

第8回健康・医療戦略参与会合 議事概要

日 時：平成26年7月10日（木）14時30分～16時30分

場 所：首相官邸2階小ホール

参加者：菅健康・医療戦略担当大臣、世耕内閣官房副長官

大谷内閣官房参与、田中内閣審議官

健康・医療戦略参与

黒岩参与、黒川参与、近藤参与、多田参与、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、横倉参与

健康・医療戦略室

和泉室長、中垣次長、菱山次長、新原次長、高田次長

■菅健康・医療戦略担当大臣から挨拶

国民の皆さんが健康で長生きをすることのできる社会をつくることは、まさに人類の願いである。そしてまた、健康・医療産業を発展させていくことは、安倍政権の成長戦略の柱の1つでもある。

このような社会の実現を目指すため、この推進本部のもとに、医療分野の研究開発や健康長寿産業の創出、そして活性化等を戦略的に推進していくために、この戦略等を速やかに作成し、実行に移していく、このことが極めて重要であると私たちは考えている。

本日は、健康・医療戦略等の案をお示しさせていただくが、これはこれまで参与の皆さんからいただいた御意見を踏まえた内容になっている。

本日の御議論も参考にさせていただきながら、この案を健康・医療戦略推進本部で決定して、政府として閣議決定をした後に、速やかに実行に移してまいる所存である。

参与の皆さんにおかれては、この健康長寿社会実現のために、政府の取り組みに対して、引き続き貴重な御意見を賜ることを心からお願い申し上げます。

■中垣健康・医療戦略室次長から配布資料について説明。

■黒岩参与から、提出資料に基づき「トータルボディダイナミクス」について説明。

■黒川参与から、提出資料に基づき認知症に対する取組み強化等について説明。

■近藤参与から、提出資料に基づきPMDAの最近の取組みについて説明。

■多田参与から、提出資料に基づき健康・医療戦略の推進に関する期待と課題について説明。

■戸田参与から、提出資料に基づき健康・医療戦略への提言について説明。

■中尾参与から、提出資料に基づき戦略の推進に向けてさらに議論すべきことについて説明。

■堀田参与から、提出資料に基づき「築地医療開発コンプレックス（仮称）の提案」につ

いて説明。

■松本参与

日本医療研究開発機構が構想されているが、その中でお願いしたいのは、課題解決型の研究開発の推進ということである。

運用上の期待としては、医療分野研究開発推進計画のもとでの弾力的な研究費の配分である。特に、研究の優先順位だとか、研究費の配分についてのピア・レビューシステムを実現して、米国のNIHにおける諮問委員会の機能を作って欲しい。

もう一つは医療分野の研究開発推進計画へのフィードバックである。現場の意見を一番よく集約できているのがここだとすれば、そこからフィードバックをして実際の施策を決めていくというものが必要ではないかと思う。そうすると、総合的かつ効果的な医療分野の研究開発ができる。

例えば米国のNCATSとか、英国のSCHRが進めているような橋渡し研究による画期的なイノベーションの実現が出てくるのではないか。それから、めり張りをつけた研究費の重点配分ということで、ハイレベルな科学者を含むピア・レビューをやることによって、それに基づいて決められるものと、健康・医療戦略推進本部の判断に基づくものの二本立てで動いていくことが重要ではないか。

また、PDCAサイクルの仕組みの一部として、医療分野の研究開発推進計画へのフィードバックがあるが、弾力的に配分される研究費について、予算配分や執行状況の成果と進捗を踏まえて、こういった総合戦略が滞りなく進んでいくようにするような機能もぜひつけ加えていただきたい。

それから、堀田先生からもお話があったけれども、創薬支援を行っていく中核的な機能をつくっていく必要があるということで、創薬支援ネットワークは既に動いているが、それに加えて中核的な臨床研究等を支援するセンターが必要ではないか。こういう臨床研究をやるネットワークをつくっていくということが重要だろうと思う。

創薬支援ネットワークから出てくるもの、大学、アカデミアから出てくるものを臨床研究に持ち込んで、第1相、第2相、第3相、第4相といろいろあるが、臨床研究をやる上でコアセンター的なものがあって、そことコンタクトすれば合理的な臨床研究がワンストップサービスでできるという仕組みをつくっていくことが重要だろう。そこにそういった機能があるとより効果的な臨床研究が、進んでいくことになる。

さらにグローバルな知見もとれる仕組みが必要で、そういったことをワンストップサービスでできるような機能も、この中にはまだ考えられていないと思うが、そういったことも今後考えていただければと思う。

最後に、いきなりHTAというと拒否反応が出るところだが、イノベーションの適切な評価への期待ということで、課題としては量から価値に基づくイノベーションの評価ということで、世界最高水準の医療提供と費用の削減の両立を図っていくということが重要だと思

う。

エビデンスに基づく医療、質の向上の評価ということ、地域包括ケアによりすぐれた医療の提供を実現するためのインセンティブをつけていくということで、先ほどから何度も出ているが、特区等を活用した価値に基づくイノベーションの評価のために、例えば対象患者等の設定とか、アウトカム目標の設定とか、評価指標の設定、インセンティブの設定、実施医療提供体制の検証、リデザイン、再実施ということで、例えば米国で今、議論されているアカウントブル・ケア・オーガニゼーションによる医療の質の改善と医療費の削減の両立というようなことを日本でも実現していく。こんなことが必要ではないかと思っている。

■水野参与

前回、私がお願いしたことに対して、事務方から「健康・医療戦略に関する参与の指摘事項とその反映状況について」というレポートを出していただいているので、その点についてはまず感謝申し上げます。

ただ、これを見ると、参与の指摘事項が全部できているかのように思えるわけで、要するにこれはできたことのリストと考えたらいいのかなと思うが、できたことは見ればわかるので、本当に欲しいのはできないことのリストではないか。

参与の言っていることが全く突拍子もなくとも話にならないというのならそれで結構だし、行政上どこが引っかかっているということであれば、引っかかっているところをシェアすることによって前に進んでいくと思うので、達成事項がこれだけリストになるのは大変喜ばしいけれども、私の趣旨としてはできないことのリストを見たかったということ再度申し上げさせていただきたい。

できていないことで私が挙げたものをリストアップさせていただくと、まず最初に、中尾参与も御指摘になったが、前回かなり議論が盛り上がった健康・医療分野の産業と、仁術としての医療、命というものとの論理的整合性について話し合いたいということだが、この点についてどういう形でやるのかという事務局からの提案がないので、そこをお伺いしたい。

実際、私は、全く違う会議で日本の医療行政等の難しさについてどう考えるか、何が一番難しいかと言われたので、そのことを回答したら、かなり多くの方が激しくうなずかれ、何人か顔を覚えていたので、その方々にどういう方が聞いたら、やはりお医者さん、製薬会社に勤める若者、医学部の学生と、この産業にかかわるみんながそのところではっきり答えが出せないことにすごくフラストレーションを感じているということだとも思うので、どういうやり方でするかはよく考えていただきたいが、中尾参与初めほかの参与も会議の後私に賛同していただいたようなので、ぜひ何らかの形でその議論は実現させていただきたい。

次に、健康・医療戦略ファンドの件けれども、この件については実は前もお話した

が、実際に話が進んでいるにもかかわらず、こちらの戦略参与会合では一度も話がされていないので、一度健康・医療戦略ファンド、この官民ファンドのところについては今、進んでいることについてほかの参与の方々に、私は官民ファンド活用推進委員会の委員でもあるので知っているが、何らかの形で知らせるべきではないかと思う。

毎回黒川さんにパーシャーリー賛成する形でコメントしている英語化問題だが、本日、近藤参与からもあったけれども、確かに文章の英語化はかなり難しいと思うが、用語の英語化はもう少し進めていただきたい。先日、イスラエルのテルアビブの医学部の学生と東京大学医学部の学生と会わせたことがあり、ミーティングの後にイスラエルの学生から、彼は本当にメディカルスクールの学生かと言われた。要するに、医療用語を英語で言えないものだから、実は英語のうまい学生さんだったが、そういうことが実際に起きるわけで、用語は片仮名でもいいので英語化を進めていただきたい。

あと、これもこの間の話で、医療機器を日本の研究者、医師にどうやって使ってもらおうかというインセンティブづくりをやらないと、医薬品は出した段階でパーフェクトでないといけませんが、医療機器は出したところからトライアル・アンド・エラーで、使ってもらわないことにはデータが集まらないので、競争力も持ちようがないから、医療機器の日本国内での使用、海外に売るといふ山本参与のところではやっておられることは当然やるにしても、まず国内での使用を推進する政策をもう少し明確に出していただけないかと思っています。

■森下参与から、提出資料に基づきドネーションの整備、健康・医療戦略の次期課題の洗い出し等について説明。

■山本参与 健康・医療戦略（案）概要について、2点述べさせていただきます。

このような形で案がまとまったことは大変よかったと思うし、そこに成果目標も出たということで、非常にうれしいことである。

これに関しては、医療の国際展開を促進するという立場で考えたときに、これを法律にのっとり、かつ成果を出すためにさらなる仕組みが必要ではないかと考えている。それはこの事業が関係省庁とたくさん関係している。文科省、厚労省、経産省、総務省、外務省が主な5つの省であるが、官房がその上において、民間でいえばMEJあるいはJICAといったような組織が一体となって動かなければいけない。

そうした中では、プロジェクトの推進に向けて情報の共有とか連携とかをしっかり持って相手国に行かなくてはいけない。なおかつ、相手国に行く場合には、必要などころに必要な人が参加していただくことが非常に重要である。

そのところで、予算の関係も恐らくあるのだと思うけれども、6ページの一番下のところに「予算の在り方の見直し」と書いてあるが、あるプロジェクトに参加をしていただきたいということである省に行ったときに、予算がないから参加できないということが実

際にあった。これはオールジャパンでいく、あるいはチームジャパンでいくという考え方でスタートしていると思うので、その辺のフレキシビリティはぜひこれから御検討いただきたいとお願いしたいのが1つ。

それから、もう一つは5ページ、ITの問題であるけれども、医療界のIT化は大変おこなわれているし、恐らく電子カルテその他に関しては今、30%越えたぐらいだろう。そういう中でこれを進めることは私は大賛成だが、そのためには幾つかやらなくてはいけないことがあるのかなど。

1つは、医療界に勧めるために、もともと国が診療報酬というルールがあって、大学であろうと一般病院であろうと、パブリックであろうとプライベートであろうと同じ形で請求する。こういう形のは国が開発して、プラットフォームは1つにするべきだと、これが今、いろいろな企業がいろいろなプラットフォームをつくっているために必要なデータが集めにくいという環境があるし、お金がかかるという問題がある。この辺を大きく見直すなら、そこも含めて見直していただきたいということが1つ。

そして、これは地域医療の再生に非常に大きく影響する問題であるので、改めてこの場合に地域医療の見方として、基本的に地域医療は医師が足りないとか看護師が足りないとか、いろいろな問題を出されているが、本質的にはその地域における医療ニーズというのがあって、それに対して必要な医療資源がバランスよく輩出されているかどうかという点であるが、これがきちんとしたデータがとれない。

そういうことを含めてITでこれがきちんとできるようになれば、例えば数年前に麻酔科の問題があった。医師が足りなくて麻酔がかけられない。ところが、麻酔学会はこれに対して非常にまじめに取り組んだ結果は、アクティブに麻酔をかけている先生の数、日本で麻酔が関係しなくてはいけない手術の数、それを比較したら、そのときの麻酔科の医師で全部の手術がカバーできるというデータを出した。ただし、働き方でそれができなかったということがある。

こういう問題を含めて、医療ニーズと医療資源のバランスというのは非常に重要な問題と私は位置づけているので、その辺を含めて検討していただきたいし、もう一つ、基本的な問題として、先ほどちょっとお話が出たけれども、医療の患者さんのデータ、これは5ページのところにレセプトデータによると書いてあるが、レセプトデータとは何かというと、大きく患者データというのは患者さん自身の情報なのか、疾患の情報なのかということがある。

今のレセプトデータは残念ながら疾患の情報。必ずしも患者さんの情報ではない。というのは、どういうことかということ、例えば80歳の胃がんの患者さんの手術をしたときに、QOLを考えて一番いい方法は必ずしも根治手術ではない。一番いい方法をとるだろう。しかし、50歳の患者さんだったら完全に治る方法を、非常に大きな侵襲の方法をとるかもしれない。こういう違いがレセプト上ではわからない。やはり患者さんの情報として把握していかなくてはいけないので、本質的な意味ではその辺の議論も含めた上で、ICTをぜひ進め

ていただきたいというのが2点目である。

■横倉参与から、提出資料に基づきかかりつけ医を中心とした地域医療等について説明。

■大谷内閣官房参与

技術開発や基金の話から、今の地域医療のベースの話まで、相当幅広いものが出ているけれども、今回の全体のターゲットはどちらかというと先端部分に当たっていると思う。ベースの地域の中でどうはめ込んでいくかということの組み合わせを忘れるとあらぬほうに行くということがあるので、そのパースペクティブが大事である。

■黒川参与

私の資料のなかの写真付きの資料は、去年暮れのG8認知症サミットと、この4月開催の、私も参加しているGlobal Action Against Dementia（世界認知症対策行動）である。ともにロンドン開催された。私がこの会議に出席しているのは英国政府がWorld Dementia Councilを立ち上げ、私もその委員として招聘されたからである。この委員にはG7から委員が選出されているわけではない。英国政府が選んでいる。ここからの計画を英国首相が、G7首脳へ持ち出してくるというプロセス。日本の対応は厚生労働省となっはいるが、英国ほかの首脳の取り組みの本気度と、認知症が世界的な大きな問題だ、という強い危機感がある。ぜひ、首相官邸主導で対応できるタスクフォースを作っていたいただきたい。これが第1点。それでないとどこに連絡すればよいのか、明白でない。

第2点は、この課題を成長戦略実現の観点からも幅広い解決策を推進する。私は先ほど述べたBig Dataとか、単なる知見だけではなく、いろいろなIT技術を使用した、徘徊老人の問題、MITなどで行っているような人の知的活動と認知症の関係など、このような視点の活動も大事だ、という話をしている。

まだ認知症ハウスのような一人で外部には出れないが、中庭のような空間がある、快適に過ごしやすい住居モデルとか、多角的な対策が必要であろう。こういった対応を可能とするタスクフォースを作っただけだと、英国との連携も密にできる、このような視点が大事になってくる、との認識をお願いします。

来週、パリでOECDがホストとしてこの会議が開催される。

■和泉健康・医療戦略室長

堀田参与の構想については、地方からIRを持ってきたいと思っているので、よく調整していただければ。

■堀田参与

まだ別に何も調整していない。一方的に提案しただけ。

■横倉参与

お手元にICS基本ガイドブックという本がある。これはさまざまな大規模災害のときの対応について、私どものところとハーバード大学等々と一緒にまとめて出したもの。

第1章は総論的なことで余り読み応えがないかと思うけれども、第2章はアメリカで起きたさまざまな大規模災害のときにどういう対応をしたかという事例がある。ぜひ一度目を通していただいて、多分今からも、きょうも台風で初めは九州のほうは大災害かと思っただが、幸いにして大したことなく過ぎたが、東京オリンピックを初め、いろいろなことが考えられるので、一度目を通していただければ。

■和泉健康・医療戦略室長

この件は、別途総理本部長で国土強靱化推進本部というのがあり、その中で医療の話は随分書き込んでおり、多分また会長に党のほうの調査会でお話いただくことになると思うので、ぜひよろしく願います。

■多田参与

先ほど、森下先生のほうから、奨学寄附金にかわる制度が必要だという御提案があったけれども、当然私どもの協会において、今般のいろいろな不祥事が起こっており、それに対して今、身を正すというか、いわゆる透明性ガイドラインあるいは寄附についての基本指針を発信して、協会各社に対してその厳守を強く求めている。

ただ、先生がおっしゃった、ちょっと誤解があったらいけないかなと思うけれども、もともと奨学寄附金で今回問題になっているのは、あくまで自分のところの製品に対する研究を、いわば大学のアカデミアの先生方をお願いして、その結果データについての問題が起こったということなので、我々の協会の中でも奨学寄附金問題については自社品についての研究を依頼する場合は、いわゆる委託研究という形できちっと契約をした上で進めていこうではないかと厳しく今、進めている。

自社品以外に直接関係ないようなことに対して、各地方であれ、中央であれ、大学の先生方がやっておられることに対し非常に支援したいといった場合、そういうことまで協会として禁じているわけでもない。

先ほど外資の方とあえておっしゃったが、外資の方がどういう御理解でその辺をしておられるかというのは我々の協会としては今、把握していない。ただ、そこの誤解をされないようにお願いしたいと思う。

■森下参与

今、多田参与が言われたように、基本的に日本の企業の方は奨学寄附金をよくわかられているので、研究に関する部分、自社に関する部分は委託研究なりに切りかえている。こ

これは学会等でもそうしてほしいとアカデミアの側からも言っている。

問題は、奨学金という制度が実は日本しかなくて、海外から見ると奨学金自体が全てあいまいな寄附金だという発想で捉えられていて、奨学金というのを書いてあげると、本社のほうで、これは一切だめだという形がほとんどになってきている。あるいは金額に関しても50万円以下だったらいとか、非常に少額のものになってきている。

先ほど言ったように、今まで日本の研究を自由に支えてきた部分はかなり奨学金の制度にあるので、これは名前の問題ではなくて、利益相反の問題を踏まえて自由に研究に使えるお金というものの流れをつくらないといけないと思う。

そういう意味では、日本の企業に関しては、先ほど多田参与が言われたように、製薬協のほうでも整備されているし、外資でも恐らく日本の支社レベルでは理解されている。ただ、本国までいくとそれはもうだめだということで、門前払いに近い状況で今、大手の製薬企業、名前を挙げると差しさわりがあるが、1社2社ではなくて、10社近くのレベルの段階で同じ状況になってきているというのが実情。奨学寄附金という制度が日本にしか今までなかったということで、先方の側からいくとなかなか理解できていないのだろう。この理解を説くのは非常に難しいので、むしろこの際海外におけるドネーションのような形を日本に導入する試みをしたほうがいいのではないかな。ある意味この問題が起きたことをきっかけとして抜本的に日本の研究を支えるような寄附金の制度をつくったほうがいいのではないかと私は思っている。

■堀田参与

長らく日本では奨学寄附金が、地方の大学などでは特に臨床教室の研究活動を支えるある意味のガソリンになってきたという事実がある。

問題は、奨学寄附金は先ほど多田参与がおっしゃったけれども、自社製品に関係する臨床研究であれば委託研究にするという整理でいいと思うが、メーカー側からすると経費の出どころ、すなわち財布がもともと違う。

奨学寄附金というのは販売促進費から出ているが、委託研究、受託研究になると、研究開発費から出る。性質が違う経費だから、そこにきちんと区別する必要がある。販売促進費とは結局は自社製品の販売を促進するための経費だから、見返りを求めるのは当たり前の話である。それなのに、奨学寄附金は見かけ上はそういうことには関係ありませんよという形をとらざるを得ないところに問題があるということから言えば、そこはきちんと業界でも整理していただきたいと思う。

■和泉健康・医療戦略室長

これは大事な問題なので、また副長官と相談してどういう進め方がいいか、短兵急に結論を出すよりは、いろいろな問題を整理した上で、かつ協会が研究に貢献できるというスキームをどうつくるかという話だろうから、副長官と相談して預らせていただく。

■松本参与

ある意味で受け皿になっている国立大学として、少し説明をさせていただく。

その前に、この国立大学附属病院長会議の将来像実現化というアクションプラン、病院長会議のフューチャービジョンというようなものを出させてもらっているが、大学病院でも先ほどのお話はまさにそういう議論をしているところで、奨学寄附金によって寄付元の製品に対する研究開発はしないということになっている。もしそうであれば、それは委託研究としてやる。

一般的に運営費や補助金という形は大学に入ってくると全く自由に研究者の意思によって使うという方向に、かなりきちっと切り分けて、利益相反が起きないように厳格なルールを設定しているところである。

そのときに、いろいろな考え方を整理していただくためにも、中核的臨床研究等支援センターというところがあって、本当はそういう議論も日本医療研究開発機構でやることになるのかもしれないが、ある種の明確なガイドラインがあって、その上で安心して研究が進めていけるようなプラットフォームをつくっていただければありがたい。

■黒川参与

私がこの参与として参加した時の資料にあったように、NIHは米国の制度であり、%エフォートとは、これが広いライフサイエンス分野の基礎から臨床までの研究者の人件費の研究部分の給与となる。さらにプラスとして研究費の30-70%が大学との契約によって支給されるオーバーヘッド、間接経費ともいわれる分。さらに政府からの交付金、企業などからの委託研究、寄付金などの資金をまとめて大学がプールなどして運営している。日本でこのような制度に急には変わらないし、製薬企業からの寄付金制度等もどう扱うかなど、課題がある。

また、科学技術基本計画の発足のときから私が指摘していることだが、例えば年金制度の問題がある。海外等との交流を推進するときの国内外での年金ポータビリティ問題、大きな社会制度そのものにかかわっている。

特にグローバル時代に、違う国の制度を導入しても、それは各国の社会制度の一部であって、それを支えてきた歴史的背景もある。日本の年金制度とポータビリティ。米国では大学教員の年金制度が共通になって初めて、より自由な人の交流が進んだ。そのような大きな全体像を見て政策を導入しないといけない。今、世界な大きな転換期にあり、ナショナルからグローバルへと移行、日本は世界第3の経済大国として、多くの優れた点があるが、それを生かし切れていない。これには日本人のマインド・心理というか、従来からの社会制度が、世界に広がるグローバリゼーションに対応できにくくなっている。だから、この計画も形をまねするよりは、今までの制度を少しずつでもいいからどのように外へ、オープンにしていくかを基本として話を進めないと、議論が各論ばかりだとまた全体の整合性

に不都合が起こるということをぜひ考えておいていただきたい。

NIHも1つの試みだけれども、その背景にある大きな社会制度を見ていかないと、どこから変えられるか、ぜひその辺を考えていただきたい。製薬企業と大学についての話も、それではヨーロッパではどうなっているのか、例えばフランスとかドイツも同じEUではあるけれども、イギリスとはまた違うので、その辺の在り方がどのようにやっているのかも、ぜひ比べていただけるとよい。アメリカの場合は、私はよく知っているが、研究者の研究へのパーセント・エフォート分の給料が研究費から出るようになっている。この点は大事なことで、さらに透明性があることが大事な要素です。先ほど近藤先生がおっしゃったように、日本語が政府の正式文書だというのはわかるけれども、日本では、しばしば政策でも「誰が」「いつまで」に計画を実現させる、ということが明示されていないことがよくある。そういうところも勘案して進めないと、「日本だから」というのではコトはなかなか動かない。

今の時代、企業はグローバル、だけれども、国はナショナルというところのギャップがすごくあるなと思っている。

■森下参与

やり方はいいと思うけれども、ただ、早くしなければいけない。生首がついている。実験助手の方だったり、助教だったり、若い方の雇用を支えているのは現在委任経理金だという事実があるので、ここがやめてしまうと研究開発システムはもう再構築できなくなってしまう。

交付金が削られている中で、今まで大学が何とか生き残ってきたところが、結局のところ奨学金を含む委任経理金なり、あるいは産学共同講座であったり、寄附講座という部分だ。このようにはっきりした部分はまだいいけれども、自由な研究を支えた部分への影響が今回大きく、日本企業だけではなくて、グローバルな中でいろいろなお金が入ったものが入らなくなってきている。それは先ほど言ったように、年末までに決着がつかなければ首が切られる人がどんどんふえていくという話になるので、早急にとりあえずの考え方を整備してもらわないと、皆さん足がすくんでできないという状況があると思う。

こういう状況では産学連携は非常に大きく阻害されるし、せっかく日本医療研究開発機構ができて、大きな一歩を出そうとしているときに、肝心のエンジンオイルが切れているということになると、どんどん研究開発をやろうと思っても国の金しか当てにならないという状況になったら、両方とも非常に損だと思う。ぜひそこは早めに整備を、年内をめどにお願いしたい。

■世耕内閣官房副長官

私もこの問題はすごく関心を持っていて、ただ、一方で、かなりメディアが感情的になっている部分もあるし、我々としては基本的にまず業界の自浄作用と大学に対するルール

づくりというか、そういったところだと思っていたのだが、今、森下先生御指摘の、まさに背に腹はかえられぬという部分について、どう対応するかについては少し考えさせていたいただきたい。

■松本参与

医療関係人材だけではなくて、先ほども黒川先生がおっしゃったように大学全体の問題である。

今、大学で研究を支えている若手の人材がほとんどプロジェクト経費で、金の切れ目が縁の切れ目という環境で働かざるを得ないということで、逆にそれを見て、学生さんが敬遠して研究者への道をとらなくなっているという極めて深刻な問題が起きている。

その人事制度、もっと言うと年金のあり方だけではなくて、退職金のあり方というようなことも含めて、ぜひ合理的なものに大きく変えていただければと思う。

■中尾参与

日本医療研究開発機構については、これまでも何回か議論してきて、法律も通り、これから準備して立ち上がるということだが、どんな特色を持つのかをぜひ、出してもらいたい。

日本版NIHという言葉は言わないということだが、予算とかいろいろなことを考えたときに、アメリカのNIHのミニ版だけではちょっとまずいのではないかと常識的に考えている。

例えばアメリカのNIHがやっていなくて何ができるのだろう、もしくはどの辺に特徴が出せるのだろうということを見てみると、NIHは意外と医療機器はできていない。これはここ1～2年どうしようかという議論をしているぐらいでほとんどできていない。

先ほども、例えば漢方の話も出てきたが、こういうのも1つの特色になり得るではないかというのが幾つかあると思う。

三千幾らの予算の中で何でもかんでもやろうというよりも、ある程度特色を出すという努力が必要ではないか。

■黒岩参与

前にも御報告したけれども、神奈川の特区の窓口になっているGCC、グローバル・コラボレーション・センター、これは松本先生に代表理事になっていただいているけれども、これで先般アメリカに行って、その前にシンガポール政府機関と覚書を結んだのに引き続いて、ハーバード、ジョンズホプキンス、スタンフォードと覚書を結んできたという話をしたが、実はそのときに、NIHにも行った。NIHの中にNCATSというところがある。最先端のところをやっていくチームなのだが、そこで我々のヘルスケア・ニューフロンティアという話をしたところ、大変な興味関心を持たれて、覚書を結びたいという話が出てきた。

前も私、この場で申し上げたけれども、アメリカにあるNIHを日本版というのは、もうそ

ういう時代ではないのではないか。むしろ日本から発信していくべきだろうということも申し上げた中で、先ほど申し上げたような未病を治すという話などを科学的に融合させていくという話、このプランを提示したところ、ぜひ一緒にやりたいという、まさに日本発でそういうものがあるのだなということを生々しく体験をした。

先ほど横倉会長からも言っていたけれども、未病というのはもともとは漢方の古い言葉だが、日本から発信するという意味で非常に有効な考え方ではないのか。つまり、健康・医療と言って、医療という言葉でくくり切れない部分。超高齢社会になったときに、医療だけをどんなに最先端のものにしてもなかなかたどり着かない。そういった意味で、いろいろな全人的にアプローチしていけるようなものを、あらゆる技術もあらゆる知恵も総動員しながらやっていくということ、こういう発想の仕方そのものが実は日本から発信できるものだと思うので、日本医療研究開発機構の大きな特色の1つとしてこういった面は前面に出していくべきではないかと考えている。

■水野参与

研究開発推進計画ということで、この間ちょうど京都大学のiPS細胞研究所で山中伸弥教授とも議論していたのだけれども、要するにイノベーションが起きるタイミングと環境はどういうところなのかというと、1つはセレンディピティーといわれる、全くよくわからない環境の中でいろいろな人が自由に好きなことをやっている中で出てくるイノベーションの部分と、いわゆる会社などが入ってきて、明確な目標と計画があるときに、それを達成しようとして生まれるイノベーション、この2つがあるという話をちょうどしてきたのだが、こういう形で1つの組織に研究開発についての機能を統一してしまうよさは一気通貫にできる。悪いのはセレンディピティーの環境が阻害される。

要するに、機構の人たちが将来成功してある技術について判断をしてしまうことによる環境の破壊というリスクもちよっとあるなと思いつつ、今、皆さんの話を聞いていて、今まではいい意味でも悪い意味でもいろいろな人が勝手にやっていたところでそういう環境が実はあったという部分もあるかとは思っているので、今回、1つに統合された場合、いろいろな人の目を入れて、例えば同じような技術でも相反する技術で同じ目標を達成しようとしていたものを、研究を両方サポートするような形をつくっていくとかを維持しなくてはいけない。

あと、こちらに参与の方もいらっしゃるのですが、業界のほうへのお願いでもあるのですが、大学との共同研究で企業側が入られる場合、もう少し目標意識をはっきりさせて、いついつまでに何をつくるということをはっきりさせた研究を持ってきてもらいたい。

実は京都大学と阪大のリストを見たのだけれども、思いのほかあいまいな共同研究が、企業が合同でやっているにもかかわらず多いなという印象を受けて、一応ケンブリッジも見たのだが、イギリスの製薬などは、別に製薬の方だけを指摘しているつもりはないが、割と明確なターゲットとか、時間軸も結構決めた上で共同研究のプランがつくられている

ので、その環境づくりというのは少しプランの周辺領域になるかもしれないけれども、一貫通貫に持ってきたら最後はそこだと思うので、その2つの環境づくりを民間側も一緒につくっていく必要があるかなと思いつつ聞いていた。

■和泉健康・医療戦略室長

基礎研究の科研費と運営費交付金の研究は別に行っている点と、政府全体で分野融合的で、すぐに目的を目指さないImPACTという研究をさせているので、そういったものは相互補完関係になるのかなと思っている。またいろいろ議論したいと思う。

■多田参与

今、水野先生がおっしゃった事は、民間の企業が共同研究において余りクリアな目標を持たせない研究になっているから、ひょっとして大学側の参加者も緩んでくる、という意味かどうか分からないが、これは各企業がそれぞれの責任においてそれぞれのやり方で一律ではなくやっているはずなので、当然会社によっては厳しくマイルストーン的な管理をする会社もあろうし、意外と鷹揚に、先生が今、おっしゃったような自由にとにかくやってもらえば何か出てくるかもわからない程度で進めておられる企業もあるかも知れない。余り一般論としてそういう議論は成り立つのかなと個人的に思うが。

■水野参与

一般論化すると、できている会社はどこかという議論になってしまうのだが、私が拝見していて、日本の大学の研究者と例えば製薬メーカーとの共同研究と海外の共同研究の違いは、私はプロジェクトにエクイティ性がないと呼んでいるけれども、いわゆることし幾らお金かかりますかというベースで、多分共同研究費も100万円以下がほとんどだと思うが、それに対してどういうベンチマークで何年まで何ができたらここで1億、さらに10億という形にしておくと、当然会社側もそこで、では会社と一緒に立ちあげましょうとか、そのプロジェクトそのものを買収取りましょうという話になるので、非常に今、ずっと議論されているベンチャーキャピタリストがないところから始まって、なぜ事業にならないかというところの1つの理由としてはそういうものがあるかということなので、もちろん製薬会社さんもいろいろやっていたらと思うが、ただ、日本の製薬会社の場合、不思議なことに海外ではそのようにプロジェクト性の資金を出しておられるのに、日本ではなぜかいわゆることしの鉛筆何本というプロジェクトが多いような気が、一般論として私は感じているので、個別企業さんに対する批判ではないので、それは株主から批判を受けていただければ結構である。

■和泉健康・医療戦略室長

本日いただいた意見をベースに、修正等は官房長官一任ということで、お任せいただき

たいと思う。

その上で、今回の議論をベースにして1回フリーディスカッションをセットして、次に向けた課題の洗い出しをしてみたいと思う。

■世耕内閣官房副長官

本当に御多忙の中、積極的に参与の皆様にはこの会合に御参加いただき、感謝申し上げます。

今回、健康・医療戦略取りまとめに当たって、貴重な御提言、御意見をいただいた。

御提言、御意見はしっかりと戦略に盛り込ませていただいたと言おうと思っていたら、水野参与の御指摘ではそうでもなかったようなので、ただ、どこかで決めなければいけないから、今、はみ出たテーマについては補佐官が言ったように、少しフリーディスカッションの形で集中的に議論をさせていただきたいと思う。

この健康・医療戦略についてはこの後政府の健康・医療戦略推進本部で決定をして、閣議決定をした後、速やかに実行に移すことになる。実行に移した後はフォローアップ、PDCA、これまた内閣官房でやることになっているので、参与の皆さんにはその際にもいろいろと御高見をいただきたいと思っている。

これまでの御協力に感謝を申し上げますとともに、これからもどうぞよろしく願い申し上げます。