資料8

健康長寿社会の実現と
成長による富の創出

平成25年3月29日

厚生労働大臣　田村 憲久

健康寿命の延伸と関連産業育成のために
厚生労働省として取り組むこと

1. 医療関連イノベーションの一体的推進

1-1　医薬品・医療機器開発等ライフサイエンス研究の全てのフェーズで切れ目なくサポート

1-2　承認審査制度・規制を見直し、民間の力を借りながら迅速に実用化

1-3　日本の医療技術と医療機器等を戦略的にパッケージ化して国際展開

2. 予防の推進等による健康長寿社会の実現

2-1　企業・自治体独自の取組を支援し、健康寿命の延伸と健康関連産業の育成・拡大

2-2　高齢者生活関連産業等を活性化し、地域で暮らせる社会を実現

2-3　ICTの活用を促進し、効率的・効果的な医療等サービス提供

1-1 医薬品・医療機器開発等ライフサイエンス研究の全てのフェーズで切れ目なくサポート

課題

○司令塔機能（研究費の一元化と拡充）が必要。
○基礎研究の優れた研究成果やものづくり技術が医薬品・医療機器の着実な実用化に繋がらず（「死の谷」が存在）、薬事承認にも時間がかかる。

具体的な取組

基礎研究 → 応用研究 → 非臨床試験 → 臨床研究・治験 → 審査・薬事承認

■医薬品・医療機器開発等の司令塔機能を強化・拡充する

○日本版NIHの設置の検討（①重点研究分野・目標の設定、②研究予算の一元化・拡充、③研究評価・PDCAの強化）
○創薬支援ネットワーク・医薬基盤研究所創薬支援戦略室の機能強化
○医療機器研究開発支援ネットワーク等を整備し、医工連携の下で共同研究

■臨床研究の質の向上と治験機能の強化で実用化を加速する

○臨床研究中核病院等の整備
○６つのナショナルセンターの臨床研究・治験機能の強化

■医薬品・医療機器の審査を迅速化する

○審査・相談体制の充実
○難病・希少疾病治療薬の早期実用化の促進
○PMDA-WEST構想の具体化

目標

○日本の**革新的**な医薬品・医療機器、**世界最先端**の再生医療製品等を**迅速に**実用化

1-2　承認審査制度・規制を見直し、民間の力を借りながら迅速に実用化

課題

○再生医療は、患者の期待が高いが、関係法令などが整備されていない。実用化を加速するとともに、安全性・倫理性を確保する必要がある。
○医療機器の安全かつ迅速な提供のため、医療機器の特性を踏まえた制度を構築する必要がある。

具体的な取組

■再生医療をいち早く実用化する

○再生医療製品の早期承認制度の導入

＜従来の承認＞

人の細胞を用いることから、個人差を反映して**品質が不均一**となるため、有効性を確認するための**データの収集・評価に長時間を要する**。

臨床研究 → 治験 → 承認 → 市販

＜早期承認制度＞

患者のアクセスをより早く

臨床研究 → 治験 → **早期承認** → 市販※ → 承認 → 市販

※市販後更なる有効性、安全性を検証

一定数の限られた症例から**有効性を推定し、**
条件・期限付きで従来より**早期に承認する**。

○細胞培養加工は、医療機関から民間委託を可能に

国内で承認された再生医療製品の例

「ジェイス」
自家培養表皮

「ジャック」
自家培養軟骨

■医療機器の審査を民間の力を借りて迅速化する

○第三者認証機関の活用拡大により、PMDAの審査を新医療機器に重点化・迅速化

目標

○再生医療などの最先端の医療を、いち早く患者のもとに
○まずは、環境整備のための「**薬事法改正法案**」と「**再生医療新法案**」を**今国会に提出したい**

1-3　日本の医療技術と医療機器等を戦略的にパッケージ化して国際展開

課題

○アジアなどの新興国における医療・介護ニーズが高まっており、日本の医薬品や医療機器等と医療技術・サービス等が一体となった国際展開が求められている。
○結核、マラリアなどに対する医薬品の治療薬の研究開発が進んでいない。

具体的な取組

施設（病院等の建設ノウハウ）　×　**設備・物資**（医療・介護機器、医薬品等）　×　**制度・技術**（医療・介護技術、保険制度等）

■戦略的に国際展開するための体制を作る

○省内に「医療国際展開戦略室（仮称）」を設置
○国別、疾患・分野別に、企業・医療関係者と関係省庁が一体となって国際展開
○人材交流を通じた規制・制度の国際調和（ハーモナイゼーション）

■国際協力のフレームを通じて国際展開を図る

○官民共同拠出による開発途上国向け医薬品研究開発の促進
○WHOへの貢献やASEANなど新興国との二国間協力を通じた国際展開

目標

○日本発の革新的医薬品・医療機器等を**国際的な医療協力なども通じて**、医療・介護技術、医療・介護サービス等と**一体的に海外に展開**

2-1　企業・自治体独自の取組を支援し、健康寿命の延伸と健康関連産業の育成・拡大

課題

○就労を希望したが働くことができていない高齢者のうち3割は疾病が理由。若年層も疾病・その治療等を理由に離職する者が多い。生活習慣病は、死因別死亡割合の約6割。

○生活習慣病とその重症化の予防が重要な課題。

具体的な取組

■官民一体となって予防・健康増進を進める

○「健康日本21（第二次）」（25年４月～）に基づき、自治体の取組を支援
生活習慣病の発症予防や、がん検診受診率向上等のがん対策など、疾病予防・重症化予防の推進

○健康づくりに対する民間・地域の創意工夫をモデル事業として横展開

○保険者や企業の取組を促進するためのインセンティブ（特定健診・保健指導の実施率で後期高齢者支援金を加算・減算）

■健康関連産業を育成・拡大する

○Smart Life Project の登録企業（健康づくり産業や社員の健康づくりに取り組む企業）を支援

○健康的な食事の標準化などによりヘルスケア分野等の関連市場を拡大

＜Ａ社の取組＞
対象：健診結果より受診勧奨域（肥満等）の社員（約500名）
主な取組：
・　Ａ社作成の携帯アプリを活用し、対象者が日々の食事や体重、歩数計等を記録、改善の習慣化を図る
・　健診未受診、改善行動が見られない社員への働きかけ等を制度化

社内で毎日体重等を測定

目標

○ヘルスケア分野等の**産業成長**と**健康長寿世界一**を実現するとともに、**医療費を適正化**

・健康寿命概ね1歳増加（2022年）
・がん検診受診率50%（胃・肺・大腸がんは当面40%）（2016年度）
・特定健診等の実施率の目標達成により約1000億円の市場拡大（2017年度）

2-2　高齢者生活関連産業等を活性化し、地域で暮らせる社会を実現

課題

○高齢化により、一人暮らし高齢者の増加に対応した多様な生活支援サービスや住まいなどのニーズが急速に拡大。認知症の人への支援も喫緊の課題。
○人口減少局面で、高齢者や障害者がその能力を発揮できる共生社会の構築が必要。

具体的な取組

■高齢者が地域で暮らし、社会参加できるよう、生活支援サービスや住まいを拡充する

○自助・互助の考え方に基づき、高齢者自身やボランティア、企業など多様な主体の活動により、配食・外出支援等の生活支援サービスを充実

○サービス付き高齢者向け住宅の供給促進、空家や学校跡地の活用などにより、高齢者が安心して暮らせる住まいを拡充

○都市部の高齢化対策を自治体などと検討する場の設置

○認知症の人と介護する家族を支援する認知症施策の推進

＜長崎県佐々町の取組み＞
研修を受けた高齢者が、介護予防事業のボランティアや、要支援者の生活支援サービスを行うことを支援。

■介護ロボット等の開発を支援し、普及促進を図る

■地域福祉サービスの担い手である社会福祉法人の経営高度化や障害者の社会参加を推進する

目標

○**高齢者生活関連産業等が成長**するとともに、高齢者・障害者とその介護者が共に安心して生活し、働き続けられる**安心地域社会を実現**

・生活支援サービスの基盤を全ての市町村等で整備（2018年度）
・高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合３～５％（2020年）
・移乗介助、認知症の人の見守り等の介護ロボットの導入台数1,000～5,000台（2015年）

2-3　ICTの活用を促進し、効率的・効果的な医療等サービス提供

課題

○医療・介護・健康分野において、関係機関の情報連携やデータ活用を進める必要がある。

具体的な取組

■ICT活用の環境整備を行う

○地域医療ネットワークの構築を推進

○医療機関等でやりとりされるデータの標準化を推進

○レセプト・健診等データの利活用の拡大、好事例の横展開
（受診勧奨や予防促進、医薬品等安全対策の推進）

○地域包括ケアの構築に向けて、自治体が特徴や課題を客観的に把握するための介護保険データの利活用拡大

○実証事業を実施し、課題の解決策を検討した上で、電子処方箋の運用を可能とする方向で検討

■ICTを活用した遠隔医療の助成や、遠隔保健指導面接のための規制改革を行う

○遠隔医療補助事業の活用促進や遠隔医療に携わる人材育成などにより、更なる普及を推進

○特定保健指導の初回面接について、一定条件下でICTを活用した遠隔面談を可能に

目標

○ＩＣＴ等の十分な活用により、**効率的・効果的なサービス提供**と国民一人ひとりの主体的な健康づくりを促進するとともに、**関連産業を活性化**

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案	厚生労働省の対応・考え方
1．国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築	
○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大（例：10%）	○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。
○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定	○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。
○高額療養費の上限額の比例増部分（現在1%）の引き上げ	○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。
○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に	○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。 ○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。
3．良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて	
○一般用･処方箋医薬品のネット販売普及	○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。 ○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。
○病床規制･介護総量規制を撤廃すべき	○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

○混合診療の導入（保険外併用療養の更なる範囲拡大）	○現行も、安全性や有効性が確認されたものは併用を認めており、今後も、一定ルールの下、速やかに先進的な医療を受けられるよう対応。
○医療機関への株式会社の参入と、持ち株会社制度の導入、医療法人の株式会社等への出資緩和	○株式会社参入や株式会社が医療法人を傘下に収める持株会社制度の導入は、不要な診療による医療費増大や不適正な医療の提供の恐れがあり困難。医療法人の出資の緩和は、病院経営の安定を前提に慎重な検討が必要。
○都市部の特養待機者解消のため、①杉並区－南伊豆町事例の横展開、②総量規制と住所地特例の緩和をすべき	○重度の要介護者を家族や地域から切り離して地方に移住させることにならないよう留意しつつ、好事例を紹介。 ○総量規制は前述の通りだが、受入側の自治体が認める場合に限り柔軟な取扱が可能。住所地特例の緩和は、適切な給付管理等が行いづらくなるため、慎重な検討が必要。
○介護保険の自己負担を重度にマッチさせて変えるべき（例：軽度のデイは全額、デイケアは3割負担）	○給付の重点化は検討課題。ただし、要介護度に応じた自己負担は、介護度を下げる努力へのディスインセンティブとなるなど困難。
○要介護度が高いほど報酬が高い現状に、度数を下げるインセンティブが働く仕組みをつくる	○要介護度の重い人が報酬上評価されないと、要介護度の重い人の利用が阻害される恐れがあり困難。
○家族やボランティアによる介護の評価をすべき	○家族等による介護の評価は、家族介護が固定化されること、給付費が増大する恐れがあることから困難。

4. 国民の健康長寿が経済成長に繋がる社会

○高齢者の健康関連消費に「ヘルスケアポイント」を付与し、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。まず「特区」で実験	○全ての被保険者が保険料を負担し、介護の必要な方が給付を受けるという社会保険制度の趣旨から困難。