

- * 事業の性格上止むを得ず回収に長期を要する資産に投下せざるを得ない場合は、安全性の判断基準は回収の長短によって判断するのではなく、既述iii)の原理原則がどの程度確保されているかが重要となる。

② 安全性の指標

i) 自前の資本力

同じ資本額を使うなら、返済を要しない資本が多い方が安全という原理原則から、返済を要しない資本、すなわち自己資本の使用総資本中に占める比率、つまり自己資本比率を見る。この比率が高い程安全性が高いと判断される。

これはどのような組織にも共通するものだが、事業を行うにあたっては、一定の資本を投下する。しかし事業にはいうまでもなく事業リスクが存在する。このため投下資本のうち、どれだけを返済しないで済む資本、つまり自前の資本で賄っているかというのは、安全性判定の基本中の基本といえる。

ii) 長期借入金のマネジメント

a) 資金使途との整合性・・・固定長期適合率：固定資産÷（自己資本+固定負債）

回収に長期を要する資産に対しては、長期資金（返済を要しない自己資本と、返済に1年超を要してよい固定負債）で賄うことが必要で、固定長期適合率は、その関係を検証するものである。

b) 返済能力との関連

い) 事業規模との関連・・・借入金比率：（長期借入金÷医業収益）

これは収益力、返済能力から借入規模の適切さを見るものだが、この指標は売上高（病院事業にあつては医業収益）と、長期借入金残高を直接対比させてみる簡便法である。たとえば借入金比率が100%ということは、売上高と同額の借入が存在することだが、これは市場金利との関連があるものの、売上高以上の借入は一般に危険と言われる。一般に安全度を見込んで70～80%が限界とされている。

ろ) 返済能力との関連・・・見込み償還期間：長期借入金÷（税引前利益³×70%⁴+減価償却費）

これも借入金比率と同様、収益力、返済能力との対比で借入規模の適切性をチェックする指標である。借入金比率との違いは、あえていえば借入金比率は大まかな数値であるのに対して、これはより正確に見ようとするものといえる。長期借入金残高を年間キャッシュフロー（税引後利益+減価償却費）で割ったもので、長期借入金現在残高の見込み所要返済年数を示す。この数字が10以

³ 施設会計で税引後利益が表示されていないため

⁴ 法人税等負担率（法人税、住民税及び事業税）を約30%と考え、税引前利益の約7割が手元に残るとして、税引前利益×70%とした。公的病院については非課税のため利益の全額が残るが、医療法人との比較を容易にするため、同一の式を適用した。

下であれば、10年以内を意味する。制度金融機関からの借入を除くと、長期借入金の借入れ期間は一般に10～15年くらいと言われているので、10以下が概ね妥当と思われるが、やはり安全を織り込んで7～8以下が望ましい。なお、年間キャッシュフローは、毎年その変動は大幅ではないにしても避けられないことから、一つの目安として使用するという心構えが必要である。

③ 設備投資を実施する上での安全性

既述のように、病院にとって設備投資は大きなインパクトを与える。そこで財務の安全性の面から、設備投資を行いうる体力にあるか否かの判断データを提示しようとするものである。

設備投資は大きな負担をもたらすものだが、同時に経営戦略上の重要な手段でもある。したがって物理的な要素（設備の老朽度など）とともに財務面からも設備投資のタイミングを示唆する指標を提供する意義は大きいと思われる。

この指標として、固定資産回転率、一床当り固定資産を挙げた。

医療法人立病院についていえば、固定資産回転率は200%以上、1床当り固定資産では300～400万円以下であれば、他の安全性指標の水準との兼ね合いもあるが、設備投資可能な水準あるいは設備投資を行う時期にあると考えられる⁵。

固定資産回転率、1床当り固定資産を、財務の安全性を示す指標としてここに掲げるには、違和感を覚えるかもしれないが、あえて安全性と関連づけていえば、設備投資を行う上での安全性という意味合いである。

先にあげた自己資本比率、固定長期適合率、借入金比率などが静態的な安全性指標とすれば、固定資本回転率、1床当り固定資産は動態的な安全性指標といえるかもしれない。

3) 機能性の指標について

機能性については研究の歴史も浅く、関連するデータも少なく、一部指標を除き定着しているものも少ないのが現状と思われる。

しかし機能分化、連携の促進に見られるように、これからは機能の明確化と向上への対応は欠かせない。

そのため、現状不十分ではあるが、病院経営分析の一視点として明確にこれを位置づけ、機能性の指標を取り上げた。今回は平均在院日数、病床利用率、外来入院比などのほか、人員配置や装備の充実度に関わる指標にとどまっているものの、今後は、収集できるデータの制約はあるとはいえ、たとえば急性期病院の目安としてDPC適用の有無や、臨床研修医受入の有無、病院機能評価機構の評価などの取り入れについても、検討に値するであろう。今後の推移に応じて、この部分は見直していきたいところである。

⁵ 明治安田生活福祉研究所『平成15年度医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営評価方法に関する調査研究』、厚生労働省、2004年

(3) グループिंग

病院経営管理指標は他との比較なくしてその有用性は発揮できない。しかし病院は種別、開設者別、規模別、立地の違いなどによって、その経営基盤が大きく異なるので、これらを見逃した比較は適切でない。そこで様々な分類基準で種々グループングをし、その中で比較することが適切と考えられる。そうした分類基準をここではグループングという。その具体的内訳は以下の通りである。

① 病院種別比較

- ・ 一般病院 : 一般病床が全体の 80%以上を占める病院
- ・ 療養型病院 : 療養型病床が全体の 80%以上を占める病院
- ・ 精神科病院 : 精神病床が全体の 80%以上を占める病院
- ・ ケアミックス病院 : 上記以外の病院

② 開設者別比較

- ・ 医療法人
- ・ 自治体
- ・ 社会保険関係団体
 - 全社連 : 全国社会保険協会連合会
 - 厚生団 : 厚生年金事業振興団
 - 船員保険 : 船員保険会
 - 連合会 : 国家公務員共済組合連合会
 - 公立学校 : 公立学校共済組合
 - その他社会保険関係団体 : 上記連合会と公立学校を除く共済組合及びその連合会、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合
- ・ その他公的病院
 - 日赤 : 日本赤十字社
 - 済生会 : 恩賜財団済生会
 - 北社協 : 北海道社会事業協会
 - 厚生連 : 全国厚生農業協同組合連合会
 - 国保連 : 国民健康保険団体連合会

③ 病床規模別比較

- 20 床以上 49 床以下 (*精神科病院のみ 20 床以上 199 床以下。以下同じ)
- 50 床以上 99 床以下
- 100 床以上 199 床以下
- 200 床以上 299 床以下
- 300 床以上 399 床以下
- 400 床以上

④ 機能別比較

- i) 専門病院とその他一般（ケアミックス）病院
 - 小児科病院 : 標榜科目と入院患者 80%以上による分類
 - 産婦人科病院
 - 脳神経外科病院
 - 眼科病院
 - 耳鼻咽喉科病院
 - その他一般（ケアミックス）病院：上記以外の一般（ケアミックス）病院
- ii) 内科系・外科系別（医療施設調査の診療科目分類による）
 - 内科系 : 診療科がⅠのみのもの及びⅠとⅢにまたがるもの
 - 外科系 : 診療科がⅡのみのもの及びⅡとⅢにまたがるもの
 - 内科系・外科系：診療科がⅠとⅡにまたがるもの及びⅠとⅡとⅢにまたがるもの
- iii) 救急医療体制
 - 初期
 - 二次
 - 三次
 - その他一般（ケアミックス）病院：上記以外の病院

⑤ 医薬分業別比較

- 医薬分業実施病院 : 処方枚数に占める院外処方が 50%以上
- 医薬分業非実施病院：処方枚数に占める院外処方が 50%未満

⑥ 給食委託別比較

- 委託 : 全部委託または一部委託
- 非委託 : 委託していない

⑦ 地域別比較

- 北海道：北海道
- 東北 : 青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
- 関東 : 茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県
- 中部 : 新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
- 近畿 : 滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
- 中国 : 鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県
- 四国 : 徳島県、香川県、愛媛県、高知県
- 九州 : 福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

⑧ 黒字・赤字別比較

- 黒字病院 : 当該年度の経常利益が黒字

赤字病院 : 当該年度の経常利益が赤字
恒常的黒字病院 : 直近 3 年間 (平成 16 年度、平成 17 年度、平成 18 年度) 継続黒字
恒常的赤字病院 : 直近 3 年間 (平成 16 年度、平成 17 年度、平成 18 年度) 継続赤字
中間病院 : 直近 3 年間 (平成 16 年度、平成 17 年度、平成 18 年度) 黒字と
赤字交錯

⑨ 設備投資有無別比較

設備投資実施病院 : 平成 18 年度の固定資産が平成 16 年度の固定資産より 1.5 倍以上増加

設備投資非実施病院 : 平成 18 年度の固定資産が平成 16 年度の固定資産より減少

設備投資中間病院 : 平成 18 年度の固定資産が平成 16 年度の固定資産と同額以上 1.5 倍未満

(4) 経営管理指標の利用例

手順① 自院が該当するグループを探す

経営管理指標による分析は、適切な対象との比較からはじまる。比較を効果的ならしめるために、改訂報告書では指標をグループ毎に示している。したがってまず、自院が私的病院か公的病院か、一般病院か精神科病院か療養型病院か、一般病院でも二次救急を行っているか、地域はどこかなど、自院に最も該当ないし類似するグループを探すことである。そしてそこでの指標と自院の指標とを比べる。

手順② 必要な利益額を認識する⁶

必要な利益額の認識とは一種の目標管理であるが、ここでは日々の経営が、目標からどの程度乖離しているかを測る尺度程度の意味で捉えるので、おおよその数値をつかめば足りる。

営利企業であれば、持続的成長が求められるので、たとえばその目標設定は、売上 (または利益額) 対前年比 10% 増、当該市場シェアトップといった形で表現される。

これに対して病院は非営利であるため、このような形での目標設定はそぐわないと思われるが、病院においても必要とされる利益額は存在する。

必要な利益額については、様々な捉え方が存在しようが、病院の場合、経営の維持安定を図るのに、最小限必要とされる額が基本となろう。ここで問題となるのは、必要最小額をどう算出するかである。おおよその目安として、現存する長期借入金残高の毎年の返済相当額、または 30 年に 1 度設備投資を実施すると仮定して、その額の 1/30 といったものがベースとなろう。ところで利益額といったが、考え方としてはキャッシュフロー (利益⁷+減価償却費) である。

この必要利益額をメルクマールとし、自院の利益がそれに達成したのか否か、達成しなかったとすれば、何が原因か把握し、遅滞ないフィードバックを通じ、目指す改善

⁶ 松原由美「民間病院の経営分析と資金調達」『講座 医療経済・政策学 保健・医療提供制度』勁草書房、2006 年を加筆・修正

⁷ 税引後利益

の方向と日常の経営行動が乖離しないための努力が求められる。これによりタイミングを失することなく、適切な経営行動が可能となる。

なお、必要利益額は、上述のおおよその捉え方で十分と思われるが、これに災害など不測の事態への備え分や、生活レベルの向上に伴ったアメニティ水準確保・インフレ上昇分といった経済成長対応分などは通常どの病院でも織り込む必要があるが、介護施設など新規事業進出、他病院買収資金などを上乗せすることは、各病院の個別経営方針如何で自由なのとは言うまでもない⁸。

手順③ 収益性の判定指標を見る

自院の属するグループと必要とする利益レベルを把握したので、次に収益性の判定指標に入る。

医業利益率のレベルチェック

医業利益率を自院が属するグループにおける平均値と比べ、自院の収益力の高低を把握する。

医業利益率が低いと判定された場合、まず、補正指標である **SKK** をみる。この数値が平均値近辺であれば、医業利益率の低さは設備投資によると判断され、必ずしも収益性が低いと判断するには及ばない。

ところで、収益力の高低は何を意味するかといえば、それは経営の効率性を表している。したがって仮に収益力が低いと出た場合、経営上どこかに無駄（コスト高要因）がある点が示される。そこでまず、「どこにあるかは不明だが、とにかく自院には無駄がある」という認識を持つことが重要である。そして次に、その原因は何かを追求する。この見方については後述の手順④の i) で触れる。

時系列で医業利益率を見る

以上はある一時点における分析だが、もう一つ大切なのは、時系列で推移を見ることである。

自院の過去 3～5 年程度の医業利益率推移を概観し、低下傾向か、横ばいか、上昇傾向かを掴む。たとえば先にみたある一時点の医業利益率レベルが、平均値と変わらないとしても、低下傾向にあるとすればその理由は何か、今後も低下し続けるものかを見極めなければならない。

時系列で SKK を見る

ところで時系列分析においても、補正指標である **SKK**⁹ を用いて、医業利益率の変動が設備投資によるものか否かを確認し、収益性の傾向を把握する。医業利益率が下がっていても、**SKK** が横ばい、または低下していなければ、医業利益率低下の要因は設備投資が原因と判断され、そうネガティブに考える必要はないだろう。しかし **SKK** も低下傾向が見られるのであれば、医業収益率の低下要因が設備投資以外にもあることに

⁸ 当然のことながら、上乗せ額は年率換算額である。

⁹ P11、17 参照。