

# 医療政策サミット 2023

～地球規模で再考する保健医療システム～

## Health Policy Summit 2023

-Reconsidering Health Systems on a Planetary Scale-

- 日時：2023年2月18日（土）13:30-17:30
- 会場：帝国ホテル（孔雀の間）
- 主催：特定非営利活動法人日本医療政策機構
- 協賛：ギリアド・サイエンズ株式会社、国立大学法人政策研究大学院大学 グローバルヘルス・イノベーション政策プログラム
- 後援：厚生労働省、文部科学省



**11:30-13:00**      **ランチネットワーク**

**13:00-13:30**      休憩

**13:30-13:40**      **開会の辞**  
大島 一博（厚生労働事務次官）

**13:45-13:55**      **趣旨説明**  
乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO）

**14:00-15:30**      **セッション 1 「地球規模で再考する感染症対策」**

**15:30-15:40**      休憩

**15:40-17:10**      **セッション 2 「マルチステークホルダーで再考する保健医療システム」**

**17:15-17:30**      **閉会の辞**  
黒川 清（日本医療政策機構 代表理事）

## 医療政策サミットの歩み



日本医療政策機構は、2006年以降ほぼ毎年にもわたって、フラッグシップ・イベントである「医療政策サミット」を開催しています。日本の医療政策の意志決定者やトップリーダーをマルチ

ステークホルダーから結集し、毎年の重要課題について議論を重ねてきました。発言者名を事後資料などで引用しないチャタムハウス・ルールのもと、当機構が掲げるコンセプトである「Healthy Debate（健全な議論）」の名にふさわしい活発な討論が毎回展開されます。非営利かつ超党派で独立したシンクタンクという当機構の立ち位置を活かし、与野党の国会議員や行政府の高官などが胸襟を開いて意見交換する場としても機能しています。これまでも、税と社会保障の一体改革、地域医療計画、慢性疾患対策、医療のデジタル化、コロナ対策における政治と科学の役割など、数多くの重要課題について、意見交換が交わされてきました。また、これまでもグローバルリーダーが数多く参加され、国内のみならず国外の事例を参考にしながら議論する場になっています。医療政策領域において、マルチステークホルダーがフラットに立場を超えて議論するプラットフォームは、日本において稀有であり、貴重なレガシー・イベントとして多くのステークホルダーに認知されております。

## 背景

### セッション1 「地球規模で再考する感染症対策」

### セッション2 「マルチステークホルダーで再考する保健医療システム」

2021年度一般会計予算は102兆6,580億円でしたが、そのうち社会保障関係費は35兆8,608億円であり、一般会計予算の約35%を占めました。また、新型コロナウイルス感染症（COVID-19: Coronavirus Disease 2019）は、日本においても社会経済に大きな影響を与え、医療・介護提供体制のあり方などについて、日々メディアで取り上げられてきました。社会保障・医療政策課題が、国民にとって最大関心事ともいえる状況となっています。

一方で、多くの課題において、我が国のみで解決できることは少なくなっています。COVID-19をはじめとした感染症は引き続き国際的な脅威であり、国際協調枠組みが求められています。COVID-19のみならず、エイズ、結核、マラリアおよび顧みられない熱帯病といった感染症領域において、日本は多様に国際貢献を進めてきました。しかし、財政的制約のなかで成果を確かなものにするためには、感染症領域における国際貢献における効果測定のあり方や官民連携体制のあり方についても議論の進展が期待されます。特に、国際的な疾患対策の協力枠組みでは、各国が国内で果たすべき目標が定められていることも多く、資金提供のみならず国際公約として、国内政策の進展を進める義務も課せられています。実質的な国民の健康維持や向上のためにも、地球環境の保全が人類の健康に不可欠であるとするエビデンスも蓄積されており、プラネタリーヘルスという概念も構築され議論が進んでいます。気

候変動の時代にあつて、このような感染症領域の国内対策の着実な実施が求められています。COVID-19 対策のみならず感染症対策全体を、地球規模の保健医療システムの一部として、改めてグローバルな視座で再考する必要があります（セッション 1）。

疾患や感染症に打ち克つためのイノベーションの創出やその評価においても、国際的な環境変化が著しいものがあります。COVID-19 ワクチンの供給においても見られたように、医薬品や診断技術などにおける画期的なイノベーションは、地球規模の官民連携メカニズムで創出されつつあります。世界全体が市場として機能しており、一国のみで価格や流通が決定できる状況にもありません。さらには、地政学的な脅威から、基礎的抗菌薬をはじめ基礎的医薬品の確保は、経済安全保障・健康安全保障課題にもなりつつあるなか、安定供給体制の構築や、安全性が確認された新規イノベーションの迅速な導入も期待されています。一方で、国民皆保険をはじめとした保健医療システム全体を維持し持続可能なものにする必要もあります。そのためには、国民医療費の薬剤費に関する議論のみならず保健医療システム全体を俯瞰し、保健医療システムの生産性と質の向上についても議論が待たれますが、マルチステークホルダー間の合意形成は難航しており、胸襟を開いた議論の場が引き続き期待されています（セッション 2）。

このように、人新世（Anthropocene）的課題が健在化している現代において、「医療政策サミット 2023」では、地球規模で再考する保健医療システムと題して、「地球規模で再考する感染症対策（セッション 1）」「マルチステークホルダーで再考する保健医療システム（セッション 2）」の二軸から議論を深めます。それぞれのセッションは、産官学民によるピッチトークを経て、参加者によるラウンドテーブルディスカッションにより構成されます。

### 「医療政策サミット 2023」開催にあたり：日本医療政策機構 代表理事 挨拶

「医療政策サミット 2023」にご出席いただき、誠にありがとうございます。日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派のシンクタンクとして、「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」をミッションに掲げ、2004年に活動を始め今年で19年目を迎えました。

国民が真に必要とする医療を実現するには、幅広いステークホルダーを結集し、政策の選択肢をオープンに議論し、責任ある決定を求めるプロセスの確立が不可欠であるとの考えのもとに、「Healthy Debate（健全な議論）」というキーワードを掲げ、活動を行ってまいりました。医療政策サミットは、設立以来ほぼ毎年開催をしてきた主要イベントのひとつであり、医療政策領域のトップリーダーをお招きした胸襟を開いた議論の場として、その年の重要課題について議論を重ねてきました。

さて、この30年間で日本のGDPは実質的に伸びていません。1990年代以降、インターネットが全世界で普及し始めたことで、現在、経済の中心は、製造業からデジタルテクノロジー

一へ移行しています。「ものづくり」で成功した日本はこの潮流に遅れを取っている状況です。学術分野においても、日本は立ち遅れつつあります。例えば、科学技術振興機構（JST: Japan Science and Technology Agency）が発表した被引用回数上位 10%（Top10%）論文の国際シェアをみると、日本は 2000 年時点ではアメリカ、イギリス、ドイツに次いで上位 4 位でしたが、その後順位を下げ続け、2018 年には 10 位となっています。凋落の要因として、研究者の数や学術分野への投資額の少なさがよく挙げられますが、研究者の数については、日本より研究者の少ないドイツが全体 4 位でほぼ変わらず推移しています。学術分野への投資額についても、研究者一人あたりの研究費をみると、日本はドイツ、フランスなどと比較しても遜色ない水準にあります。

日本の学術分野の遅れの要因が研究者数や研究費にないとするならば、なぜ日本は順位を落としてきているのでしょうか。日本の大学における「タテ社会」の文化が要因のひとつではないかと考えます。硬直的な環境では、新しい研究の芽は育ちにくいのです。また、日本の学術分野での遅れは政府の責任ではなく、大学や研究者コミュニティ、専門家自身の問題かもしれません。同一組織でキャリアを積む日本のカルチャーは、明治時代や高度経済成長期ではうまく機能してきました。しかし、デジタルトランスフォーメーションやグローバル化の進展によって、世界は大きく変わっています。世界の潮流を踏まえて、日本も変わっていかなければならず、それは保健医療システムも同様です。

今回の医療政策サミットでは、「地球規模で再考する感染症対策」「マルチステークホルダーで再考する保健医療システム」の各セッションを、登壇者席と参加者席とが一体となってディスカッションをできるように工夫をしております。産官学民のマルチステークホルダーが集い、これまでの成果そして課題を整理しつつ、10 年 20 年先を見据えたビジョン、喫緊の課題に対する解決策について、議論を深めてまいります。オープンな議論が行われ、参加者ひとりひとりが立場を越えて行動する、そのきっかけとなる場にしていただきたいと思います。



日本医療政策機構  
代表理事 黒川 清

## 開会の辞 大島 一博（厚生労働事務次官）

- **新型コロナウイルス感染症の3年間の流行を考慮した、将来に備えるための多様なステークホルダーによる提案・提言が期待される**
- **日本の死亡者数が他の国に比べて少ないことなど、諸外国と異なる特色についてさらなる分析が求められる**



- 新型コロナウイルス感染症の流行が確認されてから3年が経過した。わが国の医療政策を考える上で、本サミットは時宜にかなったものと期待している。5月8日には、感染症法上の5類感染症への移行を控え、これまでの経験を多方面で分析し、提案・提言すべき時期にある中で、2つのポイントがあると考えている。
- 1つ目は、日本の死亡者数は少ないという点である。高齢化が進んでいる日本において、新型コロナウイルスによる死亡者は、欧米各国の5分の1程度に留まっている。その要因を正しく分析し、次へ生かす教訓を導き出すことが望まれる。
- 2つ目は、私たちはこの3年間で、異なる特色を持つ感染症に直面した経験を持つということである。今後、アルファ株およびデルタ株の感染者数・死亡者数の推移とワクチン接種との関係、都道府県における入院調整とコロナ専用病床の役割などの検証が求められる。
- 5月8日以降は、新型コロナウイルス感染症による入院・外来の取り扱いが原則として季節性インフルエンザ等の疾患と同様になるため、患者を幅広く受け入れる医療体制の整備が大きなテーマとなる。これまでの各種対策や措置を段階的に見直すことになるが、詳細は3月上旬を目途に公表予定である。医療現場や自治体の意見を聞きながら、患者・利用者の立場に立ったスムーズな移行を目指していく。結びに、本サミットの成果が実り多きものであることを願っている。

## 趣旨説明 乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO）

- **HGPIは、市民・患者主体の医療政策を実現するために、アジェンダセッティング、アジェンダシェーピング、アジェンダデリバリーの3つのステップを重視している**
- **政策の実現に向けて、より長期的な展望に基づいた政策を策定する必要がある**
- **活発な意見交換を通じて、多様な立場や意見を包括的に考慮し、より良い医療政策を形成することが必要である**



- 日本医療政策機構（HGPI）は、2004年に設立された「非営利」「独立」「超党派」の医療政策を専門とするシンクタンクである。市民・患者主体の医療政策の実現をミッションに掲げ、活動をしている。
- 我々が政策提言を取りまとめる際には、先を見据えた政策に着目するアジェンダセッティング、マルチステークホルダーかつグローバルな議論によるアジェンダシェーピング、超党派でのアジェンダデリバリーという3つのステップを重視し、政策の実現に向けて努力している。本日は、胸襟を開いた活発な意見交換を期待している。

## セッション1 「地球規模で再考する感染症対策」

登壇者：（敬称略・五十音順）

- 磯 博康（国立国際医療研究センター 国際協力局 グローバルヘルス政策研究センターセンター長／Japan CDC（仮称）創設に関する委員会（第二次）委員長／一般社団法人日本公衆衛生学会理事長）
- 氏家 無限（国立国際医療研究センター 国際感染症センター トラベルクリニック医長／予防接種支援センター長（併任））
- 江副 聡（外務省 国際保健戦略官／内閣官房健康・医療戦略室参事官）
- 大曲 貴夫（国立国際医療研究センター 国際感染症センターセンター長／AMR 臨床リファレンスセンターセンター長）
- 尾崎 治夫（東京都医師会 会長）
- 神谷 元（国立感染症研究所 感染症疫学センター 予防接種総括研究官）
- 菅井 基行（国立感染症研究所 薬剤耐性研究センターセンター長）
- 武見 敬三（参議院議員）
- 田沼 順子（国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター 医療情報室長）
- 野村 周平（慶應義塾大学 医学部 特任准教授／世界の疾病負荷研究（GBD）科学評議会議員）
- 橋爪 真弘（東京大学大学院 医学系研究科 国際保健学専攻 国際保健政策学分野 教授）
- 山本 尚子（国際医療福祉大学大学院 特任教授／前世界保健機関（WHO）UHC ヘルシーポピュレーションズ担当事務局長）

### ■ポイント：

- 新型コロナウイルス感染症の3年間の流行を考慮した、将来に備えるための多様なステークホルダーによる提案・提言が期待される
- 日本の死亡者数が他の国に比べて少ないことなど、諸外国と異なる特色についてさらなる分析が求められる



## ■過去：これまでの日本の貢献とその効果

### 「日本の国内での保健医療システムの発展」

#### ・ 非感染性疾患（NCDs）：

生活習慣病を含む非感染性疾患（NCDs: Non-Communicable Diseases）に関しては、日本は特定健康診査・特定保健指導が確立されており、ハイリスクの人に対し保健指導を行い、必要に応じて医療機関の受診が勧奨される。特に、高齢者の健康保持と適切な医療の確保を目的として制定された老人保健法のちの高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）によって各種取り組みが実施されている。また、地域では 50 年以上にわたって高血圧を中心とした対策を行った結果、循環器疾患の発症率は半減し、結果として、医療費の上昇を抑制している。

#### ・ 結核対策と公衆衛生の未来：

日本の公衆衛生対策や医療体制の構築において、結核対策が果たした役割も大きい。現在、日常的に使用されている抗菌薬や診断機器・診断法の多くは、日本の企業が世界へ送り出してきたものである。このようなリーダーシップを活用・持続していくことが大切である。日本の医療提供体制や保健医療システムが存在していたことで、2009 年の新型インフルエンザ等は大きな混乱もなく乗り越えることができた。

#### ・ 水痘ワクチン開発の成功ストーリー：

水痘ワクチンは 1974 年に日本で開発され、1985 年には WHO から効果・安全性等において最も望ましいワクチンとして評価され、その後、多くの国で定期接種されるようになった。一方、日本では 2014 年によく定期接種化された。こういった事実をもとに、日本の予防接種のあり方についてこのままでいいのか議論が必要である。

#### ・ 院内感染サーベイランスシステム（JANIS）の先進性：

厚生労働省院感染対策サーベイランス（JANIS: Japan Nosocomial Infections Surveillance）は、世界で最も大きなサーベイランスシステムのひとつである。この JANIS を薬剤耐性菌の多い東南アジアで広げることが重要である。

### 「感染症対策と国際保健への貢献」

#### ・ Gavi アライアンスへの支援：

日本は、2011 年から Gavi アライアンスに資金を拠出してきた。Gavi の活動は、予防接種のための資金調達、支援国へのワクチン支給、ワクチン市場の形成、予防接種を支える保健システムの強化などが含まれる。10 年近く貢献を続けてきた中で、今回の新型コロナウイルス感染症は、世界的な感染拡大（パンデミック）時に、国際社会が混乱に陥る中で、ワクチンの公平な配布を目指すという初の取り組みである COVAX ファシリティの事務局としても重要な役割を果たした。

#### ・ 保健分野の政府開発援助（ODA）：

日本は、新型コロナウイルス感染症のパンデミック前で年間 10 億米ドル以上を保健分野の政府開発援助（ODA: Official Development Assistance）として拠出している。これは、主要先進国（G7）のうち米国、英国、ドイツに次ぐ 4 位の金額である。パンデミック対応でも日本は主要なドナー国であり、2020 年は 1 位、2021 年は 3 位であった。

- ・ **三大感染症（HIV/エイズ、結核、マラリア）への挑戦：**

日本は、三大感染症（エイズ、結核、マラリア）に対処するための資金を集め、その資金を最も必要とする地域へ振り向けるため、日本が主催した 2000 年 7 月の G8 九州・沖縄サミットが契機となり設立されたグローバルファンド、そして国際連合児童基金（UNICEF: United Nations Children's Fund）、世界保健機関（WHO）、Gavi ワクチンアライアンスへ協力するとともに国内でグローバルヘルス技術振興基金（GHIT Fund: Global Health Innovative Technology Fund）を設立し、枠組みを整備してきた。独立行政法人国際協力機構（JICA: Japan International Cooperation Agency）を中心として水や衛生、母子保健、栄養その他の二カ国間協力も進めてきた。

### 「ポリティカルコミットメントと G7 サミットにおける議題提起」

- ・ **感染症対策の最前線へ：**

2000 年の九州・沖縄サミットにおいて、感染症を G7 として初めて主要課題に取り上げた。その結果、感染症に関する官民連携の基金であるグローバルファンドが誕生した。2008 年の洞爺湖サミットでは「保健システム強化」という議題を打ち出し、大きな潮流をつくった。

- ・ **医療システムアプローチのリーダーシップ：**

2008 年の洞爺湖サミットにおいて、世界の保健システムに関する財政、人材、情報システムに重点を置いた提案を日本が行い、保健のシステムアプローチが主流化する役割を日本は担った。さらに、これまで、国際社会の共通目標であったミレニアム開発目標（MDGs: Millennium Development Goals）では、妊産婦や小児の死亡率やエイズ・マラリア・結核といった三大感染症に注目が集まっていたが、UHC の推進について国際社会の合意形成に大きく貢献し、安倍政権において持続可能な開発目標（SDGs: Sustainable Development Goals）の目標の 1 つに保健医療システムの強化を組み込むという大きな役割を担った。その後の伊勢志摩サミットでは、UHC の達成、危機管理システムの構築、AMR の対応を 3 つの柱とし、危機管理のための準備・予防と UHC の達成を車の両輪として進めていくことが合意されている。このように、政治的な議論の場でグローバルヘルスについての議論を通じてグローバルヘルス・ガバナンスのシステム設計に貢献する新しいアプローチが生まれた。

- ・ **UHC とグローバルヘルス・アーキテクチャへの注力：**

2016 年の伊勢志摩サミットでは、すべての人々が質の高い保健医療サービスを、必要な時に、経済的困難を伴わずに受けられる状態を指すユニバーサルヘルス・ヘルス・カバレッジ（UHC: Universal Health Coverage）に光を当てるとともに、エボラ出血熱（エボラウイルス病）への対応をきっかけとした国際的な保健医療体制の構造や機能を改善し、より効果的で協調的な公衆衛生危機対応を実現するグローバルヘルス・アーキテクチャ（GHA: Global Health Architecture）の強化を議題とした。

- ・ **グローバルヘルス外交における日本の存在感：**

日本が国際保健を外交の柱とし、国際政治のトップアジェンダとして保健（ヘルス）の問題を提起した貢献は大きい。多くの中低所得国のリーダーが「すべての人々が経済的な困難なしに、必要な時に、必要な場所で、質の高い保健医療サービスを受けられること」を目指す UHC を自国でも達成するとコミットし、また保健大臣と財務大臣の合同会議が常態化したこと意義は大きく、

それを主導した日本政府の果たした役割は国際的にも評価されている。

### 「薬剤耐性（AMR）、市民・患者・当事者の声、そして国際連携」

#### ・ 薬剤耐性（AMR）対策の進展：

2016年、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」が日本でも策定された。その後、薬剤耐性研究センターが設立され、国立国際医療研究センターには AMR 臨床リファレンスセンターが設置された。さらに「薬剤耐性（AMR）ワンヘルス動向調査年次報告書」は、日本が誇るべき業績といえる。ただし同報告書には、ゲノム情報がないことが大きな問題であったが、コロナ対策で全国の地方自治体にもシークエンサー等の導入が進み、ようやく欧米各国に追いつく素地が整ってきた。ウイルス遺伝子のゲノム解析が可能になり、今後の AMR 対策にも生かされるものと考えられる。

#### ・ HIV 政策の転換と市民アドボカシーの役割：

エイズ予防法が廃止され、感染者は感染源ではなくサービスを届ける対象と捉えられ、当事者や市民の声を重視する施策に転換した。こうした流れは自然発生的に生まれたのではなく、市民が勝ち取ってきたという背景がある。薬害エイズ裁判は 1996 年に正式和解が成立し、患者団体と国、医療機関による継続的な協議の場が設けられた。血液行政も大きく改善した。2004 年には独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA: Pharmaceuticals and Medical Devices Agency）が設立され、医薬品の安全性を監視する仕組みがつくられた。現在、医薬品・医療機器・再生医療等製品に関する承認審査・安全対策・健康被害救済などを担っているが、PMDA が設立される前は異なる 3 つの組織が対応していた。こういった動きを生み出すきっかけとなった市民・当事者が専門家とともにとった行動が、HIV 対策最大の要諦である。

#### ・ HIV 対策における日本の国際連帯への貢献：

HIV 対策においても、日本は国際保健上の連帯の気運を醸成してきた。グローバルファンドの設立とともに、2003 年に WHO の知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights）協定を柔軟に運用することが合意され、安価なジェネリック品を積極的に活用できるようになり、世界的な抗 HIV 薬の普及を促進した。

#### ・ 非感染性疾患（NCD）対策のリーダーシップ：

非感染性疾患（NCDs）対策に関連し、「東京栄養サミット 2021」における日本のリーダーシップは注目されるべきである。同サミットのコミットメントでは、世界 84 カ国から 900 近い達成目標が登録された。過去のロンドンやミラノでのサミットに比べ、およそ 2 倍に相当する。

## ■ 現在：対策が求められる課題

### 「感染症・健康危機への対応」

#### ・ ワクチンのグローバル配布に向けて：

今回の世界的な感染拡大（パンデミック）では、初期の段階から日本政府を含めた先進国などが、新型コロナワクチンの世界的な公平な配分がなされるように COVAX ファシリティと呼ばれる仕組みを Gavi ワクチンアライアンス、世界保健機関（WHO）、感染症流行対策イノベーション連合（CEPI: Coalition for Epidemic Preparedness Innovations）が主導し UNICEF が実施体制のサポートに

入るといった取り組みがあつて、先進国へそのアクセスが優先されるような状況が生じた。健康格差を埋める手段であるワクチンが、世界的・社会的コンセンサスのもとで公平に分配されなかったことが指摘されている。同様の事態が将来生じた際に、同じようなことが生じないように対応策を事前に合意しておくことが必要になる。

- **ガバナンスと指揮機能の確立：**

台湾や韓国は、過去の重症急性呼吸器症候群（SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome）、中東呼吸器症候群（MERS: Middle East Respiratory Syndrome）、新型インフルエンザの流行後に司令塔機能を設置した。しかし、日本ではそういったガバナンスの改革ができなかった。その結果、感染症対策の司令塔機能が不在であったためコロナ対策で政策が後手に回ったと考えられる。今回の教訓をもとに検証し、対策を講ずることが必要である。

- **大都市での緊急医療キャパシティ強化：**

特に大都市では、1000床規模のサージキャパシティが確保された臨時医療施設の設置が求められる。平時は空床にしておき、災害や感染症の訓練施設として人材育成に取り組むべきである。そういった、サージキャパシティを日本の医療制度の中に認めるために、基準病床のあり方などについての議論が必要である。

- **新興感染症への備え：**

次に治療薬のない新興感染症が現れた際、医療提供体制を最大限に発揮させるための施策が期待されている。

- **定期予防接種と政策改革の必要性：**

日本では、水痘や新型コロナウイルス感染症のように予防接種で感染や重症化を予防できる疾患の多くにおいて、専門家がワクチンの定期接種化を望んでいる。多くの正確なエビデンスが公平かつ効果的に集約され、政策につながるように議論が行われる場、スキームが現状では不十分であり、予防接種法や予防接種基本計画などの抜本的な求められる。

## 「研究開発・医療 DX の強化」

- **研究開発（R&D）の備え：**

研究開発においては、危機を想定して微生物レベルで具体的に名前を挙げ、準備しておくことが重要である。米国はエボラ出血熱として知られているエボラウイルス病（EVD: Ebola Virus Disease）の流行以降、英国は新型インフルエンザの流行以降、準備をしていた。

- **世界の製薬発展における日本の貢献：**

日本で医薬品を研究開発し、世界に貢献していくことも今後強化が求められる。また、マスク着用だけでなく、密閉（換気の悪い閉ざされた空間）・密集（多くの人と同じ場所に集まっている状況）・密接（近距離で会話や発音がある状況）を「三密」とし、その回避を促すといった日本が採用した対策について、世界に対策事例として示すうえでエビデンスを示すという部分が弱かったという意見もある。好事例や教訓について、調査、とりまとめを行ったり、や研究開発（R&D: Research and Development）において日本が世界に貢献する余地が残っており、その方法や体制構築に課題が残されている。

- ・ **医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進：**

医療 DX に関して、各国では、プライバシー保護、精神的なアクセスに対する障壁の提言、自由な意見表明、犯罪被害の防止、研究目的での利用などを考慮し、匿名性の高いデジタルツールによるオンラインでの検査体制が普及している。こういった体制が構築されることは、HIV/AIDS など配慮が必要な疾患では重要である。しかし、日本では、薬機法として知られ、医薬品等の品質、有効性、安全性の確保や保健衛生上の危害の発生・拡大防止、指定薬物の規制、医療上必要性の高い医薬品等の研究開発促進を目的とした「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」や国民の健康保持や医療安全性を医療提供施設の解説や管理事項などから対応をする医療法等の制度上の制約があり普及していない。

### 「健康格差・UHCの実現」

- ・ **COVID-19 パンデミックにおける健康格差：**

世界的に、コロナ禍において医療にアクセスできない貧困層の重症者率や死亡率が高いというデータが示されている。経済格差が健康指標に明確に表れている問題について、データや分析を含めて日本政府が世界各国に対してどのような貢献をできるのか、産官学民での議論が必要である。

- ・ **国連ハイレベル会合での UHC への政治的コミットメント：**

2023 年の国連ハイレベル会合では 2016 年に続き 2 回目のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC: Universal Health Coverage）の政治的なコミットメント確認することが控えており、各国の医療制度の中で具体的に何が実施・実現できていて、何ができていないのか、また、議論を牽引してきた日本政府に何ができるか、次の打ち手が求められている。多くの低中所得国では、富裕層を対象とした医薬品の確保を含む民間のサービスは進展している一方で、貧困層やインフォーマルセクターに対しては主に官がカバーしておりクオリティが低いといった分断を生じている。こうした経済格差の構造的な問題に対応し、社会の分断にも配慮をした UHC を実現していく必要がある。そのために国際協力機構（JICA: Japan International Cooperation Agency）や非政府組織（NGO: Non-Governmental Organization）を含む民間の経験を蓄積していくべきである。

- ・ **非感染性疾患（NCD）の予防の重要性：**

国際的な感染拡大（パンデミック）を含めた健康危機対応において、非感染性疾患（NCDs: Non-Communicable Diseases）対策が重要な課題となっている。G7 のグローバルヘルスタスクフォースでも、健康危機に耐えられる UHC 強化として NCDs 対策を主要議題として取り上げる方向で議論されている。

### 「気候変動と健康」

- ・ **医療分野での緩和策と適応策：**

気候変動対策として、保健医療分野においても緩和策（医療資材・機器・薬剤に関するカーボンニュートラルの達成等）と適応策（災害時における緊急医療体制をはじめ強靱な保健医療システムの構築等）を車の両輪として進めていくことが重要である。

- ・ **地球規模の課題と健康における日本のリーダーシップ：**

気候変動、環境汚染、生物多様性の喪失といった地球規模の課題と健康（ヘルス）のつながりに

において、日本がどのようなリーダーシップをとれるか、本格的な議論が求められる。これは、ワンヘルスアプローチ、ネクサスアプローチ、プラネタリーヘルスといわれているが、限られた資源を効果的に活用し、異なる課題へ対応する中で、トレードオフを生み出さず、コベネフィットを生み出していくことを考えることが次の貢献だと考えている。

### 「政策と国際協力」

#### ・ G7 広島サミットでのホスト国としての役割：

G7 広島サミットでは、グローバル公共財であるワクチンの迅速な研究開発と配分について、具体的な提案づくりをすることがホスト国日本の重要な役割である。

#### ・ グローバルな保健システムとステークホルダー連携：

感染症流行対策イノベーション連合（CEPI: Coalition for Epidemic Preparedness Innovations）、国際的な臨床試験や薬事承認に関しては WHO が中心となって取り組み、さらに途上国を含む大量生産体制の整備、ラストワンマイルのロジスティクス、地域医療における予防接種が必要となる。これらの各ステークホルダーを横軸でつなぐためのグローバルなファイナンスの仕組みをつくっていかなければならない。こうした全体像を踏まえたグローバルヘルス・アーキテクチャ（GHA: Global Health Architecture）を実現するためのソフトなグローバルヘルス・ガバナンス（GHG: Global Health Governance）の構築が国際社会の新たな共通課題となっている。

#### ・ 市民参加とリーダーシップ育成の課題：

グローバルファンドでは、市民社会を重要なパートナーと位置付けており、意思決定プロセスや事業実施に積極的に関与できるようにしている。日本政府は、そういった国際機関の取り組みを理事としても支援することを通じて国際的な市民社会への支援をしているが、市民団体のリーダーを継続的に育成する仕組みがまだ十分には整っていないことは課題である。

### 「エコチル調査と疫学データ」

- ・ 環境省が主体となり、日本中で 10 万組の子どもとその両親が参加する大規模な疫学調査「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」が 2011 年から実施されている。このようにライフコースに基づいた疫学研究のデータを構築し、政策に活用していくことが、プラネタリーヘルスといった人々の生活環境が健康に与える影響を中長期的に把握していくことの重要性は増していく。

### 「長期的な課題への取り組み」

#### ・ 慢性疾患と高齢化関連疾患への対応：

日本では、高齢者の慢性腎臓病（CKD: Chronic Kidney Disease）、心不全、認知症、フレイルといった疾患や症状が問題になっている。今後、NCDs や老化関連疾患と感染症をまとめて対策していく必要がある。

#### ・ 抗生物質不足と健康安全保障の課題：

原薬製造国での環境規制による生産停止、原料調達のトラブル、グローバルなサプライチェーンの脆弱性などの複合的な要因でセファゾリンやメロペネムといった抗菌薬の欠品が起こったこ

とは、健康安全保障（ヘルスセキュリティ）にかかわる深刻な問題であり、今後の日本のリーダーシップが期待されている。

- ・ **HIV/エイズ政策と研究の進展：**

エイズ対策は厚生労働省の研究班が個別の課題で調査等を行っているが、研究者が相互に闊達な議論を行う場にはなっていない。より透明性の高い、多様性に富んだ議論のできる場が必要である。

## ■未来・打ち手：政策形成とそのための体制整備

### 「感染症対策と慢性疾患への取り組みの両立」

- ・ これまで、少子高齢化・人口減少する中で、平時の疾病構造の変化に応じて慢性疾患に重きを置かれつつあったが感染症に対する投資についても再考が求められ、両方の制度を整備していく必要がある。

### 「リスク理解と教育の重要性」と「偏見を防ぐ公衆衛生メッセージと情報発信」

- ・ **リスク理解と教育の重要性：**

リスクの概念を国民が理解するには、小中高の教育も必要である。例えば、社会には多様なリスクが存在しており、リスクを避けることだけが重要視され傾向があるが、リスクを受け入れることや管理することへの理解が不足している。また、アカデミアが政策に直結するような体制が有効に機能するための準備を今から進めていくべきである。

- ・ **偏見を防ぐ公衆衛生メッセージの発信：**

公衆衛生のメッセージは「感染しないために」という非感染者の立場からの発信になってしまうため、それが偏見・差別を広げる一因になるという考え方もある。そのことによって、感染することへの恐怖があおられ、感染した人が感染源として加害者のように捉えられてしまう。感染した当事者が、そのメッセージを聞いてどのように思うか。情報を発信する際には、感染した人の痛みが伝わるようなメッセージも必要である。新しく組織されるいわゆる日本版 CDC には、そういった国民に健康に関する情報発信を担う部署を設け、当事者の声を聞き、専門家でなくても理解できるように健康に対するリスクを発信できる機能が期待される。

### 「緊急時のデータ活用と法整備」そして「医療 DX とグローバルガバナンス」

- ・ **緊急時におけるデータ活用と法制度の整備：**

緊急時に意思決定や資源配分を迅速に行うためには、1 次データの積極的な活用が期待される。そうしたデータをアカデミアや企業が利用するためには、データオーナーシップの明確化や匿名加工情報の利活用などの領域についての法整備が求められる。

- ・ **医療 DX とグローバルガバナンスの進化：**

例えば、日本の人口動態統計はオンライン化されているが、速報データが公表されるまでに 2 カ月を要する。米国 CDC がデータを公表するのに要する期間が 1 週間であることを考慮すると、改善できる可能性がある。また、緊急時に重要な 1 次データを医療機関やアカデミアが利用できる体制が求められるが、感染症法等の改正のみでは難しいため、新たな法律を制定する必要につ

いても議論が求められる。将来のパンデミックを乗り切るガバナンスの強化に向けて、データの標準化、相互運用性、共有、個人に紐づいたデータのリンケージ等、保健医療の DX が重要になる。病原体の遺伝子データへの迅速かつオープンなアクセス（例えば、2008 年に設立されたインフルエンザを含む全てのウイルスゲノムデータを共有する国際イニシアチブ（GISAI: Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data）への登録やデータ公表の徹底など）が必要である。また、グローバル感染症ガバナンスの根幹として、中国とロシアの協力が大事である。日本は、中国の情報が迅速に共有されるための外交を進めていくべきである。2022 年 10 月、医療 DX 推進本部が内閣官房に設置され、関係省庁が確実に連携するための体制が整備された。厚生労働省にも医療 DX を推進するタスクフォースが設置され、数カ月のうちに具体的な全体像が示される予定である。

### 「G7 保健トラックと国際的議題」と「UHC の必須インフラと日本の経験共有」

#### ・ 2023 年 G7 保健トラックの主要議題：

2023 年 G7 保健トラックでは、1. 公衆衛生危機対応のためのグローバルヘルス・アーキテクチャの構築・強化（新型コロナウイルス感染症対応等で得られた教訓を踏まえ、新型コロナ危機を収束させつつ、将来の公衆衛生危機への予防・備え・対応（PPR: Preparedness, Prevention and Response）のためのグローバルヘルス・アーキテクチャの構築・強化について議論）、2. 保健システムの強化を通じたより強靱、より公平、より持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成への貢献（有事にも平時にも資する各国の保健システムの強化を中核とするポスト・コロナの新しい時代における UHC を達成するための貢献について議論）、3. 様々な健康課題に対応するためのヘルス・イノベーションの促進（ヘルス・イノベーションの推進はグローバルヘルス・アーキテクチャ（GHA）強化及び UHC 達成を下支えする上で必要不可欠な要素である。パンデミックや現下の保健課題（薬剤耐性（AMR）等）に対応するための、感染症危機対応医薬品等（MCM: Medical Counter Measure）等の研究・開発（R&D）をはじめとしたヘルス・イノベーションの推進について議論）が議題として挙がっている。

#### ・ UHC 実現のための基盤整備と日本の経験共有：

安全で健康な水と衛生、食と栄養、安全、基本的な住居、労働環境といった問題を UHC の必須インフラとして注目し続ける必要がある。また、アジア太平洋地域が急激に高齢化をする中で、長期ケア、社会インフラやコミュニティの支援体制など、高齢社会である日本の経験をエビデンスに裏付けられたデータとともに発信していくことが重要である。

### 「人材育成と日本版 CDC の設立」

#### ・ 諮問委員会の早急な設置とシステム開発の必要性：

米国では予防接種実施諮問委員会（ACIP: Advisory Committee for Immunization Practices）に代表されるような専門家や関係者が一同に会する諮問会議の設立等、体制整備が急務である。日本版疾病予防管理センター（CDC: Centers for Disease Control and Prevention）の設立がそのきっかけになることを期待しているが、体制整備だけでなくその枠組みを支える人材育成が重要である。成果が数字で表れなければ、人材育成や雇用に関する予算を持続的に確保できない現状では、人材は

育たない。優秀な人材が海外へ流出する事態も発生している。こうした状況を改善する必要がある。

- ・ **日本版 CDC の役割と包括的な議論の必要性：**

いわゆる日本版 CDC は感染症のみを担う組織なのか、それとも非感染性疾患などの健康課題について取り組むのか、網羅的な議論が求められる。米国 CDC では、感染症対策、健康問題の調査、要望策の推進、健康政策の支援や危機管理の範疇としている。サービスに基づいた法整備、十分な資金・資源の投入、何をサービスとして提供する機関であるかを明らかにすることが必要である。また、国と地方行政の連携がなければ、仕組みができては普及しない。

### 「環境問題と健康影響への連携」と「超学際的連携とガバナンス強化」

- ・ **環境問題へのグローバルイニシアチブ：**

気候変動・環境汚染・生物多様性の喪失といった地球規模の課題に取り組むイニシアチブが世界中で動く中で、既存の枠組みに日本のアカデミアや官民が参画し、ともに考え発信していく必要がある。

- ・ **熱中症対策での適応策と緩和策のバランス：**

熱中症予防において、室内の気温や湿度を調整できるエア・コンディショナー（空気調和機）は有効な手段の一つである。しかし、気候変動の適応策としては重要な対策が、緩和策という観点では、消費される電力がどこから生み出されるかといった議論や室外機からの排熱などによって都市部の気温がその主変部の郊外に比べて高温になるヒートアイランド現象などへの影響が考えられる。そのような、メリットとデメリットを短期的な視点からだけでなく中長期的な視点から判断できるための連携が求められる。

- ・ **熱中症予防アラートとエビデンスに基づく対策：**

熱中症対策として、環境省は熱中症予防注意情報や熱中症予防アラートといったシステムを構築している。エビデンスを積み重ね、有効な対策を明らかにするとともに、縦割り乗り越えた連携を推進していくことが大事である。

- ・ **連携を通じた政策実行の推進：**

研究や事業の成果が政策に反映され国民に届くためには、厚生労働省や内閣官房等の緊密な議論が不可欠である。これまで AMR 対策は独自に取り組みを進めてきたが、いわゆる日本版 CDC と言われる新組織ではこれまで、国立国際医療研究センター（NCGM: Center for Global Health and Medicine）が有していた機能と国立感染症研究所（NIID: National Institute of Infectious Diseases）が有する機能が有機的に連携し国内外に展開し、政策につなげて実行していくことが期待されている。

- ・ **薬剤耐性（AMR）アクションプランと自然環境への配慮：**

国連環境計画（UNEP: United Nations Environment Programme）は最新の報告書において、AMR に関する国家行動計画に、人や家畜だけでなく環境的配慮を盛り込むことを求めている。人、動物、環境の健康は相互に関連しており、いった意図して考えているワンヘルスアプローチを推進していく上で、日本政府は世界保健機関（WHO）、国際獣疫事務局（OIE）などとの連携を促していくことが大切である。

- **超学際的な連携の促進：**

人獣共通感染症の対策や気候変動などの直接・間接的な健康影響への対策を進める上では、医療施設を中心とした医療セクターだけでなく政府機関・地方自治体・教育機関などの公共セクター、そして企業・メディア・NGO や NPO といった民間セクター、大学や研究機関といった学術機関などの他のセクターとの分野横断的な、超学際的な連携がますます重要になっている。

- **組織横断的な課題解決のためのガバナンス強化：**

また、そこから導き出される対策を確実に実行するためには、新組織を生み出すだけでなく、組織横断的な対応をするためのガバナンスなどの議論がより一層重要である。

## セッション2 「マルチステークホルダーで再考する保健医療システム」

登壇者：(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)
- 安藤 伸樹 (全国健康保険協会 理事長)
- 五十嵐 中 (東京大学大学院薬学系研究科医薬政策学客員准教授／公立大学法人横浜市立大学医学群 (健康社会医学ユニット) 准教授)
- 今枝 宗一郎 (衆議院議員)
- 小黒 一正 (法政大学 経済学部 教授)
- 香取 照幸 (上智大学 総合人間科学部 社会福祉学科 教授／一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事)
- 権丈 善一 (慶應義塾大学 商学部 教授)
- 三ツ林 裕巳 (衆議院議員)
- 伊原 和人 (厚生労働省 保険局長)

### ■ポイント：

- 保健医療システムの持続可能性について、その価値を一般の国民と共有し、国民への負担増の理解を含めた、中長期的なビジョンに基づく施策の策定が求められる
- 安定的な社会保障の提供が、経済成長の基盤となることを再認識し、政治的リーダーシップのもと、ヘルスケア領域でのイノベーションを適正に評価し、日本からも、さらにイノベーションを生み出す好循環を作っていくことが求められる



## ■保健医療システムにおける価値の置き方、医薬品・診断技術に関するイノベーションや価値の評価のあり方とは

### ・ 医療テクノロジーの革新的進展：

分子生物学、バイオテクノロジー、デジタル革命といった先端技術を医療分野に応用する第三次医療技術革新は、医療の質を劇的に向上させるだけでなく、医療の形そのものを大きく変えていく。ウェアラブルデバイスによるリアルタイムでの生態情報の取得、ゲノム診断技術の進展、AI診断をはじめ現在進んでいる医療技術革新は、医療の世界だけでなく社会や経済、人々の生活、QOLにも大きな付加価値を生む。私たちは、こういった革新的医療技術、その技術の持つ社会的付加価値を正当に評価し、研究開発のエコシステムを機能させ、必要とする全ての患者・国民に届くよう社会実装していく必要がある。

### ・ 遅れを取る日本の医療イノベーション：

新型コロナワクチン開発でも見られるように、日本は新しい医療技術、画期的新薬の開発競争に遅れをとっている。諸外国で開発された新薬が日本国内で上市されないという問題も生じている。21世紀の新たなドラッグラグ問題である。後発品についても、国内で安定供給に支障が生じ、4000品目近い医薬品の欠品が生じている。経済成長が鈍化する中で、医療費に対する財政制約はますます厳しく、予見可能性のない現行薬価制度のもとで薬価は毎年引き下げられている。私たちは、医薬品や医療機器、さらに医療そのものが持つ社会や経済への貢献を正当に評価し、それに見合う対価を支払っているかを再考すべきである。

### ・ 「製品」を超えた医薬品の価値：

医薬品は単なるモノではない。新薬の研究開発は、革新的な治療法の創出やモダリティの多様化を通じ、医療そのものの進歩に貢献する「医療の高度化」そのものである。それを認識した上で、正当に価値を評価して社会実装し、エコシステムを回し、さらに新たな研究開発が拡充されていく必要がある。

### ・ 医療の価値を社会に伝える：

現状の制度において、医療の価値について、ひろく一般への可視化が十分にできていない。特にがん医療ではさまざまな治療の進歩が見られているが、一般市民・患者に伝わっていない現実がある。この可視化のためには、医療者の考える価値と患者・市民の考える価値は異なる場合があるため、患者市民参画（PPI: Patient and Public Involvement）が重要である。さらに、疾患を抱える患者と、そうでない一般市民のニーズも異なることを認識し、市民との対話を重ねる必要がある。市民の理解がなければ、新しい価値のある治療（高額薬剤等）であっても保険適用が難しくなり、医療を維持できない可能性がある。

### ・ ドラッグラグ問題への対応：

ドラッグラグは大きな課題であり、現行の薬価制度の持続性に危機感を持つ関係者は多い。患者さんにとって必要な治療薬が存在するにもかかわらず、日本で手に入らないのは問題であり、イノベーションのある新薬がスムーズに日本へ入ってくる仕組みが求められる。2021年5月の財政審の資料にあるように、マクロ経済スライドを用いた考え方についても議論し、よりよい制度を検討すべきだ。

- ・ **価値評価の新たなアプローチ：**

価値評価の在り方として、いかに可視化するか、いかに測るか、いかに測らないかという3つの視点がある。どのような要素が価値として成り立つのか。その最適解はないというのが定説である。また、測れないものは価値の要素に入れるべきではないというのは誤解であり、現行の薬価制度でも、有用性加算といった測れない価値を定量化している事例がある。近年、認知症や感染症等の病状悪化による家族の QOL 低下等を測定する動きが活発化している。測ることも大事であるが、測れないアンメットニーズを制度に組み入れていくことも大事である。保健システムとイノベーション、双方の持続可能性を考えていくことが今後の鍵になる。

- ・ **医療システムにおけるイノベーション：**

保健医療システムにおいてイノベーションの捉え方について、議論が求められる。イノベーションの目的は、国民全体へのアクセス確保だと考えると、そもそも支払い可能なものでなければならない。その可能性をどこまで追求し、国民が合意できるか。価格だけでなく処方量や投与期間の長い医薬品が増えていく中で、評価を可視化して説明することが、より強く求められていく。

- ・ **経済成長と医薬品アクセスの向上：**

新薬創出加算等はあるものの経済が低成長である限り、海外医薬品企業にとって日本は魅力的な市場ではなくなってしまう。国の経済成長に関心を払う必要があり、医療・介護・福祉・医療機器・製薬を含む産業による経済成長を無視してはならない。

- ・ **アウトプットよりアウトカムを重視：**

評価に関しては、健康寿命の延伸が重要になる。アウトプットではなくアウトカムで見る必要があり、日本の医療・社会保障におけるアウトカムとは、健康寿命であるべきだ。

- ・ **新興テクノロジーの活用で未来を切り拓く：**

再生医療、プログラム医療機器（SaMD: Software as a Medical Device）、AI、オーダーメイド医療を活用することで、透析等が不要になり、中長期的に医療費は適正化していく。山は今であり、永遠に続く山ではないことを国民が理解し、イノベーションを進めていく必要がある。

- ・ **政策議論で患者の声を聞く重要性：**

日本市場のドラッグラグやドラッグロスの問題がある中で、厚労省では有識者検討会で議論しているが、イノベティブな医薬品・医療機器の評価を考える場で、患者の意見を聞くことは稀である。医療保険制度の目的を考えると、患者や当事者の意見を積極的に聞く必要がある。

- ・ **日本国内で未承認の薬への対応：**

2020年12月時点で、国内未承認薬265品目のうち国内に開発情報がないものは149品目を占めており、その中には重要な医薬品も含まれている。財政上の制約は前提としつつ、イノベティブなものを日本に取り込んだうえで、保健医療システムや薬価制度全体を統制していく必要がある。

- ・ **薬価制度の改革を目指して：**

ドラッグラグやドラッグロスは、日本の薬価制度が原因である。薬価は2018年から5年連続で引き下げられ、新薬創出加算は縮小している。また特許期間中に薬価が引き下げられてしまう。特許期間中は薬価を下げないという諸外国のルールを日本も守るべきである。一方で、特許期間

が過ぎたら薬価を引き下げ、長期収載品の見直しやジェネリック医薬品メーカーの体質改善も必要である。イノベーションと薬価制度の適正化について、本年4月からの中医協において検討すべきである。

- ・ **医療資源の適切な配分への取り組み：**

現在の薬価制度は、研究開発力や新薬上市、後発品等の安定供給に支障を及ぼしている。日本は医療資源が散在しているため、地域医療計画に基づいて集約し、不適切な長期入院やポリファーマシー（重複投薬）等を抑制することによって国民負担は削減可能である。例えば、保険適用となった不妊治療を扱う医療施設数は米国の2倍に上っており、質の担保も課題となっている。

- ・ **「力」が作る政策形成の本質：**

政策は「力」がつくるものである。各ステークホルダーが望ましいと思う方向を示す権力ベクトルの力の合成のところで政策は形成されていく。また、ニューハウスの内生的医療制度論によると、医療費の水準はGDPによって決まり、GDPが決める範囲に収まるように制度が変えられていく。つまり、経済成長が鈍化している現在の日本の医療費は厳しい状況にある。医療政策や社会保障といった分配政策は、世界中で昔から起こっている「水争い」の側面がある。イノベーションを評価するということは、一定の水の量からイノベーションに振り向けられる分、どこかが減っていくことを意味する。その権力ベクトルとして、真向対立しているステークホルダーも当然いる。この対立の調整が、政治家や官僚の仕事といえる。

- ・ **医療財源に年金モデルを応用：**

医療制度の議論においては、年金方式を採用することも一案だ。年金は、現在の給付には影響を及ぼさず、長期的視点で調整していくことが可能となっている。

- ・ **政策形成プロセスの洗練化へ向けて：**

さまざまな環境変化が起こっても、政策形成過程が変わらなければアウトカムが変わらないことも想定される。そのため、代議員の地域偏在や年齢構成等にも着目し、政策形成過程の洗練化を考えていくことも重要である。

## 会場からの質問・コメント

- ・ イノベーションの評価は技術革新だけではない。新しい価値を生み、社会に変化をもたらすことをどこまで評価するか。これは、社会的合理性、国民的合理性、医学的合理性、さらに経済的合理性、最終的な政治的合理性をトータルで考えるべきであり、レギュラトリーサイエンスの本質である。
- ・ 防衛費が今後5年間で43兆円増加することについて、国民は受け止めている状況がある。社会保障は国民生活のベースを支えるものであり、安全保障は有事のリスクに対する備えである。どちらも重要であるが、ベースを支える社会保障が手薄になれば国は成り立たず、日本の経済成長はあり得ない。社会保障部分についても積極的な国民負担についての議論が期待される。
- ・ 年金は、賦課方式に加えて積立方式を組み込んでいる。医療保険は賦課方式のみであるが、今後、積立方式を応用しながら健康格差を広げない努力をしつつ、混合診療の一部解禁についても議論すべき時期に来ている。
- ・ 日本のように少子化が進行する状況では、生産人口の減少に伴い財・サービスといった生産物は

減るため、価格は調整されてしまう。つまり積立方式であっても、賦課方式であっても結果が変わらないことも想定すべきだ。それが「Output is central (生産物こそが重要)」という考え方である。

- 混合診療に関しては、まだ保険外併用療養費制度で対応可能という意見もある。政治家が、所得に応じて利用できる医療に差を生じることを口にした時に失う票と、国民の保険料負担の引き上げを口にした時に失う票を勘案すると、日本では前者、つまり階層消費に対する許容範囲が狭いと推測される。そのため、保険外併用療養費制度という中間的な制度があることを国民にしっかり説明していくことも重要である。

### 保健医療システムを支える財政のあり方とは

- 全体の医療資源を自由診療部分と保険診療部分に分けて配分すると、自由診療部分に価格の決定権が移る。するとトータルの医療費は増え、かつ医療資源は自由診療部分に寄ることが諸外国の事例から垣間見える。財務省が混合診療に積極的でないのはこのためである。それでも部分的に混合診療を解禁する場合、高度医療を対象とするか、コモディティを対象とするかは、政治的判断が求められる。
- あらゆる社会保障において、ミクロの風景とマクロの風景は一致しない。つまりそれぞれの人にとって、社会保障の優先度合いや感覚は異なる。健康な人には負担にしかならないが、ひとたび病気になれば重要度を増す。その意味で、マルチステークホルダーの合意形成は政治の問題といえる。
- 医療の高度化や高齢化によって、医療費の対 GDP 比は少しずつ増加する。それを GDP の範囲内に収めようとするときしみを生じる。それが今、日本の医療制度のきしみは、薬価の部分で起きている。ある程度増加していくものに対し、今後の負担のあり方を議論し、国民的合意を形成する必要がある。
- もし皆保険でカバーされなくなれば、ここ 5 年程度に登場した新規治療薬や既存の治療薬を含め、がんの患者さんは医療費の負担に耐えられない。当然、皆保険の維持が求められる訳であるが、その一方、ドラッグラグがある中で、自分で費用を支払い未承認薬の使用を望んでも、皆保険に縛られ使用できない人が一定数存在することは注目されるべきだ。
- GCP に対する医療費の割合は、2000 年から 2015 年にかけて 2.3% 増加した。2015 年から 2040 年にかけては、1.3~1.4% 増加することが推計されている。イノベーティブな医療を国民が望むようになれば、さらにプラスアルファが必要になる。このマクロ部分の財源について議論する必要がある。
- 日本経済がしっかり成長し、国民の理解を得ながら社会保障費を確保していくことが基本である。バイオ医薬品が次々と登場する中で、日本は大きく後れをとっている。薬価制度を含めた改革が必要であるが、負担をどこに求めるかは難しい問題である。
- 防衛費の増額も、けっしてスムーズに決まった訳ではない。その財源として、増税の内容は検討済みであるが、実施のタイミングはまだ決まっていない。一方、現在の日本を取り巻く安全保障環境は厳しい。もし台湾海峡で戦争が起きれば、日本社会が根底から覆る可能性もある。今後 5 年間で 43 兆円の防衛費増額は、捻出しなければならない状況である。

- ・ 日本の高齢化率が最も高まる 2040～50 年の医療費が最も高い水準になる。まず、その時期に耐えられる国民負担率がどの程度かを決め、その上で、医療費の一般的な議論をするという順序で中長期的に見ていく必要がある。
- ・ 我々は社会保障や安全保障を通じ、身の回りの生活をはじめ社会の安定、公正の実現、格差の解消といった社会的価値を得ることができる。それは、経済成長の基本的な基盤をつくることとなるため、十分な体制を整える必要がある。そのために一定のコスト負担が不可欠であることを説明し、負担に対する国民の合意・納得を得るための議論は欠かせない。社会保障は合意が難しい分野であり、最後は政治の力になる。さまざまなステークホルダーが自らの利害や考え方を示す中で、最終的には政治が仕切っていく必要がある。

### 閉会の辞 黒川 清（日本医療政策機構 代表理事）

- **日本経済の約 30 年間の停滞や、学術分野での停滞を認識し、教訓を引き出し、新たにチャレンジをしていくことが必要**
- **グローバルに発信し、グローバルに協力していく視座が求められる**



- この 30 年、米英の GDP は倍増した一方で、日本は横ばいである。それはなぜかを考えてほしい。例えば、日本の大学には入学試験がある。ハーバードやケンブリッジに日本のような入試はないが、入学すれば猛烈に勉強しなければならない。それがエリートの責任なのである。論文の被引用率を見ると、2021 年は中国が 1 位、米国は 2 位となった。さらに英国、ドイツ、フランス等が続き、日本は 10 位である。
- 1980 年代に Japan as No.1 と称賛された日本経済が、なぜこの 30 年間停滞しているのか。その枠組みを考えた上で、医療をどのように変えるべきかを考えることが大事である。こうした視点が、日本の高等教育には足りていないのではないか。自分たちの良いところは認識しやすいが、弱いところはなかなか認識しにくい。
- 国全体にとって、医療は必須である。今まで上手くいっていたのはなぜなのか。今から何がチャレンジになるのか。それを共有しながら、どのように政策を考えていくべきかを政治家が認識し、取り組んでいくことが大事である。その中で、さまざまな提言をしていくことが、大学や専門家の責任である。
- 日本医療政策機構は、ペンシルバニア大学の「世界のシンクタンクランキング報告書（- Global Go To Think Tank Index Report-）」において、国内医療政策（Domestic Health Policy）部門で 2 位、国際保健政策（Global Health Policy）」部門で 3 位に選出されている。本日のご参加者をはじめ支援者の皆様に心より感謝しつつ、今後もクオリティの高い活動を推進し、世界に発信していきたいと考えている。

## ■登壇者ご略歴：（敬称略・順不同）

**磯 博康**（国立国際医療研究センター／国際協力局グローバルヘルス政策研究センター センター長）



1982年筑波大学医学専門学群卒。同大学院医学博士課程修了。1990年ミネソタ大学大学院公衆衛生学修士号取得（フルブライト奨学生）。帰国後、大阪府立成人病センター医師、筑波大学医学研究科講師、助教授を経て2002年教授、2005年大阪大学医学系研究科教授、2022年より現職。大阪大学副研究科長（2013年～2014年）。ハーバード大学医学部客員准教授（1996年～1997年）。環境省エコチル調査 大阪ユニットセンター長（2011年～2021年）。厚生労働省戦略研究 研究リーダー（2013年～2016年）。日本学術振興会大学の世界展開力強化事業実施責任者（2016年～2021年）、日本学術会議会員、日本医学会連合副会長、大阪大学名誉教授。

**氏家 無限**（国際感染症センタートラベルクリニック医長／予防接種支援センター長）



昭和大学医学部卒。初期臨床研修終了後、2006年に長崎大学で熱帯医学修士を取得。2009年まで長崎大学熱帯医学研究所熱研内科。2010年から国立国際医療研究センター国際感染症センター、2013年から厚生労働省健康局結核感染症課。2016年にGAVIアライアンス（Gavi, the Vaccine Alliance）。2017年より国立国際医療研究センターにて、主に海外渡航者に係る診療に従事。

**江副 聡**（外務省 国際保健戦略官／内閣官房 健康・医療戦略室参事官）



厚生労働省に入省後、診療報酬、精神保健、がん対策、国際保健分野等の医療政策に従事。国連共同エイズ計画（UNAIDS）ジュネーブ本部事務局への出向などを経て、2015年から国際保健企画官として世界保健機関（WHO）改革やG7伊勢志摩サミット等を担当。2017年から国際連合日本政府代表部参事官として、首脳級の国連総会結核ハイレベル会合（2018年）及び同UHCハイレベル会合を含むグローバルヘルス等を担当。2020年8月より外務省国際保健政策室長、2022年9月より組織改編により現職。UHCの達成に向け、ワクチンを含む新型コロナ対策に関する国際協力や国際保健の枠組みの強化、G7広島サミットの保健アジェンダ等を担当。2021年4月からは内閣官房健康・医療戦略室併任。医師、医学博士、公衆衛生学修士、行政学修士。

**大曲 貴夫**（国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 理事長特任補佐／国際感染症センター長・同科長／感染症内科医長 併任）



佐賀医大医学部卒業。聖路加国際病院内科レジデント。2002年テキサス大学ヒューストン校内科感染症科クリニカルフェロー。2004年静岡県立静岡がんセンター感染症科医長、2007年同部長。2011年国立国際医療研究センター国際疾病センター副センター長、2012年同院国際感染症センター長、2017年4月国立国際医療研究センター病院AMR臨床リファレンスセンター長（兼任）。

**尾崎 治夫**（公益社団法人 東京都医師会 会長／医療法人社団順朋会 おざき内科循環器科クリニック 院長／順天堂大学 医学部 循環器内科 非常勤講師）



任し現在に至る。

1977年順天堂大学医学部卒業。1979年順天堂大学医学部循環器内科学講座入局、1987年順天堂大学医学部循環器内科講師を経て、1990年おざき内科循環器科クリニックを開設。2002年より東久留米医師会会長（2002年～2008年3月）、2011年より一般社団法人東京都医師会副会長（2011年～2015年6月）を歴任し、2015年6月公益社団法人東京都医師会会長に就任。2016年6月より公益社団法人日本医師会理事に就任し現在に至る。

**神谷 元**（国立感染症研究所 感染症疫学センター 予防接種総括研究官／実地疫学研究センター FETP ファシリテーター）



1999年3月三重大学医学部卒業、医師免許取得後聖路加国際病院小児科での研修を経て、2004年9月より米国サンディエゴ郡保健所予防接種課にて研修、勤務。2008年5月米国アトランタエモリー大学公衆衛生大学院にて公衆衛生修士取得。2008年8月より国立感染症研究所感染症情報センター研究員、2012年3月ロタウイルスの疫学研究で博士号を取得（藤田医科大学ウイルス・寄生虫学講座）後、米国 Centers for Disease Control and Prevention（CDC）にて Epidemic Intelligence Services（EIS）研修。2014年8月より国立感染症研究所感染症疫学センター主任研究官、2021年4月同実地疫学研究センター主任研究官を経て2022年4月より現職。専門領域は、感染症疫学、予防接種、感染症サーベイランス、小児科学。現職の他日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会委員、日本ワクチン学会理事、日本外来小児科学会予防接種委員会委員、小児科専門医、社会医学系専門医・指導医を務める。

**菅井 基行**（国立感染症研究所 薬剤耐性研究センター センター長）



任し現在に至る。

2000年より広島大学大学院医歯薬保健学研究科細菌学教授に就任（2000年～2017年）。2004年より広島大学大学院医歯薬学総合研究科副研究科長、2012年より広島大学歯学部長を歴任。2006年より創設された広島大学院内感染症プロジェクト研究センターセンター長を兼任（2006年～2017年）。2018年1月より国立感染症研究所薬剤耐性研究センターセンター長就任。同じく2018年1月より広島大学大学院医歯薬保健学研究科薬剤耐性学 客員教授を兼任、現在に至る。

**武見 敬三**（参議院議員）



1951年11月5日東京都港区生まれ。1974年慶應義塾大学法学部政治学科卒業、1976年同大学法学研究科修士課程修了。1980年東海大学政治経済学部政治学科助手、1987年助教授、1995年教授就任。同年参議院議員に初当選。現在5期目。1984年～1987年、テレビ朝日 CNN デイウォッチ、モーニングショーのキャスターを務める。公務では外務政務次官、参議院外交防衛委員長、厚生労働副大臣、政務では自民党総務会

長代理、参議員自民党政策審議会会長を歴任。国連事務総長の下で国連制度改革委員会委員、同じく母子保健改善の為の委員会委員、世界保健機構（WHO）研究開発資金専門家委員会委員を務める。2007年～2009年までハーバード大学公衆衛生大学院研究員。2019年～2022年までWHO（世界保健機関）UHC担当親善大使。2020年にはUNDP（国連開発計画）人間の安全保障に関する特別報告書ハイレベル諮問パネルの共同議長に就任。日英21世紀委員会の日本側座長も務める。現在、参議院自民党議員副会長、自民党新型コロナウイルス等感染症対策本部本部長代理、国際保健戦略特別委員会委員長、日本国際交流センターシニア・フェロー、長崎大学等にて客員教授を務める。

**田沼 順子**（国立研究開発法人 国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター 医療情報室長・救急医療室長）



東北大学医学部卒業、国立国際医療研究センターで内科初期研修後、同エイズ治療研究・開発センター（ACC: AIDS Clinical Center）に勤務。2011年東北大学で博士号を取得、2014年～2016年ハーバード大学 T.H. Chan 公衆衛生大学院武見プログラム参加。現在、厚生労働省エイズ・性感染症に関する小委員会委員、厚生労働省エイズ動向委員会委員、日本医師会国際保健検討委員会委員、日本エイズ学会国際連携委員会委員長。薬害エイズ被害者支援、国連合同エイズ計画・世界保健機構・ヨーロッパやアジア太平洋地域の医療施設との渉外・連携・交流事業、セクシャルヘルスに関する研修や情報発信に関する業務に従事。

**野村 周平**（慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 特任准教授／世界の疾病負荷研究（GBD: Global Burden of Disease）科学評議会議員）



2011年東京大学卒業後（薬学）、2013年同大学院修士課程修了（国際保健学）。国連開発計画（UNDP）タジキスタン事務所、世界保健機関（WHO）ジュネーブ本部でのインターンを経て、2016年インペリアル・カレッジ・ロンドン公衆衛生大学院博士課程修了（疫学・生物統計学）。同年東京大学大学院国際保健政策学教室助教に着任（2019年より非常勤）。2019年より現職。シアトルを拠点とする「世界の疾病負荷研究」に日本代表として参画している（2022年11月より科学評議会に就任）。2018年よりビル&メリнда・ゲイツ財団日本事務所コンサルタント、2019年よりドイツの政策アドバイザー組織SEEK Development コンサルタント、2021年よりWHO 神戸センターのアドバイザーを務める。同年、世界栄養報告（Global Nutrition Report）の専門家パネルに就任。2022年、日本が議長国として主催する2023年G7広島サミットの国際保健アジェンダを検討する「G7 グローバルヘルス・タスクフォース」構成員に就任。

**橋爪 真弘**（東京大学大学院 医学系研究科 国際保健政策学 教授）



英国ロンドン大学衛生熱帯医学大学院（LSHTM: London School of Hygiene and Tropical Medicine）博士課程修了、2012年長崎大学熱帯医学研究所教授、同熱帯医学・グローバルヘルス研究科教授（兼任）を経て2019年より現職。気候変動に関する政府間パネル（IPCC: Intergovernmental Panel on Climate Change）第6次評価報告書 第2作業部会主執筆者、世界保健機関技術諮問委員会委員（Global Air Pollution and Health, Climate Change and Environment）、中央環境審議会専門委員（気候変動影響評価等小委員会）を務めている。

**山本 尚子**（国際医療福祉大学大学院 特任教授／前 世界保健機関（WHO）UHC／ヘルシー・ポピュレーションズ担当事務局長）



医師、医学博士、疫学博士、公衆衛生学修士。厚生労働省入省後、北海道厚生局、防衛省、外務省などで健康関係の役職を歴任。2015年にUHCに関する国際会議、2016年には「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」、「G7保健大臣会合神戸コミュニケ」の開催、取りまとめを厚生労働省国際保健担当大臣官房審議官として担当し、日本のグローバルヘルス・リーダーシップに深くかかわってきた。2017年に世界保健機関（WHO）本部のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）／保健システム担当事務局長補佐に就任。2018年からUHC／ヘルシー・ポピュレーションズ担当事務局長に就任。2021年1月1日より、国連栄養委員会委員長を併任。2022年11月末にWHOを退官し、2022年12月より現職。

**菅原 丈二**（日本医療政策機構 シニアマネージャー）



中央大学総合政策学部卒業。在学中は政治学、国際協力学、環境学を学び、東ティモールやミャンマーにおける公衆衛生関連のフィールドワークも経験するとともに、国際保健医療学会学生部会（jaih-s: Japan Association for International Health – Student Section）に所属。参議院議員武見敬三氏事務所及びNPO法人医療の質に関する研究会や、アジア人口・開発協会（APDA: The Asian Population and Development Association）事務局としての国際会議運営等を通じ、グローバルレベルで政策対話や立法府のメンバー間で議論する重要性を感じるとともに、政策の意思決定プロセスに興味を持つようになる。2015年東京大学医学系研究科国際保健政策学教室主催のGHEプログラム（Global Health Entrepreneurship Program）修了後、2016年10月より日本医療政策機構に参画。医薬品アクセス、医療技術評価（HTA: Health Technology Assessment）、薬剤耐性（AMR: Antimicrobial Resistance）をテーマとしたグローバル専門家会合の企画実行に携わるほか、G-HEP（Global Health Education Program）や医療政策アカデミーといった、医療政策人材の養成プログラムを担当し、現在は、プラネタリーヘルスプロジェクトやSEEK DevelopmentのDonor Tracker事業に携わるとともに、経営企画、組織運営、ウェブサイトやSNSを活用した広報事業およびブランディング、そして法人・個人賛助会員を通じた資金集めなどの業務などに従事。

**天野 慎介**（一般社団法人 全国がん患者体連合会 理事長）



1973年東京都生まれ、慶應義塾大学商学部卒。2000年に悪性リンパ腫を発症。2度の再発を経験し、化学療法、放射線療法、自家末梢血幹細胞移植を受ける。2009年より厚生労働省がん対策推進協議会委員を2期4年務め、現在、一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長、一般社団法人全国がん患者団体連合会理事長、厚生労働省厚生科学審議会がん登録部会委員、厚生労働省がん診療提供体制のあり方に関する検討会構成員などを務める。

**安藤 伸樹**（全国健康保険協会 理事長）



流通経済大学経済学部卒業。1978年に日本通運株式会社へ入社。2002年より米国日本通運株式会社シアトル支店長、2004年より米国日本通運株式会社ロサンゼルス航空貨物支店長、2008年より日本通運株式会社営業企画部長を歴任。2011年より執行役員として営業企画部、営業第三部、お客様相談センターを担当。2014年より常務執行役員として営業企画部、グローバル・ロジスティクス・ソリューション部、お客様相談センターを担当。2015年より日本通運健康保険組合理事長、健康保険組合連合会常任理事・広報委員長、健康保険組合連合会東京連合会を兼任。2017年10月より現職の全国健康保険協会理事長に就任。社会保障審議会臨時委員（2017年10月～）、医療保険部会委員（2017年10月～）、介護保険部会委員・介護給費分科会委員（2017年10月～2021年6月）、中央社会保険医療協議会委員（2021年4月～）を務める。

**五十嵐 中**（公立大学法人横浜市立大学 医学群（健康社会医学ユニット）准教授／東京大学大学院薬学系研究科 医薬政策学 客員准教授）



2002年東京大学薬学部薬学科卒業。2008年東京大学大学院薬学系研究科博士後期課程修了。2008年から同大学院特任助教、特任准教授を経て、2019年から現職。専門は薬剤経済学、医療経済ガイドラインの作成・個別の医療技術の費用対効果評価・QOL 評価指標の構築など、多方面から意思決定の助けとなるデータの構築を続けてきた。

**今枝 宗一郎**（衆議院議員）



名古屋大学医学部卒業後、医師を経て、2012年衆議院総選挙にて当時日本一若い国会議員として初当選。現在4期目。2017年には史上最年少で財務大臣政務官に就任。現在、党新型コロナ対策本部 事務局長、党青年部長、党経済産業部会長代理、医療委員会事務局長、スタートアップ推進議員連盟事務局長などを務める。愛知県出身の38歳。

**伊原 和人**（厚生労働省 保険局長）



1987年、東京大学法学部卒、同年、旧厚生省に入省。旧厚生省の全部局をひと通り経験。介護保険制度の創設や医療保険改革、少子化対策、障害福祉新制度、年金記録問題、難病新法などを担当。厚生労働省以外では、伊丹市役所、JETRO ニューヨークセンター、総理官邸、日本年金機構に勤務。政策統括官（総合政策担当）、医政局長を経て、2022年6月に現職。

**小黒 一正**（法政大学 経済学部 教授）



1974年生まれ。京都大学理学部卒業、一橋大学大学院経済学研究科博士課程修了（経済学博士）。1997年大蔵省（現財務省）入省後、大臣官房文書課法令審査官補、関税局監視課総括補佐、財務省財務総合政策研究所主任研究官、一橋大学経済研究所准教授などを経て、2015年4月から現職。この間、財務省財務総合政策研究所上席客員研究員、経済産業研究所コンサルティングフェロー、厚生労働省「保健医療 2035 推進」参与、内閣官房「新技術等効果評価委員会」委員、会計検査院特別調査職、鹿島平和研究所理事、日本財政学会理事、新時代戦略研究所理事、キャノングローバル戦略研究所主任研究員等を歴任。専門は公共経済学。

**香取 照幸**（上智大学 総合人間科学部 教授／一般社団法人 未来研究所 臥龍 代表理事）



1980年東京大学法学部卒、同年旧厚生省入省。在フランス OECD 事務局研究員、内閣官房内閣参事官、同審議官、厚生労働省政策統括官（社会保障担当）、年金局長、雇用均等・児童家庭局長を歴任。その間、介護保険法、子ども・子育て支援法、GPIF 改革等の制度創設・改革を担当。また、内閣官房内閣審議官として「社会保障・税一体改革」を取りまとめた。2016年厚生労働省退官、2017年在アゼルバイジャン共和国日本国特命全権大使。2020年4月より現職、同年8月より一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。2022年4月より兵庫県立大学社会科学部研究科経営専門職専攻客員教授。主な著書『教養としての社会保障』『民主主義のための社会保障』。日本年金学会幹事、日本地域包括ケア学会評議員、日米医学医療交流財団理事、2021年11月より全世代型社会保障構築会議委員構成員、2022年8月より厚生労働省「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」委員。

**権丈 善一**（慶應義塾大学 商学部 教授）



1985年3月慶應義塾大学商学部卒業。慶應義塾大学大学院商学研究科修士・博士課程修了後、慶應義塾大学商学部助手、助教授を経て2002年4月より現職、慶應義塾大学商学部教授（博士（商学））に就任。主研究領域は社会保障、医療経済、経済政策。1996-1998年ケンブリッジ大学経済学部、2005年ケンブリッジ大学ダウニングカレッジ訪問研究員。

### 三ッ林 裕巳（衆議院議員／衆議院厚生労働委員長）



日本大学医学部卒業。1992年医学博士取得。2011年4月より日本歯科大学生命歯学部教授に就任。2012年12月衆議院総選挙にて初当選し、以後4期連続小選挙区にて当選。2015年10月より厚生労働大臣政務官。2019年4月より日本大学医学部客員教授に就任。2019年9月より自由民主党副幹事長。2020年9月より内閣府副大臣に就任し、拉致問題、地方創生、少子化対策、子ども・子育て支援、科学技術イノベーション政策、孤独・孤立対策、健康・医療戦略等を担当。2022年10月より衆議院厚生労働委員長に就任。日本大学客員教授、日本歯科大学生命歯学部教授、日本歯科大学附属病院副院長も務めている。

### 乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO）



日本医療政策機構 理事・事務局長／CEO。日本医療政策機構設立初期に参画。患者アドボカシー団体の国際連携支援プロジェクトや、震災復興支援プロジェクトなどをリード。その後、国際NGOにて、アジア太平洋地域で、官民連携による被災地支援や健康増進プロジェクトに従事。また、米海軍による医療人道支援プログラムをはじめ、軍民連携プログラムにも多く従事。WHO（世界保健機関）‘Expert Consultation on Impact Assessment as a tool for Multisectoral Action on Health’ワーキンググループメンバー（2012）。政策研究大学院大学客員研究員（2016-2020）。東京都「超高齢社会における東京のあり方懇談会」委員（2018）。慶應義塾大学総合政策学部卒業、オランダ・アムステルダム大学医療人類学修士。米国医療支援NGO Project HOPE プロボノ・コンサルタント。

### 黒川 清（日本医療政策機構 代表理事）



東京大学医学部卒。1969年～1984年在米、University of California, Los Angeles, UCLA 医学部内科教授、東京大学医学部内科教授、東海大学医学部長、日本学術会議会長（2003年～2006年）、内閣府総合科学技術会議議員（2003年～2006年）、内閣特別顧問（2006年～2008年）、世界保健機関（WHO）コミッショナー（2005年～2009年）などを歴任。国会による東京電力福島原発事故調査委員会委員長（2011年～2012年）、グローバルヘルス技術振興基金（GHIT Fund）代表理事・会長（2013年～2018年）、内閣官房健康・医療戦略室健康・医療戦略参与（2013年～2019年）など。現在、世界認知症審議会（WDC: World Dementia Council）委員・副議長、新型コロナウイルス対策の効果を検証する国のAIアドバイザリー・ボードの委員長、政策研究大学院大学・東京大学名誉教授。東海大学特別栄誉教授。 <  
<http://www.kiyoshikurokawa.com>>

**坂元 晴香**（日本医療政策機構 シニアマネージャー）



医師、博士（公衆衛生学）。札幌医科大学医学部卒業後、聖路加国際病院で内科医として勤務。その後、厚生労働省国際課及び母子保健課に勤務。国連総会や、世界保健機関（WHO: World Health Organization）総会など各種国際会議へ日本代表として参加した他、2016年にはG7伊勢志摩サミットやG7神戸保健大臣会合の会合運営にも関わる。2014年には、世界銀行より奨学金を受けハーバード大学公衆衛生大学院にて公衆衛生学修士（MPH: Master of Public Health）を、2021年には東京大学にて公衆衛生学博士を取得。現在は、東京女子医科大学国際環境熱帯医学講座准教授、東京大学国際保健政策学教室特任研究員、WHO 西太平洋事務局コンサルタント、東京財団政策研究所主任研究員を併任。

**■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しません。

**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。

## ■執筆者：

- 乗竹 亮治（日本医療政策機構 代表理事・事務局長）
- 菅原 丈二（日本医療政策機構 副事務局長）

## ■著作権・引用：

本提言書は、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る場合、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>

## ■日本医療政策機構について：



**HGPI**

Health and Global Policy Institute

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、中立的な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まいります。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してまいります。

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Info: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)

Website: <https://www.hgpi.org/>