

グローバル・ヘルスの体制強化：G7 伊勢志摩サミット・神戸保健大臣会合への提言

国際保健に関する懇談会 WG1：グローバル・ヘルス・アーキテクチャー

要旨

「人間の安全保障」が今ほど大きな政治テーマとなったことはない。テロ、移民・難民問題、健康危機、気候変動や災害対応、といった多様かつ複雑に激変する世界情勢の昨今、国家安全保障とともに、個人や人々の生存・生活・尊厳を守ること、すなわち「人間の安全保障」を実現することこそが、国際社会が共同して行うべき最優先課題である。最近のエボラ出血熱、MERS、ジカ熱の流行に見られるように、地球規模の感染症は今後も発生することが予想される。そうした感染症がエボラ危機のような深刻な事態を招くことがないよう、各国政府・国際機関・民間セクター・市民社会などが一丸となって協力するグローバル・ヘルスの枠組み（以下、アーキテクチャー）の強化が求められる。特に女性の健康に配慮したユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を中心とした、強靱で持続可能な保健システムの構築が急務である。そのためには、各国の政府開発援助（ODA）が頭打ちになる中で、より効果的な支援を推進し、グローバル公共財（多国間の協力関係）と国支援との割合を再検討することに加えて、民間セクターが果たせる役割についても併せて検討すべきである。こうした状況の中、これまでUHCを推進してきた我が国は、国際的な議論において今後も主導的な役割を果たすことが期待される。

2015年8月、伊勢志摩G7サミット、神戸G7保健大臣会合にてホスト国として国際保健に貢献することを目指し、厚生労働省にワーキング・グループ（WG1）が組織された。本稿は、WGにおける議論を踏まえ、グローバル・ヘルス・アーキテクチャーの強化に向けた優先課題に対する解決策を提言する。

我々が提案する、主な行動計画は以下の通りである：

- (1) 健康危機準備・対応に関する国・地域・グローバルレベルでのアーキテクチャーの構築
 - ア 保健システムの健康危機準備・対応機能（preparedness・response）を強化
 - イ 援助機関（例：グローバル・ファンド、Gavi アライアンス）の保健システム強化への投資の集中
 - ウ 健康危機対応のためのリソースの確保：新たな基金（CFE 及び PEF）の効果的な活用と、政府開発援助のグローバル公共財へのさらなる投資、新たな財源の検討（連帯税や民間人道支援基金など）、サプライチェーンの確保
- (2) 強靱かつ持続可能な保健システムの強化支援：特に、人口高齢化などに伴う保健医療ニーズの増加や多様化、保健医療費増に対応するための政策を支援
 - ア 将来の高齢化も視野に入れた保健システムの持続可能性に係る各国の経験や失敗、成功を踏まえた知見やノウハウを共有可能とする、国際的な基盤の確立
 - イ 保健システムへの持続的な国内資源動員を推進：特に、途上国における保健医療関係者と財政局との協働・対話による政策立案の支援
- (3) UHC モニタリングとアカウンタビリティに関する枠組みの確立
 - ア 保健システム強化の国別支援（例えば、IHR コア機能強化支援）と連携しながら、UHC のモニタリング・アカウンタビリティ（説明責任）の仕組みを、援助国・機関主導から当事国主導へ転換
 - イ 保健技術評価（HTA）を含む保健システム機能評価のための、専門的技術・組織能力の強化
- (4) 市場メカニズムが十分に働かない疾患（顧みられない熱帯病（NTDs）や薬剤耐性（AMR）等）に対する診断、治療薬、ワクチンなどの開発の促進
 - ア 開発にあたって、国際的に優先的に対応すべき疾患やプロジェクトを特定する機能の構築
 - イ NTDs/AMR に対する治療薬等の規制の最適化、国際協調の推進
 - ウ 開発への動機付け強化のための枠組みの構築、及び財源の確保

1. 序論

テロ、移民・難民問題、健康危機、気候変動や災害対応といった多様かつ複雑に激変する世界情勢の今こそ、国家安全保障に加えて、個人や人々の生存・生活・尊厳を守ること、すなわち「人間の安全保障」が求められる。この「人間の安全保障」の概念において中核をなすのは人々の健康であり、それを守る上で、グローバル・ヘルスへの対応は必要不可欠である^[1,2]。特に、最近のエボラ出血熱、MERS、ジカ熱の流行のような地球規模の感染症は今後も発生することが予想される。グローバルな人の移動の増加によって、それらの感染症が急速に伝播する危険性が増し、保健医療のみならず、国家安全保障及び社会経済的観点からも大きな影響を与える可能性がある^[3]。こうした公衆衛生上の緊急事態に迅速かつ効果的に対応するために、国際機関・民間セクター・市民社会などが一丸となって協力するグローバル・ヘルスの枠組み（以下、アーキテクチャー）の強化・再構成が急務とされている。また、感染症を含む多様な健康危機に対して準備・対応をするためには、強靱で持続可能な保健システムの確立、特に女性の健康に配慮したユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC：全ての人が、基本的な保健医療サービスを、負担可能な費用で受けられること）の推進が不可欠である。

我が国はこれまでに、世界エイズ・マラリア・結核対策基金（世界基金）の設立を含む世界の感染症対策の充実に貢献し、さらに保健システム強化を推進し^[4]、持続可能な開発目標（SDGs）の中にUHCを含めるための議論を主導してきた^[5]。また、2015年のノーベル医学・生理学賞を受賞したイベルメクチンの開発に代表される日本の経験・技術を生かした顧みられない熱帯病への対応など、国際社会での先導的役割は世界的に高く評価されており、今後もグローバル・ヘルス分野において主導的な役割を果たすことが期待される^[6]。

2016年5月には伊勢志摩G7サミット、そして2016年9月には神戸G7保健大臣会合が開催される。これは持続可能な開発目標（SDGs）採択後、そして、エボラ出血熱危機後初めてのG7であり、議長国である我が国が世界各国のグローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化の議論において積極的な役割を果たすとともに、必要な国内体制を強化する絶好の機会となり得る。このサミットへの提言を取りまとめるために、2015年8月、厚生労働省の「国際保健戦略を検討する懇談会」の下にワーキング・グループ（WG）が組織された。このWGは、厚生労働省に加えて、サミットを主管する外務省、関係各省庁の担当、国際機関、民間、市民社会、学識経験者などの多様なメンバーから構成される。本稿では、WGにおける議論を踏まえ、昨今のグローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化において、G7が協力して取り組むべき解決策、具体的な行動計画を提言する。

2. グローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化における課題の系統的分析

昨今のグローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化における諸課題を十分に検討し、最も効果的な解決策を提案するため、種々の議論（UHCの達成に向けたこれまでの議論^[7,8]、エボラ危機への国際対応から得られた教訓^[9-12]、WHOによる高齢化と健康に関するワールド・レポート^[13]、及びベルリンにおけるG7保健大臣会合・科学大臣会合での議論^[14,15]）を踏まえ、我々はアーキテクチャー強化に向けた「ゴール（何をすべきか）」と「アクション（どのようにゴールを達成するか）」を次の3×3のマトリクスで定義した。

「ゴール」

- A 「人間の安全保障」に対する脅威への準備・対応の強化
- B 強靱で持続可能な保健システム構築・UHC達成
- C 保健医療問題を大きく改善するイノベーション・公共財の開発提供の推進

「アクション」

- 1 リーダーシップ・調整（多様な関係者の活動の調整、戦略的方向性や優先順位の決定）
- 2 アカウンタビリティ（関係者の説明責任の担保、活動の評価）
- 3 持続可能な投資（必要な資金の確保、国内資金の活用や民間の投資を促進する仕組みの構築）

次に、アーキテクチャー強化に関わる諸課題をこの3×3マトリクス（縦軸に「ゴール」、横軸に「アクション」）に沿ってブレインストーミング・デルファイ法で分析し^[16]、計25項目に整理した（図表1）。

3. グローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化に係る4つの主な課題

個別課題を広く網羅する解決策を提案するために、密接に関連している個別課題を統合した。さらに、複数の WG 構成員が以下の評価基準に照らし、優先順位を付けた。（この評価基準には、今回の G7 を通して、我が国のグローバル・ヘルスにおける立場やルール策定機能を強化するために、日本の強み・国益に関する項目を入れた。）

- 課題の重要性（疾病負荷や保健システムへの貢献や、対費用効果の高い解決策がすでに存在しているか等）
- 実現可能性（政治的・技術的・資金的に G7 で議論を主導できるか、G20 や G77 を巻き込んでいくことは可能か等）
- 実現までの期間（日本が議論を主導する 1-2 年の間各国の政治的関心を維持できるか等）
- 日本の強み（日本の強み活かせるか、日本の国益に繋がるか等）

その結果、以下の 4 つの優先課題を検討することとした。

- (1) 健康危機準備・対応に関する国・地域・グローバルレベルでのアーキテクチャーの構築
多くの国や地域の保健戦略や保健システムには、国や地域レベルの大規模な健康危機への準備・対応機能（preparedness・response）が組み込まれていない。また、各国の保健関連の政府開発援助（ODA）のおよそ 80%が、二国間の支援であり、グローバル公共財（R&D や健康危機準備・対応、保健システム強化などの多国間・国際的な協力体制）への支援は 20%に過ぎない^[17]。各国の ODA が頭打ちになる中で、グローバル公共財と国支援との割合、さらには民間セクターの果たす役割を再検討すべきである。
- (2) 強靱かつ持続可能な保健システムの強化支援：特に、人口高齢化などに伴う保健医療ニーズの増加や多様化、保健医療費増に対応するための政策を推進
健康危機や災害などに対応できる強靱な保健システムの構築とその持続可能性は、各国の保健医療政策において大きな課題である。特に、発展途上国における UHC の適用範囲の拡大や世界的な高齢化の進行により、公的医療制度による費用負担の割合は拡大するため、保健システムの財源が大きく不足することが懸念されている。各国保健システムの持続性に係る知見や教訓を共有可能とする国際基盤が構築され、同時に保健医療関係者と財務当局の協働が国や地域レベルでも更に推進されることが求められる。
- (3) UHC モニタリングとアカウンタビリティに関する枠組みの確立
健康危機への対応、および、持続可能な保健システムの実現には、保健システムのモニタリング（現状把握のための監視方法）及びアカウンタビリティ（説明責任）の枠組みの確立・強化が重要であるが、保健評価指標・モニタリング方法の選定は、資金援助国、国際機関や国際保健専門家主導になりやすく、各国の個別のキャパシティ・ニーズが十分に加味されていないことが多い。また、画一的な指標・モニタリングの方法を国際レベルで策定し、その提出を義務づける取り組みが多く見られるが、その後の具体的な実行策（集計されたデータを用いた分析や、分析に基づく課題の特定、解決策の策定、実施モニタリングなど）が設定されていない事が多く、指標提出自体が目的となりがちで、政府や援助機関のアカウンタビリティ強化や保健システムの改善に貢献していない。同時に、各国の保健システム機能評価のための専門的技術や組織能力も十分ではなく、各国側のアカウンタビリティ能力も強化が必要である。
- (4) 市場メカニズムが十分に働かない疾患（顧みられない熱帯病（NTDs）や薬剤耐性（AMR）等）に対する診断、治療薬、ワクチンなどの開発の促進
エボラ出血熱に代表される NTDs や、AMR に対する研究開発（R&D）は、想定される市場規模が小さく、開発コストに対する採算性も低いため、十分に行われていない。一方、比較的小規模の製品開発のための基金は多く存在するものの、基金間の調整は不十分で、さらには R&D 実施機関の間においても活動調整は限定的で、効率的な R&D 体制が整っていない。

4. G7 が取り組むべき行動計画

4つの優先課題について、あるべき姿、G7 が取り組むべき行動計画、及びその具体例を以下に提案する。また G7 の中でも特に日本がリードするべきであり、国内のグローバル・ヘルス対応機能の強化にもつながるような具体例には《日本》と表示している。

(1) 健康危機準備・対応に関する国・地域・グローバルレベルでのアーキテクチャーの構築

あるべき姿

- ◆ 各国の保健戦略、主要援助機関の活動に、保健システムの健康危機準備・対応機能 (preparedness・response) の強化が組み込まれている。
- ◆ IHR の遵守が徹底され、WHO の緊急危機対応能力が強化されるとともに、関係各機関の役割が明確化され、危機拡大時はグローバル～国レベルでの切れ目のない連携体制が取れる。
- ◆ 健康危機準備・対応機能を含むグローバル公共財へのリソースが十分確保されている。

[具体的な行動計画の例]

ア 保健システムの健康危機準備・対応機能 (preparedness・response) を強化

- 各国において、IHR が定める健康危機準備・対応の主要機能 (検査・サーベイランス・人材育成等) の構築を GHSA と連携しながら支援する。
- 途上国政府と援助機関の間でコンパクトの締結を検討するなどし、保健システム強化に関する活動 (コミュニティ支援、保健医療センター・病院、地方行政の強化など) に健康危機準備・対応機能の強化へ向けた活動を入れ込むことを求める。また、UHC 2030 Alliance (IHP+発展版) などの枠組みを利用して活動をモニタリングする仕組みを構築する。
- エボラ感染拡大の経験を踏まえた WHO の改革¹を積極的に支援する。特に、IHR において各国の PHEIC (公衆衛生上の緊急事態) の報告義務の徹底、ならびに報告インセンティブを持たせるような仕組みを打ち出す。また、健康危機発生と同時に派遣・現地駐在させるトップ対策チームの形成、リストの定期的な更新、緊急チーム派遣の詳細なプロセスや指揮命令系統の整備など、改革が組織の焼け太りにならないように具体的な強化の内容を合意し、工程表に沿って改革を監視・監督する。
- WHO の緊急危機対応能力の強化に加え、国際的対応が必要な際に援助機関や各国の活動を調整する国際的なフレームワークの設立を提唱する。具体的には、WHO が国連事務総長の判断に応じて、その危機対応の総括機能を UN システムへ移行するよう推奨する。ただし、エボラ危機における国連エボラ緊急対応ミッション (UNMEER) のような、新たな組織の設立は望ましくない。
- 危機対応の国際的なフレームワークにおいては、米国 CDC (疾病管理予防センター)、フランスパスツール研究所、国際 NGO などが、現場における危機対応 (特にサーベイランス、接触者調査、検体採取・検査) において重要な役割を担うことを明確にし、国連システムとの役割分担を明確に定義する。
- 《日本》 G7 を契機にグローバル・ヘルス・アーキテクチャー再編のための委員会を主催し、その事務局機能に邦人を任命し、我が国がそのプロセスに積極的に関与する。
- 《日本》 日本の国立感染症研究所や国立国際医療研究センターなどの連携と機能 (実地疫学専門家養成コースや感染症危機管理専門家養成プログラムでの人材育成を含む) を強化し、国際的な健康危機対応の拠点とする。その際には、民間セクターや日本が主導的や枠割を担うアジアパシフィック・アライアンスなどの市民社会における組織や人材の活用も積極的に行う。

¹ WHO はガイドラインの策定や規制の実施といった技術的・規範的な機能は果たしているものの、地球規模の課題への保健医療の枠を超えた対応や国家主権を超えての介入ができないこと、国・地域レベルの活動の調整能力の欠如、縦割りの官僚組織、財政的な限界などが指摘されており、エボラ危機を契機にこれらの抜本的な改革が求められている^[10]。

- 《日本》世界の感染症対策をリードするための「健康危機管理、疾病対策センター」（仮称：「保健医療 2035」より）を創設し、P4 レベルの検査機能を確保し、官民連携で健康危機対応を推進し、世界に知見を発信すると共に、途上国の専門家の養成に貢献する。
- 《日本》緊急事態の際には、日本は UN システムの意思決定に積極的に関与し、機関間常設委員会（IASC）の枠組に従い UN システムが援助機関の危機対応に向けた全体的調整を円滑に行えるよう人材を含めて支援する^[18]。
- 《日本》薬事規制当局の連携強化を図るため、2017 年に世界 21 か国の薬事規制当局の長官などが参加する薬事サミットを日本で開催し、その中で健康危機管理対応の枠組みを検討する。
- 《日本》国連の人道支援・緊急対応システムと連動した成田・関西・那覇の防災ハブ化構想（特にグローバル・ヘルスのハブ化）を含む、日本国内及びアジア近隣諸国を対象とした産官学連携による緊急危機体制を構築する。例えば、G7 と連携してパンデミックが予測される疾患への対応を分担し、人道支援・緊急対応システムとの連動に必要な薬剤・機器・資材の備蓄を我が国の空港・港湾近辺に用意する。

イ 援助機関（例：グローバル・ファンド、Gavi アライアンス）の保健システム強化への投資の集中

- 主要な援助機関・パートナーシップ（グローバル・ファンド、Gavi アライアンス等）に対し、従来の個別課題への資金援助から、途上国内の財源、人材、知識を活用して健康危機準備・対応能力を強化するような保健システム支援への投資（例：健康危機準備機能にも直結するサーベイランス能力・感染症検査能力）へ移行することを促す。
- 《日本》G7 保健大臣会合で、保健システム強化支援のための行動指針（アクションプラン）の作成を主導し、翌年以降定期的にフォローアップ会合を日本及び関心国で開催する。それにより、UHC に向けた保健システム基盤や制度への投資・技術支援のルール策定において主導的な役割を果たす。

ウ 健康危機対応のためのリソースの確保：新たな基金（CFE²及び PEF³）の効果的な活用と、政府開発援助のグローバル公共財へのさらなる投資、新たな財源の検討（連帯税や民間人道支援基金など）、サプライチェーンの確保

- CFE や PEF のような主要な基金^[19,20]が、健康危機対応時に非効率な消費をせず、効果的に協調できるよう支援する。それと同時に、アウトブレイク後には、必ず独立調査チームによる事後評価を行うよう求める。
- 国連世界食糧計画（WFP）が提唱するような緊急時の迅速な調達システム（Pandemic Virtual Supply Chain：予め条件を満たした供給事業者から迅速に必要な物資を国際社会が調達できるシステム）の具体的な検討（例えば、対象者すべてに早期に必要な物資を提供するための環境整備、一連の取引業者の選定、取引の条件など）を世界の主要な供給事業者との対話を通じて進める。
- 世界レベルで健康危機に耐えうる強靱な保健システムの構築のため、各国の政府開発援助（ODA）に占めるグローバル公共財の資金拠出の目標を合意し、次年度以降、各国の達成状況を毎年集計、公表する。
- 開発のための革新的資金調達に関するリーディング・グループの中に新たな資金調達のメカニズム（例えば連帯税や民間の人道支援基金など）を検討する WG を立ち上げる
- 《日本》上記のメカニズムの調整に積極的に関与し、及びそれを担う事務局に邦人を派遣する。

² Contingency Fund for Emergencies：WHO がエボラ出血熱などの感染症アウトブレイクや緊急事態への初期対応を迅速に行うために新設した緊急対応基金。

³ Pandemic Emergency Facility：世界銀行が検討を進めている、保険スキームを活用して、民間資金を動員しつつ、パンデミック発生時に迅速かつ効率的な資金動員を行うための資金メカニズム。2015 年 6 月の G7 エルマウ・サミット首脳宣言では、当該ファシリティの検討についての進捗を歓迎し、支持する旨言及。

(2) 強靱かつ持続可能な保健システムの強化支援：特に、人口高齢化などに伴う保健医療ニーズの増加や多様化、保健医療費増に対応するための政策を支援

あるべき姿

- ◆ 持続可能な UHC への実現へ向けて、世界各国の経験や失敗例、最良事例を共有できる国際的な基盤が形成される。
- ◆ 人口高齢化などに伴う保健医療ニーズの増加や多様化、保健医療費増に対応するための持続可能な政策支援の仕組みができています。

[具体的な行動計画の例]

- ア 将来の高齢化も視野に入れた保健システムの持続可能性に係る各国の経験や失敗、成功を踏まえた知見やノウハウを共有可能とする、国際的な基盤の確立
- 各国の UHC 達成に向けた国家保健戦略を支援するために、過去に UHC を導入・維持してきた OECD 各国、及び現在 UHC の実現を進めている各国の、失敗・成功を含めた経験を共有し、各国が互いの経験から学び合うことを支援する。そのために、既存のパートナーシップ（G7 各国は 2007 年のハイリゲンドラム G8 サミットを通して設立された Social Health Protection Network (P4H) や Alliance for Health Policy and Systems Research (HPSR) 等）を最大限活用する。
 - 各国で共有する知見の範囲には、保健医療や介護の狭義の保健セクターのみならず、保健に直接の影響を与える水、上下水道、栄養などの周辺セクターとの関係についても含める。「保健医療 2035」で提唱された「社会システムとしての保健医療」を SDG の文脈で積極的に推進する。
 - WHO「高齢化と健康に関するグローバル戦略と行動計画」のフォローアップ、政治的な関与の拡大を目的に、2017 年に G7 のハイレベル会合を開催する。また高齢化についての統計を国際基準のもとで集計している OECD と共同で各国の計画の実施状況を定期的に集計、発表する。
 - 途上国における遠隔医療、マイクロ健康保険⁴などの、主に民間企業による革新的な取り組みに対する支援を強化する。そのために、上記の G7 ハイレベル会合、および TICAD のサイドイベントとしてそうした革新的な取り組みを行っている企業・NGO を招待し、ドナーと企業・NGO の間の対話、協業を促進する。
 - 《日本》以下の 5 つの政策行動を推進するために、国際機関や各国から成る専門家委員会を結成し、そのリーダーシップを取る：(1)健康と活力ある高齢化の促進、(2)医療財源の確保・維持し、革新的な支払いの仕組みの開発、(3)医療人材の構造改革、(4)患者中心の地域包括医療・介護 サービス、そして(5)医療・介護サービスの質の向上。
 - 《日本》その際、WHO 神戸センターはこれらの政策行動の支援に加え、高齢化社会においても持続的な UHC の達成に向けた国家戦略の評価等、高齢化問題に係る経験・知見を、他の国際機関と共有する研究基盤を提供する。
 - 《日本》WHO 神戸センターなどを活用した高齢化とイノベーションに関する研究（ビッグデータの活用による疾患の予防や、健康の社会的決定要因（SDH）を考慮した社会システムのあり方、人口動態の変化と財政・社会保障制度のあり方など）を実施し、世界に日本の知見を発信すると共に、世界の知見を国内に取り込む。
 - 《日本》JICA・世銀共催による地域 UHC ワークショップを拡充し、財務省、保健省の政策決定者に対象を絞り戦略的に実施する。
- イ 保健システムへの持続的な国内資源動員を推進：特に、途上国における保健医療関係者と財政当局との協働・対話による政策立案の支援

⁴ 通常の保険が入手困難な、発展途上国の低所得者向けに設計された低コスト・低価格の健康保険。

- OECD が毎年主催している財務・保健省国際共同会議を、国際機関の協力のもとに拡大・推進する。特に、アジア・南米・アフリカなど地域レベルでのネットワークを拡大しながら、持続性のある UHC 実現に向けた医療財政政策に係る課題を互いの視点から話し合えるプラットフォームとして活用し、対話による相互理解を深め、国内と海外からの協力体制を強化する。
- 各国の保健システム強化への国内予算を確保するため、財源分析 (fiscal space analysis) を通じた現実的な中期支出計画 (MTEF) や保健医療財政戦略の策定への支援を強化し、世銀や WHO など専門機関による合同チームを通じてその実施状況を定期的に集計、公表する。
- 《日本》 TICAD プロセスを活用し、アフリカ諸国における保健医療財政に関する財務省と保健省を対象とした合同ミーティングを定期的に開催すべく、TICADVI のサイドイベントにて (既存の地域トレーニングの見直し、改善策の立案も含めて) 議論を行う。
- 《日本》世銀やアジア開発銀行、WHO、OECD と共同でアジア・アフリカ諸国における UHC の達成に向けた保健医療財政と保健システム強化に関する政策策定者 (保健省、財務省) 向けの研修を強化する。

(3) UHC モニタリングとアカウンタビリティに関する枠組みの確立

あるべき姿

- ◆ IHR 及び GHSA を含む保健システム強化の国別支援と連携しながら、国際的な UHC モニタリングの枠組みの中で各国の状況に合わせた UHC 達成のための工程表・行動計画の策定が当事国主導で行われる。
- ◆ 保健技術評価 (HTA) を含む保健システム機能評価のための専門的技術・組織的能力が強化されている。

[具体的な行動計画の例]

- ア 保健システム強化の国別支援 (例えば、IHR コア機能強化支援) と連携しながら、UHC のモニタリング・アカウンタビリティ (説明責任) の仕組みを、援助国・機関主導から当事国主導へ転換
- UHC 達成への道のりは各国で異なることに留意し^[21,22]、国際的な UHC モニタリングの枠組みを確保した上で、各国が画一的ではなく、各々の優先課題、実施能力に合致した UHC 達成に向けた工程表、及びモニタリング方法や評価指標、説明責任を担保する仕組みを策定できるように支援する。そのために、WHO・世銀・USAID などが本年 3 月に新たに立ち上げた情報共有の仕組みを積極的に活用する^[23]。また、IHR、GHSA や保健システムの担当者と、G7 及び途上国の代表を集めた国際会議を開催し、保健システム評価、および評価結果を国・地域保健政策に反映させることができる人材の育成や、当事国主導で UHC モニタリング・アカウンタビリティの仕組みを策定するための方法について議論する。
 - 各国の健康危機準備を推進するために、IHR に基づいて健康危機への準備状況 (preparedness) を国別に集計、公表、更新し、それに基づいた各国の対応を促すように WHO に働きかける。同時に TICAD によるフォローアップなどを通じて、危機への準備が不十分な国の行動を促す。
 - 援助国・機関が各国にデータ提出を各国に求める際には、活用方法を明記し各国へのフィードバックを行うことを義務づけることを提唱する。
 - IHP+事務局が UHC・IHR コア機能・保健システム強化に係る政治的・技術的な連携の中核を担うことができるよう、IHP+事務局の人員・予算の強化、メンバーシップの拡大を図る。さらに、IHP+推進ドナーと共同で、具体的な期間と数値目標に基づいて、(1) 被援助国における国内予算、援助資金のマッピングと効率的な活用へ向けたデータベース及びシステム構築、(2) 共同財務管理評価 (Joint Financial Management Assessment) の実施、(3) 国家保健戦略の実施にあたっての共同モニタリング評価システムの開発、(4) 独立アカウンタビリティパネル設置を図る。

- 《日本》被援助国における中央・地方政府、医療提供者などの説明責任を担保し、フィードバック、評価の質を向上させるために、制度設計の支援、政策実施能力の強化、モニタリングを支援するとともに、成果に基づく資金供与（円借款の活用や世銀などとの連携）を拡充する。さらに、こうした支援を行うことのできるグローバル・ヘルス政策研究人材を育成する。
- 《日本》IHP+を通じてUHC実現に向けた各機関の連携を強化することを、日本がリードするために、IHP+事務局に邦人を派遣する。

イ 保健技術評価（HTA）を含む保健システム機能評価のための、専門的技術・組織能力の強化

- 各国HTA機関（英国のNICE等）、WHO、コクラン共同計画、Primary Health Care Performance Initiative（PHCPI）、ドイツ財団等と協力し、被援助国の定量的分析（例えば、メタ分析、費用対効果分析、その他保健サービスの効率性分析）の導入を支援するために、関係機関による研究会を立ち上げ、担当官のトレーニングのためのテキスト、プログラムを作成する。
- 被援助国のHTAを担う機関の担当官に対して、技術支援、能力強化研修を行う。そのためにG7各国の専門機関による会議を開催し、行動計画を策定する。
- 《日本》国際的な保健システム評価機能の強化に貢献するために、医療技術や保健アウトカムなどの評価を担当する部署を厚生労働省関係機関に設置し、国内外の専門家との連携、国際支援の拠点とする。
- 《日本》特に日本の強みが生かせる疾患領域において、HTA評価に必要なアウトカムデータの取得を行う

(4) 市場性が十分でない疾患（顧みられない熱帯病（NTDs）や薬剤耐性（AMR）等）に対する診断、治療薬、ワクチンなどの開発の促進

あるべき姿

- ◆ NTDsやAMRに対する治療薬、ワクチンの開発について優先順位が明示され、主要な研究機関、ドナーの間で共有されている。
- ◆ NTDs/AMRに対する治療薬等の規制に資するガイドラインが最適化されている
- ◆ 優先順位の高い治療薬・ワクチンの開発について、十分な開発資金・Pull/Pushの動機付けの仕組みが十分に整備されている。

〔具体的な行動計画の例〕

ア 開発にあたって、国際的に優先的に対応すべき疾患やプロジェクトを特定する機能の構築

- 米国国立衛生研究所（NIH）、日本医療研究開発機構（AMED）など各国の研究支援機関、及びWHO、世界銀行、大学・研究機関などと共同で、WGを立ち上げ、疾病負荷（DALY⁵）や既存の治療・予防の有効性を踏まえた優先すべき疾患、製品のTPP（ターゲットプロファイル）を明示する。
- 《日本》産学官共同で、日本の強みを生かせる疾病分野（例えばAMR）についての、疫学データ、既存の治療法の評価、ターゲットプロファイルを検討する会議を厚生労働省に立ち上げ、国際的な優先順位付けの議論を主導する。
- 《日本》先進国で導入が進むHTA評価機能とは別に、厚生労働省内にNTDsへの費用対効果（あるいは投資対効果）を評価する指標になり得る指標（DALYなど）を発展、開発するためのWGを立ち上げ、世界的な疾患、製品の優先順位付けの議論に貢献する。

イ NTDs/AMRに対する治療薬等の規制の最適化、国際協調の推進

⁵ Disability-Adjusted Life Year：疾病、事故、障害などによる社会に対する疾病負荷の指標である。DALYは、早死によって失われた潜在的な年数と、損なわれた健康や障害のために失われた健康的な生活の年数の合計であらわれ、1DALYは、1年間の健康生活が失われたことと同等である。

- G7 各国の規制当局が中心となり、現在活動中の規制調和の枠組を活用する等により、先進国、途上国の規制当局、WHO の医薬品事前認定 (Prequalification) 部門等の関係者とともに、医薬品、ワクチンの規制に関するガイドラインを検討する。
- G7 の規制当局が協力して、他国の規制当局への技術支援 (国レベルでの抗生剤適正使用の状況監視、医薬品等の承認審査手法を含む担当官のトレーニングなど) を強化し、規制のガイドラインの共通化・最適化を推進する。それにより、抗生剤の適正使用の推進や、必要な医薬品、ワクチン等の承認の迅速化を図る。
- 《日本》新たな抗菌薬の研究開発の促進のため、抗微生物薬に関する臨床評価ガイドラインや次世代抗生剤の適正仕様を促進するインセンティブの検討を提案することで、世界の議論をリードする。それとともに、希少疾病用医薬品制度のような仕組みを NTDs、AMR にも適用することを検討する。

ウ 開発への動機付け強化のための枠組の構築、及び財源の確保

- G7 は、様々な Push (研究開発コスト支援)、Pull (研究開発への動機付け、例えば事前購入、市場形成支援) の開発支援策を講じることで、AMR や NTDs (特に優先疾患) に対する研究開発の公的支援を促進する。具体的には、R&D への公的支出を 5 年で 2 倍に増やすことを目標として合意し、次年度以降、各国の進捗状況を集計し公表する。
- 《日本》AMED が当該分野への支援を拡充し、グローバル・ヘルス領域において、先駆的な役割を担うための体制を強化する。
- 《日本》GHIT Fund への出資を拡充し、日本企業の優先疾患・製品への研究開発の取り組みを支援する。
- 《日本》日本が UNDP/WHO/PATH が共同で実施している「新規医療技術のアクセスと提供に関するパートナーシップ」など、既存のパートナーシップを拡充し、低・中所得国における NTDs、AMR に対する医薬品、ワクチン等へのアクセスを改善することで、市場を拡大し、新規の医療技術の開発を間接的に支援する。

5. 結語

本稿は、グローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化に関わる諸課題を系統的に分析し、4 つの優先課題に対して取るべき G7 の具体的な行動計画を、伊勢志摩 G7 サミットへ向け提言するものである。グローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化は、ここ数年で急速に国際保健の主要な議題へと躍り出た。昨今、母子保健や感染症等の従来保健課題に加え、生活習慣病や高齢化なども脆弱国が抱える新たな課題となり、このような多様な保健課題に対応するために、UHC の実現が国際社会の新たな共通目標となっている^[24]。一方で、エボラ出血熱の感染拡大を通じて、「人間の安全保障」にも関わる国際社会の脆弱な健康危機対応力が浮き彫りとなった^[1, 2, 25]。こうした公衆衛生上の危機対応や、UHC の実現において共通の鍵となるのが、グローバル・ヘルス・アーキテクチャーの強化である。

これまで我が国は、保健分野で主要な役割を果たしてきた。2016 年 伊勢志摩 G7 サミットにおいても、我が国の経験と知見を総動員し、世界の保健課題の取組に一層貢献することが期待される。同時に、我が国の国内体制の強化も同時に推進する必要がある。本稿が、我が国がサミットにおける国際的な議論に主導的な役割を果たす一助となることを期待する。

図表 1：グローバル・ヘルス・アーキテクチャー強化に向けた「ゴール」と「アクション」に係る課題の整理結果

ゴール	アクション		
	1 リーダーシップ・調整	2 アカウンタビリティ	3 持続可能な投資
A 「人間の安全保障」に対する脅威への準備・対応の強化	<ul style="list-style-type: none"> WHO のリーダーシップ能の改善 リソースの展開の調整 援助機関間の危機レベルの統一 セクター間の調整 国、地域レベルの健康危機対応を含む国家保健戦略の策定 	<ul style="list-style-type: none"> IHR（国際保健規則）や GHSA（世界健康安全保障アジェンダ）の実施の担保 危機拡大時のシームレスな連携体制の構築 	<ul style="list-style-type: none"> 政府開発援助のグローバル・ヘルス関連の支出増加 危機準備・対応能力（Preparedness・Resilience）の強化に向けた資金の確保
B 強靱で持続可能な保健システム構築・UHC 達成	<ul style="list-style-type: none"> 疾病構造の変化への対応 IHP+を通じた援助機関、イニシアティブ間の調整 グローバル、地域、国の調整 高齢化問題に係る経験知見をシェアするプラットフォームの構築 	<ul style="list-style-type: none"> 被援助国主導の UHC 評価指標・モニタリングプロセスの確立 UHC 達成における非政府組織の位置づけ 保健技術評価（HTA）に関する専門的技術・キャパシティの確立 	<ul style="list-style-type: none"> 途上国内のリソースの活用 保健医療財政の持続的な国内自給の確保 高齢化社会に対応する保健システムへの投資
C 保健医療問題を大きく改善するイノベーション・公共財の開発提供の推進	<ul style="list-style-type: none"> 開発の優先順位付け 基金の間の調整 関係機関の活動の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ドナーの透明性の確保 開発プロジェクトの評価 	<ul style="list-style-type: none"> 開発のインセンティブの強化

参考文献

- [1] Commission on Human Security. *Human security now: protecting and empowering people*. New York: Commission on Human Security; 2003.
- [2] Sen A. *Development as freedom*. New York: Oxford University Press; 1999.
- [3] Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. *The neglected dimension of global security - a framework for countering infectious-disease crises*. Washington, DC. Jan 13 2016.
- [4] Reich MR, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet*. Feb 7 2009;373(9662):508-515.
- [5] Abe S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet*. Sep 14 2013;382(9896):915-916.
- [6] Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet*. Sep 17 2011;378(9796):1106-1115.
- [7] Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *The New England journal of medicine*. Mar 7 2013;368(10):936-942.
- [8] Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. Dec 7 2013;382(9908):1898-1955.
- [9] Gostin LO, Friedman EA. A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *Lancet*. May 9 2015;385(9980):1902-1909.
- [10] Moon S, Sridhar D, Pate MA, et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet*. 2015;386(10009):2204-2221.
- [11] Horton R. Offline: a pervasive failure to learn the lessons of Ebola. *The Lancet*. 2015;386(9998):1024.
- [12] WHO. *Report of the Ebola Interim Assessment Panel - July 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
- [13] WHO. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2015.
- [14] G7. Declaration of the G7 Health Ministers: 8 - 9 October 2015 in Berlin. 2015; http://mobile.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf. Accessed May 20, 2016.
- [15] G7. Declaration of the G7 Ministers of Science: 8 - 9 October 2015 in Berlin. 2015; http://www.bmbf.de/files/English_version.pdf. Accessed May 20, 2016.
- [16] Hsu C, Sandford B. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007;12(10).
- [17] Schaferhoff M, Fewer S, Kraus J, et al. How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *Lancet*. Dec 12 2015;386(10011):2436-2441.

- [18] Shiroyama H, Katsuma Y, Matsuo M. Global health governance: analysis and lessons learned from the Ebola virus disease outbreak and the identification of future response options (summary): a paper presented at the roundtable discussion by the Japan Global Health Working Group for the 2016 G7 Summit. Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2016.
http://jcie.or.jp/cross/globalhealth/2016ghwg_g6paper.pdf. Accessed May 20, 2016.
- [19] WHO. About the Contingency Fund for Emergencies.
http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/. Accessed May 20, 2016.
- [20] The World Bank. World Bank group president calls for new global pandemic emergency facility. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/10/10/world-bank-group-president-calls-new-global-pandemic-emergency-facility>. Accessed May 20, 2016.
- [21] Germany's Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. Roadmap: healthy systems – healthy lives. Berlin: Germany's Federal Ministry for Economic Cooperation and Development; 2015.
- [22] Primary Health Care Performance Initiative.
<http://phcperformanceinitiative.org/>. Accessed May 20, 2016.
- [23] WHO. More than numbers: how better data is changing health systems. 2016;
<http://www.who.int/features/2016/health-data-collaborative/en/>. Accessed May 20, 2016.
- [24] United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015;
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&referer=/english/&Lang=E. Accessed May 20, 2016.
- [25] World Health Organization. *Report of the Ebola Interim Assessment Panel – July 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.