



医療の持つ可能性を引き出す 産業政策を推進し 医療制度にも寄与する

経済産業省が医療に本格的にかかわるようになったのは1990年代のこと。厚生労働省が対応することが難しかった「保険外」「国際化」を軸に日本の医療の高度化と持続可能性を求める政策を開始。2013年、第二次安倍政権は発足当初に内閣官房に健康・医療戦略室を設置。各省縦割りであった医療に関わる研究開発の一本化とともに、健康・医療技術やサービスの新しい市場、デジタル化された医療の時代にふさわしい基盤整備等、経産省の政策も取り込む形で、成長戦略の一翼を担い始めた。結果として、日本の次世代の医療を語る上で、その存在感を高めつつある。ここでは、高橋泰・国際医療福祉大学医療福祉学部部長・教授がそうした一連の政策立案・推進を担ってきた藤本康二・内閣官房・健康・医療戦略室次長を訪ね、これまでの経産省による新しい医療政策とそれを包含したパラダイムシフトの方向性などを聞いた。

撮影=関口宏紀

医療分野に 経産省として初めて関わる

高橋 藤本さんはもともと経済産業省の出身で、医療情報に関わる仕事を皮切りに15年以上にわたって医療行政にかかわってきました。そのいきさつと、15年前の医療界をどう感じたか、振り返っていただけますか。

藤本 2003年に経済産業省商務情報政策局の医療福祉機器産業室長を拝命したのが医療にかかわるようになった最初です。経産省は90年代の初頭から「これからはサービス産業に力を入れよう」と旗を振り始め、サービス産業の柱は医療ではないのかという考えから、まず、「医療福祉機器」というアプローチから仕事を始めたという聞いています。

実際にかかわってみると、医療は基本的に計画経済で、医療サービスなど、全ての価格が中央で決められ、何か良い技術や方法があると厚生労働省に掛け合い、正確には中央社会保険医療協議会（中医協）ですが、診療報酬体系の中に組み入れる交渉や競争をする図式に見えました。自分の持つ付加

価値に値段を自分で付ける、その結果は市場が出すという他の分野と根本的に違います。言われてみれば当たり前ですが、企業も含め、

従来からそこで従事していれば、そうしたことが当たり前ですから特に話題にも上らないわけです。そのため、自分の頭の中でその図式が明確になった時には感動しました（笑）。資本主義でなく、社会主義です。だから、「なぜ、医療機器メーカーはもともと頑張らないのか」と役所が発破をかけても、計画経済が主軸ですから、本質的な競争についてはピンと来ないわけです。診療報酬の行く末のほう

がよほど大事だし、新しいものを開発しても開発費が診療報酬の中で回収できなければ、企業としてはやる意味がないという考えになってきます。こうした違いを明確に認識したことが、行政官として理解を深めていく上で、とても役に立ちました。いい面、悪い面、日本の医療の本質は、計画経済だということなんです。そこから議論を出発させるべきと。

高橋 医療情報分野はいかがでしたか。

藤本 当時、経産省では、他省庁



藤本康二

氏 ● 内閣官房健康・医療戦略室次長

の仕事の改善すべき点を挙げ、変化を起こすという仕事のタイプが多く、医療情報分野でも、「厚労省と喧嘩すべき」というようなムードも存在していたように感じます。でも、一部を取り上げておかしいといっても、不合理の中に合理性がある場合もあるわけですから、なんだか無責任になってしまふような気がしました。そのため極力、「厚労省とは仲良く」を心掛けました。もっとも厚労省の方々は、特に気にもしてくれていなかったかもしれません(笑)。

あと、システムベンダーにとつて、医療は最大の市場ではありませんでした。銀行の勘定系システムが、いわゆるデータベースなどの根幹的な部分の開発対象分野です。そのため、当時は「医療にふさわしいシステムをイチから考える」のではなく、銀行の勘定系で培ったデータベース技術を病院システムに適用することがビジネスの底流であったように思います。

高橋 当初はかなり勝手が違ったようですが、経産省は徐々に医療界内での存在感を高めていきます。

藤本 医療制度を維持するのは本来に大変なことです。経産省が関わるならそれに貢献できるような仕事をしなければいけないし、また制度を維持するために厚労省では手を出せないテーマがあるなら、それを経産省が担うといった役割分担をイメージしました。経産省が責任をもつて推進する姿勢があつて、はじめて厚労省との信頼関係も育まれるのだと思えます。

高橋 その藤本さんの取り組みを今の経産省の方々が引き継いで発展させているわけですね。

藤本 そういう視点を持って下さるのは、高橋先生だけです(笑)。経産省は良い意味で「下剋上」のDNAが組み込まれているので、今のメンバーはそう考えていないと思います(笑)。私がした仕事

も先輩の仕事の上に載っているものです。ただ、厚労省や日本医師会等と関係を築いていくという流れは定着しているので一端を担うことができた自分としても嬉しいし、時代の流れを感じて感慨深いです。

「保険外」「国際化」で医療産業の伸長を図る

高橋 経産省はその後も医療の「産業振興」に注力しています。

藤本 08年にサービス産業課長に就いたのですが、当時の二階俊博大臣から経産省として、もっと医療への取り組みを強化せよとのご指示がありました。でも、具体的に何をしろとの指示はありませんでしたので、一生懸命悩みまして、考えたのは「厚労省のカバーできないことを手がけつつ、結果として厚労省の本来の仕事もやりやすくなるようなテーマ」に着手できないかということでした。当時、国際医療福祉大学大学院の学長を

務めておられた開原成允先生は、医療の情報化をライフワークとされておられるとともに、医療経営、経済にもたいへんな知見をお持ちで、いろいろと教えていただきました。

そうして、伊藤元重先生に座長をお願いし、医療産業研究会を立ち上げて議論を進め、出てきたテーマは2つ。1つは日本の中で、潜在的にニーズはあるけれども、必ずしも公的保険で対応する必要のない「保険外」のサービス、具体的には疾病予防や健康管理などです。厚労省は「保険医療制度で、日本中に均等にサービスを分配する」という大命題がありますから、保険の中で対応できない、重要なニーズがあるとは明確に言いにくい。われわれ国民も何かあれば、医療が充実していれば、なにかしてもらえると、厚労省はそれを守るべきという、よく考えると合理的でない考えになっていくわけです。病気になるっても、医療体制が整っているので安心できる社会が幸せであるということではなく、生活習慣病等の健康管理を適切に行うことで避けられる病気であれば、容易に避けられるような社会



ふじもと・こうじ ● 1987年、東京工業大学工学部機械工学科卒業。同年、通産省入省。2003年、経済産業省商務情報政策局医療福祉機器産業室長。05年、JETROドイツ・デュッセルドルフセンター（軽機械センター所長）。08年、経済産業省商務情報政策局サービス産業課長。11年、同省商務情報政策局ヘルスケア産業課長。12年、内閣官房健康・医療戦略室内閣参事官。15年、内閣官房健康・医療戦略室次長。

的な仕組みが世の中にあることが国民にとって幸せなわけです。

もう1つは「医療の国際化」です。日本の医療は「コストセンタ―」と思われていたけれど、本当にそうなのか。日本で最も優秀な人たちが集まって仕事をしているのに、それが「コスト」としか見られないのは不幸なことだと考え、もつとその人たちの仕事を世界で評価してもらう道筋を用意しようということになったのです。

この2つは、保険の制度外なので、経産省が責任をもって進められ、かつ厚労省の手が回りにくい分野ということで、半年ほど議論して、報告書をまとめていただきました

ました。

高橋 2010年代になると経産省の医療分野への関わりがさらに進みます。

藤本 11年、当時の私の上司だった石黒憲彦局長、望月晴文次官が、サービス産業課が担っている医療関連の仕事を組織として継続するために、課の名称を、医療を担うということが明確にわかるようにしたほうが良いのではと考え、閣議決定を経て「ヘルスケア産業課」という名称になりました。医療にとどまらず「ヘルスケア」と広く構えたのは、私は良いことだと思います。実際に病気になるたびに医療は重要ですが、医療が必

要ないほどに健康を維持できる社会、それを支える、産業、医療技術、それらを包含した「ヘルスケア」はメインストリームだと思います。

「医療のデジタル化」をセールスポイントにする

高橋 そして内閣官房に移るので

藤本 初代のヘルスケア産業課長を1年務めさせていただいた後、私自身は内閣官房に異動になり、現在の健康・医療戦略室におります。

安倍政権では、成長戦略の一つの柱として医療を考えることになり、まず、研究開発をしっかりとやろうということ、当初、「日本版NIH」と言っていた医療分野の研究開発を一元的に担う組織を立ち上げることになりました。その議論が具体化し始めると、文部科学省や厚労省からも多くの優秀な人が集まってきましたので、自身の仕事としては「市場開拓」と次世代の医療とその基盤づくりということ、医療ICTと、医療・介護の国際展開などを担うようになりました。

高橋 具体的にはどのような取り組みをされたのですか。

藤本 「医療のデジタル化」への対応です。「日本版NIH」の創設が掲げられたものの、アメリカの「本家NIH」のスタートから実質的に何十年も遅れるなかで、それを凌駕する研究を行うための戦略は何かと皆で考えたときに、可能性として出てきたのは「医療のデジタル化」でした。医療の現場は、どんどんデジタル化していきます。こうしたデジタル化を戦略的なデザインの中で行うこととともに、現場で否応なしに生み出されるデジタル情報を駆使した研究開発ができるようになれば、アメリカのNIHとは異なる存在意義を見出せるのではとの考えが出てきました。そうした考えの延長に次世代医療ICT基盤協議会が設置されました。

じつは日本は皆保険制度のもとでさまざまな医療情報を集められる環境が整備されている点で、アメリカや欧州と比べても頭一つ抜けています。さらに、今後の医療現場は「ICT化」が進展することは明らかです。病棟、手術室からリハビリテーション室まで、I



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2009年から同大学院教授、16年より同大学医療福祉学部長・教授。主な著作に「TAI高齢者ケアプラン・ビジュアル作成」(日経BP社、共著)、「DPC実践テキスト」(じほう、共著)ほか。

CT網が張り巡らされ、統合化されると、病院が一つのロボットのようないメージになります。そうになると、院内で起きるあらゆることについてデータが取れる基盤が整います。また、人の人体のさまざまな情報もビッグデータです。そこで情報を集め、匿名性の確保など一定のルールに基づいて加工し、利用することができれば、今後のAIの医療分野への応用やPMDA(独立行政法人医薬品医療機器総合機構)の理事長の近藤達也先生がお考への「合理的な医療」の実現も視野に入り、日本の医療が世界をけん引する軸の一つにな

る時代も夢ではないように思うのです。
高橋 そのための環境整備も必要ですね。
藤本 はい。大きな課題の一つにデータ集めの「タテ割り」があります。レセプトは保険行政の一環、外科学会のデータは外科の専門的な議論のためという具合で、それぞれ、必要になったら独自にデータを収集してきたのが現状です。また病院ごとに情報を匿名加工していると、複数の医療機関にまたがって1人の患者の病歴を追跡できなくなりそうです。
 現在、法律化を進めている「代

理機関制度」はこうした縦割りを解消し、データを集め、匿名加工する基盤は同一とし、そこから、費用負担を行う意思のある者が目的に応じて受け取る仕組みをめざしています。国の認定を受けた者(代理機関)が、複数の医療機関から記名の医療情報を預かり、必要に応じて患者ごとの情報を突合し、匿名処理しようというものです。代理機関は、まずは、3つ程度、複数が認定されることが考えられます。

匿名化された医療情報は、行政をはじめ研究機関や製薬会社などの利用目的に応じて提供し、「分析結果だけがいい」という利用者には、統計的に処理した分析結果だけを渡すこともできます。

塩崎恭久大臣も医療情報に関しては、きわめて強いリーダーシップを発揮されていますので、こうした新しい制度が行政のツールとしても使われるようになると思います。新しい時代が変わっていくのではないかと思います。

改正個人情報保護法は安全と活用のバランスが目的

高橋 16年1月から一部施行され

ている改正個人情報保護法は、取り締まりより、そうした活用にあたっての「ガイドライン」を念頭に置いているように思います。

藤本 改正個人情報保護法は、保護と活用のバランスをとるための法律です。一方、医療情報に関しては、新しく設けられた「要配慮個人情報」の中に「病歴等」が加わり、第三者提供に関し、いわゆる「オプトアウト方式」による収集ができなくなります。この部分を一定の能力等を認定された組織が行う場合は、認めてもいいのではという考え方が、次世代医療ICT協議会で検討が進んでいる、代理機関制度の考え方の柱になっています。

高橋 これによって病院は自分たちの持つ情報を積極的に提供したほうがプラスになると考えていいのでしょうか。

藤本 社会的にプラスになることはもちろんですが、提供する病院自身にとってもプラスにならないければいけません。データを出すことが特別な負荷になってはいけなし、自院がより良い医療の提供や、そのための経営に役立つといった恩恵が受けられる仕組みが必要

と思います。たとえば診療の安心、安全のための診療支援サービスの提供とか、院内のICT投資のサポートとかです。

高橋 代理機関も医療機関に対して「貴院にとってこういうメリットがあるから提供しませんか」と呼びかけ、それに医療機関が応じるといふ形が望ましいですね。

藤本 代理機関はデータの利用者に対して使用料を求めますので、代理機関は病院に対してICT投資をサポートするための資金を適切な形で渡せるようになるというのではないかと思えます。その点では代理機関の創意工夫やニーズへの対応も重要です。

かつては病院で採用しているシステム間の互換性が課題となっていました。コンピュータの性能が上がっていることもあり、技術面での課題はメインでは無くなっています。これまでは、情報を集めてなんらかの利用をしようとする目的を持つ者が、必要なコストを負担することをせずに、現場の努力で、集め使えるようにしてくださいという図式でした。だから、現場の先生方に見れば、なぜ、自分たち現場のコストでデータの

互換を担保しないといけないのか、そうであれば、ベンダーが製品段階で相互の互換性を担保すべきではないかというように感じられていたのではないかと思えます。

しかし情報を集めて見比べたり突合したりすることに価値を見出し、お金を払う人が出てくれば、状況は変わると思えます。代理機関が果たすのはその利用者や医療機関の間の橋渡し役です、さらに言えば保険、税金以外に、新しく、研究開発分野のお金が医療に入ることになる効果もあるのではと思います。

今までは「地域医療のためだから手弁当でデータを提供してください」と言うだけでした。これでは現場のヤル気は出ません。その言い訳の一つとしてシステムの違いが挙げられていたのですが、目的とコストを負担する意思があれば、システム間の互換性は大きな問題ではありません。

それに5年に1度はシステムも更新しますから、その際に代理機関、すなわち厚労省が推奨するよう標準化され、収集コストを下げるとシステムが採用されていくことになるので、5年たてば、これま

でとまったく異なる景色になるのではと期待します。

病院は『まちづくりの複合事業体』になるべき

高橋 現在、医療界は社会保障費の抑制や人手不足など難しい課題に直面していますが、藤本さんの描く医療界の将来像にはとても可能性を感じます。

藤本 私は医療産業研究会の頃から「病院は『まちづくりの複合事業体』になるべき」と考えています。たとえば都市部の私鉄会社のような役割を果たせるとも説明しています。鉄道事業を中核に持つていくけれど、それにとどまることなく、住宅街をつくったり、観光地をつくったりといった「まちづくり」まで手がけています。病院も保険医療の担い手としての中軸は持ちながら、「まちづくり」を主導できる可能性を持っています。健康・医療に関わる技術を基軸に生活を支える産業となる。でも、こうした新しい健康コングロマリットが提供するサービスこそ、じつは社会が潜在的に求めていることでもあると思っています。

町の真ん中に構え、住民はお医

者さんに掛からなくても済むような生活を送ることを応援する――。これこそ、これからの病院に求められる役割ではないでしょうか。保険診療以外にも積極的に手がけることで、そこで暮らす人たちの負荷も軽減されるようになるのです。当然、保険収入は減ると思いますが、保険診療以外の健康指導料等の収入も増える。そういう道を模索する病院にとり、政府のなかで、内閣官房の健康・医療戦略室や経済産業省は、官庁の目的に鑑みて、まず、味方となる官庁です。新しい姿が見えてきて、その姿を普遍的なものにするため、例えば、医療法も変える必要性について厚労労働省も納得するような時代がくれば、成長戦略、パラダイムシフトの政策としては、大きな区切りかもしれない。

高橋 経産省も独自にデータを集めてすばらしい報告書をつくるようになっており、厚労省や医療側もそうした提言や考え方を受け入れるようになりつつある気がします。今後の展開がますます楽しみです。本日はありがとうございました。