

講演記録 欧州製薬団体連合会ワクチン部会セミナー 2018 年 1 月 29 日

「健康長寿大国日本に向けて ― 成人・高齢者の予防接種 ―」 演題 1

基調講演：健康長寿社会の実現に向けて

塩崎 恭久

前厚生労働大臣、衆議院議員

人口と労働人口の減少、高齢化と少子化、これらが一度に来ている国は G7 の中でも日本だけであり、ひっ迫する財政問題を勘案すると、医療と介護の改革は大きく進めなければならない。データヘルス改革、薬剤耐性問題への対応、そして高齢者の健康を考える上での予防接種は重要である。そのため腰を据えて日本のワクチン行政をしっかりと進め、規制の調和や供給に関する体制を確立するべきだと考えている。

保健医療 2035

私が厚生労働大臣任期中の 2015 年に、「保健医療 2035」提言書をまとめて頂きました。団塊の世代が全て 75 歳を超える 2025 年にターゲットを合わせた政策は、地域包括ケアシステム等沢山ありましたが、「保健医療 2035」は、2025 年から更に 10 年先を考え、これからのビジョンとして、構成員の平均年齢が 42.7 歳という若手を起用し、現実的に意味のあるものとして作りました。他にも 3 年間、色々な改革に取り組ませて頂きました。例えば、データヘルス改革、保健所改革、都道府県の保健ガバナンスの新しい役割、薬価制度改革、ワクチン改革及び製薬メーカーの在り方についての改革、薬局の役割なども行ってきました。ビジョンに基づいた提案を受けて、一緒に一つ一つ議論してきた中で、結果として改革の文章として実を結んでいますが、実施はこれからです。

人口及び労働人口が減り、高齢化及び少子化も同時に進んでいる、この 4 つが一度に来ている国は、G7 の中では日本だけです。ドイツは、相対的に労働人口は増えています。理由は、外国人労働者を入れるか入れないからです。イタリアもドイツに類似しており、高齢化が進んでいても、労働人口は増えているため、日本とは条件が少し違います。



塩崎 恭久 前大臣

日本では、高齢化が更に進んでいく中、財政がひっ迫していくため、社会保障をどうするかがいつも問題となります。予算も約 3 分の 1 強が社会保障に使われています。図 1 の給付イメージを見ていただければ分かるように、約半分が年金です。年金は既に 2004 年に「マクロ経済スライド」を導入していますから、この半分のところは、大きな効果が出てくる改革はもうあり得ません。障害と生活保護などはかなりデリケートな問題なため、一番改革すべきと考えられるのは、

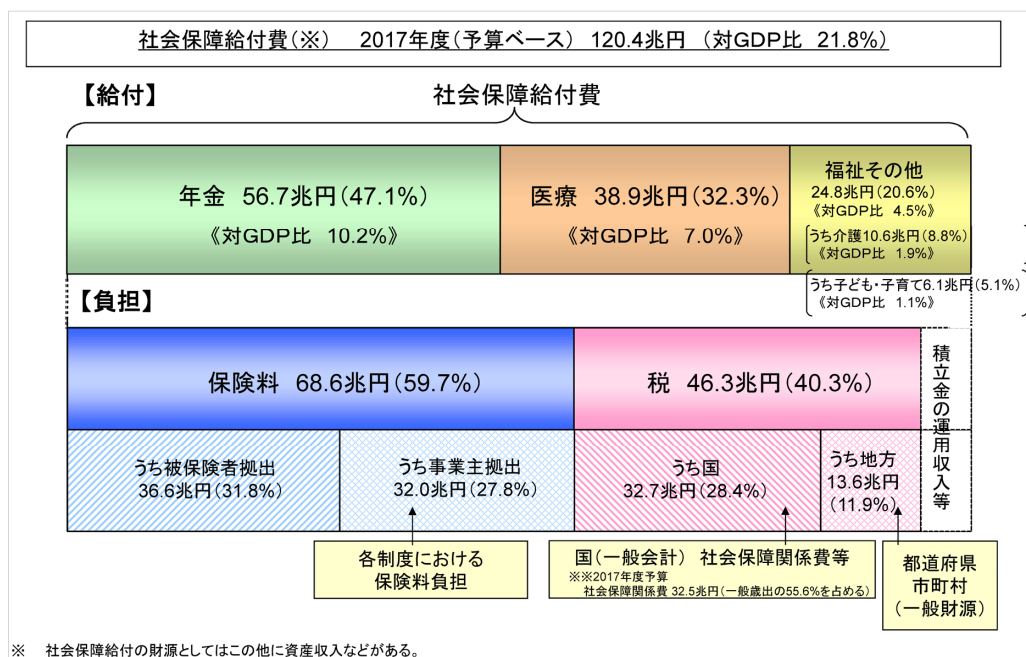


図 1 社会保障の給付と負担の現状 (2017 年度予算ベース)

医療と介護となります。この改革には、発想の転換（パラダイムシフト）が必要です。患者や一人一人の国民のニーズに合った保健医療制度を作る必要があります。量の拡大から質の改善へ、インプット中心からアウトカム中心へと発想を変えるのです。医療サービスを提供する側の論理から、受容する国民の側の論理に変えるなどのパラダイムシフトをしよう、ということです。

「保健医療 2035」は、保健医療の価値を高めること、個人の主体的な選択を社会で支えること、そして、日本が世界の保健医療をけん引する、という 3 つのビジョンについて提起しています。これからは患者の価値をどう高めていくかが大事です。医療の生産性という言葉を、日本はあまり使ってこなかったと思いますが、高生産性、あるいは高付加価値性のある保健医療システムに構造転換をしていくことが大事になってくると思います。

その上では、医師の働き方も柔軟にしないとなくなくなります。タスク・シフティング（医療行為の委譲）を根本的に考えないといけません。今は過疎地医療がどんどん悪化しています。例えば、私の地元に、「ゆうの森」という医療法人があり、診療所が町から 100 キロくらい離れています。診療所は一回閉鎖されましたが、現在は、お医者さんが毎日行き、一泊して帰ってくることで開院しています。6 人の医者でローテーションを組んでいるため、医師も疲弊しない制度となっています。これにより、高齢者の方々が、病気になった時に町を出なくてもいいようにな

保健医療データを徹底活用して、すべての国民の 「より健康的な生活」を実現します

日本が直面する少子化・高齢化に伴う課題。解決のための重要な糸口の1つが、「データヘルス改革」。

日本は、世界に先駆けて超高齢社会に直面する。高齢者から子どもまで、一人一人の健康寿命をどう延ばすか、世界が注目しています。さらに、少子高齢化社会でも社会保障制度の持続可能性をいかに確保し続けるかという、未曾有の問題に取り組んで行きます。この解決のための重要な糸口の1つが、データヘルス改革です。

生活はどう変わるか 医療・介護従事者、研究者、保険者、企業、行政などが一丸となり、国民や患者を支え、健康に導きます。

- ・ 国民一人ひとりが、自らの健康データの変化を把握し、自ら予防行動をし易くする。
- ・ 経営者は、データ活用による健康経営の取組により、健康増進に伴う職員の活力向上による生産性向上が実現できる。
- ・ 医療的ケアが必要な障がい児（者）などが、緊急時の不安なく、安心して外出できる。
- ・ 予想外の災害や事故などに遭遇しても、安心して確かな医療を受けられる。
- ・ 科学的根拠ある介護サービスで、自立支援介護を実現し、本人・家族の不安を軽減する。
- ・ ゲノム（遺伝子）医療により、がんの個別化医療が大幅に進み、がんの克服に近づく。
- ・ 認知症の要因を分析し、最適なキュアとケアを実現する。革新的創薬の研究を進めるとともに、認知症に伴う課題の克服を目指す。

どうやって実現するか 個人情報の確実な保護を前提に、データや最先端技術の果実を国民に。「国民、患者、利用者目線」で保健医療ICTサービスを開発、提供します。

個人情報の確実な保護を前提に、健康・医療・介護の縦割り構造を排除し、「データを有機的に連結可能にするICT環境の整備」、「保健医療データプラットフォームの構築」や「ゲノム解析やAIなどの最先端技術の医療への導入」等に向けた体制を整備。

同時に、膨大なデータを扱う審査支払機関を「業務集団」から「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に改革し、審査の全国統一化や、より円滑なビッグデータ活用の推進等を実現。

国民の医療・介護情報を守るため、AIを活用した先進的なセキュリティ監視や、防御技術を導入。データ利用に関して、セキュリティを確保するためのガイドラインや、利用状況のセキュリティ評価・監査結果を公開することにより、安心して保健医療データを利用できる環境を整備。

厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」で、これらの改革を主導し、世界最高水準の保健医療サービスを実現。

図2 データヘルス改革の中身

っています。お医者さんも疲弊せず、いつも元気で患者に接して頂くのが一番幸せなのだろうと思います。したがって、医師の偏在や医師需給の問題などをもっと柔軟にやったほうがよいと考え、医師が疲弊しない仕組みを、医療法の改正の中で打ち出しています。

データヘルス改革、薬剤耐性、日本の貢献

「データヘルス推進特命委員会」を自民党内に、岸田政調会長につくって頂き、私が委員長になりました。また大臣在任中の2017年7月には、「データヘルス・審査支払機関改革アドバイザリー・グループ」を発足し、図2に示す改革を行いました。救急で運ばれた病院のデータやカルテを、東京にいながらにして医師が全部診られるようになっていけばよいのですが、現状はできません。これだけICT（情報通信技術）の発達した時代に、日本はこのようなことができないということです。世界最長の寿命なので、ICTをフル活用して、エビデンスベースで、これからの保健医療をしっかりと構築していきましょう。現在は、健診・医療・介護や、保険者も、データベースがバラバラです。健診情報は市町村のものであるため、引っ越したら、その情報は移転先にはついてきませんし、健診情報を診療所の医師が見られるわけでもないのです。ビッグデータ時代と言っていますが、集積されている何十億というデータを、きちんと国民に還元できるデータヘルス改革が必要です。

日本が世界の保健医療を牽引する点では様々な議論がありました。ベルリンでのG7保健大臣会合では、AMR（薬剤耐性）が大きなテーマとして取り上げられました。そのためアジアの

AMR は日本がリードしようと考え、翌年に「アジア AMR 東京閣僚会議」を開催しました。伊勢志摩サミットでは、グローバル・ヘルス・アーキテクチャー、UHC (Universal Health Coverage)、AMR の 3 本柱でイニシアティブを出し、2017 年 12 月に、東京で大きな「UHC フォーラム 2017」を開催しました。日本が UHC の旗頭になって、これから世界の保健医療をリードしようとする中、高齢化が進み、介護状態にならない為にどう予防するか、なったとしても重度化をどう防ぐのか等については、ワクチンを含め考えていかなければなりません。これらのテーマでは、日本が世界に貢献することが可能になっていくと思います。

高齢者の予防接種とワクチン行政

高齢者の健康を考える上では予防が最も大事であり、その大きな手立てとして予防接種が考えられます。世界長寿であることや、乳幼児死亡率の低下は、ワクチンによるところもとても大きいわけです。定期接種化されても大人はなかなか予防接種を行わないことが多いことに対し、これからの高齢社会の中で、どのように予防接種を徹底するのかという課題があります。以前は、「ワクチンギャップ」と言われていましたが、ここ数年で定期接種化はだいぶ追い付き、おたふくかぜ等、一部の予防接種を除き日本も概ねグローバルスタンダードに近づいています。我々は化血研の問題をきっかけに、「ワクチン・血液製剤産業タスクフォース」を作り、2016 年 1 月から 10 月にかけて議論し、これからやるべきこととして、幾つか提言を出しました。ワクチンメーカーの企業規模をもっと大きくすること、企業はガバナンス、コンプライアンスもきちんとやるべきとしました。世界のワクチンの 7 割はメガ・ファーマが作っているということを考えると、日本の企業もこれから世界に貢献できるような企業とならなければなりません。

日本のワクチンは現在 GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) では一つも使われていません。日本のワクチン産業と GAVI とのお付き合いはこれからです。また、ワクチン開発の面では、CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) ができ、日本は当初から理事国になったことから、これからワクチンメーカーの企業規模を大きくして世界にも貢献し、日本発のワクチンが世界にも使われるようにわれわれも努力していかなければいけないと考えています。なお、現在 CEPI の科学諮問委員には渋谷健司教授にも出て頂いています。一方で、これからの課題も沢山あり、米国では ACIP (予防接種諮問委員会) が司令塔になっていますが、日本でのワクチンの行政司令塔は明確ではありません。ワクチン行政のブレは、企業の開発投資を躊躇する原因となってしまいます。腰を据えてワクチン行政を進め、何があってもブレない体制をつくるべきだと思います。国際的な規制の調和などについてもまだまだ課題があり、ワクチン供給の危機が起きたときの流通備蓄を含めた戦略的な体制がまだ十分ではありません。

以上、大きな方向性として、私の考えていることを述べさせて頂きました。今日は実り多い会になることを期待申し上げて終わりたいと思います。ありがとうございました。

編集：欧州製薬団体連合会 ワクチン部会 (2018 年 9 月)