

2024年7月3日

医療機関 理事長 様
病院長 様

新潟県民主医療機関連合会
会長 岡田 節朗

医療機関の経営状況についてのアンケートへのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私たちは新潟市と長岡市で医療機関・介護事業所を営む連合体です。医療・介護・福祉の充実を求める運動にも取り組んでいます。地域の医療機関の皆様とは各地でお世話になり、感謝申し上げます。

さて、2024年度（令和6年度）診療報酬改定が6月より施行されました。今回の改定も含めて診療報酬は、昨今の電気・ガス料金の値上げをはじめとする物価高騰や人材不足、賃金改善等に対応しなければならない医療機関の経営実態に見合わないものと言わざるを得ません。経常損益の厳しさとともに、何より経営維持のための必要な事業キャッシュが獲得できず、資金繰りに困難をきたしているのは私たち民医連加盟事業所のみではないと考えます。私たち医療機関は、地域の医療を守るために経営の窮状を広く伝える努力が必要だと思えます。

今回、医療機関の経営実態を明らかにするための全国的なアンケートをお願いすることといたしました。国・自治体に医療機関の厳しい経営実態を理解して頂くための資料になればと考えております。

ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、趣旨をご理解いただき、何卒アンケートにご協力賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. アンケート名：医療機関の経営状況についてのアンケート
2. 目的：医療機関の経営実態を明らかにするためのデータといたします。
3. 回答締切・回答方法：

2024年7月31日（水）までにご回答をお願いいたします。

ご回答は郵送（返信用封筒をご使用下さい）又は、Google フォームよりお願いいたします。以下のリンクをご入力いただくか、QRコードを読み取ってご回答下さい。

<Google フォーム>

<https://forms.gle/Fs1izXtMEnjasv3E7>



<本件に関する問い合わせ先>

新潟県民主医療機関連合会 担当：小網孝志（こあみたかし）

新潟市中央区医学町通1-45 第2関本ビル2階

電話：025-224-4073 FAX：025-225-5260

e-mail: miniren@niigata-min.or.jp

※ ご回答いただいた内容は、アンケートの集計目的に利用し、個別の医療機関名及び個人が特定されるような取り扱いは一切いたしません。

以上

医療機関の経営状況についてのアンケート

下記アンケートにご協力ください

貴事業所についてご記入ください。

所在地都道府県		所在地市区町村	
---------	--	---------	--

1. 2024年度診療報酬改定の影響について

1-1. 2024年度診療報酬改定の影響はありますか。該当するものに○をつけてください。

①増収増益		②増収減益		③減収増益		④減収減益		⑤変わらない	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	--------	--

1-2. 2024年度改定で新設されたベースアップ評価料や、基本診療料の改定は政府目標の“2年間で4.5%の職員の処遇改善”を行うために十分ですか。該当するものに○をつけてください。

①十分		②不十分		③十分かは不明	
-----	--	------	--	---------	--

2. 経営の現状について

2-1. 各年度の経常利益について、該当するものに○をつけてください。

	黒字	赤字
2018年度		
2019年度		
2020年度		
2021年度		
2022年度		
2023年度		

2-2. 資金繰りの状況について、該当するものに○をつけてください。

①容易		②さほど厳しくない		③やや厳しい		④厳しい	
-----	--	-----------	--	--------	--	------	--

2-3. 金融機関等からの借入金年間返済額ははおおむね年収の何%ですか。該当するものに○をつけてください。

①1%未満		②2%未満		③3%未満		④4%未満		⑤5%未満		⑥5%以上	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--

2-4. 病院の建替えやリニューアルの予定がありますか。該当するものに○をつけてください。

①予定なし		②5年以内		③6年～10年以内	
-------	--	-------	--	-----------	--

3. 医療従事者の体制について

3-1. 医師体制は充足していますか、該当するものに○をつけてください。

①充足		②不足	
-----	--	-----	--

3-2. 看護師体制は充足していますか、該当するものに○をつけてください。

①充足		②不足	
-----	--	-----	--

3-3. 薬剤師体制は充足していますか、該当するものに○をつけてください。

①充足		②不足	
-----	--	-----	--

3-4. 看護補助者体制は充足していますか、該当するものに○をつけてください。

①充足		②不足	
-----	--	-----	--

3-5. その他の医療従事者（コメディカル・事務等）体制は充足していますか、該当するものに○をつけてください。

①充足		②不足	
-----	--	-----	--

4. 医療機関の経営を安定させるためには何が必要か。お考えをお聞かせください。（国・自治体への要望・医療機関の課題など）

--

差し支えなければご記入をお願いいたします。

法人名	
病院名	
ご担当者名	
ご連絡先電話番号	
メールアドレス	

お忙しい中、ご協力ありがとうございました。