

1 医業 経情報

REPORT

Available Information Report for
Medical Management

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

2026
5
MAY

1. 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、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。

1 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 オンライン診療の価値と限界

オンライン診療についての議論で最初に必要となるのが、概念の整理です。遠隔での医療行為には、オンライン診療以外にも、オンライン受診勧奨や遠隔健康医療相談などがあり、それぞれの位置づけ・ルール・リスクが異なります。定義が曖昧なまま導入を進めると、現場運用や患者説明で齟齬が生じ、トラブルの温床になります。

オンライン診療の最大の価値は、治療継続の支援にあります。移動負担を下げ、受診機会を確保し、患者の生活に医療を合わせることで中断リスクを下げられるからです。一方で限界も明確で、触診・聴診など身体診察ができないため情報量が制限されます。したがって、オンライン診療の本質は「対面の代替」ではなく、「対面の補完」にあるのです。ここから、ハイブリッド型外来（対面とオンラインの役割分担）という設計思想が生まれます。

■オンライン診療の適切な実施に関する指針の概要

1. 本指針の位置づけ

- 情報通信機器を用いた診療を「遠隔診療」と定義していたものを、新たに「オンライン診療」と定義を変更。
- 医師-患者間で情報通信機器を通じて行う遠隔医療を下図のとおり分類し、オンライン診療について、「最低限遵守する事項」と「推奨される事項」を示す。
- 「最低限遵守する事項」に従いオンライン診療を行う場合には、医師法第20条に抵触するものではないことを明確化。



2. 本指針の適用範囲

情報通信機器を通じて行う遠隔医療のうち、医師-患者間において行われるもの

	定義	本指針の適用
診断等の 医学的判断 を含む	オンライン診療 診断や処方等の診療行為をリアルタイムで行う行為	全面適用
	オンライン受診勧奨 医療機関への受診勧奨をリアルタイムで行う行為	一部適用
二般的な 情報提供	遠隔健康医療相談 一般的な情報の提供に留まり、診断等の医師の医学的判断を伴わない行為	適用なし



3. 本指針のコンテンツ

オンライン診療の提供に関する事項	オンライン診療の提供体制に関する事項	その他オンライン診療に関連する事項
<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師-患者関係/患者合意 ○ 適用対象 ○ 診療計画 ○ 本人確認 ○ 薬剤処方・管理 ○ 診察方法 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師の所在 ○ 患者の所在 ○ 患者が看護師等という場合のオンライン診療 ○ 患者が医師という場合のオンライン診療 ○ 通信環境 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師教育/患者教育 ○ 質評価/フィードバック ○ エビデンスの蓄積

出典：厚生労働省「オンライン診療について」

3 オンライン診療の限界と対面

オンライン診療は利便性が高い一方、触診・打診・聴診ができず、得られる医学的情報が限定されます。よって医師は症例ごとに適用可否を判断し、少しでも疑義があれば速やかに対面へ切り替えるという判断が不可欠となります。ここが安全性担保の生命線であり、診療はオンライン単独ではなく「対面と組み合わせる運用」であることが前提になります。

また、オンライン診療の恩恵を受けやすい層ほど、端末操作・認証・通信環境で利用障壁が生じます（デジタル格差）。先行事例では、患者宅を訪問してスタッフが機器操作を補助する体

制、家族同席で支援する体制、操作マニュアルとベンダー窓口の活用などが工夫として示されています。ハイブリッド外来は「デジタル弱者支援」を設計に組み込むほど成功確率が上がります。

■デジタル格差とは

情報通信技術（ICT）を利用できる患者と利用できない患者の間で、受ける医療サービスや健康状態に格差が生じること。

- 例）・予約・受付：デジタル利用層は24時間いつでもオンライン予約が可能だが、非利用層は電話がつながらず、予約が取れない、または長時間待機の可能性が高まる。
- ・受診形態：デジタル利用層はオンライン診療により、自宅で受診・処方を受けられるが、非利用層は通院の負担（移動時間・費用）が解消されない。

また、安全性の観点から最重要なのが「対面へ戻す（エスカレーション）」ことを前提とした設計です。オンラインで十分な情報が得られない、症状が変化した、検査が必要など、速やかに対面へ切り替えられる体制がなければ、オンライン診療はむしろリスクになり得ます。

定着への鍵は、オンラインを増やすことではなく、安全に対面診療へ戻せる導線を常設するところにあるのです。

最近では、クリニックのスタッフによる窓口を用意しているところも増えています。また、「使いこなせるか心配」という患者向けに、家族と一緒に画面の前に座ったり、公民館など地域の施設でサポートを受けながら受診できる仕組みも整いつつあります。

運用上重要なのは、患者に「ひとりで使いこなすこと」を前提とさせない設計です。導入初期の数回は、家族や知人の同席を促す、機器の準備のみクリニック側で済ませてから自宅受診に移行させるなど、段階的な利用フローを用意することが望ましいといえます。実際の運用現場では、初回利用の不安を乗り越えれば、二回目以降の操作習熟は急速に進むといったケースが多く報告されています。

したがってクリニック側に、「自分には難しそう」と利用を躊躇する患者に対し、かかりつけ医による初回案内や個別相談の機会を設け、患者ごとの受診形態を共に設計する姿勢が求められます。オンライン診療は、患者の状況に応じて柔軟に運用設計できる仕組みであるべきであり、その柔軟性をいかに現場で具現化するかが重要となります。

また、オンライン診療を円滑に運用するうえでは、受診前の事前準備に関する患者案内が当日のやり取りの質を左右します。具体的には、服用中の薬剤情報や血圧・体温等のバイタル記録を手元に用意してもらう、明るく静かな受診環境を確保してもらう、通信環境を事前に確認してもらう、といった項目が挙げられます。これらは特別な準備ではなく、対面診療で行っている事前確認事項と本質的に大きな差はありません。クリニックとしては、これらの事前準備事項を案内チラシや動画にまとめて配布する、あるいは予約時に口頭で説明するなど、患者が迷わず準備できる導線を整備することが、当日の診療効率と患者満足度の双方に寄与します。

2. 制度・ルール・診療報酬の最新動向

1 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、総務法等】	
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 【総務法、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。

■オンライン診療が可能な場所の類型

<p>① 医療法に、患者がオンライン診療を受ける専用の施設として「オンライン診療受診施設」（以下「オン診施設」）が位置付けられ、診療所と比較して簡素な要件・手続等のもと整備が可能になる。</p> <p>② 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が省令に引き上げられ、違反に対しては都道府県知事等の是正命令等が可能になる。</p>						
【オンライン診療が可能な場所の類型】						
	医療提供施設			居宅等		
	病院・診療所（注1） オンため診（注2） 巡回診療車等 Ex. 医療MaaS	オンライン診療受診施設	その他 Ex. 職場、学校、通所介護事業所など※	特養等 ・（特別）養護老人ホーム ・軽費老人ホーム ・有料老人ホーム	患者の居宅	
定義・要件等	・医師が公衆・特定多数人のため医療を行う場所（ ≥ 20 床・ ≤ 19 床）	・必要性を認めた場合（特例的）	・無医地区の医療確保等のために必要な巡回診療※県内の医療機関の事業として行う場合	オン診を行う医師の勤務する医療機関等に対し、患者のオン診受診場所を提供する施設	居宅と同様、療養生活を営む場所であって患者が長時間にわたり滞在※個々の患者の事情で異なる。医師の確認必要。	医療法施行規則第1条に規定 居宅
行政手続	・開設許可or届出（10日以内）が必要 ・管理医師（原則、勤務時間中常勤）が必要	・開設申請等の際、住民の受診機会が不十分と考える理由の提出	・診療所届出不要 ・実施計画（3-6月毎）等の提出	設置届出（10日以内）	なし	なし
	一定の条件下で認められる一定書類等の作成が必要			※車両自体をオン診施設として届け出ること可能（県等の範囲ごと）	受診可能かは個別判断	
（注1）診療所は歯科診療所を含む。また、以降の取扱いには歯科におけるオンライン診療の場合も同じ。 （注2）都道府県等において必要性があると認められた場合に、特例的に開設を可能とする医師が常駐しないオンライン診療のための診療所。以下同じ。						

出典：厚生労働省「オンライン診療について」

2 身近な場所で受診できる「オンライン診療受診施設」

改正医療法の大きな変化のひとつが、「オンライン診療受診施設」という新しい仕組みの創設です。患者が自宅以外でオンライン診療を受けるための専用の場所として、公民館・郵便局・職場・学校などへの設置が想定されています。

設置にあたっては、病院・診療所の新規開設よりも簡素な手続き（設置後10日以内の届出）での対応が可能です。設置者に医療従事者の資格は不要で、遠隔管理も認められます。ただし、施設は「清潔・安全であること」「プライバシーが守られる空間であること」「情報セキュリティが確保されていること」などの基準を満たす必要があり、診療を行う医師（医療機関の管理者）が基準の充足を確認する責任を負います。

3 「D to P with N」の評価

デジタル格差への実装解として重要なのが、D to P with N（患者の側に看護師等が同席し支援する形）です。オンライン診療の定着は、使える人だけが使う仕組みだけでは成立しません。

高齢患者、施設入所者、在宅療養者など、支援が必要な層に対して、支援者が関与できる設計が必要です。

■ D to P with Nとは？

看護師等が患者のそばに同席し、医師との診療をサポートする仕組みを指します。

<看護師等の役割（医師の指示のもと）>

- バイタル測定・検査の実施や通信機器の操作補助
- 患者の状態・訴えの医師への報告や急変時の初期対応・対面受診への誘導

※看護師等は「診療の補助行為」を行いますが、診断・処方は医師のみが行います。

令和8年度の診療報酬改定では、訪問看護等の現場で、遠隔診療を補助する行為の評価が整理されています。これは、「オンライン診療は医師と患者の画面越しのやり取りに限らない」というメッセージでもあります。

■ D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

例	要件	点数
検査	看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合で、第3節又は第4節に掲げる検査を実施した場合は、看護師等遠隔診療検査実施料として、第3節又は第4節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。	イ：1種類の場合 100点 ロ：2種類以上の場合 150点
注射	看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、1日につき、100点を算定する。ただし、第9部通則第9号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料のロを算定する場合は算定しない。なお、当該実施料を算定した場合には、区分番号C005-2に掲げる在宅患者訪問点滴注射指導管理料は別に算定できない。	1日につき 100点
処置	看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第1節に掲げる処置を実施した場合は、看護師等遠隔診療処置実施料として、第1節の各区分の所定点数に代えて、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを算定する。	イ：1種類の場合 100点 ロ：2種類以上の場合 150点

出典：厚生労働省「令和8年度診療報酬 個別改定項目について」を参考に作成

3. ハイブリッド型外来の実装モデルと先行事例

1 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。

2 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。

本事例で注目すべきは、オンライン診療の用途を以下の3パターンに集約している点です。

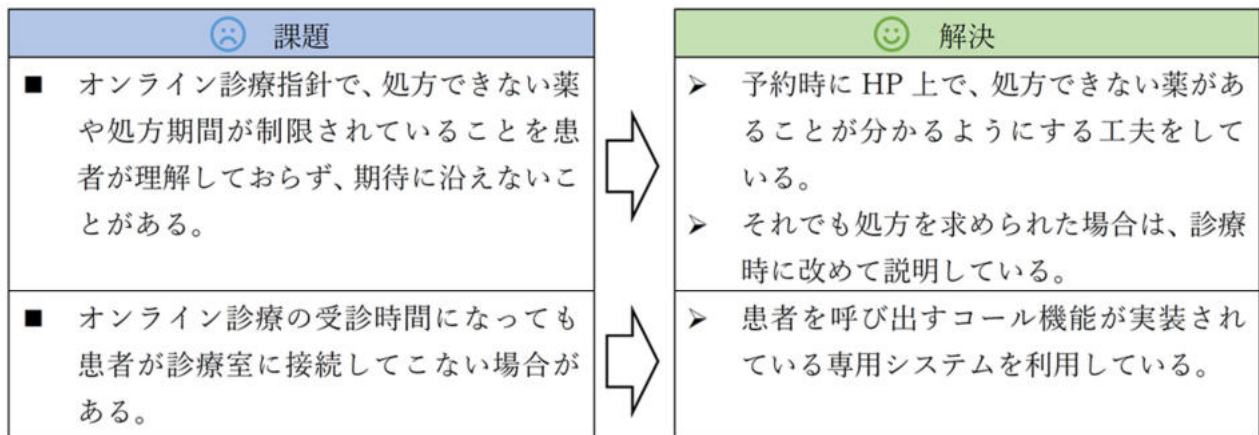
■オンライン診療の3パターン

- ①急変時や緊急ではない定期処方薬の処方
- ②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
- ③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

上記のように、利用方法を限定し運用することで、スタッフ側の迷い（どの患者にオンラインを案内するか、どの手順で回すか）が減り、結果として継続運用しやすくなります。これは「技術」ではなく「運用の設計」で定着を作る典型的な好事例です。

利用患者は30～50歳の就労世代が多く、パーキンソン病などの神経疾患が中心ですが、医師が診察可能と判断した範囲で、発熱・頭痛などの専門的でない診療にも対応しています。重要なのは、「できる範囲を医師が判断し、その範囲で回す」というルールが明確であることです。

■課題と解決策、導入の効果



—導入の効果— 🚩

(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。

出典：厚生労働省「オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集」

(2) すみかわ皮膚科アレルギークリニック(札幌市):

「初診対面必須」でハイブリッドの原型を作る

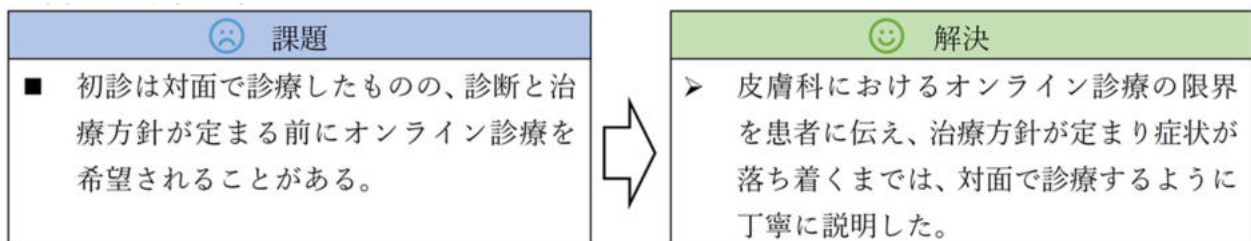
本事例は、北海道という地理条件（面積が広く、2～3時間かけて通院する患者が存在）を踏まえ、遠方患者の負担軽減を目的に2019年12月にオンライン診療を導入しています。ここでは、オンライン診療は利便性サービスではなく、地域特性に対する経営・医療提供上の合理策として位置づけられています。

皮膚科領域はオンラインで皮膚状態を正確に確認しにくい、同意書の取得が必要、といった制約があります。本事例では、その制約を前提に、初診は対面診療を必須とした上で、オンライン診療は再診患者の経過確認の手段の一つとして位置づけて実施しています。

この設計は、まさにハイブリッド型外来の基本形といえます。オンラインを増やすのではなく、「対面で行うべき局面」と「オンラインで代替可能な局面」を分けることで、安全性と継続性を両立しています。また、オンラインを適用する疾患は、症状が落ち着いている慢性じんましん、アトピー性皮膚炎などに限定しています。さらに、じんましんは発疹が出ていない落ち着いた状態、アトピー性皮膚炎は保湿剤＋必要に応じた外用薬で管理できる寛解状態、といったように、状態像まで踏み込んで適応を定義しています。

このようにオンライン診療の成否は、こうした「適応の切り方」に大きく依存します。適応が広すぎると対面へ戻す頻度が増え、現場の混乱や患者の不満につながります。本事例は、適応を絞ることで継続運用の安定性を確保しています。

■課題と解決策、導入の効果



—導入の効果— 📌

(医療機関)

- 北海道内に居住する遠方の患者も診療を継続できるようになったため、患者との継続的な関係を維持できるという利点がある。

(患者)

- 外出困難時（たとえば、新型コロナウイルス感染時）に皮膚症状が変化した際、外出が可能になるのを待つことなく受診し、薬の処方を受けることができた。
- 仕事や小さな子供がいる等の理由で平日の日中に通院できない場合に、日常の空き時間を利用して受診できるため、適切な時期に診療を受けられるようになった。

出典：厚生労働省「オンライン診療その他の遠隔医療に関する事例集」

4. オンライン診療の制度整備と方向性

1 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」

2 オンライン診療定着の条件

オンライン診療の導入目的を「DX だから」「患者ニーズがありそうだから」という曖昧なものにすると、現場運用は必ず形骸化します。病院・クリニックとしては、目的を治療継続（中断防止）に固定し、対象患者・対象疾患・提供範囲を明確化した上で、成果を KPI で追う体制が必要です。

さらに定着期は「適正運用」が問われる局面です。患者説明と同意、診療計画、本人確認、対面への切替、処方制限、セキュリティなど、守るべき点を SOP 化し、教育・監査可能な形で運用することが、医療機関の信頼を守ります。オンライン診療は利便性が高い分、逸脱が発生すると影響も大きいという前提でガバナンスを組むべきと考えられます。

■ オンライン診療の適正推進に係る運用要件

1 現状

- 医事法制上、オンライン診療は解釈運用によって、機動的・柔軟にその実施が図られてきた。
- 法制上の位置づけを明確化し、適切なオンライン診療を更に推進していくため、現行制度の運用を活かす形で、医療法にオンライン診療の総合的な規定を設ける。

2 改正の内容

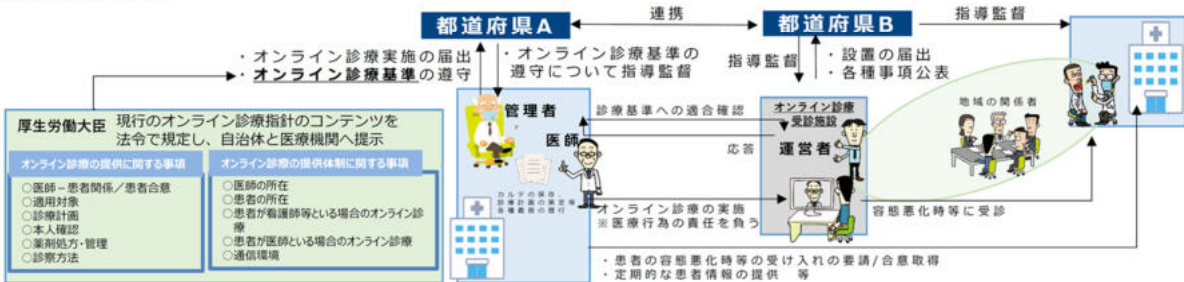
オンライン診療を行う医療機関

- 医療法にオンライン診療を定義づけ、オンライン診療を行う医療機関はその旨を届け出る（都道府県Aへの届出）。
- 厚生労働大臣は、オンライン診療の適切な実施に関する基準（オンライン診療基準）を定め、オンライン診療は同基準に従って行うこととする。
- オンライン診療を行う医療機関の管理者は、オンライン診療基準を遵守するための措置を講ずることとする。

オンライン診療受診施設

- 患者がオンライン診療を受ける専用の施設として、医療法に「オンライン診療受診施設」を創設する。
（定義）施設の設置者が、業として、オンライン診療を行う医師又は歯科医師の勤務する病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、その行うオンライン診療を患者が受ける場所として提供する施設
- オンライン診療受診施設の設置者は、設置後10日以内に届け出る（都道府県Bへの届出）。
- オンライン診療を行う医療機関の管理者が、オンライン診療受診施設の設置者に対して、オンライン診療基準への適合性を確認することとする。
- オンライン診療受診施設の広告・公表事項等は省令で定めることとする。

（※）オンライン診療を行う医療機関の管理者は、容態急変の事態に備え、患者の所在地近隣の医療機関と受け入れの合意等を取付し、その過程で、地域医療に与える影響やその可能性について、地域の関係者と連携して把握することとする。



出典：厚生労働省「オンライン診療について」

3 まとめ

オンライン診療・ハイブリッド型外来を治療継続支援として定着させるには、成果を見える化し、改善サイクルを回す必要があります。ここでの KPI は「オンライン診療実施件数」ではありません。真に追うべきは、治療継続に関する指標です。

例えば次がその中核となる内容になります。

■ハイブリッド型外来の指標例

- 受診中断率：オンライン導入前後で中断がどう変化したか
- 再診率・予約遵守率：継続受診の安定性を測る
- 対面切替率：オンラインから対面に戻した割合
- 処方継続率：服薬状況（把握できる範囲で）
- 問い合わせ・クレーム件数：操作・通信・説明不足に起因するトラブルの早期発見
- インシデント件数：なりすまし・情報漏洩・医療過誤等のリスク管理指標

これらの KPI を定期的に確認することで、「どの患者層で中断が起きやすいか」「どの診療工程がボトルネックか」を把握でき、運用の質を継続的に改善できます。KPI は経営管理であると同時に、医療安全管理でもあります。

オンライン診療は、「医療機関に行く代わり」ではありません。「治療を続けるための、もうひとつの選択肢」です。ただし、オンライン診療はあくまでかかりつけ医との信頼関係の上に成り立つものです。はじめての症状は必ず対面で、安定しているときはオンラインで、気になることがあればいつでも対面へ。この使い分けをマスターすれば、オンライン診療は地域住民の健康を守る心強い味方になります。

そして、こうした使い分けを支えているのは、医師・患者・薬剤師という三者の連携です。診察と処方を行うかかりつけ医、自宅などで受診する患者、服薬を支える薬剤師がそれぞれの役割を果たし、情報をつないでいくことで、オンライン診療は安全かつ確実に機能します。これは決してオンライン診療に限った話ではなく、対面診療においても変わらない基本構造です。むしろオンラインという新しい選択肢が加わることで、三者がそれぞれの強みを活かしつつ、患者中心の医療をより柔軟に組み立てられるようになったといえます。

例えば、オンラインでの診察後に処方された薬は、患者の希望に応じて自宅近くの薬局で受け取ることも、配送で受け取ることも可能です。薬剤師による服薬指導もオンラインで受けられる体制が整いつつあり、診察から服薬までの一連の流れが、患者の生活圏の中で完結できるようになってきています。これは、通院距離や仕事・介護の都合で受診を諦めかけていた方にとって、治療を続けるための大きな支えとなります。



出典：厚生労働省 オンライン診療について

■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