

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.877 2025.7.8

医療情報ヘッドライン

**職域がん検診も市町村が一体管理へ
本人が市町村へ報告する仕組みを構築**

▶厚生労働省 検討会

**医療安全に関する新検討会が初会合
これまでの取り組みの経緯を整理**

▶厚生労働省 検討会

週刊 医療情報

2025年7月4日号

**「急性期機能の維持・確保」
など4つの課題**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和7年3月分概数)

経営情報レポート

労働条件明示ルール改正

パート職員の契約、無期転換に関する留意点

経営データベース

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:月次管理のポイント

コスト管理のポイント

定数管理における留意点

医療情報
ヘッドライン
①

職域がん検診も市町村が一体管理へ 本人が市町村へ報告する仕組みを構築

厚生労働省 がん検診のあり方に関する検討会

厚生労働省は6月 23 日の「がん検診のあり方に関する検討会」で、職域検診を含むがん検診の受診者本人が受診状況を市町村に報告する仕組みを整える方針を明らかにした。

市町村が受診状況を一体的に管理することで、受診率の向上と適切な精度管理を実現するのが狙いだ。なお、報告の仕組みは「自治体検診 DX を見据えつつ、電子的な方法の活用」を検討するとしている。

■PMH・自治体検診システムを活用

厚労省は2008年に「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を策定。

現在、胃・肺・大腸・子宮頸・乳の5種類のがん検診を推進し、受診率 60%以上を目指している。

他方で、これまでは受診状況を正確に把握できていたとはいえない状態だった。

というのも、がん検診には「住民検診」「職域検診」「その他（人間ドックなど個人が任意で受けるがん検診）」の大きく3つの受診方法があるからだ。

厚労省は、このうち市町村が健康増進事業として行う「住民検診」を受けているのは約2～4割で、職域検診や個人が受けている人間ドックなどの受診状況については十分に把握できていないとの認識を示している。

本質的に受診率を向上しようとするならば、個人単位で把握しなければならないことは言うまでもない。そのため、冒頭で記したように職域検診を含めた受診状況を集約化し、健康増進事業を実施している市町村が一体管理すべきだというわけだ。

具体的な方法として、厚労省が提示したのが「PMH・自治体検診システム」である。

受診者は、受診時にマイナンバーカードを提示し、マイナポータルで問診情報を登録すれば自動的に検診結果が自治体へ報告される仕組み。これによって、がん検診情報の管理ができるだけでなく、住民に対して受診勧奨などの効率的な実施も可能だ。

なお、PMHはPublic Medical Hubの頭文字をとったもので、医療費助成・母子保健・予防接種・介護保険等の分野において「関係機関や行政機関等の間で必要な情報を安全に交換できる情報連携機能」を有したシステムのことで、デジタル庁が2023年度に開発している。

■HPV検査単独法の導入状況も報告

この日の会合では、子宮頸がん検診の方法のひとつで、受診者の負担を軽減できるとされている「HPV 検査単独法」の自治体における導入状況も報告された。

それによれば、導入済みは4自治体で、今年度中に導入予定は5自治体。来年度以降に導入予定、もしくは導入予定だが時期検討中の自治体は332自治体、導入するかどうか検討中なのは737自治体で、導入予定なしは477自治体となっている。

子宮頸がん検診は、厚労省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」において、20歳以上の女性を対象に2年に1回の細胞診が推奨されてきたが、指針の改正によって、2024年4月1日からHPV検査単独法も追加された。HPV検査単独法は5年に1回の受診が推奨されており、陽性の場合には結果判明後すぐに細胞診によるトリアージ検査を行い、確定精検不要であっても1年後に追跡検査が必要とされている。

医療情報
ヘッドライン
②

医療安全に関する新検討会が初会合 これまでの取り組みの経緯を整理

厚生労働省 医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会

厚生労働省は6月27日に「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」の初会合を開催。公表された開催要綱には、これまでの医療安全施策とその課題を整理し、対応策を検討することを目的とする旨が明記されている。座長には、「医療事故調査制度の施行に係る検討会」の座長も務めた中央大学法科大学院教授の山本和彦氏が選出された。

■1999年の患者取り違え事件が契機

厚労省が用意した「これまでの医療安全施策について」と題した資料にある「医療安全施策の経緯」は、1999年（平成11年）の「大学附属病院で患者取り違え手術発生」から始まる。これは、横浜市立大学附属病院で発生したもので、手術室への患者受け渡しの際に起きた患者取り違えがその後も見逃され、麻酔と手術が行われてしまったというものだ（患者の疾患は心臓疾患と肺疾患）。

この事件によって、厚生省（当時）の検討会は「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」をとりまとめており、翌2000年（平成12年）には特定機能病院に医療安全管理のための体制確保義務が課せられている。

その後、2002年（平成14年）に策定された医療安全推進総合対策において、医療安全を最も重要な課題と位置づけ、同年に病院および有床診療所に対して「事故報告等の医療安全管理体制の確保」が義務づけられた。

2007年（平成19年）には無床診療所および助産所にも義務化の対象となっている。

経済的インセンティブとしては、2006年（平成18年）には、組織的な医療安全対策を適切に実施していることを評価する医療安

全対策加算（医療安全管理者、医療安全管理部門、患者相談窓口）を創設。これは2010年（平成22年）、2012年（平成24年）、2018年（平成30年）に改定されている。

2012年（平成24年）には患者サポート体制充実加算、2018年（平成30年）には医療安全対策地域連携加算も導入され、これらをお届けする医療機関は年々増加傾向にある。

■医療事故報告件数は計3,338件

また、2004年（平成16年）には医療事故情報収集等事業を開始。医療機関から報告された事故等事案やヒヤリ・ハット事例を分析・提供して医療安全対策に有用な情報を広く医療機関に共有するとともに、一般にも情報を公開して医療安全対策を推進してきた。

さらに、2015年（平成27年）には医療事故調査制度を施行。医療法で定める医療事故が発生した場合には、医療事故調査・支援センターへの報告や医療事故調査、遺族への説明等を行うことが義務づけられている。

なお、2015年10月から2025年3月までの医療事故報告受付件数は3,338件（病院からの報告が3,171件、診療所からの報告が166件、助産所からの報告1件）。

診療科別に見ると外科488件、内科433件、循環器内科298件、整形外科278件となっている。

ちなみに相談件数は19,988件※で、「医療事故報告の判断」に関する相談8,426件、「手続き」に関する相談5,117件、「院内調査」に関する相談2,801件、「センター調査」に関する相談1,046件となっている。

※1回の対応で複数の相談がある場合は、複数計上

医療情報①
中央社会保険
医療協議会

「急性期機能の維持・確保」 など4つの課題

中央社会保険医療協議会は6月25日、2026年度の診療報酬改定に向けて医療提供体制の整備に関する議論を始めた。少子・高齢化に伴って医療需要が変化し、医療の担い手不足が見込まれる中、厚生労働省は急性期機能の維持・確保など4つの課題を挙げた。

中医協はこの日の総会で、「入院」や「外来」の点数配分に先立って医療提供体制の整備に関する議論を始め、厚労省が人口動態や医療需要の動向、医療機関や医療従事者の養成や確保状況に関するデータを示した。

厚労省の林修一郎医療課長は「医療需要や提供体制、従事者のマンパワーを含む全体の状況をこの場で共有した上で、今後の議論の方向性について意見を交わしていただく」などと狙いを説明した。

それらのうち人口動態に関しては、東京23区や中核市などの都市部では、45年にかけて65歳未満の「若年人口」が減少し、65歳以上の「老年人口」は増えるのに対し、過疎地域の市町村では「老年人口」を含む全人口の減少がこれから一層加速化すると見込まれ、地域差がある。

また医療需要に関しては、全国の二次医療圏のほぼ3割では入院患者数が既にピークを過ぎたとみられ、残り7割では35年までにピークを迎えることが見込まれる。一方、外来患者数は、都市部を除く7割弱の二次医療圏で20年までにピークアウトしている。

在宅医療の患者数は333の二次医療圏のうち、237圏域で40年以降にピークを迎える見通しで、今後は特に85歳以上の需要が増える。

そうした中、病院の病床利用率は14年から23年にかけて一般病床と療養病床を含む全ての類型でおおむね低下する傾向が続いていて、平均在院日数も全類型で減少傾向にある。

また、全国の構想区域ごとに行った手術件数の将来推計では、20-40年に件数が減る見通しの構想区域が、「皮膚・皮下組織」「胸部」など11領域の全てで過半数を占めた。

それらを受けて厚労省は、病院・診療所・訪問看護ステーションの医療提供体制に関する課題として、以下を挙げ、26年度の診療報酬改定の方向性を議論する方針を示した。

▼急性期機能の維持・確保

▼患者の高齢化への対応

▼生産年齢人口の減少

▼医療資源が特に少ない地方部での対応

●医療の地域格差、支払側委員「拡大は確実」

支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は意見交換で、「人口構造や医療ニーズの変化は既に起きていることだが、今後それがさらに進み、地域格差が拡大することは確実だ」と述べ、地域の医療ニーズを過不足なくカバーするため、急性期の医療資源を集約して医療機関の機能を強化することが不可欠だと指摘した。

診療側の池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）は、医療需要の変動が地域の人口規模などによって大きく異なるため、「都市部」「中山間部」などのタイプに分けて診療報酬の見直しによる対応を検討することを提案した。

医療情報② 厚生労働省 検討会

大学本院の医師派遣実績、 常勤換算数で評価へ

厚生労働省は6月25日、特定機能病院のうち大学病院本院の承認要件として新たに設ける医師派遣機能の評価基準を示した。派遣先の医療機関での常勤換算医師数の実績がベース。常勤医に限らず、週1回程度の非常勤や短期派遣なども含めて評価する方針だ。

この日行われた「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」で厚労省が取りまとめた案に盛り込んだ。医師少数区域への派遣を高く評価するなど偏在是正の視点も取り入れる。また、医療提供体制に関する基準では、専門医制度で基本領域とされる19診療科全ての標榜を求め、基本診療科の幅広い設置を評価する。

医療安全については、医療安全管理部門を設置し、重大事案発生時の対応を強化するほか、医療安全部門での業務経験がある医療安全管理責任者の配置などの項目も盛り込んだ。

特定機能病院を巡っては、本院が地域医療の維持のために医師の派遣機能を担うなど、承認要件にはない取り組みを自主的に行っている実態がある。このため、こうした取り組みを特定機能病院の承認要件として見直し、適切に評価すべきだとする議論を検討会で重ねてきた。

特定機能病院の承認要件について取りまとめ案では、本院を対象に「医療提供」「教育」「研究」「医師派遣」「医療安全」の5つから成る「基礎的基準」と、病院の自主的な取り組みを評価する「発展的基準（上乘せ基準）」の2段階に見直す案を明記。本院以外の特定機能病院についても承認要件は同様の考え方を行う。

ただ、要件の見直しにより「基礎的基準」を満たせなくなる病院については、当面は改善計画の提出などを求めることで、引き続き特定機能病院として取り扱う考えを示した。

取りまとめ案におおむね異論はなかった。修正などは松田晋哉座長（福岡国際医療福祉大ヘルスデータサイエンスセンター所長）に一任した。

週刊医療情報（2025年7月4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 (令和7年3月分概数)

厚生労働省 2025年6月10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)	
	令和7年3月	令和7年2月	令和7年1月	令和7年3月	令和7年2月
病院					
在院患者数					
総数	1 153 739	1 170 408	1 156 718	△ 16 669	13 690
精神病床	254 117	255 353	254 244	△ 1 236	1 109
感染症病床	252	265	322	△ 13	△ 57
結核病床	832	858	921	△ 26	△ 63
療養病床	229 731	229 500	226 280	231	3 220
一般病床	668 807	684 430	674 950	△ 15 623	9 480
外来患者数	1 184 514	1 182 945	1 158 577	1 569	24 368
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 473	1 486	1 448	△ 13	38

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和7年3月	令和7年2月	令和7年1月	令和7年3月	令和7年2月
病院					
総数	76.1	78.6	79.0	△ 2.5	△ 0.4
精神病床	80.0	80.5	80.5	△ 0.5	△ 0.0
感染症病床	11.4	12.7	11.6	△ 1.3	1.1
結核病床	24.7	24.1	25.6	0.6	△ 1.5
療養病床	85.3	85.7	85.4	△ 0.4	0.3
一般病床	72.3	76.1	76.8	△ 3.8	△ 0.7
診療所					
療養病床	39.8	40.2	39.8	△ 0.4	0.4

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

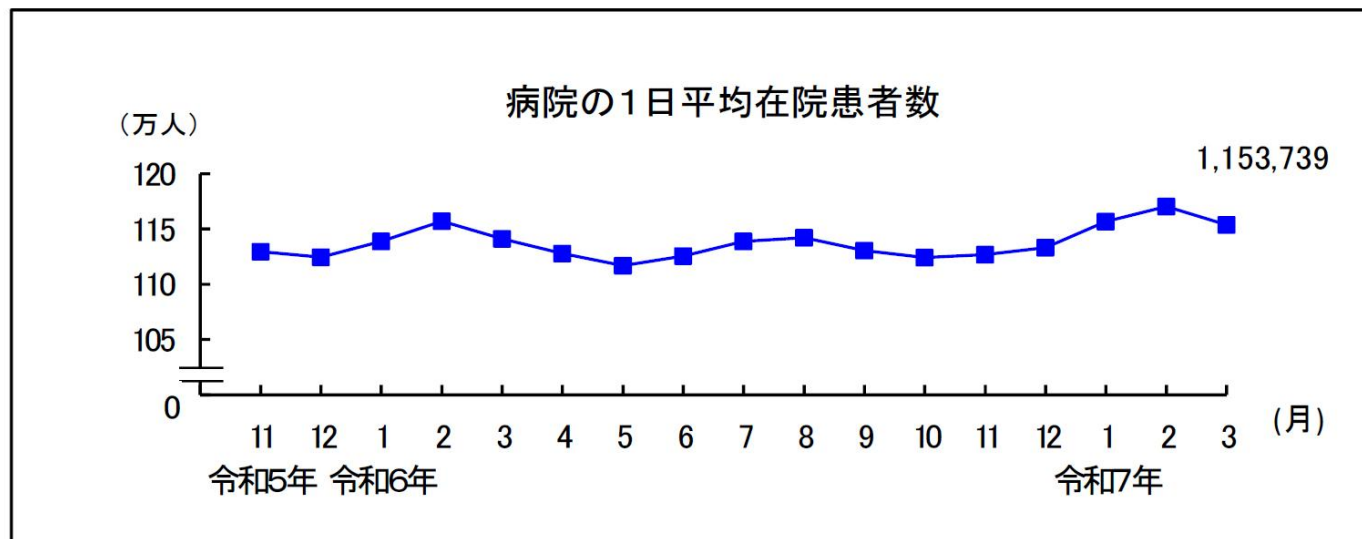
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和7年3月	令和7年2月	令和7年1月	令和7年3月	令和7年2月
病院					
総数	25.8	25.7	26.7	0.1	△ 1.0
精神病床	247.6	251.0	267.0	△ 3.4	△ 16.0
感染症病床	10.4	10.9	10.0	△ 0.5	0.9
結核病床	54.0	52.6	47.3	1.4	5.3
療養病床	113.1	109.8	113.6	3.3	△ 3.8
一般病床	15.9	16.0	16.6	△ 0.1	△ 0.6
診療所					
療養病床	99.4	103.1	108.7	△ 3.7	△ 5.6

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

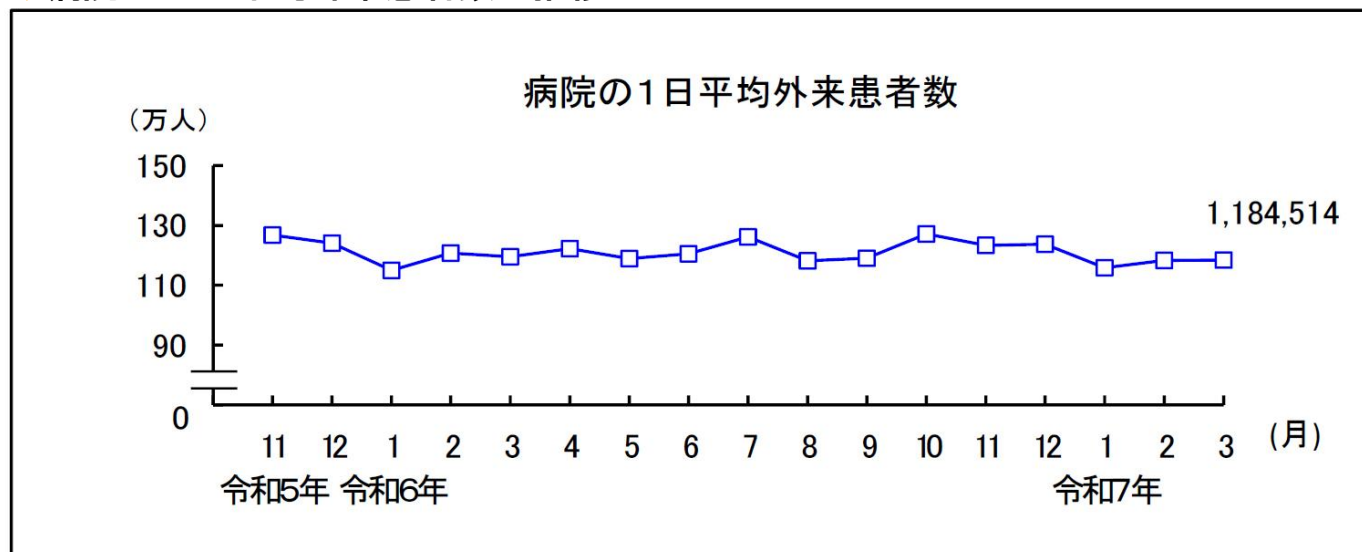
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

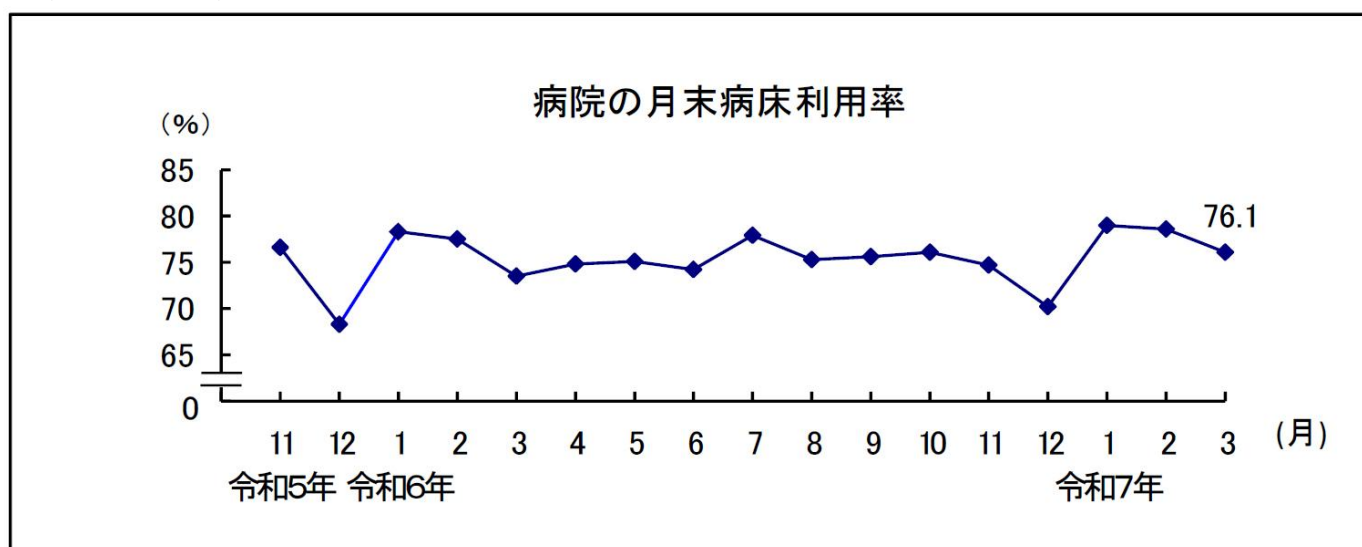


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

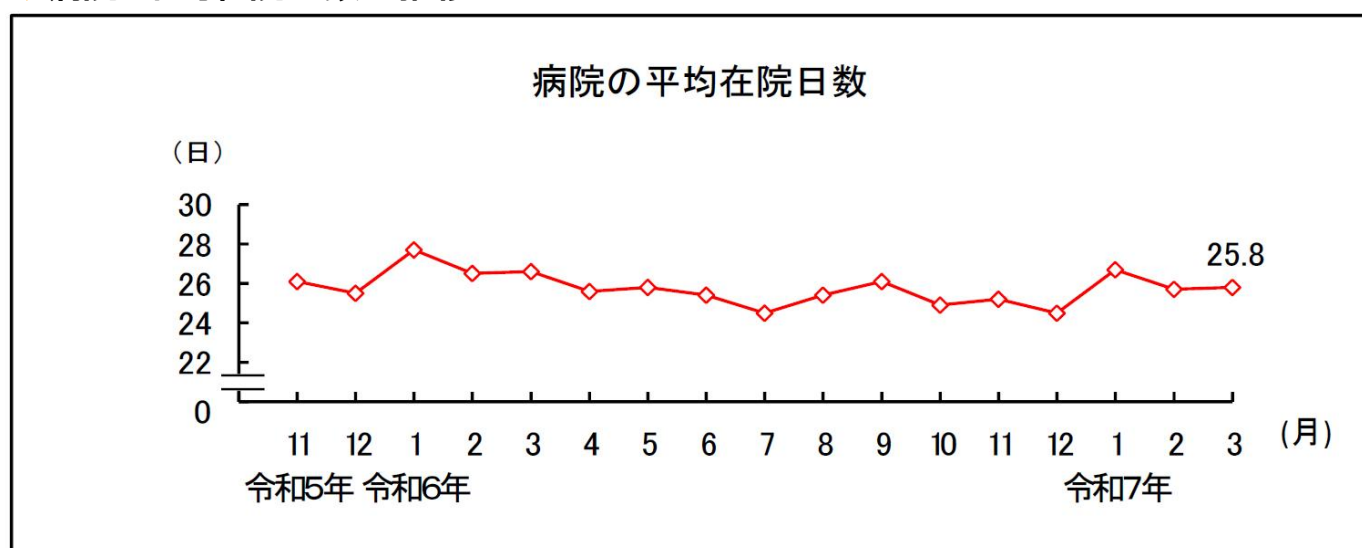
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆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（令和7年3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



人 事 ・ 労 務

労働条件明示ルール改正

パート職員の契約、 無期転換に関する留意点

1. 非正規雇用の現状と医療従事者数の見通し
2. 就業場所等変更、更新上限に関する改正点
3. 有期雇用職員の無期転換に関する改正点
4. パート職員等の採用・契約更新に関する留意点



■参考資料

【厚生労働省】：非正規雇用の現状と課題 令和4年版厚生労働白書 「2024年4月からの労働条件明示のルール変更 備えは大丈夫ですか？」（パンフレット） 令和5年版厚生労働白書 他

非正規雇用の現状と医療従事者数の見通し

■ 本格的な少子高齢化・人口減少時代へ

日本の人口は、2008年の1億2,808万人をピークに減少に転じており、総務省の統計では、2060年には全人口のわずか5割程度になると予測されています。

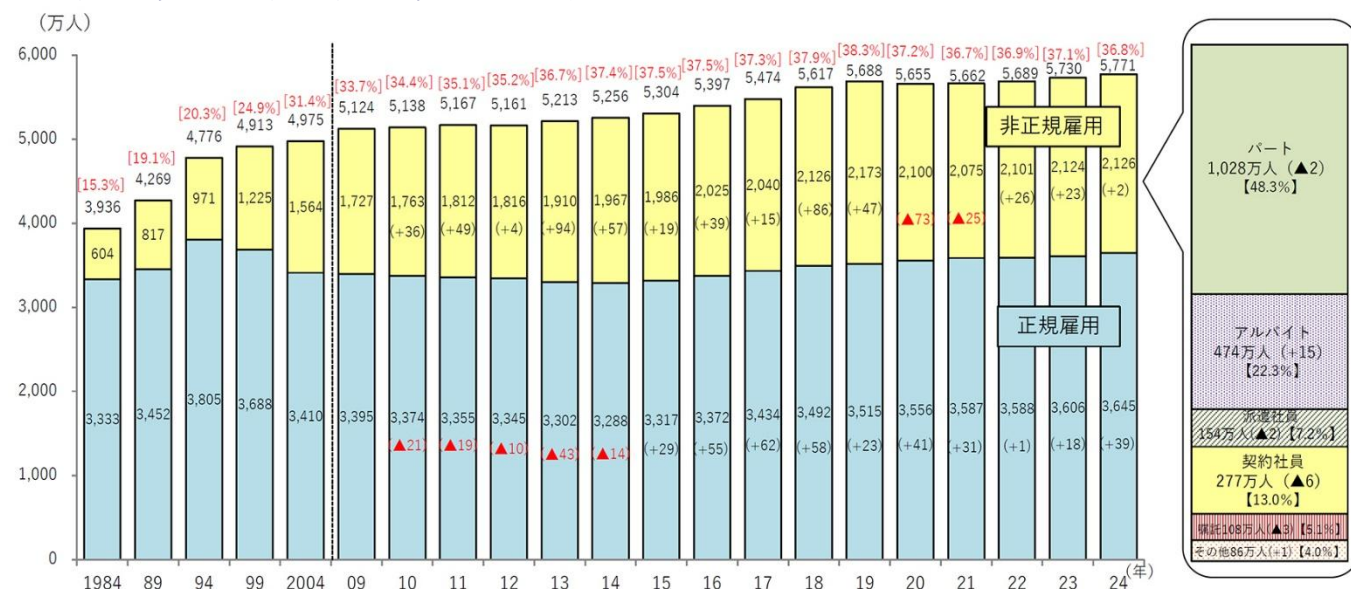
急速に少子化が進展している一方で、2025年には、1947年～1949年に生まれた「団塊の世代」全ての者が、75歳以上の後期高齢者になり、さらに、2040年には、団塊の世代のこども世代として1971年～1974年に生まれた「団塊ジュニア世代」の全てが65歳以上となります。

■ 労働力の3割以上は非正規雇用によって支えられている

厚生労働省が公表している資料によると、非正規雇用労働者は、2010年以降増加が続き、2020年、2021年こそ減少に転じましたが、2022年以降は再び増加している状況です。

一方で、正社員として働く機会がなく、非正規雇用で働いている者（不本意非正規雇用）の割合は年々低下しており、むしろ自ら非正規を選択しているケースが増えていることが浮き彫りとなっています。

◆ 正規雇用労働者と非正規雇用労働者の推移



(資料出所) 1999年までは総務省「労働力調査（特別調査）」（2月調査）長期時系列表9、2004年以降は総務省「労働力調査（詳細集計）」（年平均）長期時系列表10

(注1) 2009年の数値は、2010年国勢調査の確定人口に基づく推計人口への切替による遡及集計した数値（割合は除く）。

(注2) 2010年から2014年までの数値は、2015年国勢調査の確定人口に基づく推計人口への切替による遡及集計した数値（割合は除く）。

(注3) 2015年から2021年までの数値は、2020年国勢調査の確定人口に基づく推計人口（新基準）への切替による遡及集計した数値（割合は除く）。

(注4) 2011年の数値、割合は、被災3県の補完推計値を用いて計算した値（2015年国勢調査基準）。

(注5) 雇用形態の区分は、勤め先での「呼称」によるもの。

(注6) 正規雇用労働者：勤め先での呼称が「正規の職員・従業員」である者。

(注7) 非正規雇用労働者：勤め先での呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者。

(注8) 割合は、正規雇用労働者と非正規雇用労働者の合計に占める割合。

2

医業経営情報レポート

就業場所等変更、更新上限に関する改正点

■ 就業場所・業務の変更の範囲の書面明示が必要に

表記について、2024 年4月1日以降に契約締結・契約更新をする職員については、変更の範囲の明示が必要です。

これは雇用する全ての職員が対象で、無期契約の職員だけでなく、パート・アルバイトや契約職員、派遣職員、定年後に再雇用された職員などの有期契約職員も含まれます。

◆改正の内容、注意すべきポイント

○改正によって追加された明示事項

- ・「**就業場所と業務の変更の範囲**」について、労働契約の締結時及び有期労働契約の更新時に書面による明示が必要。
- ・「就業場所と業務」とは、職員が通常就業することが想定されている就業の場所と職員が通常従事することが想定されている業務のことを指す。
- ・配置転換や在籍型出向が命じられた際の配置転換先や在籍型出向先の場所や業務は含まれるが、臨時的な他部門への応援業務や出張、研修等、就業の場所や従事すべき業務が一時的に変更される際の、一時的な変更先の場所や業務は含まれない。
- ・「変更の範囲」とは、今後の見込みも含め、その労働契約の期間中における就業場所や従事する業務の変更の範囲のことをいう。
- ・職員が情報通信技術を利用して行う事業場外勤務、いわゆるテレワークを雇入れ直後から行うことが通常想定されている場合は、「雇入れ直後」の就業場所として、また、その労働契約期間中にテレワークを行うことが通常想定される場合は、「変更の範囲」として明示する。具体的には、職員の自宅やサテライトオフィスなど、テレワークが可能な場所を明示するようにする。

■ 更新上限の書面明示と更新上限を新設・短縮する場合の説明

有期労働契約の締結と契約更新のタイミングごとに、更新上限（通算契約期間※または更新回数の上限）がある場合には、その内容の明示が必要になります。

パート・アルバイトや契約職員、派遣職員、定年後に再雇用された職員などの有期契約職員が対象となります。

◆更新上限に関する改正の内容、注意すべきポイント

○更新上限の明示の例

例①：契約期間は通算4年を上限とする

※1回の契約期間の上限は、原則として3年。ただし、専門的な知識等を有する者（医師、歯科医師、獣医師、薬剤師等）及び満60歳以上の者との労働契約については上限が5年。

【労働基準法第14条第1項】

有期雇用職員の無期転換に関する改正点

■ 無期転換申込権が発生する契約更新の際、職員に書面通知が必要

使用者（事業者）は、通算5年を超える労働契約を締結する者に対し、「無期転換申込権」が発生する契約更新のタイミングごとに、該当する有期労働契約の契約期間の初日から満了する日までの間、無期転換を申し込むことができる旨を書面で明示することが必要です。

初めて無期転換申込権が発生する有期労働契約が満了した後も、有期労働契約を更新する場合は、更新の都度、明示が必要です。

また、有期雇用の職員を雇用する際には、当該職員が無期転換などについて相談できる体制構築が必要で、本稿や厚生労働省から公表されている資料などを参考にした対応が求められています。

◆留意点：相談体制の整備

事業主は、「有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する事項」に関し、その雇用する有期契約職員からの相談に応じ、適切に対応するために必要な体制を整備しなければならないこととされている【短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律 第16条】。

無期転換申込権についても、この「有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する事項」に当たるため、院内で無期転換についても相談できる体制の構築が必要。

■ 無期転換後の労働条件の書面明示が必須に

無期転換後の労働条件の書面明示が必要となるのは無期転換申込権が発生する有期契約職員です。使用者は、無期転換申込権が生じる契約更新時と、無期転換申込権の行使による無期労働契約の成立時において無期転換後の労働条件を書面により明示することが必要です。

明示方法は、事項ごととするほか、有期労働契約と無期転換後の労働条件との変更点がある場合は、その内容を明示する方法でも差し支えありません。

◆無期転換申込機会と無期転換後の労働条件に関する記載例

○無期転換申込機会の記載例

例：「本契約期間中に無期労働契約締結の申込みをした時は、本契約期間満了の翌日から無期雇用へ転換することができる。」

○無期転換後の労働条件の記載例

例：「無期転換後の労働条件は本契約と同じ」または、「無期転換後は、所定労働時間を〇〇に変更、基本給及び月の手当を〇〇に変更する。」

4

医業経営情報レポート

パート職員等の採用・契約更新に関する留意点

■ 労働条件の明示事項と書面以外の明示方法

労働条件のうち、下表左側に示した事項については、「書面の交付による明示」が必要です。

なお、職員が希望した場合は、書面の交付によらず、ファクシミリの送信、電子メール等の送信により明示することでも可能です。その場合は、当該職員がその電子メール等の記録を出力することにより、書面を作成できるものでなければなりません。

◆明示事項【労働基準法施行規則第5条】

書面の交付による明示事項	口頭の明示でもよい事項
1.労働契約の期間	1.昇給に関する事項
2.就業の場所・従事する業務の内容	2.退職手当の定めが適用される労働者の範囲、退職手当の決定、計算・支払いの方法、支払いの時期に関する事項
3.始業・終業時刻、所定労働時間を超える労働の有無、休憩時間、休日、休暇、交替制勤務をさせる場合は就業時転換に関する事項	3.臨時に支払われる賃金、賞与などに関する事項
4.賃金の決定、計算・支払いの方法、賃金の締切り・支払いの時期に関する事項	4.労働者に負担させる食費、作業用品その他に関する事項
5.退職に関する事項	5.安全・衛生に関する事項
	6.職業訓練に関する事項
	7.災害補償、業務外の傷病扶助に関する事項
	8.表彰、制裁に関する事項
	9.休職に関する事項

注1) 短時間職員及び有期雇用職員については、上記(左側)に加えて、「昇給の有無」「退職手当の有無」「賞与の有無」の3つの事項を書面の交付等により明示することが、パートタイム・有期雇用労働法において義務付けられています。

注2) 有期労働契約については、契約期間とともに「期間の定めのある労働契約を更新する場合の基準」を書面の交付により明示することが義務付けられています。

(参考) 岩手県労働局：採用(入社)の際には雇用条件を書面で交付(受領)しましょう

今回の改正により、厚生労働省から公表されている労働条件通知書の様式が変更となっていますので、合わせて確認しておくことをお勧めいたします。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/roudoukijunkankei.html

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。

コスト管理のポイント

経費節減の一環として、コスト管理を実施する場合の事例を教えてください。

コスト削減の目標は、医療サービスの質を一定のレベルに保ちつつ、患者に直接的にかかる費用の有効性や効率の向上を図って、患者一人当たりにかかる費用の節減を達成することです。

各費用節減への取り組みに際しては、次のようなポイントに着目します。

勘定項目	経費節減対策のポイント
給与費	・業務分担の見直し ・再診自動受付システムの導入 ・残業の許可制導入とパート職員やボランティアの活用 ・業務の標準化と高齢者の採用・活用
材料費	・常備品の安全在庫量の見直し ・適正注文数量の調査と購入単価および支払条件の定期的見直し ・購入先の見直し、地域との結びつきの検討 ・定期棚卸と管理者の棚卸立会 ・購入担当ローテーション、請求明細書のチェック
経費	・年中行事の見直しと行事費用の一部負担
福利厚生費	・使用頻度が少ない厚生施設の解約 ・公的団体施設の活用 ・看護職員寮・病院住宅使用料の見直し ・職員診療費減免規程の整備
消耗備品	・白衣・事務服の有償支給の検討 ・OA担当者を決定し、事務規格・操作・システムの方向付け ・事務用品・文具類管理の中央化と相対渡し ・アウトプットデータの見直しと保存期間経過後の適切な廃棄 ・定期購入刊行物の見直し
車両費	・車両関係費のチェックシート活用 ・燃料費、車両使用者走行距離チェックカードの作成
会議費	・「会議内容メモ」「会議成果診断メモ」の作成
光熱水費	・冷暖房の設定温度の見直し・フィルター清掃 ・晴天時の昼間、事務部門の昼休み、未使用部屋の消灯 ・照明器具の清掃と点灯スイッチの小分割化
賃借料	・リース契約時と再リース契約の条件の比較検討
研究研修費	・更新料、権利金および敷金等にかかる法的知識の習得 ・所属団体主催セミナーの活用 ・上司、優秀な職員の順で研修参加 ・「研修マニュアル」「OJT マニュアル」の作成 ・研修講座の自己選択と研修講座のフォローアップ
支払利息	・給付金制度（自己啓発助成等）の適用の有無の検討
印紙税	・都道府県・市区町村の低利融資制度の適用の有無 ・固定金利と変動金利の有利・不利の検討 ・預金担保と当座貸越の活用 ・支払手形の不発行

定数管理における留意点

医療材料の定数管理における留意点及び 医療機関における原価について教えてください。

医療機関では、薬品管理、医療材料の管理などに「定数管理」を用いていることがほとんどです。定数管理により、デッドストックの節減と使用期限の遵守に有効であると考えられているためです。

しかし、大概の医療機関においては、比較的稼働しているものを「定数」配置しているケースが多く、定数管理＝デッドストック防止とはなりません。

これが一般的な定数管理における盲点となっています。

各部門から臨時請求される物品を管理できなければ、デッドストックは解消されません。

できるだけ臨時請求を減少させるために、臨時で在庫される物品の管理と一般の定数管理とを分離して管理する必要があります。

■臨時物品の定義

臨時物品の定義は、「使用頻度は少ないが、患者様の状態により必要不可欠のもの」です。

病棟に入院される患者様によって必要な物品は異なりますので、一般定数管理とは区別して管理を行います（特別定数管理）。

過去6ヶ月に臨時に供給された物品の動向を見て、特別定数管理の定数を設定します。供給は各部門からの臨時請求とします。そこで様子を見ますが、過不足が出ますので、用度担当者が2ヶ月ごとに病棟を定期チェックします。

その時期に合わせて一般の定数管理品目と特別定数管理品目について見直し、場合によっては、一般と特別の入れ替えも行います。

この定期チェックを行うことで、各病棟での二重請求による過剰在庫、請求漏れなどによる急な不足なども解消できることになります。業務は完全ではありませんが、かなり合理化されます。

供給金額についても、特別定数管理物品の金額が徐々に減少されます。この業務を円滑に行いますと、定数管理の盲点は改善されます。

■病院の原価

病院の原価は、直接原価、間接原価により分かれます。原価管理対象部門において直接発生する材料費（医薬品費、医療材料費、給食材料費）、人件費、その他経費などが上げられます。

間接原価には、配賦基準に応じたコスト部門の原価となります。

具体的には、薬剤原価、検査原価、放射線原価、給食原価などが上げられます。