

日医発第 566 号（情シ）
令和 8 年 6 月 22 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人 日本医師会
会長 松本 吉郎
(公印省略)

「医療 IT 委員会答申」の送付について

平素より本会会務の運営に特段のご理解・ご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

医療 IT 委員会は、会長諮問「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」について、2 年間にわたり検討をしてみましたが、この度、金澤知徳委員長（熊本県医師会副会長）より答申を受けました。

本答申は、「1. 総論（はじめに）：医療 DX の定義と背景、「現場」の定義、医療現場における DX 推進の必要性、医師会による対応と本答申の目的」「2. 各論：現場の課題と医療 DX の現状、医師会による具体的な取り組み事例」「3. 提言：医師会の役割と期待される機能、今後の展望と提言、おわりに」「委員長のあとがき」という構成となっております。

日本医師会では、本答申を活かし、医療 DX の諸課題がより良い形で解決できるよう、鋭意取り組んでまいる所存ですので、一層のお力添えを賜りたく、よろしくお願い申し上げます。

つきましては、「医療 IT 委員会答申」を 1 部ご送付いたしますので、ご査収の程よろしくお願い申し上げます。なお、本答申につきましては、日医ホームページにも掲載しておりますので、御高覧いただきますとともに、周知方よろしくお願い致します。

【別添資料】

医療 IT 委員会答申

【参考 URL】

- ・ 日本医師会 会内委員会 > 医療 IT 委員会（メンバーズルーム内）
<https://www.med.or.jp/japanese/members/iinkai/meibo/it.html>
- ・ 医療 IT 委員会答申「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20260610_11.pdf
- ・ 日医 online 医療 IT 委員会答申について
<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/012779.html>

以上

医療 IT 委員会 答申

「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」

令和 8 年 5 月

2024-2025 日本医師会 医療 IT 委員会

令和8年5月

公益社団法人日本医師会
会長 松本 吉郎 殿

2024-2025 年度医療 IT 委員会
委員長 金澤 知徳

本委員会は、2024（令和6）年11月6日に開催された第1回委員会において、貴職より、「医療DXを現場で活用するための医師会の役割」について諮問を受け、議論を重ねてまいりました。

これを受けて、委員会では2年間、9回にわたり鋭意検討を続け、ここに委員会の見解を答申としてまとめましたので、報告します。

医療 IT 委員会

委員長	金澤 知徳
副委員長	中村 洋
委員	秋山 欣丈
	伊藤 金一
	上野 道雄
	小室 保尚
	島貫 隆夫
	清水 智之
	田那村 収
	土屋 淳郎(2025年6月～)
	西口 郁
	橋本 洋一
	比嘉 靖(～2025年6月)
	平田 善康
	藤井 卓
	目々澤 肇(～2025年6月)
	山本 隆一

(委員五十音順)

「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」 目次

1. 総論 (はじめに)	4
1-1. 医療 DX の定義と背景	4
1-2. 「現場」の定義	6
1-3. 医療現場における DX 推進の必要性	7
1-4. 医師会による対応と本答申の目的	8
2. 各論	9
2-1. 現場の課題と医療 DX の現状	10
2-1-1. 国が推進する医療 DX－オンライン資格確認 (マイナ保険証と医療 DX)	10
2-1-2. 国が推進する医療 DX－電子処方箋	12
2-1-3. 国が推進する医療 DX－診療報酬改定 DX	14
2-1-4. 国が推進する医療 DX－電子カルテ情報共有サービス	16
2-1-5. 国が推進する医療 DX－標準型電子カルテ	18
2-1-6. 周産期医療を崩壊させないための地域から進める少子化対策 (平田委員)	20
2-1-7. データ利活用の現状と課題 (田那村委員)	22
2-1-8. 医療 DX による「がん検診受診率」の包括的把握に向けた提案 (秋山委員)	24
2-1-9. 紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査	26
2-2. 医師会による具体的な取り組み事例	28
2-2-1. 医師事務作業補助者の活用と支援体制の整備 (中村副委員長)	28
2-2-2. 医療 DX を推進するための北海道における地域連携ネットワーク (橋本委員)	30
2-2-3. 長崎市医師会における共同利用型のサイバーセキュリティの取り組み (藤井委員)	32
2-2-4. 粕屋地域医療ネット (上野委員)	34
2-2-5. 庄内地域における地連ネットワーク (島貫委員)	36
2-2-6. ひろしま医療情報ネットワーク (HM ネット)	38
2-2-7. 地域医療情報連携ネットワークの新しい使い方	40
2-2-8. しまね医療情報ネットワーク (まめネット)	42
3. 提言	44
3-1. 医師会の役割と期待される機能	44
3-1-1. 日本医師会に期待する役割	44
3-1-2. 都道府県医師会に期待する役割	44
3-1-3. 地域医師会に期待する役割	45
3-1-4. 医師会組織における連携の重要性	45
3-2. 今後の展望と提言	45
3-2-1. 中長期的ビジョン	45
3-2-2. 日本医師会への提言	46
3-3. おわりに	49
3-3-1. 医師会のリーダーシップの重要性	49
3-3-2. 今後の委員会に期待するもの	50
委員長のあとがき 地域の医療を支える皆様へ：医療 DX の進展と、これからの日常診療について	52

「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」—総論—

1. 総論（はじめに）

政府は、2022年に策定した「医療 DX 令和ビジョン 2030」に基づき、医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）の取り組みを進めており、オンライン資格確認、電子カルテ情報共有、電子処方箋、災害時の情報連携などの基盤整備のための検討がなされている。

その中で、2023年4月、医療機関におけるオンライン資格確認の原則導入義務化が実施され、ほぼすべての医療機関にオンライン資格確認システムが導入された。2025年12月には、従来の健康保険証が廃止され、医療機関の窓口では、マイナンバーカードおよび資格確認書が利用されるようになってきている。

本委員会では、松本吉郎会長から、「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」という諮問をいただいた。本答申は歴代の諮問である、「国民と医療の現場に役立つ IT 化とは何か」（2020-2021）、「医療 DX を適切に推進するための医師会の役割」（2022-2023）のように、医療の IT 化や医療 DX が進められていく中で、制度設計の段階から「実際に使う・成果を出す」段階へと軸足が移りつつある状況を踏まえ、医師会としての基本的立場と優先課題について検討したものである。

1-1.医療 DX の定義と背景

まず、DX (Digital Transformation) とは、デジタル技術によって社会や生活などを「変革（トランスフォーム）」することをいう。さらに、「医療 DX の定義」として、医療 DX 推進本部が下記の「医療 DX の定義」を示している。

医療 DX 推進本部による「医療 DX の定義」

（令和5年6月2日第2回医療 DX 推進本部 資料1：「医療 DX の推進に関する工程表（案）」より）

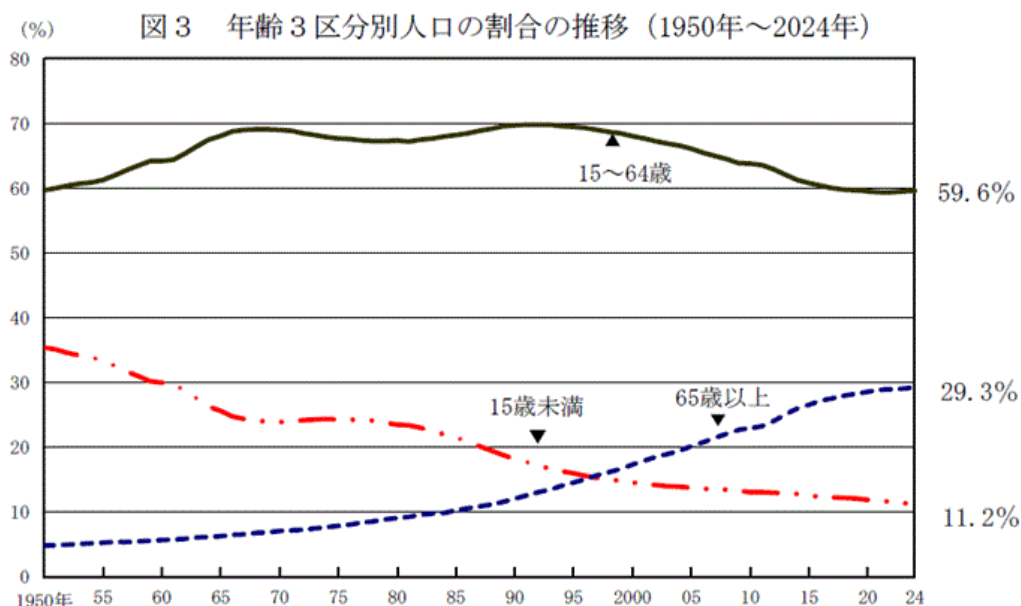
医療 DX とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくことと定義する。

単に紙から電子への置換にとどまるデジタル化や単発的導入ではなく、業務プロセスの見直し、相互運用性の確保、安全・倫理の担保、運用と評価の循環、制度的支援の組み合わせを伴う包括的デジタル化である。

これらが推進される背景として、複数の構造的課題が同時に進行している現状がある。

第一に、社会の少子高齢化の進行がある。日本での65歳以上の人口は29.3% (2024.10

時点)¹に達しており、高齢化に伴う医療需要が急増する一方で生産年齢人口は減少している。このため、従来の人手に依存した医療提供モデルが困難になってきている。デジタル技術を活用した業務効率化や、令和8年



度診療報酬改定では、ICT 機器等の活用により業務を軽減したうえで看護職員や医師事務作業補助者の人員基準の緩和が認められており、医療資源の最適配置の検討も必要となっている。

第二に、地域医療の格差拡大と医師偏在である。地方では産科・小児科・救急等の撤退が続き、医療資源が大都市圏と地方で大きく乖離している。特に中山間地域では「医師がいない」「病院がない」地域が増加し、遠隔医療やデータ共有が不可欠となっている。医療DXは、医療アクセスの地域差を縮小し、地域包括ケアを支えるための基盤として期待されている。さらには、医師の働き方改革が本格化することにより、時間外労働の上限規制が2024年から適用されたことで、生産性を向上させなければ医療提供体制の維持が難しくなっている。DXによる記録業務の自動化や診療情報共有の迅速化は不可避の対策と考えられる。

第三に、医療情報連携の大切さと災害に対する「医療情報の保全」の必要性である。

我々は、新型コロナウイルス感染症対策の経験を通じて、医療情報連携の大切さを思い知らされた。コロナ禍において、医療機関が業務に追われる中で、紙・FAX・電話による情報共有のみでは、限界があり、国により急場で作成されたシステムにおいても、同じ項目を重複して入力しなくてはならないなど、煩雑なものであったため、多くの批判が寄せられていた。平時・有事を問わず医療情報を迅速・確実に連携できるデジタル基盤が必要であることが実感された。

また、災害時を見据えた医療情報の保全が必要である。日本は地震・豪雨・噴火など災

¹ 総務省統計局 人口推計 (2024年 (令和6年) 10月1日現在)
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2024np/index.html>

害リスクが高く、大規模災害時には、紙カルテ・院内サーバーはデータ喪失の危険が大きい。電子カルテ情報の共有、クラウド化、地域医療情報連携ネットワークは災害対策としても必要なものである。

これらの要因が重なり、日本における医療 DX は「将来のための取り組み」から、「現在の医療を持続させるための取り組み」に変わりつつある。

このような状況から、前期の医療 IT 委員会（2022・2023 年度）では、「医療 DX のゴール」の定義として下記を提唱している。

「医療 DX のゴール」の定義 （2022・2023 年度医療 IT 委員会答申より）

医療 DX のゴールは、デジタル技術を駆使することによって、国民皆保険と地域医療を守るとともに、より安全で質の高い医療を実現し、医療従事者の負担を軽減して、余裕を持って患者に寄り添うことができるよう医療現場を変革することである。

1-2. 「現場」の定義

医療 DX を議論する際には、「現場」がどのような範囲を指すのかを明確にすることが不可欠である。本答申では現場の実態を聞いた上で、「現場」を以下のように定義して議論を進める。

「現場」の定義

現場とは、診療所、病院、在宅医療、救急医療、災害・パンデミック対応時の避難所、介護施設など多様な医療提供を行う場を示す。

医療提供の実態は、医療機関の規模や機能、地域特性、患者層、人的体制、情報基盤の整備状況などによって大きく異なる。高度急性期病院では高度な専門医療や複雑な部門連携を前提にした情報システム運用が求められる一方、多くの診療所では少人数で多数の業務を担い、導入・運用コストの負担が大きな制約となる。また、在宅医療の現場では、複数の職種・事業所が関与するケアを支えるため、多様な情報源の統合とコミュニケーション基盤が重要となる。

また、救急搬送においても、救急医療における救急隊の司令室などプレホスピタル²の情報共有は、治療、救命に資する。さらに、災害時にはそれまでに蓄積された被災者の情報を取得することが困難になり、避難所や医療調整拠点など平時とは異なる環境での医療提供が求められる。介護施設においても、医療と介護の境界をまたぐ情報共有や意思決定支援の仕組みが不可欠である。

² プレホスピタル：救急搬送前から医療機関到着までの段階（救急隊・指令室など）。

1-3.医療現場における DX 推進の必要性

前節で示した背景の課題に対し、「現場」の運用で解決し得る論点や、制度設計だけでは難しい「現場の合意形成と運用」の重要性を示す。

日本医師会では、これらの状況を受けて、日本医師会が目指す医療 DX は、「IT を駆使して、適切な情報連携や業務の効率化などを進めることで日本の医療課題を解決し、より良い社会へ変容する」ことであり、国民・患者の皆様への「安全・安心でより質の高い医療」の提供と医療現場の（費用・業務）負担軽減であると説明している。

ただし、推進する上での留意点として、以下を併せて示している。

日本医師会の医療 DX に対する基本姿勢 留意点

- ・スピード感は重要だが、拙速に進めて、国民と医療現場に混乱・支障が生じてはいけない。
- ・国として、医療 DX の環境を整備すべきである。
- ・現場のシステム導入や維持、それに伴い必要となるセキュリティ対策にかかる費用は、本来、国が全額負担すべきである。
- ・地域医療を守るため「すべての医師が、現状のままでも医療が継続できる」ことが大前提。

医療 DX を現場で推進する必要性は、単なる技術導入の是非ではなく、医療提供体制の持続可能性と質の確保に直結する課題である。

患者の安全・安心でより質の高い医療提供の実現としては、既往歴、処方・アレルギー、検査結果、画像、診療情報提供書などを途切れなく参照でき、地域や施設をまたいで共有されることで、重複検査の削減、禁忌薬投薬・重複投薬の回避、急変時の迅速対応が可能となることが挙げられる。さらに、電子処方箋、オンライン資格確認を活用した、健診・予防接種・がん検診等の履歴の一元把握により提供する医療の質を高め、在宅・遠隔モニタリングやオンライン診療の適正活用により、離島・へき地などの通院困難者への医療提供の継続や、患者の利便性の向上につながる。

さらに、医療現場の負担軽減を実現するには、高齢化と医療従事者不足が同時進行するなか、標準化・自動化・遠隔診療の活用を通じて、限られた人的・時間的リソースを最大限に活かす制度設計を国へ要望していく必要がある。また、災害・感染症においても、平時からの標準化・訓練・バックアップ・切替手順の整備が、復旧の成否を左右する。

そのうえで、現場における課題は、医療 DX の導入費用だけではなく「運用費」「人材・教育」「セキュリティ」「業務変更に伴う負担」など多岐にわたる。ゆえに、段階的導入や既存資産・地域医療情報連携ネットワークの活用、診療報酬や公的支援等が鍵となる。併せて、医師事務作業補助者やシステム管理者等の人的整備が不可欠である。

医療 DX の推進は、国民皆保険を維持し、医療の質・安全を同時に高めるために必要と考える。

1-4.医師会による対応と本答申の目的

医療 DX の推進をなぜ医師会が主導するべきなのか。端的に言えば、医師会は全国の地域の実情を汲み上げて把握できるからである。

医師会は全国各地に所在しており、地域医療情報連携ネットワークや医師会共同利用施設の運用などさまざまな活動を通して、地域医療に貢献している。さらに、医療・介護の多職種連携の中心を担うのは、会員である医師である。地域医師会は国の医療 DX 施策を地域で推進するのみならず、地域医師会と医師会員が綿密に連携し医療 DX を進める際に生じる課題や効果を把握し、地域医師会・都道府県医師会・日本医師会の連携を通じ国に要望していくことで医療 DX を成功に導くことができる。

一方、すべての医療機関に電子カルテを導入することは難しい状況にある。3年に一度厚生労働省が実施している、医療施設調査に基づく電子カルテシステム等の普及状況の推移では、令和5年の電子カルテ普及状況は、一般病院で65.6%、一般診療所で55.0%であると示されている。さらに、日本医師会が実施した「紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査」³においても、電子カルテの導入は不可能との回答が54.2%あった。高齢やITに不慣れであることなどが電子カルテを導入できない理由として挙げられており、この調査結果は、中医協をはじめとする国の関連会議でも、参考に足る資料として多く引用されている。日本医師会は、これを根拠として、従来からの主張である「地域医療を崩壊させないため、電子処方箋や電子カルテの義務化はするべきではない」と述べるとともに、「紙カルテを利用していても医療 DX の恩恵を受けられるようにすべき」として、紙カルテを利用していても医療機関においても医療 DX が利用可能となる方策を国に要望し、標準型電子カルテ（導入版）がリリースされる予定である。

本答申では、まず、総論で基本的立場と優先課題を示す。続く各論では、医療 DX に関連するテーマについて概要を提示するとともに、それぞれの「現場」における医療 DX の課題などを示しながら、活用するうえでの具体的な取り組みを示す。

これは会員が医療 DX の現状を理解し、自施設の条件に合わせて着手・拡張を検討できる「参考書」となることを目指すものであり、「医療 DX を現場で活用」する糸口になることを望む。

³ 各論 2-1-9. 紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査 にて詳報

「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」—各論—

2. 各論

本章では、国の医療 DX に関する主要施策の到達点と、現場で顕在化している課題を整理し、次章における具体的な実装・支援策の提言につなげることを目的とする。

医療 DX に関連する項目に関する概要を紹介する。

各論の構成として、大きく 2 つに分類している。

2-1. 現場の課題と医療 DX の現状

まずは、「現場の課題と医療 DX の現状」を示し、現在進められている医療 DX の進捗状況や、現場で起きている課題について示す。

2-2. 医師会による具体的な取り組み事例

「医師会による具体的な取り組みの事例」において、医師会がかかわり、医療 DX を現場で活用しようとする取り組みについて紹介する。

2-1.現場の課題と医療 DX の現状

2-1-1.国が推進する医療 DXーオンライン資格確認 (マイナ保険証と医療 DX)

1. オンライン資格確認の状況

オンライン資格確認においては、2021年10月から制度の本格運用が開始され、2023年4月に医療機関でのオンライン資格確認の実施が原則義務化となった。被保険者証の廃止が2024年12月に実施され、2025年12月からマイナ保険証⁴および資格確認書により確認する仕組みに移行した。

オンライン資格確認を導入している医療機関は、2026年1月現在213,172施設で、義務化対象医療機関の97.6%で導入されている。これにより、全国の医療機関がオンラインで繋がり、医療情報を本人の同意を基に、医療関係者が活用するという医療DXの基盤がほぼ整ったと言える。

この短期間のうちに、驚くべき進捗をみせたのは、医療関係者の努力の賜物に他ならず、世界に誇るべき成果である。



2. 本委員会からの実証事業への参加

マイナンバーカードの機能を搭載したスマートフォン（スマホ保険証）を用いたオンライン資格確認が2025年9月から運用開始された。

運用開始に先立つ実証事業には、本委員会からも数名の委員が参加し、実際に医院の受付に、汎用型カードリーダーを設置し、患者のスマホ保険証を読み取る実証などに協力した。実証においては、機器の設置は比較的容易に実施できたものの、患者側への説明や設定などが難しい部分も垣間見え、実際の運用にフィードバックされた。

スマートフォンでの保険証利用について

導入の流れは、以下の3ステップです。医療機関等向け総合ポータルサイトに、詳細を記載した「スマートフォンのマイナ保険証利用に対応するための導入ガイド」を公開しております。

- 1 汎用カードリーダーをAmazonビジネスの専用ページから購入**
医療機関等向け総合ポータルサイトのログイン後のページでクーポンを取得し、Amazonビジネスの専用ページでクーポンを使用して購入してください。
- 2 汎用カードリーダーを資格確認端末(PC)に接続、ペアリング設定**
医療機関等向け総合ポータルサイトに、概要をまとめた手順書と、各認証付きカードリーダーメーカーの接続手順書のリンクを掲載しています。
- 3 受付等にステッカーを貼る**
令和7年8月末に郵送したステッカーを受付等に貼り、スマートフォンのマイナ保険証に対応していることを患者にお知らせください。スマートフォンの利用がシステムで確認できた場合は、厚生労働省のホームページで公開しています。以下で検索すると確認いただけます。

スマートフォンのマイナ保険証対応医療機関・薬局

⁴ マイナ保険証：マイナンバーカードを健康保険証として利用する仕組み。

3. 今後の対応

オンライン資格確認がより利用されるように関連する改修も行われている。

例えば、現状では、患者氏名に旧字が使用されている場合、代わりに「●」が表示される仕様となっている。レセプト請求は「●」のまま行っても問題ない旨は周知されているが、なるべく本来の文字が表示されるような改修が進められている。さらに、顔認証付きカードリーダーについても、より利便性を向上させるべくスマホ保険証読み取りや視聴覚に障害を持つ患者に対応するための音声案内、テンキー入力など機能を搭載した次期顔認証付きカードリーダーの開発などが進められている。

黒丸文字(●)が表示された際の対応

オンライン資格確認を実施した結果、黒丸が表示されることがありますが、保険資格としては問題ございません。マイナンバーカードのカナ氏名の確認による受付や、**黒丸表記のままでのレセプト請求も可能**ですので、患者が適切な自己負担分(3割分等)をご請求いただくようご協力をお願いいたします。

また、**令和8年3月23日から**、中間サーバーで表示可能な文字種別を追加することで、**約6割の「●」表示が順次解消**する予定。黒丸で表示される文字を縮小させていくための取組を進めていく予定です。

黒丸(●)が表示された際の対応

旧字等について、氏名や住所のうち変換が出来ないものが「●」として表示されますが、マイナンバーカードのカナ氏名の確認による受付や、**表示された内容のまま、レセプト請求していただくことも可能です。**患者には、**適切な自己負担分(3割分等)を請求いただくようお願いいたします。**

今後の対応方針

令和8年3月23日から、中間サーバーで表示可能な文字種別を追加することで、**約6割の「●」表示が順次解消**する予定。そういった対応によって、今後、黒丸で表示される文字を縮小させていきます。

対応例)
● 保険者で使用している拡張文字への対応(例:「高」¹⁾「崎」²⁾など)

次期顔認証付きカードリーダーについて

令和7年12月14日
厚生労働省
医務課

- 現行の顔認証付きカードリーダーの保守期限到来(令和8年3月末から順次)に向けて次の規模の顔認証付きカードリーダーの仕様を令和7年2月に公表し、メーカーを公募し、3社から申請があり現在開発中、令和8年度から順次発売開始予定。
- マイナ保険証の利用環境の維持・利便性向上のため、次期顔認証付きカードリーダーを導入する医療機関・薬局に対し、令和7年度補正予算により一部費用の補助を実施(補助率は1/2の予定)。

次期顔認証付きカードリーダーの特徴について

メーカー	キャノンマーケティングジャパン	パナソニックコネクト	リコージャパン ^{※1)}
商品イメージ			検討中
ハード・性能における特徴(共通)	・本体のみでスマートフォンの読取に対応(外付けの汎用カードリーダーが不要)		
ハード・性能における特徴(独自)	<ul style="list-style-type: none"> 軽薄でコンパクトなサイズ 取り外し可能による多様な操作性 テンキー一体化構造により、テンキー操作が可能(外付けのテンキーが不要) 本体およびテンキーへのスピーカーの内蔵による音声案内 	<ul style="list-style-type: none"> 資格確認端末を内蔵(Windows PC)^{※2)} 本体とレセコン間の接続はLAN接続となり設置自由度が向上 専用の外付けテンキーにより操作が可能^{※3)} スピーカーの内蔵による音声案内 	検討中

※1 基本型はLAN接続型顔認証付きカードリーダー(Capri)の保険機関として販売予定
※2 顔認証付きカードリーダーの設置のために別途、モニターが必要
※3 オプションでの販売予定

(参考) 令和7年度補正予算により、次期顔認証付きカードリーダーの導入だけでなく、資格確認端末の買い替えについても一部補助(補助率1/3)を実施。

4. 制度の維持と日本医師会の対応

オンライン資格確認の運用開始から、5年が経過しようとしており、顔認証付きカードリーダーや資格確認端末の機器更新が近づきつつある。

これを受けて、2025年9月11日に、松本



福岡厚生労働大臣に要望書を手交する松本会長

吉郎会長など三師会長が厚生労働省を訪問し、福岡資歴厚労大臣に直接、「オンライン資格確認の機器更新費等の補助に関する要望書」を提出。医療機関におけるオンライン資格確認の機器更新に当たって、更新費等の補助が必要であり、医療情報化支援基金等による全額補助が行われるよう強く要望するとともに、これらの更新がシステム事業者によって適切に行われるよう、事業者団体への働き掛けを求めた。

日本医師会には、今後も引き続き、全国の医療機関をつなぐ医療DXの基盤が持続するように、医療機関への支援を強力に求めていくことを期待している。

2-1-2.国が推進する医療 DX—電子処方箋

1. 電子処方箋の導入状況

電子処方箋は、令和5年1月に運用を開始してから、令和8年1月で3年が経過した。当初国は、令和7年3月までにすべての医療機関・薬局に電子処方箋を導入してもらう目標を掲げていたが、令和8年2月時点の導入率38.5%(病院19.0%、医科診療所25.3%、歯科診療所8.5%、薬局88.9%)となっている。当初目標には至っていないが、薬局の導入が進んでいるため、調剤結果の電子処方箋データベース上への登録は、現在8割を超えており、重複投薬や併用禁忌アラートによる医療機関や薬局の現場における医療安全の確保には一定の効果を示しつつある。



2. 普及目標の再設定

重複投薬チェックなどのメリットはあるものの、導入・運用コストと業務負荷の増加なども併せて発生するため、医療機関での普及は進んでいない。日本医師会では、厚生労働省の関連会議で、「スピード感は重要だが、拙速に進めることにより、医療提供体制に混乱、支障が生じてはならない」併せて、「電子処方箋は、単独で普及を目指すべきものではなく、標準型電子カルテに搭載される標準機能として利用できるように、標準型電子カルテの普及と一体的な普及

第7回「医療DX令和ビジョン2030」
厚生労働省推進チーム(令和7年7月1日)資料2

電子処方箋に関する新たな目標設定

- 電子処方箋については、令和7年7月時点で、薬局の8割超に導入、利用申請は9割を超えていることから、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれる。一方で、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 調剤結果登録率も全処方箋の約8割に達し、8月には電子処方箋管理サービスの改修(医薬品のタミコードを受け付けない)も完了し、今夏以降、薬局において電子処方箋システムの利用も一般的になり、直近の薬剤情報の活用による医療安全が確保されつつあるが、電子処方箋の意義を發揮し、更なる医療安全を確保するためにも、調剤結果登録の更なる充実及び医療機関への導入は課題である。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要である。電子カルテが既に導入されていたとしても、改修費用が一定かかることから、医療機関に過度な負担が生じないように、電子カルテの更新期間(5~7年)の希望するタイミングで、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促すことが肝要である。

電子処方箋の新しい目標

更なる医療安全を確保するため、電子処方箋については、

- ・ 保険制度下における処方箋について、速やかに概ねすべての調剤結果が電子処方箋管理サービスに登録されることを目指すとともに、
- ・ 患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す

医療機関への導入方針

【電子カルテを導入済の医療機関】電子カルテを更改するタイミング等で、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促進
※既に電子カルテ情報共有サービスに対応している医療機関に対しては電子処方箋単体の導入を促進

【電子カルテを未導入の医療機関】電子処方箋機能を実装する標準型電子カルテの導入もしくは電子カルテ情報共有サービスに対応したクラウド型電子カルテとの一体的な導入を促進

※ 薬剤情報共有サービス、薬剤情報共有サービスについては、見直しを要する電子カルテ・電子処方箋の構築に際し、本年頃から移行を行い、2026年度中に最終的な対応方針を決定する。
※ 上記については、薬剤情報共有サービスと併せて2025年9月以降の導入に向け、「標準型電子処方箋プラットフォーム」を構築し、電子カルテ情報共有サービスの普及や電子処方箋の活用拡大(中略)これらの実現に資して、必要に応じて医療DX工務費の負担を軽減する」に基づき対応していく

及を目指していくべき」と意見を述べてきた。

こうした背景を踏まえ、令和7年7月、「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チームにて、「電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスと一体的に導入を図る」と普及方針が再設定された。

具体的には、「電子カルテを導入済の医療機関」においては、電子カルテを更改するタイミング等で、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促進する、「電子カルテを未導入の医療機関」においては、電子処方箋機能を実装する標準型電子カルテの導入もしくは電子カルテ情報共有サービスに対応したクラウド型電子カルテとの一体的な導入を促進することとされている。

3. 今後の対応方針

厚生労働省が示す今後の対応方針としては、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく安全に運用できる仕組み・環境を引き続き整備するとともに、導入阻害要因の解消に向け、新たな導入・利用促進策、周知広報の強化、効果検証等を実施するとされている。

令和6年12月には、電子処方箋を受ける薬局側のシステムで、医師の処方と異なる医薬品名が表示される事例が報告されたことにより、医師の意図と異なる医薬品の処方を防ぐため、各医療機関や薬局に対して、使用されている電子処方箋システムの一斉点検が依頼、実施された。

今後の対応方針	
	電子処方箋については、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれ、今夏以降、薬局においては電子処方箋システムの利用も一般的になる。新たな目標を踏まえ、電子処方箋の意義を発揮し、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく安全に運用できる仕組み・環境を引き続き整備するとともに、導入阻害要因の解消に向け、新たな導入・利用促進策、周知広報の強化、効果検証等を実施する。
安全に運用できる仕組み・環境の整備	<ul style="list-style-type: none">令和7年8月に電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のダミーコードを受け付けない）を完了。その他医薬品コードに関するシステム上の措置も同月までに実施完了。必要な改修については、医療現場への負担が可能な限り生じないよう、速やかに実施医薬品コードの整備、マスタの一元管理を進める医療従事者等に向けたコードやマスタ等に関するわかりやすい周知の実施
新たな導入・利用促進策の方針	<ul style="list-style-type: none">保険制度下における医療用医薬品の薬剤情報取得は電子処方箋システムの活用を原則としていく医療機関については、医療機関の実情を踏まえ、患者の医療情報を共有するための電子カルテ等との一体的な導入を進めるとともに、地域の医療ニーズに合わせた医療DXの推進を進める電子処方箋の導入状況や医療機関の実情等を踏まえ、財政支援のあり方について検討ダミーコードに関する電子処方箋管理サービスの改修・医薬品コードの整備により、導入済医療機関で安全に電子処方箋が発行できる環境を構築するとともに、利用者のUX向上に資するよう運用を改善電子処方箋の運用に必要な電子署名システムに関し、安定的な運用基盤の整備の検討を進めるベンダーに対し、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスへの対応並びに医薬品コード等への適切な対応を要請する
周知広報の強化	<ul style="list-style-type: none">令和7年9月以降、国民・医療従事者向けに、電子処方箋を含む医療DXのメリット・医療機関薬局間連携を含む臨床活用事例等について周知広報を強化し、国民理解を醸成する。院内処方においても電子処方箋で得られるメリットや負担のない運用等について、プレ運用の検証も踏まえながら適切な周知を実施日本災害医学会等の関連学会と協力し、臨床における電子処方箋の活用事例等を周知
効果検証	<ul style="list-style-type: none">未導入医療機関の導入阻害要因を継続的に分析するため、定期的にフォローアップを実施導入済医療機関・薬局における利活用状況や効果等の調査。今夏概ねすべての薬局に導入されることが見込まれることを踏まえ、令和8年に既に導入された医療機関・薬局における利活用状況や効果等を提示¹⁰

現在では、点検済みの医療機関のみが電子処方箋を発行できる状況となったが、これらを受けて、安全に運用できる仕組み・環境の整備として、医薬品コードの整備、マスタの一元管理などの取り組みが進められることになる。

2-1-3.国が推進する医療 DX—診療報酬改定 DX

1. 診療報酬改定 DX の状況

医療機関等においては、2年に1度の診療報酬改定の度に、短期間に集中してシステム改修等の作業が行われている。

国は、医療DX工程表の3本柱の1つとして、医療機関等の間接コストの極小化を目指し、「診療報酬改定DX」の取り組みを進めている。

その一環として、医療機関やベンダーの業務負担軽減を目的に、

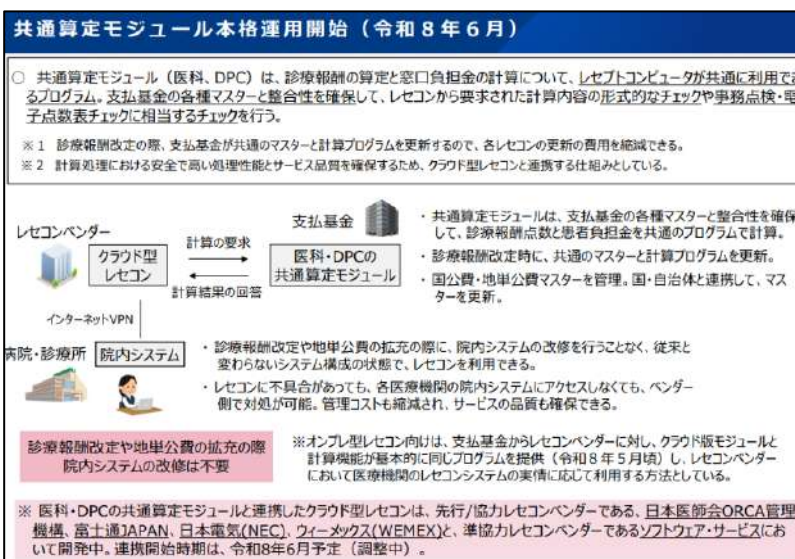
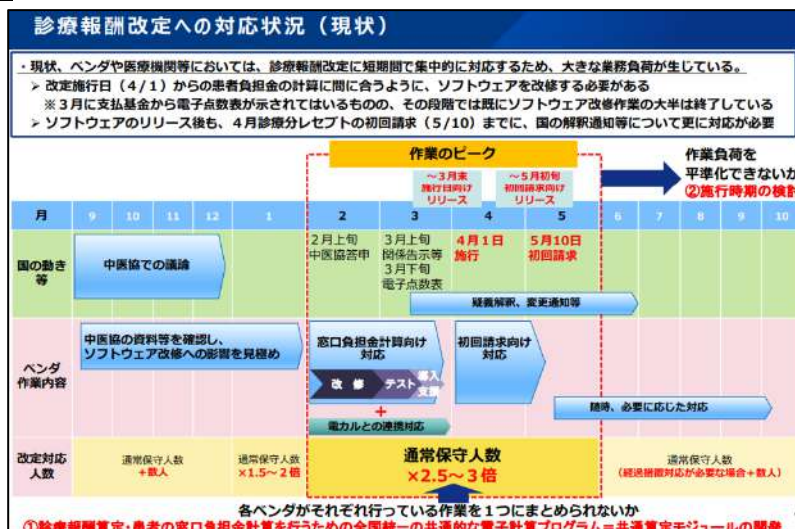
令和6年度から施行時期を2ヶ月遅らせたが、各医療機関等の労務過多な状態やシステム改修コストの高騰により経営を圧迫している状態は続いている。

そして、令和8年6月から、取り組みの中心となる共通算定モジュールの本格運用が始まることになっており、同3月現在、品質検証を終えて診療報酬改定への着手が進められているとのことである。

2. 共通算定モジュールの機能追加の今後

共通算定モジュール⁵は、生保や公害等の国公費負担医療も計算でき、地方自治体の医療費助成事業も計算できるものとして進められている。PMH⁶と連携してマイナ保険証を受給者証としても利用可能となり、現物給付化の拡大も可能となる。

さらに、地域単独公費⁷の現物給付（併用レセプト請求）を実現し、それらを全国展開することで、償還払いや連記式明細書により発生していた事務作業、医療機関や自治体の請



⁵ 共通算定モジュール：診療報酬算定の共通基盤。レセプト計算や公費負担医療への対応を標準化し、医療機関とベンダー双方の負担軽減を目的としている。

⁶ PMH：デジタル庁が開発している自治体と医療機関をつなぐ情報連携基盤。マイナ保険証利用を基盤として、医療費助成や母子保健などの情報を連携することで、住民の利便性向上と事務効率化を目指す仕組み。

⁷ 地域単独公費：都道府県や市区町村が、独自の条例等に基づいて、住民の医療費の一部負担金を助成する制度。地域独自のため、地域によって対象や助成内容が異なる。

求事務の効率化が可能となる。

また、令和 10 年度に共通算定モジュールへ請求支援機能を追加実装する予定となっており、更に労災モジュールとの連携も行われる予定である。これにより新基準の自賠責保険の計算にも共通算定モジュールを利用可能となる予定である。

共通算定モジュールは、オンライン環境でも利用可能となっているが、メンテナンスに係る人件費、関連システムとの連携のしやすさ、セキュリティなどの面から見て、クラウド型レセコンでの利用が基本となっている。

共通算定モジュールと連携するクラウド型レセコンは、国の標準的な要求仕様に基づいて、刷新が図られている。こうした全体最適により社会的共通コストの削減等に向けた取組が進められている。

都道府県跨ぎの現物給付化の推進

○ 共通算定モジュールの円滑な運用・普及とともに、地単公費の現物給付化の推進に必要な課題への対応を進める。

共通算定モジュールの運用開始に向けて対応中の課題

<共通算定モジュールによる地単公費に係る計算結果の確認>

○ 現在、先行/協力/準協力センター 5 社（日本医師会ORCA管理機構、富士通Japan、NEC、ワイアックス、ソフトウェア・サービス）において、**地単公費マスターの登録情報に基づき、共通算定モジュールの計算結果が既存のレセコンの計算結果と一致する確認**を実施中。

<地単公費マスター登録情報の確認>

○ 上記の確認結果なども活用しつつ、地単公費マスターの登録情報の正確性について確認作業を継続中。登録内容の修正等が必要な場合には、2/2から3月までの間、随時、支払基金から自治体に修正依頼の連絡が行われている。

○ 確認作業完了後、**令和8年3月末を目途に、令和8年6月の共通算定モジュール運用開始時点での「計算対象事業・計算対象外事業」について公表する予定。**

引き続き対応を検討する課題

<PMHマスター、地単公費マスターの情報登録に係る自治体の負担軽減>

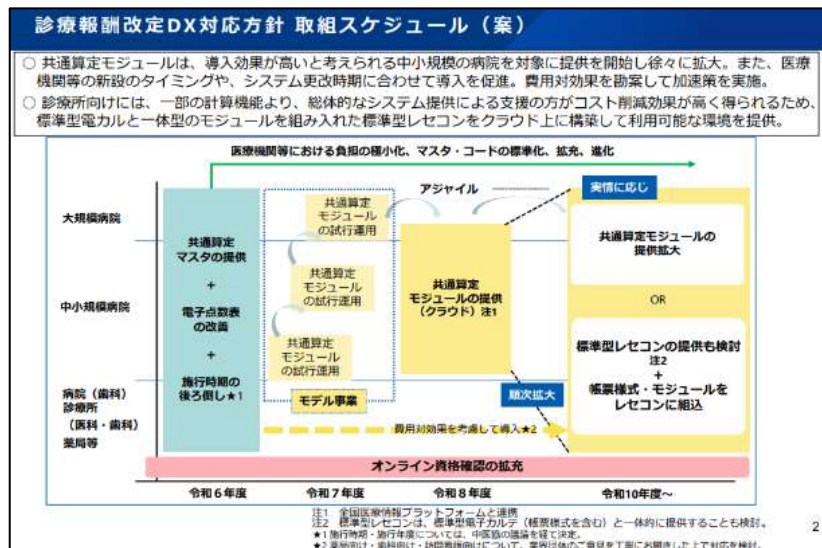
○ PMH（医療費助成のオンライン資格確認）には、令和7年度中に600以上の自治体が参加予定。令和8年度中の全国展開をめざしており自治体がPMHマスターと地単公費マスターの双方に情報登録する負担を軽減する必要もあるため、関係者間で課題を共有し、解決策を検討。

※ 医療費助成のオンライン資格確認：障害者総合支援法（精神通院医療、更正医療、育成医療、療養介護医療）、難病法（特定医療費）、児童福祉法（小児慢性特定医療費、障害児入所医療、肢体不自由児通所医療等）、母子保健法（養育医療）、感染症法（結核患者医療等）など（国公費）と、こども医療費助成・ひとり親医療費助成等の「地単公費」

<円滑な都道府県跨ぎの現物給付化の拡大に向けた対応>

○ 自治体ごとに都道府県跨ぎの現物給付化の開始時期や対象地域等が異なるため、医療機関等のレセコン請求等において混乱が発生しないよう、関係省庁・自治体等の関係者と連携・協力し、面的・総合的な現物給付化の区域拡大等の取組を検討。

資料：令和8年度医療費助成のオンライン資格確認自治体協会の「厚労省版」



3. 日本医師会 ORCA 管理機構による取組

共通算定モジュールおよび地域単独公費の開発は、社会保険診療報酬支払基金の調達案件として、日本医師会 ORCA 管理機構株式会社および同社株主の関連会社である、フューチャーアーキテクト株式会社との共同提案で手上げを行い、契約締結に至った。また、共通算定モジュールの開発にとどまらず、日医標準レセプトソフトの開発・運用のノウハウも持ち合わせていることから、標準型レセコンの策定に向けた協力を行っている。

診療報酬改定 DX に期待される効果は、診療報酬改定に関する作業を大幅に効率化し、ベンダーやエンジニアなどの人材の有効活用を行い、医療 DX に係る費用を低減することである。

日本医師会には、日医 IT 化宣言が実現されるよう、日本医師会 ORCA 管理機構が進める診療報酬改定 DX の取組を支援するとともに、国に対して環境整備が行われるように引き続き注力し、その成果が医療機関へ還元されることを期待する。

2-1-4.国が推進する医療 DX—電子カルテ情報共有サービス

1. 電子カルテ情報共有サービスとは

全国の医療機関等において、電子カルテ情報を共有・閲覧することができるようにするサービスである。

共有する情報は、3 文書（診療情報提供書、退院時サマリー、健診結果報告書）、6 情報（検査、感染症、処方、傷病名、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等）であり、「医療機関間で診療情報提供書や検査結果等を電子的に共有」「医療機関から医療保険者に健診結果報告書の情報を提供」「患者が自身のマイナポータル⁸で健診結果報告書等の情報を閲覧」等により、より質の高い安全な医療を提供に資することとしている。



2. 電子カルテ情報共有サービスの状況

令和7年2月から全国10地域でモデル事業が順次進められている。

厚生労働省はモデル事業の進捗状況について、下記のように説明している。

○臨床情報（6情報）と文書情報（3文書）について、それぞれ検証項目が異なるため、令和7年2月のモデル事業開始後、臨床情報の登録から検証を開始。

○医療機関や電子カルテによって違

いはあるものの、臨床情報の登録に当たって課題が複数発生しており、その原因特定、解決が必要な状況（令和7年夏頃をピークに、登録に関する課題は減少傾向にある）。

○今後、情報を登録する医療機関と閲覧する医療機関の両者の改修を行った地域から、閲覧の検証も開始予定。登録、閲覧双方について課題の把握・解消を図るとともに、医療現場の運用フローの検証も必要となる見込み。

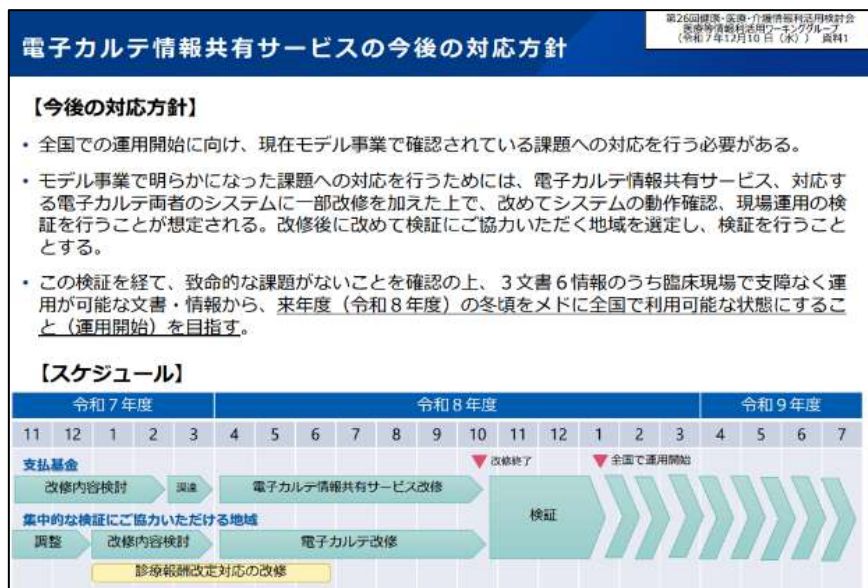


⁸ マイナポータル：国が提供するオンラインサービス。本人が自身の医療・健診情報などを閲覧できる窓口として利用されている。

○文書情報についても、今後臨床情報の検証と並行して検証準備ができた地域から実証を行う予定で準備を進めている。

3. 電子カルテ情報共有サービスの今後の方針

厚生労働省は、今後の方針として、まずは、モデル事業で確認されている課題への対応が必要であり、電子カルテ情報共有サービス、対応する電子カルテ両者のシステムに一部改修を加えた上で、改めてシステムの動作確認、現場運用の検証を行うことが想定される。改修後に改めて協力地域を選定し、検証を行うこととされている。



この検証を経て、致命的な課題がないことを確認の上、3文書6情報のうち臨床現場で支障なく運用が可能な文書・情報から、来年度（令和8年度）の冬頃をメドに全国で利用可能な状態にすること（運用開始）を目指すこととされている。

4. 日本医師会の見解と対応

日本医師会は、電子カルテ情報共有サービスに対して、下記の見解を示している。

■電子カルテ情報共有サービスは単独で実施するものではなく、データの標準化、標準型電子カルテ、電子処方箋、共通算定モジュール、標準型レセコンと一体的に行われる必要がある。

■地域医療情報連携ネットワークは、全国に300ほど存在しており、その中では、画像など豊富な情報の連携もできている。それらが電子カルテ情報共有サービスにつながられるようになれば、大変有効なものになる。地連とどのように連携して活用できるかがカギになる。

■今は、実証実験等の現状の評価を行い、基本方針をしっかりと定めるべきである。先走って次の機能や細かい検討をするべきではなく、基本方針を定めた後に、検討すべきである。

令和8年度診療報酬改定において、新設された「電子的診療情報連携体制整備加算」において、電子カルテ情報共有サービスの活用が要件として含まれている。そのため、日本医師会には、多くの医療機関がこのサービスが利用できるように、国へ補助や環境整備に関する要望を期待する。

2-1-5.国が推進する医療 DX—標準型電子カルテ

1. 電子カルテの普及率

医療機関における電子カルテの普及状況は、令和5年の厚生労働省調査時点で、一般病院全体で65.6%（病床規模別にみると、400床以上93.7%、200～399床79.2%、200床未満59.0%）、一般診療所55.0%であり、3年に一度の調査において、着実に利用する医療機関は増えている状況にある。

(参考) 電子カルテシステムの普及状況の推移 出典：医療施設調査（厚生労働省）

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成20年	14.2% (1,092/7,714)	38.8% (279/720)	22.7% (313/1,380)	8.9% (500/5,614)	14.7% (14,602/99,083)
平成23年 (※3)	21.9% (1,620/7,410)	57.3% (401/700)	33.4% (440/1,317)	14.4% (779/5,393)	21.2% (20,797/98,004)
平成26年	34.2% (2,542/7,426)	77.5% (550/710)	50.9% (682/1,340)	24.4% (1,310/5,376)	35.0% (35,178/100,461)
平成29年	46.7% (3,432/7,353)	85.4% (603/706)	64.9% (864/1,332)	37.0% (1,965/5,315)	41.6% (42,167/101,471)
令和2年	57.2% (4,109/7,179)	91.2% (609/668)	74.8% (928/1,241)	48.8% (2,572/5,270)	49.9% (51,199/102,612)
令和5年	65.6% (4,638/7,065)	93.7% (609/650)	79.2% (956/1,207)	59.0% (3,073/5,208)	55.0% (57,662/104,894)

【注 釈】
 (※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び産科病床のみを有する病院を除いたものをいう。
 (※2) 一般診療所とは、診療所のうち産科医療のみを行う診療所を除いたものをいう。
 (※3) 平成23年は、宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

31

2. 政府目標

政府の方針においては、令和5年6月医療DX推進本部医療DXの推進に関する工程表において、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」としているとともに、令和7年12月に地域医療介護総合確保法「政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率…が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術…その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。」と規定された。

これは医療機関に対する義務ではなく、政府に課せられた目標となっている。

電子カルテの普及に関する政府目標

医療DXの推進に関する工程表(抜粋) (令和5年6月2日 医療DX推進本部)

✓遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す。

<参考> 第7回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム
 目標達成に向け、オンプレ型で、かつ、カスタマイズしている現行の電子カルテから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする廉価なものへと移行することを図る。
 2026年夏までに、電子カルテ/共有サービスの具体的な普及計画を策定する。

地域医療介護総合確保法 第12条の3第4項(抜粋) ※国会修正により追加された規定

第12条の3(略)
 4 政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率…が約100%となることを達成するよう、クラウド・コンピューティング・サービス関連技術…その他の先端的な技術の活用を含め、医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。

3. 電子カルテシステムの普及に向けた取組の全体像

これらを受けて、厚生労働省は、取り組みの全体像を示している。

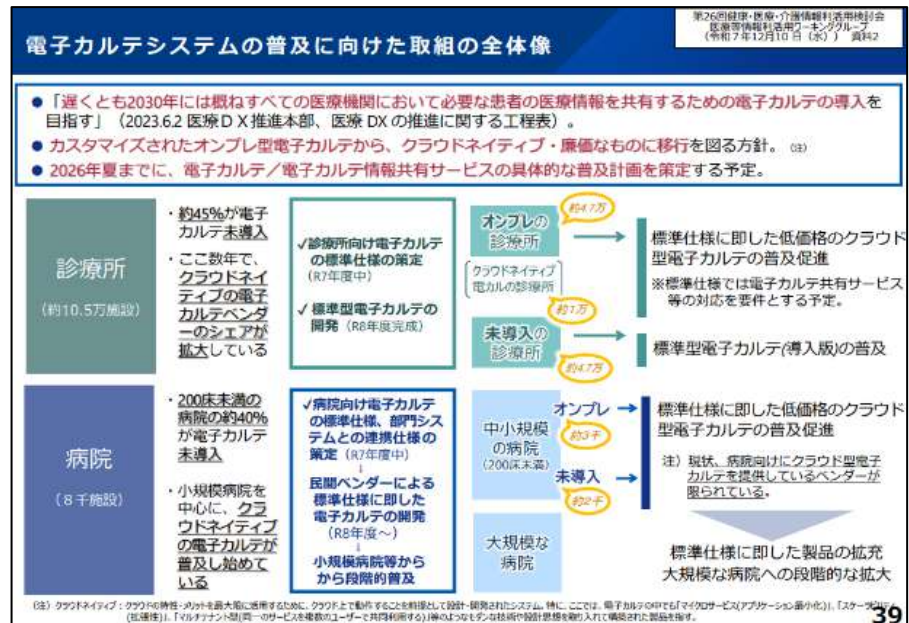
従来の医療機関ごとにカスタマイズされたオンプレミス型のシステムから、クラウドネイティブ⁹・廉価なものに移行を図るとするのが大方針である。2026年夏までに、電子カルテ/電子カルテ情報共有サービスの具体的な普及計画が策定される予定となっている。

その中でも、診療所に向けては、診療所向けの電子カルテの標準仕様の策定を行い、オンプレミスの電子カルテを利用している診療所には、標準仕様に即した低価格のクラウド

⁹ クラウドネイティブ：医療機関内にサーバーを設置せず、インターネット経由で外部のデータセンター上のシステムを利用する方式。保守・更新の負担軽減、セキュリティ等の一括管理が期待される。

型電子カルテを普及促進し、電子カルテ未導入の診療所には、開発中の標準型電子カルテ（導入版）の普及を目指すとしている。

病院に向けては、病院向け電子カルテの標準仕様、部門システムとの連携仕様の策定を行い、民間ベンダーによる標準仕様に即した電子カルテの開発を促進し、小規模病院等から段階的普及を促していくとし、標準仕様に即した低価格のクラウド型電子カルテの普及促進が検討されている。

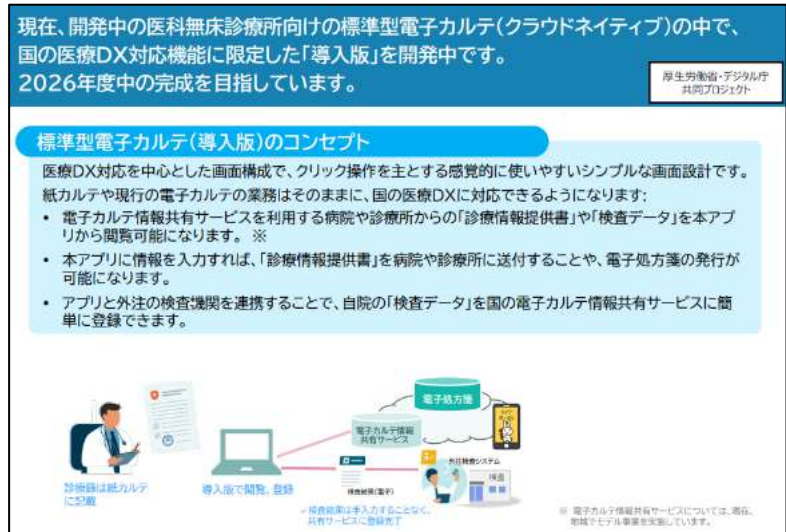


4. 標準型電子カルテの状況

厚生労働省・デジタル庁の共同プロジェクトとして、標準型電子カルテの開発が進められている。

現在は、国の医療DX対応機能に限定した「標準型電子カルテ（導入版）」を開発中である。

医療DX対応を中心とした画面構成で、紙カルテや現行の電子カルテの業務はそのままに、国の医療DXに対応できるようになるものと紹介されており、**2026年度中の完成を目指す**とされている。



5. 標準型電子カルテへの不安と期待

電子化に対応が難しい医療機関からは、「政府目標に則り電子カルテは義務化されるのではないか」という不安が、標準型電子カルテを機に電子化に取り組もうと考えている医療機関からは、「標準型電子カルテの状況はどうか」という期待する問い合わせが医師会には寄せられている状況にある。

日本医師会においては、標準型電子カルテをはじめとする電子カルテを導入しようとする医療機関への支援、および電子化が難しい医療機関に無理やり電子カルテを導入することにならないように働きかけを期待する。

2-1-6.周産期医療を崩壊させないための地域から進める少子化対策

-50万人出生時代に向けたデジタル変革の必要性-

1. はじめに：現在の少子化対策の政策的限界と地域医療の現状

我が国の少子化は急速に進行し、「厚生労働省『人口動態統計（2024年）』」によれば、2024年の出生数は68.6万人、合計特殊出生率は1.15と過去最低を更新した。2035年には50万人割れも予測され、分娩取扱施設は12年間で26%減少、今後さらに分娩取扱施設は減少し、地域での周産期医療の維持が困難な状況にある。産科医療機関の撤退は、当該地域での分娩を不可能にし、若年世代の流出や地域活力の低下を招く要因となる。

地域の持続可能性を守るためには、産科医療機関を残すことが不可欠である。少子化対策としての医療DXは、単なる技術導入ではなく、「産みたくても産めない」環境を改善し、安心して子供を産み育てられる地域づくりの基盤である。50万人出生時代に向けたデジタル変革による新しい周産期医療体制の構築が急務であり、その鍵はICTを活用した医療DX実証事業の全国展開である。

2. 周産期医療DXの実証事業成果と社会実装

日本産婦人科医会では、医療DXを活用して周産期医療の安全性と効率性を両立させる実証事業を積み重ねてきた。これらの実証事業は、埼玉県内で、県・医師会・産婦人科医会が協働し、地域の実情を踏まえた現場発のボトムアップ型DX推進として展開されている。地域医療を熟知した医師会が実証研究を通じて有効性を検証し、そのデータに基づいて医会が政策提言を行うプロセスが、実効性のある医療DXを実現する鍵となる。

第一に、CTG共同監視システム¹⁰実証事業である。埼玉県特区において9,239件の運用実績があり、遠隔地の専門医によるリアルタイム診断支援を実現した。先行する宮崎県での導入事例では、新生児の低pH（<7.10）発生率が0.43%から0.11%へと統計的に有意に低下し（ $P=0.028$ ）し、新生児予後の改善効果が客観的に実証された。また、母体救急搬送時モバイルCTG遠隔リアルタイムモニタリング実証においても、搬送中の胎児状態把握による受け入れ体制の最適化が確認されている。

第二に、PHR(Personal Health Record)¹¹アプリ開発実証である。標準化が進まない電子母子健康手帳に代わり、妊産婦自身が健康情報を管理できるPHRアプリの開発を進めている。東北大学大学院医学系研究科藤井進教授と連携し、音声AIによる問診とSOAP変換の実証を進めており、医療従事者の記録業務負担の軽減と正確な情報記録の両立を目指している。

¹⁰ CTG共同監視システム：分娩監視装置（CTG：Cardiotocograph）で測定した胎児の心拍数と母親の陣痛のデータを、ネットワークを介して複数の医療従事者がリアルタイムで共有・監視するシステム。

¹¹ PHR：個人が自身の健康・医療情報を一元的に管理する仕組み。本人が閲覧・活用し、必要に応じて医療機関や行政と共有することを前提とする。

第三に、産科リエゾンシステム実証である。COVID-19 パンデミック下（2020～2022 年）において、Web データベースによる早期患者把握、オンライン診療、モバイル CTG を組み合わせた県内統合的管理システムを稼働させ、危機的状況下での妊婦の安全確保に寄与した。

また、家庭血圧管理実証研究では、妊婦血圧基準値の策定や産後うつスクリーニングへの応用が進んでおり、周産期医療情報連携ネットワークシステム構築実証により、地域全体での情報共有基盤の有効性の検証を進めている。

3. 地区医師会・産婦人科医会の役割として

地区医師会・産婦人科医会の役割として、以下が重要である：

①地域の医療課題の把握と実証テーマの設定、②会員医療機関との連携体制構築と参加促進、③行政（県・市町村）への働きかけと予算確保、④大学病院等の高次医療機関との連携調整、⑤実証データの収集・分析と有効性評価、⑥全国医師会・産婦人科医会への成果報告と政策提言、⑦地域住民への情報発信と理解促進。この現場主導モデルが、画一的なシステム導入ではなく、地域特性に適合した DX 推進を可能にしている。

4. 50 万人出生時代に向けた政策提言

持続可能な周産期医療体制を構築するため、地方からのデジタル変革を全国へ展開し、以下の具体的な施策の実装を提言する。

- ① 周産期医療情報プラットフォームの全国展開：CTG 共同監視システムを全国導入し、平時と災害時を分断しない（フェーズフリー）情報基盤を整備する。
- ② PHR アプリと AI 活用：妊産婦主体の PHR アプリ開発と音声 AI 活用による業務効率化を推進。
- ③ オンライン診療と遠隔健康管理：モバイル CTG 活用により、通院負担軽減と異常早期発見を両立。
- ④ 広域連携モデル：例えば埼玉県 5 市連携モデル（熊谷・深谷・行田・本庄・秩父）等、自治体の枠を超えた医療資源最適化を全国展開。
- ⑤ 適正な診療報酬と施設維持支援：一次施設の役割（24 時間対応、ハイリスク搬送連携等）を正当評価する診療報酬体系を構築し、遠隔胎児監視料・情報連携加算等の診療報酬評価を確立。さらにデジタル化導入と運営への財政支援を強化。

5. 結論 地方からのデジタル変革を全国へ

我が国は 50 万人出生時代という未曾有の人口危機に直面している。医療 DX は、医療の質を維持しながら地域医療を守り抜くための重要かつ有力な解決手段である。日本医師会は、地域特性を踏まえた現場主導型 DX の全国展開、診療報酬評価（遠隔胎児監視料、情報連携加算等）と財政支援、標準型電子カルテへの周産期機能実装、そして一次施設の経営維持を前提とした制度設計を強く求める。今こそ、地方からのデジタル変革を全国へと展開し、持続可能な周産期医療体制を構築すべき時である。さらに危機に強いレジリエントな医療システムの構築こそ、次世代への責任ある対応であり、2030 年に向けた全国的な医療 DX 推進が日本の未来を拓く鍵となる。

2-1-7.データ利活用の現状と課題

1.はじめに：情報共有

2019年 COVID-19 によるパンデミックが発生した時に、国内では感染者に対して速やかな既往歴や治療薬の情報収集ができず、医療情報を共有・活用のための早急なデジタル化が問われた。

2024年4月開始のマイナンバーカードによるオンライン資格確認整備が進む中、2024年1月1日に能登半島地震が発生した。被災者の治療にあたり石川県独自の地域医療デジタルネットワークの利用により、県内避難先病院等ではリアルタイムで患者情報が共有利用され、また、オンライン資格確認による過去約半年の投薬内容の医療情報も役立ったと言われている。このようなデジタルシステムが COVID-19 を契機に急速に発展普及し、今後様々な医療分野に利用されることとなる。その現状と課題について述べる。

2.現状のデータ活用状況

災害医療現場では能登半島地震でデジタル情報の有用性が証明され、さらに2025年10月から救急車によるオンライン資格確認の運用が始まった。患者情報をいち早く搬送先病院に伝達し、院内の時間短縮・負担軽減を目的とし、国は有効性をアピールしているが、薬剤情報に関しては電子処方箋情報ではなくレセプト情報であり、実際の救急搬送現場ではマイナンバーカード確認に時間と人員がとられる事やワイヤレスのセキュリティリスク問題も生じている。

感染症に関しては COVID-19 のパンデミック時に、国内感染者のインフルエンザワクチン・肺炎球菌ワクチン等接種歴が確認できず問題となった。コロナワクチンの2021年4月以降に接種歴のデジタル化が始まったが、集団接種の終了以降全てのワクチンに対しデジタル活用はされていない。

在宅医療に関しては会計・処方箋等はデジタルの利便性がみられる一方で、カルテ情報は直接訪問看護ステーション等と共有化できずに、他のデジタルツールに再入力等が必要であり、業務改善に至っていない。また、地域包括ケアに関しても各地域のデジタルネットワークが利用されているが、利用者が他の地区へ移動した時の汎用性はなく、医療機関のカルテとの連動も在宅医療と同様にできていない。

3. 課題

2030年以降の標準型電子カルテの普及により3文書6情報が共有されるが、臨床の場では速やかに知りたい他院の画像・心電図に関して共有の目途はたっていない。災害時には疾病名・アレルギー情報・肝炎等感染症情報・薬剤禁忌情報・救急災害用検査情報・処方情報の電子カルテ6情報が利用可能となる。しかし、災害現場では現状紙媒体対応となり、医療機関に受診できない被災者に対しても6情報を利用するため、デジタルネットワーク確保のうえ、セキュリティを有したタブレット型端末カルテ等の普及が必要と思われる。

2025年にワクチンデジタルレコードについて厚生労働省は遅くとも2028年度の開始を示したが、2030年標準型電子カルテ導入後も3文書6情報にワクチン情報は含まれず、オンライン資格確認等システムと行政・自治体行政基盤とをPMH (Public Medical Hub) を用いて連携する方針としているが、詳細は示されていない。また、感染症に関しては今後起こる新興感染症や麻疹等の輸入感染症に対してもワクチン歴が重要な情報であるが、国内基盤が構築されても、任意接種歴や海外渡航者の接種歴の確認などの課題もある。

医療と介護のデジタル連携について、厚生労働省は入退院時等にリハビリを含めた状況が共有され、効率的に医療・介護につながることを示しているが、在宅と地域包括ケア等の連携には言及しておらず、6情報以外の共有すべき情報を活用できるよう国が統一指針を示す必要性がある。

4. おわりに・提言

2030年以降の標準型電子カルテの普及により、医療現場ではますますデジタルレコードが加速利用される。一方で、国の構想したデジタル基盤が整備されても、全てのデータが利用されず当初は3文書6情報に限定される。

今回取り上げた課題を含めた解決には新たなセキュリティや基盤構築が必要であり、さらにAI活用を含めた臨床に即したデジタルデータ活用が望まれる。2040年に向けたデジタルビジョンを国は早くも示しているが、その構想外の事項に対してデジタル化のメリットである拡張性で即時対応する事や新たなデジタル技術革新を導入活用することが望まれる。

2-1-8.医療 DX による「がん検診受診率」の包括的把握に向けた提案

現状

我が国のがん検診は、大きく「市町村が実施する対策型検診」と「企業等が実施する職域検診」に分かれている。日本における働く世代のがん検診の多くは職域検診として実施されており、市町村が行う対策型検診だけでは国民全体のがん検診受診状況を正確に把握することはできない。そこで、3年に1度行われる国民生活基礎調査によって職域を含めたがん検診受診率を算出している。しかしこの数値は、対象者の回答に基づくもので、記憶違いなどによる誤差が含まれる可能性がある。

従って本邦では、検診データの一元管理がなされておらず、がん検診受診率を正確に算出できない仕組みになっており、がん対策の評価や政策立案において大きな課題となっている。

提案

国の検討会では、住民のがん検診の受診状況等を集約化し、市町村が一体的に管理することを目指している。具体的な集約方法として、市町村が受診者に対して受診勧奨を行うに当たり「まず受診者本人からがん検診の受診状況等を市町村に報告」する、としている。報告に当たっては、自治体検診 DX を見据えつつ「電子的な方法の活用」を検討している。

医療 DX の推進により、マイナポータルを通じた健康・医療情報の本人閲覧が進められている。特定健診情報については既にマイナポータルでの閲覧が可能となっており、この仕組みを職域がん検診にも拡張することは技術的にも制度的にも十分検討可能であると考えられる。

現在、マイナポータルで閲覧可能ながん検診情報は主として市町村が実施する対策型検診に限られており、職域がん検診の結果は原則として連携されていない。職域がん検診結果をマイナポータルに連携することにより、国民は自らの検診履歴を一元的に管理できるようになる。職域検診の結果は企業や健診機関に分散して管理されることが多く、転職や退職を契機に過去の検診結果を確認することが困難な場合がある。がん検診は長期的な経過管理が重要であり、個人が自らの検診履歴を一元的に確認できる仕組みを整備することは、継続的な受診行動を促す上でも重要である。

今後の医療 DX の推進において、対策型検診と職域検診という制度上の分断を乗り越え、国民一人ひとりの視点に立った検診情報の統合を図ることが重要である。そのためにも、職域がん検診結果のマイナポータル連携の制度化を検討することが求められる。

課題

がん検診受診率の包括的把握には、本人同意のもと任意型がん検診情報を正確に市町村が把握する仕組みの構築を検討することが必要である。構築に当たっては、医療機関が報告する検診結果について、対策型検診と任意型検診における様式に差異があり、統一的なデータ処理ができないことが課題の一つである。

さらに任意型検診で実施された検診結果を電子的に本人に送付するための仕組みが必要である。しかし、最も大きな課題は、仮に任意型検診の結果がマイナポータルに連携されたとして、その医療情報を国民が市町村に提出してくれるか否かである。回答者にインセンティブを付与する等の案があるが、有効な方法が得られない状況である。

こうした状況の背景について、国の検討会では「職域でのがん検診には明確な法的根拠がない（職域検診は労働安全衛生法に基づいて行われるが、その中に『がん』の項目が明確に規定されていない）。このため、例えば要精密検査対象者を把握することも難しい

（検診結果は重要な個人情報であり、被検者自身の同意なしに医療保険者等が収集・解析等することはできない）」、こうした事態を打開するために、「職域のがん検診について、法整備を正面から考えるべき」旨の見解がある。

対策型検診と職域検診の一元管理の本質的な目的は、日本の真の受診率把握、未受診者対策、重複検診の削減、検診精度の向上であり、最終的な目標は「がん死亡率の減少」である。日本の死因の第一位である癌対策として、国民の生命と健康を守る事を最大の目標としている日本医師会は、上記の法整備に前向きに検討する時期ではないかと考える。

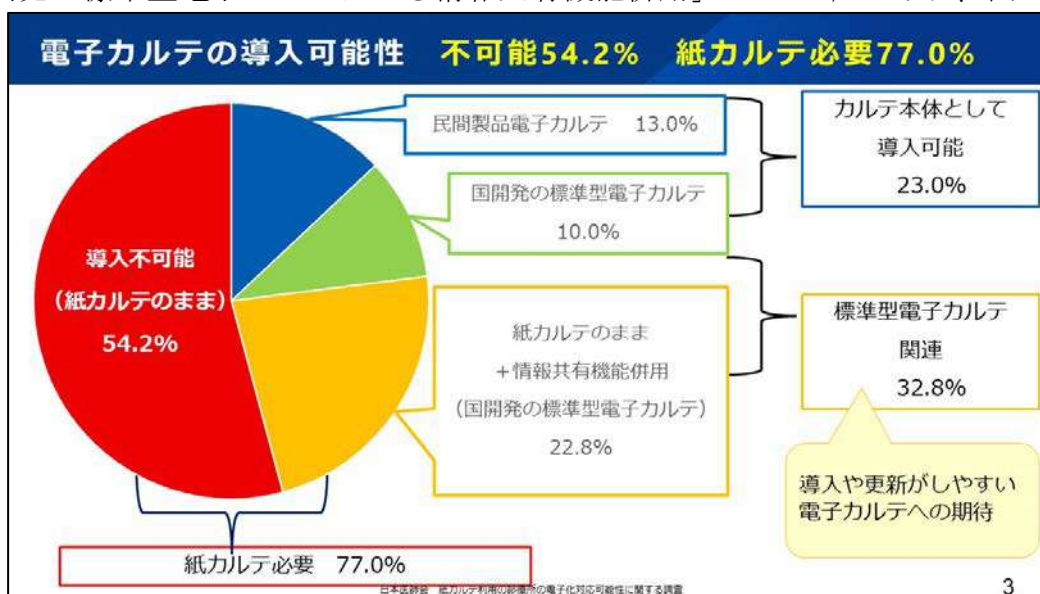
2-1-9.紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査

日本医師会は、「紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査」を実施した。今回の調査は2025年4月18日～6月1日に全国の紙カルテ利用中の診療所を対象に、WEBまたはFAXによる回答を得たものであり、有効回答数5,466件（無床診療所91.0%、有床診療所9.0%）であった。

調査を行った目的は、紙カルテ利用中の診療所が、今後、電子カルテの導入が可能か否か、不可能な場合はその理由は何か、導入可能な場合は電子カルテの種類と導入時期などを明らかにするためである。

1. 電子カルテ導入の可能性

電子カルテの導入可能性に関しては、「導入不可能（紙カルテのまま）」が54.2%、「紙カルテのままで国開発の標準型電子カルテによる情報共有機能併用」が22.8%であり、紙カルテを必要とする回答が77.0%であった。現在、紙カルテを利用している診療所の4分の3が紙カルテを必要としていることが明らかとなった。



また、電子カルテを導入して紙カルテから電子カルテに移行しようと考えている診療所は、「民間製品電子カルテ」「標準型電子カルテ」を合わせて23.0%であった。

電子カルテ導入不可能と回答した診療所に関する分析では、FAXで回答した診療所が多く、ITに不慣れであることがうかがえるとした他、年代が高いほど不可能と回答する割合が多くなる傾向にあり、規模別では、従業員数5人未満が68.2%、5～10人未満が53.2%、10人以上が39.4%、外来患者数20人未満が69.2%、100人以上では43.3%と規模が小さいほど不可能な診療所が多いことが明らかになった。

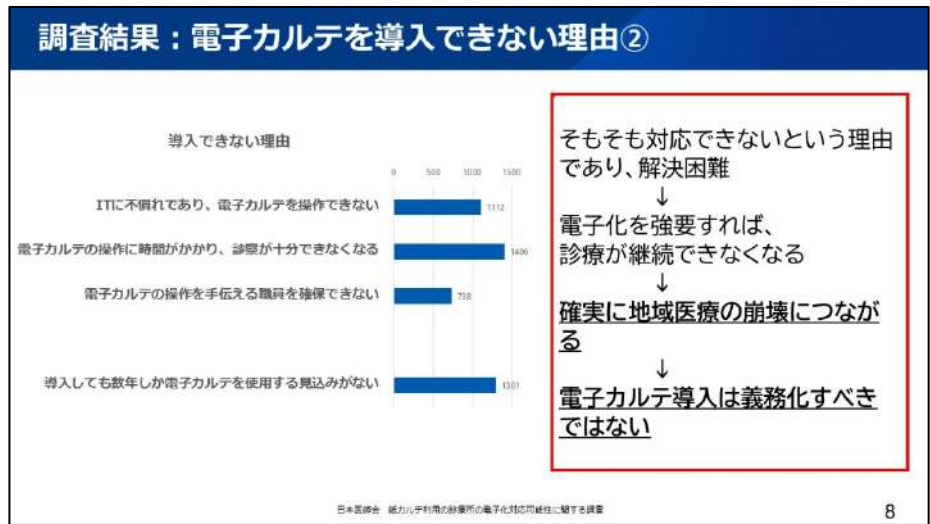
2. 電子カルテを導入できない理由

導入できない理由については、「ITに不慣れであり、電子カルテを操作できない」「電子カルテの操作に時間がかかり、診察が十分にできなくなる」とそもそも対応できない理由が多く、更に、「電子カルテの操作を手伝える職員を確保できない」や「導入しても数年し

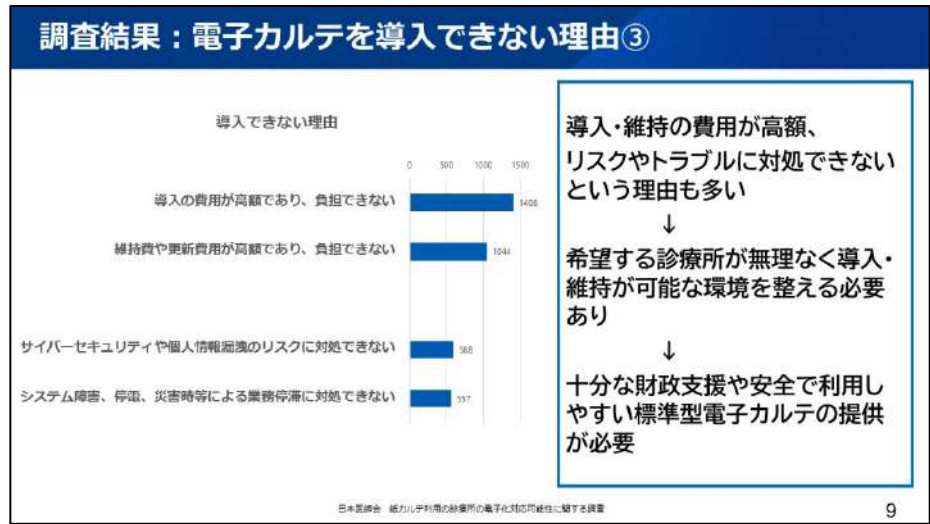
か電子カルテを使用する見込みがない」と回答した診療所もある。

これに対し日本医師会では、「導入・維持等の費用が高額であることや、リスクやトラブルに対処できないとの理由も多い。希望する診療所が無理なく導入・維持が可能な環境を整える必要があり、そのための十分な財政支援や安全で利用しやすい標準型カルテの提供が必要である」と考えている。

その他、導入可能と回答した医療機関の導入時期に関しては、「電子カルテの機能、費用、手間等が具体的にわかってから時期を決める」が53.5%、「国が開発する標準型電子カルテが使用可能になってから」が28.3%で約8割を占めていた。



そもそも対応できないという理由であり、解決困難
↓
電子化を強要すれば、診療が継続できなくなる
↓
確実に地域医療の崩壊につながる
↓
電子カルテ導入は義務化すべきではない



導入・維持の費用が高額、リスクやトラブルに対処できないという理由も多い
↓
希望する診療所が無理なく導入・維持が可能な環境を整える必要あり
↓
十分な財政支援や安全で利用しやすい標準型電子カルテの提供が必要

3. 調査結果を受けて

日本医師会では、「医療DXは地域医療を守るためにあることが大前提であり、地域医療を崩壊させないためにも、電子処方箋や電子カルテの義務化はすべきでない。一方で、電子化を希望する医師にとっては、できるだけ導入や維持がしやすい環境整備が必要である」ことが今回の調査で明らかになった。

日本医師会として、医療現場の声をしっかり国に伝え、施策に反映させながら国や関係者と共に取り組むことが必要との考えが示された。

紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査結果を受けて

- 医療DXについては、地域医療を守るため「すべての医師が、現状のままでも医療が継続できる」ことが大前提である。
- **地域医療を崩壊させないため、電子処方箋や電子カルテの義務化はすべきでない。**
- それと同時に、医療DX推進のために、**電子化を希望する医師にとって、できるだけ導入や維持がしやすい環境整備が必要である。**
- 日本医師会として、引き続き、医療機関が医療DXを導入・維持していくためには、十分な財政支援が必要であることや、工程表ありきで拙速に進めるべきではないことなど、医療現場の声をしっかりと伝え、施策に反映させながら、国や関係者とともに取り組んでいきたい。

日本医師会 紙カルテ利用の診療所の電子化対応可能性に関する調査

2-2.医師会による具体的な取り組み事例

2-2-1.医師事務作業補助者の活用と支援体制の整備

1. はじめに

医療 DX の進展に伴い、医療機関における事務的負担の内容は大きく変化している。従来の事務作業中心の業務構造から、電子カルテ入力、診療情報の構造化、各種 DX 関連システムへの対応、情報共有への参加など、より専門性と即時性を要する業務へと移行しつつある。

これらの業務は事務作業に分類されるが、その多くは診療内容と密接に関連し、最終的な確認や判断を要し、責任は医師に帰属する構造にある。そのため、事務負担の増大が診療および経営を担う医師の業務に影響を及ぼすことが懸念される。特に診療所では人員が限られ、複数の機能を同時に担う必要があり、事務負担の増加は医療提供体制の持続性にも影響する。

医療 DX を現場で実効性あるものとするためには、システム整備のみならず、こうした業務構造の変化を踏まえた人的体制の整備が不可欠である。その中で、主として急性期病院で活用されてきた医師事務作業補助者の役割は、今後さらに重要性を増すと考えられるところである。

2. 電子カルテ普及と入力負担軽減

電子カルテ普及の主要な課題は、入力負担の軽減である。音声入力や文書作成支援技術の発展が進んでいるものの、運用負担や習熟の問題から、多くの医師にとって十分に活用されているとは言い難い。特に診療所では、診療・経営・事務・IT 対応を少人数で担う体制が多く、デジタル技術の導入自体が新たな負担となりやすい。

このような状況において、医師事務作業補助者は、医師の指示のもとで診療記録や医療文書の入力補助を行い、医師が診療に専念できる環境を支える役割を担う。すなわち同職種は、単なる一般事務ではなく、医師と電子カルテおよび医療 DX 関連システムをつなぐ実務的支援人材として位置づけられる。

3. 医療 DX に伴う医師事務作業補助者の診療所への展開

これまで急性期病院を中心に活用されてきた医師事務作業補助者の業務の一部は、今後、入力支援技術や医療文書作成支援ツール等の発展により、効率化・自動化が進む可能性がある。特に定型的な文書作成や入力補助業務については、人手による作業量が減少していくことも想定される。

一方、診療所では医師の事務負担が相対的に大きく、新しいシステム対応が医師の直接負担となりやすい。このため、医師とデジタル技術をつなぐ人的支援の重要性は、むしろ

診療所において高まっていくと考えられる。医師事務作業補助者は、医療 DX 時代における人的インターフェイスとして、診療所医療を支える役割が期待される。

しかし現行の診療報酬体系では、同職種に係る評価は主として入院医療を前提としており、病院外来や診療所での活用に関する制度的評価の枠組みは十分に整備されていない。外来においても事務負担軽減に資する実務は行われているが、評価が限定的であるためコスト回収が困難であり、診療所への展開を妨げる一因となっている。

診療所においても、医療事務との兼務等の形で実務に関与している例は報告されており、制度整備が現場の実態に十分追いついていない側面がある。以上を踏まえ、診療所を含めた活用に向けた制度的整理と支援の在り方について検討が必要である。

4. 地域包括ケアと教育・研修体制の重要性

医療 DX の重要な要素の一つは、地域における医療・介護・福祉の情報共有を通じた多職種連携の推進にある。診療所の医師事務作業補助者が、電子カルテ入力支援に加え、地域医療情報連携ネットワークや多職種連携ツールの活用を補助することで、医師の負担を増やすことなく情報共有の円滑化が期待される。

さらに近年、サイバーセキュリティ対策への対応も重要な課題となっている。小規模医療機関では専任の情報管理担当者を配置することが困難であり、ガイドライン対応や情報資産管理、運用体制の整備等が結果として医師の負担となる場合も少なくない。医師事務作業補助者がその実務を補助することにより、医師が本来の診療業務に専念できる環境の整備につながる。

こうした役割の拡大に対応するためには、人員配置にとどまらず、医師事務作業補助者に対する継続的な教育・研修体制が不可欠である。山口県医師会では、10 年以上前から医師事務作業補助者を対象とした講習会やグループワークを継続的に開催し、医師と補助者が協働する診療体制の理解と実務能力の向上を支援してきた。

このように、医師会をはじめとする関係団体・組織による教育・研修の積み重ねにより、医師事務作業補助者は医療 DX の担い手として、より安定して現場で機能することが可能となる。

5. 制度整備に向けた提言

医療 DX を現場で実効性あるものとするためには、医師事務作業補助者の役割を DX 時代に即して再整理し、診療所を含めた医療機関で活用可能な制度設計が必要である。診療所での活用を進めるためには、まず診療報酬上の評価の在り方について中医協における議論を促すことが重要である。

あわせて、医師会をはじめとする関係団体による教育・研修支援と連動させ、総合的な環境整備を図るべきである。

2-2-2.医療 DX を推進するための北海道における地域連携ネットワーク

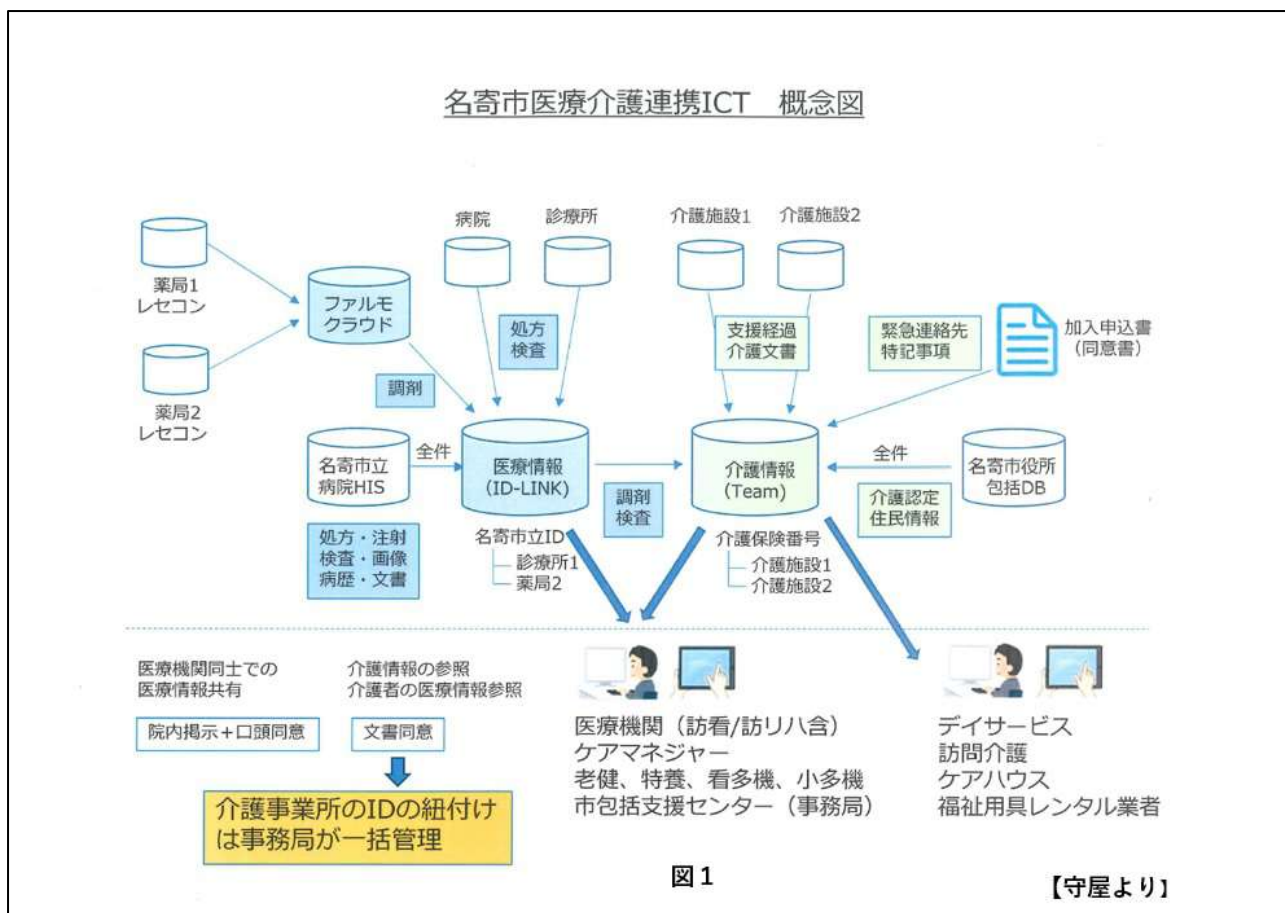
はじめに

道内では、各地で医療 DX の先進的な取り組みが進められており、その鍵として地域医療情報連携ネットワークの導入と活用が注目されている。今回は名寄市の取り組みを中心に、医療情報共有の実践例から役割と効果、運用体制とガバナンスの工夫について解説する。

名寄市における ICT ネットワークと多職種連携

名寄市立総合病院では、2021年に医療介護連携 ICT「ポラリスネットワーク 2.0」を本格稼働させた（図1）。

これは医療情報共有システム「ID-Link」と多職種コミュニケーションツール「Team」で構成されており、病院の検査結果・処方・調剤といった診療情報を ID-Link で一元化することで、介護側にも共有でき、Team 上でケアマネジャーや訪問看護師らが文書・写真・動画を用いて情報交換できる。在宅療養中の患者については、医療・介護スタッフが日々の体調変化や服薬状況を共有し、必要時に受診やケアを速やかに提供できる。他にも



ID-Link には救急・災害時に、患者の同意なしで必要情報を閲覧できる機能も備わっており、非常時の情報共有にも役立っている。

情報共有が果たす役割と効果

地域医療情報連携ネットワークの活用により、かかりつけ医や介護職とも患者情報を共有することで、病院と診療所間での診療継続を支えている。退院支援において、名寄市では ICT 活用後に退院調整日数が平均 8 日短縮されたとの報告があり、入院中からケアマネジャー等とリハビリ状況や自宅環境を共有し、退院計画を立てることで在宅復帰が円滑化した。慢性心不全患者については、介護側が日々のバイタル変化を共有し、悪化時に ICT 経由で主治医へ連絡することで、早期受診を促し再入院抑制に寄与している。

運用体制とガバナンスの工夫

名寄市では、行政主導で「医療介護連携 ICT 協議会」を立ち上げ、地域包括支援センター内に事務局を設置しシステム運用を統括している。導入時にはタブレット 80 台を無償配布し、操作研修を徹底することで、現場の不安を解消し利用促進を図っている。

函館市では、早くから ID-Link を用いた地域医療情報連携ネットワーク「道南 MedIka」を運用し、病院間で患者情報を共有し、円滑な転院・在宅移行に繋げてきた。行政の関与で、近年は函館市医師会の連携支援センターが介護事業所の参加を促す体制を整備し、病院 ICT 担当者による運営委員会で課題検討を行っている。

室蘭市では、医師会主導で SS-MIX2 対応のシステム「CoEsse」を導入し、参加機関の診療・介護情報を自動集約・共有する体制を構築した。

旭川市では医師会が事務局となり「ゆっきりんく」（帝人ファーマ社の「バイタルリンク」）を運用し、多職種が PC やスマホから患者情報を共有している。

このように道内各地域で ID-Link や SS-MIX2 準拠システムを基盤とする地域連携が進み、地域の実情に応じて行政または医師会が推進役を担っている。これらの協働体制により、多職種が ICT を自らの業務に組み込み、活用する文化が醸成されている。特に ICT に不慣れな介護職や個人事業所に対しては、行政と医師会が丁寧な伴走支援を継続することが、円滑な定着に不可欠である。加えて、医療圏をまたぐ広域連携においては、道内各地で活用される ID-Link 等の共通インフラが互換性を保つことで、患者の移動にも柔軟に対応できる体制が整いつつある。

おわりに

名寄市、函館市、室蘭市、旭川市における地域医療情報連携ネットワークについて述べてきたが、今後は、こうした北海道の先進事例が全国の中小自治体に広がることで、持続可能な医療・介護提供体制のモデルとなることを期待したい。

2-2-3.長崎市医師会における共同利用型のサイバーセキュリティの取り組み

1. 初めに

サイバーセキュリティ対策の重要性

近年、病院・診療所を問わず、ランサムウェア¹²等によるサイバー攻撃の被害が増加している。

被害の実際としては、①電子カルテの停止による、外来縮小・救急停止、検査・処方オーダーの停止、手術予定の延期等の二次被害、②医療機器の停止・誤作動により、放射線機器・検体検査機器使用の停止、生体モニターのネットワーク障害、③患者情報の漏洩、④救急・地域医療提供体制の障害、⑤サプライチェーン攻撃による被害として委託業者・クラウド事業者への攻撃による画像クラウドの停止・予約システムの停止等—がある。

サイバーセキュリティ対策の実施義務

医療法施行規則第14条第2項（令和5年4月1日施行）において「サイバーセキュリティを確保するために必要な措置を講じなければならない」とされ、具体的には最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第6版）」を参照の上、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ対策全般について適切な対応を行うこととされている。

ガイドラインにおいてはサイバーセキュリティ対策チェックリストの作成が求められており、医療法第25条に基づく立ち入り検査においても準備が必要となる。

立ち入り検査における確認事項は医療機関確認用とすべての事業者確認用、MDS/SDSであり、○台帳（情報資産管理台帳）○連絡体制図○事業継続計画（BCP）○運用管理規定の整備が求められる。

全ての医療機関においてサイバーセキュリティ対策は必須であるが、小規模医療機関においては①ガイドラインチェックリスト作成、②サイバーセキュリティに強い環境づくり、③バックアップやBCP対策—は困難であり、費用負担も大きな問題である。

2. サイバーセキュリティ対策への取り組み

長崎市医師会とNTTデータ中国およびデジタルウエルネス戦略研究所との協力の元、サイバーセキュリティ対策として以下の取り組みを行っている。（立ち入り検査対応）

¹² ランサムウェア：データを暗号化して使用不能にし、復旧と引き換えに金銭を要求する不正プログラム。医療機関においても診療提供状況に影響を及ぼす重大な被害が報告されている。

Step1 ガイドラインチェックリスト作成支援（実地検証）

情報資産管理台帳作成支援（NTT データ中国）として、現場（診療所等）への立ち入り調査を行い、以下の資料を作成

- 1) 医療情報システム管理表
- 2) サーバー管理表
- 3) 端末管理表
- 4) ネットワーク回線管理表
- 5) ネットワーク機器管理表
- 6) ネットワーク構成図

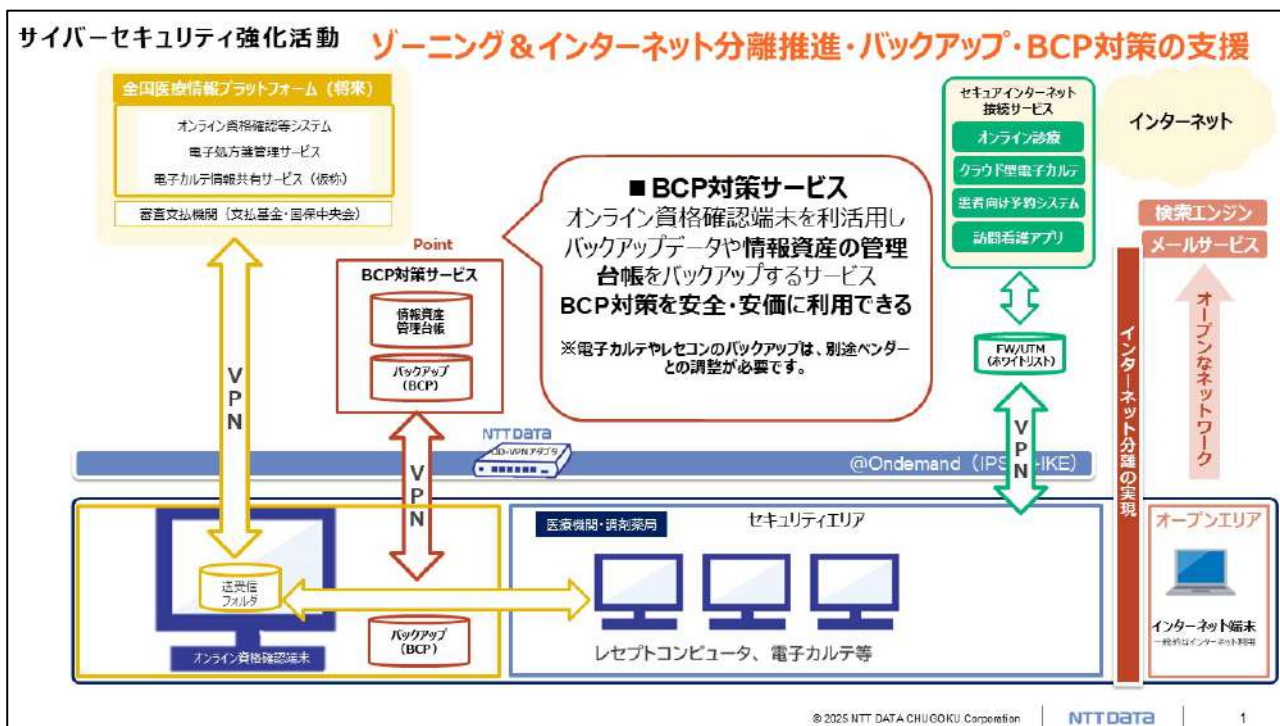
Step2 サイバーセキュリティに強い環境作りの為、以下の項目を検討

- 1) セキュリティエリアの防衛（ゾーニング）
- 2) インターネットの分離
- 3) 共同型 UTM などの利用
- 4) ウィルス対策、EDR 対策

Step3 事業継続計画（BCP）

- 1) BCP の策定と普及
- 2) インシデント発生時のサポート体制の確立
→地域医療 DX お助け隊（仮称）の創設・組織化しサイバーセキュリティ現地調査や
会員施設の医療 DX の推進を支援

*別表：サイバーセキュリティ強化活動の最終目標図



3. 最後に

医師会が主体となって地域医療 DX、サイバーセキュリティに取り組む事で、地域の医療機関（特に小規模）の地域医療 DX への取り組みの均てん化と、共同型 UTM の導入等による、負担軽減の一助にもなりうる。

更に、地域医療情報連携ネットワークや全国医療情報連携プラットフォームとの連携を進める事で地域医療 DX の更なる進化が期待される。

2-2-4. 粕屋地域医療ネット

1. 粕屋地域医療ネット

現状の医療資源で超高齢化社会の地域医療を担うには、病院と地域の情報共有の効率化が必須である。粕屋医師会は病院と地域に点在するかかりつけ医を結ぶ地域医療情報連携ネットワークを構築し、関係者の人的負担を軽減し、服薬指導の報告書を自動発行する服薬指導支援システムをベンダーと共同開発することを意図し、実運用に漕ぎつけた。その過程で、多くのことを学んだ。

業務支援システムの作成には業務分析が必要で、医療界以外の業界には個々の業務に精通した業界 SE が存在する。しかし、医療界は特異性が強く、業界 SE を欠いているため、業務分析とシステム設計をベンダーが担うことは難しい。そのことから、業務支援システムの設計から事後のシステムの稼働状況の確認まで当方が担い、ベンダーは電子カルテへ本システムの搭載を担った。

業務支援システムは、想定外のガイドライン効果で、指導漏れが解消し、初心者の服薬指導が可能になった。ところが、稼働まで2年、毎月の会議において、服薬指導支援システムが全業務を代替するための条件を繰り返し聴取し、稼働後も同様の会議を繰り返したが、利用率は改善しなかった。2年後、他施設での稼働でレセプト請求時の書類が必要なことが判明し、システム開発時に協議しシステム化された。他職種の業務分析の難しさを痛感した。

2. 栄養指導の現状

病院の過少摂取患者の多くは、術後患者や脳血管障害の後遺症、がん末期の患者、認知症患者であった。環境因子が整えられ、多職種が連日見守る入院環境でも、食べる意欲に欠ける患者の回復は難しかった。

器質障害の程度が軽い患者は地域に帰り、その割合は年々増加している。地域では、高齢患者に介護が適用されると、管理栄養士の居宅療養管理指導が可能になるが、訪問診療、訪問看護、訪問介護、通所介護、訪問リハ、訪問歯科、配食サービスが優先され、栄養指導は最後、訪問診療の1%未満に留まっているのが地域の栄養指導の現状である（平成24年度老人保健健康増進事業）。

服薬指導は処方箋をもとに指導し、薬剤師は地域に多数在籍しているが、栄養指導の報告書は独自性と専門性が強く、報告書を見て内容を理解できる医師は少ない。そして、地域の栄養士数は圧倒的に少ない。結果として、退院後の食習慣の改善の継続は難しく、入院を繰り返すことが多かった。そこで、病院栄養士は、栄養指導報告書に、栄養指導の問題点やその内容の手書き文章、行動変容の内容、栄養目標、食べ方の工夫、教育目標、自己管理目標、環境調整等の項目を加え、伝達内容の向上を図ったが、病院内での工夫で地域への波及効果は多くはなかった。

地域の高齢患者は多くの厳しい社会的な環境、経済的な理由等でかかりつけ医も持たな

い、肉親や隣人との接点がほとんどない、認知症の症状の進行等を抱えている。そして、食思不振と社会的環境は関連が強く、治療抵抗性の大きな要因である。服薬指導に比べ、遥かに深刻な病態では、伝達情報量も多いが、地域の栄養士は少なく、関係機関数は多岐に及び、連携の歴史は少ない。当然、栄養指導に必要な文言辞書は服薬指導に比べて遥かに多く、関係機関の意向と連携の調査は煩雑で難しく、栄養指導支援システムの設計

栄養指導	
うまく行かない時の対処	『うまくいかない時は目標を少し下げてください』、『何が食べたいか』、『食事に不満がないか』、『肉親や気に入りとの会話を増やす』、『本人との会話や栄養指導の実施状況をメモ等に記録して下さい』、『栄養士と相談して下さいどの過程が難しいかよく相談して担当者と相談して下さい』、『身体症状や基礎疾患の具合が悪くないか確認してください』、『心配事がないか相談して下さい』、『かかりつけ医に相談下さい』、『栄養士の指導内容で納得できないことを栄養士に相談ください』、『基礎疾患の管理に注意を払って下さい』、『患者さんの話をよく聞いてください』、『頑張りは禁句です』、『うまく行ったこと、頑張ってきたことを褒めてください』、『患者の心を解す人と合せてください』

には課題が山積しているが、少しでも共有が進むと効果が期待される。

3. 医師会の地域栄養指導への対応

粕屋医師会は地域一体型の栄養指導体制の構築に向けて、医師、栄養士と多職種、行政職員を集めて栄養指導のシステム化の検討を始めた。地域の独居老人や老々家庭には社会福祉や医療のサービスも受けず、医療との接点がない患者が少なくない。民生委員や行政職員からかかりつけ医を紹介されるが、食思不振、体重減少に加え生きる意欲も低下していることが多く、両者が悪循環して、サルコペニア、フレイルに移行し、孤独死する人も少なくない。早期発見のためには、判りやすい地域共通の基準を定め、民生委員と高齢者患者との接点が多い調剤薬局や訪問看護師、介護士、更には家族にも共有する。

対応する側も、在宅医療や食思不振に関心の高い医師を中核としたミニネットワークを構築し、相互連携を強化する。ミニネットワークを対象に勉強会を開催し、ネットワークの強化を図り、栄養指導支援システムの基盤準備と開発を表明した。

4. 業務支援システムの開発

地域の深刻な過少摂取者への対応には、深刻な社会的背景を判りやすく栄養士に伝え、地域や肉親が、栄養指導内容を理解できる栄養指導報告書を作成して地域に発信し、地域には再度の栄養指導や、患者用に設定した食事の再体験と摂取状況確認のための、短期入院の時期を明示する栄養指導支援システムを作成する。行政職員を始め関係者の声を聞いて、実際の項目と選択文書の熟成を図る。短期入院を担う拠点を病院と有床診療所の何れにするか、IT 環境では前者が、利便性と継続性から後者が優れている。パソコンでの開発は電子カルテとの連携が難しく、実現性は乏しく、電子カルテでの開発を予定している。

2-2-5.庄内地域における地連ネットワーク

ちようかいネットは2011年に運用開始され、約15年にわたり継続的に発展してきた地域医療連携基盤である。人口約25万人の庄内二次医療圏において、患者の約3割が登録されており、開示病院5施設、参照施設274施設と広範な医療・介護機関が参加している点が特徴である。特に医療機関だけでなく、地域包括支援センターや介護事業所、訪問看護・リハビリ施設など介護領域の参加率が高く、多職種連携が進んでいることが大きな強みとなっている。

1. ネットワークの特徴

本ネットワークの特徴の一つは、医師記録開示を義務化している点である。これにより、単なる検査データの共有にとどまらず、患者の経過や臨床判断を含む「文脈ある情報」が地域全体で共有される。また、画像データはダウンロード可能とし、実臨床での活用性を高めている。実際の利用状況を見ると、最も参照されているのはプログレスノート（医師記録）であり、次いで画像や検査結果、紹介状などが活用されている。職種別に見ると、医師は画像や検査、看護師は処方・検査、ケアマネジャーは診療録や処方情報の参照が多く、それぞれの業務ニーズに応じた利用がなされている。

特に注目されるのは、ケアマネジャーの活用拡大である。2015年以降アクセスが大きく増加し、現在では主要な利用者層の一つとなっている。従来は家族からの聞き取りに依存していた情報収集が、診療録を直接参照することで正確かつ迅速に行えるようになり、在宅から入院、退院後のケアまで切れ目ない支援が可能となっている。また、入院中から退院後のサービス設計を検討できる点も評価されている。



2. 運用の実績

運用実績としては、月平均でアクティブ施設114カ所、ユーザー621人、患者約2,400人が利用しており、年々利用者数は増加傾向にある。これは未利用層の参入や活用の広がりを示唆しており、地域におけるICT基盤として定着しつつあることがうかがえる。さらに、診療所医師からは、紹介後も患者の経過をリアルタイムで把握できる点や、学習機会としての価値が高い点が評価されている。

具体的な臨床効果として、救急医療において、患者搬送前に画像データを取得し、治療

準備を完了できたことで、到着後すぐに高度治療を実施できたケースは、情報連携の実効性を示す好例である。また、検査予約機能（CT・MRI）をネットワーク経由で24時間利用可能とし、全体の7割以上がこの仕組みを通じて予約されているなど、業務効率化にも寄与している。

費用面では、利用料が月10万円、サーバー更新費用が5年毎で500万円（年割100万円）が発生しており、年間220万円の負担となるがほぼ診療報酬で賄われている。参照施設の利用料は無料である。この持続可能な運用モデルも普及の重要な要因である。

地域医療情報連携ネットワークを活用するためのコツ

システムは導入して終わりではなく、それがスタートである。

- ・ 同意の取り方。
- ・ 情報開示病院における診療録の開示を義務化
- ・ DICOMデータのPACSへのダウンロード可否
- ・ 緊急対応（ems機能）の利用
- ・ 庄内地域で、CDなどによる画像データ（DICOM）の可搬をなくした
- ・ 利用職種
- ・ 緊急時に電話相談する際、その前にID-Linkの医療機関間の同意、紐付けを済ませておく、など
- ・ ID-Link運営費用、利用料

3. 全国 ID-Link EHR

地域を超えた連携にも取り組んでおり、山形県では2次医療圏毎に地連が構築されたが、県全域での情報共有を目的に、2019年3月より山形県広域連携を開始した。さらに、2020年4月には秋田県との広域連携（秋田・山形連携）を実現し、新型コロナにおける県境移動制限時の医療情報共有に威力を発揮した。

また、ID-Linkは患者毎にユニークな全国共通のMPI（患者統合マスタ）をもっていることから、地連ネットワークのユニオンを越えた医療情報共有や、遠隔地や災害時での広域連携が可能である。2024年10月から「全国 ID-Link EHR」が病院ごとの手上げ制によりスタートし、全国で利用できるルールが敷かれたことになる。



一方で、全国医療情報プラットフォームとの関係については、両者は競合ではなく補完関係にあると位置付けられる。全国プラットフォームは網羅性に優れ、ID-Linkは詳細な診療情報や現場運用に強みを持つ。将来的にはAPI連携により、同一画面上で両者の情報を統合的に参照できる環境が理想とされるが、技術的・制度的課題も多く、今後の検討が必要である。その持続的運用には制度設計と現場ニーズの両立が不可欠であり、全国基盤との連携を視野に入れたさらなる発展が期待される。

2-2-6.ひろしま医療情報ネットワーク (HM ネット) : 生き残りを懸けた試み

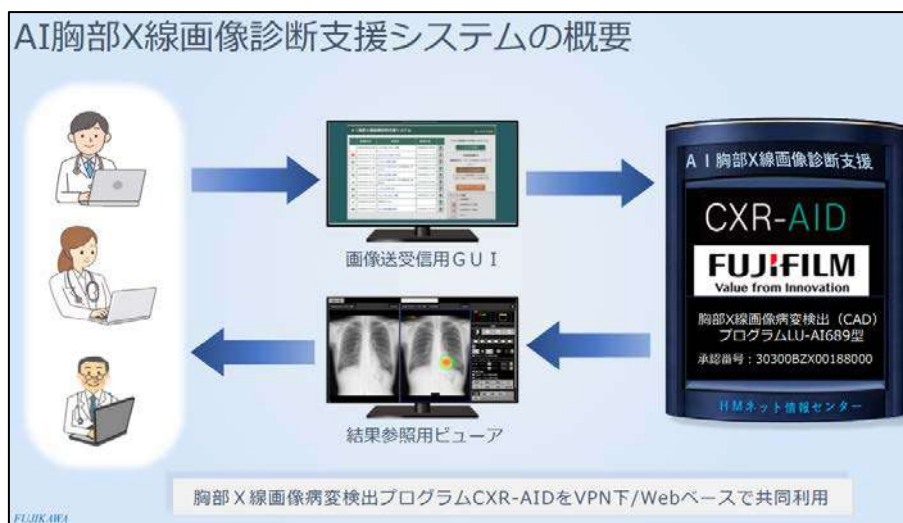
—AI 胸部 X 線画像診断支援システムの共同利用など—

広島県医師会常任理事 藤川光一

ひろしま医療情報ネットワーク (HM ネット) では、全国医療情報プラットフォームの構築が進む中で、その存在意義を再定義し、生き残りと発展を図るために取り組んでいる。従来、地域医療情報ネットワークは医療機関間の情報共有を担ってきたが、全国規模のプラットフォームとの機能重複が課題となり、差別化が求められている。HM ネットでは、単なる情報共有にとどまらず、臨床現場の実務を直接支援する機能の強化を軸に、新たな価値創出を目指している。その中核的な取り組みを紹介する。

1. 「AI 胸部 X 線画像診断支援システム」

本システムは本来、各医療機関内で利用されるものだが、サーバーを HM ネットの情報センターに設置し、VPN 経由で複数施設が共有できる仕組みとした点に特長がある。医師は画像データをアップロードすることで、AI による異常所見の検出結果を得ることができ、診断の補助として活用する。異常の可能性は画像上に色分け表示され、確信度も数値で示されるため、診断の質向上や見落とし防止に寄与している。実際に、AI 併用により検出率が向上する結果が示されており、利用件数や参加医療機関数も増加していることから、ネットワークの価値向上および新規参加の促進にも寄与していると評価される。近々、肺の CT を対象とした「AI による肺結節の検出プログラム」と MR アンギオグラフィを対象とした「AI による動脈瘤の検出」の導入を検討している。



2. ファイル共有・送受信システム「HM-Box」

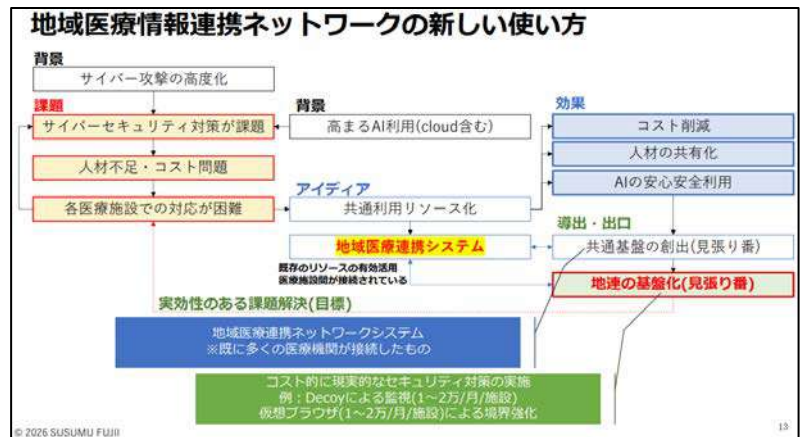
高い機密性を確保した環境下で医療情報を安全に共有できる仕組みであり、特にファイルをダウンロードせず同時に編集が可能である点が特長である。新型コロナ流行時にはオンライン診療の円滑化に活用され、また地域医療連携パスのオンライン化により、複数医療機関間でのリアルタイムな情報共有を実現できる。さらに、薬剤師から医師へのトレーシングレポートの送信や、訪問看護における書類提出の効率化など、多様な場面で活用されている。

2-2-7.地域医療情報連携ネットワークの新しい使い方

東北大学病院医療データ利活用センター長 東北大学災害科学国際研究所教授 藤井進

近年、ランサムウェア被害の増加は重要な社会課題であり、医療機関も例外ではない。もはや対岸の火事ではなく、境界型防御とゼロトラストの併用、人材確保、導入コストなど、サイバーセキュリティには現実的な課題が山積している。一方で医療 DX の進展により多様な AI サービスが登場し、クリニックから大学病院まで幅広くクラウド型 AI の活用が期待されている。

このように、セキュリティ対策と AI 活用という相反する要請が共存する状況下で、医療機関はいかに対応すべきか。ランサムウェア被害が発生した場合、地域内で不足する医療応需を他の医療機関が補わなければならない。そのため、人的資源やセキュリティ対応システムを複数施設で共同利用できれば、生産性の高い解決策となり得る。すなわち、既存の地域医療情報連携ネットワーク（地連）を活用し、地域の「見張り番」と AI 共同利用のプラットフォームとして機能させることは、現実的かつ実効性の高いアプローチと考え、宮城県地域医療連携ネットワーク（MMWIN）では次のような取り組みを実証している。

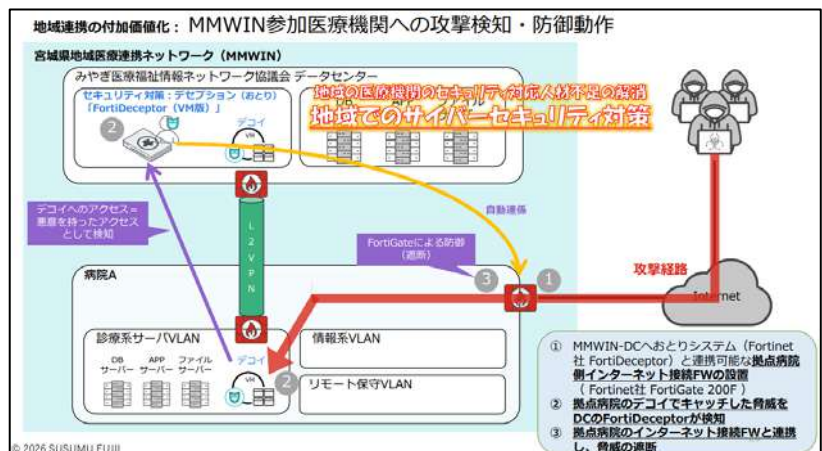


地連を活用したランサムウェア対策として、初動監視の Decoy システムを試験導入し、東北大学病院がその管理・運用を試行した。

1. サイバーセキュリティ対応に decoy を活用したライセンス共同利用

サイバー攻撃の早期発見、侵入を発見するために仮想的サーバーである Decoy(おとりシステム)を設置し、攻撃者を誘導することで、侵入の兆候を早期検知する仕組みで、業務への影響が少なく、高精度かつ低コストで導入可能という利点がある。

これを地連ネットワーク上に配置することで、各医療機関のセキュリティ監視を共同化



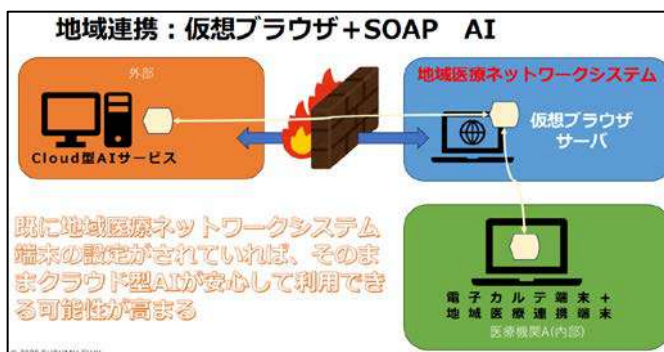
し、効率的な防御体制を構築でき、このシステムを地連ネットワーク内の複数の病院で共有することで、1病院当たりの負担を抑えることが可能となっている。

2. 仮想ブラウザによる安全なクラウド型 AI 活用＋共同利用

診療中の会話の音声を生成 AI で解析することで、SOAP 形式の診療記録の下書きを自動生成するサービスの実証事業も進めており、診療時間の短縮や記録の充実に寄与している。

また、患者さんのスマートフォンを活用した PHR（個人健康記録）との連携により、日常生活での症状記録が診療に直接活かされる循環型の情報基盤を実現している。これらは国産 LLM により構築され、安全性にも配慮されている。

さらに、電子カルテ環境でも安全にこうした AI を利用するため、「仮想ブラウザ」技術を導入。外部接続を論理的に分離することで、セキュリティリスクを抑えつつクラウドサービスを活用可能としている。これにより、地連ネットワーク上での AI サービス提供が可能となっている。



3. 縮退運転を前提とした IT-BCP と AI 訓練＋ナレッジの共有

東北大学病院では、IT に関わる防災・業務継続計画（病院 IT-BCP）第 1 版を取りまとめた。ランサムウェア発生時の診療継続を想定し、具体的なシナリオに基づく訓練を実施しており、その作成や振り返りにも AI を評価支援などで活用している。

AI 評価支援システムは、地連ネットワーク内の医療機関でも利用できるように提供可能であり、これらの知見を地域で共有することで、防災力・対応力の底上げを目指している。

4. まとめ

地域医療が直面する人材不足、医療 DX、サイバーリスクとそのコスト対応という課題に対し、地連ネットワークシステムは「情報共有のコスト」から「医療を支える基盤」へと役割を変えつつある。

本提案を通じて、医療の安全性・効率性・持続可能性を同時に高める地連ネットワークは「地域の見張り番(共通基盤)」となる新たな価値を提示する。

また、地域特有の課題解決には、地域の実情を理解した人々による密な連携が不可欠であり、その基盤としても地連ネットワークシステムの再活性化が有効と考えられる。

2-2-8. しまね医療情報ネットワーク（まめネット）－地域包括ケアを中心に－

NPO しまね医療情報ネットワーク協会副理事長／島根県立中央病院病院長 小阪真二

まめネットは、自治体と連携した運営体制を特徴とし、「ネットワーク基盤」と「サービス」を分離した上下分離方式を採用している。基盤部分は県が整備・運用し、その上で提供される各種サービスは利用者負担によって運営される。この仕組みにより、公共性と持続可能性の両立を図っている。また、医療機関の規模に応じた利用料設定（応能負担）を導入し、大規模施設ほど多く負担する公平な制度となっている。

1. 連携カルテ

中心となる機能の一つが「連携カルテ」である。これは SS-MIX2 規格を用いた標準化データに基づき、ベンダーに依存しない形で医療情報を共有する仕組みである。病院と診療所の双方向で情報提供が可能となっており、従来のような一方向の紹介・逆紹介にとどまらない連携を実現している。さらに、HPKI を用いて電子署名を付与した診療情報提供書等の活用も行っており、電子署名を用いた完全電子化により、紙媒体を介さない安全かつ効率的な情報共有が可能となっている。

情報共有においては、連携カルテに登録する「公開の同意」と登録された情報の「閲覧の同意」の二段階の患者同意を採用し、患者自身が情報の主体であるという考え方を重視している。これにより、患者中心の医療情報共有が実現され、医療職種に関係なく必要な情報を閲覧できる環境が整備されている。この点は、病院完結型から地域完結型医療への転換を支える重要な要素とされる。

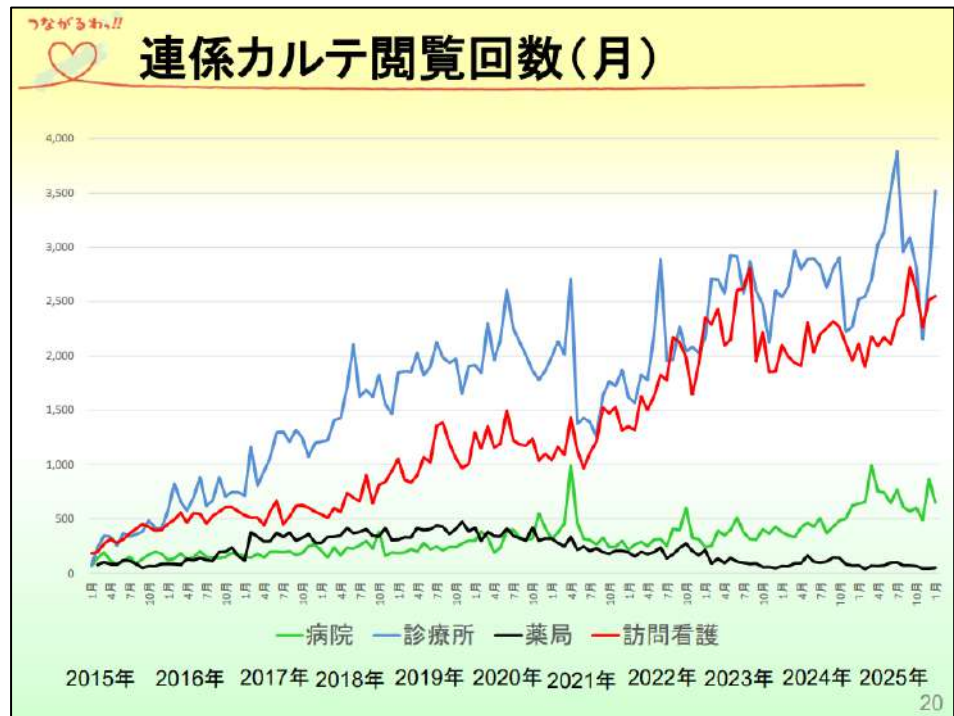
また、まめネットでは患者に「まめネットカード」を発行し、地域共通 ID によって情報を紐付けている。このカードにより、患者が複数の医療・介護機関を利用する際にも一貫した情報共有が可能となる。現在、島根県内の多くの医療機関が参加しており、情報提供施設の割合も高い水準にある。

運用面では、ICT 導入による効果として、退院調整の迅速化が挙げられる。従来は時間を要していた退院判断が、事前の情報共有により短期間で可能となった。ただし、単にシステムを導入するだけでなく、会議頻度の見直しなど運用改革が不可欠と考える。



2. 多職種や訪問看護による活用

さらに、訪問看護など多職種による活用が進んでいる点も重要である。特に訪問看護師は情報ニーズが高く、連携カルテの閲覧数も多い。情報共有は医療の質向上だけでなく、教育や振り返りのツールとしても活用されており、多職種連携の基盤となっている。また、診療報酬上の加算も整備され、制度面からも活用が促進されている。



在宅医療・介護領域では、モバイルを活用した情報共有システムが導入されている。バイタル情報や生活情報、ケアプランなどをリアルタイムで共有でき、動画の活用も可能である。さらに、介護認定情報やケアプランをクラウド上で共有する仕組みにより、ケアマネジャーの業務効率化や行政負担の軽減が実現されている。

加えて、診療情報提供書や介護関連書類以外にも、多様な文書を電子的に送受信できる汎用文書サービスが整備されており、現在では多数の文書がクラウド上でやり取りされている。これにより即時性が向上し、例えば訪問看護指示書が即日確認できるなど、実務面での利便性が大きく向上している。

さらに特徴的なのは、医療だけでなく介護・行政・歯科領域まで含めた拡張性である。例えば歯科検診データの連携など、利用主体のニーズに応じて新たなサービスを追加できる柔軟な構造を持っている。これはインターフェイスを公開した基盤設計によるものであり、地域の多様な関係者が主体的に参加できる仕組みとなっている。また、カード発行の仕組みにより、薬局や介護事業者など現場側から情報共有を求める動きも活発化しており、ボトムアップ型の連携が進んでいる点も重要である。

3. まとめ

島根県では1998年より様々な実証実験を繰り返し、医療情報連携ネットワークを構築してきた。まめネットは、医療機関の情報連携と在宅医療の情報連携を主として多職種の情報連携を双方向で行っており、今後、ますます需要が高まる地域医療において、地域包括ケアの発展が継続のカギと考える。

「医療 DX を現場で活用するための医師会の役割」—提言—

3. 提言

3-1. 医師会の役割と期待される機能

医療 DX の推進において、医師会は単なる情報提供者ではなく、現場実装を支える「調整者」「評価者」としての役割を担うべきである。 国の制度・技術仕様を現場に適合させるための橋渡し、地域医療連携の基盤整備、教育・研修の体系化、そして安全・倫理の担保は医師会の責務である。さらに、医師会は会員の声を集約し、国や自治体に対して現場視点の政策提言を行うとともに、地域差を踏まえた柔軟なモデルを提示する必要がある。

これらを実現するため、医師会は組織横断的な連携を強化し、全国・都道府県・地域の三層構造で役割を明確化する。

3-1-1. 日本医師会に期待する役割

日本医師会には、医療 DX に関する国の審議会・検討会の場などを通じて、国に政策提言を行うことが期待される。 具体的には、標準型電子カルテ（導入版）、全国医療情報プラットフォーム、標準仕様の策定、サイバーセキュリティ、個人情報保護の法制度整備等の施策に医療現場の意見をしっかりと反映させ、医師や医療現場が医療 DX を利用しやすい環境を整備することが必要である。

環境整備の一環として、医療 DX の導入・維持に関する費用負担を最小化するために、診療報酬上のさらなる評価や必要な費用の公的支援、税制措置の拡充を働きかけることが極めて重要である。

また、診療を支援するための AI 活用などについても、適切な倫理指針やガイドラインを策定するよう国に働きかけを行い、医療機関が安心して利用できる環境を整えることが重要である。

災害・感染症対応や予防接種データ連携など、国策と連動する領域では、厚生労働省や関係省庁との協議を通じて現場負担を軽減する仕組みを設計する責務がある。

日本医師会は、全国の医師会を束ねるリーダーとして、情報集約・分析・発信のハブ機能を強化し、医療 DX の方向性を示す羅針盤となるべきである。

3-1-2. 都道府県医師会に期待する役割

都道府県医師会には、地域医療構想と連動した医療 DX を推進するための調整役が期待される。

具体的には、都道府県行政との折衝・予算確保を担う主体として活動するとともに、地域医療情報連携ネットワークと全国医療情報プラットフォームとの情報連携の支援や、セ

セキュリティ対策など各種講習会の開催、災害時の情報共有体制の構築について、地域の特性を踏まえつつ、都道府県行政と協働して進めることが求められる。

さらに、都道府県医師会は、国が推進する医療 DX を現場に適用する際の課題について、日本医師会にフィードバックすることが求められる。

3-1-3.地域医師会に期待する役割

地域医師会は、地元の医師への支援が期待される。具体的には、医療機関との情報共有や、医療 DX などの相談に関して、地元で気軽に聞ける窓口役として、日常診療に直結する役割が求められる。加えて、現場の不満や疑問、要望を吸い上げ、都道府県医師会や日本医師会にフィードバックをする役割も重要である。

さらに、災害時の情報伝達や感染症対応など、有事の際に地域の実情に即した体制を迅速に構築することができるのは地域医師会のみである。

また、ほとんどの地域医師会では医療 DX に対応する人材が不足している状況にあることから、複数の地域医師会共同もしくは都道府県単位で人材配置を行うことの検討も考えられる。

3-1-4.医師会組織における連携の重要性

医療 DX の推進には、日本医師会・都道府県医師会・地域医師会の三層構造が有機的に連携することが不可欠である。国策と現場の間にある「制度と実装のギャップ」を埋めるため、情報共有と役割分担を明確化し、課題を迅速にフィードバックする仕組みを構築する必要がある。

具体的には、①標準型電子カルテ（導入版）をはじめとする標準仕様の現場検証の連動、②安全管理やセキュリティなど各種ガイドラインの周知、③教育・研修の共通プログラム、④災害・感染症対応一などを三層で共有することが重要である。医師会組織間の連携は、医療 DX のスピードと質を左右する鍵である。

3-2.今後の展望と提言

本節では、中長期の到達目標と、その実現に必要な制度・運用・人材の整備方針を整理し、優先順位と段階的実行の枠組みを示す。

3-2-1.中長期的ビジョン

国の動きとして、2025年12月5日「医療法等の一部を改正する法律」が成立し、医療 DX の推進に関して「政府は、～令和12年(2030年)12月31日までに電子カルテの普及率

が約 100%となることを達成するよう、～～医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない。」と明記された。

この国策に対して、本委員会としては、電子カルテ導入を義務化で強制するのではなく、電子カルテを医師や医療機関が自ら進んで利用したいと思えるものにしなければならないと考えている。電子カルテに限らず、医療 DX が「現場」で実際に活用されるためには、導入義務化ではなく、それぞれの実情に応じた段階的普及を基本とすべきであり、導入できない医療機関が医療継続を断念する事態を招くようなことは決してあってはならない。

そのうえで、医師会は希望する医療機関ができるだけ導入や維持がしやすい環境を整備するよう国に働き掛けることで、段階的な普及を支援する必要がある。

また、中長期的には、①全国医療情報プラットフォームと地域医療情報連携ネットワークの相互補完、②AI 活用による診療支援と業務効率化、③予防接種や健診（検診）データの生涯連携、④災害・感染症対応のデジタル基盤強化、⑤セキュリティ・個人情報保護の高度化—などについて、医療機関が無理せずに導入・活用できる状況になることが目標である。

さらに、医療 DX に係る運用費の公的支援、診療報酬評価の適正化、人材育成の体系化を通じて、持続可能な医療提供体制を確立するため、医師会は、現場の負担を軽減しながら質と安全を高める方向性を示すべきである。

これらを踏まえ、日本医師会への提言を次項に示す。

3-2-2.日本医師会への提言

医療 DX を現場で活用するための日本医師会に対する提言は以下の通りである。

①標準型電子カルテ（導入版）と全国医療情報プラットフォームの情報の周知

標準型電子カルテに期待を寄せる医療機関は多い。一方、現状では開発の状況や導入判断に資する情報が少なく、会員の理解醸成が進まない状況にある。全国医療情報プラットフォームや電子カルテ情報共有サービス、標準型電子カルテ等の開発状況や今後の予定について、その時々で確定している情報をタイムリーに発信し、未確定情報が独り歩きして誤解を生じさせることがないように、会員への丁寧な周知を要望する。

②医療 DX 運用費（サブスク型システム含む）の公的支援・税制措置の拡充

日本医師会が掲げる医療 DX に対する基本姿勢「現場のシステム導入や維持、それに伴い必要となるセキュリティ対策にかかる費用は、本来、国が全額負担すべきである。」に則り、医療機関が医療 DX を導入する費用に対する公的支援や税制措置の拡充

をこれまで以上に求めること。

近年、レセコンや電子カルテ等のクラウド化の進展に伴い、サブスク¹³型の製品も登場している。これらは、初期費用は低く抑えることができる一方で、その分の費用が運用費に薄く積み増されている傾向にある。従来のオンプレ型¹⁴は、長い期間使うことで結果的に本体費用を抑えることもできたが、クラウド型では、毎月定額の利用料となるため、トータルでは割高になることもあり得る。さらに、国の補助金の多くは、システムの初期導入費のみが対象で、運用費には適応できない場合が多く、上記の実態と乖離が生まれ始めていることから、補助金の在り方について措置を求めていくべきである。

なお、国は、医療 DX のメリットとして、現場の負担軽減をよく挙げるが、現在のような過渡期においては、費用負担も業務負担もむしろ増えているのが実態である。本委員会においても、その強い現場感覚が共有されたことから、この現状についても国にしっかりと認識させるべく対応いただきたい。

③サイバーセキュリティ対策を行うための国・自治体・民間との連携強化

医療機関では、サイバーセキュリティに対応するための、知識、人材、財源が圧倒的に不足している。その最大の要因として、保険医療機関の財源が公定価格の診療報酬であり、一般企業のように財源確保のための自由な価格設定ができないことが挙げられる。

医療機関の規模が小さいほど、「セキュリティ対策をしたいと考えているが、何をすればよいかかわからない」という難しい状況にある。

個々の医療機関で対応できることは限られるため、「公助」である国への財政支援を求めるとともに、医師会としても、「共助」の一環となる日本医師会サイバーセキュリティ支援制度の拡充など、医療機関が無理なく「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、サイバーセキュリティに取り組みやすい環境を整備することが必要である。

④高齢医師・小規模医療機関・周産期医療機関を取り残さない制度設計

医療 DX の推進にあたっては、高齢医師の医療機関や小規模医療機関、周産期医療機関など、人的・財政的制約が大きい医療機関が取り残されない制度設計が不可欠である。医療 DX が医療提供体制の維持を困難にする要因とならないよう、義務化や拙速な導入を避け、段階的な実装と選択肢を確保すべきである。電子化に対応できない医師、医療機関への手厚い支援を行うとともに、特に、導入費のみならず運用費や人材

¹³ サブスク：サブスクリプション、月額利用料を支払い、電子カルテ等のシステムの利用する方式。

¹⁴ オンプレ型：オンプレミス型、レセコンなどのサーバーを院内に設置して管理・運営する方式

確保、教育に対する継続的支援が重要であり、診療報酬や公的助成を通じて現場の負担軽減を図る必要がある。

⑤AI 活用などに関する国への働きかけ

医療 DX の進展に伴い、AI をはじめとする新技術の活用が進む一方で、臨床現場では安全性、責任の所在、倫理性への懸念も大きい。国に対しては、AI 活用を一律に推進するのではなく、リスク評価や患者権利保護などを考慮しながら現場実装を前提としたガイドラインや倫理指針を整備するよう働きかける必要がある。とりわけ、診療補助や文書作成支援など実務的活用において、医療の質と安全を担保しつつ現場負担を軽減する評価制度の構築を求めるべきである。

医療と AI に関しては、日本医師会の「AI の臨床利用に関する検討委員会」において、諮問「AI に関する臨床的課題と生命倫理について」を受けて検討が重ねられた結果、令和 8 年 4 月に答申が取りまとめられた。¹⁵日本医師会には、同答申を踏まえて、安心、安全な医療提供に資する AI 活用を国に提言するとともに、行き過ぎた活用が起ころぬよう、歯止め役としての機能を期待する。

⑥災害・感染症対応の統合プロトコル策定

これまでの災害や新型コロナウイルス感染症の経験から、平時の積み重ねが有事の際の対応力強化につながると考える。災害や新興感染症への対応において、平時と有事を分断せず、一体的に機能する情報連携体制の構築が求められる。医療 DX を活用した統合的な対応プロトコルを国と協働して策定し、医療機関、救急、行政が共通認識のもと行動できる仕組みを整える必要がある。特に、診療情報の保全、通信障害時の代替手段、権限に応じた情報共有ルールを明確化し、平時の訓練を通じて現場での実効性を高めておくことが重要である。

⑦予防接種や健診（検診）等データの生涯連携を可能にする制度設計

予防接種や健診（検診）等のデータは、国民の健康管理の基盤となる情報である。これらを生涯にわたり本人が一元的に把握でき、必要に応じて医療機関や行政と安全に共有できる制度設計とシステム運用が求められる。行政の都合で一方向的に管理するのではなく、「国民本人の利便性や行動変容」を目的とした PHR の考え方を尊重し、本人同意に基づく連携を前提とすることで、予防医療の質向上と現場・行政双方の負担軽減を図るべきである。

¹⁵ AI の臨床利用に関する検討委員会（プロジェクト）答申について
<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/012702.html>

⑧地域差への配慮と制度改善（行政の縦割り解消と横断的連携、多職種連携の Web 会議活用等）

医療 DX の効果を全国で享受するためには、地域ごとの様々な条件や環境の違いへの十分な配慮が不可欠である。行政の縦割り構造を解消し、医療・介護・福祉を横断した制度連携を進める必要がある。併せて、多職種連携における Web 会議や情報共有ツールの活用を制度面で後押しし、地理的条件や人材不足に左右されない協働体制を構築すべきである。地域の実情に応じた柔軟な運用こそが持続可能な医療 DX につながる。

また、地域医師会においても人材や対応能力に差があることは否めない。県単位での支援や広域での人材活用についても検討が必要である。

⑨日本の医療の未来形を明示するための医療 DX 推進モデル地区の創設

医療 DX の理念を具体的な成功事例として示すため、医療 DX 推進モデル地区の創設を検討すべきである。

モデル地区では、医療 DX が、医療機関の負担軽減や医療の質の向上にどれほど寄与するのかを確認し、地域医療情報連携ネットワークと電子カルテ情報共有サービスを組み合わせた診療情報連携、サイバーセキュリティ、多職種連携、人材育成などの医療 DX 施策を一体的に実装し、その成果と導入や運用に向けた課題を検証する。

モデル地区で蓄えた知見を共有することにより、医療現場が実感できる DX の姿を可視化し、全国展開に向けた現実的な指針を示すことができる。このような試みに医師会が関与することで、現場の視点に立ったモデル形成が可能となる。

これらを実現するため、日本医師会は国と協議し、現場の声を反映した政策形成を進めるべきである。

3-3.おわりに

3-3-1.医師会のリーダーシップの重要性

医療 DX とは単なる技術導入ではなく、国民・患者に対して安心・安全でより質の高い医療を提供し、同時に医療現場の負担軽減と持続可能な地域医療体制の確保を図るための社会基盤の整備である。その実現にあたっては、制度設計、技術仕様、財政支援、運用体制、人材育成、サイバーセキュリティ対策など、多岐にわたる課題を総合的に調整しなければならない。医療現場の実態を踏まえたリーダーシップが不可欠である。

とりわけ、国が示す医療 DX の工程表や標準仕様は、全国的な整備の方向性を示すうえ

で重要である一方で、そのままでは地域の実情や医療機関の規模・機能の違いに十分対応できない場合がある。例えば、高度急性期病院、一般病院、診療所、在宅医療、介護連携においては、それぞれ必要とされる仕組みや導入可能な範囲が異なるため、一律の制度設計だけでは現場での実装に無理が生じかねない。こうした「制度と実装のギャップ」を埋める役割を担うのが、医師会である。

医師会は、全国の会員の医療機関を基盤として地域医療の実態を把握し、現場の課題を集約し、必要な支援策を国や自治体へ提言できる立場にある。また、医師会共同利用施設、地域医療情報連携ネットワーク、講習会・研修会、サイバーセキュリティ支援などを通じて、単なる要望提出に留まらず、具体的な実装支援を行うこともできる。すなわち医師会のリーダーシップとは、医療 DX の導入・運用における現場の負担を軽減し、導入を希望するすべての医療機関が、無理なく医療 DX を実装できるよう導くことである。

特に、紙カルテを利用している医療機関、高齢医師の医療機関、小規模医療機関など、人的・財政的制約の大きい医療機関にとっては、医療 DX はどうしても新たな負担となる可能性がたかい。日本医師会は「すべての医師が、現状のままでも医療が継続できること」を大前提としつつ、「すべての医師が恩恵を受けられるよう医療 DX を実現する」と示しているように、医師会は医療 DX の「推進者」であると同時に、「現場を守る調整者」でなければならない。標準化と柔軟性、利便性と安全性、推進と持続可能性のバランスを取りながら、現場に根ざした形で医療 DX を前に進めることこそ、医師会に求められるリーダーシップの本質である。

3-3-2.今後の委員会に期待するもの

今回の委員会の会期中には、被保険者証の新規発行停止、マイナ保険証および資格確認書の利用促進、電子処方箋の薬局への普及、診療報酬改定 DX の具体化、電子カルテ情報共有サービスや標準型電子カルテ（導入版）の検討など、国が進める医療 DX 施策が大きく前進した。医療 DX は、もはや将来構想ではなく、現実に医療現場へ影響を及ぼす段階に入っている。

そのため、次期委員会への課題として、国策としての医療 DX に対して、日本医師会が示す医療 DX に対する基本姿勢【国民・患者の皆様への「安全・安心でより質の高い医療」の提供】【医療現場の（費用・業務）負担軽減】に資するものとなっているのか、制度導入の進捗を確認するだけでなく、それが現場においてどのように受け止められ、どのような効果や負担をもたらしているかを継続的に検証する役割が求められる。すなわち、導入率や整備率といった数値だけでなく、使いやすさ、安全性、費用負担、地域差、小規模医療機関への影響、現場運用上の課題などを丁寧に把握し、その結果を次の提言につなげていく視点が重要である。

特に、標準型電子カルテ、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋、診療報酬改定 DX、オンライン資格確認などは、今後数年間で本格実装の局面を迎えると考えられる。こうした施策について、現場で何が有効であり、何が負担となり、どこに改善の余地がある

のかを継続的に見極め、日本医師会として必要な提言を機動的に行える体制を維持することが期待される。

さらに、AIの臨床活用、サイバーセキュリティ対策、災害・感染症時の情報連携、予防接種・健診（検診）データの生涯連携、医療・介護・福祉を跨ぐ多職種連携など、今後新たに重要性を増す論点についても、本委員会で先行的に議論を深めることが望まれる。制度の後追いではなく、現場の実態を踏まえた先見的な議論を行い、医療の質と安全、そして持続可能な地域医療体制の確保に資する方向性を示すことが、今後の委員会に期待される重要な役割である。

医療DXは、制度を整備すれば自動的に成功するものではない。現場で無理なく使い、医療者と患者双方にとって利益があり、地域医療の継続に資するものであって初めて意味を持つ。今後の委員会には、現場の声を起点として、医療DXを「使える仕組み」へ育てていくための継続的な検証と提言を行うことを期待したい。

委員長のあとがき

地域の医療を支える皆様へ：医療 DX の進展と、これからの日常診療について

日々の診療を通じて地域住民の健康を守り続けてくださっている皆様に、心より敬意を表します。

現在、国が進める「医療 DX」の議論が加速しています。電子カルテ情報共有サービスや標準型電子カルテの普及、HL7 FHIR といった国際規格の導入など、これまでの仕組みを大きく変える工程表が示されています。しかし、システムを「開発」することと、それを現場に「実装」することの間には、まだ大きな溝があるのが実情です。

私たちは、皆様が直面している不安を重く受け止めています。「多額の費用負担を強いられるのなら、診療を諦めざるを得ない」「IT の専門人材がいない中で、どうやって新しいシステムを維持すればいいのか」こうした切実な声は、決して一部の意見ではなく、日本の医療を支える多くの診療所や小規模病院の共通した悩みです。

ここで皆様に最もお伝えしたいのは、**「DX の目的は、医療を効率化し、皆様の負担を減らすことであって、医療の継続を困難にすることではない」**ということです。

実装に向けた私たちのスタンス

技術的に「できること (Ability)」を追求する開発側の視点に対し、私たちは「持続可能な実装」を強く求めていきます。

- ・**コストの妥当性**： 国際規格への対応やシステム連携が、医療機関の過度な負担にならないよう、公的な支援の拡充やコスト構造の適正化を働きかけます。
- ・**現場主導の実装**： 高度なシステムが「絵に描いた餅」にならないよう、現場の運用に即した、段階的かつ現実的な導入ステップを検討します。
- ・**サポート体制の構築**： ツールだけを渡すのではなく、導入・運用を支える人的な支援策についても議論を尽くします。

最後に

医療の主役は、いつの時代も患者様と向き合う医療者自身です。システムはあくまでそれを支える道具に過ぎません。

今はまだ、制度や技術の「過渡期」にあります。次々と提示される新しい用語やスケジュールに、どうか慌てないでください。皆様が今日、目の前の患者様に尽くされている日常診療こそが、地域にとって最も価値のあるものです。

私たちは、皆様が安心してバトンを繋いでいけるよう、現場のリアリティを国や業界に届け続け、実装のハードルを一つひとつ取り除く努力を続けます。どうか、これからも自信を持って、日々の診療を継続してください。

共に、持続可能な未来を創っていきましょう。

2024-2025 年度 医療 IT 委員会

委員長	金澤 知徳	熊本県医師会副会長
副委員長	中村 洋	山口県医師会副会長
委員	秋山 欣丈	静岡県医師会理事
〃	伊藤 金一	茨城県医師会副会長
〃	上野 道雄	福岡県医師会参与
〃	小室 保尚	埼玉県医師会常任理事
〃	島貫 隆夫	山形県酒田地区医師会理事
〃	清水 智之	大阪府医師会理事
〃	田那村 收	愛知県医師会理事
〃	土屋 淳郎	東京都医師会理事 (2025年6月～)
〃	西口 郁	兵庫県医師会常任理事
〃	橋本 洋一	北海道医師会常任理事
〃	比嘉 靖	沖縄県医師会理事 (～2025年6月)
〃	平田 善康	平田クリニック院長
〃	藤井 卓	長崎県医師会副会長
〃	目々澤 肇	東京都医師会理事 (～2025年6月)
〃	山本 隆一	医療情報システム開発センター理事長

(委員：五十音順)