

## 専門委員経験者が語る中医協と AMDDの10年そして今後に向けて

### 出席者（専門委員任期順）

廣瀬光雄（1999-2005）	マベリックグループ代表、元ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社代表取締役社長
松本 晃（2005-2011）	Rizapグループ取締役、元ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社代表取締役社長
田村 誠（2011-2017）	AMDD医療技術政策研究所所長、元アボット ジャパン株式会社バイスプレジデント
日色 保（2017-2018）	日本マクドナルド株式会社代表取締役社長、前ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社代表取締役社長
林 利史（2018-現在）	エドワーズライフサイエンス株式会社ガバメントアフェアーズ部長
加藤幸輔	AMDD会長、エドワーズライフサイエンス株式会社代表取締役社長
児玉順子（司会）	AMDD広報委員会委員長、エドワーズライフサイエンス株式会社パブリックアフェアーズ本部長

（敬称略、肩書は座談会当時のものです）

中医協保険医療材料専門部会での専門委員は、AMDDの前身のACCJ医療機器・IVD小委員会時代から現在まで、メンバー企業の代表者が厚生労働省より専門委員を委嘱され、医療機器と体外診断用医薬品(IVD)の業界の立場から、診療報酬等の議論に忌憚ない意見を述べてきた。

ここでは、現在の専門委員も含め5人の経験者による約20年におよぶ中医協での議論を振り返り、業界として達成できたことや苦心したことなど、エピソードも交えながら語っていただいた。（文中・写真、敬称略）



## ●中医協参加以前と以後の10年

**児玉(司会):** 中医協専門委員経験者が一同にそろう場面にわくわくしております。どうぞよろしく願いいたします。

**加藤(会長):** いかに良い医療機器を日本に持ってくるために闘ったかというのが大きなテーマとしますので、その線でご自由にお話しいただければ有難いです。

**廣瀬:** それが背骨ですよ。AMDD前身の組織を作ろうと思った目的がそれです。その頃は、役所に何か言うために日本の団体に入っても、全然外資系メーカーのことを理解してくれない、いつものけ者みたいな感じでした。それなら仕方ない、われわれで団体を作ろうということになった。私と、スリーエムメディカルのサム・ナルボン社長と、日本ベクトン・ディッキンソンのマーク・ソーンダル社長の3人で、在日米商工会議所(ACCJ)の中に作ったのがAMDDの前身、ACCJ医療機器小委員会です。

**児玉:** そのACCJ医療機器小委員会に所属していた廣瀬さんが、最初に中医協の専門委員になったきっかけは何だったのでしょうか。記録によると1999年から廣瀬さんが専門委員になっています。

**廣瀬:** 1997年ぐらいから、僕らがいろいろな注文をとにかく遠慮なく何でも言っていた。そのうちに、厚労省から外資系の代表も入れたほうがいいのではということになって。もっと外資系のことを考えてほしいと言ったところ、では、廣瀬さん入ってくださいと言われた。

**児玉:** どんどん言い続けているうちに発言する席を作ってくれたというのが最初ですね。

**廣瀬:** 主張は言い続ける。嫌われても仕方ない。言い続けていると向こうも変わる。

**日色:** 専門委員は廣瀬さんのときからですか。

**廣瀬:** 第1号。

**日色:** ですよ。その前から、医療機器の専門部会があったのですか。

**廣瀬:** 材料部会がその前からあった。

**日色:** 代表はどなたでしたか？

**廣瀬:** 材料部会のトップみたいなのはサクラ精機社長の松本謙一さんだった。われわれにとって有難かったのは、松本さんが半分アメリカでビジネスをやっていて、日本では老舗で結構顔も利くし、松本さんに相談して協力してもらった。

**児玉:** 当時の中医協の様子はいかがでしたか。最初の頃はすごい質問攻めだったと聞いていますが。

**廣瀬:** 医師会が一番反発した。



廣瀬光雄

**松本:** 中医協の中の議論と、私たちAMDDの議論とはやはり違うところがありましたね。基本的に中医協はお金に関して議論するでしょ。そうすると、一番大事なのは診療報酬ですよ。その次は当然、薬ですよ。その後に材料ですから。私たちはメジャーではないです。しかし、当時、廣瀬さんがやっておられる後半ぐらいからいろいろな問題が発生していましたよね。

**児玉:** その問題について記憶を呼び戻していただきたいと思います。廣瀬さん時代の2002年に外国参照価格(FAP)が導入されました。それ以前は、都道府県購入価によって、医療機器は承認は遅いけれど保険には恵まれていた時代でしたが、2000年に都道府県購入価は廃止となりました。そして、FAPが2002年に導入された、そういう年でしたね、廣瀬さんの頃は。

松本さんの時代になると、イノベーション評価という言葉が躍るようになり、田村さんの時代の2012年にFAPにオーストラリアが追加され、迅速な保険導入に関する評価が新設されました。この当時急激な為替変動が起こったり、中医協の費用対効果評価専門部会が同じ2012年に設置されたりしました。

その後AMDDの中では、もうこの保険制度の状態では大変だということで、AMDD内でバリューベース・ヘルスケアのプロジェクトが起こり、それが日色さんの時代にC1チャレンジというかたちで結び付いていく。C1チャレンジ申請(市販後、臨床使用実績データや非臨床データから有用性・安全性や医療経済性を確認できた製品についてC1として保険適用希望ができる仕組み)と同時にB3(期限付き改良加算)ができましたが、これは行政からのものでした。それから、日色さん時代の2016年、費用対効果試行導入が始まりました。それぞれの時代に大きな事件があったわけですが、それらについて皆さんのご意見をお聞かせいただけますか。

## ●医療機器のイノベーションとデバイスラグ

**松本:** 1985年9月22日のプラザ合意で、当時240円だった為替が円高により1年間で150円に下がったのです。外資系企業側からみると基本的には輸入ですからその価格が安くなるわけです。もう一つ、1990年前後からイノベーションが始まったのです。例えば1980年ごろの医療機器と1990年、2000年ごろというのは医療機器が全く違います。

**廣瀬:** まさにそうですね。

**松本:** この30年間のイノベーションはほとんどの医療が低侵襲に変わっていったということです。ところが、当時の国の最大の問題は、特に1990年の冷戦終結後に日本の景気が悪くなり、医療費の負担が大きくなったことです。そこで、病院の在院日数を減らさなければいけなくなったわけです。減らすためには医療を低侵襲にするのが一番いいわけです。だから、ほとんどのイノベーションというのは低侵襲をベースに行われてきました。

考えてみれば、1989年にラパロ（腹腔鏡）が始まった。今や、ラパロのほうが主流になって、実際、オペの半分以上がラパロですね。その次は1980年代中ごろからインターベンションが始まったんです。最初はバルーンでしたが、廣瀬さんの時代にパルマッツ・シャツステント（日本初の冠動脈ステント）が始まり、その後爆発したのがサイファーという冠動脈の再狭窄を防ぐための薬剤を塗布したドラッグ・エルーティング・ステント。その後、例えばダビンチというロボットが出てきた。だから、正直申しまして、私の時代が一番恵まれていたんです。どんどん円高になる。なおかつ、どんどんイノベーションが出てくる。そういう時代で、1990年から2000年の初めぐらいにかけて市場がものすごく大きくなりました。

**廣瀬:** それはほんとに爆発しましたよね。

**松本:** それで私の中医協時代に何が問題だったかという、新しいものが開発されるわりには日本は承認が遅

い、いわゆるデバイスラグ。同じような意味でデバイスギャップ。

しかし、そういう環境下でもイノベーションが勝っており、市場がどんどん大きくなりましたから、患者さんにとってもメーカーにとっても、特に外資系のメーカーにとってあのころは大変に成長した。ところが、その後、イノベーションがスローダウンしたんです。デバイスラグはほとんど解消されました。しかし、国の経済が悪化して社会保障負担が大きくなって、価格問題は今でもなかなか解決しない。

**児玉:** 一番恵まれていたとおっしゃられた松本さんの時代の、その後の田村さんの時代になるとどうですか。

**田村:** 私の中医協時代には、イノベーション評価をどうするかという具体的な議論がありました。私がACCJ医療機器・IVD小委員会に入ったのは2004年で、半年後に保険委員長になりました。2005年に再算定の激変緩和を厳しくすると言われたので、当時中医協専門委員の松本さんに、激変緩和厳しくなったら困りますと中医協で言っていたら、2号側の先生が激高されて、日本中の国民が内外価格差を問題視しているのに何事だと怒鳴られ、中医協って怖い所だなと思いました。会議が終わって出てきたら、松本さんはのんびりした顔で、「おお、大変だな、来週からキャディーでもやるか」なんて言われて(笑)。

ただ、その後も皆が思っていたのは、役所はあんまりきゅっとはやらんと。真綿で絞める程度だと。でも、最近、薬はちょっと真綿以上にきゅっとやられていて大変だなと思います。廣瀬さん時代は本当に中医協でもバチバチやっておられたようですが、松本さんの時代ぐらいになって独特な上手な対応もあるのですが、そうではなくなってきた。

**廣瀬:** そうそう。全然対応が違った。僕の場合だと、2号側の先生が「廣瀬君、君の言うのは全部詭弁(きべん)だ」と。そういう闘いの時代だった。あとになってから少しイノベーションが爆発したから変わってきた。特にステントや低侵襲の手術。そうするとドクターは技術を学ばなくてはいけない。それで、松本さんがJ&Jの社長の時に徹底的にトレーニングに力を入れ投資もした。

デバイスの仕事の強いところは、薬と違って売る前もトレーニング、売った後も立ち会い。先生のトレーニングを行うと、先生たちもわれわれの会社の苦勞も分かってくる。会社に来てトレーニング受けるので。

**児玉:** そこがまさに医療機器と医薬品の大きな違いですね。ACCJからAMDDを通してずっと、医療機器は医



松本 晃

薬品とは違うということを様々な場面で訴えてきましたが、それについてご意見ありますか。

**日色:** 今、廣瀬さんがおっしゃったように、アドボカシーの一つのテーマとして、医師会に行くときにも1号側の委員の方々に説明するときも、医薬品とは違うんです、医療機器は技術と製品がセットなんです、ラーニングカーブもありますと訴えました。僕の場合は費用対効果の議論があったので、ものだけで評価されないよう技術と不可分であることが医療機器の特徴なんですと強調しました。

**児玉:** その辺りの理解は中医協の中で深まりましたか。

**日色:** 中医協というのは、廣瀬さんや松本さんの時代は「議論」をしていたと思いますが、田村さんや僕の時代は、われわれ「平場」と呼んでいましたけど、平場は議論をする場というよりは合意形成に向けた駆け引きの場なんです。だから、松本さんがおっしゃったように、医療機器ってどうしても最後なんです。診療報酬、薬価、そして医療機器。従って、皆さんの関心もあまり高くないので、平場ではあまり言わないけれど、別の場で理解していただくようなことはしました。

実際に1号側の委員の方にわれわれの東京サイエンスセンターに来ていただき、ものすごい数の整形の機械類を見せて、これ全部行って返ってくるんですという話をしたり、実際にドクターがトレーニングしている姿を見せたりし、やっぱり技術と製品は不可分なのだということを理解してもらいました。

**松本:** しかし、正論を述べていれば強烈な反発はなかったですよ。だから、いつも正しいことを正しく言うしか仕方がないと。どんな仕事でも会社というのは利益を追求する一面はあるけれど、ヘルスケアビジネスの違いはプライオリティーが患者さんなのだ。その次は医療従事者。だから、トレーニングは何のためかということ、ドクターに正しい使い方をちゃんと覚えていただきたいから。

**児玉:** 安全に患者さんに使っていただきたいということの一心ですね。

**松本:** 自分たちのデバイスのことを一番よく知っているのは自分たちだと。従って、社員の教育は徹底的に行った。

**田村:** 中医協が非常に大事だと思ったのは、2009年に政権交代で民主党になったとき中医協が1ヶ月開かれなかったときです。民主党は中医協を大きく変えたくて、9月に政権を取って、改定の直前だというのに、10月には中医協はほとんど開かれず11月中旬ぐらいに実質再開しました。あのときは業界団体としてはものすごく心配



田村 誠

で、中医協も開かれず、どこかで勝手に決められたらたまらないと思い、何とか開いて欲しいと保険局に日参しました。あと僕は平場で意見を言って反発を受けたこともあるのですが、平場である程度言っておかないとけん制にならないので。

**日色:** 議論のために言うというより刺しておく。

**松本:** 中医協の場は記録なんです。しゃべったことが全部活字になって残ります。従って、言葉に関しては結構丁寧に、僕が中医協で発言するときは全部原稿を書いてしゃべりました。

**田村:** 技術的な話なのですが、移転価格に関する議論があったときに、松本さんがうまく説明してくださり、支払側委員も賛同してくれて、議論が変な方向に進まなかったこともあります。

**松本:** 僕の時、特によかったのは診療側。知り合いがたくさんいてくれたから。嘉山孝正先生などはそうとう過激な発言だったけど、ちゃんと説明したらよく理解してくれた。僕はJ&Jの社長を辞めて外科医を増やす会(NPO日本から外科医がいなくなることを憂い行動する会)を作りましたでしょ。あのときでも、あの中医協の場がなかったら診療報酬は上がってないですよ。AMDDの各社にとって材料代は非常に深刻です。しかし、彼らにとって診療報酬はもっと大事なんです。診療報酬が極端に悪くなる、下がると、どうしても薬価とか材料代に来るんです。従って、ある意味では1号側も2号側もちゃんと言えれば分かるんですよ。僕の任期の時に外科医の手技料が50%、30%上がったんです。たまたま民主党政権の長妻厚労大臣のときでした。

**日色:** 外保連の試算方法がすごくよかったですよ。

## ●体外診断用医薬品(IVD)の議論について

**林:** ところで、診断薬はAMDDのポートフォリオの一部ですが、これは田村さんが専門委員をなさっていたとき



日色 保

に、IVDについても中医協で意見陳述をさせてもらいたいと言って、材料部会の枠組みの中できちんとインプットできるようにした。

**廣瀬:** ACCJ時代の最初は診断薬が入っていなかった。

**児玉:** そうなんです。

**廣瀬:** J&J傘下にオーソ・クリニカル・ダイアグノスティクス(OCD)という会社があって、機器と診断薬をセットで持っていました。その申請が悩みの種で、試薬は医薬品、機器は機器で両方申請するように言われて、それでACCJ時代にIVDを入れた。名称もACCJ医療機器・IVD小委員会となった。

**日色:** 医療機器・IVD小委員会に入りコンソーシアムを作ったんです。

**田村:** 臨床検査振興協議会。

**日色:** OCDの鈴木斉さんと寺岡国一さんが設立に関わったんですが、コンソーシアムは本当に画期的で、日本臨床検査医学会や専門医会のようなアカデミアと、技師会、そして検査の外注先であるSRLやBMLなどが所属する日本衛生検査所協会を全部入れたんです。そういうコンソーシアムから提案すると聞いてもらえるんです。結果、検査の診療報酬は毎回下げられていたものが止まった。大型医療機器も同じようにコンソーシアムを作ってアカデミアを入れたら、診療報酬が上がるようになった。

**児玉:** やはり黙っていても駄目なんですね。

**日色:** 厚労省とは、業界だけでなくアカデミアと一枚岩になっていると話しやすいというのは一つの学びだと思います。

**田村:** 検査も大型機器も技術料なので、それをどうやって材料部会に関わらせられるかが難問でした。大型機器は2008年ぐらいから部会に入り始めましたが、IVDが正式に入ったのは2016年でした。去年1年間でC1、C2の通った件数のうち、半分は技術料包括です。特材の

割合は減っています。

今後、医療機器プログラムやデジタルのようなものはほとんど技術料包括なので、団体としても部会としても、技術料包括のものをどうするかというのが大きな課題かと思います。

**日色:** そう、それがすごく大事。

## ●包括か機能別か

**松本:** どこにも書いてないけれど、技術料は基本的にあまり下がらない。上がることもあります。材料代は上がるという理屈は全くないです。従って、最近ではC1/C2を希望しても技術料評価となるケースがあるけれど、技術料必ずしも悪くないですよ。

**児玉:** 変わりましたね。昔は包括は絶対駄目とおっしゃってましたよね。

**松本:** 僕ははっきり言って変わっていると思いますよ。

**廣瀬:** 包括のほうがいいって変わってきた。

**松本:** それこそ古い話で1998年かな、ちょうど廣瀬社長の時代ね。廣瀬さんは縫合糸を包括にされた。

**林:** 1996年ですね。

**松本:** あれは、包括にしたら当時はよくなかった。しかし、今となったら包括のほうがいいですよ。

**田村:** 包括がいいか特材がいいかという議論もありますが、特材にならず包括にしかならない材料がいっぱいある。しかし、包括はルールが明確ではないのでもう少し予見性のあるかたちにしていかなきゃいけないと考えています。

**日色:** 包括や特材、技術料の話ってこれからすごく大事だと思っていて、要は機能区分をどうするかという議論です。銘柄別にしてほしいという意見もあるし、機能区分のほうがいいという意見もある。現実的には、医療機器の数を考えると銘柄別っていうのはなかなか難しいでしょう。



林 利史

しかし、これから費用対効果評価もあり、FAPも複雑になっていく中で、今のかたちの機能区分をそのまま残していくのがいいのか、それとも、ある一定のものは包括にする一方、その他のものはもっと細分化した機能区分でイノベーションを評価してもらおうという方向に業界として舵を切らなきゃいけないと個人的に思うのですが、総論で皆さん賛成しないのでなかなか難しいんです。

技術料とモノの評価が不可分だという前提に立って、業界として機能区分制度をどうしたいのか、今後5年、10年がすごく大事で、それは廣瀬さんや松本さんの今までの経験とラーニングを踏まえて、業界として議論しなければいけないと思います。

**田村:** 機能区分は特例が入り、今回B3が入り、やはり徐々に機能区分は変わりつつありますよね。

**日色:** 直近の僕が専門委員だったときの改定ではそのへんのせめぎ合いがあった。ちょっとした改良を重ねていくのが医療機器で、それを今まではある程度評価してもらっていたが、機能区分を作った側の視点から見ると、そんなちょっとした改良で加算を言ってくるな、という。われわれとしてはインクリメンタルなイノベーションが医療機器は大事なんだと。オブジーボみたいなのがばんっと出るわけじゃないからという話をして、インクリメンタルなイノベーションをどう評価してもらおうかという折衝をした。だから今回、置き換わり加算(B3)が出た一方、C1チャレンジ申請もありと、トレードオフがありましたよね。

中医協で、昔のペースメーカーと今のリードレスのペースメーカーを見せて、ここからここにひとつ飛びで行ったんじゃないんです、段々に小さくなって今はこんなになっているんですという話をしました。

**松本:** それと値段の話は別です。イノベーションは進むけれど、コストは基本的には下がるわけです。それなのに値段を上げろというのは無茶な議論。各社のトップマネジメントは自分の会社が大事なのは当然だけれど、だからといって自分たちのエゴばかり主張しても結局うまくいかないです。従って、ある意味では最大公約数を取るしか仕方がない。そうすると、何か決まったらある人は損することがあるかもしれないが、全体としてはそうじゃない。

**児玉:** AMDDも身を切る覚悟でバリューベース・ヘルスケアのプロジェクトを始めました。

**松本:** 一方で、商品によってプライスエロージョンが起り過ぎる。あれは結局みんなを殺します。一番困っているのは病院なんです。

**廣瀬:** 病院のコストを下げなければという視点で商品作



りが始まっている。病院のコストを下げるとドクターの数もこれまで6~7人必要だったところが1人でいいですよ。あとは全部AIの医療機器が代行しますという話、そういう商品作りが始まっている。

**田村:** それは働き方改革にも合っていますが、医療従事者の負担が軽くなったらコストが下がったということで診療報酬を下げるのかという議論があります。下げられるとテクノロジーを提供しているわれわれにもシワ寄せが来る。これをどうしようかというのが今後の非常に大きな議論でしょう。この前、厚生労働省幹部がAMDDに講演に来られた時に、それを質問したら、そこは定額支払いとか、それこそバリューベース・ヘルスケアとか、そういう方向ですねという回答でした。

## ●今後の中医協議論で大事なこと

**児玉:** さて、中医協とこれからどうやって向き合っていくべきか、一番新しい中医協専門委員の林さんに向けてアドバイスをいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

**松本:** 小手先の議論をしてもほとんど通らないです。大局に立って本当に大事なことをちゃんと言い続けることが大切だと思います。僕は中医協の委員を6年務めました。個別のことは1回も言ったことはない。基本的なことしか言っていません。多くの場合、それはきちんと理解されました。根回しも時々しましたけれど。

**児玉:** その姿勢を今も貫くべきと。

**松本:** 僕たちのビジネスは不動産屋でも地上げ屋でもない。患者さんあっての仕事なのだから、基本的なところを忘れちゃいけない。

**児玉:** そこがきちんと伝わらないと人は聞いてくれませんよね。

**田村:** バリューベース・ヘルスケアは、新たな考え方を前向きに提案したということで役所は非常に評価してくれていますし、いくつか実現したのものもあります。薬も新薬



加藤幸輔

創出加算というバランスの取れた提案をして、あれはやはり非常にプラスでした。

これは専門委員だけの仕事ではありませんが、業界団体として前向きな筋の通った提案をしていくことが重要だし、少々ケチを付けられても、林さんには平場で頑張っていて耐えていただくことじゃないかなと思います。

**日色:** 僕は、ちょっとテクニカルかもしれませんが二つあります。一つは、昔は医療機器の議論は医療機器だけの議論に限られていましたが、今は医薬品の動きがすごく激しくて、費用対効果なども医薬品とセットで議論されるので、医薬品のポリシーがどう動くのか、さっき言った技術料の議論がどう動くのかというところを踏まえた上で医療機器の主張をしなさいといけなと思います。だから、全体観を持って松本さんもおっしゃったように、全体を理解した上で、そこに医療機器をどう位置付けていくかという視点が必要です。その意味では、今の委員は相当大変だと思います。他のことも全部かかってないといけなないので。

もう一つは、アドボカシー全体では、Make friends before you need them.といいますが、友達というのは必要になったときにつくり始めても遅いので、普段から味方になってくれる人をつくっておいて、何かあったときにはそういう方といろいろディスカッションできるような体制をつくっておくということが大事です。

**児玉:** 廣瀬さん、いかがでしょうか。

**廣瀬:** 最近、ブレークスルーテクノロジーが出てこないというのは全くそうだと思う。出なければ出ないほど中医協でのわれわれの立場も業界の立場も弱くなる。今、薬は研究のベースが変わってしまった。最初はケミカル、次バイオ、今度は遺伝子。ベースが変わったから、そこで働いている業界の人にも変わらざるを得ず、そこから新しいものが生まれている。

**児玉:** AMDDメンバー企業が次々と新しいものを出して

いく、出すことによって立場を強くするということですね。

**田村:** ストラクチャーハートの分野とかニューロモジュレーションとか、地味で少しずつですが確実に大きくなっているような気はします。

**廣瀬:** 細胞から再生してシート作って貼り付ける自家培養細胞シート、整形部門の自家培養軟骨膝などは、機械メーカーがバイオの技術を持った会社と組んで開発をした。協業で大きく医療機器の分野が変わるかもしれない。

**児玉:** だんだん1社で完結するのが難しくなってきた時代ですよ。

**松本:** しかし、直近の10年間はあまりないけれど、その前の10年、15年、20年間は患者さんにとっていいものが数多く開発されました。例えばステント、それがその後ドラッグ・エルーティング・ステントになった。あとはラパロ。

**児玉:** TAVI(経カテーテル大動脈弁留置術)もあります。

**林:** ここ数年の改定の骨子は、イノベーションの評価と財政問題の2本立てでした。今のお話を聞いていますと、イノベーション評価の仕組み自体はいろいろなことをしていただけるようになってきています。では、われわれ団体としてすべきことは、イノベーションが提供する医療機器のバリューをきちんと伝えていくこと、評価してもらうものは何かというメッセージをきちんと出していくこと、そしてこれらを中医協の場で理解していただくことでしょうか。たとえイノベーションであっても、患者さんにとってバリュープロポジションが絶対あるはずですよ。

**廣瀬:** それは続けなければいけない部分です。

**松本:** しかし、今から十何年前、画期性加算という制度ができたけど、サイファー以降あるの？

**林:** ないです。画期性はあれだけです。

**松本:** 今から15年前ですよ。2004年です。

## ●医療機器・IVDの理解者を多くつくるのが今後の鍵

**田村:** しかし、非常に画期的なものは原価計算方式で償還価格が決まることがあるので、そこは画期性加算がないことが問題とは一概に言えません。あと、林さんにもうひとつ言いたいのは、やはり何といっても決めるのは役所なので、役所の中に医療機器の理解者をつくるのが非常に重要だと思います。

たとえば、ある医系技官の方が去年まで経済課におられて、その前は医療課にいて、今海外ですが、非常に医療機器のことを考えてくれています。彼が医療課、経済課にいた間は厳しいこともありましたが、バランスが取

れていて、医療機器の深い理解のもとに、前向きなこともたくさんしてくれた。また、彼が日本にいるときから医療機器センターで若手の勉強会を行っています、海外に行ってもスカイプで定期的に参加してくれています。そのぐらい医療機器業界を理解しサポートしてくれようとしている。こういう方が増えたらいいですね。

**廣瀬:** いいですね、そういう人が必要だね。

**林:** 中医協の場でのディスカッションについては皆さんからアドバイスをいただきながら、気を付けて発言していくことが必要になると思います。それと並行して、今までの経験者の皆さんのお力も借りつつ、われわれのメッセージをステークホルダーにきちんと届けていく。これが、団体全体として取り組む一つの目標なのかと。

**松本:** 僕は自分の経験から、支払い側は何でもとにかく安くしようと思っているかという、決してそんなことはなかった。診療側は診療報酬だけ高くして材料代は下げたいと思っていたかという、そんなことも決してなかったです。当たり前なことを当たり前にかんと言っていたら、それなりに通じました。だから、外科医が減って大変だ、どうにかしないといけないというとき、診療報酬を何とか引き上げられないかと思った。

あの時、私と嘉山先生と逸見先生の3人で、当時の外保連の会長と副会長に中医協で陳述してもらった。実に素晴らしい陳述でした。終わった後、こんなにひどいことになっているとは自分たちは知らなかったと。公益委員も含めて。そして、時間もない中、ナショナルクリニカルデータベース(NCD)を使って、外保連が手術の難易度をABCDEと分けてくれていたので、E難度は一律50%、D難度は一律30%と診療報酬が上がった。

今でも外科の診療報酬は大してよくないです。よくないけど、あの当時に比べたらずいぶんよくなっています。私たちの仕事は、自分たちは医療機器メーカーだから医療機器のことだけ考えればよいではなく、やっぱり全体



児玉順子

のことを考えるべきだと思います。

**児玉:** 最後に加藤会長からまとめを。

**加藤:** 僕は廣瀬さんがご活躍いただいた時期は知りませんが、松本さんはいくつか面白いポンチ絵で中医協の場をうならせましたよね。それは素晴らしかった。田村さんは論理派で、日色さんは営業マインドで1号側も2号側もお客さんと思って接していらした。ですから、林さんがこのレガシーをどういう形でさらによくしていくのかというのはかなり大変ですが、諸先輩に負けないように頑張ってください。

あとは、廣瀬さんがおっしゃった、薬は開発の舞台が変わってきているということ、近年の医療機器にイノベーションがない。リノベーションが多くなったということは、やはり機器も開発のステージが変わっている可能性があり、まだ十分ではないAIなど実際に手に取れるものではないということから、特材という概念がますます薄くなっていくので、技術料の議論を材料専門部会で、避けずにどう持っていくかというのは一つ、中長期的にすごく大事なミッションだと思います。

**廣瀬:** それをまとめにしましょう。

**児玉:** 皆さん、本日は長時間にわたりありがとうございました。

(2019年4月17日 都内で収録)

