

# 日医総研ワーキングペーパー

令和 7 年 医師会病院の運営実態調査

No. 499

2026 年 1 月 6 日

日本医師会総合政策研究機構  
野村真美

## 令和 7 年 医師会病院の運営実態調査

日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 野村真美

研究協力者：主任研究員 角田 政

### キーワード

- ◆医師会病院の役割 ◆地域包括ケアの中核機能 ◆設備老朽化と資金調達
- ◆人材確保の困難 ◆経営基盤の強化 ◆補助金等財政支援 ◆地域医療連携

### ポイント

- ◆ 医師会共同利用施設としての医師会病院の今後のあり方を検討するための基礎資料を作成することを目的に、アンケート調査を実施した。全国 65 施設の医師会病院を対象とし、経営状況を含む運営実態を把握するとともに、医師会病院の特徴および課題を整理したものである。その結果、39 施設から回答(回収率 60.0%)が得られ、すべて有効回答であった。

#### 1. 医師会病院の特徴

- ◆医師会病院は、1960 年代から 2000 年代にかけて開設された施設が全体の約 9 割を占め、地域に根ざした中規模病院として発展してきた。運営形態では、医師会自身が開設・運営する病院が 82.1%と大半を占め、専任病院長が約 9 割に上るなど、比較的安定したガバナンス体制が確立している。
- ◆病床規模は 100～199 床が最も多く (56.4%)、ほとんどの施設が一般病床を有するほか、療養病床や回復期リハビリテーション病棟を併設する病院も一定数存在する。これにより、急性期から回復期まで一貫した医療提供が可能な体制が整備されている。
- ◆機能面では、開放型病院 (74.4%)、地域医療支援病院 (61.5%) の割合が高く、地域医療機関との連携拠点としての役割が強い。また、救急輪番制参加病院 (59.0%) や災害拠点病院 (23.1%) として、救急・災害医療の受け皿となる病院も多く、地域医療体制の中核を担っている。
- ◆健診事業を実施する病院が 74.4%と多く、地域住民の健康管理・予防医療にも積極的に取り組んでいる。令和 6 年度の病床数適正化支援事業では、10 施設 (25.6%) が手上げし、285 床の申請が行われるなど、地域の医療需要に応じた病床再編にも主体的に取り組んでいる点も特徴である。

- ◆在宅医療・介護分野では、訪問診療（43.6%）、往診（35.9%）、在宅看取り（28.2%）などの在宅医療サービスを提供し、併設事業として訪問看護ステーション（59.0%）や居宅介護支援事業（43.6%）を有する病院も多い。これらの取り組みにより、地域包括ケアシステムにおいて医療と介護をつなぐ重要な役割を果たしている。

## 2. 医師会病院の経営状況と課題

- ◆医師会病院の経営状況をみると、医業収益の増加や費用増加の抑制により、医業活動そのものは一定の改善がみられた。しかし、補助金総額が令和5年度から63.7%減少し、特にコロナ関連補助金の急減が経常利益を大きく押し下げた結果、経常利益率は悪化した。医業利益率・経常利益率ともに全国平均を大きく下回り、赤字割合も全国より10ポイント以上高いなど、医師会病院は全国の病院と比較しても厳しい収益構造に置かれている。
- ◆自由記述の分析からは、地域医療・介護との連携不足、救急医療の負担集中、医師会員との連携の地域差など、地域連携に関する課題が明らかとなった。また、医師・看護師を中心とした慢性的な人材不足、多職種の採用難、人材紹介会社への依存、賃金競争力の低下など、人材確保に関わる構造的問題も深刻化している。加えて、建物・設備の老朽化、物価高騰と診療報酬の乖離、病床利用率の低迷、資金調達の困難など、経営基盤の脆弱性も顕在化している。
- ◆これらの課題は相互に関連しており、個々の病院の努力のみでの解決は困難である。医師会病院が地域医療を持続的に担うためには、財政的支援の拡充、計画的な設備更新と中長期的な資金調達戦略の構築、活用しやすい補助金制度の整備が不可欠である。あわせて、病院機能の見直しや収益構造の転換、地域・広域での医療機関・行政との連携強化が求められる。これらを推進するためには、医師会員や地元行政を含む関係者に対し、医師会病院の存在意義と役割への理解を深める働きかけが重要となる。

## 目次

はじめに .....	4
1 調査の概要.....	6
1.1 調査の概要.....	6
2 調査結果 .....	8
2.1 病院の基本情報 .....	8
2.2 病院の状況.....	11
2.3 病院内で実施している在宅サービス .....	18
2.4 併設している事業・施設.....	19
2.5 1施設当たり職員数等 .....	20
2.5 患者 .....	24
2.6 収支の状況.....	24
2.7 補助金 .....	31
2.8 課題（自由回答からのまとめ） .....	33
3 まとめと考察.....	46
参考文献・参考資料.....	48

《巻末資料》アンケート調査票

## はじめに

わが国の地域医療は、人口減少と高齢化、医療需要の変化、人材不足、物価高騰などによるかつてない転換期を迎えている。こうした中で医師会病院は、地域に根ざした中規模病院として、急性期から回復期、在宅医療・介護、救急医療まで幅広い機能を担い、地域包括ケアの中核として重要な役割を果たしてきた。しかし近年、補助金の急減や診療報酬との乖離、人材確保難、施設・設備の老朽化などにより、医師会病院の経営環境は一段と厳しさを増している。地域医療・介護との連携不足や救急医療の負担集中といった構造的課題も顕在化し、地域医療提供体制の持続性が揺らぎつつある。

本報告書は、医師会病院がその役割を持続的に果たしていくために、医師会、行政、地域の医療機関が共通認識を持ち、協働して課題解決に取り組むことが不可欠であるとの考えのもと、医師会病院の現状と課題を整理し、地域医療を将来にわたり維持・発展させるための方向性を検討するための基礎資料として取りまとめたものである。

本調査にご協力いただいた医師会病院の先生方、スタッフの皆様、ならびに日本医師会共同利用施設検討委員会委員の先生方、日本医師会地域医療課の皆様に心より感謝申し上げます。

## 医師会病院とは

医師会病院とは、地域医師会が運営する「医師会共同利用施設」<sup>1</sup>の中核をなす医療機関である。地域の「かかりつけ医（医師会員）」を支援・補完することで地域医療を支えるとともに、広く地域住民に開かれた医療機関としての役割を担っている。令和7年9月現在、全国に65施設が設置されている。

医師会病院の具体的な役割としては、かかりつけ医と緊密に連携し、専門性の高い検査・治療、紹介患者の受け入れ（開放型病床の運用など）、医療従事者の育成、救急医療の維持などを通じて、地域全体の医療の質向上と連携強化を図ることである。

その設立・運営形態には、地域医師会が自ら設立・運営するもの（医師会立病院）、自治体が設立し運営を医師会が担うもの（国立病院等からの移譲を含む）、自治体と医師会の共同出資による第3セクター方式など、複数の形態が存在する。

---

<sup>1</sup> 故・武見太郎元日本医師会長が提唱した概念であり、昭和28年には栃木県の下都賀郡市医師会病院が第1号として設立された。これは医師会活動の一環として、会員が共同で利用する施設を指すものである。現在では、「医師会病院」のほか、検査・健診センター、臨床検査センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、在宅医療拠点など、福祉分野における各種事業所・施設も対象に含まれている。  
<https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/chiiki/kyodo/kyodoteigi20220401.pdf>

## 1 調査の概要

### 1.1 調査の概要

#### 【調査目的】

医師会共同利用施設としての医師会病院の今後のあり方を検討するための基礎資料を作成することを目的として、全国の医師会病院を対象にアンケート調査を実施した。本調査では、経営状況を含む運営実態を把握し、医師会病院の特徴および課題を整理することを目的とした。

#### 【調査方法】

Excel 入力方式によるアンケート調査を実施した。調査票をダウンロードのうえ回答を作成し、Web アップロードまたはメール返信により提出していただいた。

【集計方法】 単純集計・クロス集計・自由記載のテキスト分析

【調査対象】 全国の医師会病院 65 施設

【調査期間】 2025 年 9 月 1 日～9 月 30 日（最終的に 10 月 15 日まで延長）

#### 【調査内容】<sup>2</sup>

##### 1. 病院の基本情報-令和 6 年度末(令和 7 年 3 月末)時点

開設年、運営方式、実質的な意思決定権者、建物の最新の建設年 ほか

##### 2. 病院の状況-主に令和 6 年度の状況)

病院種別、病床数、入院基本料、病院の機能・特徴 など

##### 3. 職員数および人材確保の状況-令和 6 年度末(令和 7 年 3 月末)時点

医師、薬剤師、看護職員等の職種別人数

医師確保の難しさ

##### 4. 患者数 - 令和 5 年度、令和 6 年度の状況

年間延べ入院患者数・年間延べ外来患者数

##### 5. 収支の状況-令和 5 年度、令和 6 年度の状況

損益計算書を中心とした収支状況

---

<sup>2</sup> 別紙アンケート調査票を参照されたい。

6. 補助金の状況-令和5年度、令和6年度の状況
7. 併設事業・併設施設の状況-令和6年度末(令和7年3月末)時点
8. 課題—地域連携、人材確保に関する課題 ほか

**【集計・分析体制】**

- ・ 発送・回収・web画面および入力フォームの作成：株式会社東京法規出版
- ・ 集計・分析：日本医師会総合政策研究所機構（日医総研）

**【回収状況】** 回収率 60%（回答数 39 施設／全国 65 施設）

**【有効回答数】** 39 施設（有効回答数 39 施設／全国 65 施設）



## 2 調査結果

### 2.1 病院の基本情報

#### 2-1-1. 開設年

調査対象病院の開設時期をみると、最も早い開設は 1961 年であり、直近では 2023 年であった。開設時期別にみると、「1980 年代」が 15 施設（38.5%）で最も多く、次いで「1960 年代」が 8 施設（20.5%）、「1990 年代」が 7 施設（17.9%）、「2000 年代」が 6 施設（15.4%）、「1970 年代」が 2 施設（5.1%）、「2020 年代」が 1 施設（2.6%）の順であった。

図表 2-1 病院の開設年(n=39)

開設年	回答数	割合
1960年代	8	20.5%
1961	2	5.1%
1962	1	2.6%
1966	2	5.1%
1967	1	2.6%
1969	2	5.1%
1970年代	2	5.1%
1972	1	2.6%
1976	1	2.6%
1980年代	15	38.5%
1980	1	2.6%
1981	2	5.1%
1982	3	7.7%
1983	1	2.6%
1984	2	5.1%
1985	1	2.6%
1986	2	5.1%
1987	2	5.1%
1989	1	2.6%
1990年代	7	17.9%
1990	2	5.1%
1992	1	2.6%
1993	2	5.1%
1996	1	2.6%
1997	1	2.6%
2000年代	6	15.4%
2000	2	5.1%
2002	1	2.6%
2005	1	2.6%
2008	1	2.6%
2009	1	2.6%
2020年代	1	2.6%
2023	1	2.6%
総計	39	100.0%

## 2-1-2. 病院の運営方式

運営方式については、「医師会自身が開設者であり、医師会が運営」が 33 施設（82.1%）と多数を占め、次いで「公設民営」が 5 施設（10.3%）であった。

図表 2-2 病院の運営方式(n=39)

選択肢	回答数	割合
① 医師会自身が開設者であり、医師会が運営	33	82.1%
② 公設民営(自治体等が設置し、医師会が運営)	5	10.3%
③ その他	1	7.7%
総計	39	100.0%

## 2-1-3. 現在の病院長及び実質的な意思決定権者

現在の病院長の状況をみると、「②医師会長とは別の専任の病院長」が 35 施設（89.7%）と最も多く、次いで「①医師会長が病院長を兼任」が 3 施設（7.7%）、「③医師会長とは別の兼任の病院長」が 1 施設（2.6%）であった。

実質的な意思決定権者についてみると、「①医師会長が病院長を兼任」している病院では、3 施設すべてが「病院長」と回答していた。「②医師会長とは別の専任の病院長」の場合は、35 施設のうち約半数の 17 施設が「理事会などの合議による」と回答し、次いで「病院長」が 10 施設、「医師会長」が 8 施設であった。「③医師会長とは別の兼任の病院長」については、「理事会などの合議による」との回答であった。

図表 2-3 現在の病院長 及び 実質的な意思決定権者の状況(n=39)

現在の病院長	実質的な意思決定権者	回答数	割合
① 医師会長が病院長を兼任	病院長	3	7.7%
② 医師会長とは別の専任の病院長		35	89.7%
	病院長	10	25.6%
	医師会長	8	20.5%
	理事会などの合議による (特定の役職・個人に最終決定権限はない)	17	43.6%
③ 医師会長とは別の兼任の病院長	理事会などの合議による (特定の役職・個人に最終決定権限はない)	1	2.6%
総計		39	100.0%

#### 2-1-4. 病院建物の最新の建設年

建設年をみると、2000 年代が最も多く 12 施設（30.8%）、次いで 1990 年代が 7 施設（17.9%）、2010 年代が 6 施設（15.4%）などの順であった。

病院建物の建築年については、最も古いものが 1965 年、新しいものが 2023 年であった。病院建物については法令上の明確な規定はないものの、一般に建て替えの目安は 30 年から 40 年程度とされている。このことから、1995 年以前に建築された 11 施設（27.9%）については、今後、建て替えの必要性が具体的に生じる可能性が高いと考えられる。

図表 2-4 病院建物の最新の建築年 (n=39)

最新の建築年	回答数	割合
1980年代以前	4	10.3%
1965	1	2.6%
1969	1	2.6%
1986	2	5.1%
1990年代	7	17.9%
1990	2	5.1%
1992	1	2.6%
1993	1	2.6%
1994	1	2.6%
1995	2	5.1%
2000年代	12	30.8%
2000	3	7.7%
2004	2	5.1%
2005	1	2.6%
2006	1	2.6%
2007	1	2.6%
2008	4	10.3%
2010年代	6	15.4%
2011	1	2.6%
2013	1	2.6%
2014	1	2.6%
2015	2	5.1%
2018	1	2.6%
2020年代	3	7.7%
2020	1	2.6%
2023	2	5.1%
回答なし	7	17.9%
総計	39	100.0%

## 2.2 病院の状況

### 2-2-1. 病院種別(令和6年度末時点)

病院種別をみると、「一般病院」が36施設(92.3%)で最も多く、「療養型病院」が3施設(7.7%)であった。また総数のうち、2施設(5.1%)が「回復期病院」であった。

図表 2-5 病院種別(n=39)

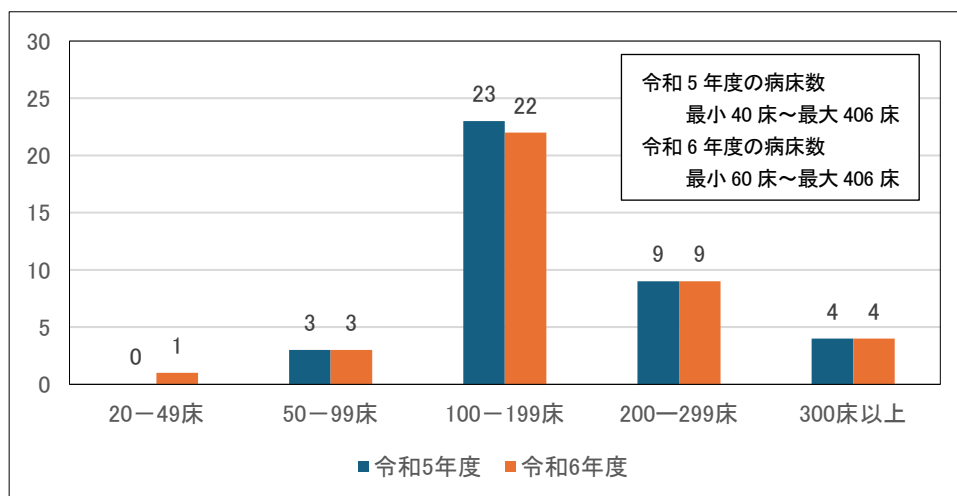
病院種別	回答数	割合
一般病院	36	92.3%
療養型病院	3	7.7%
総計	39	100.0%
(再掲)回復期病院	2	5.1%

### 2-2-2. 届出病床の規模(令和5年度、令和6年度)

令和5年度の届出病床数は最小が40床、最大が406床であり、令和6年度は最小が20床、最大は変わらず406床であった。

病床規模別区分をみると、令和5年度・令和6年度ともに「100床－199床」が最も多く、令和5年度は23施設(59.0%)、令和6年度は22施設(56.4%)であった。また、令和5年度に50床以上であった施設のうち、令和6年度に「20床－49床」へ区分変更となった施設が1施設みられた。

図表 2-6 届出病床数規模別の分布(令和5年度、令和6年度, n=39)-施設数



### 2-2-3. 許可病床の種類(令和5年度、令和6年度)

病床種類の有無をみると、届出されていた病床種類は「一般病床」「療養病床」「感染症病床」であった。

「一般病床」については、令和5年度・令和6年度ともに39施設すべてが有していた。また、そのうち休床しているベッドがあると回答した施設は、令和5年度で10施設、令和6年度で9施設であった。

「療養病床」については、令和5年度に16施設、令和6年度に15施設と微減した。休床ありとの回答はなかった。

「感染症病床」については、令和5年度に6施設、令和6年度に4施設と減少した。休床ありとの回答はなかった。

「(再掲)回復期リハビリテーション病棟」については、「一般病床」を有する病院のうち、令和5年度に8施設、令和6年度に9施設が有していた。また、「療養病床」を有する病院では、令和5年度に6施設、令和6年度に7施設が有している状況であった。

図表2-7 病床種類別の許可病床の状況(n=39)

病床種類		令和5年度		令和6年度	
		病床あり	うち、 休床あり	病床あり	うち、 休床あり
一般病床		39	10	39	9
療養病床		16	0	15	0
精神病床		0	0	0	0
結核病床		0	0	0	0
感染症病床		6	0	4	0
合計		39	10	39	9
(再掲)回復期リハビリ テーション病棟	一般病床	8	0	9	0
	療養病床	6	0	7	0
(再掲)認知症病棟		0	0	0	0

#### 2-2-4. 1 施設当たりの許可病床数(令和 5 年度、令和 6 年度)

回答施設の 1 施設当たりの許可病床数は、令和 5 年度が 185.3 床、令和 6 年度が 183.5 床であり、微減（▲1.8 床）した。休床数についてみると、令和 5 年度は 6.1 床、令和 6 年度は 7.3 床であった。

病床種類別にみると、「一般病床」は令和 5 年度の 160.3 床から令和 6 年度の 159.5 床へと微減した。一方で、「うち休床」は令和 5 年度の 6.1 床から令和 6 年度の 7.3 床へと微増した。「療養病床」についても、令和 5 年度の 24.1 床から令和 6 年度の 23.6 床へと微減した。

一方、「（再掲）回復期リハビリテーション病棟」については、令和 5 年度（一般 12.6 床、療養 8.7 床）から令和 6 年度（一般 13.2 床、療養 10.7 床）へと微増していた。

図表 2-8 1 施設あたりの病床数(n=39) -令和 5 年度、令和 6 年度

病床種類		令和5年度		令和6年度	
		許可病床数	うち、休床	許可病床数	うち、休床
一般病床		160.3	6.1	159.5	7.3
療養病床		24.1	0.0	23.6	0.0
精神病床		-	-	-	-
結核病床		-	-	-	-
感染症病床		0.9	0.0	0.4	0.0
合計		185.3	6.1	183.5	7.3
(再掲)回復期リハビリ テーション病棟	一般病床	12.6	0.0	13.2	0.0
	療養病床	8.7	0.0	10.0	0.0
(再掲)認知症病棟		-	-	-	-

## 2-2-5. 令和 6 年度 病床数適正化支援事業への手上げの状況

令和 6 年度の病床削減に対する国の補助（令和 6 年度 病床数適正化支援事業）について、手上げの有無を尋ねたところ、10 施設（25.6%）が「はい」と回答していた。

図表 2-9 令和 6 年度 病床数適正化支援事業に手上げしましたか(n=39)

選択肢	回答数	割合
はい	10	25.6%
いいえ	28	71.8%
回答なし	1	2.6%
総計	39	100.0%

令和 6 年度 病床数適正化支援事業に申し込んだ 10 施設の内訳を図表 2-10 に示す。

対象病院では、最小 11 床、最大 45 床、合計 285 床の申し込みがあった。

第 1 次内示では 8 施設、合計 127 床（申込病床数総数の 44.6%）に内示が出され、第 2 次内示では 25 床（申込病床数総数の 8.8%）に内示が出された。申し込みに対して、第 1 次・第 2 次を通じて全てに内示が出た施設は 3 施設（回答 4.5.6）、全く内示が出なかった施設は 1 施設（回答 10）であり、内示の状況は多様であった。

図表 2-10 申し込み病床数内示病床数および(手上げた病院 n=10)

No.	申込病床数		第 1 次内示病床数		第 2 次内示病床数	
		割合		割合		割合
1	17	100.0%	3	17.6%	0	0.0%
2	44	100.0%	7	15.9%	0	0.0%
3	45	100.0%	39	86.7%	0	0.0%
4	35	100.0%	35	100.0%	0	0.0%
5	13	100.0%	0	0.0%	13	100.0%
6	11	100.0%	11	100.0%	0	0.0%
7	22	100.0%	10	45.5%	12	54.5%
8	22	100.0%	6	27.3%	0	0.0%
9	40	100.0%	16	40.0%	0	0.0%
10	36	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
総計	285	100.0%	127	44.6%	25	8.8%

## 2-2-6. 入院基本料等(令和6年度)の算定状況

入院基本料の算定状況をみると、「一般病棟入院基本料」が31施設(79.5%)で最も多く、次いで「療養病棟入院基本料」が12施設(30.8%)、「障害者施設等入院基本料」が3施設(7.7%)の順であった。「一般病棟入院基本料」のうち、急性期一般入院料1~3までの算定ありが12施設(38.7%)、急性期一般入院料4~6までが13施設(41.9%)、地域一般入院料が1施設(3.2%)であった。

特定入院料については、「地域包括ケア病棟入院料」が最も多く21施設(53.8%)、次いで「回復期リハビリテーション病棟入院料」が14施設(35.9%)、「緩和ケア病棟入院料」が9施設(23.1%)、「地域包括入院医療管理料」が5施設(12.8%)などの順であった。

図表2-11 入院基本料及び特定入院料等の算定状況(n=39)

入院基本料		算定あり	割合			
入院基本料	一般病棟入院基本料	31	79.5%	一般入院基本料	算定あり	割合
	療養病棟入院基本料	12	30.8%		① 急性期一般入院料1	7 22.6%
	結核病棟入院基本料	0	0.0%		② 急性期一般入院料2	5 16.1%
	精神病棟入院基本料	0	0.0%		③ 急性期一般入院料3	0 0.0%
	特定機能病院入院基本料	0	0.0%		④ 急性期一般入院料4	4 12.9%
	専門病院入院基本料	0	0.0%		⑤ 急性期一般入院料5	5 16.1%
	障害者施設等入院基本料	3	7.7%		⑥ 急性期一般入院料6	4 12.9%
特定入院料	救命救急入院料	1	2.6%	地域一般入院料	⑦ 地域一般入院料1	1 3.2%
	特定集中治療室管理料	4	10.3%		⑧ 地域一般入院料2	0 0.0%
	小児入院医療管理料	4	10.3%		⑨ 地域一般入院料3	0 0.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	14	35.9%		⑩ 地域一般入院料4	0 0.0%
	地域包括医療病棟入院料	2	5.1%		回答なし	5 16.1%
	地域包括ケア病棟入院料	21	53.8%		合計	31 100.0%
	地域包括ケア入院医療管理料	5	12.8%			
	緩和ケア病棟入院料	9	23.1%			
	精神療養病棟入院料	0	0.0%			
	認知症治療病棟入院料	0	0.0%			



## 2-2-7. 病院の機能・特徴(令和6年度末時点)

自院の病院の機能・特徴について尋ねた結果を図表2-12に示す。

「開放型病院」が最も多く29施設(74.4%)、次いで「地域医療支援病院」が24施設(61.5%)、「臨床研修病院」が12施設(30.8%)、「へき地拠点病院」が7施設の順であった。

災害・救急分野では、「救急輪番制参加病院」が23施設(59.0%)と最も多く、次いで「共同利用型病院」が19施設(48.7%)、「災害拠点病院」が9施設(23.1%)の順であった。

在宅医療分野では、「在宅療養支援病院」が12施設(30.8%)、「在宅後方支援病院」が5施設(12.5%)であった。

また、「リハビリテーション病院」「小児拠点病院」「がん拠点病院」など、特定の診療領域に特化した病院もみられた。

図表2-12 病院の機能・特徴(n=39, 複数回答)

病院の機能・特徴	施設数	割合
開放型病院	29	74.4%
地域医療支援病院	24	61.5%
臨床研修病院	12	30.8%
へき地拠点病院	7	17.9%
災害拠点病院	9	23.1%
救急輪番制参加病院	23	59.0%
共同利用型病院	19	48.7%
休日夜間急患センター	5	12.8%
救命救急センター	2	5.1%
在宅療養支援病院	12	30.8%
在宅療養後方支援病院	5	12.5%
リハビリテーション病院	2	5.3%
小児拠点病院	2	5.1%
がん診療連携拠点病院	2	5.1%
地域がん診療病院	1	2.6%
上記以外の特定の診療科に特化した病院	1	2.6%

#### 2-2-8. 診療録の電子化(電子カルテ)の状況

診療録の電子化(電子カルテ)の状況については「病院全体で電子化している」しているとの回答が、33 施設(84.6%)を占めていた。「今後電子化する予定あり」が 5 施設(12.8%)、「電子化する予定なし」が 1 施設(2.6%)であった。

図表 2-13 診療録の電子化(電子カルテ)の状況(n=39)-令和6年度末時点

診療録の電子化(電子カルテ)の状況	回答数	割合
病院全体で電子化	33	84.6%
今後電子化する予定あり	5	12.8%
電子化する予定なし	1	2.6%
総計	39	100.0%

## 2.3 病院内で実施している在宅サービス

病院内で実施している在宅医療サービスの状況を図表 2-14・図表 2-15 に示す。

医療保険関連のサービスでは、「在宅患者訪問診療」が最も多く 17 施設（43.6%）、次いで「往診」が 14 施設（35.9%）、「在宅看取り」が 11 施設（28.2%）の順であった。

図表 2-14 医療保険関連(病院内で実施しているものを複数回答,n=39)

実施しているサービス	回答数	割合
在宅患者訪問診療	17	43.6%
往診	14	35.9%
在宅看取り	11	28.2%
在宅患者訪問看護・指導	9	23.1%
救急搬送診療	6	15.4%
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	4	10.3%
歯科訪問診療	0	0.0%
精神科在宅患者訪問看護・指導	0	0.0%

介護保険関連のサービスでは、「訪問看護ステーションへの指示書の交付」が最も多く 23 施設（59.0%）、次いで「訪問リハビリテーション」が 11 施設（28.2%）、「居宅療養管理指導」が 6 施設（15.4%）、「訪問看護」が 3 施設（7.7%）の順であった。

図表 2-15 介護保険関連(病院内で実施しているものを複数回答,n=39)

実施しているサービス	回答数	割合
訪問看護ステーションへの指示書の交付（医療保険も含む）	23	59.0%
訪問リハビリテーション(介護予防サービスを含む)	11	28.2%
居宅療養管理指導(介護予防サービスを含む)	6	15.4%
訪問看護(介護予防サービスを含む)	3	7.7%

## 2.4 併設している事業・施設

併設している事業・施設のうち最も多かったのは「健診事業」であり、29 施設（74.4%）が実施していた。

居宅系サービスでは、「訪問看護ステーション」が 23 施設（59.0%）、「居宅介護支援」が 17 施設（43.6%）、「訪問介護」が 9 施設（23.1%）などの順であった。

施設系サービスでは、「老健」が 9 施設（23.1%）と最も多く、次いで「介護医療院」「認知症 GH」が各 2 施設、特養が 1 施設であった。

また、「在宅医療・介護連携推進事業」は 11 施設（28.2%）で併設されていた。

図表 2-16 併設している事業・施設(n=39)

事業・施設	実施状況（施設数、割合）			
	① 実施あり （同一病院内 ／同一敷地 内）	② 実施あり （病院から離 れた場所）	合計 （①＋②）	割合 （%）
健診事業	27	2	29	74.4%
介護保険：居宅系サービス				
訪問看護ステーション	19	4	23	59.0%
居宅介護支援	12	5	17	43.6%
訪問介護	7	2	9	23.1%
通所リハビリテーション	3	1	4	10.3%
地域包括支援センター	2	1	3	7.7%
訪問リハビリテーション	1	0	1	2.6%
通所介護	0	1	1	2.6%
訪問介護	0	1	1	2.6%
介護保険：施設系サービス				
老健	5	4	9	23.1%
介護医療院	1	1	2	5.1%
特養	1	0	1	2.6%
認知症GH	1	1	2	5.1%
在宅医療・介護連携推進事業	8	3	11	28.2%
その他 ※診療所・病後児保育など	3	1	4	10.3%

## 2.5 1 施設当たり職員数等

### 2-5-1. 1 施設当たり職員数

図表 2-17 は、1 施設当たりの職種別職員数（常勤換算数）を示したものである。

「医師（21.9 人）」「薬剤師（7.4 人）」「看護師（保健師を含む・126.8 人）」「診療放射線技師・診療エックス線技師（7.6 人）」「臨床検査技師・衛生検査技師（10.8 人）」「管理栄養士・栄養士（4.5 人）」「事務職員（39.4 人）」などであった。

図表 2-17 1 施設当たり職員数-職種別、常勤換算、-令和 6 年度末の状況(n=39)

職種	施設数	常勤換算数
1 医師	39	21.9
2 歯科医師	3	1.2
3 薬剤師	39	7.4
4 助産師	2	16.0
5 看護師(含む保健師)	39	126.8
6 准看護師	34	8.1
7 看護業務補助者	38	18.6
8 理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士	38	31.7
9 診療放射線技師・診療 エックス 線技師	39	7.6
10 臨床検査技師・衛生検査技師	39	10.8
11 管理栄養士・栄養士	39	4.5
12 精神保健福祉士・社会福祉士・医療社会事業従事者	38	4.2
13 介護福祉士	16	12.1
14 その他の技術員	33	7.0
15 事務職員ほか	39	39.4
16 その他の職員	26	10.4
17 合計	39	297.3

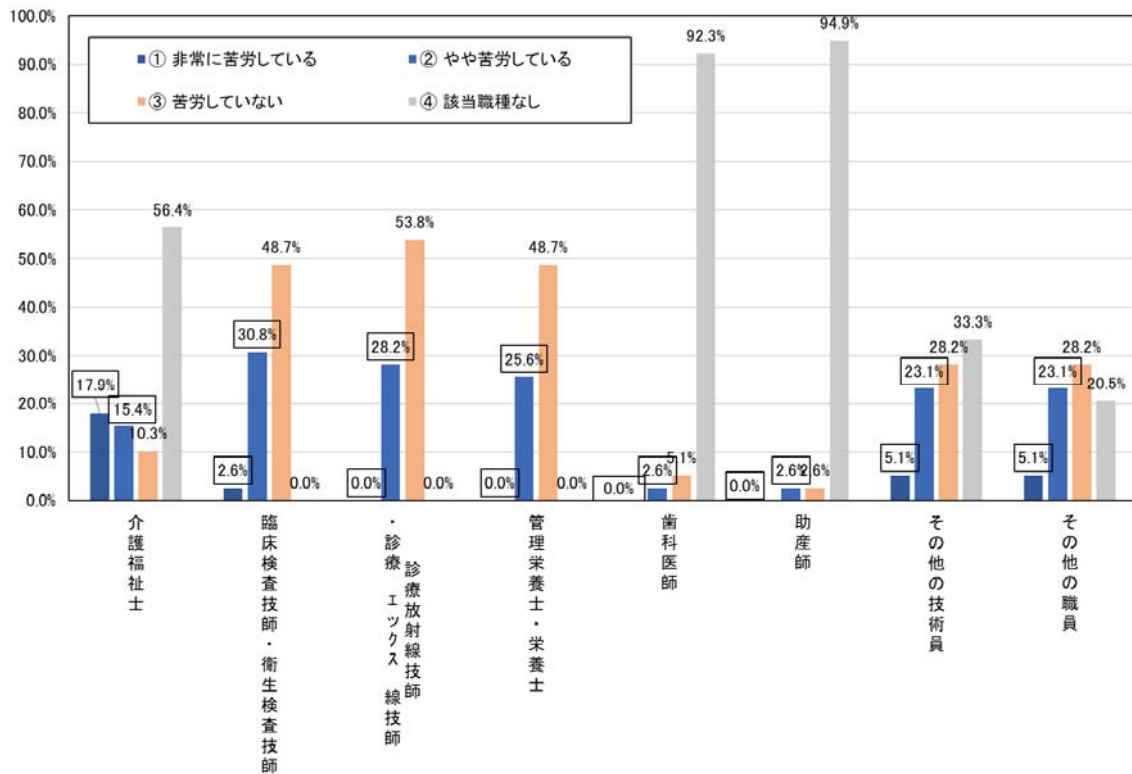
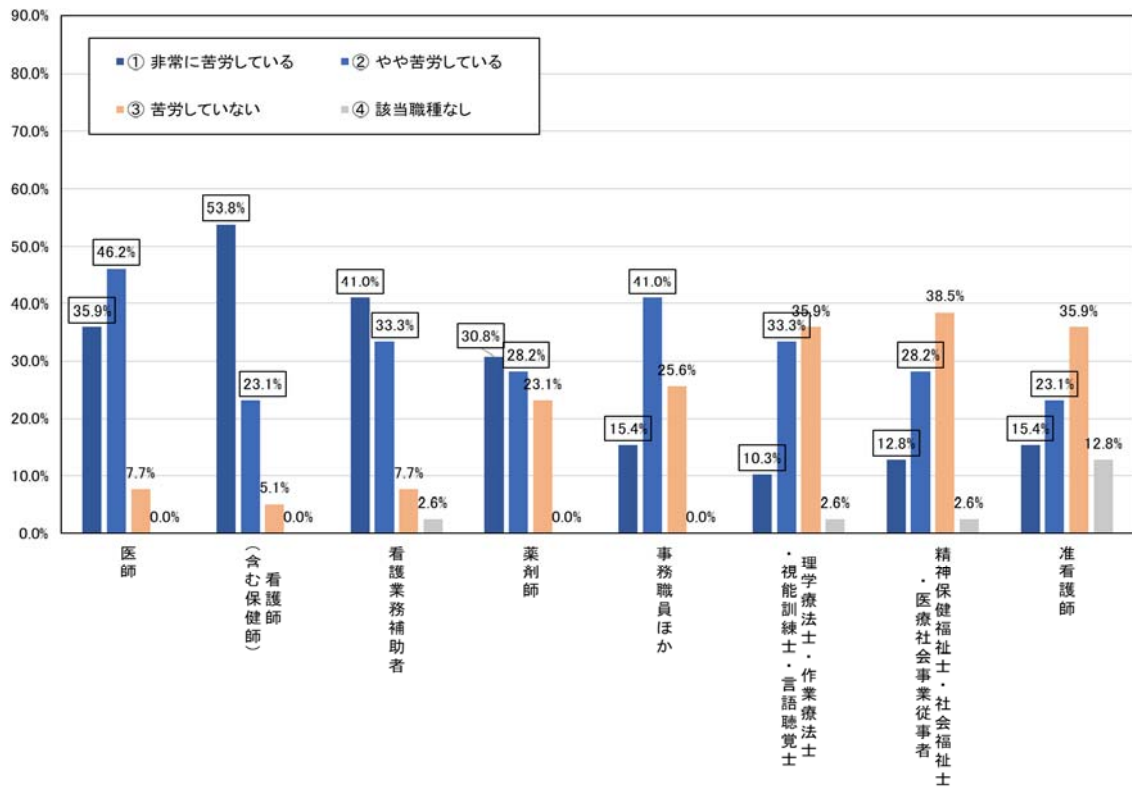
## 2-5-2. 職種別にみた人材確保に関する苦勞の度合い

図表 2-18 は、人材確保に関する苦勞の度合いを職種別に示したものである。

人材確保に苦勞している割合（「①非常に苦勞している」と「②やや苦勞している」の合計）をみると、「医師（82.1%）」「看護師（76.9%）」「看護業務補助者（74.4%）」「薬剤師（59.0%）」「事務職員（56.4%）」の 5 職種で「③苦勞していない」割合を大きく上回っており、特に「医師」「看護師」「看護業務補助者」で顕著であった。

「①非常に苦勞している」に限定しても、「看護師（53.8%）」「看護業務補助者（41.0%）」「医師（35.9%）」「薬剤師（30.8%）」「事務職員（15.4%）」が上位となっていた。

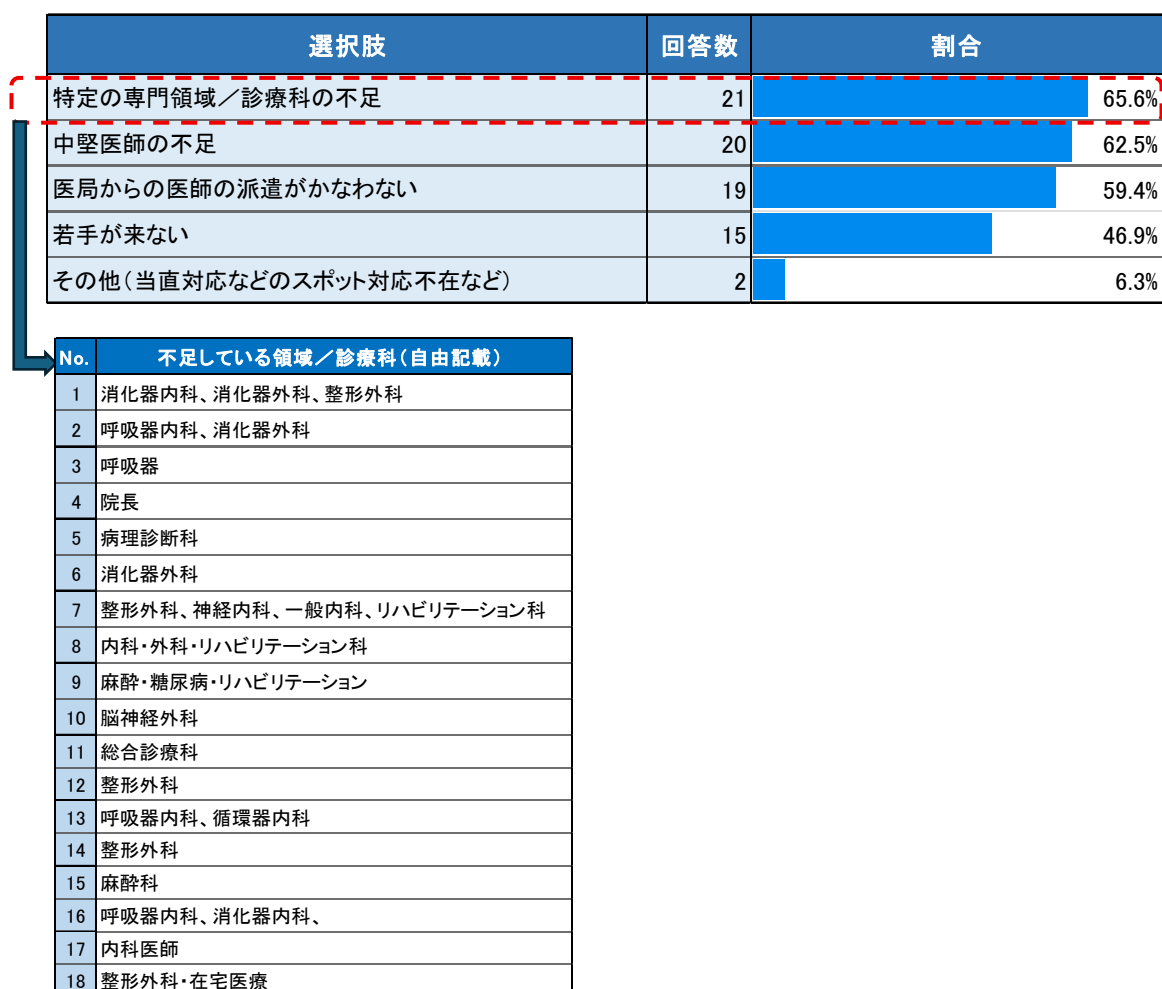
図表 2-18 職種別にみた人材確保に関する苦勞の度合い(n=39)



図表 2-19 は、医師の人材確保においてどのような苦労があるかを尋ねた結果（複数回答）を示している。最も多かったのは「特定の専門領域／診療科の不足」であり、21 施設（65.5%）が回答していた。

不足している領域／診療科について回答のあった 18 施設の内訳をみると、消化器内科・外科（5 施設）、呼吸器内科（4 施設）、整形外科（4 施設）、リハビリテーション科（4 施設）、麻酔科（2 施設）、内科（2 施設）、神経内科、循環器内科、病理診断科、脳神経外科、在宅医療など多岐にわたっていた。また、8 施設では複数の領域／診療科が不足していると回答していた。次いで、「中堅医師の不足」が 62.5%、「医局からの医師の派遣がかなわない」が 19 施設（59.4%）、「若手が来ない」が 15 施設（46.9%）であり、ほぼこれら 4 つの理由に集約されていた。

図表 2-19 医師の確保においてどのような苦労があるか（苦労していると回答(n=32,複数回答)）





## 2.5 患者

医師会病院 39 施設における患者数の変化をみると、延べ入院患者数は令和 5 年度から 1.7%増加した一方、延べ外来患者数は - 1.0%に減少していた。入院は微増、外来は微減という対照的な動きがみられ、患者構成の変化が進んでいることが示唆される。

図表 2-20 1施設当たりの延べ入院患者数、延べ外来患者数 - 令和 5 年度、令和 6 年度  
(回答あり n=37)

	令和5年度	令和6年度	増減率
① 年間延べ入院患者数(人)	46,286	47,053	1.7%
② 年間延べ外来患者数(人)	32,585	32,274	-1.0%

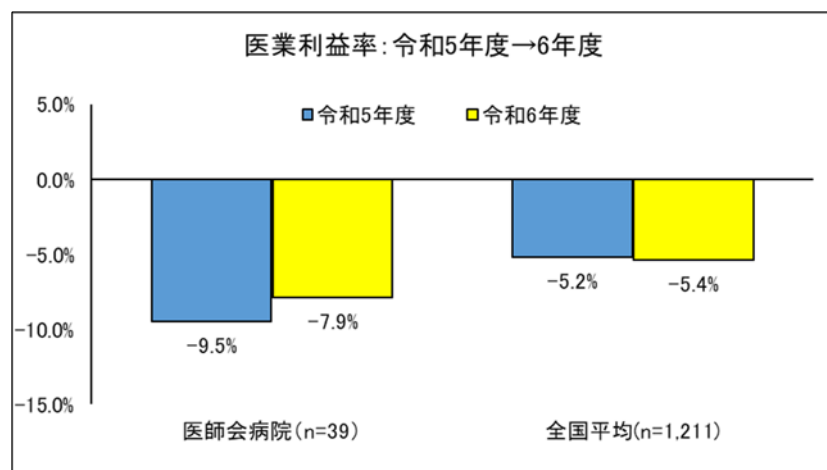
## 2.6 収支の状況

### 医業利益率

医師会病院 39 施設の医業利益率は、令和 5 年度が ▲9.5%、令和 6 年度が ▲7.9% であり、いずれの年度も赤字で推移していた。令和 6 年度は前年度に比べて赤字幅が縮小し、一定の改善がみられたものの、その水準は厳しい状況にある。

また、全国平均の医業利益率（令和 5 年度 ▲5.2%、令和 6 年度 ▲5.4%）と比較すると、医師会病院の医業利益率は両年度とも全国平均を大きく下回っていた。

図表 2-21 医業利益率-令和 5 年度、令和 6 年度-全国平均との比較



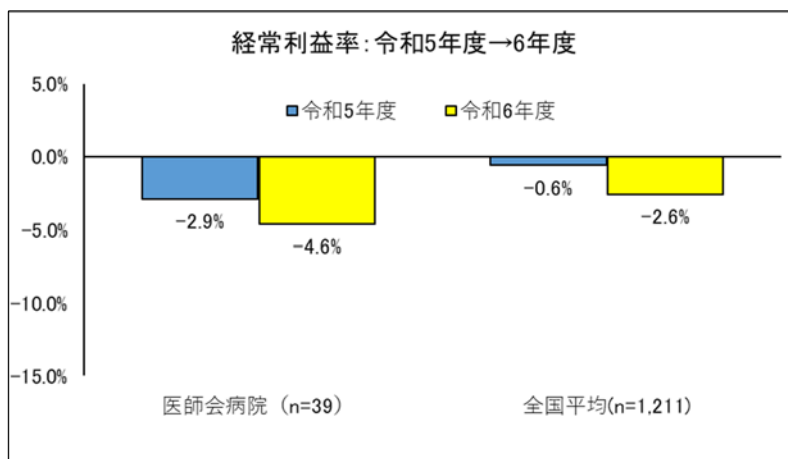
\* 全国平均: 日医総研ワーキングペーパーNo.496「令和7年 病院の緊急経営調査」(全国調査)の結果である。

## 経常利益率

医師会病院の経常利益率は、令和 5 年度が▲2.9%、令和 6 年度が ▲4.6% であり、いずれの年度も赤字で推移していた。令和 6 年度は前年度に比べて赤字幅が拡大しており、収益構造の悪化がみられた。

また、全国平均の経常利益率（令和 5 年度 ▲0.6%、令和 6 年度 ▲2.6%）と比較すると、医師会病院の経常利益率は両年度とも全国平均を大きく下回っていた。これにより、医師会病院は全国と比べても、より深刻な収益構造に置かれていることが明らかとなった。

図表 2-22 経常利益率-令和 5 年度、令和 6 年度-全国平均との比較



\* 全国平均:日医総研ワーキングペーパーNo.496「令和7年 病院の緊急経営調査」(全国調査)の結果である。

1 施設当たりの医業利益は、令和 5 年度の▲3 億 519 万円から令和 6 年度には▲2 億 6,139.8 万円へと赤字が縮小した。一方、経常利益は、令和 5 年度の▲9,432.8 万円から令和 6 年度には▲1 億 5,386.1 万円へと悪化し、赤字幅が拡大した。

図表 2-23 医業収益、医業費用、医業利益、経常利益の推移

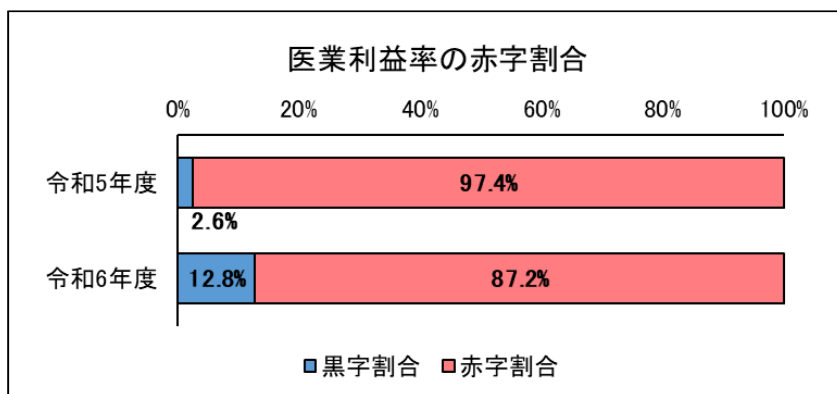
	令和5年度		令和6年度		増減額
	金額	割合	金額	割合	
医業収益	3,210,189,790	100.0%	3,309,978,188	100.0%	99,788,399
医業費用	3,515,379,383	109.5%	3,571,376,231	107.9%	55,996,848
医業利益	-305,189,593	-9.5%	-261,398,043	-7.9%	43,791,551
経常利益	-94,328,360	-2.9%	-153,861,110	-4.6%	-59,532,751

## 医業利益率の赤字割合

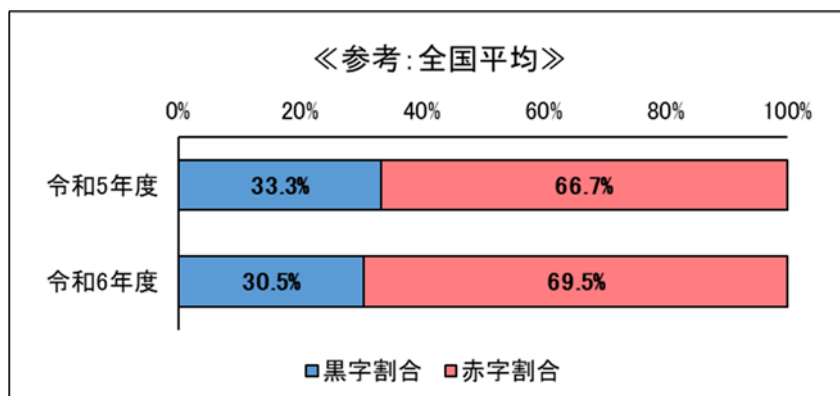
回答した 39 施設のうち、医業利益が赤字となった施設の割合（以下、赤字割合）は、令和 5 年度の 97.4% から令和 6 年度には 87.2%へとやや改善した。依然として多くの施設が赤字であるものの、赤字割合は 1 割程度縮小しており、医業収益の増加や費用抑制の効果が一部で表れたものと考えられる。

しかし、全国平均では、令和 5 年度が約 6 割、令和 6 年度 7 割が赤字であるのに対し、医師会病院では 両年度ともに 8～9 割以上が赤字となっていた。

図表 2-24 医業利益率の赤字割合 (n=39)



図表 2-25 医業利益率の赤字割合 (全国平均 n=1,211)



\*全国平均：日医総研ワーキングペーパーNo. 496. 「令和 7 年 病院の緊急経営調査」（全国調査）の結果である。

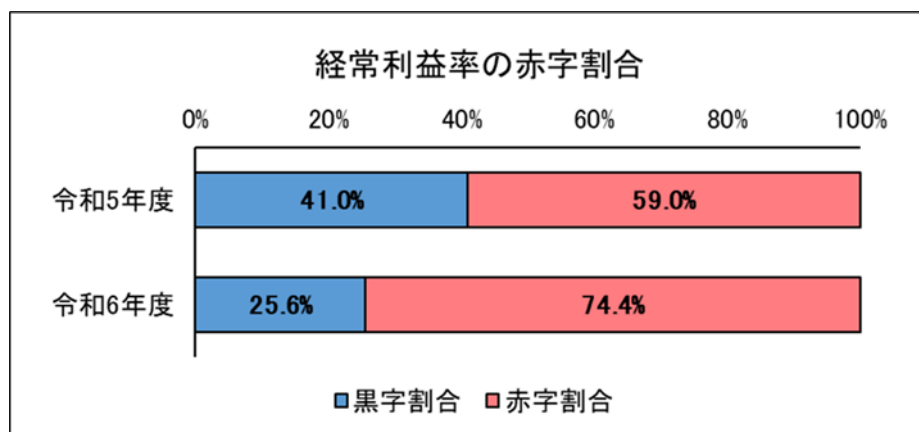
### 経常利益率の赤字割合

経常利益率の赤字割合は、令和5年度の59.0%から令和6年度には74.4%へと大幅に悪化した。

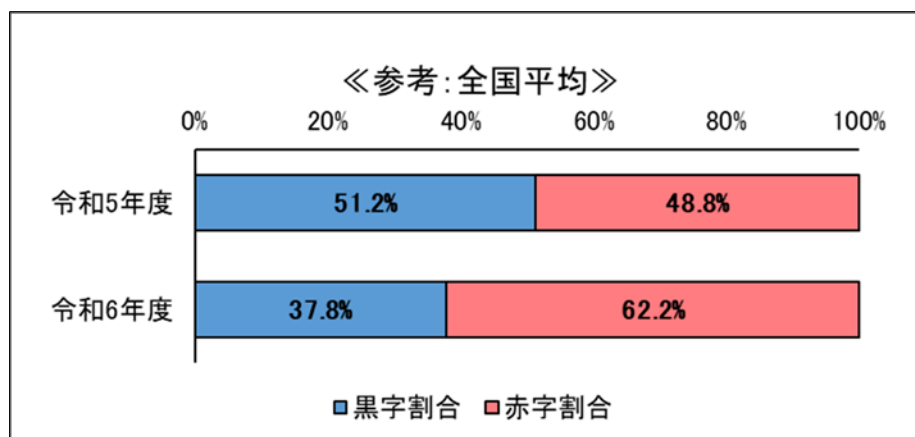
全国平均と比較すると、全国平均は令和5年度48.8%、令和6年度62.2%であり、医師会病院はいずれの年度においても10ポイント以上高い赤字割合を示していた。

これらの結果から、医師会病院は全国平均と比べて、より厳しい収益構造に置かれていることが明らかである。

図表 2-26 経常利益率の赤字割合 (n=39)



図表 2-27 経常利益率の赤字割合 (全国平均 n=1,211)



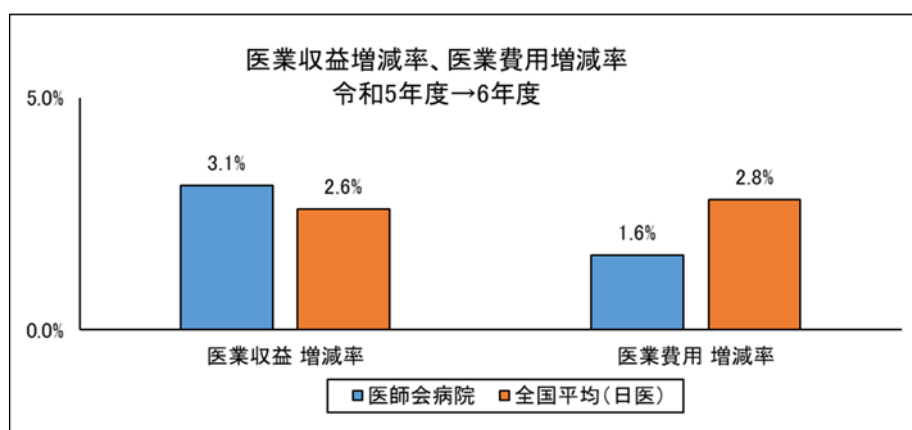
\*全国平均: 日医総研ワーキングペーパーNo.496「令和7年 病院の緊急経営調査」(全国調査)の結果である。

## 医業収益増減率、医業費用増減率

回答病院 39 施設における医業収益の対前年度伸び率は 3.1%増であり、医業費用の 1.6%増を上回った。

全国平均（医業収益 2.6%増、医業費用 2.8%増）と比較すると、医業収益の伸びは全国平均を上回り、医業費用の増加は全国よりも抑制されていた。

図表 2-28 医業収益、医業費用の増減率(令和5年度→令和6年度, n=39)-全国との比較



\*全国平均: 日医総研ワーキングペーパーNo.496「令和7年 病院の緊急経営調査」(全国調査)の結果である。

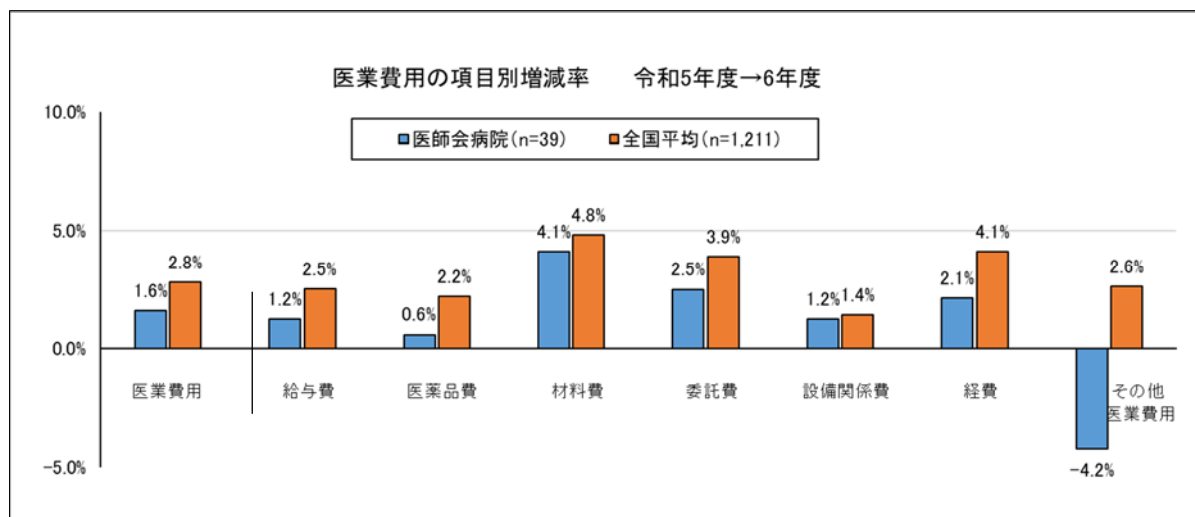
医業収益のうち、入院収益は 3.7%増、外来収益は 1.7%増であり（図表 2-31）、患者一人当たりの収益は、入院が 1.8%増、外来が 1.9%増となった（図表 2-29）

図表 2-29 患者 1 人当たり収益（患者数の回答あり n=37）

	令和5年度	令和6年度	増減率
入院患者一人当たり収益(入院収益／延べ入院患者数)	50,028	50,949	1.8%
外来患者一人当たり収益(外来収益／延べ入院患者数)	16,862	17,187	1.9%

医業費用の各項目の対前年度増減率をみると、給与費が 1.2%増、医薬品費が 0.6%増、材料費が 4.1%増、委託費が 2.5%増、設備関係費が 1.2%増、経費が 2.1%増であり、その他の費用は▲4.2%の減少で、いずれも全国平均より抑制されていた（図表 2－30）。

図表 2－30 医業費用の項目別増減率(令和 5 年度→令和 6 年度, n=39) -全国との比較



\*全国平均: 日医総研ワーキングペーパーNo.496「令和7年 病院の緊急経営調査」(全国調査)の結果である。

医業費用は、その他医業費用を除くすべての項目で増加しており、なかでも給与費と材料費は、それぞれ平均 2,426.5 万円、1,525.5 万円 増加しており、費用全体の増加を押し上げる主要因となっている（図表 2－31）。

医業収益の伸びが医業費用の伸びを上回り、医業活動そのものは改善傾向にあるものの、依然として赤字であり、さらに補助金を中心とした「その他収益」の大幅減により、経常収支の赤字幅が拡大して収支は益々厳しい状況にある（図表 2－31）。

図表 2-31 損益計算書(令和 5 年度・令和 6 年度, n=39), 1 施設当たり (単位:円)

	金額	割合	金額	割合		本調査	全国平均
医業収益	3,210,189,790	100.0%	3,309,978,188	100.0%	99,788,399	3.1%	2.6%
うち 入院収益	2,450,143,513	76.3%	2,541,140,794	76.8%	90,997,282	3.7%	3.6%
うち 外来収益	584,077,289	18.2%	593,979,217	17.9%	9,901,927	1.7%	0.2%
医業費用	3,515,379,383	109.5%	3,571,376,231	107.9%	55,996,848	1.6%	2.8%
給与費	1,966,663,736	61.3%	1,990,928,287	60.1%	24,264,551	1.2%	2.5%
医薬品費	322,963,305	10.1%	324,818,662	9.8%	1,855,358	0.6%	2.2%
材料費	371,895,614	11.6%	387,150,215	11.7%	15,254,601	4.1%	4.8%
委託費	266,855,957	8.3%	273,506,598	8.3%	6,650,641	2.5%	3.9%
うち 人材委託費	41,031,268	1.3%	43,897,527	1.3%	2,866,259	7.0%	6.0%
設備関係費	333,008,172	10.4%	337,115,095	10.2%	4,106,923	1.2%	1.4%
うち 減価償却費	200,450,182	6.2%	203,293,909	6.1%	2,843,727	1.4%	0.5%
経費	230,048,171	7.2%	234,926,548	7.1%	4,878,377	2.1%	4.1%
その他医業費用	23,944,428	0.7%	22,930,825	0.7%	-1,013,604	-4.2%	2.6%
医業利益	-305,189,593	-9.5%	-261,398,043	-7.9%	43,791,551		
その他の収益	228,165,454	7.1%	122,339,997	3.7%	-105,825,456	-46.4%	-27.4%
うち 補助金	158,335,871	4.9%	57,477,436	1.7%	-100,858,435	-63.7%	-
その他の費用	17,304,220	0.5%	14,803,065	0.4%	-2,501,155	-14.5%	-1.6%
経常利益	-94,328,360	-2.9%	-153,861,110	-4.6%	-59,532,751		

\* 全国平均:日医総研ワーキングペーパーNo.496.「令和7年 病院の緊急経営調査」(全国調査)の結果である。

## 2.7 補助金

本調査において、回答病院が公付を受けた補助金を内容に応じて 8 つの区分 に整理した。分類は以下のとおりである。

- コロナ関連
- 物価・光熱費等対策
- 地域医療体制の維持・強化
- 救急・輪番体制支援
- 教育・雇用関連
- 施設整備・DX 推進
- 院内保育関連
- その他

これらの分類により、補助金の性質や目的別の動向を把握しやすくし、補助金減少が経営に与える影響をより明確に分析できるようにした。

図表 2-32 補助金の分類と名目の対応表

分類項目	含まれる具体的な補助金名目（詳細）
① コロナ関連	確保病床提供支援、ワクチン接種体制整備、発熱外来設備整備、PCR検査体制強化、コロナ対策緊急支援等
② 物価・光熱費等	価格高騰重点支援給付金（電気・ガス・食料品）、医療機関等物価高騰対策支援金、処遇改善臨時特例補助金等
③ 地域医療体制	退院コーディネーター配置、地域医療介護確保、地域医療体制確保支援、医療提供体制推進事業、公的病院運営費
④ 救急・輪番	病院群輪番制事務費、救急医療センター運営費、夜間休日急患センター運営事業、小児救急医療拠点病院運営等
⑤ 教育・雇用	医師派遣等調整事業、医療従事者確保対策事業、臨床研修補助金、新人看護師研修体制整備、認定看護師養成支援等
⑥ 施設・DX	医療施設耐震化整備事業、病院改築整備事業債利子補給、医療機器購入支援、電子カルテ導入補助、セキュリティ対策等
⑦ 院内保育	院内保育所運営事業費補助、病児・病後児保育事業補助
⑧ その他	一般財源運営支援金、地方公営企業繰出金相当分、経営状況調査協力謝金、消費税等還付金、独自の経営安定化支援等



回答病院における補助金総額は、令和5年度 1億5,833.5万円 から令和6年度 5,747.7万円 へと大幅に減少し、1億85.8万円（▲63.7%）の減少となった。補助金は全8区分のうち7区分で減少しており、行政からの委託等による公共性の高い事業を担う医師会病院にとって大きな影響を及ぼしたことが明らかである。

補助金の区分別動向をみると、最も大きく減少したのは コロナ関連補助金（▲90.0%）であり、補助金総額減少の主因となった。

物価・光熱費対策、地域医療体制、教育・雇用、施設・DX、その他の区分もいずれも減少しており、全体として補助金の縮小傾向が明確である。

一方、救急・輪番 は減少幅が比較的小さく（▲9.7%）、補助金全体が縮小する中で構成比が大きく上昇した。コロナ関連の急減（59.2%→16.2%）が全体を押し下げ、救急・輪番（22.7% →56.5%）のみが相対的に比重を高めた。補助金総額は大幅に減少し、特にコロナ関連補助金の縮小が経常利益の悪化に直結したと考えられる。一方で、救急・輪番関連の補助金は比較的維持されており、地域の救急医療体制を支える財源として重要性が高い。総じて、補助金の構造変化は医師会病院の財務に大きな影響を与えており、今後は補助金依存度の見直しや、医業収益の改善策がより重要となる。

図表 2-33 医師会病院 1 施設当たりの補助金の構成(n=39)-令和5年度→6年度増減

分類項目	令和5年度 (円)	(構成 比)	令和6年度 (円)	(構成 比)	増減額 (円)	増減率
① コロナ関連	93,691,507	59.2%	9,323,170	16.2%	-84,368,337	-90.0%
② 物価・賃金	6,425,083	4.1%	4,200,932	7.3%	-2,224,151	-34.6%
③ 地域医療体制	6,948,718	4.4%	1,307,692	2.3%	-5,641,026	-81.2%
④ 救急・輪番	35,940,174	22.7%	32,470,519	56.5%	-3,469,656	-9.7%
⑤ 教育・雇用	7,789,835	4.9%	4,591,321	8.0%	-3,198,514	-41.1%
⑥ 施設・DX	4,663,493	2.9%	3,253,943	5.7%	-1,409,550	-30.2%
⑦ 院内保育	2,183,855	1.4%	2,158,085	3.8%	-25,770	-1.2%
⑧ その他	693,205	0.4%	171,774	0.3%	-521,431	-75.2%
【補助金総額】	158,335,871	100.0%	57,477,436	100.0%	-100,858,435	-63.7%

## 2.8 課題（自由回答からのまとめ）

### 2-8-1. 地域連携についての諸課題

#### 医師会病院に求められる役割と課題

医師会病院には、地域医療の中核として、急性期から在宅までの切れ目ない医療提供、開業医との連携拠点としての機能、救急医療の支柱としての役割が期待されている。しかし、自由記述の分析からは、地域医療・介護との連携、医師会員との連携の両面で、これらの役割を十分に果たすうえでの課題が浮き彫りとなった。

#### ① 地域医療・介護との連携に関する課題

- ・ 急性期から在宅までの連携が十分に機能していない

高齢患者の増加により、急性期・回復期・在宅をつなぐ連携の重要性が高まっているが、病病・病診・医介連携が十分に整備されていない地域がある。後方支援病院の不足や長期病棟の満床により、急性期病院に患者が滞留し、地域全体の医療提供体制が逼迫している（回答 1, 9, 19, 22）。

- ・ 救急医療における連携の脆弱さ

高齢者救急の増加に対し、夜間・休日の受入体制が脆弱で一部病院に負担が集中しているため、地域全体で救急患者を分担する仕組みが十分に機能していない（回答 1, 16, 18）。

- ・ 介護基盤の不足と在宅移行の遅れ

単身高齢者の増加や介護人材不足により、在宅医療・介護との連携が追いつかず、退院支援が円滑に進まないケースが多い（回答 4, 22）、訪問診療・訪問看護との協働が求められる一方、地域の介護資源が不足している（回答 22）などの意見が挙げられていた。

- ・ 地域特性による連携の困難

地理的に中心地から離れた医師会病院では、周辺医療機関との連携が弱くなりやすい（回答 8）。人口減少地域では、医療需要の縮小により連携体制の維持そのものが難しくなっている（回答 20, 21）。

## ② 医師会員との連携に関する課題

### ・ 医師会員の高齢化と担い手不足

医師会員の高齢化が進み、輪番制の維持や救急対応が困難になっている（回答 11, 14, 16, 18, 20）。また、新規開業も少なく、地域医療を支える開業医の層が薄くなっている（回答 20, 22）。

### ・ 専門医不足による紹介患者の受入制限

医師会員からの紹介患者に対し、担当科の医師不在や専門医不足により受け入れが困難となるケースがある（回答 9）。

### ・ 開業医との連携強化に向けた取り組みの地域差

連携フォーラムの開催や開放型病床の活用など積極的な取り組みが進む地域もある（回答 7, 15, 17）、一方で医師会員との関係がもともと国立病院から移譲された病院だったため、医師会員との関係が弱く、紹介・逆紹介が十分に機能していない（回答 8）という回答もみられた。

### ・ 医師会員の負担増と役割分担の不明確さ

高齢化に伴い、夜間・休日の負担が増加しているが、地域全体での役割分担が明確でない（回答 16, 18）。医師会病院がどこまで救急対応を担うべきか、地域での合意形成が不十分である（回答 11）。

図表 2-34 地域連携についての諸課題

No	回 答
1	高齢患者の増加に伴い、急性期から回復期・在宅への切れ目ない医療提供が求められるが、病病・病診・医介の連携が十分ではない。 高齢者の救急搬送件数が増加しており、特に夜間・休日の受け入れ体制に課題がある。救急搬送の適正化や地域医療機関との調整が十分でなく、一部病院に負担が集中している。
2	県医療連携ネットワークシステムに加入し、医療機関間の連携をスムーズにして患者さんへより質の高い医療を提供することなどを目的としておりますが、導入費・ランニングコスト等から参加医療機関が伸び悩んでいる状況です。
3	開放型病院であるため、運営会員医師からの更なる入院患者紹介協力。
4	介護との連携について、現時点では病院への加算等はないが、協定を積極的に受け入れている病院と受け入れていない病院では差をつけるべき（加算等）ではないかと感じています。
5	連携先の機関の対応が遅い
6	地域の病院間連携

7	<p>患者の生活スタイルに合わせた医療連携体制、介護との連携を強固にする。</p> <p>医師会員と連携し、医療機器の共同利用、開放型病床の積極的活用をする。</p> <p>患者さんには医師会病院の利点をアピールしていく。</p>
8	<p>国立病院からの移譲により設立された病院であり、医師会員との連携が弱い。地域的に見ても鳥取県中部地区の中心地からは離れていることで連携も難しくなっている。</p>
9	<p>急性期病院からの転院受入れで長期病棟への依頼が増えている。</p> <p>(看取りや在宅への退院困難例)</p> <p>長期病棟では受入れが満床に近く、すぐの受入れが困難で一般病棟や包括ケア病棟で待機する例が続いている。</p> <p>当院の長期病棟から施設への流れがあまりない状況で医師会員からの入院、受診依頼時に担当科の医師が不在であったり、専門の医師がいないことでお断りするケースもある。</p>
10	<p>病病・病診連携は綿密に行われている。</p> <p>病院からの退院時の在宅扱いとなる対象施設の拡大見直しを望む。</p>
11	<p>会員医師も高齢化し会員数が減少しているのと、場所柄、他の医療圏(他県)の対応も迫られており、地域医療をどのように守っていくかに課題がある。統合により地域に病院が1つになるので、どこまで救急対応ができるのかが不透明である状態。</p>
12	<p>開院後、徐々に近隣医療機関や施設等との連携を深めているがさらに強化していきたい。</p>
13	<p>地域連携室のスタッフの尽力により、概ね良好である</p>
14	<p>医師会員の高齢化に伴い、輪番制の救急センター運営が難しくなってきている。</p>
15	<p>2024年10月に地域医療連携センターを開設し、前方連携・後方連携および病床運営管理を一元的に管理する体制へ移行いたしました。これにより、地域医療連携を円滑に推進するための確固たる基盤を整備いたしました。</p> <p>また、医師会会員との連携強化を目的に「顔の見える関係」の構築に努め、地域医療連携フォーラムを年1回開催しております。</p> <p>当院は地域医療支援病院として、診療依頼の受け入れに加え、高度医療機器を用いた検査依頼も積極的に受け入れております。2024年度の実績においては、紹介率が106.5%、逆紹介率が180.7%を記録しており、当院が地域医療連携の推進に積極的に取り組んでいることを示しております。</p>
16	<p>地域医療について、開業医の高齢化により徐々に夜間休日の負担が増えてきている。</p> <p>心不全などの患者も増えており役割分担がこれ以上に必要だと感じる。</p>
17	<p>紹介患者確保のため、様々な機会を活用して会員との連携強化に努めている。</p> <p>地域の様々な環境変化に対応し、求められる医療を提供していく必要がある。</p>
18	<p>医師会員の高齢化が進んでおり、当医師会だけで輪番当番制を行っていく事が困難になりつつあり本年4月より別の医師会と共同で輪番当番を行う事となった。また、地域の高齢化が進み認知症患者の増加などに伴い入院患者の高齢化がここ10年で急激に進んでおり、医療ケア以外の部分で目が離せない、手がかかってしまう患者層が増えて現場のマンパワーがどうしても不足気味になってしまう。</p>
19	<p>・新たな地域医療構想では、医療機関の機能分化・連携を進めている。しかし、急性期を経過しても後方支援病院が少なく、急性期病院に患者が滞ることが少なくない。また、高齢者救急による誤嚥性肺炎や心不全などの患者が急性期病院に滞留することで急性期病院が機能不全に陥ることが考えられる。当院でも地域連携パスを運用し、医療機関との連携強化に努めているが、PFMの仕組みを地域で構築し、医療機関の機能分化に取り組む必要がある。</p> <p>また、高齢者救急に関してはACPの普及に取り組み、施設や在宅医療とも連携していく必要がある。</p>

20	人口減少や医療機関、介護事業所の不足 医師会員の高齢化と新規開業がない。
21	<p>当院が所在する市の人口は毎年 300～400 人減少しており、当院が市唯一の入院医療機関であることから、人口の減少が患者数の減少に直結している。</p> <p>将来的には段階的なダウンサイジングをしていかざるを得ない状況も考えられる。</p> <p>また、市内医療機関の医師の高齢化に伴い、今後規模縮小や閉院も考えられるため当院への需要拡大も懸念されるところである。</p> <p>当市に隣接する市の医療機関にあつては、高度・急性期医療の更なる充実と当院との連携に一層の強化を期待しているところであり、市民の当院の医療に対する期待値は非常に高いものがあるが、当院及び市内の医療機関でできる医療の限界を理解していただくことも今後避けて通れない課題と捉えている。</p>
22	<p>在宅医療の需要に対応するため、医療と介護の連携の視点に立った介護基盤の充実が求められるが、医療・介護の現場における専門職の確保は厳しい状況にあり、特に当地域はその状況は一層深刻なものである。確保定着を図ることが喫緊の課題となっている。</p> <p>単身高齢者世帯の比率が高く、今後は医療機関に通院することが困難となる高齢者が増加すると予想される。このようなことから、訪問診療や訪問看護との連携が重要となってきている。</p> <p>診療所における医師の高齢化は深刻な問題であり、住民が必要とする医療サービスが提供出来なくなる可能性がある。</p>

## 2-8-2. 人材不足についての諸課題

自由記述の分析から、医師会病院における人材確保の課題は多岐にわたっており、特に以下の5つのテーマに集約された。

### ① 医師不足の深刻化と大学医局からの派遣が困難

多くの医療機関で、医師の確保が最も深刻な課題として挙げられた。

大学からの派遣が得られない、専門医が不足している、常勤医師が高齢化しているなど、医師会病院としての診療体制維持に直結する問題が顕著である。医師不足により病床稼働が制限され、診療報酬加算要件の維持が困難になるとの懸念も示された。(回答 1, 2, 7, 9, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29)

### ② 看護師不足と夜勤要員の確保難

看護師不足は長年の課題であり、夜勤ができる看護師の減少、育休後の夜勤制限、退職者の増加などが挙げられていた。コロナ禍以降の疲弊による大量退職や、看護師の高齢化、新卒採用の困難など、複数の要因が重なり、病床縮小や救急受入制限にまで影響が及んでいる(回答 2, 3, 5, 7, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29)。

### ③ 薬剤師・コメディカル・事務職など多職種での採用難

医師・看護師に限らず、薬剤師、リハビリ職、看護補助者、事務職など、ほぼ全職種で採用難が広がっている。特に地方では人口減少や養成校の不足により供給が追いつかず、事務職は一般企業の初任給上昇により応募が激減しているとの指摘もあった(回答 1, 10, 11, 15, 17, 18, 23, 25, 28, 29)。

### ④ 人材紹介会社への依存と高額手数料・定着率の低さ

多くの病院が、ハローワーク等では応募が得られず、人材紹介会社に依存せざるを得ない状況にある。しかし、紹介手数料が高額で経営負担が大きいこと、紹介経由の職員は定着率が低いことが共通の課題として挙げられた。新卒看護師にまで紹介会社が介入し、採用コストが増大しているとの強い懸念も示された(回答 3, 4, 6, 14, 17, 18, 22, 23)。

#### ⑤ 賃金水準の低さと診療報酬との乖離による構造的な人材流出

一般企業の賃金上昇に対し、医療機関の給与水準は診療報酬改定により十分に引き上げられず、「医療業界に人材が集まらない構造」が形成されつつあるとの指摘が複数あった。

賃金競争力の低下は、若年層の応募減少や地域外への流出につながり、将来的なマンパワー不足を加速させると懸念されている（回答 1, 12, 15, 18, 23, 24, 28, 29）。

以上のことから、自由記述全体を通じて、医師会病院の人材確保における課題は、

**(1) 医師・看護師の慢性的不足、(2) 多職種の採用難、(3) 採用コストの増大、(4) 賃金競争力の低下、(5) 地域人口構造の変化**という複合的な要因が絡み合っていることが明らかとなった。特に、

- 大学医局派遣の弱体化
- 夜勤要員の確保難
- 人材紹介会社への依存
- 地域人口減少と若年層流出
- 診療報酬と賃金水準の乖離

といった構造的課題は、医師会病院単独では解決が難しく、地域全体・制度全体での対応が求められる状況にある。

図表 2-35 人材不足についての諸課題(自由記載)

No	回 答
1	医師の確保が難しく、大学からの派遣も得られない状況にあり、診療報酬加算要件の維持が困難となりつつある。将来的には大幅な減収につながる事が懸念される。 一般企業の初任給が上昇している影響で、事務職員の応募者数が激減しており、採用活動に大きな支障をきたしている。安定的な人材確保が難しく、病院運営に影響を及ぼしている。
2	常勤医師の高齢化が進んでいます。大学病院へ医師の派遣をお願いしているが派遣がない状況であります。看護師については育児休暇後に夜勤を行えない看護師が増えています。 看護師の夜勤時間数に制約もあり病院経営に影響を与えかねない状況です。
3	看護師の人材不足は、長年の課題となっている。人材紹介会社の利用も過去にあるが、自身で応募してきた方やハローワーク等より紹介されて入職された方と比較すると定着率が低い。
4	ハローワークに求人依頼しても紹介が無いため、有料サイトに頼らざるを得ない状況が継続。
5	従来は問題視されなかった看護職員、事務員の確保の問題が深刻化している。
6	紹介会社からの紹介は、受け入れる病院側には経費負担が重すぎると感じております。
7	医師、看護師、看護助手の不足
8	人材不足解消のための人件費確保
9	医師不足により、許可病床すべてが稼働できない。
10	人口減少の著しく、全職種共通で採用が難しくなっている。薬剤師は県内に養成施設がないため供給不足が顕著である。
11	生産年齢人口の減少により、採用困難な状態が続き職員の高齢化が進んでいる。 数年先は更に厳しい状況が見通される中で、専門職確保のための処遇改善や ICT やロボットの導入を進める必要があるが経費的に吸収できない。 医師・看護師不足は着実に地域医療に影響を及ぼしている。
12	国の目標とする人件費アップに相当する診療報酬改定がなされていないため、一般企業が実施する賃金アップからかけ離れたものとなっている。 今後、医療界に人材が集まらない。
13	麻酔科、糖尿病、リハビリテーション科等の専門医師が不足しています。
14	医師に関しては大学からの派遣が継続しており、どうにかなっている状態。一般職員は新卒採用が困難な状態。令和 8 年度に統合するので、人手不足は一時的に解消されそうである。看護師の人材紹介会社は、大学内に入り込み、新卒にまで手を出しており、新卒採用するのにも有料になってきている。厚労省が大手紹介会社を優良企業と公表したが、日本医師会・日本看護協会は、文なぜ句を言わないのか不思議である。また、その組織から当選した国会議員は何をしているのか。
15	医師、看護師、それ以外のコメディカル、事務員も、求人が難しくなっている。 他業種に比べて、初任給が低いため、将来マンパワー不足になるのが自明である。
16	医師不足が加速していく中でどうやって確保していくか。
17	医師、看護師、リハビリ(PT・OT・ST)及び看護助手の不足 人材紹介会社を介して採用した者は定着率が低い
18	他業種と比較して医療事務職の給与水準が低く、そのため求人を行っても応募が集まりにくい傾向にあります。 また、看護師等の採用においても人材紹介会社を通さなければ応募が得にくく、結果として多額の紹介手数料を負担せざるを得ない状況です。
19	以前と比べ、各職種とも人員は減少している状況であるが、なんとかやり繰り対応している。



20	<p>看護師不足:- 2021 年(令和 3 年)までは、看護師数はおおむね充足していると認識しております。- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、当院でもクラスター発生などの影響で看護師の業務負担が急増しました。- 2022 年(令和 4 年)には疲弊による退職者が年間約 20 名に上りました。- 看護師数は 2021 年 7 月の 221 名から、現在は 184 名へと減少しています。これらの状況により、以下の問題が生じております。</p> <p>- 病棟においては看護師の過重労働が続き、安全性および医療の質の担保が困難となり、結果として病床数の縮小を余儀なくされています。- 退院支援では、患者およびご家族への適切な働きかけが十分に行えなくなっています。- 救急外来では救急患者の受け入れが困難となっています。- リハビリテーション部門では患者の離床遅延が発生し、これが後方医療連携にも影響を及ぼしています。現在、17 床を休床としており、これに伴い収益面への影響も出ております。</p>
21	職員の年齢も高くなっており医師不足、看護師不足に陥っている
22	<p>夜勤ができる看護師が不足している。</p> <p>医師に関しては、呼吸器内科、循環器内科医師の不足である。</p> <p>薬剤師の慢性的な不足に関して解消されていない。</p> <p>人材紹介に関しては、看護師以外信用できない。</p> <p>今後主たる医療従事者が大卒および6年生となると、健康保険で維持できないのではないかと。</p>
23	<p>当院では「医師」「看護師」のみならず、「看護補助者」など他の職種についても人材が不足している。そのため医師、看護師のタスクシェア・タスクシフトについても、まだまだ課題が多い。また、人材紹介による採用は手数料が発生するため医師以外は導入を見送っている。そして、新規の採用については、公的医療機関のように給与を大幅に増加させることもできず、医師、看護師についての採用も募集人員に満たない状況が続いている。診療報酬改定により医療機関への収入が大幅に増加し、医療業でも他業種同様に賃上げをしやすい環境を作らなければ、この業界の人材不足は続き、当院においても人材の採用が滞ってしまう。</p>
24	<p>市内では人口減少が進んでおり高齢化率も高い。看護師は現状不足している訳ではないが働いている職員が高齢化してきている。また新卒の看護師の採用も難しく人材確保のため様々なイベントなどの参加や工夫を行っているがなかなか地方には来てくれないため、将来的に看護師不足に陥る可能性が高い。医師は整形外科領域が、患者数の割に医師が不足している状態が続いており、大学側も医師が多くないため今より多く派遣してもらおうのが難しい現状がある。</p>
25	消化器内科、薬剤師の採用に苦労しています。
26	<p>大学からのすべて派遣医のため、医師数の維持だけでも大変である。</p> <p>看護師の新卒者の採用が、奨学生のみであり学生数が少ない為、採用困難である。</p>
27	看護師不足 退職者が続いているが、採用がほとんどない状態
28	<p>市の人口は減少傾向にあるものの、医療・介護受給者層は減少しておらず、当院における医療従事者の需要は現状とあまり変わらない状況が続くものと考えます。</p> <p>都市部において高齢化が進み、医療従事者の流出が予想されることから、定年延長及び再雇用による高齢労働者の確保など様々な対策を講じて、必要な労働力の確保に努めること。</p> <p>医師については、常勤の整形外科医及び常勤の在宅医療を担う医師、看護師についても、女性・男性職員の産休・育休・療休を取得する職員が増加し、慢性的な人員不足の状況が続いている。</p>
29	<p>医師の確保は慢性的課題となっているが、地域枠医師の義務勤務での派遣また義務期間終了後も地域に残り、勤務を継続(就職医)することを望む。</p> <p>看護師及び看護補助者の確保が課題。看護師資格取得後の地域外・県外への流出。</p> <p>他医療機関及び介護施設間での求人の競合。</p>

### 2-8-3. 運営・経営面についての課題

#### 医師会病院における運営・経営上の課題

自由記述の分析から、医師会病院が直面している運営・経営上の課題として、建物・設備の老朽化、物価高騰と診療報酬の乖離、病床利用率の低迷、制度的支援の不足、資金調達の困難といった複合的な問題が明らかとなった。

##### ① 建物・設備の老朽化への対応

建物や設備の老朽化への対応が喫緊の課題として挙げられた（回答 1, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 26）。多くの病院で建物、空調設備、内部配管、医療機器などの老朽化が進んでいるものの、建設費や資材価格の高騰により、建て替えや大規模改修に踏み切れない状況が続いている（回答 1, 4, 5, 10, 16, 18, 19, 20）。内部留保を取り崩して対応している病院もあるが、今後の更新費用の確保は一層困難になると見込まれている（回答 1, 10, 12, 18, 22）。

##### ② 物価高騰と診療報酬の乖離

物価高騰や人件費上昇と診療報酬の乖離が経営を圧迫している。光熱費、食材費、委託費、診療材料費、人件費などあらゆるコストが上昇する一方で、診療報酬は抑制されており、病院努力のみでは収支改善が難しい状況にある。特に人件費は削減が困難であり、賃上げ圧力が経営負担をさらに増大させている（回答 1, 2, 3, 11, 12, 13, 15, 17, 21, 22, 23）。

さらに、診療報酬制度の限界と制度的支援の不足も大きな問題として挙げられた（回答 2, 5, 11, 12, 17, 21, 23）。現行制度では黒字化が難しく、長年のマイナス改定の影響が蓄積し働き方改革も相まって、地域医療の維持が困難になっているとの危機感が示されている（回答 2, 5, 11, 17, 21, 23）。

### ③ 病床利用率の低迷

地域人口減少に伴う医療需要の縮小と病床利用率の低迷も深刻な課題である（回答 7, 8, 9, 14, 20, 24）。医療圏内に病院が多く、患者や人材の取り合いが生じている地域もあり、病床稼働の低迷が収益悪化に直結している（回答 7, 8, 9, 14, 20）。人口減少が進む地域では、病院規模の縮小や機能転換、さらには統廃合の必要性が指摘されている（回答 8, 9, 20, 24）。

### ④ 資金調達の困難と将来投資の停滞

最後に、資金調達の困難と将来投資の停滞が経営の持続性を脅かしている（回答 1, 4, 10, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 26）。赤字経営や自己資本比率の低下により借入が難しく、建て替えや医療機器更新などの大規模投資が先送りされている（回答 10, 16, 18, 19, 20, 22, 23）。借入を増やすことで返済負担が地域医療の崩壊につながるとの懸念も示されている（回答 20, 23）。これらの課題は、相互に関連し、単独の病院努力では解決が難しい構造的な問題となっている。

医師会病院が地域医療を持続的に担うためには、制度的支援の拡充、地域全体での再編・統合の議論、収益構造の転換、計画的な設備更新と資金調達戦略の構築が不可欠である（回答 2, 5, 11, 12, 13, 17, 20, 21, 23, 24, 26）。

図表 2-36 運営・経営面についての諸課題

No	回 答
1	医療機器の更新や空調設備など施設設備の老朽化に伴い、更新費用が高額になっている。 現状では、内部留保を取り崩すことで対応しているが、物価や人件費の高騰により、今後は設備更新費用がさらに増加することが予想され、資金確保が困難になる懸念がある。
2	人件費の上昇、診療材料等・食材価格、電気代の上昇など費用が上昇する一方診療報酬は抑えられています。令和 8 年の診療報酬改定は大幅な入院基本料などの引き上げがないと経営面としてはかなり厳しくなります。
3	物価高によるコスト増の影響は甚大である。委託業者も精一杯の経営努力をさせていただいているが、毎年のように委託費の値上げが各業者よりある。また、現職員の流出を防ぐためにも、人件費の削減も簡単ではなく、病院運営の重い負担となっている。
4	建物は老朽化が進んでいるが、資金不足により建て替えの計画が予定出来ない厳しい現況。
5	全国的に病院の経営が厳しい状況であるとの報道がされており、その状況下では建替えを計画するのは困難であると感じている(電子カルテの導入・更新についても高額な支出が想定されており建替え同様に課題と感じている)。診療報酬改定における報酬 UP か、人為配置等の基準の緩和のどちらかを進めていただきたいと感じている。
6	病院の改修
7	病床利用率の低迷、病院老朽化の対応、資金不足
8	人口減少、医療需要の減少による病院規模の縮小や医療提供内容の再検討が必要。
9	医療圏の人口規模から考えると病院が多すぎる。結果、人の取り合いになる。今後は人口減少も進み統廃合が必要となることが容易に想像されるが、公立病院1、その他は民間病院であり統合も遅れる可能性があり、命取りになる可能性があると考えている。
10	病院の建て替えも検討時期に入っているが建設費高騰や近年赤字が続き内部留保も枯渇する状況で資金的にも慎重にならざるをえない。
11	健全・安定経営を行うことができるだけの診療報酬改定がなされなければ、病院経営の赤字体質からの脱却は困難で、ひいては地域医療の衰退につながる。 医療のための目的税の導入は国民からの理解は得られると思う。
12	現在の診療報酬制度では、医業収益は黒字にはならず、補助金等を活用しないと運営ができない状態である。特に給与費は深刻で、令和 6 年度はベースアップ評価料のおかげで医業収益に占める給与比率は下がったものの、最低賃金がものすごい勢いで上昇しており、先が見こせない。 一般的な普通法人と違い、仕入れ値が上がったからと言って、売り値に反映できず、苦しんでいる。建物も老朽化しているが、修繕費用の捻出が出来ない。
13	物価高、人件費高騰、診療報酬の低迷により、経営が悪化している。 地域連携推進法人の設置による購買業務の効率化・統廃合は不可避と思われる。
14	病床稼働がなかなか上がらない上に、経費が多くなっている。 また、建物や設備の老朽化により修理・工事が頻回で困っている。
15	近年の物価高騰に診療報酬改定がおいついておらず、賃上げや医療機器の更新や建物の建て替え等が相当な負担になっています。
16	当院本館は老朽化が進んでおり、建て替えを検討しております。しかし、近年の赤字経営や資材価格の高騰により、建て替えは困難な状況です。加えて、内部配管等の老朽化も喫緊の課題となっております。 なお、資金面では福祉医療機構の「物価高騰対応資金」の借入申請を行っています。

17	入院基本料の引き上げをお願いしたい。
18	<p>本館は築 33 年を迎えており、一部改修の必要がありますが、現時点では資金投資の余裕がございません。</p> <p>10 年後の建て替えを計画しておりますが、その実現に向けた十分な資金力はまだ確保できておりません。</p> <p>自己資本比率は 30%を下回っており、現在、収益の増加策の検討とともに、業務効率化や経費管理の在り方を見直し、体制整備を進めているところです。</p>
19	建物の老朽化がすすんでいるが資金もなく建て替え等もできない
20	<p>建築費高騰により、予定していた建物を建てるのが困難な状況である。</p> <p>支払い能力以上に借入をすれば、いずれ地域医療の崩壊につながる。</p> <p>統廃合も視野に入れていかないといけない。</p> <p>保険診療以外の収入についても考えていかないといけないが、案がない。</p>
21	<p>診療報酬のマイナス改定が長年続いている影響で、当院でも年々経営が厳しい状況となっている。今後も地域医療へ貢献するためには、病院の収支を改善し続ける必要があるが、ここにきて物価高騰により費用が圧迫され、ますます当院の運営・経営が厳しい状況となっている。この課題は全国的に蔓延しているが、診療報酬が医療業を逼迫し続けた結果、閉院する医療機関も多く見るようになった。診療報酬が医師、看護師や他職種の配置基準を設けているなかで、働き方改革も始まっており、当院においても人件費が高騰せざるを得ず、費用削減にも限度があるなかで、いかに今後も継続して地域医療を担っていくかが大きな課題となっている。</p>
22	<p>様々な物や他業種の賃金上昇などの影響で、病院そのものの経費が増加している。水道光熱費などの契約そのものの見直しや、購入の際の相見積りなどの徹底など様々な経費削減を行っているが、人件費や材料費の上昇が上回ってしまうため経費削減には限界がある。</p> <p>収入増加のため DPC 運用の見直し、ベッドコントロールの見直し、入院を断らず積極的に受けるなど様々な施策を行っているが、収支が黒字になるにはかなり難しい状況が続いている。病院も築 30 年経過しており修繕計画などの設備投資を行いたいのが現在の収支ではそこまでたどり着かない。</p>
23	<p>物価・人件費等の高騰により、2024 年度は全国の約 7 割の病院が医業赤字に陥る中、当院も同様に非常に厳しい経営状況にあり、今後も同様の収支見込みとなっている。</p> <p>前年度と比較すると増収ではあるが減益となっており、物価・人件費等の急騰に診療報酬が見合っていないことが大きな要因であるとする。</p> <p>病院自らの努力だけでは成り立たない状況であり、2026 年度の診療報酬改定において、コスト増分の引き上げがなければ、近い将来、診療を継続できないという可能性も否定できない状況である。</p>
24	現状の機能での経営は、厳しい状況であり、地域医療を守る為にも、同規模病院等と統合が必要であるとする。
25	<p>経営の安定化のためには、病床利用率を引き上げることと更なる日当点の向上策を講じなければならないため、地域医療構想に沿った形で 2025 年 4 月から、病床再編を行い、日当点の低くなった長期入院患者を、急性期病棟から地域包括ケア病棟へ転棟することで日当点の底上げを図るとともに、入院初期の患者を急性期病棟に集約することで、より上位の施設基準の取得を目指している。</p> <p>入院期間の適切なベッドコントロール・救急患者の積極的な受け入れにより収益改善を図り、医療から在宅・介護へと流れるネットワーク作りの構築・入退院支援の整備・地域医療連携室の強化を継続し、患者数を確保して経営の安定化を図っている。</p>
26	<p>行政の支援(補助金)により、病院の移転建設に着手でき、2027 年 7 月がオープン予定であるが、建設費や今後調達する医療機器等の高騰が懸念材料で、更なる資金調達が必要となると病院運営に悪影響を来す。</p>
27	<p>患者の受け入れ、救急の受け入れなど頑張っていない病院は赤字でも仕方がないかもしれないが、そこそこ頑張っていれば収支がプラスマイナスゼロ、頑張っていれば黒字化が達成できるような制度設計をしてもらわないとこのままでは非常に厳しいのではないかと感じる。病院は国家資格を有している職員が大多数を占めるが、医療以外の産業の賃上げが著しく、当院を退職する際に何名かインタビューしたが、今までは別の病院で働くと話して</p>

	いた看護師が多かったが、看護師を辞めて別の職種で働くという職員が数名いた。業務の責任や労力と賃金のバランスが合わないとの事であった。 賃上げを行いたくても原資がなく、ベースアップ評価料など算定を行っているがとても追いつかない状況で、1 月からは最低賃金も大幅に上昇する。補助金などその場しのぎではなく、診療報酬でせめて賃上げの部分は対応可能にしてもらわないと、このままでは経営が行き詰ってしまう可能性が非常に高い。
--	--

#### 2-8-4. その他

その他の自由記述でも、診療報酬制度、地域連携、医療機能、職員育成、デジタル化など、重要な意見をいただいた。

地域包括医療病棟の施設基準が厳しく届出が困難であること、診療報酬による賃上げ対応が不可欠であるとの要望（回答 1）、医療圏を越えた連携や患者送迎など地域特性に応じた対応が求められていること（回答 2）、緩和ケア病棟の対象疾患拡大など医療機能の充実が必要であること（回答 3）が挙げられた。

また、職員のモチベーション向上や評価制度整備の必要性についての提案（回答 4）、電子処方箋普及に向けた制度的課題（回答 5）が挙げられていた。

図表 2-37 その他(自由記載)

No	回 答
1	地域包括医療病棟入院基本料についてのシミュレーションを行ったが現状では看護必要度などの施設基準のハードルが高い状況にあることが判明し届出を断念せざるを得ませんでした。次回の診療報酬改定で緩和されることを期待しています。
2	医療圏の垣根を越えた地域医療連携推進法人への参加。 連携法人参加病院間において、紹介受診する場合には、患者送迎サービスを実施し公共交通の少ない地域における病院受診機会の確保を実施している。
3	終末期医療の充実の観点から緩和ケア病棟の対象疾患を拡大すべき
4	職員のモチベーション向上を図るため、職員研修に注力しております。 また、来年度より人事考課制度の導入に向けて準備を進めており、能力の高い人材に対して適正かつ公正な評価を行い、貢献度に基づく評価制度の実施を目指しております。
5	医師の HPKI カードの取得は、義務化してほしい。もしくは医療機関で医師の承諾なく申請できるようにしてほしい。医師任せでは、いつまでたっても電子処方箋は進まない。



### 3 まとめと考察

#### 1. 医師会病院の特徴

- ・医師会病院は、1960年代から2000年代にかけて開設された施設が全体の約9割を占め、地域に根ざした中規模病院として発展してきた。運営形態では、医師会自身が開設・運営する病院が82.1%と大半を占め、専任病院長が約9割に上るなど、比較的安定したガバナンス体制が確立している。

- ・病床規模は100～199床が最も多く（56.4%）、ほとんどの施設が一般病床を有するほか、療養病床や回復期リハビリテーション病棟を併設する病院も一定数存在する。これにより、急性期から回復期まで一貫した医療提供が可能な体制が整備されている。

機能面では、開放型病院（74.4%）、地域医療支援病院（61.5%）の割合が高く、地域医療機関との連携拠点としての役割が強い。また、救急輪番制参加病院（59.0%）や災害拠点病院（23.1%）として、救急・災害医療の受け皿となる病院も多く、地域医療体制の中核を担っている。

- ・在宅医療・介護分野では、訪問診療（43.6%）、往診（35.9%）、在宅看取り（28.2%）などの在宅医療サービスを提供し、併設事業として訪問看護ステーション（59.0%）や居宅介護支援事業（43.6%）を有する病院も多い。これらの取り組みにより、地域包括ケアシステムにおいて医療と介護をつなぐ重要な役割を果たしている。

- ・さらに、健診事業を実施する病院が74.4%と多く、地域住民の健康管理・予防医療にも積極的に取り組んでいる。令和6年度の病床数適正化支援事業では、10施設（25.6%）が手上げし、285床の申請が行われるなど、地域の医療需要に応じた病床再編にも主体的に取り組んでいる点も特徴である。

## 2. 医師会病院の経営状況と課題

- ・医師会病院は、地域に根ざした中規模病院として発展し、急性期から回復期、在宅医療・介護まで幅広い機能を担うことで、地域包括ケアの中核的役割を果たしている。しかし、経営環境は厳しさを増しており、補助金の急減により経常利益率が悪化、全国平均を大きく下回る収益構造に置かれていることが判明した。

- ・医師会病院の経営状況をみると、医業収益の増加や費用増加の抑制等の努力により、医業活動そのものは一定の改善がみられた。しかし、補助金総額が令和5年度から63.7%減少し、特にコロナ関連補助金の急減が経常利益を大きく押し下げた結果、経常利益率は悪化した。医業利益率・経常利益率ともに全国平均を大きく下回り、赤字割合も全国より10ポイント以上高いなど、医師会病院は全国の病院と比較しても厳しい収益構造に置かれている。

- ・自由記述の分析からは、地域医療・介護との連携不足、救急医療の負担集中、医師会員との連携の地域差など、地域連携に関する課題が明らかとなった。また、医師・看護師を中心とした慢性的な人材不足、多職種の採用難、人材紹介会社への依存、賃金競争力の低下など、人材確保に関わる構造的問題も深刻化している。加えて、建物・設備の老朽化、物価高騰と診療報酬の乖離、病床利用率の低迷、資金調達の困難など、経営基盤の脆弱性も顕在化している。

- ・これらの課題は相互に関連しており、個々の病院の努力のみでの解決は困難である。医師会病院が地域医療を持続的に担うためには、財政的支援の拡充、計画的な設備更新と中長期的な資金調達戦略の構築、活用しやすい補助金制度の整備が不可欠である。あわせて、病院機能の見直しや収益構造の転換、地域・広域での医療機関・行政との連携強化が求められる。これらを推進するためには、医師会員や地元行政を含む関係者に対し、医師会病院の存在意義と役割への理解を深める働きかけも重要となるだろう。



## 参考文献・参考資料

1. 日本医師会総合政策研究機構. 報告書第 77 号. 日医総研・日本医師会 医師会共同利用施設検討委員会「医師会病院の運営実態 - 医師会病院アンケートより - 」2005 年 10 月.
2. 同上.日医総研ワーキングペーパーNo.496. 江口成美・角田政・出口真弓「令和 7 年 病院の緊急経営調査」 2025 年 9 月.

《卷末資料》  
アンケート調査票

# 令和7年 医師会病院の運営実態調査

本調査は、日本医師会総合政策研究機構（日医総研）が、全国の医師会共同利用施設を対象に実施する調査です。

なお、別にご案内しております、「サイバーセキュリティ調査」の調査にもご回答くださいますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

ご多忙中のところ恐れ入りますが、**2025年9月30日(火)までに**ご回答くださいますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

本調査票への回答が終わりましたら、上書き保存したうえで、以下のURLからご提出をお願いいたします。

Web調査フォームURL: <https://x.gd/C2GRZ>（短縮URL）

アクセスコードは同封されている【調査概要】をご参照ください。

# 1. 病院の基本情報

Q1-1. 開設年月をお答えください。※医師会病院の開設年月であり、最新の建設年月ではありません。

(西暦)		年		月
------	--	---	--	---

Q1-2. 現在の運営方式をお答えください。(1つを選択)

<input type="radio"/>	① 医師会自身が開設者であり、医師会が運営
<input type="radio"/>	② 公設民営(自治体等が設置し、医師会が運営)
<input type="radio"/>	③ その他 ( )

Q1-3. 現在の病院長をお答えください。(1つを選択)

<input type="radio"/>	① 医師会長が病院長を兼任
<input type="radio"/>	② 医師会長とは別の専任の病院長
<input type="radio"/>	③ 医師会長とは別の兼任の病院長
<input type="radio"/>	④ その他 ( )

Q1-4. 病院における現在の実質的な意思決定権者をお答えください。(1つを選択)

<input type="radio"/>	① 病院長(医師会長が兼任の場合を含む)
<input type="radio"/>	② 医師会長(病院長が他にいる場合のみ)
<input type="radio"/>	③ 理事会などの合議による(特定の役職・個人に最終決定権限はない)
<input type="radio"/>	④ その他 ( )

Q1-5. 最新の建設年月

(西暦)		年		月
------	--	---	--	---

## 2. 病院の状況①

Q2-1. 病院種別（令和6年度末時点）をお答えください。（1つを選択）

<input type="radio"/>	① 一般病院
<input type="radio"/>	② 精神科病院
<input type="radio"/>	③ その他 ( )

Q2-2. 病床数（各年度末時点）をお答えください。 ※該当する病床がない場合は、0（ゼロ）を記入してください。

		令和5年度		令和6年度	
		許可病床数	うち、休床	許可病床数	うち、休床
一般病床					
療養病床					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
合計		0	0	0	0
(再掲) 回復期リハビリテーション病棟	一般病床				
	療養病床				
(再掲) 認知症病棟					

SQ2-2. 病床の削減に対する国の補助（令和6年度 病床数適正化支援事業）に手上げしましたか。

<input type="radio"/>	はい
<input type="radio"/>	いいえ

【はい】とお答えの方は、対象病床数を以下にご記入ください。

申し込み病床数		床
第1次内示の病床数		床
第2次内示の病床数		床

Q2-3. 入院基本料（令和6年度）の算定状況をお答えください。 ※算定しているものすべてに✓を入れてください。

		算定あり	※一般病棟入院基本料が「算定あり」の場合は以下から1つを選択してください。 選択不要です
入院基本料	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	
	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	※選択肢は以下の通りです。 ① 急性期一般入院料1 ② 急性期一般入院料2 ③ 急性期一般入院料3 ④ 急性期一般入院料4 ⑤ 急性期一般入院料5 ⑥ 急性期一般入院料6 ⑦ 地域一般入院料1 ⑧ 地域一般入院料2 ⑨ 地域一般入院料3 ⑩ 地域一般入院料4
	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	
	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	
	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	
	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	
	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	
特定入院料	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	
	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	
	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	
	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	
	地域包括医療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	
	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	
	地域包括ケア入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	
	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	
	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	
	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	

特記すべき入院基本料・加算等がありましたら、ご記入ください

## 2. 病院の状況②

Q2-4. 病院の機能・特徴（令和6年度末時点）についてお答えください。

※該当するものすべてに✓を入れてください。

	該当あり		該当あり
地域医療支援病院	<input type="checkbox"/>	開放型病院	<input type="checkbox"/>
救命救急センター	<input type="checkbox"/>	へき地拠点病院	<input type="checkbox"/>
救急輪番制参加病院	<input type="checkbox"/>	臨床研修病院	<input type="checkbox"/>
共同利用型病院	<input type="checkbox"/>	特定の診療科に特化した病院	<input type="checkbox"/>
休日夜間急患センター	<input type="checkbox"/>	小児拠点病院	<input type="checkbox"/>
災害拠点病院	<input type="checkbox"/>	がん診療連携拠点病院	<input type="checkbox"/>
在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>
在宅医療後方支援病院	<input type="checkbox"/>	( )	

※「その他」は特記すべき機能・特徴があれば任意でご回答ください。

Q2-5. 診療録の電子化（電子カルテ）の状況（令和6年度末時点）についてお答えください。（1つを選択）

<input type="radio"/>	① 病院全体で電子化
<input type="radio"/>	② 医療機関内の一部で電子化
<input type="radio"/>	③ 今後電子化する予定あり
<input type="radio"/>	④ 電子化する予定なし

Q2-6. 病院内で実施している在宅医療サービス等の実施状況（令和6年度末時点）についてお答えください。

※該当するものすべてに✓を入れてください。

医療保険による在宅サービス（病院内で実施しているものをすべて選択）	
<input type="checkbox"/>	往診
<input type="checkbox"/>	在宅患者訪問診療
<input type="checkbox"/>	歯科訪問診療
<input type="checkbox"/>	救急搬送診療
<input type="checkbox"/>	在宅患者訪問看護・指導
<input type="checkbox"/>	精神科在宅患者訪問看護・指導
<input type="checkbox"/>	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理
<input type="checkbox"/>	訪問看護ステーションへの指示書の交付
<input type="checkbox"/>	在宅看取り
介護保険による在宅サービス（病院内で実施しているものをすべて選択）	
<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導（介護予防サービスを含む）
<input type="checkbox"/>	訪問看護（介護予防サービスを含む）
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション（介護予防サービスを含む）

### 3. 職員数および人材確保の状況

Q3. 令和7年3月末時点の（常勤換算した）在職職員数をご記入ください。

※Q3-2.はプルダウンリストから該当するものを1つ選択してください。

職種 ※複数の有資格者は、 従事している業務内容に該当する資格で計上	Q3-1.常勤換算数 ※小数点第一位まで ※該当なしは0と記入	Q3-2.人材確保の状況 ※以下のうち、1つを選択 ① 非常に苦勞している ② やや苦勞している ③ 苦勞していない ④ 該当職種なし
1 医師	人	選択してください
2 歯科医師	人	選択してください
3 薬剤師	人	選択してください
4 助産師	人	選択してください
5 看護師（含む保健師）	人	選択してください
6 准看護師	人	選択してください
7 看護業務補助者	人	選択してください
8 理学療法士・作業療法士・視能訓練士・言語聴覚士	人	選択してください
9 診療放射線技師・診療放射線技師	人	選択してください
10 臨床検査技師・衛生検査技師	人	選択してください
11 管理栄養士・栄養士	人	選択してください
12 精神保健福祉士・社会福祉士・医療社会事業従事者	人	選択してください
13 介護福祉士	人	選択してください
14 その他の技術員	人	選択してください
15 事務職員ほか	人	選択してください
16 その他の職員	人	選択してください
17 合計	0.0 人	

※「1 医師」の Q3-2.人材確保の状況 で、① または ② を選択された方は以下をお答えください。

SQ3-2. 医師確保においては、どのような難しさがありますか。 ※該当するものすべてに✓を入れてください。

<input type="checkbox"/>	特定の専門領域／診療科の不足 不足している領域／診療科を具体的に教えてください（ ）
<input type="checkbox"/>	若手が来ない
<input type="checkbox"/>	中堅医師の不足
<input type="checkbox"/>	医局からの医師の派遣がかなわない
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

## 4. 患者数

Q4. 各年度の年間延べ入院患者数・年間延べ外来患者数をお答えください。

※該当する病床がない場合は、0（ゼロ）を記入してください。

令和5年度

患者数	全体	一般病床	療養病床	その他の病床※
① 年間延べ入院患者数（人）				
② 年間延べ外来患者数（人）				
③ 病床利用率	#DIV/O!	#DIV/O!	#DIV/O!	#DIV/O!

令和6年度

患者数	全体	一般病床	療養病床	その他の病床※
① 年間延べ入院患者数（人）				
② 年間延べ外来患者数（人）				
③ 病床利用率	#DIV/O!	#DIV/O!	#DIV/O!	#DIV/O!

※「一般病床」および「療養病床」以外の精神病床ほか

③ 病床利用率（％）＝ 
$$\frac{\text{① 年間延べ入院患者数} \div 365}{\text{許可病床数}} \times 100$$



5. 収支の状況等

補足資料説明(PDF)もご覧ください。(クリックするとブラウザで開きます)

Q5. 令和5年度、令和6年度の収支の状況等をお答えください。 ※記入欄が0の場合は必ず「0」を記入してください。

病院単体の損益計算書（正味財産増減計算書）より記載してください。

科目			令和6年3月までに終了する事業年度 令和5年度		令和7年3月までに終了する事業年度 令和6年度	
医業収益	入院診療収益	保険診療収益		円		円
		その他の診療収益		円		円
	外来診療収益	保険診療収益		円		円
		その他の診療収益		円		円
	その他の医業収益			円		円
	医業収益 計 ㉔			0 円		0 円
介護収益 ㉕ (病院として介護事業を実施している場合)				円		円

科目			令和6年3月までに終了する事業年度 令和5年度		令和7年3月までに終了する事業年度 令和6年度	
医業・介護費用	給与費			円		円
	医薬品費			円		円
	材料費			円		円
	委託費			円		円
		うち人材委託費		円		円
		うち紹介手数料		円		円
	設備関係費			円		円
		うち減価償却費		円		円
	経費			円		円
		うち水道光熱費		円		円
	その他の医業・介護費用			円		円
	医業・介護費用 計 ㉖			0 円		0 円

医業利益 ㉗ (㉔ + ㉕ - ㉖)		0 円		0 円
その他の収益（医業外収益） ㉘		円		円
その他の費用（医業外費用） ㉙		円		円
経常利益 (㉗ + ㉘ - ㉙)		0 円		0 円

病院単体の貸借対照表より記載してください。

科目	令和5年度末時点		令和6年度末時点	
棚卸資産のうち、医薬品の残高		円		円
長期借入金の残高		円		円

貴院の決算月をご記入ください

月

# 6. 補助金

Q6. 令和5年度、令和6年度の補助金の状況をお答えください。

※記入欄が0の場合は必ず「0」を記入してください。

病院単体で受けている補助金がありましたら、ご記入ください。  
他会計（医師会本体等の法人本部・その他）からの繰入金は、ここでの補助金に含めないでください。

補助金の名目	令和6年3月までに終了する事業年度 令和5年度		令和7年3月までに終了する事業年度 令和6年度	
コロナ関連補助金		円		円
水道光熱費関連補助金		円		円
▼▼上記のほかに補助金があれば名目と金額を記入してください▼▼				
( )		円		円
( )		円		円
( )		円		円
( )		円		円
( )		円		円
補助金額の合計	0 円		0 円	

## 7. 併設している事業・施設

Q7. 同一法人内かつ病院外の事業の状況をお答えください。

※プルダウンリストから該当するものを1つ選択してください。

また、「その他」を実施している場合は、具体的な事業・施設等を記入してください。

事業・施設		実施状況
		※以下のうち、1つを選択 ① 実施あり（同一病院内または同一敷地内） ② 実施あり（病院から離れた場所） ③ 実施なし
健診事業		選択してください
介護保険：居宅系サービス		
	訪問看護ステーション	選択してください
	訪問介護	選択してください
	居宅介護支援	選択してください
	その他（ ）	選択してください
介護保険：施設系サービス		
	老健	選択してください
	特養	選択してください
	介護医療院	選択してください
	認知症GH	選択してください
在宅医療・介護連携推進事業		選択してください
その他	（ ）	選択してください

## 8. 課題

現在の貴院における諸課題について、具体的にご記入ください。

Q8-1. 地域連携についての諸課題（地域医療・介護との連携、医師会員との連携など）

Q8-2. 人材不足についての諸課題（例：医師不足、看護師不足、人材紹介の問題など）

Q8-3. 運営・経営面について（地域における病院の統廃合、承継問題、病院の建て替え時期／資金の問題など）

Q8-4. その他（諸課題以外にも、好事例として参考になりそうな新たな取組、工夫、展望などがありましたら自由にご記載ください。

お忙しいところ調査にご協力いただき誠にありがとうございました。  
回答内容は集計・分析し、より良い医療の実現に向けた政策提言や報告書の作成に役立ててまいります。

## 「5. 収支の状況等」に関する補足説明

- 令和6年3月末までに終了した事業年度、および令和7年3月末までに終了した事業年度の2事業年度分についてご記入ください。
- 病院単体の損益計算書又は正味財産増減計算書（又はその内訳表）をもとにご記入ください。

医 業 収 益	入院収益	保険診療収益	入院患者の医療に係る保険診療収益（保険者請求分＋公費負担医療にかかる支払基金・国保連等に対する請求分＋窓口徴収分）
		その他の診療収益	公害医療、労災保険、自動車損害賠償責任保険等、 <u>自費診療</u> 、特別室の特別料金徴収額（差額ベッド代）、特別食費など
	外来収益	保険診療収益	外来患者（往診、在宅を含む）の医療に係る保険診療収益（保険者請求分＋公費負担医療にかかる支払基金・国保連等に対する請求分＋窓口徴収分）
		その他の診療収益	公害医療、労災保険、自動車損害賠償責任保険等の交通事故診療、 <u>自費診療</u> など
	その他の医業収益	保健予防活動収益（健診、予防接種など集団的予防活動）、医療相談収益（人間ドックなど個別的予防活動）、受託検査・施設利用収益（検査収益など）、その他（文書料など）の医業収益	
医業収益 計 ①		入院収益、外来収益、その他の医業収益の合計	
介護収益 ②		病院として介護保険事業を実施している場合の収益（病院とは別に併設する施設は含めないでください）	

※介護収益がある場合は介護部分の費用を含めてご記入ください

医 業 ・ 介 護 費 用	給与費 （通勤手当、法定福利費を含む）		常勤および非常勤役職員に支給した給料（通勤手当、諸手当を含む）、賞与（期末手当等の一時金を含む）・賞与引当金繰入額、退職金・退職給付費用または退職給付引当金繰入額、法定福利費（社会保険料、労働保険料等の事業主負担額）。 給料・賞与・退職金は、所得税や社会保険料本人負担額等を差し引く前の額。 法人の役員に支給した給与費（役員報酬）のうち病院事業にかかる額も含む。 複数施設があり、病院単体の給与等を把握していない役員・職員がいる場合は、当該役員・職員の勤務時間、各施設の収益額など、当該役員・職員の給料等を最も適切に反映していると思われる係数で按分して下さい。
	医薬品費		該当する事業年度に費消した医薬品（投薬用薬品、注射用薬品（血液、血液製剤含む）、外用薬、検査用試薬、造影剤など）の金額。損益計算書で「医薬品費」を独立科目として表示していない場合は、その事業年度の医薬品購入額
	材料費		診療材料費（カテーテル、縫合糸、レントゲンフィルムなど、1回ごとに消費するものの費消額）、医療消耗器具備品費（医療用の器械・器具のうち、注射針、注射筒・ゴム管・体温計など1年以内に消費されるものまたは固定資産の計上基準額に満たないもの）、給食用材料費
	委託費		検査、給食、寝具、清掃、洗濯、医療事務、医療廃棄物、歯科技工、警備、経理、人材紹介などについて委託をした場合および派遣労働者を受け入れた場合の業務の対価としての費用ならびに職員の採用に当たって支払った紹介手数料
	うち人材委託費		派遣労働者を受け入れた場合の人材派遣の費用、ならびに職員の採用に当たって紹介業者等に支払った紹介手数料
	うち紹介手数料		職員の採用に当たって紹介業者等に支払った紹介手数料
	設備関係費		減価償却費、設備機器賃借料、土地賃借料、建物賃借料、修繕費、固定資産税等、器機保守料（器機の保守契約に係る費用）、器機設備保険料、施設に係る保険料、車両関係費（救急車・検診車・巡回用自動車・乗用車などの燃料、車両検査、自動車損害賠償責任保険、自動車税等の費用）
うち減価償却費		建物、建物附属設備、医療機器、備品、車両等の年間減価償却費	

医業・介護費用	経費	福利厚生費、旅費交通費、通信費、広告宣伝費、消耗品費（事務用品費を含む）、水道光熱費、保険料（設備関係費に該当する保険料を除く）、租税公課（設備関係費に該当する固定資産税、自動車税等を除く）、医業貸倒損失、貸倒引当繰入額など
	うち水道光熱費	電気料、ガス料、水道料、石炭、重油、プロパンガスなどの費用（車両関係費に該当するものは除く）
	その他の医業・介護費用	研究研修費（研究材料費用、研究研修用図書購入費、学会参加旅費など）、控除対象外消費税等負担額、本部費配賦額（本部費・本部役員報酬に係る費用で病院の負担に属する額）
医業・介護費用 計 ㉔		給与費、医薬品費、材料費、委託費、設備関係費、経費、その他の医業・介護費用の合計

医業利益 ㉕（㉑ + ㉒ - ㉔）	医業収益 計㉑ + 介護収益㉒ - 医業・介護費用 計㉔
-------------------	------------------------------

その他の収益 （医業外収益）㉖		補助金・負担金、受取利息・配当金、有価証券売却益、患者外給食収益など
	うちコロナ関連補助金	国、地方公共団体などからの補助金・負担金等の交付金のうち、新型コロナウイルス感染症関連の補助金等の交付金にあたるもの。
	うち水道光熱費関連補助金	国、地方公共団体などからの補助金・負担金等の交付金のうち、物価高騰対策支援として、光熱費（または水道光熱費）に係る補助金等の交付金にあたるもの。

その他の費用 （医業外費用）㉗	支払利息、医業外貸倒損失、有価証券売却損、患者外給食用材料費、診療費減免額など
--------------------	---

経常利益 ㉕ + ㉖ - ㉗	医業利益㉕ + その他の収益㉖ - その他の費用㉗
----------------	---------------------------

棚卸資産のうち、医薬品の残高	病院の貸借対照表の棚卸資産のうち、医薬品の残高
----------------	-------------------------

長期借入金の残高	病院の貸借対照表の長期借入金の残高 （病院事業に係る借入金に限る。1年以内に返済が完了予定の長期借入金も含む。）
----------	---