

3/22 産業競争力会議テーマ別会合

(開催要領)

1. 開催日時：2013年3月22日(金) 18:00～19:02
2. 場所：内閣府本府仮庁舎講堂
3. 出席者：

甘利 明	経済再生担当大臣兼内閣府特命担当大臣（経済財政政策）
茂木 敏充	経済産業大臣
西村 康稔	内閣府副大臣
山際大志郎	内閣府大臣政務官
岡 素之	住友商事株式会社相談役
佐藤 康博	株式会社みずほフィナンシャルグループ 取締役社長 グループ CEO
新浪 剛史	株式会社ローソン代表取締役社長 CEO
橋本 和仁	東京大学大学院工学系研究科教授
長谷川閑史	武田薬品工業株式会社代表取締役社長
関 聡司	三木谷議員代理
菅 義偉	内閣官房長官
下村 博文	文部科学大臣
田村 憲久	厚生労働大臣

(議事次第)

1. 開 会
 2. 健康長寿社会の実現
 3. 閉 会
-

○冒頭

(甘利経済再生担当大臣)

「健康長寿社会の実現」については、これまで産業競争力会議において、予防医療を中心とした健康寿命伸長産業の確立が必要、再生医療や医療機器の研究で実用化推進のための制度改革が必要、医療分野における研究開発の司令塔を設置すべきである、医療のIT化を推進すべきであるなど、重要な御意見をいただいている。

いずれも我が国産業の競争力を高める上で欠かせないテーマ。民間議員の方々には積極的に御意見をいただき、関係省庁は単に反論するだけではなく、その意見を具現化するために考えられる方策について前向きな発言をぜひお願いしたい。

次回の産業競争力会議に向けて、民間議員には、本日洗い出された論点を踏まえ、民間議員ペーパーをさらに進化させていただきたい。

また、関係省庁は、民間議員からの指摘のうち、具体的に対応可能な点、さらに検討を要する点、これらを整理して、産業競争力会議の場で御提示をいただきたい。

(佐藤議員)

このペーパーの作成に当たっては、各民間議員の御意見を最大限反映し、一本化するということに注力してきた。したがって、内容は盛りだくさんとなっているが、多少の意見の濃淡は飲み込んで、網羅的にまとめたものであり、本テーマに関わる問題意識を相当広くカバーしたものになっていると考えている。

まず目指すべき健康長寿社会というものをきちんと定義しておくところから始めた。

①国民が健やかに生活し、老いることができ、医療関連産業の活性化により世界最先端の医療が受けられ、さらに病気や怪我をしても良質な医療へのアクセスを通じて、すぐに社会復帰ができる社会。

②国民の健康長寿が結果として我が国の経済成長につながるような社会。

第1の定義で3点、第2の定義で1点、合計4点について、提案の内容を説明する。

最初のテーマは、国民が健やかに生活し、老いることができる社会の構築。国民の健康長寿を延伸させるためには、何よりも「予防」「早期発見」「健康管理・健康増進」などの高度化を図ることが重要であり、それらを支えるいわゆる「健康長寿伸長産業」を確立することが重要

予防に向けて、健保や個人の健診受診に対する何らかのインセンティブを設置することが重要であり、例えば健診受診率に関する後期高齢者支援金の加算・減算は、0.23%とされているが、これを10%程度まで拡大していくという提案をしたい。

2番目に、医療関連産業の活性化、世界最先端の医療が受けられる社会の構築という観点から説明する。現在の医療技術では、多くの生活習慣病等の治療は対処療法に手段が限定されているが、再生医療等の技術進歩を通じ、これまでの治療が困難とされてきた疾病の治療が進む可能性がふくらんできている。

第1に、再生医療の制度整備に関わる関連法案は、ぜひ今国会で成立をいただきたい。

第2に、メスとかピンセットから心臓のペースメーカーまで、種類が多岐にわたって、短期間で改善・改良が行われるといった医療機器の特性を踏まえた認証制度の拡大に向けた薬事法の改正もぜひお願いしたい。

第3に、ライフサイエンス分野における研究開発や研究開発投資の司令塔となる、いわゆる日本版 NIH の設置を至急検討すべき。これに伴い、省庁間で分かれているライフサイエンス予算の一体運営などに取り組んでいくべき。そのほか、医療情報の電子化なども重要な課題。

3番目に、良質な医療へのアクセスを通じてすぐに社会復帰ができる社会の構築について2点申し上げる。

第1点目は、効率的な医療サービスの提供に関し、医療分野への更なる ICT の活用をすべき。ICT を活用した遠隔診療や薬品などのネット販売を通じた効率的な医療サービスを実現する。

また、テレビ会議を活用した健康診断の仕組みづくり、現在、紙の原本が必要とされている処方箋の電子化なども進めていくとともに、国民の利便性の向上に役立てるような仕組みが必要である。

第2点目は、健康長寿社会における高齢者の安心の確保について申し上げたい。まず、高齢者向け住宅の整備について、42 万人と言われる待機老人、いわゆる特養入居待ち老人を解消して、在宅介護を強いられている家族の社会、労働参加を可能として、更には産業としての介護サービスの発展を促すことが必須である。少子化を背景に余剰感が出てくる学校を集約して、跡地等を利用し、特に中低所得者層の高齢者向けの賃貸住宅を整備する。跡地の活用によって、整備コストを節約することが可能になってくる。そういった取組もこれから地域で進めていくべき。

また、社会構造の変化に伴い遊休化している既存の公営賃貸住宅をリノベーションして活用する、高齢者賃貸住宅を中心に据えて、商業設備、健康増進設備、病院や在宅医療、介護などのヘルスケアサービス施設などを配して、健康長寿社会におけるサステナブルなまちづくりを行っていくという取組が必要。

高齢者の賃貸住宅を整備するに際しては、ヘルスケア REIT 市場の整備といったものも重要。このヘルスケア REIT 市場というのは、既にアメリカ、シンガポールでは実在しており、今後、高齢者の賃貸住宅をヘルスケア REIT の対象とすることにより、開発流動化、投資資金の回収、再投資の好循環をつくって、高齢者賃貸住宅の量の確保と同時に、対象物件の情報開示基準などによって、質も担保していくことにつながっていくのではないかと。

次に、介護保険制度の持続性を確保するという事について申し上げたい。介護産業では、低賃金に起因する就労者の不足と介護財政の持続性困難が大きな課題になっている。見直しの方向性としては、介護保険財政の持続性確保と民間の創意工夫の余地を拡大させるということで考えていくべき。

3番目に、医療・介護産業における労働力不足への対応。医療・介護は、今後確実な需要が見込まれる分野である。医療・介護産業がそうした需要に応じて、健康長寿社会を支える役割を果たしていくためには、十分な労働供給を確保することが重要。例えば、健康な高齢者が有償ボランティアとして介護に従事して、その対価は地元で各種消費や介護保険料に一部充当を可能とする高齢者による互助的な明るい介護がある。これは2007年に既に導入済みだが、普及は全く十分とは言えない。こうした制度の啓蒙活動が重要。

また、外国人労働者の活用も重要。例えば技能実習制度に介護関連の資格を導入し、必要資格を例えばホームヘルパー2級とすることにより、日本への人材流入の窓口を拡大することが可能となる。また、中期的に見れば、移民の本格的な受け入れに関する国民的な議論の喚起というものは、特に中国、韓国との対抗軸という観点においても不可欠なのではないか。

最後の4番目のテーマ、国民の健康長寿が経済成長につながる社会。まず、高齢者の消費の活性化について、高齢者向けの市場は2007年で約63兆円と言われていたが、2025年には101兆円まで拡大が予想されている。そのうち、生活関連産業が約半分の51兆円。国民の健康長寿の延伸により、こうした市場は更なる規模の拡大も予想されているところ。例えば、高齢者の健康関連商品に関して、高齢者が元気であることに対するインセンティブを強化するとともに、当該ポイントと将来の介護サービスの受給権とを結びつけることにより、高齢者の将来不安を軽減しつつ、現在の消費を喚起する仕組みを導入するといったことを、例えば特区でやってみるということも必要ではないか。

最後に、日本の予防型システムというものをインフラとして世界に輸出する方向ということも、成長戦略として今後考えていくべき。

以上、提言の内容について簡単に申し上げたが、今回御提示した提案の中心は、すぐに実現可能なものと、更に検討を要するものなど、まちまちではある。ただし、対応可能なものは具体的なスケジュールを早急に詰めていただくことが必要である。また、技術的あるいは政治的な理由により、対応がすぐにできないものも、その理由も含めて、検討結果についてできる限り誠実にフィードバックしていただくことが是非とも必要。

(新浪議員)

産業競争力の向上という意味では、今まで議論してきた新陳代謝や雇用の流動化という大きなテーマとともに、当然のことながら、産業をつくり、雇用を生み出していくことが重要。その結果として賃金が上がっていくという合わせ技が必要だと思う。産業や

雇用をつくっていくという意味では、また、将来にわたって社会保障費を抑え、若い人たちが将来への不安を少しでも解消し、モチベーションが上がっていくためには、健康長寿社会の実現というテーマは最重要のテーマであり、大本丸であると思っている。今、この分野で大きくチャレンジせずにいれば、成長戦略の実現が危うくなるのではないか。

まず、なぜ予防医療が GDP 成長に結びつくのか。健康寿命のアップ、将来的な医療費削減、気力・体力の充実による労働生産性の向上、こういうことで国全体の生産性が向上する。そして、年をとってまでも働けるという労働力を確保していく。これらは、少子高齢化においては大変重要な位置付けになる。米国においては、健康投資の乗数効果は3倍以上という試算が出ており、それに労働生産性の向上を加味すれば乗数効果はもっと高い。これを例えば70歳以上まで働けるようになるということになれば、若い世代も夢が、またモチベーションが上がってくるのではないかとということで、十分この分野を健康寿命伸長産業として確立できるのではないかと思う。

そんな中で、この健康寿命伸長産業については3つのポイントがある。

一つ目は食事。例えば既に日本の加工食品産業は技術を持っており、カロリー控えめ、糖分控えめといった食品で、そしておいしくて、満腹感があるといったものが作れる。それとともに、管理栄養士の方々と一緒になって、医療機関の担保を付けてやっていくということが大変重要な産業になっていくのではとと思っている。

二つ目として、ミネラルが非常に重要であり、その中で付加価値野菜をつくるという意味でも、農業に対しても大変大きな効果を持つのではないかと思う。サプリメントに対しても、特定健康用食品を上回るサプリメントといったものも、もう少し消費者にわかりやすい表現をしやすくするとか、健康をつくるために足りない部分をもう少し考えていくことが必要ではないか。

三つ目が、適切なヘルスケアサービスの活用。セルフメディケーション、自分で健診をどんどんやっていって、そしてみずから健康にしていくのだという関心を強める。そして、早期発見、早期治療をやっていくことで、個人の属性に即して健診を行い、その結果から、個人が適切な OTC の薬品や医療機関を自ら選択していくことができる基盤をつくっていくことが重要。その際にも、当然のことながら民間と医療機関や専門家が連携していくことが大切。

ではどうやってインセンティブをつけていくのかということが重要。9割の健保組合は赤字と聞いており、また、その健保組合に対して、後期高齢者支援金の加算・減算を拡大し、今の0.23%というのは始めたばかりということだが、例えば10%など、本気度を出したパーセンテージにさせていただき、やったら報われるという仕組みにして、是非とも早期発見、早く健診を受けるようにしていただきたい。中小企業を見てみると、なかなか健診をしない。したがって、簡易化ということも重要なのではないか。血液や尿の簡易診断から始まり、健康に関心を持ってもらうことが重要。

加えて、セルフメディケーションを進めていく上では、OTC の医薬品や、薬剤師による直接的な指導が有効。安全・安心をきちんと担保し、ICT はトレーサビリティ等に優れており、こういった専門家のアドバイスもネットやテレビ電話等を介して使うことによって、セルフメディケーションに寄与する。

社会保障の削減について、消費税に対して、20%になってくるのではないかという将来不安がある。こういうことが起こらないように、疾病の種類によって自己負担割合を変える、例えば風邪なら7割ぐらいとする一方で、がんなら3割などとする。始めは、先程申し上げたセルフメディケーションなどに支援をしながら、いわゆる予防医療の進捗と合わせつつ、いわゆる保険の対象というものの割合の見直しを両方一緒に合わせてやっていくことを考えなければならない。

また、若い人と年をとった人とのバランスという意味でも、70~75歳未満の1割負

担の凍結を速やかに解除し、75歳以上の方々も2割にすることを併せてやっていかないといけない。

そして、医療法人がもっと活躍できるようにすることが必要。例えば、医療法人の付帯業務について明確に位置付けて、医療法人が積極的に関与できるようにする。この分野は医療法人の専門性をもっと入れてやっていくべきであり、その意味で、医療法人が戦略分野サービスを実施するにあたり、新会社の創設や既存の事業者との連携に関し、医療法人の現有資産のうち一部はこれらの事業に支出できるということにしていったらどうか。

最後に、医療は地域医療であり、介護もまたそうである。地域それぞれに考えて、地方への権限委譲をし、NPO、NGO等を使いながら、地方行政との組み合わせによって、各地域や裁量を持って、是非とも新しいビジネスを地方に芽生えさせていく。そしてまた中央はこの成功事例を横展開する。それに対する成功のインセンティブといったものを付けていっていただきたい。

(長谷川議員)

言うまでもなく日本は超高齢化社会に向かい、人口減少社会に向かうわけだが、その中でやはり健康長寿社会を世界に先駆けて実現していくことは、日本にとって極めて重要な命題であると同時に、私自身、ドイツやアメリカで長年暮らしてきた経験からいけば、日本だからこそ、それは恐らく可能だろうと思う。まずは日本版のNIHの設立の件。

主として基礎研究を行う大学、政府研究機関等のいわゆるアカデミアと言われているところと、主として応用実用化研究を行う産業界との橋渡しを行う機関として、日本版NIHの設立を提案する。

先進国に比べて、この部分では日本は大きく遅れをとっていると言わざるを得ない。ヨーロッパにおいてもアメリカにおいても、そのような政府が関与した機関が橋渡しをやっているが、日本では残念ながら十分な形でそれができているという状況にはない。文部科学省、経済産業省、厚生労働省の各省が投下をしている日本のライフサイエンス予算は、米国NIH予算の10分の1程度であり、かつ、川下の臨床研究に費やされる費用の比率は比較的低くなっている。それでなくても少ない予算を効率的に投下するためには、各省の予算を一元化し、優先順位を明確にし、PDCAサイクルをきちんと回す必要があるものと考え。これらを実現するためには、各省の所管している独立行政法人研究所を統合し、それぞれが日本版NIHに所属する研究所として産学官共同で研究を行う体制を構築すべき。緩やかな連携でもよいとの考えもあるようだが、その考えにはくみしない。その際肝心なのは、独法の統合、効率化、予算削減といった過去にあったような統合ではなく、成長を担うライフサイエンス産業の基盤強化のため、予算総額もしっかりつけて、この分野の研究開発活動が強化できるようにしていただきたい。

加えて、日本版NIHに参加する独法は、独法横並びの人員費削減の例外扱いとし、まさに産官学共同の研究の砦を構築していただきたい。この体制のもと、予算枠を増加させる中で、これまで日本では実現が困難だった、“Pre-competitive research”という、要はいろんな基盤研究、基礎技術研究など、競争に入る前の研究には金も時間もかかるため、ある程度実用化の目途が付くところまでは、産学官協力してやるということ。これは欧米では頻繁に行われているが、残念ながら日本では一部にはれいがあるものの、あまり実現していない。

それから、ナショナル・プロトコルのもとでの大規模臨床試験・研究の実施もNIHをリーダーシップのもとでやれば可能になると思う。官房長官、総理のリーダーシップのもと、ぜひ実現していただきたい。

なお、PMDA（医薬品医療機器総合機構）についても、独法改革に基づく横並び規制、

人件費削減等の対象から外していただきたい。なぜならば、PMDA は審査、安全対策、救済の3つの業務をやっているが、そのうちの一番大きな審査業務については、補助金及び運営交付金は予算全体の4%にしか当たらず、残りは申請企業が負担する申請手数料で賄われている。これに鑑み、審査官の人員数については横並びの削減からは例外扱いとしていただき、その結果、審査官の人数を大幅に増やすことができたと認識している。一方、人件費の削減率についてはまだ例外になっていない。優秀な人材がちゃんととれるよう、ぜひそれをやっていただきたい。

次にいわゆる待機老人の解消である。42万人と言われている特別養護老人ホームの入居待ちの解消に向けて、都道府県による総量規制の緩和と介護保険の住所地特例を緩和することを提案したい。42万人は、いずれ入居したり、あるいは重複を含んでいる可能性のある数字であったりすることは十分理解しているが、それでも特に都市部において深刻な施設不足は大きな課題であり、在宅ケアの充実だけでは決して十分に対応し切れるとは言えない。それでなくても、今でも独居老人、孤独死という問題が都会では発生している。国は介護施設の総量規制となる参酌標準を既に廃止済みではあるが、県の計画、総量規制は依然として存在しているため、自治体間で話が進んでも、件として認められないケースが発生することが考えられる。したがって、送り出し、受け入れ双方からの要望があっても、様々な事情から実行をためらう自治体も多いと聞いている。国が自治体のマッチングを行い、ためらっている自治体同士の問題解決を助けるぐらいのことを考えていただくことが、これからの本当の超高齢化社会の中で地方に仕事も創出するようなことも考えれば、ぜひ必要ではないか。

その背景には、都市部では介護施設が不足している上、新設するにも1ベッドあたりの建設コストが1億円ということも珍しくないが、地方に行けば、それが相当に安い価格でできるはずである。食材も安くておいしければ、物価も安い、気候もよいということによって、施設建設や運営コストも安く、また介護士も都市部に比べれば比較的容易に雇用できるというメリットもある。都市部の老人の受入施設を地方に設けることは、地方の自治体に応分の負担をしていただいたとしても、コスト削減、地方における雇用創出、その地方の老人の方も受け入れるなど、さまざまなプラスの面が想定されるため、これから向かう超高齢化社会に備える観点からも、ぜひ前向きに御検討いただきたい。

なお、杉並区と南伊豆町は、両自治体が合意して実施に向けた検討が進んでいると聞いており、この事例を前に進めるようサポートしていただき、ぜひ成功事例として横展開を図っていただきたい。

3番目に、予防医療について、一人当たりの医療費が最も低い長野県の予防健康増進の取組を調査研究し、全国展開を試みてはどうか。長野県は全国でも屈指の長寿県であると同時に、一人当たりの医療費は常に下位に位置付けている。その理由の一つとして、古くから健康診断の受診率が高いことや、高齢者の就業率が高いこと、保健師の数が人口比率で多いことなどもあると言われている。また、自治体側も健康長寿課を設置し、健康増進、生活習慣病予防、感染症予防、歯科保健、精神保健、難病・肝炎対策、生きがいがづくり、健康食づくり、介護予防など、積極的に地域住民を巻き込んで取り組んでこられた成果がこういう形になっていると思う。

みんながそういうところに向かってお互いが助け合いながら努力をしていくといったことは、日本であればこそできると思う。また、そういったことをやることによって、健康長寿という社会ができ、その分、治療費、医療費のコストもセーブできる。そういうことが可能になると思う。

(下村文部科学大臣)

文部科学省としては、健康長寿社会の実現に向けた取組をしてまいりたい。1点目は、iPS細胞等を用いた再生医療の実現。2点目は、革新的な医薬品、医療機器の創出と実用化。3点目は、個別化医療、個別化予防の実現。この3つの取組が重要であると認識をしている。

今後とも革新的な医薬品等を創出し続けるためには、基礎研究で卓越した成果を継続的に生み出すことが必要。そして、その成果を臨床応用に効果的、効率的につなげていくことが大切である。中でも、山中教授のiPS細胞の樹立に代表されるような、従来の概念を覆すような画期的な基礎研究の成果を生み出し続けていくこと、それが我が国の医療イノベーションにつながると認識しており、今後ともしっかりと基礎研究の取組を充実し、その成果を臨床応用につなげられるよう努力していく。

産業競争力会議、そして総合科学技術会議において、科学技術の司令塔機能の抜本的強化に向けた議論を行っていることと承知している。今も御指摘があったが、医療分野の司令塔機能の検討もある。これまでの科学技術の司令塔機能の検討との整合性を図っていくことが重要である。

また、予防医療は食事と適度な運動が柱とされている。予防医療の研究成果を企業、大学と地方公共団体、総合型地域スポーツクラブ等の連携によるライフステージに応じた住民のスポーツ参加の促進や食育を含めた健康教育の推進につなげていくことが取組として重要だと考えており、その充実に向けて努力していきたい。

(橋本議員)

日本版NIHのことについて補足したい。日本版NIHは医療関連産業の活性化に極めて重要。産学ブリッジングやトランスレーショナル・リサーチ、プリコンペティティブリサーチなどの重要性はもちろんだが、併せて、これらの前に来るタマの部分においては、基礎研究の成果が非常に重要なところとなる。最近この分野の研究者と話すとき、タマの数が少ないということをおっしゃっており、タマをどんどん出すような施策が必要。

かつ、このタマに関しては、今は医療分野・ライフサイエンス分野と他分野との組み合わせ、例えばナノサイエンスと組み合わせたドラッグデリバリーシステムや、あるいは情報化学との連携など、違った分野との異分野融合がタマ出しにとって極めて重要になっている。

そういう意味においても、医療分野とほかの分野との連携が極めて重要になっている。科学技術全般の司令塔として総合科学技術会議が横断的に推進する部分と、日本版NIHが推進する部分と、基礎研究分野においてはうまく連携できるような仕組みにしておいていただく必要がある。

(岡議員)

年をとった方々が健やかに生活していく上では、若い人たちとのコミュニケーションが大変重要ではないかという考えを持っている。したがって、いろいろなコミュニティベースで、提案されている様々な施策を打ちながら、小学生なり、中学生なり、そういう若い方とのコミュニケーションの場を、それはスポーツや、学校菜園や、いろいろな場があると思うが、「高齢者と若手のコミュニケーション」というものをひとつキーワードとして作っていくべき。

もう一点は私の役割だが、これまで言われていることを実現しようとするとき、多くの規制緩和、改革が必要になってくる。産業競争力会議における方向性が出たら、それに関連する規制改革を規制改革会議の方で真剣に取り組みたい。

(甘利経済再生担当大臣)

民間議員提案の日本版 NIH 構想に、文部科学省は賛成なのか反対なのか。

(文部科学省総括審議官)

日本版 NIH ということについて、総合的に健康ということを見ることは大変大事。また、戦略的に進めるということも大事。下村大臣から申し上げたのは、片方で進んでいる総合科学技術会議の議論や、健康医療戦略室の議論の中で、日本版 NIH はどういう関係があるのかという議論も必要ではないだろうかということ。効果的なライフサイエンス予算の一体的運用ということについては、是非進めるべきと考えている。

(茂木経済産業大臣)

日本版 NIH は、経済産業省としては進めようと思う。当然、総合科学技術会議の機能の見直しも行うが、それがあからできないという話ではないと思う。

(菅内閣官房長官)

内閣としては当然方向性を出していきたい。

(田村厚生労働大臣)

ライフサイエンス分野は、これから我が国の経済成長の要になってくる部分。今も、ドラッグ・ラグを解消するにはどういふことができるかということについて、例えば PMDA、薬事戦略相談など、基礎研究からいよいよ商品化するまでの間、一体どこどこをどうつなげていくべきなのかということなど、出口の見える戦略を組んでいこうということ、また、オールジャパンでそういう役割をするため、例えば医薬基盤研究所などにしっかりとした役割を担わせながら、フォローしていこうということも含めてやろうと思っている。

そういう意味で、日本版 NIH について、独法を統合すればできるというものではなく、しっかりした司令塔をつくらなければならない。もう一つは、予算をしっかりとつけないことには何も動かない話であり、そういうところをしっかりと準備することが必要。こういった前提であるならば、強力な司令塔のもとで、今、言ったようなことを計画的に進めていくという意味では我々としても賛成。

(長谷川議員)

今後の日本経済の成長に向け、産業競争力会議の成果の1つとして、国家命題を遂行するに当たり省庁にまたがる課題が障害になっているものについて、これをぶち破るということをシンボリックに打ち出していきたい。私はライフサイエンス分野に身を置いているため、日本版 NIH というのを1つの象徴的な例として取り上げた。これをやろうと思ったらガバナンスの一本化が必須で、人材と権限と予算の3つを1つの司令塔のもとにやって、PDCA サイクルを回して、結果責任もとってもらおうという形にしないと、最終的にはうまくいかない。最終的な姿はそこをぜひ目指していきたい。

(新浪議員)

私も日本版 NIH をつくっていくということは大賛成。大学、とりわけ医学部に対する研究の予算のあり方等について、NIH がきちんと基礎研究の方針を出し、官庁を超えた部分をやっていかないと、無駄な投資も出てくる。メリハリという意味でも、そういったことを統括することが大変重要。ぜひともそういう体制を以て、少子高齢化の中で絞り込んで、官庁の壁を超えた NIH というものを構想していただきたい。

(田村厚生労働大臣)

健康寿命の延伸も大賛成であり、予防、早期発見、健康管理・健康増進は当然進めていかなければいけない。その中で、1つは、健診率を上げるために、メリットという意味で、加算・減算を今の0.23%ぐらいから10%まで拡大という提案について、現状あまり保険者が乗り気ではなく、できればやめてほしいという声がある。まだ制度を始めず、いよいよ始めるというところで、はなからこんなものはやめてほしいという声を実際のところ挙がってきている。そこをどう説得しながらやるかが問題。例えばメタボを解消すれば確実に医療費は下がる、といったことを示しながら、説得をどうしていくかということをやっていかなければならない。必要なことであり、しっかりやっていく。

同時に、メタボだけではなく、それぞれの疾病に対しての予防というものもやっていかなければいけない。危険な因子を見つけて、それを早めにどう予防していけるかということも、今、厚生労働省の中でいろいろと考えるよう指示しており、そういう部分でも進めていきたい。

また、再生医療法と薬事法の改正について、何とか今国会に提出し、成立まで行きたいという思いはあるが、日程的にかなり厳しいという現実がある。そこは提出までは何とかということ、許される範囲で進めていきたい。

特養の待機待ちをどう解消するか。42万人という数字はいろいろなものがあって、本来まだ必要ではないのに、始めのうちに応募しておかないと悪くなってから入れないという人もいであろうことから、実際は7～8万人ぐらいまでなのだろうと思うが、それにしてもこの問題をどう解消するかということが重要。一つの解消策は、そんなに悪くないお年寄りの方々の居場所ということで、サービス付き高齢者住宅というものを進めてきており、今爆発的に増えてきている。ただし、特養は野放図に増やすと介護保険財政の負担がかかり、地方も国も当然その分だけ負担が増える。マッチングをさせるという意味で、例えば東京の方について、その財政負担をどうするという含めて議論し、地方に作っていくというのも一つの方法であろうと思う。そういうニーズ調査をしながら進めていくというのが1つの方法論だと思うため、検討させていただきたい。ただ、野放図に総量規制を外してという話になると、地方は外せといっても財政的な問題があってそう簡単ではないということは御理解をいただいていると思う。

それから、外国人労働者の活用の問題については、総量枠を維持しながら、一定年数でお帰りいただくということも含めて考えていくということが議論の俎上に上がると思うが、なかなか難しいハードルはあるということは御理解をいただきながら、これに対しても検討を進めさせていただきたい。

ご提案のヘルスケアポイントについては、何かヘルスケアに関連したものに対してポイントがついて、それを将来、介護保険のポイントとして払えるといった話だと推察するが、そうすると介護保険の方がかなり財政的に厳しくなるように思う。付いたポイントを企業が介護保険の方に還元してくれれば、それは全体として中立になるが、その制度設計をしっかりと考えないと、介護保険財政がもたないということになる。そういう制度設計が必要になると考えている。

それから、高齢者の住宅について、学校の跡地を利用してなど、真剣に考えていかなければいけない問題。例えば地方では、本当に住宅が分散しており、実は在宅介護も採算が合わず、企業が請け負ってくれない。そういうものに対して、地方でも一定の中心部があるわけであり、そういうところが学校なのかもしれないが、そういうところに高齢者の住宅をつくって、在宅サービスを非常に効率的に運営できることになれば、事業者も入ってくるということでもあり、そういうこともいろいろとこれから検討していく

必要はあると思っている。

1点、遠隔診療について、調剤も含め、非常に難しい問題であるが、特に調剤の部分は、今いろいろな議論をさせていただいているところ。

(長谷川議員)

ライフサイエンス分野の産業がこれからの成長を引っ張る大きな柱の1つであることは明確である。現に例えば製薬などを見ても、安定的に世界に通用するようないわゆる画期的な製品を出している国というのは今のところ10カ国もなく、その中で日本は3番目とか4番目に入っている。確かにだんだん今のテクノロジーが飽和状態に達してきており、新しい、例えば高分子の化合物や再生医療など、今までのような取組だけでは実用化に結びつかないこともあり、今こそ日本版のNIHみたいなものが必要である。また、そこに優秀な人を雇うためにも、予算もちゃんとつけなければならない。そういうことにはメリハリを付けて考えていただきたい。

もう一つは、マイナンバーというのをぜひやっていただきたい。患者さんの個人情報の守秘義務はきちんと遵守しつつ、いろいろな病気の治療の実績データについて、ビッグデータとして活用すべき。例えばスウェーデンでは、特定の疾患について標準的にこういう治療をすれば圧倒的に死亡率が下がるとか、そういう解析を行い、それを標準的治療法として、徹底を図り成果をあげている。日本も、マイナンバーを使い、ビッグデータを使って、ようやくそういったアプローチができるベースができると思う。ぜひ考えてください。

(新浪議員)

雇用をつくらなければ日本はだめになってしまう。先程のメタボの話も、健康診断をやらないのは制度に問題がある。今この国で、今後一番健康長寿、医療のところは、職ができると思う。

雇用賃金を上げていく、そのための大きな材料なのだと、そういうスタンスから、どちらかというともメタボの予防医療の仕組みに問題があるならばぜひとも直すとか、NIHなど、田村大臣からも是非ともやるんだということをおっしゃっていただきたいと思う。

(佐藤議員)

「健康長寿社会とは」という基本認識のところをしっかりと関係各位あるいは国民に対して訴える。これは、日本という国の形をどうしたいかということメッセージとして出すということであり、ここをしっかりと発信していくことが第一歩として非常に大事。これをもう一度強調しておきたい。

また、様々な意見があって、しかも様々な角度からできることとできないことも含めて、たくさん提案を行っている。この提案に対してできないこともあると思うが、それはなぜできないのかということも含めて、省庁を越えて、産業競争力会議の中で我々に対してしっかりと答えをしていただきたい。

(菅内閣官房長官)

官房長官の仕事というのは、内閣全体を束ねて、方向性を出すというのが仕事だが、結果を出す仕事というのは、実はなかなかない。その中でいわゆる健康医療分野というのが内閣の中にあり、これを健康・医療戦略室というものとして私の直轄下に置き、これから始動をしていくところ。

健康寿命世界一をつくること、更に経済の成長戦略を考えたときに、この分野というのは極めて可能性の高いところである。しかし、現実的には厚労省、経産省、文科省、

それぞれの役所にまたがっているため、これを1つに束ねて、成長するものをぜひ行っていききたい。

民間議員の皆さんからあった様々な御提言について、一つ一つ、かつスピード感を持って実現することが、まさにこの安倍内閣の成長戦略に寄与することであり、国民の皆さんの健康寿命世界一にもつながることでもある。皆さんの先程の思いを真摯に受けとめながら、私のもとでここは頑張っていきたい。

(甘利経済再生担当大臣)

再生医療、医療機器の2法案は、今国会に必ず出してほしい。また、日本版NIHについては、ぜひ文科大臣と厚労大臣で、政治主導で進めてほしい。いろいろな反対も聞こえてくるが、必ずやってほしい。

(茂木経済産業大臣)

予防推進については、個人レベル、地域レベル、企業レベルとあるが、やりやすいのは企業レベルでの取組。これも健保組合に任せるのではなく、経営者が意識を持つことが必要であり、そのためには、インセンティブは当面必要であると思う。

ヘルスケアポイントについて、むしろ若い人にも付与することを考えたかどうかを考えている。その際は、おそらくマイナンバーが必要になり、更には予算措置が必要となる。国全体として考えれば、予算措置を講じても、医療費全体を抑えることができる、という発想で進めていく必要があるのではないか。

この分野ほどICT化が遅れている分野はない。レセプトの電子化など、誰が考えてもやるべきことをきちんとやっていただきたい。高齢化社会における医療費削減のための取組をぜひお考えいただきたい。

(田村厚生労働大臣)

NIHについて、我々もやりたいので、それをどうやって進めていくかということを知恵を出したい。また、先程の加算・減算率について、当事者がちょっと尻込みしているので、どうやれば進むかということについて知恵を絞ってまいりたい。

(以上)