

第11回健康・医療戦略参与会合 議事概要

日時：平成28年7月22日（金）10時00分～12時00分

場所：中央合同庁舎4号館1208会議室

参加者：石原健康・医療戦略担当大臣

健康・医療戦略参与

黒岩参与、黒川参与、近藤参与、戸田参与、中尾参与、中釜参与、
畑中参与、水野参与、森下参与、山本参与、横倉参与

健康・医療戦略室

和泉室長、大島次長、坪井次長、藤本次長、吉本次長

■和泉健康・医療戦略室長

ただいまから、第11回「健康・医療戦略参与会合」を開会する。

最初に、石原大臣から御挨拶いただく。

■石原健康・医療戦略担当大臣

健康・医療分野はこれまで各省縦割りであり、厚生労働省、文部科学省、経済産業省となっていたが、それを集約し、基礎から実用化まで、医療分野の研究開発の中核的な組織としてAMEDが昨年できたところ。2016年のいわゆる成長戦略の中にもしっかりと、この部分は書かせていただいている。先生方の英知を結集していただいて、創薬と医療機器の両面で日本がリードしていくような社会にしていきたいと考えている。

今日も貴重な御意見を頂戴するということに感謝する。

■大島健康・医療戦略室次長が配付資料の確認。

■和泉健康・医療戦略室長

「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」に係る施策については、冒頭、大臣からお話があったように、これまで関係省庁が連携しながら進めてきた。健康・医療戦略の策定から約2年、AMEDの設立から約1年が経過して、具体的な成果も上がりつつある。その取組の状況について、昨年同様、今年もフォローアップをすることとし、これまでの実行状況と今後の取組方針を取りまとめ、総理を本部長とする健康・医療戦略推進本部で決定したいと考えている。

それでは、参与の皆様から御意見を伺うに先立ち、事務方から、「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」の実行状況と今後の取組方針2016について御説明申し上げます。

■大島健康・医療戦略室次長から配付資料の説明。

■和泉健康・医療戦略室長

今の説明も参考にしていただきながら、これから参与の皆様から御意見を頂戴したい。

■黒岩参与から提出資料に基づき、未病の取組について説明。

■黒川参与から提出資料に基づき、グローバヘルス安全保障分野における我が国の果たすべきリーダーシップについて説明。

■和泉健康・医療戦略室長

グローバルヘルスはG7伊勢志摩サミットで大きなテーマになった。今後のスケジュールとしては、8月にナイロビで行われる第6回アフリカ開発会議（TICAD VI）がある。加えて9月にはG7の保健大臣会合が神戸で行われるので、さらに深掘りをしていきたいと思う。

それでは続いて、近藤理事長、お願いしたい。

■近藤参与から提出資料に基づき、PMDAの最近の取組について説明。

■戸田参与から提出資料に基づき、再生医療の産業化推進について説明。

■中尾参与から提出資料に基づき、健康寿命の延伸を国民運動とすることについて説明。

■中釜参与から提出資料に基づき、今後のがん医療について説明。

■畑中参与から提出資料に基づき、製薬協の取組について説明。

■水野参与

本日は感覚器疾患や視覚障害について、少し意見を言わせていただこうと思う。

健康寿命延伸において、認知症などに並んで大切なのは感覚器疾患、中でも視覚障害ではないかと思っている。やはり健康寿命というか、寿命が延びるに従って、人間の体のいろいろな部分がついていかなくなるわけだが、目に関してはなかなか、鍛えろとか、トレーニングする方法もないということで、今や白内障に関してはほとんど全ての人がいつかお世話になるという状態になっている。

一方で、我々の生活において、目から情報を取り入れる割合が、以前に比べて3倍、4倍になっていると言われている。スマホ等で情報を得ることになると、視覚障害があると情報も入ってこない、それがひいては認知症の進行につながるというような研究のレポー

トも出てきている。

日本に関しては視覚障害患者が2007年で160万人といった報告がなされているが、2030年には200万、250万人になるのではないかと推計されている。しかし、それにしても、国の政策において感覚器障害、視覚障害についての政策が余り出てきていないのではないかと印象を持っている。

一方で、私はiPS細胞研究所のアドバイザーと、あとは阪大の眼科の招聘教授もやらせてもらっているが、高橋政代先生の網膜iPS細胞による再生を、阪大の臨床でも使ってもらおうということで、高橋先生には阪大の客員にも就任してもらって、京大と3拠点で取り組んでいただいている。実は、iPS細胞の再生については眼科領域が一番進んでいて、世界的にも競争力があるという状態になっている。

眼科領域は世界的に、日本は非常に評価が高くて、私自身ロンドンで網膜疾患が判明して、手術を受けようとしたら、「あなたは日本人なのになぜロンドンで受けるのか、眼科は日本だ」と言われ、大阪大学で手術をしたという経験がある。そういった、再生医療だけでなく、視覚障害、視覚疾患については日本が進んでいるにもかかわらず、なかなか政策の中に反映されていないような気がするの、そこに関して御意見を伺いたい。

提案としては、海外では感覚器センターやアイセンターといったものが独立していくというのが方向性として確立してきているように感じる。私はニューヨークもロンドンも目の疾患でかかっているが、どちらもアイセンターのようなところに送られて、一般のところとは違う形でノウハウや設備を集約していた。そのようなことが日本ではできていないと思うので、感覚器センター、研究センターのようなものがまずはつくれないだろうかという提案である。

そこで行う研究に関しては、感覚器と脳の一体的な研究領域を立ち上げていくことが必要ではないかと思っているところで、特に目の網膜に関してはそもそも脳の組織の一部が突出して形成されたものであるし、脳の一部としても捉えることができるが、脳と目、視覚情報を一体化することによって、また、耳もそうであるが感覚器と一体に捉えることによって、そういう感覚器のほうから入った脳の、認知症や自閉症などの脳疾患の早期診断などができるのではないかとということが言われているので、ここに関して検討するのはどうかと思っている。

また、やはり感覚器の、特に失明性の眼疾患に関しては、加齢黄斑変性や緑内障もそうであるが、ゲノムの影響が圧倒的に大きいので、ゲノムの研究についても、感覚器のほうからもう少し評価をしてもらってはどうかと考える。

■森下参与から提出資料に基づき、規制改革会議の成果等について説明。

■山本参与から提出資料に基づき、医療国際展開の推進について説明。

■横倉参与から提出資料に基づき、持続可能な社会保障と医療の向上に向けた医療側からの提言について説明。

■森下参与

臨床研究だけではなく、一般的な研究について、今、非常に厳しくなっている。つまり、管理が非常に強化されていて、論文数自体が非常に減ってきているということがあると思う。大阪大学でも今は全部、生データを大学当局に届けてから論文投稿するという一方で、リスクヘッジとしてはわからないでもないが、現場の研究者としては非常に負担が大きくなっており、余りレベルが高くないものは出さないほうが楽だというような状況になってきているのが実情だと思う。

特に日本の臨床研究というのは、もともと弱いと言われている中で、ハイレベルな論文が出るためには真ん中から、あるいは低いレベルの研究も積み重なって初めて山が立つのであり、高いレベルの論文だけが出続けるということは、これは本来あり得ない話である。その意味では、現場が萎縮しないように、あるいは厳しく管理し過ぎて、結果として研究自体が面倒な状況になるとしたら、マイナスだと思う。今は若干そういう傾向が見えてきており、実際に研究をやるときに、研究以上に周辺のリスクヘッジのほうへ力がかかるときも結構あり、ちょっと本末転倒な状況もあるのかなと思っている。是非、運用に気をつけていただき、不正自体はとんでもない話だが、一方で、悪意のないミスがたくさん出てくる。そういうものまで萎縮してしまうと、結局、研究自体が進まなくなるといえることがあるため、是非、そのあたりの配分はお願いしたいと思う。

■和泉健康・医療戦略室長

最近出版された『研究不正』という本を読んだが、なかなか奥が深い。今、総合科学技術・イノベーション会議事務局のほうにも、いろいろ注文を出しているところである。

■黒岩参与

先ほど、中尾参与がおっしゃった、国民の意識改革が非常に大事だということ、これには大変共感を覚える。その中で、先ほどから言っている未病という言葉、これを使ってみて私自身が実感していることを少しお話ししたいと思うのだが、今、神奈川県民にアンケートをしたところ、「健康寿命を延ばすために未病を改善することが大事ですか」と、質問したときに、85%の人が「そうだ」と答えている。当初、3年前に未病という言葉を使ったときに、「そんな言葉は誰もわからないよ」と言われていたのだが、ずっと繰り返している中で、この概念がだんだん浸透してきたと思う。その中で先ほどお見せした、真っ白な健康があって真っ赤な病気があるのではなく、白からグラデーションで変化するのが未病だという話をしたところである。

この絵を描いてみると、ここに実は大きな意識の転換がある。つまり真っ白な健康があ

って真っ赤な病気があるという、こういう問題の立て方そのものが為政者側の論理というか、医療を提供する側の論理。グラデーションモデルというのは、患者本人というか、自分の意識からすればこうですよ、ということである。このグラデーションモデルを提示するときに、大きな変革が起きるのは、自分のことは自分で考えなければいけない、という意識になる。つまり、病気になったらお医者さんのところへ行って何とかしてくれるという依存型モデルから、自分のことはやはり自分で管理するということへの変化。それが未病コンセプトということにつながってくる。

こういったことを続けていった中で健康寿命が延びてくるとなったときに、100歳以上もあるだろうという中で、一番大きなテーマになってくるのは、まさに横倉参与が提起された、では、いつまで生きるのかということ、どうやって命を終えるのかということ。ここにも全部つながってくるのだが、このときも、やはり自分のことは自分で考えるということが基本の中で、死まで考えるということにつながってくると考える。

その中で、すばらしい提言だと思うのだが、あえて先ほどのペーパーに対して私の意見を申し上げると、高齢者の終末期のあり方についてという中で、財政の観点だけでなく、と書いてあるけれども、これはあえて言わないほうがいいのではないかと思う。つまり、結果論として財政にも貢献するかもしれないが、財政のことがちらちらしているのだなということを感じさせるだけで、何かすごく世知辛いというか、暗い高齢社会のイメージが出てくるため、これはあえて言わないほうがいいのではないかと思ったところである。

■横倉参与

黒岩参与のおっしゃるとおりである。

■和泉健康・医療戦略室長

3年前に黒岩参与が未病と言ったときから、当方の事務方の意識改革も大分進んでいる。引き続き頑張りたい。

■中尾参与

私も同じことを、経済産業省の方にもお話ししたのは、健康・医療戦略にも書いてあるとおり、健康長寿産業を新産業として創出するのはいいけれども、産業のためにやっ健康になるのではなくて、健康のためにやった結果として産業が創出されるのだという点がポイントになるのだが、時々会議で、経済産業省からの発言が逆になっているときがある。先ほどの終末期の医療の話も全くそうであり、これをやると何か3分の1になるとか4分の1になるという話があって、だから終末期医療は大事なのだという。「それはちょっと違うでしょう」と。「日本にとって健康・医療がいかに大切かというフィロソフィーから出発してほしいな」と。いろいろな発言、それから資料も注意をお願いしたいと思う。

■吉本健康・医療戦略室次長

私どもの局長も、昨年、御指摘と同じことを言い、先ほど黒岩知事もおっしゃったが、患者本人というか、我々本人自身の目線から発想するということを言わないと、やはり国民あるいは市民の皆さんから受け入れてもらえないということで、我々も強く、発想の転換を求められている。今、頑張っているのです、よろしくお願ひしたい。

■山本参与

今の問題に関係するが、これから予防医療というものが非常に盛んになってくるだろうということで、未病という概念もだんだんはっきりしてくるだろうと思うが、ウェアラブルデバイスやゲノムのチェックなど、いろいろなことをやってくると、ビッグデータの解析によって1年後にがんになるというようなことが実際にわかってくるような状況に入ってきたわけである。こうなると、医療資源と医療ニーズとの関係というのは非常に大きく変わってくるだろうと考えている。

今まで医療資源というと、例えば病院やクリニックがあって、先生がいて、機械があってということであるが、これからは健康ということを見ると、今まで病院に行かないとできなかった検査が病院に行かなくてもできて、個人のものになってくる。そうした中で、自分の状態がわかったときに、これはがんだった、あるいはがんになるから病院に行こうというようなことで行くわけである。

こういう関係になってくると、今までの病院のあり方というものも、恐らく見直さなければいけないだろう。特に地域医療にあっては、こういうことをしっかりと踏まえた形での地域医療のあり方というものを考えていかななくてはいけないのではないかと、今、そのように考えている。

■畑中参与

先ほど森下参与からあった、臨床研究データの話であるが、私ども製薬企業からすると、当然、3極、4極のレギュラトリーボディーに出す。このデータについては、やはりその信頼性、そして再現性というのも担保しなければいけない。

また、医師主導治験も含めて、次の私どもの研究につながるようなデータについても、企業が引き取ってから、その再現性を何度もチェックするようなことが過去には起こってきたが、最近になって、極めて再現性の高いデータをいただけるようになってきている。

■森下参与

コメントをいただいたついでにお願いしているみたいで申しわけないが、やはり以前に比べて、奨学寄附金が非常に細っている。製薬協の会社はほとんどウェブシステムで応募する形になっている。これは透明性が考慮されたという点では非常に良いのだが、一方で金額が1件当たり50万円から100万円と、非常に小さくなってきている。なかなか製薬企業

に直接アクセスできる大学ばかりでもないので、AMEDの中に、何か製薬企業から寄附を受けて、国全体で臨床研究を支援するような基金とかシステムをつくっていかないと動かないと思う。今まで個別の取引というか個人的な関係でやってきたところに問題があったので、むしろ国全体で民間の資金をうまく活用させていただいて行こう。そういうことをしないと、やはり、これだけ高い薬価の中で、ある程度国に対しても、民間企業も一緒に何かやりましょうというのも必要かなと思う。こういうことを言うと個別の企業の経営は厳しいのだと、いつもお叱りを受けるのだが、やはりいろいろな新薬の創出加算等もついている中では、そういうことも、国全体でシステムを構築する必要があるのではないかということ、是非、そういう研究を支援する仕組みをつくっていただきたいと思う。

■和泉健康・医療戦略室長

第一歩として、企業とAMEDの研究費をセットにしてやるというのがスタートしたので、もう一歩先のことであるが、少し検討してみたい。

■近藤参与

医療情報のデータベースもしっかり築いていかなければいけないと思っているところである。今、PMDAとしてはMID-NETというものをやっていて、現在のところ500万人程度の規模の診療情報を集めて、その活用を狙っているところであるが、これはもっと大きな数の集約化をして、日本国全体の情報を集めて、正しい医療のあり方の判断であるとか、それから国民一人一人にとって有意なものに、先ほど言われた未病も含めてしっかりコントロールできるようになるといいなと思っている。

もう一つ、経済的なことも含めて最も適正な医療は何かということも、これで斟酌することができるだろうと思う。さまざまなステークホルダーにとって、やってほしいことと、やってほしくないことがあるということは事実だと思う。情報を集めて活用するに当たっては、ステークホルダーの意向をしっかり受けとめて、絶対にやってはいけないことはやらない、やってほしいことはしっかりやる、といった理念をしっかり決めて運営すれば、多くの方々に賛同されるデータベースになるのではないかと考えているところであるので、御協力をお願いしたいと思う。

■和泉健康・医療戦略室長

では、机上資料1の最後のページを使って、今考えているICT化の方向について、藤本次長から説明させていただく。

■藤本健康・医療戦略室次長

6ページ目について、近藤参与の話の中に出てきたMID-NETは、今、行政がかかわっているデータベースの最先端を行っていると思っている。品質の高いデータを集めて、副作用

を見出すという目的で、しっかりと設計されており、またデータの品質管理をするのは非常に大変だということ等、身をもって行政として行った先進事例だと思っている。

それが現状だが、一つだけ難点があるとすると、PMDAが副作用という行政目的をきちんと達成するために、データベースのシステムから全部含めて面倒を見ているということであるため、今、我々が法律を整備してやろうとしていることは、いろいろな目的を持った人たちが共同で使える、国としての大きなデータベースを作ること。そこにいずれ、例えばPMDAで今、懸命に構築しようとしているデータベースもうまく入ってくる。それがシステムとして、副作用だけではなく、厚生労働省にとっては行政目的、研究にとっては研究目的、それから社会全体を見る、あるいはいろいろなコホートとか、いろいろなデータと突合していくビッグデータの解析に使う等、それぞれが自分たちの目的に応じてお金を出して、ルールに則ってできるような、そういうシステムを作るということを6ページ目の下の絵に描いている。

今、そのような形でデータを集めようとする、標準化された形で日本に存在しているのはレセプトデータであるが、唯一、全体の目的を持って上から下まで例えば検体検査の結果などのアウトカムデータを集めているのがPMDAである。これをさらに横に広げて、いろいろな人たちがそれを使えるようにしていくという、世界最先端の基盤をつくるということが、この三角形の上のほうに書いてある。

もう一つ大事なことは、医療現場のデジタル化というのはどんどん変化していて、どんどん自動化が図られていく。病院自体もいわゆるレセプトコンピュータがあり、単なる電子カルテがあるという世界ではなくており、病院自体が一つのセンサーを持つロボットになっていくのでそういう場合において、日常生活もそうであるし、先ほどの未病の話にも関係してくるが、いろいろなセンサーが入ってくる。そこから、データの品質のいいものがそのまま入ってくるようになるので、そういうものを見据えながら法整備をしていきたいと考えている。

目的は大島次長が申し上げたように、来年の通常国会を目指して、今、準備をしているので、ぜひ、いろいろ御指導をいただければと思う。

■中尾参与

今のお話は賛成である。ぜひ力を入れてほしいのは標準化である。確かにレセプトの話はしょっちゅう出てくるのだが、私がちょっと何人かで調べたところでは、やはりレセプト、DPC、それからMDC、等々あるが、標準コードがない。医療機器は今これからつくろうと言っているが、医薬品、疾病の標準コードがない。国際的なものはあるのだが、それが統一されていない。あとは医師のID。これもあるのだが、日本の場合は活用されていない。諸外国では幾つかの国で活用されている。あとは病院のID。このID化をしないと、レセプト云々かんぬんと言っても、結局は活用が中途半端になってしまうと思っている。

この話はいろいろなところで、ぼちぼち出てくるのだが、コンピューターというかICT

をやっている専門の方からすれば、IDというのは不可欠である。IDがないとデータの名寄せができない。したがって分析できない。実際には、できないと言うとちょっと語弊があるのだが、結局、何をやるかといったら変換データファイルというものをつくってしまう。これをやり出すと、もう、大変なことになる。このIDの話、今言った疾病、医薬品、医療機器、医師、病院。これをぜひ、私は政府主導で進めるべきだと考えている。

医療機器のID、UDIは産業が主導でやってくださいと言われたのであるが、産業が主導でやるのはいいのだが、これは国のためにやるのだというところがちょっと弱いなという感じがしている。

■藤本健康・医療戦略室次長

標準化の部分は本当に大事だと思う。今までの流れを見てみると、今後、法律ができて皆が実際に使うようになると、何が違ってくるかという、標準化しないと品質のいいデータが集まらなくなる。集まらないとデータも使えないということで、逆に言うと、この仕組みができると多分、標準化は一気に進んでいくと思う。つまり自分が欲しいデータを集めるためには、その人がお金を出していくことになるから、それはこの標準化の作業にも入っていくので、むしろ国がコーディネートしていくということである。しかし、集める目的のためだけに、国が標準化しましょうと言っても原動力として弱く、集まらないと思うので、国が音頭をとりながら標準化をしつつ、そこに実際に使うという流れができてくると、一気に進んでいくのではないかと私は思う。

■和泉健康・医療戦略室長

これは中尾参与と藤本次長とでよくディスカッションして、次回の参与会合で結論を御提示いただけたらと思う。

■森下参与

今の件に関して、今支払い基金のデータベースの統合の議論を実は規制改革会議と厚生労働省でやっていて、その中の一つの課題がまさに、どうやって統一するか。日本医師会からは松原副会長に入っていてやっているが、ここでの議論で、今、国保、それから社保、両方のデータベース、あるいは仕組み、レセプトのデータそのものを変えようということをやっているの、そこに反映しないと多分、今の話は実現できないだろうと思う。

その中で、今、中尾参与が言われたように、病名の統一も私はしなさいと言っているのだが、これはいろいろ反対意見も多い。ただ、それをしないと、国際的なデータ統合はできないので、私自身はやるべきではないかと思っている。ただ、現状、政府全体というよりも、厚生労働省の中での議論なので、今言われた視点というのは実はない。我々、規制改革会議では結構言っているのだが、なかなか、システムに非常にお金がかかることもあ

って、これはかなり政治判断が入るところになっている。ぜひ、厚生労働省の中の委員会に見てもらって、もし今のお話をやるのであれば早目に言ってあげればと。年内に結論を出すというので、今、精力的に議論していて、規制改革会議とIT戦略本部にいる金丸さんが取りまとめをやっているので、金丸さんと話してもらえば、かなりこの話は実現できる可能性が高いのではないかと思う。多分、そこを逃すと次はまた10年後にシステムの更改になるので、また10年間何もできないということになるので。

■中尾参与

私は逆だと思う。ICTの専門家にとって標準コードというのはマストである。後でやったら本当に10年か20年かかってしまう。

■藤本健康・医療戦略室次長

おっしゃるとおりである。

■山本参与

今、非常に重要な問題提起をされたのだが、特に診断コードに関して、国際標準というのはもちろんある。これはWHOがつくっている。それがなかなかバージョンアップできなかったのが、今回、バージョンアップして、なおかつ、そこに処置コード、手術コードも全部一体化して、ICTで動かす仕組みができた。これまで各国は、今までのICD分類は自分たちに合わないと言って、各国が自分たちのバージョンにプラスしていくことをやっていたのだが、今度は非常に立派なもののできたので、これにアメリカが乗ってきて、これはもう世界標準でいいと言って乗ってきたのである。それがこの10月に日本でリリースされる。それで使えるようになるのだが、日本がこれに対して今、厚生労働省が持っている仕組みは基本的にはDPCベースの仕組みであって、必ずしも今の国際的な標準に合っていない。処置コードも全然別になっている。この問題をどうするかというのは非常に大きな問題なので、ぜひ、早急な検討をやっていただきたいと思う。

■和泉健康・医療戦略室長

承知した。早速、厚生労働省とも相談する。

■森下参与から提出資料に基づき、彩都ライフサイエンスパーク、御堂筋メディカルハイウェイ構想及び2025日本万国博覧会基本構想試案について説明。

■黒川参与

今年は本当にG7のサミットをホストとして開催していること、それから来月、TICADがアフリカであって、アフリカの元首が全て集まってくるということで、ナイロビのホテルは

テロの話などいろいろあるので、非常にセキュリティーを厳しくやっている。その後の保健大臣のサミットが神戸である。先ほど言ったように、G7サミットに限って言えば日本は1979年に開催した時に「ヘルス」という言葉をコミュニケに入れ、2000年には「グローバル・ファンド」を提唱した国。さらに今はGHITのような技術ファンドで日本の製薬企業・ゲイツ財団と日本政府が一緒に取り組んでいるとか、大きな展開になってきている。そういう意味では、今、皆さんが言っているようなことも、国がどうかということもあるが、やはりもうちょっと世界の中の日本ということ意識したやり方で、「オールジャパン」などと言わないで、どんどん世界に出て行ってください、という感じである。精神が外に勝手に出ていくという話がないと、政府に頼んでも何も出ないのではないかという気はする。そういう気持ちでみんなやってくださいというのが私のメッセージである。よろしくお願ひしたい。

■和泉健康・医療戦略室長

ちなみに伊勢志摩サミットの前の週の金曜日に、持続可能な開発目標推進本部会合を開いて、そこで総理から11億ドルの国際関連機関に対する拠出をpledgeした。それが非常に大きな追い風となり、そのフォローアップをTICAD VIでやることになっているので、そこは非常にうまく動き出した。

■黒川参与

今月、ダーバンで2年に1回の世界エイズ大会があった。2万人ぐらい来るところである。せっかく大きな資金を拠出したのに、日本からは誰も行かない。何をやっているのかという話である。誰かを行かせる、しっかりPRするなどの工夫を是非してほしいなということも、皆さんと共有しておいたほうがいいと思う。

■中釜参与

先ほどの未病、予防の話に戻るのだが、黒岩参与からお話しがあったように、これからは個人が情報を持つ時代である。個々人の情報を大きくビッグデータとして利活用して、新しいものをつくっていく。そのときにやはり、個人の情報をいかに共有し、その解析・分析によって政策、あるいは政策につなげるような開発をいかにするかというところが、個人情報保護の問題と、それを使った日本人の健康開発につなげていくという課題である。個人情報の保護をしながらも、大きな個々のデータをいかに国全体で共有し利活用するか、そのあたりのところのバランスだと思う。そのあたりは健康戦略という意味からも非常に重要な問題かと思うので、ぜひ、そういう視点からの議論を進めていただけたらと思う。

■和泉健康・医療戦略室長

まさにそういったことをちゃんとするために代理機関という発想で、今、法案を作成中

なのでよろしくお願ひしたい。

■黒岩参与

先ほど、民間が既に動き始めているという話をした。十分に話ができなかつたので具体の話をするのだが、例えば保険というのは、やはり白赤モデルというか。よく考えてみると、医療保険というのも変である。つまり保険料を払っていて、一生懸命、健康増進のために頑張った人は余りリターンがない。いいかげんな暮らしをしていて、その人が病気になると、どんどんお金をもらえる。こういうのが今の保険である。これをやはり変えていく。未病的なコンセプトを入れていくと、これが逆になる。そういう新しい保険が今、どんどん出ている。今日の新聞にもちょうど出ていたが、住友生命とソフトバンクが組んで、健康のために運動などをして頑張った人は保険料が安くなる。こういうものがやっと出てきたということである。やはり、こういうふうの流れを変えていく。民間が動き始めているということは、まさに価値の大きな転換がもう始まっているということだと思ひるので、こういった動きをしっかりと見据えながら、この健康・医療戦略というものを大きく前に進めていくべきだと考える。

■黒川参与

おっしゃるとおりである。

■中尾参与

前にここでお話したかどうか、ちょっと忘れたのだが、今、いろいろな会社と社員の健康をどうやって維持するか、もしくは健康増進をするかということ、もちろん各社が取り組んでいるけれども、それらのノウハウを共有しようということで、KENKO企業会と言う集まりをつくった。これは経済産業省にもいろいろ協力をいただいて、既に今、申し込み分も入れて、社員数で言うとも55万人、家族も入れると100万人超ということ、かなり大きくなっている。何が言いたいかというと、やはり物すごく関心は高いということ。これは現役の世代である。なので、現役の世代の関心と、もう一つは、先ほども皆さんからお話が出たように、リタイアというか60歳でも65歳でもいいのだが、その世代に対するインセンティブ。保険料もありうるけれども、やはりモチベーション、意識づけ。この両方があると非常にいいなという感じが個人的にはしている、ぜひ、その辺はお願ひしたいと思ひます。

■戸田参与

黒岩参与の話もそうだが、やはり患者の観点、それから経済負担の観点から、これからはもっと力を入れなければいけないのは、病気になる前の対応。白赤モデルというのは赤になったら病気だということが認定しやすいということで、結果的に赤になっていると思ひます。

やはり未病の段階をどうdetectしていくか。この辺の技術開発というか、これが非常に重要だと思っている。

それともう一つ、今の医薬品の承認のときに、これは近藤参与が一番詳しいと思うが、治験の中でプライマリーエンドポイントといって、この薬を飲んだらどういう指標でもって効く、効かないを判定しているか。これが非常に硬直的である。硬直的という意味は、新薬の治験に於いて現在市販されている薬が許可された指標で新薬も評価されるケースが未だに多いという事である。例えば、インフルエンザ薬は日米ともに同じ指標で治験が行われている。発熱、悪寒、咳等、患者によってバラつきが出易い症状で評価されている。抗ウイルス薬であるならば、本来ウイルスを消すという指標こそ重要に扱われるべきであるが、現時点では参考データに過ぎない。新薬の特徴に応じた指標を柔軟に治験に取り入れる事がサイエンスとしても理に適っており、バイオマーカーを治験に積極的に取り入れていく必要がある。結果的に患者の利益、医療経済の改善にも繋がる。

■近藤参与

私に関係する話なので、ちょっと答えさせていただく。世の中でよくレギュラトリーサイエンスと言われているけれども、最初のステップは評価方法の研究である。であるから、今、戸田参与がおっしゃったことはまさにレギュラトリーサイエンスそのものである。どういう評価が一番適切であるかということの研究するのがレギュラトリーサイエンスで、またそれはいろいろなアカデミアと相談しながら決めていく話である。恐らく企業とも相談しながら決める話なので、ぜひ、こういう話は活発にやっていただければ、いい評価基準になってくるだろうと思うので、よろしく願いしたい。

■戸田参与

今の話に関連するのだが、もう一つ皆さんに、経験から言わせていただくと、これはTPPと一緒に、各国の間でレギュラトリーサイエンスも、サイエンスではなくて、その国の薬を守るために決められている要素もかなりある。そういう意味で、レギュラトリーサイエンスという部分は、国家間のいわゆる産業を守る保護政策の中でかなり影響されている。アメリカのFDAが決められているプライマリーエンドポイントは、自国の製薬メーカーを守るために決められているというケースもかなりあるので、そういう点も含めて一緒に頑張りたいと思う。

■水野参与

全く違う観点になるが、森下参与のプレゼンの中でいつも出てくるベンチャーキャピタルへの資金の流入と、ベンチャー企業への資金の流入の話について。参与が書かれたとおり産業革新機構・4大学ファンドを利用してというところで、和泉室長と一緒にやらせてもらっているのだが、これはそもそも官民ファンドであって、民間の資金も一緒に連れて

入ってくるということを想定して設計したものであるが、残念ながら特にヘルスケアの部分ではなかなか民間の資金の流入が進んでいない。逆に細っていつているという状況が指摘されていると思うので、この官民ファンド、特に4大学の官民イノベーションファンドのほうは、京都大学も最初の3件は全てバイオ系になったし、やはりヘルスケアが中心になるような予感がしているので、ぜひ、民間のほうも、彼らにリスクキャピタル、一番下をとってもらってその上を入れるとか、いろいろな形で協力して、官民ファンドたる動きができるように、ぜひ、民間の方も利用をしていただきたいと思います。

もう一つは、これも金融つながりで、私は再生医療学会のときにも講演でお話しさせていただいたのだが、一番不安に思っているのは、日本は医療関係の保険の商品の整備が進んでいないということである。保険の商品の品ぞろえや保険の計算方法の高度化をしていかないと、今後の高度な先端医療を推し進めるに当たって、多分、相当な日本のディスアドバンテージになるような予感がしているので、そのことについて皆さんの注意を喚起させてもらえればと思う。

■和泉健康・医療戦略室長

ありがとうございました。新しいテーマをいただいた。大変活発な議論に感謝したい。

きょうの議論をまとめて、それに対する当方の対応方針を整理した上で、なるべく早くお返ししたいと思う。

それでは、意見交換はここで終わることとする。これで第11回の参与会合を閉会する。そしてまた、先にお伝えしたとおり、本日の議事概要と、いただいた御指摘に対する当方の方針を整理して、とりあえず早く返した上で、また次の機会につなげたいと思う。

本日はどうもありがとうございました。