

1. 現代世界のトレンドと国際保健（資料 1～2 ページ）

最初に現代社会のトレンドと国際保健についてお話しします（資料 1～2 ページ）。
昨今、頻繁に『複合的危機（Policrisis）』という言葉が使われるようになりました。

これは、（1）気候変動や生物多様性の喪失といった『地球の限界』の危機、（2）ウクライナ戦争や台湾の危機などに表れている、新興国の拡大と先進国の相対的な弱体化といった地政学的転換の危機、さらには（3）で自他ライゼーションや AI などの科学技術イノベーションがもたらす危機が複合的に絡み合っていることを指しています。

こうした中、2023 年 5 月に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関する世界保健機関（WHO）の「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（PHEIC）が解除された途端に、私たちにとっては残念なことですが、国際政治における国際保健の位置づけがかなり低下してきました。

その理由として挙げられるのは、ウクライナなどでの戦争と難民の大規模な発生や、気候変動への取り組みをはじめとする「持続可能性」が世界の開発の中心課題となる一方、これに対する反発や「疲れ」なども強くなっていること、さらに、コロナ禍での不況に対して各国が行った巨額の財政出動によって、世界的にインフレが起り、先進国が自国のインフレの管理・統制のために利上げを行ったことが直接の原因となって、低所得国は軒並み債務危機、物価高、生活苦に陥っています。こういった中、保健の危機や課題は、いつでもそこにあった「普通の危機」として認識されるようになってしまい、国際保健への対応は戦争・安全保障・経済的安定などの重要課題よりも優先度が低いということになってしまっています。

日本としては、もちろん国際保健は大事であり、UHC や国際保健アーキテクチャーも引き続き重視しています。一方で、GAVI ワクチンアライアンスやグローバルファンド（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）をはじめとする数多くの保健関係の国際機関の増資は、各機関の事前調整などもなされないまま、3 年ごと、5 年ごとといったそれぞれのサイクルで定期的に回ってくるものです。また、日本の ODA はインフラなど経済開発中心で、保健など社会開発への多国間援助の割合は小さかったところ、これらの資金要望が急激に拡大したということもあり、財務省、外務省、厚生労働省など各省庁は、何とかしてお金を工面しなければならないということで、以前から、かなり無理をして予算の確保をしているというのが現実です。さらに、さらに日本を含む先進国の経済力の弱まりや、これらの国際機関への資金拠出やその他さまざまな海外との資金約束などに反対するネット世論の高まり、さらには、そうしたネット世論を前に右往左往する政治家の影響などもあって、保健系の国際機関の増資への対応が難しくなっています。

一方で、経済成長などにより、これまでと比較して多額の公的資金を有するようになった大規模な新興国、例えばトルコ、中国、ブラジルなどは、歴史的な経過からすれば当然ともいえますが、自らを「グローバル・サウス」として認識しています。これらの国々が、経済力の伸長に応じて負担をしてくれればよいわけですが、そうなっていません。その理由としてはいくつかあります。保健系の国際機関の多くは、2000 年代の MDGs の時代に先進国が主導して設置したもので、その基本的な設計には、必ずしもグローバル・サウスの声が反映されているわけではありません。また、その後の様々な経緯もあって、こうした大きな新興国は、これらの国際機関にオーナーシップを感じておらず、こうした機関への多額の拠出に積極的になっていないという現状があります。

2. 国際保健の三本柱と国内保健政策（資料 3 ページ）

次に、国際保健の三本柱と日本の国際保健政策についてお話しします。

現在、国際保健の三本柱となっているのは、（1）ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）（2）パンデミック予防・備え・対応（PPPR）、そして、（3）プラネタリーヘルス、すなわち気候変動と保健、です。これに関連して、日本

の国際保健政策としては、一つ目に、UHC の枠組みの中で、保健に関わる多国間援助においてリーダーシップを確立するということがあります。これと並行して、JICA などによる日本独自の二国間援助があります。一方、新型コロナの際に日本が独自のワクチンを開発できなかったという「ワクチン敗戦」を踏まえて、ワクチンや治療薬、検査薬などをはじめとする研究開発（R&D）を加速させるということがあります。この関連で、臨床試験や医薬品の許認可に関する国際的な調和などについての取り組みを強化しています。

最後に、新興国市場などをターゲットとした、保健に関する援助以外の領域におけるビジネス展開が挙げられます。これについては、安倍政権の時代に、「アベノミクス」の重要な要素として掲げられてきた、輸出戦略の強化の文脈に日本の保健医療産業が入っており、安倍政権の初期の段階から、内閣官房で「健康・医療戦略」が設置され、「健康・医療戦略推進本部」「健康・医療戦略室」が設けられ、日本の保健医療産業の海外展開が図られました。現在の岸田政権の「新しい資本主義」の文脈でも、安倍政権を引き継いでビジネス展開が進められていますが、現状では、保健に関わる「戦略」や「イニシアティブ」が若干、乱立状況にあります。つまり、それぞれの戦略の間の関係性の詰めが十分にできていないとは言えず、各省庁や関係機関などの連携・協力も十分ではなく、戦略の進捗のモニタリングも十分ではない、というのがつらいところです。

3. パンデミック対策・対応のグローバルな体制の形成プロセス（資料 4 ページ）

三番目に、パンデミック対策・対応のグローバルな体制の形成プロセスについて説明します。

まず、国際保健規則は、「保健上の緊急事態となる可能性のある事象について 24 時間以内に WHO に通知する」といった、実際に緊急事態が起きた時の国際的な連携・協力の仕方について定めた条約ですが、これについて、より強化する改定が、この 5 月の「世界保健総会」（WHO の年次総会）で決定されました。

一方、2021 年 12 月から国際交渉が行われ、合意形成が進められていた「パンデミック条約」に関しては、今回は合意に至らず、最長 1 年間の交渉延長が決定されました。合意に至らなかった背景としては、「医薬品への公正なアクセス」をめぐる、グローバル・ノースとサウスの対立が挙げられます。即ち、途上国は、パンデミックに関わる医薬品への、世界全体での「公正なアクセス」を実現するための様々な制度の設置や、これを妨げる可能性のある、知的財産権などの貿易ルールの緩和を要求しています。逆に、先進国は、パンデミックに関わる医薬品の迅速な開発には、その開発や実用化、販売にあたる産業界の利益を確保することが必要で、そのためには、知的財産権を維持・強化しなければならない、という立場に立ちます。ここで、激しい南北対立が生じたわけです。

一方、パンデミック条約に関する国際交渉が進んでいく中で、根拠のない謀略論や陰謀論に基づいたパンデミック条約反対論が登場し、一部の先進国で一定の影響を持つようになってきていることは、懸念すべき事態と言えます。この反対論というのは、パンデミック条約によって各国の主権が脅かされる、もしくは、ワクチンの強制接種が行われるなど、基本的な人権が脅かされる、といったものですが、これらの主張を拡散している人々やグループには、「ディープ・ステート」、すなわち、彼らの言うところによると「世界を支配する闇の政府」が、パンデミック条約を制定することで、各国の主権を制限し、ワクチンの強制接種や、産業界の利益の拡大を狙っているのだ、というような謀略論、陰謀論に依拠している人たちがいます。当然のことですが、これらの謀略論・陰謀論には何ら根拠がなく、事実に反するものであるということは、指摘しておかなければなりません。パンデミック条約、国際保健規則とも、各国の主権の尊重、基本的人権の尊重は「原則」となっており、これらを脅かすような議論は国際交渉においてなんら行われていません。

一方、2022 年、途上国の「パンデミックへの備え」への取り組みに資金を出すための多国間の基金である「パンデミック基金」が世界銀行を事務局として設立されました。この「パンデミック基金」は、G20 の財務トラックでの議論の結果として設立されたもので、同年の G20 のホスト国であったインドネシアや、中国など一部の新興国も多額の資金を拠出しています。一方、G7 は、2021 年のホスト国である英国のジョンソン首相の提唱により、「100 日ミッション」に取り組んで

います。これは、WHO が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」(PHEIC) を宣言してから 100 日以内に、ワクチン・治療薬・検査薬を開発することを目的に、G7 をはじめとする各国の調査・研究機関や産業界等々の連携を強化しようというものです。これに基づき、G7 諸国、特に英国・米国・日本は公的な研究所などの連携強化を進めるとともに、産業界との連携も強化しています。

4. 2030 年に向けたユニバーサル・ヘルス・カバレッジの流れ (資料 5～6 ページ)

四番目に、2030 年に向けたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の流れについてお話しします。まず、UHC とは何かということですが、最もシンプルな定義としては、以下の二つが満たされた状態を指します。

- (1) すべての人が、必要とする質の高い保健医療サービスにカバーされている。
- (2) 必要とする保健医療サービスの医療費の自己負担によって貧困状態に陥らない。

このためには、大きく分けて、以下の 3 つのことをしなければなりません。

- (1) まず、保健システムの強化、すなわち、人々がかかる様々な病気に対応するための横断的なシステム作りです。このためには、全国規模での保健医療施設の設置、高度医療の拠点となる病院の設置などをはじめとする医療インフラ整備、これらで働く医師や専門家、医療従事者の育成と雇用などの人材育成と雇用・就業、医薬品や資材等の切れ目のない供給、保健医療に関する情報の確保と対応、これらを含む総合的な保健医療政策の実施・運営ができる保健医療行政能力、これらを形成・発展・維持する保健財政といった取り組みが必要となります。
- (2) 次に、保健医療の提供にかかる費用、多額の医療費を個人に全面的に負担させず、誰もが医療費の自己負担額を懸念せずに医療に書かれるような公的な保健・医療保障のための資金的仕組みを作ることです。例えば、日本や大陸欧州諸国に典型的な公的な健康保険、もしくは、英国の「国民保健サービス」(NHS) のような、税ベースの無料の医療提供制度などです。
- (3) 3 つ目に、こうした保健システムや保健財政制度から取り残されたり、排除されがちな人々やコミュニティが適切に包摂されるような仕組みづくりや、保健医療サービスにアクセスするための啓発活動やアウトリーチ、また、コミュニティの人々自らの保健・医療への取り組みの支援などです。

これらの 3 つについて、各国で取り組みを強めていくことと、国際的な連携を行い、より貧困な国において、不足する資金をしっかりと国際的に充当していくことが大事です。

2000 年の国連ミレニアム宣言に始まる「ミレニアム開発目標」(MDGs) の時代、そしてこれを引き継ぐ 2016 年からの「持続可能な開発目標」(SDGs) の時代には、これらの国際資金のかなりの部分は、三大感染症対策の資金を、返済の必要がない無償・贈与 (グラント) の資金として供給するグローバルファンド (世界エイズ・結核・マラリア対策基金) や、同様に、子どもの予防接種の資金を同じくグラントで提供する GAVI ワクチンアライアンスなど、グラント・ベースの多国間援助、また、米国の「大統領エイズ救済緊急計画」(PEPFAR) などをはじめとする、二国間の無償資金で供給されていました。しかし、コロナ以降のいわゆる「援助疲れ」や、ウクライナ戦争をはじめとする地政学的危機に伴う戦争による膨大な難民の発生に対応する資金拠出、気候変動対策としてのエネルギー転換にかかる巨額費用、等々の中で、保健の地位が相対的に低下している現状で、旧来の援助国が、これまでと同様もしくはより大きな資金額を、返済不要な贈与資金として提供するとは考えにくい現状が生じてきています。その中で、保健に関する国際資金の流れの大きな転換が、2030 年に向けて生じてくるのではないかと考えられます。具体的には、各国が国別の UHC 実現戦略を形成し、主要部分は各国の国内資金を充当し、そのうえで足りない資金を、主要には譲許的なローン (返済必要だが利率が低く、実際には相当部分が贈与となるローン)、一部がグラントで充当する、という形になっていく可能性が高いと思われます。これには、経済成長により、アジアや中南米などは、膨大な貧困人口と社会的・経済的分断を抱えながらも、経済規模だけみれば少なくとも「下位中所得国」になっているという現実もあります。

今後の国際保健資金に関する多国間での議論をリードしているのが、「ルサカ・アジェンダ」と呼ばれているものです。これは主要には 2023 年に「国際保健イニシアティブの未来」(FGHI) という枠組みで、アフリカと欧州、また、日本などを中心とする有志国や市民社会などがグループを結成して討議を積み重ね、昨年 12 月にザンビアの首都ルサカで開催された「第 3 回アフリカ公衆衛生国際会議」(CPHIA 2023) において「ルサカ・アジェンダ」という成果文書を採用したことから、この名前が付けられています。

この「ルサカ・アジェンダ」の前身となった「国際保健イニシアティブの未来」(FGHI) 検討枠組みは、現在たくさんある保健系の国際機関について、どのように重複を防ぎ、UHC 達成に貢献させるか、ということを経典的な問題認識として設置された、有志国や市民社会を含むステークホルダーに関する協議体で、英国の「ウェルカム・トラスト」が事務局を担いました。日本政府も積極的に関与しました。この FGHI では、グローバルファンド、GAVI に加え、「女性・子ども・若者のためのグローバル資金ファシリティ」(GFF)、「ユニットエイド」(UNITAID)、「革新的新規診断技術基金」(FIND)、「感染症対策イノベーション連合」(CEPI) の 6 つの機関を選び、これらの連携と協力の促進と効率化をどのように実現するか、という議論を 2023 年の 1 年間をかけて重ね、最終的に「ルサカ・アジェンダ」を採用したものです。ちなみに、グローバルファンド、GAVI、GFF は各国における保健医療の実際の取り組みに資金を拠出したり、政府と各ドナーの調整・協調を図る機関、ユニットエイド、FIND、CEPI は新たな医薬品や技術の研究開発や、開発された製品の安価な供給に資金を拠出する機関です。

FGHI の背景には、「複合的危機」で保健の優先順位が下がり、投資の減少が予測される中、SDGs の期限である 2030 年に向けて、どのように、時代に対応した効率的な保健への投資を多国間で行うか、ということが喫緊の課題になっていることが挙げられます。一方、保健系の国際機関に対する資金の主要な出し手である先進国側には、協調なくバラバラに回ってくる各機関の増資をとにかくまとめた、というニーズ、また、資金の使い手である途上国側には、これまでバラバラにたくさん回ってくる各機関への案件提案書の作成や交渉、資金を確保した後の報告書の作成等の業務を効率化したい、というニーズがあります。これらの利害が一致する形で、以下の 3 つを達成する方向で様々な短期的・長期的な取り組みを行うことになりました。

まず、UHC 達成のために、各機関が力を合わせるということ、次に、各国主導で形成する UHC 実現のための計画に対して、各機関が協調、連携して、その実現のために資金を拠出すること、各機関が順を追って連携・調整を行い、重複をなくし、より積極的に協力して取り組むこと。この先に、おそらく、2030 年以降の国際保健への資金戦略の変化が姿を現してくると思われます。それはおそらく、現在の各国の「中所得国化」の流れが加速し、アフリカの低所得国についても、一定の国々が下位中所得国になっていく中で、各国が UHC 戦略を形成して資金の主要部分を国内財源を動員して拠出し、足りない部分を世界銀行や国際開発金融機関 (MDBs) などが譲許的ローン等で支援し、現状数多くある Grant・ベースの個別疾病向けの国際機関はその役割を縮小し、低所得国や紛争国、取り残されがちな人々への資金供与に集中していく、という流れです。

これは、一見おさまりが良いように見えますが、実際には難問がたくさんあります。最大のものは、社会的・経済的・政治的・文化的に取り残されたり、周縁化されがちなコミュニティ、特に HIV/AIDS に関わる、LGBT や薬物を使用する人々、セックスワーカー、少数民族、これらの人々を多く含む都市・農村の貧困層の人々や、いわゆる国民国家の枠組みに収まらない、移民・難民の人々の保健の課題について、誰が資金を出すのか、という課題です。上記のやり方でいきますと、UHC は、世界を構成する各国民国家による「国家保健カバレッジ」の集合体、ということになりますが、まず、経済成長に伴って、これらの国々の多くは権威主義化する傾向があり、たいてい、こうした周縁化されたコミュニティへの排除が強まることが多いのです。また、移民・難民についても、必ず、「国民の税金を外国人に使うのか」という議論が生じて、排除的になる傾向が強まります。その結果、最も守られなければならない人々が排除され、「ユニバーサル」という部分が空洞化することになりかねません。私たちは「複合的危機」が表面化してきたここ 2 ~ 3 年の間に、持続可能性や「誰も取り残さない」といった包摂性、連帯といった考え方があっという間に消え失せ、偽情報やデマゴギーが氾濫するのを目の当たりにしてきました。こうした「後退」をどう食い止め、権威主義に対抗して参加型の民主主義を守り育て、各

国の UHC 戦略を、政府や援助機関、産業界のみならず、多くの人々の参加のもとに作り、UHC の「普遍性」を実現していくことができるようになるか、が問われています。

ここで一点、日本が主導するアフリカ開発のための多国間枠組みである「アフリカ開発会議」(TICAD) などの関係で一つ考えておいた方が良いでしょう。私たち保健関係の団体が、例えば、アフリカの顧みられない熱帯病 (NTDs) への資金を増やしてほしい、という、日本政府の関係者から必ず出てくる説明が、「アフリカから要請が上がってこない」というものです。これは、アフリカ諸国政府の大局的な世界観と多少関係があると言えるかもしれません。彼らは MDGs 時代以降、保健や教育など「社会」に関係することについては、これらの援助に熱心な欧米諸国や多国間の国際機関を中心に資金を確保し、一方、インフラや工業化については、逆に、これらの支援に熱心な中国や日本、韓国などの東アジア諸国などを中心に資金確保しようとしている、ということです。なので、アフリカ諸国は、日本を含む東アジアの援助国に対しては、保健などの社会開発よりも、インフラ、工業化といった経済開発を中心に援助を要請しているわけです。中国のことわざで、「上に政策あれば下に対策あり」というものがありますが、アフリカ諸国は援助国の傾向に応じて、いわば総合的に世界全体を見渡して、資金戦略を立てていると言えるでしょう。

5. プラネタリー・ヘルス = 気候変動・環境と保健 (資料 7 ~ 9 ページ)

最後にプラネタリー・ヘルスについてお話させていただきます。実は、これはある種トリッキーな話題です。というのは、今、プラネタリー・ヘルスに関して、保健の関係者の方々は、「気候変動が保健に与える影響」の話ばかりに集中しています。しかしながら、逆のベクトルもある、ということ認識しなければなりません。つまり、「保健活動が気候変動や環境に与える影響をどう減らすか」についても考えなければならなくなる、ということです。

まず、「気候変動が保健に与える影響」ですが、これは保健の世界でいろいろ言われているように、気候変動によって、気温が上昇すれば、洪水などの災害が増えます。また、マラリアなどの感染症を媒介する昆虫も増えます。その結果、感染症が増え、パンデミックの出現可能性も高まります。また、世界全体で、気候変動で農業ができなくなったいわば「気候難民」が大量に大都会に流入しているわけですが、このひとたちは、都会における「食と栄養」の問題に巻き込まれます。つまり、大量に供給される安価なジャンクフードと清涼飲料水中心の生活に移行することで、「肥満と非感染性疾患のシンデミック」に巻き込まれるわけです。こうした様々な課題に取り組むためには、当然、気候変動の「適応策」の文脈で、保健への取り組みを増やさなければならなくなり、当然、気候変動の「適応策」に充てる資金の一定部分を保健に回す必要が出てくるわけです。

ところが、もう一方の「保健・医療活動が気候変動や環境に与える負荷を減らす」という、気候変動「緩和策」の観点に立つと、話は逆になってきます。すでに、保健・医療に関わる活動によって排出される炭素排出量は、世界全体の炭素排出量の 5 % 前後を占めており、これは日本の排出量より多いのです。実は、今後、気候変動があらゆる課題において主流化されていくとすれば、こちらの問題の方が比重が大きくなります。「人の命を救う」よりも「炭素を排出しない」との方が重要だ、となってしまうと、本当に大問題です。このことは理論的にも実践的にも深刻に考える必要があります。

SDGs の重要な考え方の一つとして、「SDGs ウェディングケーキ」論があります。資料 8 ページの右側にその図がありますが、この意味するところは、「人間の様々な活動は自然資源の限界のなかでしかできない」ということです。つまり、ウェディングケーキの一段目、「自然環境・資源量」という下部構造の上に、二段目の「社会」、三段目の「経済」という上部構造がのっかっているわけですが、上部構造は下部構造に規定されるわけで、本来上が下より大きくなることはないはずですが、ところが、これが現代社会では逆転しており、下より上が大きくなっています。今や人類社会は、地球全体が一年に再生可能な資源量の 1.73 倍を消費しているわけです。保健活動も、このウェディングケーキの一部なわけで、自然資源の限界の中でしかできません。しかしながら、さきほどお話しした通り、保健セクターは既に多くの炭素を排出しています。さらに、保健活動の様々な器具や包装の殆どがプラスチック製ですから、現状では、保健医療を推進することはすなわち、大量のプラスチックごみを排出することと同じ意味になります。現在、国連環境計画 (UNEP) がリードして

「プラスチック条約」制定のための多国間交渉が行われていることに、私たちは注意しなければなりません。

こういった意味では、「気候変動」と「保健で誰も取り残さない」というスローガンが、現在の経済システムの中で、果たして今後両立しうるのか、深刻な問題になってくると考えられます。

2 年ほど前に、保健系の国際機関であるユニットエイドが自分たちの扱う保健製品が気候変動に与えているインパクトを整理した報告書を作りました。ユニットエイドは、エイズ・結核・マalariaなどを中心に、新たに開発された医薬品などを途上国に安価かつ安定的に供給する役割を担っている国際機関です。この報告書によれば、事業全体による炭素排出量は 3.4 メガトンで、これは人口 500 万人の南部アフリカの国、レソト 1 国の排出量と同じくらいです。その中で最大のものはエイズ治療薬である「ドラテグラビル」の製造や運搬等に係る炭素排出量で、2.6 メガトンと報告されています。一方、マalaria予防のための「長期残効型蚊帳」(LLITN) は製造から 5 年経過すると効果がなくなり、プラスチックごみとなってしまいますが、その量は、年間 5.75 万トンに上るとのことです。これらから言えるのは、「気候変動が保健に与える影響」にばかり注目するのではなく、「保健が気候変動に与える影響」についてもきちんと精査し、対応していくことが必要だということです。放っておけば、「気候変動を悪化させる保健・医療に関する活動はやめてしまえ」とかいう話になりかねないわけです。今後の傾向について把握し、個々の戦略にいかしていく必要があります。