



週刊WEBマガジン



医業経営

2026.8.4

医療情報ヘッドライン

医療DX推進と オンライン診療 の届出が増加 診療所で顕著 25年施設基準届出状況

▶ 厚生労働省 中医協総会

特定保険医療 材料の35%が 逆ザヤ状態 解消に向けて28年度 改革への議論開始

▶ 厚生労働省 中医協部会

週刊 医療情報

2026年7月31日号
病院建設費、平米単価前年比
17%増の51.7万円

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TOPICS

統計調査資料 最近の医療費の動向／概算医療費
(令和7年度2月号)

経営データベース

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: オンライン診療
オンライン診療の導入準備
オンライン診療の実施手順

発行: 税理士法人ブレインパートナー

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

医療DX推進とオンライン診療の届出が増加 診療所で顕著 25年施設基準届出状況

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は7月22日に中央社会保険医療協議会総会を開催し、2025年における主な施設基準の届出状況等を明らかにした。

初・再診料関係において、「医療DX推進体制整備加算」は、病院で4,622施設、診療所で4万7,166施設が届出を行い、前年からそれぞれ842施設、1万3,997施設増加。特に診療所での届出が顕著に増え、オンライン請求の実施や、オンライン資格確認システムで取得した診療情報を活用する体制の確保など、医療現場のデジタル化が進んでいる状況がうかがえる。

また、オンライン診療を行う医療機関が満たすべき「情報通信機器を用いた診療に係る基準」について、「十分な体制が整備されている」と届け出た病院は1,434施設、診療所は1万2,598施設となり、前年からそれぞれ129施設、1,610施設増加し、同じく診療所での動きが目立つ結果となった。

■医療DX推進体制整備加算は

医科の50%以上が届出を実施

本データについて、23年までは7月1日、24年からは8月1日現在の届出状況を取りまとめたもの。厚労省はまず、保険医療機関の推移を提示。医科は病院が8,019施設となり前年から56施設減少、診療所が8万9,094施設となり241施設増加した。

歯科医療機関は6万7,594施設となり848施設減少。診療所は増加傾向、病院と歯科は減少傾向が続いている。

24年度診療報酬改定で新設された「医療DX推進体制整備加算」は、マイナ保険証の普及や電子処方箋・電子カルテ情報共有サービスといったデジタルインフラの整備を評価する仕組みだ。24年は病院全体の約

46.8%、診療所全体の約37.3%が届出を行っていたところ、2025年にはそれぞれ約57.6%、約52.9%まで増加した。本加算は26年度改定で廃止され、以降は「電子的診療情報連携体制整備加算」へと再編・統合され、従来の体制を整備する評価から実際に活用した実績を評価する仕組みへと移行する。

次にかかりつけ医機能を担う診療所または200床未満の病院が対象となる「機能強化加算」の届出状況をみると、病院は1,398施設（前年から63施設増）、診療所は1万4,630施設（同497施設増）となり、どちらも年々増加傾向にある。

なお、本加算は26年度改定において、点数（80点）は据え置きながら、BCPの策定や、外来・在宅データ提出加算の届出の努力義務など新たな要件が追加された。

■在宅医療でもDX化が進展

次に、在宅医療関連の診療所における2025年の届出状況に着目。在宅患者に対する総合的な医学管理を評価する「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料」は、2万4,127施設となり、前年から257施設増加した。

特に届出が増えた項目は、在宅医療でのICT活用やオンライン資格確認を行う体制などを評価する「在宅医療DX情報活用加算」だ。7,221施設が届出を行い、前年から3,030施設増と大幅に増加した。

また、ICTを活用して在宅患者の診療情報などを関係機関と共有する体制を評価する「在宅医療情報連携加算」の届出も、前年から564施設増加した2,792施設となり、在宅医療の現場においてもデジタル化の導入が進んでいる状況が示された。

医療情報
ヘッドライン
②

特定保険医療材料の35%が逆ザヤ状態 解消に向けて28年度改革への議論開始

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 保険医療材料専門部会

厚生労働省は7月22日に中央社会保険医療協議会保険医療材料専門部会を開催し、2028年度保険医療材料制度改革に向けて、特定保険医療材料の実際の購入価格である「市場実勢価格」が、公定価格の「償還価格」を上回っている状態を指す“逆ザヤ”の解消に向けた議論を開始した。

厚労省の特定保険医療材料価格調査によると、2025年は全1,314区分の35%にあたる460機能区分で逆ザヤが発生している。

その割合は年々増加傾向にある一方、26年度材料価格改定において償還価格の見直しが実施された機能区分は43にとどまっており、スピード感を持った対応が不可欠であることが明らかだ。

■不採算品再算定により18、特例により

25の機能区分で償還価格の見直しを実施

特定保険医療材料とは、医療材料のうち厚生労働大臣から指定された医療機器や在宅医療で使用されているものを指し、機能区分ごとに価格が設定され、処置料などとは別に算定することができる。

厚労省が今回公表した資料によると、2023年度の特定保険医療材料費は約1.5兆円で、対国民医療費の材料費比率は3.12%と、年々増加傾向にあり、2018年度と比較すると、材料費は約19%、材料費比率は0.22ポイント増加していた。

実勢価格が償還価格を上回る機能区分の状況を示した参考資料では、全機能区分に対し18年度は22%、21年度は26%、直近の25年度は35%と年々増加傾向にあることも示され、逆ザヤの解消が大きな課題となっている。

逆ザヤへの対応として「不採算品再算定」がある。これは、医療上の必要性は高いが、供給が著しく困難となっている特定保険医療材料について、製造販売者等からの要望を踏まえて償還価格の見直しを行う仕組みだ。

また、26年度保険医療材料制度改革では、同一機能区分においてシェアが分散している場合に限り、特例的に実勢価格および物価変動などに基づき基準材料価格を改定できるルールが設けられた。

26年度材料価格改定では、不採算品再算定により18、特例により25の計43機能区分において償還価格の引き上げが行われたが、実際に逆ザヤが発生したと示された460機能区分（25年データ）の1割にも達していない。

これらの状況から、26年度改定に関する答申書付帯意見を踏まえ、逆ザヤの要因の把握を同専門部会で行うこととなった。

■今秋から販売側へ聴取、 来春にとりまとめへ

厚労省は逆ザヤの要因について、（A）総費用（コスト）は償還価格を下回っており、販売側（製造販売業者、卸業者等）の利益が大きいこと、（B）コストが償還価格を上回っていることの2つに分けられると考察した。

実態や原因に応じた対応の検討が必要であるとして、まずは実態把握から行い、その一環として逆ザヤ状態にある製品の現状や価格形成のメカニズム、原価開示の可能性等について、販売側から聴取する必要性を訴えた。

28年度改定に向けて、厚労省は今秋から順次販売側への聴取を実施し、27年春頃にとりまとめるスケジュール目標を掲げている。

ビズアップ週刊

医療情報

2026年7月31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
福祉医療機構
公表

病院建設費、平米単価前年比 17%増の51.7万円

福祉医療機構は 22 日、融資先を対象とした新築の医療施設の建設費を公表した。2025 年度の病院の平米単価は前年度比 17.0%増の 51 万 7,000 円、定員 1 人当たり建設費は 14.8%増の 2,944 万 7,000 円となり、いずれも調査を開始した 10 年度以降で最高を更新した。

定員 1 人当たりの延床面積は減少したものの、平米単価の急上昇が建設費を押し上げた。

14 年度の平米単価（27 万 5,000 円）に比べると 2 倍に迫る。

定員 1 人当たりの延床面積は 56.9 平米で、前年度から 1.1 平米減少した。同機構は、近年の病床当たり面積がおおむね横ばいで推移していることから、建設費の増加には平米単価上昇の影響が大きいと分析している。

ただ、今回公表された建築工事費には、設計監理費を含んでいるが、土地造成費や既存建物の解体費、仮移転費などは含まれていない。既存病院の建て替えでは、診療を継続しながら工事を進めるため、仮施設の整備や段階的な移転が必要になる場合もあり、実際の総事業費は、今回示された建設費をさらに上回る可能性がある。

今後も建設費上昇の公算が大きい。26 年 1－6 月平均での建設資材物価指数は 145.2 で、25 年平均の 141.2 を上回る。公共工事設計労務単価（指数）も上昇基調が続いており、資材費と人件費の双方が建設コストを押し上げる。

足元でも資材価格の上昇は止まっておらず、建設費の早期沈静化は見通しにくい状況だ。建設費の上昇が長期化するなか、建て替え時期の変更や施設規模の再検討を余儀なくされる病院は、今後さらに増えそうだ。

医療情報②
厚生労働省
検討会

訪問看護の就業者2.6万人不足 ～看護職員の需給状況の集計結果を公表

厚生労働省は 23 日、看護職員の需給状況の集計結果を公表した。訪問看護では 2019 年にまとめた 25 年の需要推計 11.3 万人に対し 23 年時点での就業者は 8.7 万人で、全国で 2.6 万人不足していた。

訪問看護の就業者の充足率は全国ベースで 0.777 だった。「充足率 1.0 未満」なら就業者が不足していることになる。一方、「病院・有床診療所・精神病床・無床診療所」は 25 年の需要推計が 136.5 万人、23 年の就業者は 134.4 万人だった。「介護保険サービス等」を含む看護職員全体では需要推計 180.2 万人、就業者 174.6 万人だった。

看護職員の需給状況は、23年時点での就業者数と25年の需要推計を比較し、看護の領域ごとに集計した。25年の需要推計は、患者の受療率が19年以降は変わらないと仮定して行った。そのため、地域医療構想に基づく医療の再編や新型コロナ後の受診行動の変化などが反映されておらず、厚労省は「留意する必要がある」としている。

集計結果は「2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会」にこの日、報告した。看護職員の領域偏在への対策を検討会で年末にかけて議論する。

●訪問看護の充足率、39都道府県は0.9未満

厚労省は、看護の領域ごとに都道府県別の充足率も集計した。訪問看護の充足率が「1.0以上」だったのは愛知・三重・和歌山・広島だけで、岐阜・京都・香川・沖縄は「0.9以上 1.0未満」だった。残り39都道府県では0.9に届かなかった。厚労省は、訪問看護ステーションでは看護職員の就業者が「一部を除いて全体的に不足している」と指摘した。

医療情報③
政府
閣議決定

電子カルテデータの 保存期間を延長へ

政府は21日、新たな規制改革実施計画を閣議決定した。医療分野では、最長5年とされている電子カルテのデータの保存期間の延長を検討する。先天性疾患や小児がんなど長期のフォローが必要な疾患でデータの利活用が困難と指摘されているため、長期保存が必要な疾患を整理し、それに応じて保存期間を見直す。厚生労働省が年内に結論を出し、速やかに措置する。

電子カルテのデータの利活用も促す。2026年冬ごろに運用を開始する電子カルテ情報共有サービスは、「次の段階」として共有できるデータを拡充する。診察時のバイタルサインなど患者の基本情報、画像診断や画像・病理レポートの情報を標準化して共有する方向で検討する。

保存期間の見直しと共に年内に結論を出す。

さらに、医療機関だけでなく薬局、訪問看護ステーション、介護事業所も電子カルテのデータを共有・閲覧できるようにする。共有・閲覧できる情報は薬局、訪問看護ステーション、介護事業所ごとのデータ利活用の必要性に応じて設定する。

オンライン診療のさらなる普及・円滑化も促す。厚労省は、オンライン診療受診施設として届け出た専用車両で「DtoPwithN」を行う場合、点滴・注射・血液検査・尿検査・超音波検査・心電図検査など一定の診療の補助を看護師が実施できることを明確化する。

診療の補助行為を行う場合にオンライン診療受診施設、医療機関などに求める設備や体制は、医療の安全性の確保を前提に必要最小限にする。「DtoPwithN」の運用に関する調査・研究を27年上期までに取りまとめ、いずれも同年に措置する。

それらを踏まえ、オンライン診療受診施設で「DtoPwithN」を行う際の診療の補助に対する診療報酬上の取り扱いも27年度に明確化する。

週刊医療情報（2026年7月31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。

最近の医療費の動向

／概算医療費（令和7年度2月号）

厚生労働省 2026年6月30日公表

<結果のポイント>

1 概算医療費とその伸び

- 令和7年度2月の医療費は 3.9 兆円（対前年同月比 +3.8%）
- 令和7年度（4月～2月）の医療費は 44.9 兆円（対前年同期比 +2.5%）
（令和6年度は 48.0 兆円、対前年度比 +1.5%）

2 「一日当たりの医療費」の伸び

- 令和7年度2月の対前年同月比 +1.9%
- 令和7年度（4月～2月）の対前年同期比 +3.2%（令和6年度は、対前年度比 +1.1%）

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					75 歳以上		
				被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険			（再掲） 未就学者
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		46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
令和 5 年度		47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
令和 6 年度 4～3月		48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3
	4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
	4～2月	43.8	23.8	14.4	8.4	5.2	9.3	1.2	17.9	2.1
	12月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	1月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
	2月	3.8	2.0	1.3	0.7	0.4	0.8	0.1	1.6	0.2
令和 7 年度 4～2月		44.9	24.2	14.9	8.8	5.2	9.2	1.2	18.6	2.2
	4～9月	24.3	13.1	8.0	4.7	2.8	5.1	0.6	10.0	1.2
	12月	4.3	2.3	1.4	0.9	0.5	0.9	0.1	1.8	0.2
	1月	4.1	2.2	1.4	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
	2月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	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。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

		総 計	医療保険適用						
			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 3 年度		35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和 4 年度		36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7
令和 5 年度		38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5
令和 6 年度 4～3月		38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.0	97.4
	4～9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3
	12月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.8	3.5	2.2	8.3
	1月	3.3	2.1	1.7	1.6	1.6	3.4	2.0	8.3
	2月	3.1	2.0	1.6	1.6	1.6	3.2	1.9	7.7
令和 7 年度 4～2月		36.4	23.7	19.3	18.4	18.8	37.9	22.8	90.3
	4～9月	19.7	12.8	10.4	9.9	10.1	20.6	12.5	49.1
	12月	3.5	2.3	1.9	1.8	1.8	3.6	2.1	8.5
	1月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.7	3.5	2.0	8.4
	2月	3.2	2.1	1.7	1.7	1.7	3.3	2.0	7.8

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	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2
令和5年度	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3
令和6年度4～3月	48.0	38.1	18.4	16.3	3.4	8.4	0.8	0.72	19.2	24.7	3.4
	4～9月	23.7	18.8	9.1	8.1	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7
	12月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.8	0.1	0.06	1.6	2.2	0.3
	1月	4.1	3.2	1.6	1.4	0.7	0.1	0.06	1.7	2.1	0.3
	2月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.7	0.1	0.06	1.5	1.9	0.3
令和7年度4～2月	44.9	35.5	17.2	15.1	3.2	8.0	0.7	0.75	17.9	23.0	3.2
	4～9月	24.3	19.3	9.3	8.2	4.3	0.4	0.40	9.7	12.4	1.8
	12月	4.3	3.3	1.6	1.4	0.8	0.1	0.07	1.7	2.2	0.3
	1月	4.1	3.3	1.6	1.4	0.7	0.1	0.07	1.7	2.1	0.3
	2月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.0	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3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
令和6年度 4～3月	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0	0.59
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	0.28
	12月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.3	0.05
	1月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.05
	2月	1.9	1.9	0.3	1.2	0.3	0.05
令和7年度 4～2月	22.6	22.0	4.0	14.3	3.7	8.1	0.61
	4～9月	12.3	12.0	2.2	7.8	2.0	0.33
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.06
	1月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.06
	2月	2.0	1.9	0.3	1.2	0.3	0.05

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+調剤
		食事等 含まず	食事等 含む					
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	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5
令和6年度 4～3月	19.3	41.7	43.5	10.2	8.5	9.4	12.3	15.5
	4～9月	19.1	41.4	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4
	12月	19.2	42.1	10.0	8.6	9.4	12.3	15.5
	1月	20.1	42.1	10.6	8.4	9.6	12.3	16.1
	2月	19.7	42.2	10.4	8.6	9.5	12.3	15.9
令和7年度 4～2月	19.9	42.8	44.6	10.6	8.7	9.8	12.2	16.1
	4～9月	19.7	42.6	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0
	12月	20.1	43.2	10.5	8.9	10.2	12.2	16.5
	1月	20.6	43.1	11.0	8.6	10.1	12.2	16.8
	2月	20.1	43.2	10.6	8.8	9.8	12.2	16.4

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+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7年度2月号)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

1

医業経営情報レポート

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

日本の総人口は、2008 年の1億 2,808 万人をピークに減少が続いており、総務省の統計では、2060 年には約3分の2まで減少す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・契約更新をした職員については、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、テレワークを行う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】

3

医業経営情報レポート

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。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:オンライン診療

オンライン診療の導入準備

オンライン診療の導入準備について教えてください。

導入のための準備として、予算・費用の精査や、どのオンライン診療システムを導入するかなどを検討する必要があります。

(1)予算・費用の確認

オンライン診療システムによっては、固定費用が発生せず、診療実績に応じて費用を支払うといったシステムもあるため、様々な支払いモデルのなかから自院に見合ったシステムを選定することが求められます。

(2)導入システムの選定

言うまでもなく、自院にとって必要な機能を持つシステムのなかから、最適なシステムを選定する必要があります。また、診療所内にシステムを導入することになるため、情報セキュリティ対策の面も十分に確認のうえ選定する必要があります。

◆システム選定のポイント

①費用面

- ・システム利用料がかかるかどうか
- ・決済手数料がかかるかどうか
- ・定額制か、あるいは利用者数に応じて変動するのか

②機能面

- ・患者側のアプリのダウンロードが必要かどうか
- ・決済業務や予約管理などがシステムに包含されているか
- ・医師、患者の本人確認が可能であるか
- ・予約管理方法
- ・決済方法（クレジットカード、電子マネーなど）

③サポート面

- ・医療機関または患者からの問い合わせの窓口があるか
- ・システム操作等に関する講習会等があるか

④事業継続性・リスク面

- ・導入するシステムが、システムやサービスの障害・停止などで利用できない場合の対応方針について、契約前には必ず利用規約等を確認し、内容を把握しておく必要がある

⑤セキュリティ面

- ・利用する際の自施設のセキュリティ要求内容やレベルについて、自施設のセキュリティポリシーに準じたシステムでないとシステムを導入できないため、事前に確認が必要

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:オンライン診療

オンライン診療の実施手順

オンライン診療を実施するための手順を解説してください。

実施に向けては当然、オンライン診療で使用する機器を導入する必要がありますし、業務を担当する職員（医師・看護師・事務職員等）や、訪問看護事業所等の関係機関との連携体制の構築も進めていかなければなりません。

また、必要な届出や資料作成、予約管理体制などの構築が不可欠です。

◆実施手順の確認ポイント

（１）各種届出の実施

保険診療の診療報酬を請求するにあたっては、地方厚生(支)局に対して情報通信機器を用いた診療についての施設基準の届出が必要になります。

（２）患者説明資料の作成

患者向けの説明書、同意書、診療計画書、院内掲示等の作成が必要です。

また、患者には使用するオンライン診療システムの説明をした上で、セキュリティ面におけるリスクについて説明し、合意を得る必要があります。

（３）予約管理体制の構築(予約管理の方法の決定)

専用の予約システムで管理するのか、電子カルテで管理するのか、オンライン診療システムで管理するのかを、決めなくてははいけません。

（４）保険証・医療証等の確認方法の構築

患者に保険証、医療証等の写真を撮影してもらい、アプリ等にアップロードしてもらいます。

※2024年12月2日に健康保険証の新規発行が終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行したことも踏まえ、オンライン診療においてもマイナンバーカードによるオンライン資格確認の運用が開始されています。

（５）決済方法、処方箋・医薬品提供体制の構築

汎用サービスを用いる場合は医療機関独自の決済システムの構築が必要となりますので、クレジットカードによる決済や、医療機関の銀行口座への振り込みなどを検討します。

また処方箋の交付の流れや、院内処方の場合は医薬品の提供体制を構築する必要があります。

（６）業務手順の構築

関係者及びシステム提供事業者と業務手順についての調整が必要です。