

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.722 2022.5.17

医療情報ヘッドライン

**オンライン診療を「居宅」以外でも
公民館や通所介護施設などが候補**

▶ 規制改革推進会議 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ

**少子化さらに加速、全都道府県で減少
人口4,000万人以上の国で最下位**

▶ 総務省統計局

週刊 医療情報

2022年5月13日号

**COVID-19対応の
検証・評価、提言6月中にも**

経営TOPICS

統計調査資料

**医療施設動態調査
(令和3年11月分)**

経営情報レポート

**2022年度 診療報酬改定
厚生労働省 疑義解釈の解説**

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
**流動比率を使った経営分析の進め方
固定比率とは**

 京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江巻経営ビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565

滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

オンライン診療を「居宅」以外にも 公民館や通所介護施設などが候補

規制改革推進会議 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ

政府の規制改革推進会議は、4月27日の医療・介護・感染症対策ワーキング・グループで、「居宅」に限定されているオンライン診療の規制見直しを論点に挙げた。主な対象として「デジタルデバイスに明るくない高齢者等」を想定しており、「利用しやすい環境」として「通所介護施設や公民館等の身近な場所」を候補としている。

■高齢者の利用率は1%台という調査結果も

当初、再診からとなっていたオンライン診療は、コロナ禍を受けて特例的に初診から実施できるようになった。非接触で受診できるのが大きな理由だったが、かねてから医療費の膨張を防ごうとしてきた政府にとっては渡りに船。今年4月からは初診からのオンライン診療が恒久化された。同時に実施された診療報酬改定では、従来と比べ180点（1,800円）も引き上げている。

しかし、そうした政府の意気込みとは裏腹に、オンライン診療の普及は遅れている。2021年3月に厚労省が発表した調査結果によれば、オンライン診療料の施設基準の届出をした医療機関は40.7%。届出をしなかった医療機関の63.0%が「今後も届出の意向なし」と回答している。

受け皿が全体の4割にとどまっているのは、利用者のニーズが高まっていないからでもある。アクセンチュアの調査によれば、過去1年間にオンライン診療の利用経験がある人はアメリカやフランス、ドイツなど海外14カ国で約23%だったのに対し、日本はわずか7%と1割にも満たなかった。

深刻なのは、高齢者の利用率が低いことにある。オンライン医療事業を手がけるMICIN

の調査によれば、65歳以上のオンライン診療利用率は1.8%。ちなみに、オンライン診療の認知度は決して低くなく、全体の8割近くが「知っている」と回答。年代があがるにつれて認知度は下がるものの、80-84歳でも6割以上に認知されている。つまり、「知っているが受診したくない」、もしくは「受診したい医療機関がオンライン診療に対応していない」ということだ。従来どおりの対面受診をやめてまで、オンライン診療を受診したいと思わせることができていないともいえる。

■「援助者」の扱いをどうするかも論点となるか

その観点で見れば、普段から立ち寄る「身近な場所」での受診環境を整えようとするのは妥当だといえるだろう。とりわけ通所介護施設の場合は、看護職員や介護職員が配置されているため、オンライン診療を適切に受診するサポートもしやすい。ワーキング・グループが「補助者の援助を受けて受診ができる環境」と記しているのは、そこを意識していると考えられる。

そうなると、介護報酬で評価するといった展開も予想されるため、「補助者」の配置を要件とするかどうかも論点になりそうだ。仮に要件化された場合、医療機関にも介護施設にも該当しない公民館での受診はどのような扱いにするかも興味深い。いずれにせよ、「デジタル田園都市国家構想」を掲げているように、デジタル技術の活用は国の重点政策であり、オンライン診療が「居宅」以外にも広がることで医療界のビジネスチャンスが拡大することは間違いないのではないかと。

少子化さらに加速、全都道府県で減少人口 4,000 万人以上の国で最下位

総務省統計局

総務省統計局は、5月4日に「我が国のこどもの数」を公表。4月1日時点の15歳未満人口は1,465万人で、前年比25万人減。1982年から41年連続の減少となった。

全人口に対する割合は11.7%で、48年連続の低下となった。47都道府県の全てで減少しており、最も割合が高いのは沖縄県で16.5%、次いで滋賀県13.4%、佐賀県13.3%。最も低いのは秋田県で9.5%、次いで青森県10.4%、北海道10.5%。

なお、世界で見ても日本の少子化は顕著で、子どもの割合11.7%は人口4,000万人以上の国の中で最下位。次いで低かったのは韓国で11.9%、イタリア12.9%、ドイツ13.8%。ちなみに割合が高い上位3カ国は全てアフリカで、コンゴ48.1%、ウガンダ44.8%、タンザニア43.2%、ナイジェリア41.8%だった。

■この70年で子どもの割合は23.7ポイントも低下

今回公表された統計を読み解くと、少子化の加速ぶりが改めて浮き彫りとなる。そもそも少子化は、戦後の第1次ベビーブーム期（1947～1949年）の直後から始まった。第1次ベビーブーマー、いわゆる団塊の世代が生まれた直後となる1950年の15歳未満人口の割合は35.4%だったが、彼らが15歳以上となった1965年には25.6%と10ポイント近くダウン。彼らの次の世代となる団塊ジュニア世代（第2次ベビーブーム期、1971～1974年）にわずかながら持ち直すが、1975年の15歳未満人口の割合は24.3%であり、逆説的ながら団塊の世代の人口ボリュームの大きさがわかる。そして、少子化のトレンドを止めることの困難さが顕

在化したともいえるだろう。ただし、その深刻さが広く伝わるには1990年まで待たねばならない。そう、「1.57ショック」だ。1989年の合計特殊出生率が1.57と、それまで過去最低だった1966年の1.58を下回ったのである。1966年は「その年生まれの女性は気性が激しくなる」との迷信がある「ひのえうま」で出産を避ける夫婦が多かったが、そうした特殊要因なしで出生率が下がった衝撃は大きかった。

実際、1985年の15歳未満人口の割合が21.5%だったのに対し、1995年は16.0%と5.5ポイントも低下。1994年に最初の総合的な少子対策「エンゼルプラン」、2003年には少子化社会対策基本法が制定され、減少幅は多少緩やかになっているが、残念ながら減少傾向は変わらない。

■保険適用の不妊治療がさらに拡大されるか

そんな中で、医療界が少子化対策に貢献できることは何か。休日・夜間の医療電話相談事業（#8000事業）や小児慢性特定疾病対策などが推進されているが、これらは「出生後」のケアだ。出生率を上げなければということで、この4月から開始したのが不妊治療の保険適用。これは、菅義偉前首相の看板政策で、1回数十万円程度と高額だった体外受精や顕微授精が対象となるのは画期的ではある。ただし、不妊治療は自由診療が続いてきたため、高度な治療では国内未承認のものも多い。混合診療が認められていないため、結果として適切な医療が受けられなくなってしまおうおそれもある。より積極的な少子化対策を打ち出すうえで、こうした部分のチューニングがなされていくか注目したいところだ。

医療情報①
 政府
 有識者会議

COVID-19 対応の 検証・評価、提言 6 月中にも

政府の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」（座長＝永井良三・自治医科大学学長）は5月11日に初会合を開いた。

同会議は、「新型コロナウイルス感染症発生以降、これまでの新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく対応や、保健・医療の提供体制の構築の対応等の整理および評価に関する事項」「その対応に係る中長期的観点からの課題の整理に関する事項」についての意見を求めるために招集された。構成員は、永井座長はじめ、▽秋池玲子（ボストン・コンサルティング・グループマネージング・ディレクター&シニア・パートナー）、▽草場鉄周（日本プライマリ・ケア連合学会理事長）、▽穴戸常寿（東京大学教授）、▽菅原晶子（経済同友会常務理事）、▽田中雄二郎（東京医科歯科大学学長）、▽古市憲寿（社会学者）、▽若林辰雄（三菱UFJ信託銀行特別顧問）——の各氏。

会合で事務局は、政府の中長期的な対策作りに生かすための提言を6月中にまとめる方針を示した。

医療情報②

後藤厚労相

後発医薬品の評価・改善 「検討会で議論」

後藤茂之厚生労働相は5月10日の閣議後の記者会見で、医薬品の供給不安が続くなかで、薬の切り替えなどにより副作用や効能不足、誤飲などの問題が発生していることについて記者からの質問に答え、「関係者と連携しながら、患者の皆様の安心確保と後発医薬品の安定供給にしっかりと取り組んでいきたい」などと述べた。

後藤厚労相は、後発医薬品メーカーの医薬品医療機器等法違反を契機に、後発医薬品を中心に需給がひっ迫している状況が続いているとし、「薬を切り替えた際に副作用が生じたこと、効能・効果が不十分であることなど、さまざまな訴えがあると認識している」とした。また、後発品から先発品に戻す場合などで相当な負担増が生じる場合があるとした。

後発医薬品については、承認審査で先発医薬品と有効性、安全性等が同等であることを確認しているとしたが、学会等で懸念が示された後発医薬品等の評価・改善に取り組む「ジェネ

リック医薬品品質情報検討会」において、今後こうした懸念についても検討する考えを示した。

また、後発医薬品の安定供給に向け、各製品の供給量に関する実態調査を行っている」と説明。メーカーに対し、供給量が十分な製品について、出荷調整を解除するよう求めると述べた。

●コロナ対応「適時果断に」

後藤厚労相はまた、新型コロナウイルス感染症対策に関して岸田文雄首相が「専門家の見解を踏まえ水際を含む対策を 6 月にも段階的に見直し、日常をさらに取り戻していきたい」と発言したことについて、「水際対策については、6 月以降のその具体的なあり方について関係省庁で検討中」としたうえで、「検査体制や防疫措置の実施状況等を勘案し、新型コロナの内外の感染状況、主要国の水際対策の状況等を踏まえながら、政府全体で適切に判断していきたい」と述べた。「必要であればこれまでの考え方にとらわれることなく、適時果断に対応していきたい」とした。

医療情報③
 厚生労働省
 アドバイザリーボード

全国で減少傾向続くも GW の影響見極めを

厚生労働省の新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（座長＝脇田隆字・国立感染症研究所長）は 5 月 11 日に会合を開き、直近の感染状況等の分析と評価について議論し、取りまとめた。

これによると、全国の新規感染者数は、今週先週比が 0.98 となり、直近の 1 週間では人口 10 万人あたり約 175 人減少が継続している。ただし、ゴールデンウィーク（GW）による検査や診療への影響もあることに加え、GW における人の動きや、ほぼ BA.2 系統へ置き換わった状況などもあり、今後の動きに注視する必要があるとした。年代別では、20 代では増加が見られるものの、その他の年代では横ばいかあるいは減少が続いている。全国の新規感染者数の減少にともない、療養者数や重症者数、死亡者数は減少が継続している。

地域別では、首都圏ですべての年代で横ばいまたは減少している一方、沖縄県や宮崎県など複数の地方都市では 20 代の増加が見られる。また、沖縄県ではすべての年代で新規感染者数が増加しており、特に 10 代の増加が顕著で、高齢者の増加も続いている。

今後の感染状況については、GW で人の動きが活発であったことや BA.2 系統への置き換わり状況などの感染の増加要因と、ワクチンの 3 回目接種等による抑制要因に影響されるものと考えられ、引き続き動向を注視する必要があるとした。BA.2 系統に関しては、BA.1 系統との比較において、実効再生産数や二次感染リスク等の分析から、感染性がより高いとした。

医療施設動態調査 (令和3年11月末概数)

厚生労働省 2022年2月28日公表

病院の施設数は前月に比べ 2施設の減少、病床数は 422床の減少。
 一般診療所の施設数は 23施設の増加、病床数は 248床の減少。
 歯科診療所の施設数は 3施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和3年 11月	令和3年 10月 ^(注)			令和3年 11月	令和3年 10月 ^(注)	
総数	180 482	180 464	18	総数	1 581 723	1 582 393	△ 670
病院	8 197	8 199	△ 2	病院	1 498 382	1 498 804	△ 422
精神科病院	1 054	1 054	-	精神病床	323 212	323 296	△ 84
一般病院	7 143	7 145	△ 2	感染症 病床	1 897	1 897	-
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 500	3 505	△ 5	結核病床	3 932	3 932	-
地域医療 支援病院 (再掲)	659	659	-	療養病床	282 891	283 227	△ 336
				一般病床	886 450	886 452	△ 2
一般診療所	104 399	104 376	23	一般診療所	83 283	83 531	△ 248
有床	6 142	6 159	△ 17				
療養病床を有す る一般診療所 (再掲)	638	640	△ 2	療養病床 (再掲)	6 275	6 305	△ 30
無床	98 257	98 217	40				
歯科診療所	67 886	67 889	△ 3	歯科診療所	58	58	-

注) 令和2年医療施設(静態・動態)調査の取りまとめに伴い、令和2年9月以降を再集計したため、「医療施設動態調査(令和3年10月末概数)」で公表した数値とは異なる。

2 開設者別にみた施設数及び病床数

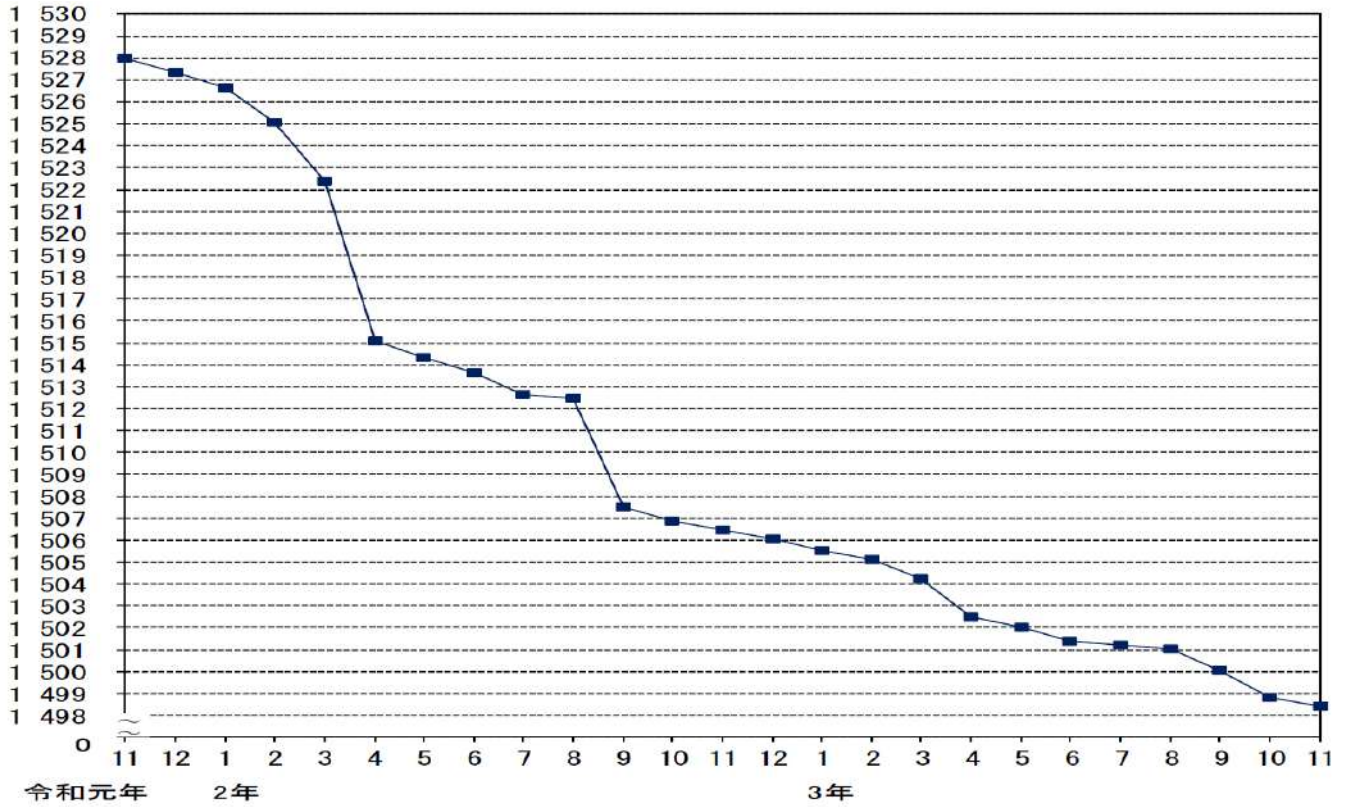
令和3年11月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 197	1 498 382	104 399	83 283	67 886
国 厚生労働省	14	4 168	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 559	-	-	-
国立大学法人	46	32 720	149	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 944	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 258	4	-	-
その他	23	3 542	367	2 155	3
都道府県	196	51 216	306	186	7
市町村	603	121 578	3 401	2 036	253
地方独立行政法人	114	44 535	38	17	-
日赤	91	34 611	204	19	-
済生会	83	22 564	56	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	100	31 649	67	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 569	284	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 957	140	-	4
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	196	48 914	483	165	95
医療法人	5 675	835 972	45 225	64 477	15 757
私立学校法人	113	55 982	200	38	20
社会福祉法人	199	33 723	10 298	415	44
医療生協	82	13 655	296	207	48
会社	28	7 904	1 652	10	12
その他の法人	207	43 043	967	409	126
個人	136	12 299	40 228	13 095	51 514

参 考

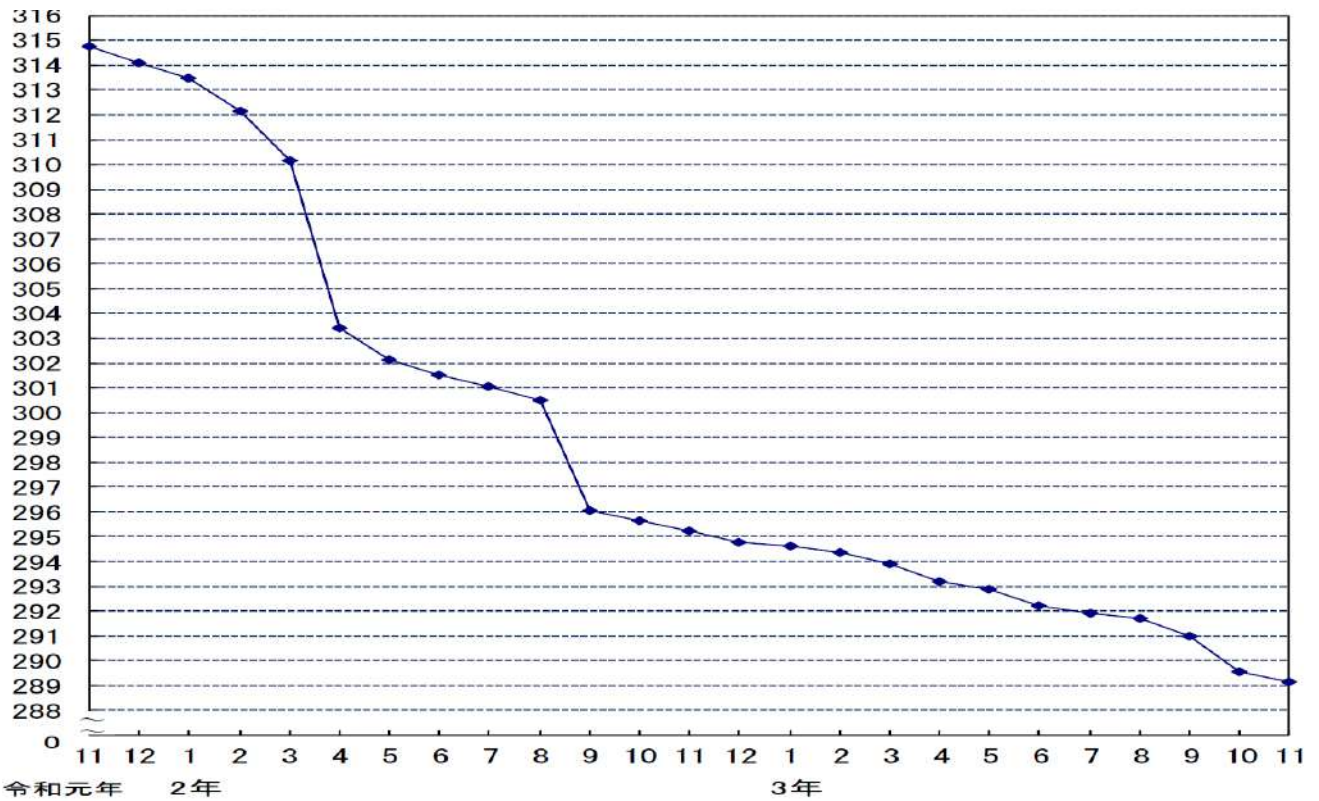
病院病床数

病床 (千床)



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計





経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

2022 年度 診療報酬改定

厚生労働省 疑義解釈の解説

1. 2022 年度 診療報酬改定の概要
2. 紹介・逆紹介割合は連続する6か月の割合を報告
3. 医師事務加算は雇用形態に関係なく通算可能
4. 感染対策向上加算は揭示事項が具体化



1

医業経営情報レポート

2022 年度 診療報酬改定の概要

■ 2022 年度診療報酬改定の方向性

新年度となり、多くの医療機関で改定の対応に追われていることかと思えます。改定後間もなく、厚生労働省より多くの疑義解釈が出され、診療報酬について詳細な内容が決定されています。本章では診療報酬改定の概要をおさらいし、次章以降では厚生労働省からの疑義解釈をいくつかピックアップしてご紹介します。

疑義解釈の内容については作成の都合上、令和4年4月21日までのものとなります。

今回の改定率は、診療報酬本体部分が 0.43%引き上げられた一方で、薬価、材料価格の引き下げの影響により、全体改定率は 0.94%のマイナス改定となりました。2020 年度の改定と同様に、全体改定率は引き下げられましたが、本体部分のプラス改定は今回で8回連続です。本体部分の引き上げ幅には、看護職員の処遇改善への特例的な対応と不妊治療の保険適用のための特例的な対応の財源として、それぞれ 0.2%、合わせて 0.4%のプラス要因が含まれます。

その一方で、一定期間は再診を受けなくても繰り返し使える「リフィル処方箋」の導入・活用促進による効率化によりマイナス 0.1%、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来でマイナス 0.1%、合わせて 0.2%のマイナス要因が含まれ、実質的な引き上げ幅は 0.23%となっています。

■ 2022 年度診療報酬改定の改定率

【全体改定率】	▼0.94%	(▼0.46%)
1. 診療報酬本体	+0.43%	(+0.55%)
※うち、看護の処遇改善のための特例的な対応	+0.20%	及び不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%を含む
※うち、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化	▼0.10%	及び小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▼0.10%を含む
【各科改定率】 医科	+0.26%	(+0.53%)
調剤	+0.08%	(+0.16%)
歯科	+0.29%	(+0.59%)
2. 薬価等 ①薬価	▼1.35%	(▼0.99%)
②材料価格	▼0.02%	(▼0.02%)

注) () 内は 2020 年度の改定率

2

医業経営情報レポート

紹介・逆紹介割合は連続する6か月の割合を報告

■ 初診料、外来診療料

「特定機能病院」と一般病床 200 床以上の「地域医療支援病院」及び「紹介受診重点医療機関」で算定する初診料と外来診療料の減算規定について疑義解釈が出されました。

紹介割合と逆紹介割合の計算対象期間は今年度中の任意の連続する6か月の紹介割合と逆紹介割合を地方厚生局へ報告することとなりました。病院の種類ごとに減算の基準が設けられており、基準に達しない場合は減算対象となります。

■ 厚生労働省 疑義解釈(初診料・外来診療料)

問	区分番号「A000」初診料並びに区分番号「A002」外来診療料における紹介割合及び逆紹介割合（以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。）の計算等については令和5年4月1日から適用することとされているが、計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。
答	令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別添様式 28 により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合にあっては、令和5年4月1日から令和6年3月31日までの間、区分番号「A000」初診料または区分番号「A002」外来診療料の所定点数を減算して算定すること。また、令和5年10月1日までに、令和4年度の年間の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、別紙様式 28 により、地方厚生（支）局長へ報告すること。

(一部改変)

■ 外来栄養食事指導料

外来栄養食事指導料の悪性腫瘍患者に対して指導する管理栄養士の規定について疑義解釈が出されました。算定にあたり「がん病態栄養専門管理栄養士」の研修を終えて、認定証が発行されている必要があります。

また、患者への指導時間や指導回数についても疑義解釈が出され、特段の基準はなく、患者にあわせて個別に設定してよいことになりました。

■ 外来栄養食事指導料 注3

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の**専門的な知識を有する管理栄養士**が具体的な献立等によって**指導**を行った場合に限り、月1回に限り260点を算定する。

3

医業経営情報レポート

医師事務加算は雇用形態に関係なく通算可能

■ 医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の施設基準について疑義解釈が出されました。医師事務作業補助者の3年以上の勤務経験は他の保健医療機関での経験年数と合算することはできませんが、雇用形態に関しては勤務経験年数を合算することが可能となりました。また、配置区分ごとに配置基準の数を5割以上にすることとなりました。

なお、病床種別ごとに15対1、20対1等の異なる配置区分での届出は可能ですが、同一医療機関で医師事務作業補助体制加算1と2の届出を併せて行うことはできません。

◆厚生労働省 疑義解釈(医師事務作業補助体制加算①)

問	区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算の施設基準における「当該保険医療機関における3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること」について、 ①他の保険医療機関での勤務経験を通算することは可能か。 ②雇用形態（常勤・非常勤等）にかかわらず、勤務経験を通算することは可能か。 ③5割以上の配置は、実配置数か、配置基準の数か。
答	それぞれ以下のとおり。 ①不可。 ②可能。 ③配置基準の数である。なお、配置基準の数については、施設基準通知「第4の2 医師事務作業補助体制加算」の1の(2)を参照すること。また、同通知別添7の様式18における「1」の「二」の「医師事務作業補助者のうち、自院における3年以上の勤務経験を有する者の割合が5割以上」の項目については、配置基準の数で判断すること。

◆厚生労働省 疑義解釈(医師事務作業補助体制加算②)

問	区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、病床種別の異なる病床を有する保険医療機関において、病床種別ごとに15対1、20対1等の異なる配置区分での届出は可能か。
答	可能。ただし、同一保険医療機関が医師事務作業補助体制加算1の届出と医師事務作業補助体制加算2の届出を併せて行うことはできない。

■ 療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料の注について疑義解釈が出されました。中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能に係る検査等の必要性を定期的に確認することにより、摂食機能または嚥下機能の回復に係る実績を有する必要はないこととなりました。

4

医業経営情報レポート

感染対策向上加算は揭示事項が具体化

■ 外来感染対策向上加算・感染対策向上加算

2022 年度診療報酬改定では感染防止対策の強化が進められ、診療所における外来診療時の感染防止対策に対する評価が新設されました。

外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算について疑義解釈が出され、院内での感染防止対策についての取組みとして「基本的な考え方」「組織体制」「業務内容」「抗菌薬適正使用のための方策」「他の医療機関等との連携体制」について揭示することとなりました。

また、感染対策向上加算1の届出を行っている医療機関が感染対策向上加算2または3の届出を行っている複数の医療機関と連携している場合は個別ではなく、合同でカンファレンスを開催してよいこととなりました。

◆厚生労働省 疑義解釈(外来感染対策向上加算・感染対策向上加算①)

問	外来感染対策向上加算及び区分番号「A234-2」感染対策向上加算の施設基準において、「院内感染防止対策に関する取組み事項を揭示していること」とされているが、具体的にはどのような事項について揭示すればよいか。
答	以下の内容について揭示すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・院内感染対策に係る基本的な考え方 ・院内感染対策に係る組織体制、業務内容 ・抗菌薬適正使用のための方策 ・他の医療機関等との連携体制

◆厚生労働省 疑義解釈(外来感染対策向上加算・感染対策向上加算②)

問	区分番号「A234-2」感染対策向上加算について、感染対策向上加算1の届出を行っている保険医療機関において、連携する感染対策向上加算2または感染対策向上加算3の届出を行っている保険医療機関が複数ある場合、それぞれの保険医療機関と個別にカンファレンスを開催する必要があるか。
答	感染対策向上加算2または感染対策向上加算3の届出を行っている複数の保険医療機関と合同でカンファレンスを開催して差し支えない。

新興感染症が発生した際に都道府県等の要請を受けて診療を実施する体制を有し、自治体のホームページにて公開されていることが施設基準の要件となっています。自治体のホームページにて公開されるべき情報が明示されました。「保険医療機関の名称」「所在地」「確保病床数」「対応可能な時間」などとなりましたが、重点医療機関や診療・検査医療機関によって公開する内容が異なります。



ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析

流動比率を使った 経営分析の進め方

流動比率を使った実際の経営分析の進め方を
教えてください。

実際の流動比率を使った経営分析の進め方をケーススタディで解説します。

流動比率は120%~150%が目安
流動比率 (%) = 流動資産 / 流動負債 × 100

■A病院の貸借対照表

流動資産 5,000 流動負債 2,500

$$\text{流動比率: } \frac{5,000}{2,500} \times 100 = 220\%$$

2,500万円を返せと言われたらすぐに用意できる。

資金繰りがうまくいっている。

■B病院の貸借対照表

流動資産 3,500 流動負債 4,500

$$\text{流動比率: } \frac{3,500}{4,500} \times 100 = 78\%$$

4,500万円を返せと言われても3,500万円しかすぐに用意できない。

資金ショート危険あり。

流動比率は100%でも危険 ➡ 100%~150%が望ましい

■チェック方法

- ① 棚卸資産に不良在庫や過剰在庫がないか
- ② 在庫管理体制はしっかりできているか
- ③ 不必要な短期借入金がないか
- ④ 短期借入金から長期借入金への切り替えができていないか

ジャンル:経営計画 > サブジャンル:経営分析

固定比率とは

固定比率とは何を表している指標ですか。

固定比率というのは、固定資産を自己資本で割った比率のことです。
つまり、固定資産に投資された資金がどれだけ自己資本によってまかなわれているかを表す比率を意味しています。

$$\textcircled{\text{O}} \text{固定比率} = \frac{\text{固定資産}}{\text{自己資本}}$$

固定資産に投下された資金というのは、商品などのように販売して現金化されるものでなく、減価償却というルールに従ってゆっくりと回収されるものです。

なので、これを短期に返済しなければならない借入金などでまかなってしまうと、医療機関の財務は極めて不安定になってしまいます。

返済の必要のない自己資本で固定資産がまかなわれているのであれば、医療機関の資金繰りにも余裕が生まれ、経営も安定します。この固定比率が100%未満であるということは、固定資産へ投下された資金はすべて自己資金でまかなわれていることを示しています。

また、固定比率が100%未満であるということは、固定資産へ投下された資金はすべて自己資金でまかなわれていることを示しています。

したがって、財務的安定性という観点からすると、固定比率は100%未満であればよいということになります。

反対に、固定比率が100%以上ということは、固定資産に投下された資金は自己資本だけではならず、その一部を有利子負債などでまかなっていることができます。

この有利子負債が短期借入金などの場合には、財務的には不安定な状態にあるといえます。

このような場合、業務活動によるキャッシュフローが大きくプラスの状態であればよいですが、そうでない場合には、固定資産をリースバック(※)するなどして、財務内容の改善を図るなどしていく必要があるかもしれません。

(※)リースバック：所有している固定資産をいったんリース会社などに売却し、その後当該資産をリースによって利用する仕組み