

デジタル技術活用による医療アクセス確保と効率化



公益財団法人東京財団 主席研究員 藤田 卓仙

～要旨～

人口減少と高齢化が同時に進行するわが国では、医療需要が増大する一方で、医師の地域偏在や医師の働き方改革に伴う地方派遣の縮小により、地域医療へのアクセスは構造的な危機に直面している。本稿は、限られた医療資源で持続可能な地域医療体制を構築する方策として、デジタル技術の活用に着目する。遠隔診療と遠隔モニタリングによる医療アクセスの確保、医療データ連携による業務効率化と質の向上、そして医療 AI の活用を柱として、近年の制度改正と実装事例を整理する。これらを支える基盤として近時の立法状況を概観し、今後の法整備への期待も述べる。さらに、地域格差の縮小には医療政策のみならず、まちづくり・地方創生、外国人材の活用、医師偏在対策の深化といった多面的な取組が不可欠であることを論じる。デジタル技術に依存せず、現在ある医療資源を補完する形でデジタル技術活用の方向性を展望する。

1 はじめに

わが国の人口は減少局面に入り、2060 年から 2070 年ごろには約 8,700 万人と現在の三分の二程度にまで縮小し、65 歳以上が総人口の約四割を占めると見込まれている。人口の減少と高齢化は、医療の領域に二重の負荷をもたらす。高齢化に伴って医療・介護の需要は増大する一方で、その担い手となる生産年齢人口は縮小し、地域によっては医療提供体制そのものの維持が困難になりつつある。とりわけ中山間地域や離島などの過疎地域では、人口の希薄化が医療機関の経営を圧迫し、医師の確保を一層困難にするという悪循環が生じている。医療費もひっ迫

している中、限られた医療資源を地域全体でいかに効率的に配分し、住民の医療アクセスを確保するかが問われる。この問いに対する有力な手段の一つが、オンライン診療をはじめとするデジタル技術の活用である¹⁾。

医療アクセスの問題は、家計や個人の生活設計とも無縁ではない。身近に医療機関がなければ、住民は受診のために長い移動時間と交通費を負担し、ときには通院そのものを断念して重症化を招く。高齢の親が遠方の医療機関に通うために子世代が仕事を休んで付き添うといった、家族の時間と所得の損失も生じる。逆に、デジタル技術によって自宅や近隣で医療を受けられ

るようになれば、こうした負担は軽減され、地域に住み続けるという選択の自由が広がる。医療アクセスの確保は、社会保障の課題であると同時に、人々の暮らしの経済的な安心を支える基盤でもある。

本稿は、地域医療アクセスの構造的危機を確認し、遠隔診療と遠隔モニタリングによるアクセス確保、データ連携による効率化、医療 AI の活用を論じた上で、これらを支える法政策を概観し、デジタルに留まらない、地域格差対策の課題を扱う。

2 地域医療アクセスの構造的危機

(1) 「絶対的不足」から「偏在」へ

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」²⁾によれば、わが国の医師数は 2024 年末時点で約 34 万 8,000 人、人口十万人当たり 280.9 人に達し、2000 年の約 25.6 万人から 20 年余りで三割以上増加した。総数で見れば医師は着実に増えており、厚生労働省の 2022 年の推計によれば、2029 年には医師の需給が均衡するとされる³⁾。これは多くの医療者の実感にはそぐわない推計であるが、総数の問題ではなく、地域や診療科の偏在がより大きな問題となってきたというこ

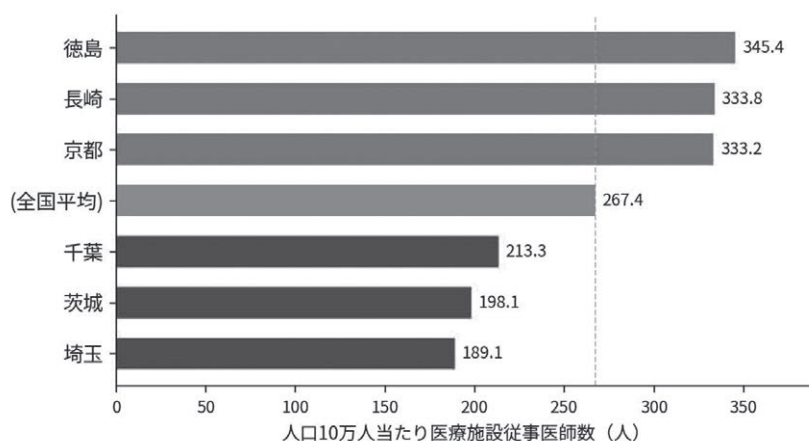
とである。

図 1 は、人口十万人当たりの医療施設従事医師数を都道府県別に見たものである。最も多い徳島県と最も少ない埼玉県との間には約 1.8 倍の開きがあり、医師の分布はおおむね「西高東低」の傾向を示す。とりわけ東北・北関東の各県で医師密度が低く、医師数を地域の人口構成や受療需要で調整した厚生労働省の「医師偏在指標」においても、東京都が最上位に立つ一方で、新潟県・埼玉県・茨城県などが下位に並ぶ。医師の養成数を増やしても、その多くが都市部に滞留すれば、地方の医師不足は解消しない。

(2) 無医地区・過疎地域と高まる需要

偏在の極限にあるのが、医療機関へのアクセスがきわめて乏しい「無医地区」である。厚生労働省の調査によれば、無医地区は 2022 年時点で全国に 557 か所、居住人口は約 12 万 2,000 人にのぼる⁴⁾。前回調査からは地区数・人口とも減少したが、その一因は地区住民の転出や人口減そのものであり、医療アクセスの改善を必ずしも意味しない。むしろ、地方における路線バスの減便など交通インフラの縮小が、これまで医療を受けられた集落を新たに無医地区へと押

図 1 都道府県別 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数（代表県）



（出所）厚生労働省「令和 6 年（2024 年）医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」より作成。

しやる事例も報告されている。医療アクセスは医療機関の配置のみならず、地域の交通・生活基盤と一体で捉える必要がある。

一方で需要は増大する。高齢化の進展に伴い、2020年から2040年にかけて85歳以上の救急搬送件数は大幅に増加し、在宅医療の需要も大きく伸びると見込まれている。85歳以上の高齢者は慢性疾患や複数の疾患を併せ持つ場合が多く、医療と介護の複合的なニーズを抱える。供給が細り需要が膨らむこの不均衡を、人員の量的拡大のみで埋めることは現実的でない。

(3) 医師の働き方改革がもたらす波及

2024年4月に施行された医師の働き方改革は、さらに旧来の医局の解体も相まって医療現場にプレッシャーをかけている。勤務医の時間外・休日労働には原則として年960時間の上限が設けられ、地域医療確保や研修等の事情がある場合に限って特例水準が認められる。この改革は医師の健康確保の観点から不可欠であるが、大学病院などが長時間労働を前提に地方の医療機関へ派遣してきた医師の引き揚げ・縮小を招きかねないという懸念がある。日本医師会の調査(2023)では、医師を受け入れる医療機関のうち、派遣元から派遣の継続について「連絡なし」とする回答が二割を超えた⁵⁾。働き方改革と地域医療の確保をいかに両立させるかという課題は、限られた医師の労働時間をより効率的に活用する仕組み、すなわちデジタル技術による遠隔支援への期待を一層高めている。

3 遠隔診療・遠隔モニタリングによる医療アクセスの確保

(1) オンライン診療の制度的沿革

情報通信機器を用いた診療は、1997年の遠隔診療の解禁に始まり、2018年に「オンライン診

療の適切な実施に関する指針」が出されたことで制度的な枠組みが整えられた。さらなる普及の契機となったのは新型コロナウイルス感染症である。2020年4月の特例措置により、初診からのオンライン診療や電話による診療が時限的・特例的に認められ、感染リスクを避けつつ医療を継続する手段として一気に広がった。その後、特例は終了し、恒久的な制度のもとで初診からのオンライン診療はかかりつけ医による実施を原則とするなど、安全性とアクセスのバランスを図る運用へと移行している。現在、2018年から見れば実施医療機関、診療実績は増えているが、利用は都市部の若年層に偏りがちであり、本来アクセス確保を最も必要とする過疎地域の高齢者への普及は依然として課題として残っており、海外と比べると必ずしもオンライン診療が十分に普及したとまでは言えない。

(2) へき地・離島におけるオンライン診療

過疎地域における遠隔診療の鍵を握るのが、患者のそばに看護師が立ち会う「D to P with N」と呼ばれる形態である。医師が遠隔から患者を診る際に、患者側に看護師が同席して医師の指示のもとで補助を行う仕組みであり、医師が常駐できない診療所でも対面に近い診療を可能にする。長野県では、常勤医師の退職により、診療日が週4回から週1回に減少していた村の診療を、この方式の導入によって週2回に回復させた事例がある⁶⁾。看護師という人的資源を介在させることで、デジタルに不慣れな高齢者でも遠隔医療の恩恵を受けられる点が重要である。また、診療車に通信機器を搭載して集落を巡回し、車内でオンライン診療を行う「医療 MaaS」の取組も各地で進み、通院が困難な住民のもとへ医療を届けている。

国家戦略特区の一類型である「デジタル田園

健康特区」に指定された岡山県吉備中央町の取組も、過疎地域におけるデジタル医療の可能性を示す好例である。同町は大学病院まで車で往復二時間以上を要する中山間地域にあるが、防音個室ブースを活用して大学病院の専門医によるオンライン診療を導入し、産婦人科や小児の心身医療などの専門医療へのアクセスを確保した。妊産婦の緊急搬送を補助するシステムの導入により搬送から緊急手術までの時間が短縮され、また町内の助産院と大学病院をデジタルで結ぶ連携によって、それまで皆無であった町内での出産が実現するなどの成果が報告されている⁷⁾。専門医を「移動させずに知識を届ける」という発想が、地理的制約を超えた医療提供を可能にしている。

（３）遠隔モニタリングによる継続的な見守り

医療従事者がその場で医行為を行う遠隔診療の他に、患者の生体情報を継続的に把握する「遠隔モニタリング」の取組も進んでいる。心臓ペースメーカーや植込み型除細動器を装着した患者の作動状況を遠隔で確認する仕組みや、睡眠時無呼吸症候群に対する在宅持続陽圧呼吸療法（CPAP）の使用状況を遠隔で管理する仕組みがその例であり、診療報酬上も遠隔モニタリング加算が設けられている。2026年度の改定では、こうした遠隔管理の対象がさらに広がり、脳深部刺激療法（DBS）の遠隔プログラミングや、ニコチン依存症・高血圧症等に用いる治療用アプリ（プログラム医療機器；SaMD）の指導管理について、情報通信機器を用いた場合の評価が新たに設けられた。ウェアラブル端末やIoT機器の普及、在宅医療・訪問看護との連携により、糖尿病や高血圧といった生活習慣病の管理にも応用が広がる。日々蓄積されるバイタルデータから重症化の兆候を早期にとらえて介入でき

れば、入院や救急搬送を減らし、医療資源の節約にもつながる。通院が困難な過疎地域の高齢者にとって、自宅にしながら継続的な見守りを受けられる意義は大きい。

（４）診療報酬による誘導

遠隔診療の普及は、診療報酬上の評価に左右される面もある。2024年改定時には、情報通信機器を用いた場合の初診料は253点（対面の初診料は291点）、再診料は75点とされ、へき地でのD to P with Nに対しては看護師等を介した診療を評価する加算が設けられている。2026年（令和八年）度の診療報酬改定は、この方向をさらに前進させた⁸⁾。すなわち、D to P with Nによるオンライン診療の評価が明確化されるとともに、離れた医療機関の専門医が主治医を支援する「D to P with D」の遠隔連携診療料が、従来の目的別の区分から外来診療・訪問診療・入院診療の三分区へと再編され、点数も整理された。あわせて、電子処方箋を活用したオンライン診療を評価する遠隔電子処方箋活用加算が新設される一方、初診時に向精神薬を処方しないことの掲示や医療広告ガイドラインの遵守など、施設基準の厳格化も図られた。アクセスの拡大と質の確保とを同時に進める姿勢がうかがえる。

（５）海外の動向

遠隔医療によるアクセス確保は、人口の希薄な地域を抱える各国に共通の課題である。国民の1割超が医療機関に乏しい「医療砂漠」に暮らすとされるフランスでは、遠隔診療ブースの全土展開が進められ、感染症の流行期には遠隔診療が急速に普及した。米国では、病床を持たずに遠隔から集中治療や慢性疾患管理を支援する「バーチャル病院」の取組が、患者の死亡率

や入院率の低下といった成果を示している。これらの事例は、遠隔医療が地理的格差を緩和する有力な手段である一方、いずれも対面医療の基盤と組み合わせて初めて効果を発揮している点に留意が必要である。

4 医療データ連携による効率化と質の向上

(1) 全国医療情報プラットフォームと電子カルテ情報共有サービス

医療アクセスの確保と並ぶもう一つの柱が、医療データの連携による効率化である。政府は「医療 DX 令和ビジョン 2030」のもと、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定 DX の三つを掲げ、2023 年に「医療 DX の推進に関する工程表」を示した。

その中核となるのが、医療機関の間で診療情報を共有する「電子カルテ情報共有サービス」である。傷病名やアレルギー、処方、検査結果などの基本情報と、診療情報提供書・退院時サマリー・健診結果報告書（3 文書 6 情報）を、標準規格に基づいて施設をまたいで参照できるようにするもので、2025 年から地域を限ったモデル運用を経て全国展開が図られている。規模の小さな診療所でも導入しやすいクラウド型の「標準型電子カルテ」も開発され、2030 年には概ねすべての医療機関で電子カルテが利用される状態を目指している。施設間で診療情報が共有されれば、転院や紹介の際に重複する検査や投薬を避けられる。

(2) マイナ保険証・PHR

医療データ連携の入口に位置するのが、マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証）である。2024 年 12 月に従来の保険証の新規発行が停止され、マイナ保険証を基本とする

仕組みへ移行した。利用率は当初低調であったが、その後段階的に上昇し、2026 年 4 月の利用率は約 68%となっている⁹⁾。マイナ保険証を通じて、本人は過去の薬剤情報や健診結果を「マイナポータル」で確認でき、個人が自らの健康・医療情報を経時的に把握・活用する PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）の普及にもつながる。2024 年度に設けられた医療 DX 推進体制整備加算等は、2026 年度改定で「電子的診療情報連携体制整備加算」へと再編され、評価の軸が体制の整備からマイナ保険証の利用実績や電子処方箋・電子カルテ情報共有サービスの活用へと移った。データ取得の体制整備からデータ連携・活用の段階へと、政策の重心が移りつつある。

(3) 地域医療情報連携ネットワークの持続可能性とデータの二次利用

もっとも、地域単位での医療情報連携には根深い課題がある。2010 年代以降、各地で地域医療情報連携ネットワークが立ち上げられたが、その四割超が開始から数年のうちに中止・終了もしくは統合に至り、当初の目的を達成できたとする地域は半数に満たないとされる¹⁰⁾。背景には、初期整備を国の補助金に依存し、運用費を地域で捻出できないという財政的な脆弱性がある。全国規模の標準的な基盤が、こうした地域ごとのネットワークの乱立と持続困難という問題を解消できるかが、今後の試金石となる。

医療データの価値は、目の前の患者の診療に役立てる一次利用にとどまらない。匿名化・仮名化された医療情報を研究開発や政策立案に役立てる二次利用は、地域医療の質を底上げする可能性を秘める。データに基づいた地域医療計画の立案（Evidence-Based Policy Making；EBPM）によって、より適切な医療政策の実行が期待される。また、わが国では次世代医療基

盤法が2023年に改正され、希少疾患のように匿名化が難しい情報も仮名化して活用できる仕組みや、NDB等の公的データベースとの連結が整備された。デジタル技術によって蓄積される膨大な医療データを、個人情報の保護に十分配慮しつつ社会全体の便益へと結びつける制度設計が、これからの医療DXの重要な論点となる。

5 医療AIの活用

(1) 診療支援と業務効率化

デジタル技術のなかでも、近年とりわけ急速に発展し、地域医療への波及が期待されるのが人工知能(AI)である。AIの活用は、まず医療従事者の負担軽減を通じた業務効率化に資する。診察時の会話をAIが認識して診療記録の下書きを自動生成する音声入力電子カルテや、来院前に患者の症状を聴取するAI問診は、医師・看護師が記録作業に費やす時間を圧縮し、患者と向き合う時間を確保する。医師から看護師等への業務移管(タスクシフト/シェア)と組み合わせれば、限られた人員で診療を回す体制の構築に寄与する。

(2) 診断支援と遠隔診療への応用

AIは、画像診断の支援や、検査データからの疾患リスクの推定など、診断の質の向上にも貢献する。専門医が乏しい地域では、AIによる読影支援が一次的なスクリーニングを担い、専門医の遠隔判断と組み合わせることで、限られた専門人材を補完しうる。遠隔モニタリングにおいても、蓄積されるバイタルデータをAIが解析し、重症化の予兆をとらえて警告する仕組みは、予防・早期介入を支える基盤となる。また、将来的にはオンライン診療の支援(動画からの診断補助や音声からのカルテ記載等)を自動的に行うことも可能となるだろう。

(3) 医療AIの課題と責任

他方で、医療AIの活用には固有の課題がある。AIの判断が誤った場合の責任の所在、学習データの偏りがもたらす不公平、判断過程の不透明さ(ブラックボックス問題)などである。AIはあくまで医師の判断を支援する道具であり、最終的な責任を負うのは人である医師であるという原則を踏まえつつ、AIの性能評価や安全性確保のための制度的枠組みを整える必要がある。一方で海外では、すでに医師が介在せずにAIが医行為の一部を担う事例も出てきている。また、汎用のAIチャットボットが医学的な回答もするようになってきており、そうしたAIへの依存もまた問題視されつつある。医療AIを地域医療に安全に実装するには、技術の進歩と並んで、法政策の整備がなされ、倫理的に信頼に足るAIとならなければならない¹¹⁾。

6 近時の立法状況と今後への期待

(1) 2025年改正医療法

これまで述べてきた遠隔診療、データ連携、医療AIの活用は、いずれも法制度という土台の上に成り立っている。2025年12月に成立した改正医療法は、こうした取組を支える近時の立法の中核である¹²⁾。改正は、地域医療構想の見直し、医師偏在是正に向けた総合的な対策、医療DXの推進を三本の柱とする。

医療DXの面では、2030年末までに電子カルテの普及率を概ね100%とする目標が法律に明記された。また、改正医療法は、オンライン診療を医療法上に定義するとともに、自宅以外の場所で診療を受ける「オンライン診療受診施設」を制度化した。公民館や郵便局、駅構内に設けられた個室ブース、通所介護施設、職場の健康管理室などがこれに当たり、医師が不在でも、その指示のもとで看護師等が補助を行える環境

が整えられた。鉄道事業者が駅構内に診療ブースを展開し、全国への拡大を計画する動きも始まっている。

医師偏在対策としては、都道府県知事が「重点的に医師を確保すべき区域」を定め、当該区域で働く医師への手当を支給する事業や、外来医師が過剰な区域における無床診療所の新規開業に対し、在宅医療など地域で不足する機能の提供を要請する仕組みが設けられた。もっとも、開業の自由は憲法上の職業選択の自由に関わるため、強い介入には限界があり、今回の改正も地域医療との調和を促す仕組みの整理にとどまる面がある。規制的手法の是非をめぐっては、なお慎重な検討が続いている。

（２）医療 DX を支える諸法と今後の法整備への期待

医療 DX を支える法制度は、改正医療法に限られない。立法と並んで地域医療を方向づけるのが、二年に一度の診療報酬改定である。2026年度改定は、本体部分の改定率が約30年ぶりに3%を超える高い水準となり、賃上げと物価高騰への対応が前面に出た。同時に、本稿で見たように遠隔診療・遠隔モニタリングの評価が拡充され、医療 DX 関連の加算がマイナ保険証や電子処方箋の活用を軸に再編された。診療報酬は、どの医療行為に資源を振り向けるかを通じて医療提供体制を誘導する強力な政策手段であり、デジタル技術の普及はこの評価の設計に大きく左右される。

マイナンバー制度に基づく保険証の一本化、次世代医療基盤法によるデータの二次利用、個人情報保護法制との調整など、複数の法律が重層的に関わる。これらを個別に整備するだけでなく、医療情報の利活用と保護のバランスを全体として設計する視点が求められる。

技術の進歩が速い医療 AI やデータ利活用の領域では、硬直的な法律のみで規律することは難しく、ガイドラインや専門職の自主規制と法律とを組み合わせる柔軟な制度設計（共同規制）が望ましい。今後は、医療 AI の安全性評価、データの二次利用に関する本人の関与のあり方、遠隔診療の質の担保など、技術の進展に追随しうる継続的な法整備が期待される。

７ 地域格差の縮小に向けて

（１）高齢者のデジタルデバイド

デジタル技術の活用には、看過できない問題がある。デジタル機器を使いこなせる層とそうでない層との間に生じる格差、すなわちデジタルデバイドである。スマートフォンやタブレットを利用する人の割合は60代で9割を超えるのに対し、70歳以上では6割程度にとどまるとする調査もある¹³⁾。医療アクセスの確保を最も必要とする過疎地域の高齢者こそが、デジタル医療から取り残されやすい。遠隔医療は対面診療や地域の医療資源を補完する形で導入されるべきであり、安易な代替として対面の窓口を縮小すれば、格差はむしろ拡大する。格差を埋める鍵は技術そのものではなく、D to P with N のように技術と人をつなぐ人的支援にある。

（２）外国人材の活用

担い手の確保という観点からは、外国人材の活用も避けて通れない論点である。すでに介護の分野では、経済連携協定（EPA）に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の受入れや、在留資格「特定技能」「介護」を通じて、外国人材が地域の医療・介護を支える存在となりつつある。医師についても、限られた枠組みのなかで外国人医師の活用が議論されているが、国家試験や言語の壁は高く、現状では限定的である。

人口減少が続くなかで地域の医療・介護提供体制を維持するには、外国人材が能力を発揮し、定着できる環境の整備が一層重要となる。受入れの拡大は、教育・研修体制や生活支援、そして地域社会における共生のあり方とあわせて、丁寧に設計される必要がある。デジタル技術に関しても、外国人でも利用可能な、日本語に限らない、また高齢者や障害者にも対応可能なユニバーサルなデザインがツールによっては求められる。

(3) 医師偏在対策の深化

医師偏在の是正には、これまでの対策の延長線上にとどまらない踏み込みが求められる可能性がある。現在、医学部の「地域枠」によって特定地域での一定期間の勤務を課す仕組みや、専門研修における「シーリング」によって都道府県別・診療科別の専攻医採用数に上限を設ける仕組みが導入されている¹⁴⁾。しかし、その効果は地域によってばらつきがあり、とりわけ東北など医師の少ない地域では十分とはいえないと評価されている。地域偏在に加えて、直美(ちよくび)に象徴される診療科偏在が深刻であることを踏まえれば、地域枠による縛りだけでなく、診療科ごとの定員をより実効的に制御する仕組みの検討も、選択肢として視野に入れざるを得ない可能性がある。

あわせて、医師を地域に配分する主体のあり方も問われている。かつては大学の医局が関連病院へ医師を派遣することで地域医療を支えてきたが、2004年の新医師臨床研修制度の導入を契機に医局への入局者が減少し、大学病院の医師派遣機能は相対的に弱まった。これが地域偏在の一因とされる。医局という従来の調整機構が弱まった以上、その機能を代替するものとして、都道府県や国のレベルで医師の配置を広域

的に調整する仕組みの構築が求められる。改正医療法による重点区域の設定や手当支給は、その方向への一歩と位置づけられるが、より実効的な広域調整のあり方が今後問われることになる。

(4) まちづくり・地方創生という土台

もっとも、地域格差の縮小は、医療政策だけで成し遂げられるものではない。少子高齢化と人口減少が急速に進む現状を直視すれば、そもそも人が住み続け、働き、子を産み育てたいと思える魅力的な地域がなければ、医療の担い手も患者である住民もその地域にとどまらない。医療は地域社会を支えるインフラの一つであると同時に、地域社会の活力に支えられて初めて成り立つ。雇用、交通、教育、子育て環境といったまちづくり・地方創生のレベルでの総合的な取組と一体で進めなければ、デジタル技術の導入も持続可能な効果を生まない。医療アクセスの確保は、地域づくり全体のなかに位置づけて構想される必要がある。

8 おわりに

本稿で見てきたように、わが国の地域医療は、医師の地域的・診療科的な偏在、無医地区の存在、そして働き方改革に伴う地方派遣の縮小という複合的な圧力にさらされている。遠隔診療や遠隔モニタリング、医療データ連携、医療AIといったデジタル技術は、この構造的制約を一挙に解消する万能薬ではないが、限られた医療資源を地域全体で効率的に活用し、医療アクセスを確保するための不可欠な手段である。そしてこれらの取組は、近時の改正医療法をはじめとする法政策や診療報酬上の評価といった土台の上に成り立ち、今後の継続的な法整備によって支えられていく。もっとも、AIの活用をはじめデジ

タル技術の活用には、大きなコストがかかるものや、専門の人材を要するものも多く、地域での実装に際しては、実装可能性・持続可能性の検討は不可欠である。

また、地域格差の縮小はデジタル技術のみで達成できるものではない。魅力的な地域づくりという土台、外国人材を含む担い手の確保、そして地域枠や診療科別定員、広域的な医師配置調整を含む医師偏在対策の深化が、車の両輪として進められなければならない。デジタル技術を対面の補完として地域医療に織り込み、人と技術が支え合う体制を築くこと、そしてそれを地域社会全体の活力のなかに位置づけること。それが、人口減少社会において医療の地域格差を縮小し、誰もがが必要な医療にアクセスできる社会を持続させるための道筋である。

【注】

- 1) 藤田卓仙・窪田杏奈・佐藤大介・須田万勢・牧 尉太・渡邊 亮 (2025)「地域に根ざした医療 DX の実装に向けた 人材開発に関する政策提言」『東京財団政策研究所 Review』R-2024-138
- 2) 厚生労働省 (2025)『令和 6 (2024) 年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況』
- 3) 厚生労働省 (2022)『医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 5 次中間とりまとめ』
- 4) 厚生労働省 (2024)『令和 4 年度無医地区等及び無歯科医地区等調査の概況』。無医地区とは、医療機関のない地域で、当該地区の中心からおおむね半径四キロメートルの区域内に五十人以上が居住し、容易に医療機関を利用できない地区をいう。
- 5) 日本医師会 (2023)『医師の働き方改革と地域医療への影響に関する調査』。
- 6) 長野県木曽保健福祉事務所「木曽圏域におけるオンライン診療について」

<https://www.pref.nagano.lg.jp/kisoho/somu/>

[ir yokoso/documents/r4_2_6.pdf](https://www.pref.nagano.lg.jp/kisoho/somu/ir yokoso/documents/r4_2_6.pdf)

- 7) 藤田卓仙・牧尉太 (2025)「人口減少社会における持続可能な地域医療体制の構築：デジタル技術活用による医療アクセス確保と効率化戦略」『東京財団政策研究所 Review』R-2024-121。
- 8) 厚生労働省「令和 8 年度診療報酬改定について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html
- 9) 厚生労働省第 212 回社会保障審議会医療保険部会資料 (2026)「マイナ保険証の円滑な利用について」
- 10) 厚生労働省 (2026)「令和 7 年度地域医療情報連携ネットワーク調査研究事業報告書」
- 11) 藤田卓仙・湊和修 (2025)「医療 AI の文化的実装 —社会制度と文化の視点から考える導入の意義と課題」『東京財団 Review』R-2025-026。
- 12) 藤田卓仙 (2026)「医療 DX に向けた医療法等の一部改正 (上) (下)」『東京財団 Review』。
- 13) 内閣府 (2025)「情報通信機器の利活用に関する世論調査 (令和 7 年 7 月調査)」
- 14) 令和 5 年度厚生労働行政推進調査事業補助金 (厚生労働科学特別研究)、研究代表者：日本専門医機構構理事長 渡辺毅 (2024)『日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証』

ふじた たかのり

2006 年東京大学医学部卒業、2011 年東京大学大学院法学政治学研究科修了。名古屋大学経済学研究科寄付講座准教授、世界経済フォーラム第四次産業革命日本センタープロジェクト長等を経て、2024 年から現職。兼職に名古屋大学・特任准教授、コー・イノベーション大学非常勤講師等。

専門は医事法、医療政策、特に医療 AI やオンライン診療も含む、医療情報の取り扱いに関する法制度や倫理。社会的活動として、内閣官房 接触確認アプリに関する有識者検討会合 委員、日本整形外科学会 倫理委員会 委員等。

【主な著書】

『薬価の経済学』日本経済新聞出版社、2018 年

『認知症と民法』勁草書房、2018 年

『認知症と医療』勁草書房、2018 年

『認知症と情報』勁草書房、2019 年

『次世代医療 AI：生体信号を介した AI との融合』コロナ社、2021 年

『デジタル技術と感染症対策の未来像』日本評論社、2024 年