

地域における医療資源への アクセスと財政調整

2026年10月17日

中村 和之(大阪経済法科大学)

本報告は、地方公共団体金融機構の研究プロジェクト「地方財政からみた社会保障」の成果の一部である。その内容は全て執筆者の個人的見解であり、地方公共団体金融機構の公式見解を示すものではない。

1 はじめに

- 医療は施設訪問型のサービスであり、普遍的なサービス提供を目指すならば、医療資源が地域間で偏りなく分布することが望ましい
- 医療提供体制が民間医療機関に負うところが大い以上、医療資源の分布には地域あるいは分野でみた偏りが生じ得る
- 公立病院には民間医療機関では担えない不採算医療について必要に応じて住民に提供することが期待される
- 不採算医療やへき地医療を担うために、地方財政計画や地方交付税による財源措置と一般会計による経費負担・補助が行われている
- 人口減少の進行は、財政基盤が弱い自治体における医療サービスの保障に対して大きな負荷を与えつつある
 - 一般会計による経費負担・補助の増加
 - 2025年度では全国に立地する公立病院の83%が経常収支の赤字（全国自治体病院協議会，2026）

背景

- 人口減少期に入って以降，人口の空間的集中が加速（図1）
 - 直近においてもこの傾向は続く（図2）
- 人口密度が疎となる地域では患者数の減少などにより病院の採算性が低下
 - 民間病院が撤退や移転等に対応すると公立病院には運営の継続が求められる
 - 一般会計の経費負担の増加

図1 空間的な人口集中に関するジニ係数と人口密度

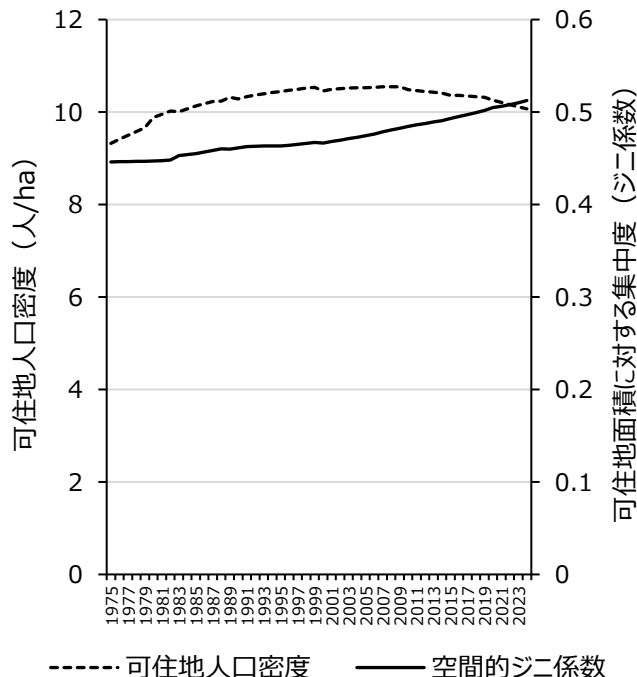
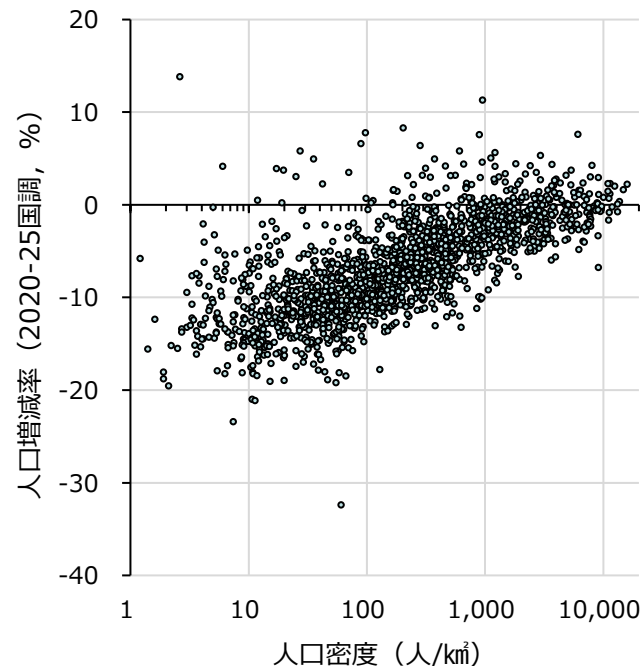


図2 市町村別にみた人口密度と人口の増減率（2020年から2025年）



（出典）

図1 E-Statに基づき筆者推計。

注）空間的ジニ係数は都道府県の可住地面積累積比と人口累積比に基づき算出

図2 総務省『国勢調査』に基づき筆者推計。

注）福島県双葉町，大熊町，富岡町，浪江町，楢葉町を除く

本報告の課題

- 本論では、公立病院を巡る地方財政の制度と数量的実態を、その背景や相互連関に注意しながら俯瞰する
 - 公立病院の現況（第2節）
 - 公立病院に対する地方財政措置（第3節）
 - 医療資源の偏在の状況と推移（第4節）
 - 医療資源の偏在を踏まえた公立病院への繰入（第5節）

先行研究

- 公立病院の存在意義
 - 準私的財の供給（堀場，2019）
 - 市場の失敗の観点から整理（山内，2009）
- 国と地方の財政関係，地方財政制度の中でみた公立病院に対する経費負担・補助の制度と実態（堀場，2019；喜田，2017；澤野，2011；山内，2009）
- 地域における公立病院の経営と一般会計による経費負担に関する事例研究（関，2012；星野，2011など）
 - 高知県の地方自治体における公立病院の位置づけや直面している財政状況（星野，2011）
 - 島根県の広域連合における県の役割（関，2012）
- 医療資源の偏在の計測
 - 人口あたりでみた医療資源の偏在（Pál et al, 2021；Hara et al, 2017；Toyabe, 2009など）
 - 面積も考慮した偏在の計測（Wang et al., 2023；Rój, 2020；Erdenee et al., 2017；Jian, 2015 など）

2 公立病院の現況

- 公立病院（地方公営企業法が適用される病院＋地方独立行政法人）は848病院・19.9万病床（2024年度）で経年的に減少傾向（図3）
- 国全体でみたシェアはそれほど大きくない（図4）
 - 病院数でみて10.5%，病床数でみて13.5%
 - 他の病院も減少傾向にあるので，シェアはほぼ一定

図3 公立病院数と病床数の推移

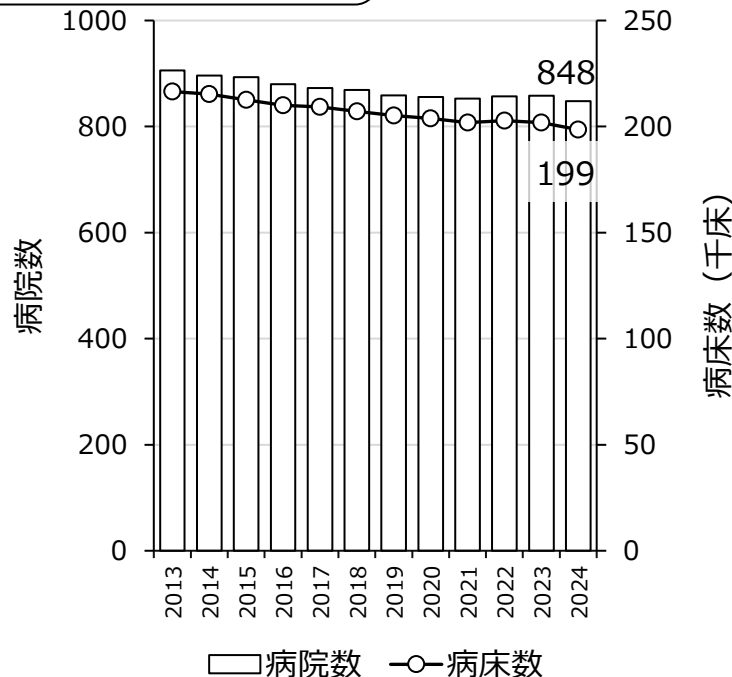
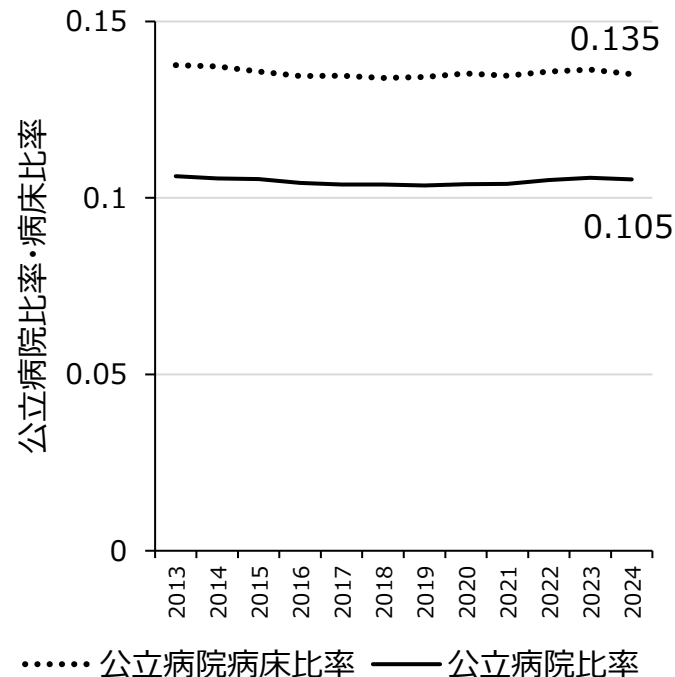


図4 病院総数に占める公立病院の病院数と病床数の比率



（出典）総務省『地方公営企業年鑑』，
厚生労働省『医療施設調査』に基づき作成

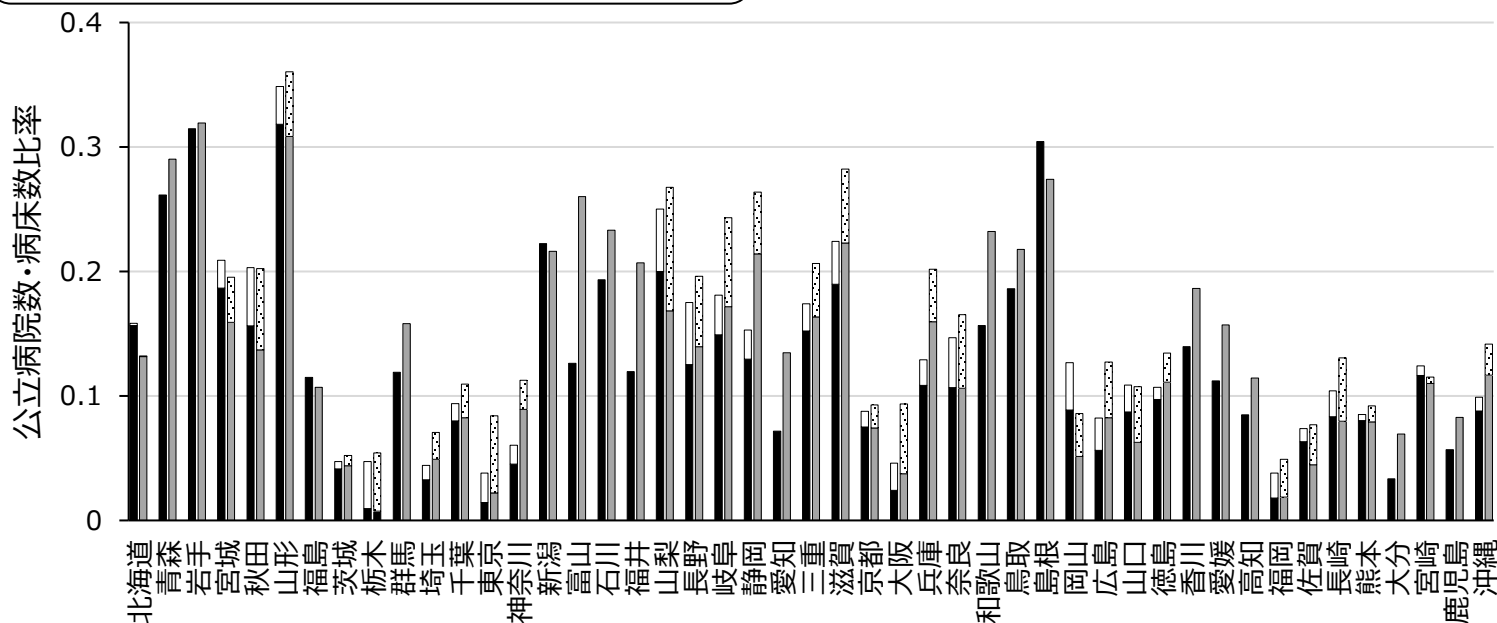
注：建設中を含む

公立病院のシェアは地域間で異なる

- 公立病院に期待される役割（①～④）を反映して、人口が過疎な地域に公立病院が相対的に多く立地

- ① 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地域等における一般医療の提供
- ② 救急・小児・周産期・災害・感染症・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ③ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ④ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

図5 都道府県別に見た公立病院数、病床数の割合（2024年）

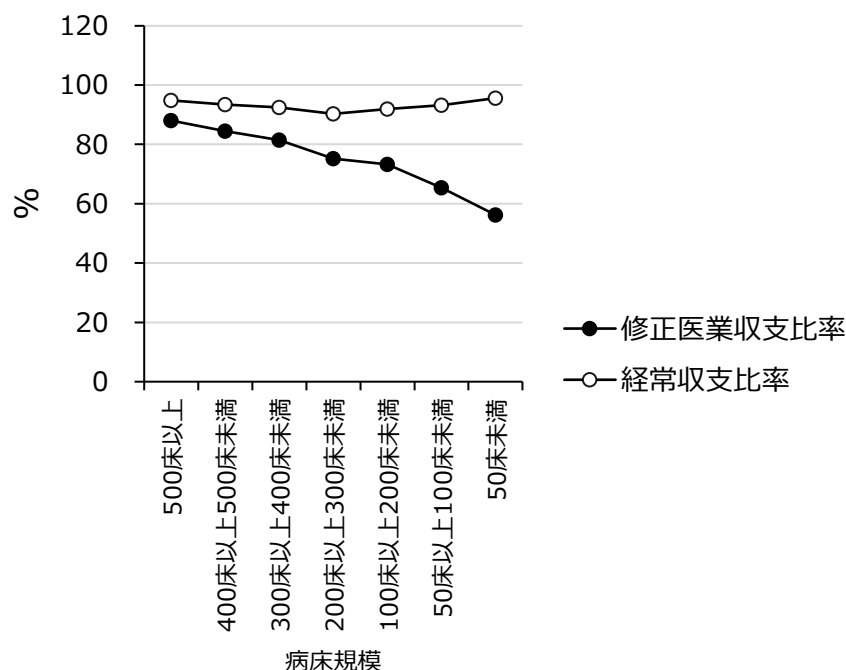


（出典）総務省『地方公営企業年鑑』，厚生労働省『医療施設調査』に基づき作成

公立病院の採算性

- 医療提供の採算性（修正医業収支比率）は病床規模が小さくなるほど低い
- 一般会計による経費負担・補助も含む採算性（経常収支比率）は病床規模に関わらずほぼ均等化
 - 小規模病院の運営は一般会計による経費負担・補助に負うところが多い

図6 公立病院の修正医業収支比率と経常収支比率（2024年度）



- 修正医業収支比率
= 修正医業収益 ÷ 医業費用
- 修正医業収益
= 医業収益
- その他医業収益における
他会計負担金
- 経常収支比率
= 医業収益 + 医業外収益
- (医業費用 + 医業外費用)

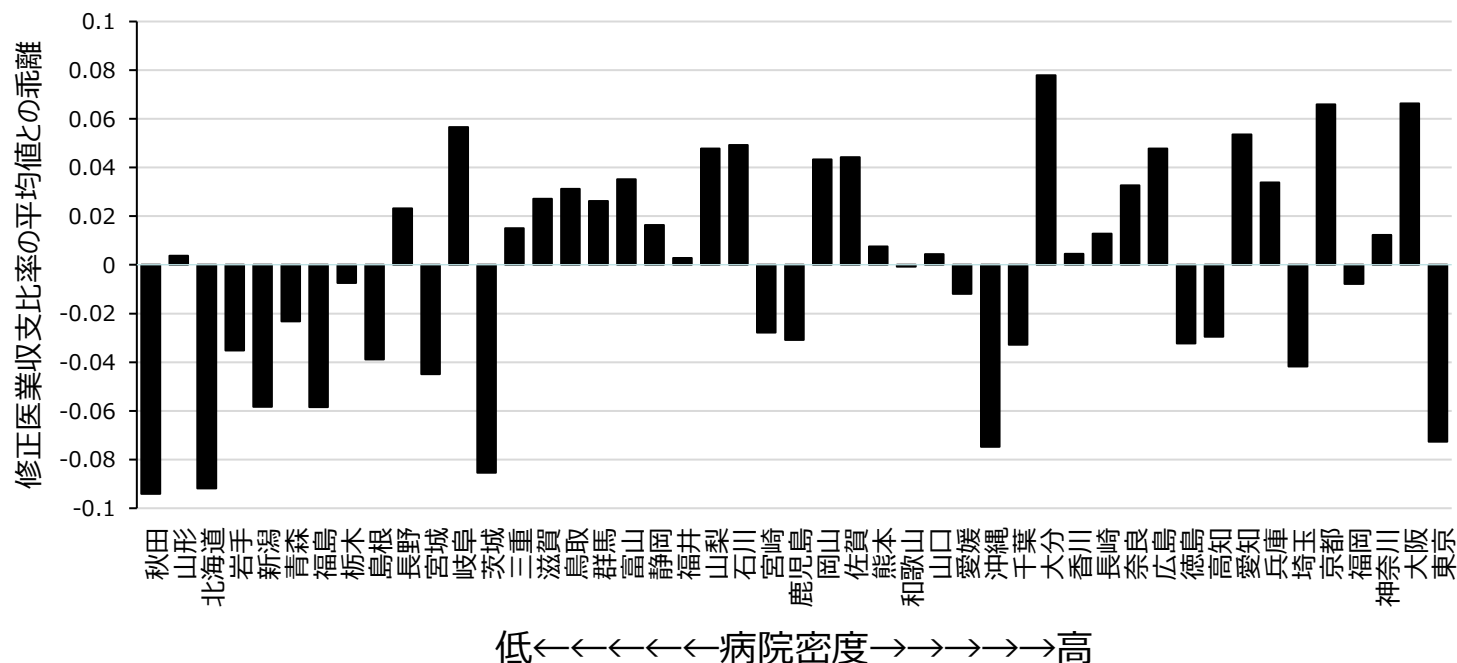
（出典）総務省『令和6年度地方公営企業年鑑』に基づき作成

病院へのアクセスと公立病院の採算性

- 公立病院の位置づけを，民間病院も含めた地域全体の医療提供体制の中で考えるため，都道府県単位で病院への地理的アクセスの違いに注目

$$\text{地域 } i \text{ の病院密度} = \text{地域 } i \text{ の病院総数} \div \text{地域 } i \text{ の可住地面積}$$
- 病院密度が低い地域では修正医業収益率が低い傾向

図7 道府県別に見た公立病院（一般病院）の修正医業収支比率（平均値からの乖離）（2024年）



（出典）総務省『地方公営企業決算状況調査』に基づき作成

注：同年の修正医業収支比率の平均値は0.82.

3 公立病院に対する財政措置

- アクセス性が低い地域は財政基盤が脆弱
 - 普遍的な医療サービスを提供する上で、地方財政を通じた財源保障と財政調整は不可欠
- 地方公営企業法における経費負担・補助の原則
 - 「次に掲げる地方公営企業の経費で政令で定めるものは、地方公共団体の一般会計又は他の特別会計において、出資、長期の貸付け、負担金の支出その他の方法により負担するものとする」（第17条の2第1項）
 - 「その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもつて充てることが適当でない経費」（第17条の2第1項第1号）
 - 「当該地方公営企業の性質上能率的な経営を行なつてもなおその経営に伴う収入のみをもつて充てることが客観的に困難であると認められる経費」（第17条の2第1項第2号）
 - 「地方公共団体は、災害の復旧その他特別の理由により必要がある場合には、一般会計又は他の特別会計から地方公営企業の特別会計に補助をすることができる」（地方公営企業法第17条の3）
- 地方財政計画▶地方交付税▶一般会計から病院事業への繰出し
(病院からみれば繰入)

地方財政計画における病院事業繰出金

- 毎年の地方財政計画で公営企業に対する繰出金の見込額が計上（マクロの財源保障）
 - 見込額は繰出し基準額の積算によって求められる（表2）
- 地方財政計画にて見込まれた繰出額よりも実繰入額の方が大きい値を示す（図8）
 - 繰出基準額とは異なり、実際の不足額を補う形で繰入が行われる
 - 繰出基準で示された以外の事由で繰入が行われる

図8 地方財政計画における病院事業繰出見込額と実繰入額の推移

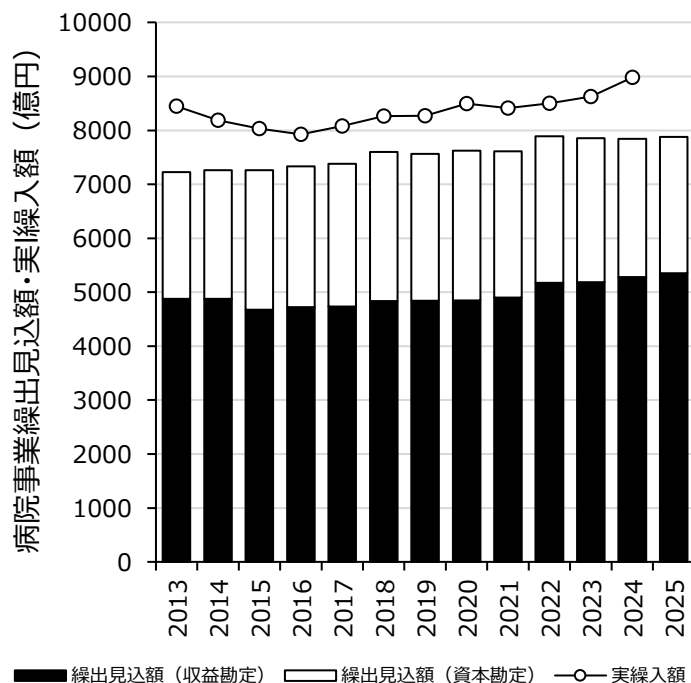


表2 病院事業繰出金見込額（令和7年度地方財政計画）

項目	金額（億円）
(1) 建設改良費	2,655
(2) ヘき地医療	49
(3) 不採算地区病院	683
(4) 救急医療	1,275
(5) 附属診療所	78
(6) 結核医療	44
(7) 精神医療	434
(8) 感染症医療	81
(9) 高度医療等	1,686
(10) 附属看護師養成所	36
(11) 院内保育所	75
(12) 保健衛生活動	235
(13) 経営基盤強化対策	546
計	7,877

（出典）
図8 総務省『地方公
営企業決算状況調査』
に基づき作成

表2 総務省（2025）
「病院事業の地方財政
措置」に基づき作成

地方交付税の算定と配分

- 普通交付税における基準財政需要額

- 単位費用×測定単位×補正係数

- 公立病院への繰出金は、人口を測定単位とする衛生費（都道府県）もしくは保健衛生費（市町村）に計上されるが、密度補正が適用
 - － 病床割，救急告示病院分，精神病床（道府県分），救命救急センター（道府県分），事業割などが算定

- 特別交付税の算定

- 地域特性に依存する医療分野を中心に措置

- 不採算地区病院，不採算地区中核病院，結核病床，精神病床（市町村分），リハビリテーション専門病院病床，周産期医療病床，小児医療病床，感染症病床，小児救急医療提供病院，救命救急センター（市町村分）
 - － 算定額＝ $\min\{\text{算定対象の実繰入額}, \text{繰出し基準に基づく合算額} \times 0.8\}$

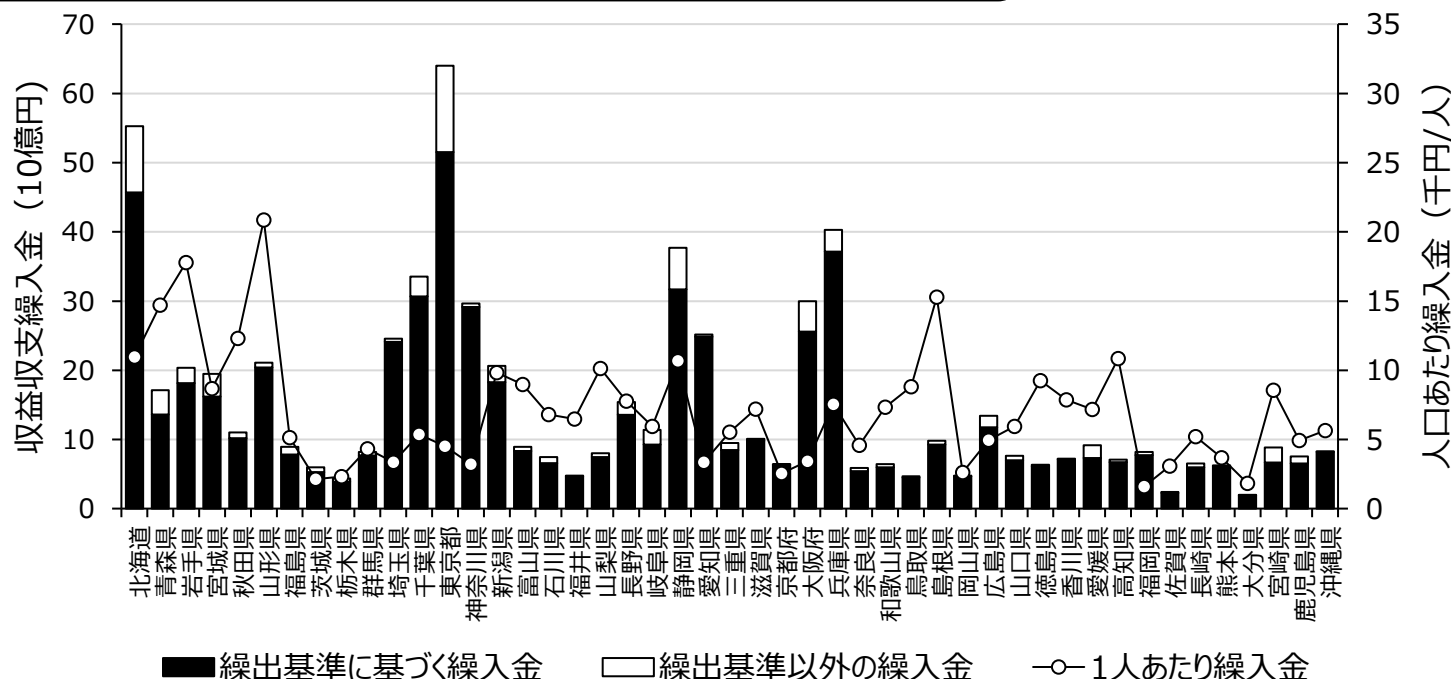
- 地方交付税の配分における財政調整

- 普通交付税の配分では， $\max\{\text{基準財政需要額} - \text{基準財政収入額}, 0\}$
 - 特別交付税の配分では，算定額×財政力補正

一般会計から病院事業会計への繰出

- 総務省は地方財政計画において計上した繰出し金の項目と趣旨，繰出しの基準を各都道府県に対して通知（市町村には都道府県知事より通知）
- 地方自治体は一般会計から公立病院に繰出金を支出
 - 収益収支に関する繰入金では総額の約90%が繰出し基準に沿った繰入金
 - 多くの場合，地方交付税を算定する際の単価ではなく「その経営に伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額」や「経費に相当する額」という意味で実繰入額が繰出基準額となる
- 大都市圏では人口あたり繰入額が小さく，地方圏では大きい傾向

図10 都道府県別にみた公立病院（収益収支）に対する一般会計からの繰入金（2024年度）



（出典）総務省『地方公営企業決算状況調査』他に基づき作成

4 病院密度に着目した医療資源の偏在

- 各地域における医療アクセスの利便性を病院密度（＝病院数÷可住地面積）で表す
- 各地域における医療へのニーズを年齢階級別受療率で調整された等価人口で表す
- 病院密度の昇順で地域を並べ、等価人口累積比に対する病院密度累積比をプロットしてローレンツ曲線を描く（図12には自治体病院，市町村病院の集中度曲線も併記）
 - ローレンツ曲線が下方に膨らんでいるほど，病院密度でみた医療アクセスの格差は大きい
- 自治体病院（≈公立病院）は全体の偏在を補う形で立地
 - 特に市町村病院（≈地公法適用市町村立病院）にその傾向

- 地域*i*の等価人口（ m_i ）

$$m_i = \sum_{j=1}^K a_j n_{ij}$$

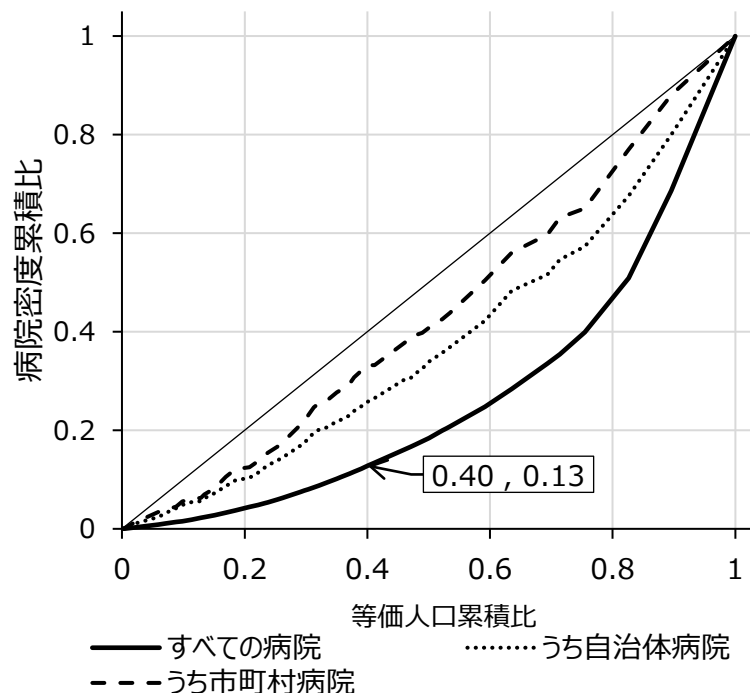
n_{ij} := 地域*i*の年齢階級*j*の人口， a_j := 年齢階級*j*の受療率

- ローレンツ関数（ $L(p)$ ）

$$L(p) = \frac{1}{\bar{y}} \sum_{i=1}^{47} \left(p - \frac{\tilde{m}_{(i-1)}}{\tilde{m}_{(47)}} \right)^+ (y_{(i)} - y_{(i-1)})$$

$y_{(i)}$:= 病院密度， $\tilde{m}_{(i)}$:= (*i*)までの累積人口
 $(a)^+ = \max\{a, 0\}$

図12 病院密度の分布（2024年度）

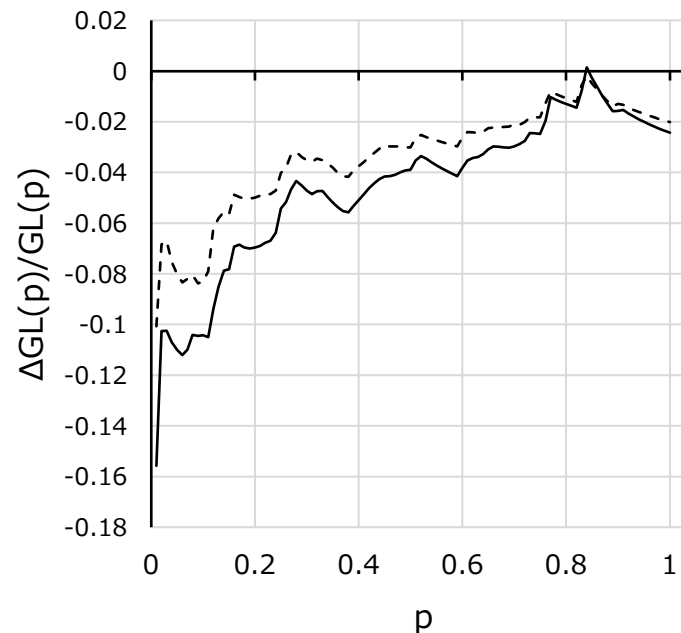


（出典）厚生労働省『医療施設調査』、『患者調査』，総務省『推計人口』他に基づき作成

病院密度の経年的な変化

- 病院密度の偏在の経年的変化をみるため、2010～2024年、2015～2024年にかけての一般化ローレンツ関数の変化率を計測（図13b）
 - ローレンツ関数では考慮できなかった密度の水準の変化も考慮して検討
 - 変化率が負ならば、2024年の偏在の程度は2010年、2015年よりも高まっている
 - ほぼすべての領域で、変化率 < 0、であり、偏在の程度は経年的に上昇

図13b 一般化ローレンツ曲線の変化率



（出典）厚生労働省『医療施設調査』、『患者調査』、総務省『推計人口』他に基づき推計

- 一般化ローレンツ関数 ($GL(p)$)

$$GL(p) = \sum_{i=1}^{47} \left(p - \frac{\tilde{m}_{(i-1)}}{\tilde{m}_{(47)}} \right)^+ (y_{(i)} - y_{(i-1)})$$

- 一般化ローレンツ関数の変化率

$$\frac{\Delta GL_{ts}}{GL_s}(p) = \frac{GL_t(p) - GL_s(p)}{GL_s(p)}$$

- 一般化集中度関数 ($GC(p)$)

$$GC(p) = \sum_{i=1}^{47} \left(p - \frac{\tilde{m}_{(i-1)}}{\tilde{m}_{(47)}} \right)^+ (x_{(i)} - x_{(i-1)})$$

- 一般化集中度関数の変化率

$$\frac{\Delta GC_{ts}}{GC_s}(p) = \frac{GC_t(p) - GC_s(p)}{GC_s(p)}$$

—— (GL2024-GL2010)/GL2010 - - - - (GL2024-GL2015)/GL2015

4-2 一般診療所の偏在

- 一般診療所密度の集中度曲線とその一般化集中度曲線の変化率（前スライド参照）
- 一般診療所は病院よりも偏在の程度が高い（図14）
 - 病院密度が低い地域における公立病院は診療所の偏在を補っていると考えられる
- 全体の平均をとれば一般診療所へのアクセスは改善されていると言えるが、病院密度が低い地域では改善されているとは言えない（図15b）

図14 一般診療所の分布（2024年度）

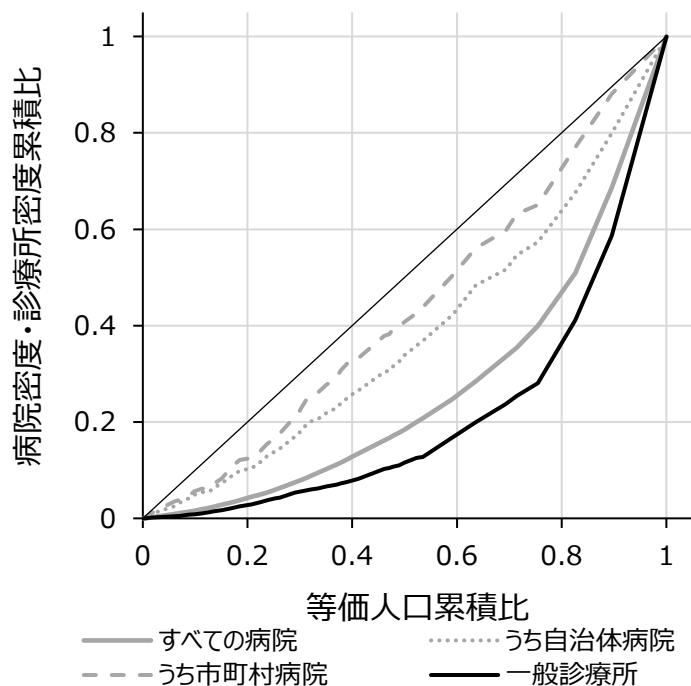
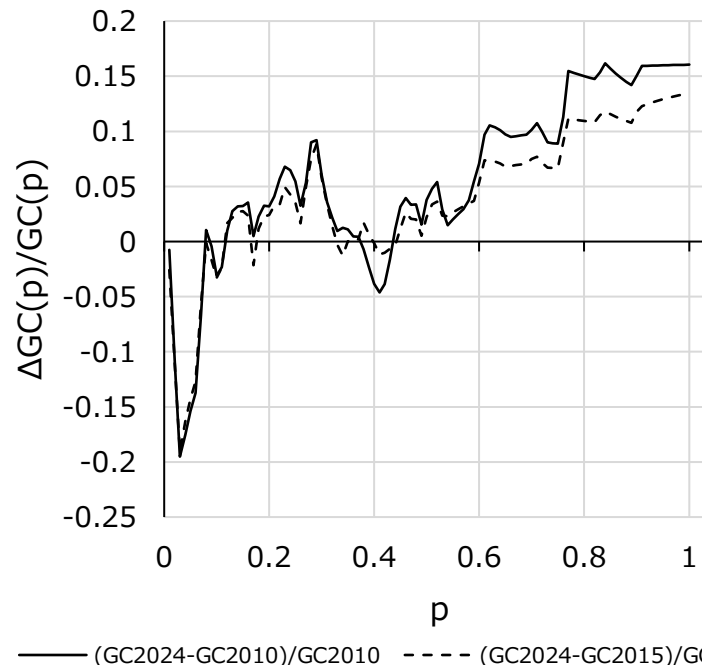


図15b 一般診療所の一般化集中度曲線の変化率



（出典）厚生労働省『医療施設調査』、『患者調査』，総務省『推計人口』他に基づき推計

4-3 医師の偏在

- 医師密度の集中度曲線は病院密度のローレンツ曲線よりも下方に位置（医師に対する地理的近接性は病院よりも低い）（図16）
 - 不採算地区に立地する病院では病床あたりの医師数が少なく、収益改善のネックと言われる
- ただし、近年において改善傾向（図17b）
 - 一般化集中度曲線の変化率がほぼ正
 - 診療分野別にみればどうか？

図16 医師の分布（2024年度）

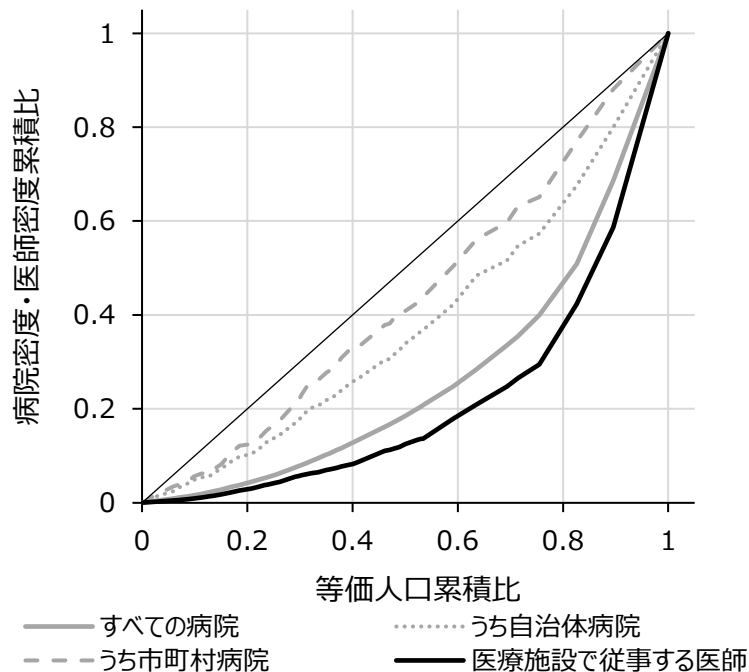
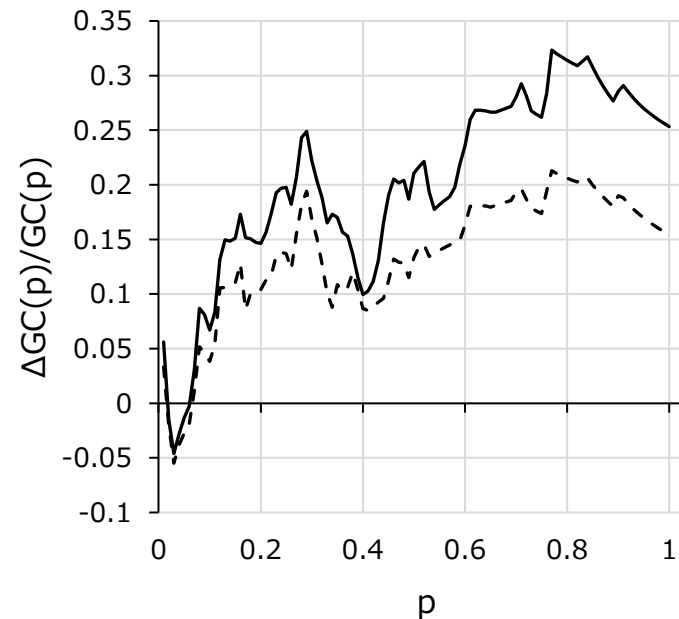


図17b 医師の一般化集中度曲線の変化率



（出典）厚生労働省『医療施設調査』、『患者調査』、『医師・歯科医師・薬剤師統計』他に基づき推計。

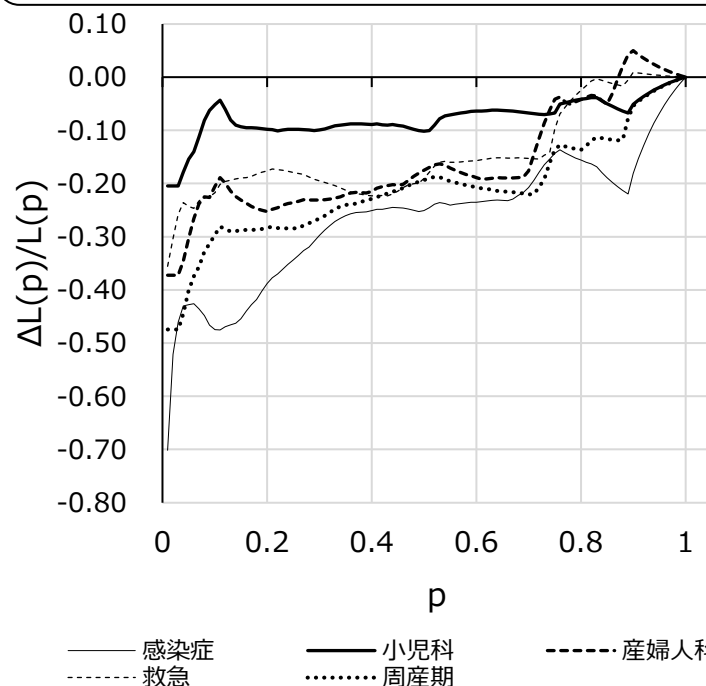
診療分野別にみた医師の偏在

- 普遍的な提供体制が必要な分野として、感染症、小児医療、出産・分娩、救急、周産期の5分野を考える
 - 各分野に対応する等価人口との関係（表5）で医師密度のローレンツ関数を求めた
- 医師全体のローレンツ関数との差分の率 $\Delta L(p)/L(p)$ を図示（図19）
 - $\Delta L(p)/L(p) < 0 \Rightarrow$ 当該分野の医師の偏在は全体の偏在よりも大
- 産婦人科と救急において医師全体のローレンツ関数を上回る領域があるが、他は医師全体のローレンツ曲線よりも下方に位置（より偏在）する。

表5 診療分野と等価人口、医療資源の対応

分野	等価人口の基準	対象とする医師数
感染症	感染症及び寄生虫症受療率	感染症専門医
小児科	0～14歳受療率	小児科専門医
妊娠・分娩	妊娠、分娩及び産じょく受療率	産婦人科専門医
救急	総人口	救急専門医
周産期	周産期に発生した病態受療率	周産期（新生児）専門医

図19 診療分野別に見た医師密度に関するローレンツ関数の比較（2024年度）



（出典）

表5 厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師統計』に基づく。

図19 厚生労働省『医療施設調査』、『患者調査』、『医師・歯科医師・薬剤師統計』に基づく筆者推計。

5 公立病院の繰入金と医療資源の偏在

- 公立病院に対する繰入金の分布を医療資源の偏在と重ね合わせて考える。
 - 繰入金は医療サービスの需要者への間接的な所得移転と考えられるので、集中度曲線は等価人口あたり額に基づく
- 集中度曲線は45度線よりも上方に位置：病院密度が低いアクセス不利地域に対して等価人口あたりでみてより多くの財源が投入（図20）
- 繰入金の集中度係数と等価人口あたりの繰入額の時系列的推移（図21）
 - 集中度係数は新型コロナウイルスの感染拡大期に一時的に低下したが、近年、再び上昇傾向
 - 等価人口あたりの繰入額（＝実繰入総額÷総等価人口）は経年的に上昇。

図20 病院密度と公立病院への繰入金（収益収支）の分布（2024年度）

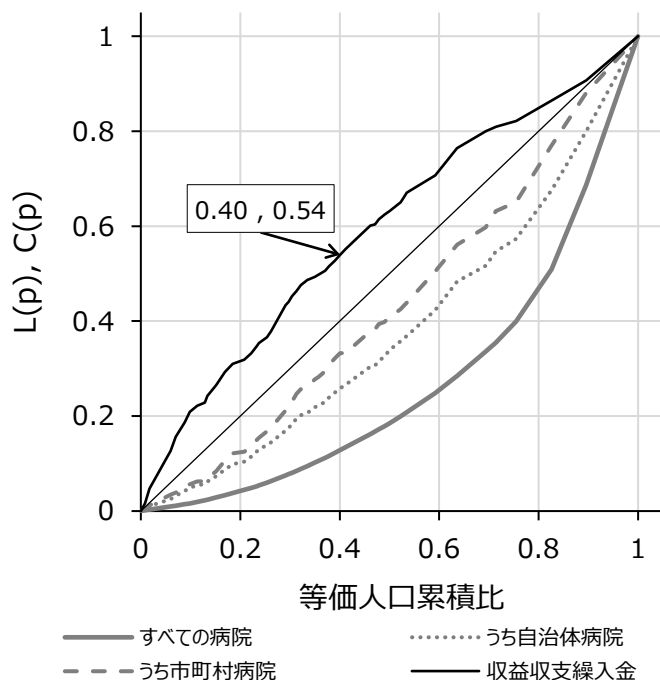
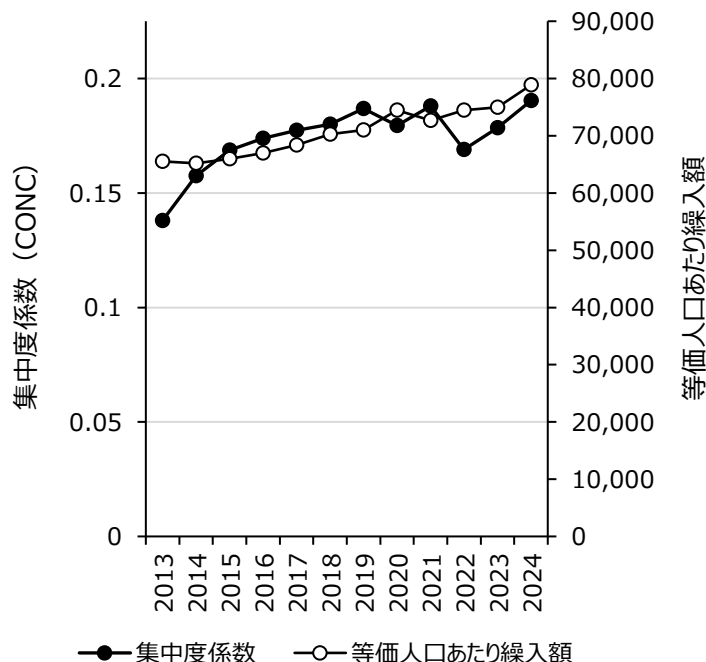


図21 繰入金の集中度係数と等価人口あたり額の推移



（出典）

図20 総務省『地方公営企業決算状況調査』，厚生労働省『医療施設調査』に基づき筆者推計

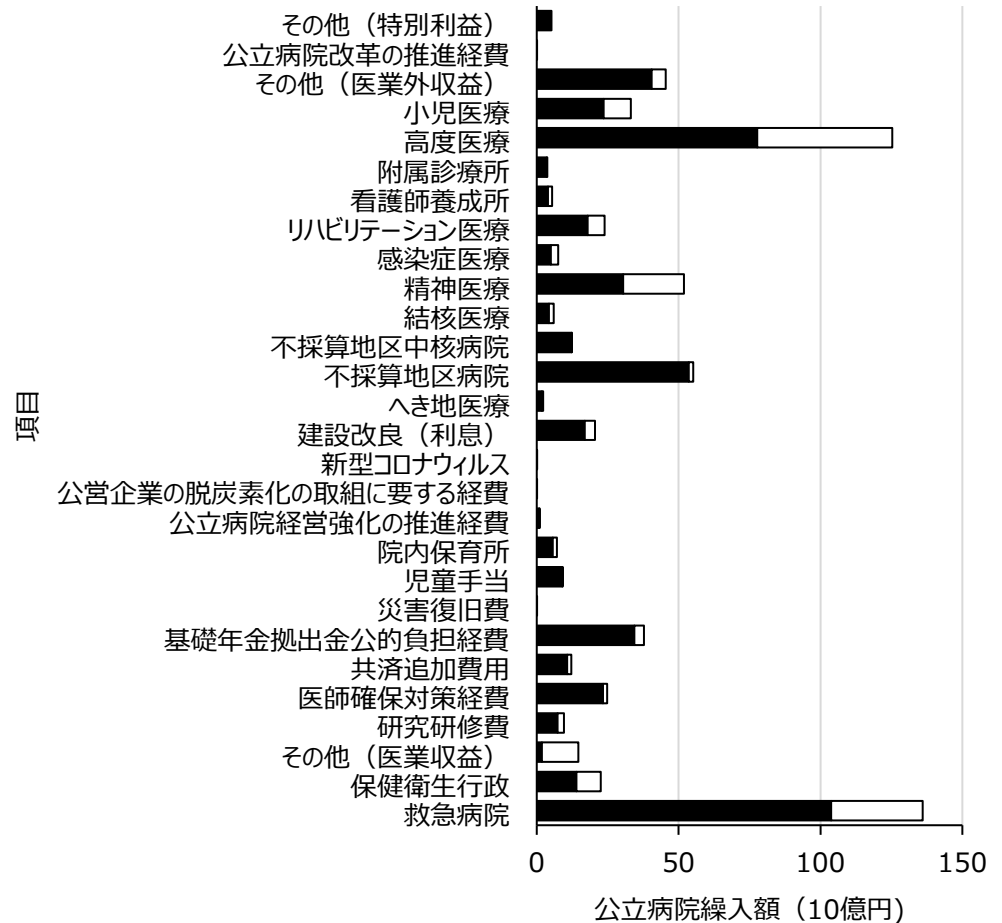
図21 総務省『地方公営企業決算状況調査』，厚生労働省『医療施設調査』に基づき筆者推計

注）年度に特殊な要因が含まれる特別利益に計上される繰入金は除く

5-2 項目別にみた繰入金

- 公立病院の収益勘定への実繰入金額を項目別に集計（図22）
- 医療の提供体制と直接に関わる項目では、救急病院における繰入額が最も大きく、次いで高度医療、不採算地区病院と不採算地区中核病院、精神医療、小児医療といった項目での繰入額が大
 - これらの多くが繰出し基準において、所要経費のうち「これに伴う収入をもって充てることができないと認められるものに相当する額」を繰り出すとされており、繰入金額が各項目における収入の不足額を表すと解される

図22 公立病院に対する一般会計からの項目別繰入額（2024年度）



■ 直営・指定管理 □ 地方独立行政法人

（出典）総務省『地方公営企業決算状況調査』に基づき筆者推計

主な項目別にみた繰入金の分布

- 地域医療を考える上で重要だと思われる項目（「救急病院」「不採算地区病院」「不採算地区中核病院」「感染症医療」「リハビリテーション医療」「高度医療」「小児医療」「精神医療」）について、病院へのアクセシビリティと比較する形で集中度曲線を描いた（図23a, 23b）
 - 不採算地区病院や不採算地区中核病院に関する繰入金は強い逆進性
 - 救急医療は緩やかに逆進的、精神医療は病院密度が低い地域で逆進的
 - 感染症医療は中間部分で不規則な動きがあるが概ね人口に比例
 - リハビリテーション医療、高度医療、小児医療は等価人口に比例する形で繰入金が支出

図23a 公立病院への繰入金の分布(1) (2024年度)

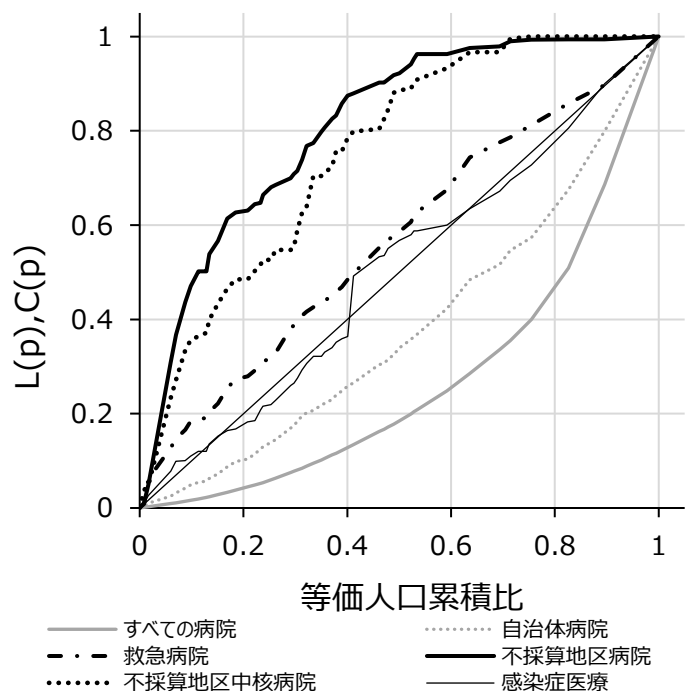
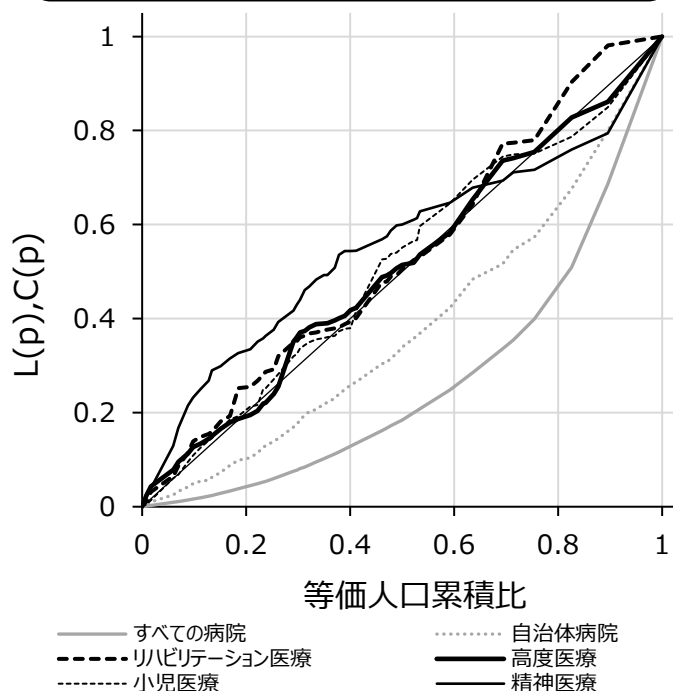


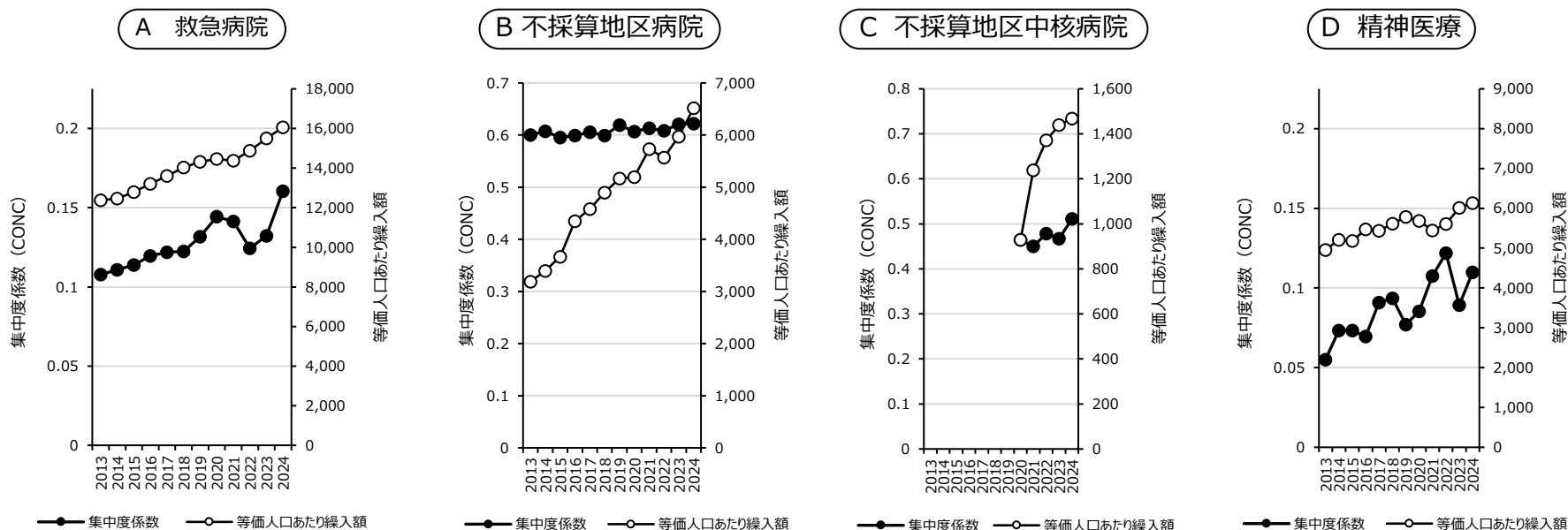
図23b 公立病院への繰入金の分布(2) (2024年度)



（出典）総務省『地方公営企業決算状況調査』，厚生労働省『医療施設調査』に基づき筆者推計。

項目別繰入金の集中度と等価人口あたり額(1)

図24 繰入項目別に見た集中度係数と等価人口あたり繰入額の推移

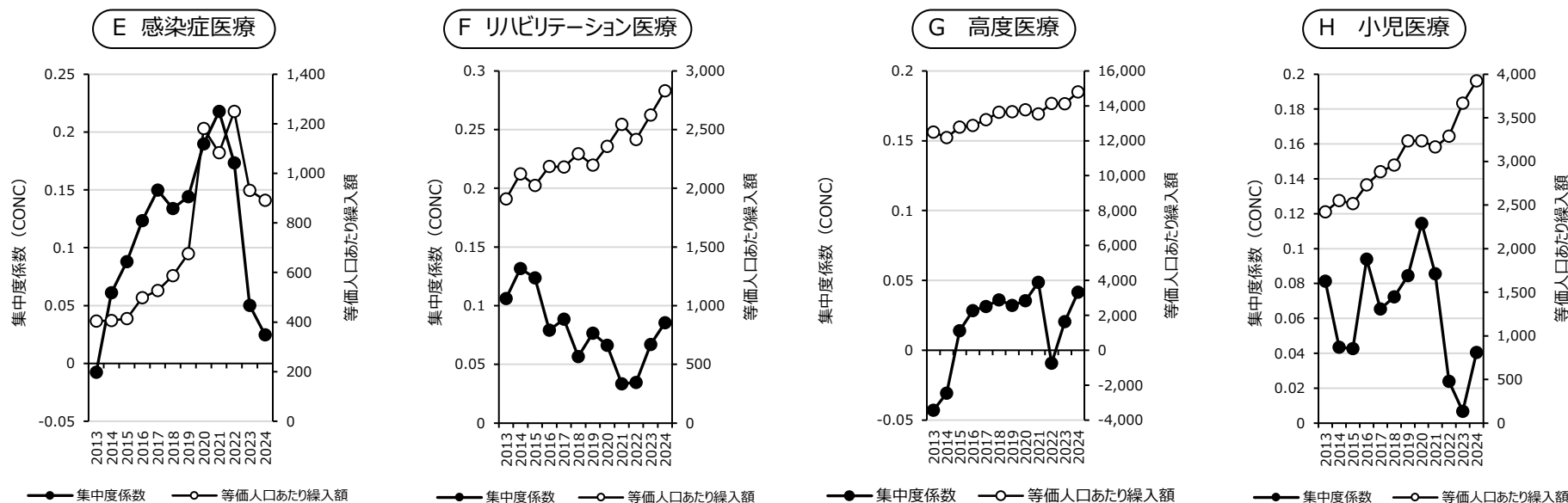


(出典) 総務省『地方公営企業決算状況調査』, 厚生労働省『医療施設調査』に基づき筆者推計。

- 不採算地区病院, 不採算地区中核病院に対する繰入金はアクセス不利地域への集中度を高めつつ, 等価人口あたり繰入額も顕著に増加
- 救急病院, 精神医療についても, 等価人口あたり額が増加するとともに, 集中度が上昇傾向にある

項目別繰入金の集中度と等価人口あたり額 (2)

図24 つづき



(出典) 総務省『地方公営企業決算状況調査』, 厚生労働省『医療施設調査』に基づき筆者推計。

- 感染症医療は新型コロナウイルス感染症の拡大期に増加（ただし，集中度はそれ以前から上昇），その後，2023年度に等価人口あたり額，集中度とも低下
- 高度医療，小児医療，リハビリテーション医療は等価人口あたり繰入金が増加する一方，集中度は計測期間を通じて相対的に低い（ほぼ人口に比例）

6 まとめ

- 公立病院はアクセス不利地域に相対的に多く立地しており，医療サービス提供を普遍的に提供する役割を担っている
 - 民間病院や診療所の分布を考慮すればアクセス不利地域に立地せざるを得ない
- その結果，公立病院の繰入金は経年的に増加しており，かつアクセス不利地域への集中の程度を高めている（今後ともこの傾向は続くと予想）
 - とりわけ不採算地区病院への繰入は顕著に増加
 - 担保する仕組みとして財政力指数による補正を伴った特別交付税による措置
 - 他の繰入金には等価人口（ $\approx$ 人口）比例的な配分も存在
- 一般会計からの繰出しは基本的には既存の病院の既存の機能・規模の維持に関するもの
 - 地域として公立病院を含む医療提供体制のデザインがあって始めて機能
 - 不採算地区における医療提供体制の確保は必要だが，他の政策分野も含めたパッケージとしての対策も必要ではないか
- 残された課題
 - 本論では資本収支について取り上げていない
 - 病院への地理的なアクセス性に焦点をあてて偏在を定義しているが，人口ベースで考えることも重要

【参考文献・資料】

- 喜田泰史（2017）「公立病院経営と政府部門の財政との関係性」『川崎医療福祉学会誌』, 27(1), 169-181.
- 澤野孝一朗（2011）「公立病院の役割とその現代的課題」『オイコノミカ』, 47, 1-24.
- 関耕平（2012）「条件不利地域における公立病院維持と地域医療の提供についての財政分析—隠岐広域連合の運営実態に見る都道府県の役割と意義—」『日本地方財政学会研究叢書』, 19, 133-155.
- 星野菜穂子（2011）「公立病院と地方交付税—高知県 2 町を事例として—」『日本地方財政学会研究叢書』, 18, 85-108.
- 堀場勇夫（2019）「地方公営企業の役割と財政措置：病院事業を中心として」『地方財政』, 58(4), 4-37.
- 山内康弘（2009）「自治体病院の制度的位置付けと財源問題」『国際公共政策研究』, 13(2), 51-63.
- Erdenee, O., Paramita, S. A., Yamazaki, C., & Koyama, H. (2017). Distribution of health care resources in Mongolia using the Gini coefficient. *Human Resources for Health*, 15(1), 56.
- Hara, K., Otsubo, T., Kunisawa, S., & Imanaka, Y. (2017). Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. *BMJ Open*, 7(3), e013922.
- Jin, J., Wang, J., Ma X., Wang, Y., & Li, R. (2015). Equality of medical health resource allocation in China based on the Gini coefficient method. *Iranian Journal of Public Health*, 44(4), 445.
- Pál, V., Lados, G., Ilcsikné Makra, Z., Boros, L., Uzzoli, A., & Fabula, S. (2021). Concentration and inequality in the geographic distribution of physicians in the European Union, 2006–2018. *Regional Statistics*, 11(3), 3-28.
- Rój, J. (2020). Inequality in the distribution of healthcare human resources in Poland. *Sustainability*, 12(5), 2043.
- Shorrocks A. F. (1983). Ranking income distributions. *Economica* 50, 3-17.
- Toyabe, S. I. (2009). Trend in geographic distribution of physicians in Japan. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 5.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 33(5), 545-557.
- Wang, Z., Dong, L., Xing, X., Liu, Z., & Zhou, Y. (2023). Disparity in hospital beds' allocation at the county level in China: an analysis based on a Health Resource Density Index (HRDI) model. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1293.
- 厚生労働省（2025）「医師偏在対策について」令和 7 年 9 月 11 日 第 4 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料 1 <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001560980.pdf0.pdf>>（最終閲覧：2026年9月17日）。
- 厚生労働省（2026）「外来医師過多区域に係る候補区域の公表について」<<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001681549.pdf>>（最終閲覧：2026年9月17日）。
- 全国自治体病院協議会（2026）「会員病院の令和 7 年度決算状況調査結果（速報） 報告書」<https://www.jmha.or.jp/contentsdata/keiei/20260716_r7kessan_houkoku.pdf>（最終閲覧：2026年9月17日）。
- 総務省（2022）「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経営強化ガイドライン」<https://www.soumu.go.jp/main_content/000803338.pdf>（最終閲覧：2026年9月18日）。
- 総務省（2025a）「病院事業の地方財政措置」<https://www.soumu.go.jp/main_content/001005042.pdf>（最終閲覧：2026年9月17日）。