

厚生労働行政推進調査事業費補助金

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

(H28-地球規模-指定-002)

伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国

の国際保健政策

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

代表研究者・渋谷健司

平成 29 (2017) 年 5 月

目次

I. 総括研究報告

伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策

研究代表者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授

II. 分担研究報告

1. 人間の安全保障を実現するために：伊勢志摩サミットのための提言

研究分担者	渋谷健司	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授
	橋本英樹	東京大学大学院医学系研究科 保健社会行動学教室 教授
	城山英明	東京大学大学院公共政策学連携研究部 政策政治学講座 教授
	明石秀親	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
	熊川寿郎	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究員
	勝間靖	早稲田大学 国際大学院 アジア太平洋研究科 教授
	林玲子	国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部 部長
	康永秀生	東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学分野 教授
	近藤尚己	東京大学大学院医学系研究科 保健社会行動学教室准教授
	スチュアート・ギルモア	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 助教
	ミジャーヌール・ラハマン	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	阿部サラ	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	山崎繭加	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	スミス・アン	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
研究協力者	野村周平	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 助教
	坂元晴香	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

2. Japan's contribution to global health architecture: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda

研究分担者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授

研究協力者 坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

3. Japan's contribution to Universal Health Coverage: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda

研究分担者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授

研究協力者 坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

4. Japan's contribution to Antimicrobial Resistance: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda

研究分担者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授

研究協力者 坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

5. グローバルヘルス：日本の時代の到来

研究分担者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授

研究協力者 野村周平 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 助教

研究協力者 町田宗仁 金沢大学医薬保健研究域 医学系国際保健学 教授

III. 参考資料

資料1 Global Health Diplomacy Workshop schedule

資料2 Global Health Diplomacy Workshop materials

資料3 Japan Global Health Working Group. Protecting human security: proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan. *The Lancet*. 2016; 387(10033): 2155-2162.

資料4 日本グローバルヘルス・ワーキンググループ. 「人間の安全保障を実現するために：伊勢志摩サミットのための提言」 *The Lancet*. 2016; 387(10033): 2155-2162.

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)

「伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策」

(H28-地球規模-指定-002)

平成 28 年度総括研究報告書

総括研究報告書

主任研究者： 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授

研究要旨 グローバル化が著しい今日、人間の安全保障の実現は、テロの脅威や難民・移民問題、感染症の流行、気候変動などの課題に同時に取り組んでいる指導者が対応すべき主要課題である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の推進は、2014年に西アフリカで起きたエボラ流行と同様な感染症アウトブレイクの予防と、将来の緊急事態にも耐えうる強靱な保健システムの構築に資することになる。そして、強靱な保健システムはUHC 実現の前提条件となる。

そこで研究代表者らは、2016年5月に日本で開催された主要7カ国首脳会議において、全世界の人間の安全保障を実現することを目指してG7各国がグローバルヘルスのために取るべき協同行動として3つの領域、すなわち、

- 1) 公衆衛生上の緊急事態に対する事前対策及び対応を可能にするグローバルヘルス・アーキテクチャーの再編
- 2) 保健システムの強靱性と持続可能性に関するベストプラクティスを共有し、その知見を活用するプラットフォームの構築
- 3) グローバルヘルス・セキュリティのための研究開発とシステムイノベーションの調整及び資金調達の強化

を提案した。

特に、我が国が各国と連携しながら、新たな基金や組織を創設するのではなく、既存の資金調達の仕組みや制度を見直し効率性と有効性を高めることが重要であることを指摘した。各国が賢明な投資を行えば、保健システムの成果と説明責任を監視、追跡、精査、評価する能力が向上し、その結果、グローバルヘルスに起こりうる将来の緊急事態に十分に備えることができる。

A．研究目的

感染症の大流行、テロの脅威、難民・移民問題、気候変動の影響が世界中で実感されるなど、2015 年は人間の安全保障が地球規模で重要な議題であることが明らかになった一年であった。とりわけ、2014 年に西アフリカを中心に発生したエボラ危機は、国境を越える外部性の管理やグローバルな公共財の提供、グローバルなシステムの効果的な指導力や受託責任能力といった各国の協働が必要となるグローバルヘルスの主要な機能の根本的脆弱性を示すことになった。さらに国連に目を向ければ、2015 年の国連総会では「ミレニアム開発目標(MDGs)」に続く世界的な目標として、普遍性、持続可能性、国を超えたグローバル・パートナーシップを重視した持続可能な開発目標(SDGs)を盛り込んだ「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ(2030)」が採択されるなど、従来の疾病対策プログラムから、保健システム強化(HSS)、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)と保健医療制度の持続可能性までを網羅するようになった変化が見て取れる。

このような、SDGs 時代の幕開けとエボラ危機の余波が残る中で、我が国は 2008 年以来 8 年ぶりの主要 7 개국首脳会議(G7)の議長国を務めた¹。G7 では、国、地域、グローバルレベルで保健システムを強化する協調行動を明らかにすることで、グローバルヘルスにおける協力を推進することが可能であり、グローバルヘルスアジェンダを前進させる重要な機会でもある。この G7 議長国としての機会を最大限有効に活用すべく、我が国では

2014 年 10 月から日本グローバルヘルス・ワーキンググループ(専門分野の垣根を越えたマルチステークホルダーからなる部会)を招集し、グローバルヘルスと人間の安全保障に関する首脳会談の指針作成に尽力してきた。

人間の安全保障は、「人間の生命にとってかけがえのない中核を守り、すべての人の自由と可能性を実現すること」と定義され、長らく我が国の外交政策の柱となってきた²。人間の安全保障を実現するためには、蔓延する重大な脅威から人間を守り、困難な状況に対処する能力を育成する必要があるが、エボラ危機により、個人と集団のレベルでの人間の安全保障にさらに関心を向けていくことの重要性が高まっている。とりわけ、SDGs でも強調されている UHC の達成は、すべての人に医療サービス、必須ワクチン、医薬品へのアクセスを提供することにより、あらゆる個人の健康へのアクセスを保証することで、個人と集団の安全保障を結びつける手段として機能するものであり、低中所得国を中心に UHC 達成に向けた一層の努力が求められている³。

このような背景を踏まえ、本研究では、G7 伊勢志摩サミットに向けてグローバルヘルスにおける課題を検討し、UHC がいかに人間の安全保障に寄与し、SDGs を推進するかについて考察を重ね、さらには G7 伊勢志摩サミットに対して主要国首脳それぞれが取るべき行動について提言を行う。さらに、保健外交に特化したワークショップを開催しグローバルヘルス人材の育成を行うとともに、トレ

ーニングマテリアルの開発を行う。

B．研究方法

本研究は、G7 伊勢志摩サミット及び G7 神戸保健大臣会合という 2 つのサミットプロセスに直接貢献しながら、学際的かつ国際的な分析を行うという点で、これまでに類を見ないほど独自性の高い研究であり、実際の分析、及び、サミットプロセスにおける政策議論への支援に際しては、世界保健機関(WHO)、OECD や世界銀行などの協力を得ながら、内閣官房、厚生労働省、外務省、財務省、政府関係機関(国際協力機構(JICA)、国立国際医療研究センター(NCGM)、国立保健医療科学院(NIPH)、国立社会保障・人口問題研究所、国立感染症研究所等)、市民社会組織、民間セクター(製薬業界等) など広くステークホルダーを巻き込んで議論が行われた。SDGs は人間開発と人間の安全保障の概念を新たな観点からまとめたものであり、本研究では、UHC と人間の安全保障、さらには SDGs の関係性について分析・提言を行ったものである。

実際の分析プロセスにおいては、前述のマルチステークホルダーからなるワーキンググループでの議論を通じて、人間の安全保障に向けた進展を加速するための目標(実行内容) として、1. 人間の安全保障上の脅威に対する事前対策と対応の強化、2. 特に NCDs 及び高齢化社会の観点から、持続可能で良質な保健システムの実現、3. 研究開発及びシステムイノベーションの促進、の 3 つを取り上げた。さらに、これら目標(実行内容) を具体的に実行するための方法として、1. 効果的

な指導力と調整、2. 説明責任、3. 持続可能な資金の 3 つを挙げた。この 3×3 のマトリクスに基づき、筆者らは人間の安全保障に向けた UHC の実現に関わるグローバルヘルス領域における課題の分析を行った。さらには、各目標の詳細な分析に基づき、G7 首脳国に対して、各国首脳が行うべき貢献について提言を行った。

C．研究結果

目標 1. 人間の安全保障上の脅威に対する事前対策と対応の強化

災害や戦争、パンデミックといった脅威に対する脆弱性は、社会経済状況や地域、個人・家庭固有の状況によって異なる。しかしながら、保健医療分野に限ってみれば、2011 年に発生した東日本大震災の事例では、現地の医療機関は壊滅的な被害を受けたものの、UHC に基づき標準化された医療行政情報の提供と自己負担額の一時的免除により、多くの被災地域で国民は途切れることなく医療サービスを受けることができた⁴。こうした経験は、強靱な UHC システムが公衆衛生の緊急事態においても、しっかりとした対応の基盤になっていることを証明するものである。

従って、各国が UHC 導入に向けて取り組む場合には公衆衛生危機事態への対応策も盛り込み、国家または地域の対応力と調整能力を強化することが望ましい。しかしながら、危機時における適切な情報と説明責任の枠組みや、関係諸機関との調整に関する国レベルでの能力は未だ不十分であり、本来であればそれらを技術支援し調整する立場である WHO

についても十分な役割を果たしているとは言えない。

目標 2. 特に NCDs 及び高齢化社会の観点から、持続可能で良質な保健システムの実現

世界各国で高齢化が進み、保健医療サービスがかつてなく多種多様化している中で、UHC の導入を進めている国は人口及び疫学転換を視野に入れたシステムを構築することが必要である。我が国では、2025 年までに包括的な医療サービス及び長期ケアサービスを地域の中で提供する「地域包括ケアシステム (ICCS)」の構築を目指し各種改革を進めている⁵。ICCS の中では、2015 年に設置された大臣の私的懇談会である「保健医療 2035」の中で提言している通り⁶、保健医療システムが、インプットからアウトカムへ、量から質・効率性へ、治癒からケアへ、専門文化からセクター横断的な統合的アプローチへとその価値観をシフトすることが必要である。

持続可能で良質な保健システムの課題は日本のみならずどの国にも当てはまる。日本の ICCS 及び保健医療 2035 の事例にも見られる通り、保健システムの構築においては、保健医療の質と長期ケアの提供を強化するコミュニティにおける統合的な保健医療サービスモデルに基づき、病院中心のケアから患者中心の長期ケアにシフトすることが良い。

目標 3. 研究開発及びシステムイノベーションの促進

近年の医薬品開発費用の大半は先進国を中心とする疾患に割り当てられており、2010 年

に顧みられない熱帯病に配分された保健医療研究開発費は全体のわずか 1% に過ぎなかった⁷。感染症の世界的な蔓延は、こうした途上国を中心に蔓延する疾病に対する研究開発が不十分であることを示している。とりわけ、公的セクターからの資金拠出が減少しており (民間セクターからの資金供与は増加) また研究開発の優先順位決定や、支援プロセスの効率化についても、十分な調整メカニズムが存在していない。

D. 考察

以上分析結果を踏まえて、筆者らは G7 伊勢志摩サミット及び神戸保健大臣会合に対して、優先的に取り組むべき行動として以下を提案する。

提言 1. 公衆衛生の緊急事態に対して実効性のある事前対策及び対応を可能にするグローバルヘルス・アーキテクチャーの構築

G7 は独立した立場での監督や、WHO 改革を含めた公衆衛生上の緊急事態に対応する実効性のあるグローバルな事前対策と対応の策定を行うことが望ましいと考える。具体的には、WHO と国連の枠組みを強化する、公衆衛生上の緊急事態と事前対策においてグローバルな調整を図る、UHC に不可欠な構成要素である国際保健規則及び世界健康安全保障アジェンダを実施する中核的能力の構築を支援する、保健システムの監視と評価の焦点をグローバルに制御されたメカニズムから各国独自のものへ変更する、疾病対策イニシアチブを強化し保健システム強化 (HSS) に組

み入れる、といった内容が挙げられる。

提言2. 保健システムの強靱性と持続可能性に関する知見と実践を共有するプラットフォームの構築

G7は、途上国が保健システムのパフォーマンスを向上するために5つの主要領域(保健医療の財源確保と革新的な支払いメカニズムの構築、保健人材とスキルの再編、コミュニティにおける保健医療サービスとソーシャルケアサービスを統合した包括的国際保健システムの構築、健康で活動的な高齢化の推進、保健医療の質と長期ケアサービスの改善)において知見を共有し、連携するための行動を提言することが望ましい。具体的には、保健医療セクターと金融セクターの間の連携及び対話を推進し、保健システムの持続可能性のために国内財源を動員することを低・中所得国に提唱するとともに、こうした低・中所得国が、保健システム分析のための専門的技術及び組織能力を育成できるよう、支援することが望ましい。

提言3. グローバルヘルス・セキュリティ推進のための研究開発とシステムイノベーションにおける調整及び資金調達の強化

G7各国は新薬、ワクチン、診断法(特に顧みられない熱帯病や抗菌剤耐性関連)の研究開発と、そうしたサービスの資金提供及び資金供与を支えるシステムのイノベーションに対する支援を強化していくことが望ましい。具体的には、G7が主導して優先的な取り組みが必要な疾病及びプロジェクトを特定するとともに、グローバルヘルスの研究開発に対

する投資額を倍増させることが期待される。

E. 結論

テロの脅威や難民・移民問題、感染症の流行、気候変動など、世界の課題がますます複雑化する中で、G7は総力を挙げてこうしたグローバルな課題に取り組む必要がある。かつて日本が、国民皆保険制度を通じて個人と集団の安全保障を結びつける効果的なメカニズムを成功させたことは、地球規模での行動にとって重要な教訓となるであろう。資金調達においても、基金や組織を新たに創設するのではなく、既存の資金調達の仕組みや制度を見直し、効率性と有効性を高めることが求められる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

Japan Global Health Working Group. Protecting human security: proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan. *The Lancet*. 2016; 387(10033): 2155-2162.

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

参考文献

1. 外務省. 国際保健のための G7 伊勢志摩 ビジション 2016; <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000160313.pdf>. Accessed May 31, 2017.
2. Abe S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet* 2013; **382**(9896): 915-6.
3. Schmidt H, Gostin LO, Emanuel EJ. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? *Lancet* 2015; **386**(9996): 928-30.
4. Tanihara S, Tomio J, Kobayashi Y. Using health insurance claim information for evacuee medical support and reconstruction after the Great East Japan Earthquake. *Disaster medicine and public health preparedness* 2013; **7**(4): 403-7.
5. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Integrated community healthcare system [Japanese]. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ Accessed May 31, 2017.
6. Miyata H, Ezoe S, Hori M, et al. Japan's vision for health care in 2035. *Lancet* 2015; **385**(9987): 2549-50.
7. Rottingen JA, Regmi S, Eide M, et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet* 2013; **382**(9900): 1286-307.

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)

「伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策」

(H28-地球規模-指定-002)

平成 28 年度総括研究報告書

人間の安全保障を実現するために：伊勢志摩サミットのための提言

研究分担者	渋谷健司	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授
	橋本英樹	東京大学大学院医学系研究科 保健社会行動学教室 教授
	城山英明	東京大学大学院公共政策学連携研究部 政策政治学講座 教授
	明石秀親	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
	熊川寿郎	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究員
	勝間靖	早稲田大学 国際学術院 アジア太平洋研究科 教授
	林玲子	国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部 部長
	康永秀生	東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学分野 教授
	近藤尚己	東京大学大学院医学系研究科 保健社会行動学教室准教授
	スチュアート・ギルモア	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 助教
	ミジャーヌール・ラハマン	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	阿部サラ	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	山崎繭加	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
	スミス・アン	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 特任助教
研究協力者	野村周平	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 助教
	坂元晴香	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

研究要旨

グローバル化が著しい今日、人間の安全保障の実現は、テロの脅威や難民・移民問題、感染症の流行、気候変動などの課題に同時に取り組んでいる指導者が対応すべき主要課題である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の推進は、最近西アフリカで起きたエボラ流行と同様な感染症アウトブレイクの予防と、将来の緊急事態にも耐えうる強靱な保健システムの構築に資することになる。そして、強靱な保健システムは UHC 実現の前提条件となる。そこで筆者らは、2016 年 5 月に日本で開催される主要 7 カ国首脳会議において、全世界の人間の安全保障を実現することを目指して G7 各国がグローバルヘルスのために取るべき協調行動として 3 つの領域、すなわち公衆衛生上の緊急事態に対する事前対策及び対応を可能にするグローバルヘ

ルス・アーキテクチャの再編、保健システムの強靱性と持続可能性に関するベストプラクティスを共有し、その知見を活用するプラットフォームの構築、グローバルヘルス・セキュリティのための研究開発とシステムイノベーションの調整及び資金調達の強化を提案する。世界の指導者がなすべきことは、基金や組織を新たに創設するのではなく、既存の資金調達の仕組みや制度を見直し、効率性と有効性を高めることである。各国が賢明な投資を行えば、保健システムの成果と説明責任を監視、追跡、精査、評価する能力が向上し、その結果、グローバルヘルスに起こりうる将来の緊急事態に十分に備えることができる。

A．研究目的

2015 年は人間の安全保障が地球規模で重要な課題であることが明らかになった年であった。というのも、感染症の大流行、テロの脅威、難民・移民問題、気候変動の影響が世界中で実感されたからである。こうした問題は、国境を越える外部性（例、エボラ出血熱のアウトブレイク）の管理やグローバル公共財（例、エボラワクチン）の提供¹、グローバルなシステムの効果的な指導力や受託責任能力^{2,3}といった各国の協働が必要となるグローバルヘルスの主要な機能の根本的な脆弱性を示すこととなった。つまり、これら 2015 年の課題は、国内とグローバルレベルでの保健システムとガバナンスの改革・強化が喫緊であることを明らかにしたのである^{4,5}。

昨年はグローバルヘルス政策が大きな転機を迎えた年でもあった。国連総会では、普遍性、持続可能性、国を超えたグローバル・パートナーシップを重視した持続可能な開発目標（SDGs）を盛り込んだ「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」が採択された。保健の課題は、その範囲を 2000 年に採択されたミレニアム開発目標（MDGs）に盛り込まれた感染症や母子保健から拡大し、人口転換と疫学転換に伴う非感染 症疾患（NCDs）をも対象としている⁶。グローバルヘルス政策の焦点は疾病対策プログラムから、保健システム強化（HSS）、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）とその持続可能性まで網羅するようになった⁷。

我が国は 2016 年 5 月、2008 年以来 8 年ぶりに主要 7 カ国首脳会議（G7）の議長国を務める。この会議は、SDG の時代の幕開けとエボラ危機の余波が残る中での開催となり、グローバルヘルスのアジェンダを前進させる重要な機会となる。G7 では、国、地域、グローバルレベルで保健システムを強化する協調行動を明らかにすることで、グローバルヘルスにおける協力を推進することが可能である。我が国はグローバルヘルスの価値を強調しており、過去に議長国を務めた首脳会議では G7 各国に対し、新たな取り組みに向けた協調を呼びかけた。2000 年の九州・沖縄サミットでは世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）の創設を主導した。また、2008 年の北海道洞爺湖サミットにおいても指導力を発揮した結果、保健システムにおける財政、人材、情報が果たす重要な役割に広く世界の目が向けられることとなった⁷。

我が国は、世界が直面する共通課題に G7 各国・パートナーが有効かつ公平な対応をもって取り組むことを目指し、2016 年の G7 サミットにおいてグローバルヘルスに尽力する決意である⁸。そこで 2014 年 10 月から日本グローバルヘルス・ワーキンググループ（専門分野の垣根を越えたマルチステークホルダーからなる部会）を招集し、グローバルヘルスと人間の安全保障に関する首脳会談の指針を作成した。本稿は次回の G7 サミットに向けてグローバルヘルスにおける課題を検討し、取るべき行動を提言するものである。はじめに、我が国の外交政策の柱であ

る人間の安全保障について考察し、UHC が
いかに人間の安全保障に寄与し、SDG の実現
を推進するかについて説明する。次に、我が
国の経験を事例として取り上げ、グローバル
ヘルスの現在の課題を明らかにする。最後に、
2016 年の伊勢志摩サミットに関して提言を
まとめる。

B. 研究結果

B.1. SDG 時代における人間の安全保障と UHC

我が国の外交政策の柱は、「人間の安全保障」
⁸ の概念に基づく「積極的平和主義」に向け
た固い決意である。「人間の生命にとってか
けがえのない中核を守り、すべての人の自
由と可能性を実現すること」^{9,10} である人間
の安全保障は、国家の安全保障を補完するも
ので、個人とコミュニティの安全保障を重視
する。人間の安全保障を実現するためには、
蔓延する重大な脅威から人間を守り、困難な
状況に対処する能力を育成する必要がある。
特に、女性と子どもは武力紛争といった人間
の安全保障上の脅威による影響を受けやす
く、安倍晋三総理はこれら女性をはじめとす
る最も脆弱な集団の保健の改善に取り組む
よう改めて世界に呼びかけた¹¹。人間の安全
保障はトップダウンと需要主導型ボトムア
ップの 2 つのプロセスがあり、健康全般を増
進する方法に関する包括的な見解を広める
ものである⁷。エボラ危機により、グローバ
ルヘルスの議論において、個人と集団のレベ
ルでの人間の安全保障にさらに関心を向け
ていくことの重要性が浮き彫りになってい
る¹²。

UHC（「すべての人が基礎的な保健医療サー
ビスを必要なときに経済的な不安なく受けら
れる状態」と定義）は、個人と集団の安全保
障を結びつける手段として機能する。UHC
はすべての人に医療サービス、必須ワクチン、
医薬品へのアクセスを提供する¹³。人間の安
全保障はあらゆる個人の保健の確保を要求
しているため、UHC は人間の安全保障にと
って不可欠である¹⁴。UHC が対象とするの
は医療サービスだけでなく、正しく機能する
保健システムであり、それには、我が国の過
去の経験に見られるように、そのシステムの下
で保健人材をコミュニティに派遣し、地域
ボランティアを支援するほか、公平性を重視
しながら母親に我が子の健康を管理させる
ことも含まれる¹⁵。

SDG は人間開発と人間の安全保障の概念を
新たな観点からまとめたものである。UHC
をはじめとする人間の健康と安全を確保す
る取り組みは、17 項目からなる SDGs に盛
り込まれており、人間の安全保障を実現す
るためのアプローチを反映している。SDGs
は全世界で UHC を実現するという活動の
中で、さまざまなセクターと連携し、個人や
家族、コミュニティをつなぐ機会を創出す
るものである。SDGs の 1 つとして「持続可能
な開発に向けてグローバル・パートナーシ
ップを活性化すること」（目標 17）が掲げら
れているが、これは官・民・市民社会の効果的
なパートナーシップを推進することの重要
性を強調するものである¹⁶。というのも、
HIV/AIDS やたばこ規制の例に示される通り、

保健医療の包括的な取り組みには政府の取り組みと並行して市民社会の行動が求められるからである^{5,17}。

B.2. グローバルヘルスの課題：保健システムのアプローチを活用した人間の安全保障の推進

アマルティア・セン氏¹⁸によれば、経済的に成功したかどうかは死亡率からみることができるという。多くの健康指標に関して我が国は世界で最も成功した国である。第二次世界大戦の終了以後、日本の平均寿命は30年以上伸び、1980年代初頭から保健アウトカムは世界トップであり続けている。UHCによって人口レベルでの保健アウトカムは大幅に改善し、経済成長を達成し、社会の安定・平等・連帯も強まった¹⁹。UHCの漸進的な実現は国の資源が乏しくとも達成可能な目標であり²⁰、我が国の経験からも人間の安全保障の向上にUHCが果たす役割が極めて大きいことは明らかである。また、UHCの導入は、低コストで効果的な保健医療サービスの万人による利用の阻害要因を国やグローバルヘルス・コミュニティの双方が特定することにもつながる。

こうした阻害要因への対処は可能であるが、グローバルヘルス・アーキテクチャの再編が国レベルとグローバルレベルの両方で必要となる。日本グローバルヘルス・ワーキンググループではグローバルヘルス・アーキテクチャを分析するために、最新の研究によるグローバルヘルスの中核機能の強化に関する提言内容を検証した^{4,5,21-23}。その分析結果

に基づき筆者らは、グローバルヘルス・アーキテクチャ再編に向けて、以下の主要目標及び行動を提案する。

人間の安全保障に向けた進展を加速するための目標（実行内容）は、人間の安全保障上の脅威に対する事前対策と対応の強化、特にNCDs及び高齢化社会の観点から、持続可能で良質な保健システムの実現、研究開発及びシステムイノベーションの促進である。

グローバルヘルス・セキュリティの共通課題に対するグローバルでの対応を効果的に展開するための行動（目標の実行方法）には、効果的な指導力と調整（各主体が効果的に協力し合い、共通目標の達成に向けて共通して優先させる活動と指針を定めることを可能にすること）、説明責任（各主体の実行責任を特定し、成果を監視し、設定した目標を達成すること）、持続可能な投資（国家及び脆弱な集団のために資金援助及び技術支援を確保すること）が求められる。

この3×3表に基づき筆者らは、人間の安全保障に向けたUHCの実現にかかわるグローバルな課題を特定した（表1）。ここでは、これら3つの目標に関する課題について、日本の経験やその他の国に見られる関連問題に焦点を当てながら詳述する。

目標1：人間の安全保障上の脅威に対する事前対策と対応の強化

人間の安全保障上の脅威には自然によるものと人為的なものがある。災害や戦争、経済

危機は人間の安全保障を脅かすものであるが、最近のエボラ危機やそれ以前の豚インフルエンザと鳥インフルエンザのパンデミックは、感染症のアウトブレイクがなおグローバルに大きな脅威となることを証明した。そうした脅威に対する脆弱性は、社会経済状況や地域、個人・家族固有の状況によって異なる¹⁴。

自然災害は、発生直後の急性期対応と長期的な回復期の両方で公衆衛生上の大きな脅威となる。2011年に発生した東日本大震災とそれに伴う津波によって現地の医療施設は壊滅的な被害を受けたが、UHCに基づき標準化された医療行政情報の提供と自己負担額の一時的免除により、多くの被災地域で国民は途切れることなく医療サービスを受けることができた²⁴。日本のこうした経験は、強靱なUHCシステムが公衆衛生の緊急事態においても、しっかりとした対応の基盤となっていることを証明するものである¹²。

各国がUHC導入に向けて取り組む場合には、緊急事態への事前対策を国家保健医療戦略に盛り込み、国家又は地域の対応力と調整能力を強化することが望ましい。しかし、介入とリスク管理に関する情報が不足し、UHCの監視・説明責任の態勢が不十分である国は少なくない。各国はデータ収集や分析（グローバルな監視の仕組みの目標とされることが多い）だけでなく、自国民やドナー国に説明責任を果たすために情報を活用することが望ましい。

事前対策と対応を改善するためにはグローバルな活動も必要となる。しかし、各機関、非政府組織、パートナーシップの間で優先事項や計画の調整がうまくいっていないために、地域によって援助活動の重複や矛盾が見られたり、支援ギャップが生じたりしている。こうした中、世界保健機関（WHO）は、緊急時の事前対策及び対応プログラムの調整に主導的な役割を果たすことが期待されているものの、現時点で規制機関として介入することもなく、また、独立した監視機関としての役割も果たしていない²¹。

目標2:特に、NCDs及び高齢化の観点から、持続可能で良質な保健システムの実現

世界各国で高齢化が過去に例を見ない勢いで進む中、保健医療サービスもこれまでになく大量かつ多種多様なニーズに応えなければならず、世界各国の保健システムには持続可能性の問題が生じている。UHCの導入を進めている国は人口および疫学転換に適応できるシステムを構築しなければならない。保健システムの構築においてはNCDsと精神保健の予防及び支援に取り組むことが望ましく、そのためには保健医療の質と長期ケアの提供を強化するコミュニティにおける統合的な保健医療サービスモデルに基づき、病院中心のケアから患者中心の長期ケアにシフトするとよい²⁵。

持続可能で良質な保健システムの課題は日本をはじめ、どの国にも当てはまる。平均寿命の伸びは日本のUHCが成し遂げた大きな成果であるが、これに出生率の低下と社会保

障費の増加 が加わって、保健システムの持続可能性を脅かしている²⁶。高齢人口が増加すれば、疾病構造が急性疾患から慢性疾患へ、感染症から非感染症疾患へシフトするため、日常的な長期継続ケアが必要となって公共支出の負担は増大する。

日本はこの健康問題の転換に対処するため、2025 年までに包括的な医療サービス及び長期ケアサービスを地域の中で提供する²⁵「地域包括ケアシステム (ICCS)」の構築²⁸を目指して各種改革を進めている²⁷。人材育成の問題を抱えてはいるものの、保健師がソーシャルワーカーやケアマネージャー、地域ボランティアと協力することで ICCS において大きな役割を果たす。

この新システムでは、「保健医療 2035」(2015 年6月に保健医療の若手有識者からなる諮問委員会が取りまとめ厚生労働大臣に手交した提言書)で提言している通り、パラダイムシフトが必要となる^{29,30}。本提言書では、日本の医療保険システムがインプットからアウトカムへ、量から質・効率性へ、治癒からケアへ、専門分化からセクター横断的な統合的アプローチへとシフトすることを提案している。新システムでは公正・公平と連帯を重視し、個人の自律を基盤とし、グローバルヘルスの方針決定に携わる。この外部の策定懇談会が想定しているのは、多様な要求に対応し、財政的に持続可能で世界がともに携わる新しい日本の保健システムである。

保健システムの強靱性と持続可能性の問題は、世界各国の UHC の文脈において重要になりつつある。保健医療分野の政府開発援助 (ODA) や他の形での保健医療支援、例えば、顧みられない疾病のための研究開発資金の提供 (ODA プラスと定義³) は、UHC の実現に必要な不可欠である。2013 年にはドナー国が ODA プラスに支出した 220 億米ドルのうち、79% (173 億ドル) が二国間援助に、21% (47 億ドル) がグローバルヘルス機能に拠出された (パネル)³。しかし、ODA プラスは最新の推計では 360 億ドルで頭打ちになってきている³⁷。このため各国の保健システムは、世界で最初に超高齢化社会に直面している日本のような国の経験を踏まえ、国内資源の動員を増やし、持続可能な財政が実現できるようにする必要がある³⁸。

目標 3: グローバルヘルス・セキュリティのための研究開発及びシステムイノベーションの促進

顧みられない熱帯病に罹患する割合は 7 人に 1 人、しかも患者の大半が最低所得層に属するが、2010 年に顧みられない熱帯病に配分された保健 研究開発費は世界全体の 1% にすぎない³⁹。保健研究開発費投入や臨床試験、研究成果論文は高所得国に大きく偏っているため³⁹、途上国の基本的な治療や診断機器が不足する事態につながっている。感染症の世界的な蔓延は、こうした疾病に対する研究開発が不十分であることが世界全体にとっての問題であることを示している。

例えば、エボラワクチンの有効性は 10 年以上も前に霊長類を用いた前臨床試験で証明されていたが、企業にとって市場インセンティブや セールス・ポテンシャルが投資を継続する十分な根拠とはならないため開発が進まなかった⁴⁰。製品開発パートナーシップなどの革新的なアプローチについては、官民両セクターの動員が可能であるが³⁴、顧みられない疾病に対する資金供与が増えているのは民間セクターで、ここ数年公共部門では減少している⁴¹。また、研究開発の優先順位の決定や支援プロセスの効率化についても、ドナー国の間で十分な調整が行われていない。

さらに、抗菌剤耐性がヒトや動物の健康、農業、環境に対するグローバルな脅威となりつつあるが^{23, 42}、その一方で、新しい抗生物質の開発は進んでおらず⁴³、抗生剤の開発と使用を支援する代替経済モデルの必要性が浮き彫りになっている。

研究開発の取り組みは、サービス提供の共通阻害要因、例えば、人材、資金調達、供給システム、通信の問題にも対応しなければならない。科学イノベーションは、アクセスと利用の実効性を高めるような保健システムのイノベーションと同時に進める必要があり、そうすれば、しばしば生じる恩恵享受の不平等は軽減される。

B.3. G7 アジェンダへの提言

筆者らは、次期 G7 伊勢志摩サミット及び神戸保健大臣会合での検討のために、グローバ

ルヘルスのアジェンダに関して優先的に取り組むべき行動(表に記載)を提案する。提言は人間の安全保障と UHC の実現のための 3 つの目標を中心にまとめている。

提言 1: 公衆衛生の緊急事態に対して実効性のある事前対策及び対応を可能にするグローバルヘルス・アーキテクチャの構築

最近の各種報告書を踏まえ^{4, 5, 21}、G7 は、独立した立場での監督や明確なスケジュールを盛り込んだ WHO の改革を含め、公衆衛生上の緊急事態に対する実効性のあるグローバルな事前対策と対応の策定を支援することが望ましいと筆者らは考える。具体的な提言を以下にまとめた。

WHO と国連の連携の枠組みを強化する

機関間常設委員会の指針の下、いわゆる「スイッチ機能」は混乱を事前に回避する上で重要であり、包括的な状況評価に基づき、国連事務総長の裁量に任せることが望ましい⁴⁴。したがって、恒久組織(国連エボラ緊急対応ミッションなど)の新設は望ましいものではないと筆者らは考える。

公衆衛生上の緊急事態と事前対策においてグローバルな調整を図る

G7 はワンヘルス(One Health)や国際保健パートナーシップ・プラス(IHP+)などの既存のプラットフォームを推進し、各援助組織や非政府組織、パートナーシップ、援助受益国の間で国、地域、グローバルレベルの調整を図ることが望ましい。公衆衛生上の緊急事態においては、まず国が調整と事前対策の役割

を担う必要があるが、資金、人材、医薬品面での支援ギャップについては、地域とグローバルレベルの体制が対応することが可能である。また、米国疾病予防管理センターやフランスのパスツール研究所、国際的な非政府組織などの専門機関がパンデミックへの対応で重要な役割を果たせるが、役割分担及び責任の範囲を明確化する必要があることも十分に認識しなければならない。

UHC に不可欠な構成要素である国際保健規則 及び世界健康安全保障アジェンダを実施する 中核的能力の構築を支援する

明確に定義された目標とアウトカムに基づき G7 は、緊急事態事前対策に関して途上国が自国の国際保健規則及び世界健康安全保障アジェンダを実施する中核的能力を評価・強化することを支援し、緊急事態事前対策を UHC の整備の中に確実に盛り込む必要がある。この評価は透明性を確保するために、第三者が行うことが望ましい。コミュニティに UHC を整備する権限を与えると、プライマリヘルスケアのほか、監視や対応などの緊急事態事前対策も強化される^{45,46}。

保健システムの監視と評価の焦点をグローバルに制御されたメカニズムから各国独自のものへ変更する

UHC 実現への道のりは各国それぞれに異なり、監視体制も進捗程度と能力によって異なる。G7 は UHC 実現に向けた進捗を測定する国際的な指針となる枠組みの下で、各国独自かつ各国中心のアプローチを推進することが望ましく、そのアプローチの基盤

となるのが、HSS（保健システム強化）ロードマップ⁴⁷ やプライマリ・ヘルスケア・パフォーマンス・イニシアティブなどの新たなイニシアティブである。

疾病対策イニシアティブを強化し、HSS に組み入れる

G7 は、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）、世界ポリオ撲滅イニシアティブ、Gavi アライアンスなどの疾患特異的な垂直イニシアティブの中で明確に定義したベンチマークに基づく HSS 投資を増やす一方、IHP+ の原則に基づき、こうしたイニシアティブを国家保健戦略に組み入れることが望ましい。また、各イニシアティブが最も脆弱な集団である女性や子ども、障がい者などを対象とし、「女性、子供及び青少年の健康のための世界戦略」を支援する「グローバル・ファイナンス・ファシリティ」などのイニシアティブと連携するよう提唱することが望ましい⁴⁸。

緊急事態の対応のためにリソースを動員し、有効に利用する

G7 は、WHO の緊急対応基金や世界銀行のパンデミック緊急ファシリティ^{49,50} などの主要な資金調達メカニズムを支持し、無駄や重複、腐敗をなくすために調整を図り、可能であればこれらを統合することが望ましい。

提言 2：保健システムの強靱性と持続可能性に関する知見と実践を共有するプラットフォームの構築

G7 は、途上国が保健システムのパフォーマ

ンスを向上させるために5つの主要領域において知見を共有し、連携するための行動を提言することが望ましい。主要領域とは、保健医療の財源確保と革新的な支払メカニズムの構築、保健人材とスキルの再編、コミュニティベースの保健医療サービスとソーシャルケアサービスを統合した包括的保健システムの構築、健康で活動的な高齢化の推進、保健医療の質と長期ケアサービスの改善である。政策当局、医療従事者、研究者、市民がこの知見を共有し、情報と分析結果を保健システム強化のために有効に活用することが望ましい。こうしたプラットフォームは、以下に記述する行動を後押しすることになる。

保健医療セクターと金融セクターの間の連携及び対話を推進し、保健システムの持続可能性のために国内財源を動員する

G7 は低・中所得国が財政余力の分析結果に基づき、(課税、保険料、民間投資、無駄の削減によって)自国の国家予算の中で特定の目標に配分する国内財源を増やすことを提唱するとよい。また、既存の知見共有プラットフォームを拡張することで、各国の経験を共有し、保健医療セクターと財政当局との間の対話(経済協力開発機構の保健・予算担当官の共同ネットワークなど)をアジア、南米、アフリカの地域ネットワークに特に焦点を絞って推進することが望ましい。

保健システム分析のための専門的技術及び組織能力を育成する

G7 は各国が、保健システムの成果を分析す

る専門的技術や能力育成を支援することが望ましい。各国は高齢化社会と厳しくなる財政的制約に対処するため、自国の保健システムの戦略的方向性や重点領域、福利厚生を十分に評価する必要がある。医療技術評価能力を強化することで、限られた医療資源と競合する優先順位の中でも医療技術の進歩に対応することができる。G7 と関連組織・機関(WHO、英国国立医療技術評価機構、プライマリ・ヘルスケア・パフォーマンス・イニシアティブなど)は、この能力育成を支援するとよい。

提言 3: グローバルヘルス・セキュリティのための研究開発とシステムイノベーションにおける調整及び資金調達の強化

G7 各国は新薬、ワクチン、診断法(特に、顧みられない熱帯病や抗菌剤耐性関連)の研究開発と、そうしたサービスの提供及び資金供与を支えるシステムのイノベーションに対する支援を強化していくことが望ましい。このイニシアティブは上流の研究開発活動(前臨床・臨床研究の設計、規制当局との承認手続きに関する協議、臨床試験の調整など)と下流の研究開発活動(規制当局の承認、ガイドラインにおける提言、市場形成活動など)の両面を支援するものである。この領域において G7 は以下の提言に取り組むとよい。

優先的な取り組みが必要な疾病及びプロジェクトを特定する

G7 は WHO、世界銀行グループ、民間セクター、市民社会、学術機関との協働により、新薬やワクチンの開発を優先的に行う疾病を

特定するメカニズムを構築することが望ましい。グローバルヘルスの研究開発戦略に関する情報を共有するプラットフォームは、重複をなくし、協働を促進し、支援ギャップを埋める有益なものとなる。

グローバルヘルスの研究開発に対する投資額を倍増させる

G7 各国は 2012 年に WHO が提言した通り、製品開発パートナーシップや国内企業のほか、顧みられない熱帯病や抗菌剤耐性を研究している機関を通じて、グローバルヘルスの研究開発への投資額を今後 5 年間で倍増させることが望ましい³⁴。また、各国に働きかけて革新的な研究メカニズムを調査・開始するのもよい⁵¹。その一例が日本の官民パートナーシップであるグローバルヘルス技術振興基金⁵²で、グローバルヘルスのイノベーションに投資を行っている。

C. 結論

今日の世界は、テロや難民の流入、気候変動など、人間の安全保障を大きく脅かす問題に直面している。各国の安全保障だけでは効果的な対応が引き出せないことから、G7 は総力を挙げてこうしたグローバルな課題に取り組む必要がある。日本の UHC に盛り込まれている人間の安全保障に関する経験は、地球規模での行動にとって重要な教訓となる。世界は今、健康増進、社会の安定と公平、公衆衛生の緊急事態事前対策、高齢化社会の支援、グローバルヘルスのイノベーションを組み合わせることで、日本のような個人と集団の安全保障を結びつける効果的なメカニズ

ムが必要となっている。こうしたテーマに関する地球規模での行動を前進させることが、グローバルヘルスに関して G7 がいま取り組むべき最も重要な課題である。

資金調達においては、有効性と持続可能性を高める必要がある。そのためには、人間の安全保障を守る強靱な UHC システムの構築に力を発揮しうる低コストで賢明な投資へ焦点をシフトすることが望ましい。この点で伊勢志摩サミットは、重要な各メカニズムに変化をもたらし、世界各国に「もう 2 度とエボラ出血熱流行のような感染拡大を繰り返さない」ことを再確認させる歴史的な機会となる。筆者らは、この提言が日本で開催される G7 サミットにおいて検討・採択されることを期待する。

D. 研究発表

1. 論文発表

日本グローバルヘルス・ワーキンググループ
「人間の安全保障を実現するために：伊勢志摩サミットのための提言」 The Lancet. 2016; 387(10033): 2155-2162.

2. 学会発表

特になし

E. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

参考文献

1. Farlow AWK. The economics of global health: an assessment. *Oxf Rev Econ Policy* 2016; 32: 1–20.
2. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382: 1898–955.
3. Schäferhoff M, Fewer S, Kraus J, et al. How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *Lancet* 2015; 386: 2436–41.
4. 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. *Lancet* 2015; 386: 2204–21.
5. 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* 2015; 385: 1902–09.
6. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2095–128.
7. Reich MR, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet* 2009; 373: 508–15.
8. Abe S. Japan's vision for a peaceful and healthier world. *Lancet* 2015; 386: 2367–69.
9. Sen A. *Development as freedom*. New York: Oxford University Press, 1999.
10. Commission on Human Security. *Human security now: protecting and empowering people*. New York: Commission on Human Security, 2003.
11. Abe S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet* 2013; 382: 915–16.
12. Heymann DL, Chen L, Takemi K, et al. Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *Lancet* 2015; 385: 1884–901.
13. Schmidt H, Gostin LO, Emanuel EJ. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? *Lancet* 2015; 386: 928–30.
14. Anand S. Human security and universal health insurance. *Lancet* 2012; 379: 9–10.
15. Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* 2011; 378: 1051–53.
16. UN. *Goal 17: revitalize the global partnership for sustainable development*. Geneva: United Nations, 2015. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/globalpartnership/> (accessed March 25, 2016).
17. Coutinho A, Roxo U, Epino H, Muganzi A, Dorward E, Pick B. The expanding role of civil society in the global HIV/AIDS response: what has the President's Emergency Program For AIDS Relief's role been? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012; 60 (suppl 3): S152–57.
18. Sen A. *Mortality as an indicator of economic success and failure*. Development Economics Research Programme, Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines, London School of Economics and Political Science, 1995.
19. Oshio T, Miake N, Ikegami N. *Macroeconomic context and challenges for maintaining universal health coverage in Japan*. In: Ikegami N, ed. *Universal health coverage for inclusive and sustainable development: lessons from Japan*. Washington, DC: The World Bank, 2014.

20. Reich MR, Harris J, Ikegami N, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *Lancet* 2016; 387: 811–16.
21. WHO. Report of the Ebola Interim Assessment Panel—July 2015. Geneva: World Health Organization, 2015.
22. WHO. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2015.
23. G7 Germany. Declaration of the G7 Health Ministers: 8–9 October 2015 in Berlin. Federal Ministry of Health, 2015. http://mobile.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf (accessed March 25, 2016).
24. Tanihara S, Tomio J, Kobayashi Y. Using health insurance claim information for evacuee medical support and reconstruction after the Great East Japan Earthquake. *Disaster Med Public Health Prep* 2013; 7: 403–07.
25. Tsutsui T. Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. *Int J Integr Care* 2014; 14: e002.
26. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Comprehensive reform of social security and tax. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, 2011. http://www.mhlw.go.jp/english/policy/other/social-security/dl/en_tp01.pdf (accessed March 25, 2016).
27. Cabinet Secretariat of Japan. Definite plan for the comprehensive reform of social security and tax. Tokyo: Cabinet Secretariat of Japan, 2011. <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/en/pdf/Jul012011.pdf> (accessed March 25, 2016).
28. 厚生労働省 『地域包括ケアシステム』 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukuishi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2016年3月25日アクセス).
29. Reich MR, Shibuya K. The future of Japan's health system— sustaining good health with equity at low cost. *N Engl J Med* 2015; 373: 1793–97.
30. Miyata H, Ezoe S, Hori M, et al, for the Health Care 2035 Advisory Panel. Japan's vision for health care in 2035. *Lancet* 2015; 385: 2549–50.
31. The Lancet. Global health in 2012: development to sustainability. *Lancet* 2012; 379: 193.
32. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2014: shifts in funding as the MDG era closes. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015.
33. The World Bank. Pandemic risk and one health. Washington, DC: The World Bank, 2013. <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/pandemic-risk-one-health> (accessed March 25, 2016).
34. Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Geneva: World Health Organization, 2012.
35. Sridhar D, Clinton C. Overseeing global health. Washington, DC: International Monetary Fund, 2014. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2014/12/sridhar.htm> (accessed March 25, 2016).
36. The Economist. An ounce of prevention. April 20, 2013. <http://www.economist.com/news/scienceand-technology/21576375-new-viruses-emerge-china-and-middle-east-world-poorly-prepared> (accessed March 25, 2016).
37. Gostin LO, Friedman EA. The Sustainable Development Goals: one-health in the world's development agenda. *JAMA* 2015; 314: 2621–22.
38. Yamey G, Sundewall J, Saxenian H, et al.

- Reorienting health aid to meet post-2015 global health challenges: a case study of Sweden as a donor. *Oxf Rev Econ Policy* 2016; 32: 122–46.
39. Rottingen JA, Regmi S, Eide M, et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet* 2013; 382: 1286–307.
 40. Jones SM, Feldmann H, Ströher U, et al. Live attenuated recombinant vaccine protects nonhuman primates against Ebola and Marburg viruses. *Nat Med* 2005; 11: 786–90.
 41. Moran M, Chapman N, Abela-Oversteegen L, et al. Neglected disease research and development: the Ebola effect. Sydney: Policy Cures, 2015.
 42. WHO. Antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization, 2014.
 43. Kinch MS, Patridge E, Plummer M, Hoyer D. An analysis of FDA-approved drugs for infectious disease: antibacterial agents. *Drug Discov Today* 2014; 19: 1283–87.
 44. 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 March 25, 2016).
 45. Sugishita T, Akashi H, Kumakawa T, et al. Japan's new direction for global health cooperation in the era of the Sustainable Development Goals: 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_g5paper.pdf (accessed March 25, 2016).
 46. Japan International Cooperation Agency. Outline of the project. Tokyo: Japan International Cooperation Agency, 2014. <http://www.jica.go.jp/project/english/kenya/008/outline/index.html> (accessed March 25, 2016).
 47. 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.
 48. The World Bank. Global financing facility in support of Every Woman Every Child. Washington, DC: The World Bank, 2015. <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/globalfinancing-facility-in-support-of-every-womanevery-child> (accessed March 25, 2016).
 49. WHO. About the contingency fund for emergencies. http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/en/ (accessed March 25, 2016).
 50. The World Bank. World Bank group president calls for new global pandemic emergency facility. Washington, DC: The World Bank, 2014. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2014/10/10/world-bank-group-president-calls-new-global-pandemic-emergency-facility> (accessed March 25, 2016).
 51. International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. Rethinking the way we fight bacteria. Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations, 2015.
 52. Slingsby BT, Tamamura B, Katsuno K, et al. White paper on fostering global health innovation: 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_g7paper.pdf (accessed March 25, 2016).

表 1: 人間の安全保障と UHC の実現に向けた主要目標及び行動を巡るグローバルな課題。目標は、人間の安全保障に向けた進展を加速するために実行すべきことであり、行動は、それらの目標を実行するための方法をいう。UHC=ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、IHR=国際保健規則、GHSA=世界健康安全保障アジェンダ、NCD=非感染症疾患、HSS=保健システム強化、R&D=研究開発

		行動		
		指導力と調整	説明責任	持続可能な投資
目 標	人間の安全保障上の脅威に対する事前対策と対応の強化	<ul style="list-style-type: none"> ・ グローバルな調整における WHO の指導力の向上 ・ 各機関の間で計画と優先課題について国、地域、グローバルレベルで調整 ・ 各国が自国の UHC 計画に緊急事態事前対策を盛り込むことを徹底 	<ul style="list-style-type: none"> ・ グローバルな監視と評価機能の強化（IHR 及び GHSA の能力に関する外部による評価など） ・ アウトブレイクの対応のための国際的枠組みの特定 ・ UHC 実現に向けて、優先事項を決め、進捗状況を明らかにするよう各国を奨励 ・ 緊急時の対応として、UHC に適切な監視と説明責任の枠組みを確保 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急事態に備えた資金の確保 ・ 各国がグローバル機能に対する保健投資を拡大することを提唱
	特に、NCDs 及び高齢化の観点から、持続可能で良質な保健システムの実現	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティの参加により、適切なスキルを備えた保健人材などの社会的資源を活用 ・ 感染症から非感染症疾患へ変化する疾病構造に対処 ・ 国家保健戦略について、各援助組織やパートナーシップを調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期ケアのニーズを国・地域レベルの HSS 評価に包含 ・ 非政府組織の説明責任を確保 ・ 医療技術評価能力を強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 途上国の国内資源と財源を活用 ・ 病院中心の長期ケアではなく、コミュニティベースのケアを提唱 ・ 長期ケアのための財源を確保 ・ 高齢化社会に対応するため保健システムへ投資
	グローバルヘルス・セキュリティのための研究開発及びシステムイノベーションの促進	<ul style="list-style-type: none"> ・ 開発ニーズの優先付け ・ 各資金と実施機関の調整 ・ 知見を共有 ・ 承認手続きの調整と効率化 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ドナー国と民間セクターへの説明責任の確保 ・ 各種製品開発プロジェクトの成果を評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新しい医薬品を誰もが適切な価格で、入手できるように、保健医療 R&D（新薬、診断法の R&D など）への十分な投資の確保 ・ グローバルヘルスの R&D を奨励するような革新的なメカニズムの調査

パネル：保健医療のグローバル機能を支援する G7 の投資

グローバルヘルスへの投資による経済的利益には目を見張るものがある。例えば、2015 年から 2035 年までの感染症による母子の死亡率削減対策において、1 米ドルの投資が 9~20 米ドルの経済的利益につながる²。このように保健医療分野への投資は持続可能な開発に寄与する最大の要素であるにもかかわらず、保健医療は開発アジェンダから外されている³¹。保健医療分野に対する政府開発援助（ODA）も 2013 年から 2014 年にかけて 2%削減され、過去 10 年間の目覚ましい発展を脅かしている³²。

エボラ出血熱やジカ熱のアウトブレイク、抗菌剤耐性、インフルエンザの大流行による高い致死率の脅威など、今日のグローバルヘルスが抱える課題によって、保健医療分野 ODA のグローバル機能（global health functions）³に対する投資の拡大が求められている。グローバル機能は（1）グローバル公共財の提供（例、貧困病のための研究開発）（2）外部性の管理（例、パンデミックに対する事前対策）（3）指導力や受託責任能力の育成（例、グローバル・プライオリティの設定）の 3 つに分けられ、感染症対策や保健システム強化を目的とする直接資金援助などの、国に特定した機能（country-specific functions）とは異なる。グローバル機能を軽視した場合のコストは極めて高く、エボラ出血熱の感染拡大では直接コストが 60 億ドル、経済的損失は 150 億ドルに上るとわれ⁵、世界銀行ではインフルエンザのパンデミックによってグローバル経済の損失は 3 兆ドルになるおそれがあると試算している（グローバル経済の GDP の 4.8%に相当）³³。研究開発を中心としたグローバル機能への投資の拡大は、保健医療分野の「グランドコンバージェンス」²（感染症による母子の死亡率を全世界的に現時点での最低水準にまで近づけること）の実現と、保健医療分野の持続可能な開発目標（SDG3）の 2030 年までの達成に必要である。また、知見の共有や薬価引き下げのための市場形成といったグローバル機能に対する支援は、経済発展によって国に特定した援助の対象とならない可能性がある中所得国の貧困層の健康増進をドナー国が実現する重要な手段でもある。

G7 各国によるグローバル機能への資金供与額は現時点で十分なものとはいえない。2013 年に G7 が拠出した保健医療分野 ODA とドナー国による貧困病の研究開発のための追加援助³の総額のうち、グローバル機能に使われたのはわずか 21%（総額 176 億ドルのうち 36 億ドル）である。WHO では顧みられない疾病の研究開発支援には年間 60 億ドルが必要と試算しているが、この拠出額はそれには程遠い³⁴。WHO のアウトブレイク・危機対応の基本予算は 201 年から 2013 年の間と 2014 年から 2015 年の間で半減しており、エボラ危機への対応が後手に回ったことの一因となった^{9, 35}。WHO の 2013 年のインフルエンザ対策予算はわずか 770 万ドルで、これはニューヨーク市が公衆衛生の緊急事態事前対策に配分する予算の 3 分の 1 にも満たない³⁶。

伊勢志摩サミットにおけるグローバルヘルスの提言は、グローバルな事前対策システムの開発、知見を共有するプラットフォームの構築、グローバルヘルスの研究開発の強化など、グローバル機能に主眼を置いたものとなるが、同時に財源確保の約束を取り付ける必要もあろう。

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策」
(H28-地球規模-指定-002)
平成 28 年度総括研究報告書

Japan's contribution to global health architecture: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda

研究分担者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授
研究協力者 坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

研究要旨

The recent outbreak of Ebola virus caused tremendous debate about the current global health architecture (GHA) for health emergencies. This has been fueled by the complex interactions of health transition, global health priorities, and uncertainties in global governance and economic prospects. In the midst of this transformation, Japan hosted the G7 Ise-Shima Summit in May 2016 and set health as one of its priority agenda items with a major focus on GHA alongside Universal Health Coverage and Antimicrobial Resistance. In this paper, using Jeremy Shiffman's analytical framework, we analyze why Japan placed GHA high on the political agenda, and how it developed and succeeded in raising political momentum for GHA in collaboration with other G7 members and partner organizations. According to the Shiffman's framework, we found that, by taking advantage of the G7 presidency in 2016 and thereafter, Japan has been contributing to strengthening global health architecture for future public health crises through the involvement of notable Japanese political leaders, by enhancing community cohesion within and outside G7 members. In order to keep up this momentum toward GHA and ensure that recent global efforts fully result into health for all, new architecture such as the WHO emergency reform and Level 3 Activation Procedures for Infectious Disease Events as well as financing mechanisms should be closely monitored and evaluated.

A . 研究目的

Global health is currently at a crossroads. The majority of low- and middle-income countries are now suffering from double burden of diseases ¹. Compared with the Millennium Development Goals (MDGs) in which three out of eight goals were directly related to health, the newly adopted Sustainable Development Goals (SDGs) give less attention to health challenges ². There are also a growing number of competing global issues for policy makers, including downside risks to global economy, terrorism, migration and refugees, and climate change ³. Consequently, the level of Official Development Assistance (ODA) for global health has stagnated in recent years ⁴. This is further confounded by new and emerging political and economic actors in this arena.

The debates on global health architecture (GHA) have been fueled by the complex interactions of health transition, global health priorities, and uncertainties in global governance and economic prospects ⁵. In particular, the recent Ebola outbreak was a game changer in global health architecture, defined as “the relationship between the many different actors engaged in global health and the processes through which they work together” by Kickbusch et al. ⁵. The World Health Organization (WHO), as the only United Nation (UN) agency specializing in health, was criticized for not handling the Ebola outbreak effectively and efficiently, which has evoked a series of debates and controversies on GHA ⁶.

In the midst of this transformation in global health, Japan hosted the G7 Ise-Shima summit in May 2016 and set health as one of its priorities with a major focus on GHA alongside Universal Health Coverage (UHC) and Antimicrobial Resistance (AMR) ⁷. Japan has a history of leading the health agenda at previous G8 summits ⁸. At the G8 Kyushu-Okinawa Summit in 2000, Japan advocated the importance of combatting infectious diseases and took a leading role in establishing the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria ⁹. Subsequently, at the G8 Hokkaido Toyako Summit in 2008, Japan moved forward the agenda of health systems strengthening with an emphasis on health information, financing and human resources ^{10,11}.

In this paper, we first review a series of political analysis framework which have been used in the area of global health, and then using Jeremy Shiffman’s political analysis framework we analyze why Japan put GHA high on the political agenda, and how it developed and succeeded in raising political momentum for GHA in collaboration with other G7 members. We also describe how Japan has played a major role in rebuilding GHA after the G7 summit in Japan.

B . 研究方法

We applied Jeremy Shiffman’s analytical framework which was built on the analysis of the global motherhood initiative, which was jointly

launched in 1987 by the World Bank, WHO and the UNFPA ^{12,13}. We did a systematic review of documents including papers both published and unpublished documents, the official reports and notes on GHA at the UN and other relevant meetings, and from the outcome documents of conferences. Because our research largely relied on diplomatic processes, which were sometimes not documented for political reasons, we also conducted a series of interviews with staffs from the departments involved in global health at the Cabinet Secretariat, the Ministry of Foreign Affairs (MOFA), the Ministry of Finance (MOF) and the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) of Japan who participated in the preparatory processes for the G7 Ise-Shima Summit, G7 Kobe Health Ministers' Meeting, Tokyo International Conference on African Development (TICAD), the World Health Assembly (WHA), the UN General Assembly and other meetings related to GHA. Since degree of financial contribution largely pertains to the process of policy making ¹⁴, we also analyzed financial aspects of GHA, although the original framework does not contain a financial assessment.

C . 研究結果

C.1. Actor power

First, with respect to policy community cohesion, there are four major actors within Japan: the Cabinet Secretariat, MOFA, MHLW, and MOF. These ministries have slightly different views on and interests in GHA, however, since health

security is strongly related to national, global and human security, under Prime Minister Abe's leadership, the Cabinet Secretariat and these three ministries were aligned successfully around the goal of reinforcing GHA as well as streamlining the focus of the health agenda into three key areas: GHA, UHC and AMR ¹⁵. The three ministries and the Cabinet Secretariat constantly had joint meetings, with director-general level participants of each ministry, in order to share information and discuss how to consolidate Japan's commitment under a unified government.

Besides Prime Minister Abe's leadership, Mr. Yasuhisa Shiozaki, Minister for Health, Labour and Welfare is a leading figure enthusiastic about Japan leading and contributing to global health ^{16,17}.

Under his leadership, the MHLW made a significant contribution to leading and promoting policy cohesion within the government. He established the Advisory Panel on Global Health in August 2015 in order to institutionalize a mechanism to develop global health policies within the MHLW. The Panel consisted of two working groups: human resources for global health policy making and global health governance, which aimed to make recommendations to the Government of Japan ¹¹. This process contributed to the basis for discussions not only among Japanese stakeholders, but also with other G7 member

states to reach consensus on the global health agenda at the G7 Ise-Shima Summit.

Strong political support also came from Professor Keizo Takemi, member of the House of Councilors and a chairman of the Special Mission Committee on Global Health Strategy of the ruling Liberal Democratic Party of Japan. As a champion of global health with solid academic and policy-making background in this area, he led the track 2 process for the G7 Ise-Shima Summit with a set of policy proposals from his working group¹⁸. Prof. Keizo Takemi also chairs round table meetings with government, relevant private and civil society institutions, which serve to promote mutual understanding of key global health issues including those relevant to the G7.

As to the cohesion among G7 member states, global governance for future public health emergencies started to be shed light on at the 2015 G7 Elmau Summit in Germany¹⁹. In light of the global situation where the global community was still traumatized by the aftermath of the Ebola outbreaks, the WHO's emergency reform was still at an early stage and a series of policy documents to tackle health emergencies were published^{20,21,6,22}. Therefore, there was virtually no strong opposition and in fact a huge expectation from the head of state to include global health architecture for future pandemics into the G7 agenda.

In order to secure and expand cohesion, it was

important to have communication be as extensive and effective as possible, especially with non-G7 countries. Japan prepared several dialogue opportunities with these countries throughout its G7 presidency in 2016. First, at the 69th World Health Assembly, as the only G7 member from Asia, Japan acted on behalf of member states from the WHO Western Pacific region. The countries made a joint statement to support the WHO's emergency reform explicitly, which sent a strong political signal to back up the directions proposed by the WHO Director-General. Simultaneously, representatives of the Japanese delegation attended several side events organized by the WHO, the World Bank, the National Academy of Medicine and the Graduate Institute of International and Development Studies resulting in enhanced mutual understanding of how the global community should rebuild and revamp GHA.

The World Health Assembly was an opportunity for Japan to disseminate G7 efforts towards GHA and reach out to health ministers and policy makers around the world, whereas the Tokyo International Conference on African Development (TICAD) in August 2016 was a platform to discuss GHA specifically with African leaders. TICAD VI was the first to be held in Kenya, Africa instead of Japan. Health was one of the three major themes at TICAD VI and was picked up as an agenda item for the first time under the leadership of the Prime Minister

Abe together with Ministers for Foreign Affairs and Health, Labour and Welfare. The debate on health focused on promoting resilient health systems ²³.

As the chair of the meeting's thematic session for health, Minister Shiozaki led an intense debate with the African heads of state and ministers, as well as leaders from international organizations such as the WHO and the World Bank. Throughout this consultation process, they reached consensus on what should be done to prepare for and respond to future health crises, summarized in the Nairobi Declaration and its implementation measures. In particular, Minister Shiozaki's remarks emphasized the importance of coordination with the current international movement including the WHO emergency reform as well as the WHO and the WB efforts towards financing mechanisms; the emphasis on building on Africa's own experience in fighting against health crises to enhance networking of human resources within the continent ^{24,25,26}:

Two weeks after TICAD VI, the G7 Kobe Health Ministers' Meeting was held in September, 2016, where four Asian Ministers as well as the WHO, UNOCHA, the World Bank and the OECD also joined discussions ²⁷. This meeting aimed to elaborate and move forward the health-related agenda at the G7 Ise-Shima Summit in May and propose concrete actions to attain the goals described at the G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. Together with three official

preparatory meetings, the meeting also contributed to increasing policy cohesion among G7 members both at head of state and health minister level.

C.2. Ideas

As for internal frame, the concept of human security has been the central tenet of Japan's foreign policy, where health is considered its core element. Prime Minister Shinzo Abe also supported this idea, as mentioned in his comment in the Lancet in 2015, that addressing basic health needs, especially for women and children, is of vital importance in order to attain human security ¹⁵.

Regarding the external frame, since GHA is concerned not only with health aspects but also with national, global and economic security features, GHA could successfully portray its image as a useful framework for addressing a wide-range of challenges that different types of political leadership need to be dealt with respectively. Public health emergencies were also highlighted as security issues for foreign ministers for the first time, in the G7 Foreign Ministers' Meeting Joint Communiqué adopted at the G7 Hiroshima Foreign Ministers' Meeting in 2016 clearly mentioned the importance of collective efforts toward GHA ²⁸.

C.3. Political context

Generally a policy window is likely to open after major events such as disasters, discoveries, or

forums ¹². The Ebola outbreak was not an exception. Since it caused tremendous damage with a total of 28,616 cases and 11,301 deaths with a global pandemic potential ²⁹, it was quite natural to draw political attention including the UN High-Level Meeting on the Response to the Ebola Virus Disease Outbreak in 2014 and newly creating the UNMEER.

In parallel, the WHO published the second report of the advisory group on reform of WHO's work in outbreaks and emergencies in 2016 and, by recognizing the need for significant changes throughout the WHO, proposed a set of recommendations ³⁰. The Director General of the WHO also established an Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme to provide direction and monitor the activities of the Programme ³¹.

Another element in the political context is global governance structure—the degree to which norms and institutions operating in a sector provide a platform for effective collective action. The Oslo Group has been a strong advocate for the relationship between foreign policy and global health since 2007 ³². At the 70th UN General Assembly (UNGA) in 2015, a resolution proposed by the Oslo Group entitled, Global health and foreign policy: strengthening the management of international health crises, was adopted ³³. This resolution successfully discussed health issues outside the WHO. In order to keep up this momentum, Japan also

worked with the Oslo Group at the 71st UNGA in 2016, and successfully included sections related to enhanced GHA in the form of coordination arrangements among UN entities mentioned below in resolution A/RES/71/159 entitled Global Health and Foreign Policy: Health Employment and Economic Growth ³⁴, which also served as the basis for continuing dialogue regarding GHA among the UN entities.

C.4. Issue characteristics

At the beginning, only severity was widely recognized, whereas the other two elements were not sufficiently addressed. The Ebola outbreak is not only characterized by its severity, the number of deaths, but also by its significance as it revealed fundamental fragility of the existing governance including the WHO, which could not handle these core functions; failure to contain virus transmission, lack of providing vaccines or other public goods ⁶.

C.5. Financial resource flow

We also analyzed financial contribution as one of the most visible ways to show the government's commitment in a specific area ¹⁴. There are two key components in this category: existence of a mechanism which directly allocates financial resources, and actual amount of financial contributions. At the time of the Ebola outbreak, the global community did not have adequate funding for outbreaks nor mechanisms of effectively disbursing financial resources ⁶. However, some progress has been made and the

Japanese government was the driving force of these progresses. The WHO's Contingency Fund for Emergencies (CFE) and the WB's Pandemic Financing Facility (PEF) were launched. CFE fills a critical gap from the beginning of an emergency which enables WHO to deploy experts and begin operations immediately. The aim of PEF is to fill a critical gap in the current financing architecture and its financing. PEF is activated once an outbreak reaches a significant level of severity, well after the WHO's CFE has disbursed to support early responses. On the occasion of the G7 Ise-Shima Summit, Japanese Prime Minister Shinzo Abe pledged a total of US \$1.1 billion to global health institutes, including US \$50 million to the WHO³⁵. Also at the G7 Finance Ministers and Central Bank Governors' Meeting in Japan in 2016 where PEF was officially launched, the Government of Japan announced their financial commitment of US \$50 million to this new facility.

The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) was also officially launched at the 2017 World Economic Forum, an international collective effort toward creating vaccines for future pandemics³⁶. Japan is a founding member of this new initiative and has committed a financial contribution of 25 million USD per year to this.

D . 考察

An implication from the analysis of reinforcing GHA through Japan's G7 presidency is that GHA

could successfully get higher political attention by fulfilling four core categories; actor power, idea, context, issue characteristics and finance. In the case of mainstreaming the nutrition initiative globally, Pelletier et al. introduced the concept that policy community cohesion could contribute to increase political awareness toward ending the malnutrition endemic³⁷. Similar to the global nutrition initiative case, this time with GHA, Japan initiated several policy dialogues under the leadership of Prime Minister Abe echoed by Health Minister Yasuhisa Shiozaki and Keizo Takemi. These all contributed to strengthening collective efforts toward reinforcing GHA. It was exceptional in the history of Japan's global health-policy making where powerful political leaders fully endorsed this agenda.

As to the idea category, Shiffman pointed out that, by applying his framework to the global motherhood initiative, compared with child health, maternal health failed to catch higher political attention because of its vague concept and hard to have same understanding among stakeholders¹². On the contrary, the GHA issue was visible and impactful to major stakeholders both within and outside Japan, which have already shared a concept of health security as a national, global and economic security issue. GHA successfully involved several aspects from other sectors: public health, humanitarian crises, national, global and economic security.

With regard to the political context, the severity and externality of the Ebola outbreak itself caused higher political attention such as the UN High-level Meeting on the Response to the Ebola Virus Disease Outbreak and several influential reports from WHO and academic institutions. As shown in HIV/AIDS and NCDs, UN high level meetings largely promoted the health agenda³⁸³⁹. GHA was discussed at the UN high-level meeting which in turn supported GHA to be at the top global health agenda. Additionally, as seen in previous G7/G8 leaders meetings advancement of the global health agenda, Japan was also leading the political process and contributed to opening the political window; with the G7 leaders at G7 Ise-Shima Summit, with health ministers at the 69th WHA, with leaders from African countries and international organizations at TICAD VI, and G7 health ministers, WHO and UNOCHA at the G7 Kobe Health Ministers' Meeting.

E . 結論

The recent Ebola outbreak revealed the fundamental fragility of the current global health architecture and caused tremendous debate about how to reinforce it. Taking advantage of the G7 presidency in 2016 and thereafter, Japan has been contributing to strengthening global health architecture for future public health crises through the involvement of notable Japanese political leaders, by enhancing community cohesion within and outside G7 members. In order to keep up this momentum toward GHA

and ensure that recent global efforts fully result into health for all, new architecture such as the WHO emergency reform and Level 3 Activation Procedures for Infectious Disease Events as well as financing mechanisms should be closely monitored and evaluated.

F . 研究発表

1.論文発表

Haruka S, Satoshi E, Kotono H et al (total 14 authors). Japan's contribution to global health architecture: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda (投稿中)

2.学会発表

特になし

G . 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

参考文献

1. Wang H, Naghavi M, Allen C, et al. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1459-544.
2. Murray CJL. Shifting to Sustainable

- Development Goals--Implications for Global Health. *N Engl J Med* 2015; 373: 1390–3.
3. World Economic Forum. The Global Risks Report 2016 11th Edition. Insight Rep 2016; : 103.
 4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2014: Shifts in Funding as the MDG Era Closes. 2015 DOI:978-0-9910735-1-1.
 5. Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N. Global health diplomacy: Concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. Springer Science & Business Media, 2012.
 6. 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. *Lancet* 2015; 386: 2204–21.
 7. Ministry of Foreign Affairs of Japan. G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. G7 Ise-Shima Summit 2016; : 26–7.
 8. Reich MR, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet* 2009; 373: 508–15.
 9. Reich MR, Takemi K, Roberts MJ, Hsiao WC. Global action on health systems: a proposal for the Toyako G8 summit. *Lancet* 2008; 371: 865–9.
 10. Llano R, Kanamori S, Kunii O, et al. Re-invigorating Japan's commitment to global health: Challenges and opportunities. *Lancet* 2011; 378: 1255–64.
 11. Shibuya K. Protecting human security: Proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan. *Lancet* 2016; 387: 2155–62.
 12. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* 2007; 370: 1370–9.
 13. Sai FT, Measham DM. Safe Motherhood Initiative: getting our priorities straight. *Lancet* 1992; 339: 478–80.
 14. Shiffman J, Quissell K, Schmitz HP, et al. A framework on the emergence and effectiveness of global health networks. *Health Policy Plan* 2015; : czu046.
 15. Abe S. Japan's vision for a peaceful and healthier world. *Lancet* 2015; 386: 2367–9.
 16. Health Care 2035 Advisory Panel. Japan Vision: Health Care 2035. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/>.
 17. Lane R. Yasuhisa Shiozaki: Japan's progressive Minister of Health. *Lancet* 2016; 387: 2081.
 18. Takemi K. Japan's Global Health Strategy: Connecting Development and Security. *Asia-Pacific Rev* 2016; 23: 21–31.
 19. G7. Leaders' Declaration G7 Summit 7-8 June 2015. G7 Summit 2015; : 7–8.
 20. United Nations. Protecting Humanity from Future Health Crises: Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 2016 http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf.
 21. Panel of Independent Experts. Report of the Ebola Interim Assessment Panel. 2015 DOI:10.1017/CBO9781107415324.004.
 22. National Academy of Medicine. The Neglected Dimension of Global Security. 2016 DOI:10.17226/21891.
 23. Ministry of Foreign Affairs of Japan. TICAD thematic session. http://www.mofa.go.jp/af/af1/page3e_000550.html.
 24. TICAD VI Nairobi Declaration. http://www.mofa.go.jp/af/af1/page3e_000543.html.
 25. TICAD VI Nairobi Implementation Plan. http://www.mofa.go.jp/af/af1/page3e_000549.html.

26. Ministry of Health Labour and Welfare of Japan. Health Minister's speech at the TICAD . 2016. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000135905.html>.
27. G7 Kobe Health Ministers' Meeting. <https://www.kobe-g7.jp/en/>.
28. G7 foreign ministers. G7 Foreign Ministers' Meeting Joint Communiqué. 2016; : 1–16.
29. WHO Ebola outbreak 2014-2015. 2016. <http://www.who.int/csr/disease/ebola/en/>.
30. World Health Organization. Advisory Group on Reform of WHO's Work in Outbreaks and Emergencies. 2015; : 20.
31. World Health Organization (WHO). Independent Oversight and Advisory Committee for the WHO Health Emergencies Programme. http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/en/.
32. Chan M, Gahr Store J, Kouchner B. Foreign policy and global public health: working together towards common goals. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 498–498.
33. 70th UN General Assembly. 70/183. Global Health and foerign policy:strengthening the management of international health crises.
34. 71st UN General Assembly. A/RES/71/159 “Global Health and Foreign Policy: Health Employment and Economic Growth. 2016 http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/292&Lang=S.
35. Ministry of Foreign Affairs of Japan. Report of the G7 Ise-Shima Summit. http://www.mofa.go.jp/ecm/ec/page4e_000457.html.
36. Harnik V, Ph D, Francois F, et al. New Vaccines against Epidemic Infectious Diseases. *N Engl J Med* 2017.
37. Pelletier DL, Frongillo EA, Gervais S, et al. Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation: lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative. *Health Policy Plan* 2011; 27: 19–31.
38. Anyona RM, De Courten M. An Analysis of the Policy Environment Surrounding Noncommunicable Diseases Risk Factor Surveillance in Kenya. *AIMS Public Heal* 2014; 1: 256–74.
39. Alfvén T, Erkkola T, Ghys PD, et al. Global AIDS Reporting-2001 to 2015: Lessons for Monitoring the Sustainable Development Goals. *AIDS Behav* 2017; : 1–10.

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策」
(H28-地球規模-指定-002)
平成 28 年度総括研究報告書

Japan's contribution to Universal Health Coverage: leveraging the G7 presidency to advance the
global health agenda

研究分担者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授
研究協力者 坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

研究要旨

Universal Health Coverage (UHC) is defined as health coverage where everyone could have an access to the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective with adequate financial protection and is one of the major goal among the Sustainable Development Goals (SDGs). There is now more momentum than ever for achieving UHC by 2030. Also, the world is now facing rapidly ageing society regardless of their economic growth and it is estimated that by 2050, 80% of older people will be living in low- and middle- income countries. Because such demographic changes can significantly influence a country's health system, we must consider the implications of an ageing society when we accelerate our efforts toward UHC. As the G7 president in 2016 as well as the most aged country in the world, Japan accelerated this agenda by showing strong political commitment to UHC and active ageing. With the objective of providing a model for global health diplomacy based on its experience as the G7 president, in this paper, we analyzed how Japan could put UHC and active ageing at the top of the political agenda on a global level.

A . 研究目的

Universal Health Coverage (UHC) is defined as health coverage where everyone could have an access to the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective with adequate financial protection¹. The 2030 agenda for sustainable development was adopted at the 2015 United Nations General Assembly(UNGA)², and its target 3.8 of Goal 3 is related specifically to UHC with the aim of “achieving universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all².” The Sustainable Development Goals (SDGs) started in 2016 and there is now more momentum than ever for achieving UHC by 2030.

Historically, Japan has prioritized global health in its diplomacy policies and has promoted the concept of human security as the core concept of foreign diplomacy. Human security is defined as “protecting the vital core of all human lives in ways that enhance human freedoms and human fulfillment³,” and it leads to the maxim “no one left behind,” which is the basic principal behind the 2030 agenda for Sustainable Development. As a means to promote human security in the area of global health, Japan has been promoting UHC. The Ministry of Foreign Affairs

(MOFA) published Japan’s global health policy entitled “Basic Design for Peace and Health⁴⁵” in 2016. It was developed as a guideline for Global Health Policy under Japan’s Development Cooperation Charter. One of the objectives of this guideline is to establish the seamless utilization of essential health and medical services throughout one’s life in order to promote UHC. It also revealed that in order to do so, it will be important to utilize Japan’s expertise, experience, medical products, and technologies.

As the G7 president in 2016, Japan accelerated this agenda by showing strong political commitment to UHC. With the objective of providing a model for global health diplomacy based on its experience as the G7 president, in this paper, we analyzed how Japan could put UHC at the top of the political agenda on a global level.

B . 研究方法

We conducted interviews with staffs from the departments involved in global health at the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) and the Ministry of Foreign Affairs (MOFA) of Japan in 2016. All officials participated in the preparatory process of the G7 Ise-Shima summit, G7 Kobe Health Ministers’ meeting, the International Conference on UHC in the New Development Era, the 69th World Health Assembly (WHA), the Tokyo International Conference on African

Development (TICAD) , and other official meetings related to UHC. We also reviewed previous research and related documents which were traced by the key words of either “UHC”, “Universal Coverage”, “Health System” and “Health Financing”.

Additionally, we conducted archive research like official reports of UN relevant meetings and the outcomes of each conference like the G7 Ise-Shima leaders’ Declaration. We then sent the draft to ministerial officials in order to get feedback and comments. Because our research largely relied on the diplomatic process which was sometimes not documented because of political reasons, some part of our research evidence is drawn on excerpts from interviews.

C . 研究結果

C.1. Network and actor features

This category consists of leadership, governance, composition and framing strategies. First, about leadership, Prime Minister Shinzo Abe, and Mr. Yasuhisa Shiozaki, the Minister for Health, Labour and Welfare were two noteworthy champions for this agenda.

As health is one of the pillars of the government’s strategy entitled “New Economic Growth Strategy”⁶, Japanese Prime Minister Shinzo Abe has been showing strong interest in the area of global health, especially

toward achieving UHC⁷. He has been giving strong message related to UHC to the global community on several occasions.

Mr. Shiozaki, the minister of the MHLW recognized the superiority of Japan’s health system and the need to connect well and communicate with the global community in the era of globalization and rapid ageing⁸. In this regard, he has been also been strong advocator for the global health and the UHC⁹.

Second, about governance and composition, in order to enhance cohesion among stakeholders, Japan as the G7 president in 2016 initiated political dialogue and established political milestones, which resulted in increasing political momentum toward UHC and active ageing.

As part of the preparatory process for the G7 Ise-shima summit, Japan hosted two conferences entitled “The Path towards Universal Health Coverage: Promotion of Equitable Global Health and Human Security in the Post-2015 Development Era¹⁰” during the 70th UNGA Meeting in 2015 and “International conference on UHC in the New Development Era: Towards Building Resilient and Sustainable Health Systems¹¹” in April 2016. These conferences were good opportunities for Japan to show its strong commitment to global leaders, heads of state, and the leaders of international organizations,

and to declare Japan's strong commitment toward UHC at the upcoming G7 presidency in 2016.

There were two other remarkable efforts: the World Health Assembly (WHA) and the TICAD . During the 69th WHA in May 2016, together with Germany, Japan hosted a side event entitled "G7 Activities for Health Systems Strengthening and Universal Health Coverage¹²." Dr. Naoko Yamamoto, the assistant minister for global health from the MHLW of Japan, introduced the G7 Ise-Shima Vision for Global Health, which had been adopted the same day of the event, following the announcement of Germany's 2015 presidency, she emphasized that Japan would prioritize this agenda throughout 2016¹³.

TICAD VI in August 2016 in Kenya was the first TICAD that focused on health as a major agenda item. One of the three thematic sessions was entitled "Promoting Resilient Health Systems for Quality of Life ¹⁴." Mr. Shiozaki, the first minister for MHLW to attend TICAD, was the chair of this session, together with Dr. Jim Yong Kim, president of the WB. Through the negotiation process on its outcome like the Nairobi Declaration and the Nairobi implementation measure, Mr. Shiozaki as a chair, and officials from MHLW, led the debate among African countries and international organizations such as the WHO and the WB¹⁵¹⁶. By hosting these conferences,

Japan could deepen the debate related to UHC outside of the G7 members, mainly with health ministers at the WHA and African leaders and international organizations at the TICAD.

Through these efforts, Japan could successfully raise political awareness of UHC, which resulted in greater emphasis on the outcome of the G7 Ise-Shima leaders' declaration as well as the G7 Kobe Communique ^{17, 18 19}.

C.2. Policy environment

Policy environment consists of allies and opponents, funding and norms. With regard to allies and opponents, since UHC has been the central agenda in the global health as clearly indicated in the SDGs, there are no apparent opposition to have this agenda item at G7 meeting. For domestic allies, Japan has promoted health system strengthening together with the idea of human security for decades as a central tenet of foreign policy and already has some common understanding about the UHC and human security.

For external allies, Germany was the biggest ally for promoting UHC in general and the UK for healthy ageing. Germany showed strong interest in including UHC in the G7 agenda. Under the leadership of Chancellor Angela Merkel, together with the WHO, Germany has been strongly promoting a UHC initiative entitled "Healthy Systems – Healthy Lives

²⁰²¹.” In 2015, responding to the need for Health System Strengthening (HSS) as set forth in the G7 Elmau Summit commitment ²², Germany started to develop a roadmap.

Canada also played an important role in including vertical issues such as Maternal and Child Health (MCH) and infectious diseases within UHC at the G7 Ise-Shima summit. Canada has a history of emphasizing MCH on the agenda. As the president of the G8 summit in 2010, Canada launched the Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health ²³. Additionally, as the host country for the Global Fund’s 5th Replenishment which was held in September 2016, just a week after G7 Kobe Health Ministers’ Meeting, there was strong motivation to include infectious disease into the leaders’ declaration ²⁴. The commitments to MCH and infectious diseases were included into the G7 Ise-Shima Vision for Global Health.

Sufficient funding may “facilitate initiative’s emergence and effectiveness and a dearth may hinder prospects for sustainability ²⁵.” Unfortunately, regardless of its importance, too little funding has been allocated to UHC or Health System and most donor funding goes to vertical programs such as HIV/AIDS ²⁶. However, in 2016, we could see a transition that some organizations like the Global Fund (GF) whose primary interest has been on infectious diseases rather than health systems,

started to invest in health system strengthening including UHC. During the side event at TICAD entitled “UHC in Africa: Framework in Action”. was launched. This was created by Japan, together with Kenya, the WB, the WHO, the GF, the African Union Commission (AUC) ²⁷²⁸ and provides useful references for African countries to develop national roadmaps and concrete actions under national ownership. The GF, together with the WB group announced that it would contribute \$24 billion to African countries that attempted to achieve UHC by utilizing this framework ²⁹.

Japan as well made financial commitments throughout its G7 presidency year in 2016. During the G7 Ise-Shima Summit, Mr. Shinzo Abe pledged a total of US \$1.1 billion to global health institutions, including US \$50 million to the WHO ³⁰. This showed a strong political commitment to addressing global health challenges as well as providing necessary financial support for the actions described in the G7 Ise-Shima Leader’s Declaration ³¹.

With regard to norm, which is defined as standards of appropriate behavior for actors with a given identity, also plays an important role in this category. The MDGs and the SDGs are two good example of norms in the area of global health ³², and have contributed to bundle several stakeholders with clear objectives. As for UHC, these two movements

serve as norms: the International Health Partnership (IHP+) for UHC 2030 (UHC 2030)³³ and the before mentioned “UHC in Africa: Framework in Action”. UHC 2030 started from IHP+ which aims to enhance collaboration among donor agencies. Responding to the global momentum toward UHC, IHP+ has expanded its scope in order to include UHC in general and officially launched in 2016. By referring to these two platforms in the G7 Kobe Health Ministers’ communique, Japan and other G7 members showed political support to these initiatives.

C.3. Issue characteristics

Issue characteristics refers to its severity, tractability and affected groups. Since UHC is a fundamental concept of all health challenges, analyzing severity and affected groups are not applicable at this time. Regarding tractability, several indicators have been developed for monitoring the progress toward UHC^{34,35}. In 2014, the WHO and the WB jointly launched the monitoring framework and is now widely used to assess the progress toward UHC³⁶. Besides, “UHC in Africa: Framework in action” adopted in 2016 at TICAD is now expected to be a new framework to monitor and evaluate the progress toward UHC, with great financial support from the WB and the GF. It was decided at TICAD VI that Japan would host a high-level meeting to monitor the progress of UHC in African countries in Tokyo in 2017, based on this framework²⁹.

D . 考察

Based on the analysis with Jeremy’s framework proposed in 2016, Japan effectively contributed to enhance the factors of each category: actor features, policy environment and issue characteristics.

With regard to the actor feature category, two strong champions for UHC emerged: Prime Minister Shinzo Abe and Minister of the MHLW Mr. Yasuhisa Shiozaki. As shown in the UHC case study conducted by the World Bank group³⁷, previous study already indicated that such strong leadership effectively promotes issues higher on the political agenda^{38,39}. Same as to the NCD Ministerial meeting in Moscow and UN high-level meeting for NCD in 2011⁴⁰ contributed to enhance global momentum toward NCDs, by hosting high-level political dialogue and taking UHC as an agenda either with and outside of G7 members such as the International Conference on UHC in the New Development Era in Tokyo in 2015, TICAD in Kenya in 2016, G7 Ise-Shima summit and G7 Kobe Health Ministers’ meeting, Japan could leverage its G7 presidency in 2016. All of these efforts are clearly indicated in each outcome namely the G7 Leader’s declaration, G7 Kobe communique, Nairobi Declaration and UHC in Africa^{17,41}, which are expected to be the basis for policy making in future.

A key successful factor in the policy environment, was in the area of allies and opponents. Japan had many allies to promote UHC and no strong opponents. However, it is also indicated that too many allies also cause fragmentation of policy setting⁴². When a country promotes an agenda, especially with the commitment from highest rank of the country like president, prime minister or minister, they usually have some expectation to increase their nation's presence itself rather than purely humanitarian reason, and it can cause political tension among the countries with similar interests. Though UHC 2030 was launched as an international framework to coordinate efforts of relevant stakeholders and various initiatives, there are still lots of initiatives of UHC and the coordination among these different initiatives is still a concern⁴³. UHC 2030 is now in the transformational period from its former IHP+ to UHC 2030, but are highly expected to be a catalyst of various initiatives as well as to leverage the expertise of all relevant stakeholders.

E . 結論

The recent Ebola outbreak revealed the fundamental fragility of the current global health architecture and caused tremendous debate about how to reinforce it. Taking advantage of the G7 presidency in 2016 and thereafter, Japan has been contributing to strengthening global health architecture for future public health crises through the

involvement of notable Japanese political leaders, by enhancing community cohesion within and outside G7 members. In order to keep up this momentum toward GHA and ensure that recent global efforts fully result into health for all, new architecture such as the WHO emergency reform and Level 3 Activation Procedures for Infectious Disease Events as well as financing mechanisms should be closely monitored and evaluated.

F . 研究発表

1.論文発表

Haruka S, Satoshi E, Kotonno H et al (total 14 authors). Japan's contribution to Universal Health Coverage: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda (執筆中)

2.学会発表

特になし

G . 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

参考文献

- 1 WHO. Health financing for universal coverage.
http://www.who.int/health_financing/univ

- ersal_coverage_definition/en/.
- 2 UNGA. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015.
 - 3 Human Security Unit. Human Security in Theory and Practice: An Overview of the Human Security Concept and the United Nations Trust Fund for Human Security. 2009; : 1–45.
 - 4 MOFA. Basic Design for Peace and Health. 2015; : 1–13.
 - 5 MOFA. Basic Design for Peace and Health Leaflet. 2015. <http://www.mofa.go.jp/files/000118854.pdf>.
 - 6 The government of Japan. Abenomics. <http://www.japan.go.jp/abenomics/>.
 - 7 Abe S. Japan’s strategy for global health diplomacy: Why it matters. *Lancet*. 2013; **382**: 915–6.
 - 8 Health Care 2035 Advisory Panel. Japan Vision: Health Care 2035. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryoku2035/>.
 - 9 Lane R. Yasuhisa Shiozaki: Japan’s progressive Minister of Health. *Lancet* 2016; **387**: 2081.
 - 10 MOFA. The 70th UN General Assembly Side Event: ‘The path towards UHC’. http://www.mofa.go.jp/ic/ghp/page23e_000418.html.
 - 11 MOFA. International Conference on ‘UHC in the new development era’. 2015. http://www.mofa.go.jp/press/release/press4e_000956.html.
 - 12 The Graduate Institute Geneva. G7 Activities for Health Systems Strengthening and UHC. http://graduateinstitute.ch/lang/en/pid/8646-1/_/events/globalhealth/g7-activities-for-health-systems.
 - 13 Federal Ministry for Economic Cooperation and Development Germany. World Health Assembly 2016: A milestone event for the Roadmap. http://health.bmz.de/what_we_do/hss/Publications/From_a_joint_understanding_to_joined_actions_in_strengthening_health_systems/index.html.
 - 14 Ministry of Foreign Affairs of Japan. TICAD thematic session. http://www.mofa.go.jp/af/af1/page3e_000550.html.
 - 15 TICAD VI Nairobi Declaration. http://www.mofa.go.jp/af/af1/page3e_000543.html.
 - 16 TICAD VI Nairobi Implementation Plan. http://www.mofa.go.jp/af/af1/page3e_000549.html.
 - 17 Ministry of Foreign Affairs of Japan. G7 Ise-Shima Leaders’ Declaration. *G7 Ise-Shima Summit* 2016; : 26–7.
 - 18 G7 Kobe Health Ministers’ Meeting. <https://www.kobe-g7.jp/en/>.
 - 19 Shiozaki Y, Philpott J, Touraine M, *et al*. G7 Health Ministers’ Kobe Communiqué. *Lancet* 2016; **388**: 1262–3.
 - 20 Federal Ministry for Economic Cooperation and Development Germany. Healthy Development. http://www.health.bmz.de/what_we_do/hss/index.html.
 - 21 Federal Ministry for Economic Cooperation and Development Germany. UN Summit 2015: Official kick-off of ‘Healthy Systems – Healthy Lives’. http://www.health.bmz.de/what_we_do/hss/Publications/Official_kick-off_of_Health_Systems_Healthy_Lives/index.html.
 - 22 G7. Leaders’ Declaration G7 Summit 7-8 June 2015. *G7 Summit* 2015; : 7–8.
 - 23 Government of Canada. The Muskoka Initiative: Background. http://mnch.international.gc.ca/en/topics/leadership-muskoka_background.html.
 - 24 The Global Fund. Canada and the Global Fund. 2016; : 1–8.
 - 25 Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* 2007; **370**:

- 1370–9.
- 26 Murray SC, Metrics H. Financing Global Health 2010. 2011
DOI:10.1377/hlthaff.26.4.921.
- 27 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Prime Minister Abe attends High-Level Event on Universal Health Coverage in Africa.
http://www.mofa.go.jp/afr/af2/page4e_000494.html.
- 28 Abe S. Address by H.E. Shinzo Abe, Prime Minister of Japan, at the TICAD VI Side Event. 2016.
<http://www.mofa.go.jp/files/000183592.pdf>.
- 29 The World Bank. Partners Launch Framework to Accelerate Universal Health Coverage in Africa.
<http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/08/26/partners-launch-framework-to-accelerate-universal-health-coverage-in-africa-world-bank-and-global-fund-commit-24-billion>.
- 30 Ministry of Foreign Affairs of Japan. Report of the G7 Ise-Shima Summit.
http://www.mofa.go.jp/ecm/ec/page4e_000457.html.
- 31 Yasumasa N. G7 Summit in Japan: Another Milestone for Global Health. Dipl.
<http://thediplomat.com/2016/05/g7-summit-in-japan-another-milestone-for-global-health/>.
- 32 Shiffman J. Issue attention in global health: the case of newborn survival. *Lancet* 2010; **375**: 2045–9.
- 33 WHO. UHC 2030 Alliance Concept Note (draft as of 9 th March 2016). 2016; : 1–6.
- 34 Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring Intervention Coverage in the Context of Universal Health Coverage. *PLoS Med* 2014; **11**.
DOI:10.1371/journal.pmed.1001728.
- 35 Hosseinpoor AR, Bergen N, Koller T, *et al*. Equity-Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage. *PLoS Med* 2014; **11**.
DOI:10.1371/journal.pmed.1001727.
- 36 World Health Organization (WHO). Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report. *World Health Organ* 2015; : 79.
- 37 The Government of Japan, The World Bank. Global Conference on Universal Health Coverage. *Lessons from 11 Ctry Case Stud A Glob Synth* 2013; : 1–40.
- 38 Schneider M, Teske P. Toward a theory of the political entrepreneur: Evidence from local government. *Am Polit Sci Rev* 1992; **86**: 737.
- 39 Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies (2nd Edition). 1995
DOI:10.2307/3323801.
- 40 UN General Assembly. political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of NCDs. 2012.
- 41 G7 Health Ministers. Kobe Communiqué Meeting 11-12 September 2016. 2016; : 1–8.
- 42 Smith SL, Shiffman J. Setting the global health agenda: The influence of advocates and ideas on political priority for maternal and newborn survival. *Soc Sci Med* 2016; **166**: 86–93.
- 43 Greer SL, Méndez CA. Universal health coverage: A political struggle and governance challenge. *Am J Public Health* 2015; **105**: S637–9.

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策」
(H28-地球規模-指定-002)
平成 28 年度総括研究報告書

Japan's contribution to Antimicrobial Resistance: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda

研究分担者 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授
研究協力者 坂元晴香 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 学術支援専門員

研究要旨

Health is a fundamental human right. However, for millions of people around the world, the full enjoyment of this right still remains as something unattainable due to the obstacles to accessing good quality, affordable, accessible, and safe medicines, particularly in developing countries. Antimicrobial resistance (AMR) is now a growing concern globally, at the same time, millions of people worldwide are now suffering from the lack of access to effective antimicrobials. Since successfully fulfilling its role as G7 President in 2016, Japan has continued to play a major role in Global Health. In particular, demonstrating strong political commitment to AMR. With the objective of providing an exemplar for global health diplomacy, in this paper, we analyzed how Japan has supported AMR as a priority political agenda at the global level.

A . 研究目的

Health is a fundamental human right. However, for millions of people around the world, the full enjoyment of this right still remains as something unattainable due to the obstacles to accessing good quality, affordable, accessible, and safe medicines, particularly in developing countries¹. Antimicrobial resistance (AMR) is now a growing concern globally, at the same time, millions of people worldwide are now suffering from the lack of access to effective antimicrobials. The current situation is such that, if the global community cannot deal with this threat appropriately, an estimated 10 million people will die as a result of AMR by 2050, potentially exceeding the number of annual deaths due to cancers².

The global initiative toward addressing AMR has been gaining momentum, more than ever before. In 2015, the WHO global action plan on AMR was unanimously adopted at the 68th World Health Assembly. The 71st UNGA also hosted the UN High-Level Meeting on AMR, which adopted its political declaration on AMR on September 21, 2016³⁴. Leaders from each country pledged to foster innovative approaches using alternatives to antimicrobials, and new technologies for diagnosis and vaccines.

Since successfully fulfilling its role as G7 President in 2016, Japan has continued to play a major role in Global Health. In particular,

demonstrating strong political commitment to AMR. With the objective of providing an exemplar for global health diplomacy, in this paper, we analyzed how Japan has supported AMR as a priority political agenda at the global level.

B . 研究方法

We applied Kingdon's three stream model and conducted interviews with government officials from departments involved in global health at the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) and the Ministry of Foreign Affairs (MOFA) of Japan during 2016. All of which, participated in the preparatory process for the G7 Ise-Shima summit, G7 Kobe Health Ministers' meeting, the Tokyo Meeting of Health Ministers on Antimicrobial Resistance, the 69th World Health Assembly (WHA), or the 71st UN General Assembly and other meetings related to AMR.

In addition to interviews, archive research was conducted. This included the review of official reports from UN relevant meetings and the outcomes of each conference like the G7 Ise-Shima leaders' Declaration. The draft was then sent to ministerial officials in order to obtain feedback and comment. Some of the research conducted was largely reliant on diplomatic processes that were sometimes not documented because of political reasons. Because of this, some evidence was of a sensitive nature and needed to be extracted

from transcripts of interviews.

C . 研究結果

C.1. The problem stream for AMR

The problem stream describes “those conditions or issues that present themselves as problems, and which require serious attention by policy makers⁵.” As such, it is estimated that 10 million people will die due to AMR by 2050, potentially exceeding the number of annual deaths due to cancers². It is then timely that AMR has gained greater attention from members of the international community, including the WHO. According to Kingdon, differences in problem formulation create a significant barrier to accurate problem definition and recognition, as different parties have different preconceptions of the problem. In this regard, compared with other global health challenges like NCDs, the concept of AMR, as a problem, can be defined quite simply. As a result, medicines become ineffective and infections persist in the body, increasing the risk of spread to others⁶. This concise definition has made it easier for the global community to share the same understanding of AMR.

In May 2015, the World Health Assembly adopted a resolution regarding the AMR global action plan⁷. This was the first global action plan relating to AMR and has served as the common basis for the understanding of AMR. The WHO, together with the FAO, and

the OIE have advocated the “One health approach,” as a result of the resolution process. This multi-faceted description of health, has facilitated a common grounded understanding of AMR across international sectors. And, as such has defined a common ‘problem.’

C.2. The policy stream for AMR

The policy stream refers to solutions that have been developed in response to particular challenges by policy communities. This stream comprised of criterion for policy to be survival, policy communities and policy entrepreneurship. For this analysis, the main focus was on policy communities.

Initially, the way in which Japan could expand policy community cohesion with domestic stakeholders and G7 members as well as non-G7 members was assessed. Historically, Japan has been deeply committed to infectious disease control with domestic partners. And, there already exists basis for cooperation for AMR. Japan has published several of its own global health strategies on many occasions, and infection control has always been a central tenant to these strategies. The latest version of Japan’s global health policy, “Basic Design for Peace and Health,” was launched in September 2015 and placed strong emphasis on infection control, especially for pandemics^{8,9}.

Secondly, the G7 also played an important role in positioning AMR as a top-priority agenda

item. There were three meetings related to the G7 in 2016: 1. The G7 Ise-Shima summit, 2. G7 Niigata Agriculture ministers' meeting, and 3. The G7 Kobe health ministers' meeting. Prior to the Japan's G7 presidency in 2016, at the 2015 G7 summit hosted by Germany, AMR was already a key element at the G7 Health Ministers' Meeting. In the communique that was produced, G7 members promised to commit to the One Health approach, and to foster the prudent use of antibiotics¹⁰. This subsequently resulted in the expectation for Japan's G7 presidency to adopt this agenda, and to continue with an increased momentum towards the UN high-level meeting on AMR.

On April 2016, the G7 Niigata Agriculture Ministers' Meeting was held in Japan¹¹. Under the leadership of Mr. Moriyama (former Minister for Agriculture, Forestry and Fisheries), the G7 members and FAO decided to encourage efforts to ensure prudent use of antibiotics in human and animal sectors, as well as agricultural industries and to implement strategies to phase out the use of antibiotics for growth promotion in animals, albeit in the absence of a risk analysis¹². A month after the G7 Niigata Agriculture Ministers' Meeting, the G7 Ise-Shima Summit was held in Japan between the 26th and 27th of May¹³. By elaborating on the discussions from 2015 G7 Elmau Summit in Germany, the G7 Niigata Agriculture Ministers' Meeting and other related meetings, new approaches for

AMR like data sharing, strengthening of monitoring systems, and implementation of surveillance systems were able to be proposed^{14,15}. This declaration by G7 leaders, together with the G7 Niigata Agriculture Ministers' Meeting Declaration, is likely to send a strong political message to the world and was undoubtedly a key milestone towards a convening of the UN High-level meeting on AMR.

On September 11th to 12th, 2016, the G7 Kobe Health Ministers' Meeting was held in Kobe, Japan¹⁶. In the Kobe communique, G7 members agreed to promote actions against and to strengthen surveillance of AMR. And to do so, support the establishment of the development of technical guidelines for regulatory harmonization, and recognition of the challenges in access to medicines and the sustainability of health systems¹⁷. Since the G7 Kobe Health Ministers' Meeting was held in advance of the UN high-level meeting, Japan, together with its fellow G7 members, attempted to convey a strong political message to the world toward a UN high-level Meeting on AMR. Throughout intensive discussions that were part of the preparatory processes of the G7 Elmau summit in Germany in 2015 and continuing to the G7 Kobe health ministers' meeting in Japan in 2016, G7 members were able to successfully promote AMR as top political agenda.

Finally, it has become an imperative that outcomes from the G7 meeting are communicated to stakeholders outside of the G7 arena, and non-G7 member countries. This is in particular regard to countries that are not included in the G7 member countries. Japan is the only member country from the Asian region that is a G7 participant. It is then expected that Japan has a seminal responsibility to connect G7 and non-G7 countries, particularly countries from Asia region. Prior to the G7 Ise-Shima summit, Japan's MHLW and Ministry of Agriculture, Forestry and Fisheries (MAFF), together with the WHO Western Pacific Regional Office (WPRO), and the WHO South East Asia Regional Office (SEARO) hosted the Tokyo Meeting of Health Ministers on Antimicrobial Resistance on April 16, 2016^{18,19}. Twelve countries from Asia and the Pacific region, FAO, and the OIE participated, and adopted the Communique of the Tokyo Meeting of Health Ministers on AMR in Asia with ministers from Asian countries²⁰.

C.3. The political stream for AMR

The political stream comprises of several elements such as public mood, ideology, interest group pressure, the media and other influential actors. In this stream, the leadership of government of the United Kingdom's, and convening high-level meeting on AMR were identified as the two main contributing factors for the success of AMR as a top political

agenda. Of all who successfully contributed to AMR, a higher level of political attention is a predominant result of their political participation.

The government of UK is the leading country in tackling AMR, with two notable champions on AMR. Namely, Dame Sally Davies, who has contributed as the Chief Medical Officer for England, and Lord Jim O'Neil who is well known for the seminal "O'Neil Report²." The UK government not only worked alongside WHO to take AMR to UN high-level meeting as an agenda item, but has also worked in partnership with other countries to share and foster high level of political commitment towards AMR. The UK has continued to engage in dialogue, and maintain political momentum for tackling AMR. Several side events in support of AMR at the World Health Assembly, and UN General Assembly week were hosted by the UK government. Some of which Japan co-hosted. The UK has persuaded on Japan to include AMR within the G7 agenda in 2016²¹. Mr. Jeremy Hunt, Secretary of State for Health, asked his good friend Mr. Shiozaki, the Minister for Health, Labour and Welfare of Japan, to include AMR as a major agenda item at the upcoming G7 Ise-Shima Summit and G7 Kobe Health Ministers' Meeting.

The UN high-level meeting on AMR and its preparatory processes contributed a great deal

to creation of the political stream for AMR. In response to the severe disease burden caused by AMR and UK's strong boost, in May 2015, the World Health Assembly adopted a resolution outlining a comprehensive AMR global action plan. The resolution requested the WHO Director General "to elaborate, in consultation with the United Nations Secretary-General, options for the conduct of a high-level meeting in 2016, on the margins of the United Nations General Assembly, including potential deliverables, and to report thereon to the Sixty-ninth World Health Assembly through the Executive Board at its 138th session²²." In response to the WHO resolution, the 70th UN General Assembly then adopted a resolution requesting a UN high-level meeting on AMR²³. This resulting resolution, "Global health and foreign policy," was proposed by the Oslo group, that comprised of delegates from France, Norway, Thailand, South Africa, Indonesia, Brazil, and Senegal²⁴. In the resolution, the group requested the General Assembly to "hold a high-level meeting in 2016 on antimicrobial resistance" and requested "the Secretary-General, in collaboration with the Director-General of the World Health Organization, and in consultation with Member States, as appropriate, to determine options and modalities for the conduct of such a meeting, including potential deliverables²³." Since the Oslo group comprised of a diverse collection of states, representing all the regions

with different socio-economic levels, this resolution made it easier for the WHO to facilitate dialogue with its member states toward convening a UN high-level meeting on AMR.

Through a year-long consultation process, the United Nation General Assembly finally convened the UN High-Level Meeting on AMR. This comes after HIV/AIDs in 2001, NCDs in 2011 and Ebola in 2014^{25,3}. Leaders have reaffirmed their commitment toward AMR and unanimously adopted the political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on antimicrobial resistance⁴. Mr. Yasuhisa Shiozaki attended the UNGA as the first Japanese health minister to attend such an UNGA and reaffirmed Japan's commitment to this area. Mr. Shiozaki also attended several side events related to AMR and conveyed outcomes through the G7 Ise-Shima summit and G7 Kobe Health Ministers' Meeting^{26,27,28}.

D . 考察

AMR as a problem stream, was relatively simple to describe. And thus, a common understanding among relevant stakeholders was easy to establish with having a cross sectoral slogan such as "One Health". J. Shiffamn analyzed political science of safe motherhood and concluded that one the reason of political failure for this initiative was that there was no clear and common definition of

and understanding of safe motherhood ²⁹. Unlike safe mother initiative, WHO together with a seminal report such as the O'Neil report were able to provide a clear framework for a common knowledge and understanding of AMR among stakeholders.

In regards to the policy stream, the importance of policy cohesion has been widely documented in previous research. In 2013, J. Parkhurst and M. Vulimiri analyzed, using four types of analytical framework, the reason why cervical cancer could not get higher political attention even when there were effective preventive measures with almost the same disease burden of maternal health³⁰. They highlighted the importance of cohesion among stakeholders and concluded that even cervical cancer could not achieve moderate level of cohesion among stakeholders. It was determined that there was a lack of political consistency and no clear consensus on some controversial issues such as financing for HPV vaccines. The balance between cancer and the unfinished agenda of communicable diseases, was thought likely to hinder increased policy cohesion for cervical cancer³⁰. As for AMR, it can be said that Japan as G7 president in 2016 has contributed to enhance policy cohesion between non-G7 members and established G7 members by establishing AMR as an agenda item at G7 related meetings on several occasions: G7 Ise-Shima summit, G7 Kobe Health Ministers' Meeting and G7 Niigata

Agriculture Meeting. Japan also leveraged its G7 presidency role to members external to the G7, in addition to, hosting high-level meetings such as the Tokyo Meeting of Health Ministers on AMR, and related side events at international conferences. Most noteworthy were efforts made for the adoption of the G7 leaders' declaration, G7 Niigata Agriculture Leaders Communique and the G7 Kobe health ministers' communique. All of which clearly indicated the importance of AMR.

Finally, the presence of a political champion is the key component of the political stream. With reference to the previous cervical cancer case described by J. Parkhurst and M. Vulimiri, it was found that first ladies from some African countries, including the First Lady Mama Salma Kikwete, from Tanzania have demonstrated interest in cervical cancer. This is the case even though they are not at an adequate level, or political standing to sufficiently mobilize financial resources into this area³⁰. Similarly, for the case of AMR, the UK government with two opinion leaders in this area were the key factor to success enhancing political awareness of AMR. Along with successful G7 meetings, the UN High-level meeting and its preparatory process also contributed to increased political awareness from leaders around the world.

As G7 president in 2016, Japan has promoted three health related agenda items. Namely,

Global Health Architecture (GHA), Universal Health Coverage (UHC) and AMR. The promotion of GHA and UHC were strongly led by Japan's in their role as G7 hosts, while AMR was predominantly influenced by Germany's initiative in 2015, and strong leadership by the UK government. When we think about the consistency in support for a global health agenda, it is fundamentally important for the G7 president to place their own political interest as a top priority agenda, as well as to succeeding previous G7/G8 agenda. Wherever primary interest came from for pushing some item to G7 agenda, G7 still has great political power in agenda setting process in the area of global health. For example, T. Hafner and J. Shiffman conducted political analysis on health system strengthening (HSS) and concluded that G8 played an important role in attracting global attention toward HSS ³¹.

Support of AMR is now at the highest level than ever before, and the momentum to address this as a global issue is increasing. However, as history tells us, many global health agendas come and go. And as such, there is uncertainty for how long momentum and support for AMR will last. Kingdon indicated that, in order for initiatives to survive, technical feasibility, value acceptability and anticipation of future constrains are essential criteria for survival ⁵. Even though these survival criteria were not

analyzed in this paper, it is still essential that the global community bare these survival criteria in mind in promoting the AMR agenda.

E . 結論

As G7 president in 2016, together with other G7 and non-G7 members, Japan has successfully contributed to enhance the AMR agenda globally. Now is the time to move forward and implement recommendations and actions proposed by seminal agendas such as the UN political declaration on AMR and the G7 Ise-Shima leaders' declaration. The next G20 summit and G20 health ministers meeting will be held in Germany in 2017 ³², where it is expected that the dialogue on AMR will continue. As the G7 President in 2016, Japan is expected to successfully support the transition of the 2016 G7 outcomes to next 2017 G7/G20, WHA, and all the other relevant meetings.

F . 研究発表

1.論文発表

Haruka S, Satoshi E, Kotono H et al (total 14 authors). Japan's contribution to Universal Health Coverage: leveraging the G7 presidency to advance the global health agenda (執筆中)

2.学会発表

なし

G . 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)	9	MOFA. Basic Design for Peace and Health Leaflet. 2015. http://www.mofa.go.jp/files/000118854.pdf .
1. 特許取得 特になし	10	G7 Health Ministers. Declaration of the G7 Health Ministers 8 - 9 October 2015 in Berlin. 2015.
2. 実用新案登録 特になし	11	Ministry of Agriculture Forestry and Fisheries. G7 Niigata Agriculture Ministers' Meeting. http://www.maff.go.jp/e/policies/inter_relate/g7_niigata.html .
3. その他 特になし	12	G7 Niigata Agriculture Ministers' Meeting Declaration. 2016; : 1-5.
参考文献	13	The government of Japan. G7 Ise-Shima summit. http://www.japan.go.jp/g7/ .
1 Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. <i>Lancet</i> 2009; 373 : 240-9.	14	Ministry of Foreign Affairs of Japan. G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. <i>G7 Ise-Shima Summit</i> 2016; : 26-7.
2 O'Neill J. Antimicrobial Resistance : Tackling a crisis for the health and wealth of nations. <i>Rev Antimicrob Resist</i> 2014; : 1-16.	15	G7. G7 Ise-Shima Vision for Global Health. 2016; : 1-8.
3 High-level Meeting on Antimicrobial Resistance. http://www.un.org/pga/71/event-latest/high-level-meeting-on-antimicrobial-resistance/ .	16	G7 Kobe Health Ministers' Meeting. https://www.kobe-g7.jp/en/ .
4 71st UN General Assembly. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on antimicrobial resistance. 2016; 16-16108 : 1-5.	17	G7 Health Ministers. Kobe Communiqué Meeting 11-12 September 2016. 2016; : 1-8.
5 Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies (2nd Edition). 1995 DOI:10.2307/3323801.	18	Tokyo Meeting of Health Ministers on AMR in Asia. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121628.html .
6 WHO. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance. 2015; : 28.	19	Yasuhisa S. Opening remarks at the Tokyo Meeting of Health Ministers on Antimicrobial Resistance (AMR) in Asia. https://www.y-shiozaki.or.jp/en/speech/index.php?start=0&id=69 .
7 World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Options for establishing a global development and stewardship framework. 2015; : Geneva: World Health Organization.	20	Communiqué of Tokyo Meeting of Health Ministers on Antimicrobial Resistance in Asia. 2016.
8 MOFA. Basic Design for Peace and Health. 2015; : 1-13.	21	The government of UK. UK leading the global fight against drug resistant bugs. https://healthmedia.blog.gov.uk/2016/05/27/amr/ .
	22	WHO. Sixty-eighth World Health Assembly. 2015. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/W

- 23 70th UN General Assembly. 70/183. Global Health and foreign policy: strengthening the management of international health crises. .
- 24 WHO. Global health and foreign policy in the UN. <http://www.who.int/un-collaboration/health/unga-foreign-policy/en/>.
- 25 At UN, global leaders commit to act on antimicrobial resistance. <http://www.un.org/pga/71/2016/09/21/press-release-hl-meeting-on-antimicrobial-resistance/>.
- 26 Yasuhisa S. The Side Event on Antimicrobial Resistance. 2016; : 1–2.
- 27 Yasuhisa S. UNGA side event on Public-Private Sector Collaboration to Address AMR. 2016; : 1–3.
- 28 Yasuhisa S. Statement by the Minister of Health, Labour and Welfare, Japan Yasuhisa Shiozaki, The High-Level Meeting on Antimicrobial Resistance. 2016; : 1–2.
- 29 Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet* 2007; **370**: 1370–9.
- 30 Parkhurst JO, Vulimiri M. Cervical cancer and the global health agenda: Insights from multiple policy-analysis frameworks. *Glob Public Health* 2013; **8**: 1093–108.
- 31 Hafner T, Shiffman J. The emergence of global attention to health systems strengthening. 2012 DOI:10.1093/heapol/czs023.
- 32 G20 Germany 2017. https://www.g20.org/Webs/G20/DE/Home/home_node.html.

厚生労働行政推進調査事業費補助金

(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)

「伊勢志摩 G7 サミットとそのフォローアップにおける我が国の国際保健政策」

(H28-地球規模-指定-002)

平成 28 年度総括研究報告書

研究分担者	渋谷健司	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授
研究協力者	野村周平	東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 助教
研究協力者	町田宗仁	金沢大学医薬保健研究域 医学系国際保健学 教授

研究要旨

グローバルヘルスは大きな転機を迎えている。持続可能な開発目標 (SDGs) に向けた動きが加速し、テロ、移民・難民問題、気候変動など保健分野と競合するアジェンダも注目されている。近年の世界的な高齢化や疾病構造の変化に伴い、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 実現がグローバルヘルス政策の議論の中心になった。保健関連の開発援助資金が頭打ちとなるなかで、今後大切なのは民間も含めて途上国内のリソースをいかに活用するかを途上国と一緒に考えていくことである。こうした流れは日本にとって追い風となっている。UHC のさきがけである 1961 年の皆保険導入以来、比較的低コストで良好な健康指標を達成してきた日本の経験と知識、そして低成長・少子高齢社会のなかで将来の保健システムをどう再構築していくのか、という 2 つの側面から、日本の保健医療は世界から注目されている。いままさにグローバルヘルスで日本の時代がやってきたのだ。それは同時に、国益にも結びつく。2016 年の G7 伊勢志摩サミットは日本が主導してグローバルヘルスの課題を前進させる重要な機会となった。日本が推進してきた UHC によって、将来の公衆衛生上の緊急事態にも耐えうる強靱な保健システムの構築に資するというメッセージを世界に伝え、今後のグローバルヘルス政策へ大きな影響を与えるものとなった。

A．研究目的

グローバルヘルスは大きな転機を迎えている。持続可能な開発目標（SDGs）に向けた動きが加速し、テロ、移民・難民問題、気候変動など保健分野と競合するアジェンダも注目されている。近年の世界的な高齢化や疾病構造の変化に伴い、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 実現がグローバルヘルス政策の議論の中心になった。保健関連の開発援助資金が頭打ちとなるなかで、今後大切なのは民間も含めて途上国内のリソースをいかに活用するかを途上国と一緒に考えていくことである。こうした流れは日本にとって追い風となっている。UHC のさきがけである 1961 年の皆保険導入以来、比較的低コストで良好な健康指標を達成してきた日本の経験と知識、そして低成長・少子高齢社会のなかで将来の保健システムをどう再構築していくのか、という 2 つの側面から、日本の保健医療は世界から注目されている。いままさにグローバルヘルスで日本の時代がやってきたのだ。それは同時に、国益にも結びつく。2016 年の G7 伊勢志摩サミットは日本が主導してグローバルヘルスの課題を前進させる重要な機会となった。日本が推進してきた UHC によって、将来の公衆衛生上の緊急事態にも耐えうる強靱な保健システムの構築に資するというメッセージを世界に伝え、今後のグローバルヘルス政策へ大きな影響を与えるものとなった。本報告では、日本のグローバルヘルス政策や、昨年 G7 伊勢志摩サミット・保健大臣会合における一連の政策策定プロセスをまとめる。

B．研究結果

B.1. グローバルヘルス興隆の始まり

グローバルヘルス（Global Health）とは、人々の健康に影響を与える地球規模の保健医療の課題に対して、その課題解決のために国境を越えてさまざまなセクターが協力・連携し、解決していく分野である¹。従来は「先進国による発展途上国への援助」という、「援助する側」と「される側」の二国間の構図の中で、途上国の保健課題を解決していく領域が主流で、International Health と呼ばれていた。しかし、世界規模の産業・経済活動の活発化にともない、人とモノが短時間で国や大陸を移動し、グローバル化が急速に進む現代においては、それまで特定の地域内に留まっていた感染症が地域の外にまで脅威をもたらすようになった。例えば、2014 年に西アフリカで発生したエボラ出血熱の感染拡大は記憶に新しい。保健医療の課題は従来のように一国内だけ、二国間だけでは対処することが難しくなり、国際社会全体で対策を講じなければならなくなってきた。さらに、今では生活習慣病、高齢化、そして保健システムなどの問題は途上国も含めた世界共通の課題である。こうした先進国・発展途上国、両者に共通する地球規模の保健医療の課題を、国々双方の連携や経験と知識の共有によって解決していく分野として、新しくグローバルヘルスという概念が生まれた。（表 1）

グローバルヘルスは 2000 年のミレニアム開発目標（MDGs）の設定を皮切りに興隆した。当時の国連事務総長コフィ・アナン氏が提唱

し、国連加盟 189 カ国が合意した 2015 年までの達成を目指した開発目標だ²。8 つの目標のうち実に 3 つが保健医療関連であり（MDG4—乳幼児死亡率の削減、MDG5—妊産婦の健康の改善、MDG6— HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延防止）、この MDGs の設定によって保健医療は開発の主なアジェンダとなった。これら保健課題の MDGs への包摂の音頭を取ったのは、経済学者ジェフリー・サックス教授（コロンビア大学地球研究所所長）だ。MDGs 設定を始め、目標達成のための戦略（優先分野や実現手段、資金供給メカニズム等）の策定の指揮をとったサックス教授は当時、保健医療分野への援助が開発・経済発展に欠かせないとし、当分野への援助、投資を世界のリーダーたちに訴えた。サックス教授は、当時の自著『貧困の終焉—2025 年までに世界を変える』の中で、「貧困があるから病気になる」だけでなく、「病気があるから貧困になる」ということを指摘し、健康への投資が、開発・経済成長を促すと綴っている。国際社会におけるグローバルヘルスへの期待が急速に高まったのはそれからだ。

さらに、米国を中心に 2000 年半ば頃から、従来の開発の文脈のみではなく保健医療が経済成長戦略や外交安全保障戦略として語られ始めた。特に、2005 年の炭疽菌のテロの頃から感染症などの健康危機対応としてのグローバルヘルスの重要性が注目され始めた³。大学などの研究機関のみならず、外交シンクタンクにもグローバルヘルスを分析する部門ができていった。また、研究開発の

分野でも創薬やワクチン開発を中心に、国際的な共同研究へのグラントが増大した。その中心が米国国立衛生研究所（NIH）や米マイクロソフト共同創業者のビル・ゲイツ氏とその妻が創設したビル&メリнда・ゲイツ財団である。こうして、従来、開発援助という文脈において、既存の保健サービスの提供に主眼が置かれていたが、開発、成長戦略、国家安全保障の国益と研究開発～供給までの全ての保健医療のフェーズがグローバルヘルスの対象となり、多くのステークホルダーが参画し資金が流れ込み、瞬く間に世界中に広がった。

B.2. グローバルヘルスの転機

B.2.1. ポスト MDGs の時代へ

現在、グローバルヘルスは大きな転機を迎えている。特にミレニアム開発アジェンダの節目の年である 2015 年の 9 月、ニューヨーク国連本部において、「国連持続可能な開発サミット」が開催され、193 の加盟国によって、その成果文書として、「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」が採択され、持続可能な開発目標（SDGs）が掲げられた⁴。MDGs の後継となる今後 15 年間の世界の開発目標だ。

MDGs は貧困（MDG1）や教育（MDG2）分野をはじめいくつかの重要な領域で進捗を促進した⁵。しかしながら、保健医療関連については改善は見られたものの達成を楽観視できる要素がほとんどない。特に、世界における 5 歳未満の幼児死亡率は、1990 年から 2015 年の間に 1,000 人あたり 90 人から 43 人

へと半分以下に減少したものの、3分の1に削減するという目標は達成できていない⁵。妊産婦の死亡率も1999年以降45%減少したが、やはり4分の1に削減するという目標へは程遠い結果だ⁵。(表2)

SDGsは、このMDGsで十分に手を打てなかった課題に加え、この15年間に新たに顕在化した課題など17の目標と169のターゲットに全世界が取り組むことによって、「誰も置き去りにしない(leaving no one left behind)」世界を実現しようとするものだ。保健分野は、SDGsで1つの大目標にまとめられ(SDG3—あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する)小目標ではMDGsに盛り込まれた感染症や母子保健から拡大し、途上国での深刻な課題のみならず、先進国から途上国へ拡がりつつある非感染症・生活習慣病など広範な課題が扱われるようになった⁶。

SDGsの特筆すべき点の一つは、MDGsのような個々の感染症を対象とした分野別援助から、保健システム強化といった疾病横断型の社会システム開発への支援を通して、日本が強く推進しているユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC: 全ての人々が、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)を各国が実現することが盛り込まれたことだ。UHCの目標は、全ての人が高品質の基本的な医療サービスを経済的な不安なく受けられることを保証することである。

B.2.2. 岐路に立つグローバルヘルス政策

さらに、SDGsに向けた動きに加え、テロ、移民・難民問題、気候変動など保健分野と競合するアジェンダも注目されている。というのもここ数年で、テロの脅威や難民・移民の急増、気候変動の影響が世界中で加速し、実感できる局面になったからだ。そして、こうした問題は国境を越える外部性(エボラ出血熱、MERS(中東呼吸器症候群)やジカ熱など)の管理やグローバル公共財(ワクチン開発など)の提供、グローバルなシステムの効果的な指導力や受託責任能力といった各国の協働が必要となるグローバルヘルスの主要な機能の根本的な脆弱性を浮き彫りにした。

とりわけ2014年のエボラ出血熱の感染拡大を通じて世界保健機関(WHO)の機能不全は益々明らかとなった。ハーバード大学・ロンドン大学衛生熱帯医学大学の「エボラへのグローバルな対応」に関する独立パネルによる報告書などが、WHOの初動対応の遅さや、国連システムとの緊急時対応の調整力不足等を厳しく指摘している⁷。

一方で、グローバルヘルスへの投資には近年その伸びに陰りが見られている。グローバルレベルの保健医療の課題解決の実施や目標の達成には多額の資金が必要となるが、保健分野における主要先進国政府および政府機関からの公的資金の代表である政府開発援助(ODA)やその他の保健分野への開発援助は、2000年時点でおおよそ120億ドル(約1.3兆円)であったのに対し、2010年には340

億ドル（約 3.6 兆円）まで拡大したが、近年はほぼ横ばいだ。2015 年時点では 360 億ドル（約 4 兆円）と、2010 年以降の年間増加率はわずか 1.2% で頭打ちになってきている⁸。グローバルヘルス機能に拠出された金額は、他の形での保健医療支援、例えば、顧みられない疾病のための研究開発資金の提供も加えて、わずか 173 億ドル（約 2 兆円）だ⁹。二国間援助へは 47 億ドル（約 5,000 億円）。

こうしたことから、今グローバルヘルスは大きな岐路にあるといえよう。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、WHO 改革を始め、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（アーキテクチャーと呼ぶ）の強化が求められる。特に 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だ。そのためには、財政圧力が進み ODA が頭打ちになる中で、各国・パートナーがより効果的な支援を推進し、民間セクターが果たせる役割についても併せて検討していく必要が有る。

B.3. 日本の時代の到来

WHO によると 2015 年、自国の財源のみで UHC を達成・運用できる低所得国は 49 カ国中 8 カ国に過ぎないとしている¹⁰。財政支援は UHC を目指す途上国にとって必要不可欠であるが、歳入を増やすだけでは UHC への取り組みは前進しない。今後大切なのは、各国政府が如何に自国内のリソースを活用し

ながら、保健医療部門への支出を確保・増額し、持続可能なシステムを実現できるようにするかを途上国と一緒に考えていくことである¹¹。こうした流れは日本にとって追い風となっている。というのも、日本の優位性が発揮でき、また諸外国と学びあえる大きな可能性がここ有るからだ。

2011 年、日本は国民皆保険制度が導入されてから 50 周年を迎えた。国民皆保険制度とは、原則的にすべての国民が何らかの公的医療保険に加入することで、病気のとときやケガを負ったときに医療給付を得る制度だ。この国民皆保険制度はまさに UHC の先駆けである。今日では日本人にとって当たり前となった制度だが、国民皆保険という仕組みは中・低所得国では未だ整備されていない。高所得国の中でも、米国で初めて皆保険制度が導入される法案が通ったのはつい一昨年の 2014 年だ（大統領の名前を冠して「オバマケア」と呼ばれる）。この仕組みが確立されていない国では、高額な医療費を医療機関等の窓口で自己負担することになる。

振り返れば、日本は、社会経済上の改善に加えて、1961 年という 50 年も前に達成した国民皆保険制度により、医療へのアクセスが向上し、結果多くの健康指標に関して世界で最も成功した国となった。第二次世界大戦の終了以後、日本の平均寿命は 30 年以上伸び、1980 年代初頭から保健アウトカムは世界トップであり続けている。WHO の 2016 年版の「世界保健統計」によると、2015 年の日本人の平均寿命は 83.7 歳で、世界で首位だ。日本

は統計を遡ることができる20年以上前から、長寿世界一の座を守り続けている。また世界の疾病負荷研究（GBD：Global Burden of Disease Study）2013によれば、2013年の健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）も男女ともに日本が最も長く、男性が71.1歳、女性が75.6歳であった¹²。国民医療費が高所得国の中でも最も低いレベルに抑えられているのも、この国民皆保険制度があることが一つの要因であろう。公平性を保ちながら比較的 low コストで良好な健康指標を達成してきた日本の経験と知識は、世界から大いに注目されている¹³。

日本が注目される理由はそれだけではない。戦後の平均寿命の伸びは、日本の社会経済状況の発展などに加えてUHCが成し遂げた大きな成果であるが、今や出生率の低下と少子高齢社会にともなう社会保障費の増加が加わって、今我が国では保健システムの持続可能性が脅かされている¹⁴。しかしこれは日本に限った問題ではない。世界各国で高齢化が過去に例を見ない勢いで進んでいる。高齢人口が増加すれば、疾病構造が急性疾患から慢性疾患へ、感染症から非感染症疾患へシフトし、日常的な長期継続ケアが必要となる。世界各国は今後、財政が逼迫する中、大量かつ多種多様な保健医療ニーズに応えなければならない。このような状況下で、将来の保健システムをどう再構築、UHCを達成していくのか、という側面においても、今の日本の保健医療システムは諸外国の問題解決の糸口を握っている。まさに今、グローバルヘルス

で日本の時代がやってきたのだ。

最近の事例を見ると、今年1月に国際協力機構（JICA）はタイ政府との技術協力プロジェクト「グローバルヘルスとユニバーサル・ヘルス・カバレッジのためのパートナーシッププロジェクト」に合意した。今後4年間にわたり、日本はタイ国内のUHCの持続性の確保や高齢化にも対応する保健システムの向上に必要な政策提言、それに係る人材の能力強化を行う。さらにタイと協働し、UHCの達成を目指すアジア、アフリカ各国の取り組みを支援し、相互の学び合いの促進を図る¹⁵。

将来の保健医療システムを考える上で、日本の具体例を挙げてみる。日本は低迷する経済状況や急速な少子高齢化、それに伴うこの健康転換に対処するため、非感染症や介護予防を中心とする保健システムの再構築を行っている。2025年までに予防・医療・介護を統合し包括的なサービスを地域コミュニティの中で提供する「地域包括ケアシステム（ICCS）」¹⁶の構築を目指して各種改革を進めている¹⁷。これは長期ケアの提供を強化するコミュニティにおける統合的な保健医療サービスモデルに基づき、病院中心のケアから住み慣れた地域において住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される、患者中心の長期ケアシステムへのシフトが狙いだ。人材育成の問題を抱えてはいるものの、医療職、介護職、福祉職が、ソーシャルワーカーやケアマネージャー、地域ボランティアといったコミュニティー・ヘルスワーカーと協力することでICCSにおいて大きな役

割を果たすことは、グローバルヘルスにおけるコミュニティ・ヘルスワーカーおよび多職種チームの将来を考える上でも大きな示唆を与える。

こうした将来の保健医療システムを考える上で、厚生労働大臣の私的懇談会が「保健医療 2035」で提言している通り、パラダイムシフトが必要となる¹⁸。本提言書では、日本の保健医療システムがインプットからアウトカムへ、量から質・効率性へ、規制から規律へ、キュアからケアへ、専門分化から統合へとシフトすることを提案している。新システムでは公正・公平を重視し、個人の自律と社会連帯を基盤とし、グローバルヘルスの方針決定に携わる。この懇談会が想定しているのは、多様な要求に対応し、財政的に持続可能で世界がともに携わる新しい日本の保健医療システムだ

B.4. 日本のグローバルヘルス政策

グローバルヘルスは先進国と発展途上国間での双方向の協働、そして学び合いが必須となる。それは同時に、日本が直面している少子高齢化に伴う国民皆保険制度の維持の課題等解決の模索にも役立つ。途上国のより逼迫した社会事情で生じる保健医療問題の解決策こそが、実は先進国にも応用できるリバーズ・イノベーションとしての宝の山であり、日本の現在・将来の問題の解決の糸口となる可能性もあるのだ。この双方向の国際的連携は、さらには互いの経済成長にも寄与し、すなわち国益に結び付くことが期待される。

近年、グローバルヘルス政策分野における日本の国際社会でのリーダーシップは世界的に高く評価されている。例えば、日本は過去2000年の九州・沖縄サミット（主要国首脳会議）で、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバルファンド）の創設を主導した。また、2008年の北海道洞爺湖サミットにおいても指導力を発揮した結果、保健システムにおける財政・人材・情報が果たす重要な役割に広く世界の目が向けられることとなった¹⁹。

さらに、グローバルヘルスは日本の外交の重要課題である。2013年5月、我が国の海外経済協力に関する重要事項を議論する「経協インフラ戦略会議」において、外務省が「国際保健外交戦略」を打ち出した²⁰。これを受け、グローバルヘルスを我が国外交の重要課題と正式に位置づけ、世界の健康課題の解決に向けて官民が一体となって取り組むことが関係閣僚間で決定した。”国際保健外交戦略”においては、保健医療こそが日本の外交政策の柱でもある「人間の安全保障」を実現する上で不可欠な分野とし、国民皆保険制度などを通じて世界で最も優れた健康長寿社会を達成している日本の知見・技術力を活かし、UHCを推進することを掲げている。「人間の安全保障」とは、人間一人ひとりに着目し、生存・生活・尊厳に対する広範かつ深刻な脅威から人々を守り、それぞれの持つ豊かな可能性を実現するために、保護と能力強化を通じて持続可能な個人の自立と社会づくりを促す考え方だ。

そして 2013 年 9 月、安倍晋三首相は世界的医学誌ランセット (The Lancet) に「我が国の国際保健外交戦略 - なぜ今重要か - 」を発表し (同誌に G8 諸国の首脳級の寄稿が掲載されるのは初めてである) この「国際保健外交戦略」を紹介するとともに、日本は責任ある成熟国家として自らの経験に基づき、グローバルヘルスに貢献していく決意を世界に表明し、ハイレベルでの政治的コミットメントを確固たるものとした²¹。

B.5. G7 伊勢志摩サミットと日本主導の政策形成

2016 年は日本が今後グローバルヘルス分野でリーダーシップを発揮する上で、またとない年になった。今年 5 月、三重県は伊勢志摩にて日本は 8 年ぶりにサミットのホスト国を務めた。9 月には神戸でサミットに伴う保健大臣会合が開催され、さらに、初めてアフリカの地で開催される第 6 回アフリカ開発会議 TICAD VI (日本政府が主導するアフリカ開発に関する国際会議のこと) も 8 月に行われる。特に伊勢志摩サミットは、SDG の時代の幕開けと、2014 年の西アフリカでのエボラ危機の余波が残る中での開催となり、我が国が主導してグローバルヘルスの課題を前進させる重要な機会となった。特に、先のエボラ危機は、WHO を中心としたグローバルヘルスにおけるガバナンスの不備を露呈させ²²、どのようにそれを再構築していくかがサミットでの大きな課題となった。

伊勢志摩サミット直前の 2015 年 12 月に、安倍首相は自らランセット誌に「世界が平和で

より健康であるために」を投稿し、グローバルヘルスを主な課題としてサミットで議論することをリーダー自ら示し、オールジャパン体制での取り組みが進んだ²³。そして厚生労働省による国際保健懇談会²⁴、官民例のグローバルヘルス・ワーキンググループ²⁵が立ち上げられ、さらに関係省庁横断の検討会などが有機的に機能し²⁶、日本が中心となり世界を巻き込んだ政策形成が行われた。これら一連の政策形成のプロセスにおいて特筆すべき点は、将来グローバルヘルスを担う人材を官民一体となって育成する観点から、職種を問わず、グローバルヘルスに一定の経験と意欲のある若手人材が多く起用されたことだ。

最終的に 5 月 27 日、伊勢志摩サミットの首脳宣言が採択され、喫緊の保健医療問題に直面する国や地域のためのグローバルヘルスに関する取り組みが示された。これには、1) 公衆衛生上の緊急事態への対応強化のためのグローバルヘルス・アーキテクチャーの強化、2) 強靱な保健システム及び危機へのより良い備えを有した UHC の達成、3) 抗菌剤耐性 (AMR) 対策や顧みられない熱帯病 (NTDs) のための研究開発 (R&D) とイノベーションなどが含まれた²⁷。新たな支援基金・組織の創設よりも、既存の資金調達の仕組みや支援制度を革新することによって、より効率性と有効性を高め、各国が賢い健康への投資を行うことで、保健システムのインパクトと説明責任をモニターし評価することが可能となり、グローバルヘルスにおける将来の緊急事態にも十分に備えることができ

る。

安倍首相もランセット誌にて第1の柱として掲げた公衆衛生危機対応の強化に関しては、サミットと同時刻に開催された第69回WHO総会において、加盟国は、エボラ感染拡大の経験を踏まえた感染症アウトブレイクや人道危機に対するWHOの対応力を強化するための、新しいWHO健康危機管理プログラムによる構造改革を採択している。早速日本はこのWHO構造改革に約5,000万ドル(約55億円)の資金拠出を表明した²⁸。エボラ危機の被害拡大の問題の核心は、WHOの初動の遅れとの指摘も多く、WHOは国際社会の批判の矢面に立った。WHOの国・地域の活動の調整能力に限界の疑問も多く、改革が組織の焼け太りになるのではとの批判もある。日本には積極的な改革の監視・監督が求められる。

強靱な保健システム強化やUHCの達成は第2の柱だ。これは安倍政権の「国際保健外交戦略」にも密接に関わっている。そして上述した通り、日本はその強みを大いに発揮できる可能性があり、また世界からの期待も大きい。日本は2000年に、G8九州・沖縄サミットの議長国として、エイズ・結核・マラリアの3大感染症に対応するグローバルファンドの設立を先導した。2013年には、日本初の官民パートナーシップであるグローバルヘルス振興基金(GHIT)が、日本政府や国内製薬会社6社、ビル&メリンダ・ゲイツ財団、国連開発計画(UNDP)との間で設立された。これは国内外の研究機関の連携や助成金交

付を通して新薬、診断薬開発を促進するものだ。さらに今年、日本はパキスタン政府がイスラム開発銀行やロータリー財団、国際機関との連携のもとポリオ・ワクチンの調達や接種活動を行う官民プロジェクト「ポリオ撲滅事業(フェーズ2)」に対し、62.9億円を限度とする円借款貸付契約に調印した。さらに今年1月に発足した世界最大規模の感染症対策のイノベーション連合「Coalition for Epidemic Preparedness Innovations(CEPI)」に、日本政府は1億2500万ドル(約142億円)を拠出する²⁹。

グローバルヘルスには民間セクターや市民社会から様々なアクターが台頭しており、その潮流はまったく変わっている。多様なアクターが協力していくには、それらの主要拠出国である、まさに日本やG7に、主導的な役割が期待されるのだ。G7伊勢志摩サミットは、日本が推進してきたUHCによって健康危機をも予防し、将来の緊急事態にも耐えうる強靱な保健システムの構築に資するというメッセージを世界に伝え、今後のグローバルヘルス政策へ大きな影響を与えるものとなった。

C. 結論

本が主導的な役割を果たし、世界の人々の健康を守るためにも、このグローバルヘルス分野において過去類を見ない盛り上がりを見せる昨今のモメンタムを維持する事が大切だ。それは同時に、日本が直面している課題の解決の模索にも役立つはずである。グローバルヘルスは、先進国が貧しい国に援助する

といった施しの仕組みではなく、双方向の学びのプロセスだ。我が国も、高度経済成長期には機能していた国民皆保険制度も、低迷する経済状況や人口構成の変化、疫学転換のために、持ちこたえられないという課題がある。双方向の国際的連携は、リバース・イノベーションとして先進国の経済成長や安全保障にも寄与し、すなわち国益に結び付くのだ。

D. 研究発表

1. 論文発表

野村周平・町田宗仁・渋谷健司(2017)「グローバルヘルス：日本の時代の到来」, 北潔編『グローバル感染症最前線—NTDsの先へ』(医学のあゆみ 260 巻 11 号)pp.994-1002, 医歯薬出版.

2. 学会発表

特になし

E. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

参考文献

1. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373(9679):1993-1995.

2. WHO. Millennium Development Goals (MDGs). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/>. Accessed July 24, 2016.
3. Sands P, Mundaca-Shah C, Dzau VJ. The neglected dimension of global security - a framework for countering infectious-disease crises. *The New England journal of medicine*. 2016.
4. WHO. Sustainable Development Goals (SDGs). <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/en/>. Accessed July 24, 2016.
5. 国際連合広報センター. 国連ミレニアム開発目標報告 2015 : MDGs 達成に対する最終評価 . 2015; <http://www.unic.or.jp/files/e530aa2b8e54dca3f48fd84004cf8297.pdf>. Accessed July 24, 2016.
6. WHO. Sustainable Development Goal 3: Health. <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/en/>. Accessed July 24, 2016.
7. 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.
8. Dieleman JL, Schneider MT, Haakenstad A, et al. Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health. *Lancet*. 2016;387(10037):2536-2544.
9. Schaferhoff M, Fewer S, Kraus J, et al. How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *Lancet*. 2015;386(10011):2436-2441.
10. WHO. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva: World Health Organization;2010.
11. Yamey G, Sundewall J, Saxenian H, et al. Reorienting health aid to meet post-2015

- global health challenges: a case study of Sweden as a donor. *Oxford Review of Economic Policy*. 2016;32(1):122-146.
12. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators : *Lancet*, 386(10009): 2145 - 2191, 2015..
 13. Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet*. 2011;378(9796):1051-1053.
 14. Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet*. 2011;378(9796):1106-1115.
 15. 独立行政法人国際協力機構(JICA). 日タイ・パートナーシップによる技術協力プロジェクトの実施合意文書の署名 : UHC 推進のグローバル展開に貢献 . 2016; http://www.jica.go.jp/press/2015/20160128_01.html. Accessed July 30, 2016.
 16. 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. 2011; http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/. Accessed July 24, 2016.
 17. 内閣官房. 社会保障・税一体改革成案について . 2011; <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/pdf/230701houkoku.pdf>. Accessed July 31, 2016.
 18. Miyata H, Ezoe S, Hori M, et al. Japan's vision for health care in 2035. *Lancet*. 2015;385(9987):2549-2550.
 19. Reich MR, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet*. 2009;373(9662):508-515.
 20. 外務省. 国際保健外交戦略の策定について . 2013; http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press6_000224.html. Accessed July 25, 2016.
 21. Abe S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet*. 2013;382(9896):915-916.
 22. 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*. 2015;385(9980):1902-1909.
 23. Abe S. Japan's vision for a peaceful and healthier world. *Lancet*. 2015;386(10011):2367-2369.
 24. 国際保健に関する懇談会. 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. 2016; <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10501000-Daijinkanboukokuksaika-Kokusaiika/0000124991.pdf>. Accessed July 25, 2016.
 25. Japan Global Health Working G. Protecting human security: proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan. *Lancet*. 2016;387(10033):2155-2162.
 26. 外務省. 国際会議「新たな開発目標の時代とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ : 強靱で持続可能な保健システムの構築を目指して」の開催. 2015; http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_002725.html. Accessed July 25, 2016.
 27. 外務省. 国際保健のための G7 伊勢志摩 ビジョン . 2016; <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000160313.pdf>. Accessed July 25, 2016.
 28. WHO 神戸センター. WHO 総会-新しい健康危機管理プログラムと健康と高齢化に関する新戦略が採択 . 2016; http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/g7_ise_shima_summit/ja/. Accessed 26 July, 2016.
 29. CEPI: Global partnership launched to prevent epidemics with new vaccines. <http://cepi.net/cepi-officially-launched>. Accessed 25 Jan, 2017

表 1: Global Health と International Health の比較 (Koplan et al. (2009)より抜粋：著者ら訳)

	Global Health	International Health
地理的な範囲	国境を越えて直接あるいは間接的に健康に影響を与える問題に焦点を当てる	自国以外の特に低中所得国の健康課題に焦点を当てる
協力のレベル	グローバルな協力を必要とする解決策の実施や開発	二国間の協力を必要とする解決策の実施や開発
個人か人口か	人口レベルの予防や個人の臨床ケアを含む	人口レベルの予防や個人の臨床ケアを含む
保健医療へのアクセス	国やすべての人の間の健康格差をなくすことを目的とする	他国の人々を助けることを目的とする
学問領域	保健医療を越える学際的な領域	複数の学問領域を含む

表 2:保健関連 MDGs の達成状況

ゴール	達成目標	達成状況
MDG4 : 乳幼児死亡率の削減	2015 年までに 5 歳未満児の死亡率を 1990 年の水準の 1/3 に削減する	世界の 5 歳未満児死亡率は 53% 減少するも、ターゲット達成までは至らず
MDG5 : 妊産婦の健康の改善	A) 2015 年までに妊産婦の死亡率を 1990 年の水準の 1/4 に削減する B) 2015 年までにリプロダクティブ・ヘルスへの普遍的アクセスを実現する	世界の妊産婦死亡率は 45% 減少するも、ターゲット達成までは至らず 開発途上地域の妊産婦のうち、望ましい妊産婦検診を受けているのは 2014 年段階で 52% にすぎない
MDG6 : HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止	A) HIV/エイズの蔓延を 2015 年までに食い止め、その後減少させる B) 2010 年までに HIV/エイズの治療への普遍的アクセスを実現する C) マラリア及びその他の主要な疾病の発生を 2015 年までに食い止め、その後発生率を減少させる	2000-2013 年で、世界の HIV/エイズの感染は 40% 減少 抗レトロウイルス療法によって 1995 年から 2013 年までの間に 760 万人が HIV による死から免れた 2000-2015 年で 620 万人以上の命がマラリア対策により、2000-2013 年で 3700 万人の命が結核対策により救われたと推定される

Global Health Diplomacy Workshop

8-10 May, 2016

Ito International Research Center, The University of Tokyo, Tokyo,

Japan

1) Objectives

Global health, defined as issues that directly or indirectly affect health that can transcend national boundaries, needs a pooling of experience and knowledge and a two-way flow between developed and developing countries. Global health is a global political engagement at the intersection of health, diplomacy and global collective action.

In May 2016, Japan will host the first G7 Summit since the adoption of the Sustainable Development Goals and the end of the Ebola crisis—Japan requires a group of experts in global health diplomacy consisting of stakeholders with diverse expertise to move the global health agenda forward. The G7, along with the World Health Assembly, could once again advance the global health agenda and strengthen health systems at global and national levels by identifying joint actions that contribute to the development of comprehensive cooperation in global health.

This workshop aims to:

1. Develop and strengthen the capacity of the next generation of leaders in global health diplomacy with a special focus on the changing landscape and context in global health and practical applications to health diplomacy at major meetings such as the WHA and the G7
2. Strengthen a network and partnership in collaboration with key stakeholders both within and outside Japan; and
3. Prepare effectively for WHA and G7 Health Minister's meetings.

2) Tentative Agenda

Day	Topic	Description	Speakers/ Responsible persons
<p>Day 1 (Sunday, 8 May)</p> <p>Understanding changing contexts and political landscape in global health governance [Facilitator: Dr.Ezoe]</p>			
9.00- 9.45	1. Course overview	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Overview of the course: background, objectives, expected outcomes, activities ▪ Sharing objectives: Why do we need a capacity-building mechanism for GH? ▪ Learning from good and bad practices (Global, Thailand, Japan, etc.) ▪ Why does Japan/Thailand invest in GH? What are their comparative advantages? 	Dr Ezoe (MOHLW) /Dr Attaya (Thai Ministry of Public Health)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ice breaking session (20 min) ▪ Self-Introduction 	Dr Abe (Tokyo Univ), Dr Sakamoto (MOHLW)
9.45- 10.00	2. Welcome	Welcome remarks	Dr Hinoshita (Ministry of Foreign affairs of Japan)
10.00- 10.30	3. Changing Landscape and context of global health governance(I)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Global Health Landscape (30 min) <p>Definition, evolution of “global health architecture”</p> <p>Who is who in GH? (GO/development agencies: eg, JICA/International organizations/private</p>	Dr Attaya/Dr Ezoe

		<p>sector/foundations/academia/IGO (UNICEF, WB, UNDP etc.)</p> <p>Changing landscape: the role and contribution of global health diplomacy in global health policy development</p> <p>Role of the G7 and other groups</p>	
10.30-10.45		<p>Coffee break</p> <p>(Announce groups and ask them to sit in group after the break)</p>	
10.45-12.30	<p>4. Changing Landscape and context of global health governance(II)</p>	<p>Group work I (5 participants per group)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Roles of international players in GH <p>Objective: to understand the roles of international players through the Ebola crisis</p> <p>Dr. Shiroyama will give an overview of the global landscape of Ebola and key issues (15 min, (1) mapping of players in Ebola responses, (2) important GH movement on Ebola crisis)</p> <p>Assign each group to review the roles of international players in peacetime and in global health emergency including WHO, UN, Governments, development agencies, civil society, private sector, World Bank, etc. (25 min)</p> <p>Group presentation (18 min, 3 min per group)</p> <p>Introduction of other institutions' role</p> <p>Wrap up (10 min)</p>	<p>Prof Shiroyama (University of Tokyo)/Dr Ezo</p> <p>Facilitators:</p> <p>Dr Attaya (MOPH)</p> <p>Prof Boom (Mahidol University)</p> <p>Dr Akashi (NCGM)</p> <p>Dr Sugiura (NCGM)</p> <p>Dr Sugishita (JICA)</p> <p>Mr Kondo (UNDP)</p>
12.30-		Lunch	

13.30			
-------	--	--	--

<p>13.30- 15.30</p>	<p>5. Global health is further confounded by several factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ From MDGs to SDGs; ▪ Unfinished agenda of communicable disease; ▪ Non-communicable disease epidemic; and ▪ Inevitable consequences of globalization (e.g. climate change, trade policy, intellectual properties, human rights) ▪ How do such factors shape the contemporary global health agenda? 	<p>Group work II (5-6 persons/group: 5 groups)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 Clusters: [1] Preparedness and response (Ebola) <ul style="list-style-type: none"> [2] WHO reform (NSA), [3] NCDs [4] Ageing and health system sustainability [5] AMR <p>The participants will</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ study documents on each agenda (briefly & note the timing) ▪ discussion topics: <p>Why is this a global health issue?</p> <p>Who are main stakeholders / actors (MSs & non-MSs) for that issue?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 45 min in preparation, 7 min for each group presentation ▪ Floor discussion and wrap-up the session (30 min) <p>Who determines the priority of Global Health Issues? – authority, accountability, capacity</p> <p>How could we deal with stagnated ODA?</p> <p>Who are the players addressing Global Health Issues at the Global/Regional/National/Local level?</p> <p>Who is responsible for the monitoring and evaluation of Global Health Priorities?</p> <p>Who are the beneficiaries of Global Health Actions?</p> <p>Countries should take the lead, but how?</p>	<p>Facilitation: Dr Ezo (MOHLW)</p> <p>Group advisors: Prof Boom (Mahidol Univ)</p> <p>Dr Attaya (MOPH)</p> <p>Dr Sarah (Tokyo Univ)</p> <p>Dr Miyakawa (MOHLW)</p> <p>Dr Sakamoto (MOHLW)</p> <p>Dr Suwit (IHPP) / Prof Nakatani (Keio Univ) provide over-all comments and wrap up</p>
-------------------------	---	---	---

15.30-15.45		Coffee Break	
15.45-17.00	6. Emerging global health architecture, their inter-relationship, functions, strengths and weaknesses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WHO: Its structure in detail; how WHO develops its policy as well as EB/WHA documents; and its relationship with other UN organizations; WHO in the reform, next step ▪ Diplomatic role in Global Health /Foreign Policy in Global Health (FPGH) network 	<p>Prof Nakatani (Keio Univ)</p> <p>Prof Boom (Mahidol univ) will provide additional comments</p>
17.00-17.15	7. Assignment # 0	<p>Assignment # 0: reading the article</p> <p>One participant will be randomly assigned to summarize the key findings from the article on day 2 by lucky draw on the 2nd day</p> <p>1. “The history and evolution of Global Health Diplomacy”</p> <p>Ilona Kickbusch, Margarita Ivanova (Book title: Global Health Diplomacy: Chapter 2, p 11-26, copyright 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lucky draw for 1 participant for debriefing 	Dr Sarah (Tokyo Univ)

Day 2_(9 May): Experiencing “real” health diplomacy at WHA [Facilitator: Prof Shibuya]			
9.00-9.20	8. Debriefing	Debriefing and present assignment # 0 by lucky participants (10 min each)	Participants

9.20-10.30	9. Getting ready for WHA experiences	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “The beauty of learning from the real battle”: what have we learned from the WHA? ▪ WHA as a learning process ▪ Plan to have 3 speakers with different experiences in WHA and 1 moderator 	<p>Prof Boom (Mahidol Univ)</p> <p>Dr Okabayashi (NCGM)</p> <p>Mr Hiraoka (Nagasaki Univ)</p> <p>Dr Sakamoto (MOHLW)</p> <p>Dr Smith (ACCJ, moderator)</p>
10.30-10.45		Coffee Break	
10.45-12.30	10. About WHA and WHA document system	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description of WHA’s structure, rules and process in detail ▪ Archiving WHO website and documents ▪ Crucial role of secretariat ▪ Inside story about WHA (Behind the door discussions, etc.) ▪ Wrap-up and Q&A 	<p>Dr Attaya (MOPH)/ Prof Boom (Mahidol Univ)</p> <p>Mr Ross (WHO Kobe Center)</p>
12.30-13.30		Lunch	
13.30-15.30	11. Assignment #1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assignment #1: First swimming (3 participants per group) to draft an intervention on agenda of “Aging”. 	<p>Dr Attaya (MOPH), Prof Shibuya (Tokyo Univ) and all resource person as group advisors</p>

15.30-15.45		Coffee Break	
15.45-17.00	12. Mocked up (assignment #1)	<p>Mocked up assignment #1: making interventions (LAB)</p> <ul style="list-style-type: none"> What is an intervention? Interventions: DO and DON'T How to make a good intervention? 	<p>All resource person</p> <p>Dr Attaya (MOPH)</p>
17.00-17.15	13. Assignment #2	<p>Assignment #2 (Paired work) to study documents, free position and prepare interventions on: past WHA agenda on "Hepatitis"</p> <ul style="list-style-type: none"> Lucky draw for debriefing on the 3rd day 	Dr Kato (MOHLW)
17.30-19.30	14. Models in Global Health Capacity Building: investment and burden	<ul style="list-style-type: none"> Why do we invest in GHCB? (Global Health Capacity Building) Cost and consequences of doing nothing What do we expect? Various approaches for GHCB 	<p>Prof Shibuya (Tokyo Univ)</p> <p>Dr Suwit (IHPP)</p> <p>Prof Boom (Mahidol univ)</p> <p>Dr Tobe (JICA)</p> <p>Mr Kondo(UNDP)</p>

Day 3 (10 May 2016): Beyond WHA and next steps [Facilitator: Prof Shibuya]

8.30-8.40	15. Debriefing	Debriefing by lucky participant	Participants
8.40-10.20	16. Mocked up (assignment #2)	<p>Mocked up for assignment #2: role play and making interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> Feed back for intervention 	Prof Boom (Mahidol Univ) / Dr Attaya (MOPH)

	#2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wrap up 	
10.20-10.30		Coffee Break	
10.30-12.30	17. Assignment #3	Assignment #3 (individual work) to study documents, specific roles and position and prepare interventions on: “Human Resource for Health”	Facilitation: Prof Shibuya (Tokyo Univ) / Dr Attaya (MOPH) Advisers: Prof Boom (Mahidol univ), Dr Okabayashi(NCGM), Mr Hiraoka(Nagasaki University)
12.30-13.45		Lunch with exclusive comment from Dr Suwit	
13.45-15.15	18. Negotiation	Negotiation in Global Health <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simulation exercise on informal negotiation ▪ Ask for a volunteer for a case study in front of the room (negotiate with resource person on HRH) ▪ Mocked up for assignment #3: role play and making interventions ▪ Feed back for intervention ▪ Wrap-up 	Dr Attaya (MOPH) /Prof Shibuya (Tokyo Univ) Prof Boom (Mahidol univ) and Prof Shibuya Shibuya (Tokyo Univ) will provide additional comments
15.15-16.00	19. Course summary	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ground final comment ▪ Summary of the course Feedback from participants	Prof Nakatani (Keio Univ) Prof Shibuya (Tokyo Univ)