

第3回健康・医療戦略参与会合 議事概要

日 時：平成25年5月20日（月）13時30分～15時30分

場 所：首相官邸4階大会議室

参加者：加藤内閣官房副長官、世耕内閣官房副長官、黒田内閣審議官

健康・医療戦略参与

黒岩参与、近藤参与、丹呉参与、戸田参与、中尾参与、堀田参与、松本参与、水野参与、森下参与、山本参与、加茂谷氏（代理出席）

健康・医療戦略室

和泉室長、中垣次長、宮本次長、菱山次長

■加藤内閣官房副長官から挨拶

本日は、健康・医療戦略参与の皆様にご大変お忙しい中お集まりいただき感謝申し上げます。

内閣官房長官は国会の関係で欠席させていただいているが、私どもでしっかり承り、内閣官房長官にもつないでいく。

また、前回は、内閣官房長官から日本版NIH及び一般社団法人MEJの骨子について御説明をし、御意見をいろいろと承った。本日は、健康・医療戦略の策定に向けて皆様方から忌憚のない御意見を頂戴したいと思っているので、どうぞよろしくごお願い申し上げます。

■議事進行

事務局・和泉健康・医療戦略室長から、菅内閣官房長官が国会対応のため欠席である旨、並びに日本製薬工業協会会長の手代木参与が都合により御欠席のため、同産業政策委員会委員長の加茂谷佳明氏が代理として出席する旨を報告。引き続き、配付資料及び前回の議事概要の確認。

■中垣健康・医療戦略室次長から配布資料について説明。

■各参与からの発言

■加茂谷氏（代理出席）から、提出資料に基づき製薬産業において強化すべき事項について説明。

■黒岩参与から、提出資料に基づき健康医療戦略を考える上で肝要となる点について説明。

■近藤参与

規制・ルールにおいて、開発ラグはいまだに大きな課題である。薬事戦略相談とか開発段階においてもPMDA（独立行政法人 医薬品医療機器総合機構）が積極的に関与して実用化の促進を図るべきであり、国費を入れていただきたい。

日本には、数多くの日本発の創意ある医薬品・医療機器があり、それを世界に先駆けて

世界に供給するための医療製品規制の世界的な活動のリーダーにならなければならないと考える。

今日、PMDAの審査と安全確保に係る予算は151.6億円であり、国費の投入は10%である。医療製品の品質、有効性、安全性の評価に対する直接的な受益者は国民であり企業でない。したがって、国費の支援というのは改めて重要と思っているので、支援をいただきたいと思うところである。

また、最先端技術を活用した医薬品・医療機器の有効性と安全性評価をするための研究推進は、これまでどちらかというと欧米に追いついてきた審査体制である。これからは誰も経験したことのない最先端技術の評価していかなければならない、それこそがレギュラトリーサイエンスである。審査員がこのようなレギュラトリーサイエンス研究に携わることがパフォーマンスを維持するために重要であり、また同時に人数の確保が必要であると改めて思う。

FDA（米国食品医薬品局）はみずからそういうデータを解析する能力を持っている。研究の能力を持っているということだが、いわゆる生データを日本国が規制当局で、自分で解析して判断する機能を強化していかなければならない。これは研究機能の設立強化が絶対必要である。これについてはEMA（欧州医薬品庁）でも導入に向けて準備中であり、日本だけが遅れることのないように御支援願いたい。

最後に、人材の流動化は日本国中叫ばれているところであるが、PMDAについても同じような考え方で臨んでいる。平成24年6月に運営評議会を通じ、退職者の就業制限の緩和を図った。つまり、薬害被害者の方々にも了解を得て、人材の流動化を承認していただいたところである。

しかし、今後は製薬企業退職者にどんどん我がPMDAに来ていただき、またPMDAから行っていただくためには環境の整備も同時に必要である。つまり、魅力的な環境、経済的にも内容的にも、これは今後とも私たちは努力していこうと思っているが、皆様方の御支援をぜひお願いしたい。

■丹呉参与

「日本版NIH」については、つくる以上、機能するものをつくらなければいけないと考えている。

新しい時代になってきており、いかに人材を育てるか。人材を育てるに当たり、今の医学部のあり方、カリキュラムのあり方、大学と研究所の連携などがそのまま良いのかを含め、見直すべきところは見直していく必要があると思う。

また、官房長官が第7回の産業競争力会議のときにNIHをつくりますと、それとともに医薬品・医療機器メーカーにおかれても国際競争力の強化に向け産業再編に取り組むなど、民間側の努力もしっかりと行っていただく必要がありますという発言をされている。いろいろ勉強すると、世界の製薬メーカーなどはこの10年間ぐらいで非常に大きな合併をした

りしている。一方、そういう大きな国際的な医薬品メーカーの研究開発の規模は非常に大きいということで、日本はどういうことなのだというをいろいろな方から話を聞いている。

日本の場合には長期収載品の使用の割合が非常に高いということもよく指摘されている。したがって、オールジャパンで新しい体制に向かうときにいろいろな点について見直しをしていかなければいけないということを感じている。

黒岩知事からICTの話があったが、私どもも全くそのとおりだと思う。ICTについても、ややもすると各省がこれまで医療についてそれぞれでやっていただけども、各省が協力してやるということがこの機会に本当に大事だと思っているのでそういった作業を進めているし、マイナンバー法案が今国会で成立する可能性が高いので、将来それを生かしていくということもこれから考えなくてはならない。

■戸田参与から、提出資料に基づき健康・医療戦略の産業側の課題について説明。

■中尾参与から、提出資料に基づき日本版NIHに関する意見と提言について説明。

■堀田参与

私は恐らくこの参与の中で現場の医療あるいは研究の実践を預かっている唯一の人間ではないかと思っており、そういう意味では、大変責任の重い立場にあると自覚している。

国民の3人に1人ががんで亡くなり、2人に1人ががんになるという時代、これから先、20年、30年を見ても、この傾向は大きくは変わらないという状況である。確かに新技術や革新的なものをつくってこれを伸ばしていく、成長産業につなげていくことは重要なコアの部分だが、現実の日本の社会の中で、がんは今後どう立ち向かっていくかということになると、既がんになってしまった人に対する治療開発をやってもがんは減らない。1990年代の後半からがんによる年齢調整死亡率が徐々に下がってきている。早期発見と医療技術の進歩によるものだが、これもどこかでは底を打つと思っている。罹患率で言うと、今後ふえていくという状況にあり、全体としてはがんを抱えた患者さんがふえていくという状況である。恐らく2030年ころにはそれがピークを迎えるだろうということを見ると、これから10年、どう対応するかということは我々の喫緊の課題になっている。

身近な問題で申し上げますと、例えば今、がんの患者さんが亡くなる場所はどこかというところ、ほとんどが病院である。約1割の方は在宅だが、今後これをどう支えていくのか。恐らく需要の増大に対して病院依存のがん診療というのは限界に来ているのが見えている。だから、こういったものに対して医療供給体制をどうシフトしていくのかという問題が1つ。

そもそもがんの患者さんをつくり出さないというか、予防して早期に発見して治療できる段階で見つけて治療するというのもっともっと徹底しないと、がんの患者さんが発生してから治していくのでは追いつかないという状況。そういった意味で、予防や早期の

がんを例えば微量な検体でもってスクリーニングできてしまうようなシステムだとかそういったものの開発はとても重要だと考える。がんになった人に対する新しい薬の開発等もちろん重要であるけれども、それだけでがんが片づくわけではないということを抑えておかなければいけないのではないかと考えている。

どこかに重点を置いて効率的に展開する必要があると思うが、米国のNIHのミニチュア版をつくっても仕方がない。どこにフォーカスするかということになるが、恐らくこれまで例えば機器の開発にしても、薬の開発にしても、成人のある限られた年代を対象にして、ほとんどの治験とか機器開発はなされている。ライフステージに適合した新しい個別化医療を目指す必要があると考えている。これはがんに限らずだと思う。

今後の我々の視点というのは、がんを含めて疾病をどうやって予防し、早期に発見して治癒に向かわせるかということに力点を置く必要があるだろうと考えている。したがって、当面は、例えば新技術の開発とかそういったところにNIHの重点はもちろんあってよろしいが、ライフサイエンス全体のスコープを見ながら位置づけをつくっていく。そして、その次のステージに行くためのロードマップが必要ではないかと思う。

■松本参与

いろいろ御意見を参与が出して、それに対して室はどのように対応しているのか明確ではない。時間がないのはよくわかるが、もう少し丁寧な議論も必要ではないかという感じがしている。

特に「日本版NIH」について、目的とゴールの設定が重要で、車の両輪として、科学技術イノベーションと同時に、社会システムイノベーションの両方が起きないと前には進めない。そうしたことを考えると、まず科学技術イノベーションの領域設定はどうなっているのか、いろいろ議論はあるが必ずしも明確には出てきていないと思うし、社会システムイノベーションの検討状況はどういうふうになっているのか。医療の供給体制とか社会保障のあり方はそう簡単な話ではないけれども、そういったところまで踏み込んでいかないと実現しない。そういった観点を目標設定として明らかにしてほしい。

こういった社会システムイノベーションを起こしていこうと思うと、社会システムを改革するための社会実験をする、それはまさに特区だと思うけれども、そういったものをどういうふうに運営していくのかということももう一つクリアではないところがあるが、そういったことをやりながら全国に展開する、世界へ波及させていくということが重要だろうと思う。

もう一つは、アウトカムを目指してイノベーションによって、産業競争力につなげていくという明確な軸が必要だが、そこもきちっと設計をして書き込んでおかないと、言ってみたものうまいかないということも十分考えられるので、丁寧な議論をしていただきたい。

「日本版NIH」の運用について申し上げますと、何が起きるのかアカデミアの場で全く見え

てこないところが心配である。本来は、その範囲とか予算規模の見通しをもとに議論したいのだが、一体どういう反応をしていいのか、ある意味やきもきしているというのが現状だろうと思う。

これが実際に動くとなると、現場の大学とか大学病院に対する影響は極めて大きいと推測される。ぜひ現場の意見をちゃんと吸い上げられるシステムを構築していただきたい。

極めて使いにくい予算になって成果につながらない心配がある。多重行政的にいろいろなお金が来て、現場がかえって混乱してしまうということも考えられる。徹底した現場とのすり合わせを行って欲しい。

医療イノベーションというと、医学部だけではなくて、医工連携、公共政策のほか、いろいろな分野に多岐にわたるわけだから、大学全体での対応が必要ではないか。そうすると、その中で我々は資源配分をどうしていこうかということも考えながらやっていかないといけないわけだから、丁寧な議論をぜひお願いしたい。

特に、大学病院長会議等の議論を聞いていると、彼らはかなり心配しているので、どういう影響があるのかということも含めて密に運用をすり合わせていただきたい。成長戦略につなげるための根本的な問題を考えると、今のところ議論で基礎研究のほうにお金が行くのか行かないのかよくわからない漠とした状況だと思うけれども、では我々が基礎だと思っている科研費を考えても、そう幾らでも伸ばしていけるわけでもないし、総額は頭打ちというところだろうと思う。

そうすると、ライフ関係の基礎をもっとふやすといったときに、その中で切り分けるということになるとなかなか大変である。研究の現場もあるし、ファンディングエージェンシーの現場というのもあるので、そういったところとも議論していただきたい。

成長戦略のためにどこを原資としていくのか。やはり全体感を持った議論が必要だし、単に効率化だけでうまくいくのか、かなりの積み増しをするのか。積み増しをするとどこからどういうふうに回してくるのかというイメージが必要だろうと思う。

医療分野は雇用創出に極めて寄与するということは自明で、成長戦略のかなめにもなるわけで、中長期的な国のコミットメントをどうしていくのかという、これはある意味政治マターになってくるかもしれないが、そういったものも示しながら議論を進化させていただければありがたい。

もう一度、社会システムイノベーションというところに戻させていただくが、例えば成果が出やすくするための基盤整備とか大学の組織改革ということがやりやすい仕組みをぜひつくっていただきたい。

国内外の研究者や医療機関のネットワークをつくっていくことは重要だから、そういったところに単にお金をつけるだけではなくて、そういったことをエンハンスするようないインセンティブができてくるということが必要だろう。

臨床研究とか治験、医療データに関する病院連合の連携の促進ということもぜひ図っていただきたい。ただ、東大病院とがん研究センターと一緒にいろいろなことができるよう

な仕組みももちろんあるが、それをもっと有効活用できるような仕組みをつくっていただきたい。

最後は科学技術開発と制度改革を組み合わせる必要があるため、ぜひ地域レベルでの社会実験を行う、それをサポートしていく仕組み。具体的に言うと、黒岩知事がおっしゃったようなものがうまく回る仕組みをぜひつくっていただければと思う。

■水野参与

先日のゴールデンウィークの期間、日英21世紀委員会に参加しており、その席で日欧のFTA交渉の話となり、英国のジェームズ議員から日本の非関税障壁の例として最初に出てきたのは、日本のドラッグ・ラグの問題だった。勿論ドラッグ・ラグの問題は貿易問題ではなく、日本人の福利厚生の問題だと反論はしたものの、思いもかけないところから日本のドラッグ・ラグが問題となってくる可能性があるということを感じた。

今回のNIH等の話について私の意見を申し上げさせていただくが、今回作ろうとしているのが何なのか明確になっていない。日本版といいながら米国NIHのミニチュア版にすらなっていない可能性もあるというところに非常に懸念を持っている。前回のときにもお話ししたが、アメリカのNIHがなぜいいのか。当然全部いいわけではないので、本来アメリカのNIHがやっていることをリストアップして、それで日本に導入したいところと導入したくないところを明確にした後で、かつ、日本に導入したいができない、あるいは段階的に導入という分類をしていただかないと、「日本版NIH」と言っても、でき上がったらNIHとは似ても似つかないものになる可能性が高いのではないかと懸念している。そういう意味で、比較表をつくって皆が何を目指しているのかがわかるようにしていただけないかというお願いを改めてさせていただきたい。

次に、参考1でNIHの骨子を出していただいているが、これを見て最初に持つ違和感は、本来これを見たときに骨子なので、NIHのミッションは何かというのが一目でわからなければいけないと思うのだが、この3つの大きな黒字のものは全て組織に関する記載ではないかと思う。私の理解では、NIHは、少なくともいろいろな表現はしているけれども、ミッションとして研究の公的投資によるリターンを得るということと、疾病予防に向けた国の体制を強化するという明確なミッションがあって、その上で組織論ができてきているのではないか。

こういう組織をつくる時に、やはりミッションがはっきりしていないと、いろいろ組織を直しているうちに、そもそも何をしたかったかというのがわからなくなるし、当然運用の中でいろいろな利害が衝突したときに、何をもち最終的な選択をするのかというミッションがこの中では私は感じるということができないということを申し上げたい。

あと、「日本版NIH」の骨子の一番上の「政治の強力なリーダーシップにより」のところであるが、まさにここが実際に何が変わるかという点では大きな点になると思う。研究開発予算の一元化についてだが、ここには一元化する予算として「（調整費など）」と書い

であるが。これはいわゆる全体の予算を一本化されるということなのか、予算の一部で調整費と言われるものがあるってそこだけ一元化しようという話であるのか、それはかなり大きな違いと思うし、アメリカのNIHは予算の研究開発に関しては原則一元化しているので、それができないということであれば、まさに先ほどの最初の比較のところになるのかと思うけれども、それをなしにして、どこまでNIHの良い点が導入達成できるのかという比較も含めて確認させていただきたいと思う。

次に、もう一度MEJの件であるが、これは前回の参与会合の後に山本参与ともお話しさせていただいたが、ちょうど前回の参与会合が終わってホテルに帰ったら、北方領土に日本が寄附をした医療機器が一切使われなくなっているというドキュメンタリーをやっていた。同じことが起きる懸念があるのではないかと思っている。ODAのように個々の機器ではなくて今度は病院を輸出しても、結局向こうが使うようになって、あるいは使わなくなってしまって日本の援助あるいは日本の実利をとれないということになるリスクがあると思うので、私はMEJに関しては必ず、日本のいわゆる規制ルールごと輸出するということをスタートポイントにしてプロジェクトを交渉していくべきではないかと思っている。

今、官民ファンド、国家ファンドがたくさんできてきているが、最初のときに申し上げたように、実は健康・医療、特に創薬の分野においては、日本のリスクキャピタルの連続性が他の業種に比べても最もない分野の一つであるので、本来は国家ファンドを検討してもいい、最も検討すべき理由のあるエリアかと思っているので、それも少し今後の継続的な検討の課題として残していただきたい。

■森下参与から、提出資料に基づき米国NIHの概要紹介、ならびに日本版NIH構想への提言を説明。

■山本参与

水野参与の御意見、御懸念、まさに非常に大事な御意見だと考える。MEJがこれから事業を展開していく上で基本的に押さえなければいけないという点だと思う。人の顔と顔が見える人材交流も視野に入れながら、Win-Winの視点でやっていきたいと思う。これからはいろいろ御指導、御意見いただきたい。

アウトバウンドで今検討されているのは、安倍首相がトップセールスをやっていたモスクワにおける先進医療のプロジェクト、どのようなチームをつくって立ち上げて動くかということが優先されると思う。もう一つは、サウジ関係で、アブダビに同じように先進医療センターをつくる。これもプロジェクトを立ち上げてやっていく。これらが検討されている。

この他、カザフスタンが有力であると考えている。カザフスタンは旧ソ連の中ではロシアに次いで2番目にGDPの高いところで資源もある国であるが、ここを調査し、そこに高度がん診断センターを設置するというプロジェクトが検討されている。また、非常に新しい

医療技術系のシミュレーションセンターをつくり、そこで人材育成を行うこともテーマにして検討を進めているところである。

これらに加え、昨年、一昨年と各国のいろいろな医療の状況を調査した。その中からプロジェクトになるようなものをピックアップして、それをどういうふうに変現化していくかという大きな4つを当座考えて動かしていこうと考えているところ。これについてもいろいろ政府、内閣官房、そして各関連省庁としっかりと連携してやっていきたい。

では、何をやっていくのだというこれからの問題も含めて、例えば陽子線とか重粒子線といったがんの治療がある。日本の得意とする内視鏡、内視鏡手術といったような部分もあるけれども、こういうものにある意味日本の医療のブランド的なものに特化して、それにプラスした制度とか医療サービスをつけたトータルとしてのパッケージについて、日本がどういうパッケージが組めるのか。それぞれの国の要望に合わせてパッケージ化するというようなインフラの準備もしなければいけない。

その中の一つに、日本で今進んでいると言われる検診事業がある。検診事業がどれだけのEBMを持っているかということについての資料は準備していないが、日本の検診事業は平成20年に国の方向が全部変わった。

それを簡単に申し上げると、1つは介護保険法による生活機能評価という検診がある。高齢者医療確保法による特定検診検査、40～74歳までは義務で、75歳以上が努力義務ということになっているが、そのほかに健康増進法に基づくがん検診とか歯の検診というのがある。それから、労働安全衛生法に基づく一般健康診断、これは事業所の検診がある。さらには、協会けんぽがやっている生活習慣病予防検診といったようなものがある。これにプラス民間で自由に個人が選択して受ける人間ドックとか総合健診というのがあるが、この人間ドック学会でちょうど平成20年から国の検診事業が整備されたものであり、これらの5つか6つの検診について20年からスタートしたので、20年、21年、22年、23年、24年、5年間のデータを全てまとめてその意味、エビデンスを出そうかという事業が始まった。

そして、大体今は分析に入っているけれども、実はこの中でまだ紙ベースでしかデータが出せないというところもあり、大変力仕事ということになるが、多分これから1年、来年には出せるのではないかと思っている。そういうところにも多少何か考えていただけるといいかなと思っている。例えば2012年に四国でやった調査だが、検診、人間ドックを受けている人、受けていなかった人、全体を合わせて、それを分析すると結果的にこの人たちが病気になったときに人間ドックを受けていたほうが費用が安かった。検診にかかった費用を含めても人間ドックを受けていたほうがよかったというデータが出た。しかし、これだけではエビデンスとは言い切れないし、10年前には、農村で同じような調査をやって同様の結果が出ているが、20年から新しくなったので、大量データの分析により新しい検診のエビデンスを出していくべきと考えている。

■和泉健康・医療戦略室長

ここで出た意見がどう作業に反映されているのかということについては、できれば毎回毎回、前回の意見はこうでこういう対応したというのを出せばよかったのだが、最終的には過去の意見を整理してこういった形でまとめたということをお報告したい。

現場、現実、いろいろな分野からいろいろな御心配をいただいております、今回のNIH構想などは、初めは高みの見物を見ておったのだけれども、実現しそうだということになり、その関係で私のところや副長官のところにもいろいろな意見が出てくるので、それは虚心坦懐に受けとめて、実際の施策に反映してまいりたいと思っている。

また、今回の作業、これは経済財政諮問会議の骨太方針等へ反映するというのもあって相当急ピッチな作業をしている。今回の健康・医療戦略並びにそのエッセンスの骨太への反映が1つのキックオフであり、ここをベースにまたしっかりと腰を据えて作業していくことになるので、この参与会合も引き続きそういった面からのアドバイスも賜ればと思っている。

あと調整費について御質問ということだが、要は自分が執行するか、1回計上するけれども、他に割り振ってそこで執行してもらおうかというだけの話で、一元化という意味においては特段の技術的な問題と思っているので、また詳しく御説明したい。

■黒岩参与

「日本版NIH」の議論が膨らんだと思うが、改めて原点に立ち戻り、日本版という意味、日本らしさを強調すること、これは世界の中でも求められているというぐらいに思っている。

きょう一番改めて強調したいのは、「いのち」という言葉である。この言葉はとても大事な言葉なのではないかと思う。健康と病気、2つの概念でずっと捉えているが、「未病」と言うグラデーションの発想も重要である。過日訪問したアメリカでは、一番皆さんの気を引いた概念である。こういう未病みたいな部分を変えていかないと超高齢社会に耐えられないのだという話、ここを耐えられるドクターを育てる教育はできているのですか、できていないでしょう、これをつくる必要があると思うのですよと言った瞬間に、あるアメリカの医学教育の権威はもう目が飛び出すぐらいになってきて、一緒にやりましょうという話になってきた。

こういう考え方がまさに我々はフロンティアをつくっていける世界だと思う。だから、こういうものを強力にこういう場で発信していく。「いのち」という言葉と「未病」という言葉、こういった言葉はキーワードだと思っていて、何とかぜひ入れてほしい。

■堀田参与

最近、新聞紙上等でにぎやかに「日本版NIH」という言葉が躍っているが、実際のところ、この参与会合で話しているのはそこまで具体的ではないのに、もう既にきょうの新聞などでは整理統合される研究機関はどこかみたいなどころまで書き込んであったりする。ここ

はどこまでが今決まっているかということメッセージとして出しておかないと混乱するのかと考える。現場のほうは、戦々恐々としてしまうところもある。

もう一つは、私の担当するがん領域では、今回、次期対がん総合戦略に向けて研究費の一元管理の必要性が議論されている。日本版NIHが対象とする研究費というのはどこまでなのか、要するに厚労あるいは文科その他の健康・医療産業に直接かかわる科学研究費を言っているのか、あるいはもう少し広く、例えば大学や研究機関への交付金のようなものも含めて言っているのかという、それも現場では随分関心事にはなっているので、そういったことも整理しておく必要がある。

■和泉健康・医療戦略室長

最後の予算の関係は、そもそも従来どれが健康・医療関係研究費なのか、予算なのかという整理も十分できていなかったもので、現在精査している。余り色をつけないで客観的に精査して、なるべくわかるように整理したい。またいずれこの場でも議論したいと思う。

■森下参与

今回、NIHの議論で予算の一元化のところがどうしても皆さん関心事というか身を切られる方も多いので気になっているのではないかと思うが、一方、予算を一元化したからいいわけではなくて、それで何をするかというのが一番ポイントだと思う。その意味では、「日本版NIH」ができたときに、先ほど来いろいろな方がお話しているが、一体何が変わるのか、どういうことを目標とするのかをしっかりと示してほしいと思う。

私が見るに、やはり日本の今の問題点というのはトランスレーショナルリサーチのところで、大学の側というのはかなり整備が進んだが、受け手側のベンチャーなり製薬企業なりへのアクセスが悪い。ここを改善しないと、またいずれスタックするのは目に見えているので、やはり同時に担い手側のベンチャーなり製薬企業へのパイプというものをもっとビルトインした仕組みをつくらなければいけないと思う。

そこで気になっているのが、JSTと大学に1,800億円ほど官民イノベーションプログラムが出ているが、多分現状、大学の場合にはベンチャーは出資できないので、それがまだ滞っているのではないかと思う。こういった予算もうまく使っていただいて、今回実用化のところにつなげていく必要があるのではないか。

基金としては出ているので、既に積んでいるお金があれだけあるというのは、こういうことを言うと大学で怒られそうだけれども、ぜひうまく使っていききたいということで目標をはっきりして使っていただくように御指導いただければと思う。

■松本参与

大学は、まだ出資できる環境になっていない。これから法律を改正するのか、法律そのものをつくるのかという議論をしている段階なので、ぜひよろしく願います。

資料2、資料3で出していただいた国際競争力強化ということがあるけれども、これは例えば医薬品の業界でもメガファームモデルというのがうまくいっているのかというと、必ずしもそうでもなさそうだと。それをあえてまた日本でやるのかというと難しいところがあるのではないかという気がする。

そうすると、特定の疾患領域に圧倒的に強いとか、より特徴を発揮できるような再編をしていく必要もあるのではないかという気がしている。

もう一つ、医療機器市場というのはもっと細かく分かれていて、世界の市場を見ると大手の2～3社が寡占しているという状況だと思う。そうすると、それに太刀打ちできるような戦略的な再編を指導していく必要もあるような気がする。診療報酬とか薬価の制度、産業の再編を推奨するような制度設計を同時に考えていかないと、この中にももう既に例が出ているけれども、こんなところも必要な話ではないかという気がする。

医工連携について言うと、よくまとめていただいていると思うけれども、医工連携は国際的な研究開発、事業化を進めていく上で、人を育てることが重要だということが言われていて、大学側の教育制度の整備というのは当然重要だが、産官学一緒になって人を育てていくという仕組みがないと、なかなか簡単ではない。

例えば国際的な視点というのをこの中に入れるとすると、ミネソタの話とかスタンフォード大学にあるような産学一体になって医工連携を進めているようなところもうまく研究して、そういうところともコラボレーションができるような仕組みを入れていただくのではないかという気がする。医療機器を考えると、ここで言っているHTA的な観点も必要で、なかなか議論は難しいけれども、経済合理性の中でどういうふうに関係・運用していくのかということも重要だと思う。

もう一点、Institutes of “Inochi”という観点で言うと、実は65歳以上の就業率が高い地域は医療費が低いというデータがある。では、日本全体で医療費、社会保障費の問題があるとすると、そういうこともどういうふうに関係・運用していくのか。だから、65歳を過ぎてもうまく働ける環境をどういうふうにつくっていくのかというのが実は社会保障費全体をコントロールしていくということにもなるし、保険の問題を保険者としてどうコントロールしていくのかということにもつながってくるので、ぜひそういうところも前向きな議論をいただければと思う。

■近藤参与

NIHに関する議論をPMDAと関係するところでお話しさせていただきたい。2014年度のアメリカ合衆国の保健社会福祉省の予算概要というのが発表されており、これは全アメリカ国民の健康の増進に向けてと題したものである。その中で科学とイノベーションの推進というのがあり、この趣旨として、本予算では革新的な生物医学と行動学の研究に投資を行い、医療科学を発展させるとともに経済成長を加速させることが政権の優先課題であること。それに基づき、NIHに対して現在の日本円で3兆1,300億円拠出する。

3つ大きな目的があり、1つは、NIHでは将来の飛躍的發展につながる現在の基礎研究への投資、もう一つは臨床応用科学、Translational Scienceの推進、3つ目が多様な科学的才能と創造性を持った人材の採用と確保。この3つに重点を置いている。

我が国をずっと見渡すと、既にお話したように、世界で第2位、第3位の科学的なシーズの発展国である。多くの医薬品、医療機器の種をいっぱい持っている。したがって、今までの科学技術政策で十分シーズは出ているのかなという気がする。では、何が足りないのかなというのと、Translational Scienceそのものだと。Translational Scienceを推進するという立場で言うと、昨今、2010年からNIHはFDAと組んでコラボレーションして、要するにシーズから製品に持っていく協定を結んでいる。これは我々がレギュラトリーサイエンスと話をした直後くらいからの話。レギュラトリーサイエンスというのは、はっきり言うと、人のことであるとか社会のことを念頭に置いて技術を開発し支援するという立場である。したがって、倫理的な側面に立った学問である。なればこそ、シーズを物にしたときに社会で国民に受け入れられる格好になる。日本におけるNIHで支援し、途中からシームレスにPMDAが組んで支援するということは、国民目線から見ても非常にスマートな結果になるのかなと思う。

したがって、NIH議論は非常に重要だと思うけれども、PMDA議論もしっかりやっていただきたい。

■中尾参与

先ほど松本参与が、これは大学だけではなくて産業界の全面的なバックアップが必要だろうとおっしゃったが、まさにそういうことだと思うので、それはともに取り組んでいきたい。

先ほど堀田参与からがんの話が出てきたが、例えば喫煙と肺がんの関係を、教育（特に高校生、大学生）でいかに喫煙が害をもたらすか教えることが良いと考える。私は、これは費用対効果から考えると、肺がんの治療、医療費を多分劇的に下げると思う。ただし時間がかかる。吸っている人に吸うなというのはなかなか大変。けれどもそれはそれでやらなければいけないと思う。気は長くても余りお金はかけずに、1回やり始めて5年、10年続ければ、必ず5年、10年後にその疾病は下がると個人的には確信する。この教育、特に肺がん、全身病と言われる糖尿病、こういうことを若いときにもう少し頭にインプットして、若い仲間でも大体ああいうのはまずいのだなと、我々の先輩のまねはしてはいけないというぐらいにやってもらえれば、教育にかけるお金以上のリターンがまずあるだろうと、これは医療機器とは関係ないけれども、そんなことを考えた。

■世耕内閣官房副長官

10キロダイエットした結果、全部標準値に収まった。薬をずっと飲み続けるような可能性を考えると、どれだけ医療費を節約できたかなと思う。中尾先生がおっしゃることに、

賛成である。

あとMedical Excellence JAPANの関連で、安倍総理とともにロシア、中東に行ってきた。我々が思っている以上に、海外は日本の健康イメージというのは非常に強く、日本人を見ただけで健康だと思われ、食べている日本食はすごくヘルシーだと思われているし、そして世界で一番寿命が長いという意味で、それを少し導入したいという熱意は本当に各国あるなと感じたので、これは自信を持ってぜひ進めていきたいと思っている。

■加藤内閣官房副長官

きょうは本当に広範にわたる御議論をいただき、黒岩知事から「国立いのち研究所」という御意見も賜った。私どももいろいろお話ししていて、先ほど戸田参与からお話があったNIHといってもなかなか一般の国民に、特に我々選挙区民と直接かかわっていると、なかなかどう説明していいのかどうか、まさにその辺が本質的な御議論だと思われ、またそういう中で具体的な目標は、今、御議論があったように、多分2つなのだと思う。

一つは、健康寿命をどう長くしていくのかということ、もう一つは、働き盛りの人がいかに病気にならないかというのは我が国の労働生産性という言い方をしてもいいかどうか分からないが、それにかかわってくる。そういうやや高度な目標の中で、それでは、今当面どういうことをやっていくのかはこれから大いに議論させていただかなければいけないのではないかと。その辺、切り込みが足りないという御指摘もいただいた。

また、森下先生から大変NIHについて詳しい資料をいただき、そういう中でNCATSの話は、多分もともと議論が、日本でいろいろシーズがあるものをつなげていかない間にアメリカにとられたりほかのところにとられていく、その辺の橋渡しというのは多分議論の原点にあったのではないかと思っているの、ある意味ではアメリカも最近やり始めたのかというのと、日本も頑張ればというような印象も受けた。

御意見の中で中尾参与からお話があった、こうやってどんどん進めていくのはいいけれども、どこかで保険財政とぶつかってしまうのではないかと、これは大変本質的な問題ではないかと思っている。多分こういうことを開発していく中において、やはり効果がどこにあるのかということと同時に認識していくということがそういった議論にもつながっていくのではないかとということで、大変印象深く感じさせていただいた。

いずれにしても、今日いただいた御意見、官房長官のもとで、先ほど申し上げた健康・医療戦略を策定させていただくこととなっている。これは長官の責任の中で、今日いただいた御意見もしっかりおつなぎさせていただいて成案を取りまとめさせていただきたいと思うけれども、そういう中でいろいろ具体化を進めるに当たっても、今、和泉総理大臣補佐官に健康・医療戦略室長をやっているけれども、政府全体の中心になって取り組んでいきたいと思っている。

また進め方によっては、今ある予算がどうなるのかとか、相当広範な関係者の方がいらっしゃるが、参与の皆様方あるいはそうした方々のコミュニケーションをしっかりとって

進めていきながら、また適宜御報告をし、御意見を賜りたいと思っている。

また、今日の中でも多分十分ではなくて、今、手を挙げたいなど思っている方もいらしたように思うので、またそういう御意見も追加的に事務局にいただいて、そこも取り入れさせていただきたい。