

月刊

保険診療

Journal of Health Insurance & Medical Practice

9

2025.Sep.

Vol.80 No.9

Ser.No.1625

特集／医療 DX の光と影

～医療 DX で失敗しない8つの視点～

視点 救急車利用を有料とすべきか



2 政策から見る日本の「医療 DX」

中央学院大学商学部 准教授 小林 和馬

1 日本の ICT 政策：「失われた 30 年」の元凶がここにある

日本の政策を振り返ったとき、現在の DX につながる政策の系譜として、ICT（情報通信）政策がある。

1990 年代後半から 2000 年初頭にかけて、時はデジタル時代を迎えた。iPod に代表されるデジタルオーディオプレーヤーが登場し、音楽はデジタルデータとして保存し、楽しむことができるようになった。有線のインターネットで「ブロードバンド」と呼ばれる広帯域・大容量の高速通信が可能になり、画像や動画のデータを扱えるようになった時代である。

ここに象徴されるように、産業の主軸はこの時代に「ハードウェア」から「ソフトウェア」へ移行した。テレビやパソコンといった端末を売るビジネスから、その端末のなかでソフトウェアやアプリでの課金などの現在のサブスクリプションサービスを提供するという、サービスやビジネスの多様化が始まったのも、まさにこの時代であった。今を輝く Amazon や Google、そして Facebook（現 Meta）は、本屋で本を買い、情報を集め、さらに対面で人脈作りをするのが当たり前だったこの時代に創業し、今や国家予算レベルの時価総額を有する巨大企業となっている。

日本の ICT 政策は、上記時代に当たる 2001 年、IT 戦略本部が内閣府に設置され、「e-Japan 戦略」を打ち出したのを皮切りに（当時、一般に「IT 政策」と呼ばれ流行語となった）、「国際競争力を高める」「次世代の経済や産業を担う」として、「5 年以内に世界最先端の IT 国家」となることを目指すとし、その後の政策でも「世界最先端の IT 国家」を目標に掲げ続けた。コロナ禍、ファックスで感染者情報を収集・管理しようとした医療業界に従事する皆様ならば、その後の結果の悲惨さはご存じのとおりであろう。

日本の ICT 政策を見続けてきた者として言えば、確かに通信技術や通信環境については、世界でも比較的国际競争力のある環境を作ることができた。ICT の監督官庁である総務省は、当時から「高度情報通信ネットワーク社会の実現」を掲げていたことから、その意味では、

小林 和馬（こばやし かずま）

2003 年中央大学経済学部卒業。2014 年同大学経済学研究科経済学専攻博士後期課程修了。東洋大学経済学部助教などを経て現職。専門は ICT（情報通信）政策の経済分析。近年では「AI と雇用」をテーマに研究を行い、現在は量子コンピュータや量子暗号など、最先端技術を用いた社会経済のあり方だけでなく、次世代経済産業政策に向けた分析も行っている。



一定の成果を得たのだろう。

しかし、問題はその「高度」な通信基盤を使い、多様な商品やサービスとその利活用ができたのか、総じて「ビジネス」が日本から発信できたのか、ということだ。もっと言えば、日本に現在、Google のような世界の「プラットフォーマー」と呼ばれるような企業があり、世界を顧客とした多様なサービスやビジネスが生まれているのか、ということである。

2015 年の声を聞く頃まで、日本はハードウェアにこだわり続けた。「世界の亀山モデル」として高性能・高付加価値な液晶テレビにこだわったシャープに代表されるように、世界が薄型・デジタルテレビへと移行する絶好のタイミングで日本の電気機器メーカーはハードウェアにこだわった結果、ボリュームゾーンの顧客とシェアを失った。シャープは今や外国資本である。日本の家電業界はその後、テレビ事業を売却したり液晶パネルなどの主要部品を外国から調達したりするなど、見る影もない。

さらに日本の企業はそのビジネス戦略も誤った。自動車は低価格戦略をとり続け、日本において軽自動車の文化は構築できたものの、それは日本独自の規格で世界に展開できず、海外では独自路線で投資を続ける必要があった。今、自動車は SDV（ソフトウェア・ディファインド・ビークル。双方向通信機能を使って車を制御するソフトウェアを更新し、販売後も機能・性能を更新できる自動車のこと）へ向け、開発に生成 AI を使い、急速なペースで発展している。今は AI を含むソフトウェア人材が渴望されるほど求められている。しかし今の日本

には、多様な産業で活躍するソフトウェア人材のストックがまったくないのである。都合のよい高度な人材である「外国人労働者」を求めているが、現実はそのように都合よくは運ばない。2025 年の参議院選挙における与党の敗北は、そうした矛盾が噴出した結果と筆者は考えている。

日本の「e-Japan 戦略」から始まった ICT 政策は、プログラミング等の分野で現在のソフトウェア中心の社会を担うはずだった人材、当時の次世代を担うはずだった人材である就職氷河期世代を、「多様な働き方」と称して、“IT 土方”などと呼ばれるきびしい環境と低賃金で踏みにじった。働く人々の安定的な成長や人生設計といった企業に求められる責任を放棄した政策を率先して行ったのが ICT だったということになる。派遣労働の対象業種はこれをきっかけに製造業や輸送業などへの拡大を続けた。ICT が日本の 30 年の不況をもたらした元凶であることは、専門の学者として忸怩たる思いがあるが、指摘しなければならない。

2 取り組むべき医療 DX の要素とは何か？

医療 DX では「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」が真っ先に取りあげられることが多いが、医療 DX に求められることは、その恩恵を医療利用者に還元することにほかならない。

厚労省の推計では、75 歳以上の年間の死亡数は約 140 万人（他の世代も加えると約 160 万人）に上る一方、新たな出生は 70 万人を下回り、医療環境は端から見てもその継続性に疑義が生じるほど切迫していることがわかる。新たな医療技術による最新の医療を患者に還元したい一方で、「超」高齢社会で長期入院患者を多く抱えかねないという現状のなか、医療機関の経営は跳ね上がる医療コストに悲鳴を上げている。医療人材の確保も今後さらにむずかしくなる。

こうしたなかでの「医療 DX」なのである。計画によれば、電子カルテや資格確認を標準化・共有する仕組みは、レセプトは 2024 年度に運用開始済み、電子カルテは 2025 年運用開始となっている。しかし、不慣れな新たなシステムに対応するための労力や混乱のコストは金銭的なコストに含まれていない。電子カルテとレセプトという医療システムの中核を、トラブルなく運営しなければならない費用は膨大である。

筆者は本来、ICT を専門としているが、この電子カ

ルテのシステムとオンライン資格確認のシステムを標準化し、情報共有・連携を可能とするだけでも医療 DX は一大事業だと考える。しかし「全国医療情報プラットフォーム」では、さらに電子処方箋や介護まで——と、欲張りすぎる印象を受ける。

厚労省（2023）の「医療 DX の推進に関する工程表」にある医療 DX の定義では、「医療 DX とは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、申請手続き、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報に関し、その全体が最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと」とされているが、これを読むだけでも、その盛りだくさんな内容が窺える。

3 医療 DX の根本的な問題とは？

医療機関のシステムに求められるセキュリティや頑健性、さらに冗長性（システムやデータの重要な要素を重複させることにより、障害や故障が発生した際にも機能を維持させる性質）を考えると、「オンプレミス」と呼ばれる、医療情報を医療機関自身でも保存・管理するサーバを用意する必要がある。しかし、これを従来のシステムから更新・刷新する費用は、医療機関にとって重い負担となるはずである。

電子カルテ情報共有やオンライン資格確認のシステムは、開発については国が全額補助するが、運用費用としての電子カルテシステムの保守費用やその他システムの利用に際しては運用費用が発生することになる（2024 年 9 月 30 日、厚労省 医療保険部会資料より）。これではせっかく標準化しても情報を病院から外部に出さず、システムを利用しないほうがコスト削減できる仕組みになりかねない。また、「一定程度の期間を経た後で保険者にも費用負担を求める」との記載もある。国民の理解が得られるのか、利用が促進されるのか、大いに疑問である。

その疑問を払拭するためであるかのように、厚労省の医療 DX 推進本部は、社会保険診療報酬支払基金の組織体制の見直しについて言及している。医療 DX については、専門の「医療 DX の推進体制」として、理事長と

CIO（DX 担当理事）を筆頭にした体制での意思決定とするのみならず、その上位に運営委員会を設置して、厚労省が認可する外部人材の選任や、誰が選任するのか不明な学識経験者等が意思決定を行うことになった。下位に位置することになった旧理事会、審査支払運営委員会の組織内部の役員の選任・解任についても厚労大臣の認可が引き続き必要となっている。

これを国は「柔軟で一元的」と主張している。しかし、多様で慎重さが求められる審査支払業務が無理に DX 化され、「医療 DX」の名の下に「国の意思決定の下で速やかにかつ強力に推進」（2024 年 11 月 7 日医療保険部会資料）されるのは、**医療現場の個々のケースへの柔軟な対応をためらわせる可能性があり、医療の質に関わりかねない**。医療現場の柔軟な対応が医療の質を決めるため、デジタル化・効率化すべきでない点と言える。

その一方、各医療機関は定義にあるような「業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化」は、「業務」についてはむしろ点もあるが、「データ」は外部提供を想定した単純に“書類様式の共通化”レベルの、デジタル化以前の問題であり、医療 DX の第一歩として進めなければならない。

だが、**すべてが「医療 DX」とされ、医療機関が、自身もつシステムの維持管理費用だけでなく、情報共有や資格確認システムを利用する費用を負担し続ける仕組みであることには、批判の目を向けるべきだ**。国が「全額負担する」と主張する開発にかかる費用は 1 度きりだが、医療機関や保険者の利用にかかる費用負担は、その運用や維持管理の費用だけでなく、今後の次世代システムの開発費用も含めて、この利用負担で賄おうと考えているはずだ。その利用から発生する収益がどのように使われたのか、またはその収益の利用が適切なのか監査する必要がある。

システム利用による収益の監査や監査組織について、筆者が調べた限り、国からの言及はない。このような状況では、利用による費用負担が右肩上がりです上昇する可能性があり、コスト上昇が止まらない状況に対し、医療機関も保険者等利用者も根本的に歯止めをかける仕組みがないことは問題だ。

4 医療 DX の費用対効果

筆者は、医療 DX はすべてを同時進行するのではなく、その中核システムとして、**電子カルテと資格確認システ**

ム、さらに PMH（Public medical Hub。介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係る情報を、自治体や医療機関、対象者間で連携するシステム）に集中するべきだと考えている。

医療 DX として考えると、確かに連携は必要であるが、その機能を十分にするためには、PMH がマイナポータル資格情報と連携をして、スムーズに自治体の公的助成等の情報を瞬時に判断できる必要があるだろう。

現在は、「先行実施事業」として「デジタル庁が開発した PMH に各自治体の業務システムが連携する」とあるが、おそらくその連携には手作業や別途の連携作業が必要となり、時間と労力だけでなく、費用的にも負担がかかるはずだ。

国はその先行事業の開発・運用にかかるすべての費用を負担したとしている。しかし、すでに厚労省は「全国展開の体制の構築以後（略）システムの管理・運用等の業務を実施するための費用については、（略）自治体（都道府県、市区町村）等においてご負担をお願いしたい」と宣言している。**高コストなシステムを開発されて、あとは自治体で、と突き放されては、「超」少子・「超」高齢化を深める今の日本において、標準化したところで、かつて住基ネットの際にあったように、自治体がネットワークから離脱してしまいかねない**。

予防接種や母子健康情報などを担うこの PMH システムを自治体が管理することを問題とする意味は、各自治体によって、予防接種や母子健康に対する費用負担や対応が異なるためである。広域をカバーする大規模の病院は、そのそれぞれの対応を踏まえながらレセプト作成やその連携を迫られることになる。その際に、日本の医療 DX プラットフォームが、特に PMH に全国対応できていれば、選択ボタンで患者の住所を指定し、公的補助額等医療報酬の対応を自動的に計算・連携できるようになる。その意味で、**PMH は国が構築し、その後も国が責任をもって全国の自治体に提供するべきだ**。最低限の医療 DX のシステムを国が責任をもって構築・維持管理することで、自治体は費用を最小化でき、医療機関の事務負担も軽減できる。

現在の計画では、デジタル庁による構築後、PMH は自治体が維持・管理し、「異なる領域の基盤連携」となることにされているが、財政的にきびしい地方自治体が国のスケジュールどおりに対応できるのか、システムにお金をかける財政的余裕があるのか、はなはだ疑問であ

る。

したがって、各医療機関が外部環境に応じて取り組むべきこととしては、この PMH への対応が挙げられる。業務を標準化するのが医療 DX の核心ならば、「費用対効果」の“効果”として、自治体や医療機関の自主性や多様性を反映しやすくした「標準化」とするべきだ。しかし現状では、公的補助が柔軟性のない「画一化のための標準化」となりかねない。

5 医療 DX は誰のためのものか？

PMH を主導するデジタル庁の職員は、大企業出身者、シンクタンク出身者など、民間事業者出身が多く登用されている。ビジネスならば「受益者（利用者）負担」というのは経済学者として理解できる。しかし、医療 DX は公共性が伴う、公共財とも言える。つまり、医療がそうであるように、“使うな”と言える排除性がないのだ。

医療 DX の便益（恩恵）は、計測できないものも含め、多岐にわたる。費用負担の時ばかり「公共性があるから高コストは仕方がない」ではなく、日本で医療にかかるすべての人に医療 DX の恩恵を提供するには、各医療機

関が労力を含む事務コストを軽減できる経営が必要・十分条件であり、医療 DX のマネジメントは「何のためか」が広範に及ぶことを忘れてはならない。

総じて、今の政府・厚労省の進め方は、システムや計画の健全さを主張したいあまり、「水清くして、魚棲まず」となりかねない。そうならないよう、前述のように報酬（利用費用の負担）について、人事や財務などに介入することで、実質、厚労省が管理する仕組みとしているが、こうした仕組みを我々は強く批判しなければならない。

締付けを強めるならば、厚労省は、医療 DX のシステム——最低でも電子カルテや資格確認システムを、可能であれば PMH も含めて、構築後もすべて国が費用負担し、すべての利用者に対しシームレスに機能することを保証するべきだ。しかし、システムの不都合な点については、入札で落札した業者に丸投げし、責任転嫁するのが、政府のこれまでの常套手段でもある。医療 DX による恩恵は、日本で医療を利用するすべての人、都市や地方あるいは日本人や外国人の別なく、恩恵が与えられなければならない。