲノム医療連携病院

がんセンター



開設年月	昭和50年11月
病床数	503床｜一般503
職員数	875人
診療科数	27科 血液内科、乳腺腫瘍内科、乳腺外科、緩和ケア科、精神腫瘍科、消化器内科、内視鏡科、消化器外科、呼吸器内科、胸部外科、脳神経外科、整形外科、リハビリテーション科、形成外科、婦人科、頭頸部外科、皮膚科、泌尿器科、歯科口腔外科、麻酔科、放射線治療科、放射線診断科、病理診断科、遺伝科、総合内科、臨床検査科、心療内科
指定等	都道府県がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療拠点病院

精神医療センター

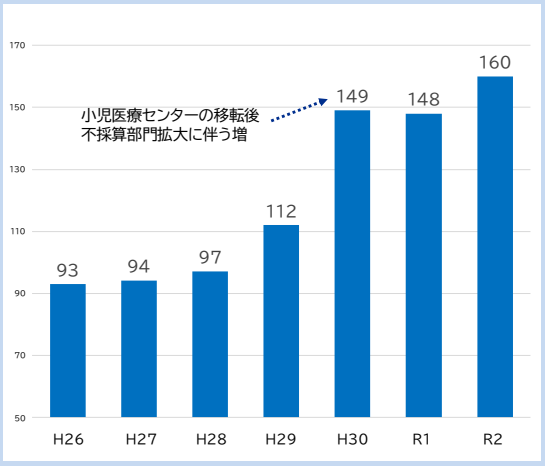


開設年月	平成2年4月
病床数	183床｜精神183
職員数	237人
診療科数	6科 精神科、児童・思春期精神科、内科、外科、小児科、歯科
指定等	埼玉県精神科救急医療体制整備事業常時対応施設、医療観察法指定入院・指定通院医療機関、埼玉県依存症専門医療機関、埼玉県依存症治療拠点機関

地方独立行政法人化以前の埼玉県立病院の状況

平成14年度(2002年度)から地方公営企業法を全部適用
赤字額の拡大、県の運営費負担金の増大から、経営形態の変更も含めた改革が要請されていた

運営費負担金(3条+4条)の推移



純損益の推移



9

Saitama Prefectural Hospital Organization

埼玉県立病院の地方独立行政法人化の目的

目的は何よりもまず医療従事者を増やすこと。適切な高度専門・政策医療を提供し、経営基盤を強化するには、しっかりと県立病院の人材を確保できる制度を作る必要があると判断。

- 当時の県立病院は県の直轄組織だったため、予算や定数などのルールに縛られて、必要な場所に人を配置したくてもできないというジレンマ。
- 病院事業管理者として可能な限り経営改善に取り組んでいたが、公務員の給与条件である「医療職給与表」を提示しても医師が集まらないため優秀な人材の確保が困難。

  →より有利な診療報酬の施設基準を満たすために必要な医師の増員ができない
  →非常勤医員の常勤化ができない
  →診療報酬改定などの変更に迅速に対応できない

- こうした人材確保の課題以外にも、予算の年度繰越しや複数年度の契約に県議会の議決が必要、高額な医薬品購入に補正予算を編成する必要がある、など経費の運用が迅速に行えず、コスト削減の工夫にも限界があった。

10

Saitama Prefectural Hospital Organization

埼玉県立病院の地方独立行政法人化の目指す方向

医師などの医療人材の確保のため、専門医の資格に応じた年俸制を導入するなど、医師が納得して働ける環境を整えることで、良質な医療を提供する、ということを目指す方向性とした。

■ 優れた人材の確保
・法人独自の処遇（年俸制）
・医療提供体制の強化

■ PDCAの強化
・中期目標・中期計画の策定
・事業実績評価

■ 予算執行の弾力化
・単年度執行に縛られない予算
・複数年契約
・コスト削減の工夫

■ 良質な医療の提供
・質の高い高度専門医療
→がんゲノム医療、移植医療　など
・周産期、小児救急、精神などの政策医療

■ 地域医療への貢献
・医師不足地域への医師派遣
・救急医療

■ 優れた経営体
・職員の経営意識向上
・経常収支の均衡

地方独立行政法人化に向けた検討と準備

地方独立行政法人化の検討経緯

平成29年度（2017年度） 病院事業管理者就任

平成30年度（2018年度） 外部有識者による在り方検討委員会の議論と並行して職員勉強会を実施

県立病院在り方検討委員会

第１回 ・県立病院の現状
第２回 ・県立病院の課題について
第３回 ・県立病院の課題の整理について
第４回 ・県立病院に最適な経営形態の方向性
第５回 ・各県立病院の職員から寄せられた意見
・埼玉県立病院の在り方に関する検討報告書（たたき台について）
・さらに議論を要する事項
第６回 ・埼玉県立病院の在り方に関する検討報告書のまとめ

職員勉強会

第１回 ・県立病院の現状、経営形態、公務員から民間への身分移行のメリット・デメリット

第２回 ・在り方検討委員会の設置について

第３回 ・在り方検討委員会での検討状況　等

第４回 ・在り方検討委員会の報告内容
・今後の検討スケジュール　等

※職員勉強会は令和元年度（2020年度）以降も継続

平成31年（2019年）2月定例県議会　知事答弁で独法化を表明

職員勉強会での意見

病院事業管理者として各病院の職員勉強会で独法化について直接説明
→合計33回実施　職員延べ3，700人以上が参加





勉強会での職員からの主な意見の抜粋

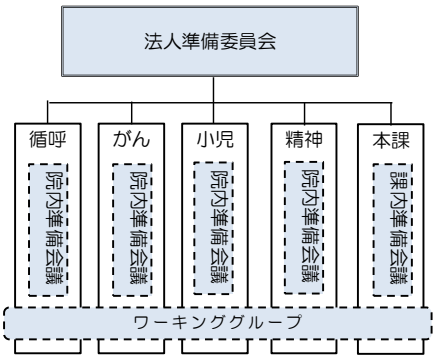
- 独法化して採算性を良くするために患者の受入れを制限してしまうのではないか
- 部長職になると時間外手当が出ない。医師のような専門職を公務員の給与体系に当てはめることは無理がある
- 県の採用試験で採用されたにも関わらず、独法化で公務員の身分がなくなるのは疑問
- 入職して急に独法化のことを聞き少し不安に感じている
- 中長期的に病院経営に携われる事務職員が必要である

地独化に向けた内部環境の準備

病院職員等で構成する「法人準備委員会」を設置し、各種ワーキンググループで議論
職員の意見を聴きながら準備を進め、不安の解消やモチベーションの維持に努めた

■法人準備委員会
- 各病院幹部＋病院局＋県保健医療政策課

■下部組織としての各種ワーキンググループ
- 職員の処遇などを検討する人事制度WGの設置
  - ✓全職種、全病院、副院長級から主事級までの職員で構成
  - ✓委員長は看護師長、副委員長は医長級医師
- 地独法で定められた中期目標・中期計画の策定WGの設置
  - ✓経営担当副病院長を中心としたメンバー
- ネットワークやシステム検討を行う情報システム準備WGの設置
- 医師の処遇改善に向けた年俸制導入の検討
  - ✓病院事業管理者の意向を人事部門で検討



15
Saitama Prefectural Hospital Organization

地方独立行政法人化によってできたこと

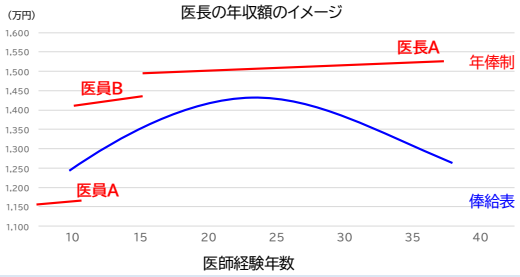
16
Saitama Prefectural Hospital Organization

医師報酬の課題を整理し、専門性を評価する給与制度を導入

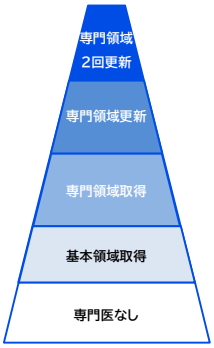
独法化により医師給与は年俸制とし、県立4病院が高度専門医療を担うことを踏まえ、医師の専門性を給与に反映させるため、専門医制度を基軸とした処遇決定の仕組みを導入。

初任給調整手当と専門性評価の課題

- 公務員医療職俸給表(一)では、初任給調整手当は40歳代をピークに下がり始め、基本給と併せた給与全体でも50歳代で年収が下がる医師が大半。
- 基本的に年功序列型で、医師の専門性を評価する裁量がない。



専門医制度を基軸にした処遇決定



- 日本専門医機構等が認定する専門医資格を基軸とした給与体系
- 医師の専門性や病院運営への貢献（稼働、院内活動、指導など）を勤勉手当で評価
- メリハリのある処遇を可能とする年俸制を導入

【基本領域】
内科専門医、外科専門医、小児科専門医など

【専門領域】
循環器専門医、消化器外科専門医、新生児科専門医などいわゆるサブスペシャリティ領域

17

年俸制導入以外の医師の人事改革

副病院長への任期制導入や統括ポストの新設によりガバナンスを強化。
レジデントの常勤化や時間外手当の適正化を行い、実態に即した医師の待遇改善を実施。

【組織統括、ガバナンス体制の強化】
副病院長への任期制の導入
→役職に任期を設けることで、経営・運営への参画意識と責任感を向上させ、組織の代謝を促進

「統括部長」ポストの新設
→外来・病棟・手術部門などの各診療領域を横断的に統括する役割を配置

【役職手当、時間外手当の見直し】
部長級医師の処遇の見直し
→部長級医師に対し、従来の「管理職手当」を「役職手当」へ変更。
従来、部長級には支給していなかった時間外手当を支給し、実態に即した待遇に改善

【若手医師の身分保障とキャリア形成】
レジデント医師の常勤化
→独法化前は非常勤だったが、正規雇用として常勤化し、待遇を保障し、常勤化に伴い副業を禁止

【地域医療への貢献と連携推進】
公益性のある兼業の推進
→医師不足地域・小児二次救急輪番制への医師派遣を積極的に推進。医師会との連携と併せ、県立病院として地域の医療インフラ維持に貢献

18

看護師・コメディカルの人事改革

看護・コメディカルの経営参画と部門間連携を強化。専門スキルを評価する給与体系への移行とともに、将来を見据えた人材育成と職場環境の安定を図る。

【組織統制・ガバナンスの強化】
全看護部長の副病院長への任用
→全病院の看護部長を副病院長に任用、多職種連携、接遇の向上の面で、病院全体への発言権を持たせる取組

コメディカル統括ポストの新設
→「統括技術部長」を新設し、4病院の各部長と理事長とで定期的に意見交換を実施

【「年功序列」から「能力制」への移行】
専門スキルと処遇の連動
→クリニカルラダーと給与体系・職位を連動させ、専門性を正当に評価。

職種に応じた適正な俸給表の適用
→MSW・PSWへの医療職俸給表(二)の適用や、薬剤師の処遇改善による採用強化。

【将来を見据えた人材育成】
戦略的人事異動の実施
→県立4病院間で、看護師・コメディカル職員の人事異動を行い、多様な経験を通じ、幹部候補を育成

【持続可能な職場環境の構築】
看護師の過員配置による欠員対策
→育児休業等の欠員状況を見込んで、年度当初から余裕を持った人員を配置し、現場の負担増を抑制。

19

Saitama Prefectural Hospital Organization

県立病院機構全体　職種別職員数の推移

医師、看護師、コメディカルなどの医療従事者は、R2→R7の5年間で大幅に増加

職種	R2	R3	R4	R5	R6	R7	増加数 (増加率)
医師	309	396	382	401	396	407	98 (31.7%)
看護師	1,557	1,632	1,636	1,662	1,683	1,705	148 (9.5%)
薬剤師	63	66	65	78	88	98	35 (55.6%)
診療放射線技師・臨床検査技師・管理栄養士	198	198	200	197	215	227	29 (14.6%)
事務系職員	149	136	136	146	151	158	9 (6.0%)
その他(OT・PT・ME等)	118	117	120	122	131	143	25 (21.2%)
合計	2,394	2,545	2,539	2,606	2,664	2,738	344 (14.3%)

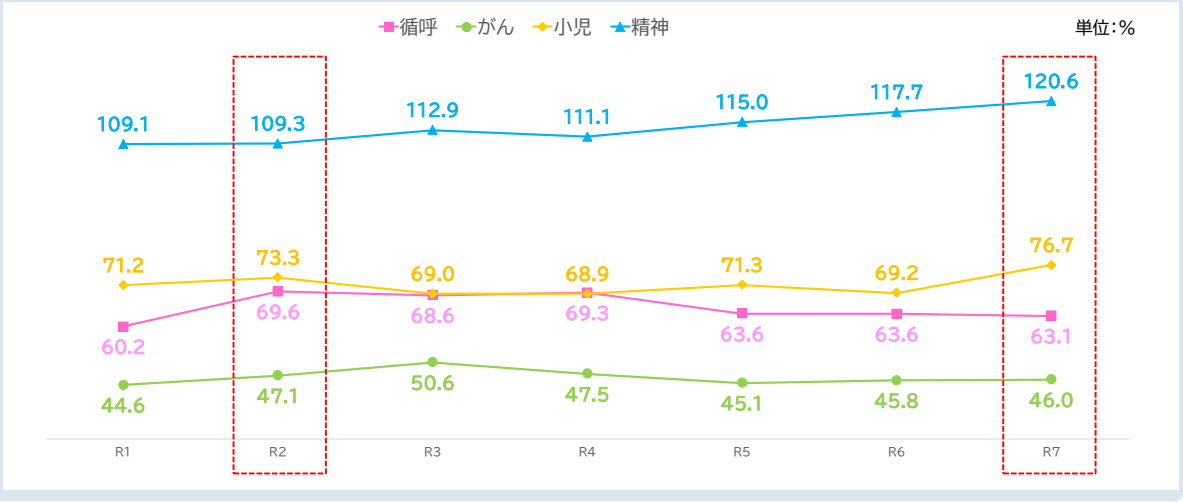
地独化

20

Saitama Prefectural Hospital Organization

給与費対医業収益比率の推移

給与費対医業収益比率は、独法化後、令和5年度頃までは低下傾向だったが、
令和6～7年度の人事委員会勧告に準じた給与改定により、増加傾向



県立４病院間の連携強化

地方公共団体の直営組織から独立した法人となることで、理事長を中心とした理事会の迅速な意思決定により、病院間の壁を越えた相互支援体制を確立

■ 循環器・呼吸器病センターでのICUの休日夜間勤務
→がんセンター、小児医療センターの医師を派遣

■ 精神医療センターでの身体合併症対応
→がんセンターの総合内科・感染症内科医による支援

■ がんセンターでの麻酔科医の不足
→小児医療センター麻酔科医による支援

■ 循環器・呼吸器病センターでの病理医の不足
→がんセンター病理医による支援

■ 夏季に最繁忙となる小児医療センターへの支援
→循環器・呼吸器病センターの看護師の派遣

■ コロナ診療時の看護師の施設間支援



予算の弾力的な運用

高額な治療薬が急遽必要となった場合でも議会の議決を待たずに理事会で補正予算の決定が可能。債務負担行為の設定（議決）に縛られない複数年契約の緩和による契約見直しを実施

■ 複数年契約の緩和による契約見直しの例

- 医療機器等の購入とその後の数年間の保守運用契約を一括して調達し、トータルコストでの入札を実施
- 4病院間で契約終期が異なっていた委託業務について、終期を合わせることで、年度をまたいで共同調達を実施

■ その他の経費削減の取組

- 医薬品の一括調達やNHA品への切替による診療材料費の縮減を中期計画に位置付け、機構全体で取組

共同調達による契約見直しを行った委託業務の例

	個別調達時の委託料	共同調達後の委託料	差額
中央材料室業務	133,190千円	107,450千円	△25,740千円
放射線区域測定等業務	23,970千円	23,130千円	△840千円
医療ガス配管設備保守業務	32,490千円	32,200千円	△290千円
合計			△26,870千円

※契約月数が異なるため年額に換算して比較

まとめ

- ■ 地方独立行政法人化によって様々な改革を実行した
- ■ 定数条例の影響を受けないことで、大幅な職員増が可能となった
- ■ 医師の年俸制をはじめ、様々な人事改革を行った
- ■ 年功序列制から能力制に順次切り替えつつあり、職員一人ひとりの病院経営に対する意識改革も進んできている
- ■ 県立病院機構という一つの組織の中で病院間の連携・支援体制を構築した
- ■ 独法化後、コロナ禍が直撃、医師増員による効果が半減。その後業務実績は向上しつつあったが、物価や人件費の高騰により経営状況は悪化した
- ■ 今後の超少子高齢化、人口減・患者減を見据え、抜本的な改革に取り組んでいく必要を痛感している