

# 社会医療法人ケアミックス A 病院の経営戦略

## ー ウィズコロナ時代の病院経営 ー

辰 巳 嘉 章

キーワード：ケアミックス病院、社会医療法人、新型コロナ、ウィズコロナ、COVID-19、病院経営、外国人雇用

### 1. はじめに

2020年からの新型コロナウイルス（COVID-19）感染症蔓延に際しては、幾度も行動制限・自粛が繰り返され、多くの民間病院では発熱患者の受け入れ制限が行われ、病院診療は様変わりした。

2020年の日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の調査によると、『医業利益率は、コロナ患者を受け入れていない病院はほぼ前年度の水準への回復が認められたが、コロナ受入れ病院等は対前年でのマイナスが継続していることが確認された。』とされている。福島（2021）は、『全国の医療機関においては、「院内感染・クラスター発生」、「医療従事者感染」、「受診控えによる外来・入院数減少」、「感染症対策による費用増」、「収益性や財務上の安全性の低下」、「医療従事者における心身共の健康障害や離職」など、甚大な負の影響を及ぼした。』と述べた。

2020年のパンデミック時には、重点医療機関や協力医療機関などの区分に公的病院が中心となってCOVID-19感染患者受入れが行われていたが、2023年以降は、「ポストコロナ」というよりも「ウィズコロナ」となり、COVID-19患者の受入れを行っていない地域を支える中小規模病院は、COVID-19感染症の院内発症やクラスター発生を避けられず、これまでのように公的病院にCOVID-19感染患者の対応を任せるだけでは地域のニーズを果たせなくなってきた。

そして、2022年度の調査では、赤字病院の割合はコロナ関連の補助金を除くと経常利益が赤字の病院割合は大幅に増加した。しかし、2023年以降もCOVID-19は変異を続

けることにより収束の見通しが立たず、混乱が持続しているが、2023年5月にCOVID-19感染は第5類感染症に引き下げられ、病院経営の先行きは不透明さが増している。

本研究で対象とする A 病院は兵庫県姫路市に位置し、2020 年 1 月に「救急医療」の分野で継続的に地域の医療提供体制を担ってきた実績が評価され、社会医療法人の認可を受けた。2020 年からのパンデミック下では、COVID-19 感染患者の受入れは行っていなかった。コロナ病床確保による補助金により経営を維持している病院がある一方で、COVID-19 感染患者受入れを行っていない A 病院は、COVID-19 感染患者の入院後発症や、度重なるクラスター発生に見舞われながらも経営を維持してきた。

今後のウィズコロナ時代において、地域包括ケアシステムを担う地域に密着した民間中小病院が持続可能な経営を行うためのモデルケースになると考えられるため、本研究では、社会医療法人 A 病院の経営状況を分析し、考察する。

## 2. 目的と方法

ケアミックス病院である社会医療法人 A 病院について、同院が位置する姫路市の医療体制におけるポジショニングを明確にする。また、中播磨医療圏・姫路市内の救急医療体制を調査し、社会医療法人認可の理由となった「救急医療」への取り組み、および周辺施設との連携・競合を分析する。そして、COVID-19 感染への取り組み（COVID-19 感染患者の院内発症・クラスター発生に対する対策）を検討し、財務諸表の分析により、パンデミック下の経営状況を評価する。

さらに、内部・外部分析をまとめ、今後のウィズコロナ時代における、社会医療法人 A 病院に必要と考えられる中長期的な経営戦略を考察すると共に、今後のウィズコロナ時代において、地方病院が地域に対して果たすべき役割について検討する。

なお、社会医療法人 A 病院の患者情報と経営・財務情報の利用については、本研究に限定して院内理事会により承認を受けている。

患者情報には、性別、年齢、MDC 疾患分類、自宅の郵便番号が含まれた。その情報は患者氏名や ID を削除された状態で受領し、専用の端末で利用する。また、郵便番号から距離測定の方法は、以下の通りである。

①郵便番号ファイルを郵便局ホームページからダウンロード。②郵便番号から書き出した患者の住所で CSV ファイルを作成し、CSV アドレスマッチングサービス“<http://newspat.csis.u-tokyo.ac.jp/geocode-cgi/geocode.cgi?action=start>”か

らシフト JIS で郵便番号住所中央地点の緯度・経度を書き出した。③「 $=6371 * ACOS(COS(A2*PI()/180) * COS(A3*PI()/180) * COS(B3*PI()/180 - B2*PI()/180) + SIN(A2*PI()/180) * SIN(A3*PI()/180))$ 」(A 病院の緯度 A2、経度 B2、計測地点の緯度 A3、経度 B3) の関数を用いて、Excel 上で 2 点間の距離を算出した。

### 3. A 病院について

#### 3-1. A 病院の概要

A 病院は、兵庫県姫路市内の南西部に位置している。昭和 47 年に 51 床で開設され、昭和 56 年に医療法人となった。その後、平成 13 年に 199 床へ増床した。令和 2 年には、「救急医療」の分野で継続的に地域の医療提供体制を担ってきた実績が評価され、姫路市では 4 例目となる社会医療法人の認定を受けた。関連施設として、訪問看護ステーション 2 ヶ所、介護老人保健施設 1 か所、居宅介護支援事業所 1 か所、サービス付き高齢者向け住宅 1 か所がある。

A 病院の基本理念は、『「地域にいきる」を支えます』である。病床は、急性期一般病棟 52 床 (2A 病棟)、地域包括ケア病棟 42 床 (2B 病棟)、回復期リハビリテーション病棟 55 床 (3A 病棟)、医療療養病棟 50 床 (3B 病棟)、合計 199 床となっている。急性期一般病棟は、包括医療算定 (DPC) を行っている。このように「複数の病床機能を併せ持ち、急性期医療・慢性期医療の両方に対応している病院」であることから、ケアミックス病院と言われる。

診療科目は、内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、糖尿病内科、外科、乳腺外科、消化器外科、大腸・肛門外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、泌尿器科、麻酔科とされている。

A 病院の常勤職員は 334 人、非常勤職員合計は 48 人 (常勤換算 18.5 人) (表 1) であった。職員のうち 2 人が外国人で、在留資格は介護福祉士ビザが 1 人 (インドネシア)、特定技能 1 号が 1 人 (バングラディッシュ) である。

日常で遭遇する頻度の高い疾患であるコモンディジーズを診療の中心とし、ケアミックス病院の特徴を生かして、①急性期一般病棟では、急性期疾患の診断、治療、手術、②地域包括ケア病棟では、ポストアキュート診療、在宅等緊急受入 (レスパイト入院等)、在宅等予定受入、在宅復帰支援、③回復期リハビリテーション病棟では、自院あるいは他院での治療後のリハビリテーション、④医療療養病棟では、慢性期の観察から看取り、といった一貫した包括的診療を行う。

また、3 か月毎に広報誌を作成し、外来患者や近隣の住宅へ配布することにより、医療情報提供と広報活動を行っている。

表 1：勤務職員数

|               | 医師          | 看護師          | 准看護師       | 介護福祉士      | ケアワーカー     | 放射線技師 | 臨床工学士        |
|---------------|-------------|--------------|------------|------------|------------|-------|--------------|
| 常勤            | 15          | 127          | 7          | 24         | 20         | 6     | 10           |
| 非常勤<br>(常勤換算) | 18<br>(3.1) | 21<br>(11.2) | 1<br>(0.9) | 3<br>(0.7) | 5<br>(2.6) | 0     | 0            |
|               | 薬剤師         | 管理栄養士        | 臨床検査技師     | 理学療法士      | 作業療法士      | 言語聴覚士 | 合計           |
| 常勤            | 5           | 8            | 10         | 33         | 14         | 6     | 334          |
| 非常勤<br>(常勤換算) | 0           | 0            | 0          | 0          | 0          | 0     | 48<br>(18.5) |

(出所：A病院資料より筆者作成)

### 3-2. A病院の外来診療

外来診療体制は、診察室8診での外来診療と、救急外来を行っている。また、一部の医師による訪問診療があり、救急医療で社会医療法人を取得しているため、24時間体制で救急搬送受入れを行っている。

救急医療では9時から17時の日勤帯において、主として総合診療内科医師が担当し、必要に応じ各診療科へトリアージを行っている。救急外来では2から5名の看護師が対応する。17時から翌日9時までの時間外・夜間帯では、当直医1名、当直看護師2名、当直放射線技師1名、当直検査技師1名、当直事務1名が担当し、必要に応じて各診療科医師の呼び出しや高度医療機関への転送を行う。

### 3-3. A病院の入院診療

4つの病棟で、14名の常勤医師が病棟患者の主治医を受け持つ。診療科の垣根なく、各医師が専門性のある疾患のみならず、多疾患併存患者を各診療科で連携しながら受け持つ体制とし、診療科による医師の受け持ち患者数に偏りがでないように配慮されている。手術室での専門的な医療として、消化器外科では腹腔鏡下手術を含めた消化器手術や単径ヘルニアや痔核などの一般外科手術、整形外科では主に骨折治療や腱鞘切開および下肢切断術、脳神経外科では硬膜下血腫に対する穿頭術が行われている。

麻酔科医師に常勤医師は在籍しておらず、医師登録派遣業者との契約により日勤帯の手術や夜間帯の緊急手術に対応するが、緊急時に麻酔科医師が手配できない場合は、高度医療機関へ紹介する（2023年8月現在）。

消化器外科手術や緊急外科手術は長時間に及ぶ場合があり、どの範疇までをケアミックス病院で対応するのかは検討の余地があり、その判断には原価計算を必要とする。

### 3-4. A病院における COVID-19 感染患者の取り扱い

A病院においては、発熱等外来対応医療機関 A型の指定を受けている。しかし、2020年のコロナ禍以降、新型コロナウイルス感染症患者等入院受入医療機関緊急支援事業補助金は受けてこなかった。これは市外からの COVID-19 感染患者受入れにより、地域医療を支えるという基本理念が妨げられることを危惧したものである。

院内発症による COVID-19 感染患者に関して、2020年から2021年にはクラスター発生により病棟閉鎖を要した時期もあったものの、2022年以降は各患者を個室隔離することで対応し、院内の感染拡大を止める手順が確立したため、病棟閉鎖となることはなくなった。

## 4. 外部分析

### 4-1. 姫路市の人口動態

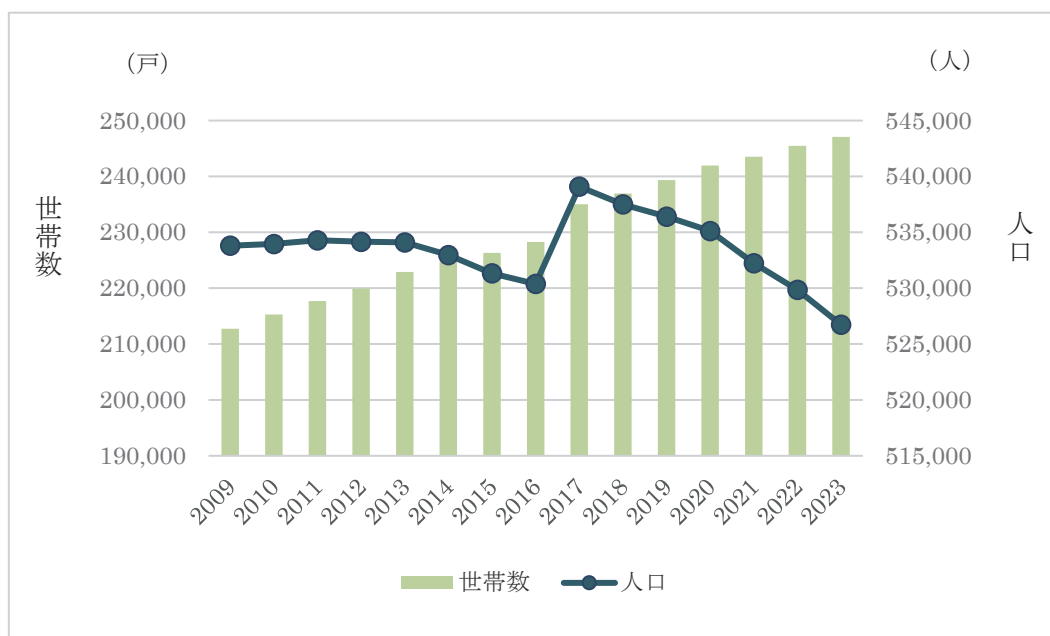
A病院が位置する姫路市は、人口 52.28 万人、534.35 ㎢で、228,825 世帯を有する（令和 5 年（2023 年）6 月 1 日現在）。平成 18 年（2006 年）に飾磨郡家島町、飾磨郡夢前町、神崎郡香寺町、宍粟郡安富町を合併し、総面積は 274.57 ㎢から 534.35 ㎢となり、人口は 48.2 万人から 53.6 万人に増加した。その後の人口は微増したが、53.6 万人台を推移し、平成 25 年 3 月をピークとして減少傾向となった。世帯数は増加傾向であり、独居世帯が増加していると考えられる（図 1）。

日本医師会の地域医療情報システムによると、今後 2040 年までに約 10%の人口減少が予測されているが、医療・介護需要予測は減少しない（図 2）。これは、高齢人口の割合増加によるものと考えられる

出入国在留管理庁（2022）の調査によると、在留外国人総数上位 100 市区町では、姫路市は 37 位（12,335 人）であり、姫路市内の外国人人口は全国でも多い。総務省の調査によると、外国人世帯数は 2021 年の 11,530 世帯まで増加傾向であったが、2022

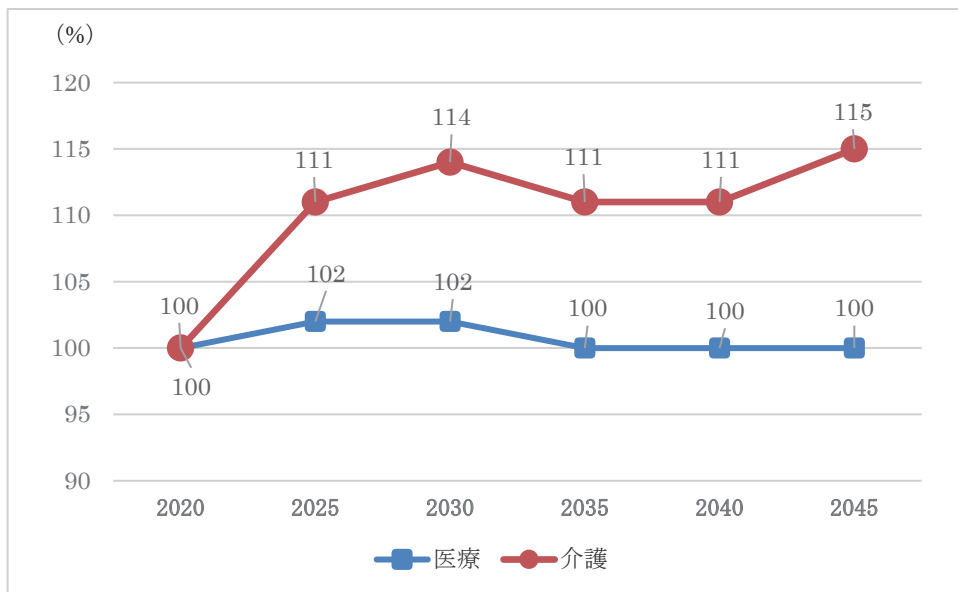
年には11,270世帯に減少した。しかし、姫路市内の外国人総人口は、パンデミック後の2021年には一時的に減少したが、2022年には再度増加した。姫路市に住む外国人を国別に見ると、これまで他国に比べて多かった韓国が減少傾向となった。近年は、ベトナムが、学生や特定技能の半数以上を占めるようになり、2022年には韓国を抜いた。(図3)。ベトナム戦争時に難民として移住したベトナム人由来のコミュニティが形成されており、近年は市内にベトナム料理店が増加している。

A病院でもベトナム人を主とした外国人の受診が増加している。外国人患者に対応して、外来に指差しで会話ができるコミュニケーション支援ボード、音声翻訳機を設置している。



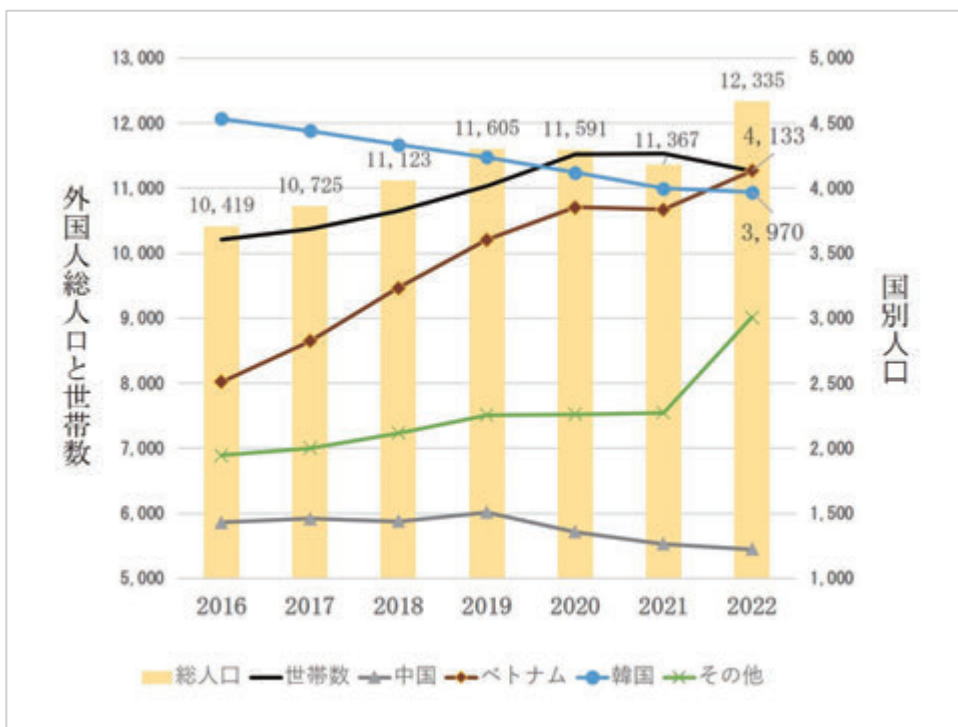
(出所：姫路市ホームページより筆者作成)

図1：姫路市の世帯数と人口の推移



(日本医師会 HP より筆者作成)

図 2 : 姫路市の医療・介護需要度予測



(出所 : e-Stat より筆者作成)

図 3 : 姫路市内の外国人人口の推移

## 4-2. 姫路市内の病院

2021年現在、A病院以外に救急告示医療機関であるケアミックス病院（急性期一般病棟あるいは地域包括ケア病棟と、療養病棟を持つ）には、特定医療法人光寿会城陽江尻病院、医療法人社団普門会姫路田中病院、医療法人芙蓉会姫路愛和病院、医療法人松浦会姫路第一病院、医療法人社団みどりの会酒井病院、國富胃腸病院、医療法人ひまわり会八家病院、医療法人財団清良会書写病院があり、A病院を含めて9施設がある。また、救急告示医療機関であるDPC急性期病院（療養病棟を持たない）には、姫路赤十字病院、姫路聖マリア病院、医療法人公仁会姫路中央病院、兵庫県立姫路循環器病センター、井野病院、社会医療法人製鉄記念広畑病院、社会医療法人三栄会ツカザキ病院、独立行政法人国立病院機構姫路医療センターの8施設がある。

2022年には、兵庫県立姫路循環器病センターと社会医療法人製鉄記念広畑病院が合併再編され、兵庫県立はりま姫路総合医療センターが設立され、DPC急性期病院は7施設となった。

## 4-3. 姫路市の救急医療体制

姫路市内に救急告示医療機関は20施設ある。姫路市内にケアミックス病院は12施設あり、そのうち救急告示医療機関は9施設である。

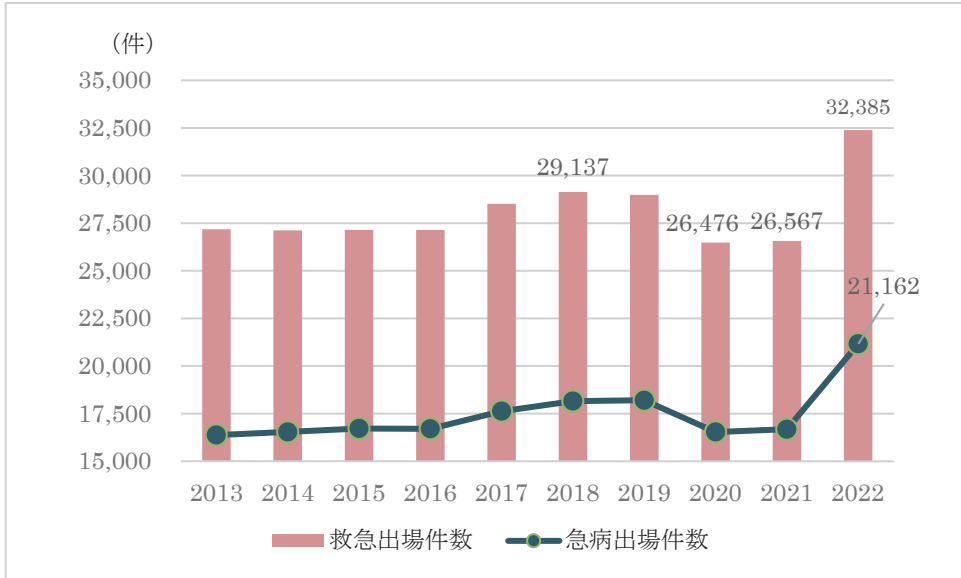
姫路市消防局救急統計（2022年）によると、救急出場件数は2018年の29,137件をピークに、2020年には26,476件と低下し、2021年には26,567件と横ばいに推移した。しかし、パンデミックが緩和した2022年には32,385件と著しく増加した。

そのうち、交通事故による出場件数は2,172件と横ばいであったが、急病による出場件数は著明に増加し、21,162件となった（図4）。また、2022年の救急搬送25,262件のうち、出動現場に30分以上とどまった搬送困難事例は2,637件（10.4%）であった。兵庫県内での搬送困難率5.7%より姫路市内の方が著しく高率であった。

また、2022年の管轄外への救急搬送は1955件（転院搬送288件を含む）に及び、前年より151件増加していた。年齢別搬送人員では、65歳以上の高齢者が15,880人（62.6%）と最も多く（図5）、次いで満18歳以上65歳未満の成人が7,296人（28.8%）であった。傷病程度別搬送人員では、中等症が13,812人（54.4%）と最も多く、次いで軽症が9,928人（39.1%）であった（図6）。

今後の姫路市の人口は横ばいから減少傾向の予測であるが、2022年には救急搬送がパンデミック時よりも増加している。救急隊出場件数は、A病院が受入れ対象とする成人・高齢者でかつ軽症・中等症の救急搬送需要は依然として多い。





(出所：令和4年 姫路市消防局救急統計より著者作成)

図4：姫路市の救急出場件数の推移

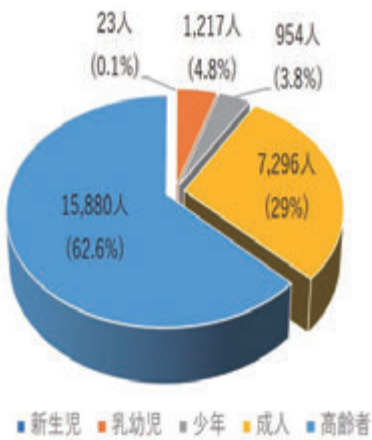


図5：姫路市の年齢別搬送人員

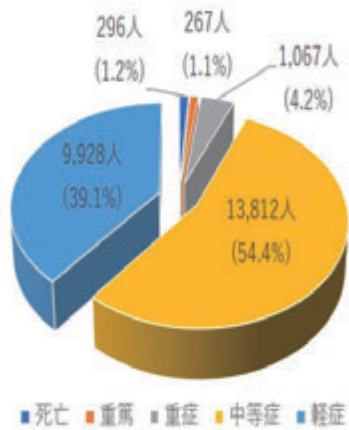


図6：姫路市の傷病程度別搬送人員

(出所：令和4年 姫路市消防局救急統計より著者作成)

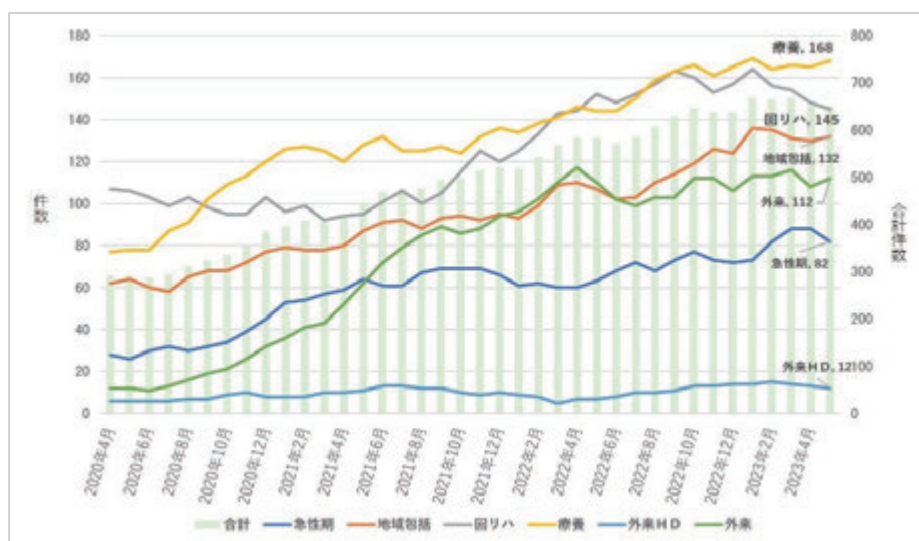
## 5. 内部分析

### 5-1. 外来・入院の紹介患者数

A病院では、2020年から地域連携室（MSW）の人員を増強し（看護師4名、社会福祉士1名、相談員2名、クラーク1名）、紹介患者数を増やすプロジェクトを開始した。顔の見える連携を理念とし、基幹病院や診療所、介護事業所などを訪問して、医療機関、介護施設が潜在的に抱える問題を聞き取り、A病院で対応できるニーズを掘り起こした。

その結果、2020年4月から2023年4月までの病棟別転院相談件数は、著明に増加した。（図7）。2023年1月以降、急性期一般病棟、地域包括病棟、療養病棟では相談件数は増加傾向であった。

一方で、回復期リハビリテーション病棟においては、2023年2月より減少傾向となった。これまで、近隣に位置する急性期病院である社会医療法人三栄会ツカザキ病院での手術症例が術後リハビリテーション目的に当院へ紹介されていた。しかし、兵庫県立姫路循環器病センターと合併して兵庫県立はりま姫路総合医療センターとなった製鉄記念広畑病院の跡地で、同年同月にツカザキ病院関連施設の三栄会広畑病院がオープンし、同院へ術後リハビリテーション症例が入院するようになったため、A病院への紹介が減少した。2023年よりMSWでは社会福祉士2名が増員されており、さらなる稼働率の上昇が期待される。



（出所：A病院資料より筆者改変）

図 7：病棟別転院相談件数

## 5-2. 入院患者の推移

2020年から2021年のパンデミック下では、2A病棟（急性期一般病棟）で稼働率の低下が見られたが、外科手術症例の増加により入院単価は増加した。一方で、2B（地域包括ケア病棟）、3A（回復期リハビリテーション病棟）、3B（療養期病棟）では、稼働率・入院単価共に影響は軽微であり、入院単価も大きな変動はなかった（図8～図11）。

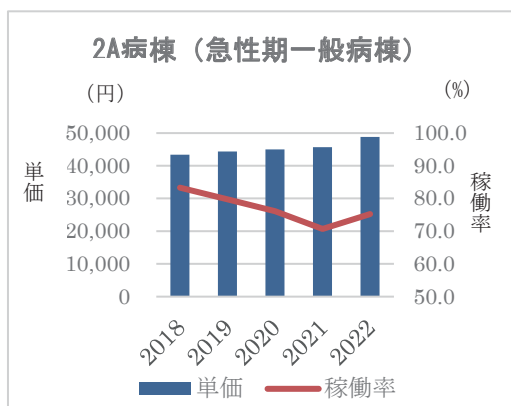


図 8 : 2A 病棟の患者単価・稼働率

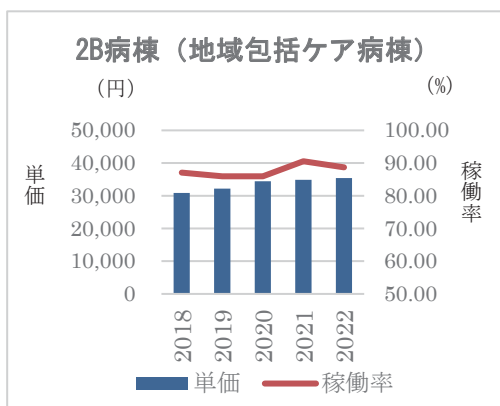


図 9 : 2B 病棟の患者単価・稼働率

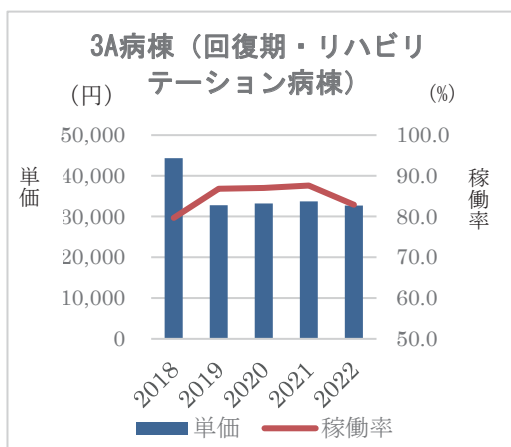


図 10 : 3A 病棟の患者単価・稼働率

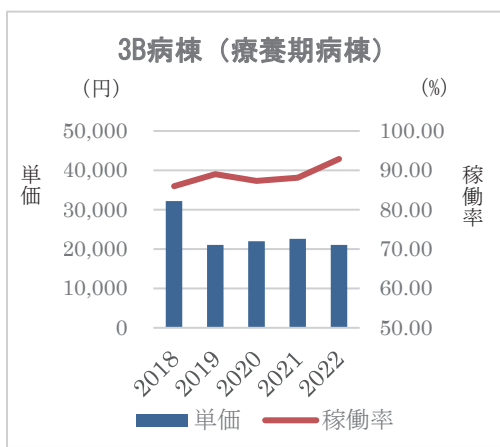


図 11 : 3B 病棟の患者単価・稼働率

（出所：A病院資料より筆者作成）

## 5-3. 入院患者の地域内分布

A病院への入院患者の平均年齢は74.6(10-99)歳、中央値80歳であった(2022年)。A病院の入院患者の郵便番号をGoogle Mapへプロットしたところ、入院患者の分布

に姫路市内での地域差は認められなかった（図12）。

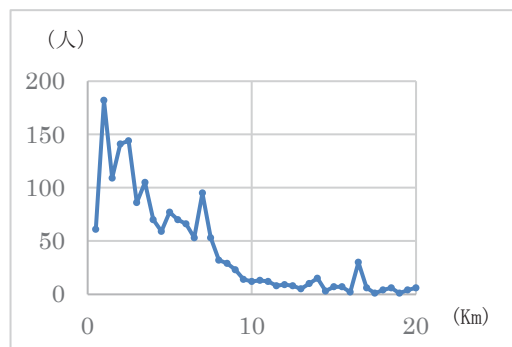
入院患者のA病院から自宅までの距離は、0.5キロ未満 3.6%、1キロ未満 14.4%、3キロ未満 42.7%、5キロ未満 61.1%、10キロ未満 87.5%、20キロ未満 96.8%であった。家族の自宅がA病院に近いと、県外の遠方から入院した患者もみられた。

一般的なケアミックス病院の病院から自宅までの距離の平均は、0.5キロ未満 5.4%、1キロ未満 13.8%、3キロ未満 46.2%、5キロ未満 64.1%、10キロ未満 86.3%とされており（小松（2021））、A病院の入院患者群はおおよそ標準的な診療圏に沿っていた。



（出所：位置情報を Google Map にプロット）

図 12：入院患者の住所分布



（出所：A病院資料より筆者作成）

図 13：自宅からの距離別人数

#### 5-4. A病院の救急医療

A病院では、成人・高齢者の軽症・中等症の症例を中心に救急搬送を受入れている。小児の場合は、軽症症例や軽度の外傷に限定している。A病院の救急搬送受入れ患者数は、2019年の2,119件をピークとして、2022年には1,625件まで徐々に減少した。A病院では COVID-19 感染患者を受け入れていないため、救急搬送要請時に COVID-19 感染が強く疑われる症例や、搬送時に COVID-19 感染陽性が判明した患者を受け入れないため、パンデミックの状態により受入れ患者数が減少したと考えられる（図14）。

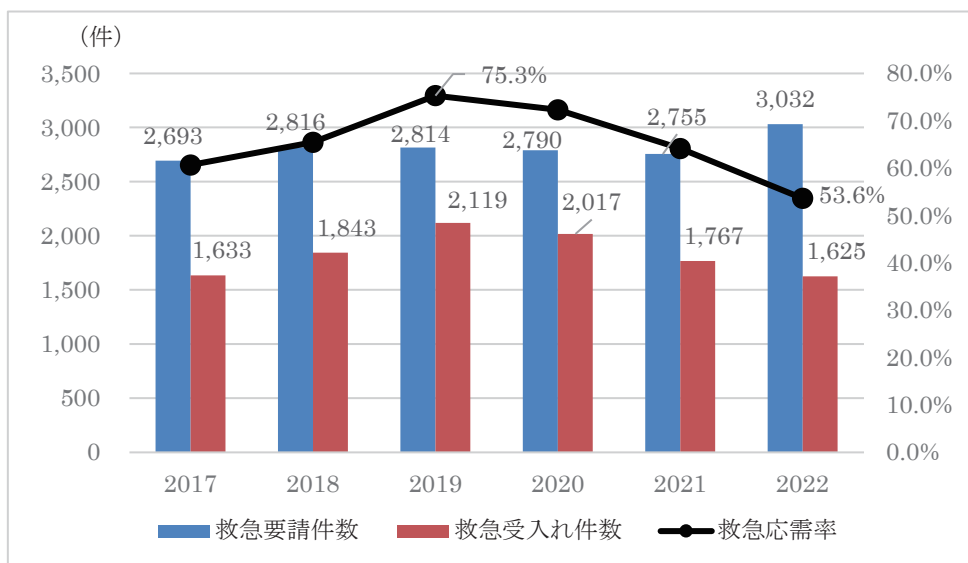
2022年4月1日から2023年3月31日の間の救急患者受入れ状況について、救急搬送とウォークインを合わせた総コール数は3,919件（救急搬送 3,032件、ウォークイン 887件）であった。そのうち、受入数は、2,253件（救急搬送 1,625件（53.6%）、ウォークイン 628件（70.1%））であった。救急搬送受入れ患者は65歳以上の高齢者が多く、ウォークインでは18歳以上65歳未満の成人が最も多かった。5歳未満の乳幼児と5歳以上18歳未満の少年の割合は、救急搬送よりウォークインで多かった（図15、16）。救急車受入れ患者1,625件のうち748件（46.0%）、一般受入れ患者628

件のうち 102 件 (16.2%) が入院した。受入れ断りの理由は、医師による判断が 1,005 件 (60.3%) (うち救急搬送は 871 件 (61.9%)) を占めた。医師による判断の中には、専門外、重症例のため対応不可能といった理由が含まれる。

救急応需率が 10%増加した場合、受入れ患者数は 392 人増加するうち、入院の割合は 37.7%で 148 人 (帰宅は 244 人) となる。A病院の急性期一般病棟 (2A) 平均入院日数 (2017 年から 2021 年) は、9.65 日であった。入院延べ人数は 1,428.2 人増加し、2022 年の 2A 病棟の平均 1 日入院単価は、48,818 円であったことから、年間入院売上 69,721,868 円の増加となる。

一方で、救急外来患者の単価は約 15,000 円 (初診料+時間外加算+採血+CT) と試算すると、244 人の増加で 3,660,000 円増収し、総収益は 73,381,868 円増加する。

日本病院会 QI プロジェクトによる調査 (2019) によると、2018 年の救急車・ホットライン応需率の平均値は 85.1%、中央値は 88.5%とされている。参加病院のほとんどは急性期病院であるが、ケアミックス病院も少数含まれている。救急対応で社会医療法人を取得しており、応需率 85%以上が望ましいと考えられる。A病院の応需率が 53.6%から 85%に上昇すれば、157,037,198 円の増収が見込める。



(出所：A病院資料より筆者作成)

図 1 4 : 救急要請・受入れ件数と救急応需率の推移

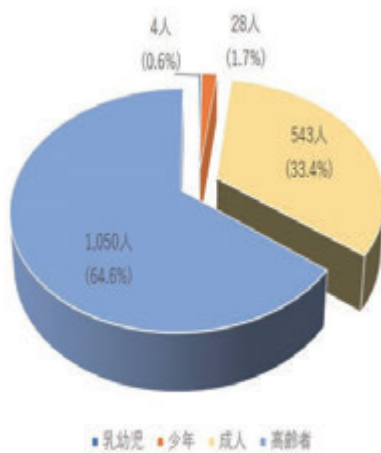
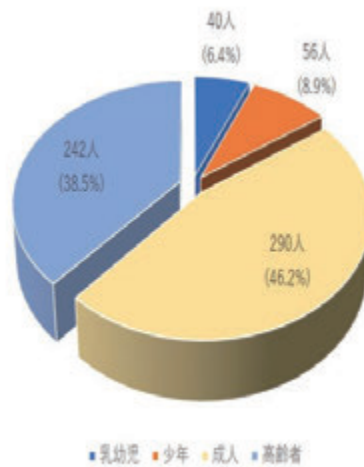


図 15 : 年齢別救急搬送受入数



(出所 : A 病院資料より筆者作成)

図 16 : 年齢別ウォークイン受入数

## 5-5. DPC 分析

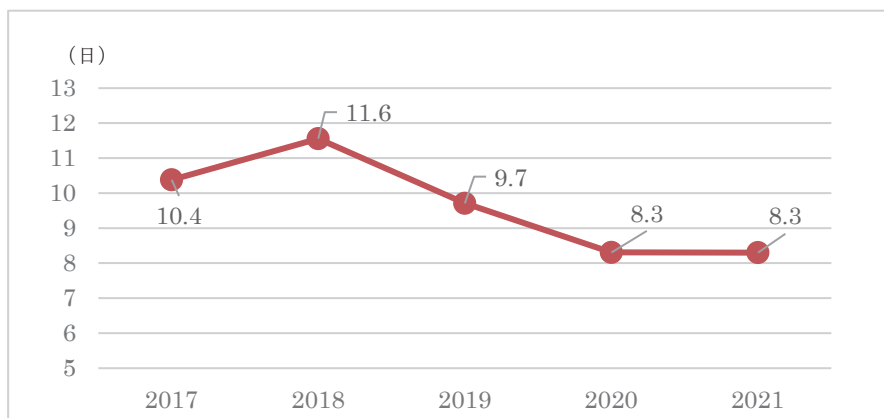
厚生労働省ホームページの DPC 導入の影響評価に関する調査の参考資料を用いて分析した。A 病院の急性一般期病棟における予定外入院は 74.7% (1 カ月あたり 44.6 例)、救急医療入院は 17.9% (1 カ月あたり 10.7 例) であった (2021 年)。

姫路市内のケアミックス病院での急性期一般病棟における予定外入院の平均は 54.4% (15.1-74.7)、救急医療入院の平均は 11.7% (0-51.6) であった (2021 年)。

一方で、姫路市内の急性期病院での急性期一般病棟における予定外入院の平均は 22.1% (2.8-57.3)、救急医療入院の平均は 25.7% (15.8-39.9) であった (2021 年)。

A 病院の予定外入院の割合は、ケアミックス病院の平均と急性期一般病院の平均より高かった。しかし、A 病院の救急医療入院は、ケアミックス病院の平均より高く、急性期一般病院の平均より低かったことから、外来や時間外ウォークイン患者の入院受入れ割合は高いといえる。

A 病院の急性期一般病棟の平均在院日数は、徐々に短縮し、2021 年には 8.3 日となった (図 17)。主要診断群 (MDC : Major Diagnosis Category) では、消化器系疾患、外傷、呼吸器疾患が多かった (表 2)。



(出所：A病院資料より筆者作成)

図 17：急性期一般病棟の平均在院日数

表 2：A病院の患者のMDC疾患分類別人数（2021年）

| MDC疾患分類 | 01   | 03   | 04    | 05   | 06    | 07   | 10   | 11   | 16    | 18   |
|---------|------|------|-------|------|-------|------|------|------|-------|------|
| 患者数     | 45   | 23   | 82    | 31   | 266   | 15   | 31   | 59   | 89    | 29   |
| 割合      | 6.7% | 3.4% | 12.2% | 4.6% | 39.7% | 2.2% | 4.6% | 8.8% | 13.3% | 4.3% |

主要診断群（MDC：Major Diagnosis Category）、01：神経系疾、02：眼科系疾患、03：耳鼻咽喉科系疾患、04：呼吸器系疾患、05：循環器系疾患、06：消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、07：筋骨格系疾患、08：皮膚・皮下組織の疾患、09：乳房の疾患、10：内分泌・栄養・代謝に関する疾患、11：腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患、12：女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩、13：血液・造血器・免疫臓器の疾患、14：新生児疾患、先天性奇形、15：小児疾患、16：外傷・熱傷・中毒、17：精神疾患、18：その他の疾患

(出所：厚生労働省 施設概要表より筆者作成)

## 5-6. A病院の財務分析

A病院の財務諸表（表 3、4）と経営指標（表 5、6）を示す。利益率は、2020年まで増加傾向であったが、社会医療法人となった翌年の2021年に大幅に減少した（図 18）。社会医療法人となる際に消化器外科手術のために設備投資を行ったことに加え、パンデミックによるクラスター発生・病棟閉鎖による減収、感染症対策のための経費を要したためである。しかし、COVID-19 感染患者に対する対応が円滑に行われるようにな

り、病棟閉鎖を行う必要がなくなったため、利益率は改善傾向となった。

ただし、損益計算書においては、社会医療法人化の際に会計基準が変更となり、2019年にそれまで計上していなかった退職引当金を一括計上したため、純資産が一時的にマイナスとなった。経常利益率は、2020年まで上昇傾向で5%を超えたが、2021年には大幅に落ち込んだ。この落ち込みは、パンデミックによる資材の負担増加と設備投資が重なったことによる。その後、COVID-19感染患者への対応力が改善し、2022年には再度、改善傾向となった。

社会医療法人化とパンデミックの影響を受けた2019年と2020年を除外して財務指標を見ると、流動比率と当座比率はほぼ一致し、100%以上で安定している。借入金比率は低下傾向である。また、固定長期適合率は100%以下を維持し、安全性の高い経営が行われているといえる(図19)。総資産利益率(ROA)および自己資本利益率(ROE)も改善傾向となった。生産性指標については、非常勤職員を常勤換算した平均従事者数は352.5人であったため、2022年の従事者1人当たり年間事業収益は11,333千円であった。WAM NET(2021年)によると、一般病院の従事者1人当たり年間事業収益の平均は12,133千円、療養病院の平均は9,226千円であったため、ケアミックス病院としては平均的と考えられる。ただし、販売管理費(人件費・材料費・減価償却費)は明らかにされていない。

表3：損益計算書

(千円)

| 年度       | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      | 2021      | 2022      |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 医業収益     | 3,569,493 | 3,656,430 | 3,711,451 | 3,780,375 | 3,783,669 | 3,994,768 |
| 医業費用     | 3,479,034 | 3,528,950 | 3,554,533 | 3,554,639 | 3,718,996 | 3,876,630 |
| 医業利益     | 90,459    | 127,480   | 156,918   | 225,736   | 64,673    | 118,138   |
| 支払利息     | 11,804    | 9,766     | 7,177     | 6,413     | 6,297     | 5,484     |
| 事業利益     | 91,500    | 128,362   | 154,989   | 215,288   | 38,804    | 87,009    |
| 経常利益     | 124,848   | 167,844   | 191,430   | 208,876   | 32,526    | 81,545    |
| 税引前当期純利益 | -106,637  | 133,503   | 468,699   | 208,111   | 17,679    | 47,877    |
| 当期純利益    | 106,877   | 133,264   | 469,003   | 208,017   | 17,597    | 47,795    |



表4：貸借対照表

(千円)

| 年度    | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      | 2021      | 2022      |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 流動資産  | 782,106   | 729,393   | 687,481   | 1,329,254 | 1,178,541 | 1,102,295 |
| 固定資産  | 1,987,271 | 1,993,665 | 1,887,077 | 1,853,900 | 1,839,074 | 1,851,781 |
| 資産合計  | 2,769,377 | 2,723,058 | 2,574,558 | 3,183,154 | 3,017,615 | 2,954,076 |
| 流動負債  | 506,042   | 482,904   | 847,053   | 1,036,217 | 989,336   | 1,050,626 |
| 固定負債  | 1,964,319 | 1,807,874 | 1,764,228 | 1,975,644 | 1,839,389 | 1,666,765 |
| 長期借入金 | 1,950,322 | 1,799,208 | 1,225,690 | 1,421,671 | 1,222,231 | 1,022,791 |
| 負債合計  | 2,470,361 | 2,290,778 | 2,611,281 | 3,011,861 | 2,828,725 | 2,717,391 |
| 純資産合計 | 299,016   | 432,280   | -36,723   | 171,293   | 188,890   | 236,685   |
| 総資本   | 2,769,377 | 2,723,058 | 2,574,558 | 3,183,154 | 3,017,615 | 2,954,076 |

表5：安全性指標

| 安全性指標   | 2017   | 2018   | 2019     | 2020    | 2021   | 2022   |
|---------|--------|--------|----------|---------|--------|--------|
| 自己資本比率  | 10.8%  | 15.9%  | -1.4%    | 5.4%    | 6.3%   | 8.0%   |
| 固定比率    | 664.6% | 461.2% | -5138.7% | 1082.3% | 973.6% | 782.4% |
| 固定長期適合率 | 87.8%  | 89.0%  | 109.2%   | 86.4%   | 90.7%  | 97.3%  |
| 流動比率    | 154.6% | 151.0% | 81.2%    | 128.3%  | 119.1% | 104.9% |
| 当座比率    | 150.3% | 146.0% | 77.7%    | 124.9%  | 115.7% | 103.0% |
| 借入金比率   | 54.6%  | 49.2%  | 33.0%    | 37.6%   | 32.3%  | 25.6%  |

表6：収益性指標

| 収益性指標   | 2017  | 2018  | 2019     | 2020   | 2021 | 2022  |
|---------|-------|-------|----------|--------|------|-------|
| 売上総利益率  | 2.5%  | 3.5%  | 4.2%     | 6.0%   | 1.7% | 3.0%  |
| 医業利益率   | 2.6%  | 3.5%  | 4.2%     | 5.7%   | 1.0% | 2.2%  |
| 経常利益率   | 3.5%  | 4.6%  | 5.2%     | 5.5%   | 0.9% | 2.0%  |
| 当期純利益率  | 3.0%  | 3.6%  | 12.6%    | 5.5%   | 0.5% | 1.2%  |
| 総資産利益率  | 3.9%  | 4.9%  | 18.2%    | 6.5%   | 0.6% | 1.6%  |
| 自己資本利益率 | 35.7% | 30.8% | -1277.1% | 121.4% | 9.3% | 20.2% |

(出所：A病院資料より筆者作成)

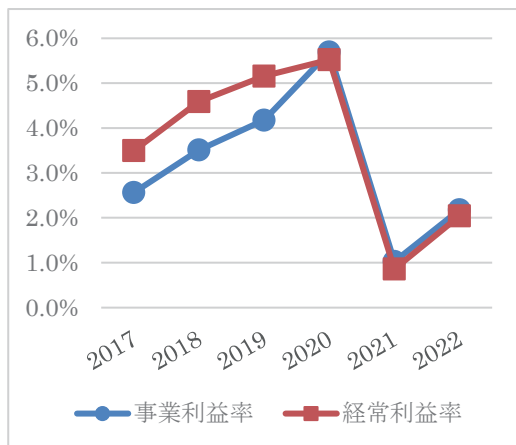


図 18 : 収益性指標の推移

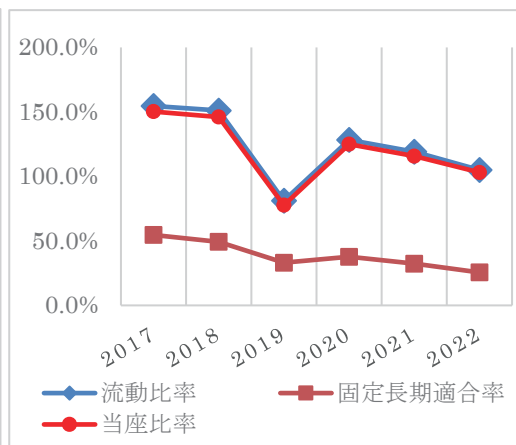


図 19 : 安全性指標の推移

(出所：A病院資料より筆者作成)

## 6. 考察

### 6-1. COVID-19 が経営に及ぼした影響

全日本病院協会（2022）によると、パンデミックが収束し、レセプト件数は前年より16.4%増加したがパンデミック前の水準には戻っていない。パンデミックにより長期処方が増加し、慢性疾患の外来受診回数が減少しており、この動きは今後も持続すると考えられる。

病院運営実態分析調査（2022）によると、外来患者数と比例して入院患者数も推移し、赤字病院は2020年の80.3%から、2022年には73.0%まで減少した。

しかし、薬品、診療材料の費用が大幅に増加傾向となっていた。そのため、これまでよりも損益分岐点に達するために高い病床稼働率が必要となり、入院患者数を増加させる必要がある。井伊（2022）は、現行の診療報酬制度では、病床を埋めることが経営安定化の手段となるため、病床数分の入院患者がいなければ入院日数の延伸や外来医療の入院化のインセンティブが働くと述べている。

稼働率上昇のためには、各病院独自の対策が必要である。A病院では救急外来受診した患者は入院となる場合が多いことから、救急外来の応需率を上げることが直接的に病棟稼働率上昇に繋がると考えられる。

A病院では、急性期一般病棟では、2020年に入院患者数が一時的に低下したが、救

急搬送増加により、その後は回復した。その他の病棟では減少しなかった。2021年には、COVID-19感染患者対策のために費用が増加し、一時的に医業利益率が低下した。

一方で、外部からCOVID-19感染患者受入れを行っていなかったため、急な対応による職員の疲弊が避けられ、回復期リハビリテーション病棟や療養病棟への影響も少なく、入院患者数を維持できていた。

2020年まで上昇傾向であった経常利益率は、パンデミックの影響により、2021年に大幅に落ち込んだ。しかし、予測不能なCOVID-19感染患者の院内発症やクラスター発生に対して、感染防御物資が不足する中で、救急医である院長の指示の下、ゾーニング範囲を設定し、感染患者をICUや個室に隔離することで対応できた。院内で感染防御マニュアルを作成して周知することで急性期一般病棟では新規入院や救急患者受入れ制限を強いられる場面があった。

だが、その他の病棟では小規模のクラスターの発生はあったものの、迅速なゾーニング処置により、病棟閉鎖までには至らなかった。職員は徐々に環境に適応し、感染症への対応力が増した。その結果、2022年には再度経営指標は改善傾向となった。

## 6-2. A病院の今後の救急医療に関する課題と展望

総務省の調査（2022）によると、救急医療の需要は全国的に需要が増大している。それによる救急搬送の選定困難事例増加に対し、鈴木（2010）は、大都市圏では需要の抑制、地方都市では救急医療の供給増加が対策として妥当であると述べている。姫路市でも救急医療の需要は増加しており、いわゆる「コンビニ受診」は医療スタッフのモチベーション低下にも繋がるため抑制を促す必要はあるものの、先に述べたように、応需率を上昇させることで直接的に経営の安定化が見込める。

A病院では、すでに救急搬送の受入れを円滑にするために、2022年より時間外の救急外来担当看護師が2名とされた。だが、整形外科と脳神経外科の輪番日以外は、当直医師は1名の体制である。

この勤務体制下で応需率を上げるための対策としては、外傷への対応強化、消化管出血症例への対応といったプライマリ・ケアの強化があるが、現行の医療提供体制においては、診療科毎に専門が細分化しており、救急医療の応需率低下を招いている。そのため、複数の診療科の当直医師を配置することが効果的である。

一方で、一般的に高度救急に対応できる人員と設備を備えるほどに救急医療は経費が収益を上回る場合が多いと考えられている。岡本（2006）は救急医療において、「診療経費の削減効果は期待できず、患者を増やす方策が有効と考えられた。その

際、診療単価は低いものの限界利益率が高い一次救急外来患者の増加が効率的と示唆された。」と述べている。

高度救急医療は、多額の設備投資を要するため損益分岐点に達するためには多数の症例を集める必要があり、特に地方の中小病院では負担が大きくなるため、その任は公的病院に任せるのが妥当と考えられる。

したがって、A病院では、それ以外の軽度・中等度の救急症例を受け持つことで、姫路市内の医療を支える一翼を担う。さらに、A病院の軽症・中等症をターゲットとした救急医療は内科系・外科系といった複数当直医の体制としても応需率が上昇すれば、経営を圧迫することはない。ただし、地方病院で複数の当直医師を継続的に確保することは困難である。

その他にも、急性期患者は、2A（急性期一般病棟）または2B（地域包括ケア病棟）へ入院することになる。応需率が上昇して夜間に複数の救急患者が入院すると病棟看護師に大きな負担がかかるという問題も発生する。

このため、外来で問診と入院の説明、内服薬の確認といった事務作業を済ませることで、病棟看護師への負担を避け、夜間の人員不足による事故等や、不適切な対応を防ぐ工夫が必要となると考える。

### 6-3. 総合診療医（プライマリ・ケア医）の育成のための「学習の場」の確保

日本プライマリ・ケア連合学会によると、プライマリ・ケアとは、「身近にあり、何でも相談にのれる総合的な医療を提供する」とされている。2025年を目標とした地域包括ケアシステムに必要な要件とは、多疾患併存患者に対応して、幅広いコモディティーズの診療を行い、必要に応じて円滑な入院加療を行うことができるというものである。その意味では、プライマリ・ケアから終末期医療まで包括的な医療を提供できるケアミックス病院という形態が「地域を支える」という意味では最もふさわしい。

A病院は、急性期一般病棟への入院患者の74%を緊急入院患者が占め、救急患者の受入れは入院患者数増加による病床稼働率向上に直結する。しかし、当直医は1名体制のため、約半数の救急要請患者の受入れができおらず、その主な理由は専門外ということである。これを解決する手段として、勤務医師間の連携を密にすることが有効である。救急搬送症例は、内科・外科・脳神経外科・整形外科と多岐に及ぶが、常勤医師の誰かはその疾患に対応可能である。受入れ症例毎に専門の医師に対応を問い合わせることにより、プライマリ・ケアを行うことができる症例が増加する。対応できない場合は高度医療機関への搬送が必要であるが、救急隊のトリアージにより重症

例が除外されていることが多く、ほとんどの症例は入院翌日の専門医が対応できる。

岡田ら（2021）は、総合診療科の創設や不応需症例の是非について検討を行うことで、不応需症例が減少したと報告した。このようにA病院では少人数の常勤医師と非常勤医師で救急当番を受け持っているため、そういったプライマリ・ケアに関する他科へのコンサルトが各医師のリスクリングに繋がり、各医師の対応力が拡大すると考えられる。

すでにA病院では、救急専門医である院長がリーダーとなり、様々な診療科の医師で数人のチームを形成して、総合診療科として日勤帯の救急症例に対応している。これはプライマリ・ケアを充実させることで、応需率を上昇させる試みといえ、重要といえる。

プライマリ・ケアも細分化した医療の1つであるが、日本では欧米の Family Practice に対応する家庭医といったプライマリ・ケアを主体とする講座を持つ教育機関が少ないため、プライマリ・ケアを得意とする医師の育成が遅れている。これが救急医療の困難さを助長していると考えられる。

A病院では、チームとしてあらゆる疾患に対応していくことで、医師の年齢を問わず疾患に対する対応力を強化するといったリスクリングが行われている。総合診療科の医師たちは、連日、救急搬送されてくる患者の対応をチームで経験することにより、各自が確実に応需率を上げられるようになっている。

今後は、プライマリ・ケア教育の標準化が必要であり、プライマリ・ケア習得を希望する医師を集めた「学習の場」を院内に設けることが救急外来を維持していくためのカギになると考えられる。

#### **6-4. A病院の経営から見える今後の地方を支える中小病院のあり方**

井深（2021）は、COVID-19 患者受入れ病床は誘因としての補助金があるにも関わらず増加しておらず、その原因として、補助金の対象範囲にクラスター発生やそれに伴う病院・病棟閉鎖による減収のリスクに対する補償がない、地域の医療提供体制の中で医療機関間の分担を調整する仕組みがないことを挙げている。

日本看護協会（2020）の調査によると、COVID-19 患者受入れ病院では、2020年の時点で看護師の離職が約20%の病院で見られた。しかし、佐々木（2021）は、現在では受入れをしていない病院においても継続的に感染患者が日常的に発生するため COVID-19 感染患者への対応を十分に経験し、受入れそのものが離職の原因となりにくくなったと述べた。

2023年5月にCOVID-19感染が第5類感染症に引き下げられ、COVID-19感染を特殊な疾患ではなく一般的な感染症として扱う「ウィズコロナ時代」が到来したと言える。だが、院内で発熱患者が多発した場合、高齢者への感染、職員の感染によるマンパワー不足、日常診療への支障を再び来たす可能性がある。医業の利益率は低いため余剰人員を配置することは難しく、「ウィズコロナ時代」においては、地域医療を担う民間病院でもCOVID-19感染患者の対応に関するマネジメント能力を上げていく必要がある。

今後も医療従事者は、感染防御を継続しつつ医療の提供を従来通りに提供し、外来から持ち込まれる感染源の院内への蔓延を防ぐ努力を継続する必要がある。そのため、どのような状況にも対応できる柔軟性が高い病院経営が求められる。

姫路市での医療需要はしばらく維持される見通しであり、救急医療の需要は高い。また、近隣の大病院からA病院外来・入院への紹介患者数は増加傾向であり、特に、地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟・療養期病棟に対する近隣病院からの転院加療の需要は依然として高い。これはA病院のMSWスタッフによる受入れ可能患者に関する広報活動と、問い合わせ症例に対する迅速な回答を行う努力が着実に実を結んだ結果と考えられる。救急医療による集患と共に、亜急性期・慢性期患者の受入れにより病棟の高い稼働率が維持され、安定した経営が行われている。

法人では、今後、老人保健施設の経営も行われており、事業の拡張が維持され、さらなる発展が見込まれる。

またA病院関連施設の老人保健施設では、ベトナム国籍の外国人が特定技能資格で4人が勤務しており、A病院の2人と合わせて、法人全体では6人が勤務している。今後、人口減少による雇用の確保が困難となることを見込まれており、外国人労働者を確保していくことが施設を維持していく上で重要となる。外国人労働者が快適に勤務できる環境を整備し、将来の労働力確保が喫緊の課題と考えられる。

このように外国人労働者の雇用環境を整えることは、文化や習慣を十分に理解する必要がある、一朝一夕にできるものではない。今後の雇用情勢に注目しつつ、徐々に外国人の雇用枠を拡大していく努力が必要である。

そして、姫路市内では在留外国人が増加しており、外国人への対応も強化することで集患に繋がる可能性がある。院内表示の多言語化、多言語に対応した問診票の準備、職員への外国語習得の奨励、マルチリンガル職員の採用といった検討をすべきと考えられる。

## 7. おわりに

地域包括ケアシステムの概念の基づいた地域を支える病院の条件は、地域の住民に生じるコモディージェズを幅広く受け止め、高齢化社会で多疾患を抱える患者に適切に対応し、その家族にも安心感を与えることができるシステムを持つことである。

ケアミックス病院としてのA病院の特徴として、急性期疾患から慢性期疾患まで幅広く扱うが、急性期と慢性期では患者を集める手段が異なる。この点について、A病院では、救急医療により入院患者数を増やすと同時に、回復期・慢性期疾患の患者を近隣の急性期病院より受け入れるといった2本の柱があった。

さらに、高齢化した急性期患者は、亜急性期のリハビリテーションや、その後の療養を必要とする頻度が高く、2本の柱を効果的に連携させ、病棟の高い稼働率を維持することにより経営が成立していた。

パンデミック下においても、急性期一般病棟や地域包括ケア病棟で日常的に発生するコモディージェズによる入院患者を受け入れ、術後の患者を回復期リハビリテーション病棟でリハビリテーションを行い、療養病棟では高齢者や認知症患者を受け入れて患者家族の負担を軽減していた。また、急性期一般病棟があるため COVID-19 感染患者に対する対応も十分に行っていた。

そして、医療の細分化により専門化が進む現状に対しては、A病院では、様々な診療科の医師を総合診療科医師として活躍させるべく、プライマリ・ケアに関するリスクリングがされており、今後の救急外来診療や多疾患併存患者への対応を維持する努力が行われていた。プライマリ・ケア医や救急医が地方病院において、専門化された勤務医師に対してリスクリング教育を行うことは、持続的に地域医療を支える意味でひとつのモデルとなりうる。

A病院は、救急医療に対応することで集患し、地域の信頼を得ており、大病院からの回復期・慢性期患者を受け入れることで病棟の稼働率を上げてきた。現在のところ、急性期から回復期・慢性期まで一貫した医療を提供できる環境が構築されつつある。

今後の課題としては、救急外来応需率の上昇、継続的な医師確保による救急医療体制の維持、総合診療医育成の標準化、近隣病院との連携強化、ケアミックス病院で行うべき救急診療や急性期医療の原価計算、変化する医療環境への柔軟な対応が必要と考えられた。

## 謝辞

本論文の作成にあたり、終始適切な助言を賜り、また丁寧な指導して下さい、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫特任教授、筒井孝子教授、木下隆志教授、貝瀬徹教授、また、資料提供していただいたA病院の皆様に感謝の意を表します。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] 福島 正人 (2021) 「「ウィズ・コロナ」の時代における地域中核病院としての取り組み。」『日医大医会誌』 第 17 巻第 1 号、pp. 28～29。
- [2] 四方 哲(2021)『地域医療学のブレイクスルー』中外医学社。
- [3] 小松 大介、大石 佳能子/株式会社メディヴァ・コンサルティング事業部(2021)『病院経営の教科書 第 2 版』日本医事新報社。
- [4] 飛田 英子(2015)「日本版家庭医「地域ドクター」(仮称)の育成 および制度の普及・定着に向けて ―報酬面の取り組みを中心に―」『JR I レビュー』第 9 巻 28 号、pp. 47～62。
- [5] 鈴木 昌 (2010)「救急搬送先病院の選定困難事案多発の原因についての検討」『日本救急医学会雑誌』第 21 巻、pp. 899～908。
- [6] 岡本 健 (2006)「HOMAS(国立大学病院管理会計システム)による救急医療部門の経営分析」『日本救急医学会雑誌』第 17 巻、pp. 210～218。
- [7] 岡田 和弘(2021)「救急搬送不応需が大幅に減少した地域病院の統合事例」『日本臨床救急医学会雑誌』24 巻、pp. 729～733。
- [8] 井深 陽子(2021)「新型コロナウイルス感染症をめぐる医療提供体制に関する一考察」『日本労働研究雑誌』729 巻 (April)、pp. 20～24。
- [9] 佐々木 悦子 (2021)「コロナに関する調査で明らかになった医療現場の実態」『医療労働』647 巻、pp. 10～16。
- [10] 井伊 雅子 (2022)「COVID-19 パンデミックでの患者の受療行動と医療機関の収益への影響」『財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」』第 148 号、pp. 133～160。

## 引用ホームページ

- [1] 新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査(2020 年度第 4 半期).



- [https://ajhc.or.jp/siryu/20210603\\_covid19ank.pdf](https://ajhc.or.jp/siryu/20210603_covid19ank.pdf) (2023年8月22日アクセス)
- [2] 病院経営定期調査 2022年度.  
[https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/221214\\_2.pdf](https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/221214_2.pdf) (2023年8月22日アクセス)
- [3] 厚生労働省地域包括ケアシステム  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/) (2023年8月22日アクセス)
- [4] 日本郵便、郵便番号データダウンロード  
<https://www.post.japanpost.jp/zipcode/download.html> (2023年8月22日アクセス)
- [5] 緯度経度から2地点間の距離を計算する！  
<https://komoriss.com/calculate-distance-between-two-points-from-latitude-and-longitude/> (2023年8月22日アクセス)
- [6] 厚生労働省、病院経営管理指標及び中小病院の経営の方向性に関する調査  
[https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho3\\_0004.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/dl/houkokusho3_0004.pdf) (2023年8月22日アクセス)
- [7] 姫路市ホームページ、毎月の人口統計  
<https://www.city.himeji.lg.jp/shisei/0000004686.html>  
(2023年8月22日アクセス)
- [8] 日本医師会地域医療情報システム (JMAP)  
<https://jmap.jp/cities/detail/city/28201> (2023年8月22日アクセス)
- [9] 総務省、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査  
[https://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/jichi\\_gyousei/daityo/jinkou\\_jinkoudoutai-setaisuu.html](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/daityo/jinkou_jinkoudoutai-setaisuu.html) (2023年8月22日アクセス)
- [10] 大阪 Deep 案内  
<https://osakadeep.info/vietnamese-in-himeji/#gsc.tab=0>  
(2023年8月22日アクセス)
- [11] 出入国在留管理庁、在留外国人統計 (2022年12月)  
[https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei\\_ichiran\\_touroku.html](https://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html) (2023年8月22日アクセス)

- [12] 厚生労働省ホームページ、DPC 導入の影響評価に関する調査  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00006.html)  
(2023 年 8 月 22 日アクセス)
- [13] WAM NET、2021 年度(令和 3 年度) 病院の経営状況  
[https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/2021\\_byouin\\_shihyouD.pdf](https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/2021_byouin_shihyouD.pdf)  
(2023 年 8 月 22 日アクセス)
- [14] 姫路市ホームページ、令和 4 年中救急統計(確定値)  
[https://www.city.himeji.lg.jp/shisei/cmsfiles/contents/0000016/16496/R4\\_kyuukyuuoukei.pdf](https://www.city.himeji.lg.jp/shisei/cmsfiles/contents/0000016/16496/R4_kyuukyuuoukei.pdf) (2023 年 8 月 22 日アクセス)
- [15] 2018 年度 QI プロジェクト結果報告、一般社団法人の本病院会  
<https://www.hospital.or.jp/qipro/report/file/1674318207.pdf>  
(2023 年 8 月 22 日アクセス)
- [16] 全日本病院協会、全日病ニュース(2022 年 7 月 15 日号)  
<https://www.ajha.or.jp/news/backnumber/pdf/2022/220715.pdf>  
(2023 年 8 月 22 日アクセス)
- [17] 全国公私病院連盟、令和 4 年病院運営実態分析調査の概要  
<https://www.byo-ren.com/pdf/r4gaiyou.pdf> (2023 年 8 月 22 日アクセス)
- [18] 総務省、「令和 4 年版 救急・救助の現況」  
[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/000856261.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/000856261.pdf)  
(2023 年 8 月 22 日アクセス)
- [19] 日本看護協会(2020)、「看護職員の新型コロナウイルス感染症対応に関する実態調査」結果概要  
[https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid\\_19/press/pdf/press\\_conference1222/01.pdf](https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/covid_19/press/pdf/press_conference1222/01.pdf) (2023 年 8 月 22 日アクセス)