

週刊WEB

医業経営

MAGA
ZINE

Vol.825 2024.6.18

医療情報ヘッドライン

合計特殊出生率、過去最低の1.20

東京都は初めて1を下回る

▶厚生労働省

スマホ搭載のマイナ保険証、来春開始へ
4月の利用率は6.56%と低迷は続く

▶デジタル庁

週刊 医療情報

2024年6月14日号

「かかりつけ医機能」報告、
初回は26年1-3月

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費
(令和5年度12月)

経営情報レポート

医療の質と地域医療提供体制の確保を目的とした
オンライン診療手引書の概要と事例紹介

経営データベース

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:解雇・懲戒・制裁

向上の見込めない職員の解雇
無断欠勤した社員の解雇

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

合計特殊出生率、過去最低の1.20 東京都は初めて1を下回る

厚生労働省

厚生労働省は6月5日、「令和5年（2023）人口動態統計月報年計（概数）」を公表。女性1人が生涯に出産する子どもの平均数を推計した「合計特殊出生率」は、過去最低の1.20だった。8年連続で前年を下回り、1947年に同統計を取り始めてから最も低い数値となった。都道府県別に見ても、全てで前年より下回っており、最も低かった東京都は0.99と初めて1を割り込んだ。

出生数や婚姻件数も戦後最少となり、少子化と人口減少の加速が顕著に表れている。

■第1子を産んだ平均年齢は31歳台に

人口動態統計は「出生・死亡・婚姻・離婚及び死産の人口動態事象を把握し、人口及び厚生労働行政施策の基礎資料を得ること」を目的としている。合計特殊出生率は「15～49歳、までの女性の年齢別出生率を合計したもの」で、国立社会保障・人口問題研究所によれば、人口を維持するためには、これが2.07必要だとされている。

しかし、1974年に合計特殊出生率が2.07を下回って以降、この水準への回復はできていない。

近年では、2006年から上昇傾向がしばらく続いたが、2014年に低下。2015年に1.45と再上昇したものの、翌2016年からは再び低下に転じ、今に至っている。

都道府県別に見ていくと、最も低い東京都に次いで低かったのは北海道で1.06、次いで宮城県1.07、秋田県1.10、京都府1.11、神奈川県1.13、千葉県1.14、埼玉県1.14と続く。最も高かったのは沖縄県で1.60。

次いで宮崎県と長崎県が1.49、鹿児島県1.48、熊本県1.47、福井県・島根県・佐賀県1.46と続く。

年齢別の合計特殊出生率を見ると、最も出生率が高いのは30～34歳。次いで25～29歳、35～39歳となっている。婚姻件数は、前年より3万213組少ない47万4,717組で戦後最小となった。平均初婚年齢は夫が31.1歳、妻は29.7歳で前年同様だが、第1子出生時の母親の平均年齢は31.0歳で、前年の30.9歳から2年ぶりに上昇した。

ちなみに団塊ジュニア世代（第二次ベーブーム世代、1971～1974年生まれ）で最も多く子どもが生まれた1973年（209万1,983人）の前年、1972年の婚姻件数が戦後最も多く、今回の結果の倍以上となる109万9,984組だった。出生数は72万7,277人で、前年から4万3,482人も減少。統計史上最も低い数字を更新している。逆に死亡数は前年より6,866人増加の157万5,936人と過去最多を記録した。

■林官房長官「あと6年がラストチャンス」

この統計結果を受け、政府首脳はいずれも危機感をあらわにした。林芳正官房長官は5日の記者会見で「少子化の進行は危機的な状況」「2030年代に入るまでが少子化傾向反转のラストチャンス」と発言。

武見敬三厚生労働相は7日の会見で、少子化傾向に歯止めをかけるため「男性育休の取得推進や育児期を通じた柔軟な働き方の推進などの『共働き・共育ての推進』等に向けて必要な取組を加速化していく」とした。

スマホ搭載のマイナ保険証、来春開始へ 4月の利用率は6.56%と低迷は続く

デジタル庁

河野太郎デジタル相は5月31日、健康保険証機能のスマートフォン搭載を来年春にも開始すると発言。同日、スマートフォンに搭載するマイナンバーカードの機能を広げる改正ナンバー法が参議院本会議で可決され、成立した。この前日の5月30日には、岸田文雄首相と米Apple社のティム・クックCEOがスマートフォン「iPhone」へのマイナンバーカード機能搭載について合意しており、スマートフォンへのマイナンバーカード機能搭載は秒読み段階に入ったといえる。

■医療機関側は新たな読み取り機が必要か

マイナンバーカード機能のスマートフォン搭載は、すでに米Google社のモバイルOS「Android」で昨年5月に導入済み。ただし、搭載されたのは電子証明書機能で、保険証機能を使うことはできなかった。

今回、改正マイナンバー法の成立と、「iPhone」のマイナンバーカード機能搭載が可能になったことで、「スマホ保険証」が実現。活用する人はマイナンバーカードを持ち歩く必要がなくなる。

政府は診察券との一体化も推進しており、スマートフォンだけで行政手続きから医療機関の受診までできることになる。

ただ、医療機関側にとっては新たな負荷が発生する可能性が高そうだ。すでに、オンライン資格確認の原則義務化によって、大半の医療機関でオンライン資格確認システムであるマイナンバーカードの読み取り機が導入済みだが、これはスマートフォンの読み取りには対応できない可能性が高いからだ。

すでにデジタル庁は、医療保険の資格情報をPDFで保存できるサービスを開始。読み取り機がない場合や、読み取れなかった場合でも受診できるようになっているが、患者にどの程度周知できているかは未知数。

新たなシステムや機器が導入されたときや、法規制が変わったときの混乱はつきものだが、「スマホ保険証」の船出も同様の不安がつきまとうのは否めない。

■低迷する利用率向上の起爆剤として期待

一方、マイナンバーカードを物理的に持ち歩かなくて済むようになることで期待されるのは、「マイナ保険証」の利用率向上だ。

「マイナ保険証」の利用率は、開始以来低迷しており、2023年1月はわずか1.52%。

同4月に6.30%となったが、以降はまた低下し、今年1月4.60%、2月4.99%、3月5.47%と“低空飛行”が続いている。

4月には過去最高をようやく更新したが、6.56%と未だ1割にも満たない。

こうした現状を重く見た厚生労働省は、保険医療機関および保険薬局からマイナンバーカードの利用を促してもらう施策に舵を切っている。1月から医療機関向けに利用率増加に応じた支援金制度を開始したほか、5月から7月を「マイナ保険証利用促進集中取組月間」と位置づけ、利用人数の増加量に応じて病院に最大20万円、診療所と薬局に最大10万円の一時金も支給。これらに加えて「スマホ保険証」で利便性を訴求することで、1割を切るほどの利用率低迷の状況をどこまで打破できるか、注目したいところだ。

ピズアップ週刊

医療情報

2024年6月14日号

[情報提供]MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)
メディカルウェーブ医療情報①
社保審
医療部会

「かかりつけ医機能」報告、 初回は26年1-3月

厚生労働省は7日、2025年4月に施行される「かかりつけ医機能」報告制度の検討状況を社会保障審議会の医療部会に報告し、省内の分科会で7月ごろ、制度の枠組みを取りまとめる方針を示した。病院や診療所は26年1-3月に初回の報告を行う。

厚労省は、病院や診療所が報告した「かかりつけ医機能」のうち、患者が受診先を選択するのに役立つものは医療機能情報提供制度（ナビイ）の報告事項に盛り込む。省内の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」で近く具体案を示す方針で、報告制度の枠組みを巡る議論は大詰めの段階に入る。

新たな報告制度を作るのは、地域に足りない「かかりつけ医機能」を底上げして、患者が受診先を適切に選択できるようにするために、特定機能病院と歯科の医療機関を除く全国の病院と診療所を対象にする。病院や診療所は、「日常的な診療を総合的・継続的に行う機能」（1号機能）を整備しているかを都道府県に医療機関等情報支援システム「G-MIS」で毎年報告する。

「1号機能」を整備している病院や診療所は「通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能」（時間外診療）や「入退院時の支援」「在宅医療の提供」「介護と連携した医療提供」などの機能（2号機能）も報告する。時間外診療の機能を地域の医療連携で確保する場合は連携先の医療機関名の報告も求める。

都道府県は、病院や診療所が報告した「2号機能」の体制が整備されているかを必要に応じて確認し、足りない機能の底上げを話し合う地域の関係者との「協議の場」に報告するという流れ。「かかりつけ医機能」の確保につなげるため、医師の教育や研修も充実させる。

病院や診療所が「かかりつけ医機能」を初めて報告するのは、制度が施行された後の26年1-3月になる。報告制度の枠組みは、「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」で議論している。

「1号機能」に関しては、全身倦怠感、不眠、食欲不振など35の症状ごとに対応可能かどうかの報告を軸にする案や、皮膚・形成外科、神経・脳血管、精神科・神経科など17の診療領域ごとの一次診療に対応できるかの報告を軸にする案など3つの案が示されていて、意見に隔たりがある。そのため、厚労省がさらに踏み込んだ具体案を今後分科会に示す。

同省の担当者は7日の医療部会で、「7月ごろに議論の取りまとめを予定している」と述べた。その後は、G-MISの改修や省令改正、「かかりつけ医機能報告ガイドライン（仮称）」の作成などを進める。

医療情報②
東京商工
リサーチ

介護事業者倒産、1~5月で上半期の最多件数超え

東京商工リサーチは7日、介護事業者（老人福祉・介護事業）の倒産が1月から5月末までに計72件あり、各年の上半期（1~6月）で過去最多だった2020年の58件をすでに14件も上回ったと発表した。倒産が急増している主な要因は、介護職員の人手不足と昨今の物価高騰に伴う運用コストの増加。同社では、人手不足や物価高などには事業者単独では解決できないとし、「しばらくは倒産の増勢が続きそうだ」と指摘している。

同社の集計によると、1~5月の倒産件数は23年の同期よりも75.6%の増加。サービスごとに見ると、最も多かったのが「訪問介護」で34件（前年同期比61.9%増）と全体の半数近くを占めた。次いで「通所・短期入所」の22件（46.6%増）、「有料老人ホーム」の9件（4.5倍）、「その他」の7件（2.3倍）と続いた。倒産の内容別では、「販売不振（売上不振）」が57件で全体の約8割を占めた。同社は、コロナ禍での実質無利子・無担保のいわゆる「ゼロゼロ融資」の支援が過剰債務を招き、財務悪化で新たな資金調達が難しい事業者も多く、「複合的な要因が経営を圧迫している」と分析している。

医療情報③
厚生労働省
公表

がん死亡数38.2万人、全体の24%

厚生労働省が5日に公表した2023年の人口動態統計（概数）によると、同年の死亡数は前年から6,886人増え、過去最多の157万5,936人だった。死因別では、がんが38万2,492人と全体の24.3%を占めたが、前年の38万5,797人からは3,305人減少した。

人口10万人当たりのがんの死亡率は315.6で、前年の316.1から0.5ポイント低下した。厚労省によると、がんの死亡率が低下するのは戦後初めて。ただ、がんの死亡率は一貫して上昇傾向が続いている、1981年以降連續で死因の第1位になった。

23年の死因のトップ5は、がんのほかは、以下で、前年から入れ替わりはなかった。

▼心疾患（高血圧性を除く）23万1,056人（全体の14.7%）	▼老衰18万9,912人（12.1%）
▼脳血管疾患 10万4,518人（6.6%）	▼肺炎 7万5,749人（4.8%）

新型コロナは前年比9,558人減の3万8,080人で、前年の第7位から8位に下がった。一方、23年の出生数は過去最少の72万7,277人（前年比4万3,482人減）だった。出生数が減少するのは8年連続。人口の自然増減は84万8,659人の減で、過去最大の減少幅になった。合計特殊出生率は0.06ポイント低下し、過去最低の1.20だった。

週刊医療情報（2024年6月14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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜粋

最近の医療費の動向

/概算医療費（令和5年度12月）

厚生労働省 2024年4月30日公表

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	
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上		
			本人	家族						
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2	
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2	
令和4年度4～3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2	
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1	
4～12月	34.2	19.2	11.2	6.3	4.2	8.1	1.1	13.3	1.6	
10月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2	
11月	3.8	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2	
12月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2	
令和5年度4～12月	35.4	19.6	11.7	6.6	4.3	7.9	1.1	14.0	1.7	
4～9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1	
10月	4.0	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2	
11月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2	
12月	4.0	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	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」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3) 「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、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総 計	医療保険適用							公 費	
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上		
			本人	家族						
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲0.8	▲2.7	3.9	1.8	
令和2年度	▲3.1	▲3.7	▲3.6	▲0.8	▲9.0	▲3.8	▲19.1	▲2.4	▲1.1	
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1	
令和4年度4～3月	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3	
4～9月	3.1	2.7	5.4	5.9	5.3	▲0.7	▲0.0	4.1	0.3	
4～12月	2.9	2.5	5.7	6.0	5.9	▲1.6	3.4	3.9	0.6	
10月	2.6	1.0	4.0	3.1	6.0	▲2.8	11.9	4.9	3.6	
11月	2.8	2.2	6.3	6.9	6.4	▲3.1	7.1	4.0	1.2	
12月	2.0	2.8	8.3	9.1	8.7	▲4.5	10.8	1.3	▲1.3	
令和5年度4～12月	3.6	2.1	4.7	5.5	4.1	▲1.4	5.0	5.5	4.5	
4～9月	4.0	2.4	5.2	6.1	4.3	▲1.3	9.6	6.2	5.0	
10月	3.3	2.5	5.2	5.6	5.3	▲1.2	▲2.5	4.3	3.2	
11月	1.5	0.4	2.7	3.4	2.2	▲2.7	▲4.3	3.0	2.5	
12月	3.4	1.8	3.7	4.1	3.6	▲0.9	▲2.0	5.5	4.7	

●1人当たり医療費

(単位:万円)

	総 計	医療保険適用							75歳以上	
		75歳未満	被用者保険			本人	家族	国民健康保険	(再掲)未就学者	
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2		
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0		
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9		
令和4年度4~3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7		
4~9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0		
10月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1		
11月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.6	3.3	2.1	8.0		
12月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0		
令和5年度4~12月	28.5	18.9	15.1	14.2	14.9	30.0	20.1	72.4		
4~9月	18.8	12.5	10.0	9.4	9.8	19.8	13.6	48.1		
10月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.2	8.2		
11月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0		
12月	3.3	2.2	1.8	1.7	1.7	3.4	2.2	8.2		

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

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						
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1
令和4年度4~3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
4~9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6
10月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.6	2.0	0.3
11月	3.8	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
12月	3.9	3.1	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.1	0.3
令和5年度4~12月	35.4	28.2	13.4	12.3	2.5	6.2	0.6	0.45	14.0	18.5	2.5
4~9月	23.5	18.7	8.9	8.2	1.6	4.1	0.4	0.29	9.3	12.2	1.6
10月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
11月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.0	0.3
12月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.2	0.3

注) 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ない。

入院時食事療養等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。

●受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養		
		医科入院	医科入院外	歯科				
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27	
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32	
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37	
令和4年度4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43	
	4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
	10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	12月	2.1	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
令和5年度4～12月	18.7	18.3	3.3	12.0	3.0	6.7	0.37	
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.24
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.04
	11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.04

注) 受診延日数は診療実日数（調剤では処方せん枚数（受付回数）、訪問看護療養では実日数）を集計したものである。
受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数（受付回数）は含まれない。

●1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外 十調剤	
		食事等 含まず	食事等 含む						
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0	
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0	
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2	
令和4年度4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4	
	4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
	10月	18.8	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	12.0	15.2
	11月	18.9	41.0	42.7	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
	12月	19.0	40.7	42.4	10.5	8.2	9.7	12.0	15.9
令和5年度4～12月	18.9	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.1	15.4	
	4～9月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
	10月	18.8	40.7	42.3	10.2	8.2	9.1	12.1	15.3
	11月	19.0	40.9	42.5	10.3	8.2	9.2	12.1	15.5
	12月	18.9	40.4	42.1	10.2	8.3	9.5	12.2	15.6

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数（調剤では総処方せん枚数（総受付回数）、訪問看護療養では総実日数）で除して得た値である。「医科入院外十調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費（令和5年度12月）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



医業経営

医療の質と地域医療提供体制の確保を目的とした

オンライン診療手引き書 の概要と事例紹介

1. オンライン診療の利用状況と手引き書の目的
2. オンライン診療の導入手順
3. オンライン診療実施の流れと関係するガイドライン等
4. 患者説明チェックリスト内容とオンライン診療事例



■参考資料

【総務省】：令和3年情報通信白書第1部第2節コロナ禍における公的分野のデジタル活用

【厚生労働省】：オンライン診療の適切な実施に関する指針 第15回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会資料 オンライン診療研修実施概要 オンライン診療の利用手順の手引き書 他

1

医業経営情報レポート

オンライン診療の利用状況と手引き書の目的

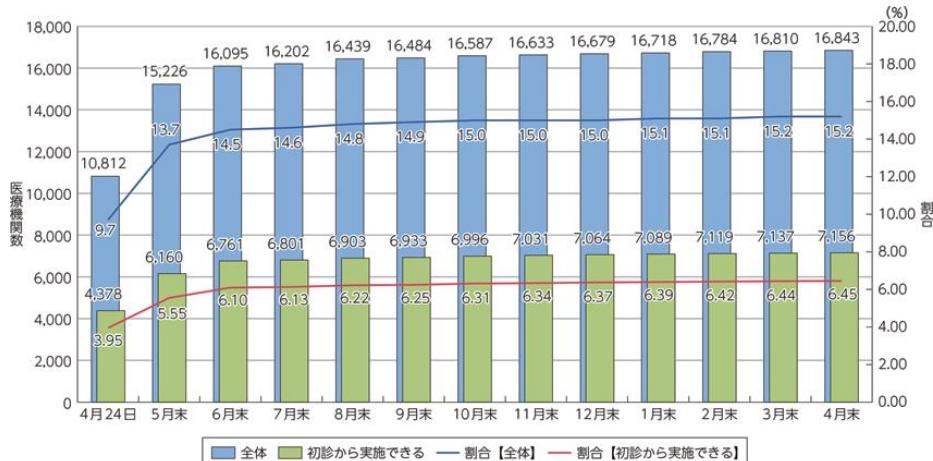
■ オンライン診療の利用状況

オンライン診療の利用状況を示すデータとして、「令和3年情報通信白書第1部第2節コロナ禍における公的分野のデジタル活用」を見ると、2021年4月末時点で、オンライン診療（電話診療）に対応した医療機関は16,843件となっています。

2020年4月10日に新型コロナウイルスに対応するため、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン診療指針」という。）を改訂し、コロナ禍における初診から遠方の患者に対する診療を時限的に認め、再診に関しても規制が緩和されました。

オンライン診療の要件緩和が行われて以降、登録機関数は増加しましたが、同年6月以降は緩やかな増加となっています。

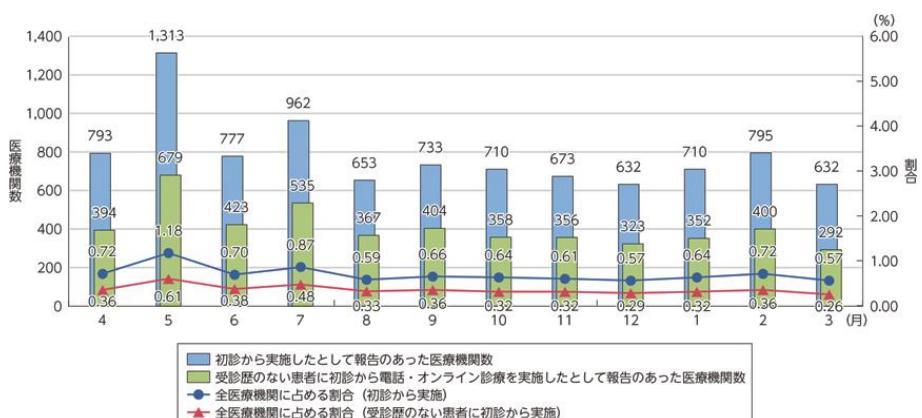
◆電話・オンライン診療に対応する医療機関数の推移(2020年4月～2021年4月)



(出典) 厚生労働省：第15回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会資料

次に実際に初診から電話・オンライン診療を実施した医療機関数の推移を示したのが下のグラフです。2020年5月には1,313件と大きく伸びましたが、それ以降7月以外は、ひと月当たり700件前後で推移しています。

◆初診からの電話及びオンライン診療件数(2020年4月～2021年4月)



(出典) 厚生労働省：第15回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会資料

2

医業経営情報レポート

オンライン診療の導入手順

オンライン診療の導入に際しては、以下に述べる5つのステップに分けて考えることが必要です。

◆オンライン診療の導入の手順



■ STEP1 | 事前検討

オンライン診療の導入に向けて、まず当該医療機関における患者ニーズや課題を把握します。そのうえで、対象となる患者の範囲、患者数、実施可能時間等について検討します。

◆事前検討内容

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| ①医療機関における患者ニーズ・課題の把握 | ②オンライン診療の患者の対象範囲・患者数の検討 |
| ③実施可能時間の検討 | ④他の医療機関や地域での導入事例の確認 |

■ STEP2 | 体制の整備

(1)診療所における合意形成

オンライン診療の体制を整備するためには、関係者の合意形成が必要となります。その実施体制は医療機関によって異なります。診療所においては、院長による意思決定により導入を決定するケースが多いようですが、いずれにしても、自院における課題、患者ニーズを十分に把握したうえで、オンライン診療の導入を検討することが重要です。

また、実施体制としては、医師一人、または医師・看護師の二人等、少人数の体制となることが想定されることから、オンライン診療に係る看護師、事務スタッフ等に対し、しっかりと説明を行う必要があります。とりわけ、予約や会計などは事務スタッフ等が担うことが想定されるため、システム導入の打ち合わせ等についてはさせるべきでしょう。

(2)人材確保及び育成

医師への研修に関しては、オンライン診療指針において、これを実施する医師は、予め厚生労働省が定める研修を受講することが求められ、オンライン診療を実施するために必須となる知識を習得しなければなりません。オンライン診療は、通常の診療業務の一環として導入することが考えられるため、通常は専任の人材を確保するのではなく、既存の人員からの育成が必要となる場合が多くなりますが、オンライン診療システム事業者から、その導入に際して、レクチャーや勉強会が実施されるケースも見受けられます。

3

医業経営情報レポート

オンライン診療実施の流れと関係するガイドライン等

■ オンライン診療を実施するまでの流れ

初診かそれ以外かによって、オンライン診療実施までの流れが異なります。

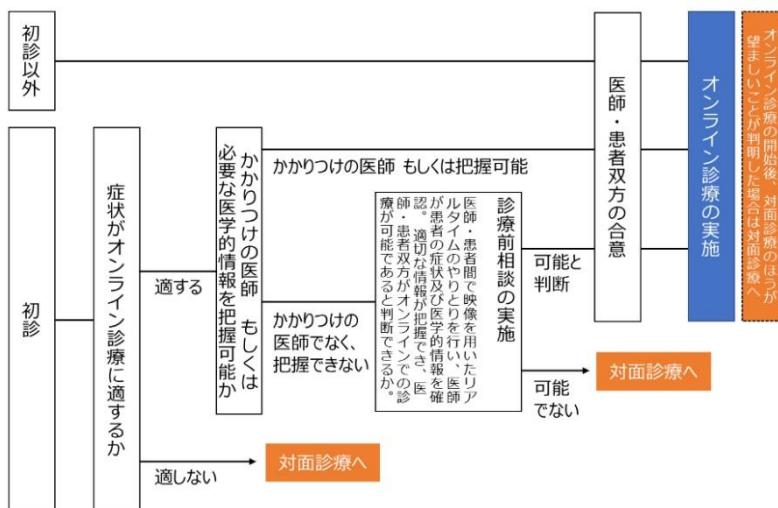
オンライン診療指針における「初診」も、初めて診察を行うことをいいますが、継続的に診療している場合において、新たな症状等（ただし、既に診断されている疾患から予測された症状等を除く）に対する診察を行う場合や、疾患が治癒した後または治療が長期間中断した後に再度同一疾患について診察する場合も「初診」に含むことになります。

また、オンライン診療指針において、初診の場合は以下の処方が禁止されています。

◆オンライン診療指針における初診の場合に禁止されている処方

- 麻薬及び向精神薬の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- 基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

◆オンライン診療実施のフロー



（出典）厚生労働省：オンライン診療の利用手順の手引き書

■ オンライン診療に関する業務の一般的なフロー

オンライン診療に関する業務の一般的なフローは以下に示したとおりです。医療機関内での対応については、事務職員等が主に実施するもの、医師による実施が求められるものに分けて記載しています。

◆オンライン診療に関する業務の一般的なフロー図



4

医業経営情報レポート

患者説明チェックリスト内容とオンライン診療事例

■ 患者説明チェックリスト内容

オンライン診療を安全に実施するためには、厚生労働省が示すオンライン診療指針を遵守して実施することが求められます。

そして、実施に際しては、その内容について患者に説明し、同意を得る必要があります。

■ 遠隔医療に関する事例

厚生労働省では、令和5年8月に「オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集」を公表しています。この事例集は、これから遠隔医療の導入を検討している医療機関にとって参考になるものですので、本稿では、この中から一部抜粋して紹介します。

【事例1】A内科診療所

＜基本情報＞

○所在地：東京都杉並区にある個人立の診療所

○主な診療科：脳神経内科

○勤務医師数：常勤医1名、非常勤医2名

＜導入経緯＞

当該医療機関で投稿したパーキンソン病のブログを閲覧した遠方に居住する患者から神経難病に関する問合せが届くことがあるため、そうした遠方の患者の受診機会を増やすことを目的に、2020年12月にオンライン診療を導入した。

＜実施しているオンライン診療の特徴＞

急変時や緊急ではない定期処方薬の処方、当該医療機関から離れた遠方に居住する神経難病の患者の相談対応、新型コロナウィルス感染症で自宅療養中の患者への対応の3つのパターンでオンライン診療を利用している。対面診療と訪問診療が中心であり、オンライン診療は通常診療時間内の枠を活用して実施している。

初診からのオンライン診療も受け付けているが、具体的なケースとしては、主治医の診断に対する第三者意見を求められ、今後の治療方針について助言を行うケースが多い。

＜課題と解決策＞

課題①：オンライン診療指針で、処方できない薬や処方期間が制限されていることを患者が理解しておらず、期待に沿えないことがある。

解決策：予約時にホームページ上で、処方できない薬があることが分かるようにする工夫をしている。それでも処方を求められた場合は、診療時に改めて説明している。

課題②：オンライン診療の受診時間になんでも患者が診療室に接続してこない場合がある。

解決策：患者を呼び出すコール機能が実装されている専用システムを利用している。

＜導入効果＞

医療機関：オンライン診療は予約枠を確保して実施している。患者の診療時間の上限を決めていることから、対面診療に比べてメリハリよく診療することができるようになった。

患者：通院の負担や院内での診察までの待ち時間を解消できた。

遠方の医療機関の専門医と直接会話できるようになり、診療機会が拡大するとともに疾患に対する不安が解消された。

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。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:解雇・懲戒・制裁

向上の見込めない職員の解雇

能力の向上が見込めない職員を解雇することはできますか？

受付事務として配置したにも関わらず、指示通り仕事をしなかったり、患者に対して迷惑をかけたり、また会計時にお釣りを少なく渡したり、あるいは保険証を返し忘れたりすることを繰り返す職員もいます。

目に余る問題行動が続くため、検査助手として配置転換してからも、何度も教えて仕事を覚えることができないなど、今後の能力向上が見込めず解雇を検討する状況となりました。

この場合は、職員の能力の欠如に対して、事業主がどの程度まで指導したかが重要なポイントになります。解雇を通告した場合、トラブルになる可能性がありますので、以下のポイントをチェックしてください。

●解雇によるトラブルを回避するポイント

- (1)業務や患者対応での問題行動に対して、事業主はしっかりと指導をする。一般的には何度も注意されるのは嫌なので真剣に改善しようとするが、嫌になって自主退職する場合もある。
- (2)行った指導について事業主自らが記録を残しておくこと。いつ、何に対してどのような指導をし、相手がどのような対応だったかなるべく細かく記録しておく必要がある。これは万が一争いになったときには証拠となる。また、ケースに応じて始末書を提出させるなど、過去の問題行動については、内容を管理しておくことが必要である。
- (3)解雇やそれに似た言動は慎むこと。事業主の立場から見ると、自分の意に沿わない職員は何らかの形で辞めてもらいたいと思うものだが、事業主からは決して「辞めろ」とか「明日から来なくていい」などといった解雇をおわすことは言わない。
- (4)どうしてもやめもらいたい場合は、退職勧奨で辞めてもらう。退職勧奨（肩たたき）という形で、辞めもらいたい理由を説明し退職を勧め、それに同意をすれば退職させるという形とする。職員の同意なしに強制的に退職させる解雇とは違い、同意を得た上で職員に退職日を決めさせるため、不当解雇という問題は発生しない。
- (5)入職の際、試用期間中に最低限これができなければ辞めてもらうという条件を設定し、契約書にサインをさせる。これにより、条件をクリアできない職員については、試用期間をもって雇用契約満了とすることができます。ただし、この場合には明確な基準の設定が必要となる。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:解雇・懲戒・制裁

無断欠勤した職員の解雇

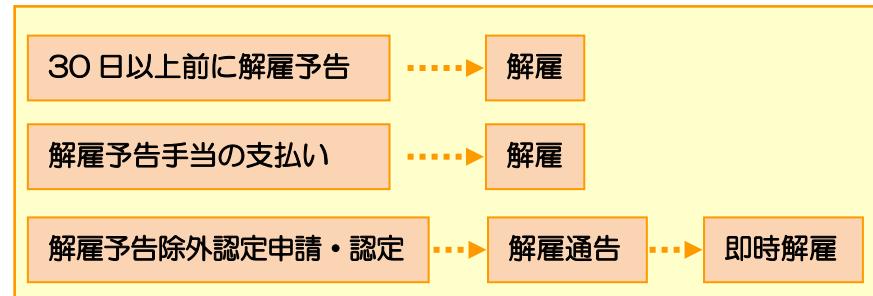
約20日間無断欠勤し、様々な方法で出勤を督促しましたが応答もありません。この場合、解雇できますか。

2週間以上正当な理由なく無断欠勤し、出勤の督促に応じない場合には、解雇予告なしに解雇することができますので、正当な理由がない限り、即時解雇できます。

労働基準法では、労働者の責めに帰すべき事由によるときは、解雇手続（30日前に予告するか、平均賃金の30日分を支払うこと）を経ずに解雇できることとしています。

また、行政解釈では、即時解雇のために必要な「解雇予告除外認定」の許可基準の一つとして「2週間以上正当な理由なく無断欠勤し、出勤の督促に応じない」ことをあげており、労働基準監督署長から解雇予告除外認定を受けた場合には、解雇予告の手続きを経ず即時解雇することができることとしています。

20日間も無断欠勤したようなケースであれば、正当な理由が認められない場合には、解雇手続を経ずに即時解雇をしても問題はありません。



【参考】解雇事由

除外認定の基準は通達(昭和23・11・11基発1637号)で示されています。

「労働者の責めに帰すべき事由として認定すべき事例を挙げれば、

- ・原則として極めて軽微なものを除き、事業場内における盗取横領、障害等の刑法犯に該当する行為のあった場合
- ・賭博、風紀紊乱等により職場規律を乱し、他の労働者に悪影響を及ぼす場合
- ・雇入れの際の採用条件の要素となるような経歴を詐称した場合
- ・他の事業へ転職した場合
- ・原則として2週間以上正当な理由なく無断欠勤し、出勤の督促に応じない場合
- ・出勤不良又は出欠常ならず、数回にわたって注意を受けても改めない場合の如くであるが、必ずしも上の個々の例示に拘泥することなく、総合的かつ実質的に判断すること」

例示事項以外でも、業務命令不服従、人事発令拒否、会社の誹謗中傷など、他にも裁判で認められた解雇事由はあります。