

## 特別講演

# 医療DX時代の オンライン診療、 オンライン服薬指導



2026年1月23日（金）  
15：30～17：00

特定非営利活動法人日本遠隔医療協会  
特任上席研究員

## 長谷川 高志

特別講演では、日本遠隔医療協会の長谷川特任上席研究員に「医療DX時代のオンライン診療、オンライン服薬指導」と題してお話しいただいた。

長谷川氏は、日本の医療提供は持続困難な段階に入っており、医療の質・安全性を保ちながら限られた資源で医療提供を続けるには医療DXが不可欠だと説明。また、医療DXとは単なるデジタル化ではなく医療制度の再構築であり、ポイントは①情報の流動性、②情報の連続性、③情報の可視化であると説いた。さらに医療DXは導入しながら、その都度起こる問題などを解決していくもので、変化し続ける取り組みであることを覚えておいてほしいと語った。

### 遠隔医療、オンライン診療入門

#### ●遠隔医療の基本形態

遠隔医療には基本形態がいくつかあります。日本で最初に始まり、世界的にも一番広がっているのは、他の病院にいる専門家の医師が別の病院の医師を支える「Doctor（ドクター）to Doctor（ドクター）」、略して「DtoD」です。これは放射線画像診断で広まりました。そのほか、病理画像診

断、救急医療（脳卒中や大動脈解離など）、眼科、皮膚科なども適用対象です。

形態その2は、家や職場にいる患者さんを病院や診療所の医師が診察する「Doctor（ドクター）to Patient（ペイシャント）」、略して「DtoP」です。これがオンライン診療です。対象は通常の疾患、慢性疾患、トリアージ、難病、へき地離島などです。在宅だけではなく、プライバシーが守られれば会社の会議室などでも行えます。

形態その2のバリエーションとして、遠隔モニタリングがあります。オンライン診療より先にこの診療報酬が認められました。心臓ペースメーカー、睡眠時無呼吸症候群のCPAP療法などをモニタリングして患者さんを総合的に管理できます。

発展形態としては、患者さんと地域の総合医、専門医が参加する「DtoP withD」があります。遠隔連携診療です。連携なので地域のプライマリ・ケアの医師は日頃から情報を提供し、その情報を基に専門医が診ます。いま保険収載済は難病とてんかんだけですが、地域にない診療科の専門医の指導のケースが令和8年度の改定で対象として出てくるのではないかと期待しています。眼科、皮膚科、心疾患、呼吸器疾患、耳鼻科、精神科、心療内科の適用要望が多くなっています。ただ、注目されていますが、実施件数はまだ増えていません。

また、発展形態には、オンライン診療の際に看護師が同席する「Doctor to Patient with Nurse」、 「DtoP withN」があります。看護師が立ち合い、支援することで病状の正確な説明ができたり、医師の指導を患者さんに分かりやすく伝えられたりします。すでに、へき地等を対象にして保険収載済です。報酬等はまだまだ少ないのですが、中医協で非常に注目されており、拡大が期待されています。

### ●オンライン服薬指導

オンライン服薬指導は、オンライン診療などと組み合わせる場合があります。遠隔から薬剤師が服薬説明、用法用量・副作用・服薬状況などの指導・確認を行います。オンライン診療と同様、いろいろな注意点があります。

オンライン服薬指導の重要性について、その離島には薬剤師がないのでオンライン服薬指導を行ってもらえると助かると実際に聞きました。つまり、医療だけがオンラインではなく、服薬指導等もオンラインで独立した存在なのです。

### ●遠隔医療の重要形態とAI

地域の医療連携では、まず入退院連携があります。地域の診療所から専門病院に患者さんを紹介するとき、連携電子カルテなどで情報を共有した

り、退院後のフォローのための情報を専門施設から地域の病院や診療所へ送ったりします。

また、救急の遠隔医療、特に脳卒中や大動脈解離などでは、最初の病院で最低限の処置をして専門施設に搬送することができます。さらに、遠隔ICUがあります。

最近話題になっているのがAIで、その活用が遠隔医療、医療DXの重要なテーマになっています。例えば、遠隔放射線画像診断です。医師がAI診断と分かった上で参考にするのであれば十分使えますし、すでに診療報酬がついているものがあります。そのほか、AIの活用法には問診情報の要約、診療記録の作成、薬機法で認可されたプログラム医療機器の診断支援、治療計画支援があります。自動診断は限定的な用途と条件の下、可能な領域であり、専門性が高い分野です。

ただし、簡単に診断できるとは思わないでください。医師法第17条に「医師でなければ、医業をなしてはならない」と定め、「診療の主体は医師である。機械はあくまでサポートツールである」とされています。もう1つの注意点が、現在、生成AIは情報保護の保障がないことです。個人情報がかもし漏れたら、それは医療者の責任になります。ローカルAIにするなどの対策が必要です。

### ●遠隔医療に関する法律

オンライン診療、遠隔医療は新しい診療形態なので、質や責任の保障が重要になります。オンライン診療では2つの法律の遵守が必須です。



資料を交えて分かりやすく解説

まず医師法第20条の「無診察治療の禁止」です。原則、対面診療との適切な組み合わせで実施、とされています。情報通信で伝わる患者情報、診療情報には制約があるからです。

もう1つは、医療法第1条の2「医療を受ける場所」です。これは医療機関の責任や役割に関する法律です。昔、診療行為は、救急以外は医療機関の外ではできなかつたのですが、在宅医療で一部解禁されました。いまは、例えば老人ホームや患者さんが療養生活を送る場所（自宅や会社なども含む）などが認められるようになりました。

ほかにもいくつかの法律や公的ガイドラインは守らなければなりません。薬機法、医療情報システムの安全管理ガイドライン、医師法、医療法、個人情報保護法などがあります。これらを簡潔に整理した指針が2018年3月に公開されました。最新版は2023年3月発行です。これに沿って考えることが大事で、オンライン服薬指導にも使えらると思います。

ちなみに、用語の定義には「オンライン診療」「オンライン受診勧奨」「遠隔健康医療相談」があります。オンライン診療は、診療行為をリアルタイムに行うものです。オンライン受診勧奨は、医師が行うもので、受診すべき診療科の選択、受診勧奨、診療前相談が含まれます。治療方針・医薬品の指示・処方等を行えません。遠隔健康医療相談は、医師以外でも行えますが、医学的助言や医学的情報提供、診断などの具体的判断は提供できません。

### ●指針の要点

次に、厚生労働省が出している指針について、いくつか大事な点を説明します。

まず、オンライン診療の理念は「患者の日常生活の情報から、より良い診療を行う」「医療へのアクセスを改善して、受診機会を増やす」です。適用対象の考え方として問題となったのが初診です。かかりつけの医師が行うことを原則とし、医学的情報の十分な把握等、条件を満たせば実施可能です。また、診療前相談を行い、可否を判断することが重要です。

医師の責任には「十分な情報収集と適切な診断ができるか、慎重に判断しなければならない」とあります。オンライン診療が適切でなければ、速やかに対面診療に切り替えます。また、患者情報の漏洩や改ざんを防ぐ、十分な情報セキュリティ対策が必要です。さらに、丁寧な問診や服薬状況の確認など、注意することはいろいろあります。

医療の質の確認としては、医師は治療成績等の有効性を常に評価しながら行わなければなりません。オンライン診療の説明も必要で、オンライン診療の限界や利点・不利益を事前に説明します。安全性や有効性のエビデンスに基づいた医療でなければならず、まだエビデンスがないことについては気をつけなければなりません。

服薬指導でも、情報の質としては同じだと思います。この薬を服用する患者さんからはこういう情報をきちんと取る、といった質を守る基準が必要ではないかと思います。

また、医師も患者さんも知らなければならぬことも多いです。特にセキュリティ問題と診療の限界です。患者さんの受診リテラシーが低いと患者さんの不利益になります。情報が伝わらないなどにより医師がオンライン診療を中断することもあれば患者さん側も認識しておいてほしいのです。

### ●診療報酬上の評価

診療報酬について説明します。情報通信機器を用いた診察は初診料251点、再診料73点、外来診療料73点、遠隔でも対面でも同じです。

違いが出るのは、情報通信機器を用いた遠隔モニタリングです。これらは対面の8割ぐらいの設定です。例えば、心臓ペースメーカー指導管理料は260点または480点、在宅酸素療法指導管理料は150点、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は150点、在宅自己腹膜灌流指導管理料は115点です。

それから、「D to P with N」の看護師等遠隔診療補助加算は50点です。ただし、これは看護師に対する診療報酬ではなく医師の看護師への指示料に近いです。遠隔連携診療料は500点、または750点です。

オンライン服薬指導では、服薬管理指導料は45

点または59点、在宅患者訪問薬剤管理指導料は59点です。

「DtoD」の遠隔画像診断はかなり広まっており、年間100万件以上に診療報酬がついています。実際には診療報酬がつかないけれど、必要な検査で外に出しているケースは年間数百万件になるのではないかという印象です。

### ●遠隔医療の現状

遠隔医療の現状ですが、情報通信機器の目覚ましい進歩で利便性が向上しています。医師の働き方改革、医療需給の改善にも貢献しており、過疎地や医師不足の地域などでかなり活用されています。また、遠隔放射線画像診断は幅広く使われています。実際、NDBオープンデータや業界団体等で収集した遠隔医療の種別の遠隔画像診断実施件数は2023年4月～2024年3月の1年間で約100万件でした。

コロナ禍を経てCPAPと心臓ペースメーカーの指導も増えました。もともと10数万件でしたが、2023年4月～2024年3月の1年間でCPAPは約64万件、心臓ペースメーカーは約25万件でした。ただこうした使用例は増えてはいますが、重い慢性疾患での適用なので、患者数は限られ、大きな拡大は難しいと思います。今後も、オンライン診療は、「DtoP withD」「DtoP withN」などの発展形態への広がり期待されます。

### ●最近の話題・注意事項

最近では、無理なオンライン診療の実施事例を収集して、対応策を講じています。薬絡みの問題が多く、オンライン診療初診での向精神薬の安易な処方や、不適切な処方の広告、非専門医による専門的オンライン診療の初診実施、安易な処方みのクリニック、並行輸入の医薬品の処方等の犯罪的行為などがあります。これについては国民生活センターへも苦情が上がっているそうです。

私が遠隔医療を始めた1995年当時、周囲は遠隔医療に否定的でした。しかし、いまや遠隔医療（オンライン診療）がないと日本の医療が成り立たない時代になってきたと感じています。

## 医療DXの第一歩

### ●プライバシーの保護

続いて、医療DXについてお話しします。

まず、医療DXを進める上での課題は、プライバシーの保護と情報セキュリティです。

医療DXでは情報が広く流れて「プライバシーを脅かすと、精神的苦痛、誹謗中傷、差別などを招く」といわれています。不注意による漏洩リスクもあります。あるいは意図的な漏洩リスクも考えられます。つまり、プライバシーの保護のポイントは、情報を盗まれるだけでなく、第三者に情報が漏れることです。下手をすると、相手の気持ちを考えずに漏洩することすらあります。

例えば、オンライン診療後、SNSで漏洩するケースも危惧されます。オンライン診療では情報漏洩を防ぐ責任は医師にあります。患者さんが無自覚に情報を流しても、その責任は医師が問われます。服薬指導なら責任は薬剤師が負うことになると思います。よく覚えておいてください。

情報漏洩は技術的手段のみでの防衛は困難であり、医療者と患者の信頼関係が不可欠です。

### ●情報セキュリティ

情報セキュリティも同様の問題があります。セキュリティアクシデントは施設や医療者の信頼低下に直結します。医療者、患者が共に安全なシステム利用に努める必要があります。データ窃盗・破壊、通信妨害等の犯罪行為の防衛、災害によるデータ破壊、通信障害への防衛、不注意な個人情報等の漏洩、システム障害の防止、故障・データ破壊など異常現象を常に監視、データのバックアップやセキュリティ機器整備などの技術策を講じる必要があります。

ここでの注意事項は、患者さんにも気をつけてほしいということです。個人情報保護への最大の配慮とセキュリティの保持は医療DXの基本です。例えば、合意なしに担当の医療者と共に他者がいてはダメですし、患者さんと他者がいてもダメです。誰かを同席させる場合は必ず断って同意を得てください。これは医師も患者さんも同じです。

診療の情報を合意なしに第三者に知らせてはなりませんし、同意なしに録音・録画・撮影を行ったり、診療の情報をSNSに公開したりしてはいけません。セキュリティリスクあるいはプライバシーリスクを理解してソフトやアプリを使いましょう。ただし、セキュリティ技術が医療DXの最優先課題ではなく、あくまで基盤構造として考える課題だにご理解ください。つまり、新しい医療社会の構造の制度設計、社会の基盤設計を行ってくださいという意味です。情報を守るために情報を出さないと、DXは絶対失敗します。

## 医療DXとは何か

### ●薬剤師と医療DXの関係

薬剤師や看護師などの多職種連携を考えると、医療DXによって薬剤師の仕事や負担が増えるイメージがあるかもしれません。業務が増え、責任だけが重くなり、現場を疲弊させるのではないかとよくいわれます。つまり専門医療が不足して、それを技術だけでは補えないので、制度まで変えなければならない時代が来ました。そのため薬剤師にもいろいろな役割が出てきて、新たな負担も生まれました。しかし、遠隔医療（オンライン診療）、在宅医療、専門医療がつながって有機的に地域包括ケアの中で動いてほしいと思っています。

医療DXは単なるIT化・電子化ではありません。基本は医療情報を連続的につなぐことです。医療専門職の適切な意思決定と医療提供業務の柔軟な調整を可能にすることです。狭い意味での効率化ではありません。デジタル化すると効率が良くなるからではなく、質を高めるために必要なのです。安全性・質・持続性の確保が、結果として効率化になります。目先のちょっとした便利さや面白さでは、価値のすべてを語りきれません。つまり医療DXは目先の少し便利になるからという理由では普及しません。今後の大きな価値として説明できるようにしたいと考えています。

医療DXが日本で必要になった背景には、高齢化とそれによる多疾患併存・多剤併用などの複合的課題の増加があります。一方で、医療人材・専門



医療DXのポイントについて語る長谷川氏

性の偏在、医療提供キャパシティの職種・施設・地域における分断があり、複合課題・偏在・分断を結び直す取り組みが社会的に不可欠になりました。日本はいままで医療救急の質が高く、医療資源があったので、改善の取り組みが世界に比べて遅れているような気がします。もともと医療資源がない国はデジタルに頼らざるを得なかったのですが、日本ではデジタルに頼らなくてもかなりうまくいってました。そのためにいま行き詰まり、これから医療DXが必要になってくるのです。

医療DXの三本柱は、①情報の流動性（必要な医療情報が必要な医療者に届く）、②情報の連続性（診療・調剤・服薬・フォローが途切れない）、③情報の可視化（患者状態・治療状況・薬学的課題が見える）です。

### ●日本の医療DXとは

医療DXとは、厚生労働省の定義によると「保健・医療・介護の各段階において発生する情報やデータを、全体最適化された基盤（クラウド等）を通じて共有・標準化し、関係者の業務やシステムを共通化・外部化することで、国民がより良質で安全な医療・ケアを受けられるように、社会や生活の形を変化していく取り組み」とされています。

目標は、①国民の健康増進、②切れ目のない質の高い医療・ケアの提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用環境の整備です。これを実現するためには、日本の医療制度、あるいは社会制度も変革

しなくてはならないと思います。

医療DXの特徴には、①単なるIT化や電子化ではない、②情報基盤・データ共有・制度設計を統合した社会変革、③情報共有・標準化・仕組みづくりを段階的に推進、④制度・現場・患者の三者を一体とした全体最適の視点、⑤保健・医療・介護をまたがる横断的な情報連携、⑥2040年ビジョンとしての長期的なロードマップ、が挙げられます。

### ●医療DXの各施策

医療DXの施策では、オンライン資格確認が導入され、マイナンバーカード、マイナンバー保険証1枚で保険医療機関・薬局を受診できます。

電子カルテ情報共有サービスでは、各施設の3文書6情報を閲覧できます。3文書とは「診療情報提供書」「退院時サマリー」「健診結果報告書」です。6情報とは「傷病名」「アレルギー」「感染症」「処方」「検査」「画像」です。これにより服薬歴といまの生活状態が関連して見えるかもしれません。予防接種事務のデジタル化は、コロナ禍で必要性が高まりました。介護情報基盤の構築、そのほか、医療等情報の二次利用、診療報酬改定DXがあります。医療等情報の二次利用とは、蓄積した情報を診療以外でも解析して、後のためにデータとして使うことです。

また、全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）として、どのような形でつながるかを示していますが、最初は分からないことが多いと思います。まずは大きな流れを捉えればよいと思います。つまり、これだけ情報共有などが重要な状況なのです。例えば、患者さんは服薬している薬の名前を覚えていないことがあります。そのようなとき、東日本大震災などの災害が起こると、被災地ですぐに薬を提供できない場合もあります。医療情報を共有していれば、迅速に薬を処方することができます。

### ●診療報酬DXと医療等情報の二次利用

診療情報に関する診療報酬ルールは複雑なので、生成AIを使うとよいのではないかという気がしています。

医療情報等の二次利用は、私は将来的に最も効いてくるのではないかと考えています。どんな情報を集めて次の分析に使い、次の制度に利用するか、ということだからです。ただし、まだ具体的な話はなく、いまは二次利用による問題整理の段階です。

実際、医療情報の二次利用には非常に難しい問題があります。例えば、いま医療情報を集めたとしても1日前の情報か、リアルタイムの情報か、情報更新の周期はどうか、などの問題が出ています。医療情報の専門家たちによって原則を決める必要があるのではないかと考えています。

医療DXに関しては、診療報酬改定によって医療DX推進体制整備加算としていくつかの報酬がついています。これは特定の診療行為に高くつけているのではなく、診療1回ごとに薄く広くつけています。ただ、これで医療DXを推進する資金が足りるのかどうかは分かりません。医療DXはまだ段階的構造なのです。正直いってまとまりのない施策になっています。

基盤整備に関しても、集約的な基盤はなく、分散連携モデルです。データの責任の所在についても、国は環境をつくるだけで、入力や運用、内容の正確性、活用判断は現場にあります。3文書6情報までは定めていますが、これがゴールではなく、さらに拡張していくはずです。標準化（電子カルテ標準・コード標準）の意味も、電子化とイコールではありません。標準化しない限り、連携・二次利用・RWD（リアルワールドデータ）などは成立しないのです。

診療報酬改定DXの評価対象は、システム導入や機械運用の評価ではなく、専門職の管理・連携・業務の変化への評価です。

RWDの二次利用は、最終段階で初めて使えるもので、初期には使えません。実際、本格的に使えるのは1000件、2000件、1万件を集めてからだと思います。しかし、10件集まったところから使い方を模索することがまず大切です。二次利用は最初から完成するものではなくて、使いながら、だんだん認めてもらって拡大していくことが大事だと思います。

つまり、医療DXとは未完の取り組みで、オープンエンドなのです。ですから、いま国で示しているのは、実は短期目標です。時代が進んでいくうちに次の目標が出てきます。私もオンライン診療を1995年に始めた当時、今日の状況は想像していませんでした。どんどん変わっていきました。

繰り返しますが、デジタル化イコール効率化ではありません。医療DXのゴールも固定されていません。キーワードは「情報の流動化」「情報の連続性」「情報の可視化」だと覚えていただくとよいと思います。もし可能なら、これに生成AIを加えてください。

## RWD（リアルワールドデータ）

### ●医療DXにおけるRWD

医療DXでRWDは重要です。RWDは、日常診療や医療提供の過程で自然に発生・蓄積される医療データのことです。実際に「誰に、どのように」医療が提供され、どのような効果や安全性が得られたかを把握できる点に価値があります。それだけでなく、トラブル情報を集めることも大事です。

例えば、従来の臨床試験（治験）では対象患者や条件を厳密に制御します。一方、高齢者、多疾患併存、地域差など現実の医療を十分に反映できていません。カルテレビューでデータを取り出しても、そこまで書いていないことが多いのです。RWDで一番よく使えると私が思っているのは、診療報酬のNDB、医薬品分野のMID-NET、外科領域のNCDです。

NDBは診療行為の分析、特定健診・特定保健指導情報等から地域の偏りなどを見つけられます。レセプト情報に反映され、臨床研究でも使われているMID-NETでは医薬品の安全性評価が整備されています。重篤な副作用の頻度評価や添付文書改訂の科学的根拠などです。NCDは日本全国の年間約150万件以上の外科手術データを網羅的に捉えた臨床レジストリです。患者背景、術前リスク、手術内容、術後合併症・死亡等、診療情報自体ではない内容です。NCDのデータにより、人間の手でいう手術よりもロボット支援下内視鏡手術のほう

が術後の経過が良かったことを実証しました。これにより診療報酬改定への医療技術評価が採用され、手術支援ロボット（ダビンチ）での手術に高い点数がつくことになりました。

## 医療DXの制度・政策上の観点

### ●時代と医療提供の変遷

続いて、なぜ医療DXを進めなければならないのかについて、政策上の観点からお話しします。

1990年代までの医療社会の状況は長期入院（社会的入院）でした。いまの介護等のホームで長期間お世話するようなことを病院で行っていました。その後、治療成績をしっかりとデータで取ろうとなってきたのが1990年代以降、2000年代です。ただし、この頃はまだ治療成績のデータの取り方は結構緩かったと思います。最近では、臨床研究のデータを比較して、診療報酬の点数を決めていくといった議論が中医協でされています。

治療成績向上、つまり医療技術向上に努力した結果、専門分化を招きました。専門分化を招くと医師の偏在など、様々な問題を生みます。つまり、治療成績が向上したことが、結果的には次の時代の問題を生んでしまうのです。

医療連携などもそうです。急性期と回復期に分けることで医療機関の偏在や不足を招きました。今後2040年に向けては、医療需給の最適調整が大変な問題になってくるだろうと思います。つまり医療提供の課題は、時代によって変わります。新しい医療提供ニーズは、現状ではカバーできません。10年前、20年前の制度設計で大きな間違いをしたから2040年問題が起きるわけではないのです。逆に、2010年代、2020年代の成功体験が、2030年代、2040年代の新たな問題を生んでいくのです。

ですから、前の時代の成功は次の問題を生むということを前提に考えなければならないと思います。私がオンライン診療を始めたとき、外来患者が増えすぎて3時間待ちの3分診療を解消するためにオンライン診療を行うのだと本当に信じ込んでいた人々がいました。それが本質的問題ではありません。もちろん、医師の働き方改革的なニー

ズは一切ありませんでした。

当時、遠隔連携システムは完全に否定されていました。1人の患者に2人の医師が関わるなどの無駄は許されないと怒った医療情報学の専門家の教授もいました。いまは逆です。専門医がいて、プライマリ・ケアがいて、これを認めないと地域医療は持続できません。

### ●医療法改正

最初の医療DXは、恐らく地域医療連携なのだと思います。いまは医療DXと遠隔医療を一体化したデジタルヘルスを求めていくべきではないでしょうか。そのために、令和7年12月、医療法改正がありました。まだ地域医療構想や地域医療をどうするかまでには及ばず、あくまでDXの話でした。地域医療構想の見直しや医師の偏在対策として医療DXを推進するといったもので、連携後の課題などはまだいくつか残したままです。

そのため、オンライン診療でも、いろいろな規定が医療法改正で出てきました。オンライン診療をしっかりした医療基盤とし、施設の責任として認めるということです。どういう責任を取るかの形が、だんだん明確になってきました。ただし、未だに連携した施設での情報管理の責任は明確になっていません。

薬局内でのオンライン診療も出てきました。これには、いくつかの条件がつくと思います。例えば、へき地では薬局内だけでなく郵便局でもオンライン診療を行いたいとの希望があります。そうしないと、もたない時代が来たのです。

情報通信機器を用いた診療が医療法と合わせて出てきた問題で、「DtoP withN」や「DtoP withD」の評価になります。

ほかには、マイナ保険証とオンライン資格確認システム、電子処方箋、電子カルテ・電子カルテ情報共有サービス、サイバーセキュリティ対策などの課題と論点があります。

私の印象では5年経つと、DXの課題がまた出てくるような気がします。遠隔医療（オンライン診療）ですらそうでした。遠隔連携診療の話とか「DtoP withN」の話などです。

医療提供制度の維持・発展には、医療DXは不可欠です。医療DXと遠隔医療は共にデジタルヘルスの一側面でもあります。要するに、医療DXの後に出てくるのがデジタルヘルスです。

繰り返しますが、医療DXの本質は、単純なデジタル化ではなく医療制度の再構築です。社会的な理解はまだ十分に広がっていません。医療を続けるための漸進的に変化する取り組みだと思ってください。令和8年度改定で、これらの課題の一部がかなり取り上げられてくると思います。

以上をまとめると、医療DXは新しい時代の医療提供システムの考え方であり、さらに進化し発展します。医療者を縛る仕組みではなく、医療者を支えて医療を持続するための仕組みなのです。

### 質疑応答

**質問1** 2026年度までに電子カルテの普及率80%をめざし、2030年までに100%の導入をめざすとのことですが、私が住む県では未だに手書きカルテの病院があります。本当に普及できるのでしょうか。

**長谷川** 目標値を掲げる必要はあると思いますが、実現するかどうかは個々の医療機関次第です。小規模の医療機関では電子化は大変です。それでも部分的に導入しながら、本当に必要になれば必死になって導入するだろうと思います。

**質問2** 診療報酬改定では、医師・事務・作業補助者がICT機器や生成AIを使用することで施設基準が加算されることになりました。プライバシーや個人情報保護の観点から、どのような施設基準が設定されることが想定されていますか。

**長谷川** 私見ですが、結果的には医療情報システムの安全管理ガイドラインを遵守しなさいと書かれると思います。ただ150数ページもあるので、キーポイントをいくつか取り出して、地域や行政、情報系のサービス事業者も一緒になった動きが起きないと実質無理かと思います。なぜなら、サイバーセキュリティなど、セキュリティに関しては各医療機関ですでに問題になっているからです。

**質問3** オンライン診療や医療DXにおいて、メディカルダイエットの自由診療などが問題になっ

ていますが、どのようにお考えでしょうか。

**長谷川** 医療の問題は、提供する人たちに自分たちの活動が残るか残らないかだと思うのです。犯罪的行為はその都度、医道審議会にかけていくしかないでしょう。こうした問題はオンライン診療だから出てくる問題ではないと思います。ただ、なぜメディカルダイエットを行ってはいけないのかといった患者さん側のリテラシー向上に努めていくことは必要だと思います。

**質問4** 都市部と離島でのオンライン診療では、いろいろな環境の違いがあると思いますが、評価の差は必要ないでしょうか。

**長谷川** 診療報酬はあくまで医療技術の評価なので、離島・へき地でも都市部でも変わりません。ただ今後、診療報酬制度もだんだん変わっていかなければならないのではという印象はあります。かなり複雑なシステムなので、どう変わるべきかはいま想像できません。ただ、情報提供料が意外と盛り込まれています。地域包括ケアや遠隔連携診療の基本は、情報提供料のようなものです。ですから、技術料だけでなく情報の評価値をつくらざるを得なくなるという印象は持っています。

**質問5** オンライン診療を医師が行う場所の例はあるのでしょうか。

**長谷川** 最初は医療機関限定だったのですが、いままではプライバシーが守れる、診療情報があるといった条件が整うところなら良いことになっています。また、医療機関としての届出が認められる

範囲であれば行えると思います。

**質問6** 海外でのオンライン診療、医療DXの状況を教えてください。

**長谷川** オンライン診療の対象は、日本のほうが厳格だと思います。特に精神科などはそうです。これは国が規制しているというよりも、日本の医療提供者自身によるものです。外国では、医療供給の弱いところほど規制は緩いようです。遠隔医療が盛んなのは先進国とは限りません。医療資源が少ない国の活用が進んでいる可能性は高いのです。一方、日本は医療資源が多かったので、変革やデジタル化が国際的には遅れているという気がします。

**質問7** オンライン服薬指導で、薬を患者さんへ届けるのは卸か、配送業者か、薬局の薬剤師か、お考えを聞かせてください。

**長谷川** 誰がというよりも、基準が必要だと思います。例えば、Amazonだからいけないというのは微妙だと思います。Amazonや楽天などは物流形態、つまりサプライチェーンをどんどん変えています。そのため、サプライチェーンが変わったときに薬の配送が、その変化に対応できるかが問題になるでしょう。そのとき、変化するサプライチェーンに対して薬の配送の条件を掲げたガイドラインが必要だと思います。温度や湿度など物理的な条件や、誰が箱の中身を確認しておくのか、といったことです。そうすると自ずとガイドラインを守れるところに限られてくると思います。



遠隔医療の基本について  
解説する長谷川氏



質疑応答を行う司会者と長谷川氏