

2013.7.2

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

消費税8%に向けた医療機関の対応
初・再診料など引上げの方向へ

厚生労働省

1年間に13件発生「PTPシートの誤飲」
日本医療機能評価機構が医療安全情報を公表

日本医療機能評価機構

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成25年1~2月号)

3 経営情報レポート

医療機関に求められるコンプライアンス
指導・監査の実態と対応策

4 経営データベース

ジャンル:業績管理 サブジャンル:業績管理と予算管理

会計データのチェックポイント

資金管理のポイント

発行



本社 京都市南区吉祥院九条町30番地1江後経営ビル
TEL 075-693-6363 FAX 075-693-6565
滋賀支社 滋賀県草津市野路1-4-5 センガールBLDG ZEN 5F
TEL 077-569-5530 FAX 077-569-5540
大阪支社 大阪市北区梅田1丁目1番3 大阪駅前第3ビル31F
TEL 06-6344-1683 FAX 06-6344-1578

消費税8%に向けた医療機関の対応 初・再診料など引上げの方向へ

厚生労働省は6月21日、診療報酬調査専門組織の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」を開催した。平成26年4月に予定される消費税8%への引上げに対応するため、その方向性検討を目的としたものである。社会保険診療は現在、患者に同税の負担を求めない代わりに、医療機関の物品の仕入れなどで生じた同税負担を、一定程度診療報酬で補填している。

この分科会では多くの委員の間で、いくつかの点数項目を引上げることで意見がまとまっている。核となっているのは、基本診療料の引上げと消費税負担が医療機関経営に負担となることを考慮し、全体的な手当を行うことにある。基本診療料は初・再診料、入院基本料などが該当する。

この日の分科会では、「消費税8%引上げ時の対応」が主要な議題となった。厚労省は2段階対応（通常取引と、建替え等の高額取引）には、多くの委員が反対していることを確認した結果、厚労省から次の3つの対応案が新たに示された。

(1) 基本診療料（たとえば、診療所では初・再診料、病院では入院基本料）に、消費税対応分を上乗せする。または26年4月以降に「高額な投資（建替えなど）」を行った医療機関等への加算を創設する。

(2) 消費税負担が大きいと考えられる点数項目に代表させ、消費税対応分を上乗せする。

(3) 1点単価（現在は10円）に、消費税対応分を上乗せする。

このうち、「高額な投資」案と(3)案には、多くの委員から反対意見が出ており、(1)案と(2)案を適切に組み合わせる方向が大筋として浮かんできた。

診療所の再診料を1点引上げる場合には100億円、病院の再診料を1点引上げる場合には20億円の財源が必要とされている。こうした前提をもとに、消費税8%引上げ時に必要な財源を見積もったうえで、今後どの点数に何点上乗せしていくかを様々な角度から詰めていくことになる。

この点、支払い側の白川委員（健保連専務理事）は、「厚労省の(1)案では、『診療所では初・再診料、病院では入院基本料』とされているが、病院と診療所で初・再診料の点数が異なるのは好ましくない」との認識を示した。入院基本料では無床診療所への手当ができないことから、白川委員の発言を考慮すれば、初診料・再診料・外来診療料などを一律に引上げる、または初診料あるいは再診料が引上げられる公算が高いと見られる。

具体的に「どの点数を引上げるのか」、あるいは「何点引上げるのか」などといった議論は、年末にかけて中医協（中央社会保険医療協議会）総会に諮られる運びである。

1年間に13件発生「PTPシートの誤飲」 日本医療機能評価機構が医療安全情報を公表

日本医療機能評価機構は6月17日、2006年から2011年に提供した医療安全情報に、2012年に発生した類似事例34事例を加えた「医療安全情報 No.79」を公表した。

最も多かった事例は、昨年1年間で13件が発生した「PTPシートの誤飲」で、これは患者が薬剤を内服する際に、誤ってPTPシートから出さずに薬剤を服用した事例である。

例えば、看護師Aは、内服薬7個をPTPシートのままカップに入れたものを弱視の患者に渡した。患者は、いつも薬はPTPシートから出してカップに入っていたので、そのまま口に入れたところ、痛みがあり吐き出した。そのことを看護師Bに伝えたが、看護師Bは誤飲したとは考えず、吐き出された薬剤をPTPシートから出し、個数を確認しないまま投薬した。翌日、患者からこの出来事を聞いた看護師Cが誤飲の可能性を考え主治医に報告した。そのためエックス線撮影をしたところ、PTPシート様のものが映し出され、内視鏡で異物除去を行ったが、誤飲した薬の数が不明であり、経過観察を要したというものである。

次に多かったのは、小児の輸液の血管外漏出で、報告数は9件に上る。薬剤添付文書上の「輸液の血管外漏出に関する危険性」言及の有無にかかわらず、血管外漏出によって治療を要した事例である。

歯科では、抜歯部位の取違えも9件発生した。この事例は、歯肉の歯牙破折片を除去す

る予定が、エックス線画像上で隣の歯に骨吸収を認めため、勘違いして隣の歯を抜歯してしまったもので、患者に説明の上、誤って抜歯した歯を再植し、歯牙破折片を除去した。

今回は、これら3事例が件数としてワースト3に挙げられた。

このほか、「持参薬の不十分な確認」事例が6件あった。これは入院の際、持参薬の確認が不十分であったため、患者の治療に影響があった事例である。

患者は、手術目的で転院となったが、冠動脈ステント術の既往があるため、入院時から抗凝固剤（ヘパリン）の持続注入を開始した。前医からの退院時要約には「バイアスピリン、プラビックスについては内服中止」と記載があったが、一包化された持参薬の薬包からプラビックスは除去されておらず、バイアスピリンについては除去されているものと、そうでないものがあった。

看護師は、中止する抗凝固剤はバイアスピリンのみであると思い込み、薬包からバイアスピリンだけを抜いた。薬剤師は持参薬確認表を確認したが、気づかなかった。その後、看護師が内服薬をチェックした際、手術前に中止すべきプラビックスが一包化された薬袋に含まれていることに気づいた。主治医は出血リスクが高いと判断し、手術を1週間延期した。

そのほか、体位変換時の気管・気管切開チューブの偶発的な抜去（5件）などが多く発生している。

最近の医療費の動向

平成 25 年 1～2 月号

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
		70歳未満						70歳以上		
		被用者保険		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	(再掲) 75歳 以上				
		本人	家族							
平成 20 年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成 21 年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成 22 年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
平成 23 年度	37.8	18.9	10.5	5.5	5.0	8.4	1.5	17.0	13.3	1.9
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～3月	19.2	9.6	5.4	2.8	2.6	4.2	0.8	8.6	6.7	1.0
平成 24 年 4～2 月	35.0	17.3	9.6	5.1	4.5	7.7	1.3	15.9	12.5	1.8
4～9月	18.9	9.3	5.2	2.8	2.4	4.2	0.7	8.6	6.7	1.0
10～2月	16.1	8.0	4.5	2.4	2.1	3.5	0.6	7.3	5.7	0.8
1月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.5	1.1	0.2
2月	3.1	1.5	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	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」の「70 歳以上」には、後期高齢者医療の対象（平成 19 年度以前は老人医療受給対象）となる 65 歳以上 70 歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。
「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、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			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	
		医科 入院	医科 入院外	歯科							
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～3月	19.2	15.3	7.3	6.7	1.3	3.4	0.4	0.04	7.7	10.1	1.3
平成 24 年 4～12 月	35.0	28.2	13.5	12.2	2.5	6.0	0.7	0.10	14.2	18.2	2.5
4～9月	18.9	15.3	7.3	6.6	1.3	3.2	0.4	0.05	7.7	9.8	1.3
10～2月	16.1	12.9	6.2	5.6	1.1	2.8	0.3	0.04	6.5	8.4	1.1
1月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
2月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.6	0.2

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ていない。

注2. 入院時食事療養等に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	医療機関種類別										
		医科計							医科 診療所	歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステーション
		医科病院				大学 病院						
		大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院							
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲ 0.0	2.4	▲ 14.1	0.3	2.6	5.3	15.9	
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲ 0.7	7.9	10.8	
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	3.6	11.8	
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	7.9	9.5	
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	▲ 7.1	1.2	2.2	8.1	8.5	
10～3月	3.4	2.5	2.7	4.0	2.6	2.7	▲ 4.8	2.0	2.9	7.6	10.5	
平成 24 年 4～12 月	1.8	1.9	2.5	4.1	2.7	2.1	▲ 5.8	0.4	1.3	1.4	19.1	
4～9月	1.7	1.8	2.4	4.3	2.8	2.0	▲ 6.4	0.1	1.9	0.9	17.8	
10～2月	1.9	2.0	2.5	3.9	2.7	2.2	▲ 5.1	0.8	0.6	1.9	20.7	
1月	2.4	2.4	2.6	1.9	2.7	2.7	▲ 1.0	2.2	▲ 0.1	3.0	20.2	
2月	▲ 2.3	▲ 2.5	▲ 2.0	▲ 0.2	▲ 2.8	▲ 1.7	▲ 8.7	▲ 3.5	▲ 1.7	▲ 2.0	14.7	

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（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 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
4～9月	1.2	1.1	2.3	▲ 0.6	2.9	1.8	▲ 1.0	0.5	0.6	1.5
10～3月	2.0	1.8	1.6	0.3	4.0	3.3	0.4	2.4	▲ 1.6	3.5
平成 24 年 4～2 月	0.4	0.1	▲ 4.1	▲ 2.9	2.0	0.0	1.2	3.6	1.8	1.0
4～9月	0.1	▲ 0.3	▲ 4.0	▲ 3.2	2.1	0.2	1.3	3.1	▲ 0.1	1.1
10～2月	0.8	0.6	▲ 4.1	▲ 2.5	1.8	▲ 0.3	1.0	4.3	3.8	0.9
1月	2.2	2.9	▲ 7.1	▲ 0.8	2.7	▲ 1.3	2.5	4.7	2.4	2.7
2月	▲ 3.5	▲ 4.0	▲ 15.7	▲ 6.1	▲ 1.5	▲ 0.9	▲ 1.4	0.7	0.6	▲ 2.5

(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					歯科病院
		大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0	0.5
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9	▲ 1.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
4～9月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0	▲ 2.4
10～3月	3.2	2.4	4.0	2.7	2.0	▲ 2.0
平成 24 年 4～2 月	3.1	5.0	3.6	2.3	2.7	▲ 0.8
4～9月	3.2	5.6	3.9	2.3	2.2	▲ 0.5
10～2月	3.0	4.3	3.3	2.3	3.3	▲ 1.1
1月	2.4	1.2	2.8	2.2	3.5	▲ 0.7
2月	▲ 1.5	0.3	▲ 2.6	▲ 1.5	0.6	▲ 5.6

注. 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。

医療機関に求められるコンプライアンス 指導・監査の実態と対応策

ポイント

- 1 診療報酬返還請求と指定取り消しの実態
- 2 指導・監査の目的とその概要
- 3 返還・取り消しとなった医療機関の不正内容
- 4 院内コンプライアンスの確立による不正防止策



1 指導・監査の目的とその概要

■ 指導の実施形態と監査の対象先

(1) 指導の形態と対象医療機関選定基準

都道府県や厚生労働省が行う指導の目的は、保険診療の質的向上及び適正化を図ることにあります。よって、保険診療の取扱い及び診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼としており、実施に際しては医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努めることとなっています。

指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定指導は、原則として、すべての保険医療機関等及び保険医等を対象として効果的、かつ効率的な指導を行うという観点から、指導形態に応じて対象先の選定を行うとしています。

■ 指導形態

① 集団指導

都道府県または厚生労働省及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等または保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

② 集団的個別指導

都道府県が指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

③ 個別指導

厚生労働省または都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めてまたは当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

● 都道府県個別指導

都道府県が単独で行うもの。

● 共同指導

厚生労働省および都道府県が共同で行うもの。

● 特定共同指導

厚生労働省および都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等または緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの。

各指導の選定基準については、各都道府県によって若干の違いはありますが、概ね以下のとおりです。

■ 集団指導の選定基準

- 新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象として実施する。
- 診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

■ 集団的個別指導の選定基準

- 保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く）について、1件当たりの平均点数が高い順に選定する。
- 1件当たりのレセプトが、概ね都道府県平均よりも病院にあっては1.1倍以上、診療所にあっては1.2倍以上の医療機関のうち、上位8%に相当する医療機関。
- 集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

■ 個別指導の選定基準

- 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容または診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等。
- 個別指導の結果、指導後の措置が「再指導」であった保険医療機関等または「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等。
- 監査の結果、戒告または注意を受けた保険医療機関等。
- 集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等。
- 集団的指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない）。
- 正当な理由がなく集団的指導を拒否した保険医療機関等。
- その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等。

この選定基準を見る限り、診療報酬請求明細書の単価が高い医療機関においては、集団的個別指導の対象機関となるばかりでなく、個別指導の対象にもなることがわかります。適正な医療を展開しているにも関わらず、高水準の医業収入を得ている医療機関はそれだけで注目されてしまう、ということ十分に理解したうえでの対応が求められます。

(2) 監査の対象先と取り消し処分

監査の目的は、診療報酬上の不正等に関する事実関係の把握にあります。したがって、指導とは異なり、不正請求等に該当する医療機関が対象となります。

基本的には、事前調査における診療報酬明細書がベースとなって、実際に行われている医療行為なのか、その医療行為に関する評価が適切に請求されているのか、実施回数は適切か、あるいは、施設基準に照らして当該要件を満たしているか（人的、施設・設備的、実績等の要件）を中心にチェックが実施されます。

2 返還・取り消しとなった医療機関の不正内容

■ 返還・取り消しとなった不正請求の内容

(1) 医療従事者数の水増し

返還金の中で最も多いのが、医療従事者（医師、看護師等）の「水増し」によるものです。「水増し」とは、医師及び看護師等の員数を多く偽り、虚偽の報告を行なって入院基本料等を不正に請求するものです。

これには、例えば7対1看護基準に基づき入院基本料を請求していた医療機関が、看護師の退職や休職に伴って7対1配置を維持できなくなり、届出要件を満たさなくなったにも関わらず、変更の届出を行わなかったケースや、最近では看護師の夜勤平均時間が72時間を超えたため、本来は変更して算定しなければならない特別入院基本料にランクダウンしていないなどの事例も報告されています。

要件が充足できていないことを把握していながら、これらの請求を行っている医療機関が大部分なのですが、中には労務管理が徹底されていないことが原因で、保健所から指摘を受けてはじめて要件を満たしていないことに気づく医療機関も相当数存在します。

(2) 診療報酬の不正請求

診療報酬を不正に請求するパターンには、「架空請求」「付増請求」「振替請求」「二重請求」など、さまざま存在します。

最近では、医療費の明細書も詳細に明示されるようになったため、事前に発覚するケースも増えてきています。

■ 架空の患者による不正

実際に受診していない患者を診療したとして診療報酬を不正に請求したものの、その「患者」本人からの問い合わせなどがきっかけで発覚する 경우가ほとんどです。特に保険診療の場合は、定期的に社会保険事務所から医療費の明細（いつ、どの医療機関に受診して、いくらかかったのか）が被保険者に通知されるため、実際には受診していない、あるいは受診日数が水増しされているなどの事実と反する内容は、本人が認識できるようになっています。

また、さらに悪質な医療機関では、職員が受診したように偽装したり、全く行っていない医療行為（手術や検査等）を記録上実施したように見せかけて、不正な内容で請求したりするケースもこれに該当します。

3 院内コンプライアンスの確立による不正防止策

■ コンプライアンスを徹底するための体制作り

(1) レセプトの請求内容や施設基準の要件を的確に把握する

院内コンプライアンスの徹底には、毎月のレセプトの内容をチェックし、不正あるいは不正として誤認されるような内容がないかどうかを管理者自らが確認することが必要です。管理者点検を行うことは、事務員はもちろん、医師に対する啓蒙の意味からも重要なことです。

また、医療法の観点から、有資格者の人員配置状況を常に把握し、維持継続させることも不可欠であり、さらに施設基準についてもその要件をクリアしているかどうかについて、毎月チェックできる仕組みが必要です。

■ カルテ記載等に関するチェック事項

- 診療に係る記載が見当たらない
- 指導料算定の要件であるカルテに指導内容が記載されていない
- 指導実施の記載に代えてゴム印のみ押印している
- カルテに傷病名や傷病開始日、転帰が記載されていない
- 看護師による記録の代筆が行われ、その内容を医師が確認する仕組みがない

(2) 支払機関や保険者・事務局への協力体制を強化する

支払基金や連合会だけでなく、主な保険者からの問い合わせや、あるいは毎月の返戻・査定について適切に処理するとともに、再審査請求などで先方へ分かりやすい症状詳記を添付するなど、協力する姿勢をアピールすることが肝要です。

特に、査定の多い保険者については、その状況について直接支払機関や事務局に確認するなどして、熱心な医療機関であることを意識させることも求められるでしょう。

また、査定が多だけでなく、毎月同じ項目で査定を受けている医療機関も注意が必要です。何度か繰り返すと事務局から文書で指摘を受けることがあります。そうした事態になる前に当該項目での査定を減らす対策を進める必要があります。医師の協力なしにこの改善はできないため、毎月医師側に情報を提供し、査定減に向けた打ち合わせを毎月行う必要があります。

また、査定を受けても、診療報酬請求上の仕組みを理解していない医療機関もよく見受けられますので、請求事務における全体的なスキルアップを図るうえでも、査定減の打ち合わせが重要な情報共有の場だということができます。

経営データベース ①

ジャンル:業績管理 サブジャンル: 業績管理と予算管理



会計データのチェックポイント

会計データをチェックする際には、どのような点に留意すべきかを教えてください。



会計データのチェックは、実数によるものと比率によるものに分けられます。

■実数によるチェック

具体的には、各勘定科目の異常値の把握と前期とのデータ比較により、増減している勘定科目の内容を精査することです。そしてチェックを実施した後は、なぜ異常値が出たのか、なぜ大きく数字が変動しているのか要因を解明します。つまり、各数値を分解していく作業を行います。

- ・ 明らかな異常値がないか
- ・ 特に貸借対照表科目の残高は合っているか
- ・ 毎月定額で計上されているものが、きちんと計上されているか
- ・ 前期との比較で大きく変動している科目はないか

■比率によるチェック

変動費科目、人件費他固定費科目、限界利益、営業利益、経常利益を対収入比、対限界利益比で検証することをいいます。各勘定科目を比率で表示して、チェックします。

- ・ 変動費科目：医薬品費、診療材料費、給食材料費、検査委託費等
- ・ 固定費科目：人件費、光熱費、消耗品費等
- ・ 利益科目：限界利益、営業利益、経常利益等

特に変動費が増加している場合は、下記の点を確認します。

- ・ 仕入れの中に医療機械等資本的支出が混入していないか
- ・ 在庫が過大となっていないか

また、人件費については、労働分配率を確認し、下記のチェックを行います。

$$\text{人件費} \div \text{限界利益} = \text{労働分配率}$$

- ・ 人員は増加していないか
- ・ 給与体系の見直しは必要か

これら実数および比率によるチェックを経たのち、会計データの精度を向上させることで、実績検討会や予算会議で活用することができます。

経営データベース ②

ジャンル: 業績管理 サブジャンル: 業績管理と予算管理



資金管理のポイント

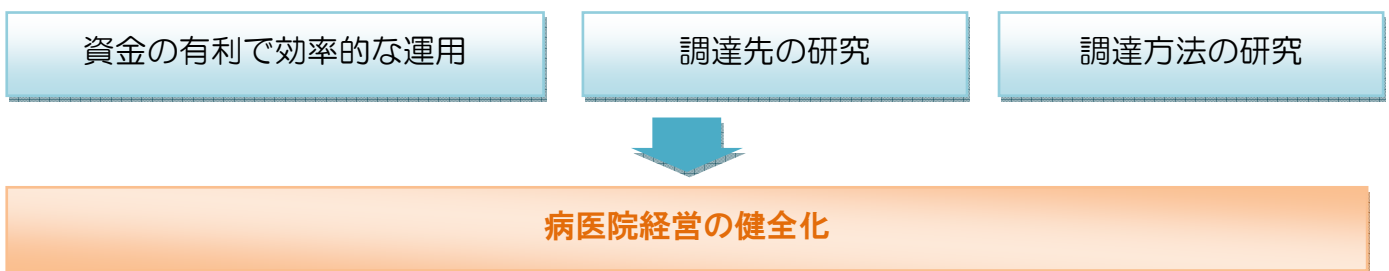
資金管理を徹底するためのポイントを教えてください。



質の高い医療サービスを提供するためには、一般に、より優れた医療機器も必要ですが、これらの導入も資金があってこそ可能となり、結果として医療サービスの向上につなげていくことができます。

また、経営の健全化は資金調達をもとに進めなければならず、資金の逼迫は経営を極度の不安に陥らせることとなります。病医院経営の健全化を具体的に推進する上では、資金に関する有利で効率的な運用と、調達先や調達方法を研究することが求められます。

■経営健全化に必要な要素



損益計算書上は利益が出ていても、資金面では設備投資過大などから資金が固定化して、資金繰りがつかなくなって倒産するケースがあります。これが、いわゆる「黒字倒産」です。

資金管理では、一般的に資金繰表を使います。ただし、資金繰表は常に目先のつじつまを合わせているだけですから、これだけに頼っていると、本来の資金構造がおかしくなっても気づかないという恐れがあります。

そこで、資金の流動性が高いかどうかについては、経営分析によって資金構造を常に把握しておかなければなりません。資金構造を見る指標としては、流動比率、当座比率、固定比率、固定長期適合率、流動資金回転率、総資本回転率などがあります。

流動比率が高いということは、正味運転資金が大きいことを意味しており、資金を医療サービスに転嫁して流れの速度を速くすることで、資本回転率も良くなります。

また、最近は金融機関でも、毎期の利益と減価償却費との合計額で借入金の返済ができるかどうかを見るようになって来ています。損益が赤字の場合でも、必ずしも資金不足になるわけではありませんが、利益が出なければ結果的に資金も不足することになるので、注意が必要です。