

厚生労働科学研究費 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

今後の中長期的な G7・G20 への
我が国の関与及び国際保健課題の取組の促進に資する研究

(令和) 7 年度 総括研究報告書

研究代表者 城山 英明

(令和) 8 年 (2026 年) 5 月

別紙2

目 次

I. 総括研究報告

- 今後の中長期的な G7・G20 への我が国の関与及び国際保健課題の取組の促進に資する研究 ----- 1
城山 英明

II. 分担研究報告

1. グローバル保健財政の動向と我が国の政策対応に関する研究 ----- 5
城山 英明
資料「米国第一グローバルヘルス戦略」（日本語訳）
2. 気候変動を含む地球環境と健康との関係に関する研究 ----- 8
勝間 靖
3. 地経学と経済安全保障の観点からの国際保健戦略 ----- 10
鈴木 一人
4. バイオセーフティ・セキュリティの課題と対応の検討に向けて ----- 12
ー合成生物学とAI等の融合技術と技術の民主化のインパクト
松尾 真紀子
5. 国際環境変動の下での日本の保健外交の歴史的経緯と今後の可能性に関する研究 ----- 17
詫摩 佳代
6. AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制に関する研究 ----- 21
ー相互運用性、信頼性、安全性技術、実装ガバナンスを中心に
武見 綾子

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 26

研究代表者 城山 英明 東京大学未来ビジョン研究センター

研究要旨

2030年にはG7が日本で開催される予定である。新型コロナウイルス感染症により顕在化したグローバルヘルス・アーキテクチャーの構造的変化の必要を踏まえ、G7やG20等に向けて日本が今後の国際保健分野において果たすべき役割とその具体的な方法を検討する必要がある。本研究では、これまでの議論や議論の内容を分析して現在のグローバルヘルス・アーキテクチャーに関する課題を明らかにし、日本として提起する課題を明らかにすることを目的とする。初年度である2025年度においては、関連機関の政策文書や論文等の検討や若干のインタビュー等を通して、提起すべき課題の整理、分析を行うとともに、研究枠組みを構築することを目的とした。具体的には、以下の項目について検討を進めた。①「グローバル保健財政の動向と我が国の政策対応に関する研究」（研究代表者 城山英明）、②「気候変動を含む地球環境と健康との関係に関する研究」（研究分担者 勝間靖）、③「地経学と経済安全保障の観点からの国際保健戦略」（研究分担者 鈴木一人）、④「バイオセーフティ・セキュリティの課題と対応の検討に向けてー合成生物学とAI等の融合技術と技術の民主化のインパクト」（研究分担者 松尾真紀子）、⑤「国際環境変動の下での日本の保健外交の歴史的経緯と今後の可能性に関する研究」（研究分担者 託摩佳代）、⑥「AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制に関する研究ー相互運用性、信頼性、安全性技術、実装ガバナンスを中心に」（研究分担者 武見綾子）。

各研究項目に関する研究結果・考察・結論は以下の通りであった。①「グローバル保健財政の動向と我が国の政策対応に関する研究」：国際保健財政に関するグローバルな状況に関しては、新型コロナウイルスへの対応を踏まえて設置された「世界保健イニシアティブの将来」やこの議論を踏まえて採択されたルサカ・アジェンダにおける水平的アプローチ・調整の志向について確認した。また、アメリカの政策については、国際保健における一般的な水平的アプローチ志向、既存プログラムについての選択的関与について確認した。また、日本政府が主導して国際保健機関、世界銀行と連携したUHCナレッジハブの特徴と可能性を明らかにした。②「気候変動を含む地球環境と健康との関係に関する研究」：WHOが気候変動を優先課題としたのは2008年以降であることが明らかになった。また、今後のHNAP（保健適応計画）には、身体的な健康のほか、メンタルヘルスやウェルビーイングを含めることが期待される。③「地経学と経済安全保障の観点からの国際保健戦略」：地政学的、地経学的パワーを持つ国は、そのパワーを用いて自らが求める国際秩序を作ろうとするが、各国の抵抗や対抗措置によって、思い通りに国際秩序を操れるわけではない。国際社会は、ルールに基づく秩序から、パワーに基づく秩序に移りつつあるが、新たな秩序がどのような形に収まるのかは、まだ流動的である。日本はルールに基づく国際秩序を主張する、ミドルパワーによる連合において主導的な役割を果たし、パワーに基づく秩序とは異なる世界を用意しておくことが重要となる。国際秩序は流動的な中で、日本は自らの戦略的自律性と不可欠性を高めながら、地政学的なパワーゲームに巻き込まれないよう、ルールに基づく秩序を守り続け、パワーに基づく秩序とは異なる、代替となる世界を用意しておく必要がある。④「バイオセーフティ・セキュリティの課題と対応の検討に向けてー合成生物学とAI等の融合技術と技術の民主化のインパクト」：現状バイオ×AI等の融合技術の進展と技術の民主化によるバイオセーフティ・セキュリティ上の課題について、近年国際的にも議論が進展している合成核酸スクリーニングをめぐる取り組みも含めて、整理した。その上で、バイオセーフティ・バイオセキュリティの概念の違いを述べたうえで、両者が近年近接しており、ライフサイエンスの研究開発に関するWHOの報告書（2022）で提唱されている「バイオリスク」がそれらをブリッジする概念となりうることを論じるとともに、試行的なバイオセーフティ・バイオセキュリティ・バイオリスクのランドスケープマップを提示した。⑤「国際環境変動の下での日本の保健外交の歴史的経緯と今後の可能性に関する研究」：日本がグローバルヘルスとどのように関わり合ってきたのかに関しては、一定の断絶もあるが、ある種の継続性も見出すことができる。そしてその継続性は今後のグローバルヘルスにおける日本の役割について大きな示唆に富むものといえる。具体的には、グローバル保健分野における日本の取り組みは軍事的な国際貢献に限られている中で貴重な国際支援の手段であること、生物医学的な側面に偏らず、社会医学的な側面にも配慮した包括的な支援を展開していることなど、戦前からの一貫性を見出すことができる。今後の日本の役割として、保健協力におけるイノベーションの創生、グローバルなレベルでの法整備や規範の維持に果たす役割、地域との連携強化を進める役割がある。⑥「AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制に関する研究ー相互運用性、信頼性、安全性技術、実装ガバナンスを中心に」：技術への期待が高まる局面においてこそ現場感覚と専門家配置の統合的重要性が逆説的に増大すること、経路依存的な制度的硬直性のもとでは国際標準が国内改革の外部参照点として機能し得ること、各国制度の「統合」と「独立」の二分法を超える設計原理としての相互運用性が複数領域で共通の構造として観察されること、安全性を担保する技術自体を国際共同研究の対象とすること、国際協力が知識共有から実装調整へと再構成され得ること、これらの諸論点は技術的解決主義を超えた高解像度の制度設計問題に収斂し得ることが明らかとなった。そして、ありうる技術および標準が国境を越えて流通可能である一方、それ

らを機能させる制度的配置は各国固有性が強いという非対称性のもとでは、国際協調は同一制度の移植ではなく、各国の制度的経験の相互参照と原理レベルの共通基盤構築という形をとる必要があると整理した。

<研究目的>

2030年にはG7が日本で開催される予定である。新型コロナウイルス感染症により顕在化したグローバルヘルス・アーキテクチャーの構造的変化の必要を踏まえ、G7やG20等に向けて日本が今後の国際保健分野において果たすべき役割とその具体的な方法を検討する必要がある。UHCナレッジハブの役割・運営のあり方や国連総会UHCハイレベル会合における政治宣言文への貢献、またポストSDGsを見越したグローバルヘルス・アーキテクチャーのあり方と日本の貢献の方向性等も念頭に置きつつ、2030年のG7保健大臣会合の議題設定及び大臣宣言文等に関する検討を行っていくことが必要である。そのような作業の前提として、本研究では、これまでの議題や議論の内容を分析して現在のグローバルヘルス・アーキテクチャーに関する課題を明らかにし、日本として提起する課題を明らかにすることを目的とする。2025年度においては、関連機関の政策文書や論文等の検討や若干のインタビュー等を通して、提起すべき課題の整理、分析を行うとともに、研究枠組みを構築することを目的とした。具体的には、以下の項目について検討を進めた。

①研究代表者 城山英明「グローバル保健財政の動向と我が国の政策対応に関する研究」

新型コロナウイルスへの対応をうけて、国際的な保健ガバナンスの改革が行われたが、このような新たな枠組みを実施していくための大きな課題として、基礎的な保健システムを構築していくための資源を如何にして確保するのかという課題がある。アメリカが国際保健に関する資金拠出を大幅に見直しつつあるなかで、国際保健財政の動向と今後の方向性の選択肢に関する議論を分析するとともに、日本の主導によるUHCナレッジハブ設置やその役割について検討することを目的とした。

②研究分担者 勝間靖「気候変動を含む地球環境と健康との関係に関する研究」

WHOでは、気候変動の健康への悪影響を回避・軽減するために適応策が注目されてきた。本研究では、適応策で想定される健康の課題が、いかに拡大してきたかを解明することを目的とした。

③研究分担者 鈴木一人「地経学と経済安全保障の観点からの国際保健戦略」

国際秩序が不安定になる中で、G7、G20といったフォーラム、国際的なルールや規範の役割がどう変化したかを、地経学及び経済安全保障の観点から明らかにし、日本の国際保健戦略を考える前提を明らかにすることを目的とした。

④研究分担者 松尾真紀子「バイオセーフティ・セキュリティの課題と対応の検討に向けてー合成生物学とAI等の融合技術と技術の民主化のインパクト」

バイオの分野の基盤技術として急速に進展する合成生物学とAI・自動化・ロボティクス等の組み合わせによる融合技術の台頭と、それによる技術の民主化がもたらす、バイオセーフティ・セキュリティの課題を明らかにし、それへのガバナンス対応について検討することを目的とした。

⑤研究分担者 託摩佳代「国際環境変動の下での日本の保健外交の歴史的経緯と今後の可能性に関する研究」

国際環境変動の下における日本の国際保健協力立ち位置や役割について考えるために、戦前から今日に至るまでの長いスパンの中で、日本がグローバルヘルスとどのように関わってきたのかを明らかにすることを目的とした。

⑥研究分担者 武見綾子「AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制に関する研究ー相互運用性、信頼性、安全性技術、実装ガバナンスを中心に」

AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制を、個別技術の開発支援ではなく、データの独立性と相互運用性を両立させる設計原理、国際協力を国内改革の外部参照点として機能させるメカニズム、安全性を担保する技術自体の共同開発、技術的解決主義(technological solutionism)を超えた高解像度の専門家配置——これらを統合する実装ガバナンスの問題として捉え直し、2030年G7に向けた検討の基盤を構築することを目的とした。

<研究方法>

本研究は、基本的には、関係機関における政策文書や論文の分析を通して行った。一部については、関係者のインタビューも活用した。

(倫理面への配慮)

ヒアリング調査に際しては趣旨等を丁寧に説明するとともに、データについては規定等に基づいて適切に管理する。

<研究結果及び考察>

各々の研究項目に関する研究結果及び考察は以下の通りである。

①研究代表者 城山英明「グローバル保健財政の動向と我が国の政策対応に関する研究」

国際保健財政に関するグローバルな状況に関しては、新型コロナウイルスへの対応を踏まえて設置された「世界保健イニシアティブの将来(Future of Global Health Initiatives: FGHI)」や、この議

論を踏まえて採択されたルサカ・アジェンダにおける水平的アプローチ・調整の志向について確認した。また、アメリカの政策については、国際保健における一般的な水平的アプローチ志向、既存プログラムについての選択的関与について確認した。また、日本政府が主導して国際保健機関、世界銀行と連携した UHC ナレッジハブの特徴を明らかにした。

②研究分担者 勝間靖「気候変動を含む地球環境と健康との関係に関する研究」

第1に、WHO が気候変動を優先課題としたのは2008年以降であることが明らかになった。この年の世界保健デーのテーマは「気候変動と健康」で、あり世界保健総会において気候変動と健康に関する決議が採択された。そして2009年には、最初の「気候変動と健康に関する作業計画：2008-2013」が策定された。第2に、WHO は『健康、環境、気候変動に関する世界戦略』（2020）を刊行し、加盟国が脆弱性・適応策アセスメントを実施し、気候変動適応計画（NAP）に保健適応計画（HNAP）を含めることを支援していることを確認した。第3に、IPCC は、2022年の第2作業部会第6次評価報告書（AR6）で、初めて、メンタルヘルスとウェルビーイングを健康影響評価に取り入れたことを確認した。

③研究分担者 鈴木一人「地経学と経済安全保障の観点からの国際保健戦略」

地政学的、地経学的パワーを持つ国は、そのパワーを用いて自らが求める国際秩序を作ろうとするが、各国の抵抗や対抗措置によって、思い通りに国際秩序を操れるわけではない。国際社会は、ルールに基づく秩序から、パワーに基づく秩序に移りつつあるが、新たな秩序がどのような形に収まるのかは、まだ流動的であることを示した。

④研究分担者 松尾真紀子「バイオセーフティ・セキュリティの課題と対応の検討に向けてー合成生物学とAI等の融合技術と技術の民主化のインパクト」

現状バイオ×AI等の融合技術の進展と技術の民主化によるバイオセーフティ・セキュリティ上の課題について、近年国際的にも議論が進展している合成核酸スクリーニングをめぐる取り組みも含めて、整理した。大規模言語モデル（LLM）と生物学的AIツール（Biological AI Tool）が生物学研究のワークフローに統合されて実験等がロボティクスで全自動化していくことで技術の大きな進展が見込まれる一方で人の介在や監視が適切に把握できないリスクにつながりうることを、技術の民主化による多様なセクター・アクターの新規参入によりガバナンスが複雑化すること、とりわけ核酸合成に関しては、AIによって新規の設計が可能となることから懸念ある配列（SOC）を既存のリスト管理ですることが困難となる可能性とそれへの国際議論について、報告書等をもとに明らかにした。その上で、バイオセーフティ・バイオセキュリティの概念の違いを述べ

たうえで、両者が近年近接しており、ライフサイエンスの研究開発に関するWHOの報告書（2022）で提唱されている「バイオリスク」がそれらをブリッジする概念となりうることを論じるとともに、試行的なバイオセーフティ・バイオセキュリティ・バイオリスクのランドスケープマップを提示した。

⑤研究分担者 託摩佳代「国際環境変動の下での日本の保健外交の歴史的経緯と今後の可能性に関する研究」

日本がグローバルヘルスとどのように関わり合ってきたのか関しては、一定の断絶もあるが、ある種の継続性も見出すことができることを明らかにした。そしてその継続性は今後のグローバルヘルスにおける日本の役割について大きな示唆に富むものといえる。具体的には、グローバル保健分野における日本の取り組みは、国際環境の変動に伴って変化してきた部分はあるが、他方、軍事的な国際貢献が限られている中で、貴重な国際支援の手段であること、生物医学的な側面に偏らず、社会医学的な側面にも配慮した包括的な支援を展開していることなど、戦前からの一貫性を見出すことができた。

⑥研究分担者 武見綾子「AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制に関する研究ー相互運用性、信頼性、安全性技術、実装ガバナンスを中心に」

本年度の作業から、以下の中間的傾向が観察された。第1に、技術への期待が高まる局面においてこそ現場感覚と専門家配置の統合的重要性が逆説的に増大すること、第2に、経路依存的な制度的硬直性のもとでは国際標準が国内改革の外部参照点として機能し得ること、第3に、各国制度の「統合」と「独立」の二分法を超える設計原理としての相互運用性が複数領域で共通の構造として観察されること、第4に、安全性を担保する技術自体を国際共同研究の対象とすることで、国際協力が知識共有から実装調整へと再構成され得ること、第5に、これらの諸論点は技術的解決主義を超えた高解像度の制度設計問題に収斂し得ることが明らかとなった。

<結論>

各研究項目に関する結論は、以下の通りである。

①研究代表者 城山英明「グローバル保健財政の動向と我が国の政策対応に関する研究」

現状に対する国際的検討及びアメリカの政策の両者において、大きな方向性としては水平的アプローチへの移行が求められていることが確認された。しかし、短期的には、移行の速度や誰が水平的調整の担い手になるのかといった点において、国際的は方向性の違いがみられた。そのような中で、日本が主導して、世界保健機関と世界銀行と連携して推進しているUHCハブは、水平的アプローチを支える場として、アメリカとは距離のある世界保健機関とアメリカが持続的に関与している世界銀行とのつなぎの場として、国内財源確保を支援する場として、一定の役割を果たしうると考えられる。

②研究分担者 勝間靖「気候変動を含む地球環境と健康との関係に関する研究」

気候と健康との関係において、『UAE宣言』は分岐点として位置づけられることが明らかとなった。また、今後のHNAPには、身体的な健康のほか、メンタルヘルスやウェルビーイングを含めることが期待される。

③研究分担者 鈴木一人「地経学と経済安全保障の観点からの国際保健戦略」

現代の国際秩序は地政学・地経学的なパワーによって左右され、それ故、G7・G20のような大国間協調の枠組みを維持することは難しく、その枠組みを通じた国際保健課題に対する取り組みを進めることは難しい。故に、日本はルールに基づく国際秩序を主張する、ミドルパワーによる連合において主導的な役割を果たし、パワーに基づく秩序とは異なる世界を用意しておくことが重要となる。国際秩序は流動的な中で、日本は自らの戦略的自律性と不可欠性を高めながら、地政学的なパワーゲームに巻き込まれないよう、ルールに基づく秩序を守り続け、パワーに基づく秩序とは異なる、代替となる世界を用意しておくことが必要である。

④研究分担者 松尾真紀子「バイオセーフティ・セキュリティの課題と対応の検討に向けてー合成生物学とAI等の融合技術と技術の民主化のインパクト」

今後さらに、セーフティ・セキュリティを取り巻くランドスケープを、セーフティ・セキュリティに関連する異なるコミュニティ（安全保障、経済安全保障、ヘルス・セキュリティ、人間の安全保障、研究セキュリティ、サイバーセキュリティ、環境・多様性のセーフティ、フードセーフティ等）の関係者等とも連携して、整理していく必要がある。また、対応策に関しては、現状では例えば、Red teaming、If-then strategyの実施、技術的解決としてのセーフティ・セキュリティby designの埋め込み、規範形成/ガイドラインや規制の策定など、様々な対応が想定される。

⑤研究分担者 託摩佳代「国際環境変動の下での日本の保健外交の歴史的経緯と今後の可能性に関する研究」

今後の日本の役割として、以下の点が考えられる。第1に、保健協力におけるイノベーションの創生において日本は重要な役割を担っている。例えば日本はグローバルヘルス技術振興基金（GHIT）の設立を主導し、途上国での顧みられない病気の治療、診断、

ワクチン開発推進に努めてきた。さまざまな健康上の脅威に対して、安定的に財政支援を行い、また国際的な研究協力を後押しするシステムは、保健分野のイノベーションを推進する上で、多くの示唆に富むと言える。第2に、グローバルなレベルでの法整備や規範の維持に果たす役割がある。日本はIHR改正とパンデミック協定の交渉に積極的に参加してきており、2025年12月には従来からユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に焦点を当ててきた経験を踏まえ、UHCナレッジハブを開設した。日本のグローバルヘルスへの取り組みは、人間の安全保障など国際規範に則したものであり、グローバル志向であったとの評価があり、UHCハブは公平性の確保という新たな規範の実現に向けて、役割が期待される。トロント大学のフィリップ・リブシーは日本について、過去に、新たな国際制度の構築・改革に関与してきた実績があり、国際組織の改革を通じて、自由で開かれた国際秩序を強化することができる」と指摘するが、保健の分野でも同様の期待を持つことができる。第3に、地域との連携強化を進める役割である。感染症への備えと対応は、重層的な構造になっており、グローバルなレベルの枠組みの整備と並行して、近隣諸国や友好国との間で、実質的な備えを共に固めていく必要がある。国立健康危機管理研究機構（JIHS）を中心として、関係各国とアジア太平洋地域におけるヘルス・セキュリティ強化のために連携していくことが期待される。

⑥研究分担者 武見綾子「AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制に関する研究ー相互運用性、信頼性、安全性技術、実装ガバナンスを中心に」

ありうる技術および標準が国境を越えて流通可能である一方、それらを機能させる制度的配置は各国固有性が強いという非対称性のもとでは、国際協調は同一制度の移植ではなく、各国の制度的経験の相互参照と原理レベルの共通基盤構築という形をとる必要があると整理し得る。グローバルヘルスにおける国際協調体制は、この観点から、各国の国内実装能力を構築・改善する経路として位置づけ直す視座があり得る。日本は、高齢化、UHC、医療DX、がんゲノム医療、DFFT、広島AIプロセス等の経験を有しており、これらを個別政策としてではなく、研究開発を支えるデータ・AIガバナンスの設計原理として再構成することで、今後の政策提言の基盤を提示し得る。

厚生労働科学研究費補助金（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）
（分担）研究報告書

グローバル保健財政の動向と我が国の政策対応に関する研究
研究代表者 城山 英明 東京大学未来ビジョン研究センター

研究要旨

2019 年末以来の新型コロナウイルスへの対応をうけて、国際的な保健ガバナンスの改革が行われた。2024 年 6 月には国際保健規則が改正され、2025 年 1 月には WHO パンデミック協定が採択された。これらにより、新たな国際的な枠組みが構築されつつある。このような新たな枠組みを実施していくための大きな課題として、発展途上国を含めた各国が、どのようにして国際保健規則を実施するコアキャパシティやパンデミックの予防やサーベイランスのための能力を含む基礎的な保健システムを構築していくための資源を確保するのかという課題がある。また、第 2 次トランプ政権の下で、国際保健に関する資金拠出を大幅に見直しつつある。本研究は、このような状況において、国際保健財政の動向と今後の方向性の選択肢に関する議論を分析するとともに、日本の主導による UHC ナレッジハブ設置やその役割について検討した。国際保健財政に関するグローバルな状況に関しては、新型コロナウイルスへの対応を踏まえて設置された「世界保健イニシアティブの将来（Future of Global Health Initiatives : FGHI）」、この議論を踏まえて採択されたルサカ・アジェンダにおける水平的アプローチ・調整の志向について確認した。また、アメリカの政策については、国際保健における一般的な水平的アプローチ志向、既存プログラムについての選択的関与について確認した。また、日本政府が主導して国際保健機関、世界銀行と連携した UHC ナレッジハブ構想についても検討した。そして、大きな方向性としては水平的アプローチへの移行が求められている点、短期的には移行の速度や誰が水平的調整の担い手になるのかといった点において国際的な方向性の違いがみられる点、UHC ハブは水平的アプローチを支える場として、アメリカとは距離のある世界保健機関とアメリカが持続的に関与している世界銀行とのつなぎの場として、また、国内財源確保を支援する場として一定の役割を果たしうることが確認された。

A. 研究目的

2019 年末以来の新型コロナウイルスへの対応をうけて、国際的な保健ガバナンスの改革が行われた。2024 年 6 月には国際保健規則が改正され、2025 年 1 月には WHO パンデミック協定が採択された。これらにより、新たな国際的な枠組みが構築されつつある。このような新たな枠組みを実施していくための大きな課題として、発展途上国を含めた各国が、どのようにして国際保健規則を実施するコアキャパシティやパンデミックの予防やサーベイランスのための能力を含む基礎的な保健システムを構築していくための資源を確保するのかという課題がある。パンデミック協定においては、持続可能な資金調達という項目において、発展途上国を支援する追加的資金調達や、国内的な資源調達等が規定されているが、どこまでこれらが実現するのかは不透明である。また、従来、国際保健における重要な資金拠出主体であったアメリカは、第 2 次トランプ政権の下で、国際保健に関する資金拠出を大幅に見直しつつある。本研究は、このような状況における、国際保健財政の動向と今後の方向性の選択肢に関する議論を分析することを目的とする。また、このような国際保健財政の動向における日本の施策や役割について検討する。

B. 研究方法

関係機関の政策文書や論文の分析を主として行う。また、関係機関の関係者に対するヒアリングを行う。

（倫理面への配慮）

ヒアリング調査に際しては趣旨等を丁寧に説明するとともに、データについては規定等に基づいて適切に管理する。

C. 研究結果

（1）国際保健財政のグローバルな検討状況

国際保健財政においては、21 世紀に入って設立され、規模を拡大した世界エイズ・結核・マラリア対策基金（The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria : グローバルファンド）や Gavi、世界資金ファシリティー（Global Financing Facility : GFF）、感染症流行対策イノベーション連合（Coalition for Epidemic Preparedness Innovations : CEPI）といった新たなグローバル保健イニシアティブ（Global Health Initiatives : GHI）が大きな役割を担ってきた。そして、これらの GHI は、グローバルファンドや Gavi にみられるように、個別疾患や個別の介入手段に焦点を当てる垂直的アプローチの担い手という側

面を強く持っていた。

そのような中で、新型コロナウイルスへの対応を踏まえて設置された「世界保健イニシアティブの将来（Future of Global Health Initiatives：FGHI）」においては、GHI 相互間の調整、これらの GHI と他の多国間ドナー、地域的支援枠組み、二国間ドナー、民間ドナーとの調整、これらの多様なドナーと資金受入国の国内資金調達や各国保健計画との調整に焦点を当てて将来の方向性を検討してきた。「世界保健イニシアティブの将来（FGHI）」は、民間のウェルカム財団（Wellcome Trust）が事務局となる形で、2022 年に構想された。2023 年には集中的な検討を行い、2024 年以後はフォローアッププロセスが進められた¹。

FGHI における議論を踏まえて、ザンビアのルサカ（2023 年 11 月）でのマルチステークホルダー・ダイアログを踏まえ、ルサカ・アジェンダが合意され、2023 年 12 月の UHC の日にその内容が発表された。ルサカ・アジェンダにおいては、5 つの重要なシフトに関するコンセンサスが示された²。議論の当初においては、GHI の統合を目指すべきだといった案もあったが、最終的には、GHI 間の連携強化という方向に落ち着いた。第 1 に、保健システムを効果的に強化することで、PHC により強く貢献することが必要であるとされた。第 2 に、国内資金による持続可能な保健サービスと公衆衛生機能の確保に向けて、GHI は触媒的な役割を果たすとされた。また、UHC を達成するためには資金を増やす必要があることを認識し、GHI は財政面やプログラム面での持続可能性という目標に向けた連携を強化し、保健医療に対する国内支出の増加への動きを支援し、その他の外部支援からの段階的で首尾一貫した移行を確実にするとされた。第 3 に、保健面での成果の公平性を達成するための共同アプローチを強化するとされた。GHI は、コミュニティ主導のものを含む公共部門と民間部門の保健提供者を支援、拡大、補完するための共同アプローチを採用し、最も脆弱で社会から疎外された人々に手を差し伸べるための協調的・的を絞ったプログラムを展開し、支援が行き届いていないコミュニティに対する統合サービス提供を支援するとされた。第 4 に、戦略と運営の一貫性を実現するとされた。第 5 に、グローバルヘルスにおける市場と政策の失敗に対処するため、製品、研究開発、地域における製造力確保に向けたアプローチを構築するとされた。

（2）国際保健財政に対するアメリカの政策

2025 年 6 月に議会に提出されたトランプ政権の

予算提案では、アメリカの国際保健に関する拠出はアメリカ人の安全確保や救命支援に限定されており、多くの拠出が削減あるいは廃止の対象となった。具体的には、Gavi への拠出は凍結された。他方、グローバルファンドに関しては、2026 年から 3 年間のプレッジが行われた。

アメリカのグローバルヘルスに関する一般的政策としては、「アメリカ第 1 グローバルヘルス戦略」（America First Global Health Strategy）が 2025 年 9 月に公表された。この戦略においては、エイズ対策等における過去 25 年間の成果を評価しつつも、その実施形態においては重複や無駄が多いと指摘した³。そして、今後の対応としては、従来の個別疾患を中心的対象とし、コンサルティング会社、NGO などに実施を依存した垂直的アプローチから水平的アプローチへの転換が求められた。例えば、ケニアに対しては 2030 年といった比較的短期の目標年次を目標とした国内財政支出への移行が求められた⁴。

（3）日本の対応

日本の厚生労働省と財務省が主導の下、世界保健機関と世界銀行と連携して、UHC ハブが設置された。UHC ハブは、低所得国および下位中所得国の保健関係省や財務関係省の政策担当者を対象に、知見共有や能力強化等を通じて UHC という基盤的保健システムの構築・運営を支援することを目的としている。内容的には、能力開発：（各国の政策担当者に対して、保健財政や公的財政管理に関する研修プログラムを提供することにより、実効性のある政策の策定と実施を支援）、知見の共有：（各国間の相互学習を促進し、実務者に焦点を当てた学習機会を提供）、政策の実施支援（UHC の実現に向けた具体的な行動を促進し、各国のニーズに応じたプログラムを設計）を行っている。特に、UHC の運用において重要な地方政府レベルでの財務管理に注目している点、民間レベルでの活動との連携に着目している点に特色がある。具体的には、カンボジア、エジプト、エチオピア、ガーナ、インドネシア、ケニア、ナイジェリア、フィリピン等を対象にプログラムを実施している。活動としては、2025 年 12 月 6 日に世界銀行総裁、世界保健機関事務局長等も参加して UHC ハイレベルフォーラムが東京で開催され、UNC ナレッジハブ設立文書等が採択された。

運営体制としては、公式のボード等が設置されることはなく、4 者（厚生労働省、財務省、世界保健機関、世界銀行）による合同作業グループ（Joint Working Group）により運営されている。4 者構成

¹ 城山英明「グローバル保健財政の構造と課題」、東京大学未来ビジョン研究センターワーキングペーパー No. 36、2025 年 3 月。

² Future of Global Health Initiatives, “Lusaka Agenda”, 2023 (<https://futureofghis.org/final-outputs/>).

³ United States of America Department of State, “America First Global Health Strategy”, September 2025. （添付翻訳資料を参照）。

⁴ WHO 関係者ヒアリング（2026 年 2 月 24 日）

のメリットとしては、主要対象国である 8 カ国等において、世界銀行の通常プログラムへのアウトリーチが可能である点が指摘されている⁵。

D. 考察

アメリカの政策転換等の下で、国際保健に関する資金が限定される中では、国内財源の活用や各国による国際保健への拠出を調整して有効に使うことが重要になる。

その点では、グローバルファンドや Gavi といった世界保健イニシアティブ間の連携・調整強化を訴えた「世界保健イニシアティブの未来」プロセスの成果であるルサカ・アジェンダの指摘は大きな方向性としては、重要になってきているといえる。また、アメリカの政策の全般的方向性としては、水平的アプローチを支持する方向性がみられる。

他方、当面のアメリカの個別的政策としては、Gavi とグローバルファンドへの態度は異なっている。その意味ではどのような範囲で、誰が主導して、水平的アプローチ促進のための調整を進めていくのかに関する戦略的判断が必要になる。アメリカの現在の政策においては、比較的優遇されているグローバルファンドがそのような担い手になる可能性が示唆されている。しかし、このような方向性とは異なるヨーロッパ諸国の方向性との調整が必要になる。

また、日本が主導して、世界保健機関と世界銀行と連携して推進している UHC ハブ構想もそのような調整の場として機能しうる。UHC を重視するアプローチは、個別疾患への対応を重視する垂直的アプローチに対して水平的アプローチを支える場たりうる。アメリカとは距離のある世界保健機関とアメリカが持続的に関与している世界銀行のつなぎという意味でも一定の役割を果たしうる。また、マクロレベルでは、国際保健に関する援助資金が減少する中で、国内財源の発見・活用が不可避であり、このような中で UHC ハブによる途上国内保健財政の制度的支援は重要になりうる。

E. 結論

2019 年末以来の新型コロナウイルスへの対応をうけて、国際的な保健ガバナンスの改革が行われたが、新たな枠組みを実施していくための大きな課題として、発展途上国を含めた各国がどのようにして基礎的な保健システムを構築していくため

の資源を確保するのかという課題がある。そのような現状に対する国際的検討の状況やアメリカの政策について確認された。両者において、大きな方向性としては水平的アプローチへの移行が求められているといえる。しかし、短期的には、移行の速度や誰が水平的調整の担い手になるのかといった点において、国際的には方向性の違いがみられた。そのような中で、日本が主導して、世界保健機関と世界銀行と連携して推進している UHC ハブは、水平的アプローチを支える場として、アメリカとは距離のある世界保健機関とアメリカが持続的に関与している世界銀行とのつなぎの場として、国内財源確保を支援する場として、一定の役割を果たしうるといえる。

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表 1. 論文発表 該当なし。 2. 学会発表

Hideaki Shiroyama, “Transformative innovation policy and a requirement for linkage personnel”, OECD conference (“Pushing Boundaries: Policy Experimentation for Frontier Tech”), オンライン, 2025 年 12 月 1 日

Hideaki Shiroyama, “Hybrid of ASEAN Approach, Balancing and Complementarities - Asian Approach to Global Governance”, Five University Conference 2025 (Reconfiguring Global Order Amid Competitive Interdependence), 北京大学, 2025 年 12 月 6 日

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。） 1. 特許取得 該当なし。 2. 実用新案登録 該当なし。 3. その他 該当なし。

⁵ 世界銀行関係者ヒアリング（2026 年 2 月 6 日）

気候変動を含む地球環境と健康との関係に関する研究
研究分担者 勝間 靖 早稲田大学

研究要旨

WHO では、気候変動の健康への悪影響を回避・軽減するために適応策が注目された。他方、温室効果ガスを減らす緩和策は、国連気候変動枠組条約（UNFCCC）締約国会議（COP）の中心課題である。

本研究では、適応策で想定される健康の課題が、いかに拡大してきたかを解明することを目的とする。その研究方法として、グローバルヘルス外交の舞台として、WHO、気候変動に関する政府間パネル（IPCC）、UNFCCC-COP を見る。そこでの多国間外交に注目し、採択文書を分析する。

研究結果として、以下のことが確認できた。第1に、WHO が気候変動を優先課題としたのは2008年以降である。この年、世界保健デーのテーマは「気候変動と健康」で、世界保健総会において気候変動と健康に関する決議が採択された。2009年、最初の「気候変動と健康に関する作業計画：2008-2013」が策定された。第2に、WHO は『健康、環境、気候変動に関する世界戦略』（2020）を刊行した。WHO は、加盟国が脆弱性・適応策アセスメントを実施し、気候変動適応計画（NAP）に保健適応計画（HNAP）を含めるよう支援している。第3に、IPCC は、2022年の第2作業部会第6次評価報告書（AR6）で、初めて、メンタルヘルスとウェルビーイングを健康影響評価に取り入れた。

以上のようなWHO と IPCC における議論を踏まえて、UNFCCC-COP では気候変動と健康に関わるグローバルヘルス外交が展開し始めた。2021年のCOP26で、「COP26健康に関するプログラム」が立ち上げられた。2023年のCOP28で、初めて「健康の日」が設定され、環境大臣と保健大臣の合同会議が開かれ『COP28気候と健康に関するUAE宣言』が採択されたが、そこでメンタルヘルスへの言及がある。2025年のCOP30では、「ベレン健康行動計画」が立ち上げられ、『COP30健康と気候変動に関する特別報告書』が刊行されている。

A. 研究目的

気候変動の健康への悪影響を回避・軽減するため、WHO では、とくに適応策が注目された。他方、温室効果ガスを減らす緩和策は、国連気候変動枠組条約（UNFCCC）締約国会議（COP）の中心課題だが、保健医療分野でも注目される。

適応策において、当初、気温上昇による直接的影響に関心が集まった。熱中症と熱関連死亡や、洪水や暴風雨による溺水と外傷がある。他方、間接的影響は、水や食物を由来とする感染症（下痢症）、病原体を媒介する蚊やマダニの生息域の拡大による感染症（マラリア、デング熱）、食料や水の不足による栄養性疾患、光化学オキシダント濃度の上昇による呼吸器系疾患など、身体的な健康が注目される。近年、メンタルヘルスやウェルビーイングにも関心が高まった。適応策で想定される健康の課題が、いかに拡大してきたかを解明する。

B. 研究方法

グローバルヘルス外交の舞台として、WHO、気候変動に関する政府間パネル（IPCC）、UNFCCC-COPを見る。そこでの多国間外交に注目し、採択文書を分析する。

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

第1に、WHO が気候変動を優先課題としたのは2008年以降である。この年、4月7日の世界保健デーのテーマは「気候変動と健康」で、世界保健総会において気候変動と健康に関する決議が採択された。2009年、WHO 執行理事会は、最初の「気候変動と健康に関する作業計画：2008-2013」を支持し、その後、「2014-2019」と「2019-2023」の作業計画を策定した。

第2に、WHO は『健康、環境、気候変動に関する世界戦略』（2020）を刊行し、SDGs達成へ向けて保健分野の目的を設定した。WHO は、加盟国が脆弱性・適応策アセスメントを実施し、気候変動適応計画（NAP）に保健適応計画（HNAP）を含めるよう支援している。

第3に、IPCC は、2022年の第2作業部会第6次評価報告書（AR6）で、初めて、メンタルヘルスとウェルビーイングを健康影響評価に取り入れた。異常気象などの環境変化がストレスの要因と指摘された。

D. 考察

以上のようなWHO と IPCC における議論を踏まえて、UNFCCC-COP では気候変動と健康に関わるグローバルヘルス外交が展開し始めた。

2021年のグラスゴーでのCOP26で、英国は、WHO と協力し、「COP26健康に関するプログラム」を立ち上げた。気候変動に対して強靱で、脱炭素で持続可能な保健システムに関するイニシアティブが含まれていた。

その後、2023年にドバイで開催されたCOP28で、初めてCOPにおける「健康の日」が設定され、環境大臣と保健大臣の合同会議が開かれた。そこで採択された『COP28気候と健康に関するUAE宣言』では、メンタルヘルスへの言及がある。

さらに、2025年にブラジルで開催されたCOP30では、「ベレン健康行動計画」が立ち上げられた。そして、それを含めた『COP30健康と気候変動に関する特別報告書』が刊行されている。

E. 結論

気候と健康との関係において、『UAE宣言』は分岐点として位置づけられる。これまで、身体的な健康が中心であったが、AR6を根拠として、今後のHNA Pには、身体的な健康のほか、メンタルヘルスやウェルビーイングを含めることが期待される。

F. 健康危険情報

特になし

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表

- “A systematic review of microplastics perception and its factors: Implications on SDGs,” *Sustainable Futures*, Volume 10, December 2025, 101417 [DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sft>

[r.2025.101417](https://doi.org/10.1016/j.sft)] (共著)

2. 学会発表

- Yasushi Katsuma, “Human security and the health impacts of ocean plastic pollution: Interlinkages between SDG 3 and SDG 14,” 2025 UN High-level Political Forum on Sustainable Development (HLPF) side event, New York: UNHQ, 18 July 2025.

- Yasushi Katsuma, “Climate change and health: Emerging consensus at the WHO and the UNFCCC-COP,” APRU Global Health Conference 2025, Kuala Lumpur: Universiti Malaya, 30 October 2025.

- Yasushi Katsuma, “Climate change and health: Convergence of ideas at UNFCCC-COP and WHO,” International Studies Association (ISA), Columbus: Greater Columbus Convention Center, 22 March 2026.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

地経学と経済安全保障の観点からの国際保健戦略
研究分担者 鈴木一人 東京大学

研究要旨

現代の国際政治における G7・G20 といった、国際秩序を主導する役割を持つ会議体は、かつてのような主導的な役割を失い、大国間対立の関係に陥った。そのため、国際秩序を規定するルールが存在が希薄となり、その結果、国際保健課題の取組に関しても、大きな障害となっている。本研究では、現代の国際秩序における、国際公共財の提供を担う、G7・G20 の状況を理解するために、地経学と経済安全保障という概念を導入して、中長期的な国際保健課題にどう取り組み、我が国がどう関与していくかを検討した。

A. 研究目的

国際秩序が不安定になる中で、G7・G20 がどのような役割を果たし、国際的なルールや規範がどう変化したかを検討する。

B. 研究方法

経済安全保障と地経学という概念を手がかりに、トランプ政権登場以降の米中対立を、時系列的に分析しながら、国際ルールの役割に関する仮説を立てる。

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

2026年は年初からアメリカのベネズエラにおける軍事介入があり、3月にはイランに対する米イスラエルの軍事攻撃が勃発し、その対抗措置としてホルムズ海峡の事実上の閉鎖が実施された。その結果、原油価格は上昇し、日本を含む多くの国が対応に追われている。ロシアのウクライナ侵攻は4年経っても収束の兆しを見せず、世界秩序が大きく動揺する現実に直面している。

そんな中で、地政学と地経学というキーワードが現代の国際秩序を説明する言葉として頻繁に使われるようになっていく。地政学とは地理と歴史の二つの視点から、国家間関係を読み解く戦略的思考であり、国家のパワーを主として軍事力と、それを支える経済力で測る考え方である。他方、地経学とは地政学の考え方を経済的側面に焦点を当てて分析するものである。その分析方法は、国家が持つパワーを「戦略的自律性」と「戦略的不可欠性」という二つの概念で測るものである。他国への経済的依存が小さく、ゆえに経済的威圧に対するレジリエンスが高い自律性を持ち、他国が持たない物資や技術を提供することで、グローバルサプライチェーンにおいて不可欠な存在になっている国家が、地経学的なパワーを持つ。

地政学、地経学とも、国家のパワーに着目し、そのパワーをいかに行使して国際秩序を形成し、他国との関係を規定しているかを分析する。例えばイランをめぐる問題では、米イスラエルがイランに対して地政学的なパワーを行使する一方、イランはホルムズ海峡を封鎖することで、世界経済に影響を与え、

それによって国際社会が米イスラエルに圧力をかけて戦争を止めさせる形で地経学的なパワーを行使している。現代世界においては、地政学的パワーと地経学的パワーが混ざり合って行使され、その結果、ルールに基づく秩序は大きく揺らぎ、パワーに基づく国際秩序が形成されようとしている。

しかしながら、注意しなければならないのは、地政学的なパワーも、相対的な差でしかないということである。ロシアは圧倒的な軍事力を持ちながら、4年かけてもウクライナを屈服させることはできていない。もちろん、ウクライナがNATO諸国に支援され、高い継戦能力を持っていることがあっても、圧倒的な軍事力だけでは政治的目的を達成することはできない。同様に、米イスラエルはイランに空爆を実施するが、空爆だけでは体制転換を実施することはできず、地上軍を派遣する能力や国内支持もないため、いたずらに空爆による殺戮が続いている。

また、地経学的パワーは特に不可欠性が重要な要素となるが、不可欠性には二つのタイプがある。一つは「モノの不可欠性」であり、中国のレアアースが代表例である。圧倒的なグローバルシェアを持ち、それを止めれば、生産工程の下流の産業に多大な影響を与えられる物資を持つ国は、その輸出を止めることで、他国に大きな損害を与えることができる。もう一つが「市場の不可欠性」である。具体的にはアメリカのような巨大な市場は多くの国にとって死活的に重要な市場であり、アメリカに輸出できないければ経済が成り立たない国もある。ゆえにトランプ政権が関税をかけることで、何とか関税を下げてもらうために交渉し、アメリカの求めに応じて投資などを約束することになる。

このように、現代の世界を地政学・地経学というレンズを通してみることで、世界で何が起きているのか、今後どうなっていくのかを理解するヒントが得られる。地政学的、地経学的パワーを持つ国は、そのパワーを用いて自らが求める国際秩序を作ろうとするが、各国の抵抗や対抗措置によって、思い通りに国際秩序を操れるわけではない。国際社会は、ルールに基づく秩序から、パワーに基づく秩序に移りつつあるが、新たな秩序がどのような形に収まるのかは、まだ流動的である。そんな中で、日本は自らの戦略的自律性と不可欠性を高めながら、地政学的なパワーゲームに巻き込まれないよう、ルールに基づく秩序を守り続け、パワーに基づく秩序とは異

なる、代替となる世界を用意しておくことが必要であろう。

D. 考察

以上の分析から、現代の国際秩序は地政学・地経済的なパワーによって左右され、それ故、G7・G20のような大国間協調の枠組みを維持することは難しく、その枠組みを通じた国際保健課題に対する取り組みを進めることは難しい。ゆえに、日本はルールに基づく国際秩序を主張する、ミドルパワーによる連合において主導的な役割を果たし、パワーに基づく秩序とは異なる世界を用意しておくことが重要となる。

E. 結論

これまでアメリカが抱えてきた課題を肩代わりしつつ、国際秩序の維持者を主張する中国も巻き込んで、国際公共財の提供を推進し、アメリカが国際公共財の提供を拒んだとしても、国際保健の枠組みが「自律的」に機能するよう貢献すべきである。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kazuto Suzuki "De la seguridad económica a la geoconomía: nuevas formas de medir el poder", ANUARIO INTERNACIONAL CIDOB 2026, 2025, pp. 41-49

鈴木一人『地経学とは何かー経済が武器化する時代の戦略思考ー』新潮社、2025年9月、288頁

2. 学会発表

鈴木一人「欧州から見た米国国家安全保障・防衛戦略」日本安全保障貿易学会第41回研究大会、2026年3月15日

鈴木一人「相互依存の罠と経済の武器化：国際政治経済学からの視点」2026 年国際経済法学会関西西部会、2026 年 3 月 14 日

鈴木一人「経済安全保障を安全保障として論じることとは可能なのか」日本国際政治学会2025年度研究大会、2025年10月19日

Kazuto Suzuki, "Geopolitical Risks in the Middle East under Trump Administration". 第48回中東協力現地会議、2025年8月4日

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

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）
（分担）研究報告書

バイオセーフティ・セキュリティの課題と対応の検討に向けて
ー合成生物学と AI 等の融合技術と技術の民主化のインパクト

研究分担者 松尾 真紀子 東京大学 公共政策学連携研究部

研究要旨

本研究は、バイオの分野の基盤技術として急速に進展する合成生物学と AI・自動化・ロボティクス等の組み合わせによる融合技術の台頭と、それによる技術の民主化がもたらす、バイオセーフティ・セキュリティの課題へのガバナンス対応に向けて検討するものである。これにより、国内外で講じるべき方策についての予備的考察を行うことで、国際的なバイオセーフティ・セキュリティの確保に寄与することを目的とする。

1. で、現状バイオ×AI 等の融合技術の進展と技術の民主化によるバイオセーフティ・セキュリティ上の課題について、近年国際的にも議論が進展している合成核酸スクリーニングをめぐる取り組みも含めて、整理した。大規模言語モデル（LLM）と生物学的 AI ツール（Biological AI Tool）が生物学研究のワークフローに統合されて実験等がロボティクスで全自動化していくことで技術の大きな進展が見込まれる一方で人の介在や監視が適切に把握できないリスクにつながりうること、技術の民主化による多様なセクター・アクターの新規参入によりガバナンスが複雑化すること、とりわけ核酸合成に関しては、AI によって新規の設計が可能となることから懸念ある配列（SOC）を既存のリスト管理であることが困難となる可能性とそれへの国際議論について、報告書等をもとに記した。

そのうえで、2. では、バイオセーフティ・バイオセキュリティの概念の違いを述べたうえで、両者が近年近接しており、ライフサイエンスの研究開発に関する WHO の報告書（2022）で提唱されている「バイオリスク」がそれらをブリッジする概念となりうることを論じるとともに、試行的なバイオセーフティ・バイオセキュリティ・バイオリスクのランドスケープマップを提示した。今後さらに、セーフティ・セキュリティを取り巻くランドスケープを、セーフティ・セキュリティに関連する異なるコミュニティ（安全保障、経済安全保障、ヘルスセキュリティ、人間の安全保障、研究セキュリティ、サイバーセキュリティ、環境・多様性のセーフティ、フードセーフティ等）の関係者等とも連携して、整理していく必要がある。

次年度以降は、合成生物学をはじめとする新たなバイオ技術と AI や自動化・ロボティクス等との融合技術の動向とその影響についての調査を継続するとともに、それらの課題への対応についても並行して検討していきたい。対応策に関しては、現状例えば、Red teaming、If-then strategy の実施、技術的解決としてのセーフティ・セキュリティ by design の埋め込み、規範形成/ガイドラインや規制の策定など、様々な対応を想定している。

A. 研究目的

新興技術とりわけ合成生物学をはじめとする新

たなバイオテクノロジーの進展は、大きな恩恵とともに、様々な負の影響ももたらす。

近年バイオの分野では、次世代シーケンサーに

よりゲノムを「読む」技術、ゲノム編集等の技術によりゲノムを「編集」する技術、そして核酸を合成する技術によりゲノムを「書く・作成」する技術が格段に向上した。これらの要素技術を掛け合わせて、微生物や動植物を改変し、医薬品を作成したり、有用な物質生産などを行うバイオものづくりをしたりすることで「バイオ革命」が起きるともいわれている。合成生物学（synthetic biology, engineering biology）はその基盤技術となる。

近年は、とりわけ 2024 年のタンパク質構造予測のノーベル賞の受賞⁷にも象徴されるように、AI の適用がバイオの分野の技術進展を別次元に移行させている。そして合成生物学・バイオに、AI、自動化やロボティクスが掛け合わさった融合技術（converging technologies）により、研究開発の更なる加速化が期待される。またこれらの技術革新は、これまで特定のアクターやセクターに限定されていた技術へのアクセスを各段に拡大し、技術の民主化ももたらしている。

そうしたことによる恩恵が計り知れない。一方で、バイオセーフティとセキュリティ上の懸念も増大させている。技術の急速な進展に対するガバナンスが追い付かないことをペーシング問題⁸というが、まさにそのような状況に陥りつつある。ライフサイエンス分野の研究開発等における病原体のラボでの管理に関して、デュアルユースや、いわゆる機能獲得（Gain of Function : GoF）研究の議論も含めた議論が、もちろんこれまでも行われてきた。しかし技術の進展と民主化とアクターの拡大は、ガバナンスを多様な領域と交錯させ、管理を複雑で困難なものにしている。このため変化しつつある環境を適切に把握し、対処していく必要がある。

そこで本研究は、合成生物学と AI 等の融合技術と技術の民主化がもたらすバイオセーフティ・セキュリティの課題とそれへの対応に向けて検討する。これにより、国内外でどのような方策をとるべきか—日本としてどのように対応していくべきか、国際的な合意形成にどのように働きかけるべきか—の予備的考察を行うことで、国際的なバイオセーフティ・セキュリティの確保に寄与することを目的とする。

B. 研究方法

まず、技術の進展によるバイオセーフティ・セキュリティ上の課題について、特に AI などとの融合技術の加速に注目して、バイオセーフティとセキュリティにかかわるランドスケープの現状を把握する。特にバイオセーフティとセキュリティに関する理解がコミュニティによって異なることを想定し、医療・公衆衛生の分野のみならず、ライフサイエンスの研究開発分野の議論なども踏まえて整理する。そのうえで、バイオセーフティ・セキュリティの課題とそれへの対応に関する予備的考察に結び付ける。

研究方法は、主として文献調査、ヒアリングや意見交換をベースとした情報収集に基づき実施する。文献調査については、諸外国における政策文書、関連する国際機関等におけるワーキングペーパーやウェブサイト等の一次資料を主要な文献として、関連する学術的二次資料や適宜報道等の資料も参考にする。上記文献レビューの結果を踏まえて、国内の関連省庁やバイオ関連企業などを中心に意見交換を行うほか、来年度は、海外での国際会議等への参加やヒアリングによる情報収集も予定する。初年度は調査研究期間が限定されていたことから、詳細な調査は来年度以降に予定し、今後取り組む課題についての仮説を提示する。

（倫理面への配慮）人を対象とする生命科学・医学系研究には該当しない。ヒアリング調査に際しては趣旨等を丁寧に説明するとともにデータについては規定等に基づいて適切に管理する。

C・D. 研究結果及び考察

上述の通り、初年度は研究調査期間が限定的であったことから、今後の予備的考察に向けて、現状の仮説を述べる。現状以下のような潮流があると想定している。

1. バイオ×AI 等との融合技術と技術の民主化による影響

次世代シーケンサーの登場はゲノムを「読む」技術のコストを下げ、多くのオミクスデータ・バイオデータの蓄積を可能とした。また、CRISPR Cas9 をはじめとするゲノム編集技術によりゲノムを「編集」すること、核酸を合成する技術の応用により、ゲノムを「書く・作成」することが可能となっ

¹ Callaway, E. (2024). Chemistry Nobel goes to developers of AlphaFold AI that predicts protein structures. Nature, 634(8034),

525-526.

た。これらを総動員して、D (Design・設計) – B (Build・構築) – T (Test・評価) – L (Learn・学習) – いわゆる DBTL – のサイクルを繰り返すことで、最適なプロセスを導出できるようになった。さらに、これに昨今の AI 技術を組み合わせることで、複雑な生物学的なシステムの解明にも道が開けた。

核・生物・化学兵器などの安全保障分野における国際 NGO で、AI とバイオの影響に関しても取り組みをしている NTI (Nuclear Threat Initiative) のホライズンスキニングのレポート⁸では、以下のよう指摘している。大規模言語モデル (LLM) は、今やウイルス学に関して専門家レベルの回答ができるようになっており、また、生物学的 AI ツール (Biological AI Tool) は、アルファフォールドなどのタンパク質構造予測、Evo 等に代表されるゲノム AI モデル (Genomic AI Model) でのゲノム設計などで進展がみられているとしている。さらに AI ツールがオープンソースで展開されることで急速な技術の民主化ももたらすとしている。

今後、LLM と生物学的 AI ツールが融合し、生物学研究のワークフローに統合されると、AI エージェントが生物学的 AI を活用しながらラボのロボットを動かし、AI がデザイン・設計した分子や発見を、自動的にテスト・評価し、最適化することが可能になる。しかし、このような完全自動化が人の介入や監視なしに進展した場合、危険の兆候を適切に把握できなくなるリスクにつながる可能性も指摘されている⁹。

AI の適用は技術の民主化を推し進め、これまで参入していなかったセクターやコミュニティ (個人等による DIY バイオも含め) の多様なアクターの新規参入と活動を容易なものとするが、それは、ラボのプロトコル・監督や規制の周知が行き渡ら

なかったり、不適切な取り扱いに結びついたりして、バイオセキュリティ上のリスクも高める可能性もある。

また、AI の利用は、単に今ある病原体の毒性を強化するだけでなく、世の中に存在しない、まったく新規のものをデザインすることも可能とする¹⁰。これはしかし、現在、既知のリスト管理をベースとしていることから、既存の管理体制を脅かす可能性を意味する¹¹。実際、その様な懸念が現実になりつつあることが、レッドチーミングにより露わとなった例も報告されている¹²。

核酸合成をめぐるのは、「懸念される配列 (Sequence of Concern: SOC)」や顧客に対するスクリーニングに関する具体的な取り組みも含め、国際的に議論が進展している。米、英¹³では自主的なガイダンスが策定され、米国では核酸合成のセキュリティを高める取り組みを求める法案¹⁴も提出されている (2026 年 1 月)。民間¹⁵では、核酸合成を行う企業の国際コンソーシアムである IGSC (International Gene Synthesis Consortium) が誤用を防ぐためのスクリーニングプロトコルを提供者・製造者向けに公表している¹⁶。また米国の合成生物学の産学官連携コンソーシアムである EBRC (Engineering Biology Research Consortium) も国際的な専門家とともに議論し報告書¹⁷をまとめるなどしている。

2. バイオセーフティ・バイオセキュリティ・バイオリスクのランドスケープの検討ーバイオセーフティ・バイオセキュリティ領域の近接とアンブレラ概念としてのバイオリスク

² NTI のウェブサイト

AIxBio Horizon Scan Winter 2025-2026 Mar 3, 2026
<https://www.nti.org/analysis/articles/aixbio-horizon-scan-winter-2025-2026/>

³ その他、現状の課題として、データがボトルネックであるとしている。今データがあるものはよく研究されているモデル生物やタンパク質、経路であり、バイアスがあるとしている。また、データに関しては、標準化、再現性、実験デザインなども課題としている。

⁴ When Should We Worry About AI Being Used to Design a Pathogen? –Biology and AI Experts Weigh In
https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RBA4087-1.html#:~:text=Despite%20growing%20concerns%20about%20he,implausible%2C%20at%20least%20through%202027

⁵ バイオ分野の AI 利用に関しては、バイオセキュリティの観点から、しばしば悪用のリスク・懸念が協調されるが、一方で、対抗措置にも使えることから、バイオセキュリティの向上という点においてもバイオと AI は有効とする指摘もある。

⁶ Hutson (2025) Biothreat hunters catch dangerous DNA before

it gets made <https://www.nature.com/articles/d41586-025-03230-1>

⁷ UK の Screening に関するドキュメント

DSIT (2024) Guidance UK screening guidance on synthetic nucleic acids for users and providers
<https://www.gov.uk/government/publications/uk-screening-guidance-on-synthetic-nucleic-acids/uk-screening-guidance-on-synthetic-nucleic-acids-for-users-and-providers>

⁸ U.S. Congress. Biosecurity Modernization and Innovation Act of 2026, S.3741, 119th Cong. (2026).
<https://www.congress.gov/bill/119th-congress/senate-bill/3741/text>

⁹ 国際 NPO の IBBIS (International Biosecurity and Biosafety Initiative for Science) のほか、NTI なども議論している。

¹⁰ IGSC (2024) Harmonized Screening Protocol v3.0
<https://genesynthesiconsortium.org/wp-content/uploads/IGSC-Harmonized-Screening-Protocol-v3.0-1.pdf>

¹¹ EBRC のウェブサイト

<https://ebrc.org/focus-areas/security/>

バイオセーフティ・バイオセキュリティをめぐるのは、コミュニティによって様々な定義や解釈がなされている。

バイオセーフティは、主に、環境・人の健康などの分野での非意図的な危害からの安全確保（食品等の摂取や環境における暴露を通じたリスクからの安全）を念頭にするのにに対して、バイオセキュリティは、意図的あるいは偶発的不正なアクセス、紛失、盗難、誤用、放出などを念頭にしている¹⁸。

セーフティの概念や安全性確保の手法は、環境・化学物質分野で発展して、物質的定量的にとらえられる（例えば食品安全分野におけるリスクアナリシスの導入）のに対して、セキュリティは物質的なものも重視するが認識的要素も大きいなど違いもある¹⁹。

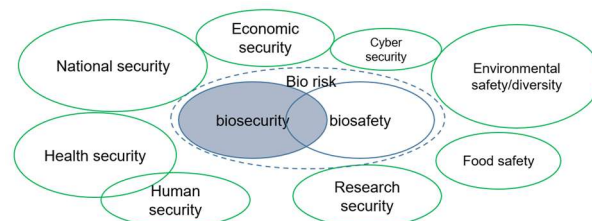
一方、結果として生じる・対処しなければならない事象は共通であることも多く、「結果」に焦点を置くならば、それへの準備（Preparedness）という意味では、意図にかかわらず、すべてを対象とする、オールハザード（all hazard）対応・政府全体としての対応のアプローチ（whole of government approach）が要される、との考えも強化されている印象もある。こうした考えは、ワンヘルス、プラネタリーヘルスの観点との親和性もある。近年、政策文書等でセーフティ・セキュリティがセットで語られることが多くなっており、セーフティ・セキュリティ領域の近接がみられる背景には、そうした傾向があると思われる²⁰。

また、ライフサイエンスの研究開発分野を念頭に、バイオセーフティ・セキュリティをブリッジしうる概念として WHO が 2022 年の報告書²¹で提唱している「バイオリスク」についても紹介したい。同報告書では、ライフサイエンスの研究開発は、グローバルヘルスにおいても創薬、ワクチ

ンや治療の開発においても重要な役割を果たす一方、ELSI（倫理的・法的・社会的含意/課題）、セーフティ・セキュリティのリスクをもたらすことから、そうしたリスクの予防・軽減に、責任ある研究（responsible research）が重要としている。そして、事故、想定外の誤用、意図的な悪用などによって生じるすべてのリスクに対応する

「バイオリスクマネジメント（biorisk management）」という統合的なアプローチ（バイオセーフティ（biosafety）、ラボのバイオセキュリティ（laboratory biosecurity）およびデュアルユース研究の監督（oversight of dual-use research）の3つの柱から成る）を提唱している。

こうした様々な概念や議論を踏まえ、今後さらに、セーフティ・セキュリティを取り巻くランドスケープを、セーフティ・セキュリティに関連する異なるコミュニティ（安全保障、経済安全保障、ヘルスセキュリティ、人間の安全保障、研究セキュリティ、サイバーセキュリティ、環境・多様性のセーフティ、フードセーフティ等）の関係者等とも連携して、整理していく必要がある（現状の試行的なマップとして、図1を掲げる）。



【図1：試行的なバイオセーフティ・バイオセキュリティ・バイオリスクを取り巻くランドスケープマップ】（筆者作成）

E. 結論

本稿は、合成生物学と AI 等の融合技術と技術の

¹² WHO (2024)によれば、それぞれ以下のように定義されている。

- Biosafety: Containment principles, technologies and practices that are implemented to prevent unintentional exposure to biological agents or their inadvertent release.
- Biosecurity: Policies, principles, technologies and practices implemented for the protection and control of and accountability for biological material, technology and information or the equipment, methods, skills and data related to their handling. Biosecurity aims to prevent intentional or accidental unauthorized access to, and loss, theft, misuse, diversion or release or even weaponization of such commodities.

参考：WHO (2024). Laboratory biosecurity guidance

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377754/9789240095113-eng.pdf>

¹³ 「リスクアプローチ」のセキュリティ領域への適用
<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-15K12986/15K12986seika.pdf>

¹⁴ 近接している傾向はある一方で、セーフティとセキュリティは異なる出自をもち、コンセプトや位置づけの違いが重要な局面も、もちろんあるのも事実である。

¹⁵ World Health Organization. (2022). Global guidance framework for the responsible use of the life sciences: Mitigating biorisks and governing dual-use research. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4f495bfb-769a-458a-92e3-ea6d3e37d749/content>

民主化がもたらすバイオセーフティ・セキュリティの課題とそれへの対応に向けて検討し、最終的には、国内外でどのような方策をとるべきかについての予備的考察に結び付けることを目的とした。

1. で、現状バイオ×AI等の融合技術の進展と技術の民主化によるバイオセーフティ・セキュリティ上の課題について、近年国際的にも議論が進展している合成核酸スクリーニングをめぐる取り組みも含めて、論じた。そのうえで、2. では、バイオセーフティ・バイオセキュリティの概念が近年近接しており、バイオリスクがそれらをブリッジする概念とする見方もあることを論じるとともに、試行的なバイオセーフティ・バイオセキュリティ・バイオリスクのランドスケープマップを提示した。

次年度以降は、合成生物学をはじめとする新たなバイオ技術とAIや自動化・ロボティクス等との融合技術の動向とその影響についての調査を継続するとともに、それらの課題への対応についても並行して検討していきたい。対応策に関しては、現状例えば、Red teaming、If-then strategyの実施²²、技術的解決としてのセーフティ・セキュリティ by design²³の埋め込み、規範形成/ガイドラインや規制の策定など、様々な対応²⁴を想定している。

F. 健康危険情報

特に無し

G. 研究発表

該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

該当無し

¹⁶ National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2025). The age of AI in the life sciences: benefits and biosecurity considerations.

<https://www.nationalacademies.org/projects/DELS-BLS-24-04/publication/28868>

¹⁷ Robinson, D. and Nadal, D. (2025). Synthetic biology in focus: Policy issues and opportunities in engineering life. OECD Science, Technology and Industry Working Papers, No. 2025/03, OECD Publishing, Paris.

<https://doi.org/10.1787/3e6510cf-en>

¹⁸ こうした検討においては、合成生物学の研究者側からのボトムアップな検討も重要である。

Matsuo, M., Hagino, K., Kawata, S., Hasunuma, T., & Honda, K. (2026). Achieving bottom-up ethical, legal, and societal implications and responsible research and innovation in the synthetic biology research community from the Japanese context. *Frontiers in Genetics*, 17, 1716198.

国際環境変動の下での日本の保健外交の歴史的経緯と今後の可能性に関する研究
研究分担者 詫摩佳代 慶應義塾大学

研究要旨

本報告書では、国際保健協力における日本の立ち位置や役割について検討する。具体的には戦後の日本がグローバル・ヘルスとどのように関わり合ってきたのかを明らかにしていく。そこには断絶もさることながら、ある種の継続性も見出すことができる。そしてその継続性は今後のグローバル・ヘルスにおける日本の役割について検討する上で、大きな示唆に富むものである。

A. 研究目的

本報告書では、国際保健協力における日本の立ち位置や役割について考えていきたい。具体的には、戦前から今日に至るまでの長いスパンの中で、日本がグローバル・ヘルスとどのように関わり合ってきたのかを明らかにしていく。そこには断絶もさることながら、ある種の継続性も見出すことができる。そしてその継続性は今後のグローバル・ヘルスにおける日本の役割について大きな示唆に富むものである。

B. 研究方法

公開されている歴史史料、論文や文献による。

（倫理面への配慮）

いずれの研究も実験は行っておらず、また人権への配慮を要する研究手法をとっていないため、該当事項はない。

C. 研究結果・D. 考察

戦後の日本は国連加盟に先立ち、国連の機能的機関への加盟が積極的に行われた。1951年5月、日本はWHOに加盟を果たしたほか、同時期にユネスコとFAO、ILOにも加盟を果たした。初期の頃は、日本の被支援国として側面が強かったが、日本の経済成長とともに、その関わり方も変化していった。とりわけ1961年の国民皆保険を制定し、国民可能なコストで医療にアクセスできるようになると、日本は高度経済成長の時代

を迎え、日本の経験はユニバーサル・ヘルスカバレッジとして、世界に発信されていく²⁴。1988年から10年間、WHO事務局長を務めた中嶋宏は、社会学的なアプローチを実践する組織としてWHO神戸センターの設立に尽力した²⁵。当該センターはWHO健康開発総合研究センター（WHO Centre for Health Development）と名称を変更し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとイノベーションを目指している。その後の日本政府によるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（世界の全ての人々が基礎的保健医療サービスを受けられることを目指す取り組み）への継続的な取り組みも踏まえると、上述の通り、日本は戦前から一貫して、生物医学的アプローチと社会医学的アプローチ双方に重点を置いてきたと言える。

もっとも、日本の立ち位置は、戦後復興途上の被支援国から、世界屈指の経済大国・長寿国へと変化し、また、国民皆保険を達成した経験もあり、そのため、近年においてはこうした独自の経験を活かして、多国間あるいは二国間支援を通じた保健協力に積極的に取り組んできた。二国間支援では、技術協力による人材育成、日本製の医療機材の供与、官民連携による支援等を通じて、途上国の医療・保健分野での開発に貢献してきた²⁶。

多国間保健協力の場合でも日本は存在感を発揮してきた。まだ感染症という 이슈 がハイレ

¹ 例えば Naoki Ikegami, ‘Japan: achieving UHC by regulating payment’, *Globalization and Health*, vol 15, 2019 は日本の国民皆保険は1961年の導入以降も患者の負担軽減に向けて工夫が重ねられたこと、その背景には、福祉国家を建設することに国民の間でコンセンサスがあったことを指摘する。そしてこうした日本の経験は、公平なUHCを達成および維持する上で示唆に富むと指摘する。

² Kayo Takuma, “Nakajima, Hiroshi” in IO BIO, *Biographical Dictionary of Secretaries-General of International Organizations*, Edited by Bob Reinalda, Kent J. Kille and Jaci Eisenberg, February 2019, www.ru.nl/fm/iobio

³ 松本勝男『日本型開発協力―途上国支援はなぜ必要なのか―』ちくま新書、2023年、第二章。

ベルの場で議論されることが稀であった1990年代後半に、当時の橋本龍太郎元首相は、G8 首脳サミットで、寄生虫によって引き起こされる顧みられない病気の問題に注意を集めることに貢献した。橋本政権が推進したイニシアティブは「橋本イニシアチブ」として広く知られ、このイニシアティブに基づき、アジアの各地に顧みられない熱帯病の研究施設が設営された²⁷。2000年G8九州・沖縄サミットで日本政府が主要課題に感染症対策を取り上げたことが、グローバルファンドの設立に繋がった²⁸。また日本が注力してユニバーサル・ヘルス・カバレッジについては、国連の交渉の場でも推進を主導し、持続可能な開発目標（SDGs）の保健ターゲットにユニバーサル・ヘルス・カバレッジが明記された²⁹。2016年5月、日本が開催国となったG7伊勢志摩サミットでは、「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」の発表を日本政府が主導し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや薬剤耐性、研究開発とイノベーション等の関する行動計画の策定に尽力した³⁰。2017年には、ワクチンの開発を行う製薬企業・研究機関に資金を拠出する国際基金である感染症流行対策イノベーション連合(CEPI: Coalition for Epidemic Preparedness Innovations)に対して、ドイツらと共に当初参加国として、設立時の拠出を行なっている³¹。

COVID-19 パンデミックは他国と同様、日本の社会と経済にも大きな衝撃を与えた。そのような中でも、日本は国際的な支援にも関与を続けてきた。

まず、世界的に格差が問題となったCOVID-19のワクチンの支援についてであるが、2020年5月にパンデミックのワクチン・治療・診断の開発、生産及び公平なアクセスを加速化させるための国際的な枠組みとして、ACT アクセラレーター (Access to COVID-19 Tools Accelerator : ACT-A) が発足したが、その際、日本はEUらと共に

共同提案国として設立当初からACT-Aの活動に関与してきた³²。ACT-Aへの日本の関与は、日本がパンデミック終結に向けた多国間の取り組みに向けて国際社会を先導する機会となるだろうという評価もある³³。ACT-Aのワクチン部門がいわゆるCOVAXとして活動していたわけだが、2021年6月には日本政府はGAVI ワクチンアライアンスとともに、COVAXへの増資に向けた首脳会合をオンラインで開催し、COVAXファシリティが当初の目標を達成する上で必要な資金調達目標（83億ドル）を大きく超える96億ドルの確保を達成した³⁴。

このほか途上国では、ワクチン現物の調達のほかに、ワクチン接種のためのインフラの不備も問題となった。つまり、例えば政府がワクチンを入手したとしても、ワクチンは貯蔵寿命が短い医療製品であり、温度の偏差によって損傷を受けやすい。そのため、コールドチェーンシステムが適切に管理されていない途上国では、ワクチンが品質を損ない、廃棄される事例が多数に上った³⁵。これに対して日本政府は、2021年3月初旬以降、途上国でのコールド・チェーン体制の整備や医療関係者の接種能力強化等の支援を、約78カ国・地域で実施した³⁶。その際、官民連携も見られた。豊田通商株式会社は、トヨタ自動車株式会社、ルクセンブルクの医療用冷蔵庫製造業者であるB Medical Systemsと共に、ワクチンを適切な温度で輸送するための保冷輸送車を開発した。車両はトヨタランドクルーザー78を使用し、車両内に積載されたワクチン専用冷蔵庫は独立のバッテリーにより電源無しで約16時間稼働するとされる。このワクチン保冷輸送車はWHOが定める医療機材品質認証（Performance, Quality, Safety、以下、PQS）を、2021年3月に取得した。ワクチン保冷輸送車でPQS取得は世

⁴ Daisuke Akimoto, “Japan Leads the Way in Global Health Diplomacy: The Case of Neglected Tropical Diseases (NTDs)”, December 2022, Institute for Security & Development Policy, Issue Brief.

⁵ Global Fund, 「日本とグローバル・ファンド」、https://www.theglobalfund.org/media/12811/donor_japan_report_jp.pdf

⁶ 首相官邸「健康・医療戦略に係る外務省の主な取組みについて」、2015年6月、<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryousuisinkaigi/dai16/siryou9.pdf>

⁷ Ministry of Foreign Affairs, “G7 Ise-Shima Vision for Global Health”, May 2016.

⁸ Josh Michaud and Jennifer Kates, “The New Pandemic Fund: Overview and Key Issues for the U.S.”, Kaiser Family Foundation (KFF), May 30, 2023, [https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-new-pandemic-fund-overview-and-](https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-new-pandemic-fund-overview-and-key-issues-for-the-u-s/)

[key-issues-for-the-u-s/](https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-new-pandemic-fund-overview-and-key-issues-for-the-u-s/)

⁹ 外務省、報道発表、「ACT アクセラレーター・ファシリテーション・カウンスル（運営理事会）第4回会合における茂木外務大臣のビデオ・メッセージ」2021年9月、

https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_008957.html

¹⁰ Eurasia Group, “Japan's Contribution to the Act-A Program: Reaffirming Japan's Global Leadership”, 25 November 2020.

¹¹ 外務省「日本によるワクチン関連支援」2023年4月、<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100221711.pdf>

¹² 例えば Tsegaye Eka Erassa, Behailu Balcha Bachore, Wolde Facha Faltamo, Simegn Molla, and Efa Ambaw Bogino, “Vaccine Cold Chain Management and Associated Factors in Public Health Facilities and District Health Offices of Wolaita Zone, Ethiopia”, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol.16 2023.

¹³ 外務省「日本によるワクチン関連支援」2023年5月、<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100221711.pdf>

界初とされる³⁷。この保冷輸送車はガーナやブルキナファソに納入された³⁸。

COVID-19 パンデミック下では、中国とはじめてとする各国が戦略的なワクチン外交を展開したが、以上のような日本の国際支援は、人間の安全保障、ユニバーサルヘルスカバレッジといった保健分野の国際規範に則したものであり、より包括的でグローバル志向であったと指摘されている³⁹。また日本政府はパンデミックの最中に、COVAX ファシリティに対する日本の関与は、富の再分配と世界規模での成長の好循環を重視する岸田文雄首相の「新しい資本主義」と一致しているとの指摘もある⁴⁰。

2023 年 5 月には、G7 広島サミットのホスト国として、保健分野に関しても、国際的なイニシアティブを日本は先導した。日本が 7 年ぶりにホスト国を務めた G7 広島首脳会議では、インドやインドネシア、韓国など G7 以外の国、また世界銀行や WHO、世界貿易機関らの国際機関も招待国/招待機関として会議に参加する中で、1) 公衆衛生危機対応のためのグローバルヘルス・アーキテクチャー（の構築・強化に向けた首脳級ガバナンスや国際規範設定の重要性の再確認、2) より強靱、より公平、より持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の達成に向けた G7 の資金拠出の取りまとめ、3) パンデミックや薬剤耐性など様々な健康課題に対応するためのヘルス・イノベーションの促進に向けた新たなパートナーシップの立ち上げ、といった主に 3 つの議題と中心に、保健分野に関する議論と行動計画の策定をリードした⁴¹。

グローバル保健分野における日本の取り組みは以上の通り、国際環境の変動に伴って変化してきた部分はある。他方、軍事的な国際貢献が限られている中で、貴重な国際支援の手段であること、生物医学的な側面に偏らず、社会医学的な側面にも配慮した包括的な支援を展開していることなど、戦前からの一貫性を見出すことがで

きる。

E. 結論

グローバル保健分野における日本の取り組みは、国際環境の変動に伴って変化してきた部分はある。他方、軍事的な国際貢献が限られている中で、貴重な国際支援の手段であること、生物医学的な側面に偏らず、社会医学的な側面にも配慮した包括的な支援を展開していることなど、戦前からの一貫性を見出すことができる。

昨今の厳しい国際情勢の下で、具体的に日本にはどのような役割が期待されるのかを最後に述べておきたいと思う。そもそも日本は、今後の多国間協調の維持において、重要な役割を担う一国である。G7 先進国首脳会議の 1 カ国であり、米国の同盟国であり、またアジア太平洋という地政学的重要な地域に位置する国でもある。保健の分野に関して言えば、本報告書で見てきた通り、戦前から一貫して、国際的な健康の管理に積極的に関与してきた歴史もある。

第一は、保健協力におけるイノベーションの創生において日本は重要な役割を担っている。例えば日本はグローバルヘルス技術振興基金 (GHIT) の設立を主導し、途上国での顧みられない病気の治療、診断、ワクチン開発推進に努めてきた。この基金は、マラリア、結核、顧みられない熱帯病のための、治療薬、ワクチン、診断薬の開発を推進する日本発の国際的な官民ファンドであり、政府のほか、企業と財団も資金を拠出している⁴²。そもそも途上国における、顧みられない感染症の診断・治療・ワクチンの開発には、なかなか投資のインセンティブを付与することが難しい。そのような中で、GHIT は他国、とりわけ G20 の国々への模範となしているとの指摘もある⁴³。さまざまな健康上の脅威に対して、安定的に財政支援を行い、また国際的な研究協力を後押しするシステムは、保健分野のイノベー

¹⁴ 豊田通商株式会社、「世界初、ワクチン保冷輸送車の WHO 医療機材品質認証を取得～ワクチン保冷輸送手段を確立し、途上国のワクチン使用率向上に貢献～」2021 年 3 月、https://www.toyota-tsusho.com/press/detail/210331_004793.html

¹⁵ 日本経済新聞「豊田通商、遠隔地にワクチン ガーナで挑む医療充実」

2024 年 2 月 21 日。

¹⁶ Maiko Ichihara and Atsushi Yamada, “Japan as an Agenda Setter for the Quad’s Vaccine Diplomacy”, *The Diplomat*, 2021, <https://thediplomat.com/2021/04/japan-as-an-agenda-setter-for-the-quads-vaccine-diplomacy/>; Daisuke Akimoto, “Japan’s Global Health Diplomacy and the COVAX Facility”, Institute for Security and Development Policy 2022, <https://isdp.eu/japans-global-health-diplomacy-and-the-covax-facility/> 東京大学の

鈴木一人も日本のワクチン外交は自国本位の戦略的なものでない」と指摘している。Kazuto Suzuki, “Japan’s Vaccine Strategy: A look at Japan’s thinking on COVID-19 vaccines”, *The Diplomat*, 26 February 2021.,

¹⁷ Daisuke Akimoto, “Japan’s Global Health Diplomacy and the COVAX Facility”, Institute for Security & Development Policy, 2022, <https://isdp.eu/japans-global-health-diplomacy-and-the-covax-facility/>

¹⁸ 外務省「2023 年 G7 日本議長年における保健分野の成果」2023 年 6 月 28 日、https://www.mofa.go.jp/mofaj/ic/ghp/page23_004355.html

¹⁹ GHIT Fund ホームページより <https://www.ghitfund.org>

²⁰ Peter J. Hotez, *Preventing the Next Pandemic: Vaccine Diplomacy in a Time of Anti-Science*, Johns Hopkins University Press, chap. 4.

ションを推進する上で、多くの示唆に富むと言える。

第二は、グローバルなレベルでの法整備や規範の維持に果たす役割である。日本は IHR 改正とパンデミック協定の交渉に積極的に参加してきたし、2025 年 12 月には従来からユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に焦点を当ててきた経験を踏まえ、UHC ナレッジハブを開設した。日本のグローバルヘルスへの取り組みは、人間の安全保障など国際規範に則したものであり、グローバル志向であったとの評価があり⁴⁴、UHC ハブは公平性の確保という新たな規範の実現に向けて、役割が期待される。トロント大学のフィリップ・リブシーは日本について、過去に、新たな国際制度の構築・改革に関与してきた実績があり、国際組織の改革を通じて、自由で開かれた国際秩序を強化することができると指摘する⁴⁵。保健の分野でも同様の期待を持つことができる。

第三は、地域との連携強化である。感染症への備えと対応は、重層的な構造になっており⁴⁶、グローバルなレベルの枠組みの整備と並行して、近隣諸国や友好国との間で、実質的な備えを共に固めていく必要がある。国立健康危機管理研究機構(JIHS)を中心として、関係各国とアジア太平洋地域におけるヘルス・セキュリティ強化のために連携していくことが期待される。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表 該当なし

2. 学会発表

- Kayo Takuma, “Japan’s Involvement in Global Health: its history, characteristics and potential”, UHC Special Session: Health Diplomacy in a Changing World, Tokyo, 5th December 2025.
- 詫摩佳代「米国不在のグローバル保健ガバナンス」日本国際政治学会2025年度研究大会 部会6「覇権後の国際秩序——問題領域による相違はなぜ生じるか」 2025年10月18日、神戸。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 該当なし

2. 実用新案登録 該当なし

3. その他 該当なし

²¹ Maiko Ichihara and Atsushi Yamada, “Japan as an Agenda Setter for the Quad’s Vaccine diplomacy”, *The Diplomat*, 2021.

²² Phillip Lipsy, “Reformist Status Quo Power: Japan’s Approach Toward International Organizations”, in Yoichi Funabashi and G. John Ikenberry (eds.), *The Crisis of Liberal*

Internationalism: Japan and the World Order, Brookings Institution Press, 2020.

²³ 詫摩佳代「グローバル感染症の行方——分断が進む世界で重層化するヘルス・ガバナンス」2024 年、明石書店。

厚生労働科学研究費補助金（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）
（分担）研究報告書

AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制に関する研究—相互運用性、信頼性、安全性技術、実装ガバナンスを中心に

研究分担者 武見綾子 東京大学先端科学技術研究センター

研究要旨

本分担研究は、AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制を、個別技術の開発支援ではなく、データの独立性と相互運用性を両立させる設計原理、国際協力を国内改革の外部参照点として機能させるメカニズム、安全性を担保する技術自体の共同開発、技術的解決主義(technological solutionism)を超えた高解像度の専門家配置——これらを統合する実装ガバナンスの問題として捉え直し、2030年G7に向けた検討の基盤を構築することを目的とする。

本研究は3年計画であり、本年度(令和7年度)は限られた研究実施期間に鑑み、近年急速に進展している国際的動向の整理と、国際的相互参照の意義がグローバル・ガバナンスにおいて高まっているという現状認識を前提とした傾向分析および分析基盤の構築に焦点を絞った。

本年度の作業から、以下の中間的傾向が観察された。第一に、技術への期待が高まる局面においてこそ現場感覚と専門家配置の統合的重要性が逆説的に増大すること。第二に、経路依存的な制度的硬直性のもとでは国際標準が国内改革の外部参照点として機能し得ること。第三に、各国制度の「統合」と「独立」の二分法を超える設計原理としての相互運用性が複数領域で共通の構造として観察されること。第四に、安全性を担保する技術自体を国際共同研究の対象とすることで、国際協力が知識共有から実装調整へと再構成され得ること。第五に、これらの諸論点は技術的解決主義を超えた高解像度の制度設計問題に収斂し得ること。これらの原理は特に研究開発に関わる幅広い論点に関連する可能性があり、継続して最新動向の追跡も行う。

A. 研究目的

A.1 研究全体の問題設定

新型コロナウイルス感染症は、グローバルヘルス・アーキテクチャーが個別保健課題への対応の集合ではなく、データ・技術・財政・人材・制度の相互接続性をいかに構築するかという問題であることを露呈させた。今後のグローバルヘルス国際協調は、特定の疾病領域や財政枠組の設計を超え、研究開発、データガバナンス、技術標準、専門家ネットワークを横断的に接続する制度的基盤の構築を要求すると整理し得る。

A.2 本分担研究の視座

本分担研究はこのうち研究開発体制に焦点を当てる。本年度の射程として出発点とするのは、研究開発を個別技術の創出として捉える従来の視座ではなく、研究成果を保健医療システムに実装し、国際的な知識共有・能力強化・制度形成に接続するための、データ基盤・国際標準・専門家配置・安全性技術を一体として包含する実装ガバナンスの問題として捉える視座である。

制度的配置は各国の医療制度・法体系・行政文化・データ保護法制・専門職団体の構造に深く埋め込まれているため、本質的に各国固有性が強い。一方で、技術・標準・AIモデル等の研究開発成果は国境を越えて流通可能性が高い。両者の間に存在する非対称性が、国際協調体制の中心的設計課題を構成すると整理し得る。

この非対称性のもとでは、国際協調は同一制度の移植ではなく、各国の制度的経験の相互参照と原理レ

ベルの共通基盤構築という形をとる必要があると考えられる。これは「統合」でも「独立」でもなく、相互運用性(interoperability)の設計原理に呼応する。

A.3 本年度の範囲

本研究は3年計画であり、研究開発体制をめぐる一般的論点については年度を追って体系的に検討する。本年度は限られた研究実施期間に鑑み、近年急速に進展している国際的動向の整理と、国際的相互参照の意義がグローバル・ガバナンスにおいて高まっているという現状認識を前提とした傾向分析および分析基盤の構築に焦点を絞った。以下の検討には仮説的なものが多く含まれ、厳密な妥当性に関わる検証よりも3年間の研究の端緒としての視点・枠組みの提供を行うことを主眼に行われた。本報告書は検証の端緒として位置づけ、今後論文等で正式な成果物を公表する。

B. 研究方法

主たる方法は、政策文書および関連学術文献のレビュー、ならびに具体事例の制度分析である。対象とする政策文書群は、G7、G20、WHO、世界銀行、OECDにおける研究開発、データガバナンス、AI、相互運用性、デジタルヘルス関連の文書、ならびに国内の医療DX、データ基盤、AI関連政策文書とする。

（倫理面への配慮）

本分担研究は文献および公開政策資料に基づく分析を主とするものであり、人を対象とする生命科学・医学系研究には該当しない。専門家ヒアリング

等を実施する場合は、所属機関の規定に従い適切に対応した。

C. 研究結果

本年度の作業から、研究開発体制をめぐる近年の国際的動向として、以下の5つの論点が抽出された。

C.1 技術への期待が高まる局面における専門家配置の逆説的重要性

労働力不足の構造的圧力のもとで、AIやロボットへの期待は政策的に高まっている。厚生労働省の第9期介護保険事業計画に基づく推計では、介護職員数は2022年度の約215万人から、2026年度には約240万人、2040年度には約272万人が必要とされ、2040年度時点で2022年度比で約57万人の追加確保が必要とされている。技術導入は「便利な選択肢」ではなく、ケア提供体制を維持するための構造的課題として位置づけられつつある。

しかし、技術導入の効果は単純な人員削減ではないことが、複数の経験的研究から示されている。日本の介護施設データをを用いた既往研究では、介護ロボット導入は雇用削減ではなく、非正規介護職員の増加や職員定着困難の低下と関連していたとの結果が報告されている(Lee, Iizuka, & Eggleston, 2025)。より一般に、IT・自動化技術の生産性への効果は、業務プロセスや組織構造への補完的投資との組合せに依存することが、企業レベルデータに基づく古典的研究において確認されている(Brynjolfsson & Hitt, 2000; Bresnahan, Brynjolfsson, & Hitt, 2002)。医療領域においても、健康情報技術の導入はワークフロー再設計と一体化されない限り十分な効果を生まないことが指摘されてきた(Carayon et al., 2010)。これらは、技術が人間労働を単純代替するのではなく、業務再設計、配置調整、評価との組合せのもとで初めて成果に転じる経路を示唆する。

ここで観察される構造は、ある種の逆説である。技術への政策的期待が高まる局面においてこそ、技術それ自体ではなく、技術と現場・データ・制度・専門家を接続する配置の重要性が逆説的に増大する。技術的解決主義(technological solutionism)が政策言説を主導する局面において、その帰結が機能するか否かを左右するのは、技術の性能ではなく、技術を媒介する制度的配置の解像度であると整理し得る。

医療側の実装ガバナンス事例としては、がんゲノム情報管理センター(C-CAT)も参照する。C-CATは2018年に国立がん研究センターのもとに設立され、2019年6月の包括的ゲノムプロファイリング(CGP)検査の保険適用と同時に運用が開始された。厚生労働省はがんゲノム医療中核拠点病院・拠点病院・連携病院の三層構造を制度化し、中核拠点病院13機関、拠点病院32機関、ならびに多数の連携病院を指定している。保険診療としてのCGP検査では、専門家によるエキスパートパネルでの検討が求められ、エキスパートパネルは中核拠点病院・拠点病院および実施可能な連携病院で開催される。この制度設計は、技術(ゲノム解析)、データ(C-CAT集積)、現場(エキスパートパネル)、制度(保険償還)を単一の連結された配置として組み立てるものであり、検査結果の解

釈と治療方針の検討について、一定の質の平準化を図る仕組みが形成されていると評価する声もある。

C-CATへの保険診療でのCGP検査登録患者数は、2025年3月末時点で10万123例に達している。C-CATに集約された情報は、患者同意に基づき、情報利活用審査会による審査・許諾のもと、アカデミアや企業等に共有され、学術研究や医薬品開発等に活用されている。

C-CATの含意は、「がんゲノム医療の制度化に成功した」という個別事例にとどまらない。それは、技術への期待が高い局面において、技術を機能させるためには技術以外の構成要素を統合する高解像度の制度設計が要請される、という一般命題の具体例として位置づけ得る。

(参考文献)

- Bresnahan, T. F., Brynjolfsson, E., & Hitt, L. M. (2002). Information technology, workplace organization, and the demand for skilled labor: Firm-level evidence. *The Quarterly Journal of Economics*, 117(1), 339–376. <https://doi.org/10.1162/003355602753399526>
- Brynjolfsson, E., & Hitt, L. M. (2000). Beyond computation: Information technology, organizational transformation and business performance. *Journal of Economic Perspectives*, 14(4), 23–48. <https://doi.org/10.1257/jep.14.4.23>
- Carayon, P., Karsh, B.-T., Cartmill, R. S., Hoonakker, P., Hundt, A. S., Krueger, D., Snellman, M. L., Thuemling, T., & Wetterneck, T. B. (2010). *Incorporating health information technology into workflow redesign: Summary report* (AHRQ Publication No. 10-0098-EF). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Lee, Y. S., Iizuka, T., & Eggleston, K. (2025). Robots and labor in nursing homes. *Labour Economics*, 92, 102666. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2024.102666>

C.2 経路依存的制度的硬直性のもとでの国際標準の外部参照点機能

日本の医療データ基盤は、長期にわたる制度的硬直性を抱えてきた。電子カルテ普及は規模により大きく異なり、令和5年時点で電子カルテ普及率は、一般病院で65.6%、400床以上で93.7%、200床未満で59.0%、一般診療所で55.0%である。さらに、多数のベンダーが独自仕様・独自のデータ格納形式でシステムを発展させてきたことによる断片化、ならびに既存の医療提供体制の経路依存性が、国内主導の標準化合意形成を困難にしてきたとしばしば分析される。

2022年3月、厚生労働省標準規格として、処方情報、健康診断結果報告書、診療情報提供書、退院時サマリーに関するHL7 FHIR記述仕様(HS036～HS039)が採択された。その後、電子カルテ情報・交換方式の標準化において、3文書・6情報を起点にHL7 FHIRを用いた標準化を進める方針が示されている。2022年5月の自由民主党政務調査会「医療DX令和ビジョン2030」提言、同年6月の骨太の方針2022を経て、全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化等、診療報酬改定DXを柱とする医療DXの取組が進められてきた。この中で、HL7 FHIRを用いた電子カルテ情報の標準化や、標準型電子カルテの開発・普及が関連施策として位置づけられている。政府工程表では、遅くとも2030年に概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテ導入を目指すとなっている。2025年3月には標準型電子カルテα版のモデル事業が開始されている。電子カルテ情報共

有サービスは、全国医療情報プラットフォームの一部として、診療情報提供書の電子共有、健診結果の閲覧、患者の臨床情報の閲覧、患者サマリーの本人閲覧という4サービスを掲げており、文書・情報登録の過程でFHIR変換やバリデーションが位置づけられている。

ここで仮説的に観察される構造は、国際標準の特異なメカニズムである。国内主導の標準化が困難なのは、個別主体が「自社標準を破棄する」ことに対して強い抵抗を持つためである。国際標準を外部参照点として設定すると、個別主体は自社標準を破棄するのではなく、国際標準に準拠する形で接続性を確保する。改革への意志(will to reform)は存在するものの経路依存的制度的硬直性が重い局面において、国際標準は内部からの統一を強要することなく、各主体を共通基盤に接続する経路を開く外部触媒として機能する。

同型の構造はDFFTにも観察される。DFFTは、2019年1月の世界経済フォーラム年次総会(ダボス)において日本が提唱し、同年6月のG20大阪サミット首脳宣言にも盛り込まれた。その後、2023年G7広島サミットでIAP(Institutional Arrangement for Partnership)創設が支持され、同年12月にOECD内にDFFT Expert Communityが設置された。並行して、国内のデータガバナンス制度の議論が進展している。DFFTは対外的なルール形成の試みであると同時に、国内のデータガバナンス改革を正当化・加速する外部参照点としても機能し得ると整理できる。

国際比較として、EUのEuropean Health Data Space(EHDS)規則は、電子健康データの一次利用にとどまらず、研究・イノベーション・政策形成のための匿名化・仮名化データの二次利用、EHRシステムのセキュリティ・相互運用性基準、認証枠組みを含む包括的制度を構築している。米国TEFCAは医療情報交換の「universal floor for interoperability」を構築している。これらは、国際標準への準拠を媒介として国内の断片化を超える試みとして、日本の医療DX令和ビジョンと同型の系譜に位置づけられる。

国際協力は対外的合意形成のための場であるだけでなく、各国の経路依存性に対する外部参照点として、国内改革を正当化・加速する装置として機能し得る可能性を示唆する。この二重機能の認識は、2030年G7に向けた国際協調体制の設計において、グローバルヘルス国際協調を「対外的合意形成」に限定せず、各国の国内実装能力を構築・改善する経路として位置づけ直す視座に通じる。

C.3 「統合」と「独立」の二分法を超える設計原理としての相互運用性

医療データガバナンスにおいては、しばしば二つの方向性が対立的に提示される。一方では、各国・各機関のデータを統合的プラットフォームに集約することで効率性と分析力を最大化する方向。他方では、データ主権・プライバシー・規制管轄を理由に、各国・各機関の独立性を維持する方向。前者は実装可能性において制度的・政治的制約に直面し、後者は研究開発・分析・実装の効率性において限界に直

面する。

近年のグローバル・ガバナンス諸領域において、この二分法を超える設計原理として、相互運用性(interoperability)の概念が浮上している。相互運用性とは、各国・各機関の制度的独立性を前提としつつ、それらが共通の接続基盤を介して機能し合うことを可能にする原理である。統合を強要せず、しかし独立的併存にとどまらない、第三の設計領域の指定である。

この設計原理は、AIガバナンスの文脈で広島AIプロセス(HAIP)において重要な設計原理の一つとして位置づけられており、各国規制を統合するのではなく規制間のinteroperabilityを担保するという方針として展開されている。HAIPは国際指針(International Guiding Principles)、国際行動規範(Hiroshima Code of Conduct, HCOC)、モニタリング機構等を含む包括的枠組みとして発展してきた。OECDは2025年2月にHAIP Reporting Frameworkを立ち上げ、4月15日を初回提出期限とした。2025年4月には19組織による初回提出報告が公開され、6月にはそれらに基づく初期分析が公表された。これは、拘束的な国際規制を欠く中で、企業の透明性報告と公的集約を通じて各国規制の相互運用性を実質化していくソフトロー的手法の本格的実装と整理し得る。

この概念は、保健医療データガバナンスにおける本質的問題——各国の医療制度、データ保護法制、臨床実践、規制管轄が大きく異なるため統合的プラットフォームの構築が現実的でない一方、独立的併存ではAI・データ駆動型研究開発の便益を実装に転換できない——に対する設計原理の参照点として援用し得る。

医療データの文脈に翻訳すると、相互運用性の問題は次のように展開する。第一に、データ形式の技術的相互運用性(HL7 FHIRの採択はこの層の制度化である)。第二に、データ保護・倫理規制の相互運用性(GDPR、HIPAA、国内法等の異なる法的枠組みの間で共同研究と実装を可能にする条件の整理)。第三に、臨床判断・専門家審査の相互運用性(C-CATのエキスパートパネルや欧州のMolecular Tumor Boardsのような専門家配置を、各国で並行的に機能させる条件)。第四に、評価・説明責任の相互運用性(研究開発成果の安全性・有効性を、各国の規制管轄を尊重しつつ国際的に相互承認可能にする経路)。

相互運用性は、データ形式の技術的問題ではなく、研究開発、診療、規制、評価、実装の各層を横断する制度設計原理として位置づけ得る。この視座のもとでは、グローバルヘルス国際協調体制の構築は、統合的国際プラットフォームの建設でも、各国独立的併存の容認でもなく、複数層における相互運用性条件の整備として再定式化される。

C.4 安全性を担保する技術の共同開発による国際協力の再構成

相互運用性を保健医療データの文脈で実装する際の中心的制約は、データの独立性とその活用の両立可能性にある。データ主権、プライバシー保護、規

制管轄を理由とするデータの分散・独立性と、AI・データ駆動型研究開発が要請する大規模・多様性データへのアクセスは、しばしば二律背反として論じられてきた。

近年のPrivacy-Enhancing Technologyの発展は、この二律背反を技術的に組み替える可能性を提示している。Federated Learning(連合学習)は、各機関がローカルデータを保持したまま、モデル更新やパラメータ等を共有して共同学習する技術であり、データ主権およびjurisdictional controlを維持しながら複数機関での共同AI開発を可能にする。Differential Privacy(差分プライバシー)は、分析結果やモデル更新から個人情報が増えるリスクを数学的に定量化・制御するための手法であり、Federated Learningと組み合わせることで、生データを中央集約しない共同学習におけるプライバシー保護を強化し得る。ただし、モデル更新からの情報漏えい、データ異質性、通信・計算コスト、性能とプライバシーのトレードオフ等の課題が残るため、これらの技術は法的・組織的ガバナンスを代替するものではなく、それを補完する安全性技術として位置づける必要がある。

ここで重要なのは、技術的な詳細以上に、これらの技術が体現する設計原理である。Privacy-Enhancing Technologyは、データの独立性と相互運用性を、二律背反としてではなく同時に成立可能なものとして再定式化する技術的経路である。規制的アプローチ(法的禁止と許可)による外部からの安全性担保とは異なる、技術内在的な安全性担保の経路を提供する。

研究開発体制論の観点から重要なのは、これらの技術自体が新たな研究開発の対象であるという点である。安全性を担保する技術自体を国際共同研究の対象とする場合、国際協力の性格が変容する。それは単なる知識共有や合意形成ではなく、データ・モデル・評価・監査の各局面における詳細な技術的調整を含む実装協調へと、国際協力が再構成される。安全性技術の共同開発の過程それ自体が、各国規制間の相互運用性を技術的基盤の側から下支えする経路を生む。

2030年G7に向けた研究開発体制の検討においては、医薬品・診断技術・AIモデル等の研究開発と並行して、安全性技術(Privacy-Enhancing Technology、トレーサビリティ、監査機構等)の研究開発を、独立した国際協調の対象として位置づける視座が一つの論点となり得る。

C.5 技術的解決主義を超える高解像度の制度設計
以上のC.1からC.4までの諸論点を貫く共通の構造として、技術的解決主義(technological solutionism)の限界と、それを超える高解像度の制度設計の要請が抽出される。

技術的解決主義とは、課題を技術導入によって解決可能なものとして定式化する思考様式である。(介護人材不足には介護ロボットを、医療データ断片化には統一プラットフォームを、データ共有とプライバシーの両立にはAIを、と。)しかし、C.1で確認されたように、技術への期待が高まる局面において

こそ、技術以外の構成要素——業務再設計、現場感覚、専門家ネットワーク、制度的配置——の統合的重要性が増大する。C.2で確認されたように、技術的統一(国内標準化)は経路依存性のもとでしばしば実装不可能であり、外部参照点としての国際標準の機能が要請される。C.3で確認されたように、データガバナンスは技術的相互運用性だけでなく、規制・臨床・評価の各層における相互運用性条件の整備を要請する。C.4で確認されたように、安全性は技術内在的にも担保され得るが、それは技術そのものを国際協調の対象とする実装協調の構築を要請する。

これらの諸論点は、研究開発体制が「研究開発投資+規制」という従来の二項関係を超えて、データ基盤、国際標準、専門家配置、安全性技術、実装協調を統合する高解像度の制度設計問題へと拡張していることを示唆する。

C-CATの組織構造はこの拡張を体現する具体例として位置づけ得る。国立がん研究センターの公表によれば、C-CATには、病院連携、知識統合、データサイエンス戦略、リポジトリ、ゲノム解析プラットフォーム、ゲノムデータ管理、IT支援等の部門が置かれている。临床上の有用性については、2026年1月の国立がん研究センターの発表によれば、5万例以上の臨床ゲノムデータを用いた解析により、標的治療を新たに受けた患者割合は全体で8.0%、甲状腺がん34.8%、非小細胞肺癌20.3%、小細胞肺癌20.1%等の数値が報告されている。

これらの数値は、データ集積の規模(10万例超)それ自体ではなく、データを専門的に解釈し、治験・患者申出療養・未承認薬・適応外薬のアクセス課題と接続する制度的配置の有無こそが、研究開発成果を実装に転換するか否かを決定するという論点を補強する材料として整理し得る。高解像度の制度設計とは、技術と現場と制度と政策を接続する解像度の高さを、政策的言説のレベルだけでなく実装レベルにおいて確保することである。

D. 考察

D.1 5層を統合する設計原理

C.1からC.5までの5つの論点は、それぞれ独立した観察ではなく、AI・データ時代の研究開発体制を構成する設計原理として相互に接続している。第一に、技術への期待が高まる局面における専門家配置の逆説的重要性。第二に、経路依存的制度的硬直性のもとでの国際標準の外部参照点機能。第三に、「統合」と「独立」の二分法を超える設計原理としての相互運用性。第四に、データの独立性と相互運用性の両立を可能にする安全性技術の共同開発。第五に、技術的解決主義を超える高解像度の制度設計の要請。これらは別々の論点ではなく、研究開発成果を社会実装に接続するための統合的設計の構成要素である。

AI・データ時代の研究開発体制は、個別技術の創出を支援する従来型のR&D政策から、データ基盤、国際標準、制度的信頼、安全性技術、専門家ネットワークを統合する実装志向型の体制へと拡張していると整理し得る。

D.2 制度的配置の非移転可能性と国際協調の様式

技術および標準は国境を越えて流通可能性が高い一方、それらを機能させる制度的配置は各国固有性が強いという非対称性は、国際協調体制の様式に重要な含意を持つ。

特にグローバルヘルス領域では、各国の保健医療制度、データ保護制度、財政制約、専門人材の配置が大きく異なるため、単一の統合システムを目指すことは現実的ではないと考えられる。むしろ、各国の制度的独立性を前提としつつ、データ標準、評価手法、説明責任、安全性技術、能力強化を通じて相互運用性を確保することが重要になると整理し得る。技術それ自体ではなく、それを機能させる制度的配置が決定的に重要であるという命題は、国際協力を不要にするものではない。むしろ逆に、制度的配置こそが各国固有性を持つために、各国の実装経験の相互参照こそが、国際協力の中核的機能となり得る。

D.3 国際協力の二重機能と国内改革との連動

国際協力が、対外的ルール形成と国内改革の外部参照点という二重機能を併せ持つことは、グローバルヘルス国際協調体制を考える上で重要な視点を提供する。

HL7 FHIRの日本における作動メカニズム、DFFTにおける国内データガバナンス改革と国際枠組み構築の並行進行は、いずれも国際協力が国内制度改革の駆動力として機能していると類推できる例と整理できる。この知見は、グローバルヘルスにおける国際協調体制を、対外的合意形成のための場としてだけでなく、各国の国内実装能力を構築・改善する経路として位置づける視座に通じる。

D.4 安全性技術の共同開発による国際協力の再構成

Privacy-Enhancing Technologyの発展は、研究開発体制論において新たな論点を提示する。第一に、これらの技術はデータの独立性と相互運用性を二律背反としてではなく同時成立可能なものとして再定式化する。第二に、これらの技術自体が新たな研究開発の対象であり、国際共同研究の結節点となり得る。共同研究開発の過程それ自体が、各国の規制間の相互運用性を技術的基盤の側から下支えする経路を生む。

2030年G7に向けた研究開発体制の検討においては、技術内容の研究開発と、安全性技術の研究開発を、いずれも国際協調の対象として位置づける視点が一つの論点となり得る。

E. 結論

本年度(令和7年度)の分担研究では、AI・データ時代のグローバルヘルス研究開発体制を、個別技術の開発支援ではなく、データの独立性と相互運用性の両立、国際協力を国内改革の外部参照点として機能させるメカニズム、安全性を担保する技術の共同開発、技術的解決主義を超えた高解像度の専門家配置を統合する実装ガバナンスの問題として捉え直す視座を提示し、その下で5つの論点を抽出した。

技術および標準が国境を越えて流通可能である一方、それらを機能させる制度的配置は各国固有性が強いという非対称性のもとでは、国際協調は同一制度の移植ではなく、各国の制度的経験の相互参照と原理レベルの共通基盤構築という形をとる必要があると整理し得る。グローバルヘルスにおける国際協調体制は、この観点から、各国の国内実装能力を構築・改善する経路として位置づけ直す視座が一つの論点となり得る。

日本は、高齢化、UHC、医療DX、がんゲノム医療、DFFT、広島AIプロセス等の経験を有しており、これらを個別政策としてではなく、研究開発を支えるデータ・AIガバナンスの設計原理として再構成することで、2030年G7に向けた政策提言の基盤を提示し得ると整理し得る。

次年度以降は、本年度に整理した分析基盤を踏まえ、G7、G20、WHO、世界銀行等における研究開発関連政策文書の体系的整理、関係者ヒアリング、ならびに官民連携によるイノベーション政策の検討を進め、2030年G7に向けた政策提言の基礎を構築することとする。

F. 健康危険情報 該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Takemi, A. (2026). Bridge-weaving diplomacy: Japan's strategy for AI governance in navigating geopolitical fragmentation. *Journal of Digital Media & Policy*, 17(1), 151-170. <https://doi.org/10.1386/jdmp.00203.1>

Takemi, A., & Minamitani, K. (2026). Climate change, health security, and regional stability in the Indo-Pacific: Japan's potential role in addressing interconnected challenges. In *Climate Change, Public Health, and Regional Security in the Indo-Pacific* (pp. 163-171). Academic Press.

2. 学会発表

Takemi, A. (2026年2月25日). Safeguarding and Responsibly Advancing Critical Emerging Technologies: Southeast Asia-Japan Cooperation. Conference on Southeast Asia-Japan Partnership in Strengthening Regional Economic Security, Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of Singapore, Singapore.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
鈴木一人		単著	『地経学とは何かー経済が武器化する時代の戦略思考ー』	新潮社	東京	2025	288
武見綾子	Climate change, health security, and regional stability in the Indo-Pacific: Japan's potential role in addressing interconnected challenges	Sebastian Kevany	Climate Change, Public Health, and Regional Security in the Indo-Pacific	Academic Press	米国	2026	163-171

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
勝間 靖 (共著)	A systematic review of microplastics perception and its factors: Implications on SDGs	<i>Sustainable Futures</i>	10	1-12	2025
鈴木 一人	De la seguridad económica a la geoconomía: nuevas formas de medir el poder	<i>ANUARIO INTERNACIONAL CIDOB 2026</i>	-	41-49	2025
武見綾子	Bridge-weaving diplomacy: Japan's strategy for AI governance in navigating geopolitical fragmentation	<i>Journal of Digital Media & Policy</i>	17(1)	151-170	2026

米国第一 グローバルヘルス 戦略

2025 年 9 月



アメリカ合衆国

Année complètement
VPO, PCV13, VAP, VAA →
leur être administrée lors
avec le Centre de Santé
VPO avec VPI
mémoire inchangée
2 et 8°C

* vaccin de routine : atteindre une couverture vaccinale
VPO₃ / VPI > 80% de 9 à 25
Explique
Prime
185/100
* Organiser des activités vacc supplém (JNV, JLV)
* Notification immédiate de p cas suspect.
→ Echantillon des sels : échantillon adéquat
et inadéquat (lire)
→ Communication : (lire)
INDICATEURS DU STOCK DE GESTION EN VACCIN

* Besoin en vaccin =
Pop cible x Objectif de couverture x nombre de doses x
Antigènes x facteur
* 1^{re} période = 100
* Stock minimal

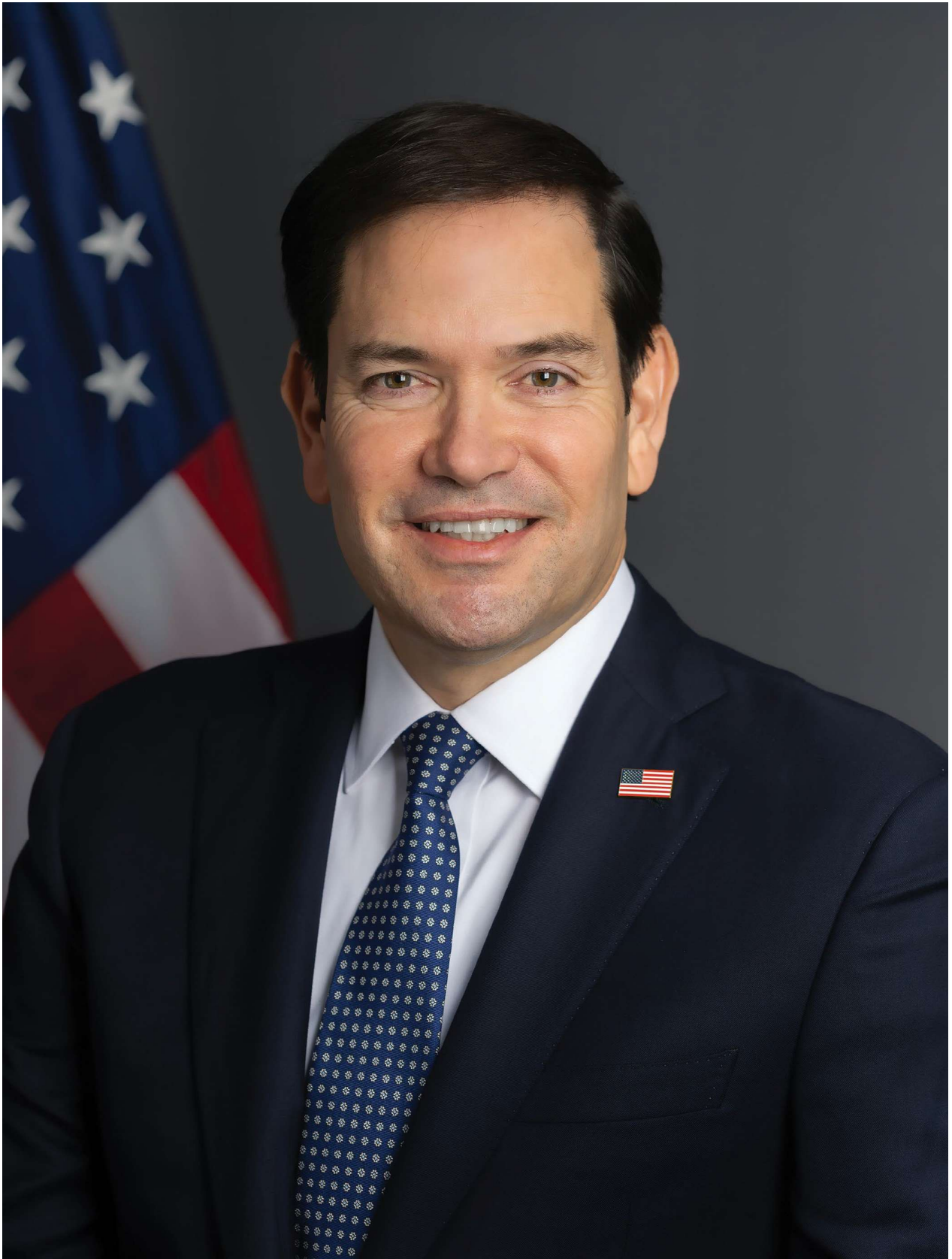


米国第一グローバルヘルス戦略

目次

ルビオ長官からの書簡	2
エグゼクティブ・サマリー	3
米国の保健分野の対外援助における成果	4
米国の保健分野の対外援助における問題点	8
深刻な非効率と無駄	8
依存文化	12
第一の柱：米国をより安全にする	14
監視	14
感染症発生対応	16
第二の柱：米国をより強固にする	18
グローバルヘルスにおける米国のリーダーシップを活用して中国に対抗する	18
強固なグローバルヘルス二国間協定	19
第三の柱：米国をより豊かにする	32
パンデミックの防止	32
対外援助における調達	33
商業パートナーシップ	34





ルビオ長官からの書簡

米国民の皆様へ

米国は、保健分野における世界のリーダーです。米国では、世界のどこよりも革新的な医薬品や医療機器が開発されています。病気になったとき、米国ほど十分な治療を受けられる国はありません。

我が国は過去数十年にわたり、世界の保健分野においてリーダーシップを拡大してきました。世界中で発生した何千件もの感染症の流行を封じ込める支援をし、多くのパンデミックの可能性を米国の水際で阻止してきました。最も注目すべき米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）をはじめとする保健分野の対外援助プログラムは、2,600 万人以上の命を救い、780 万人の乳児が HIV／エイズに感染した状態で生まれるのを防いできました。多くの誇るべき成果があります。

しかし、問題も多く、我が国の対外援助プログラムは深刻な欠陥を抱えています。特に保健分野の対外援助プログラムは非効率で無駄が多く、受入国ではしばしば、複数の医療提供システムが並行して構築されると同時に、依存文化が生まれています。こうしたプログラムを支援する NGO の多くは、業務を現地の政府に移行するよう後押しをすると繰り返し約束してきましたが、ほとんど進展していません。これは、多くの場合、受入国の意欲の不足によるものではなく、我が国の欠陥のある対外援助制度と、NGO が自身を永続させようとする歪んだ動機に起因しています。

我々は、保健分野の対外援助プログラムの優れた点を維持しつつ、欠陥を迅速に修正しなければなりません。この戦略は、まさにそれを実践するための計画を提示するものです。本報告書では、グローバルヘルスの外交と対外援助において米国をより安全に、より強固に、より豊かにする「米国第一グローバルヘルス戦略」を詳述しています。この戦略では、現行制度の非効率、無駄、依存性を終わらせるビジョンを示しています。そこでは、感染症の発生を我が国に到達する前に食い止め、数百万人の命を救いながら我が国の国益を促進する強力な二国間協定を締結し、米国の医療イノベーションを世界中で推進し、輸出する後押しをするという、前向きで未来志向のビジョンを提示しています。

我が国は引き続き世界の保健分野のリーダーであり、世界で最も寛大な国であり続けますが、それは、米国民に直接利益をもたらし、米国の国益を直接促進する方法で実施します。今後数カ月、数年のうちにこのビジョンを実現できることを楽しみにしています。

敬具



マルコ・ルビオ
米国国務長官

エグゼクティブ・サマリー

米国は、グローバルヘルスにおける世界のリーダーです。米国のグローバルヘルスプログラムは、この25年間で数千件の感染症の発生が米国に到達するのを水際で防ぎ、2,600万人以上の命を救い、780万人の乳児がHIV／エイズに感染した状態で生まれるのを阻止してきました。

しかし、我が国のグローバルヘルスプログラムは、非効率で無駄の多いものになりました。現在、保健分野の対外援助資金のうち最前線の物資や医療従事者に届いているのは40%未満です。その内、約25%が物品（診断機器、医薬品など）の購入に充てられ、約15%が27万人以上の最前線の医療従事者（主に看護師や地域の医療従事者）の雇用に充てられています。残りの60%の資金は、技術支援、プログラム管理、その他の間接費に支出されています。

この非効率は、数々の理由から時間をかけて蓄積されてきました。HIV／エイズ対策が始まって間もないころ、最も深刻な影響を受けた多くの国々で、医療提供力はきわめて低いものでした。その結果、米国は医療提供能力の直接的な構築に投資することをしばしば選択し、国の保健制度との結び付きは最小限に留まることが多くなりました。この戦略は、医療成果を劇的に向上させる成功を収めたものの、その結果、複数の調達システムや供給網が並存していたり、プログラムごとに医療従事者やデータシステムが存在したりといった状況も頻発しました。

この問題は、議会が近年グローバルヘルスプログラムに多額の資金を投入し続けていることによって悪化の一途をたどっているにもかかわらず、改善する動きはほとんどありません。この問題は、特に技術支援やプログラム管理で多くの資金提供を受けているNGOによってさらに悪化しています。彼らは、機能を現地の政府に移管しようと努力するのではなく、自身を永続させるという歪んだ動機に動かされているのです。結果的に、最近の3代の大統領政権がローカルオーナーシップを強化してグローバルヘルスプログラムを移行する戦略を策定したにもかかわらず、ほとんど進展が見られません。今こそ、この状況を変えるときです。

本文では、米国がグローバルヘルスでリーダーシップを発揮するための前向きで先見性のあるビジョンである「米国第一グローバルヘルス戦略」を提示します。米国民の利益を優先し、米国をより安全に、より強固に、より豊かにする計画です。そうすることで、世界中の何百万人もの命を救い、諸外国が強靱で永続的な保健制度を構築できるよう支援します。

より安全に。我が国は、感染症の発生を7日以内に発見できる世界的監視システムへの支援を継続し、それにより米国民の安全を確保します。これは、可能な限り現地に米国政府職員を配置し、発生リスクが特に高い地理的地域には多くの職員を配置するなど、各国との二国間関係を通じて実現します。感染症の発生時には、現地政府と連携して迅速に対応できるよ

う備えます。資金を大幅に増強し、発生を封じ込め、旅行者を適切に検査し、そして可能な限り最大限、感染症の米国上陸や海外在住の米国人の被害がないよう備えます。

より強固に。グローバルヘルスにおける米国の対外援助プログラムは、単なる援助ではありません。世界中で米国の二国間利益を促進するための戦略的な仕組みなのです。今後は、保健分野の対外援助を活用して米国が優先する事項を推進しながら、各国が強靱で永続的な自国の保健制度を構築するよう促していきます。これは、明確な目標と行動計画を示した複数年の二国間協定を被援助国と締結することにより、慎重に実施します。

こうした二国間協定により、最前線で使用されるあらゆる物資の購入費、および最前線で患者にサービスを直接提供するすべての医療従事者の人件費に対する財政支援が全額保証されます。さらに、各国と連携して、感染症の発生可能性に加え、医療成果をより幅広く監視できるデータシステムも整備するようにします。これらのシステムを各国の長期的な保健情報システムに統合し、将来にわたって感染症発生と医療成果を確実に監視できるようにします。また、技術支援の対象を、個別の臨床現場から重要機能の政府への引き継ぎへ迅速に移行するよう働きかけていきます。これには、政府間支援の拡大に加え、民間セクターや信仰に基づく組織の活用も含まれます。最後に、各国政府に対して、これらの取り組みへの共同投資を要請し、米国と協力して将来の米国による保健分野の対外援助資金の拠出に必要な実績基準に合わせるよう求めます。

米国による保健分野の対外援助の大部分を受け取る被援助国との二国間協定を 2025 年 12 月 31 日までに締結し、これらの新たな協定の履行を 2026 年 4 月までに始めることを目指しています。

より豊かに。何よりもまず、感染症の流行を発生地に封じ込め、米国人の命と米国経済を守ることで、米国をより豊かにします。また、対外援助を活用して米国の企業とイノベーションを海外で推進します。これには、米国の対外援助プログラムの一環として米国企業が物品を継続的に調達することが含まれます。さらに、各国との二国間関係を活用し、米国の医療分野におけるイノベーションと製品を世界でより広く推進し、米国のイノベーションが世界中の保健医療制度の基盤となるようにします。

米国の保健分野の対外援助における成果

米国はこれまでも現在も、保健分野における世界のリーダーであり続けています。このリーダーシップにより、数千件もの感染症の発生が米国に届くのを水際で阻止され、国の安全が守られてきました。毎年、世界中で数百件の懸念すべき感染症が発生しており、その中にはエボラ出血熱、エムポックス、高病原性インフルエンザ株の発生も含まれています。2024 年には、アフリカ大陸だけで 100 件以上の感染症が発生しました。

米国は、こうした発生地で積極的に対処し、多くの場合、感染症を米国の水際から遠ざけておくことに成功しています。2025 年 9 月の時点で、国務省（DOS）と保健福祉省（HHS）には、海外で勤務するグローバルヘルスの専門家が 1,700 人以上います。

今年だけでも、米国政府はウガンダに発生したエボラ出血熱とタンザニアのマールブルグ病が大流行にならないよう支援しました。米国の取り組みには、検体の同定と配列決定のための検査診断機器の配備、訓練された米国職員の派遣による接触者追跡の実施、感染患者とその接触者へのワクチンや治療法の提供、出入国地点における効果的な国境検疫の実施支援が含まれます。いずれの流行においても、米国政府の積極的な取り組みが大きく奏功し、米国への上陸事例は見られませんでした。

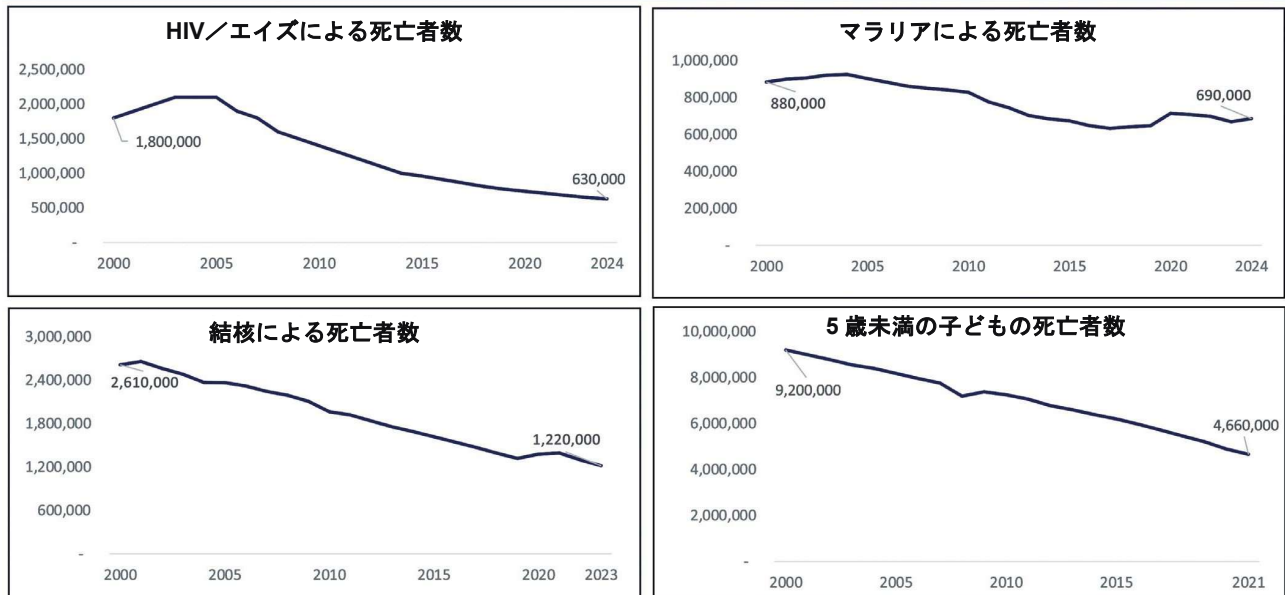
米国はまた、グローバルヘルスの対外援助における世界のリーダーでもあり、2001 年以降、2,040 億ドルを超える保健分野の対外援助を提供してきました。これは、どの国よりも 1,000 億ドル多く、同期間における世界のグローバルヘルスにおける援助総額のほぼ 3 分の 1 に当たります。この資金の大半は、世界で最もまん延し致死率の高い（が、予防と治療が可能な）感染症である HIV／エイズ、マラリア、結核（TB）との闘いに充てられました。

これらの投資により、医療成果は過去 25 年間で飛躍的に向上しました。PEPFAR だけでも 2,600 万人の命を救い、780 万人の乳児が HIV に感染した状態で生まれてくるのを防いできました。2000 年から 2024 年の間に、エイズ関連疾患による年間死亡者数は 180 万人から 63 万人に減少し、新規の年間 HIV 感染者数は 290 万人から 130 万人に減少しました。2000 年から 2024 年にかけて、マラリアによる死亡者数は世界で毎年約 20 万人減少しました。2000 年から 2023 年までに、結核の発生率は約 25% 減少し、結核による年間死亡者数は 140 万人減少しました。

その成果はサハラ以南アフリカではさらに目覚ましく、2000 年から 2023 年までに、HIV による死亡者が 70% 以上、結核による死亡者が 51%、マラリアによる死亡者が 63% 減少しました。サハラ以南アフリカにおける全体の平均寿命は、2000 年から 2023 年の間に 11 年延び、52 歳から 63 歳に上がりました。これは驚くべき成果です。

2003 年以降、PEPFAR は 2,600 万人の命を救い、780 万人の乳児が HIV に感染した状態で生まれるのを防いできました。

図 1：世界の死亡者数の減少



米国による保健分野の対外援助における見返りは、医療成果の向上をはるかに超え、多くの受入国に安定と経済発展をもたらしています。例えば、第三者評価によれば、PEPFAR による支援の対象国は、PEPFAR の支援がない場合と比較して、一人当たりの GDP 成長率が 2.1 パーセントポイント高くなっています。感染症の抑制によって、政治的安定性も向上しました。統治体制が脆弱な国々では、疾病の流行や健康危機から政情不安が悪化することが多いためです。2004 年から 2011 年にかけて、PEPFAR 支援対象国では政情不安が 40% 減少したのに対し、同地域の PEPFAR 支援非対象国ではわずか 3% の減少にとどまりました。政情不安が国家安全保障の脅威の温床となり得ることを踏まえると、米国による的を絞った保健分野の対外援助は、こうした脅威の発生を未然に防ぐのに一役買ってきました。

また、保健分野の対外援助プログラムの一環として、米国の科学イノベーションを展開することができました。例えば、国務省は今年、HIV による負担の高い国々で米国が開発した HIV 予防薬のレナカパビルを 200 万人に提供する画期的なパートナーシップを発表したところです。この予防薬はカリフォルニア州に本社を置くギリアド・サイエンシズ社が開発したもので、米国政府の市場形成投資により、ギリアド社とレナカパビルは多くの新興市場で早期に足場を築くことができます。

米国のイノベーションには他にも、グローバルヘルス関連の組織が投資しています。例えば、グローバルファンドは 2010 年以降、米国企業から 35 億ドル以上の物品やサービスを調達していますし、他にも複数の国際医療機関が 2012 年以降、米国企業から 125 億ドルを超える商品を購入しています。

保健分野の対外援助により、米国と外国との軍事的な関係も改善されました。主としてサハラ以南アフリカ全体（米軍と外国軍がイスラム過激派に対して連携を強化している多くの国々を含む）で、PEPFAR プログラムだけでも 19 の軍同士の協力関係が構築されています。



米国の保健分野の対外援助における問題点

米国のグローバルヘルスプログラムは、過去数十年間で最も成功した対外援助プログラムのひとつであることに疑いの余地はないものの、現行のグローバルヘルスプログラムには非常に重大な問題もあります。主な課題が二つあり、米国が資金を出す現在のグローバルヘルス提供システムに積もり積もった驚くべき非効率と無駄、そしてこれらのプログラムが多くの受入国に生み出した依存文化です。この依存文化はしばしば、ローカルオーナーシップを弱体化させ、現地主体の総合的で強靱な保健制度に向けて前進しようとする意欲を鈍らせます。

深刻な非効率と無駄

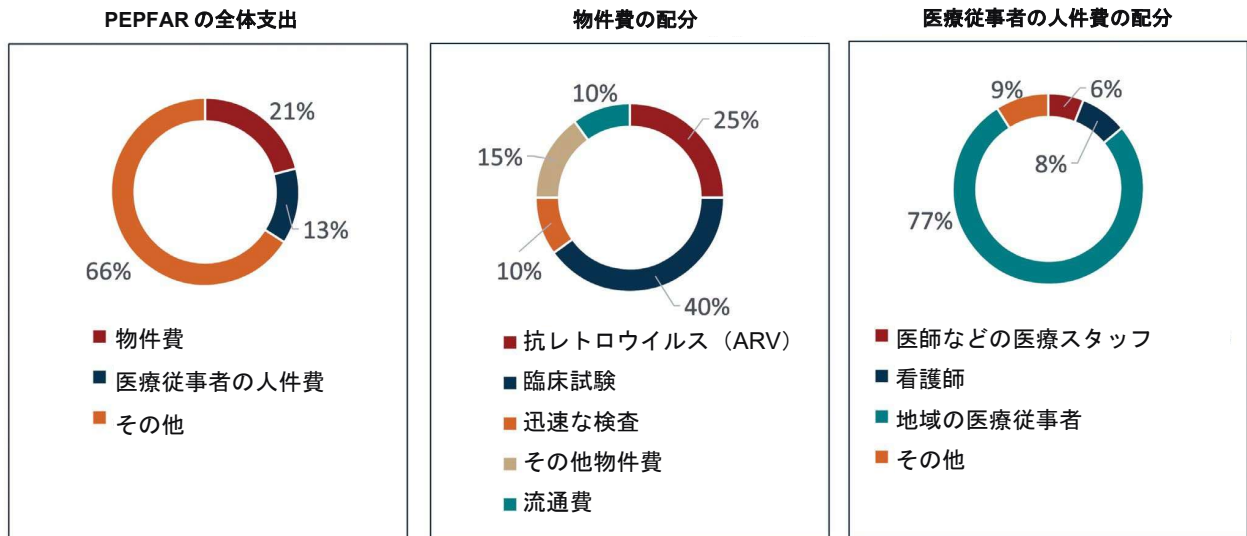
米国による保健分野の対外援助プログラムは非効率的です。米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）は、対外援助プログラムの歴史上最も堅固なデータ報告・監視システムの一つを構築しており、1ドルごとに支出先を非常に詳細に追跡する能力があります。驚いたことに、このデータによれば、現地でのサービス提供、具体的には医療物資や医療従事者に直接使用されている資金は、PEPFAR 予算の約 40% だけなのです。

47 億ドルにおよぶ PEPFAR の二国間予算のうち、医療物資の購入および関連する輸送・配送を支援するために充てられているのは約 10 億ドルに過ぎません。この金額には、診断検査、検査機器、ワクチン、治療薬（抗レトロウイルス薬など）、補助医療用品（手袋、マスク、ピペットなど）の購入費用全額に加えて、これらの製品を最終目的地まで輸送するために必要な費用が含まれています。

PEPFAR はさらに、患者を治療する診療所で働く 27 万人以上の人々に対する財政支援にも約 6 億ドルを費やしています。これに含まれているのは主に、感染症の予防・検査・治療サービスの提供を担う、地域の医療従事者（208,800 人）と看護師（22,700 人）です。また、進行した感染症のより複雑な症例を支援する少数の医師も含まれています。

残りの 31 億ドルは、研修、指導、監督、品質管理、技術支援、プログラム管理、米国政府職員の費用をはじめとした付随する支援活動に充てられています。この多額の技術支援費と関連経費が生じた背景には、プログラムの歴史的経緯が大きく関わっています。プログラム開始当初、多くの国々には診断検査や抗レトロウイルス療法（ART）などの必要な介入を実施する能力がほとんどありませんでした。そのため米国は、現地でこの能力を形成できるよう、「実施パートナー」として知られるようになる組織と契約を結びました。

図 2 : PEPFAR 予算の支援種別内訳

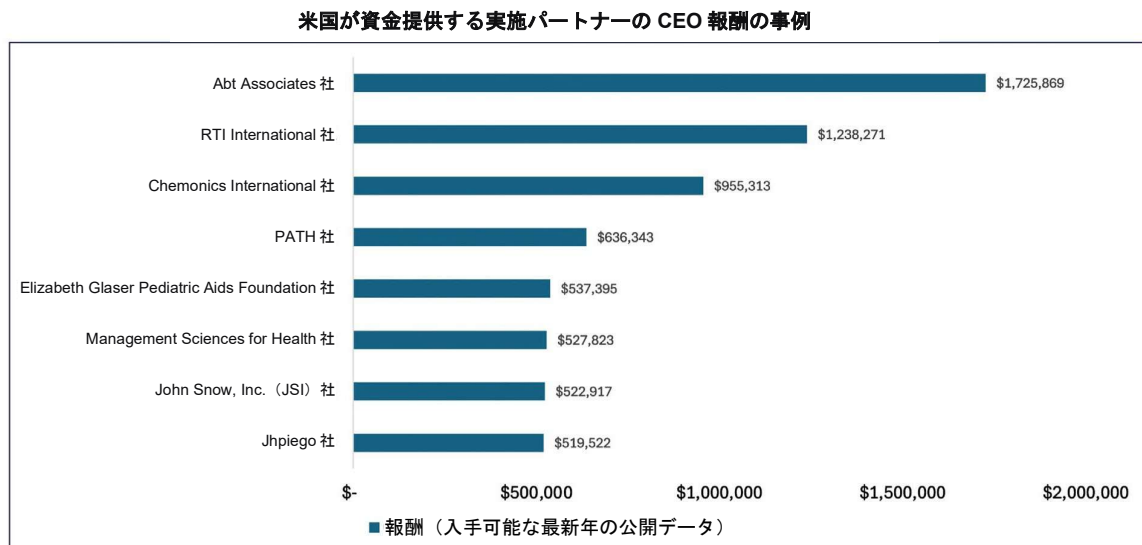


米国が構築した実施パートナーの体制は、当初は必要だったものの、今では重複が多く、きわめて非効率的です。複数の実施パートナーが非常に類似した業務を割り当てられることがあまりにも多く、大きな重複が生じています。この実施パートナー体制の複雑さにより、間接費の多重層化が著しく増大しています。例えば、2024 年度には、ウガンダ単独で 57 の実施パートナーと 300 を超える二次受入組織が、タンザニアでは 38 の実施パートナーと 350 を超える二次受入組織が、存在しました。2024 年度、実施パートナーは 6 億 7,800 万ドルをプログラム管理に支出しており、ある実施パートナーはプログラム管理だけに 6,130 万ドルを費やしました。この費用は、多くの実施パートナーで巨額の間接費がかかっていることにより悪化しています。多くの実施パートナーで役員の給与が 50 万ドルを超えており（図 3）、100 万ドルを超えるところもいくつかあります。

米国はまた、歴史的に疾病対策プログラムを縦割りで運用してきており、HIV／エイズ、結核、マラリア、感染症流行対応はすべて別個のプログラムとして実行されてきました。そのため、国ごと、疾病ごとに別々の計画立案プロセスや実施パートナーが存在することが多く、相互の連絡や協力はほとんど見られませんでした。この調整の欠如により必然的に重複が発生する結果となり、複数の疾病にまたがって投資を活用し、その効果を最大化する機会を逃してしまいました。また、各国の保健制度がほぼ必ず疾病横断的に統合されていることから、この疾病別の縦割り手法は、各国の既存の保健インフラへのプログラムの統合をより困難にしていました。

パートナー国は、米国のグローバルヘルスプログラムの非効率をよく認識しています。最大の受入国の一つは、ある公開報告書で次のように言及しています。「高額な間接費は援助国と被援助国の双方にとって不透明なままである」。「実施パートナーである NGO との複数契約が資金の断片化と重複を招いている」。

図 3：米国が資金提供する実施パートナーの CEO 報酬の事例



今が、成果に実質的な影響を与えることなく、技術支援、プログラム管理、間接費といった費用を大幅に削減できるまたとないチャンスです。実際のところ、プログラムが将来、受入国主体に移行すれば、こうしたコスト削減は不可欠です。受入国の政府が現在の水準の間接費をサポートすることは決してないからです。例えば、プログラムを長期的に持続可能にするためには、最終的にその国の保健省が研修、品質、プログラムの管理業務の多くを主導する必要があります。データシステムなどを対象としたその他の投資は、その国の保健データシステムと統合可能な形で実施する必要があります。カイザー・ファミリー財団とボストン大学の最近の分析によれば、こうした技術支援、プログラム管理、間接費は医療成果の向上と負の相関関係にあることが判明しており、これらの投資を大幅に削減・転換することが不可欠であると強調されています。

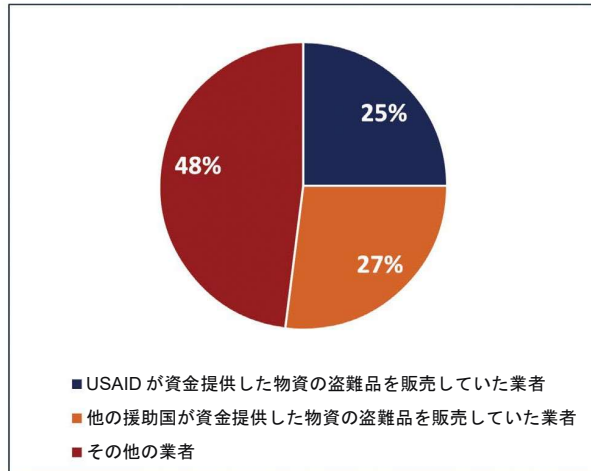
非効率のほか、特定の国々では供給網における無駄、窃盗、悪用の証拠も依然として見られます。米国国際開発庁（USAID）の要請に基づき 2020 年から 2024 年まで 10 カ国で実施されたグローバルヘルス物資監査では、訪問した業者の半数が援助国から資金提供を受けた医療物資の盗難品を販売しており、25%は USAID が資金を提供した物資の盗難品を販売していたことが判明しました。ごく少数ではあるものの物資が国境を越えて流通しており、その規模と巧妙さから犯罪が組織的になりつつあることが示唆されています。こうした横領により、米国の納税者には毎年数百万ドルの負担がかかっている可能性があります。

さらに悪いことに、2025 年 1 月にはモザンビークにおける中絶関連規制違反が米連邦議会に報告されました。内容は、PEPFAR が資金提供した 4 名の看護師が、ヘルムズ修正条項で成文化されている米国法に違反し、2022 年 4 月から 2024 年 6 月までに少なくとも 21 件の中絶手術を実施したというものです。この出来事により、プログラムが本来の使命を逸脱しているとの懸念が深まりました。2023 年 6 月に 13 カ国の議員や宗教・保健・法律分野の第一人者 131 名から連名で米連邦議会指導部に送られた書簡では、プログラムとパートナー組

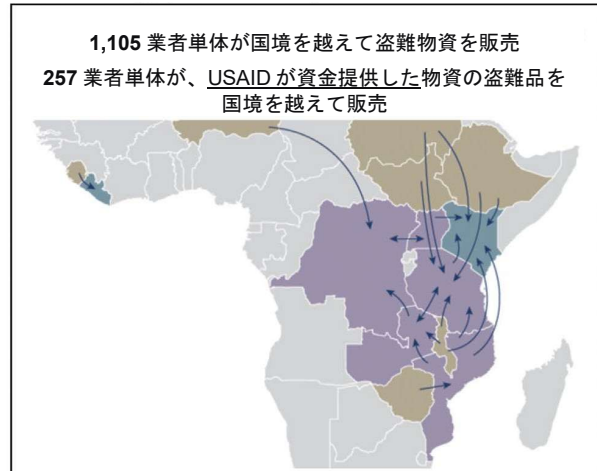
織に対して、「アフリカの思想や慣行と相容れない、争いの火種となる行為を、一線を越えて推進」しないよう徹底することを要請しています。

図 4：米国が資金提供したグローバルヘルス物資の横領

横領監査を受けた業者のシェア
(2021 年から 2024 年の間に完了した 2 万を超える業者への訪問)



4 年間の監査結果：国境を越えた不正取引の発見
供給網安全保障契約（2020～24 年）



米国民が保健分野における自国の対外援助プログラムに自信を持ち、さらに同プログラムが将来にわたり最大限の効果を維持するには、この非効率、無駄、悪用を排除しなければならず、そして、それは可能です。

依存文化

ルビオ長官が述べたように、対外援助プログラムの成功とは、プログラムが時間とともに実質的に縮小することを意味すべきです。成功した保健プログラムは、具体的な成果（感染症による死亡者数の減少など）をもたらすだけでなく、長期的な依存を招かないよう、時間の経過とともに被援助国の保健制度に統合されるべきだからです。

保健プログラムを受入国主体の強靱なものにするという考え方は、新しいものではありません。最近の 3 代の大統領政権はいずれも、公衆衛生プログラムを受入国主体に移行する戦略を策定してきました。しかし残念ながら、この目標に向けた超党派の政治的支持があったにもかかわらず、進展はわずかででした。例えば、米国政府が支援する 23 の大規模プログラム全体では、受入国政府が対策費用の平均 30～40%しか負担しておらず、残りのほぼ全額が米国政府とグローバルファンドによって賄われています。過去 5 年間、この割合に大きな変化はありません。

今こそ、受入国が長期的に主体となるよう、これらのプログラムの移行を開始するときです。HIV／エイズ、マラリア、結核、ポリオといった感染症は今、これまでとは異なる局面を迎えています。この 25 年間の大きな進歩に加えて、低・中所得国における所得が増加したことにより、多くの国々に残っている公衆衛生面での成果の格差を解消しつつ、責任を持って各国の主体性を促進するよう保健分野の対外援助を再設計する機会がもたらされています。受入国自身もこの方向へ進もうとするかつてない勢いを示しており、これこそがまさに、過

去の蓄積を活用し、感染症の将来にわたる継続的な抑制を確実にする、思慮深く戦略的な方法で、我々が実現しようとしていることなのです。

「アフリカはもはや患者であってはならない。自らの健康の運命の設計者であり提唱者でなければならない...我々は危機対応以上のことを行う制度の構築を求められている」

—ガーナ大統領ジョン・ドラマニ・マハマ
2025 年 8 月 5 日

第一の柱：米国をより安全にする

エボラ出血熱。COVID-19。豚インフルエンザ。ジカウイルス感染症。21 世紀に入り、世界は多くの感染症とパンデミックを経験してきました。人間同士、そして人間と動物のつながりが世界中でかつてないほど増える中、将来のパンデミックの脅威は増大しています。人間の感染症の 60%は動物を介して広がることがあり、新興感染症の 75%は動物から広がります。病気を阻止するための医療介入は進歩していますが、致死性の病原体もまた生存をかけた闘いの中で進化し続けています。

これらの理由から、「米国第一グローバルヘルス戦略」の第一の柱は、致死的な疾病の米国上陸や海外の米市民への被害を防ぐために最大限の努力を払い、米国民を確実に守ることです。残念ながらこれまで頻繁に目にしてきたように、世界のどこかで感染症の流行が起きれば、それはすぐに米国民への脅威となり得ます。米国政府のグローバルヘルス戦略は、最も致死率が高く、最も重篤な症状を引き起こし、最も感染力が強く、世界的なパンデミックや深刻な経済混乱を引き起こす可能性が最も高い感染症の発生を素早く発見し、これに対処することを目的としています。

監視

目標 1：流行する可能性のある感染症の発生を発生から 7 日以内に発見できるようにする。

パンデミックや人間の健康への脅威が次にどこで発生するかを正確に特定することは保健の専門家でも不可能ですが、発生の可能性がより高い病原体や地理的地域はいくつか存在します。サハラ以南アフリカ、東南アジア、中南米の多くの地理的地域がそうです。これらの地域は、急速に都市化し、人間と動物の距離が近く（動物が人間への病原体伝搬の媒介生物となることが多い）、基礎的な保健制度が貧弱なため新たな病原体が最初に出現したときにそれを検出できる可能性が低い地域です。

米国は可能な限り最大限、二国間の関与によって疾病の脅威に対する世界的な監視を強化し、リスクが最も高い国々にはさらに重点的に取り組みます。現在、米国はすでに 60 カ国以上に専門の保健職員を配置しており、これには国務省の保健外交官や米国疾病予防管理センター（CDC）の疾病管理技術専門家が含まれています。

米国は、米国大使館のあるすべての国に保健分野を担当する政府職員を配置します。感染症の負担が大きい国や将来の発生源となる可能性が高い国には、保健職務専任の政府職員をより多く配置します。これらの職員は、国務省、保健福祉省、国防総省など米国政府全体から派遣されます。

米国はこれまで、多くのグローバルヘルスプログラムごとに検査能力とデータシステムに投資してきました。



これらの投資を統合して、監視・データ・検査への単一の投資戦略とします。これにより、感染症発生監視、HIV／エイズ、結核、マラリア、ポリオなど、対象国における米国のグローバルヘルス戦略のあらゆる側面に対応可能になります。また、感染症発生の可能性を監視するとともに保健分野の対外援助プログラムを管理するという両方の目的から、各国との必要に応じたデータ交換を調整します。

米国は二国間関係を優先して開始しますが、特定国と監視を目的とした二国間関係を構築できない場合など、米国政府は目的とする対象を絞った多国間関係にも関与します。こうした多国間関与は、米国が二国間関係からだけでは得られない監視機能を明確にすることに重点を置き、限定的かつ具体的に行います。

感染症発生対応

目標 2：米国外で発生した感染症の流行を発生源で迅速に封じ込める。

多くの場合、感染症対応において最初の 72 時間が、病原体の封じ込めに最も重要です。米国政府は、米国を脅かすあらゆる感染症発生への対応を、発見から 72 時間以内に発動することを最優先とします。米国政府は、米国が資金提供する疾病監視機能、技術協力、そして外交を組み合わせ活用し、感染症発生の軌跡や疾病を引き起こす病原体の変異に関するリアルタイム情報を入手します。現地政府の対応機関を引き込み、さらなるまん延リスクを把握するとともに、病原体の基本的な遺伝子配列情報や物理的サンプルを入手して、対応や医療対策の開発・展開に提供します。

米国政府による実地疫学専門家養成プログラム（FETP）への投資は、この分野における我々の投資の中で最も多くの見返りをもたしているものの一つです。このプログラムは、多数の国々で現地雇用の公衆衛生専門家を大勢育成しており、彼らは近年の多くの感染症発生において最前線の対応を担ってきました。米国政府職員は、現地政府の職員による各対応を支援し、また必要に応じ米国政府の国内スタッフを派遣して対応活動を支援します。さらに米国は、地域内または国内から大量に人員を動員して、随時対応を支援します。

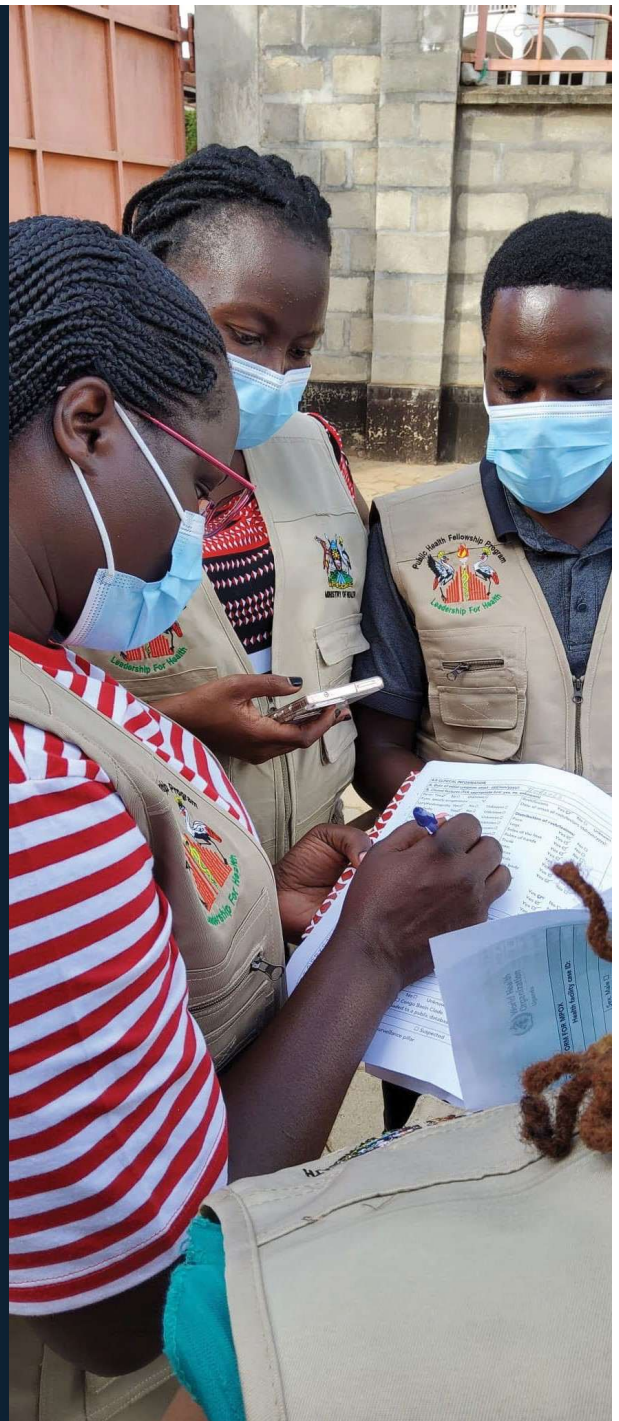
必要な場合には、診断機器、ワクチン、治療法、個人用防護具、その他の物品も大幅に増強して、対応を支援します。これらの増強資金は、米国政府が中央で管理し、感染症発生への対応に随時、迅速に展開できるよう、各国・地域ごとに契約の仕組みを整えます。

感染症の流行を封じ込めるために渡航措置が必要であると米国の保健専門家が判断した場合は、他国と協調して実施します。また、米国市民に感染症発生に関する情報を提供し、対象国での旅行や健康対策に関して情報に基づいた判断ができるようにします。

米国はさらに、保健分野での二国間対外援助プログラムを通じて構築された保健制度の資産を活用し、感染症発生への対応を支援します。HIV／エイズ、結核、マラリア対策に使用されるのと同じ保健インフラ（検査機関や医療従事者を含む）が、新たな感染症発生への対応にしばしば動員されることがあります。

ウガンダにおけるエボラ出血熱 対応

ウガンダではよく知られているエボラ出血熱が過去 25 年間に 9 件発生しました。ウガンダの首都カンパラにまで到達した 2025 年の流行をはじめとして、米国はこれらの流行を阻止するうえで重要な役割を果たしてきました。2001 年以降、米国はウガンダに対し、検査機能、疾病監視機能、およびグローバルヘルス・セキュリティ・プログラムの資金を提供してきました。ウガンダ政府は、2025 年のエボラ出血熱発生時には、米国の強力な支援により 8 日間でエボラ出血熱の発生を検知できました。対応者たちは、米国が支援した検査と輸送の仕組みを活用して検体を検査し、米国が支援した監視・報告システムで情報を共有し、米国が支援した医療従事者により疑いのある症例の調査と接触者の追跡を実施しました。米国はまた、迅速に資金を動員したことで、検問所でのスクリーニングや救命治療法の提供により対応の強化が可能になりました。ウガンダ保健省は、2025 年 4 月に流行の終息を宣言し、国外や米国への感染事例はありませんでした。



第二の柱：米国をより強固にする

グローバルヘルスにおける米国のリーダーシップを活用して中国に対抗する

グローバルヘルスの対外援助は引き続き、米国が世界各国との二国間関係を強化するために重要な戦略です。この援助は、我が国をより安全に、より強固に、より豊かにするだけでなく、他の国々が強靱で永続的な保健制度を構築するのを支援します。米国は、長年にわたり世界で最も寛大な国であり、現在も補助金、技術支援、人道支援を通じて世界最大の政府開発援助（ODA）を提供しています。

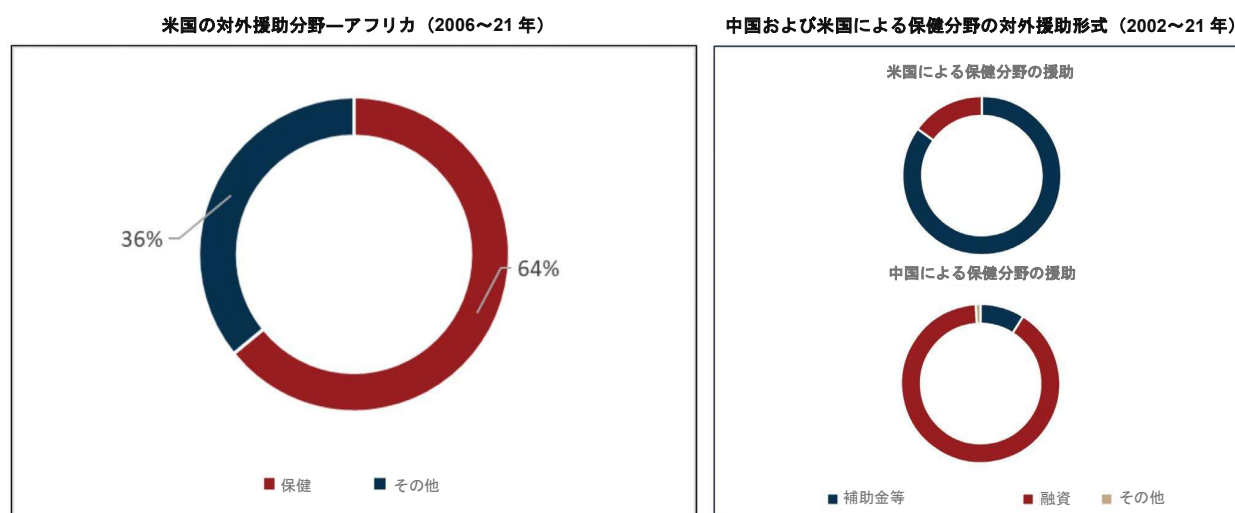
対照的に、中国の対外援助は、透明性が欠如しているため、意図的に定量化が困難になっています。中国の「一帯一路」構想（BRI）は、主に道路・鉄道・港湾・エネルギープロジェクト向けのインフラ事業を対象とした融資を通じて数千億ドルを動かし、中国に有利な貿易連携と経済統合の構築に重点を置いています。しかし、これらの融資は高金利であることが多く、債務の持続可能性への懸念を生じさせています。さらに中国は、自国の国有企業ネットワークを通じた支援を好んで提供し、依存関係を創出しかねない返済条件で中国政府保証による無利子融資を活用しています。中国は、自国労働力の雇用を要求することがしばしばあり、また支援の条件として、中国の利益に有利な国際機関での採決や、中国企業に利益をもたらす技術移転といった政治的便宜を求めることがあまりにも頻繁にあります。さらに、中国の対外援助に関する公表データが限られているため、こうした援助が受入国における汚職や統治問題を悪化させているかどうかは不明瞭です。

米国による保健分野の対外援助は、米国の国益にとって特に戦略的に重要な大陸であるアフリカにおいて、中国に対抗する重要な力となる可能性を秘めています。アフリカ大陸の人口は、1960年に世界の10%だったところから、2050年までには4分の1を占めそうな曲線を描いて増加しており、世界で最も成長が早い上位20の経済圏のうち12がアフリカに存在しています。複数の国では今も、保健・開発成果の最も低い地区がしばしばイスラム過激主義の資金調達の温床となっています。またアフリカには、主要鉱物やレアアースの最大級の鉱脈も複数存在しており、これらは軍事・商業分野の重要な用途で使われる先端技術の材料として必須です。

中国は2002年から2021年にかけて、アフリカでの対外援助に約3,390億ドルを投資しました。このうち約85%は融資によるもので、主に大規模インフラ事業のためのものでした。これに対し、米国は同期間に2,160億ドルを投資し、その90%が補助金形式で、60%以上がグローバルヘルス分野に向けたものでした。この援助は、アフリカ大陸全体で平均寿命の延伸、国民の健康増進、GDPの成長押し上げに寄与したものの、米国は現地政府から独立して資金の配分を決定することが多く、国や現地政府の保健省に直接提供される資金はごく一部でした。その結果、受入国は、米国の資金支出先を必ずしも明確に把握しておらず、また援助が受入国政府の最優先感染症対策に向けられていないことも多くありました。今後は、グローバルヘルス分野において受入国政府との直接の二国間協定へ移行することにより、米

国は援助の効果を最大化して二国間関係を強化すると同時に、人命救助と、各国がより強靱で永続的な保健制度へ移行する支援を確実に両立させられます。

図 5：中国および米国の開発資金内訳



強固なグローバルヘルス二国間協定

目標 3：複数年の二国間協定を締結して、感染症のまん延を封じ込め、人命を救助し、経済成長を可能にすることで、重要国との二国間関係を強化する。

米国による保健分野の対外援助は、3 つの現実根拠に基づいています。第一に、引き続き人命救助を進展させなければなりません。外国の指導者の大半は、最終的には国民の生活向上のために経済成長を創出したいと考えており、平均寿命の延伸と人命救助は、人的資本と長期的な経済成長に投資する最も重要な手段の一つなのです。第二に、投資は、受入国政府が支持するとともに、各国に適切なペースで自立を促す形で実施する必要があります。第三に、保健分野の対外援助は、米国民に具体的な利益をもたらす二国間関係に重点を置き、米国の国益を確実に促進するものでなければなりません。

米国のあらゆる二国間協定において重要な要素は、過去数十年にわたり設定されてきた HIV／エイズ、結核、マラリア、ポリオに対する意欲的な目標に継続的に取り組むことであり、併せて認識すべきは、各国が自ら最終的な成果に対する責任を負うこと、また米国政府の支援は各国の成果に対する貢献の一要素にすぎないことです。米国はまた、トランプ大統領の第二期任期終了までに、多くの国々で HIV／エイズの母子感染を終止させることを優先させます。米国による保健分野の対外援助が寄与するグローバル目標の詳細は、図 6 で説明しています。

図 6：米国による保健分野の対外援助が寄与するグローバル目標

HIV／エイズ	結核	マラリア	ポリオ
• HIV 感染者の 95% が自身の感染状況を把握し、感染状況を把握している人の 95% が HIV 治療を受け、治療を受けている人の 95% がウイルス抑制状態にあることを確保する • 2030 年までに HIV 感染を 90% 削減する（2010 年水準比） • 2030 年までにエイズ関連死亡者数を 90% 削減する（2010 年水準比） • 複数の高負担国における母子感染を終わらせる	• 2030 年までに結核罹患率を 80% 削減する（2015 年水準比） • 2030 年までに結核死亡率を 90% 削減する（2015 年水準比）	• 2030 年までに世界のマラリア死亡率を少なくとも 90% 削減する（2015 年水準比） • 2030 年までに世界のマラリア症例出現率を少なくとも 90% 削減する（2015 年水準比） • 2030 年までに少なくとも 35 カ国でマラリアを撲滅する • マラリアの撲滅を達成したすべての国でマラリアの再発を防止する	• 2027 年末までに野生型ポリオウイルス 1 型（WPV1）を根絶する • 2029 年末までに伝搬型ワクチン由来ポリオウイルス 2 型（cVDPV2）を根絶する

米国のグローバルヘルス二国間協定では、4 つの要素を指針とします。

最前線支援を完全に維持する（すべての物資購入および最前線医療従事者への資金拠出を含む）

PEPFAR 資金約 10 億ドルと非 PEPFAR 資金 3 億 2,500 万ドル以上が、診断機器、医薬品、殺虫剤浸漬蚊帳などの物資購入に充てられています。さらに、PEPFAR 資金約 6 億ドルと非 PEPFAR 資金 2 億 2,700 万ドル以上が、患者に直接サービスを提供する医療従事者の給与と福利厚生に充てられています。米国は、二国間協定の一環として、協定期間中にこれらの最前線投資への資金提供を現行水準の 100% で維持することを要求します。ただし、受入国の重要サービス提供力に影響がないと受入国と米国の双方が承諾した理由に基づいて、両国が異なる資金提供水準に合意した場合を除きます。

2026 年度は引き続き、米国政府が現在各国で支援している最前線のあらゆる費用について全額を負担します。2026 年度以降、各国は自国の所得水準に基づいた共同投資水準が必要になるため、米国はこれらの費用の一部を負担します。対象となる物資には、以下が含まれます。

HIV／エイズ

- HIV 治療用抗レトロウイルス薬（小児用製剤を含む）
- HIV／エイズ診断検査（迅速検査、ウイルス量検査、乳児早期診断を含む）
- HIV／エイズ予防薬（特に母子感染を予防できる長時間作用型レナカパビルなど極めて革新的な解決策の展開に重点を置く）
- 進行した HIV 疾患を検出・治療する診断機器と薬剤

マラリア

- 殺虫剤浸漬蚊帳および噴霧剤
- マラリア診断検査
- 抗マラリア薬（小児向け季節性マラリア化学予防療法を含む）
- マラリアワクチン

結核

- 結核診断機器（分子診断機器のイノベーションを含む）
- 結核治療（薬剤耐性治療を含む）
- 結核予防療法

ポリオ

- ポリオワクチン接種プログラムを支援するために必要な物資

米国政府は、これらの物資を購入するための共同調達の仕組みを 1 つ以上設立するか、その設立に貢献します。共同調達は、米国、その他の援助国、および被援助国が、米国企業による革新的な治療薬や診断機器を含む高品質な物資を可能な限り低価格で購入できるようにするには不可欠です。

最前線の医療サービス従事者とは、米国政府の資金支援を現在受け、予防・検査・治療サービスの提供を担っている 27 万人の医師、看護師、および地域の医療従事者を含む、すべての最前線医療従事者です。

2026 年度は、米国政府がすでに各国で支援しているこうした最前線の医療従事者の費用について全額を負担します。2026 年度以降は、各国は自国の所得水準に基づいた適切なペースで、これらの人員を各国の医療予算に統合する取り組みを各国と共同で開始します。原則として、米国は受入国と協力し、確実にすべての最前線医療従事者が長期的に維持されるようにします。ただし、受入国の重要サービス提供力に影響がないと受入国と米国の双方が承諾した理由に基づいて、両国が異なる人員配置水準に合意した場合を除きます。

安定した実績監視システムに合理化し、維持する

米国は、各国と協力し、安定した実績監視を確実に行うための合理化された手法を構築します。多くの場合、各国は（しばしば米国の資金提供と奨励を受けながら）、疾病ごとにデータ監視システムを開発してきました。これらのシステムは、非常に複雑で、並行して運用されることが多く、また各国のより幅広い保健情報システムに全く組み込まれていないか、あるいは緩やかにしか結び付いていません。このようなシステムの並存は、効果的に保健介入を拡大させるために流行の初期段階では必要なことが多かったものの、複数のデータシステムの並行運用は長期的には効果的な戦略ではありません。

それぞれの二国間協定の一環として、米国は受入国と連携し、少なくとも次の4分野のデータを監視できる合理的で安定した実績監視システムを構築します。

- **サービス提供**：予防療法を受けている人数、抗レトロウイルス療法（ART）を受けている人数、配布されたマラリア予防用蚊帳の数、マラリア検査・治療を受けた人数、結核治療を受けた人数など、プログラムのサービス提供状況を監視します。
- **疫学**：HIV、マラリア、結核、ポリオについて、地理的区分別および主要な人口統計学的区分別の症例数・死亡者数に着目し、感染症の制御状況を監視します。
- **供給網**：供給網の提供システムにおける不正・無駄・悪用を防止・検知する仕組みを構築します。
- **共同投資**：政府の共同投資を追跡します。

米国政府は、受入国と協力して、サービス提供と疫学データの長期的な監視計画を策定します。これには、収集が必要な最小限のデータ項目設定の調整、および適切なセキュリティとプライバシー管理を確保するためのデータガバナンス・フレームワークの確実な整備が含まれます。米国政府はまた、長期データ共有協定を確実に締結することで、新たに発生する脅威の監視、プログラム管理、および法的に義務付けられた報告に必要なデータを米国にもたらしめます。

米国政府は、公衆衛生監視を中心としてさらに、医療物資の在庫管理を円滑に行うためのロバストプロセスを確実に導入します。例えば、可能な限り、米国政府は受入国政府と連携して、バーコード化や GS-1 ラベル付けといった民間セクターのサプライチェーンにおける共通のベストプラクティスを確実に実施し、通関港から診療所までの可視性を確保します。

最後に、米国は各国と連携して正式な移行指標を定め、各国における共同投資を追跡します。これらの指標すべてにおける実績が、米国による翌年度の保健援助資金の拠出条件となります。具体的な実績の要件は、二国間協定の一環として各国と個別に協議します。

その他の非最前線投資のすべてを大幅に削減する

前述のとおり、保健分野の対外援助拠出資金の60%以上が、物資や医療従事者といった最前線への投資に充てられていません。米国は、物資や最前線の医療従事者に向けられていないこの財政支援を迅速に削減するよう取り組みます。米国が資金提供するグローバルヘルス対外援助の現行のコスト構造は非効率で、各国が採用すべき持続可能な財政モデルではないことから、この再構築は長年の懸案でした。米国がこれらの非最前線投資の迅速な削減に向けて取り組むには、いくつかの原則が重要になります。

米国による保健分野の対外援助プログラムを全病態にわたり統合する

米国政府による保健分野のすべての対外援助プログラムを国務省に統合することにより、HIV／エイズ、結核、マラリア、ポリオなどの疾病別プログラムを横断的に統合する非常に大きな機会がもたらされます。統合が適切に実施されれば、疾病ごとの成果の達成効率を大幅に上げることができます。例えば、地域の医療従事者団が支援を受けて村落で HIV 検査と HIV 治療薬の補給を行っているとする、その医療団は、訓練を受けて態勢を整え、マラリア検査を実施したり、症状が出ていて結核が疑われる患者に効果的な診断検査を勧めたりすることが可能になります。

プログラムの統合は、受入国の保健制度との統合をさらに促進する機会でもあります。各国政府の保健制度は個別の疾病プログラムごとに管理されているのではなく、病態を横断して完全に統合されているからです。疾病プログラムを横断して統合する取り組みによって効率が向上する可能性のある主な分野は、次のとおりです。

- **供給網**：倉庫保管、流通、在庫管理に対する供給網管理手法が統合されると、HIV／エイズ、結核、マラリア、ポリオ対策製品が確実に利用可能になり、最終届け先まで効率的に配送できるようになります。
- **地域医療従事者**：地域医療従事者団が統合され、適切に訓練を受けると、HIV、結核、マラリア、ポリオに対する地域密着型の検査と予防を実施する態勢が整います。
- **検査システム**：単一アプローチによって発生監視、および HIV・結核のための分子診断ネットワークを構築することで、中央拠点および診療現場における検査能力の効率的な活用が確保されます。
- **データシステム**：病態を横断した共通データの収集・インフラ・分析プロセスにより、プログラムの実績把握を促進するとともに、受入国主体の持続可能なデータシステムを支援します。

受入国のより幅広い医療システムに統合する

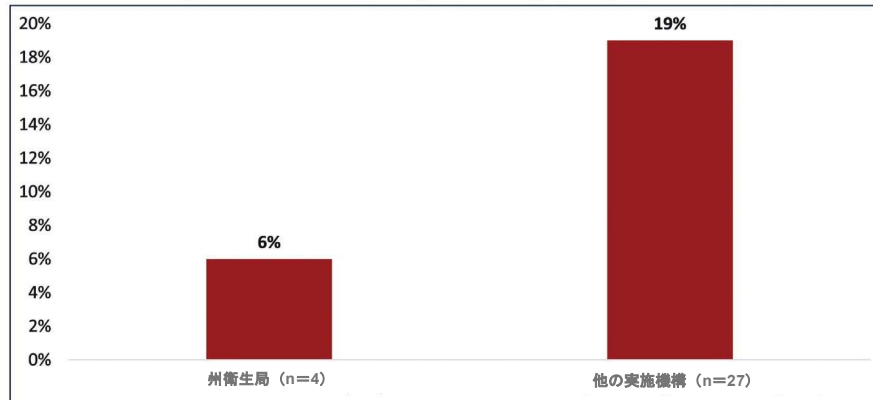
米国による保健分野の対外援助は、受入国政府が提供している他の医療サービスの仕組みとこれまでよりうまく統合される好機を迎えています。歴史的に、米国の保健援助プログラム、特に PEPFAR は、多くの場合、並存する物資調達機構、並存する流通網、プログラムごとの医療従事者、プログラムごとのデータシステムといった並存する複数の構造に頼ってきました。こうしたインフラの並存は、成果が急速に向上した理由の一つではありますが、受入国が長期的に維持することはできないものでもあります。

今後、米国の保健援助は、可能な限り各国の保健制度と統合して、HIV、結核、マラリア、ポリオ対策サービスを提供します。これには、必要に応じてサービス提供と技術支援を対象とした政府間（G2G）資金提供の活用拡大が含まれます。医療物資が国内の流通システムを利用して移動できるようにしたり、医療従事者の給与を現地のコスト構造に合わせたりす

ることも含まれます。G2G で実施されたプログラムは、管理コストが大幅に低い傾向にあり（図 7 参照）、多くの事例で成功を収めていることが証明されています。

図 7：パートナー種別によるプログラム管理予算

プログラム管理への予算提出におけるザンビア政府・州保健局と他の実施機構の比較
(2024 年ザンビア)



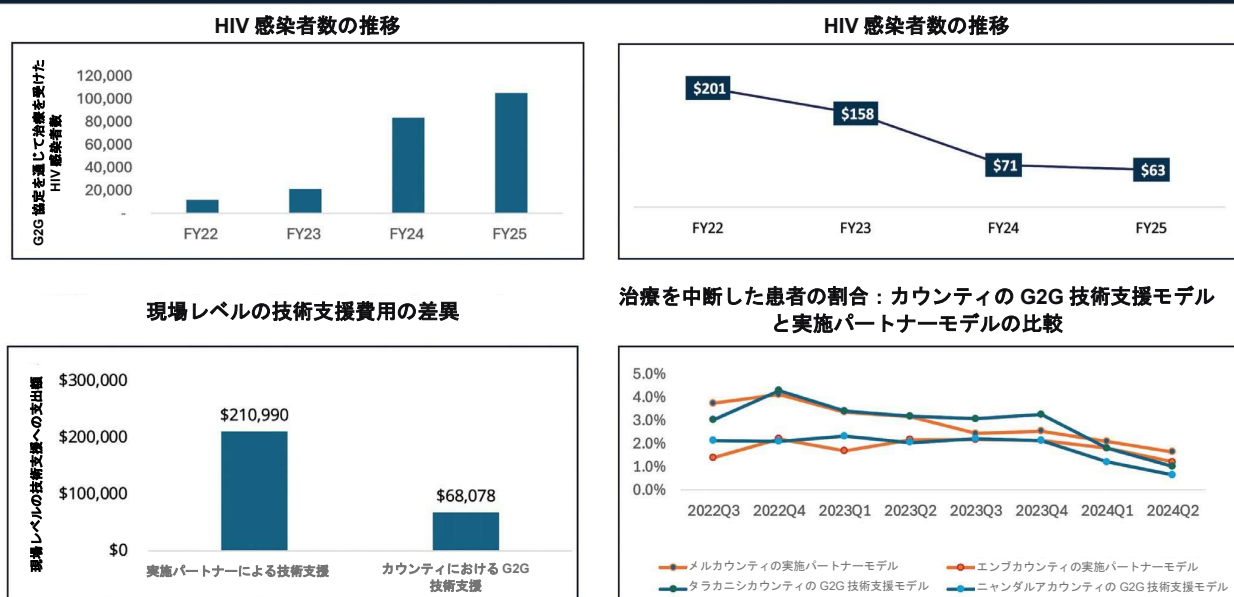
米国政府がサービス提供をより幅広い公衆衛生エコシステムに統合することに成功した一例が、ザンビアです。米国は、ザンビアの主要 4 州において、主力となる HIV サービスの直接的な提供支援を、G2G 協定を通じ、米国に拠点を置く実施パートナーから州政府へ移行することに成功しました。このプロセスにより、HIV 治療の適用範囲が拡大してウイルスが 31%抑制されただけでなく、HIV 感染者 1 人当たりの基本支援コストが 44%削減されました。

同様にケニアでも、多くのカウンティ（自治行政区）で、資金提供と現場レベルの技術支援を実施パートナーからカウンティ政府の職員へ移行しました。この移行の結果、これらのカウンティでは、技術支援コストが 70%削減されました。同時に、治療を中断した患者の割合は 50%以上減少し、治療を受けた人数は 2 万人から 10 万人以上へと 5 倍以上に増加しました。

可能な限り G2G 協定を通じて実施することで、米国はより強靱で永続的な現地の保健制度の構築を支援するだけでなく、米国の二国間関係もさらに強化していきます。多くの国々は、自国のより幅広い国家保健戦略に沿った形で中央政府が実施に直接関与すると、米国の対外援助の価値を一層高く評価するようになるからです。

G2G 資金調達が不可能な場合、米国が資金提供する実施パートナーは自らのコスト構造を現地の相場に合わせて調整し、計画および実施プロセスを中央政府の公衆衛生実績管理プロセスに統合させます。米国はまた、各国政府に対して、国民健康保険制度などの公的資金による保健プログラムがあれば、それに必須の感染症対策サービス（診断検査、ART による治療など）を統合するよう促します。

図 8 : ケニアの G2G 協定による仕組みの効率性 (2017~25 年度)



民間セクターを最大限実用的に活用する

民間セクターを活用することによって、保健分野の対外援助に提供効率を向上させる大きなチャンスがもたらされます。民間セクターの役割は各国の状況によって異なりますが、その目的は一般的に、提供される支援の種類ごとに一連の指針となる取り組み方に従うことです。

- 医療物資の調達：** ほぼすべての国で、共同調達の仕組みを活用し、民間メーカーから高品質な物資を最低価格で購入します。
- 医療物資の流通：** 国内の民間セクターの物流機能を活用しますが、完全に政府が管理する医療供給網インフラを利用すべきコスト面または性能面での強い理由がない場合に限ります。
- サービス提供：** 各国の民間セクターにおける検査機関、診療所、薬局のインフラ水準に合わせて混合モデルを取り入れ、必要に応じて民間セクターを活用するモデルに投資します。民間セクターのソリューションは、より低コストでより高品質のサービスを長期的かつ着実に提供できる可能性が高いためです。

- ・ **データシステム**：可能であれば、政府が完全に設計・管理するデータシステムではなく、民間セクターの市販ソリューションを活用することで、コストを抑えて継続的な資本投資を確保します。

信仰に基づく組織の活用

信仰に基づく病院や診療所は、疾病負担が最も高い多くの国々で医療提供システムの重要な役割を担っています。例えば、エスワティニとウガンダでは信仰に基づく提供者が提供能力の50%以上を占め、他の多くの国々でも40%以上を占めています。

信仰に基づく組織は、米国政府と連携して保健分野の対外援助を提供しており、その実績は20年以上に及びます。信仰に基づくプログラムが成功しているのは、信仰心が非常に厚いアフリカの多くの国において特に、宗教指導者が地域社会から高い信頼を得ているためです。さらに、信仰に基づくプログラムは、農村地域を含め人がいれば届くため、成功しやすい傾向にあります。信仰に基づく地域社会サービス提供モデルも、既存のインフラを活用して間接費を抑制できることから、費用対効果が高くなる傾向があります。さらに、信仰に基づく

図9：特定国における信仰に基づく提供者の浸透率と影響力

国	信仰の浸透率	信仰に基づく医療施設の総数	信仰に基づく医療施設の市場シェア
ザンビア	キリスト教徒 98%	142	40%
ジンバブエ	キリスト教徒 87%	174	35%
タンザニア	キリスト教徒 61%、イスラム教徒 35%	968	42%
マラウイ	キリスト教徒 83%、イスラム教徒 13%	198	37%
ウガンダ	キリスト教徒 87%、イスラム教徒 12%	626	50%
レソト	キリスト教徒 97%	53	40%
ケニア	キリスト教徒 85%、イスラム教徒 10%	998	40%
ボツワナ	キリスト教徒 72%	不明	18%
ルワンダ	キリスト教徒 92%、イスラム教徒 2%	153	40%
エスワティニ	キリスト教徒 90%、イスラム教徒 2%	157	52%

サービスは、民間の寄付者、あるいは現地の宗教団体が集める十分の一税や献金の支援が受けられるため、時間の経過とともに米国の対外援助に依存せずに持続する可能性があります。

ザンビアのサークル・オブ・ホープ

米国政府には、グローバルヘルスを向上させるため、信仰に基づく組織と協力してきた長い歴史があります。ザンビアでは、「サークル・オブ・ホープ（希望の輪）」と呼ばれる信仰に基づく組織が、新たに「コミュニティ・ポスト（CP）」モデルを開発し、宗教団体の人員に支えられた分散型の HIV 検査・治療・予防サービスを支援しています。このモデルは、次の 3 つの主要要素を土台としています。（1）人々が働き、生活し、交流し、礼拝する場所の近くに設置されること、（2）現地で信頼される宗教指導者にアウトリーチワーカーとして参加してもらい、サービスを必要とする人々を特定して付き添ってもらうこと、（3）すべての人員が、ケア提供の際に「RECIPE」という本質的価値観—責任感（Responsibility）、共感（Empathy）、思いやり（Compassion）、誠実さ（Integrity）、情熱（Passion）、倫理観（Ethics）—を示すよう訓練されていること。

サークル・オブ・ホープの CP プログラムは、ザンビア 10 州のうち 7 州に拡大され、そのうち 2 州では州政府が関連費用を全額負担しています。本プログラムは、高いウイルス量抑制率（95%）を達成しており、これは他のプログラム（90%）を上回っています。ザンビアでの成功を受け、コートジボワール、ケニア、南スーダン、ジンバブエもこれに倣って同モデルを実施しています。



受入国からの共同投資を要求する

これまで、米国による保健分野の対外援助は、受入国政府からはっきりとした誓約を取り付けずに提供されてきました。今後は、米国政府と受入国との間で締結される複数年の二国間協定を通じて保健援助を実施します。二国間協定では、説明責任を促進し、将来、米国が資金提供を解放するため、両国が主要な条件を完全に実行することを義務付けます。

ただし、被援助国から痛みを伴う譲歩を引き出すことを目的とした中国の融資型協定モデルの後に続くのではなく、米国が協定に盛り込む要件は、公衆衛生目標の達成と被援助国の自立へのより円滑な移行にまっすぐ向けられたものです。これにより、米国政府と被援助国は、実行可能で堅固な計画を策定し、協定期間を通じて継続的に履行するよう相互に動機付けられます。

協定の内容は、各国の所得水準、疾病負担、政治的安定性などの状況に応じて国ごとに異なります。各協定の中核となる構成要素は、次のとおりです。

- **財政的貢献**：スケジュールとタイムラインを設定し、最前線のサービス提供（物資、医療従事者など）の資金調達を米国政府資金から受入国政府資金へ可能な限り移行します。
- **プログラム指標**：米国政府と受入国政府は共同で、主要なサービス提供目標（診断検査件数、ART 治療者数など）および疫学的目標（症例数、死亡者数）を年ごとの評価基準に設定します。

米国は、多額の保健分野の対外援助を受ける各国に専任職員を配置し、このデータの検証と監査に注力させます。これらの担当者はまた、ヘルムズ修正条項を含むすべての規則・規制を確実に遵守する責任も担います。

米国が支援する 71 カ国の大半は、協定期間中に完全な自立へ移行します。一定の財政的貢献またはプログラム指標が達成されない場合、米国は将来の資金提供を保留する権利を有します。米国は、必要に応じて他の援助国や機関と連携し、すべての援助国からの資金が各国で最大限まで提供され、十分に活用されるようにします。

米国による保健分野の対外援助将来計画の立案

米国政府は、これらの原則を効果的に実行するため、2025 年 10 月から HIV、結核、マラリア、ポリオ、およびグローバルヘルス・セキュリティを含むすべての疾病プログラムにまたがる新たな統合型保健計画の立案プロセスを開始します。このプロセスでは、将来の米国による保健援助に関して相互に合意できる一連の優先事項を具体化するため、受入国政府、他の援助国、他の国内パートナーが積極的に関わる必要があります。計画立案プロセスの成果として、米国政府と各受入国政府との間で複数年にわたる二国間協定が締結され、これが今後数年間の保健援助の指針となります。

各協定の厳しさや複雑さは、疾病負担、米国政府による援助への現在の依存度、現行の保健制度の能力に基づき、状況に合わせて調整されます。大半の協定には受入国政府からの共同資金提供に関する要件が盛り込まれ、すべての協定には HIV／エイズ、結核、マラリア、ポリオを含む関連疾病向けのデータシステム構築およびプログラム指標設定に関する要件が盛り込まれます。

米国が支援する 71 カ国の大半との協定には、協定期間内に自立した国へ完全に移行することが含まれます。米国は対外援助を合理化して、米国との関係が最も深く疾病負担が最も大きい少数の国々に重点的に取り組むことにより、感染症に対する最善策に資金を集中させられるだけでなく、米国にとって戦略的に最も重要な二国間関係にも資金を投入できるようになります。

米国政府の目標は、2025 年 12 月 31 日までに米国による保健分野の対外援助の大部分を受領する受入国との間で二国間協定に署名し、2026 年 3 月 31 日までに責任分担・目標・説明責任の仕組みを明記した詳細な実施計画を策定し、これを 2026 年 4 月から開始する保健分野の次期対外援助実施の指針とすることです。2025 年 10 月から 2026 年 3 月にかけて、米国政府は 6 カ月間のつなぎ資金提供計画を実施し、これにより、上記の複数年協定が策定・導入されるまでの間、既存の救命活動を継続します。

この計画立案プロセスの成果として、米国による保健分野の対外援助の新たな取り組みが始まります。これは、説明責任と自立を促進し、引き続きさらに意欲的な医療成果を追求し、米国納税者の負担を大幅に軽減するものです。



第三の柱：米国をより豊かにする

感染症の発生が我が国に上陸するのを防ぐことは、米国をより豊かにするための重要な要素です。感染症は、世界のサプライチェーンを著しく混乱させ、国際商取引を停滞させる可能性があります。感染症の発生を予防することは、人命を救うだけでなく、米国の産業と労働者を守ることでもあるのです。

さらに、米国には世界で最も革新的なバイオメディカル製品と医療サービス提供モデルが存在することから、グローバルヘルス戦略ではこれらのイノベーションを海外で推進することを重要な焦点としています。これには、保健分野の対外援助プログラムという文脈においても、自国の保健制度の高度化と質的向上に努める受入国との二国間関係というより幅広い文脈においても、米国企業を支援することが含まれます。

パンデミックの防止

米国が尽力する感染症流行の封じ込めとパンデミックの予防は、米国民と経済を守るうえで極めて重要な取り組みです。あらゆるパンデミックは、国内総生産の 1%を超える損失をもたらす可能性があります。

過去 25 年間、エボラ出血熱、マールブルグ病、重症急性呼吸器症候群（SARS）、ジカウイルス感染症、中東呼吸器症候群（MERS）などの感染症の流行は、生産性の損失や旅行・貿易への影響により何十億ドルもの損失をもたらしてきました。例えば、2015 年に発生した MERS の流行は、サウジアラビアから韓国へ拡大し、推定 80 億ドルの損失を出しました。MERS は、韓国国内だけで 38 名の死者を出したほか、韓国を訪れる観光客数が 37% 減少し、観光活動における損失額は 26 億ドルに上ると推定されました。

同様に、2014 年から 2016 年にかけて西アフリカで発生したエボラ出血熱の流行では、11,000 人が死亡し、世界経済は 530 億ドルの損失を被りました。米国はこの流行に対応し、緊急追加資金として 54 億ドルを動員し、国際的な対応を支援するため約 3,000 人の米軍兵士と数千人の政府職員を派遣しました。米国内では、11 人の感染患者の治療に 500 万ドル以上、全米 55 カ所にエボラ出血熱治療センターを設置するために 6,600 万ドルを費やしました。

米国は、感染症の流行を自国への上陸前に封じ込めることにより、国内外において経済と国民の健康を守ることが可能です。

対外援助における調達

目標4：保健分野の対外援助プログラムを通じて米国の医療イノベーションを推進する。

米国は、引き続き保健分野の対外援助資金を活用して米国企業から物資を調達し、これらの企業が新興市場で存在感を高める機会を創出していきます。2024 年度だけでも、米国政府は、アボット社、セフィエド社、ホロジック社などの米国企業から 1 億 2,000 万ドル以上の診断検査を調達しました。マラリア迅速診断検査の 50%、HIV 迅速診断検査の 70%は、米国のメーカーから購入しており、その調達額は 3 億 5,000 万ドルを超えています。この支援により、これらの診断検査メーカーは多くの新興市場への参入が容易になり、現在では米国の対外援助では全く支援されていない製品も販売できるようになっています。

この戦略は、市場に参入したばかりの新たな米国発のイノベーションにも拡大されています。2025 年 9 月 4 日、トランプ政権は米国企業ギリアド・サイエンシズ社と共同で、HIV 予防の新薬である 6 カ月持続型注射剤（レナカパビル）の提供開始に向けた新たな取り組みを発表しました。米国政府は、その規模を活用してギリアド社に市販前事前融資を提供し、ギリアド社が生産能力を構築できるようにしました。さらに、他の援助国にも本取り組みに参加してもらい、他国から米国技術に対して追加投資を得ることにも成功しました。

また、米国による保健分野の対外援助プログラムでは、物資の国際輸送に米国の物流企業を多用しています。例えば、米国は 2016 年以降、アメリカン・プレジデント・ラインズ・リミテッド社、ハパック・ロイド社、マースク・ライン・リミテッド社などの米国籍海運業者に輸送費として 1 億 200 万ドル、国際（場合によっては国内）物資輸送管理を専門とする米国拠点の第三者物流企業に 5,000 万ドル以上を支出しています。外国政府が自国の医療物資供給網の資金提供と管理においてより大きな役割を果たすようになるにつれ、新興市場に広いネットワークを持つ米国企業を含む民間セクターの物流能力の活用を一層促進する重要な機会がもたらされています。

米国がグローバルファンドなどの大規模な多国間基金に拠出してきた資金も、米国製品によって新たな市場を創出してきました。2010 年以降、グローバルファンドは米国企業から 35 億ドルの物品・サービスを調達しており、他の国際医療機関も 2012 年から 2023 年の間に米国メーカーから 125 億ドルを超える物品を購入しています。

米国政府は引き続き、革新的な米国製品の購入を将来の米国による保健分野の対外援助プログラムの重要要素としていきます。これには、米国企業が開発した最も重要な医療イノベーションの利用機会を促進するような共同調達の仕組みづくりの確保も含まれます。連邦議会からの予算割当額が二国間協定支援に必要な資金を上回る場合、米国は、感染症の方向性を世界的に変える可能性のある米国企業の革新的で画期的な技術にこれらの超過資金の一部を投資することを模索します。

図 10：対外援助における米国企業からの調達

プログラム	物資種別	資金拠出
PEPFAR	診断機器	11 億ドル（2016～25 年度）
PEPFAR	医療製品	11 億ドル（2016～25 年度）
米国政府（非 PEPFAR）	医療製品	1 億 3,900 万ドル（2016～25 年度）
グローバルファンド	物品・サービス	35 億ドル（2010～24 年）
他の国際医療機関	医療製品	125 億ドル（2012～23 年）

商業パートナーシップ

目標 5：米国企業が革新的な医療製品・サービスを世界的に展開できる環境を整える。

グローバルヘルスにおける米国の関与は、直接的な対外援助を超え、二国間のより広範な連携、貿易、投資を促進して、米国の医療・製薬企業による新興市場へのアクセスを向上させることができます。これは特に、米国が最大のグローバルヘルス投資を実施しているアジア、アフリカ、中南米など多くの地域で期待できます。例えば、医療市場はアジアだけでも 2030 年までに 5 兆ドルに達すると予測されており、これは同分野における世界の成長の 40%を占めます。同様に、アフリカの医療市場も 2030 年までに 2,500 億ドル以上に急成長すると見込まれています。こうした市場が発展する中で、米国政府が商業外交の推進において役割を果たせる具体的な複数の機会が存在します。

最も直接的な機会、米国企業が生産した医薬品の新興市場におけるアクセス拡大です。米国の外交は、直接支援にとどまらず、参入障壁の軽減に重要な役割を担っています。例えば、米国食品医薬品局（FDA）が承認した製品を各国が認めるようにしたり、地域的な規制調和イニシアチブ（アフリカ医薬品庁など）を推進したりする取り組みを行っています。

医療市場が成熟するに伴って、通常、診断ツールの需要は途方もなく増加します。米国政府は、米国の保健援助における検査エコシステムへの大規模投資を礎として、官民双方の検査ネットワークとの連携促進を支援することができます。これにより、2030 年までに 400 億ドルを超えると予測される市場において、米国の診断関連企業からの製品提供を活用することが可能となります。

米国企業が医療物流、民間の薬局・診療所、健康データソリューションなどの成長市場を活用できるさらに大きな機会が、医療物資にとどまらず、医療サービス提供のバリューチェーン全体に存在します。米国政府は、サービス提供を目指す企業と密接に協力して重要な障壁を特定し、また現地機関との連携を促進して可能な限り迅速な市場参入と事業拡大を可能にします。

結論

米国はこれまでも現在も、保健分野の世界のリーダーであることを約束しています。それは、世界中の感染症の流行が自国に上陸しないよう国土を保護することから始まります。これには、各国における包括的な発生監視計画と、発生に迅速に対応するための専用資金が必要です。

米国はまた、複数年にわたる二国間協定を締結することでグローバルヘルスの対外援助におけるリーダーであり続け、各国が強靱で永続的な国主導の保健制度を構築する道を歩めるよう支援します。これには、主要な最前線サービス（物資および最前線の医療従事者）への資金提供を維持すること、強固なデータシステムを整備すること、そして技術支援の責任を米国の実施パートナーから受入国の政府、民間セクター、信仰に基づく組織へと慎重に移行することが確実に行われる必要があります。また、受入国の政府が自国の保健制度における感染症対策の能力構築に有意義で明確な共同投資を行うことも含みます。

米国は引き続き、対外援助プログラムと二国間商業パートナーシップを通じ、世界中で米国の医療イノベーションを推進します。これには、診断機器、医薬品、医療サービスの分野において世界をリードする我が国の能力を推進することも含まれます。

米国は、新たな「米国第一グローバルヘルス戦略」により、世界中で数百万人の命を救い、世界各国が強靱で永続的な保健制度を構築できるよう支援するだけでなく、米国民をより安全にし、国家をより強くし、国民をより豊かにします。





厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和7年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 今後の中長期的な G7・G20 への我が国の関与及び国際保健課題の取組の促進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 未来ビジョン研究センター・教授
(氏名・フリガナ) 城山 英明・シロヤマ ヒデアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年5月19日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 早稲田大学

所属研究機関長 職 名 アジア太平洋研究科長

氏 名 加藤 篤史

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和7年度 厚生労働科学研究費補助金(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)

2. 研究課題名 今後の中長期的な G7・G20 への我が国の関与及び国際保健課題の取組の促進に資する研究(25BA0301)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 早稲田大学 アジア太平洋研究科・教授
(氏名・フリガナ) 勝間 靖・カツマ ヤスシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和7年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 今後の中長期的な G7・G20 への我が国の関与及び国際保健課題の取組の促進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公共政策学連携研究部・教授
(氏名・フリガナ) 鈴木 一人・スズキ カズト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和7年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 今後の中長期的な G7・G20 への我が国の関与及び国際保健課題の取組の促進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公共政策学連携研究部・特任准教授
(氏名・フリガナ) 松尾 真紀子・マツオ マキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式

令和 8 年5月6日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 伊藤 公平

次の職員の令和 7 度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 今後の中長期的な G7・G20 への我が国の関与及び国際保健課題の取組の 促進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 法学部・教授
(氏名・フリガナ) 詫摩 佳代 (タクマ カヨ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

- (※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係る C O I についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 ☒ 無 ☐ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 世界の健康危機への備えと対応の強化に関する我が国並びに世界の戦略的・効果的な介入に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 先端科学技術研究センター・准教授
(氏名・フリガナ) 武見 綾子・タケミ アヤコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。