週刊WEBマガジン
医
Vol.942

医業経営

2026.11.10



医療情報ヘッドライン

オンライン診療システムへの不正ログイン セキュリティの点検・対策強化を要請

▶厚生労働省　医政局



労働時間が長い診療科・医療機関に対し 医師労働時間短縮計画の点検などの支援を

▶厚生労働省　検討会



週刊 医療情報

2026年11月6日号
宿日直勤務「許可通りか」確認促す、厚労省案

経営TOPICS

統計調査資料 令和7(2025)年
医療施設(動態)調査の概況

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

経営データベース

ジャンル: 人材・人事制度 ＞ サブジャンル:勤務環境改善策
職員満足度を向上させる方法
ICT活用で勤務環境を改善

発行:税理士法人プレインパートナー

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❶

オンライン診療システムへの不正ログイン セキュリティの点検・対策強化を要請

厚生労働省　医政局

厚生労働省医政局は 10 月 28 日に各都道府県衛生主管部（局）へ向けて、事務連絡「オンライン診療システムにおける不正ログイン事案の発生に伴うセキュリティ対策強化のお願い」を発出。国内のオンライン診療サービスを提供するシステムに不正ログインされる事案が発生したことを受け、厚労省は必要な対応および利用環境の点検・対策の強化を早急に検討の上、実施するよう要請した。

なお、オンライン診療システムに限らず、SaaS 型サービス（クラウド型サービス）を提供する事業者にも、予約・問診、業務効率化など関連システムやサービス全般について確認の上、対応するよう求めた。

■医療機関、患者双方のアカウントが攻撃対象

今般、オンライン診療システムに対し、他のサービスなどから流出・不正取得されたID・パスワードの組み合わせを使い、別のサービスへの不正ログインを試みる「リスト型アカウントハッキング（リスト型攻撃）」を受ける事案が発生。医療機関、患者双方のアカウントで不正ログインされ、患者の個人情報や診療情報等の閲覧被害が生じていることが確認されている。これを受けて厚労省は、対応・確認すべき以下の事項を明示した。

1.医療機関において対応・確認すべき事項

①多要素認証（二要素認証/パスキー）の必須化・有効化
②パスワード管理の徹底（使い回しの排除）
③アクセスログの緊急確認
④院内周知と警戒（二次被害の防止）

2.医療情報システム事業者において対応・確認すべき事項

①認証基盤の強化
②不正ログイン試行の検知および防御機能の強化
③リスクアカウントの保護措置
④監視体制の強化
⑤緊急利用停止を含めた認証強化の対応

■医療情報システム事業者へも要請

医療機関に対し、①ではオンライン診療や外部接続を伴うクラウド型医療システムなどにおいて、ID・パスワードを盗まれただけでは第三者がログインできないようにするための、２つ以上の異なる要素を組み合わせる多要素認証が有効化されているかを直ちに確認し、未設定の場合は速やかに導入・強制設定の検討・実施を要請。②では、院内で利用するシステムやアカウントで、類似のパスワードを使い回していないかの点検、③では、深夜帯のアクセスや海外 IP アドレスからの接続、短時間の連続認証試行など、不審なログイン履歴がないか監査ログの確認を求めた。

次に医療情報システム事業者へ、①について、医療機関向け・患者向けの双方のシステムで多要素認証（MFA/2FA）やパスキー導入の推進・標準化を要請。そのほか特に⑤では、ログインインターフェイスにおいて、メールアドレスや電話番号をIDに設定し、パスワード認証のみのシステムの場合や、外部流出情報によるリスト型攻撃を受けた場合、正規の認証手段での不正ログインが成立しやすいことに言及。「システムの緊急利用停止を含め、認証基盤の強化や認証手段の見直し等の措置を至急検討」するよう求めた。

不正ログイン等のインシデントを検知した場合、政策統括官（情報政策担当）付医療情報連携担当参事官室の「igishitsu@mhlw.go.jp」に情報提供を行うよう周知した。

医療情報ヘッドライン②

労働時間が長い診療科・医療機関に対し医師労働時間短縮計画の点検などの支援を

厚生労働省　令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会

厚生労働省は 10 月 29 日に「令和８年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会」を開催。その中で、時間外・休日労働時間が年 960 時間を超える医師の割合が多い特定労務管理対象機関や地域で重要な役割を担う大学病院及び小児・周産期、救急医療を担う病院に対する支援について言及。「医師労働時間短縮計画」作成時に特に点検すべき項目や、「医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）」が重点的に支援する案を示した。

■「医師労働時間短縮計画」を作成する際の点検すべき項目を提示

医師の働き方改革では、2024 年４月から時間外・休日労働の上限規制が適用された。

厚労省は2035 年度末に特例水準の解消を掲げており、2027 年に施行後３年の見直しを迎えることを見据えた議論を行うため本検討会を開催している。

今回は労働時間が長い診療科・医療機関への支援について、特に外科や循環器内科を例に挙げ、診療機能を担う特性等から休息時間の取りにくさ、業務負担等の課題が生じている状況に言及した。

そこで厚労省は、時間外・休日労働時間が年 960 時間を超える医師の多い医療機関に対し、「医師労働時間短縮計画」を作成する際、特に点検すべき以下の４項目を提示した。

①タスク・シフト/シェア等の業務分担等の見直し
②ICT 活用等の業務効率化の推進
③職員の適切な理解に基づく労務管理
④健康確保等を前提とした効果的かつ効率的な研修・修練の環境整備（臨床研修医含む。）

さらにこれらの医療機関に対し、勤改センターによる重点的な支援や、追加的健康確保措置の着実な実施を引き続き確保していくため、措置の実態把握や、適切な運用のための事例収集、好事例の横展開を図る考えだ。

同会で意見発表した日本循環器学会の小林欣夫代表理事は、適用水準と時間外労働の実態に乖離があることや、勤務間インターバルを確保すると翌日の診療が回らないといった現場のリアルな状況を共有。人員配置や財政支援、安全性を担保したタスクシフトの推進、医師の地域偏在を是正する仕組みづくりが働き方改革と循環器医療の両立に必要不可欠であるとした。

■研鑽に関する考え方やルールの周知の徹底を

次に研鑽の取り扱いの現状では、研鑽と労働時間の区分けを明確にするための規定や区分が定められている医療機関は４割程度にとどまっており、診療・教育・研究との切り分けの判断の難しさや、申請等の手続きが具体化されていないといった理由が挙げられた。

厚労省は、研鑽に関する考え方やルールの周知を改めて徹底するとともに、好事例の収集・横展開、勤改センターによる支援につなげるなどの対応を進める考えを示した。

また、女性医師等の働き方において、医籍登録後 11 年目前後（おおよそ 35 歳前後と想定）で、休業の取得者等の割合が多く、男性医師は数%であるが、女性医師は 20%強であることや、復職後は非常勤形態や診療所で従事する医師の割合が増加する傾向を紹介。

ライフイベントとキャリアが両立できるような柔軟な働き方が整備されている病院の具体例を示し、医療機関等の紹介から採用まで支援するとともに、労務分担や勤務環境改善に取り組む必要性を訴えた。

ビズアップ週刊 医療情報
2026年11月6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
厚生労働省
検討会

宿日直勤務「許可通りか」確認促す、厚労省案

厚生労働省は、労働基準監督署の許可を受けた医師の宿日直勤務が許可の内容に沿っているか、医療機関の確認を促す。

医師の時間外労働の上限規制が始まるのに合わせて許可の件数が急増したが、自分の業務が許可を受けているか理解していない医師がいることが分かり、適切な運用を後押しする。

医師の働き方改革の推進策を議論する検討会に 10 月 29 日、対応案を示した。

現時点では、宿日直の勤務実態をチェックできるツールを医療機関に配布し、乖離していたら都道府県の医療勤務環境改善支援センターの支援につなげることを想定している。

検討会の議論の取りまとめを待って判断する。

労基署による宿日直の許可には期限が設定されておらず、検討会の意見交換では、許可した後の勤務の変化に対応するため「許可期限の新設を検討していただきたい」（日本労働組合総連合会の菅村裕子総合政策推進局長）という意見があった。

岡俊明構成員（日本病院会副会長）は、宿日直許可の運用は「おおむね順調」と主張し、大幅な見直しに慎重な考えを示した。

検討会はこの日、医師の宿日直・研鑽を議論した。厚労省によると、医師の宿日直の許可件数は 2022 年から 24 年にかけて急増した。同省では時間外労働の上限規制が 24 年度に始まるのに合わせて医療機関からの許可申請が集中したとみている。

一方、25 年度に行われた調査では回答があった医師のほぼ 3 割は自分の宿日直業務が労基署の許可を受けているか知らなかった。

「知っている」と答えた医師の 2 割は許可の内容までは理解していないことも分かり、厚労省は宿日直許可の適切な運用を促す必要があると判断した。

一方、医師の自己研鑽に関しては、日本専門医機構が 26 年度に行ったアンケートで、大学病院の専攻医の過半数は勤務先が行った「労働」との区分に不満を感じていた。

厚労省研究班の 25 年度の調査では、医師の自己研鑽と労働をそもそも区分していない医療機関が全体のほぼ 6 割を占め、同省では研鑽に関する考え方やルールを改めて周知する。

医療情報②
日本医師会
定例記者会見

控除対象外消費税問題、診療報酬での補填継続を

日本医師会は 10 月 28 日の定例記者会見で、医療機関が負担する控除対象外消費税問題への対応方針を説明した。病院については、診療報酬による補填状況のばらつきを是正するため、より適正な補填方法を検討し、厚生労働省にも再検討を求める。一方、診療所については現行の補填方式の継続を求める。日医は内部の医業税制検討委員会を中心に議論を深める。

今村英仁常任理事は、14 日の衆院予算委員会で、高市早苗首相が医療機関全体としては必要な手当てがなされているものの、個々の医療機関では補填状況にばらつきが生じ得ると答弁したことに言及。

また、上野賢一郎厚生労働相が課税取引への転換には高いハードルがあり、検討課題が山積していると答弁したことを取り上げ、日医も同様の認識だと説明した。併せて日医は全ての医療を課税取引にすることは求めていないことを強調した。

日医は 2027 年度税制改正要望で、診療所について保険診療の非課税と診療報酬による補填の継続を、病院については軽減税率を中心とした課税方式への転換を求めている。さらに、現行の非課税制度を前提に建物などを含む高額投資への緊急対応も要望項目に盛り込んでいる。

診療所について今村常任理事は、初診料や再診料への上乗せによる補填方式の継続を求める考えを明言。この補填方式から課税方式に変更した場合、社会保険診療に関連する他の税制も見直される恐れがあり、小規模医療機関への影響が懸念されるとし、考慮すべきだとした。

高齢の医師を含め、制度変更を機に廃業する診療所が生じ、地域医療に支障を来す事態は回避しなければならないと訴えた。

一方、病院については補填状況のばらつきが大きいことを最大の課題と指摘。また、建築資材の高騰などで建て替えや設備投資が困難になっているとして、税制上の措置だけでなく、補助金や融資などの支援が必要と強調。「税制と予算のセット」で対応する必要性を訴えた。

医業税制検討委員会には病院団体や有床診療所の関係団体から推薦された委員が参加し、厚労省もオブザーバーとして加わっている。今後 2 年間をめどに検討を進めるが、病院への緊急対応については、その間も必要な取り組みを講じる考えだ。

全日本病院協会が検討するインボイスを活用した補填方式について、松本吉郎会長は「一つの方式にすぐに飛びつくのではなく、医療界全体で幅広く検討すべきだ」と見解を述べた。

インボイス登録が必要となる制度設計は、小規模診療所にとって負担が大きいとして慎重な考えを示した。日医は現時点で税制改正要望を変更しない方針。

ただし松本会長は、病院の課税方式への転換を求める従来の要望には病院団体の強い意向が反映されていると説明し、今後の議論によって要望内容を修正する可能性にも言及した。

医療情報③
社保審
分科会

27年度介護報酬改定 6月1日施行へ

厚生労働省は 10 月 28 日、2027 年度介護報酬改定の施行時期を６月１日とする方針を社会保障審議会の介護給付費分科会に示した。前回の 24 年度改定は原則 4 月、一部の医療系サービスなどは６月に行われたが、現場の事務負担などを考慮して実施時期を統一する。

最終的には、27 年度予算の編成過程で施行時期が決定する。

介護報酬改定は制度創設以降、4 月の施行を基本としていたが、24 年度は医療分野との関連が特に深い居宅療養管理指導や訪問看護、通所リハビリ、訪問リハビリの 4 つのサービスと処遇改善加算に限り、６月に報酬の見直しが行われた。（以降、続く）

週刊医療情報（２０２６年１１月６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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜 粋

令和7(2025)年 医療施設(動態)調査の概況

厚生労働省　2026年9月29日公表

令和７（2025）年 10 月１日現在における全国の医療施設総数は 181,464 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 179,146 施設（医療施設総数の 98.7%）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)施設の種類別にみた施設数

全国の医療施設は 179,146 施設で、前年に比べ 499 施設減少している。「病院」は 8,001 施設で、前年に比べ 59 施設減少しており、「一般診療所」は 105,521 施設で 314 施設増加、「歯科診療所」は 65,624 施設で 754 施設減少している。

病院を施設の種類別にみると、「精神科病院」は 1,052 施設で、前年に比べ 5 施設減少しており、「一般病院」は 6,949 施設で、54 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 3,290 施設（病院総数の 41.1%）で、前年に比べ 48 施設減少している。

一般診療所は「有床」が 5,160 施設（一般診療所総数の 4.9%）で、前年に比べ 255 施設減少し、このうち「療養病床を有する一般診療所」は 378 施設で、前年に比べ 53 施設減少している。「無床」は 100,361 施設（同 95.1%）で、前年に比べ 569 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７年（2025）	令和６年（2024）	増減数	増減率（%）	令和７年（2025）	令和６年（2024）
総　数	179 146	179 645	△ 499	△ 0.3	…	…
病　院	8 001	8 060	△ 59	△ 0.7	100.0	100.0
精神科病院	1 052	1 057	△ 5	△ 0.5	13.1	13.1
一般病院	6 949	7 003	△ 54	△ 0.8	86.9	86.9
（再掲）療養病床を有する病院	3 290	3 338	△ 48	△ 1.4	41.1	41.4
一般診療所	105 521	105 207	314	0.3	100.0	100.0
有　床	5 160	5 415	△ 255	△ 4.7	4.9	5.1
（再掲）療養病床を有する一般診療所	378	431	△ 53	△ 12.3	0.4	0.4
無　床	100 361	99 792	569	0.6	95.1	94.9
歯科診療所	65 624	66 378	△ 754	△ 1.1	100.0	100.0
有　床	20	20	-	-	0.0	0.0
無　床	65 604	66 358	△ 754	△ 1.1	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 5,585 施設（病院総数の 69.8%）と最も多く、次いで「公的医療機関」が 1,175 施設（同 14.7%）となっている。

一般診療所は「医療法人」が 48,317 施設（一般診療所総数の 45.8%）と最も多く、次いで「個人」が 38,292 施設（同 36.3%）となっている。

歯科診療所は「個人」が 47,539 施設（歯科診療所総数の 72.4%）と最も多くなっている。

前年と比べると、病院は「医療法人」が 41 施設減少、「個人」が 10 施設減少している。

一般診療所は「医療法人」が 606 施設増加し、「個人」が 427 施設減少している。

歯科診療所は「医療法人」が 342 施設増加し、「個人」が 1,128 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７年（2025）	令和６年（2024）	増減数	増減率（%）	令和７年（2025）	令和６年（2024）
病　院	8 001	8 060	△ 59	△ 0.7	100.0	100.0
国	317	317	-	-	4.0	3.9
公的医療機関	1 175	1 182	△ 7	△ 0.6	14.7	14.7
社会保険関係団体	47	47	-	-	0.6	0.6
医療法人	5 585	5 626	△ 41	△ 0.7	69.8	69.8
個　人	82	92	△ 10	△ 10.9	1.0	1.1
その他	795	796	△ 1	△ 0.1	9.9	9.9
一般診療所	105 521	105 207	314	0.3	100.0	100.0
国	550	551	△ 1	△ 0.2	0.5	0.5
公的医療機関	3 438	3 501	△ 63	△ 1.8	3.3	3.3
社会保険関係団体	394	409	△ 15	△ 3.7	0.4	0.4
医療法人	48 317	47 711	606	1.3	45.8	45.3
個　人	38 292	38 719	△ 427	△ 1.1	36.3	36.8
その他	14 530	14 316	214	1.5	13.8	13.6
歯科診療所	65 624	66 378	△ 754	△ 1.1	100.0	100.0
国	4	4	-	-	0.0	0.0
公的医療機関	246	247	△ 1	△ 0.4	0.4	0.4
社会保険関係団体	4	4	-	-	0.0	0.0
医療法人	17 395	17 053	342	2.0	26.5	25.7
個　人	47 539	48 667	△ 1 128	△ 2.3	72.4	73.3
その他	436	403	33	8.2	0.7	0.6

（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 1,953 施設（病院総数の 24.4%）と最も多く、一般診療所は「10～19 床」が 3,545 施設（有床の一般診療所総数の 68.7%）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 1,518,172 床で、前年に比べ 24,185 床減少している。病院は 1,450,322 床で、前年に比べ 19,523 床減少しており、一般診療所は 67,790 床で 4,661 床減少、歯科診療所は 60 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 868,807 床（病院の全病床数の 59.9%）で、前年に比べ 10,921 床減少、「精神病床」は 311,579 床（同 21.5%）で 4,568 床減少、「療養病床」は 264,656 床（同 18.2%）で 3,865 床減少している。

一般診療所の「療養病床」は 3,553 床で、前年に比べ 535 床減少している。

各年 10 月 1 日現在

	病床数		対前年		構成割合（%）	
	令和 7 年（2025）	令和 6 年（2024）	増減数	増減率（%）	令和 7 年（2025）	令和 6 年（2024）
総　数	1 518 172	1 542 357	△ 24 185	△ 1.6	…	…
病　院	1 450 322	1 469 845	△ 19 523	△ 1.3	100.0	100.0
精神病床	311 579	316 147	△ 4 568	△ 1.4	21.5	21.5
精神科病院	238 643	241 796	△ 3 153	△ 1.3	16.5	16.5
一般病院	72 936	74 351	△ 1 415	△ 1.9	5.0	5.1
感染症病床	1 949	1 941	8	0.4	0.1	0.1
結核病床	3 331	3 508	△ 177	△ 5.0	0.2	0.2
療養病床（A）	264 656	268 521	△ 3 865	△ 1.4	18.2	18.3
一般病床	868 807	879 728	△ 10 921	△ 1.2	59.9	59.9
一般診療所	67 790	72 451	△ 4 661	△ 6.4	100.0	100.0
（再掲）療養病床（B）	3 553	4 088	△ 535	△ 13.1	5.2	5.6
歯科診療所	60	61	△ 1	△ 1.6	…	…
療養病床総数（A）＋（B）	268 209	272 609	△ 4 400	△ 1.6	…	…

(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 818,851 床（病院の全病床数の 56.5%）、一般診療所では 54,049 床（有床の一般診療所の全病床数の 79.7%）と最も多くなっている。

令和 7（2025）年　医療施設（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。



経営情報
レポート
要約版



制度改正

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。

■治療継続を困難にする例

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 医業経営情報レポート
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

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。

施行期日

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外来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実現できません。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。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：人材・人事制度 ＞ サブジャンル：勤務環境改善策

職員満足度を向上させる方法

職員満足度を向上させるためには どうすればよいのでしょうか。

勤務環境改善を図りつつ、患者を確保し安定した収入を得るためにはどうすればよいか、組織全体で考え、施策に取組む必要があります。

勤務環境の改善	医籍登録後の年数別の就業率をみると、女性医師の就業率は「出産」や「子育て」等の理由でおおむね 30 代後半で最低値まで下がるＭ字カーブを描いています。 子育てと勤務を両立するために必要なものに関する調査では、「職場の雰囲気・理解」、「勤務先に託児施設がある」、「子どもの急病等の際に休暇がとりやすい」、「当直や時間外勤務の免除」、「配偶者や家族の支援」の順に多く、特に女性医師からの必要とする声が多いという結果が出ています。 看護職員の退職理由では、「結婚」、「妊娠・出産」、「転居」、「子育て」、「自分の健康（身体的理由）」が上位になっており、ワーク・ライフ・バランスを考慮した「働きやすさ」が勤務継続に不可欠な要素と考えられます。
医療人材の確保	医療従事者の勤務環境改善に関する現状認識をみると、「重要な課題である」が最多で、「やや重要な課題である」と続いています。「重要な課題である」と「やや重要な課題である」と回答した割合の合計は増加傾向にあることがわかります。 また、勤務環境改善が重要だと認識した理由としては、「人材の確保・定着のため」が最多であり、続いて、「質の高い医療の提供、質の向上のため」、「職員の業務負担軽減のため」となっています。
休暇取得の促進	勤務環境改善に関する取組みのうち、取組んでいる割合／効果が高いと評価できる割合が最も高いものは「年次有給休暇をはじめとする休暇の取得を促進している」であり、定年退職者の再雇用の取組みについても効果が高い結果となっています。 また、勤務環境改善の取組みの経営上のメリットとして、「離職率が低下した」が最も多く、人材の流出を防ぐ、あるいは人材を確保するために一定の効果があることがわかります。
教育の充実	医療は「人」が「人」に対して直接サービスを提供する数少ない産業であり、全費用のおよそ半分を人件費が占める、極めて労働集約的な産業であるといえます。 職員の満足度が向上することは、離職率の低下につながります。 ベテラン看護師がいることで業務効率化が実現するとともに、新人の教育が充実し、新人の成長が早まれば、医療サービスの質も向上していきます。 これにより患者満足度が高まり、患者が患者を呼び、安定した収入が期待できます。 このようなプラスのスパイラルを維持していくためには、職員満足度を向上させ、医療サービスの質向上を図ることが必要です。

経営データベース

Question

Answer

ジャンル：人材・人事制度 ＞ サブジャンル：勤務環境改善策

ICT活用で勤務環境を改善

ICTツールの活用による勤務環境の改善について、教えてください。

医療機関では、ICT ツールの活用によって、医療情報を安全かつ円滑に共有し、医療の質や安全性向上を図るとともに、業務効率化等を推進することが求められています。

また、移動や紙媒体の作成等を伴わない情報共有が進み、業務時間の短縮及びリモートワーク等の柔軟な就業形態を実現できます。

（１）情報共有ツールの導入

オンライン会議やオンライン学習、オンライン診療システムを導入することで、院外から業務や研修に参加すること等、柔軟な働き方の実現が可能となります。併せて、新型コロナウイルス感染症に代表される感染症拡大リスクの低減や移動時間の削減等、職員の負担軽減にもつながります。

院内においても、ICT インフラを整備・活用することで、会議資料のペーパーレス化等の業務効率化や、時間外労働時間等の労働状況の見える化を図ることができます。

また、情報共有ツールの中には無料で利用できるサービスもあり、コストをかけずに働き方改革を推進するための有効な手段であると考えられます。

（２）AI問診、音声入力等の補助機器の導入

AI 問診や音声入力等の補助機器を導入することにより、データ入力のために手元の業務を中断することなく、必要な情報の記録やスタッフ間の円滑なコミュニケーションを図ることができます。これによって、業務時間の短縮等の効率化だけでなく、医療の質の向上との両立を図ることが可能となります。

なお、新たなツールの導入にあたっては、業務設計や優先度を踏まえて活用方法を十分に検討し、導入後も活用ノウハウをスタッフ間で共有する等、活用機会を拡大することが重要です。

（３）デジタル化や IoT・ロボットの活用による業務効率化

紙で保有している情報をデジタル化することや、バイタル測定器等の測定結果をインターネットで電子カルテにデータ連携するといった IoT や、搬送・検査・手術等を支援するロボットの活用等により、これまで医療従事者が行ってきた様々な業務を削減できるとともに、医療の質の向上も実現できます。