

医療情報
ヘッドライン

次期診療報酬のマイナス改定を要請 引き下げ分は国民に還元すべき

▶健康保険組合連合会など

介護サービス提供の有床診療所評価見直し 空床を利用し地域包括ケアの機能を強化

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

経営
TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向/概算医療費（平成29年3月）

経営情報
レポート

地域包括ケアシステムの深化・推進
2018年度介護保険制度改革の概要

経営
データ
ベース

ジャンル：経営計画 サブジャンル：経営分析
経営分析に必要な知識
当座比率の活用

次期診療報酬のマイナス改定を要請 引き下げ分は国民に還元すべき

健康保険組合連合会など

11月22日、健康保険組合連合会（健保連）や日本経済団体連合会（経団連）など6団体は、加藤勝信厚生労働相に次期診療報酬のマイナス改定を要請し、薬価改定や薬価制度改革の引き下げ分は診療報酬に充当させず、確実に国民に対して還元するべきだとした。

■社会保障費の増大は保険料負担を増加させ、企業および個人の経済活動の足かせとなる
要請を行ったのは、健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、全国健康保険協会、全日本海員組合、日本経済団体連合会、日本労働組合総連合会の6団体で、いずれも健康保険制度や診療報酬改定について審議する厚生労働相の諮問機関である中央社会保険医療協議会の「支払側委員」である。診療報酬の改定は、厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会および医療部会で基本方針の策定を行つたうえで中央社会保険医療協議会の承認を得て決定されるフローとなっており、次期改定まで3ヶ月強のこのタイミングで支払側委員が発するメッセージには大きな意味がある。

6団体は、マイナス改定を要請する根拠として、国内経済の状況を挙げた。緩やかな回復基調にあるしつつ、「デフレ脱却・経済再生を達成するほどの力強い成長には至っていない」とし、医療費を含めた社会保障費の増大は、保険料負担を増加させ、企業および個人の経済活動の足かせとなって経済成長を鈍化させるとした。

■国民医療費は増加傾向で、2025年度には約61兆円に達すると推計

現在42兆円を突破している国民医療費は、今後も増加傾向にある。また厚労省が6月に発表した「医療保険制度改革について」によれば、団塊の世代が全員75歳以上となる2025年度には約61兆円に達すると推計されており、できるだけ抑制したい意向がある。同じく6月に閣議決定された「骨太の方針2017（経済財政運営と改革の基本方針2017）」でも「人口・高齢化の要因を上回る医療費の伸びが大きいことや、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえつつ、診療報酬改定の在り方について検討する」とマイナス改定を促す意図を明らかにしていた。

また、6団体は医療機関全体の経営状況についても、「全体として経営状況にやや悪化の傾向は見られるものの、過去5年間を見ても国公立病院以外は概ね堅調」とし、過去の診療報酬改定でプラス改定が行われてきたためギャップが大きくなっていると断じている。この点に関しては財務省の財政制度等審議会でも同様の指摘をしており、診療側委員の反発を受けている厚労省がマイナス改定を決断できるよう、支払側委員が後押しするための要請と考えるのが自然だ。今後の焦点は、マイナスの度合いをどの程度にするかに移っていくことになるだろう。

介護サービス提供の有床診療所評価見直し 空床を利用し地域包括ケアの機能を強化

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、11月17日の中央社会保険医療協議会総会で、介護サービスを提供する有床診療所の評価を見直す方針を明らかにした。「地域包括ケア」を担う存在として機能強化を図ることで、空床を有効利用させる。

■有床診療所は年々減少、1997年に20,000

施設あったが、昨年は7,629施設

有床診療所は、入院施設を備えた医療機関。ベッド数は19床以下となっている(20床以上の場合は病院)。現在、内科が全体の約3分の1を占めており、ついで多いのが産婦人科であり、以下整形外科、外科、眼科の順となっている。

診療所での診療を担う医師が高齢化している傾向にあるほか、24時間365日対応できる体制を整えることが困難になっているため、年々その数は減少しており、20年前の1997年には20,000施設あったのが、昨年は7,629施設となっている。

ただし、都道府県別に見るとばらつきが多く、全国平均よりも有床診療所の病床数が上回っている県も少なくない。地域によっては未だ重要な医療拠点であることが窺えるため、持続可能な経営環境を整える必要性があるとされる。また、「病床機能報告」によれば、「専門医療」と「在宅医療および介護施設への受け渡し」に二分化されることが判明しているため、空床を利用した介護サービスの提供を推進することにより、安定的な運営を促す意

図がある。

とりわけ内科、外科、整形外科は、介護サービスとの親和性が高い。現在、内科、外科、整形外科を標榜している有床診療所の約4~5割が介護サービスを実施しており、実施していない診療所でも、うち約1割が今後の参入を検討している。

また、厚労省の調査によれば、介護収入がある有床診療所のほうが経常利益率が高く、地域包括ケアシステムを構築していくうえでも効果的な施策だといえる。

■短期入所療養介護や、看護小規模多機能型 居宅介護の導入を増やしたい考え

具体的には、短期入所療養介護(医療型ショートステイ)や、それを発展させた小規模多機能型居宅介護の導入を増やしていきたいというのが厚労省の考え方とする。いずれも空床を有効利用できるため、有床診療所にとっても参入しやすいと考えられる一方で、人材確保は大きな課題となってくるだろう。

尚、「介護事業に参加しない理由」についての有床診療所に対する調査では、「医療だけに専念したい」に次いで、「介護職員の確保が困難だから」との回答が多い。施設基準のハードルを低めに設定するだけでは解決できない地域もあることが想定されるほか、評価がどの程度手厚く見直されるかによっても影響されるため、厚労省が今後どのような具体案を提示してくるかに注視する必要がある。

最近の医療費の動向

/概算医療費(平成29年3月)

厚生労働省 2017年9月15日公表

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

		総 計	医療保険適用							公 費	
			75歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳以上		
					本 人	家 族					
平成 24 年度		38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0	
平成 25 年度		39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0	
平成 26 年度		40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0	
平成 27 年度 4~3月		41.5	24.2	12.2	6.4	5.2	12.0	1.5	15.2	2.1	
	4~9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0	
	10~3月	21.2	12.4	6.3	3.3	2.7	6.1	0.8	7.7	1.1	
平成 28 年度 4~3月		41.3	23.9	12.3	6.5	5.2	11.5	1.4	15.3	2.1	
	4~9月	20.4	11.8	6.0	3.2	2.5	5.8	0.7	7.6	1.0	
	10~3月	20.9	12.1	6.3	3.4	2.7	5.7	0.8	7.8	1.0	
	2月	3.4	1.9	1.0	0.5	0.4	0.9	0.1	1.2	0.2	
	3月	3.7	2.1	1.1	0.6	0.5	1.0	0.1	1.4	0.2	

- 注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。
医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。
- 注 2. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」と「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

○医療費

(単位:兆円)

		総計	診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
平成 24 年度		38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度		39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
平成 26 年度		40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
平成 27 年度 4~3 月		41.5	32.6	15.6	14.2	2.8	7.9	0.8	0.16	16.4	22.1	2.8
4~9月		20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
10~3 月		21.2	16.6	7.9	7.3	1.4	4.1	0.4	0.08	8.3	11.4	1.4
平成 28 年度 4~3 月		41.3	32.8	15.8	14.2	2.9	7.5	0.8	0.19	16.5	21.7	2.9
4~9月		20.4	16.2	7.8	7.0	1.4	3.7	0.4	0.09	8.2	10.7	1.4
10~3 月		20.9	16.6	8.0	7.2	1.4	3.8	0.4	0.10	8.4	11.0	1.4
2 月		3.4	2.7	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.02	1.4	1.8	0.2
3 月		3.7	2.9	1.4	1.3	0.3	0.7	0.1	0.02	1.4	1.9	0.3

注1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1) 医療機関種類別医療費

○医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位: %)

	総計	医科計	医科病院					医科 診療所	歯科計		保険 薬局	訪問 看護 ステー ション	
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院			歯科 病院	歯科 診療所			
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
平成 26 年度	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9
平成 27 年度 4~3 月	3.8	2.6	2.9	4.2	3.3	2.6	▲6.9	1.7	1.4	2.0	1.3	9.4	17.3
4~9月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	▲7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2	16.2
10~3 月	4.9	3.4	3.9	5.9	4.5	3.1	▲6.5	2.4	2.0	3.3	1.9	11.4	18.3
平成 28 年度 4~3 月	▲0.4	0.4	0.9	2.6	0.7	0.9	▲11.0	▲0.9	1.5	3.4	1.4	▲4.8	17.3
4~9月	0.8	1.1	1.7	4.1	1.8	1.3	▲ 9.6	▲0.3	2.2	4.6	2.0	▲1.5	17.3
10~3 月	▲1.6	▲0.2	0.2	1.1	▲0.4	0.6	▲12.4	▲1.3	0.8	2.1	0.7	▲7.8	17.3
2 月	▲5.3	▲3.7	▲2.3	▲1.8	▲2.6	▲2.0	▲14.9	▲7.2	▲2.9	0.9	▲3.2	▲12.3	15.5
3 月	▲2.4	▲1.2	▲0.3	▲0.2	▲1.3	0.7	▲13.9	▲3.4	2.7	2.9	2.7	▲8.8	17.2

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医療機関をいう。「公的病院」は国(独立行政法人を含む)の開設する医療機関、公的医療機(開設者が都道府県、市町村等)及び社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会等)の開設する医療機関をいう(ただし、医育機関を除く)。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位:%)

医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他	
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
平成 26 年度	0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
平成 27 年度4~3月	1.7	1.6	2.6	▲ 1.1	1.6	2.5	0.4	3.4	1.7	2.0
4~9月	1.0	1.2	2.2	▲ 2.2	▲ 0.0	1.3	▲ 0.2	2.9	0.5	1.5
10~3月	2.4	2.0	2.9	▲ 0.0	3.2	3.9	1.0	3.9	2.8	2.5
平成 28 年度4~3月	▲ 0.9	▲ 1.0	▲ 0.7	▲ 3.9	0.5	0.7	▲ 1.2	0.1	▲ 1.1	▲ 1.0
4~9月	▲ 0.3	▲ 0.7	0.1	▲ 2.9	1.1	0.9	▲ 0.6	1.0	▲ 1.1	▲ 0.5
10~3月	▲ 1.3	▲ 1.3	▲ 1.5	▲ 5.0	▲ 0.2	0.5	▲ 1.9	▲ 0.8	▲ 1.1	▲ 1.6
2月	▲ 7.2	▲ 7.6	▲ 18.6	▲ 9.4	▲ 3.8	▲ 4.3	▲ 5.4	▲ 3.0	▲ 8.6	▲ 5.6
3月	▲ 3.4	▲ 4.6	▲ 12.0	▲ 6.9	0.7	1.2	▲ 1.0	▲ 0.5	▲ 2.8	▲ 1.8

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位:%)

医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	医科診療所	
					診療所	
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
平成 27 年度4~3月	2.6	2.8	2.8	2.3	1.1	▲ 2.8
4~9月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	▲ 2.8
10~3月	2.9	3.5	3.3	2.5	1.5	▲ 2.8
平成 28 年度4~3月	1.4	1.6	1.7	1.0	▲ 0.8	▲ 2.9
4~9月	1.6	2.4	2.0	1.1	0.4	▲ 3.0
10~3月	1.2	0.9	1.4	1.0	▲ 2.0	▲ 2.8
2月	▲ 0.8	▲ 1.7	▲ 0.2	▲ 1.2	▲ 5.8	▲ 4.5
3月	1.2	0.7	1.0	1.4	▲ 3.9	▲ 2.8

注1) 医療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は、医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費（平成29年3月）の全文は、
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



地域包括ケアシステムの深化・推進 2018年度介護保険 制度改正の概要

1. 地域包括ケアシステム強化法案が成立へ
2. 要介護度を改善した自治体に交付金を付与
3. 新たな介護保険施設・新機能サービスの創設



■参考および引用

- 日経ヘルスケア 2017年4月号 特集「激動の介護マーケットを読み解く」
厚生労働省 「市町村介護予防強化推進事業報告書～資源開発・地域づくり実例集～」
厚生労働省 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント」

1

医業経営情報レポート

地域包括ケアシステム強化法案が成立へ

■ 地域包括ケアシステム強化法案とは

平成 29 年 4 月 18 日に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」（以下、「地域包括ケアシステム強化法案」）が衆議院本会議において可決され、今国会で成立しました。

本法案は、介護保険法をはじめとして、老人福祉法、医療法、児童福祉法、高齢者虐待防止法など 31 本の法改正を束ねるもので、この成立により、平成 30 年度介護保険制度改正の大枠が固まりました。

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようすることを目的とするものです。

■ 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の概要

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ①自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）
- ②医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）
- ③地域共生社会の実現に向けた取組の推進等
(社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法)

II 介護保険制度の持続可能性の確保

- ①2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割に引き上げ（介護保険法）
- ②介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

■ 地域包括ケアシステムの深化・推進

(1) 財政的インセンティブの導入で保険者機能の強化

今回の改正案では、市町村の権限強化として、財政的インセンティブが新たに導入されます。これは、自立支援や介護予防などで成果を上げている市町村や、それを支援する都道府県を評価し、国からの交付金を増額するというものです。

具体的には、国から提供されたデータを分析した上で、計画を策定するとともに「介護予防・重度化防止等の目標を設定し、その達成状況に応じて、市町村と都道府県に国が財政的インセンティブ（交付金）を増額する仕組みです。

■自立支援介護に向けた保険者機能の強化に関する取り組み

- 全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
 - ・国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
 - ・都道府県による市町村に対する支援事業の創設
 - ・財政的インセンティブの付与
- (その他)
 - ・地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
 - ・居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
 - ・認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

(2)新たな施設が創設される医療と介護の連携推進

医療と介護の連携の推進については、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設されます。これは、現行の介護療養型医療施設（介護療養病床）が、平成30年3月末に廃止される措置（ただし、経過措置期間は6年間延長）への対応策です。

介護医療院は平成30年4月から導入され、「日常的な医学管理や看取り・ターミナル等の機能」と「生活施設としての機能」とを兼ね備えた施設として位置づけています。

■医療・介護の連携の推進等に関する取り組み

- ① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設「介護医療院」を創設
 - * 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
- ② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

(3)「共生型サービス」創設で地域共生社会を実現

地域共生社会とは、高齢者、障害児・者、子どもなど地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、活躍できる地域コミュニティであり、この実現を目指すとします。

具体的には、新たに「共生型サービス」を位置づけ、すでに介護保険サービスを提供している介護事業所が、高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくすることを目的として、障害福祉サービス事業の指定を受けやすくするため、基準緩和等を行うというものです。

2

医業経営情報レポート

要介護度を改善した自治体に交付金を付与

■ 財政的インセンティブ付与の仕組み

高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組みを進めることが必要であるとして、財政的支援を含めて保険者機能がさらに強化されます。

財政的インセンティブは、全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、下記の法律により制度化されます。

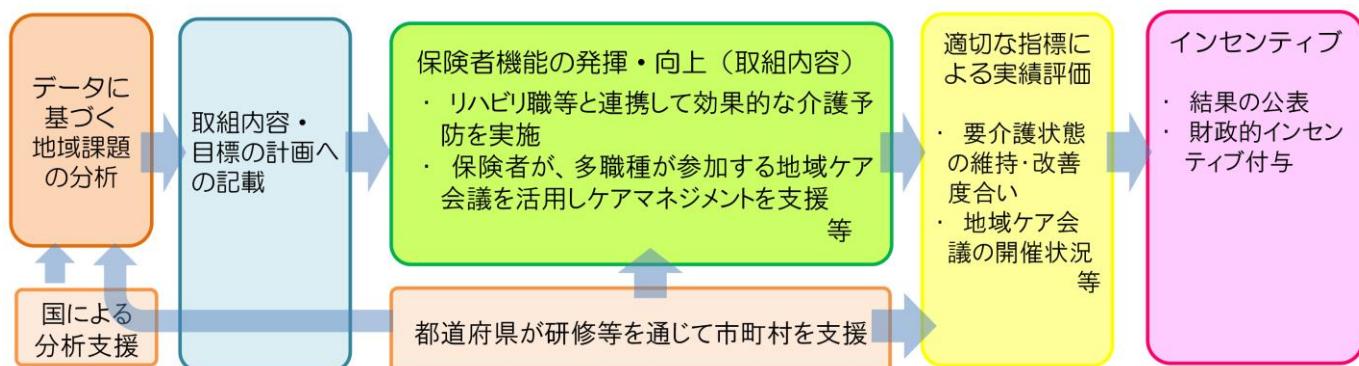
■ 主な法制化事項

- ① 介護保険事業（支援）計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ② 介護保険事業（支援）計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ③ 都道府県による市町村支援の規定の整備
- ④ 介護保険事業（支援）計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ⑤ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

財政的インセンティブ付与の仕組みは、下記のような流れです。

具体的には、都道府県が市町村を研修等で支援するとともに、効果的な介護予防やケアマネジメントを市町村が実施した結果を評価し、要介護状態が改善した自治体に財政的支援が行われるというものです。

■ 保険者機能の抜本強化に向けた具体的取り組み



(出典) : 厚生労働省「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案のポイント」

3

医業経営情報レポート

新たな介護保険施設・新機能サービスの創設

■ 介護医療院の創設

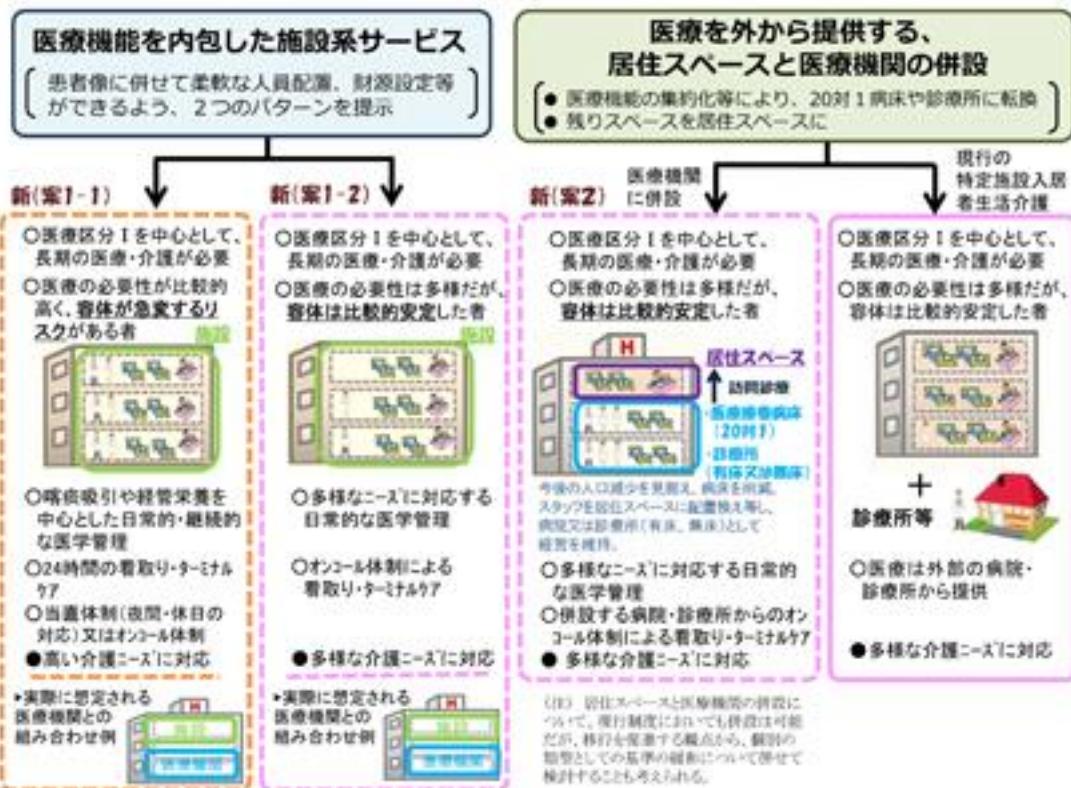
今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、新たな介護保険施設「介護医療院」が創設されます。

(1) 介護療養型医療施設廃止の経緯

平成18年の医療保険制度改革および診療報酬・介護報酬同時改定により、平成23年度末での介護療養病床廃止が決定したものの、代替サービスへの転換がうまく進まなかつたことから、転換期限は平成29年度末まで延長されることとなりました。

医療保険が適用される医療療養病床との役割・機能分担を明確にすることも、介護療養型医療施設（介護療養病床）廃止の目的のひとつですが、平成18年3月時点で12.2万床あった介護療養病床は、平成27年3月には6.3万床まで減少しています。そのため、「医療・介護難民」を生むことなく、介護療養型医療施設（介護療養病床）を廃止し、介護保険施設への転換を促すかが課題とされていました。

■ 新たなサービス提供体制の選択肢～厚生労働省「療養病床のあり方検討会」における検討



レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析

経営分析に必要な知識

**実際に経営分析を行う場合は、
どのような知識が必要になりますか。**

経営分析を大きく分けると、「実数分析」と「比率分析」があります。

実数分析は、財務諸表の実数をそのまま利用して分析します。比率分析は、財務諸表の実数から関係比率または構成比率を算出して分析します。

■実数分析に必要な知識

- ①貸借対照表の仕組み
- ②損益計算書の仕組み(変動損益計算書の仕組み及び自院の変動費と固定費)
- ③キャッシュフロー計算書の仕組み
- ④損益分岐点(売上と費用が同額になる売上高)

■比率分析に必要な知識

比率分析は、以下の4つの観点から指標を用いて行います。

①収益性

	分析指標	算式	利用目的
収 益 性	総資本経常利益率(%)	経常利益／総資本	総資本を投入してどの程度の経常利益を上げたかを見る。
	総資本回転率(回)	医業収益／総資本	投下総資本を運用することによって、どれだけの医業収益を稼ぎ出したかという資本の活動性を見る。
	医業収益経常利益率(%)	経常利益／医業収益	本業に係る医業活動全体から生み出される利益力を見る。
	インタレスト・カバレッジ・レシオ(倍)	医業利益 + 受取利息／支払利息 + 割引料	金融費用の何倍の医業利益を上げているのかを見る。

②安全性分析

	分析指標	算式	利用目的
安 全 性	自己資本比率	自己資本／総資本	総資産額に対する自己資本の占める割合を表し、調達資金の安全性を見る。
	流動比率	流動資産／流動負債	短期の負債に対する支払い能力を見る。
	固定長期適合率	固定資産／自己資本 + 固定負債	固定資産のうちどの程度が自己資本と長期の借入金で賄われているかを見る。
	医業収益対長期借入金比率	長期借入金／医業収益	医業収益に対する長期借入金の比率を見る。

③生産性分析

	分析指標	算式	利用目的
生 産 性	1人当たり医業収益	医業収益／従事者数	医業収益を常時従事者数で除して求めたもので、1人当たりの医業収益を見る。
	労働生産性	医業収益 - (材料費 + 経費 + 委託費 + 減価償却費 + その他費用)／従事者数	総経費につき新たに付け加えた価値がどの程度の割合なのかを見る。
	労働分配率(%)	給与費／医業収益 - (材料費 + 経費 + 委託費 + 減価償却費 + 他の費用)	付加価値のうち、労働の対価として配分された給与費の割合を見る。

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析

当座比率の活用

当院は100床の病院ですが、当座比率を使った経営分析の進め方について教えてください。

当座比率は、「当座資産÷流動負債」の算式で表され、流動資産のうち、特に短期間で現金化される当座資産に注目し、当座資産による流動負債の返済能力を見るものです。

当座資産とは流動比率の分子にくる流動資産のうち、即座に現金化されない棚卸資産を除いたもので、一般的には長期にわたる、または、回収が困難と思われる窓口未収入金や短期貸付金なども除くことが理想的です。

具体的には、「当座資産=現金・預金+保険未収入金+回収可能な未収入金」という算定式になり、また当座比率は、100%以上が望ましいとされています。

◆事例：100床病院（平成29年3月末 貸借対照表 抜粋）

(単位：千円)

流動資産	543,521	流動負債	198,425
[内訳]		[内訳]	
現預金	282,625	買掛金	100,469
保険未収入金	230,090	未払金	54,258
未収入金	19,865	預り金	8,975
医薬品・貯蔵品	12,361	未収法人税等	32,918
貸倒引当金	▲1,420	未収消費税	1,805

当座資産は、現預金、保険未収入金、未収入金が対象となります。また、ここでいう未収入金とは、診療報酬の自己負担分3月分、人間ドックの未収入金等の回収可能なものであり、これらを算入します。

流動資産のうち、現預金、保険未収入金、未収入金の合計532,580千円を分母として算定すると、

$$\text{当座比率} = \text{当座資産} \div \text{流動資産} = 532,580 \text{千円} \div 198,425 \text{千円} = 268.4\%$$

となり、非常に優秀な数値であることがわかります。

これが、100%以下になるということは、すなわち当座資産が3.3億円以上減少することを意味するため、非常に危険な状況に陥るといえます。

当座比率の活用にあたっては、数値結果を検証することも重要ですが、資産内容に問題がないかのチェックが実務上重要なポイントです。