

公衆衛生委員会答申

令和 8 年 5 月

日 本 医 師 会
公衆衛生委員会

令和8年5月

日本医師会
会長 松本吉郎 殿

公衆衛生委員会
委員長 伊在井 みどり

公衆衛生委員会答申

令和6年12月11日に開催した第1回委員会において、貴職より
「地域の健康管理とかかりつけ医機能」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では令和6年度、令和7年度の2年間にわたり検討
を行い、このたび審議結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。

公衆衛生委員会

委員長 伊在井みどり (岐阜県医師会会長)

副委員長 広瀬 真紀 (福井県医師会副会長)

委員 磯崎 哲男 (神奈川県医師会理事)

〃 桶谷 薫 (鹿児島県医師会副会長)

〃 加藤 正隆 (愛媛県医師会副会長)

〃 木村 隆 (滋賀県医師会副会長)

〃 小林 邦生 (愛知県医師会理事)

〃 高階 憲之 (宮城県医師会常任理事)

〃 谷本 雅人 (香川県医師会副会長)

〃 鳥居 明 (東京都医師会理事)

〃 堀本 仁士 (神戸市医師会会長)

〃 峰松 俊夫 (宮崎県医師会理事)

目 次

緒 言（広瀬副委員長）	1
I かかりつけ医機能について	2
1 「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」の定義とかかりつけ医機能報告制度（日本医師会佐原常任理事）	2
2 諸外国におけるかかりつけ医機能の現状と課題（日医総研森井主席研究員）	5
II 健康医療情報のネットワーク等について	8
1 全国医療情報プラットフォーム・地域医療情報連携ネットワークの活用（小林委員） .	8
2 健診標準フォーマット HASTOS の取組み（日医総研吉田主任研究員）	11
3 公衆衛生的観点からみた医療情報利活用の適切な推進に向けて（小林委員・日本医師会佐原常任理事）	16
III 地域の健康管理とかかりつけ医機能	20
1 地域の健康管理とは（都市部と地方の違いも含む）（谷本委員）	20
2 予防（医療）も含めたヘルスリテラシー等の住民への啓発（加藤委員）	23
3 予防接種や健（検）診（桶谷委員）	27
4 地域活動（学校保健・産業保健）（木村委員）	30
5 地域活動（精神保健）（高階委員）	33
6 多職種連携・在宅医療（磯崎委員）	36
7 災害と感染症拡大時のかかりつけ医機能（堀本委員）	39
8 持続可能な医療提供体制確保のための健康医療情報等の取扱い（鳥居委員）	42
9 包括的な機能（峰松委員）	45
結 言（伊在井委員長）	48

緒 言

本委員会は、松本吉郎会長より「地域の健康管理とかかりつけ医機能」という諮問をいただいた。今回、諮問の中に「かかりつけ医機能」という言葉が明示された背景には、2025 年 4 月に始まった「かかりつけ医機能報告制度」の影響があると考えられる。

これまでの公衆衛生委員会では、「かかりつけ医」が地域で果たすべき役割、すなわち国民・患者の健康を守るための責務について議論を重ねてきた。その役割は多岐にわたる。患者の背景を理解し、身近な相談相手となること。予防接種や定期健診を通じて予防医学を推進し、生涯にわたって心身の健康をシームレスに支えること。そして、必要に応じて専門医療・高度医療へと適切に導くゲートキーパーとして機能することである。さらに、災害や感染症発生時には地域のルールに基づき医療を支援し、最終的には地域包括ケアの中核として人を導く存在となる。これらは、医療の効率化、重症化の予防、医療費の抑制など、社会全体への貢献にもつながる重要な機能である。

私たちはこれまで、健康管理のあり方や健康格差の要因、そして乳幼児期からの健診継続の意義について、自らの立場から発信してきた。しかし、人々はそれをどう受け止めているのだろうか。健康への関心は、年齢や家庭環境、教育、文化、さらにはメディアの影響など、多様な外的要因によって左右される。だからこそ、早い段階から自らの健康に関心を持つことの大切さを、改めて伝えていく必要がある。

予防医学の情報を個人や家族に届けること、そして国民のヘルスリテラシーを育むことも、かかりつけ医の大切な役割である。若年層が健診・検診（以下「健（検）診」という）をどう捉えているかは定かではないが、幼少期の健診を「苦痛な体験」と感じた人もいるかもしれない。近年では、美容医療や再生医療といった情報が SNS 上に溢れ、若者の関心は“見た目の健康”に傾き、健（検）診の意義が見過ごされがちである。

学校健診、HPV 検診、ピロリ菌検診、雇用時健診・職場健診、特定健診、がん検診、フレイル健診など、多様な健（検）診の機会は健康への気づきをもたらす。どの場面であっても、健（検）診を通じて健康意識を喚起することこそ、かかりつけ医の使命の一つといえる。

日本医師会は、「かかりつけ医機能」は複数の医師や複数の医療機関が地域を面として支えるものとしている。仮にかかりつけ医機能が十分に発揮されたとしても、それだけで健康格差が解消され、健康寿命の延伸につながるとは限らない。地域における幅広い情報共有と、相互の信頼に基づく連携体制の構築が不可欠であることは言うまでもない。

本委員会では、「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」の定義を踏まえた上で、「地域の健康管理とかかりつけ医機能」について取りまとめた。

I かかりつけ医機能について

1 「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」の定義とかかりつけ医機能報告制度

今後、複数の慢性疾患、医療・介護の複合ニーズを抱える高齢者が増加する一方、医療従事者の確保が困難になることが見込まれている¹。地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくために、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、「かかりつけ医機能」を新たな地域医療構想に位置付けることが求められている。2023年5月の医療法の改正により、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が行われ、2025年度から「かかりつけ医機能報告制度」が施行された。しかし、現場では依然として「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」の定義が十分に共有されておらず、「かかりつけ医機能報告制度」への理解も十分に浸透していないのが現状であろう。

2013年8月8日に、日本医師会と四病院団体協議会は「医療提供体制のあり方²」を合同で発表し、「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」を以下の通り定義した。

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

¹ かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン（第1版）厚生労働省医政局総務課 [2025年6月]

² 日本医師会・四病院団体協議会合同提言、「医療提供体制のあり方」[2013年8月8日]

「かかりつけ医」は「なんでも相談できる医師」とであると、患者や国民の視点で定義され、あくまで「かかりつけ医」は患者が自分の意思で選択する医師であることが大前提とされた。

「かかりつけ医機能」は地域の医療機関や介護施設等との連携を基盤として、地域を支えるための機能として定義された。保険診療で行う医療だけではなく、「健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動」に取り組むことで、地域を支えることも重要な機能の一つとして位置づけられた。

日本医師会は「かかりつけ医機能の制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方」として、2023年2月15日の定例記者会見で以下8項目を示した³。

1. 「かかりつけ医」はあくまで国民が選ぶものである。国民に「かかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。
2. 診療科別や専門性の観点から複数の「かかりつけ医」を持つことも多く、「かかりつけ医」は複数あることが自然である。
3. 1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、「かかりつけ医」を固定するような提案は、決して望んでおられない。
4. 「人頭払」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。
5. 「かかりつけ医機能」を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。
6. 必ずしも一つの医療機関において「かかりつけ医機能」のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としての「かかりつけ医機能」をしっかりと果たしていくべきである。
7. 「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。
8. 医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。

かかりつけ医機能の確保に関するガイドライン¹では、「かかりつけ医機能報告は、医療機能情報提供制度の刷新と相まって、地域において必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者にとって医療サービスの向上につなげることを目指

³ 日本医師会定例記者会見「全世代社会保障法案の閣議決定を受けて」[2023年2月15日]

すものである」とされている。「かかりつけ医機能報告制度」における「かかりつけ医機能」は、1号機能と2号機能に整理された。

1号機能とは、「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」であり、「日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能」とされた。17の診療領域ごとの一次医療の対応可能性の有無とともに、一次診療を行うことができる疾患等を報告することとなった。

さらに、1号機能を有する医療機関は2号機能を報告することとなっている。2号機能としては、(イ)通常診療時間外の診療、(ロ)入退院時の支援、(ハ)在宅医療の提供、(ニ)介護サービス等と連携した医療提供、の4点のほか、「その他の報告事項」として、「健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等」を報告することとされており、これはまさに、本委員会への会長諮問にある「地域の健康管理」に相当すると考えられる。

これまで地域において、「地域の健康管理」の役割の中核を地域医師会が担っていた。まさに、地域医師会が地域における「かかりつけ医機能」を面で支えてきたと言えるだろう。しかし、へき地や中山間地などの人口減少地域では、開業医の高齢化に伴う廃業が相次いでいる。一方、都市部においては「かかりつけ医機能」を担わない診療所が増加傾向にあるのではないとも言われている。会長諮問の「地域の健康管理とかかりつけ医機能」を論じる上で、「地域の健康管理」の要としての地域医師会の持続可能性と、地域を面として支える「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備を念頭に置く必要があるだろう。

2 諸外国におけるかかりつけ医機能の現状と課題

かかりつけ医機能は、かかりつけ医制度がなくとも整備することはできる。そもそも、かかりつけ医制度とは、登録制、認定制、人頭払いの3要素をもって定義づけられるが、特に登録制があるか否かが重要になる。

<イギリス>

代表的なかかりつけ医制度として言及されることが多いイギリスのGPは、この3要素を全て備えている。かつては個々のGPが政府からの予算を直接受け取り、それを比較的自由的な裁量で運用することが許された。個々のGPが法定代理人のような立場で、患者の受ける医療サービスの必要性を判断していたことになる。

その一方で、GPへの支払い方式について、近年、成果報酬やサービス対価の要素が部分的に取り入れられるようになってきている。しかしそれでもなおイギリスの支払い方式は人頭払いが中心である。そのことは、同じくかかりつけ医への登録制を敷いているフランスとの比較において明らかである。人頭払いと出来高払いの割合は、イギリスがそれぞれ69.8%と14.4%であり、フランスが7.3%と73.8%となっている⁴。イギリスのGPの報酬に占める人頭払いの要素が大きいのは、その分、サービス対価の要素が小さいことを意味している。これはGPが制度上は民間（非公務員）でありながら、実質的に公務員に近い準公務員としての身分保障を与えられていると解釈することもできる。

次に、GPの実態を見る。イギリスにおいて、20%の受診(doctor appointment)が「完全に社会的な理由」によるとされる。「完全に社会的な理由」(pure social reasons)とは、具体的には、雇用、住居、借金、孤独等についての相談である。これらの社会的理由に加えて精神的な問題(mental well-being)でGPを受診する患者も多いという。先行研究⁵においても孤独や気分の落ち込みが例示されている。このようなGPが担う非医療的ニーズ、あるいは医療の周縁的ニーズからGPを解放するために、近年social prescribingの導入が図られている。

<フランス>

フランスのかかりつけ医であるMT(médecin traitant)もイギリスのGPと同様に、民間（非公務員）である。フランスでは2004年以降、16歳以上の国民にかかりつけ医(MT, médecin traitant)への登録が原則義務付けられた。しかし、上述したようにかかりつけ医(MT)の報酬には実質的に出来高払いの要素がかな

⁴ 「調査と情報—ISSUE BRIEF—」1209「かかりつけ医」をめぐる議論」[2022.12.8]

⁵ J Elston et al. Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation Primary Health Care Research & Development 20 (e135) : 1—10.

り残っており、その分だけ民間としての実質を維持している。そして、この英仏のかかりつけ医の公務員性の濃淡は、医療のファイナンスが税方式（英）であるのか社会保険方式（仏）であるのか、というより大きな問題をも規定することになる。

フランスのかかりつけ医である MT については、民間でありながら、（イギリスよりその要素が弱いとはいえ）公務員のような役割を求められることに基づく問題が近年露呈している。フランスにおけるかかりつけ医難民はそれを象徴する問題だ。かかりつけ医難民とは、住民がかかりつけ医（MT）を見つけられない問題を言う。近年の議会への報告⁶によれば、17 歳以上のフランス国民の 11% がかかりつけ医（MT）に登録できていない。慢性疾患を持っている患者でさえその 7% が MT に登録できていない。かかりつけ医（MT）一人当たりの登録者数は 2000 人程度が標準であるが、患者が登録を望んでも、既に 2000 人程度の登録患者を抱えている MT はそれを拒むようになっている。そもそも、フランスでは、診療科ごとの医師の研修枠が固定されており、制度上は診療科偏在の心配がない。また、フランスの人口当たりの医師数は日本の 1.2 倍と、決して少なくない。それにもかかわらず、かかりつけ医診療の供給が需要に追い付かないのは、一人当たりの MT に想定されたサービス供給が行われていないからだろう。これは、民間である MT に、サービスに対する十分な報酬が支払われていないことに起因している可能性がある。この背景には、フランスでは、医療のファイナンスが外形的には保険方式によっているにも拘わらず、1990 年代後半から、当時のアラン・ジュペ首相の下で提唱されたジュペ・プランの下で進んだ、大胆な *fiscalisation* (租税代替化) がある。いうなれば、1990 年代後半から 2000 年代前半のフランスでは、ファイナンスをイギリス型の税方式に部分的に切り替えており、その延長線上に 2004 年の MT への登録制という外来診療医の準公務員化がなされた。

<ドイツ>

次に、ドイツのかかりつけ医機能の担い手である Hausarzt を見る。ドイツでは、国民の 90% がかかりつけ医機能を活用しているとされるが、登録制は敷かれておらず、かかりつけ医制度はない。また、ドイツでは、家庭医中心医療制度（Hausarztzentrierte Versorgung）と訳されるイギリスの GP に近い診療体系（ゲートキーパー機能）及び支払体系（人頭払い）を、患者と医師双方の任意で選択することもできるが、この制度を自ら選択している国民は 1 割以下にとど

⁶ le rapport d'information sénatorial n° 589 <Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins: agir avant qu'il ne soit trop tard> le 29 mars 2022

まる⁷。

また、Hausarzt は、他の診療科と同様に、それ自体が一つの診療科名であり、一定の研修を経なければこれを名乗ることができないし、Hausarzt としての診療報酬を請求することができない。これは Hausarzt に限らず、すべての診療科について共通するルールであり、かかりつけ医としての認定制があることを意味しない。

<各国のコロナ対応と日本への示唆>

日本では、コロナを機に、欧州の制度を引き合いに、かかりつけ医の制度化論が盛んに主張されたが、最もオーソドックスなかかりつけ医制度であるイギリスの GP はコロナ診療にはほとんど貢献しておらず、2000 年以降、社会保険方式の中でイギリスの制度を模倣したフランスの MT もコロナの流行が始まってすぐに停止され、フリーアクセスに移行した。ドイツのかかりつけ医機能の担い手である Hausarzt は、ドイツにおけるコロナ診療の 95%を行い、大きな貢献をしたが、Hausarzt はかかりつけ医とは別の制度である。

また、医療のプロバイダーの社会化（公民化、公立化）の程度や、ファイナンスの税方式・保険方式の別はいうに及ばず、社会保険方式の中でも、租税代替化の程度の違いを無視して、海外の制度に言及した制度化論には、丁寧に反論する必要がある。

下図 1 に、各国のかかりつけ医機能類似制度と医療制度の概要をまとめる。

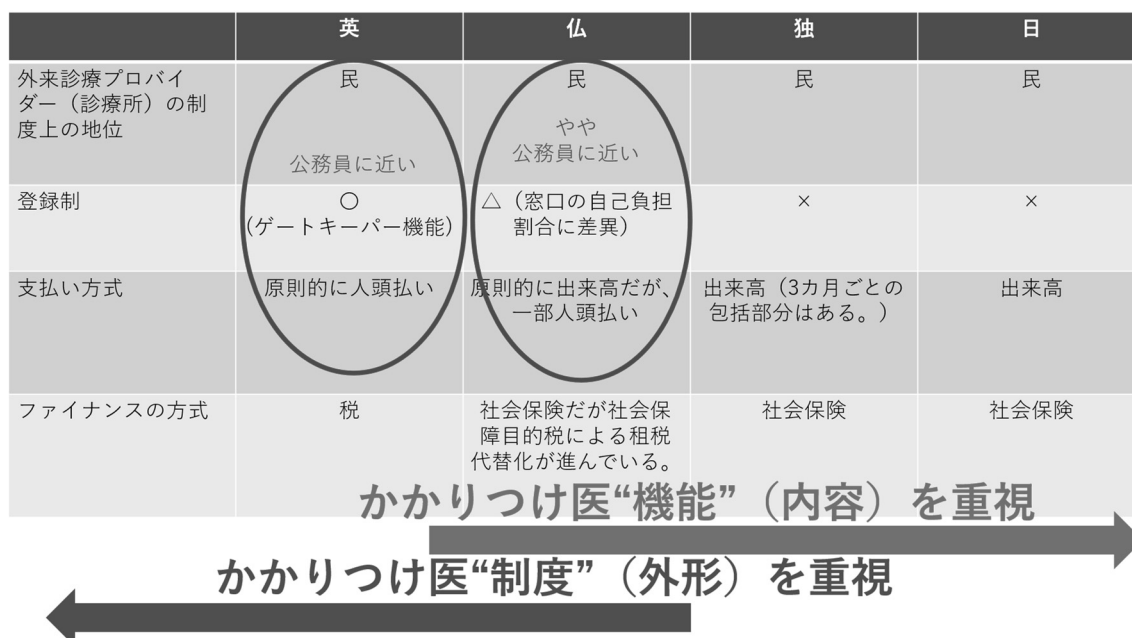


図 1 各国のかかりつけ医機能類似制度と医療制度の概要

⁷ 連邦家庭医協会サイト <https://www.hausaerzteverband.de/themen/hausarztvertraege>

II 健康医療情報のネットワーク等について

1 全国医療情報プラットフォーム・地域医療情報連携ネットワークの活用

(1) 医療情報の断絶・断片化

従来、患者の医療情報は医療機関ごとに分散し、紹介状や退院サマリー等の連携手段も紙媒体が中心であった。必要な情報連携がなされない場合、検査や処方重複が生じ、情報の断絶・断片化（フラグメンテーション）が引き起こされる。

とりわけ救急受診時や災害時には、既往歴や服薬状況を十分に把握できないまま診療を行わざるを得ないケースもあり、これらは医療の安全性と効率性に直結する喫緊の課題となってきた。

(2) 医療情報共有の必要性

かかりつけ医は、「単なる病気の治療者」にとどまらず、健康増進や予防、介護・福祉との連携を含め、住民の生涯に寄り添う「健康への伴走者」としての役割を担う。診療情報を適切に把握し、関係機関と安全に共有できる医療情報基盤は、かかりつけ医にとって、生活習慣病や包括的ケアを要する疾患の増加、自然災害、パンデミックといった多層的な課題に対処するために、必要不可欠な存在となりつつある。



図2 全国医療情報プラットフォームの概要

今後、情報共有の中核となるのが「全国医療情報プラットフォーム^{8 9}」（図2）と「地域医療情報連携ネットワーク¹⁰」である（表1）。

（3）全国医療情報プラットフォーム

国が進める「全国医療情報プラットフォーム」は、電子カルテの要約情報や検査結果、投薬・アレルギー歴、健（検）診情報等を標準化し、厳格なアクセス管理と本人同意を前提に運用される全国規模の情報基盤である。その最大の意義は、医療機関の壁を越えた「情報の連続性」の確保にある。

例えば、救急搬送時には、既往歴や直近の検査所見を即時に参照することで、初動の安全性と迅速性が飛躍的に向上する。また、災害時等の有事においても、情報の断絶を防ぐことで、高度な診療行為の継続を支え、医療・介護の「円滑な引き継ぎ」を可能にする。

（4）地域医療情報連携ネットワーク

一方、地域医療情報連携ネットワークは、都道府県や二次医療圏など地域単位で、病院・診療所・薬局・介護事業所等が、適切な同意・権限管理の下で情報を共有し、切れ目のない医療・介護を実現する仕組みである。全国医療情報プラットフォームが幅広く網羅的な基盤だとすれば、地域医療情報連携ネットワークは地元密着の具体的な太い連携基盤といえる。

入退院時の情報、検査結果、画像、処方内容、在宅療養の経過などが共有されれば、かかりつけ医は病院での治療経過と退院後の注意点を踏まえて、外来・在宅での管理を行える。心不全や慢性腎臓病など再増悪を起こしやすい疾患では、病院と診療所が同じ情報をもとに療養方針を統一することで、再入院予防や生活習慣改善の効果が高まる。薬局との連携では、処方意図と服薬実態を共有し、重複処方や相互作用の確認、減薬の検討、服薬支援をチームで進めやすくなり、特に高齢者のポリファーマシー対策に有効である。さらに、在宅患者の病状変化やケア計画を訪問看護師・ケアマネジャー・薬剤師らと共有できれば、急変兆候の早期把握と受診調整が可能となり、患者・家族の安心感と地域包括ケアの実効性が高まる。

⁸ 全国医療情報プラットフォームの概要：第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム（令和5年8月30日）資料2-3 一部改変

⁹ 全国医療情報プラットフォームで共有される情報について：
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001343119.pdf>

¹⁰ 地域医療情報連携ネットワーク：<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000644575.pdf>

(5) 医療情報共有がかかりつけ医の機能を高める

両者は役割が異なる一方で補完的な関係にある。全国医療情報プラットフォームが医療情報の連続性を支え、地域医療情報連携ネットワークが多職種協働の実務を支える。そして、それらを統合して患者にとって最善の医療・予防・生活支援へとつなげる中心が、地域のかかりつけ医である。全国と地域の情報基盤を活用することで、かかりつけ医は地域を面で支える「健康への伴走者」としての機能を一層高め、患者の安心と地域医療の持続可能性に貢献できる。

(日本医師会の主張) 両者の併用が有用・必要

	全国医療情報プラットフォーム	地域医療連携NW
情報提供 医療機関	全国の医療機関 網羅性が高い	地域の基幹病院等
情報閲覧 医療機関	3文書：指定された医療機関 6情報：全国の医療機関 ※患者さんの同意が必要	NWに登録された医療機関等 ※患者さんの同意と紐付け作業が必要
共有できる情報	3文書 診療情報提供書・退院時サマリー 健康診断結果報告書 6情報 病床名・アレルギー情報感染症情報・薬剤禁忌情報 検査情報（救急及び生活習慣病） 処方情報	3文書6情報に加えて 診療録・看護記録・リハビリ記録 読影 レポート・各種検査情報・画像情報 など多彩で詳細な情報 多職種コミュニケーション機能 ※提供情報はNWや情報提供医療機関によって異なる
イメージ	全国に張り巡らされた細い管	地域限定の太いパイプ
本人閲覧	マイナポータル	

表1 全国医療情報プラットフォームと地域医療情報連携ネットワーク

2 健診標準フォーマット HASTOS の取組み

(1) 健診データ標準化の必要性

2020 年度から国のマイナポータル¹¹を通じた特定健診データの閲覧や利活用が開始されており、今後、労働安全衛生法に基づく事業主定期健診や自治体がん検診についても国の仕様に基づくマイナポータルへの活用が進められることになる。

しかし、健（検）診結果の判定・所見等の用語の標準化や、精度管理情報に紐付けられた標準化された検査データを基にした結果データの運用がされなければ、個人の経年変化に基づいた健康管理や保健事業に有効な健（検）診データの活用には至らない。

現在、医療分野を含めて様々な分野で AI のインパクトが与える影響が議論されているが、今後、健（検）診の受診者や患者の機微な情報等を基にした AI によるデータ解析技術を導入していくためには、画像情報や検査情報等の匿名加工や仮名化を円滑に行い、安全、且つ、効率的に収集していく必要がある。

2008 年 4 月より、高齢者医療確保法に基づく特定健診・特定保健指導制度¹²が開始され、国や保険者等では、これまで蓄積された NDB（ナショナルデータベース）等を用いて医療費適正化効果等の検証が行われている。

特定健診では 40 歳以上が対象者であり、メタボリックシンドロームに直接影響する検査項目を中心に健診項目が設定されている。

そこで、乳幼児から高齢者に至るまで、国民に対する質の高い保健事業を継続的に提供するため、健（検）診に関わる様々な課題の解決を図る目的と、健康維持増進や重症化予防の啓発を促すという視点を持った健（検）診体制を構築するため、法令に基づいた健（検）診、人間ドック健診等、幅広くカバーできるデータフォーマットの策定を目的として、「健診標準フォーマット」の開発が始められた。（図 3）

¹¹ デジタル庁「マイナポータル」<https://services.digital.go.jp/mynaportal/> [2025 年 11 月 14 日]

¹² 厚生労働省「特定健診・特定保健指導について」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

生涯保健事業の体系化と健診標準フォーマットの普及

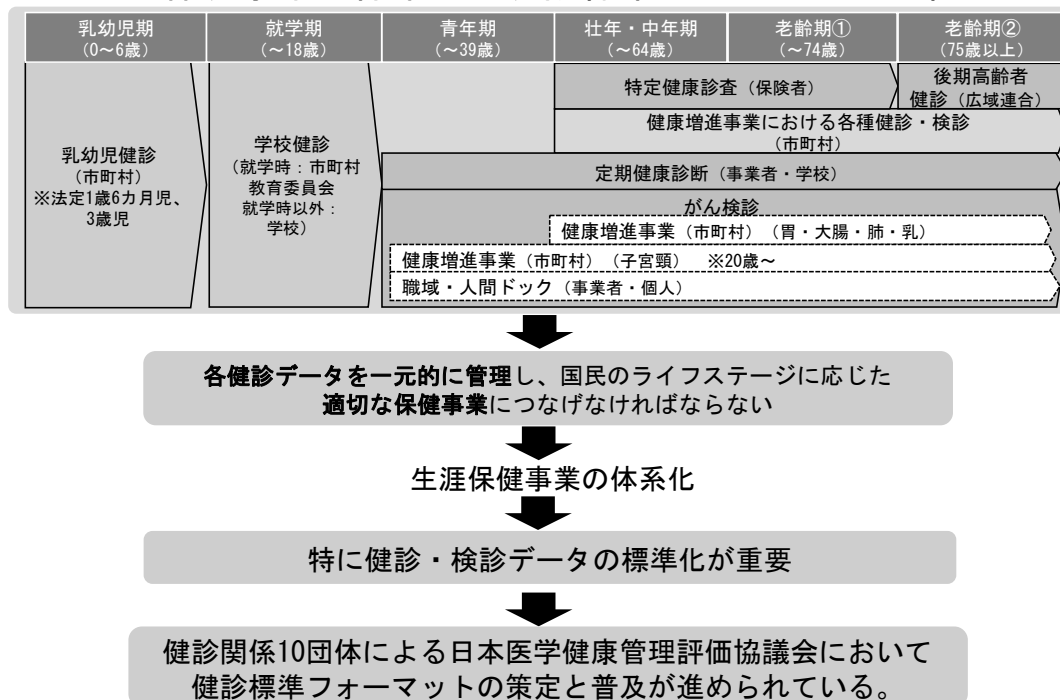


図3：生涯保健事業の体系化と健診標準フォーマットの普及 2020年12月24日 日本医学健康管理評価協議会説明資料

（2）健診標準フォーマットの開発

日本医学健康管理評価協議会¹³（以下、「本協議会」という。）は、特定健診が開始された2年後の2010年に、健（検）診事業における質の評価と向上を図るための対策を推進する為、健（検）診関係10団体によって設立された。

設立の目的は、国民の生涯にわたる健康維持や生活習慣病予防に必要な質の高い保健事業の継続的な提供のため、健（検）診事業における質の評価と向上を図るための対策を推進することである。

そのため、本協議会から日本医師会総合政策研究機構に対して、健診データ標準化のための健診標準フォーマットの開発、健診標準フォーマットをより効率的に運用するための共同センター機能の構築、さらに、次世代フォーマットとされているHL7 FHIR仕様の開発が依頼され、取組むこととされた。

健診標準フォーマットの仕組みは、健診機関が個別の健診システム等を運用して出力されるCSVデータを、それぞれの健診機関向けに配布する「変換ツール」を用いて標準フォーマットに変換するものである。

¹³ 日本医師会「日本医学健康管理評価協議会」<https://www.med.or.jp/doctor/region/guide/000248.html> [2025年11月14日]

健診機関は施設登録とともに、施設における検査の基準範囲等の由来情報、健診機関個別の CSV サンプルデータを日本医師会総合政策研究機構に送付し、健診機関専用の変換ツールを取得する。

変換ツールで標準化されるデータ形式は CSV 形式のみならず、XML 形式についても提供できることから、健診実施主体である保険者には XML、事業者には CSV 等、提供先に応じた形式で提供できることになる。

（３）健診結果データ標準化共同センター（HASTOS）の取組み

2016 年には健診標準フォーマットの第 1 版、及びフォーマットへの変換ツールが策定され、これまで、500 施設を超える健診機関に対して健診標準フォーマットの変換ツールを提供してきた。

そこで、健診標準フォーマットをより効率的に運用するために、共同センター機能を構想し、システム開発に取り組んだ。

多くの健診機関に変換ツールを提供し、標準化された健（検）診データを様々な健診実施主体に提供するために、2025 年 1 月に健診結果データ標準化共同センター（HASTOS／Highly Accurate Standardized health checkups data online convert service）¹⁴を設置した。（図 4）。

HASTOS（ハストス）の概要

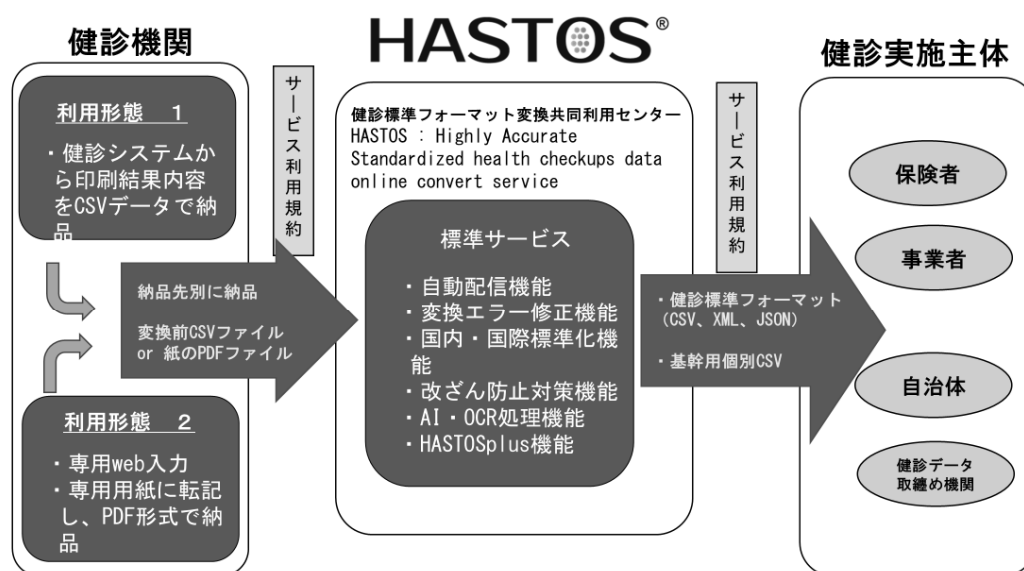


図 4：HASTOS（ハストス）の概要

健診機関が健診標準フォーマットに変換し、健診実施主体に納品するシステムサービスの説明

¹⁴ HASTOS ホームページ <https://hastos.jp/> [2025 年 11 月 14 日]

HASTOS は、健診機関によってアップロードされた健（検）診データ CSV ファイルを HASTOS サーバ内で健診標準フォーマットに変換し、提出先である健診実施主体（企業、健保、代行機関等）がダウンロードできるシステムサービスである。（図 5）

変換ツール（POST.ex）とHASTOSの機能

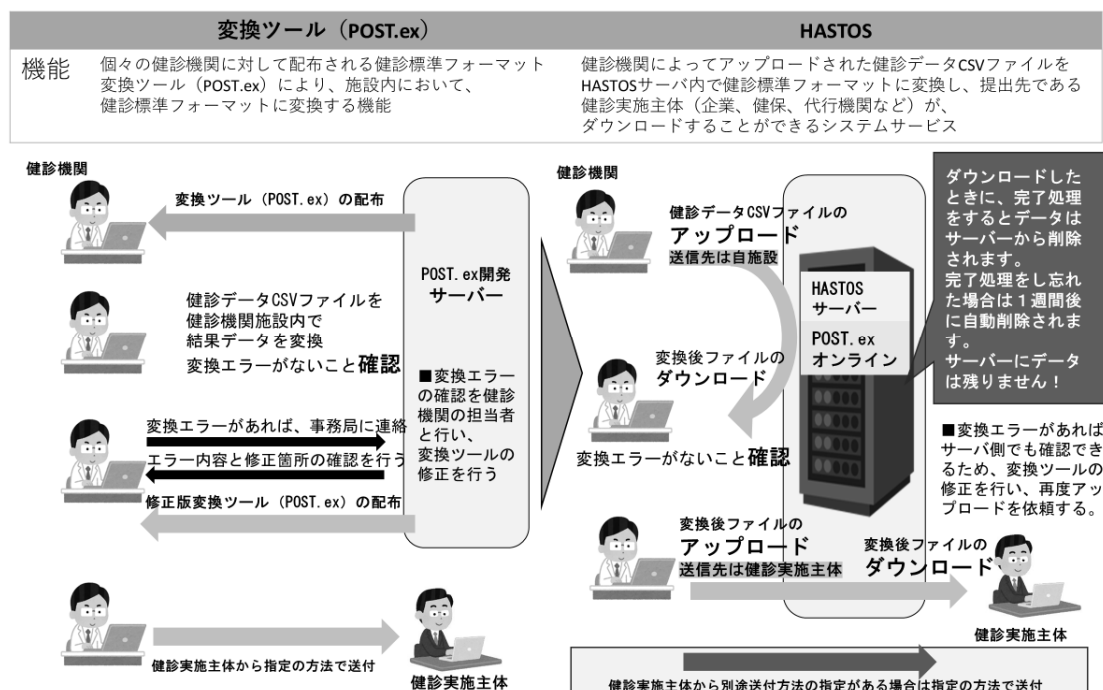


図 5：変換ツール（POST.ex）とHASTOSの機能
健診機関に配布している「変換ツール」の機能と、HASTOSの機能について、違いを説明

HASTOS の運用開始により、研究の目的である、法令に基づいた健（検）診、人間ドック健診等、幅広くカバーできるデータフォーマットの策定については一定の成果を得ることができた。

もうひとつの目的である、乳幼児から高齢者に至るまで、国民に対する質の高い保健事業を継続的に提供するため、健（検）診に関わる様々な課題の解決を図るためには、がん検診、乳幼児健診、児童生徒健診等の結果データ標準化に取り組む必要があり、今後も、研究を進めていく所存である。

（４）健診標準フォーマットの将来展望

現在、国民の健康維持・増進や生活習慣病等の重症化予防のため、日常生活データを含む PHR を活用した様々なヘルスケアサービスが提供されているが、個々の健（検）診のデータを標準化されたデータとして保管・管理することが重要であり、健診機関が標準化されたデータを提供する役割はますます大きくなる。

健診標準フォーマットの将来展望のひとつとして、AI 技術との連携が挙げられる。

質の高い医療 AI を健診機関等が利用し、新たな AI 技術を開発するための健（検）診データがビッグデータ化され、研究者等に提供するエコシステムの基盤整備が望まれる。

健診機関における業務の効率化を図り、抜本的な負担の軽減を実現するとともに、疾病予測等の AI 技術の開発により、新たな健（検）診メニューの開発等が進められ、国民の疾病予防や早期治療に資する、「生涯保健事業の体系」が実現されることを期待している。

3 公衆衛生的観点からみた医療情報利活用の適切な推進に向けて 一次世代医療基盤法と J-MIMO

(1) はじめに

近年、医療分野におけるデジタル技術の進展は著しく、医療 DX の推進や医療情報の利活用は、医療の在り方そのものを変え得る可能性を秘めている。

OECD（経済協力開発機構）が実施した電子健康記録（EHR）システムに関する国際比較調査は、日本の医療情報基盤が近年大きく前進していることを示している。2016 年調査当時、日本は国家レベルで統合された EHR 基盤が未整備で、地域ごとのネットワークによる情報共有も十分ではなく、データ利活用を支えるガバナンス面でも諸外国に比べ遅れが指摘されていた。ところが、直近の 2021 年調査（2023 年報告）では評価が一変し、日本は EHR システムの「技術的・運用的な準備状況」において、調査対象国の中で「最大の改善」を遂げたと報告された。背景には、マイナンバー制度等を通じた患者識別子（ユニーク ID）の整備や、レセプト情報を活用した全国的なデータ共有インフラの進展がある。こうして技術・運用面の基盤整備が急速に進む今、次に問われるのは、蓄積されたデータを安全に利活用し、研究成果として医療へ還元する「二次利用」の実装である。

一方で、医療情報は極めて機微性の高い個人情報であり、その利活用に当たっては、国民および医療現場の信頼と安心感を確保することが重要である。医療情報の利活用は、個々の診療支援にとどまらず、地域全体の健康課題を可視化し、健康寿命延伸を図るための公衆衛生基盤としての意義を有している。

本章では、公衆衛生的観点を踏まえつつ、次世代医療基盤法の制度的意義と J-MIMO の役割を整理し、医療情報利活用の適切な推進の在り方を論じる。

(2) 次世代医療基盤法の制度的意義

次世代医療基盤法は、健康・医療に関する先端的研究開発および新産業創出を促進し、健康長寿社会の形成に資することを目的として制定された法制度である。従来、医療情報の二次利用は、個人情報保護法や倫理指針の下で、研究ごとの個別同意取得および倫理審査を要し、大規模かつ横断的なデータ利活用には限界があった。次世代医療基盤法では、国が厳格な基準に基づいて認定した「認定作成事業者」が介在することにより、医療機関や自治体が保有する医療情報を、患者本人への通知と拒否機会の付与を前提とするオプトアウト方式で収集・利活用することを可能としている。

認定作成事業者は、個人識別可能な医療情報を収集した上で名寄せを行い、匿名加工または仮名加工を施し、厳格な審査を経て利活用者に提供する。この仕組みにより、医療機関や診療科、さらには医療・介護・健（検）診といった制度を横断した縦断的分析が可能となり、疫学研究、医薬品・医療機器開発、医療 AI

の開発などへの活用が現実的となった。また、本法は研究成果の社会還元を制度の中核に据えており、利活用によって得られた成果が、新たな診断・治療法の確立や医療安全対策の向上等を通じて、国民・患者に還元されることが想定されている点も重要である。

さらに、2023 年の法改正により、本制度の利活用を拡張する 2 つの重要な見直しが行われた。

第一に、従来の匿名加工医療情報に加え、仮名加工医療情報の作成・提供が可能となった。仮名加工医療情報は、他の情報と照合しない限り特定の個人を識別できないよう加工された情報であり、匿名加工医療情報と比べて、より精緻なデータを保持できるという特性を有する。これにより、希少疾患研究や医薬品の安全性評価、リアルワールドデータを用いた薬事利用など、これまで十分なデータ活用が困難であった分野において、新たな可能性が開かれることが期待される。一方で、仮名加工医療情報の提供先は法令に基づき国が厳格な要件の下で認定した事業者限定されており（認定利用事業者制度）、利活用の自由度よりも安全性を優先する制度設計となっている。

第二に、認定作成事業者が作成した匿名加工医療情報と、NDB（匿名医療保険等関連情報データベース）や介護 DB 等の公的データベースとの「連結解析」が可能になった点である。これにより、従来は分断されていた「診療現場の詳細な臨床データ（電子カルテ由来の検査値・病状等）」と、「長期的な受療・介護の履歴（レセプト・介護データ）」が紐づけられ、患者の健康状態を断片ではなく生涯にわたる連続性を持って解析できる基盤が整った。

（3）J-MIMO（一般財団法人 日本医師会医療情報管理機構）

J-MIMO は、日本医師会が中心となって 2019 年 3 月に設立され、次世代医療基盤法に基づく認定匿名加工医療情報作成事業者として 2020 年に認定された。J-MIMO は、医療情報を安全かつ適正に利活用する仕組みを構築し、地域医療の発展と健康長寿社会の実現に貢献することを目的としている。

J-MIMO は、次世代医療基盤法に基づき、提供された医療情報を厳格なセキュリティ管理の下で名寄せ・加工し、審査を経たうえで研究機関や企業などの利活用者に提供している。J-MIMO が収集する医療情報は、電子カルテ（SS-MIX2 標準・拡張ストレージ）、レセプト（医科・歯科・DPC）、健診情報、介護情報、医用画像、死亡情報など多岐にわたる。これらの医療情報を、医療機関や自治体、研究機関等から収集し、地域や医療機関の枠を越えて統合することで、切れ目のない医療ビッグデータの構築を目指している。2025 年 12 月時点で、電子カルテデータを含む約 244 万人分の大規模なデータ収集が進められている。オプトアウト率は約 0.1%と低率であるが、この低いオプトアウト率が国民の十分な理解に基づくものか、あるいは単なる制度の認知不足によるものかは慎重に見極め

る必要があり、データ収集の目的と成果について、国民への継続的かつ丁寧な周知が求められる。国や J-MIMO による広報にとどまらず、我々医療提供者側からも日常診療を通じて患者の理解と安心感を醸成していく必要がある。

J-MIMO の特徴の一つは、全国の医師会組織や地域医療連携体制と連動したデータ収集を重視している点である。大規模病院だけでなく、中小医療機関や自治体のデータも対象とすることで、実臨床に即したリアルワールドデータ（RWD）の集積を可能としている。また、他の認定作成事業者との連携も制度上認められており、複数事業者が保有するデータを結合した高度な分析も可能である。

近年は、疾患レジストリと次世代医療基盤法データを組み合わせた研究や、医療 AI 開発のための教師データ提供など、具体的な成果も生まれている。

J-MIMO は、単なるデータ集積機関にとどまるものではなく、医療現場の知見を活かしつつ、研究成果を医療や地域住民へ還元する「エビデンスに基づく地域共生社会」の実現を担う組織である。その社会的責任に鑑み、透明性の確保と継続的な検証が不可欠である。

（４）医療情報利活用に対する日本医師会の基本姿勢

本委員会は、医療情報の利活用を進めるという国の基本的な考え方に賛同するが、その推進に当たっては、国民と医療現場の「信頼と安心」が極めて重要であると考えている。オンライン資格確認等システムでは、保険資格情報の紐づけ誤りへの国民の不信感が、マイナ保険証の普及のブレーキとなった。スピード感は重要だが、拙速に進めることで不信感を招けばそれが最大のブレーキとなる。プライバシーやセキュリティのレベルを下げて使いやすくするのではなく、これらの水準を高めた上で利活用できる制度設計が重要である。

日本医師会が目指す医療DXのゴールは、「デジタル技術を駆使することによって、国民皆保険と地域医療を守るとともに、より安全で質の高い医療を実現し、医療従事者の負担を軽減して、余裕を持って患者に寄り添うことができるよう医療現場を変革すること」である（2022・2023 年度医療IT委員会答申）。

そのためには、二次利用に先立ち、診療現場における一次利用の質を高めることが不可欠であり、電子カルテ情報の標準化や全国医療情報プラットフォームの整備について、中小医療機関等への十分な財政的・技術的支援を含め、現場の負担に配慮しながら着実に進めるよう国に求めていく必要がある。質の高い一次利用の蓄積があつてこそ、意味のある二次利用が可能となる。この順序を誤るべきではない。

また、データ活用がいかに進展したとしても、医療の最終判断と責任は常に医師が担うという原則は揺らぐものではない。データは医療判断を支援するための手段であり、医療の主体は患者と医師であることを改めて確認しておく必要がある。

（５）連結解析が拓く次世代医療への期待

前述の法改正によって可能となった、公的データベースとの連結解析により、これまで分断されていた「診療現場の詳細な臨床データ（電子カルテ由来の検査値・病状等）」と「長期的な受診・介護の履歴（レセプト・介護保険データ）」を数百万規模のリアルワールドデータとして統合できるようになった。この最大のメリットは、医療介入の長期的な「答え合わせ」が可能になることである。これらの連結解析は、個々の患者にとどまらず、地域全体の健康課題を可視化し、重症化予防や健康寿命延伸を図るうえで、公衆衛生的観点からも極めて重要な基盤となる。

具体的には、電子カルテ上の検査値や治療内容と、その後の転帰（重症化や要介護化）を統合解析することで、①健（検）診で発見された高リスク者への介入が実際に重症化を抑制したか、②受診勧奨や保健指導等の予防介入が地域のアウトカムをどう改善したか、③多剤併用や薬剤の副作用が長期予後や介護度にどう影響したか—といった課題を、かつてない精度で検証できるようになる。

その結果、かかりつけ医は「経験則」だけでなく「確固たるデータ」に基づき、優先すべき検査や治療をよりの確に判断できるようになる。これは同時に、患者自身にとっても、不必要な検査や投薬を避け、より安全で納得のいく最適な治療を選択できるという直接的なメリットをもたらす。限られた医療資源を真に必要な患者へ集中させ、効果的な重症化予防を実践することは、患者利益の最大化と医療提供体制の持続可能性の双方に資するものとなる。かかりつけ医が真に「健康への伴走者」として進化していくうえで、これらの情報基盤の活用は新しいフェーズであり、国民の健康寿命延伸等の公衆衛生的な展開と、社会保障制度の持続可能性の確保に資することが期待される。このようなデータ連結基盤は、地域の健康課題を科学的に把握し、エビデンスに基づく保健医療政策を形成する基盤となる。

（６）おわりに

次世代医療基盤法は、安全性を前提とした医療情報利活用の制度的基盤であり、J-MIMO はその実装主体として、医療現場と研究・産業をつなぐ重要な役割を担っている。日本医師会は、医療 DX を進めるにあたり、利便性や効率性を優先するのではなく、必要性和有効性、安全性の確保が大前提であると主張している。医療情報の利活用は、医師、行政、研究者、産業界による共通の理解の下で進められてこそ、真に国民の利益につながる。

日本医師会は、今後も医療現場の視点を踏まえつつ、公衆衛生の向上と健康寿命延伸に資する医療情報利活用が適切に推進されるよう、責任ある立場から議論と実装に継続して関与していくべきである。

Ⅲ 地域の健康管理とかかりつけ医機能

1 地域の健康管理とは（都市部と地方の違いも含む）

地域の健康管理においては、多職種連携と地域包括ケアの推進、医療 DX の活用が不可欠である。かかりつけ医は予防啓発、健康教育、地域活動を行い「面」としてこれを支えている。都市部と地方それぞれの特性に応じたアプローチが必要であり、ICT や遠隔医療の活用が健康管理を補完する手段として今後ますます重要性を増してくると思われる。この適切な運用や学校医・産業医の充実と支援体制の整備が課題となっている。

（１）はじめに

地域の健康管理は、地域に暮らす住民が健康で安心して生活できるように、行政、医療機関、介護サービス、企業、学校、そして地域住民自身が連携して取り組む総合的な仕組みである。少子高齢化が進み健康に関する課題が複雑化しており、地域全体で住民の健康を支える仕組みが必要とされている。

（２）地域の健康管理において取り組むべきこと

地域の健康管理においてまず取り組むべきことは、予防医療の推進のためのヘルスリテラシーの啓発である。健康診断やがん検診を受診しやすくする体制づくりに加え、地域住民が主体的に参加できる健康教室、運動プログラム、栄養指導などを充実させることは生活習慣等の予防、疾病の早期発見につながる。また、子どもの予防接種や生活習慣づくり、働き世代の健（検）診や保健指導の充実、高齢者のフレイルや疾病の重症化予防など、年代別の健康課題に応じた支援も必要である。

医師の地域活動においては、学校医、産業医活動が重要である。学校医、産業医を担う医師は、子どもや働き世代の健康管理のために重要な働きをしている。それらの活動を充実させる必要があるが、学校医数の減少、50 人未満の事業所の産業医選任率の低さ、ストレスチェックの実施の段階的義務化に伴う地域産業保健センターのマンパワーの不足などの多くの課題があり今後見直しが必要となってくる。

医療・介護・福祉の連携については、高齢化に伴う複数の疾患を抱える患者の増加のために、医療機関、訪問看護、介護施設等の多職種で情報を共有し、シームレスな支援を提供することが求められる。在宅医療を含む地域包括ケアシステムの構築によって、住み慣れた場所で最期まで暮らしたい住民のニーズに応えることができる。行政としては地域包括支援センターが、健康相談、介護予防の指導、権利擁護などを通じて、高齢患者をはじめとした住民が安心して暮らせ

る地域づくりを支えている。

新規感染症を含む災害時に、かかりつけ医は地域住民の健康管理を担う要となる。かかりつけ医は平時から患者の健康状態や生活背景を把握しているため、感染症流行時には重症化リスクの高い患者を早期に把握し、適切な受診につなげる調整や治療方針の決定を行うことができる。また、電話・オンライン診療を活用した継続的な観察により、慢性疾患患者の重症化を防ぎ、地域の医療資源や行政と連携し必要のない過剰な受診行動を抑制することができる。災害時には、避難所での健康相談や感染症予防の助言などを通じて被災者を支える役割が期待される。

全国医療情報プラットフォームや地域医療情報連携ネットワーク等の医療 DX の活用による地域の健康管理の推進の必要性が高まってきている。これらを利用することで医療機関、介護施設、行政、住民が情報を共有でき、住民の病歴や検査結果、服薬情報などがそれぞれの職種で参照可能となる。結果として、重複した検査や投薬の防止、診断の迅速化、救急時の対応力向上につながるようになる。また、地域の医療・介護データを集積し分析することで疾病の傾向把握や予防施策の立案に利用できるため、行政は科学的根拠に基づく健康政策を推進できる。こうした情報基盤の整備によって地域住民は生涯を通じた健康管理を受けられることになるが、そのためには持続可能な医療提供体制確保のための健康医療情報の取り扱い、保護についての対策が重要である。

（３）都市部と地方それぞれの課題

都市部と地方では人口構成、医療資源、生活環境が大きく異なるため、それぞれの地域特性に応じたアプローチが必要となる。まず都市部では人口密度が高く多様な医療機関が集中しており交通利便性が良いため複数の医療機関を比較しながら受診先を選べるが、都市生活のストレスや孤立、生活習慣の乱れ、高齢単身世帯の増大などで健康リスクの構造が複雑化しており、心理的・社会的要因を含めた包括的な支援体制が重要となる。

対照的に、地方では人口密度が低く高齢化率が都市部より著しく高い傾向にあり、医療機関の数が限られて専門医が不足している地域も多く診療にアクセスするまでの距離や交通手段が課題となる。また、医療従事者の慢性的な不足や、医療機関の統廃合による空白地帯の発生など、地域医療を維持するための制度的・人的基盤が脆弱になっている。地方においては限られた資源を有効に活用するため、住民同士の支え合い、行政と医療機関の連携、地域包括ケアシステム構築の推進が不可欠であり、在宅医療や訪問診療の充実が通院困難な高齢者にとって有効な解決策となる。また、保健師などが地域を巡回し個々の家庭の状況を把握しながら支援を行うアウトリーチ型健康管理は重要な取り組みである。

さらに、都市と地方では健康課題だけでなく、住民の健康意識にも差が見られ

る傾向がある。都市部ではヘルスケアに関する情報やサービスが豊富で選択肢が多いが、その一方で情報過多による混乱や時間的余裕の少なさから継続的な健康管理が難しいという面がある。地方では地域コミュニティが比較的強固であり住民間のつながりが健康づくりに寄与する場合があるが、情報不足により疾病予防行動が遅れ、健康教育の機会が限定されることが少なくない。これらの違いを踏まえて地域ごとの課題に応じた取り組みを行うことが重要である。都市部ではストレスケアやメンタルヘルス支援、健康データを活用した個別支援の強化が求められ、地方では移動支援や在宅医療の整備、地域コミュニティを活かした見守り体制の構築が鍵となる。また、ICT や遠隔医療の活用は都市・地方を問わず地域の健康管理を補完する手段として重要性を増している。特に地方では、遠隔診療によって専門医不足を補い迅速な受診判断や慢性疾患管理を可能にする点で大きな効果を発揮するが、適切な運用が継続できるようにしなければならない。

（４）おわりに

在宅医療を推進する必要性から、かかりつけ医機能報告制度が 2025 年 4 月に施行された。かかりつけ医機能の報告により、その地域を面で支えるために不足している医療資源が把握されて医療・介護関係者と行政による協議の場で方策が検討される。かかりつけ医機能報告制度により地域において多職種が顔の見える関係になり、地域包括ケアシステムのさらなる推進による地域の健康管理の発展が望まれる。

2 予防（医療）も含めたヘルスリテラシー等の住民への啓発

地域の健康管理は予防（医療）によって持続可能となりヘルスリテラシーがその基盤となる。「面としてのかかりつけ医機能」の中核であり、多職種で多層的に連携し、情報発信、教育、健康行動の習慣化につなげ、地域全体を面のネットワーク（地域包括ケア）として、その仕組みを整え、支援し、その成果を評価し政策改善につなげていく体制整備が重要となる。

（１）はじめに

地域の健康管理は、疾病発症後の治療だけでなく、予防を重視してこそ持続可能となる。その基盤となるのが、住民が自ら健康管理に主体的に関わる力、すなわち「ヘルスリテラシー」である。

従来、かかりつけ医は日常診療を通じて予防や生活習慣改善を助言してきたが、急速な高齢化、生活習慣病の増加、感染症・災害などの新たな課題を前に、個々の医師の努力のみで対応することは困難である。

今後は、日本医師会が提唱する「面としてのかかりつけ医機能」、すなわち医療機関・行政・学校・薬局・職場・住民団体が多層的に連携する体制が不可欠である。ヘルスリテラシー向上は、まさに地域全体で取り組むべき「面」の課題である。

（２）健康情報提供の「面」での取り組み

住民に理解しやすい情報を、多様な場で継続的に届けることが第一歩となる。

- 医師会・行政・教育機関が、共通のメッセージをパンフレット、動画、SNS、公共広告などで発信し、統一感ある啓発を行う。
- 地域の医療機関が健（検）診・診療時に共通基準で説明を行い、受診先にかかわらず同質の情報を提供する。
- 多言語・多文化対応を進め、外国人住民や情報弱者を取り残さない体制を整える。

このように、点在する取り組みをつなぎ合わせ「地域全体としての面」で啓発を展開することが重要である。

（３）教育・職域・地域活動におけるアプローチ

① 学校医の立場

小中高での健康教育は将来の健康行動の基盤となる。学校保健と医師会、保健所が協働して教材を整備し、地域で一貫した教育を行うことが望ましい。

② 産業医の立場

職域での健康教育は従業員だけでなく家族にも波及する。産業医・かかりつけ医・行政が連携し、健診後フォローや生活習慣改善プログラムを共通化することで効果を高められる。

③ かかりつけ医の立場

健康フェアや住民講座を医師会・行政・薬剤師会・地域包括支援センターが協働して開催し、住民がどこからでも参加しやすい「面」の仕組みを整える。

(4) デジタル技術の活用

ICTは広域・一斉の啓発に適している。

- 地域共通の健康ポータルサイトを設置し、信頼性の高い情報を集約する。
- オンラインセミナーを複数機関で共同開催し、場所を問わず受講できる環境を整える。
- SNSで共同発信し、同一キャンペーンを多機関連携で展開する。

一方で、ICTに不慣れな高齢者等には紙媒体や対面を組み合わせ、デジタルとアナログの補完的な「面」を形成する。

(5) 健康行動の習慣化を支える仕組み

啓発は行動変容につながってこそ意味を持つ。

- 行政・医師会・職場健診機関が健（検）診・予防接種の受診促進を一体的に周知する。
- ウォーキング大会や健康体操などを複数団体が協力開催し、継続参加を促す。
- 自治体と保険者がインセンティブ制度を導入し、健康行動を社会全体で後押しする。

こうした「面での支援」により、健康行動の習慣化が実現する。

(6) 医療従事者の役割と多職種連携

かかりつけ医は最も身近な健康の入口であり、診療の中での啓発を担う。しかし、この取り組みを個々の“点”に終わらせず、薬剤師・看護師・保健師・管理栄養士など多職種が共通の情報と目標を共有することで、地域全体としての啓発力が高まる。

(7) 自治体と地域社会の協働

自治体は地域包括ケアシステムを軸に、医療・介護・福祉・教育を結び付け、住民主体の活動を後押しする。医師会はそのハブとして機能し、行政・学校・企業・住民団体が有機的につながる「面のネットワーク」を形成する。

(8) 評価と改善

啓発活動の評価は個別事業単位ではなく、地域全体のヘルスリテラシー水準、健（検）診受診率、行動変容指標など「面」としての効果で測定する。結果を関係機関が共有し、合意形成の上で改善策を実行することで持続的な発展につながる。

(9) 具体例：禁煙推進における「面」の取り組み

禁煙推進は「面としてのかかりつけ医機能」を象徴する成功例となる。

- ・ 情報提供：医師会・行政・薬剤師会などが共通メッセージで喫煙被害や新型タバコのリスクを発信。
- ・ 学校教育：学校保健と医師会が連携し、若年層への体系的な喫煙防止教育を実施。
- ・ 職場活動：産業医・企業・医師会が一体となり、職場禁煙や禁煙チャレンジを推進。
- ・ 診療ネットワーク：禁煙外来を入口に病院・薬局・保健センターにつながる支援体制を形成。
- ・ ICT活用：禁煙アプリやオンライン指導によって、どこからでも支援を受けられる環境を整備。
- ・ 社会環境整備：公共施設・飲食店の禁煙化や地域キャンペーンの展開で、社会全体として禁煙を支援。

禁煙推進は、かかりつけ医を起点に行政・学校・企業・地域社会が「面」で支えることの効果を明確に示している。

(10) おわりに

- ①予防医療と健康啓発は個々の医師の努力に委ねるのではなく、医師会をハブとした地域全体の取り組みとして推進する必要がある、ヘルスリテラシー向上を「面としてのかかりつけ医機能」の中核に位置付け、重点政策として明確化すべきである。
- ②全国共通のヘルスリテラシー推進モデルを整備し、地域医師会による実装を支援すべきであり、学校、職域、地域活動、ICTを横断した標準的な啓発資材や手法を日本医師会が提示することで、地域間格差の是正と持続可

能な展開が可能となる。

- ③予防・啓発の成果を「面」で評価する指標を導入し、政策改善につなげる仕組みを確立すべきであり、健（検）診受診率や行動変容など地域全体の指標を共有・活用し、禁煙推進等の好事例を全国へ横展開することが重要である。

3 予防接種や健（検）診

予防接種は感染予防の柱であり、新興感染症時の迅速な接種体制整備も重要である。健（検）診も健康寿命延伸と医療費適正化の双方に効果がある。しかし我が国では予防接種においては思春期以降の接種率が低いこと、健（検）診においても受診率が低いこと、地域差・年代差が問題となっている。かかりつけ医機能による行政と連携した情報提供や勧奨、今後は予防接種のデジタル化やマイナ保険証での情報閲覧により生活習慣改善や重症化予防につなげることが重要となる。

（１）はじめに

地域住民の最も身近な相談先としてかかりつけ医は、診療にとどまらず予防接種の管理やその後のフォロー、健（検）診に対しては、その受診の有無や結果による生活習慣改善の助言、精密検査への対応や発見疾患へのフォローアップなど、多種多様な役割を担う存在である。

（２）予防接種

予防接種は感染症予防の柱であり、乳幼児期から高齢期まで、生涯を通じた健康保持に欠かせない。一方で海外と比較して、我が国では思春期以降のワクチン接種率は低く、地域差や年代差もあり課題となっている。

HPV ワクチンを例にとると、接種率の高いオーストラリアでは女子約 80%と高水準を維持し子宮頸がんの前がん病変が 90%近く減少したと報告されている。

副反応への不安や誤情報への対応には、地域のかかりつけ医機能による、科学的根拠に基づくしっかりとした説明が不可欠である。近年、定期接種の対象疾患は拡大しつつあり、予防接種への理解を広めていくためには、さらなる自治体と協調したかかりつけ医機能の役割は重要である。

現在、厚生労働省が 2022 年の改正予防接種法に基づき、予防接種に関する全国統一のデジタル化を進めているが、接種記録をシステムで容易に確認できるようになり、地域のかかりつけ医は住民に対し早め早めに情報を提供し勧奨を行うことが可能となり、全国統一となることで住民がどこに転居してもその地域のかかりつけ医は同様な対応ができるようになる。

今後は新興感染症への備えも不可欠であり、ワクチン開発後の迅速な接種体制を支えるため、かかりつけ医機能による危機時の予防接種実施体制の整備など、平時からの準備を進めることが重要である。特に基礎疾患のある高齢者の状況を熟知しているかかりつけ医では優先順位をつけての実施体制が即座にとれる可能性も高いと考えられる。

(3) 健（検）診について

日本の人口は近年減少局面を迎え 2070 年には総人口が 9,000 万人を割り込み、高齢化率は 39%の水準に達すると推計されている。平均寿命が延びる一方で、高齢化や生活習慣の変化により疾患構造も変化してきており、個別の生活習慣病重症化予防やがんの早期発見・予防は、健康寿命延伸と医療費適正化の双方に効果があり極めて重要となる。そのために特定健診・特定保健指導の第4期計画で保険者は特定健診実施率 70%以上を掲げ、国は「がん対策推進基本計画（第4期）」で、がん検診の受診率を 50%から 60%に引き上げている。しかし一方では、実際の受診率は目標値には届かず、地域差・年代差も大きい。特に労働安全衛生法ではなく健康増進法に位置づけられているがん検診（図6）においては働き盛りの世代の本人の意向や環境、就労形態などにおいて受診行動が妨げられている。

日本の健診（検診）制度の概要

全体像			
○医療保険者や事業主は、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法等の個別法に基づく健康診査（健康診断）を実施。 ○市町村は、健康増進法に基づき、特定健診の対象とならない者の健康診査を実施。 ○市町村は、健康増進法に基づき、一定年齢の住民を対象としてがん検診などの各種検診を実施。（医療保険者や事業主は任意に実施）			
妊産婦・乳幼児等 小・中学校等 児童生徒等	母子保健法 【対象者】 1歳6か月児、3歳児 【実施主体】 市町村＜義務＞ ※その他の乳幼児及び妊産婦に対しては、市町村が、必要に応じ、健康診査を実施又は健康診査を受けることを勧奨		
	学校保健安全法 【対象者】 在学中の幼児、児童、生徒又は学生 ※就学時の健康診断については小学校入学前の者 【実施主体】 学校（幼稚園から大学まで）＜義務＞		
	被保険者・被扶養者	うち労働者	その他
39歳以下	医療保険各法 （健康保険法、国民健康保険法等） 【対象者】 被保険者・被扶養者 【実施主体】 保険者＜努力義務＞	労働安全衛生法 【対象者】 常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり 【実施主体】 事業者＜義務＞ ※一定の有業な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施	健康増進法 【対象者】 住民（生活保護受給者等を含む） 【実施主体】 市町村＜努力義務＞ 【種類】 ・歯周疾患検診 ・骨粗鬆症検診 ・肝炎ウイルス検診 ・がん検診 （胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診） ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導
40歳～74歳	高齢者医療確保法 【対象者】 加入者 【実施主体】 保険者＜義務＞	特定健診 ※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。	
75歳以上	高齢者医療確保法 【対象者】 被保険者 【実施主体】 後期高齢者医療広域連合＜努力義務＞		

※上記以外に、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診、がん検診について、保険者や事業主が任意で実施や助成を行っている。

図6 日本の健診（検診）制度の概要（出典：厚生労働省 第10回労働安全衛生法に基づく一般健康診断の検査項目等に関する検討会 参考資料3）

個々と向き合うかかりつけ医では特定健診未受診者やがん検診未受診者に、その必要性を説く個別の勧奨は受診率向上に極めて高い効果を有することが期待される。同時に健（検）診体制における夕方・休日健診、短時間健診、職域巡回方式など、多様な受診機会を制度的に後押しすることも大切である。

健（検）診を受診後、かかりつけ医機能では、マイナ保険証で本人の同意のもと特定健診・がん検診の結果を閲覧することで、生活習慣改善支援や重症化予防をより効果的かつ継続的に実施することが可能となる。

（４）おわりに

国民の健康を守るため、全国どこに住んでも予防接種や健（検）診等も含む質の高い予防医療を受けられる体制にかかりつけ医機能は必要不可欠である。

4 地域活動（学校保健・産業保健）

ー地域医療に果たす学校保健、産業保健の役割ー

学校保健、産業保健等の地域医療における活動においては健康管理と健康教育が核となるが、児童生徒に関しては学校保健安全法、成人期には労働安全衛生法等、ライフステージごとの法律に則って保健事業が推進されており、切れ目のないシームレスな生涯保健事業を推進するためにはかかりつけ医による一貫した活動が重要である。しかしともに人材不足が問題となっておりこの解決と、これを補完するためのヘルスリテラシー教育が課題である。

（１）はじめに

地域医療の継続と質の向上には、その負担軽減が重要となる。疾病や障害の発症を削減し健康寿命の延伸を図るには予防施策の充実として健康管理と健康教育が必要であり、その達成のために小児期には学校保健安全法が、成人期には労働安全衛生法があり、地域の診療所医師がかかりつけ医機能として学校医もしくは産業医を担っている。

（２）学校保健の実際

学校保健は児童生徒の健康の保持増進を図り、学校教育目標の実現に寄与することを目的とし、健康管理と健康教育がある。養護教諭を窓口として内科系は近隣地域診療所の小児科医もしくは内科医が担当、加えて眼科医と耳鼻科医が参加する。歯科口腔衛生については歯科医師が、学校の環境や給食については学校薬剤師が担当する。課題についてはこれら専門家と教諭が参加する学校保健委員会で話し合われる。学校周辺環境を熟知した専門家が参加することで児童生徒の健康管理・健康教育がより適切なものとなる。

健康管理の核となるのは健康診断であり、小児科医もしくは内科医が栄養状態、脊柱側彎、心肺疾患、皮膚疾患の有無と受診の要否を、眼科医が視力と眼の疾患の有無と受診の要否を、耳鼻咽喉科医が聴力と耳鼻咽喉頭疾患の有無と受診の要否を、歯科医が歯及び口腔の疾病及び異常の有無と受診の要否を担当する。また、整形外科的疾患は内科健診で、アレルギー疾患の有無は調査表等で学校医が受診の要否等を判断する。なお、小学校１年生、中学校１年生、高等学校１年生には心電図検査が、高等学校１年生には胸部エックス線検査が実施される。それらに加えて、運動会や修学旅行等学校行事参加の可否判断、小学校入学前年の秋に就学時健康診断が行われる。また、疾患管理として心臓疾患、腎臓疾患の可能性のある児童生徒は専門医に紹介され、精密検査後、学校生活指導管理表によって体育授業参加や部活動の可否や運動強度が示される。インフルエンザ等感染症が流行するとその沈静化のため学級閉鎖が行われる。その他、不登校や摂

食障害に対し、学校での対応が指導される。これら多様な要請に対し、学校医以外の整形外科医、精神科医、産婦人科医が参加して専門家校医派遣事業が実施されている。

健康教育は保健体育という教科の中で実施され体育教諭や養護教諭が担当する。学校医が担当する場合は、児童生徒対象と学校保健委員会における教諭や保護者対象のものがあ、専門家校医派遣事業として実施されることもある。

課題として人口減少地域や医師過少地域では学校医不足がある。学校医活動の中心は健診であるが、耳鼻科医や眼科医が健診に従事していない地域も多い。学校医不足の解決には、疾病構造や疾病スクリーニング法が変化していることから、健診項目の検討も必要であろう。また、地域で学校医が確保できないのであれば、自治体で選任の医師を雇用することも考えられる。健康課題の少ない成長期の児童生徒には健康を維持向上するヘルスリテラシー教育が必要であるが、入試科目にないため重要性が認識されていない。この改善には高校入試の受験科目とするか、理科の生物科目に含ませるなどの対策が必要である。

（３）産業保健の実際

産業保健は 50 人以上の事業場において選任される衛生管理者と産業医が「職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進すること」を目的とし、作業環境管理、作業管理、健康管理、健康教育と総括管理がある。作業環境管理や作業管理は職場巡視と作業環境測定で、健康管理は健診とそれに基づく事後措置や長時間労働者・高ストレス者の面接指導で展開される。健康教育は安全衛生委員会や事業場の企画で実施される。安全衛生活動の企画運営は労使と産業医で編成された安全衛生委員会が担当し、健康管理他、健康作りや感染症対策等が検討される。

50 人未満の事業場では、資金や人材の調達が困難なため、主に労働基準監督署管内に設置される地域産業保健センターが担っている。産業医や地域産業保健センターの出動医は地域の生活環境や医療インフラ事情に精通した診療所の医師が担っている。これによって、適切な生活習慣指導が可能となり、適切な医療機関紹介も可能となる。

課題として、労働者数が少ない事業場ほど産業医選任率は減少し、産業保健活動も不活発となる。近年は産業医と事業場のミスマッチも起こっている。更に地域産業保健センターは労働者数 50 人未満の事業場の健康管理を担当するが、そこに在籍する労働者は全労働者の約 60%で、その利用は対象の 3%程度であり、多くの労働者が産業保健の恩恵にあずかっていない。さらに就労年齢のうち、自営や非正規雇用労働者の一部は市町村国民健康保険の加入者であり、特定健康診査は 40 歳以上が対象のため、40 歳未満の国保加入者の健康管理はされていない。加えて、昔でいう一人親方、フリーランスも増加している

が実態として労働者性の強い働き方もある。

以上のことから、地域の健康管理は非常に手薄とすることが出来る。現在の特定健診は40歳から始まるが、生活習慣病の原因となる生活習慣は40歳ではすでに定着しており、65歳からフレイル検診が始まるが、体力低下は30歳代から始まるため、青年のうちに生活習慣病やフレイルが予防できるヘルスリテラシーが身に着くようにすべきである。対策として、例えば、我が国は国民皆保険制度であり、被保険者更新時にヘルスリテラシー向上研修を受講するといった自動車運転免許制度のような方法や、産業医不足対策としては、産業医資格を衛生管理者資格のように、有害業務対応の要否で分類するなどにより、研修や業務負担を軽減することも考えられる。

（４）おわりに

担い手不足の課題解決や子どもの頃からのヘルスリテラシー教育が不可欠である中、現状では、母子保健法、学校保健安全法、労働安全衛生法、高齢者の医療の確保に関する法律など、ライフステージ毎の法律に則って保健事業が推進されている。切れ目のないシームレスな生涯保健事業を推進する観点から、子どもから高齢者に至るまで一貫通貫した保健事業を推進していくためには、身近にいるかかりつけ医の役割は大変重要である。

5 地域活動（精神保健）－精神科医療とかかりつけ医機能－

少子高齢化人口減少社会が進む中、身体疾患と精神疾患の両方を有する患者、医療介護福祉にまたがる複合ニーズを抱える患者も増加が見込まれ、内科医、産科・婦人科医、産業医等他科との連携など地域包括ケアシステムにおける「かかりつけ精神科医機能」の果たす役割はますます大きくなる。これらの連携強化のためにも制度上、診療報酬上の対応が課題である。

（１）はじめに

地域包括ケアシステムとは、高齢者が要介護状態となっても住み慣れた家や地域で自分らしい生活を最後まで続けられるように地域内での助け合いを支援するシステムのことである。ここでいう地域は30分以内に必要なサービスが提供される中学校の校区区域程度の日常生活圏とされている。日本は諸外国に類を見ないスピードで少子高齢化が進み、高齢化率は29.1%（2023年10月）で2037年には33.3%となり、国民の医療や介護の需要が大幅に増加することが想定された。高齢者が要介護状態となっても可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を最後まで続けられるように、その地域の実情に合った医療・在宅系と施設居住系介護サービスといった介護・要介護者にならないための予防・自宅や介護施設等の住まい・生活支援を高齢者に一体的に提供するシステムの構築を推進してきた。しかし少子高齢化による生産年齢人口の減少や経済状況の変化により医療介護福祉の人材は増加どころか減少しているのが現実である。

（２）精神保健医療分野における課題

精神保健医療の分野においても、地理的偏在、児童思春期や周産期や救急などの専門領域での精神科医不足といった問題はある。また、病診連携・病病連携、地域保健福祉との連携、認知症・高齢者・合併症関連の連携も課題となる。「かかりつけ精神科医機能」は「かかりつけ医機能」と混同を生じがちな名称であるが、精神保健医療福祉の分野では入院患者の多様化や外来患者の増加、精神病床の機能分化といった課題の解消に向けて、「かかりつけ精神科医機能」の検討が行われている。「かかりつけ精神科医機能」には、ケースマネジメントや急性増悪時等への対応、訪問診療・訪問看護の提供、他科連携、身体合併症等への対応といった機能がある。高齢者等が増加する中で、地域において身体疾患と精神疾患の両方を有する患者や医療介護福祉にまたがる複合的なニーズを抱える患者の増加が見込まれることを踏まえて、「かかりつけ精神科医療機能を有する医療機関」と「かかりつけ医機能を有する医療機関」等との連携のあり方も検討されている。

かかりつけ医等及び精神科医等が連携して精神疾患を有する患者等の診療に

当たった場合に「こころの連携指導料Ⅰ・Ⅱ」が令和４年度の診療報酬改定で新設されたが、十分に活用されているとは言えない。また、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われる妊産婦に対して産科・産婦人科と精神科医等との連携を強化するために「ハイリスク妊産婦連携指導料Ⅰ・Ⅱ」の算定が診療報酬で認められているが、これも活用されていない。

（３）産業医学分野における課題

産業医学分野では、ストレスチェック制度の５０人未満の事業場への拡大に伴い高ストレス者への面接の需要が高まると予想される。だが精神科医や心療内科医が全ての高ストレス者への面接の段階から関わることは不可能であり、産業医からの患者紹介の形で診療を行うこととなる。しかし、現在是一部を除いて診療情報提供料を相互に算定できないことから、円滑に制度を進めるには何らかの対応が必要である。

（４）精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）

「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」では、精神保健医療福祉の分野において、精神障害の有無や程度にかかわらず誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくりを進めるために、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的な社会を構築していくことが重要とされている。元々は、長期化した社会的入院の解消に端を発している。２００６年に障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）の施行により、身体・知的・精神の三障害に対する福祉理念やサービス体系が一元化された。そして、２０２２年「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律」が成立し、２０２４年４月１日に施行された。改正では「都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確にする」と示され、対象が拡大されている。

（５）国民生活基礎調査結果における高齢者割合等

さて、２０２４年７月４日に発表された「国民生活基礎調査」では、全国５４８２万５０００世帯のうちで６５歳以上の高齢者のいる世帯は２７６０万４０００世帯で全世帯数に占める割合は５０．３％である。また、６５歳以上の高齢者のいる世帯では、夫婦のみの世帯が３１．８％、単独世帯が３２．７％、親と未婚の子のみの世帯が２０．４％である。６５歳以上の者のみと６５歳以上の者のみに１８歳未満の未婚の者が加わった高齢者世帯は、１７２０万７０００世帯で、６５歳以上の高齢者がいる世帯の６２・

3%となる。このうち、夫婦のみが 43.6%でわずかに減少傾向にあるものの、男性単独世帯が 18.9%、女性単独世帯が 33.6%と単独世帯は増加傾向にある。令和 2 年の生涯未婚率（50 歳時の未婚率）は男性が 28.25%、女性が 17.81%であり今後も単独世帯は増加すると推計されている。2025 年 4 月に警察庁が初めて一人暮らしの自宅で無くなった人（孤独死・孤立死）の数を集計し、死者 706,020 人中 58,044 人が 65 歳以上の高齢者と発表した。2024 年 4 月 1 日に「孤独・孤立に悩む人を誰ひとり取り残さない社会」を目指して孤独・孤立対策推進法が施行されたが、実現の為には多くのマンパワーを必要とすることは明らかである。

（6）おわりに

少子高齢・人口減少社会が進む中で、地域包括ケアシステム及びにも包括での精神科医療の果たす役割は大きく、特に過疎化が進む地域で地域医療を支えるためにも精神科医療がかかりつけ医機能においても果たす役割は大きい。

6 多職種連携・在宅医療

地域包括ケアシステムは、重度の要介護状態となっても自分らしい生活を
住み慣れた地域で人生の最後まで続けることができるために構築されてき
た。この際にかかりつけ医は、必要な多職種連携を推進し、医療的視点で情報
提供を行い、在宅医療に移行した場合には他職種に安心感を得ることができ、
全人的なケアが行えるよう医療的コンサルタントとしての役割を果たしてい
る。また、外来通院を始めた時から亡くなる迄の伴走者であり多職種連携の中
の重要なプレイヤーである。

(1) はじめに

かかりつけ医として多職種連携の内容を知り、医療的状态・指示を記載した書
類（健康診断書、主治医意見書、施設入所時の健康診断書、訪問看護指示書）を
発行する時に多職種連携に関わっていく必要がある。またその過程で多職種
連携が深化し、介護職の業務内容を正確に知ることになる。

高齢者はADLの低下に伴い、自立した外来受診、付き添いが必要な外来受診、
訪問診療（または施設入所＋訪問診療）と医療提供方法の変化が起きる。かかり
つけ医は継続して医療提供を行いながら、医療的相談にのり、在宅療養を見守り、
人生の最終段階には本人の希望通りの最後が飾れるように支援する。

(2) 多職種連携の必要性

人が高齢化していく中で住み慣れた地域で生活をしていくためには何が必
要であろうか？日々の生活の基本は衣食住である。衣食住が十分でなければ
日々の生活を維持することはできない。もし高齢化や家庭環境の変化で衣食住
に何かの不足が生じたとしたら、その不足を補うのが介護系サービスであろう。
介護系サービスによって日々の生活が成り立ったのちに医療系サービスの需要
がある。患者さんの日常を地域で支えるためには介護系サービスと医療系サー
ビスの連携が不可欠である。地域医療を支えていく医師にとって介護系サー
ビスを把握することは患者さんの日常を支えていく上で重要なことである。

2025年をめどに進められてきた地域包括ケアシステムは、重度な要介護状態
になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが
できるように構築されてきた。この際に必要となるのが多職種連携である。これ
まで各地で地域包括ケアシステム構築のため多職種連携が進められてきた。前
述した通り、「重度な介護状態」になった高齢者のために多職種連携が進められ
てきたが、これは重度の介護状態ではない高齢者にとってもメリットがある。い
わゆる「顔が見える連携」が構築されてくると地域の介護サービスの種類・場所・
どのようなサービスが強いのかなど、地域が俯瞰できるようになってくる。その

ため、重度の介護状態になる前から予防的なサービス導入などでもできるようになる。

（３）かかりつけ医と多職種との関係

地域の中で生活する高齢者が自立した状態から旅立つまでの間のいろいろな場面に対して地域の介護介入が必要となる。その際にかかりつけ医からの医療情報提供が必要となる場面が多い。かかりつけ医と多職種の関係が確立されていくほどその患者さんにとって真に必要な情報が記載できるようになる。またその過程で各介護サービスの業務内容を知ることになり、さらに多職種連携が深化するというメリットをもたらす。医療的な見守りが入ることによって他職種にある種の安心感を与えることもできている。

（４）全人的なケアの必要性

患者さんの ADL が変化することにより、外来診療に通院できていた方が通院できなくなり訪問診療が必要になる時がくる。外来診療から訪問診療になることもあるが、何らかの理由で入院し、退院後から訪問診療になることが多い。訪問診療に移行した後もこれまで診療してきた疾患と入院の原因となった疾患の管理を行いながら、在宅療養を支援する。在宅療養が長くなるにつれて、治癒を目指す医療から現状維持を目指す医療へと変化することが多い。「ときどき入院、ほぼ在宅」と言う通り、慢性疾患の管理と、急に具合が悪くなった時にオンデマンドで患者さんを支えることが役割となる。患者さんの背景を知っているかかりつけ医は在宅療養中の患者さんが介護系サービスを受ける際にきめ細かい医療情報と患者さんとの長い付き合いから導かれる患者さんの考え方を多職種に伝えることがより大切になってくる。人生の最終段階に近づき、本人の意思が表明できない場合は家族や多職種と話し合い、どのように過ごすことが本人の希望に近いかを多職種の皆で考えていく。在宅医療と多職種連携を通じて医療的な管理のみならず、全人的なケアを行うことが求められている。

施設入所している場合は少し様相が異なる。元々のかかりつけの患者さんではなく、施設入所した新規患者さんの訪問診療を依頼されることが多い。新患であるため、患者さんや家族との関係性構築に時間がかかり、医療が必要な場面で判断に迷うことがある。施設職員の不安が緊急搬送の有無など、対応方法に影響することもある。担当直後から関係構築を急いだ方が良い。

（５）おわりに

地域で生活する患者さんが高齢化していく中で、かかりつけ医は医療的コンサルタントであり、患者さんを取り巻く医療・介護サービスを良いものにする協力者でもある。かかりつけ医は患者さんが良く知らない医療介護サービスを把

握し、患者さんを多職種に繋げることができる。他職種にとって医療的視点で見守りが入ることは安心が増し、各職務に専念できるようにもなる。在宅医療に移行した後は合併症が増加し、ADL・認知力が低下するため、さらにかかりつけ医の役割の重要性は増してくる。患者さんが慢性疾患で通院を始めた時から亡くなるまで伴走者であり、多職種連携の中で重要なプレイヤーとなりうるのがかかりつけ医である。

7 災害と感染症拡大時のかかりつけ医機能

地域包括ケアの中核を担うかかりつけ医は、災害や感染症拡大時においても重要な役割を果たす。患者の健康状態把握と地域の実情把握・情報共有から、初期の医療活動、多職種連携、長期化した場合でも慢性疾患の治療やフレイル対応、精神疾患のケアなどに対応し、災害や感染症に対する正しい情報発信を行う。日ごろからかかりつけ医は地域の人口構成、疾病構造、ハザードマップなど地域の様々な実情を理解し、住民・患者の所在や家族構成、疾病、状態を的確に把握し多職種間で共有することが重要である。

(1) はじめに

災害発生時、および新興・再興感染症拡大時は、医療提供体制に一定の制限がかかる。その影響を最小限に留め、地域の医療機能を維持するためにかかりつけ医の役割は極めて重要である。

(2) 災害時のかかりつけ医機能

平時から患者の健康状態を把握しているかかりつけ医は、災害時においても、地域の医療を支える上で極めて重要な役割を担う。少子高齢化・人口減少が進み、地域包括ケアが定着し深化しつつある現在、災害発生は地域包括ケアの危機と捉える必要がある。

身近な災害要援護者(小児、妊婦、高齢者、障害者等)は災害前から医療の必要度が高く、健康の悪化が生命の危機に直結しやすい状態に置かれている。

災害時のかかりつけ医としての役割は、災害発生初期の地域での医療救護活動と急性期以降の災害関連死を防止するための健康管理に分けられる。

発災直後の超急性期では、まず家族や診療所スタッフの安全確保が最優先であるのは言うまでもない。それら安全確保が確認された後は、自院で診療が可能であれば診療を継続し、または救護所での医療救護活動に従事することが求められる。そのためには平時から、トリアージ、応急処置、検案、広域搬送要否の判断など、災害医療に関する研修や訓練を受け、災害発生時に都道府県に設置される保健医療福祉調整本部を介し、災害派遣医療チーム(DMAT)や日本医師会災害医療チーム(JMAT)、災害派遣精神医療チーム(DPAT)等の外部支援チームと協力して救護活動ができるように準備をしておくことが重要である。

また、かかりつけ医は刻々と変化する状況に応じて発生する災害医療ニーズを的確に把握し、リーダーシップを発揮して行政機関や医師会など関係団体と折衝することも重要な役割である。それら関係者と顔の見える関係を日頃から構築しておくことも必要である。

一方、災害急性期以降は被災者が災害関連死という最も深刻な状況を乗り越

えることに尽力をしなければならない。避難場所の環境等公衆衛生面にも目を配り、基礎疾患の悪化や新たな症状など体調の異変をいち早く察知し、投薬や転送などの措置を可及的速やかに行うこともかかりつけ医の重要な役割である。

避難生活が長期化すると、避難所や仮設住宅では慢性疾患の悪化予防やストレス対策が必要となる。そのため、かかりつけ医は訪問診療や巡回診療を積極的に行い、抑うつ症状、アレルギー、ドライアイなど多岐にわたる訴えも増えてくるため、必要に応じて複数の診療科との連携を図ることになる。

また長期的な支援が必要となる被災者の「心のケア」などにも力を発揮するオンライン診療を活用する場面も想定され、平時から通信インフラの整備が求められる。

（３）感染症拡大時のかかりつけ医機能

感染症発生・拡大時には、災害発生時と同様、地域包括ケアの存続が危ぶまれる事態も想定され、かかりつけ医には患者の状態や所在、基礎疾患や重症化因子の有無を日頃からの確に把握し、多職種間で共有しておくことが求められる。同時に、患者に対し、マスク着用、手洗い、換気の徹底など基本的な感染予防対策の啓発を行っておくことも必要である。

また診療所においては、職員全員で標準的感染予防策に従い、院内感染対策を推進し、動線確保や抗菌薬の適正使用、基幹病院との連携体制構築など、院長のリーダーシップの下、日頃から施設として感染対策に習熟しておくことが求められる。

感染症発生・拡大時における医療提供体制については、2022年12月に成立した、いわゆる「改正感染症法」では、都道府県と医療機関等との医療の確保等に関する協定（医療措置協定）が法定化され、都道府県は、新型コロナウイルス感染症と同程度の感染症への対応を念頭に、感染症予防計画に基づき、医療機関と病床確保、発熱外来、自宅療養者等への医療提供に関する協定を締結することが義務付けられた。

上記協定が想定する感染症有事には、協定を締結した医療機関はそれに基づいた対応を行うのが原則であるが、医療逼迫を回避し、通常の医療機能を速やかに回復させるため、できるだけ早期に発熱患者への対応を行うことが望ましい。当該感染症以外の急性疾患、慢性疾患、外傷などに対する通常の診療や、健診、予防接種などは、平時と同様にかかりつけ医が往診、訪問診療を含め対応することになる。蔓延時には電話やオンライン診療を駆使し、患者の不安を取り除く努力も必要である。

また、通常の診療に加え、行政が設置する宿泊療養施設やワクチン集団接種への出務協力も積極的に行うべきである。

感染の蔓延のため、外出自粛が長引く場合は、フレイル、ADL低下、認知症進

行への対策として、かかりつけ医が多職種と連携し、個別の支援やサービスの工夫を行うことが必要である。また、誤った情報が流布することにより、患者や地域住民が必要以上に日常生活を制限し、萎縮することがないように、感染症の正確な知識、最新の情報収集に努め、それを多職種や患者と共有し、不安なく日常生活が送れるようサポートすることが重要である。

（４）おわりに

平時の対応においても日頃からかかりつけ医は、地域の住民・患者に対する診療や健康管理を行うとともに、人口構成や疾病構造、ハザードマップなど地域の様々な実情を理解し、住民・患者の所在や家族構成、疾病、状態を的確に把握し、多職種間で共有しておくことが大切である。

8 持続可能な医療提供体制確保のための健康医療情報等の取扱い

—持続可能な医療システムを支える健康医療情報管理とその課題—

持続可能な医療提供体制のための医療情報の活用により診療の効率化と質の向上、医療・介護・福祉の連携による地域包括ケアの推進、公衆衛生・予防医療への活用が可能となる。医療情報を活用するためには、健康医療情報等のガイドラインの整備と法的枠組みの強化、医療機関間のデータ基盤（総合情報ネットワークなど）の構築と標準化の推進、医療情報の二次利用（情報を匿名化）による公衆衛生・予防医療への有効活用は不可欠である。課題はプライバシーの保護、システムの相互運用、情報リテラシーの向上であり、特に公衆衛生上の二次利用においては住民の理解と協力が必要になる。

（１）はじめに

超高齢社会の我が国においては、医療のニーズの多様化に直面しており、持続可能な医療提供体制の確保は喫緊の課題である。そのためには、かかりつけ医機能が重要な柱となり、健康情報の適切な取り扱いと利活用が不可欠である。持続可能な医療提供体制を支える健康医療情報等の取り扱いについて、その意義、現状、課題、今後の取り組みについて記載する。

（２）健康医療情報の意義

健康医療情報とは、個人の健康状態や医療に関する情報を指す。電子カルテ、診療情報、検査結果、服薬情報、予防接種歴、健康診断記録、などが含まれる。これらの情報は患者中心の医療情報のみならず、効率的な医療資源の配分、医療の質の向上、疾病の予防など公衆衛生対策、医療政策の基盤となる。

（３）持続可能な医療提供体制のための情報活用

限られた医療資源の中で、持続可能な医療システムを実現するには、医療情報の活用はきわめて重要である。とくに以下の３点があげられる。まず第一点は、診療の効率化と質の向上である。これは一次利用に該当する。情報を電子化し、共有することにより、重複検査の回避、迅速な情報把握により効率的な診断が可能となり、患者の負担軽減、医療費の削減に繋がる。第二点は、地域包括ケアの推進である。これも一次利用となる。医療、介護、福祉の連携には情報の共有は不可欠といえる。患者の生活背景、治療履歴などを関係者で共有することで連続的なケアが実現する。第三点は、公衆衛生・予防医療への活用であり、これは二次利用に該当する。電子データとして集約された健康データは、匿名化され、感染症対策や生活習慣病予防、がん予防など健康寿命の延伸をめざす政策立案に役立つ。

(4) 健康医療情報の取り扱いに関する課題

健康医療情報の活用は持続可能な医療を提供する上できわめて重要といえるが、いくつかの課題も存在する。第一がプライバシーの保護である。個人情報の漏洩や不正利用を防ぐため、厳格な管理と本人に対する説明と本人の同意の取得が必要となる。またデータの匿名化は必須といえる。第二がシステムの相互運用である。医療機関ごとに異なるシステムが導入されている場合、情報共有が円滑に進まない。標準化や共通基盤の整備が必要となる。第三が情報リテラシーの向上である。医療従事者、患者・家族双方が情報の意義や取り扱い方法を理解し、適切に活用できるよう、教育や啓発が必要である。特に公衆衛生上の二次利用においては住民の理解と協力が必要となる。

(5) 提言

今後は以下のような取り組みが重要となると考え、次の5点を提言する。

(図7)

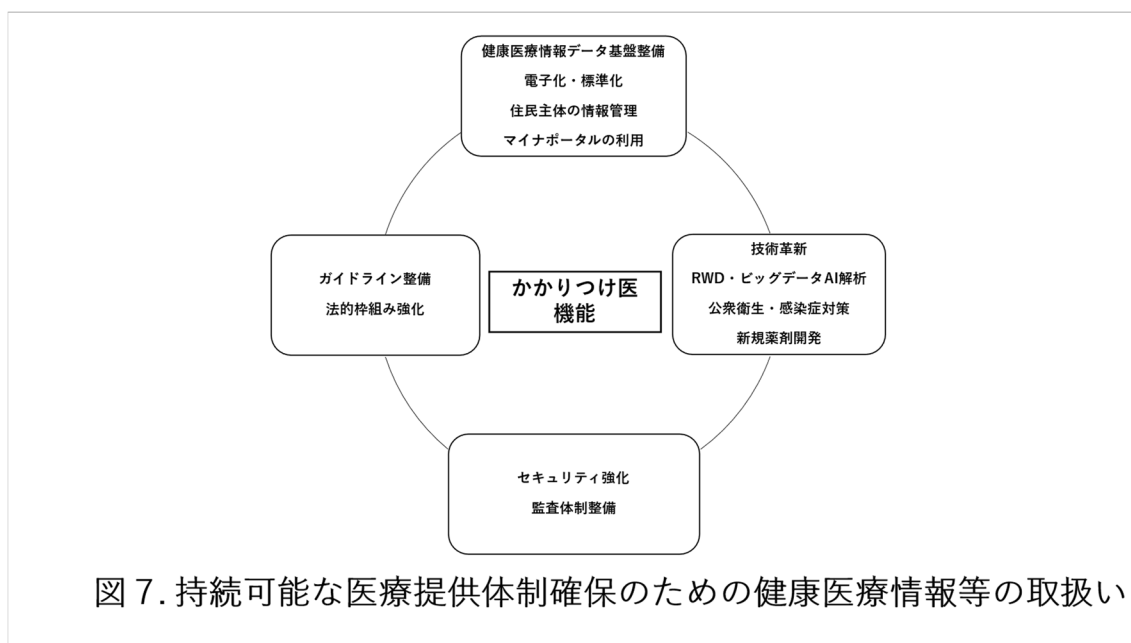


図7. 持続可能な医療提供体制確保のための健康医療情報等の取扱い

- ① 国や自治体によるガイドラインの整備と法的枠組みの強化
- ② 医療機関間のデータの基盤の構築と標準化推進

東京では以前より総合医療ネットワークが構築されている。各病院間および診療所間では既存のデータはハブを介して共有される。既存の検査データを相互に利用するシステムであり、各病院の検査データは既存のまま取り扱う方式である。

- ③ マイナポータル等を活用した患者主体の情報管理支援で、健康情報をクラウドで記録

患者は必要な時に自分の医療情報をクラウドより引き出すことが可能となる。

④ AI やビッグデータ解析を活用した医療の質や効率の向上

趣旨の説明を行い、承諾を得ること、匿名化をはかることにより、投薬あるいは施策のアウトカムの分析がリアルワールドデータの解析から可能となる。新たな感染症が生じた場合の公衆衛生的な対応、新薬の効果の評価、医療経済を踏まえた医療政策の決定などにも利活用が図られる。

⑤ セキュリティ技術の強化と継続的な監査体制の整備

行政と医療機関、および医師会が協力してのセキュリティシステムの構築は急務といえる。

(6) おわりに

持続可能な医療提供体制を確保するためには、健康医療情報等の取扱いの整備と有効活用は不可欠といえる。超高齢社会においては、かかりつけ医を中心とした医療体制の構築のみならず、継続して医療を受けられる社会インフラの整備が必要である。プライバシー保護やシステムの連携などの課題は残されているが、最新の技術や制度の整備により、すべての人々が安心して、質の高い医療を継続して受けることのできる社会の実現をめざすことが重要といえる。

9 包括的な機能

ー予防から慢性疾患・在宅・メンタルヘルスまでを含む総合対応ー

かかりつけ医機能における「包括的な機能」とは、予防から慢性疾患、メンタルヘルスまでを含む年齢・性別・ライフステージに応じた総合的な健康支援を行う機能である。これを強化するためには、あらゆる受診機会をとらえて予防から慢性疾患、心身の悩みまで一つの窓口で済ませることができるようにすること、思春期・若年層に配慮した受診環境とし、検査や診察の説明を標準化すること、慢性疾患・在宅療養者の身体疾患の管理とともに心身の変化を継続的に評価し多職種協働による継続に繋げる。これを3本柱と位置づけ、評価し、地域医療構想会議の場や診療報酬改定に反映されることが期待される。

(1) はじめに

かかりつけ医機能における「包括的な機能」とは、一般診療に加えて、予防接種や各種健（検）診（特定健診・がん検診・歯周病等）、禁煙支援、生活習慣病管理、メンタルヘルス、さらには成長発達段階に伴う心身の課題までを視野に入れ、年齢・性別・ライフステージに応じた総合的な健康支援を行う機能である。

「現在直面している健康問題」だけでなく、「将来起こり得る健康問題」や「心身の不調・生きづらさ」に継続して寄り添うことが、その核心である。新興・再興感染症の出現、超高齢社会の進行、精神疾患の増加を踏まえると、この包括的な機能は、平時のみならず有事にも地域を支える基盤として位置づける必要がある。

しかし現状では、予防接種、アレルギー・皮膚疾患、肥満・生活習慣病、メンタルヘルスなどが、制度や所管ごとに「別窓口化」されている。乳幼児期は予防接種と小児科、学童期は学校健診、成人期は職域健診・特定健診、高齢期は慢性疾患フォローや介護保険と個別に進むため、複数の課題を抱える住民ほど必要な支援にたどり着きにくい。とくに多疾患併存やフレイル・認知症を有する高齢者では、医療・介護・福祉の情報分断が、多剤服用に伴う薬物有害事象や支援の抜け落ちを顕在化させつつある。

また思春期・若年層では、「身体を見られること」や「周囲の目」への不安から、健診や相談が受診の障壁となっている。体型や肌の悩みを指摘されることへの恐れ、過去の健診体験での不適切な言動がトラウマとなり、その後の受診回避につながることも少なくない。コロナ禍後には、SNS 等を通じた過剰な情報や誤情報が、摂食障害や自己の身体像の歪み、自傷行為のリスクを高めているとの指摘もあり、科学的根拠に基づく情報提供と早期介入の重要性が増している。

こうした課題を踏まえ、包括的な機能を強化するために以下の三点を提言する。

（２）包括的な機能を強化するための提言

第１に、あらゆる受診機会を、予防から慢性疾患、心身の悩みまでを一体的に確認する入口とすることである。一般診療や特定健診・がん検診等の場で、禁煙・食事・運動・睡眠など一次予防に関する簡便な問診と、抑うつ・不安・ストレス等の評価を標準的に組み込み、その結果に応じて短時間の助言や動機づけ面接を行う。さらに保健師、管理栄養士、精神科・心療内科等につなぐ「即時カウンセリング」の流れを地域で共通化し、「検査をして結果を返して終わり」ではなく、「次の一步の提示」までを包括的な機能に含める。その際、政府が推進する医療 DX の工程表も踏まえつつ、電子問診やパーソナル・ヘルス・レコード (PHR) 等を活用し、同じ情報を繰り返し記入させない仕組みとすることが望ましい。

第２に、思春期・若年層に配慮した受診環境の整備である。更衣や計測の動線を工夫し他者の視線が気になりにくい配置とすること、必要に応じて同性の医療者・スタッフが対応すること、検査や診察の必要性・内容を年齢に応じた平易な言葉で説明するスクリプト（文例等）を作成し、医療機関間で共有することが重要である。これにより、「何をされるか分からない」「恥ずかしい」といった不安を軽減し、十代が安心して相談・受診できる環境を地域として保証できる。あわせて、多様な性のあり方や家庭背景を有する若者への配慮、オンライン相談や学校・地域との連携による支援も組み合わせ、「どこに相談してよいか分からない」若者を支える体制を整える。

第３に、慢性疾患や在宅療養を要する高齢者等に対し、身体疾患の管理とともに、フレイル、認知機能、抑うつ、孤立など心身の変化を継続的に評価し、介護・福祉サービスや地域資源へ適切につなぐ体制を構築することである。その際、医師だけでなく、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ専門職、臨床心理士、ケアマネジャー等の多職種が情報を共有し、生活背景を踏まえた支援を行うことが真の包括性につながる。今後、医療・介護人材の不足や地域偏在が一層深刻化することが予測される中で、医療安全と対面診療を基本とする原則を踏まえながら、タスク・シフト／シェアや情報通信技術・オンライン診療等の活用可能性を検討し、限られた資源の中でも包括的な機能を維持・補完していく視点が重要である。

（３）おわりに

以上を踏まえ、本委員会は、地域の健康管理におけるかかりつけ医機能の包括的な機能を、①受診機会ごとに予防・慢性疾患・心身の悩みを評価し必要な支援につなぐ仕組み、②思春期・若年層に配慮した受診環境と説明の標準化、③慢性疾患・在宅療養者に対する多職種協働による継続支援、の三本柱として位置づける。その実施状況については、健（検）診・受診率や支援の実施状況、紹介・逆紹介の完了などを指標として評価し、医療 DX や全国医療情報プラットフォーム

の整備状況も踏まえつつ、地域医療構想や診療報酬の議論に反映されることが期待される。

結 言

我が国の高齢化は急速に進み、これまでどの国も経験したことのない超高齢社会を迎え、疾病構造も慢性疾患中心へと代り、要介護者が増加し、治す医療だけではなく治し支える医療が求められている。この中、患者が適切な医療機関を選択し、地域で包括的な医療を受けられる環境を整えることを目的に、かかりつけ医機能報告制度が2025年4月から施行された。COVID-19感染拡大において「かかりつけ医」の重要性が改めて認識され、コロナ渦の最大の教訓となった。諸外国との比較においては、イギリスでは登録制、認定制、人頭払い（包括払い）の3要素を備え、フランスの登録制、認定制、社会保険方式、ドイツでは登録制はないなど、諸外国において対応は異なるが、感染拡大時に機能したのは登録制を敷かないドイツ、そして日本であったことを忘れてはならない。「地域の健康管理」における「かかりつけ医機能」を考えると、地域による格差も重要な考慮要素である。都市部ではストレス・孤立など心理的社会的側面からの支援体制が、地方では強固な地域コミュニティを活かした支援が必要であり、また遠隔診療・ICTの活用などを通しての健康管理が重要となる。予防医学とヘルスリテラシー向上においては、多職種、多機関、住民が協働する「面で支える力」を最大限に活用しひとりひとりが自らの健康を守る社会の実現を目指すことが重要となる。どこにいても予防接種や健（検）診等も含む質の高い予防医療を受けられる体制には「かかりつけ医機能」は必要不可欠である。しかし、今地域活動における健康管理は非常に手薄で、早期からのヘルスリテラシー教育が必要であり、学校医・産業医不足を解決することが重要である。近年、精神疾患と身体疾患の両方を有するなど複合的なニーズを抱える患者の増加、孤独死等の増加が認められており、精神科医療の「かかりつけ医」に果たす役割は特に過疎化が進む地域において大きい。かかりつけ医は、患者さんが通院を始めた時から在宅医療を受け「人生の最終段階」を経て亡くなるまで、医療コンサルタント、多職種連携の重要なプレイヤーとしての役割を果たす。また災害と感染症拡大時には、刻々と変化する状況に応じて発生する医療ニーズを的確に把握しリーダーシップを発揮し、行政機関・医師会などの関係団体と折衝するなど多職種連携の要となる。全国医療情報プラットフォーム、地域医療情報連携ネットワーク、J-MIMOの活用は、地域を面で支える「かかりつけ医機能」を飛躍的に高め、地域の健康管理を実効あるものとし、かかりつけ医が常に「健康への伴走者」として深化するうえで不可欠である。予防から慢性疾患・在宅・メンタルヘルスまでを含む総合対応においては、受診機会毎に予防・慢性疾患・心身の悩みを評価し必要な支援につなげる仕組み、思春期・若年層に配慮した受診環境と説明の標準化、慢性疾患・在宅療養者に対する多職種協働による継続支援、の3つを強化することが必要

である。またこれらの実施状況をしっかりと評価し、地域医療構想や診療報酬の議論に反映されることが期待される。

新たに始まった「かかりつけ医機能」における、2号機能の「その他の報告事項」に本答申の「地域の健康管理」が相当する。今まで地域医師会が担い、面で支えてきたものである。診療行為とは異なり表面には出てこないが裏方として地域医療を支えている大切な機能である。なくてはならないこの機能を人材不足の中、地域でどう支えるかが今後のテーマである。

