



週刊WEB
マガジン



医業経営

2026.5.19

医療情報ヘッドライン

窓口業務の 保険給付外 サービス化を 患者からの費用徴収 を可能に 財政審

▶財務省 財政審分科会

大学病院医師 研究時間確保が課題に ICT活用や AI導入が加速 働き方改革

▶全国医学部長病院長会議

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11月号)

経営データベース

ジャンル: 病院機能評価 > サブジャンル: 具体的取組ポイント
訪問審査の具体的取組ポイント
ケアプロセス調査について

週刊 医療情報

2026年5月15日号
医療12職種の安定養成へ
横断的な具体策を検討

経営情報レポート

制度改正・診療報酬・現場実装からみる
オンライン診療の最前線

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。

窓口業務の保険給付外サービス化を 患者からの費用徴収を可能に 財政審

財務省 財政制度等審議会財政制度分科会

財務省は4月28日に財政制度等審議会財政制度分科会を開催。政府の骨太の方針2026に反映される「春の建議」の策定に向けた議論を行い、医療機関における窓口業務費用の保険給付外サービス化を提言した。

2026年度診療報酬改定においてオンライン診療の受診に係るシステム利用料がその対象として明確化されたことを引き合いに出し、通常の診療の際の窓口業務のコストも保険給付外サービスとして位置づけ、費用の徴収を可能とする検討を進めるよう求めている。

■26年度の社会保障関係費は39.1兆円

同会で財務省は2026年度の社会保障関係費が39.1兆円となり、前年度から7,600億円増加する見込みであることを提示。勤労者世帯の税・社会保険料負担率は1988年の20.6%から2023年には25.9%まで増加している状況も紹介した。

医療の質の確保、患者アクセスの保障、医療提供のための負担の抑制の3つを同時に達成することは極めて困難である状況を「医療政策のトリレンマ」と表現し、「効率的な医療提供体制の構築、保険給付範囲の在り方の見直し、負担の公平化に不断に取り組んでいく必要がある」と提起した。

■初・再診料による評価は「窓口業務効率化のインセンティブが働かないことも問題」

財務省は保険給付の範囲について、「従来、医療機関を受診した際の窓口業務のコストは、初・再診料において評価されてきたと考えられるが、本来、窓口業務は診療行為そのものではなく、そもそも診療報酬で評価される必然性はない」と着目。一律の基本診療料であ

る初・再診料によって評価を行う場合、「デジタル化・省力化等による窓口業務効率化のインセンティブが働かないことも問題」と訴えた。

医療機関における保険給付外のサービスに係る費用の徴収について、厚労省は2005年9月に発出した通知にて「社会通念上許容される費用を徴収することを許容」と定義しており、具体的には、おむつ代や病衣貸与代、テレビ代やクリーニング代といった「日常生活上のサービスに係る費用」のほか、在宅医療に係る交通費や薬剤費の容器代、患者宅への薬剤の郵送代、患者都合による検査のキャンセル代、公的な手続き等の代行に係る費用などが徴収できるとされている。

26年度診療報酬改定では、療養の給付と直接関係ないサービスとして、次の4類型が追加・明確化される予定だ。

- ① 予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料
- ② 予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）
- ③ Wi-Fi 利用料
- ④ 在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料など）

財務省は①の追加を受けて、「オンライン診療では明確に受診時の窓口業務のコストを患者に転嫁することができるようになった」と解釈し、通常の診療における受付・患者管理・会計といった窓口業務を、保険給付外サービスとして位置づけ直すべきではないかと求めている。

大学病院医師 研究時間確保が課題に ICT活用やAI導入が加速 働き方改革

全国医学部長病院長会議

全国医学部長病院長会議は4月24日に記者会見を開き、「医師の働き方改革に関するアンケート調査結果報告」を公表。医師の働き方改革の対応について、時間外・休日労働時間が年1,860時間を超える医師は0人となり一定の成果がみられるが、年960時間以上の「週60時間以上」は依然として24.1%で、前回調査（2024年度・24.7%）と大きな変化はみられなかった。

また、大学病院特有の機能である研究時間確保の課題が浮き彫りになったほか、現場医師からは働き方改革の推進に必要な人材確保、ICT投資、処遇改善のための財源不足を解消すべく、診療報酬・補助金の支援が急務であるという声が上がっている。

■AIによる診療負担軽減は45.7%で導入

医師の働き方改革は2024年4月から施行され、医師の時間外労働は原則として年960時間、月100時間未満に制限されることとなった。

時間外労働の上限は、A水準・診療に従事する勤務医、B水準・三次救急や特定機能病院など地域医療確保に不可欠な医療機関、C水準・臨床研修や高度技能取得を行う医療機関を対象として3つに区分され、B・C水準では年1,860時間まで緩和される。

今回の調査は、各大学病院の取組状況を把握するために、会員81大学の本院（国立42、公立8、私立31大学）と、勤務する医師4,100名を対象として2026年1月から2月にかけてアンケートを実施。全81大学、4,066名から有効回答を得た。

医師の勤務時間短縮に向けて取り組んでいる内容について、特にICTの活用が58.0%と

なり最も増加幅が大きく、今回新たに項目へ追加された「AIによる診療負担軽減」は45.7%の大学で導入。AI文書作成・サマリ支援、AI画像診断支援、電子カルテ・リモートアクセスなどの導入が多く、そのために多くの経費を必要としている状況も示された。

業務別労働時間の割合をみると、全体で研究時間が13.5%、診療時間が64.6%となり、特に専攻医と臨床研修医は、研究時間がそれぞれ3.7%・4.7%、診療時間が83.4%・77.7%と、研究時間の確保が課題であることが明らかだ。

25年度の週平均研究時間を0時間と回答した医員は37.1%にのぼり、若手医師の研究時間の少なさが危惧されている。

また、25年度の大学からの年間給与総支給額について、医員や専攻医など若手医師は500万円未満が多く、処遇改善の必要性も浮き彫りとなった。

■大学病院の機能と労働時間制限の整合が困難

医師の働き方改革施行後に明らかになった課題について、33.3%が「財政・経営上の課題」と回答。次に25.0%が「タスクシフト・人材不足の顕在化」、「大学病院の機能との不整合」の回答が多かった。

前者は、看護師・技師・医師事務補助者等も人材不足でタスクシフト/シェアが機能しない実態や、雇用経費の確保の難しさが訴えられたほか、後者では、診療・教育・研究を一体的に担う大学病院の機能と労働時間制限の整合が困難であることが指摘された。

特に教育・研究時間の減少が顕著で、形式的な運用対応が医師の心理的負担を増大させている状況を不安視する声が上がっている。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

医療12職種の安定養成へ 横断的な具体策を検討

看護師など12の医療関係職種を安定的に養成・確保するため、厚生労働省は7日、養成校や医療現場、自治体の関係者が一体となって各職種横断的に対応すべき事項やその枠組みを検討していく方針案を有識者検討会の初会合に示した。各職種の状況や課題などを関係団体からヒアリングした上で、年内をめどに取りまとめを行う。

2040年ごろにかけて、国内では医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者が増える一方、15-64歳の生産年齢人口が減る見通し。また、18歳人口の減少によって医療関係職種の養成校の定員充足率が近年低下傾向にある。

検討会での論点は、医療関係職種のなり手の確保策と、なり手の中長期的な減少にも対応できる持続的な養成体制の整備のほか、多様な人材が参入しやすい養成の課程・環境の整備。本人の意欲・能力などに応じて継続的にキャリアやスキルの向上が図れたり、ライフコースに応じて働き続けられたりする環境の整備についても議論する。

これらの論点を踏まえ、必要な取り組みを各地域で計画的に進められる枠組みも検討する。対象となる職種は、看護師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のほか、救急救命士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士。医師・歯科医師・薬剤師は、養成や確保への対策が既に進んでいるため対象外とする。

この日の検討会では、対象職種の需給バランスに関するデータを示すよう求める意見が複数の構成員から出た。また、養成での遠隔授業やサテライト化を導入しやすい仕組みを検討すべきだという指摘もあった。

厚労省は年内をめどに意見を取りまとめ、具体的な取り組みを27年度予算に反映したい考え。

医療情報②
 厚生労働省
 医療保険部会

55歳以上の看護職員、 16年で2.4倍増

厚生労働省は8日、55歳以上の看護職員が2024年は41.3万人で、08年の17.1万人から2.4倍に増えたとするデータを公表した。41.3万人のうち65歳以上は10.8万人だった。

データは衛生行政報告例(隔年報)がベース。病院や診療所のほか、介護施設や訪問看護ステーションなど全就業場所の55歳以上の看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)の数を集計し、「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」に報告した。

55歳以上の看護職員の就業者数は、08年は17.1万人だったが隔年の集計で増え続け、24年は41.3万人だった。年代別の内訳は65歳以上が10.8万人、60-64歳は12.9万人、55-59歳は17.7万人。

日本看護協会の17年の調査では、50歳代の看護職員の6割近くが就業を継続する意向を示していて、厚労省では高年齢な看護職員が今後も増加するとみている。

医療情報③
 東京商工
 リサーチ

「医療・福祉事業」の倒産、 3年連続で最多更新

医療機関や介護事業所など「医療・福祉事業」の倒産が2025年度に478件（前年度比9.6%増）に上り、バブル期の1988年度以降3年連続で最多を更新したことが、東京商工リサーチの集計で分かった。

478件の内訳では、「老人福祉・介護事業」が最多で、以下などが続いた。

- ▼「老人福祉・介護事業」（182件）
- ▼「療術業」（108件）
- ▼「障害者福祉事業」（54件）
- ▼「児童福祉事業」（44件）
- ▼「一般診療所」（32件）

倒産の原因は、「売上不振」が340件と最も多く、全体の7割超を占めた。経営資源を使い果たした「既往のしわ寄せ」も50件あり、業績悪化を背景とした倒産が目立った。

事業所規模別では、従業員5人未満の事業者が345件に達した。さらに、5人以上10人未満の72件を合わせると全体の87%を占め、零細・小規模事業者の苦境が際立った。

医療情報④
 厚生労働省
 呼びかけ

26年度のマイナカード一体化 補助金受け付け15日から

厚生労働省は15日から、医療費助成の受給者証・診察券のマイナンバーカードへの一体化に関する補助金申請を受け付ける。期限は9月30日まで。要件や上限額は前年度と同じだが、申請期間が短いため早めの手続きを呼びかけている。

医療費助成のオンライン資格確認を導入するために必要なレセプトコンピューターの改修費用を補助し、病院の場合は事業費の2分の1で、上限は28万3,000円。再来受付機などの改修を含む場合は上限が60万円となる。診療所の場合は事業費の4分の3、5万4,000円を上限に補助する。対象となる改修は、以下の3パターン。

- (1) 医療費助成の受給者証情報をオンラインで取得するための改修
- (2) 受給者証情報のオンライン取得とマイナ診察券による受付を両方対応するための改修
- (3) マイナ診察券による受付を行うための改修

政府は2023年6月2日に医療DX推進本部が決定した「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、医療費助成のオンライン資格確認の導入を推進してきた。25年度末時点での参加・参加予定自治体は622団体（41都道府県、581市区町村）、医療機関・薬局では約6万9,000施設がシステム改修を完了している。申請は「医療機関等向け総合ポータルサイト」から。

週刊医療情報（2026年5月15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11月号）

厚生労働省 2026年3月31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11月の医療費は4.0兆円（対前年同月比 +0.8%）
- 令和7年度（4月～11月）の医療費は32.6兆円（対前年同期比 +2.4%）
 （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11月の対前年同月比 +3.7%
- 令和7年度（4月～11月）の対前年同期比 +3.3%（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
	4～11月	31.8	17.3	10.4	6.0	3.8	6.9	0.9	12.9	1.6
	9月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
	10月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	11月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
令和7年度 4～11月	32.6	17.5	10.8	6.4	3.8	6.7	0.8	13.4	1.6	
	4～9月	24.3	13.1	8.0	4.7	2.8	5.1	0.6	10.0	1.2
	9月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.7	0.2
	10月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
	11月	4.0	2.2	1.4	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歳以上
		75歳未満					国民健康保険	(再掲)未就学者	
		被用者保険	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	25.1	97.4	
4~9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3	
	9月	3.1	2.0	1.6	1.6	3.3	2.0	7.9	
	10月	3.3	2.2	1.7	1.7	3.5	2.1	8.3	
11月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.1	8.0	
令和7年度4~11月	26.4	17.2	13.9	13.3	13.6	27.5	16.8	65.6	
4~9月	19.7	12.8	10.4	9.9	10.1	20.6	12.5	49.1	
	9月	3.3	2.1	1.7	1.7	3.4	2.1	8.2	
	10月	3.4	2.2	1.8	1.7	3.6	2.1	8.5	
11月	3.3	2.1	1.8	1.7	1.7	3.3	2.1	8.0	

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	1.7	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7	
	9月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	10月	4.1	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
11月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3	
令和7年度4~11月	32.6	25.8	12.5	11.0	2.3	5.7	0.5	0.54	13.0	16.7	2.3	
4~9月	24.3	19.3	9.3	8.2	1.8	4.3	0.4	0.40	9.7	12.4	1.8	
	9月	4.1	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3
	10月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.07	1.7	2.2	0.3
11月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	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	4.4	0.28	
	9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.05
11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.8	0.05	
令和7年度 4～11月	16.5	16.1	2.9	10.4	2.7	5.9	0.44	
4～9月	12.3	12.0	2.2	7.8	2.0	4.4	0.33	
	9月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.06
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.06
	11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.06

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	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4	
	9月	19.3	41.2	42.9	10.3	8.5	9.5	12.4	15.6
	10月	19.1	42.1	43.8	10.2	8.5	9.3	12.2	15.4
	11月	19.1	42.2	44.0	10.1	8.5	9.2	12.3	15.3
令和7年度 4～11月	19.7	42.7	44.5	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0	
4～9月	19.7	42.6	44.5	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0	
	9月	19.8	42.7	44.6	10.6	8.7	10.0	12.1	16.2
	10月	19.8	43.2	45.0	10.6	8.7	9.9	12.1	16.1
	11月	19.8	42.6	44.4	10.5	8.7	9.6	12.3	16.0

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11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



医業経営

制度改正・診療報酬・現場実装からみる

オンライン診療の 最前線

1. オンライン診療の現状と課題
2. 制度・ルール・診療報酬の最新動向
3. ハイブリッド型外来の実装モデルと先行事例
4. オンライン診療の制度整備と方向性



■ 参考資料

【厚生労働省】：オンライン診療について—オンライン診療の適切な実施に関する指針—オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集—令和8年度診療報酬 個別改定項目について

1

医業経営情報レポート

オンライン診療の現状と課題

日本の医療は、少子高齢化と人口減少によって「医療需要の増加」と「担い手の制約」が同時進行するという局面に入っています。加えて、医師の働き方改革、医療安全確保、サイバーセキュリティ対応など、医療機関が向き合う経営課題は複雑化する一方です。

こうした環境変化の中で、医療提供の前提条件（場所・時間・人材）を再設計する手段として、オンライン診療の位置づけが再評価されています。

オンライン診療はコロナ禍を契機に社会実装が進みましたが、いま問われているのは「非常時の代替」から「平時の医療提供の一部」への移行のあり方、すなわち、いかに定着させるかについてです。

そのためには、オンライン診療を単独で拡大するのではなく、対面診療と組み合わせて安全性と継続性を両立させる運用が不可欠になります。

そこで本レポートでは、オンライン診療を対面の置き換えとしてではなく、対面を補完し、治療継続を支える仕組みとして整理し、ハイブリッド型外来（対面＋オンラインの最適配分）によって、治療継続をどう支援していくかを分かりやすく解説します。

■ 現状と普及に向けた動き

慢性疾患や精神疾患など、長期管理が必要な患者が増えるほど、治療継続（アドヒアランス）は医療の質とアウトカムに大きな影響を与えます。

しかし現実には、治療継続を妨げる壁が複数存在します。

■ 治療継続を困難にさせる例

① 移動・時間の負担

通院距離、冬季の移動リスク、待ち時間、就労や介護との両立が受診継続を難しくします。

② 心理的負担

「混雑が苦手」「感染が不安」「受診が億劫」といった理由で受診間隔が延び、結果として中断につながるケースが生じます。

③ 医療提供側の制約

外来が混雑し説明時間が確保しにくい、スタッフ不足で予約枠が絞られるといった状況は、患者側の受診継続をさらに難しくします。

オンライン診療は、これらを直接的に解決する手段になり得ます。ただし、オンライン診療は万能ではなく、適応を見極めた上で「対面と組み合わせて使う」ことがその前提となります。

2

制度・ルール・診療報酬の最新動向

■ 医療法改正による枠組みの整備

オンライン診療の定着に向けて、制度整備が進んでいます。令和7年に成立した改正医療法（医療法等の一部を改正する法律 令和7年法律第87号）によって、これまで行政解釈やガイドラインで運用されてきたオンライン診療が、医療法という法律の中で正式に位置づけられました。

これにより、ルールの根拠が明確になり、行政による把握・指導・是正命令の枠組みも整備されます。

■ 医療法等の一部を改正する法律（令和7年法律第87号）の概要

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

*を付した事項は衆議院による修正部分（概要）

1. 地域医療構想の見直し等【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

- ①-1 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ・病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ・地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ・医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- ①-2 厚生労働大臣は5疾病・6事業・在宅医療に関し、目標設定・取組・評価が総合的に推進されるよう都道府県に必要な助言を行う。*
- ①-3 都道府県は病床数の削減を支援する事業を行える（削減したときは基準病床数を削減）ほか、国は予算内で当該事業の費用を負担する。*
- ② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。
- ③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

2. 医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

- ① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。
- ② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。
- ③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

3. 医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

- ①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し*、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ①-2 2030年末までに電子カルテの普及率約100%を達成するよう、医療機関業務の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。*
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

4. その他（検討規定）*

- ① 外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方、② 医師手当事業に関して保険者等が意見を述べられる仕組みの構築、
③ 介護・福祉従事者の適切な処遇の確保

等

施行期日

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

令和9年4月1日（ただし、一部の規定は公布日（1①-2及び①-3並びに4②及び③）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びに4①）、令和8年10月1日（1①-1の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①-1の一部及び①-2）、公布後1年6月以内に政令で定める日（3③の一部）、公布後2年以内に政令で定める日（1③及び3③の一部）、公布後3年以内に政令で定める日（2①の一部並びに3①-1の一部及び3②）等）

出典：厚生労働省「オンライン診療について」

改正医療法では、受診場所を大別して①居宅等、②病院・診療所、③オンライン診療受診施設に整理しています。

特に③は簡素な要件・手続きで設置できるため、公民館・商業施設・企業健康管理室等に専用ブースを置く運用も視野に入ります。

3

医業経営情報レポート

ハイブリッド型外来の実装モデルと先行事例

■ 初診は対面、安定期はオンライン

ハイブリッド型外来の基本は、「初診（評価・方針決定）は対面」「安定期フォローはオンライン」「必要時は対面へ戻す」という3段階の役割分担にあります。この型を基準に、対象疾患・患者層に応じて運用を最適化します。重要なのは、切替ルール（どの症状・どの条件で対面に戻すか）を明文化し、患者への説明の場で共有することです。

また、運用設計で見落とされがちなのが、診察以外のプロセスです。検査・採血・注射・バイタル測定をどの地点で行うか（医療機関・訪問看護・オンライン診療受診施設等）を事前に設計しなければ、ハイブリッド型外来は機能しません。令和8年度改定では、看護師等が同席するオンライン診療において検査・注射・処置の評価が整理されており、これにより継続フォローに必要な医療行為の選択肢が広がっています。

■ 対面・オンライン診療を組み合わせた診療の一例

予 約：対面枠／オンライン枠を明確に分け、予約時点で適応確認と事前問診を進める。
 本人確認：初回は厳格に、以降はルールに沿った簡素化も検討（ただし逸脱はしないよう注意が必要）。
 決 済：クレジットカード等で未収金リスクを抑え、会計業務を省力化。
 処方・受薬：薬局連携、電子処方箋等の整備状況に応じて複線化（患者属性で迷わない設計）。
 トラブル対応：通信不良は起きる前提で代替手順（再接続、電話、再予約、対面切替）を用意。

上記をまとめると、①はじめて受診するときは必ず対面で、②症状が落ち着いているときはオンラインで継続、③症状が変わったときは迷わず対面へと切り替えていく、といった受療行動を定着させることがハイブリッド型診療では重要となります。

■ 好事例の紹介

オンライン診療の定着は、システムの性能だけでは図れません。むしろ、対象患者の設定、対面への戻し、薬剤受け渡し、スタッフ教育、トラブル時の代替手順といった「設計」の出来具合で継続率が変わります。ここでは、厚労省事例集に掲載された代表例から、治療継続支援に直結するポイントを抽出します。

(1) 天沼きたがわ内科(東京都):「用途を3パターンに固定」して運用

天沼きたがわ内科（脳神経内科）は、遠方に居住する患者から神経難病に関する問い合わせが届く状況を背景に、「遠方患者の受診機会を増やす」ことを目的として、2020年12月にオンライン診療を導入しています。

導入動機が受診機会＝治療継続の入口を増やすことに置かれている点が特徴です。

4

医業経営情報レポート

オンライン診療の制度整備と方向性

■ オンライン診療の定着化

オンライン診療は、新型コロナウイルス感染症の流行期に対面診療の代替手段として社会実装が進んだ一方、現在は「平時の医療提供を支える仕組み」として、制度・運用ルールの明確化が進む局面に入っています。

医療法改正によってオンライン診療が法文上で明確に位置づけられ、オンライン診療受診施設という受診の場の拡張も制度上整理されつつあります。これは、オンライン診療を「個別医療機関の工夫」から「医療提供体制の一部」へ移行させるための前提条件といえます。

定着期において重要なのは、オンライン診療を「便利なサービス」として拡大させることではありません。オンライン診療は、対面診療の課題である通院負担・時間制約・地域の地理条件に対応し、治療継続（中断防止）を支える手段としてこそ価値を発揮します。

特に慢性疾患管理や精神科領域など、継続がアウトカムに直結する分野では、オンラインの使いどころを明確化するほど成果が出やすくなります。令和8年度改定では、オンライン診療の適正推進に関する評価体系や、D to P with Nのような支援型モデルの評価が整理され、オンラインを使える人だけが使う仕組みにしない方向性が示唆されています。

■ 法改正検討事項一覧

- ・ R7改正法の施行に向けて、政省令等に委任された以下の事項について、内容を検討し、必要な法令改正を行う必要がある。
※医業・医療機関に関する広告については、医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会において、意見を聴く必要
- ・ 併せて、施行・運用に向けて必要な事項は、解釈等を明確化する必要がある。また、併せてオンライン診療の実施に当たり、必要な通知等の見直し・周知も行う。
- ・ なお、検討に当たっては、法案審議において衆・参厚生労働委員会において決議された附帯決議や規制改革実施計画（令和7年6月13日閣議決定）等を踏まえる必要がある。

1. 改正法の施行に向けて、政省令等で定める必要がある事項

- (1) オンライン診療を実施する医療機関の届出について
- (2) オンライン診療受診施設の設置に係る届出等について
- (3) 広告規制等について
- (4) オンライン診療基準、オンライン診療指針等について
- (5) 医療機関の管理者の措置／オンライン診療受診施設の公表について
- (6) 法令違反等への対応について
- (7) オンライン診療受診施設の利用に係る費用について

2. 併せて行う見直し・周知に関する事項

- (8) オンライン診療のための診療所の取扱いについて
- (9) 巡回診療車等の取扱いについて
- (10) オンライン診療受診施設におけるマイナ保険証の利用について

出典：厚生労働省「オンライン診療について」

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:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

訪問審査の具体的取組ポイント

病院機能評価・訪問審査の 具体的取組ポイントについて、教えてください。

病院機能評価・訪問審査の面接調査で行われる審査の対象は、病院の組織体制や運営方針、安全確保・感染制御・質改善の取り組みなど、評価対象領域（主に1領域と4領域）について、評価項目順に行われます。

	書類確認など	内容	同席者
			・書類確認会場にて、サーベイヤーが評価項目に関連する書類を確認
開始挨拶・メンバー紹介	内容	・サーベイヤーより簡単な自己紹介 ・訪問審査当日の概要（進行スケジュールなど）を病院とサーベイヤー間で共有します	
	同席者	病院幹部の方（多くの職員の方に同席いただいてもかまいません）	
病院概要説明	内容	・受審病院の概要や特徴を説明 ・地域における役割、機能、運営方針、課題、将来計画等の説明	
	説明者	病院概要について説明できる方（院長等）	
	同席者	院長、副院長、看護部長、事務長、各部門の責任者など、主に審査に関わる関係者	
面接調査	内容	・病院の組織体制や運営方針、安全確保・感染制御・質改善の取り組みなど、評価対象領域（主に1領域と4領域）について、評価項目順に面接調査	
	同席者	1・4領域の質問に対応できる担当者（院長・各部門責任者等）	

●診療・看護部門

病棟概要確認	内容	・サーベイヤーの病棟ラウンドにより、患者の利便性やプライバシー保護など療養環境等や、ナースステーション内で、管理・責任体制や薬剤の管理状況等
	同席者	訪問病棟について説明ができる担当者
ケアプロセス調査	内容	・訪問病棟における典型的な症例の診療録等を参照にし、来院・外来受診、入院から退院までの一連の経過に沿って、主に「チーム医療による診療・ケアの実践（2.2の中項目）」について確認
	同席者	確認症例の主治医、看護師、および関与した職員（薬剤師、栄養士、療法士など）
外来訪問	内容	・患者情報の収集方法、外来診療における安全性の配慮、患者に対する指導方法や退院後の支援体制など、患者から収集した情報をもとに、病態に応じた外来診療が提供されているかの確認 ・来院した患者が円滑に診察を受けることができているかについて、事務領域の部署訪問時に事務管理サーベイヤーが確認
	同席者	外来診療などについて説明ができる担当者

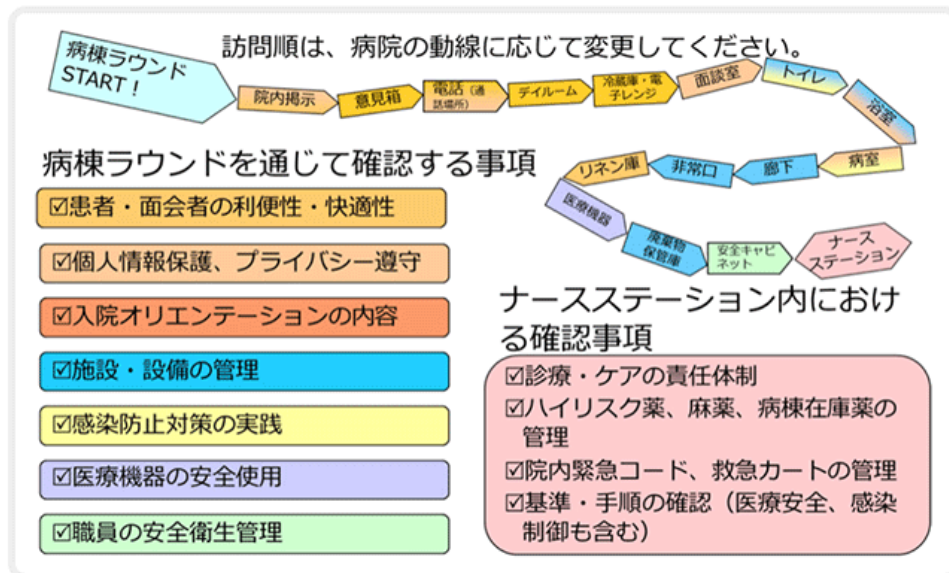
ジャンル:病院機能評価 > サブジャンル:具体的取組ポイント

ケアプロセス調査について

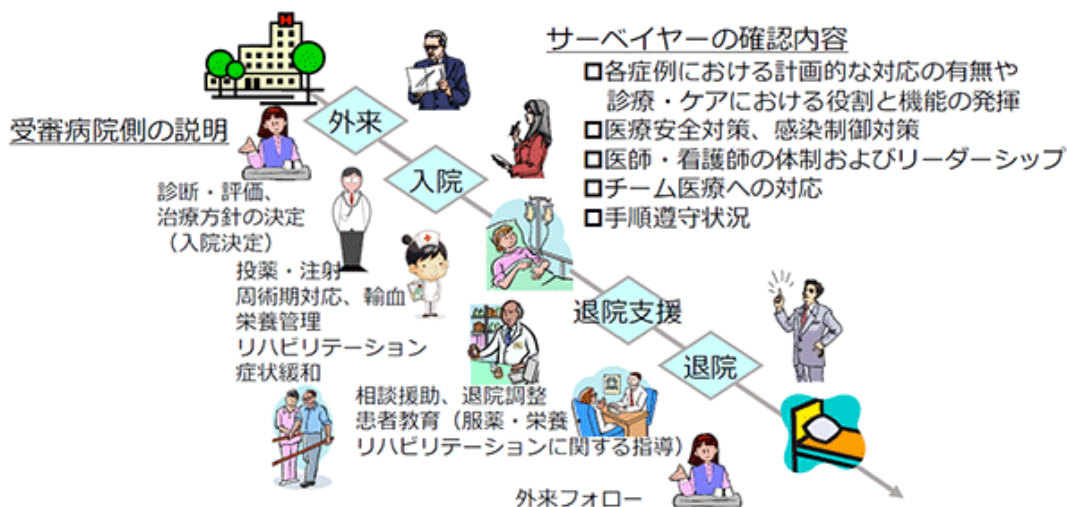
ケアプロセス調査の具体的取組ポイントについて、教えてください。

サーベイヤーが病棟をラウンドし、患者の安全確保、感染対策、利便性やプライバシー保護などを確認します。また、スタッフステーション内では管理・責任体制や薬剤の管理状況等を確認します。

(1)病棟概要確認の進め方



(2)ケアプロセス調査の進め方について



ケアプロセス調査では、典型的な症例の経過を辿りながら、診療・ケアの実態を把握します。

診療録や看護記録、退院時サマリーなどを確認しながら、インタビュー形式で進行します。

2.2 の中項目のうち、典型的な症例で確認できなかった評価項目（輸血・手術・褥瘡・身体拘束・ターミナルケアなど）は、別症例（入院中でも可）で確認します。