



特定非営利活動法人 日本医療政策機構（HGPI）主催
医療政策サミット2026（2026年7月21日）
報告書

Hosted by Health and Global Policy Institute (HGPI)
Health Policy Summit 2026 (July 21, 2026)
Report

「医療政策サミット2026」

プログラム

- 日 時： 2026年7月21日（火）15:00-17:30（レセプション 17:30-19:00）
- 会 場： 帝国ホテル 光の間（東京都千代田区内幸町1丁目1番1号）
- 言 語： 日本語および英語（同時通訳あり）

*敬称略、所属・肩書は開催時のものを掲載

15:00-15:05	趣旨説明 乗竹 亮治 （日本医療政策機構 代表理事・事務局長）
15:05-15:15	開会の辞 仁木 博文 （厚生労働副大臣）
15:15-15:20	第2回「黒川清賞」受賞者のご紹介
15:20-15:35	ご出席の国会議員からのご挨拶
15:40-17:25	ラウンドテーブルディスカッション「経済安全保障と保健医療システムの未来」 パネリスト： 天野 慎介 （一般社団法人 全国がん患者団体連合会 理事長／ 一般社団法人 グループ・ネクサス・ジャパン 理事長） 井上 博雄 （経済産業省 商務・サービス審議官） 香取 照幸 （一般社団法人 未来研究所 臥龍 代表理事／ 兵庫県立大学大学院 社会科学研究科経営専門職専攻 特任教授） グレン・S・フクシマ （スタンフォード大学 客員研究員） 神保 謙 （公益財団法人国際文化会館 常務理事／新領域戦略研究所（RAIS） 共同代表／ 慶應義塾大学 総合政策学部 教授） 詫摩 佳代 （慶應義塾大学 法学部 政治学科 教授） 矢野 康治 （国際医療福祉大学 社会保障政策研究所長／元 財務省 事務次官） モデレーター： 乗竹 亮治 （日本医療政策機構 代表理事・事務局長）
17:25-17:30	閉会の辞 武藤 真祐 （日本医療政策機構 副代表理事）
17:30-19:00	レセプション

本サミットはチャタムハウス・ルールのもとで開催されます。チャタムハウス・ルールは、話し手に匿名性を提供し、情報の公開と共有を促進することを目的に、英国におけるChatham Houseが起源となり始まったルールです。現在では、自由な議論を促す助けとして世界中で使用されています。
「チャタムハウス・ルールの下で会議やその一部が開催される場合、参加者は受け取った情報を自由に使用することができますが、発言者や他の参加者の身元も所属も明らかにすることはできません。」（引用：Chatham House）

医療政策サミットの歩みと本年の趣旨

日本医療政策機構（HGPI）は2006年以降、医療政策における重要アジェンダを議論するフラッグシップ・イベントとして「医療政策サミット」を定期的に開催してきました。チャタムハウス・ルールのもと招待制で実施される本会合では、立法府・行政府の政策決定者、アカデミア、患者・当事者リーダーをはじめとする市民社会、産業界など、医療政策に関わるステークホルダーが一堂に会し胸襟を開いた議論を交わしてきました。非営利・独立・超党派の民間シンクタンクが主催し、立場の異なるステークホルダーが率直に意見を交わすことのできるプラットフォームは、日本の医療政策領域において依然として貴重でありその重要性はむしろ高まっています。

近年の保健医療政策は、内政上の課題にとどまらず、地経学・地政学的な課題へと変容しつつあります。従来、医療政策は人口動態・財政制約・科学技術の進展という主に国内の構造要因のもとで論じられてきました。しかし2020年代に入り、パンデミック、地政学的対立、産業政策の復権を経て、医薬品・医療機器は、研究開発から価格決定に至るまで国際政治経済と不可分になっています。米国における最恵国待遇（MFN: Most Favored Nation）価格を参照した薬価政策は国際的な価格の相互参照圧力を強め、ドラッグ・ラグ／ロスをさらに深刻化させる懸念があります。後発医薬品の原薬をはじめとする供給網も輸出規制や特定国への過度な依存、紛争による突発的な途絶といったリスクを抱えています。他方で政府は、「創薬・先端医療」および「合成生物学・バイオ」を戦略17分野に位置づけ「攻めの予防医療」を掲げるなど、保健医療を成長の牽引役となる戦略産業として明確に打ち出しています。¹こうした動きを踏まえれば、国内の保健医療政策は国際秩序の動態を視野に入れて設計することが一層求められる局面にあると言えます。同時に、こうした再設計は社会保障費を負担し、政策の最終的な受益者でもある患者・当事者、そして市民にとって望ましいものであることが前提となります。負担のあり方について社会的な合意を形成すること、そして患者が必要な治療に必要な時にアクセスできる体制を確保すること。これらこそが本来の目的であるという点は、改めて確認しておく必要があると考えられます。

以上を背景に本サミットでは「経済安全保障と保健医療システムの未来」と題し、地政学的変化が保健医療政策の中核的な構造要因となった時代における政策設計のあり方について、産官学民のマルチステークホルダーとともに議論を深めました。本年は講演形式ではなく、登壇者席と参加者席を一体に設営したラウンドテーブル形式を採用し立場を超えたフラットな場での議論が展開されました。また、第2回「黒川清賞」の授賞式を行い、パプアニューギニアで小児保健と予防接種の推進に取り組むフィオナ・クペ氏に本賞を贈りました。なお、本賞の詳細については巻末に掲載しています。



¹ 内閣官房日本成長戦略本部（2026）「日本成長戦略」令和8年7月21日。 <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/nipponseichosenryaku/pdf/jgs2026.pdf>。（2026年9月1日閲覧）。

趣旨説明

乗竹 亮治（日本医療政策機構 代表理事・事務局長）

日本医療政策機構が主催する医療政策サミットは、2006年に第1回を開催してからほぼ毎年開催しており本年で21年目を迎える。本年は、経済安全保障と保健医療政策の「接合点」を探ることをテーマに据えた。ナフサの供給不足や米国のMFN価格政策など、地政学的な影響により、これまで国内で議論されてきた医療政策・社会保障分野も、国際的な議論の中で対応せざるを得ない状況となっている。

議論の視点は主に三つである。第一に、医薬品の価格と研究開発をめぐる国際的な圧力が創薬エコシステムに及ぼす影響。第二に、原薬や部品・部材の海外依存に伴うサプライチェーンの安全保障化。第三に、産業政策として保健医療が議論される場面が増えていることである。

安全保障や産業創出の観点だけで社会保障を議論して良いのかという論点も含め、国際的な状況と国内の議論とのリバランスが課題である。チャタムハウス・ルールの下で胸襟を開いて議論することで見いだせる解決策も多いと考えている。今回のサミットでは登壇者のみならず、参加者の皆様からも忌憚のないご意見、ご質問を積極的にお寄せいただき、議論を深めてまいりたい。



開会の辞

仁木 博文（厚生労働副大臣）

本日はこのような意義ある場にお招きいただき感謝申し上げます。開会にあたり、保健医療分野の課題と厚生労働省の取り組みについて述べたい。

物価や賃金等の上昇への対応として、令和7（2025）年度補正予算による医療介護等支援パッケージでは医療分野で約1兆円を確保し、全国約8,000病院のうち約7,500病院に給付金を措置した。令和8（2026）年度診療報酬改定では、30年ぶりに3%を上回る改定率を確保している。また、2026年7月には地域医療構想策定ガイドラインを発出し、医師偏在対策も順次進めている。

産業政策としては、創薬・先端医療分野を成長戦略の一分野に位置づけ、ファーストインクラス製品、感染症危機対応医薬品等（MCM: Medical Countermeasures）、バイオ医薬品・再生医療等製品、先端医療、ヘルス関連サービスの五分野について官民投資ロードマップを策定し、約64兆円規模の官民投資を見込んでいる。

安定供給の確保も重要である。増産費用への補助や後発医薬品の産業構造改革に加え、抗菌薬4成分については経済安全保障推進法の特定重要物資の枠組みを活用し、原材料の国産化を推進している。薬価制度については、令和9（2027）年度の薬価改定において革新的新薬の評価を進め、医薬品市場の魅力度向上に努める。米国のMFN価格政策によって我が国に必要な医薬品が上市されず、ドラッグ・ロスが生じることは避けなければならない。

本サミットは、立法府、行政府、産業界、アカデミア、患者・市民社会が垣根を越えて議論を交わす貴重なプラットフォームである。厚生労働省としても、質の高い医療を効果的かつ効率的に提供できる体制の確立に努めていく所存である。



ラウンドテーブルディスカッション

「経済安全保障と保健医療システムの未来」

パネリスト：（敬称略・五十音順）

天野 慎介（一般社団法人 全国がん患者団体連合会 理事長／

一般社団法人 グループ・ネクサス・ジャパン 理事長）

井上 博雄（経済産業省 商務・サービス審議官）

香取 照幸（一般社団法人 未来研究所 臥龍 代表理事／

兵庫県立大学大学院 社会科学研究科経営専門職専攻 特任教授）

グレン・S・フクシマ（スタンフォード大学 客員研究員）

神保 謙（公益財団法人国際文化会館 常務理事／新領域戦略研究所（RAIS）共同代表／

慶應義塾大学 総合政策学部 教授）

詫摩 佳代（慶應義塾大学 法学部 政治学科 教授）

矢野 康治（国際医療福祉大学 社会保障政策研究所長／元 財務省 事務次官）

モデレーター：

乗竹 亮治（日本医療政策機構 代表理事・事務局長）

エグゼクティブサマリー

本サミットの議論は、医薬品価格から始まり、医療物資と原材料の供給、財政と負担、意思決定の進め方に及んだ。範囲は広いが、どの論点も、患者が必要な治療に必要な時にアクセスできる状態をどう保つかという問いに関わっている。

この問いは、これまで主に費用の問題として論じられてきた。国民皆保険は、費用を理由に医療をあきらめずに済む状態を広く実現してきたが、その仕組みは、必要な医薬品や医療機器が現に供給されていることを前提にしている。本サミットでは、その前提を支える要因の多くがすでに国外にあり、日本が自ら決定できる範囲が狭まっているという指摘が繰り返された。

それでもなお日本の側で決められるのは、国内の制度と決定過程である。価格の決め方を事前に見通せるようにすること、給付と負担の全体像を示すこと、産官が一体となって交渉に臨む体制を整えること。いずれも国内の課題だが、日本が取引の相手として選ばれ続けるための条件でもあるという指摘もあった。社会保障制度と経済安全保障は、この点で切り離して論じられない。

一致をみなかった論点も残った。備えに要する費用を誰がどう負担するのか。何を確保し、何を確保しないのかを、誰がどのような基準で選ぶのかなど、いずれも開かれた議論を通じて合意形成していくほかない論点である。しかし、そのように合意を積み上げられること自体が、制度への信頼を支え、日本の社会保障制度の独自の強みとなりうる。

ラウンドテーブルディスカッション 論点

以下は、登壇者・参加者の総意ではなく、当日の発言をもとに、事務局の責任において論点を再構成したものである。

本セッションでは、社会保障という国内の制度論をなぜ経済安全保障と接続して議論しなければならないのかという問いへの仮説として、米国の関税措置に端を発したMFN価格政策を扱い、そこから日本が志向すべき解決策について議論を展開した。以下では、供給、交渉、財政、合意形成の四つに分けて整理する。

1. 医薬品の供給は国際的な分業に依存しており、その途絶に備える体制をいかに設計するか

平時に市場で取引される医薬品は危機時に戦略物資へ転じ、医療とは無関係な事情によっても途絶するリスクを有している

- ◆ 平時には市場で取引される商品も、パンデミックのような局面では国家間で確保を競い合う戦略物資へと突然変化する。市場価格を支払う能力があることと、実際に物資を確保できることは同じではない。通常の市場メカニズムを超えて供給をどのように保障するかが、重要な課題となった。
- ◆ 経済安全保障の文脈でよく取り上げられるのが、2019年のβラクタム系抗菌薬の問題である。原料等をほぼ100%中国に依存していた²。これは中国による意図的な生産管理ではなく、製造上のトラブルを発端とするものであったが、セファゾリンの供給が長期間滞り、手術を中心とする医療提供に深刻な影響が生じた³。代替が困難で生命に直結する物資については、国内の生産能力、備蓄、緊急時の増産能力を確保することが重要である。
- ◆ 中東情勢の緊迫化に際しては、ナフサ由来の原材料や燃料供給の停滞が医療製品の生産に影響することが懸念された。政府は2026年4月、アジア・エネルギー・資源供給力強靱化パートナーシップ（POWER Asia: Partnership on Wide Energy and Resources Resilience Asia）を掲げ、金融支援を通じてアジア各国のエネルギー・資源供給力や経済基盤の強靱化を支援する取り組みを始めている⁴。こうした燃料供給の安定に向けた支援は、医療製品やその関連部材を含む重要物資のサプライチェーン強靱化にも寄与することが期待される。



² 厚生労働省（2023）「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会 報告書」令和5年6月9日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/001108290.pdf>.（2026年9月1日閲覧）。

³ 厚生労働省（2019）「セファゾリンの供給低下について」第33回厚生科学審議会感染症部会 資料2. <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000570348.pdf>.（2026年9月1日閲覧）。

⁴ 経済産業省（2026）「アジア・エネルギー・資源供給力強靱化パートナーシップ（パワー・アジア）」。
https://www.meti.go.jp/policy/external_economy/power_asia/index.html.（2026年9月1日閲覧）。

備えは脆弱性の所在を特定したうえで設計すべきものであり、民間の努力のみに委ねることはできない

- ◆ 安全保障の領域では、常に最悪の事態を想定して備えを説けば提言の体裁は整う。しかし、「快晴の日にも傘を持ち歩くべきだ」という主張は政策提言たり得ない。危機が生じる蓋然性と、その影響の深刻度がどのように重なったときに備えるのかを分析し、脆弱性がどこにあるのかを明確にすることが求められる。
- ◆ 原薬や中間体の供給国と製造拠点は、やや集中しすぎているのではないか。薬価が低く採算性も低い状況では、企業に余剰能力や第二供給源の確保を求めても、民間の努力だけで実現することは極めて難しい。厚生労働省は安定確保医薬品として506成分を選定し、うち21成分を最優先としているが^{5,6}、必要なのはリストを特定することだけではない。対象品目について上流の原材料を可視化し、代替供給源と復旧に要する時間を把握したうえで、リスクを可視化する作業が求められる。そのうえで、経済安全保障関連予算のなかで特定重要物資としての医薬品を明確に位置づけ、必要な費用を負担することが極めて重要である。

自給には限界があり、信頼できる国々との連携や、平時からの生産能力の確保が現実的な選択である

- ◆ 原薬を国内で製造し自給力を高めることも重要であるが、それには限界がある。信頼できる国々との連携の枠組みを一定程度広げることが現実的に必要であり、東南アジア諸国等との医薬品の共同開発や、そのための仕組みを構築することは、今後の日本にとって喫緊の課題である。
- ◆ 防衛の領域では「防衛生産能力こそ抑止力である」という考え方が共有されつつある。緊急時に生産を急増させるサージ能力に加え、負傷者を支えるミリタリーメディシンの整備も抑止力につながる。平時から生産能力を高めておき、緊急時にはその能力をワクチンや新薬の開発へ振り向けられるようにしておくことが重要であるという点で、保健医療分野にも同じ論理が当てはまる。他方で、防衛分野と保健医療分野がともに議論する場はまだ少ない。

2. 薬価は国際交渉の材料となり、国内制度としてのみ論じることではできなくなっている

米国のMFN価格政策は同盟国への負担分担の要求であり、日本発の製薬企業でさえも米国市場の収益に依存している

- ◆ 2025年5月12日の大統領令（第14297号）は、米国の人口が世界全体の5%未満であるにもかかわらず、世界の医薬品産業の利益の約4分の3を米国が支えているとの認識を示し、その原因を諸外国が薬価を低く抑えていることに求めている⁷。これは防衛費の分担をめぐる要求と同じ論理であり、同盟国に対する負担分担の要求という文脈のなかで薬価問題を捉える必要がある。薬価のみを切り出した交渉では対応し切れず、通商・安全保障を含む政府横断の体制で臨むことが求められる。
- ◆ 米国は世界の医薬品産業の利益の大半を生み出しており、その収益がグローバル企業の研究開発を支えている。日本の製薬企業も売上の7割以上を海外で得ており、最大の収益源は米国である。日本もまた米国市場の収益に依存しているという構造がある以上、米国が過度に負担しているとの主張には当たっている面がある。
- ◆ 当初、日本の医薬品輸出は米国向けが少ないため、追加関税の影響は限定的と見られていた。しかしMFN価格政策が示されたことにより、各社の事業戦略に関わる問題として一気に浮上した。

⁵ 厚生労働省（2021）「安定確保医薬品及びカテゴリ設定（令和3年10月1日修正版）」．<https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/000785498.pdf>．（2026年9月1日閲覧）．

⁶ 厚生労働省（2025）「医療法第三十七条第四項及び第三十八条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する供給確保医薬品及び重要供給確保医薬品」令和7年厚生労働省告示第292号、令和7年11月10日．https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80ac0628&dataType=0&pageNo=1．（2026年9月1日閲覧）．

⁷ The White House (2025) Executive Order 14297: Delivering Most-Favored-Nation Prescription Drug Pricing to American Patients, 12 May. 90 Federal Register 20749-20751, 15 May. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2025-05-15/html/2025-08876.htm>．（2026年9月1日閲覧）．

新薬の上市の遅れはこれまでの薬価政策の帰結であり、産業界と政府が一体で交渉に臨める枠組みが求められる

- ◆ 米通商代表部（USTR: Office of the United States Trade Representative）の対日報告では、10年以上前から日本の薬価決定の不透明性と予見可能性の低さが指摘され続けてきた⁸。ドラッグ・ラグ／ロス（DLR）はMFN価格政策によって初めて生じた問題ではなく、これまでの薬価政策の結果として生み出されたものである。この問題は最終的に、日本の薬価制度をどのように考えるかという点に帰着する。
- ◆ 新薬は分野ごとに研究開発の形が異なり、パイプラインも複雑になっている。厚生労働省と、内資・外資を問わず製薬企業が連携し、これらを一体的に取りまとめたうえで交渉に臨める枠組みをつくることが重要である。産業界と所管官庁が別々に対応すれば、国内制度についての説明と国際交渉の場での主張とが食い違いかねない。

二国間の個別交渉に終始すれば引き下げ圧力は各国へ波及するため、基盤を共有する国々との協調と民間を通じた働きかけを組み合わせる必要がある

- ◆ 薬価の水準や公的医療保障の設計について共通点の多い欧州諸国等との協調が、日本にとって最も重要である。二国間の個別交渉に終始すれば、外部参照価格を通じた引き下げ圧力が各国に順次及びかねない。多国間の枠組みのなかで共通の立場を形成することが求められる。
- ◆ 米国の現政権は民間セクターの声を重視していることから、政府間交渉と並行して、日本企業が米国企業と連携して働きかける経路を確保するという選択もあり得る。
- ◆ 英国は2025年12月に米国と原則合意し、新薬の実質価格の引き上げと引き換えに、米国向け医薬品輸出への追加関税がゼロとなる措置を得ている⁹。ただし米国は英国との貿易で黒字を計上しており、貿易収支の構造が日本とは異なるため、同様の対応が可能かどうかは慎重な検討を要する。

米国は圧力の主体であると同時に日本の製造能力を必要とする協力の相手でもある

- ◆ 現政権の通商政策は、自由貿易を志向してきた伝統的な共和党政権の路線とは異なる。政権が交代しても方針は継続するとの見方がある一方、米国政治には揺り戻しがあり、現状が永続するとは限らない。短期の合意形成に向けた対応と、政権交代を織り込んだ中長期の備えとは、分けて考える必要がある。
- ◆ 米国では社会の分断が著しく進み、国民的な合意を形成することが難しい。日本にも不公平感は存在するが、意見の違いは一定の合理的な範囲に収まっており、高い専門性を持つ行政機構が機能していることは日本の大きな強みである。
- ◆ 米国はサービスとソフトウェアに大きな強みを持つ一方、製造能力を大きく失ってきた。日本の製造能力とこれらを組み合わせることができれば、日米双方に利益をもたらす協力が可能になる。米国を、薬価の引き上げを求める「悪者」としてのみ捉えるのではなく、将来のパートナーとしても見ることが求められる。

⁸ Office of the United States Trade Representative (2019) 2019 National Trade Estimate Report on Foreign Trade Barriers. Washington, DC: USTR. Available at: https://ustr.gov/sites/default/files/2019_National_Trade_Estimate_Report.pdf. (2026年9月1日閲覧)。

⁹ Office of the United States Trade Representative (2026) Successful Conclusion of the United States-United Kingdom Arrangement on Pharmaceutical Pricing, 2 April. <https://ustr.gov/about/policy-offices/press-office/press-releases/2026/april/successful-conclusion-united-states-united-kingdom-arrangement-pharmaceutical-pricing>. (2026年9月1日閲覧)。

3. 薬価が調整弁として機能しなくなったいま、負担のあり方を再設計しなければならない

備蓄と生産能力が途絶に耐える力であるのに対し創薬力は選ばれる側に回る力であり、国内の基盤を整えなければ差は開いていく

- ◆ 創薬力の向上をめぐる議論は薬価に集中しがちであるが、薬価と同じく、国内から新薬が生まれ、その開発が日本で行われる環境をつくることが重要である。イノベーションの中心は大手製薬企業からスタートアップへ明らかに移っている。しかしこの10年間にM&Aで買収された30社強のスタートアップのうち、国内のスタートアップは3%にすぎず、日本企業の多くは海外のエコシステムを活用している¹⁰。
- ◆ 官民が緊密に連携してスタートアップを育成し、創薬の基盤を構築する戦略を踏み込んで描く必要がある。これは成長戦略上の課題であると同時に、通商交渉における交渉力の確保、パンデミック時の対応、日本固有のニーズに応える新薬の開発という点で、経済安全保障上の課題でもある。

低い負担と中程度の給付という構造は成果を上げてきたが収支は均衡せず、給付の効率化のみでは対応し切れない

- ◆ 日本の社会保障は、低い負担で中程度の給付を行う構造で推移してきた。この構造のもとで日本は国民皆保険を達成し、平均寿命は世界でも高い水準にあり、医療に対する国民の満足度も高い。他方で、低い負担と中程度の給付は、そもそも収支が均衡しない。少子高齢化と経済成長の鈍化により、その差は拡大してきた。
- ◆ 日本の構造は従来「中福祉低負担」といわれ、すでに収支が合っていない。給付の節減や自己負担割合の見直しにも意味はあるが、それだけで対応し切ることが不可能であり、最終的には税と保険料を引き上げる必要がある。日本の保険料率は先進国と比較して決して高すぎる水準ではなく、一方で税負担は低く必要な給付を賄えていない。政府はこの事実を国民に説明すべきである。
- ◆ 社会保障の選択肢は、給付の終了時点をどのように考えるか、開始時期を遅らせるか、単価を引き下げるか、負担率を引き上げるかという四つしかない。このうち終末期医療を含む終了時点の議論は、ごく一部を除きほぼタブーとなっている。長寿化に伴い、保険料を納付する期間に比べて給付を受ける期間が長期化すれば制度の持続可能性を保つことは難しく、給付の開始時期を変え、高齢者の定義を見直す必要がある。周辺の論点としてではなく、真剣に議論すべきである。

国内の判断のみで動かせたがゆえに調整弁として機能してきた薬価は、いまや市場としての地位、途絶への備え、国際交渉の三つに同時に及ぶ

- ◆ 医療費の伸びを抑える手段の一つが、薬価の引下げであった。薬価は国内の制度によって決定されるため、国外の要因に左右されることなく引き下げることができた。この性質により、薬価は医療費の調整弁として機能してきた。
- ◆ 現在、薬価の引下げは三つの結果を同時にもたらす。第一に、企業が日本での上市を後回しにし、新薬が国内に入らなくなる。第二に、採算が取れないため、企業が在庫や第二の供給源を確保できなくなる。第三に、国際交渉において、低すぎる薬価が是正の対象とされる。第一は市場としての地位に、第二は供給の途絶への備えに、第三は交渉の帰趨にそれぞれ関わる。
- ◆ 財政の要請に従って薬価を引き下げれば、供給の余力と市場としての地位を損なう。供給と市場を守るために薬価を維持すれば、財政の均衡から遠ざかる。薬価の引下げは、もはや国内の財政操作にとどまらない。ここにおいて、国外の事情と国内の財政は、分けて論じることのできない一つの問題となる。

¹⁰ 医薬産業政策研究所（2023）「国内製薬企業の研究開発における共創—日本の大手製薬企業と創薬ベンチャーの外部提携動向からの示唆—」『政策研ニュース』No.68. <https://www.jpma.or.jp/opir/news/068/08.html>.（2026年9月1日閲覧）。

薬価と診療報酬は支払う額を決める仕組みであって財源ではなく、経路をどう選んでも費用は最終的に家計と企業から集められる

- ◆ 薬価と診療報酬は、医療に対して支払う額を決める仕組みであり、財源そのものではない。国民医療費の財源は、令和5年度において社会保険料が50.2%、公費が37.5%、患者負担等が12.3%を占める¹¹。したがって、備蓄や供給網の維持に要する費用を薬価に含めれば、その費用は保険料と税と患者負担にこの割合で配分される。一方、経済安全保障に関する予算で賄えば、財源は公費のみとなり、保険料は動かない。
- ◆ 異なるのは、どの財源から取るか、誰に負担を求めるか、そして負担の目的を示すか否かである。薬価に含める方法は手続きとして簡便であるが、何のための負担であるかが表に現れない。経済安全保障に関する予算で明示する方法は目的を示すことができるが、毎年度の予算編成を経るため、恒久的な財源ではない。

4. 負担の合意と決定過程の透明性は、供給の確保と市場としての地位を左右する

負担の増加は過大に見積もられており、技術革新による受益の増大とあわせて、議論はまず事実を踏まえて進める必要がある

- ◆ 他方で、負担の増加を過大に見積もるべきではないとの見方もできる。厚生年金の保険料率は労使合計18.3%で2017年から厚生年金保険法により固定され¹²、協会けんぽの保険料率も10年間ほぼ変わらず平均約10%を維持している¹³。65歳以上人口は2040年代前半にピークを迎えた後は減少に転じると見込まれ、マクロで見た社会保険料負担の対GDP比の上昇は今後1～1.5ポイント程度にとどまる¹⁴。まず、こうした事実を踏まえて議論を進める必要があるのではないか。
- ◆ 先進国のなかで、中長期にわたり医療費の伸びをGDPの伸びの範囲内に収められている国はない。その最大の要因は技術革新である。技術革新によって国民が医療から得る受益は増加しており、費用対効果で見れば十分にプラスである。負担の増加のみを提示するのではなく、技術革新によって国民が得ている便益の増加を適切に発信し、国民に理解してもらわなければならない。

世帯の形が多様化した以上一律の線引きは不公平感を生み、政府が事実を説明しなければ議論は負担能力の弱い層に向かう

- ◆ 負担の問題は理屈だけでは解決できない。単身世帯、共働き世帯、非正規のカップル、母子家庭など世帯の形が大きく変化するなかで、同じ年収であっても担税力は大きく異なる。それにもかかわらず一律に線を引き、負担の高低だけでなく強い不公平感が生じる。給付付き税額控除についても、本来は税体系全体を見直すなかで検討する必要がある。そこまで踏み込まなければ、合意形成は難しいのではないかと。

¹¹ 厚生労働省（2025）「令和5（2023）年度 国民医療費の概況」令和7年10月10日公表。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/>。（2026年9月1日閲覧）。

¹² 日本年金機構「厚生年金保険の保険料」。<https://www.nenkin.go.jp/service/kounen/hokenryo/hoshu/20150515-01.html>。（2026年9月1日閲覧）。

¹³ 全国健康保険協会「令和8年度保険料率」。<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/lp/2026hokenryou/>。（2026年9月1日閲覧）。

¹⁴ 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省（2018）「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」平成30年5月21日経済財政諮問会議提出資料。https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2018/0521/shiryo_04-1.pdf。（2026年9月1日閲覧）。

- ◆ 「富裕層や企業から取れば良い」という議論に対しては、日本の所得税の最高税率が地方税を含めて55%であり、G5・G7のなかで最も高いことが示された¹⁵。政府が事実をきちんと説明しなければ、議論は本質から外れ、弱いところや人数の少ないところに圧力が集中することになる。まず事実を丁寧に説明することが必要である。
- ◆ 本セッションで大きく取り上げられたわけではないが、最大の問題は格差の拡大である。格差が拡大すれば、誰もが不公平感を抱くようになる。社会保障は、負担能力のある者が負担能力の乏しい者を支えるという相互扶助を前提としているが、その前提自体が成立しなくなる。社会保障の枠内で配分を論じる前に、経済全体における分配の歪みを問う必要がある。

制度の変更時期と内容を見通せなければ、患者は生活を設計できず、企業は投資を判断できない

- ◆ 高額療養費制度をめぐるのは、2024年12月の閣議決定に際し、現場で治療に当たる医療者から負担額が現実的ではないとの声が上がリ、続いて患者や家族から負担増は厳しいとの意見が寄せられた。さらに医療経済学者からは、世界保健機関（WHO: World Health Organization）が示す「破滅的医療支出」の基準に照らすと現状でも限界に近いとの指摘もあり、見直しは一旦凍結された。2025年12月の2回目の見直しでは患者団体も議論に加わり¹⁶、多数回該当の患者の負担は増えないこととなった¹⁷。現場感覚がないまま決定されようとしたことは危ういことであり、今後の議論では現場感覚を大切にすることが求められる。
- ◆ 患者からは、毎年末の審議会と予算折衝の過程が「ロシアンルーレットのようだ」と受け止められている。いつ自分に負担増が及ぶか分からないためである。最大の問題は予見可能性がないことであり、グランドデザインを示さないまま医療保険制度改革が進められ、新しい治療薬が日本に入ってくるのかという不安を抱えたまま制度が変えられていくことは避けるべきである。

決定の独立性と透明性を担保し多様な主体が連携できる枠組みを設けることが、供給の確保と市場としての地位の双方を支える

- ◆ 検討会で示される資料は議論の趨勢に大きな影響を与えており、議論の独立性と透明性が担保される必要がある。証拠に基づく政策立案（EBPM: Evidence-Based Policy Making）に基づく議論を実現するために、科学的な立場から助言する諮問機関があってもよいのではないか。この分野の先例はエネルギー政策である。医療の安全保障は国民の生命に直結するため、エネルギーと同様、あるいはそれ以上に重要な課題であり、安定供給とイノベーションの重要性をどこまで国民と共有できているかが、負担を議論する前提となる。
- ◆ 広い意味での安全保障をめぐる課題は、複数の省庁、企業、市民社会組織、アカデミアなど多様な主体が連携しなければ解決できない。省庁間の連携は近年ある程度進んできた一方、政府と企業との間には安全保障に対する意識の違いもある。その隔たりを埋め、市民の参加と理解を含めて、多様な主体が有機的に連携できる枠組みを構築することが、今後重要になると考えられる。
- ◆ 備蓄の水準も、給付の範囲も、最終的には誰かが決定しなければならない。その決定の時期と根拠を関係者が事前に把握できるかどうか、供給の確保と、新薬の上市先として選ばれるかどうかの双方を左右する。合意形成の仕組みは、個別の政策を検討した後に付け加える論点ではなく、それらの前提に位置する。

¹⁵ 財務省「主要国における所得税率の推移の比較」（2026年1月現在）。https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/income/234.pdf。（2026年9月1日閲覧）。

¹⁶ 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会（2025）「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」令和7年12月16日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001613051.pdf>。（2026年9月1日閲覧）。

¹⁷ 厚生労働省保険局（2025）「高額療養費制度の見直しについて」第209回社会保障審議会医療保険部会・第9回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会資料、令和7年12月25日。<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001621844.pdf>。（2026年9月1日閲覧）。

閉会の辞

武藤 真祐（日本医療政策機構 副代表理事）

私が医師になったのは30年前である。当時は、医師が薬を処方し患者がそれを服用するという、単純に見える世界であった。現在は、本日の議論にあったとおり、そもそも薬がない、日本での開発が回避される、原料の供給国が限られているといった事態が生じている。医療機関の経営破綻やAI時代における医師の役割など、かつて想定しなかった論点も加わっている。

だからこそ、本サミットのように多くの人が複雑な問題を論じる場に意味がある。以前、政治家の勉強会で技術の重要性について話した際、ある参加者から「実際に自分が医療を受ける側になってみると、日本の医療制度ほど安くて便利なものはない」との発言があった。自分の負担は抑えたまま手厚い医療を受けたいと考えるのは、自然な感情である。事実に基づいて議論することは欠かせないが、人はその事実を感情を通して受け取る。両者をつなぐ役割を担うのがアカデミアである。

今後の世界や医療を語るうえで、AIは避けて通れない。コストや電力の制約に加え、身近な機器を通じて取得されたデータが国外へ送られているとの指摘もあり、セキュリティを含めて検討すべき事項は増えている。AIを医療にどう健全な形で取り入れるかを含め、当機構では引き続き医療政策の議論を深めていきたい。



第2回「黒川清賞」

本サミットでは、ラウンドテーブルディスカッションに先立ち、第2回「黒川清賞」の授賞式を行った。

日本医療政策機構は、創立20周年を機に、アジア太平洋地域の保健医療政策を牽引する次世代リーダーを顕彰する「黒川清賞」を創設した。第2回受賞者には、フィオナ・クベ氏（国家首都圏保健局 コンサルタント小児科医・小児保健部門長）が選出された。

選考理由ならびに受賞者の功績

選考では「革新性」「インパクト」「将来性」の三つが重視された。フィオナ・クベ氏は、パプアニューギニアにおいて、農村部・遠隔地域の保健事業の再構築と予防接種率の改善に取り組むワクチン推進の旗手である。

受賞者からのメッセージ

日本医療政策機構（HGPI）の皆様、ご来賓の皆様、関係者の皆様、この度、第2回黒川清賞を受賞できたことは、私にとって大変光栄なことでございます。日本医療政策機構の皆様には、この栄誉を賜りましたこと、そして市民主体の医療政策への揺るぎないコミットメントに、心より御礼申し上げます。貴機構が掲げる「独立性、中立性、実現可能性」という指針は、複雑な課題に直面し、実践的でエビデンスに基づいた解決策を必要とするアジア太平洋地域の医療システムにおいて、私たちの多くが拠りどころとしている姿勢でもあります。

この賞は、エビデンスこそが政策の根幹をなさなければならないこと、そして政策は最終的に人々に資するものでなければならないことを、私たちに示してくださった指導者、黒川清先生のお名前を冠しております。その理念のもとで表彰いただけますことは、身の引き締まる思いであると同時に、大きな責任を伴うものと受け止めております。

私はこの賞を、日頃ともに活動する幸運に恵まれている地域社会の皆様、臨床医、政策立案者、そして若きリーダーたちを代表して拝受いたします。データを行動に、政策を子どもたち・家族・そして逼迫した医療システムのより良い成果へと転換しているのは、まさに彼らです。ここで評価いただいた成果は、私一人のものではなく、皆で成し遂げたものです。

日本医療政策機構が主催する「医療政策サミット」は、率直かつ、分野横断的であり、互いを尊重し合う対話という、私たちが必要とする対話のあり方を長年にわたり体現してくれました。前進のためには、市民社会、学術界、政府、そして患者の声が共に手を携えることが不可欠です。今後も、太平洋地域、そして世界規模でこうした架け橋をさらに強めていくことに、一層の決意を持って取り組んでまいります。次世代のリーダーの皆さんへ。皆さんの発想力、勇気、そして粘り強さこそが、これからの医療政策の未来を形づくっていきます。

日本医療政策機構の選考委員会の皆様へ御礼申し上げます。感謝の念と責任感、そして新たな決意を胸に、この賞を謹んで拝受いたします。そしてこの賞は、私一人のためのものではなく、パプアニューギニアの村々、島々、診療所で働くすべての小児医療従事者に捧げるものです。誠にありがとうございます。

フィオナ・クベ
パプアニューギニア

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

賛助企業（五十音順）

アムジェン株式会社

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

報告書の独立性について

本報告書は、会合での議論をもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、専門家や登壇者等の関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供しています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。

日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動を続けていきます。

著作権・引用について

本報告書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示－非営利－継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則した場合、申請や許諾なしで利用することができます。

- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示－非営利－継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です
詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。
<https://hgpi.org/copyright.html>



担当者

塚本 正太郎（日本医療政策機構 マネージャー）
大河 明咲子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
美平 真声（日本医療政策機構 インターン）
栗田 駿一郎（日本医療政策機構 シニアマネージャー）
乗村 亮治（日本医療政策機構 代表理事・事務局長）

（写真：井澤 一憲）



“Health Policy Summit 2026” Program

- **Date & Time:** Tuesday, July 21, 2026; from 15:00 to 17:30 (with reception from 17:30 to 19:00)
- **Venue:** Hikari Room, Imperial Hotel (1-1-1 Uchisaiwaicho, Chiyoda-ku, Tokyo)
- **Languages:** Japanese and English (with simultaneous interpretation)

*Honorifics omitted. Affiliations and positions are those held at the time of the event.

15:00-15:05	Purpose of the Summit Ryoji Noritake (Chair, Health and Global Policy Institute)
15:05-15:15	Opening Remarks Hirobumi Niki (State Minister of Health, Labour and Welfare)
15:15-15:20	Introduction of the 2nd Kiyoshi Kurokawa Award Recipient
15:20-15:35	Remarks from Diet Members in Attendance
15:40-17:25	Roundtable Discussion “Economic Security and the Future of the Healthcare System” <u>Panelists:</u> Shinsuke Amano (Chair, The Japan Federation of Cancer Patient Groups/ CEO, Group Nexus Japan) Hiroo Inoue (Director-General, Ministry of Economy, Trade and Industry (METI)) Teruyuki Katori (Representative Director, Future Institute Wolong/ Specially Appointed Professor, Graduate School of Social Sciences, Hyogo Prefectural University) Glen S. Fukushima (Visiting Fellow, Stanford University) Ken Jimbo (Managing Director, International House of Japan/ Co-Director of the Research Institute for Advanced Innovation and GeoStrategy (RAIS)/ Professor, Faculty of Policy Management, Keio University) Kayo Takuma (Professor, Faculty of Law, Keio University) Koji Yano (Director, Institute of Social Security Policy, International University of Health and Welfare/ Former Vice-Minister of Finance) <u>Moderator:</u> Ryoji Noritake (Chair, Health and Global Policy Institute)
17:25-17:30	Closing Remarks Shinsuke Muto (Vice Chair, Health and Global Policy Institute)
17:30-19:00	Reception

Health Policy Summit 2026 is held under the Chatham House Rule, which means that your comments and statements during discussion will not be made public, and your name will be kept private. We also request that if you use any information from this meeting in the future, please do not reveal the names or affiliations of the meeting's participants. This is important to provide anonymity to the panelists and to encourage openness and the sharing of information. *"When a meeting, or part thereof, is held under the Chatham House Rule, participants are free to use the information received, but neither the identity nor the affiliation of the speaker(s), nor that of any other participant, may be revealed."* (Retrieved from: Chatham House)

The Health Policy Summit: Its History and the Focus of This Year's Meeting

Since 2006, Health and Global Policy Institute (HGPI) has convened the Health Policy Summit on a regular basis as its flagship event for discussing the major items on the health policy agenda. Held by invitation under the Chatham House Rule, the Summit brings together the stakeholders involved in health policy for candid discussion: policymakers from the legislative and executive branches, academia, civil society including patient advocate leaders, and industry. Platforms like this, hosted by a non-profit, independent, and non-partisan think tank and allowing stakeholders with differing positions to exchange views frankly, remain rare in the field of health policy in Japan, and their importance has, if anything, grown.

In recent years, health policy has extended beyond domestic affairs and is becoming a geoeconomic and geopolitical issue. Health policy has traditionally been discussed in terms of largely domestic structural factors: demographic change, fiscal constraints, and scientific and technological progress. Since the start of the 2020s, however, after the pandemic, geopolitical confrontation, and the resurgence of industrial policy, pharmaceuticals and medical devices have become inseparable from the international political economy at every stage from research and development through price setting. Drug pricing policy in the United States that references Most-Favored-Nation (MFN) prices is strengthening international pressure for the mutual referencing of prices, and there are concerns that it could further worsen drug lag and drug loss (delays in, or the absence of, the launch in Japan of drugs already available overseas). Supply chains, notably those for the active pharmaceutical ingredients used in generic drugs, also carry risks: export controls, excessive dependence on particular countries, and sudden disruption caused by conflict. Meanwhile, the government has placed “drug discovery and advanced medicine” and “synthetic biology and biotechnology” among its 17 strategic fields and has set out “proactive preventive medicine,” positioning healthcare explicitly as a strategic industry that will drive growth.¹ Taken together, these developments mean that domestic health policy is at a point where it must increasingly be designed with the dynamics of the international order in view. At the same time, any such redesign has to be one that serves patients and citizens, who bear the cost of social security and are also the ultimate beneficiaries of policy. It bears restating that the fundamental aims are to build social consensus on how burdens should be shared and to secure arrangements under which patients can obtain the treatment they need when they need it.

Against this background, the Summit, titled “Economic Security and the Future of the Healthcare System,” brought together a multi-stakeholder group from industry, government, academia, and civil society to examine how policy should be designed in an era in which geopolitical change has become a core structural factor in health policy. This year, instead of a lecture format, the meeting adopted a roundtable layout in which the participants’ tables were arranged around the panelists seated in the center of the venue, enabling discussion on an equal footing. The ceremony for the 2nd Kiyoshi Kurokawa Award was also held, with the Award presented to Dr. Fiona Kupe, who works to advance child health and immunization in Papua New Guinea. Details of the Award are provided at the end of this report.



¹ Japan Growth Strategy Headquarters, Cabinet Secretariat, Nippon seichō senryaku [Japan growth strategy], July 21, 2026, 1, 25–28, accessed September 1, 2026, <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/nipponseichosenryaku/pdf/jgs2026.pdf>.

Purpose of the Summit

Ryoji Noritake (Chair, Health and Global Policy Institute)

The Health Policy Summit, hosted by HGPI, has been held almost every year since the first meeting in 2006, and this year marks its twenty-first year. This year's theme explores the intersection of economic security and health policy. Due to geopolitical factors such as naphtha supply shortages and the U.S. MFN pricing policy, health policy and social security, fields that have traditionally been debated domestically, must now be addressed in an international context.

There are three main perspectives for the discussion. The first is the effect on the drug discovery ecosystem of international pressure over drug prices and research and development. The second is the securitization of supply chains that follows from dependence on overseas sources for active pharmaceutical ingredients, parts, and materials. The third is that healthcare is increasingly discussed as a matter of industrial policy.

The task at hand is to rebalance the international situation and the domestic debate, including the question of whether it is right to discuss social security solely from the standpoint of security and the creation of new industries. Candid discussion under the Chatham House Rule should bring many workable solutions into view. At this Summit we would like to hear frank opinions and questions from the participants as well as from the panelists, and to take the discussion further.



Opening Remarks

Hirobumi Niki (State Minister of Health, Labour and Welfare)

Thank you for inviting me to this meaningful gathering today. To open the Summit, I would like to speak about the challenges facing the health sector and the initiatives of the Ministry of Health, Labour and Welfare.

In response to rising prices and wages, the support package for healthcare, long-term care, and related sectors under the FY2025 supplementary budget secured approximately 1 trillion yen for the healthcare sector, providing benefits to approximately 7,500 of the roughly 8,000 hospitals nationwide. The FY2026 Medical Fee Revision secured a revision rate exceeding 3 percent for the first time in 30 years. In July 2026, the Ministry also issued guidelines for formulating Regional Healthcare Visions, and measures to address the uneven distribution of physicians are being advanced step by step.

In terms of industrial policy, drug discovery and advanced medicine have been positioned as one of the fields of the growth strategy. Public-private investment roadmaps have been formulated for five fields: first-in-class products; medical countermeasures (MCMs) for infectious disease crises; biopharmaceuticals and regenerative medicine products; advanced medicine; and health-related services. Public-private investment on the scale of approximately 64 trillion yen is anticipated.

Ensuring stable supply is also important. In addition to subsidies for the cost of increasing production and reform of the industrial structure for generic drugs, we are promoting the domestic production of raw materials for four antibacterial ingredients, using the framework for Specified Critical Products under the Economic Security Promotion Act. With regard to the drug pricing system, we will advance the evaluation of innovative new drugs in the FY2027 drug price revision and work to make the Japanese pharmaceutical market more attractive. We must avoid a situation in which the U.S. MFN pricing policy prevents drugs that Japan needs from being launched here, resulting in drug loss.

This Summit is a valuable platform where the legislative and executive branches, industry, academia, patients, and civil society engage in discussion across boundaries. The Ministry of Health, Labour and Welfare will continue working to establish a system that delivers high-quality healthcare effectively and efficiently.



Roundtable Discussion: “Economic Security and the Future of the Healthcare System”

Panelists (honorifics omitted; listed in Japanese syllabary order):

Shinsuke Amano (Chair, The Japan Federation of Cancer Patient Groups/ CEO, Group Nexus Japan)

Hiroo Inoue (Director-General, Ministry of Economy, Trade and Industry (METI))

Teruyuki Katori (Representative Director, Future Institute Wolong/ Specially Appointed Professor,
Graduate School of Social Sciences, Hyogo Prefectural University)

Glen S. Fukushima (Visiting Fellow, Stanford University)

Ken Jimbo (Managing Director, International House of Japan/ Co-Director of the Research Institute for Advanced
Innovation and GeoStrategy (RAIS)/ Professor, Faculty of Policy Management, Keio University)

Kayo Takuma (Professor, Faculty of Law, Keio University)

Koji Yano (Director, Institute of Social Security Policy, International University of Health and Welfare/
Former Vice-Minister of Finance)

Moderator:

Ryoji Noritake (Chair, Health and Global Policy Institute)

Executive Summary

The discussion at this Summit began with drug prices and extended to the supply of medical goods and raw materials, to public finance and the sharing of burdens, and to how decisions are made. Although the range was wide, every one of these questions bears on how to ensure that patients can continue to obtain the treatment they need when they need it.

This question has until now been discussed mainly as a matter of cost. Universal health insurance has largely ensured that people need not forgo care because of cost, but this arrangement assumes that the necessary pharmaceuticals and medical devices are in fact being supplied. Speakers at this Summit noted repeatedly that many of the factors sustaining that assumption already lie outside Japan, and that the range of matters Japan can decide for itself has narrowed.

What Japan can still decide is its own institutions and its own decision-making process. This includes making price-setting predictable, presenting the full picture of benefits and burdens, and establishing arrangements under which industry and government can enter negotiations as one. Each of these is a domestic task, but it was also noted that they are conditions for Japan to continue to be chosen as a business partner. In this respect, the social security system and economic security cannot be discussed separately.

Some points remained unresolved, such as who should bear the cost of preparedness and how, and who should decide what will and will not be secured, and by what criteria. On questions of this kind, there is no way forward other than building agreement through open discussion. Yet the very ability to build agreement in this way is itself a feature that supports trust in the system and could become a distinctive strength of Japan’s social security system.

Roundtable Discussion: Points Raised

The following is not a consensus of the panelists and participants. It is a reconstruction of the points raised, prepared by the secretariat on its own responsibility on the basis of the remarks made on the day.

To address the question of why social security, a matter of domestic institutional design, has to be discussed in connection with economic security, this session took up the MFN pricing policy, which grew out of U.S. tariff measures, as a working hypothesis, and proceeded from there to the solutions Japan should pursue. The points are organized below under four headings: supply, negotiation, public finance, and consensus-building.

1. Pharmaceutical supply depends on an international division of labor. How should arrangements be designed to prepare for its disruption?

Pharmaceuticals traded on the market in normal times turn into strategic goods in a crisis, and they carry the risk of being cut off for reasons unrelated to healthcare

- ◆ Goods that are traded on the market in normal times change abruptly, in a situation such as a pandemic, into strategic goods that states compete with one another to secure. Being able to pay the market price and actually obtaining the goods are not the same thing. How to guarantee supply beyond the ordinary market mechanism became an important question.
- ◆ A case frequently cited in the context of economic security is the 2019 supply problem with beta-lactam antibiotics. Japan depended on China for close to 100 percent of the raw materials and other inputs.² This was not deliberate control of production by China but originated in a manufacturing problem; even so, the supply of cefazolin was interrupted for a long period, and serious effects were felt in the delivery of care, particularly surgery.³ For goods that are difficult to substitute and that bear directly on life, it is important to secure domestic production capacity, stockpiles, and the capacity to increase production in an emergency.
- ◆ As tensions in the Middle East escalated, there were concerns that disruptions in the supply of naphtha-derived raw materials and fuel would affect the production of medical products. In April 2026, the government announced the Partnership on Wide Energy and Resources Resilience Asia (POWERR Asia) and launched efforts to strengthen the energy and resource supply capacity and economic foundations of Asian countries through financial assistance.⁴ Such support for stable fuel supply is also expected to help strengthen the resilience of supply chains for critical goods, including medical products and their related components.

Preparedness should be designed once it is clear where the vulnerabilities lie, and it cannot be left to private effort alone

- ◆ In the security field, a recommendation takes on the appearance of completeness if it assumes the worst case and calls for preparedness. But the claim that one should carry an umbrella even on a clear day cannot serve as a policy recommendation. What is required is to analyze at what combination of likelihood and severity preparation is warranted, and to make clear where the vulnerabilities lie.

² Ministry of Health, Labour and Welfare, *Iyakuhin no jinsoku, ante kyōkyū jitsugen ni muketa sōgō taisaku ni kansuru yūshikisha kentōkai hōkokusho* [Report of the expert panel on comprehensive measures to realize the prompt and stable supply of pharmaceuticals], June 9, 2023, accessed September 1, 2026, <https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/001108290.pdf>.

³ Ministry of Health, Labour and Welfare, “Sefazorin no kyōkyū teika ni tsuite” [On the decline in the supply of cefazolin], Material 2, 33rd Meeting of the Infectious Diseases Subcommittee, Health Sciences Council, 2019, accessed September 1, 2026, <https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000570348.pdf>.

⁴ Ministry of Economy, Trade and Industry, “Ajia enerugi shigen kyōkyūryoku kyōjinka pātonāshipu (Pawā Ajia)” [Partnership on Wide Energy and Resources Resilience Asia (POWERR Asia)], 2026, accessed September 1, 2026, https://www.meti.go.jp/policy/external_economy/powerr_asia/index.html.

- ◆ The countries that supply active pharmaceutical ingredients and intermediates, and the sites where they are manufactured, may be somewhat too concentrated. Where drug prices are low and margins are thin, asking companies to hold surplus capacity or to secure a second source of supply is extremely difficult to achieve through private effort alone. The Ministry of Health, Labour and Welfare has designated 506 ingredients as pharmaceuticals requiring stable supply and has placed 21 of them in the highest-priority category,^{5,6} but identifying a list is not all that is needed. For the items on that list, the upstream raw materials need to be made visible and the alternative sources of supply and the time required for recovery understood, so that the risks themselves become visible. On that basis, it is essential to position pharmaceuticals clearly as Specified Critical Products within the budget for economic security and to bear the costs this requires.

Self-sufficiency has limits; cooperation with trusted countries, and maintaining production capacity in normal times, are the realistic choices

- ◆ Manufacturing active pharmaceutical ingredients in Japan and raising self-sufficiency also matter, but there are limits to it. Expanding frameworks for cooperation with trusted countries to a certain extent is a practical necessity, and the joint development of pharmaceuticals with Southeast Asian and other countries, together with the arrangements needed for it, is an urgent task for Japan.
- ◆ In the defense field, the view that defense production capacity is itself a deterrent is becoming widely shared. Alongside the surge capacity to raise output rapidly in an emergency, developing military medicine to care for the wounded also contributes to deterrence. The same logic applies in healthcare, in that it is important to build production capacity in normal times and to be able to turn that capacity toward the development of vaccines and new drugs in an emergency. At present, however, there are still few settings in which the defense field and the healthcare field discuss these matters together.

2. Drug prices have become material for international negotiation and can no longer be discussed as a purely domestic matter

The U.S. MFN pricing policy is a demand that allies share the burden, and even Japan-based pharmaceutical companies depend on revenue from the U.S. market

- ◆ The Executive Order of May 12, 2025 (Executive Order 14297) states that the United States has less than 5 percent of the world's population and yet funds around three-quarters of global pharmaceutical profits, and attributes this to other countries holding their drug prices down.⁷ The logic is the same as that of the demands over the sharing of defense spending, and the drug pricing question needs to be understood in the context of a demand that allies share the burden. Negotiations confined to drug prices alone cannot address this demand; what is required is a whole-of-government approach that takes in trade and security as well.
- ◆ The United States generates most of the profits of the global pharmaceutical industry, and that revenue supports the research and development of global companies. Japanese pharmaceutical companies also earn more than 70 percent of their sales overseas, and their largest source of revenue is the United States. Given this structure, in which Japan too depends on revenue from the U.S. market, there is something to the argument that the United States bears an excessive share.
- ◆ At first, because Japan exports few pharmaceuticals to the United States, the effect of the additional tariffs was thought to be limited. Once the MFN pricing policy was set out, however, the issue emerged at once as one bearing on the business strategy of each company.

⁵ Ministry of Health, Labour and Welfare, "Antei kakuho iyakuhin oyobi kategori settei (Reiwa 3-nen 10-gatsu 1-nichi shūseiban)" [Pharmaceuticals requiring stable supply and category settings (revised October 1, 2021)], 2021, accessed September 1, 2026, <https://www.mhlw.go.jp/content/10807000/000785498.pdf>.

⁶ Ministry of Health, Labour and Welfare, Public Notice No. 292, "Iryōhō dai sanjūnana jō dai yon kō oyobi dai sanjūhachi jō dai ikkō no kitei ni motozuki kōsei rōdō daijin ga shitei suru kyōkyū kakuho iyakuhin oyobi jūyō kyōkyū kakuho iyakuhin" [Supply-assured pharmaceuticals and priority supply-assured pharmaceuticals designated by the Minister of Health, Labour and Welfare under Article 37, Paragraph 4 and Article 38, Paragraph 1 of the Medical Care Act], November 10, 2025, accessed September 1, 2026, https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80ac0628&dataType=0&pageNo=1.

⁷ Exec. Order No. 14297, "Delivering Most-Favored-Nation Prescription Drug Pricing to American Patients," 90 Fed. Reg. 20749 (May 15, 2025), accessed September 1, 2026, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2025-05-15/html/2025-08876.htm>.

Delays in launching new drugs are a consequence of drug pricing policy as it has been conducted until now, and a framework is needed in which industry and government can enter negotiations as one

- ◆ The reports on Japan by the Office of the United States Trade Representative (USTR) have, for more than ten years, pointed to the lack of transparency and the low predictability of drug pricing decisions in Japan.⁸ Drug lag and drug loss are not problems that first arose with the MFN pricing policy; they were produced as a result of drug pricing policy as it has been conducted until now. In the end, the issue comes back to how Japan's drug pricing system is to be conceived.
- ◆ The form that research and development takes differs from field to field for new drugs, and pipelines have grown complex. It is important to build a framework in which the Ministry of Health, Labour and Welfare and pharmaceutical companies, domestic and foreign alike, work together, bring these matters together as a whole, and then enter negotiations. If industry and the competent ministry respond separately, the explanation given about the domestic system and the position taken in international negotiations may diverge.

If matters are left to individual bilateral negotiations, downward pressure will spread from one country to the next, so coordination with like-minded countries has to be combined with approaches made through private-sector channels

- ◆ Coordination with European and other countries, which have much in common with Japan in the level of drug prices and in the design of public health coverage, matters most for Japan. If matters are left to individual bilateral negotiations, downward pressure transmitted through external reference pricing may reach one country after another. What is called for is to form a common position within a multilateral framework.
- ◆ Because the current U.S. administration gives weight to the voice of the private sector, one option is to secure a channel, alongside government-to-government negotiations, through which Japanese companies work with U.S. companies to make their case.
- ◆ In December 2025 the United Kingdom reached an agreement in principle with the United States and, in exchange for raising the effective prices of new drugs, obtained the removal of additional tariffs on its pharmaceutical exports to the United States.⁹ The United Kingdom, however, is a country with which the United States runs a trade surplus, and the structure of the trade balance differs from Japan's, so whether the same approach is available to Japan requires careful consideration.

The United States is the source of the pressure and, at the same time, a partner in cooperation that needs Japan's manufacturing capacity

- ◆ The trade policy of the current administration differs from the line of traditional Republican administrations, which favored free trade. One view holds that the approach will continue even after a change of administration; at the same time, U.S. politics swings back, and the present situation will not necessarily last. Responses aimed at reaching agreement in the short term and preparations over the medium and long term that assume a change of administration need to be considered separately.
- ◆ In the United States, division in society has advanced markedly, and forming a national consensus is difficult. A sense of unfairness exists in Japan as well, but differences of opinion remain within a reasonable range, and the functioning of an administrative apparatus with a high level of expertise is a considerable strength for Japan.

⁸ Office of the United States Trade Representative, 2019 National Trade Estimate Report on Foreign Trade Barriers (Washington, DC: USTR, 2019), accessed September 1, 2026, https://ustr.gov/sites/default/files/2019_National_Trade_Estimate_Report.pdf.

⁹ Office of the United States Trade Representative, "Successful Conclusion of the United States–United Kingdom Arrangement on Pharmaceutical Pricing," press release, April 2, 2026, accessed September 1, 2026, <https://ustr.gov/about/policy-offices/press-office/press-releases/2026/april/successful-conclusion-united-states-united-kingdom-arrangement-pharmaceutical-pricing>.

- ◆ The United States has great strengths in services and software, while it has lost much of its manufacturing capacity. If these can be combined with Japan's manufacturing capacity, cooperation that brings benefits to both countries becomes possible. The United States should not be viewed only as the villain demanding that drug prices be raised; it should also be seen as a partner for the future.

3. Now that drug pricing no longer works as an adjustment valve, the way burdens are shared has to be redesigned

Stockpiles and production capacity are the strength to withstand disruption, whereas the capacity for drug discovery is the strength that determines whether Japan is chosen; unless the domestic base is put in order, the gap will widen

- ◆ Discussion of how to strengthen the capacity for drug discovery tends to concentrate on drug prices, but creating an environment in which new drugs originate in Japan and are developed in Japan matters as much as price does. The center of innovation has clearly shifted from major pharmaceutical companies to startups. Of the thirty-odd startups acquired through mergers and acquisitions over the past ten years, however, only 3 percent were startups based in Japan, and many Japanese companies make use of ecosystems abroad.¹⁰
- ◆ Government and industry need to work closely together to develop startups, and to set out in concrete terms a strategy for building the foundations of drug discovery. This is a task for growth strategy and, at the same time, a task for economic security, in that it secures bargaining power in trade negotiations, provides the means to respond during a pandemic, and allows the development of new drugs that meet needs specific to Japan.

The structure of low burdens and moderate benefits has produced results, but it does not balance, and making benefits more efficient will not be enough on its own

- ◆ Social security in Japan has operated with a structure of low burdens and moderate benefits. Under this structure Japan achieved universal health insurance, life expectancy is among the highest in the world, and public satisfaction with healthcare is high. At the same time, low burdens and moderate benefits do not balance in the first place. With a declining birthrate, an aging population, and slower economic growth, the gap has widened.
- ◆ Japan's structure has long been described as moderate benefits with low burdens, and it already does not balance. Restraining benefits and revising the share of out-of-pocket payment have their place, but it is impossible to cover the gap by those means alone, and in the end taxes and insurance premiums will have to be raised. Japan's premium rates are by no means too high compared with other advanced countries, while the tax burden is low and does not cover the benefits that are needed. The government should explain this fact to the public.
- ◆ There are only four options in social security: reconsidering when benefits end, delaying when they begin, lowering unit prices, and raising contribution rates. Of these, discussion of the end point, including end-of-life care, is very nearly taboo apart from a few exceptions. As people live longer, if the period during which benefits are received lengthens relative to the period during which premiums are paid, the sustainability of the system becomes difficult to maintain; the point at which benefits begin will have to change, and the definition of old age will have to be reviewed. This should be discussed seriously, not treated as a peripheral question.

¹⁰ Office of Pharmaceutical Industry Research, Japan Pharmaceutical Manufacturers Association, "Kokunai seiyaku kigyō no kenkyū kaihatsu ni okeru kyōsō: Nihon no ōte seiyaku kigyō to sōyaku benchā no gaibu teikei dōkō kara no shisa" [Co-creation in the R&D of domestic pharmaceutical companies: Implications from trends in external alliances between major Japanese pharmaceutical companies and drug discovery ventures], Seisakuken nyūsu [OPIR News], no. 68 (2023), accessed September 1, 2026, <https://www.jpma.or.jp/opir/news/068/08.html>.

Drug pricing worked as an adjustment valve precisely because it could be moved by domestic decisions alone; it now bears at once on three things: Japan's standing as a market, preparedness for disruption, and international negotiations

- ◆ One of the means of restraining the growth of healthcare spending has been to lower drug prices. Because drug prices are determined by domestic institutions, they could be lowered without being affected by factors outside the country. It is this property that made drug pricing work as the adjustment valve for healthcare spending.
- ◆ Lowering drug prices now produces three results at once. First, companies put off launching in Japan, and new drugs do not enter the country. Second, because margins are insufficient, companies cannot hold inventory or secure a second source of supply. Third, in international negotiations, prices that are too low become a target for correction. The first bears on Japan's standing as a market, the second on preparedness for supply disruption, and the third on the outcome of negotiations.
- ◆ Lowering drug prices in response to fiscal requirements damages both the margin for supply and Japan's standing as a market. Maintaining drug prices in order to protect supply and the market moves the budget further from balance. Lowering drug prices is no longer a matter of domestic fiscal operation alone. At this point, conditions outside the country and domestic public finance become a single question that cannot be discussed separately.

Drug prices and medical fees are mechanisms that determine the amount paid, not sources of funds; whichever route is chosen, the cost is ultimately collected from households and companies

- ◆ Drug prices and the medical fee schedule are mechanisms for determining the amount paid for healthcare; they are not sources of funds in themselves. In FY2023, national medical care expenditure was financed 50.2 percent by social insurance premiums, 37.5 percent by public funds, and 12.3 percent by patient payments and other sources.¹¹ If the cost of stockpiles and of maintaining supply chains is included in drug prices, that cost is therefore distributed among premiums, taxes, and patient payments in these proportions. If it is met from the budget for economic security, the source is public funds alone and premiums are not affected.
- ◆ What differs is which source the funds are taken from, who is asked to bear them, and whether the purpose of the burden is made visible. Including the cost in drug prices is simpler as a procedure, but what the burden is for does not appear on the surface. Setting it out in the budget for economic security makes the purpose visible, but because it passes through the annual budget process, it is not a permanent source of funds.



¹¹ Ministry of Health, Labour and Welfare, Reiwa 5 (2023) nendo kokumin iryōhi no gaikyō [Overview of national medical care expenditure, FY2023], October 10, 2025, accessed September 1, 2026, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/>.

4. Agreement on burdens and transparency in the decision-making process determine both the security of supply and Japan's standing as a market

The increase in burdens is being overestimated; together with the increase in benefits brought by technological innovation, the discussion needs to begin from the facts

- ◆ A different view is that the increase in burdens should not be overestimated. The Employees' Pension Insurance premium rate has been fixed at 18.3 percent for employers and employees combined since 2017 under the Employees' Pension Insurance Act,¹² and the premium rate of the Japan Health Insurance Association has held at an average of about 10 percent, almost unchanged for ten years.¹³ The population aged 65 and over is expected to peak in the first half of the 2040s and then to decline, and in macro terms the rise in social insurance contributions as a share of GDP going forward will be limited to around 1 to 1.5 points.¹⁴ The discussion should start from facts such as these.
- ◆ Among advanced countries, none has kept the growth of healthcare spending within the growth of GDP over the medium to long term. The largest reason is technological innovation. Technological innovation has increased what the public gains from healthcare, and in terms of cost-effectiveness the balance is clearly positive. What has to be communicated properly, and understood, is not the increase in burdens alone but the increase in the benefits that the public gains from technological innovation.

Now that household structures have diversified, drawing a uniform line produces a sense of unfairness, and unless the government explains the facts, the discussion turns toward those least able to bear the burden

- ◆ The question of burdens cannot be settled by reasoning alone. As household structures change significantly, with single-person households, dual-income households, couples in non-regular employment, and single-mother households among them, the capacity to pay differs widely even at the same annual income. To draw a uniform line in spite of this produces not only differences in the level of the burden but a strong sense of unfairness. A refundable tax credit, too, ought properly to be considered as part of a review of the tax system as a whole. Without going that far, it may well be difficult to build agreement.
- ◆ In response to the argument that the money should simply be taken from the wealthy and from companies, it was pointed out that the top rate of income tax in Japan, including local taxes, is 55 percent, the highest among the G5 and the G7.¹⁵ Unless the government explains the facts properly, the discussion moves away from the substance and pressure concentrates on those who are weak or few in number. Explaining the facts carefully comes first.
- ◆ Although it was not taken up at length in this session, the largest problem is widening inequality. As inequality widens, everyone comes to feel that the arrangement is unfair. Social security assumes mutual support, in which those with the capacity to bear a burden support those with little such capacity, and that assumption itself ceases to hold. Before discussing allocation within the framework of social security, the distortion of distribution in the economy as a whole has to be examined.

¹² Japan Pension Service, "Kōsei nenkin hoken no hokenryō" [Employees' pension insurance premiums], accessed September 1, 2026, <https://www.nenkin.go.jp/service/kounen/hokenryo/hoshu/20150515-01.html>.

¹³ Japan Health Insurance Association (Kyokai Kenpo), "Reiwa 8-nendo hokenryōritsu" [Premium rates for FY2026], accessed September 1, 2026, <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/lp/2026hokenryou/>.

¹⁴ Cabinet Secretariat, Cabinet Office, Ministry of Finance, and Ministry of Health, Labour and Welfare, "2040-nen o misueta shakai hoshō no shōrai mitōshi (giron no sozai)" [Future outlook for social security with a view to 2040 (material for discussion)], material submitted to the Council on Economic and Fiscal Policy, May 21, 2018, accessed September 1, 2026, https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2018/0521/shiryo_04-1.pdf.

¹⁵ Ministry of Finance, "Shuyōkoku ni okeru shotokuzeiritsu no suii no hikaku" [Comparison of changes in income tax rates in major countries], as of January 2026, accessed September 1, 2026, https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/income/234.pdf.

If the timing and the content of changes to the system cannot be foreseen, patients cannot plan their lives and companies cannot make investment decisions

- ◆ On the High-Cost Medical Expense Benefit system, when the cabinet decision was taken in December 2024, clinicians treating patients said that the amounts to be borne were not realistic, and patients and their families then said that an increase in the burden would be hard to bear. Health economists further pointed out that, measured against the standard for catastrophic health expenditure set out by the World Health Organization (WHO), the present level is already close to the limit, and the revision was frozen for the time being. In the second review, in December 2025, patient groups joined the discussion,¹⁶ and it was decided that the burden on patients who qualify for the multiple-month reduction would not increase.¹⁷ It was dangerous that a decision nearly went ahead without an understanding of conditions on the ground, and future discussions need to give weight to the perspectives of those on the front lines.
- ◆ Patients perceive the process of advisory councils and budget negotiations at the end of each year as being like a game of Russian roulette, because they cannot know when an increase in their own burden will reach them. The largest problem is the absence of predictability. Reform of the health insurance system should not proceed without a grand design being set out, nor should the system be changed while patients are left uncertain whether new treatments will enter Japan.

Guaranteeing the independence and transparency of decisions, and establishing a framework in which diverse actors can work together, support both the security of supply and Japan's standing as a market

- ◆ The materials presented at expert review meetings have a large influence on the direction discussion takes, and the independence and transparency of that discussion need to be guaranteed. To make discussion based on evidence-based policy making (EBPM) a reality, there is a case for an advisory body that gives counsel from a scientific standpoint. The precedent in this field is energy policy. Because security in healthcare bears directly on people's lives, it is as important a matter as energy, or more so, and how far the importance of stable supply and of innovation is shared with the public is the premise for discussing burdens.
- ◆ Challenges of security in the broad sense cannot be resolved unless diverse actors work together: several ministries, companies, civil society organizations, and academia. Cooperation among ministries has advanced to some degree in recent years, while between government and companies there are differences in how security is perceived. Closing that distance and building a framework in which diverse actors can work together organically, including the participation and understanding of citizens, will be important going forward.
- ◆ The level of stockpiles and the scope of benefits must in the end be decided by someone. Whether those concerned can know in advance when such decisions will be made and on what grounds determines both the security of supply and whether Japan is chosen as a place to launch new drugs. The mechanism for building agreement is not a point to be added after individual policies have been considered; it comes before them.

¹⁶ Expert Committee on the High-Cost Medical Expense Benefit System, "Kōgaku ryōyōhi seido no minaoshi no kihonteki na kangaekata" [Basic approach to the review of the High-Cost Medical Expense Benefit system], December 16, 2025, accessed September 1, 2026, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001613051.pdf>.

¹⁷ Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, "Kōgaku ryōyōhi seido no minaoshi ni tsuite" [On the review of the High-Cost Medical Expense Benefit system], material for the 209th Meeting of the Medical Insurance Subcommittee of the Social Security Council and the 9th Meeting of the Expert Committee on the High-Cost Medical Expense Benefit System, December 25, 2025, accessed September 1, 2026, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001621844.pdf>.

Closing Remarks

Shinsuke Muto (Vice Chair, Health and Global Policy Institute)

I became a physician 30 years ago. At that time, the world seemed simple: doctors prescribed drugs, and patients took them. Today, as we heard in today's discussion, we face situations in which drugs are simply unavailable, development in Japan is avoided, and the countries supplying raw materials are limited. Issues we never anticipated have also emerged, such as the financial collapse of medical institutions and the role of physicians in the age of AI.

That is precisely why a forum like this Summit, where many people discuss complex issues together, is meaningful. When I once spoke about the importance of technology at a study group for politicians, one participant remarked, "Once you are actually on the receiving end of care, you realize that nothing is as inexpensive and convenient as Japan's healthcare system." It is natural to want generous care while keeping one's own burden low. Fact-based discussion is essential, but people take in facts through their emotions. It is academia that plays the role of connecting the two.

AI is unavoidable in any discussion of the future of the world and of healthcare. Beyond constraints on cost and electricity, it has been pointed out that data collected through everyday devices is being sent overseas, and the number of issues to be considered, including security, is growing. HGPI will continue to deepen discussion of health policy, including how AI can be incorporated into healthcare in a sound manner.



The 2nd Kiyoshi Kurokawa Award

Prior to the roundtable discussion, the ceremony for the 2nd Kiyoshi Kurokawa Award was held at this Summit.

To mark its 20th anniversary, HGPI established the Kiyoshi Kurokawa Award to honor next-generation leaders driving health policy in the Asia-Pacific region. Dr. Fiona Kupe (Consultant Paediatrician and Head of Child Health, National Capital District Provincial Health Authority) was selected as the 2nd recipient.

Selection Rationale and the Recipient's Achievements

The selection placed particular weight on three criteria: Innovation, Impact, and Future Vision. Dr. Fiona Kupe is a vaccine champion in Papua New Guinea, working to revive health outreach programs in rural and remote areas and to improve immunization coverage.

Message from the Recipient

It is a profound honor to receive the 2nd Kiyoshi Kurokawa Award.

Thank you to the Health and Global Policy Institute for this recognition, and for your unwavering commitment to citizen-centered health policy. Your guiding principles of “independence, neutrality, and feasibility” are the standard many of us apply across the Asia-Pacific, where health systems face complex challenges and require practical, evidence-based solutions.

This award bears the name of Dr. Kiyoshi Kurokawa, a leader who showed us that rigorous evidence must inform policy, and that policy must ultimately serve people. To be honored under his vision is both humbling and a responsibility.

I accept this award on behalf of the communities, clinicians, policymakers, and young leaders I am privileged to work with. They are the ones transforming data into action, and policy into better outcomes for children, families, and overstretched health systems. The impact recognized here is collective.

HGPI's Health Policy Summit has long modelled the kind of dialogue we need: candid, cross-sector, and conducted with respect. Progress depends on civil society, academia, government, and patient voices working together. I carry this recognition forward with renewed commitment to strengthening those bridges across the Pacific and globally.

To the next generation of leaders: your ideas, courage, and persistence will shape the future of health policy.

Thank you to HGPI, Chair Noritake, and the selection committee. I accept this with gratitude, accountability, and renewed purpose.

This award is not just for me, but for every child health worker in the villages, islands and clinics of Papua New Guinea.

Thank you very much.

Dr. Fiona Kupe
Papua New Guinea

Health and Global Policy Institute: Guidelines on Grants and Contributions

As an independent, non-profit and non-partisan think tank, HGPI complies with the following guidelines relating to the receipt of grants and contributions.

1. Approval of Mission

The mission of HGPI is to achieve citizen-centered health policy by bringing stakeholders together as an independent think-tank. The activities of the Institute are supported by organizations and individuals who are in agreement with this mission.

2. Political Neutrality

HGPI is a non-profit corporation independent of the government. Moreover, we receive no support from any political party or other organization whose primary purpose is political activity of any nature.

3. Independence of Project Planning and Implementation

HGPI makes independent decisions on the course and content of its projects after gathering the opinions of a broad diversity of interested parties. The opinions of benefactors are solicited, but the Institute exercises independent judgment in determining whether any such opinions are reflected in its activities.

4. Diverse Sources of Funding

In order to secure its independence and neutrality, HGPI will seek to procure the funding necessary for its operation from a broad diversity of foundations, corporations, individuals, and other such sources. Moreover, as a general rule, funding for specific divisions and activities of the Institute will also be sought from multiple sources.

5. Exclusion of Promotional Activity

HGPI will not partake in any activity of which the primary objective is to promote or raise the image or awareness of the products, services or other such like of its benefactors.

6. Written Agreement

Submission of this document will be taken to represent the benefactor's written agreement with HGPI's compliance with the above guidelines.

Project Sponsors (in alphabetical order)

Amgen K.K.

Novo Nordisk Pharma Ltd.

Regarding the Independent Nature of This Report

This report is based on discussions at meetings HGPI held for this project and has been compiled in HGPI's capacity as an independent health policy think-tank. It does not, in any capacity, represent the opinions of any participating expert, speaker, related party, or organization to which those parties are affiliated.

About Health and Global Policy Institute

Health and Global Policy Institute (HGPI) is a non-profit, independent and non-partisan think tank established in 2004, dedicated to advancing citizen-centered health policy. Independent of any particular political party or organization, we bring together a broad range of stakeholders and present society with effective policy options to realize citizen-centered healthcare. Looking ahead to the future, we continue to propose innovative new ideas and values from a wide range of perspectives to build a fair and healthy society. Since its establishment, HGPI has remained at the forefront of identifying themes that were not yet receiving sufficient attention and ensuring their adoption as policy issues in areas such as women's health, cancer control, dementia, antimicrobial resistance (AMR), regenerative medicine, and global health. By ensuring such themes are reflected in the formulation of legal systems and national strategies as well as in global policy discussions, HGPI contributes to concrete policy progress. These sustained efforts have earned recognition from domestic and international policy stakeholders and organizations. We will continue participating in global dialogues in our capacity as a health policy think-tank from Japan.

We continue to present effective health policy options and advance efforts to address health and medical challenges, not only in Japan, but on a global scale.

Copyright Policy / Source Citations

Permission from HGPI is not required for the use of this report, issued under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International license.

- Attribution: Credit (Author/Year/Title of Report/URL) must be appropriately assigned to HGPI.
- Non-commercial: Content may not be used for commercial purposes.
- Share-alike: If Content is altered, transformed, or expanded, these new contributions must be distributed under the same license as the original.

For more information: <https://hgpi.org/en/copyright.html>



Project Members

Shotaro Tsukamoto (Manager, Health and Global Policy Institute)
Asako Okawa (Senior Associate, Health and Global Policy Institute)
Mako Mihira (Intern, Health and Global Policy Institute)
Shunichiro Kurita (Senior Manager, Health and Global Policy Institute)
Ryoji Noritake (Chair, Health and Global Policy Institute)

(Photographed by: Kazunori Izawa)



特定非営利活動法人 日本医療政策機構
〒106-0032 東京都港区六本木5-11-16 国際文化会館内
Tel: 03-4241-5020 Fax: 03-6859-9291
E-mail: info@hgpi.org

Health and Global Policy Institute (HGPI)
5-11-16, Roppongi, Minato-ku, Tokyo
(The International House of Japan)
106-0032 JAPAN
E-mail: info@hgpi.org