

【レポート】プラチナ社会研究会 2018年度 第3回プラチナセミナー
ヘルスケア・イノベーション
～生活者・患者が主役となる「データ活用社会」の実現に向けて～



2018年度、三菱総研では未来の健康と医療の新しいあり方を探るべく自主研究に取り組み、その成果を『フロンテス』19号に発表、既存の枠組みにとられない近未来の医療の姿を描き出し、大きな反響を呼びました。

2月1日に開催された2018年第3回プラチナセミナーは、これを受けて開催されたもので、近未来医療とそこに付随する新たなマーケットを創出するムーブメントを起こすことを目指しています。テーマは「ヘルスケア・イノベーション」。この日の参加者は200名を超えており、改めて広範に渡る医療と健康の問題が、会員企業にとっても重要になっていることを感じさせました。

基調講演には、『医療危機』などの著作で知られ、経営の観点も交えて医療の姿を提言する中央大学ビジネススクールの真野俊樹氏を迎え、後半には医療とヘルスケアのイノベーション分野の最先端で活躍するプレイヤーをパネリストに迎えたパネルディスカッションを行い、未来の医療に向けた議論を重ねました。

■基調講演「イノベーションが拓く未来のヘルスケアシステム」

中央大学ビジネススクール教授 真野俊樹氏

真野氏は医師として大学病院などでの勤務を経て、アメリカ留学の経験から医療経済、医療経営の必要性を感じ、「ビジネスと医療の橋渡し」をする活動を続けています。帰国後は製薬会社から研究機関、大学へと活動の場を移し、その成果は多くの著作にもまとめられ、ビジネス的な医療のあるべき姿を描いたものとして高く評価されています。



この日の講演では、前半に日本の医療の現状と問題を語り、後半では「つながり」をキーワードにその解決の方向性を示唆しました。

▼日本の医療レベルは高い

真野氏は冒頭、「今日本の医療は変化し、進化しなければならない時代に来ている」と指摘しています。

「ネアンデルタール人は現生人類よりもはるかに優れた種だったが、滅びたのは環境変化に対応できなかったため。今医療を取り巻く環境も変化している。日本の医療は高いレベルにあるが、変化に対応し進化しなければ、この先生き残ることはできないだろう」

そのために、まず日本の医療がどのような状況にあるのかを整理します。真野氏が指摘するのは日本の医療レベルは世界と比較しても高いという点です。著作『日本の医療、くらべてみたら 10勝5敗3分けで世界一』（講談社+α新書）で明らかにしたように、「医療レベル」「医療の身近さ」「投薬治療の状況」「医療の値段」「病院の環境」「高齢化対策」6つのジャンル、18項目で日本と世界の医療を比較したところ、タイトル通り日本の圧勝であったとしています。

「カナダのシンクタンクの調査データで見ても、特に日本は生命に関わるものは、ほとんどがAクラス。欧米など他の先進国のどこと比べても群を抜いている」

日本人は健康に対する自己評価が厳しい、誤嚥性肺炎が多いなど、日本特有の現象がありますが、OECDのガン生存率のデータなどで見ても、日本の医療レベルが高いことは論をまちません。

しかし、このような高いレベルを今後維持できるのかが問題であると真野氏。というのも、今医療を取り巻く状況は大きく変化しているにも関わらず、日本の医療はその変化に対応できていないためです。

その背景にあるのは、日本の医療の特殊性です。従来型の医療では強みであった「医師

の過重労働」「医師の求道的修練・求道的姿勢」「フリーアクセス」が、日本の医療の変化を妨げている可能性があります。フリーアクセスとは、国民皆保険で気軽に病院に行けるという手軽さ・気安さ。その一方で、日本の医師の多くが「医は仁術」と求道的に医療に従事している傾向が強いということです。

「要は日本の医師は働きすぎているということ。受診回数は多いのに一回の診察料は安いという薄利多売で、民間主導のアメリカのような経営的判断がない。これがひいては対価に対する意識の薄さにもつながって、患者に対する価値判断などができていない原因にもなっている。このままでは、世界トップレベルの医療も維持できなくなるのではないかと危惧している」

▼「つながり」が鍵に

こうした危機的状況の直接・間接の原因になっているのは「つながり」が少ない点ではないかと真野氏は指摘します。

「日本の医師は真剣に治療にあたっている、医療の客観的レベルも極めて高い。それなのに生活者からの評価、医療への満足度が低いのはなぜなのか。時としてマスコミが医療バッシングさえ熱心にするほど。その理由はひとつ、今生活者が『つながり』を求めているのに、医療がそれについていけないからではないか」

真野氏の言う「つながり」にはダブルミーニングが込められていると言えるかもしれません。ここで言う「つながり」が、電子カルテはじめ医療に関するデータの共有や、デジタル化によって患者・生活者が自分自身の医療データにアクセスしやすい環境が必要であるということとともに、患者自身が自分の病気や健康に対して主体的になれるような意識の「つながり」でもあるからです。真野氏は ICT などの技術利用も、そのような患者とのコミュニケーションに活用すべきであると指摘しています。

「簡単にいえば、ICT時代の生活者の要望やニーズに医療が応えられていないということ。マーケティングとは、双方の価値の交換だが、医療はそれができていない。アカデミズムでは、『患者中心性 (patient-centeredness)』を提唱し、患者の価値観やニーズ、意向を尊重した医療の提供が重要であると変化してきたが、日本の医療の現場ではそれができていない」

ここで大切になるのは「患者の主観」です。

「IT 化すればいい、ということではなく、患者の主観的な満足度が必要だということ。日本の医療に欠けているのはその点だ。今求められ、世界的な潮流になっているのが患者との対話型の医療なのだが、そこについていけないのかなと思う」

ここで示唆されていることのひとつが患者・生活者起点のニーズに応える医療 ICT です。例えば中国では、病院の不正から満足な医療を受けられないという生活者の不満から ICT 化が強力に推し進められたという経緯があります。

「病院が少ないことから、受診するためにダブ屋が出たりして、受診する権利が不正に取

引されたことがあったのが直接の原因。患者と医師、双方が納得し満足する医療を提供する必要がある。対話型とはそういうことだ」

▼医療のあるべき姿を示唆

日本の高い医療レベルを維持するためには、「つながり」や患者の主観的な満足が必要ではないかという前半の指摘に対し、後半はその解決策のヒントを、ICT 分野、特にネットワーク化、データベース化に絞って例示していきます。

ネットワーク化では、九州の祐愛会織田病院の例を紹介。織田病院では 2012 年に電子カルテを導入し情報を一元化。医療、コ・メディカル、介護等で共有できるようにし、患者支援に役立てています。また、IT を使った在宅医療体制の強化にも努めており、大型モニターで状況を可視化・共有するといった先進的な取り組みも行われているそうです。

「織田病院では連携がうまく進んでいるがこれは稀な例。医療界全体では情報共有はなかなか進んでいない。その一因はお金の問題。構築にも運用にも高額な費用がかかるうえ、更新も負担になっている。補助金頼みだから続かないという面もある」

データベース化については、日本で進められているいくつかのデータベースの事例を紹介。もっとも代表的なのが「NDB (National Database)」。

これは厚労省が全国で進めているもので、レセプト情報・特定健診等情報を集積したデータベースであり、その一部はオープンデータ化され、民間の研究や分析にも利用されています。独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (PMDA) が進める「MID-NET」も、網羅性という点では NDB に譲るものの、電子カルテやレセプトデータの共有を可能にしたもので、医薬品の安全性の管理に利用されています。

「NDB は網羅的で膨大なデータではあるが、どこまで意味のあるものとして利用できるかは、ここにどこまで検査データなどを乗せられるかが鍵。MED-NET もどうやって意味あるものとして使えるようにするのか。医薬品の安全性だけでなく、新薬開発などに利用する方法を探る議論も始まっている」

国内での進んだ事例は決して多くはない一方、海外では患者を巻き込んだ取り組みも始まっています。

クリーブランド・クリニック (オハイオ) は、医師が設立、経営するクリニックで、「Patient First」を掲げています。ここでは患者のデータを「My Chart」として患者に提供、健康意識増進に役立てています。UCSF ベニオフ・チルドレン・ホスピタル (カリフォルニア) では、病室に大型のタッチ式ディスプレイを入れ、食事のメニューや時間、医師の回診時間、ドクターの予定表などのデータを共有、閲覧できるようにしています。小児病棟のため、付き添いする親も多いことから、非常に便利と評判になっているそうです。また、SNS を活用し、医師と患者の距離、患者同士の距離を縮める取り組みをしているのが、メイヨークリニック (ミネソタ)。「Mayo Clinic Connect」といサイトがプラットフォームとなり、双方向性のコミュニケーションが生まれ、治療にも良い影響が生まれています。

「こういう点で見ていくとやはり ICT の使い方がまったく違う、日本は遅れているというのが実情。アメリカ医療すべてが素晴らしいというつもりはないが、実験的な取り組みも多く、日本が参考にすべき点も多い。これからの時代は客観的な評価ではなく、主観的な満足度をいかに上げるかが鍵になる」

真野氏は、このような「つながり」や「主観的満足度」を向上させるための領域は医療や ICT に限らず、さまざまな業種業界の企業が参入できるチャンスがあるとも指摘。そして、最後に本セミナーの参加者に向けて今後の期待を呼びかけました。

「満足度を上げることは、ビジネスの基本であったはず。ICT の利用はその手段のひとつに過ぎないし、主観的満足度を評価し、フィードバックする診療報酬体系などの可能性もある。今後非常にチャンスが多い分野であると思うし、企業のみなさんが絡んでいくことができれば、日本の医療が変化し、進化する契機になるのではないだろうか」

■研究報告「人生 100 年時代の医療」

三菱総合研究所プラチナ社会センター シニアリサーチプロフェッショナル 奥村隆一

続いて、弊社奥村が、2018 年度で取り組み、『フロネシス』19 号に取りまとめた自主研究の成果について報告を行いました。

▼医療の持続可能性の危機

本研究の背景にあるのは、日本が世界一の長寿社会を実現したこととは裏腹に、「医療システムの持続可能性が危機的な状況」にあるという認識です。例えば、長生きリスク拡大と終末期の QOL 向上の問題や、疾患の構造が、生活習慣病、老化・認知症など誰もが掛かり得る慢性化・長期化する疾病にシフトしてきている問題。一方で、医療リソースが偏在し、地方では医療基盤の喪失が起きかけています。介護と合わせた医療費は、2040 年には現在の倍になると言われて財政破綻のリスクも上昇しています。



「日本の医療制度は 1960 年代に構築されたもの。フリーアクセスで安価、気軽に受けられ日本人の健康を支えてきたが、この制度が本当にマッチしているのか。解が見えない課題ばかりの中、医療のあり方を根本から捉え直す必要があるのではないか」

そこで本研究は、医療の目的を再定義し、デジタル技術などのテクノロジーとそれにふさわしい制度や仕組みを組み合わせ、医療システムを再構築することが重要であると問題

を定義。そのために、近未来の医療の姿を描き出し、そこに向けた官民一体となったムーブメントを起こすことを目指しています。

そして、このような現在の医療の、持続可能性の危機の原因が「現行の医療システムが環境変化に対応できていない」ことにあると指摘します。

「高齢者医療は今後もますます増加するだろうし、今、6割の人が自宅で死にたいと望むにも関わらず、8割が病院で亡くなっている。また、医療保険制度は、もともとはリスクを分かち合うためのものだが、現在は誰もが日常的に医療を受けられるユニバーサル医療の時代。果たしてリスク分散が現状にマッチしているのかどうか。このように現行の医療システムが、現在の環境変化に対応できていないことが問題になっているのではないか」

と奥村は話し、未来の医療の姿を探るために海外にヒント、事例を求めます。

▼海外の先進的取り組み

三菱総研では、欧米の先進的な医療の取り組みを視察し、その成果を取りまとめ、『フロネシス』などで報告しています。ここではその一部を紹介しました。

まず民間主導で構築されたオランダの PHR (Personal Health Record。個人の健康情報) が「日本の参考にもなる」と奥村。オランダでは、政府主導から民間主導に切替えたことで PHR の構築に成功した経緯があります。これは患者会が PHR に関与するなど、あくまでもユーザー・患者目線で PHR が構築されており、データの所有権、ポータビリティ権 (データの移動や開示に関する権利) も個人に帰属しています。「我が国の官主導によるデータ一元化の動きは患者側にデータを集約するというより、医療機関等のサービス供給側相互のデータ連携に重点が置かれている印象がある」と奥村は指摘します。

アメリカでは、PHR の構築を NPO が担っている事例がありました。ニューヨーク州の 1600 万人の患者データを構築、運用しているのは NPO 「Helthex」。ここでもデータの所有権は患者の属しており、データアクセスの範囲を決定するのも患者です。また、このデータを活用するため、600 以上の医療・介護施設で共有できるようになっており、救急時には病歴やアレルギーを確認できるシステムや、PHR から医療費や生活習慣病の罹患リスクを計算するロジックなどを開発しています。

アメリカの軽医療の事例では、「コンビニ感覚」と奥村が言う「ミニツクリニック」を紹介。これは、ドラッグストアに併設されているもので、NP (ナース・プラクティショナー。上級看護職) が医療行為を行います。感染症の診断・処方、眼や耳からの異物除去、ワクチン接種などが可能。医療費の高いアメリカにあって、非常に安価に、気軽に医療を受けられる仕組みです。

このほか、ゲーミフィケーションを利用し、個人が主体的に健康管理に取り組めるオランダ・Selfcare 社のツールも紹介しています。

▼コンセプトは「YbdY」

これら視察や分析を経て、本研究では未来の医療システムのコンセプトを「YbdY」(You are the best doctor of Your Own)、患者主体の医療システムの実現と決めました。これは、患者が医療の主体となり、医師は疾病や患者の管理者ではなく、アドバイザーとなって患者を支えるという仕組みです。

「生活習慣病など、疾病が複合化・長期化する今、医師が二次予防、三次予防を含め患者の健康全体をコントロールすることは不可能に近い。また、個々の患者の特徴に合わせた、良質で高効率の医療サービスも求められている。均質なサービスを一律に提供する従来の医療では満足度は上がらない」

と奥村は解説しています。

そのうえで、その実現には「健康管理の主役は個人に」「健康管理・治療の個人化」「分業・専門家のネットワーク」という 3 つの視座が今後重要になると指摘。そして、これを具体化していくためのポイントとして以下の 4 点を挙げています。

1. 国民の健康・医療のニーズに応じたサービスの最適化……これは個々の医療ニーズに合わせて、複数のイノベーションの組み合わせを用いることで、医療の生産性を高めようというもの。これによって、良質な医療を低コストで効率よく提供できるようになります。
2. 医師と患者との関係の再構築……国民一人ひとりが医療の主体となるよう意識改善や医師との関係性の改善を行うことが重要。
3. YbdY を実現するインフラ構築……個人が主体的に健康管理を行うために医療情報インフラを構築する必要があるという指摘。個人の健康データの所有権を個人に帰属させ、個人が情報を管理し、利用許可を出せるようにします。
4. データ活用を通じた健康・医療分野の民間ビジネス化の促進……こうした医療情報を活用するビジネスの促進。これまでは一般化された症状に対応する医療でしたが、患者一人ひとりの病状は細かく異なり、それぞれの生活も違えば人生観も異なります。「そう考えればこれからの医療は超多品種少量のビジネスになる」と奥村。そのような個別・良質の医療ビジネスを促進する必要があります。

また、奥村は、医療の仕組み自体も患者ニーズ起点に変わるべきであるとし、6 つの患者ニーズと、対応するイノベーションとして「未病支援」「軽医療」「総合診断」「高度治療」「伴走医療」「在宅医療」を挙げ、これを「医療データプラットフォーム」(仮称：ヘルスデータ銀行) が包括する医療の仕組みを示しました。ここでは、まったく新しい医療システムを一から構築するのではなく、既存の医療資源を活用しつつ、オン・オフ柔軟な医療サービスを提供する体制を構築し、医師不足と反比例して増加する医療需要に答えていくことを想定しています。

そのうえで未病支援、軽医療、総合診断、伴走医療の 4 領域を重点領域と定め、仕組みを整備していくうえで、異業種の参入が必要であるとし、各領域で参入の可能性がある業種業態を例示して、企業の参画を呼びかけました。

▼6つの領域とイノベーション

未来の医療システムには異業種からの参入が必要であることから、続いて先述の6つの領域それぞれについて、本研究で描いた、イノベーションシステムと情報プラットフォームのイメージを紹介し、企業参画の余地、可能性を示しました。

例えば、「未病支援システム」では、健康状態のモニタリングと可視化や評価、ライフログの収集が鍵になります。そこでは、計測機器メーカーや、保険業、チャットボットなどのAI、IT系企業に参入の余地があります。

「すでに個別のサービスは展開されているが、今後は統合的に提供する大きなサービスが必要になる。また、『未病』『健康』はもっともマネタイズが難しい領域でもあるため、『若さ』『キレイ』といった、別の価値、強い要求に訴えることがポイントになる」

このように、その他の5分野でも参入の可能性を語り、その基盤になるのが「データプラットフォーム」だと解説。健康・医療データを個人が主体的に管理する仕組みを想定しており、「ヘルスデータ銀行」、医療施設がそのデータを活用します。

「情報の取り扱いでは、プライバシーの問題が取り沙汰されるが、研究で行ったアンケートでは、約半数の方が匿名性が守られるならば情報を外部に提供しても良いと解答している。情報の利用料は提供者に還元される仕組みのうえ、ヘルスデータ銀行では、新薬開発や医療の高度化のために情報を利用する。データプラットフォームは、イノベーションの源泉となり、患者の負担を軽減し、利益を最大化するものになると考えている」

そして最後に、そのような近未来の医療が実現するものとして、試算に基いた具体的な数値も交えて、以下の4点を挙げました。

1. **病院へのアクセス性**……軽医療イノベーションが起こると、コンビニ的な軽医療が一般化し、「20分以内」の診療・治療が可能になります。
2. **生活習慣病等の重篤化の防止**……伴走医療イノベーションによって、生活習慣病等の入院患者が半減。これに伴って医療費が約2割の1.7兆円削減できます。／未病イノベーションによって、男性+1.3歳、女性+2.8歳の健康寿命の延伸が実現。
3. **終末期の生活の質**……在宅医療イノベーションによって「人生最期の時を自宅で迎えたい」という、6割近い国民の希望を実現。
4. **医師の労働条件と働き方改革**……伴走医療イノベーションによって、医師の4割が負担だと感じている外来診療業務を軽減させます。

そして最後にまとめとして、改めて企業の参画を呼びかけて、締めくくりとしました。

「今、医療システムの持続可能性の危機に面しているが、さまざまなテクノロジー、リソースを投入して、生産性を高めることで良質な医療を高効率で提供できるようになる。健康はロングテール型の市場であり、ヘルスデータのように民間ビジネスの創出機会は大きなものがある。医療とは生まれてから死ぬまで関わるもので、その可能性は大きいはず。官の動きに期待するのではなく、まず民間から動くことで、社会を変えていくムーブメントを起こしたい」

■パネルディスカッション「“ヘルスケアデータ元年”の到来と今後の展望」



パネラー：

中央大学ビジネススクール教授 真野俊樹氏

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 理事長 神野正博氏

アイリス株式会社 代表取締役 CEO 沖山翔氏

新生キャピタルパートナーズ株式会社 パートナー 栗原哲也氏

三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部 主席研究員 古場裕司

ファシリテーター：

三菱総合研究所 プラチナ社会センター シニアリサーチプロフェッショナル 奥村隆一

後半は、未来の医療システムに資する先進的な取り組みをしている医療関係者をパネラーに迎えたディスカッションを行い、これからの医療に向けて理解を深めました。ディスカッションの前に、パネラー一人ひとりから自己紹介を兼ねて、各自の取り組みの紹介がありました。

▼パネラー自己紹介

<恵寿総合病院 理事長 神野正博氏>

恵寿総合病院は石川県七尾市の中核医療施設。統合した電子カルテと患者自身が医療デ

ータを持参する PHR (Personal Health Record) を導入し、医療・介護・コメディカル等で情報を共有、「メディカルネイバーフッド」と呼ぶ“恵寿式”地域包括ヘルスケアサービスを提供しています。

「患者の QOL というが、医師が扱うのは、Life の中でも『生命』だけ。しかし、Life には『生活』の意味もあるはず。さらにいえば、恵寿式のメディカルネイバーフッドでは、そこに時間軸を持ち込み、Life を『生活・人生』だと捉え、繰り返す病気や怪我、入退院、在宅医療、介護、そして看取りまでをネイバーフッド全体で支えていく仕組み」

と神野氏は説明。このネイバーフッドの輪では、医療施設だけでなく、介護や生活支援の NPO、ボランティア、店舗、自治会等、あらゆるものが仲間となっているだけでなく、「生活に関連した企業も参画している」と神野氏。このシステム構築によって、2016 年の「第 1 回日本サービス大賞」総務大臣賞、2018 年の国際病院連盟大賞特別賞を受賞しています。

神野氏は、日本の電子カルテや情報共有のシステムがうまくいかない理由を「規制、制約の多い補助金に頼っているから」と指摘しており、恵寿総合病院では、補助金を使わず独自にサービスを構築したことも話しています。

<アイリス株式会社 代表取締役 CEO 沖山翔氏>

沖山氏は救急医にして、AI の研究者であり、起業家でもあります。アイリスを起業し、画像診断 AI を活用したインフルエンザ診断支援デバイスを開発しています。沖山氏は「20 年、30 年と臨床に携わることではじめて身につけることのできる特殊な匠の技を、デジタル技術を用いて他の医師にも広く共有できるようにしたい」とし、その第一歩としてインフルエンザを扱っていると話しています。

一般に知られているインフルエンザ検査法は、患者の負担も大きいうえに、正確な診断をするためには、発症後 24 時間～48 時間の間に検査しなければならないなどタイミングも限定されています。それにも関わらず、その精度は 6 割程度と決して高くはありません。

その一方で、咽頭部の病変（インフルエンザ濾胞）だけでインフルエンザかどうか識別できる特異な医師がいることが判明したことから、その知見・診断技術を広く共有するために、今回のインフルエンザ診断支援デバイス開発に取り組みました。

「対象領域はインフルエンザだけに留まらず、広く医療全般で取り組みたいと考えている。ネットの普及で情報の共有スピードは上がったが、技術の共有はこれまで行われてこなかった。医療 AI のほとんどは『検査』の領域のみが実用化されているが、これを『診察』領域でも活用しようというのが今回の取り組み。匠のドクターの技術を共有できれば、医療の質も向上する」

<新生キャピタルパートナーズ株式会社 パートナー 栗原哲也氏>

栗原氏は、ヘルスケアベンチャーに投資する立場にあり、現在の医療への投資状況を見

て、「不安に思うところもある」と話しています。

栗原氏は、前職は製薬会社で創薬とヘルスケアのベンチャーとの協業やインキュベーション、投資を担当しており、現在は金融機関で創薬、デジタルヘルスへの投資を担当。医療、ヘルスケア産業の構造は業界全体を巻き込んだトータルソリューションに変わってきており、ベンチャー企業、IT 企業はその一翼を担うようになると分析しています。その証左として、2013 年と 17 年のベンチャー企業の資金調達状況の比較を示し、この 4 年間でベンチャー企業数は急激に増え、資金調達の額も 3～4 倍に膨れ上がっているのですが、中でも健康やヘルスケアはトップの分野で注目を集めていることを挙げています。

「アメリカでは、逆張りの文化もあって、リスクは高いがリターンも大きいベンチャーへの投資が加速している。日本は収益性・安定性を重視した投資が中心なので、最近若干改善はしてきたものの、なかなかヘルスケア関連のベンチャーへの投資が進まない。このままベンチャーへの投資が伸びず、上場もなければ、不安に思う企業や起業家も増えるかもしれない」

ヘルスケア関連のベンチャーの課題として、医療も分かるエンジニアの不足、IT と医療の相性が悪く、医療側でも IT を理解するものが少ない、マネタイズの難しさ、海外ベンチャーの台頭、大手企業のヘルスケアビジネスへの参入など、本領域の活性化のために必要な要素を紹介しました。

<三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部 主席研究員 古場裕司>

古場は三菱総研で一貫してヘルスケア、健康、医療の分野の研究に携わっており、今回は現在の国、民間の動向を紹介して自己紹介に替えています。

それによると、注目すべき国の動きは 3 点。1 点目は「データヘルス改革」が進んでいること。2018 年 6 月の未来投資戦略でマイナンバーの健康保険証利用＝ID 化や、PHR の構築が決定し、今後推進されることが決まっています。2 点目は「情報銀行」。認定事業者の選定が進んでおり、2019 年 3 月には発表の予定となっています。3 点目は規制の問題。プラットフォーム型ビジネスへの規制が検討されており、中間とりまとめが近々発表される見通しで、「目配りしておく必要がある」と古場。

民間の動きでも 3 点を指摘。1 点目が遠隔医療、オンライン診断の加速です。2018 年 4 月の診療報酬改定でオンライン診断が新設されたことを受け、遠隔医療が今後加速していく見通し。「デジタルヘルスが今後さらに活性化するだろう」と古場は分析しています。2 点目が健康経営・保健指導ビジネスの競争激化です。健康経営そのものではなく、本業と健康を絡めた取り組みなど、今までとは違った動きも見られています。そして 3 点目が海外で加速するウェアラブル端末の高度化です。アップルウォッチでは、ECG（心電図）が実装され、FDA の認可を受けました。同じく米国 Empatica 社が開発した端末「Embrace2」はてんかん発作のモニタリングが可能になり、こちらも FDA の認可を受けています。

▼ディスカッション (1) 協調と競争

ディスカッションは、奥村のファシリテーションで、医療の技術革新、イノベーションが進む中で、「参入企業が協調できる部分と、顧客を取り合う競争する部分はどこにあるか」という設問でスタートしました。

これに対し、パネラーそれぞれの立場から特色のある意見が聞かれました。

真野「ヘルスケアでは協調領域は結構あるだろう、気が付かないところもまだまだたくさんあるはず。その協調がうまくいかないのは、ひとつには医療のボリュームゾーンの保険診断の部分が、結局点数が低いために『数をこなす』ことに注力してしまって、患者の健康を最大化するということに行かない、数を競うところに落ちてしまっているから。協調を進めるうえでは報酬体系が鍵の一つになるのではないか」

神野「イノベーションのタネはたくさん出てくる領域なので、事業者の立場として積極的に協調していきたい。その一方で、すべての会社と一緒にやることはできないので、ひとつのイノベーションに一社、というのが基本。そこでどこと組むかが、競争になるのでは」

沖山「協調、競争という図式とはちょっと違うが、スタートアップがファーストペンギンとして取り組んだことが世界に普及していく流れは、競争でもあり協調でもあるのでは。スタートアップは、最新のテクノロジーを用いて、法的な整備のない新しい領域にチャレンジする。省庁はその結果をチェックして、必要な部分に後から規制をつくる。その規制をクリアしたものが大企業に転用されて、マスに広まっていくという流れがある。スタートアップはリスクを取ってトライするということでイノベーションの種部分、上流部分に関わっている。そのまま大企業に成長したり、あるいは大企業がスタートアップを吸収したりとプロセスは様々だが、役割分担の一貫として、連続性のある医療イノベーションを起こしていると言える。医療系のベンチャー、特に医師が起業したものは、パッションドリブンでやっている人が多いので、リスクを取ることを厭う人はいないと思う」

栗原「大企業がオープンイノベーションに期待するのは、要は自社ではイノベティブなことができないからやっているわけで、ベンチャーをうまく取り込む必要がある。しかし、日本はそこが下手で、ベンチャーを見つけ出すことや協業の仕方があまりうまくない。今回のこのような場をネットワークの場として利用することで、つながりを持ち、新しいビジネスを共創していく必要があるんじゃないかと思う」

古場「健康分野は、実は新しいビジネスモデルが創出されにくい分野でもある。個社だけでは難しいので、そこは協調領域になるのではないか。健康データの流通ひとつとっても、自社だけで仕組みを作るのは難しい。協調する仕組みがやはり必要」

▼ディスカッション (2) 官と民の関係

続いて、医療では切り離せない官との関係をどのように考え、取り扱うべきか。または、それぞれ、どのような役割を果たし、いかなる連携を取るべきかという質問が奥村から投げかけられます。

古場「オランダでは政府主導の PHR が失敗したものの、それは『国が良い土壌を作り、民間がそこに良い花を咲かせる』という考えに基いている。日本もそこは同じ。あとは、医療には規制が付き物で、レギュレーションとの兼ね合いが難しい。また、健康はレギュレーションがあまり明確でない分野であり、その規制やレギュレーションのあり方を巡って、両者がしっかりと議論する必要がある」

栗原「医療の領域は、新しいサービスができると後から規制がついてくる格好なのだが、投資家の立場からすると、ビジネスにリスクは張れるが、規制にリスクを張ることはできない（たとえば規制が緩和されるかどうかを先読みはできない）というところがある。つまり、それが良いものかどうかは分かるが、規制されるかどうか分からないければ投資や協業にも踏み切れない部分があるということ。官にもしっかりと目利きしてもらって、ベンチャー、アーリーアダプターと一緒に法整備をしてほしい」

沖山「法律というのは、本質的に『行間を読む』余地が残されているので、最初から官と一緒に開発を進めるというような流れが理想的ではある。新しいものには後から、省令や通知といった法の解釈、つまり但し書きがついて、段階を追って現場にマッチしていくもの。鶏が先か卵が先かというようなもので、だからこそ、最初から官民一緒に進めるべき。アイリスでも、役員に関係者がいて、法や厚労省の『空気感』を常に測りながら開発を進めている」

神野「“良い” と思って進める心意気が大事なのかなと思う。うちは全国で初めて院内の 24 時間コンビニを実現した。患者にとっても働く人にとっても良いことであれば、たとえ新しい取り組みのために制度整備がなされていなくても、それは後からついてくる、との信念がある。あとは補助金の難しさがある。補助金を使う際には例えば組織代表をすべて入れなければならないような制約がついて回り、それに縛られていると実用性のある運用ができない。あとは、厚労省はまだいいが、地方自治体では『官尊民卑』の風潮が根強い部分がある。官民一体で進める、という言葉質をしっかりと取って記録に残しながら進めないといけないところがある」

▼ディスカッション (3) データ活用と行動経済学

次に奥村から、データ活用についての問いがありました。「個々のニーズ起点で、データ活用する際のポイントは」という問いに対し、まずは古場が、ターゲットに関する課題を提示しました。

それによると、そもそも予防や未病の領域の健康は、無関心層が多く、リーチしにくいという課題があります。長期的な効果には反応しない傾向もあり、活動の継続性にも難があるとされています。古場は、このターゲット上の問題を解決するヒントとして、行動経済学的なアプローチが有効ではないかと述べ、特に行動に対する目的の二重化という考え方があることを紹介。例えば、キャビネットに収納するファイルの背中に斜めの線を入れると、その斜めの線に合わせてファイルを揃えたいくなるというような例があります。

古場「このような仕掛けや、社会貢献的なインセンティブを与えること、グループの仲間意識を利用する、ゲーミフィケーションを利用するなど、健康そのものではなく、目的を二重化することで行動変容する仕組みを作れば、個人ニーズを起点にしたデータ収集もうまく行くようになるのではないか」

これについては、栗原氏も賛意を示し、「素晴らしい健康アプリを作っても、ダウンロード数が数十、数百しかないということがよくある話」と話しています。

栗原「人は必ずしも治療成績が良くなるからといってアプリなどのサービスを使うものではない。逆に、『ポケモン Go』のように健康ではないところを入り口にしたサービスが、ビジネス的にもうまく行き、健康にも寄与している例もある」

この他、会場も交えて未来の医療システムを構築するための議論が交わされましたが、最後に、奥村がまとめとして次のように述べて、セッションも終了となりました。

「今回の議論のまとめとして、3点があるかと思う。1つ目は、イノベーションのタネはあるということ。医療と他業種の、または企業間での連携の可能性が多いことが改めて確認された。2点目は、健康産業は、データ収集、サービスの提供の仕方が問題になるということ。行動心理学的なアプローチで見られたように、複数のアプローチが必要になるだろう。そして3点目が企業から政策提言していくことの重要性。ベンチャーの新しい取り組みをすべてヘッジしていくのは難しい。そこでいろいろな企業が集まって団体を作り、官民連携のプラットフォームを作っていく必要があるという印象を持った」

そして、2019年度には、未来の医療システム実現に向けた政策提言に取り組む会議体を立ち上げる予定であることも話し、そこへの参加を呼びかけて、終了となりました。