

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.897 2025.12.2

医療情報ヘッドライン

**賃上げに取り組む医療機関の従事者へ
プラス3%、半年分の賃上げを措置**

▶政府

**24年度改定検証の調査結果を公表
電子カルテ「稼働中」が7割超え**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会

週刊 医療情報

2025年11月28日号

**2026年度診療報酬改定
の基本方針骨子案示す**

経営TOPICS

統計調査資料

医科・歯科医療費の動向

(電算処理分・令和7年4～5月分概数)

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: 労災保険

**事故に遭った時などの補償
社会保険資格喪失について**

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。

医療情報
ヘッドライン
①

賃上げに取り組む医療機関の従事者へ プラス3%、半年分の賃上げを措置

政府

政府は 11 月 21 日に臨時閣議を開き、21.3 兆円規模の総合経済対策を閣議決定。

その中で、赤字の医療機関・介護施設を中心に、2026 年度診療報酬改定を待たず、補助金を「医療・介護等支援パッケージ」として緊急措置する方針を示した。高市早苗首相は閣議後の記者会見で処遇改善について、「賃上げに取り組む医療機関で働く従事者に対して、プラス3パーセントの半年分の賃上げを措置します」と表明。さらに、診療材料費や病院建て替え、病床数適正化の経済改善支援にも取り組む考えも明らかにした。

■所信表明でも語った補助金による措置を実施

今回閣議決定された『「強い経済」を実現する総合経済対策～日本と日本人の底力で不安を希望に変える～』は、自由民主党と日本維新の会の与党調整を経て策定。「強い経済」の実現を目指して次の3本柱で構成されている。第1の柱「生活の安全保障・物価高への対応」に一般会計 8.9 兆円、減税 2.7 兆円、第2の柱「危機管理投資・成長投資による『強い経済』の実現」に一般会計 6.4 兆円、特別会計 0.8 兆円、第3の柱「防衛力と外交力の強化」に一般会計 1.7 兆円、このほか予備費の確保として一般会計から 0.7 兆円を見込んでおり、「医療・介護等支援パッケージ」は第1の柱に盛り込まれた。

一般会計からの支出は 17.7 兆円、減税や特別会計を合わせた国費等のいわゆる真水は 21.3 兆円、国の財政措置や地方歳出、民間支出などをあわせた事業規模は 42.8 兆円程

度と試算している。

高市首相は 10 月 24 日の所信表明演説で、「国民の皆様のいのちを守り、安心して必要なサービスを受けていただくためにも、赤字に苦しむ医療機関や介護施設への対応は待ったなしです」と強調。診療報酬は賃上げや物価高を適切に反映する考えを示した上で、2026 年度改定を待たずに経営改善および従業員の処遇改善につながる補助金を措置し、効果を前倒しする考えを明らかにしており、その表明に沿った対応がなされていくこととなる。

■優遇融資や資本金劣後ローンの提供も

総合経済対策の資料では、物価上昇の影響を受けた医療機関の資金繰りを的確に支援するため、独立行政法人福祉医療機構による優遇融資を着実に実施する旨も明記。事業継続に困難が生じている地域の基幹的な民間病院に向けて、債権の中でも優先順位が低く設定されている資本金劣後ローンを提供し、経営改善を図る考えも示した。賃上げを下支えし、人手不足の対策として、ICT 機器の導入や活用、看護師の特定行為研修修了者の加速的養成など、生産性向上や職場環境改善に率先して取り組む医療機関を支援する姿勢だ。

また、「医師偏在の是正」に関する取り組みにも言及。医師養成過程を通じた対策への支援に加えて、総合的な診療能力を有する医師の養成や、医師少数区域の医療機関と医師をマッチングする取り組みへの支援を実施していく方針も明記した。

医療情報
ヘッドライン
②

24年度改定検証の調査結果を公表 電子カルテ「稼働中」が7割超え

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は 11 月 21 日の中央社会保険医療協議会総会で、「2024 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」の結果を報告した。今回初めて医療 DX の実施状況の調査を実施。電子カルテシステムの導入状況について「稼働中」との回答が病院で 77.7%、診療所で 71.0%だったことが分かった。

一方で、特に診療所では電子カルテシステムが稼働中と回答した割合が医療 DX 推進体制整備加算の届出有無で大きく開きがあり、加算 1 を届け出た施設では 97.3%だったのに対し、届け出していない施設では 46.2%にとどまっていた。

■加算を届け出していない理由は

施設基準を満たす難しさやコスト面にあり

本調査は8月4日から9月 16 日に行われ、病院は急性期充実体制加算 1 または 2、医療 DX 推進体制整備加算の届出有無別に 2,000 件、診療所は医療 DX 推進体制整備加算の届出有無別に 2,000 件、計 4,000 件を対象に実施。有効回答数率は 38.5%だった。

マイナンバーカードの健康保険証利用による診療情報・薬剤情報・特定健診情報の活用について、病院の 74.1%、診療所の 69.6%が「すべてまたは一部を活用している」と回答。医療 DX 推進体制整備加算を届け出ている病院・診療所のほうがその割合が高い傾向にある。活用内容は病院・診療所ともに「患者の薬剤情報の確認」が最も多く 82.7%、81.4%、次いで「患者の受診歴（医療機関名、受診歴）の確認」が 60.3%、45.4%。

診療所では「患者の薬剤情報の確認」以外

での活用が、病院よりも低い傾向にあった。

マイナ保険証利用の課題について、病院は「IT に不慣れな患者への対応による負担が増加していること」が 70.8%、診療所では「システム障害時、診療に影響が出ること」が 71.9%と最も多く、その他に「システムの導入や運用に費用負担がかかること」を課題に感じている施設が多いようだ。

レセプト件数ベースのマイナ保険証利用率は全体で平均 34.1%。医療 DX 推進体制整備加算を届け出た病院は 56.3%、診療所は 52.6%と、半数を超えていた。医療 DX 推進に係る診療報酬の届出状況は、「医療 DX 推進体制整備加算 1」を届け出ている病院で 4.0%、診療所で 4.7%だった。

届け出していない理由は、「電子処方箋を発行する体制または調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること」という施設基準を満たすことが難しい」との回答が 34.5%、「加算を算定するためのコストや手間が大きい」が 31.6%と多かった。

■意義は「診療情報共有により

安全かつ質の高い医療を提供できること」

医療 DX を推進する意義を問うと、病院・診療所ともに「本人の同意の下で、全国の医療機関等が必要な診療情報を共有することにより、切れ目なく安全かつ質の高い医療を提供することができる」が最も多く 68.1%、51.3%だった。次いで診療所では「保険医療データをマイナポータルで一元的に把握できるようになることで、個人の健康増進に寄与する」が 37.2%と続いた。

医療情報①

厚生労働省
医療保険部会

2026年度診療報酬改定の基本方針骨子案示す

厚生労働省は 20 日、2026 年度診療報酬改定の基本方針の骨子案を社会保障審議会の医療保険部会に示した。物価や賃金の上昇、人手不足などへの対応を重点課題に位置付けた。

骨子案では、医療機関の資金繰りが悪化して医療サービスを継続できなくなる事態を避けるため、物価高騰に伴うコスト増への対応や医療従事者の賃上げ・人材確保の取り組みを進めることが急務だと強調した。

また、厚労省は 26 年度の改定だけでは対応しきれない「今後の課題」を新たに記載し、物価高騰・賃金の上昇局面でコスト増や処遇改善に対応するための支援を報酬措置で適時適切に行えるよう検討する必要があると指摘した。

それを受けて城守国斗委員（日本医師会常任理事）は、物価や賃金上昇に対応する診療報酬は「毎年見直していただきたい」と求めた。

骨子案は社保審の医療部会でも近く議論し、26 年度の改定の基本方針を 12 月上旬にも取りまとめる。中央社会保険医療協議会では、基本方針と内閣が年末に決める改定率に基づく点数配分の議論を本格化させる。

26 年度改定の基本的な視点として骨子案では、以下を挙げた。

- ▼物価や賃金、人手不足など医療機関を取りまく環境の変化への対応
- ▼医療機関の機能分化・連携と地域医療の確保、地域包括ケアシステムの推進
- ▼安心・安全で質の高い医療の推進
- ▼効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

環境変化への対応の視点ではほかに、医療従事者の業務効率化や負担軽減を促すため ICT や AI の利活用を推進し、診療報酬の基準の運用を柔軟にする。医師の働き方改革や診療科偏在対策も進める。

一方、安心・安全で質の高い医療の推進の視点では、医療技術の進展や疾病構造の変化を踏まえ、第三者評価やアウトカム評価を進める。効率化・適正化の視点では OTC 類似薬を含む薬剤の自己負担を見直すほか、外来医療の機能分化・連携を促す。

26 年度に行う物価高騰への対応ではこれまでに、入院患者が負担する食費や光熱水費の基準額を 26 年度改定に合わせて引き上げる案が示されている。食費の患者負担が引き上げられれば 24 年から 3 年連続となる。

医療情報②
中央社会保険
医療協議会

時間外労働の上限、 年度ごと「漸減」検討

中央社会保険医療協議会は 19 日の総会で、診療報酬による働き方改革の推進策を議論し、厚生労働省は、「地域医療体制確保加算」に設定されている医師の時間外・休日労働時間の上限の基準を 2026 年度以降も段階的に引き下げることがを提案した。

医師の時間外・休日労働時間への上限規制が施行された 24 年 4 月以降も労働時間の短縮を医療機関ごとに進めることになっているのを踏まえ、診療報酬の対応を検討する。

江澤和彦委員（日本医師会常任理事）は「医師の働き方改革は現在も進行中であり、今後もこの加算が必要なことは当然のことだ」とくぎを刺す一方、上限基準の段階的な引き下げは勤務医の負担軽減や処遇改善と地域の救急医療の体制維持の両面に配慮しながら検討するべきだと指摘した。

地域医療体制確保加算（入院初日に 620 点）は、救急搬送の受け入れ年 2,000 件以上などの基準をクリアし、勤務医の負担軽減や処遇改善の体制を整備した病院が算定できる。24 年度の診療報酬改定に伴う見直しで医師の時間外労働時間の上限基準が設定された。地域に不可欠な救急医療などの業務に当たる「特定地域医療提供医師」（連携型を含む）が対象で、時間外労働時間は、以下とされた。厚労省案は、26 年度以降も段階的にそれを引き下げる内容。

▼24 年度は原則として年に 1,785 時間以内

▼25 年度は 1,710 時間以内

松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、地域医療体制確保加算について「救急搬送 2,000 件以上を要件とするほかの加算との統合も含め、在り方を見直すべきだ」と述べた上で、現在の枠組みを継続するなら、時間外労働の上限を毎年確実に引き下げることは不可欠だと主張した。

●働き方改革にICT活用、評価検討

厚労省はこの日、医師の事務業務を効率化するため、生成 AI など ICT を活用する医療機関への評価も論点に挙げた。厚労省の調査では、医師の労働時間短縮に効果がある取り組みとして、臨床データなどを集計する際の「RPA」の活用や、退院サマリーなどの作成を補助する生成 AI の活用を挙げる医療機関が多かった。ただ、医師事務業務を効率化するために ICT を活用する医療機関自体が少なく、診療報酬による後押しを検討する。

RPA は、パソコンを使用して定型的な業務を自動化するシステム。小阪真二委員（全国自治体病院協議会副会長）は「非常に有効。帰宅時にボタンを押すと、夜中じゅうに仕事をして翌朝には成果物が出ている」と述べた。小阪委員はその上で、RPA を使うことで医師事務作業補助体制加算の人員配置基準をどれだけ緩和できるか、見極めることを提案した。

週刊医療情報（2025年11月28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。

医科・歯科医療費の動向 (電算処理分・令和7年度4～5月号)

厚生労働省 2025年10月17日公表

最近の医科医療費(電算処理分)の動向 令和7年度4～5月号

【調査結果のポイント】

- 1** 令和7年度4月、5月のそれぞれの月について、医科医療費（電算処理分に限る。以下同様。）の伸び率（対前年同月比。以下同様。）は+3.5%、+2.2%で、受診延日数の伸び率は▲0.4%、▲1.2%、1日当たり医療費の伸び率は+3.9%、+3.4%であった。

■診療種類別 医科医療費の伸び率

	医療費		受診延日数		1日当たり医療費	
	4月	5月	4月	5月	4月	5月
総数	3.5 %	2.2 %	▲0.4 %	▲1.2 %	3.9 %	3.4 %
入院	5.6 %	4.2 %	1.0 %	0.5 %	4.6 %	3.7 %
入院外	1.2 %	▲0.1 %	▲0.7 %	▲1.6 %	1.9 %	1.6 %

- 2** 制度別に医科医療費の伸び率をみると、被用者保険は+3.8%、+2.7%、国民健康保険は▲1.5%、▲2.6%、後期高齢者医療制度は+5.9%、+4.2%、公費は+2.9%、+3.0%であった。

■制度別 医科医療費の伸び率

	被用者保険		国民健康保険		後期高齢者医療制度		公費	
	4月	5月	4月	5月	4月	5月	4月	5月
総数	3.8 %	2.7 %	▲1.5 %	▲2.6 %	5.9 %	4.2 %	2.9 %	3.0 %
入院	7.1 %	5.4 %	0.5 %	▲0.3 %	7.3 %	5.5 %	4.6 %	5.0 %
入院外	1.9 %	1.0 %	▲3.5 %	▲5.1 %	3.6 %	1.9 %	0.3 %	▲0.2 %

- 3** 医療機関種類別に医科医療費の伸び率をみると、大学病院は+8.5%、+7.1%、公的病院は+5.4%、+2.9%、法人病院は+3.6%、+2.3%、病床数200床未満の医科病院では+4.3%、+2.7%、200床以上の医科病院では+5.1%、+3.4%であり、医科診療所は+0.0%、▲0.3%であった。

■医療機関種類別 医科医療費の伸び率

	大学病院		公的病院		法人病院		(再) 200床未満 の医科病院		(再) 200床以上 の医科病院		医科診療所	
	4月	5月	4月	5月	4月	5月	4月	5月	4月	5月	4月	5月
総数	8.5 %	7.1 %	5.4 %	2.9 %	3.6 %	2.3 %	4.3 %	2.7 %	5.1 %	3.4 %	0.0 %	▲0.3 %
入院	9.9 %	8.2 %	6.1 %	4.4 %	4.5 %	3.5 %	5.4 %	3.9 %	5.8 %	4.5 %	2.4 %	0.2 %
入院外	6.2 %	5.2 %	3.7 %	▲0.3 %	0.6 %	▲1.6 %	1.1 %	▲0.8 %	3.5 %	0.5 %	▲0.0 %	▲0.3 %

- 4** 都道府県別に医科医療費の伸び率をみると、最も大きかったのは、4月が岩手県で+5.7%、5月が岩手県で+5.1%、最も小さかったのは、4月が山梨県で▲3.4%、5月が和歌山県で▲0.9%であった。

■都道府県別 医科医療費の伸び率

	伸び率が最も大きい都道府県		伸び率が最も小さい都道府県	
	4月	5月	4月	5月
総数	岩手県（5.7%）	岩手県（5.1%）	山梨県（▲3.4%）	和歌山県（▲0.9%）
入院	岩手県（10.9%）	岩手県（9.6%）	山梨県（▲5.6%）	和歌山県（▲0.2%）
入院外	石川県（2.7%）	東京都（2.0%）	福井県（▲2.0%）	福井県（▲3.1%）

- 5** 年齢階級別（5 歳階級）に医科医療費の伸び率をみると、最も大きかったのは、4月が75 歳以上80 歳未満で+9.8%、5月が75 歳以上80 歳未満で+8.0%、最も小さかったのは、4月が70 歳以上75 歳未満で▲3.3%、5月が0 歳以上5 歳未満で▲4.8%であった。

■年齢階級別 医科医療費の伸び率

	伸び率が最も大きい年齢階級		伸び率が最も小さい年齢階級	
	4月	5月	4月	5月
総数	75 歳以上 80 歳未満 （9.8%）	75 歳以上 80 歳未満 （8.0%）	70 歳以上 75 歳未満 （▲3.3%）	0 歳以上 5 歳未満 （▲4.8%）
入院	10 歳以上 15 歳未満 （13.0%）	10 歳以上 15 歳未満 （12.2%）	70 歳以上 75 歳未満 （▲1.7%）	70 歳以上 75 歳未満 （▲1.8%）
入院外	75 歳以上 80 歳未満 （7.5%）	75 歳以上 80 歳未満 （5.6%）	0 歳以上 5 歳未満 （▲7.7%）	0 歳以上 5 歳未満 （▲10.4%）

- 6** 疾病分類別に前年度の医療費の割合が高かった傷病の医科医療費の伸び率をみると、循環器系の疾患が+2.7%、+2.4%、新生物が+5.2%、+2.5%、筋骨格系及び結合組織の疾患が+5.0%、+4.6%、呼吸器系の疾患が+7.5%、+1.7%、腎尿路生殖器系の疾患が+1.9%、+1.0%、損傷、中毒及びその他の外因の影響が+6.2%、+4.8%であった。

■疾病分類別 医科医療費の伸び率（総数）

	循環器系の疾患	新生物	筋骨格系及び結合組織の疾患	呼吸器系の疾患	腎尿路生殖器系の疾患	損傷、中毒及びその他の外因の影響
4月	2.7 %	5.2 %	5.0 %	7.5 %	1.9 %	6.2 %
5月	2.4 %	2.5 %	4.6 %	1.7 %	1.0 %	4.8 %

■疾病分類別 医科医療費の伸び率（入院）

	循環器系の疾患	新生物	損傷、中毒及びその他の外因の影響	精神及び行動の障害	筋骨格系及び結合組織の疾患	呼吸器系の疾患
4月	4.8 %	5.2 %	6.9 %	2.4 %	9.3 %	16.4 %
5月	4.5 %	3.1 %	5.4 %	2.5 %	7.6 %	7.4 %

■疾病分類別 医科医療費の伸び率(入院外)

	循環器系の疾患	新生物	腎尿路生殖器系の疾患	内分泌、栄養及び代謝疾患	呼吸器系の疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患
4月	▲0.7 %	5.1 %	0.9 %	▲0.6 %	▲0.1 %	0.5 %
5月	▲1.1 %	1.5 %	▲0.1 %	▲0.6 %	▲3.5 %	1.5 %

- 7** 診療内容別に前年度の医療費の割合が高かった診療内容の医科医療費の伸び率をみると、入院基本料、特定入院料等が+0.9%、+0.6%、DPC 包括部分が+7.6%、+5.9%、薬剤料が+4.7%、+2.4%、検査・病理診断が▲2.6%、▲3.4%、手術・麻酔が+5.2%、+2.1%であった。

■診療内容別 医科医療費の伸び率(総数)

	入院基本料、特定入院料等	DPC 包括部分	薬剤料	検査・病理診断	手術・麻酔
4月	0.9 %	7.6 %	4.7 %	▲2.6 %	5.2 %
5月	0.6 %	5.9 %	2.4 %	▲3.4 %	2.1 %

■診療内容別 医科医療費の伸び率(入院)

	入院基本料、特定入院料等	DPC 包括部分	手術・麻酔	特定保険医療材料	リハビリテーション
4月	0.9 %	7.6 %	5.2 %	7.1 %	3.7 %
5月	0.6 %	5.9 %	1.9 %	3.8 %	3.0 %

■診療内容別 医科医療費の伸び率(入院外)

	薬剤料	検査・病理診断	医学管理	再診	処置
4月	5.0 %	▲1.5 %	13.2%	▲4.4 %	▲2.1 %
5月	2.5 %	▲2.3 %	12.9%	▲4.8 %	▲3.0 %

最近の歯科医療費(電算処理分)の動向 令和7年度4～5月号

【調査結果のポイント】

- 令和7年度4～5月の歯科医療費（入院・入院外の合計で、電算処理分に限る。以下同様。）の伸び率（対前年同月比。以下同様。）は+4.8%で、受診延日数の伸び率は+0.4%、1日当たり医療費の伸び率は+4.4%であった。
- 制度別に歯科医療費の伸び率をみると、被用者保険は+6.8%、国民健康保険は▲1.4%、後期高齢者医療制度は+6.2%、公費は+3.3%であった。
- 医療機関種類別に歯科医療費の伸び率をみると、歯科病院では+7.4%、歯科診療所では+4.5%であった。
- 都道府県別に歯科医療費の伸び率をみると、鹿児島県が+6.1%と最も大きく、長崎県が+2.0%と最も小さかった。

医科・歯科医療費の動向（電算処理分・令和7年4～5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



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手順の手引き書の目的と活用方法

オンライン診療の情報通信技術の発展並びに地域の医療提供体制及び医療ニーズの変化に伴って、近年ますますオンライン診療の需要が高まっており、オンライン診療の利用手順の手引き書（以下「手引き書」という。）は、その活用が広がるなかで、適正かつ幅広い普及に資することを目的として作成されました。

適正な推進とは、安全性、必要性、有効性、プライバシーの保護等の個別の医療の質を確保するという観点に加え、対面診療と一体的に地域の医療提供体制を確保するという趣旨も含まれています。手引き書には、オンライン診療を実施しようとする医療機関において、導入にあたり、まず必要かつ重要なことを中心に記載されています。

◆手引き書の構成内容

章立て		主な内容
第1章	手引き書の目的と活用方法	・手引き書の目的、構成、活用方法について解説
第2章	オンライン診療とは	・オンライン診療の実施を検討する際にまず知っておくべき基本的な考え方、期待される役割などについて解説
第3章	オンライン診療の導入の手順	・オンライン診療の導入までに必要な手順について解説
第4章	オンライン診療の実施の流れ	・オンライン診療を実施するまでの流れ及び業務の一般的なフローを、医療機関側及び患者側それぞれで整理し解説
第5章	関係する通知・ガイドライン等	・オンライン診療において遵守すべき指針やガイドライン等の参考資料を紹介
巻末資料		・各種チェックリストの雛型等

なお、オンライン診療を実施する医師については、厚生労働省が指定する「オンライン診療研修」の受講（無料）が必須となります。

◆オンライン診療を行う医師向けの研修内容(令和6年5月末現在)

- オンライン診療の基本的理解とオンライン診療に関する諸制度
- オンライン診療の提供に当たって遵守すべき事項
- オンライン診療の提供体制
- オンライン診療とセキュリティ
- 実臨床におけるオンライン診療の事例

（出典）厚生労働省：オンライン診療研修実施概要

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必要があります。

◆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が、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同席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。

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。

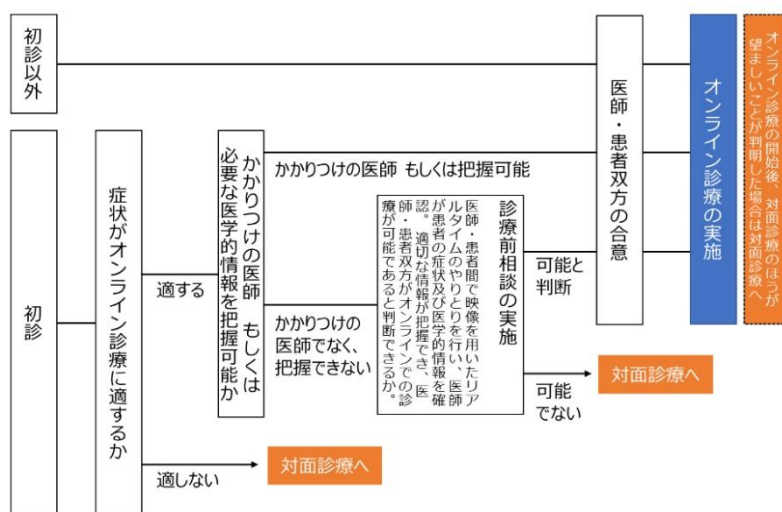
オンライン診療指針における「初診」も、初めて診察を行うことをいいますが、継続的に診療している場合において、新たな症状等（ただし、既に診断されている疾患から予測された症状等を除く）に対する診察を行う場合や、疾患が治癒した後または治療が長期間中断した後に再度同一疾患について診察する場合も「初診」に含むことになります。

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日以上以上の処方

◆ 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月と令和6年4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、新型コロナウイ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って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:労災保険

事故に遭った時などの補償

職員が事故に遭って負傷したり、死亡したりした時、
自院としてどの程度の補償が必要なのでしょうか。

労働基準法は、労働者の業務上の事故によるケガや病気になった場合は、次の補償を行うことを義務づけていますが、実際の補償は労災保険によって行われています。

業務外の事故については、必ずしも事業主が保証する必要はありません。

- 医療機関に、労働者の療養費を負担すること（労働基準法第75条）
- 働くことができなくて賃金がもらえない時には、その間の生活を保障するために平均賃金の60%を支払うこと（労働基準法第76条）

医療機関に療養補償や休業補償などが義務づけられるのは、労働者のケガや病気が、仕事のうで起こったものに限られますが、それが仕事のうでのものなのかどうか、その判断が困難な場合も多いようです。補償の義務があるかどうかの判断基準は以下の2点になります。

- ①それが医療機関の仕事をしているときに起こったものであるかどうか
- ②それが当院の仕事の原因として発生したものかどうか

労働基準法は、仕事によって起こるものとして、職業病を予め特定して、それ以外のものでも仕事に起因することが明らかな病気は、仕事上の病気として取扱うことにしています（労働基準法第75条第2項）。

このように、労働者が仕事上災害を受けた時は、事業者はその労働者に重大な過失がない限り（労働基準法第78条）、例え自院に過失がなくても補償の責任を負わなければなりません。

■労働者災害補償保険法

日頃から医療機関が保険料を払い込み、「災害が発生した時にはそれで補償を行う」という仕組みを定めた法律です。

①適用範囲:原則として労働者を雇っている事業者は全て必ず加入しなければなりません。

※ただし、農林水産業の一部は、当面、任意適用（労働災害補償保険法第3条）。

②保険料:保険料は、医療機関が全額を負担しなければなりません。

医療機関が、この労働者災害補償保険に加入していれば、労働者が仕事のうでで災害を受けたときは、保険の方から補償が行われるわけですが、保険が適用されると、医療機関は、労働基準法で定められた補償は行わなくてよいことになります（労働基準法第84条第1項）。

ジャンル:労務管理 > サブジャンル:労災保険

社会保険資格喪失について

労災事故で入院中の職員の 社会保険の資格を喪失してもよいでしょうか？

労働基準法は、労災による療養のための休業期間とその後 30 日間は、解雇は制限されていますので、雇用保険と社会保険の資格を喪失することはできません。休業には症状固定までの一部休業も含まれます。

他方、療養には、症状固定（治癒）後の療養継続、通院等は含まれません。

■労働基準法第19条(解雇制限)

使用者は、労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり療養のために休業する期間及びその後 30 日間並びに産前産後の女性が第 65 条の規定によって休業する期間及びその後 30 日間は、解雇してはならない。ただし、使用者が、第 81 条の規定によって打切補償を支払う場合又は天災事変その他やむを得ない事由のために事業の継続が不可能となった場合においては、この限りでない。

解雇制限について

労災事故による
休業期間中及び
その 30 日間

産前産後の休業期
間中（産前 6 週産
後 8 週）及び
その 30 日間

解雇できない
(解雇無効)

■解雇制限の例外

業務災害による療養の場合は原則として解雇はできませんが、療養開始後 3 年を経過しても傷病が治癒しない場合に限り、使用者が平均賃金の 1200 日分の打切補償を支払うことを条件に、解雇できることになっています。

また、療養開始後 3 年経過時点で、傷病補償年金を受けている場合には、この打切補償は支払う必要がなく、解雇制限も解かれます。

もちろん、打切補償によって、必ず解雇が有効に成立するとはいえません。解雇としての妥当性が問われることになります。

労災で後遺症があったとしても、職務の変更等により解雇が回避できる場合は、解雇が否定されるということもあります。なお、「天災事変その他やむを得ない事由のために事業の継続が不可能となった場合」に解雇制限が解除される例外もありますが、この場合には、労働基準監督署の認定が必要となります。