

第1回グローバルヘルス戦略有識者タスクフォース 議事概要

■日時: 令和3年7月28日(水)13時30分～15時30分

■場所: WEB会議システムによるオンライン開催

■出席者:

議長 南 博 内閣府健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター
構成員 伊藤 聡子 公益財団法人日本国際交流センター執行理事
稲場 雅紀 特定非営利活動法人アフリカ日本協議会理事
城山 英明 東京大学大学院法学政治学研究科教授
藤田 則子 国立国際医療研究センター国際医療協力局連携協力部長
星野 俊也 大阪大学大学院国際公共政策研究科教授
原 圭一 外務省国際協力局参事官(地球規模課題担当)
藤井 大輔 財務省国際局開発政策課長【代理出席】
武井 貞治 厚生労働省大臣官房国際保健福祉交渉官
瀧澤 郁雄 独立行政法人国際協力機構人間開発部審議役
事務局
西村 秀隆 内閣府健康・医療戦略推進事務局次長
福地 真美 内閣府健康・医療戦略推進事務局参事官
井上 隆弘 内閣府健康・医療戦略推進事務局企画官
江副 聡 内閣府健康・医療戦略推進事務局/内閣官房健康・医療戦略室企画官

○南健康・医療戦略ディレクター では、定刻となりましたので、ただいまから第1回「グローバルヘルス戦略有識者タスクフォース」を開催いたします。

内閣府健康・医療戦略推進事務局の南でございます。本日は議長を務めさせていただきます。

皆様におかれましては、御多忙の中、御参加いただき、どうもありがとうございます。

本日は、構成員の有識者各位、外務省、財務省、厚生労働省及びJICAから御出席いただいております。

まず、議論の透明性を高める観点から、本タスクフォースは、記者の傍聴を認め、公開とすることといたしたいと考えております。御了承いただければと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、議事を公開いたしますので、記者の入室を許可してください。

(報道関係者入室)

○南健康・医療戦略ディレクター 本日配付の資料及び逐語ベースの議事概要は、後日公開させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

まず、事務局のほうから本日の資料とオンライン会議の注意事項の確認をさせていただきます。

では、事務局よりお願いいたします。

○福地参事官 本日の資料は、議事次第に記載しております資料1から5となっております。資料

3は3-1から3-5までございます。資料は事前にメールで送付しておりますものをお手元に御準備いただきまして御覧いただければと思います。何かありましたら、事務局へお知らせください。資料を画面共有される場合には、お手数ですが、御発表者側から操作いただけますようお願いいたします。

なお、発言時以外は、構成員の方々は基本的にカメラはオン、マイクはオフでお願いできればと思います。御発言がある方は、手挙げボタンを押していただくか、画面上にて手を挙げてください。御発言いただく際はマイクをオンにしまして、はじめにお名前をおっしゃってください。よろしくお願いいたします。

○南健康・医療戦略ディレクター それでは、議事に入ります。

まず、事務局より議事1「グローバルヘルス戦略策定の方向性について」、資料1及び資料2に基づいて説明させていただきます。

資料1は、このタスクフォースの役割及びメンバーを記したものです。

資料2は、「グローバルヘルス戦略策定に関わる基本的考え方」です。5ページ目と6ページ目に具体的な論点ということで示してございます。これは例示的なものでございまして、論点がこれに限られるということではございません。構成員の先生方の問題意識に従って御議論いただければと考えております。

7ページ目が今後の進め方、スケジュールが書いてございます。

以上が資料でございます。

続きまして、議事2に移らせていただきます。議事2は「グローバルヘルス戦略策定の論点にかかる構成員による発表」ということでございますので、各構成員から発言をお願いいたします。

まず、JCIEの伊藤様、お願いいたします。

○伊藤構成員 日本国際交流センターの伊藤でございます。今回は、このような機会に参加し、戦略づくりに貢献できることを大変光栄に思っております。よろしくお願いいたします。

私どものセンターではグローバルヘルスで幾つかの事業を実施しています。一つは、幅広い国際保健外交課題を扱い官民一体となって政策づくりを後押ししていく「グローバルヘルスと人間の安全保障」というプログラム、もう一つは、三大感染症の官民連携基金であるグローバルファンドを支援する「グローバルファンド日本委員会」です。今回はこの2つの立場から議論に貢献をさせていただきたいと思います。

私からは、この協議会として挙げられた論点のうち、2つのトピックについてお話をします。パンデミックへの備えと対応(PPR)とその資金メカニズムに関する議論、グローバルヘルスにより多くの日本企業が参画するための方策、の二点です。

まず、資金メカニズムから述べます。コロナの収束後に必ず起こるであろう次のパンデミックのための資金メカニズムに関する議論が、現在急ピッチで進んでいます。WHOの独立パネルが5月に、G7の独立パネルが6月に、G20の独立パネルが7月にそれぞれ提言を出したのは、皆様ご存知のとおりかと思います。共通する点は多々あり、ここに4点ほど挙げましたが、一番大事なのは最後の点であります。どの提言も新しい組織の設立は望んでおらず、新しい「ファシリティ」とか「メカニズ

ム」という言葉で提言されています。つまり、新しい仕組みではあるが、世銀やグローバルファンド、Gaviなどのような既存の組織が資金を仲介する体制を示唆しています。ここは共通する議論ですが、では一体誰が資金を管理し、配分し、供与するかというメカニズムについては、提言にかなり差がある。また、1つの提言の中でも必ずしも意図が明らかではないというところで、今後の議論に委ねられております。

幾つかの観点からこの3つの報告書を分析いたしました。今日は時間がございませんので詳細は省きますが、主な違いのみ説明をします。4ページ目の中ほど、支援の対象範囲について、WHOとG7のレポートは低・中所得国のみですが、G20のハイレベルパネルの報告は先進国も含むグローバルな対象ということで、ここに違いがございます。

次のページに続きますが、こちらでもオレンジのところが異なる部分です。大事なのは資金をどこに置くかで、G7、G20は、独立した形ではあるが世銀の中に置くと提言しているのに対し、WHOのパネルの提言は世銀には触れていない。ここが大きな相違点であります。

そして、先ほど申しましたように、集めた資金を実際に国に供与する最後のところの仕組みについては、必ずしも明確でなく、これから秋に向けて主要会議が続く中で議論が進んでいくものと思われれます。

今後資金メカニズムの議論を進めていく上で、日本が重視すべきと思う点を2点挙げさせていただきます。1つは低・中所得国のオーナーシップの問題です。この新しいメカニズムをコロナが収束した先進国の視点だけで設計してはいけないと思います。歴史的に見ても感染症が最後まで残るのはどうしても途上国、貧しい国であります。低・中所得国においては、コロナの収束後に闘うパンデミック、あるいは感染症危機というのは、エイズや結核やマラリアやポリオ、エボラといった既存の感染症です。資料を見ていただくとおり、コロナによってこれまで亡くなった方とほとんど同じ、あるいはそれより多くの人数が毎年エイズや結核で亡くなっているわけです。毎年です。年間の死者数はようやく半分程度まで減ったところであります。

目の前で人が亡くなっている危機の状況下で、いつ発生するか分からないパンデミック、しかもそれは5年後かもしれないし、50年後かもしれないという状況で、次の感染症に備えましょうと言っても、これはなかなか容易なことではありません。現在の危機に対応していることがすなわち将来の危機の備えにもつながる、一石二鳥になるという明確なインセンティブづけが必要でありまして、それが可能になるメカニズムが今、必要とされているのではないのでしょうか。

2点目、既存の組織が持つシステムとの協調であります。提言の多くは、既存のメカニズムを活用すると言いつつも、既存のメカニズムの上に複数の組織が関わる、レイヤーが多層になっている構造が提案されています。ガバナンスを厚くする一方、それぞれの組織が持つ援助方針とかガイドライン、レポーティングの様式をすべて考慮しなければならないとなると、途上国に混乱を招くだけです。支援を受ける側のトランザクションコストをいかに最小限に留めるかが求められています。これが、改革がうまくいくかどうかの試金石ではないかと思っております。

次に、企業の話に移ります。グローバルヘルスにより多くの日本企業が参画するために何をすべきか。日本の医療の国際展開については、この数年、政府の様々な取組が拡大され、進展がある

と承知しています。しかし、世界のグローバルヘルスの専門家のコミュニティの中で、残念ながら日本の製品がそれほど注目されているわけでもなく、また、国際機関による調達が飛躍的に増えたわけでもない。国際機関調達における価格競争が大きな壁になっていて、これをどう乗り越えていくかが、企業にとっても政府にとっても課題になっていると拝察しています。

私が強調したいのは、産業振興という面と国際貢献の両方の側面で企業の参画を後押ししていく、それがSDGs時代に求められることではないか、という点であります。これを車の両輪としてバランスを取って施策を進めていくことが重要ではないかと思えます。

資料に書きましたように、特に保健医療の分野の企業は、本業そのものに人の命を救うという社会貢献性が高いので、ビジネスと社会貢献の境界が非常に曖昧になりがちです。本業だけでは国際的に高い評価を得ることができない。「一肌脱ぐ」ということが求められているのです。最近よく言われることですが、国際機関の側から期待されているのは、ベンダーでなくパートナーとしての企業である、ということです。世界的にも先進国の企業の側にこの指向が高まっています。

こうした中で、援助の世界で「日本製品の売り込み」を強く打ち出すことは、せっかく日本が築いてきた評価を下げかねません。産業振興と国際貢献の両者をきちっとすみ分けた上で、相乗効果を上げていくことが大事ではないかと思っております。そういう意味で、健康・医療戦略推進本部の中にグローバルヘルスの協議会が置かれたことは非常に画期的で、期待をしているところでございます。

企業によるグローバルヘルスへの貢献を推進する上で、政府の方にも企業の方にも持っていたきたい視点を5つ挙げさせていただきます。1つは、企業の社会貢献活動は戦略的に行う時代になっているということです。社会貢献活動というと、見返りを求めない善行とか施しという意味の「チャリティー」と同義語で語られることがありましたが、今は、社会課題の解決を通じて社会の持続可能性の向上に貢献するということであり、SDGsの中の一部、経営戦略の一部として社会貢献活動を捉えている経営者が非常に多くなっています。短期的な収益だけではない、長期的なメリットを求めています。

11ページに、私が非常に感銘を受けた例としてNTTデータの経営陣の方のコメントを記載しています。同社は、AI画像診断技術を無償提供してインドで結核診断を支援しているのですが、調達だけではなく、社会貢献活動の一環として無償提供をしたからこそ国際パートナーとつながることができたという良い事例でございます。企業側がどのような期待を込めているか、後で資料を御覧いただきたいと思いますが、先進的な企業はこういう意識をお持ちであるということをご理解いただきたいと思えます。

2点目、繰り返しになりますが、国際機関から見て企業はやはりパートナーであります。国際機関の側は企業に対して、価格を下げる、あるいは現地生産、技術移転などの協力を求めますが、その分、何が見返りとして提供できるかという、供給網を整備したり、大量調達、購買保障、長期のコミットメント、あるいは需要予測等々、いろいろなメリットを提供できるので、企業とウィン・ウインの関係をつくることができます。このようなパートナーシップが多々発生しています。同じく11ページ

に例を1つ挙げてありますが、今、新型コロナ対応の医療用酸素の件で国際機関と企業のパートナーシップができつつあり、フランス、ドイツの企業が参画しています。このパートナーシップは閉じられたものではなく他国の企業も参加できますので、是非こういうところに日本企業が入っていけるように皆で後押しをしていければと思っております。

3点目です。グローバルヘルス分野への貢献という点、医薬品や医療機器だけに焦点が当たりがちですが、実は多くの産業がグローバルヘルスに貢献できるポテンシャルを持っています。特にAIなどのデジタル技術、物流、自動車、商社、資源、メディア、金融、どんな産業でもそれに応じた入り口がありますので、それをどんどん開拓していくことが重要だと思います。

4点目、オールジャパンとよく言われますが、日本勢だけで閉じてはいけません。外資系も含めて世界中から最適な企業を見出して組むことが賢明ではないでしょうか。

最後にエクイティを挙げたいと思います。医学の分野で企業に求められるのは、最先端の技術の製品をつくることかもしれませんが、グローバルヘルスの分野では、それに加えてエクイティ(公平)、エクイタブル・アクセス(公平なアクセス)が求められます。企業には最先端のものをつくるだけではなくて、公平を実現するためのイノベーションが期待されている。よりたくさんの人に届くとか、より早く結果がわかるとか、より簡単に使えるとか、より安くとか、そういう解決にイノベーションを見出すことが期待されています。こういった視点を企業にも政府にも持っていただき、また社会の側もESG投資などで優良な取組をしている企業をどんどん後押ししていく、そういうエコシステムができていくことが、多くの企業がグローバルヘルスに参画していくことにつながるのではないかと思います。

私の発表は以上でございます。

○南健康・医療戦略ディレクター 伊藤様、どうもありがとうございました。

続きまして、アフリカ日本協議会の稲場様、お願いいたします。

○稲場構成員 アフリカ日本協議会の稲場です。

私は、アフリカ日本協議会の立場ということと、もう一つは日本の国際保健NGOのネットワークで外務省と2か月に1回対話をしておりますGII/IDI懇談会のNGO連絡会の代表という立場でお話をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

私のほうは、1つはグローバルヘルス総論ということで、UHCとCOVID-19という課題。もう一つ大きな課題として市民社会の「巻き込み」というところを主要課題として、プレゼンテーションさせていただきます。

まず、グローバルヘルス総論については、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)というところが一つ大きな論点となっているように見受けましたので、このUHCについてもお話をさせていただきます。私はUHC2030というUHC推進のための調整を担う国際機関の先進国市民社会代表運営委員という立場もしております。

まず、UHCの基本確認ですが、歴史を遡って1946年のWHO憲章を見ると、UHCが目指している、いわゆる最高水準の健康に恵まれることというのは、あらゆる人々にとって基本的な人権の一つであるということが、46年の段階で既に明確に書かれているということはまず確認をしていく必要が

あるのかなと思います。

その上で、UHCという概念が、実際に登場したのは2011年、2012年ぐらいのことだと思いますが、その中で確立してきたWHOの定義としては、「すべての個人やコミュニティが、経済的な困難に直面することなく、必要な保健サービスを受けられることである」ということで、保健サービスの中身としては、ライフコースに沿った本質的で質の高い保健サービスの全領域が含まれるということになっております。

さらに、SDGsに関しましては、UHCがターゲット3.8に入っていますが、SDGsのUHC定義においては、ここは注目しなければならないところですが、質が高く、安全な必須医薬品とワクチンのアクセス提供を含むUHCということで、これらがUHCに含まれるということを明確に言っているわけです。ですので、SDGsのUHCの定義においては、いわゆるワクチンや必須医薬品アクセスが入ることになっているわけです。その上で指標が2つ設定されているということになるかと思えます。

その上で、次です。コロナに直面して、私たち自身、UHCの定義というものをかなり見直す必要がある部分もあるのかなと思います。特にコロナにおけるUHCとして具体的にどういうものが入ってくるのかといったときに、1つは必須医薬品・ワクチンを含む質の高い医療・ケアへのアクセスということで、ソーシャルディスタンス(社会的距離)、手洗い等、マスク、PPE、ワクチン、適切な環境の隔離施設及び質の高い医療・ケアということで、例えば社会的距離をどのように保つのか、手洗いに使えるような安全な水があるのかということも含めてUHCに入ってくるということで、UHCがより大きな社会的な要素を含み、SDGs全体にかなり関わってくるということかと思えます。

もう一つは、ワクチンへのアクセスというのもUHCに入るということになるかと思えます。加えて、例えば酸素とか、あるいは重症患者に対する対応とか、ある程度高度な医療についても、質の高い必要とする医療という文脈においては、UHCの中に入ってくることを得なくなるのかなと思っているところです。

これらを権利として位置づけた上でどう政策展開をするかということが、COVID-19を踏まえたUHCに問われると思っておるわけですが、この中で私どもとして4つ課題について、教訓と反映ということで書かせていただいています。

1つは「複合的なレジリエンスの低下と脆弱性の拡大がCOVID-19のインパクトを増幅した」。これは次のページで説明させていただきます。

2つ目が、途上国だけでなく、先進国においても誤情報やフェイクニュースが政策決定に影響を与えることになったということで、保健に関わるメディアリテラシーについて、当初からプログラムにしっかり盛り込む必要があるということです。

3つ目がギャップの話ですけれども、予防・検査・治療それぞれに国内・域内・グローバルに格差が広がったということで、この部分を考えてときには、研究開発の迅速化及び生産、供給の体制をグローバルとローカルとで形成していく必要がある。このところはIPPPRの報告書のほうにも、エンド・ツー・エンドのシステムをパンデミックが起こる前からつくっておく必要があるということを明確に言っているかと思えますが、この点を我々としてリードしてつくっていくということが大事かなと

思います。

もう一つ、ほかの疾病や保健課題への資金減少でサービス利用が低下したということで、セクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス/ライツとか、ほかの感染症対策等で、例えば日本においてすら、東京では昨年の4月から8月まで保健所でエイズ検査ができないという状況に置かれたのです。こういうことも含めて、平時の保健システムが有事には維持できない状況があるということを含めて、パンデミック対応やUHCにあらかじめ保健サービスを広く盛り込む必要があるということかなと思います。

その上で、最初のところですが、COVID-19がこれだけの巨大なインパクトを持った理由としては、基本的にはレジリエンスというものが複合的にやせ細ってきた現実があるということかなと思うわけです。例えば都市貧困層の人口が圧倒的に低所得国や中所得国で増大している。都市貧困層においては、特に食生活における選択肢が非常に少ない。そういう中で肥満や非感染性疾患がかなり多く見られるようになっている。さらに、都市スラムにおいては人口密度の高い過酷な生活環境で、そもそも社会的距離が維持できない。

また、インドのデリーを引き合いに出すまでもなく、中所得国の大都市においては、非常に大気汚染が深刻化していて、その結果、例えば年間400万～500万の人たちが大気汚染由来の疾病で死ぬという状況になっている。

さらには、気候変動において農業が維持できなくなって、都市に流入する人たちがどんどん増えているというところで、複合的な要因があった結果として、例えば健康上のレジリエンスというものがかなり多くの人口において弱体化しているという状況がある。

そこで、COVID-19の重症化のリスクというものが増えるということになるわけですが、ところが、先進国においては、公衆衛生や感染症対策にけるお金がどんどん減っていて、低投資になっていて、その結果、システムが弱くなっている。途上国はもともと保健システムに脆弱性があるというところで、その結果としてCOVID-19の巨大なインパクトが世界にのしかかったということが言えるのかなと思います。

ですから、この点、シンデミックとしてのCOVID-19ということをしっかり念頭に置く必要がある。これを逆回しするときに何が必要かという、SDGsにしっかりアプローチをするということです。つまり、SDGsをモデルとしながら、どのように世界のレジリエンスというものを再構築していくのか。その努力が非常に大事であるということが言えるのかなと思います。

その上で、民間企業の関係にも関わってくるわけですが、コロナにおいて問われたのはワクチンをどのような形で生産し供給をするのかということなのです。IPPPRの報告書にも書いてあるように、エンド・ツー・エンドでしっかりしたパンデミック前の体制としてつくっていかなければいけないということがあるわけですが、例えば日本のワクチンの開発のためのR&D強化に関しても、日本としてどうするかというだけではなくて、この観点、この視点というものをしっかり含めていく。その結果として、日本の国産ワクチンにおいても、これを国際公共財として提供していくということまでを含めて政策化していかなければいけないということを念頭に置く必要があるのかなと思っています。

4ページは参考までにCOVID-19と肥満の関係について表にまとめたものですけれども、感染数

の多い国10位までと、人口10万人に対するCOVID-19死者数トップ10の国をみると、大体多くの国で、過体重率が6～7割になっている。日本は29%ですから、そういう意味で、いかに健康上のレジリエンスの問題がコロナに影響しているのかということがよく分かるかなと思います。

次に、二国間ODAについて市民社会の見地から簡単に申し上げます。COVID-19を踏まえて、二国間の保健ODAをどのように改革するのかというところですが、次の4点の視点が重要かと思えます。まず、COVID-19関連で二国間ODAを総括する必要があります。日本の危機対応緊急支援借款が自由で開かれたインド太平洋の国々を中心に対象にし、一方で、無償資金協力がアフリカ中心ということですが、もちろん当初目的の遂行ができたかどうかという評価は必要なのですが、それとともに、目的の設定の在り方、つまり、当事国のCOVID-19対策の緊急ニーズにどのような機能したのかということを含めて評価する必要があります。また、対象国の選定についても、例えばCOVID-19の被害が多かった国に対して、しっかり支援ができているのかということも含めて評価する必要があります。

また、当事国の保健援助に関する「生態系」の在り方や当事国の国家戦略を含めた援助ということについて、国際機関と二国間援助の協調というものをどういうふうにつくっていくのかということが大事かなと思います。

保健援助の優先対象国をどうするのかというところについては、議論自体は進んでいると思えますが、一応記載しました。

最後、市民社会の「巻き込み」というところですが、保健における市民社会の役割が非常に多義的になっているということをまず念頭に置く必要があると思えます。現状では市民社会のアクターという意味で言うと、日本のNGOが途上国で汗を流して働くということだけが市民社会の参画ではないということを明確にする必要があります。一つは、国内外で課題に取り組むNGO・NPOと言ったときに、現地のNGOもあれば、各国で大規模なプロジェクトを手がける国際NGOもあれば、あるいはこういったものの分野別・地域別のネットワークもあるということです。加えて、脆弱層の権利獲得のための当事者組織も存在する。さらに、こういった運動体が連携をして政策実現や予算獲得のためにアドボカシーネットワークをつくっている。また、市民社会が民間財団と連携し政策に取り組んでいるということがあります。この点から考えたときに、今の日本のODAによるNGO支援がプロジェクト実施、しかも日本のNGOのプロジェクト実施に偏っているということです。大きく見てこの点を是正することが非常に大事だと思います。例えば海外のNGOに対する支援をどのように実現するのか。これは実際には多くのドナー国がやっていることであり、あるいは国際機関もやっていることです。ですので、日本のNGO支援ということだけにフォーカスをしない。なおかつ、日本のNGOの支援自体もどのように重点化するかということを考えていくということが大事かなと思います。

この点についてはもう少ししっかり説明をする機会があればと思いますが、時間をもう過ぎておりますので、ここでストップしたいと思います。

どうもありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター 稲場様、どうもありがとうございました。

続きまして、東京大学大学院の城山教授、お願いいたします。

○城山構成員 ただいま御紹介いただきました東京大学の城山と申します。

私のほうからは、政治学や行政学ということ専門にする立場から、特にグローバルヘルスガバナンスのアーキテクチャーに関してどういう論点があるかということと、それに関するコメントをさせていただければと思います。時間も限られていますので、6点に絞ってコメントをさせていただきたいと思います。

1つ目のポイントは、そもそもパンデミック条約を結ぶのかどうかという論点に関わる話であります。パンデミック条約の在り方というのは、恐らく2つ側面があって、1つは中に埋め込まれる項目についてどういう政策選択をするかという話で、これは左に書いたように多様な側面があるわけですが、これはそれぞれで議論をすべき話だろうと思います。その上で、パンデミック条約という形をとるかどうかという論点で言うと、以下のような点があるのではないかとことです。

1つは、条約を結ぶとしたときに、WHOの憲章の下での枠組み条約みたいなもの考えるのか、そうではなくて、例えば気候変動の枠組み条約のようなもの、すなわち国連の下での枠組み条約を考えるのかということが1つの大きな論点だろうと思います。これは後でも出てくるように、今回のCOVID-19については、かなり幅広いセクターの課題を横断的に見る必要があります。包括する範囲をどう考えるかという問題と同時に、この事務局はどこが担うのかということです。WHO憲章下の前者であれば、たばこと同様でWHOということかと思いますが、国連の下での枠組み条約ということになると、別途事務局をつくるという可能性があり、気候変動と同様に、それがいいのかどうかという論点が出てくるだろうと思います。

既存の枠組みとの関係で言うと、国際保健に関するIHRとの関係がいろんなパターンがあり得るだろうと思います。A、B、C、Dと4つに分けて書いておりますが、Aというのはサプライチェーンとか、従来扱っていない問題だけを扱うというパターンです。BとCというのは、細かいところは触れませんが、要は、今までIHRが扱っていたテーマについて深掘りするようなメカニズムをつくる。同心円的な構造と書きましたが、重複する部分があり得るだろうということです。もう一つはDの形で、アンブレラをつくるということだろうと思います。アンブレラの場合には、「UNリードとなる可能性が高い」と書きましたが、論理的には多分双方の可能性があり得ると思います。その中でどういう枠組み選択をするのかということが問われているのだろうと思います。これが1点目であります。

2点目は、今の点とも絡みますけれども、今回のCOVID-19について言うと、狭い意味での公衆衛生、医療だけではなくて、経済の問題をはじめとして、安全保障、貿易等、かなり幅広い問題、まさに複合リスクマネジメント的なことが求められていたわけで、それに対する枠組みをどうつくるかということだろうと思います。横断的な枠組みをつくるという議論は常に出てきて、しぼんできたところも確かにあるのですが、例えば前回のエボラの場合を考えても、国連レベルでのカウンシルという話はなくなりましたが、とはいえ、WHOと世銀でGPMBをつくるぐらいのことは行いましたので、恐らく一定の何らかのことはやらざるを得ない話なのだろうと思います。

現在出ている案で言うと、IPPPRで提案されているようなGlobal Health Threats Councilとか、G20のハイレベルパネルで提案されているようなGlobal Health Threats Boardというのがあります。

名前は似ていますが、かなり発想は違うところがあって、前者はかなり政治的なバランスに気を遣っているというところがあるかと思いますが。元首レベルで国連総会から2名、G20から1名のチェアを出すとか、地域代表、市民社会代表、プライベートセクター代表を入れるということで、ある種のデリケートな政治的バランスを考えているとも言えますが、ただ、実際に動かそうとなると、実は極めて難しいだろうと思われま

す。他方、G20の提案は、委員会とはなっていますが、実体としてはG20の財務大臣、保健大臣会合という既に実施されているものがあって、そういうプラクティスのある種制度化するというものなのだろうと思います。その中に世銀、WHOとの連携とか、WTOとの連携なども入れていく。そういう意味では、ある種の極めてリアリスティックな姿だろうと思います。ただ、逆に言うと、G20だけでやった場合に正統性を確保できるかということもあるので、例えばG20の報告書の場合では、Global Health Threats Council、一番上のものを補完するという言い方をされていて、そこでは国連主導のメカニズムとの接点を残してある。こういう選択肢なのだろうと思います。

3つ目の論点は、広い意味でのファンディングのメカニズムで、1つは、現在のACTアクセラレータをどう評価するかということだろうと思います。ある意味では短期に既存のメカニズムをうまく連携させる形で、運用でこれだけのことができたという意味においてはポジティブな評価がかなり可能なものだと思いますけれども、他方、今後の常設化、今後の位置づけを考えたときに、現在のままでいいのかということと言うと、必ずしもそうではないということが議論されているのだろうと思います。

例えば一番下のIPPPRの提案の中で言うと、shifting from a model where innovation is left to the market to a model aimed at delivering global public goodsという形で、ある種の公平性とか、先ほど伊藤さんのおっしゃられた低所得・中所得国のオーナーシップみたいなことをきちっと変えた形にこれは変えていかないといけないということで、ここをどう提案するかというのが一つの大きなポイントだろうと思います。

もう一つは、平時に戻って以降のファンディングのメカニズムということで、これも先ほど御紹介がありましたように、IPPPRというのは、50億ドルから100億ドルのファシリティを提案し、G20はGlobal Health Threats Fundというのを提案しているということです。

一つの差異は、前者は世銀というのを明示していないのに対して、後者は少なくとも設置場所は世銀に置くと。ただし、管理主体は先ほどのG20の委員会の下に置くと、そういう言い方をしているということになります。

ただ、これはある意味ではかなり苦肉の策だと思っていて、先ほどの伊藤さんのお話で言うと、既存メカニズムを有効に使うというのと新規組織をつくるので、新規組織は避けましたというのは、確かにそうなのですが、かといって、既存メカニズムの特定のものに任せられるかということ、そうもいけないので、そこで中間層となる組織を提案したというところがあるのだろうと思います。

真ん中辺りにenable effective and agile deployment of fundsという言い方をしていますが、要するに、ここに入れたお金をいろんな既存機関、多国間の開発金融機関、あるいはグローバルファンドもあるかもしれませんが、そういうところにもまく機能、そういう中間形態を入れるというのは、確かにある種の知恵だと思いますが、これは本当に動く形でどう提案するかというのが大きなポイント

トではないかなと思います。

ちなみに、額の話で言うと、年間100億ドルというのは、確かに多いと言えば多いですが、グローバルファンドが現在、すごく単純な割り算ですが、30～50億ドル、WHOが20～30億ドルと考えると、今回の規模を考えたときにはあり得る数字なのかなという感じは個人的にはしますが、ここはちゃんと詰めるべき話だろうと思います。

4番目の話は知財の話ですが、これについては、いろんなところで出てくる議論を見ているとかなり割れていて、アメリカはかなり積極的な一方、ヨーロッパの中では慎重論もあったり、世銀とIMFの総裁が言っていることは逆だったりという感じがして、ある意味いろいろ議論はされていますが、一朝一夕に動くという話ではないのかなという気がします。

そういう中で、例えばIPPPRの報告などでもvoluntary licensingとか、あるいはWHOの総会の際にもvoluntary patent poolなどの話が出てきて、こういう形で原理論よりも自発に何ができるかという話が議論されているというのが1つ。もう一つは、これは先ほども稲場さんのほうからお話があったと思いますが、知財だけでなく、実際のサプライチェーン、どこでつくって、どういうふうに配分するのか。マニュファクチャリングとかサプライチェーンのメカニズムをどうつくるかということが実務的には結構大事になっているところがあって、恐らく日本がどう貢献するかというときにも、そういうところに日本の企業のある種の知見、経験というものをどう生かせるかということが大事な一つの要素になってくるのではないかなと思います。

5番目の要素は、UHCの話とも接点になるのですが、グローバルヘルスガバナンスの観点から言うと、IHRがコアキャパシティを要求していて、その評価(点数)が高かったところが必ずしもCOVID対応でうまくいったわけではないという現状がある。そうすると、コアキャパシティの評価というのはそもそも適切だったのかどうなのか、ここの基準づくりをきちっとやる必要があるというのが、ボトムアップの一つの大きな論点だろうと思います。IHRのコアキャパシティを何で評価するかというのは、例えばJoint external evaluationの項目があるわけですが、PREVENT、DETECT、RESPONDのうち、PREVENTの中には一応予防接種immunizationは入っています。けれども、これだけでは足りないのではないかというのは既に議論されていて、例えばGlobal Health Security Indexというかたちで、ジョンズ・ホプキンス大学などがやっているところと言うと、PREVENT、DETECT、RESPONDだけでなく、HEALTH SYSTEMの要素をきちっとSecurity Indexとして入れなければいけないということを言っているわけです。実際そのホームページなどを見ると、accessを含めたときの各国の評価と、そういうのを入れないときの評価というのは、当然アメリカをはじめとしてがらっと変わるので、そういう意味で言うと、systemとかaccessの話はどう入れていくかというのは重要な話なのだろうと思います。

ただ、これでもまだ不十分だったということをGlobal Health Security Indexの文脈でも総括をしていて、むしろ社会的な、あるいは政治的なdeterminantsというものをもっと議論すべきだということを言っています。いずれにしろ、その幅を広げることは必要なだろうと思います。

そういうときに、UHCの経験というものをどう入れていくのかということを考える必要があると思います。UHCをこのCOVIDの経験をベースにどうやって再編成するのかという問題設定ももちろん重

要なのですが、同時にコアキャパシティのようなところに、健康危機管理的なところにUHCのある要素を入れざるを得ない。それをどうやって具体的に指標化して入れていくのかという作業は、まさにUHCをベースにいろいろやってきた日本の経験をベースに、健康危機管理のシステムのほうに提案をするという意味ではすごく重要な作業なのかなと思います。

そういう意味で言うと、UHCのIndexをどうやってHealth Securityのほうに入れていくかということだと思ふのですけれども、これはこれまでも議論はいろいろあるようでありますが、一部の数的な定量化できる指標にとどまっていたり、ヘルスアクセスにとって重要なジェンダーとかエスニシティも含めたある種のイニクオリティーのような要素が十分含まれていないという議論もあるようなので、こういうところの指標をきちっとつくて、ちゃんと入れ込んでいくということは、テクニカルに日本としてやるべきだろうと思います。

ODAについては、私はほとんど触れておりませんが、先ほどのマニュファクチャリングに関する貢献を支援するようなこともあり得るでしょうし、もう一つは、科学、サイエンスのネットワークを支援するということはあり得ると思います。これは事前に共有いただいたJICAのプロジェクトの中で既にいろんなことがなされているということは御報告いただいておりますが、そういうもののネットワーク化や、特にASEANなどの地域での支援ということは重要になるかなと思います。

以上で私のコメントとさせていただきます。どうもありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター 城山先生、どうもありがとうございました。

それでは、引き続きまして、NCGM、国立国際医療研究センターの藤田様、お願いします。

○藤田構成員 NCGMの藤田です。これまでにポスト・コロナに向けてグローバル資金メカニズムですとかガバナンスとか様々な議論がされていて、構成員の先生方の御発表もあったかと思うのですが、我々NCGMは、国内の診療から国外、海外への専門家派遣による日本のODA実施、治験や研究、その辺りもやっておりまして、政策支援から官民連携までやっておりますので、そういった現場で実践している視点から3点ほどコメントをさせていただきたいと思ふます。

まず、1点目です。これは保健分野のODAのあり方を考える特別委員会の提言を踏まえて、司令塔強化ということが検討されているかと思ふます。現状では、様々な日本側の団体が調整することなしに相手国や国際機関にばらばらとコンタクトするということが多いと思ふます。例えば今回のコロナ支援に関しても日本政府の支援方針と様々なスキーム、例えば大使館の無償、JICAの機材供与、国連機関を通じたUNICEF、UNDPなどのものとか、様々なものが国レベルに投げかけられ、短期間に案件を形成しなければいけないような状況だったということがありました。その結果、他の実施中の案件との整合性などの調整は非常に難しかったという現状がありました。

マルチバイ連携のプログラムも、プログラム案というのが上流で決定されて、国レベルに下りてくるという実情がございます。上流で決まってしまうと、バイでODAを実施している実施内容や体制と合わせるのが難しく、相手国側と初期段階から合意形成をするとか、特に実施した後の進捗評価機能というのはなかなか難しいような状況思ふます。

提案といたしましては、日本での司令塔強化と併せて現地での調整機能というのは、間違いなく強化していかなければいけないわけですが、例えば大使館と東京の司令塔が直接つながるような

人材配置も効果的な支援になるのではないかと考えています。

マルチ案件に関してですが、例えば技術面でレビューするという仕組みがあってもいいのではないのでしょうか。その際に、後で述べますが、国際機関のポストとか規範セッターというところは活用できるのではないかと考えております。

2点目になります。こういう実際の実施を考えますと、一番必要なことが国際保健人材の育成ということになってくるのですけれども、グローバルヘルスアーキテクチャーで日本が関与していくということになると、政策の部分と実施の部分、両面における人材の育成が必要ではないかと考えております。

これまでNGOも含めて、フィールドでのプロジェクト実施といったところがあったかと思うのですが、政策系についての人材を育成して国際機関に入る、あるいは規範セッターとして活躍するということは非常に重要ではないかと思っております。特にインナーサークルに入ることにより得られる情報の量というのは全然違うものがございまして、インナーサークルに入る、こういう国際機関なり規範セッターなりのポストを増やしていく、それを日本政府にフィードバックするという役割というのは非常に意義が大きいのではないかなと思います。これは、中国、韓国がここ10年積極的に行っています。

そういうわけで、NCGMも人材戦略センターなど、グローバルヘルスに関する広報活動とか、若手から中堅、シニアまでの送り込み支援とか、キャリアサポートなどを行っていますが、これはさらに継続して、人材の層をどれだけ厚くするかというのが、これから先のグローバルヘルスでの日本の位置取りに関わってくるのではないかと考えております。

3番目は医療の国際展開と民間セクターの巻き込みということになります。協議会資料にありましたグローバルヘルス戦略と健康・医療戦略の関係の図を非常に興味深く拝見いたしました。UHCとか健康格差の解消につながるような公的な制度づくりに関わるグローバルヘルス戦略という保健ODAと、民間ビジネスにつなげる健康・医療戦略、2つの面になってくるわけですが、実は日本との関係でこの2面が行われている相手国、低中資源国というのは非常に増えていると思っております。いつまでも公的資金だけでは回っていきませんので、民間の活用というのは非常に重要になるのではないかと。日本の立ち位置というのもそこで変わってくるのではないかと考えております。

事例の御紹介ですが、コロナの関係の緊急無償に関して、ある現地保健省に派遣されているアドバイザーに対して、相手国政府担当者から日本製品のコロナ診断キットの導入に関する相談があったということです。ところが、調べてみると、そもそもの迅速キットが国際承認、今回の場合ですとWHOの緊急リストになるのですけれども、それを取っていなかったとか、生産体制が国内しか考えていなかったのか、国際調達ということを全く意識されていなかった、結果として日本製品が国際調達に入ることができなかったということがありました。

いろんな国で仕事をしていますと、以前と異なって、低・中所得国でも、供与される物品が国際基準を満たしているのかとか、その後の継続的な供給やメンテナンスが可能か、国際調達などの大量供給が可能か、現地でのメンテナンスが可能かというようなことを、相手国も十分意識するよう

になってきております。この辺りを日本の司令塔の方々にも認識していただきたく思います。

これに関しても、インナーサークルに人が入ること、情報を得ていくということは非常に重要なことではないかと考えております。日本の製品を売るという話になるより前に、日本製品の位置づけは国際的な中でどういう位置づけにあるべきなのか。あるいはそれを開発・生産・販売している企業の後押しをどういうふうにしていくべきなのかということも考えていくべきなのではないかと思っております。

そういう意味では、医療製品の展開のステップとして、例えば現地でサービスを提供するときに、相手国で製品が使われていくようになるために相手国の制度を支援していく、使う人材を育成していく、そういったことを同時にやっていくことが、ある意味日本のグローバルヘルスの今までのやり方と合致しており、上流も見るけれども、国レベルの実施も見えていくといったところにつながられるといいのかなと思います。

以上になります。

○南健康・医療戦略ディレクター 藤田様、どうもありがとうございます。

引き続きまして、大阪大学大学院の星野先生、お願いいたします。

○星野構成員 星野でございます。

今日は「グローバルヘルス」がテーマでございますけれども、私は国連のマルチ外交等が専門なものですから、ヘルスから少し視野を広げて安全保障という観点も盛り込んでみたならばどのように見えるのかということでお話をしたいと思っております。まず、菅総理の外交デビューとなった昨年9月の国連一般討論演説での御発言で、総理は「新型コロナは世界の人々の命・生活・尊厳、すなわち人間の安全保障に対する危機だ」とおっしゃり、そこで「人間の安全保障の理念に立脚し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向け、誰の健康も取り残さないという目標を掲げることは重要」と述べております。

私は昨年の夏までニューヨークの国連代表部におりまして、ロックダウンされたニューヨークの中で、コロナの問題が健康危機を越え、非常に広く、経済、そして人権やブラック・ライブズ・マター運動などにまで広がっていくのを見て、コロナ禍が本当に人間の安全保障のクラシックなケースとして世界中に広がったのではないかということを書き始めた一人として、政府のトップも含めてこういう問題意識が共有されてきたことに大変意を強くしているところでございます。

では、ヘルスの問題に安全保障の観点を加味して議論する意義は何かですが、ヘルスだけでももちろん重要だということできるのですけれども、しかし、そこに安全保障的な側面が加わると緊急性とか重要性がさらに強調されるということもありますし、また、ヘルスを担保するためには関連する他の様々な要因もまた必要だという視点も浮かび上がってきます。

右上の図では、グローバルな安全保障と国家の安全保障、そこに人間の安全保障を示していますが、3つ輪を組み合わせてみて、その中心に健康、保健、衛生がある、SDG3もあるというふう整理すると、ヘルスの問題もいったんは包括的に議論をする必要があるということが見えてくるのではないかと思います。

したがって、今までの先生方の議論にもありましたけれども、グローバルなヘルスカバレッジ

ということは、全ての人々にサービスを提供するというのもあるのですが、そこには一定のアーキテクチャーをつくっていくことになり、そのアーキテクチャーの中には健康という部分もあるのですけれども、それプラスアルファ、つまり「ヘルス+」の部分を考える必要があって、そういったときには人間の安全保障も含めた安全保障という観点から議論することが一つ鍵になるのではないかと考えた次第です。

人間の安全保障とは、日本政府で言えば、小渕総理時代から着々と進められている政策であって、人間一人一人に着目をし、人々の生存だけでなく生計や尊厳といったものへの脅威に対して保護とかエンパワメントという政策で人々を支えていくというローカルな考え方であり、グローバルヘルスの議論とはどのように関係するのかとお考えになられるかもしれません。

その点に対しては、現在、国連開発計画（UNDP）の中に「新しい時代の人間の安全保障」を考えるハイレベルの諮問パネルができて、日本からは武見敬三議員が共同議長となり、コスタリカのチンチージャ元大統領と一緒に検討が進められており、今年中に特別報告書が出されることになっています。このプロセスを支援するための研究会が外務省で立ち上がり、私が座長となり、本ワーキングにご参加の城山先生にも御協力をいただいているような状況でございます。

「新しい時代の人間の安全保障」といったとき、その「新しい時代」というのは、ある意味ではデジタル時代であり、また、「人新世」の時代といって、気候変動を中心として人間の行動が世界を変えてしまっているという観点を取りざたをされている現代という時代の人間の安全保障を検討しています。そうすると、今まで同様、ローカルなコミュニティベースで、人々に対するミクロの安全保障上の脅威に対して保護やエンパワメントを提供するというメカニズムは当然必要なのですが、それだけにとどまらず、人々が人類全体に対して発生するかもしれない、あるいは発生している existential な脅威に対しても何らかの手当てをしていくという意味での安全保障の議論も必要があるのではないかと。そうすると、グローバルな公共財を提供することとか、グローバルなガバナンスのメカニズムをつくっていくこととか、あるいは人々に行動変容を促すことなどもまた人間の安全保障のスコープに入ってくるのではないかと議論がなされています。ついては、私は、今回グローバルヘルスの戦略の策定というプロセスにおいても、新たにグローバルな観点から議論した人間の安全保障の見方は極めてフィットするのではないかとこのように考えております。

そういう観点から、今度は日本の関与はどうあるべきなのかといったとき、私としては、日本としてはぜひとも持てる力を使ってグローバルヘルスの分野でリーダーシップを取っていただきたいと思っております。私のもともとの専門は国際政治ですので、ガバナンスのメカニズムをつくるとか外交を展開するといったときに、これはある意味では「パワー・ポリティクス」の問題だと考えます。その際には、ここで発揮するパワーとは何かということもしっかりと考えていくことが重要で、そうでないと、なかなかリーダーシップを取ることもできないのではないかと思います。では、そのパワーには、非常にラフに申し上げてしまっても恐縮ですが、政治力と人材力と資金力と技術力といったものがあり、政治力という点では、既に我が国としては、G7、G20、国連、IFI、あるいはUHCのフレンズ・グループなどと、いろんな形で規範の主流化とか仲間づくりをしている。そういった実績があります。

人材力ということでは、先ほど藤田先生のお話にもありましたように、今、戦略的に人材を配置していこうという試みもあるわけですので、ぜひそういった組織的な取組の増強のプロセスを進めていくべきだろうと思います。

かつてはWHOの事務局長を日本人が務めていたときもございましたし、高官ポストを狙うということもあると思います。様々な関係機関に人を配置する。そういったところを組織的にすることは重要です。

資金の観点では、G20において保健と財政をネクサスとして進めていったというイニシアチブもございましたが、今後さらに新たなファイナンスの形、あるいは民間の資金を導入したようなものもいろいろと考えていく必要だろうと思います。

私は今、大学におりますものですから、同僚たちの研究開発の努力を見ております、企業をはじめ、大学のノウハウも含めて、医薬品・医療機器を含む科学技術イノベーションのそういったポテンシャルをしっかりと国際協力やグローバルビジネスにつなげてほしいと思っています。日本にはポテンシャルがあるということをぜひここで再認識をして、グローバルな、あるいはユニバーサルヘルス外交というものを日本外交の中にしっかりと位置づけていってほしいなと思っている次第です。

他方で、今、コロナの真ただ中ですので我々は様々な努力をしているわけですが、ポスト・コロナというところを見とおしたときに私が1つ懸念をしているのは、この事態が収束したときに、元の日常のような状況に立ち返り、必要な改革が進まない、そんな状況になることです。したがって、ぜひここで「機」をつくっていくことをしていかなないと、新しいアーキテクチャーだ、条約だ、ガバナンスだと言ってもなかなか行動につながらなくなるので、その辺のモメンタムづくりということに力を入れていく必要があるかと見ています。

非常に大きなことを言うようで恐縮ですが、世界の歴史を見ていると、新しい秩序というのは、大戦争があって、そこでできるということがありました。三十年戦争、ナポレオン戦争、第一次世界大戦、第二次世界大戦もそうだったわけですが、今のコロナ禍が大戦争に匹敵するような言語に絶する惨害であると考えれば、これは大戦争なしに新しい秩序をつくる好機であると考えます。

かつての第二次世界大戦後の日本は敗戦国でしたので戦後の新しい秩序の中ではしっかりと地位を得にくかったわけですが、今回に関してはすでに日本がリーダーシップを発揮している実績があります。そういう中でリーダーシップをグローバルヘルス、ユニバーサルヘルスというところで発揮する。今、そういう時期なのではないかということを改めて強調して終えたいと思います。

なお、最後にグローバルヘルスとかユニバーサルヘルス、いろいろな言葉がございますので、言葉の定義の面でも整理をしておくといいのかなと思った次第です。

以上です。どうもありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター 星野先生、どうもありがとうございました。

それでは、これから意見交換の時間とさせていただきますが、城山先生が15時に御退席と伺っておりますので、まずはグローバルヘルスシステムについて議論いたしたいと思います。先ほど星野先生から、日本が外交力を使ってこの機会に大いに指導力を発揮すべしというお話があったかと思えます。日本政府は、これまでユニバーサル・ヘルス・カバレッジを旗印に掲げて、保健の世界

でいろいろ指導力を取ってまいりました。しかしながら、COVID-19の反省も踏まえて、UHCをどう変革させるか、あるいは付加価値をつけるかということを考えなければいけないと考えております。

稲場さんからUHCの再定義が必要であり、脆弱性の低減とレジリエンスの強化を目指すべきであるということをお提起いただいたと思うのですが、稲場さんのお考えでは具体的にどういう点に注目すべきなのか。脆弱性が弱まってしまったのを、それを逆回しにするためにSDGsというものを考えていけばいいのではないかと御発言があったかと思うのですが、そこをもう少し敷衍していただければありがたいかなと思います。

それから、星野先生が人間の安全保障に「ヘルス+」の視点が必要だということをおっしゃられたかと思うのですが、具体的にどういう視点を加えればいいのか。また、安全保障という言葉は、国際社会では独特の意味合い、コンnotationがあると思いますので、あまり使わないほうがいいような気がしています。本来的にはグローバルヘルスというのは極めてインターディシプリナリーなものであると理解しておりますので、単に保健の分野だけではなくて、どのような要素を加味していけばいいのかなと考えているところです。

その関連で、伊藤さんからグローバルヘルスにおける関心事というのは、保健医療ソリューションに対する公平なアクセスという御発言があったかと思うのですが、公平、エクイティというのが一つのキーワードになるのかもしれないという気がいたしました。

城山先生、伊藤さんが御指摘いただいた、今、既に議論が行われつつある横断的・統合的調整システム、カOUNCILとかボード、それから資金の問題については財務省から、あるいはパンデミック条約の問題については厚生労働省からもコメントがあればお伺いしたいと思います。

そういうことを申し上げた上で、まずフロアをオープンにいたしたいと思いますが、手挙げボタンを押していただくか、画面上で挙手をお願いいたします。よろしくお願ひいたします。それでは、稲場さん、お願いします。

○稲場構成員 南ディレクターが整理された点について、1点目ですが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、UHCに関して、例えばUHC2030では、私が知る限りですけれども、必ずしもCOVID-19を踏まえたUHCの再定義の話というのはあまりされていないというところがあるように思います。その上で、最近のUHC動向において議論の流れとして大事になっているのは、基本的にはUHCというのは誰一人取り残さないということで、特に脆弱層のカバレッジが重視されてきています。市民社会はUHC2030のCSEM(市民社会参画メカニズム)を中心として、特に社会的な脆弱層におけるUHCをどう実現するのかというところの議論を強く打ち出しているというところがあります。

ですので、この点、UHCの動向として一つ我々が踏まえなければいけないのは、誰一人取り残さないということで、社会的脆弱層におけるUHCをCOVID-19下においてどのように実現するのかというところを、日本のUHCに関する国際協力の政策において位置づける必要があるというところかなと思います。

ちなみに、UHC2030に関して言いますと、私がUHC2030に本格的に参加したのは昨年の12月からということになるわけですが、昨年12月以降日本のプレゼンスが残念ながらほとんど見えないというのが現状です。この点については少し考えたほうがいいのではないかなと思います。

その中で、UHCというものが、保健システムの議論にとどまるのではなく、特に権利基盤アプローチ(Rights Based Approach)の文脈でUHCを位置づける形に移行してきている傾向があるということです。日本は実は「権利基盤アプローチ」はあまり得意でない部分があるので、この点、どういふふうに立脚するのかというところは一つ考えたほうがいいのかなど。

UHC2030というのは、規模が大きいわけではないですが、ただ、UHCを主管する機関ということになっていますので、ある程度日本のプレゼンスというのは必要なのかなと思います。

全体としてこのUHCは、コロナ禍の中でのグローバルヘルス・アーキテクチャーの議論の中では地盤沈下しているような気がいたします。ですので、日本がUHCということを経験したことを国際保健政策で掲げるのであれば、特にUHCをCOVID-19やグローバルヘルス・セキュリティとの文脈の中でどういふふうに優先順位を上げるかということも一つ大事なのかなと思います。

あと、先ほど南ディレクターがおっしゃったポイントですけれども、やはりUHCの中で必須医薬品、ワクチンへのアクセスであるとか、特にNCDsや大気汚染との関わり、もう一つは、誰一人取り残さないUHCという文脈で言うと、社会的、環境的、経済的決定要因とUHCという観点から、SDGsの視点を組み合わせた上でしっかりUHCの再定義をし、その上でCOVID-19の主流的な文脈にUHCをどう乗せていくのかということにおいて、アジェンダセッティングにおけるしっかりした論争というものを提起していくという力強さが必要なのかなと思います。

以上です。ありがとうございます。

○南健康・医療戦略ディレクター 稲場さん、どうもありがとうございました。

続きまして、外務省の原参事官、お願いします。

○原参事官 ありがとうございます。外務省、原でございます。

今のUHCの関連で一言申し上げたいと思います。2023年に国連総会UHCハイレベル会合が予定されております。また、2023年というのは、日本がG7の議長国を務める年にもなります。こういう外交機会があるということ意識して、今、進んでいる国際保健、グローバルヘルスの戦略づくりをどう日本の政策に反映していくのか。また、どう国際社会を巻き込んでいくのか。今後議論を深めていく必要があるだろうと考えております。

グローバルヘルスのアーキテクチャーについて幾つかコメントをさせていただければと思います。これは伊藤さんからも御指摘があったと思いますけれども、COVID-19という状況を受けて、将来の危機、次の危機に備えるために何かしなければいけないという危機感、問題意識は共有されているのと思うのですけれども、では、何をするのか、どうするのかということについての議論を、様々なハイレベルパネルの提言なども踏まえながらいろんな枠組みで議論を深めている。現状はそういう状況だと理解しています。その中で、グローバルヘルスの分野では様々な国際機関、官民の連携の基金などが活動をしている状況でございますので、屋上屋を重ねることにはならないように整理・統合をしながら、それぞれの機能をうまく生かす形で、かつコーディネーションをうまくしていくということが大きな論点なのだろうと理解しています。

その観点から新しい資金メカニズム、ファイナンスの話とガバナンスの在り方は表裏一体の話なのだろうと思います。今、G7、G20、あるいはWHO、いろいろな枠組みで議論が深まりつつござ

いますけれども、その中の資金、ファイナンスの話について言いますと、国際保健の分野で資金需要というのはますます増えているという状況がございます。その中でそれにどう対応していくのか。今までのようにODAだけで大丈夫なのか。民間資金をどう動員していくのか。あるいは何かイノベティブな方法があるのか。そういうところについても戦略づくりとの関連を含めて検討が必要ではないかなと考えております。様々な観点から有識者の先生方の御意見をいただければと思います。

また、ガバナンスの枠組みにつきましては、色々なレベルでのガバナンスの在り方が提言されておりますけれども、いずれにせよ、グローバルヘルスの分野でWHOが中核的な役割を果たす必要があるということについてはコンセンサスがあると思いますし、WHOがグローバルな規範の設定、あるいは各国での調整機能をしっかり果たす必要があるという点についてもコンセンサスはあるのだろうと思います。その点で、WHOがそういう役割を強化していく際に具体的にどういうところをさらに強化していく必要があるのか、どういう機能を付加あるいは見直していく必要があるのか。この辺について先生方のお考えをお聞かせいただければ非常に参考になると考えております。

以上です。ありがとうございます。

○南健康・医療戦略ディレクター 原参事官、どうもありがとうございます。

今の点にコメントさせていただくと、おっしゃるとおり、国際保健分野におきましては、国際機関、あるいは官民連携基金、すごく多くあるのですが、常々感じているのは、こういう機関というのは、一旦つくってしまったら、もうなくすことができない。世界歴史上、消滅した国際機関というのは、国際連盟とKEDOと西欧同盟ぐらいではないかと思っているのですが、一旦つくったら存続し続けるので、それをどうやって連携させるかが課題になりますが、国際機関間の調整というのはこれまた極めて難しい仕事でございます。

もしなければ、厚生労働省から、パンデミック条約の関係を御説明なりコメントしていただければと思います。お願いいたします。

○武井交渉官 それでは、武井のほうから条約に関して若干説明をさせていただければと思います。今日はタスクフォースのメンバーの先生方から貴重なお話をいただきまして、まず冒頭、お礼を申し上げたいと思います。

私のほうからは、条約に関する前提として、COVID-19を出発点として今後どう対応していくかという点であるかと思っております。今日の説明にも出てきておりましたように、コロナ対応としてWHOが開催した会議、IPPPRという独立パネルと、IHR Review Committee、それからIOAC、GPMBと幾つかありますが、その中でもIPPPRが具体的なその条約に対する提言ということで、具体的内容も含めて提言を行っているところでございます。特に感染症の問題に対して早期に対応していくという観点から、現状のIHR、特に早期発見、情報の共有、検体の共有も含めまして、提言がされております。

今回、先ほどもお話があったように、備えと予防ということで、どのようにその対応能力をパンデミックが起きる前に強化しておくかとか、予防するための手段、レジリエンスを強化するための事前の取組とか、これは恐らくヘルスシステムとも深く関連してくるところかと思っております。こうした課

題にWHO改革の流れの中で具体的にどう対応していくかということで、条約の議論がWHOで始まりまして、第1回目のワーキンググループが7月に開催されました。7月は第1回会合ですので、キックオフの会合でございました。次は9月になりますが、次回以降、具体的な内容にいよいよ入っていくということになります。

今日の会議でも出たように、ガバナンスとファイナンスの話は非常に重要だと思いますし、それに制度の枠組みをどうつくっていくのが効率的、かつ効果的で、エクイティーを達成することができるのか。そうした枠組みを構築していくということについて、議論が今後活発化するところがございます。

最終的には今年の11月29日から12月1日のタイミングで開かれるWHO総会の特別総会において中身が議論され、来年1月の執行理事会、そして来年のWHO総会に続いていくといった流れになりますので、まさしく今、日本でも御議論いただいておりますけれども、この場の議論を条約の議論にも反映させながら対応していく事は日本だけに限らず、世界的な保健、グローバルヘルスへの対応の一環を担っていくのではないかと考えておりますので、引き続き先生方からアドバイスをいただければ大変助かります。

以上です。ありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター どうもありがとうございました。ほかにどなたか御発言はございますでしょうか。では、城山先生、お願いいたします。

○城山構成員 若干のコメントを述べさせていただきます。

1つは、今日議論を伺っていて、もうちょっと強調したほうがよかったなと思ったのは、これは稲場さん、星野先生の話に関わるのですが、現場でのオペレーションというのはいろんな意味で重要だということはあるのですが、同時にグローバルなノームセッティングみたいなことがすごく重要になっているということがいろんな局面であるのだろうということです。稲場さんのほうからNGOの活動が現場だけではなく多様だというお話がありましたし、星野先生のほうからは、人間の安全保障というのを再定義する際に、現場の話とグローバルなノームの話、両方重要だというお話があったと思います。そういう意味で言うと、恐らくグローバルヘルスのガバナンスにおいてもその側面というのは実は重要なのだろうと思います。

私自身、今日の報告の中ではハイレベルの横断的なコミットとか、あるいはファイナンスの話はかなり強調してお話しさせていただきましたけれども、今回のCOVIDの事例を前回のエボラなどと比較したときに何か違うのかというと、エボラはアフリカの現場における課題だったわけです。現場のオペレーションをどう支援するかという観点で、例えばWHOにContingency Fund for Emergenciesをつくったり、世銀にPEFをつくったりという話をしました。

しかしながら、今回の話というのは、そういう側面ももちろんファイナンスの関係では大事なのですが、ノーム、規範的な枠組み自身を先進国がどう作るかというのもすごく重要な話になっていて、そこに関するガバナンスの要素というのもすごく重要なのだろうと思います。

そういう意味で言うと、科学的情報の共有とか、先ほど武井さんのほうからもお話がありましたが、検体の共有とか、そういう情報共有のメカニズムをどう効果的にするかということはずごく重要な要

素かと思えます。もう一つは貿易との関係で、今まではかなりWTO的な枠組みが強いというか、基本的には止めるなという側面が強かったと思うのですが、今回は批判もありつつ、結局、国境コントロールをある程度やって、本当にエビデンスがあったかどうかというのはいろいろ議論があるわけですが、一定程度ボーダーコントロール等も含めてやらざるを得ないという共通認識があるとする、きちっとルールとしてつくるが必要になってくるのだと思うのです。

これはIPPPRの報告などだと、プレコーショナリープリンシパル(予防原則)と、一般論としては書かれているのですが、では、それを本当にどうやってオペレーショナルするのかというのはすごく重要な、かつ難しいテーマだと思うのです。だから、そういうことも含めて、グローバルヘルス・アーキテクチャーに関する日本からの貢献とか日本の関与といったときに、そういうところも含めてちゃんとサポートする。逆にそういうところにきちっと関与することによって、秩序づくりに一定のオーナーシップを持つようなことがすごく必要なのではないかなと思いました。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、星野先生、お願いします。

○星野構成員 ありがとうございます。

確かに安全保障と言ったときには独特なテンションがあって、外交上いろいろと難しい局面になりうることも考えられるのですが、今日、あえて安全保障の話をした理由は、ヘルスの分野だけでも奥深い分野ではあるものの、縦割りで議論が進んでいってしまうというリスクが常にあるからでした。そして、ヘルスの分野だけでもたくさんのいろんなメカニズムができてしまって、つくったら潰せないとか、そういうサイクルの中にはまってしまうということがある。

しかし、視野を広げて「ヘルス+」ということを考えたいというのと同時に、ほかの取組ともドッキングできるアームを残しつつ、秩序と言うと大き過ぎるかもしれないのですが、ガバナンスのメカニズムとかアーキテクチャーといったところにつなげられないのだろうかというのが問題意識としてあったということで、御理解をいただければと思います。

グローバルヘルスを本当に実現するためには縦割りを排すということがとても大事だと思っています。その意味で、今、貿易の分野の話もありましたし、人権の分野の議論もあったと思いますし、科学技術イノベーション政策というのは、私がずっと関わってきた部分があるので、ここへの期待もありますし、政府だけでなく、市民社会、ビジネスといったところも加わる、そういう複合的なガバナンスのメカニズムになるのではないかなと思っています。

その上で本当に心配しているのは、コロナでこれだけ大変な思いをしても、結局は変革のきっかけにまだならないのではないかという点です。喉元過ぎたら、また日常ということでなくて、ここで本当の変革をしなければいけないというモードに切り替えるためには何をしたらいいのだろうかということです。そうした側面も含めた問題提起でした。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、JCIEの伊藤さん、お願いいたします。

○伊藤構成員 先ほどから出ている点で3点ほど。稲場さんからUHCは地盤沈下かもしれないと

いう話がありました。私も、そうかもしれないと思う反面、コロナによって、以前よりもUHCを議論する土壌は整ってきたという気もしています。今回、世界中の人が「保健システム」とは何か、身をもって分かったと思うのです。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとか、保健サービスに手が届く、というのは具体的にどういうことなのか、教科書に書いてあることを字面で理解するのではなく、自分事として捉えられるようになってきた。エポックメイキングなことだったと思います。幅広い人々の理解を得る上でも大きなチャンスですし、今後変わっていくのではないかという予感がしています。どこで地盤沈下を感じていらっしゃるのか、別の機会でもいいので是非お聞かせください。

2点目、WHOの規範設定の機能をどのように強化していけばよいか、先ほど原参事官からお話があった点ですが、私は医学のテクニカルな面からWHOに関わることはないのですが、民間とWHOの関わりについて一つ申し上げたいと思います。JCIEは、テドロス事務局長が始めたCivil SocietyとWHOの関係を考えるワーキンググループのメンバーになったことがあり、私も議論に参加させていただきました。そこでの提言の一つは、規範設定をマנדートとするWHOの意思決定の中に当事者、あるいは市民社会をもっと入れていくというものでした。意見を聞く相手としてではなく、やはり意思決定のプロセスの中に入っていかないといけない。「私たちのことを私たち抜きで決めないで」というのは世界的にも大きな原則になってきているので、WHOにもっとCivil Society、当事者の声がきちんと入るような仕組みを市民社会の側で責任をもってつくり、WHOの側でもつくるという提言を出したことがあるのですが、そういった考えは引き続き持つていく必要があるだろうと思います。

他方、民間企業とWHOの関係ですが、JCIEは昨年、WHOのための新型コロナ対応連帯基金に日本で寄附を集める活動をしています。始めたときは1000万円ぐらい集まればいいかなと思っていたのですが、去年4月、5月の段階で億単位の寄附が日本企業から集まったのです。世界全体でもこの基金に2億ドルを超す寄附金が集まっています。アメリカがWHOから脱退すると宣言する中で、1つの新しいドナー国の出現に匹敵するほど民間セクターのお金が大きな割合を占めることになりました。

WHOに非常に感謝されたのは、使途が縛られず柔軟に使えるお金だったこと、それから迅速に支払われた、という点です。官の仕組みでは、どうしても手続に時間がかかる、あるいは使途に制約がある中、自由に使えるお金が、しかも大きな規模で民間から提供されたことは、初期のコロナ対策上、非常に大きな意味があったと思うのです。今後どういうWHOであってほしいかという議論の中に、是非、民間との付き合い方を入れていただきたいと思います。

3点目、先ほどご指摘があった国際機関は連携が難しいという点の関連です。本当にそのとおりだと思うのですが、他方、今回のACTアクセラレーターについては少々違う印象を持っています。私の場合、グローバルファンドの事務局とACTアクセラレーターの事務局の双方とにワーキングレベルで付き合いがありました。私はそれぞれの国際機関はよく連携できていたと思っています。もちろん、資金調達面では競合になってしまったので惨憺たるものでした。資金調達はなかなか連携できないと思うのですが、そこから後の、集めた資金を使うプロセスは、連携が機能していました。結局、2000年以降に次々と設立された保健の国際機関が、お互いの得意分野を熟知していて、

餅は餅屋とばかりに、ぱっと連携したわけです。分担を決め、川上のR&Dから川下のデリバリーまで、どんどんバトンを渡していく。それぞれの事務局長が、毎週オンラインで顔を合わせて物事を決める。緩やかな連携の仕組みがあったからこそできたことだと感じています。ガバナンス上も大きな問題が起きているわけではなく、連携は結構うまくいっていたのではないかと、個人的な感想ですが、今は率直にそう思っています。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、財務省の藤井課長、お願いします。

○藤井開発政策課長 財務省の藤井でございます。

本日は非常に貴重な御意見を5人の先生方からお伺いさせていただいて、大変勉強になりました。今後の議論に対してたくさんの示唆をいただきまして、どうもありがとうございます。

財務省の立場から何点か申し上げさせていただければと思います。まず1点目はG20のプロセスでございます。既に御紹介がございましたように、ハイレベル独立パネルからのレポートというのが今月初めのG20、ベニスで行われました財務大臣・中央銀行総裁会議に提出をされておりまして、これを参考にいたしまして、G20 Finance Trackのプロセスの中でこの夏から議論がされていこうということになっております。目標としては、10月末に行われます財務・保健大臣会合に対して何らかのインプット、提言を出すということで議論が行われようとしているところでございます。

議論としては、もう既に先生方からも御示唆がございましたけれども、国際保健のガバナンスをどうしていくか、それからプリベンション、プリペアードネスにおけるファイナンスの在り方、そしてレスポンスのタイミングでのファイナンスの在り方の大きく分けてこの3つの点について、G20の各国で議論をしていくということになるかと思っております。

ガバナンスの点につきましては、色々な御意見も出ておりますように、ハイレベル独立パネルのほうでもGlobal Health Threats Boardの話があり、これは組織なのか、あるいはメカニズムなのか、そこはまさにこれからの議論になるかと思っております。いずれにしても、これは私の視点でございますが、先ほど伊藤先生のほうからも御指摘がございましたけれども、今回のこのパンデミック危機に対応ということで行われたACTアクセラレータという実験、実際に行われた活動から学ぶことがあるかと思っておりますし、また、最近で申しますと、IMF、世銀、WHO、そしてWTOがワクチン配付に関してタスクフォースを立ち上げて、現在活動をしております。この活動からまた学ぶということもできるかと思っておりますけれども、ガバナンスの仕組みを立ち上げるに当たって、現在様々な機関が関与している中で、どういったところに連携の穴があるのか、そのギャップというものをどう見つけるのかというところが一番重要なのかなと思っております。日本としてもその部分について知見を出していくことが大事なかなと思っております。

また、他の先生方からもお話がありましたが、今、足元、残念ながらパンデミックが収束していないわけですが、どこかの段階で収束していきますと、この議論のムードというのはどうしても落ちていく。あるいはファンディングの議論になってきますと、他にもアジェンダがあって、お金は無限ではございませんので、ある意味取り合いになっていくということがございます。パンデミックということを書いていくと、国際保健の分野で、では、他の分野からパンデミックにお金を回せばいいのではな

いかということで、他のところ、お金が新しく簡単に生まれてくるというわけではございませんので、そうなりますと、どういうロジック、あるいはどういう旗を立てて国際保健のガバナンス、そしてファイナンスを立てていくのかということが、日本としても、このメカニズムをグローバルにつくるに当たっても大事かと思っております、その際、今日先生方からもお話が多くございました。日本としては長年UHCというものを掲げてやってきておりますが、この一つのコンセプトというものを掲げて、この分野に対して、世界の各国あるいは国際機関が尽力していく、人力を集めていくというのが非常に重要になってくるのかなと思っております。

最後、ファイナンスのところですが、こちら伊藤先生のプレゼンの中でお話がありました。もちろん、平時のファンディングはUHCも関わってくる各国の保健システムをどう持続的に支援していくのかという意味で考えますと、各国の努力、あるいは国際機関のプログラムなどでも保健メカニズムの強化というのをメインストリーム化していくことが必要だと思いますし、それから危機時に対してサージファイナンスをどうやって手当てしていくのかというところは大事になってまいります。もちろんそれはドナー国や国際社会の努力というのも出てくると思いますが、長期的に考えますと、御指摘がございましたように、やはり低・中所得国のオーナーシップ、Domestic Resource Mobilizationと申しますか、そういった自国での努力というものも前提となってまいりますので、そういったものとの連携、そして、それを前提として民間との連携ということも併せて視野を広げて考えていく必要があるのかなと思ったところでございます。

以上でございます。ありがとうございました。

○南健康・医療戦略ディレクター どうもありがとうございます。

○南健康・医療戦略ディレクター では、JICAの瀧澤審議役、短時間でお願いいたします。

○瀧澤審議役 ありがとうございます。非常に有意義な議論をいただいたと思います。

私のほうからは、最終的に見直そうとしている政府の方針に今日いただいた議論をどう反映していくかという視点から意見をさせていただければと思います。

まず、1点目です。今、まさにコロナ禍の中での方針改定ということなので、かなり健康危機対応とか、そちらのほうに視点が集中しがちではあるのですが、何人かの委員の方も御指摘されていましたが、そのほかの健康課題も重要です。ほかの感染症もありますけれども、生活習慣病とか、非感染症、人口高齢化も進んでいますし、疾病構造の変化も途上国で進んでいるので、それらにどう対応していくとか、医療保障制度をどう持続的に構築していくとか、UHCを推進する中で議論していたことをきちんと進めていかなければいけないと思うので、そのバランス。最終的な方針の中で、中長期的な保健システム強化とかUHCが目指した取組と健康危機への対応のバランスをどう取るかという点は気にしていくべきところかと思われました。

2点目です。伊藤委員、ほかの委員からも民間の役割のことについて御指摘されておりました。民間セクターの役割はこれからますます重要になってくると思いますけれども、ベンダーではなくてパートナーとしての役割が期待されているというのは、非常にいい表現だなと思ったのです。パートナーとしての役割というところをもうちょっと深掘りして、民間に期待される役割というものを考えて

いく。さらに言うと、そういうマインドセットを民間企業の方にどう持っていただくか。製薬企業やいろんな業界団体もありますが、そういったところも含めて、パートナーとしての意識をどう持っていただくかというのは結構重要なポイントだと思いました。ともすると、ベンダー意識というか、国際展開の流れで売り込むみたいなのが前面に出てしまうことがありますけれども、パートナーということをもうちょっと深掘りできるといいのかなと思いました。

3点目です。星野先生のほうで政治力、人材力、資金力、技術力と4つに整理していただいたのは、とても分かりやすく、まさにこういったものをいかに総合的に発揮できるかということが重要なのだと思いますけれども、これからグローバルヘルス・アーキテクチャーが変わろうとしている中で、政治力や資金力もそうですけれども、人材力をその中でどう発揮できるかということが最も重要なのではないかと思います。

新しく構築されるかもしれないメカニズムの中で日本人がどう貢献していけるのか。政府だけではなく、日本全体で本当によい人を見つけて、そこに当てはめていくとか。方針というレベルにはそんな細かいことを書けないかもしれないのですけれども、実際の取組としてそこはすごく重要なことだと思いました。

最後、日本以外のアクター。稲場委員のほうは途上国の市民社会、伊藤委員のほうは日本以外の国際企業とか、そういったところとのパートナーシップをどうしていくかということを指摘されていましたけれども。

○南健康・医療戦略ディレクター 瀧澤さん、すみません。それは別の議題なものですから、グローバルヘルスシステムに絞って御発言ください。

もしなければ、藤田先生が御発言を求めておられたと承知しますが、お願いします。

○藤田構成員 今、コロナの時代ということで、ポスト・コロナで変わる事、あるいは変わらないことを考えていく必要があるのではないかと考えております。確かに資金がなくなってきてお金を取り合っただけということになっているのですけれども、もっと有効に使う方法というものを考えていってもいいのではないかと思います。実際にどういう資金メカニズムで、どういうガバナンスになるにせよ、国レベルで仕事をしている立場から見ると、様々な資金の流れで様々なものが降ってくるというのは変わらないと思うのです。そうなったときに国あるいは地域レベルでどう調整して、どう連携を取っていけるかということが非常に重要な点になってくるかなと思います。そういう意味で、そこにどういう人材が配置されるか。日本人もそうですし、相手の国の政府もそうなのですけれども、そこでどういうふうに関わる仕組みをつくっていくかというのは、ある意味考えていく必要があることかなと思いました。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

それでは、グローバルヘルスシステムに関する議論はここで一旦切らせていただきます。

城山先生、どうもありがとうございました。

○城山構成員 どうもありがとうございました。失礼させていただきます。

○南健康・医療戦略ディレクター 議題を変えまして、今度は二国間援助の話若干させていたきたいと思います。論点の中に、パイロット国の選定というのが(1)にありますので、これについ

て若干説明させていただきます。これは途上国の中から幾つかパイロット国を選定して、戦略の具体的実行を早期から目指していきたいということでもあります。パイロット国を選定するに当たっては、日本が重視すべき国ということで選定していきたいと考えているところですが、これをどのような基準を持ってどういうふうを選ぶか。具体的にはアジア、アフリカ等の国から異なる発展段階とか保健指標を考えつつ複数選定しようということなのです。

この点につきましては稲場さんのほうから若干指摘をいただいているところですが、ほかに御意見がございましたら挙手をお願いいたしたいと思います。とりわけ現場の経験が深い藤田先生、この点について御意見がありましたらお願いいたしたいと思います。

○藤田構成員 パイロットということで、私もいろいろ考えてはみたのですが、先ほどお話ししたように、今回のグローバルヘルス戦略でカバーするような保健のODAの部分と、それからビジネスということを考えなければいけない部分と両方あるかと思うのですが、その両方を考えた上でどういう国をパイロットにするのかと考えていかれるということになると思います。今までモデルという国を選ぶという段階で、例えばODAの仕組みを通すと、いわゆる要請主義になるので、相手側との調整とか要請は非常に時間がかかるということもあって、なかなか動きにくいという部分があるのかなと思います。

相手側の国にしてみると、ODAで来るものといわゆる健康・医療戦略の下にあるビジネスで来るものが、日本の同じ顔に見えている部分だとは思いますが、そこをどう整理していくかというのは重要になってくるのかなと思います。その際に重要になってくるのが、現場での体制、大使館とかそういうところになるのだと思うのですが、相手国の政府と話ができるような関係をつくっていく、あるいはそこに話ができるような人材を配置するということが、準備・実施に当たっては非常に重要になってくるのではないかなと思いました。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

ほかに御意見ございますか。稲場さん、お願いします。

○稲場構成員 パイロット国の選定というのは、ずっと議論があったことであろうと思います。アフリカに関してもそうだと思いますが、この中で私のほうとして非常に強く入れてほしいと思うのは、現地市民社会の実施・政策能力が高い国を必ず入れていただきたいということです。この点が常に見過ごされがちというところがあったと思うのです。先ほどのいわゆる誰も取り残さないUHCということ考えたときには、現地市民社会の力が強いということは非常に大事。あるいは政策的な対話ができるような市民社会がしっかりあって、我々はそこをしっかりと巻き込んでパイロット国としてやっていくということです。アジアにおいてもアフリカにおいてもそういう国は明確にありますので、必ずそのところを加味していただいて選んでいただくということが大事かなと思います。

以上です。ありがとうございます。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

ほかにはございますでしょうか。

今、藤田先生がおっしゃられた点が非常にもったもただと思いますのは、結局、相手国政府ときちんとしたパイプ、それは大使館であったり、JICA事務所であったり、あるいはJICAのアドバイザーで

あったり、そういう方々がいて、相手国の保健省とかそういうところときちっと関係ができていうところでないとうまくいかない。それがもしできていないと、多分相手国あるいは関係団体と政策対話をする上でうまくいかないであろうと思っております。ですから、そういう観点からもパイロット国というのを選んでいきたいと思えます。

また、稲場さんがおっしゃった現地市民社会の能力が高いところというのは、あまり意識していなかったポイントですので、ぜひ参考にさせていただきたいと思えます。

ほかに御意見ございますでしょうか。藤田先生、お願いいたします。

○藤田構成員 1つ言い忘れたのですが、相手国ということになるのですけれども、相手国の市民社会とか相手国の民間の成長というのは我々が意識しているよりはずっと速いものだということを、厚労省の下で展開推進事業というのを実施する中で一番感じているところではあるのですが、相手国の民間ビジネスの人たちもどんどん巻き込んでいくことを考えていく必要があるのではないかなと思っております。

○南健康・医療戦略ディレクター 御指摘ありがとうございます。ほかにはございますか。

それでは、このパイロット国の件につきましては、我々としては早々に結論を出していきたいと思っておりますので、関係省庁とも協議をした上で、比較的早期に御提示できるように話を進めていきたいと思っております。

それでは、二国間の話もひとまずこれで置きまして、その他の議題ということですが、今日は非常に多くの問題点、論点を御提示いただいたと考えております。例えば城山先生から知的所有権及びサプライチェーンとの関係であるとか、伊藤さんから企業の関与、藤田先生から国際展開、民間セクターの関与の問題、稲場さんのほうから市民社会の巻き込み方、市民社会というのは日本のNGOが現場で汗を流すという単純な構図ではなくて、非常に多義的になっているという点、藤田先生から保健人材の話とか、いろいろ御提起をいただいております。

これらについてはまた別の機会にもう少し深掘りした形で議論したいと考えておりますが、この機会にぜひ追加しておきたい、あるいはこの点は言うておきたいということがございましたら、挙手をお願いいたします。

瀧澤さん、お願いいたします。

○瀧澤審議役 日本以外のパートナーについて、続きです。日本のバイの協力、特に技術協力については、日本の技術リソース等の活用というのが大前提になっているところがあるのですが、これだけ途上国の中に力のある組織、人が育ってきている中、それは官民両方含めてですけれども、誰と組んで事業をやるのかというのはとても重要な視点となっていくと思えます。現場での事業だけでなく、国際的なアリーナの中でいろんな打ち出しをしていくときに誰と組むのかということも、重要な 이슈だと思っていて、日本以外のパートナーとの協力がもっと柔軟にできるような素地が今後できていくと、すごくいいなと思えます。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、星野先生、お願いします。

○星野構成員 様々な関係主体という話、あるいは民間企業との連携なども指摘されましたけれども、大学に身を置く立場から、こういう議論の中でどうしても大学というのが見落とされがちかなと思っておりまして、大学や研究機関が持っているポテンシャルというものもいろいろなところで御活用いただけるような、そういう機会をぜひ御検討いただければということをお願いしたいと思います。

また、民間企業に関しても、私はベンチャー企業の人たちと交流することが最近増えているのですが、彼らのポテンシャルというか、小回りが利くところと、現地に入り込むフットワークの軽さといったところもぜひ生かせるような仕組みになったらいいなと思っております。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、伊藤さん、お願いします。

○伊藤構成員 企業のところで先ほど1つ言い忘れたことがありました。医薬品や医療機器以外の産業にもたくさんポテンシャルがあると申し上げました。例えば石油資源であれば、マラリア蔓延地域で石油の採掘などで露天掘りをするとボウフラの発生源になるので、マラリア対策に直結する。だから、事業計画の中にマラリア予防策を入れていない企業には金融機関が融資をしないという原則をつくる、といったことがあります。それぞれの企業、産業界ができることがあると思います。申し上げたかったことは、保健医療分野の企業は、日本の規制の中で守られているためか、低・中所得国にあまり出ていない企業が多いので国際展開をするときになかなか足場がない。他方、商社やメーカーなどほかの産業界は、既にグローバルに展開している企業が比較的多いです。そういう意味でも医薬品・医療機器以外の産業界をもっと巻き込んでいくこと、また、医薬品・医療機器の企業と他の産業界の企業が連携できるようにしていくことが、全体的にグローバルヘルスに日本企業を巻き込んでいける素地になると思います。

○南健康・医療戦略ディレクター どうもありがとうございます。

続きまして、稲場さん、お願いします。

○稲場構成員 ありがとうございます。

市民社会と民間は違うセクターではあるのですが、ただ、これが重なる領域の一つがR&Dなのです。例えば製品開発パートナーシップ(Product Development Partnership:PDP)、何かを研究し開発をするというところについてマルチステークホルダーのまとまりをつくっていくところ。もう一つは政治的なモメンタムを上げていく。そういう役割に関して市民社会が非常に大きな役割を果たしているということは、例えば「ストップ結核アライアンス」もそうですし、あるいはACTアクセラレータの診断パートナーシップの開発分野のハブとなっているFIND、これは診断薬・診断機器の開発イニシアチブです。あるいはGHITとの関係で言うとDNDi、NTDs、熱帯病の薬をつくる枠組みですけれども、こういったところがPDPのハブになって動いているということがあるわけです。ですので、R&Dの文脈においては、市民社会と民間セクターというものがある種連携をしているという部分が強くある。

もう一つは、R&Dの規範設定に関しましては、例えば知的財産権の話も含めて、いわゆる市民

社会がエクイティというものをどう実現するかといったときに、市民社会の規範設定というのがかなり強く働いた結果として、企業行動が変わってきているところがあるわけです。ですので、民間セクターと市民社会の連携といったことを考えたときに、グローバルなPDPのようなものをしっかり念頭に置く必要があるのかなというのが1点ございます。

もう一つです。私はUHC2030とか、あるいはG20に対する市民社会のエンゲージメント・グループであるC20(Civil 20)などの枠組みの中で最近保健分野に取り組んでいて、感心したなというところがありますのは、保健の様々な分野に取り組んでいる市民社会ネットワークがお互い連携してC20をやるとか、連携してUHC2030の一つの調査事業をやるといことがどんどん出てきているのです。例えばHelpAge Internationalという高齢者のネットワークであるとか、あるいは非感染性疾患に関するネットワークであるNCDs Allianceであるとか、あるいは大気汚染に関わる疾病のネットワークであるとか、あるいは心臓病の当事者の団体とか、こういった様々なグローバルなネットワークがどんどんUHC2030のCSEMに参加して来たり、あるいはC20のグローバルヘルス・ワーキンググループとしてアドボカシーをG20に対して行っていくとか、こういったところで様々なグローバルな個別イシューのネットワークが集まって、実際にその結果としてUHCというものが体現されつつあるというところなんです。特定の課題をやっているネットワークが一つの枠組みに集まってくる、そういう状況が特にC20やUHC2030では生じている。

この辺りのところをどういうふうにもレバレッジしていくのかといったときに、日本の役割というものもあるのかなと思っています。ですので、この辺のところについてももしっかりエンパワーするという意味合いで、日本が例えばそこにシードマネーを投げられれば、かなり違ってくるわけです。そういったところを含めて考えていただくとありがたいなと思います。

○南健康・医療戦略ディレクター どうもありがとうございます。

続きまして、藤田先生、お願いします。

○藤田構成員 市民社会の話で、相手国にも日本にも、職能団体と呼ばれるような市民社会のグループがあると思うのですが、関係者の一つとして目を向けていく必要があるのかなと思っています。今、学会同士の仕事をしたりしていますが、日本人も元気になるのですね。内向きになりがちな日本人たちが外を向くことも今回のグローバルヘルスの取組の中で考えていただけるといいのかなと思いました。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

星野先生、お願いします。

○星野構成員 先ほど稲場さんからR&Dにおける規範の設定という話がございましたが、私は、規範とともに標準というのか、規格というのか、そういう部分を日本発で行うことの重要性を感じております。EUなどは域内の標準化をどんどん進めて世界に広げようという動きがあると思うのですが、日本がこの機会に主導をして標準化を進めていくということについて、政府としての後押しとか業界としての協力というのがあるといいと思うのです。それが国連や国際機関の調達などにおいても今後いろいろと有利になってくると思うのです。今はどうしても既存の規格に合わせなければいけないというところがあるのですが、新しい規格を日本からということはこのグローバルヘルス

の分野でぜひと思っております。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

おっしゃるとおり、スタンダードセッティングというか、ノームセッティングというのが国際社会でいかに重要か。それが結局リーダーシップを取ることに繋がると私も考えておりますので、今日はそういう議論が多々あったかと理解しております。

それでは、外務省の原参事官、お願いします。

○原参事官 もう時間が超過していると思いますので、手短に述べます。稲場さんほかから市民社会を巻き込む重要性が強調されております。私はそれに全く反対するものではありません。

一方で、途上国の現場において国内資金をいかに保健分野に動員していくのか、投入していくのかという点で、途上国政府のオーナーシップをしっかりと育てていくというか、問題意識を持ってもらうということは必要だと思いますので、その点において日本政府が果たすことができる役割があるのではないかと考えるというのが1点です。

R&Dあるいは標準化に関して、現場のニーズを市民社会が把握し、それをR&Dにつなげる、あるいはR&Dをしたベンチャー企業の製品を市民社会が現場に投入していく。そういう役割があるのだらうと思いますけれども、視点を変えますと、まさにR&Dを現場に広めていく、それをさらに拡大適用していくという分野で、例えば私が理事をしておりますユニットエイドという国際機関とか、国際機関が果たす標準化とかイノベーションを点ではなく面で展開していくという部分で活動しているということもございますので、市民社会、現地の政府、国際機関の連携をうまくつくって、流れていくようにするということが重要だと皆様のお話を聞いて痛感した次第です。

以上です。

○南健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

残念ながら時間が超過してまいりましたので、これで一旦議論は終わらせていただきます。本日はいろんな御意見をいただき、どうもありがとうございました。

今後でございますけれども、9月にグローバルヘルス戦略の骨格について決めなければいけないと考えておりますので、次回の会合におきましてその戦略の骨格について議論ができるように、準備を進めてまいります。

また、先ほど申し上げたとおり、今日は十分時間を取って議論できなかった事項につきましては、次回以降、時間を取って議論を深掘りしてまいりたいと考えております。

本日の議事は以上でございます。これをもちまして、第1回「グローバルヘルス戦略有識者タスクフォース」を閉会いたします。今日はどうもありがとうございました。