

新潟県オンライン診療を用いた休日夜間診療試験実施事業 成果報告会

導入支援マニュアルの活用方法

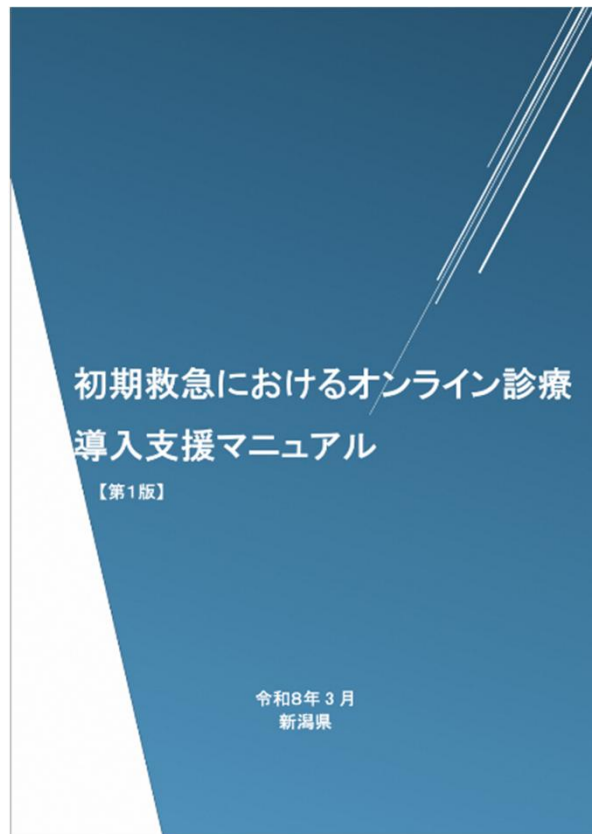
- マニュアルの目的と活用方法
- オンライン診療の実施方式
- オンライン診療導入の4ステップ概要
- Step1. 検討開始（骨子作成）
- Step2. 合意形成
- Step3. 実装設計
- Step4. 運用前準備
- 第4章以降のマニュアルの構成

マニュアルの目的と活用方法

● 1) 目的

本マニュアルは、市町村、医療機関、医師会等の関係者が、地域の医療課題に対しオンライン診療等の活用を検討・導入する際に必要となる一連のプロセス（課題整理、関係者協議、体制構築、運用開始まで）を体系的に整理し、円滑かつ安全な導入を進めるための指針を示すことを目的としています。

特に、休日夜間の初期救急体制における医師確保、看護師確保、患者動線の課題、住民の移動負担といった地域医療に共通する課題に対し、オンライン診療を適切に組み合わせることで、持続可能な体制構築につなげるための実務的な手順をまとめています。



【本発表資料の位置付け】

- 本資料は「初期救急におけるオンライン診療導入支援マニュアル」の要約版です。より詳細な内容や手順について知りたい場合は、ぜひマニュアル本文をご参照ください。

マニュアルの目的と活用方法

● 3) 活用方法

本マニュアルは、オンライン診療導入に向けた検討開始から運用開始までを、段階的に理解しながら進められる構成となっています。以下の手順に沿ってご活用ください。

(1) 第3章で、初期救急領域におけるオンライン診療の導入・運用を検討するうえで前提となる基礎知識を整理する

- ・ オンライン診療等の用語の整理
- ・ オンライン診療の一般的な流れ
- ・ 関係者と役割の整理

(2) 第4章に沿って、Step1～Step4を順に検討する

- ・ Step1 検討開始（骨子作成）
- ・ Step2 合意形成
- ・ Step3 実装設計
- ・ Step4 運用前準備

各 Step には「完了条件」が明示されているため、進捗管理も行うことができます。

(3) 事例（第5章）を参考に、自地域に近いモデルをイメージする

- ・ 上越休日・夜間診療所（自宅型）
- ・ 糸魚川総合病院（来院型）

といった具体的な導入事例から、「なぜその方式を選んだか」「どのような効果があったか」を比較し、自地域への適合性を判断できます。

(4) 付録のテンプレート（検討概要図、会議計画、役割分担表など）を用いて資料作成を効率化する

- ・ 会議体の設定、関係者説明、院内調整、住民周知などの文書作成に活用できます。

【本発表資料のこの後の流れ】
本発表では、特に活用方法の（1）（2）を中心にご説明いたします。

マニュアルの具体的な活用イメージをより明確にご理解いただけるよう、以降のスライドに沿って順次解説してまいります。

初期救急領域におけるオンライン診療では、「D to P」と「D to P with N」の2つのオンライン診療の類型が想定されます。

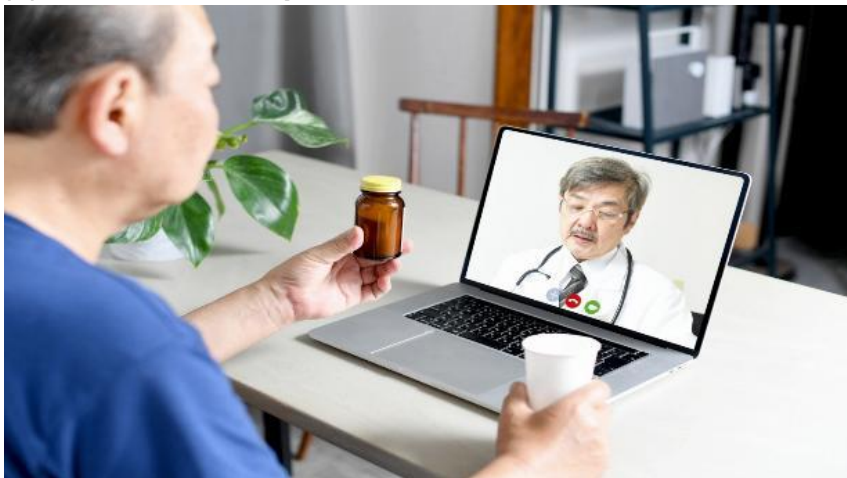
類型	概要	特徴
D to P (Doctor to Patient)	医師が遠隔地から、患者側に医療従事者が同席しない状態で診療を行う、最も一般的な形態の遠隔医療。	<ul style="list-style-type: none"> 患者と医師が非接触で診療を行うため、他の形態と比較して感染症のリスクを最も低減できる。 患者の通院負担を軽減できる。特に定期的に訪問診療等を受けている患者では、医師等の訪問が不要となり、自宅での負担軽減につながる。
D to P with N (Doctor to Patient with Nurse)	患者側に看護師等が同席し、遠隔地の医師が診療を行う形態の遠隔医療。	<ul style="list-style-type: none"> 看護師等が通信機器の操作支援や生活面に即した補助を行うことで、患者と医師の円滑なコミュニケーションが可能となる。 医師の指示に基づき、看護師等が検査、投薬、点滴、処置などの診療補助行為を実施できる。

(出典：厚生労働省『オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針』（令和5年6月))

初期救急領域におけるオンライン診療には、次の3つの基本モデルがあります。
(法令等に定義されている区分ではありません。)

診療形態	説明
自宅型オンライン診療	本マニュアルにおいて「自宅型オンライン診療」とは、患者が自宅等から情報通信機器を用いて、遠隔地の医師による診察を受ける形態を指します。 一般的には D to P (医師—患者間：患者側に医療従事者が不在) の形態で実施されることが多い診療方式です。
来院型オンライン診療	本マニュアルにおいて「来院型オンライン診療」とは、患者が医療機関等に来院し、現地の医療従事者等の補助を受けながら、遠隔地にいる医師による診察をオンラインで受ける形態を指します。 一般的には D to P with N (医師—患者間：患者側に看護師等が同席) の形態で実施されることが多い診療方式です。
併用型(自宅型+来院型)	自宅型オンライン診療と来院型オンライン診療を併用する形態を指します。

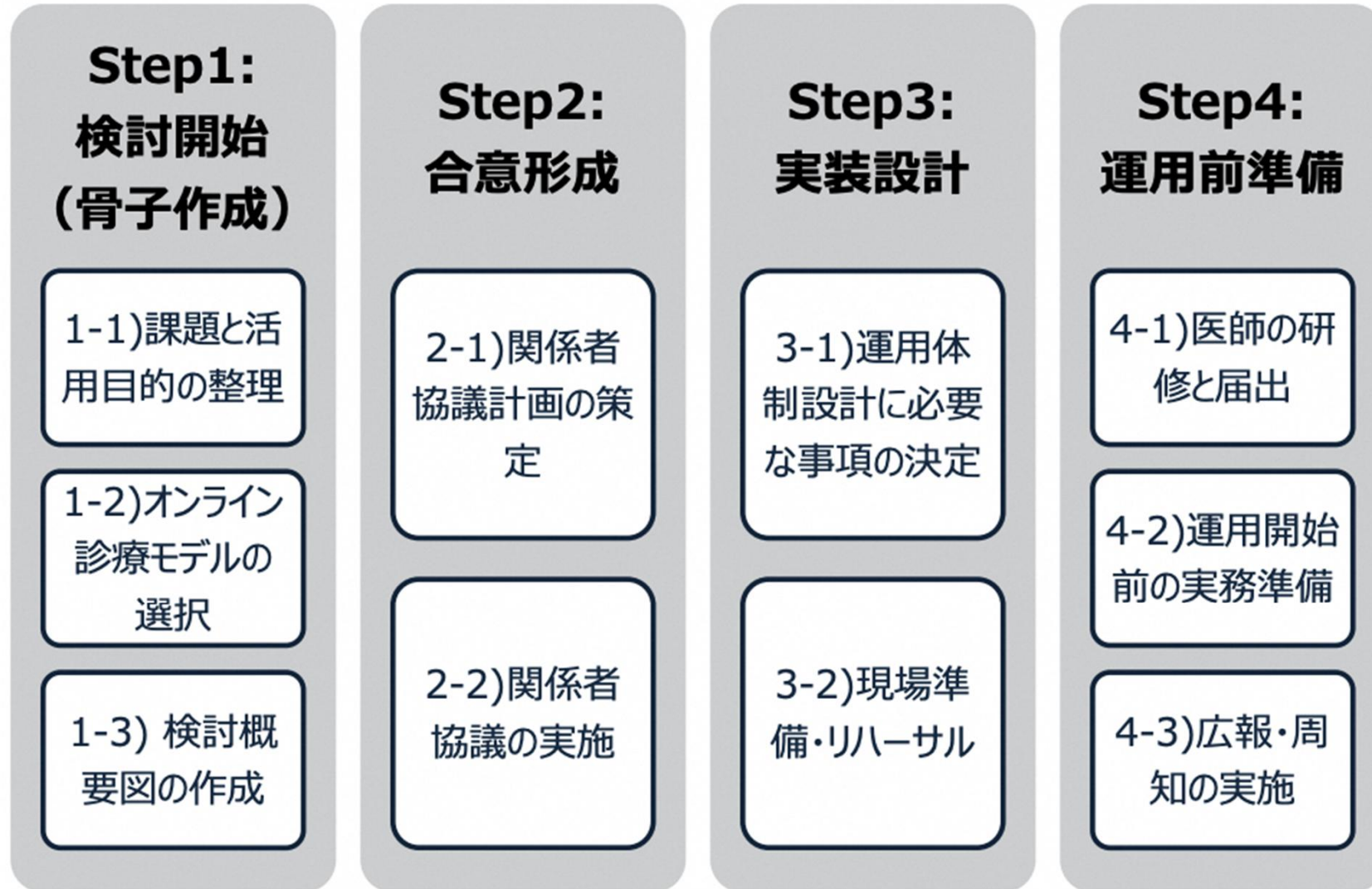
自宅型オンライン診療のイメージ



来院型オンライン診療のイメージ



初期救急領域におけるオンライン診療には、導入を進める際に踏むべき主要なステップとして下記のように整理しました。それぞれの段階で何を進めるべきかを順に確認できる構成としています。



【Step1のポイント】

- STEP1「検討開始」は、オンライン診療導入に向けた全プロセスの出発点であり、関係者協議を行う前に、地域の実情を整理し“検討の前提をそろえる”ことが最大の目的です。
- まず、自地域が抱える課題を把握し、オンライン診療が有効となり得る理由（どの課題のどの部分を改善できるか）を明確にします。次に、導入により達成したい目的を整理し、「いつ・どの患者に・どの場面で」活用するのかという活用場面を具体化します。
- これらを踏まえ、自宅型・来院型・併用型などのオンライン診療モデルを選択し、**課題／目的／活用場面／モデル／体制案を一枚にまとめた「検討概要図」を作成します**。この概要図が、STEP2 以降の関係者協議で共有する“叩き台”となり、論点整理や合意形成を円滑に進める基盤となります。

Step1. 検討開始（骨子作成）

1-1) 課題と活用目的の整理

1-2) オンライン診療モデルの
選択

1-3) 検討概要図の作成

Step1. 検討開始（骨子作成）

1-1) 課題と活用目的の整理

1-2) オンライン診療モデルの
選択

1-3) 検討概要図の作成

(1) 課題の整理

オンライン診療の導入検討を進めるにあたっては、まず自地域が抱える課題を正確に把握することが重要です。代表的な課題例を以下に示します。自地域の状況と照らし合わせながら、課題整理の参考としてください。

①	当番医リソースの不足（供給量の問題）	<ul style="list-style-type: none">・医師数の減少・高齢化（供給量の縮小）・当番負担の偏在（ローテーションの不均衡）・地域外医師依存の限界（移動・天候・交通など）
②	現場オペレーションの過負荷（業務量の問題）	<ul style="list-style-type: none">・医師業務の過負荷・看護・事務スタッフの負荷と確保難・運営効率の悪さ（時間帯×受診数のミスマッチ）・運営に必要なコスト・体制維持の負担（財政・運営基盤の問題）
③	患者の流入構造の非効率（需要の問題）	<ul style="list-style-type: none">・軽症患者の多発（需要の質の問題）・受診行動・受診先選択の問題（動線の乱れ）・二次救急の逼迫（負荷集中・逼迫）・感染対策上のオンライン分流（発熱 vs 非感染の動線分離）
④	移動困難性（物理的アクセスの制約）	<ul style="list-style-type: none">・地理的アクセスの悪さ・冬季や夜間の移動困難・高齢者の移動能力の低下
⑤	受診判断・アクセス支援の不足（情報・判断の制約）	<ul style="list-style-type: none">・受診判断が困難・適切な受診先を選べない・夜間に相談先がない

Step1. 検討開始（骨子作成）

1-1) 課題と活用目的の整理

1-2) オンライン診療モデルの
選択

1-3) 検討概要図の作成

(2) 目的の整理

整理した課題を踏まえ、オンライン診療の活用によって達成したい目的を明確にします。

(3) 想定する活用場面

オンライン診療を導入するにあたり、「どの課題に対して」「いつ・どの場面で」「どの患者を対象として」活用するのかを具体化することが重要です。以下の項目を参考に、自地域における活用場面を具体的に検討してください。

(A) 活用時期

オンライン診療を運用する時期を選択してください。

- 長期休暇
- 感染症流行期
- 通年
- その他

●<補足> 導入目的（例：受診集中の緩和、軽症流入の抑制）に応じて、“繁忙期だけ導入する”“通年で運用する”などの判断を行います。

(B) 活用時間帯

オンライン診療を実施する時間帯を選択してください。

- 準夜帯（例：18時～22時）
- 深夜帯（例：22時～翌朝）
- 受診集中時間帯のみ
- その他

●<補足> 時間帯によって必要とされる医療リソース（看護師配置、検査可否など）が異なるため、後続のモデル選択に大きく影響します。

(C) 対象患者層（年齢区分）

オンライン診療の対象とする患者層を選択してください。

- 小児
- 成人
- 高齢者
- 年齢制限なし
- その他

●<補足> 地域の受診動向や、患者属性ごとの受診行動・デジタル利用状況を踏まえて検討します。

Step1. 検討開始（骨子作成）

1-1) 課題と活用目的の整理

1-2) オンライン診療モデルの
選択

1-3) 検討概要図の作成

(1) 「オンライン診療体制案 概要」表の作成

モデル選択が完了した後、検討概要図に記載するため、以下の項目を整理し、「オンライン診療体制案 概要」として表にまとめてください。

「オンライン診療体制案 概要」表の作成のための選択項目

① 医師の場所

- 医師自宅
- 医療機関内
- その他（ ）

② 患者の場所

- 自宅
- 医療機関
- 施設（高齢者施設等）
- その他（ ）

③ オンライン診療の実施主体となる医療機関

- 休日夜間急患センター
- 二次救急医療機関
- その他（ ）

(参考) オンライン診療体制案 概要（記入例）

項目	記載例
オンライン診療モデル	来院型オンライン診療
医師の場所	自宅
患者の場所	医療機関
オンライン診療の実施主体となる医療機関	休日夜間急患センター

Step1. 検討開始（骨子作成）

1-1) 課題と活用目的の整理

1-2) オンライン診療モデルの
選択

1-3) 検討概要図の作成

(2) 検討概要図の作成/(3) 検討概要図（記載例）

ここまで整理してきた事項を踏まえ、検討概要図に以下の項目を整理して記載します。

オンライン診療体制について

<オンライン診療導入の目的>

- 地域医師の減少、高齢化により、対面診療以外の医師確保手段が必要
- オンラインによって医師の移動がなくなり、遠隔からも医師の勤務が可能に
- 医師確保により、患者受診キャパシティの向上

<オンライン診療導入を想定する曜日・時間帯>

日曜日日中の12:00-17:00を想定した体制準備

<オンライン診療の対象患者>

オンライン診療の対象は、診察にあたり血液検査・画像検査・処置を必要とせず、薬の処方のみで対応が完結する患者とする。

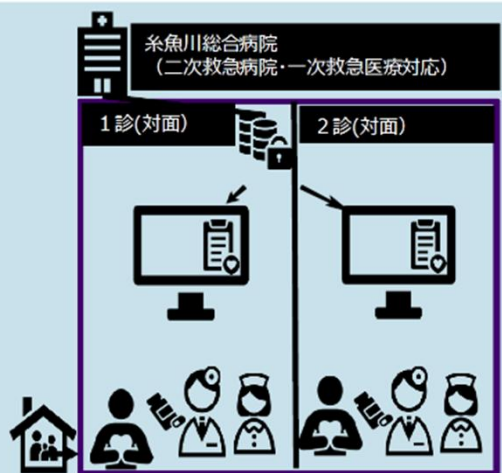
<概要>

診療形態	DtoPwithN
医師 場所	医師自宅
患者 場所	糸魚川総合病院
診察主体	糸魚川総合病院
診療機器	Teams等
処方	院内処方

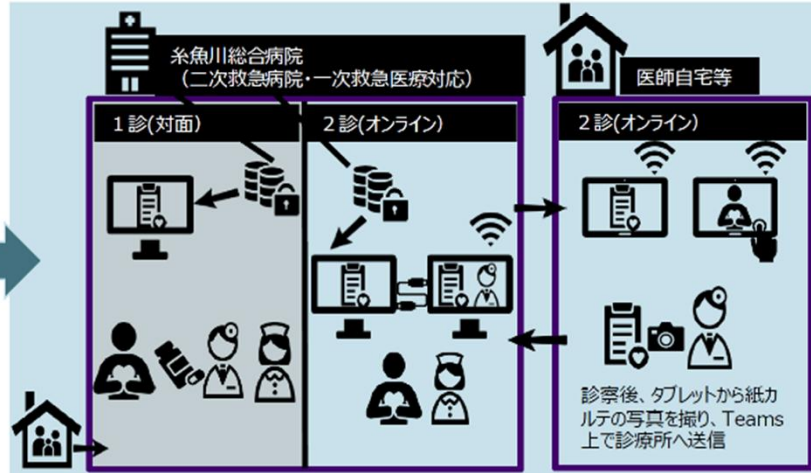
これまで整理してきた事項

- ① 課題の整理
(オンライン診療が必要となる地域課題の要点)
- ② 目的の整理
(オンライン診療により達成したい状態)
- ③ 想定する活用場面
(活用時期/時間帯/対象患者層)
- ④ 選択したオンライン診療モデル
(①自宅型/②来院型/③併用型/オンライン不適)
- ⑤ オンライン診療体制案 概要
(医師の場所・患者の場所・実施主体等)

これまでの体制



オンライン診療導入後の体制イメージ



【Step 2 のポイント】

- STEP2「合意形成」は、オンライン診療導入の実現可否を左右するステップであり、関係者間で“方向性の一致”をつくる工程です。
- オンライン診療は自治体、医師会、休日夜間急患センター、薬剤師会、二次救急医療機関など多くの関係者が関与するため、**一度に全員の賛同を得るのではなく、段階的に論点を整理しながら合意を積み上げることが鍵**となります。
- Step 2 の完了条件は、段階的に協議を進め、実働に関与するすべての関係者が「解決方法の方向性」に合意している状態を形成することが到達点となります。合意形成後は、合意事項・未解決の論点・前提条件を明確化し、STEP3の体制設計へ引き継ぎます。

Step2. 合意形成

2-1) 関係者協議計画の策定

2-2) 関係者協議の実施

Step2. 合意形成

2-1) 関係者協議計画の策定

2-2) 関係者協議の実施

(1) 協議を進めるにあたっての基本的な考え方
協議を進めるにあたっての基本的な考え方として下記を参照ください。

観点	考え方
初期段階は少人数で開始する	初期段階では、自治体・医師会など、既に一定の信頼関係がある関係者を中心に少人数で協議を開始するのが適切。過去にオンライン診療やDXに関心があった関係者から始めると、実務的で建設的な議論につながりやすい。
地域内の関係性を踏まえ、相談の順番を設計する	影響力の大きい関係者や最終判断に関与する組織ほど、事前説明が不足すると後の調整が難航する。地域の力学を踏まえ、相談の順番をあらかじめ設計することが重要。
関係者拡大に伴う複雑化を見越して、段階的に進める	関係者が増えるほど論点が広がり、議論が複雑化する。初期段階で方向性を固めた後、段階的に関係者を広げるアプローチが望ましい。

Step2. 合意形成

2-1) 関係者協議計画の策定

2-2) 関係者協議の実施

(2) 5つのプロセスに沿った合意形成の流れ

「プロセス1：救急医療の現状共有と検討開始への合意」「プロセス2：課題解決の方向性提示と論点整理」「プロセス3：追加の課題聴取と論点整理」「プロセス4：解決方法（修正案）の共有」「プロセス5：実働スタッフの合意形成」

以下、それぞれの概要とポイントを示します。

プロセス1：救急医療の現状共有と検討開始への合意

概要	地域の救急医療の現状と課題を共有し、解決策の検討を開始することへの合意を形成する段階。
想定参加者	自治体救急医療担当者、休日夜間急患センター長、二次・三次救急医療機関、医師会長
目指すゴール	地域の救急医療における課題について関係者間で共通認識が形成され、当該課題の解決方法について検討を進めることに合意している。

プロセス2：課題解決の方向性提示と論点整理

概要	STEP1で整理した課題・目的・モデル案を提示し、制度面・運用面の懸念や論点を把握する段階。
想定参加者	自治体救急医療担当者、休日夜間急患センター長、二次・三次救急医療機関の救急担当理事、医師会長、薬剤師会長
目指すゴール	解決方法（案）の概要が関係者間で共有され、その内容に対する懸念事項および検討課題が明確になっている。

プロセス3：追加の課題聴取と論点整理

概要	現場の責任者に対し解決方法（案）を提示し、実務上の制約や必要な調整事項を確認していく段階。
想定参加者	自治体救急医療担当者、休日夜間急患センター長、休日夜間急患センター現場責任者(薬剤部長、看護部長、医事課長等)
目指すゴール	地域の救急医療の課題及び解決方法（案）の概要が共有できる、案に対する実務レベルの課題や懸念を把握し、論点として整理する。

Step2. 合意形成

2-1) 関係者協議計画の策定

2-2) 関係者協議の実施

(2) 5つのプロセスに沿った合意形成の流れ

「プロセス1：救急医療の現状共有と検討開始への合意」「プロセス2：課題解決の方向性提示と論点整理」「プロセス3：追加の課題聴取と論点整理」「プロセス4：解決方法（修正案）の共有」「プロセス5：実働スタッフの合意形成」

以下、それぞれの概要とポイントを示します。

プロセス4：解決方法（修正案）の共有

概要	プロセス3で把握した論点を踏まえて修正案を提示し、実行可能性を再確認する段階。（※必要に応じて3⇔4を往復）
想定参加者	自治体救急医療担当者、休日夜間急患センター長、休日夜間急患センター現場責任者(薬剤部長、看護部長、医事課長等)
目指すゴール	論点を解消した最新案を共有し、当該案について主要メンバーの合意が得られている。

プロセス5：実働スタッフの合意形成

概要	実際に運用を担う医師・薬剤師・看護師に対し、合意形成済みの方針を共有する段階。
想定参加者	自治体救急医療担当者、休日夜間急患センター現場責任者(薬剤部長、看護部長、医事課長等)、医師、看護師、薬剤師
目指すゴール	現場職員が運用内容を理解し、協力して実施できる状態となる。

Step2. 合意形成

2-1) 関係者協議計画の策定

2-2) 関係者協議の実施

(1) 協議に臨む際の基本姿勢

協議の場では、以下の3点をあらかじめ明示し、誤解なくスタートできるようにします。

- ① オンライン診療は「目的」ではなく「課題解決の手段」であること
- ② 現時点の提案は「案（たたき台）」であり、柔軟に修正可能であること
- ③ 最終的な判断は、患者・地域にとっての安全性と合理性を最優先とすること

これにより、関係者が過度に構えず、建設的な議論につながりやすくなります

【Step3のポイント】

Step3は、Step2で形成した合意内容を踏まえて、オンライン診療を実際に運用できる体制へ具体化する段階です。体制設計と現場準備を計画的に進めることで、安全かつ安定した運用につなげます。

Step3の完了条件は、下記の3点が完了していることです。

- **オンライン診療の運用に必要な体制（医師配置・システム・診療録・検査体制・調剤体制等）が整備されている**
- **対面／オンライン振り分け（トリアージ）基準が明確化され、現場が迷わず業務を遂行できる**
- **現場職員（医師・看護師・薬剤師・医事）が手順を理解し、運用できる状態となっている**

Step3. 実装設計

3-1) 運用体制設計に必要な事項の決定

3-2) 現場準備・リハーサル

Step3. 実装設計

3-1) 運用体制設計に必要な事項の決定

3-2) 現場準備・リハーサル

3-1) 運用体制設計に必要な事項の決定

オンライン診療を安全に開始するためには、事前に決めておくべき重要な運用条件があります。本マニュアルでは、これらを読者が理解しやすいように「体制設計に必要な主要項目」として整理します。

これらの事項は、自治体・医療機関・医師会など複数の関係者が協議のうえで最終決定すべき内容であり、一組織だけで判断できるものではありません。

まずは下表の選択肢の中から暫定案を作成し、関係者協議を通じて最終決定してください。

区分	決定すべき内容（主要項目）	選択肢
医師体制	従事する医師の確保方法	<ul style="list-style-type: none"> ・自院内で確保 ・地域内で確保（医師会・連携医療機関等） ・地域外で確保（外部事業者等）
システム	ビデオ通話システム	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療専用システム ・汎用ビデオ通話サービス
医療情報管理	診療録（カルテ）運用方式	<ul style="list-style-type: none"> ・クラウド型電子カルテ ・オンプレ型（院外アクセス可） ・オンプレ型（院外アクセス不可） ・紙カルテ
指示伝達	オーダリング（処方・検査等の指示伝達）方法	<ul style="list-style-type: none"> ・既存システムへ直接入力 ・代替方式（専用様式→代行入力）
検査体制（来院型）	検査の実施可否	<ul style="list-style-type: none"> ・実施する ・実施しない
薬剤提供	処方・調剤方法	<ul style="list-style-type: none"> ・院内処方 ・院外処方

Step3. 実装設計

3-1) 運用体制設計に必要な事項の決定

3-2) 現場準備・リハーサル

(1) 運用内容の整理（業務フロー・対象患者・役割分担等の設定）

運用準備の前提として、まず「現場がどのように動くか」の具体的な運用内容の設計を行います。

この工程が不十分だと、マニュアル整備・教育・リハーサルが曖昧となり、現場の混乱につながるため、最初に十分な整理が必要です。

【設計すべき内容】

1. 業務フローの設定
 - ・ 受付 → 事前問診 → オンライン接続 → 診察 → 処方・会計 までの一連業務の流れの設定
 - ・ 検査導線（検体採取、結果共有）の明確化
 - ・ 接続導線（URL送付、接続支援）の明確化
 - ・ 職種別の動線・担当業務の整理
2. 対象患者の選定（オンライン／対面の振り分け基準）
 - ・ オンライン適否基準の設定（重症度、危険兆候、検査要否等の判断）
 - ・ 対面診療への切替基準の設定
 - ・ 受付・看護師向け患者振り分けチェックリストの整備
3. 職種ごとの役割分担の設定
 - ・ 医師・看護師・薬剤師・医事の具体的役割の明確化
 - ・ 各職種間の連携ポイントの整理
4. 連絡経路の設定（申送り・異常時・切替時の連絡線）
 - ・ 申送り方法の設定
 - ・ 接続不良・緊急時の対応連絡線の設定
 - ・ 対面切替時の連絡方法の設定
5. 判断基準の設定（オンライン可否・例外対応・対面切替）
 - ・ オンライン診療開始の可否基準の設定
 - ・ 診療途中の例外対応基準の設定
 - ・ 即時対面切替が必要となる状況の基準の設定

フェーズ	来院型（D to P with N）	自宅型（D to P）
1. 準備	・権限/アカウントの発行 ・PC/カメラ/遠隔聴診器等の確認	・アカウント/通信環境点検 ・不具合時の対応を共有
2. 受付	・患者情報を記録 ・待機場所と動線を案内	・患者情報を記録 ・端末有無（スマホ等）確認
3. 事前問診	・主訴/経過、既往、薬歴、アレルギー確認 ・体温/脈拍/血圧/SpO2測定 ・オンライン診療の可否を一次判断	・症状/既往歴等を電話で確認 ・映像/音声の通信状況点検
4. 申送・誘導	・事前情報/バイタルサイン等を医師へ共有 ・診察室等へ案内	・事前情報/通信状況を医師へ共有 ・URL等を送付しオンライン診察室に誘導
5. 診療前相談	・患者がオンライン診療に適することを確認 ・オンライン診療の同意を取得	・患者がオンライン診療に適することを確認 ・オンライン診療の同意を取得
6. 診察	・医師が問診、視診 ・看護師が同席し診療補助（カメラ調整、遠隔聴診、触診等）	・医師が問診、視診
7. 検査	・手順に沿って実施 ・結果を共有	（実施なし）
8. 処方	・処方箋交付	・処方箋交付
9. 事後処理	・診療録確定 ・窓口で会計	・診療録確定 ・手順に従って会計
10. フォローアップ （必須ではありません。）	・3～5日後に症状やオンライン診療に関するアンケートを実施	・3～5日後に症状やオンライン診療に関するアンケートを実施

Step3. 実装設計

3-1) 運用体制設計に必要な事項の決定

3-2) 現場準備・リハーサル

(2) 現場職員用マニュアルの整備（運用内容の文書化）/(3) 現場職員への教育・訓練/(4) リハーサル（模擬運用）の実施/(5) マニュアル・手順の見直し（最終化）/(6) 運用開始に向けた最終確認

ここまでで、業務フローや対象患者、役割分担など、運用内容の整理が完了しました。

Step3の最後の工程では、これら整理された内容をマニュアルへ落とし込み、教育やリハーサルを通じて、現場で実際に使えるレベルまで完成度を高めていきます。

設計した体制を「決めただけ」で終わらせるのではなく、「現場が迷わず動ける状態」に仕上げることが、この段階の重要なポイントです。



【Step 4 のポイント】

STEP4「運用前準備」は、運用方針・体制・現場手順が確定した後、運用開始直前に必要となる手続・調整を確実に完了する工程です。

ここで扱う作業は、追加の意思決定ではなく、研修受講、届出、契約、シフト調整、アカウント設定など、漏れなく実施すべき事務・運用手続が中心となります。

Step 4 の完了条件は、運用開始時点で、制度上の要件を満たし、必要な手続が完了し、関係者が迷わず業務を開始できる状態を整えることです。

Step 4 : 検討開始（骨子作成）

4-1) 医師の研修と届出

4-2) 運用開始前の実務準備

4-3) 広報・周知の実施

Step4. 運用前準備

4-1) 医師の研修と届出

4-2) 運用開始前の実務準備

4-3) 広報・周知の実施

4-1) 医師の研修と届出

(1) 医師の研修（厚生労働省eラーニング）

オンライン診療に従事する医師は、厚生労働省が実施するオンライン診療研修(eラーニング)を修する必要がある。

(2) 医療機関の届出

オンライン診療を保険診療として実施し、診療報酬(保険点数)を算定する場合、当該点数に係る施設基準の届出が必要となる場合があります。

運用開始前に、当該医療機関が算定予定の診療報酬項目の施設基準を満たしているか確認したうえで、基準を満たす場合には医療機関所在地を管轄する地方厚生(支)局へ施設基準の届出を行ってください。

研修区分	講義内容
オンライン診療を行う医師向けの研修	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
緊急避妊薬の処方に関する研修	経口避妊薬(OC)について理解すべき事項・各種避妊法とOC全般
	緊急避妊(Emergency Contraception:EC)
へき地(患者が看護師等いる場合)のオンライン診療に関する研修	へき地における患者が看護師という場合のオンライン診療

Step4. 運用前準備

4-1) 医師の研修と届出

4-2) 運用開始前の実務準備

4-3) 広報・周知の実施

4-2) 運用開始前の実務準備

オンライン診療の運用開始に向けて、従事する医師が円滑に勤務できる状態を整えることが重要です。

本項では、運用開始前に医療機関が行うべき 医師に関する実務手続きを整理します。いずれの作業も、漏れが生じると「運用開始日に医師が勤務できない」、「アカウントが使用できない」、「情報共有が適切に行われない」などのトラブルにつながるため、担当者・期限・手順を明確にし、確実に準備を完了させてください。

【医師の勤務開始に必要な事務的準備】

フェーズ	実施事項
1 契約	担当時間帯、責任範囲、連絡方法、報酬、守秘義務、トラブル対応、診療情報の取扱い等を文書で明確化する。
2 勤務前確認	医籍情報、保険医登録、研修修了、賠償責任保険加入状況等を確認し、院内で保管。
3 シフト管理	勤務可能日を確認し、担当日・担当時間を確定。変更時の連絡手順も定める。
4 勤務前準備	連絡手段、アカウント・権限の設定、機器貸与、通信・端末の動作確認を実施する。

Step4. 運用前準備

4-1) 医師の研修と届出

4-2) 運用開始前の実務準備

4-3) 広報・周知の実施

4-3) 広報・周知の実施

(1) 周知の目的

周知の目的は以下のとおりです。

- ・休日夜間帯における適切な受診行動の促進
- ・受診控えの防止及び特定の医療機関への集中の回避
- ・困った際の相談先・受診先の明確化による住民の安心確保
- ・医療機関・薬局・行政の案内内容を統一し、地域全体で同じ情報を提供できる状態の構築

(2) 周知の対象

広報・周知は、以下の対象に対して行います。住民向けに加えて、地域内の関係者にも周知することで、案内内容の統一と混乱防止につながります。

- ・住民（主対象）
- ・地域の医療機関
- ・薬局
- ・医師会・薬剤師会など関係団体
- ・必要に応じて相談窓口・関係機関

(3) 周知媒体

周知媒体は複数を用い、住民が目にしやすい場所・媒体を確保することが重要です。

自治体ホームページ、広報紙、公式SNS、休日夜間急患センターでの掲示・配布資料、地域医療機関・薬局での掲示、医師会・薬剤師会の連絡網、相談窓口における案内文等により周知を行います。

(4) 周知内容

周知内容は、現場運用と矛盾しないことが最も重要です。特に住民が判断に迷いやすい事項を優先し、簡潔かつ体系的に情報を提示します。

第4章以降のマニュアルの構成

ここまでで、スライドにお示ししている図、本マニュアル第2章「3) 活用方法」より抜粋した(1)および(2)の説明が終了いたしました。この後、マニュアル本編では、第5章において上越市および糸魚川市の事例を取り上げ、実際の導入の進め方や運用の流れについてご紹介しております。

また、最後にはオンライン診療導入時に参考となる各種テンプレートを付録として掲載しておりますので、実務での資料作成や合意形成の際にご活用いただければと存じます。

(1) 第3章で、初期救急領域におけるオンライン診療の導入・運用を検討するうえで前提となる基礎知識を整理する

- ・ オンライン診療等の用語の整理
- ・ オンライン診療の一般的な流れ
- ・ 関係者と役割の整理

(2) 第4章に沿って、Step1～Step4を順に検討する

- ・ Step1 検討開始（骨子作成）
- ・ Step2 合意形成
- ・ Step3 実装設計
- ・ Step4 運用前準備

各Stepには「完了条件」が明示されているため、進捗管理も行うことができます。

(3) 事例（第5章）を参考に、自地域に近いモデルをイメージする

- ・ 上越休日・夜間診療所（自宅型）
- ・ 糸魚川総合病院（来院型）

といった具体的な導入事例から、「なぜその方式を選んだか」「どのような効果があったか」を比較し、自地域への適合性を判断できます。

(4) 付録のテンプレート（検討概要図、会議計画、役割分担表など）を用いて資料作成を効率化する

- ・ 会議体の設定、関係者説明、院内調整、住民周知などの文書作成に活用できます。

© 新潟県

●本書に掲載された著作物の翻訳・複製・転載・データベースへの取り込み及び送信（送信可能化を含む）に関する著作権は、新潟県が保有します。

本書の無断複製は、著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を複製される場合は、その都度事前に新潟県の承諾を得てください。本書の許諾権は、外部機関には委託しておりません。