

公立病院の現状と課題について



総務省

令和7年10月28日
自 治 財 政 局
準 公 営 企 業 室

全国の病院に占める公立病院の役割

- 全国の病院に占める公立病院の割合は、病院数で約11%、病床数で約14%。
- 民間病院の立地が困難なへき地等における医療や、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に係る医療、民間病院では限界のある高度・先進医療の多くを公立病院が担っている。

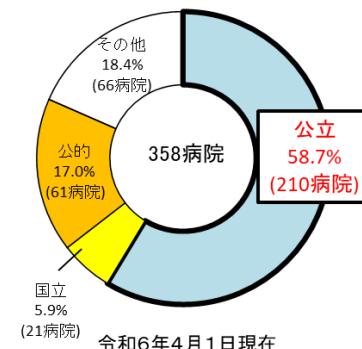
○全国の病院に占める 公立病院の割合

	病院数	病床数
全 体	8,044	1,464,526
公 立	844 (10.5%)	198,549 (13.6%)
国 立	317	121,595 (8.3%)
公 的	334	101,061 (6.9%)
その 他	6,549	1,043,321 (81.4%)

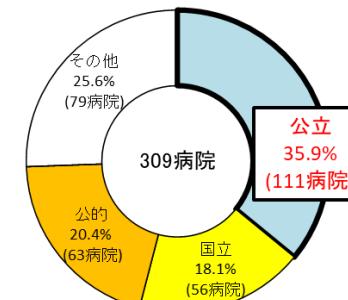
※表は医療施設動態調査（令和7年3月末）（厚労省）より作成
 ※表の「公立病院」は、地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院
 ※表の「公的病院」は、公立大学附属病院や日本赤十字社、済生会、厚生連等が開設・運営する病院

○公立病院の役割

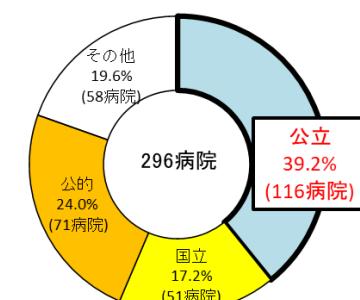
へき地医療拠点病院



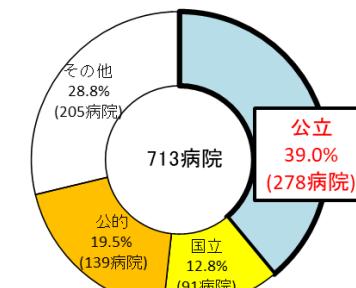
救命救急センター



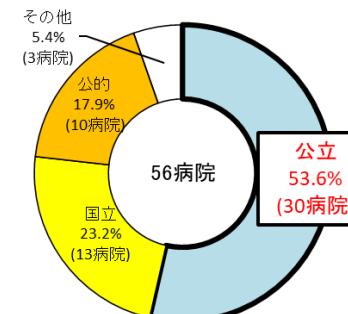
地域周産期母子医療センター



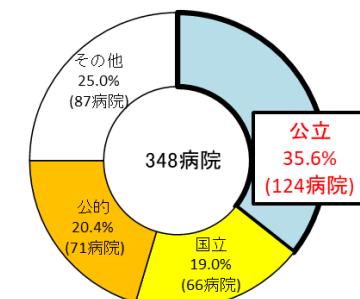
地域災害拠点病院



第一種感染症指定医療機関



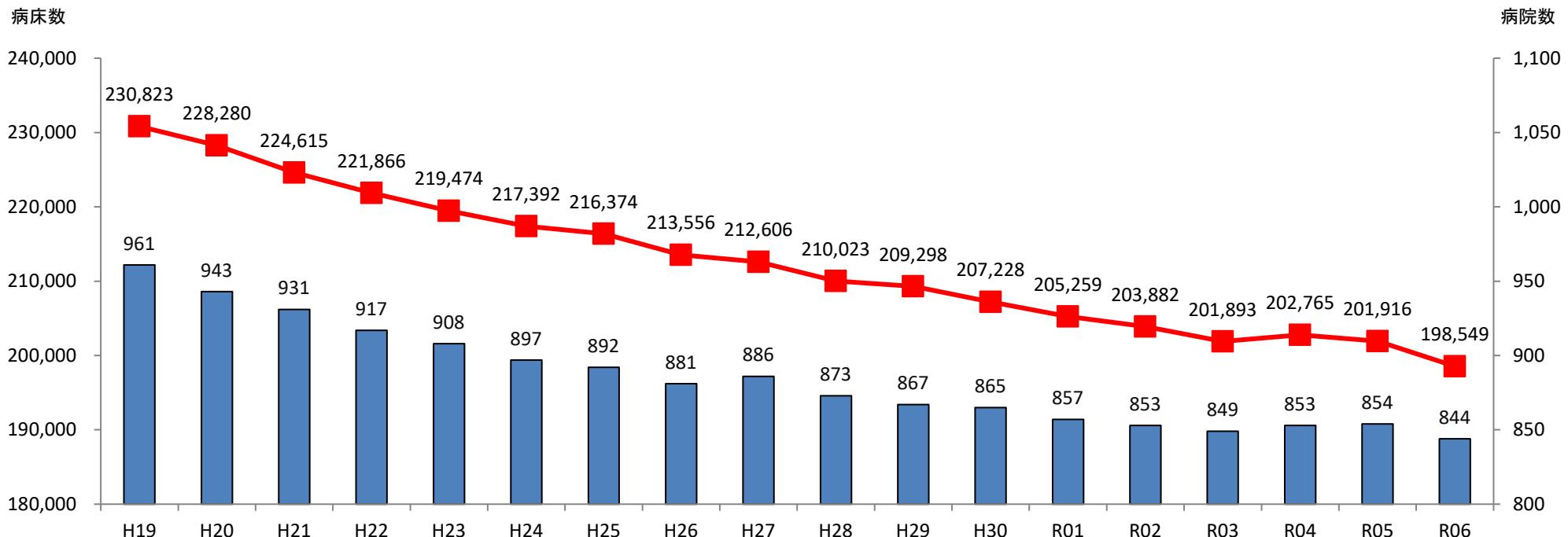
地域がん診療連携拠点病院



（出典：厚労省調査より作成）

公立病院数と病床数の推移（地方独立行政法人を含む）

- 令和6年度の公立病院数及び病床数は、844病院、198,549床となっている。
- 地域の実情に応じた病院再編等の取組により、減少基調で推移している。



年度	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R05	R06
病院数	961	943	931	917	908	897	892	881	886	873	867	865	857	853	849	853	854	844
増減率	-	▲1.9	▲1.3	▲1.5	▲1.0	▲1.2	▲0.6	▲1.2	0.6	▲1.5	▲0.7	▲0.2	▲0.9	▲0.5	▲0.5	0.5	0.1	▲1.2
病床数	230,823	228,280	224,615	221,866	219,474	217,392	216,374	213,556	212,606	210,023	209,298	207,228	205,259	203,882	201,893	202,765	201,916	198,549
増減率	-	▲1.1	▲1.6	▲1.2	▲1.1	▲0.9	▲0.5	▲1.3	▲0.4	▲1.2	▲0.3	▲1.0	▲1.0	▲0.7	▲1.0	0.4	▲0.4	▲1.7

※出典：地方公営企業決算状況調査、地方独立行政法人（病院事業）に関する決算状況調査
※病院数は、建設中のものを除いている。

公立病院の立地

- 公立病院の約65%(550団体)は10万人未満、約32%(270団体)は3万人未満の市町村に所在しており、小規模団体の割合が高い傾向にある

【所在市区町村人口区分別の公立病院数】

所在市区町村 の人口	病院数 ※地独法を含む	
合計	844	
23区及び指定都市	80	
30万人以上	61	
10万人～30万人	153	
5万人～10万人	156	全公立病院の 65.2%
3万人～5万人	124	全公立病院の 32.0%
3万人未満	270	

※ 表の病院数は、令和6年度における地方公営企業の病院及び公営企業型地方独立行政法人病院（建設中の病院を除く。）

- 過疎地域等の条件不利地域を多く抱える都道府県は、全病床数に占める公立病院の病床数の割合が比較的高い傾向にある

【公立病院の病床数の割合が高い都道府県】

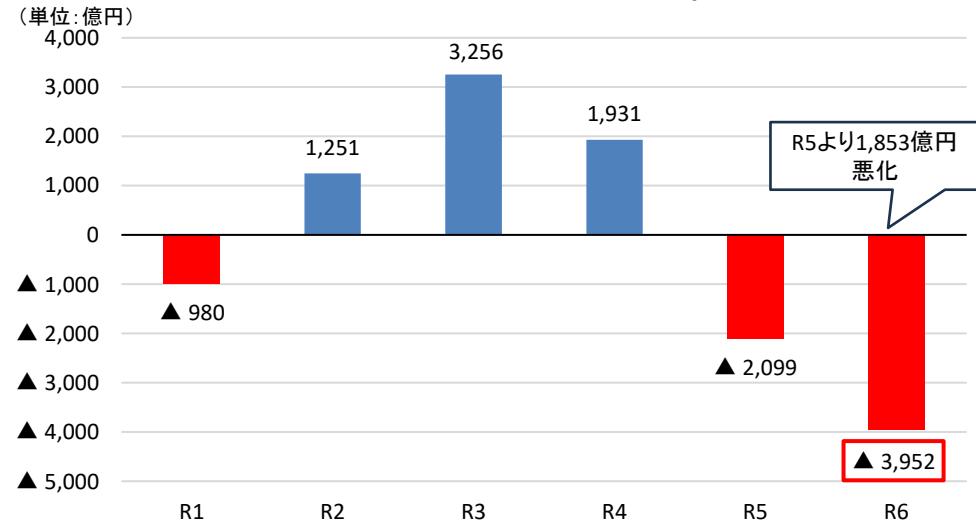
都道府県名	割合 (%)	公立病院の病床数 ／全病床数
山形県	45.0	4,787／10,648
岩手県	42.0	5,212／12,408
青森県	37.3	4,707／12,624
富山県	32.1	3,894／12,115
山梨県	31.6	2,685／8,497
滋賀県	31.2	3,749／12,010
島根県	31.2	2,397／7,682
和歌山県	31.0	3,277／10,576
静岡県	30.7	9,155／29,816
岐阜県	29.8	4,740／15,883

(参考) 東京都 10.1%
大阪府 11.2%

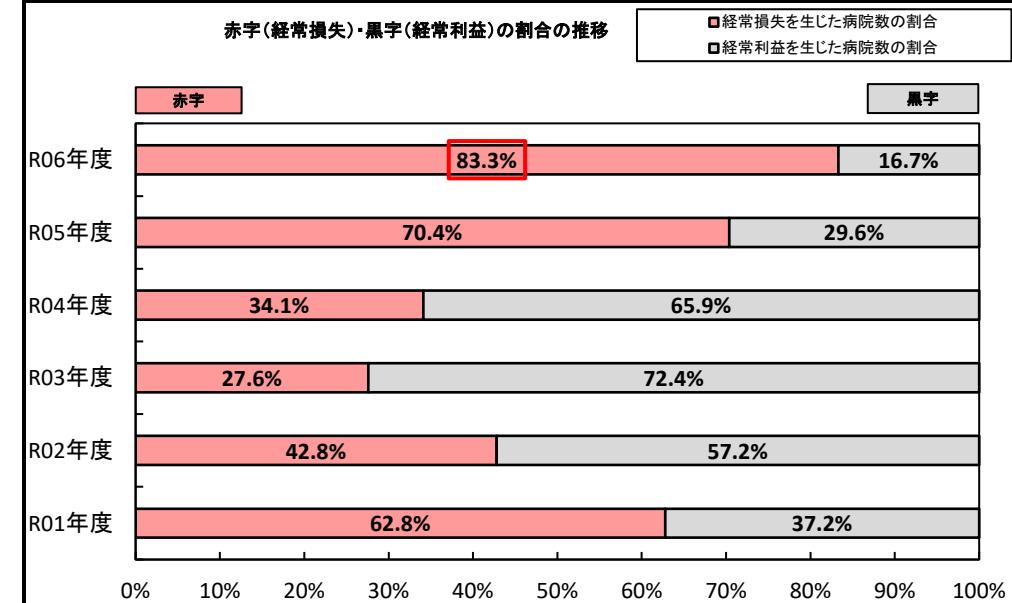
(出典:令和6年度医療施設調査(厚労省))

公立病院の令和6年度決算の状況

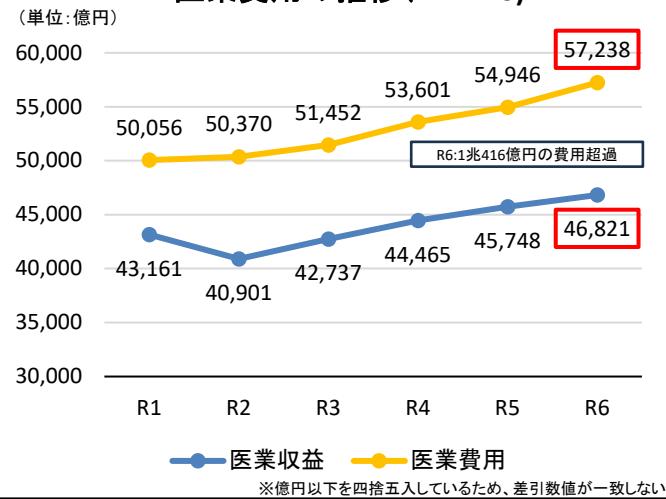
経常損益の推移(R1～R6)



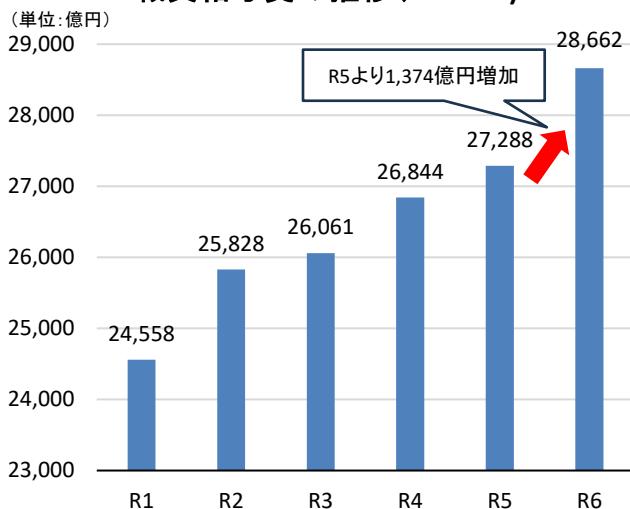
赤字(経常損失)・黒字(経常利益)の割合の推移



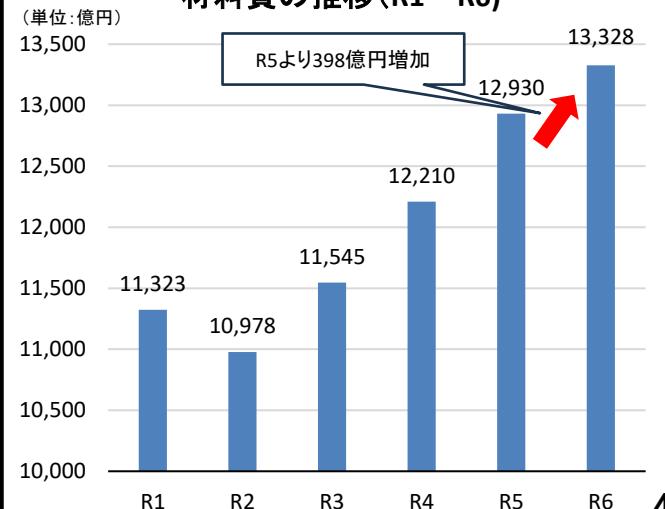
医業収益(他会計繰入金を除く)と医業費用の推移(R1～R6)



職員給与費の推移(R1～R6)



材料費の推移(R1～R6)



公立病院損益収支の状況

(単位:億円、%)

項目	年度	R1	2	3	4	5 (A)	6 (B)	(B)−(A) (A)
総 収 益		52,070	55,285	58,401	58,851	56,236	56,586	0.6
(うち他会計繰入金)		6,302	6,493	6,384	6,538	6,595	6,923	5.0
経 常 収 益		51,713	54,399	57,515	58,440	55,837	56,354	0.9
うち 医 業 収 益		45,526	44,360	46,676	48,737	49,109	50,051	1.9
うち 修正医業収益		43,161	40,901	42,737	44,465	45,748	46,821	2.3
うち 国庫(県)補助金		231	4,926	6,224	5,200	1,259	319	▲ 74.7
総 費 用		53,054	53,919	55,105	56,854	58,291	60,644	4.0
経 常 費 用		52,693	53,149	54,259	56,508	57,935	60,306	4.1
うち 医 業 費 用		50,056	50,370	51,452	53,601	54,946	57,238	4.2
純 損 益		▲ 984	1,366	3,296	1,996	▲ 2,055	▲ 4,059	▲ 97.5
経 常 損 益		▲ 980	1,251	3,256	1,931	▲ 2,099	▲ 3,952	▲ 88.3
累 積 欠 損 金		19,908	19,062	16,682	15,363	16,974	19,992	17.8
経 常 収 支 比 率		98.1	102.4	106.0	103.4	96.4	93.4	—
医 業 収 支 比 率		91.0	88.1	90.7	90.9	89.4	87.4	—
修 正 医 業 収 支 比 率		91.0	88.1	90.7	83.0	83.3	81.8	—

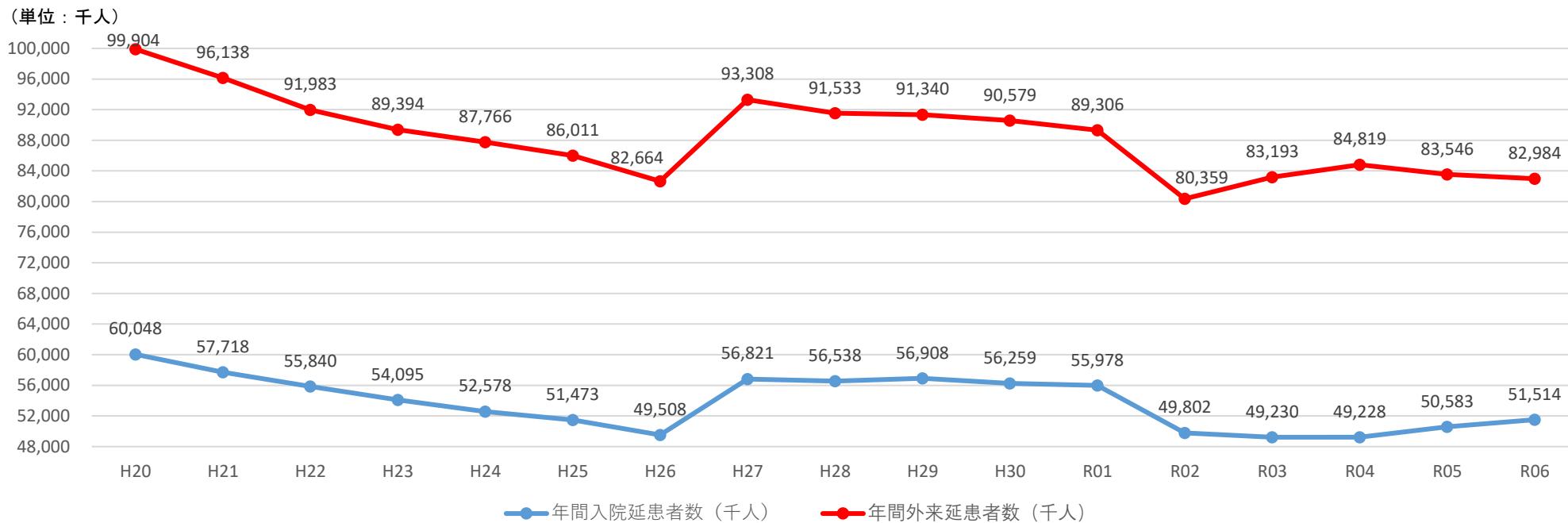
出典:地方公営企業決算状況調査、公営企業型地方独立行政法人決算状況調査

(注1)公営企業型地方独立行政法人病院を含む。

(注2)各項目の数値は表示単位未満を四捨五入しているため、差引数値等が一致しない場合がある。

年間入院延患者数と年間外来延患者数の推移

- 令和6年度の年間入院延患者数は51,514千人、年間外来延患者数は82,984千人。
- 平成26年度から平成27年度にかけて、入院、外来ともに患者数が大幅増加しているが、これは地方独立行政法人が集計に含まれるようになったことによる増加である。
- 令和元年度から令和2年度にかけては、新型コロナウイルス感染症の影響により、患者数が大きく減少した。各病院で患者確保努力を行っているものの、令和6年度においても、コロナ禍前の患者数には戻っていない。



	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04	R05	R06
年間入院延患者数 (千人)	60,048	57,718	55,840	54,095	52,578	51,473	49,508	56,821	56,538	56,908	56,259	55,978	49,802	49,230	49,228	50,583	51,514
増減率 (%)	—	▲ 3.9	▲ 3.3	▲ 3.1	▲ 2.8	▲ 2.1	▲ 3.8	14.8	▲ 0.5	0.7	▲ 1.1	▲ 0.5	▲ 11.0	▲ 1.1	▲ 0.0	2.8	1.8
年間外来延患者数 (千人)	99,904	96,138	91,983	89,394	87,766	86,011	82,664	93,308	91,533	91,340	90,579	89,306	80,359	83,193	84,819	83,546	82,984
増減率 (%)	—	▲ 3.8	▲ 4.3	▲ 2.8	▲ 1.8	▲ 2.0	▲ 3.9	12.9	▲ 1.9	▲ 0.2	▲ 0.8	▲ 1.4	▲ 10.0	3.5	2.0	▲ 1.5	▲ 0.7

※出典：地方公営企業決算状況調査 (H26年度以前には地方独立行政法人分の数値は含まれていない)

公立病院の経営状況(病床規模別・R6-R1比較)

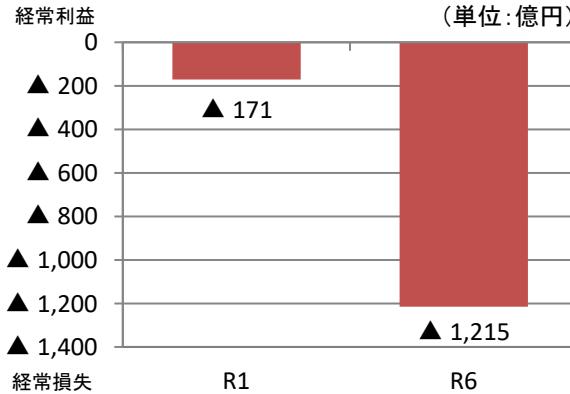
500床以上病院

(R6:91病院のうち黒字病院は7.7%)

経常収支比率

※経常収益/経常費用 × 100 (単位:%)

R1	R6	増減(R6-R1)
99.2	94.3	▲4.9

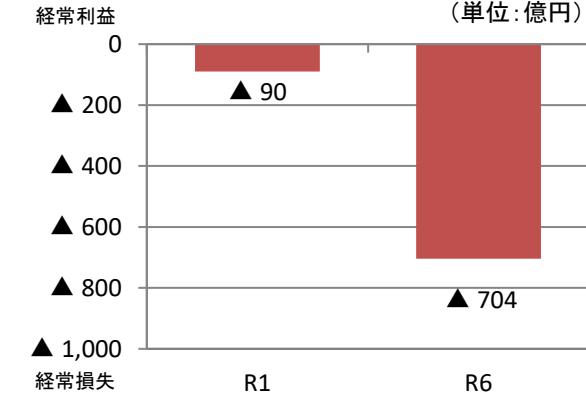


400床以上500床未満病院

(R6:75病院うち黒字病院は4.0%)

(単位:%)

R1	R6	増減(R6-R1)
98.9	93.5	▲5.4

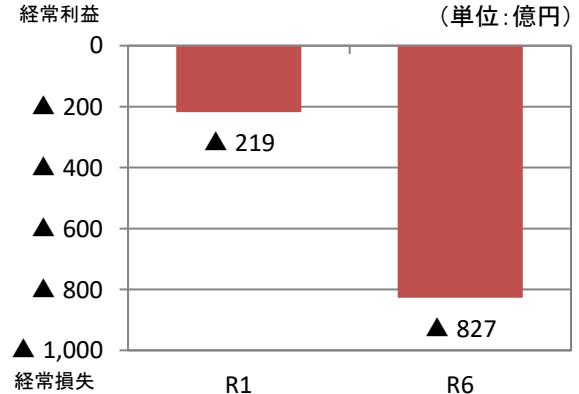


300床以上400床未満病院

(R6:119病院うち黒字病院は8.4%)

(単位:%)

R1	R6	増減(R6-R1)
96.9	92.6	▲4.3



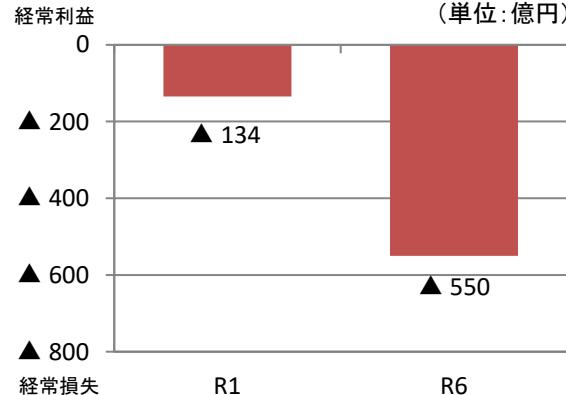
200床以上300床未満病院

(R6:97病院のうち黒字病院は14.4%)

経常収支比率

(単位:%)

R1	R6	増減(R6-R1)
96.8	90.6	▲6.2

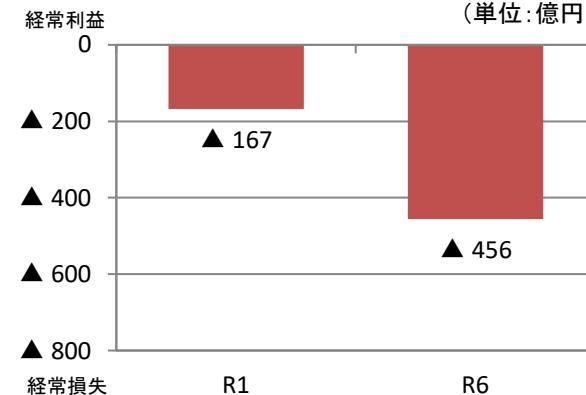


100床以上200床未満病院

(R6:196病院のうち黒字病院は15.8%)

(単位:%)

R1	R6	増減(R6-R1)
96.6	92.3	▲4.3

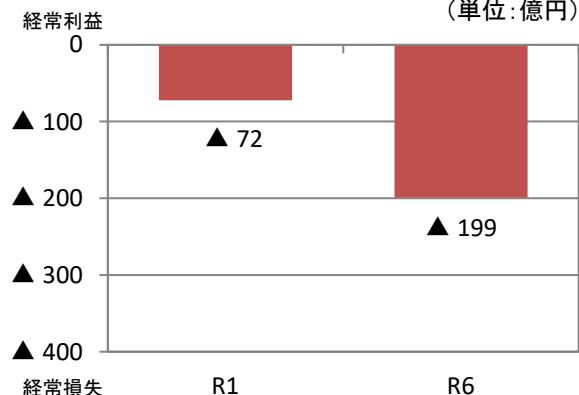


100床未満病院

(R6:266病院のうち黒字病院は28.6%)

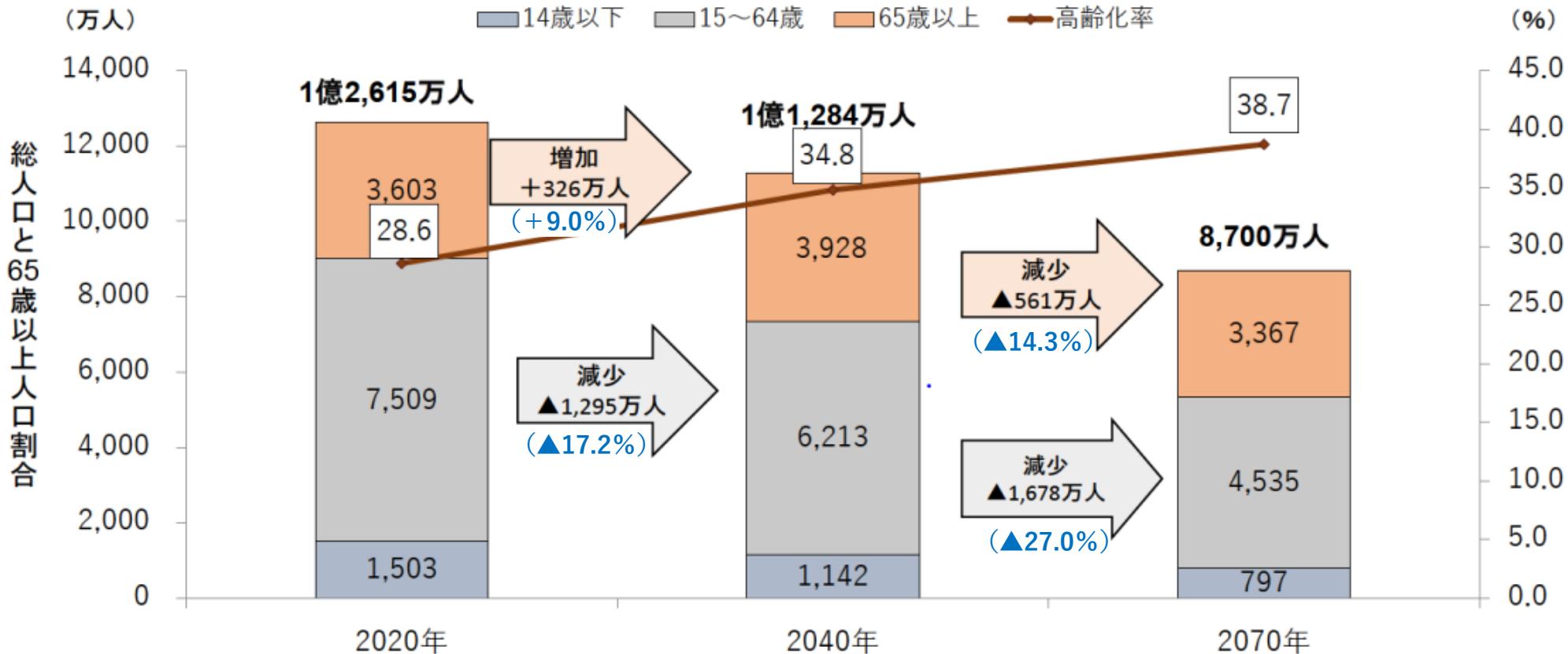
(単位:%)

R1	R6	増減(R6-R1)
97.5	93.6	▲3.9

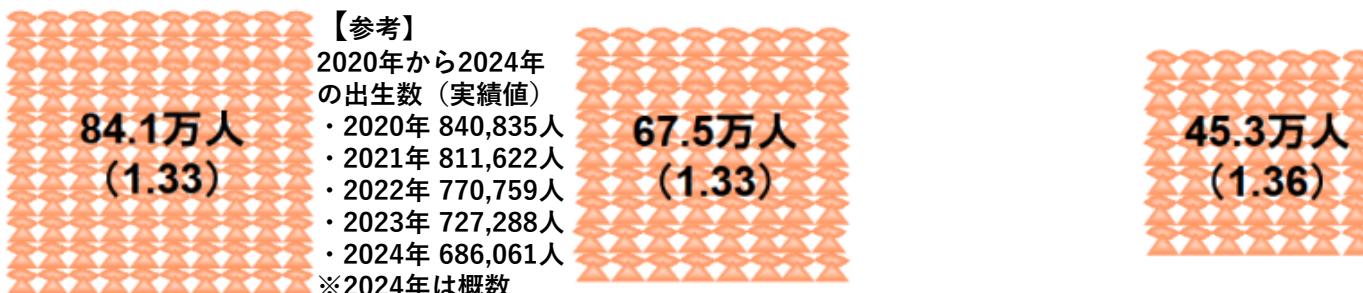


今後の人口構造の急速な変化

令和5年10月4日
全世代型社会保障会議 資料4
一部加工



1年間の出生数（率）



(出所) 2020年の人口は総務省「国勢調査」、出生数は厚生労働省「人口動態統計」

2040年及び2070年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)、出生数は日本人。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方針等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
- ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

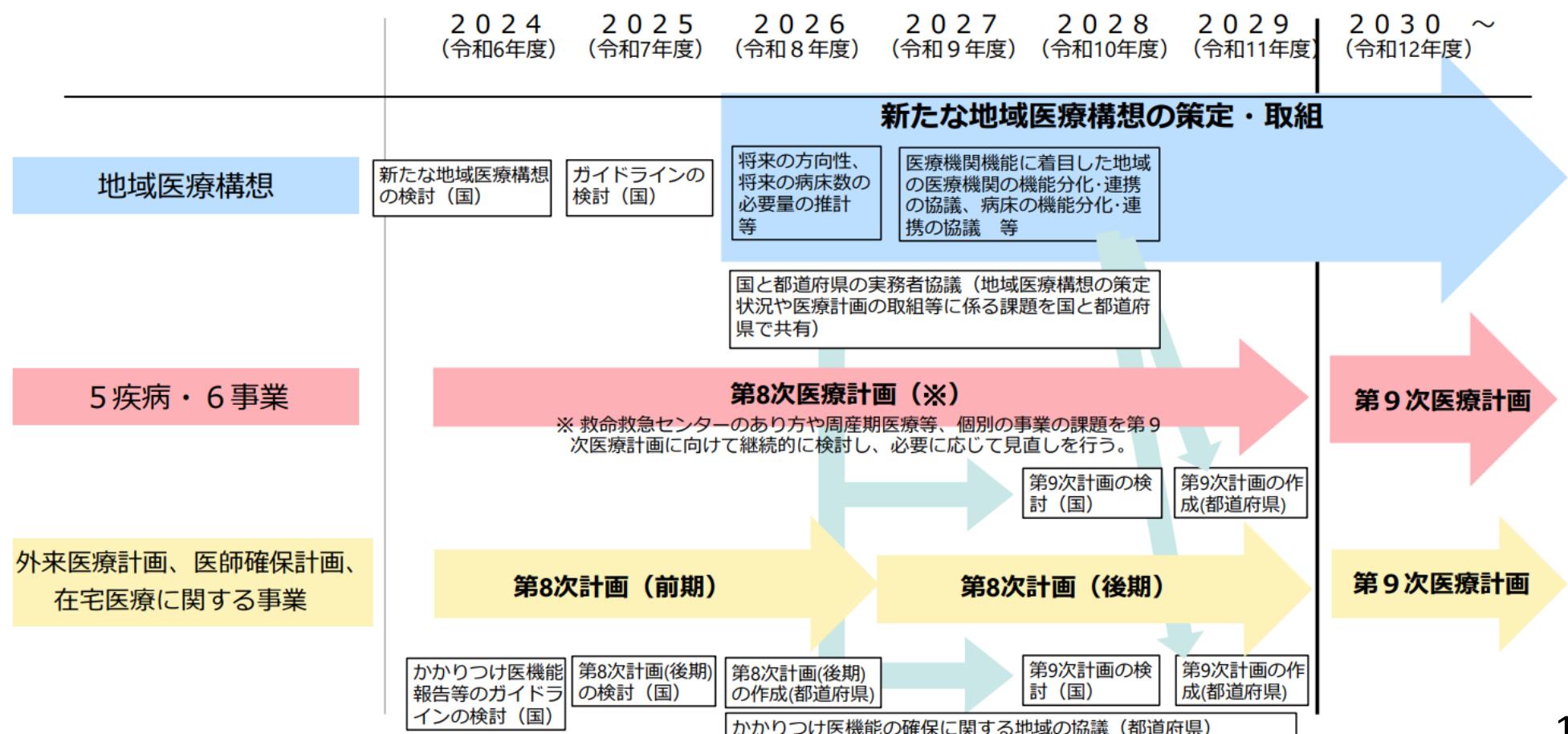
- ① 国(厚生大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

新たな地域医療構想と医療計画の進め方

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



地域医療構想策定ガイドラインについて

- 地域医療構想の策定については、地域医療構想策定ガイドライン（平成29年）において、主に構想の策定に向けて①議論を行うための区域の設定、②必要病床数等、地域における関係者間の議論を行うためのデータ共有、③対応案の作成と、④策定後に取組を推進するための事項について定められている。

地域医療構想策定ガイドライン

I 地域医療構想の策定

- 1 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
- 2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
- 3 構想区域の設定
- 4 構想区域ごとの医療需要の考え方
- 5 医療需要に対する医療提供体制の検討
- 6 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
- 7 構想区域の確認
- 8 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

II 地域医療構想策定後の取組

- 1 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
- 2 地域医療構想調整会議の設置・運営
- 3 都道府県知事による対応
- 4 地域医療構想の実現に向けたP D C A

III 病床機能報告制度の公表の仕方

- 1 患者や住民に対する公表
- 2 地域医療構想調整会議での情報活用

① 区域の設定

次期GLにおいても、二次医療圏をベースに整備。医療需要、医療資源、医療機関機能の確保等のため、適切となる区域を設定することが必要。

相互に関連

② データの共有

次期GLにおいても、人口等の基礎的なデータの他、必要病床数等の将来の医療需要や医療資源の確保等、地域での議論に資するデータを収集し、関係者間で認識の共有を図ることが必要。

③ 対応案の作成

次期GLにおいても、現状を維持した場合や連携・再編・集約化した場合等の複数の案を比較衡量して、関係者間で将来像を共有することが必要。

④ 取組の推進

次期GLにおいても、地域医療構想策定後の取組の推進に向けて、地域医療構想調整会議の運営等に関する検討が必要。

- 現行の地域医療構想については、引き続き、既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- 新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討を行う。

<現行の地域医療構想>

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

(敬称略。五十音順)

伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会长代行
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大屋 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
○ 尾形 裕也	九州大学名誉教授
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
幸野 庄司	健康保険組合連合会参与
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
田中 一成	一般社団法人日本病院会常任理事
野原 勝	全国衛生部長会
望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
○ : 座長	

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

(敬称略。五十音順)

石原 靖之	岡山県鏡野町健康推進課長
伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会长代行
猪口 雄二	公益社団法人全日本病院協会会长
今村 知明	奈良県立医科大学教授
今村 英仁	日本医師会生涯教育・専門医の仕組み運営委員長センター長
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
○ 遠藤 久夫	学習院大学長
大屋 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
岡 俊明	一般社団法人日本病院会副会長
□ 尾形 裕也	九州大学名誉教授
香取 照幸	一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
川又 竹男	全国健康保険協会理事
河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
高橋 泰	国際医療福祉大学大学院教授
玉川 啓	福島県保健福祉部次長(健康衛生担当)
土居 丈郎	慶應義塾大学経済学部教授
東 憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会长
松田 晋哉	産業医科大学教授
望月 泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
森山 明	富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事
○ : 座長、□ : 座長代理	※ 必要に応じて参考人の出席を要請

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

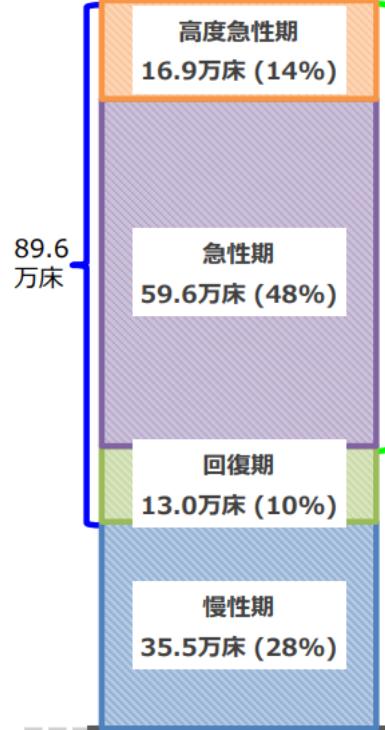
機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D L の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2023年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2015年
合計 125.1万床



2023年度病床機能報告
(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2023年
合計 119.2万床

約0.4万床減

2025年見込
合計 118.8万床^{※1}

高度急性期
16.0万床 (13%)

急性期
52.5万床 (44%)

回復期
20.4万床 (17%)

慢性期
30.3万床 (25%)

高度急性期
16.2万床 (14%)

急性期
51.8万床 (44%)

回復期
21.1万床 (18%)

慢性期
29.7万床 (25%)

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受率や推計人口から算出した2025年の医
療需要に基づく推計 (平成28年度末時点))※4 ×6

合計 119.1万床

高度急性期
13.0万床 (11%)

急性期
40.1万床 (34%)

回復期
37.5万床 (31%)

慢性期
28.4万床 (24%)

出典:2023年度病床機能報告

※1:2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2:対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告:13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告:12,173/12,352(98.6%)

※3:端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4:平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5:高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*):18,423床(参考 2022年度病床機能報告:18,399床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1~2のいずれかの届出を行っている届出病床数

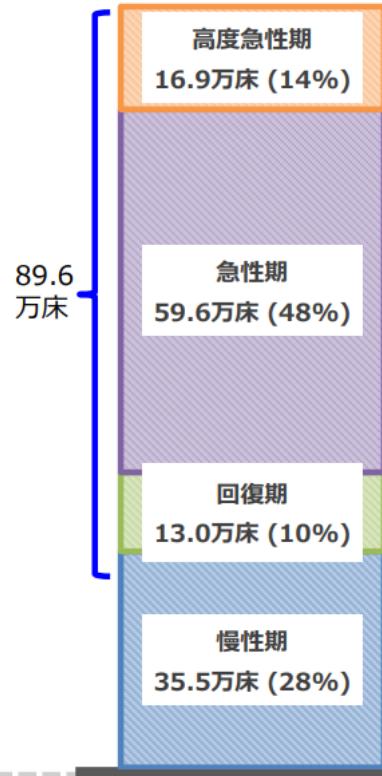
※6:病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2024年度病床機能報告について

2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※5

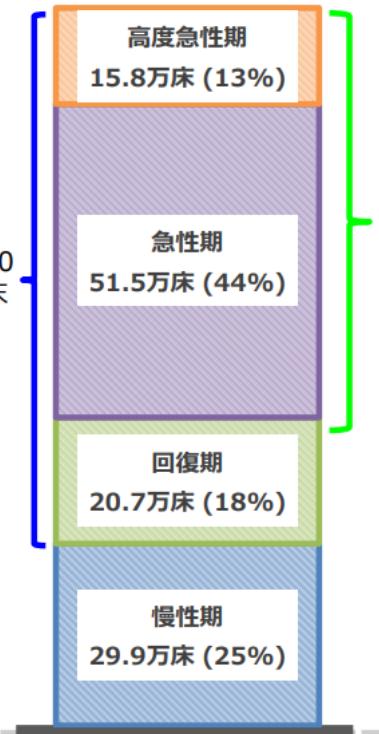
2015年
合計 125.1万床



2024年度病床機能報告

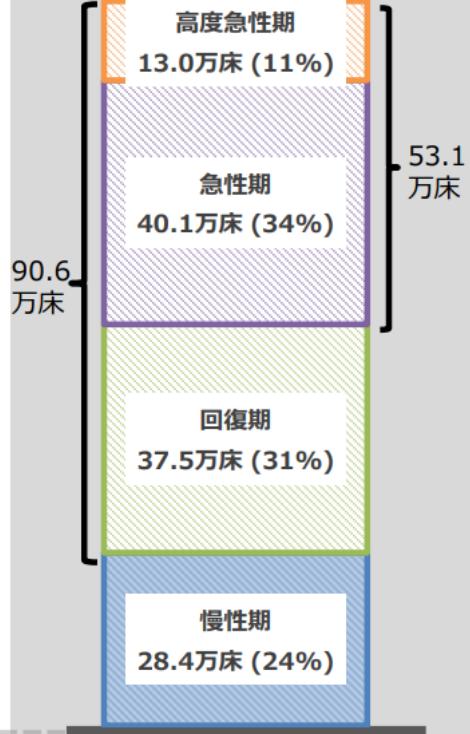
(各医療機関が病棟単位で報告)※5

2024年
合計 117.8万床



地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※3※5

合計 119.1万床



出典: 2024年度病床機能報告

※1: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538 (95.4%)、2024年度病床機能報告: 11,846/12,064 (98.2%))

※2: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※3: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※4: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,274床(参考 2023年度病床機能報告: 18,423床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~6、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※5: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 <p>※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要</p>

広域な観点の医療機関機能

医育及び広域診療機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。 ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。
------------	---

地域医療構想、医師偏在対策等に関する検討体制

- 新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進、それらの内容を反映した第9次医療計画の策定等に向け、以下の検討会及びその下に関連WGを設置することとしてはどうか。
- 具体的には、地域医療構想や医療計画全般に関する事項、医師偏在対策に関する事項等について検討会で議論し、新たな地域医療構想の策定や医師偏在対策の推進等について、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。また、医療計画のうち、外来医療計画等の3か年の計画について、第8次医療計画(後期)に向けて令和7年度中に一定のとりまとめを行う。なお、在宅医療・医療介護連携、救急医療等について、新たな地域医療構想の策定に向けて議論が必要なものは検討会で議論を行う。
- 在宅医療・医療介護連携について、第8次医療計画(後期)に向けてWGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。小児医療・周産期医療について、WGで議論を行い、令和7年度中に一定のとりまとめを行う。救急医療、災害医療・新興感染症医療等については、第9次医療計画の策定等に向けてWGで議論する。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

【検討事項】

- ・地域医療構想の策定及び施策の実施に必要な事項
(⇒新たな地域医療構想の具体的な内容、現行の地域医療構想の進捗等)
- ・医療計画の策定及び施策の実施に必要な事項
- ・医師確保計画及び医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに関する事項
- ・外来医療計画に関する事項
- ・その他本検討会が必要と認めた事項



連携

その他5疾病等に関する検討体制

がん、循環器疾患、精神医療 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

【検討事項】

- ・在宅医療に関する事項
- ・医療・介護連携に関する事項 等

小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するWG

【検討事項】

- ・小児・周産期医療提供体制に関する事項 等

救急医療等に関するWG

【検討事項】

- ・救命救急センターに関する事項
- ・救急搬送に関する事項 等

災害医療・新興感染症医療に関するWG

【検討事項】

- ・災害、新興感染症発生・まん延時、国民保護事案等への対応 等

検討会スケジュール（各WGは必要に応じて順次開催）

7月～ 秋頃	議論の開始 中間とりまとめ
12月～3月	とりまとめ → ガイドライン及び医療計画指針(外来、在宅、医師確保)の発出
※ 医療法等改正法案の法律事項は法案成立後に検討	

公立病院の経営状況 ①

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどに取り組んできたが、医師・看護師等の不足、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、引き続き、持続可能な経営の確保に向けた経営強化の取組が必要。

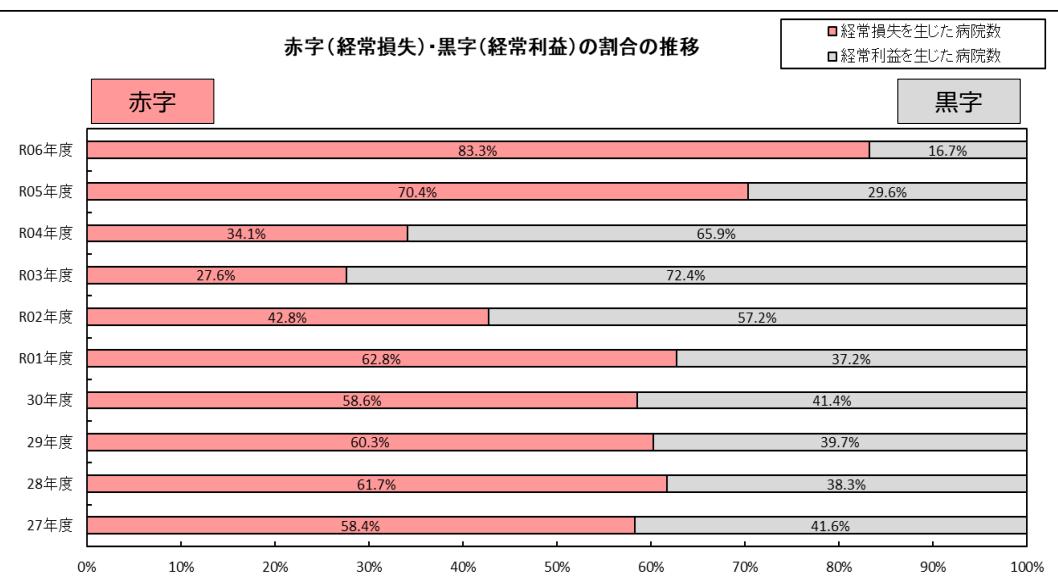
＜参考1＞これまでの公立病院改革における再編・ネットワーク化の実績

	H20～H26実績	H27～R3実績	合計	【参考】 実施中 (枠組合意)
再編・ネットワーク化 関連病院数	126公立病院	74公立病院	200公立病院	53公立病院

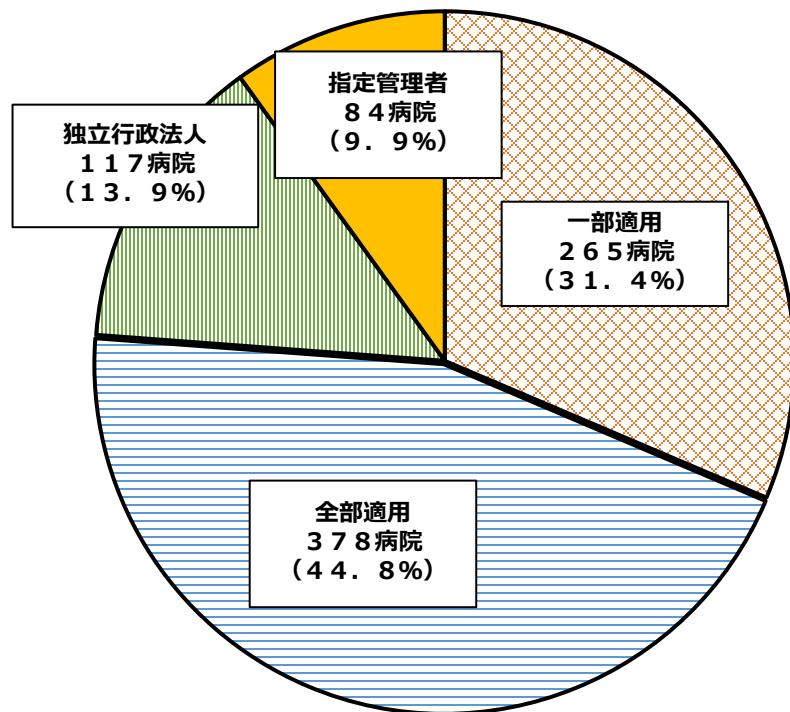
＜参考2＞公立病院数及び病床数の比較

病院数	H14 (ピーク時)	H20	R6	増減率 (H20→R6)	増減率 (H14→R6)
病院数	1,007	943	844	▲10.5%	▲16.2%
病床数	239,921	228,280	198,549	▲13.0%	▲17.2%

＜参考4＞経常損失を生じた公立病院数の割合

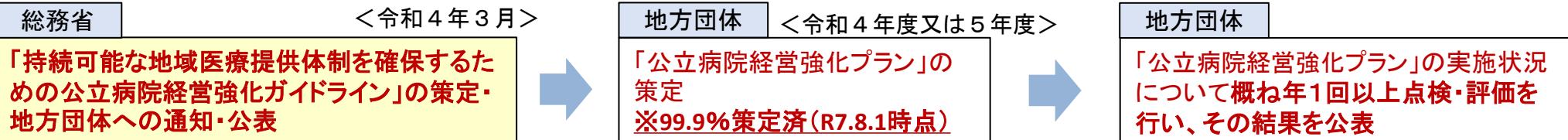


＜参考3＞令和6年度末時点の経営形態の見直し状況



公立病院経営強化の推進

- 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに取り組んできたが、依然として経営状況は厳しく、以下の課題に対応しながら地域医療提供体制を確保するためには、経営を強化していくことが重要。
- ・人口減少、少子高齢化に伴う医療需要の変化
 - ・医師の時間外労働規制への対応
 - ・医師・看護師等の不足
 - ・新興感染症への備え 等



公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・機能分化・連携強化

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。

特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・医師・看護師等の確保（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・医師の働き方改革への対応

(3) 経営形態の見直し

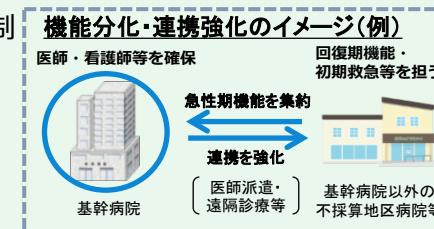
(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・経営指標に係る数値目標



【団体の公表イメージ】 (参考：奈良県立病院機構)

大項目	年度評定
1) 患者にとって最適な医療の提供	IV 中期目標・中期計画の達成に向けて順調に進んでいる 中項目11項目のうち、1項目をS評価、10項目をA評価としたことを勘案した。
【団体の公表イメージ】 (参考：奈良県立病院機構)	
中項目	取組項目
1 患者の視点に立った医療サービスの提供	(1)高度専門的医療の提供 (2)チーム医療の推進 (3)医療の質の標準化・透明化 (4)医療の質の評価 (5)患者及びその家族へのサービスの向上
2 地域の医療拠点としての機能の充実	(1)救急患者受入体制の充実強化 (2)質の高いがん医療の提供 (1)がん診療機能の充実 (2)緩和ケアの推進

【病院事業債】

《通常の整備》



※元利償還金の1/2について一般会計から繰出

《機能分化・連携強化に伴う整備（特別分）》



※元利償還金の2/3について一般会計から繰出

機能分化・連携強化に伴う施設・設備の整備に係る病院事業債(特別分)

- 医師不足や人口減少に伴う医療需要の変化に対応し、持続可能な地域医療提供体制を確保するためには、地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を見直し、明確化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」が必要。
- 公立病院経営強化プランに基づき、原則として令和9年度までに行われる公立病院の機能分化・連携強化に係る施設・設備の整備について、病院事業債(特別分)を措置。

対象要件

以下のいずれかに該当すること。

A. 複数病院の統合

○ 関係する病院が1以上減となること。

B. 複数病院の相互の医療機能の見直し

○ 関係病院等間において、地域医療構想に沿って、以下に掲げる全ての取組が行われること。

ア 基幹病院への急性期機能の集約

イ 基幹病院以外の病院等の急性期から回復期等への機能転換等

ウ 基幹病院から基幹病院以外の病院等への医師派遣の増加、遠隔診療等の支援

エ 基幹病院以外の病院等による基幹病院の術後患者等の受入体制の構築

オ 医療情報の共有等による医療提供の連携体制の構築

A
·
B
共
通

対象経費

- ①関係病院等間の患者搬送車、遠隔医療機器等の整備
 - ②経営主体の統合に伴う情報システムの統合、関係病院等間の医療情報の共有や医師等の働き方改革に必要となる情報システム等の整備
 - ③基幹病院に新たに整備される高度・救急医療施設、医師の研修又は派遣の拠点機能を有する施設、これらの施設の医療機器等の整備
 - ④基幹病院以外の既存施設の改修、医療機器等の整備
 - ⑤複数病院の統合に伴う病院の整備
 - ⑥複数病院の相互の医療機能の見直しに伴う基幹病院の整備
 - ⑦複数病院の相互の医療機能の見直しに伴う基幹病院以外の医療施設の整備
(当該施設の病床機能転換に必要な部分に限る。)
- ⑥及び⑦については、基幹病院が医師派遣の相当程度の増加及び遠隔診療等の支援を強化し、救急医療等の地域において必要とされる不採算地区病院等の機能を維持する場合であって、その旨を明記した統合協定書、連携協約等を議会の議決等を経て公表する場合に限る。



機能分化・連携強化のイメージ(例)

医師・看護師等を確保



急性期機能を集約

回復期機能・初期救急等を担う



連携を強化
医師派遣・遠隔診療等

基幹病院

基幹病院以外の不採算地区病院等

病院事業債(特別分)の対象:元利償還金の40%を普通交付税措置

病院事業債(100%)

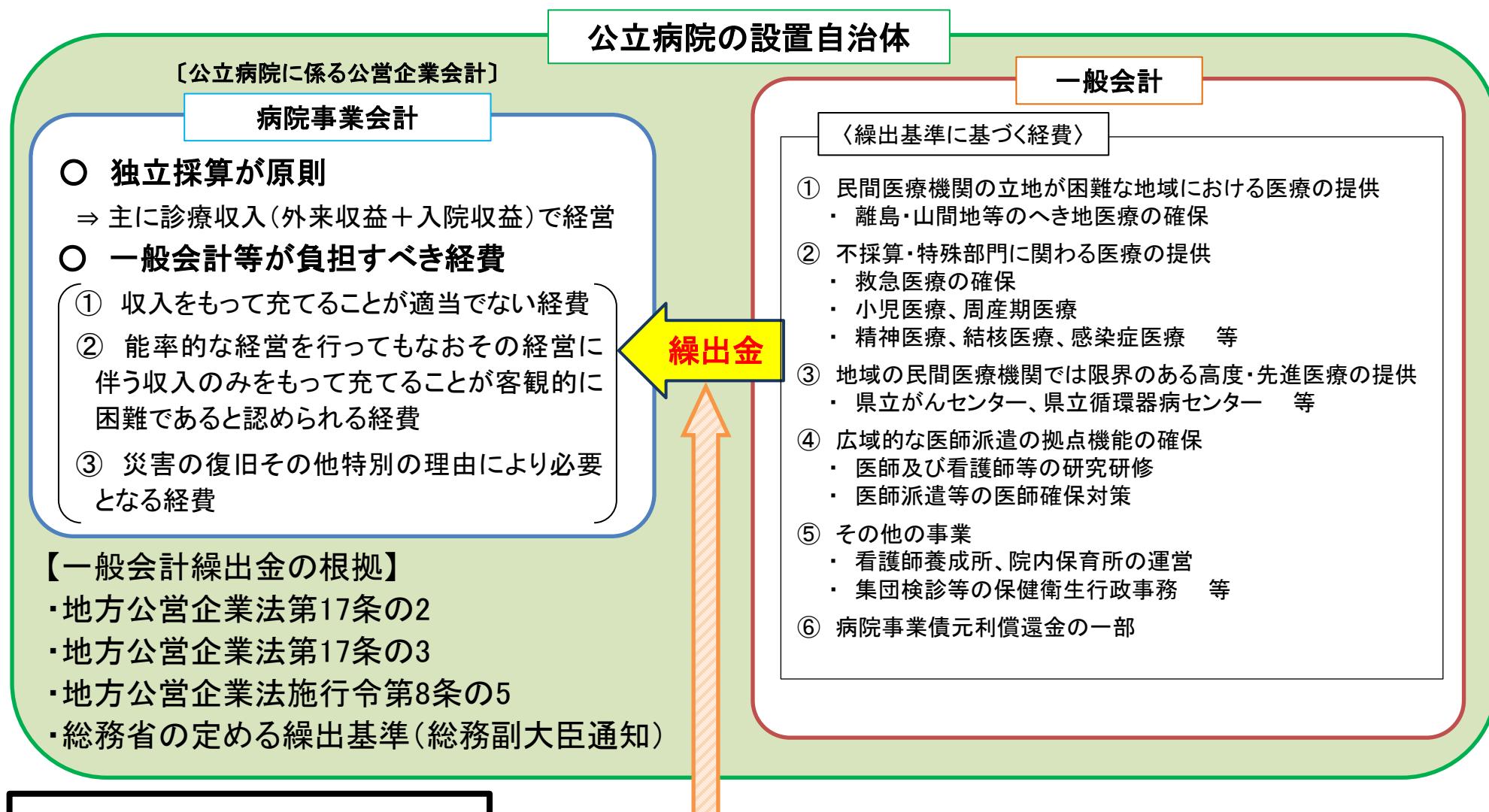
繰出額

元利償還金の40%に交付税措置
(繰出2/3 × 60% = 40%)

(参考)通常の病院事業債のスキーム

元利償還金の25%に交付税措置
(繰出1/2 × 50% = 25%)

病院事業に対する一般会計の負担（一般会計繰出金）



※指定管理者制度導入病院・
地方独立行政法人設置病院
の場合も同等の措置。

地方交付税で措置

※ 経費の性格に応じて、普通交付税または
特別交付税により措置。

病院事業に係る主な地方交付税措置

1 普通交付税(令和7年度)

区分	算定額	(括弧書きはR6年度)
病床割	760千円 × 施設全体の最大使用病床数	(720千円 × 施設全体の最大使用病床数)
救急告示病院分	1,866千円 × 救急性病床数 + 33,600千円	(1,697千円 × 救急性病床数 + 32,900千円)
精神病床(道府県分)	1,523千円 × 精神病床数	(1,523千円 × 精神病床数)
救命救急センター(道府県分)	189,932千円 × 救命救急センター数	(182,102千円 × 救命救急センター数)
事業割	病院事業債の元利償還金の25%(元利償還金の1/2について、一般会計から繰出) (病院事業債(特別分)は、元利償還金の40%(元利償還金の2/3について、一般会計から繰出))	

2 特別交付税(令和6年度) ※下記項目に応じて算定した合算額又は下記項目に対応する繰出見込額の合算額に0.8を乗じて得た額のうちいずれか少ない額を措置。

			令和6年度単価	(括弧書きはR5年度単価)
① 不採算地区病院	許可病床数 100床未満	第1種	1,706千円 × 最大使用病床数(※1) + 30,810千円	(1,706千円 × 最大使用病床数 + 30,810千円)
		第2種	1,138千円 × 最大使用病床数(※1) + 20,540千円	(1,138千円 × 最大使用病床数 + 20,540千円)
	許可病床数 100床以上150床未満	第1種	2,014千円 × 調整後病床数(※2)	(2,014千円 × 調整後病床数)
		第2種	1,343千円 × 調整後病床数(※2)	(1,343千円 × 調整後病床数)
② 不採算地区中核病院	第1種		1,561千円 × 調整後病床数(※3)	(1,549千円 × 調整後病床数)
	第2種		1,041千円 × 調整後病床数(※3)	(1,033千円 × 調整後病床数)
③ 結核病床(1床当たり)		2,210千円	(1,976千円)	(※1)最大使用病床数…病床機能報告で報告する前年度4月1日から3月31までの施設全体の一般病床及び療養病床の最大使用病床数
④ 精神病床(1床当たり)(市町村分)		1,613千円	(1,523千円)	
⑤ リハビリテーション専門病院病床(1床当たり)		445千円	(375千円)	
⑥ 周産期医療病床 (1床当たり)	第1種	6,594千円	(6,500千円)	
	第2種	5,274千円	(5,200千円)	
	第3種	3,485千円	(3,435千円)	
	第4種	2,790千円	(2,750千円)	
⑦ 小児医療病床(1床当たり)		1,599千円	(1,575千円)	(※2)調整後病床数…補正後許可病床数(100 - (許可病床数 - 100) × 2)と最大使用病床数の低い方
⑧ 感染症病床(1床当たり)		4,251千円	(4,251千円)	
⑨ 小児救急医療提供病院(1病院当たり)		10,514千円	(11,375千円)	
⑩ 救命救急センター(1センター当たり)(市町村分)		182,102千円	(182,102千円)	

- 地域医療提供体制を確保するため、新たな資金繰り支援等、以下の取組を行う

1. 病院事業の経営改善の促進と資金繰り支援

- ① 資金不足が生じている病院事業であって、経営改善実行計画を策定し収支改善に取り組む公立病院に対して、経営改善の効果額の範囲内で活用できる資金手当のための地方債(病院事業債(経営改善推進事業))を創設
- ② 総務省と厚生労働省の共同事業として、病院経営に携わるトップ層の経営マネジメント力を向上させ、経営改善を図ることにより持続可能な病院経営を行うために必要な知識を習得するための研修(医療経営人材養成研修)を創設

2. 不採算地域やへき地における医療提供体制の確保

- ① 不採算地区病院については、依然として厳しい経営状況が続いているため、令和3年度から実施している不採算地区病院等への特別交付税措置の基準額引上げ(30%)を継続※1
- ※1 日本赤十字社、恩賜財団済生会、JA厚生連等の公的病院等にも同様の措置を講じる
- ② へき地医療を担う公的病院等に対する地方団体の助成経費に係る特別交付税措置の対象に、へき地医療拠点病院等が行う訪問看護、遠隔医療に要する経費を追加

3. 資材価格等の高騰への対応や経過措置の創設

- ① 交付税措置の対象となる建築単価の上限を引上げ(52万円 ⇒ 59万円)(14%増)※2
- ※2 令和6年度に建設事業の財源として起債し、令和7年度に元利償還が始まる事業債から新単価を適用
- ② 病院事業債(特別分)について、経過措置を設け、令和9年度までに実施設計に着手した事業を対象とする

職員人件費の上昇・物価高騰による材料費の増加に伴う費用増など極めて厳しい経営環境に直面している病院事業について、将来にわたり持続的な地域医療体制の確保を図るため、計画的に経営改善に取り組む公立病院の資金繰りを支援するため「病院事業債(経営改善推進事業)」を創設

1. 対象事業

資金不足が生じている病院事業※であって、経営改善実行計画を策定し収支改善に取り組む公立病院

※ 当年度又は翌年度に資金不足額が生じる見込みの病院事業を含む

2. 発行対象

新たに経営改善実行計画を策定し収支改善に取り組むことを要件とし、①又は②のいずれか小さい額を発行可能額とする。

①資金不足額(流動負債－流動資産)※1

②経営改善の効果額の合計額※2

※1 当年度又は翌年度に生じる資金不足見込額を含む

※2 経営改善の取組における収支改善見込額 × 効果年数(最大5年分)の合計額

【経営改善実行計画の実効性の確認】

経営改善実行計画の内容、収支改善の効果等について総務省が確認を行うとともに、進捗状況のフォローアップを行う。

3. 事業期間

令和7年度～令和9年度

4. 償還年限

15年以内

5. 地方交付税措置

なし

【経営改善の取組例】

- 病床の縮小、病床機能の見直し
- 医薬品の共同購入、医療機器の共同利用
- 地域の医療機関と連携した紹介患者の増加
- 病院の統合・連携、経営形態の見直し

<公立病院の状況>

	R4	R5
公立病院数	853病院	854病院
赤字病院の割合 ^{注1}	34%	70%
赤字合計額 ^{注1}	639億円	2,448億円
資金不足 ^{注2} が生じている病院事業数	27事業 (41病院)	38事業 (54病院)

不採算地域やへき地における医療提供体制の確保について

令和7年度

- 厳しい経営状況のもとでも不採算地域やへき地における医療提供体制を確保するため、以下の地方財政措置を講じる。

1. 不採算地区病院等への地方財政措置

- 不採算地区病院等については、依然として厳しい経営状況が続いているため、令和3年度から実施している

不採算地区病院等への特別交付税の基準額引上げ(30%)を継続(公的病院等※も同様の措置を講じる)。

【不採算地区病院設置自治体】



不採算地区病院の運営に要する経費に係る
一般会計繰出金

【不採算地区病院】



【不採算地区病院】

(第1種)当該病院から最寄りの病院までの移動距離が15km以上

(第2種)当該病院の半径5km以内の人口が10万人未満

$$\text{特別交付税措置額} = \text{一般会計繰出金} \times 0.8$$

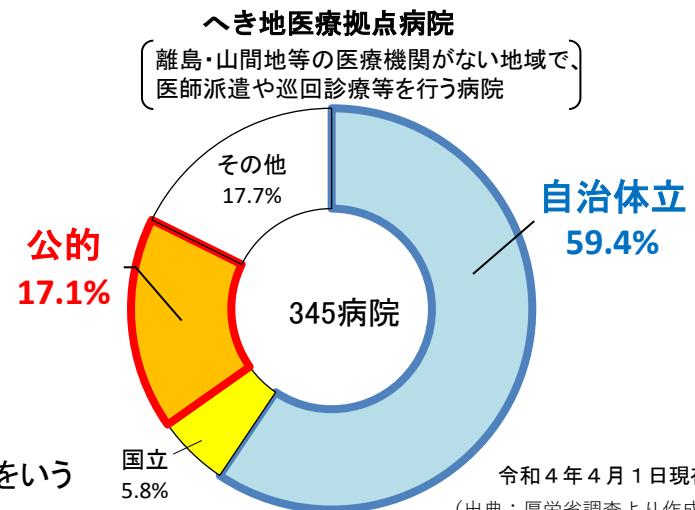
<病床数に応じた基準額あり>

基準額を30%引上げ(令和3年度~)

2. へき地医療拠点病院等に対する地方財政措置

- へき地における医療提供体制を確保するため、**へき地医療を担う公的病院等※に対する地方公共団体の助成経費に係る特別交付税措置の対象に、へき地医療拠点病院等が行う訪問看護、遠隔医療に要する経費を追加する**
(公立病院・診療所への地方財政措置について、公的病院等も同様に対象とするもの)。

※ 公的病院等とは、日本赤十字社、済生会、JA厚生連などの公的医療機関等が開設した病院をいう



【令和6年度までの措置】

通常の
新設・建替に対する地方財政措置
交付税措置※: 25%



病院の統合・連携に伴う
新設・建替に対する地方財政措置
(病院事業債(特別分))

交付税措置※ : **40%**
(令和4年度から令和9年度まで)

※ 交付税措置の対象となる建築単価は 52万円／m²が上限

<建築単価の引上げ>

- 資材価格等の高騰による建設事業費の上昇を踏まえ、交付税措置の対象となる建築単価の上限を引上げ (52万円 ⇒ 59万円) (14%増)。

※ 令和6年度に建設事業の財源として起債し、令和7年度に元利償還が始まる事業債から新単価を適用

<病院事業債(特別分)の経過措置の創設>

- 病院事業債(特別分)について、経過措置を設け、令和9年度までに実施設計に着手した事業を対象とする。

令和7年度「地方公共団体の経営・財務マネジメント強化事業」 ～ 総務省と地方公共団体金融機構の共同事業 ～

- 人口減少が進展する一方で、インフラ資産の大規模な更新時期を迎える中、財政・経営状況やストック情報等を的確に把握し、「見える化」した上で、中長期的な見通しに基づく持続的な財政運営・経営を行う必要性が高まっている
 - しかしながら、地方公共団体においては、人材不足等のため、こうした経営・財務マネジメントに係る「知識・ノウハウ」が不足し、小規模市町村を中心に公営企業の経営改革やストックマネジメント等の取組の推進に困難を伴っている団体もあるところ
- ➡ 地方公共団体の経営・財務マネジメントを強化し、財政運営の質の向上を図るために、総務省と地方公共団体金融機構の共同事業として、団体の状況や要請に応じてアドバイザーを派遣

事業のポイント

- ① アドバイザーは、自治体職員・OB、公認会計士、学識経験者等の専門的な人材が務め、それぞれの団体が選択
- ② アドバイザーの派遣経費（謝金、旅費）は、地方公共団体金融機構が負担し（団体の負担なし）、直接支払う

事業概要

（1）支援分野（計9分野）

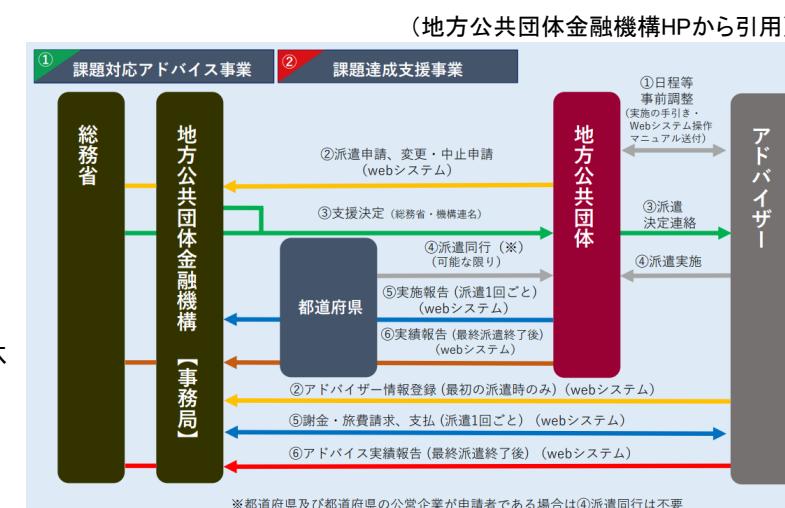
- 公営企業・第三セクター等の経営改革
 - ・ DX・GXの取組
 - ・ 経営戦略の改定・経営改善
 - ・ 公立病院経営強化プランの改定・経営強化の取組
 - ・ 上下水道の広域化等
 - ・ 第三セクター等の経営健全化
- 公営企業会計の適用

（2）支援の方法

個別の地方公共団体に派遣

事業申請の流れ

- ① アドバイザーとの事前調整
 - ② 地方公共団体金融機構事務局へ派遣申請
 - ③ 支援決定
- ※R6年度申請団体数：56団体
(公立病院経営強化プランの改定・経営強化の取組項目)



都道府県に派遣

課題対応アドバイス事業

上記の支援分野について、アドバイスを必要とする団体の要請に応じて派遣

課題達成支援事業

上記の支援分野に係る特定の課題の達成が困難となっている団体に対して、アドバイザーの活用を個別に要請

啓発・研修事業

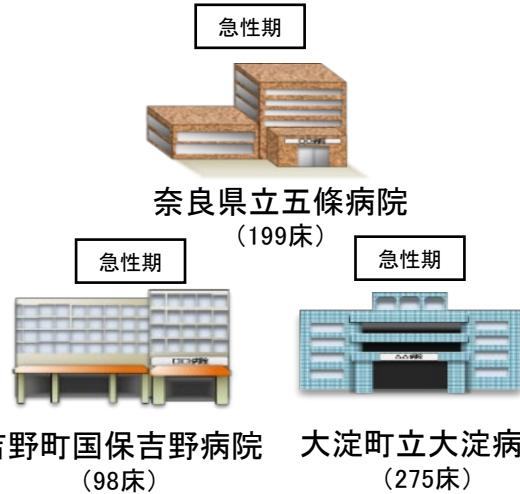
都道府県が市区町村等に対する研修会・相談会を開催する場合に、講師として派遣

參考資料

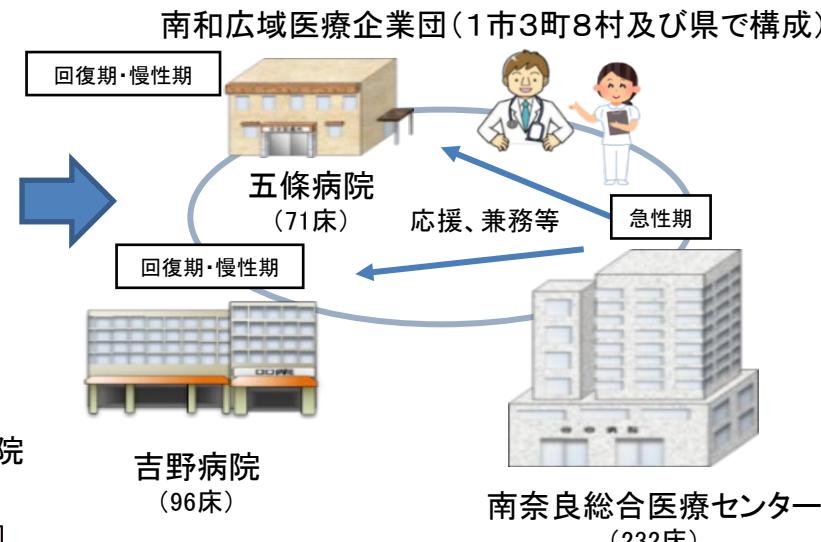
機能分化・連携強化の事例①

奈良県南和地域の取組

取組前



取組後(H28.4～)



<取組による主な効果>

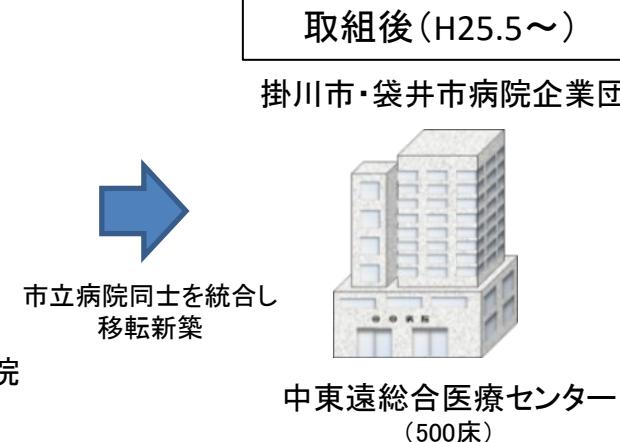
- 新設した南奈良総合医療センターに急性期機能を集約し、他の2病院の急性期機能を回復期・慢性期に転換することで、切れ目のない医療提供体制を構築。
- 病院再編に伴い、県内医育大学の協力の下、基幹病院への指導医をはじめ専門医の派遣を確保。
※ 医師数: 45人(H27) → 66人(R3)
- 南奈良総合医療センターから不採算地区病院やべき地診療所への医師の応援・派遣を強化。

静岡県掛川市・袋井市の取組

取組前



取組後(H25.5～)



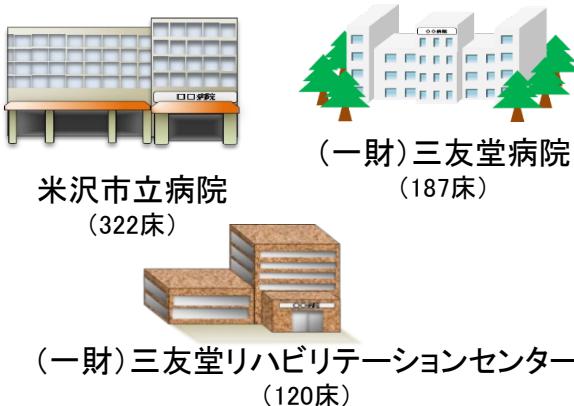
<取組による主な効果>

- 中東遠保健医療圏の急性期医療を担う基幹病院体制を確立。限られた医療資源を集約し、圏域内の医療関係機関との連携強化・機能分担を推進することで、「地域完結型」の医療提供体制を構築。
- ※ 医師数: 93人(H25) → 144人(R5)
※ 救急搬送受入件数は年間6,000件超。
※ 開院6年目(H30)に黒字化。
※ ドクターカーの運行を開始。(R4)
- 災害拠点病院、救命救急センター、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院に指定されるなど、施設面、人員体制面の充実により医療体制と防災力が向上。

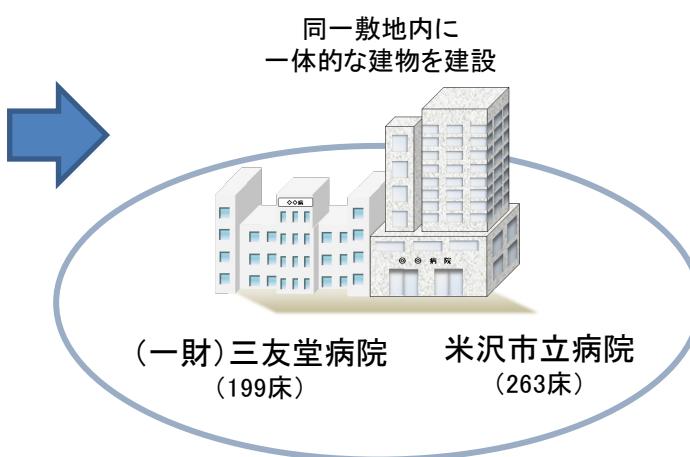
機能分化・連携強化の事例②

山形県米沢市の取組

取組前



取組後(R5.11～)



<取組による主な効果>

- ・機能分化・医療連携を行い、急性期を担う米沢市立病院と回復期・慢性期を担う(一財)三友堂病院を同一敷地内に一体的な建物として両病院を建設し、安心して生活できる医療環境を提供。
- ・米沢市と(一財)三友堂病院とで地域医療連携推進法人を設立。その中で両病院の連携を進める。
- ・(一財)三友堂リハビリテーションセンターは、(一財)三友堂病院に集約化。

兵庫県川西市の取組

取組前



取組後(R4.9～)



※ CM方式:工事監督業務等に係る
発注関係事務の一部又は全部を
民間委託する方法

<取組による主な効果>

- ・市立川西病院と医療法人協和会協立病院について、地域の医療機能分化・連携を進めるため、令和4年度の新病院への統合に合わせ、急性期病床を削減し、不足している高度急性期病床及び回復期病床の充実化を実施。
- ・高度急性期機能を新たに担つことにより、救急車の市内搬送率の向上など医療機能の充実が図られた。また、機能の充実に合わせ医師を確保。
※ 医師数:74人(統合前)→83人(R5)
- ・新病院は医療法人協和会を指定管理者として運営。

再編・ネットワーク化、機能分化・連携強化の事例について

概要

- 総務省では、「再編・ネットワーク化」、「機能分化・連携強化」の取組について、地方公共団体が地域医療提供体制の確保に向けて様々な取組を進める上で参考になるよう、毎年、これらの取組を一覧化した上で、公表しています。

- 掲載事例数(令和6年3月末時点)

平成27年度から令和3年度までの再編・ネットワーク化の状況 ……21事例

主に令和4年度以降に行う機能分化・連携強化の状況 ……52事例

【掲載URL】

再編・ネットワーク化の取組状況(H27～R3)
機能分化・連携強化の取組状況(主にR4～)

https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/hospital.html

掲載方法

主に令和4年度以降に行う機能分化・連携強化の状況

(令和6年3月末時点)

都道府県名	団体名	取組前	取組後
北海道	江差町 厚沢部町 乙部町 上ノ国町 奥尻町	<p>概要：江差病院に入院機能を集約しつつ、他の医療機関については江差病院との連携の下、地域包括ケア機能の強化を図る。 厚沢部町国民健康保険病院、乙部町国民健康保険病院については、いずれも江差病院の機能強化に併せ、入院医療機能を江差病院に可能な限り集約する。今後の更なる人口減少等を踏まえ、診療所化を含めた診療体制の見直しを行うこととし、上ノ国町立上ノ国診療所及び同石崎診療所とともに一次医療、かかりつけ医機能、在宅医療を提供していく機能を継続的に確保する。また、奥尻町国民健康保険病院については、離島である特殊事情を踏まえ、救急医療を確保するとともに、江差病院など圏域内の他の医療機関との連携強化を検討する。</p> <p>(令和4年度) 北海道立江差病院（198床） 厚沢部町国民健康保険病院（69床） 乙部町国民健康保険病院（62床） 上ノ国町立上ノ国診療所（19床） 同 石崎診療所（19床） 奥尻町国民健康保険病院（40床）</p>	<p>検討中</p>
岩見沢市		<p>概要：岩見沢市立総合病院の建替にあわせ、岩見沢市内でともに急性期を担う独立行政法人労働者健康安全機構北海道中央労災病院と統合し、医療資源の集約化による急性期機能の維持・強化を図る。</p> <p>(令和4年度) 岩見沢市立総合病院（484床） (うち、急性期365床、精神病床115床、感染症病床4床) (独)北海道中央労災病院（199床） (うち、急性期164床、回復期35床)</p>	<p>(令和10年春予定) (仮称) 岩見沢市新病院（462床） (うち、高度急性期18床、急性期310床、回復期40床 慢性期20床、精神病床70床、感染症病床4床)</p>
名寄市 士別市		<p>概要：名寄市と士別市は隣市に位置している。名寄市立総合病院は、上川北部二次医療圏のセンター病院の役割を持ち、救急・急性期医療を中心に充実を図る。士別市立病院は、一定の救急体制を維持しつつ回復期・慢性期を中心とした医療提供体制充実のため、地域包括ケア病床・療養病床の整備と在宅医療充実を図る。</p> <p>(令和2年度) 名寄市立総合病院（300床） (うち、高度急性期11床、急性期241床、回復期48床) 士別市立病院（148床） (うち、急性期60床、慢性期88床)</p>	<p>(令和7年度末予定) 名寄市立総合病院（300床） (うち、高度急性期11床、急性期241床、回復期48床) 士別市立病院（129床） (うち、急性期50床、回復期52床、慢性期27床)</p>

取組の概要

団体名

取組前の状況

取組後の状況

「公営企業の持続可能な経営の確保に向けた先進・優良事例集」について

概要

- 公営企業の抜本的な改革等の先進・優良事例の横展開を図るため、「地方公営企業の抜本的な改革等に係る先進・優良事例集」を平成29年3月に作成・公表し、毎年度更新。
- 令和5年3月、公営企業の経営環境の変化(新型コロナウイルス感染症や物価高騰への対応、DX・GXの推進など)を踏まえ、新たに、「公営企業の持続可能な経営の確保に向けた先進・優良事例集」(以下「事例集」という。)を作成・公表。

事例集の特徴

- 抜本的な改革を含む12の取組類型(事業廃止、民営化・民間譲渡、公営企業型地方独立行政法人、広域化等、指定管理者制度、包括的民間委託、PPP/PFI、DX、GX、公営企業会計の適用、経営戦略の改定及びその他)について、各地方団体から提出いただいた合計362事例を掲載。(令和6年10月時点)
- 1事例当たり1ページで掲載するとともに、重要箇所を赤字下線で強調することで、取組の全体像・ポイントをわかりやすく表示。
- 可能な限り数値を用いて定量的に記載することで、取組の効果を具体的に表示。

<掲載例>

