



2030年を見据えたイノベーションと未来を考える会
イノベーション・エグゼクティブ・ボード (IEB)

ヘルスケア/ 医療の未来

目次

パート1

04 「ヘルスケア医療領域が目指す改革の方向性」に関する説明

05 議論のフレーム～ヘルスケア医療の改革2.0／3.0

05 受け手側と担い手側の2つのアプローチ

06 **1** 患者・企業起点／受け手側のアプローチ

09 **2** 従事者・病院起点／担い手側のアプローチ

12 根本的な課題の抽出

パート2

15 「ヘルスケア医療領域で企業が採るべきアクション」に関する討議

16 課題が見えても一歩を踏み出せない原因

18 民間企業として打つべきアクション

18 **1** 民間で協調した共助型ビジネスの拡大を促す啓発

19 **2** 会津若松をはじめとする地域共助モデルの展開

20 **3** 国への産業活性化視点での制度改革提言

ヘルスケア／医療の未来

アクセンチュアが発足した「2030年を見据えたイノベーションと未来を考える会——イノベーション・エグゼクティブ・ボード(IEB)は、2023年7月3日に2023年度の第1回「テーマ別会議」を開催。「ヘルスケア／医療の未来」をテーマに、有識者を招いて議論を行った。前半では「ヘルスケア医療領域が目指す改革の方向性」、後半では「ヘルスケア医療領域で企業が採るべきアクション」を主な議題にしている。参加者は、以下のIEBコアメンバーと有識者(役職は会議開催時点のもの)。

コアメンバー (敬称略)

新浪 剛史(議長)

サントリーホールディングス株式会社
代表取締役社長

澤田 純

日本電信電話株式会社
代表取締役会長

根岸 秋男

明治安田生命保険相互会社
取締役会長

村林 聡

株式会社インターネットイニシアティブ
取締役副社長

吉田 憲一郎

ソニーグループ株式会社
取締役代表執行役会長CEO

江川 昌史(主幹事)

アクセンチュア株式会社
代表取締役社長

牧岡 宏

アクセンチュア株式会社
専務執行役員
ビジネスコンサルティング本部
アジア太平洋・アフリカ・ラテンアメリカ・中東地区
統括本部長

立花 良範

アクセンチュア株式会社
専務執行役員
最高執行責任者

有識者 (敬称略)

安川 健司

アステラス製薬株式会社
代表取締役会長

鈴木 康裕

アクセンチュア株式会社
特別顧問
国際医療福祉大学学長
元・厚生労働省医務技監

プレゼンター

廣瀬 隆治

アクセンチュア株式会社
ビジネス コンサルティング本部 ストラテジーグループ日本統括 兼
通信・メディア プラクティス日本統括 マネジング・ディレクター

藤井 篤之

アクセンチュア株式会社
ビジネス コンサルティング本部 ストラテジーグループ
マネジング・ディレクター

ヘルスケア／医療エキスパート

石川 雅崇

アクセンチュア株式会社
執行役員
ビジネス コンサルティング本部
ライフサイエンスプラクティス日本統括
シニア・マネジング・ディレクター

永田 満

アクセンチュア株式会社
執行役員
テクノロジー コンサルティング本部
エンタープライズ&インダストリー テクノロジー日本統括
シニア・マネジング・ディレクター

保科 学世

アクセンチュア株式会社
執行役員
ビジネス コンサルティング本部
AIグループ日本統括
シニア・マネジング・ディレクター
博士(理学)

パート1

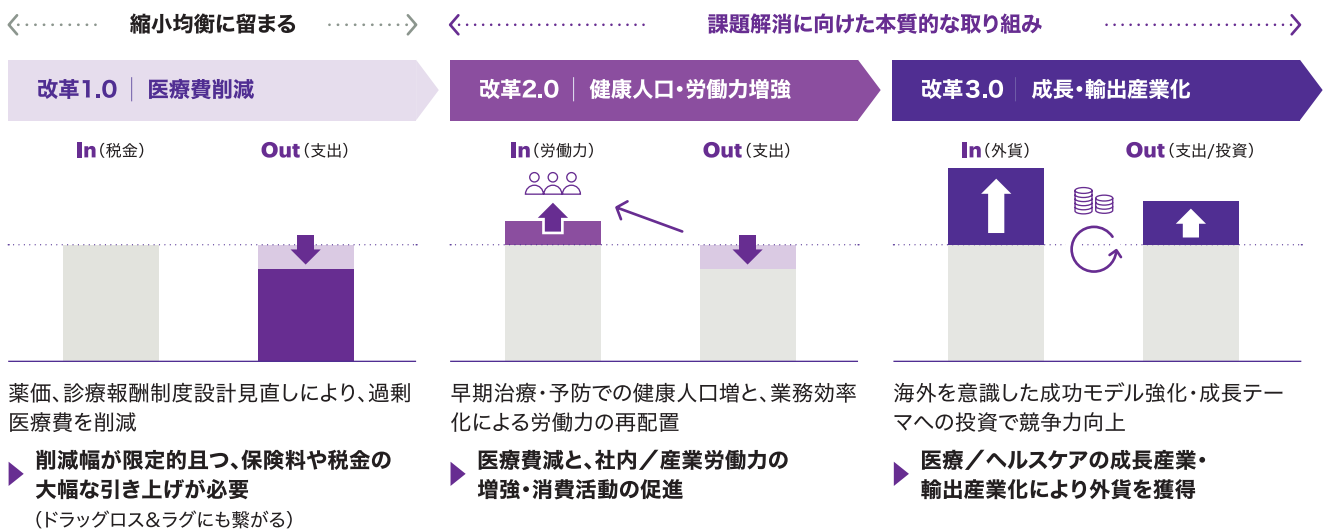
「ヘルスケア医療領域が目指す 改革の方向性」に関する説明

はじめに、アクセンチュアが議論のたたき台となる基礎的情報として、「ヘルスケア医療領域が目指す改革の方向性」について説明をし、続いて参加者の現状認識と課題についてディスカッションを実施しました。

議論のフレーム～ヘルスケア医療の改革2.0 / 3.0

2040年には、ヘルスケア医療領域のコストが77兆円に膨らむことが予測される中で、いかに持続可能な収支バランス（成長）を実現するか。そのために必要な、改革の3ステップを図1に示した。現状の議論は、医療費負担の削減に主眼が置かれた「改革1.0」段階であり、効果が限られ、将来の保険料・税金引き上げを招く。「ドラッグロス&ラグ」（新薬の承認遅れ、海外製薬企業の日本市場敬遠）につながる懸念もある。このステップにとどまらず、医療費支出の最適化や、「健康人口増加」を通じた「労働力増強」により、「ヒト・モノ・カネ」という原資を捻出することを優先する「改革2.0」、さらには、支出を投資ととらえ、輸出産業化によって外貨による医療費の原資を稼ぐ「改革3.0」を目指すべきである。

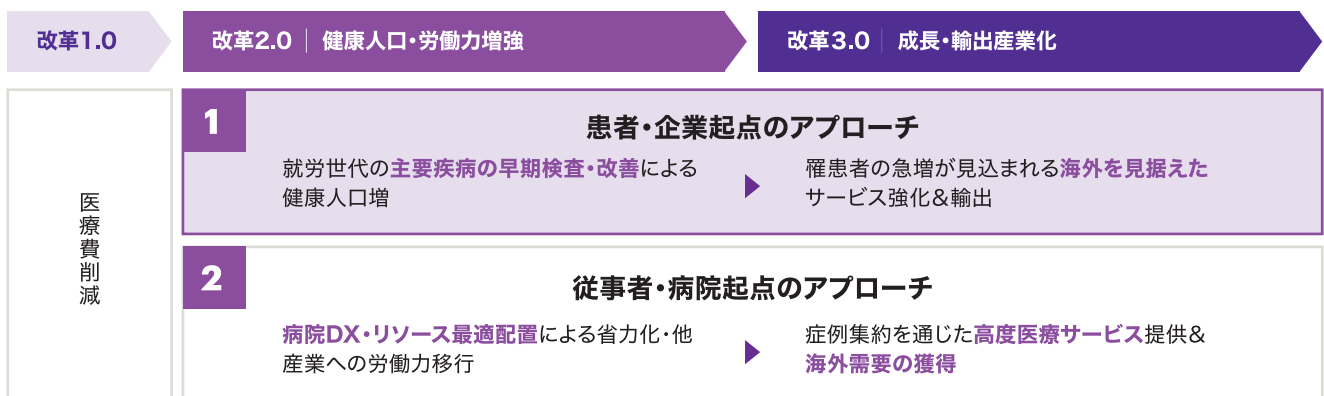
図1. 改革の3ステップ～縮小均衡から本質的取り組みへ



受け手側と担い手側の2つのアプローチ

「改革2.0 / 3.0」を進めるには、それぞれに「患者・企業起点 / 受け手側」のアプローチと、「従事者・病院起点 / 担い手側」のアプローチがある。

図2. 改革推進の2つのアプローチ



1 患者・企業起点／受け手側のアプローチ

人口減少の下で労働力のさらなる縮小や生産性低下をもたらす代表的疾病が、患者の64%を就労世代が占める「がん／生活習慣病」と同じく74%の「希少疾患・難病」。特に「がん」は、45歳から64歳の死因のほぼ半分を占めている。¹ 早期発見・治療が欠かせない。なお、ここでは就労世代の定義について、がん・生活習慣病は15歳-74歳、希少疾患/難病は20歳-74歳を対象としている。

✓ 先行取り組み事例

伊藤忠商事が国立がん研究センターと提携して、高度ながん検診を従業員に無償提供。動機付けのため、罹患時の優先治療、治療行為の評価と賞与への反映という仕組みを導入。予防と治療を併せて促進。

ベンチャー企業のHIROTSUは、線虫を利用した「がん検査キット」を開発、自宅で採尿してスクリーニング検査ができるサービスを提供。

生活習慣病に関しては、重症化予防・早期改善していくために、日常生活で続けられる取り組みが必要になる。

✓ 先行取り組み事例

明治安田生命が国立循環器センターと提携し、データ解析による予測モデルを用いて、循環器疾患の早期発見・予防を促す保険サービスの開発に取り組む。

米国のVirtaは、2型糖尿病患者に対するDTx(Digital Therapeutics: デジタル治療)を開発・提供。医師・指導員がAIアシストを活用してきめ細かなアドバイスをして行動変容を促す。患者の6割が薬の服用なしで生活可能な状態に寛解。

希少疾患・難病に関しては、個別最適化された高度な医療が求められるが、費用負担が大きいため、既存の枠組みを超えて経済合理性を加味した評価・相互扶助の仕組みを作る。

✓ 先行取り組み事例

アステラス製薬では、薬の価値を再定義する活動に取り組む。治療の観点に加え、疾患に伴う欠勤や退職などの労働力損失を、投薬による緩和や治癒によって抑制できる経済的インパクトまで含めて評価。高度な創薬・医療に結び付ける。

中国のネット保険会社衆安は、国民保険で保障されていない希少疾患に関する治療代・薬代を補償する商品を提供。高度な創薬への自己負担を可能にし、民間保険の活用による相互扶助の仕組みを構築。

¹ 出典: e-stat「医科診療医療費・第13表」(2020年)、e-stat「患者調査・第36表」(2020年)、難病情報センター 特定医療費(指定難病)受給者証所持者数(2020年)、e-stat「人口動態調査 人口動態統計 確定数 死亡」、※死亡者数のうち、年齢・死因共に不詳を除く

データ整備・活用が進まない要因

ヘルスケア医療領域の改革を進めるポイントの1つは、経済合理性まで含めたROIの可視化である。そのために不可欠なデータ整備・活用において、互換性がない状態でデータが分散していたり、民間での利用が制限されていたり、そもそも電子カルテ等が導入されていない小規模病院やクリニックが相当数あるなど課題が多く、国主導で医療DX政策を進めているものの、その取り組みはまだ道半ばである。

例えば、保険者の提供するレセプト・健診結果の情報を集約する国主導のNDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)は、公的性を強く求められ、民間利用のハードルが高い。医療機関が保有する電子カルテ・処方データベースである、国主導のMID-NET(Medical Information Database Network)は、データの量と偏りに課題がある。その他、患者提供データ(遺伝子情報含む)、企業人事

データなど、個別データでは蓄積期間・精度・品質に優れたものが多数存在する一方で、データが散在し、提供者間の統合参照が実現されていない点がボトルネックである。

海外と比較すると、米国やシンガポールでは、医療に関するデータのみならず保険・介護、生活者のデータに関しても基盤整備が進んでいる。データ基盤の整備が進めば、医療サービスに経済的な価値が創出され、新しいサービスが生まれて来るという正のスパイラルが回っていく。例えば、米国の健康維持機構「Kaiser Permanente」の取り組みがある。医療機関が整備された診療データを分析し、治療費・パフォーマンス・アウトカムを把握した上で、高額であっても費用対効果の高いサービスを提供。保険会社はその費用をカバーし、成果に応じた報酬を医療機関に支払っていく。ROIの高い取り組みに、さらに投資が進んでいくメカニズムが機能している。

図3. ヘルスケア関連データ連携状況の国際比較

		日本	米国	シンガポール
医療以外	医療 患者基本情報 治療・検査データ	特定健診、 薬剤情報のみ連携済	75%の病院で、 個人情報、診察情報、 薬歴等が連携済	全ての公立病院で、 診断・検査結果、薬歴、 退院記録等の連携済
	保険 保険金請求データ	病院と支払基金、保険会社 間のみデータ連携	民間保険会社と 各病院でデータ連携済	電子カルテ情報と 連携済
	介護 要介護認定情報・ 介護ケアデータ	情報収集の標準化に向け 調査段階	患者と承認された介護者が EHR※に一部アクセス可能	患者の同意を得ることで、 介護者が健康情報DBに アクセス可能
	生活 個人健康データ	検討段階	一部医療機関で、試行的に 健康データを収集し、 治療に使用	民間と国が連携し、 国民の健康データを収集・ 連携している事業あり

※EHR: Electronic Health Record(電子健康記録)

成長・輸出産業化、外貨獲得への期待

成長・輸出産業化の観点で「がん／生活習慣病／希少疾患」の患者数を見ると、やはり全世界で増加傾向にあり、その5割はアジアが占めている。アジアには日本人と遺伝特性が近い人種もいるため、日本でデータを整備し、疾患の傾向・改善策を構築できれば、今後、需要の大きいマーケットに展開できる。

✓ 効果的な取り組み

オリンパスが、インドネシアの消化器内視鏡学会と協力し、がん早期発見に寄与する内視鏡システムを、医療技術とセットで輸出。

オムロンが、シンガポールの現地企業とJVを設立し、生活習慣病に関わる自社プロダクトを企業向け健康管理サービスに仕立てて輸出。

患者・企業起点のアプローチ まとめ

就労世代の生産性低下に大きく影響する「がん」「希少疾患/難病」「生活習慣病」といった
主要疾病に対する早期検査・改善が重要

経済価値も含めたROI可視化・共通理解化を行うことで、**早期対応への動機づけを強化**するとともに、**高度治療・創薬も含めた健康改善策**を提供し、就労世代の健康人口を増加させ、医療費を抑制しつつ労働力を捻出していくべき

当該疾病の罹患数は、特性が近いアジア諸国で増加率が高く、輸出による外貨獲得が期待できるが、これら改革推進の前提・基盤となるデータ整備・活用が諸外国に比べて遅れていることが足枷となり、折角の高品質な個別データが活かせない懸念が存在

このような取り組みにより、特性の近いアジア諸国へ輸出して外貨獲得も期待できる。



2 従事者・病院起点／担い手側のアプローチ

病院のDX推進と、希少な高度技術を持つ医療従事者のリソースを最適配置し、省力化や他産業への労働力移行をしつつ、症例集約を通じて高度医療をいかに海外需要獲得へつなげていくかがポイントになる。

現状の課題～人件費比率の高さ、小規模・赤字病院の多さ

- 医療費43兆円のうち4割が医療機関の人件費に充てられている。産業別就労者数の2025年、2040年の推計値によれば、労働力不足のために全体的には減少傾向なのに対して、医療・福祉セクターのみ増加傾向にある。言い換えると他の産業から労働力を振り分けざるを得ない状況になっていく構造にある。
- 他国と比較して20床未満の小規模な医療機関が非常に多く、6割以上の医療機関が赤字経営という状況が、医療機関における業務の集約やDXによる効率化のハードルになっている。
- 急性期医療の機能を持つ総合病院が、診療点数の低い慢性期や軽症の患者も含めた様々な患者に対応するため、利益を圧迫。国内での症例数が分散し、専門性が高まらない弊害もある。症例分散は、医師育成の環境不備、医師の質低下や、さらなる医師不足につながるおそれ。

※日本の専門医の割合は米国より2割低い。米国の胸部心臓外科医の5%を日本人医師が占めるなど、優秀な専門医の海外流出も懸念されている。

課題解決の方向性～病院ごとの機能分化・マッチング

病院ごとの機能分化、連携強化。つまり、緊急性の高い急性期の患者を基幹病院で診療し、それ以外の患者は一般病院で対応するマッチングの推進によって、病院収支を改善。さらに基幹病院で症例を集約して高度専門化していく。

✓ 先進的な取り組み事例

規模を活かした経営力の実現：亀田総合病院（千葉県）は、創業時40床の小規模病院から900床へ大規模化。基幹病院としてグループ全体で症例を収集し、地域連携によるデータ規模の拡大、病院内のデータ流通を加速化。DXによる効率化と併せて、生み出された余力で医療の専門化・高度化を推進。

省力化や高度化に向けたシェアード・サービス

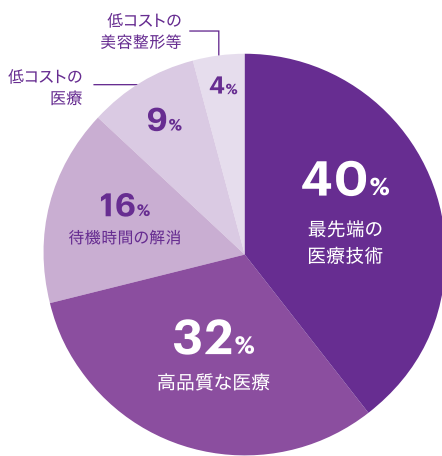
- スタートアップのUbieは、AIを活用した問診内容の自動深掘と診療データの収集、電子カルテの標準化ツールによって、診療業務以外の業務負担を軽減できるサービスを展開。全国1,000以上の医療機関で導入（2022年7月時点）
- AT&T Businessは、遠隔診療・患者モニタリングを行える統合プラットフォームを活用した「Virtual Care」サービスを展開。国土が広く医師不足・偏在の課題を持つアメリカで、有限で希少な医療ソースを有効活用。

外国人患者受け入れ・海外市場進出への展開

アジア各国では、人口当たり医師数・看護師数などの医療体制水準が、日本や欧米に比べてまだまだ低い。治療効果への信頼度、デジタル技術への満足度など、医療に対する評価も低い。裏返しとして、高品質な医療に対するニーズがあると推察される。実際、医療ツーリズムは、コロナ以前は年間約10%の割合で増加。特にアジア圏からの外国人患者が非常に多い点から言えば、日本の高品質な医療の競争力は非常に高い。

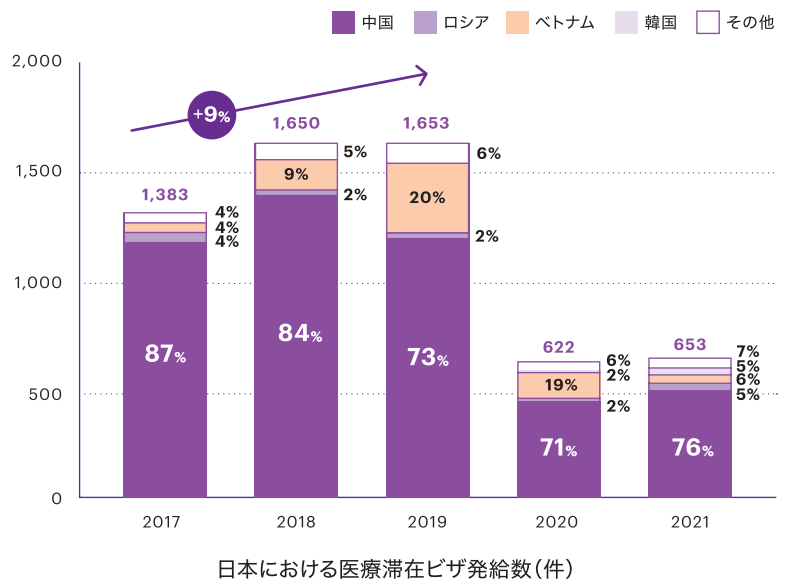
図4. 高まるインバウンド医療のニーズ

医療ツーリストの7割は、
先進医療・高品質な医療受診が目的



医療ツーリストの渡航目的

コロナ以前は約10%/年で増加しており、特に
近隣諸国(中国・ロシア・ベトナム)からの外国人患者が多い



出典：日本政策投資銀行 産業調査部「進む医療の国際化～医療ツーリズムの動向」、外務省「ビザ(査証)発給統計」

✓ 先進的な取り組み

a) インバウンド医療 — 外国人患者の受け入れの事例

海外医療機関や外国人患者のいる企業と連携・ノウハウ活用により、ニーズに合った医療サービスを提供する。

- 公益財団法人がん研究会有明病院(東京都)は、がん治療のノウハウを活かした「がんドック」に外国人患者を誘致。帰国後も海外の送り出し病院と連携して定期的にフォローアップし、再来院する仕組みを整備している

b) アウトバウンド医療 — 国内医療機関の海外拠点設立の事例

個社による製品販売に止まらず、効率化された医療モデルを強みにして、医療機関ごと輸出し、海外需要を取り込む。

- 北原国際病院(東京都)は、効率的な救急救命の運営ノウハウを強みとし、カンボジアに日本式の病院を設立・運営。
- 三井物産が出資した民間病院グループIHH Healthcare Berhad(主要拠点はマレーシア)は、高度医療を強みに海外で事業展開。アジアを中心に10か国、約80病院を擁する。

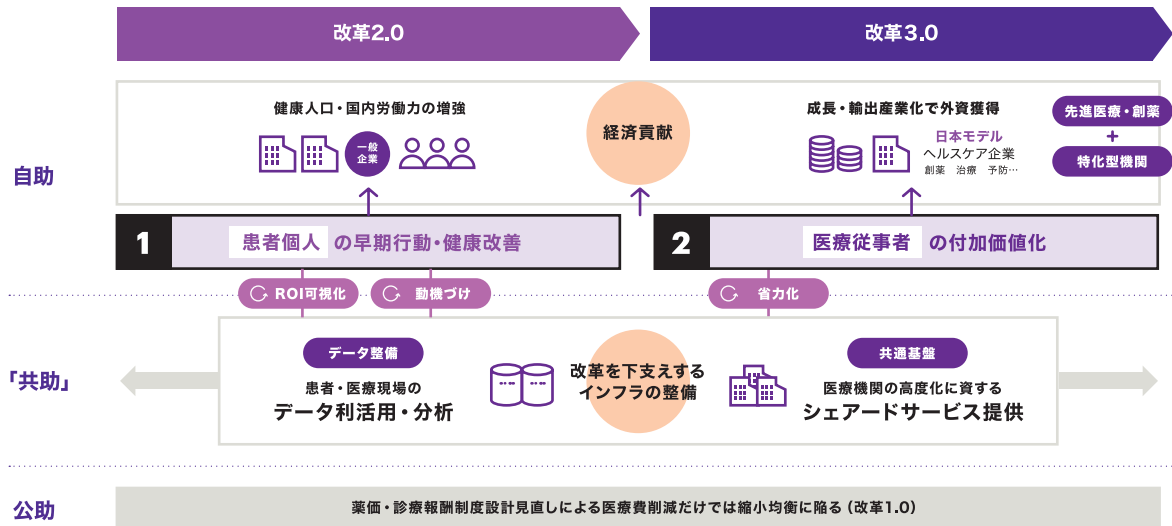
従事者・病院起点のアプローチ まとめ

医療費の4割が人件費であり、他産業からの労働人口移行も見込まれるが、**小規模かつ赤字の病院が多数**存在しており、**省力化・高度化のためのシェアード基盤**を提供し、**経営力強化**に貢献することが重要

まずは、院内データ収集・連携による**非本来業務負荷の軽減**と、院外との**遠隔ソリューション活用**による戦略的経営の実現により、他産業へ労働力をシフトしつつ、**症例数集約による高度専門化**を併せて実施

諸外国には、医療体制の課題と高度医療へのニーズが明らかに存在しており、外国人患者の受け入れ(インバウンド)や仕組みの海外輸出(アウトバウンド)を推進し、**海外需要の取り込み**を狙うべき

図5. ヘルスケア医療領域が目指すべき姿の全体像



ここまでの観点をまとめた全体像を図5に示した。目指すべき姿を実現するには、「改革2.0/3.0」を下支えするインフラの必要性が浮かび上がって来る。1つは「データの整備」。個別に蓄積され分断化された高品質のデータを統合・整備し、エビデンス化し、データの利活用を増やしていく取り組み。2点目は、「共通基盤」。医療機関や産業全体でデータを利活用して、成長につなげられるシェアード・サービスを横展開する基盤の構築である。言い換えると、患者・企業・医療機関が個別に取り組む「自助」、税金や保険(ここでは公的な仕組みとしての皆保険と位置づけ)による「公助」との間に、両者の協調領域として設ける「『共助』的」な仕掛けと言える。これら2つのインフラが重要になると考えている。

✓ 先進的な取り組み

東京女子医科大学病院(東京都)は、腎臓病総合医療センターの創設以来40年に渡って蓄積した実績データを基にAIを活用。患者とドナーのマッチングの精度を高めて副作用を予防するなど、腎疾患患者のQOL向上を実現(投薬の中止精度を30%低減)。

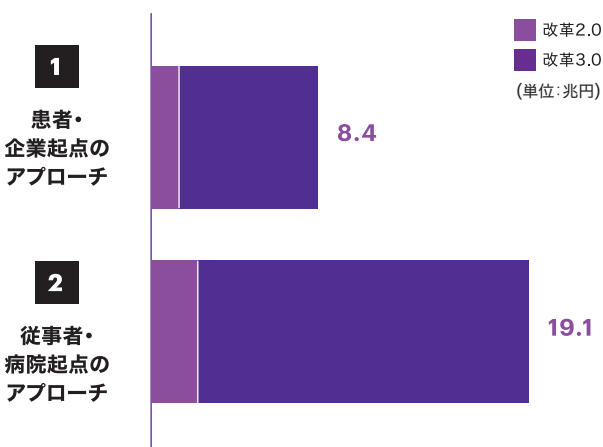
佐賀大学の医学部付属病院肝疾患センター(佐賀県)では、県内の医療機関・大学・国保連合会から、いわゆる「メタボがん」に関するデータを収集。RWD(Real World Data:臨床の中で得られる医療データの総称)を分析し、疾病対策の施策に適用。将来的な民間企業へのモデル展開も視野に入れる。

※モデル構築に当り、アクセンチュアが協力

以上の改革を通じた経済インパクトは約27.5兆円と試算される。

図6. 改革の経済インパクト

経済効果:投資原資増加



試算前提(アプローチ1・2共通)

改革2.0 健康人口・労働力増強

定義
健康人口増強/生産性向上に伴い期待される付加価値向上額

試算ロジック(労働力×1人あたり付加価値)
労働力:健康化/生産性向上で生み出される労働力
付加価値:日本の平均付加価値額・波及効果

改革3.0 成長・輸出産業化

定義
日本企業のアジア展開に伴い期待される国内への付加価値還元額

試算ロジック(収益×還元率)
収益:産業化で期待される企業の収益ポテンシャル
還元率:海外収益のうち、日本に還元される割合

根本的な課題の抽出

改革の方向性に関する説明を受け、ヘルスケア医療領域が現在抱えている課題と採るべきアプローチについてディスカッションが行われた。

討議の前提となる世界観

- 日本を取り巻く風景の変化を共通認識とする。具体的には、デフレからインフレへ、「安全／統一化」から「紛争／分断」の世界へ、モノの見方を変えなければ立ち行かなくなる時代状況へ、という3点を踏まえる。
- ヘルスケア医療領域は、「公助」から「自助／共助」へ軸足を移す。
- ヘルスケア医療領域を取り巻く世界観として、病気治療というコアの前後、創薬から物流までバリューチェーンを広く捉える。
- 「セルフケア／プライマリーケア／専門ケア」という3つの構造で捉え、セルフケアに力点を置き、プライマリーケアにも生活サポートを含めてコミュニティでシェアする仕組みを採り入れる。

※海外の「ビュートソルフ・オランダ」「リンクワーカー制度(英国)」などが参考になる。

DX、生産性向上が進まない原因【改革1.0】

医療費削減に欠かせない医療現場のDX、生産性向上が進まない要因について、幅広い角度から指摘がなされた。

古い制度の枠組み

国民皆保険や薬価・診療報酬制度などの仕組みは、昭和20年代に作られた骨格の上にパッチワークのように積み上げられ、改善点を解きほぐせないスパゲティ状態になり、国民皆保険制度自体が足枷になっている。創設時は「稀にしか起きない大きな不幸を救う国家最大の互助システム」として作られた。当時と比べて、人口ピラミッド・平均寿命・罹患する病気の種類は大きく変わり、薬学・医学分野のテクノロジーが進歩し、高額な医療行為も増えている。こうした現状に合わせて改革する必要がある。ただし、政治的判断が伴い、前に進まない間に、新たな時代状況に合わせて制度を構築している後発国に追い抜かれている。

経営インセンティブの欠如

病院の生産性が低い要因の1つは、民間病院の事務長の地位が低く、院長や理事長の裁量に任されていること。生産効率を向上するインセンティブを病院に与えないと改革は進まない。アメリカで採用されている「DRG」(DRG/PPS:Diagnosis Related Group/Prospective Payment System:1入院当たり包括支払い方式)が参考になる。ある病気に対して一定額を一括支払いして、病院側はコストを下げ治療するほど残りの取り分が大きくなる仕組み。日本でも近い制度として病院機能評価係数に応じ

て支払う「DPC」(DPC/PDPS:Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System:診断群分類1日当たり包括支払い制度)というシステムが取り入れられているが、今の理事長・病院長・事務長が共に生産性向上によって取り分を多くできるように一所懸命に取り組むような、経営インセンティブをさらに広げる必要がある。

医療の重複、忙しすぎる医師

軽微な症状でも総合病院・専門病院に行きたがる患者の慣習が、医療の重複、忙しすぎる医師、赤字経営につながる。これを防ぐためには、掛かりつけ医のリモート診療、AIドクターなどによって、初期段階で症状に応じたトリアージ的な振り分けを行い、適切な医療機関とマッチングをする機能を設けるべき。ただし「ゲートキーパー」による2段階制度は日本になじまないという指摘もある。最初に「掛かりつけ医」ではなく中規模病院で「CT/MRI/血液検査」した上で、掛かりつけ医に戻す仕組みが有効という考え方も示された。

データ整備・利活用のハードル【改革2.0】

医療DXの前提となるデータ整備・利活用は、医療従事者の業務効率化や患者サービスの向上に欠かせない。初めのプレゼンテーションで提示された「データが分散、統合されていない／データは誰のものか」との論点に加え、さまざまなハードルが指摘された。

「長期的に特定の疾病発生率を追跡して要因分析をするコホート研究に基づく良質なデータを国立大学は持っている。しかし、紙ベースで蓄積され、医師が公開を避ける傾向があるため、クレンジングが行われず、データ活用ができていない。公的セクターのデータをいかに民間に移し、活用可能にできるかが課題」「電子カルテ(※)の公開やデータ共有を阻む病院・ドクターの慣習。治療レベルの比較、ノウハウ公開を嫌がる風潮。患者にとっては、カルテのシェアが行われない結果、同じ検査を何度も行う不便を強いられる」といった構造的な課題の他に、「個人のパーソナルデータと匿名化データの区別がない議論」「関連疾患のデータの蓄積や組み合わせ、生活習慣データも含めた分析が足りない」「企業／健保が持つ健診・健康管理データと産業医の連携がない。人事部門がデータ利活用に保守的なため、健康増進にデータを活用できない」といった当事者や企業経営者の裁量で改革できる点も指摘された。また「大企業が組合健保を通じて持つ豊富なデータ活用のノウハウを創り出し、労働力人口の7割を占める中小企業の協会けんぽへ段階的に浸透させることが、国内の健康人口・労働力の増強に資する」といった示唆も与えられた。

※電子カルテの普及率は、400床以上の大規模病院で90%以上、小規模医療機関では50%前後に止まる。

データ利活用が進まない原因【改革2.0】

データの利活用の障壁をさらに深堀りし、次のような論点が出された。

医療DXに使える物理的な通信インフラは整備済み。レセプトを100%電子送信するためにセキュアな太い回線が敷かれている。送信頻度から考えると有効活用されていない。空きも大きい。問題はソフトにある。

a) カルチャー

日本の「完璧主義(無謬性)／平等主義」の風潮。全国一律の建前、ミスに臆病な風潮

▶ 産業界がリーダーシップを取って変えていくしかない。

b) マンパワー

病床の多さを始め、医師が忙し過ぎてDXに取り組む余裕がない。

c) 法制度

医療法上のカルテの5年保存義務がオンプレミスからクラウドへの移行の障壁になっている。刑法で定められている「守秘義務」=医師であれば、正当な理由なく診療上知り得た秘密を第三者に漏らしてはいけないという規定が、創薬や民間サービスへのデータ提供への抵抗感に。

cは公領域、aとbは民間主導でも行える。

成長・輸出産業化の方向性とネック【改革3.0】

データ活用や医療現場のDXを目指す改革2.0から、新たなビジネスモデルを構築して輸出産業につなげる改革3.0へのステップに関わる討議は以下の通り。

医療費抑制の下で縮小均衡にならず、成長を目指す医療・製薬の方向性の1つとして「対症療法から根治療法への転換」が進みつつある現状が報告された。成長可能な分野については「内視鏡やロボットなどの高度医療機器の開発」「使い切り形心電計など『簡易で正確な診断システム+プラスAI活用』が有効」というアイデアが出た。一方で「針を刺して血糖値を測定するウェアラブル端末は医療行為に該当し、日本では認可されない。認証不要な規制の外側で進めることが肝要」といった制度面の壁、「日本のクオリティの高さが、輸出ターゲットとなるアジア圏のニーズに込んでいるかの検証が必要」といったマーケティング面の課題が指摘された。AIの活用に当たっては、「トライ&エラー」が必須のAIを、試行錯誤が難しい医療分野の活用するハードルも議論された。

討議の後半で、課題を踏まえて、次のステップとして踏み出すべきアプローチについて意見が出された。

国民の健康意識を変えるチャンス

国民皆保険の下では自己負担が軽いため、ちょっとした風邪でもクリニックに駆け込む病院依存の慣習が、医師の多忙、病院の赤字経営の要因の1つ。セルフメディケーション・予防・未病の啓発に取り組み、個々人の意識化を促す必要がある。企業から従業員へ圧力をかける、国の制度に利用実態に応じて保険料を変える民間保険サービスの仕組みを採り入れるといった方向性も考えられる。

またコロナ禍後の変化として、リモートワーク、在宅勤務の増加に伴い従業員の鬱症状、肥満が増加しているという調査もある。予防の観点から懸念される。その一方で、今回のコロナ禍でストレスが溜まり、医療に対する国民の危機意識は高まっている。現状で6割が赤字という小規模病院が置かれた状況の深刻さ、今後10年周期で起こり得るパンデミックへの備えなどを外圧として改革の追い風にすれば、国民の健康意識をさらに高めるチャンスになる。

患者・企業／受け手側のターゲット

高齢者のヘルスケアの在り方に着目すべき。自助促進の観点、周辺ボランティアが支える共助の仕組みの創出という方向にシフトしていくことで、医療費抑制や小規模病院の倒産リスク回避というマイナス面の低減から、新たな民間サービスの産業化というプラス面の拡充へと流れを変えていける可能性があるのではないかと。

あるいは、人口統計学(demography)の観点と、時間軸を意識して言えば、5~10年後は現在の高齢者よりも、現役の生産年齢人口にフォーカスすべきではないかと。

先端テクノロジーとイノベーションで壁を乗り越える

行き詰まった状況の打開と成長産業化の両面で、先端テクノロジーとイノベーションへの期待は高い。

- 「完璧主義／平等主義」から抜け出す方法の1つがテクノロジーとイノベーション。例えば、分子生物学の製薬・医療への応用だけでなく、さらに進んだ技術である量子生物学の製薬・医療への応用に投資するというような、既存の領域を超えた分野により新しい地平が見えつつある。
- アンチエイジング(抗加齢／老化防止)や未病に貢献する分野として、遺伝子治療・バイオ医薬品などの研究開発は避けて通れない。昨今増加している、強度のストレスを引き金とした心の病や“absenteeism”(長期欠勤)の問題に対しては、ニューロサイエンス(脳科学)や量子コンピューティングの研究も候補に挙がって来る。コロナ禍後にパワハラが増えているデータも出ているが、その対策にも有効。
- 遺伝子を用いた個別化医療が医療の未来を担う。現在は1つの疾患に対して同じ薬を処方しているが、どんな遺伝子変異で症状が現れているかの個性が高いため、遺伝子

分析に基いてその状況に限定して投薬できるため、高い治療効果と医療の効率化にも相当役立つ。ただし、遺伝子データだけで生活関連のデータを合わせて分析しなければ、より高度な“Precision Medicine”(精密医療)やパーソナル医療に応用できない。

国家戦略としての意識醸成

- ヘルスケア・医療領域は、データの整備・利活用、DXを通じた民間サービスの産業化による成長効果がもっとも高い。医療予算の膨張、高齢化、労働力人口の減少という三重苦の国家的課題に萎縮せず、果敢に攻めることで果実を得られる分野が、HX(ヘルスケア・トランスフォーメーション)であり、これからの日本の足腰になる。財政規律、予算カットも必要だが、削減した予算を赤字産業の延命(診療報酬)に渡さず、イノベティブな創薬・医療機器開発のサポートに振り向ける必要がある。
- 基礎的R&Dは国家の役割。ヘルスケア分野でも、量子コンピューティングに取り組みなければ新薬開発の競争に負けてしまう。予算との関係で歳出削減の議論に陥らないように、R&Dの予算に関しては、単年度主義から複数年度化に替えて行くべき。1人当たりのGDPとR&Dの基礎的な国家の伸びは実は相関関係があり、「R&D=国家の力」とも言える。ヘルスケアのR&Dは、国民のWell-being向上にもつながる。

パート2

「ヘルスケア医療領域で 企業が採るべきアクション」 に関する討議

パート1の討議を受け、より具体的なアクションにつながるディスカッションが行われた。要旨は次の通り。

課題が見えても一歩を踏み出せない原因

前半の討議でヘルスケア医療領域におけるさまざまな課題が浮き彫りになった。これらのハードルが既知のものになっているにも関わらず、企業が産業化に向けてアクションを起せない原因について、以下のように討議を深めた。

改革2.0

承認制度が阻む次世代の医療機器開発

次世代医療を支えるAI応用の壁として、承認機関のPMDA(Pharmaceuticals and Medical Devices Agency:独立行政法人 医薬品医療機器総合機構)の規定が挙げられる。医療機器、医薬品ともにPMDAの承認を得るには、審査申請時に効果と安全性に関する全てのデータを提出して合格しなければならない。しかし、審査時に提出したデータしかAIが使えなければ、教師データで学習して常に賢くなるというAIの特性が発揮できない。安全性を確保しながら、いかに効果のデータを取り込めるようにするかを検討する必要がある。

ITインフラのレガシーシステム

データ整備と利活用、DXの推進に当たって、中小医療機関では院内システムがバラバラに構築され、ITリテラシーや装備が未整備な点が指摘された。ITインフラに関しては、各病院が「オンプレミス、ミドルウェア、クラウド」をどう使い分けているかによって改革のアプローチが違ふ。AI応用にはクラウドによる学習が不可欠。小規模病院か総合病院か、どのシステムをどう持っているのか、病院の役割分担をどう考えるかなどの視点と、ITインフラをセットで考える必要がある。

患者目線・需要サイドのシステム構築の欠如

マイナンバーの課題と同様に、供給者目線のシステムはうまく機能しにくい。患者目線・需要サイドのシステムを導入し、一元化された医療ポータルなどで自分のデータを全て自らチェックできる仕組みを構築すれば、利便性やメリットを感じやすくなり導入が進むはず。会津モデルの「データは個人のもの」というコンセプトもヒントになる。

健保組合の力

健保組合がAIを活用して、レセプトをチェックしてモノを言える力を付け、より活用できる仕組みを作るべき。健保組合

を活かすには企業の健康経営のレベルを引き上げことが不可欠。その上で、ハードを支えるソフト面の先進的取り組みとして海外に輸出できるようにする。健保組合が力をつける、つまり保険者機能を強化するには組合数の大幅な削減も必要。ドイツでは保険者を選べるというスキームにした結果、1992年に1123あった健康保険組合が2016年には116へ、10分の1に減少した。

AIテクノロジーの医療への応用の課題

- 医療分野のAI応用は、画像診断の効率化にしか採用されていない。しかし、医師の忙しさ解消、生産性向上には、ChatGPTのような「生成AI=LLM(large language model:大規模言語モデル)」を活用した事務作業のサポートなどが有効。多くの赤字経営の病院に対して、インフラ整備やAI活用を通じて、民間企業が支援できる余地は大きい。
- 日本が生成AIをヘルスケア領域で使うことで効果や課題が浮き彫りになり、ブレークスルーが生まれる可能性がある。ただし、その活用に当たっては、利用できるデータの範囲や応用分野を明確にし、「opportunity」(好機)と「challenge」(難題・挑戦)の整理も必要。インプットするデータがテキストに止まらず、音声や映像などマルチモーダルになり、結果の正しさ・信頼性に対する「accountability」(説明責任)や「explainability」(説明可能性)がどこまで担保されるか、注意しなければならない。
- 「Responsible AI(責任あるAI)」の観点を採り入れ、価値創造とリスクマネジメントの両立を図る必要がある。
- 機密性データの扱い方、オープンデータとの切り分けの問題をどう解決するかも重要。共同で学習すべき公開データと、競争の観点とセキュリティの両面から個別の企業内部で保持してファイン・チューニングするデータ、つまり協調領域と競争領域を明確に切り分けるためのルールづくりが求められる。

製薬会社の持つ薬剤情報のオープン化

- 薬剤の効果や副作用のデータをもっとも保有している製薬会社が、ユーザーに情報開示する仕組みづくりが考えられる。現状の薬機法では、個々の製薬会社がダイレクトに患者個人にデータを伝えられないが、薬剤師を通じてデータを個人に正しく説明できる可能性はある
- 患者が自分自身に適した治療、薬の服用を選びたいというニーズに応える上で、製薬会社全体のデータを活用する仕組みの構築が考えられる。同様に、この医者が診察するところという治療をされるという客観的な情報を見られる仕組みの構築も求められる。
- 複数の製薬会社でデータのコンソーシアムを組むのも1つの方法。重要なのはWell-being、QOLの向上につながるかという観点である。

クリニック向けサブスクリプション・サービスやアウトソースできる共通基盤

既存システムが個別に構築され、赤字経営が大半に及ぶ中で医療現場のDX、病院改革に踏み出すには、企業側が初期投資をしてクラウド上のサブスクリプションで使えるモデルを提供する方法、複数の病院のバックオフィス機能を共通化してアウトソースする仕組みなどが考えられる。

アプローチとしては、医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進する「地域医療連携推進法人」の仕組みや、デジタル田園健康特区に指定された岡山県吉備町の供給サイドのネットワーク化も似ている。こうした成功事例を積み上げて横展開していくと良いのではないかな。

改革3.0

技術面以外で立ちはだかる輸出障壁

- 輸出産業化の壁。技術の輸出だけでは成功しない。例えば東南アジアでは、医療や病院自体の信頼性醸成など、草の根啓発活動から取り組む必要がある。中国は最大のマーケットと想定されるが、都市部と農村の格差が大きく、無医村も多い。加えて、共産党政府が急速に進展する高齢化の下、社会保障費が跳ね上がる医療改革に後ろ向きのため、ビジネスチャンスを活かせない。人びとのメンタリティと政府当局の思惑という2つの障壁がある。マーケットの下地づくりのハードルがまだまだ高い。
- 公的病院は、患者の負担を抑えるために設立されたという趣旨からいえば、富裕層のインバウンド受け入れに対しては一定の留保がある。病床に余裕がある場合はその限りではない。

成功事例のエビデンス発信の必要性

- 兵庫県尼崎市では、腎機能が衰えた人を特定し、市の職員がお宅に訪問して食生活の指導や運動を促す啓発活動を数年間続けた結果、市内で人工透析が必要な人口比率が全国平均の半分に低下した。人工透析になって仕事ができなくなるのを防ぎ、個人のQOLが改善。また、人工透析は重度心身障害に該当し身体障害者1級扱いになるため、地方自治体は福祉費の支出が必要になる。尼崎市では人工透析が減った結果、財政負担が軽減した。病気予防の啓発が個人と地方自治体の双方にメリットがあると示した実例である。
- 糖尿病患者に対して、「投薬のみ」と「投薬+健康アドバイス(モバイル機器で用いるアプリ)」で違いが出るかを臨床試験で検証した結果、血糖値の指標となるヘモグロビンA1cに関して、後者のほうが約2ポイント低い値が出た。このように健康アドバイスが非常に大きな医学的効果があることを示すエビデンスを社会に発信していくことにより、ヘルスケア改革はより一層進むと考えられる。
- 健康アドバイスの効果を広げる上で、データ解析を通じた“affordability”の実現により、自治体の医療予算だけでなく、個人の医療負担も下がる。QOL向上と負担軽減により、本人が生産活動に復帰できるようになれば、労働力人口の増強に直結する。
- 「健康寿命、介護予防を視野に入れた場合、医療に偏らず、歯科分野の咀嚼・口腔ケアについても中心に据えて議論すべき」という指摘もあった。

民間企業として打つべきアクション

最後に、さまざまな課題、障壁がある中で、民間企業としてすぐにでも着手できるアクションについて、以下の3つの打ち手を整理した。

1 民間で協調した共助型ビジネスの拡大を促す啓発

ヘルスケア・医療のバリューチェーン全体でのDXによる効率化・高度化、データ利活用拡大によるセルフメディケーション・予防・未病の促進、高度医療促進に向けた新たな保険。これらを通じて健康人口・労働力の増強、さらには輸出産業化に向けたヘルスケア・医療産業の高度化を実現していく。予防や未病を視野に入れると、バリューチェーンだけでなく、産業領域の拡大にもつながる。産業群として考えれば、エンタメ、モビリティ、住宅・建築、食・栄養といった様々な産業が関わって来る。現在の産業分類とは別に、ヘルスケアと健康をテーマにした「新しい産業連関表」のような捉え方も考えられる。

ヘルスケアバリューチェーン全体共同運営＋ シェアード・サービスによるDX・高度化＋ 外貨獲得成長産業化

創薬から物流、予防から治療・予後までのバリューチェーン全体で全体最適を実現する合従連衡や、小規模な経営体に対してのシェアード・サービス、開業医がデジタルを含めた機能をシェアするメディカルモールを推進することで、大胆なデジタル投資と業務改革を可能にするとともに、データ連携による役割分担の高度化を実現し、ヘルスケア・医療業界全体のDXを実現する。DXの推進と役割分担の高度化が実現することで、効率化と医療の質向上が同時に実現し、労働力不足を補うとともにアジアからのインバウンド誘客や海外展開可能な競争力を獲得する。

さらには、AI活用などによる産業の進化や健康経営を高度化するためのエビデンス構築に必要なデータの蓄積・利活用促進にも寄与。

健保の合併・強化とデータ利活用による 健康経営・セルフメディケーション促進

セルフメディケーションによる自助的な健康行動が前提であり、そのうえで共助型のヘルスケアシステムが成り立つことを認識する必要がある。セルフメディケーション（セルフケア／自助）に対する個々人の意識を高めるには、個々にリスクを開示・予測した姿を見せることが有効。健康診断結果に生活習慣を絡め、きちんとしたデータ活用をして「今のまま生活をしていたら、将来こんな病気になる」という風景を提示する必要がある。

そのためには、フラグメントな企業健保の合併・連携を進め、

企業健保が持つデータ量を大きくし利活用余地を高めることで、競争原理も働かせながら健康経営の質を向上させる。さらには、未病段階からの予防を行うソリューションをビジネスとして確立し、医療費削減が新産業の拡大につながるような取り組みを目指す。

製薬企業のデータ共同利活用ビジネスモデルと 薬剤師の活用

治療成果や副反応についての膨大かつ最新のデータを持つ製薬企業が連携しデータを共同利活用できるようにすることで、国全体で創薬・治療の質を向上させ産業競争力を向上させるとともに、薬剤師が活用できるようにすることでデジタル化の進展で役割の変化が求められる薬剤師の業務を高度化・タスクシフトを実現し、医療従事者の不足を補い、コミュニティケアの質を向上。

高度医療向け保険の充実

皆保険による保険収載を前提にした低い薬価による市場ではなく、経済効果まで含めた効果を加味し、かつ民間医療保険利用を前提にした創薬・市場投入インセンティブが高い薬価を実現するために、製薬・保険会社で連携し高度医療向けの保険を充実させる。

2 会津若松をはじめとする地域共助モデルの展開

妊娠から幼児までの健康は自治体、入学してからは学校、企業に入社してからは企業健保、医療機関での記録は病院、民間のヘルスケアサービスは民間企業やアップル・グーグルなどのプラットフォーム、高齢者になってからは自治体による国民健康保険、介護は自治体の所管と、同じ地域に住んでいても年齢や所属、受けるサービスによってデータが分断し最適化がなされていない。ヘルスケアが人の生活に密接に結びついた領域であることを考えると、ヘルスケア・医療の最適化には現在の医療圏によるマネジメントを超えた地域単位でのデジタル技術を活用した連携・共助のモデルが必要となる。地域単位で自治体とクリニックと企業が三位一体になって医療の変革からデータ活用まで総合的に取り組み、そのモデルを全国に広げて行く。取り組みに含まれる要素は、データ活用・医療DX、地域ごとの展開(自治体、医師会、病院・クリニック、企業、市民)など。その具体例として、スマートシティ会津若松の取り組みが挙げられる。

国の補助制度の枠内における自治体の実証実験で終わらないように、民間企業がビジネスとして他の地域に広げられる仕組みを備えることが重要。その際、各社が各個撃破の形でそれぞれに自治体と進めると「N×N」の話になってしまうため、企業群・コンソーシアムのような形で進めるのが現実的ではないか。

新たな共助を実現する会津若松 (データの三方良しモデル)

会津若松のスマートシティにおいては、データは個人のものという原則に基づき、オプトイン原則に基づいて地域と企業が個人情報を収集し、一方で地域と企業は個人情報に基づくパーソナライズされたサービスを提供し、地域はデータを利活用して地域を良くしていくことが求められる。この原則において、企業は地域で得たデータを独占することなく、個人の同意と要請に応じてデータを連携して新たなサービスを創出し市民生活を向上させるとともに、産業創出に資することが求められる。これをデータの三方良しモデルと呼ぶ。結果として、会津若松には40社を超える企業がスマートシティに取り組むために集結し、立地までしていない企業まで含めるとコンソーシアムには90社以上が参加し、データ連携によるスマートサービスの創出を推進している。また、市民の参加率も高く、市民11万に対し、データ連携の基盤である都市OS「会津若松プラス」のIDを取得しているのは2.5万人に上る。

これは、地域を軸に市民生活向上と地域産業活性化、および企業におけるイノベーション創出を実現する、新たな共助モデルであり、様々な地域で志のある企業が連携して同様の取り組みが行われることが求められる。

地域全体で一つの医療機関とみなしデジタル化・データ連携を目指すバーチャルホスピタル

会津若松におけるヘルスケア・医療の取り組みに、バーチャルホスピタル構想がある。これは、地域内の医療機関・介護施設・自治体やコミュニティの取り組みを、一つの医療機関とみなし、データ・デジタル基盤で連携することで地域全体のヘルスケアシステムを最適化していくことを目指した取り組みである。目指す姿としては、①IoTデバイスやAIを活用したアプリケーションなどを通じて健康管理・予防がなされ健康リスクが検知された場合は健康相談に誘導される、②健康相談を通じて「医療機関に係るべきか」「オンライン診療を活用すべきか」「薬を購入し自宅療養すべきか」などが判断され必要であれば医療サービスが予約される、③医療機関の選択においては実績データに基づき最適機関を選択でき、④医療機関の事務・業務はデータ連携によって最適化され待ち時間なく治療や薬の処方を受けることが出来、⑤そのデータは日々の生活データとも組み合わせられて今後の健康管理や治療に利活用される。この構想の実現にはデータ連携が不可欠であり、前述の都市OSを通じたIoTデバイス・オンライン診療・病院での診療におけるデータ連携を2023年に実現した。今後、30社を超えるヘルスケアワーキンググループ所属の企業が連携して、サービスの拡充を図る。

全国展開に向けた課題と仕掛け

これまでもヘルスケア・医療の世界では、地域で連携した最適化の取り組みが自治体や地域の医師会・病院主導で推進されてきた。一方で、これらの取り組みが地域を超えて展開されることは少なく、地域内での取り組みで完結してきた。日本全体の健康人口・労働力の増強、さらには輸出産業化に向けたヘルスケア・医療産業の高度化に資するためには、地域内の取り組みで終わることなく事業として展開していくことが重要となる。そのため、民間企業が地域での共助モデルを通じて新たなビジネスを創出し、共助型の経済合理性の下で日本全国ひいては世界に展開していくことを目指す。

3 国への産業活性化視点での制度改革提言

ヘルスケア・医療産業は国による規制・制度の影響を大きく受ける産業であることから、改革2.0や3.0レベルでの改革に向けては国の制度改革は不可欠となる。そのため、民間企業で連携して産業活性化に向けた制度改革提言を行っていくことが重要となる。ヘルスケア医療領域の改革を国家戦略として取り組む意識を醸成し、産業界として重点政策の1つに掲げることを業界・経済界と政府との対話の場などを通じて発信する。

皆保険の改革によって国民のAccess to Medicineが妨げられないようにする

- 薬価の低い日本市場を国内外製薬企業が敬遠し、日本人が新薬を利用できない「ドラッグロス」、新薬の承認が遅れる「ドラッグラグ」問題の早期解決が求められている。世界には治療手段があるにも関わらず日本にいる我々だけが使えない世の中でいいか、広く社会に訴えかける
- 皆保険を支える財政的な限界を迎える中で、皆保険の役割について、次のいずれかの政策的決定を行い、持続可能な保険モデルとしていく。①万が一のリスクに備える保険としての本来の役割を重視／優先順位の高い疾病・治療法への給付に重点を置き、一方で発生頻度は高いが重要度が低い疾病・治療法は自己負担を増やす。②公的サービスとしての役割を重視／高度医療については民間保険を拡充し自己負担としていく。
 - ①薬価・診療報酬において重要度を定め、特に難病や希少疾患、代替性が少ない治療法などへの投資・市場投入が行われる経済的インセンティブ（経済効果なども加味した新たな薬価設定など）をつける。一方で、メリハリとして健康保険の給付に関して、フランス同様に薬剤の奏効率や重要度に応じて自己負担割合を変える「可変給付率」を導入し、市販薬／OTC薬やサプリメントの安易な処方防止するとともに、より高度な医薬へのシフトを図る（高齢者が医薬品を薬店で購入するより、医療機関を受診して処方してもらおうほうが安いという現状を打破）
 - または、②混合医療の可能範囲を拡大し、高度医療への民間保険参入余地を拡大する
- 診療報酬の出来高払い制から成功報酬制(outcome-based payment)への転換を進める
 - 高血圧・高脂血症・糖尿病など、状態のコントロールが重要かつ測定可能な疾病について、治療行為に対する報酬ではなく、数値のコントロール結果の成果に対する報酬制度を導入し、かつ成果報酬額を高くし選択制とすることで、治療に自信がある医師が創意工夫を行い治療のイノベーションを創発できるようにする。これは、SaMD(Software as a Medical Device: プログラム医療機器)などを含め、日本における新たな治療法の普及・競争力強化にもつながる
 - アメリカで採用されている「DRG」(DRG/PPS:Diagnosis Related Group/Prospective Payment System: 1入院当たり包括支払い方式)の導入・拡大を行うとともに、医師任せではないプロトコルの確立を促し、病床が埋まることで儲かる仕組みから脱却する

- イギリスで採用されているような、患者の健康管理状況に応じた成果報酬制度を導入する
- 病院における食事提供の自由化を進め、患者の好みと回復に向けた栄養の観点を組み合わせた付加価値の高い食の提供を病院の保険外収益事業として拡大することで、病院食の産業化を図る

ヘルスケア産業における安全保障観点のサプライチェーン改革

- 麻酔薬やジェネリック原薬など、一部の物質は特定の国にサプライが集中している。ヘルスケア・医療領域は国民の生命に関わる産業であることから、原薬の製造・調達からの大きなサプライチェーンを見据えた自国化・分散化が安全保障上重要となる
- 一方でサプライチェーンの変更にはコスト・時間がかかることから、①有事に備えた調達の分散・自国化の促進支援、②出発物質製造登録審査の有事における短期間での緊急承認プロセスの確立、③緊急承認プロセスの想定期間を踏まえた流通備蓄の国による確保、が必要となる
 - 新薬登録における出発物質以降の工場の登録審査には視察など含めて1年以上かかるため、有事の際には代替調達が困難となることが予測される
 - 重要な原薬について石油と同様に流通備蓄を国の費用で貯蔵し、有事に備えるといった官民連携を行う

AI・データ活用による日本でのイノベーション創出を促進するルールの確立

- 重要度の高い疾病におけるRCT (Randomized Controlled Trial: ランダム化臨床試験) 至上主義からの転換を通じ、審査のアジリティを高め、内外製薬企業に日本での開発・試験を訴求する
- RWD (リアルワールドデータ) を活用したシングルアーム (臨床試験に参加していない患者のデータを活用した外部対照群との比較) での治験が可能な対象疾病を拡大する
- さらに、条件付き2段階承認 (有効性については2層までの段階で承認し、データ取得の手法を確立したうえで、ポストマーケットサーベイランスなどで審査し十分な効果がない場合は事後的に取り消す方法) をSaMDや再生医療等製品以外にも拡大する
- 条件付き2段階承認の方法を発展させ、AI活用によって上市後進化するソリューションの審査方法を確立する
- 活用可能なデータ整備基盤を構築する
- カルテのクラウド保存可能を明確化
- 医療・製薬など業界を超えたデータフォーマット・コードの共通化を政府主導で推進
- 医療の進歩への目的に限り、次世代医療基盤法改正からさらに踏み込み、事前同意を前提としないオプトアウト型のデータ活用が可能な全国規模のデータ基盤を構築

スマートヘルスケア機器の認証加速

- 一定以下のリスクのスマートデバイスにおける審査を簡略化する (米国と同タイミングでの承認を実現する)
- AI診断や治療用アプリなどのSaMDに関しては、日本でも早期承認を可能にする2段階承認制度の整備が始まっている
- ドイツは条件付き2段階承認を採用し、多くの仮承認を出しつつ、多くの取り消しも発生させるモデルとなっており、一方でアメリカにおいては、多くの民間保険が利用に及び腰になっている中、日本で良い早期承認プロセスが導入されれば研究投資への効果も大きい

- セルフメディケーションの推進、特に医療機関に行く前の病状の自己判断においてもデバイスとソリューションの進化および進化を加速する認証は重要

次世代フロンティアへの研究投資促進

- 総合科学技術・イノベーション会議による、より戦略的な投資領域選定 (脱総花化) と、長期的視点での投資スキーム (短期間で中途半端な研究投資からの脱却) を確立する
- 量子生物学やニューロサイエンスといった次世代医療のサイエンスフロンティアや、メタバースやVRの精神疾患領域への活用など他国での成功事例がなく日本発でエッジが立てられる領域への研究投資を促進する
- 民間からニューフロンティアへの投資を促進する新しい仕掛けも必要

暦年による差別撤廃と健康年齢導入

- 暦年による定年概念の撤廃を促進する制度を確立する
- 企業が健康年齢・生物学的年齢によって定年を延長する制度を取り入れることについて、国として (暦年齢での一定定年を変更することができる) 要件を定め、企業が退職者から訴えられないようにする保証が必要
- 採用時の年齢考査撤廃を推奨する
- 仕事だけではなく、健康年齢に応じたボランティアなど、高齢者の社会活躍を促す幅広い選択肢の提示も重要



アクセントゥアについて

アクセントゥアは、世界有数のプロフェッショナル サービス企業です。アクセントゥアは、世界をリードする企業や、行政機関をはじめとするさまざまな組織の中核にデジタル技術を実装することで、組織運営を最適化し、収益を拡大させ、また市民サービスの向上にも貢献するなど、お客様に対して目に見える成果を圧倒的な規模とスピードで創出しています。

アクセントゥアでは、優れた才能でイノベーションを主導する約733,000人ももの社員が120カ国以上のお客様に対してサービスを提供しています。また、テクノロジーが変革の成否を分ける時代において、世界中のエコシステム・パートナーとの緊密な連携を図りつつ、クラウド、データ、AIおよび業界ごとの比類なき知見、専門知識や、グローバル規模のデリバリー能力を最適に組み合わせながらお客様の変革を支えています。

アクセントゥアは、ストラテジー&コンサルティング、テクノロジー、オペレーションズ、インダストリーX、ソングの領域をまたぐ、幅広いサービス、ソリューションやアセットを活用して成果につなげています。アクセントゥアでは、成功を分かち合う文化や、360度でお客様の価値創造を図ることで、長期にわたる信頼関係を構築しています。またアクセントゥアは、お客様、社員、株主、パートナー企業、社会へ提供している360度での価値創造を、自らの成功の指標としています。

アクセントゥアの詳細は

www.accenture.com/us-en を、

アクセントゥア株式会社の詳細は

www.accenture.com/jp-ja をご覧ください。