改革加速なくして、より良き健康と幸せの実現なし

「 保健医療2035 」、「 2016年児童福祉法改正 」等から10年余

令和8年 渋谷区医師会文化講演会

主催 ： 一般社団法人 渋谷区医師会

2026年 10月17日

元内閣官房長官、元厚生労働大臣
ゲノム医療推進研究会　主宰
塩崎　恭久

＜目次＞

1. はじめに　2

2. ゲノム医療は医療DX、患者還元のパイオニア　10

3.「 日本版EHDS 」こそ、医療イノベーション、研究・創薬力の礎　25

4. 実親の愛に恵まれない全ての子ども達に家庭養育を　42

＜目次＞

1. はじめに 2

2. ゲノム医療は医療DX、患者還元のパイオニア 10

3.「 日本版EHDS 」こそ、医療イノベーション、研究・創薬力の礎 25

4. 実親の愛に恵まれない全ての子ども達に家庭養育を 42

塩崎恭久：当面の社会貢献課題

一般財団法人 勁草日本イニシアティブ 代表理事

（ 2026年10月現在 ）

- **日本経済社会の再生**
  - ・「新しい、勝てる資本主義」へ
  - ・「出入り自由の公務員制度」
  - ・国立大学改革、学校法人改革
  - ・資本市場改革、公取委改革による競争性回復
- **新たな外国人政策の在り方の検討（一般財団法人 外国人材共生支援全国協会＜NAGOMi＞副会長）**
- **国際医療福祉大学社会保障政策研究所 特任教授**
- **医療DX・AX、個別化医療等による患者還元と全国民の健康実現**
  - ・医療のDX・AX推進
  - ・「ゲノム医療推進研究会」主宰。個別化医療推進を通じたがん、難病の克服
  - ・βラクタム抗菌薬原薬国産化委員長（公益財団法人 日本感染症医薬品協会）
- **グローバルヘルスを通じた世界貢献**
  - ・CEPI（感染症流行対策イノベーション連合）グローバル親善大使（2021年～）
  - ・薬剤耐性（AMR）に関する Global Leaders Group＜GLG＞メンバー（2020年11月～2025年11月）
  - ・「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会（JCIE）顧問
- **「実親の愛に恵まれない児童」（要保護児童）の社会的養育推進**
  - ・夫婦で里親登録（愛媛県、2022年2月）
  - ・児童養護に関する議員連盟顧問
  - ・愛媛県初の里親支援NPOである「子どもリエゾンえひめ」創設（2023年1月）。同NPO内に、里親支援センター「子どもリエゾン」開設（ 2024年8月 ）
- **公益財団法人 全国篤志面接委員連盟会長**
- **公益財団法人 教育支援グローバル基金 評議員**
- **一般社団法人 東北ユースオーケストラ 理事**

塩崎恭久が手がけた主な議員立法一覧

(2021年10月現在)

年	法律名等	概要
1995	「 科学技術基本法 」	科学技術振興を国家戦略として初めて位置づける法律。新人議員として、逐条作成。
1997	「 ストックオプション法 」（ 商法改正 ）	本邦初のストックオプション（ 従業員に自社株を一定価格で購入する権利を与える ）制度を導入。
1998	「 金融再生法 」	金融国会において「 政策新人類 」として、「 一時国有化 」など新たな銀行破綻処理制度を、与野党を超えて創設。
1999	「 コミットメントライン法 」（ 特定融資契約法 ）	いつでも一定限度額まで借り入れ可能とする銀行等の「コミットメントライン（ 特定融資契約 ）」制度の創設。
2001	「 健全銀行不良債権買取法 」（ 金融再生法改正 ）	健全銀行による整理回収機構（ RCC ）への不良債権買取り申し込みを可能とする制度創設。
2003	「 医療観察法 」	重大犯罪を犯した精神障害者を、特別の治療施設に収容、治療し、健康回復と犯罪再発防止を目指す法律。閣法の議員修正、答弁を一手に担当。
2004	「 犯罪被害者等基本法 」	犯罪被害者やその家族等のための施策を、総合的・計画的に推進し、権利利益の保護を図る。個人の尊厳が重んぜられ、それに相応しい処遇保障の権利などを規定。
2005	「継続的開示義務違反課徴金法」（ 証券取引法改正 ）	西武鉄道事件と同様、有価証券報告書上の虚偽記載による継続的開示義務違反への課徴金制度導入。
2009	「 改正児童ポルノ禁止法 」＜ 2014年6月成立 ＞	所持罪（ 自公案 ）、取得罪（ 民主案 ）の対立を「 単純所持罪の新設 」により、その他事項を含め法案骨格につき与野党で大筋合意。
2010	「 幹部公務員法案等 」＜ 未成立 ＞	内閣人事局を設置し、審議官以上の幹部を一般公務員と分け、省庁横断的に内閣が管理。若手、民間人などの幹部への抜擢を推進。国家の司令塔強化の一環。
2011	「国会原発事故調査委員会法」	福島第一原発事故の原因究明等のため、憲政史上初めて国会に民間専門家による独立調査機関を設置。国政調査権並みの権限付与。
2012	「原子力規制委員会設置法 」	国民の信頼回復のため、IAEA安全基準に合致した、独立性、専門性の高い、一元化された新たな原子力規制組織を創設。政府は塩崎案をほぼ「 丸のみ 」。
2013	「 公正競争条件確保法案 」＜未成立＞	国が公的資金による私企業救済を行う際、市場の競争原理を歪めないためのガイドラインを公取委が設ける法案。 11月、衆議院に提出。
	「 がん登録法 」	努力義務であった地域がん登録を法定化し、全国がん患者の診察情報等を一元集約化し、罹患分析や治療法の向上に貢献。 自公及び、民主党を除く全野党の共同提案による議員立法。12月衆参で可決され成立。
2015	「 改正瀬戸内法 」（ 2021年通常国会にて、閣法として再改正 ）	瀬戸内海の漁獲量や藻場・干潟の減少等を受け、その価値・機能が最大限に発揮された「 豊かな海 」に生まれ変わらせることを目的とする。瀬戸内海再生議員連盟の会長として議連を超党派化し、自民・公明・民主・維新の4党の共同提案で提出、成立。
2016	「 成年後見制度改革法 」	成年後見人が、被後見人宛て郵便物の転送を受け、適正に管理する事を可能とし、加えて被後見人死亡後の成年後見人の権限を明確化。公明党が推進する成年後見人の利用促進案に加える形で、自公共同提案として提出、成立。
2021	「子ども基本法」（「こども基本法」として2022年成立）	子どもの権利条約に基づき、子どもの権利を常に保障するための総合的な政策を推進するための法律を「 子ども庁(仮称)」設置に合わせ導入。

塩崎恭久が方向性を決定付けた主な政府提出法一覧

(2021年10月現在)

年	法律名等	概要
2001	「 司改革推進法 」	国民の視点から、司法の基本制度を抜本的に見直す大改革。裁判の迅速化、法テラスの整備、法曹養成制度改革等。
2003	「 公認会計士法 」（改正法）	我が国の資本市場に対する投資家の信頼向上と市場の活性化に向けて、公認会計士の使命および職責の明確化、公認会計士等の独立性の強化に向けた規定を改正法に明記。
2005	「 独占禁止法 」（改正法）	カルテルや談合事件の抑止力を強化するために、課徴金の大幅引き上げ、自己申告により課徴金を減免する制度（ リーニエンシー制度 ）の導入等、法改正により、抜本改革が実現。
2014	「 学校教育法等93条 」（改正法）	「 教授会 」は教育研究に関する決定機関ではなく、「 学長の諮問機関 」であることを明確化する等、学長のリーダーシップを強化し、戦略的に大学を運営できるガバナンス体制を構築。
	コーポレートガバナンスの強化に向けた「 会社法 」（改正法）	日本企業に対する国内外の投資家の信認を確保するべく、経営者から独立した社外取締役を「 少なくとも一人選任 」することを事実上義務付け。
2015	「 女性活躍推進法 」	女性が輝く社会の実現に向けて、大企業に対し、数値目標を盛り込んだ行動計画の策定・届出・公表や女性活躍に関する情報の公表を義務化。
2016	「 外国人技能実習法 」	実習生の活躍の場、期間を拡充するとともに、母国を離れて来た実習生が劣悪な環境で働くことのないよう、規制強化を通じて労働環境を整備。
	GPIFの新たなガバナンスを定めた「 年金改革法 」（改正法）	年金保険料を預かり、運用するGPIFのガバナンス強化のため、理事長の独任制を改め、運用方針等の重要事項について、外部の有識者からなる合議制の経営委員会が意思決定を行う仕組みへ転換、意思決定・監督と執行を分離。
2016、2017	「 児童福祉法 」（改正法）	「 子どもの権利 」、「 家庭養育優先原則 」などを法律上、初めて明記。さらに在宅養育への司法関与も導入するなど、児童福祉を2年連続抜本改革。
	「 雇用保険法 」（改正法）	一度目の改正は、65歳以上の方への雇用保険の適用拡大、非正規社員の育休取得要件緩和、介護休業の柔軟化などを新たに規定。二度目の改正においては、企業の生産性向上を後押しすることを目的に、雇用関係助成金の理念に「 労働生産性 」の概念を初めて明記。
2017	特定機能病院の機能強化に関する「 医療法 」（改正法）	医療事故の防止に向け、特定機能病院のガバナンス等を格段に強化。例えば、病院長の選出は選挙を禁止し、「 経験 」や「 指導力 」等、必要な資質を明示の上、選考委員会が選出。また、病院運営の重要事項は合議による決定を義務付け。
	医務技監を創設する「 厚生労働省設置法 」（改正法）	少子高齢化社会の到来、ゲノム解析やAI等の技術革新、エボラ出血熱等の国境を越えた公衆衛生危機等の社会情勢変化に対応すべく、国の医療・保健政策の司令塔となる、次官級の「 医務技監 」を新設。
	「 精神保健福祉法 」＜ 改正法・未成立 ＞	精神障害者に対する医療は、人権を尊重し、病状の改善を目的とすることなどを国に義務付け。また、措置入院した患者が退院後も継続的な医療的、福祉的、就労等支援を受けられ、社会復帰を容易化する仕組みを整備する法案。
2019	社外取締役設置義務化のための「 会社法 」改正	上場会社等関しては、社外取締役を置くことを法廷義務化。

原点は高校時代に作られる。

「このころは高校生活の終盤で、ぼくは学校や社会の制度を解体するような運動に身を投じていたわけですが、同時代の作曲家たちも、既存の音楽の制度や構造を極端な形で解体しようとしていた。・・・・・「解体の時代」でした。

そういう思いが自分の音学として具体的な形をとっていくのはまだ少し先のことですが、問題意識自体は、今とあまり変わらないものを持っていたように思います。いまのぼくと、一直線につながっている。坂本龍一の原型は、このころすでにできあがっていたのかも知れません。」

———「音楽は自由にする」 坂本龍一　新潮文庫　（令和5年5月1日）

」の創設

「四半世紀余にわたって私が取り組んできた主な大きな課題や議員立法による問題解決への取り組み・・・・・共通項は国家ガバナンスに関わる重要課題であることだ。同時に、政治家としては『票にも金にもならない』と言われるような、反対勢力による抵抗が強い課題ばかりだった。

・・・・・なぜこのような問題ばかりに取り組んできたかを振り返ってみると、その原点は、新宿高校時代に育まれたと確信する。どんなに難しくとも、手間や時間がかかろうとも、その高き理念や目標に向かって前進し続け、望む声が時に小さく弱くとも、国民益につながる結果をもたらし得るならば貫徹する、との取り組み姿勢こそがそれだ。」

———「原点を育むとき」 塩崎恭久　府立六中・新宿高校百周年記念誌　（令和5年6月）

自由、平等、多様性、相互尊重を学んだＡＦＳ米国高校留学（1967～68年）
＜カリフォルニア州＞

120人余りの留学予定者全員で
事前オリエンテーション（御殿場）

都立新宿高校同級生による壮行会

Exchange Students Arrive, Commence Year of Study

Redwood will be host this year to four foreign exchange students. Five are sponsored by various exchange programs, while four will be studying under student visas.

From Redwood's sister school in Stanford, England, under the BAS Exchange, comes Peter Langsdale, a junior who will be living with Junior Jim Cunningham of Lark.

STANFORD EXCHANGE

Redwood's new sister school in Stanford, England, has sent one for John Early, on a program which eventually will become part of the BAS exchange. John will be staying with Rick Scott of Rose.

Also from Stanford, Sandhya Shinaki arrived last month on the AFS program. Malini, a 17-year-old senior from Ranchi, India, has become a part of the Schiffer family of Rose. Another senior, 18-year-old Ann Hano Tokyo, Japan, will be rooming with Clarence Chaney of Bernardino.

BRIGITTE FRANK, YFU

Redwood's fourth foreign exchange student is Brigitte Frank of Germany, who will be living with Jim Alexander, a senior from Redwood.

Representatives from Sweden, Brazil, China, and Norway have arrived this month under student Ann Mattharch, a 17-year-old junior from Sweden, will be staying with family friends, the Kiesbie of Greenbrae.

Chris Yuen, a Brazilian senior who presently speaks no English, arrived last week. He will be staying with Jo Ann Kaprow.

HONG KONG SENIOR

Michael Sun, a senior from Hong Kong, is living with the Barbery of Corte Madera in Orinda home, where he will reside for the forth-coming school year.

Trigve Sun, a recent arrival from Norway, is living with the Ryan sisters, Mr. Herbert Sun, will be rooming, senior David Dwyer.

Exchange students attending Redwood for the first time are urged to contact the BASG staff in Room 101 for Blue Jeans coverage.

NEW ARRIVALS from Redwood's four foreign exchange programs are Sandhya Shinaki, Malini Prabhu, John Earley, Brigitte Frankn, and Peter Langsdale.

～坂本龍一君との思い出～

1960年台後半、世界の若者は主張した。

ベトナム戦争

徴兵拒否したキャシアス・クレイ
（後のモハメッド・アリ）

ジョン・レノンとオノ・ヨーコの
「平和のベッド・イン」

パリ５月革命

全共闘、東大安田講堂、ベ平連、新宿高校

毎週土曜日の晩、新宿駅西口広場に集まるベ平連

都立新宿高校校舎の前でアジ演説中の坂本龍一君 （1969年秋）

東大・安田講堂
（1969年1月）

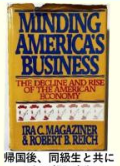
多様性の中で、学び方、ネットワーキング、"Never too late!"等を学んだハーバード大学ＫＳＧ（1980～82年）

（参考）

東京大学教養学科アメリカ科在学中
の同級生４人（前列左側が妻）

同級生には、のちの香港行政府長官も。

ロバート・ライシュ先生
（1993～97年 労働長官）



帰国後、同級生と共に
3人で邦訳出版

家族寮の１階は全て保育園

ワシントンDC
ホワイトハウスも訪問

当時「日米プログラム」を率いておられた
ライシャワー元駐日大使

エズラ・ヴォーゲル先生

時に日本人留学生とその家族が我が家に集合
（含む自民党現幹事長、現文科大臣）

妻もハーバード大学教育学大学院を同時卒業

世界の一人当たり名目GDP 国別ランキング 2025

1995年～2000年には世界第2位だった日本。今や世界第 38 位にまで転落。

2026年4月20日更新

順位	国名	単位:US＄
1	リヒテンシュタイン	217,928
2	ルクセンブルク	148,247
3	アイルランド	130,652
4	スイス	115,620
5	シンガポール	99,365
6	アイスランド	99,071
7	ノルウェー	94,468
8	米国	89,991
9	デンマーク	77,046
10	マカオ	74,465
11	オランダ	73,833
12	カタール	69,680
13	オーストラリア	66,352
14	サンマリノ	65,543
15	オーストリア	63,161
16	スウェーデン	62,662
17	ベルギー	61,002
18	ドイツ	60,439
19	イスラエル	60,335
20	英国	57,608

順位	国名	単位:US＄
21	香港	56,893
22	フィンランド	56,464
23	カナダ	55,765
24	アンドラ	50,379
25	アラブ首長国連邦	50,232
26	マルタ	49,297
27	フランス	48,930
28	ニュージーランド	48,621
29	イタリア	43,270
30	キプロス	41,730
31	アルバ	41,462
32	バハマ	40,005
33	プエルトリコ	39,847
34	台湾	39,489
35	スペイン	38,290
36	スロベニア	37,357
37	韓国	36,227
38	日本	35,973
39	チェコ	35,678
40	サウジアラビア	35,464

出典：GLOBAL NOTE 世界の1人当たり名目GDP 国別ランキング・推移（IMF）、2025年 1人当たり名目GDP（IMF統計） より
https://www.globalnote.jp/post-1339.html　　はG7諸国。　はアジア・太平洋地域国。

世界競争力ランキング 2026（IMD調べ）

2026年6月18日公表

順位	国名
1	シンガポール
2	香港
3	スイス
4	台湾
5	UAE
6	デンマーク
7	アイルランド
8	オランダ
9	スウェーデン
10	米国
11	カタール
12	中国
13	サウジアラビア
14	ルクセンブルク
15	マレーシア

順位	国名
16	カナダ
17	オーストラリア
18	ノルウェー
19	フィンランド
20	バーレーン
21	韓国
22	アイスランド
23	ドイツ
24	英国
25	オマーン
26	タイ
27	ベトナム
28	エストニア
29	オーストリア
30	日本

出典：IMD World Competitiveness Ranking 2026　　はG7諸国。　はアジア・太平洋地域国。
https://www.imd.org/centers/wcc/world-competitiveness-center/rankings/world-competitiveness-ranking/rankings/wcr-rankings

世界デジタル競争力ランキング 2025（IMD調べ）

日本は順位を上げつつも、30位止まり。

2025	2024	2023	国・地域	2025	2024	2023	国・地域
1	2	5	スイス	16	17	21	アイルランド
2	4	1	米国	17	22	28	リトアニア
3	1	3	シンガポール	18	23	23	ドイツ
4	7	10	香港	19	18	20	英国
5	3	4	デンマーク	20	26	29	カタール
6	8	2	オランダ	21	20	27	フランス
7	13	11	カナダ	22	27	30	サウジアラビア
8	5	7	スウェーデン	23	15	16	オーストラリア
9	11	12	UAE	24	25	22	オーストリア
10	9	9	台湾	25	21	15	ベルギー
11	12	8	フィンランド	26	24	18	エストニア
12	14	19	中国	27	29	26	ルクセンブルグ
13	10	14	ノルウェー	28	33	25	ニュージーランド
14	19	17	アイスランド	29	28	31	スペイン
15	6	6	韓国	30 ←	31 ←	32	日本

出典:IMD World Digital Competitiveness Ranking 2025　　はG7諸国(イタリアは40位)。　はアジア・太平洋地域国。

THE 世界大学ランキング 2026

日本は、中国・香港、豪州、韓国に大きく後れ。

2025年10月9日公開

（世 界）

順位	大学名	国
1	オックスフォード大学	英国
2	マサチューセッツ工科大学	米国
3	プリンストン大学	米国
3	ケンブリッジ大学	英国
5	ハーバード大学	米国
5	スタンフォード大学	米国
7	カリフォルニア工科大学	米国
8	インペリアル・カレッジ・ロンドン	英国
9	カリフォルニア大学バークレー校	米国
10	イェール大学	米国
11	スイス連邦工科大学チューリッヒ校	スイス
12	清華大学	中国
13	北京大学	中国
14	ペンシルバニア大学	米国
15	シカゴ大学	米国
16	ジョンズ・ホプキンス大学	米国
17	シンガポール国立大学	シンガポール
18	コーネル大学	米国
18	カリフォルニア大学ロサンゼルス校	米国
20	コロンビア大学	米国

（100位以内のアジア・太平洋地域国の大学）

順位	大学名	国
12	清華大学	中国
13	北京大学	中国
17	シンガポール国立大学	シンガポール
26	東京大学	日本
31	南洋理工大学	シンガポール
33	香港大学	香港
36	復旦大学	中国
37	メルボルン大学	オーストラリア
39	浙江大学	中国
40	上海交通大学	中国
41	香港中文大学	香港
51	中国科学技術大学	中国
53	シドニー大学	オーストラリア
58	モナシュ大学	オーストラリア
58	ソウル大学	韓国
58	香港科技大学	香港
61	京都大学	日本
62	南京大学	中国
70	韓国科学技術院（KAIST）	韓国
73	オーストラリア国立大学	オーストラリア
73	香港市立大学	香港
79	UNSWシドニー	オーストラリア
80	香港理工大学	香港
80	クイーンズランド大学	オーストラリア
86	延世大学ソウル校	韓国
87	成均館大学(SKKU)	韓国

出典：イギリス高等教育専門誌「Times Higher Education（THE）」発表「The Times Higher Education World University Rankings 2026（THE世界大学ランキング）」より

100位以内アジア・太平洋地域国 ： 中国 7校、オーストラリア 6校、香港 5校、韓国 4校、日本 2校、シンガポール 2校

「 失われた35年 」の主な失敗 ➡ 抜本構造改革なくして持続的成長なし。

「官僚統制、社会主義、鎖国国家」という「高度成長期『成功』モデル」の漫然とした継続の行き詰まり

資本：**イノベーション政策**（大学改革、DX、GX等）および
資本市場改革（競争性の欠如等）の**失敗**

- ➡ 大学、特に国立大学は、組織ガバナンスも教育システムも機能不全
- ➡ 規制改革停滞の中、生産性・収益性の飛躍を目指す民間企業による研究開発・資本ストックへ投資不足
  結果、民間経済の低生産性、低収益力の下、産業構造改革の停滞、潜在成長力低迷、産業国際競争力の大幅低下を招来
- ➡ 賃金、為替も低迷
- ➡ 東証での「天下り」跋扈、プライム市場企業数過多、「日本版SEC 」の不在等の結果、競争的でなく、コーポレートガバナンスが利かない市場に
- ➡ 競争政策推進が使命の公正取引委員会の委員長は、1947年創設以来、19人のうち、5人を除き、全て旧大蔵省OB。特にここ24年間は、全て旧大蔵省OB。加えて、19人全員が競争政策の専門外

労働：**人口政策**（少子化対策、グローバル能力人材活用）**の失敗**と**労働流動性欠如**

- ➡ 生産性向上では補え切れない程の全業種での人手不足、グローバル能力人材の不足、との認識が重要
- ➡ あらゆるレベルの労働力不足による成長停滞、税収等の長期低迷
- ➡ 労働流動性の決定的欠如（内外共通の「ジョブ型」など客観的な評価・報酬導入の後れ、硬直的公務員制度の容認継続）

「 政治が科学を大事にしないことが一因だと感じる。」

政治家の無能が招いた「 コロナ国難 」

（ 雑誌「 選択 」2021年9月号　巻頭インタビュー ）

巻頭インタビュー

政治家の無能が招いた「コロナ国難」

――厚生労働大臣を経験したベテラン議員が、なぜこのコロナ禍のさなかに引退するのですか。

塩崎　一定の区切りをつけたつもりだが、忸怩たる思いもある。昨年以降、党の中で声を上げてきたつもりだが、政治には反映されなかった。「大規模感染症流行時の国家ガバナンス改革」という提言も行ったものの、国が強い司令塔となる新型コロナ対策は行われていない。自民党の政調審議会も通したのだが、厚生労働省は無視をしたままだ。野党にも呼びかけたが、そもそも内容を消化することさえできない。政府が打ち出した「原則自宅療養」という方針に対して、党内で「撤回しろ」と言ったのは私だけだった。政治の劣化が極まっている。

――政府のコロナ対策に国民が失望しきっています。

塩崎　平時と有事の対応の差がわかっていないことが原因だろう。有事において誰が仕切るのかというガバナンスが、この期に及んで定まっていない。厚労大臣が他人事のように「それぞれの地方が実情に合わせてお決めになるのでは」なんて発言をしていることが問題で、これは平時の発想だ。安心・安全なオリンピックなどと言っていたが、私にはとても信じられなかった。

――政治家は、危機への準備を怠っていたのですか。

塩崎　そうした批判が出るのもやむを得ない。感染症に関して言えば、政治を筆頭に、行政や学会も有事への準備を疎かにし続けてきた。製薬会社の人間も、感染症への資源配分が少ないと反省を語っていたが、遅すぎる。新型コロナに関する論文数の少なさをみても、日本の劣化は明らかだ。いまだに症状がない人が希望してもPCR検査を実施していない。そんな国は日本だけで、「いつでも、どこでも、何度でも、無料」というのが世界の主流だ。厚労省の医系技官が主張する「検査は抑えたほうがいい」という話を鵜呑みにしてしまってきた。とても政治主導とはいえない。

――その原因はなんでしょう。

塩崎　複合的なものだが、政治が科学を大事にしないことが一因だと感じる。都合のいいときに「専門家」として利用するだけで、その専門家もレベルが低い。総理大臣の会見がその象徴で、尾身茂分科会会長を同席させて、総理と横並びで回答させる。最終責任者である総理大臣が逃げるように尾身氏に回答させるのは問題だ。一方で、専門家の意見を聞いても、オリンピック開催のように、「結論ありき」で話を進めるなど、科学軽視も甚だしい。

――コロナ禍で国民の政治不信は強まっています。

塩崎　政府・与党だけでなく野党も含めて猛省すべきだ。より強い対策を可能にするための、感染症法のさらなる改正を放置した結果、今も「お願い」ベースでしか進まない最悪の状況を生んだ。その結果出てきたのは、原則自宅療養や酸素ステーション設置といった悪手だ。これを医師でもない保健所の職員を中心に運用させようというのは、失敗の象徴だ。宿泊療養か「野戦病院」という最低ラインを死守しないと、国民の命は守れないだろう。菅義偉総理について言えば、「続けたほうがいい」と言っている人は党内にも少ない。私と一緒に引退したほうがいいのかもしれないが、最後は総理本人が決めることだ。政治の失敗をこれ以上繰り返せば日本はコロナでボロボロになる。

〈聞き手　編集部〉

Interview

塩崎恭久（しおざきやすひさ）

（元厚生労働大臣）

1950年生まれ。東京大学卒業後、日本銀行に入行。ハーバード大学行政学大学院修了。93年に初当選。第1次安倍内閣で官房長官。第2次安倍内閣で厚生労働大臣。次期総選挙に出馬せず、政界を引退する。

＜目次＞

1. はじめに 2

2. ゲノム医療は医療DX、患者還元のパイオニア 10

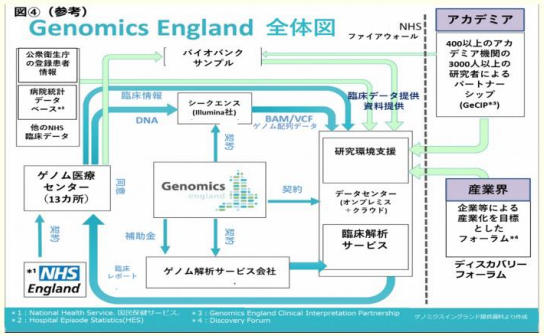
3.「 日本版EHDS 」こそ、医療イノベーション、研究・創薬力の礎 25

4. 実親の愛に恵まれない全ての子ども達に家庭養育を 42

英国、米国等は、ゲノム個別化医療を国家戦略として強力に推進

英国では、Genomics England が NHS でのゲノム医療実装をリード。（ 2013～ ）

Genomics England



「当WGでは、令和2年11月に、英国Genomics Englandの提唱者であり、その創設に中心的な役割を果たしたデイヴィッド・キャメロン元英国首相とのオンラインミーティングを行った。同氏からGenomics Englandは全てNHS（国民保険サービス）の患者起点の新たな診断や治療法を探し出す努力を尽くし、解析結果は必ず患者に還元するとの理念と、その取組状況を聴取したが、その取組はまさに目の前の患者の治療を意識した研究が中心であり、これこそわが国が目指すモデルであることを再認識した。」【自由民主党・データヘルス推進特命委員会提言（令和3年6月1日）】

自民党・データヘルス推進特命委員会 にて、デイヴィッド・キャメロン元英国首相とのオンライン会議を開催（2020/11/17、自民党本部）

Precision Medicine（プレシジョン医療）

“the right treatments at the right time, every time, to the right person.”

オーダーメイド医療
ゲノム医療

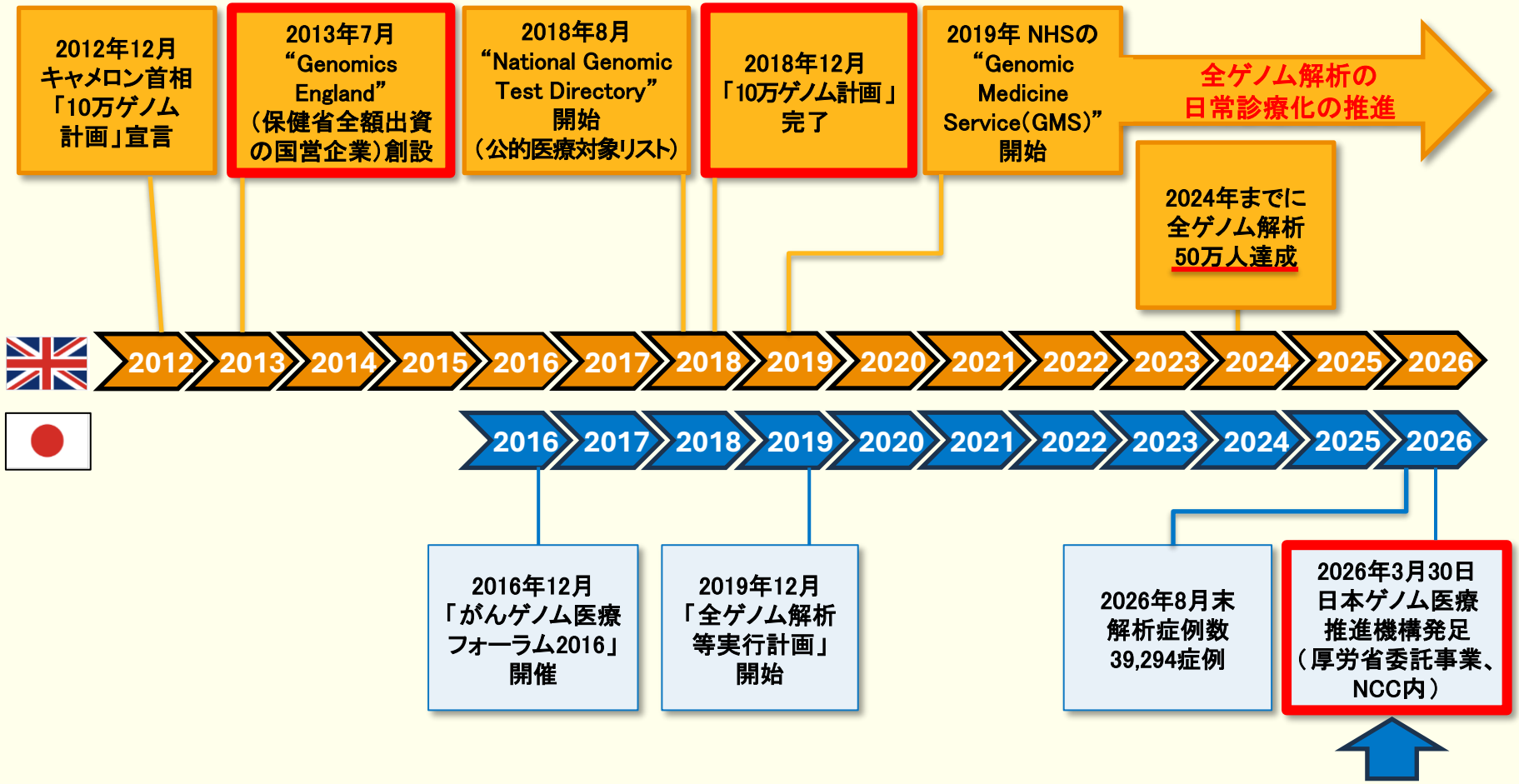
2015年一般教書演説

医師は個々の患者さんの違いを認識し、それぞれの患者さんに最適の治療を提供しようとし続けてきた。

輸血する時には、血液型を調べる必要があることを知ったのは、偉大な発見だった。

どうして、がんを治癒するために、遺伝子情報を簡単に利用することができないのか？どうして、最適の薬剤量を見つけることが、体温を測るように単純にできないのか？

日本の全ゲノム解析・医療実装の進捗は、英国に比べ大きく出遅れ。



全ゲノム解析の日常診療化は、いつから本格スタート？

（2025年5月現在）

Genomics England Board Member

政治家・弁護士・研究支援団体	各１名
経営者	５名
医師・学者	５名

Baroness Nicola Blackwood
Chair

政治家

- 上院議員
- 元保健大臣
- 元イノベーション大臣
- BioNTech取締役
- Oxford University Innovation(技術移転、コンサルのための大学子会社)代表

Dr Richard Scott
Chief Executive Officer

医師・(学者)

- 2015年依頼 GELに従事
- 小児難病専門医

Dr Vikram Bajaj
Non-Executive Director

経営者

- Foresite Capital代表（投資家）
- ゲノム医療等テクノロジーとライフサイエンスの接点分野に強み。

Professor Sir John Bell
Non-Executive Director

医師・(学者)

- 免疫学、遺伝学等多分野連携を主導
- Oxford大学教授
- 英国医学会会長（2006～2011年）
- 複数の首相、閣僚の顧問

Professor Ewan Birney
Non-Executive Director

(医師)・学者

- バイオインフォマティクス専門家
- European Bioinformatics Institute所長
- Cambridge大学臨床医学大学院バイオインフォマティクス名誉教授

Professor Matt Brown
Chief Scientific Officer

医師・(学者)

- リューマチ臨床・科学医
- Oxford大学 教授ほか多くの大学教授

Roz Campion
Director, Office for Life Sciences

弁護士

- Cambridge大学 の Office for Life Sciences代表
- 元ビジネス・エネルギー・産業戦略省局長ほか政府要職経験多数あり。

Dr Annalisa Jenkins
Non-Executive Director

経営者

- バイオファーマ分野・企業経営のソートリーダー
- Dimension Therapeutics会長・CEO他

Nicola Perrin MBE
Non-Executive Director

研究支援団体

- 前Wellcome Trust.政策部長
- ライフサイエンス、デジタルヘルスデータ活用の専門家

Dr Keith Stewart
Non-Executive Director

医師・(学者)

- プリンセスマーガレットがんセンター所長(トロント)
- 研究医、臨床医（Mayo Clinic等）

Sir Jonathan Symonds CBE
Non-Executive Director

経営者

- GSK取締会議長
- 元HSBC持株会社社外取締役、監査委員長
- 元ノバルティス CFO、ゴールドマンサックスパートナー、アストロゼネカCFO、KPMGパートナー

Richard Meddings CBE
Non-Executive Director

経営者

- 英国NHS議長
- スタンダードチャーター銀行グループ取締役、TSB銀行取締役会長

Dr Doug Gurr
Non-Executive Director

経営者

- UK Biobank所長
- ロンドン自然史博物館館長
- 元アマゾンUK、アマゾン中国代表、マッキンゼーパートナー等
- Cambridge大学 理論コンピューターサイエンスPhD

「 ゲノム医療推進研究会 」は、多彩な講師から学ぶ （ 2022年2月～2026年10月 ）

回次・開催日	講 師
第1回 （2022年2月22日）	● 小崎健次郎 慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センター教授・センター長 ● イルミナ株式会社
第2回 （3月31日）	● 日本製薬工業協会
第3回 （4月26日）	● 中村祐輔 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所 理事長
第4回 （5月11日）	● 宮野悟 東京医科歯科大学特任教授、M&D データ科学センター長 ● 筒江紗耶 イルミナ㈱ マーケットアクセス部 部長
第5回 （6月8日）	● 森田朗 東京大学名誉教授 一般財団法人 次世代基盤政策研究所 代表理事 厚生労働省健康・医療・介護情報利活用検討会座長
第6回 （8月31日）	● 井元清哉教授 東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター長
第7回 （9月30日）	● 堤正好 一般社団法人日本衛生検査所協会 理事・顧問
第8回 （11月9日）	● 松浦成昭 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター総長
第9回 （12月13日）	● 水澤英洋 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 理事長特任補佐・名誉理事長
第10回 （2023年2月2日）	● 小口正彦 公益財団法人がん研究会有明病院顧問、医療情報部長
第11回 （3月15日）	● 櫻井晃洋 札幌医科大学医学部遺伝医学/札幌医科大学附属病院 遺伝子診療科教授
第12回 （4月26日）	● 鎌谷洋一郎 東京大学大学院新領域創成科学研究科/メディカル 情報生命専攻 複雑形質ゲノム解析分野 教授
第13回 （5月23日）	● 中村祐輔 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 理事長
第14回 （7月11日）	● 松尾雅文 神戸大学名誉教授（小児科）/ 神戸常盤大学特命教授
第15回 （9月26日）	● 森田朗 東京大学名誉教授 一般財団法人 次世代基盤政策研究所 代表理事 厚生労働省健康・医療・介護情報利活用検討会座長
第16回 （11月14日）	● 藤波芳 （独）国立病院機構（東京医療センター臨床研究センター 視覚研究部 視覚生理学研究室室長 ● 渡辺玲子 シスメックス（株） 執行役員 臨床戦略・学術本部長
第17回 （2024年1月30日）	● 加藤元博 東京大学大学院医学系研究科小児科学分野 教授
第18回 （3月5日）	● 大石公彦 東京慈恵会医科大学小児科学講座 主任教授

回次・開催日	講 師
第19回 （4月4日）	● 山口建 静岡県立静岡がんセンター 名誉総長 兼 理事
第20回 （4月24日）	● イルミナ株式会社
第21回 （10月8日）	● 莚田泰誠 国立研究開発法人理化学研究所 生命医科学研究 センターチームリーダー
第22回 （11月14日）	● 深田一平 公益財団法人がん研究会有明病院 ゲノム診療部 副部長、乳腺内科 医長（兼務） ● 森誠一 公益財団法人がん研究会がんプレシジョン医療研究センター 次世代がん研究シーズ育成プロジェクト プロジェクトリーダー、 遺伝子診断部 部長
第23回 （2025年1月22日）	● 秦健一郎 群馬大学大学院 医学系研究科 分子細胞生物学 教授 国立成育医療研究センター研究所 シニアフェロー
第24回 （2月27日）	● 井元清哉 東京大学医科学研究所 副所長 同研究所ヒトゲノム解析 センター長 ● 葛西重雄 株式会社トリエス 代表取締役社長、厚生労働省技術参与
第25回 （3月21日）	● 宮冬樹 慶應義塾大学 医学部 臨床遺伝学センター准教授／ 東京科学大学 医学部附属病院がん先端治療部 がんゲノム診療科
第26回 （5月9日）	● 南谷泰仁 東京大学医科学研究所附属先端医療研究センター 造血病態制御学分野 教授
第27回 （6月13日）	● 今井耕輔 防衛医科大学校 小児科学教授
第28回 （10月14日）	● 森田朗 東京大学名誉教授 NFI（一社・次世代基盤政策研究所）代表理事
第29回 （11月11日）	● 武内俊樹 岡山大学学術研究院 医歯薬学域 小児発達病因病態学分野
第30回 （12月16日）	● 西原広史 慶應義塾大学医学部 教授／がんゲノム医療センター センター長
第31回 （2026年1月30日）	● 釼持広知 静岡県立静岡がんセンター 呼吸器内科部長 兼 ゲノム医療推進部部長
第32回 （2月20日）	● 池田（谷口）真理子教授 高知大学医学部小児思春期医学講座
第33回 （3月12日）	● 天野慎介 一般社団法人全国がん患者団体連合会 理事長 ● 桜井なおみ 同 副理事長、 ● 馬上祐子 同 理事
第34回 （4月14日）	● 武藤学 京都大学医学研究科 腫瘍内科学講座 教授
第35回 （5月8日）	● 中山譲治 日本ゲノム医療推進機構運営委員会 委員長 ● 水澤英洋 日本ゲノム医療推進機構 機構長
第36回 （7月14日）	● 鈴木歌織 HNRNP疾患患者家族会 代表
第37回 ＜予定＞ （10月20日）	● 吉野孝之 学校法人 慶應義塾大学医学部 国際先端医療研究開発 センター教授

「ゲノム医療の保険診療化、日常医療化を急げ
――日本ゲノム医療推進機構発足を機に、患者を真に救う『患者還元』を徹底せよ――」

2026年5月18日
ゲノム医療推進研究会

https://www.y-shiozaki.or.jp/contribution/pdf/20260601142841_9L2y.pdf

目　　次

要　約

（はじめに）

1. 日本ゲノム医療推進機構（GeMJ）こそゲノム医療の司令塔
- GeMJ にゲノム医療の司令塔機能を実装せよ
- 患者還元を加速する医療基盤の本格稼働
- 単年度主義から脱却し、高度専門人材を確保・育成し、企業投資を呼び込め
- 独立組織を早期に実現し、患者中心のゲノム医療を実現
- ゲノム医療によって健康寿命の延伸・医療費の削減に繋げよ

2. ゲノム医療の制度改革と保険適用の拡充による患者への検査および治療機会の向上

（1）遺伝子パネル検査は「標準治療前置」を排し、主治医の判断へ
- 保険診療におけるがん遺伝子パネル検査の実施機会の拡大
- LDT（ラボ開発検査）における検査前後プロセスを含む品質管理体制の標準化
- 薬事承認体制の見直しによるがんゲノム検査の迅速かつ適切な保険適用
- 国際潮流を踏まえた検査体系の再構築：コンパニオン診断薬（CDx）からパソロジカルシークエンスへの転換

（2）「 臓器別 」から「 ゲノム変異別 」医療へのパラダイムシフトの時
- 治療選択における保険適用外薬の使用の柔軟化（ 例：「 戦略的がんゲノム自由診療 （ 仮称 ）」）
- 微小/測定可能残存病変 （ MRD ） モニタリングの社会実装の推進にむけた薬事承認制度の見直し
- オンライン診療活用も含めた地域格差の解消推進
- 重症新生児への全ゲノム検査の保険適用の早期実現

3. GeMJ 主導による「研究と医療実装の好循環」実現へ

（1）AMED 等でのゲノム医療研究は GeMJ が主導・推進
- GeMJ は厚労省と一体として、ゲノム医療研究推進をリードすべき

（2）GeMJ こそゲノム医療データガバナンスの中核
- 利活用可能なデータシステムの本格稼働
- 利活用可能なデータ収集体制確立におけるガバナンス
- 統一同意説明文書の使用徹底と一元管理
- 国際競争力のあるデータ基盤の構築
- 国際連携を可能とする基盤構築と人材育成
- 利活用に資する時系列の臨床情報の収集

4. ゲノム医療の社会実装を支える基盤整備と高度化

（1）ゲノム医療の推進に必要な医療 DX の実現に向けた戦略
- 「日本版 EHDS 構想」の推進
- 個人情報保護法の医療分野の特別法を制定

（2）データ解析環境・データベースの強化
- 柔軟な解析環境の構築と最新技術の導入
- 利便性が高く、セキュアな解析環境の構築
- オミックス解析・バイオバンク機能・リコンタクト体制・ロングリードシーケンス解析の整備

（3）全ゲノム解析の質・スピードを担保する臨床実装基盤の整備
- 全ゲノム解析検査の質の担保
- 解析スピードの向上と時間当たりの解析件数の最大化
- エキスパートパネル負担軽減策の立案
- 全ゲノム解析の臨床実装に向けた特許法への対応と承認形態

（4）質の高いゲノム医療の提供体制構築とゲノム医療に対する国民理解の醸成
- ゲノム医療提供体制の充実と教育・啓発活動の展開
- ゲノム医療に対する国民理解・教育に関する政府の取り組みの推進

（おわりに）

ゲノム医療推進研究会政策提言（2026年5月18日）

その1：GeMJは、早期に独立組織化し、日本のゲノム医療全体の司令塔へ

上野厚生労働大臣への3点に絞った回答希望政策項目（アンダーライン）

2026年5月29日

1）日本ゲノム医療推進機構（GeMJ）は、日本のゲノム医療の「研究と医療実装（患者還元）の好循環」、および「ゲノム・医療情報等データの標準化・収集・利活用」に関する「国家の司令塔」として、早期に機能すべき、と考えるが、如何か。

＜ゲノム医療の司令塔＞

① 「研究戦略」、「医療実装（患者還元）」、「研究と医療実装の好循環」の司令塔

② 標準化されたデータの収集・管理、利活用、医療実装、救命の司令塔

③ ゲノム医療、医療DX、データサイエンス、国際連携の司令塔

④ ゲノム関連技術革新、人材育成、産業フロンティア開発等の司令塔

- ◆ 厚労省と一体として、AMED等のゲノム研究を一元的にリード。
- ◆ 複数年度の基金設立により高度人材、企業投資を安定的に動員、集積。
- ◆ 「組織発足後、3年を目途に」を待たず、可及的速やかに独立組織化の要。

ゲノム医療の司令塔が、日本の医療DXを動かす

GeMJ（ 日本ゲノム医療推進機構 ）が標準を決め、研究の蓄積とその成果を患者に還元
その仕組みこそ、医療DX全体の一丁目一番地

これまで「全ゲノム解析等実行計画 」の下、AMED中心のがん・ 難病全ゲノム解析研究を、スローペースで蓄積。

39,294 症例（2026年8月末）

解析・データ基盤と人材、運用ノウハウを白地から構築中。

大きな問題は、これまではAMEDを中心に研究プロジェクト毎にデータ様式等はバラバラに決め、ビッグデータ化やクロス分析ができなかったこと。
➡ 今後は、GeMJが司令塔となり、統一フォーマットでデータを使い勝手良く蓄積。

今後は、GeMJが司令塔となり、各種データ蓄積を大きく加速、有効利活用により、患者還元。

厚生労働省

GeMJ（日本ゲノム医療推進機構）＝ ゲノム医療の国の司令塔
全額厚労省出資の特殊会社として早期に独立組織化

① ゲノム医療 研究戦略の構築
② 国際標準で データ自動収集・管理
③ 医療・研究・産業 の有機的連携構築
④ 人材・技術を育成、刷新継続

方針（統一仕様・採択条件） ↓ ↑ 報告

AMED

公募 ↓ 公募 ↓ 公募 ↓

研究班 | 研究班 | 研究班

統一仕様に沿ってデータを自動取得し、成果はGeMJの基盤に集約

審査・データ提供 ↓ ↑ 利活用申請

産業界・アカデミア
- 研究・創薬等
- データ利活用

産学コンソーシアム

今後は、全ゲノム解析を中心とするゲノム医療で確立した仕組みが、医療DX全体を牽引

臨床情報の標準収集
現場負担減、リアルタイム収集
ゲノムに限らず全診療領域の共通基盤

研究・創薬が使えるデータ
電子カルテ情報を含む医療等情報
二次利用基盤の効果的構築

日本版EHDS、そしてその先へ
一次利用・二次利用・法整備を一体で
EHDSに匹敵し、それを超える

創薬・産業・国際連携
中立・公平なデータ提供
研究・産業の活性化

研究が積み上げた基盤を、司令塔が束ね、有効利活用に供して患者に還元。
「 統一的各種データ標準化なくして、本格医療DXなし 」

その２：CGP検査は、主治医判断による適時実施へ

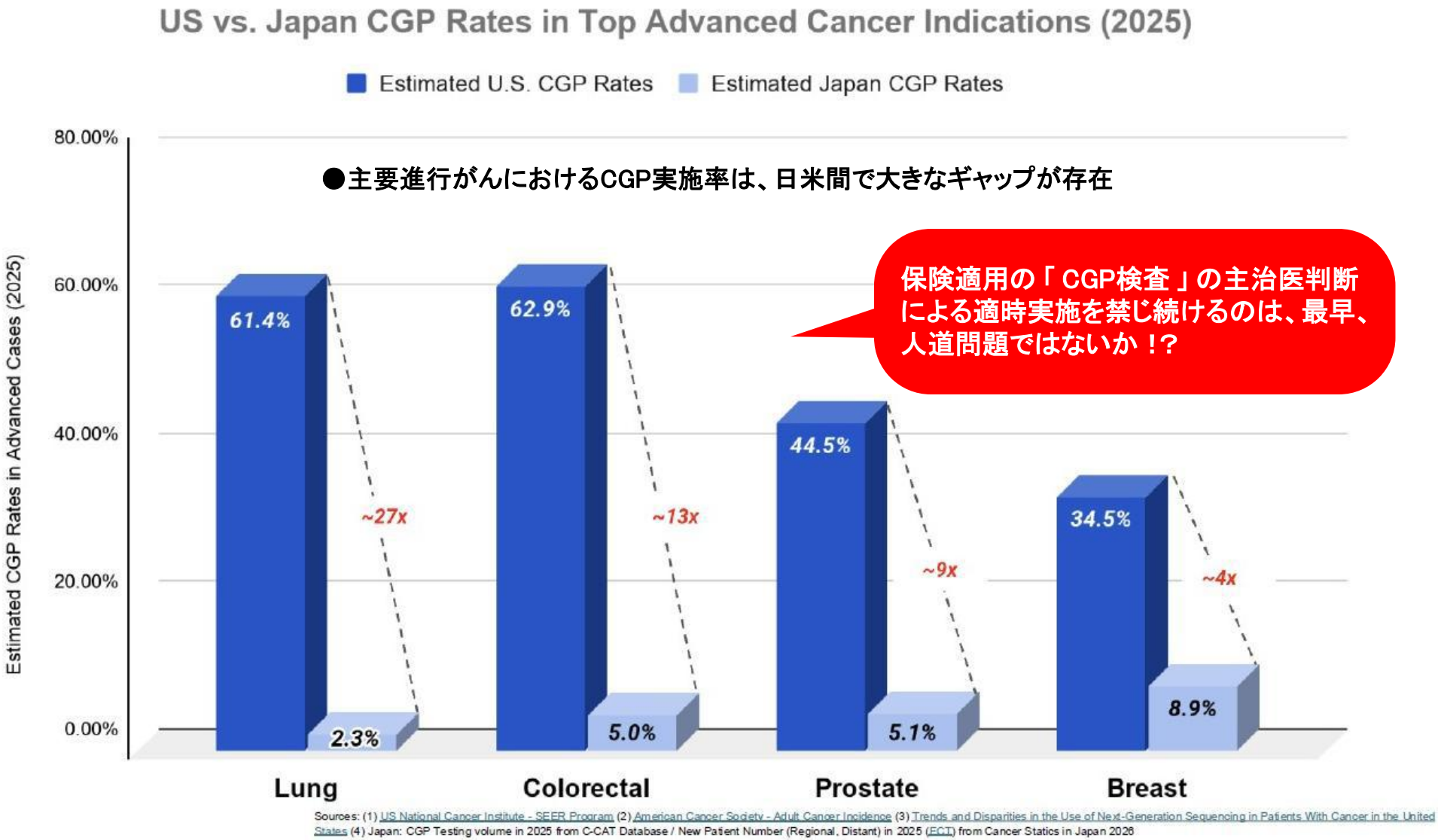
上野厚生労働大臣への３点に絞った回答希望政策項目（アンダーライン）

2026年5月29日

２）<u>京大医学部附属病院等による「先進医療B」の臨床研究の結果通り、直ちに、がん遺伝子パネル検査の「標準治療終了（見込まれる場合も含む）」要件を撤廃し、主治医の判断で、「標準治療開始前」を含むタイミング、回数を含め、必要な適切な時期に保険診療でパネル検査を実施可能とすべきである。さらに、その結果に基づき、適応外使用を含め、治療選択肢を拡充すべきである。参加施設が限られ、経済的負担も大きい「先進医療A」による検査を、今後さらに数年続けても、結局治療には結びつかず、犠牲者を出し続けるべきではないと考えるが、如何か。</u>

- ◆ がん遺伝子パネル検査は、全ゲノム解析の「日常診療化」、「保険診療化」への試金石（例：重症新生児への保険適用等）。
- ◆ ２０１９年のパネル検査保険適用以来7年が経過。パネル検査実施件数は、月２，０００件強程度で、低位横ばい。英米に比べ、圧倒的に少ない。
  ――― 英米等では、一般のクリニック・GPでもパネル検査を実施可能。
- ◆ 日本では、「標準治療前置主義」、「一生に一回ルール」等の科学的根拠希薄な規制を継続。
- ◆ パネル検査の結果としての保険診療へのアクセスは1割程度と低迷。
- ◆ 世界の流れは、治療開始前にまず「プロファイリング検査」し、ゲノム変異を包括把握した上で、ベストな治療方針を検討・実施。日本では、パネル検査は「最後の手段」。
  ――― 「臓器別診断」から「ゲノム変異別診断」へのパラダイムシフトの要。
- ◆ 欧米では、病理診断時に分子病理診断目的のゲノム検査（パソロジカルシークエンス）を実施、その後臨床医が治療方針決定（コンパニオン検査依存の日本は「検査のガラパゴス化」）。
- ◆ パネル検査結果の4割程度で「適応外薬剤が治療選択肢」。
- ◆ 「混合診療禁止ルール」を乗り越え、例えば、「戦略的がんゲノム自由診療（仮称）」等を導入、保険適応薬はないが保険適応外薬の選択肢がある患者に、安全な治療を民間保険も活用して提供、「がんゲノム医療難民化」を回避。治療データは公的に収集・研究、将来の保険適用、新薬創出へ繋ぎ得る新たな仕組みへ。

日米における主要進行がんのCGP実施率比較(2025)



作成：（株）SB TEMPUS

一次治療開始前の「がん遺伝子パネル捜査」保険適用についての緊急提言

（2026年7月14日）

令和8年7月14日

一般社団法人全国がん患者団体連合会
一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク
一般社団法人日本癌治療学会
特定非営利活動法人日本臨床腫瘍学会
一般社団法人日本癌学会
ゲノム医療推進研究会

保険診療で実施するがん遺伝子パネル検査の適正な運用に関する緊急提言

【要旨】

現在、保険適用になっているがん遺伝子パネル検査の実施タイミングの制限を速やかに撤廃し、適切なタイミングでの実施を可能とし、主治医の判断のもと適切な薬剤を保険適用の下で速やかに患者さんに届けられるよう、直ちに診療報酬上の扱いを変更することを強く求める。

記

現在、公的保険適用になっているがん遺伝子パネル検査は、標準治療終了（見込みを含む）のタイミングでの実施に制限されており、患者の病状の悪化等により、実際にがん遺伝子パネル検査に基づく治療はわずか7.6%にしかできていない。しかし、本来の目的からすれば、抗がん薬の適応になった段階で、早期にがん遺伝子パネル検査を実施し、それぞれの患者に適した薬剤で治療するとともに、効果の期待できない治療を避けることが世界の常識である。我が国では、保険適用以来7年もの間、標準治療終了のタイミングでしか実施できない状況が続いており、今後も変わらない現状は医学的のみならず人道的にも極めて問題である。

京都大学医学部附属病院が全国6施設で実施した先進医療Bの結果、標準治療開始前にがん遺伝子パネル検査を実施することで22.7%の患者さんががん遺伝子パネル検査の結果に基づく治療ができ、生存期間も延長することが示された(Matsubara et al. Cancer Science. 2025)。2026年3月に開催された第23回日本臨床腫瘍学会では26.7%に増加したと発表されている。本先進医療Bでは、がん遺伝子パネル検査に搭載されているコンパニオン診断の有効活用も示されている。これらより、現在、保険適用になっているがん遺伝子パネル検査の実施タイミングの制限を速やかに撤廃し、適切なタイミングでの実施を可能とし、適正なガイドラインに従い、主治医の判断のもと適切な薬剤を速やかに患者に届けられるよう、直ちに診療報酬上の取扱いを変更することを強く求める。

以上

出典：「保険診療で実施するがん遺伝子パネル検査の適正な運用に関する緊急提言」（2026年7月14日）配布
主催：一般社団法人全国がん患者団体連合会　共催：ゲノム医療推進研究会、一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク

現状の検査数及び提案実現後の追加的な「がん遺伝子パネル検査」見込み：追加的検査数・費用は限定的

（がん専門医による試算）

年間新規がん罹患者数　約95万人

遺伝子パネル検査が必要な患者

抗がん薬の対象約13万人

外科手術等の治療可能患者　約76.5万

合併症等で治療不可（約5.5万人）

2.5万人

一次治療開始前

がん遺伝子パネル検査が必要なのは、乳がん、前立腺がん、胆道がん（約22.4万人）などに限定。うち他臓器転移例は約25,000人。年齢、全身状態、臓器機能を考慮して、実際に治療対象になるのが7割程度と推計。

＋

1.9万人

再発（遠隔転移）

切除可能乳がん、前立腺がん、胆道がん（約12.9万人）のうち、術後他臓器転移再発が年間20%として25,842人。その70%を治療対象

＝ **4.4万人**

「がん遺伝子パネル検査」を受ける可能性がある患者・費用

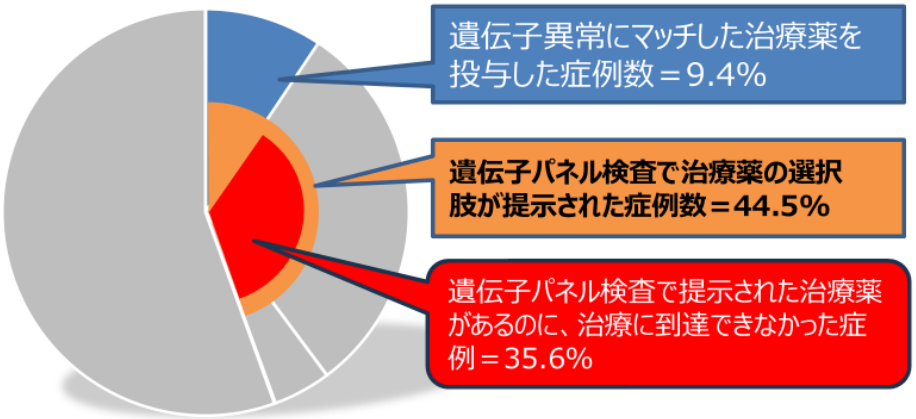
2.5 ＋ 1.9 ＝約4.4万人（約245億円）

（2.5万人は既に検査実施対象）

追加的増加分　＋1.9万人（＋約106億円）

適応外使用によるがん個別化治療のニーズ

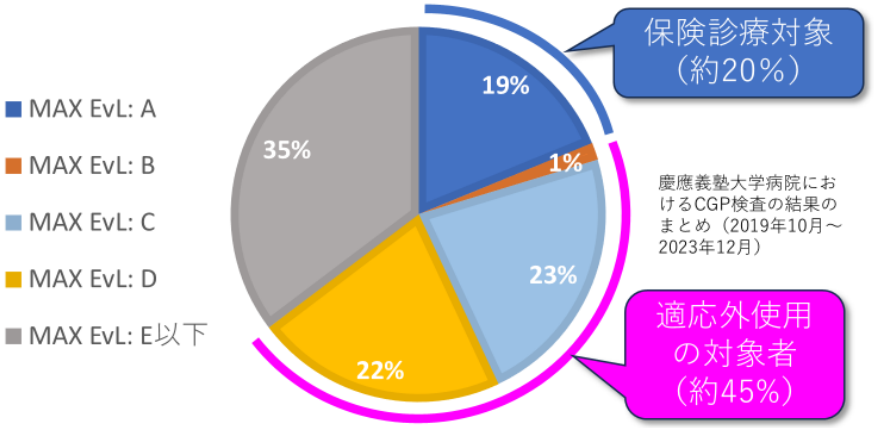
◆ 遺伝子パネル検査の結果（厚労省発表）



第４回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会 資料１ 令和５年２月13日　（厚労省発表データ）を改変

◆ 遺伝子パネル検査のリアルワールドデータ（当院）

遺伝子パネル検査の結果（総数872例）



慶應義塾大学病院におけるCGP検査の結果のまとめ（2019年10月～2023年12月）

- ✓ 患者申出療養による適応外使用（7.5%）
- ✓ 自費診療で有効な治療がある（約20%）

◆日本のがんゲノム医療における適応外使用の潜在的ニーズ

全ての新規発症がん患者　約100万人/年

薬物療法　約40万人/年　…本来遺伝子パネル検査を受けるべき人

…実際に遺伝子パネル検査を受けた人（1.8万人／年：約5%程度）

…適応外使用の薬剤が提示された人（0.8万人／年：約2%程度）

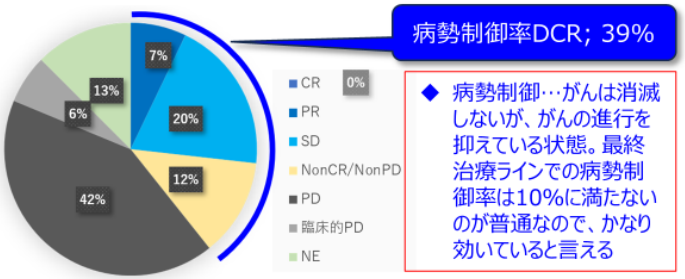
…もし全ての進行がん患者（約40万人）が遺伝子パネル検査を受けたら…

約14万人/年　…厚労省の発表データに基づく適応外使用による治療対象者数

◆現在、全国で8000人程度のがん患者が適応外使用の薬剤が提示され、治療をあきらめている

◆ 適応外使用による治療の有効性は高い

（慶應におけるNCCH1901試験による治療結果のリアルワールドデータ）



◆ 病勢制御…がんは消滅しないが、がんの進行を抑えている状態。最終治療ラインでの病勢制御率は10%に満たないのが普通なので、かなり効いていると言える

慶應義塾大学医学部がんゲノム医療センター・西原広史　作成

「混合診療禁止の原則」のくびきを超え、患者の命を優先すべき。

古き制度に縛られず、イノベーションの果実を今の患者に還元すべき。

保険診療　vs.　自由診療

		保　険　診　療	自　由　診　療
医療費		全国統一医療費	各医療機関が医療費を決定
医療費負担		原則 3 割	10割負担
評価	メリット	窓口負担は廉価 全国どこでも同様の治療を享受可能	治療法選択肢拡大 最適治療を選択 最先端医療を利用可能
	デメリット	保険適応方針が分かりづらい 診療報酬改訂で負担額が変動 治療内容に制約	患者負担額にバラツキ 医療費が高額 高額療養費制度等の負担軽減措置なし

「混合診療禁止の原則」とその解決法

ゲノム医療においては、保険収載基準を「臓器別」から「ゲノム変異別」に、との哲学転換を行うことに等しいのではないか！？

「混合診療」の定義	「同一の疾病に係る一連の医療行為で、保険診療と自由診療（自費）が混在していること」 （「1957年（昭和32年）4月厚生省令「療養担当規則第18条」より）
禁止の理由とその解決法	① 患者負担が不当に拡大する惧れ ➡ 「自由診療対応民間保険」で負担軽減（全データの蓄積・公表を義務化、保険適応を目指す） ② 科学的根拠なき「怪しい医療」助長の惧れ ➡ 一定要件を充たす医療機関に限り、厚労省「エビデンスレベル」の「レベルD」以上 の治療法に限定して許容、科学的根拠を担保

「戦略的がんゲノム自由診療（仮称）」の導入
自由診療の創造的活用により、皆保険医療とイノベーションを伸ばすべき

現行のがんゲノム自由診療

●医療機関の質の担保なし。
●治療内容は医療機関の裁量、質の担保なし。
●薬剤は、医師が個人輸入。
●治療データは公開されないまま、当該医療機関内に滞留、公的活用の道なし。
●治療費は当該医療機関が決定。高額であり、多くは一部富裕層が享受。
➡創薬など将来に繋がらない、「格差固定化の医療」を事実上放置。

「戦略的がんゲノム自由診療（仮称）」

●「がんゲノム医療拠点病院」等、「エキスパートパネル」を持つ厚労省が指定する医療機関に限定。
●日本臨床腫瘍学会等３学会作成「診療ガイダンス」中、「エビデンスレベルＤ」以上の薬剤に限定。
●治療データは全て登録・集積・公表。
●各治療の有効性をビッグデータとしても徹底解析、創薬・新治療法開発に供し、早期の保険収載に繋げる。
➡イノベーションを促進し、かかるゲノム医療を「戦略的公共財」として積極的に国民還元。

国指定医療機関 ➡ 一定レベル以上の医療に限定 ➡ 治療データの登録義務化 ➡ 治療の有効性の解析 ➡ 広く治療データの利活用 ➡ 保険収載により国民還元

出典：「自由診療の創造的活用により、皆保険診療とイノベーションを伸ばす」
2026年3月7日　一般社団法人 自由診療振興協議会セミナー「自由診療の役割と皆保険制度の持続可能性」における塩崎恭久講演資料より

＜目次＞

1. はじめに 2

2. ゲノム医療は医療DX、患者還元のパイオニア 10

3.「 日本版EHDS 」こそ、医療イノベーション、研究・創薬力の礎 25

4. 実親の愛に恵まれない全ての子ども達に家庭養育を 42

パラダイムシフトにより、世界最高水準の健康先進国へ

「 保健医療 2035 提言書 」（ 2015年6月9日 ）

「保健医療2035」策定懇談会の構成
渋谷健司座長(東大教授〈当時〉)はじめ14名。
平均年齢42.7歳

■我が国の保健医療が目指すべき目標

人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する。

■2035年までに必要な保健医療のパラダイムシフト

保健医療が、住まい、地域づくり、働き方と調和しながら「社会システム」として 機能するため、これまでの保健医療制度を規定してきた価値規範や原理、すなわち 「パラダイム」を根本的に転換すべきである。

- 量の拡大から質の改善へ
- インプット中心から患者にとっての価値（アウトカム）中心へ
- 行政による規制から当事者による規律へ
- キュア中心からケア中心へ
- 発散から統合へ

「保健医療2035」から始まった日本の医療DX。しかし、その後の歩みは超スロー。

2015年6月9日

●「保健医療2035 提言書」（「保健医療2035」策定懇談会）
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088654.pdf

2016年10月19日

●「ICTを活用した『次世代型保健医療システム』の構築に向けて　ーデータを『つくる』・『つなげる』・『ひらく』ー 」
（保健医療分野における ICT 活用推進懇談会）
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000140306.pdf

2017年7月4日

●「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画」
（厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険中央会）
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000170006.pdf

●「支払基金業務効率化・高度化計画」（厚生労働省・社会保険診療報酬支払基金）
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000170008.pdf

2017年秋 自民党「 データヘルス推進特命委員会 」設置。塩崎恭久委員長。

COVID-19パンデミック
（ 2020年1月 ～ 2023年5月 ）

2021年6月1日

●「データヘルス改革推進特命委員会提言」（自民党）
https://storage2.jimin.jp/pdf/news/policy/200314_1.pdf

2021年6月4日

●「データヘルス改革に関する工程表について」（厚生労働省）
https://drive.google.com/file/d/1SzqAg42JcmKF4T9BDQxOwMnw0eeKG5xU/view

（ 参考 ）

2022年5月　ECがEHDS規則案提出

2022年5月17日

●「『医療DX令和ビジョン2030』の提言」（自民党）
https://storage.jimin.jp/pdf/news/policy/203565_1.pdf

2022年10月11日

●「医療DX推進本部の設置」（閣議決定）
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/iryou_dx_suishin/dai1/gijisidai.html

2023年4月13日

●「『医療DX令和ビジョン2030』の実現に向けて
～保健医療情報のデジタル活用により、すべての国民が最適な医療を受けられる国へ～」（自民党）
https://storage.jimin.jp/pdf/news/policy/205658_1.pdf

2023年6月2日

●「医療DXの推進に関する工程表」（内閣官房　医療DX推進本部決定）
https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001140172.pdf

2025年9月3日～

●第1回「医療等情報の利活用の推進に関する検討会」（内閣府、森田朗座長）
https://www8.cao.go.jp/iryou/studygloup/index.html

2025年3月　EHDS規則発効

2025年12月5日

● 医療DX推進のための医療法等の一部改正法案成立
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001613646.pdf

「厚労省・データヘルス改革」（2017年）スタート時の基本的考え方

厚生労働省「国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表」（2017年7月4日）

国民の健康確保のためのビッグデータ活用推進に関するデータヘルス改革推進計画・工程表

資料1

保健医療データを徹底活用して、すべての国民の「より健康的な生活」を実現します

日本が直面する少子化･高齢化に伴う課題。解決のための重要な糸口の１つが、「データヘルス改革」。

日本は、世界に先駆けて超高齢社会に直面する。高齢者から子どもまで、一人一人の健康寿命をどう延ばすか、世界が注目しています。さらに、少子高齢化社会でも社会保障制度の持続可能性をいかに確保し続けるかという、未曾有の問題に取り組んで行きます。この解決のための重要な糸口の一つが、データヘルス改革です。

生活はどう変わるか　**医療･介護従事者、研究者、保険者、企業、行政などが一丸となり、国民や患者を支え、健康に導きます。**

- 国民一人ひとりが、自らの健康データの変化を把握し、自ら予防行動をし易くする。
- 経営者は、データ活用による健康経営の取組により、健康増進に伴う職員の活力向上による生産性向上が実現できる。
- 医療的ケアが必要な障がい児（者）などが、緊急時の不安なく、安心して外出できる。
- 予想外の災害や事故などに遭遇しても、安心して確かな医療を受けられる。
- 科学的根拠ある介護サービスで、自立支援介護を実現し、本人・家族の不安を軽減する。
- ゲノム（遺伝子）医療により、がんの個別化医療が大幅に進み、がんの克服に近づく。
- 認知症の要因を分析し、最適なキュアとケアを実現する。革新的創薬の研究を進めるとともに、認知症に伴う課題の克服を目指す。

どうやって実現するか　**個人情報の確実な保護を前提に、データや最先端技術の果実を国民に。「国民、患者、利用者目線」で保健医療ICTサービスを開発、提供します。**

個人情報の確実な保護を前提に、健康・医療・介護の縦割り構造を排除し、「データを有機的に連結可能にするICT環境の整備」、「保健医療データプラットフォームの構築」や「ゲノム解析やＡＩなどの最先端技術の医療への導入」等に向けた体制を整備。

同時に、膨大なデータを扱う審査支払機関を「業務集団」から「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に改革し、審査の全国統一化や、より円滑なビッグデータ活用の推進等を実現。

国民の医療・介護情報を守るため、ＡＩを活用した先進的なセキュリティ監視や、防御技術を導入。データ利用に関して、セキュリティを確保するためのガイドラインや、利用状況のセキュリティ評価・監査結果を公開することにより、安心して保健医療データを利用できる環境を整備。

厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」で、これらの改革を主導し、世界最高水準の保健医療サービスを実現。

全国民の医療等データをベースとする医療等DXを初めて提唱!?

欧州における国民中心の医療DXの本格展開

■ エストニア　：“eHealth Service”

■ フィンランド　：“Kanta”

■ デンマーク　：“Sundhed.dk”

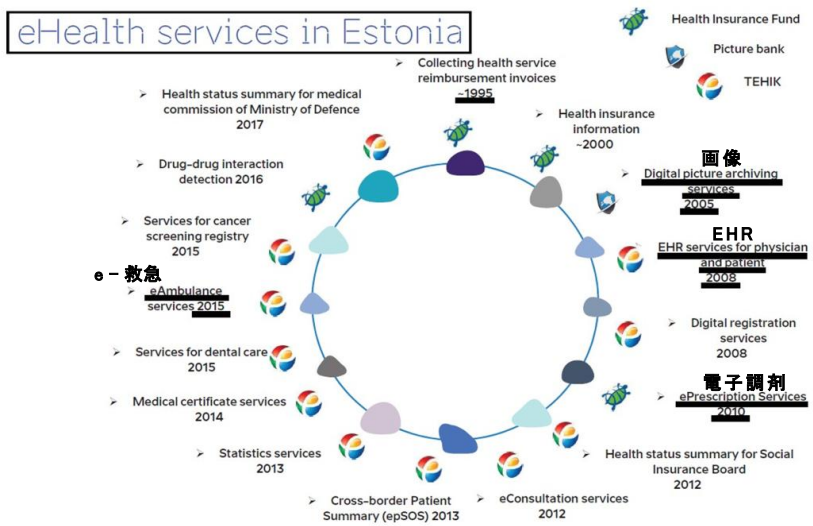
■ 英国　：“NHS Digital”

■欧州連合(EU)：“European Health Data Space(EHDS)”

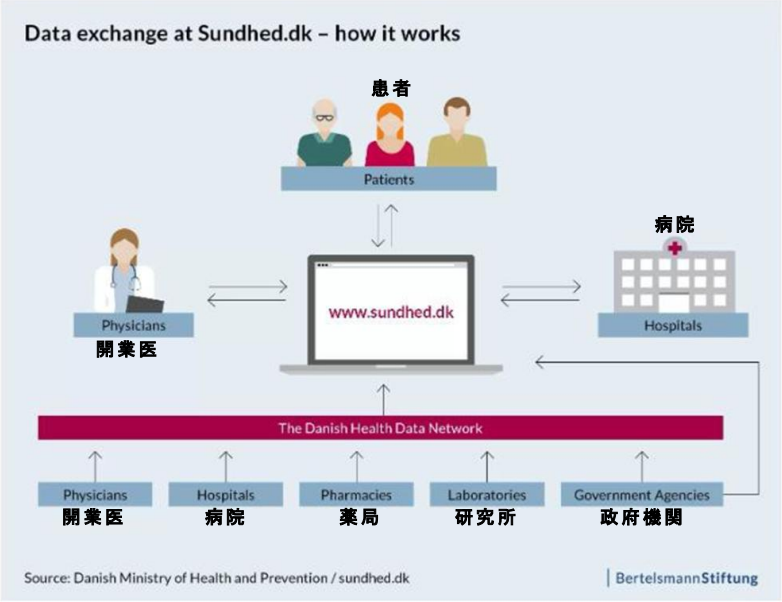
（2022年5月　ECがEHDS規則案提出

➡ 2025年3月　EHDS規則発効）

エストニア ：“eHealth Services”

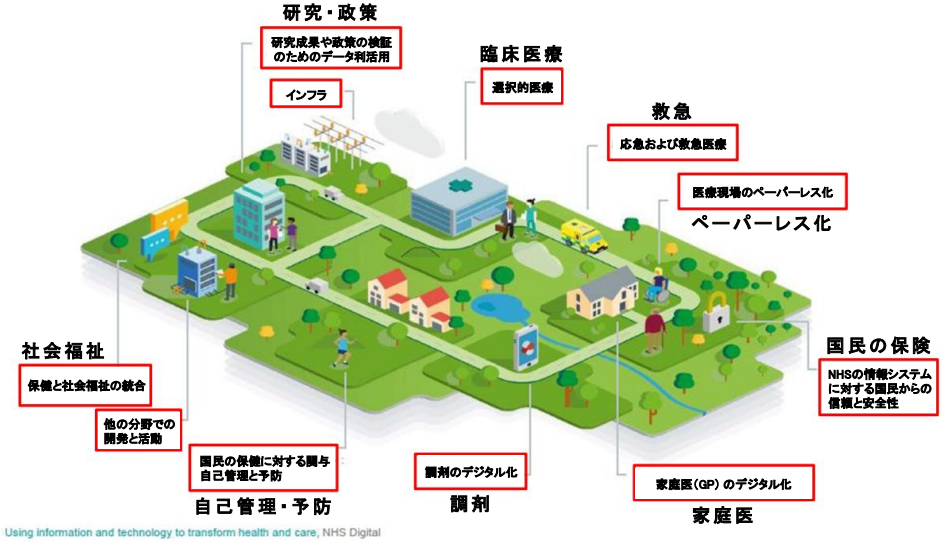


デンマーク ：“Sundhed.dk”



フィンランド ：“Kanta”

英国 ：“NHS Digital”



出典：「 国民中心のデータヘルス改革推進により 日本再生 ～『 サプライサイド 』から『 ディマンドサイド 』へ～ 」
AMDD Monthly Lecture Meeting, 元厚生労働大臣 塩崎恭久（ 2022年12月13日 ）

自民党データヘルス特命委員会(2018年4月) EY社発表資料「英国におけるヘルスデータ改革（デジタリゼーション）について」を加工

感染症危機対応体制の抜本改革

自民党　行政改革推進本部「 大規模感染症流行時の国家ガバナンス改革 」提言（ 2020年6月26日 ）

現　行

- 明治以来一貫して都道府県、保健所・地衛研等、地方を中心とした感染症対策
- 感染症データの管理、開示が自治体ごとに不統一、「 2000個問題 」

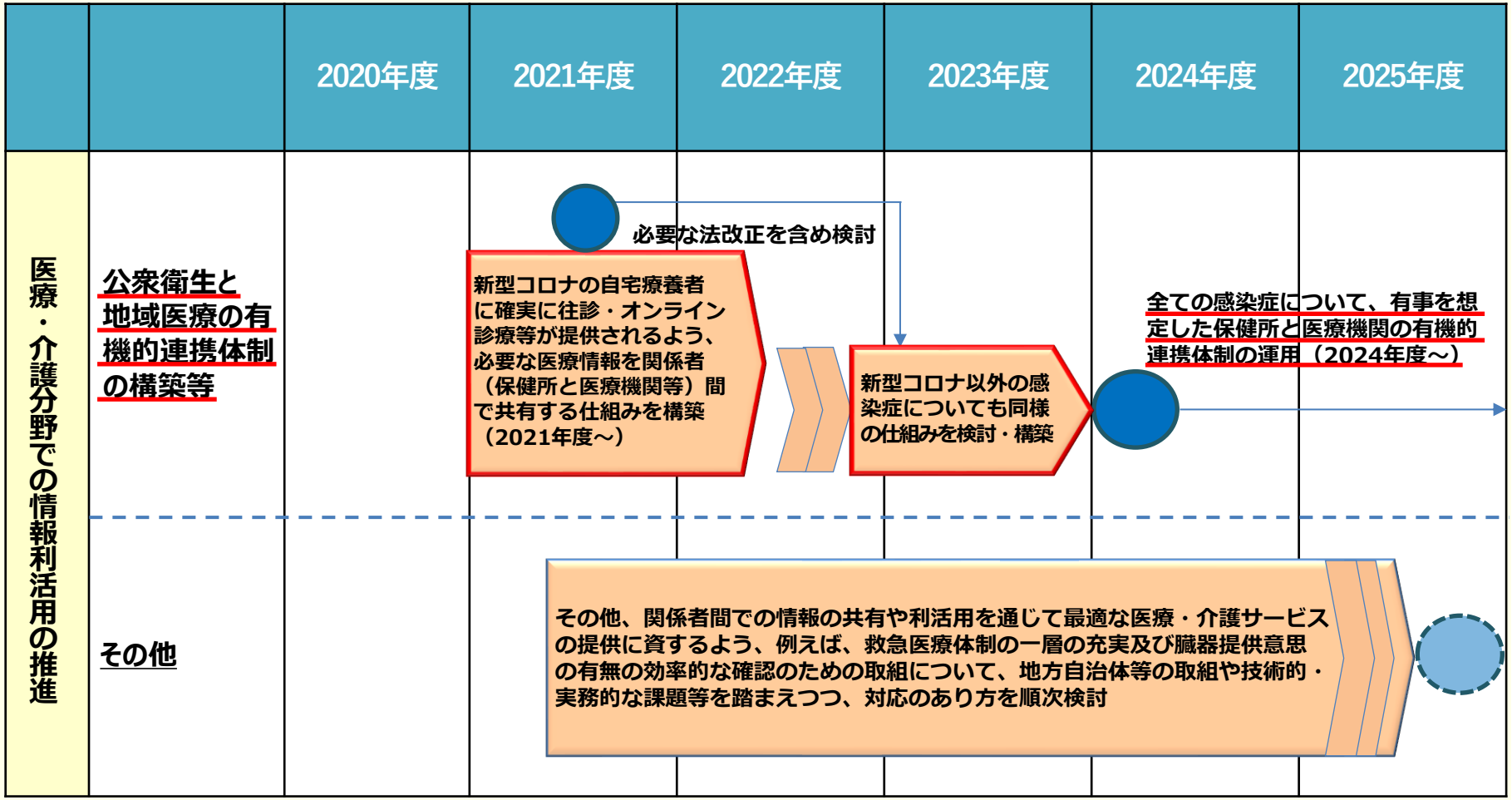
旧伝染病予防法	（ 明治30年 ）
旧結核予防法	（ 大正8年 ）
旧保健所法	（ 昭和12年 ）
新保健所法	（ 昭和22年）
新結核予防法	（ 昭和26年）
地域保健法	（ 平成6年）
感染症法	（ 平成10年）

関連法制の改正後

- 感染症危機対応を国の責務として位置づけ
- 有事の「 国一県一保健所 」の指揮命令系統の明確化
  - ・私権制限など緊急事態対応を特措法担当大臣が指示
  - ・内閣官房に「 感染症担当危機管理監 」を新設
  - ・厚労大臣が知事等へ所要の措置を指示、自ら措置可にも
- 「 公衆衛生 」と「 臨床医療 」の有機的一体化
  - ・保健所等に加え民間医療機関・検査機関を積極活用し、PCR検査等の範囲拡大による検査促進・保健所負担の分散化（ 数値目標設定 ）
  - ・保健所の有事体制の充実・強化
- 「 疫学的研究 」と「 臨床研究 」の一元的運用（「 感染研 」+「 NCGM 」）
- 国による感染症データの一元管理・開示を法定

「『公衆衛生』と『地域医療』のデータ共有」を初めて提唱

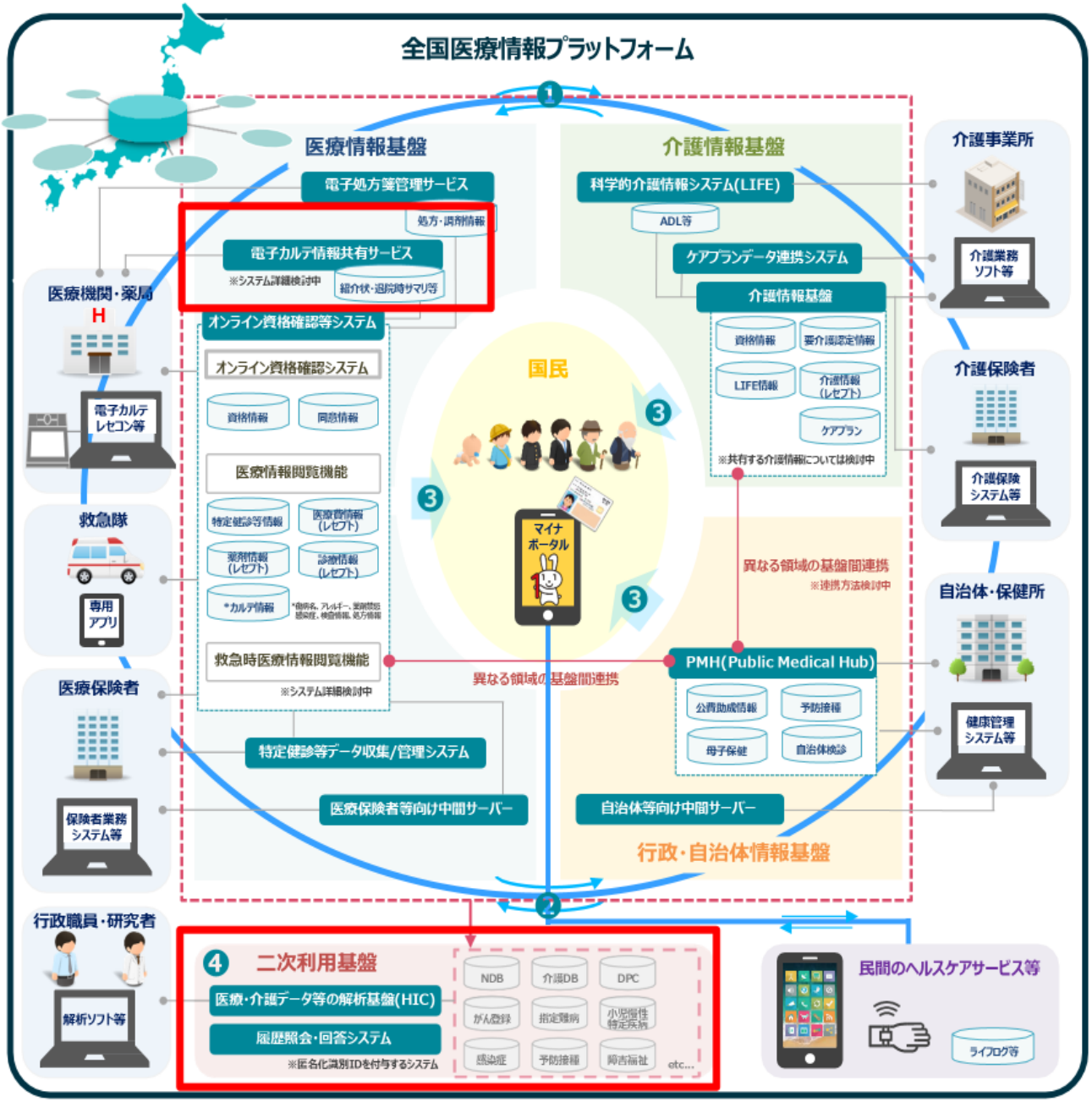
厚生労働省データヘルス改革工程表（2021年6月4日）
COVID－19 パンデミックの教訓から、医療情報の官民での共有を提案



出典：「データヘルス改革に関する工程表について」 厚生労働省（2021年6月4日）

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）

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２－２ 一部改変



«医療DXのユースケース・メリット例»

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる

2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

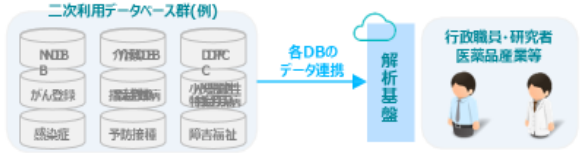
- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。

3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。

4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



出典：第 10 回「 医療等情報の利活用の推進に関する検討会 」（ 2026年4月10日 ）資料より

医療情報化推進方針　概要

出典：2026年9月30日告示、同年10月1日適用（令和8年厚生労働省告示第370号）

1. 医療情報化推進の意義及び基本的な方向に関する事項

医療情報化推進の意義

「点で進んできたDXを、国がハブとなって“線”につなぎ、やがて“面”へ。」

個々の医療機関等の業務運用に即して構築してきた多様なデジタル基盤を、国が共通ルールや共通プラットフォームで束ね直し、民間の創意工夫を組み合わせ、日本全体で「つながるDX」へ再構築する。この再構築を通じて、以下の5点を実現する。

1. 医療等の現場におけるDXによる生産性向上やセキュリティ対策の徹底による → **医療等サービスの安定的な提供**
2. 全国的な医療等情報の共有体制の整備による → **医療等サービスの質の向上と患者の利便性向上**
3. 医療等情報の共有等による効率的なサービス提供とモダンな技術を活用したシステムへの刷新、医療費適正化に資する取組等による → **制度の持続可能性の確保と国民負担の軽減**
4. PHRの一元的な把握を可能とすることによる → **個人の健康増進への寄与**
5. 安全保障や危機管理の観点から自然災害や感染症危機に対応する → **サービス提供体制の強靭化**

「国民一人ひとりにとって最適で質の高い医療等サービスが安定的・持続的に受けられる社会」を目指す。

医療情報化推進の基本的な方向

クラウド移行で3つを実現

「オンプレミスのたこつぼ化を越え、クラウドで基盤をつなぎ直す。」

「つながるDX」を実現するために、オンプレミスによるたこつぼ型の構造をつむぎ直し、共通ルールのもとで相互接続が可能なクラウド型基盤へと再構築していく。

業務効率化・生産性向上

医療情報システムのクラウド化により、AIを活用した業務効率化ツール等の導入を容易にし、業務効率化と生産性向上を実現

セキュリティ対策

クラウド化によりセキュリティ監視を強化し、サイバー攻撃への対応力を向上

データの共有

データ連携基盤の構築により、医療機関等との情報共有の円滑化、PHRの個人への還元、データの二次利用を促進

全国医療等情報プラットフォームの構築

医療機関や薬局、介護事業者、保険者、救急隊、自治体などが医療等情報を共有できるようにするとともに、国民もマイナポータル等で情報を閲覧・活用できる環境を実現する。

構築に当たっては、以下の点に留意して推進していく。

- ✓ DXサービス利用を効率的・計画的に行うための部局間連携の強化
- ✓ 電子カルテの認証制度活用によるベンダーへの改修要請
- ✓ 費用対効果を踏まえたシステムの導入判断
- ✓ ダッシュボードによる進捗・効果の見える化、国民の理解醸成

対象期間

2026年10月1日～2030年3月31日

※医療計画や介護保険事業計画のスケジュールを踏まえ、第1期は3年半、その後当面は3年ごととする予定。

目標

（2028年度までに）

電子カルテ普及率100%

200床以上の病院（療養病床等が中心の病院を除く）の電子カルテ

（2030年末までに）

電子カルテ普及率約100%

必要な患者の医療情報共有が可能な電子カルテ

サイバーセキュリティ対策100%

地域の拠点となる病院の対策100%実施

クラウドネイティブ型の環境整備

大病院向けのクラウドネイティブ型製品の提供

医療情報化推進方針　概要

1. 医療DXサービス利用のための基盤整備

（1） クラウドネイティブ型電子カルテの普及
（2） 大病院向けのクラウドネイティブ型製品（電子カルテ・部門システム）の開発・普及支援
（3） サイバーセキュリティ対策の強化

2. 全国医療等情報プラットフォーム

（1） 医療情報基盤
① マイナ保険証を基本とする仕組みにおける医療機関等の環境整備の推進
② レセプト情報・特定健診情報等に基づく医療情報を患者や全国の医療機関等で確認できる仕組みの機能強化
③ 診療報酬改定DXの推進
④ 電子処方箋の普及と利活用等の推進
⑤ 電子カルテ情報共有サービスの運用開始と情報の拡張
⑥ 救急時における患者の医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの機能強化
⑦ 救急隊と医療機関で傷病者情報の共有を可能とする「救急医療情報連携プラットフォーム」を構築
⑧ 次の感染症危機に備えた対応等
⑨ 診断書等提出の電子化
⑩ HPKI等の暗号移行対応等
⑪ 医薬品コードの整備

（2） 介護情報基盤
① 介護保険の利用者、自治体、介護事業所、医療機関等における介護情報等を電子的に共有できる情報基盤の整備

2. 医療情報化推進に関し、国並びにDX審査支払機構及び国保連合会その他関係者が取り組むべき事項

（3） 行政・自治体情報基盤
① PMH分野横断共通機能の運用
② 医療費助成のオンライン資格確認の更なる推進
③ 予防接種事務のデジタル化
④ 母子保健DXの推進
⑤ 自治体検診情報を共有する仕組みの構築
⑥ 生活保護制度の医療扶助に係るデジタル化の推進
⑦ 指定難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請手続のオンライン化
⑧ 自立支援医療の支給認定申請等のオンライン化
⑨ 難病・小児慢性特定疾病・自立支援医療の自己負担上限額管理票の電子化

（4） マイナポータル及びマイナポータルAPIを活用した国民への医療等情報の還元
① 国民への医療等情報の還元

3. 医療等情報の二次利用

（1） 公的DBにおける仮名化情報の利用・提供
（2） 電子カルテ情報データベースの構築及び運用
（3） 自治体検診情報の二次利用
（4） 公的DB等の情報連携基盤の構築及び利用促進
（5） 次世代医療基盤法等に基づく民間保有のデータベースの利活用の推進
（6） 医療等情報の利活用を更に円滑化するための制度枠組み等の検討
（7） 保健医療等情報を正確に連結するために必要な情報の提供
（8） 保険者による保健事業の推進支援

3. DX審査支払機構における中期計画

DX審査支払機構においては、次の点に留意の上、組織の特性を活かしつつ、中期計画を作成するものとする。

中期計画の期間　2026年10月1日～2030年3月31日

計画期間中の重点取組事項
1. 医療DXサービス利用のための基盤整備
2. 全国医療等情報プラットフォーム
3. 医療等情報の二次利用

上記2. のうちDX審査支払機構において特に取り組むべき事項

医療情報化推進業務の運営の効率化に関する事項
- ✓ 効率的・効果的な組織運営の推進
- ✓ システムに係る調達の最適化
- ✓ AI等の先端技術の利活用による業務の効率化及び高度化

その他医療情報化推進業務の運営に関する重要事項
- ✓ 人材の育成及び確保
- ✓ 情報セキュリティ対策及び個人情報保護
- ✓ 国民や医療関係者等に向けた情報提供や情報共有の充実

4. 医療法の基本方針及び介護保険法の基本指針との整合性確保

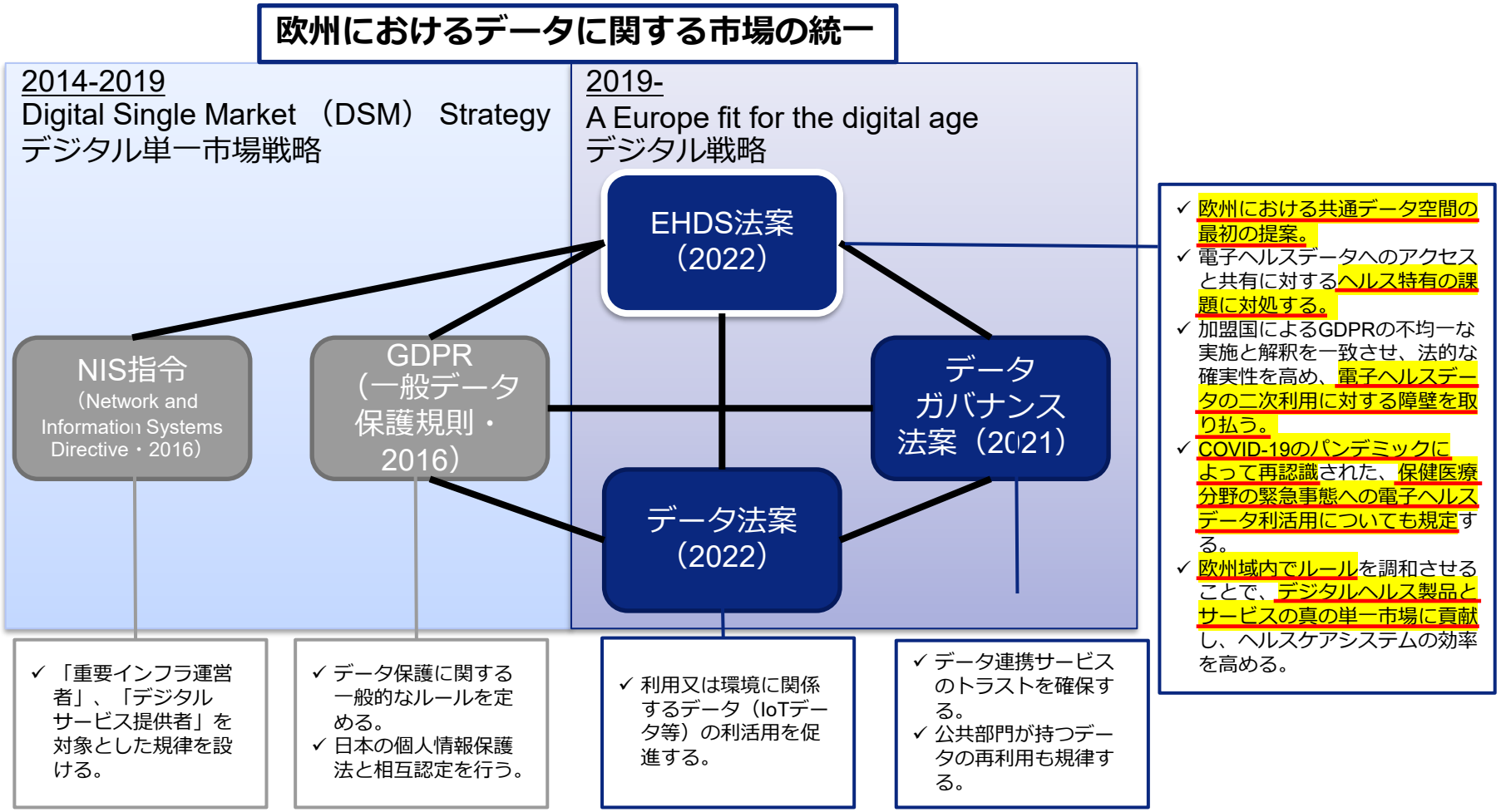
医療情報化推進は、医療・介護サービスの安定供給や質の向上、制度の持続可能性確保等により、医療提供体制の確保や介護保険給付の円滑な実施に寄与するため、医療法の基本方針及び介護保険法の基本指針との整合性を確保しながら推進する。

5. その他医療情報化推進に関し必要な事項

医療情報化推進の取組が確実に進むよう進捗を定期的に確認し、政策効果の検証を行うとともに、デジタル技術の進歩を踏まえて取組の強化や方針の見直しのフォローアップを行う。

出典：2026年9月30日告示、同年10月1日適用（令和8年厚生労働省告示第370号）

EHDS法案の位置付け（イメージ）



出典:「わが国における医療DXの展望と課題」 次世代基盤政策研究所　森田朗　第１５回「ゲノム医療推進研究会」2023年9月26日　資料より

Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

4. これから医療政策がめざすべき方向（森田朗東大名誉教授の提案）

■ めざすべき医療データ利活用の制度

- わが国も、医療データの利活用を図るために医療分野に固有の**医療情報特別法**を制定して、安全に医療データの利活用を促進すべき。

【特別法についての提案】

- 取得時の同意（**入口規制**）から利活用の規制（**出口規制**）へ
- 治療のための医療データ＜１次利用＞の取得にあっては、医療従事者は、原則として、**同意なしに**、その患者のデータにアクセスすることができる。（現状は「黙示の同意」）
- そのデータを利用した政策立案、研究、創薬等の＜２次利用＞の場合には、**①利用目的、②利用者、③情報の利用形態**に応じて、アクセスをコントロールする。
- 医療データのこのような利用に当たっては、**確実な管理と利用、アクセス権の管理**のために、**公的な機関**を設置する。
- **アクセス・ログ**を取り、本人が納得できないアクセスについては、アクセス者の責任を問うことができる制度とする。
- 災害時等非常時の利便性を考慮して、ＩＤは**マイナンバー**とすべき。

出典:「わが国における医療DXの展望と課題」 次世代基盤政策研究所　森田朗　第15回「ゲノム医療推進研究会」2023年9月26日　資料より

Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

「医療等情報の利活用の推進に関する検討会」の開催について

○「デジタル社会の実現に向けた重点計画」（令和7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て、基本理念や制度枠組み等を含む全体像（グランドデザイン）等に関する検討を行うため、9月上旬から検討会を開催。

※ 厚生労働省及びデジタル庁等の協力を得て、内閣府健康・医療戦略推進事務局が事務局

検討事項

- 医療等情報の利活用に関する基本理念や制度枠組み等を含む全体像（グランドデザイン）
- 対象となる医療等情報、収集方法、内容・形式の標準化、患者の識別子
- 一定の強制力やインセンティブをもって収集し利活用できる仕組み、情報連携基盤の在り方
- 患者本人の適切な関与の在り方　　等

スケジュール

令和7年

9月3日　第１回検討会

↓ ヒアリング及び意見交換を実施

令和8年

1月23日　中間とりまとめ公表

↓

夏目途　議論の整理

→ 必要とされた措置内容が法改正を要する場合には、令和9年(2027)通常国会への法案の提出を目指す

構成員

◎ 座長、○ 座長代理

	安中　良輔	日本製薬工業協会産業政策委員会健康医療データ政策ＧＬ
	石川　俊平	東京大学大学院医学研究科衛生学分野教授
	伊藤　由希子	慶應義塾大学大学院商学研究科教授
	大江　和彦	順天堂大学大学院健康データサイエンス研究科特任教授/東京大学大学院医学系研究科特任教授
	黒田　知宏	京都大学教授/同大学医学部附属病院医療情報企画部長・病院長補佐
	桜井　なおみ	一般社団法人全国がん患者団体連合会副理事長
○	宍戸　常寿	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	高倉　弘喜	国立情報学研究所アーキテクチャ科学研究系教授
	谷岡　寛子	一般社団法人日本医療機器産業連合会医療等データ利活用推進分科会主査
	爪長　美菜子	一般社団法人日本経済団体連合会イノベーション委員会ヘルステック戦略検討会委員 / ＮＴＴ株式会社執行役員研究開発マーケティング本部アライアンス部門長
	中野　壮陛	公益財団法人医療機器センター専務理事
	長島　公之	公益社団法人日本医師会常任理事
	浜本　隆二	国立がん研究センター研究所医療ＡＩ研究開発分野長
	水町　雅子	宮内・水町ＩＴ法律事務所弁護士
	宮島　香澄	日本テレビ放送網株式会社社長室
◎	森田　朗	東京大学名誉教授 / 一般社団法人次世代基盤政策研究所代表理事
	山口　育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターＣＯＭＬ理事長
	山本　隆一	一般財団法人医療情報システム開発センター理事長
	横野　恵	早稲田大学社会科学部准教授

出典：第1回「医療等情報の利活用の推進に関する検討会」（2025年9月3日）

政府の医療等情報の利活用グランドデザインの方向性が明確化

「 規制改革実施計画 」、「 日本成長戦略 」、「 骨太の方針 」を閣議決定（ 2026年7月21日 ）

規制改革実施計画 ― 「制度」を担う

- 一次利用と二次利用の一体的制度設計、価値還元の「循環」
  → 内閣府主導の「グランドデザイン」として令和8年夏に結論・公表
- 「入口規制から出口規制への転換」。個人情報保護法によらない医療等分野に特化した整備を含め、**令和9年通常国会への法案提出を目指す**
- 同意なしの二次利用（特定二次利用）は医療法等の改正で**措置済み**（令和7年12月成立）
- 悉皆性の担保。一次利用における「一定の強制力」、標準化された電子カルテデータの悉皆的収集も視野

日本成長戦略 ― 「基盤」を担う

- 電子カルテ普及率　2028年度に200床以上で**100%**、2030年に約100%
- 全国医療情報プラットフォームの拡充など、ゲノムを含むデータ連携基盤・TRE環境を整備
- 制度改革は「規制改革推進会議と緊密に連携」とし、**成長戦略自身は制度設計に踏み込まない**

骨太の方針2026 ― 「予算」

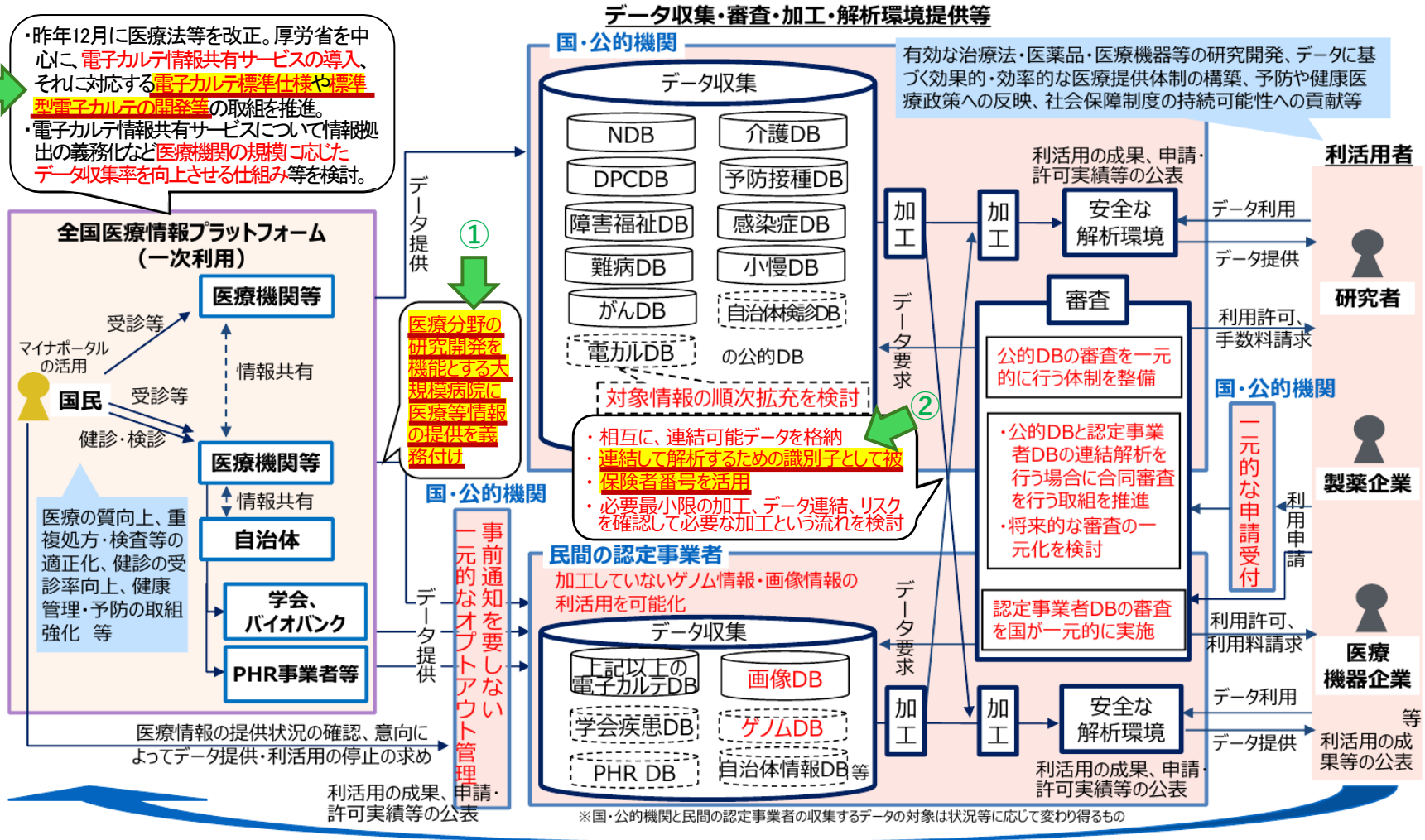
- 医療等データの一次利用及び二次利用の一体的制度設計（P8）
- GeMJによるゲノム情報基盤の整備と、解析データの利活用の取組（P30脚注131）

政府は大きな方向性を提示。今後、「 森田検討会 」で具体的に詰め、結論へ。来年通常国会への法案提出を目指す。

具体的な制度枠組みは、内閣府「 医療等情報の利活用の推進に関する検討会 」（ 森田検討会 ）の第15回会合（ 2026年8月31日 ）で提示され、今後取りまとめと法案化へ。

論点

医療等情報の利活用に関する制度枠組み



健康に関する重大な知見が発見された場合は、国・公的機関又は認定事業者を経由して、医療機関等から当該個人に通知できるようにするため、個人の再識別の禁止に例外を設ける

［１］内閣府「 医療等情報の利活用の推進に関する検討会とりまとめ 」（ 2026.10.9 ）p21

より質の高い医療等情報の利活用に向けた3つの提案

10月9日に公表された検討会とりまとめを踏まえ、診療と研究に必要な情報を確実に記録・収集・連結する仕組みを実現するため、以下の3点につき次世代医療基盤法を含む必要な法改正、電子カルテ標準仕様・認証要件、実施工程への反映を関係府省に求める。

① **原則全医療機関への提供義務拡大を目指し、必要情報を継続収集する**

研究を担う病院で、一般診療と研究の項目・臨床表現を標準化し、詳細情報を簡便に収集する共通の「研究適応電子カルテ」と情報提供を先行整備する。対象外の紹介元・転院先からも取得する項目・経路・期限を定める。200床以上も選択肢に、自動収集・改修・運用支援と併せて拡大する。

② **マイナンバー方式を第一選択肢に、死亡までの確実な連結を実現する**

マイナンバーを基礎とする方式を第一選択肢に、被保険者番号方式と性能・安全性・費用を比較する。国の責任で死亡情報との連結方法を定める。国が毎年評価・公表し、評価開始から3年以内に本採用方式を決定する。重大な支障があれば判断を前倒しする。

本人同定・受診先把握・死亡連結・訂正、利用条件管理、紹介元・転院先からの詳細情報の取得調整を担う公的な専門体制と法的根拠を整備する。

③ **国際標準を採用し、必要項目の充足と入力時の品質確保を必須要件に**

SNOMED Internationalへの参加・SNOMED CT採用を基本に、日本語・国内コードへの対応と不足部分を補う。コア項目・記録時点・入力値、充足確認・品質チェックを標準仕様・認証要件に組み込む。公的な専門体制による収集後の標準化・品質確認も整備し、体制・費用・実装工程と総作業時間の評価を示す。

＜目次＞

1. はじめに 2

2. ゲノム医療は医療DX、患者還元のパイオニア 10

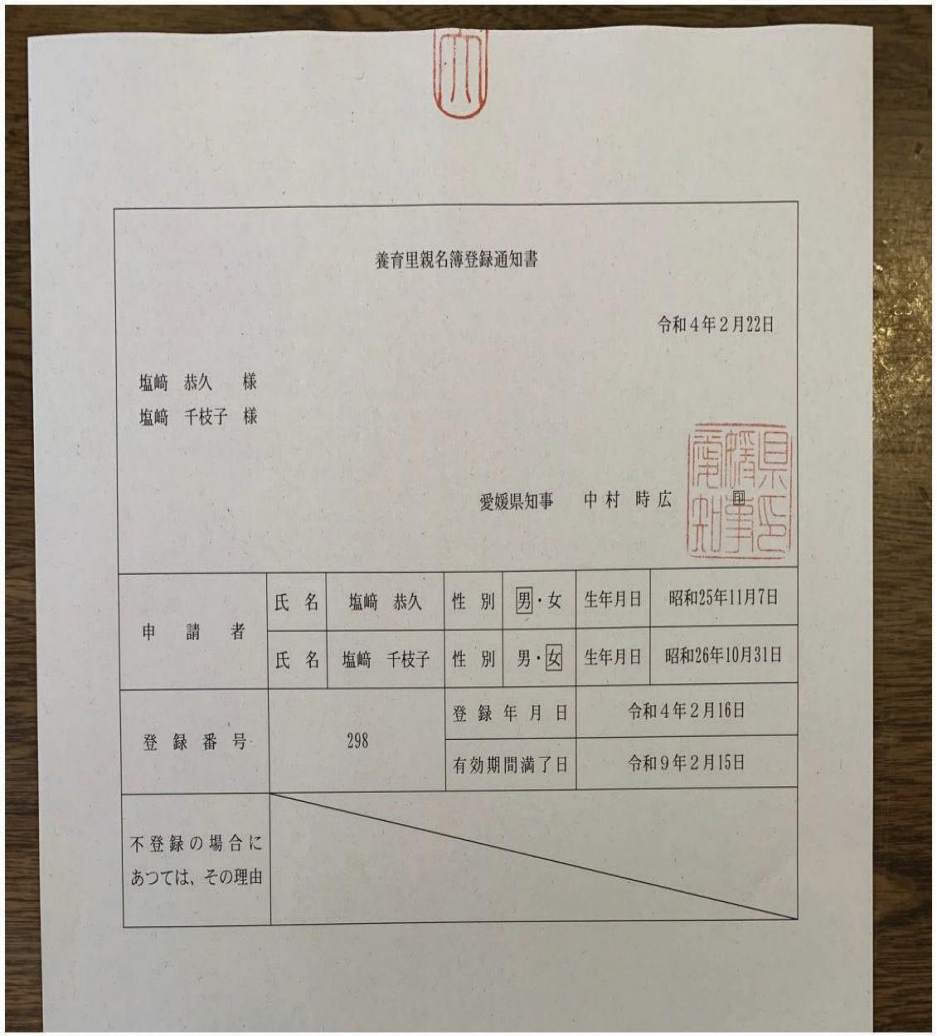
3.「 日本版EHDS 」こそ、医療イノベーション、研究・創薬力の礎 25

4. 実親の愛に恵まれない全ての子ども達に家庭養育を 42

2020年7月１日発行　（株）メタ・ブレーン

養育里親名簿登録通知書

令和４年２月22日



養育里親名簿登録通知書

令和４年２月22日

塩崎　恭久　様
塩崎　千枝子　様

愛媛県知事　中村　時広

申請者	氏名	塩崎　恭久	性別	男・女	生年月日	昭和25年11月7日
	氏名	塩崎　千枝子	性別	男・女	生年月日	昭和26年10月31日
登録番号	298		登録年月日		令和４年２月16日	
			有効期間満了日		令和９年２月15日	
不登録の場合にあつては、その理由						

じじ、ばば、里親になる！　2022年9月～

里子ちゃんたちが我が家にやってきた！

「週末里親」
年に数回

かつて私は、子育ても余り
しなかったけど…

いっしょにごはんをつくって
いっしょにたべて 片づけて

普通の家庭の当たり前の日常

認定NPO法人子どもリエゾンえひめ ～つなぐ、愛ある未来を～

VISION
ビジョン　すべての子どもが愛されて育つ社会の実現

MISSION
ミッション　子どもの健やかな育ちのために
里親養育を普及・推進

2023年1月　NPO法人子どもリエゾンえひめ発足

2024年8月　里親支援センター子どもリエゾン開設
11月　認定NPO法人に

愛媛県の委託を受け令和6年8月開所

里親支援センター
子どもリエゾン

子どもの健全な発育には、特定の大人との愛着形成が不可欠。

「愛着理論（Attachment Theory）」

●「愛着は人間の赤子が生き延びるために必要不可欠なものである」

●「愛着行動とは、子どもが不安な時に、親や身近にいる信頼できる人に訴え、甘え、安心しようとする行動」

●「訴えや要求に対する応答が密な程、安定した愛着が形成され、小児期以降に安定した対人関係の礎となる。」

➡ 子どもの健全な発育は、特定の大人との愛着形成の下で実現。

英国の児童精神分析者ジョン・ボウルビィ（1907-1990）が提唱。

「子どもは生まれてから五歳ぐらいまでに、親や養育者とのあいだに愛着（強い絆）を形成し、これによって得られた安心感や信頼感を足がかりにしながら、周囲への世界へと関心を広げ、認知力や豊かな感情をはぐくんでいくという成長過程をたどります。」

出典：友田明美著「子どもの脳を傷つける親たち」NHK出版新書

「生まれてから1歳半くらい、せいぜい2歳までが、愛着が成立する上でのタイムリミットである」

出典：木下勝之 前日本産婦人科医会会長 愛媛県医師会における講演（2023年7月30日）資料

「小児期逆境体験」は、子どもの心身の発達に大きく影響。

虐待は、
小児期逆境体験（ACEs：Adverse Childhood Experiences）のひとつ

16

小児期逆境体験（ACEs：Adverse Childhood Experiences）とは

- 身体的虐待、心理的虐待、性的虐待
- ネグレクト
- 親との離別・死別
- 家族の病気、家族の収監、家庭内の暴力
- いじめを受ける
- 被害者になること：事件・事故、犯罪、災害など
- 社会的に劣悪な情勢：戦闘・戦争下、テロ、難民など

のことで、これらは子どもの発達の順行を妨げる要因となる。

小児期の逆境体験が、後年どのような影響を与えるかの研究

ACEs Study（**CDC＜アメリカ疾病予防管理センター＞** 2016）

18

- **1995年**に始まり，現在も継続的に行われている追跡研究
- 18歳までに逆境体験（ACEs）

心理的虐待，身体的虐待，性的虐待，家庭内暴力，家庭内での薬物濫用，
家庭内の精神障害，親との離別や離婚，家族の収監

があると

①**精神疾患のリスクを高める**：PTSD，抑うつや不安障害，精神病症状，薬物乱用など
②**知的な発達や学習能力へ影響する**
③**慢性身体疾患のリスクを高める**
★それらは**逆境体験数に比例**している

【出典】田中究：児童青年精神医学とその近接領域vol. 57（2016）

虐待など逆境に育つ子ども達に起こる問題

17

- **発達に応じた、適切な養育を受けられない**→ **体も心も育たない。**
  - **乳幼児期**：保護され、世話をされ、アタッチメント（愛着）が育つ時期
  - **学童期**：知的好奇心をもち、守られながらの活動・力試し・仲間関係の体験をする時期
  - **思春期**：仲間関係の発展、心身機能の充実、アイデンティティ確立の時期

  →**これらの発達課題をこなせない。**
- **トラウマを負う**
- **生涯にわたる心身の問題を持つ**

虐待などの逆境に育つ子どもが示す症状

19

- **乳幼児期**：栄養不良、成長阻害、ことばの遅れ、夜尿・遺尿、便秘、食行動異常、アタッチメント（愛着）の障害、睡眠障害、多動など
- **学童期**：（上記に加え）多動・衝動性、注意集中困難、学習の遅れ、不安・恐怖、解離、身体化、ルールに従えない、嘘をつく、給食をむさぼる、不潔、身なり不整、情緒不安定、自傷、不穏・興奮など
- **思春期**：（上記に加え）情動コントロールができない、衝動行為、対人関係上の問題（相手に近づきすぎる・振り回す、人を信じられない、適切な助けを求められないなど）、うつ、希死念慮、自殺企図、依存症、非行・反社会的行動、PTSD、複雑性PTSDなど

＊症状は多岐にわたり、どの症状も虐待だけにみられるものはない。→**専門的見たてを要する**。

＊幼い頃の体験であっても、長期間にわたり、重大な症状が波のように繰り返される。→**長期の治療が必要**。

出典：「児童精神科医療の現状と課題」 全国児童青年精神科医療施設協議会
自民党「児童の養護と未来を考える議員連盟」及び超党派「児童虐待から子どもをも守る議員の会」合同総会（2023年2月22日）資料より

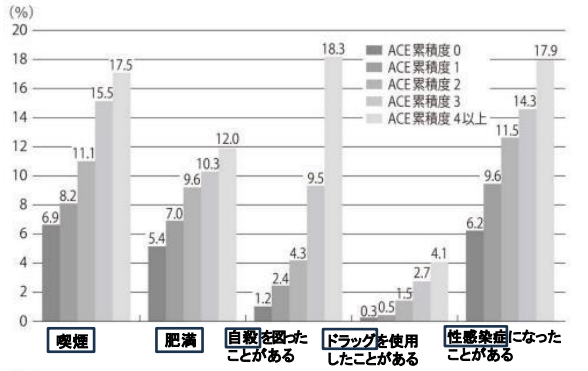
「幼児教育の経済学」
(”Giving Kids a Fair Chance”)

2000年 ノーベル経済学賞受賞 経済学者
ジェームズ ・ ヘックマン著

健康問題

（喫煙・肥満・自殺
ドラッグ・性感染症）

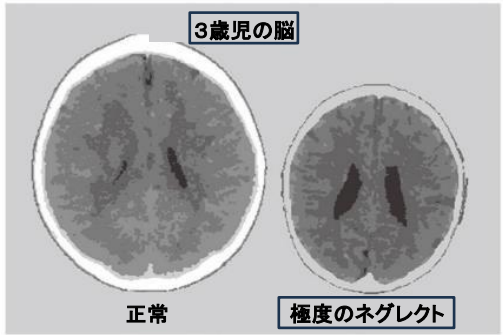
図2 逆境的小児期体験(ACE)が成人後にもたらす健康問題



（出所）Robert Anda, “The Health and Social Impact of Growing Up With Alcohol Abuse and Related Adverse Childfood Experience: The Human and Economic Costs of the Status Quo.” National Association for Children of Alcoholics, 2006.

脳の発達

図3 幼少期にネグレクトされた子どもの脳の発達異常



(注)左は健康な3歳児の頭部スキャン画像で大きさは標準的。右は極度にネグレクトされて育った3歳児の頭部。脳の大きさが標準より著しく小さく、側脳室拡大と皮質の委縮が見られる

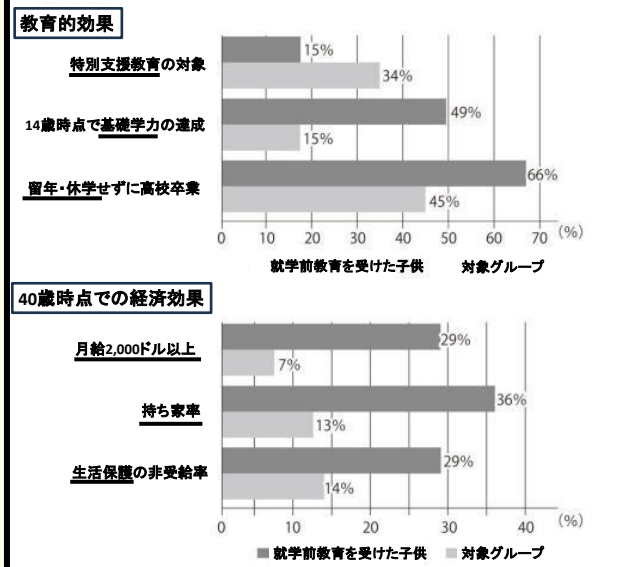
（出所）B. D. Perry, “Childhood experience and the expression of genetic potential: what childhood neglect tells us about nature and nurture.” *Brain and Mind* 3: 79-100, 2002.

「子どもの健全な養育政策作り」には、「科学的エビデンス」が必要。

教育

（学力・学業継続）

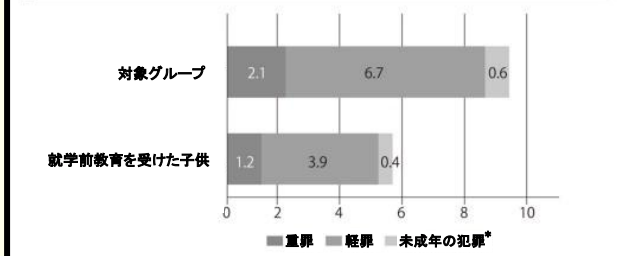
図4.1 ペリー就学前プジェクトの効果



経済力

犯罪

図4.2 40歳時点での逮捕者率

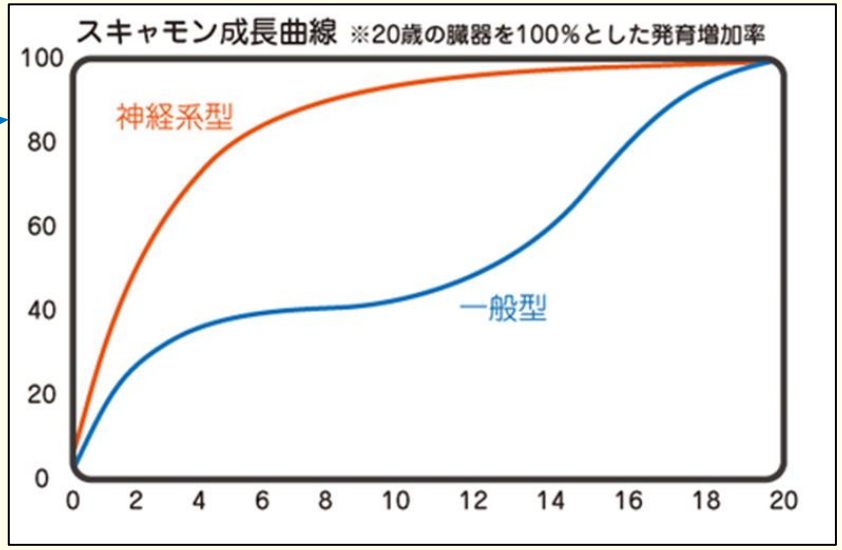


（出所）W. S. Barnett, “Benefit-Cost Analysis of Preschool Education.” 2004.
＊19歳未満の逮捕

逆境体験による脳の変化：「傷つく脳」

子どもの脳の成長は早い

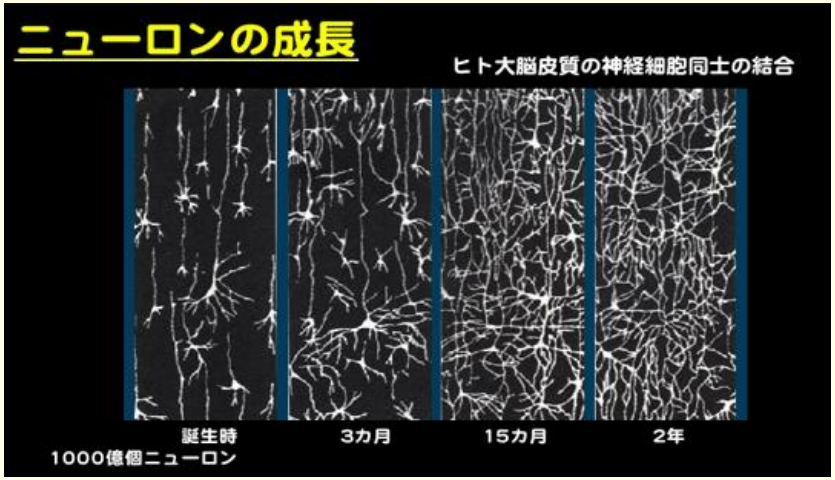
だから、特に「乳幼児期（0～2歳）」には、愛着形成可能な里親等の家庭養育環境が不可欠！！



福井大学　友田明美先生のグループの研究より引用

脳への影響を考えると、逆境体験は、子どもの一生の問題に直結する可能性が大きい。

ニグレクトは脳梁を委縮。



出典：「多機関連携で子どもたちの未来を守る ～ 臨床医の視点 ～」西﨑眞理　松山赤十字病院小児科医師
四国里親会（愛媛）講演（2026年9月6日）資料を塩崎恭久事務所が一部編集、加筆。

米国の連邦議会、NGO等は、家庭養育推進、パーマネンシー保障重視を牽引

科学的に「 施設養育は有害 」との共通認識

「 施設における集団養育（ group care）は、子ども、特に乳幼児にとって有害（ harmful ）であることはエビデンスから明らかであり、・・・ 子どもの一生に影響を与えてしまう。」
（ 2024年12月6日、超党派 児童養護議連にて、キャロル・ショーファー 米国 QPI プログラム弁護士）

施設養育への米国連邦政府補助金は、2週間で打ち切り

★米国連邦法 Family First Prevention Services Act of 2018 によって改正されたSocial Security Act 中の、Foster care maintenance payments program には、連邦政府の支援対象となる施設には、以下のような要件を賦課し、抑制するとともに、治療的施設等に限定することを明確化。

① Foster care maintenance payments 支払いの対象となる child-care institution（施設）は、「養育する子どもは25人以下」であること。

② しかし、子どもが6人を超えるグループケアに2週間以上措置されると、その子どもの分に関し、連邦政府からの州政府への支援は停止。

③ 3週目以降も25人以下の施設で連邦政府支援継続の例外は、Qualified Residential Treatment Program（QRTP）と呼ばれる治療的施設等のみ。

NGOは、マルトリートメント抑止、里親推進、パーマネントな家庭養育・養子重視が主流

NCFA National Council For Adoption

オフィシャルウェブサイトより
（https://adoptioncouncil.org/article/foster-care-and-adoption-statistics/）

It is important to remember that an increase or decrease in the number of children entering foster care should not be our measure of success.

Rather, our goal should be to ①reduce child maltreatment rates, ②reduce time spent outside permanent family care, and ③reduce timeframes and numbers of children awaiting adoption.

日本の児童精神科専門医は圧倒的に少ない（ 日米比較 ）

	児童精神科医数				（参考）未成年人口【18歳未満】
		未成年10万人あたり児童精神科医数	港区だったら？【未成年人口4万人】	児童精神科医1人あたり未成年人口	
	（人）	（人）	（人）	（千人）	（百万人）
米国	12,056	17	7	6	72
日本（旧認定医）	758	5	2	21	16

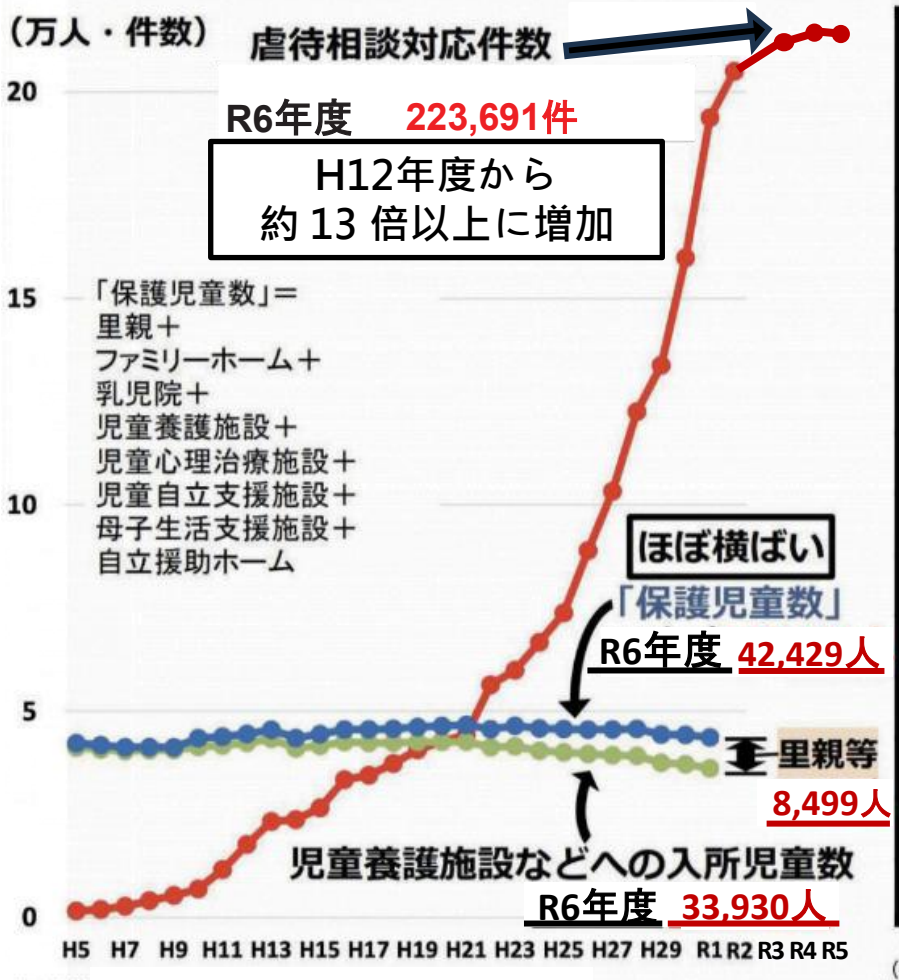
各数値は下記資料より塩崎恭久事務所にて作成（ 2026.10 ）

●米国　医師数：2026年9月、未成年人口：2025年7月
出典：The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,
米国センサス局 Vintage2025人口推計

●日本　医師数：2025年4月、未成年人口：2025年10月
出典：日本児童青年精神医学会認定医、総務省統計局
※ 新資格「 児童精神科専門医 」（ 移行期 ）は、2026年9月14日時点で573人

米国は日本の3倍以上！
それでも米国児童青年精神医学会は
「まだ足りない」と訴えている

虐待相談は増えても、保護児童数は横這い



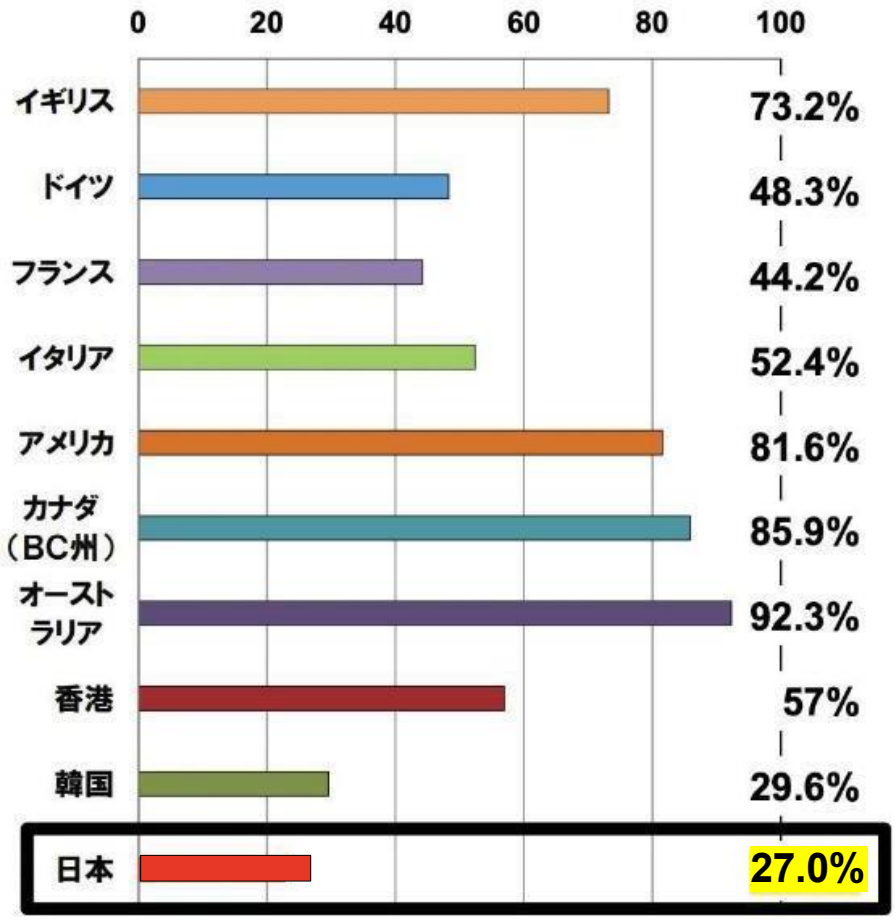
（出典）厚労省・子ども家庭庁資料より塩崎恭久事務所作成

なぜ日本だけ「保護される児童」が少ない？

国名	児童人口（千人）	保護児童数（千人）	児童人口1万人当たり保護児童数（人）
フランス	13,427	137	102
ドイツ	14,829	110	74
イギリス	13,243	73	56
スペイン	7,550	38	51
デンマーク	1,199	13	104
ノルウェー	1,174	8	68
スウェーデン	1,911	12	63
ニュージーランド	1,006	5	49
オーストラリア	4,836	24	49
カナダ	7,090	76	109
アメリカ	74,000	489	66
日本	23,046	38	17

（出典）June Thoburn (2007) "Globalisation and child welfare: Some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care"より抜粋

里親委託率が低い日本では、多くの子ども達が施設へ



（註）2010年前後の値、**日本のみ** 2026 年 3 月末。
※「家庭外ケア児童数及び里親委託率等の国際比較研究」主任研究者　開原久代（東京成徳大学子ども学部）（平成23年度厚生労働科学研究「社会的養護における児童の特性別標準的ケアパッケージ（被虐待児を養育する里親家庭の民間の治療支援機関の研究）」）

「特別養子縁組」が殆ど活用されない日本

国名	人口（百万人）	成立件数	人口10万人当たり件数
ドイツ	81	3,805	4.69
フランス	62	3,964	6.41
イギリス	56	4,734	8.44
アメリカ	314	119,514	38.0
日本	123	669	0.54

（註）ドイツ：2014年 フランス：2007年 イギリス：2011年 アメリカ：2012年　日本　(出典) 2025年、人口推計、司法統計年報
※イギリスはイングランドとウェールズのみ。

「平成28年改正児福法」における理念規定の抜本見直し

改正前の条文

第一条　すべて国民は、児童が心身ともに健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。
②　すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。

第二条　国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。

第三条　前二条に規定するところは、児童の福祉を保障するための原理であり、この原理はすべての児童に関する法令の施行にあたつて、常に尊重されなければならない。

【参考】民法（明治29年法律第89号、第820条及び822条は平成23年改正）（抄）

（親権者）

第818条 成年に達しない子は、父母の親権に服する。

（監護及び教育の権利義務）

第820条 **親権を行う者は、子の利益のために子の監護及び教育をする権利を有し、義務を負う。**

第822条 **親権を行う者**は、第820条の規定による**監護及び教育に必要な範囲内でその子を懲戒する事ができる。**

改正後の条文

第一条（子どもの権利）

全て児童は、児童の権利に関する条約の精神にのつとり、適切に養育されること、その生活を保障されること、愛され、保護されること、その心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られることその他の福祉を等しく保障される権利を有する。

第二条（子どもの最善の利益優先原則）

全て国民は、児童が良好な環境において生まれ、かつ、社会のあらゆる分野において、児童の年齢及び発達の程度に応じて、その意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない。
②　児童の保護者は、児童を心身ともに健やかに育成することについて第一義的責任を負う。
③　国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。

第三条の二（家庭養育優先原則）

国及び地方公共団体は、児童が①家庭において心身ともに健やかに養育されるよう、児童の保護者を支援しなければならない。ただし、（中略）児童を家庭において養育することが困難であり又は適当でない場合にあつては児童が②家庭における養育環境と同様の養育環境において継続的に養育されるよう、児童を家庭及び当該養育環境において養育することが適当でない場合にあつては児童が③できる限り良好な家庭的環境において養育されるよう、必要な措置を講じなければならない。

家庭と同様の環境における養育の推進

課題

○ 児童が心身ともに健やかに養育されるよう、より家庭に近い環境を図ることが必要。
○ しかしながら、社会的養護を必要とする児童の約8割が施設に入所しているのが現状。
（平成28年に児童相談所が要保護児童の養育環境を決定する際の考え方を法律において明確化）

良好な家庭的環境

施設

児童養護施設
大舎（２０人以上）
中舎（１３～１９人）
小舎（１２人以下）
１歳～１８歳未満
（必要な場合　０歳～２０歳未満）

乳児院
乳児（０歳）
必要な場合幼児（小学校就学前）

施設（小規模型）

地域小規模児童養護施設（グループホーム）
・本体施設の支援の下で地域の民間住宅などを活用して家庭的養護を行う
・１グループ４～６人

小規模グループケア（分園型）
・地域において、小規模なグループで家庭的養護を行う
・１グループ４～６人

家庭と同様の養育環境

養子縁組
（特別養子縁組を含む。）

小規模住居型児童養育事業

里親

小規模住居型児童養育事業（ファミリーホーム）
・養育者の住居で養育を行う家庭養護
・定員５～６人

里親
・家庭における養育を里親に委託する家庭養護
・児童４人まで

家庭

実親による養育

$$\text{里親等委託率} = \frac{\text{里親＋ファミリーホーム}}{\text{養護＋乳児＋里親＋ファミリーホーム}}$$

令和4年3月末　25.1%

平成28年改正児童福祉法による対応

○　国・地方公共団体（都道府県・市町村）の責務として家庭と同様の環境における養育の推進等を明記。

①まずは、児童が家庭において健やかに養育されるよう、保護者を支援。
②家庭における養育が適当でない場合、児童が「家庭における養育環境と同様の養育環境」において継続的に養育されるよう、必要な措置。
③②の措置が適当でない場合、児童が「できる限り良好な家庭的環境」で養育されるよう、必要な措置。

※ 特に就学前の児童については、②の措置を原則とすること等を通知において明確化。

「就学前児童は、里親等家庭養育が原則」と明言。

出典：こども家庭庁

施設は、「ケアニーズの高い子ども」と「地域貢献」の為のプロ集団へ転換したはず

「2016年児童福祉法改正」及び「新しい社会的養育ビジョン」（2017年）による抜本改革

家庭養育優先原則（障がい児、一時保護児を含む）

①実親

②特別養子縁組、里親、ファミリーホーム（「家庭における養育環境と同様の養育環境」）

③「地域分散型小規模施設」までの施設（「できる限り良好な家庭的環境」）

新たな施設の在り方

抜本改正の前

- 乳幼児期から成人（20歳）まで
- あらゆるケアニーズの子ども
- 大規模施設
- 長期間入所

「高機能化」

（施設での高度ケア）

- 学齢期以降（思春期など）
- ケアニーズの高い子ども
- 小規模施設
  （地域分散型、「4人 X 4ユニット」）
- 短期間入所

「多機能化」

（地域での在宅支援）

- 妊婦、実親、里親、養親支援
- 一時保護委託・通学支援
- ショートステイ（子、親子）
- アフターケア
- 家庭支援、ペアレンティング、等々

抜本改正の後

こどもまんなか
こども家庭庁

多くの自治体が、高い目標値を掲げたが・・・・・

都道府県社会的養育推進計画（後期）において設定している里親等委託率

【令和７年１２月２日時点】

○ **国が示す目標値は、乳幼児の里親等委託率 75%以上、学童期以降の里親等委託率 50%以上**

○ **40自治体[50.0%]が、全ての年齢区分（３歳未満、３歳以上の就学前、学童期以降）において国が示す目標値以上で設定**

○ **年齢区分別の国が示す目標値以上での設定は、３歳未満：54自治体[67.5%]、３歳以上の就学前：49自治体[61.3%]、学童期以降：45自治体[56.3%]**

自治体名	3歳未満	3歳以上～就学前	学童期以降
北海道	75.0%	75.0%	50.0%
青森県	76.0%	75.8%	50.2%
岩手県	42.1%	46.2%	51.1%
宮城県	75.0%	75.0%	50.0%
秋田県	75.0%	75.9%	50.0%
山形県	52.6%	75.0%	31.7%
福島県	75.0%	75.0%	50.0%
茨城県	70.0%	70.0%	70.0%
栃木県	75.0%	75.0%	50.0%
群馬県	75.0%	75.0%	50.0%
埼玉県	49.2%	52.2%	38.2%
千葉県	75.9%	55.4%	33.3%
東京都	50.5%	50.5%	33.6%
神奈川県	48.8%	55.2%	21.1%
新潟県	60.0%	75.0%	50.0%
富山県	75.0%	75.0%	50.0%
石川県	75.0%	75.0%	50.0%
福井県	75.0%	65.0%	35.0%
山梨県	75.0%	75.0%	50.0%
長野県	75.0%	75.0%	50.0%

自治体名	3歳未満	3歳以上～就学前	学童期以降
岐阜県	78.0%	68.8%	33.3%
静岡県	67.0%	59.0%	48.0%
愛知県	55.9%	45.7%	30.2%
三重県	60.0%	60.0%	40.0%
滋賀県	80.0%	80.5%	55.7%
京都府	65.0%	60.0%	40.0%
大阪府	54.0%	27.0%	23.0%
兵庫県	70.0%	60.0%	50.0%
奈良県	75.0%	75.0%	50.0%
和歌山県	75.0%	75.0%	50.0%
鳥取県	75.0%	75.0%	50.0%
島根県	75.0%	75.0%	50.0%
岡山県	75.0%	75.0%	50.0%
広島県	62.8%	45.2%	32.8%
山口県	75.0%	75.0%	50.0%
徳島県	75.0%	75.0%	50.0%
香川県	75.0%	75.0%	50.0%
愛媛県	83.3%	76.9%	51.7%
高知県	75.0%	75.0%	50.0%
福岡県	75.0%	75.0%	50.0%

自治体名	3歳未満	3歳以上～就学前	学童期以降
佐賀県	75.0%	75.0%	50.0%
長崎県	75.0%	50.9%	40.3%
熊本県	76.9%	76.9%	35.6%
大分県	75.0%	75.0%	35.0～50.0%
宮崎県	55.0%	44.0%	35.0%
鹿児島県	44.9%	64.4%	36.5%
沖縄県	75.0%	75.0%	50.0%
札幌市	75.0%	75.0%	50.0%
仙台市	76.9%	76.0%	52.1%
さいたま市	49.2%	52.2%	38.2%
千葉市	75.0%	75.0%	50.0%
横浜市	50.2%	43.7%	33.3%
川崎市	76.0%	75.0%	50.0%
相模原市	75.0%	76.0%	50.0%
新潟市	75.0%	85.0%	75.0%
静岡市	75.0%	65.0%	44.7%
浜松市	75.0%	70.0%	50.0%
名古屋市	70.0%	50.0%	30.0%
京都市	75.0%	75.0%	50.0%
大阪市	42.9%	45.0%	34.0%

自治体名	3歳未満	3歳以上～就学前	学童期以降
堺市	75.0%	75.0%	33.0%
神戸市	65.0%	65.0%	33.0%
岡山市	75.0%	75.0%	50.0%
広島市	62.8%	45.2%	32.8%
北九州市	75.0%	75.0%	50.0%
福岡市	75.0%	82.1%	48.3%
熊本市	76.9%	76.9%	38.1%
港区	75.0%	100.0%	50.0%
世田谷区	75.0%	75.0%	35.1%
中野区	80.0%	50.0%	24.6%
豊島区	35.7%	66.7%	32.9%
荒川区	22.2%		
板橋区	75.0%	76.9%	27.2%
葛飾区	23.1%		
江戸川区	52.4%	53.1%	34.4%
横須賀市	75.0%	75.0%	50.0%
金沢市	75.0%	75.0%	50.0%
豊中市	75.0%	75.0%	50.0%
明石市	100.0%	100.0%	70.3%
奈良市	81.8%	75.0%	50.6%

○都道府県市別の里親等委託率の差

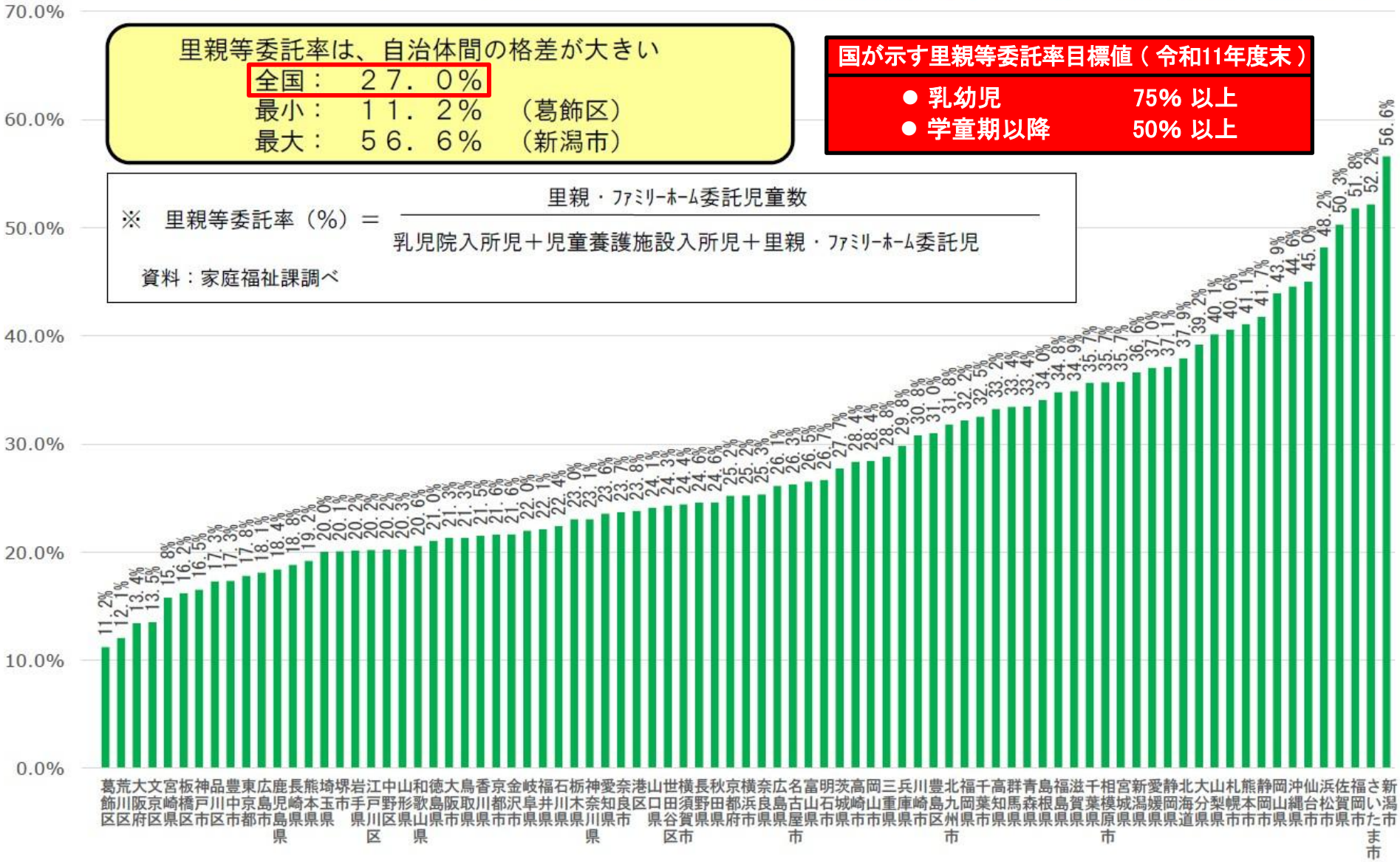
８３都道府県市区別里親等委託率（令和７年度末）　※速報値につき、今後、数値変動可能性あり

里親等委託率は、自治体間の格差が大きい
全国：　２７．０％
最小：　１１．２％　（葛飾区）
最大：　５６．６％　（新潟市）

国が示す里親等委託率目標値（令和11年度末）
- 乳幼児　75% 以上
- 学童期以降　50% 以上

※　里親等委託率（%）＝ 里親・ﾌｧﾐﾘｰﾎｰﾑ委託児童数 ／ 乳児院入所児＋児童養護施設入所児＋里親・ﾌｧﾐﾘｰﾎｰﾑ委託児

資料：家庭福祉課調べ



里親等委託率の推移

0～2歳児の里親委託率目標「75%」達成には、このままだと、あと50年かかる!?

$$\frac{45.4\%\ (75.0\% - 29.6\%)}{0.9\%\ (29.6\% - 25.0\%) \div 5} \fallingdotseq 50年$$

○里親制度は、家庭的な環境の下で子どもの愛着関係を形成し、養護を行うことができる制度

○里親等委託率は、平成24年度末の14.8%から、令和7年度末には27.0%に上昇

年度	児童養護施設		乳児院		里親等※			合計	
	入所児童数（人）	割合（%）	入所児童数（人）	割合（%）	委託児童数（人）	割合 0～2歳	割合（%）	児童数（人）	割合（%）
平成２３年度末	28,803	78.6	2,890	7.9	4,966	—	13.5	36,659	100
平成２４年度末	28,233	77.2	2,924	8.0	5,407	—	14.8	36,564	100
平成２５年度末	27,465	76.2	2,948	8.2	5,629	—	15.6	36,042	100
平成２６年度末	27,041	75.5	2,876	8.0	5,903	—	16.5	35,820	100
平成２７年度末	26,587	74.5	2,882	8.0	6,234	—	17.5	35,703	100
平成２８年度末	26,449	73.9	2,801	7.8	6,546	—	18.3	35,796	100
平成２９年度末	25,282	73.9	2,706	7.8	6,858	—	19.7	34,846	100
平成３０年度末	24,908	71.8	2,678	7.7	7,104	(27.7)※※	20.5	34,690	100
令和元年度末	24,539	70.5	2,760	7.9	7,492	(28.9)	21.5	34,791	100
令和２年度末	23,631	69.9	2,472	7.3	7,707	25.0	22.8	33,810	100
令和３年度末	23,008	69.4	2,351	7.1	7,798	25.3	23.5	33,157	100
令和４年度末	22,578	68.7	2,306	7.0	7,968	26.2	24.3	32,852	100
令和５年度末	22,162	67.8	2,316	7.1	8,216	26.9	25.1	32,694	100
令和６年度末	21,472	66.6	2,289	7.1	8,499	29.4	26.3	32,260	100
令和７年度末	20,987	66.6	2,292	7.1	8,597	29.6	27.0	31,876	100

+1.0/年

+1.0/年

+0.9/年

児童福祉法抜本改正。

「乳幼児期は里親等への委託が原則」との基本方針はどこに!?

変化は全く加速していない!!

里親等委託率

※「里親等」は、平成21年度から制度化されたファミリーホーム（養育者の家庭で5～6人の児童を養育）を含む。
ファミリーホームは、令和6年度末で505か所、委託児童1,862人。
（資料）福祉行政報告例（各年度末現在）※ 平成22年度の福島県の数値のみ家庭福祉課調べ

※※（）内は0～6歳。
— は、乳幼児期の里親等委託率のデータが存在しない事を示す。

「 里親養育 」と「 施設養育 」の違いを踏まえれば、里親委託推進こそ焦眉の急

施設職員としての長い経験からの教訓 ＜ 抜粋 ＞（ 茨城県里親会　関貴教氏 ）

施設養護と 里親養育は 何が違うのか	子どもが育つために， 本当に必要なもの	ある子どもの 昨日と今日	子どもを育てる 「名もない支援」
これは 「 愛情の差 」 ではなく 「 養育構造の違い 」 *施設は退職や異動があり，年間 120 日程度休みがある．* *1日の勤務時間は原則 8 時間まで．* *当直，夜勤は月に4 回程度，出張や会議等も多い．*	私のことを一番に考えてくれる人がいる 私の育ってきた記憶を共有できる人がいる 私のことを無条件に肯定してくれる人がいる *子どもにとって必要な大人は「今日を世話してくれる大人」だけではなく，「昨日の私を知り，明日の私も見てくれる大人」だと思います．*	昨日の失敗も知っている 好きな食べ物も知っている 苦手なことも知っている 昨日より成長したことも知っている *それが「関係の連続性」だと感じています．*	「今日は麺の気分なんだよね」 ・・・「いいよー，作れるよ」 「友だちと遊びに行く」 ・・・「いいよー，5000円で足りる？」 「明日の朝シャワーでもいい？」 ・・・「いいよー」 「スタバに新しいメニュー出たよ」 ・・・「いいね一緒に行こう」 「この服ほしい」 ・・・「オッケー，明日届くって」 「スマホがほしい（小学生） ・・「うん，使い方を話し合おうね」 *子どもを育てるのは、特別な支援だけではなく，日常に寄り添う「当たり前」の日常だと思います．*

出典 ：「 里親養育と施設養護の違いから見える『 里親委託の必要性 』」 一般社団法人いばらき県北里親家庭支援センター　ファミリーホームいちのいえ 代表　関 貴教
日本財団子どもフォーラム2026（ 分科会2 ）（ 2026年9月25日 ） 資料より抜粋、編集。

「新ビジョン（2017年）」、「厚労省局長通知(2018年)」に則り、児童福祉法を再度抜本改正の要

施設の使命等不記載を改め、「高機能化」、「多機能化」の新たな使命を明記

（乳児院）

第三十七条　**乳児院**は、**乳児**（保健上、安定した生活環境の確保その他の理由により特に必要のある場合には、幼児を含む。）**を入院させて、これを養育**し、あわせて**退院した者**について**相談その他の援助**を行うことを**目的とする施設**とする。

（児童養護施設）

第四十一条　**児童養護施設**は、**保護者のない児童**（乳児を除く。ただし、安定した生活環境の確保その他の理由により特に必要のある場合には、乳児を含む。以下この条において同じ。）、虐待されている児童その他**環境上養護を要する児童を入所させて、これを養護**し、あわせて**退所した者**に対する**相談その他の自立のための援助**を行うことを**目的とする施設**とする。

↓

（乳幼児総合支援センター）

第三十七条　**乳幼児総合支援センター**（以下この条において「センター」という。）は、**妊産婦**並びに**乳児**、**満三歳に満たない幼児**及び特に**支援が必要と認められる満三歳以上の幼児**（以下この条において「乳幼児」という。）に対する**在宅における支援を行うことを目的とする施設**とする。

２　前項に定めるもののほか、センターは、次に掲げる機能を有するものとする。

一　**乳幼児を対象とした小規模住居型児童養育事業**を行い、又は**当該事業を行う者を支援**すること。

二　**養子縁組の成立を援助**し、又は**養親及び養子で構成される家庭を支援**すること。

三　センターの**職員が乳幼児の里親**となり、当該センターがその**家庭を支援**すること。

（児童養護施設）

第四十一条　**児童養護施設**は、保護者のない児童（乳児を除く。ただし、安定した生活環境の確保その他の理由により特に必要のある場合には、乳児を含む。以下この条において同じ。）、虐待されている児童その他**環境上養護を要する児童**であつて、**第二十七条第二項の政令で定める事由がある場合**において**小規模住居型児童養育事業**を行う者又は**里親による養育**を行うことが**困難であり又は適当でないもの**を、その事由が解消されるまでの**必要最小限度の期間入所**させて、その高度な専門性に基づき、これを**できる限り良好な家庭的環境において養護**し、あわせて、当該児童の**関係者を支援**することにより、当該児童が速やかに**家庭における養育環境と同様の養育環境において継続的に養育されるよう**に必要な**環境を整備**すること及び退所した者に対する相談その他の自立のための援助を行うことを目的とする施設とする。

２　児童養護施設は、**地域に分散して配置される小規模な施設**として、前項の養護又は援助を行うことを**原則とする。**

３　前二項に定めるもののほか、児童養護施設は、その高度な専門性を生かして、地域における社会的養育を充実強化する資源として、**養子縁組又は里親 の支援、在宅における支援その他の機能を整備**するものとする。