

平成 17 年度
厚生労働省医政局委託

- 医療施設経営安定化推進事業 -

病院経営管理指標

(病院経営指標、病院経営収支調査年報、主要公的医療機関の状況)

改正のための調査研究

報告書

委託先 株式会社 明治安田生活福祉研究所

目次

調査研究の背景と目的	1
事業実施体制・研究方法	2
1．事業実施経過	2
2．研究方法	3
3．調査研究の視点	3
(1) 経営の判定指標とその原因指標をセットで示す	3
(2) 病院間比較を可能とする病院のグルーピング	4
(3) 非営利性を踏まえた指標	5
(4) 指標の見方、活用方法を提示	5
調査研究結果	6
1．指標作成にあたってのデータソースとその入手方法について	6
2．調査票について	8
3．指標の報告書について	15
4．指標について	15
(1) 指標改訂にあたっての基本的考え方	15
(2) 病院経営評価の視点	16
1) 一般産業における評価基準	16
2) 病院産業における評価基準	17
(3) 病院経営管理指標	18
1) 経営評価の視点と指標	18
ア) 収益性の指標	18
イ) 安全性の指標	27
ウ) 機能性の指標	29

2) グルーピング	37
5. 経営管理指標の見方.....	41
(1) 誰の立場で用いる経営管理指標か	41
(2) 経営管理指標の意義.....	41
(3) 経営分析における経営管理指標の位置づけ	43
(4) 経営管理指標の利用例.....	43
ア) 収益基盤.....	47
イ) 収益構造.....	47
参考文献.....	51

調査研究の背景と目的

病院経営の改善及び安定化などに資することを目的として、従前より病院や関係団体の協力の下、三つの病院経営管理指標(「病院経営指標」、「病院経営収支調査年報」、「主要公的医療機関の状況」)が毎年作成され、機能、規模別などに病院の経営状況が計数的に示されてきた。

こうした中、平成 16 年 8 月病院会計準則が改正され、それに伴ってこれら指標や、指標作成の基となる調査票の見直しが必要となった。

そこでこの機会を捉えて、単に新たな病院会計準則に対応するだけでなく、現行指標で指摘されている用語や計算方法などの不統一の改善や、指標の体系化、さらには経営改善の効用を一層高めるための指標開発も行うこととした。

また経営に役立つ指標とするためには、データ集計から指標作成までの迅速性を高めることが欠かせないが、一方でデータ集計について病院や団体への負担を増やさないことも求められる。このため情報入力から、指標作成、および指標の分析を可能にするまでの一連の作業を自動的に行うシステムの構築が要請される。

これらから、本調査研究では、体系的、統一的な指標の開発、調査票の見直し、並びに迅速性や負担軽減を図るシステムの構築案を検討・作成することが目的である。

事業実施体制・研究方法

本事業の実施にあたり、以下の構成による委員会を設置し、本事業に関する意見交換や検討を行い、それを踏まえて研究を推進した。

委員会 (敬称略・五十音順)

企画検討委員会委員長	：田中 滋	(慶應義塾大学大学院教授)
企画検討委員会委員	：石井 孝宜	(公認会計士)
	遠藤 久夫	(学習院大学教授)
	西澤 寛俊	(全日本病院協会副会長)
	西田 在賢	(武蔵野大学教授)
分科会委員長	：石井 孝宜	(公認会計士)
分科会委員	五十嵐 邦彦	(公認会計士)
	猪口 雄二	(寿康会理事長)
	橋本 寿	(特定非営利活動法人医療施設近代化センター研究員)
事務局	：松原 由美	(明治安田生活福祉研究所主任研究員)
	橋詰 龍	(明治安田生活福祉研究所研究員)
	櫻部 正嗣	(明治安田生活福祉研究所研究員)
	高橋 勇樹	(明治安田生活福祉研究所研究員)

1. 事業実施経過

企画検討委員会実施経過

- ・ 第1回企画検討委員会：平成17年11月28日
- ・ 第2回企画検討委員会：平成18年3月2日

分科会委員会実施経過

- ・ 第1回分科会：平成18年2月3日
- ・ 第2回分科会：平成18年3月1日
- ・ 第3回分科会：平成18年3月28日

2 . 研究方法

調査研究は、文献調査、ヒアリング調査、および上記委員会での検討を踏まえ、理論研究を行った。

ヒアリングは平成 17 年 11 月から平成 18 年 3 月にかけて、学識経験者、病院関係団体理事などに対して実施した。

3 . 調査研究の視点

改正された病院会計準則は、病院単位の財政状態および運営状況を、体系的・統一的に捉え、開設者の如何に関わらず比較が可能となる「施設会計」であり、また、病院の経営改善・向上に有用な会計情報を提供する「管理会計」である。本調査研究では、この主旨に則り、以下の視点に立った指標の整備に努めた。

(1) 経営の判定指標とその原因指標をセットで示す

経営管理指標の活用を効果あるものにするためには、単に自院がどういう状況にあるかを現状認識するだけでは不十分で、その原因が何で、どう改善すべきか、その手掛かりを見出せるようにすることが重要といえる。

この観点から経営管理指標を分類すると、判定指標と原因指標に区分される(表 1)。判定指標とは、現状どういう状況なのか、分析対象組織について評価を下す場合に用いられる指標である。これに対して原因指標とは、その原因が何でどう改善すべきか、原因と改善の手掛かりを示唆する指標を指す(図 1)。

例えばある病院の医業利益率(医業利益/医業収益)が 10%だとすると、当該病院の収益力は高いと評価する。このような形で用いられるときの医業利益率を判定指標という。これに対して原因指標は、なぜ当病院はかくも収益力が高いのか、その要因分析に用いられるもので、例えば人件費比率、減価償却費比率などを指す(当然のことながら判定指標も原因指標も連環的關係に立つものなので、固定的なものではない)。

これら判定指標と原因指標がセットで示されれば、その有効性が一層強まると思われる。

経営分析はケースバイケースで個別性が強いので、普遍化はできにくいものの、本調査研究では単に経営の状況を認識するだけでなく、できる限り改善点の手がかりを見出し、今後の経営課題の改善に役立つ指標体系の整備を目指した。

表 1 経営管理指標

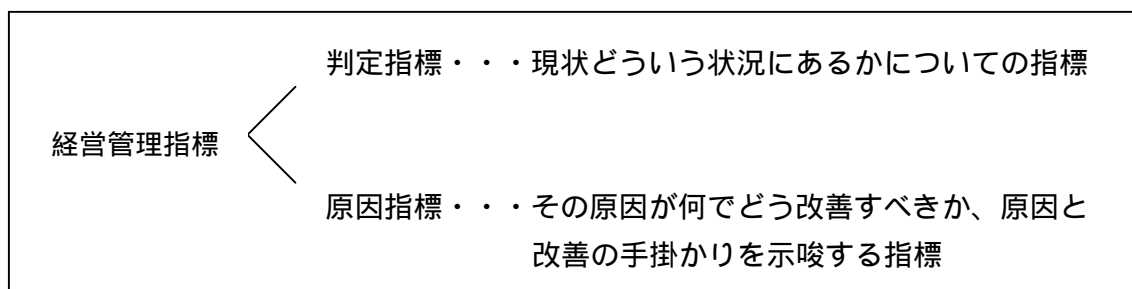
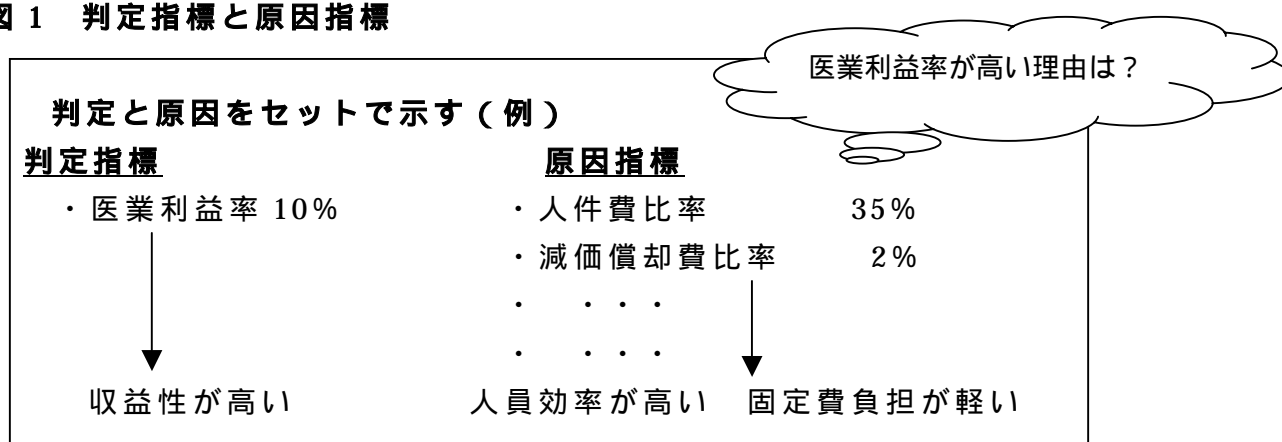


図 1 判定指標と原因指標



(2) 病院間比較を可能とする病院のグルーピング

病院を比較するには、指標や算式の統一、および重複の排除を行うのは当然であるが、これらを整備するだけでは適切な比較は出来ない。

病院は機能、規模、立地する地域特性等によって経営内容が大きく異なる。例えば急性期病院と療養型病院をそのまま比較しても、意味のある比較とはなり難い。同様に 50 床の病院と 500 床の病院を比較しても、また地理的、社会的（交通網の整備状況、人口動向等）、および競争状態（市場構造）等の異なる市場に立地した病院同士を比較しても、同じことが言える。

適切な比較を行うためには、同一の土俵（条件）で比較する必要がある、この意味で病院のグルーピングが求められる。

本調査研究では、病院について経営管理指標を用いて比較するには、どのような基準でどのようなグルーピングを行えばよいのかを検討し、その結果いくつかのグルーピングを行った。

(3) 非営利性を踏まえた指標

病院事業は非営利事業であり、指標の選択や見方においてもこの点についての留意は重要である。

平成 16 年 8 月 19 日厚生労働省医政局長発出の「病院会計準則の改正に伴う医療法人における会計処理等に係る留意点について」において、「病院会計準則は、従来どおり企業会計方式をとるが、病院の財政状態及び運営状況を適切に把握する手段として用いるものであり、そのこと自体は病院経営が営利性や利潤追求を伴うとの意味を有するものではないことは、従前と同様である」と明記されている。

営利企業では収益性、成長性、安全性の三つの観点から経営分析を行うことを一般とするが、病院の場合はこれらの他、機能性にかかわる指標が加えられなければならない。

機能性とは病院に与えられた機能の発揮度のことで、病院の存在目的は、この機能を最大限発揮することであり、このために非営利組織とされている。病院経営では、経営維持に必要な利益確保を除けば、この機能性をいかに発揮しているかが最大のポイントだと考えられるからである。例えば急性期の病院であれば、平均在院日数の長短など、本来の急性期機能をどう発揮しているか、その機能に応じた効率経営を行っているかが経営評価の上で、重視されることとなる。

また、一般産業にあっては先に述べた三つの観点の中で、どちらかといえば成長性や収益性が重視されるが、病院の場合、サービスの安定・継続が主眼なので、成長性はあまり重視されない。この点について、例えば格付けが発達している米国では、営利病院も非営利病院も同じ指標を用いるが、営利病院では成長性が重視されるのに対し、非営利病院では安全性が重視される。これらから本調査研究では、収益性、安全性に加え、機能性に関する指標の整備を試みた。

(4) 指標の見方、活用方法を提示

本調査研究では、指標を整理・検討するだけでなく、指標の意味、どういう主旨でこの指標を載せたのか、また簡便な指標による分析の実例を併せて提示した。これにより経営改善にどのようにつなげていけば良いのか、病院経営者層にとり、計数管理方法が具体的に判る調査研究報告書となるよう努めた。

調査研究結果

1．指標作成にあたってのデータソースとその入手方法について

本調査研究で行おうとしている経営管理指標の作成は、現行の3指標（病院経営指標、病院経営収支調査年報、主要公的医療機関の状況）の見直しであるが、データソースは現行のソースを原則そのまま利用することを前提としている。言い換えると指標見直しにあたって新たなデータソースは加えない。

それぞれの指標が対象としている医療機関は、「病院経営指標」が医療法人、「病院経営収支調査年報」、「主要公的医療機関の状況」が公的病院であるが（表2）、データの中身はいずれも財務データ（貸借対照表、損益計算書）と非財務データ（職員数、病床数などの数値平均。以下同じ）から成っている。

医療法人を対象とした「病院経営指標」の場合、財務データは医療法第51条に基づいて都道府県知事に提出される決算書を出所とし¹、非財務データは、全病院を対象に別途行われている「医療施設静態調査」、「病院報告」、「医療監査」に基づいている。

一方、公的病院を対象とした「病院経営収支調査年報」、「主要公的医療機関の状況」の場合、財務データ・非財務データとも、当該指標作成のために実施される、専用のアンケート調査をソースとしている。

指標作成にあたっては、上述の3指標のデータソースおよび入手方法を原則踏襲するものの、以下の整理統合を行う（表3）。

第一に公的病院を対象とした2種類の調査は、重複している面が多いので、一本化する。なお対象病院については、より多くをカバーしている「病院経営収支調査年報」の対象病院と同一とする。

第二は、公的病院に対するアンケート調査項目のうち、非財務データについては、「病院経営指標」で用いている「医療施設静態調査」などから得られることより、非財務データに関する事項は、アンケート調査項目から削除する。この結果、公的病院向けに実施されるアンケート調査は、財務データのみを簡略化される。

第三は、非財務データとして利用している「医療施設静態調査」、「病院報告」、「医療監査」のうち、「医療監査」は前二者と重複しているため利用データから除くこととする²。

¹ 医療法人が都道府県知事へ提出した財務諸表を都道府県が指導課へ送付。

² 「医療監査」を用いない理由に、各データをマッチングするには病院整理番号を利用するが、「医療監査」で利用している病院整理番号が他のデータと異なるため、データマッチングに時間を要することが挙げられる。

こうした簡略化より被調査者の負担軽減を図る。

表 2 現行の病院経営管理指標とその対象病院

開設者	病院経営指標	病院経営収支 調査年報	主要公的 医療機関の状況
国			
厚生労働省			
独立行政法人国立病院機構			
国立大学法人			
独立行政法人労働者健康福祉機構			
その他			
公的医療機関			
都道府県			
市町村			
日赤			
済生会			
北海道社会事業協会			
厚生連			
国民健康保険団体連合会			
社会保険関係団体			
全国社会保険協会連合会			
厚生年金事業振興団			
船員保険会			
健康保険組合及びその連合会			
共済組合及びその連合会			
国民健康保険組合			
公益法人			
医療法人			
学校法人			
社会福祉法人			
医療生協			
会社			
その他の法人			
個人			

表 3 既存指標と新指標のデータソース

既存指標

		病院経営指標	病院経営収支調査年報	主要公的医療機関の状況
対象		医療法人	公的病院	公的病院団体
データソース	財務データ	医療法人が都道府県へ提出した決算書	アンケート票 (個別病院向け)	アンケート票 (病院団体向け)
	非財務データ	・医療施設静態調査 ・病院報告 ・医療監査		



新指標

		病院経営指標	病院経営収支調査年報	主要公的医療機関の状況
対象		医療法人	公的病院	公的病院団体
データソース	財務データ	医療法人が都道府県へ提出した決算書	アンケート票	アンケート票
	非財務データ	・医療施設静態調査 ・病院報告		

2. 調査票について

医療法人

医療法人に関する指標作成にあたっては、既述のとおり財務データは、医療法に基づき都道府県知事に提出を義務づけられている決算書を、また非財務データは、別途に全病院を対象にしている「医療施設静態調査」などを利用しているため、指標作成のための調査票はもともと存在しないが、これに変更はない。ただし財務データについては、平成16年の病院会計準則の改正を反映させ、「医政指発第0819002号」で通知した統一フォーマット(表4-1、表4-2)で、決算書を提出することとなっている³。

公的病院

公的病院に関する指標については、従来通りアンケート調査を行うので、そのための調査票(アンケート票)が存在する。この調査票の項目が、データソースや入手経路の改訂に伴って、下記の通り変更となる。

非財務データについては医療法人同様、別途の統計調査である

³ このフォーマット変更にあたっては総務省の了承が必要で、かつ新たな調査項目の追加は被調査者の負担軽減の点から、実質的には困難である。

「医療施設静態調査」「病院報告」を利用することとするので、調査項目から削除する。この結果、調査項目は財務データのみとなる。

財務データについては、医療法人と公的病院の指標の整合性を図る観点から、医療法人が都道府県知事に提出する際に用いることとされている先のフォーマットの項目と同一とする。ただし後述のように、先のフォーマットでは非常勤の職種別人件費項目がないものの、常勤・非常勤別対職種別の人件費に関しては、その把握が病院経営分析の上で重要であり、かつ既存の公的病院へのアンケート調査でも得ていたことから、上記項目に加えることとする。

「主要公的医療機関の状況」で行われていた公的病院団体向けアンケート調査は廃止する。その理由は、もう一つの公的病院を対象とした「病院経営収支調査年報」と最終的な調査対象が同じで、調査項目も近似していることによる。両者の違いは、「病院経営収支調査年報」が個別病院毎にアンケートを実施し、病院単位のデータを出所としている⁴のに対し、「主要公的医療機関の状況」では各公的病院団体宛てにアンケートを行い、団体毎の平均値を出所としている⁵点である。各公的病院団体全体の平均値も、当然のことながら個別病院毎からデータを集めて作成していることより、両者を整理し、被調査者の負担を軽減する。

新しい公的病院へのアンケート調査票は表5の通りである。

⁴ 指導課が都道府県、関係団体に対し管下病院へ調査票送付および回収を依頼。指導課へ各病院の調査票を送付。

⁵ 指導課が対象となる各団体の病院統括部門へ各団体の平均値等の調査票を依頼。各団体が一括して作成し指導課へ送付。なお自治体病院（開設者が都道府県、市町村）分は、総務省自治財政局編「地方公営企業年鑑」より引用。

表 4 - 1 医療法人における都道府県への決算書提出様式【損益計算書】

損益計算書(病院・診療所)
 (自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日)

法人名 _____
 施設名 _____
 所在地 _____

医療法人 整理番号			医療施設 整理番号															(単位:千円)			
収益		費用																			
科目		科目																	金額		
金額																			金額		
医療収益		医療費用																			
入院診療収益		材料費																			
室料差額等収益		医薬品費																			
外来診療収益		給食材料費																			
その他の収益		その他の材料費																			
		給与費																			
		常勤職員給与・賞与																			
		医師給与・賞与																			
		看護師給与・賞与																			
		その他給与・賞与																			
		非常勤職員給与・賞与																			
		役員報酬																			
		退職給付費用																			
		法定福利費																			
		委託費																			
		減価償却費																			
		その他の設備関係費																			
		経費																			
		控除対象外消費税等負担額																			
		その他の費用																			
		医療利益(医療損失)																			
		医療外収益		医療外費用																	
		受取利息・配当金		支払利息																	
		その他の医療外収益		その他の医療外費用																	
				経常利益(経常損失)																	
臨時収益		臨時費用																			
		税引前当期純利益(税引前当期純損失)																			

注1) この表は開設する病院、診療所毎に作成すること。
 2) 室料差額等収益とは、特別の療養環境の提供(特別室)の特別料金、前歯部の材料差額、金属床総義歯、紹介外来型病院の初診、特定機能病院での初診、予約診療、診療時間外の診察、特別注文給食、高度先進医療の自己負担分をいう。
 印は記入しないこと。

資料：厚生労働省「医政指発第 0819002 号」、平成 16 年 8 月 19 日

表 4 - 2 医療法人における都道府県への決算書提出様式【貸借対照表】

貸借対照表(病院・診療所)
 (自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日)

法人名 _____
 施設名 _____
 所在地 _____

医療法人 整理番号		医療施設 整理番号												(単位:千円)
資産の部						負債の部								
科目		金額		科目		金額								
流動資産				流動負債										
現金・預金・有価証券				未払金										
医業未収金				短期借入金										
棚卸資産				短期の引当金										
短期貸付金				未払費用・前受収益										
その他の流動資産				その他の流動負債										
固定資産				固定負債										
有形固定資産				長期借入金										
土地				長期未払金										
建物				退職給与引当金										
備品				その他の固定負債										
その他の有形固定資産				負債合計										
無形固定資産				純資産の部										
その他の資産				科目		金額								
				純資産額										
				純資産合計										
資産合計				負債及び純資産合計										

複数の医療機関を開設している場合のみ記入のこと。

貸借対照表について次の欄の算定基礎はどうなっているか(該当の符号に を付すこと)	
土地・建物の欄	1 当該病院のみに計上 2 特定の病院に計上 3 本部会計を持ち、本部会計に計上
長期借入金の欄	1 当該病院のみに計上 2 特定の病院に計上 3 本部会計を持ち、本部会計に計上

注)この表は開設する病院、診療所毎に作成すること。

印は記入しないこと。

資料：厚生労働省「医政指発第 0819002 号」、平成 16 年 8 月 19 日

表 5 公的病院へのアンケート調査票

平成 年度病院経営指標調査 調査票

総務省承認 NO.
承認期間 平成 年 月 日

所属・役職	
記入者名	

* 整理番号 (記入不要)

□ □ □ □ □ □ □ □	—	□
-----------------	---	---

1 施設の概況 (平成 年 3 月 3 1 日現在)

(1) 病院名

--

(2) 所在地

住所: (都道府県から記入)

TEL:

e-mail

@

2 損益状況 (病院会計準則以外の科目は使用しないこと)

自平成 年 4 月 1 日 至平成 年 3 月 3 1 日 (単位: 千円)

費用		収益	
区分	金額	区分	金額
医業費用		医業収益	
給与費 (常勤・非常勤)		入院診療収益	
材料費		室料差額等収益	
委託費		外来診療収益	
減価償却費		その他の収益	
その他の設備関係費			
経費			
控除対象外消費税等負担額			
その他の費用			
医業利益 (医業損失)			
医業外費用		医業外収益	
支払利息		受取利息・配当金	
その他の医業外費用		その他の医業外収益	
経常利益 (経常損失)			
臨時費用		臨時収益	
税引前当期純利益 (税引前当期純損失)			

注 1) 室料差額等収益とは、特別の療養環境の提供 (特別室) の特別料金、前歯部の材料差額、金属床総義歯、紹介外来型病院の初診、特定機能病院での初診、予約診療、診療時間外の診察、特別注文給食、高度先進医療の自己負担分をいう

注 2) 各勘定科目については、病院会計準則【改正版】(平成 16 年 8 月 19 日医政発第 08019001 号) の科目により整理して記入すること

特に補助金・負担金は、必ず臨時収益の中に含まれていること
 経常利益 (損失) は、次の式で算出されていること

$$\text{医業利益 (損失)} + \text{医業外収益} - \text{医業外費用} = \text{経常利益 (損失)}$$
 (損失は ー で標示すること)
 当期純利益は、次の式で算出されていること

$$\text{経常利益 (損失)} + \text{臨時収益} - \text{臨時費用} = \text{当期純利益 (損失)}$$
 (損失は ー で標示すること)

(1) 給与費明細

(単位 : 千円)

区分	金額
給与費(常勤・非常勤)	
常勤職員給料・賞与	
医師給料・賞与	
看護師給料・賞与	
その他給料・賞与	
非常勤職員給料・賞与	
医師給料・賞与	
看護師給料・賞与	
その他給料・賞与	
役員報酬	
退職給付費用	
法定福利費	

注 3) 給与費の金額は、損益計算書の給与費の金額と合致すること

(2) 材料費明細

(単位 : 千円)

区分	金額
材料費	
医薬品費	
給食材料費	
その他の材料費	

注 4) 材料費の金額は、損益計算書の材料費の金額と合致すること

3 財政状態（病院会計準則以外の科目は使用しないこと）

平成 年 3 月 3 1 日現在

（単位：千円）

資産の部				負債の部			
区分		金額		区分		金額	
流動資産				流動負債			
現金・預金・有価証券				未払金			
医業未収金				短期借入金			
棚卸資産				短期の引当金			
短期貸付金				未払費用・前受収益			
その他の流動資産				その他の流動負債			
固定資産				固定負債			
有形固定資産				長期借入金			
土地				長期未払金			
建物				退職給与引当金			
備品				その他の固定負債			
その他の有形固定資産				負債合計			
無形固定資産				純資産の部			
その他の資産				科目		金額	
				純資産額			
				純資産合計			
資産合計				負債及び純資産合計			

複数の医療機関を開設している場合のみ記入のこと。

貸借対照表について次の欄の算定基礎はどうなっているか(該当の符号に を付すこと)	
土地・建物の欄	1 当該病院のみに計上 2 特定の病院に計上 3 本部会計を持ち、本部会計に計上
長期借入金の欄	1 当該病院のみに計上 2 特定の病院に計上 3 本部会計を持ち、本部会計に計上

注5) 固定資産に計上する建物、器械備品は、各々減価償却累計額を差し引いた額を計上し、再掲額の合計が固定資産の総額を上回らないように注意すること

注6) 1施設のための貸借対照表（財政状態）でない場合は、備考欄にその理由を記入すること

（備考欄）

（注）「2 損益状況」「3 財政状態」については、各項目の係数の記入に換えて、当該項目の係数が把握できる計算書（財務諸表など）の添付でも可とする

3. 指標の報告書について

指標の報告書は現在独立的に3種に分冊されているが、公的病院と民間病院など、開設者別の経営内容比較を容易にするため、3種の報告書は「病院経営管理指標」として一冊に統合する(表6)。

表6 指標の報告書の統一

現行の指標報告書			
報告書名	病院経営指標	病院経営収支調査年報	主要公的医療機関の状況
対象	医療法人	公的病院	公的病院団体

↓

新指標報告書	
報告書名	病院経営管理指標
対象	医療法人 公的病院

4. 指標について

(1) 指標改訂にあたっての基本的考え方

現行の3指標を改訂するとともに、一本化を図るが、改定にあたっての基本的考え方(基本原則)は下記のとおりである。

重複・不統一の排除

指標を体系的に整理するとともに、用語・算式の重複・不統一を排除する。

収載する指標は分析の手がかりまで

指標、とりわけ収益性指標については、経営成績を判定評価する判定指標と、その要因分析に用いられる原因指標に分類整理し、収載する指標の範囲は以後の分析の手がかりを示すまでとする。

実数はできるだけ多く掲載する

病院の内部分析者は、いくらでもデータを用意し、さまざまな指標が作成可能だが、それらが比較対象病院と比べることができ、自院の位置づけが明確にならなくては意味がない。とって本調査研究で示す指標において、数多くの指標を用意することは、効率の点からも見易さの点からも望ましくない。そこで収載する指標自体は極力抑えるが、代わりにできるだけ多くの指標が算出できるよう、現在収集しているデータの枠内で財務データ、および非財務データの実数は幅広く収載する。

ここで、指標として何を採り上げ、何を採り上げないかに関わる話な

ので、経営分析の目的とプロセスについて一言言及したい。

経営分析の目的は、大別して二つに分類されよう（表 7）。第一は収益性、安全性などの視点から、分析対象の経営状況を評価判定することである。第二はその判定結果の原因を明らかにすることである。特に原因分析は、収益性、安全性、成長性の三つの視点のうち基本となる収益性分析で求められる。判定するための指標として、判定指標、その判定の原因を明らかにするものとして原因指標、この判定指標と原因指標を明確に認識して、指標を整理する。

表 7 経営分析の目的

経営分析の目的 （収益性、安全性などを）判定する・・・判定指標 その判定結果の原因を明らかにする・・・原因指標

経営分析は、経営指標をシグナルとしてその背景にある経営上の問題点を探し当てることにあるので、分析者にとっては自らデータと向き合い、実態と見比べながら、自ら考え、データを二次加工、三次加工していくプロセスである。こうした努力なくして、第三者機関などから与えられた出来合いの指標を、ただ比較検討するだけでは、効果ある分析を行ったとはいえない。本調査研究で提供する指標を、分析する手がかりまでとしたのは、そうした考えによるものである。手がかり以降の分析は、分析者自身に任せることとする。したがって、詳細なクロス分析やレーダーチャート、折れ線グラフ、棒グラフなど分析者の分析手法まで立ち入ることは割愛する。

（ 2 ） 病院経営評価の視点

1）一般産業における評価基準

まずは一般産業における経営評価であるが、これは原則として損益基準によって判断する。ここで損益基準とは、損益計算書だけでなく貸借対照表も含めた意味である。

評価の視点は収益性、安全性、成長性の 3 点だが、一般産業にあっては持続的規模の拡大、持続的株価上昇が要請され、その優劣で評価される。そのため、特に成長性、収益性が重視される。

したがって一般産業で、優良企業といえれば、それは損益基準による評価が高いもの、ということになる。

2) 病院産業における評価基準

このように一般産業では損益基準一本で評価されるが、これに対して病院は、二つの異なる基準で評価されねばならないと考える。

第一は一般産業同様、損益基準での評価。

第二は機能の発揮度による評価。

第一の損益基準では、収益性、安全性、成長性といった評価の視点は一般産業と変わらないが、病院の場合は、医療サービス提供の安定継続が主眼であって、必ずしも規模の持続的拡大が目的ではないので、他産業ほどには成長性は重視されない。

第二の機能の発揮度とは、いわゆる機能性に関する評価である。これは一面で医療の質に関する評価といえるものだが、要するに与えられた医療機能をどの程度発揮しているかを判定することである。例えば平均在院日数、外来入院比などの指標で評価されるもので、急性期病院なら急性期機能、療養型病院なら療養機能をどの程度発揮しているかである。

このため病院では、損益基準面だけではなく、機能性の面も優れている必要があり、優良病院とは、損益基準面、機能面、この二つのバランスが良い病院を指すと考える。

以上から病院における評価の視点は、収益性、安全性、機能性の3点としたい(表8)。

ここで、生産性が抜けていると指摘されるかもしれないが、生産性指標は、収益性指標の原因指標と多くの点で重複するので、原因指標に包含することで活用し、あえて視点としては挙げていない。

表8 病院における経営評価の視点

<ul style="list-style-type: none">・ 収益性・ 安全性・ 機能性

(3) 病院経営管理指標

以上の考えを踏まえ、以下では具体的な指標について述べる。

1) 経営評価の視点と指標

ア) 収益性の指標

収益性の指標については判定指標と原因指標に分けて説明することとする。はじめに判定指標から述べる。

判定指標

1) 利益率

収益性を判定する指標は一般に利益率で示される。利益率と一言と言っても売上高に対する利益率と、資本（資産。以下同じ）に対する利益率がある。さらに一般企業では、売上高に対する利益率として、粗利益率、営業利益率、経常利益率、純利益率などがあり、資本に対する利益率にもこれに対応して総資本粗利益率などがある。

ただこれら利益率が全て判定指標になるわけではない。判定指標としての利益率は、総合的、最終的に収益性を判定するものであるから、本業にかかわるもので、経常的で、かつ全ての経常収益と全ての経常費用の収支差額として示される要件を満たした利益率となる。

そのため、一般企業では経常利益率が一般的に使われているが、病院の場合は医業利益率が妥当ではないかと思われる。もちろん病院においても経常利益率はこの要件を満たす。むしろ経常利益率のほうが適切といえるかもしれない。ただ後述することであるが、人件費比率、材料費比率などの原因指標が医業収益との対比で示すこととの整合性との問題がある。

ここで問題となるのは、一般企業での経常利益率であれ、病院における医業利益率であれ、それが売上高に対するものを採用するのか、総資本に対するものかということである。いうまでもなく、売上高に対する利益率は、売上高一単位に対する利幅の効率性を示すものであり、総資本に対するそれは投下資本一単位の効率性つまり投資利回りを問うもので、両者の相互関連性は強いが、同じ効率性を問うといっても、その視点は異なる。そこでここでは、医業利益率（医業収益対医業利益率。以下同じ）と、総資本医業利益率の二つを判定指標として採用した。

これ以外の利益率は収益性の局所的な判定指標として用いられることはあっても、総合的、最終的判定指標としては適格性を欠くと考えるので、同じ利益率であっても、原因指標として位置づけられる（表9、表10）。

表 9 利益率

利益率 <	売上高（収益）に対する利益率
	粗利益率 営業利益率 経常利益率 純利益率など
利益率 <	資本（資産）に対する利益率
	総資本粗利益率など
利益率 <	判定指標としての利益率
	原因指標としての利益率

表 10 判定指標としての利益率の要件

- ・ 本業に関わるもの
- ・ 経常的なもの
- ・ 全ての経常収益から全ての経常費用を差し引いた段階での利益

）補正指標

医業利益率と総資本医業利益率、この二つの指標によって、収益性を判断することとなるわけだが、病院の場合、やや特殊ともいえる事情があり、この判定指標だけでそのまま評価したのでは、実態を見誤る恐れがあるため、これを補正する必要がある。

経営分析では、単一の指標だけで判断することは少なく、いくつかの指標を組合せながら、相互関連的に考えていくものなので、その意味で常に補正作業を伴うわけだが、病院にあっては特に大きな補正を必要とする項目があるので、これについて以下に述べたい。

病院事業は、一般に低収益で、かつ短期間に構造的な面が大きく変動することは少ないといえる。つまり低位安定型である（ここで安定とは変動が少ないことを指し、経営が楽ないしは安泰という意味ではない）。この低位安定事業に大きなインパクトを与える事象がある。それは病棟建替えをメインとする設備投資である。

一般産業にあっては、設備投資は経営に大きな影響を及ぼす行為だが、病院の場合、ことのほか負担を先行させ、安全性はもとより収益性も著しく悪化させる。その理由として、設備投資金額が設備投資時の経営規模に比して多額になること、一般産業における投資のような能力増投資または合理化投資ではなく、置換投資に等しいこと、そのため設備投資

を行っても、従前に比べ収益が増加するわけでもなく、目立って生産効率がアップするわけでもないので、利益向上につながらず、逆に負担増のみが先行すること、そのような負担のある設備投資を拡大再生産が困難な状況下で行わなければならないことが挙げられる。

2003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」によると(表11)、設備投資を実施しても、病床数、患者数、医業収益などが置換投資の故にさして変わらないのに対して、借入金や資本費などは大きく増加し、その結果、医業利益率などの収益性、借入比率、自己資本比率などの安全性が目立って悪化している様子が判る。

一方、設備投資を実施していないグループをみると、これらが逆に収益性、安全性ともに改善している。このように設備投資を実施すると病院の経営成績に大きな負担をもたらすが、病院は施設産業といわれ、施設は約30年を周期として建替え投資が避けられない。これを実行していかなければ経営の存続もおぼつかない。むしろ経営の安定維持を図るうえで不可欠な戦略的手段といえる。

このように考えると、収益性が悪化した場合、それが設備投資によるものか、あるいは設備投資以外の理由によるものかの見分けは、病院の経営分析上極めて重要であるといえる。かりに設備投資によるときは、その点を考慮して収益性を判定する必要がある。このため、収益性が悪化した場合、設備投資負担を排除した指標で、医業利益率と総資本医業利益率の判定指標を補正する必要が生じる。

設備投資負担を排除した指標として、減価償却を戻した償却前医業利益率を用いたい。この償却前医業利益率が低下していなければ、上記二つの指標が悪化していても、割り引いて評価してよいのではないかといえる。こうした補正をせず、単に医業利益率の悪化ないし低水準のみを捉えて、直ちに収益性の劣った病院と判断するのは、実態を見誤ることになりかねないと思われる。

表 11 設備投資の有無で比較した病院の経営状況⁶

		投資実施グループ	投資未実施グループ
固定資産伸び率2000/1996		150%以上	100%未満
伸び率	固定資産	219.5%	83.7%
	病床数	100.7%	96.8%
	在院患者延数	103.5%	96.3%
	新入院患者数	108.0%	101.6%
	外来患者延数	105.6%	93.4%
	医業収益	112.5%	101.0%
	入院患者収益	115.6%	103.0%
	外来患者収益	103.1%	91.9%
	長期借入金	248.1%	79.4%
	自己資本	132.5%	132.6%
	支払金利	150.7%	73.5%
	減価償却費	186.6%	93.2%
	資本費合計(金利+減価償却費)	177.2%	87.3%
	医業利益	108.0%	149.4%
	経常利益	98.7%	157.4%
	税引前当期利益	105.6%	163.8%
償却・金利前経常利益	129.1%	111.5%	
金利負担率	1996	1.0%	1.8%
金利/医業収益	1999	1.2%	1.4%
	2000	1.4%	1.3%
償却負担率	1996	2.9%	4.2%
減価償却費/医業収益	1999	3.9%	4.1%
	2000	4.8%	3.8%
資本費負担率	1996	3.9%	6.0%
(金利+減価償却費)/医業収益	1999	5.1%	5.5%
	2000	6.2%	5.1%
医業利益率	1996	5.6%	3.4%
医業利益/医業収益	1999	4.0%	4.4%
	2000	5.4%	5.1%
経常利益率	1996	6.1%	3.1%
経常利益/医業収益	1999	4.4%	4.4%
	2000	5.4%	4.9%
償却・金利前経常利益率	1996	10.1%	9.1%
(経常利益+減価償却費+金利)	1999	9.5%	9.8%
/医業収益	2000	11.5%	10.0%
固定資産回転率	1996	229.8%	147.0%
医業収益/固定資産	1999	129.0%	162.3%
	2000	117.7%	177.4%
一床当たり固定資産	1996	4,618	7,595
固定資産/合計病床数	1999	8,608	6,984
*単位:千円	2000	10,071	6,564
償還期間	1996	3.9年	8.4年
長期借入金/	1999	7.2年	6.2年
(税引前利益×70%+減価償却費)	2000	6.9年	5.7年
借入比率	1996	26.0%	51.1%
長期借入/医業収益	1999	47.4%	43.7%
	2000	57.4%	40.2%
自己資本比率	1996	41.0%	25.4%
自己資本/総資産	1999	33.6%	33.0%
	2000	31.7%	35.6%
固定長期適合率	1996	69.9%	84.7%
固定資産/	1999	87.5%	77.9%
(自己資本+固定負債)	2000	85.5%	72.5%

資料：厚生労働省「医療機関の経営評価方法に関する調査研究」 2004年

⁶表 11 の指標はデータが 1996 年から 2000 年のものであり、医療経済実態調査などをみると近年これら数値は低下傾向にある。

以上より、収益性を判定する指標として、医業利益率と総資本医業利益率を、補正指標として償却前医業利益率を利用したい。

なお、収益性の判定指標は既述のように医業利益率と総資本医業利益率だが、一般産業では収益性の判定指標には経常利益率を用いる。そのため、指標には他産業との比較という観点から経常利益率も参考までに併記することとする（表 12）。

表 12 収益性の判断指標

収益性
医業利益率
総資本医業利益率
経常利益率
償却前医業利益率(補正指標)

原因指標

次に収益性の原因指標を検討する。

原因指標としては、判定指標にストレートに影響するものではないが、経営上の基盤に関わる指標と、判定指標に直結する指標とに分けて考える。

経営基盤は収益基盤と収益構造の二つに分けて考えてみたい。

第一の収益基盤とは、具体的には経営基盤の根本を成す集患状況、つまり患者の来院状況に関するものである。いうまでもなく病院を経営という観点から見ると、とにかく患者が来てくれなくては始まらない。経営分析指標というからには、これに関する指標を用意することは欠かせないと思われる。そこでこれを表す指標を検討してみた。

常識的には、1日当り外来患者数、入院患者数といったところであろうが、実数だけでは病院規模等にもよることから相对比较が出来にくいので、なんらかの他の数値との比率での表示が必要と考える。

そこで病床利用率を挙げた。これは自院の規模、収容能力に対しどの程度の患者が来てくれているか、あるいは利用してくれているかを表すため、来院ないし入院状況を示す基本指標といえる。

経営基盤の第二は、収益構造に関する指標である。これは収益力の柔軟性をチェックする。固定費が少なく身軽な体質にあるか、逆に固定費が高く、少々のことでは収益改善が進まない体質にあるかを見るもので、固定費比率{(人件費+設備関係費+金利)/医業収益}を用いる。損益分岐点分析の簡便法である。

なお、表 13 では医業利益率と固定費比率の関係を示した。この表で明らかのように、やはり固定費比率が高い病院では、一般に低収益であることが読み取れる。

表 13 固定費比率と医業利益率（医療法人 一般病院のみ）

医業利益率	10%以上	10%未満～5%以上	5%未満～0%以上	0%未満～-5%以上	-5%未満
固定費比率	53.8%	58.2%	60.3%	63.2%	71.3%

* 固定費 = 人件費 + 減価償却費 + 金利 + 経費の 1/3（旧病院会計準則ベース）

資料：2000 年病院経営指標より試算

次に判定指標にストレートにつながる原因指標を見てみよう。

一般企業にあっては、費用（あるいは収益）が、売上原価、販売費・一般管理費、財務活動損益、固定資産や有価証券の売却損益などからなる非経常損益に分散計上され、それぞれに対応して利益額が表示される仕組みとなっている（表 14）。

表 14 一般企業における各段階における利益

一般企業の場合：売上高から各種の費用を差し引いた各段階の利益	
売上原価	粗利益
販売費・一般管理費	営業利益
財務活動損益	経常利益
非経常損益	純利益

このため、経常利益率の高低の原因をみるとき、それが製造コストにあるのか、販売面か、本社経費といった間接部門か、これらをまず見分ける必要がある。これに対応する各段階の利益率、たとえば売上高粗利益率、売上高営業利益率、売上高経常利益率を検討することによって、経常利益率高低の原因がどの部分にあるかの発見に努めるわけである。

これより、一般企業にあってはこれら各段階における利益率の分析は、分析の方向を定める上で極めて大切といえる。

これに対して病院の場合、費用（あるいは収益）がこのように分散表示されていない。そもそも製造コストの概念はなく、販売部門も存在しない。また一般企業に比べ財務活動も活発とはいえない。いわんや株主への配当を考慮して非経常損益段階で固定資産売却益といった利益捻出操作も必要としていない。病院の場合、費用はほとんど医業費用一本に集約されている。したがって各段階の利益率 - もともところこうした利益率

も存在しないが - を分析する意義は乏しいといえる。

費用が医業費用一本に集約されているだけに、医業費用として計上されている項目を出来るだけ多く、対医業収益比率として直接把握することによって原因解明の手がかりをつかむことが近道となろう。そこで新病院会計準則で、医業費用として示されている 8 項目のうち、データとして入手できる費用項目全て（材料費、給与費、委託費、設備関係費、経費、控除対象外消費税等負担額）の対医業収益比率を原因指標として選定した。入手できない費用項目は研究研修費と本部費配賦額である。これら 2 項目は金額が小さいながら、特に研究研修費は医療の質と間接的だが関連する項目であるため、今後はこれら項目も入手できるよう改善が求められよう。

なお、新病院会計準則で新たに設けられた設備関係費に含まれる減価償却費、および材料費のうち医薬品費、それに医業費用ではないが支払利息は、病院経営分析の上で重視すべき項目なので、独立させてその対医業収益比率を加えた。

ところで病院は実績から明らかなように、人件費が医業収益の 50% 前後を占める労働集約産業である。当然のことながら、人件費の動向、構造などの収益への影響度は大きいことになる。そこで人件費に関する指標をやや詳細に用意した。

特に医師や看護師をはじめ、職員の非常勤化が進んでいると指摘されている中、様々な職種を常勤・非常勤別にみた人件費指標は、極めて重要といえる。

しかし医療法人を対象とした「病院経営指標」においては、既述（6 頁）のように財務データは都道府県知事に提出される決算書を出所としており、その提出フォーマット（様式と項目）が定められている。そのフォーマットによると、医業費用の中で、常勤の医師および看護師の人件費は表示されているが⁷、非常勤の人件費は非常勤人件費として一括表示されていて、職種別には捉えられない。そのため、医療法人については常勤・非常勤別対職種別にみた人件費指標は作成できない⁸。

一方公的病院の場合、「病院経営収支調査年報」では、現行アンケートで常勤・非常勤別対職種別に人件費を調査しているため、医師、看護師、その他職員が、常勤・非常勤別に捉えられている。

公的病院については、引き続きアンケート方式で財務データを収集す

⁷ 常勤の医師と看護師以外の常勤職員については、「その他職員」として一括表示。

⁸ 常勤の医師人件費比率と看護師人件費比率のみ作成可能であるため、その分は収載する。

るが、その際のアンケート票に、常勤・非常勤別対職種別の人件費項目を引き続き収載する⁹。医療法人については、現在は必要データが入手不可能であることから収載できないが、今後の課題としたい。

最後に、投下資本を効率的に活用しているかをみるため、総資本回転率、固定資産回転率、1床当り固定資産額を挙げた。

以上、収益性の原因指標をまとめると以下のとおりである。

表 15 収益性の原因指標

病床利用率
固定費比率
材料費比率
医薬品比率
人件費比率
委託費比率
設備関係費比率
減価償却費比率
経費比率
金利負担率
総資本回転率
固定資産回転率
1床当り固定資産額
常勤医師人件費比率
非常勤医師人件費比率
医師人件費比率
常勤看護師人件費比率
非常勤看護師人件費比率
看護師人件費比率
常勤その他職員人件費比率
非常勤その他職員人件費比率
その他職員人件費比率
常勤医師1人当り人件費
非常勤医師1人当り人件費
医師1人当り人件費
看護師1人当り人件費
その他職員1人当り人件費
常勤医師1人当り医業収益
非常勤医師1人当り医業収益
医師1人当り医業収益
看護師1人当り医業収益
その他職員1人当り医業収益
職員1人当り医業収益

⁹ ただし常勤・非常勤別職種別対の1人当り人件費や1人当り医業収益については、算出に非財務データの職種別対常勤・非常勤職員数が必要であるが、医師以外はそのようなデータが既存統計(「病院報告」)になく(非常勤職員は常勤換算で表示)算出できないことから、医師分のみの指標を収載する。

収益性指標における判定指標と原因指標および、それを取り上げた考え方を示したが、ここで現行の経営指標との対比に若干触れたい。

それは付加価値関連の指標についてである。

付加価値は、個別企業が生産活動を通じて国民経済に対して、価値を付加した寄与分である。各企業、産業が付加価値を向上させれば GDP がより多く増加し、国民生活がそれだけ豊かになる。それだけに各企業、産業がそれぞれ付加価値を高める努力をすることは、競争力や生活水準の向上を図る上で極めて重要である。一国の産業政策としても付加価値の高い産業構造を構築することは、大きな目標である。

しかし病院産業は付加価値の増大を求められる産業かという疑問がある。もちろん付加価値が高いことに越したことはないが、その増殖を目的、あるいは期待される事業であろうか。付加価値額は利益の源泉だが、病院はそもそも非営利事業と位置づけられており、収益性分析も医療サービスの継続的提供の財務基盤または安全性が維持されているかに主眼が置かれている。これが第一点である。

第二点目は、付加価値分析が意味を持つのは、価格の決定権が個別企業に与えられている場合である。いうまでもなく、病院事業は詳細にわたって公定価格のもとにあって、病院サイドに価格決定権はない。このような状況下では、十分な付加価値を創造するには大きな制約がかかっているといえ、付加価値分析の効果というか、意味あいを大きく減殺する。

価格決定権が保有されていれば、ある製品が開発された場合、自らが想定ないし試算した付加価値額から逆算して、あるいはそれをベースにフィードバックしながら事業化計画、利益計画、価格政策などにも活用される。そして、獲得される付加価値額を企業、株主、従業員にどう配分するかといった経営上重要な判断材料に用いる。しかし病院には原則こういった利用局面はない。

先にも述べたとおり、付加価値額は利益の母体ともいえるものなので、収益性分析の有力な手法だが、上述の利用局面が病院にはほとんどないとすれば、通常の収益性分析で事足りるのではないかと考える。

さらに、病院経営指標のデータで見ると、医業利益率と付加価値率に何の相関もみられない。ほとんどの病院の付加価値率は医業利益率の高低に関係なく 40～70%のレベルに納まっていた。このように、収益と連動していないのでミスリードする可能性もあり、付加価値関係の指標は取り上げないこととした。

イ) 安全性の指標

病院の安全性指標を選択するにあたっては、三つの点からアプローチした。

第一は自前の資本力である。

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、どれだけを経営主体の自前の資本で賄っているかというのは、安全性の基本中の基本といえる。

この指標としては当然のことながら自己資本比率を用いる。

第二は長期借入金のマネジメントである。

病院の収益は約2ヶ月後には(査定分を除き)ほぼ確実に現金化されるので、普通の経営を行っていけば、日常の短期的な運転資金には原則、不自由することは少ないと思われるが、一方で病院は施設産業なので、収益力、規模に比較して一定のインターバルで大きな設備投資を行わなければならない。

ところが病院は非営利と位置づけられ、出資者に対して利益配当を禁じられていることを基本的理由として、自己資本調達力にはどうしても限界があって、他人資本、とりわけ長期借入金への依存が避けられない体質にある。

借入金は当然のことながら返済義務を負うほか、金利支払が生ずるので経営に大きな負担をもたらす。このため、長期借入金のマネジメントは、財務の安全性を保持する上で極めて重要なファクターとなる。そこで、いろいろな角度から長期借入金の規模や健全性などをチェックすることが必要となる。

本調査研究では以下の三つからこれをチェックすることとした。

a) 病院規模との関連・・・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、医業収益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、医業収益以上の借り入れ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。

b) 返済能力との対比・・・見込み償還期間：長期借入金 ÷ (税引前利益¹⁰ × 70%¹¹ + 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れを除くと、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。

c) 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投下資本に対しては、長期資金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。安全度を見込み70～80%が上限と言われている。

第三は設備投資を実施する上での安全性である。

既に何度も述べているように、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時期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、一床あたり固定資産では300～400万円以下であれば、他の安全性指標の水準

¹⁰ 施設会計のため税引き後利益が表示されていないため

¹¹ 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。

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¹²。

固定資産回転率、一床当り固定資産を、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。

そのほか、短期的な決済能力を表すものとして流動比率を挙げた。

これら安全性の指標をまとめたのが表 16 である。

表 16 安全性の指標

自己資本比率
固定長期適合率
借入金比率
見込償還期間
流動比率
固定資産回転率(再)
1床当り固定資産額(再)
償却金利前経常利益率(補正指標)

ウ) 機能性の指標

これは病院の機能を見る指標であり、今回の新病院会計準則とは直接的には関係はない。

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。そもそも一般病院といっても、その定義は定かではない。

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、表 17 に示す指標を取り上げた。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、

¹² 明治安田生活福祉研究所「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 平成 15 年度

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。

表 17 機能性の指標

病床利用率(再)
平均在院日数
外来/入院比
1日平均入院患者数
1日平均外来患者数
入院患者1人1日当り入院収益
入院患者1人1日当り入院収益(室料差額除く)
外来患者1人1日当り外来収益
医師1人当り入院患者数
医師1人当り外来患者数
看護師1人当り入院患者数
看護師1人当り外来患者数
職員1人当り入院患者数
職員1人当り外来患者数
1床当り固定資産額(再)

なお次項以降これまで述べてきた各種指標の算式(各算式とも%表示のための「×100」は省略してある)を表18にまとめたほか、参考までに表19に新病院会計準則の損益計算書・貸借対照表の雛形を掲載した。

表 18 指標の算式

【収益性】

新指標項目	算式(必要項目)
医業利益率	$\frac{\text{医業利益}}{\text{医業収益}}$
総資本医業利益率	$\frac{\text{医業利益}}{\text{総資本}}$
償却前医業利益率	$\frac{\text{医業利益} + \text{減価償却費}}{\text{医業収益}}$
病床利用率	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{許可病床数}}$
固定費比率	$\frac{\text{給与費} + \text{設備関係費} + \text{支払利息}}{\text{医業収益}}$
材料費比率	$\frac{\text{材料費}}{\text{医業収益}}$
医薬品費比率	$\frac{\text{医薬品費}}{\text{医業収益}}$
人件費比率	$\frac{\text{給与費}}{\text{医業収益}}$
委託費比率	$\frac{\text{委託費}}{\text{医業収益}}$
設備関係費比率	$\frac{\text{設備関係費}}{\text{医業収益}}$
減価償却費比率	$\frac{\text{減価償却費}}{\text{医業収益}}$
経費比率	$\frac{\text{経費}}{\text{医業収益}}$
金利負担率	$\frac{\text{支払利息}}{\text{医業収益}}$
総資本回転率	$\frac{\text{医業収益}}{\text{総資本}}$
固定資産回転率	$\frac{\text{医業収益}}{\text{固定資産}}$
1床当り固定資産額	$\frac{\text{固定資産}}{\text{許可病床数}}$
常勤(非常勤)医師人件費比率	$\frac{\text{常勤(非常勤)医師給与・賞与}}{\text{医業収益}}$
常勤(非常勤)看護師人件費比率	$\frac{\text{常勤(非常勤)看護師給与・賞与}}{\text{医業収益}}$
常勤(非常勤)その他の人件費比率	$\frac{\text{常勤(非常勤)その他給与・賞与}}{\text{医業収益}}$
医師1人当り人件費	$\frac{\text{医師給与・賞与}}{\text{常勤換算医師数}}$
看護師1人当り人件費	$\frac{\text{看護師給与・賞与}}{\text{常勤換算看護師数}}$
その他の1人当り人件費	$\frac{\text{その他の給与・賞与}}{\text{常勤換算その他数}}$
職員1人当り人件費	$\frac{\text{給与費}}{\text{常勤換算職員数}}$
医師1人当り医業収益	$\frac{\text{医業収益}}{\text{常勤換算医師数}}$
看護師1人当り医業収益	$\frac{\text{医業収益}}{\text{常勤換算看護師数}}$
その他の1人当り医業収益	$\frac{\text{医業収益}}{\text{常勤換算その他数}}$
職員1人当り医業収益	$\frac{\text{医業収益}}{\text{常勤換算職員数}}$

【安全性】

新指標	算式
自己資本比率	$\frac{\text{純資産}}{\text{総資本}}$
固定長期適合率	$\frac{\text{固定資産}}{\text{純資産} + \text{固定負債}}$
借入金比率	$\frac{\text{長期借入金}}{\text{医業収益}}$
見込償還期間	$\frac{\text{長期借入金}}{(\text{税引前当期純利益} \times 70\%) + \text{減価償却費}}$
流動比率	$\frac{\text{流動資産}}{\text{流動負債}}$
固定資産回転率(再)	$\frac{\text{医業収益}}{\text{固定資産}}$
1床当り固定資産額(再)	$\frac{\text{固定資産}}{\text{許可病床数}}$
1床当り固定負債額(再)	$\frac{\text{固定負債}}{\text{許可病床数}}$
償却金利前經常利益率	$\frac{\text{經常利益} + \text{減価償却費} + \text{支払利息}}{\text{医業収益}}$

【機能性】

新指標	算式
病床利用率(再)	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{平均許可病床数}}$
平均在院日数	$\frac{\text{在院患者延数}}{(\text{新入院患者数} + \text{退院患者数}) \times 1/2}$
外来/入院比	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{1日平均入院患者数}}$
1日平均入院患者数	$\frac{\text{在院患者延数}}{365\text{日}}$
1日平均外来患者数	$\frac{\text{外来患者延数}}{365\text{日}}$
患者1人1日当り入院収益	$\frac{\text{入院診療収益} + \text{室料差額等収益}}{\text{在院患者延数} + \text{退院患者数}}$
患者1人1日当り入院収益 (室料差額除く)	$\frac{\text{入院診療収益}}{\text{在院患者延数} + \text{退院患者数}}$
外来患者1人1日当り外来収益	$\frac{\text{外来診療収益}}{\text{外来患者延数}}$
医師1人当り入院患者数	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{常勤換算医師数}}$
医師1人当り外来患者数	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{常勤換算医師数}}$
看護師1人当り入院患者数	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{常勤換算看護師数}}$
看護師1人当り外来患者数	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{常勤換算看護師数}}$
職員1人当り入院患者数	$\frac{\text{1日平均入院患者数}}{\text{常勤換算職員数}}$
職員1人当り外来患者数	$\frac{\text{1日平均外来患者数}}{\text{常勤換算職員数}}$
1床当り固定資産額(再)	$\frac{\text{固定資産}}{\text{許可病床数}}$

表 19 - 1 新病院会計準則 損益計算書

損益計算書

自平成×年×月×日至平成×年×月×日

科目	金額		
医業収益			
1 入院診療収益		× × ×	
2 室料差額収益		× × ×	
3 外来診療収益		× × ×	
4 保健予防活動収益		× × ×	
5 受託検査・施設利用収益		× × ×	
6 その他の医業収益		× × ×	
合計		<u>× × ×</u>	
7 保険等査定減		<u>× × ×</u>	× × ×
医業費用			
1 材料費			
(1) 医薬品費	× × ×		
(2) 診療材料費	× × ×		
(3) 医療消耗器具備品費	× × ×		
(4) 給食用材料費	<u>× × ×</u>	× × ×	
2 給与費			
(1) 給料	× × ×		
(2) 賞与	× × ×		
(3) 賞与引当金繰入額	× × ×		
(4) 退職給付費用	× × ×		
(5) 法定福利費	<u>× × ×</u>	× × ×	
3 委託費			
(1) 検査委託費	× × ×		
(2) 給食委託費	× × ×		
(3) 寝具委託費	× × ×		
(4) 医事委託費	× × ×		
(5) 清掃委託費	× × ×		
(6) 保守委託費	× × ×		
(7) その他の委託費	<u>× × ×</u>	× × ×	
4 設備関係費			
(1) 減価償却費	× × ×		
(2) 器機賃借料	× × ×		
(3) 地代家賃	× × ×		
(4) 修繕費	× × ×		
(5) 固定資産税等	× × ×		
(6) 器機保守料	× × ×		
(7) 器機設備保険料	× × ×		
(8) 車両関係費	<u>× × ×</u>	× × ×	
5 研究研修費			
(1) 研究費	× × ×		
(2) 研修費	<u>× × ×</u>	× × ×	
6 経費			
(1) 福利厚生費	× × ×		
(2) 旅費交通費	× × ×		
(3) 職員被服費	× × ×		

(4) 通信費	× × ×		
(5) 広告宣伝費	× × ×		
(6) 消耗品費	× × ×		
(7) 消耗器具備品費	× × ×		
(8) 会議費	× × ×		
(9) 水道光熱費	× × ×		
(10) 保険料	× × ×		
(11) 交際費	× × ×		
(12) 諸会費	× × ×		
(13) 租税公課	× × ×		
(14) 医業貸倒損失	× × ×		
(15) 貸倒引当金繰入額	× × ×		
(16) 雑費	<u>× × ×</u>	× × ×	
7 控除対象外消費税等負担額		× × ×	
8 本部費配賦額		<u>× × ×</u>	× × ×
医業利益（又は医業損失）			× × ×
医業外収益			
1 受取利息及び配当金		× × ×	
2 有価証券売却益		× × ×	
3 運営費補助金収益		× × ×	
4 施設設備補助金収益		× × ×	
5 患者外給食収益		× × ×	
6 その他の医業外収益		<u>× × ×</u>	× × ×
医業外費用			
1 支払利息		× × ×	
2 有価証券売却損		× × ×	
3 患者外給食用材料費		× × ×	
4 診療費減免額		× × ×	
5 医業外貸倒損失		× × ×	
6 貸倒引当金医業外繰入額		× × ×	
7 その他の医業外費用		<u>× × ×</u>	× × ×
経常利益（又は経常損失）			× × ×
臨時収益			
1 固定資産売却益		× × ×	
2 その他の臨時収益		<u>× × ×</u>	× × ×
臨時費用			
1 固定資産売却損		× × ×	
2 固定資産除却損		× × ×	
3 資産に係る控除対象外消費税等負担額		× × ×	
4 災害損失		× × ×	
5 その他の臨時費用		<u>× × ×</u>	× × ×
税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）			× × ×
法人税、住民税及び事業税負担額			<u>× × ×</u>
当期純利益（又は当期純損失）			<u>× × ×</u>

表 19 - 2 新病院会計準則 貸借対照表

貸借対照表

平成×年×月×日

科目	金額	
(資産の部)		
流動資産		
現金及び預金	×××	
医業未収金	×××	
未収金	×××	
有価証券	×××	
医薬品	×××	
診療材料	×××	
給食用材料	×××	
貯蔵品	×××	
前渡金	×××	
前払費用	×××	
未収収益	×××	
短期貸付金	×××	
役員従業員短期貸付金	×××	
他会計短期貸付金	×××	
その他の流動資産	×××	
貸倒引当金	×××	
流動資産合計	<u>×××</u>	×××
固定資産		
1 有形固定資産		
建物	×××	
構築物	×××	
医療用器械備品	×××	
その他の器械備品	×××	
車両及び船舶	×××	
放射性同位元素	×××	
その他の有形固定資産	×××	
土地	×××	
建設仮勘定	×××	
減価償却累計額	×××	
有形固定資産合計	<u>×××</u>	
2 無形固定資産		
借地権	×××	
ソフトウェア	×××	
その他の無形固定資産	×××	
無形固定資産合計	<u>×××</u>	
3 その他の資産		
有価証券	×××	
長期貸付金	×××	
役員従業員長期貸付金	×××	
他会計長期貸付金	×××	
長期前払費用	×××	
その他の固定資産	×××	
貸倒引当金	×××	
その他の資産合計	<u>×××</u>	
固定資産合計		<u>×××</u>
資産合計		<u>×××</u>

(負債の部)		
流動負債		
買掛金	×××	
支払手形	×××	
未払金	×××	
短期借入金	×××	
役員従業員短期借入金	×××	
他会計短期借入金	×××	
未払費用	×××	
前受金	×××	
預り金	×××	
従業員預り金	×××	
前受収益	×××	
賞与引当金	×××	
その他の流動負債	×××	
流動負債合計		×××
固定負債		
長期借入金	×××	
役員従業員長期借入金	×××	
他会計長期借入金	×××	
長期未払金	×××	
退職給付引当金	×××	
長期前受補助金	×××	
その他の固定負債	×××	
固定負債合計		×××
負債合計		×××
(純資産の部)		
純資産額		×××
(うち、当期純利益又は当期純損失)		(×××)
純資産合計		×××
負債及び純資産合計		×××

2) グループینگ

既述のように、適切な比較を行うためには、同一の土俵（条件）で比較する必要があり、この意味で病院のグループینگは重要である。

本調査研究では、経営上重要な違いが出ると考えられる項目で病院のグループینگを行った。ただ、あくまで比較の有効性を高めるためのものであり、あまりに詳細なグループینگは指標の使い勝手を悪くするため行わないこととした。

開設者

グループینگの第一は開設者別である。民間と公的病院では、税、補助金、寄付の受入など経営上大きな相違がある。そのため、民間病院（医療法人）と公的病院に分類した。また公的病院も開設者によって性格が異なることから、公的病院はさらに自治体（都道府県、市町村、国民健康保険団体連合会、公立学校）、その他公的病院（日赤、済生会、厚生連、北海道社会事業協会）、社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）に分類した。また、煩雑にならない程度に出来るだけ公的病院の団体毎（日赤、済生会、健保組合・連合会など）の指標や実数の提示に努めた。

病院の種別

第二は病院の種別である。例えば一般病院と精神病院のデータを一緒にした指標では、機能が違うため分析する意味が薄まる。分類は一般病院（次に掲げる以外の病院）、療養型病院（療養病床の割合が全体の80%以上を占める病院）、精神病院（精神病床が全体の80%以上を占める病院）、結核病院（結核病床が全体の80%以上を占める病院）、感染症病院（感染症病床が全体の80%以上を占める病院）とした。

ただ上記の分類では、精神病床または療養病床が80%未満の病院は全て一般病院に含まれ、一般病院の性格が曖昧なので、さらに一般病院を以下の通り分類した。

その第一は専門病院とその他一般病院の二つに分けた。専門病院は標榜科目と当該標榜診療科において入院患者80%以上を占めているものとした。具体的には小児科病院、産婦人科病院、脳神経外科病院、眼科病院、耳鼻咽喉科病院、リハビリ病院とした。

一般病院の分類の第二は、病床割合によるもので、一般病床が総病床の80%以上か未満かで分類した。

一般病院の分類の第三は、一般病院の診療科の特性によるものである。内科系（医療施設調査の診療科目分類 のみのもの及び と にまたがるもの）、外科系（ のみのもの及び と にまたがるもの）、内科・外科混合系（ と にまたがるもの及び と と にまたがるもの）、の三つとした。

一般病院の分類の第四は、救命医療体制についてである。初期、二次、三次、これ以外に分類した。

以上が病院の性格別のグルーピングである。

病床規模

グルーピングの第三は病床規模別である。原則 100 床毎の区分としたが、400 床以上は数が少ないため一括し、分類は 20 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 床以上とした。

地域

グルーピングの第四は地域別である。医療費に地域差があることは一般に指摘されていることである。医療費適正化策が都道府県毎に実施されようとする中、病院経営管理指標に地域差があるのか、今後の検討課題と考えられ、都道府県別に各種指標を出す意義は大きいと思われる。そこで地域別のグルーピングは都道府県別に出すこととした。

人口規模別のグルーピングも考えられるが、市町村合併により、小規模な町村まで市に合併され、市街地とそれ以外の地理的性格が曖昧になり、分析する意義が薄れたので人口規模別は見送った。

設備投資の有無

グルーピングの第五は設備投資の有無別である。既述のように、病院の場合、経営悪化の要因が設備投資の有無によるものか、それ以外によるものかの見分けが重要なので、設備投資の有無による分類を行いたい。設備投資の有無で病院をグルーピングせずに、平均値だけをみても意味がないといえる。

設備投資の有無の基準は、固定資産の伸び率でみることにした。固定資産伸び率が直近 3 ヶ年で 150%以上の伸びを示した病院を設備投資実施病院、100%以上 150%未満の伸びの病院は設備投資中間病院、100%未満のところは設備投資非実施病院とした。

分業・委託の有無

グルーピングの第六は分業・委託の有無別である。これは医薬分業の有無、給食委託の有無で分類した。

黒字・赤字

グルーピングの第七は、黒字・赤字別である。黒字・赤字は本業で判断すべきことから、基準年度の経常利益で判断することとした。ちなみに収益性の判断指標では医業利益率を用いているが、これは収益と費用との関係を分析するときの整合性の問題で医業利益率を用いていることによる。

なお、黒字・赤字区分は単年度ベースとするが、そもそも黒字・赤字の区分をみる意義は黒字病院、赤字病院それぞれの特性を見極めることにある。そうした本来の意味に立てば、上記の単年度ベースによる黒字・赤字の区分の他に、恒常的黒字病院と恒常的赤字病院の区分が妥当と思われる。そこで本調査研究では、単年度ベースの区分の他に、直近3ヵ年黒字が続いている病院を恒常的黒字病院、直近3ヵ年赤字が続いている病院を恒常的赤字病院、黒字が赤字が交互の病院を中間病院と分類した。

これらグルーピングを整理すると以下のとおりである。

1. 開設者別

医療法人

公的病院

自治体

都道府県

市町村

国民健康保険団体連合会

公立学校

その他公的病院

日赤

済生会

厚生連

北海道社会事業協会

社会保険関係団体

全国社会保険協会連合会

厚生年金事業振興団

船員保険会

健康保険組合及びその連合会

共済組合及びその連合会

国民健康保険組合

2. 性格別

- 1) 病院種別
 - 一般病院 次に掲げる以外の病院
 - 療養型病院 療養病床が全体の80%以上を占める病院
 - 精神病院 精神病床が全体の80%以上を占める病院
- 2) 一般病院の分類
 - 専門病院とその他一般病院
 - 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
 - その他一般病院 上記以外の一般病院
 - 一般病床の比率別
 - 一般病床が総病床の80%以上
 - 一般病床が総病床の80%未満
 - 内科系・外科系別(医療施設調査の診療科目分類)
 - 内科系 診療科が のみのもの及び と にまたがるもの
 - 外科系 診療科が のみのもの及び と にまたがるもの
 - 内科系・外科系 診療科が と にまたがるもの及び と と にまたがるもの
 - 救命医療体制別
 - 初期
 - 二次
 - 三次
 - その他一般病院

3. 病床規模別

- 20床以上49床以下
- 50床以上99床未満
- 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. 地域別

- 都道府県別

5. 設備投資の有無別

- 設備投資実施病院 直近3年前と比べ固定資産が150%以上の伸び
- 設備投資中間病院 直近3年前と比べ固定資産が100以上150%未満の伸び
- 設備投資非実施病院 直近3年前と比べ固定資産が100%未満

6. 分業・委託の有無別

- 医薬分業
 - 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
- 給食
 - 委託 全部委託または一部委託
 - 非委託 委託していない

7. 黒字・赤字

- 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年間黒字
- 恒常的赤字病院 直近3年間赤字
- 中間病院 直近3年間黒字と赤字交錯

5 . 経営管理指標の見方

ここでは経営管理指標の見方について基本的な考え方を説明するが、その前に経営管理指標の意義、位置づけについて一言触れる。

(1) 誰の立場で用いる経営管理指標か

経営管理指標を用いて経営分析を行う者は、病院経営者や事務局などの病院内部者と、病院への資金の出し手たる金融機関や医薬品卸などの取引先、格付け機関といった病院外部者に分類されるが、改正された病院会計準則は、「管理会計」としての性格を有していることでもあるので、本調査研究では、病院内部者が経営改善のために用いる際の見方について解説する。

(2) 経営管理指標の意義

経営管理指標は現在二つの意味で重要性を増している。一つは病院経営が変革期にあって、各病院とも合理的効率的経営が求められているが、そのためには計数に基づいた経営把握が欠かせない点。もう一つは資金調達を巡る動きで、金融機関における審査方法の変化や、直接金融への動きなどに対応しなければならなくなった点である。

計数による経営管理の必要性

診療報酬の抑制、機能分化、病床削減という流れの中、病院経営が大きな変革期にある今、自院の地域における位置づけや経営の透明化など、経営上の各種課題に対して、勘やフィーリングではなく客観的数値に基づいた把握と、合理的な対処が重要となってきた。

資金調達

病院は非営利であることや、信用力、資金の需要ロット、需要頻度などから、資金調達をおもに間接金融に依存している。

間接金融中心の資金調達に変化は予想しにくいだが、既述のように病院経営がここへきて大きな変革期を迎えているため、金融機関にとって病院融資のリスクが高まった面は否定できない。

この結果、金融機関は様々な対応策を講じている。その第一が選別融資である。病院の経営者は地域の名士だから多少の問題には目を瞑り、担保さえ確保すれば融資するというのではなく、リスクが高まった以上、病院を適切に審査して優良病院か否かを選別し、優良病院と判定されない病院に対しては、厳しい姿勢を取るようになった。

第二は、リスクに応じた融資条件格差の設定である。信用力が高い病院には低金利、信用力が十分ではない病院には高金利を設定するといった具合で、こうした面からもリスク対策を強化している。

第三は、協調融資である。従来はメインバンクが病院の資金調達に対し全て丸抱えで面倒をみていたが、それでは高リスクであるため、リスク分散を図る上で他行と協調融資を採るようになった。

その際、メインバンクは協調融資参加メンバーに、融資対象病院に関して客観的データを用いて説明する必要性が高まった。

このように選別融資、条件格差、協調融資という病院融資の新たな流れの中で、金融機関審査の方法が大きく変わりつつある。具体的には誰にでも説得性を持つ客観的データによる審査方法の採用で、ここに定量分析、つまり経営管理指標の重要性が高まったわけである。そのため病院側も、それに耐え得る客観的データを用意するほか、自ら説明・説得できる体制作りが欠かせない。

一方、現状ではごく一部の病院に限られているものの、債券や債権流動化商品¹³という直接金融の道が開かれた。直接金融では、格付け機関による格付け、第三者機関による監査などを積極的に受け容れることが要請されるので、間接金融以上に経営管理指標に基づく説明が不可欠となる。

こうした動きを背景として、病院経営において、経営者が経営管理指標の使い方を身に付けることの重要性が、急速に増してきたわけである。もし経営者が診療等で忙しいのであれば、これに精通した人材配置が急務といえる。その場合であっても、経営者が部下からの経営数値による報告を受け、その内容を正しく理解できるレベルの知識を有していなくては、時代のニーズに合った適切な経営判断は下せない。他人に任せるにしても、経営者自身が経営管理指標の基本的な見方を習得する必要がある。

また、病院経営において何が課題で、それは何故なのかの認識を、職員一同で共有することは、改善策遂行の上で大きな効果をもたらす。職員の共通認識醸成には、経営管理指標を媒体とすることは極めて有効と思われる。

¹³ 病院の場合であれば診療報酬債券流動化や不動産証券化など、特定の資産（診療報酬債権や病院の土地・建物など）を病院（法人）全体の資産から分離し、当該資産から生じる収益を裏づけとして証券を発行するファイナンス手法。

(3) 経営分析における経営管理指標の位置づけ

経営分析は、大きくは定性分析と定量分析に分かれている。定性分析とは、経営者の力量や従業員の質といった病院自身の状況、市場構造、行政の方向性などの数値では表せないものを分析することで、定量分析とは、貸借対照表、損益計算書といった財務情報のほか、病床数・平均在院日数・患者数などの病院機能情報、地域の高齢化率や平均所得といった地域情報などのうち、数値で表せるものを分析することである。

これで明らかなように経営管理指標は、これら経営分析における定量分析の、さらにその一部分に過ぎない。したがって内部分析者が経営管理指標を経営改善に用いるにあたっては、これを単に数値比較の領域に留めたのでは意味がない。定性分析項目や他の定量分析項目と、密接に関連づけた利用が肝要である。少なくともどのような経営実態から、現状の数値になっているのかといった、数値と実態を関連づけ、数値の裏にある原因を突き止め、改善策立案にまで持っていかなくては意味のある分析とはいえない。

ここが内部分析と外部分析の異なるところである。外部分析にあつては、たとえば投資家の場合、自己の投資目的に合致しているか否か、金融機関の場合は、返済能力の有無を判断するまでで、必ずしも分析対象組織の経営改善に結びつけるまでには及んでいない。これに対して内部分析者の分析目的は、当該組織の文字通りの当事者として、あくまで経営改善に結びつけ、当該組織の永続的発展につなげる点にある。

(4) 経営管理指標の利用例

さて、以上を踏まえ、経営管理指標の主要項目についての説明に入る。

手順 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、本調査研究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、自院に最も近似ないし該当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 必要な利益額を認識する¹⁴

必要な利益額の認識とは一種の目0標管理であるが、ここでは日々の

¹⁴ 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

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¹⁵ + 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、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は言うまでもない¹⁶。

手順 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、補正指標である償却前医業利益率をみる。この数値が平均値近辺であれば、医業利益率の低さは

¹⁵ 税引き後利益

¹⁶ 当然のことながら、上乗せ額は年率換算額である。

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、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（ ）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、上昇傾向かをつかむ。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。

時系列で償却前医業利益率を見る

ところで時系列分析においても、補正指標である償却前医業利益率を用いて、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、償却前医業利益率が横ばい、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。しかし償却前医業利益率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なり、この場合は慎重に原因を追究しなければならない。

手順 収益性の原因分析

）収益性の原因指標

さて、先に述べた収益性の判定指標で、収益力が低いと判断されたケースに話を戻す。

収益性が低いということは、どこかに無駄が存在すると指摘したが、無駄にはいろいろ想定される。人件費が高すぎないか、医薬品を含む医療材料を割高に購入していないか、またはその在庫管理に無駄はないか、外部委託は適切か、はたまた資本費が過大ではないかなど、様々な事項が考えられる。

そこでまず医業費用の各項目の対医業収益比率をみて、どこに原因が

存在するのかを検討しなければならない。

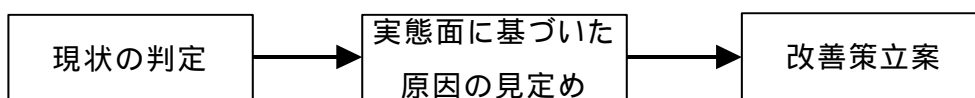
検討の結果、このケースでは人件費に問題があったと仮定しよう。人件費が高いとなれば、主な要因として二つ考えられる。1人当たり人件費が高いのか、あるいは職員数が多すぎるのかである。

1人当たり人件費が高いケースも、その原因は一つではない。年功賃金制度採用の下で、職員の高齢化が進んでいるためなのか、または集患力を高めるためといった戦略的な方針から、優秀な医師を採用した結果なのかなど、その原因はいくつも考えられる。したがってさらに深堀して、真の理由を見定めなければならない。

こうしたプロセスを経て、最終的に高い人件費の理由として、それが年功賃金制度の下での職員の高齢化に到達したならば、今度はその対応策を考える。この事例でいえば、年功賃金制度の見直しや、職員の若返りを図るなどがまず検討対象となろうが、これも一様ではない。たとえば1~2年以内に定年者が出る場合と、5~10年を要する場合には、対策も異なろう。なお、人件費の高い理由が、集患力向上のために高給の医師をスカウトした点や、将来の看護体制評価を予想して看護師数を厚くした点などにあれば、それは経営戦略による先行投資なので、人件費ではなく他の経費の削減対策が取られなければならないのは言うまでもない。

これ以降の分析は、各病院の個別事情によるため省くとするが、内部分析では、「現状の判定」、「実態面に基づいた原因の見定め」、「改善策立案」までがセットで行われることが肝要である（図2）。また金融機関等への定例説明会や借入申込時には、こうした経営管理指標に基づく分析結果を提示しつつ、改善策や事業計画・借入計画を説明する。その際には金融機関のアドバイスを受けるように努め、そうしたやり取りを通じて金融機関の理解と協力を得ることが、生きた経営分析の方法である。

図2 経営内部分析のあり方



）経営上の基盤に関わる指標

ところで原因指標を見るにあたって、はじめに原因追求のプロセスを述べたが、本来はその前に自院の経営基盤ともいうべき構造的体質を、

しっかりと把握しておかなければならない。これは収益の高低に直結する話ではないが、経営戦略立案や経営行動の優先順位決定に大きく影響する。これには収益基盤分析と収益構造分析の二つがある。

ア) 収益基盤

病院は、患者が来てくれなくては始まらない。経営分析で最も重要な点の一つは、経営基盤が確立されているかの見極めである。病院の場合、集患力如何が経営基盤に大きく影響する。集患力は、それが優れていればただちに収益力が高まる、あるいは財務安全性が向上するとは限らないが、その最大の必要条件である。集患力を見るには、入院患者数、外来患者数の推移の把握が必須だが、この他にも、入院・外来別に、新患の状況、外来・入院ルート、患者がどこから来ているか(医療圏)など、多角的な分析が欠かせない。

ただ患者数などの実数だけでは、相对比较が出来ないので、たとえば病床利用率などを参考に判断する。

集患力は、経営戦略立案を大きく左右する。たとえば集患力では他病院に比べ勝っているのに、収益性が十分でない場合は、経営戦略のポイントが、効率性の向上やコスト削減に向けられる。これに対して同じ低収益でも、集患力が劣っている場合にあっては、まさに集患力向上に注力しなければならない。したがって実行可能性は別として、経営の力点が、効率性向上やコスト削減ではなく、不便な立地ならば巡回バスの運行、優秀な医師の招聘、新病棟建設、連携の強化、介護施設などへの新規事業進出、あるいは事業転換といった抜本対策に向けられる必要がある。

イ) 収益構造

これは医業費用の硬直性を図るもので、固定費比率を用いる。固定費とは医業収益の増減に関係なく、恒常的に発生する費用のことで、一般的には人件費、減価償却費、金利を指す。

固定費は一度発生すると簡単に削減できないので、これが大きいと経営に弾力性を欠く。言い換えると損益分岐点が高くなることを指す。こういう状況の下では、医業収益が少々増加しても、利益増には結びつきがたく、逆に医業収益が少しでも減少すると、ただちに利益の大幅減ないし赤字転落となる度合いが高まる。

したがって固定費比率が高いと、経営改善策を実施しても成果をだすまでにかかなりの時間がかかることになる。

この指標が意味を持つもう一つは、経営行動を起す時期を判断する上で有用な点である。適切な原因分析をし、適切な改善策が決定され、あとはいつ実施するかといった場合、既に固定費比率が相当程度高いケースにあっては、ある程度低下するまでしばし自重が求められる。幸い病院経営は自院の内部要因も含め、短期間の経営環境激変は稀なので、少々自重してもタイミングを失することは少ない。21 頁の表 11 に示すとおり、固定費比率が 60% を超えていくと、採算的にかなり苦しい様子が見てとれる。そのため、この固定費比率が 60% を大きく超えるようでは、経営上積極策に出るよりも、固定費比率削減が経営の優先課題となる。

手順 安全性の指標を見る

先の収益性の指標は、判定指標、原因指標に分類されたが、安全性の指標は専ら判定指標のみであり、あえて原因指標はといえば、それは収益性指標に遡る（収益力が高ければ安定性が高まる）。

さて、病院における安全性管理でキーポイントとなるのは、借入金のマネジメントである。自己資本による調達もあるが、病院の非営利性、現状の収益レベルなどから、病院にとって自己資本に依存した調達には限界がある。それゆえ、他人資本にウェイトのかかった資金調達が避けられないが、これは返済義務と金利負担がかかるため、借入時のマネジメントが重要となる。

借入金のマネジメントで重要なポイントは、規模、収益力、つまり返済能力に比して、借入額が過大か否かという面と、もう一つは資金用途と調達との関係がバランスしているか否かという点である。これを検証する指標として、借入金比率、見込み償還期間、固定長期適合率がある。

借入金比率

返済能力との対比で、借入規模の適切性をみる指標としては、簡便な指標と、より正確に見る指標とがある。ここに挙げた借入金比率は前者で、たんに医業収益と長期借入金残高を比較したもので、これにより借入規模の適切性について容易に見当をつけることができる。

たとえば、借入金比率が 100% であった場合 - 借入金と医業収益が同額 - 、仮に市場金利が 5% なら、金利負担率（支払利息 / 医業収益）が 5% を意味することとなり、現在の病院の平均的収益水準では金利支払いだけで利益が消えてしまうこととなり、これでは借入過大であるとすぐ判断される。

また、医業収益に対して年間キャッシュフロー比率 { (利益 + 減価償

却費) / 医業収益}は、医療法人の場合現状 6%程度とみられるので¹⁷、借入金比率 100%では返済期間に 20 年近くを要することが直ちに算出される。市場金利もキャッシュフロー比率も変動するものなので、それに応じた判断が求められるが、簡単に見当をつけられる利便性は大きい。ところで借入金比率 100%の場合は、現在の収益水準では返済期間に概ね 20 年かかることを意味するが、現在の病院の長期借入期間は 10 年以内が多いと思われるので、これとの関連で考えれば、70%あたりが安全の上限と心得ておくべきであろう。

見込み償還期間

この比率も返済能力との対比で、借入規模の妥当性を検証する指標である。上に述べた借入金比率が簡便法であるのに対して、この比率はより正確につかもうとする指標である。

年間キャッシュフローで長期借入残高を割り、長期借入金の返済に何年を要するかをとらえるものである。算式は{長期借入金 ÷ (税引前利益 × 70%¹⁸ + 減価償却費)}。

たとえばこれが 10 と算出されれば、現状の収益レベルでは返済に 10 年かかることを示す。金融機関の借入期間は 10 年以内が多いので、安全を見込んで 10 以下、出来れば 7~8 以下が望ましい。

資金使途との整合性

以上は収益力と借入のバランスの話だが、もう一つは資金使途との整合性である。

病棟建替えや高額医療機器購入など、回収に長期を要する投資に対しては、その回収に見合った期間の借入や自己資本で賄うことが求められる。病院建物は構造にもよるものの回収に 30~40 年程度を要するが、こうした投資は固定資産に計上されているので、固定資産額に対して自己資本 + 長期借入金がどう対応しているかで判断するものである。この指標として固定長期適合率がある。

固定長期適合率は、理屈の上では 100%でも良いのだが、これも安全を見込んで 70~80%以下であれば概ね許容可能であろう。病棟建設資金の回収には 30~40 年要するのに対し、現実の民間金融機関からの借入期

¹⁷ 医療経済研究機構「医療経済実態調査」(平成 15 年度)、WAM「病医院の経営分析参考指標」(平成 17 年度)より試算

¹⁸ 既述のように税金を約 30%と考え、税引き前利益の約 7 割が手元に残るとして、経常利益 × 70%とした。

間は 10 年、長くても 15 年程度と思われるが、実際には借換えということで継続しているので、この比率が 70～80% で概ねバランスしているとみて良いと考えられる。

金融機関との信頼関係構築

このように、病院の安全性では借入金を適切に管理することが重要であるが、行き着くところは、設備投資の借入金を円滑かつ有利に調達できるか否かである。そのためには、金融機関と常日頃からコミュニケーションを図り、信頼関係を構築することが求められる。具体的には、日々の金融機関取引において、経営管理指標を用い、金融機関が求めている合理的、科学的なデータで説明する体制作りが必要である。

手順 機能性の指標を見る

機能性の指標には、病院の現状の性格を判別する指標と、機能の充実度合いを見る指標がある。

病院の現状の性格を判別する指標として、患者動向に関する指標がある。それには患者単価、患者数推移、患者ルート（医療圏内・外の把握、紹介元など）、患者年齢構成などが挙げられる。

たとえば急性期病院を志向していても、患者単価が療養病院レベルであり、患者年齢構成も高齢者ばかりで、診療所などからの紹介もないようであれば、急性期病院としての性格の見直しが求められる。

このように、自院が目指している方向と、地域における役割に関するギャップの有無を把握し、ギャップがあるのであれば、目指す方向に行くための具体的手段（急性期の医師の招聘、病棟建替えといった大規模設備投資など）を講じられるのか、事業転換を図るのかなど、今後の方向性や戦略を検討する。

一方、機能の充実度合いを見る指標としては、医師 1 人当たり入院患者数・外来患者数などが挙げられる。病床利用率に見劣りがないならば、これらはその値が小さいほど、患者に対し医師が多いため、ケアの質が高い可能性が考えられる。しかしこの値が小さいほど、損益面は悪化する可能性は否定できない。先の収益性や安全性の指標を高めながら、いかにこれらケアの質に資源を費やし、機能を高めるか、その損益面と機能面のバランスが病院経営では何よりも求められるといえよう。

<参考文献>

- (1) 田中滋『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社、1993。
- (2) 遠藤久夫「医療・福祉における営利性・非営利性」『医療と社会』Vol.5/No1、1995。
- (3) 遠藤久夫「医療における市場原理と計画原理の相互補完性」『医療と社会』Vol.8/No2、1998。
- (4) 厚生省健康政策局監修「病院経営改善講座」第一法規、1997。
- (5) 財団法人医療経済研究機構「医療機関経営と非営利性に関する研究」、1997。
- (6) 山内直人『ノンプロフィットエコノミー』日本評論社、1997。
- (7) 富沢賢治 他『非営利・協同セクターの理論と現実』日本経済評論社、1999。
- (8) 宇沢弘文『社会的共通資本』岩波新書、2000。
- (9) 木下照嶽、野村健太郎、黒川保美『政府/非営利組織の経営・管理会計』創成社、2000。
- (10) 角瀬保雄、川口清史『叢書 現代経営学-7 非営利・共同組織の経営』ミネルヴァ書房、2000。
- (11) 新田秀樹『社会保障改革の視座』信山社、2000。
- (12) 明治生命フィナンシユアランス研究所「医療施設経営安定化推進事業経営の実態把握とその対応策について報告書」厚生省健康政策局、2000。
- (13) 二木立『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001。
- (14) 西田在賢「医療福祉の経営学」薬事日報社、2001。
- (15) 杉山学『非営利組織体の会計』中央経済社、2002。
- (16) 西田在賢「海外における病医院経営とわが国への展望 米国」『医療経営白書 2002年度版病医院構造改革への指針』日本医療企画、2002。
- (17) 西田在賢「株式会社による病院経営の議論を考える」『医療白書』日本医療企画、

2002。

- (18) 石井孝宜「医療・介護施設のための経営分析入門」じほう、2003。
- (19) 五十嵐邦彦「医療・介護施設のための原価計算入門」じほう、2003。
- (20) 田中滋 主任研究者「医療機関の非営利性について」研究報告書 厚生科学研究、2003。
- (21) 田中滋「社会全体の観点から見た医療と市場経済」社会保険旬報」No2158、2003。
- (22) 石井孝宜、五十嵐邦彦「新病院会計準則」じほう、2004。
- (23) 二木立『医療改革と病院』勁草書房、2004。
- (24) 松原由美『これからの中小病院経営』医療文化社、2004。
- (25) 明治安田生活福祉研究所「医療施設経営安定化推進事業 医療機関の経営評価指標に関する研究」厚生労働省医政局、2004。
- (26) 明治安田生活福祉研究所「医療施設経営安定化推進事業 病院経営をはじめとした非営利組織の経営に関する研究」厚生労働省医政局、2005。
- (27) David C.Hammack and Dennis R.Young: Nonprofit Organizations in a Market Economy. Jossey-Bass Publishers, 1993.
- (28) Louis C.Gapenski: Financial Analysis & Decision Making for Healthcare Organization. McGraw-Hill,1997.
- (29) Michael Nowicki: The financial management of hospitals and healthcare organizations. AUPHA,1999.
- (30) 厚生労働省医政局「病院経営指標(医療法人病院の決算分析)」1994年度～2004年度。
- (31) 厚生労働省医政局指導課「主要公的医療機関の状況」2000年度～2004年度。
- (32) 厚生労働省医政局指導課「病院経営収支調査年報」2000年度～2004年度。

(33) 社会福祉・医療事業団「病医院の経営分析参考指標」2000～2005年。

平成 17 年度 厚生労働省医政局委託
- 医療施設経営安定化推進事業 -
病院経営管理指標
(病院経営指標、病院経営収支調査年報、主要公的医療機関の状況)
改正のための調査研究
報告書

委託先：(株)明治安田生活福祉研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 2-1-1

電話 03-3283-8303

禁無断転載