

週刊WEB

# 医療経営

MAGAZINE

Vol.848 2024.12.3

## 医療情報ヘッドライン

**高額療養費の自己負担上限額引き上げへ  
所得区分に応じたきめ細かい制度設計を**

▶厚生労働省 社会保障審議会・医療保険部会

**早急な医師確保を要する地域を  
「重点医師偏在対策支援区域」に指定**

▶厚生労働省 新たな地域医療構想等に関する検討会

## 週刊 医療情報

2024年11月29日

**新たな経済対策を閣議決定、  
病床削減を支援**

## 経営TOPICS

統計調査資料

令和5(2023)年

**医療施設(静態・動態)調査の概況**

## 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:人材・人事制度 > サブジャンル:コーチング

**職員のタイプに応じたコーチング**

**コーチングの活用事例**

発行:税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 高額療養費の自己負担上限額引き上げへ 所得区分に応じたきめ細かい制度設計を

厚生労働省 社会保障審議会・医療保険部会

厚生労働省は 11 月 21 日の社会保障審議会・医療保険部会で、高額療養費の自己負担限度額を引き上げる方針を改めて示した。

同時に、所得区分に応じたきめ細かい制度設計を行い、所得区分の細分化をしていくとしている。

具体的には、「能力に応じて全世代が支え合う全世代型社会保障を構築する観点」から、「負担能力に応じた負担を求める仕組み」とすべきとした。

なお、現在の高額療養費の上限額は、5つの区分に分かれている 70 歳未満で最も少ない区分（住民税非課税）が3万 5,400 円。年収約 370 万円までが 5 万 7,600 円、年収 370～770 万円が8万 100 円、年収 770～1,160 万円が 16 万 7,400 円。年収が最も多い区分（年収 1,160 万円以上）は 25 万 2,600 円程度。70 歳以上も、年収 370～770 万円が8万 100 円、年収 770～1,160 万円が 16 万 7,400 円。年収が最も多い区分（年収 1,160 万円以上）は 25 万 2,600 円程度となっている。

## ■高額療養費の総額は総医療費の6～7%に

高額療養費制度とは、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、「医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払いされる制度」を指す。

ただし、高齢化の進展や医療の高度化などによって、高額療養費の総額は年々増加。厚生労働省の資料では「総医療費の6～7%相当」としているが、医療保険制度における実行給

付率は上昇している。

前回、実質的な見直しをしたのは 2015 年と約 10 年前。厚労省はその時点と比較して「賃上げの実現等を通じた世帯主収入や世帯収入の増加など、経済環境も大きく変化している」とした。

そのうえで、生活必需品をはじめとした継続的な物価情報が続く中、「現役世代を中心に保険料負担の軽減を求める声」も多いとしている。

## ■「所得区分の細分化」で

### 所得の多い層への負担を重く

昨年末に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」では、2028 年度までに実施する取り組みのひとつとして、「経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し）」が盛り込まれている。

厚労省は「高額療養費の役割を維持しつつ、健康な方を含めた全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る」ため、自己負担限度額を一定程度引き上げることに加え、所得区分に応じたきめ細かい制度設計とする観点から所得区分の細分化を図る案を提示。所得の多い層にはより大きな自己負担を求める見直しを考えている。

施行時期については、「国民への周知、保険者・自治体の準備期間（システム改修等）などを考慮しつつ、被保険者の保険料負担の軽減というメリットをできる限り早期に享受できるようにする観点から、検討すべきではないか」との方向性を示している。

# 早急な医師確保を要する地域を「重点医師偏在対策支援区域」に指定

## 厚生労働省 新たな地域医療構想等に関する検討会

厚生労働省は 11 月 20 日の「新たな地域医療構想等に関する検討会」で、早急に医師確保を要する地域を「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」に指定する案を示した。「重点医師偏在対策支援区域」では、より実効性のある医師偏在対策の取り組みを進めるため、「医師偏在是正プラン（仮称）」を策定する。

### ■全国100程度の二次医療圏が候補区域

少子高齢化が加速していく今後、持続可能な医療提供体制の構築は喫緊の課題だ。

厚労省は、今年8月に近未来の政策方針として取りまとめた「近未来健康活躍社会戦略」では、以下を柱として、今年末までに医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージを策定するとしている。

- ①医師確保計画の深化
- ②医師の確保・育成
- ③実効的な医師配置

ではこれまではどうだったのか。都道府県は、医師確保計画を策定し、3年ごとに計画の見直しを実施してきたが、2020年度から2023年度の第7次医師確保計画では依然として一部の地域で地域偏在が解消されていない。医師偏在指標が下位1/3である医師少数県や医師少数区域が当該下位1/3基準値に達することを目標としていたが、医師少数県16県のうち目標を達成しているのは6県（38%）、医師少数区域105区域のうち目標を達成しているのは43区域（41%）といずれも半数以下にとどまっている。

そうした現状を踏まえ、重点的に取り組むべき地域を改めて洗い出そうというのが前出の「重点医師偏在対策支援区域」構想だ。

早急に医師確保を要する地域として「今後

も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあり、まず早急に取り組む地域の対策として、優先的かつ重点的に対策を進める区域」と定義、具体的には、全国100程度の二次医療圏を想定している。

また、厚労省が提示した候補区域を参考にしつつ、地域の実情に応じて「医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、今後の人口動態等を考慮」して選定するとした。

#### 【厚労省が提示した

#### 「重点医師偏在対策支援区域」の候補区域】

- ①各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
- ②医師少数県の医師少数区域
- ③医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位1/4）

### ■診療報酬を原資に経済的インセンティブも

厚労省は、「重点医師偏在対策支援区域」における医師確保を推進するため、経済的インセンティブの導入も提案。2026年度から本格実施をする方針だ。具体的には、「重点医師偏在対策支援区域」で承継・開業する診療所に対する支援や、区域内の「一定の医療機関に対して、拝見される医師及び従事する医師への手当増額の支援」および「土日の代替医師確保等の医師の勤務・生活環境改善の支援」などを挙げている。

なお、これらの経済的インセンティブの原資には、地域間・診療科間の医師偏在是正のための診療報酬を充てる方針だ。

医療情報①  
 政府  
 臨時閣議

## 新たな経済対策を閣議決定、 病床削減を支援

政府は 22 日の臨時閣議で新たな経済対策を決定した。医療関連では、新型コロナ後の受診行動の変容や高齢化の影響で経営状況が急変し、病床削減を早急に進める医療機関を支援する。

地域医療構想に基づく医療機能の再編や救急・周産期医療の体制整備が、物価高騰の影響で困難な医療機関への対応も進める。また、医師の地域偏在を是正するため、医療機関を維持するのが将来困難になると見込まれる地域で診療所を承継・開業する場合、施設整備を支援する。

中堅・シニア世代の医師を対象に働きながら学ぶ「リカレント教育」も実施し、医師少数区域の医療機関とのマッチングを促す。医療・介護・障害福祉分野の人材確保策として、24 年度の報酬改定で新設されたベースアップ評価料や処遇改善加算の算定を促し、賃上げを実現させる。

医療や介護分野のDXも後押しする。電子処方箋の全国的な普及拡大につなげるため、24 年度内に導入する医療機関や薬局を支援し、医療機関のサイバーセキュリティ対策も進める。

また、保健・医療・介護の情報を全国で共有できる「全国医療情報プラットフォーム」の整備に向けてオンライン資格確認システムを拡充する。さらに、自治体が行う検診をマイナンバーカードだけで受診できるようにする。電子カルテ情報共有サービスを 25 年度中に本格稼働させるための環境整備や、診療報酬改定 DX の共通算定モジュールの設計・開発も支援する。

医療情報②  
 日本病院会  
 など3団体

## 病院の経常収支、 5つの開設主体全て赤字に

日本病院会など 3 団体が合同で行った 2024 年度の病院経営定期調査では、同年 6 月単月での病院の経常収支は国・自治体・医療法人など 5 つの開設主体の全てで赤字だった。

1,043 病院全体での経常収支は 100 床当たりマイナス 5.5%で、前年同月から 3.2 ポイント赤字幅が拡大した。新型コロナや水道光熱費関連の補助金が大幅に減少した上に本業の医業収入も 1.5%減り、減収減益だった。24 年度の通年のデータはまだないが、日病の相澤孝夫会長は 19 日の記者会見で、「かなり厳しいのではないか」という見方を示した。

24 年度の病院経営定期調査は、日病のほか全日本病院協会、日本医療法人協会が 7 月 22 日ー9 月 27 日に実施し、4,443 病院のうち 1,242 病院から有効回答があった（有効回答率 28.0%）。6 月単月での経営状況の集計は、うち 1,043 病院が対象で、病院の開設主体ごとや病床区分ごとに前年同月と比較した。

開設主体別の集計では、新型コロナ関連の補助金などを含む経常収支ベースでの 6 月の利益率（100 床当たり）は、前年同月から軒並み悪化し、以下の通りいずれも赤字だった。

- ▼「国」（61 病院）がマイナス 8.2%
- ▼「自治体」（236 病院）がマイナス 9.2%
- ▼日赤や済生会など「その他公的」（153 病院）がマイナス 5.0%
- ▼医療法人（464 病院）がマイナス 0.6%
- ▼医療生協や個人など「その他私的」（129 病院）がマイナス 4.3%

医療法人は、前年同月は 0.3%の黒字だったが、赤字に転落した。本業の医業利益率は医療法人を除く 4 つの開設主体で悪化し、赤字幅は自治体の 18.8%が最大だった。

●「一般病院」マイナス5.8%、「精神」はプラス1.1%

また、病床区分ごとの 6 月の経常利益率（100 床当たり）は、以下の通り。

- ▼一般病床 80%以上の「一般病院」（725 病院）がマイナス 5.8%
- ▼療養病床 80%以上か、一般病床と療養病床が計 80%以上の「療養・ケアミックス」（240 病院）がプラス 0.4%
- ▼精神病床 80%以上の「精神」（48 病院）がプラス 1.1%
- ▼それら以外の「その他」（30 病院）がマイナス 12.9%

「療養・ケアミックス」と「精神」では黒字を維持したが、4 つの病床区分の全てで前年同月から悪化した。

医療情報③  
 社保審  
 医療保険部会

## マイナ保険証の利用率 10月なのに15.67%

厚生労働省は 21 日、マイナ保険証の全国ベースでの利用率が 10 月は 15.67%だったことを社会保障審議会の医療保険部会に報告した。

前月から 1.8 ポイント上昇したが、現行の健康保険証の新規発行を終了し、マイナ保険証に原則一本化させる 12 月が迫る中、まだ 2 割にも届いていない。マイナ保険証の 10 月の利用件数は、前月から約 697 万件増え約 3,412 万件だった。施設の種類の利用率は、病院 27.96%（前月比プラス 3.86 ポイント）、歯科診療所 22.00%（プラス 2.59 ポイント）、薬局 15.53%（プラス 1.83 ポイント）、医科診療所 12.91%（プラス 1.41 ポイント）。

病院での利用率を都道府県ごとに見ると、上位 3 は山形（39.13%）、富山（38.51%）、栃木（38.39%）。一方、下位 3 は沖縄（12.90%）、徳島（17.28%）、和歌山（21.19%）だった。マイナ保険証の利用率は、オンライン資格確認システムの利用件数に占めるマイナ保険証の利用件数の割合。国は、現行の健康保険証の新規発行を 12 月 2 日で終了し、マイナ保険証に原則一本化させる。ただ、それ以降も最大で 1 年間は現行の保険証を使用できることなどを踏まえ、厚労省は 12 月時点での利用率の目標を設定していない。

週刊医療情報（2024年11月29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。

# 令和5(2023)年 医療施設(静態・動態)調査の概況

厚生労働省 2024年11月22日公表

## 結果の概要

令和5年10月1日現在における全国の医療施設総数は182,494施設で、このうち、「休止中・1年以上休診中」の施設を除いた「活動中の施設」は179,834施設(医療施設総数の98.5%)となっている。

以下の内容は、その「活動中の施設」について取りまとめたものである。

### 1. 施設数

#### (1) 施設の種類別に見た施設数

全国の医療施設は179,834施設で、前年に比べ1,259施設減少している。

「病院」は8,122施設で、前年に比べ34施設減少しており、「一般診療所」は104,894施設で288施設減少、「歯科診療所」は66,818施設で937施設減少している。

病院を施設の種類別に見ると、「精神科病院」は1,057施設で、前年に比べ1施設増加、「一般病院」は7,065施設で、35施設減少している。一般病院のうち「療養病床を有する病院」は3,403施設(病院総数の41.9%)で、前年に比べ55施設減少している。

一般診療所は「有床」が5,641施設(一般診療所総数の5.4%)で、前年に比べ317施設減少し、このうち「療養病床を有する一般診療所」は506施設で、前年に比べ80施設減少している。「無床」は99,253施設(同94.6%)で、前年に比べ29施設増加している。

各年10月1日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)	増減数	増減率 (%)	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)
総数	179,834	181,093	△ 1,259	△ 0.7	...	...
病院	8,122	8,156	△ 34	△ 0.4	100.0	100.0
精神科病院	1,057	1,056	1	0.1	13.0	12.9
一般病院	7,065	7,100	△ 35	△ 0.5	87.0	87.1
(再掲)療養病床を有する病院	3,403	3,458	△ 55	△ 1.6	41.9	42.4
一般診療所	104,894	105,182	△ 288	△ 0.3	100.0	100.0
有床	5,641	5,958	△ 317	△ 5.3	5.4	5.7
(再掲)療養病床を有する 一般診療所	506	586	△ 80	△ 13.7	0.5	0.6
無床	99,253	99,224	29	0.0	94.6	94.3
歯科診療所	66,818	67,755	△ 937	△ 1.4	100.0	100.0
有床	20	21	△ 1	△ 4.8	0.0	0.0
無床	66,798	67,734	△ 936	△ 1.4	100.0	100.0

## (2)開設者別にみた施設数

施設数を開設者別にみると、病院は「医療法人」が 5,658 施設（病院総数の 69.7%）と最も多く、次いで「公的医療機関」が 1,191 施設（同 14.7%）となっている。

一般診療所は「医療法人」が 46,717 施設（一般診療所総数の 44.5%）と最も多く、次いで「個人」が 39,208 施設（同 37.4%）となっている。

歯科診療所は「個人」が 49,522 施設（歯科診療所総数の 74.1%）と最も多くなっている。前年と比べると、病院は「個人」が 19 施設減少、「その他」が 11 施設減少している。

一般診療所は「医療法人」が 750 施設増加し、「個人」が 856 施設減少している。歯科診療所は「医療法人」が 436 施設増加し、「個人」が 1,374 施設減少している。

各年 10 月 1 日現在

	施設数		対前年		構成割合(%)	
	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)	増減数	増減率 (%)	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)
<b>病 院</b>	8 122	8 156	△ 34	△ 0.4	100.0	100.0
国	317	316	1	0.3	3.9	3.9
公的医療機関	1 191	1 195	△ 4	△ 0.3	14.7	14.7
社会保険関係団体	46	47	△ 1	△ 2.1	0.6	0.6
医療法人	5 658	5 658	-	-	69.7	69.4
個 人	107	126	△ 19	△ 15.1	1.3	1.5
その他	803	814	△ 11	△ 1.4	9.9	10.0
<b>一般診療所</b>	104 894	105 182	△ 288	△ 0.3	100.0	100.0
国	548	541	7	1.3	0.5	0.5
公的医療機関	3 930	4 144	△ 214	△ 5.2	3.7	3.9
社会保険関係団体	415	434	△ 19	△ 4.4	0.4	0.4
医療法人	46 717	45 967	750	1.6	44.5	43.7
個 人	39 208	40 064	△ 856	△ 2.1	37.4	38.1
その他	14 076	14 032	44	0.3	13.4	13.3
<b>歯科診療所</b>	66 818	67 755	△ 937	△ 1.4	100.0	100.0
国	4	4	-	-	0.0	0.0
公的医療機関	251	259	△ 8	△ 3.1	0.4	0.4
社会保険関係団体	5	6	△ 1	△ 16.7	0.0	0.0
医療法人	16 677	16 241	436	2.7	25.0	24.0
個 人	49 522	50 896	△ 1 374	△ 2.7	74.1	75.1
その他	359	349	10	2.9	0.5	0.5

## (3)病床の規模別にみた施設数

施設数を病床の規模別にみると、病院は「50～99 床」が 1,997 施設（病院総数の 24.6%）と最も多く、一般診療所は「10～19 床」が 3,964 施設（有床の一般診療所総数の 70.3%）と多くなっている。

## 2. 病床数

### (1) 病床の種類別にみた病床数

医療施設の病床数をみると、全病床数は 1,557,020 床で、前年に比べ 16,431 床減少している。病院は 1,481,183 床で、前年に比べ 11,774 床減少しており、一般診療所は 75,780 床で 4,656 床減少、歯科診療所は 57 床で 1 床減少している。

病院を病床の種類別にみると、「一般病床」は 882,862 床（病院の全病床数の 59.6%）で、前年に比べ 3,801 床減少、「精神病床」は 318,921 床（同 21.5%）で 2,907 床減少、「療養病床」は 273,745 床（同 18.5%）で 4,949 床減少している。

一般診療所の「療養病床」は 4,906 床で、前年に比べ 839 床減少している。

各年 10 月 1 日現在

	施設数		対前年		構成割合 (%)	
	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)	増減数	増減率 (%)	令和5年 (2023)	令和4年 (2022)
総数	1 557 020	1 573 451	△ 16 431	△ 1.0	...	...
病院	1 481 183	1 492 957	△ 11 774	△ 0.8	100.0	100.0
精神病床	318 921	321 828	△ 2 907	△ 0.9	21.5	21.6
精神科病院	242 827	244 049	△ 1 222	△ 0.5	16.4	16.3
一般病院	76 094	77 779	△ 1 685	△ 2.2	5.1	5.2
感染症病床	1 911	1 909	2	0.1	0.1	0.1
結核病床	3 744	3 863	△ 119	△ 3.1	0.3	0.3
療養病床 (A)	273 745	278 694	△ 4 949	△ 1.8	18.5	18.7
一般病床	882 862	886 663	△ 3 801	△ 0.4	59.6	59.4
一般診療所	75 780	80 436	△ 4 656	△ 5.8	100.0	100.0
(再掲) 療養病床 (B)	4 906	5 745	△ 839	△ 14.6	6.5	7.1
歯科診療所	57	58	△ 1	△ 1.7	...	...
療養病床総数 (A)+(B)	278 651	284 439	△ 5 788	△ 2.0	...	...

### (2) 開設者別にみた病床数

病床数を開設者別にみると、「医療法人」が病院では 831,947 床（病院の全病床数の 56.2%）、一般診療所では 59,429 床（有床の一般診療所の全病床数の 78.4%）と最も多くなっている。

### (3) 都道府県別にみた人口 10 万対病院病床数

人口 10 万対病院病床数をみると、「全病床」は 1,191.1 床で、前年（1,194.9 床）に比べ 3.8 床減少している。病床の種類別では、「精神病床」256.5 床、「療養病床」220.1 床、「一般病床」710.0 床となっている。

これを都道府県別にみると、「全病床」は高知県（2,349.7 床）が最も多く、「精神病床」は長崎県（603.0 床）が最も多くなっている。「療養病床」は高知県（669.8 床）が最も多く、「一般病床」は高知県（1,146.5 床）が最も多くなっている。

令和5（2023）年 医療施設（静態・動態）調査の概況の全文は  
 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。





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 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。

### ■ 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

# 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。

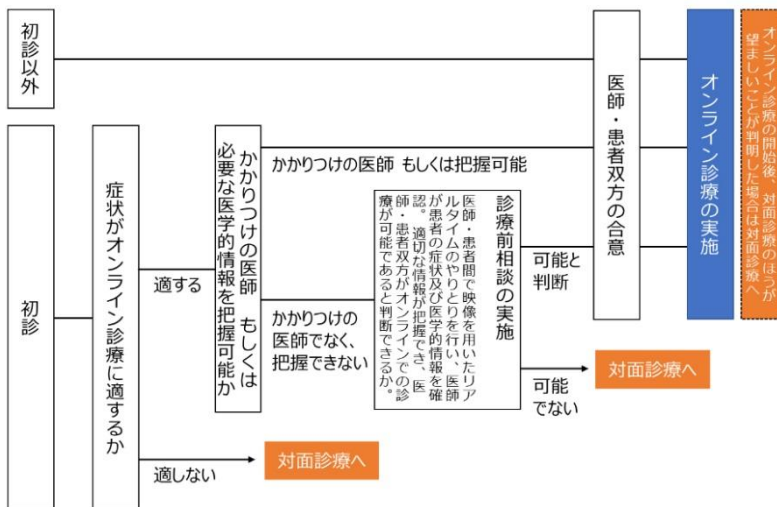
オンライン診療指針における「初診」も、初めて診察を行うことをいいますが、継続的に診療している場合において、新たな症状等（ただし、既に診断されている疾患から予測された症状等を除く）に対する診察を行う場合や、疾患が治癒した後または治療が長期間中断した後に再度同一疾患について診察する場合も「初診」に含むことになります。

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:人材・人事制度 > サブジャンル:コーチング

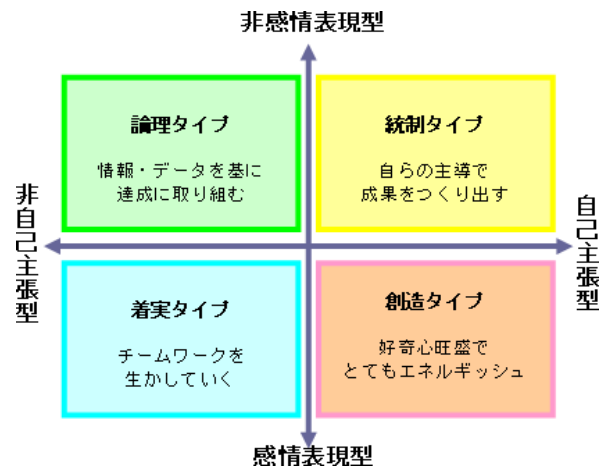
# 職員のタイプに応じたコーチング

医療機関には様々なタイプの職員がいます。タイプ別の特徴とコーチング方法について教えてください。

職場の人間関係づくりを成功させるには、まず部下の行動スタイルを把握することが必要です。また、「どうして分かってくれないのだろう」と感じた時などに、自分とは違うタイプの特徴を理解し、相手のタイプに合ったアプローチ戦略を立てることが大切です。

つまり、各タイプの特徴をとらえ、関わり方・アプローチの仕方を理解して、育成や指導をしやすくするのは、これは患者対応にも活用できます。相手のタイプを把握して臨機応変に対応することがポイントです。

人間の行動傾向を分析すると、「統制」「創造」「着実」「論理」の4つの行動スタイルに分類できます。それぞれのタイプは、次のような特徴があります。



## ①統制タイプ

仕事に強い関心を持ち、自らの主導で結果や成果をつくることを重視します。全体を統制できる環境で、新しい物事に挑戦し、目標達成するために最大限の力を発揮します。スピードの速い行動や環境を好み、人からの指図を嫌います。

## ②創造タイプ

創造タイプは、周りとのコミュニケーションを図りながら、物事を進めていくことを好みます。好奇心が旺盛で、とてもエネルギッシュです。社交的で話し好き、人を感化させる存在です。ただし、目標達成に頓着しない傾向もあります。

## ③着実タイプ

着実タイプは、人とのつながりを大切にします。物静かでソフト、控えめで温かく、近づきやすい感じを与えます。チームワークを重視し、強い協力の下に仕事を進めていくことを好みます。新しいことやリスクのあることを求めず、安全で着実にできる環境を好みます。

## ④論理タイプ

論理タイプは、裏づけのある確実な方法で、目標達成に向けて進んでいくことを重視します。そのため、十分な情報やデータをそろえ、それを分析し、リスクを最小限にする方法を徹底的に検討する慎重派です。論理的なものや体系的な事柄に興味を持ちますが、人とのかかわりに対しては慎重で、自分の感情をあまり外に出しません。

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:コーチング

# コーチングの活用事例

コーチング導入によるコミュニケーション向上の事例を紹介してください。

## ■A病院でのコーチング導入事例

- ケアミックス型病院
- 診療科目：内科・外科・整形外科・麻酔科・消化器科
- 職員数：140名
- 病床：150床

### ①コーチング導入のねらい

ケアミックス型病院であるA病院は、医業収益が伸びない中、経営立て直しの方策が様々な形で検討され、なかでも患者満足度向上とリスクマネジメントを最優先事項として取り組むことになりました。そこで患者からのクレーム、ヒヤリハット事故原因を調査したところ、確認ミス、思いこみなどの人的要因も挙げられましたが、特に对患者・家族への説明不足によるクレーム、医療スタッフ間の連携不足など、コミュニケーションスキルの問題が多く、そこに注目してコーチングの導入を決定しました。

### ②コーチング導入の進め方

コーチングの導入に当たっては、職員説明会の場において、理事長自らが病院を取り巻く環境、目指すべき方向性、そのために何をすべきかを説明し、職員との認識の共有を図りました。

次に、師長、リーダーなど管理職がコーチング研修を受講し、その後これらを習得した管理職が講師となって、一般職員に対する研修を実施しました。

### ③コーチング導入の効果

#### ■患者対応の場面

患者・家族が説明内容を理解しているかの確認、また患者の不安・不満・ニーズの把握を意識し、コーチングスキルを活用したコミュニケーションを図ることとしました。

#### <活用した場面>

- ・ 医師の説明を看護師が理解し患者への補足説明時や患者への看護計画の説明時
- ・ 医療器具の使用法、留意点の説明時
- ・ 窓口業務での患者・家族への説明時
- ・ 患者の闘病サポートや生活指導 ほか

#### <導入後の効果>

- ・ 患者満足度の向上（患者満足度アンケート結果の改善）
- ・ 患者からのクレームが減少（「説明がわかりにくい」等の患者対応クレームが減少）
- ・ 患者に対する説明も理解しやすく、不明点も尋ねやすくなったという声が増えた

## 週刊 WEB 医業経営マガジン No. 848

---

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

---

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。