

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.581 2019.7.9

医療情報
ヘッドライン

高齢者向けポリファーマシー防止 ガイドラインの各論編を策定

▶厚生労働省 医政局 医薬・生活衛生局

日本医師会、 タスク・シフティングのための 新職種創設に反対を表明

▶厚生労働省 医師の働き方改革を
進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング

週刊
医療情報

2019年7月5日号

70年ぶり、 宿日直許可基準を通達

経営
TOPICS

統計調査資料

病院報告

(平成30年12月分概数)

経営情報
レポート

医療・介護の連携強化を図る

2020年診療報酬改定に向けた対応

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

高齢者向けポリファーマシー防止 ガイドラインの各論編を策定

厚生労働省 医政局 医薬・生活衛生局

厚生労働省の医政局と医薬・生活衛生局は、6月14日に都道府県および保健所設置市、特別区あてに通知を发出し、高齢者向けポリファーマシー防止ガイドラインの各論編を取りまとめたことを所管の医療機関・薬局などに周知するよう伝えた。

■療養環境別の注意点や、薬剤別に投与量・使用法、他の薬剤との相互作用なども一覧化

このガイドラインの正式名称は「高齢者の医薬品適正使用の指針」で、昨年5月に総論編が取りまとめられているが、今回は各論編として、「外来・在宅医療・特別養護老人ホーム等の常勤の医師が配置されていない施設」「急性期後の回復期・慢性期の入院医療」「その他の療養環境（常勤の医師が配置されている介護施設等）」の3つの療養環境別に処方時の注意点が取りまとめられた。

さらに、別表として「高齢者で汎用される薬剤の基本的な留意点」を添えており、認知症治療薬や骨粗鬆症治療薬、COPD（慢性閉塞性肺疾患）治療薬、緩和医療で使用される薬剤について、薬剤選択や投与量・使用法、他の薬剤との相互作用に関する注意点が一覧化されている。

厚労省は、ポリファーマシー対策として2017年4月に「高齢者医薬品適正使用検討会」を設置し、ガイドライン策定のための議論が進められてきた。昨年5月に総論としていったんまとめられたものの、在宅医療や特

別養護老人ホームをはじめとする介護施設での医療提供など、医療サービスが多様化・複雑化していることを受け、各論化した次第だ。

■服用薬剤数が必要以上に増えることで、薬物有害事象や服薬過誤等のリスクが高まる

ポリファーマシーは「多剤服用」と説明されることが多いため、薬剤数の多さのみを問題としているように受け取られがちだ。

しかし、実際はそうではなく、服用する薬剤数が必要以上に増えることで、薬物有害事象や服薬過誤といったリスクが高まることを指す。

また、ポリファーマシーは医師や歯科医師、薬剤師といった医療従事者のみが留意すれば解決する問題ではなく、患者やその家族の理解が重要なも見逃せないポイントだ。

昨年発表された総論編と同様、今回の各論編でもこれらについては強調されており、「ポリファーマシーの解消については、患者や家族へ丁寧に説明し、時間をかけて内容を十分に理解いただくとともに、治療の選択と同意を得ることが必要となる」としている。

医療機関や薬局側も、医師や薬剤師の説明のみに頼るのではなく、院内掲示や院内配布のニュースレター、ウェブサイトなどを通じてこうした点を広報・啓蒙していくべきだろう。そうした活動が、ひいては医療機関および薬局に対する“顧客信頼度”につながっていくのではないかとと思われる。

日本医師会、タスク・シフティング のための新職種創設に反対を表明

厚生労働省 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング

厚生労働省は、6月17日に「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施し、日本医師会など9団体からヒアリングを行った。

■ナース・プラクティショナーやフィジシャン・アシスタントについて議論

「医師の働き方改革に関する検討会」では、ナース・プラクティショナーやフィジシャン・アシスタントについて議論されてきたが、日本医師会は新職種創設に反対の意を表明した。ナース・プラクティショナーは、アメリカに多い上級看護職である。

医師の指示を受けず独自の判断で医行為を実施することが認められており、医師と看護師の中間的な立場とされる。フィジシャン・アシスタントは、手術補助など医療行為をカバーできる医療資格者で、医師の業務負担軽減につながるとして創設が有力視されてきた。

しかし、日本医師会は「若年人口が減少する中で、これ以上医療関係職種を確保することが困難」として、新たな職種を「創設すべきではない」と主張。すでに認められている業務の周知徹底や、現行法解釈でも実施可能な業務のさらなる精査をするべきだとした。

主張の根底にあるのは、「診療の補助行為は医師の指示を要する」との考え方である。

薬剤師などは医師の指示を必要としないことも挙げ、むしろ地域包括ケアシステム構築のためには、「幅広い職種に対して医師による

“メディカルコントロール”（医療統括）が必要」としている。つまり、あくまでも医療サービスは医師が中心となって行うべきだというわけだ。

■日本脳神経外科学会は「タスクシフト先進事例」を挙げ、新職種導入に前向きな姿勢

しかし、医師がこなせる業務量には当然限界がある。それを補う役割として日本医師会が挙げたのは、同会の認定資格である「日本医師会医療秘書」であり、「その養成内容と質（医療分野を重視）において、他の同様の資格・検定に比して優れている」として、「日本医師会認定医療秘書を含め、養成内容・年限が一定水準にある資格・検定については、診療報酬上、高い評価を与えることを検討すべき」とまで言及した。

一方、日本脳神経外科学会は、ナース・プラクティショナーやフィジシャン・アシスタントを「タスクシフト先進事例」として挙げ、これらの職種を現場に導入することに前向きな姿勢を見せた。

先進的な技術が求められる脳神経外科がこうした姿勢を示している意味は深い。業界最大団体である日本医師会が明確に反対を表明したことで、これらの職種創設は実現しにくくなったといえる。

むしろ、医療秘書の評価を求めたことで、医師・看護師以外の事務領域の充実は今後注目が集まるかもしれない。

医療情報①
 厚生労働省
 通達

70年ぶり、 宿日直許可基準を通達

厚生労働省は7月1日、都道府県労働局長に宛てて「医師、看護師等の宿日直許可基準について」「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」を通達した。

併せて、都道府県労働基準部長に宛てて、「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」を通達した。

医師、看護師等の宿日直許可基準が改められるのは、1949年以來70年ぶり。この通達により、49年3月22日付「医師、看護婦等の宿直勤務について」は廃止された。

■3条件すべてを満たした場合に許可

「医師、看護師等の宿日直許可基準について」では、医師等の宿日直勤務について、以下の3つの条件のすべてを満たし、かつ宿直の場合は夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合に、宿日直の許可を付与としている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。すなわち、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、通常の勤務時間の拘束から解放されたとはいえないことから、その間の勤務については、宿日直の許可の対象とはならないものであること
 - ② 宿日直中に従事する業務は、一般の宿日直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度のまたは短時間の業務に限ること
 - ③ 上記①、②以外に、一般の宿日直の許可の際の条件を満たしていること
- 加えて②については、
- ▼ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ▼ 医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ▼ 看護職員が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（例えば非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ▼ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと——を例示している。

宿日直中に、通常の勤務時間と同態様の業務に従事することについては、まれにあったとしても、一般的にみて常態としてほとんど労働することがない勤務であり、かつ宿直の場合は、夜間に十分な睡眠がとり得るものである限り許可を取り消す必要はないとしている。通常と同態様の業務については「医師が突発的な事故による応急患者の診療または入院、患者の死亡、出産等に対応すること」「看護師等が医師にあらかじめ指示された処置を行うこと」などを例示した。

また、宿日直の許可は、一つの病院、診療所等において、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って与えることができるとしたほか、住み込んでいる場合には宿日直として取り扱う必要はないとも記載している。

■日医、日病が宿日直許可基準を「評価」

日本医師会の松本吉郎常任理事は、7月3日の定例記者会見で宿日直許可基準の通達について触れ、「医師の業務を明確化・現代化したもの」と評価する姿勢を示した。

一方、日本病院会の相澤孝夫会長も同月2日の定例記者会見でこの問題を取り上げ、「現代化という形で、少し医療現場に近づいた」と評価した。(以下続く)

医療情報②
 文部科学省
 通知

大学病院無給医問題で 各大学長に宛てて通知

文部科学省はこのほど、附属病院を置く各国公私立大学長に宛てて、「大学附属病院の医師等の適正な雇用・労務管理について」を通知した。通知では、労働基準法等の労働関係法令上の労働者について、「事業または事務所に使用される者で、賃金を支払われる者」だとし、労働者にあたるか否かについては、「仕事の依頼や、業務指示等に対する諾否の自由はあるか」「業務を遂行するうえで指揮監督を受けているか」などを総合的に勘案して個別具体的に判断されると指摘した。さらに賃金については「その名称を問わず、労働の対償として使用者が支払うすべてのものをいう」と明示。謝金等の各種手当でも含まれ得るもので、医師等についても同様としたうえで、「診療従事の実態について十分に把握・考慮したうえで、それに応じた適切な雇用・労務管理を行うことが必要」だとしている。

各大学に対しては、「引き続き法人本部の労務管理部局と附属病院間での課題の共有、学内外の労務管理の専門家の意見を伺う等により、必要に応じて事務体制の強化や労務管理手続きの見直し等を行うなど、これまで以上に労働基準法等の労働関係法令および社会保険関係法令に基づいた医師等の適切な雇用・労務管理等に取り組まれるよう」依頼している。

また、労働者にあたるのであれば、労災保険の対象者となるとし、保険料の支払い等についても遺漏のないよう「お願い」している。

週刊医療情報（2019年7月5日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告

(平成30年12月分概数)

厚生労働省 2019年4月3日公表

1 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	平成30年12月	平成30年11月	平成30年10月	平成30年12月	平成30年11月
病院					
在院患者数					
総数	1 226 039	1 238 590	1 231 127	△ 12 551	7 463
精神病床	281 967	283 060	283 759	△ 1 093	△ 699
結核病床	1 570	1 577	1 580	△ 7	△ 3
療養病床	275 923	276 009	276 574	△ 86	△ 565
一般病床	666 511	677 876	669 151	△ 11 365	8 725
(再掲)介護療養病床	35 335	35 788	36 942	△ 453	△ 1 154
外来患者数	1 307 197	1 393 296	1 401 137	△ 86 099	△ 7 841
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 473	4 553	4 612	△ 80	△ 59
(再掲)介護療養病床	1 709	1 738	1 763	△ 29	△ 25

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。注3) 平成30年7月分については、平成30年7月豪雨の影響により、広島県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

2 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減	
	平成30年12月	平成30年11月	平成30年10月	平成30年12月	平成30年11月
病院					
総数	71.9	79.6	79.4	△ 7.7	0.2
精神病床	85.4	85.6	85.6	△ 0.2	△ 0.0
結核病床	32.6	33.5	32.7	△ 0.9	0.8
療養病床	86.7	86.9	86.6	△ 0.2	0.3
一般病床	62.0	75.2	74.9	△ 13.2	0.3
介護療養病床	90.5	90.6	90.5	△ 0.1	0.1
診療所					
療養病床	52.8	53.7	54.3	△ 0.9	△ 0.6
介護療養病床	71.0	71.3	71.0	△ 0.3	0.3

月末在院患者数

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

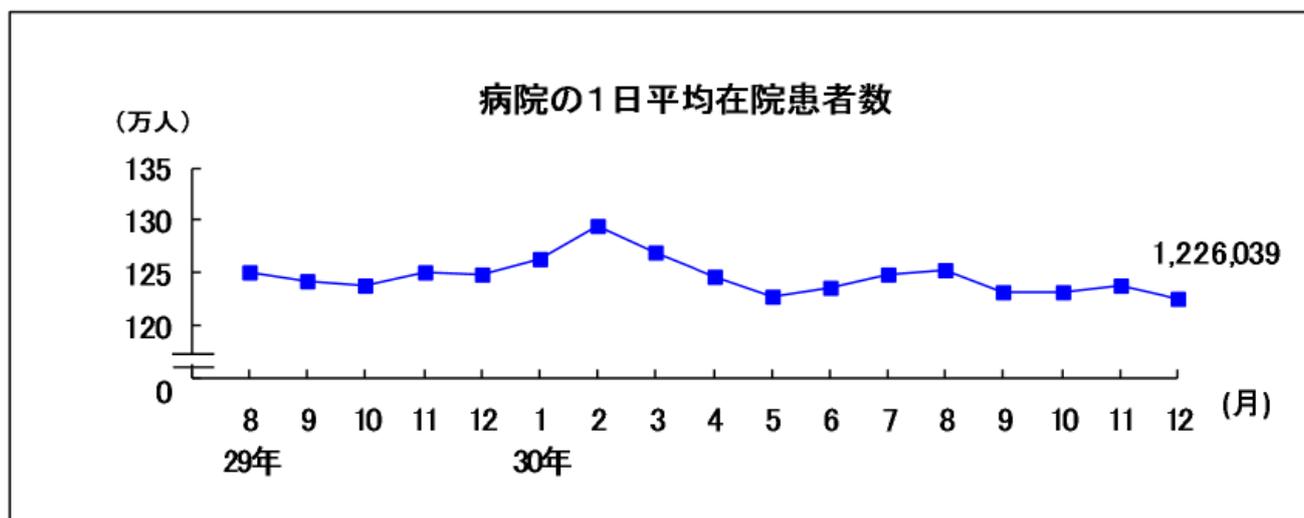
3 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	平成30年12月	平成30年11月	平成30年10月	平成30年12月	平成30年11月
病院					
総数	27.4	27.1	27.0	0.3	0.1
精神病床	272.1	264.3	256.7	7.8	7.6
結核病床	62.2	62.8	63.7	△ 0.6	△ 0.9
療養病床	138.0	136.7	137.5	1.3	△ 0.8
一般病床	15.9	15.8	15.6	0.1	0.2
介護療養病床	318.9	303.3	312.4	15.6	△ 9.1
診療所					
療養病床	99.3	96.5	98.1	2.8	△ 1.6
介護療養病床	141.1	131.8	131.5	9.3	0.3

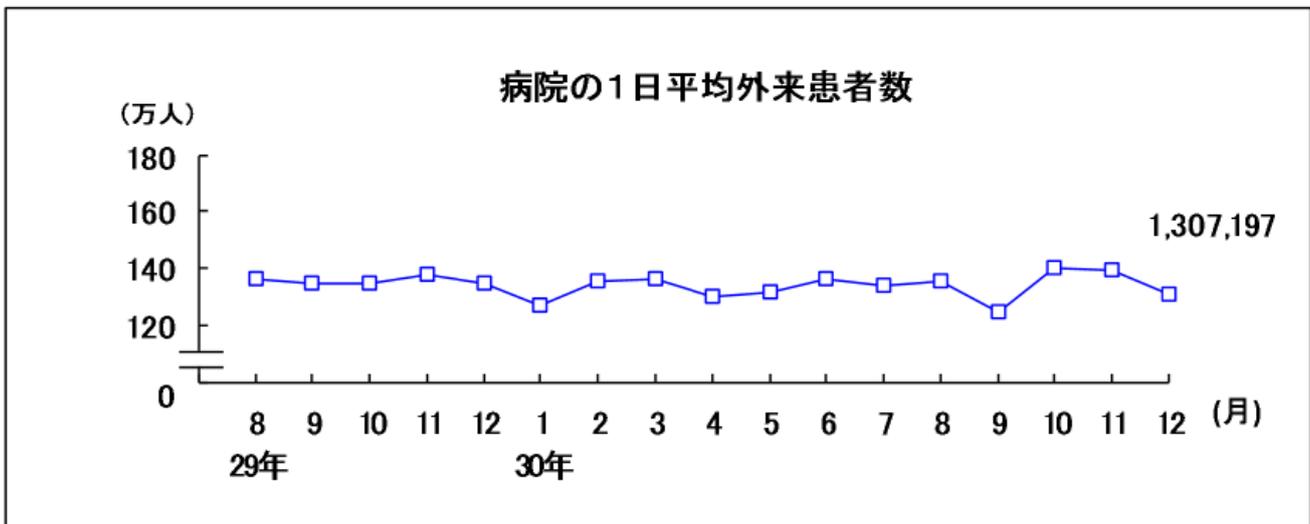
注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

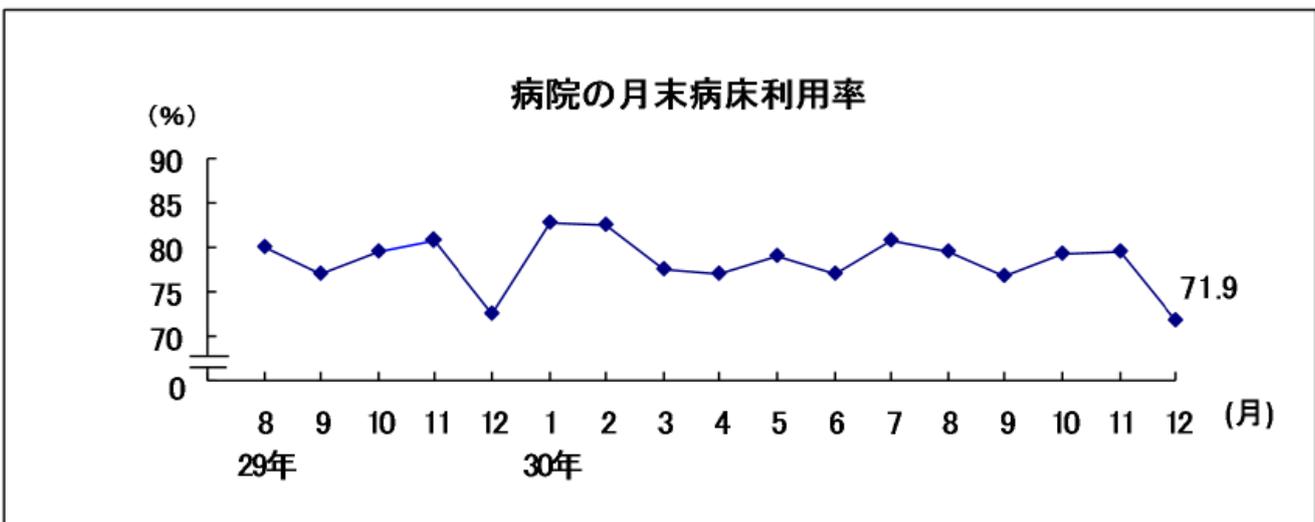
◆病院:1日平均在院患者数の推移



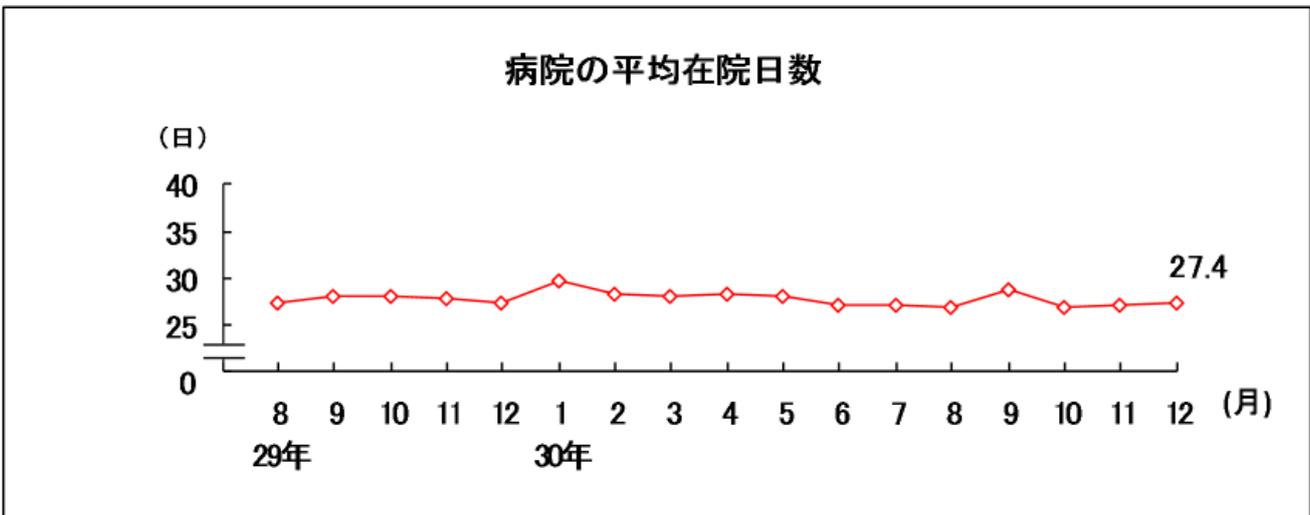
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（平成30年12月分概数）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。



経営情報
レポート
要約版



制度改正

医療・介護の連携強化を図る

2020年診療報酬改定 に向けた対応

1. 2020年診療報酬改定に向けた検討と進め方
2. 医療・介護及び他医療機関との連携強化
3. 外来・在宅医療と介護連携の強化
4. 入院医療への対応と今後の経営対応策



※本レポートは、2019年6月6日（木）、（株）吉岡経営センター主催 病院経営セミナー「2020年診療報酬改定に向けた 経営戦略と具体的対応策」（講師：（株）リンクアップラボ代表 酒井 真由美氏）の講演要旨及びレジュメをベースとし、一部再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメより再作成、または一部加工しています。

■参考資料

- 【厚生労働省】 中央社会保険医療協議会 総会（第411回） 「2020年度診療報酬改定に向けた検討項目と進め方について（案）」
 【三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社】 「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」
 【関東信越厚生局ホームページ】 「在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬」

1

医業経営情報レポート

2020年診療報酬改定に向けた検討と進め方

■ 2020年診療報酬改定の方向性

(1) 2018年改定の基本方針からみる2020年改定の行方

2018年診療報酬改定では、地域包括ケアシステム構築のための取組強化の一環として、多職種間連携の強化などの活動を推進してきました。この2018年改定の基本的な方向性は2020年改定も継続させていくものと考えられます。

その中でキーワードとなる言葉は連携です。特に2018年は6年に一度の診療・介護報酬の同時改定年度であり、医療・介護両制度にとって重要な節目となりました。2018年改定の基本認識として、医療機能の分化・強化および連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要であるとしています。

◆ 2018年改定の基本的視点と具体的方向性(一部抜粋)

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

⇒再入院しないため多職種間連携でサポートする

かかりつけ医の機能の評価

かかりつけ歯科医の機能の評価

かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価

⇒一人暮らしや高齢世帯でも安心して地域で生活できるための評価

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

⇒担ってほしい機能、受け入れてほしい患者をより多く受け入れた場合を評価

外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

⇒悪化しないための取り組みを評価

質の高い在宅医療・訪問看護の確保

⇒効果的・効率的で質の高い訪問診療、訪問看護等を評価

国民の希望に応じた看取りの推進

⇒患者本人の意思を尊重したサービスの提供を評価

(2) 2018年診療・介護報酬同時改定のポイント

2018年の診療報酬改定では、医療・介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で、できるだけ長く暮らせるようにしたいという考えのもと、医療・介護の役割分担と連携強化、そして地域包括ケアシステムの推進が更に図られてきました。

また、重症化予防の取組の推進や質の高い在宅医療・訪問看護の確保等が進められてきました。

2

医業経営情報レポート

医療・介護及び他医療機関との連携強化

■ 医療機関が目指す方向性

2016 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）の交付を得て実施された「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書（調査報告：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社）」において、サービス事業者である法人の今後の選択肢として、次の4点が挙げられています。

◆ サービス事業者の法人としての選択肢

- ①現状維持 ②法人規模の拡大 ③他事業者・法人との連携 ④経営統合

このうち、①の「現状維持」は「利用者からみた一体的なサービス提供」を前提とすると、小規模法人が現状のまま持続可能なサービス提供体制を構築していくことは、今後ますます困難になると考えられています。

一方、法人規模の大小に関わらず、②から④のいずれかの選択については、地域ニーズに応えるため、また法人の経営の持続性の観点からも不可欠なものだといえます。

◆ 各選択肢の内容

法人規模の拡大	各種法人がサービス拠点あるいは施設を増やしていく方法、法人を増やしてグループ化を図る方法等、あるいはこれらの組み合わせが想定される
他事業者・法人との連携	<p>①サービス連携 継ぎ目のないサービスや多職種連携を実現するため、また生産性と経営の効率化を図るために別々の法人が協力して行う</p> <p>②組織間連携 人材確保・育成・配置、総務機能、情報システム共有、バックヤード業務委託などを別の法人で行う ⇒ 生産性と経営の効率化を図り、経営力量を向上させることが求められる</p>
経営統合	①合併、または②事業譲渡の2つの方法がある

（出典）三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社
「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（一部加工）

3

医業経営情報レポート

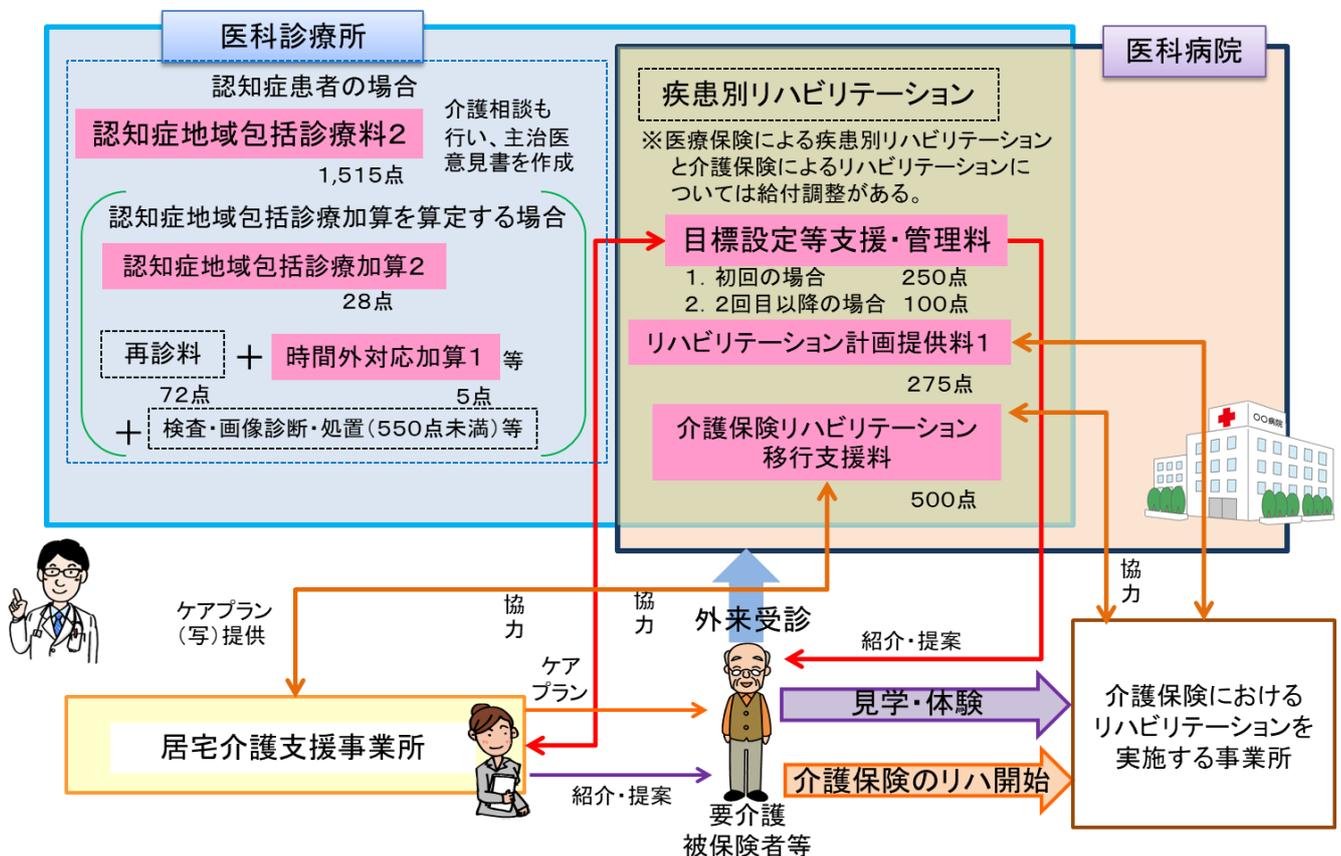
外来・在宅医療と介護連携の強化

■ 外来医療と介護連携

外来においては、認知症患者に全人的な医療を行う主治医機能を評価した報酬や、要介護被保険者等のリハビリテーションを医療保険から介護保険へスムーズに移行するための報酬等、地域包括ケア体制の実践に資する報酬があります。

患者数の維持・向上のためには、医療機関における介護部門の強化（特にケアプランの強化）や、介護との連携強化・退院支援が重要です。

◆ 外来医療の主な診療報酬算定



(出典) 関東信越厚生局ホームページ 在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬

また、維持期・生活期のリハビリテーションへの対応を円滑にするため、新しく設けた共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価の新設や、介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を設ける等、医療と介護の連携強化に向けた取り組みを強化しました。

更に、地域の医療機関で一貫したリハビリを提供するため、施設基準を緩和しています。

4

医業経営情報レポート

入院医療への対応と今後の経営対応策

■ 入院医療はベッドコントロールがポイント

今後の入院医療で最も重要なのは、ベッドコントロール（入退院調整）です。

適切な入退院支援（退院計画の実行）は、入院患者と外来患者双方の確保につながります。

退院支援に係る報酬の算定要件を確実にクリアして算定するとともに、先行してベッドを満たす取り組みを継続することが重要です。

◆ベッドコントロールのポイント

- ①MSW（医療ソーシャルワーカー）を中心に医師、看護師と協力して行う
- ②病床稼働率を上げる
- ③ケアマネジャー等との連携強化
- ④入退院調整に注力
- ⑤職員一人ひとりのコスト意識

◆ベッドコントロールの具体的方法

- ①ベッドがいつ、どのくらい空くのか、また、空く予定が予め分かっている場合は埋めていくことを考える。今日の予定ではなく、先の予定を埋めていくことを意識する
⇒ベッドコントロールで重要なのは予定管理
- ②退院時に算定可能な報酬項目の実施予定と実施する者も予め決めておく
⇒可能な限り算定に繋げるようにする
- ③退院予定があるのに入院予定が入っていない場合は、居宅支援事業所や地域包括支援センター、連携先の病院への案内等を直ちに行うようにする
⇒退院予定と入院予定をしっかりと把握し、ベッドが空いたままにならないようコントロールする

後方支援病院（介護老人保健施設含む、以下後方支援病院等）については、ベッドコントロールのポイントの一つである病床稼働率を上げるために、急性期病院等に選ばれる後方支援病院等であることが必要となります。

例えば、入院受け入れの依頼に対し、すぐに受け入れ可能である旨を回答するケースと、時間が経過してから受け入れを断るケースとでは相手に与える印象が大きく異なります。受け入れの打診があった場合は、可能か否かについてなるべく早く相手方に回答し、かつ適切に対応できることが求められます。

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。



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3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 + その他の費用) / 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 + その他の費用)	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みるものです。

当座資産とは流動比率の分子とする流動資産のうち、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30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、

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

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。