

高品質なヘルスケアデータとエコシステムの構築  
に関する調査研究報告書  
【最終成果物】

2026年3月

株式会社国際社会経済研究所

## 目次

はじめに－調査研究の目的と背景－	1
1. まとめと提言	2
1-1. 本報告書の概要	2
(1) 分野を越えた連携（分野的なボーダレス）	2
(2) 自治体・地域の壁を越える連携（地理的なボーダレス）	2
(3) 官と民の間の壁を越える連携（官民間でのボーダレス）	4
(4) ヘルスケアサービス受益者への説明と信頼の醸成	5
(5) ヘルスケア DX 推進に関わる横断的課題	6
(6) 先進的な取り組み事例	7
1-2. 提言	8
2. ヘルスケア分野の現状と政策動向	11
2-1. 我が国における現状と政策動向	11
(1) 高齢化の進展	11
(2) 社会保障の動向	18
(3) DX に関する政策動向	28
(4) ヘルスケアデータの活用に関する政策動向	45
2-2. EU における現状と政策動向	66
(1) 欧州データ戦略と EU 共通データ空間	66
(2) EU ヘルスデータスペース（EHDS）	67
(3) EHDS におけるデータの一次利用「MyHealth@EU」	69
(4) EHDS におけるヘルスデータの二次利用「HealthData@EU」	70
(5) 欧州 AI 法のヘルスケア分野への影響	71
2-3. 日本版 EHDS の動き	73
2-4. ヘルスケア分野における DX の進展	75
(1) 高品質なデータとは	75
(2) ヘルスケア DX の現状	76
3. 分野的なボーダレス	89
3-1. 乳幼児期からの健康診断記録の PHR への統合：海外動向を中心に	89
(1) 5 カ国における PHR システムのガバナンスと技術的基盤の比較	89
(2) 日本における成育医療情報のデジタル化と公共メディカルハブ（PMH）の進展	91
(3) 母子保健から学校保健への接続：5 カ国の統合モデルと日本の課題	92
(4) 思春期におけるプライバシー保護と保護者アクセス権の制限	94
(5) 日本の成育 PHR 高度化に向けた提言	96
(6) まとめ	97
3-2. 母子保健縦割り行政の壁を超える	98
(1) ネウボラの起源	98
(2) ネウボラの提供する機能	98

(3) 欧州各国への展開 .....	100
(4) 我が国での展開のきっかけ .....	100
(5) 組織名称の頻繁な変更 .....	103
(6) 他部署との連携の課題 .....	104
(7) 渋谷区子育てネウボラとの意見交換 .....	106
4. 地理的なボーダレス .....	109
4-1. 都道府県医療計画・地域医療構想と医療 DX の全体最適化 .....	109
(1) 医療 DX における医療の最適化 .....	109
(2) 平成の大合併と公立病院の統廃合 .....	109
(3) 公立病院改革ガイドラインと新ガイドライン .....	110
(4) 需給計画としての地域医療構想 .....	111
(5) 地域医療構想の実例 .....	113
(6) 病院統廃合の住民への影響 .....	115
(7) オンライン医療ネットワークの現状 .....	116
(8) 都道府県医療計画と地域医療構想 .....	117
(9) 各国で進む医療 DX .....	119
(10) 共通の患者識別子は医療 DX の基盤 .....	122
(11) 医療 DX で緊急時に対応する .....	125
(12) 地域を越えた医療の地域医療構想への反映 .....	128
4-2. 地域ハブとしての薬局とデジタルの活用 .....	131
(2) 地域共生社会の基盤としての地域包括ケアシステム .....	133
(3) 地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割 .....	134
(4) 薬局のデジタル化 .....	136
(5) 電子処方箋と電子お薬手帳（電子版お薬手帳アプリ） .....	138
(6) ICT を利活用した地域ハブとしての薬局 .....	138
(7) 地域ハブとしての薬局の課題と展望 .....	139
4-3. まちの中心に医療を据え、3 病院のボーダレスを図った具体策－新さっぽろモデルの構造的な特徴－ .....	141
(1) 医療を「周縁施設」ではなく「都市の核」に配置した .....	141
(2) 「一体化」ではなく「近接・並立」を選択した .....	142
(3) 境界を感じさせない動線・共用空間の設計 .....	143
(4) 「共用空間」を意図的に多層化 .....	144
(5) 空間が先にできたことで、人の連携が「自然発生」した .....	145
(6) 考察 .....	146
5. 官民間のボーダレス .....	155
5-1. 組織を超えた救急医療のリエンジニアリング .....	155
(1) 救急医療の現状と特徴 .....	155
(2) 救急医療における課題とリエンジニアリングの考え方 .....	160

(3) 救急医療のリエンジニアリングによる課題解決の事例.....	161
(4) まとめ.....	164
5-2. スマートシティ構想におけるヘルスケア.....	166
(1) スマートシティとは.....	166
(2) 人中心のスマートシティの提唱.....	166
(3) 人中心のスマートシティの実例.....	168
(4) 会津若松市と浜松市の事例.....	170
(5) 札幌市のスマートシティ構想.....	171
5-3. 公民連携の現状と動向.....	173
(1) 公民連携とは何か.....	173
(2) 我が国での公民連携の起源.....	173
(3) 我が国における PFI 法の成立.....	173
(4) 我が国における PPP/PFI の現状.....	175
(5) 多様な手法が取られる PPP/PFI 事業.....	176
(6) 札幌市における PPP/PFI 事業.....	178
(7) 公民連携から公民共創へ.....	179
6. ヘルスケア受益者への説明と信頼の醸成.....	182
6-1. メンタルヘルスサービスの説明責任と信頼の構築：実務の経験から.....	182
(1) 訪問看護によるメンタルヘルスサービスの事例.....	182
(2) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築   ①開示情報.....	182
(3) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築   ②事前相談.....	183
(4) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築   ③契約.....	184
(5) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築   ④訪問看護.....	185
(6) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築   ⑤訪問看護記録.....	186
(7) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築   ⑥関係機関連携.....	186
(8) 情報連携の課題.....	187
(9) 成果評価の課題.....	187
(10) まとめと今後の展望.....	188
6-2. 医師と患者の関係、障害者と支援者の関係のボーダレス化.....	189
(1) 医は仁術.....	189
(2) 医療倫理の基本指針.....	189
(3) インフォームド・コンセントの明文化とその普及.....	190
(4) 我が国におけるインフォームド・コンセントの法制化.....	191
(5) 協働意思決定への移行.....	192
(6) 我が国における協働意思決定の実践.....	194
(7) 障害者・高齢者の自己決定権.....	195
(8) 支援付き意思決定の実践.....	197
(9) 日本における支援付き意思決定.....	198

6-3. 医療機関における情報セキュリティ .....	199
(1) 医療 DX と情報セキュリティ .....	199
(2) 情報セキュリティの三つの側面 .....	199
(3) 情報マネジメントシステム.....	199
(4) 情報セキュリティの現状と課題に関するヒアリング .....	201
(5) 「一人情シス」問題の解決に向けて .....	202
7. ヘルスケア DX 推進に関わる横断的課題 .....	205
7-1. 健康増進施策普及の壁を超える健康リテラシーの向上.....	205
(1) 普及の壁.....	205
(2) 地域情報化施策の悪い先例.....	205
(3) 地域への定着・全国普及に関する研究者の指摘.....	206
(4) 中核人材の育成・PDCA による継続的な評価.....	207
(5) 有識者へのヒアリング .....	208
(6) 国民向け広報の改善.....	209
(7) 国民の健康リテラシーの現状.....	210
(8) 健康リテラシー向上への動き .....	211
7-2. デジタルによる情報提供・サービス提供のアクセシビリティ .....	213
(1) 地方における医療アクセスの現状.....	213
(2) 医療格差を減らすオンライン診療のアクセシビリティ .....	214
(3) 2026 年 4 月施行：改正医療法の内容と変革 .....	217
(4) 最新事例：オンライン診療の最前線.....	219
(5) 今後の課題と将来方向：情報の断絶をどう埋めるか .....	222
(6) 結論：アクセシビリティは「場所」と「人」で完成する .....	223
8. 先進的な取り組み事例.....	224
8-1. データでつなぐ札幌市スマートシティ構想.....	224
(1) 「札幌市 ICT 活用プラットフォーム」による官民データの協調利用.....	224
(2) 「新・さっぽろモデル事業」 .....	227
(3) 今後の課題 .....	228
(4) 考察：地域の壁を越えた連携の必要性 .....	229
8-2. 札幌市官民連携窓口「SAPPORO CO-CREATION GATE」 .....	230
(1) 官民連携・共創のフィールドとしての札幌市の特徴 .....	230
(2) SAPPORO CO-CREATION GATE の位置づけと仕組み .....	231
(3) ヘルスケア分野における連携事例.....	233
(4) 持続可能な運用と充実に向けた課題.....	234
(5) 考察 .....	235
8-3. 妊娠期から 18 歳になるまでの子どもとその家庭をサポートする「渋谷区子育てネウボラ」 .....	236
(1) 「切れ目ない支援」につながる体制整備.....	236

(2) 多様なニーズに応える柔軟な事業展開 .....	237
(3) 今後の課題：データの分断と法的壁 .....	239
(4) 考察：一人ひとりの成長に寄り添う「子育て支援の輪」を広げるために .....	239
8-4. 医療を軸とした新しい街づくりへの取り組み（交雄会新さっぽろ病院） .....	241
(1) 移転リニューアルの背景 .....	241
(2) 患者のアクセシビリティと職員の働きやすさを支える .....	242
(3) スマートホスピタル構想とロボット運用 .....	245
(4) 病院集積による医療連携 .....	245
(5) 考察：医療を核とした持続可能な都市モデルへの展開 .....	247
8-5. EBPM が実現する救急医療 DX（TXP Medical 株式会社） .....	249
(1) 救急医療の現状と DX の必要性 .....	249
(2) 「NSER mobile」による現場革新の戦略 .....	250
(3) 実装を支える基盤技術と運用の工夫 .....	250
(4) 社会実装における成果 .....	251
(5) さらに普及への要件 .....	252
(6) 考察：生涯にわたる社会参画の実現に向けた展望 .....	253
8-6. デジタルクローンによる説明業務支援サービス「DICTOR」（TOPPAN 株式会社） .....	254
(1) 医療現場の現状と DX の必要性 .....	254
(2) DICTOR の特徴と設計思想 .....	254
(3) インフォームド・コンセントにおける役割分担と個別性への対応 .....	257
(4) 導入実績と経営・教育への波及効果 .....	257
(5) 導入におけるマネジメントと運用の工夫 .....	258
(6) 考察：目指すべき医療体験の形 .....	259
8-7. 産総研におけるロボットとの共生とウェルビーイング向上 .....	260
(1) CPS（Cyber Physical System） .....	260
(2) 労働集約型現場の制約を克服する解決戦略 .....	260
(3) 人機協働を支える基盤技術 .....	261
(4) 精神的ウェルビーイングの定量化と社会参加 .....	262
(5) 実社会への実装に向けた設計の視点 .....	262
(6) 考察：生涯にわたり社会と繋がる環境を目指して .....	263

## はじめに－調査研究の目的と背景－

我が国では、世界に例を見ない速さで進行する高齢化や死亡者数の増加といった人口構造の変化を背景に、健康・医療・介護分野における課題が顕在化している。AIなどを活用したDXへの取り組みが急がれているが、諸外国に比較するとまだ不十分であり、特に、ヘルスケアDXの基盤となるヘルスケアデータはさまざまな縦割り構造を背景に分散保管され、相互につながらない状態が続いている。政府は全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテ情報の標準化等を推進しているが、現時点では国民がそのメリットを十分に実感できる段階には至っていない。

国民のQOL・QOD維持・向上には、データ保護やセキュリティに配慮した上で、患者ジャーニーを含む生涯にわたる一人ひとりの高品質のヘルスケアデータを収集・活用していくべきといえる。そのためには、健康・医療・介護分野だけでなく、行政や教育機関などが持つデータと連携して活用していく分野的ボーダレス、ひとつの自治体の中だけで完結するのではない地理的なボーダレス、公的機関と民間組織との垣根を超える官民のボーダレスを実現し、それぞれの組織が相互に連携し、共存共栄しながら大きな価値を創出するエコシステムを構築していくことが必要であるといえる。

本調査研究は、研究会方式で実施し、社会構造の変化に伴うヘルスケア分野の現状、国内外の政策動向、AIを含めたデジタルテクノロジーを活用した課題解決に向けた取り組みなどの調査を行い、産学の有識者による研究会での議論を踏まえて、QOL・QOD維持・向上につながる高品質なヘルスケアデータとエコシステムの構築に向けた道筋を提示し、提言している。本調査研究のために設置されたアクセシビリティ研究会メンバーと執筆担当は以下の通りとなっている<sup>1</sup>。

主査	山田 肇	東洋大学経済学部名誉教授	1章、3-2、4-1、5-2、5-3、6-2、6-3、7-1
	川添高志	ケアプロ株式会社代表取締役社長	6-1
	榊原直樹	清泉大学 人文社会科学部 文化芸術学科准教授	3-1
	下野僚子	早稲田大学理工学術院 大学院創造理工学研究科准教授	5-1
	関根千佳	株式会社ユーディット会長	7-2
	千田一嘉	金城学院大学薬学部教授	4-2
	中島美津子	東京医療保健大学東が丘看護学部看護学科／大学院看護学研究科教授	4-3
	藤方景子	認定NPO 法人湘南ふじさわシニアネット	8-2、8-3、8-4、8-5、8-6、8-7
	遊間和子	株式会社国際社会経済研究所主幹研究員	1章、2章、8-1

<sup>1</sup> 本調査報告書に記載の情報は、2026年2月17日時点のものとなっている。

## 1. まとめと提言

### 1-1. 本報告書の概要

本報告書にはボーダレス連携の具体例を、分野的なボーダレス、地理的なボーダレス、官民間のボーダレスに分けて多く記載した。

#### (1) 分野を越えた連携（分野的なボーダレス）

小児期における Personal Health Record は重要である。出生から思春期に至るまでの期間は身体的・精神的な成長が急速であり、予防接種、乳幼児健診、成長曲線、そして学童期の学校健診情報など、多様なデータが蓄積される時期である。発達の節目ごとの情報から発達遅滞が早期に定ができ、慢性疾患への介入は長期的な健康改善につながる。

乳幼児期からの健康診断記録の PHR への統合について、日本の現状と比較しつつ、海外動向を中心に報告した。我が国には母子健康手帳という世界に誇る制度があるが、小児 PHR システムについては、台湾の統合力、英国の戦略、オランダの市場規律、スウェーデンの透明性に見習う必要がある。

技術的なデジタル化によって養育者は子供の PHR を利用し閲覧できるようになるが、海外では思春期の子供については自律性を尊重してアクセス管理機能を提供している。我が国も、ライフステージに応じて「養育者の権利」と「子供のプライバシー」のバランスを PHR システムに実装するのがよい。

我が国ではこの 10 年間、フィンランドのネウボラと同様の妊娠・出産包括支援が、子育て世代包括支援センターにおいて進められてきた。その後、子ども家庭庁の組織化に伴い、同センターの子ども家庭センターへの改組が進められている。しかし、母子保健と児童福祉、さらには保健所、産科・小児科等の医療機関、認定こども園・保育所・幼稚園・小規模保育や家庭的保育、学校等の様々な機関の、分野横断的な連携・情報の共有強化という点では道半ばである。

保健師は医療系、福祉職は福祉系とルーツが異なり、さらに教育委員会も加わると共通理解は容易ではない。多職種、多組織の壁を埋めるべく、地方公共団体は努力を続けている最中である。母子保健と児童福祉は同一組織で扱うという考え方は、ネウボラの成功に見習うものであって間違っていない。しかし、それが掛け声だけでは、統合対象の現場としては対応が難しい。

小児 PHR システムについても、子ども家庭センターへの統合についても、既存の制度、その制度の下での組織と業務の壁を打ち破る施策が求められている。制度を抜本的に見直したうえでデジタル化を進めなければ、分野を越えてのボーダレス連携は実現しない。

#### (2) 自治体・地域の壁を越える連携（地理的なボーダレス）

近年、地域医療構想に基づいて病院の統廃合が実施されてきた。しかし、統廃合は医療へのアクセスに悪影響をもたらす。地域住民への負の影響を軽減するのが、近隣にある診療所（かかりつけ医）と遠隔の病院とが連携して提供するオンライン診療ネットワークである。オンライン診療ネットワークを構築すれば、地理的な壁を越えられる。

各国でオンライン診療ネットワークも含めヘルスケア DX を強力に推進している理由は、ヘルスケア DX を進めれば患者個々に最適の医療が提供できるからである。一方我が国では、既存の医療情報システムにつきはぎを当てて改良することを繰り返してきた。その結果、緊急時の電子カルテの共有さえも満足にできない状況に陥ってきた。ヘルスケア DX の全体像を描いたうえで、それを満たすように医療情報システムを抜本的に再構築していく必要がある。

ヘルスケア DX に不可欠な一人一人を特定する ID が共通の患者識別子であり、今はマイナ保険証が共通の患者識別子を代理するものとして利用されている。各種データを共通の患者識別子で横断的に解析可能にしていくことは、医療等情報の更なる利活用に向けて重要であり、ヘルスケアに特化した共通の患者識別子もためらわずに検討するのがよい。

我が国には診療所に匹敵する数の薬局が存在する。厚生労働省によれば 2025 年 8 月末時点で診療所数は 105,519、2024 年 3 月末時点の薬局数は 62,828 である。2015 年に厚生労働省が発表した「患者のための薬局ビジョン」は、「対物業務（調剤・供給）」が中心の薬局・薬剤師業務を人業務（患者との対話・支援）へ変革するという方向性を示した。

患者との対話・支援を重視してこそ、かかりつけ薬局は、診療所（かかりつけ医）と同様に、地域医療のハブとしての役割を果たすようになる。かかりつけ薬局は ICT を活用し、服薬情報の一元的・継続的把握機能、24 時間対応・在宅対応機能を提供する。医療・介護・福祉機関との連携体制を整備することで、かかりつけ薬局の機能は高度化していく。

かかりつけ薬局では、PHR や EHR（Electronic Health Record）などのデータ連携・医療データ基盤の活用が不可欠である。薬剤師の専門性が発揮された服薬管理・指導のデータも、ICT の利活用、すなわち地域 DX により統合されれば、患者・家族・患者を支える者も含めて多職種協働の医療・ケアチームによって、地域医療を支えられるようになる。

本報告書では、地域内の病院が連携して都市機能を高めた実例も紹介した。それが、新さっぽろの医療を軸とした新しい街づくりである。札幌市厚別区の新さっぽろエリアでは、商業、住宅、医療、教育、宿泊機能を含む大規模な再開発が進められ、「多世代が集い、心身ともに健康になれるまち」をコンセプトとした新しい都市モデルが形作られている。

新さっぽろ駅周辺は、JR 千歳線および札幌市営地下鉄東西線の駅に直結し、空港および札幌中心部からのアクセスにも優れた交通結節点である。再開発区域内には、急性期医療を担う病院および回復期・慢性期医療を担う病院が隣接配置されているほか、眼科や皮膚科などのクリニックが立地し、医療機能が面的に集積している。これらの施設は、アクティブリンクと呼ばれるガラス張りの明るい通路で結ばれている。

さらに、スーパーマーケットや飲食店、生活関連サービスを提供する商業施設、宿泊施設などが一体的に整備されており、医療機能のみならず、日常生活を支える都市機能が集約されたコンパクトな都市空間が形成されている点も特徴である。その中で、医療機能の集積はまちづくりの中心的役割を担っている。

研究会で実施したヒアリングには、新札幌エリアに集積する三つの病院の看護部長が同席し、それぞれの立場から病院間連携の現状と今後の展望について意見が示された点が特記される。医療機関の集積というハード面の整備に加え、実際の医療現場を支える看護部門同士の人的ネットワークが形成されつつあることが、連携医療の実効性を高める重要な要素となっていることが確

認された。

地理的な壁を越えてすべての国民に質の高い医療を提供していくためには、オンライン診療ネットワークも含め、かかりつけ薬局も統合して、ヘルスケア DX を推進するための全体構想を描く必要があり、それは政治の責任である。また、新さっぽろの事例が示すのは、構想に関わる人々の間での信頼関係に基づく人的ネットワークの形成が DX を進める上で重要という点である。

### (3)官と民の間の壁を越える連携（官民間でのボーダレス）

高齢化の進展を背景に救急医療の需要は増加しているが、救急医療は不確実性と時間制約のもとで運営されている。救急医療における課題は個別医療機関の対応能力のみではなく、患者発生から医療提供に至る一連のプロセスにおける情報の分断や調整負荷など、システム全体の運営に関わる問題として捉える必要がある。

救急医療は公的サービスであるが、患者を受け入れる医療機関は民間組織であり、それぞれの方針があり、その考え方は完全には一致しない。民間主導で、情報共有の仕組みを基盤として受入調整プロセスの見直しを図る、ICT 活用と業務プロセスの再設計を組み合わせる救急医療リエンジニアリングの実例も生まれつつある。

今後の救急医療においては、個別組織の改善に加え、サービス全体の流れを踏まえた運営の見直しが重要になる。また、このような取り組みが普及し、継続的に運用されていくためには、導入コストや運用体制の確保、関係機関間の調整など、制度的・組織的な課題への対応も必要となる。その過程では、マイナカードを活用した救急業務との融合も課題となるだろう。

都市には様々な機能がある。居住機能、ビジネス機能、行政・文化機能、医療・福祉・子育て機能、交通・物流機能、レクリエーション機能などを、それぞれの機能の中であるいは機能間で、情報通信を利用して相互に連携して効果的に効率的にこれら機能を提供していくのがスマートシティである。スマートシティには人々が居住し労働する。スマートシティは「人」のためにならなければならない。そこで、「人」に注目してスマートシティを構築しようという考え方が生まれしてきた。

国際連合下の専門機関である国際電気通信連合は人を中心に位置づけるスマートシティを提唱し、内閣府も人中心のガイドラインを発行している。内閣府は会津若松市や浜松市、札幌市で健康・医療分野についてスマートシティのサービスが提供されているとの事例を紹介している。

都市の多様な機能を提供するにも、健康・医療分野についてサービスを提供するにも、公共(官)の力だけでは限界がある。そこで、人中心のスマートシティを、官と民の協力で実現しようという方向で関連政策が展開されるようになってきている。「個人の健康データを活用し適切な運動を促進する等の市民の健康管理サポート」「遠隔地からの医療アクセスの確保と医療関係者の負担軽減」「離れた家族の健康を見守る仕組みの導入」等の安全で質の高い市民生活・都市活動の実現を図るスマートシティサービスの提供には、官と民の壁を越える連携が必要不可欠である。

「公民連携」あるいは「官民連携」とは、公共施設等の建設、維持管理、運営等を行政と民間が連携して行うことにより、民間の創意工夫等を活用し、財政資金の効率的使用や行政の効率化等を図るものである。

最近、民間側にいっそうの自由度を与え方向で、民間からの提案を積極的に受け入れる「公民

共創」「官民共創」が強調されるようになった。公民共創では、公と民のより対等な関係が謳われる。しかし、予算を握っているという切り札のために、公が民よりも高い立場になることが多い。しかし、いくつか対等な関係と見なせる事例も生まれつつある。

人中心のスマートシティサービスの提供には官と民の壁を越える連携が必要不可欠である。そして、1980年代からの公民連携は、一層民間側に主導権を与える公民共創へと昇華しつつある。官と民の間の壁は、両者が連携を深めていくにつれてボーダレス化していく。

#### (4)ヘルスケアサービス受益者への説明と信頼の醸成

ヘルスケアの対象は「人」である。分野の壁、地域の壁、官民の壁を越えてヘルスケアサービスを提供していく際には、「人」すなわちサービス受益者から信頼を得ることが出発点になる。本報告書には、受益者に対する説明と信頼の醸成に関わるレポートを掲載した。

第一のレポートでは、不登校や引きこもりの児童を対象とした精神科訪問看護の実務、メンタルヘルスサービスの説明責任と信頼の構築について説明した。まずは養育者の信頼を構築する必要があるため、これまでの養育者としての育児に対して労いを伝え、養育者の不安を傾聴し、一緒に取り組んでいく姿勢を見せ、養育者のメンタルヘルスサポートも行う。訪問看護を開始するに至った際には、訪問看護契約書を締結する。訪問看護契約書には、提供側の守秘義務、サービス内容等の記録の作成及び保存に関わる規定もある。

対象児童は、人見知りをしたり、大人のことを信用できなかつたり、集中力が続かなかつたりする。そこで本人との信頼関係を構築できるように、時間をかけてコミュニケーションを取るように心がける。そして、本人が好きなゲーム等に取り組みながら、強みや発達特性、課題をアセスメントしていく。本人や家族の同意を得たうえで、市区町村や医療機関、教育機関と連携する。これによって、自治体のサポートを受けやすくなつたり、学校に通いやすくなつたり、様々な社会資源の活用につながられたりする。

サービス受益者を中心に据えて時間をかけて信頼を醸成していくが、同時に契約書を締結して法的な問題の発生を抑制する仕組みとしている点に、精神科訪問看護の特徴がある。

第二のレポートでは、インフォームド・コンセントなどに関わる最新の動向を説明した。医療分野では適切な情報提供を強調するインフォームド・コンセントが実践されてきた。ネット時代の患者は自らの病気についてネットで調べるのが常であるが、医学的知識は乏しいので、ネット情報によって不安を起こしたり、時には似非療法に引っかけたりする。しかし、患者は「自分自身に関する専門家」であり、その立場で医師と協働して治療方針を定めていけば、安心感を高めて適切な治療を受けるといった可能性が生まれる。これが協働意思決定である。協働意思決定によって患者と医師の間の境界の壁は薄くなり、医療は「民主化」される。

同様に、判断能力が低下した障害者に対して、保護対象として第三者が代理して意思決定するのではなく、障害者自身が意思決定できるように支援する支援付き意思決定の手法が開発されてきた。オーストラリアでのプロジェクトでは、支援付き意思決定によって障害者自身の意思決定能力が向上したという。協働意思決定が医療の民主化であったのと同様に、支援付き意思決定は「障害者は弱者であり保護の対象である」という古い概念からの脱却であり、障害者と支援者の関係を「民主化」、ボーダレス化する。

第三のレポートでは、医療機関の情報セキュリティについて報告した。医療情報システムのセキュリティはヘルスケア DX 推進の要点である。医療機関における情報セキュリティの対応は他の分野に比べて遅れている部分がある。また、経済安全保障の面からの医療分野のセキュリティ強化も指摘されている。中小も含めて医療機関の経営者は、マネジメントシステムの考え方に沿って医療情報システムのセキュリティをマネジメントして、国民からの信頼を獲得するように努める必要がある。

協働意思決定も支援付き意思決定も、提供側にとっては時間がかかるプロセスになる。精神科訪問看護の実務に関する報告は、時間がかかるプロセスの実例である。また、医療情報システムのセキュリティを高めることについても、費用と時間を要する。しかし、供給側はこの負担を負う必要があり、それによって受益者の信頼の下でヘルスケア DX が進展していく。

## (5)ヘルスケア DX 推進に関わる横断的課題

受益者中心のヘルスケア DX は受益者の理解と支持によってはじめて価値を現実化する。このためには、潜在的な受益者も含め、すべての国民の健康リテラシーを高める必要がある。その施策がいかに自らの健康に有益かが理解できなければ、施策に積極的に参加しようとは思わないからだ。

しかし、日本人の健康リテラシーは他国に比較して劣っている。「運動、健康食品、栄養などの健康的な活動に関する情報を見つけるのは難しい」との回答割合が、日本では 29.9%で、オランダでは 2.8%だった。オランダにはほとんどいないのに、日本では 3 割が難しいという格差には驚く。

厚生労働省は 2023 年度から「健康日本 21 (第三次)」を推進している。「健康日本 21 (第三次)」の中では、情報格差や関心格差を前提として、格差を克服する「誰一人取り残さない健康づくり」を「新たな視点」として強調している。「新たな視点」の中では、健康に関心の薄い層へのアプローチや個人の健康情報の見える化・利活用が謳われている。「健康的な活動に関する情報を見つけるのは難しい」という国民のニーズに向き合って、適切な情報を提供していく努力が必要である。国民の健康リテラシーの向上を目的に掲げて、マスメディアやインターネット・ソーシャルメディアも含めて、国民向け広報を推進するのがよい。政府と地方公共団体の取り組みに強く期待する。

日本のオンライン診療は、2026 年の医療法改正によって法的根拠を得て、ようやく利便性と信頼性の高いインフラへと進化しつつある。さまざまな地域、年齢、環境にある人々が、医療にアクセスする権利を失わないようにするためにはアクセシビリティが重要である。

アクセシビリティには四つの側面がある。利用できるという意味の狭義のアクセシビリティ (Accessibility)、利用する力があるという意味のリテラシー (Literacy)、利用できるサービスが提供されているという意味のアフォーダビリティ (Affordability)、それに利用しやすいという意味のユーザビリティ (Usability) である。

オンライン診療でのアクセシビリティのキーワードは「場所 (Affordability)」と「人 (Literacy)」である。患者が病院へアクセスしにくいのであれば、オンラインで病院へアクセスできる場所を増やせばいい。家から、介護施設から、そして郵便局や移動車両で、病院にアクセスする「場所」

を増やせばいいのだ。加えて重要なのは、つないでくれる「人」である。患者の Literacy を補う補助者を配置することで、オンライン診療はスムーズに実施される。在宅患者のそばに看護師がついて、アクセスを支援してくれることが重要である。オンライン診療は D to P with N (Doctor to Patient with Nurse) によって価値を生む。

## (6)先進的な取り組み事例

本報告書には、先進的な取り組み事例も掲載した。データでつなぐ札幌市スマートシティ構想、札幌市官民共創窓口「SAPPORO CO-CREATION GATE」、妊娠期から 18 歳までをサポートする「渋谷区子育てネウボラ」、新さっぽろの医療を軸とした新しい街づくり、EBPM が実現する救急医療 DX (TXP Medical)、デジタルクローンによる説明業務支援サービス「DICTOR」(TOPPAN)、ロボットとの共生とウェルビーイング向上(産業技術総合研究所)である。分野の壁、地域の壁、官民の壁を越えてヘルスケアサービスを提供する実践例として利用していただきたい。

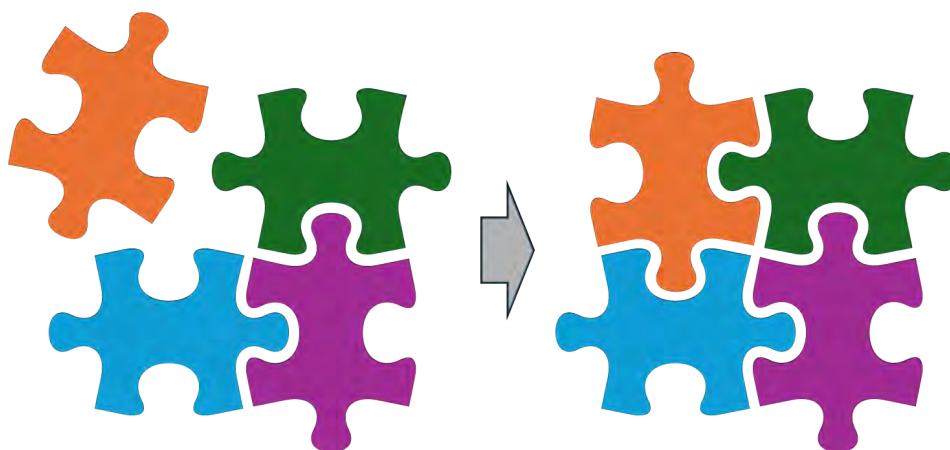
## 1-2. 提言

母子健康手帳に象徴される母子保健と学童期の学校健診はそれぞれ別の法律で、別の官庁の指示の下で、別の業務として地方公共団体内の別の組織で実施されてきた。分野を越えた連携には、法律、業務、組織の壁を越える必要がある。事情は地理的なボーダレスでも官民間のボーダレスでも同様である。

それぞれの業務には長い歴史があり、歴史の中で業務としての最適化、つまり部分最適化が図られてきた。地域病院は、高度・専門的な急性期医療や救急医療を提供することで、住民が安心して生活できる医療体制を築くことを目的としているが、本報告書で説明した病床の需給計画として部分最適化されてきた。日常的な体調不良の診察、健康相談、病気の予防、慢性疾患の管理などを身近で行うのがかかりつけ医で、深刻で専門的な医療は病院に委ねる、いわゆる紹介状を書くという仕組みを前提に部分最適化されている。公と民にもそれぞれの歴史があり、それぞれに部分最適化が図られてきた。

分野的なボーダレス、地理的なボーダレス、官民間でのボーダレスを実現するためには、それぞれに部分最適化してきた業務や組織を繋ぎ合わせて全体として最適化する必要がある。しかし、「連携」せよと声を上げるだけでは真の意味での連携は進まない。ジグソーパズルの二つのピースをじっくり組み合わせるのさえ試行錯誤が必要だが、二つの業務や組織を連携するにはそれ以上の努力が求められる。元々は異なる組織に属していた構成員の間での相互理解は必要不可欠である。用語の標準化が重要な場合もある。

図表 1 ジグソーパズルのピースの組み合わせ (イメージ)



資料出所：筆者作成

多職種連携で個々の構成員が協力するためには、互いの専門領域が混ざり合う学際的なコミュニケーションこそが重要である。そして、学際的なコミュニケーションを通じて、多職種間で用語が標準化されていけば、真の意味で多職種連携が進展するだろう。

部分最適化された既存の業務や組織のトップの意識変革も大切である。そのために、法律的な手当てが必要になるケースも想定できる。若年層の人口減少で専門職の人手不足が顕在化するというのも、時にはトップの意識変革に役立つかもしれない。組織の内側からは動かすにくいので

あれば、外にいる専門家などがきっかけを与えるのも有効である。それによって、組織中に潜在する「本当は動きたい人」が一緒に動きだすかもしれないからだ。「本当は動きたい人」が知っている解決策を拾い上げ、トップに具申して組織を動かすのが外部専門家の役割であるとも言えよう。

地域病院とかかりつけ医をオンライン診療ネットワークで接続して、地域医療を充実させるためには、病院側の医療情報システムとかかりつけ医のシステムの相互接続性、相互運用性を確立しなければならない。官と民での共創を標榜するには、主導権を民側に引き渡す覚悟が官側に求められる。関係者間での相互理解の促進はすべてのケースで前提として扱われる。努力を重ねてジグソーパズルの二つのピースの凸部と凹部の形状が完全に一致すれば、連携は実現する。

このような「継ぎ目合わせ」は早ければ早いほど容易である。それぞれの業務や組織が部分最適化すればするほど、それぞれの業務や組織のローカル性を打ち破るためのハードルは高くなり、継ぎ目合わせは困難になる。

細部の連携調整にはデジタル技術が追い風になる。膨大な紙の書類から連携に関わる情報を抜き出すのは困難を極める。デジタル技術が利用できれば、データを基に連携に進むことができる。たとえば、公共施設等の建設、維持管理、運営等の課題が、データを基にエビデンスとして把握できれば、行政と民間が連携して課題解決に動くことができる。患者の通院時間や距離を統計的に分析して統合後の病院の立地を定めれば、地域病院の統合が及ぼす負の影響を少しでも軽減できる。

ボーダレス連携には、共通して評価できる「指標」が必要になるが、デジタルデータから得られるエビデンスから計画目標とのズレを判断し、改善を繰り返す「すり合わせ」が不可欠である。その際には、どうすれば対象とする人々のためになるかという原点を忘れてはならない。

分野的なボーダレス、地理的なボーダレス、官民間でのボーダレスは最終的には施策の効果を高め効率を上げるものである。ヘルスケア DX も健康・医療・介護施策の効果を高め効率を上げるのが目標である。しかし、過渡期には移行に関わる時間と費用が掛かる。この時間と費用に対する投資について人々の理解を促進し、協力を得なければならない。さらに施策自体についても人々の理解は必要不可欠である。

高品質なヘルスケアデータを流通させるためには、トラストの醸成も重要である。デジタルの世界の話であっても、システムが堅牢であることに加え、人は信頼できる相手でなければ連携を進めることはできない。自分自身のデータや自組織が保有するデータを提供するためのインセンティブも必要となる。インセンティブは、金銭的なものだけでなく、社会を良くしたい、未来を良くしたいという思いも含まれる。また、ヘルスケアデータの提供を法律で定め「公共財」とすることで、流通を促進することもできるかもしれない。ヘルスケアに関わるステークホルダーがお互い win-win となるようなデータ流通のエコシステム構築の仕組みも求められる。

保険証をマイナカードに移行するのをためらう多くの人々がいた。それは、わざわざマイナカードに切り替える価値が理解できなかったからだ。緊急時に過去の診療記録が閲覧できるので適切な診療を受けられるようになるなどと、政府はマイナカードへの移行の価値を説明したが、人々には突き刺さらなかった。デジタル化にかかる経費も批判の対象だった。

ヘルスケア DX の推進には、人々の健康リテラシーの向上が必要である。自らの健康を維持向

上させるために何をすべきかを理解すれば、ヘルスケア DX の一環で実施する健康保険証のマイナカードへの移行も、今よりも受け入れられたかもしれない。

オンライン診療のアクセシビリティ向上について説明したように、看護師という専門職の配置が求められる場合もある。看護師がリテラシーの不足を補うわけだ。ヘルスケア DX は、健康・医療・介護の全分野をすべてデジタル化する。しかし、急速にデジタル化を進めるには、リテラシーが不足する人々への対応を進めるのが肝要である。

そもそも大半の患者は医療の専門家ではないため、インフォームド・コンセントも形式だけに終わるという懸念がある。それを補うのが協働意思決定であり、支援付き意思決定である。これらの仕組みを導入するとともに、人々の健康リテラシーの向上施策を展開することによって、人中心のヘルスケア DX は完成する。

ヘルスケア DX の推進には強力な政治力が求められるという点を最後に付け加える。

## 2. ヘルスケア分野の現状と政策動向

### 2-1. 我が国における現状と政策動向

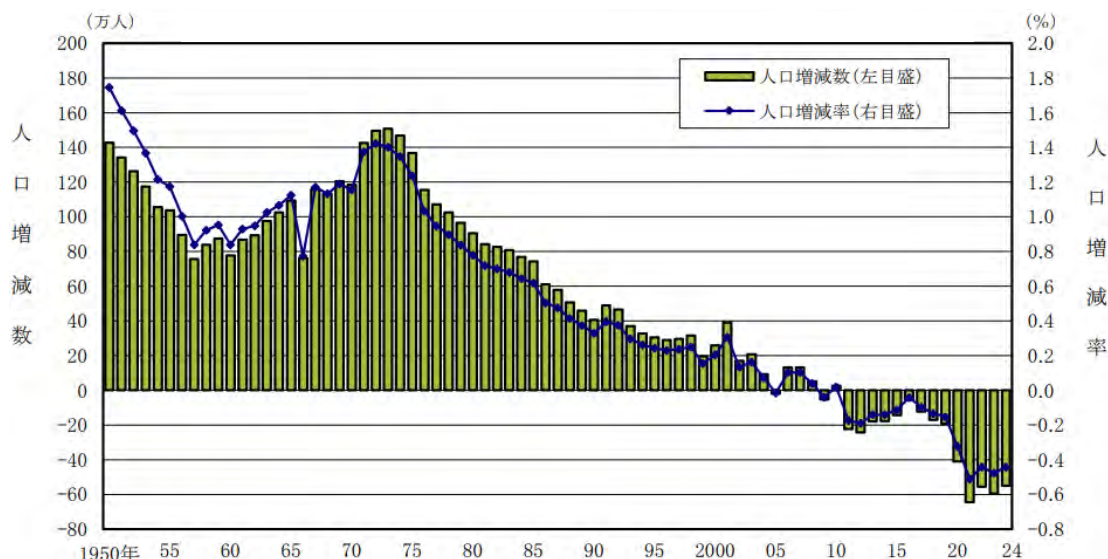
本章では、ヘルスケア分野の現状を俯瞰するため、様々な統計データより日本の現状を明らかにしていくとともに、現在の実施されている関連の政策動向を整理していく。また、それに関連して、ヘルスケアデータの利活用に先進的な取り組みをしている EU の動向も併せて紹介する。

#### (1) 高齢化の進展

##### ① 総人口の減少

総務省「人口推計（2024年10月1日現在）<sup>2</sup>」によれば、我が国の総人口は1億2,380万2千人で、前年に比べ55万人の減少している。これは、18年連続の自然減少となり、減少幅は拡大している。男女別にみると、男性は45万3千人の減少、女性は43万7千人の減少となった。

図表 2 総人口の人口増減数及び人口増減率の推移（1950年～2024年）



注) 人口増減率は、前年10月から当年9月までの人口増減数を前年人口（期首人口）で除したもの

資料出所：総務省「人口推計（2024年10月1日現在）」

<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2024np/pdf/2024np.pdf>

しかし、社会増減は34万人の増加と3年連続の増加となっており、日本人・外国人の別では、日本人は2千人の減少で2年ぶりの社会減少となったのに対して、外国人は34万2千人の増加となり3年連続の社会増加となっている。

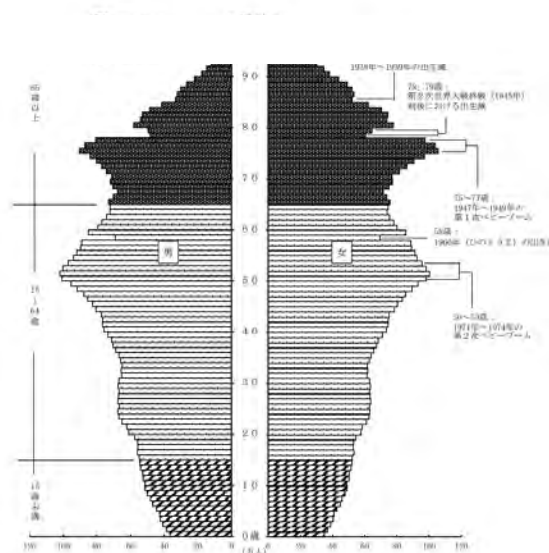
<sup>2</sup> 総務省「人口推計（2022年10月1日現在）」の詳細は、以下を参照のこと。

<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2022np/index.html>

## ②高齢者人口の増加

高齢化の進展により、若年層が多く高齢者層が少ないピラミッド型の人口構成にはなっておらず、高齢者層が多く若年層が少ない状況となっている。

図表 3 我が国の人口ピラミッド (2024年10月1日現在)

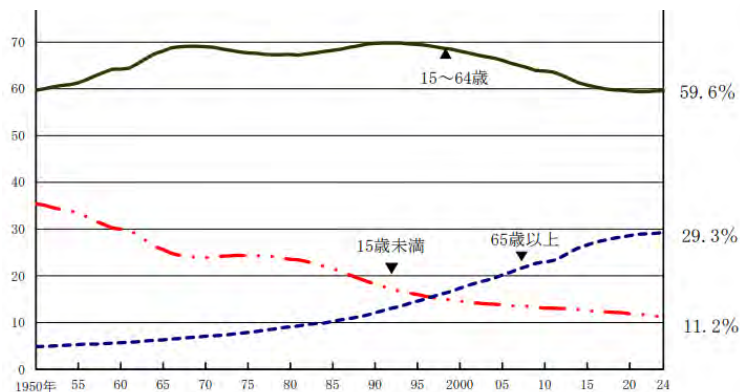


資料出所：総務省「人口推計（2024年10月1日現在）」

<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2024np/pdf/2024np.pdf>

15歳未満人口は1,383万人で、前年に比べ34万3千人の減少となり、割合は0.2ポイント低下の11.2%で過去最低となっている。15～64歳人口は7,372万8千人で、前年に比べ22万4千人の減少となり、割合は59.6%で2連続の前年比0.1ポイントの上昇となっている。65歳以上人口は3,624万3千人で、前年に比べ1万7千人の減少となった。昨年の9千人の減少に比較すると減少幅が大きくなっているが、高齢化率は29.3%で過去最高となった。高齢者層のうち75歳以上人口だけを見ると、2,077万7千人で、前年に比べ70万人の増加となり、割合は16.8%と過去最高となっている。

図表 4 年齢3区分別人口の割合の推移 (1950年～2024年)



資料出所：総務省「人口推計（2024年10月1日現在）」

<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2024np/pdf/2024np.pdf>

約 800 万人となる第一次ベビーブームの団塊の世代が、75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年には、国民の 4 人に 1 人が 75 歳以上になることから、医療や介護の需要が急増し医療や介護などの社会保障費が急増する「2025 年問題」が懸念されてきたが、まさにその時を迎えている。

高齢化が進む要因のひとつが平均寿命の伸びである。厚生労働省「令和 6 年年簡易生命表の概況<sup>3)</sup>」によれば、男性の平均寿命は 81.09 年、女性の平均寿命は 87.14 年となっており、男性は横ばい、女性は前年を 0.01 上回った。

図表 5 平均寿命の年次推移

(単位：年)

和暦	男	女	男女差
昭和22年	50.06	53.96	3.90
25-27	59.57	62.97	3.40
30	63.60	67.75	4.15
35	65.32	70.19	4.87
40	67.74	72.92	5.18
45	69.31	74.66	5.35
50	71.73	76.89	5.16
55	73.35	78.76	5.41
60	74.78	80.48	5.70
平成2	75.92	81.90	5.98
7	76.38	82.85	6.47
12	77.72	84.60	6.88
17	78.56	85.52	6.96
22	79.55	86.30	6.75
27	80.75	86.99	6.24
令和2	81.56	87.71	6.15
3	81.47	87.57	6.10
4	81.05	87.09	6.03
5	81.09	87.14	6.05
6	81.09	87.13	6.03

注:1) 令和 2 年以前は完全生命表による。

2) 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。

資料出所：厚生労働省「令和 6 年年簡易生命表の概況」

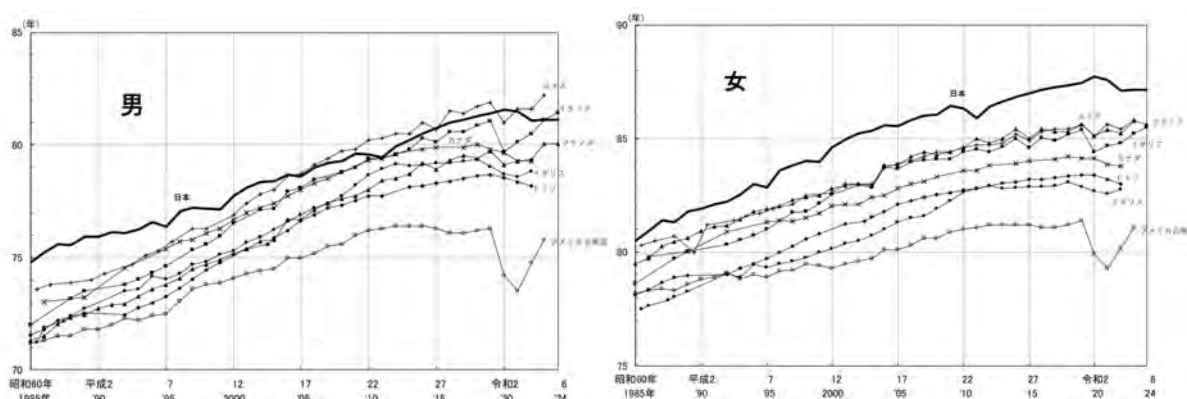
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life24/dl/life24-02.pdf>

主要国の平均寿命を比較すると、かつては男女とも世界一の長寿国であったが、女性は、現在も主要国の中で最も長い平均寿命となっているが、男性は主要国の中ではスイス、イタリアに次ぐ 3 位となっている。

<sup>3)</sup> 厚生労働省「令和 6 年年簡易生命表の概況」の詳細は以下を参照のこと。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life24/dl/life24-02.pdf>

図表 6 主な国の平均寿命の年次推移 - 1985~2024 年



\* 資料は国連「Demographic Yearbook」等、1990年以前のドイツは、旧西ドイツの数値である。

資料出所：厚生労働省「令和6年簡易生命表の概況」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life24/dl/life24-02.pdf>

### ③死亡者数の増加

厚生労働省「令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況」によれば、出生数は68万6,061人で、前年の72万7,288人より4万1,227人減少し、出生率(人口千対)は5.7で、前年の6.0、前前年の6.3よりさらに低下している。合計特殊出生率も1.15で、前年の1.20よりも低下している。それに対して、死亡数は増加を続けている。死亡数は、160万5,298人で、前年の157万6,016人より2万9,282人増加し、死亡率(人口千対)は13.3で、前年の13.0より上昇している。

図表 7 令和6年(2024) 人口動態総覧

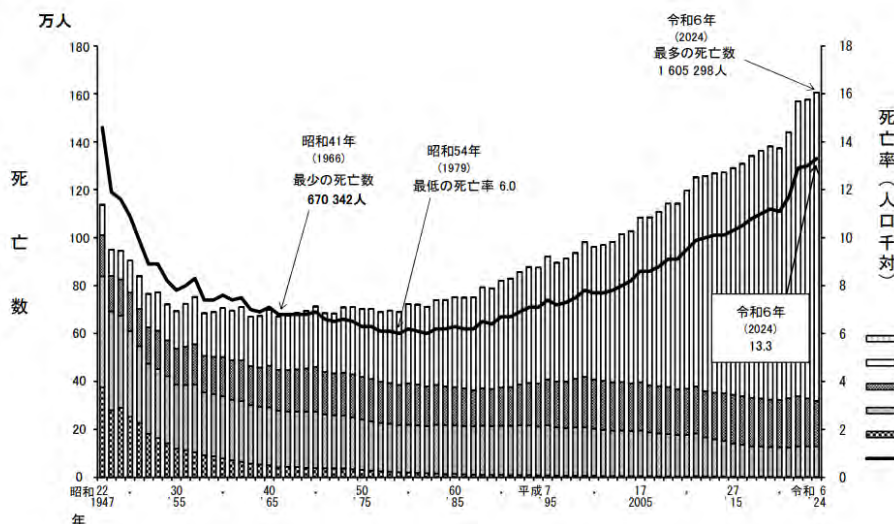
	実数 (人、胎、組)				率 <sup>1)</sup>		平均発生間隔						
	令和6年 (2024) 概数	令和5年 (2023) 確定数	対前年増減		令和6年 (2024) 概数	令和5年 (2023) 確定数	令和6年 (2024) 概数			令和5年 (2023) 確定数			
			増減数	増減率(%)			時間	分	秒	時間	分	秒	
出生	686 061	727 288	△ 41 227	△ 5.7	5.7	6.0							
死亡	1 605 298	1 576 016	29 282	1.9	13.3	13.0							
乳児死亡	1 266	1 326	△ 60	△ 4.5	1.8	1.8	6	56	18	6	36	23	
新生児死亡	637	600	37	6.2	0.9	0.8	13	47	23	14	36	0	
自然増減	△ 919 237	△ 848 728	△ 70 509	…	△ 7.6	△ 7.0							
死産	15 322	15 534	△ 212	△ 1.4	21.8	20.9							
自然死産	6 847	7 152	△ 305	△ 4.3	9.8	9.6	1	16	58	1	13	29	
人工死産	8 475	8 382	93	1.1	12.1	11.3	1	2	11	1	2	42	
周産期死亡	2 284	2 404	△ 120	△ 5.0	3.3	3.3	3	50	45	3	38	38	
妊娠満22週 以後の死産	1 799	1 943	△ 144	△ 7.4	2.6	2.7	4	52	58	4	30	31	
早期新生児 死亡	485	461	24	5.2	0.7	0.6	18	6	41	19	0	8	
婚姻	485 063	474 741	10 322	2.2	4.0	3.9							
離婚	185 895	183 814	2 081	1.1	1.55	1.52							

資料出所：令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/kekka.pdf>

死亡数の年次推移をみると、昭和 50 年代後半から増加傾向となり、平成 15 年に 100 万人を超え、増加傾向が続いてきた。1966 (昭和 41) 年が死亡者数としては最小の 67 万 342 人に対して、2024 (令和 6) 年は最多の死亡数 160 万 5,298 人となっている。

図表 8 死亡数及び死亡率 (人口千対) の年次推移



資料出所：令和 6 年(2024)人口動態統計月報年計 (概数) の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/kekka.pdf>

75 歳以上の高齢者の死亡数は、昭和 50 年代後半から増加しており、2012 年からは全死亡数の 7 割を超え、令和 6 年には 8 割となっている。

図表 9 年齢 (5 歳階級) 別にみた死亡数・死亡率 (人口 10 万対)

年齢階級	死亡数 (人)			死亡率		
	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)	対前年増減	令和 6 年 (2024)	令和 5 年 (2023)	対前年増減
総数	1 605 298	1 576 016	29 282	1 334.5	1 300.4	34.1
0～4歳	1 785	1 882	△ 97	46.5	47.0	△ 0.5
5～9	349	340	9	7.6	7.2	0.4
10～14	513	470	43	10.1	9.1	1.0
15～19	1 284	1 295	△ 11	24.1	24.1	0.0
20～24	2 169	2 165	4	38.1	37.6	0.5
25～29	2 298	2 344	△ 46	38.9	39.4	△ 0.5
30～34	2 763	2 828	△ 65	46.6	47.4	△ 0.8
35～39	4 232	4 428	△ 196	64.7	65.6	△ 0.9
40～44	6 832	7 048	△ 216	92.7	93.7	△ 1.0
45～49	12 400	13 150	△ 750	145.2	147.3	△ 2.1
50～54	22 117	22 443	△ 326	230.2	236.9	△ 6.7
55～59	29 960	29 337	623	359.3	360.6	△ 1.3
60～64	41 868	41 967	△ 99	561.3	566.8	△ 5.5
65～69	65 435	65 937	△ 502	909.9	908.3	1.6
70～74	125 645	133 733	△ 8 088	1 542.9	1 526.0	16.9
75～79	187 767	178 252	9 515	2 393.2	2 397.1	△ 3.9
80～84	263 882	248 066	15 816	4 317.6	4 225.7	91.9
85～89	320 640	320 874	△ 234	8 158.3	8 092.3	66.0
90～94	306 452	300 934	5 518	14 712.0	14 744.4	△ 32.4
95～99	164 951	158 124	6 827	26 058.6	26 530.9	△ 472.3
100歳以上	41 263	39 948	1 315	47 428.7	45 917.2	1 511.5

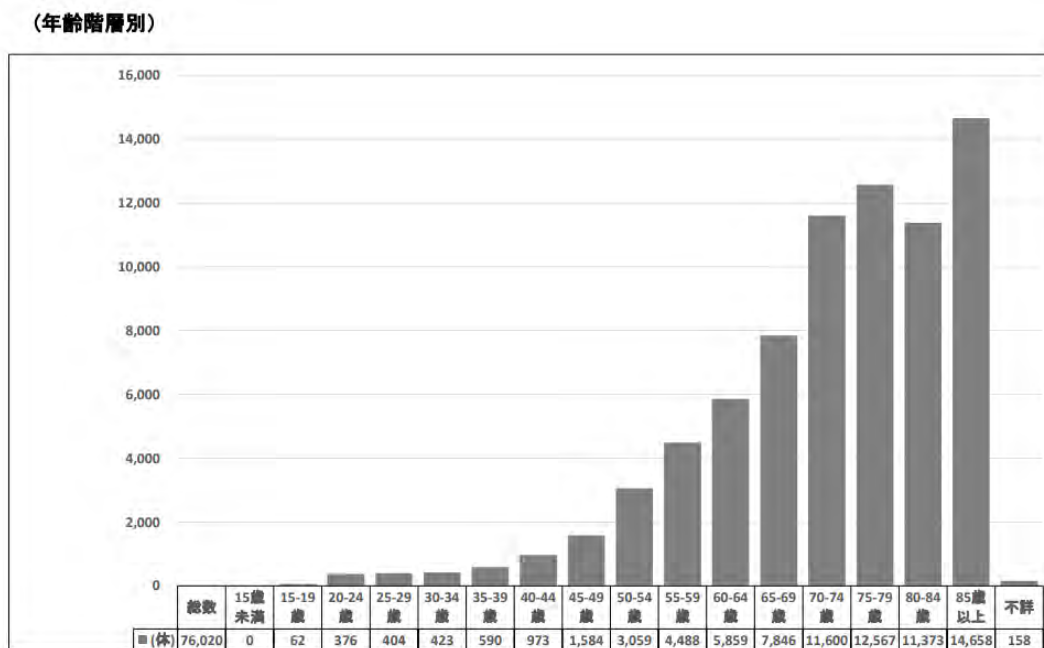
資料出所：令和 6 年(2024)人口動態統計月報年計（概数）の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/kekka.pdf>

#### ④高齢者の孤独死・孤立死の増加

政府が進める「孤独死・孤立死」の実態把握のため、警察庁では「警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者」を公表している。2024 年では、警察取扱死体数 20 万 4,184 体のうち、自宅で死亡しているのが見つかった一人暮らしの人が全国で 7 万 6,020 人となり、全体の 37.2%を占めている。このうち 65 歳以上の高齢者は、5 万 8,044 体と 7 割を超える割合となっている。

図表 10 警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者（令和 6 年）



資料出所：警察庁「警察取扱死体のうち、自宅において死亡した一人暮らしの者（令和 6 年）」

<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/shitai/hitorigurashi/R6nennreikaisoubetu.pdf>

#### ⑤在宅医療の増加

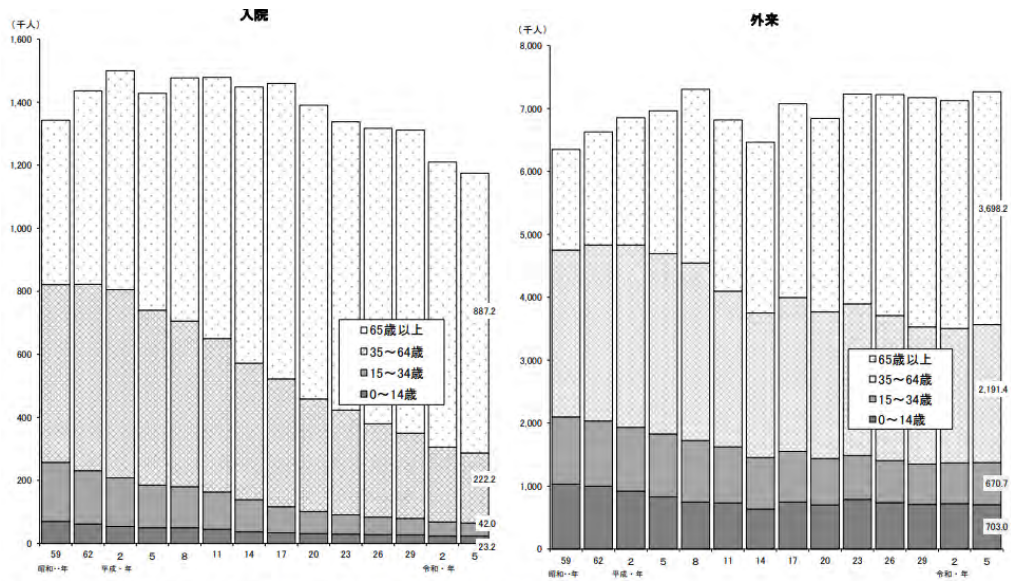
厚生労働省が 3 年に 1 度行っている「令和 5（2023）年 患者調査<sup>4</sup>」では、全国の病院や診療所などおよそ 1 万 3,000 か所を対象に 2023 年 10 月時点の入院や外来の患者数を調査し、推計を公表している。

推計患者数の年次推移をみると、入院では平成 20 年から減少しており、現在の調査方法となった昭和 59 年以降最も少なくなっている。年齢階級別にみると、入院では「65 歳以上」を除くいずれの年齢でも平成 2 年以降減少傾向となっており、外来では平成 23 年以降ほぼ横ばいとなっている。

<sup>4</sup> 令和 5（2023）年 患者調査の詳細は以下を参照のこと。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/suikeikanja.pdf>

図表 11 年齢階級別にみた推計患者数の年次推移



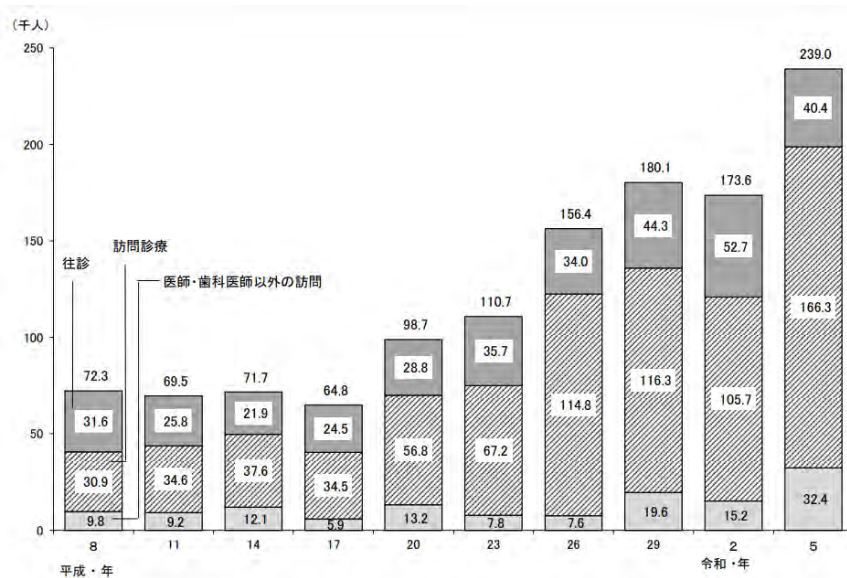
注：平成 23 年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

資料出所：厚生労働省「令和 5（2023）年 患者調査」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/suikeikanjya.pdf>

推定患者数は、ほぼ横ばい・減少傾向にあるが、調査日に在宅医療を受けた推計外来患者数は 23 万 9,000 人と過去最高になっている。これを施設の種別別にみると、「病院」2 万 1,800 人、「一般診療所」12 万 1,500 千人、「歯科診療所」9 万 5,700 人となっている。在宅医療の種別別にみると、総数では「往診」4 万 400 人、「訪問診療」16 万 6,300 人、「医師・歯科医師以外の訪問」3 万 2,400 人となっている。

図表 12 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



注：平成 23 年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

資料出所：厚生労働省「令和 5（2023）年 患者調査」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/suikeikanjya.pdf>

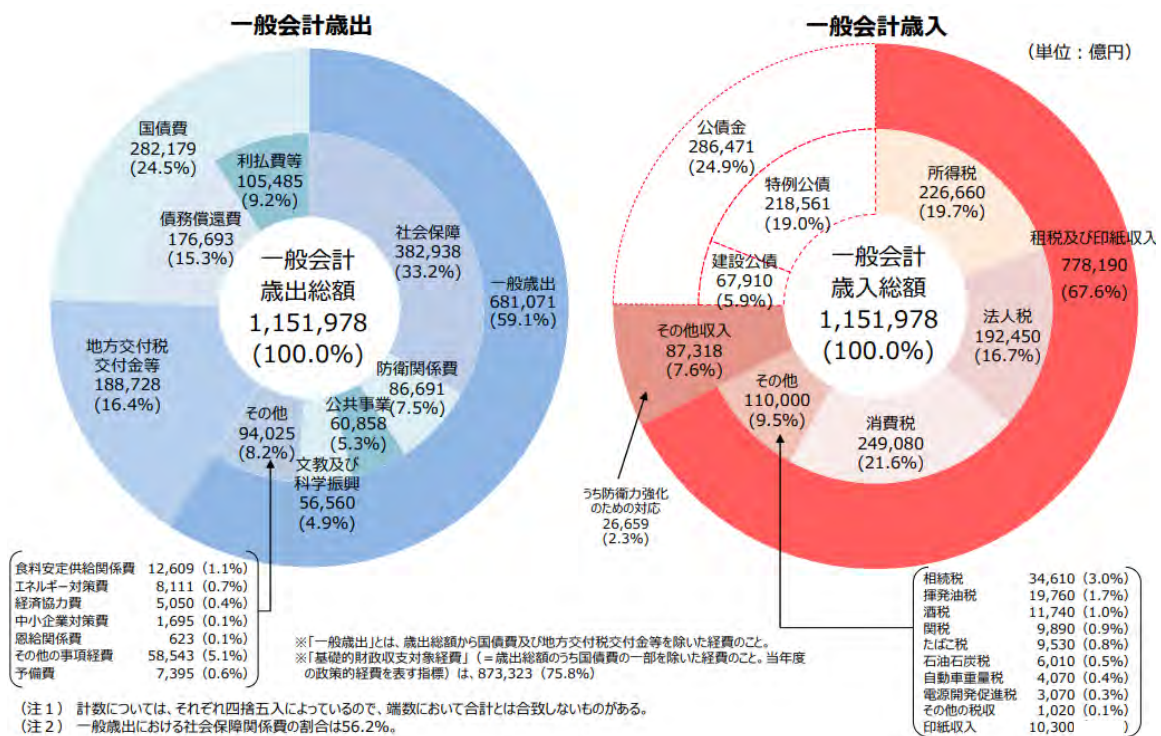
## (2) 社会保障の動向

### ① 2025 年度一般会計予算

2025 年 3 月 31 日に国会で可決された 2025（令和 7）年度の一般会計予算は、総額が 115 兆 1,978 億円となり、当初予算ベースで 2 年ぶりに過去最大を更新した。高額療養費制度の自己負担額の上限の引き上げを全面凍結する政府方針を受けて、参議院において予算案が再修正され、再修正案は衆議院に回付され、同日の本会議で同意を得て成立している。参議院での修正された予算案が衆議院に回付されて成立することは、現行憲法下で初めてのこととなっている。

歳出において、最も多くを占めているのが社会保障関係費である。社会保障関係費は、年金、医療、介護、子ども・子育て等のための支出で、38 兆 2,938 億円で過去最大となり、予算全体の約 6 割を占めている。また、ウクライナやパレスチナなどの国際情勢の変化や防衛体制の強化を背景に、防衛関係費は 8 兆円を超える予算となっている。

図表 13 2025（令和 7）年度一般会計予算 歳出・歳入の構成



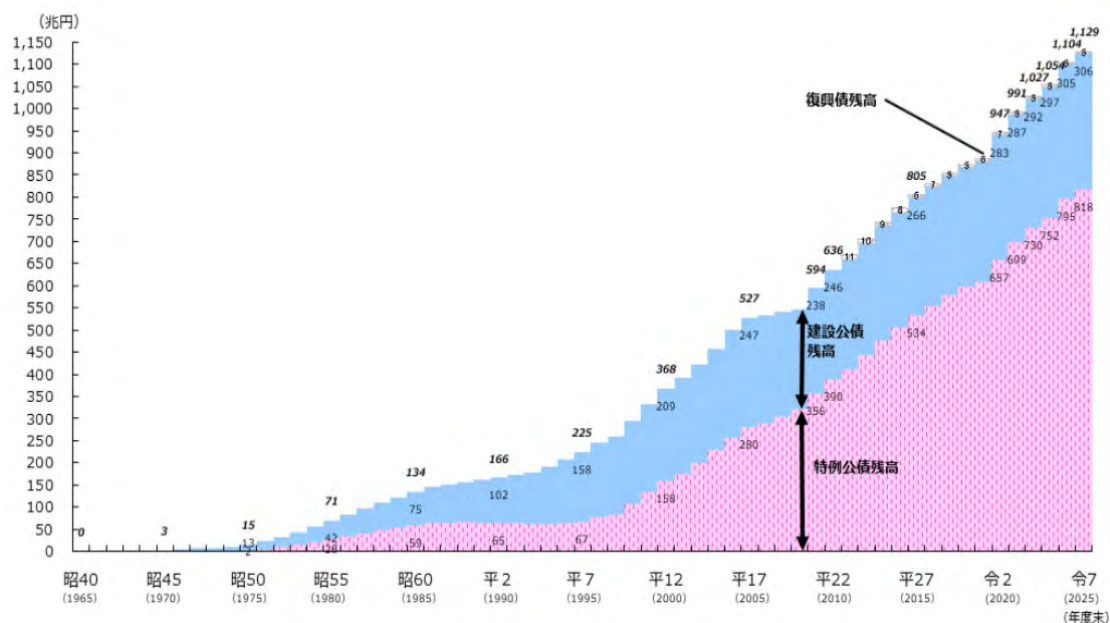
資料出所：財務省「財政に関する資料」

[https://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/002.pdf](https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/002.pdf)

歳入をみてもみると、歳出が税収を上回る状況が続いており、所得税等の税収等で賅っているのは歳出全体の約 75%となっている。不足分を賅うため、残りの約 25%は、国債（借金）により調達される収入公債金（借金）に依存している状況にある。そのため、歳出の 24.5%は過去の借金の返済と利息に充てられることになる。そのため、普通国債残高は累増しており、2025 年度末には 1,129 兆円に上ると見込まれている。また、債務残高の対 GDP 比は、G7 諸国だけでなく、そ

他の諸外国と比べても突出した水準となっている。

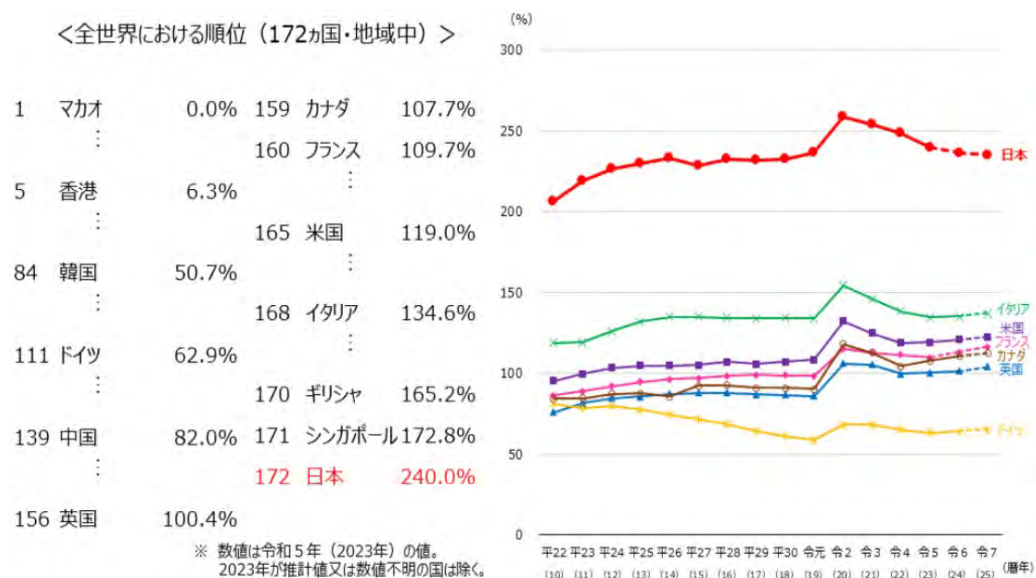
図表 14 普通国債残高の累増



資料出所：財務省「財政に関する資料」

[https://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/002.pdf](https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/002.pdf)

図表 15 債務残高の国際比較 (対GDP比)



(出所) IMF “World Economic Outlook” (2025年4月)

(注1) 数値は一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 右図の日本及びフランスは、2024年及び2025年が推計値。それ以外の国は、2025年が推計値。

資料出所：財務省「財政に関する資料」

[https://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/002.pdf](https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/002.pdf)

## ②社会保障給付費の現状

国立社会保障・人口問題研究所が、2025年7月29日に発表した「令和5年度（2023年度）社会保障費用統計<sup>5)</sup>」では、2023年度の社会保障給付費（ILO基準）<sup>6)</sup>は135兆4,928億円と前年度と比べて2兆6,809億円の減少となった。人口一人当たりの社会保障給付費も108万9,600円と前年度と比べて、1万6,300円の減少となっている。

図表 16 社会保障給付費（ILO基準）

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
総額（億円）	1,239,244	1,322,196	1,387,526	1,381,737	1,354,928
対前年度増減額（億円）	25,244	82,952	65,330	△5,789	△26,809
対前年度増減率（%）	2.1	6.7	4.9	△0.4	△1.9
対GDP比（%）	22.26	24.54	25.02	24.36	22.76
対前年度増減分（%ポイント）	0.44	2.28	0.48	△0.66	△1.59
一人当たり（千円）	982.2	1,048.1	1,105.6	1,105.9	1,089.6
対前年度増減額（千円）	22.1	65.9	57.4	0.3	△16.3
対前年度増減率（%）	2.3	6.7	5.5	0.0	△1.5

（資料）GDPは内閣府「2023年度（令和5年度）国民経済計算年次推計」、人口は総務省統計局「人口推計－2023年10月1日現在」による。

資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「令和5(2023)年度 社会保障費用統計の概要」

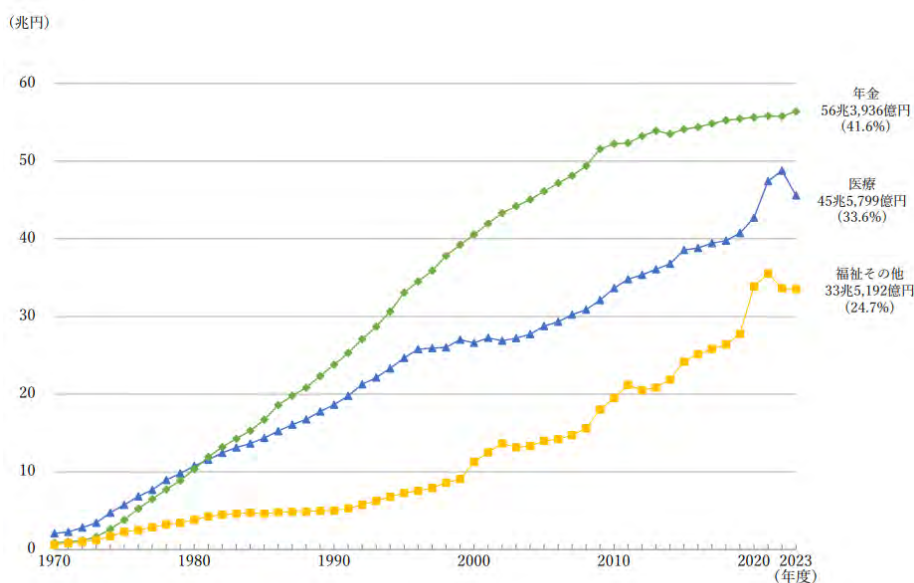
<https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R05/R05-houdougaiyou.pdf>

社会保障給付費を「医療」、「年金」、「福祉その他」に分類した部門別でみると、「医療」が45兆5,799億円（総額に占める割合は33.6%）、「年金」が56兆3,936億円（41.6%）、「福祉その他」が33兆5,192億円（24.7%）であり、前年度と比べて、「医療」は3兆1,890億円減少（6.5%減）、「年金」は6,029億円増加（1.1%増）、「福祉その他」は948億円減少（0.3%減）している。「医療」は、公的医療保険給付が増加したものの、新型コロナウイルス感染症対策に係る費用の減少ため、トータルでは減少となった。「年金」は、高齢化による老齢年金給付の増加は影響している。

<sup>5)</sup> 国立社会保障・人口問題研究所「令和5年度（2023年度）社会保障費用統計」の詳細は、以下を参照のこと。  
<https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R05/R05-houdougaiyou.pdf>

<sup>6)</sup> 社会支出（OECD基準）は、社会保障給付費（ILO基準）と比べ、施設整備費など直接個人には帰着されない支出まで集計範囲に含んでいる。

図表 17 部門別社会保障給付費の年次推移



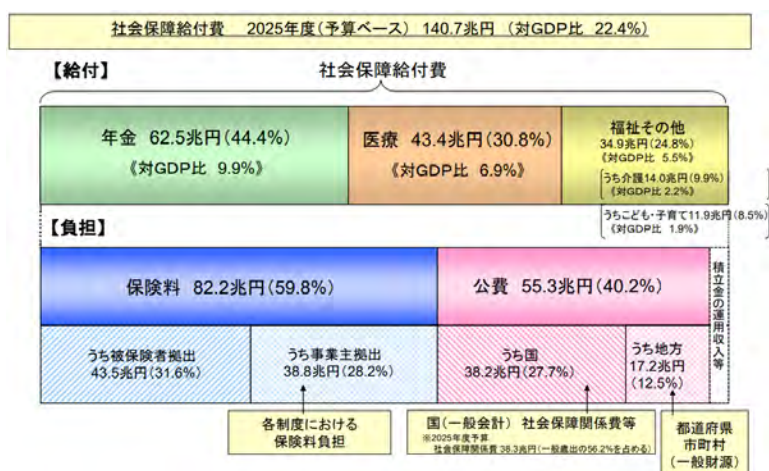
(出所)「令和5年度社会保障費用統計」時系列表第8表より作成。

資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「令和5(2023)年度 社会保障費用統計の概要」  
<https://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-R05/R05-houdougaiyou.pdf>

### ③社会保障給付費の将来推計

社会保障給付費は、2025年度の予算ベースで140.7兆円となり、対GDP比で22.4%を占めている。その内訳は、年金62.5兆円、医療43.4兆円、介護福祉その他33.9兆円と、年金だけで全体の44.4%を占めている。高齢化により年金の支払いや医療費・介護費の増加することは当然であるが、保険料や本人・事業主負担で賄われているのは社会保障給付費の約6割でしかない。残りの約4割は国や地方自治体の税金が支出されており、対応が迫られている。

図表 18 社会保障の給付と負担の現状 (2025年度予算ベース)



資料出所：厚生労働省 給付と負担について

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_21509.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21509.html)

#### ④医療費の動向

2025年8月29日に発表された厚生労働省「令和6年度 医療費の動向～概算医療費の年度集計結果～<sup>7</sup>」によれば、2024（令和6）年度に国民の病気やけがの治療にかかった医療費の総額は48.0兆円で、前年度に比べて0.7兆円の増加となった。新型コロナウイルス感染症の広がりによる受診控えにより医療費の前年比の伸びがマイナスとなった2020（令和2）年以降、医療費は伸び続けている。受診延日数の伸び率は0.3と小さくとどまったが、1日当たり医療費は1.1%の増加となっている。

図表 19 2024（令和6）年度 医療費の動向

	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度
医療費（兆円）	42.2	44.2	46.0	47.3	48.0
医療費の伸び率（%）	▲3.1	4.6	4.0	2.9	1.5
受診延日数の伸び率（%）	▲8.5	3.3	2.0	2.0	0.3
1日当たり医療費の伸び率（%）	5.9	1.3	2.0	0.8	1.1

資料出所：厚生労働省「令和6年度 医療費の動向～概算医療費の集計結果～」

[https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi\\_data.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi_data.pdf)

医療費の内訳を診療種類別にみると、入院が最も割合が高く 19.2兆円（39.9%）、入院外 16.3兆円（33.9%）、歯科 3.4兆円（7.1%）、調剤 8.4兆円（17.6%）、訪問看護療養 0.72兆円（1.5%）となっており、入院外をのぞいた診療科すべてで前年に比べて増加している。

<sup>7</sup> 詳細は、厚生労働省「令和6年度 医療費の動向～概算医療費の年度集計結果～」を参照のこと。

[https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi\\_data.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi_data.pdf)

図表 20 2024（令和6）年度 診療種類別の医療費

（単位：兆円）

	総計	診療費					調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤
		計	医科			歯科			
			計	入院	入院外				
令和2年度 (構成割合)	42.2 (100%)	34.3 (81.3%)	31.3 (74.2%)	17.1 (40.5%)	14.2 (33.7%)	3.0 (7.1%)	7.5 (17.9%)	0.36 (0.9%)	21.8 (51.5%)
令和3年度 (構成割合)	44.2 (100%)	36.0 (81.5%)	32.9 (74.4%)	17.6 (39.8%)	15.3 (34.6%)	3.1 (7.1%)	7.8 (17.5%)	0.43 (1.0%)	23.0 (52.1%)
令和4年度 (構成割合)	46.0 (100%)	37.6 (81.7%)	34.3 (74.7%)	18.1 (39.4%)	16.2 (35.3%)	3.2 (7.0%)	7.9 (17.1%)	0.51 (1.1%)	24.1 (52.5%)
令和5年度① (構成割合)	47.3 (100%)	38.4 (81.1%)	35.1 (74.2%)	18.7 (39.5%)	16.4 (34.7%)	3.3 (7.0%)	8.3 (17.6%)	0.61 (1.3%)	24.7 (52.3%)
令和6年度② (構成割合)	48.0 (100%)	38.8 (80.9%)	35.4 (73.8%)	19.2 (39.9%)	16.3 (33.9%)	3.4 (7.1%)	8.4 (17.6%)	0.72 (1.5%)	24.7 (51.5%)
②-①	0.70	0.46	0.35	0.50	▲0.15	0.11	0.13	0.11	▲0.02

注1. 入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額が含まれる。医科分は医科入院へ、歯科分は歯科へ含めている。

注2. 総計には、訪問看護療養の費用額を含む。

資料出所：厚生労働省「令和6年度 医療費の動向～概算医療費の集計結果～」

[https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi\\_data.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi_data.pdf)

国民1人あたりの医療費は38.8万円と前年より増加している。年齢別にみると、75歳未満では25.4万円に対して、75歳以上では97.4万円と4倍近い数字となっており、75歳以上の後期高齢者では、医療にかかる頻度や受診医療機関の多さなどから医療費が大きくなっている。

図表 21 2024（令和6）年度 国民1人あたりの医療費（万円）

（単位：万円）

	総計	医療保険適用						75歳以上
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲) 未就学者	
			本人	家族				
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和4年度	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7
令和5年度	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.1	96.5
令和6年度	38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.1	97.4

注1. 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2. 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

資料出所：厚生労働省「令和6年度 医療費の動向～概算医療費の集計結果～」

[https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi\\_data.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/24/dl/iryohi_data.pdf)

高齢者は複数の疾患を抱えていることが多く、受診する医療機関が複数になることも多く、「ポリファーマシー<sup>8</sup>」の問題があることから、薬剤費も同様に年齢が上がるにつれて増加している。

厚生労働省「令和6年社会医療診療行為別統計」によれば、診療報酬明細書（医科入院外）及び調剤報酬明細書1件における使用薬剤の薬剤種類数について、院内処方、院外処方別に薬剤種類数階級別の件数の構成割合をみると、どちらにおいても「1種類」「2種類」が多くなっている。年齢階級別にみると、院内処方、院外処方とも「75歳以上」で「7種類以上」の割合が高くなっている。

図表 22 院内処方 - 院外処方・一般医療 - 後期医療別にみた  
薬剤種類数階級別の件数の構成割合・1件当たり薬剤種類数

(令和6年8月審査分)  
(単位:%)

	総数	1種類	2種類	3種類	4種類	5種類	6種類	7種類	8種類	9種類	10種類以上	1件当たり薬剤種類数
院内処方 <sup>1)</sup> (入院外・投薬)	100.0	27.4	22.8	16.6	11.2	7.4	4.9	3.2	2.2	1.5	3.0	3.22
一般医療	100.0	29.9	23.8	17.1	11.2	6.9	4.2	2.6	1.6	1.0	1.8	2.94
後期医療	100.0	21.6	20.5	15.4	11.2	8.4	6.4	4.8	3.5	2.5	5.6	3.86
院外処方 <sup>2)</sup> (薬局調剤)	100.0	21.3	20.6	16.8	12.5	8.9	6.1	4.2	2.9	2.1	4.6	3.72
一般医療	100.0	22.8	21.9	17.9	13.1	8.9	5.7	3.6	2.2	1.4	2.6	3.38
後期医療	100.0	17.8	17.7	14.1	11.0	8.9	7.2	5.8	4.6	3.6	9.3	4.51

注:1) 「院内処方(入院外・投薬)」は、診療報酬明細書(医科入院外)のうち診療行為「投薬」に薬剤の出現する明細書(「処方箋料」を算定している明細書及び「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書は除く。)を集計の対象としている。  
また、診療行為「投薬」における薬剤の種類数階級で区分している。

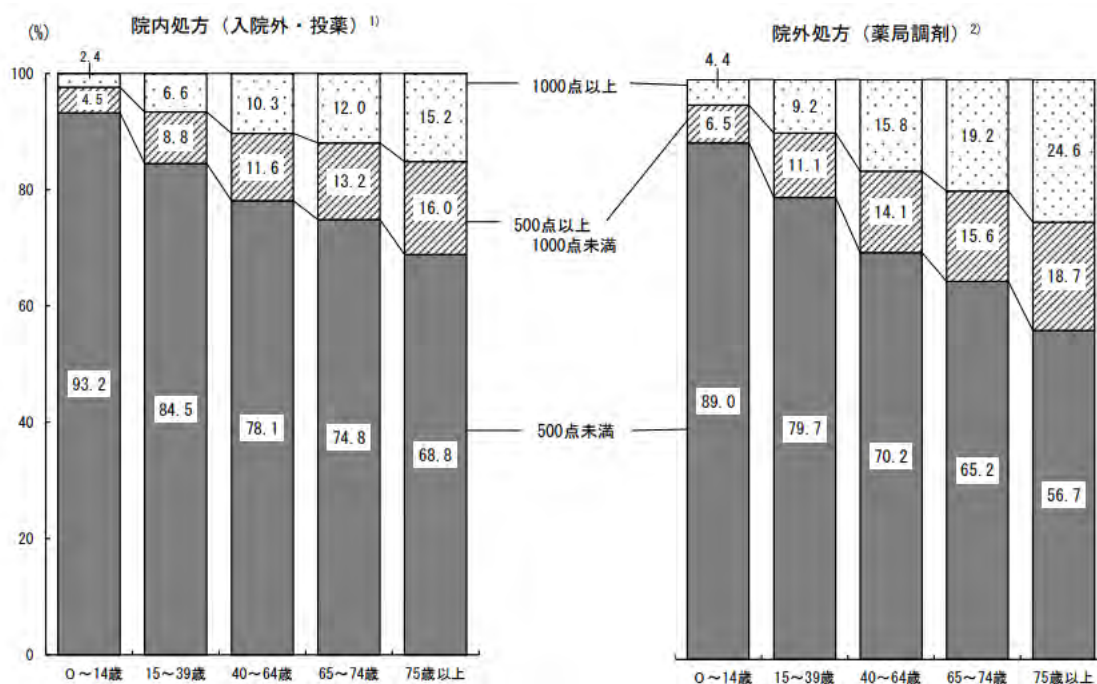
2) 「院外処方(薬局調剤)」は、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を集計の対象としている。

資料出所:厚生労働省「令和6年社会医療診療行為別統計の概況」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa24/>

<sup>8</sup> 多くのくすりを服用しているために、副作用を起こしたり、きちんとくすりが飲めなくなったりしている状態

図表 23 院内処方 - 院外処方別にみた年齢階級・薬剤種類数階級の件数の構成割合  
(令和6年8月審査分)



注: 1) 「院内処方 (入院外・投薬)」は、診療報酬明細書 (医科入院外) のうち診療行為「投薬」に薬剤の出現する明細書 (「処方薬剤」を算定している明細書及び「投薬」「注射」を包括した診療行為が出現する明細書は除く。) を集計の対象としている。  
また、診療行為「投薬」における薬剤の合計点数を薬剤点数階級で区分している。  
2) 「院外処方 (薬局調剤)」は、調剤報酬明細書のうち薬剤の出現する明細書を集計の対象としている。

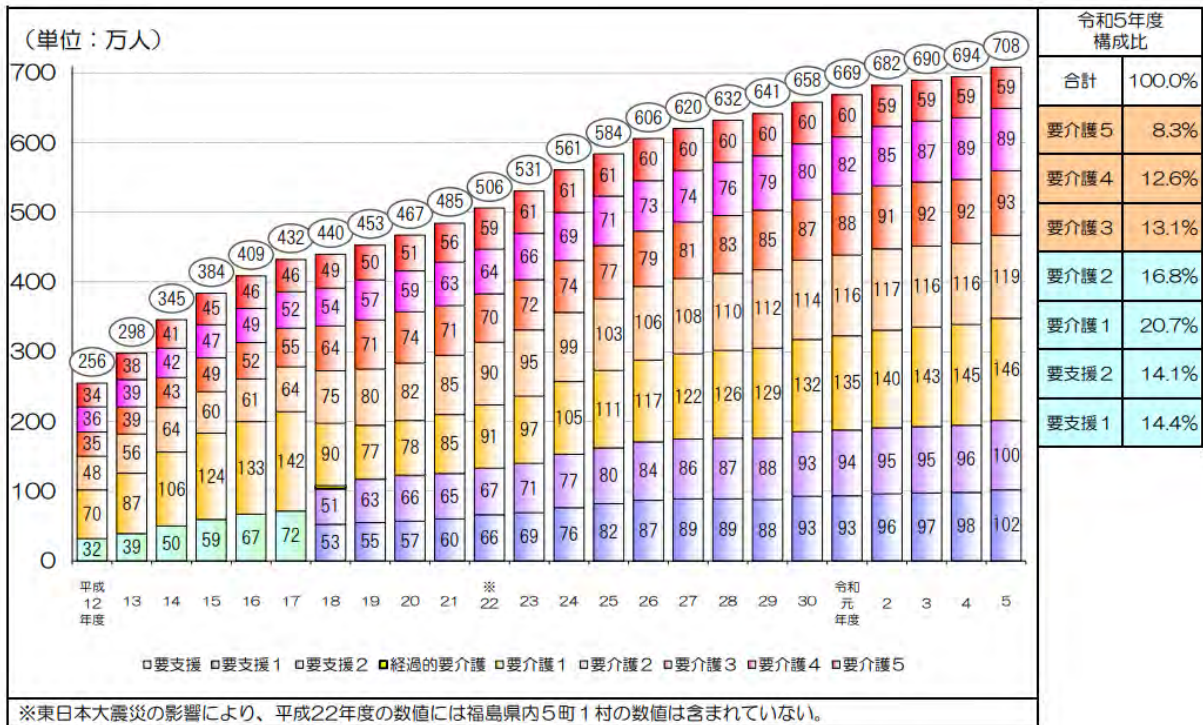
資料出所: 厚生労働省「令和6年社会医療診療行為別統計の概況」

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa24/>

### ⑤介護費の動向

2000年度の介護保険制度が導入開始以来、介護に対する需要は伸び続け、介護費は増加の一途をたどっている。65歳以上被保険者数は、2023 (令和5)年3月末で3,585万人であったが、2024 (令和6)年3月現在では3,589万人と、対前年度比で4万人に増え、0.1%増となっている。要介護 (要支援) の認定者数は708万人となり、その内訳は、要支援1が14.4%、要支援2が14.1%、要介護1が20.7%、要介護2が16.8%、要介護3が13.1%、要介護4が12.6%、要介護5が8.3%の割合となっている。前年と比較して、介護レベルによる割合に大きな変化は生じていない。また、第1号被保険者に占める要介護 (要支援) 認定者の割合 (認定率) も31.1%と大きな変化はない。

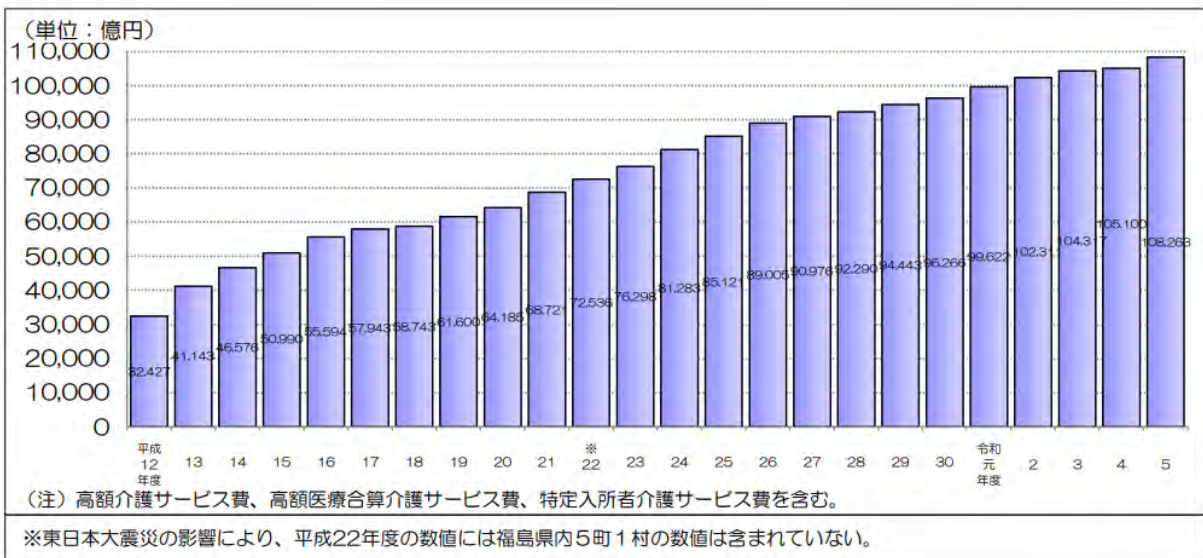
図表 24 要介護（要支援）認定者数



資料出所：厚生労働省「令和5年度 介護保険事業状況報告（年報）」  
[https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/23/dl/r05\\_point.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/23/dl/r05_point.pdf)

介護保険制度が導入された2000（平成12）年度には3.2兆円であった介護給付は、2023（令和5）年度には10兆8,263億円となり、前年と比較して3,163億円（3.0%）増加している。

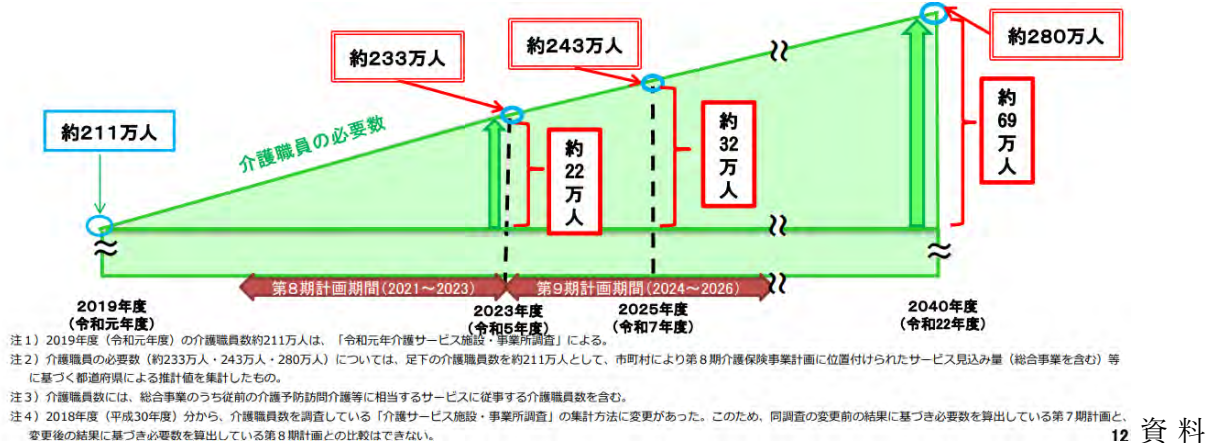
図表 25 年度別給付費の推移



資料出所：厚生労働省「令和5年度 介護保険事業状況報告（年報）」  
[https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/23/dl/r05\\_point.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoyo/23/dl/r05_point.pdf)

第9期介護保険事業計画の介護サービス見込み量等に基づき、都道府県が推計した介護職員の必要数を集計すると、2026年度には約240万人（2022年度比で+約25万人（6.3万人/年）、2040年度には約272万人（2022年度比で+約57万人（3.2万人/年）となっている。総人口の減少により生産年齢人口も減少しており、必要な介護職員を確保していくための施策が必要となっている。

図表 26 第8期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数

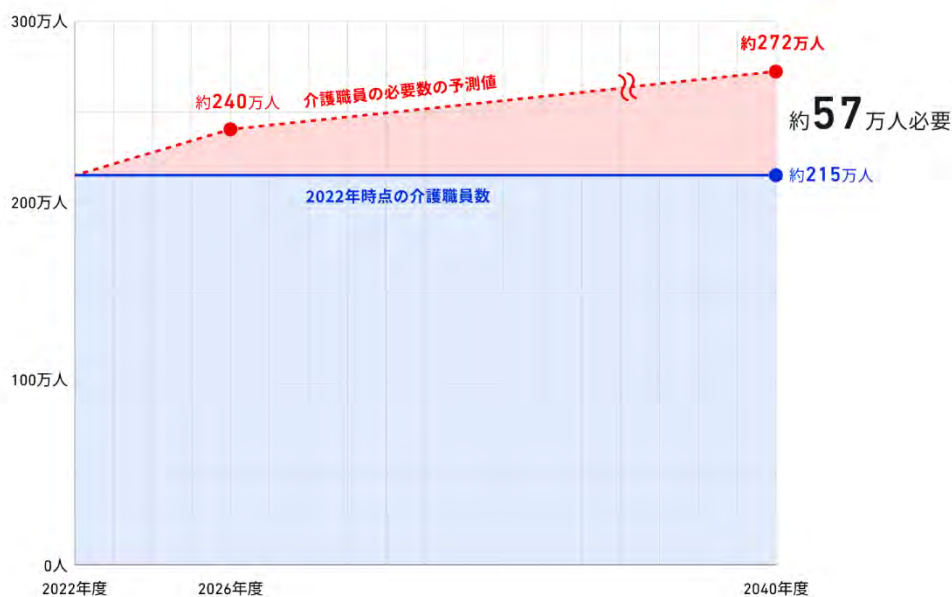


12 資料

出所：厚生労働省「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要数について」（令和6年7月12日） <https://www.mhlw.go.jp/content/12004000/001274765.pdf>

今後、介護サービスの需要が更に高まる一方、生産年齢人口が急速に減少していくことが見込まれており、2040年には約57万人の介護職員が新たに必要になると試算されている。

図表 27 2040年に必要となる介護職員数



※2026年度、2040年度以外の「介護職員の必要数の予測値」は定まっていません。

資料出所：デジタル庁「介護現場の生産性向上に関する政策方針」  
<https://www.digital.go.jp/resources/govdashboard/nursing-care-productivity>

### (3)DX に関する政策動向

#### ①内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針）」

政府の重要課題や年末の予算編成の方向性を示す基本方針となる骨太の方針は毎年改定され、今年度は、2025年6月13日に経済財政諮問会議での答申を経て、「経済財政運営と改革の基本方針 2025～「今日より明日はよくなる」と実感できる社会へ～」<sup>9</sup>が骨太方針 2025として閣議決定されている。

#### a)マクロ経済運営の基本的考え方（短期・国際）

この骨太の方針は、当時の石破政権となって初めての骨太の方針では、賃上げを起点とした成長型経済を目指しており、物価上昇を上回る賃上げ、地方創生 2.0 の推進、「投資立国」・「資産運用立国」の実現、国民の安全安心の確保、中長期的に持続可能な経済社会の実現といった前政権である岸田政権と同様の政策が掲げられた。

医療・介護に関しては、生産年齢人口がこれからの 20 年で 1,500 万人弱、2 割以上が減少する中で、人口増加期に作り上げられた経済社会システムを中長期的に持続可能なシステムへと転換することが求められるとしている。人口減少が本格化する 2030 年代以降の成長を実現するには、医療・介護給付費対 GDP 比の上昇基調に対する改革に取り組み、プライマリーバランス PB の一定の黒字幅を確保していくことで、長期的な経済・財政・社会保障の持続可能性が確保されるとしている。その一方で、賃上げを起点とした成長型経済の実現という観点からは、この分野での取り組みが求められており、過去の報酬改定等における取組の効果を把握・検証し、医療・介護・障害福祉の処遇改善について、2025 年末までに結論が得られるよう検討するとしている。

デジタルに関しては、地方創生 2.0 の推進において、AI・デジタル技術の徹底活用により、地域住民の安全・快適な生活環境を創出するとともに、担い手不足や高齢化といった構造的課題へ対応し、地域固有の自然資源や文化、伝統技術等と新技術を掛け合わせ、高付加価値の商品・サービスを創出することができるとしている。自動運転・ドローン・AI 技術といった新技術の社会実装を地方でこそ加速すべく、デジタルライフラインの全国整備を進め、AI やデジタルなども活用しながら生活環境の維持向上や地方経済の高付加価値化など地域の課題解決に向けた取組が行われている市町村 10 割を目指すことが掲げられている。デジタルに関しては、負の側面にも言及があり、特に生成 AI の発展により AI が人間の業務を代替することで、将来的に一部の事務職等の労働需要が減少する可能性があることも考慮して、技術トレンドを踏まえた幅広い労働者に対する効果的なリ・スキリング支援に取り組むとしている。

DX の推進では、「3.『投資立国』及び『資産運用立国』による将来の賃金・所得の増加」の中で分野別に具体的な取り組みが示されている。社会全体の DX を推進するため、デジタル庁の司令塔機能を強化し、AI・web3 を含むデジタル技術の社会実装及びデータの活用を通じ

<sup>9</sup> 内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針）」の詳細は以下を参照のこと。

[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf)

た新たな価値の創出を進め、国民一人一人がその恩恵を実感できる社会をつくるとしている。

図表 28 骨太方針 2025 における DX の推進

社会全体のDXを推進するため、デジタル庁の司令塔機能を強化し、AI・web3を含むデジタル技術の社会実装及びデータの活用を通じた新たな価値の創出を進め、国民一人一人がその恩恵を実感できる社会をつくる。「データ利活用制度の在り方に関する基本方針」に基づく制度やデータ連携に係る共通基盤の整備を進める。DFFTを推進するため、越境データの流通促進やデータセキュリティの取組を進める。事業者向けポータル（仮称）の整備を進める。インターネット上の偽・誤情報を含む違法・有害情報への対応として、技術開発、官民連携による意識啓発、デジタル広告の適正配信に向けた取組を行う。「DX・イノベーション加速化プラン2030」に基づき、デジタル基盤の整備及び構成技術・システムの開発を進める。

「デジタルライフライン全国総合整備計画」及び企業・業種横断のデータ基盤・システム連携のプラットフォーム構築（ウラノス・エコシステム）を推進し、DXを通じた社会課題の解決とイノベーションを後押しする。

幅広い分野の生産性向上や新たな経済成長を生み出すために、各分野の新技术を支える共通基盤である地理空間情報（G空間情報）の充実や利活用を進めるとともに、正確なG空間情報をもたらす礎となる電子基準点や電子国土基本図の3次元化などの国土情報基盤の整備・更新を強力に進める。これらの共通基盤の上でDXを面的に進める観点から、広域・横断的・総合的に、G空間情報や国土情報基盤を活用した新技术の社会実装を強力に推進する。

資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針）」

[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf)

医療・介護のDXに関しては、「デジタル行政改革とりまとめ2025」の中で国民生活に密着し、社会・経済的な重要性が高い分野のひとつとされており、利用者起点で規制・制度の見直しやデジタル活用を進めるとしている。

図表 29 骨太方針 2025 における DX の推進：デジタル行政改革

急激な人口減少に対応するため、利用者起点で我が国の行財政の在り方を見直し、デジタルを最大限に活用して公共サービスの維持・強化と地域経済活性化を進め、社会変革を実現するため「デジタル行財政改革とりまとめ2025」に基づき取組を実行する。国民生活に密着し社会・経済的な重要性が高い分野（教育、子育て、医療、介護、モビリティ、インフラ、防災等）について、利用者起点で規制・制度の見直しやデジタル活用を進めるとともに、国・地方の共通基盤の整備を推進する。「データ利活用制度の在り方に関する基本方針」に基づき取組を加速し、データとAIの好循環を確立するとともに、横断的な法制度について官民データ活用推進基本法の抜本的改正、新法など必要な検討を行い、次期通常国会への法案提出を目指す。これを下支えする個人情報保護法の改正案についても、早期に結論を得て提出を目指す。

資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針）」

[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf)

また、医療 DX 工程表に基づき、医療・介護 DX の技術革新の迅速な実装により、全国で質の高い効率的な医療・介護サービスが提供される体制を構築することについて、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて強力で推進するとしている。また、ここでは、医療機関のサイバーセキュリティ対策についても言及されている。

図表 30 骨太方針 2025 における DX の推進：医療・介護・こども DX

医療 DX 工程表に基づき、医療・介護 DX の技術革新の迅速な実装により、全国で質の高い効率的な医療・介護サービスが提供される体制を構築することについて、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて強力で推進する。このため、医療 DX の基盤であるマイナ保険証の利用を促進しつつ、2025 年 12 月の経過措置期間後はマイナ保険証を基本とする仕組みに円滑に移行する。全国医療情報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利用拡大、PHR 情報の利活用を進めるほか、標準型電子カルテの本格運用の具体的内容を 2025 年度中に示すことも含め必要な支援策の具体化を検討し、その普及を促進するとともに、介護情報基盤の整備、診療報酬改定 DX、薬局が有する情報の標準化と DX を進める。AI 創薬、AI ホスピタルの実用化を支援する。標準仕様を策定し、クラウド技術を活用した病院の情報システムの開発・導入に向け、規制的手法や財政的手法など必要なインセンティブ措置の在り方を含め、検討を進める。医薬品や検査の標準コードの在り方の検討を踏まえたマスタの一元管理、予防接種事務のデジタル化、ワクチン副反応疑いの電子報告、予防接種データベースの整備を進める。医療・介護データを最大限有効活用し、イノベーションを進めるため、医療・介護の公的データベースの仮名化情報等の利活用を可能とするためのシステム整備を進めるとともに、社会保険診療報酬支払基金の改組や公費負担医療制度等のオンライン資格確認を円滑に実施する。医療安全の向上に向け、医療機関のサイバーセキュリティ対策、医薬品・医療機器等の物流 DX の推進に資する製品データベース構築を進める。これらの取組に加えて、必要に応じて医療 DX 工程表の見直しを検討する。子育て世代の使いやすさに配慮し、保育や母子保健等のこども政策の DX を推進する。

資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針）」

[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf)

医療・介護分野については、「4. 国民の安心・安全の確保」の「(4)経済安全保障の強化」においても新たな言及がされている。現行の経済安全保障推進法の基幹インフラ制度には医療機関は含まれていなかったが、社会保険診療報酬支払基金及び医療機関の追加の改正を進めるとされている。医療・介護等のデータの重要性に対して、経済安全保障の観点からも対応を強化していくことになる。

図表 31 骨太方針 2025 における経済安全保障の強化

経済安全保障推進法附則に基づき、我が国の戦略的自律性・不可欠性を確保する観点から、同法の見直しについて、早急に検討する。国際的な通信、海底ケーブル、海運等のサービスに不可欠な物資やそれらに付随する不可欠な役務の確保に対応するほか、我が国の戦略的自律性を確保

なものとするため、重要物資の安定供給確保の実効性を高める方策を検討する。併せて、人材不足を乗り越えるためのデジタル化、ロボット化、データ連携推進のための方策を検討する。重要技術領域リストを定め、先端重要技術の育成や国際協力を加速する。基幹インフラ制度への社会保険診療報酬支払基金及び医療機関の追加、重要なデータ保有者や保存・処理先に対する規律の確保、AI・デジタル基盤の強化、港湾・修繕ドックを始めとする同盟国・同志国及びグローバル・サウスとの経済的連結性の維持・強化に資する事業の海外展開の支援について、それぞれ検討を行う。次期航空機開発のための生産技術開発やサプライチェーンの強化に取り組むとともに、ドローンを始めとする無人機の生産基盤を構築する。

資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針）」

[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf)

#### b) マクロ経済運営の基本的考え方（中長期）

以上のような短期的な方針に対して、第3章では中長期的に持続可能な経済社会の実現するために、主要分野ごとの重要課題と取組方針が整理されている。「全世代型社会保障の構築」では、本格的な少子高齢化・人口減少が進む中、技術革新を促進し、中長期的な社会の構造変化に耐え得る強靱で持続可能な社会保障制度を確立するとしており、そのための医療・介護分野におけるデジタル活用についても言及されている。

#### 図表 32 骨太方針 2025 における中長期的な時間軸を見据えた全世代型社会保障の構築

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（2023年12月22日閣議決定）を踏まえ、医療・介護DX、ICT、介護テクノロジー、ロボット・デジタルの実装やデータの二次利用の促進、特定行為研修を修了した看護師の活用、タスクシフト／シェアなど、医療・介護・障害福祉分野の生産性向上・省力化を実現し、職員の負担軽減や資質向上につなげるとともに、地域医療連携推進法人、社会福祉連携推進法人の活用や小規模事業者のネットワーク構築による経営の協働化・大規模化や障害福祉サービスの地域差の是正を進める。医療機関、介護施設、障害福祉サービス等事業者の経営情報の更なる見える化を進める。医療・介護・障害福祉分野の不適切な人材紹介の問題について実効性ある対策を講ずる。

現役世代の消費活性化による成長と分配の好循環を実現するため、各種データ分析・研究を始めEBPMによるワイズスペンディングを徹底し、保険料負担の上昇を抑制するとともに、全世代型社会保障の将来的な姿を若者も含め国民に分かりやすく情報提供する。

資料出所：内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針）」

[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf)

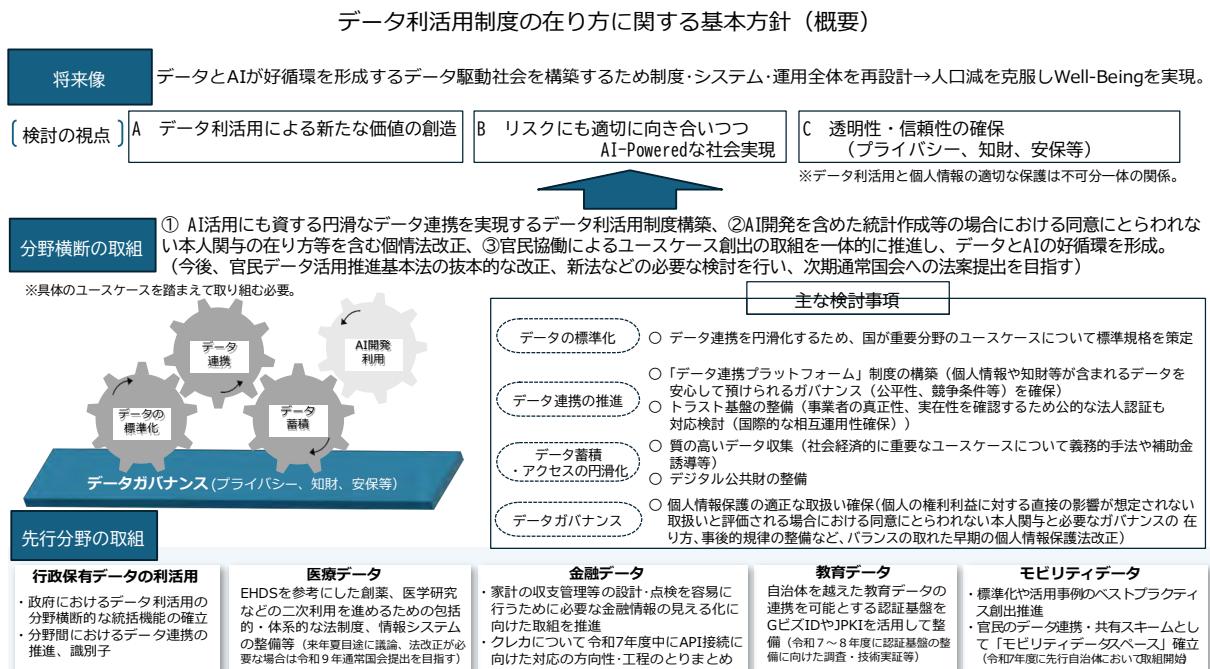
#### ② デジタル行政改革会議「データ利活用制度のあり方に関する基本方針」

デジタル行財政改革会議は、急激な人口減少社会への対応として、利用者起点で我が国の行財政の在り方を見直し、デジタルを最大限に活用して公共サービス等の維持・強化と地域経済の活性化を図り、社会変革を実現するための議論を行っている。2025年6月13日にはデジタル行財

政改革会議にて「デジタル行財政改革 取りまとめ 2025<sup>10)</sup>」および「データ利活用制度のあり方に関する基本方針<sup>11)</sup>」が決定されている。

データ利活用制度のあり方に関する基本方針では、総人口の減少とそれを上回る生産年齢人口の減少に直面する中で、社会経済の活力を維持し、持続可能な成長をしていくためにはデータ活用およびそれにより可能となる AI の社会実装が生産性の上昇、賃金の引上げ、生活の質向上などにつながり豊かで安心できる社会を支える基盤になるとしている。データ活用の課題は複数レイヤーにまたがり連鎖的な制約を生んでいるということから、個別の制度改正やシステム改修だけでなく、データを社会の資源と位置付けて再設計する。基本データと AI が好循環を形成するデータ駆動社会の実現を目指し、組織や地域を横断したデータ利活用を促すための制度・システム・運用の全体設計再構築の方針となっている。

図表 33 データ利活用制度のあり方に関する基本方針（概要）



資料出所：デジタル行財政改革会議「データ利活用制度のあり方に関する基本方針（概要）」

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_gyozaikaikaku/pdf/data\\_houshin\\_gaiyou.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_gyozaikaikaku/pdf/data_houshin_gaiyou.pdf)

データ利活用のための基本的な考え方としては、利活用のマルチレイヤー構造等を踏まえ、次の3つの観点からデータ連携の必要な取り組みを進めるとしている。

- A：データが円滑に連携・利活用されるよう。「形」や「道」を整備する。（データ連携・利

<sup>10)</sup> 「デジタル行財政改革 取りまとめ 2025」の詳細は以下を参照のこと。

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_gyozaikaikaku/pdf/torimatome\\_honbun2025.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_gyozaikaikaku/pdf/torimatome_honbun2025.pdf)

<sup>11)</sup> 「データ利活用制度のあり方に関する基本方針」の詳細は以下を参照のこと。

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_gyozaikaikaku/pdf/data\\_houshin\\_honbun.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_gyozaikaikaku/pdf/data_houshin_honbun.pdf)

活用の基盤整備、標準化の推進等)

- B：データの連携・利活用が促されるよう、「勾配」(インセンティブ)をつける。(データ収集、データ保有者によるデータ提供インセンティブの確保)
- C：安心してデータ利活用するため、「場」をつくる(データガバナンスの強化)

また、データ標準化・構造化を推進し、組織や分野を越えた迅速かつ低コストなデータ連携を実現するとともに、データ連携に必要なトラストについて、体系的考え方・在り方を整理したフレームワークとしてトラスト基盤を2026年夏までに整備するとしている。

主要な検討事項は、以下の4つが挙げられている。

- データの標準化：データ連携を円滑化するため、国が重要分野のユースケースについて標準規格を策定
- データ連携の推進：「データ連携プラットフォーム」制度の構築(個人情報や知財等が含まれるデータを安心して預けられるガバナンス(公平性、競争条件等)を確保)、トラスト基盤の整備(事業者の真正性、実在性を確認するため公的な法人認証も対応検討(国際的な相互運用性確保))
- データ蓄積・アクセスの円滑化：質の高いデータ収集(社会経済的に重要なユースケースについて義務的手法や補助金誘導等)、デジタル公共財の整備
- データガバナンス：個人情報保護の適正な取扱い確保(個人の権利利益に対する直接の影響が想定されない取扱いと評価される場合における同意にとらわれない本人関与と必要なガバナンスの在り方、事後的規律の整備など、バランスの取れた早期の個人情報保護法改正)

基本方針では、先行分野として行政以外に4分野が挙げられており、そのひとつに医療分野が含まれている。

図表 34 データ利活用制度のあり方に関する基本方針における先行分野

①医療	<ul style="list-style-type: none"><li>● EHDSを参考にした創薬、医学研究などの二次利用を進めるための包括的・体系的な法制度、情報システムの整備等(来年夏目途に議論、法改正が必要な場合は令和9年通常国会提出を目指す)</li></ul>
②金融	<ul style="list-style-type: none"><li>● 家計の収支管理等の設計・点検を容易に行うために必要な金融情報の見える化に向けた取組を推進</li><li>● クレカについて令和7年度中にAPI接続に向けた対応の方向性・工程のとりまとめ</li></ul>
③教育	<ul style="list-style-type: none"><li>● 自治体を越えた教育データの連携を可能とする認証基盤をGビズIDやJPKIを活用して整備(令和7～8年度に認証基盤の整備に向けた調査・技術実証)</li></ul>

	等)
④モビリティ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 標準化や活用事例のベストプラクティス創出推進・官民のデータ連携・共有スキームとして「モビリティデータスペース」確立（令和7年度に先行自治体において取組開始）</li> </ul>

資料出所：デジタル行財政改革会議「データ利活用制度のあり方に関する基本方針」

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_gyozaiikaikaku/pdf/data\\_houshin\\_honbun.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_gyozaiikaikaku/pdf/data_houshin_honbun.pdf)

医療データの利活用では、国民一人一人の誕生から現在までの生涯にわたる情報を自分自身で一元的に把握し活用することを通じた健康増進、過去の診療情報等の医療機関等での適切な共有を通じて本人の治療やケアの質向上や受診時の負担を軽減する一次利用の面に加えて、医学研究・創薬・医療機器開発や医療資源の最適配分や社会保障制度の持続性確保といった二次利用の面でも重要であり、医療 DX の推進に関する工程表に基づき、様々な取り組みが進められている。また、次世代医療基盤法を改正し、仮名加工情報の利用を進めることで、現在、約 500 万人分の医療データが活用されているとしている、

このような現状を踏まえて、医療データの二次利用を制度的に更に円滑化するために下記の 5 つの対応を行うとしている。

ただし、この基本方針では、医療データの二次利用について記載されているが、医療データの一次利用については、別途、個人情報保護法の改正の議論の中で取り扱われていることを留意すると明記されている。

図表 35 医療データ二次利用を円滑化するための 5 つの対応

①全体像(グランドデザイン)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● EU の EHDS 規則では、医療機関、誓約会社等の医療データ保有者はその保有するデータについて研究者等の医療データ利用者へ共有することが義務付けられており、必要な情報連携基盤等が構築されることになっていることを参考にする。</li> <li>● 我が国における医療データの利活用（一次利用及び二次利用）に関する基本理念や包括的・体系的な制度枠組みとそれと整合的な情報連携基盤の在り方を含む全体像を明らかにする。</li> </ul>
②制度枠組みの対象とする医療データの具体的範囲	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 制度枠組みの対象とする医療データの具体的内容について、医学研究、創薬、医療資源の最適配分といった具体的なニーズを踏まえ、その具体的範囲を検討する。</li> <li>● その際に、電子カルテについては、標準化が既に進められている 3 文書 6 情報以外のデータ項目の利活用ニーズを踏まえ様々な形態の二次利用を可能にする医療データのさらなる充実を図る。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 利活用の効率化やより質の高いデータ収集が可能となるよう、データの適切な収集方法、内容・形式の標準化や各種医療データの横断的な解析を可能にする患者の識別子についても併せて検討する。</li> <li>● なお、電子カルテに含まれる医療データのうち、構造化されていないものについても、AIを活用し構造化することで従来より低コストで効率的に活用することが可能になりつつあることも留意する。</li> </ul>
③一定の強制力や強いインセンティブをもって収集・活用できる仕組みの在り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療機関、学会、独立行政法人等の様々な主体が保有する医療データについて、一定の強制力や強いインセンティブをもって収集・活用できる仕組みの在り方。そのデータを研究者や製薬会社等が円滑に活用するための公的な情報連携基盤の在り方を検討する。</li> <li>● 現状の次世代医療基盤法では医療データの提供を行う協力医療情報取扱事業者が約 150 にとどまり、医療機関等のデータ保有者のインセンティブの確保も重要であることを留意する。</li> <li>● 公的DB以外の学会のデータベース等を含めて識別子による連結解析ができるような制度設計を可能することが必要であることを留意する。</li> </ul>
④患者本人の適切な関与の在り方等。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個人のプライバシーその他権利利益を適切に保護しつつ、研究者等が円滑に活用できるよう、仮名化情報の利活用に対する適切な監督やガバナンス確保を前提とした患者本人の適切な関与の在り方（同意の要・不要、患者本人の同意に依存しない在り方を含む）等を検討する。</li> </ul>
⑤実現するための特別法の制定を含めた実効的な措置	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個人の権利・利益の保護と医療データの利活用の両立に向けた特別法の制定を含め、実効的な措置を検討する。</li> <li>● 検討にあたっては、医療現場の負担軽減や関係機関への支援の方策、医療データを利活用する人材育成策についても併せて検討する。</li> <li>● 次世代医療基盤法の在り方等既存の制度との関係についても所用の検討を行う。</li> </ul>

資料出所：デジタル行財政改革会議「データ利活用制度のあり方に関する基本方針」から作成  
[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_gyozaikaikaku/pdf/data\\_houshin\\_honbun.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_gyozaikaikaku/pdf/data_houshin_honbun.pdf)

これらの検討は、医療行政を所管する厚生労働省を主体とし、デジタル庁とも検討を行うが、個人情報保護法との整合性を図る観点から個人情報保護委員会事務局の協力も得るとしている。  
 基本方針では、2025 年末を目途に検討を行い、中間とりまとめを行った上で、2026 年夏を目

途に議論の整理を行うとしている。遅くとも、2030年までにおおむね全ての医療機関において情報共有できるよう、標準化された電子カルテの普及なども行い、必要とされる措置が法改正をよる場合には2027年通常国会に法案を提出することを目指している。

### ③デジタル社会推進会議「オープンデータ基本指針」

官民データの活用に関しては、2016年12月14日に公布・施行された「官民データ活用推進基本法」において、国、地方公共団体、事業者が保有する官民データの容易な利用等について規定されている。官民の組織が保有する多様なデータを適正かつ効果的に活用することで、社会課題の解決、新たなサービスの創出、経済活性化、行政の高度化・効率化を目指すための法律で、都道府県では、「都道府県官民データ活用推進計画」の策定が義務付けられる。市町村（特別区を含む）に対しては、「市町村官民データ活用推進計画」の策定が努力義務とされている。

さらに、2017年5月30日に決定した「オープンデータ基本指針」では、国、地方公共団体、事業者が公共データの公開及び活用に取り組む上での基本方針を規定し、行政保有データはすべてオープンデータとして公開することを原則（オープンデータ・バイ・デザイン）とすることが明確化されている。オープンデータ基本指針は、2019年6月7日改正、2021年6月15日改正を経て、2024年7月5日に社会情勢や技術動向等の変化を踏まえ、また、生成AIなど機械処理による活用も見据え、行政保有データの検索性向上及び利用促進をさらに図る上で改正が行われ、デジタル社会推進会議幹事会決定されている<sup>12</sup>。

図表 36 オープンデータ基本指針（令和6年7月5日改正）の概要

### オープンデータ基本指針の概要

（令和6年7月5日デジタル社会推進会議幹事会決定）

平成28年12月14日に公布・施行された「官民データ活用推進基本法」において、国、地方公共団体、事業者が保有する官民データの容易な利用等について規定された。本文書は、これまでの取組を踏まえ、オープンデータ・バイ・デザイン<sup>(注1)</sup>の考えに基づき、国、地方公共団体、事業者が公共データの公開及び活用に取り組む上での基本方針をまとめたものである。

<b>1. オープンデータの意義</b>	<b>2. オープンデータの定義</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 国民参加・官民協働の推進を通じた諸課題の解決、経済活性化</li> <li>(2) 行政の高度化・効率化</li> <li>(3) 透明性・信頼の向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 営利目的、非営利目的を問わず二次利用可能なルールが適用されたもの</li> <li>(2) 機械判読に適したもの</li> <li>(3) 無償で利用できるもの</li> </ul>
<b>3. オープンデータに関する基本的ルール</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 公開するデータの範囲・・・各府省庁が保有するデータは、原則オープンデータとして公開。公開することが適当でない公共データは、公開できない理由を原則開示するとともに、限定的な関係者間での共有を図る「限定公開」といった手法も積極的に活用する。</li> <li>(2) 公開データの二次利用に関するルール・・・各府省庁は原則、公共データ利用規約を適用する。地方公共団体での適用も推進する。</li> <li>(3) 公開環境・・・「各府省庁にしか提供できないデータ」、「様々な分野での基礎資料となり得る信頼性の高いデータ」、または「リアルタイム性を有するデータ」等の有用なデータについては社会的ニーズが高いと想定されるため、積極的な公開を図る。</li> <li>(4) 公開データの形式等・・・構造化しやすいデータは機械判読に適した構造化及びデータ形式<sup>(注2)</sup>で掲載することを原則とし、データの内容についても品質評価に係る指標等を参考に、より活用しやすい形態での公開に努める。また、構造化が困難なデータを含む全ての公開データは検索やAPI利用が容易になるよう、標準的なメタ情報を付加するとともに、データカタログサイトの利用等、メタ情報公開に向けた環境の整備に努める。その際、DX等に取り組む中での業務見直し等により極力手作業を発生させず、スムーズに公開データを作成できるようにすることが望ましい。</li> </ul>	
<b>4. オープンデータの公開・活用を促す仕組み</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) オープンデータ・バイ・デザインの推進・・・行政手続き及び情報システムの企画・設計段階から必要な措置を講じる。</li> <li>(2) 利用者ニーズの反映・・・利用者ニーズを把握の上、ニーズに即した形で公開する。</li> </ul>	
<b>5. 推進体制</b>	<b>6. 地方公共団体、独法、事業者における取組</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 相談窓口の設置・・・総合的な相談窓口（デジタル庁）・相談窓口（各府省庁）を設置する。</li> <li>(2) 推進体制・・・デジタル庁は、政府全体のオープンデータに関する企画立案・総合調整、各施策のレビュー、フォローアップ等を実施する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 地方公共団体・・・官民データ法の趣旨及び本基本指針を踏まえて推進する。</li> <li>(2) 独立行政法人・・・国費によって運営されていること又は実施している事業や研究があることに鑑み、基本指針に準拠して取組を推進することが望ましい。</li> <li>(3) 公益事業分野の事業者・・・その公益性に鑑み、本基本指針及び利用者ニーズを踏まえて推進することが望ましい。</li> </ul>

(注1) 公共データについて、オープンデータを前提として情報システムや業務プロセス全体の企画、整備及び運用を行うこと。(注2) CSV、XML、JSON、RDF、Markdown等。

資料出所：デジタル庁 指針等文書類 オープンデータ指針

<sup>12</sup> オープンデータ基本指針（令和6年7月5日改正）の詳細は、以下を参照のこと。

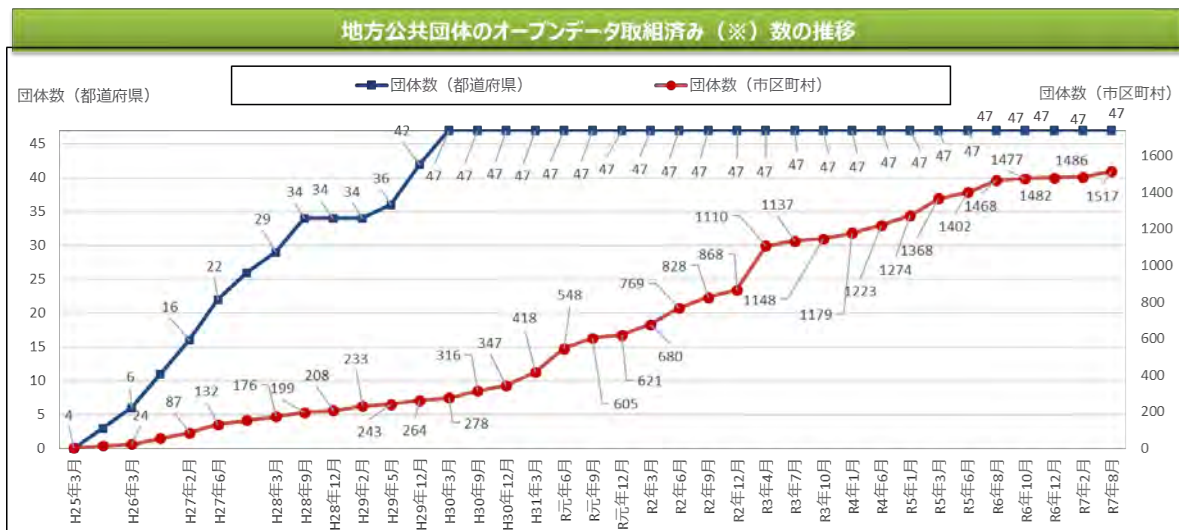
[https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/f7fde41d-ffca-4b2a-9b25-94b8a701a037/f1e42cee/20240705\\_resources\\_data\\_guideline\\_01.pdf](https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/f7fde41d-ffca-4b2a-9b25-94b8a701a037/f1e42cee/20240705_resources_data_guideline_01.pdf)

[https://www.digital.go.jp/resources/open\\_data](https://www.digital.go.jp/resources/open_data)

今回の改正のポイントは、第1にオープンデータの機械可読性及び検索性の向上について規定を追加している。コンピュータでの処理に適した機械可読なファイル形式を更新、例示し、行政保有データの検索性向上の観点から、標準的なメタ情報の付与を推奨している。第2に、オープンデータ基本指針に関連する文書を見直ししている。地方公共団体向けに作成されていた「地方公共団体オープンデータ推進ガイドライン」の趣旨を本基本指針に反映することによって類似文書を整理し一本化した。また、ウェブサイトで公開している情報を個別の許諾なく二次利用できる「政府標準利用規約」を改正して地方公共団体にも適用を推奨する内容となっている。

自治体がデータを公開する手法としては、地方公共団体が運営するWebサイトで公開する方法（公式サイトの一部にオープンデータのサイトを開設、あるいは公式サイトから独立した別のサイトを開設）のほか、府省が運営するWebサイトや民間団体が運営するWebサイトにデータを掲載する方法や、分野横断的な検索機能等を有するデータカタログサイトを構築すること等があるが、オープンデータに取り組む自治体は年々増加しており、2025年8月15日現在の取組率は、約88%（1,564/1,788自治体）となっている。

図表 37 オープンデータに取り組む地方公共団体数の推移



※ 自らのホームページにおいて「オープンデータとしての利用規約を適用し、データを公開」又は「オープンデータであることを表示し、データの公開先を提示」を行っている都道府県及び市区町村。

（デジタル庁調べ）

資料出所：デジタル庁 オープンデータ取組自治体資料

[https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/2b1128e2-c699-4aa0-9206-37169a6697c8/2c68a93e/20250828\\_resources\\_opendata\\_lg\\_rate\\_04.pptx](https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/2b1128e2-c699-4aa0-9206-37169a6697c8/2c68a93e/20250828_resources_opendata_lg_rate_04.pptx)

#### ④内閣官房 知的財産戦略本部「新たな国際標準戦略（国際社会の課題解決に向けた我が国の標準戦略）」

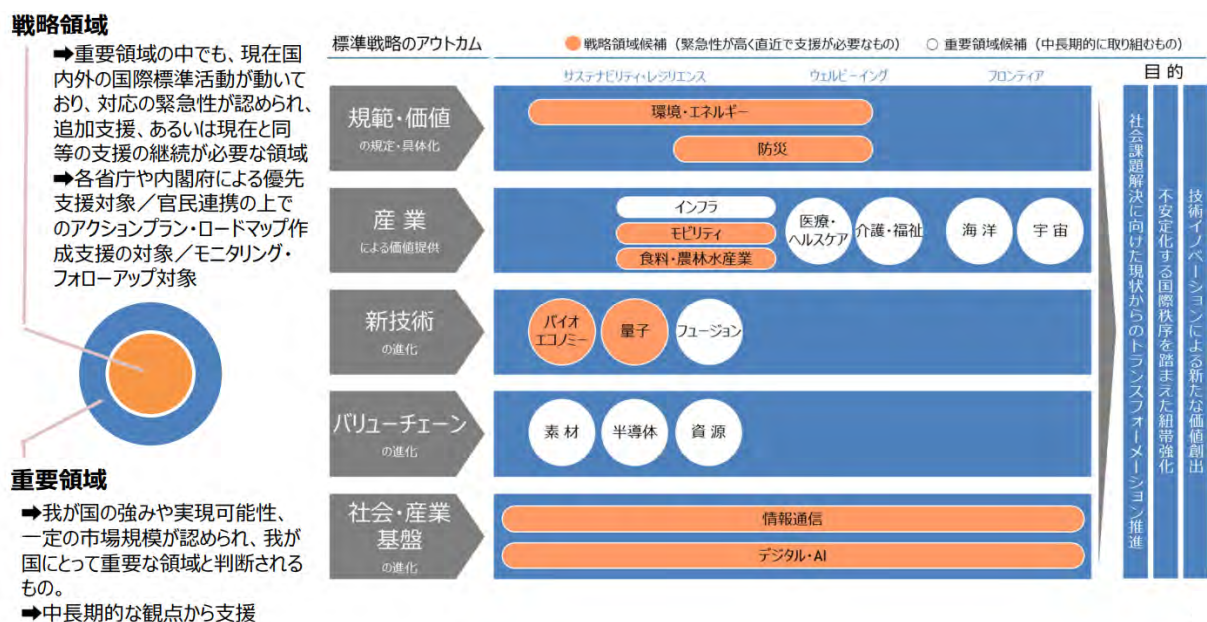
国際社会及び我が国は、「地球規模課題への持続的対応」・「サプライチェーン分断リスク」・「革新技術への対応」・「人口減少・高齢化」などの課題に直面しており、国際標準の戦略的活用は、経済安全保障の観点も含めて、グローバル及び国内課題解決に重要な役割を果たすことから、19

年ぶりに国際標準戦略が改定され、「新たな国際標準戦略（国際社会の課題解決に向けた我が国の標準戦略）<sup>13</sup>」が「知的財産推進計画 2025」とともに 2025 年 6 月 3 日に決定された。

新たな国際標準戦略では、国際標準を通じた課題解決を目指して、官民一体で、「国際標準戦略の明確化とガバナンス」「標準エコシステム」「産学官金の取組」の国内取り組みを推進しつつ、「国際連携」「重要領域・戦略領域の選定」「モニタリング・フォローアップ」を組み合わせていくことになっている。

重要領域・戦略領域の選定では、国際社会にとって重要であり、かつ、国際標準が重要成功要因となり得る 17 の重要領域を選定、官民で取組を強化するとともに、対応の緊要性を踏まえ、重要領域の中からさらに 8 つの戦略領域を選定している。選定された重要領域・戦略領域は固定されるものではなく、適宜その加除修正、バージョンアップを実施していくことになる。

図表 38 重要領域・戦略領域



資料出所：「新たな国際標準戦略（国際社会の課題解決に向けた我が国の標準戦略）」概要

[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/titeki2/chitekizaisan2025/pdf/kokusaisenryaku\\_gaiyo.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/titeki2/chitekizaisan2025/pdf/kokusaisenryaku_gaiyo.pdf)

戦略領域には、環境・エネルギー、食料・農林水産業、防災、デジタル・AI、モビリティ、情報通信、量子、バイオエコノミーの 8 分野が決定され、重要領域には、介護・福祉、インフラ、フュージョン、宇宙、半導体、素材、資源、海洋、医療・ヘルスケアの 9 分野が決定している。

デジタルでは、DFFT のもとで国境を越えた自由なデータ流通を目指し、データ活用の促進やデータ活用環境の整備、安全なデータ流通の基盤構築、我が国が知見を持つ特定分野のユースケースの蓄積等を図り、社会全体の生産性を高め、データ格差を抱える途上国等への支援や協力等を推進すべく、相互運用性を確保したデジタル・アイデンティティの運用等、データ連携基盤における安全なデータ流通を確保した上でのデータスペース規格や海外データスペースとの連携を

<sup>13</sup> 「新たな国際標準戦略（国際社会の課題解決に向けた我が国の標準戦略）」の詳細は以下を参照のこと。

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/titeki2/chitekizaisan2025/pdf/kokusaisenryaku.pdf>

図る。AI では、社会受容や技術開発を進めるための市場拡大を図り、ロボティクスなどの新たな分野における AI の活用の実現を推進し、国際的な社会課題解決に貢献 するべく、AI の安全性要件や、データ分析及び機械学習に必要なデータ品質、構造、フォーマット、領域特化の AI、人と協業するロボットの普及拡大に資する安全性や運用基準などを進めていく。介護・福祉では、健康寿命の重要性の周知とともに、福祉機器や介護の知見の共有や、福祉機器の普及を通じて、国際社会における高齢社会および障害福祉への対応に貢献すべく、質や安全性の基準化を通じた質の高い介護サービス、福祉器具の使用方法等のガイドライン、サービスロボットなどの介護テクノロジーの安全・品質評価などを進める。医療・ヘルスケアでは、医療 DX により個人情報を守りつつ、医療データを有効活用できる基盤を整備するとともに、我が国の創薬ツール・プロセスの高度化や医療技術・医療機器の共有を通じて各国の医療サービスの向上と健康寿命の延伸を目指すべく、医療データの相互運用性やデータ二次利用、ウェアラブルデバイスなどの医療技術・医療機器の性能規格の国際標準化を進めるとともにバイオ創薬を始めとする医薬品・医療技術に関わるガイダンス・規制の調和を図るとしている。

新たな国際標準戦略では、経済安全保障の観点も含まれたことが特徴といえる。国際情勢の複雑化、社会経済構造の変化等に伴い、経済活動に関して行われる国家及び国民の安全を害する行為を未然に防止することの重要性が増大している。そのため、国際標準活動全体における視点及び領域選定の視点において、経済安全保障を組み込んでいくことが明記されている

#### ⑤新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版

新しい資本主義実現本部は、「成長と分配の好循環」と「コロナ後の新しい社会の開拓」をコンセプトとした新しい資本主義を実現していくため、内閣総理大臣を本部長として 2021 年 10 月 15 日に内閣に設置され、新しい資本主義実現会議を開催し、ビジョンの具体化のための議論をおこなっている。2025 年 6 月 13 日に閣議決定された「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版<sup>14</sup>」では、賃上げこそが成長戦略の要であるとし、賃上げのノルム（社会通念）の定着のため、「新しい資本主義実行計画」を改訂し、賃上げと投資がけん引する成長型経済の実現に向けて、「中小企業・小規模事業者の賃金向上推進 5 か年計画」の実行を通じた中小企業・小規模事業者の経営変革の後押しと賃上げ環境の整備、投資立国の実現、スタートアップ育成と科学技術・イノベーション力の強化、人への投資・多様な人材の活躍推進、資産運用立国の取組の深化、地方経済の高度化等に、官民が連携して取り組むとしている。

---

<sup>14</sup> 新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版の詳細は以下を参照のこと。

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii\\_sihonsyugi/pdf/ap2025.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii_sihonsyugi/pdf/ap2025.pdf)

図表 39 新しい資本主義のグランドデザイン（概要）



資料出所：「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版」概要

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii\\_sihonsyugi/pdf/ap2025gaiyou.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii_sihonsyugi/pdf/ap2025gaiyou.pdf)

2025 年改訂版では、「GX・DX の着実な推進」として、エネルギーの安定供給を大前提に、2050 年カーボンニュートラル等の国際公約と、経済成長・産業競争力強化を共に実現していく GX を着実に推進すると同時に、DX の着実な推進により、AI・デジタル技術等をもたらすゲームチェンジ・産業構造転換の主導権を確保するとしている。その際、高い信頼性が求められる分野での我が国のものづくりの強み等をいかした対応を検討していく。

DX に関しては、以下の 12 項目が挙げられている。AI に関しては、生成 AI は社会経済システムに大きな変革をもたらす一方で、偽・誤情報等や偏見の助長等の様々なリスクも指摘されるとし、今般成立した「人工知能関連技術の研究開発及び活用の推進に関する法律」に基づく戦略本部の設置、基本計画の策定、指針の整備、調査研究等を円滑に実施しながら、AI のイノベーションや AI を活用した様々な分野のイノベーションの促進とリスク対応の両立を進めるとしている。

図表 40 新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版

DX の取り組み

①AI のイノベーション促進とリスク対応の両立	⑦デジタルガバメントの推進
②半導体投資	⑧ウラノス・エコシステムの推進*
③デジタル基盤の整備	⑨web3
④サイバーセキュリティ	⑩建築・都市の DX
⑤データ利活用の推進	⑪DX の面的な推進
⑥マイナンバーカードの普及・利活用推進	⑫スマートフォンアプリ等の競争環境の整備

\*ウラノス・エコシステムとは、企業や業界、国境を越えたデータ連携を実現するための取組の総称

資料出所：新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画 2025 年改訂版

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii\\_sihonsyugi/pdf/ap2025.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii_sihonsyugi/pdf/ap2025.pdf)

また、2025 年改訂版には、サービス業を中心に、最低賃金引上げの影響を大きく受ける、人手不足が取り分け深刻と考えられる 12 業種；飲食業、宿泊業、小売業、生活関連サービス業（理容業、美容業、クリーニング業、冠婚葬祭業）、その他サービス業（自動車整備業、ビルメンテナンス業）、製造業（中小製造業、食品製造業）、運輸業、建設業、医療、介護・福祉（介護、障害福祉）、保育、農林水産業において分野ごとの具体的な省力化投資促進プランが作成されている。

省力化投資促進プラン・医療<sup>15</sup>では、将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築することが求められており、人口は、全国的に生産年齢人口を中心に減少するが、85歳以上を中心に高齢者数は2040年頃のピークまで増加すると見込まれ、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が更に困難となることを見込まれることから、働き方改革等による労働環境の改善や、医療DX、タスクシフト/シェア等を着実に推進していくことが重要となる。そのため、医療行為の合理化・省力化と、医療に係る事務作業の省力化の二つの観点に留意して省力化を検討している。以下に挙げる多面的な促進策を実施することで、切れ目なく質の高い医療の効率的な提供及び医療機関等の業務効率化に資する医療DXの実現に向けた情報基盤の整備、医療機関における配置基準についての合理的に見直し、報酬上の評価の検討に資するエビデンスの構築といったアウトカムを目指す。

- 看護業務の効率化の推進に資する機器等の導入支援
- 医師の労働時間短縮に資する機器等の導入支援
- 医療DXの推進のための情報基盤の整備
- 医療分野における適切で有効な機器等の開発・実装
- オンライン診療に関する総体的な規定の創設について
- タスクシフト/シェアの推進

省力化投資促進プラン・介護<sup>16</sup>では、今後、介護サービス需要が更に高まる一方、生産年齢人口が急速に減速していくことを見込まれる中、介護人材の確保が喫緊の課題であり、2040年には約57万人の介護職員が新たに必要と推計している。介護テクノロジー等を活用し、介護職員の業務負担の軽減及び介護サービスの質の向上に資する生産性向上の取組を一層推進することが重要とし、国の実証事業等から、介護記録ソフトやケアプランデータ連携システムを活用した情報の収集・蓄積・活用による情報の転記や実績の入力などの事務作業を効率化する取組や、見守り支援機器を活用した夜間の訪室タイミングを最適化する取組等が効果的と分析している。そのため、以下のような多面的な促進策を挙げている。

- ケアプランデータ連携システム利用を含む介護テクノロジーの導入費用に対する補助（令和6年度補正予算、7年度当初予算）の利用促進・各都道府県の予算確保状況の見える化の検討
- 主に介護職員以外の職員の業務負担軽減に資する汎用機器について、中小企業庁の省力化投資補助金の補助対象に追加
- 介護テクノロジーを活用した継続的な業務改善の取組を評価する加算の取得促進
- 協働化・大規模化ガイドラインの作成・普及（7年度）、生産性向上ガイドラインの見直し

---

<sup>15</sup> 省力化投資促進プラン・医療の詳細は以下を参照のこと。

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii\\_sihonsyugi/shouryokukatousi/09.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii_sihonsyugi/shouryokukatousi/09.pdf)

<sup>16</sup> 省力化投資促進プラン・介護の詳細は以下を参照のこと。

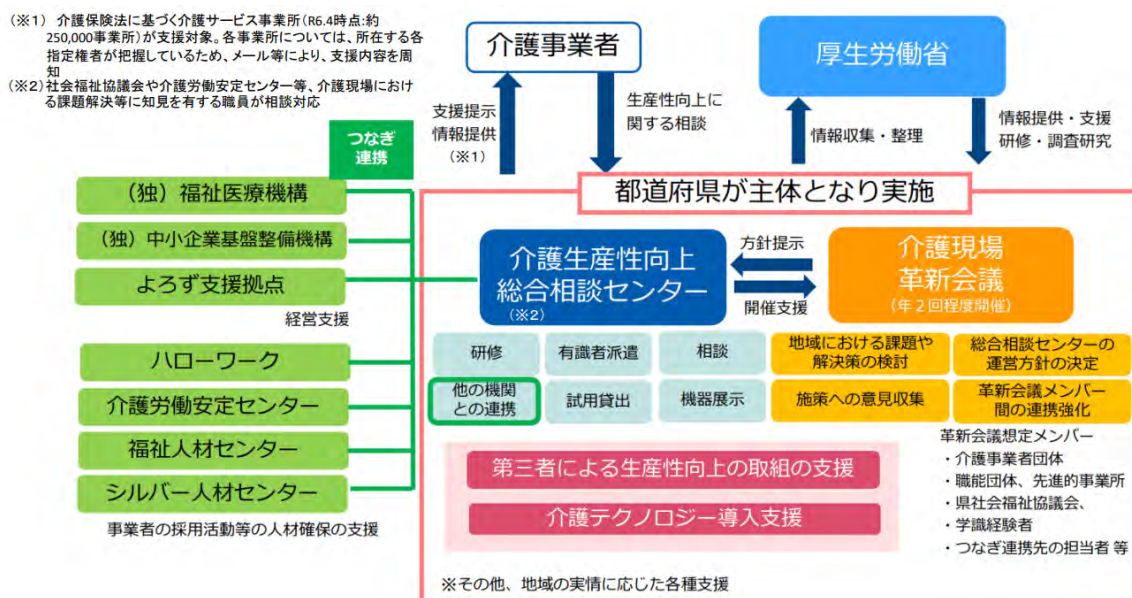
[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii\\_sihonsyugi/shouryokukatousi/10-1.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii_sihonsyugi/shouryokukatousi/10-1.pdf)

(7年度)

- 働きやすい職場環境づくりの総理大臣・厚生労働大臣表彰の実施（5年度～）、事例の横展開
- 電子申請による事業者の負担軽減（8年度から全自治体で電子申請・届出システムの利用開始）
- 介護現場における AI 技術の活用促進に向けて、AI を活用した介護記録ソフトの実証を行う等の取組を進める。急速に進歩する AI 技術の成果を介護分野に取り込むため、先駆的な実践を進める現場と連携して取り組んでいく。

また、そのためのサポート体制として、介護テクノロジーの導入・導入後の継続的な取組を支援する観点から、国や自治体が講じる様々な支援メニューを事業者を紹介・提供し、必要に応じ適切な支援機関につなぐ、ワンストップ型の相談窓口の設置が進められ、2025 年中に設置が完了している。

図表 41 ワンストップ型相談窓口の設置による介護事業者支援



資料出所：省力化投資促進プラン・介護

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii\\_sihonsyugi/shouryokukatousi/10-1.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/atarashii_sihonsyugi/shouryokukatousi/10-1.pdf)

## ⑥人工知能関連技術の研究開発及び活用の推進に関する法律（AI 法）

2025 年 5 月 28 日に参議院本会議で可決・成立した「人工知能関連技術の研究開発及び活用の推進に関する法律（以下、AI 法）<sup>17</sup>」は、AI を安全保障上重要な技術と位置づけ、その開発促進や規制に特化した初の法律となっている。AI 関連技術が我が国の経済社会の発展の基盤となる技術であることに鑑み、AI 関連技術の研究開発及び活用の推進に関する施策について、基本理念並びに AI 関連技術の研究開発及び活用の推進に関する基本的な計画の策定その他の施策の基本と

<sup>17</sup> AI 法の詳細は以下を参照のこと。 <https://laws.e-gov.go.jp/law/507AC0000000053>

なる事項を定めるとともに、人工知能戦略本部を設置することにより、科学技術・イノベーション基本法及びデジタル社会形成基本法その他の関係法律による施策と相まって、AI 関連技術の研究開発及び活用の推進に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図り、もって国民生活の向上及び国民経済の健全な発展に寄与することを目的としている。

活用・推進だけでなく、AI を使った人権侵害などのリスクを抑制するため、国が調査し事業者には是正を促すことを盛り込むなど、AI に関するイノベーション促進とリスクへの対応の両立した内容となっている。

また、AI 法に対する附帯決議があり、政府は、本法の施行に当たっては、次の事項に留意し、その運用等について遺漏なきを期すべきとしている。

#### 図表 42 AI 法の付帯決議

一 AI の研究開発及び活用に当たっては、「人間中心の AI 社会原則」に基づき、人間の尊厳を損なわないことを大前提とすること。また、AI を人間の倫理観、価値観及び目的に沿って動作させる AI アライメントの観点に基づいた研究開発を推進すること。

二 本法に基づく AI 基本計画、指針の策定その他の AI 政策の実施に当たっては、リスクの最小化のみならず、我が国における AI の導入促進による便益についても十分考慮すること。

三 生成 AI を含む AI 技術は、社会や経済に対して便益をもたらすと同時に様々なリスクを有していることに鑑み、AI の利活用に際しての留意点やリスクの回避策等について、事業者や国民に対して十分に周知すること。また、リスクの把握を含めた AI の適切な利活用の方法について、学校教育や社会教育等の場を活用することにより、AI に関するリテラシー教育を積極的に推進すること。

四 AI 技術を悪用したディープフェイクポルノ、とりわけ児童の画像等を使用したものへの対策については、各種法令の適用による厳正な取締り及び被害者の保護を行うとともに、サイト管理者等への違法な情報の削除依頼を強化すること。また、同対策の実効性を高めるための方策の在り方について検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずること。

五 我が国で利用される生成 AI サービスの多くが外国産で占められている一方、日本語での出力に課題がある現状を踏まえ、日本語の大規模言語モデルをベースとした国産の生成 AI サービスの実用化に向けた研究開発及びデータ整備の一層の推進に官民を挙げて取り組むこと。また、将来において競争力を高めるためにも、AI を国家戦略上の重要分野と位置付けるとともに、AI の基盤的技術やモデルの研究開発を積極的に支援すること。

六 AI 関連産業のイノベーションと健全な競争を促進するため、必要に応じてスタートアップを含む新規参入者に係る障壁を撤廃し、公正で開かれた市場環境を整備すること。

七 AI技術の研究開発が総合的に行われる必要があることに鑑み、学際的見地からAI人材の育成を強化し、特に次世代の競争力を高めること。また、AI技術の研究開発や人材の育成・確保に向けた官民の十分な投資を確保するため、財政上の措置その他必要な措置を講ずること。

八 AIの利活用が行政サービスの質の向上、業務の効率化及び社会課題の解決等に資することに鑑み、国、地方公共団体及び地域の民間事業者によるAIの積極的な利活用に向けた環境の整備に努めること。また、利活用に際しては、AIが有する様々なリスクを踏まえて、個人情報の保護その他の国民の権利利益の保護を図りつつ、適正性の確保にも十分に留意すること。

九 活用事業者等に対する調査、指導及び助言等に当たっては、当該事業者等の営業秘密や知的財産権の保護に配慮しつつ、過度に重い負担や情報開示を求めないように留意すること。他方で、重大なリスクが生じるおそれのある事項に関し、指導や助言等に応じない活用事業者等に対する実効性ある措置の在り方について検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずること。

十 広島AIプロセス国際行動規範の「報告枠組み」に基づき報告書を提出する活用事業者等に対しては、既存の国内法制度に基づく報告義務に最大限活用することで、報告の重複を軽減する仕組みを導入することなどにより、国際的な整合性や効率性を確保すること。

十一 AI技術が加速度的に進展している現状を踏まえ、AIの利活用が国民生活の向上及び国民経済の健全な発展に資するものとなるよう、また、新たなリスクに適時に対応するためにも、本法その他の関連規定、AI基本計画及び指針について不断の見直しを行うこと。

十二 AI戦略本部の組織体制については、同本部がAI技術の研究開発及び活用に係る一体的な施策を推進する政府の司令塔機能を十分に発揮できるよう、各省庁の縦割りを可能な限り排除するとともに、事務局に民間のAI人材の積極的な登用を図ること。

十三 AI戦略本部に対して専門的見地から助言を行えるようにするため、有識者から構成される会議体を早期に設置すること。また、有識者の人選については、AIの倫理的、法的及び社会的課題について知見を有する者など多様な主体の参画を図ること。

十四 AIのリスクへの対応について、常に最新の知見の情報収集に努め、必要な対応について不断の検討を行うこと。また、既存の法令やガイドライン等によっては対応が困難な新たなリスクが顕在化した場合においては、そのリスクの程度に応じて規制の度合いを変えるリスクベースアプローチに基づいた規制的措置の導入も含め検討し、その結果に応じて必要な措置を講ずること。

十五 AIの利用に伴う知的財産権、パブリシティ権等の権利侵害に対応するため、諸外国における検討状況等を踏まえ、必要に応じ関連法制の整備を含めた対応の在り方について検討し、その結果に基づいて必要な措置を講ずること。

資料出所：衆議院サイト 第 217 回国会閣法第 29 号 附帯決議

[https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_rchome.nsf/html/rchome/Futai/naikaku2C59590D86DDF9A049258C73000C0C74.htm](https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_rchome.nsf/html/rchome/Futai/naikaku2C59590D86DDF9A049258C73000C0C74.htm)

#### ⑦日本成長戦略会議

2024 年 10 月 27 日に行われた第 50 回衆議院議員総選挙および第 27 回参議院議員通常選挙において、与党であった自由民主党・公明党が大敗し、衆議院・参議院ともに少数与党に転落した。石破茂内閣総理大臣の辞職を受けて、2025 年 10 月 21 日より高市早苗氏が内閣総理大臣に就任し、新しい方針が打ち出されている。第 219 回国会における高市内閣総理大臣所信表明演説（2025 年 10 月 24 日閣議決定）では、「強い経済」を構築するため、「責任ある積極財政」を基本方針に掲げた。この好循環の実現により、国民に景気回復を実感させ、不安を希望に変えとし、成長率の範囲内に債務残高の伸び率を抑え、政府債務残高の対 GDP 比を引き下げること、財政の持続可能性を実現し、マーケットからの信認を確保するとしている。具体的な内容は 9 項目で、健康医療介護に関わる部分は「物価高対策」「健康安全保障」に含まれた。

所信表明演説における「物価高対策」では、物価上昇を上回る賃上げの必要性を指摘し、経営難が深刻化する医療機関や介護施設への支援なども「急を要する」とし、赤字に苦しむ医療機関や介護施設への対応が急がれるとした。2026 年度は、診療報酬・介護報酬・障害福祉報酬の 3 つの改定が同時に行われるトリプル改定となり、一般的には 2025 年末までに改定方針がまとめられ、改定率決定し、予算編成での財源措置となる。診療報酬・介護報酬については、賃上げ・物価高を適切に反映させていくが、通常の報酬改定の時期を待たず、経営の改善及び従業員の処遇改善につながる措置を実施するとしている。

また、2025 年 11 月 4 日には、リスクや社会課題に対して、先手を打った官民連携の戦略的投資を促進し、世界共通の課題解決に資する製品、サービス及びインフラを提供することにより、更なる我が国経済の成長を実現するため、内閣に「日本成長戦略本部」を設置し、「日本成長戦略会議」にて具体化することが閣議決定された<sup>18</sup>。日本成長戦略会議を新設するのに伴い、2021 年に設置された「新しい資本主義実現会議」は廃止となった。

#### (4)ヘルスケアデータの活用に関する政策動向

##### ①健康・医療戦略推進本部「第 3 期健康・医療戦略（2025-2029）」

国民が健康な生活及び長寿を享受することのできる社会（健康長寿社会）を形成するためには、世界最高水準の医療の提供に資する医療分野の研究開発及び健康長寿社会の形成に資する新産業創出を図るとともに、それを通じた我が国の経済の成長を図ることが重要となっているという背景から、2014 年 7 月 22 日に閣議決定された第 1 期健康・医療戦略、2020 年 3 月 27 日に閣議決

<sup>18</sup> 日本成長戦略本部／日本成長戦略会議の詳細は以下を参照のこと。

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/nipponseichosenryaku/index.html>

定された第2期健康・医療戦略に続き、「第3期 健康・医療戦略<sup>19</sup>」が2025年2月18日閣議決定された。政府が講ずべき健康・医療に関する先端的な研究開発及び新産業創出に関する施策を総合的かつ計画的に推進するための計画として策定するもので、世界最高水準の技術を用いた医療の提供への寄与と経済成長への寄与を基本理念とし、2040年頃までを視野に入れ、2025年度から2029年度までの5年間を対象としている。

健康・医療をめぐる我が国の現状としては、データの利活用について言及されている。世界の健康・医療分野の研究開発の現場において、医療データ利活用の重要性が高まっている中、EUのEHDS（European Health Data Space）などデータ活用が進んでいるのに対し、欧米諸国と比較して、日本ではRWD等の研究利用がしづらい状況にあることが指摘されている。今後、健康・医療・介護データ基盤の整備などデータヘルス改革を進め、AIやビッグデータ等の利活用による創薬、医療機器等の研究開発の進展や、新たなヘルスケアサービスの創出等に向け、データ利活用において世界最先端の環境づくりを進める必要があるとしている。

戦略では、第1期、第2期の成果を踏まえ、第3期においても、統合プロジェクトにより一元的な管理を行うとし、第3期における統合プロジェクトは、第2期の編成をベースとしつつ、実用化志向性の更なる促進、第2期の期間中に発生した感染症有事を踏まえた対応の必要性、第2期の期間中に造成された基金で実施する事業の統合プロジェクトとの一体的推進等を勘案し、以下の8プロジェクトが提示されている。この枠組みでAMEDによる支援を中核として、重点事項を計画に定めて研究開発を推進することになっている。8プロジェクトのひとつにはデータ利活用が含まれており、がん、難病、認知症等の疾患レジストリ、ゲノム・コホート研究で得られた成果や検体に関する情報をデジタル化した加工データ基盤の整備・利活用を促進、ライフコースを俯瞰した疾患の発症・重症化予防、病態解明、診断、治療等に資する研究開発推進によるゲノム医療、個別化医療の実現、医療分野の研究開発等におけるデータ利活用を加速するデータ基盤整備といった項目が挙げられている。

図表 43 8つの統合プロジェクトの概要

①医薬品プロジェクト	創薬標的の探索から臨床研究・治験に至るまでの幅広い研究開発を実施 アカデミアやスタートアップに対するシーズ開発支援による革新的な新薬の創出 創薬研究開発に必要な製造技術基盤の構築や創薬エコシステムを構成する人材の育成・拡充など研究開発力の向上に向けた環境整備 など
②医療機器・ヘルスケアプロジェクト	AI・IoT技術や計測技術、ロボティクス技術等を融合的に活用し、診断・治療の高度化のための医療機器・システム、医療現場のニーズが大きい医療機器や、予防・高齢者のQOL向上に資する医療機器・ヘルスケアに関する研究開発を実施

<sup>19</sup> 第3期 健康・医療戦略の詳細は以下を参照のこと。

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryousuisin/ketteisiryou/kakugi/r070218senryaku.pdf>

	<p>臨床研究によるエビデンス確立及び競争力強化推進</p> <p>スタートアップや医療分野以外の研究者や企業も含めた研究開発支援</p> <p>革新的な 医療機器や SaMD 等に重点を置いて、出口志向で海外市場への展開も視野に入れた医療機器の創出 など</p>
③再生・細胞医療・遺伝子治療プロジェクト	<p>再生医療を始めとする再生・細胞医療・遺伝子治療分野から革新的なシーズの発掘・育成</p> <p>将来的な実用化を見据えた基礎的・基盤的な研究開発の強化</p> <p>新たな医療技術の臨床研究・臨床試験の推進</p> <p>医療技術の製品化に向けた研究開発</p> <p>細胞・ベクターの製造 基盤強化 など</p>
④感染症プロジェクト	<p>新興・再興を含む幅広い感染症の研究を推進</p> <p>エイズや肝炎の新たな知見を獲得し、予防法・治療法等の開発を促進</p> <p>重点感染症の ワクチン・診断薬・治療薬の研究開発支援</p> <p>「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」を踏まえた JIHS との連携、感染症有事を見据えた研究開発基盤の強化 など</p>
⑤データ利活用・ライフコースプロジェクト	<p>がん、難病、認知症等の疾患レジストリ、ゲノム・コホート研究で得られた成果や検体に関する情報をデジタル化した加工データ基盤の整備・利活用を促進</p> <p>ライフコースを俯瞰した疾患の発症・重症化予防、病態解明、診断、治療等に資する研究開発推進によるゲノム医療、個別化医療の実現</p> <p>医療分野の研究開発等におけるデータ利活用を加速するデータ基盤整備 など</p>
⑥シーズ開発・基礎研究プロジェクト	<p>アカデミアの組織・分野の枠を超えた研究体制を構築</p> <p>新規モダリティ創出に向けた画期的なシーズの創出・育成等の基礎的研究の推進</p> <p>先進国や政策上重要な国々等との国際共同研究を強化</p> <p>神経疾患・精神疾患の画期的な診断・治療・創薬等シーズ開発に向けた基礎研究の推進</p>
⑦橋渡し・臨床加速化プロジェクト	<p>「革新的医療技術創出拠点」の機能を活用して基礎研究から臨床試験段階までの一貫した橋渡し研究開発支援を行うシーズ研究費事業等の継続</p> <p>臨床研究中核病院の国際共同治験の能力強化につながる国際水準の臨床試験実施体制の整備</p> <p>医療系スタートアップ伴走支援等の 取組を強化 など</p>
⑧イノベーション・エコシ	<p>創薬スタートアップに対する非臨床試験段階から臨床試験段階ま</p>

システムプロジェクト	での研究開発及び VC によるハンズオン支援の強化 産学連携による研究成果の実用化による革新的新薬のグローバル 開発 プロジェクト横断的な出口戦略を見据えた連携 など
------------	--

資料出所：「第 3 期 健康・医療戦略」より IISE にて作成

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/suisin/ketteisiryou/kakugi/r070218senryaku.pdf>

## ②近未来健康活躍社会戦略

厚生労働省からは 2024 年 8 月に「近未来健康活躍社会戦略<sup>20</sup>」公表されている。少子高齢化・人口減少、デジタル化、グローバル化という大変革時代の渦中にある中、国民皆保険の持続可能性を確保しつつ、未来に向けて、イノベーションと社会のダイナミズムを医療・介護分野に取り込み、人生 100 年時代を健康で有意義な生活を送りながら活躍できる社会の実現が「待ったなし」の課題となっているという問題意識から、厚生労働省として推進していく近未来の政策方針として取りまとめられたものになっている。

戦略目標としては、下記の 3 つが挙げられており、国内だけでなく国際との両面での取り組みを推進することが特徴となっている。

- 国内における改革努力と国際戦略の両面により、国際貢献と同時に海外市場の活力を日本経済に取り込むことで、戦略的に医療・介護産業を育成。
- 医療・介護分野における多様なイノベーション・最先端の技術を駆使することや、インバウンド・アウトバウンドの取組を推進することで、国民皆保険を堅持しつつ、戦略的に医療・介護全体としての収入の拡大を目指すとともに、その成果を広く国民に還元。
- 国民一人ひとりが可能な限り長く健康で有意義な生活を送りながら活躍できる社会（健康活躍社会）を実現。

図表 44 近未来健康活躍社会を実現するためのコンセプト



資料出所：厚生労働省「近未来健康活躍社会戦略」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001295098.pdf>

<sup>20</sup> 厚生労働省「近未来健康活躍社会戦略」の詳細は以下を参照のこと。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001295098.pdf>

経済社会のダイナミズムが、国内・海外に広く行き渡るエコシステムを構築することを目指しており、本戦略におけるエコシステムとは、国内外の様々な主体（産官学等）・資源（ヒトモノカネ情報）が、多次元で重層的に連携し、発展する好循環のことを指している。

図表 45 近未来健康活躍社会戦略における国際戦略・国内戦略

国際戦略		国内戦略	
創薬力の強化による革新的新薬の開発	世界の感染症対策を牽引する感染症危機管理体制の構築	医療・介護DXの更なる推進	提供体制の改革（医師偏在対策の推進）
アジア圏等における医療・介護の好循環の実現（インバウンド・アウトバウンドの推進等）	「UHCナレッジハブ」の日本設置	後発医薬品の安定供給体制の構築	女性・高齢者・外国人の活躍促進
		イノベーションを健康づくり・治療に活かす環境整備	創薬イノベーション

資料出所：厚生労働省「近未来健康活躍社会戦略」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001295098.pdf>

国内戦略にひとつに挙げられているのが「医療・介護DXの更なる推進」である。活力ある健康活躍社会を築く上で、デジタル化とデータサイエンスを前提とする医療・介護DXの推進は、国民一人ひとりの健康・生命を守り、今後の医療等の進歩のための基盤となるものであり、より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築するとともに、医療分野のイノベーションを促進し、その成果を国民に還元していく環境整備を進めていくとしている。また、医療DXの基盤であるマイナ保険証の利用促進を図りつつ、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、各取組をより実効的かつ一体的に進めるとともに速やかに関係法令の整備を行っていくとしている。

### ③ 「医療DX令和ビジョン2030」および「医療DXの推進に関する工程表」

医療DXの推進に関する工程表は、自由民主党政務調査会 社会保障制度調査会・デジタル社会推進本部健康・医療情報システム推進合同PTより2022年5月17日に提言された「医療DX令和ビジョン2030<sup>21</sup>」を受けて、医療DX推進本部において策定されたものであり、医療DXを進める上でのベースとなっている。

医療DXの推進に関する工程表に基づき、医療DXを加速化するために、データヘルス改革推進本部設置規程第8条の規定に基づき、厚生労働省データヘルス改革推進本部の下に2022年9月に「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（以下、推進チーム）が設置され、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテの標準化等、診療報酬改定DXその他関連する医療DX施策を推進している。2023年7月4日には、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護情報を含む）の利活用の課題を部局横断的に検討し、医療DXの企画立案を総合的かつ戦略的に推進するため、大臣官房に、医療DX推進室が設置されている。

<sup>21</sup> 自由民主党政務調査会 社会保障制度調査会・デジタル社会推進本部健康・医療情報システム推進合同PT「医療DX令和ビジョン2030」の詳細は以下を参照のこと。<https://www.jimjin.jp/news/policy/203565.html>

医療 DX の推進に関する工程表では、以下の項目において医療 DX を推進していくことが明示されている。

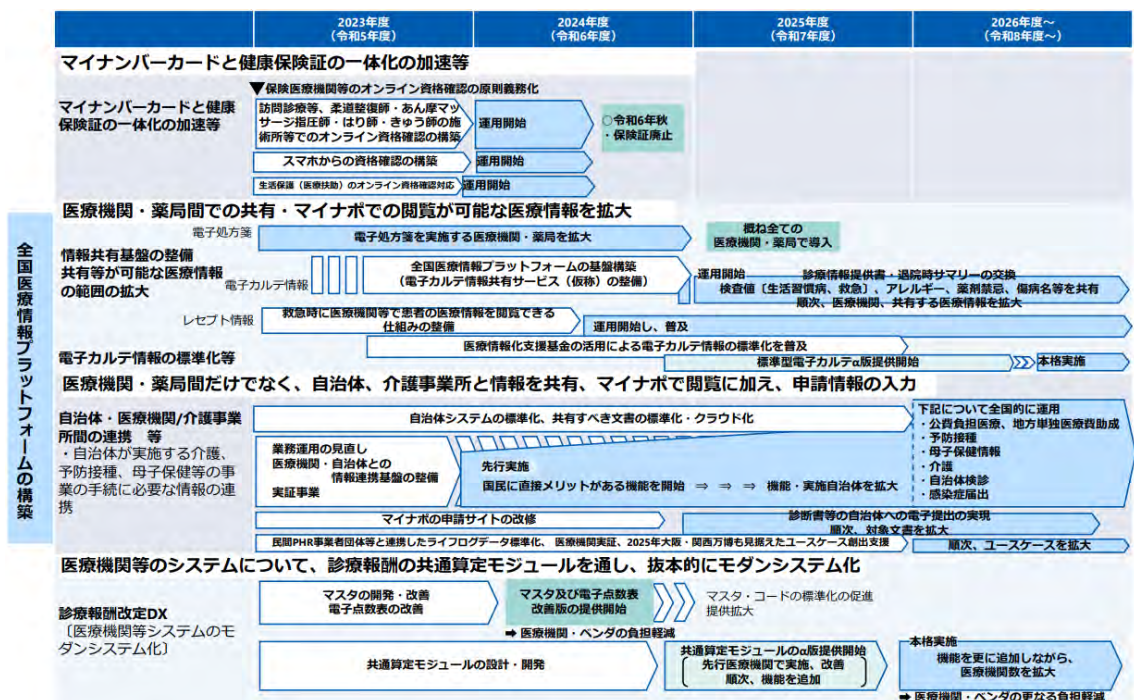
図表 46 医療 DX の推進に関する工程表（概要）

<p>基本的な考え方</p>	<p>○ 医療 DX に関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、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の環境整備の 5 点の実現を目指していく</p> <p>○ サイバーセキュリティを確保しつつ、医療 DX を実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる</p>
<p>マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速等</p>	<p>○ 2024 年秋に健康保険証を廃止する</p> <p>○ 2023 年度中に生活保護（医療扶助）でのオンライン資格確認の導入</p>
<p>全国医療情報プラットフォームの構築</p>	<p>○ オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築</p> <p>○ 2024 年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大</p> <p>○ 併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応</p> <p>○ 2024 年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現</p> <p>○ 民間 PHR 事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援</p> <p>○ 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023 年度中に検討体制を構築</p>
<p>電子カルテ情報の標準化等</p>	<p>○ 2023 年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024 年度に蘇生処置等の関連</p> <p>情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024 年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討</p> <p>○ 標準型電子カルテについて、2023 年度に必要な要件定義等に関する</p>

	<p>る調査研究を行い、2024 年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討</p> <p>○ 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</p>
診療報酬改定 DX	<p>○ 2024 年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026 年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化</p> <p>○ 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討</p>
医療 DX の実施主体	<p>○ 社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療 DX に関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組</p> <p>○ 具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点から踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる</p>

資料出所：第 4 回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム資料 医療 DX 推進工程表 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140172.pdf>

図表 47 医療 DX の推進に関する工程表〔全体像〕



資料出所：第 4 回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム資料 医療 DX 推進工程表 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140172.pdf>

医療 DX の進捗状況については、2025 年 7 月 1 日に開催された第 7 回の「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チームの会合にて報告がされている<sup>22</sup>。

a) マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等

デジタル社会の基盤であるマイナンバー、マイナンバーカードについては、国民の利便性向上等の観点から、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）」等の一部改正を行われ、2023 年 6 月 9 日に公布され、2024 年 5 月 27 日に施行された。この改正によりマイナンバーの利用範囲の拡大されることになり、マイナンバーカードを健康保険証として利用することが可能となっている。これにより、2024 年 12 月 2 日に現行の保険証の新規発行は停止され、現在、使用している保険証は、その有効期限まで（最長、2025 年 12 月 1 日まで）の使用となる。

図表 48 マイナ保険証のカードリーダー



資料出所；デジタル庁 マイナンバーカードを健康保険証として利用する方法  
[https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_images/0e218084-72ad-4fa1-b216-95a00e97993b/19e89c91/policies-mynumber-insurance-card-00.jpg](https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_images/0e218084-72ad-4fa1-b216-95a00e97993b/19e89c91/policies-mynumber-insurance-card-00.jpg)

マイナンバーカードの健康保険証のメリットとしては、以下のように整理されている。

図表 49 マイナ保険証のメリット

1. より良い医療を受け ることができる。	医療機関・薬局を受診した際に、診療・薬剤の情報や特定健診等の結果の提供に同意いただくと、医師や薬剤師からご自身の情報に基づいた総合的な診断や重複する投薬を回避した適切な処方を受けることができる。
2. 窓口で限度額以上の 支払いが不要となる (高額療養費制度)	高額な医療費が発生する場合でも、マイナンバーカードを健康保険証として使うことで、医療機関・薬局の窓口で高額な医療費を一時的に自己負担したり、事前に役所で書類申請手続きをしたりする必要がな

<sup>22</sup> 第 7 回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チームの会合（2025 年 7 月 1 日）【資料 1】医療 DX の進捗状況についての詳細は以下を参照のこと。<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001511374.pdf>

	くなる。
3. 引越しや、就職・転職の後もそのまま健康保険証として使える。	更新が不要で、新しい健康保険証の発行を待たずに手元のマイナンバーカードをそのまま使える。 *新しい保険者への加入手続きは必要。
4. 非常時も安心	救急搬送時（救急隊がマイナンバーカードを活用することで、救急搬送される方の診療情報・薬剤情報・特定検診情報などを正確かつ早期に把握して、救急活動の迅速化・円滑化を図る実証事業を実施） 避難時（マイナポータルにより避難所で過去の診療・薬剤情報、普段飲んでいる薬、特定健診等の情報を医師と共有できること等、避難時にも安心・安全に医療を受けられるための実証事業を実施）
5. 安全性	プライバシー保護やマイナンバーカードのセキュリティ対策を講じており、安心して利用できる。

資料出所：デジタル庁 Web サイトより IISE にて作成

<https://www.digital.go.jp/policies/mynumber/insurance-card>

日本全体でマイナンバーカードの保有枚数が1億枚を超える中、マイナ保険証の利用登録件数も9,000万件に到達している。マイナ保険証の利用状況は、2025年12月に63.24%に達した。従来の紙やプラスチックでできた健康保険証が12月に有効期限を迎えたことで大幅な増加につながっている。

図表 50 マイナ保険証の利用状況



注：マイナ保険証利用率=マイナ保険証利用人数/レセプト件数

資料出所：第210回社会保障審議会医療保険部会（2026年2月12日）

資料3 マイナ保険証の円滑な利用について

デジタル庁では、スマートフォンの普及が進み、約8割の国民がマイナンバーカードを保有する状況になっていることから、2022年8月より「マイナンバーカードの機能のスマートフォン搭載に関する検討会」を立ち上げ、個人番号カードの機能のスマートフォンへの搭載について検討を行ってきた。スマートフォンを個人番号カードと同様に、オンライン・デジタル化の基盤としていくため、個人番号カードの機能をスマートフォンに搭載する取り組みを進め、マイナンバーカードがなくても、スマートフォン一つで、対面・非対面問わず確実・安全な本人確認・番号確認・電子署名・本人認証ができることを目指したものである。

個人番号カードのICチップに格納される電子証明書とは別に、スマートフォンのICチップに格納される電子証明書を発行することとし、Android 端末では、「Android スマホ用電子証明書搭載サービス<sup>23</sup>」が2023年5月に開始している。iPhone 端末では、「iPhone のマイナンバーカード<sup>24</sup>」サービスが2025年6月に開始されている。

図表 51 スマホ用電子証明書搭載サービスで利用できること

## こんなことがあなたのスマホだけでできちゃう！

### ① マイナポータルの利用

オンライン申請ができる！

自己情報が閲覧できる！

お知らせが届く！



### ② 各種民間オンラインサービスの 申込・利用 (5月11日より順次対応予定)

### ③ コンビニ交付サービスの 利用 (2023年12月開始)

### ④ 健康保険証としての 利用 (今後対応予定)



他にも、順次、さまざまなサービス利用ができるようになります！

資料出所：デジタル庁「スマホ用電子証明書搭載サービスリーフレット」

[https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/29c7576b-de6c-4394-bf07-d39b78f26300/f13179e0/20240328\\_policies\\_mynumber\\_resources\\_leaflet\\_01.pdf](https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/29c7576b-de6c-4394-bf07-d39b78f26300/f13179e0/20240328_policies_mynumber_resources_leaflet_01.pdf)

<sup>23</sup> Android スマホ用電子証明書搭載サービスの詳細は、以下を参照のこと

<https://services.digital.go.jp/mynumbercard-android/>

<sup>24</sup> iPhone のマイナンバーカードの詳細は以下を参照のこと。<https://services.digital.go.jp/mynumbercard-iphone/>

スマートフォンのマイナ保険証利用については、2025年9月19日より機器の準備が整った医療機関・薬局で順次利用可能となる予定となっている。健康保険証の利用登録がされたマイナンバーカードをスマートフォンに追加することで、カードを取り出すことなく、スマートフォンをかざすだけで利用ができることで、利便性の向上が図られる。

マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等に関しては、2025年5月現在で、病院、内科診療所、歯科診療所、薬局でのオンライン資格確認の利用件数の合計は2億3,158万件となっており、マイナ保険証の利用件数も6,785万件と着実な伸びを見せている。マイナ保険証利用件数をオンライン資格確認利用件数で割った数字となる利用率は29.30%である。スマートフォンでの保険証利用も2025年9月より準備ができた医療機関等で利用できるようになり、利便性が高まりから利用率の向上も見込める。

## b)電子処方箋の普及状況

電子処方箋の普及状況に関しては、2026年1月時点で、オンライン資格確認システム導入施設数のうち37.9%で電子処方箋の運用開始済となっている<sup>25</sup>。薬局での導入は進んでいるが、病院などの医療機関での利用は遅れている。

全体としての利用は進んでいないものの、重複投薬等チェックの結果、電子処方箋を導入した医療機関・薬局において、2024年には重複投薬アラートが約3,600万件/年、併用禁忌アラートが約5.1万件/年が発生しており、処方・調剤にあたり重複投薬や併用禁忌のリスクの防止に繋がっているとの結果もでてきている。

病院などの医療機関への導入を促進するため、医療情報化支援基金による導入補助を2025年9月末まで実施するとともに、2024年度補正予算による追加機能への補助を実施としている。また、都道府県と連携した導入費用の助成による追加的な支援を同期限まで実施を進めるといふ。

## c)全国医療情報プラットフォームの構築

### i.医療法等の一部を改正する法律案

全国医療情報プラットフォームの構築では、電子カルテ情報の共有、二次利用の推進、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するための組織変更を進めることが必要であり、これら医療DXの推進も含めた医療法等の一部を改正する法律案「医療法等の一部を改正する法律案」が2025年2月14日に閣議決定され、第217回常会に提出されて閉会中審査を行ったが見送りとなっていた。改正の趣旨は、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ことにある。

その後、2025年10月21日から開催の第219回臨時会で再審議入りし、2025年12月1日に

---

<sup>25</sup> デジタル庁「電子処方箋に関するダッシュボード」(2026年1月時点データ)  
<https://www.digital.go.jp/resources/govdashboard/electronic-prescription#03>

政府原案に対し与野党 5 党が修正を協議し、衆議院厚生労働委員会で賛成可決となった。続いて、12 月 14 日に参議院厚生労働委員会で可決、12 月 15 日には一部修正の末、参議院本会議で改正医療法が可決した。施行は一部を除き 2027 年 4 月 1 日となっている。

図表 52 医療法等の一部を改正する法律（概要）

医療法等の一部を改正する法律の概要	
<b>改正の趣旨</b>	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。
<b>改正の概要</b>	※赤字は、衆議院による修正部分
<b>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】</b>	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> <p>厚生労働大臣は、医療計画で定める都道府県において達成すべき五疾病・六事業及び在宅医療の確保の目標の設定並びに当該目標の達成のための実効性のある取組及び当該取組の効果に係る評価の実施が総合的に推進されるよう、都道府県に対し、必要な助言を行うものとする。</p> <p>都道府県は、その地域の実情を踏まえ、医療機関がその経営の安定を図るために緊急に病床数を削減することを支援する事業を行うことができることとする。医療機関が当該事業に基づき病床数を削減したときは、厚生労働省令で定める場合を除き、医療計画において定める基準病床数を削減するものとする。また、国は、医療保険の保険料に係る国民の負担の抑制を図りつつ持続可能な医療保険制度を構築するため、予算の範囲内において、当該事業に要する費用を負担するものとする。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<b>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】</b>	<p>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。</p> <p>保険者からの提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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<b>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】</b>	<p>① 必要な電子診療録等情報（電子カルテ情報）の医療機関での共有等や、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。</p> <p>政府は、医療情報の共有を通じた効率的な医療提供体制の構築を促進するため、電子診療録等情報の電磁的方法による提供を実現しなければならない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<b>(その他)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 政府は、令和8年4月1日に施行される外来医師過多区域等に関する規定の施行後3年を目途として、外来医師過多区域において、新たに開設された診療所の数が廃止された診療所の数を超える区域がある場合には、当該区域における新たな診療所の開設の在り方について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。</li> <li>・ 政府は、都道府県が医師手当事業を行うに当たり、保険者協議会その他の医療保険者等が意見を述べることでできる仕組みの構築について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。</li> <li>・ 政府は、この法律の公布後遅やかに、介護・障害福祉従事者の賃金が他の業種に属する事業に従事する者と比較して低い水準にあること、介護・障害福祉従事者が従事する業務が身体的及び精神的負担の大きいものであること、介護又は障害福祉に関するサービスを担う優れた人材の確保が要介護者並びに障害者及び障害児に対するサービスの水準の向上に資すること等に鑑み、現世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を図りつつ介護・障害福祉従事者の人材の確保を図るため、介護・障害福祉従事者の適切な処遇の確保について、その処遇の状況等を踏まえて検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を機動的に講ずるものとする。</li> </ul>
<b>施行期日</b>	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の一部及びその他の一部）、令和8年4月1日（1②、2①の一部、②及び③並びにその他の一部）、令和8年10月1日（1①の一部）、公布後1年以内に政令で定める日（3①の一部）、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3②の一部及び3②）等）

資料出所：第 122 回社会保障審議会医療部会（2025 年 12 月 8 日）

【資料 4】医療法等の一部を改正する法律の成立について（報告）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001606327.pdf>

医療 DX の推進では、以下の 3 つが挙げられている。

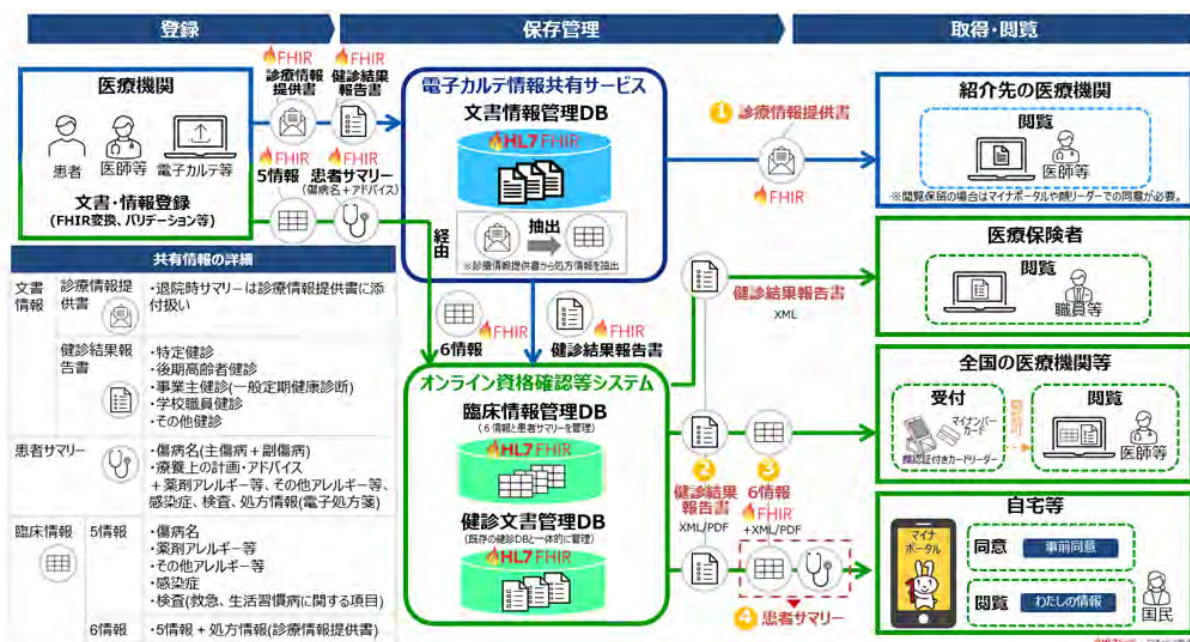
- ① 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等や、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。
- ② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金を医療 DX の運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。また、厚生労働大臣は、医療 DX を推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

## ii.電子カルテ情報共有サービス

電子カルテ情報共有サービスは、「全国医療情報プラットフォーム」の仕組みの一つであり、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ものであり、2025年2月から愛知県(藤田医科大学及び関連3医療機関)でモデル事業を開始し、運用等の検証を経て、2025年4月に本格稼働が開始している。

医療機関では、HL7 FHIR で標準化された3文書(健診結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリー)と6情報(傷病名や検査等)を電子的に共有できるようになり、患者も自身のマイナポータルで健診結果報告書や6情報を閲覧できる。医療保険者にも健診結果報告書を電子的共有する。

図表 53 電子カルテ情報共有サービス



資料出所：厚生労働省 電子カルテ情報共有サービス

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/johoka/denkarukyoyuu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/johoka/denkarukyoyuu.html)

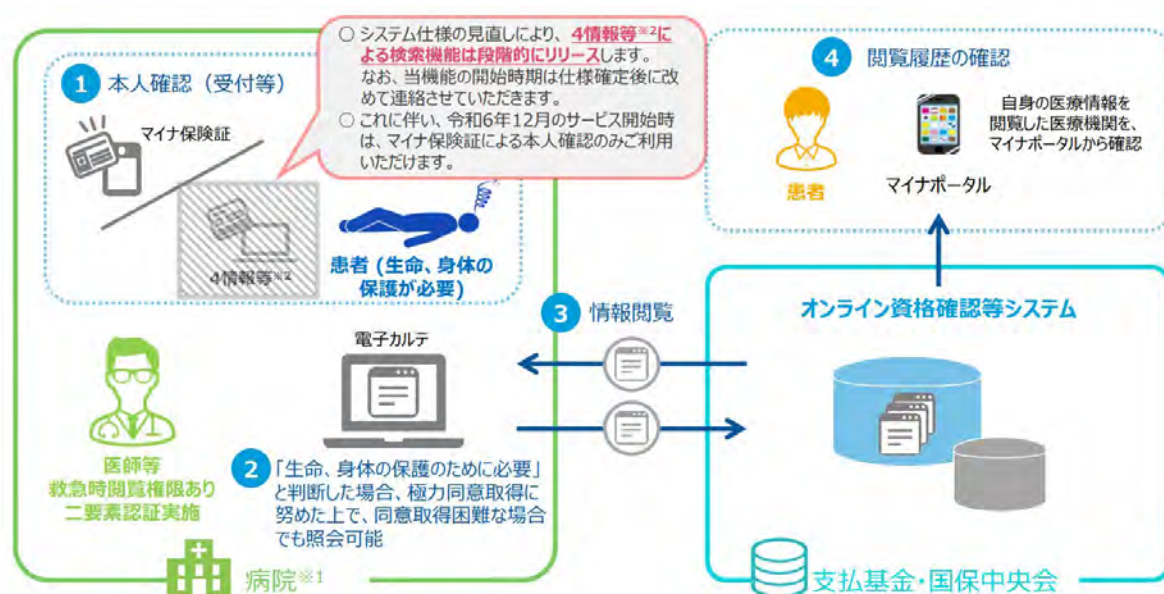
## iii.救急時医療情報閲覧

救急時医療情報閲覧機能は、病院において、患者の生命、身体の保護のために必要な場合、マイナ保険証による本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧できるようになる仕組みであり、2024年12月より提供が開始されている。この機能は、「患者の生命、身体の保護のために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急から三次救急告示病院および病院を対象とした機能となっており、病院以外の医療機関等(診療所・薬局)には開放を想定していない。想定利用施設は三次救急医療機関を中心とした「救急搬送の受入施設」から普及を進めていくことになっ

ており、2025年6月2日現在で導入済み医療機関は749施設となっている。

救急対応を行う医師等は、極力、同意取得に努めた上で同意取得が困難な場合は、オンライン資格確認システムを介して患者情報を照会し、閲覧することができる。

図表 54 救急時医療情報閲覧機能の仕組み



資料出所：厚生労働省「救急時医療情報閲覧概要案内」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001243478.pdf>

閲覧できる情報は、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された救急用サマリーの閲覧が可能となっている。この機能により、救急時において、意識障害等の同意取得困難な患者に対しても、薬剤情報や手術情報等のレセプトに基づく医療情報を閲覧し、迅速かつ適切な検査・治療等に活用することができる。

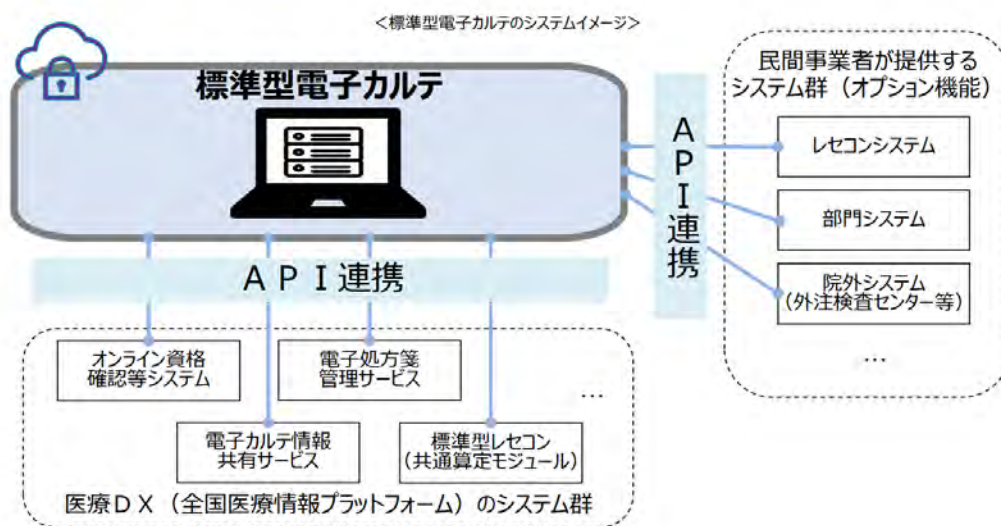


#### iv.標準型電子カルテ

医療 DX において患者情報を共有するためには電子カルテの導入は要であるが、現状の電子カルテは情報共有を見据えた標準化が行われておらず、規模の小さい病院や診療所での導入率はまだ半分程度である。導入を促進するために政府が開発を推進しているものが標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテである「標準型電子カルテ<sup>26</sup>」となる。標準型電子カルテの構築にあたっては、「切れ目なくより質の高い医療等の効率的な提供」を実現するため、電子カルテ情報共有サービスを始めとした医療 DX のシステム群(全国医療情報プラットフォーム)につながり、情報の共有が可能な電子カルテの構築を目指す。また、「医療機関等の業務効率化」を実現するため、民間サービス(システム)との組み合わせが可能な電子カルテの構築を目指している。

導入対象としては、電子カルテの普及が進んでいない 200 床未満の中小病院または診療所で、国が対象施設に共通した必要最小限の基本機能を開発し、民間事業者等が各施設のニーズに応じたオプション機能を提供できるような構成が想定されている。

図表 57 標準型電子カルテのシステムイメージ



資料出所；厚生労働省 第2回標準型電子カルテ検討ワーキンググループ（令和5年12月14日）資料1 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001220428.pdf>

医療 DX 工程表においては、遅くとも 2030 年までに概ねすべての医療機関で標準化された電子カルテの導入を目指すこととされており、2023 年度に標準型電子カルテの要件定義、2024 年度中に α 版の開発と一部医療機関での試行実施を行った。

2025 年度は、標準型電子カルテの本格展開に向けた α 版の改修を進めることとなっており、標準型電子カルテの技術仕様に関する意見を聴取しながら、医療情報システムを提供している各企業が利用できるシステム・モジュールの開発を目指す。改修のポイントは、以下の 3 つが挙げられている。

<sup>26</sup> 標準型電子カルテの詳細は以下を参照のこと。 <https://www.digital.go.jp/policies/health>

- 内科以外の診療科（整形外科、循環器内科等）において利用できるよう機能拡充すること
- 在宅医療において利用できるよう機能拡充すること
- セキュリティを確保しつつ、医療機関におけるログイン認証等のユーザビリティを向上すること

#### v.自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム PMH（Public Medical Hub）

医療 DX の推進に関する工程表では、全国医療情報プラットフォームの構築において「関係機関や行政機関等間で必要な情報を安全に交換できる情報連携の仕組みを整備し、自治体システムの標準化の取組と連動しながら、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係る情報を共有していく。」ことが挙げられている。マイナンバーカードを利用して、これらの情報を連携するための仕組みが「PMH（Public Medical Hub）」である。

図表 58 PMH のシステム構成図



資料出所：デジタル庁「PMH(Public Medical Hub)の概要」（全国説明会資料 2）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001423581.pdf>

PMH を利用することで、医療費助成においてはマイナンバーカードを受給者証として利用し、医療機関で受診できるようになる。予防接種・母子保健(健診においては、事前に予診票や問診票をスマホ等で入力し、マイナンバーカードを接種券・受診券として利用できるようになる。また、マイナポータルから、接種勧奨・受診勧奨を行い、接種・健診忘れを防ぐとともに、接種履歴や健診結果がリアルタイムでマイナポータル上で確認することが可能になる。

2023 年度に 16 自治体・87 医療機関等で先行実施し、2024 年度には 183 自治体（22 都道府県、161 市町村）が先行実施事業に参加、2025 年度中に、600 を超える自治体に拡大予定となっている<sup>27</sup>。

<sup>27</sup> 厚生労働省「令和 8 年度 医療費助成のオンライン資格確認自治体説明会」資料

#### ④経済安全保障法改正と医療分野

経済安全保障とは、国家や企業、社会が外部のリスクによって経済活動を脅かされないようにするための取り組み全般を指し、ヘルスケア分野との関連は一般的に薄いように感じられる。しかし、近年、医療機関がサイバー攻撃の標的になる事例が急増したことや医療 DX によりネットワーク化が進みリスクが拡大していることで、国民の生活に直結する医療機関の重要性が目されるようになり、経済安全保障の枠組みに医療分野を含める動きが加速している。

##### a)経済安全保障に関する 2 つの法律

国際情勢の複雑化、社会経済構造の変化等により、安全保障の裾野が経済分野に急速に拡大する中、国家・国民の安全を経済面から確保するための取組を強化・推進することが重要となり、経済安全保障に関する 2 つの法律「経済安全保障推進法（2022 年 5 月 11 日成立、5 月 18 日公布）」と「重要経済安保情報保護活用法（2024 年 5 月 10 日成立、5 月 17 日公布）」が制定された。

経済安全保障推進法では、(1)重要物資の安定的な供給の確保、(2)基幹インフラ役務の安定的な提供の確保、(3)先端的な重要技術の開発支援、(4)特許出願の非公開の 4 つの制度を運用し、段階的にスタートしている。

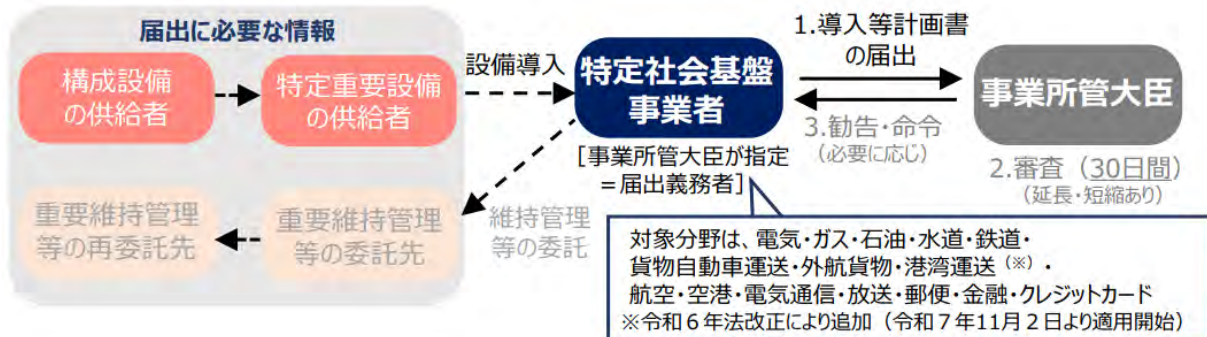
重要経済安保情報保護活用法では、重要経済基盤（重要なインフラや物資のサプライチェーン）に関する一定の情報であって、公になっていないもののうち、その漏えいが我が国の安全保障に支障を与えるおそれがあるため、特に秘匿する必要があるもの（具体例：サイバー脅威・対策等に関する情報、サプライチェーン上の脆弱性関連情報）を「重要経済安保情報」として指定し、適切に保護しながらも、必要に応じて活用する仕組みを整備するものである。国家における情報保全措置の一環として、政府が保有する安全保障上重要な情報として指定された情報に対して、アクセスする必要がある者のうち、情報を漏らすおそれがないという信頼性を確認した者の中で取り扱うとする制度「セキュリティ・クリアランス」が導入された。指定された情報にアクセスする者は、同意の上、犯罪歴、情報取扱い違反歴、薬物・飲酒状況、経済状況（借金等）、精神疾患の有無などから適正評価を受けることになる。

##### b)経済安全保障推進法：基幹インフラ役務の安定的な提供の確保に関する制度

経済安全保障推進法で運用される 4 つの制度のひとつである「基幹インフラ役務の安定的な提供の確保に関する制度」は、基幹インフラの重要設備が我が国の外部から行われる役務の安定的な提供を妨害する行為の手段として使用されることを防止するため、国が基幹インフラ事業（特定社会基盤事業）を定め、一定の基準に該当する事業者（特定社会基盤事業者）を指定し、国が定めた重要設備（特定重要設備）の導入・維持管理等の委託をしようとする際に、事前に届出を行い、審査を受ける制度であり、2024 年 5 月 17 日から運用が開始されている。対象分野は、電気・ガス・石油・水道・鉄道・貨物自動車運送・外航貨物・港湾運送（令和 6 年

度改正で追加)・航空・空港・電気通信・放送・郵便・金融・クレジットカードであったが、ここに医療分野を追加する検討が進められている。

図表 59 基幹インフラ役務の安定的な提供の確保に関する制度



資料出所：内閣府パンフレット「特定重要設備の導入版（主に設備の供給者の方向け）」

医療分野追加の検討の背景には、医療機関におけるサイバー攻撃が顕在化したことあり、2024年の経済安全保障法改正法案に対する衆参内閣委員会の附帯決議<sup>28</sup>や「経済財政運営と改革の基本方針2024」（2024年6月21日閣議決定）でも、基幹インフラ制度への医療分野の追加を検討することが言及されるようになる。また、第11回経済安全保障法制に関する有識者会議（2024年12月24日）<sup>29</sup>において、今後、医療DXの推進やそれに伴う医療機関のシステム環境の変化が見込まれることやサイバー安全保障に関する有識者会議で、基幹インフラ等に関する情報共有の促進等が提言されたことも踏まえ、以下の方針で検討を進め、速やかに必要な対応を行うとされた。経済安全保障推進法の枠組みは、法律で対象となる分野を外縁として規定し、それぞれの分野については、必要な範囲に細分化し政令で絞り込みしていくことになる。

<sup>28</sup> 第213回国会 参議院付帯決議「経済施策を一体的に講ずることによる安全保障の確保の推進に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議（令和6年5月9日）」

[https://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/213/f063\\_050902.pdf](https://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/213/f063_050902.pdf)

<sup>29</sup> 第11回経済安全保障法制に関する有識者会議の詳細は以下を参照のこと。

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai\\_anzen\\_hosyohousei/4index.html](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai_anzen_hosyohousei/4index.html)

図表 60 今後議論すべき主な論点

(参考) 今後議論すべき主な論点

○ **個別の医療機関について**

- ・ 安定的な医療提供体制全体を脅かすリスクシナリオ（サプライチェーン・リスク等）
- ・ 基幹インフラ制度の対象として検討すべき医療機関
- ・ 基幹インフラ制度の対象として検討すべき特定重要設備等

○ **支払基金について**

- ・ 支払基金が行う医療DX業務を脅かすリスクシナリオ（サプライチェーン・リスク等）
- ・ 基幹インフラ制度の対象として検討すべき特定重要設備等
- ・ 医療DXについて国のガバナンスが強化される支払基金のサイバーセキュリティ基本法に基づく「指定法人化」の方針

資料出所：第 11 回経済安全保障法制に関する有識者会議 資料 6「特定社会基盤役務の安定的な提供の確保に関する制度の一般港湾運送事業追加に向けた準備状況等について」

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai\\_anzen\\_hosyohousei/r6\\_dai11/siryou6.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai_anzen_hosyohousei/r6_dai11/siryou6.pdf)

第 121 回「社会保障審議会医療部会<sup>30</sup>」（2025 年 11 月 25 日）では、①対象医療機関の範囲と②医療機関における特定重要設備について検討が行われている。対象医療機関の範囲については、特定社会基盤事業者の指定基準の考え方である事業規模（病床数等）及び代替可能性（地域医療において果たす役割や医療提供能力、広域な観点の医療機関機能等）のほか、救急医療や災害医療の拠点及びそれらのバックアップとしての役割などの観点から総合的に検討を行った結果、地域における最後の砦としての機能を有する特定機能病院<sup>31</sup>を念頭に指定することとされた。医療機関における特定重要設備については、支払基金を特定社会基盤事業者とし、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋管理サービス、オンライン資格確認等システムに係る設備を特定重要設備とすることを念頭に制度改正に向けた検討を進めることとなった。

2025 年 12 月 4 日に開催された第 2 回「経済安全保障法制に関する有識者会議 推進法改正に関する検討会合<sup>32</sup>」では、対象医療機関の範囲については、特定機能病院を念頭に指定するが、具体的に指定する病院は、各特定機能病院の事業規模、広域な観点の医療機関機能のほか、救急医療や災害医療に果たす能力などを踏まえ選定する。また、既存分野と比較し、事業規模が小さい事業者を対象とするため、十分な準備期間を確保する等の観点から、地域性を考慮しつつ段階的に指定範囲を拡大することを想定するという案が示されている。

<sup>30</sup> 第 121 回社会保障審議会医療部会の詳細は以下を参照のこと。

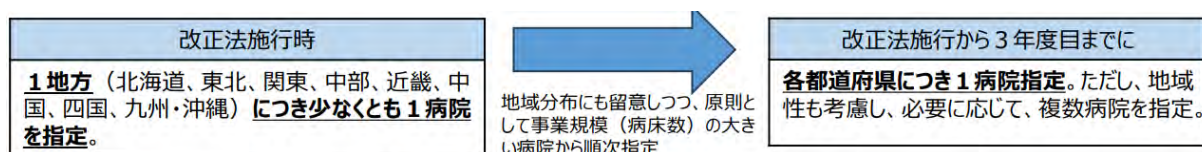
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001599190.pdf>

<sup>31</sup> 特定機能病院とは、医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

<sup>32</sup> 第 2 回「経済安全保障法制に関する有識者会議 推進法改正に関する検討会合」

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai\\_anzen\\_hosyohousei/r7\\_dai13/shiryu7.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai_anzen_hosyohousei/r7_dai13/shiryu7.pdf)

図表 61 対象医療機関の範囲について（案）



資料出所：第2回「経済安全保障法制に関する有識者会議 推進法改正に関する検討会合」  
[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai\\_anzen\\_hosyohousei/r7\\_dai13/shiryo7.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai_anzen_hosyohousei/r7_dai13/shiryo7.pdf)

医療機関における特定重要設備については、当該設備が停止した場合の社会的混乱の規模や、患者の生命に直結するか否か等の観点から検討を進めており、電子カルテ、手術部門、集中治療部門に関連する設備から指定する方向で引き続き精査するという案が示された。

図表 62 医療機関における特定重要設備について（案）

特定重要設備の候補	概要
電子カルテに関連する設備	診療録を中心とした患者情報の記録・参照などに利用するもの。
手術部門に関連する設備	主として外科的処置が必要な患者に対して全身麻酔等を行いながら手術を実施するとき等に利用するもの。
集中治療部門に関連する設備	手術後の患者や全身状態が悪化した重症患者等に対して、診療密度が特に高い医療を提供するとき等に利用するもの。

資料出所：第2回「経済安全保障法制に関する有識者会議 推進法改正に関する検討会合」  
[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai\\_anzen\\_hosyohousei/r7\\_dai13/shiryo7.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/keizai_anzen_hosyohousei/r7_dai13/shiryo7.pdf)

政府は、2026年2月18日召集の特別国会に経済安全保障推進法改正案を提出する予定となっている。

## 2-2. EU における現状と政策動向

EU においても、日本同様に医療データへのアクセスが断片化されている現状がある。医療提供者や医療機関によって医療データが様々な形式で収集・保管されているため、個人や専門家がアクセスし、共有することが困難であり、相互運用性の欠如は、問題を引き起こしている。そのため、EU では、「EU ヘルスデータスペース European Health Data Space (EHDS)」を構築し、患者のケアを行う際のデータ利用である一次利用と、匿名化・仮名化した上で、政策立案や研究、イノベーションにもヘルスデータを活用する二次利用の両面でのデータ活用を推進している。

### (1) 欧州データ戦略と EU 共通データ空間

欧州委員会は、2020年2月に「欧州データ戦略 European strategy for data<sup>33</sup>」を発表した。データは、経済成長、競争力、イノベーション、雇用創出、そして社会全体の進歩にとって不可欠な資源であるとの認識から、データの利用を促進し、欧州内でのデータの流通を円滑にすることを目指した戦略となっている。特に産業データの取り扱いにおいて、欧州が競争力を維持し、技術革新を促進するための枠組みを提供するものである。欧州データ戦略は、欧州の国際競争力とデータ主権を確保するため、データのための単一市場を創設することを目指しており、これは、「EU 共通データスペース Common European data spaces<sup>34</sup>」の創設につながる。これにより、より多くのデータが経済社会で利用可能となり、同時にデータを生成する企業や個人の管理が維持されることにつながっていく。

データの価値を欧州の経済と社会の利益のために活用するため、欧州データ戦略では、健康、農業、製造、エネルギー、モビリティ、金融、行政、スキル、欧州オープンサイエンスクラウド、グリーンディールといったいくつかの戦略的分野で EU 共通データスペースを構築する道筋が示された。これらのデータスペースは徐々に相互接続され、単一のデータ市場を形成することが想定されている。

データスペースは、それぞれのセクターごとにステークホルダーとなるユーザーがデータスペースの形成に貢献することになり、下記のような特徴を持っている。

- あらゆる組織や個人の参加が可能
- データをプール、アクセス、共有、処理、使用するための安全でプライバシーを保護するインフラストラクチャを備える
- データにアクセスし、使用するためのデータガバナンスが明確に定義されており、公正、透明性、均衡の取れた、差別のないアクセスのためのルールが備わっている
- EU の規則と価値観、特に個人データと消費者保護、および競争法が尊重されている
- データ保有者が特定の個人データまたは非個人データへのアクセスを許可したり、共有することができる

<sup>33</sup> 欧州委員会「A European strategy for data」 <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/strategy-data>

<sup>34</sup> 欧州委員会「Common European data spaces」 <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/data-spaces>

- データ保有者に、データを無料でまたは有償で再利用できるようにする権限を与える

EU 共通データスペースにより、EU の企業、行政機関、そして個人は、自らが生成するデータを管理できるようになるとともに、これらのデータ保有者は、イノベーションを目的としてデータを共有するための安全で信頼性の高い枠組みの恩恵を受けることができるようになる。

## (2)EU ヘルスデータスペース (EHDS)

EU 共通データスペースにおいては、ヘルスケア分野のデータスペース構築が先行的に進められている。

EU では、データ保護に関する法律として、「EU 一般データ保護規則 General Data Protection Regulation (GDPR)」があり、EU 加盟国では、規則は直接的な法的拘束力を持つ法律で、加盟国の国内法に関係なく、すべての国で同じ法律として適用されることになっているが、ヘルスケア分野については、制度や仕組みが各国ごとに状況が異なるため、国内ルールの制定が特別に認められており、加盟国の足並みを揃えることができていなかった。そのため、ヘルスケアデータの国境を越えた利用に障壁が生じていたことから、欧州委員会は 2022 年 5 月 3 日に、「EU ヘルスデータスペースに関する規則案 European Health Data Space Regulation (EHDS)」を公表した。

EHDS は、欧州データ戦略の一環として、特定の分野に特化した初の EU 共通データスペースであり、EU 全域における電子的なヘルスケアデータの活用と交換のための共通枠組みの構築することを目指している。この規則は、個人による自分自身の電子的なヘルスケアデータへのアクセスと管理を強化するとともに、公共の利益、政策支援、科学研究目的での特定のデータの再利用を可能にする。また、デジタル医療サービスおよび製品の単一市場を支える、医療に特化したデータ環境を促進する。さらに、この規則は、電子医療記録 (EHR) システムのための統一された法的・技術的枠組みを確立し、相互運用性、イノベーション、そして域内市場の円滑な機能を促進することになる。

- 個人が医療提供のために国境を越えて電子医療データにアクセスし、管理し、共有できるようにする (データの一次利用)。
- 研究、イノベーション、政策立案、規制活動のための安全で信頼できる医療データの再利用を可能にする (データの二次利用)。
- 一次利用と二次利用の両方をサポートする電子健康記録 (EHR) システムの単一市場を育成する。

EHDS では、患者、医療専門家、研究者、政策立案者、業界関係者を含むすべての EU 市民に利益をもたらすように設計されている。それぞれのメリットは以下のように整理されている。

図表 63 EHDS がもたらすメリット

①患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自身の電子健康データへの高速かつ無料のアクセス</li> <li>・国境を越えて医療専門家と健康データを簡単に共有できる</li> <li>・自身の電子健康データに対するより高度なコントロール：個人の健康情報を追加する、記録の特定の部分または特定の人物へのアクセスを制限する、データにアクセスした人を確認する、エラーが見つかった場合に修正を求める、標準的な欧州形式（EEHRxF）で健康データを表示する権利</li> <li>・デフォルトでセキュリティとプライバシー保護</li> <li>・自身の電子健康データの二次利用を拒否する権利</li> </ul>
②医療専門家	<ul style="list-style-type: none"> <li>・さまざまな医療提供者や国境を越えての患者の健康記録に迅速かつ容易にアクセス可能</li> <li>・異なるシステムから健康記録へのアクセスが容易になり、管理上の負担が大幅に軽減</li> </ul>
③研究者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・科学研究のための大規模な健康データへのアクセス</li> <li>・利用可能なデータは何か、どこにあるのか、およびその品質を発見するための明確で構造化されたシステム</li> <li>・よりコスト効率の良い高品質の健康データへのアクセス</li> </ul>
④規制当局と政策立案者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公衆衛生モニタリングのための電子的なヘルスデータへのアクセスが容易になり、透明性の向上、費用対効果の向上、医療システムの効率向上、患者の安全確保</li> </ul>
⑤業界とイノベーター	<ul style="list-style-type: none"> <li>・データの標準化より、さまざまな加盟国における電子医療記録の新たな市場へのアクセスが容易になる</li> <li>・匿名化および仮名化された電子的なヘルスデータの可用性が向上し、応用研究やイノベーションに活用できるようになる</li> </ul>

資料出所：EU「EHDS」[https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds\\_en#what-does-this-mean-for-you](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en#what-does-this-mean-for-you) を仮訳

また、EHDS では、医療データの利用を最適化し、医療の質の向上、イノベーションの促進、そしてエビデンスに基づく政策立案の支援を目指すことで、以下の効果が期待されている。

- データへのアクセス性を高めることで、今後 10 年間で 110 億ユーロの節約を実現する。
- EU 加盟国全体の医療サービスの効率性を向上させる。
- デジタルヘルス分野で 20～30%の拡大を促進する
- 政策立案と科学研究を強化する。
- ヨーロッパ市民の健康状態の改善につながる。

EHDS 規則案は、2024 年 4 月 24 日の欧州議会総会にて合意テキストが採択され、2025 年 1

月 21 日の EU 理事会の採択により EHDS 規則として制定された。2025 年 3 月 5 日に EU 官報に掲載され、3 月 26 日に発効し、2027 年 3 月 26 日から適用が開始される。ただし、規則の第 2 章（一次利用）と第 4 章（二次利用）の多くの規定は 2029 年 3 月 26 日から適用は開始されることになっており、段階的なスタートとなる。

図表 64 今後のマイルストーン

2025 年 3 月	EHDS 規制が発効し、移行期間が開始
2027 年 3 月	規制の運用に関する詳細なルールを規定するいくつかの重要な実施法を欧州委員会が採択する期限
2029 年 3 月	EHDS 規則の主要部分が施行 一次利用として、EU 加盟国全体で医療データの第一優先カテゴリー（患者サマリー、電子処方箋／電子調剤）の交換が含まれる。 二次利用に関する規則も、ほとんどのデータカテゴリー（例：電子医療記録データ）に適用される。
2031 年 3 月	一次利用に関しては、優先カテゴリー 2 の医療データ（医療画像、検査結果、退院報告書）の交換がすべての EU 加盟国で開始される予定 二次利用に関する規則は、残りのデータカテゴリー（例：ゲノムデータ）にも適用される。
2035 年 3 月	第三国および国際機関は、二次利用のために HealthData@EU への参加を申請できるようになる。

資料出所：EU「EHDS」[https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds\\_en#what-does-this-mean-for-you](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_en#what-does-this-mean-for-you) を仮訳

### (3)EHDS におけるデータの一次利用「MyHealth@EU」

EHDS では、データの一次利用として、個人は次のことが可能になると想定している。

- 健康データにアクセスし、
- データのコピーをダウンロードし、
- アクセスログを表示する
- アクセス制限を設定する
- データ共有からのオプトアウトオプション（EU 加盟国で有効になっている場合）
- 電子健康記録に情報を入力する
- データにアクセスするための権限のある個人を任命する
- 訂正を要求する

ケアの提供を主な目的としたヘルスデータの使用に関しては、一部の EU 諸国は国内で高度なデジタル化と相互運用性を実現しているが、まだ必要な措置を講じている国々もある。

EU 越境ヘルスサービス（eHDSI）は、EU 域外に旅行中の欧州市民の医療継続を保証するイン

フラストラクチャであり、MyHealth@EU として、現在、EU 全体で 2 つの主要な電子越境医療サービスが段階的に導入されている<sup>35</sup>。

図表 65 MyHealth@EU での提供サービス

①電子処方箋と電子調剤	<ul style="list-style-type: none"> <li>・EU 市民は、所属する居住国から旅行先の国に電子処方箋をオンラインで転送することで、他の EU 加盟国にある薬局で薬を入手できるようになる。</li> </ul>
②患者サマリー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アレルギー、現在の薬、過去の病気、手術など、重要な健康関連の事項に関する情報を提供する。これは、電子健康記録 EHR と呼ばれる、より大規模な健康データコレクションの一部で、デジタル患者サマリーは、患者が他の EU 加盟国から来ていて言語の壁がある場合に、医師に患者に関する重要な情報を自国の言語で提供することを目的としている。</li> <li>・長期的には、医療画像、検査結果、退院報告書も EU 全体で利用できるようになるほか、完全な健康記録も後日提供される予定です。電子処方箋と患者サマリートの交換は、すべての EU 加盟国で可能となる。</li> </ul>

資料出所：EU 越境医療サービス「MyHealth@EU」[https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services\\_en#which-services-are-available-in-which-countries](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en#which-services-are-available-in-which-countries)

#### (4)EHDS におけるヘルスデータの二次利用「HealthData@EU」

EU では、ヘルスデータを研究、イノベーション、公衆衛生、政策立案、個別化医療のために再利用する場合を「二次利用」と呼んでいる。これらのデータは、傾向の特定、新たな治療法の開発、医療サービスの改善のために分析され、EHDS 規制では、ヘルスデータの責任ある安全な二次利用を確保するための法的枠組みを確立し、研究者、企業、公衆衛生機関、医療提供者によって利用されることになっている。

EHDS 規制では、二次目的で使用されるヘルスデータは以下から取得できることになっており、GDPR およびその他の EU 法とあわせて、ヘルスデータの安全性と保護を確保している。EU 加盟国は、「ヘルスデータアクセス機関」を設立し、安全な処理環境(EU 域内でデータ保存・処理)を構築した上で、二次利用を希望する利用者からの申請を評価し、適切な申請であれば、データ保有者へデータを要求し、利用者へアクセスの許可を与える。ヘルスデータアクセス機関は、処理目的が匿名化データで達成される場合は匿名化データを、匿名化データでは達成できないことの正当化がある場合は仮名化データを利用可能とする。

<sup>35</sup> EU 越境医療サービス「MyHealth@EU」[https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services\\_en#which-services-are-available-in-which-countries](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en#which-services-are-available-in-which-countries)

- 病歴、診断、治療などの電子健康記録（EHR）
- 保険請求や退院記録などの管理データ
- 臨床試験や観察研究などの研究データ
- フィットネストラッカーや健康モニターなどのウェアラブルデバイスやモバイルアプリ

二次利用のためのプラットフォーム「HealthData@EU<sup>36</sup>」は、欧州委員会が開発中の重要なデジタルシステムであり、2029年3月に施行されるEHDS規則の要件を満たすことを目的としており、EU加盟国、欧州機関、第三国、そして研究インフラから収集されたメタデータを集約したデータセットカタログを提供する。さらに、主要な機能として、加盟国のヘルスデータアクセス機関による評価と意思決定のためのデータアクセスおよびデータ要求申請書の記入と提出も含まれることになっている。

## (5) 欧州 AI 法のヘルスケア分野への影響

欧州連合（EU）理事会は、人工知能（AI）の開発や運用を包括的に規制する「AI法（Artificial Intelligence Act）」を世界で初めて提案し、欧州AI法は2024年8月に発効した。2025年2月からは「容認できないリスク」を伴うAIの使用や提供などが禁止され、2027年8月に同法の全面的適用がスタートする。

AI法の特徴は、リスクベースのアプローチである。AIシステムは4段階に分類され、それぞれに規制の強度が設定されている。

- 容認できないリスク（Unacceptable risk）
- 高リスク（High risk）
- 限定的リスク（Limited risk）
- 最小のリスク（Minimal risk）

人々の安全、生活、権利に対する明白なリスクをAI法では「容認できないリスク」として禁止している。具体例として、「判断能力を著しく損なうサブリミナル技法や操作的・欺瞞的技法」「年齢、障害、特定の社会的・経済的状況に起因する脆弱性の悪用」などが例示されている。「高リスク」には、「市民の生命や健康を危険にさらす可能性のある重要なインフラ」や、「教育や職業訓練においてその後の教育や専門コースへの進路を左右する可能性のあるもの」などが指定されている。高リスクに認定された製品やサービスは市場に投入される前に第三者による適合性評価を受ける必要があるなど、厳しい手続きが義務付けられる。

「限定的リスク」は、AIの利用における透明性の欠如に関するリスクで、人々が必要とする情報を確実に得られるように、透明性の要件を満たすことが求められる。たとえば、AIにより生成された画像は「生成AIによるコンテンツ」と明示しなければ、透明性の要件に反する。「最小のリス

<sup>36</sup> EU「HealthData@EU」<https://acceptance.data.health.europa.eu/healthdata-central-platform/home?locale=en>

ク」の分野では AI を自由に利用できる。

ヘルスケア分野の AI は、機微な個人情報を扱うために、一般的には高リスクの AI と見なされる。これに関して、2024 年に雑誌 ScienceDirect に掲載された記事は次のように指摘した。

*AI 法は、医療技術に関する各国の政策と実践に大きな改革をもたらすだろう。欧州 AI 法はヘルスケアの様々な関係者に新しい法的義務を課すことになる。しかし、欧州 AI 法は分野横断的な法規制であるため、ヘルスケア分野特有のニーズに対応するためには、さらなるガイドラインが求められる。*

欧州 AI 法のヘルスケア分野への影響には注視を続けていく必要がある。

### 2-3. 日本版 EHDS の動き

EHDS は、厳格な安全対策を行うことで、個人の権利とプライバシーを保護しながら、ヘルスデータを活用し、患者のケアを向上させるだけでなく、二次利用によって、医学研究、政策立案、イノベーションを促進する。日本でも、次世代医療基盤法により匿名化された医療データが利活用できる仕組みを整え、2024年には仮名化でも利用できるように次世代医療基盤法を改正したが、まだ利活用は進んでいるとはいえない。そこで、「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（2025年6月13日閣議決定）、「規制改革実施計画」2025年6月13日閣議決定）等を踏まえ、医療等情報の利活用の推進に向けた検討を行うために、2025年9月に内閣府に「医療等情報の利活用の推進に関する検討会」を立ち上げられ、同様の仕組みを導入することが検討されている。検討会では、患者本人の権利利益を適切に保護するとともに、医療現場や国民・患者の十分な理解を得ながら、貴重な社会資源である医療等情報の二次利用を適切に推進することのバランスが重要であるとし、医学・医療のイノベーションの成果を国民・患者に還元できるようにするという。検討に当たっては、現在の医療DXや医療等情報の利活用の進捗状況、EUのEHDS規則のほか、利活用の具体的なニーズと要する費用のバランス、費用負担の在り方、医療現場の負担、知的財産権の保護等も考慮する必要があるとしている。検討会のメインの検討範囲は、基本的には医療等情報の二次利用の更なる推進となる。

検討会では、2025年度中に中間とりまとめを作成し、2026年度も検討を継続し、2027年の国会提出を目指している。

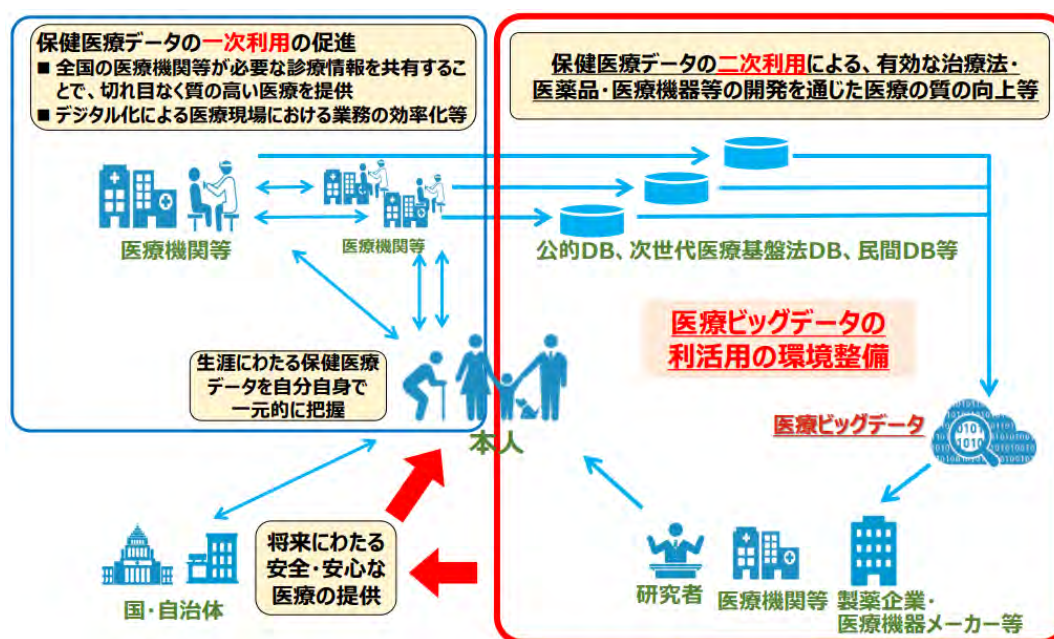
2026年1月20日に開催された第8回の「医療等情報の利活用の推進に関する検討会」では、「医療等情報の利活用の推進に関する検討会 中間まとめ（案）<sup>37</sup>」が提出されている。中間まとめ（案）では、医療等情報の利活用の基本的な理念（目指す社会、基本的な考え方、基本的な方向性）として、医療等情報の利活用を進めるためには、基本的な理念を明らかにし、目指すべき社会像、基本的な考え方や方向性を示すことにより、国民や関係者が医療等情報の利活用の意義や利点メリット等を広く理解して協働していけるようにすることが重要である、としている。また、医療等情報の利活用において目指す社会として、少子高齢化に伴い医療の担い手の確保が厳しくなる中で、医療現場や国民・患者が医療等情報やICTを積極的に利活用することにより、国民一人ひとりの健康寿命の延伸や利便性の向上を図るとともに、医療現場において、個々の患者への医療の質を維持・向上し、効率化や生産性向上を図る取組を進めていくとしている。

---

<sup>37</sup> 「医療等情報の利活用の推進に関する検討会 中間まとめ（案）」の詳細は、以下を参照のこと。

<https://www8.cao.go.jp/iryoku/studygloup/20260120/pdf/s-1.pdf>

図表 66 医療等情報の利活用のイメージ及び検討範囲



資料出所：内閣府「第1回 医療等情報の利活用の推進に関する検討会」資料2 今後の検討の進め方について <https://www8.cao.go.jp/iryuu/studygloup/20250903/pdf/s-2.pdf>

対象となる医療等情報について、これまでの検討会において、例えば、産まれる前から亡くなるまでの様々な健康医療データが個人単位で追跡可能となるライフコースデータ（健診、レセプト、DPC、ワクチン接種記録、介護記録、母子健康手帳、ゲノムデータ、死亡データなど）、診療に使用された医療機器を特定するデータ、医療機器・診療データ・レセプトが連結したデータなどが挙がっており、引き続き、検討会での意見や利活用の具体的なニーズを踏まえ、患者等の権利利益を適切に保護しつつ、ゲノムデータや画像情報等の加工困難な情報や死亡者の医療等情報の利活用を図ること等を含めて、検討会で2026年夏目途の議論の整理に向けて検討を行っていくとしている。

また、患者の識別子については検討会の中でもさまざまな意見が出されているが、各種データを共通の患者識別子で横断的に解析可能にしていくことは、医療等情報の更なる利活用に向けて重要であり、国民・患者や医療現場の理解を得て協働しながら、医療等情報を効果的・効率的に利活用できるよう、引き続き、これらの意見等を踏まえ、検討会で2026年夏目途の議論の整理に向けて検討を行っていくとされている。

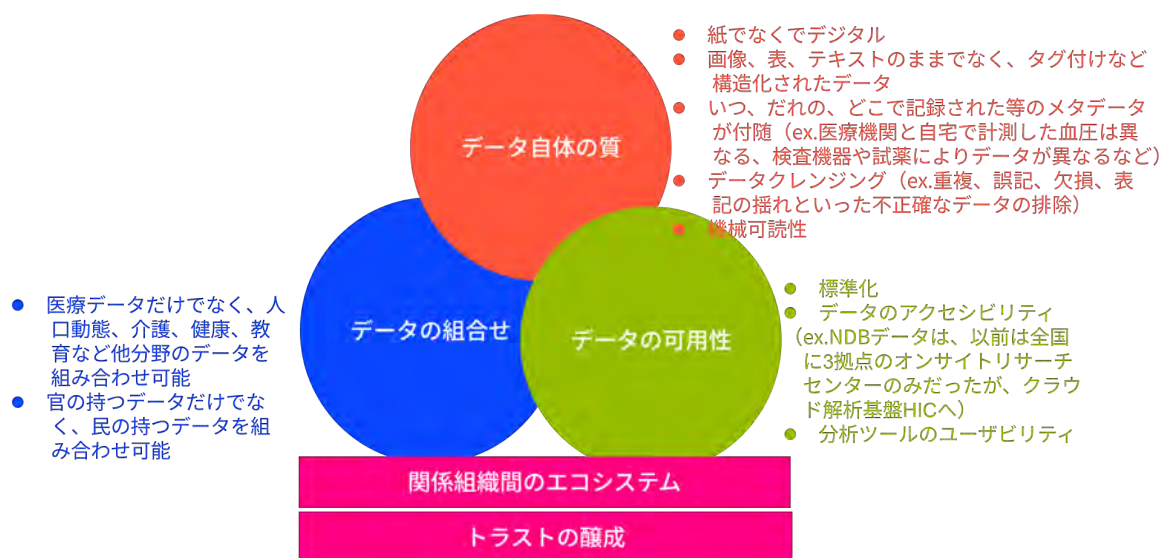
データ収集・オプトアウト管理・審査・加工・解析環境整備等の機能を誰が担うべきかについても、中間とりまとめ（案）では国・公的機関が一元的に実施する案や民間の認定事業者が役割分担する案など複数案が併記されている。これについても、便益と費用負担、国民・患者や医療現場の理解等を踏まえ、検討会で2026年夏目途の議論の整理に向けて検討を行っていくとされている。

## 2-4. ヘルスケア分野における DX の進展

### (1)高品質なデータとは

質の高いアウトプットを出すには、質の高いデータが必要となる。ヘルスケア分野における高品質のデータには、大きく3つの要素が必要であると考えられる。第一にデータ自体の質である。医療・介護の現場には、まだ多くの紙の情報が残っている。そもそもデータになっていない情報は利活用できないため、デジタル化を進める、機械可読性のあるデータにする必要がある。画像、表、テキストなどのデータはタグ付けし、構造化することで利活用が進むことになる。特にAIの学習データにする場合は、この点は重要となる。また、いつ、だれの、どこで記録された等のメタデータが付随していることもデータの質を高める。例えば、医療機関と自宅で計測した血圧は、同じ血圧のデータであるが取り扱いは異なる。検査機器や試薬が異なれば、同じ検査項目のデータでも扱いは異なるなど、医療の現場では、このようなメタデータが分析するには必要となる。分析にあたっては、重複、誤記、欠損、表記の揺れといった不正確なデータの排除するデータクレンジングは前提となる。

図表 67 高品質なヘルスケアデータ（イメージ）



資料出所：各種資料により筆者作成

第2に、データの組み合わせである。単独のデータでも価値はあるが、例えば、医療データに、人口動態、介護、健康、教育など他分野のデータを組み合わせることによってさら深い分析が可能になる。他分野のデータと組み合わせ可能となることで、データの質を高めることになる。

第3に、データの可用性がある。いくら良いデータがあったとしても、それを利用するハードルが高ければ、実際には利用することができない。例えば、NDBデータは、以前は全国に3拠点（厚生労働省、東京大学、京都大学）のオンサイトリサーチセンターのみで高度な分析が可能であったが、クラウド解析基盤 HIC が構築されたことで、オンサイトリサーチセンターに訪問することなく分析が可能になっており、データへのアクセシビリティを高めている。また、分析ツ-

ルのユーザビリティも重要となる。

また、このようなデータを流通させるには、データ保有者がデータ提供をしたいと思うことができる関係組織間のエコシステムをいかに構築するかも配慮すべきといえる。そのためには、保法律やセキュリティ技術などによってデータ利用に対する信頼を醸成していくことも大事となる。

## (2)ヘルスケア DX の現状

### ①電子カルテの普及状況

医療 DX を推進する上で重要となる電子カルテの普及状況は、一般病院では 2008（平成 20）年には 14.2%であったものが、2023（令和 5）年には 65.6%まで増加している。病床規模で大きく異なり、400 床以上の大規模病院では 93.7%と高い導入率となっているが、200 床未満では 59.0%と 30%以上の乖離がある。一般診療所は、さらに導入率が低く 55.0%となっている。

図表 68 電子カルテシステムの普及状況の推移

	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)

出典：医療施設調査（厚生労働省）

注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結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

注2 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

注3 平成 23 年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

資料出所：第 6 回「医療 DX 令和ビジョン 2030」厚生労働省推進チーム 資料 3（令和 7 年 1 月 22 日）<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001380626.pdf>

### ②HPKI 電子証明書の導入率

患者・利用者側の電子的な ID としてはマイナンバーカードの保険証利用がスタートしているが、ヘルスケアの専門家に対する電子的 ID はすべての実務者が利用しているという状況にはなっていない。

保健医療福祉分野 PKI（HPKI）電子証明書は、医師・薬剤師・看護師など 27 種類の保健医療

福祉分野の国家資格と、院長・管理薬剤師など 5 種類の管理者資格を認証することのできる厚生労働省の認めた我が国で唯一の電子証明書である。HPKI 電子証明書を使用することで、医師などの押印が必要な書類を電子的に作成し電子署名を付加することで正本として扱うことができ、電子カルテなど医療現場に広がるデジタル化における利便性とセキュリティを大幅に向上することができる。

一般財団法人医療情報システム開発センターMEDIS では、医師・薬剤師・看護師など 27 種類すべての保健医療福祉分野の国家資格と、院長・管理薬剤師など 5 種類の管理者資格の他、医療機関の事務職員などのための hcRole（医療従事者の資格）の記載がない電子証明書を発行することができる。医師については日本医師会電子認証センター、薬剤師については日本薬剤師会でも発行が可能である<sup>38</sup>。

図表 69 電子署名できる国家資格(27種)

資格名 (国家資格)	説明
Medical Doctor	医師
Dentist	歯科医師
Pharmacist	薬剤師
Medical Technologist	臨床検査技師
Radiological Technologist	診療放射線技師
Registered Nurse	看護師
Public Health Nurse	保健師
Midwife	助産師
Physical Therapist	理学療法士
Occupational Therapist	作業療法士
Orthoptist	視能訓練士
Speech Therapist	言語聴覚士
Dental Technician	歯科技工士
National Registered Dietitian	管理栄養士
Certified Social Worker	社会福祉士
Certified Care Worker	介護福祉士
Emergency Medical Technician	救急救命士
Psychiatric Social Worker	精神保健福祉士
Clinical Engineer	臨床工学技士
Massage and Finger Pressure Practitioner	あん摩マッサージ指圧師
Acupuncturist	はり師
Moxibustion Practitioner	きゅう師
Dental Hygienist	歯科衛生士

<sup>38</sup> MEDIS 「保健医療福祉分野公開鍵基盤 電子認証局のご案内」 [https://www.medis.or.jp/8\\_hpki/about.html](https://www.medis.or.jp/8_hpki/about.html)

Prosthetist and Orthotist	義肢装具士
Judo Therapist	柔道整復師
Clinical Laboratory Technician	衛生検査技師
Certified Public Psychologist	公認心理師

資料出所 MEDIS 「保健医療福祉分野公開鍵基盤 電子認証局のご案内」

[https://www.medis.or.jp/8\\_hpki/about.html](https://www.medis.or.jp/8_hpki/about.html)

図表 70 電子署名できる管理者等資格(5種)

機関の管理責任者	説明
Director of Hospital	病院長
Director of Clinic	診療所院長
Supervisor of Pharmacy	管理薬剤師
Proprietor of Pharmacy	薬局開設者
Director	その他の保健医療福祉機関の管理責任者

資料出所 MEDIS 「保健医療福祉分野公開鍵基盤 電子認証局のご案内」

[https://www.medis.or.jp/8\\_hpki/about.html](https://www.medis.or.jp/8_hpki/about.html)

医師資格証はこの基盤を元にして発行される、医師の資格を証明できる顔写真付きの IC カードとなっており、券面を提示することで医師資格を持った医師本人であることを証明することもできる。

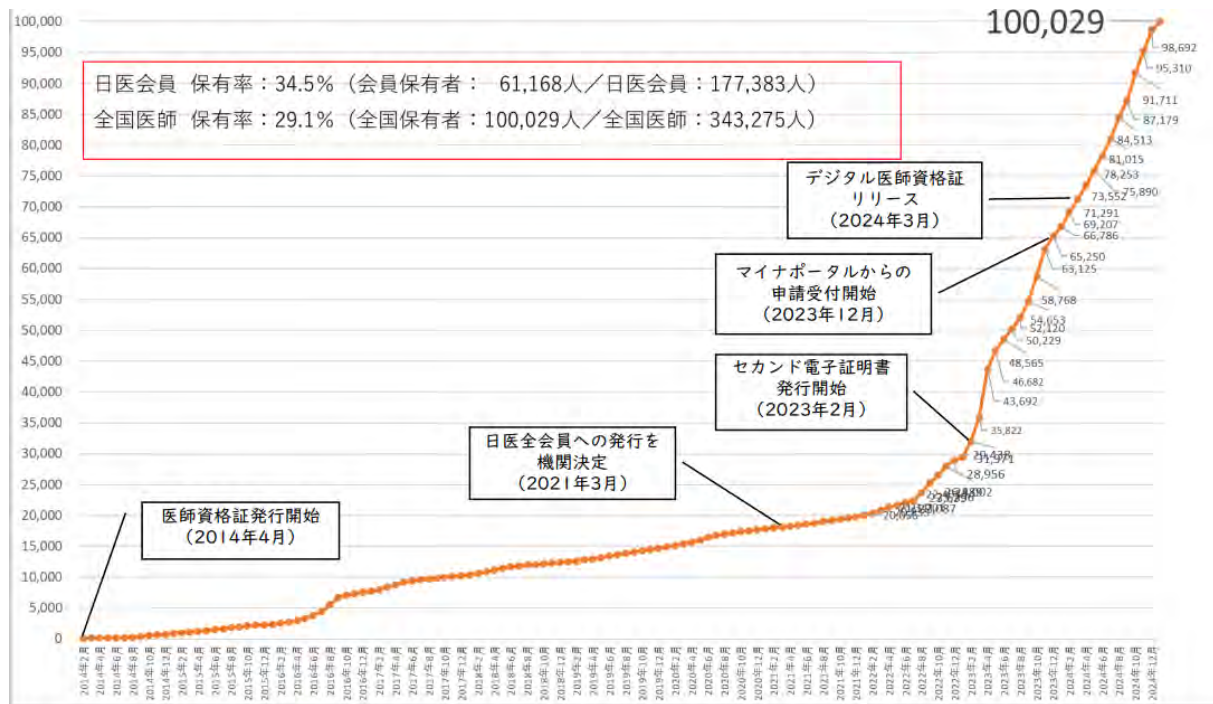
図表 71 医師資格証



資料出所：公益社団法人日本医師会「定例記者会見 医師資格証保有者 10 万人達成について」(2025 年 1 月 22 日) [https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20250122\\_4.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20250122_4.pdf)

2014 年 2 月から発行された HPKI 電子証明書は、2025 年 1 月で保有者数 10 万人を達成しているが、日医会員でも保有率は 34.5%であり、医師全体の保有率は 29.1%と普及は進んでいない。

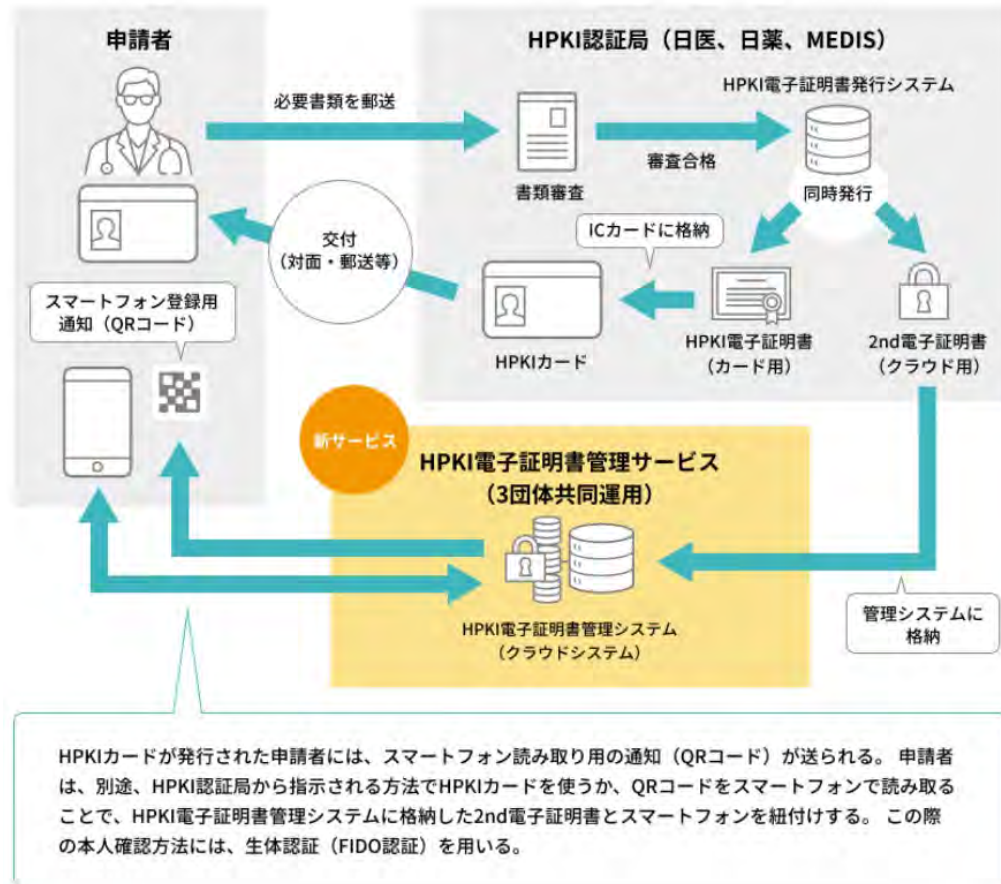
図表 72 医師資格証保有者の推移



資料出所：公益社団法人日本医師会「定例記者会見 医師資格証保有者 10万人達成について」  
 (2025年1月22日) [https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20250122\\_4.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20250122_4.pdf)

医療現場において HPKI をより使いやすくするため、医師資格証の保有者・新規申請者に向けて「HPKI セカンド電子証明書」の提供を2022年2月より開始している。HPKI セカンド電子証明書をスマートフォンに搭載することで、HPKI カードを用いることなく、スマートフォンを利用して HPKI 電子署名を行うことが可能となる。医療 DX 推進に関する工程表により、電子処方箋の普及が急がれており、利用の際には HPKI 電子証明書が必須となっているが、世界的な半導体不足により IC カードの医師資格証の在庫不足が発生し新規発行が困難となっている。そのため、代替手段として、HPKI カード申請時に発行される「HPKI セカンド電子証明書」をマイナンバーカードもしくはスマートフォンと紐づけることで電子署名を行うことが可能にしている。

図表 73 セカンド電子証明書とは



資料出所：日本医師会 電子認証センター「セカンド電子証明書とは」

[https://www.jmaca.med.or.jp/hpki/second\\_digital/](https://www.jmaca.med.or.jp/hpki/second_digital/)

### ③ヘルスケア業界における AI への関心

PwC の「ヘルスケア／病院／医薬／医療機器業界における活用動向 生成 AI に関する実態調査 2024 春<sup>39)</sup>」によれば、ヘルスケア・病院・医薬・医療機器業界（以下、ヘルスケア業界）では、「社内業務などで生成 AI を活用している」と回答したのは 30%であり、「生成 AI 活用に向けた具体的な案件を推進中」との回答は 18%となった。活用推進度では、全業界平均とほぼ同等の進捗を示す結果となっている。しかし、生成 AI 活用の自社への活用への関心度は 75%と高く、全業界平均の 59%と比較して 16%も高くなっている。

<sup>39)</sup> 「ヘルスケア／病院／医薬／医療機器業界における活用動向 生成 AI に関する実態調査 2024 春」（2024 年 12 月 6 日）

」の詳細は以下を参照のこと。<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/thoughtleadership/generative-ai-survey2024-hia.html>

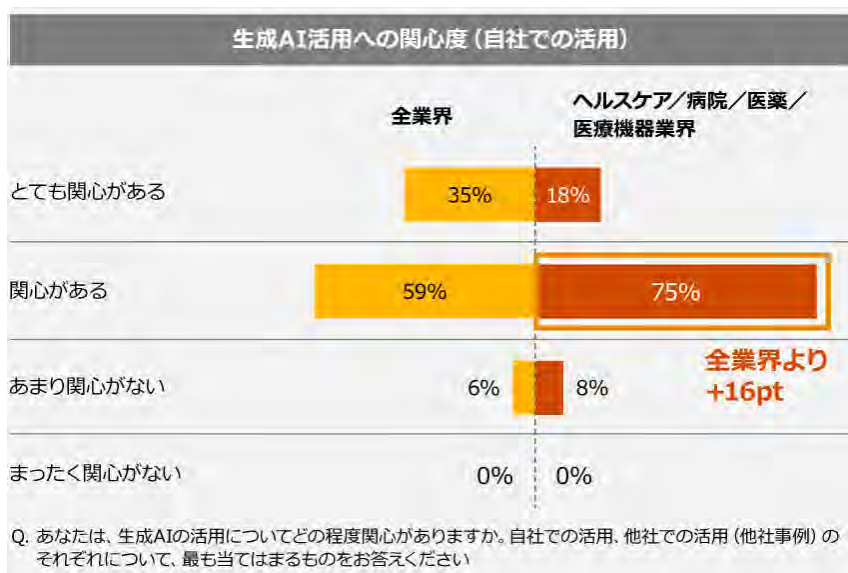
図表 74 生成 AI の活用推進度



資料出所：「ヘルスケア／病院／医薬／医療機器業界における活用動向 生成 AI に関する実態調査 2024 春」

<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/thoughtleadership/generative-ai-survey2024-hia.html>

図表 75 生成 AI 活用への関心度（自社／他社での活用）



資料出所：「ヘルスケア／病院／医薬／医療機器業界における活用動向 生成 AI に関する実態調査 2024 春」

<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/thoughtleadership/generative-ai-survey2024-hia.html>

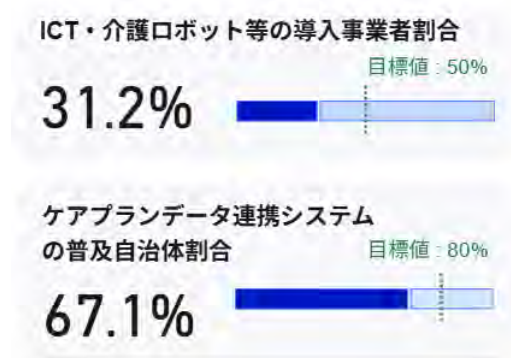
医療分野に比較して、デジタル化や AI への取り組み遅れているといわれる介護分野であるが、デジタル庁の介護現場の生産性向上に関するダッシュボード<sup>40</sup>によれば、ICT・介護ロボット等を導入している介護事業者の割合は 2025 年 9 月時点で 31.2%であり、医療 DX 推進に関する工程表で目指す 2026 年度末までの目標値の 50%にはまだ届いていない。また、ケアプランデータ連携システム普及自治体割合（少なくとも一つの管内事業者がケアプラン連携システムを利用して

<sup>40</sup> デジタル庁 介護現場の生産性向上に関するダッシュボードの詳細は以下を参照のこと。

<https://www.digital.go.jp/resources/govdashboard/nursing-care-productivity>

いる市区町村の割合)は、67.1%とこちらも 2026 年度末までの目標値の 80%にはまだ届いていない。

図表 76 介護事業者による生産性向上への取り組み状況

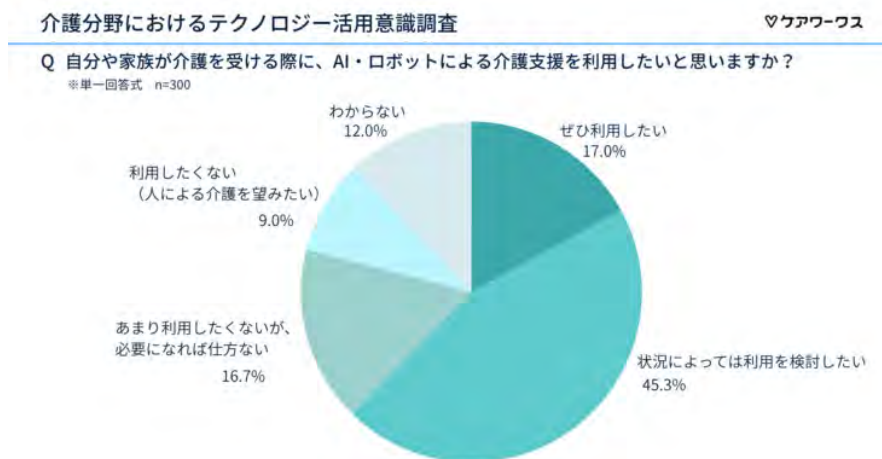


資料出所：デジタル庁 介護現場の生産性向上に関するダッシュボード

<https://www.digital.go.jp/resources/govdashboard/nursing-care-productivity>

介護情報サイト「ケアワークス」が 2025 年 5 月に実施した「介護における AI・ロボット利用に関する意識についてアンケート」<sup>41</sup>では、家族の介護をする可能性がある全国の 40 代～60 代の 300 名を対象に調査を行っている。「自分や家族が介護を受ける際に、AI・ロボットによる介護支援を利用したいと思いますか」という質問に対しては、「ぜひ利用したい」が 17.0%、「状況によっては利用を検討したい」が 45.3%と、利用者・家族側での AI・ロボットへの受容度は 62.3%と前向きな回答となっている。

図表 77 介護分野におけるテクノロジー活用意識調査



資料出所：ケアワークス「介護における AI・ロボット利用に関する意識についてアンケート」

<https://robotstart.info/2025/05/27/survey-ai-robot-nursing-care.html>

<sup>41</sup> ケアワークス「介護における AI・ロボット利用に関する意識についてアンケート」(2025 年 5 月)の詳細は以下を参照のこと。<https://robotstart.info/2025/05/27/survey-ai-robot-nursing-care.html>

#### ④ヘルスケア DX に対するトラストの醸成

##### a)生成 AI による課題

ヘルスケア分野のデジタル化においても、最先端の技術である生成 AI への関心は高くなっている。特に、人手不足が常態化しているこの分野では、生成 AI による業務効率の向上への期待が高く、書類作成・議事録の要約など事務作業やルーチンワークを自動化することや、データ分析の自動化などへの適用が考えられる。

一方で、生成 AI 利用による課題も残っている。第 1 に、「学習データの不足や質の低さ」がある。生成 AI を活用して質の高いアウトプットを出すには、学習データの質が重要となり、特に組織内の質の高いデータが必須となる。しかし、多くの組織では、多くのデータを保有しているが、それを AI が活用できる形でのデータとなっていない。

第 2 に、「誤情報の生成」の課題がある。生成 AI には、事実に基づかない、誤った、または架空の情報をあたかも正確であるかのように生成してしまう「ハルシネーション (hallucination)」という現象がある。医療・法律・教育などの分野では、誤った情報が重大な結果を招く可能性があり、特に注意が必要と言われている。

第 3 に、「著作権・倫理」の課題がある。生成 AI は、インターネット上の膨大なテキスト・画像・音声などを学習してアウトプットを行うが、その中には著作権で保護されたコンテンツが含まれていることがある。また、学習データに含まれる著作物を模倣する可能性もあり、著作権侵害の懸念があると言われている。

第 4 に、「セキュリティへの懸念」がある。利用者が生成 AI に氏名、住所、病歴などの個人情報や社外秘の情報などを入力してしまうことで、学習データとして保存・再利用される可能性がある。特に医療・介護・教育などの分野では、センシティブな情報が扱われるため、漏洩リスクへの注意が必要と言われている。

生成 AI のハルシネーションの問題は、誤った情報が重大な結果を招く可能性があり、特に注意が必要と言われているが、信頼が重要な組織においても対応に欠けた利活用をしているのではないかという懸念も生まれている。そのひとつが、米国のケネディ厚生長官が中心となる MAHA (Make America Health Again 委員会が 2025 年 5 月に報告した子供の健康に関するレポート<sup>42</sup>の問題である<sup>43</sup>。このレポートでは、加工食品、化学物質、ストレス、薬やワクチンの過剰処方が米国の子どもの慢性疾患の要因となっている可能性があると約 500 件の研究を引用しているが、レポートの脚注に記載されている 7 件の研究が存在せず、リンク切れや実在する論文の内容を誤って要約して引用している例も見つかったとデジタルニュースメディア NOTUS が指摘したものである<sup>44</sup>。NOTUS は、存在しない論文の執筆者となっている疫学者の Katherine Keyes 氏

<sup>42</sup> HAMA レポート (修正済) <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2025/05/WH-The-MAHA-Report-Assessment.pdf>

<sup>43</sup> News Week 「子どもの健康巡る米政府報告書、存在しない研究引用 報道受け修正」(2025 年 5 月 30 日) <https://www.newsweekjapan.jp/headlines/world/2025/05/553811.php>

<sup>44</sup> NOTUS 「The MAHA Report Cites Studies That Don't Exist」(2025 年 5 月 29 日) <https://www.notus.org/health-science/make-america-healthy-again-report-citation-errors>

に連絡を取り、MAHA に記載されている論文を執筆していないことを確認し、また、引用されている論文の全文を読み、引用されている内容とは反対の結論の論文であることを確認するなど裏付け作業を行っている。このことから、このレポートが生成 AI によって作成されたのではないかとの疑念が高まったが、ホワイトハウスの報道官は記者団に対し、生成 AI は使用しておらず、引用の誤りは「フォーマットの問題 (formatting issues)」が原因と説明し、修正版のレポートを公開している。

生成 AI のハルシネーションの問題に対応するため、生成 AI サービスを提供する企業は引用元を提示することで対応しているが、引用されている論文の結論が、論文全体を読むと反対の内容であるといったことには対応ができない。生成 AI のアウトプットには人間によるチェックが必要であるが、MAHA 委員会にはこの分野の専門家がいるにも関わらず、このようなレポートが発表されてしまう背景には、架空の情報をあたかも正確であるかのように生成してしまうハルシネーションの問題の難しさを表している。組織内で、生成 AI の利用ルールやガイドライン策定といった対応も進んでいるが、生成 AI のメリットとデメリットを理解した上での利活用が必要となっている。

また、ChatGPT、Gemini のような汎用的な生成 AI ではなく、プライベート LLM と言われる自社サーバーや専用環境で動作し、自分の組織のデータのみを学習データとするような生成 AI もでてきている。プライベート LLM は、組織の内部環境で動作するため、データ漏洩のリスクを大幅に低減できる点や特定の業務に合わせたカスタマイズも可能であるため、セキュリティの厳しい金融や医療といった分野での利用が期待されている。また、汎用的な生成 AI は、インターネット上のあらゆる情報から学習しているため、不正確な情報や古い情報、曖昧な情報を学習してしまっているが、学習データを自社データに限定することで、最新の情報、業界やその組織の専門用語やルールを学習することができ、回答の正確性向上やハルシネーションの低減につなげることもできる。

デジタル庁では、2025 年 5 月に「生成 AI の調達・利活用に係るガイドライン」を公表している。このガイドラインは、AI 関連技術の発展と AI の活用の官民における急速な進展を受け、政府の様々な業務への生成 AI の利活用促進とリスク管理を表裏一体で進めるため、デジタル庁が経済産業省、総務省等と協力して検討を行ったものである。政府機関における生成 AI の調達や利活用が対象ではあるが、生成 AI の便益やリスク、リスク判定のためのチェックリストなどもあり参考になる。

生成 AI は、利便性が高いがまだ課題もある技術といえる。活用とトラスト醸成を両立できるような形での導入を検討していく必要がある。

## b) サイバー攻撃と情報セキュリティ

前述したように経済安全保障法改正による基幹インフラ制度への医療分野の追加の検討が行われている背景には、医療機関におけるサイバー攻撃が市民生活に大きな影響を与えることが顕在化し、医療の安定的な提供の確保が重要であることが再認識されたことがある。医療 DX が進む中で、情報セキュリティの強化はトラストの醸成に大きく関係することになる。

下記は、近年発生した医療機関へのサイバー攻撃であるが、患者データや医療機器が使用でき

ない状況になり、その復旧にはかなりの時間を要する。2022年10月にランサムウェアによるサイバー攻撃を受けた大阪急性期・総合医療センターは高度救命救急センターも設置している大阪市南部の中核的な医療機関で、大阪府で唯一指定されている基幹災害医療センターでもあったため、医療サービスの停止は大きな影響を与えた。電子カルテを含めた総合情報システムが利用できなくなり、救急診療や外来診療、予定手術などの診療機能に大きな支障が生じ、診療の完全復旧は1月までかかることとなった<sup>45</sup>。

図表 78 近年発生した医療機関へのサイバー攻撃

発生年月	機関	概要
2017年8月	福島県立医科大学付属病院	ランサムウェア「WannaCry（ワナクライ）」の亜種に感染し、PCや医療機器がロックされ使用できない状態に。「身代金」の要求には応じず、データの復元を断念。災害拠点病院の一つで、県北部の救命救急センターとしての役割を担っている。
2018年10月	宇陀市立病院（奈良県）	ランサムウェア「GandCrab（ガンクラブ）」によって1133人分の患者データが暗号化されアクセス不能に。全データの復元には2019年3月までかかった。
2021年10月	つるぎ町立半田病院（徳島県）	ランサムウェアに感染し、犯罪者集団「LockBit（ロックビット）」からの身代金要求。電子カルテシステムに登録された約8万5000件の患者情報を閲覧できなくなり、診療報酬の請求も停止。2022年1月に電子カルテシステムを復旧。
2022年10月	大阪急性期・総合医療センター	ランサムウェアによるサイバー攻撃で、電子カルテシステムが停止。身代金要求される。高度救命救急センターも設置している大阪市南部の中核的な医療機関で、大阪府で唯一指定されている基幹災害医療センターでもある。診療の完全復旧は1月までかかった。
2025年2月	宇都宮セントラルクリニック	ランサムウェア「Qilin（麒麟）」により約30万人分の個人情報暗号化され、流出の可能性があると考えられた。診療・健診業務も一部停止となった。停止していた業務の一部が復旧したのは3月初旬。
2026年2月	日本医科大学武蔵小杉病院	ナースコールシステムのサーバー3台がランサムウェア感染約1万人分の個人情報（氏名・住所・電話番号等）が流出し、身代金要求される。電子カルテの情報には影響なく、復旧は約2週間。

資料出所：各種資料から筆者作成

厚生労働省では、病院に対するランサムウェア等のサイバー攻撃が増加し、長期にわたり診療が停止した事例が確認されていることから、病院におけるランサムウェアのリスクを把握するとともに、長期に診療が停止することがないように早急に有効な対策の実施を促すことが必要とし、病院が保有する電子カルテシステム等の医療情報システムのサイバーセキュリティ対策の実態を把握するために「病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査<sup>46</sup>」を実施している。

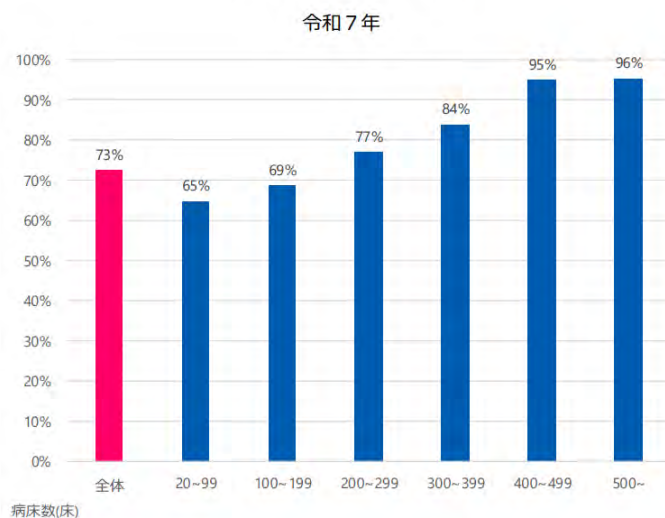
CISOを設置している病院の割合は73%で、病床数の多い病院ほどその割合は高い傾向にあった。しかし、CISOが医療情報に関連した資格を持っている病院の割合は全体で15%と低い数字となっている。

<sup>45</sup> 大阪急性期・総合医療センター インシデント報告書 <https://www.gh.opho.jp/incident/1.html>

<sup>46</sup> 厚生労働省「「病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査」の詳細は以下を参照のこと。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001262033.pdf>

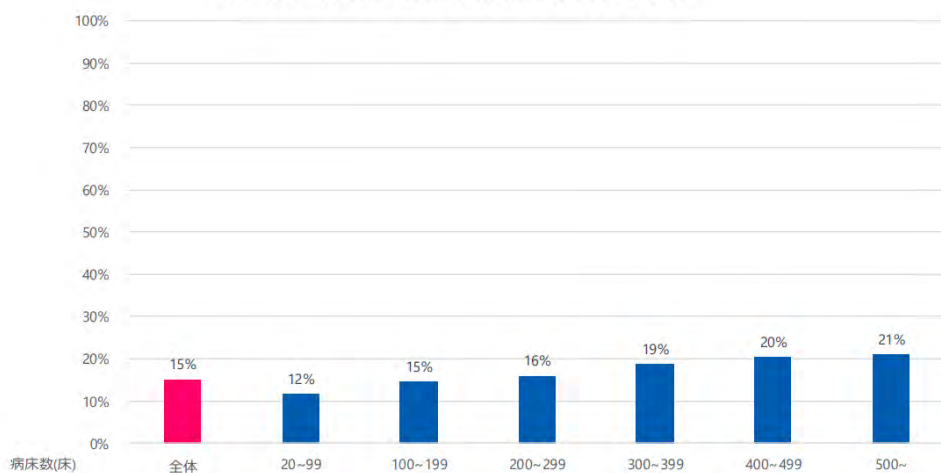
図表 79 サイバーセキュリティ対策に係る調査：CISO の設置・資格保有

CISOを設置している



- CISOを設置している病院の割合は、73%であった。  
(※CISOは施設や組織における情報セキュリティを統括する責任者を指します。)
- 病床数の多い病院ほど、その割合は高い傾向があった。

CISOは医療情報に関連した資格を保持している



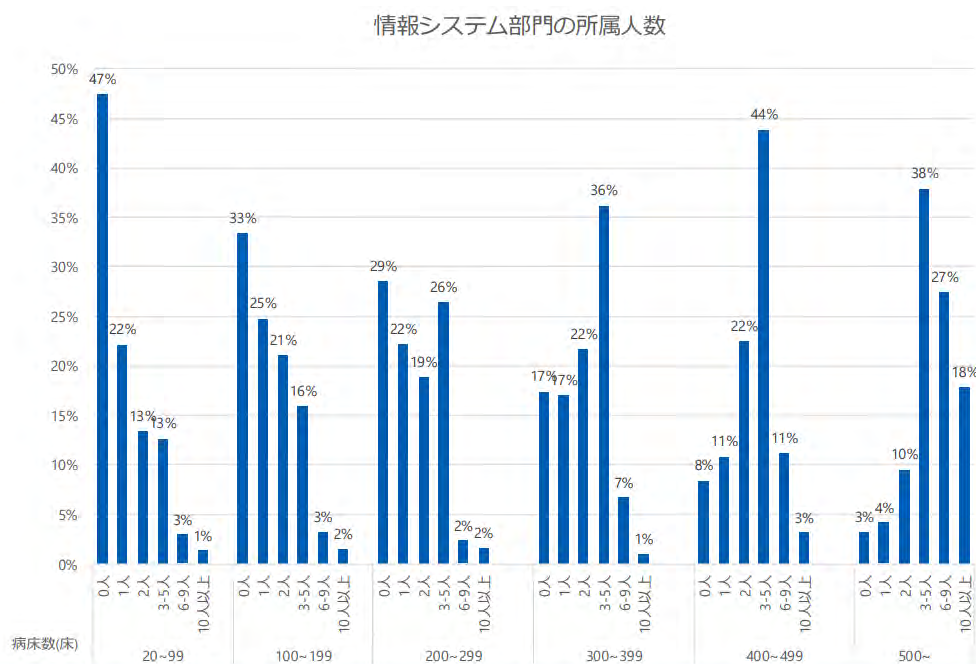
- CISOを設置している病院のうち、CISOの15%が医療情報に関連した資格を保持していた (IPAの資格、民間資格含む)。
- CISOが医療情報に関連した資格を保持している病院の割合は、病床数が多いほど高くなる傾向があった。

厚生労働省「「病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001262033.pdf>

情報システム部門の所属人数は、20-99床の小規模病院では、0人との回答が47%となっており、500床以上の大規模病院でも0人との回答が3%あるなど情報セキュリティへの対応はまだ発展途上といえる。

図表 80 サイバーセキュリティ対策に係る調査：情報システム部門の所属人数



○情報システム部門の所属人数について、299床以下の病院は「0人」、300床以上の病院は「3~5人」が占める割合が多かった。  
 ※所属人数とは常勤で専任（就業時間の5割以上、当該業務に従事している）職員の人数とします。

厚生労働省「「病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査」

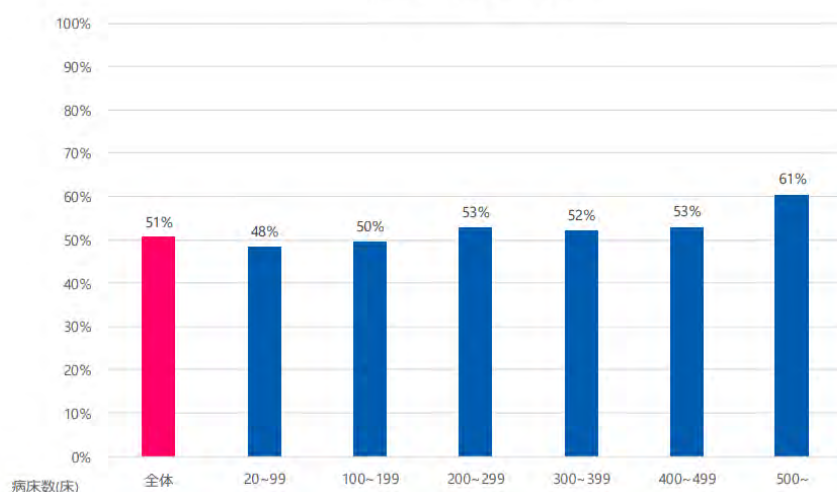
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001262033.pdf>

また、大阪急性期・総合医療センターのサーバー攻撃に関する報告書でも指摘されていたように、医療機関とシステム事業者が、情報システムの運用・管理においてそれぞれどのような役割を果たすのかが曖昧であることが、インシデント発生後の対応の遅れにもつながったと指摘されているが、この調査結果でも、医療機関とシステム事業者等の役割を契約書やサービス合意書にまで落とし込んでいる病院は大規模病院でも半数程度となっている。

医療情報の安全管理に関しては、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（略称：厚労省ガイドライン）」及び「医療情報を取り扱う情報システム・サービスの提供事業者における安全管理ガイドライン（略称：2省ガイドライン）」に、必要な対策が規定されており、厚生労働省では、2023年4月から医療法に基づく医療機関に対する立入検査の項目に、サイバーセキュリティ対策の項目を位置付けている。また、厚労省ガイドラインから特に取り組むべき重要な項目を抽出し、「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」を公表するなど、強化を図っている。

図表 81 サイバーセキュリティ対策に係る調査：医療機関とシステム事業者等との役割

医療機関とシステム事業者等の役割を契約書やサービスレベル合意書に落とし込んでいる



○医療機関とシステム事業者等の役割を契約書やサービスレベル合意書に落とし込んでいる病院の割合は、51%であった。  
○その割合は病床数の多い病院で高い傾向があった。

厚生労働省「「病院における医療情報システムのサイバーセキュリティ対策に係る調査」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001262033.pdf>

また、厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループにおいて、2023年5月に策定された厚労省ガイドライン第6.0版の改定が検討されている<sup>47</sup>。第6.0版は、医療機関等における医療情報の取扱いにおける安全管理の実効性向上を企図したものであり、外部サービスの利用に関する整理や非常時における対策、本人確認を要する場面での運用の検討等について新たに示した内容となっているが、一方で、ランサムウェアによる医療機関等に対する攻撃事案の発生が継続するほか、サイバー対処能力強化法の成立等、サイバーセキュリティへの社会的意識が一層高まっていることや生成AIをはじめとするAIサービス・クラウドサービスによる医療情報の取扱いの拡大、セキュリティ対策技術の進展や、それに伴う関係ガイドラインの改定も進み、これらに対応する必要があることが背景となっている。想定される論点は8つで、サイバーセキュリティ対策としては、第6.0版からは多層境界防御による対策だけではなく、ゼロトラストの導入の有効性を示している。サイバー攻撃の巧妙化等は、第6.0版公表後も進んでいることから、ゼロトラスト対応や振る舞い検知などの有効な対策について、より具体的に示すことが想定されるとしている。

以上のように、社会全体でヘルスケアデータを活用していくには、その土台となるトラストを醸成が重要であり、信頼を与えられるような対応が必須となってきたといえる。

<sup>47</sup> 第25回 健康・医療・介護情報利活用検討会 医療等情報利活用ワーキンググループ（2025年7月24日）  
厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン改定について」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001522778.pdf>

### 3. 分野的なボーダレス

#### 3-1. 乳幼児期からの健康診断記録の PHR への統合：海外動向を中心に

21 世紀の医療システムは、デジタル技術の進歩を背景に、効率化の手段から、個人の健康増進と自己決定権を支える基盤へと変化している。世界保健機関（WHO）が定義するように、デジタルヘルスは知識の場であり、デジタル技術の開発と利用を通じて健康を改善するための実践である<sup>48</sup>。この変革の中心に位置するのが、パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）である。PHR は、生涯にわたる個人の健康情報を統合し、個人が自らのデータに対してアクセス権と管理権を行使できるようにすることで、断片化された医療履歴を一本化するツールとして期待されている。

小児期における PHR の重要性は、他のライフステージと比較しても高いと考えられる。出生から思春期に至るまでの期間は、身体的・精神的な成長が急速であり、予防接種、乳幼児健診、成長曲線、発達の節目、慢性疾患の管理、そして学童期の学校健診情報など、多様かつ機微なデータが蓄積される時期である。米国疾病予防管理センター（CDC）の報告によれば、約 6 人に 1 人の子供が何らかの発達遅滞を経験<sup>49</sup>しており、早期の特定と介入が長期的な健康状態の改善につながる。

日本においては、「母子健康手帳」制度が存在するが、デジタル化への段階的な移行期間にある。本報告書では、日本、台湾、英国、オランダ、スウェーデンの 5 カ国における小児 PHR システムのガバナンス、技術アーキテクチャ、普及戦略を比較分析し、特に日本が直面している「学校健診との接続」および「子の成長に伴う親のアクセス権限」という二つの課題について議論する。

#### (1)5 カ国における PHR システムのガバナンスと技術的基盤の比較

各国の PHR システムは、その国の医療制度の構造、政治的哲学、そして社会的な信頼関係を反映している。デジタル化の進展には、技術的な標準化だけでなく、法制度とガバナンスの整合性が必要である。

##### ①ガバナンスモデルの分類

比較対象の 5 カ国は、中央集権的な国家主導モデルから、市場の活力を活用した分散型モデルまで、多様なアプローチを採用している。台湾とスウェーデン、英国は公共セクターが主導する構造を持ち、一方でオランダは政府がルールを定め民間がサービスを提供する規制市場モデルをとる。日本は現在、民間の断片的なアプリ市場を公共メディカルハブ（PMH）という公的なインフラで統合しようとする、公民連携の移行期にある。

---

48 Global strategy on digital health 2020-2025

<https://iris.who.int/items/bd23c952-ac42-4c82-b05d-d86e3228fe5a>

49 Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008 | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/127/6/1034/30084/Trends-in-the-Prevalence-of-Developmental?redirectedFrom=fulltext>

図表 82 5カ国における小児 PHR システムの構造的比較 (2025 年時点)

国名	ガバナンスモデル	主なプラットフォーム	Interoperability (相互運用性)
日本	公民連携 (移行期)	マイナポータル / PMH	低～中 (現在、標準化を推進中)
台湾	国家主導 (トップダウン)	My Health Bank (健康存摺)	極めて高い (単一保険制度に統合)
英国	公共サービス (中央集権)	NHS App	中～高 (地域差はあるが一 本化を推進)
オランダ	規制市場 (ボトムアップ)	MedMij 認定 PGO	高い (MedMij 標準による強 制)
スウェーデン	国家主導 (地方分権連携)	1177 Vårdguiden	高い (全地域が共通ポータ ルに接続)

資料出所：各種資料により筆者作成

## ②各国の詳細分析とメカニズム

### a)台湾：単一支払者制度を基盤としたデータの網羅性

台湾の「My Health Bank (MHB)」は、1995 年に開始された全住民対象の国民健康保険 (NHI) 制度を背景としている<sup>50</sup>。2014 年に導入された MHB は、保険請求データ (レセプト) を直接活用することで、受診履歴、検査結果、投薬内容、予防接種、歯科、中医学などの情報を自動的に集約する仕組みである。MHB の特徴は、2019 年に公開されたソフトウェア開発キット (SDK) により、民間企業が MHB のデータを安全に取得し、独自のアドオンサービスを提供できるエコシステムを形成している点にある<sup>51</sup>。2025 年の状況では、国際標準である FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) への準拠を進めており、他国とのデータ連携を視野に入れた次世代 PHR へと進化している<sup>52</sup>。

### b)英国：NHS App を通じた「デジタルの玄関口」の確立

英国の国家保健サービス (NHS) は、伝統的な小児記録である「レッドブック」のデジタル化を、単一の多機能プラットフォームである NHS App へと統合する戦略を採っている。地域

<sup>50</sup> An overview of the healthcare system in Taiwan: London Journal of Primary Care: Vol 3, No 2  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17571472.2010.11493315>

<sup>51</sup> My Health Bank-National Health Insurance Administration Ministry of Health and Welfare-Government  
 Information-International Cooperation-Digital Health and Value-added Applications  
<https://www.nhi.gov.tw/en/cp-1062-cda7e-124-2.html>

<sup>52</sup> 應用説明 - 臺灣核心實作指引(TW Core IG) v1.0.0  
<https://twcore.mohw.gov.tw/ig/twcore/>

ごとに分散していた民間主導のデジタルレッドブックの試験運用を経て、国家レベルでの一貫性を優先する方針へと転換した。2025年7月に発表された「10年保健計画」では、NHS Appを医療サービスの「デジタルフロントドア」と位置づけ、AIを活用したトリアージや、ウェアラブルデバイスとの連携、そして「単一患者記録 (Single Patient Record)」の実現を目指している<sup>53</sup>。

#### c) オランダ：MedMijによる民間主導の相互運用性

オランダは、政府が単一のアプリを提供せず、代わりに安全なデータ交換のための国家標準「MedMij」を定めている<sup>54</sup>。国民は、MedMijの認証を受けた多様な民間PHR (PGO: *Persoonlijke Gezondheidsomgeving*) から、自分のニーズに適したものを選択できる<sup>55</sup>。2023年7月から施行されたWegiz法により、医療従事者はデータの電子的交換が義務付けられ、「専門医療機関間における基本データセットケア (患者移送) の移転」、「専門医療機関間における画像および報告書 (放射線画像) の交換」、「薬剤移管 (処方および調剤のための)」、「在宅介護機関、介護施設、病院間における看護職の異動」、「急性期医療への移送 (例：一般開業医、病院、救急サービス)」等の情報もPGOを通じて共有される予定である<sup>56</sup>。

#### d) スウェーデン：BankIDによるシームレスな体験

スウェーデンの「1177 Vårdguiden」は、21の地域が共同で運営する国家的な保健ポータルである。国民的電子IDである「BankID」を用いた認証プロセスは簡便であり、2022年時点で月間136万人がJournalen (診療録閲覧サービス) を利用している<sup>57</sup>。スウェーデンモデルの特徴は、医療従事者が書いた臨床ノート (Clinical Notes) を含む全記録が、原則として即時に患者に開示される透明性にある<sup>58</sup>。

### (2) 日本における成育医療情報のデジタル化と公共メディカルハブ (PMH) の進展

日本のアプローチは、長年培われてきた「母子健康手帳」の価値を維持しつつ、デジタルへの移行に取り組んでいる。

---

<sup>53</sup> Digital transformation in the NHS: a reference guide | NHS Confederation  
<https://www.nhsconfed.org/publications/digital-transformation-nhs-reference-guide>

<sup>54</sup> Homepage van Stichting MedMij <https://medmij.nl/>

<sup>55</sup> Information about a PGO - doccs <https://doccs.nl/en/information-about-a-pgo/>

<sup>56</sup> What does the Electronic Data Exchange in Healthcare Act... | Highberg <https://highberg.com/insights/what-does-the-electronic-data-exchange-in-healthcare-act-wegiz-mean-for-healthcare-providers>

<sup>57</sup> Adolescents' reasons for accessing their health records online, perceived usefulness and experienced provider encouragement: a national survey in Sweden - PMC <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10928755/>

<sup>58</sup> Online electronic healthcare records: Comparing the views of cancer patients and others - Hanife Rexhepi, Jonas Moll, Isto Huvila, 2020 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1460458220944727>

## ①公共メディカルハブ（PMH）の役割

日本のデジタルヘルスの取り組みの中心は、2023年に提唱された「公共メディカルハブ（PMH）」にある。PMHは、自治体が主体となる医療費助成、予防接種、母子保健などの分野において、マイナンバーカードを基盤としたデータ連携を可能にする情報インフラである<sup>59</sup>。

デジタル庁および関係省庁は、2025年度に電子版母子健康手帳を原則とすることを目指したガイドライン（ベンダー・自治体に、アプリとして持つべき機能やセキュリティ要件等について提示するもの）が発出された<sup>60</sup>。

2026年1月にはマイナポータルの大規模改修が完了<sup>61</sup>し、今後、PMHを通じて医療費助成の受給者証や診察券としてマイナンバーカードが広く利用できるようになる予定である。このインフラ整備により、自治体窓口での煩雑な紙のやり取りや、手動のデータ入力作業（2023年時点で83%以上の自治体を実施<sup>62</sup>）が解消され、データの流動性が高まることが期待されている。

## ②母子健康手帳のデジタル化における課題

母子健康手帳のデジタル化において大きな障壁となっているのは、1,700以上の自治体が独自にカスタマイズした手帳を発行しているという分散型の構造である<sup>63</sup>。この「地域の独自性」はきめ細やかな支援を可能にしてきた一方で、全国的なデータ標準化においては課題となった。PMHは、この地域の多様性を許容しつつ、共通のデータ連携レイヤー（API）を提供することで、全国どこでも同様の質で情報にアクセスできる環境を構築しようとしている<sup>64</sup>。

## (3)母子保健から学校保健への接続：5カ国の統合モデルと日本の課題

子供の健康管理において、乳幼児期の「母子保健」から学童期の「学校保健」への移行は、情報の断絶が起きやすい局面である。学校健診の情報は教育機関が管理するため、医療機関のデータ

---

<sup>59</sup> 自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム（Public Medical Hub：PMH） | デジタル庁

<https://www.digital.go.jp/policies/health/public-medical-hub>

<sup>60</sup> 「デジタル行財政改革取りまとめ2025」2025年6月13日 デジタル行財政改革会議決定

[https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital\\_gyozaikaikaku/pdf/torimatome\\_honbun2025.pdf](https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_gyozaikaikaku/pdf/torimatome_honbun2025.pdf)

自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム（Public Medical Hub：PMH） | デジタル庁

<https://www.digital.go.jp/policies/health/public-medical-hub#local-government>

<sup>61</sup> 今後のサービス拡大に対応するため、2026年1月頃にマイナポータルの大規模な改修を予定しています（メンテナンス期間のおしらせ） | デジタル庁 <https://digital-gov.note.jp/n/n32d008315209>

<sup>62</sup> 母子保健情報のデジタル化について（母子健康手帳、母子保健情報等に関する検討会報告書）令和5年3月14日 <https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/001072272.pdf>

<sup>63</sup> 「母子健康手帳、母子保健情報等に関する検討について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000958029.pdf>

<sup>64</sup> 母子保健DXについて第4回子ども家庭審議会成育医療等分科会令和6年11月20日資料2-3令和6年11月20日子ども家庭庁成育局母子保健課

[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/0238af12-b583-4c09-9a67-0f2f7cb19c1c/6e8f22e8/20241120\\_councils\\_shingikai\\_seiiku\\_iryuu\\_0238af12\\_06.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0238af12-b583-4c09-9a67-0f2f7cb19c1c/6e8f22e8/20241120_councils_shingikai_seiiku_iryuu_0238af12_06.pdf)

と統合することが技術的にも制度的にも困難であった。

## ①日本における学校健診 PHR の推進

文部科学省は、児童生徒の学校健康診断結果をマイナポータルで閲覧・活用できるようにする「学校健診 PHR」の導入を進めている<sup>65</sup>。

- データ連携のメカニズム: 学校で実施された健診結果は、統合型校務支援システムに入力された後、民間送達サービスを通じてマイナポータルへと配信される。
- 2024 年度から「本格導入」のフェーズに入っており、2025 年 2 月まで全国の学校設置者を対象とした伴走型支援事業が実施された。文部科学省は、2024 年 3 月に策定したデータ標準に基づき、異なる校務支援システム間でも相互運用性が確保される環境を目指している。

## ②比較 4 カ国における学校保健情報の状況

他国でも、学童期の健康データを PHR に統合する動きが見られる。

### a)台湾

台湾では、学校健診データは教育省が管理しており、MHB への統合はされていない。MHB は保険請求データに依拠しているため、学校から精密検査の指示を受けて受診した病院の健診データは自動的に MHB に集約されるほか、台北市では独自の教育アプリで保護者にデータを配信している<sup>66</sup>。

また PHR を IPS (International Patient Summary) に準拠させることで、国境を越えたデータ連携や教育機関とのさらなる連携を視野に入れた「次世代 PHR」の開発が進んでいる<sup>67</sup>。これにより省庁間の異なるデータの連動が進む可能性がある。

### b)英国

英国では、「NHS 10 year plan」を計画し、ヘルスケア分野のデジタル化を促進しようとしている<sup>68</sup>。2024 年時点で子どもの健康データを連係させているのは地方自治体のわずか 24%、

<sup>65</sup> 「学校健康診断情報の PHR への活用推進」文部科学省 [https://www.mext.go.jp/content/20240724-mxt\\_kenshoku-000019517\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20240724-mxt_kenshoku-000019517_1.pdf)

<sup>66</sup> 臺北市政府全球資訊網-市府新聞稿-感謝 31 萬用戶支持, 北市酷課 APP 全新 3 大功能, 讓親師合作更緊密! [https://www.gov.taipei/News\\_Content.aspx?n=F0DDAF49B89E9413&s=76059EA4CB9C9AD6](https://www.gov.taipei/News_Content.aspx?n=F0DDAF49B89E9413&s=76059EA4CB9C9AD6)

<sup>67</sup> Implementing a Cross-Border Next-Generation Personal Health Record in the Philippines and Taiwan: An Implementation Case Report Using Health Level 7 International Fast Healthcare Interoperability Resources - PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40607529/>

<sup>68</sup> NHS 10 year plan: Making better use of technology in health and care - briefing | RCPCH <https://www.rcpch.ac.uk/key-topics/nhs-ten-year-plan/better-use-technology-shift-briefing>

Integrated Care Board (ICB: 統合ケア・ボード) の 16%である<sup>69</sup>。これらを連携させるために「レッドブック (親子健康手帳)」のデジタル化を推進し、単なる成長曲線やワクチン接種記録にとどまらず、すべての専門家や機関が子どもの健康状態の全体像を把握できるようにし、広範なデジタル健康記録計画に統合することを目指している。そのために計画では、子どもの健康、ケア、保護のニーズに関するデータを連携させるために、NHS 番号を単一の識別子 (Single Unique Identifier) として使用することを推奨している。

#### c) オランダ

オランダでは、0 歳から 18 歳までを対象とした「Jeugdgezondheidszorg (JGZ: 青少年保健)」という一貫したサービス体系が存在する<sup>70</sup>。しかし、JGZ のデータは PGO とは別に管理されていた。

2021 年から実施されている「I-JGZ」プロジェクトは、分散していた乳幼児向けアプリやポータルを統合し、保護者と専門家の双方が同じプラットフォーム (I-JGZ プラットフォーム) を通じて成長データや意思決定支援ツールにアクセスできる環境を構築している<sup>71</sup>。

#### d) スウェーデン: 地域 HIE を介した包括的アクセス

スウェーデンでは、病院や診療所、乳幼児健診 (BVC: 0~6 歳) のデータは地域 (Region) が管理し、学校保健データは自治体 (Kommun) が管理している。スウェーデンの学校保健記録システムで高いシェアを持つ Prorenata は 1177 との接続機能をオプションで提供している<sup>72</sup>が、プライバシー方針と予算の関係で、多くは利用されていない。

### (4) 思春期におけるプライバシー保護と保護者アクセス権の制限

子供が成熟し、自立した個人へと成長する過程において、PHR の管理権限を「親」から「本人」へとどのように移行させるかは、重要な倫理的・制度的課題である。スウェーデンや台湾では、思春期のプライバシー保護のために、親のアクセスを制限するルールが設けられている。

#### ① スウェーデン: 保護者のアクセス権をめぐる「空白の期間 (アクセスギャップ)」

スウェーデンの「1177 Journalen」における年齢制限は、他国と比較しても厳格であり、議論の対象となっている<sup>73</sup>。

---

<sup>69</sup> Putting together the data jigsaw: Linking administrative data sets on children with SEND - Learning from local area experience - SURE <https://sure.sunderland.ac.uk/id/eprint/17344/>

<sup>70</sup> Over jeugdgezondheidszorg - NCJ <https://www.ncj.nl/over-jeugdgezondheid/>

<sup>71</sup> I-JGZ: digitale innovaties voor slimme jeugdgezondheidszorg <https://www.tno.nl/nl/gezond/jeugd-gezondheid/i-jgz-gezondheid-bevorderen/>

<sup>72</sup> Integration med 1177.se Journalen - Användarmanual - Prorenata Journal | Dokumentation <https://docs.prorenata.se/space/MAN/2354053136/Integration+med+1177.se+Journalen>

<sup>73</sup> JMIR Pediatrics and Parenting - Perspectives on Swedish Regulations for Online Record Access Among

- 13 歳でのアクセス停止: 保護者は子供の出生から 12 歳まではすべての記録にアクセスできるが、子供が 13 歳になった時点でこの権利が自動的に停止される。この理由は、性感染症、避妊、メンタルヘルスなど、親に知られたくない相談を子供が安心して行えるようにするためである。
- 16 歳での本人アクセス権: 子供本人がオンラインで自分の記録を見ることができるようになるのは 16 歳からである。
- アクセスギャップの問題: この結果、13 歳から 15 歳の間の 3 年間は、親も子供もオンラインで記録を見ることができない「空白の期間」が生じる。2025 年 1 月に発表された研究によれば、難病を抱える子供の親の 91%がこの制限に批判的であり、ケアの調整に支障をきたしていると報告されている。慢性疾患がある場合は、紙の申請書と医療者による成熟度評価 (Maturity Assessment) を経て、親のアクセスを延長する「特別アクセス」が認められるが、その手続きは煩雑である。

## ②台湾：オプトイン同意に基づく段階的権限移行

台湾の MHB (My Health Bank) では、15 歳を境とした「同意モデル」が採用されている<sup>74</sup>。

- 15 歳未満: 親の MHB システムに子供の情報を自動的にリンクさせ、管理することができる。
- 15 歳～17 歳: 子供自身が自分の MHB 設定を変更し、親による閲覧を許可する設定を行わなければならない。
- 18 歳以上: 本人の同意があれば、期間を限定して他者に閲覧を許可することができる。

## ③英国とオランダ：能力評価と年齢による制限

- 英国: 多くの GP 診療所では、11 歳から 14 歳の間に保護者のオンラインアクセスを自動的に停止する設定を導入している。16 歳になると、若者は成人と同じ法的権利を持ち、親のアクセスは本人の明示的な同意がない限り再開されない<sup>75</sup>。
- オランダ: 12 歳までは親が全責任を持つが、12 歳から 16 歳までは親子が「共有アクセス」の状態となり、16 歳で完全に本人へと権限が移る。12 歳以上の子供は、自分の記録を親に見せないように「ブロック」する権利を認められている<sup>76</sup>。

---

Adolescents With Serious Health Issues and Their Parents: Mixed Methods Study

<https://pediatrics.jmir.org/2025/1/e63270>

<sup>74</sup> Family Management in My Health Bank Keeps Baby's Immunization Records at Your Fingertips-National Health Insurance Administration Ministry of Health and Welfare-NEWS <https://www.nhi.gov.tw/en/cp-1252-775dd-8-2.html>

<sup>75</sup> Parent and guardian proxy access for children - NHS <https://www.nhs.uk/nhs-services/gps/gp-services-for-someone-else-proxy-access/parent-and-guardian-proxy-access-for-children/>

<sup>76</sup> Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg | Rechten <https://www.ddjgz.nl/?pagina=50>

#### ④日本

日本では、マイナンバーが自分で申請できる「15歳」を親の代理閲覧の区切りとする傾向にあるが、12歳～15歳の段階でも、性やメンタルヘルスに関わる機微な診療情報（産婦人科、精神科など）を親に知られたくないニーズが強く存在する。

特に深刻なのは、虐待の相談記録が加害者である親に筒抜けになるリスクや、身体データが過干渉の材料になる場合である<sup>77</sup>。そのため、年齢による一律の切り替えではなく、診療科や項目ごとに閲覧権限を細かく設定できる機能や、子ども自身が閲覧をブロックできる仕組みの導入が、システム設計と法整備の両面で必要となる。

#### (5)日本の成育 PHR 高度化に向けた提言

以上の国際比較と日本の現状を踏まえ、母子健康手帳から始まる小児 PHR を、生涯にわたる健康管理のデータとするための提言をまとめる。

##### ①公共メディカルハブ（PMH）を「信頼の基盤」に

日本の強みは、母子健康手帳という制度が全国民に浸透し、既に高い信頼を得ていることである。このアナログの信頼をデジタルに移植するためには、PMH を単なるデータの中継地点ではなく、オランダの MedMij のような「信頼の枠組み（Trust Framework）」へと発展させることが望ましい。

- 自治体、医療機関、民間アプリ事業者が PMH に接続するための技術・セキュリティ基準を明確化し、MedMij ラベルのような「認定マーク」を付与することで、国民が安心して民間アプリを選択できる環境を構築することが考えられる。また、2026年の運用開始に向けて、転出入時でもデータが完全に引き継がれる「データポータビリティ」を技術的に保証する必要がある。

##### ②学校健診情報の統合を「健康教育」の視点で推進する

学童期のデータ統合は、単なる記録の保管ではなく、児童が自らのデータを見て生活習慣を振り返る「ヘルス・リテラシー教育」のツールとして活用することが望ましい。

- 文部科学省が進める学校健診 PHR において、身長・体重の推移（成長曲線）や視力、虫歯の状況などを、オランダの I-JGZ<sup>78</sup>のようにビジュアル化して表示する機能を拡充することが考えられる。また、学校での健診結果に基づいて、医療機関への受診を自動的に推奨し、受診結果が再び PHR に還元される仕組みを PMH の機能拡充として盛り込むことも有効だと考えられる。

---

<sup>77</sup> DV・虐待等被害者に係るマイナンバー制度における不開示措置の周知について（依頼）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/001453114.pdf>

<sup>78</sup> JgzApp <https://www.jgzapp.nl/>

### ③「思春期の壁」に対する日本独自のアクセスルールを策定すること

スウェーデンの「アクセスギャップ」の問題は、日本にとっても検討する必要がある事例である。思春期の機密保持と、親による健康管理の必要性をどのようにバランスさせるかは、システムの社会的受容性を左右する。

- 具体的方策: 日本でも、中学生（12-13歳）あるいは15歳を境に、親のアクセス権限を見直す仕組みをマイナポータルに実装することが考えられる。その際、スウェーデンのように一律に遮断するのではなく、台湾のように「親子共有モード」を選択できるようにしつつ、特定の診療科（精神科や産婦人科など）のノートのみを子供の意思で親から隠せる選択的な機能を盛り込むことを検討すべきである。

### ④「生涯 PHR」へのシームレスな移行と社会実装

小児期のデータは、将来の成人病予防や個別化医療の基盤となる。

- 具体的方策: 2026年に本格稼働するPMHにおいて、小児期の成育データが、成人期の特定健診や薬剤情報と一つのタイムラインで繋がるよう、データフォーマット（HL7 FHIR等）を統一することが望ましい。
- 日本では紙の母子健康手帳に対して強固な信頼があるが故に、デジタル化への抵抗が大きい<sup>79</sup>。こうした利用者の気持ちを配慮した上で、デジタル化の推進を進めてほしい。

### ⑤学術研究および公衆衛生への二次利用の環境整備

蓄積された質の高い成育データは、国の公衆衛生政策を立案するための資源となる。

- 具体的方策: 個人の同意（オプトイン）を前提として、匿名化されたデータを成育医療研究センター等の専門機関が分析できる仕組みを、PMHの設計段階から組み込むことが望ましい。これにより、地域ごとの健康課題の早期発見や、新たな治療法の開発に繋げることが可能となる。

## (6)まとめ

日本の小児PHRシステムは、母子健康手帳という制度の蓄積と、PMHというデジタルインフラの構築という二つの側面がある。台湾の統合力、英国の戦略、オランダの市場規律、スウェーデンの透明性。これら各国の事例は、日本が「技術的なデジタル化」だけでなく、子供のライフステージに応じた「権利とプライバシーのデジタル化」という視点を持つことの重要性を示している。

今後のデジタル化において、学校健診情報の統合と、思春期の自律性を尊重したアクセス管理を実装することができれば、日本は包摂的で持続可能なデジタル健康社会を構築できると考えられる。

---

<sup>79</sup> <ママのリアル調査>母子手帳の電子化をどう思う？7割のママは「紙の手帳がいい」、その理由は？ | ママスタセレクト <https://select.mamastar.jp/814627>

## 3-2. 母子保健縦割り行政の壁を超える

### (1)ネウボラの起源

「ネウボラ (Neuvola)」はフィンランド語である。「助言 (neuvo)」と「場所 (la)」の合成語で、「助言の場」という意味になる。妊娠期から子どもの就学前まで、家族を切れ目なく支援する公的な子育て支援制度や施設がネウボラであり、その起源は 1920 年代に遡る。フィンランド政府は英語でネウボラを表現する際には、**Maternity and Child Health Clinics** という意識を用いている。フィンランド振興局 (Finland Promotion Board) は、ネウボラの歴史を次のように紹介している<sup>80</sup>。

ネウボラは、1920 年代に小児科医アルヴォ・ユルッポ博士によって創設された。彼は、国民の健康を向上させる最善の方法は、子どもたちに焦点を当てることだと信じていた。当時のフィンランドはまだ貧しく、農業が盛んだったが、彼は、あらゆる社会経済的背景を持つ全国の子どもの健康と福祉を向上させることが不可欠だと考えていた。ネウボラは、病気の治療よりも病気の予防を目的として、新しいタイプの福祉サービスを提供した。健康診断だけでなく、健康と育児に関する実践的なアドバイスも提供し、誰もが無料で利用できた。1944 年には、フィンランドのすべてのコミュニティにネウボラの開設を義務付ける法律が制定された。

子どもを支援するためのもう一つの社会改革が 1938 年に導入された。マタニティ・パッケージ (通称「ベビーボックス」) は、母親に赤ちゃんの世話をしやすくする製品やアイテムを提供した。この制度は、健康意識の促進も目的としていた。このボックスは妊婦に無料で提供されたが、受け取るには医師またはクリニックを受診する必要があった。長年にわたり、ベビーボックスの内容は時代や家族のニーズに合わせて変化してきた。今では、95%以上の母親が現金給付ではなくベビーボックスを選択している。

フィンランドでは、1920 年代から 1930 年代にかけて、母子の健康が劇的に改善した。その後も、乳児死亡率は世界でも最低水準にあり、母親にとって最も住みやすい場所ランキングでも常に上位を維持している。また、母子の健康への投資は職場やビジネスにおける女性の地位向上にも繋がっていると、研究で示されている。

### (2)ネウボラの提供する機能

ネウボラは、予防的介入と早期支援さらには虐待防止と、経済支援＝無料サービスと社会保障を両輪として、家族全体を支える包括的な仕組みである。在日フィンランド大使館は次のように説明している<sup>81</sup>。

<sup>80</sup> Finland Promotion Board, “Maternity and Child Health Clinics” (2025 年 12 月 4 日確認)

<sup>81</sup> 在日フィンランド大使館、「フィンランドの子育て支援」 <https://finlandabroad.fi/web/jpn/ja-finnish-childcare-system> (2025 年 12 月 4 日確認)

ジェンダーギャップ指数 2024 (世界経済フォーラム) 2位とジェンダー平等がすすみ、女性のほとんどがフルタイムで働くフィンランド。最近ではひとり親、再婚、事実婚、同性婚など、家族の形が多様化しています。また、高齢化のスピードが比較的速い国でもあり、核家族化もすすんでいます。

ネウボラはアドバイスの場という意味で、妊娠期から就学前までの子どもの健やかな成長・発達の支援はもちろん、母親、父親、きょうだい、家族全体の心身の健康サポートも目的としています。フィンランドでは妊娠の予兆がある時点でまずネウボラへ健診に行きます。ネウボラはどの自治体にもあり、健診は無料で利用率はほぼ 100%。妊娠期間中は少なくとも 8-9 回、出産後は 15 回ほど子どもが小学校に入学するまで定期的に通い、保健師や助産師を中心に専門家からアドバイスをもらいます。子どもや家族の必要に応じて健診は追加されます。

健診では母子の医療的なチェックだけでなく、個別に出産や育児、家庭に関する様々なことを相談でき、1 回の面談は 30 分から 1 時間かけて、丁寧に行います。また、担当制になっているため、基本的には妊娠期から子どもが小学校にあがるまで、同じ担当者(通称「ネウボラおばさん」)が継続的にサポートをするので、お互いに信頼関係が築きやすく、問題の早期発見、予防、早期支援につながっています。医療機関の窓口の役割もあり、出産入院のための病院指定、医療機関や専門家の紹介もしてくれます。健診のおかげもあり、フィンランドの妊産婦と乳幼児の死亡率は非常に低くなっています。

ネウボラでの受診は、出産手当の受給資格を得るための前提条件の一つである。ネウボラでは、就学前 (0~7 歳) の子どもの身体的、精神的、社会的状態を評価し、予防接種を行い、子ども中心の安全な育児を親が行えるよう支援する。家族関係への細心の配慮も、ネウボラの活動において重要な役割を果たしている。ネウボラは、子どもと母親の身体的健康だけに焦点を当ててではなく、父親の役割にも重点を置き、健やかな子育てを奨励することを目指している。

基本的な考え方は、家族全体への包括的なサポートを提供することである。その一端が児童虐待防止の活動である。フィンランド政府は 2020 年からの五年間、児童虐待防止活動を推進した。活動計画では、ネウボラの役割が次のように記述されていた<sup>82</sup>。

ネウボラと学校・学生保健サービスに従事する専門家は、ほぼすべての子ども、若者、そして家族にアプローチできるため、公衆衛生カウンセリングにおいて重要な役割を果たしている。また、子どもに対する暴力や育児放棄に関連する危険因子の削減においても重要な役割を担っている。ネウボラは、子育てやその他の家族の福祉の側面を支援し、子どもの家庭やその他の成長・発達環境、そして家族の健康的なライフスタイルを促進する責任を負っている。さらに、子どもと家族のための特別な支援や検査の必要性を早期に特定し、支援するとともに、必要な検査や治療を紹介する責任も負っている。

<sup>82</sup> FINISH MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH, “Non-Violent Childhoods: Action Plan for the Prevention of Violence against Children 2020–2025”

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/server/api/core/bitstreams/095b3c23-c518-46a3-8540-9a7628ca41e3/content>  
(2025 年 12 月 4 日確認)

ネウボラが起点となって問題の解決に取り組む様子が読み取れる。ネウボラは妊娠期から就学前まで継続的に同じ担当者が支援するため、家庭内の問題を早期に発見しやすい。そして、面談では医療チェックだけでなく、育児や家庭環境に関する相談も行われ、虐待やリスク要因を未然に防ぐ仕組みになっている。

### (3) 欧州各国への展開

スウェーデン、ノルウェー、デンマークなどの北欧諸国が、1950年代以降、母子保健・予防医療のモデルとして参考にしてネウボラの導入を開始した。特に「継続的な担当制」と「無料の予防的サービス」が北欧共通の仕組みとして定着していったそうだ。その後1990年代に至り欧州全体でネウボラに対する関心が高まり、同様の仕組みが展開されていった。

英国では1999年にSure Start Children's Centreという「地域拠点型子育て支援センター」がスタートした。妊娠期から5歳までの子どもとその家族を対象に、健康・教育・就労支援をワンストップで提供することを目的とし、特に社会的に不利な地域での子どもの発達格差を縮小することが狙いだった。Centreでは、幼児への早期教育および保育、幼児・親・将来の親に関する地方自治体の社会福祉機能、幼児・親・将来の親に関する保健サービス、親・将来の親を支援するための研修および雇用サービス、親・将来の親のための情報およびアドバイスサービスが提供された<sup>83</sup>。幼児のウェルビーイングを向上させる施策には、心身の健康と情緒に関わる施策に加えて、危害や育児放棄からの保護も特記されている。Centreは、児童虐待の予防もネウボラと同様に担当した。

英国のSure Start Children's Centreはジョンソン政権下の2021年にFamily Hubへと拡張された。すべての親と保護者が助けを必要とするのはごく普通のことだと認識し、実際に支援を求めるように、教育省、保健社会福祉省等も加わり、国レベルおよび地方レベルで実践的な措置を講じるようにしたそうだ<sup>84</sup>。

フランスではProtection Maternelle et Infantile（母子保健センター）が全国に設置され、妊娠期から6歳までの子どもと家庭への支援が行われているなど、ネウボラは欧州各国に普及していった。

### (4) 我が国での展開のきっかけ

市町村が必要に応じて設置する「母子健康センター」は、厚生労働省の主導で1959年に全国53か所に初めて設置された。その後、母子保健法（1965年）によって法的な根拠が与えられた。

---

<sup>83</sup> UK Department of Education, "Sure Start children's centres statutory guidance"

[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a74564ced915d0e8bf18901/childrens\\_centre\\_stat\\_guidance\\_april-2013.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a74564ced915d0e8bf18901/childrens_centre_stat_guidance_april-2013.pdf) (2025年12月4日確認)

<sup>84</sup> HM Government, "The Best Start for Life: A Vision for the 1,001 Critical Days"

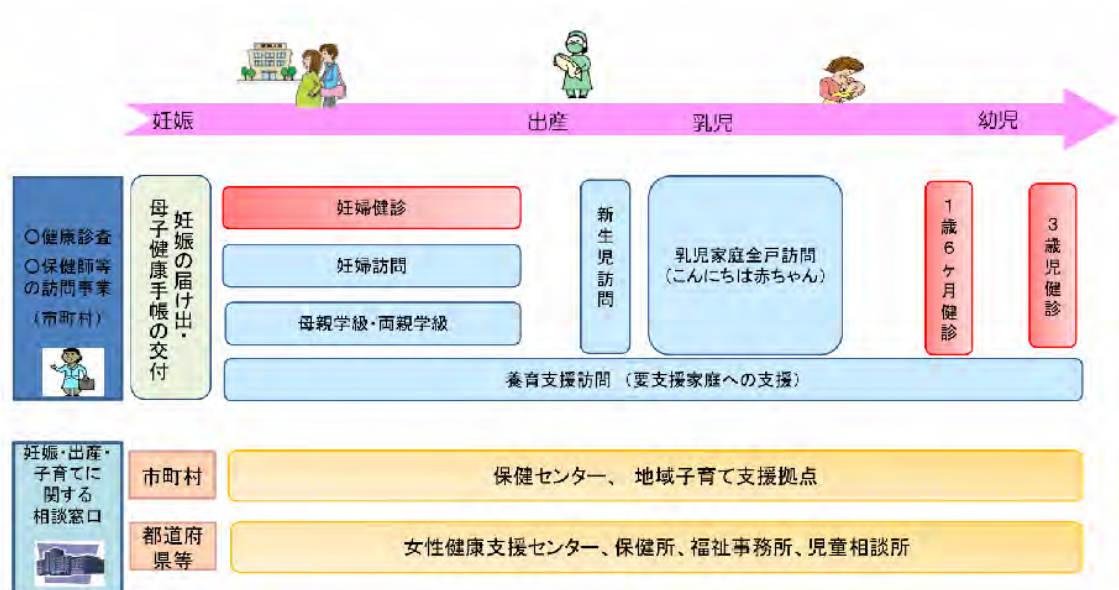
[https://assets.publishing.service.gov.uk/media/605c5e61d3bf7f2f0d94183a/The\\_best\\_start\\_for\\_life\\_a\\_vision\\_for\\_the\\_1\\_001\\_critical\\_days.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/605c5e61d3bf7f2f0d94183a/The_best_start_for_life_a_vision_for_the_1_001_critical_days.pdf) (2025年12月4日確認)

同法第 22 条 (当初の条文)「市町村は、母子健康センターを設置するよう努めなければならない」と規定した。母子健康センターは 1980 年代には全国約 600 カ所に設置されていたそうだが、次第に市町村保健センターに吸収されていった。

母子健康センターの機能は、妊婦健診、乳幼児健診、栄養指導 (妊婦・授乳婦・乳幼児)、予防接種の実施、育児相談 (発達の遅れ、低出生体重児など) などに限定されていた。母子保健センターは医療・保健サービスの拠点としての性格が強く、家族全体を医療、心理と社会的な側面から長期的に支援する包括的仕組みではなかった。

その後、2012 年に安倍総理大臣の下に社会制度改革国民会議が組織された。2013 年 6 月 13 日の第 16 回会議では、政府側が「妊娠・出産等に係る支援体制の概要」を図示して説明した。

図表 83 妊娠・出産等に係る支援体制の概要



資料出所：内閣官房「第 16 回社会制度改革国民会議」資料 2 放課後児童クラブ、妊娠・出産等に係る相談支援について

<https://warp.ndl.go.jp/web/20220402022445/https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai16/gijisidai.html>

これに対して、榎原智子委員 (読売新聞) が「フィンランドにおける妊娠・出産期の支援について」と題する資料を提出し、我が国にもネウボラを導入する必要性を主張した<sup>85</sup>。委員は「地方自治体が設置するネウボラにおいて、妊娠期から就学前までの支援を実施。健診、保健指導、予防接種等のほか、子育てに関する相談や、必要に応じて他の支援機関との連携を行うワンストップの母子支援地域拠点となっている。」として、同様の仕組みの導入を求めた。

同年 8 月に「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道

<sup>85</sup> 社会保障制度改革国民会議、「第 16 回 社会保障制度改革国民会議議事次第」

<https://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8295038/www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai16/gijisidai.html>  
(2025 年 12 月 5 日確認)

筋～」が取りまとめられた<sup>86</sup>。その中で「妊娠・出産・子育てへの連続的支援」として以下が提言された。

新生児遺棄等が後を絶たず、妊婦健診等を受診しないまま飛び込み出産する事例も見られる。さらには親の育児不安や育児ストレスも深刻化しているなど対応すべき課題が多い。これまでも妊娠期から子育て期にかけての支援は行われてきているが、それらを有機的に束ねた上で対策を強化することが必要である。そのため、市町村（母子保健担当、児童福祉担当）を中心として、保健所、産科・小児科等の医療機関、認定こども園・保育所・幼稚園・小規模保育や家庭的保育、学校等、様々な機関の関係者がその機能の連携・情報の共有の強化を図り、妊娠期からの総合的相談や支援をワンストップで行えるよう、拠点の設置・活用を含めた対応を検討する必要がある。こうした支援について、子ども・子育て支援新制度を踏まえ、今後、更なる拡充の観点から検討すべきである。

厚生労働省は2014年度補正予算で「妊娠・出産包括支援モデル事業」を開始し、全国29自治体でモデル事業を展開した。厚生労働省は、その成果を「平成28年度子育て世代包括支援センター事例集」として、19自治体分を公表している<sup>87</sup>。

政府は2014年末に「まち・ひと・しごと創生総合戦略」を閣議決定し<sup>88</sup>、「妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援」が謳われた。妊娠・出産支援や子育て支援がそれぞれ進められているものの、行政の窓口や担当機関が異なっており、連携のとれた支援体制となっていない。また、核家族化や地域の結び付きの希薄化、父親の育児参加が不十分なことに伴い、妊産婦が孤立感や不安感を払拭できず、出産直後の健康面での悩みや育児不安を抱える状態となっている。これらの問題意識を基に、「フィンランドで実施されている包括的な相談支援機関（ネウボラ）による支援を参考に、日本においても地域の包括的な支援センターを整備する」との方針が打ち出された。具体的な施策は次の通りであった。

現在、妊娠期から子育て期にわたるまでの支援は、様々な機関によって「縦割り」で行われており、連携がとれていない。このため、子育て世代の支援を行うワンストップ拠点の整備を進め、専門職等が必要なサービスをコーディネートし、切れ目のない支援を実施する。また、相談等を通じた評価の結果、支援が必要と判断された場合には、支援プランの策定等を実施する。具体的には、「子育て世代包括支援センター」を、緊急的取組として50か所、2015年度までに

<sup>86</sup> 社会保障制度改革国民会議、「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」

<https://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8295038/www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> (2025年12月5日確認)

<sup>87</sup> 厚生労働省、「平成28年度子育て世代包括支援センター事例集」 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/H28houkatusiennsennta-zireisyu.pdf> (2025年12月5日確認)

<sup>88</sup> 内閣、「まち・ひと・しごと創生総合戦略（2014年版）」

<https://www.chisou.go.jp/sousei/info/pdf/20141227siryu5.pdf> (2025年12月5日確認)

150 か所整備し、おおむね5年後までに地域の実情等を踏まえながら全国展開を目指していく。併せて支援対象者の評価や支援内容等に係るガイドラインを策定し、要支援者の判定基準や支援プランの標準化を図る。また、小児医療や周産期医療の確保、地域における助産師の活用に関しては、地域医療介護総合確保基金等を通じて支援する。これらの取組によって、2020年までに、支援ニーズの高い妊産婦への支援実施の割合が100%となるようにする。

以上に説明したように、社会保障制度改革国民会議による提言と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」によって、我が国でも、フィンランドのネウボラと同様の妊娠・出産包括支援が、子育て世代包括支援センターとして開始された。

## (5)組織名称の頻繁な変更

母子保健法が2016年に改正され、翌年4月1日に施行された。改正法の第22条で、各自治体に子育て世代包括支援センター、同法では「母子健康包括支援センター」の設置が努力義務となった。

### (母子健康包括支援センター)

第二十二条 市町村は、妊産婦、乳児及び幼児並びにその保護者の心身の健康の保持及び増進を図るため、母子健康包括支援センターを設置するように努めなければならない。

2 母子健康包括支援センターは、主として妊産婦及び乳幼児の実情を把握し、妊娠、出産及び子育てに関する相談に応じ、必要に応じて支援プランを作成し、保健、医療、福祉その他の関係機関との連携を図り、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行うものとする。

文部科学省スポーツ審議会健康スポーツ部会は2021年2月に「コロナ禍における運動・スポーツのあり方について」を議論した。その場に厚生労働省が「子育て世代包括支援センターの全国展開」という資料を提出している。それによると、2020年4月1日現在で、1288市区町村に2052か所の子育て世代包括支援センターが設置されていたそう<sup>89</sup>。

その後、2022年、児童福祉法等の一部改正により、自治体は「こども家庭センター」の設置に努めるとの努力義務が規定（児童福祉法第45条の2の新設）された。

### (こども家庭センター)

第四十五条の二 市町村は、妊産婦、乳児、幼児その他の児童及びその保護者の福祉の増進を図るため、こども家庭センターを設置するように努めなければならない。

2 こども家庭センターは、主として妊産婦及び乳幼児並びにその保護者の実情を把握し、妊娠、出産及び子育てに関する相談に応じ、必要に応じて支援プランを作成し、保健、医療、福祉その他の関係機関との連携を図り、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行うものとする。

<sup>89</sup> 厚生労働省、「子育て世代包括支援センターの全国展開」

[https://www.mext.go.jp/sports/content/20210219-spt\\_kensport02-000012895\\_3.pdf](https://www.mext.go.jp/sports/content/20210219-spt_kensport02-000012895_3.pdf) (2025年12月6日確認)

3 こども家庭センターは、児童及びその保護者に関する相談に応じ、必要に応じて支援プランを作成し、関係機関との連携を図り、児童の健全な育成を支援するものとする。

上述の第45条の2では、第2項で「子育て世代包括支援センター」の機能が踏襲され、第3項で旧児童福祉法が規定した「子ども家庭総合支援拠点」の機能が踏襲されている。

こども家庭庁は、2025年5月1日時点で、1741自治体のうち1240自治体（71.2%）で設置済みであり、栃木県、富山県、福岡県ではすべての自治体で、熊本県では97.8%の自治体で設置が完了していると発表している<sup>90</sup>。

社会保障制度改革国民会議の時点では「子育て世代包括支援センター」と呼称され、母子保健法の改正と共に「母子健康包括支援センター」と総称されるようになった。さらに、児童福祉法の改正によって、「子育て世代包括支援センター」と従前の「子ども家庭総合支援拠点」が統合されて、「こども家庭センター」として一本化された。母子保健法第22条と比べて、児童福祉法第45条の2は「児童とその保護者」を繰り返して、保護者を強調している。このように、支援対象の拡張を伴う制度的変化が図られた。頻繁な組織名称の変更は、上で制度的変化と書いたように、母子に限定しての旧来からの支援を家族全体への包括的な支援に切り替えようという意思の表れである。

## (6)他部署との連携の課題

家族全体を支援していく過程では、当然のことながら役所内の多くの部署が関係する。縦割り行政とも揶揄される部署間での壁によって協力が進まない事態を避ける究極の解決策が部署の統合である。児童福祉法第45条の2が規定する、母子保健に関わる「子育て世代包括支援センター」と児童福祉に関わる「子ども家庭総合支援拠点」の統合は、縦割り行政の課題を解決しようという意思の表れと解釈できる。

それでは、本当に縦割り行政の壁は存在したのだろうか。厚生労働省が公表した「平成28年度子育て世代包括支援センター事例集」を読み直してみよう。

事例集には19自治体それぞれが取り組みの効果と課題を記載している。岩手県遠野市は取り組みの効果は次の三点であるとした。①母子健康手帳交付時面談にて約3～4割の要支援者を把握し、妊娠初期から関わりを持つことができている、②当市実施の産後アンケートでは助産師・保健師から十分なケアが受けられ「妊娠・出産に満足している人」の割合は92.4%である、③市保健師及び助産師・母子保健コーディネーター・児童家庭係職員とのケースカンファレンスや、子育て関係機関職員との情報交換により、要支援者の発見・多方面からの支援の検討を行い、地域で見守る体制を整えている。一方で課題として、心身の病気・経済困窮・生活スキルの低さ等複雑な問題を抱えるケースもあり、指導・ケア以外の支援を開発する必要があると記述している。経済困窮への支援には生活保護の担当部署も関わる。このように他部署が関わることに関連してどんな課題が記載されていたか整理した。

<sup>90</sup> こども家庭庁、「こども家庭センターの設置状況について」

[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/b50dfb26-a570-4740-935f-eb9a515136c0/8932fb35/20250730\\_policies\\_jidougyakutai\\_setchijokyochosa\\_04.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/b50dfb26-a570-4740-935f-eb9a515136c0/8932fb35/20250730_policies_jidougyakutai_setchijokyochosa_04.pdf) (2025年12月6日確認)

図表 84 平成 28 年度子育て世代包括支援センター事例集に記載の事例

他部署との連携を課題とした事例	
岩手県遠野市	心身の病気・経済困窮・生活スキルの低さ等複雑な問題を抱えるケースもあり、指導・ケア以外の支援を開発する必要がある。
千葉県松戸市	ひとり親家庭、再婚家庭等家族形態の変化に伴い、社会的支援を必要とする家庭が増えている。
千葉県松戸市	妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援体制を、医療機関等の関係機関と連携しながら充実（させる必要がある）。
岡山県津山市	虐待通告となったケースについて、支援の振り返りや、今後の支援方針の確認について、（他部署との）会議の中で行う必要がある。
広島県広島市	今後、よりきめ細やかな相談支援を行うために、医療機関や助産所、保育所や幼稚園等の関係機関との連携強化を行うことが課題である。
青森県鱒ヶ沢町	助産師、母子支援ヘルパーの確保と産科医療機関とのスムーズな連携、受け皿の体制構築（が必要である）。
埼玉県和光市	ハイリスク出現率（サービス必要量）に対し、提供体制（サービスの種類と実施事業者）が充分ではないことが挙げられる。課題に対応できる幅広い提供体制の充実求められる。
鳥取県日吉津村	困難・複雑なケースが増加しており、村外他職種・他機関とも連携しながらより個別的な支援を検討していく必要がある。
山梨県甲斐市	甲斐市版ネウボラ事業推進協議会を設置したことで、関係機関との顔つなぎや各部署の活動の理解、課題等の共有ができる（ようになった）。
滋賀県近江八幡市	個別の「支援プラン」事例から見えてきた地域課題を検討し施策化へつなげる地域の子育て支援関係者等との「子育て世代包括ケアシステム」のしくみづくりが課題である。
情報連携を課題とした事例	
群馬県館林市	関係機関との連携を図るにあたり、個人情報取り扱いに統一が取りづらい（公的機関以外の場合など）。
群馬県館林市	情報連携のフローチャート等が整っておらず、現在準備中である。
千葉県浦安市	各部署間のシステム連携とデータ共有（が課題である）。

資料出所：平成 28 年度子育て世代包括支援センター事例集より筆者作成

これらの記載は、子育て世代包括支援センターでは他部署との連携がまだ不足しているという現実を露わにしている。情報連携を特記した事例もあり、その難しさも読み取れる。それゆえ、子育て世代包括支援センターが縦割り行政の壁に苦戦していたのを改善するために、児童福祉法に第 45 条の 2 が追加されたとの先の解釈は外れてはいない。

科学技術振興機構・社会技術研究開発センターでは、「安全な暮らしをつくる新しい公／私空間

の構築」研究開発領域（東洋大学・山田 肇）を、2015年度から年度まで推進した。このうち「養育者支援によって子どもの虐待を低減するシステムの構築」プロジェクト（理化学研究所・黒田公美）は、保育・教育に関する支援拡充に留まらず、社会全体で子どもと子育ての価値を認め、行政や企業の各種手続きや決定などの際に配慮する「子ども・子育てメインストリーミング」を提言した。さらに、このプロジェクトから派生した「養育者支援によって子どもの虐待を低減するシステムの構築」プロジェクト（福井大学・友田明美）は、母子保健、精神保健、児童福祉などの専門領域ごとに用語にも認識にも差があるという現状を打破するために、「マルトリ予防®」「とも育て®」などの短い言葉を、職種・専門性にかかわらずに共通言語・概念として広めるための教材等を開発した。多くの部署間での連携促進には、部署を超えて相互に理解できる、共通言語を用いてコミュニケーションを図る必要がある。幸いにも一般社団法人日本家族計画協会が「マルトリ予防®」「とも育て®」などの表現も用いて、全国規模で支援者向け研修などの普及事業を実施している<sup>91</sup>。こども家庭センター事業の強化に利用されるように期待する。

## (7) 渋谷区子育てネウボラとの意見交換

東京都渋谷区には「渋谷区子育てネウボラ」がある。2016年ころには設置の検討が開始されたようだ。2016年6月の渋谷区議会定例会で、区長が「今国会において母子健康法と児童福祉法の改正があり（一部略）「母子健康包括支援センター」の設置に努めなければならないと定められました。（一部略）「渋谷版ネウボラ（シブボラ）」の法的な裏づけがされたものと思います。」と答弁した記録が残っている<sup>92</sup>。

一方、子ども家庭センターについては2024年9月の定例会で議論された記録があった。

議員：

渋谷区子育てネウボラが、海外の大臣の視察も受けるほど充実してきたことは大変うれしく思います。（一部略）包括的な相談支援等を行う「こども家庭センター」の設置が努力義務となっていますが、保健師を中心とした母子保健機能と、子ども家庭相談員を中心とした児童福祉機能の相談を一体的に行うものであり、渋谷区では既に子育てネウボラがその機能を持っていると認識しています。「こども家庭センター」については、御承知のように、子ども・子育て交付金の対象事業として3つの新規事業、子育て世帯訪問支援事業、児童育成支援拠点事業、親子関係形成支援事業が新設されています。要支援児童、要保護児童及びその保護者や特定妊婦等を対象とした訪問による生活の支援、子育て世帯訪問支援事業は、既に子ども家庭支援センターで取り組んでいると思われます。しかしながら、ほかの2件については、さらに充実をさせていく必要があるのではないかと感じています。（一部略）補助金を活用して児童育成支援拠点事業を実施し、将来の自立に向けた養育支援を子育てネウボラ事業として実施してはいかがでしょうか。区長の所見を伺います。

<sup>91</sup> 社会技術研究開発センター、「研究開発成果の定着に向けた取り組み：養育者支援によって子どもの虐待を低減するシステムの構築」 [https://www.jst.go.jp/ristex/pp/project/h30\\_1.html](https://www.jst.go.jp/ristex/pp/project/h30_1.html)（2025年12月6日確認）

<sup>92</sup> 渋谷区、渋谷区議会会議録検索システム <https://ssp.kaigiroku.net/tenant/shibuya/SpTop.html>（2025年12月6日確認）

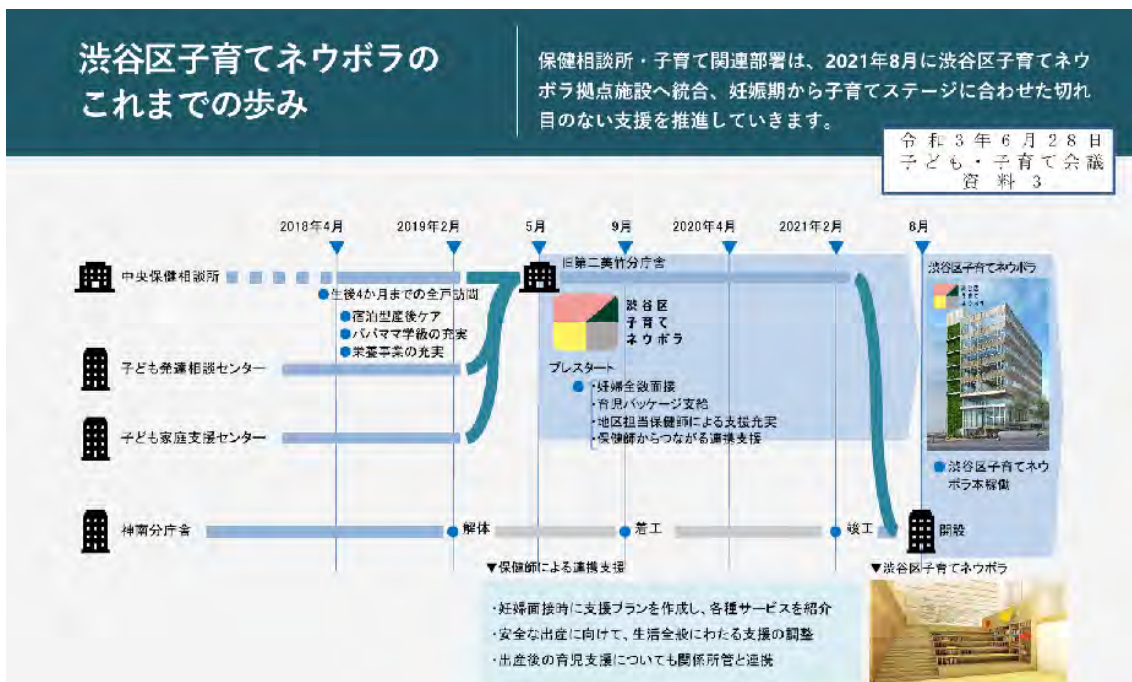
区長：

渋谷区子育てネウボラが開設してから3年がたち、未就学児とその家庭の支援は、以前に比べて充実してきたと感じています。先月視察をされた英国の大臣、政務次官からも、「渋谷区子育てネウボラのような公的機関、施設は英国になく、とても素晴らしい取組である。英国でも今回の学びを生かしていきたい」と大変喜ばしい感想もいただきました。しかしながら、議員御指摘のように、子育てネウボラ事業として、不登校の子どもを含め、家庭や学校に居場所がない学齢期以降の子どもに対する支援をしていく必要があると考えています。児童育成支援拠点事業は、養育環境に課題を抱える子どもの居場所として、子どもに生活の場を提供するだけでなく、保護者も含めた総合的な支援を可能とするものであり、実施に向けて検討したいと思っております。

これら区議会の記録から、渋谷区では「渋谷区子育てネウボラ」を関連法が求める母子健康包括支援センター、さらには子ども家庭支援センターと位置づけ整備してきたとわかる。

「渋谷区子ども・子育て会議」で、2021年に渋谷区子育てネウボラについて、図を用いて説明があった。

図表 85 渋谷区子育てネウボラのこれまでの歩み



資料出所：令和3年度第2回渋谷区子ども・子育て会議 資料3 渋谷区子育てネウボラについて  
[https://files.city.shibuya.tokyo.jp/assets/12995aba8b194961be709ba879857f70/ea1ba427757443d69e304a9251865d43/assets\\_kusei\\_000061463.pdf](https://files.city.shibuya.tokyo.jp/assets/12995aba8b194961be709ba879857f70/ea1ba427757443d69e304a9251865d43/assets_kusei_000061463.pdf)

その後の質疑の中では中央保健相談所長が、部署間での情報共有について次のように発言している。

保健相談所では地区担当の保健師が相談の窓口となって動いています。保健相談所、子ども家

庭支援センター、子ども発達相談センター、医療機関等の外部機関からも様々なリスクの情報が集まってきます。これらの情報があった場合は、ご本人の了承を得た上で各機関にて情報共有を行い、密接に連携しながら対応しています。子どもデータベースについては、どのような展開になるのか非常に注目しているところですが、現在保健相談所では、妊婦支援から子育て支援にかけて、健診の結果等も含めて母子保健システムで管理しています。すべての情報が共有されるわけではありませんが、情報連携を図ることが必要な子どもや保護者の情報について、法律に定められたものやご本人の了承を得られたものについて、システム上で情報提供が行えるようになっていきます。

渋谷区子育てネウボラがどのようにして縦割り行政の壁を突き崩してきたか、何がいまだに課題として残っているかなどを知るために、2025年12月に訪問調査を実施した。

母子保健法の2016年改正と児童福祉法の2022年改正に対応して、先陣を切って組織化されたのが渋谷区ネウボラである。渋谷区ネウボラに母子保健担当部署と児童福祉担当部署が統合されたが、同一の事象を別の用語で表現する等の問題があり、二つの担当部署間の壁を崩す努力が続いているという話があった。担当部署間での人事交流、配属時の共同研修などによって一体化を進めている段階にあるようだ。法律改正で統合すると決めるのは良いだが、法律の趣旨に沿って現場でサービスを提供するには関係職員が一体化する必要がある、それには時間を要するというわけだ。

渋谷区ネウボラは子供が就学前するまでの間の支援を担当しているが、小学校進学によって支援が切れてしまうという「壁」を自覚しているようだ。何とかして壁を突破したいが、現行法では難しい。その結果、就学前までの乳幼児健診結果が学校検診につながらないといった問題が起きている。ちなみに就学前に転居した場合には、移転先にそれまでの乳幼児健診結果が引き渡されているようだ。

子供と家族全体を多様な側面から支援していくには、それぞれの側面を担当する部署間での情報共有が不可欠である。面談した職員も情報共有を求めているとのことだが、現実には個人情報保護法が壁になっている。親権者の同意を必要とするという解釈で、同意がなければ共有できないという扱いで今は統一されている。個人情報保護法には、災害時や緊急時などで本人の同意を得るのが困難な状況下では、個人の生命・身体・財産を守るために個人情報を第三者に提供することが許容されるという例外規定がある。しかし、「災害時や緊急時などで本人の同意を得るのが困難な状況」をきわめて厳格に解釈しているために、情報共有が進んでいない状況が明らかになった。

我が国は少子化が進行している。この流れの向きを変えるのは不可能といってよい。それゆえ、生まれた子供を健やかに成長させるための包括的な支援は必要不可欠である。改正児童福祉法が求めることも家庭センターは、包括的な支援の拠点として期待される。

しかし、渋谷区ネウボラでヒアリングして明らかになったように、母子保健と児童福祉が統合して包括的なサービスを提供するには、担当部署間での相互理解の促進や、包括的なサービス提供に必要な不可欠な情報共有の仕組みの構築など課題が残っていることもわかった。特に後者につ

いては、個人情報保護委員会が「災害時や緊急時などで本人の同意を得るのが困難な状況」の解釈を緩和する方向でガイドラインを制定する必要があるだろう。

#### 4. 地理的なボーダレス

##### 4-1. 都道府県医療計画・地域医療構想と医療 DX の全体最適化

###### (1)医療 DX における医療の最適化

デジタルの全面的導入による医療の改革、すなわち医療 DX が唱えられて久しいが、進捗は思わしくない。デジタルの活用を前提として医療システムの全体像を描いたうえで、全体像の実現を目指して改革を進めるという発想がないからだ。我が国の医療改革は、医療システムの部分・部分にデジタルを利用するという姿勢にとどまっている。

政府はマイナカードの健康保険証（マイナ保険証）の医療機関・薬局での利用を進めている。しかし、2025年9月時点では、医療機関・薬局の受診時に発行されるレセプト枚数に占めるマイナ保険証の利用人数の割合（レセプト件数ベース利用率）44.40%と半数を割っている<sup>93</sup>。なぜ、いつまでも100%にならないのだろうか。マイナ保険証は医療 DX に利用されてこそ価値が高まる。現時点ではマイナ保険証に価値は乏しく、国民に訴求しないからだ。だからマイナ保険証反対運動も続く。

医療 DX について順番を追って説明して全体像を明らかにしよう。

1. 人口減少が続く地域では、医療を維持するためには病院の統廃合を進めるしかない。
2. 病院の統廃合によって地域住民に負の影響が出る。
3. 近隣にある診療所（かかりつけ医）と遠隔の病院との連携が進めば、負の影響を低減できる。診療所と病院の連携はオンライン診療ネットワークの構築で深化する。
4. 各国でオンライン診療ネットワークも含め医療 DX を強力に推進している理由は、医療 DX を進めれば患者個々に最適の医療が提供できるからである。
5. 医療 DX に不可欠な一人一人を特定する ID が共通の患者識別子であり、今はマイナ保険証が共通の患者識別子を代理するものとして利用されている。共通の患者識別子の本格的な利用によって人々のウェルビーイングは向上する。

###### (2)平成の大合併と公立病院の統廃合

政府に設置された地方分権推進委員会は1997年の第2次勧告で、市町村の合併推進を勧告した。勧告を受けて1999年に「市町村の合併の特例に関する法律」が改正された。合併特例債というインセンティブを設定することで市町村の合併は急激に進展した。1999年3月末は3232存在した市町村が、2010年3月末には1727とほとんど半減した。これが平成の大合併である。

平成の大合併に伴って公共施設の統廃合も実施された。小規模な市町村が単独で公立病院を維持するにはもともと無理があったが、市町村合併で同じ市町村内に複数の公立病院が存在する

---

93 厚生労働省、「マイナ保険証の利用促進等について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001594829.pdf> (2026年1月7日確認)

状況になり、公立病院への再編圧力が高まった。厚生労働省が毎年公開している医療施設調査の結果によると、公的医療機関総数は1999年度の1368が2011年には1258に、2018年には1207まで減少している。公的医療機関のうち市町村立は1999年度の762が2011年には683に、2018年には618まで減少した<sup>94</sup>。

厚生労働省は2011年度に「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」を実施した<sup>95</sup>。事例分析に基づいて、経営統合後により良好な運営を実現できた場合があるとしたうえで、各種認定や診療報酬体系への対応、サービス規程・院内運用ルール等の統一、統合に伴う費用負担への対応に課題が残っていると結論した。

運用ルール等の統一に関わる課題の一つが情報システムである。報告書には次のように記載されている。

電子カルテシステムを含めた情報システムを有効活用するには“標準化”の推進が不可欠であり、カルテ記載様式だけではなくオーダ情報の発信から処置等の実施入力タイミング、伝票起票対象の行為など、ワークフローを用いて検討漏れのないようにしなければならない。また、両病院で診察を受けていた患者がいると想定される場合、患者の過去診療歴をどう把握するか（患者IDを統一して紙カルテ又は電子カルテシステムで容易に検索可能なようにするか）、病院規模によっては億単位の費用が必要となるため、情報・病歴担当スタッフと協議・検討し、予算枠を的確に見積もることが重要である。

統合という形式に満足するのではなく、情報システムなど実質の改善が必要という厳しい指摘であった。

### (3)公立病院改革ガイドラインと新ガイドライン

政府は2007年6月に「経済財政改革の基本方針2007」を閣議決定した<sup>96</sup>。基本方針には「歳入・歳出一体改革の実現」の一環として公的医療機関（以下、公立病院）の改革が書き込まれた。具体的には、「総務省は、平成19年内に各自治体に対しガイドラインを示し、経営指標に関する数値目標を設定した改革プランを策定するよう促す」であった。

同年12月に総務省は「公立病院改革ガイドライン」を公表した<sup>97</sup>。ガイドラインは、「公立病院改革の3つの視点」として、①経営効率化、②再編・ネットワーク化、③経営形態の見直しを

94 政府統計、「医療施設調査 平成30年医療施設（動態）調査 全国編」 <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003398537>（2026年1月7日確認）

95 厚生労働省、「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究報告書」  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/houkokusho\\_h22\\_gappei\\_000.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/houkokusho_h22_gappei_000.pdf)（2026年1月7日確認）

96 内閣官房、「経済財政改革の基本方針2007」  
<https://warp.ndl.go.jp/20210511/20210501023946/www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2007/decision070620.pdf>（2026年1月7日確認）

97 総務省、「公立病院改革ガイドライン」 [https://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/071224\\_zenbun.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/hospital/pdf/071224_zenbun.pdf)（2026年1月7日確認）

掲げた。

厚生労働省に組織された「地域医療構想に関するWG」に対して、2016年、同省は「新公立病院改革ガイドライン」と題する資料を提出している。公立病院改革ガイドラインに沿った改革が進み、赤字経営の公立病院の比率が2008年度の70.3%から、2013年度には53.6%まで改善したという報告であった。その上で、公立病院改革は、今後、医療法に基づく地域医療構想に整合して実施するとの方針を提示した<sup>98</sup>。

#### (4) 需給計画としての地域医療構想

地域医療構想の元となった法律は医療法である。医療法の第五章「医療提供体制の確保」の一環として「第二節 医療計画」がある。医療計画の策定を都道府県に求めるが、医療計画の構成要素の一つが「地域医療構想」である。同法における地域医療構想に関する規定（第三十条の四第二項第七号）は次のとおりである。

- 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項
  - イ) 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）
  - ロ) イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

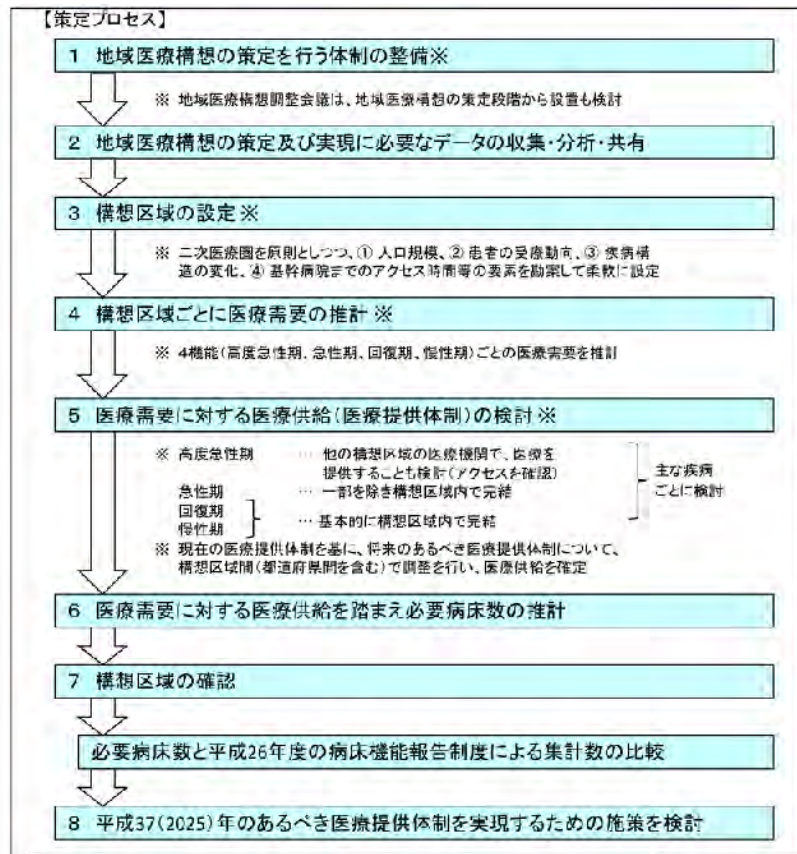
地域医療構想の策定について、厚生労働省は2015年にガイドラインを公表した<sup>99</sup>。ガイドラインには、策定プロセスの全体が一枚の図に要約されている。

---

98 厚生労働省、「新公立病院改革ガイドライン」 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000135068.pdf> (2026年1月7日確認)

99 厚生労働省、「地域医療構想策定ガイドライン」 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf> (2026年1月7日確認)

図表 86 地域医療構想の策定プロセス



資料出所：厚生労働省「新公立病院改革ガイドライン」

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000135068.pdf>

策定プロセスの要点は、図表 86 の第 4 項から第 7 項である。構想地域での 4 機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの医療需要を推計し、医療需要に対応する供給（医療提供体制）を検討する。そして、医療需要に対する医療供給を踏まえて必要病床数を推計する。

必要病床数と実際の病床数の間に過不足があれば、病床の追加や削減などの施策、すなわち第 8 項（2025 年のあるべき医療提供体制を実現するための施策を検討）で定める施策を実施する。

厚生労働省は 2023 年に開催された第 13 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループに、「地域医療構想の進捗等について」と題する報告を提出した<sup>100</sup>。報告のまとめは、次のとおりである。

- 地域医療構想については、以下のとおり、一定の進捗が認められる。
  - ・ 2015 年から 2022 年にかけて、病床機能計及び高度急性期・急性期・回復期・慢性期それぞれにおいて、必要量に近づいている。特に病床機能計の乖離率は +5.0% から +0.7% に縮小している。
  - ・ 病床機能報告上の病床数と 2025 年の必要量との乖離の変化（2015 年→2022 年）を構

100 厚生労働省、「地域医療構想の進捗等について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001165497.pdf> (2026 年 1 月 7 日確認)

想区域別にみると、病床機能計、急性期、回復期において、乖離率・乖離数いずれでも、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

- ・また、重点支援区域においては、13 道県 20 区域を選定しており、うち 4 区域が再編済である。
- ・再編によって、地域における救急医療体制の確保につながった事例や急性期と回復期の連携強化・充実が見込まれる事例がある。
- 一方、構想区域によっては、依然として必要量との大きい乖離が残っている区域があるため、必要量との乖離の状況について、構想区域ごとに確認・分析を進めていく必要がある。

国語辞典大辞泉では「構想」と「計画」を次のように説明している。

- 構想：これからしようとする物事について、その内容・規模・実現方法などを考えて、骨組みをまとめること。また、その考え
- 計画：ある事を行うために、あらかじめ方法や順序などを考えること。また、その考えの内容。もくろみ。プラン

大辞泉が示すように、普通は構想の下に計画が作られる。しかし、医療分野では都道府県計画の下に地域医療構想を置き、地域医療構想は医療需給計画に終始している。

厚生労働省は 2024 年 3 月に「新たな地域医療構想等に関する検討会」を組織して、12 月にとりまとめを公表した<sup>101</sup>。とりまとめは、「高齢化により増大する医療需要に対応するため、主に入院医療を対象として、病床の機能分化・連携を推進するもの」との表現で、需給計画が重視されていたことを認めている。そのうえで、今後策定する新たな地域医療構想では、「限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある」と強調し、増加する高齢者救急への対応、増加する在宅医療の需要への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療提供の維持に焦点を当てるとしている。地域医療構想の位置づけを、国語辞典が定義するように、地域医療の骨組みを提示するものに転換しようという、とりまとめの方向は適切である。今後、方向を一致させて、都道府県が地域医療構想を改定していくように期待する。

## (5)地域医療構想の実例

全国で人口が減少しつつあるが、減少傾向は特に地方で顕著である。国立社会保障・人口問題研究所による都道府県人口の推計結果によると、鳥取県は 2020 年の 55.3 万人が 2035 年には 47.9

101 厚生労働省、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001357306.pdf> (2026 年 2 月 4 日確認)

万人と13%減少する。島根県も67.1万人が58.1万人と同じく13%減少、徳島県は72.0万人から60.1万人と17%の減少である<sup>102</sup>。

人口減少を組み込んだ構想として、秋田県の地域医療構想を読んでみよう<sup>103</sup>。秋田県での構想の公表は2016年である。県庁のある秋田周辺から左回りで、能代・山本、北秋田、大館・鹿角、大山・仙北、横手、湯沢・雄勝、由利本荘・にかほ、の8地域に分けて構想が提示されている。

大館・鹿角地域（大館市、小坂町、鹿角市）では人口が、2010年の119,473人から、2025年96,716人、2040年75,337人へと減少していく。75歳以上については、2010年の20,899人が2025年23,413人、2040年20,909人と推計され、2020年代が75歳以上人口のピークである。

地域医療構想に力が注がれた理由の一つは、団塊の世代が75歳に達する2025年時点・以降に、医療の必要性が高い高齢者に対してどのように医療を供給していくか、という問題意識にあった。大館・鹿角地域の場合、2040年には75歳以上人口の総人口に対する比率が27.8%に達する。

大館・鹿角地域には、2016年時点で、一般病院として大館市立総合病院、西大館病院、明日実病院、大湯リハビリ温泉病院、かづの厚生病院、鹿角中央病院、秋田労災病院、大館市立扇田病院がある。精神科については大館市立総合病院に診療科があるのに加えて、今井病院と東台病院がある。

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床は、2015年には計1,387床だが、人口減少を勘案して、2025年には医療需要は807床と推計された。そこで10年の間に病床数を計画的に削減していくと2025年時点では942床が残るので、空き病床135床(=942-807)も含めて、余裕をもって医療需要に対応できる。これが大館・鹿角地域の需給推計の概要である。

需給の変化に対応して、同地域では医療機能の分化・連携、在宅医療の推進と関係機関との連携、医療従事者の確保の三施策を進めるとしている。医療機能の分化・連携の一環が、直前に説明した病床の計画的な削減である。

大館市は「大館市病院事業経営強化プラン（令和6年度～令和9年度）」を公表している<sup>104</sup>。プラン中には、2024年時点で「大館・鹿角医療圏内の一般病床・療養病床の既存病床数は1,493床であり、基準病床数と比較すると422床が過剰となっています」との記述がある。先に紹介した地域医療構想と数値は異なるが、過剰な病床を削減する方向が示されているという点では共通している。

人口減少が続く地域では、病床の過剰が懸念される。空き病床は病院経営を悪化させるから、病床の削減、さらに病院の統廃合は、地域医療を維持するためのやむを得ない手段であり、経済的に合理的である。そして、病院の統廃合計画が書かれているのが地域医療構想である。

しかし、医療需給の調整に力点を置いた地域医療構想では、地域住民に与える負の影響を勘案していない。地域医療構想という名称ではあるが、負の影響の回避策も含めての全体構想を示すものではない。

---

102 国立社会保障・人口問題研究所、「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」  
<https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson23/1kouhyo/gaiyo.pdf>（2026年1月7日確認）

103 秋田県、「秋田県地域医療構想」  
[https://www.pref.akita.lg.jp/uploads/public/archive\\_0000016036\\_00/kenkousou.pdf](https://www.pref.akita.lg.jp/uploads/public/archive_0000016036_00/kenkousou.pdf)（2026年1月7日確認）

104 大館市「大館市病院事業経営強化プラン（令和6年度～令和9年度）」 <https://www.odate-hp.odate.akita.jp/wp-content/uploads/2025/02/plan20240329-1.pdf>（2026年1月7日確認）

## (6)病院統廃合の住民への影響

大館市立扇田病院にあった 104 病床のすべてを 2026 年度末までに廃止するとの計画が 2025 年 12 月に大館市より発表された。廃止計画に対して、地元が反発しているという記事が 2025 年 12 月 26 日の毎日新聞に掲載されている。

全国各地で公立病院の統廃合が進行している。病院自体の統廃合の前には、診療科の統廃合、病床の削減もある。その結果、地域住民は通院や入院のために、今まで以上の時間を要するようになる。

人口減少を理由として病院・病床を削減していくと増加する負の影響に地域住民が反発する。地域住民の反発を政治的に利用しようというグループもある。日本共産党の影響下にある全国保険医団体連合会は、地域医療を守る住民運動は住民自治・民主主義と平和につながるという記事を機関誌に繰り返し掲載している。

山梨大学医学部の Huang Xiao らは山梨健康長寿コホート (Yamanashi Healthy Active Life Expectancy) を利用して、診療所や病院への移動に要する時間 (アクセス時間) が高齢者の健康にどのような影響を与えるかを調査した。研究は、令和元年度山梨県医師会優秀賞を受賞し、英語論文が公表されている<sup>105</sup>。

論文著者らは、病院へのアクセス時間が 20 分以上かかるコホート参加者では、9 分以下の参加者に比較して、統計的に優位とまでは言えないが、死亡や介護認定のハザード比が 1.50 (0.87~2.58) になることを見出した。一方、最寄りの診療所までのアクセス時間については、健康アウトカムと有意な関連はなかった。論文には「政策立案者への示唆」という節がある。要約は次のとおりである。

診療所は参加者の住居から比較的近い場所に位置しており、最寄りの診療所までのアクセス時間は死亡率や介護の必要性と関連しない。それゆえ、慢性疾患を抱える高齢者の自宅近くに家庭医がいれば、より集中的に医療を提供できる可能性がある。過疎地であっても、診療所に家庭医がいることで、患者は服薬の継続などの自己管理能力を高められ、病状の悪化にも対応できるようになる。

患者に最も近い総合診療としての家庭医療を専門分野として位置づけ、診療所と病院の間で機能分化と紹介ネットワークを確立すべきだと提言する。日本政府と地方自治体は、患者が病気をより適切に管理するために、患者がより容易に医師に相談できる方法を整備すべき時が来ている。

保健師が高齢者の自宅を訪問し、疾病関連症状の有無を確認するのがもう一つの解決策である。病院ベースのサービスのみと比較して、医療専門家によるアウトリーチ活動は孤立した地域における医療へのアクセス低下を補えるとの研究が、オーストラリアから発表されている。

105 Xiao HUANG, Hiroshi YOKOMICHI and Zentarō YAMAGATA, "Travel Time to Hospital/clinic and Risk of Death or Nursing Care in Japanese Community-dwelling Elderly Adults: Y-HALE Cohort Study", *Yamanashi Med. J.* 34(1), 1 ~ 15(2019)

[https://www.researchgate.net/publication/331060249\\_Travel\\_time\\_to\\_hospitalclinic\\_and\\_risk\\_of\\_death\\_or\\_nursing\\_care\\_in\\_Japanese\\_community-dwelling\\_elderly\\_adults\\_Y-HALE\\_Cohort\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/331060249_Travel_time_to_hospitalclinic_and_risk_of_death_or_nursing_care_in_Japanese_community-dwelling_elderly_adults_Y-HALE_Cohort_Study) (2026 年 1 月 7 日確認)

米国とアラブ首長国連邦の間で実施された共同研究は、成果として、GIS ベースの空間ネットワークモデルを用いて病院へのアクセス時間を評価すれば、病院配置の最適化が可能になるとの論文を発表している<sup>106</sup>。地域のどこに病院を置くかについても、エビデンスに基づく政策立案が可能になるという主張である。

厚生労働省も「医療機関の再編における課題と先行事例」という資料を公表している<sup>107</sup>。しかし、統廃合後には通院用のバスを増便するなど対処策が示されているにすぎず、山梨大学の研究が示唆するような診療所と病院の連携には言及がない。ましてや、アクセス時間というエビデンスに基づいて統廃合後の病院を配置するという発想はない。

先に言及した新たな地域医療構想に関するとりまとめでは、病院の統廃合の際に地域住民のアクセスに配慮することが記されている。具体的には「アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定することとする」との一文がある。単に需給マッチングの観点で統廃合を進めるよりも、地域住民にとっては負の影響が軽減される新方針は評価できる。また、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、専門等機能、医育及び広域診療機能に医療機関の機能を分類したうえで、高齢者救急・地域急性期機能と在宅医療等連携機能については、「地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定」としている点も、地域住民への負の影響の軽減に資するだろう。

## (7) オンライン医療ネットワークの現状

診療所と病院の連携に利用するオンライン医療ネットワークの多くは、我が国では、当初は離島・へき地での医療のために整備・運用されてきた。もともと公立病院を設置するほどの医療需要がない離島・へき地でオンライン診療を実施し、中心部の公立病院が支援するというのが典型的な形態である。

「月刊地域医学」には2022年に「離島・へき地に期待される遠隔医療の現状とこれから」と題する原田昌範の報告が掲載された<sup>108</sup>。原田の主張を要約した報告の最終部分は印象的で、以下に引用する。

これから遠隔医療は国策にも後押しされ、経験したことがないスピードで発展し、本稿で紹介したように、これまでできなかったことができるようになる。特に2次医療圏を越えてオンライン診療が実施できるようになったことは離島・へき地の医療を確保する上で、追い風である。しかし、今年、当研究班に「オンライン診療の不適切利用やセキュリティ」に関する分担研究

106 Balsa-Barreiro, et.al., “Travel-time accessibility and adaptive spatial planning solutions for the healthcare system”, Nature: npj health systems (2025) <https://www.nature.com/articles/s44401-025-00028-1.pdf> (2026年1月7日確認)

107 厚生労働省、「医療機関の再編における課題と先行事例」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000984014.pdf> (2026年1月7日確認)

108 原田昌範、「離島・へき地に期待される遠隔医療の現状とこれから」、月刊地域医学、Vol.36、No.12、pp.1061-1066 (2022)

が加わった。そして、ICT を利用する関係者が普段から良好な関係を築いておくことが最も重要であると米国視察で学んだ。おそらくこれからの時代、オンライン診療は離島・へき地に医療を届けるツールとしてさらに重要となるが、遠隔医療の発展自体は目的ではない。住み慣れた離島・へき地で自分らしく最期まで安心して暮らし続けるため、つまり地域包括ケアの充実のための手段のひとつに過ぎない。普段から良好な医師患者関係を保ち、対面診療とどう組み合わせるのかという視点が重要である。

地域住民は住み慣れた地域で生活を続けたいと考えている。しかし、需給関係から公立病院を離島・へき地に設置するのは難しい。そこで離島・へき地に置かれた診療所における対面診療と中心部の公立病院と結んだオンライン医療ネットワークを組み合わせ、地域住民を支えるという仕組みが動き出している。オンライン医療ネットワークが成功するために、原田は「普段から良好な医師患者関係を保ち、対面診療とどう組み合わせる適切な医療を届ける」という視点が重要」と主張しているわけだ。

北海道は、専門医が遠隔地の医師に指導・助言を行うための遠隔 TV カンファレンスシステム等の導入する際には、支援側に 300 万円、依頼側に 200 万円を補助している<sup>109</sup>。救急対応・トリアージの効率化を目的とする場合は、画像等を共有するソフトウェアの導入経費も支援対象になるそうだ。

三重県では「TRIMet：バーチャル鳥羽離島病院実証調査プロジェクト」が実施された<sup>110</sup>。鳥羽市の中心地と神島、答志島、管島、坂手島を結ぶオンライン医療ネットワークである。鳥羽市内 4 離島と本土側診療所の医療資源の効率的活用とコスト負担改善のため、グループ診療と多職種連携、オンライン診療を組み合わせ「バーチャル鳥羽離島病院構想」の実現を目指すというのが最終目標である。オンライン診療により、島に医師が不在時にも医療機関に繋がり、島民の不安軽減と医療の質の維持を可能にすれば、持続可能で安心できる離島での暮らしが確保できる。将来的には医療の他に薬剤師や介護等の分野でも導入を目指しているという。

なお、患者がネット経由で診察を受けるオンライン診療については、新型コロナウイルスへの対応を経て、都市部での利用も一般化しつつある。厚生労働省の調査によれば、オンライン診療に対応できる医療機関の数は東京都が 15446 で最大で、全国合計 18121 医療機関の多数を占めている<sup>111</sup>。このうちいくつかの医療機関がオンライン診療ネットワークに参加しているかについては確認できなかった。

## (8) 都道府県医療計画と地域医療構想

三重県の地域医療構想にオンライン診療ネットワークは書き込まれているだろうか。

109 北海道庁、「北海道における遠隔医療の推進について」

<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/141506.html> (2026 年 1 月 7 日確認)

110 三重県、「TRIMet：バーチャル鳥羽離島病院実証調査プロジェクト」

<https://smartisland.mlit.go.jp/demo/7island/> (2026 年 1 月 7 日確認)

111 厚生労働省、「令和 5 年 1 月～3 月の電話診療・オンライン診療の実績の検証の結果」

<https://www.mhlw.go.jp/content/001237012.pdf> (2026 年 1 月 13 日確認)

三重県は 2017 年に地域医療構想を公表した<sup>112</sup>。しかし、総論にも伊勢志摩地域に関する各論にも、オンライン診療ネットワークという言葉は出てこない。医療需要と必要病床数に関する記述に限定されている。なお、新型コロナウイルス前に作成されたこともあり、オンライン診療という言葉も出なかった。

一方、三重県は「三重県医療計画」も公表している。最新の第 8 次は 2024 年から 2030 年の計画である。300 ページを超える大部であり、オンライン診療ネットワークにも言及がある。

具体的には「三重医療安心ネットワーク（地域医療連携システム）」という名称のネットワークで、その基盤は ID-Link である。ID-Link は医療機関間のコミュニケーションを促進するため、診療情報の共有、他社電子カルテシステムとの連携を提供するデータリンク型サービスである。

へき地では医師不足により医療体制の充実が困難なため、へき地医療機関と後方病院との連携が不可欠になっている。それが「三重医療安心ネットワーク」の整備を推進する理由であり、今後も推進していくとしている。

秋田県でも同様である。秋田県は「医療保険福祉計画」という名称で秋田県医療計画を公表している<sup>113</sup>。「自宅・施設等での療養に備えた医療提供体制」には、医療機関間のネットワーク構築とオンライン診療活用への言及があるが、三重県と同様に「へき地医療拠点病院が行う、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の提供に対する支援を行います。」とへき地対応に限られている。

病院の統廃合によって地域住民に負の影響が出る。たとえば、通院時間の増加は死亡や介護認定のリスク要因である。医療社会学の研究者が負の影響の回避策、あるいは低減策を研究し提案している。回避策・低減策を医療行政に組み入れていけば、供給側ばかりを見て、地域住民を見ない医療行政は改善されていく可能性がある。

オンライン診療ネットワークは、ほとんどが今のところへき地での限定的な利用にとどまっている。しかし、かかりつけ医と病院とのリアルタイムでの連携を可能にするオンライン診療ネットワークにはより大きな可能性がある。たとえば、慢性疾患を抱える高齢者の自宅近くのかかりつけ医が、遠隔にある病院とも連携して医療を提供すれば、慢性疾患のコントロールもできるようになるからだ。

ネットワーク化の前段階に位置づけられるオンライン診療自体についても、前出の厚生労働省資料によれば、全医療機関の 16%にとどまっている。容体の安定している慢性疾患の患者にとっては、対面診療をオンライン診療に切り替えることによって負担が軽減される可能性がある。

先に言及した新たな地域医療構想に関するとりまとめでは、「救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療 DX の推進等による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者

---

112 三重県、「地域医療構想の策定について」

[https://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/9072300001\\_00001.htm](https://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/9072300001_00001.htm)（2026 年 1 月 7 日確認）

113 秋田県、医療保険福祉計画

[https://www.pref.akita.lg.jp/uploads/public/archive\\_0000003120\\_00/%E7%A7%8B%E7%94%B0%E7%9C%8C%E5%8C%BB%E7%99%82%E4%BF%9D%E5%81%A5%E7%A6%8F%E7%A5%89%E8%A8%88%E7%94%B.pdf](https://www.pref.akita.lg.jp/uploads/public/archive_0000003120_00/%E7%A7%8B%E7%94%B0%E7%9C%8C%E5%8C%BB%E7%99%82%E4%BF%9D%E5%81%A5%E7%A6%8F%E7%A5%89%E8%A8%88%E7%94%B.pdf)（2026 年 1 月 7 日確認）

施設等の対応力を強化することも求められる。」と、オンライン診療を含む医療 DX を推進する方向を示している。また、医療 DX が減少する医療従事者問題にも資するとして、「人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療 DX、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持することが求められる」と主張している。我が国が本格的に医療 DX に動き出す「前触れ」として高く評価できる。

## (9)各国で進む医療 DX

各国はオンライン診療ネットワークを含め、医療 DX を医療政策の重点に据えている。一例がオーストラリアである。オーストラリアは 2016 年に Australian Digital Health Agency を設立した。組織のミッションはすべてのオーストラリア国民に、エンドツーエンドでコネクテッドヘルスケアを提供する施策を主導し、加速させるである。

最新の戦略は National Digital Health Strategy 2023-2028（デジタルヘルス戦略）として公表されている<sup>114</sup>。戦略は冒頭でヘルスケアを変革する価値を次のように説明している。

オーストラリアは、ヘルスケアのデジタル変革に向けて新たな一步を踏み出し、健康とウェルビーイングを管理するための新たな機会と方法を取り入れる。

戦略では、現代的でネットワーク化されたデジタル対応のヘルスケアシステムの中心に、オーストラリア国民を据え、オーストラリアに住みヘルスケアを受けるすべての人々を包摂する戦略である。

デジタルヘルスは、健康格差、慢性疾患の増加、医療費の高騰、そして世界的な健康への脅威といった課題への対応を支援する。デジタルヘルスは、複雑かつ慢性的な疾患に対する、連携のとれた多職種連携ケアへのアクセスと管理を改善する、個人中心のヘルスケアモデルを実現する。また、デジタルは病院の負担を軽減し、質の高いデータの共有を通じて、エビデンスに基づく意思決定や医療現場間のケアの移行を支援する。

デジタル変革のこの次の段階では、情報共有を促進し、リアルタイムのデータ交換を進化させることで、消費者の同意、厳格なプライバシーおよびサイバーセキュリティ基準に沿って、必要な時に必要な場所で情報にアクセスできるようになる。人々は自分の健康状態を繰り返し説明する必要はない。重要な情報は常に共有され、希望があれば、プライマリケア、関連医療、病院ケア、高齢者ケアを含むケアチーム全体で利用できる。その結果、重複や無駄が削減され、人員と予算への圧力が軽減され、安全性、品質、生産性が向上する。

デジタルヘルス戦略文書は、変革を促進する政策として四点を列挙している。

- デジタルヘルスの導入、活用、そしてイノベーションを促進する政策と規制を進める
- 安全で目的に合致する、国民と医療機関、医療機関同士が接続されたデジタルソリューション

114 Australian Digital Health Agency, “National Digital Health Strategy 2023-2028”

<https://nqphn.com.au/wp-content/uploads/2024/02/national-digital-health-strategy-2023-2028.pdf> (2026 年 1 月 7 日確認)

ョンを提供する

- 医療・福祉従事者のデジタル対応力を強化する
- 高いデジタルヘルスリテラシーを持ち、情報に精通し、自信に満ちた消費者と介護者を育成する

そのうえで、医療 DX 実現によって期待される成果として四点を提示している。

- デジタル化：保健・福祉サービスが連携し、安全で安心、そして持続可能になる
- 個人中心：オーストラリア国民は、適切な情報とツールを備え、自らの健康と福祉を管理できるようになる
- 包摂性：オーストラリア国民は、必要な時に必要な場所で、公平に保健サービスにアクセスできる
- データ主導：容易に利用できるデータは、個人、地域社会、そして国家レベルでの意思決定に役立ち、持続可能な保健システムに貢献する

オーストラリアは、都市部を除けば、人口密度が低い広大な大地が広がる国家である。「へき地」医療は国家の課題であり、Australian Government Department of Health, Disability and Ageing は、2016 年に National Strategic Framework for Rural and Remote Health を公表している<sup>115</sup>。へき地では医療セクター間の連携、そして医療提供者と他のセクターとの連携が、地域社会における健康の経済的・社会的決定要因への対応に役立つとして、医療 DX を推進する方向性が書かれている。当該文書は、後に公表されたデジタルヘルス戦略と同じ方向を向いた戦略計画になっている。

都市国家であるシンガポールでも医療 DX が推進されている。シンガポール保険省（Ministry of Health）は 2022 年に「WHITE PAPER ON HEALTHIER SG」を公表して、医療 DX を推進する姿勢を明確に示した<sup>116</sup>。以下、Healthier SG を「医療 DX 戦略」と表記する。医療 DX 戦略を記載した同白書の前書きには、次のメッセージが示されている。

- 私たちの医療制度は医療 DX 戦略の推進によって大きく変革される。私たちは、病気になった人への対応的なケアから、病気にならないように予防する予防的なケアへと重点をシフトさせる。重要なのは、国民一人ひとりが健康を求める行動を取り、ライフスタイルを再構築することである。
- 国民一人ひとりに行動変容を起こすためには、かかりつけ医を定着させると共に、より健康的なライフスタイルへの転換に関わる地域社会への支援を促進する必要がある。医療 DX 戦略は、健康状態の悪化を予防または遅らせ、大切な人の負担を軽減し、健康寿命を延ば

---

115 Australian Government Department of Health, Disability and Ageing, “National Strategic Framework for Rural and Remote Health” <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/10/national-strategic-framework-for-rural-and-remote-health.pdf> (2026 年 1 月 7 日確認)

116 Ministry of Health, WHITE PAPER ON HEALTHIER SG <https://file.go.gov.sg/healthiersg-whitepaper-pdf.pdf> (2026 年 1 月 7 日確認)

し、住民の生活の質を向上させる。医療費の増加を長期的に抑制することにもつながる。

シンガポールにおける医療 DX 戦略は五つの要素で構成されている。

- 住民：家庭医で定期的に受診している人は、一般的に健康状態が良く、救急外来や病院への受診回数も少ない。しかしながら、今日の医師と患者の関係は、急性症状の治療薬や診断書の取得のための取引という、一時的なものが多い。医療 DX 戦略は、住民がかかりつけの家庭医を選び、登録するように推奨する。
- 家庭医：家庭医のネットワークを構築して、予防と慢性疾患ケアの改善に重点を置いた包括的なケアを提供する。
- 地域での支援：健康促進局(Health Promotion Board)、統合ケア庁 (Agency for Integrated Care)、人民協会 (People's Association)、スポーツシンガポール、地域パートナーなどの機関が提供する幅広い活動に参加するように、住民を意識付ける。
- 地域医療管理者：地域医療管理者がそれぞれの地域の住民の健康管理を担う。地域の家庭医や他のパートナーと協力して、住民へのより良いサービス提供に努める。
- 医療 DX インフラ：医療データの取得と蓄積、共有を改善し、データガバナンスのフレームワークとサイバーセキュリティ機能も強化する。情報通信インフラの強化によって、家庭医や地域のパートナーがより緊密に連携し、住民へのサービス向上に貢献できるようになる。

医療 DX インフラについて、より詳しく次のような説明がある。

- 医療 DX 戦略を実現するためには、家庭医、病院、そして幅広い地域パートナーとの緊密な連携が必要である。しかし、医療 DX に利用するにはインフラの現状は不十分で、医療提供者間のデータと IT システムの連携と調整を阻害している。例えば、家庭医が手書きの記録を使用しているケースがあり、後日病院で緊急治療を必要とした場合にも病院スタッフは患者の医療データにアクセスできない。
- 家庭医、病院と地域パートナーを結ぶ拡張ネットワークにおけるデータフローと共有は、容易で、かつシームレスであるべきだ。国家電子医療記録 (National Electronic Health Record: NEHR) システムを通じて、この課題に対応する。NEHR は患者の医療記録サマリーを中央プラットフォームに記録する。記録は認可を受けた医療提供者と承認された医療従事者がアクセスできる。こうして、NEHR は、家庭医、病院と地域パートナー間でのデータ共有を改善するために強化されていく。

保健省は 2023 年に Health Information Bill を議会に提出し、可決された<sup>117</sup>。同法の目的は、  
①すべての認可医療提供者に対し、NEHR への特定の医療情報の提供を義務付けると共に、提供

---

117 Ministry of Health, "Objectives of the Health Information Bill (HIB)"

<https://www.healthinfo.gov.sg/overview/introduction/> (2026 年 1 月 7 日確認)

者には NEHR へのアクセスを付与する。②政府として、医療エコシステムの範囲内で、個人識別可能な健康情報の共有を可能にするとともに、不適切な利用を規制する。③医療データに関するサイバーセキュリティとデータセキュリティの標準を定める。

本節ではオーストラリアとシンガポールにおける医療 DX 政策について説明した。へき地が多いオーストラリアと都市国家であるシンガポールが共に医療 DX を強力に推進しているのは、医療 DX によって患者個々に最適の医療を提供できるようになり、住み慣れた地域に住み続けるのが可能になるからである。医療 DX は国民のウェルビーイングを向上させる重要な手段として位置づけられている。医療 DX には初期投資が必要だが、医療費の増加を長期的に抑制できる。

## (10)共通の患者識別子は医療 DX の基盤

一人ひとりの国民が、いつ、どこで、どんな医療サービスを受けたかがわかれば、医療サービスの効果は高まり効率が上がる。しかし、国民が受けるサービスの提供者はかかりつけ医、病院、薬局などまちまちである。そこで、かかりつけ医、病院、薬局などが提供したサービスの情報を集約する作業が必要になる。作業のために利用されるのが共通の患者識別子である。

オーストラリアの医療 DX では、Individual Healthcare Identifiers (IHI)が共通の患者識別子として利用されている<sup>118</sup>。IHI はオーストラリア国内で医療サービスを受ける人すべてに割り当てられる 16桁の固有番号である。IHI によって確実に本人が特定され、かかりつけ医、病院、薬局などの間での情報連携が進む。IHI は My Health Record へのアクセスにも利用されている。My Health Record はオーストラリア版 PHR (個人健康記録) である。IHI は、まさに DX 化された医療サービスのすべてを結ぶ共通の患者識別子である。

一方、シンガポールでは、National Registration Identifier (NRI : 国民登録番号) がシンガポールの情報化を推進する中で官民を問わず幅広く利用されてきた。NRI が我が国のマイナンバーに相当し、国民登録番号カード National Registration Identification Card がマイナカードに相当する。

利用分野を限定して、セキュリティ・個人情報保護を重視する我が国のマイナンバー・マイナカードと、官民を問わず NRI の利用を進めるシンガポールでは DX に対する姿勢が全く異なっている。実際、シンガポールでは医療 DX 戦略策定以前の 2018 年に、政府に設置された医療データベースがハッキングされる事件が起きたそうだ。当時の首相に対する投薬情報も流出したという。しかし、その後本格化した医療 DX でも、現時点では NRI を共通の患者識別子として用いている。

ハッキングが再発すれば、2018 年よりも大きな被害が想定されるために、セキュリティ対策が強化されてきた。2023 年成立の Health Information Bill は、医療提供者に課されるサイバーセキュリティおよびデータセキュリティの標準を定めている。医療システムのベンダーも、サイバーセキュリティおよびデータセキュリティの基準を満たす必要がある。そして、シンガポール保健省はセキュリティ対策を遵守しているかを確認するための監査も実施している。

我が国の状況をオーストラリアやシンガポールと比較すると、現時点では共通の患者識別子の

---

118 Services Australia, "Individual Healthcare Identifiers" <https://www.servicesaustralia.gov.au/our-agency?context=22> (2026 年 1 月 7 日確認)

代理として用いられているマイナ保険証の利用は中途半端である。たとえば、マイナ保険証を利用する手順は、次の通り複雑である。

図表 87 マイナ保険証を利用する手順

1. マイナ保険証を読み取り機に置き、顔認証または暗証番号で本人確認を行う。
2. 読み取り機は、マイナ保険証の利用者証明用電子証明書の識別情報をオンライン資格確認等システムに送信し、資格照会を行う。
3. オンライン資格確認等システムは、保険資格の有無・負担割合・限度額情報などの資格に関わる情報を医療機関に返す。本人の同意があれば、過去の診療と投薬に関わる情報も医療機関に送信される。
4. 医療機関は資格確認後に診療を行い、その際、本人の同意に基づいて過去の診療と投薬に関わる情報も参照する。
5. 医療機関に設置されているレセプトコンピュータ上で、オンライン資格確認等システムへの照会結果を確認し、最新の資格情報をレセプトコンピュータに登録する。
6. 何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合には、資格情報を以下の3つの方法で確認する。
  - ① 本人にマイナポータルや保険者からの資格確認書を確認してもらう
  - ② 再診の場合は、過去の受診の際の情報から確認する
  - ③ 初診の場合は、患者に「被保険者資格申立書」に記載してもらい、事後に確認する
7. 医療機関はこれらの情報からレセプトを作成して社会保険診療報酬支払基金（支払基金）と国民健康保険中央会（国保中央会）に送付する。「被保険者資格申立書」の情報からレセプト請求する場合は、資格情報を「不詳」として、「被保険者資格申立書」に記載の情報を備考欄に記載する。
8. 転職等に伴って、オンライン資格確認等システムから「旧資格情報」として照会結果が表示されている場合は、「旧資格情報」と記載の上、レセプト請求する。オンライン資格確認等システムには国民の全ての保険資格情報が搭載されているが、保険者による登録遅れなどでタイムラグが起きる場合もあるため、請求時に、審査機関が最新情報を特定できれば、「旧資格情報」から最新の情報に書き換えて受理される。
9. 審査機関はレセプトに記載の保険証の記号番号から保険者（保険組合）を特定し、その保険者に請求処理を行う。
10. 「不詳レセプト」は、審査機関がオンライン資格確認等システムで資格情報を補完できる場合には、保険者を特定して請求処理を行う。オンライン資格確認等システムを使っても補完できない「不詳レセプト」は医療機関に戻される。医療機関は患者に聞き取りを行い、記号番号等を補記して、再度請求する。

資料出所：社会保障審議会医療保険部会医療保険部会資料<sup>119</sup>、日本医師会資料<sup>120</sup>などを元に筆者

119 厚生労働省、「マイナ保険証の利用促進等について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001323478.pdf> (2026年1月7日確認)

120 日本医師会、「オンライン資格確認【操作手引き】」 <https://www.orca.med.or.jp/receipt/use/jma-onshi.html> (2026年1月16日確認)

## 作成

マイナ保険証を利用する手順では、マイナンバーは利用されていない。個人情報保護委員会が公表している「特定個人情報の適正な取扱いに関するガイドライン（事業者編）」に理由が書かれている。

- 個人番号（マイナンバー）は、社会保障、税、災害対策その他の行政分野において、個人情報を複数の機関の間で紐付けるものであり、住民票を有する全ての者に一人一番号で重複のないように、住民票コードを変換して得られる番号である。したがって、個人番号が悪用され、又は漏えいした場合、個人情報の不正な追跡・突合が行われ、個人の権利利益の侵害を招きかねない。
- そこで、番号法においては、特定個人情報（マイナンバーを含む個人情報）について、個人情報保護法よりも厳格な各種の保護措置を設けている。

悪用や漏洩を恐れるあまりマイナンバーの利用を制限しているのが現制度である。そのために、マイナ保険証を利用する手順でもマイナンバーは利用しない。マイナ保険証に搭載されている利用者証明用電子証明書の識別情報も最小限の利用にとどまっている。そして、我が国では保険証の記号番号を頼りに診療報酬を請求する。

2020年に医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律が施行され、プライバシー保護の観点から、健康保険事業とこれに関連する事務以外では、保険証の記号番号の告知が制限された<sup>121</sup>。それゆえ、医療機関にある過去の治療歴を頼りに記号番号を「推定」という処理が当たり前に行われている。

終身雇用が当たり前だった昭和時代には、保険組合を移る転職をする人は限られていた。今では転職は当たり前だから、保険証の記号番号は頻繁に変わり、記号番号は本人を特定するのに適していない。それにも関わらず、後生大事に記号番号頼りでレセプトを作成する仕組みを残している。首尾よく請求が完結できない時には最後の手段として患者に口頭で質問する、そんなアナログ優先の複雑奇怪なシステムになっている。

マイナ保険証の利用者証明用電子証明書の識別情報を送信して資格確認を行う仕組みにも問題がある。電子証明書は5年間有効で、期限切れの際にまったく異なる電子証明書に置き換えられる。マイナ保険証の発行時期、あるいはマイナカードの発行時期は国民によってまちまちだから、資格確認を正確に行うために、オンライン資格確認等システムは電子証明書に関する情報を更新し続けなければならない。

シンガポールのようにマイナンバーを直接利用するか、少なくともオーストラリアと同様に医療に限定した共通の患者識別子を導入すれば、複雑さは解決する。

シンガポールのように多様な分野でNRIを利用するという事は、我が国では受け入れられないかもしれない。一方、医療用の共通の患者識別子ができれば、保険証の記号番号は不要になる。

---

121 厚生労働省、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律の成立について」 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517324.pdf> (2026年1月8日確認)

特定の共通の患者識別子の人は特定の保険組合に所属しているという対応表があれば済むからだ。データセキュリティは確かに課題であるが、技術的に防ぐ対策を取るのではなく、使用しないことでリスクを軽減するという我が国の対応策は再考する時期に来ている。

内閣府は医療等情報の利活用の推進に関する検討会を組織し、2026年1月に中間取りまとめが発表された<sup>122</sup>。その中には、次のように記述されている。

各種データを共通の患者識別子で横断的に解析可能にしていくことは、医療等情報の更なる利活用に向けて重要であり、国民・患者や医療現場の理解を得ながら、医療等情報を効果的・効率的に利活用できるよう、引き続き、これらの意見等を踏まえ、検討会で令和8年夏日途の議論の整理に向けて検討を行っていく。

内閣府検討会での議論が進み、本年夏の最終とりまとめでは共通の患者識別子かが打ち出されるように期待する。

## (11)医療 DX で緊急時に対応する

医療機関から送付されたレセプトデータは、審査機関、すなわち社会保険診療報酬支払基金（支払基金）と国民健康保険中央会（国保中央会）で審査・支払のために保存される。

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、レセプト情報や特定健診・特定保健指導情報を格納する匿名医療保険等関連情報データベース（NDB：National Database）の運用管理は厚生労働省から支払基金に委託されている。審査機関に集積したレセプト情報は、法令に基づきNDBに提供され、匿名化処理を経たうえで研究・政策立案などの二次利用に供される。たとえば、地域ごとの疾病発生率を分析すれば、地域特有の疾病傾向を把握できる。

レセプトデータは保険組合も医療費支払いのために保存している。保険者は蓄積されたレセプトデータを分析し、組合員（被保険者）の疾病傾向を把握できる。たとえば、トラックドライバーを多く抱える健康保険組合が、組合員には腰痛に関する受診が多いと把握すれば、腰痛予防のための啓発や保健事業に活用できる。

蓄積されたレセプトデータは本人のためにも利用もでき、本人利用を一次利用という。すでに説明した手順で、本人同意を基に過去の診療と投薬に関わる情報を医療機関に提供するというのも典型的な一次利用である。

厚生労働省とデータ庁が推進している個人健康記録（PHR：Personal Health Record）では、本人の同意のもと、当該本人について、過去の診療・調剤のレセプト情報、特定健診・特定保健指導データ、予防接種記録などがマイナポータル経由で閲覧でき活用できる。これも一次利用である。厚生労働省の説明によれば、オンライン資格確認等システムを通じて保険組合が持つ本人データがPHRに提供されるようになっている<sup>123</sup>。

122 内閣府、「医療等情報の利活用の推進に関する検討会 中間まとめ」

<https://www8.cao.go.jp/iryuu/studygloup/pdf/chukanmatome.pdf>（2026年2月4日確認）

123 厚生労働省、「PHRの全体像」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000891495.pdf>（2026年1月8日確認）

しかし、PHR への本人データの提供には二つの大きな欠点がある。

第一は、レセプトには診療報酬の支払いに必要な情報しか含まれていないこと。レセプトには患者の氏名や保険証の記号番号などの基本情報、傷病名と実施した診療行為（どんな病気を治療し、検査、処置、手術、投薬などはどのように行ったか）、使用した医薬品の名称と分量などが記録される。しかし、カルテにはより多くの情報が記載されている。主訴や問診の詳細や視診・触診・聴診で得た身体所見、バイタルデータ、患者とのやり取りで得られた本人の希望などである。これらは、レセプト情報を閲覧するだけでは把握できない。

第二の欠点は、レセプト処理が月単位で行われる点。国民健康保険中央会<sup>124</sup>は「保険医療機関は、(本人負担を除く) 残りの医療費について、保険者に1ヶ月分の診療行為をまとめた診療・調剤報酬明細書(レセプト)で請求します」と説明している。「二週間前に病気を発症して医療機関で治療を開始したが、急に呼吸ができなくなる緊急事態が起きた」といっても PHR は役立たない。

厚生労働省は緊急時の情報活用について改善を考えた。緊急時にマイナ保険証を搬送先の医療機関に提示すれば、医療情報が入手できる仕組みを構築しようというのである。それが「緊急時医療情報閲覧機能」である<sup>125</sup>。

厚生労働省の説明資料には、「救急時医療情報閲覧機能により、病院においては、患者の生命、身体保護のために必要な場合、マイナ保険証による本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧できるようになります」とある。個人情報保護法が規定する「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得るのが困難であるとき」には同意なしに個人情報を利用できるという特例を利用した仕組みである。

上記で「マイナ保険証による本人確認」とあるが、実際にはマイナカードに記載の氏名・生年月日・性別・住所の4情報で本人を確認し、マイナ保険証でオンライン資格確認を行うようになっている。通常は本人同意のもとで行われる過去の診療と投薬に関わる情報の取得を、緊急時ということで本人同意なしに実施する。

厚生労働省による前出の資料には「救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療/薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された救急用サマリーの閲覧が可能」とあり、救急用サマリーには、受診歴、電子処方箋情報、薬剤情報、手術情報、診療情報、透析情報、健診情報が掲載されるという。厚生労働省による救急用サマリーの表示イメージには、冒頭に次のようにある<sup>126</sup>。

- この救急用サマリーは、以下期間のレセプトに基づく診療行為及び医薬品情報、また、電子処方箋管理サービスに登録された調剤結果情報を表示しています。但し、一部は表示さ

124 国民健康保険中央会、診療報酬の審査制度 [https://www.kokuho.or.jp/inspect/inspect\\_rezept.html](https://www.kokuho.or.jp/inspect/inspect_rezept.html) (2026年1月8日確認)

125 厚生労働省、「救急時医療情報閲覧概要案内」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001243478.pdf> (2026年1月9日)

126 厚生労働省、「救急用サマリー」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001252406.pdf> (2026年1月10日確認)

れない場合があります。(紙レセプトや包括の場合など、診療行為／医薬品が表示されない場合があります)

上の注記は次のようにしか読み取れない：搬送者の状況を確認するために、何枚ものレセプトを順に閲覧しては時間がかかる。「まとめ」があれば概要が把握できる。そこで「まとめ」を英語の Summary を使って救急用サマリーと表現した。

PHR による本人データの取得に関わる二つの欠点として指摘した通り、保険組合に保存されているレセプト情報から得られるのは診療報酬の支払いに関わる情報だけで、しかも一月遅れになる。したがって、救急用サマリーも一月遅れの情報に過ぎない。

そこで厚生労働省は電子カルテ情報も閲覧できるように改善しようとしている。2024年12月に開催された健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループに対して同省が提出したのが「救急時医療情報閲覧における利用可能な医療情報の追加について」という資料である<sup>127</sup>。そこには、「電子カルテ情報共有サービス」を利用して、新たに六つの医療情報を追加したいとして、傷病名、感染症情報、薬剤アレルギー等情報、その他アレルギー等情報、検査情報、処方情報が列挙されている。

電子カルテ情報共有サービスは、「全国医療情報プラットフォーム」に組み込まれた、全国の医療機関や薬局などで患者の電子カルテ情報を共有するための仕組みである<sup>128</sup>。情報利活用ワーキンググループに提出された資料には、電子カルテ情報共有サービスについて次のように書かれている<sup>129</sup>。

- 全国での運用開始に向け、現在モデル事業で確認されている課題への対応を行う必要がある。
- モデル事業で明らかになった課題への対応を行うためには、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。改修後に改めて検証にご協力いただく地域を選定し、検証を行うこととする。
- 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。

令和8年度の冬頃、つまり2026年の年末か2027年年始にならなければ、電子カルテ情報共有サービスが利用できない。1月遅れの情報しか取得できない現時点（2026年年始）では、救急時

---

127 厚生労働省、「救急時医療情報閲覧における利用可能な医療情報の追加について」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001344094.pdf>（2026年1月10日確認）

128 厚生労働省、「電子カルテ情報共有サービス」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/johoka/denkarukyoyuu.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/johoka/denkarukyoyuu.html)（2026年1月10日確認）

129 厚生労働省、「電子カルテ情報共有サービスに関する検討事項について」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001608497.pdf>（2026年1月10日確認）

医療情報閲覧機能は役に立たない。政府広報オンラインには、「マイナ救急で救急搬送がスムーズに！命を守るマイナ保険証の新しい活用法」という記事がある。同じ内容のテレビ CM も流れている。しかし、実態は好意的に表現しても、その方向に向かって進んでいるに過ぎない。

一方で電子処方箋管理サービスの運用は 2024 年から始まっている。それゆえ、救急時医療情報閲覧機能で電子処方箋情報が表示されるわけだ。電子処方箋管理サービスの要は電子処方箋システムであり、同システムを利用して、電子処方箋または紙の処方箋を問わず、処方・調剤した薬剤情報は即時反映されるというのが電子処方箋管理サービスである。厚生労働省は、「電子処方箋システムを導入した医療機関・薬局において、患者の「直近の」薬剤情報まで共有される。また、処方・調剤時、この薬剤情報を活用した重複投薬や併用禁忌のシステムチェックが可能となる」と、直近にわざわざ「 」を付けて強調して説明している<sup>130</sup>。電子カルテについても、同じように直近までの診療情報が共有されるようにしようというのが、電子カルテ情報共有サービスである。

## (12) 地域を越えた医療の地域医療構想への反映

厚生労働省は地域医療構想に関わる初期検討の段階で、構想区域ごとの必要病床数を推計する際には、その区域外からの患者の流入とその区域外への患者の流出を考慮するとの方針を打ち出した<sup>131</sup>。すなわち、将来の医療需要や病床の必要量について、国が示す方法に基づき、構想区域単位で都道府県が推計するとの原則の下で、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とするとしたのである。

推計のために厚生労働省は「必要病床数等推計ツール」を都道府県に配布した。大阪府をはじめいくつかの都道府県の地域医療構想にはツールを用いた旨が明記されているが、ツール自体についてネット上で情報を探すことはできなかった。

一方、厚生労働省は「患者調査」という名称の統計調査を毎年実施し、その結果を公開している。最新の 2023 年版によると、東京都では入院総数が 94.6 万人で、うち都内在住者は 84.8 万人、残りの 9.8 万人は東京都の外から入院してきた患者とわかる。患者調査には構想区域ごとの流出入患者割合も掲出されており、東京都 23 区の中央部にあたる構想区域（千代田区・中央区・港区・文京区・台東区）では、流入患者割合が 72.5% で流出患者割合が 46.7% だそうだ。

厚生労働省からの公開データにはこれ以上に詳細な情報はないが、東京都地域医療構想には、23 区中央部の構想区域には一日当たり埼玉県から 206 人、千葉県から 171 人、神奈川県から 154 人の患者が流入していると図示されている。図には、都内のほかの構想区域との流出入数も示されている<sup>132</sup>。患者の流出入は、必要病床数の推計に直接影響するため、「必要病床数等推計ツール」などを用いて計算されたと推測される。

---

130 厚生労働省、「電子処方箋の現況と今後の対応」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001380625.pdf> (2026 年 1 月 12 日確認)

131 厚生労働省、「基準病床数と病床の必要量（必要病床数）の関係性の整理について」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000811085.pdf> (2026 年 2 月 5 日確認)

132 東京都、「東京都地域医療構想（1）区中央部」

<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/06dai3shou1> (2026 年 2 月 5 日確認)

地域医療構想は構想区域ごとに作成されるが、患者の流出入があるため構想区域は境界付近でそれぞれ重なっている。東京都の例で示したように、都道府県の境界を越えた重なりもある。

地域医療構想の作成責任は都道府県に委ねられている。都道府県は構想区域ごとの保健医療協議会に、その区域における構想の素案作成を委ね、素案を集約して地域医療構想として公表する。しかし、構想区域を越えた患者の流出入があり、都道府県の境界を越えた流出入もあるので、地域医療構想の作成は複雑化する。

地域医療構想の作成は EBPM（Evidence Based Policy Making）の典型例であり、エビデンスに基づいて構想を立てるのが適切である。経済財政諮問会議が 2025 年に公表した「EBPM アクションプラン 2025」は、新たな地域医療構想の策定において、地域医療構想策定支援ツールなどの国が示したデータやかかりつけ医機能報告等のデータを活用しながら都道府県毎の状況分析を行ってその内容を新たな地域医療構想の策定に活用し、活用した都道府県数を EBPM の中間アウトカム指標とすると言及している<sup>133</sup>。

一方で、同アクションプランの「3. 分析・検証方法、用いるデータ等」では、都道府県が主体となって調査（収集）や分析を行うこととされている。しかし、都道府県がそれぞれ独自に調査・分析を実施した場合、分析手法やデータ品質にばらつきが生じ、結果として政策の効率性や比較可能性が損なわれる恐れがある。特に医療 DX の進捗によって収集可能となった多様なデータについては、都道府県が均一に分析・検証できるよう、国が主体的にデータ提供・標準化・分析支援を行うべきである。国が共通のデータセットや分析ツールを提供し、都道府県間の品質格差を最小化することが、EBPM の実効性を高めるうえで不可欠である。

さらに、「病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえた医療提供体制の構築が重要である」と基本的な方向性として示されている。それに向けては、医療・介護の連携強化に必要な連携データを国が都道府県に提供し、都道府県が地域の実情に応じてこれを活用できるようにすべきである。また、これらの仕組みは医療 DX のロードマップとして明確に位置付け、段階的に全国で実装・運用されることが望ましい。

アクションプランが地域医療構想を EBPM の重点分野と指定したのは適切な判断である。患者の流出入だけでなく、他の側面についても、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）をはじめとするデータベースを解析してエビデンスを見出すことは、地域医療構想の立案に大いに資するものである。疾病や治療において都道府県、あるいは構想区域ごとに特異な特徴が存在する可能性も考えられる。さらに、経済財政諮問会議も指摘したように、かかりつけ医機能報告の統計解析から新たな知見が導き出されることも期待される。

一方で、都道府県においては、政策担当に従事する人材には医療・介護分野の知識と医療 DX に関する ICT の知識の双方が求められることに加え、限られたリソースや人事異動等による専門性の維持の難しさもある。NDB に蓄積されているデータは匿名化が施されており、民間に提供する場合でも個人情報保護には十分配慮されていると考えられる。データを統計解析する実務については、必要に応じて民間の知見等を活用できるようにすべきである。

---

133 経済財政諮問会議、「EBPM アクションプラン 2025」 [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report\\_251225\\_1.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report_251225_1.pdf)（2026 年 2 月 5 日確認）

こうした状況を踏まえ、地域医療構想の策定・推進にあたっては、国が都道府県・市町村による政策立案を支援するため、人材育成や人材派遣等の支援策を拡充することが重要である。国は、目指すべき方向性や必要なデータ等を積極的に提供し、地域の実情に応じた取組を後押しすべきである。

より地域住民に役立ち、将来への安心感を高める地域医療構想を作成していくためには、国がエビデンスデータの整備や人材育成・派遣等の支援を強化し、都道府県・市町村が政策立案能力を高めることが不可欠である。また、民間の知見や技術も必要に応じて活用できる仕組みを整備し、官民連携による地域医療構想の実現を期待する。

人口減少と少子高齢化が進み、経済的な事情から病院の統廃合も進んでいる。そんな環境下で、統廃合の負の影響を回避し、国民一人ひとりが住み慣れた地域に住み続けるには、オンライン診療ネットワークをはじめとした医療 DX を進めるしかない。

オンライン診療ネットワークを機能させるには、電子カルテ情報共有サービスがあればよい。緊急時にも、電子カルテ情報共有サービスを利用して直近までの医療情報を搬送者の命を救えるようになる。

医療を施すには本人の特定が必要である。本人を特定するには、悉皆で国民に付与されたマイナンバーを用いるのがもっとも簡単であるが、国民感情もあり実現には困難が伴うだろう。このため、医療用に限定して国民一人ひとりに共通の患者識別子を付与するのが現実的である。現在検討を進めている内閣府の医療等情報の利活用の推進に関する検討会での前向きなとりまとめに期待する。

本稿で説明してきたように、医療情報システムは既存システムにつきはぎを当てて改良することを繰り返してきた。その結果、緊急時の電子カルテ情報共有サービスでさえも満足には動かない状況に陥っている。

医療 DX の全体像を描いたうえで、それを満たすように医療情報システムを抜本的に再構築していく必要がある。

最初を書くべき文書は「医療 DX 戦略構想」である。構想立案には、構想の正当性を検証できるエビデンスが求められるが、つきはぎだらけの医療情報システムからエビデンスの導出には困難が伴うので、構想実現に向けての動きが膠着する恐れがある。

膠着を打ち破るためには、「医療をデジタルで抜本的な改革するのだ」という強い政治的な決断が求められる。

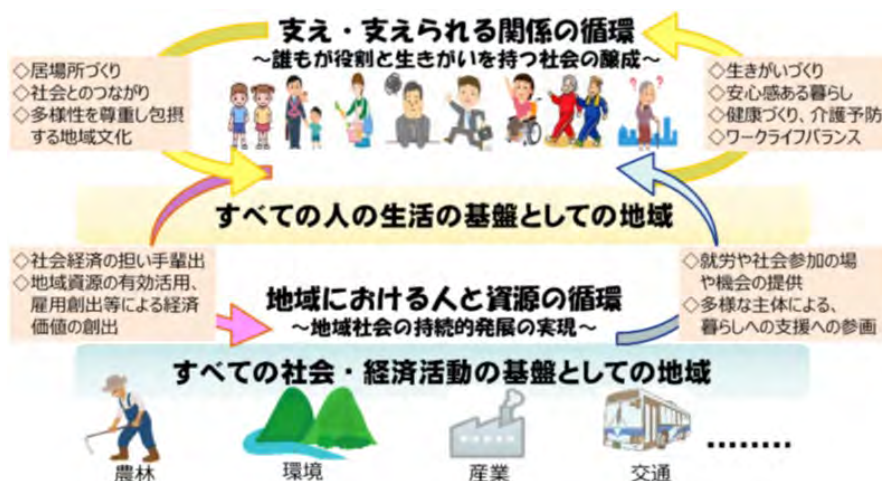
なお医療情報システムについては、医療情報の漏洩などへの懸念を持つ国民も多い。医療システム全体のセキュリティを向上させて、被害が発生しても局地的、限定的に収まるように対策しなければ、医療 DX は前に進まない。この点については、本報告書の別の章に記載したので併せて参照いただきたい。

## 4-2. 地域ハブとしての薬局とデジタルの活用

### ①地域共生社会における医療・ケアのハブとなる薬局のデジタルの活用

超高齢社会の我が国では、人口減少・多死社会の課題解決のために地域共生社会<sup>134</sup>への変革が喫緊の課題である。地域・家庭・職場といった人々の生活を支え合う基盤が弱まり、社会経済の担い手も減少するため、地域社会そのものの存続が懸念される地域がある。従来の「支援する側／される側」「医療/看護/介護/予防・福祉」といった縦割りを超え、ボーダレスに地域住民・行政と多様な主体が役割と生きがい・やりがいを持って、地域全体で支え合い、参加と協働することで持続的発展が期待できる。2017年の改正社会福祉法（地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）は市町村による地域生活課題を解決する「包括的な支援体制」を整備することを定めている。

図表 88 我が国における目指すべき地域共生社会



資料出所：厚生労働省、「地域共生社会の推進」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/chiikikyosei/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/chiikikyosei/index.html) (2026年2月19日確認)

生活課題の包括的な解決を目指す地域共生社会の中核領域を担う医療・介護・予防・住まい・生活支援を統合し、「住み慣れた地域で最期まで暮らす」ために地域包括ケアシステム<sup>135</sup>が構築されようとしている。地域包括ケアシステムにおいて、薬局には医療・看護・介護（ケア）・福祉機関と連携し、その専門性を発揮し、患者に安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく提供するハブ

134 厚生労働省、「地域共生社会の推進」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/chiikikyosei/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/chiikikyosei/index.html) (2026年2月19日確認)

135 厚生労働省、「地域包括ケアシステム」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html) (2026年2月19日確認)

の役割を果たすことが求められている。

図表 89 地域包括ケアシステムの概念図



資料出所：厚生労働省、「患者のための薬局ビジョン」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html> （2026年2月19日確認）

2015年に厚生労働省は「患者のための薬局ビジョン」<sup>136</sup>を公表し、患者に寄り添い、健康を総合的に支える「地域の健康ステーション」（ハブ）に転換することを提言した。地域医療のハブとなるためには医療・ケアの情報が質も効率もよく伝達・共有されなくてはならない。地域共生社会ではそれぞれの地域において高品質なヘルスケアデータを多職種が共有し、その情報に基づいた質も効率も高い医療・ケアの提供が求められている。そのためには、医療/看護/介護/予防・福祉など多数の職種や分野が集結し、相互に影響し合いながら新たな価値を創出し、役割分担と協働により共存・共栄する、いわゆる「エコシステム」<sup>137</sup>の構築が喫緊の課題である。医療・ケア領域におけるエコシステムとは、人間の尊厳を中心に置く人格中心主義に立脚し、社会の持続可能性と両立させる複合的・包括的・統合的な枠組みを指すものである。エコロジー（生活・関係性・環境との調和）の側面からみれば、疾患治療のみに留まることなく、住まいや生活習慣など、生活そのもの（LIFE）を支え、患者・家族・医療・ケア従事者の間に信頼に基づいたコミュニケーションと多職種協働による地域包括ケアシステムの理念である。エコノミー（持続可能性・制度・産業）の側面からみれば、医療の持続可能性を保つための保険制度改革や地域の医療体制再編であり、医療機器・製薬・ITなど多様な産業との協働体制であり、AIなども含む情報通信技術（ICT）を利活用したDXの枠組みである。

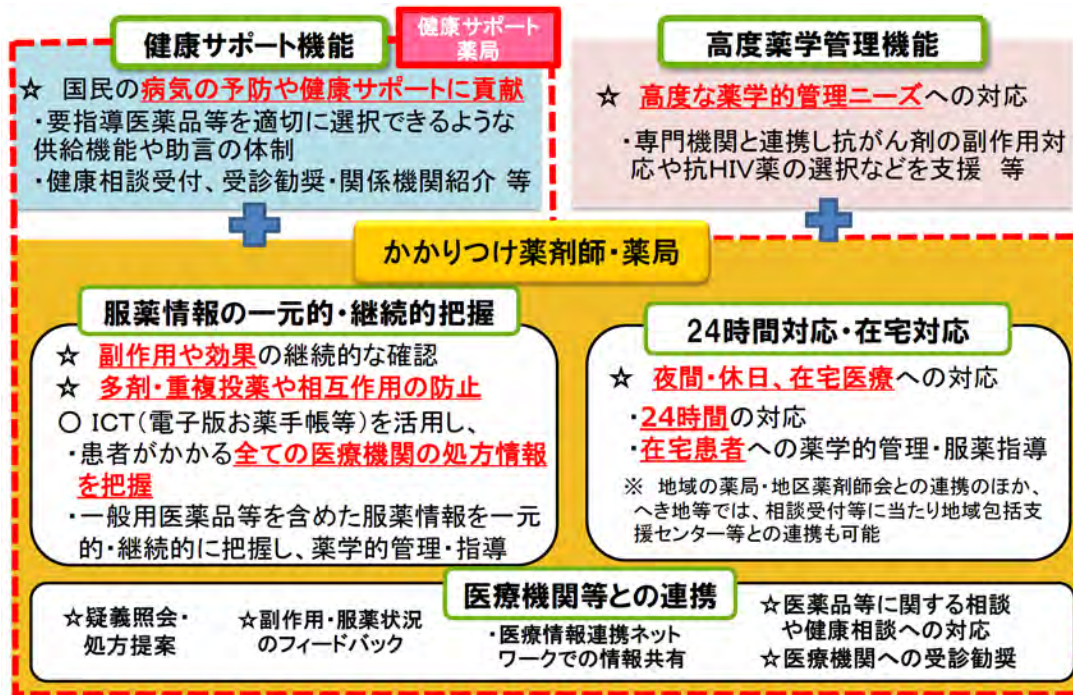
136 厚生労働省、「患者のための薬局ビジョン」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000102179.html> （2026年2月19日確認）

137 総務省、「第2節.1. ビジネスエコシステムの変化」（情報通信白書30年版）

<https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h30/html/nd122100.html>

図表 90 患者のための薬局ビジョン



資料出所：厚生労働省、「医療 DX 令和ビジョン 2030」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei\\_210261\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_210261_00003.html) (2026年2月19日確認)

「患者のための薬局ビジョン」では2025年までにかかりつけ薬局はICTを活用し、1.服薬情報の一元的・継続的把握、2.24時間対応・在宅対応、3.医療・介護・福祉機関との連携体制を整備する提言がなされた。薬局のデジタル化には、オンライン資格確認に基づいた電子処方箋の運用、オンライン服薬指導、電子カルテ情報共有サービスを軸とした「全国医療情報プラットフォーム」<sup>138</sup>による医療・介護・福祉とのデータ連携基盤の構築が挙げられている。

本稿では、我が国での地域共生社会の構築の橋頭堡ともいえる地域ハブとしての「かかりつけ薬剤師・薬局」について、医療DXを推進する視点から記す。

## (2)地域共生社会の基盤としての地域包括ケアシステム

2026年の我が国には、少子高齢化・単身世帯の増加を背景に、生活を支える基盤が弱体化し、地域社会そのものの持続可能性が問われる地域がある。日本の政府は地域共生社会を「世代や分野を超え、人と資源が循環し、互いに支え合う地域社会」と定義づけ、地域住民・行政・多様な主体が協働して生活課題を解決する社会像を示している。地域共生社会の実現は2016年6月に閣

<sup>138</sup> 厚生労働省、「医療 DX 令和ビジョン 2030」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei\\_210261\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_210261_00003.html) (2026年2月19日確認)

議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」<sup>139, 140</sup>において、制度・分野の縦割りを超えて、人と人、人と社会がボーダレスに繋がる理念として明文化された。1. 希望を生み出す強い経済、2. 夢をつむぐ子育て支援、3. 安心につながる社会保障、の「新・三本の矢」で、すべての人が家庭・職場・地域で、一人ひとりの能力を最大限に活かして、活躍し、社会と経済と社会を維持・発展させることが示された。

地域共生社会において医療・介護・予防・住まい・生活支援は中核領域であり、これらの課題を統合して、包括的に解決しようとする枠組みが地域包括ケアシステムである。従来の病気の診断と治療を中心として、身体の異常を科学し、異常を治すことを最優先にする「疾患モデル」から、病気だけではなく、住まい、生活習慣、社会的繋がり、地域の医療・ケアの資源などを総合的に捉え、本人の望む生活を支援する「生活モデル」へ変革が求められている。いわゆる「治す医療」から、「治し・支える医療・ケア」への進化・深化である。「どの病気をどのように治すか」ではなく、「その人がどう暮らしたいか」を問うことで、地域包括ケアシステムは医療・看護・介護（ケア）・福祉行政は一体となってその人の生活全体を支える。本人の選択が尊重され、本人・家族の心構えを基盤とした生活が支えられることが地域包括ケアシステムの植木鉢とお皿の概念図に示されている。

地域包括ケアシステムは2003年の厚生労働省・高齢者介護研究会報告書の「2015年の高齢者介護」で、生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系として明文化された。そして、2011年の介護保険法改正（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）で、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの実現に向けた取組を進めると定められた。さらに、2014年の医療介護総合確保推進法（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律）が地域包括ケアシステムの構築を推進した。都道府県に地域医療介護総合確保基金が新設され、急性期から在宅までのシームレスな医療と介護の計画的統合が進められ、従来の縦割りを超えた地域マネジメントが本格化した。医療機関の病床機能の報告を基づく地域医療構想による効率的で効果的な医療提供体制の整備が進められた。病床機能の分化と連携、在宅医療・介護の推進、ケアサービス基盤整備などを総合的にマネジメントする「医療～介護～生活支援まで地域完結型の仕組み」が、消費税増収分を財源として整備されることになった。

### (3)地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割

超高齢社会の我が国において複数疾患を抱える高齢者の増加に伴う多剤併用・投与による副作用・服薬アドヒアランス低下（ポリファーマシー）の課題や、特に薬剤副作用の注意を要する抗がん薬や糖尿病治療薬の外来管理の課題は深刻である。また、医療機関の機能分化、在宅医療や

---

139 厚生労働省、「ニッポン一億総活躍プラン」

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Roudouseisakutantou/0000135240\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12602000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Roudouseisakutantou/0000135240_1.pdf)（2026年2月19日確認）

140 内閣官房、「ニッポン一億総活躍プラン（案）」

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kyouginoba/h28/dai1/siryou4.pdf>（2026年2月19日）

施設・居住系介護サービスの需要増に伴った地域の患者の療養環境（入院、外来、在宅医療、介護施設など）の円滑な移行も大きな課題である。薬剤師・薬局は地域包括ケアシステムを担う一員として、医療・看護・介護（ケア）・福祉行政と多職種協働のチームとして、それぞれの専門性を発揮し(inter-discipline)、患者に安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく提供する役割を果たすことが求められている<sup>141</sup>。薬局は 医療・看護・介護・在宅（ケア）、さらに地域を服薬指導・管理でつなぐハブとして位置づけられている。

我が国では 1980 年代より医薬分業が進められ、薬局・薬剤師は医療機関からの処方箋に基づいて薬を調剤・供給する専門職としての役割が強化されてきた。しかし、薬局が処方元の医療機関に立地する「門前薬局」に偏重し、薬剤師が持つべき専門性や患者とのコミュニケーションによる支援が十分にゆきわたらない傾向が問題視されるようになった。複数の医療機関を受診する患者の薬歴や服薬情報が分断される結果としての重複投薬や残薬の課題、薬の副作用が新たな疾患と誤判断され、さらに別の薬が追加される処方カスケードの課題は、ポリファーマシーといわれる。ポリファーマシーは、副作用リスクや服薬・費用負担、相互作用を増大させる深刻な薬事領域を越えた医療・ケアの問題であり、かかりつけ薬剤師・薬局が解決すべき最重要課題の 1 つである。また、医療・ケアの中心を医療機関から患者（人格）中心主義に変革するためにも、薬局・薬剤師の役割を再定義するべく「患者のための薬局ビジョン」は策定された。「対物業務（調剤・供給）」が中心の薬局・薬剤師業務を、人業務（患者との対話・支援）への変革が示された。

患者のための薬局ビジョンでは、服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導として、治療効果・副作用の継続的確認、多剤・重複投薬や相互作用の防止、全医療機関の処方情報と一般用医薬品を含めた服薬情報の把握に加え、24 時間対応・在宅対応と医療機関等との連携を担う、かかりつけ薬剤師・薬局の機能が定められた。さらに、地域住民の健康維持・増進、セルフメディケーション支援を行う「健康サポート薬局」と、抗がん薬などの高度薬学管理を担う「高度薬学管理機能」についても記載された。薬局は単なる調剤拠点ではなく、地域包括ケアの中で薬物療法の最適化を担う、地域の健康を支える医療のハブとしての機能が明示された。

患者のための薬局ビジョンに定められたかかりつけ薬剤師・薬局の機能は、2019 年の薬機法（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律）の改正で、「地域連携薬局」と健康支援を担う「健康サポート薬局」に 2 分された。さらに将来、健康サポート薬局を「健康増進支援薬局」と名称変更し、抗がん薬物治療などの高度薬学管理を担う「専門医療機関連携薬局」と併せた 3 つの枠組みで薬局機能の明確化するための認定薬局制度が整備され、服薬管理・指導を通じた地域医療のハブとしての役割がより強化・均霑化されようとしている。個々の薬局（点）がすべての機能を完結的に担うのではなく、地域全体（面）で患者を支える体制への転換が求められている。

---

141 厚生労働省、「地域包括ケアシステムにおける薬剤師・薬局の役割～地域に求められる薬剤師・薬局の役割～」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000983097.pdf> （2026 年 2 月 19 日確認）

#### (4)薬局のデジタル化

地域ハブとしての薬局はかかりつけ薬局制度の実現に PHR (Personal Health Record) や EHR (Electronic Health Record) などのデータ連携・医療データ基盤の活用が不可欠である。ICT を通じて情報共有や遠隔支援を可能にし、地域全体で患者を支える DX が必須である。患者・家族・患者を支える者も含めた多職種協働の医療・ケアチームは、薬剤師の専門性が発揮された服薬管理・指導のデータも ICT の利活用により統合された患者の包括的なヘルスケアデータを共有することで、医療・ケアの質も効率も高め、患者の安全と地域医療を支えることができる。

ICT は業務の効率化だけではなく、对患者も、多職種間においてもコミュニケーションの質も効率も向上させる。「現場の負担軽減」だけではなく、「患者中心の体験向上」に結び付ける視点が重要である<sup>142</sup>。

従来の断片的な患者からの聞き取りに頼った情報のみでは十分な対人業務が不可能であり、医療データ情報基盤のデジタル化と、ウェアラブル端末などから得られるリアルワールドデータ (RWD) などが利活用できる体制構築が喫緊の課題である<sup>143</sup>。薬局・薬剤師のデジタル化の全体像は、厚生労働省の「医療 DX」政策<sup>144</sup>にみることができる。薬局・薬剤師 DX とはデジタル技術の活用を前提として、業務のプロセスや提供する価値を変再構築する枠組みである。薬局・薬剤師 DX は患者の体験する価値を向上し、新しいサービスとその価値を創出する。

薬局・薬剤師 DX はオンライン資格確認・電子処方箋・オンライン服薬指導・マイナポータルなどの医療情報共有のデジタル基盤を利活用することにより薬剤師の役割を高度化し、対人業務を充実させる。また、PHR などのリアルワールドデータを収集分析することで、患者一人ひとりの状態に応じた個別の服薬管理・指導の精度を向上させる。さらに、重複投薬チェックなどの対物業務の自動化は業務の効率を向上し、服薬管理・指導など本来の対人業務の時間を確保できる。

薬局・薬剤師 DX の具体的な取り組みとしては、以下のことが挙げられる。

1. 電子処方箋の導入・活用：電子処方箋システムは、処方・調剤情報をリアルタイムな閲覧を可能にし、重複投薬や併用禁忌チェックを自動化・高度化し、調剤業務の効率も向上させる。
2. オンライン資格確認システムの活用：マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認は、過去の処方・調剤情報や特定健診情報を閲覧できるようにすることで、一元的・継続的な服薬管理・指導を可能にする。
3. オンライン(遠隔)服薬指導：患者が自宅から薬剤師による服薬指導を受けられる枠組みが整備され、患者の経過観察が効率化され、服薬アドヒアランスの向上が期待できる。薬剤師によるオンライン服薬指導は、2020年の薬機法改正で制度化され、2022年には

<sup>142</sup> 薬事新報、「患者のための薬局ビジョン：かかりつけ薬局と地域連携の進化」

[https://www.yakuji.co.jp/entry128065.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.yakuji.co.jp/entry128065.html?utm_source=chatgpt.com) (2026年2月19日確認)

<sup>143</sup> 厚生労働省、「薬局薬剤師DXの推進について」

[https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000910847.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/000910847.pdf?utm_source=chatgpt.com) (2026年2月19日確認)

<sup>144</sup> 厚生労働省、「医療DXについて」<https://www.mhlw.go.jp/stf/iryoudx.html> (2026年2月19日確認)

実施要領が定められた。

4. PHR の要素としての電子版お薬手帳アプリとの連携：従来の紙のお薬手帳に加え、スマートフォンなどのアプリの「電子版お薬手帳」を活用し、処方情報・市販薬・副作用歴・健診データなどを統合し、薬剤師が患者の状態の包括的な把握を可能にし、医師・薬剤師と患者のコミュニケーションの質も効率も向上させる。さらに、患者や家族などが操作しなくても伝達可能なプッシュ通知による健康情報の提供も期待されている。
5. リアルワールドデータ（RWD）の利活用：電子処方箋・レセプトデータ（診療報酬明細書）・服薬・指導記録の電子版お薬手帳・OTC（一般用医薬品）・バイタルサイン（体温・脈拍・呼吸数・血圧・意識状態/生体情報）などの RWD が臨床意思決定・個別化医療・経営改善に活用されようとしている。副作用兆候やアドヒアランス低下の早期検出を可能にし、ワルファリン、SGLT2 阻害薬、抗精神病薬などのハイリスク薬や、心不全患者の体重増加、抗凝固薬の飲み忘れなどのリスクモニタリングが向上される。飲み忘れ改善率、副作用発見件数、受診行動の改善、緊急搬送・入院の予防例などの、アウトカム評価による臨床研究の振興も期待されている。地域医療連携も推進され、経営改善にも繋げられる。
6. 患者フォローアップの高度化：PHR と連動した専用アプリの導入が患者も医療・ケア従事者にもよりの確な副作用・体調変化の把握を可能にする。また、服薬アプリと薬歴が連動することで、服薬アラートによる服薬アドヒアランスの向上が期待される。さらに、データに基づいて医療機関での臨床検査の受診を促すことや、健康診断結果に基づく生活習慣の改善指導も可能となる。
7. 医療機関・介護とのデータ連携強化：電子処方箋・クラウド薬歴の普及で疑義照会の電子化・重複投薬防止・多職種連携が強化され、地域包括ケアシステムの質も効率も向上させる。
8. 対物業務の自動化・効率化：
  - ①電子薬歴・クラウド薬歴の導入：電子薬歴は検索・共有・在宅先での入力を簡便にできる。クラウド薬歴は多職種（とくに医師、看護師）との情報共有をより円滑にし、在宅医療現場での閲覧・記録の質も効率も向上させる。
  - ②AI による需要予測・自動発注による在庫管理 DX 推進：欠品の回避、期限切れ廃棄削減、在庫共有の推進、過剰在庫の削減が期待される。
  - ③キャッシュレス決済・デジタル会計による会計事務が効率化される。
9. Web 問診票の導入による効率化や、顧客管理における ICT 活用による個別対応の精度の向上も期待されている。

上述の薬局・薬剤師 DX の取り組みは、それぞれが相互に作用し合って薬局・薬剤師の本来価値である対人業務を充実させ、地域医療のハブとしての貢献を高める。

## (5)電子処方箋と電子お薬手帳（電子版お薬手帳アプリ）

電子処方箋は処方情報共有・確認するデータ基盤の中核を担う、医療機関と薬局の間の処方・調剤情報の共有インフラである。マイナンバーカードを活用したオンライン資格確認等システムを基盤とした「電子処方箋管理サービス」<sup>145</sup>により、リアルタイムの処方・調剤情報の閲覧、重複投薬・併用禁忌チェック、処方箋を原本として電子的伝達を可能にする。医療機関が処方箋発行時に発行した引換番号（アクセスコード）を参照することで、薬局は待ち時間を短縮し、原本突合も不要になる。

電子お薬手帳は患者自身が自分の薬剤情報を特定健診情報などの PHR の一要素としてマイナポータルやアプリで閲覧できるようにするものである。セルフマネジメント力を強化するためにも、患者と薬局の双方向のコミュニケーションツールとして利活用が推進されている。

オンライン資格確認等システムについては本報告書「2-1. 我が国における現状と政策動向」の「医療 DX 令和ビジョン 2030」および「医療 DX の推進に関する工程表」も参照されたい。

## (6)ICT を利活用した地域ハブとしての薬局

「地域医療情報連携ネットワーク」<sup>146</sup>とは、患者の同意のもとで、医療・看護・介護（ケア）・福祉・予防行政機関の間で、検査結果、画像データ、診療情報提供書、退院サマリー等の医療情報を病院・診療所間で電子的に共有・閲覧できるようにする枠組みであり、20年以上前から各地域で独自に構築されてきた。

しかし、電子処方箋の情報は電子処方箋管理サービスで管理され、現状では地域医療情報連携ネットワークに統合されていない。電子処方箋管理サービスは、医師が発行した処方箋と薬局の調剤結果をオンラインで繋ぐもので、重複投薬チェックや薬の飲み合わせの確認などを可能にする。

2023年からは電子処方箋のデータはリアルタイムでマイナポータルに反映され、鮮度の高い薬歴の閲覧が可能になった。

「全国医療情報プラットフォーム」<sup>5</sup>は、2017年からのデータヘルス改革の過程としての2022年の「医療 DX 令和ビジョン 2030」<sup>5</sup>で、医療 DX の骨格として整備が始まった。オンライン資格確認等システムを基盤として薬剤情報や特定健診情報、電子処方箋情報、さらに1. 診療情報提供書（紹介状）、2. 退院時サマリー、3. 健康診断結果報告書と、1. 傷病名、2. アレルギー、3. 感染症、4. 薬剤禁忌、5. 検査、6. 処方からなる、いわゆる「3文書6情報」と呼ばれる電子カルテ標準情報を共有する全国的な基盤である。地域差を超えた統一基盤であり、標準化された形式で全国の医療機関が情報を参照でき、患者自身もマイナポータル上で自分の薬剤情報や健診結果な

---

<sup>145</sup> 厚生労働省、「電子処方箋の現況と今後の対応」

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001380625.pdf>（2026年2月19日確認）

<sup>146</sup> 日本医師会総合政策研究機構、「ICT を利用した全国地域医療情報連携ネットワークの概況（2023年度版）」

<https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2024/09/WP485.pdf>（2026年2月19日確認）

どが閲覧できる。マイナポータルはデジタル庁が推進する Public Medical Hub (PMH)<sup>147</sup>とも連携し、予防接種や母子保健情報の確認、接種勧奨などにも利用患者向け閲覧と行政・公衆衛生領域の情報連携サービスを担っている。

薬局の診療報酬明細（レセプト）データはオンライン資格確認等システムを通じて収集され、全国医療情報プラットフォームの重要なデータ源として活用される。適切な診療・投薬判断、救急医療での迅速な情報把握、医療機関・薬局間の情報共有の高度化、患者のセルフマネジメント力の向上を可能にする。さらに、臨床研究、創薬、公衆衛生、医薬品安全対策への二次利用にも活用される。

さらに検診結果、予防接種歴、ウェアラブルデバイスを用いた患者個人のバイタルサイン記録などからなるPHRを病院—診療所—介護—本人・家族（地域）で包括的に共有する枠組みに進化・深化させるDXの推進は、患者が救急外来や複数の医療機関を受診する際などにも、診療情報を自分で説明したり、診断書、紹介状や、お薬手帳を持参することなく、医療・ケア従事者が過去の診療情報や介護記録、予防接種歴などを即座に包括的な確認を可能にする。このことは、地域ハブとしての薬局のかかりつけ薬局・健康サポート薬局機能を強化させる。

マイナポータルと地域医療情報連携ネットワーク・全国医療情報プラットフォームについては本報告書「2-1. 我が国における現状と政策動向」も参照されたい。

## (7)地域ハブとしての薬局の課題と展望

臨床現場では患者のための薬局ビジョンの理念が十分に反映されていないとする指摘がある。「門前からかかりつけへ」という流れは進行しているものの、診療報酬・調剤報酬における制度対応が追いつかず機能転換が不十分な状態に留まる懸念が残っている。実臨床での対人ケアの提供や情報共有体制整備が不十分なことから、薬局をデジタル化し、DXを推進することが必須である。

薬局をデジタル化の阻害要因には、以下の3つが挙げられる。

1. 人的要因: ICT機器や新しいシステムに対する不慣れや不安を抱く者も少なくない。ICTを取り入れるための時間的余裕に乏しく、デジタル化が負担増と認識される懸念が大きい。
2. 組織・制度的要因: システム導入や維持のコスト負担が重く、投資対効果が見えにくい懸念がある。電子処方箋や電子カルテとの連携、標準化されたデータ形式の不十分さなど、医療機関・介護分野との相互運用性の課題もある。
3. 患者・社会的要因: デジタル機器の利用が困難な高齢患者・家族も多く、DX推進がかえってアクセス格差を生む懸念がある。個人情報保護への不安から、データ利活用に慎重な姿勢が根強い点も影響している。

---

<sup>147</sup> デジタル庁、「自治体・医療機関等をつなぐ情報連携システム（Public Medical Hub：PMH）  
<https://www.digital.go.jp/policies/health/public-medical-hub>（2026年2月19日確認）

日本薬剤師会は、電子処方箋導入に向けた「スターターキット」を各薬局へ配布し、薬局が導入検討に着手しやすい環境を整えている。「電子処方箋推進会議」<sup>148</sup>も開催され、導入・運用マニュアルの提供など、地域における啓発・広報活動が進められている。しかし、患者側の「操作が難しそう」、「個人情報怖い」などといった心理的障壁、薬剤師側の説明・案内に伴う業務負荷の増加やシステムトラブルへの懸念など、いわゆる「マイナンバーの呪い」といわれる課題が以前大きく残っている。また、ジョージ・オーウェルの「1984」に描かれるような過度な監視やデータ集中による専制支配への連想から、デジタル化に不安を抱く、いわゆる「ビッグブラザーの恐怖」に患者も医療・ケア従事者も囚われてしまうこともある。

データ利用の透明性を高め、アクセス権限や目的を明確化することが重要である。強固なセキュリティと分散管理を徹底した過度な集中を防ぐ枠組みの構築のさらなる拡充と、その説明・啓発が期待される。患者が同意範囲を指定できる仕組みの整備も必要である。さらに、薬剤師がDXの利点とリスクを丁寧に説明することで信頼を築き、安心してデジタルサービスを利用できる環境を整えることが今後の薬局薬剤師DXの推進に繋がられる。

---

148 厚生労働省、「電子処方箋推進会議」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-iyaku\\_470779\\_00015.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-iyaku_470779_00015.html) (2026年2月19日確認)

#### 4-3. まちの中心に医療を据え、3病院のボーダレスを図った具体策－新さっぽろモデルの構造的特徴－

##### (1)医療を「周縁施設」ではなく「都市の核」に配置した

新さっぽろ駅の再開発では、一般的な駅周辺の開発にありがちなショッピングモールなどを中心とし、医療機能を郊外や裏手に配置する従来型の発想から一歩進み、医療を集積しつつ、まちの中心にすえた「まちなか集積医療」という概念で設計されている。当初、札幌市から提示された公募概要には医療機能は提示されていなかったが、少子高齢化の一途を辿っている最中、まちは衰退する一方であった。で、高齢者のニーズに応える医療だけでなく若者が集まる学校を軸とした新しいまちづくりを提案し採択となった。具体的には、全く異なる3つの医療法人が駅直結の歩行者動線上に配置され、雪や天候の影響もなく、屋内・半屋内の移動環境を含めて、生活動線の中に医療へのアクセスが組み込まれている。また、商業施設や公共空間と医療動線をあえて分断しない構造とすることで、医療は「用事があるから行く特別な場所」ではなく、「生活の延長線上にある医療」として位置づけられた設計となっている。この都市構造により、医療は地域住民の日常に溶け込むインフラとして可視化され、医療拠点がまちの周縁に存在するのではなく「まちなか集積医療」という人口オーナスに対応するまちの中心に存在するという象徴的な意味を持った構造に至っている（図表 91、図表 92）<sup>149</sup>。

図表 91 新さっぽろプロジェクト概要

新さっぽろI街区概要	
計画地	: 札幌市厚別区
延床面積	: <b>合計約10万㎡</b>
着工	: 2020年6月～
竣工	: 2022～2023年度



- 本地区は地区面積3.9ヘクタール、延床10万㎡、病院3棟、医療ビル、商業施設、ホテル、立体駐車場、タワーマンションの**8棟で構成**
- 札幌市の「札幌市まちづくり戦略ビジョン」「エネルギービジョン」の**リーディングプロジェクト**
- **少子高齢化**を見据えた**コンパクトシティ**、街の規模で進めた**エネルギーマネジメント**（エネルギーセンター併設）
- 新さっぽろ駅G街区は、大学と看護専門学校で構成。両街区が連携し、**若者も呼び込み**街の活性化を意図する

新しい街づくり

新さっぽろI街区 プロジェクト概要

資料出所：アクセシビリティ研究会 2025年9月25日 第2回研究会 大成建設株式会社設計本部建築設計第五部 室長 下手彰氏御講演資料（掲載承諾済）

<sup>149</sup> NIRA 総合研究開発機構 2010年3月報告書「まちなか集積医療の提言－医療は地域が解決する」,第3章, p46-63, <https://nira.or.jp/paper/report100302.pdf> (2026.2.17accessed)

図表 92 まちまちの全体像



資料出所：アクセシビリティ研究会 2025 年 9 月 25 日 第 2 回研究会 大成建設株式会社設計本部建築設計第五部 室長 下手彰氏御講演資料（掲載承諾済）

## (2) 「一体化」ではなく「近接・並立」を選択した

新さっぽろモデルのもう一つの大きな特徴は、3つの医療法人を組織的に一体化・統合するのではなく、それぞれの法人・機能・専門性を保持したまま、物理的に極めて近い距離に並立させ、しかし、これまでのようなインフラの効率性や経営合理性のみを優先した再編とは一線を画し、地域医療の持続性と多様性を重視したまちづくりの思想を反映してさせている特徴がある。3つの病院は、そもそも入口が繋がっている。歩いて数分で行き来できる距離に配置され、地域住民から見れば、まるで一つの医療機関が専門性を分担しているかのように認識される構造となっている。しかし内実は、法人格や運営主体は明確に分かれており、診療機能や役割分担もそれぞれの病院の強みを活かした形で維持されている。この『近いが同一ではない』配置は、過度な競合や急性期医療を頂点とする誤ったヒエラルキー関係を生むこともなく、相互に補完し合う関係性を育てるための重要な前提条件となっている。ありがちな考えは、医療機関の再編として、組織の統合や機能集約が連携の近道と捉えられがちだが、そのような手法は、現場の文化や意思決定の違いを吸収しきれず、禍根を残し、新たな摩擦を生む可能性も孕んでいる。そこで、新さっぽろでは、あえて組織の統合を選ばず、距離の近さという物理的条件のみを先に整えることで、『つながるかどうかが』現場の判断と関係性の成熟に委ねる余地を残した。この余白が、後述する無理のない協働を生み出す土台となっている。具体的には後述するが、この構造は、3病院の看護部長による具体的なつながりにも直接的な影響を与えた。同じ地域で医療を担いながらも、競合という認識を生まず、互いの独立性が尊重されながら運営するという安心感は、対話の場を交渉や調整ではなく、率直な情報共有や相談の場として成立させることに成功している。一体化

されていないからこそ、上下関係や利害調整を意識せずに語り合える関係が可能となり、看護部長同士のつながりは、自然発生的に、かつ継続的に生まれ、やがて他部門への拡がりにも発展する。

このように、一体化ではなく近接・並立を選択した都市構造は、3病院のボーダレスな関係性を決して強制するのではなく、いつの間にか共に歩む環境を整えたとも換言できる。新さっぽろモデルにおける近接・並立の思想は、まちづくりの段階で既に、人と組織がつながる余地を内包していたのである。

### (3)境界を感じさせない動線・共用空間の設計

新さっぽろモデルにおいて、3病院のボーダレスな関係性を下支えしているもう一つの重要な要素が、境界を意識させない動線計画と共用空間の設計である。ここで重視されたのは、病院同士を単に近づけることではなく、人が移動する際に「境界を越える」という心理的負荷を極力感じさせない空間構成であった。具体的には、駅から病院、病院から商業施設、さらには3病院間を結ぶ歩行者動線が、一貫した流れとして設計されている。それらの動線は、いわゆる病院の裏動線や管理用通路ではなく、地域住民も日常的に利用する日常の生活に溶け込む形で、まちの通りという感じで浸透している。このことにより、医療従事者が他院方向へ向かう行為も、何ら特別な訪問や越境行動ではなく、日常移動の延長として自然に行われることで境界を超えるという壁が払拭されている点も他に類を見ない設計である。また、3病院を取り巻く空間には、病院専有ではない公的な共用空間が意図的に配置されている。駅前広場、歩行者デッキ、商業施設内の共用スペースなどは、特定の病院や法人に帰属しない『中立的な場』として機能している。こうした空間があることで、病院職員同士が肩書きや所属を意識することなく交流機会をもつ交差点と化し、自然に言葉を交わす契機となる。境界を越えて関係性が芽生える余地は、このような中間領域において育まれることとなる。その例として共用空間を介した活動として、清掃活動（クリーニング活動）が行われている点も注目に値する。3病院の職員や関係者が、共通の動線や空間を清掃活動を通して、共に整えることで、更にこの活動に、地域住民が加わることで、「まちを支えている」という協同感覚を身体的に共用する機会となっている。このように、共用空間がもたらす波及効果は、いわゆる机上の繋がりだけで完結させるのではなく、空間と行動を通して実際に協同できる関係性を育てている点に特徴がある。

こうした動線・共用空間の設計は、3病院の看護部長がつながるプロセスにも直接的な影響を与えた。『歩いて行ける』『顔を出せる』という物理的条件は、対話のハードルを下げ、連絡や相談を特別な業務ではなく、日常的な行為として位置づけられる。その結果として、看護部長同士の関係が空間に導かれる形で自然発生的に形成されていった。

このように、境界を感じさせない動線と共用空間の設計は、3病院のボーダレスな関係性を支える見えないインフラとしての機能を成している。新さっぽろのまちづくりは、人がつながることを目的とし、決して強制するのではなく、つながりが生まれやすい環境を空間的に用意することで、医療者同士の自然な協働を可能にしている（図表 93）。

図表 93 地域住民の日常生活に溶け込むまちの通り



駅から病院へは、公共的通路と賑わいルートの2つ

資料出所：アクセシビリティ研究会 2025 年 9 月 25 日 第 2 回研究会 大成建設株式会社設計本部建築設計第五部 室長 下手彰氏御講演資料（掲載承諾済）

#### (4) 「共用空間」を意図的に多層化

新さっぽろにおける3病院のボーダレス化は、病院同士の直接的な連携だけで完結しているわけではない。むしろ、その本質は、病院の外側に広がる『共用空間』を意図的に多層化し、まち全体を媒介として関係性が育つ構造をつくった点にある。新さっぽろでは、駅前広場、商業施設、歩行者デッキ、そして共用動線や清掃活動（クリーンク）といった空間や活動が、重層的に配置されている。これらはいずれも、特定の病院や法人に専有されるものではなく、『誰のものでもあり、誰のものでもない空間』として設計・運用されている。この中立的な性格こそが、多様な立場の人々が自然に交差する土壌となった。こうした共用空間を介した交流は、既述した病院関係者だけに終わらず、設計・運営に関わる関係者、さらには日常的にこのエリアを利用する地域住民が、同じ空間を行き交うこととなり、そこでは、病院職員も行き交う人々も同じまちを使っている人としての関係が前景化する。この視点の転換が、組織間の境界を和らげる重要な役割を果たしている。特に、共用動線やクリーンク活動のような実践は、空間と行為が結びついた象徴的な取り組みである。3病院の関係者が、まちの共用空間をともに清掃し、整えるという行為は、同じ地域を支える当事者であるという認識を身体的に共用する機会となり、会議や協定では生まれにくい信頼感を育み、組織を越えた関係性の下地となる。

この構造が示しているのは、病院同士が直接つながるといふ発想から、まちを媒介にして病院がつながるといふ発想への転換である。まちという共通基盤があるからこそ、病院は競合ではなく、地域とともに支える存在として再認識される。新さっぽろモデルにおける共用空間の多層化は、3病院のボーダレスな関係性を、空間的・社会的の両面から支える中核的な仕組みであると言える。

#### (5)空間が先にできたことで、人の連携が「自然発生」した

新さっぽろにおける3病院のボーダレスな関係性は、人為的に設計された連携体制や制度導入の結果として生まれたものではない。その出発点には、都市・建築の条件が先に整えられたことにより、現場に生じた違和感も重要な役割を担っている。3病院は、駅直結の動線や歩行者デッキを介して極めて近い距離に配置され、日常的に同じまちの空間を共用している一方で、筆者が実際に視察に訪れた初回に、数メートルしか離れていない建物でありながら、内実、「これほど近いのに、話したことがない」「同じまちで医療をしているのに、お互いのことをよく知らない」「隣の病院の看護部長さんと話したことが無い」といふ発言があった。実に不思議な違和感であった。その感覚は初回訪問時に幾度となく体験し、お会いした病院職員や、とりわけ看護管理者の間に芽生え始めた。これはこの違和感は、互いのテリトリーに口を挟まない、というたとえ隣同士の病院であっても明確に分断を前提としてきた従来の医療提供のあり方におこる現象であり、新さっぽろのボーダレスの空間により、新たに生まれた違和感やズレであり、この自然発生した違和感やズレが、徐々に人の連携を醸成する静かな起点となった。そこで筆者からの提案により、3病院の看護部長同士による顔合わせであった。その動機は、明確な目的設定や成果目標に基づくものではなく、敢えて「せっかくこれだけ近いのだから、一度話してみましよう」といふ率直で素朴なものであった。この段階で重視したことは、何か明確な目標を決めてそれに向けて決め事をしたり統一したりすることではなく、互いの存在を知り、同じ地域で医療を担う者同士として言葉を交わすことを目的とした。そのため、対話の場は、決めない・縛らないことを前提として設け、連携ルールや役割分担を急ぐことはせず、現場の実感や悩み、日常の業務の中で感じていることなどの共用による互いの理解の場とした。この余白のある対話が、上下関係や法人間の利害を持ち込まない関係性を育み、結果として継続的なつながりへと発展している(後述)。このプロセスを振り返ると、新さっぽろでは、建築 → 距離 → 違和感 → 対話 → 関係性 → 協働(協同)という流れで、ボーダレスな関係性が形成されてきたことが分かる。これは、最終形を先に描き、そこから逆算して制度や組織を整える一般的なアプローチとは異なり、空間が先行し、人の気づきと行動が後から立ち上がる、極めて自然発生的なプロセスである。

まとめとして言及する点は、新さっぽろにおける3病院のボーダレス化は、制度で縛った結果でも、経営統合の成果でもないという点である。それは、医療をまちの中心に据えるというまちなか集積医療のまちづくりの選択がもたらした、必然的な帰結として生じた関係性であるといえる。この構造こそが、無理のない連携、押し付けない協働(協同)、そして進行形で育ち続ける地域に根付く医療を可能にしていると考える。本稿では、このプロセスを人と組織がつながる医療の実装として位置づけ、空間的な集積を出発点に、関係性が積み重なっていくことで、地域に根ざした医療がどのように育ち得るのかを考察していく。

## (6)考察

### ①「近いが、つながっていなかった」3病院

新さっぽろ I 街区に立地する3つの病院は、都市再開発によって空間的に極めて近接した位置関係に置かれている。屋内動線で駅と直結し、雪や天候の影響を受けることなく行き来できる構造は、患者や地域住民にとってだけでなく、そこで働く医療従事者にとっても大きな安心感をもたらし、筆者提案で始まった看護部長たちの顔合わせとしての2025年10月20日に開催された第1回会合で、「歩いて行ける距離にあることの心強さ」「転院後も顔を出してフォローできる安心感」「他院の売店を利用できるほど近い存在である」といった表現が繰り返し述べられている。これらの言葉は、単なる利便性を超えて、物理的距離の近さが心理的な安心感に直結していることを示している。特に、患者が3病院間を転院する場面においては、その距離の近さが象徴的な意味を持つ。看護部長からは、自院から隣接病院へ転院した患者のもとへ足を運び、直接様子を確かめることが語られ、このような行動は制度上求められているものではないが、空間的な近接があるからこそ自然に生まれた実践であり、患者にとっても医療者にとっても大きな安心につながっている。会合で繰り返し発言される「安心感」「心強さ」という言葉は、3病院が単に近くに存在しているという事実以上に、互いの存在が心理的な支えとなり得る可能性を内包していることを示唆している。

一方で、このような物理的的近接と心理的な安心感が存在しながらも、3病院の組織としての関係性は、必ずしも密接なものではなかった。3病院はそれぞれ異なる法人に属し、運営方針や組織文化、意思決定のプロセスも異なる。看護業務では、患者の療養支援、転院調整、認知症ケア、身体拘束への対応など、共通する課題や実践は多く存在していたにもかかわらず、日常的にそれらを共用し合う仕組みは全くなかった。物理的には隣接していながら、組織としてはそれぞれが独立して完結しており、他院の実践を知る機会が極限られていたからである。しかし翻ってそのことは、地域住民の視点から見ると、より際立って違和感として映る。既述したように、地域住民にとって、3病院は同じ新さっぽろというまちの中で機能分化しながら支え合う、一体的な医療提供体として認識されている。しかし、その内側では、組織の壁が存在し、人的な交流や協働は極限定的で、地域住民からは一体に見えているが、内側は別々という組織構造が現実であった。そこでこれから述べる具体的な3病院の取り組みは、まさにこの交差しない歪んだ組織構造に対して、物理的的近接を出発点に、心理的・組織的な距離をいかに縮めていくかという問いに向き合う試みである。

### ②Three hospitals, one community 構想の誕生

新さっぽろにおける3病院の協働は、壮大な構想や制度設計から始まったわけではない。最初の一步は、筆者が2025年8月にこの3病院の取組を知り視察した時であった。通常は一つ一つの病院の案内は、その施設の方が案内するが、その時は3病院の設計・建設を担当した大手建設会社の方が案内担当であった。そのため、一つの病院案内が終わるとそのまま次の病院へ行く、その時に前の病院の職員の方が「一緒について行っていいですか？」っという一言があった。え？隣同士交流はないの？と思ったが、まったく異なる法人格である。隣同士でありながらほぼ交流

が無いというの、なんとなく理解できた。そこでその方は他病院の看護部長などとも挨拶をしながら最初から最後まで一緒に同行した。その時、互いに繋がりたいと思っているにも関わらず、なんとなく遠慮していることがいたるところでの会話で察知できた。そこで半ば強引に 2025 年 10 月に 3 病院の看護部長と、案内を担当した大手建設会社の方 1 名と筆者を入れた 5 名で第 1 回 Web 会議という、極めてシンプルな「顔合わせ」の場を設定した。この会議の目的は、互いを知り、同じ地域で医療を担う仲間として言葉を交わすことにあり、物理的に「つながってよかったこと」を率直に語り合うところから始めた。ここでは、病院間の役割分担や制度論よりも先に、日常の現場での悲喜交々な感情の交流も吐露する場となり、看護部長だからこその様々な思いを語る場として重責を担う看護部長同志の共感を得ることで、実感としての安心感や心強さが共有されることとなった。看護部長たちからは、「物理的にとても近い距離にあることの安心感」「転院する患者さんのことを思うと、すぐに行き来できる距離に仲間がいることが心強い」といった言葉が自然に発せられている。これらの発言は、三病院が既に空間的には強く結びついていながら、これまで十分に言語化されてこなかった感覚を、初めて共有する場となったことを示している。この会議は、連携の出発点として「合意形成」や「役割分担」を急ぐのではなく、まずは互いの存在を確認し合うという、関係性重視の姿勢を明確にした点に大きな特徴がある。

こうした対話を通じて次第に明らかになっていったのが、3 病院がつながることの目的である。それは単なる業務効率化や組織間連携の形式的な充実ではなく、第一に患者にとってのメリットを高めること、そして同時に、医療従事者、とりわけ看護職が安心して働き続けられる環境を整えることであった。転院時のフォローがその象徴である。隣接する病院へ患者が移る際、顔の見える関係があれば、電話や書類だけでは伝えきれない患者の状態や背景を直接補足することができる。このような実践は、患者にとって切れ目のないケアにつながるだけでなく、看護師自身の不安や負担を軽減する効果も持つ。また、感染対策や適時調査への対応といった、病院単独では判断に迷いやすい課題についても、相談できる相手が近くにいることにより相談までのハードルを下げ、気軽に相談し対応策を整えるなど、実際の看護部長業務にも好影響を与えてくれたことが語られた。これらは制度的な連携以前に、人と人とのつながりが実務を支えている実例である。さらに、3 病院が同一ベンダーの電子カルテを使用しているという共通点から、将来的には情報連携が可能になるのではないかという期待も示された。ただし、ここでも議論の中心にあったのはシステム導入そのものではなく、連携が実現した場合に、患者と現場にどのような価値をもたらすのかという視点であった。

こうした議論を通じて浮かび上がってきたのが、「Three hospitals, one community. United in care.」というコンセプトである。この言葉が示しているのは、3 病院を一つの組織に統合することでも、経営的な再編を行うことでもない。それぞれが独立した法人としての自律性を保ちながら、新さっぽろという一つの地域の中で、同じ住民を支える医療の担い手として協力し合う姿である。これは組織としての統合などではなく、互いに独立したまま、地域として支え合うという新しい連携像であるとする。この構想の重要な点は、完成形を最初から描いていないことである。顔合わせから始まり、対話を重ね、小さな相談や共有認識を積み重ねる中で、必要な協働の形が徐々に立ち上がっていく。Three hospitals, one community という言葉は、その過程を方向づける共通の旗印であり、今後も更新され続ける実践的な理念である。制度や計画だけでは生ま

れ得ない、人と人との関係性から始まる地域医療のボーダレス化の可能性を示している。

### ③看護部長がつながることの意味

Three hospitals, one community 構想が具体的な動きを伴って立ち上がっていく過程において、中心的な役割を果たしてきたのが、3病院の看護部長であった。なぜ、数ある職種や役職の中で、看護部長同士がつながることが、この協働の起点となり得たのか。その理由は、看護部長という立場が持つ専門性と視座に深く関係している。看護部長は、患者の診断や治療行為そのものだけでなく、患者がどのような生活背景を持ち、どのように療養し、どのタイミングで、どの場へ移行していくのかという一連のプロセスを俯瞰している実践される看護の質を左右する存在である。急性期・回復期・慢性期、あるいは在宅への移行といった医療の流れは、まさに3病院が日常的に関わっている領域であり、看護部長はそれらを現場レベルと組織レベルの両面から捉える役割をもっている。また、看護部長は現場の声を日々受け取りながら、同時に病院経営や法人運営の一端を担う立場でもある。このように、患者の生活と医療、現場スタッフと組織経営陣、これらの短期的対応と中長期的視点をつなぐ位置にすることが、看護部長同士の対話を、実効性のある協働へと導く土台とした所以となっている。そのため、会合では、制度論や理念論に偏らない、机上の空論ではない極めて率直で現場感覚に根ざした語りが多く見られる。感染対策や身体拘束、適時調査への対応といったテーマは、いずれも各病院でマニュアルや基準が存在する一方で、実際の現場では判断に迷う場面が少なくない。「他院ではどうしているのかを聞けるだけでも安心する」「同じ悩みを抱えていると分かることで、気持ちが軽くなる」といった趣旨の発言が見られ、正解が一つではない課題ほど、横のつながりが大きな支えとなっていることが浮かび上がる。感染対策においては、病棟構造や患者層の違いによって対応が異なる場面が多く、身体拘束の判断においても、倫理的配慮と安全確保の間で葛藤が生じやすい。適時調査対応についても、制度解釈や記録の書き方など、細部にわたる判断が求められる。こうした課題は、単独の病院内で抱え込むほど不安が増幅しやすいが、相談できる相手が近くに存在することで、「自分たちだけではない」という認識が生まれ、冷静に状況を整理することが可能となる。看護部長同士のつながりは、知識や情報の共有にとどまらず、心理的な安全性を確保する機能を果たしていると言える。

このような安心感は、やがて次の行動を生み出す原動力となる。互いの病院間での留学や交換研修といった発想が自然に語られはじめ、それは、互いの病院を信頼できる場として認識し始めたことの表れと考える。また、師長や主任といった中間管理職層から交流を広げていくという提案は、協働を看護部長個人に依存させず、組織全体へと展開していこうとする意図を示している。

「自病院しか知らないことが、知らず知らずのうちに視野を狭めているのではないか」という問題意識は、看護師一人ひとりの成長だけでなく、地域医療全体の質を高める視点へとつながっている。看護部長がつながることの意味は、単に管理者同士が情報交換を行うことにとどまらない。それは、現場の不安を言語化し、組織の枠を越えて共有し、次世代の人材や新たな実践へと橋渡ししていくプロセスである。3病院の看護部長による対話は、建築として完成した新さっぽろの医療空間に、人と人との関係性という新たな層を重ね、地域としての医療を内側から育てていく重要な起点となる職員間のボーダレス化に大きく貢献している。

#### ④協働は「業務」ではなく「関係性」から始まる

3病院の協働は、業務手順の統一や制度的な連携から始まったのではなく、人と人との関係性を育てるところから静かに立ち上がってきている。例えば、北海道名物のスープカレーが職員食堂メニューにある病院で合同研修会を開催し、その後職員食堂でスープカレー試食会交流を組み合わせるという発想は、その象徴的な例である。学習の場を共有するだけでなく、研修後に互いの職員食堂を訪れ、食事をともにする時間を意図的に設けるといった提案には、現場で働くスタッフの感覚が色濃く反映されている。肩書きや所属を一時的に外し、食事という日常の延長線上で言葉を交わすことは、相互理解を深めるうえで有効である。持ち寄り型の会や、売店・おすすめのお菓子を共有するというアイデアも同様である。これらは一見すると医療連携とは直接関係がないように見えるが、実際には、他院を「気軽に訪れてよい場所」として認識するきっかけとなる。こうした柔らかな交流の積み重ねが、次の協働を生み出す土壌になる。整形外科病院のリハビリスタッフによるヨガ体験の企画もあり、看護職に限らず、他職種も含めた関係性の広がり示すこの行動は、協働が職種横断的に展開し広がっている明確なプロセスのひとつといえる。

このように、楽しさを伴う交流が提案されている点は、協働を「負担」や「義務」としてではなく、前向きな活動として根づかせるために重要な視点でもある。ほかにも、こうした関係性づくりと並行して、3病院には看護業務における共通課題が数多く存在し、例えば、認知症ケアや身体拘束への対応は、患者の尊厳と安全の両立を常に問われるテーマであり、各病院がそれぞれ工夫を重ねてきた領域である。それらの知見が何気ない交流の中で発見を生み、自組織でも実践してみようという広がりを見せている。さらに、流動食や栄養管理に関する取り組みも具体的な情報共有からヒントを得られたことで、それぞれの臨床現場に持ち帰り、患者のQOLに直結する重要な看護実践としての質向上にも直結し、病院ごとの方針や工夫を共有することによって、新たな気づきが生まれる可能性に寄与している。

しかしここで大切なことは、これらの共通課題に対して、いきなり業務の標準化や統一を目指すのではなく、まずは互いの実践を知り、語り合う場をつくることを重視している点に、本協働の特徴がある。関係性が十分に育っていない段階で業務の共通化を進めれば、それは抵抗や負担として受け止められかねない。一方で、日常的な交流を通じて信頼が形成されていけば、看護業務の可視化や共通項の整理といった、より踏み込んだ協働へと自然に発展していく。協働は、一見組織的な業務のボーダレス化としてわかりやすい。しかし業務から始まるのではなく、関係性から始めることで、楽しさや安心感を共有しながら関係を築くことが、結果として看護実践の質を高め、患者にとっても医療者にとっても持続可能な地域医療へとつながっていくと考える。このような交流のあり方は、今後、看護業務の可視化や医療DX、さらには災害時の協力体制など、より高度な協働へと展開していくための、確かな基盤となるものと考えている。

#### ⑤連携から「協働」へ、そして「協同」へ

3病院の取り組みは、当初の「連携」という緩やかな関係性から、徐々に具体的な「協働」へ、さらに持続的な「協同」へと質的な転換を遂げつつある。その大きな転換点となったのが、プロジェクト（PJ）チームの立ち上げであった。これは、看護部長同士の対話を起点としながらも、

協働を特定の個人に依存させず、組織として根づかせていこうとする明確な意思表示であったと言える。看護部長は多忙である。そのため場をよく知る推進メンバーが徐々に主軸となっていく必要があり、具体的には、師長クラスの看護管理者に加え、栄養士やリハビリテーション職といった多職種が推進メンバーとして参画することとなった。これにより、協働の視点は看護部内にとどまらず、患者の生活や療養を多面的に支えるチームへと広がり始めている。推進メンバーの存在は、協働を日常業務の延長線上で捉えることを可能にし、看護部長主導から現場主導へと重心を移していく役割を果たしている。この動きは、属人化を避ける仕組み化の萌芽としても重要である。特定の熱意ある管理者に依存した取り組みは、人事異動や業務多忙によって停滞するリスクを常に抱えている。一方で、推進メンバーを明確に位置づけ、役割を分担しながら進める体制を整えることで、協働は組織の文化として定着しやすくなる。3病院におけるPJチーム化は、連携を一過性の試みで終わらせず、継続可能な協同関係へと発展させるための基盤づくりである。こうした看護部を中心とした動きは、やがて病院内外の他の取り組みと交差し始めている。その象徴が、事務長や設計関係者を中心に進められてきたクリーンク（清掃）活動である。この活動は、3病院の共通の動線や共用空間を清掃するという、一見すると医療とは直接関係のない取り組みであるが、同じまちをともに使い、ともに整えるという意識を育む点で、重要な意味を持っている。しかしその実、クリーンク活動は、事務部門や設計チームといった、看護部とは異なる軸で進められてきた協働であり、組織内でも限られた者しか知り得ず、看護部でもほとんど知られていなかった。しかし既述したPJチームのメンバーでもある大手設計会社の設計者から、実はそういう活動をしているという情報があったことで、多角的な動きを共有することとなり、協働が部門横断的に広がっていくことにも貢献しという事実がある。同じ組織でもその活動は部門間での共有がなされているとは限らず、多角的な情報のハブとして当初から3病院に九通して設計に関わっている設計者の3病院をつなげるという役割に認識の影響もある。こうしてまちまちな共用空間を介した関係づくりは、3病院の協同を象徴する重要な視点として、3病院が同じ地域を支える一つの共同体であることを、実践を通して地域住民にも可視化する機会となる。看護部の協働、事務部門の協働、設計・運営側の協働が、それぞれの軸で進みながらも、やがて「新さっぽろ」という場で重なり合っていくことは、連携から協働、そして協同へと進化する過程を体現している。

3病院の取り組みは、単に業務を共有する関係ではなく、まちを共にづくり、守り、育てていく関係へと広がりつつある。PJチームの立ち上げと、別軸で進む協働との交差は、協同体としての3病院が形成されつつあることを示す重要な局面であり、今後の新さっぽろモデルの発展において、欠かすことのできない組織のボーダレスに向けたステップと考える。

## ⑥医療DX・データ連携の「前段階」としての人の連携

医療DXやデータ連携は、近年の医療政策や地域医療構想において重要な柱として位置づけられている。電子カルテの共有や医療情報の連携は、患者にとって切れ目のない医療を実現するための有効な手段であり、新さっぽろの3病院においても、同一ベンダーの電子カルテを使用していることから、将来的な可能性として繰り返し言及されている。しかし、本事例が示しているのは、デジタル技術の導入やシステムの共通化だけでは、医療DXは、たとえ同じ電子カルテを使

用していたとしても、自動的には機能しないという現実である。3病院の協働の過程は、データ連携の前段階として、人と人との連携がいかに重要であるかを、具体的な実践を通して示している。電子カルテ連携以前に必要なものとして、看護部長たちの対話から浮かび上がってきたのは、信頼、文脈理解、相互理解という三つの要素であると考えられる。信頼とは、単に各医療機関の専門性を認めることにとどまらず、判断の背景や現場の制約を理解し合える関係性を指す。次に、文脈理解とは、患者の疾患情報だけでなく、生活背景、家族状況、地域資源、病院ごとの役割といった、数値化しにくい情報を共有できる感覚である。最後に相互理解とは、それぞれの病院が置かれている立場や限界を踏まえたうえで、補い合おうとする姿勢そのものを意味している。3病院が同一ベンダーの電子カルテを使用していることから、技術的には情報連携が可能であったとしても、単なるシステム仕様やデータ項目などの技術的協同ではなく、「連携できたら患者にとってどのようなメリットがあるのか」「現場の看護師の負担や不安はどう変わるのか」といった、実践的な視点に重心が置かれ、決して医療DXとはデータ連携を目的化せず、あくまで患者と現場にとっての価値から考えるという視点が重要であることが考えられる。同じ電子カルテを使用しているという事実は、しばしば連携が容易であるかのように受け取られがちである。しかし実際には、記録の書き方、重視する情報、業務フローは病院ごとに異なり、システムが共通であっても、データがそのまま他院で活用できるとは限らない。この点において、まずは日常的な会話や相談を通じて、「どの情報が、なぜ重要なのか」を共有しておくことが、データを生かすための不可欠な土壌となる。看護部長同士の対話は、まさにその土壌を耕す役割を果たしている。今後、感染対策や転院調整といった具体的な相談の積み重ねにより、データ項目としては表現しきれない判断の背景を、相互に理解する機会となりうる。こうした関係性の中で共有される情報は、単なるデータではなく、意味を持った知識として相手に受け取られ、日常の対話によって表象的な言葉ではなく、文脈として互いに理解されることで、将来的に医療DXやデータ連携が実装された際に、データが生きた情報として機能するための前提条件となると考える。

新さっぽろの3病院における取り組みは、決して最先端の医療DXではなく、むしろその実効性を高めるための準備段階として位置づけられる。人と人とのボーダレスの関係性が育たないままシステム連携という形だけのボーダレスを進めれば、データは単なる数値や記録として扱われ、現場で十分に活用されない可能性が高い。一方で、信頼と相互理解を基盤とした関係性が存在すれば、データは患者理解を深め、患者やその周囲の文脈的理解を深め、地域としての医療の質を高める力を持つと考える。人と人の連携は、新さっぽろにおける医療DXとデータ活用を支える、最も重要な基盤となるボーダレス化であると言える。

## ⑦QOL・QODの視点から見た新さっぽろモデル

新さっぽろにおける3病院の協働は、医療提供体制の再編や業務効率化といった枠を超え、患者・住民、そして医療従事者のQOL（生活の質）およびQOD（人生・最期の質）にどのような影響をもたらすのかという点において、重要な示唆を含んでいる。既述してきた具体的なプロセスからQOL/QODという視点から整理していく。患者・住民にとって3病院が物理的に近接し、かつ医療従事者同士が顔の見える関係を築いていることは、転院という出来事の意味を大きく変える。従来、転院は環境の変化や情報の断絶を伴い、患者や家族にとって不安の大きな局

面であった。しかし、新さっぽろでは、病院が変わっても、同じまちの医療の中にいるという感覚が保たれる。医療者が互いを理解し、患者の背景や経過を文脈として共有していれば、転院は連続した療養プロセスの一部として受け止められる。このような連続性は、患者の QOL を支える基盤となる。高齢者や慢性疾患を抱える患者にとって、住み慣れた地域の中で医療が完結することは、安心感とともに、人生の最終段階における QOD の質にも影響を与える。どの病院に移っても、同じ地域の医療者が関わり続けているという感覚は、患者や家族の不安を和らげ、このまちで支えられているという信頼につながる。また QOD の向上に向けた QOL の向上として共用部分における住民の健康に関する認識へ働きかけることで、まちの人々の健康的な生活にも寄与している（図表 94）。買い物ついでに健康チェックを気軽にできる機会を設けることで日常の中に健康行動をインプリメンティングしている。

図表 94 共用部分で開催される市民向け身体チェック企画



資料出所：アクセシビリティ研究会 2025 年 9 月 25 日 第 2 回研究会 大成建設株式会社設計本部建築設計第五部 室長 下手彰氏御講演資料（掲載承諾済）

さらに人口減少に伴う医療者確保にも資する活動の一環でもあるが、できるだけ健康な生活を送る認識と共に、医療者の仕事をまちの人々に理解を深めてもらう機会として新さっぽろの I 街区にある医療系大学や専門学校とも協同し、医療現場の理解を深めることで医療事態に興味を持ってもらう仕掛けの場を設け、まちの中心となる医療の理解にも取り組む活動も実施されている（図表 95）。

図表 95 新さっぽろで開催された医療のお仕事体験フェス

**新さっぽろグッドサマーフェス**  
8.23(土) 8.24(日)  
@BIVI新さっぽろ2F BIVI PARK  
サンピアザ1F 光の広場、アクティブガーデン

**医療のおしごと体験フェス**  
—きみの手が、誰かの力になる—  
8.23(土) 8.24(日) 10:00-16:00  
@BIVI新さっぽろ2F BIVI PARK

**Good Craft Market**  
北海道で活躍中のクラフト作家が集結する2日間。手作りの温もりが地域を彩る。魅力あふれるクラフトマーケット  
8.23(土) 8.24(日) 10:00-16:00  
@アクティブガーデン

**参加店舗 8.23(土)**

**参加店舗 8.24(日)**

**キッチンカー 8.23(土) 8.24(日)**

**PARK YOGA**  
8.23(土) 8.24(日) 7:30-8:30  
場所: アクティブガーデン

**ステージ 8.23(土) 8.24(日) @サンピアザ1F 光の広場**

**ステージ 8.23(土) 8.24(日) @アクティブガーデン**

資料出所:一般社団法人 新さっぽろエリアマネジメント(札幌看護医療専門学校、札幌学院大学、(株)札幌副都心開発公社、交雄会新さっぽろ病院、新札幌整形外科病院、新さっぽろ脳神経外科病院、北海道ガス(株)、大和ハウス工業(株)、大和リース(株)、プレミスタワー新さっぽろ管理組合、D-スクエア新さっぽろ) 主催 Good Summer Festival,2025年8月21日、23日、24日開催チラシ

最後に、医療従事者にとっての QOL について考えると、3 病院の協働が、医療従事者が孤立しない環境を生み出しつつあることは言及に値する。医療職の中でもとりわけ看護職は、倫理的判断や感情的負担を伴う場面に日常的に直面しており、組織内だけで悩みを抱え込むことが少なくない。しかし、地域の中に相談できる仲間がいることは、専門職としての心理的安全性を高める。正解が一つではない課題に対して、他院の経験や視点を共有できることは、医療従事者自身の QOL を支える重要な要素である。さらに、地域に支えられる専門職としての実感は、医療従事者の職業的アイデンティティにも影響を与える。自院の中だけで完結する役割ではなく、地域医療の一翼を担っているという認識は、仕事への誇りや意味づけを深める。3 病院の協働を通じて生まれつつあるのは、組織に縛られた専門職ではなく、地域に根ざし、地域に支えられる専門職像となろう。新さっぽろモデルは、QOL・QOD を患者だけの概念として捉えるのではなく、医療従事者を含む地域全体の質としての新たな取り組みである。患者が安心して療養でき、医療従事者が孤立せずに働き続けられる環境は、相互に支え合う関係の中で成立する。3 病院の取り組みは、QOL・QOD の向上を地域単位で実現するモデルとして、今後さらに注目される価値を有している。

## ⑧進行形であることの価値

本報告で示してきた新さっぽろにおける3病院の取り組みは、現時点において完成されたモデルではない。明確な最終形が定義されているわけでもなく、制度や仕組みとしてすべてが整っているわけでもない。しかし、本取り組みの本質的な価値は、まさにその「未完成さ」にあると言える。そこには迷い、試行錯誤、そして時折にじむ楽しさが重要であり、何から始めるべきか、どこまで踏み込んでよいのか、どのように関係を広げていくのか、これらの問いに対して、3病院の関係者は一つの正解を共有しているわけではない。むしろ、その都度立ち止まり、互いの考えや立場を確かめ合いながら、次の一步を模索してきた。この過程そのものが、地域医療における協働の困難さと拙速な医療DXと称した組織の動きの危険性を孕んでいることへリアリティをもって如実に示している。本取り組みをさらに特徴づけているのは、3病院が互いにつながることに對して、決して自明ではなかったという事実である。医療の世界ではこれまで、各医療法人が『一国一城の主』として自組織の完結性を重視し、他法人との関係構築に慎重であることが少なくなかった。とりわけ経営や組織存続の観点からは、他組織との連携が自院の独自性や裁量を損なうのではないかという懸念が、無意識のうちに作用してきた側面がある。その中であって、新さっぽろの3病院が協働へと踏み出すことができた背景には、各法人のトップによる明確な意思と英断があった。自組織の短期的な利害や競争優位だけを優先するのではなく、互いにつながることで、結果として地域医療を支え、ひいては自組織の未来をも支えるという長期的視点に立った判断である。このトップの姿勢があったからこそ、現場は安心して対話を重ね、試行錯誤を続けることができたと言える。この点において、病院は単なる一法人の資産や経営単位ではなく、地域に根ざした公共性を持つ存在であるという認識が、本取り組みの根底に流れている。3病院の協働は、病院を地域の財産として捉え直し、地域住民に対してボーダレスに関わることを可能にする実践である。患者がどの病院に入院していても、同じ地域の医療として支えられていると感じられる環境は、こうしたトップの価値判断なしには成立し得ない。また、こうした姿勢は、医療従事者に対しても大きな影響を与えている。組織の壁を越えて協働することが肯定されるというメッセージは、現場に安心感と挑戦の余地をもたらす。地域のために行動することが、自組織への忠誠と矛盾しないという環境は、専門職が地域志向の視点を持ち続けるための重要な条件である。今後、日本の総人口は減少の一途を辿っている。その中において地域における医療従事者は地域にとってかけがえのない宝である。新さっぽろの事例は、決して完成された仕組みや成功事例とは言い難い。むしろ、組織の枠を越えることに対する躊躇や葛藤を認識したうえで、それでもなお地域の未来を選び取った意思決定のプロセスから、未完成であることを受け入れ、対話と試行を重ねながら進み続ける姿勢こそが、持続可能な地域医療を支える力となる事例である。

新さっぽろの3病院の取り組みは、今もなお進行形であり、これから先も変化し続けていく。病院を地域の財産として位置づけ、まちとボーダレスに関わり続けるという選択は、地域医療の新たな可能性を切り拓くものである。本取り組みは、これからも地域とともに育ち続けていく、それを最後に付記し本報告とする。

## 5. 官民間のボーダレス

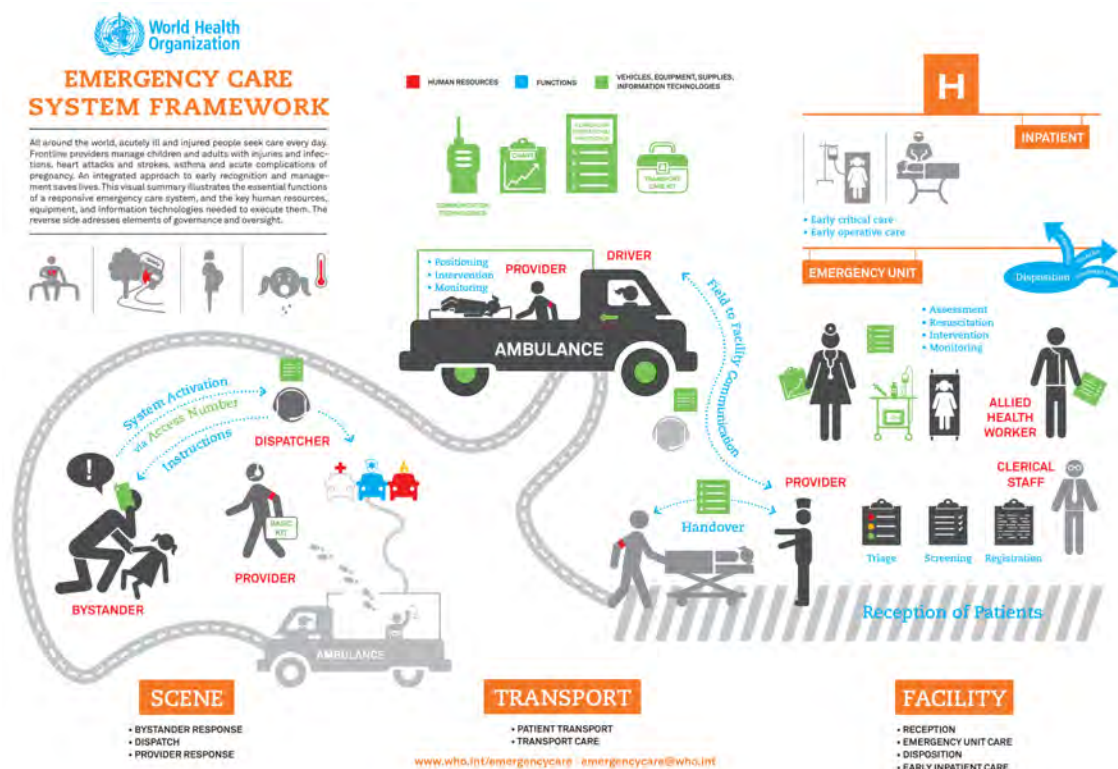
### 5-1. 組織を超えた救急医療のリエンジニアリング

#### (1) 救急医療の現状と特徴

高齢化に伴う疾病構造の変化や新興感染症の出現に伴い、救急医療への需要は世界的に増加傾向にあるといえる。特に多くの国において、人口の高齢化により慢性疾患を複数抱える患者が増加し、その急性増悪や合併症への対応の必要性が高まっている。さらに、近年の感染症流行の経験も、短期間に急激な医療需要の増大が生じ得ることを示しており、救急医療は医療提供体制全体の中で重要な機能として位置づけられる。

WHO は、図表 96 の通り、救急医療システムのフレームワークを提示している救急医療の現状を捉える上で、現場 (SCENE)、搬送 (TRANSPORT)、施設 (FACILITY) の 3 つの場面に分けられて説明している。救急医療の課題を抽出し、解決するには、医療施設だけでも搬送者だけでなく、関係者のボーダレスな取り組みが必要であることが分かる。

図表 96 救急医療システムのフレームワーク



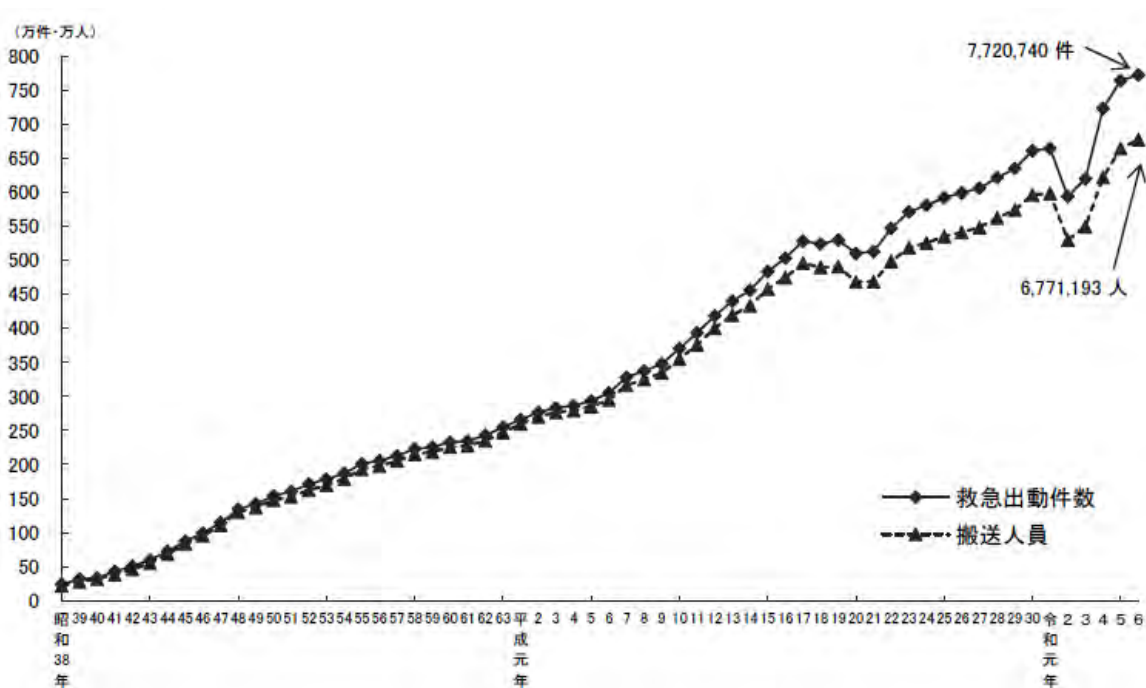
資料出所：WHO 「WHO Emergency care system framework」

<https://www.who.int/publications/i/item/who-emergency-care-system-framework>. (2026年2月26日アクセス)

詳細な日本国内の状況の分析にあたり、ここでの救急医療の位置づけを説明しておく。救急患者とは、通常の診療時間外の傷病者および緊急的に医療を必要とする傷病者<sup>150</sup>である。このため、救急医療とは、救急患者に提供される医療全般をさしており、救急車等で救急搬送される患者への対応と、救急搬送以外のウォークインでの来院患者への対応がある。本節では、リエンジニアリングのアプローチの適用にあたり、救急搬送の機能を考慮したいことから、救急搬送を含む救急医療サービスを対象とする。

ここから日本における救急搬送の実態について説明する。総務省消防庁の統計によれば、2024年の救急出動件数は約772万件、搬送人員は約677万人となっており、下図のとおり、過去最多を更新している。この傾向は、人口1万人当たりの平均救急出動件数としても同様である。

図表 97 救急出動件数及び搬送人員の推移



資料出所：総務省消防「令和7年版 救急救助の現況」

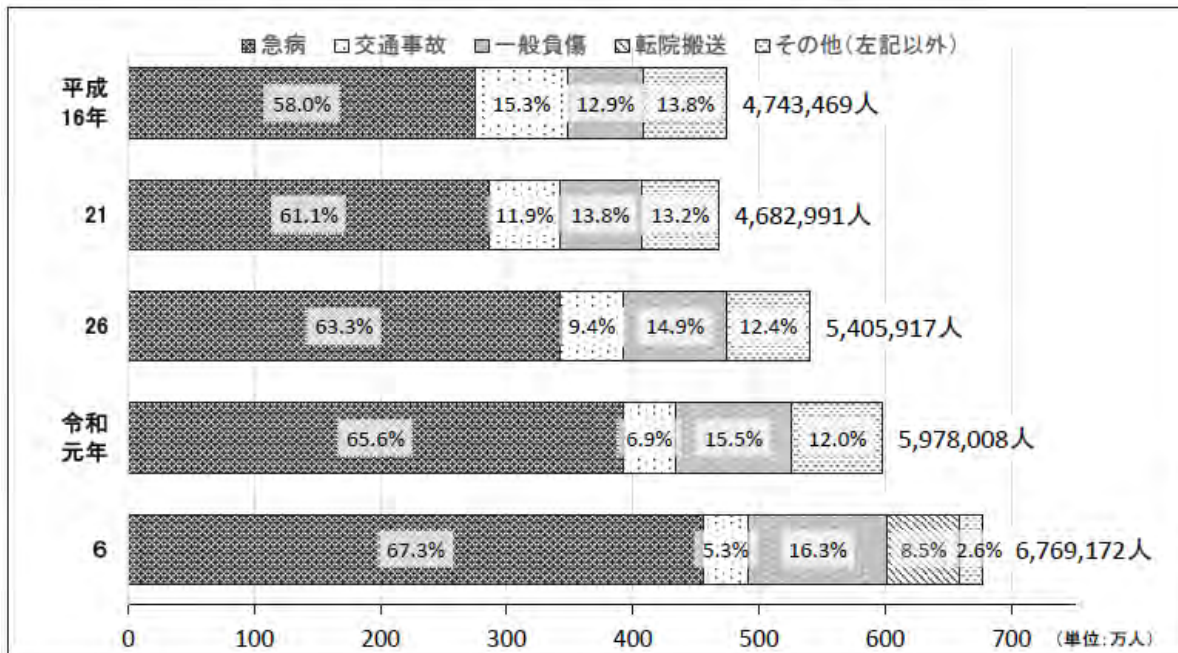
[https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg\\_r07\\_01\\_kyukyu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r07_01_kyukyu.pdf). (2026年2月16日アクセス)

この救急搬送の増加に寄与している層の特徴を把握するため、救急搬送のきっかけとなった事故種別と年齢層別の推移を把握した。下図にある通り、事故種別にみると、過去約20年で、交通事故による救急搬送は3分の1程度まで減少した一方、「急病」や「一般負傷」が増加した。また、年齢層別にみると、高齢者が増加しており、平成26(2014)年以降に把握されている内訳をみると、85歳以上で顕著である。この背景として、高齢者の急変時に慌てて救急車を呼んでしまったものの、結果的には、慢性疾患の急性増悪や脱水などであり、入院治療を要しない軽症と判断さ

<sup>150</sup> 厚生労働省. “救急医療体制基本問題検討会報告書 平成9年12月”, <https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s1211-3.html>. (2026年2月16日アクセス)

れるケースが多いことが推察される。また、高齢者特有の課題として、救急搬送は、看取りの在り方にも関わるものとなっており、ACP の話し合い、医療従事者・施設職員・家族らの間での共有、急変時の対応マニュアルの整備、地域での高齢者医療提供体制の再構築などの提言<sup>151</sup>がなされている現状がある。

図表 98 事故種別の搬送人員と構成比の 5 年ごとの推移



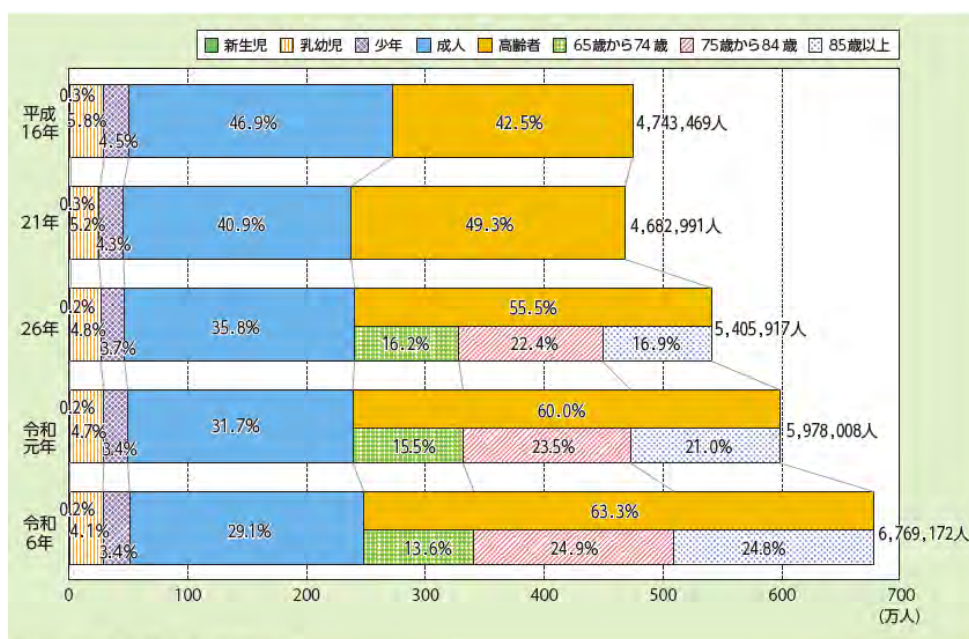
(注) 1 割合の算出に当たっては、端数処理(四捨五入)のため、割合の合計は100%にならない場合がある。  
2 令和元年以前は「その他(左記以外)」に転院搬送を含む。

資料出所：総務省消防庁「令和 7 年版 救急救助の現況」

[https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg\\_r07\\_01\\_kyukyu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkg_r07_01_kyukyu.pdf). (2026 年 2 月 16 日アクセス)

<sup>151</sup> 日本救急医学会ら (2025) . “高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言 2024”, 日本救急医学会誌, 36, 63-81.

図表 99 年齢区別の搬送人員と構成比の5年ごとの推移<sup>152</sup>



(備考) 1 「救急年報報告」により作成  
 2 年齢区分は次によっている。  
 (1) 新生児 生後28日未満の者  
 (2) 乳幼児 生後28日以上満7歳未満の者  
 (3) 少年 満7歳以上満18歳未満の者  
 (4) 成人 満18歳以上満65歳未満の者  
 (5) 高齢者 満65歳以上の者  
 3 小数点第二位を四捨五入のため、合計等が一致しない場合がある。

資料出所：総務省消防庁「令和7年版 消防白書 資料編」

[https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r7/items/r7\\_shiryou.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r7/items/r7_shiryou.pdf) (2026年2月16日アクセス)

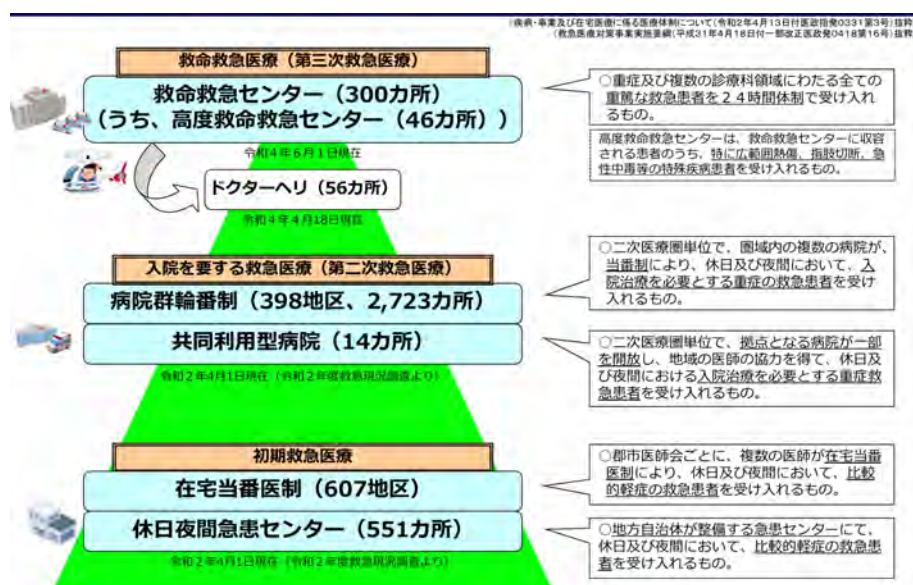
ここまで救急搬送の現状を説明したが、このあとは供給体制について説明する。日本の救急医療体制は、患者の重症度や緊急度に応じて、図表100のとおり、医療機能を分担する三層構造で整備されている。三層となっている救急体制について、以下で概要を説明する。

- 一次救急（初期救急医療）：主に軽症患者を対象とし、夜間・休日の外来診療を中心に対応する。来院が可能な軽度の急病や外傷の患者に対して、外来レベルでの診療を行う。
- 二次救急（入院救急医療）：入院治療を要する重症救急患者に対して、初期診療と入院治療を担う。
- 三次救急（救命救急医療）：二次救急医療機関では対応できない複数の診療科領域に渡る重篤な患者を対象とし、救命救急センター等において高度で専門的な医療を提供する。

<sup>152</sup> 総務省消防庁. “令和7年版 消防白書 資料編”,

[https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r7/items/r7\\_shiryou.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r7/items/r7_shiryou.pdf) (2026年2月16日アクセス)

図表 100 救急医療体制体系図



資料出所：厚生労働省「救急医療について 令和5年度第1回医療政策研修会」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001094025.pdf>. (2026年2月16日アクセス)

救急医療の対象となっている患者は、医学的な判断や一定の経過を経て、軽症か重症かが認識され、状態に応じた医療処置や治療が提供される。しかしながら、救急搬送を要請する時点では、搬送者本人には重大な症状が出ていると認識され、通報が行われている。この救急搬送の要請時点では、どのような医療処置や資源が必要なのか、どのような機能をもつ医療施設に来院・搬送の必要があるのかは不明である。

以上より、救急医療の特徴は、需要側と供給側の両観点から、以下のように整理できる。

1)需要側：

- ・救急患者の発生の予測は困難である
- ・救急要請や搬送時点で、緊急度や重症度が不明瞭である（救急患者には、救急医療を要する重症患者から要しない軽症患者までが含まれる）
- ・救命や重篤な障害を回避するため一刻を争う場合があり、緊急性が高い
- ・患者は多臓器でダメージを受けている場合があり、診療科横断的な複合的な医療を必要とする

2)供給側：

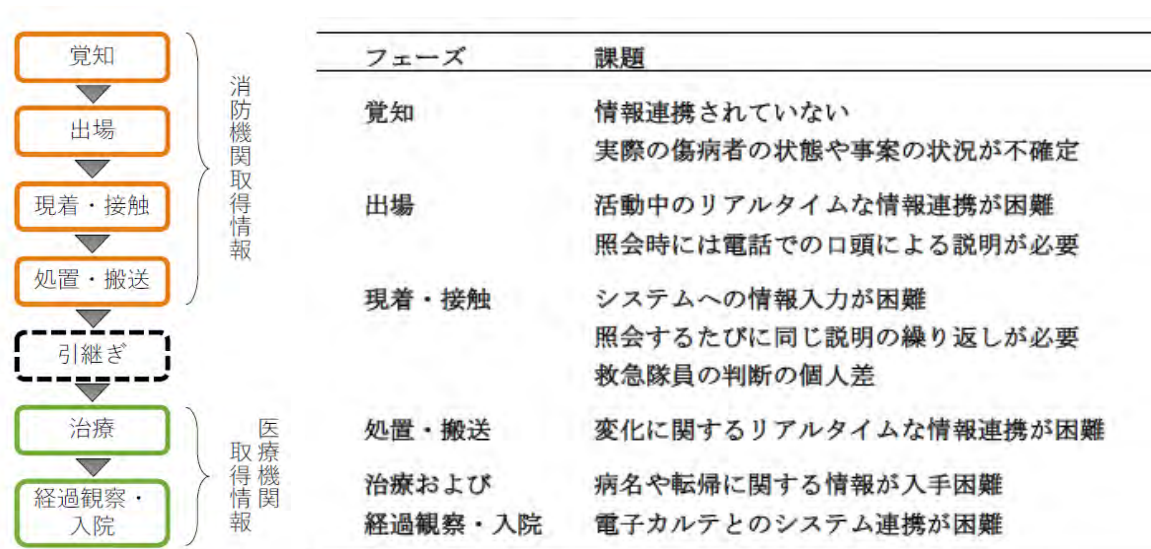
- ・救急搬送、救急処置・治療、専門治療と、複数の機能・組織が連携しながら提供される
- ・原則としてピーク時の需要に対応できるよう、資源を待機しておく必要がある
- ・全ての医療機関であらゆる救急患者に対応できる資源を保持するのは現実的ではないため、高度な救急医療資源は一部機関に集約するなど、地域の施設間で機能分担する必要がある

## (2)救急医療における課題とリエンジニアリングの考え方

前節で述べた救急医療の特徴をふまえ、現状の課題を整理する。まず、非現実的であるが理想的な状態を想定する。その理想的な状態とは、ひとが居住・活動するあらゆる地域において、「一次・二次・三次の救急医療施設が潤沢に設置されており、救急搬送の要請があった場合には、即時の情報共有がされて緊急度や重症度が精確に判断され、最も近くにあつて、最も重症度に見合った施設が選定され、迅速に搬送され、迅速に治療される」状態といえる。しかし、救急医療資源は、高コストであり、そのように待機させるのは現実的ではない。

さらに、前節の冒頭で示したように救急医療の需要は増加の傾向にある一方、医療資源の増強は抑制されているため、救急医療の提供プロセスに変革が必要といえる。そのような中、救急医療は複数の組織にまたがるサービスであり、個別組織の対応能力の向上のみでは、運営上の課題を十分に解決することは難しい。この点に関しては、山田<sup>153</sup>によって、救急医療のプロセスにおける情報連携の課題として整理されている。図表 101 の通り、消防指令センターで 119 番通報を受ける「覚知」から、搬送先の医療機関での「治療」、「経過観察・入院」までの一連のプロセスについて、情報連携の課題が指摘されている。迅速性が求められる救急医療において、情報連携に時間を費やすことは避けたいが、情報入力の手間や、リアルタイムな情報連携の困難によって、搬送、搬送先の選定、治療開始、記録等が迅速に進められない現状が分かる。

図表 101 救急医療のプロセスにおける消防機関と医療機関との間での情報連携の課題



資料出所：山田クリス孝介. (2018) 「地域救急医療の質向上に資する科学的証拠の構築に関する研究」, 科学研究費助成事業 研究成果報告書」

こうした課題に対して有効なアプローチの一つが、サービス提供プロセス全体を対象としたビ

<sup>153</sup> 山田クリス孝介. (2018) “地域救急医療の質向上に資する科学的証拠の構築に関する研究”, 科学研究費助成事業 研究成果報告書.

ビジネスプロセスリエンジニアリング（Business Process Reengineering: BPR）の考え方である。リエンジニアリングは、既存業務の部分的な改善ではなく、サービスの流れをエンドツーエンドで見直し、時間、品質、コスト、生産性などのパフォーマンスを抜本的に改善することを目的とする<sup>154</sup>。エンドツーエンド(End-to-end)とは、サービス全体の流れを通してパフォーマンスを捉える考え方である。ここの救急医療でいえば、特定の医療機関の救急部門だけでなく、患者家族や周囲からの救急要請、救急車の出動、現場での初期評価、受入医療機関の選定、医療機関との調整、搬送、受入後の診療準備など、複数の主体が関与する一連のプロセス全体を対象として管理することをめざすものとなる。このため、プロセス全体では、組織をまたいだパフォーマンス管理が必要となる。

以上より、リエンジニアリングのアプローチによって解決すべき救急医療の課題は、下記3点といえる。

- ① 患者状態の把握による緊急度の判断の正確化、迅速化
- ② 患者の緊急度に適した搬送先施設の可視化
- ③ 連絡調整におけるコミュニケーション負荷の低減による搬送や治療の迅速化

### (3)救急医療のリエンジニアリングによる課題解決の事例

前節で述べたように、救急医療における運営上の課題として、受入医療機関の選定・調整に伴うコミュニケーション負荷や、医療資源の状況がリアルタイムに共有されないことによる需給ミスマッチが指摘されている。こうした課題に対し、ICTを活用した情報共有の仕組みを導入し、業務プロセスの見直しを図る取り組みが進められている。

海外においては、米国の研究である Schooley ら<sup>155</sup>が、救急医療を、通報から搬送、治療までの一連のサービス連鎖として捉え、複数組織間の情報共有を実現するシステムの重要性を指摘し、時間依存型サービスにおける情報共有の効果を分析するためのフレームワークとケーススタディを提示している。一方、インドネシアの研究である Dachyar ら<sup>156</sup>は、病院到着前と病院内救急部門での現状のプロセスの可視化を行い、FMEA（Failure Mode and Effect Analysis：故障モード影響解析）手法に基づいて再設計すべき箇所を特定し、IoTを活用した情報連携を前提とした業務プロセスを再設計した。再設計後の業務プロセスをシミュレーションにより評価し、病院到着までと到着後の院内対応の双方の時間短縮が示されているが、実際の医療現場での運用実装や実証評価には至っていない。

日本国内においては救急医療のリエンジニアリングの学術論文は特段見当たらないが、前節で

---

<sup>154</sup> Hammer, M. and Champy, J. (1993) Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution. Harper Collins, New York.

<sup>155</sup> Ben L. Schooley, Thomas A. Horan. (2007) “Towards end-to-end government performance management: Case study of interorganizational information integration in emergency medical services (EMS)”, Government Information Quarterly, 24, 755-784.

<sup>156</sup> M. Dachyar, Camryna H. Pertiwi. (2019) “Improvement in Emergency Medical Services using Internet of Things (IoT). Hospital Emergency Department Case: a BPR Approach”, Advances in Economics, Business and Management Research”, 144, 79-87.

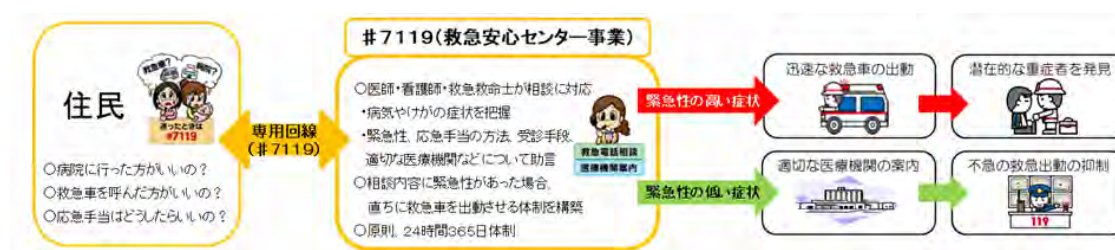
述べたようなリエンジニアリングのアプローチとみられる実装例があるため、以下で説明する。

#### a)救急相談「救急安心センター事業（#7119）<sup>157</sup>」

救急安心センター事業（#7119）は、図表 102 のとおり、住民からの電話相談に対し、医師や看護師等が症状を評価し、救急車の要請の必要性や受診先に関する助言を行う仕組みである。軽症と考えられる場合には医療機関の受診案内や経過観察の助言を行い、緊急性が高いと判断された場合には救急要請につなぐなど、需要段階におけるトリアージ機能を担っている。

この取り組みは、救急要請前の段階で医療ニーズの適切な振り分けを行うことにより、不必要な救急搬送の抑制と救急資源の有効活用を図るものであり、救急医療の提供プロセスの上流における需要コントロールの取り組みと位置づけられる。高齢者を中心とした軽症事例の増加が指摘される中、救急医療の効率的な運用に資する仕組みとして、全国的に導入が進められている。

図表 102 救急安心センター事業のイメージ



資料出所：総務省消防庁「#7119 事業詳細」

[https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/items/appropriate006\\_01\\_kyukyu\\_anshin\\_02.pdf](https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/items/appropriate006_01_kyukyu_anshin_02.pdf). (2026年2月26日アクセス)

#### b)山形市等における救急医療 DX「NSER mobile<sup>158</sup>」

TXP Medical 株式会社が開発した救急医療支援システム「NSER mobile」がある。NSER mobile は、救急隊が現場で取得した患者情報（症状、バイタルサイン、外傷状況等）をタブレット端末から入力し、その内容を医療機関とリアルタイムで共有する仕組みである。これにより、従来は電話による口頭伝達に依存していた受入照会において、医療機関側が患者の状態を事前に把握したうえで受入判断を行うことが可能となる。また、入力された情報は構造化データとして蓄積され、救急活動の実態把握や運営改善のための分析に活用することも想定されている。公開されている導入事例では、医療機関への電話連絡時間の短縮や現場滞在時間の短縮など、救急活動の効率化に関する効果が報告されている。

本システムの導入・運用には、自治体、消防機関、医療機関、民間企業など複数の主体が関与している。救急医療サービスは複数組織にまたがって提供されるが、共通の情報基盤を通じて関係主体が同一の情報を共有することにより、受入調整を含むサービス提供プロセスの円滑化が期

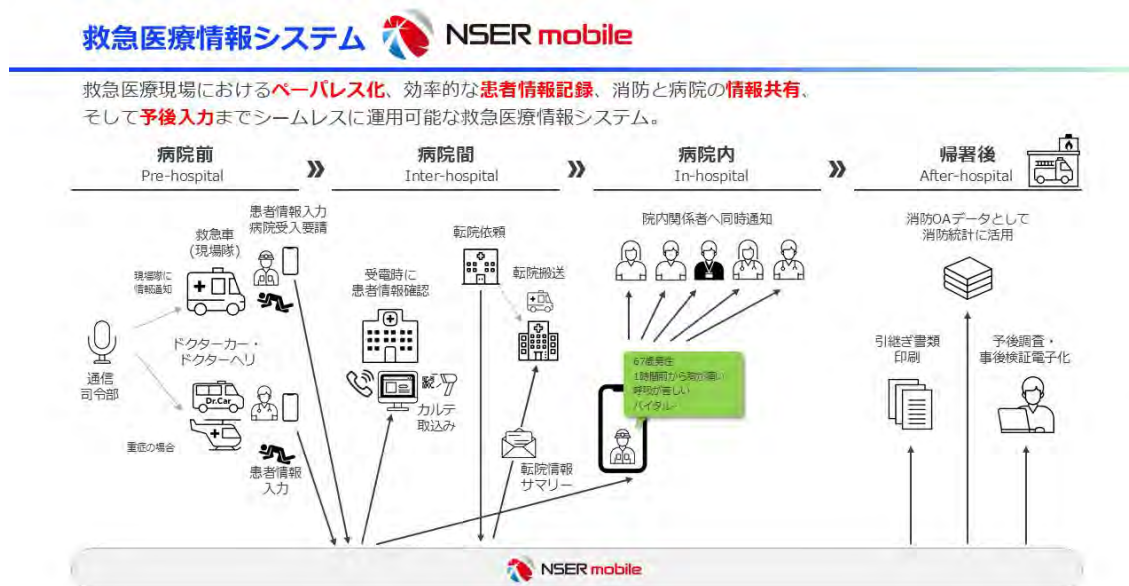
<sup>157</sup> 総務省消防庁. “救急車の適時・適切な利用（適正利用）”,

<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/appropriate/appropriate007.html>. (2026年2月26日アクセス)

<sup>158</sup> TXP Medical. “NSER mobile”, <https://txpmedical.jp/service/nser-mobile>. (2026年2月16日アクセス)

待される。このような取り組みは、ICT の活用と業務プロセスの見直しを組み合わせ、救急医療におけるリエンジニアリングの具体例として位置づけることができる。

図表 103 NSER mobile イメージ



資料出所：TXP Medical. 「NSER mobile」 <https://txpmedical.jp/service/nser-mobile>. (2026 年 2 月 16 日アクセス)

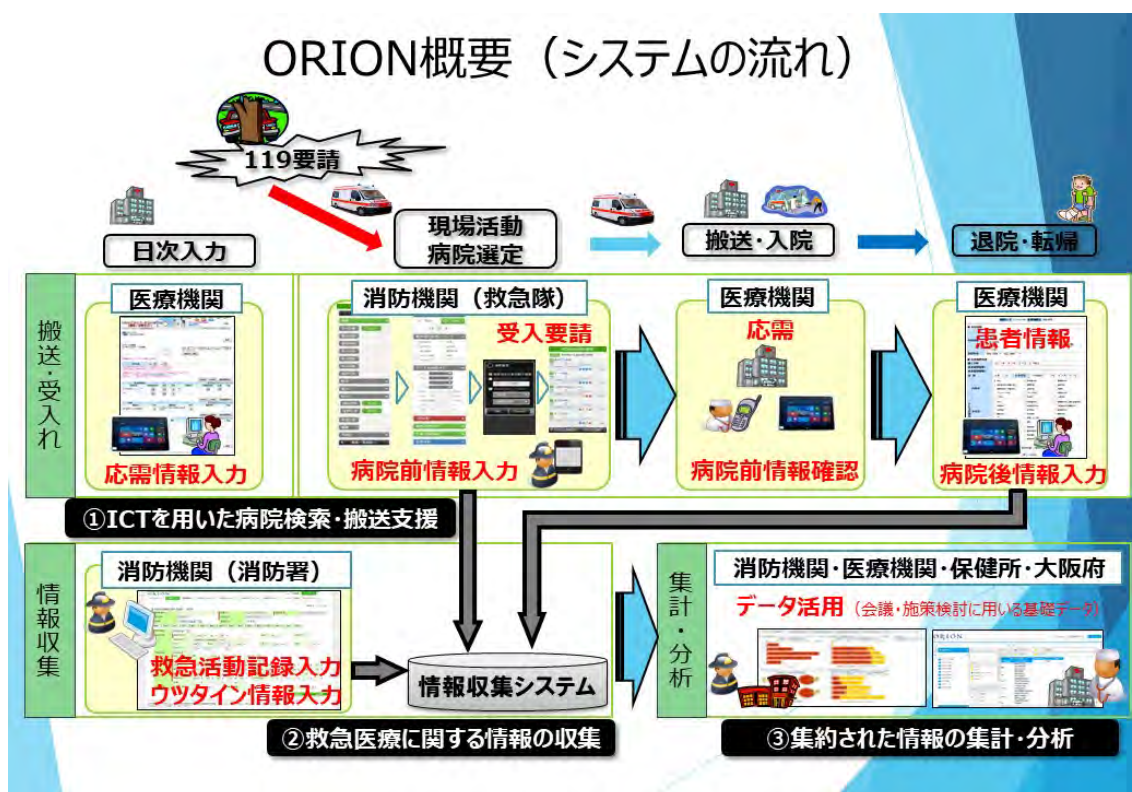
c)大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム (ORION<sup>159</sup>)

ORION (Osaka emergency information Research Intelligent Operation Network) は、大阪府において 2013 年から運用されている救急医療情報システムであり、救急隊、医療機関、行政が救急搬送に関する情報を共有する仕組みである。救急隊は搬送先の選定過程や患者情報を入力し、医療機関は受入状況を登録することで、地域全体の救急活動の状況を把握できる。

本システムにより、医療機関の受入実績や搬送時間、照会回数などのデータが蓄積され、搬送困難事例の分析や救急体制の見直しなど、地域全体の運営改善に活用されている。また、医療資源の稼働状況の可視化は、適切な搬送先選定の支援や受入調整の効率化にも寄与する。このような取り組みは、医療資源情報の共有による需給マッチングの改善に加え、患者発生から医療機関収容までのプロセス全体を対象とした運営の最適化を可能とするものであり、エンドツーエンドの視点に基づくリエンジニアリングの例といえる。

<sup>159</sup> 大阪府. “大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム (ORION) ”, <https://www.pref.osaka.lg.jp/o100030/iryu/qq/orion.html>. (2026 年 2 月 26 日アクセス)

図表 104 ORION 概要



資料出所：大阪府「大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム (ORION)」

<https://www.pref.osaka.lg.jp/o100030/iryu/qq/orion.html>. (2026年2月26日アクセス)

#### (4)まとめ

本節では、救急搬送を含む救急医療について、需要の増加や高齢化の進展を背景とした現状と特徴を整理したうえで、ビジネスプロセスリエンジニアリングの視点から運営上の課題と対応の方向性を検討した。救急医療は、需要の発生が予測困難であることに加え、要請時点では患者の重症度や必要な医療資源が不確定であり、さらに救急搬送、医療機関の受入、治療といった複数の機能が連続して提供されるサービスである。このため、医療機関単独ではなく、消防機関、自治体、地域医療機関等を含めた組織横断的な運営が不可欠な領域である。

しかしながら、現状では、患者状態の把握の不確実性、医療資源情報の可視化不足、受入調整におけるコミュニケーション負荷などにより、搬送や治療開始の遅延が生じる構造的な課題が存在する。これらの問題の本質は、個別組織の能力不足というよりも、救急要請から治療開始に至るまでのプロセス全体における情報分断や調整コストの大きさにあるといえる。このような特徴を有する救急医療においては、部分的な業務改善にとどまらず、サービス提供プロセスをエンドツーエンドで捉え直し、組織横断的に再設計を行うリエンジニアリングの考え方が有効である。

実際の取り組みとして、救急安心センター事業(#7119)による需要段階でのトリアージ、NSER mobileによる現場情報のリアルタイム共有、大阪府 ORIONによる医療資源情報の可視化と地域全体の運営改善など、ICTを活用して情報共有と調整プロセスの再設計を図る事例が進められている。これらは、個別機関の効率化ではなく、複数主体が共通の情報基盤を通じて連携すること

により、救急医療サービス全体のパフォーマンス向上を目指す取り組みであり、組織のボーダーを越えたりエンジニアリングの具体例と位置づけることができる。

一方で、こうした仕組みが十分に機能するためには、地域における関係機関の合意形成や運用体制の整備、継続的な費用負担の確保など、制度的・組織的な課題も多い。また、ICTの導入や情報連携の強化によって搬送調整の効率化が進んだとしても、高齢者の軽症搬送の増加や急変時対応に関する意思決定の不確実性など、救急医療の需要構造そのものに起因する課題は依然として残る。特に、看取りやACPの共有、地域における慢性期・在宅医療との連携といった個別患者レベルの対応は、運営改善のみでは解決できない重要な論点である。

今後の救急医療においては、ICTを活用した情報基盤の整備とプロセス再設計の中で、需要構造の変化を踏まえた地域医療提供体制の変化を考慮する必要がある。救急医療の持続可能性を確保するためには、個別組織の効率化を超え、地域全体を一つのシステムとして捉えた、ボーダレスな運営と継続的な改善が求められる。

## 5-2. スマートシティ構想におけるヘルスケア

### (1) スマートシティとは

都市には様々な機能がある。人々が生活するための住宅とその周囲の住環境に関わる居住機能、人々が必要とする店舗が揃い、働くためのオフィスが整備されるビジネス機能、市役所、図書館、博物館、劇場などの行政・文化機能、病院、福祉施設、保育園などの医療・福祉・子育て機能、交通網に関わる交通・物流機能、さらには公園、緑地、スポーツ施設などのレクリエーション機能も都市として求められる機能である。

そして、情報通信を利用してこれらの機能それぞれの中で、あるいは機能間で相互に連携して効果的に効率的にこれら機能を提供するのがスマートシティである。自動走行車が物流を担い、効率を上げ、環境への影響を低減するというのは、交通・物流機能内での連携である。居住機能と医療・福祉・子育て機能が連携すると、高齢者の日常生活をセンサーが見守り、異常があれば地域包括支援センターなどに自動通知して、速やかに必要な支援を高齢者に届けられるようになる。

スマートシティには人々が居住し労働する。スマートシティは「人」のためにならなければならない。そこで、「人」に注目してスマートシティを構築しようという考え方が生まれてきた。

### (2) 人中心のスマートシティの提唱

国際連合に置かれた UN-Habitat (国連人間居住計画) は、People-Centred Smart Cities を標榜して関連する活動を 2020 年に開始した。その成果の一つが、Building Capacity for People-Centred Smart Cities という提言文書である<sup>160</sup>。文書は「テクノロジーとイノベーションの活用を通して、都市における持続可能性、包摂性、繁栄、そして人権の確保を確実に図る」、「人を中心としたスマートシティは、デジタル・イノベーション・プロセスの背後に人々がいることを認識し、都市は外部パートナーシップや組織文化への投資方法を慎重に検討する必要がある」と主張する。

UN-Habitat は上記の主張をベースにして、世界各国における人間中心のスマートシティ開発の現状を包括的に分析する報告書も公表している。それが、World Smart Cities Outlook 2024 である<sup>161</sup>。イヤーブックには「Urban digital infrastructures (都市におけるデジタル・インフラストラクチャ)」というハード主体の章に加えて、「Smart city applications for public services (公共サービスのためのスマートシティ・アプリケーション)」の章もある。公共サービスの章は次の五つを現状の課題と指摘している。

- スマートシティ・アプリケーションの環境的・社会的影響は依然として不明確であり、より詳細な評価が必要である

---

<sup>160</sup> UN-Habitat, 「Building Capacity for People-Centred Smart Cities」

[https://unhabitat.org/sites/default/files/2022/06/playbook6\\_capacity.pdf](https://unhabitat.org/sites/default/files/2022/06/playbook6_capacity.pdf) (2026年2月8日確認)

<sup>161</sup> UN-Habitat, 「World Smart Cities Outlook 2024」

[https://unhabitat.org/sites/default/files/2024/12/un\\_smart\\_city\\_outlook.pdf](https://unhabitat.org/sites/default/files/2024/12/un_smart_city_outlook.pdf) (2026年2月8日確認)

- 慎重な設計と実装がなければ、これらの技術は既存の不平等を拡大するリスクがある
- 自治体とそのパートナーは、人間中心のスマートシティ・アプリケーションのための持続可能で拡張可能なビジネスモデルの開発に苦勞している
- 断片的なパイロットと実験は、重複を招き、拡張性を阻害する
- 都市サービス全体にわたるアプローチの分断と、デジタルガバナンスに関する知識の統合不足は、一体感のある発展を阻害する

そのうえで、主要な優先事項として以下を列挙している。

- 人間中心のスマートシティサービスの社会的、環境的、経済的影響を評価するための堅牢なフレームワークを開発する
- 都市における新技術の責任ある計画と導入を導くための規制基準を導入する
- 都市がさまざまなサービスにわたって適応性の高い都市ソリューションを共創できるように、協力的なパートナーシップを育成する
- 地域におけるパイロットと実験を通じて得られた専門知識とノウハウを活用し、グローバルな知識共有プラットフォームを強化する

年次報告から、人間中心のスマートシティサービスは未だ緒に就いたばかりで、都市サービス全体にわたるアプローチができておらず、評価のためのフレームワークも確立していない様子が見えてくる。しかし、UN-Habitat は未達であり、人を中心としたスマートシティを提唱し続けている。

UN-Habitat と同様に国際連合の専門機関であり、電気通信に関わる国際標準化団体でもあるITU (国際電気通信連合) も、人間中心のスマートシティを呼び掛ける組織である。同連合が2016年に発行した国際標準ITU-T Y.4900/L.1600 “Overview of key performance indicators in smart sustainable cities”は smart sustainable city を次のように定義した。

A smart sustainable city is an innovative city that uses information and communication technologies (ICTs) and other means to improve quality of life, efficiency of urban operation and services and competitiveness, while ensuring that it meets the needs of present and future generations with respect to economic, social, environmental, as well as cultural aspects.

NOTE – City competitiveness refers to policies, institutions, strategies and processes that determine the city's sustainable productivity.

(著者訳) スマートで持続可能な都市とは、情報通信技術などの手段を活用し、生活の質、都市運営とサービスの効率性、そして競争力を向上させる革新的な都市であり、同時に、経済、社会、環境、文化といった側面において、現在および将来の世代のニーズを満たすことを保証する。

注：都市の競争力とは、都市の持続可能な生産性を決定する政策、制度、戦略、プロセスを指す。

定義には「生活の質を向上させる」「現在および将来の世代のニーズを満たす」の二点が書き込

まれている。そして、KPI（重要業績評価指標）を次の六点であるとして、図を掲げて説明している。

図表 105 KPI（重要業績評価指標）

- Information and communication technology（情報通信技術）
- Environmental sustainability（環境の持続性）
- Productivity（生産性）
- Quality of life（生活の質）
- Equity and social inclusion（社会的平等と包摂）
- Physical infrastructure（物理的なインフラストラクチャ）



Figure 1 – Dimensions of KPIs for SSCs

資料出所：ITU「国際標準 ITU-T Y.4900/L.1600 “Overview of key performance indicators in smart sustainable cities”

このうち、Equity and social inclusion（社会的平等と包摂）には所得／消費の不平等（ジニ係数）、サービスとインフラへのアクセスにおける社会性および性差に基づく不平等、オープン性と市民参加、ガバナンスの四項目が詳細な評価事項として列挙されている。また、Quality of Life の評価事項は教育、健康、公共の場の安全・安心、利便性と快適性の四項目である。本レポートのテーマである「ヘルスケア」「健康」が提唱されている点は注目に値する。

### (3)人中心のスマートシティの実例

内閣府は「スマートシティガイドブック第2版」を2023年に公開した<sup>162</sup>。ガイドブックには市民への効果として大項目が三つ、小項目が六つ列挙されている。

- 安全で質の高い市民生活・都市活動の実現 【社会】
  - ・行政手続き、購買、移動、医療、健康、観光などあらゆる都市サービスが効率化されるとともに個々人の属性や嗜好に対応したものとなることで、全ての市民が等しく便利で豊かな生活を享受できる、社会的包摂（インクルージョン）を実現する効果

<sup>162</sup> 内閣府、「スマートシティガイドブック第2版」

[https://www8.cao.go.jp/cstp/society5\\_0/smartcity/guidebook.html](https://www8.cao.go.jp/cstp/society5_0/smartcity/guidebook.html)（2026年2月8日確認）

- ・災害発生時、感染症拡大時などの非常事態においてもデータに基づく即応的な対応が講じられたり、新しい日常におけるリモート・リアルの新しい暮らし・働き場が提供されたりするなど、安全、安心な生活を享受できる効果 等
- 持続的かつ創造的な都市経営・都市経済の実現 【経済】
  - ・各種データや新技術を駆使した様々な市民、事業者向けサービスが続々と創出される環境が生まれ、地域経済が活性化する効果
  - ・安全、便利で快適な街なか等を市民や来街者が行き交い、消費やサービスの購入等により地域経済が循環するとともに、交流を通じて様々なイノベーションが生まれる効果
  - ・企業や行政におけるシステムの効率化等が図られ、生産性の向上につながる効果 等
- 環境負荷の低い都市・地域の実現 【環境】
  - ・業務活動、日常生活や移動行動などあらゆる場面で、現実のヒトやモノの動きに対応した形でエネルギー・資源利用が最適化され、脱炭素社会の実現につながる効果 等

このうち、安全で質の高い市民生活・都市活動の実現が「ヘルスケア」「健康」に関連する。ガイドブックには市民が享受することになる利益についてのイメージ図も添えられている。「健康・医療」については、「個人の移動や健康に関するデータを活用した適切な運動の促進等、市民の健康管理をサポートする」「遠隔地からの医療アクセスの確保と医療関係者の負担軽減」「離れた家族の健康を見守る仕組みの導入」が列挙され、下図が添えられている。

図表 106 市民が享受する利益



資料出所：内閣府「スマートシティガイドブック第2版」

[https://www8.cao.go.jp/cstp/society5\\_0/smartcity/guidebook.html](https://www8.cao.go.jp/cstp/society5_0/smartcity/guidebook.html)

そして、健康・医療分野でのスマートシティ化を実現した具体例として、三都市が挙げられている。

- 健幸ポイントによる歩行促進(札幌市):歩数に応じて公共交通等で使える「健幸ポイント」を付与し、行動変容を促す。また、行動データ(歩数、位置情報)、人流データを分析し、シームレスでウォークアブルな空間整備計画を検討まちづくりに反映。

- 母子健康手帳の電子化（会津若松市）：市で受けた乳幼児健診の記録や、予防接種の記録をスマートフォンなどで確認可能なほか、市からの子育て情報もお届け。マイナンバーカードの公的個人認証機能を利用した母子健康情報ポータルを構築、安心かつ利便性の高い母子健康・子育て環境を効率的に実現する。
- 春野医療 MaaS プロジェクト（浜松市）：中山間地域での医療サービスの確保を目指し、移動診療車を用いたオンライン診療を提供する。移動診療車を用いたオンライン診療、移動診療車を用いたオンライン服薬指導、ドローンまたは車両による薬剤配送

#### (4)会津若松市と浜松市の事例

会津若松市は 2024 年度策定の「第 3 次健康わかまつ 21 計画」において、「健康情報活用推進」を第二次計画までの成果として掲げ、次の三つを紹介している<sup>163</sup>。

- 母子健康手帳を電子化した母子保健情報ポータルを導入（平成 29 年 2 月提供開始）し、子育て支援環境の整備に取り組みました。（令和 4 年 OYACO plus オヤコプラスに名称変更）
- 健康意識の向上と健康情報の保持を目的とし、児童生徒健康診断票の小学 1 年からの 9 年分の記録がそろそろ中学 3 年の時点で電子データ化し、集約・分析する学校健診活用事業を令和 2 年度から開始しました。（保護者のオプトイン同意を得た生徒のみ対象）
- 人及び都市の「健幸」を達成するために必要かつ正確な情報を地域住民に「心に届く情報として」伝え拡散する役割「健幸アンバサダー」の養成に平成 30 年度から取り組みました。

第一点が内閣府で実践例として取り上げられたものである。幼児期から小学校、中学校と成長する過程で健康診断記録が分断されている問題は、本調査研究会も繰り返し指摘しているが、同市ではこの問題はすでに解決の方向に向かっている。

オヤコプラスは一般社団法人 ICT まちづくり共通プラットフォーム推進機構が開発元である。オヤコプラス・アプリは自治体が提供する子育て支援アプリであり、マイナンバーカードを使って電子的に本人を認証し、自治体からのお知らせをはじめ、自治体が保有する乳幼児検診データ、予防接種データが提供される。

会津若松市に加えて、同一般社団法人が所在する前橋市などでも利用されている。

浜松市の「春野医療 MaaS プロジェクト」は、2020 年 10 月から 2021 年 1 月の間、実証実験されたプロジェクトである。

日本では中山間地域が総土地面積の約 7 割を占めているようだ。交通機関の利便性が低く、日用品の買い物から医療機関への通院まで、移動に関わる多くの課題が起きている。この課題を解決するために、浜松市は自宅まで医療サービスを届ける「医療 MaaS」の実証を進めた。

対象地域となった春野地区には 5 つの診療所があるが、通院には 10 km以上の移動が必要とな

<sup>163</sup> 会津若松市、「第 3 次健康わかまつ 21 計画」

[https://www.city.aizuwakamatsu.fukushima.jp/docs/2023122800028/file\\_contents/dai3jikeikakusaisyuuun.pdf](https://www.city.aizuwakamatsu.fukushima.jp/docs/2023122800028/file_contents/dai3jikeikakusaisyuuun.pdf)  
（2026 年 2 月 8 日確認）

るという。病院への通院では、さらに問題は深刻になる。

患者は移動できないので医師がバーチャルに出向く。このために、デジタル・スマートシティ推進事業本部と健康医療課が連携して、浜松版 MaaS (Mobility as a Service) 構想の一環として、中山間地域における持続可能な医療体制の構築に向けた「春野医療 MaaS プロジェクト」をスタートさせた。

実証実験では、院内処方と院外処方という 2 つのパターンで服薬指導と医薬品搬送を行った。院内処方では、医師がオンライン診療とともに服薬指導を行い、処方した医薬品をドローンで飛ばして患者宅まで届けた。一方、オンライン診療が終わると薬局あてに処方箋がファクシミリで送られ、薬局がオンライン服薬指導後、医薬品を車で患者宅まで届けたのが院外処方だそうだ。

都市には多様な機能がある。これらの機能を情報通信の力で連携させて人々に効果的に、効率的に都市サービスを提供する。これが人を中心としたスマートシティである。国際連合の下部機関が提供し、内閣府も人を中心に位置づけるガイドラインを発行している。

国内でも会津若松市や浜松市をはじめいくつかの都市で、健康・医療分野についてスマートシティのサービスが提供されている。それでは、内閣府が事例として札幌市ではどのような実践があり、成果が出ているのだろうか。

## (5)札幌市のスマートシティ構想

札幌市は「新・さっぽろモデル事業」をデジタル田園都市国家構想交付金実施計画に基づいて実施している<sup>164</sup>。運営担当は、札幌市と民間事業者等で構築する「札幌市スマートシティ推進協議会」である。「新・さっぽろモデル事業」は、厚別区もみじ台・青葉エリアを対象にし、地域コミュニティをデジタルで繋ぎ、地域課題の解決を目指すのが事業の目的である。

事業に参加登録すると、スマートフォンを用いて、もみじ台地区・青葉地区に特化した記事、飲食店情報、イベント、サークル情報などを受けとることができる。そのほか、地域の人々と共に、屋内農園で野菜を育てる活動に参加できる。フードロスの削減を目指す活動も行われている。

内閣府で好事例として紹介されたのは、国土交通省の補助を得てかつて実施した事業であるが、「新・さっぽろモデル事業」では、当時の健幸ポイントの仕組みを一部変えて、自らの体重、血圧を日々入力する健康管理サービスに置き換えられたそうだ。

2025 年には、自宅の TV、スマートフォンを使ってアクセスできるオンライン診療がメニューに追加された。ケーブルテレビ経由で診療が受けられれば、Wi-Fi 環境のない市民も参加できるようになる。

専用タブレットの貸与を受けた参加者は、タブレットでアイちゃん (AI) と日常の出来事などの話ができる。カレンダーに予定を入力すると、画面で予定や新着情報を知らせてくれる。加えて、銭湯や飲食店、医療機関や美容院などへの交通案内が得られるのは、雪国ならではのサービスである。

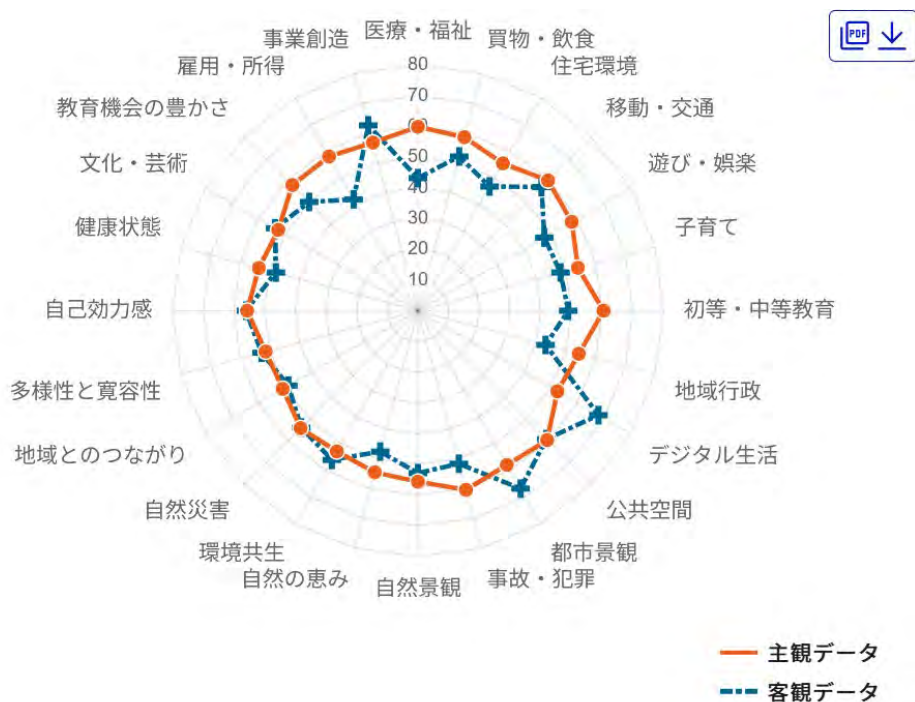
---

<sup>164</sup> 札幌市、「新・さっぽろモデル事業」 <https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ictplan/degitaldentoshi/shin-sapporomodel.html> (2026 年 2 月 8 日確認)

以上に説明したように、札幌市の「新・さっぽろモデル事業」は人中心のスマートシティ事業として構築されている。札幌市は地域としてのウェルビーイング指標を把握する調査を定期的に行い、その結果がデジタル庁より公開されている。

1037名から回答を得た2025年版調査の結果をレーダチャートに示す<sup>165</sup>。

図表 107 札幌市民によるウェルビーイング指標の評価結果



資料出所：デジタル庁「地域幸福度（Well-Being）指標利活用サービス」

<https://well-being.digital.go.jp/>

主観データでは移動・交通 60.0 点、事故・犯罪 60.4 点、公共空間 59.6 点の評価が高い。客観データでは、デジタル生活 68.0 点と都市空間 66.9 点の評価が飛びぬけている。健康状態は主観データが 53.7 点、客観データが 48.0 点であった。札幌市の担当部局を訪問した際には、健康に関する評価の改善を目指す取り組みの一つが「新・さっぽろモデル事業」であるとの説明を受けたことを付記する。

<sup>165</sup> デジタル庁、「地域幸福度 Well-being 指標」 <https://well-being.digital.go.jp/dashboard/>（2026年2月8日確認）

## 5-3. 公民連携の現状と動向

### (1) 公民連携とは何か

「公民連携」(PPP: Public Private Partnership)とは、公共施設等の建設、維持管理、運営等を行政と民間が連携して行うことにより、民間の創意工夫等を活用し、財政資金の効率的使用や行政の効率化等を図るものである。「官民連携」と称する場合もあるが、公民連携のほうが一般的である。

公民連携の起源は英国のマーガレット・サッチャー政権(1979～1990年)である。サッチャー政権は「小さな政府」を目指す新自由主義に基づいて、財政緊縮を政権運営の基本方針とした。中央・地方政府が直接公共事業を営む代わりに、公共事業への公的資金投入を抑制する手法として公民連携を導入した。

サッチャー政権が実施した具体的取り組みの一つが、国有企業の民営化である。政府の歳入を増やし公的部門の規模を縮小することを目指し、電話、ガス、空港、航空、自動車、水道などの大規模な国有企業を民間に売却した。民営化と並行して規制緩和も進め、市場競争を導入してサービスの効率化と質の向上を図った。さらに、公共サービスの提供に民間企業の活力と資金を積極的に活用する考え方から、PFI(Private Finance Initiative)手法の開発を続けた。PFIについては後で改めて説明する。

### (2) 我が国での公民連携の起源

我が国では1982年から1987年までの中曽根康弘政権が、サッチャー政権の手法を見習って、新自由主義に基づく政策を推進した。

中曽根政権の取り組みの一つが三公社五現業への民間活力の導入である。日本国有鉄道、日本電信電話公社、日本専売公社の3つの公共企業体(公社)は、行政改革の一環として分割・民営化(株式会社化)された。同時に、国営官庁企業(現業)の五つ、すなわち、郵政、造幣、印刷、国有林野、アルコール専売も法律に基づき設立される特殊会社に移行した。これら五現業のうち今も国営官庁企業として残っているのは国有林を対象とする林野事業だけである。

中曽根政権はサッチャー政権に見習って、規制緩和も推進した。通信分野では、1985年に日本電信電話公社はNTTとして民営化されたが、同時に実施した規制緩和によってKDD等が国内通信事業に参入し、通信事業の大競争がスタートした。中曽根政権の施策がインターネットをフルに活用する情報社会を作り上げるきっかけとなった。

### (3) 我が国における PFI 法の成立

政府は PFI についても検討を進め、1999 年に至り「民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律 (PFI 法)」が施行された。同法の目的 (第一条) は次のとおりである。公共施設等の整備等に問の資金、経営能力及び技術的能力を活用すると明確にうたわれている。

- この法律は、民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用した公共施設等の建設、維持管

理及び運営(これらに関する企画を含む)の促進を図るための措置を講ずること等により、効率的かつ効果的に社会資本を整備し、もって国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする。

法の目的からも読み取れるように、民間資金は公共資金の維持管理と運営だけでなく、建設にも利用される。それが PFI (Private Finance Initiative)、強引に翻訳すれば「民間が資金も出して主導する」と呼ばれる理由である。

その後改正が重ねられ、最新は 2025 年 12 月施行なので、以下、最新盤を利用して PFI 法について説明する。最新 PFI 法では、第一条の目的が次のように改正されている。

- この法律は、民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用した公共施設等の整備等の促進を図るための措置を講ずること等により、効率的かつ効果的に社会資本を整備するとともに、国民に対する低廉かつ良好なサービスの提供を確保し、もって国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする。

最も大きな改正点は「国民に対する低廉かつ良好なサービスの提供を確保」が加えられていることであり、PFI によって低廉で良好なサービスが提供しようという意思が明示された。

PFI 法が対象とする公共施設は第二条に列挙されている。道路、鉄道、港湾、空港、河川、公園、水道、下水道、工業用水道、庁舎、宿舍、教育文化施設、スポーツ施設、集会施設、廃棄物処理施設、医療施設、社会福祉施設、更生保護施設、駐車場、地下街、賃貸住宅、情報通信施設、熱供給施設、新エネルギー施設、リサイクル施設、観光施設、研究施設と広範で、加えて船舶、航空機、人工衛星も対象になっている。

米国ではスペース X を代表として多くの民間会社が人工衛星を打ち上げている。PFI 法によって、我が国でも同様に、民間企業がビジネスとして人工衛星を打ち上げられるようになっている。実際、スペースワンという会社が和歌山県串本市からの小型衛星の打ち上げに挑戦している。

PFI 事業は公共施設等の管理者が実施方針を策定・公表するところからスタートする<sup>166</sup>。策定段階で民間企業からの提案を受け付ける場合もある。民間企業が勝手に思いついて公共施設を建設して運営するのではなく、公共施設の管理者、つまり地方公共団体が必要性を確認するわけだ。

その後、具体的な事業について民間企業からの提案を受けるが、その際には、「客観的な評価(当該特定事業の効果及び効率性に関する評価を含む。)を行い、その結果を公表」する(第十一条)。事業の価値を透明性高く金額に換算して評価して実施に向かうので、この評価を公民連携関係者は「Value for Money (VFM) の評価」と表現することがある。

単純化すれば、民間の事業に公共的な目的を与え、民間が経済的合理的に運用するのが PFI である。一方 PPP は、英国の国営事業や日本の三公社五現業の民営化からスタートしたように、今までなら公共事業として営んできた事業に、民間が資金と知恵を出して、民間が経済合理的に運用する仕組みである。PFI と PPP は鏡の裏表の関係にあるが、いずれにしろ公共と民間が連携し

---

<sup>166</sup> 内閣府、「PFI 法の概要」 [https://www8.cao.go.jp/pfi/hourei/kankei\\_hourei/pdf/pfi\\_hou\\_gaiyou.pdf](https://www8.cao.go.jp/pfi/hourei/kankei_hourei/pdf/pfi_hou_gaiyou.pdf) (2026 年 1 月 14 日確認)

て事業は進むので、両者を合わせて公民連携事業という。公共と民間がそれぞれ相手の領域に踏み込んで連携する点から、クロスボーダの仕組みとみることもできる。

#### (4)我が国における PPP/PFI の現状

ユーミーコーポレーションという企業が全国で実施された PPP と PFI の事業数をまとめている<sup>167</sup>。2024年11月時点では、PFI は合計 1218 件実施され、内訳は 41 都道府県で 232 件、376 市町村で 760 件、国等の 88 組織で 206 件である。PPP は合計 756 件実施され、内訳は 42 都道府県で 199 件、292 市町村で 543 件、国等の 11 組織で 14 件である。この数値から PPP と PFI が広く実施されていることが読み取れる。

両手法で実施された事業の中で、成功例として評価されている事業をいくつか紹介する。

- 岩手県紫波町「オガールプロジェクト」：補助金に頼らず、町有地を民間主導で開発した駅前整備事業の PPP である。開発した町有地には、公共施設（図書館・役場）と民間施設（ホテル・商業施設・産直）が複合化して建設された。地元の木材活用や地元企業の参画により、年間 85 万人の来訪者と 170 人の雇用を創出し、エリア価値を劇的に向上させた<sup>168</sup>。
- 東京都渋谷区「MIYASHITA PARK」：老朽化した区立公園を、商業施設やホテルを併設した立体都市公園へと再整備した PPP 事例である。区が所有権を維持したまま、民間事業者が建設・運営を担うことで、区の財政負担を抑えつつ、観光スポットとしての収益性と公共性を両立させた<sup>169</sup>。
- 愛知県「AICHI X TECH」：行政課題を民間企業のテクノロジーで解決するオープンイノベーション型の PPP プロジェクトである。愛知県環境局では野生動物に関する問い合わせが多く対応に苦勞していたが、チャットボットを導入するなどして解決した。障害福祉サービス事業所からの紙での届け出を愛知県福祉局が受付・審査するプロセスに、デジタルを導入して効率化した。それぞれの規模は小さいが、行政の効率化には資する事例が実施されてきた。同時に、テクノロジーを持ち込むスタートアップ企業の育成にも役立っているという<sup>170</sup>。
- 宮城県「上工下水一体官民連携運営事業」：上水道、工業用水道、下水道の 3 事業の運営権を民間へ一括売却した、公共施設等運営権方式（コンセッション方式）の PFI 事業である。民間の技術を用いることでの効率化、将来的な料金上昇の抑制、施設の計画的な更新、財

---

167 ユーミーコーポレーション、「全国 PPP/PFI 実績マップ」 <https://pfi.you-me.co.jp/results/3988>（2026年1月14日確認）

168 国土交通省セミナー、「公民連携による公有地活用～オガールプロジェクトの取り組み～」  
<https://www.mlit.go.jp/common/001119423.pdf>（2026年1月14日確認）

169 渋谷区他、「「MIYASHITA PARK」2020年6月グランドオープン」  
<https://www.mitsuifudosan.co.jp/corporate/news/2020/0120/download/20200120.pdf>（2026年1月14日確認）

170 愛知県「AICHI X TECH 2025」 <https://aichixtech.pref.aichi.jp/>（2026年1月14日確認）

政基盤の強化を達成した<sup>171</sup>。なお、PFI法における公共施設等運営権方式とは、施設の所有権は公共が持ち続け、民間に施設の運営権だけを民間に設定し、民間が利用料金を徴収して運営・維持管理を行う方式であり、2011年のPFI法改正で導入された。PFI法の規定に沿っているが、実態はPPP事業である。

- 茨城県境町「定住促進住宅」：人口減少対策として、町の財政負担を実質ゼロに抑えて子育て世帯向けの賃貸住宅を整備したPFI事業である<sup>172</sup>。民間が建設・維持管理を行い、入居者の家賃収入を建設費に充当する仕組みを構築した。これにより町外からの移住を促進し、転入超過の基調を作り出すことに成功したとされている。実際には、境町の人口は2010年10月に25714人、2025年10月には23814人と7.4%減少している。隣接する五霞町では同期間に9030人が8103人まで10.3%減少しているため、「転入超過の基調」という評価が行われている。

## (5)多様な手法が取られるPPP/PFI事業

公共施設等運営権方式について直前で説明したが、PFIには実は多様な手法がある。同様にPPPの手法も多様である。各種資料の情報を整理して、手法を一覧すると次のとおりである。

民間に主導権を与えるPFI事業には、次のような手法がある。

- 公共施設等運営権：公共が所有権を有する、利用料金徴収を伴う公共施設について、運営権を民間事業者を設定した上で、当該事業者が運営権対価の支払いと引き換えに、当該施設の利用者から利用料金を徴収しながら、維持管理・運営を独立採算にて実施する手法。  
PFI法に基づく主流の手法
- BTO：民間事業者が資金調達し、施設整備（Build）をした後に、当該施設の所有権を市に譲渡（Transfer）した上で、事業者が契約で定められた期間中の当該施設の維持管理・運営（Operate）を行う手法
- BOT：民間事業者が資金調達し、施設整備（Build）をした後に、契約で定められた期間中の当該施設の維持管理・運営（Operate）を担い、契約期間終了に伴い当該施設の所有権を市に譲渡（Transfer）する手法
- BOO：民間事業者が資金調達し、施設整備（Build）をした後に、当該施設を所有（Own）したまま、維持管理・運営（Operate）を担い、契約期間終了後にそのまま所有、解体、撤去等を行う手法
- BT：民間事業者が資金調達し、施設整備（Build）をした後に、当該施設の所有権を市に譲渡（Transfer）する手法
- RO：民間事業者が資金調達し、既存の施設の改修・補修（Rehabilitate）をした後に、当

<sup>171</sup> 宮城県「上工下水一体官民連携運営事業」 <https://www.pref.miyagi.jp/site/miyagigata/>（2026年1月14日確認）

<sup>172</sup> 茨城県境町、「定住促進住宅」 <https://www.town.ibaraki-sakai.lg.jp/page/page002242.html>（2026年1月14日確認）

該施設の維持管理・運営（Operate）を担う手法

- 民間建設借上げ方式：民間事業者の資金調達により整備された施設について、事業者と市の間で建物賃貸借契約を締結し、市が賃借料と引き換えに当該施設を利用する手法

赤字が続く地方空港について公共施設等運営権を設定して、維持管理・運営を民間に委ねる事例が増えている。国土交通省が 2015 年に仙台国際空港株式会社に対して公共施設等運営権を設定し、同社と公共施設等運営権実施契約を締結したのが一例である<sup>173</sup>。2025 年に「民間の能力を活用した国管理空港等の運営等に関する法律」が施行されたのは、PFI による空港運営を一層進めようという意思からである。同法の目的には、「国管理空港等の機能の強化及びその有効な活用による利用者の利便の向上を通じた我が国における航空輸送需要の拡大を図り、もって航空の総合的な発達に資するとともに、我が国の産業、観光等の国際競争力の強化及び地域経済の活性化その他の地域の活力の向上に寄与する」とある。インバウンド観光を促進して地域経済を活性化しようという狙いを実現するには、商魂に秀でた民間に委ねたほうが、好況が直接行うよりも効果が期待できる。

同様に PPP 事業には次のような手法がある。

- 指定管理：公の施設において、民間事業者等を指定管理者として指定し、当該民間事業者等が利用料金の収受や施設の使用許可等までを含めて、包括的に施設を管理・運営する手法
- DB：設計・施工一括発注方式とも呼ばれ、公共主体が資金調達をする公共工事において、設計（Design）と施工（Build）を一括して発注する手法
- DBM：公共主体が資金調達をし、設計（Design）と施工（Build）に加え、施設整備後の長期間に渡る維持管理（Maintenance）も併せて一括発注する手法
- DBO：DB・DBMに加え、施設整備後の長期間に渡る運営（Operate）も併せて一括発注する手法

なお、運営（Operate）に着目して以下の二手法も PPP に含める場合もある。

- 公的不動産の有効活用：公有地に対して民間事業者が市と定期借地契約を締結する等、公的不動産を活用しながら民間事業者が事業を実施する手法
- 包括的民間委託：公共施設の維持管理や運営について、従来の単年度毎の委託契約とせず、長期での包括的な委託契約を民間事業者と締結する手法

指定管理はすでに広く実施されている。例えば横浜市健康福祉局は公式サイトに指定管理を導

---

<sup>173</sup> 国土交通省、「仙台空港特定運営事業等に係る公共施設等運営権実施契約の締結等について」

[https://www.mlit.go.jp/koku/koku\\_tk5\\_000018.html](https://www.mlit.go.jp/koku/koku_tk5_000018.html)（2026 年 1 月 15 日確認）

入した 26 施設の一覧を掲載している<sup>174</sup>。その中には、特別養護老人ホーム等として、新橋ホーム、天神ホーム、浦舟ホームの三施設が列挙されている。特別養護老人ホームには公共目的があるが、その運営は民間に委ねてもよいという判断から指定管理が実施されている。

横浜市の他局も同様に指定管理を実施しており、指定管理は横浜市で広く活用されている。

## (6) 札幌市における PPP/PFI 事業

札幌市は「札幌 PPP/PFI 活用方針」を公表し、最新は 2024 年版である<sup>175</sup>。冒頭に、次の説明がある。

- 「第 2 次札幌市まちづくり戦略ビジョン」では、目指すべき都市像として「北海道の未来を創造し、世界が憧れるまち」、「互いに手を携え、心豊かにつながる共生のまち」を掲げている。
- ビジョンの推進にあたっては、「市民が主役のまちづくり」、「まちの活力を高める人づくり」「北海道と共に発展する札幌」、「限りある資源の有効活用と共創」を基本姿勢としている。
- 特に、「限りある資源の有効活用と共創」では、環境問題や高齢化、都市基盤の老朽化等により社会的な費用が増大していくことが予想される中、行政と民間の役割分担を考慮しながら、官民の共創による魅力と活力のあるまちづくりを効果的に推進していくことを掲げている。
- PPP/PFI 事業はまさにこの「官民の共創」であり、PPP/PFI 手法を適正に用いることで、公共事業における政策目標を達成するための最適な手段が、民間事業者より提案されることが期待されるとともに、民間事業者の事業機会の創出にもつながるものである。

そのうえで、PPP/PFI による発注の特徴を三つ説明する。

- 従来型（公設公営）方式では分割発注が基本であるが、PPP/PFI では包括発注が行われる。設計と建設に運営や維持管理を含めた包括的な発注方法となることが一般的である。事業全体の効率化や、運営企業のノウハウを活かした施設整備、発注事務や事業調整に要する公共主体の負担軽減等が期待される。
- 従来型（公設公営）方式では、仕様発注という方法が採られる。PPP/PFI では、一般的に性能発注という発注方法が選択される。これは、公共が要求する施設性能やサービス水準を指標として明示し、それを達成する方法について事業者に一定程度の自由度を与え、柔軟に提案させるものである。
- 従来型（公設公営）方式では、単年度予算を前提としているため、契約期間が短期間とな

---

<sup>174</sup> 横浜市、「指定管理施設」 <https://www.city.yokohama.lg.jp/business/kyoso/public-facility/kaku-katsuyou/kenko/list/shitei-kanri.html>（2026 年 1 月 15 日確認）

<sup>175</sup> 札幌市、「札幌 PPP/PFI 活用方針」  
[https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ppppfi/houshin/documents/r6\\_ppppfikatuyouhoushin.pdf](https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ppppfi/houshin/documents/r6_ppppfikatuyouhoushin.pdf)（2026 年 1 月 14 日確認）

る傾向にある。PPP/PFI では、債務負担を前提とした長期の契約により、施設のライフサイクル全体で掛かる費用等の縮減や効率的な施設運営に対し、事業者の経営力やノウハウ、アイデアの発揮が期待される。

札幌市の公式サイトには実施した PPP/PFI 事業の一覧が掲載されている。一部を再掲する。

図表 108 札幌市で実施した PPP/PFI 事業一覧（一部）

事業名	手法	現状
札幌市学校施設冷房設備整備事業	BT	2024 年に事業契約を締結
山口斎場運営維持管理事業（第 2 期）	RO	2025 年に落札者が決定
（仮称）新展示場整備事業	BTO	2024 年に事業契約を締結
白石破碎工場更新事業	DBO	2024 年に事業契約を締結
中央区複合庁舎整備事業	BTO	2021 年に事業契約を締結
駒岡清掃工場更新事業	DBO	2020 年に事業契約本契約を締結
「北海道札幌新定時制高等学校」及び「札幌市立中央幼稚園」整備等事業	BTO	2022 年に事業完了
山口斎場整備運営事業	BOT	供用開始済み

資料出所：札幌市「PPP/PFI 事業」<https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ppppfi/jigyo/index.html>

「北海道札幌新定時制高等学校」及び「札幌市立中央幼稚園」整備等事業については、文部科学省が先行事例として紹介している<sup>176</sup>。中心市街地の公有地を活用し、定時制高校と幼稚園を複合施設として整備したのがこの事業である。民間のアイデアを活用し、教職員の負担軽減と地域の要望を実現したとして、事業効果として、①建物維持管理や修繕を民間事業者に委ねることにより、教職員が本来の教育業務に注力できるようになった、②定時制高校と幼稚園の複合化により、高校生と園児の交流を創出した、の二点を強調している。

以上に説明したように、札幌市では行政に公民連携が取り入れられ、多くの成果が上げられてきた。

## (7) 公民連携から公民共創へ

最近、民間側にいっそうの自由度を与え方向で、民間からの提案を積極的に受け入れる「公民共創」が強調されるようになった。

端緒を切ったのは横浜市で、2008 年にいち早く「共創推進事業本部」を設置した。事業の実施は「共創推進室」が担当している。企業、NPO、大学、自治会町内会、市民活動団体など様々な

<sup>176</sup> 文部科学省、「文教施設における多様な PPP/PFI 事業等の事例集（概要）」および「（仮称）北海道札幌新定時制高等学校」及び「札幌市立中央幼稚園」整備等事業 [https://www.mext.go.jp/content/20200417-mxt\\_sisetuki-1406650\\_00001-004.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20200417-mxt_sisetuki-1406650_00001-004.pdf) および [https://www.mext.go.jp/content/20200417-mxt\\_sisetuki-1406650\\_00001-004.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20200417-mxt_sisetuki-1406650_00001-004.pdf)（2026 年 1 月 14 日確認）

関係者と対話を重ね新たな価値を創り出す、と横浜市は宣言している。

民間事業者から公民連携に関する相談・提案を受け付ける窓口として、「共創フロント」を開設し、共創推進室は市役所各部署との橋渡し役となり、実現に向けた検討や調整を行う。民間と行政の登壇者が社会的な課題について対話し、新たなアイデアや解決策を見出していく「共創オープンフォーラム」も、年に1～2回、数百人規模で実施している。共創活動が公民連携の礎になるというのが、横浜市の立場である。

大阪府は、公民連携に関わり企業等の窓口となる「公民戦略連携デスク」を設置している。「対話を通じたアイデアを生かしたイノベーション」を公民が協力して実現し、公民双方が Win-Win 関係のなるのが目標だそうだ。2025 年に公表された資料「大阪スマートシティ戦略 Ver.3.0 ～次のステージに向けて～ 基本方針」には、「共創によるスマート社会への加速」と題して、三つのアクションが掲げられている<sup>177</sup>。

- 住民参加型のスマートシティを推進【住民と共創】：市民参加プラットフォームなど
- 市町村等と共に社会の DX を推進【市町村等と共創】：共同調達・共同利用、人材支援など
- 公民連携による未来のまちづくりを推進【産学と共創】：特区提案、産学官コンソーシアム、ハッカソンなど

大阪府も公民共創に力点を置いている様子が、同基本方針から読み取れる。なお、共創に関わるアクションも含め、スマートシティ戦略を横通しで貫くのは、「最新のデジタル技術と多様なデータの最大活用」との説明されている。

その他にも公民共創を掲げる地方公共団体がいくつかある。

公民連携が公共事業の民営化からスタートしたと冒頭で説明したが、その経緯からも公民連携には公と民の役割分担の再整理、公の事業の民による補完といったイメージが伴う。一方、公民共創は、横浜市が実践しているように、対話からゼロベースでスタートして、公と民の相乗効果に期待する、社会経済が複雑化して正解がわからない課題が増えたこと、行政予算が限界に達して民間の負担で公的な事業を推進する必要に迫られていることなど、様々な理由で公民共創がブームになりつつある。

公民共創では、公と民のより対等な関係が謳われる。しかし、予算を握っているという切り札のために、公が民よりも高い立場になることが多い。しかし、いくつか対等な関係と見なせる事例も生まれつつある。

埼玉県横瀬町が提供する「よこらぼ」はその一例である。その仕組みとして「企業・団体・個人のみなさんが、実施したいプロジェクト・取り組みを実現するために、横瀬町のフィールド・資産を有効に利用し、横瀬町がサポートを行う」との説明が公式サイトにある<sup>178</sup>。

今までに 264 件の提案があり、155 件が採択されたそうだ。

採択プロジェクトには、横瀬町の中高生が町の人に話を聞き、町の人々の魅力を伝えるコンテンツ（記事・動画）を制作するプロジェクトのように個人提案のプロジェクトもある。このプロジ

<sup>177</sup> 大阪府、「大阪スマートシティ戦略 Ver.3.0 ～次のステージに向けて～ 基本方針」

<https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/116402/sashikaesumashi3.pdf> (2026 年 2 月 10 日)

<sup>178</sup> 埼玉県横瀬町、「よこらぼの仕組み」 <https://yokolab.jp/about-us/> (2026 年 2 月 10 日確認)

ェクトについては、横瀬町は中高生記者の募集、オンライン講義やイベント会場の貸与といったサポートをするそうだ。明らかに主導権は提案者個人にある。

シェアリングエコノミーを推進する企業である株式会社スペースマーケットが、横瀬町の空き資産を貸し出す事業も実施されている。スペースマーケットは使える資産は全てテーブルには乗せるが、スペースマーケットを利用する顧客にとって魅力があるかどうかで、貸し出しが成立するは決まる。このため、「ちょっと私たちの思いと場合によってはずれることもあります」と、横瀬町議会平成 29 年第 1 回定例会で、町長が発言した記録が残っている<sup>179</sup>。ここでも主導権は民間側にある。

以上に説明したように、公民連携は、民間側に主導権を渡す公民共創によって、カバーする範囲が拡大しつつある。札幌市も「官民共創」という言い方で公民共創に向けて舵を切っているそうだ。そのために特設サイト「SAPPORO CO-CREATION GATE 官+民で共に目指す。」も設けたという<sup>180</sup>。札幌市における「官民共創」の今後の発展が期待される。なお、札幌市における公民連携・官民共創については、現地でのヒアリング結果を別レポートとして掲載したのでご利用ください。

---

<sup>179</sup> 横瀬町、「平成 29 年第 1 回定例会 横瀬町議会会議録」 <https://www.town.yokoze.saitama.jp/wp-content/uploads/2020/02/H29.3kaigiroku.pdf> (2026 年 2 月 10 日確認)

<sup>180</sup> 札幌市、「SAPPORO CO-CREATION GATE 官+民で共に目指す。」 いる。札幌市も「官民共創」という言い方で公民共創に向けて舵を切っているそうだ。そのために特設サイト「SAPPORO CO-CREATION GATE 官+民で共に目指す。」も設けた (2026 年 2 月 10 日確認)

## 6. ヘルスケア受益者への説明と信頼の醸成

### 6-1. メンタルヘルスサービスの説明責任と信頼の構築：実務の経験から

#### (1) 訪問看護によるメンタルヘルスサービスの事例

本稿では、不登校や引きこもりの児童を対象とした精神科訪問看護の実務経験に基づき、メンタルヘルスサービスの説明責任と信頼の構築について述べる。まず、訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課が作成した資料（令和7年6月審査分の速報値）によると、訪問看護ステーションにおける医療保険の訪問看護利用者は、533,298人おり、そのうちの46.5%に当たる247,983人が精神科訪問看護基本療養費を算定している。医療保険の訪問看護では、がんや難病、医療的ケアの利用者もいるが、精神疾患が大半を占めるようになってきている。平成25年6月審査分の医療保険利用者123,741人であり、そのうち精神科訪問看護基本療養費算定割合20.6%であったが、その時から訪問看護利用者数も精神科利用者の割合も増えており、訪問看護を通じたメンタルヘルスサービスの需要が高まっている。

#### (2) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築 | ① 開示情報

訪問看護の利用者は、地域に複数ある訪問看護ステーションの中から、自分に適したサービスを選択するために、一般に開示された情報から訪問看護ステーションを比較検討できるようになっている。厚生労働省が運営する「介護サービス情報公表システム」では、訪問看護ステーションの名称や事業所の住所、管理者の氏名、職員数、有資格者の人数、営業時間、24時間対応の有無、ホームページのURL、苦情対策窓口、自費料金、虐待防止対策、身体拘束適正化の方針などを閲覧することができる。これらの情報を開示することについては、訪問看護ステーションの許認可条件となっており、監査事項にもなっている。そのため、職員数が少ない事業所や24時間対応していない事業所は選択の優先順位が下がる傾向にある。また、ホームページを詳細に見ることで、専門性の高い職員がいるかどうかを確認したり、ホームページに掲載されている写真などから職員の雰囲気を確認できるようになっている。事業所によっては、自施設に対する地域連携機関からの満足度調査を開示しているところもある。また、図表109に示すような開所式を案内して、発達障害の子どもを持つ保護者等に対して説明会を行うこともある。実際の利用方法やサービス提供内容、スタッフ紹介を行って、納得して利用してもらうための機会を作っていくことが大事である。

図表 109 訪問看護ステーションの開所式のチラシ例



資料出所：ケアプロ株式会社

### (3) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築 | ② 事前相談

筆者の運営する児童思春期のショートケーキ訪問看護ステーション（以下、当ステーション）では、利用する児童の親から公式 LINE を通じた事前相談を受け付けている。インターネット検索サイトで「発達障害 訪問看護」と検索して辿り着く方もいれば、障害福祉を担当する保健所の保健師から紹介される方もいる。利用するかどうかを考えている段階で、自分の子どもが訪問看護サービスを利用することができる対象なのか、利用する条件はあるのか、費用負担はあるのか、実際のサービス内容はどのようなものなのか、といったことを相談していただいた上で、契約を結ぶことになる。この段階で、プライバシーポリシーに同意していただいた上で、子どもの氏名や生年月日、診断名、発育歴、主治医、治療内容、療育内容、家庭や学校等での生活状況、困りごと、発達特性、趣味や好きな遊びなどをヒアリングしていく。なお、DV やいじめ、自傷行為、警察介入、児童相談所の介入など非常にセンシティブな情報を取り扱うことが多い。オンライン面談や対面面談を通じて、これまでの親としての育児に対して労いを伝え、親の不安を傾聴し、一緒に取り組んでいく姿勢を見せ、親のメンタルヘルスサポートも行っていく。この段階で、ある程度の課題を把握し、訪問看護の目標や計画の提案を行う。そして、初回の訪問の日程を調整していく。

#### (4)実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築 | ③契約

図表 110 に示す通り、契約する際には、訪問看護契約書を締結する。書面も可能であるが、電子署名システムを活用して行う。

図表 110 訪問看護契約における主要項目

<p>&lt;契約書&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 契約目的</li><li>・ 契約期間</li><li>・ 個別サービス計画の作成及び変更</li><li>・ 提供するサービスの内容及びその変更</li><li>・ 利用料等の支払い</li><li>・ 利用料の変更</li><li>・ 利用料の滞納</li><li>・ 利用者の解約権</li><li>・ 事業者の解約権</li><li>・ 契約の終了</li><li>・ 損害賠償</li><li>・ 守秘義務</li><li>・ 苦情処理</li><li>・ サービス内容等の記録の作成及び保存</li><li>・ 契約外条項</li></ul> <p>&lt;重要事項説明書&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 事業者（法人）の概要</li><li>・ 事業所の概要</li><li>・ 事業の目的と運営の方針</li><li>・ 提供するサービスの内容</li><li>・ 営業時間</li><li>・ 事業所の職員体制</li><li>・ サービス提供の責任者</li><li>・ 利用料</li><li>・ 虐待の防止について</li><li>・ 身体拘束等について</li><li>・ サービス提供に関する相談、苦情について</li></ul>
--

資料出所：筆者作成

守秘義務や記録の作成及び保存に関する契約条項は、図表 111 に示す通りである。必要時は利用者に同意を得た上で連携機関との情報共有の可能性のあることを伝えている。

図表 111 守秘義務条項等の詳細

契約条項	詳細
守秘義務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。</li> <li>・事業者は、事業者の従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。</li> <li>・事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、担当者会議並びに関係機関との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。</li> <li>・事業者は、虐待の防止に関する法律に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとしします。</li> </ul>
サービス内容等の記録の作成及び保存	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。</li> <li>・利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとしします。</li> <li>・事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の事業者等へ、記録の写しを交付することができるものとしします。</li> </ul>

資料出所：筆者作成

## (5) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築 | ④ 訪問看護

当ステーションの対象児童は、人見知りをしたり、大人のことを信用できなかつたり、集中力が続かなかつたりする。初回訪問時は、挨拶だけする時があれば、母親や兄弟とだけ話すこともある。また、看護師等は、自己紹介カードを作成して、本人との信頼関係を構築できるようにコミュニケーションを取るように心がける。そして、本人が好きなゲーム等に取り組みながら、強みや発達特性、課題をアセスメントしていく。図表 112 に示す通り、感覚特性や知能、適応能力、言語能力などについて、専門的なアセスメントツールを活用する。そして、本人や家族と一緒に現状や課題、目標を整理して取り組んでいく。読み書きの練習をすることもあれば、自分の感情

を言葉で表現する練習をすることもある。当ステーションが所有する遊具を使用して、部屋の中でできる運動を通じて療育をすることもある。また、両親に対してペアレントトレーニングを施した上で、子どもを褒めるといった練習をすることもある。

図表 112 アセスメントツールの例

<ul style="list-style-type: none"><li>・ 新版 K 式発達検査 2020</li><li>・ WAIS™-IV 知能検査</li><li>・ WISC™-IV 知能検査</li><li>・ 田中ビネー知能検査 V</li><li>・ Vineland™-II 適応行動尺度日本版</li><li>・ SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire : 子どもの強さと困難さアンケート)</li><li>・ CLASP (Check List of obscure disAbilitieS in Preschoolers )</li><li>・ PSI 育児ストレスインデックス</li><li>・ 日本語版 M-CHAT</li></ul>
---

資料出所：筆者作成

#### (6) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築 | ⑤ 訪問看護記録

訪問看護の記録は、訪問看護専用の記録システムを開発しているベンダーが多数あり、価格や機能、使いやすさ等を踏まえて選択している。利用者情報や関係機関情報、スタッフ情報、訪問スケジュール、シフト情報、訪問実績情報、指示書情報、緊急訪問情報、ケースカンファレンス情報などを網羅しており、それぞれが連携している。システムに記録をしていくだけで、月間の利用者ごとの請求金額や保険者への請求金額が算出される。なお、図表 112 で示したアセスメントツールで定期的に活用し、訪問看護の効果を評価し、成果を本人や家族、関係機関に報告している。

#### (7) 実際の訪問看護の利用フローにおける説明責任と信頼の構築 | ⑥ 関係機関連携

利用者の情報について、本人や家族の同意を得たうえで、市区町村や医療機関、教育機関と連携することで、自治体のサポートを受けやすくなったり、学校に通いやすくなったり、様々な社会資源の活用につながられたりする。主治医に対しては、治療計画の参考にしてもらうために、訪問看護報告書というものを毎月提出している。また、市区町村や教育機関には、必要時に情報提供票というものを共有する。情報共有に関する利用者への同意の取り方としては、図表 111 の「守秘義務」の条項の中で、「事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、担当者会議並びに関係機関との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。」と説明した上で、契約締結することで、事前同意を得ている。なお、実際に主治医や行政保健師等に共有する際には、誰に共有されるのかを伝える必要があるため、口頭で同意を得ている。また、図表 111 の「サービス内容等の記録の作成及び保存」の条項の中で、「事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の事業者等へ、記録の写しを交付することができるものとします。」としており、訪問看護終了後に、

医療機関や放課後等デイサービス等に対して、必要な情報を提供できるようになっている。なお、関係機関から訪問看護ステーションへの情報は電話が中心であるが、連携機関の情報が集約されて、有効活用されることが望ましい。現在は、図表 113 に示す情報があり、利用者の同意を得た上で、関係機関に問い合わせた情報共有してもらうこともあれば、利用者の親が情報を取りまとめて、訪問看護ステーションに共有してくれることもあるが、情報共有に手間がかかっている。

図表 113 関係機関や担当者と扱う情報の例

関係機関や担当者	扱う情報
保健所健康増進課母子保健担当保健師	乳幼児健診での発達特性や発達障害
児童発達支援センター相談員や作業療法士等	発達課題の詳細データや療育内容
児童相談支援事業所	障害児支援利用計画と利用状況
児童相談支援や放課後等デイサービス	発達の状況や訓練・療育の状況
教育機関の教員や養護教諭、スクールソーシャルワーカー	学校内での生活態度や学習状況、いじめ、不登校の情報
医療機関の児童精神科医や心理士、精神保健福祉士、看護師	診断結果や心理検査結果、治療内容
児童相談所	虐待や非行、里親などの情報

資料出所：筆者作成

## (8) 情報連携の課題

医師への訪問看護指示書依頼書や医師からの訪問看護指示書、医師への訪問看護報告書、関係機関への情報提供票のやりとりは郵送中心であり、手間がかかる。電子署名システム等を活用したいが、郵送対応を求められることが多い。「多職種連携情報共有システム (MCS: Medical Care Station)」という情報共有システムもあるが、活用していない連携機関が多い。なお、精神科の訪問看護では、希死念慮のリスクが高い時などのためにクライシスプランを作成し、本人や家族、関係機関に共有して対応できるようにしているが、このプランも紙媒体のものが多く、連携時も電話が中心となっており、電子的な連携には課題がある。

## (9) 成果評価の課題

当ステーションでは、出来るだけ訪問回数は減らし、訪問終了してもらえるようにしようとしている。そして、初回訪問時から訪問終了時のアセスメント結果として、知能や適応力、生活に与える影響度合い等が改善していることを客観的に評価する方針である。ただ、訪問看護の診療

報酬上は、訪問看護を継続し続ける方が、事業者の経営にとってはプラスになる設計になっている。そのため、成果の高い事業者を診療報酬上高く評価する仕組みにしていくことが課題である。

## (10)まとめと今後の展望

児童思春期の精神科訪問看護では、ICT リテラシーが高い親とのやりとりが多いこともあり、公式 LINE で気軽に相談できたり、オンライン面談で相談できたり、電子署名システムを活用することができる。また、看護師等が記録をするだけで必要な書類作成ができるように、訪問看護記録システムやタブレット端末、PC、スマートフォン等を整備している。しかし、多数の連携機関の間では、電話や郵送などのやりとりが中心であり、手間がかかる。現在、オンライン資格確認とオンライン請求の義務化によって、利用者の保険証情報をマイナンバーからスマートフォンで確認できるようになったり、保険者に紙のレセプトで請求せずに電子的に請求できるようになったことは大きな第一歩である。今後は、関係機関同士の情報連携のシステム上の整備と法的な後押し、報酬上の後押しが求められる。メンタルヘルスケアサービスとして、今回は、児童思春期の精神科訪問看護の取り組みを取り上げたが、休職者に対する復職支援や認知症患者の地域での暮らしの支援等においても、企業や自治体などの関係機関との連携は欠かせない。薬の重複だけでなく、検査の重複やヒアリングの重複も排除することで、効率的なヘルスケアシステムが構築できる。メンタルヘルスケアにおいては、データも孤立させず、データを繋ぐことが、社会における点と点をつなぎ、登校や復職、社会参加の支援に寄与することが期待される。

## 6-2. 医師と患者の関係、障害者と支援者の関係のボーダレス化

### (1) 医は仁術

「医は仁術」という言葉は、江戸時代の儒学者・貝原益軒による著書『養生訓』を原点とするという。医の道を志す者への戒めとして書かれた言葉であって、「仁愛の心を本とし、人を救ふを以て志とすべし」という意味である。つまり、単に病を治す技術としてではなく、仁の心、慈愛をもって人を救う術として医療に臨めという考え方をこの言葉は表現している。

この「医は仁術」という医療倫理の基本指針は我が国では平安時代に、中国では唐代に遡る。その歴史は、町野によれば 2000 年以上とも言われているそうだ<sup>181</sup>。

谷田によれば、江戸時代の医師・華岡青洲は乳がん手術の際に「いかなる結果になっても苦情は言わない」という同意書を患者側から得ていたという<sup>182</sup>。谷田はこれをインフォームド・コンセントの起源の一つと肯定的に評価している。しかし、医師が上位に立って、すべてを任されて、患者に慈愛としての医療を施す時代を象徴する同意書であるとも捉えられる。

一方、日本医師会の日医ニュースは、「医は仁ならざるの術、務めて仁をなさんと欲す」という記事を 2008 年に掲載している。中津藩の藩医であった大江雲澤の言葉だそうで、医を仁術たらしめるためには「多くの文献、自らの経験と先輩・同僚の意見、そして患者から学ぶ謙虚さが求められる」という心得だそうだ<sup>183</sup>。日医ニュースが強調するのは専門家だけでなく患者にも学ぶ謙虚さであるが、この記事からはインフォームド・コンセントが重視される現代への変化が感じられる。

### (2) 医療倫理の基本指針

現代における医療倫理の基本指針の出発点は、1948 年にスイス・ジュネーブで開催された第 2 回世界医師会総会が採択した「ジュネーブ宣言」である。ナチス政権下で人体実験などに医師が従事し、医療倫理が崩壊したのを受けて、医師の人道的責任を明確にするためにこの宣言が制定された。

宣言は 2017 年まで繰り返し修正が加えられてきた。例えば、患者への姿勢として、1948 年版は「患者の健康を第一に考慮する」とあったのが、2017 年版では「患者の健康とウェルビーイングを第一に考慮する」に変更されている。ここでは日本医師会による 2017 年版翻訳を紹介する<sup>184</sup>。宣言の全文は次のとおりである。

医師の一人として、

- 私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。

<sup>181</sup> 町野 朔、『インフォームド・コンセントの誕生と成長』、「医の倫理の基礎知識 2018 年版」、日本医師会

<sup>182</sup> 谷田憲俊、『インフォームド・コンセント成立の背景について』、「山口医学」、53 巻 2 号 p. 89-97 (2004 年)

<sup>183</sup> 日医ニュース、「医は仁ならざるの術、務めて仁をなさんと欲す」(2008 年)

<sup>184</sup> 日本医師会、「世界医師会ジュネーブ宣言」 <https://www.med.or.jp/doctor/international/wma/geneva.html> (2025 年 10 月 25 日確認)

- 私の患者の健康とウェルビーイングを私の第一に考慮すべきものとする。
- 私は、私の患者のオートノミーと尊厳を尊重する。
- 私は、人命を最大限に尊重し続ける。
- 私は、私の医師としての職責と患者との間に、年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的指向、社会的地位あるいはその他いかなる要因でも、そのようなことに対する配慮が介在することを容認しない。
- 私は、私への信頼のゆえに知り得た患者の秘密を、たとえその死後においても尊重する。
- 私は、良心と尊厳をもって、そして good medical practice に従って、私の専門職を実践する。
- 私は、医師の名誉と高貴なる伝統を育む。
- 私は、私の教師、同僚、および学生に、当然受けるべきである尊敬と感謝の念を捧げる。
- 私は、患者の利益と医療の進歩のため私の医学的知識を共有する。
- 私は、最高水準の医療を提供するために、私自身の健康、ウェルビーイングおよび能力に専心する。
- 私は、たとえ脅迫の下であっても、人権や国民の自由を犯すために、自分の医学的知識を利用することはしない。

私は、自由と名誉にかけてこれらのことを厳粛に誓う。

日本医師会の翻訳では「私は、私の患者のオートノミーと尊厳を尊重する。」となっているが、英文原本では I WILL RESPECT the autonomy and dignity of my patient である。「オートノミー」は通常「自律性」と和訳されるので、「私は、患者の自律性と尊厳を尊重する」のほうが宣言の意味はわかりやすい。ここで自律性とは、広辞苑によれば、「自分の行為を主体的に規制すること。外部からの支配や制御から脱して、自分が建てた規範に従って行動すること」である。

自律性と尊厳は「患者の自己決定権」につながるものであって、インフォームド・コンセントの核心を間接的に表現したものと読み取れる。

### (3)インフォームド・コンセントの明文化とその普及

医学・医療の進歩に対する患者の期待は時代の推移と共に高まっていった。一方で、検査データを重視する「検査漬け」で「患者を人（病人）として対応してくれない」といった医師批判も起きるようになった。

このような時代の流れで、「お任せ医療」から「患者の自己決定権の尊重」への移行の重要性が指摘されるようになった。そして、「医師は患者に十分に説明して、患者の同意を得る」という考え方、すなわち「インフォームド・コンセント (informed consent)」が新しい医療倫理の基本指針として広く世界に広がったのである。「インフォームド」は「知らされる」、「コンセント」は「同意する」の意味で、全体としては「きちんと知らされ、それに基づいて同意する」のがインフォームド・コンセントである。

この間の歴史的経緯については谷田の論文と岡本の論文に詳しい説明がある<sup>185</sup>。

岡本によれば、informed consent という用語の初出は 1957 年の米国カリフォルニア上訴裁判所の判決だという<sup>186</sup>。患者 Salgo とスタンフォード大学病院間の医療ミスに関する訴訟で、判決文に次のように記載された。

in discussing the element of risk a certain amount of discretion must be employed consistent with the full disclosure of facts necessary to an informed consent.

リスクの要素について議論する際には、インフォームド・コンセントに必要な事実の完全な開示と整合する形で、患者が一定の裁量権を行使する必要があると認識する。

米国では、1973 年に American Hospital Association が「A Patient's Bill of Rights」を公表し、患者の権利を明文化した<sup>187</sup>。主要部分は次のとおりである。

The patient has the right to and is encouraged to obtain from physicians and other direct caregivers relevant, current, and understandable information concerning diagnosis, treatment, and prognosis.

患者は、医師およびその他の直接の介護者から、診断、治療、および予後に関する関連性のある最新のわかりやすい情報を得る権利を有し、またそうすることが推奨される。

The patient has the right to make decisions about the plan of care prior to and during the course of treatment and to refuse a recommended treatment or plan of care to the extent permitted by law and hospital policy and to be informed of the medical consequences of this action.

患者は、治療前および治療期間中に治療計画について決定を下す権利、法律および病院の方針で認められる範囲で推奨された治療またはケア計画を拒否する権利、およびこの行為による医学的結果について説明を受ける権利を有する。

この規定によって、患者には情報を得る権利があり、それらの情報に基づいて治療計画について決定を下す権利があると明文化された。その内容はインフォームド・コンセントに相当する。

#### (4)我が国におけるインフォームド・コンセントの法制化

我が国でもインフォームド・コンセントの必要性に関わる議論が高まり、2007 年の医療法改正

<sup>185</sup> 谷田憲俊、『インフォームド・コンセント成立の背景について』、『山口医学』、53 巻 2 号 p. 89-97 (2004 年)

<sup>186</sup> 岡本珠代、「インフォームド・コンセントの 50 年」、人間と科学 (県立広島大学保健福祉学部誌) (2010)

<sup>187</sup> American Hospital Association, "A Patient's Bill of Rights" (1973) [https://www2.iccb.org/iccb/wp-content/pdfs/adulted/healthcare\\_curriculum/curriculum&resources/context\\_social\\_studies/F.%20HC%20Context%20Social%20Studies%20Resource%20File/Patient%27s%20Bill%20of%20Rights.pdf](https://www2.iccb.org/iccb/wp-content/pdfs/adulted/healthcare_curriculum/curriculum&resources/context_social_studies/F.%20HC%20Context%20Social%20Studies%20Resource%20File/Patient%27s%20Bill%20of%20Rights.pdf) (2025 年 10 月 25 日確認)

で第1条の4・第2項(下記)が追加された。

医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。

この改正は、広くインフォームド・コンセントの法制化と見なされているが、実際には「理解を得る努力」がうたわれているだけである。「同意」が必要とされていないという医療法の規定は現時点でも改正されていない。

一方、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)の第41条に基づき、厚生労働省は「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を定めている。

この指針では、「次に掲げる事項を基本的な考え方とする」として、以下を掲げている。

精神医療においても、インフォームド・コンセント(医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意することをいう。以下同じ。)の理念に基づき、精神障害者本位の医療を実現していくことが重要であり、精神障害者に対する適切な医療及び保護の確保の観点から、精神障害者本人の同意なく入院が行われる場合においても、精神障害者の人権に最大限配慮した医療を提供すること。

医療法でのインフォームド・コンセントへの言及は2007年で、精神保健福祉法に基づく上記指針の制定は2014年である。この間にインフォームド・コンセントへの理解が深まっていった用語の定義という形で「同意すること」が明記されたと想像できる。

しかし、医療法が改正されていないこともあり、インフォームド・コンセントは「理解を得る努力」に過ぎないとの意識が残存しているのは、我が国の問題である。

同意を得るとしても、そのための情報が適切に提供されないことへの不満も存在する。米国1994年発行の詩集「The Body and Illness in Poetry」に掲載の Marcia Lynch による詩“Peau d'Orange (オレンジの皮)”の一文は強烈である。

We barter the difference between black and gray. “Surgery, radiation or death,” you say and leave the decision.

私たちは黒とグレーの違いを物々交換するだけだ。「手術か、放射線治療か、それとも死か」とあなた(医師)は言い、私(患者)に決断を委ねる。

医師と異なり患者には医療知識が乏しい。そんな患者から「心からの同意」を得るために開発されてきたのが、協働意思決定(Shared Decision Making)である。

## (5)協働意思決定への移行

英国の患者団体 The Patients Association はインフォームド・コンセントと協働意思決定につ

いて、患者向けに分かりやすい説明を提供している<sup>188</sup>。まずはこれを紹介する。

インフォームド・コンセントは、治療について決定を下す能力のある患者が、治療の選択肢と各選択肢に伴うリスクについて徹底的にアドバイスを受けることを要求する。そして患者は、自分の診断、提案された治療およびその影響に関する情報を受け取り理解した場合にのみ、患者は自分の価値観と希望に従ってインフォームド・コンセントを与えることができる。このために、提案した治療に伴うあらゆる重大なリスク、そして代替となる合理的な治療法の存在を患者に確実に認識させるよう、医師は合理的な注意を払わなければならない。

これに対して、協働意思決定で重要なのは、医師と患者の間での情報交換である。医師の専門知識や医学的エビデンスだけでなく、患者個人の好み、信念、価値観にも基づいて患者の意思が決定される。その結果、全く治療を行わないという結論に至る可能性もある。

協働意思決定の本質は、患者が治療に関する決定を下せるよう医師が支援する協働的なプロセスである。患者が「自分にとって正しい決定」を下せるよう支援するパートナーシップである。協働意思決定によれば、患者は膨大な医学研究、エビデンス、そして治療選択肢の海におぼれて、治療に関する極めて重要な決定を一人で下さなければならないという事態は避けられる。患者自身がそのプロセスにどの程度関与したいか、家族、友人、介護者、支援者などを関与させたいかなどについて、患者には選択する機会が与えられる。

患者が自身の治療に関する意思決定を行えるようにすることで、真に患者中心の医療サービスが実現していく。それによって、患者が自身の健康に関する決定を強引に迫られていると感じる、前述の Marcia Lynch の詩のような事例を減らすことができる。

協働意思決定の理想形を Bernat は次のように説明している<sup>189</sup>。

理想的な協働意思決定では、医師と患者は臨床意思決定における協働的な二者関係を構成する。医師は医学的知識、訓練、経験、そして判断力を提供し、患者は個人的な価値観と医療目標を提供し、それらを通して各治療選択肢がそれらの目標をどのように達成できるかを評価する。パートナーとして、患者と医師は継続的なコミュニケーションプロセスを通して、インフォームド・コンセントを確立し、相互に納得のいく医療を共同で決定する。

インフォームド・コンセントの必須三要素を Bernat らは、(1)医師は患者に十分な情報を伝えなければならない、(2)患者の同意は個人または機関による強制なしに自由に得られなければならない、(3)患者は同意または拒否する能力を持っている必要がある、と提示する。そのうえで、Bernat らは、この三要素を満たすインフォームド・コンセントは必然的に双方向のコミュニケーションプロセスとなると説く。医師は事実と意見を区別し、患者が医学的事実には同意しつつも、治療の推奨には同意できない可能性があることを認識しなければならない。医師には、危険や効果を誇張して強制力を持たせることなく、客観的に治療の決定を下す義務がある。そして、合理

<sup>188</sup> The Patients Association, “Shared decision-making and informed consent” <https://www.patients-association.org.uk/Blog/shared-decision-making-and-informed-consent> (2025年10月25日確認)

<sup>189</sup> James L Bernat, M. P. McQuillen, “On Shared Decision-making and Informed Consent”, *Neurol Clin Pract.*, 11(2), 93–94 (2021)

的な人が医療上の決定を下すために知っておくべき情報が求められ、それには治療の選択肢、その基本的な危険や効果、そして医師の推奨が含まれる。そして、患者が意思決定能力を欠いている場合には、医師は患者の法定代理人と同等の関係を築き、患者に代わって医療上の決定を下すべきであるとしている。

この説明から、医師主体となりがちなインフォームド・コンセントを患者中心に移行させ、患者の意思で治療方針を決定するのが協働意思決定であると理解できる。

英国 St John は、協働意思決定に対して医師に求められる姿勢を説明している<sup>190</sup>。概略は次のとおりである。

協働意思決定は、「患者中心のケア」の基盤として、患者が自らの健康について自発的で、かつ情報に基づいた意思決定を行うことを可能にするものである。それゆえ、協働意思決定を通じて患者と医師は共に専門知識を共有していく。患者は「自分自身に関わる専門家」として行動し、自身の好みやリスクに対する考え方を理解する。一方で医師は、医学的知識と科学的エビデンスの専門家である。双方が力を合わせて治療の選択肢を検討し、患者にとって適切で、医師の支持を得た治療決定に至るのがよい。

英国の患者団体の説明、Bernat と St John、の解説には共通点がある。今まで実行されてきたインフォームド・コンセントは、上に立つ医師が下にいる患者に治療方針を説明して同意を得るプロセスであるが、医学的知識の乏しい患者にとっては、先に紹介した詩に象徴されるように、「どうしてもなく同意するしかない」という問題があった。これに対して、協働意思決定は患者を「自分自身に関する専門家」と位置づけ、そんな患者と医師の対話によって双方が納得する治療方針を定めることに特徴がある。協働意思決定によって、患者と医師の関係はインフォームド・コンセントが内包する上下関係から対等へと移っていく。

治療方針の民主的な決定プロセスが協働意思決定である。

## (6)我が国における協働意思決定の実践

香川大学は 2025 年に、慢性腎臓病患者における協働意思決定に関する全国調査結果を公表した<sup>191</sup>。それによると、慢性腎臓病患者のうち、81.2%が「協働意思決定が行われた」と回想する一方で、事前に協働意思決定を「よく知っていた」のはわずか 4.7%に過ぎなかったという。香川大学は「知らなかったけどやっていた」と、この状況を表現している。

慢性腎臓病患者には、体内の老廃物や余分な水分を人工的に除去し、健康を維持するために人工透析が施される。そして、人工透析の停止は死に直結する。協働意思決定によって全く治療を行わないという結論に至ることを容認できるか。協働意思決定は倫理上深刻な問いを内包してい

<sup>190</sup> E. R. St John, C. J. Stewart-Moore<sup>3</sup>, R. R. Pillarisetti, E. S. Spatz, “Global considerations for informed consent with shared decision-making in the digital age”, *BMJ Evidence Based Medicine*, 29(5), 346-349 (2024)

<sup>191</sup> 香川大学、「日本の慢性腎臓病患者における「共同意思決定」の認識と課題 全国調査から見た、腎代替療法選択の現状と改善の方向性 — 「知らなかったけどやっていた」共同意思決定の定着に向けて—

<https://www.kagawa-u.ac.jp/33263/> (2025 年 10 月 25 日確認)

る。それゆえにこそ、患者個人の自己決定が優先されるという見方もできるだろう。

厚生労働科学研究にもいくつかの研究プロジェクトが存在する。しかし、研究年度は近年に限られており、我が国での協働意思決定はまだ緒に就いたばかりの段階にある。

このような状況下で、日本老年医学会は、人生の最終段階における医療・ケアについて、意思決定プロセスでは「本人の満足」の視点から医療・ケアの選択を検討し、提供された医療・ケアのアウトカムも「本人の満足」を物差しに判断すべきである、との立場を表明している<sup>192</sup>。この意思決定の過程では、医療・ケア専門職は家族等が抱える身体的・心理社会的および物理的・経済的諸問題を把握し、適切に支援を提供し、家族等が心身の健康を維持できるよう配慮する必要があるとも指摘している。傾聴に値する意見である。

医師が上に立ち慈愛として下々の患者に治療を提供する「医は仁術」の時代から、適切な情報提供を強調するインフォームド・コンセントに、そして協働意思決定へと「医療の民主化」は進んできた。協働意思決定によって患者と医師の間の境界の壁（ボーダ）は薄くなる。

ネット時代の患者は自らの病気についてネットで調べるのが常である。しかし、医学的知識は乏しいので、ネット情報によって不安を起こしたり、時には似非療法に引っかかったりする。しかし、患者は「自分自身に関する専門家」であり、その立場で医師と協働して治療方針を定めていけば、安心感を高めて適切治療を受けるという可能性が生まれてくる。我が国でも協働意思決定の普及を推進するのがよい。

## (7) 障害者・高齢者の自己決定権

協働意思決定と類似し、また関係する概念に「支援付き自己決定 (Supported Decision Making)」がある。支援付き自己決定の起点は障害者権利条約である。

同条約は第 12 条で法律の前にひとしく認められる権利を次の通り規定している。

1. 締約国は、障害者が全ての場所において法律の前に人として認められる権利を有することを再確認する。
2. 締約国は、障害者が生活のあらゆる側面において他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認める。
3. 締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。
4. 締約国は、法的能力の行使に関連する全ての措置において、濫用を防止するための適当かつ効果的な保障を国際人権法に従って定めることを確保する。当該保障は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反を生じさせず、及び不当な影響を及ぼさないこと、障害者の状況に応じ、かつ、適合すること、可能な限り短い期間に適用されること並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による

<sup>192</sup> 日本老年医学会、「高齢者の人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明 2025」 <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/search/?q=SDM> (2025 年 10 月 30 日確認)

定期的な審査の対象となることを確保するものとする。当該保障は、当該措置が障害者の権利及び利益に及ぼす影響の程度に応じたものとする。

5. 締約国は、この条の規定に従うことを条件として、障害者が財産を所有し、又は相続し、自己の会計を管理し、及び銀行貸付け、抵当その他の形態の金融上の信用を利用する均等な機会を有することについての平等の権利を確保するための全ての適当かつ効果的な措置をとるものとし、障害者がその財産を恣意的に奪われないことを確保する。

他の者と平等に法的能力を持つ障害者が、その法的能力を行使する際に必要とする支援を受けられる機会を提供するため、締約国は適切な措置をとるという規定は、従来の「代行決定」モデル（例：成年後見制度）から、本人の意思を尊重する「支援付き意思決定」への転換を促すものである。

成年後見制度の利用の促進に関する法律は第3条で基本理念を次のように規定する。

成年後見制度の利用の促進は、成年被後見人等が、成年被後見人でない者と等しく、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられ、その尊厳にふさわしい生活を保障されるべきこと、成年被後見人等の意思決定の支援が適切に行われるとともに、成年被後見人等の自発的意思が尊重されるべきこと及び成年被後見人等の財産の管理のみならず身上の保護が適切に行われるべきこと等の成年後見制度の理念を踏まえて行われるものとする。

この規定には、「成年被後見人等の自発的意思が尊重され」「成年被後見人等の意思決定の支援が適切に行われる」とあるが、成年後見人が意思決定代行者、つまり判断主体として機能しているのが現実である。これに対して支援付き意思決定では、判断主体はあくまでも本人である。成年後見人の指定には裁判所が関与するが、支援付き意思決定では裁判所の関与はないのが原則である。法的代理人として代行決定する役割ではなく、対話・情報提供・選択肢の提示などが支援付き意思決定における支援の役割とされている。要約すれば、成年後見制度は保護と代行の制度であり、支援付き意思決定は障害者による自己決定の支援である。

米国の Uniform Law Commission は、各州の法制度を統一させるように法律のモデルを提案する組織である。この団体は「Uniform Guardianship, Conservatorship, and Other Protective Arrangements Act (UGCOPAA)」を提示して、支援付き意思決定の各州の州法への導入を求めた。現時点で、アラスカ、コロラド、アイダホ、カンサス、ワシントン、メインで州法が制定されているという<sup>193</sup>。

この法律モデル UGCOPAA では、SECTION 301. BASIS FOR APPOINTMENT OF GUARDIAN FOR ADULT(1)(A)において、法定代理人を定める前、支援付き意思決定等の可能性を検討するように求めている。該当部分は次のとおりである。

the respondent lacks the ability to meet essential requirements for physical health, safety, or

<sup>193</sup> Uniform Law Commission, “Guardianship, Conservatorship, and Other Protective Arrangements Act” <https://www.uniformlaws.org/committees/community-home?CommunityKey=2eba8654-8871-4905-ad38-aabbd573911c> (2025年10月25日確認)

self-care because the respondent is unable to receive and evaluate information or make or communicate decisions, even with appropriate supportive services, technological assistance, or supported decision making

被申立人が、適切な支援サービス、技術的支援、または支援付き意思決定を受けても、情報の受領および評価、意思決定もしくは意思疎通が不可能であるため、身体的健康、安全、または自己管理に不可欠な要件を満たす能力を欠いている

## (8) 支援付き意思決定の実践

米国カンサス州のカンサス大学障害者センターは、支援付き意思決定に関する情報を提供している。他にもコロラド大学などが情報提供に努めている。法の制定と共に、これら大学からの情報提供によって、支援付き意思決定が普及しつつある。

オハイオ州立大学から出版された A. Arstein-Kerslake らによるレポートには、カナダとオーストラリアの状況が説明されている<sup>194</sup>。

支援付き意思決定の概念は 1980 年代後半から 1990 年代初頭にかけてカナダで発展したという。支援付き意思決定の原則が初めて明確に示されたのは、Canadian Association for Community Living が 1992 年に発行した「Report on Alternatives to Guardianship」である。自立した個人のみが意思決定権を行使できるという誤解が後見制度を築いた。しかし、すべての成人は自己決定権を有し、自らが選んだ家族や友人の支援を受けて、自らの人生に影響を与える決定を下す権利を有し、すべての人は意志を持ち、選択する能力があると主張した。

支援付き意思決定を法制化する運動が組織され、1993 年にブリティッシュコロンビア州政府は障害者の権利を保護するために、相互に関連する 4 つの法律を可決した。すなわち、「Representation Agreement Act: 代理契約法」、「Adult Guardianship Act: 成年後見法」、「Public Guardian and Trustee Act: 公的後見人・受託者法」、「Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act: 医療（同意）および介護施設（入院）法」である。このうち、代理契約法に、裁判所による選任を回避して、意思決定を支援する仕組みが書き込まれた。代理契約法は、法律、政策、そして実践における支援付き意思決定の重要な事例とみなされている。

障害者権利条約の署名国として、オーストラリアは後見制度、信託制度、精神保健に関する法律の見直しを行った。そして、オーストラリアでは、障害者団体、支援団体、サービス機関が、実践教材の開発や実践的な試行プロジェクトを通じて、支援付き意思決定の発展を支援してきた。

南オーストラリア州では 2010 年から 2 年間の実証実験が実施され、脳損傷、知的障害、自閉症、運動ニューロン疾患のある人々が共に生活している人々との間で非法定の支援付き意思決定契約を結ぶのをサポートした。参加者の大多数に、自分自身と意思決定への自信の向上、意思決定スキルの向上、支援ネットワークの拡大、コミュニティの関与の増加など、具体的なメリットがあったという。

オーストラリア首都特別地域は、2013 年にプロジェクトを試行した。そして、「各人の自己決

<sup>194</sup> A. Arstein-Kerslake, J. Watson, et.al., “Future Directions in Supported Decision-Making”, The Ohio State University Libraries

定能力は、意思決定能力によってではなく、意思決定を行うために受けた支援の多寡によって制限されている」という結論に達した。そして、公式から非公式まで幅広いサポートが必要であることを認識することの重要性と、認知障害のある人々が意思決定に積極的に参加することを標準化する文化的変容の重要性が指摘された。

そのほか、ニューサウスウェールズ州、ビクトリア州なども実証プロジェクトを実施している。ほとんどの参加者が意思決定能力と生活の質の向上を示したが、参加者との関係構築に何ヶ月も費やし、多くの障壁を乗り越えながら、参加者が自ら意思決定を行い、それに基づいて行動できるよう支援することに尽力した熟練したボランティアの集団がプロジェクト成功のカギであったという。

## (9)日本における支援付き意思決定

我が国には、支援付き意思決定を明記した法律は存在しない。障害者基本法は国・自治体に対し、相談支援や制度利用時の意思決定支援への配慮を義務づけているが、支援付き意思決定の手法によると明記されているわけではない。

前述の成年後見制度の利用の促進に関する法律には萌芽がみられるが、あくまでも成年後見制度が主体の法律である。

そのような状況下で、民間団体である日本意思決定支援ネットワーク<sup>195</sup>は支援付き意思決定の普及に向けて努力を重ねている。オーストラリアの先進事例を紹介するなどの、同ネットワークの活動には敬意を表したい。

すでに書いたように我が国は障害者権利条約の批准国である。条約に定められた支援付き意思決定を社会に定着させていくためには、法制度の整備から実践支援まで多様なアクションが求められている。

オーストラリアでのプロジェクトで、支援付き意思決定によって障害者自身の意思決定能力が向上したという報告は印象的である。保護対象としてではなく他の者と平等の権利を持つ人として扱う意思決定の「民主化」によって障害者の能力は向上するわけだ。協働意思決定が医療の民主化であったのと同様に、支援付き意思決定は「障害者は弱者であり保護の対象である」という古い概念からの脱却であり、障害者と支援者の関係を「民主化」、ボーダレス化する。

---

<sup>195</sup> 日本意思決定支援ネットワークサイト <https://www.sdm-japan.org/> (2025年10月25日確認)

## 6-3. 医療機関における情報セキュリティ

### (1)医療 DX と情報セキュリティ

デジタルの全面的導入による医療の改革、すなわち医療 DX によって、まずは収集された医療データが個々の病院・個々の診療所のシステムに記録され、蓄積される。

次に、患者一人一人の、複数の病院・診療所での診療データを集約して、個人健康記録(Personal Health Records : PHR) システムを構築するには、第一段階で蓄積された医療データを通信回線経由で中央の PHR システムに伝達するという、通信を伴う第二段階の処理が必要になる。さらに第三段階では、PHR システムに蓄積された医療データを匿名化处理したうえで、生活習慣と疾病の関係を明らかにする統計解析を行うといった医学的な研究も実施されるようになる。第一段階から第三段階を通じて、医療データは活用されていく。

収集・記録・処理・伝達・蓄積・活用の過程で、個々人の医療データが漏洩し、個々人の健康状態が世の中に公開される事態は避けなければならない。ある政治家の健康状態の情報はその政治家の政治生命に関わるかもしれないが、これは無名の一個人でも同様に避けるべきである。

医療データに関わるセキュリティの確保が医療 DX の発展には必要不可欠である。マイナカードの保険証の利用でさえ、「他の病院での診療記録を見られるのは嫌」といった意見が出る我が国で、大量の医療データが流出してプライバシーが侵害されるという事態は回避する必要がある。

### (2)情報セキュリティの三つの側面

情報セキュリティには三側面がある。第一は、機密性 (Confidentiality) である。情報にアクセスできる人を正しく制限することであって、それが破られれば、上述のような漏洩が発生する。

第二は完全性 (Integrity) である。伝達の過程で改ざんが起き、送信側と受信側でデータが異なるという事態になれば、正しい情報処理は不可能になる。脈拍の異常を検知して緊急事態と送信しても、伝達の過程で正常値に改ざんされると、受信側は脈拍異常に対応できなくなる。第三は可用性 (Availability) で、必要なときに情報やシステムを利用できる状態を保つことを意味する。

機密性を確保するための手段が、パスワード管理、暗号化、アクセス権限設定である。完全性を管理するためには、送信時に元データからチェックサム値を計算し、データと一緒にチェックサム値を送り、受信側がチェックサム値を再計算して、送信されたチェックサム値と不一致ならデータが壊れている可能性と判断するといった、改ざん検知技術が利用される。可用性を維持するために実施されるのがデータのバックアップである。

### (3)情報マネジメントシステム

情報セキュリティに関わるもっとも根源的な問題は、ある時点でさまざまな対応を行っても、攻撃側の攻撃手段が日々変化するために、対応が追いついていかないという問題である。そこで組織として情報システムをマネジメントするという、情報マネジメントシステムの考え方が誕生した。情報マネジメントシステムの目的は、必要な情報を必要な人が必要なときに使えるように

する、情報の正確性・信頼性・安全性を確保する、組織の意思決定や業務効率を高める、の三点にある。

情報マネジメントシステムにはすでに国際標準も存在する。ISO 9001 は品質マネジメントシステム（情報の品質管理を含む）について規定する。ISO/IEC 27001 は情報セキュリティマネジメントシステム（ISMS）の国際標準である。加えて、ISO 30401 はナレッジマネジメントシステムを規定する。また、ISO/IEC 27001 をベースにして、医療機関向けの情報セキュリティマネジメントについて実装ガイダンスも含めて記述した ISO 27799 もあるので、参考にしていただきたい。

#### 用語の定義：

情報システムとは、組織業務に必要な情報について「収集」・「記録」・「処理」・「伝達」・「蓄積」・「活用」を行う仕組みであって、コンピュータやネットワークを利用して「収集」から「活用」までが効率的に実行される。ハードウェア、ソフトウェア、データ、ネットワークといった構成要素に加えて、運用担当者や運用組織までを含めた全体を情報システムと総称する。

マネジメントシステムとは、組織の方針や目標を達成するために、業務プロセス全体を計画・構築・運用・改善する仕組みである。製品の品質を向上させて市場での競争優位を獲得するのが品質マネジメントの目標である。組織内で情報が適切に「収集」・「記録」・「処理」・「伝達」・「蓄積」・「活用」されて経営目標が達成されるのが、情報システムに関わるマネジメントシステムの目標である。

品質についても、情報システムについても、経営トップが基本方針を提示し、それに沿って目標達成のために活動が計画され、構築され、運用される。運用の成果は定期的に評価され、評価に基づいて活動が継続的に改善されていく。情報システムについては、セキュリティが重要な課題であるため、情報システム全体のマネジメントの要素として、情報セキュリティに関わるマネジメントシステムが運用される。

マネジメントシステム規格とは、マネジメントシステムのあり様を定めた国際標準であり、マネジメントシステム規格（MSS：Management System Standard）は、組織が方針・目標を定めるところから、目標を達成するための仕組み、すなわち手順やルールの骨格を規定している。

医療 DX には、病院・診療所から PHR システム提供者などの多くの関係機関が関わっている。これらすべての機関が国際標準に沿って医療情報のマネジメントシステムを構築するように求められている。

しかし実態は深刻である。特に中小医療機関の経営者の視野には、診療の提供業務を入っても、医療情報システムのマネジメントは見えない恐れがある。その結果、たった一人の職員に医療情報システムのマネジメントを任せるという「一人情シス」問題が起きる。

「一人情シス」によって、担当者の負担が過大になり離職リスクが高まる、業務が属人化して引き継ぎ不能になるなどの問題が起きる恐れがある。加えて、「一人情シス」が日常の問い合わせ対応で手一杯になり、計画的なセキュリティ対策が後回しになりやすいという問題が付随する。また、既存システムの維持で精一杯になったり、新規導入や改善が止まってしまったりする恐れもある。

後述するように、情報セキュリティを高めるにはセキュリティ・バイ・デザインという考え方があり、システムのサポート期限も明示するのがよいと推奨されているが、「一人情シス」では不可能である。

情報技術に通じた専門家が一人で担当しても問題は多発するだろうが、単に情報技術に詳しいという理由で医師が担当する医療機関では、問題はさらに深刻である。「一人情シス」では医療情報システムのセキュリティに穴が開く恐れは高い。

#### (4)情報セキュリティの現状と課題に関するヒアリング

情報セキュリティについて、近年多くの問題が起きており、改善が強く求められている。情報セキュリティの現状と課題について、情報通信政策フォーラム（ICPF）では、2025年7月に上原哲太郎・立命館大学教授を講師とするセミナーを実施した。セミナーの記録は ICPF サイト (<http://icpf.jp/>) にあるので参照してほしい。ここでは要点だけ記載する。

- サイバー攻撃は近年増加傾向にある。ハッカーは目的を定めると達成まで攻撃を続ける。それなりのハッカーが人海戦術で、手作業で、ありとあらゆる手法で侵入を試みる。ウイルス等の機能で遠隔操作を行い、システム内部を調査し、乗っ取っていく標的型攻撃を行っている。ハッカーの目的は金銭であり、パソコンやサーバーのデータを勝手に暗号化して、復号と引き換えに金銭を要求するのが Ransom（身代金）攻撃である。しかし、身代金を払っても復号（システム復元）できるとは限らないし、犯罪者に支払を行う行為の是非も問われる。
- 2020年にはカプコンがランサム攻撃され、2022年にはトヨタのサプライチェーンが攻撃されて14工場28ラインが停止した。奈良県宇陀市立病院、大阪市立東大阪医療センター、徳島県つるぎ町立半田病院、大阪急性期・総合医療センター、岡山県精神科医療センターというように、病院への攻撃も続いている。多くの被害事例で「一人情シス」問題が指摘されている。
- インターネットは危険であり、イントラネットは安全であるとして、インターネットとイントラネットの境界をゲートウェイで分離する。すなわち、境界線を作り通信を制限/遮断するのが、我々が頼ってきた境界線防衛モデルである。
- 病院に常駐するIT技術者は、「一人情シス」というように限られている。このため、医療情報システムについて遠隔保守が通常は行われている。しかし、遠隔保守のためには、インターネットからイントラネットにVPN接続（仮想専用線接続）して、イントラネットからインターネット上のクラウドにデータを転送するといった処理が実施される。このような利用方法が普及するにつれて、境界線防衛モデルは崩壊した。テレワークも境界線防衛モデルにとって脅威である。今や、イントラネットへの侵入経路はいくらでもある。
- これからのソフトウェアやシステムは、以下の方針で構築するのがよい。
  - ・最初から出来るだけ安全に設計する（セキュア・バイ・デザイン）
  - ・それでも完璧ではないので出荷前によく検査する（侵入テスト・ファジングテスト）
  - ・それでも完璧ではないのでシステムを更新可能にする

- ・サポート期限を明らかにする
- 同時に、人材問題、すなわちシステム全体を見通せる人材が業界全体で不足しているが、ユーザ側の医療機関に IT 人材がないという課題も解決しなければならない。

上原教授が言及したセキュア・バイ・デザイン (Secure by Design) は、システムやソフトウェアを「後から守る」のではなく、最初の設計段階から安全性を組み込む考え方である。つまり、セキュリティを「付け足し」ではなく「設計の前提」として扱う設計思想である。仕様の策定、アーキテクチャの設計、実装、テスト、運用の段階でセキュリティを考慮し、脆弱性が入り込む余地を最小化する。

医療情報システムには、冒頭に書いたようにプライバシーとして保護すべき医療データが山のように蓄積されている。そのようなシステムであるからこそ、上原教授が提言するように、セキュア・バイ・デザインを基本にシステム設計する必要がある。加えて、サポート期限ごとに定期的に更新していくという基本方針を、医療機関等のトップは持つべきである。

## (5) 「一人情シス」問題の解決に向けて

医療 DX を推進していくためには、中小医療機関の経営者は医療情報システムが経営の中核に位置付けられると認識して、組織内に情報に関わるマネジメントシステムを定着させていくのがよい。ISO によるマネジメントシステム規格では、冒頭で「経営者による方針の提示と関与」が求められている。医療情報システムをマネジメントするために経営者が方針を提示して、関与するのはマネジメントシステム規格に沿った行動である。

中小医療機関の経営者が、マネジメントシステムを推進するために取る最初のアクションが「一人情シス」問題の解決である。

問題解決の第一歩は、担当者にどれだけ無茶に委ねているかを事実として可視化する、業務の棚卸しと「見える化」である。すべての定常業務・突発業務をリスト化して、「自分しかできない」と「他人でもできる」に色分けする。

自分にはできない業務については、完璧でなくとも構わないので、手順書を作成する。止まると致命的な業務や問い合わせが多いルーチン業務から手順書を作り、担当者以外が読んで動ける状態に近づけていく。

業務自体を削減する、標準化・自動化・クラウド化が次のステップである。組織内で利用するパソコン・スマホ・ソフトを標準化するだけで、トラブルシューティングと問い合わせへの対応の負荷が下がる。バックアップやパッチ適用などは定期的実施するようにすれば、業務は安定する。さらに、サーバー保守・バックアップ・障害対応の一部をクラウド事業者側に委ねるのも、業務の削減に資する。

クラウドを含むアウトソーシングというのは「丸投げする」ではないと、中小医療機関の経営者は自覚すべきである。外に出す業務と中に残す業務をきちんと整理する必要がある。たとえば、システム選定・導入方針の決定、社内ルール・ポリシー策定といったことまで丸投げするのは不適切である。

情報セキュリティ基本方針の策定は経営者の責任だが、情報セキュリティの確保自体は外部の

クラウド事業者に委ねると切り分けすれば、セキュリティのレベルは高められる。当然ながら、外部のクラウド事業者は ISO/IEC 27001 などのマネジメントシステム規格に沿って医療情報システムをマネジメントしていくことになる。

上原教授が紹介した半田病院の事案について、調査委員会が報告書を公表している<sup>196</sup>。知報告書は最後に以下のように提言している。

システム担当者が一人で運用しているような、場合によっては兼務で一人もアサインできていないような組織においては、そのリソースをコミュニティの活用によって解決を図る方法も検討しなければならない。病院は患者の受け入れをはじめ横のネットワークが存在するため、このネットワークをサイバー空間まで想像を広げて活用していくべきである。

同様に、大阪急性期・総合医療センター事案に関わる報告書は次のように提言している<sup>197</sup>。

地方公共団体のセキュリティクラウドのように、医療機関における SOC を含めたセキュリティの集約を都道府県や国レベルで整備し、セキュリティの共通プラットフォーム化を検討することで、個別医療機関のセキュリティ負荷の軽減をお願いしたい。

両者は「一人情シス」問題の解決のために、近隣の病院間の協力で、あるいは都道府県や国レベルで対応するという提案である。個々の病院という組織の中で対応を図るよりも、他の病院と連携して対応するクロスボーダ型セキュリティ対応の方が有効であるという主張は、今後、政府施策の中でも検討する価値がある。

厚生労働省は医療情報システムの安全管理に関するガイドラインを発行して、医療機関にセキュリティの強化を求めている<sup>198</sup>。ガイドラインの初版は 2005 年発行で、最新第 6 版は 2023 年の発行である。

最新のガイドラインは、経営管理編、企画管理編、システム運用辺に分かれている。経営管理編は、主に医療機関等において組織の経営方針を策定し、意思決定を担う経営層を対象にして、経営層として遵守・判断すべき事項、並びに企画管理やシステム運営の担当部署及び担当者に対して指示又は管理すべき事項及びその考え方を示している。

その下にて医療情報システムの安全管理（企画管理、システム運営）の実務を担う企画管理者を対象とする企画管理編、医療機関等において医療情報システムの実装・運用の実務を担う担当者を対象とするシステム運用編が位置づけられている。

経営管理編は、医療機関の経営者すべてが参照すべき資料と位置づけられている。実運用はク

<sup>196</sup> 半田病院、「徳島県つるぎ町立半田病院コンピュータウイルス感染事案有識者会議調査報告書」

[https://www.handa-hospital.jp/topics/2022/0616/report\\_01.pdf](https://www.handa-hospital.jp/topics/2022/0616/report_01.pdf) (2026 年 2 月 4 日)

<sup>197</sup> 大阪急性期・総合医療センター、「調査報告書」 [https://www.gh.opho.jp/pdf/report\\_v01.pdf](https://www.gh.opho.jp/pdf/report_v01.pdf) (2026 年 2 月 4 日確認)

<sup>198</sup> 厚生労働省、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 6.0 版」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html) (2026 年 2 月 3 日確認)

クラウド事業者に委ねるとしても、繰り返しになるが、中小も含めて医療機関の経営者はマネジメントシステムの考え方に沿って医療情報システムのセキュリティをマネジメントしなければならない。なお経営者の責任という点については、上述のガイドライン第6版のもと、小規模医療機関等向けガイダンスが公表されているので、参照していただきたい<sup>199</sup>。

医療情報システムのセキュリティは医療DX推進の要点である。中小も含めて医療機関の経営者は、マネジメントシステムの考え方に沿って医療情報システムのセキュリティをマネジメントして、国民からの信頼を獲得するように努めるべきである。

---

<sup>199</sup> 厚生労働省、「【特集】 小規模医療機関等向けガイダンス」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001102587.pdf> (2026年2月4日確認)

## 7. ヘルスケア DX 推進に関わる横断的課題

### 7-1. 健康増進施策普及の壁を超える健康リテラシーの向上

#### (1) 普及の壁

つくばウェルネスリサーチは、国・都道府県レベルでの医療・健康・介護分野における大規模実証事業に協力するとともに、地方公共団体における健診・レセプトデータの分析、ICT を活用した健康増進・介護予防事業の立案支援・評価業務などを実施する企業である<sup>200</sup>。

健康無関心層対策として同社で開発された「健幸ポイント事業」は 16 市町村で、5 万人の参加を得て実施されている。

この事業は内閣府が推進する成果連動型民間委託契約方式（PFS: Pay For Success）の対象となっている。地方公共団体の事業負担を軽減する仕組みが PHS である。加えてつくばウェルネスリサーチは、事業参加者群は対照群と比較して 3 年後に約 10 万円の医療費抑制効果を示したといった成果を提示している。2 年後の要支援 1 以上の認定リスクも 64%低減したそうだ。

事業効果が明らかで、PFS を利用することで地方公共団体の事業負担も軽減される「健幸ポイント事業」が 16 市町村の普及にとどまっているのはなぜだろうか。健康増進施策普及に立ちほかかる壁について考えよう。

#### (2) 地域情報化施策の悪い先例

会計検査院は、2012 年に、平成 23 年度（2011 年度）の総務省事業について検査結果を公表した<sup>201</sup>。「地域情報通信技術利活用推進交付金事業」と「情報通信技術地域人材育成・活用事業交付金事業」は「意見を表示し又は処置を要求した事項」とされた。

これら二つは、およそ 47 億円が 2009 年度からの三年間に交付された大きな事業であった。交付金の対象分野は医療 34 事業、介護 12、福祉 37、防犯 16、防災 25、行政 15、産業 19、農業 16、雇用 6、観光 29 と多岐にわたる。また、委託の対象分野は医療 16 事業、介護 3、福祉 15、防犯 10、防災 10、行政 22、産業 13、農業 1、雇用 17、観光 24 であった。本調査研究の対象である医療、介護、福祉も多く含まれていたことがわかる。

会計検査院は交付金終了後の利用が低調な事業が多いと指摘した。その理由は二つで、住民のニーズ調査を基にして事業の効果を発現させる方策を執っていなかった点と、先行事業から得られた参考情報を活用して交付金事業を効果的に実施するまでには至っていなかった点であった。

会計検査院は二つの改善を要求した。第一は、ニーズ調査を定期的実施する、また導入した情報通信設備・システムの利用状況を的確に把握するなどの事後評価を実施させ、必要に応じて総務省が指導及び助言すること。第二は、類似の事業を実施している事業主体間で有用な情報を適時かつ効果的に共有・容易に交換する体制を整備すること。

第一の要求は、ICT 利活用施策を地域に定着させるのに役立つ。第二の要求は、成果の全国普

<sup>200</sup> つくばウェルネスリサーチ <https://www.twr.jp/>（2025 年 11 月 20 日確認）

<sup>201</sup> 会計検査院、「平成 23 年度決算検査報告会計検査院」 <https://report.jbaudit.go.jp/org/h23/2011-h23-mokuji.htm>（2025 年 10 月 28 日確認）

及に役立つ。

### (3)地域への定着・全国普及に関する研究者の指摘

名古屋大学の浦田真由らは地域での ICT 利活用の持続可能性について研究と提言を続けている。2015 年の論文は、外部委託や補助金によって始まった事業を継続するためには、住民自治組織が自ら課題を定義し、ICT を活用する力を育む必要性があると指摘している<sup>202</sup>。同 2015 年の学会発表でも、三事例を分析したうえで、住民が自ら ICT を使いこなし、地域課題の解決に活かすための継続的な運用モデルの構築が重要であるとした<sup>203</sup>。World Academic Journal による 2025 年のインタビューでも「自治体としても何をしたいのか明確にする」と「成果やノウハウを他地域でも共有する」を指摘している<sup>204</sup>。

広島修道大学の脇谷直子らは、事業の目的を明確化し、仮説に対する検証を行いながら、価値あるサービスの提供につなげていく「ICT 利活用人材」の育成が必要であると指摘した。そのうえで、事業の過程での評価の重要性を指摘し、標準的な評価項目と、個別事例に合わせた評価項目を開発していく必要があるとした<sup>205</sup>。

慶応義塾大学の高田義久は、2012 年に地域情報化の課題として以下を列挙した<sup>206</sup>。第一は、地域におけるニーズの把握が不十分あるいは見過ごす、または提供する側の姿勢が先行して地域の真のニーズを踏まえた施策にならないという問題であった。第二は、脇谷と同様に、地域における ICT 利活用を自主的に推進できる中心人物とそれを支える高度な専門性を備えた人材、活動のネットワークを形成して支える地域の多様な人材等が不足しているという課題。地域内外の個人・組織・機関の連携と協働の進展が不十分であるという問題。そして、最後に ICT 導入によって得られる効果が明らかでなく、導入を検討する際に費用対効果の説明が困難であるという課題であった。

三名の研究者による、地域情報化施策の改善につながる指摘には、次のような共通点がある。

- 地域のニーズを把握すること。提供者側ではなく、施策の受け手が何を求めているかの分析を徹底する。

---

<sup>202</sup> 福安真奈、島かさね、若田弥里、浦田真由、遠藤守、安田孝美、「住民自治組織における ICT 利活用のための継続的な運用モデルの構築と考察」。情報文化学会誌、vol.22, no.2, pp.3-10 (2015)

<sup>203</sup> 若田弥里、浦田真由、安田孝美、「地域コミュニティにおける ICT の利活用と継続的な運営に関する研究」、社会情報学会大会研究発表論文集 (2015)

<sup>204</sup> World Academic Journal、「名古屋大学 浦田真由准教授 ICT 導入が地域課題を解決する！社会問題に対する新しいアプローチを多数の事例とともに紹介」 <https://world-academic-journal.com/uratam/> (2025 年 10 月 28 日確認)

<sup>205</sup> 脇谷直子、山本隆広、川邊秀樹、山田遼、原田貴史、奥山浩伸、「地域活性化のためのコミュニティにおける ICT 利活用について：効果的な ICT 利活用による商店街コミュニティの活性化を目指して」、ひろみら論集、第 2 号、pp. 65-75 (2016)

<sup>206</sup> 高田義久、「地域情報化政策の変遷—2000 年代における ICT 利活用・人材育成への対象拡大—」、慶應義塾大学メディア・コミュニケーション研究所紀要 (2012)

- 利活用を推進する中心人物（中核人材）と、それを支える専門人材など多様なレベルでの人材を育成する。
- 施策の評価をきちんと実施し費用対効果も明らかにすることで、他自治体を含め、次の施策を立案する際のコスト負担への懸念を解決する。

#### (4)中核人材の育成・PDCA による継続的な評価

地域情報化施策に関する改善指摘の第二点、中核人材の育成は健康増進施策にも共通する課題である。

健康増進施策を推進するため、いくつかの省が事業を実施している。厚生労働省による「地域の健康増進活動支援事業」は今 2025 年度に開始された事業で、地方公共団体や民間団体が行う健康づくり活動に補助金を交付するが、応募要件に「健康づくりの牽引役となる人材の育成」が明記されている<sup>207</sup>。内閣府の「地方創生推進交付金を活用した健康のまちづくり事業」は、2015 年に「地方創生推進交付金」が創設された際に開始され、健康寿命延伸を目的に、地域全体での「担い手育成」と協働体制の構築という課題を解決するのが目的とされた<sup>208</sup>。

牽引役や担い手といった「中核人材」の育成には、しかし残された大きな問題がある。

地域情報化は最近では「地域 DX」と称されるが、「一人 DX」という問題が繰り返し指摘されている。たった一人が DX 人材として任命されても、庁内横断的に実施するために必須の関連部署説得に時間を要して、孤立し動けなくなるという指摘である。

健康増進の場合も多く部署が関係する。たった一人の行政職員を中核人材として任命して、その人材が庁内で健康増進の意義や手法について関連部署に理解を作り出そうとしても、「一人 DX」同様に孤立し、「一人健康増進」と批判されるようになるだろう。

「一人健康増進」が立ち向かう壁は二つある。

健康施策として住民健康診断への参加率を上げる必要性は広く認識されている。そのために健康無関心層にアプローチすべきという点は理解できても、「健幸ポイント事業」のように、健康無関心層を中心的な対象とするという発想は大胆過ぎて、担当部署内、担当部署間での理解の醸成や合意形成に時間がかかる。これが第一の壁である。

高齢化率や住民の生活習慣が異なるわが地域で同様の成果が出るかという再現性への不安も残る。住民の理解、議会の同意を得るのに時間を要するという点が第二の壁である。いずれの壁も「一人健康増進」だけで突破するのは難しい。

さらに単年度予算も導入を阻む。初期費用の発生年と医療費抑制効果の発現年は異なる。つくばウェルネスリサーチの後年度効果に力点を置いた説明は、単年度予算主義を突破するには弱い。

<sup>207</sup> 厚生労働省、「令和 7 年度 地域の健康増進活動支援事業について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_49038.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_49038.html) (2025 年 11 月 20 日確認)

<sup>208</sup> 当時の「地方創生事業実施のためのガイドライン」はリンク切れだが、2021 年改訂版

([https://www.chisou.go.jp/sousei/pdf/R2\\_guideline.pdf](https://www.chisou.go.jp/sousei/pdf/R2_guideline.pdf) 2025 年 11 月 20 日確認) には「成果を生む事業を継続するためには、担い手となるキーパーソンの確保が必要です。後継者の育成や、事業を動かす上で必要な特定のスキルを持った人材の確保・育成も長期的な目線で取り組む必要があります。」と書かれている。

前述の、施策評価という第三の改善点に関連し、また、単年度予算主義を突破するためには、大曾らの提言が参考になるだろう。大曾らは、健康増進事業にはPDCAサイクルの視点で改善の余地があると指摘している。成功事例の紹介にとどまらず、実行可能な運営手法と評価指標を提示して地方公共団体を後押しするのがよい、というのが大曾らの意見であった<sup>209</sup>。

## (5)有識者へのヒアリング

情報通信政策フォーラム（ICPF）では、2025年11月20日にセミナー「健康増進施策を定着させるために」を開催した。すでに説明したように、厚生労働省や総務省は健康増進施策に関して数多くの補助事業を実施してきた。しかし、「金の切れ目が縁の切れ目」で、事業の終了と共に中止する事例も散見される。補助事業成果の全国展開も必ずしも進んでいない。

どうすれば住民の健康増進対策は地域に定着していく。どうすれば成功事例が全国に展開されていくか。全国106自治体で実施されるに至ったフレイル予防運動をデザインし、推進してきた東京大学高齢社会総合研究機構の飯島勝矢機構長・教授に講演いただいた。セミナーの記録は、講演資料、講演要旨と質疑要旨がICPFサイトで公開されている<sup>210</sup>。本節では質疑を中心に簡潔に紹介する。

質問：フレイル予防運動を残り1600自治体に広めていくには、市町村が動く必要がある。しかし、様々な部門に関わるので説得が難しいとか、成果が出るまでに数年かかるので予算が組めないといった話を聞く。こんな逃げ口上はどうすれば突破できるのか。

回答：106自治体で実践されているが、それと同じくらいの自治体とも話はしてきた。フレイル予防運動としてフレイルサポーター活動を実践するには、確かに多部門間の調整が必要だし、汗もかかかなければならない。汗を覚悟できれば実践へと結びつく。一方、「従来の介護予防で何が悪いのか」という意見が強いと実践されない。

回答：しかし、フレイルサポーター活動へ人々のニーズは強い。今までは行政が起点になる、活動が始まったら行政がそれを背後から支えるという仕組みで実践してきた。しかし、行政の存在がなくても住民が自ら実践したいと言えば、それを認め支援する、いわば「第二フェーズ」の活動も数自治体で始めている。

質問：住民がサポーターになるというが、彼らはどのようなモチベーションを持っているのか。行政はどのように働きかけているのか。

回答：行政から謝金を出すのは禁止している。地域貢献をしたいという潜在意識を持っている住民の気持ちを掻き立てる、そんな働きかけがポイントである。フレイルサポーター活動は他の活動に比べてサポーターの男性比率が高い。それは、参加したいと男性が思うようにデザインしてあるからだ。客観的な「測定」「記録」という行為も、リピータをチェックするという行為も、会

<sup>209</sup> 大曾基徳ら、「自治体の衛生部門における健康増進事業のプロセスの現状と課題：6府県全市町村調査の分析結果より」、日本公衆衛生誌、67巻1号、pp.15-25（2020）

<sup>210</sup> 情報通信政策フォーラム（ICPF） <http://icpf.jp/>（2025年11月29日確認）

社勤めの時期を思いださせるようにデザインしている。

質問：BMI 重視だけではなく、社会性を保つことがフレイル予防につながるというポイントについて高齢者は理解しているだろうか。テレビの健康番組も、「インフルエンザ予防」とか「癌にならない」とかばかりで、フレイル予防の番組はないが。

回答：高齢者どころか、医療関係者にも伝わっていない恐れがある。BMI は中年層のための指標である。高齢者にも BMI を適用するのは問題で、物差しを変える必要がある。それを医療関係者に伝えるところから始めている。それに加えて人々にどうたどり着くか。メディアの役割を期待する。ぜひフレイル予防の番組を作ってほしい。

飯島教授の主張は、行政主体での健康増進事業が「一人健康増進」や「単年度予算主義」でとん挫することへの対案である。

フレイル予防の価値を、マスメディアも活用して、広く国民に周知することが起点になる。フレイル予防運動の価値を理解した住民たちを背後から支える形で、行政施策としてフレイルサポーター活動を展開すれば、地域の高齢者の健康は増進し、ウェルビーイングが向上していく。

飯島教授は動きが悪い「一人健康増進」行政には大きな期待は持っていない。それゆえに、行政抜きで住民が自ら実践する「第二フェーズ」のフレイルサポーター活動も容認したわけだ。

## (6)国民向け広報の改善

地域情報化に関わる事業の課題解決のために地域のニーズを把握する、特に施策の受け手が何を求めているかの分析を徹底する必要があると、先に説明した。健康増進施策でも同様であるが、ニーズを把握するにとどまらずニーズを高めるためには、これら施策の価値についてより一層広報を強化するのがよい。この方向性は飯島教授の意見でも裏付けられる。国民一人ひとりの理解は、施策の受け手としての住民のニーズにも結び付いていくと期待される。しかし、国民一人ひとりに向けた広報は限定的にしか実施されていない。

厚生労働省は「健康日本 21（第三次）」や「スマート・ライフ・プロジェクト」などを推進している。しかし、「健康日本 21（第三次）の推進のための説明資料」は 250 ページを超える厚さで、明らかに地方公共団体向けである<sup>211</sup>。「スマート・ライフ・プロジェクト」も、企業等に参画を募り、参画団体に限定して公式啓発ポスターを公開していることわかるように、広く国民向けのプロジェクトとは読み取れない。経済産業省による新しい健康社会の実現に向けた「アクションプラン 2023」についても、国土交通省による「健康まちづくり事例集」なども、主な対象は地方公共団体である。国土交通省が健康・医療・福祉のまちづくりの推進の一環として 2023 年に公表した「健康まちづくりの事例集」を見ると<sup>212</sup>、住民向けの説明資料になっていないことが、は

<sup>211</sup> 厚生労働省厚生科学審議会、「健康日本 21（第三次）の推進のための説明資料」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001426890.pdf> (2025 年 11 月 20 日確認) および  
<https://www.mhlw.go.jp/content/001426891.pdf> (2025 年 11 月 20 日確認)

<sup>212</sup> 国土交通省、「健康まちづくりの事例集」 <https://www.mlit.go.jp/toshi/content/001616190.pdf> (2025 年 11 月 4 日確認)

っきりとわかる。「健康まちづくり施策を進めるためには、地方公共団体内の健康・福祉部門、まちづくり部門、市民生活部門、スポーツ部門などが一体となり、総合的に施策が企画・実行されていく体制が鍵となる。その際、以下のような連携のポイントを踏まえると、スムーズに運べる」という記述は、明らかに行政機関向けであって、住民一人ひとりに向けての説明ではない。

先に言及した内閣府による成果連動型民間委託契約方式(PFS)の広報にも同様な問題がある。PFSに関して提供している資料の多くには専門用語が多く、地方公共団体向けの実務資料が中心で、市民の生活への影響を伝えるストーリー性のある広報は少ない。

国民に広く関係する施策である健康増進やPFSは、国民一人ひとりに伝える広報を強化すべきである。大部の資料を提示するのではなく、成功事例の動画・インフォグラフィックによって制度への理解促進や共感の形成を目指す必要がある。新聞・テレビなどのマスメディアもインターネットも利用価値がある。加えて、教材を作成して学校教育で利用すれば、健康増進施策に加えて、公共政策全般への児童・生徒の理解促進にも役に立つ。

健康増進やPFSの成功には国民の行動変容が鍵となる。関連施策や関連制度への理解が深まることは行動変容を後押しするだろう。

## (7)国民の健康リテラシーの現状

国民の健康リテラシーについて、我が国は各国よりも低いと指摘されてきた。その一例が欧州各国との比較である。

欧州では、一般住民を対象に健康リテラシーの程度を把握できる、欧州健康リテラシー調査質問紙(European Health Literacy Survey Questionnaire)が開発されている。この質問紙を利用して、日本国内20~69歳の男女を対象に、2014年3月にウェブ調査(有効回答1054名)が、年齢層の人口比も勘案して実施された<sup>213</sup>。

オーストリア、ブルガリア、ドイツ、ギリシャ、アイルランド、オランダ、ポーランド、スペインと比較した結果によると、総得点(50点満点に変換)の平均値は、EU8か国が33.8、日本は25.3であった。「ヘルスリテラシー不足(0-33点)」と分類された割合は、EUでは47.6%(最も低いオランダは28.6%、最も高いブルガリアは62.1%)で、日本では85.4%だった。

各質問に対して「難しい」と回答した割合を、最も成績のよかったオランダと比較した結果は驚きである。次の各項目について「難しい」と回答した日本国民の割合は、オランダ国民よりもそれぞれ25%以上高かった。

- ヘルスケア情報の入手

病気になった時、専門家(医師、薬剤師、心理士など)に相談できるところを見つけるのは難しい など

- ヘルスケアへの理解

急病時に対処方法を理解するのは難しい など

---

<sup>213</sup> 健康を決める力、「日本人のヘルスリテラシーは低い」 <https://www.healthliteracy.jp/kenkou/japan.html>  
(2025年11月17日確認)

備考：サイト「健康を決める力」は中山和弘・聖路加国際大学大学院教授らによって運営されている。

- 自らによる判断  
治療法が複数ある時、それぞれの長所と短所を判断するのは難しい など
- ヘルスケア情報の活用  
自分の病気に関する意思決定をする際に、医師から得た情報を用いるのは難しい など
- 疾病予防情報の入手  
ストレスや抑うつなどの心の健康問題への対処方法に関する情報を見つけるのは難しい など
- 疾病予防の自己評価  
どの予防接種が必要かを判断するのは難しい など
- 健康増進の情報入手  
運動、健康食品、栄養などの健康的な活動に関する情報を見つけるのは難しい
- 健康増進情報の理解  
住んでいる場所（地域、近隣）がどのように健康と充実感に影響を与えているかを判断するのは難しい など
- 健康増進情報の活用  
・参加したいときに、スポーツクラブや運動の教室に参加するのは難しい など

また、アジア圏での欧州質問紙による調査の平均点（50 点満点）は、台湾 34.4、マレーシア 32.9、カザフスタン 31.6、インドネシア 31.4、ミャンマー 31.3、ベトナム 29.6 だった。一方、我が国は 25.と、アジア圏各国よりも低かったようだ。

## (8)健康リテラシー向上への動き

国民の健康リテラシーが低いにもかかわらず、それを向上させるという方向での施策は弱い。健康増進事業に対する制度的な支援と市民教育が施策の両輪と位置づけられるが、市民教育は、義務教育段階での学校教育などを除けば、広く実践されてきたとは言えない。

しかし、最近、日本学術振興会の科学研究費助成事業で健康リテラシーの向上プロジェクトが採択され、次に例示するようなプロジェクトが進行中であるのは注目に値する。研究者の関心の高まりと共に、採択機関側の積極姿勢もうかがわれる。

- 順天堂大学・松永美咲：成人のフィジカルリテラシーと身体活動量・体力の関連および改善に向けた介入の検討
- 大阪公立大学・上村一貴：通いの場を健康情報が集まる・伝わるハブとして活用した介護予防・フレイル対策の構築
- 立命館大学・竹村朋子：大学生のメディア利用とプレコンセプションケア知識の関連性
- 国立長寿医療研究センター・堀 紀子：地域在住高齢者のプレフレイル・フレイルと健康

お茶の水女子大学の村上梨紗らは、主食・主菜・副菜のそろった食事が好ましいという食情報をどのような経路で入手し、それが実際に好ましい食事の頻度にどう結びついているかを統計的

に調査した<sup>214</sup>。

家族、友人・知人、医療従事者等の専門家、省庁や公的研究所等、企業や団体、マスメディア、インターネット・ソーシャルメディアと多様なルートで人々は食情報を入手している。しかし、これらの食情報が食生活に影響しないとした群は健康リテラシーが低かった。専門家の情報や公的機関の情報は、健康的な食生活の推進に寄与している可能性が確認されたが、マスメディアやインターネット・ソーシャルメディアからの情報の方が公的機関の情報よりも影響を与えていると回答した割合も高かった。

村上らは、医療機関や公的機関の発信する食情報を普及させるためには、マスメディアやインターネット・ソーシャルメディアを活用するといった、様々な経路から発信していく工夫や、学歴によらない分かりやすい内容にすることに加え、利用者（国民）側の健康リテラシーを高める教育も必要と主張している。

厚生労働省は2023年度から「健康日本21（第三次）」を推進している。その中では、情報格差や関心格差を前提として、これを克服する「誰一人取り残さない健康づくり」を「新たな視点」として強調している。「新たな視点」という表現は、今までは取り組んでいなかったことを「白状」するようなものだが、「新たな視点」の中では、健康に関心の薄い層へのアプローチや個人の健康情報の見える化・利活用が謳われている。

前述の欧州質問紙で「健康増進の情報入手」、特に「運動、健康食品、栄養などの健康的な活動に関する情報を見つけるのは難しい」との回答割合が、日本では29.9%で、オランダでは2.8%だった。オランダにはほとんどいないのに、日本では3割が難しいという格差には驚く。

「健康的な活動に関する情報を見つけるのは難しい」という国民のニーズに向き合って、適切な情報を提供していくことが必要である。国民の健康リテラシーの向上を目的に掲げて、マスメディアやインターネット・ソーシャルメディアも含めて、国民向け広報を推進するのがよい。政府と地方公共団体の取り組みに強く期待する。

健康増進施策の普及は「一人健康増進」が原因で進まなかった。国民一人ひとりの力で健康増進施策を後押し、普及の阻む壁を乗り越えていくために、健康リテラシーの向上は必要不可欠である。

---

<sup>214</sup> 村上梨紗、佐藤清香、赤松利恵、小島 唯、新保みさ、「食生活に影響を与えている食情報に基づくクラスターの主食・主菜・副菜のそろうた食事の頻度とヘルスリテラシー」、栄養学雑誌、83巻、No.4、pp.151-159 (2025)

## 7-2. デジタルによる情報提供・サービス提供のアクセシビリティ

### (1) 地方における医療アクセスの現状

伊東市に小さなマンションを持っている。住人は定住者とリゾート利用が半々だ。30年ほど前に建てられたものだが、このところ特に定住者の高齢化が目立っていた。備品として車いすが欲しい、シニアカーを常備できないか、などの要望が寄せられるようになっていた。この自治会の理事長はまめな方で、住民の要望を聞きながら、介護保険や防災などの勉強会、クリスマスパーティの企画などを通して、コミュニティの維持に尽力していた。しかし彼はこの冬、千葉の親戚宅に突然引っ越してしまったのだ。理由は妻の病気である。

妻は数か月前に急性白血病で倒れ、伊東市内の病院まで夫が車で連れて行っていた。この場所から病院までは、空いていれば車で片道30分だが、混むと1時間近くかかる。家から地下の駐車場までの移動、病院の駐車場からの移動などに時間と労力をとられ、検査や治療の時間を入れると、ほぼ一日がつぶれてしまう。そろそろ免許返納を考えていた80代の夫は、体力も気力も限界に達してしまった。

家事のほとんどを妻に依存していた男性にとっては、家事と介護の両方が突然降ってくることは晴天の霹靂となる。特にこの地区では一軒だけあったスーパーが秋に撤退し、日用品の買い物にも事欠く状態であった。医療も、近くにはクリニックが一つあるだけで、何かあれば伊東市内の病院まで車で行くのが常であった。バスだと乗り継いで片道1時間半と1000円以上かかり、一日に4本しかない。さらに頼みの綱の伊東市内の病院も撤退が増えていた。100年続いた療養系病院が21年に院長の逝去で閉館して以来、終末期医療を専門で行う病院はなくなった。リハビリ系の専門医も少ない。残る伊東市民病院は患者が集中し、常に混んでいる。またここは一般的なガンは診るが、急性白血病などの入院や治療は行っていないため、指定の基幹病院へはさらに1時間以上かかるのだ。

老年期において、医療と日用品購入へのアクセシビリティが弱めることは、生きていく気力とQOLの低下に直結する。もちろんこの地区にも訪問看護・介護・リハビリの仕組みはあるのだが、その制度で家の環境を整えるまでにも、時間はかかる。海一望の温泉付きのマンションで、夏は涼しく冬は暖かい。高齢期の家としては理想的な場所だ。30年以上暮らし、コミュニティを育ててきた夫婦は、できればここで最期までと、思っていたはずだ。専門医が遠いなど医療へのアクセスが問題で、遠くの親戚宅に移ることになったのは本意ではなかったと思う。

しかしこれは高齢化の進む日本では、全国で起きている事例なのである。高齢化に伴い免許を手放す人が増える一方で、路線バスなど公共交通機関は減り続けている。高齢過疎化の進む地方の住民は、医療へのアクセスを確保できない状態になっている。交通などモビリティの改善が見込めない以上、医療へのアクセスは、オンライン診療などのデジタルによる情報提供・サービス提供が必須の時代になったのである。だがそれは、地域に暮らす高齢者にとって、使いやすさのものなのだろうか？

## (2)医療格差を減らすオンライン診療のアクセシビリティ

### ①普及率の「数字」と「体感」の乖離

このように地方における医療過疎、高齢者のモビリティ低下などによる医療へのアクセシビリティ欠如を防ぐため、オンライン診療が期待されている。これまで、CLINICS、curon、SOKUYAKUと言ったアプリ系のシステムや、もっと簡便な Line ドクターなどが存在していた。しかしこのところ業界内の動きが大きい。最大手だった CLINICS は 2026 年に melmo に名称変更し、歯科などを含む総合オンライン診療を掲げている。また使いやすさで人気だった LINE ドクターは 25 年 9 月に終了してしまった。

2026 年 1 月現在、日本のオンライン診療の普及率は、患者ベースで約 10%、医療機関の導入率で約 15%～18%とされている<sup>215</sup>。これは、90%の医療機関が対応しているという欧米各国や中国と比べても格段に低い。melmo のサイトに拠れば、これらのサービスは、都会に住む 30 代から 50 代のビジネスパーソンや子育て世代を主なターゲットとしているようだ。ウィークデイは業務で忙しく通院の時間が取れない、また週末は病院が休みなので病院へ行けないという層にとって、オンライン診療は大きな助けになっており、これ自体は良いことである。

図表 114 オンライン診療・服薬指導のうれしいポイント



資料出所：melmo サイト <https://melmo-app.com/>

melmo の基本的な機能としては、オンライン診療とオンライン服薬指導が挙げられる。

#### 【オンライン診療の流れ】

1. 病院・診療所を検索する
2. 予約日時や問診を入力して予約を完了させる
3. 予約日時にオンライン診療を開始する  
melmo アプリを立ち上げカメラと音声オンにして待つ。
5. 時間になると医師が入室してくるので会話を始める。服薬指導を希望する場合は伝え

<sup>215</sup> 【2025 年度版】オンライン診療の現状と導入メリット（ユヤマ）

<https://www.yuyama.co.jp/column/clinic/clinic-online/>（2026 年 2 月 12 日アクセス）

る。

- 6.診療が終了すると、クリニック側で処方箋データをアップロードし、決済金額と 1000 円のオンライン診療費をプラスした費用を提示するので、利用者が登録済みのクレジットカードで決済終了。

#### 【オンライン服薬指導の流れ】

- 1.オンライン診療後、医師が処方箋をアップするとアプリに通知が来る。この後、薬局を検索する
- 2.調剤薬局を選択後、その薬局のオンライン服薬指導メニューを選択し情報を入力する。  
対象者、処方箋、希望日時、問診など
- 3.希望日時にオンライン服薬指導を開始する  
通知が来たらアプリを開いて待つ。
- 4.指導終了後、薬剤費と服薬指導費 1000 円を追加した金額が提示されるのでカードで決済する。
- 5.薬の受け取り方法は多岐にわたる。基本は登録住所へ配送だが、自宅近くの薬局で受け取ることも可能。また、処方箋そのものも、自宅へ郵送するケース、薬局へ FAX するケースなど、さまざまなパターンがある。

なお、オンライン服薬指導は、アイン薬局、日本調剤など、多くの薬局チェーンが独自のシステムを立ち上げており、システム使用料がかからないところもある。電子処方箋の蓄積や電子お薬手帳による一元管理により、多剤併用の害を避けられるなどのメリットも大きいですが、乱立している印象もある。

このようにオンライン診療、オンライン服薬指導は、費用は掛かっても利便性の高いものではあるが、未だに普及しているとは言い難い。特に地方在住の利用者の体感では、オンライン診療の普及率は先述の 10%より遥かに低い。多くの患者が melmo 等のアプリで検索しても、「市内に一軒しかない」「この市では全く登録されていない」といった検索結果に直面する。このギャップの正体は、多くの病院が新規患者をアプリから募集せず、既存のかかりつけ患者にのみ限定して URL を発行する「クローズド運用」を行っているためだ。統計上の 10%は、主に「特定の薬（ピルや AGA、向精神薬等）を全国に送る特化型クリニック」「美容医療」と、こうした「見えない再診」によって支えられているのである。その結果、多くのオンライン診療が、最もニーズのある医療過疎地の高齢者に対し、医療アクセスを提供するものとなっていないことは課題である。

#### ②地域・年齢による「医療難民」の発生

オンライン診療の普及を阻むアクセシビリティの要因はいくつかあるが、代表的なものを挙げてみる。

### a)通信環境とデバイスの問題（Wi-Fi 格差）

高齢者の自宅に Wi-Fi 環境がないケース、または 4G/5G の電波が不安定な場所では、ビデオ通話の品質が著しく低下する。医療における音声・画像の遅延は誤診のリスクを高めるため、患者・医師双方にとっての障壁となっている。また PC やタブレットのないケースも多く、小さなスマホ画面ではアプリ操作が難しい。医師の見たいところがちゃんと見せられないといった課題もある。

### b)初期設定の困難さ

かかりつけ医でオンライン診療を行っている受付で聞いたので、待合室でインストールしてみた。初期段階でのインストールや、氏名、住所などのアカウント登録はさほど難しくはないのだが、その状態で医師から「同意書」に署名することが求められた。内容としては、オンライン診療には利益も不利益もあるため、それを納得した上で利用することや、機器や通信費用の患者負担、セキュリティやデータ開示。録画の禁止などである。これをまず交わさないと、かかりつけ医であってもオンライン診療には入れない。また実際にオンライン診療が始まった場合、診療の際にクレジットカードやマイナ保険証等のアップロードといった一連の作業が必要であり、ここで挫折する高齢者が多いのであまり勧めていないとの説明だった。実際、全てがスマホからの入力なので、あまりアクセシブルとはいえない。地方に住む独居高齢者など、ニーズの多い層ほど、この最初の関門が突破できず、オンライン診療へのアクセスを難しくしていると思われる。

### c)制度上の処方制限とコスト

オンライン診療の費用はこれまでは医院ごとの設定だったため割高に感じることも多かった。だが、例えば melmo は、オンライン診療費を 1000 円、オンライン服薬指導を 1000 円と決めている。これらは対面では不要な金額なので、これまで通っていた患者にとっては負担に感じる可能性がある。また初診では処方できる薬に制限があること、また薬の配送料が患者の追加負担になる上、届くのに時間がかかることなども、対面診療と比較した際の「心理的・経済的アクセシビリティ」を下げる要因となっている。

アクセシビリティの格差は、2025 年 6 月の LINE ドクターの終了により少し大きくなったともいえる<sup>216</sup>。メールは使えない、Web アプリは難しいという高齢者でも、LINE ならなんとか使えるという人は多い。しかし、その高齢者にとって最も操作が容易だった LINE ドクターの撤退により、高齢者はどれかアプリを入れる必要が出てきたのである。

その結果、「たくさんあるアプリのどれが自分にあうかわからない」「専用アプリのインストールが難しい」という壁に直面している。自分のかかりつけ医やかかりつけ薬局がどのアプリ

---

<sup>216</sup> 「LINE ドクター」サービス終了のお知らせ

<https://www.lycorp.co.jp/ja/news/release/016530/> (2026 年 2 月 12 日アクセス)

に登録しているかどうかは、アクセスしないとわからない。登録されていない場合、自分の地域で新たに適切な病院を探せなければ、受診を諦めるしかない。そもそも地方の医院自体が高齢化しており、院長やスタッフがオンライン診療に対応することに抵抗がある。医師側も患者側も高齢化している地域では、アプリやサイトのアクセシビリティやユーザビリティの欠如が、オンライン診療の普及を妨げ、結果として医療へのアクセスを阻んでしまうのである。筆者の場合、医院はオンライン診療で melmo に登録していたが、薬局に関しては近所の調剤薬局は一切登録がなく、駅前のドラッグストアのみであった。

### (3)2026 年 4 月施行：改正医療法の内容と変革

この状況を改善するため、2026 年 1 月 26 日の厚生労働省社会保障審議会医療部会において、「改正医療法」が決定された<sup>217</sup>。2026 年 4 月から施行される予定である。これにより、オンライン診療を、都市の若年層利用中心の現状を広げ、地方における多様なユーザーに医療を届けるインフラにすることが期待されている。本来、オンライン診療は、患者が遠くまで時間とお金をかけて病院にアクセスすることを減らすと同時に、医療側にもメリットのあるものであった。医師が遠くまで往診するための時間やワークロードを減らすなど、もともと少ない地方の医療資源を適切に活用することを可能にするものである。災害時や困難な事例にもオンラインでつなぐことで、遠隔からの専門医などの適切な助言を可能にすることもできる。今回の改正では、その本来的な目的を明確にするための手立てを講じている。主な改正点は CLIUS クリニック開業マガジンによると、以下の通りである<sup>218</sup>。

- ①医療法に「オンライン診療」が定義づけられた
- ②オンライン診療をおこなう医療機関はその旨を届け出る必要があると定められた
- ③従来の指針（ガイドライン）に代わって、法的拘束力を持つ「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）によって運用されることになった
- ④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」が定義されることになった。なお、医療機関ではなくても設置は可能である<sup>219</sup>

#### ①「場所」の解放：オンライン診療受診施設の創設

これまでは主に「病院・診療所・介護施設・自宅・職場・学校」などからの受診しか認められていなかったが、全国に展開されている郵便局や、公民館、移動車両(医療 MaaS)なども、「オンライン診療受診施設」として行政に届け出ることでオンライン診療が可能となった。またユーザーの利便性を考え、駅ナカやコンビニなどでの受診も可能となっている。このような場所からのア

<sup>217</sup> 第 124 回 社会保障審議会 医療部会（2026 年 1 月 26 日開催）資料 1

<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/001642125.pdf>（2026 年 2 月 12 日アクセス）

<sup>218</sup> CLIUS クリニック開業マガジン オンライン診療の施設基準を完全攻略

<https://clius.jp/mag/2026/01/30/clinic-latest-online/>（2026 年 2 月 12 日アクセス）

クセスは、郵便局員やコンビニ店員などの支援が受けやすく、高齢者には安心である。また、高齢者の自宅に Wifi がない、スマホではアクセスが難しいといった「通信環境やデバイスの問題」の解決にも役立っている。自宅にいる場合のように、一人で通信環境を整え、つないで、アクセスする、という一連の作業を行う必要がなく、

場合によっては近くにいるスタッフの助けを求めめることも可能である。なお、薬局でオンライン診療が受けられるかに関しては、医薬分業の観点から反対も多く、26年2月の段階では見送られている。無医地区で申請があった場合のみを例外的に認める程度である。<sup>220</sup>

現在、実証実験を踏まえ、以下のような場所でのオンライン診療が行われている。

#### a) 東京都・JR 西国分寺駅「スマート健康ステーション」

乗り換え客の多い西国分寺駅で2022年4月より実証実験が行われ、好評であった。その後、阿佐ヶ谷駅（東京）、東京駅（東京）、上野駅（東京）、仙台駅（宮城）、西千葉駅（千葉）、鶴見駅（神奈川）でも同様に、2023年以降ブースが設置されている。改札内やプラットフォーム上に設置されたものもあり、オンラインと対面での診察を併用しているところ、専用ブースから医師につながるところ、家からのオンライン診療を行っているところ、時間外や休日診療だけオンラインにしているところなど、運用形態はさまざまである。PHRの拠点化を目指す阿佐ヶ谷駅、インバウンド客へのサービス向上を目指す東京駅、ロッカーでの薬の受け取りを可能とする上野駅など、多彩な取り組みが行われており、今後は、駅を「交通の拠点」から「暮らしのプラットフォーム」にするための一環として、オンライン診療ブースの設置を進めている<sup>221</sup>。

#### b) ホテルでインバウンド観光客向けオンライン診療実証実験 東京都 八丈ビューホテル

上記の東京駅と同様、インバウンド客を想定して多言語対応を行っており、ユニバーサルデザインに配慮している。八丈島のような僻地、離島においては、オンラインでの診療はニーズが高い。「TytoCare」というビデオ通話型のオンライン診療システムを用いるが、これは患者の聴診音・咽頭画像・鼓膜画像などのバイタルデータ取得・共有機能が一体となった医療機器で、海外ではすでに30カ国以上で展開されている。成田国際クリニックなど、遠隔地にいる医師が、客室の宿泊客が操作する多言語のシステムを通じて、聴診音を聞いたり、咽頭や鼓膜の状態を確認したりすることが可能という<sup>222</sup>。

#### c) 「郵便局でのオンライン診療・オンライン服薬指導」に関する実証事業 山口県 柳井市

<sup>220</sup> m3.com 保険薬局内でのオンライン診療、日医「あり得ない」

<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1313467>

<sup>221</sup> JR 東日本ニュース 駅を起点としたスマート健康ステーションの展開

[https://www.jreast.co.jp/press/2023/20231107\\_ho01.pdf](https://www.jreast.co.jp/press/2023/20231107_ho01.pdf)

<sup>222</sup> Sompo ニュース 八丈島にて、「TytoCare」によるインバウンド観光客向け多言語オンライン診療サービスの実証実験を開始 <https://lightvortex.com/news/Tyto202507>

## 平郡島

「離島における医療へのアクセシビリティの確保」をテーマに、24年9月より離島における郵便局の空きスペースを活用したオンライン診療・服薬指導の実証事業を山口県柳井市平郡島で実施したものである。平郡島は21年から無医村となり、週一回本土から医師が対面で訪れていた。ここでは島内の平郡郵便局にブースを設置し、周東総合病院、やない薬局をそれぞれつなぎ、オンラインによる診療・服薬指導、処方薬配送まで一気通貫の医療サービスを提供した。これまで行っていた週一回水曜の対面診療に加え、週1回月曜のオンライン診療と週二回の服薬指導を行っている<sup>223</sup>。

### ②検索性の改善：自治体による施設リスト公表

2026年1月の改正で、「アプリで検索しても自分の地域の医療機関が見つからない」問題への解決策として、都道府県による「対応医療機関・施設リスト」の公表義務化が盛り込まれた。民間アプリの加盟状況に関わらず、地域の全選択肢を公的ポータルから確認できるようになる。これにより、アプリごとに検索しないと自分の地域や受診科目に該当する医院が探せなかった課題は、解消される予定である。このポータルには医療機関だけでなく、介護施設や今回認定された郵便局などの幅広い「オンライン診療受診施設」も含まれるため、地域での探しやすさ、アクセスしやすさが向上することが見込まれている。

また、都道府県への届け出が義務化されることにより、美容医療などの自由診療分野における不適切な医療が見つかった場合、自治体側から指導することが可能となる。具体的には、オンライン診療のルール（施設基準や診療指針）に違反する医療機関に対し、指導や改善命令、施設基準の取り消し等の対応を行うことが明記された<sup>224</sup>。

このように自治体側の責任を明確化したことにより、オンライン診療を地域医療DX推進の一環として、地域医療構想へ組み込む方針が明示されたといえる。

### (4)最新事例：オンライン診療の最前線

2026年、郵便局や移動車両を活用した事例は、法改正を追い風に「日常の風景」へと変わりつつある。

#### ①郵便局ソリューションの進化

先述した広島県柳井町平群島のオンライン診療プロジェクトを指揮したのは、山口県立へき地

---

<sup>223</sup> 山口県柳井市平郡島における郵便局でのオンライン診療・オンライン服薬指導に関する実証事業

[https://www.soumu.go.jp/main\\_content/001009030.pdf](https://www.soumu.go.jp/main_content/001009030.pdf)

<sup>224</sup> GemMed オンライン診療を2026年4月から医療法に位置づけ、不適切事例には指導や立ち入り検査等で是正を求める—社保審・医療部会

<https://gemmed.ghc-j.com/?p=72620> (2026年2月12日アクセス)

医療センターの原田昌範医師である。山口県には有人離島が 21 あるが、彼は中でも無医村となった島を中心にオンライン診療をそれらの島にも広げてきた。対面を減らしてオンラインに切り替えるという引き算ではなく、対面にオンラインを追加するという足し算の発想で住民を説得すれば、受け入れてもらいやすいという。そのようにして、平郡島を皮切りに、5つの拠点を結ぶ新たな診療ネットワークとクラウド型電子カルテシステムを提案している。

図表 115 離島へき地におけるオンライン診療について

⑩ 周東総合病院に県内2番目の「へき地医療支援センター」

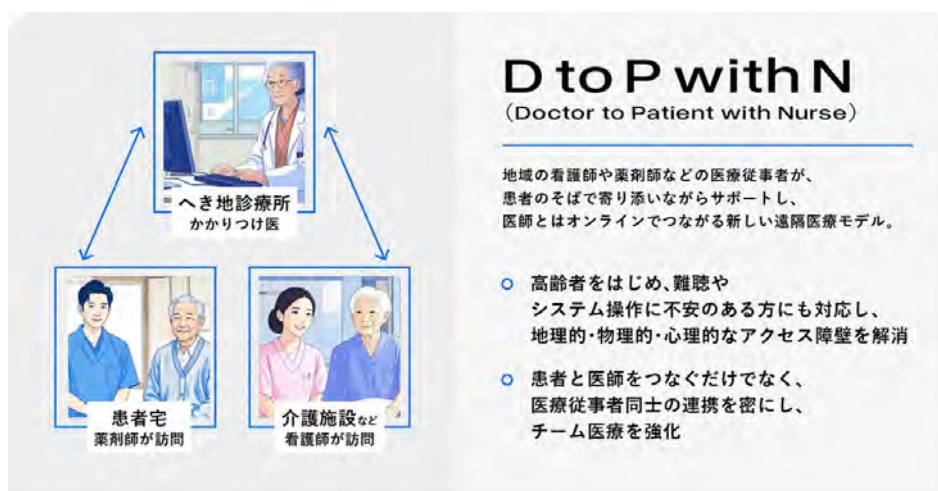


クラウド型電子カルテをへき地診療所とへき地医療拠点病院に導入。診療情報をリアルタイムで共有し、医師不在日にもオンライン診療ができる体制を構築。<sup>20</sup>  
山口県立総合医療センターへき地医療支援センター 原田昌範

資料出所：厚生労働省「第 10 回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会（2025 年 9 月 29 日）」資料 4 離島へき地におけるオンライン診療について  
<https://www.wic-net.com/material/static/00021864/00021864.pdf>

また、改正医療法でも提案されていた「D to P with N」の仕組みの重要性を説いている。それは認知症や難聴の高齢者、ICT に強くない高齢者にとっても、顔なじみのナースがそばにいて機器や通信環境をセットし、ドクターをつなぐ役割をしてくれたら、それぞれが安心できるからだ。ICT のアクセシビリティの課題を人間が解決する仕組みである。山口県の事例は、今後、日本国内各地で共有されるべき知見であると思う。

図表 116 へき地からはじまる「日本の医療改革」 遠隔診療が拓く未来を医師が語る



資料出所：地域共創メディア ルミアーチ「へき地からはじまる『日本の医療改革』遠隔診療が拓く未来を医師が語る」[https://lumiarch.ntt-east.co.jp/articles/202511\\_enkakuiryu/](https://lumiarch.ntt-east.co.jp/articles/202511_enkakuiryu/)

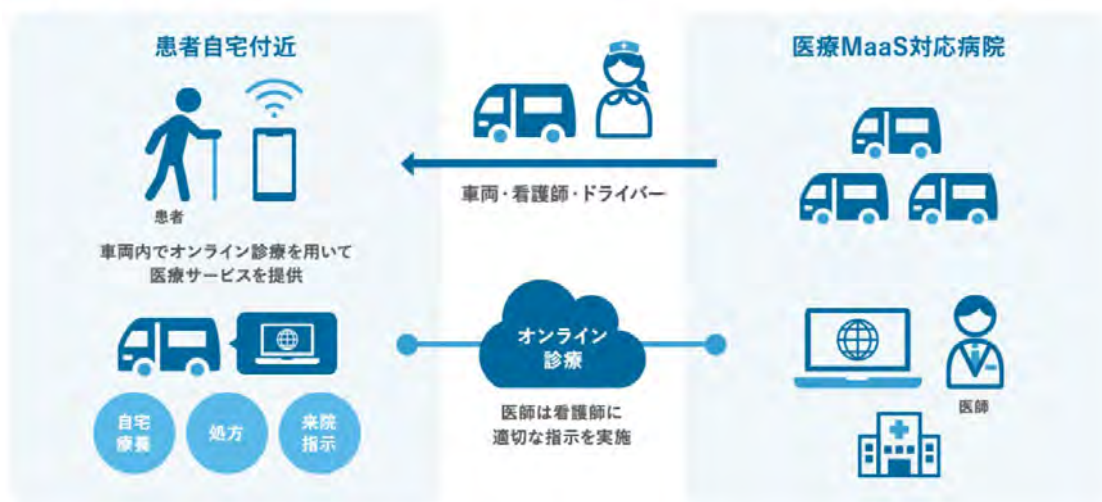
## ②医療 MaaS：病院がやって来る「移動診察室」

病院への移動手段がない高齢者に対し、看護師同乗のオンライン診療用車両を患者の近くまで派遣するという医療 MaaS（マース：Mobility as a Service）も、今回の改正でより身近なものになりそうだ。

MONET Technologies（ソフトバンク・トヨタ合弁）が提供する車両は、それ自体が強固な通信回線と医療機器を備えている。2019年に伊那市で実証実験が開始されて以来、日本各地で導入されている。車だが、患者自身を病院へ搬送するという救急車的な使い方はメインではない。むしろ、病院の医療機能を地域に届けるという考え方である。遠隔の医師とオンラインでつなぎ、看護師が重要な部位の画像などを適切に送ったり、患者が医師と会話するのを支援したりする。動く診察室として、患者のそばまで行ける点は移動に困難のある地方の高齢者にとっては、大変有難い仕組みとなる。患者宅のそばまで行くモデル、公民館などで待機するモデルなど、いくつかのモデルが提示されている。またマルチプラットフォームとして、行政サービスを車内で行える行政 MaaS、特定健診が行える保健指導 MaaS、妊産婦特化 MaaS など、各地で独自の取り組みが行われている。

図表 117 MONET Technologies 「医療 MaaS の取り組み」

医療モビリティを呼ぶモデル



資料出所：MONET Technologies 「医療 MaaS の取り組み」

<https://www.monet-technologies.com/solution/healthcare>

(5) 今後の課題と将来方向：情報の断絶をどう埋めるか

2026 年以降、オンライン診療が高齢社会日本で普及するためには、「情報の統合」と「アクセシビリティの徹底」が必要である。

①官民一体の検索プラットフォーム

現在、melmo (旧 CLINICS)、curon (クロン)、SOKUYAKU (ソクヤク) といった各アプリは自社の加盟病院。薬局しか表示しない。今後の 改正医療法に基づき、自治体が管理する「受診可能な場所 (郵便局等)」と「対応医療機関」を横断的に検索できる「公的ポータルマップ」の整備が急務である。できれば医療 MaaS の車両がいつ来るか、といった情報も、地域で検索できるようになると利便性が増す。また自分がどの科を受診するべきかがわからない人のために、いったん相談窓口につながり、そこでディスパッチして適切な医療機関へつないでくれるようなコンシェルジュ機能、コーディネーター機能も、今後は AI で可能になることが望まれる。

②アプリの使いやすさの追求

マイナンバーカードの健康保険証利用が「義務化に近い標準」となったことで、アプリの登録作業を簡素化する取り組みは、各社で行われている。例えば melmo は、マイナンバーカードをかざしたり、受付の QR コードを読み込むだけで受付が終了する「チェックイン機能」を提供している。今後はオンライン診療でも使える可能性が高い。SOKUYAKU では、薬の受け取りに関する部分の UI/UX の改善にこだわり、ツルハドラッグなどの薬局と連携して、最短一時間で薬を受け取れる仕組みを提供している。

今後はプラットフォームが整備されるに従い、アプリの使い勝手やアクセシビリティが、利用者の獲得を大きく左右すると思われる。

## (6)結論：アクセシビリティは「場所」と「人」で完成する

日本のオンライン診療は、2026年の医療法改正によって法的根拠を得、ようやく利便性と信頼性の高いインフラへと進化しつつある。

さまざまな地域、年齢、環境にある人々が、医療にアクセスする権利を失わないためには、モビリティと情報のアクセシビリティが重要であることがわかっている。キーワードは「場所」と「人」である。患者が病院へアクセスしにくいのであれば、オンラインで病院へアクセスできる場所を増やせばいい。家から、介護施設から、そして郵便局や移動車両で、病院にアクセスする「場所」を増やせばいいのだ。そしてもっとも重要なのは、つないでくれる「人」である。柳井市の取り組みでわかるように、在宅の患者のそばには看護師などサポーターがついて、せめて最初のアクセスを支援してくれることが重要なのである。オンライン診療での DtoP with N (Doctor to Patient with Nurse) の仕組みの重要性を痛感する。医療 MaaS においても、その車に看護師が乗っていることの安心感は計り知れない。24年から離島、へき地、中山間地域だけでなく、各地の病院において、遠隔での死亡診断が可能になった。現地における看護師と遠隔地の医師とのやり取りによる死亡診断のプロセスが、オンライン診療の実現に寄与した部分もあると思われる。

無医地区の増加、地方の医師の高齢化、地域の公共交通削減によるモビリティの低下、住民の高齢化、免許返納による移動の困難増大など、地域の高齢過疎、医療過疎、交通過疎は、全国でこれからますます共通の課題となっていく。それをカバーするためにも、オンライン診療、オンライン服薬指導が、各地域でごく自然に使われる仕組みとなることが望まれる。そしてそれが使われるためには、最初から、高齢者や障害者に使える(アクセシブルで)、使いやすい(ユーザブルな)ものとしてデザインされることが大前提だ。電子処方箋、電子お薬手帳が、ユーザーの視点に立って、アクセシブルで使いやすいものとして普及し、そのデータの蓄積が、PHR(パーソナルヘルスレコード)として普及することを期待する。今はまだ始まったばかりのオンライン診療、オンライン服薬指導という制度が、世界最高齢国家である日本で正しく広まり、あらゆる年代の未来の市民すべての、健康とウェルビーイングに貢献することを願うものである。

## 8. 先進的な取り組み事例

### 8-1. データでつなぐ札幌市スマートシティ構想<sup>225</sup>

デジタルを活用し、都市や地域の抱える課題の解決や新たな価値の創出を目指すスマートシティへの取り組みは、日本においても多くの自治体が行っている。少子高齢化による人口減少やそれに伴う経済規模の縮小、膨大な積雪に対する雪対策、災害への対策など、様々な都市課題が複合的に存在している札幌市では、2017年3月に「札幌市 ICT 活用戦略」を策定し、まちづくりにおける ICT 活用を進めてきた。2020年3月には、ICT を取り巻く環境の変化などを踏まえた戦略の見直しを行い、2024年3月に2031年度までの8年間を計画期間とした「第2次札幌市 ICT 活用戦略<sup>226</sup>」を公表している。札幌市では、まちづくりにおいて IoT などの新しい技術や官民のデータの活用を積極的に進めることで、スマートシティ実現に向けた取り組みを加速している。

また、国は、デジタルを活用した地域課題解決や魅力向上の実現に向けた自治体の取り組みに対して、「デジタル田園都市国家構想交付金」を交付している。この交付金は、デジタル田園都市国家構想の実現による地方の社会課題解決・魅力向上の取組を加速化・深化する観点から、地方公共団体の意欲的な取り組みを支援するもので、札幌市は、「イノベーション・プロジェクト」の推進のためデジタル田園都市国家構想交付金（令和4年度第2次補正予算）に応募し、「デジタル実装 TYPE2」に採択されている。札幌市スマートシティ推進協議会では、札幌市の作成したデジタル田園都市国家構想交付金実施計画に基づく事業を、会員相互に連携を図りながら協力し、優れた成果を達成することを目的に活動を行っている。

#### (1) 「札幌市 ICT 活用プラットフォーム」による官民データの協調利用

人口減少社会の中、持続的な経済発展や効率的な行政運営を推進し、これらの都市課題を解決していくためには、ICT やデータを最大限に活用していくことが重要であるとの認識から、札幌市 ICT 活用戦略では、官民データの活用推進による産業振興・生活利便性向上を目的として、官民データを協調利用するためのデータ連携基盤である「札幌市 ICT 活用プラットフォーム<sup>227</sup>」を構築し、官民が保有する様々なデータを協調して活用できる環境を整備している。これにより、市民生活の利便性向上や、新たなサービス創出による経済の活性化、行政保有データの活用が容易になることによる行政の信頼性や透明性の向上にもつなげていく。この連携基盤では、官民データを単に収集・管理する機能だけでなく、イノベーション創出の契機となるよう、民間事業者や大学・研究機関、市民等が取り組むデータ活用を促進するための窓口機能も持っており、

---

<sup>225</sup> 2026年2月10日に実施した札幌市デジタル戦略推進局スマートシティ推進部デジタル企画課 地域 DX 推進担当係長 佐藤史弥氏、札幌市デジタル戦略推進局スマートシティ推進部デジタル企画課 地域 DX 推進担当係長 高橋優介氏へのヒアリング及び各種資料により作成。

<sup>226</sup> 「第2次札幌市 ICT 活用戦略」の詳細は、以下を参照のこと。

[https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ictplan/plan/documents/01\\_ictplan.pdf](https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ictplan/plan/documents/01_ictplan.pdf)

<sup>227</sup> 札幌市 ICT 活用プラットフォームの詳細は、以下を参照のこと。 <https://data.pf-sapporo.jp/>

以下の2つのコンテンツで構成されている<sup>228</sup>。

- (1) データカタログ

行政が保有するデータを検索したり、ダウンロードしたりすることができるカタログサービス。ダウンロードしたデータは、付与されているライセンス条件に沿って、誰でも閲覧し、活用することができる。

- (2) さっぽろ圏データ取引市場

民間企業が保有するデータをカタログとして掲載しており、データ取得希望者は、有償または無償で直接取引することが可能となっている。

現在、データカタログには、防災、人口、交通、保健福祉など多岐にわたるデータが掲載されている。具体的にどのデータがどれくらい閲覧されているかもランキング形式で公表している。ランキングは、日々変化しており、最近の人気データは、大雪の影響もあったことで、市内の気象観測記録などの天気関係データが首位となったこともある。

閲覧数が多くなると予想していなかったデータが、ランキングで上位になることもある。例えば、「食品営業の許可施設一覧」のデータは、毎月必ず上位に入ってきている。これは、グルメサイトを運営している事業者の方が、新店舗の情報を得るために活用しているとのことであった。このデータが札幌市 ICT 活用プラットフォームで公開される以前は、保健所に「今月の新店情報を送ってほしい」という問い合わせが電話で入っており、保健所は都度対応を行う必要があった。オープンデータ化したことで、データ提供側にもメリットが生まれている。

札幌市の認定路線（道路地図）のデータも閲覧数が多いデータとなっているが、道路状況を把握したい事業者の方が多く見ているのではないかと推測している。

関心が高いグループでは、「保健・福祉」はある。これは、AED の設置場所一覧や、環境衛生関係の施設一覧、国民健康保険の統計データなどが公開されている。市内の疫病に関するデータについても、手足口病の報告数や保健所が持っているインフルエンザやコロナウイルスの履歴データなども公開している。以前はコロナ関係のアクセス数が相当高かったが、最近は落ち着いてきている。

---

<sup>228</sup> 「札幌市 ICT 活用プラットフォーム DATA-SMART CITY SAPPORO」について [https://data.pf-sapporo.jp/about\\_site/](https://data.pf-sapporo.jp/about_site/)

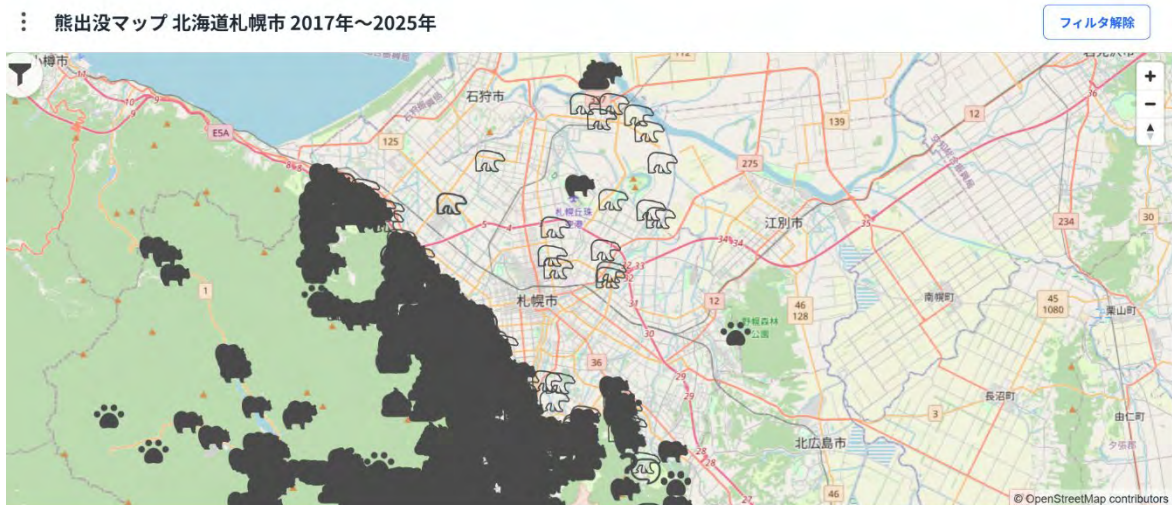
図表 118 アクセスランキング (2026年2月25日)



資料出所：札幌市 ICT 活用プラットフォーム <https://data.pf-sapporo.jp/>

データ自体を公開するだけでなく、データの可視化にも取り組んでおり、「データ活用アイデア」として掲載している。札幌市ではオープンデータの相互運用性の向上を目的として一部データについては LOD 形式で公開しており、このオープンデータを用いて、民間企業や市民から様々なサービスやアプリのアイデアが生み出されている。そのひとつに「熊出没マップ」がある。札幌市内の熊出没情報についての過去 8~9 年分のデータを地図上にマッピングしたもので、黒い熊は、実際に目撃された場所、白い熊は、確定はしていないが熊らしいものが目撃された場所となっている。このマップは行政が作成したものではなく、公開しているオープンデータを活用して市民の方が作成したサイトである。「オープンデータを使えばこんなことができる」という一例として、データ活用アイデアに掲載している。データは数字だけで見てもなかなかわかりにくい部分もあるが、このように可視化することで理解しやすい形でのデータ公開につながっている。

図表 119 熊出没マップ



資料出所：札幌市 ICT 活用プラットフォーム <https://data.pf-sapporo.jp/>

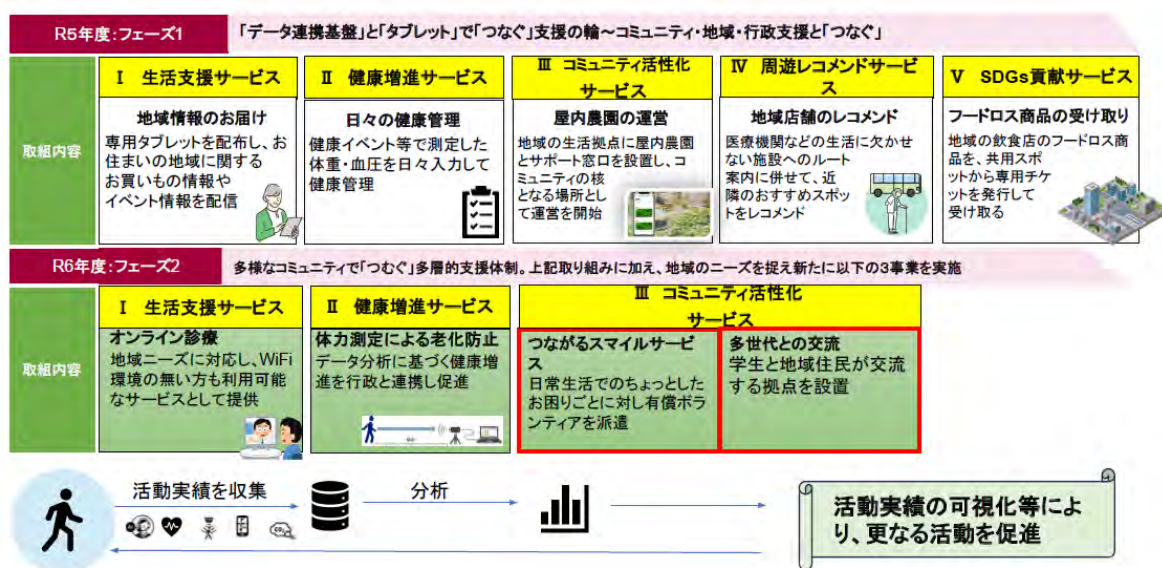
## (2) 「新・さっぽろモデル事業」

スマートシティの推進には、行政だけでなく、企業などの民間組織との連携が欠かせない。札幌市では、2023年5月30日に民間事業者10社<sup>229</sup>との協業により「札幌市スマートシティ推進協議会<sup>230</sup>」を設立し、2024年2月28日から開始した「新・さっぽろモデル事業<sup>231</sup>」は、地域コミュニティをデジタルでつなぎ、地域課題の解決を目指すもので、厚別区もみじ台・青葉エリアを対象に、タブレット・スマホを通じて生活支援や健康増進、コミュニティ活性化などのサービスを提供している。国のデジタル田園都市国家構想交付金を活用した事業であり、運営者は札幌市スマートシティ推進協議会となっている。

厚別区もみじ台・青葉エリアを対象とした背景には、厚別区の高齢化率が他の区に比較して高いことがある。特に、もみじ台・青葉エリアは札幌市営住宅などのニュータウンであり、同時期に一斉にこのエリアに移住してきた住民が高齢化している。駅から離れた高台にあることや5階建てだがエレベータのない建物であることから、親世代だけが残る傾向があり、新さっぽろ駅周辺は高齢化率40%程度であるが、もみじ台エリアに絞ると、さらに高く50%という状況であり、課題先進地域となっていることがある。

新・さっぽろモデル事業で展開しているサービスは、以下の通りである。

図表 120 新・さっぽろモデル事業でのサービス内容



資料出所：札幌市役所提供資料

<sup>229</sup> 2025年11月13日現在で、札幌市スマートシティ推進協議会の会員数は、札幌市を含めて13組織となっている。

<sup>230</sup> 札幌市スマートシティ推進協議会の詳細は、以下を参照のこと。

<https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ictplan/degitaldenentoshi/association.html>

<sup>231</sup> 新・さっぽろモデル事業の詳細は以下を参照のこと。

<https://www.city.sapporo.jp/kikaku/ictplan/degitaldenentoshi/shin-sapporomodel.html>

生活支援サービスとしては、LINE コミュニティ「もみ・あお LINE」にお友達登録することで、もみじ台地区・青葉地区に特化した地域のキーマンの取材記事、飲食店情報、地域のイベント、サークル情報などを受けとれる。70代、80代の住民でもLINEを使用している方は多く、現在の登録数は513名になっている。

2025年3月から新たに、オンライン診療が可能になり、スマートフォンを使って自宅から医師による診断を受けることができる。スマートフォンの操作に不安がある場合は、自宅のケーブルテレビを使って受診することもできるようになっている。

健康増進サービスでは、スマートフォンで体重、血圧を入力することで、健康管理に役立つアプリを配布している。地域の方同士で歩数を競い合うこともできる仕組みとなっている。また、6m歩行データをセンサーで取得し、分析結果に基づく健康増進施策を行政と連携して促進することも行っている。

コミュニティ活性化サービスでは、地域コミュニティの核となる場所づくりとして、屋内でLEDを使って野菜を育てる農園と本事業のサポート窓口を設置している。また、学生と地域住民の多世代交流拠点として、「でじ茶屋」という名称で、学生と連携して、スマホに関する相談会を実施しており、2025年度はこれまでに14回開催し、延べ人数で92名ほどが参加した。高齢者の方だけでなく、学生からも「地域の方と話す機会が持てて楽しかった」「相談者と一緒に調べながら解決できた」といった非常に前向きな感想をもらっている。

日常生活の困りごとをサポートする有償ボランティアの仕組みである「つながるスマイルサービス」も開始している。これは住民から「このようなサービスがあるとうれしい」ということで挙げてきたものである。開始にあたっては、「お手伝いしたい」というアクティブシニアを中心に募集したところ、募集定員の30名を超える45名が手を挙げてくれている。仕事を依頼するには、30分で600円の支払いが必要となるが、住民にとってはこの料金体系が少し高く感じるようで、依頼が増えてこないことが課題となっている。

### (3)今後の課題

「札幌市 ICT 活用プラットフォーム」に掲載するオープンデータについては、様々な分野のデータが掲載できるようにはなっているが、まだ十分とはいえない。各部署が所有するデータが既にデジタルになっていることが理想であるが、アナログ形式のまま保有されている情報も多い。このようなデータを、このプラットフォームに掲載するには、現状は、推進部署が粘り強く働きかける必要がある。

「こういうデータを公開してほしい」というニーズの汲み上げはこれからの課題であるが、北海道科学大学と連携してオープンデータを使ったアイデアソンの開催なども初めている。こうした取り組みを通じて、どのようなデータに可能性があるのかを探り、庁内のデータ収集に繋げていく。

「新・さっぽろモデル事業」については、札幌市スマートシティ推進協議会を運営主体として、官民連携で実施している。サービスとして実装した後は、それぞれの民間事業者がコストを負担しながら運営する形をとっている。国からの交付金も入ってはいるが、事業を継続・維持するための仕組みが必要となる。持続可能なビジネスモデルをいかに構築できるかという点は、今後の

課題となっている。

また、健康増進サービスでは、スーパーの店舗内に健康ステーションを設置し、健康に繋がるワンストップサービスを提供する民間事業者<sup>232</sup>と連携しているが、このデータ分析から体操やヨガに日々取り組んでいる方は、歩行年齢が実年齢より若く出る傾向とといったことが分かってきた。民間のデータに行政の持つ統計データを連携することで、健康づくりに活かせる施策検討の仕組み作りなども検討してきたいと考えている。

#### (4)考察：地域の壁を越えた連携の必要性

札幌市は、人口規模は東京、横浜、大阪、名古屋に次いで国内5番目となる大都市であるが、将来的な人口減少の見通しを踏まえ、都市・地域の課題解決にデジタルを活用し、官民連携で持続可能なまちづくりを目指している。その取り組みは、スマートシティを推進する多くの自治体の中でも、先進的な取り組みとなっている。

持続可能なビジネスモデルの構築はハードルの高い課題ではあるが、官民という枠組みや高齢者福祉という分野を越えることで新しい発想に結びつくこともある。例えば、多世代交流においては、大学生のボランティアを活用しているが、ボランティアを大学の単位と認めてもらう枠組みを作ることができれば、さらに活動に参加してくれる若い世代を獲得することができるかもしれない。また、有償ボランティアサービスでは、サービス運営を、高齢者福祉分野とは異なる既存組織に委託することで経費圧縮することや、高齢者の健康が維持できれば医療や介護の費用を軽減できる「先行投資」と考え、民間組織での自走だけでなく、経費の一部を公が負担するという柔軟な対応も可能かもしれない。

スマートシティ実現のための様々な工夫は、その自治体の中だけに埋もれさせてはいけない貴重な財産である。スマートシティに取り組む自治体間の連携も推進すべきといえる。札幌市では、周辺の11自治体からなる「札幌連携中枢都市圏」でのノウハウ共有の試みを開始しているとのことであるが、CIOクラスだけでなく、実務者レベルでも繋がり、さらに多くの自治体間で共有できる枠組み作りも急がれる。

---

<sup>232</sup> ホクノー健康ステーションの詳細は以下を参照のこと。<https://www.hokuno.com/pickup/>

## 8-2. 札幌市官民連携窓口「SAPPORO CO-CREATION GATE」<sup>233</sup>

札幌市では、人口減少局面への移行など、都市運営の前提条件が大きく変化している。2021年に人口が減少に転じて以降、2020年から2060年までの40年間で約38万人の減少が予測され、生産年齢人口の縮小も避けられない見通しとなっている。こうした人口構造の変容は、人手不足の深刻化や公共インフラ・交通の維持など、市民生活に関わる幅広い分野へ影響を及ぼすことが懸念される。

健康・医療福祉の観点では、冬季に外出機会が減少しやすい気候条件のもと、子どもの体力水準が全国平均を下回る傾向が指摘されているほか、健康寿命の延伸についても課題があるとされる。高齢化の進展に伴い在宅医療ニーズが増加する中、地域医療提供体制を持続可能な形で維持していくことは重要な検討課題となっている。

このように、課題が複合化し行政資源にも制約が生じる中で、行政のみで課題解決を図ることには限界があるとの認識が共有されつつある。そのため札幌市では、民間企業や大学、関係団体等との対話を通じて、それぞれの強みやリソースを持ち寄り、課題解決と新たな価値創出を目指す官民共創を推進している。こうした取り組みを具体的に進めるための受け皿として、札幌市は官民連携窓口「SAPPORO CO-CREATION GATE<sup>234</sup>」を設置し、提案の受付、庁内調整、事業組成支援、対話機会の創出などを担う体制を整備している。

### (1)官民連携・共創のフィールドとしての札幌市の特徴

官民連携を検討する上では、連携先となる都市の特性が、民間側の参画意義や社会実装の可能性を左右する。札幌市の現状を俯瞰すると、以下のような優位性を備えた実証フィールドであると位置づけられる。

第1に、札幌市は基礎自治体として国内でも人口規模が大きい都市の一つであり、多様な世代・生活スタイルを含む都市環境を有している点が特徴である。一定規模の人口を有することは、新たなサービスや技術の社会実装を行う際に、実際の利用シーンや利用者層を確保しやすく、検証結果の信頼性を高めることにつながる。また、都市部と郊外部の両方を抱える構造を持つことから、実証成果を他都市へ横展開する際の条件整理もしやすく、モデル都市としての可能性を備えている。

第2に、市域が広く、都市機能と自然環境が近接している点も札幌市の特徴として挙げられる。市街地から短時間で山間部や自然環境へアクセスできる地理的条件を持ち、都市生活と自然環境が共存する構造となっている。こうした環境は、移動手段の確保、観光振興、防災対策、環境保全など、多様な政策課題や実証テーマを同一エリア内で検討できる基盤となっており、分野横断的な取り組みを試行する上で有効な条件を備えている。

第3に、「雪」と人口規模の組み合わせは札幌市を特徴づける要素である。年間約5mの積雪が

<sup>233</sup> 2026年2月9日に実施した札幌市まちづくり政策局 政策企画部 公民・広域連合推進室 推進課 推進担当係長 松岡 伸氏へのヒアリング及び各種調査等により作成した。

<sup>234</sup> 官民連携窓口「SAPPORO CO-CREATION GATE」の詳細は以下を参照のこと。

<https://www4.city.sapporo.jp/scg/>

ありながら人口 100 万人規模を有する都市は多くなく、冬季の移動や除排雪、健康行動、インフラ維持といった都市運営上の課題への対応が日常的に求められている。一方で、こうした気候条件を逆に活かし、さっぽろ雪まつりに代表されるように「雪」を観光資源として国内外から多くの来訪者を集める取り組みも展開されている。これらの課題対応や利活用の経験は、寒冷地都市が直面する共通課題の解決モデルとして国内外への応用可能性を持つ。

第 4 に、JR や地下鉄といった公共交通基盤が整備され、市街地から短時間でスキー場などの観光拠点へアクセス可能であること、さらにさっぽろ雪まつりをはじめとする大規模イベント資源を有することなどから、都市としての利便性と観光・レジャーにおける体験価値が併存する環境が形成されている点も特徴である。こうした都市機能と観光資源の近接性は、来訪者の回遊性向上や観光サービスの高度化などの実証を行う上で有利な条件となるほか、国内外からの来訪者を対象とした実証や情報発信の場を確保しやすいという利点も持つ。また、観光、食、文化といった分野で高い評価を受けていることは、実証参加者や協力事業者の確保、取り組み成果の発信においても一定の効果を持つと考えられる。

第 5 に、IT 関連産業やスタートアップ企業の集積、さらには大学や専門学校が多く立地し若年層人口を一定数抱えている点も札幌市の特徴となっている。これにより、新たなサービスやビジネスモデルの実証に必要な人材や利用者層を確保しやすい環境が形成される。一方で、大学卒業後に首都圏へ人材が流出する傾向が続いていることは地域の課題でもあり、官民共創の取り組みが地域における雇用機会や新産業創出とどのように結びつき、若年層の定着につながるかが今後の重要な論点となり得る。

札幌市は人口規模、都市機能、自然環境、産業基盤、人材環境といった条件が一定程度そろっており、新たなサービスや技術の実証および社会実装を検討する上で比較的条件の整った都市のひとつといえる。

## (2)SAPPORO CO-CREATION GATE の位置づけと仕組み

札幌市の目指す官民共創では、地域・行政課題を民間へ共有し、民間事業者と札幌市役所が互いのコミュニケーション（対話）を通じ、それぞれが持つアイデアや知見・技術、ネットワーク等の資源を持ち寄りながら、地域・行政課題の課題解決や地域の発展に資する新たな価値を生み出すことを目指している。この取り組みは、公共サービスの質向上だけでなく、地域経済の活性化や民間企業にとっての事業機会の創出にもつながる可能性がある。行政と民間がそれぞれの強みを持ち寄る形で案件を組成していく点に、札幌市の運用上の特徴がみられる。

こうした官民連携を具体化するため、2024 年 7 月に開設されたのが、ワンストップ窓口「SAPPORO CO-CREATION GATE」であり、民間からの提案受付、庁内関係部署への接続、事業組成に向けた調整などが行われている。従来は提案先の特定や部局横断の調整が課題であったが、窓口一本化により相談や提案が行いやすくなる効果が期待されている。

図表 121 SAPPORO CO-CREATION GATE の役割



資料出所：札幌市提供資料

SAPPORO CO-CREATION GATE では、民間事業者からの「テーマ型」「フリー型」の 2 種類の提案を受け付ける連携窓口（ゲート）を設けており、提案受付から実現まで伴走支援を行っていく。テーマ型は、市が提示する課題に対しての提案となり、フリー型は、民間の自由な発想による提案となり、ポータルサイトを通じて常時受付が行われている。対話を通じて実現可能性を整理し、事業化を検討する運用が行われている。また、札幌市単独ではなく、近隣自治体を含む連携中枢都市圏の課題も対象とすることで、広域的な課題解決の検討も可能となっている。

図表 122 提案制度～官民連携の実現に向けたプロセス



資料出所：札幌市提供資料

ポータルサイトでは、提案受付だけでなく、地域・行政課題の発信、取り組み状況や事例紹介なども積極的に行われている。

札幌市役所と民間事業者の双方向のコミュニケーションを重視した対話の機会や交流のできる場づくりとして、SAPPORO CO-CREATION フォーラムも定期的に開催されている。フォーラムでは、有識者の講演、取り組み事例の紹介、アイデアワークショップ、個別相談会なども実施されている。

窓口開設から約1年半で多数の提案が寄せられ、実証実験からイベント共催まで幅広い内容で連携事例が生まれている。スポーツ、アウトドア、観光振興や地域活性化等に関する包括連携では、アウトドアに関する知見を持つ民間事業者であるコロンビアスポーツウェア<sup>235</sup>と、広大なフィールドや自然環境などの地域資源を持つ札幌市が連携することで、アウトドア体験スノーシューハイクや山岳救助隊へのウェア提供による安全啓発に関する共同PRなど、アウトドアスポーツ振興や観光振興、山岳地帯の安全安心な環境の保全につなげている。

### (3)ヘルスケア分野における連携事例

ヘルスケア分野でも、地域が抱える健康課題に対して、民間のアイデアや技術を柔軟に取り入れたいくつものプロジェクトが進んでいる。

在宅医療におけるオンライン診療の実証モデルづくり<sup>236</sup>は、札幌市保健福祉局ウェルネス推進部医療政策課が推進する事業で、民間の新しい技術やノウハウをより自由に取り入れるため、SAPPORO CO-CREATION GATEのテーマ型課題として提案を募集した。当該募集に提案があった複数の民間事業者と対話を経て、2025年度に実証設計の協力事業者を公募し、選ばれた民間事業者とともに、市内の医療機関へヒアリングを行いながら、実際の実証に向けた計画づくりが進められている。診療報酬の仕組みや機器を導入する際のコストといった課題はあるものの、実証を通じて医師の移動の負担を減らし、将来にわたって医療を安定して届けられる仕組みの検証が進んでいる。

札幌市では、冬間の運動不足や健康寿命をどう延ばしていくかが課題となっており、働く世代の健康習慣づくりにつながる連携も進んでいる。「さっぽろウェルネス★スタートプログラム<sup>237</sup>」では、協力企業・団体が実施する1~2か月間のお得な期間限定プログラムを通して、自分自身の健康に向き合い、健康づくりが習慣化するためのきっかけとなることを目指すものである。無理に運動しようと構えることなく、市民が普段利用する温浴施設などの民間施設を活用し、日常生活の中で自然に健康づくりができるような工夫が行われている。行政からのお知らせだけではなく、民間で提供されるサービスの楽しさを通じて、自然に生活習慣を変えてもらう試みといえる。

---

<sup>235</sup> コロンビアスポーツウェアの詳細は以下を参照のこと。

<https://www.columbiasports.co.jp/shop/pages/about.aspx>

<sup>236</sup> 在宅医療のオンライン診療導入促進モデル構築に向けた実証設計事業の詳細は以下を参照のこと。

<https://www4.city.sapporo.jp/scg/task/post-035.html>

<sup>237</sup> さっぽろウェルネス★スタートプログラムの詳細は以下を参照のこと。

<https://www.city.sapporo.jp/kenko/wellness/kikaku/r7startprogram.html>

ヘルスケア分野の取り組みでは、ACP（人生会議）の普及に向けた活動<sup>238</sup>のテーマ提案の募集も行われている。ACPは「自分らしい最期」について考える大切な取り組みとして市の計画にも位置づけられているが、非常にデリケートな内容を含むため、行政だけで広めていくには難しさがある。現在は、市民と接点を持つ民間事業者との対話を通じて、どのように広めていくのが良いか検討が進められている。現時点で具体的な形にはなっていないが、民間の「相手に伝えるノウハウ」を借りることで、誰もが自分らしい医療やケアを前向きに選べる環境をつくっていくことが期待されている。

#### (4)持続可能な運用と充実に向けた課題

札幌市では、官民共創の取り組みがどのように定着していくかについて、検討と改善が続けられている。

##### ①共創プロセスの深化と成立精度の向上

多様な提案の中から、より公共性と事業性が高次元で両立する案件を抽出することに注力している。現在は、民間独自の強みと市民の具体的なメリットがより密接に結びつくよう、対話を通じた提案のブラッシュアップを重視している。今後は、行政側が抱える現場のニーズをより解像度高く提示（テーマ設定の充実）することで、官民双方の戦略的な合致を加速させていく。

##### ②多角的な評価手法の確立

ソフト事業においては、短期的な数値目標だけでなく、中長期的な社会的インパクト（未病改善やコミュニティ形成等）を適切に評価する指標の検討が進められている。単一の成果指標に依存せず、実証から得られた知見やネットワークの広がりといった「見えない成果」も評価に組み込む手法を模索している。

##### ③運用体制の最適化と知見の共有

産業振興等の経験を持つ職員による「庁内調整の専門性」と、外部コンサルティングの「民間視点」を掛け合わせた、独自のハイブリッド型運営を強化している。庁内各部署との密な連携（定例相談会の実施等）を通じて、現場が真に求める課題を掘り起こし、民間提案との「橋渡し」機能をさらに磨き上げていくことも求められる。

##### ④柔軟な事業構築スキームの活用

単年度予算という行政特有の制約に捉われず、予算を伴わない連携や中長期的な実証フェーズの設定など、事業の特性に合わせた柔軟な時間軸での運用にも取り組まれているが、今後のさら

---

<sup>238</sup> テーマ提案「ACP（人生会議）の普及啓発」の詳細は以下を参照のこと。

<https://www4.city.sapporo.jp/scg/task/post-037.html>

なる充実が課題といえる。

## (5) 考察

札幌市における官民共創の取り組みは、現在も試行錯誤を重ねながら発展が続いている。今後の方向性としては、行政が事業スキームを設定する従来型の連携に加え、民間や市民との対話を通じて目指すべき都市像を共に描き、価値を共有していくプロセスの広がりが期待される。そのためには、行政・企業・市民といった立場の違いを越え、相互理解を深めるための継続的なコミュニケーションの積み重ねが不可欠であり、共創の基盤としての対話の重要性は今後さらに高まると考えられる。

特にヘルスケア分野のように多様な主体が関わる課題では、行政が管理・監督にとどまらず、多様な活動を支える立場として関与することで、医療機関や民間企業、市民団体との連携がより円滑に進む可能性がある。また、企業主体の官民連携に加え、市民がまちづくりに参画する公民連携へと展開することで、分野や組織の枠を越えたボーダレスな協働が進み、地域への関心や参加意識が高まり、持続的な取り組みにつながることも期待される。

さらに、札幌市単独の取り組みにとどまらず、近隣自治体との広域連携や他都市との知見共有を進めることで、地域や行政区域の境界を越えた連携が可能となり、取り組みの成果を相互に活用しながら社会実装を進めていく可能性も広がる。こうした動きは、組織や地域の境界を越えて課題解決を図るボーダレスな都市運営の方向性を示すものとして、今後の都市政策を考える上で参考となる視点を提供していると考えられる。

### 8-3. 妊娠期から 18 歳になるまでの子どもとその家庭をサポートする「渋谷区子育て ネウボラ」<sup>239</sup>

渋谷区子育てネウボラ<sup>240</sup>は、2016 年の子ども・子育て支援法の改正を機に、区長が着目していたフィンランドの支援システムをモデルに始動した。一般的に、行政の支援においては、妊娠期には保健所の保健師が中心となり、精神疾患や望まない妊娠等のリスクがある「特定妊婦」と判断された段階で、児童福祉（子ども家庭支援センター）が合同で動く仕組みとなっている。渋谷区では、老朽施設の建て替えに合わせ、区内に点在していた保健・福祉・教育・発達支援の相談機能を一箇所に集約し、保健師、心理士、社会福祉士などの多職種が集まった子育て支援に必要なあらゆる機能を垂直統合した包括支援拠点を全国に先駆けて、令和 3 年 8 月に設置した。フィンランドのネウボラでは、ネウボラナース（保健師）が担当制で支援を行っており、妊娠から出産までは妊産婦ネウボラの担当者が、出産後は子どもネウボラの担当者が継続して支援を行っている。これに対し、渋谷区では、日本の制度や人員体制等の実情を踏まえ、特定の担当者による継続支援ではなく、チーム制による支援体制を構築している。既存の母子保健、子育て支援、福祉、教育等の仕組みの中で関係機関が連携し、切れ目なく家庭を支えることで、妊娠期から出産・子育て期にわたる不安の多い時期を一体的に支援し、安心して子育てができる環境づくりを推進している。基幹施設となる宇田川町の施設は、2024 年 4 月施行の改正児童福祉法に基づく「子ども家庭センター」の機能も先取りしており、行政の縦割りを排した重層的なセーフティネットを構築している。

#### (1) 「切れ目ない支援」につながる体制整備

宇田川町の渋谷区子育てネウボラの施設は、1 階から屋上庭園まで、親子が日常的に集う「交流・遊びの場」と、専門職による「保健・福祉・教育の相談機能」によって重層的に構成されている。これにより、単なる行政手続きの「窓口」に留まらず、日常的な交流の中から潜在的な困りごとを早期に発見し、速やかに専門的な支援へと繋げるシームレスな体制を実現している。

施設の 2 階・3 階は「co しぶや（プレイグラウンド・子育てひろば）」といった開放的な交流スペースとして、地域の子育て世帯が日常的に集う場として機能している。2 階は区外の方も利用可能となっているため、月間延べ 2,000 人、親子 1,000 組単位の来所があり、月平均 1,500 人の多くの来訪者がある。日曜日は区民限定となっており、多くの親子が来所しゆっくりと過ごしている。

こうした「遊びの場」が入り口となることで、4 階・5 階の「中央保健相談所」や 8 階の「子ども家庭支援センター」といった専門相談フロアへの心理的ハードルを下げ、潜在的な困りごとを早期に発見・支援へ繋げる。交流と相談が融合するフロア構成により、シームレスな動線（プッシュ型支援）が確立されている。

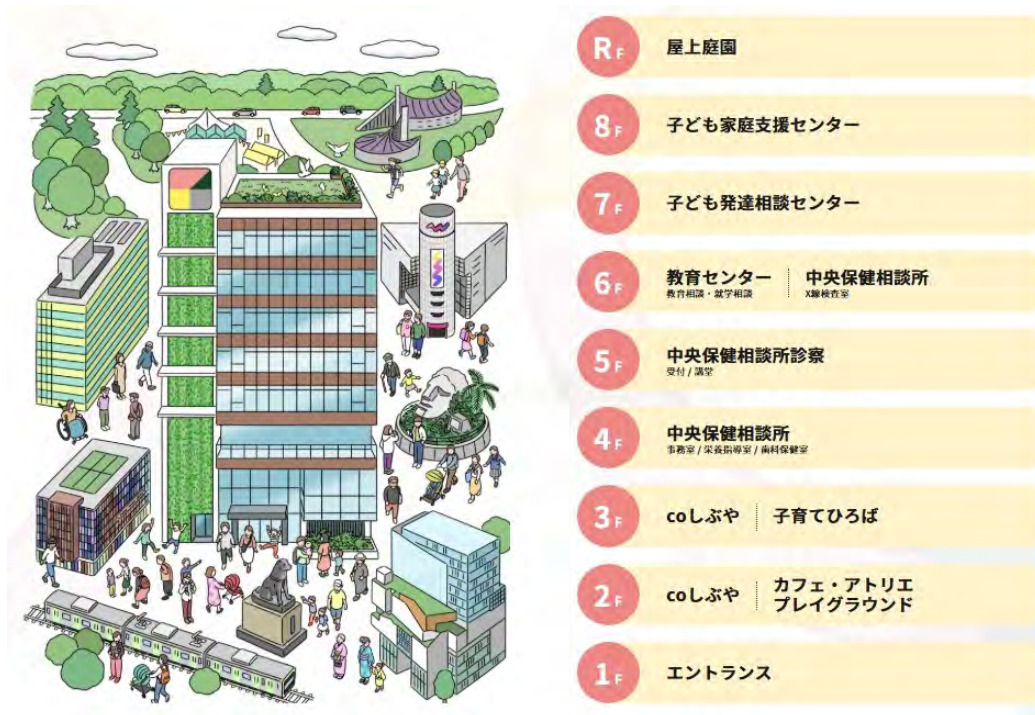
また、「保健・健診（4・5 階）」「発達相談（7 階）」「児童福祉・相談（8 階）」、さらには「教育

<sup>239</sup> 2025 年 12 月 15 日に渋谷区子育てネウボラで実施した渋谷区子ども家庭支援センター所長、中央保健相談所長へのヒアリング及び各種調査等により作成。

<sup>240</sup> 渋谷区子育てネウボラの詳細は、以下を参照のこと。<https://shibuya-city-neuvola.tokyo/about/>

センター（6階）までが同一建物内に集結し、母子保健から児童福祉、教育に至るまで、専門職同士がフロアを跨いで「顔の見える関係」で即座に連携できる環境が整っている。専門機能の集約と多職種連携により、一人の子供を多角的な視点で見守る包括的な支援体制を具現化している。

図表 123 渋谷区子育てネウボラ施設マップ



資料出所：渋谷区子育てネウボラ Web サイト  
<https://shibuya-city-neuvola.tokyo/facility/>

拠点施設の整備により、専門職同士が顔の見える関係で連携する「一体的な運営」についても着実な進展を見せている。子どもに関わる専門職は多岐にわたるが、保健師は医療系、社会福祉士や児童福祉士は福祉系とルーツが異なり、さらに教育委員会も加わると共通理解は容易ではない。それらの壁を埋めるための継続的な取り組みも行われている。2025年度からは児童福祉と保健所が合同で話し合う「合同ケース会議」を月1回で開催している。2026年4月から「こども家庭センター」として正式に設置し、更に連携を深化させ、幅広い相談や複雑な事案に対応していく。

## (2)多様なニーズに応える柔軟な事業展開

渋谷区子育てネウボラでは、地域住民の多様なニーズに応えるため、従来の行政サービスの枠を超えた柔軟な事業展開が行われている。特に、2025年度からの新たな展開と、現在進行中の主要な支援実績を整理すると以下の通りである。乳幼児期に留まらない包括的な支援網を構築している。

- 産前産後家事サポーター派遣事業（2025年10月1日開始）  
妊娠中や乳幼児のいる家庭に家事サポーターが訪問し、日常的な家事のお手伝いをする事業で、利用前の登録申請は渋谷区公式LINEから行える。3歳の誕生日前日まで利用可能で、利用限度時間は96時間となっている。現在8社の家事支援会社と契約しており、利用者が会社へ直接申し込む仕組みとなっており、1時間1,100円で家事サポーターの支援を受けられる。清掃や調理といった家事代行のみならず、サポーターとの対話を通じて親の精神的な孤立を防ぐ支援であり、家庭内のウェルビーイングを直接的に支える役割を担う。
- 妊娠出産応援プログラムパートナー  
妊娠期から子どもが1歳になるまで同一の担当者が継続的に伴走する。「一人の担当者が責任を持って見守り続ける」という信頼関係を軸とした、対人支援の高品質化を象徴する事業である。この中では、妊婦や産後の母親に、自身の状況（精神、時間、経済、生活全般など5項目）を10段階でセルフチェックしてもらう「ゆとりアンケート」を実施している。本人に今の気持ちを点数化してもらうことで、対話を引き出し状況を改善するための有効なツールとして活用している。
- こどもショートステイ  
保護者の出張や入院等で子どもの養育が一時的に困難になった際に、児童養護施設や協力家庭で宿泊付きで預かるサービス。利用に条件はあるが、利用料金は1泊2日6,000円からで、月に最大6泊7日まで利用可能となっている。
- 児童育成支援拠点事業（2025年4月1日開始）
- 子育て世帯訪問支援事業（2026年4月1日開始）
- 親子関係形成支援事業（2026年4月1日開始）

また、妊娠届を出すタイミングから区民との支援の接点ができるよう渋谷区独自の「育児パッケージ」を活用している。渋谷区では、区の出張所などでも妊娠届を受け付けているが、出張所では保健師の面接ができない。そのため、改めて「妊婦面接」を行うことになる。妊婦面接を受けた人に育児パッケージを贈呈することで面接率を高めている。育児パッケージは、東京都から1万円の補助が出るため、他の自治体は1万円程度が多いが、渋谷区は独自に上乘せして約4万円相当にしている。妊婦面接時に支援が必要な妊婦には、その後も継続的に支援を行う。産後4か月以内の乳児家庭全戸訪問は助産師・保健師・看護師に委託しているが、リスクが高い家庭については区の保健師が4か月を待たず早期に訪問する体制をとっている。育児パッケージの作成は外部委託しており、内容は数年ごとに更新されるが、双子や年子への細かな内容調整が難しいといった運用上の課題もある。あくまでも育児パッケージをフックにして妊婦面接を行い、支援の接点を持つことを狙いにしている。

### (3)今後の課題：データの分断と法的壁

一方で、各部署が運用するシステム間における「情報のシームレスな統合」については、情報の秘匿性や法的根拠の差異が壁となって課題として残されているのが実情である。また、対人支援での連携が深まるほどに、それらを支えるデジタル基盤の未統合が、支援の即時性や正確性を制約する要因として顕在化しつつある。

自治体内部では、母子保健法に基づき乳幼児健診や予防接種履歴を管理する「母子保健システム」と、児童福祉法に基づき虐待相談や家庭支援の経過を記録する「児童家庭相談システム」が、それぞれ独立したデータベースとして運用されている。これらは根拠法が異なるため、情報の「秘匿性」や「利用目的」の定義が厳格に区別されており、たとえ同じ拠点内で働く職員であっても、職種や所属によって参照できる情報範囲に明確な境界線が引かれている。例えば、保健師が健診時に感じた「母親のわずかな異変」という保健データと、家庭相談員が把握している「家庭内の経済的困窮」という福祉データがデジタル上で自動的に突き合わされることはない。この参照権限の分断が、多角的なリスク判定を阻害する要因となっている。

また、要保護児童対策地域協議会（要対協）<sup>241</sup>に至る前の「グレーゾーン」の課題もある。虐待の確定的な事案には至らないものの、育児不安やネグレクトの兆候が見られる「グレーゾーン」の家庭については、その情報の取り扱いが極めて繊細なものとなる。通常、個人情報の部局間共有には本人の同意が必要であるが、リスクが高い家庭ほど同意を得ることが困難な傾向にある。法的な情報共有のプラットフォームである要対協に案件が正式受理されれば、法的根拠に基づき同意なしでの共有が可能となる。しかし、受理に至るまでの「調査・検討段階」においては、保健部局が持つ健診未受診の情報や、福祉部局が把握する近隣からの相談内容といった断片的な情報が、部局間の壁に阻まれて統合されない。この受理前における「情報の空白地帯」が、重大事案への深刻化を防ぐための早期介入を遅らせる一因となっており、予防的支援を目指す現場にとってジレンマとなっている。

「深刻な事態になる前に情報を共有し、予防的介入を行うべき」という現場のニーズに対し、法的制約や同意取得のプロセスが「情報のタイムラグ」を生んでいる。これが連携のボトルネックとなり、分野的ボーダレスを阻んでいる面もあるといえる。

### (4)考察：一人ひとりの成長に寄り添う「子育て支援の輪」を広げるために

渋谷区では、子育てネウボラを拠点に、不安の多い妊娠・出産・子育てを一体的に支援し、区民ひとりひとりに寄り添った行政サービスを展開している。妊娠・出産、子育てに関わる機能を集約するだけでなく、そこに関わる分野の異なる組織に横ぐしを刺すための人事交流や合同会議といった工夫も積極的に行うことで、「切れ目のない支援」という先進的な取り組みを実現している。

渋谷区子育てネウボラが目指す「切れ目のない支援」を真の意味で実現するためには、対人支援

---

<sup>241</sup> 児童福祉法に基づき、支援が必要な子供の早期発見や適切な保護を図るため、地方公共団体が設置する合議制の機関。医療・教育・警察などの関係機関が連携し、具体的な支援内容を協議する。法的根拠により、通常の制限を超えた機微な情報の共有が可能となる。

の充実と並行して、ライフステージを跨いだデータの連続性も不可欠である。しかし、現状の運用においては、組織の統合だけでは解消し得ない構造的な課題が残されている。

「生涯にわたる一人ひとりのデータ活用」という観点から、支援の連続性を阻む最も大きな要因として浮き彫りになったのが、就学を境としたデータの断絶、いわゆる「小1の壁」である。

妊娠・出産、子育ての一体的な取り組みを行っている渋谷区子育てネウボラであっても、保健・児童福祉部局が乳幼児期の6年間を通じて蓄積してきた精緻な生育記録、ワクチン接種歴、発達相談や家庭支援の履歴といった高品質なデータは、小学校入学というライフステージの転換点を機に、その連続性が絶たれてしまうことが一般的である。他の自治体も含めて、現状ではこれらの情報が教育委員会や学校現場へ自動的に、かつシームレスに引き継がれる標準的な仕組みが確立されておらず、貴重なデータが行政内の特定の「孤島」に留まったままとなっている。

また、「点」の支援による早期介入の機会損失もある。小学校での健康診断や日々の行動観察において、学習面や行動面での課題が発見された際、乳幼児期の母子保健データ（健診時の所見や保護者への相談履歴等）を遡ることができれば、その課題の背景にある要因を多角的に分析し、より早期かつ的確な支援方針を策定できるはずである。しかし現実には、ライフステージが変わるたびに過去の支援履歴が「点」としてリセットされてしまうため、保護者は再びゼロから説明を求められ、行政側も「あの時こう対応していれば、現在の問題は防げたかもしれない」という過去の知見を活かすことができない。このデータの断絶が、個々の子供の成長に寄り添った「子供ジャーニー」の追跡を困難にし、本来得られるはずであった支援の質を損なう要因となっている。

渋谷区で進められている組織・機能集約の取り組みを、より実感を伴う「子育て支援のエコシステム」として定着させていくためには、支援の考え方や仕組みについて、いくつかの視点から整理していくことが考えられる。

- 包括的同意モデルの考え方

子どもに関わる情報を共有することが支援の質を高めるという理解を前提に、出産時点で「18歳になるまで、関係機関が連携しながら継続的な支援を行う」ことについて同意を得る仕組みを検討する余地がある。こうした枠組みがあれば、匿名性を重視したい相談への配慮と、必要な場面での情報連携を両立しやすくなると考えられる。

- データを通じたコミュニケーションの基盤づくり

情報を蓄積するだけでなく、転出入などで自治体が変わった場合でも、支援が途切れにくい仕組みを整えていくことも重要な視点である。標準化された形式で子どもの成長に関する情報をつないでいくことで、支援に関わる人同士が共通の理解を持ちやすくなり、結果として、場所を問わず一貫した見守りにつながっていく可能性がある。

官民や分野、地域の枠を越えて、蓄積されたデータが一人ひとりの成長に寄り添い続ける仕組みを育てていくことは、子育て支援をより持続可能なものにしていくための一つの方向性といえる。テクノロジーを、人々の安心や日常の支えとして実感できる形で活かしていくことが、これからのヘルスケアDXに求められている姿の一つではないだろうか。

#### 8-4. 医療を軸とした新しい街づくりへの取り組み（交雄会新さっぽろ病院）<sup>242</sup>

交雄会グループは、病院・クリニック、訪問看護ステーションといった医療施設だけでなく、介護老人保健施設、高齢者住宅、グループホーム、医薬品販売会社などを持ち、医師、看護師、介護職員など700名近いスタッフが地域の医療・介護を支えている。

中核となる交雄会新さっぽろ病院は、内科・消化器内科・内視鏡内科・人工透析内科・循環器内科・リハビリテーション科があり、185床の病床を持つ。商業、住宅、医療、教育、宿泊機能を含む大規模な再開発が進む札幌市厚別区の「新さっぽろエリア」に位置し、再開発をきっかけに、同じ厚別区内から移転してきた。再開発区域は、JR千歳線および札幌市営地下鉄東西線の駅に直結し、空港および札幌中心部からのアクセスにも優れた交通結節点である。新さっぽろ駅前という立地条件を活かし、地域のプライマリーケアへの貢献と患者の安全で快適な療養環境を提供している。

また、再開発に伴い、交雄会新さっぽろ病院以外に新さっぽろ脳神経外科病院と新札幌整形外科病院の2つの病院も同じ街区に移転したことで、医療を軸とした新しい街づくりへの取り組みも始まっている。

##### (1) 移転リニューアルの背景

交雄会新さっぽろ病院は、移転前は記念塔病院という名称で地域に医療を提供してきた。1982年2月に開設し、開設当初は急性期を担う基幹病院だったが、2000年以降は慢性期を主体とする病床に転換し、2006年からは全館療養病床の病院として運営されてきた。しかし、医療を取り巻く環境は年々厳しさを増してきており、近隣には競合する病院の立地や、近年の診療報酬・介護報酬の改定に対して対応を迫られてきた。更には、高齢化社会が進む中での生活スタイルの変化など、病院を取り巻く環境は多様化してきていた。2010年当時、札幌市厚別区の人口は128,492人で、高齢化率は21.90%であった。札幌医療圏全体の高齢化率20.70%と比較しても大きな差はなかった。しかし、2023年4月の札幌市の区別高齢化率では、厚別区は33.8%と、全市平均の28.5%と比較しても高齢化が進んでいることは明らかであり、病院としても、これらの変化に迅速に対応していく必要がでてきた。

一方、新さっぽろ駅周辺地区も、昭和40年代の札幌市の急激な人口増加によって、一点集中型の都市構造による大気汚染や交通渋滞などの弊害が顕著になってきていた。多核心的都市構造へ誘導するために、1971年に「札幌市長期総合計画」において「副都心」として位置付け、何度か計画を見直しながら、まちづくりが行われてきたが、未だ開発可能な暫定利用地が存在することや少子高齢化への対応不足など、課題も残っていた。そこで、札幌市では、2013年度に「札幌市まちづくり戦略ビジョン」を策定し、同地区を「地域交流拠点」として位置付け、「都心機能の一翼を担う先導的な拠点であり、重点的なまちづくりを推進する地区」とした。地域交流拠点としての役割や、新さっぽろ駅周辺及び当地区が含まれる厚別区、札幌市の発展に向け、周辺との一

---

<sup>242</sup> 2026年2月10日に実施した、交雄会グループ理事長三井慎也氏、交雄会新さっぽろ病院事務部長 木ノ下理恵氏、同看護部長 清水史緒氏、同副看護部長 池田江利子氏、新札幌整形外科病院 看護部長 高橋幸枝氏、新さっぽろ脳神経外科病院看護部長 天沼志津子氏、同看護部長 加藤美津樹氏へのヒアリング及び各種資料により作成。

体的なまちづくりを目指し、「新さっぽろ駅周辺地区まちづくり計画（2015年3月26日公表）」<sup>243</sup>が策定され、再開発がスタートした。

交雄会グループでは、高齢者の在宅復帰支援に向けた回復期病床の需要が増加していることや地域包括ケアとして医療と介護の連携が進む中で地域密着型の医療施設が必要になっていることから、病院のリニューアルの必要性を強く感じていた。このような背景から、2015年に「新さっぽろ駅周辺地区」まちづくり推進業務に係る公募型企画競争プロポーザルに応募し、2017年に最終提案者として当選したことで、新病院「交雄会新さっぽろ病院」が誕生することとなった。

図表 124 街区をつなぐアクティブリンクからみた新病院



資料出所：交雄会新さっぽろ病院 Web サイト  
<https://www.kss-hp.or.jp/>

病院内には、内視鏡センター、透析センター、リハビリテーションセンターなどが整備され、機能性とデザインを融合した設計となっている。リハビリテーションセンターには、コグニバイクプラス、KINESIS ONE<sup>244</sup>、マルチファンクション 4X<sup>245</sup>などの最先端の機器が完備されている。また、自宅に帰った後を想定したリハビリテーションが行えるよう、キッチンや畳なども設置された日常生活動作室も完備されるなど、患者の QOL に配慮したケアが行われている。

## (2)患者のアクセシビリティと職員の働きやすさを支える

交雄会新さっぽろ病院は、新さっぽろ駅前という立地条件の場所に建設されており、患者は、

<sup>243</sup> 新さっぽろの再開発の詳細は、札幌市「新さっぽろ駅周辺地区まちづくり計画」を参照のこと。

[https://www.city.sapporo.jp/keikaku/partnership/shinsapporo/p\\_shinsapporo.html#matidukurikeikaku](https://www.city.sapporo.jp/keikaku/partnership/shinsapporo/p_shinsapporo.html#matidukurikeikaku)

<sup>244</sup> Kinesis One は、空間の3次元に運動負荷を掛けられる2つの独立したシステムを搭載し、パーソナライズされたトレーニングで身体のキネティックチェーン（連動した複数の筋肉の働き）全体を活性化させることができる。[https://www.technogym.com/ja-JP/product/kinesis-one\\_M5800.html](https://www.technogym.com/ja-JP/product/kinesis-one_M5800.html)

<sup>245</sup> マルチファンクション 4X は、レッグプレス・ディップシュラッグ・アシスティッドスクワットを組み合わせたマシンで、上背部・肩関節周辺の筋肉・大殿筋・大腿四頭筋・ハムストリング筋・三頭筋のエクササイズが可能。<https://ja.hurglobal.com/product/4x-multifunction/>

新さっぽろ駅から商業施設の中を通過し、移動することができる。商業エリアと、病院のある街区がガラス張りの「アクティブリンク」と言われる空中歩廊でつながっていることで、雨や雪に影響されることはない。移転前は子供に車で送ってもらい通院していた患者も、移転後は電車にて通院することができるなど、アクセシビリティが向上している。建物内も、ユニバーサルデザインが採用され、高齢の患者にとっても使いやすく・安全な空間設計となっている。

図表 125 アクティブリンク

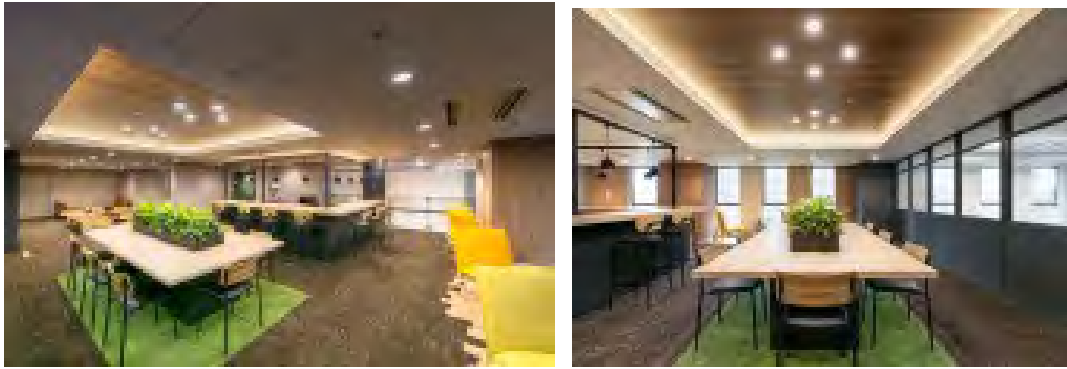


資料出所：筆者撮影

患者にとって居心地のよい空間となるだけでなく、そこで働く職員の働きやすさにも配慮している。コロナ禍により職員同士が集まりにくくなり、多職種間の偶発的な対話や情報共有の機会が減少したことを踏まえ、職員間のコミュニケーションを回復させるための空間設計を重要な課題として位置づけた。そのため、新病院の設計段階から、多職種の職員が部署の垣根を越えて自然に交流できるスタッフスペースの整備を重視している。

スタッフスペースには、静かに休息や個人作業ができる空間と、複数人が会話や打ち合わせを行える交流空間を併設し、それぞれの職員がその時の状態や目的に応じて使い分けられる構造としている。これにより、集中して休息を取りたい職員と、他職種との対話を通じて情報共有や相談を行いたい職員の双方のニーズに応えることが可能となっている。多様な価値観や働き方、性格特性に配慮した環境づくりを進めることで、職員の心理的負担を軽減し、職場全体の働きやすさ向上につなげている点が特徴である。地域社会への貢献、デザイン性の評価などを受けて、第36回日経ニューオフィス賞北海道ブロックニューオフィス奨励賞として北海道事務機産業協会賞するなど、多くの賞を受賞している。

図表 126 スタッフスペース



資料出所：交雄会新さっぽろ病院提供資料

図表 127 明るい窓に向けたスタッフスペースのカウンター



資料出所：筆者撮影

また、ウェルネス施策の一環として、マッサージチェアの設置など、職員の身体的疲労を軽減するための設備整備も進めている。医療現場では長時間の立ち仕事や夜勤などにより身体的負担が大きくなりやすいが、勤務の合間に短時間でもリフレッシュできる環境を整えることで、職員の疲労蓄積を抑え、離職防止にもつながる取り組みとなっている。これらの施策は職員満足度の向上のみならず、採用活動においても病院の魅力として評価されており、人材確保が重要課題となる医療分野において重要な示唆を与えている。

さらに、病院近隣には24時間対応の企業主導型共同保育所が整備されており、職員が勤務時間に合わせて柔軟に利用できる体制が整えられている。ならし保育期間の延長や、子どもの体調変化への迅速な対応など、医療現場の勤務実態を踏まえた運用が行われており、利用者からの評価も高い。こ子育て世代の職員が安心して働き続けることができる環境整備が進み、人材の定着にも寄与している。

これらの取り組みは、単なる福利厚生の充実にとどまらず、医療の質を支える人材基盤を維持・強化するための戦略的な投資とも位置づけられ、医療を核としたまちづくりを支える重要な要素の一つとなっている。

### (3)スマートホスピタル構想とロボット運用

未来を見据えた構想として、先進的な ICT 技術（ソフト）と施設（ハード）を融合・最適化し、病院の業務効率化と患者サービス・医療安全の向上を図り、スマートシティと連動することでシームレスにヘルスケアサービスを受けることができるインフラ構築も目指している。その一環として、ロボット運用にも取り組んでいる。

ロボット統合管制プラットフォーム「RoboHUB」は、エレベータ、自動ドア、ナースコールなどの建物設備と連携し、ロボットの効率的運用を統合管制する基盤である。ロボットは、搬送ロボット、案内ロボット、警備・点検ロボット、清掃ロボットなどが導入されている。

交雄会新さっぽろ病院では、薬剤室、検体室と病棟との間を搬送ロボット「FORRO」やカート搬送ロボット「SEED Mover」が定期便と臨時便で薬剤を運んでいる。ユニバーサルデザインで設計されていることで、病院を含めて段差などがないフラットな建物となっているため、ロボットが病院の玄関からアクティブリンクを通して、医療複合ビルの検査室に自走することもでき、職員の負担軽減に貢献している。

図表 128 川崎重工の搬送ロボット「FORRO」



資料出所：川崎重工「FORRO」サイト

<https://forro-service.com/>

デジタルにおける 3 病院の連携に関しては、電子カルテの共有や薬剤情報の連携など可能性のある部分も明らかになってきてはいるが、現在は、人的なつながりの構築が中心であり、今後の課題として認識されている。

### (4)病院集積による医療連携

交雄会新さっぽろ病院があるエリアには、再開発に伴い、高度急性期から回復期の医療を担う新さっぽろ脳神経外科病院と整形外科を主とした急性期の新札幌整形外科病院が駅前から離れた地域から移転し、隣接して建設されている。都市の中心に医療機関を集積配置することは、公益財団法人 NIRA 総合研究開発機構が「まちなか集積医療<sup>246</sup>」として提言しているが、医療サービ

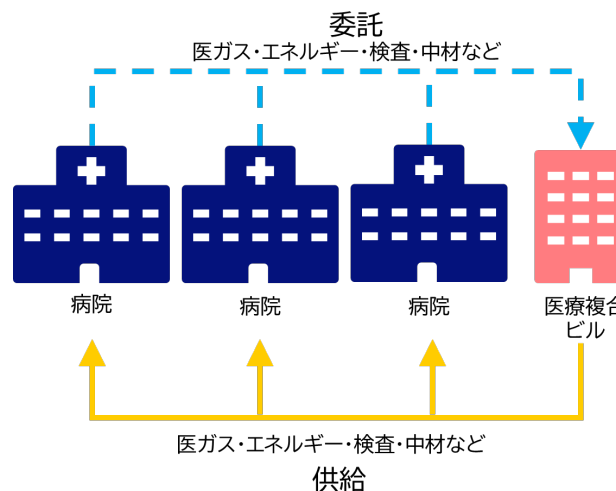
<sup>246</sup> 公益財団法人 NIRA 総合研究開発機構「NIRA 研究報告書 まちなか集積医療（2010.3）」の提言「医療は地域が解決する」<https://nira.or.jp/paper/report100302.pdf>

スの効率的提供と地域の活性化を同時に実現することができ、医療機関も生活者と日常的につながっていく。新さっぽろでも、専門の異なる3つの病院が地域の中で機能を分担・連携することで、急性期治療から回復期、在宅復帰支援までを地域内で連続的に提供できる医療体制が形成され、患者本位の医療を提供することが可能になる。患者の状態に応じた迅速な紹介・転院も可能となり、転倒による外傷などで急性期対応が必要な場合には隣接の病院での治療を行い、その後回復期医療へ円滑に移行する運用が進みつつある。

地の利を活かした3病院の連携については、看護部門間の連携が先行している。看護部長同士が日常的に相談できる関係が形成され、転院調整や患者対応において迅速な情報共有が可能になっている。各病院の強みを活かした相互補完が現場レベルで機能し始めており、従来の「病院単独完結型医療」から、「地域内連携型医療」への変化が進みつつある。看護部門連携が生み出す病院間協働の深化については、本調査報告書の「4.3 新さっぽろの医療を軸とした新しい街づくり：医療従事者の視点から」の章を参考にされたい。

また、3病院の街区の隣には、医療複合ビルが建設されており、病院の運用や投資を効率化する病院機能補完施設となっている。医療複合ビルには、眼科や皮膚科などのクリニックのほかに、医療検査会社、医療器材の洗浄と滅菌を行う中央材料室、医療ガス会社が入居しており、共同で利用している。

図表 129 検査や中央材料室機能の共有化



資料出所：交雄会新さっぽろ病院提供資料を基に作成

新札幌エリアの再開発において特徴的なのは、医療・商業・宿泊・住宅など複数の都市機能を支えるインフラとして、医療複合ビルの地下に、北海道ガスによる新札幌エネルギーセンターが整備されている点である。周辺の医療施設、商業施設、宿泊施設等に対して電力・温水・冷水を一括供給する地域エネルギー供給拠点として機能しており、医療を含む都市機能の安定運用を支える重要な基盤となっている。エネルギー供給の中核には天然ガスコージェネレーションシステムが採用されており、発電時の排熱を再利用することで高いエネルギー効率を実現している。さらに、施設ごとの利用実績や気象データなどをAIで分析し、需要予測に基づいた最適な運転制御を行うエネルギーマネジメントシステム (SEMS) が導入されている。この仕組みにより、時間帯

に応じた効率的な運用が可能となり、エリア全体として従来比約 35%の CO<sub>2</sub>排出削減を達成している。

同センターの機械室内では、供給されるエネルギーの種類に応じた配管や、供給先に応じた配電盤が系統ごとに明示的に色分けされている。これは、単なる視覚的な整理にとどまらず、日常の保守点検・管理の業務のスピードが向上し、ヒューマンエラーの防止に寄与している。

図表 130 明示的に色分けされた配電盤やパイプ



資料出所：筆者撮影

特に重要なのが、災害時における機能継続性である。新札幌エネルギーセンターは、停電等の非常時にも一定割合の電力供給を維持できる設計となっており、医療機関を含むエリア全体の都市機能を支える強靱なインフラとして位置づけられている。特に病院にとっては、診療や入院患者の安全確保に直結する電力・熱供給の継続が極めて重要であり、本センターは医療拠点形成を支える不可欠な基盤となっている。

このように、屋内通路や駐車場などだけでなく、検査会社や中央材料室、エネルギーまでも共用化することで、経営面においても集積によるメリットを享受できている。

## (5)考察：医療を核とした持続可能な都市モデルへの展開

新さっぽろエリアの取り組みは、3つの民間の医療機関が再開発によって駅前に移転してくるという非常に稀有な事例であり、単なる病院移転や施設リニューアルだけではなく、医療を軸として都市機能を再構築する試みである。急性期から回復期、慢性期、さらには介護へと続くケアの流れを地域内で完結させることにより、高齢化社会における持続可能な医療提供体制の一つのモデルを示している。特に、医療機関同士や医療と介護、さらには地域生活を支える関係者間のコミュニケーションを基盤として、従来の組織や機能の境界を越えた連携、すなわち分野横断的でボーダレスな医療提供体制が形成されつつある点は重要である。

一方で、電子カルテ連携や病院間業務統合など、デジタルおよび運用面での課題はまだ残され

ている。これらは、各病院の運営主体やシステム環境の違いに加え、個人情報保護や制度上の制約もあり、隣接する医療機関であっても情報を円滑に共有する仕組みの構築には時間を要するためである。また、3病院体制が本格稼働してまだ数年であり、物理的な近接性から、人的な連携へと発展してきている途上にあり、次のステップとしてデジタルでの連携が進むことが期待される。

今後、エリアマネジメントへの医療機関の参画や、医療と介護のさらなる連携強化が進めば、医療拠点を核とした地域全体の価値向上につながる可能性がある。その際にも、組織間の壁を越えた継続的なコミュニケーションの確立が重要な鍵になると考えられる。

## 8-5. EBPM が実現する救急医療 DX (TXP Medical 株式会社) <sup>247</sup>

TXP Medical 株式会社 <sup>248</sup>は、現役の救急医が代表を務めるスタートアップ企業である。代表自らが病院救急外来でのホワイトボードや付箋によるアナログな情報管理に危機感を持ち、医療情報の共有と医療データの収集が同時に実現できる仕組みを開発したことが設立のきっかけとなった。

同社は、救急外来 (ER) 向けのシステム「NSER」で大学病院救急救命センターの 40%を超えるシェアを獲得しており、その知見をプレホスピタル (病院前救護) 領域へと拡張させたのが「NSER mobile」である。現場の医師が開発を主導しているため、医療現場に合った UI やコミュニケーションの実態に即した設計が強みとなっている。

### (1)救急医療の現状と DX の必要性

現在、我が国の救急医療は、深刻な少子高齢化に伴う救急需要の増大により構造的な危機に直面している。「NSER mobile」によるデジタル化は、単なる業務効率化に留まらず、現場と病院、あるいは自治体間の情報の分断を解消するものである。これにより、ひとつの自治体の中で完結することのない「地理的なボーダレス」な医療連携を可能にし、広域的な救急搬送体制の最適化を実現する鍵となる。

2023 年中の救急出動件数 (消防防災ヘリコプターを含む) は、764 万 987 件であり、現場到着所要時間 (119 番通報を受けてから現場に到着するまでに要した時間) の平均時間は約 10 分と 2019 年の 5 分から倍増しており <sup>249</sup>、このままでは「救命力」が維持できなくなる危機に直面している。この背景には、深刻な少子高齢化に伴う救急需要の増大があり、現場の救急隊や医療機関の業務は限界に近い水準まで逼迫している。

現場で起きている具体的な問題の一つは、情報の伝達コストと情報の非対称性である。従来の救急現場では、救急隊が傷病者から聞き取った情報や観察結果を、病院側へ電話で口頭伝達してきた。このアナログな手法では、外傷の程度や現場の切迫した状況といった非言語情報の共有が困難であり、受け入れ側の医師が重症度を過小評価したり、逆に過大評価して不必要な準備を強いられたりするケースが少なくない。また、複数の病院へ受け入れ要請を繰り返す、いわゆる「搬送困難事例 (たらい回し)」の発生は、患者の不安を増大させるだけでなく、救急隊の疲弊をもたらしている。

さらに、こうした現場のニーズは地域特性によっても異なる。救急搬送困難が頻発する都市部では「ミスマッチの解消」が最優先課題であるが、医療リソースの限られた地方部では、搬送先を検討するための「事前情報の精緻化」や「3 次医療機関への転院搬送の早期判断」が強く求められている。

こうした状況下で、救急隊、医療機関、行政の三者がリアルタイムで情報を共有し、意思決定

<sup>247</sup> 2025 年 12 月 22 日に実施した TXP Medical 株式会社 自治体事業部部長 大西裕氏へのヒアリングおよび各種調査等により作成。

<sup>248</sup> TXP Medical 株式会社の詳細は以下を参照のこと。 <https://txpmedical.jp/>

<sup>249</sup> 総務省「令和 6 年版 救急・救助の現況」 <https://www.fdma.go.jp/pressrelease/houdou/items/kyuuki0124.pdf>

の迅速化と業務の効率化を図る DX は、単なる「効率化ツール」ではなく、地域の救急医療体制を維持するための不可欠な「生命線」となっている

## (2) 「NSER mobile」による現場革新の戦略

TXP Medical 株式会社が開発した「NSER mobile」の最大の特徴は、救急隊が現場で使用する iPad アプリを起点として、救急情報を構造化し、医療機関とリアルタイムで共有する点にある。救急医療情報システムに必要な「記録方法の簡略化」「病院へのスピーディな情報伝達」「消防・病院双方による情報再利用」という 3 つの要素を統合することで、データに基づく政策立案 (EBPM) が可能な救命インフラを実現している。

### ①戦略 1：情報のデジタル化と視覚共有による搬送時間の短縮

第 1 の戦略は、最新のデジタル技術を駆使して現場入力を徹底的に効率化し、病院側の受入準備を前倒しすることである。

救急現場では 1 分 1 秒を争うが、傷病者の氏名、生年月日、既往歴、服用薬といった情報の把握には時間がかかる。本システムでは、高精度の OCR 機能を搭載し、運転免許証やマイナンバーカード、お薬手帳、さらには救急車内のバイタルモニターなどを iPad のカメラで読み取るだけで、即座に正確なデータとして取り込むことが可能である。さらに、生成 AI を活用した音声入力機能により、救急隊員が観察結果を口頭で発するだけで、自動的に整理されたサマライズが作成される。これにより、隊員は入力作業に縛られることなく、患者の処置に専念できる環境が整う。

また、特筆すべきは、視覚情報の共有である。言葉だけでは伝わりにくい交通事故の車両損壊状況や、複雑な外傷の部位、心電図の波形などを写真や動画で病院へ伝送する。病院側は患者の到着前に「何が起きているか」を視覚的に把握できるため、手術室の確保や専門医の招集といった受入準備を極めて具体的に進めることができ、結果として病院到着から処置開始までの時間が大幅に短縮される。

### ②戦略 2：ミスマッチの解消と地域医療リソースの最適化

第 2 の戦略は、搬送先選定の情報の透明化を通じた地域医療の最適配分である。従来の救急搬送では、隊員が病院へ一件ずつ電話で受入確認を行っており、この負荷が「たらい回し」の主因となっていた。本システムは各病院の受入状況や選定履歴を可視化し、断られた理由や受入可能性を iPad で一目で確認可能にする。このリアルタイムな共有は搬送集中を防ぎ、地域のリソース活用を最適化する。適切な搬送が実現して不要な電話が減るだけでなく、隊員の「断られる不安」を解消し、現場のメンタルヘルス維持に寄与する点も極めて意義が大きい。

## (3) 実装を支える基盤技術と運用の工夫

「NSER mobile」の普及を支えているのは、高度なテクノロジーを救急現場という「特殊な環境」においても確実に機能させるための徹底した現場最適化と、既存の医療インフラとの親和性

を両立させた知略的な設計である。

### ①入力支援技術の統合

救急現場は、緊迫した状況下で処置を行いながら、同時に正確な記録を残さなければならない。本システムは、精度の高い OCR（文字認識）機能を搭載し、お薬手帳やバイタルモニターの情報を一瞬でデータ化することで、手書きや手入力によるタイムロスを徹底的に排除している。

さらに特筆すべきは、騒音の激しい救急車内や屋外でも機能する「生成 AI を活用した音声入力」の導入である。単に音声文字に変換するだけでなく、AI が文脈を判断して重要な情報を抽出し、医療的なサマライズ（要約）を自動生成する。これにより、救急隊員はデバイスの画面を注視し続ける必要がなくなり、患者の観察と処置に集中しながらも、質の高い搬送記録を作成することが可能となっている。

### ②QR コードによる電子カルテ連携

医療 DX における最大の障壁の一つが、各病院で異なる電子カルテシステムとのデータ連携である。通常、異なるシステム間をネットワークで繋ぐには膨大なコストとセキュリティ上の調整が必要となる。TXP Medical はこの課題に対し、救急隊の iPad に表示された情報を「QR コード」化し、病院側の端末で読み取るという物理的な連携方式を採用した。この手法により、病院側の既存インフラを改修することなく、一瞬で電子カルテに情報を転送できる。ネットワーク連携にこだわらないという柔軟な発想が、全国の医療機関での導入ハードルを劇的に下げ、迅速な社会実装を実現する要因となっている。

### ③アジャイル開発による現場適合

本システムの開発プロセスには、救急医が代表を務める同社ならではの強みが活かされている。開発の初期段階では、あえて修正が容易なローコードツール（FileMaker）を用いてベータ版を運用し、現場の救急隊員からの「このボタンは押しにくい」「この項目は不要だ」といったフィードバックを即座に反映させるアジャイル開発を徹底した。

現場の泥臭いニーズを拾い上げ、修正を繰り返しながら最終的なネイティブアプリへと進化させたことで、マニュアルを読み込まなくても直感的に操作できる「道具」としての完成度を実現している。この現場密着型の開発姿勢こそが、救急隊の事務業務を年間約 1,950 時間削減するという驚異的な効率化を支える基盤となっている。

## (4)社会実装における成果

「NSER mobile」は現在、全国 51 地域、人口換算で約 1,200 万人をカバーする規模まで拡大しており、その運用を通じて定量的成果と、社会実装をより確かなものにするための重要な要素が明らかになってきている。

システムの導入は、救急現場および医療機関の双方に計り知れない時間的利益をもたらしている。最大かつ直接的な成果は、病院への紹介電話の大幅な削減である。これまで口頭で全てを伝えていたプロセスをデジタル共有に置き換えることで、情報の齟齬が減り、一件あたりの電話時間が短縮された。また、隊員の事務負担についても顕著な改善が見られる。これまで手書きやPCへの再入力に15～20分を要していた統計入力作業が、データ連携により約6分へと短縮された。さらに、事後検証表の作成自動化なども含めると、人口100万人規模の自治体では年間約1,950時間の業務削減が見込まれるという、極めて高い効率化が実証されている。この余剰時間は、救急隊員の休息や教育、あるいは次の出動への備えに充てることができ、救急体制の持続可能性を直接的に支えている。病院へ写真や心電図データ等をデータ送付することで事前準備が可能になり、診療開始までの時間が短縮し、早期治療開始事例も確認できている。

音声入力やOCRによって救急現場で生成されるリアルタイムなデータは、「生涯にわたる一人ひとりの高品質なヘルスケアデータ」の起点となるものである。これらのデータが標準化された形式で医療機関へ、さらにはその後の適切な治療や介護へとシームレスに繋がることは、国民のQOL・QOD維持・向上を支えるヘルスケアDXの基盤となる。また、これらの蓄積されたデータをもとに、地域別の医療需要の可視化や配置最適化シナリオ策定も進行しており、データを政策形成に活用にするEBPMにも発展している。

## (5)さらなる普及への要件

### ①市民の安心と合意形成に向けた取り組み

デジタル化の恩恵を最大化させるためには、「市民の理解」を深めていくプロセスが不可欠である。特に現場での写真撮影や動画伝送は、プライバシーの観点から傷病者や家族に誤解を与えかねない側面を持つ。これに対し、先行して導入に成功している地域では、市長自らが記者会見で意義を語り、広報紙やSNSを通じて「写真一枚が、あなたの命を救うための診断を早める」というメッセージを継続的に発信している。救急DXは単なる技術導入ではなく、地域の安心を支える「公共インフラのアップデート」であるという認識を市民と共有し、現場の隊員が確信を持ってデバイスを操作できる土壌を整えることが、運用を定着させる鍵となる。

### ②持続的な運用のための財源確保と「旗振り役」の存在

社会実装を全国的に広げていく上での現実的な検討事項は、導入・運用コストの財源確保である。自治体の予算は硬直化しがちであるが、デジタル田園都市国家構想交付金などの補助金を戦略的に活用することが、初期導入を加速させる突破口となっている。しかし、資金以上に重要なのが、地域医療の未来を展望し、情熱を持って旗を振る「推進者」の存在である。救急隊、病院、行政の利害関係を調整し、現場の慣習を越えてDXを推進するには、首長や消防本部のトップ、あるいは地域の基幹病院の医師によるリーダーシップが欠かせない。こうした推進者が「救急医療を救う」という強い意志を持ち、補助金を呼び水としてシステムを最適化していくことで、はじめて地域全体の救急体制が次世代型へと進化を遂げる。

## (6)考察：生涯にわたる社会参画の実現に向けた展望

TXP Medical の「NSER mobile」は、深刻な少子高齢化に伴う救急需要の増大により構造的な危機に直面している救急医療をデジタルによって革新し、顕著な成果を生み出している。救急医療に関わる多角的なステークホルダーのコミュニケーションを再定義する試みでもあり、技術を実社会へ届けるプロセスにおいて重要な視点が含まれている。

まず、すべてをデジタルに置き換えるのではなく、生成 AI や OCR といった「現場の動きを妨げない技術」を最適に組み合わせたハイブリッドな実装が現実解となっている点である。こうした情報のリアルタイム共有を維持することは、医療機関側のストレス軽減に寄与するだけでなく、救急隊と医師の間のヒエラルキーを解消し、フラットで建設的な連携を促進させることになる。

救急医療 DX の取り組みは、救急隊（公的機関）と医療機関（民間組織等）がどのように連携していくかを改めて考える機会となっている。「NSER mobile」を通じて蓄積されるデータを活用することで、救急搬送の効率化と救命率向上を同時に目指すことが可能になることが期待されている。その過程では、救急現場の精緻なデータを構造化し、解析して、形式知へと変換していくのがよい。データに基づくエビデンスを明確化することは、救急医療全体の質的担保に繋がるものである。このためにもシステムの標準化は不可欠であり、属人的な能力差をシステムが補完し、エビデンスに基づいた個別最適な搬送・治療を実現することが、安全大国としての信頼を支える基盤となる。

また、労働力不足や救急搬送件数の増加を、課題や損失として受け止めるだけでなく、救急医療の役割や使い方を見直すきっかけと捉えることもできる。遠隔医療や医療 MaaS と連携すれば、軽症者は地域で対応し、重症者にはより多くの資源を集中させる体制が考えられる。こうした取り組みにより、救急医療を目の前の緊急対応にとどめず、人生のさまざまな場面で人々の安心を支える仕組みへと広げていく道筋も見えてくる。

「NSER mobile」の仕組みは、単に新たなシステムを導入するものではなく、救急・医療・自治体がそれぞれの役割を尊重しながら協力し、地域の安心を支える体制づくりを進めていく試みであり、持続可能なヘルスケアのあり方を考える上で参考となる事例といえる。

## 8-6. デジタルクローンによる説明業務支援サービス「DICTOR」(TOPPAN 株式会社)

250

TOPPAN 株式会社の「DICTOR (ディクター)<sup>251</sup>」は、AI 技術を用いて医師や看護師の「デジタルクローン」を作成し、説明業務を支援するサービスである。本サービス開発の原点となっているのは、「専門知識の差が、患者の不安につながってはいけない」という強い想いである。自分自身や家族が病気になった際には、治療方針などを事前に医師から説明を受けることになるが、専門知識を豊富に持つ医療従事者側とそうではない患者の間には大きなギャップがある。病気やケガといった混乱した状態ある患者は、口頭説明だけでは内容を十分に理解できず、強い不安を感じる経験も多い。TOPPAN 株式会社では、北海道大学病院 HELIOS との共同で「DICTOR」を開発、有用性の検証を進めてきた。2024 年 7 月には、全国の医療機関に向けた提供を開始し、「医師の働き方改革」の推進と患者への説明内容の理解度向上につなげている<sup>252</sup>。

### (1)医療現場の現状と DX の必要性

現在、日本の医療現場では、医師の働き方改革が進み、限られた時間と人的資源の中で、いかに質の高い医療を安定的に提供できるかが問われている。医師の長時間労働の是正や医療安全の確保が社会的課題となる中で、診療現場では診察や治療だけでなく、患者や家族への丁寧な説明、書類作成、記録業務など、多岐にわたる業務を限られた時間でこなす必要がある。特に、手術や検査前に行われる「インフォームド・コンセント (説明と同意)」は、患者の安全と自己決定を支える極めて重要なプロセスである。一方で、医師は同じ説明内容を患者ごとに繰り返す必要があるが、診療時間の中で大きな負担となっているのが実情である。説明の質を担保しながら十分な時間を確保することは容易ではなく、医療現場では業務効率と患者理解の両立が常に課題となっている。

医療 DX は、医療者の負担軽減と患者体験の向上を同時に実現するための基盤として、今後ますます重要性を増していくものである。「DICTOR」は、デジタル技術を活用し、基礎的で共通性の高い説明部分を丁寧に効率化する取り組みにより業務の簡略化や省力化を行うだけでなく、そこから生まれた時間を、患者一人ひとりの不安や個別の事情に寄り添い、医師と患者が互いに理解を深めるための「人間にしかできない対話」に還元するための前向きな変革 (DX) として位置づけられる。

### (2)DICTOR の特徴と設計思想

「DICTOR」では、まず、医師等が予め自身の音声と顔動画を登録することで、デジタルクローンを簡単に生成する。患者やその家族に対して医療行為等の説明内容をテキストで入力するこ

---

250 2026 年 1 月 27 日に実施した TOPPAN 株式会社 情報コミュニケーション事業本部ビジネストランスフォーメーション事業部事業開発統括 先端表現開発本部 アライアンス事業開発部 IT 課長 宮田健一さまへのヒアリング及び各種資料により作成。

251 TOPPAN 株式会社「DICTOR」の詳細は、以下を参照のこと。

[https://dicator.info/?\\_sm\\_pdc=1&\\_sm\\_rid=kJJJS466TR0WHVDQ7f4H1nJsRr51kwS4SqN2Sj5](https://dicator.info/?_sm_pdc=1&_sm_rid=kJJJS466TR0WHVDQ7f4H1nJsRr51kwS4SqN2Sj5)。

252 TOPPAN 株式会社プレスリリース「TOPPAN、医療従事者の説明業務支援サービス「DICTOR®」提供開始 (2024/07/17)」[https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2024/07/newsrelease240717\\_1.html](https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2024/07/newsrelease240717_1.html)

とで、説明動画が自動で生成され、それを患者が視聴するという流れになる。

図表 131 「DICTOR」のサービスフロー



資料出所：TOPPAN 株式会社「凸版印刷と北海道大学病院、デジタルクローン生成技術を活用した医療従事者の説明業務支援サービス「DICTOR™」を開発（2023/09/12）」

[https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2023/09/newsrelease230912\\_1.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2023/09/newsrelease230912_1.html?utm_source=chatgpt.com)

「DICTOR」の特徴は、下記のように整理される。

図表 132 「DICTOR」の特徴

①医療従事者本人の顔と声でリアルなデジタルクローンを生成	
	医師が初めて利用する際に、約 20 分のサンプル文章を読み上げ、1 分間の顔動画を登録すると、まるで本人が話しているかのようなデジタルクローンが自動生成される。これにより、入力したテキストや定型文を自然な発音で話すことが可能となる。
② 医療従事者の手元で動画が簡単に生成可能	
	従来、動画撮影になると撮り直しが発生することがあったが、本アプリケーションではテキスト入力や用意されている定型文によって簡単に動画を生成することができる。専門用語等の呼称変更への対応が必要になった際には動画生成後であっても文章を修正でき、さらに任意の画像や動画を差し込むことも可能となる。
③ 患者への動画紐付けが可能な視聴モードを搭載	
	事前に院内で使っている診察券番号等と、生成した動画を紐付け設定できるため、患者側は簡単に「DICTOR」の視聴モードで動画視聴が可能となる。 医療現場での術前説明や検査説明といった専門性の高い説明から、入退院説明や患者家族向けの手続き説明といった施設内での他説明業務まで、最適化された動画でサポートが可能となる。
④ 視聴実績が確認可能	
	患者の視聴実績をシステム内で管理可能で、どの動画を何時何分に視聴完了したかを確認できる。さらに動画の説明内容と視聴完了日時記録の PDF データが出力できるので、診療録への保存にも対応している。

資料出所：TOPPAN 株式会社プレスリリース「TOPPAN、医療従事者の説明業務支援サービス

「DICTOR®」提供開始（2024/07/17）」

[https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2024/07/newsrelease240717\\_1.html](https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2024/07/newsrelease240717_1.html)

大きな特徴は、病院長や看護部長、あるいは実際に執刀する主治医自身の顔と声のデジタルクローンで説明を行える点にある。わずかな録音・撮影データから、担当医そっくりの声や表情、話し方を再現し、「知らない誰かが作った動画」ではなく、実際に診察室で会っている「いつもの先生」が語りかける体験を提供する。DICTORで生成される医師等のデジタルクローンは、いつでも再生できるため、患者はこれから治療を担当する医療者の説明を事前に繰り返し確認することができ、説明内容の理解を深めると同時に、医療者との心理的な距離を縮める効果が期待されている。

図表 133 自動生成されるデジタルクローン



資料出所：TOPPAN 株式会社「DICTOR」サイト

[https://dictor.info/?\\_sm\\_pdc=1&\\_sm\\_rid=kJJJS466TR0WHVDQ7f4H1nJsRr51kwS4SqN2Sj5](https://dictor.info/?_sm_pdc=1&_sm_rid=kJJJS466TR0WHVDQ7f4H1nJsRr51kwS4SqN2Sj5)。

また、専門的で難解になりがちな医療説明を理解しやすく伝えるため、イラストや図解を積極的に活用し、内容を視覚的に補助する構成としている。読み上げられている箇所を画面上で強調表示する「ハイライト字幕」を採用することで、音声と文字情報を同時に確認できる環境も整えている。これにより、高齢の患者や聴覚に配慮が必要な患者であっても、自分の理解度に合わせて内容を確認することができ、説明を聞き逃した場合でも繰り返し視聴することが可能となる。こうした設計は、デジタル化によって特定の層が取り残されることを防ぐという観点からも重要であり、ユニバーサルデザインを重視したサービス構築が図られている。

さらに、近年増加している外国人患者への対応として、多言語での説明動画作成にも対応している。英語、中国語、韓国語など複数言語で説明コンテンツを提供できるため、医療機関側は通訳の手配や説明内容のばらつきといった課題を軽減しつつ、患者側も母語に近い言語で内容を確認

認できる環境を整えることが可能となる。これにより、医療内容の理解不足や説明の行き違いを防ぎ、より安心して医療を受けられる体制づくりに寄与している。

### (3) インフォームド・コンセントにおける役割分担と個別性への対応

開発過程では、「インフォームド・コンセントにおける同意書への署名まで含めてオンラインで完結させたい」という意見も検討した。患者が来院前や自宅から説明を受け、同意手続きまで済ませることができれば、医療機関側の業務負担軽減や患者の待ち時間短縮にもつながるとの期待があったためである。しかし医師側からは、「一度も対面せずに同意を得ることは、患者が十分に理解しないまま手続きが進む可能性があり、将来的なトラブルや医療安全上のリスクにつながる」という懸念が示された。特に、患者が抱く細かな疑問や不安は、対面でのやり取りの中で初めて顕在化する場合も多く、完全なオンライン化は慎重に考えるべきとの意見が多かった。

こうした議論を踏まえ、DICTOR ではオンライン化による利便性を取り入れつつも、対面による医師の関与を不可欠な要素として位置づける設計が採用されている。すなわち、デジタル技術は医師の役割を代替するものではなく、医師が本来注力すべき対話の時間を確保するための支援手段として位置づけられている点が重要である。

具体的には、インフォームド・コンセントにおける説明のうち、標準的で共通性の高い内容の約7割をDICTOR が担い、患者個別の病状や重要なリスク、治療選択に関わる相談といった残りの約3割については、医師が対面で時間をかけて説明するという役割分担を徹底している。この方式により、患者はあらかじめ基本情報を理解した上で医師との面談に臨むことができ、医師側も説明の繰り返しの時間を取られることなく、より個別性の高い対話に集中することが可能となる。結果として、説明の効率化と患者理解の深化を同時に実現する仕組みとなっている。

さらに、「患者の病状によって手術手順や合併症リスクが異なるため、一律の動画説明では個別の状況に対応できないのではないか」という懸念に対しては、説明コンテンツをあらかじめモジュール化（パーツ化）することで対応している。説明内容を細かな単位で管理し、必要に応じて組み合わせることで、患者ごとの病状や治療方針に適合した説明を構成できる仕組みである。具体的には、説明を一つの長い動画として固定するのではなく、治療内容、リスク説明、術後の注意点などを個別の説明パーツとして整理し、患者の特性に応じて最適な「説明プレイリスト」を構成できる。これにより、標準化された説明品質を維持しつつ、患者一人ひとりの状況に即した個別性の高い説明を実現している点も大きな特徴である。

### (4) 導入実績と経営・教育への波及効果

DICTOR は2024年7月の発売から約1年で、全国45の医療施設に導入されている。短期間でこれだけの施設へ導入が進んだ背景には、医療現場における説明業務の負担軽減が喫緊の課題となっていることに加え、サービスの有効性を検証するために北海道大学病院と2年間にわたり実施された共同研究<sup>253</sup>の成果がある。同研究では、現場の医師が抱える「患者には丁寧に伝えた

<sup>253</sup> TOPPAN 株式会社と北海道大学病院（HELIOS）は、医療従事者の説明業務支援に関する医療 DX 技術基盤等の開発を2022年より共同で進め、2023年9月に「DICTOR」β（α）版を開発して有用性検証を実施した。  
[https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2023/09/newsrelease230912\\_1.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.holdings.toppan.com/ja/news/2023/09/newsrelease230912_1.html?utm_source=chatgpt.com)

いが、同じ説明を繰り返すことが大きな負担となっている」という実情に向き合い、実際の診療現場での運用を通じて改善が重ねられてきた。

その結果、説明の質や患者理解を損なうことなく、医師が対面で説明に費やす時間を約4割削減する成果が確認されている。これは単なる時間短縮にとどまらず、医師がより複雑な症例への対応や患者との個別相談に時間を振り向けることを可能にし、医療の質の向上にも寄与している点が重要である。こうした実証結果が、各地の医療機関における導入判断を後押ししていると考えられる。

さらに、DICTORの活用は患者説明にとどまらず、医療教育や院内業務の効率化にも広がりつつある。教授によるレクチャーを動画化して医学生や若手医師の教育に活用する取り組みや、院内スタッフ向け研修、手術室マニュアルの共有、ハラスメント防止研修など、病院内で共有される知識やノウハウを動画コンテンツとして蓄積し、繰り返し活用できる仕組みづくりが進んでいる。これにより、個人の経験や口頭伝承に依存していた知識が組織全体の「デジタル資産」として保存・共有される動きが広がっている。

実際の導入効果として、DX推進を進める中規模民間病院では、DICTORの活用により、限られた人員体制を維持したまま病院の稼働率を15%向上させることに成功し、結果として収益改善にもつながった事例が報告されている。これは、人員を増やさずに医療提供体制の効率を高めることが可能であることを示しており、医療現場の持続可能性を高める一つのモデルケースとして注目されている。

## (5)導入におけるマネジメントと運用の工夫

本サービスの導入にあたっては、個々の診療科や担当者の判断に委ねるのではなく、経営層や医療DX推進に係る委員会など、部門横断的な組織による検討と意思決定が重要となる。医療機関における新しいシステム導入は、診療フローの変更や職員の業務負担、さらには医療安全や経営面への影響など、多方面に波及するため、特定部署のみで判断することは現実的ではない。そのため、院内全体の方針として導入の意義や効果を共有し、統一した運用方針のもとで展開していくことが求められる。

その際、いきなり全院導入を決定するのではなく、まずは短期間のミニPOCを実施し、実際の診療現場での利用状況や業務負担の変化、患者の理解度向上といった効果を可視化することが有効である。現場で得られた具体的な成果や課題を共有した上で経営判断につなげることで、職員の納得感を得ながら段階的に導入を進めることができ、結果として院内全体への円滑な浸透につながると考えられる。

また、説明内容の質を担保するための承認機能については、あえてシステム上で一律の承認フローを固定せず、各病院の運用に委ねる設計としている。医療機関ごとに組織体制や意思決定のプロセスは異なり、医療安全部門や診療科ごとの責任体制も多様である。そのため、画一的な承認フローをシステム側で強制すると、現場の実情に合わず、かえって医師や医療スタッフの業務負担を増やしてしまう可能性がある。

このため、本サービスでは各医療機関が自院のルールや体制に基づいて承認プロセスを設計し、医療安全部門や関係部署が内容確認を行うなど、ローカルな運用によってコンテンツの質を担保することを前提としている。こうした柔軟な運用を可能とすることで、説明内容の品質を維持し

ながらも現場の負担増加を防ぎ、実際の診療環境に適合した形での継続的な活用を可能としている。

## (6) 考察：目指すべき医療体験の形

医療 DX の価値は、単なる業務効率化そのものではなく、そこから生まれる時間的・心理的な「ゆとり」をどこへ還元していくかにあると考えられる。DICTOR の取り組みは、患者、医療従事者、病院経営のそれぞれにとって、新たな価値を生み出す可能性を示唆する事例の一つと言えるだろう。

患者にとっては、待ち時間や自宅において説明内容を繰り返し確認できることで理解を深めることができ、医師との対面時には自身の疑問や不安を踏まえた対話につながりやすくなると期待される。専門的な医療知識を持つ患者は少ない。そのような患者にとって、理解可能な説明はインフォームド・コンセントの第一歩として必要不可欠である。

患者にとっては「一生に一度の疾病」だが、医療従事者にとっては「日常的に対応する同じ疾病患者の一人」にすぎない。このギャップに加えて、形式的な情報提供しかなければ、インフォームド・コンセントは形がい化する。医療従事者の反復的な説明業務の負担が軽減され、患者とのコミュニケーションに時間が充てられるようになれば、真に患者の同意を得るインフォームド・コンセントに近づいていく。加えて、医療従事者は、より専門性の高い診療や教育、研究に時間を充てることが可能になる。病院経営の観点からも、医療安全を維持しながら業務効率の改善を図ることで、持続可能な医療提供体制を支える基盤の一つとなる可能性がある。

デジタル技術は、人と人との関係を代替するものではなく、むしろそれを補強するための手段として活用されるべきものである。DICTOR が目指す「説明の DX」もまた、医療者が本来重視してきた患者との対話や信頼関係の構築に、より多くの時間と注意を向けるための環境整備の一つの試みと位置づけることができる。本事例は、今後の医療体験の在り方を考える上で参考となる取り組みといえる。

## 8-7. 産総研におけるロボットとの共生とウェルビーイング向上

国立研究開発法人産業技術総合研究所（以下、産総研）<sup>254</sup>は、日本の産業競争力強化を担う研究機関であり、AI、ロボット、センサー、クラウドを統合した技術開発を推進している。ウェルビーイング実装研究センター<sup>255</sup>は、2025年4月に発足し、物理作業のウェルビーイング向上のための人機械協調、遠隔就労システムの構築および評価、情報作業のウェルビーイング向上のための環境制御システムの構築および評価など、労働者不足により引き起こされる就労現場における課題解決につながる研究を行っている。

2025年8月29日に情報通信政策フォーラムが実施した「ウェルビーイング実装研究センター・研究センター長谷川民生氏の講演、実証実験の見学、並びに産総研サイトの情報を基に紹介する。

### (1)CPS（Cyber Physical System）

ロボットによる個別支援を超え、社会システム全体で暮らしと働き方を支える「社会デザイン」を研究の軸としており、その中核をなすのが、現実世界の状況をサイバー空間にリアルタイムで再現するCPS（Cyber Physical System／デジタルツイン）である。作業者の配置や物理的な距離感といった「現場の文脈」までをデジタル化し、解析対象とする点に特徴がある。この技術の現場における具体的な有用性は次の通りである。

- 希少事象のシミュレーション

現実には滅多に起きない事故や転倒といった「希少事象」を仮想空間で意図的に生成する。これをAIに学習させることで、未然に事故を防ぐ高度な安全制御が可能になる。

- 個別最適な支援の事前検証

現場作業者の体格や可動域に応じた「デジタルツイン」をサイバー空間上で作成し、導入前に最適な作業姿勢やデバイスの調整値を割り出す。

日本が強みを持つ「現場起点のフィジカルデータ」をこのサイクルに乗せることで、エビデンスに基づいた就労環境の最適化が実現する。特に、筋骨格モデル等の高精度なバイオメトリクス情報と作業文脈を統合した「高品質なデータ」は、特定の現場に閉じない標準化された知見として、広範な産業基盤を支える価値を持つ。

### (2)労働集約型現場の制約を克服する解決戦略

中小工場、物流、小売、バイオ実験などの労働集約型産業は、人手依存度が高く、従来の画一的な自動化では対応しきれない「作業の隙間」が課題となっている。ウェルビーイング実装研究センターでは、身体的負担の低減と精神的納得感の向上を両立させるため、二つの戦略の方針を

---

<sup>254</sup> 産総研の詳細は、以下を参照のこと。<https://www.aist.go.jp/>

<sup>255</sup> ウェルビーイング実装研究センターの詳細は以下を参照のこと。  
[https://www.aist.go.jp/aist\\_j/business/aboutus/irc.html](https://www.aist.go.jp/aist_j/business/aboutus/irc.html)

掲げている。

- 戦略1：人機協働による「個の生産性」の最大化

すべての作業を機械に置換するのではなく、人の柔軟な判断力とロボットの精密・反復性を最適に組み合わせる。ロボットが重量物搬送や精密作業を担い、人が判断や器用さを要する工程に集中することで、生産性を高めつつ心身の負担を軽減する。

- 戦略2：遠隔就労による「労働力の質と量」の拡張

ロボットを介した遠隔就労を実装し、障害、加齢、居住地による制約を解消する。これにより、自治体の枠を超えた「地理的なボーダレス」を実現し、多様な人材が場所を問わず社会参画できる新たな就労モデルを構築する。

### (3)人機協働を支える基盤技術

ウェルビーイング実装研究センターでは、人と AI の真の協調を目指して人の状態を正確に解釈するための技術開発が進められている。この戦略の核となるのは、単なる自動化ではなく、AI が「人の状態と意図」をリアルタイムかつ正確に解釈し、人に寄り添う技術開発である。これにより、身体的・精神的な障壁を取り払い、誰もが能力を最大限に発揮できる社会を目指している。

#### a)作業負荷のリアルタイム推定と身体的最適化

労働現場における身体的負担を解消するため、高精度なモーションキャプチャ技術と生物学的知見に基づく筋骨格モデルを統合する。カメラ映像等から個々の体格に応じた作業負荷を瞬時に算出し、そのデータを基に AI がロボットの出力を動的に調整する「協調制御」を行う。

検証実験では、空箱の発生に伴う作業計画の自動変更や、負荷の高いパーツをロボットに割り当てる動的なアサインを実施した。その結果、個々の体格や状況に最適化された支援が可能となり、作業負担を 10%軽減しつつ、同時に作業効率を 10-15%向上させるという、身体的ウェルビーイングと生産性の両立を実証している。

#### b)遠隔就労の生産性革新と自律・協調の融合

CPS 上に構築された「仮想カメラ」技術を活用し、物理的な制約に縛られない自由な視点を提供することで、現場にいる以上の情報把握を可能にする。運用の効率化においては、「大局的な判断と指示」を人が担い、「細かな状況判断と自律動作」を AI が補完するハイブリッド制御を導入する。これにより、一人のオペレーターが物理的に離れた複数台の機体を同時に、かつ高精度に操る「多対一」の高効率運用を実現し、地理的・時間的制約を超えた労働力の提供を可能にする。

#### c)安全と安心を両立する「自己拡張」の設計

技術の受容性を高めるため、物理的な「安全」と心理的な「安心」を同時に設計する。人の動きや周囲の状況に応じて速度や軌道をミリ秒単位で調整する「協調安全」をベースにしつつ、さらに踏み込んで、ロボットがあたかも自らの身体の一部として機能しているような「自己拡張感(ブ

ロプリオセプションの拡張)」を創出する。直感的なインターフェースを通じてロボットの動作意図を積極的に提示することで、操作者の主観的な不安を払拭し、人と機械が一体となって課題解決に当たる新しい信頼関係を構築する。

#### (4)精神的ウェルビーイングの定量化と社会参加

身体的な補助にとどまらず、個人の内面的な充足感幸福度を支えるための客観的な評価指標の構築にも注力している。従来、精神的な状態は主観的なアンケート調査に頼らざるを得なかったが、同センターではデジタル技術を用いた「リアルタイムな可視化」を目指している。

##### a)データに基づく PERMA 指標の可視化

ポジティブ心理学の提唱者セリグマンによる「PERMA」の枠組み（Positive Emotion：正の感情、Engagement：没頭、Relationships：関係性、Meaning：意味、Accomplishment：達成）を基盤に、センサーデータ等を用いた指標化を検討している。例えば、組織における「心理的安全性な状態」を評価する場合、単なる発言の有無だけでなく、会議中の発言の重なり、トーン、身体的な同調性などを CPS 上で解析し、組織のエンゲージメント状態を推定する。これにより、「仕事の意味を理解し、主体的に関与できているか」という抽象的な概念を数値化し、労働環境の改善やマネジメントの最適化に直接的にフィードバックすることが可能となる。

##### b)孤立を防ぐインフラと社会参加の促進

職場環境のみならず、地域社会や生活場面における「孤立」は、メンタルヘルスの悪化を招く深刻な要因である。これに対し、ロボット支援や遠隔就労技術は、単なる労働力の補填ではなく「社会との接点」を維持するためのインフラとして機能する。例えば、身体的な制約がある高齢者や障害を持つ人々が、アバターロボットを通じて接客や軽作業に従事することは、本人に「他者から必要とされている」という達成感と関係性をもたらす。これは活動性の維持やフレイル（虚弱）予防といった身体的な健康維持の観点からも極めて有効であり、技術介入によって「孤独」を「主体的な社会参画」へと変容させるアプローチとなっている。

##### c)持続可能なウェルビーイング・サイクルの構築

最終的には、これらの客観的なデータ指標と、ロボットによる物理的な介入を循環させることで、一人ひとりの状態に合わせた「心地よい距離感」や「適切な難易度のタスク」を AI が提示する環境の構築を目指している。過度な支援で主体性を奪うのではなく、適度な困難を自らの力で乗り越える「達成感」をデザインすることこそが、精神的なウェルビーイングの核心であると定義している。

#### (5)実社会への実装に向けた設計の視点

産総研では、実際の店舗や倉庫を精緻に模した模擬環境（テストベッド）を活用し、公的研究

機関と民間企業が密に連携して「運用上のリアルな障壁」を抽出している。これは、組織の垣根を超えて知見を共有する「官民のボーダレス」な取り組みであり、現場の本来の目的を損なわない実効性の高い社会実装エコシステムを構築するための不可欠なプロセスとなっている。

コンビニエンスストア等での棚卸し・陳列デモにおいて、ロボットの動作効率を優先し、作業しやすい棚の高さや配置、商品間隔に最適化すると、店舗としての魅力が著しく損なわれることが判明した。例えば、ロボットのリーチに合わせて棚の段数を減らしたり、掴みやすいように商品をまばらに配置したりすると、消費者からは「品揃えが貧弱」「商品が選びにくい」といった不満が噴出する。自動化のために「買い物のワクワク感」や「情緒的価値」を犠牲にすることは、ビジネスモデルとして持続可能は困難である。

今後の鍵は、接客や魅力的な売り場作りといった人間が得意とする領域は維持しつつ、人目に触れないバックヤード作業や深夜の補充作業をいかにロボットへシームレスに引き継ぐかという、「商空間の二面性」を考慮した設計にある。技術を現場に無理に当てはめるのではなく、現場の本来の目的（顧客満足など）を損なわずに自動化をいかに調和させるか、という視点が実装の成否を分けることになると想定している。

## (6)考察：生涯にわたり社会と繋がる環境を目指して

ウェルビーイング実装研究センターにおける取り組みは、自動化技術の高度化そのものを目的とするのではなく、人と機械がそれぞれの役割を分担しながら協働するあり方を探る試みといえる。少子高齢化という構造的な課題に対しても、技術を通じて、誰もが安心・安全を前提に生涯にわたり社会と関わり続けられる可能性を広げようとしている点に特徴がある。こうした CPS などの技術を活用して実社会へ実装していく過程では、下記の視点が重要であることが分かった。

### ● ハイブリッドな実装の考え方

すべてを機械に任せる完全自動化ではなく、ロボットの自律的な動作と、人による遠隔からの関与を組み合わせる形が検討されている。CPS を介して「必要な場面で人が関わる」仕組みを残すことは、現場の柔軟な対応と作業効率の両立につながる可能性がある。

### ● 「身体知」を活かした技術展開

現場で培われてきた暗黙的な知識や感覚を、フィジカルデータとして整理・共有していく視点も重視されている。筋骨格モデルなどの科学的知見をもとに、個々の状況に応じた支援を行うことは、安全性や信頼性を支える基盤の一つとなり得る。

### ● 潜在的な担い手を広げる視点

労働力不足を単なる制約として捉えるのではなく、これまで参加が難しかった人々が関われる可能性を考える契機とする見方もある。遠隔就労や人と機械の協働によって、身体的・地理的な制約が和らぐことで、より多様な形で社会参加できる環境が想定されている。

労働力を単なる対価の手段から自己実現の場へと変容させることが、真のウェルビーイングの実現につながる。こうした、人と AI・ロボットが相互に補完し合い、産官学の各組織が連携しながら新たな価値を創出する「持続可能な社会実装エコシステム」の構築こそが、QOL 向上への道

筋となっている。

「潜在的な担い手を広げる視点」に関連する事例として、その場に参加できない仲間に簡単に「来てもらう」ための遠隔操作ロボット「OriHime<sup>256</sup>」が既に市中に投入されている。遠い場所にいる社員も職場に参加したり、通学できない生徒が授業を受けクラスメイトと交流したり、といった利用例も生まれつつあり、距離も障害も乗り越えて、「来てもらう」ためのロボットになっている。現時点で「OriHime」はAIロボットではないが、このようなロボットと産総研で実証されているようなAI技術が統合されれば、さらに多くの人のウェルビーイングに資することになるのではないかと期待する。

---

<sup>256256</sup> 株式会社オリィ研究所「OriHime」の詳細は、以下を参照のこと。<https://orihime.orylab.com/>

---

高品質なヘルスケアデータとエコシステムの構築  
に関する調査研究報告書  
【最終成果物】

2026年3月  
株式会社国際社会経済研究所

〒108-8001 東京都港区芝五丁目7-1  
TEL 03-3798-9190

禁無断転載

---