別添１

厚生労働行政推進調査事業費補助金

（厚生労働科学特別研究事業）

新たな国際情勢を踏まえた

我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

（25CA2023）

令和７年度　総括・分担研究報告書

代表研究者　梅田　珠実

令和８（2026）年５月

別添２

目次

I. 総括研究報告

新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究　------1
代表研究者　梅田　珠実　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　特任研究員

II. 分担研究報告

１．国際保健外交の概念に関する研究　――――――――――――― 13
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
グローバル合意形成政策ラボ　准教授
城山　英明　　東京大学大学院
公共政策連携研究部・教育部　教授

２．日本の国際保健外交の強みと課題に関する研究　――――――――――― 24
研究分担者
詫摩　佳代　　慶応義塾大学法学部政治学科　教授
細澤　麻里子　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　研究科長

３．地球規模課題解決への貢献に資する国際保健外交の提案に関する研究　-------- 44

研究分担者

梅田　珠実　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　特任研究員

小松　隆一　　長崎大学熱帯医学・グローバルヘルス研究科　教授

野村　周平　　東北大学災害科学国際研究所 グローバルヘルス政策学分野 教授
慶應義塾大学 グローバルリサーチインスティテュート 特任教授
国際医療福祉大学大学院 食・栄養と健康 社会連携講座 特任教授

磯　博康　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　センター長

橋爪　真弘　　東京大学大学院医学系研究科
国際保健学専攻国際保健政策学　教授

齋藤　英子　　東京大学大学院新領域創成科学研究科　准教授

厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）

「新たな国際情勢を踏まえた
我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究」
（25CA2023）

総括研究報告書

研究代表者　　梅田　珠実　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　特任研究員

研究要旨

本研究は、グローバルヘルスを取り巻く複雑かつ多層的な環境変化、および国際保健外交に関与する主体や手法の多様化を踏まえ、国際保健外交の概念・定義の変遷を整理し、その成否を規定する評価枠組みや要因を分析するとともに、日本の国際保健外交について、その歴史的経緯や政策的特徴、強みと課題を明らかにし、今後の役割とポテンシャルを明らかにすることを目的とした。さらに、グローバルヘルス・アーキテクチャーの大きな転換点と表現される現在の国際潮流を踏まえ、今後求められる国際協調のあり方を検討し、地球規模課題に対して日本がとるべき戦略的な国際保健外交の方向性および具体的方策を提示することを目的として、文献・政策レビューやインタビュー調査を実施した。

国際保健外交の概念に関しては、概念分析、定義づけやスコーピングが、国際保健分野の潮流を表すのみならず、外交や政治経済を含む他分野との実務上の複雑な交錯関係を示唆するものであることを明らかにした。また、国際保健外交の多様な評価基準を示すとともに、その成否を規定する要因について、政治学における政策過程論の研究も参照しつつ試論的に提示した。これまでの日本の国際保健外交に関しては、国際環境の変動に伴い変化しつつも、国際貢献の手段として位置づけられてきた点、生物医学的側面のみな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きた点で、戦前からの一貫性・継続性を有することを示した。また、その実績のもとで今後日本には、イノベーション創生、法整備や規範維持、地域との連携の分野で積極的な関与が期待されることを指摘した。一方で、人材面・資金面の不足、プレゼンスの低さにつながる構造的要因、総合的な戦略形成能力の不十分さ、国民の理解と受容性の変化が課題として抽出されたが、多国間協調による国際益の重視や、被援助国に寄り添う姿勢などのアプローチが評価されており、戦略的な課題設定と関与、多国間協調堅持と人材育成が今後さらに必要であることを示した。現在の厳しい国際情勢下、従来のグローバルヘルス・アーキテクチャーは、もはや断片的な改革ではなくシステム全体としての再設計が求められていることから、考慮すべきパ

ラダイムシフトや、ガバナンスの在り方を分析し、日本の国際保健外交が今後重視すべき点を整理した。また、日本の経験、実績と世界の動向を踏まえ、地球規模の課題のうち、人間の安全保障、UHC、AI ガバナンス、超高齢化社会における NCD 対策、気候変動下の持続可能な保健サービスのそれぞれについて、日本が国際保健外交政策において強化すべき方向性及び貢献の可能性を明らかにした。

研究代表者：
梅田　珠実　国立健康危機管理研究機構　国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター　特任研究員

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 グローバル合意形成政策ラボ　准教授

城山英明　東京大学大学院　公共政策連携研究部・教育部　教授

詫摩佳代　慶応義塾大学法学部政治学科　教授

細澤麻里子　国立健康危機管理研究機構　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター　研究科長

小松隆一　長崎大学熱帯医学・グローバルヘルス研究科　教授

野村周平　東北大学災害科学国際研究所　グローバルヘルス政策学分野 教授

磯博康　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター　センター長

橋爪真弘　東京大学大学院医学系研究科　国際保健学専攻国際保健政策学　教授

齋藤　英子　東京大学大学院新領域創成科学研究科　准教授

A．研究目的

本研究は、新型コロナウイルス感染症の世界的流行を経て顕在化が進んだグローバルヘルスを取り巻く複雑かつ多層的な環境変化、および国際保健外交に関与する主体や手法の多様化を踏まえ、国際保健外交の概念・定義の変遷を整理し、その成否を規定する評価枠組みや要因を分析することを目的とした。あわせて、日本の国際保健外交について、その歴史的経緯や政策的特徴、強みと課題を明らかにし、今後の役割と貢献のポテンシャルを評価する。さらに、近年の多国間主義の衰退や地政学的緊張、グローバルヘルスに関する既存機関の在り方の再考といった国際潮流を踏まえ、主要な国際会議や関係機関の議論及び政策を分析することにより、今後求められる国際協調のあり方を検討し、人間の安全保障、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、AI ガバナンス、超高齢化社会における NCD、気候変動等の地球規模課題について、日本がとるべき戦略的な国際保健外交の方向性および具体的

方策を提示することを目的とした。

B. 研究方法

①国際保健外交の概念に関する研究

①―１「国際保健規則とグローバル保健ガバナンスの構造」

研究分担者　武見綾子

同研究では、グローバルヘルス・ディプロマシー及びヘルス・セキュリティーに関する代表的なレビュー・分析論文を軸に概念的な変遷を整理した。

①―２「国際保健外交の成否の評価と成否を規定する要因の提示」

研究分担者　城山英明

同研究では、国際保健外交の概念に関する文献検討を基礎として、国際保健外交の多様な評価基準を外務省の年次国際機関評価に即し確認した。また、国際保健外交の成否を規定する要因について、政治学における政策過程論の研究も参照しつつ提示した。

②日本の国際保健外交の強みと課題に関する研究

②―１「日本の国際保健外交の歴史的経緯、特徴、ポテンシャル」

研究分担者　詫摩佳代

同研究では、公開されている歴史史料、論文や文献により、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た。

②―２「国際保健外交実務者を対象としたインタビュー調査の質的分析」

研究分担者　細澤麻里子

同研究では、国際保健外交経験が 10 年以上ある実務者を縁故法で選定し、調査協力への同意が得られた 8 人を対象として、事前に作成したインタビューガイドに基づく半構造化インタビューを行った。

③地球規模課題解決への貢献に資する国際保健外交の提案に関する研究

③―１「転換点を迎えたグローバルヘルス・アーキテクチャーと国際保健外交：Health Diplomacy Institutional Network の活動を中心に」

代表研究者　梅田　珠実

国際保健外交の教育・研究を担う各国の機関が参画している Health Diplomacy Institutional Network の会議及び同ネットワークが Lancet 誌へのシリーズ論文投稿を目指して実施した共同研究に参画し、調査や peer review 会合への出席を通じて、各国の国際保健外交研究者・専門家の意見を聴取した。また、本研究班が同ネットワークメンバー等を演者に迎えて主催した、UHC ハイレベルフォーラムのサイドイベント「Special session: Health Diplomacy in a Changing World」において、国際保健外交を取り巻く世界の情勢と今後の方向性に関する論点を明らかにし、議論を深めた。

③―２「分断する世界における保健外交：世界保健サミット 2025 から読み解くガバナンス、ヘルスファイナンス、民間セクター関与の潮流と日本の役割」

研究分担者　小松　隆一

同研究では、2025 年に開催された世界保健サミット（WHS 2025）の公式プログラム、セッションでの発言内容、および関連する発表資料を主要なデータソースとし、分析枠組みとして保健外交と表裏一体である

「ガバナンス」と、そこでの決定の実施に不可欠な「ヘルスファイナンス」、そしてこれらと密接に結びつきつつ役割が急拡大する「民間セクターの関与」の 3 つの視点に基づいて分類したうえで、主要論点、共通する傾向、および課題を抽出した。

③―３「人間の安全保障・UHC・AI ガバナンスにおける日本の貢献」
研究分担者　野村　周平

同研究では、人間の安全保障・ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）・人工知能（AI）ガバナンスの 3 領域を対象に、文献レビューを実施した。PubMed における系統的検索に加え、G7・G20 等の首脳会議文書、厚生労働省・外務省・内閣官房が公表した政策文書、ならびに世界保健機関（WHO）・世界銀行等のグレーリテラチャーを補完的に収集・分析した。

③―４「超高齢化社会における NCD の疾病負荷に関する国際保健外交」
研究分担者　礒　博康

同研究では、国連総会が 2025 年に採択した政治宣言である“The prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being”の主要な課題を抽出し、それらに対応する日本国内の経験と実績及び各国のコミットメントに関する留意点について整理した。高齢化が急速に進みつつある諸国に対し助言可能な点を抽出することで、日本の国際保健外交に関する強みを示した。

③―５「気候変動時代の国際保健とサステイナブル・ヘルスケア・ディプロマシー」
研究分担者　橋爪　真弘、　齋藤　英子

同研究では、気候変動が人々の健康および保健医療システムに与える影響と、これに対する国際的な政策・外交の動向を整理し、日本の保健医療セクターがどのように国際的に貢献しうるかを検討した。具体的には、(1) 保健医療セクターの環境フットプリント（温室効果ガス排出、廃棄物等）と、(2) 気候変動による健康影響・医療需要の増加という「二重の課題」を整理した上で、UNFCCC/COP プロセス、WHO の ATACH や COP26 Health Programme などの国際枠組みを対象とした文献・政策文書レビューを行った。

（倫理面への配慮）

上記②―２は、国立健康危機管理研究機構の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 JIHS-S-005131-00）。録音したインタビュー内容から作成した逐語録は個人情報（含まれた場合）を除外した上で解析に用いた。

②―２以外の研究は、人を対象とした研究ではなく、公開された文献・政策文書・統計資料・ヒアリングのみを対象としている。

本研究に関連する企業・団体等との特別な経済的関係はなく、利益相反は存在しない。

C．研究結果及び D．考察

①―１「国際保健規則とグローバル保健ガバナンスの構造」研究分担者　武見綾子

グローバルヘルス・ディプロマシーの概念に関しては、その用語が普及した一方で、定義・射程・公衆衛生実務への含意が論者に

よって大きく異なる多義的概念であると指摘されてきた。その構図として、グローバルヘルス・ディプロマシーが外交研究・国際関係論との交差領域として生成・発展してきた領域であること、アクターは国家から非国家アクターまで多層化していること、概念定義そのものに合意があるわけではなく、研究蓄積の段階としては理論的整理が依然として課題であることが示唆される。

ヘルス・セキュリティの概念には、公的にも普遍的にも合意された定義が存在せず、用語使用が地域・行為主体・場面に応じて大きく異なると指摘される。具体的には、先進工業国の政策決定者は同概念をテロやパンデミックといった「外部脅威」からの自国民の防護として狭義に用いる傾向がある一方、開発途上国や国連システムの保健従事者・政策担当者はより広い公衆衛生の文脈で理解する傾向があるとされている。このように公的に合意された定義を欠きながらも、実務的・政治的影響力を有する用語として定着している構造的特徴があることから、国際保健規則とグローバル保健ガバナンスの構造を扱う場合にも。この概念上の不安定性を所与として議論することが不可欠である。

新型コロナウイルス禍によって「存立危機」の表現としてのセキュリティと、軍民連携の側面からのセキュリティ双方において強い交錯関係が見られたが、インテリジェンス分野における交錯は単なるリソース間の連携を実務的な連携が超える要素がある。

①―２「国際保健外交の成否の評価と成否を規定する要因の提示」研究分担者　城山英明

グローバル保健外交には、各国の外交目的と国際的な保健目的の双方の要素があると認識されるが、国・国益の観点、国際社会・国際的交易の観点も必ずしも一枚岩ではありえず、多様な主体に応じて多様な観点が存在する。

国の観点では、国内保健行政に活かせる成果であるか否か、日本の外交上の利益があったか否か、国際金融機関においてリーダーシップをとることができたか否か、日本の健康・医療産業が国際競争力を得るに至ったか否かなど、省庁により評価基準が異なると考えられる。国際社会の観点では、垂直的アプローチの立場からは、特定の疾患がどの程度減少したかという観点、水平的アプローチの立場からは、各国における保健システムがどの程度強化されたかという観点が重要になりうる。したがって、どのような主体の立場で、どのような観点で評価するのかを明示的に意識することが重要であり、観点を明確にしたうえで適切な事象を評価のための指標、エビデンスとして確保することが必要である。

政策活動の成否は、一定程度独立している課題設定（アイデアの共有）、政策立案（解決案の設計）、政策決定（政治的意思決定機会の確保）、政策実施といった政策活動の要素によって規定されるということができる。政策決定という要因に関しては、様々な独立した流れを合流させる横断的マネジメント能力も必要になる。

各組織は、各組織の観点からグローバル保健外交の評価を明示的に行うべきであり、評価の観点の違いを可視化したうえで調整を図ることが期待される。また、各国の観点からの評価の際も、一定の国際的観点からの成果が前提であり、例えば UHC 推進が実効的であるためには、国際的観点からも

一定程度成果があることが必要とされると考えられる。

②―１「日本の国際保健外交の歴史的経緯、特徴、ポテンシャル」
研究分担者　詫摩佳代

日本は戦前から、パリ国際公衆衛生事務局や国際連盟保健機関への加盟を通じて国際保健分野に積極的に関与してきた。このことは、日本の国際的なイメージ改善やステイタスの向上につながるとも考えられていた。日本の保健協力の強みは、ワクチンや医薬品などの科学技術に依存する生物医学的アプローチと、栄養や住居などの環境改善で健康改善を目指す社会医学的アプローチの双方に重点を置いてきたことである。社会医学的側面においては、栄養学を中心に国民の健康改善政策が発展し、国際連盟や各国保健省に助言を行うなど世界的なネットワーク構築に大きく貢献した。

戦後当初は支援を受ける側だったが、経済発展に伴いその立ち位置が変化し、多国間・二国間支援を通じた保健協力に積極的に取り組むとともに、国民皆保険を達成した経験を活かしてユニバーサル・ヘルス・カバレッジを世界に発信してきた。また、G8・G7 での感染症対策や、国連での UHC 推進において議論を主導して存在感を発揮し、COVID-19 パンデミック時においても国際的な支援に関与し続けてきた。

グローバル保健分野の日本の取組みは、国際環境の変動に伴い変化しつつも、貴重な国際支援の手段である点、生物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点で、戦前からの一貫性を見出すことができる。

日本はこれまでの経験と強みを活かし、国際保健分野でのイノベーション創出、国際規範・制度形成への貢献、アジア太平洋を中心とした地域連携の強化の分野で、国際秩序を支える中核的な保健外交アクターとしての役割を担うことが期待される。

②―２「国際保健外交実務者を対象としたインタビュー調査の質的分析」
研究分担者　細澤麻里子

日本は、1990 年代に ODA で世界最大のドナーとなるなど、国際協力において主導的役割を果たしてきた。日本の二国間支援は、相手国のオーナーシップを尊重する「寄り添った支援」として現地からも高く評価をされてきた。同時に、日本は多国間協調を一貫して支持し、多国間の国際的枠組みへも資金拠出や関与を継続してきた。国際保健への関与の動機は、第二次世界大戦後には国際社会への復帰と地位回復であり、初期の ODA は戦後賠償の意味合いが強かったが、経済発展に伴い「責任あるリーダーとして役割を果たしたい」へと発展した。また、日本の国際保健外交には、人道的な目的に加えて、自国の安全保障や経済的安定に直結するという動機がある。軍事的なオプションを持たない日本にとって、国際保健外交は、国際社会においてプレゼンスや影響力を発揮するための重要な手段でもあった。

日本の国際保健外交政策において、国益と国際社会への貢献や責任は相反するものではなく、両立し得るという認識が前提にある。一方で、従来は国際益に比重が偏りすぎていたとの指摘もあり、特に近年、自国優先主義を掲げる国が目立つ中で、国際貢献が日本の国益にどのように裨益するかを再

定義する必要に迫られている。また、グローバルレベルでの合意形成や取り組みが難しさを増す中、地域外交への期待が高まっている。ASEAN、ASEAN＋3、QUADなど様々な枠組みの中でも保健課題が議論されており新しい協力関係の可能性がある。一方で、グローバルな取り組みへの失望から地域独自の取り組みが加速し、分断を招く恐れがあるため、地域外交がグローバルなプラットフォームと対立するのではなく、相補的でシナジーを生むような関係性をいかに構築するかが課題である。

日本の国際保健外交の強みには、一貫したアジェンダ設定、国内の公衆衛生実績、平和国家としての立場、省庁横断的な司令塔機能、そして現場主義に基づく信頼関係がある。一方、課題としては、人的・資金的キャパシティの不足、構造的要因に起因するプレゼンスの低さ、総合的戦略作成能力の不足、国民の理解と受容性の変化がある。

日本の国際保健外交の今後の在り方に関しては、多国間協調や国際的枠組みを重視した国際保健外交の推進、「選択と集中」による戦略的なコミットメント ・援助方針の転換、国内の人材育成の推進・多様なプラットフォームの構築、国益の追求、国民への説明と理解の獲得が重要である。取り組むべき課題としては、UHCの発展、高齢化問題への対応経験の共有、デジタルテクノロジーの展開、感染症対策が、日本が比較優勢を有し、貢献が期待されている領域として挙げられ、取組みの視点として、ＵＨＣを基盤とする統合的・戦略的な課題設定と関与、トリプルウィンモデルによる国内基盤の確立、多国間協調の堅持と地域外交による国際的支持基盤の強化、国内の人材育成と組織地の構築を提示した。

③―１「転換点を迎えたグローバルヘルス・アーキテクチャーと国際保健外交：Health Diplomacy Institutional Network の活動を中心に

代表研究者　梅田　珠実

近年、国際保健外交への関心が世界的に急速に拡大し、国際保健外交に関する研究・教育・政策対話を担う国際ネットワークへの参加機関数や、国際保健外交の教育・研修プログラムを新設する国の数が増加するとともに、複数国の協力による教育・研修プログラム開発が進展している。関心の背景には、グローバルヘルスをめぐるパラダイムシフトがある。その１つは、世界的な疾病負荷及び人口動態構造の変容への対応が必要となったことである。現在のシステムや資源配分は、従来のプライオリティーに基づく手法から脱却していないことから、領域横断的な協力などの改革が求められている。2つめには、国家及び地域レベルへの権力・影響力の移行がある。低中所得国や地域の発言力が増大したことにより、従来のドナー主導型ではなく、より公平な権力バランスを求める声が強まった。3つめには、グローバルヘルスを担う国際機関や制度を、資金不足や非効率性に対処するためにより単純化・現代化した枠組みへと変化させる必要性があげられる。WHOなどの国連機関、Global Fundなどのグローバルヘルス・イニシアティブ、国際開発金融機関、官民パートナーシップなどグローバルヘルスに関係する機関・組織全体を通じての抜本的な改革が議論されるようになった。そして、4つめには、開発援助資金依存からの脱却と国内財源確保を含む保健主権の重視がある。低中所得国の財源確保にあたっては、課税強

化や不正資金対応など当該国のガバナンスが重要であり、グローバルな機能についても従来型の援助以外の枠組みによる資金確保が模索されている。

今後の日本の国際保健外交が留意すべき点として、多様な立場の理解と新たなグローバルヘルス・アーキテクチャー構築への関与と多様なプラットフォームを効果的に活用する戦略があげられる。前者では、グローバルサウスの国々が植民地の歴史やCOVID-19 対策での格差から現在のパワーバランスを不平等と認識し、対等なパートナーとして新しいグローバルヘルス・アーキテクチャーの共同創始者になることを希求している背景を理解し、新しいアーキテクチャーづくりに積極的に関与することが重要である。後者では、保健外交がグローバルヘルスのプラットフォームのみならず、気候変動、貿易、地域枠組みとも連動することから、保健が主目標ではない外交の場も戦略的に活用することが求められる。特にアジアは、多様性に富むことが相互学習の機会とされていることから、共に学びながら相互に恩恵が得られるよう努めることが肝要である。国際保健外交のトレーニングプログラムに関し、合意形成や調整を重視する日本のアプローチを、希望する国と共有することも貢献となりうると考えられる。

③―２「分断する世界における保健外交：世界保健サミット 2025 から読み解くガバナンス、ヘルスファイナンス、民間セクター関与の潮流と日本の役割」

研究分担者　小松　隆一

グローバルヘルスのガバナンスに関しては、従来の国連主導型モデルだけでは対応できないとの認識が共有された。主な論点は、マルチステークホルダー・ガバナンスの在り方、権力構造の変化、デジタル・AIガバナンス、脆弱地域における統治能力の強化、セクター横断的ガバナンスである。多様な利害関係者のインセンティブ調整、ガバナンスの多層化による重複・断絶のリスクへの対応、低中所得国における規制能力の不足、デジタルヘルス規制の未整備が課題であることが明らかとなった。

ヘルスファイナンスに関しては、保健を費用ではなく投資としてとらえるパラダイム転換により、従来のドナー依存型支援から、持続可能でリターンを生む投資型モデルへ移行すべきことが強調された。主な論点は、ブレンデッド・ファイナンス、成果連動型資金、システム強化への投資、脆弱地域への投資設計、投資効果の可視化である。民間資本動員の際の透明性確保やリスク管理、営利誘導による不平等拡大、短期視点のプロジェクト型資金から構造的・制度的投資への転換が課題であることが明らかとなった。

民間セクター（製薬、医療機器、デジタルヘルス、AI、スタートアップ、投資家など）はグローバルヘルスの担い手であることが再確認され、利益追求にとどまらず、「公共財への貢献」を求められている。主な論点は、イノベーションとデジタル化技術の公平な拡大・持続可能性、サプライチェーンと製造の回復力、官民連携（PPP）とインセンティブ調整、倫理責任と説明責任である。デジタル格差の拡大リスク、民間提供者による高所得層偏重、制度や資金、人材基盤の欠如や市場としての魅力に欠けることによる参入障壁が課題であることが明らかとなった。

ガバナンス・ヘルスファイナンス・民間セクターの関与は相互依存的であり、システムとして再設計が求められている。国家と国際機関に加え、非国家主体が明確なルールの下で協働できる新構造が求められている。

日本の対応としては、国際保健ガバナンスのあり方の議論を今後も継続するとともに、グローバルノースとグローバルサウスの国々の、複雑かつ利害が相反する政治的議論のまとめ役が期待される。日本の NGO やシンクタンクには、ガバナンス改革を支援する橋渡し的役割を果たせる可能性がある。 ヘルスファイナンスの領域では、ブレンデッド・ファイナンスやインパクト投資の拡大に一定の役割を果たすことが期待される。UHC ナレッジハブの活用は有用であろう。日本企業も、低中所得国における公衆衛生支援に貢献できる余地が拡大している。倫理や規制・現地制度との整合を重視し、現地主導の能力強化型パートナーシップを追求する必要があると考えられる。

③―３「人間の安全保障・UHC・AI ガバナンスにおける日本の貢献」

研究分担者　野村　周平

保健分野への開発援助（DAH）は、新型コロナウイルス感染症対応の後に減少し、グローバルヘルスへの国際的な資金動員が構造的な転換点を迎えている。保健は、防衛や気候と異なり、「高位の政治課題（high politics）」として安定的に扱われていないことがこの問題の根底にある。日本は、資金面では開発援助委員会（DAC）加盟国の平均を上回る水準を維持している（OECD, 2023）が、継続的なリーダーシップ発揮という観点では、多国間枠組みにおける連帯・財政・ガバナンスの不安定化、サミット外交の政治的モメンタムを定着させる仕組みの未整備、海外との双方向学習の不足が制約となっている。

人間の安全保障概念は、保健への投資を「個人の保護とエンパワメント」として正当化する外交戦略の基盤となり得る。防衛条約やパリ協定と同様に「政権交代後も義務が持続する恒久的な地域規範」として保健を制度化するという発想の転換が重要であり、保健を「恩恵的な支出」ではなく、地域安定の構成要件として位置づけることによって、国内の支持基盤を形成できる。 日本がリーダーシップを発揮する貢献領域として、商業的健康決定要因の規制調和、薬剤耐性対策、医薬品サプライチェーンの地域品質基準策定が挙げられる。日本の防災インフラの蓄積を活かした Health in All Policies の推進は、保健を気候・社会システムに組み込む具体策でもある

日本は UHC の規範形成で大きな実績を有し、特に G20 大阪サミットで実現した財務・保健合同会合は、保健課題をマクロ経済の文脈に接続する点で重要な先例を作った。一方で、国内のたばこ規制とグローバルな NCD 対策主導との整合性、予算額に偏重する ODA 評価、知識移転の一方向性などの課題もある。

G7 広島 AI プロセスで日本が確立した国際指針を保健分野に展開し、健康格差縮小に資する AI 活用の意図的な設計、低・中所得国のアクセスを前提とした開発支援が、日本の貢献領域となる。AI ガバナンスの設計においては、日本が主導する規範が包摂的なものとなるよう、制度設計段階から低・中所得国との間に生じうるガバナンス格差にも留意が必要である。

③―４「超高齢化社会における NCD の疾病負荷に関する国際保健外交」
研究分担者　礒　博康

日本は超高齢化の影響で NCD の割合が高く、その経験は将来予測モデルとして国際的に有用である。NCD の疾患別罹患状況には地域差があり、日本・東アジアでは、高血圧や脳血管疾患が多く、虚血性心疾患が比較的少ないという特徴がある。日本国内においても脳血管疾患の死亡率及び発症率には東高西低の地域差があることから、国全体だけでなく地域差を踏まえた対策が重要である。我が国における NCD 対策は、ＵＨＣのもと、健康日本２１や特定検診・特定保健指導、がん検診、医療制度、介護保険制度等によって支えられているが、低開発国や一部の中進国では、これらの制度に関わる人材も不足している。各国の実情に沿った専門人材の強化については、日本での人材育成に関する経験と実績の情報を共有することが有用である。 健康によい食事へのアクセスの増加について、その逆風となっている、いわゆるファーストフード、超加工食品、砂糖入り飲料の蔓延（Commercial determinants of health）が存在し、低開発国や中進国の都市部での肥満や糖尿病、高血圧の要因となっている。一方で、健康によい加工食品の生産、販売、普及については今後の課題である。日本は、日本食の伝統に基づいたヘルシーな食材（減塩も達成）の開発やフリーズドライの技術を有しており、良い意味での Commercial determinants of health を提供できる可能性がある。NCD の予防、管理に IT や AI の活用が推奨されているが、NCD 対策の根幹は、人生の早い段階から自分事として認識し、望ましい生活習慣の形成や改善をすることにある。ＩＴやＡＩの活用は、試行段階であり効果検証も十分ではない一方、基本的な疾病予防、健診、診断、治療、管理の体制を補完するものとして有用性が高いが、その導入でＮＣＤ対策が一挙に解決できるものではない。費用対効果等のエビデンスのある方策を推進する上で、自国においてより実行可能な介入方法を優先すべきである。母乳栄養や口腔の健康の NCD 対策への寄与についても日本は実績を有することから、ライフコースを通じた対策の参考となりうる。

③―５「気候変動時代の国際保健とサステイナブル・ヘルスケア・ディプロマシー」
研究分担者　橋爪　真弘、　齋藤　英子

保健医療セクターは世界の温室効果ガス排出量の約 4.4%を占める一方、気候変動による熱波・洪水・感染症リスクの増加を通じて健康被害を拡大させている。また COP25～COP29 にかけて健康アジェンダが気候交渉の中心テーマとして前面化し、各国が「Climate Resilient Health Systems」や「Low-Carbon Sustainable Health Systems (LCSHS)」へのコミットメントを強めつつあることが明らかとなった。さらに、イギリス（NHS Net Zero 2040）、北欧諸国（グリーンホスピタル、医療機器リプロセシング）および日本（超高齢社会への対応経験、高効率医療機器・省エネ技術等）の政策比較から、各国は異なる制度・文化的背景のもとで、「脱炭素化」と「医療の質・アクセス・レジリエンス維持」の両立を模索していることが示された。従来の「保健医療サービス提供」だけに着目した政策から、「環境フットプリント」と「レジリエンス」を同時に考慮するプラネタリーヘルス的視点への転換

が必要であることが示唆される。

また、UNFCCC/COP プロセスにおいて健康アジェンダが前面化しつつある一方で、その内容が各国の NDC や国内の保健政策にどの程度具体的に反映されているかにはギャップが存在することから、今後、NDC・HNAP・LCSHS 等の政策ツールにおいて、保健医療セクターの排出削減目標やレジリエンス指標を明確に位置づけ、その実施状況を継続的に評価する仕組みが求められる。

日本においては、保健医療セクター全体としての排出量把握と目標設定、指標整備がまだ途上であると考えられる一方、技術力や組織改善の経験などの強みも有していることから、これらを体系化し、国際協力や外交戦略の中で打ち出していくことが重要である。具体的には、保健医療セクターの GHG 排出量の定量的把握と削減目標の設定、気候レジリエントな医療施設・サプライチェーンの整備指針の策定、国際協力におけるグリーン・ヘルスケア・インフラ支援パッケージの開発を行うことによって、日本は気候変動時代におけるグローバルヘルス・リーダーシップを発揮しうると考えられる。

E. 結論

国際保健および保健セキュリティに関わる概念は、過去の実務的な蓄積に加え発信力の強化の観点も加わり多様なスコープを提示してきた。特に security 概念は幅広い保健の強靭性を表象するものとしての頻繁な活用に加え、より幅広い生命身体・さらには政治経済的な基礎基盤の存立に関わる意義を示唆するもの、さらに狭義の安全保障上の含意を有するものなど、複雑な様相を呈している。これらの概念的な分析や主張、定義づけやスコーピングなどは国際保健分野の潮流を表すものとして講学上の関心を得るものであると同時に、特に外交や政治経済を含む他分野との実務上の複雑な交錯関係を示唆するものである。概念整理を通じて、逆説的に抽象的な潮流の内部にある個々の動向を正確に把握することは、国際保健における具体的な政策立案においてより解像度が高いアプローチを可能とするため、日本が強い発信力とリーダーシップを維持強化する上でも示唆的であると考えられる。国際保健外交の多様な評価基準の議論には、政策的含意として、各組織が各組織の観点からグローバル保健外交の評価を明示的に行うべきこと、各組織による評価の観点の違いを可視化した上で調整を図ること、各国の観点からの評価の際にも一定の国際的観点からのグローバル保健外交の成果が前提であることも認識すべきことがある。

国際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を遂げつつも、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り、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点で、戦前からの一貫性を見出すことができる。日本に期待される役割として、今後の多国間協調の維持があり、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、感染症への備えと対応などでの地域との連携強化がある。加えて、UHC を基盤とする統合的・戦略的な課題設定と関与、トリプルウィンモデルによる国内基盤の確立、多国間協調の堅持と「地域外交」による国際的支持基盤の強化、

国内の人材育成と組織知の構築に取り組むべきと考える。

現在のグローバルヘルス・アーキテクチャーの危機は、単なる資金の急激な減少ではなく、従来の仕組みでは対応できない構造的な課題が存在することであり、分断が進む世界において保健を維持するためには、民間セクターの責任ある関与と新しいファイナンスやガバナンス、そしてサービス提供モデルが不可欠である。既存の体制や手法の手直しではなく、根本的な考え方の転換が求められている。 新たな構造の議論には、日本政府や JICA が主導・実現してきた政策や枠組みなどと基本的に同じ方向性のものも多いことから、日本の従来の方針と貢献が、分断が進む世界のグローバルヘルスの回復力の向上につながることが示唆され、さらに継続、深化させることが期待される。日本の国際保健外交にとって、新たにグローバルヘルス・アーキテクチャーの共同創設者たらんとするグローバルサウス諸国の主張や背景を理解しつつ、地域レベルを含む多様なプラットフォームでの協働により、大規模な変革に関与を続けることが重要である。

我が国の国際保健外交政策への提言として、1. 保健を経済安全保障の柱に位置づけ、国内改革と国際貢献の相互強化を図ること、2. UHC ナレッジハブを核に双方向学習を制度化し、ODA 評価を成果指標へ転換すること、3. G7 広島 AI プロセスを起点に、保健 AI ガバナンスの地域標準策定をリードすること、4. 健康・医療戦略本部を調整機関から意思決定機関へ機能強化し、省庁横断の一体的外交体制を構築することをまとめた。持続的な制度構築型外交への転換を図ることが重要である。日本の経験と相対的な強みを活かす領域として NCD 対策や、気候変動下の保健サービス体制の構築がある。NCD 対策の実績は、特に急速に高齢化が進みつつある隣国の東アジア諸国に対する保健外交を進める上で、その有用性が益々高まるものと期待される。気候変動時代における保健医療セクターには「二重の課題」があるが、国際保健外交の評価にあたっては、短期的な外交成果だけでなく、気候変動下でも 30 年続く保健サービス体制の構築や、低炭素かつレジリエントな保健システムの実現といった長期アウトカムを視野に入れる必要がある。日本は、自国の経験と強みを踏まえ、「グリーン・ヘルスケア・インフラ」や人材育成・制度設計支援を組み合わせた協力モデルを構築し、ATACH や COP の健康関連イニシアティブと連携しつつ、サステイナブル・ヘルスケア・ディプロマシーの一翼を担うことが期待される。

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

該当なし

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1．特許取得

該当なし

2．実用新案登録

該当なし

3．その他

該当なし

別添４

厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究報告書

国際保健外交の概念に関する研究

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
グローバル合意形成政策ラボ 准教授

城山　英明　　東京大学大学院
公共政策連携研究部・教育部　教授

研究要旨

グローバルヘルスは、人々の健康のみならず、各国の安全保障や経済とも密接に関わることが認識されるようになり、幅広いステークホルダーによる外交の舞台の多様化や関与手法の複雑化に伴って、国際保健外交の概念も変化してきた。時代背景や国際潮流に適合した国際保健外交の推進のためには、国際保健外交の理論的枠組みの理解が重要である。本研究では、国際保健外交に関する概念や定義の歴史的展開と論争点を整理し、国際保健外交の評価基準と成否の要因を分析することを目的とした。概念的な分析や主張、定義づけやスコーピングは、国際保健分野の潮流を表すのみならず、外交や政治経済を含む他分野との実務上の複雑な交錯関係を示唆するものであることを明らかにした。また、国際保健外交の多様な評価基準を示すとともに、その成否を規定する要因について、政治学における政策過程論の研究も参照しつつ試論的に提示した。

A．研究目的

研究目的

新型コロナウイルス感染症の世界的流行により、グローバルヘルスが人々の健康に直接かかわるのみならず、各国の安全保障、経済や地球環境にも密接にかかわることが再認識された。グローバルヘルスの担い手もまた、国際的な専門機関、政府のみならず、民間団体、産業界、市民社会を含む幅広いプレーヤーが参入し、国際保健外交の舞台は多様化し、関与の手法も複雑化の一途をたどっている。そのような中で、時代背景や国際潮流に適合する国際保健外交を我が国が推進するためには、理論的な枠組みの理解が欠かせない。

本研究では、国際保健外交に関連する概念や定義がどのように変遷してきたかを解き明かすとともに、国際保健外交の評価基準とそれを踏まえた国際保健外交の成否の要因を分析することを目的とする。

１．国際保健規則とグローバル保健ガバナンスの構造（武見綾子）

B.　研究方法

本研究は、グローバル・ヘルス・ディプロマシー（global health diplomacy, GHD）およびヘルス・セキュリティ（health security）に関する代表的なレビュー・概念分析論文を翻訳的に紹介することを目的としたレビューである。特に、主要なレビュー論文を軸に、概念的な変遷を整理した。具体的には、GHD 概念整理については、概念レビューとして Lee and Smith (2011)、IR 理論との接続を試みた批判的文献レビューとして Ruckert et al. (2016)、近年の論考として Kickbusch and Liu (2022) を参照した。ヘルス・セキュリティ概念については、概念分析として Aldis (2008)、政治的含意の批判的検討として Rushton (2011)、Baldwin (1997) の安全保障概念枠組みを援用した再整理として Stoeva (2020) を参照した。COVID-19 以降の健康―安全保障の交差領域に関する議論については、筆者自身の Takemi (2026) の文献レビュー部分も参考とする。なお本研究は、概念史的観点から、武見（2020）「国際保健規則とグローバル保健ガバナンスの構造」（城山英明編『グローバル保健ガバナンス』東信堂、所収）の議論を引き継ぎ・更新するものである。なお本稿では議論全体の方向性を示唆することを目的とし、引用として厳密さに欠ける部分が含まれる。

C. 研究結果・D.考察

1. グローバル・ヘルス・ディプロマシー概念の射程

GHD 概念に関しては、その用語が普及した一方で、定義・射程・公衆衛生実務への含意が論者によって大きく異なる多義的概念であるとの整理がしばしば示されてきた。Lee and Smith (2011) は、GHD を伝統的な政府間外交との対比において「新しい外交（new diplomacy)」の文脈で捉え、(i) 国境を越えた集合行為を要する人口集団保健の課題、(ii) 国家・非国家アクター、公的・私的セクター、保健・非保健分野、ローカルからグローバルまでのガバナンス水準を横断する多様なアクター、(iii) 伝統的な政府間交渉に加え、新技術・非保健領域での交渉プロセスや非公式の協議を含む新たなプロセス、という三つの構成要素を抽出している。同論考はまた、GHD 文献に、(a) 外交政策目的のために保健を活用する立場、(b) 外交政策アジェンダを通じて保健目的を推進する立場、(c) 保健関連協定（FCTC、IHR 等）の交渉に外交官の専門性を導入する立場、という三つの異なる規範的視座が混在していることを指摘している（参照：Lee & Smith, 2011)。

Ruckert et al. (2016) は、GHD 研究の状況について、文献の理論的分散性（theoretical fragmentation）と、概念整合性を欠いた個別研究の積み上げに留まっている状況を指摘している。そのうえで、IR の「分析水準（levels of analysis)」概念を援用し、GHD のアクターを「個人（individual)」、「国・国内（national/domestic)」、および「国際・グローバル（international/global)」の三層に整理することを提案している。同論考の文献調査によれば、個人水準を明示的に扱う論文は極めて限定的なものにとどまったとされる。こうした状況を踏まえ、GHD 研究は IR 研究者との協働を通じて、国家利益・規範・制度・権力といった IR 概念をより明示的に組み込む必要があるとの主張がなされている（参照：Ruckert et al., 2016)。

Kickbusch and Liu (2022) は、GHD をグ

ローバル保健ガバナンスを構成する実践として捉え、その正統性が依然として WHO を中心とする多国間主義に基盤を置いていると論じる。同論考は、COVID-19 後にはグローバル保健と地政学との結びつきが一層強まったとの指摘を行うとともに、GHD における権力（power）が立場形成・交渉・成果に与える影響を分析するうえで、IR 概念・理論をより明示的に用いる必要があると指摘している。また、GHD 文献に IR 分野の支配的な視点が再生産されやすい構造的傾向への言及もなされている（参照：Kickbusch & Liu, 2022）。

これらの議論に共通して示唆されるのは、第一に、GHD が外交研究・国際関係論との交差領域として生成・発展してきた領域であること、第二に、アクターは国家から非国家アクターまで多層化していること、第三に、概念定義そのものに合意があるわけではなく、研究蓄積の段階としては理論的整理が依然として課題であること、という構図である。

2. ヘルス・セキュリティ概念の多義性

Aldis (2008) は、ヘルス・セキュリティ概念には公的にも普遍的にも合意された定義が存在せず、用語使用が地域・行為主体・場面に応じて大きく異なると論じる。具体的には、先進工業国の政策決定者は同概念をテロやパンデミックといった「外部脅威」からの自国民の防護として狭義に用いる傾向がある一方、開発途上国や国連システムの保健従事者・政策担当者は同じ用語をより広い公衆衛生の文脈で理解する傾向があると整理されている（参照：Aldis, 2008）。

人間の安全保障の文脈におけるヘルス・セキュリティの起点としては、1994 年の UNDP『人間開発報告書』（New Dimensions of Human Security）における七つの脅威カテゴリー（経済・食糧・保健・環境・個人・コミュニティ・政治）の提示、および 2003 年の人間の安全保障委員会報告 Human Security Now が広く参照される。WHO に関しては、Aldis (2008) は、1946 年に採択され 1948 年に発効した憲章上の「平和と安全保障（peace and security）」への言及を、健康が国際的安全保障に貢献するという意味での「健康と安全保障（health and security）」と位置づけ、健康そのものを securing するという意味での「ヘルス・セキュリティ（health security）」とは概念的に区別すべきものとして整理している（参照：Aldis, 2008）。

ヘルス・セキュリティ概念をより狭義かつ操作的に用いる流れとしては、2001 年の世界保健総会決議 54.14、および 2007 年の世界保健報告 A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century を経て、IHR および感染症サーベイランスとの結びつきが強められてきたとの整理がなされている。同時に、こうした WHO の用法が母子保健・子どもの生存・栄養といった他のグローバル保健課題を排除する狭隘な定義であり、UNDP や UNICEF が用いる広義の概念から逸脱しているとの批判もなされている（参照：Aldis, 2008）。

ヘルス・セキュリティ文献に繰り返し現れる主題として、(1) 脅威からの防護（バイオテロ、感染症大流行など）、(2) 既存アプローチでは対応できない新たなグローバル状況の出現（破綻国家における人道介入と軍事的関与の混淆など）、(3) 軍事組織を含む新たなアクターの関与、(4) 外交政策利益との連結、の四点が整理されている。保健と国際安全保障の連結を示す制度的画期としては、2000 年 1 月 10 日に国連安全保障理事会が初めて保健課題として HIV/AIDS を討議し、同年 7 月 17 日に決

議 1308 を採択した事例が広く参照される。さらに、開発途上国側の懸念として、2005 年の IHR 改正交渉、および 2007 年 11 月の WHO インフルエンザウイルス・利益配分政府間会合における対立――インドネシアによる H5N1 ウイルス検体共有拒否、および「グローバル・ヘルス・セキュリティ」概念への抵抗――が、ヘルス・セキュリティの名のもとに行われる国際協力が必ずしも途上国の利益に資するものではないとの不信感を顕在化させた事例として論じられている（参照：Aldis, 2008; UN Security Council, 2000）。

Rushton（2011）は、ヘルス・セキュリティ研究の支配的概念化の政治的含意に関して、研究文献の大半が西欧の文脈で書かれ、西側の政策コミュニティもしくは主要な多国間機関に焦点を当てていると指摘する。同論考は、定義の揺れにもかかわらず、主流文献には、(1) どの種類の保健課題が脅威として扱われるか――典型的には新興・再興感染症、特に大流行性疾患、(2) どのような対応が必要とされるか――典型的には国境管理、サーベイランス、迅速対応、(3) 何が保護対象（referent object）か――典型的には西側諸国とその国民、グローバル経済、という三点に関しての事実上の合意が存在すると論じる。そのうえで、定義の不安定性を嘆くというよりも、この事実上の合意がヘルス・セキュリティの政策実践を方向づけていること、そしてその政治的帰結（誰のための、何からの安全保障か）を批判的に問うている（参照：Rushton, 2011）。

概念再整理の試みとして、Stoeva (2020) は、Baldwin (1997) の安全保障概念枠組みを援用してヘルス・セキュリティの諸次元を体系的に検討するアプローチを提示している。Baldwin の枠組みにおいては、安全保障概念の主要な specification が、(1) 誰の安全保障か（security for whom）、(2) いかなる価値の安全保障か（security for which values）、(3) いかなる程度の安全保障か（how much security）、(4) 何からの安全保障か（security from what threats）、(5) いかなる手段による安全保障か（by what means）、(6) いかなる費用による安全保障か（at what cost）、(7) いかなる時間軸の安全保障か（in what time period）の七次元として整理されている。これらをヘルス・セキュリティ文献に適用する試みからは、現行の主流的概念化が安全保障研究の保守的伝統の中に押し込められている傾向があり、抗微生物薬耐性（AMR）や非感染性疾患（NCD）の「静かな大流行」など、より広範な脅威への対応が取り込みきれていないとの指摘がなされている。また、人間の安全保障や批判的安全保障研究の観点が、主流的なヘルス・セキュリティ概念に十分には組み込まれてこなかったとの指摘もなされている（参照：Baldwin, 1997; Stoeva, 2020）。

共通して示唆されるのは、ヘルス・セキュリティ概念が公的に合意された定義を欠きながら、実務的・政治的影響力を有する用語として国際保健の言説空間に定着している、という構造的特徴である。本研究のように IHR とグローバル保健ガバナンスの構造を扱う場合にも、この概念上の不安定性を所与として議論を進めることが不可欠である。

3. COVID-19 以降の健康―安全保障インターフェースの深化

前項で見たヘルス・セキュリティ概念をめぐる論争は、COVID-19 を契機として新たな局面に入った（本節以下の整理は、Takemi (2026) における同節の議論を再構成したものである）。

COVID-19 以降の健康―安全保障インターフェースを再構成した変化として、第一に、感染症問題の「ハイ・ポリティクス化」――かつて「ロー・ポリティクス」として位置づけられてきた疾病関連課題が、国家存立への脅威と結びつくことで安全保障課題と不可分のものとなった点――が指摘されている。Politics and the Life Sciences の特集号 “Infectious Disease and National Security”（2024）が示すように、COVID-19 がもたらした影響が国際安全保障の研究・実務をいかに変質させたかという、より大きな問いが立てられている（参照：Albert, 2024; Albert et al., 2021; Takemi, 2026）。

第二に、実務面における civil-military（文民―軍）連携の現実的展開が指摘されており、技術的支援から完全な軍主導の対応まで、世界各国の軍隊が COVID-19 対応において前例のない役割を果たしたことが報告されている。こうした連携を「健康の軍事化」や civil-military 関係への損傷につながる形で固定化させずに将来の保健危機に活用する方途として、(i) 多セクター対応の強調、(ii) 明確なガイドラインの整備、(iii) 危機対応から事前準備への重点移動、という三方向の相互強化の重要性が論じられている（参照：Davis et al., 2023; Gibson-Fall, 2021; Kalkman, 2021; McInnes, 2024; Takemi, 2026）。

これらの動きと並行して、情報・インテリジェンスの問題が健康―安全保障インターフェースの中心的論点として浮上したとの整理がなされている。情報共有が単なる資源の融通を超えて、政策決定の核に踏み込む協働領域となりつつあるとの指摘がなされており、「ヘルス・セキュリティ・インテリジェンス（health security intelligence）」をめぐる近年の研究蓄積はその一例である。Warner (2002) は、インテリジェンスを「外国主体を理解または影響するための秘密の国家活動」（筆者訳）と定義しており、Walsh et al. (2023) はこれを踏まえ、ヘルス・セキュリティ・インテリジェンスを「公衆衛生上の脅威ベクターから生じる国家・国内安全保障上の脅威を理解・評価するためのヘルス・セキュリティ情報の収集」（筆者訳）として位置づけている（参照：Baker et al., 2023; Bowsher, 2021, 2024; Dahl, 2023; Lentzos et al., 2020; Takemi, 2026; Walsh, 2025; Walsh et al., 2023; Warner, 2002; West et al., 2021）。

本領域には部分的に重なり合う二つの流れが存在するとの整理がある。すなわち、(a) 疫学情報（epidemic intelligence）への安全保障セクター情報の寄与、および (b) 伝統的な国家安全保障インテリジェンスと保健セクターとの連携、の二つである。前者は WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence や、感染症監視における「all-source」アプローチをめぐる議論に代表される一方、後者は生物兵器条約や原因究明（origin investigation）の文脈で歴史的に展開してきた論点であり、COVID-19 を契機としてより包括的な協働枠組みの構築が議論されるに至っているとされる（参照：Morgan et al., 2022; Takemi, 2026）。

新型コロナウイルス禍によって「存立危機」の表現としてのセキュリティと、軍民連携の側面からのセキュリティ双方において強い交錯関係が見られたが、インテリジェンス分野における交錯は単なるリソース間の連携を実務的な連携が超える要素があり、注目に値する。

E. 結論

本研究は、グローバル・ヘルス・ディプロマシーおよびヘルス・セキュリティに関する代表的なレビュー・概念分析論文を翻訳

的に紹介することで、これら概念の歴史的展開と論争点を素描した。さらに、COVID-19 以降の健康―安全保障インターフェースの深化に関する議論を概観した。国際保健および保健セキュリティに関わる概念は、あつい過去の実務的な蓄積に加え発信力の強化の観点も加わり多様なスコープを提示してきた。特に security 概念は幅広い保健の強靭性を表象するものとしての頻繁な活用に加え、より幅広い生命身体・さらには政治経済的な基礎基盤の存立に関わる意義を示唆するもの、さらに狭義の安全保障上の含意を有するものなど、複雑な様相を呈している。これらの概念的な分析や主張、定義づけやスコーピングなどは国際保健分野の潮流を表すものとして講学上の関心を得るものであると同時に、特に（その主関心が保健分野の内部にとどまるものも含め）外交や政治経済を含む他分野との実務上の複雑な交錯関係を示唆するものである。概念整理を通じて、逆説的に抽象的な潮流の内部にある個々の動向を正確に把握すること、（また必要に応じて意識的に再編・統合すること）は、国際保健における具体的な政策立案においてより解像度が高いアプローチを可能とする。このことは、特にこの分野の実務的な蓄積が厚い日本にとって新型コロナウイルス後も強い発信力とリーダーシップを維持強化する上でも示唆的であると考えられる。

参考文献

Albert, C. D. (2024). Introduction to the Special Issue—COVID-19, international relations, and security studies: Has the pandemic altered the study and practice of international security? Politics and the Life Sciences, 43(S1), 4–10.

Albert, C. D., Baez, A. A., & Rutland, J. (2021). Human security as biosecurity: Reconceptualizing national security threats in the time of COVID-19. Politics and the Life Sciences, 40(1), 83–105.

Aldis, W. (2008). Health security as a public health concept: A critical analysis. Health Policy and Planning, 23(6), 369–375.

Baker, M. S., Canyon, D. V., Kevany, S., & Baker, J. (2023). Improving pandemic response with military tools: Using enhanced intelligence, surveillance, and reconnaissance. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 17, e254.

Baldwin, D. A. (1997). The concept of security. Review of International Studies, 23(1), 5–26.

Bowsher, G. (2021). Strengthening cooperation on health security intelligence across the Five Eyes alliance (Vimy Paper No. 48). Conference of Defence Associations Institute.

Bowsher, G. (2024). Building better health security intelligence strategies post-COVID-19. In P. F. Walsh (Ed.), Health security intelligence: Managing emerging threats and risks in a post-COVID world (pp. 79–97). Routledge.

Commission on Human Security. (2003). Human security now. United Nations.

Dahl, E. J. (2023). The COVID-19 intelligence failure: Why warning was not enough. Georgetown University Press.

Davis, T., Hertelendy, A., Hart, A., & Ciottone, G. (2023). International military response to the COVID-19 pandemic: A literature review. Prehospital and Disaster Medicine, 38(S1), s12–s13.

Gibson-Fall, F. (2021). Military responses to COVID-19: Emerging trends in global civil–

military engagements. Review of International Studies, 47(2), 155–170.
Kalkman, J. P. (2021). Military crisis responses to COVID-19. Journal of Contingencies and Crisis Management, 29(1), 99–103.
Kickbusch, I., & Liu, A. (2022). Global health diplomacy—reconstructing power and governance. The Lancet, 399(10341), 2156–2166.
Lee, K., & Smith, R. (2011). What is 'global health diplomacy'? A conceptual review. Global Health Governance, 5(1), 1–12.
Lentzos, F., Goodman, M. S., & Wilson, J. M. (2020). Health security intelligence: Engaging across disciplines and sectors. Intelligence and National Security, 35(4), 465–476.
McInnes, C. (2024). Fighting the next pandemic? Civil–military collaboration in health emergencies after COVID-19. International Affairs, 100(4), 1551–1570.
Morgan, O. W., Abdelmalik, P., Perez-Gutierrez, E., Fall, I. S., Kato, M., Hamblion, E., et al. (2022). How better pandemic and epidemic intelligence will prepare the world for future threats. Nature Medicine, 28(8), 1526–1528.
Ruckert, A., Labonté, R., Lencucha, R., Runnels, V., & Gagnon, M. (2016). Global health diplomacy: A critical review of the literature. Social Science & Medicine, 155, 61–72.
Rushton, S. (2011). Global health security: Security for whom? Security from what? Political Studies, 59(4), 779–796.
Stoeva, P. (2020). Dimensions of health security—A conceptual analysis. Global Challenges, 4(10), 1700003.
Takemi, A. (2026). Managerial imperatives for health–security information sharing: Balancing confidentiality and utility amid a deepening interface. Politics and the Life Sciences, 1–22. https://doi.org/10.1017/pls.2025.10016
UN Security Council. (2000). Resolution 1308 (2000) [adopted by the Security Council at its 4172nd meeting, on 17 July 2000]. United Nations. S/RES/1308 (2000).
United Nations Development Programme. (1994). Human development report 1994: New dimensions of human security. Oxford University Press.
Walsh, P. F. (Ed.). (2025). Health security intelligence: Managing emerging threats and risks in a post-COVID world. Routledge.
Walsh, P. F., Ramsay, J., & Bernot, A. (2023). Health security intelligence capabilities post COVID-19: Resisting the passive 'new normal' within the Five Eyes. Intelligence and National Security, 38(7), 1095–1111.
Warner, M. (2002). Wanted: A definition of 'intelligence.' Studies in Intelligence, 46(3), 15–22.
West, L., Juneau, T., & Amarasingam, A. (Eds.). (2021). Stress tested: The COVID-19 pandemic and Canadian national security. University of Calgary Press.
World Health Organization. (2007). World health report 2007: A safer future—Global public health security in the 21st century. World Health Organization.
武見綾子. (2020). 国際保健規則とグローバル保健ガバナンスの構造. 城山英明（編）, グローバル保健ガバナンス. 東信堂.

２. 国際保健外交の成否の評価と成否を規定する要因の提示（城山　英明）

B. 研究方法

グローバル保健外交の概念に関する文献検討等を基礎として、国際保健外交の概念を整理するとともに国際保健外交の多様な評価基準を示した。その上で、そのような評価基準が実際にどのような要素に即して具体的評価を行うのかを、外務省の年次国際機関評価に即して、確認した。

また、国際保健外交の成否を規定する要因について、政治学における政策過程論の研究も参照しつつ、提示した。

C. 研究結果・D.考察

（１）文献検討

キックブッシュ等は 2007 年の論文において、グローバル保健外交を、「保健に関するグローバルな政策環境を形成・管理する複数レベル間での複数主体による交渉過程」と定義し、このようなグローバル保健外交は主として WHO の場で行われるとする（Ilona Kickbusch, et.al. 2007, 230）。具体的には、タバコ規制交渉、IHR 改定交渉が対象とされ、またスイスとブラジルの保健外交が比較された。この段階では、グローバル保健外交の目的としてグローバル政策環境の形成・管理という国際レベルの目的が想定されており、グローバル保健外交の場としては主として WHO が想定されていた。ただし、スイスとブラジルの比較にみられるように、国際レベルの目的に対する各国間の外交の差異には注目していた。

その後、キックブッシュ等による 2022 年の論文においては（Kickbusch and Liu 2022）、COVID-19 への対応の中でグローバル保健外交の重要性が再確認されたとし、重要な論点は、外交政策の手段としての保健と保健目的に寄与する外交政策との間のダイナミックな関係（the dynamic relationship between health being a foreign policy tool and foreign policy serving health goals）だとする（Kickbusch and Liu 2022, 2156, 2160）。ここでは、国際的な保健目的と各国の外交目的との交錯に注目している。Diplomacy for Health と Health for Diplomacy の関係の認識ともいえる。また、グローバル保健外交の段階は、タバコ規制、IHR 改定、グローバルファンド設置等を対象としていた 1998 年から 2008 年の段階から、WHO、G7、G20 等においてエボラ出血熱への対応やヘルスセキュリティの強化が課題とされた 2008 年から 2018 年の段階、それ以降の段階に分けられるとする（Kickbusch and Liu 2022, 2161, 2162）。

また、カッツ等は（Katz, et. al. 2011）、グローバル保健外交は、３つの型に類型化できるとする。第 1 の類型は中核的グローバル保健外交（Core Global Health Diplomacy）であり、これは政府間の交渉に焦点を当てるキックブッシュ等の 2007 年の議論に対応する（Katz, et. al. 2011, 506）。第 2 の類型は、複数ステークホルダーによるグローバル保健外交であり（Katz, et. al. 2011,508, 509）、これには USAID（US Agency for International Development）や CDC（Centers for Disease Control and Prevention）と各国の保健担当省との協定やグローバルファンド等の設置プロセスが含まれる。第 3 の類型は、非公式なグローバル保健外交（Informal Global Health Diplomacy）であり（Katz, et. al. 2011, 510）、これには現場におけるカウンターパート、NGO、企業との連携等が含まれる。

このように近年の議論においては、グローバル保健外交の目的の二面性（保健と外交）の認識、段階・類型に関する議論は展開してきたが、グローバル保健外交の具体的な評価

基準や成否の規定要因に関する議論は展開されてこなかった。以下では、これらについて検討した。

（2）国際保健外交の評価基準

キックブッシュ等の 2022 年の論文においても、グローバル保健外交には、各国の外交目的と国際的な保健目的の双方の要素があることが認識されていた。しかし、国・国益の観点、国際社会・国際的公益の観点も必ずしも一枚岩ではありえない。国・国際社会の中の多様な主体に応じて多様な観点が存在する。

国の観点からの評価基準も、例えば日本政府内では、厚生労働省、外務省、財務省、経済産業省で異なってくると感がられる。厚生労働省であれば、国内保健行政に活かせる成果であるか否かが重要になると考えられる。外務省であれば、グローバル保健外交の結果、日本の外交上の利益があったか否かが評価基準となると考えられる。財務省であれば、世界銀行といった国際金融機関においてリーダーシップをとることができたのか否かといった点が評価基準となると考えられる。他方、経済産業省であれば、日本の健康・医療・医薬品産業が国際競争力を得るに至ったのか否かといった点が評価基準となると考えられる。

同様に、国際社会の観点からの評価基準も多様である。一方で、垂直的アプローチの立場からは、特定の疾患がどの程度減少したのかという観点が重要になる。他方、水平的アプローチの立場からは、各国における保健システムがどの程度強化されたのかという観点が重要になりうる。

グローバル保健外交を評価する際には、以上のように、どのような主体の立場で、どのような観点で評価するのかを明示的に意識することが重要である。また、そのように観点を明確にしたうえで、そのような観点から適切な事象を評価のための指標、エビデンスとして確保することが必要になる。

以下では、具体的事例において、どのような立場・観点が選択され、どのような指標、エビデンスが用いられているのかを明らかにするため、日本の外務省の年次の国際機関評価を検討した。具体的には、グローバルファンド及び UHC2030 に対する 2021 年から 2025 年の拠出の評価を検討した（外務省 2022、外務省 2023、外務省 2024、外務省 2025、外務省 2026a）。

一般的には、国際機関への拠出金に関する外務省国際機関評価においては、4 つの評価基準（「評価の着目点及び評定の目安」）が規定されている（外務省 2026b）。

評価基準 1　本件拠出を通じて達成を目指す日本の外交政策目標への貢献度

評価基準 2　国際機関等拠出先の活動の成果

評価基準 3　国際機関等拠出先の組織・行財政マネジメント

評価基準 4　日本人職員・ポストの状況等

各国目的の観点から評価を行う評価基準 1 について、グローバルファンドに関しては、2021 年から 2023 年は s であったが、2024 年から 2025 年は a であった。当初は、コロナ対策のための多国間協力枠組みである ACT アクセラレーターの診断および保健システム強化においてグローバルファンドが主導機関であったことが評価されたように思われる。また、各国目的に寄与していることを示唆するエビデンスとして、当該機関の意思決定プロセスにおける日本の意向を反映できる地位の確保、要人往来・政策対話、日本の企業・NGO・NPO・地方自治体・大学等とのかかわりや調達実績に関するエビデ

ンスが収集されている。

UHC2030 に関しては、2021 年から 2024 年は a、2025 年は b であった。UHC 推進は外務省政策評価体系上で明確に位置づけられており、UHC2030 は日本のリーダーシップにより設立されたものであり、新型コロナウイルス拡大により UHC の取り組みの重要性が再認識されたと考えられているため、基本的には評価されていると考えられる。そして、日本の意向を反映できる地位の確保、要人往来・政策対話等に関するエビデンスが収集されている。しかし、2025 年の評価では、ドナーベース拡大の働きかけに関する課題にも言及されており、「本件拠出は政策目標達成に向けて相応の貢献を行った」として実効性に関してはやや慎重な評価の側面も見られる。

国際的な目的の観点から評価を行う評価基準 2 について、グローバルファンドに関しては、2021 年、2022 年、2024 年は s、2023 年、2025 年は a であった。ここでは、特定疾患に関する死亡数の減少が基本的には評価されている。ただ、2023 年には保健システム強化の面にも配慮するように求めており、このような観点も評価基準に含まれているように思われる。

UHC2030 に関しては、2021 年、2022 年、2024 年は a、2023 年、2025 年は b であった。UHC2030 の実効性に関してはやや慎重な評価の面があるように思われる。

（3）グローバル保健外交の成否の要因

グローバル保健活動を含むあらゆる政策活動は、課題設定、政策立案、政策決定、政策実施というサイクル・諸段階に従って行われる。

課題設定は、社会経済的環境諸条件の変動によって新たに発生する各種各様の課題の中から、政治問題として対処されるべきものを選別する段階である。政策立案は、解決策を具体化する段階である。政策決定は、立案された政策案について決定する段階である。政策実施は、決定された政策を実施に移す段階である。

課題設定、政策立案、政策決定、政策実施といったサイクル・諸段階は、このような時間的順序に従って行われると観念されてきた。しかし、実際には、これらの諸段階は様々な順序で生起する。例えば、特定の政策案が開発・発見され、このような政策案を正当化するような課題・議題を探索されることもある。また、政治学者のキングドンの「政策の窓」モデルでは、課題設定の流れ、解決案（政策立案）の流れ、政治的意思決定機会（政策決定）の流れはそれぞれ相互に独立して展開しており、これらの 3 つの流れがたまたま一致したタイミングにおいて合流すると、政策決定が行われるというメカニズムが提示された（Kingdon 2011）。また、政策実施の実効性も一定程度、独立した条件によって規定されている。

このように政策活動を考えると、政策活動の成否は、一定程度相互に独立している課題設定（アイディアの共有）、政策立案（解決案の設計）、政策決定（政治的意思決定機会の確保）、政策実施といった政策活動の要素によって規定されるということができる。これは、国際保健外交といった政策活動に関しても当てはまる。そして、各国の観点からの評価、国際的観点からの評価のいずれにおいても、これらの要因が効いてくる。いずれにおいても、エビデンス等に基づく課題・アイディアの共有や実効的な解決案の設計・政策実施は重要になる。また、政策決定（政治的意思決定機会の確保）も重要であり、政策決定という要因に関しては、様々な独立した流れを合流させる横断的マネジメント能力も必要になる。

E. 結論－我が国の保健外交政策への提案・提言・メッセージ

本論文では、グローバル保健外交に関する文献検討を踏まえて国際保健外交の多様な評価基準を示すとともに、その成否を規定する要因について、政治学における政策過程論の研究も参照しつつ、試論的に提示した。

このような議論には以下のような政策的含意がある。第 1 に、各組織は各組織の観点からグローバル保健外交の評価を明示的に行うべきである。各組織により評価の観点は異なるが、そのような違いを可視化した上で、調整を図ることが期待される。第 2 に、各国の観点からの評価は重要であるが、その際にも一定の国際的観点からのグローバル保健外交の成果が前提であることがあることも認識すべきである。例えば、UHC 推進は、日本の観点から重視されていたが、それが実効的であるためには国際的観点からも一定程度、成果があることが必要とされると考えられる。

＜参考文献＞

Rebecca Katz, Sarah Kornblet, Grace Arnold, Eric Lief, and Julie E. Fischer (2011), “Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization”, The Milbank Quarterly, 89 (3), pp. 503–523.

Ilona Kickbusch, Gaudenz Silberschmidt and Paulo Buss (2007), “Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health”, Bulletin of the World Health Organization, 85 (3), pp. 230-232.

Ilona Kickbusch, Austin Liu (2022), “Global health diplomacy—reconstructing power and

Governance”, Lancet, 399, pp. 2156–66.

John K. Kingdon （2011）, Agendas, Alternatives, and Public Policies（ 2nd ed）, Boston, MA: Longman.

外務省（2022）「令和 3 年度国際機関等への拠出金に関する評価シート」

（https://www.mofa.go.jp/mofaj/ms/pe_ar/page24_001457.html）

外務省（2023）「令和 4 年度国際機関等への拠出金に関する評価シート」

（ https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100387162.pdf）

外務省（2024）「令和 5 年度国際機関等への拠出金に関する評価シート」

（ https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100545939.pdf）

外務省（2025）「令和 6 年度国際機関等への拠出金に関する評価シート」

（ https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100717770.pdf）

外務省（2026a）「令和 7 年度国際機関等への拠出金に関する評価シート」

（ https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100896952.pdf）

外務省（2026b）「評価の着目点及び評価の目安」

（ https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100896953.pd）

。

F．健康危機情報

該当なし

G．研究発表

該当なし

H．知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

該当なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究報告書

日本の国際保健外交の強みと課題に関する研究

研究分担者

詫摩　佳代　　慶応義塾大学法学部政治学科教授

細澤　麻里子　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　研究科長

研究要旨

日本は２０２２年にグローバルヘルス戦略を策定し、国際保健分野における主導的役割を果たすべく取り組みを強化してきた。国際情勢が大きく変動する現在、今後の国際保健外交に我が国が如何に関与するかがますます重要となっている。本研究では、国際保健協力における日本の立ち位置や役割を、歴史的経緯を踏まえて分析するとともに、実務経験者へのインタビュー調査により、日本の国際保健外交の強みや課題を明らかにすることを目的とした。これまでの日本の取組みは、国際環境の変動に伴い変化しつつも、国際貢献の手段として位置づけられてきた点、生物医学的側面のみな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きた点で、戦前からの一貫性・継続性を有することを示した。また、その実績のもとで今後日本には、イノベーション創生、法整備や規範維持、地域との連携について積極的な関与が期待されることを指摘した。厳しい国際情勢下の日本の国際保健外交については、人材面・資金面の不足、プレゼンスの低さにつながる構造的要因、総合的な戦略形成能力の不十分さ、国民の理解と受容性の変化が課題として抽出されたが、多国間協調による国際益の重視や、被援助国に寄り添う姿勢などのアプローチが評価されており、今後一層の、戦略的な課題設定と関与、多国間協調堅持と人材育成が必要である。

Ａ．研究目的

日本は、2022 年に「グローバルヘルス戦略」を策定し、主政策目標として①パンデミックを含む公衆衛生危機に対するＰＰＲ（予防、備え、対応）の強化、②より強靭、公平、持続可能なＵＨＣ（ユニバーサルヘルスカバレッジ）の達成を掲げ、国際保健分野において主導的役割を果たすべく取り組みを強化してきた。しかし、主要先進国での政治的変動、グローバルサウス諸国の台頭など、国際情勢が大きく変動する中で、現在は、今後のグローバルヘルス・アーキテクチャーにどのように関与するかを方向付ける重要な時期にある。

このため、本研究では、国際保健協力における日本の立ち位置や役割について、その歴史的経緯や特徴を分析することを

目的とする。特に、日本の国際保健外交の根底に流れる継続性と、時代の要請に基づく対応の実績を明らかにし、国際保健外交における日本のポテンシャルを提示する。また、国際保健外交の実務経験者を対象としたインタビュー調査の質的分析により、ＵＨＣや健康危機管理対策の経験や諸外国との比較を通じて認識された日本の国際保健外交の強みや課題を明らかにし、今後強化すべき点を抽出することを目指す。これらを踏まえて、日本の国際保健外交の在り方の提言につなげることを目的とする。

１．日本の国際保健外交の歴史的経緯、特徴、ポテンシャル（詫摩佳代）

B. 研究方法

公開されている歴史史料、論文や文献による。

C. D. 研究結果並びに考察

1. 国際連盟の保健協力への関与

戦前の日本は機能的な国際協力に早いうちから熱心な姿勢を示してきた。たとえば第一次世界大戦前に設立された、史上初の国際保健機関であるパリ国際公衆衛生事務局（OIHP）にも早々に加盟し、継続的に代表を会議に派遣し、分担金を支払ってきた[i]。第一次世界大戦後に史上初の国際機構として国際連盟が設立されると、日本は保健協力を含む各種事業に積極的に関与した。関与の動機としては、純粋に日本の近辺で流行していた各種感染症に国際協力の下、効率的に対処したいという思いのほかに、政治的な目的も含まれていた。例えば20世紀初頭のヨーロッパでは「日本＝不衛生」というイメージさえ存在し、日本製品に対して輸入禁止措置が取られるという事件も起きていた。そのような中で、国際連携が手がける保健事業に協力的で積極的な姿勢を示すことは、委任統治など日本が当時、有していた利権にも良い影響を与えることが期待された上、日本に対する誤解や批判を牽制する手段になりうると考えられた。つまり、機能的分野における国際協力事業に積極的に関与することは、日本の国際的なイメージ改善やステイタスの向上につながると期待されていたのだ。こうして1923年に国際連盟の下に常設の保健機関（国際連盟保健機関）が設立されると、日本は定期的に代表を派遣し、日本の専門家を随時送り込むなど、積極的な関与を継続した[ii]。

技術的な観点からも、日本は戦前の国際的な保健協力の発展に大きく貢献してきた。西平等がその著書の中で論じたように、グローバル・ヘルスにおいては歴史的に二つのアプローチが対立してきた経緯がある。一つ目は、ワクチンや医薬品などの科学技術に依存して、特定の感染症を制御する生物医学的アプローチ（biomedical approach）である。対するもう一つのアプローチは、住居や栄養の改善など、身の回りの環境を改善することで、人間の健康を総合的に改善することを目指す社会医学的（social medical）アプローチである[iii]。19世紀半ば、コレラやペストに悩まされたヨーロッパ諸国が国際的な保健協力が開始された際、イギリス

は港湾での強硬な措置が経済活動の障害となるとして反対、感染症対策として環境の改善に重点を置く社会医学的アプローチを主張した。一方、トルコなどの沿岸国は、感染症を実質的に制御するために、港湾での強力な検疫措置を主張するなど、２つのアプローチは対立した[iv]。

その後、20 世紀初頭には、アメリカで社会医学が重視されるようになった影響を受けて、国際的にも社会医学的アプローチが優勢となった。実際、1923 年に設立された国際連盟保健機関はビタミン A やビタミン C などビタミン類の国際基準を定め、食事バランスシートの原型となるような冊子を作り、人々の栄養改善に務めたほか、居住環境の改善にも健康の観点から熱心に取り組んだ。当時においては、第一次世界大戦期のスペイン風邪やマラリアの流行が記憶に新しく、個々の感染症に事後的に対処するだけでは不十分であり、より高いレベルの健康を達成するためには、人々の生活を取り巻く環境に切り込む必要性を、国際連盟の専門家たちが認識していたためだ。社会医学的アプローチを重視する考え方は 1946 年に起草された WHO 憲章にも引き継がれ、前文の「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをさす（Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity）」との記述はそのことを明確に示している[v]。

以上の通り、グローバル・ヘルスに関する二つのアプローチが競合してきた中で、日本の強みとは、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ことであった。生物医学的アプローチに関しては、北里柴三郎をはじめとする日本の医学者が医学の発展に大きく貢献したことは改めていうまでもない。19 世紀末に血清療法の確立やペスト菌の発見を通じて、医学の発展に大きく貢献した北里柴三郎とその弟子たちは、国際連盟が開催する様々な専門会議に出席し、その書籍が国際連盟から英訳の上、刊行されるなど、国際的な保健協力にも深く関与した[vi]。

2. 社会医学的側面における日本の貢献

戦間期の日本では生物医学的アプローチと並んで、健康への社会医学的アプローチも盛んであった。これは部分的には、当時の日本人の体格と健康を改善し、富国強兵に役立てるという目的があった。実際、日本では、第一次世界大戦前に、明治政府が西洋料理を国民に宣伝し、国民の体格を西欧に匹敵するレベルにまで高めることを目指したり、栄養価の高い大麦米が主食として登場するなど、栄養と国民の健康、国力増強の関係にすでに注目が集まっていた[vii]。その関係を科学的に探究する学問としての栄養学の発展も第一次世界大戦前後の日本で活発な動きが見られた。

その際、中心的な担い手となったのが佐伯矩（さえき・ただす）という学者であった。佐伯は 1876 年生まれ、京都帝国大学医学部で、生理学および医化学を専攻し、内務省伝染病研究所に入所し、北里柴三郎所長の下で細菌学、毒素化学、酵素の研

究に従事した。1905 年、佐伯はイェール大学に留学し、生理学、生理化学、毒素学の研究に従事し、1907 年にはイェール大学より博士号を取得している[viii]。

第一次世界大戦前の日本では栄養と国民の健康の緊密な関係について、すでに注目はなされていたものの、学問としての栄養学は必ずしも体系化されていなかった[ix]。佐伯は栄養科学を医学の重要な一部と位置づけ、一般市民に分かりやすく伝えることを目指していた。佐伯は 1914 年に私立栄養研究所を創設し、栄養飲料の開発、新陳代謝、ビタミン、米についての多角的な研究を行ったほか、研究所内に診療所を設けて、栄養療法による結核患者の治療にもあたった。佐伯の取り組みは国民党党首の犬養毅の注目を浴び、1920 年に私立栄養研究所は官立の内務省栄養研究所に改組され、佐伯が初代所長となった[x]。

国際連盟保健機関は以上のような佐伯の取り組みに大きな関心を寄せ、佐伯は 1926 年 12 月から翌年 9 月にかけて、国際連盟の招待により、フランスのパスツール研究所をはじめとする欧米の研究機関で栄養に関する講演を行い、また、国際連盟や各国保健省に対して、栄養研究所の創設や栄養教育に関する助言を行った[xi]。1926 年には日本の栄養学の発展に関する佐伯の著書 *Progress of the science of nutrition in Japan* が国際連盟から出版されている[xii]。佐伯の活動は栄養科学分野における世界的な学術ネットワークの構築に大きく貢献したことに加え[xiii]、生物医学的アプローチと並んで社会医学的アプローチも重視するという、現在の日本の取り組みに連なるものがある。

3. 戦後日本の保健外交

日本は戦後、早期に国連加盟を目指していたが、ソ連の反対により、1956 年まで国連加盟は叶わなかった[xiv]。そのため、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[xv]。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[xvi]。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[xvii]。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[xviii]。

多国間保健協力の場でも日本は存在感を発揮してきた。まだ感染症というイシューがハイレ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[xix]。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[xx]。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[xxi]。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[xxii]。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[xxiii]。

4. パンデミック下での日本の関与

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[xxiv]。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[xxv]。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[xxvi]。

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[xxvii]。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[xxviii]。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の PQS 取得は世界初とされる[xxix]。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[xxx]。

COVID-19 パンデミック下では、中国とはじめ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[xxxi]。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[xxxii]。

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）より強靭、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[xxxiii]。

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

以上の通り、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[xxxiv]。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[xxxv]。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[xxxvi]、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・リプ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[xxxvii]。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[xxxviii]、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。2025 年 4 月には国立感染症研究所と、国立国際医療研究センターが統合され、日本版 CDC とし「国立健康危機管理研究機構」が設立されたが、当機構は米国 CDC のカウンターパートとして、

共に、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。その際、 日本と米国がそれぞれ、東南アジア諸国や台湾と構築してきた協力の枠組みを有機的に繋げていける可能性もありうるだろう。

参考資料

[1] 安田佳代『国際政治のなかの国際保健事業』ミネルヴァ書房、2014 年、第 2 章。

[1] 同上。

[1] 西平等『グローバル・ヘルス法』名古屋大学出版会、2021 年

[1] Norman Howard-Jones, *The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938*, The WHO 1975.

[1] 安田、前傾書、第 6 章。

[1] 安田、前掲書、Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921-1946*, Peter Lang 2010.

[1] 財団法人国民栄養協会編『日本栄養学史』秀潤社、一九八四年、pp.15-21 ；Lizzie Collingham, *The Taste of War: World War Two and the Battle for Food*, Allen Lane, 2011, pp.50-1.

[1] 日下部正盛『栄養学の創始者佐伯矩博士小伝』1997 年 8 月、6-15 頁、国立健康・栄養研究所、東京、所蔵。

[1] 'The present condition of the study of the nutritional problem in Japan' by Tadasu Saiki, 1937, LNA 12B/R990/57161/55308.

[1] 「座談会　平和を求めて　栄養改善の道を開拓」財団法人日本食生活協会『日本食生活』1957 年 8 月号、20-1 頁、国立健康・栄養研究所所蔵「佐伯栄養専門学校寄贈史料」所収。

[1] League of Nations Health Organization, 'Second Conference on the Standardization of Vitamins', 4 June 1934, LNA 8A/R6078/10811/2221.

[1] Tadasu Saeki [i.e Saeki], Progress of the science of nutrition in Japan, League of Nations Health Organization, 1926.

[1] Jing Sun, 'Saiki Tadasu and the Making of the Global Science of Nutrition, 1900-1927', ROCKEFELLER ARCHIVE CENTER RESEARCH REPORTS.

[1] Liang Pan, *The United Nations in Japan's Foreign and Security Policymaking, 1945-1992: National Security, Party Politics, and International Status*, Harvard University Asia Center, 2006, chap.8.

[1] 安田、前傾書、第 7 章。

[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。

[1] 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

[1] 松本勝男『日本型開発協力―途上国支援はなぜ必要なのかー』ちくま新書、2023 年、

第二章。

[1] 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.

[1] 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

[1] 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/kenkouiryou/suisinkaigi/dai16/siryou9.pdf

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

[1] 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-key-issues-for-the-u-s/

[1] 外務省、報道発表、「ACT アクセラレータ・ファシリテーション・カウンシル（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

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

[1] 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

[1] 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.

[1] 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

[1] 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

[1] 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。

[1] 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.,

[1] 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/

[1] 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

[1] GHIT Fund ホームページより https://www.ghitfund.org

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

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

[1] Phillip Lipscy, “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*, Brooking Institution Press, 2020.

[1] 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。

２．国際保健外交実務者を対象としたインタビュー調査の質的分析（細澤麻里子）

B. 研究方法

１．対象者の選定

インタビュー調査のテーマ分析では先行研究を参考に、目標とする対象者数は 10 人程度とした。国際保健外交経験が 10 年以上ある日本語でインタビュー可能な実務者を縁故法で選定し、調査案内を行い調査協力への同意が得られた 8 人を対象とした。

２．調査遂行

2025 年 11 月～2026 年 2 月に、事前に作成したインタビューガイドに基づく半構造化インタビューを行った。インタビューは２名の研究者により行われ、web 面談、対面のいずれかを対象者が選択できるようにした。インタビューの時間は 30 分から 1 時間程度とし、インタビュー内容は録音または録画をした。

３．データ解析

データ分析は、Braun & Clarke が提唱するテーマ分析の手法に基づいて帰納的なコード分類を行った。具体的には、逐語録を繰り返し精読し、研究目的に関連する記述に着目しコーデイングを行った後に、すべてのコードをリストアップし、概念的類似性に基づいてテーマの統合を行った。1 人の対象者から 1 度のみ発言のあったコードのうち、いずれのコードとも組み合わせられないものは解析から除外した。

（倫理面への配慮）

本研究は、国立健康危機管理研究機構の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 JIHS-S-005131-00）。録音したインタビュー内容から作成した逐語録は個人情報（含まれた場合）を除外した上で解析に用いた。

C. 研究結果と考察

１．インタビュー対象者の背景

インタビュー対象者は国際保健外交の実務経験者 8 人（男女比 6：2）。内訳は、国内行政官経験が 7 名、国際機関職員経験が 4 名、国際的な官民ファンドでの勤務経験者が 2 名であった（重複あり）。インタビュー対象者は、Universal Health Coverage(UHC)の推進、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)対策などの健康危機対策、世界保健機関（World Health Organization: WHO）、G7/G20、国連総会などを通じた国際保健アジェンダの推進に携わった実績を有しており、その経験に基づく発言が得られた。

２．分析の概要

分析の結果、4 つの大テーマ（国際保健外交の世界的な動向、これまでの日本の国際保健外交、日本の国際保健外交の強みと課題、日本の国際保健外交の今後の在り方）が抽出され、11 の中テーマ、51 の小テーマを含む三層構造として整理された。本報告では、日本の国際保健外交に関するテーマについて記述する。結果の記述においては、抽出された中テーマごとに要約をし、各発言は「」として提示する。

３．各テーマの詳細

１）これまでの日本の国際保健外交

（１）これまでの日本の国際保健外交の特徴

日本の国際保健外交は、国際協力事業団（Japan International Cooperation Association: JICA）を中心とする二国間の政府開発援助（Official Development Assistance: ODA）と、WHO などの多国間の国際保健組織を通じた継続的な国際貢献が特徴である。日本は、1990 年代に ODA で世界最大のドナーとなるなど、資金・技術の両面で主導的役割を果たしてきた。JICA などを通じて提供してきた日本の支援は、相手国の自立（オーナーシップ）を尊重する「現地に寄り添った支援」として現地からも高く評価をされてきた。同時に、日本は多国間協調（マルチラテラリズム）を一貫して支持し、グローバルファンドや Gavi ワクチンアライアンスなどの国際的枠組みへも継続的に資金拠出や関与を行ってきた。

（２）日本が国際保健外交にかかわる動機

1. 国際社会への復帰・贖罪と責任あるリーダーへの志向

歴史的な動機として、第二次世界大戦後の国際社会への復帰と地位回復への願いがある。初期の ODA や国際協力は、戦後賠償や贖罪の意味合いが強かった。1951 年の WHO 加盟時に厚生大臣が「今日日本国民は、過去を償い、世界の平和愛好国と全ての分野で協力することで、国際社会における地位を回復することを切に願っており」と演説したことにも、国際保健を窓口に国際社会に復帰し貢献をしていくという当時の決意が表れている。日本の経済発展に伴い、動機は「世界でも認められたい」「責任ある

リーダーとして役割を果たしたい」と発展していった。近年の COVID-19 Vaccine Global Access (COVAX) や Access to COVID-19 Tools (ACT)アクセラレーターへの取り組みにも、この国際的責任の認識が反映されている。

2. 安全保障と国益の確保

日本の国際保健外交には、人道的な目的に加えて、自国の安全保障や経済的安定に直結するという動機がある。HIV／エイズや 2020 年の COVID-19 のように国境を越えて拡大する感染症の脅威から国民の健康と生命を守る目的に加えて、中東からのエネルギー供給ルート(シーレーン)周辺国やアジア諸国との友好関係を築き、政治的・経済的な安定を図ることで、日本の経済安全保障を確保するという戦略的な意図も含まれる。このため、日本の国際保健外交政策は、地域やグローバルな外交戦略の中に、保健課題も入れていくというアプローチで展開されてきた。ただし、グローバルファンドへの関与など、当初から緻密な世界戦略を描いていたというよりは、経済発展や他国の政治経済状況、首脳会議のタイミングといった偶発的要素が影響した側面も否定できない。

3. 平和国家としての国際貢献手段

軍事的なオプションを持たない日本にとって、国際保健外交は、国際社会においてプレゼンスや影響力を発揮するための重要な手段であった。「世界平和が保たれてこそ自由貿易や国の経済的発展を遂げられる」、また、「国民が健康で働けることが国の発展を支える」との国家観の下、武力を持たない平和国家として世界の平和と安定に貢献する手段として、国際保健外交を推進してきた。

4. 省庁間におけるミッションの相違

日本政府内においても、省庁によって国際保健外交に関わる動機は異なる。厚生労働省は「国民生活の保障や公衆衛生の向上」を主たるミッションとして動いているのに対し、外務省は「平和で安全な国際環境の整備や良好な対外関係の発展」という外交政策の一環として推進しており、各省庁の役割に応じた異なる動機がある。

（3）日本の国益と国際保健外交について

1. 国益と国際益は両立し得るという基本認識

日本の国際保健外交政策において、国益と国際社会への貢献や責任は相反するものではなく、両立し得るという認識が大前提にある。「日本の国益のためにもグローバルヘルスに関与することが重要である」という思想は、グローバルヘルス戦略などの国家戦略にも明記されている。このことが、国際交渉の場においても、合意形成を重視する日本政府の姿勢につながっている。

2. 国益と国際益のバランス

一方で、従来は国際益に比重が偏りすぎていたとの指摘もある。「この国は、あまり国益を言わない国じゃないかと…今、グローバルヘルスの分野では国益を追求するという姿勢の中で、日本は何を追求するのか、必ずしも明確じゃない。」「他国は、グローバルな責任あるいは世界全体の利益ということがある反面、当然出したお金のどれだけが直接、間接に自分の国に返ってくるかと

いうことは冷徹に計算している…結果として、日本は狭い意味での国益を失っているところはたくさんある。」「(COVID-19 時の医薬品販売等の海外展開について) 日本は失敗を恐れて動かなかったところがすごくあります。日本はどんどん国益とか、民間企業の利益を追求しながらも、国際貢献ができたのに、かなりオポチュニティをミスした」との指摘もあり、特にパンデミック以降、自国優先主義が強まる中で、日本も国際貢献が日本の国益にどのように裨益するかを再定義する必要に迫られている。

(4) 日本の国際保健外交の好事例とその成功要因:「UHC」と「母子手帳」

代表的な成功例として評価されているのが「UHC」と「母子手帳」の普及である。特に UHC は、日本が強力なイニシアチブを発揮し、国際的なアジェンダとして定着させた。成功要因としては、国際会議における一貫したアジェンダ設定や、国内実績に加えて、特に UHC 推進においては、特定の個人の尽力 (属人的要素) があげられた。長年にわたり国際保健に深く関与してきた武見敬三氏のような政治家が、省庁間を横断的に調整し UHC 推進を牽引したことが、極めて重要な要因であるとの発言がみられた。

(5) 日本における地域外交のメリットと課題

グローバルレベルでの合意形成や取り組みが難しさを増す中、地域外交への期待が高まっている。日本が地域外交にかかわるメリットとして、①リソースや投資の観点からの地理的近接性による投資効率、②共通課題への協調のしやすさ、③人種的・地理的共通性に基づく医薬品の研究開発や治験、薬事承認や検疫における合理性、④アジア地域の経済発展に伴う互恵関係の構築があげられた。近年東南アジア諸国連合 (Association of South-East Asian Nations: ASEAN) や ASEAN+3、東アジア・ASEAN 経済研究センター (Economic Research Institute for ASEAN and East Asia: ERIA) といった枠組みに加え、日米豪印戦略対話 (Quadrilateral Security Dialogue: QUAD) など安全保障を念頭に置いた枠組みの中でも保健課題が議論されており新しい協力関係の可能性を秘めていることが挙げられた。

一方で地域主義が強まることへの課題も存在する。グローバルな取り組みへの失望から地域独自の取り組みが加速することで、地域間対立や地域内競合が生じ、第二次世界大戦前夜のような「ブロック化 (ブロック経済)」や分断を招く恐れがある。地域外交がグローバルなプラットフォームと対立するのではなく、相補的でシナジーを生むような関係性をいかに構築するかが課題である。また、日本にとっては、アジア諸国との歴史的経緯も依然として協力の障壁となっている。多くのアジア諸国が中所得国へと成長している現在、対等なパートナーとしての新たな関係構築が求められている。

2) 日本の国際保健外交の強みと課題

(1) 日本の国際保健外交の強み

日本の国際保健外交には、一貫したアジェンダ設定、国内の公衆衛生実績、平和国家としての立場、そして現場主義に基づく信頼関係という特有の強みがある。

1. 一貫した保健課題の重視

日本は G7 や G20 などの国際舞台において、長年にわたり一貫して保健課題、とりわけ UHC を提唱し続けてきた。「日本は常に UHC と言っている。半ば、辟易とされることもあるわけですけれども、あまりぶれない。常に 1 つのことをきっちり一貫して取り組んでいる」と指摘されたように、政権や情勢変化に左右されず、G7/G20 などの議長国としての機会を生かし続けた一貫性が、国際社会でのアジェンダ定着と信頼構築につながっている。

2. 世界最高水準の「国内実績」に裏打ちされた説得力

日本が国際保健を牽引する最大の根拠は、自国が世界有数の健康長寿国であるという圧倒的な「国内実績」である。乳幼児死亡率の劇的な改善や短期間での皆保険制度の達成・維持など自国の成功体験に基づく支援は強力な説得力を持つ。「世界最高水準の健康を国内で達成しているということが、日本のグローバルヘルス外交に重みを持たしている」と指摘されたように、国内実績が比較優位性となっている。

3. 省庁横断的な組織の設置

日本政府の中に国際保健に関連する関係省庁を束ねる組織として内閣官房の健康医療戦略推進本部の下にグローバルヘルス戦略推進協議会が設置されたことで、関係省庁を横断的に束ねる司令塔機能が導入された。グローバルヘルス戦略の策定などを通じて政府全体の政策として位置付けられようになり、「政府内でのプライオリティーなり合意、共通認識を醸成するということが、政策をつくるというプロセスの中で行われるようになってきた」ことは、日本の国際保健外交の意思決定や政策の一貫性を高めるうえで重要な役割を果たしている。

4. イデオロギー的に中立な国際貢献

日本の援助が「教育とか保健医療とか農業とか、割とそういう、人づくり、国づくりのほうに向いている」ことや、軍事オプションを持たない平和立国としての立場やイデオロギー的に中立的なイメージがあることは、現地の人の反対や警戒をうけにくく、世界の保健課題に取り組む上での他国にはない強みとなっている。

5. 相手国の自立を尊重する「現地に寄り添う」支援

欧米に見られがちなトップダウン型の援助とは異なり、途上国の現場に入り込み、相手国のオーナーシップ（自立性）を重んじるアプローチが日本の特徴である。「JICA に代表されるように、やっぱり現場の声を聞いて、現場と一緒に悩みながら、一緒になって考えていく」姿勢が示され、日本の価値観を一方的に強要しない「押し付けがましくない」「現地の人たちに寄り添ってやる」支援は他国から高く評価されており、「アジアとかアフリカに行っても、最も日本が信頼されているのはそこである」と、他国からの深い信頼の基盤となっている。

（2） 日本の国際保健外交の課題

1. キャパシティ不足

日本の国際保健外交において、人的・資金的・時間的なキャパシティの不足が課題となっている。インタビューでも「もう少し日

本のグローバルヘルスに対する、ナショナルキャパシティーを強化しないと。人的にも、資金面でも、時間的にも。そうしないと、焼き畑農業みたいな感じで」と懸念が述べられた。また、「国際会議で議長ができたり、賢人会議みたいなのに出てって堂々と主張できるような人がそう多くない、かつ、人が決まっているので、層の厚さを感じない」のように、国際会議でリーダーシップをとれる人材が不足している点も挙げられた。背景には、日本の医学部教育が内向き志向であること、正解のない問いに対して多角的な視点から議論・交渉する訓練の不足があげられた。また、現場での経験が組織知として蓄積されにくい構造も指摘された。「国際的な議論とか感覚に付いていくのが難しくて、ある程度の年数が必要だし…組織としてのナレッジの構築が必要」と述べられた。

2. プレゼンスの低さとその構造的要因

国際保健分野における多大な貢献にもかかわらず、そのプレゼンス（存在感）は相対的に低い。この背景には、以下のような要因が複合的に影響をしている。

1）**発信力の弱さ**：「日本人は非常に自慢下手」と指摘されるように、優れた実績や支援を　　国際社会にアピールする力が不足している。「どんな国に行っても、みんな本当に日本に対しては感謝っていうのはすごくありますね。ただ、またビジビリティはかなり低いので、そこのビジビリティをある程度上げながらも、感謝されて、もう少し戦略的にインパクトを出していくのにはどうしたらいいかっていうのはあります」とのように、支援先からの感謝を戦略的なインパクトや発言力に結び付けられていない現状がある。

2）**「友達（同盟・グループ）づくりの障壁」**：国際会議の場において、「日本は友達がいません。普通、こうした会議をする時に…対立する者同士が話し合うのではなくって、友達同士が集まるわけです」と述べられているように、言語（英語圏・仏語圏など）や地域、歴史的な植民地関係に基づく同志グループを持たないことが、国際会議、特にWHOのような100以上の国がいる中で、日本はコミュニケーションを取りにくく、交渉力が弱まりやすいことにつながっている。

3）**行政官の短期異動と言語の壁**：「日本特有で任期が短いことです。通常難しい交渉事というのは、3年、4年、5年に及ぶことがほとんどです」と指摘されるように、2〜3年で担当者が交代する行政官の頻繁な異動が、長期的な関係構築や専門性の継承を阻害している。さらに、外交上の微妙なニュアンスをくみ取る高度な語学力を持つ人材の少なさも障壁となっている。

3. 総合的戦略作成能力の不足

「（グローバルヘルス戦略には）日本国内として何をやるべきか言葉では書いてある

んだけども、本当にその言葉どおりに予算の分配とか、マルチとバイを組み合わせたり、NGO とか、民間を入れていくという、本当にこの大きな意味でのストラテジーをつくり、そこの中でいろんなものを、パートナーをうまくストラテジックにクラフトしてるかっていうと、そうじゃない。結局は、それぞれの担当の部署が、それぞれに予算を取って、それぞれに渡していく」「本当は日本のグローバルヘルスの司令塔が、しっかりと戦略づくりから、実行とモニタリングまで本当はやるべきだと思っているのですけれど、そこはちょっと弱い。」との指摘がなされた。この背景には、「政策議論に付き合っている時間もない」「次の予算要求のために、精算に問題がないかを確認し…みたいなところに失してしまう」との指摘のように、深い政策議論を行う時間がなく、予算の確保や実務的な処理に追われている現状がある。その結果、具体的な戦略の策定やそれに基づく体系的な活動が弱くなっている。

4. 国民の理解と受容性の変化

日本国内の経済成長の停滞に伴い、国際保健外交に対する国民の受容性が変化している。かつては「日本が世界で貢献しなければいけないから ODA を出すというロジックで十分国内的にも国民も納得していたが、ここ 5 年、もう少し言うと 10 年ぐらい、そういった考え方がすごく難しくなってきて」おり、「今は同じ予算を取るために、いかにそれが日本の国内の経済政策であり、日本のナショナルヘルスプライオリティーに貢献しているかということを、相当、説明を尽くさないと、予算も取れないし、国民的な賛同も得られない」状況になってきている。COVID-19 パンデミック対策に関する国際協力についても、「国内的にはローキーで行われた…公表すると日本で困っている人がいるのに、何でそんなに国際協力するんだっていうことで…と邪推している」と国内に向けて積極的にアピールすることを控えていた可能性や、その結果、日本の国際貢献について国民の理解を深める機会を逸した可能性も指摘された。

3）日本の国際保健外交の今後の在り方

上記を踏まえて、日本の国際保健外交の今後の在り方について下記の点が述べられた。

（1） 今後の国際保健外交の方向性

1．多国間協調や国際的枠組みを重視した国際保健外交の推進

近年の地政学的変化や主要援助国の関与低下により、「国際的な責任を果たしえる能力という点において」世界からの日本への期待は以前より高まっているとの認識が示された。どの国も単独でグローバルな課題を解決する力（人口、経済力、資源等）を持たないことから、他国と協調し「世界と関わりながら生きる」アプローチが不可欠であると指摘された。また、規範設定など、多国間外交にしかできない機能もあり、グローバルで扱うべき課題を同定し、WHO をはじめとする国際的枠組みの役割を再定義する必要がある。

2．「選択と集中」による戦略的なコミットメント ・援助方針の転換

日本の経済的貢献が縮小することが予見

される中、今後は関与する保健課題の優先順位をつけ、リソースを効率的に投入する方向へと転換すべきであるとの指摘がなされた。この際には、「国際機関を使ってどうしたいのか、何がしたいのかといったような大きなパースペクテイブ、あるいは国際機関と協力をして、国際機関に日本のお金をカタライズしながら、大きな成果を出していくっていう発想」を政府が明確にし、「日本として最も投資すべきところはどこか」議論し、「コミットメントに優先順位を付けて仕事の総量を減らす」戦略的な関与の必要性が挙げられた。また、資金提供に留まらない途上国の自立を促す効果的な援助への転換の必要性が指摘された。具体的には、途上国自身が保健予算を確保できるよう、税制の構築や徴税能力の強化といった「財政強化につながる仕組みづくり」を支援するなど、相手国の自立を後押しするアプローチの重要性が指摘された。

3．国内の人材育成の推進・多様なプラットフォームの構築

「国のキャパシティは本当に人」とあるように、戦略的な国際保健外交を展開する上で人材育成が最重要課題として挙げられた。本領域への若手の参入促進や機会を与えて次世代を育成することが重要であると述べられた。さらに、「官、民、国際機関、市民社会、民間企業が入った形で、政治も入った形である程度共通の認識を持つという、情報交換するというプラットフォーム」を構築することや、地方自治体が直接海外とやり取りすることを含めた多層的な対外チャネルを持つことの重要性が指摘された。

4．国益の追求、国民への説明と理解の獲得

国内経済が停滞する中、「国際社会への責任」という大義だけで国民の支持を得ることは難しくなっている現状が指摘された。今後は、国際貢献がいかに日本の経済安全保障や国民の健康に直結しているかを説明し、「国益にかなうグローバルヘルス」として国民の理解と支持を得る努力が不可欠である。国際貢献が国民に益し、国内経済を益し、国際社会にも益するトリプルウィンのモデルを提示し、このような視点を国家戦略にも明記していくことや、国益と国際益を調和・統合できる人材の育成の必要性も挙げられた。

5．トライ＆エラーで進めることの重要性

変化の激しい国際情勢を踏まえて「日本人の特性として完璧主義で、そういうルールが完璧にできないと一歩も前に進まないみたいなのはほどほどにして…何か問題が出てきたら修正しながらやるというような」柔軟なやり方をとることの有効性が指摘された。また、昨今の厳しい国際情勢に対しても「あまり悲観的になり過ぎないほうがいいというか、あまり運命論みたいにならなくていいんじゃないか…そうならないためにも何ができるかっていうことを、引き続きしっかり考えながら行動していくっていうことが大事なんじゃないか」と現実に即してできることを実行していく重要性が示された。

（2）取り組むべき課題

最後に、日本が比較優勢を持ち、国際社会からも貢献が期待されている領域として以下の課題が挙げられた。一方で、気候変動な

どの地球規模課題は日本単独での解決策提示にこだわらず、「一緒に考えて一緒に行動して」という姿勢も必要との指摘もあった。

1. UHC の実践と発展

日本が長年取り組んできた UHC は、保健医療の重要な課題であり、今後も日本が推進すべきアジェンダである。現在は、UHC の達成を提唱する段階から「いかに実践するか」という実践フェーズに移行している。具体的には 2025 年に設立された「UHC ナレッジハブ」等を通じて実践的知見やヘルスファイナンシングの枠組み作りを支援する。また、途上国における民間による高額医療の拡大をふまえ、公的医療の対象とする「Essential Medicine」の定義や持続可能な財務スキームの構築に関する議論が不可欠である。加えて、デジタルテクノロジーの活用や、紛争下の保健システムなど、新たな課題を組み込んだ UHC 戦略へと発展させる必要がある。また、教育やインフラ整備など他の分野と連携した「マルチセクターアプローチ」を通じて、より強靱で包括的な保健システムの構築に取り組む必要があるとの指摘がなされた。

2. 高齢化問題への対応経験の共有

世界第 2 位の高齢化率を有し、急激な人口動態の変化を経験している日本に対して、世界（特にアジア）からの関心は極めて高い。他国は日本の状況を「一世代後の自分たちの姿」として見ており、日本が構築した高齢化対応の制度やサービスの経験が、成功も失敗も含めて共有すべき国際公共財となるとの認識が示された。

3. デジタルテクノロジーの活用と展開

途上国における医療インフラの不足を補完する手段として、デジタルテクノロジーの活用が期待されている。例えば、日本では承認制度が整備されている「SaMD（Software as a Medical Device」は、生活習慣病や母子保健の管理などに適している。これらを現地仕様にして途上国に展開することなど、新たなイノベーションを普及させる仕組みの検討が重要であると指摘された。

4. 感染症対策（パンデミック対応・ヘルスセキュリティ）

COVID-19 パンデミックの経験から明らかになったように、国境を越える感染症の脅威から国民を守るための備え（PPR）は、依然として重要な国益・安全保障上の課題であり、本領域における国際的な枠組み作りや継続的な関与の重要性が指摘された。

E. 結論

本報告では、インタビュー調査に基づく質的分析により日本の国際保健外交を「歴史的経緯」「日本の強みと課題」「今後の在り方」の 3 つの論点から分析した。日本の国際保健外交は、戦後の国際社会復帰と贖罪を起点に、平和国家としての国際貢献として発展してきた。一貫して保健課題を重視する対外政策のもと、現地に寄り添う二国間援助や多国間協調による国際益を重視する日本のアプローチは、植民地主義と批判されることがある援助国優位の支援は異なるとして、諸外国の信頼を得てきた。一方で、国内リソースの不足や国際情勢の変化を受け、日本の国際保健外交は戦略的転換

を求められている。分析結果を踏まえ、今後取り組むべき視点について提示をする。

1. UHC を基盤とする統合的・戦略的な課題設定と関与

リソースを最大限活用するため、保健課題に戦略的・効果的に関与していく必要がある。日本が長年取り組んできた UHC を中核に、UHC ナレッジハブを通じて、必須医療の再定義や徴税能力の向上を含む持続可能な財務スキームの構築等、各国における強靭な保健システムの強化に取り組む。これに加えて、日本の比較優位性や時流に応じた個別課題（高齢化、母子保健、デジタルヘルス、ヘルスセキュリティなど）を戦略的に組み合わせる。この統合的アプローチは、個別課題への支援が保健システム全体の底上げにつながり、また、日本の保健制度の改善にも資する可能性がある。このような「発展的 UHC」の取り組みを国際的なアジェンダとして主導していくことは、国際社会における日本のプレゼンス強化にもつながる。

2. トリプルウィンモデルによる国内基盤の確立

限られた財政・人的資源の中で国民の支持を得るためには、国際保健外交や国際貢献がいかに日本の安全保障や経済成長に直結するかをより丁寧に説明する必要がある。これからの国際保健外交には「日本国民の命を守り、日本の経済を強くし、相手国や国際社会に貢献する」というトリプルウィンの視点がより必要となる。このために、国益や民間の利益を追求しながら国際貢献をすることを国家戦略として明確にし、二国間援助と多国間協調を連動させ、民間や非政府団体など多様なアクターの参入を促進し、これらが有機的に機能するようなダイナミックなグローバルヘルス戦略を展開する必要がある。さらに、この方針を関連する国家戦略にも明記することで、予算配分含めて政府一体となり推進していくことが求められる。また、日本への信頼の維持など広義・長期的な国益についても再確認をし、持続可能な国際貢献のための国内基盤を確立する必要がある。

3. 多国間協調の堅持と「地域外交」による国際的支持基盤の強化

各国とも単独でグローバル課題を解決する外交オプションを持たない。そのため、国際的な枠組みを重視し、規範設定など多国間外交への関与を堅持する必要がある。同時に、アジアを中心とした地域外交の発展も急務である。具体的には、共通課題（高齢化・治験・薬事承認等）への取り組みを通じて、アジア諸国と従来の援助・被援助関係から対等なパートナーとしての相補的関係への転換し、ERIA や QUAD のような既存の枠組みの活用により域内における新たな保健協力体制を構築していくべきである。こうした地域レベルでの取り組みは、日本の新たな事業展開を推進するのみならず、多国間外交における支持基盤の強化にもつながる。

4. 国内の人材育成と組織知の構築

戦略的な国際保健外交を支える最大の要因は「人」である。保健課題や国際情勢を理解し、国際舞台でリーダーシップを発揮しながら、国益と国際益のバランスを戦略的

に調和できる人材を育成する仕組みが必要である。具体的には、若手への実践機会の提供、行政官の専門性の蓄積、さらに産官学民や市民社会が情報を共有できるプラットフォームの構築がある。また、地方自治体を含めた多様なレベルでの海外とのチャネルの開拓も重要である。これらの取り組みを通じて、国家・組織としての外交知を蓄積、継承していく必要がある。外交知の蓄積・継承の観点から、国立健康危機管理研究機構国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センターでは 2020 年から国際保健外交人材の育成を体系的に行っており、参考となる。

＜謝辞＞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。

参考文献

1. Abe S. Japan's vision for a peaceful and healthier world. Lancet. 2015 Dec 12;386(10011):2367-9.
2. Kishida F. Human security and universal health coverage: Japan's vision for the G7 Hiroshima Summit. Lancet. 2023 Jan 28;401(10373):246-247.
3. Kickbusch I, Liu A. Global health diplomacy-reconstructing power and governance. Lancet. 2022 Jun 4;399(10341):2156-2166.
4. Shiffman J, Shawar YR. Framing and the formation of global health priorities. Lancet. 2022 May 21;399(10339):1977-1990.
5. 内閣官房（2022)「グローバルヘルス戦略」https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/kenkouiryou/senryaku/r040524global_health.pdf(2026 年 3 月 1 日閲覧)
6. 厚生労働省(2024)「厚生労働省国際保健ビジョン」https://www.mhlw.go.jp/content/10501000/001294429.pdf（2026 年 3 月 1 日閲覧)
7. 外務省 (2013)「国際保健外交戦略」https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000005947.pdf（2026 年 3 月 1 日閲覧)
8. 若林真美、磯博康.日本におけるグローバルヘルス外交の動向と官民連携.保健医療科学 2023;72:475-482
9. 梅田珠実, 齋藤英子, 細澤麻里子, 磯博康, 中谷比呂樹, 坂元晴香, 他. グローバルヘルス外交の手引. https://www.ighp.jihs.go.jp/core/pdf/GHC_light.pdf

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表　なし
2. 学会発表　なし

H. 知的財産権取得状況

1. 特許取得　　なし
2. 実用新案登録　　なし
3. その他　　なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金
（厚生労働科学特別研究事業）

分担研究報告書

地球規模課題解決への貢献に資する国際保健外交の提案に関する研究

研究分担者

梅田　珠実　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　特任研究員

小松　隆一　　長崎大学熱帯医学・グローバルヘルス研究科　教授

野村　周平　　東北大学災害科学国際研究所 グローバルヘルス政策学分野 教授
慶應義塾大学 グローバルリサーチインスティテュート 特任教授
国際医療福祉大学大学院 「食・栄養と健康」社会連携講座 特任教授

磯　博康　　国立健康危機管理研究機構国際医療協力局
グローバルヘルス政策研究センター　センター長

橋爪　真弘　　東京大学大学院医学系研究科
国際保健学専攻国際保健政策学　教授

齋藤　英子　　東京大学大学院新領域創成科学研究科　准教授

研究要旨

現在、グローバルヘルスをめぐる環境は、急激な資金不足、多国間主義の衰退、地政学的緊張、権力構造の変化などの影響により、大きな転換点にあるとされている。本研究では、今後の国際保健外交の方向性に関連する主要な議論の国際的な動向を把握・分析するとともに、地球規模の課題解決に日本の国際保健外交が果たしうる役割や戦略的な推進に資する論点を提示することを目指した。従来のグローバルヘルス・アーキテクチャーは、もはや断片的な改革ではなく、システムとしての再設計が求められていることから、考慮すべきパラダイムシフトや、ガバナンス及びファイナンスの在り方を分析し、日本の国際保健外交が今後重視すべき点を整理した。また、日本の経験、実績と世界の動向を踏まえ、地球規模の課題のうち、人間の安全保障、UHC、AIガバナンス、超高齢化社会におけるNCD対策、気候変動下の持続可能な保健サービスのそれぞれについて、日本が国際保健外交政策において強化すべき方向性及び貢献の可能性を示した。

１．転換点を迎えたグローバルヘルス・アーキテクチャーと国際保健外交に関する研究：Health Diplomacy Institutional Network の活動を中心に（梅田　珠実）

A．研究目的

2025 年は、米国のＷＨＯ脱退や援助資金の大幅削減に端を発し、多国間主義の衰退や地政学的緊張と相まって、グローバルヘルスの体制や活動が、過去に類を見ない流動的な状況にあることが明らかとなった。このような変化の根底にある、従来のグローバルヘルスの仕組みの問題点など複数の要因について、論点を整理し、変貌する世界情勢の中で、どのような変革が求められ、どのような方向に進みつつあるか、最新の潮流を把握することは、我が国の国際保健外交の進め方を検討するうえで不可欠である。

本研究では、国際保健外交に関する国際的なネットワークの活動や主要な国際会議での議論を分析し、新たな国際協調のあり方や、日本の国際保健外交が目指すべき方針を提案することを目的とする。また、人間の安全保障、ＵＨＣ、ＡＩガバナンス、超高齢化社会におけるＮＣＤ、気候変動と保健の観点から、地球規模の課題解決に日本の国際保健外交が果たしうる役割、戦略的な国際保健外交推進のために留意すべき点や方策を提示することを目指す。

B.研究方法

スウェーデンの Karolinska Institute が事務局となり、国際保健外交の教育・研究を担う世界各地の大学や研究機関が参画する Health Diplomacy Institutional Network では、定期的なオンライン会議により国際保健外交に関する情報交換・意見交換を行っている。

本研究では、同ネットワークのメンバーとして、オンライン会議（２０２５年度は、5 月 6 日、8 月 21 日、11 月１２日、１２月 18 日、２月１１日、３月２５日）に参加するとともに、同ネットワークが Lancet 誌へのシリーズ論文投稿を目指して実施した共同研究に関し、インターネットによる有識者調査（４月 29 日）、将来シナリオのフォーサイト・ワークショップ（5 月９日、８月２７日、オンライン）、及びそれらに基づく４篇の論文ドラフトの peer review 会合（１０月９日～１０日、ベルリン、対面）への参加を通じて、各国の国際保健外交研究者、専門家の意見を聴取した。

また、同ネットワークが主催または共催した、World Health Summit 2025（WHS）のサイドミーティング（１０月１３日、ベルリン）、Prince Mahidol Award Conference 2026（PMAC）のサイドミーティング（2026 年１月２６日、バンコク）に出席するとともに、本研究班が同ネットワークメンバー等

を演者に迎えて主催した、UHC ハイレベルフォーラムのサイドイベント「Special session: Health Diplomacy in a Changing World」（１２月５日、東京）において、国際保健外交を取り巻く世界の情勢と今後の方向性に関する論点を明らかにし、議論を深めた。

C. 研究結果

１．国際保健外交への世界的な関心の高まり

Health Diplomacy Institutional Network は、２０２３年後期の準備期間を経て２０２４年に活動方針が作成され、日本も国立健康危機管理研究機構と長崎大学が、海外の主要機関とともにレギュラーメンバーとなっている。その主な活動は、①国際保健外交に関する研究成果や教育手法の共有、②国際保健外交の推進に資する共同研究、③政策対話を通じたアドボカシーである。①の目標には、現在国際保健外交が直面する新たな課題に対応した研修プログラムの共同開発も含まれる。②では、公衆衛生、国際関係、政策分析など領域横断的な共同研究を進めている。③では、グローバルや地域レベルの様々な会合や議論の場にて、政府、国際機関、NPO など様々なステークホルダーに対し国際保健外交の知見を広め、協力体制を構築して影響力を行使することとしている。

同ネットワークの参加は、２０２５年３月時点で、アフリカ、北米、アジア・オセアニア、ヨーロッパ、中東の約４０機関にのぼる。また、同ネットワークが主催、または共催した WHS や PMAC のサイドミーティングは、メンバー以外からも多くの参加者を集め、活発な議論が行われた。当研究班が主催した Special Session においても、UHC ハイレベルフォーラムへの参加者を含む国内外の参加者約５０人が、国際保健外交の現状について情報共有や意見交換を行った。さらに、国際保健外交に関する教育・研修プログラムを新設する国もアフリカ、中東、東欧で増加しており、既存のプログラム保有機関による他国の新設プログラム企画・運営支援や、複数国の機関の協力による地域単位のプログラムも実施されるようになったことが、ネットワークの定期会議で明らかにされた。

２．グローバルヘルスをめぐるパラダイムシフトと国際保健外交

変化する国際情勢の中でグローバルヘルスの課題を解決するために、以下のようなパラダイムシフトの重要性が認識されるようになった。

（１）世界的な疾病負荷および人口動態構造の変容への対応

低中所得国においても、感染性疾患のみならず非感染性疾患へと健康リスクや対策のニーズが根本的に変化し、また人口高齢化も問題となる中で、現在のグローバルヘルス・システムや資源配分は、従来のプライオリティーに基づく手法から脱却していないとの指摘がある。予防サービスの統合促進や保健以外の領域横断的な協力を強化し、従来と異なる疾病負荷にも適切に対処するためには、グローバルヘルス関係機関の改革が求められているという認識が国際保健外交においても重要となっている。

（２） 国家および地域レベルへの権力・影

響力の移行

意思決定が主要なドナー国に偏り、ドナー側の優先順位が被援助国の保健政策を歪め、被援助国の ODA 資金依存をもたらしたとの批判や、ドナーと被援助国の間では説明責任において非対称性があるとの指摘がされている。かつて国家として発言することが少なかった中低所得国や地域の声が強まっており、より公平な権力バランスを求める主張が多く聞かれるようになった。

WHO 本部のあるジュネーブや、国連本部のあるニューヨークではなく、国や地域レベルからの意見表明や連携体制構築の動きが増す中で、グローバルなレベルで遂行されるべき機能と、地域や各国において実施されるべき機能の明確な整理が必要とされ、それに伴ってグローバルヘルス関係機関のマンデートを再考する議論も多い。国や地域の力量が高まっても、依然として世界全体が共同で取り組むべきテーマはあるが、過去の役割・手法を再整理して、グローバルな機関は、その組織の比較優位性のある領域や、グローバルな公共財に直結する活動に注力すべきことが国際保健外交関係者間で話し合われている。

（3） グローバルヘルスを担う国際機関や制度的枠組みの現代化

グローバルヘルス関係機関の在り方を見直す機運が生じた背景には、外的要因と内的要因がある。外的要因は、特に２０２５年に顕著となったドナー国からの資金の削減であり、多くの機関が資金不足に直面し、断片化した現在の仕組みでは対応できなくなった。内的要因としては、主に低中所得国のリーダーが主張するように、現在の制度・システムが複雑かつ競合的であり、非効率さ、官僚的プロセス、縦割りや重複が存在することで、投入されている資金が必ずしも有効に活用されていない現実がある。

したがって、より単純化され、ニーズに機敏に対応できる枠組みとするために、WHO やその他の国連機関、Gavi や Global Fund などに代表されるグローバルヘルス・イニシアティブ、国際開発金融機関、官民パートナーシップなどグローバルヘルスに関係する機関・組織全体を通じての見直しと、それに伴うマンデートの縮小や組織存続の可否も含む抜本的な改革が議論されるようになった。

（4） 開発援助資金依存からの脱却と国内財源確保を含む保健主権（health sovereignty）

世界の保健分野 ODA の削減については、その金額がもはや以前の水準に戻ることはないことが、ドナー国、被援助国双方の共通理解となっている。緊急人道支援分野など必要不可欠で存続すべきものもあるが、従来以上に ODA の目的を精査し、焦点を絞る必要性が指摘されている。低中所得国における国内財源確保にあたっては、課税の強化、債務負担への対応、不正な資金の流れへの対処、汚職対策など、当該国のガバナンスが問われている。たばこ税や酒税などいわゆる「sin tax」を導入した国の成功事例が語られ、ソーシャルボンドや地域開発銀行の役割への期待も大きい。また、グローバルな機能についても、航空安全のように国際公共財として、従来型援助以外の枠組みにより資金確保を行う可能性が注目されている。

D. 考察

グローバルヘルス・アーキテクチャーが大きな転換点を迎える中で、我が国の国際保健外交は以下の点に留意することが望ましい。

1）多様な立場の理解と新たなグローバルヘルス・アーキテクチャー構築への関与

これまでの保健分野の多国間協力や二国間援助が、妊産婦死亡率、乳児死亡率の低下、感染症の制圧に効果を上げてきたことは、称賛されるべき実績である。しかし、地政学的な対立、多国間システムへの信頼低下、ドナーによる援助資金削減などによって、従来の体制や手法がもはや継続不可能なレベルに達している。第二次大戦後に構築されてきた世界秩序の機能不全の結果、合意形成や協力のメカニズムが働かなくなったことは、グローバルヘルス分野に限るものではない。また、安全保障環境の悪化と相まって、軍事費増加が保健分野への資金配分低下につながっている国々がある。

一方で、現在の状況をグローバルヘルスのエコシステムを抜本的に改革する好機ととらえる意見も多い。WHS2025（ベルリン）で、アフリカの複数のリーダーは、「自分たちはこの会議に招いてもらっているのではない。自分たちは、新たなグローバルヘルス・アーキテクチャーの共同創始者（co-creators）である。」と述べた。あたかも ODA の時代と決別するかのように、ドナーと被援助国の関係ではなく、対等なパートナーであること、自国の保健データやリソースは自国で主体的に取り扱うことの重要性と意思を強調した。その背景には、様々な援助関係機関の活動がサイロ化し、重複や競合、非効率を招いているという構造上の問題もあるが、それ以上に、グローバルサウスの長年にわたるフラストレーションの鬱積があると考えられる。

本研究班主催の Health Diplomacy Session（東京）にて、グローバルサウス出身のスピーカーは、「国際保健外交の場において、今なお植民地支配の過去が議論に影響を与えているという事実を忘れてはならない。（中略）完全に共通の利益や相互的な恩恵が存在するわけではない。利害が収束することはあっても、それが必ずしも共有されるとは限らない。」と述べ、WHS 地域会合 2025（ニューデリー）においても、これまでのグローバルヘルスは、貿易拡大、植民地支配、ニューリベラルのイデオロギー拡散といったドナー側の動機に端を発しており、当初から公平性を意図したものではなかったという意見が出された。とりわけ COVID-19 パンデミックを機に、グローバルサウスの国々の間で、グローバルノースとグローバルサウスのパワーバランスが今なお不平等であると強く認識するに至ったと考えられる。

ドナー・被援助国関係主体の協力体制から、新興国などがリードするアジェンダ設定や相互協力体制に移行した場合に、新たなガバナンスの仕組みがどのように機能するか不明な点もあるが、もはやジュネーブやニューヨークに集う主要ドナーのみでは物事を決められない状況である。

日本の国際保健外交や ODA は、援助対象国に寄り添う姿勢が特徴であり、対象国からの信頼も得てきたが、今後は上記のような地殻変動の背景を理解したうえで、新

たなグローバルヘルス・アーキテクチャーづくりに積極的に関与することが重要である。グローバルヘルス関係機関のガバナンス会合においても、対立や自国第一主義により合意形成が難しく、決定が投票に持ち込まれる機会がかつてより多くなったが、我が国は、国益を重視しつつも各国の主張の共通点を抽出し、合意形成のための努力をする姿勢を、引き続き示すことが望まれる。

2）多様なプラットフォームを効果的に活用する戦略

WHO をはじめとするグローバルヘルスのプラットフォーム以外にも、気候変動や貿易・経済のプラットフォーム、アジアでは ASEAN や APEC などの地域メカニズムにおいて、グローバルヘルスが議論されており、他領域の外交目的の達成が、保健の成果達成に寄与することが知られている。しかし、多くの国々で、多様なプラットフォームが活用されているとは言い難いため、保健が主目標ではない外交の場を戦略的に活用することが求められる。

特にアジア地域は、政治体制も保健医療制度も多様であるがゆえに、アフリカやヨーロッパと比べ共同体としての結びつきが緩やかな傾向にあるが、アジア太平洋地域のグローバルヘルス改革を議論したウェルカム財団による 2025 年の地域対話では、「多様性に富むことが、相互に学びあうための絶好の機会」と指摘している。グローバルレベルに比べ地域ニーズにより近い、地域レベルの相互協力への期待が高まる中、日本の国際保健外交は、アジア地域において共に学びながら相互に恩恵が受けられるよう努めることが肝要である。

2025 年には、新たに保健外交のトレーニングプログラムを実施したグローバルサウスの国々が増えたが、このことは、国際保健外交の場で発言力を高めようとするそれらの国々の意思を反映していると同時に、従来のドナー国がプログラムの企画運営への助言を通じた国際保健外交能力向上の支援により、今後のグローバルヘルス・アーキテクチャーの議論に参加する国々への影響力を持とうとしているようにも見受けられる。国立健康危機管理研究機構のグローバルヘルス政策研究センターでは、ガバナンス会合における交渉や合意形成を模した演習を含むグローバルヘルス外交ワークショップを実施している。そのプログラムや教材は、Health Diplomacy Institutional Network からの注目度も高いことから、合意形成や調整を重視する日本のアプローチをアジア太平洋地域においてトレーニングを希望する国と共有することも、我が国の将来の貢献となりうると考えられる。

E. 結論

米国の WHO 脱退に始まるグローバルヘルス分野への資金削減は、グローバルヘルスの活動継続に甚大な影響を及ぼした。しかし、真の危機は、ドナー資金が急減したことだけではなく、現在の仕組みでは対応できない構造的な課題が存在することである。これまでにもグローバルヘルス関係機関に関する改革の議論はなされてきたが、断片的な改革で解決することは難しく、既存の体制や手法の手直しではなく、根本的な考え方の転換が求められている。このことはまた、従来とは異なる発想で解決を図る好

機であることも意味している。

日本の国際保健外交にとっても、新たにグローバルヘルス・アーキテクチャーの共同創設者たらんとするグローバルサウス諸国の主張や背景を理解しつつ、地域レベルを含む多様なプラットフォームでの協働により、大規模な変革に関与を続けることが重要である。

参考資料

Nordström A, Robalo M, Clark H et al. Four paradigm shifts to shape an agenda for global health reforms. Lancet. 2026 Feb 14;407(10529):655-657.

Spicer N, Agyepong I, Ottersen T *et al. 'It's far too complicated':* why fragmentation persists in global health. *Global Health* **16**, 60(2020). https://doi.org/10.1186/s12992-020-00592-1

Boyle D, Chan M, Chozom T et al. 2025. Reimagining Global Health Reform in the Asia Pacific: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned. Thailand, Bangkok: PMAC Institute https://sph.nus.edu.sg/wp-content/uploads/2025/12/Reimagining-Global-Health-Reform-in-the-Asia-Pacific-English.pdf

From Rethinking to Reform: the way forward for the Global Health System. 18 March 2026, Wellcome Trust https://cms.wellcome.org/sites/default/files/2026-03/from-rethinking-to-reform-the-way-forward-for-the-global-health-system.pdf

Lakhotia D, Clark H, Nordström A, et al. Beyond Crisis: Strengthening Global Health Through Diplomacy. Geneva Health Files. 30 September 2025 https://genevahealthfiles.substack.com/p/beyond-crisis-strengthening-global-health-diplomacy

World Health Summit 2025, Berlin https://www.worldhealthsummit.org/

Pate M, Kaberuka D, Piot P. Transforming the Global Health Ecosystem for a Healthier World in 2026. Think Global Health. 7 Jan 2026https://www.thinkglobalhealth.org/article/transforming-the-global-health-ecosystem-for-a-healthier-world-in-2026

Connected Futures: Equity, Climate, and Health – How to navigate and use diplomacy in a complex political reality. PMAC 2026 Side Meeting, Bangkok https://www.ihppthaigov.net/publication/connectedfuturesequityclimateandhealth

Kantiana I, Kaushik A, Lakhotia D, et al. Asia Pacific perspectives on global health architecture reform. Nat Med. 2026;32:793-796 https://doi.org/10.1038/s41591-025-04180-x

２．分断する世界における保健外交：世界保健サミット 2025 から読み解くガバナンス、ヘルスファイナンス、民間セクター関与の潮流と日本の役割

（小松　隆一）

B. 研究方法

2025 年は、世界一の資金拠出国であるアメリカが WHO から脱退し USAID を突然解体するなど、グローバルヘルス全体に激しい地殻変動が起き [1)]、これらの直接の影響と同時に、今後のグローバルヘルスのガバナンスの在り方やヘルスファイナンスをどうするかという問いが投げかけられ、多くの議論が巻き起こった [2,3,4)]。そこで、本研究では、グローバルヘルスを巡る環境が大きく変化する中で保健外交の方向性の決定に資するような主要議論の動向を把握することを目的とし、国際会議の場から分析、検討した。

本研究は、2025 年に開催された世界保健サミット（WHS 2025）における議論を対象とした分析である。具体的には、WHS 2025 の公式プログラム、セッションでの発言内容、および関連する発表資料を主要なデータソースとした。また、保健外交を多様な国家・非国家主体がグローバルヘルス政策の形成と実施に関与する政治・制度的過程として捉え、分析枠組みとして保健外交と表裏一体である「ガバナンス」と、そこでの決定の実施に不可欠な「ヘルスファイナンス」、そしてこれらと密接に結びつきつつ役割が急拡大する「民間セクターの関与」の 3 つの視点を設定した。WHS2025 のセッションの内容を上記 3 つの視点に基づいて分類し、主要論点、共通する傾向、および課題を抽出した。ただし、本研究は厳密な実証研究ではなく、国際会議での議論を整理・検討した報告的性格を持つ。

保健外交に関連が深い国際会議にはいくつかあるが、「世界保健サミット（World Health Summit: WHS）」[5)]はそのうちの一つである。WHS は、セクターを超えた様々な有識者を一堂に集めグローバルヘルスの課題を解決するための協力を促進するためのプラットフォームとして運営されている。中心は年一回 10 月にベルリンで開催される会合で、さらに世界の地域ごとに様々な国で開催される地域会合などもある。政府、国際機関、実務家、学界、企業、市民社会など多様な関係者が参加し、グローバルヘルスに関する横断的な議論が行われる場であり、本研究の分析対象としてふさわしいと考えられる。

C. 研究結果

1. 背景と全体像

「世界保健サミット（World Health Summit: WHS 2025）」は 2025 年 10 月 12 日から 14 日にかけてドイツ・ベルリンで開催され、メインテーマは「分断する世界における保健への責任（Taking Responsibility for Health in a Fragmenting World）」であった。このテーマは、地政学的対立、サプライチェーンの断絶、気候変動、デジタル格差、権力構造の変化など、多層的な分断が進む国際社会の中で、各主体がどのように責任を分担し、保健システムを維持・再構築していくかを問うものであった。とりわけ Transforming Global Health Architecture: Rethinking Governance & Financing

Models（グローバルヘルス・アーキテクチャを変革する：ガバナンスと資金調達モデルの再構築)」が中心議題の一つとして設定された。本サミットは 85 のセッションを設け、政治、学術会、民間企業、市民社会など多様な関係者を集めたグローバルヘルス・アーキテクチャの再設計のための対話の場として機能していた。多様な議題がある中、本研究では、サミット全体の中でも特にガバナンス、資金調達モデル、民間セクターの関与の 3 領域に焦点を当てている。

2. ガバナンス

（1）分断下のグローバルヘルス・ガバナンス

多極化、国家間対立、デジタル主権の台頭により、従来の国連主導型モデルだけでは対応できないとの認識が共有された。

（2）主要論点

- **マルチステークホルダー・ガバナンス**：政府、国際機関だけでなく、企業、NGO、学界を含む「共同責任型」構造への転換の重要性と、統合・再編も含む権限配分の見直しと簡素化・効率化が議論された。
- **権力構造の変化**：グローバルノース主導の援助構造から、低中所得国との協働・共創モデルへの移行が強く訴えかけられた。
- **デジタル・AI ガバナンス**：データ主権、AI 倫理、アルゴリズムの偏りなどが重要な議題であり、今後さらに重視されることが想定された。AI・デジタルは、コミュニティヘルスワーカー支援、サプライ最適化、遠隔診療の品質など、保健提供の最前線の強化に資するとの認識が示された。
- **脆弱地域における統治能力の強化**：紛争や気候災害の頻出と深刻化を受け、こうした状況下での保健サービス提供の監督と説明責任体制の確立が必要であるとの認識が高まった。
- **セクター横断的ガバナンス**：保健を気候・都市・教育・貿易政策と統合的に扱うべきとの提案が強調された。

（3）課題

- 多様な利害関係者のインセンティブ調整の難しさ。
- ガバナンスの多層化による重複・断絶のリスク。
- 低中所得国における規制能力の不足。
- デジタルヘルス規制の未整備。

3. 資金調達モデル

（1）「援助」から「投資」への転換

WHS 2025 で最も強調されたのは、保健を「費用」ではなく「投資」として捉えるパラダイム転換であった。従来のドナー依存型支援から、持続可能でリターンを生む投資型モデルへ移行すべきだとする共通認識が強調された。

（2）主要論点

- **ブレンデッド（混合）・ファイナンス**：公的資金や民間資本、慈善資金などを組み合わせ、リスク分担と成果連動を設計する枠組みが喫緊の課題として議論された。
- **成果連動型資金（Outcome-Based**

Financing)：抗菌薬開発やワクチン生産など、市場に任せただけではうまくいかないかもしれない領域での民間参入を促すインセンティブ制度を確立することの重要性が提起された。

- **システム強化への投資**：疾病別（HIV、TB 等）の縦断的資金も重要だが、保健システム全体、プライマリーヘルスケア、人材育成、デジタル基盤など保健システムへの横断的投資の必要性が強調された。
- **脆弱地域への投資設計**：紛争時、気候災害、難民流出地域では、事業のリスクが高いが、社会的リターンも大きい。これに対応する保険や協調融資の必要性が議論された。
- **投資効果の可視化**：健康投資が経済成長や社会安定に寄与する「リターン」を定量的に示すことで、財務省・投資家の関与を促進すべきことが強調された。

（3）課題

- 民間資本の動員には透明性、指標、リスク管理が不可欠。
- 営利誘導による不平等拡大の懸念。
- 短期的視点のプロジェクト型資金から、構造的、制度的投資への転換が課題。

4. 民間セクターの関与

（1）役割の進化

民間セクター（製薬、医療機器、デジタルヘルス、AI、スタートアップ、投資家など）は、グローバルヘルスの中心的担い手であることが WHS 2025 では再確認された。政府開発援助（ODA）が減少するなか公的セクターのみでは資金・技術・実行力が不足しており、民間のイノベーション能力、資本力、そして俊敏性が不可欠とされた。ただし、議論は単なる「協力」から「責任ある関与」へと深化している。つまり、企業の目的は利益追求にとどまらず、公衆衛生上の公平性、倫理、説明責任を含めて「公共財への貢献」を求められている。

（2）主要論点

WHS では「グローバルヘルス公共財のための民間投資」や「AI・地政学・供給リスク下の製薬生産」など、民間投資や産業界の役割を中心とした複数のセッションが開催された。

主要な議論点は以下の通り：

- **イノベーションとデジタル化**：AI 診断、遠隔医療、ビッグデータ解析、モバイルヘルスなど、民間主導の革新が医療提供を変革している。技術をいかに公平に拡大・持続可能とするかが課題との共通認識が示された。
- **サプライチェーンと製造の回復力**：パンデミックや戦争で露呈した医薬品供給リスクに対し、企業が地域生産や多元供給体制を構築する責任がある。
- **官民連携（PPP）とインセンティブ調整**：企業の利益と公衆衛生の目的を両立させる契約・制度設計が必要であり、成果連動型契約やソーシャルインパクトボンドなどが注目された。
- **倫理責任と説明責任**：特にデータ活用や AI 分野では、倫理、プライバ

シー、透明性を確保するガバナンスが求められた。

（3）課題

- デジタル格差の拡大リスク。
- 民間提供者による高所得層偏重。
- 制度や資金、人材基盤の欠如や市場としての魅力に欠けることによる参入障壁。

D. 考察

WHS2025 ではガバナンスやサービス提供において統合的アプローチが必要であることが再認識された。資金・ガバナンス・民間関与はサービス提供を通して相互依存的であり、断片的対応ではなく、システムとして再設計が求められている。その際、分断と各種リスクへの耐性を担保するため、効率よりも冗長性と地域分散や柔軟性を備えたシステム構築が必要である。サービス提供でより重要な位置を占めつつある民間セクターであるが、市場論理だけでは格差を拡大しうるので、全ての枠組みで公平性の指標を組み込む必要があると考えられる。一方、「経済的・社会的リターン」を定量的に示すことで投資効果を可視化することで、健康投資に民間資本を呼び込む必要がある。国家と国際機関に加え、非国家主体が明確なルールの下で協働できる新構造が求められている。

WHS でのこれらの議論は、分断が進む国際社会において、グローバルヘルス・システムの再設計が不可避であることを示唆している。これらの点から、次のようなことが日本の対応として考えられる。

ガバナンスにおいては、そのあり方の議論や WHO 改革への積極的な関与を今後も継続する。とりわけ、近年アフリカを中心に地域連合によるグローバルヘルスの仕組みが強化されている。そのため、ジュネーブを中心とした「世界の」ヘルスガバナンスと「地域の」ヘルスガバナンスとの役割をどう整理していくかは極めて重要な課題である。世界が分断するなか、グローバルノースからもサウスの国々からも比較的信頼されている国として、複雑かつ各国の利害が相反し極めて政治的な議論をまとめていくことが日本には期待される。日本の民間や NGO も、政策対話やアドボカシー、規制整備、能力構築といった課題に積極的に関与すべきである。とりわけ、日本の NGO やシンクタンクは、ガバナンス改革を支援する橋渡し的役割を果たせる可能性がある。一方、民間企業は、AI・デジタル分野において国際的なデータ倫理基準・透明性原則に準拠する必要があるし、そのためにもルール作りに積極的な参画が肝要となる。

ヘルスファイナンスの領域では、日本は、途上国保健へのブレンデッド・ファイナンスやインパクト投資の拡大に一定の役割を果たすことが期待される。ODA と民間資金の協調により、アジアやアフリカにおける保健サービス提供を支える枠組みを構築しうる。インパクト投資[6]、成果連動型資金、PPP を通じて日本が健康投資のハブとなる可能性もある。とくに、2025 年 12 月に正式に発足した UHC ナレッジハブを活用して、様々な方法やアイディアについて研修や議論を進めることは有用であろう[7]。

日本企業、NGO、財団なども、技術・資金・ネットワークを活用し、低中所得国における公衆衛生支援に貢献できる余地が拡大している。一方で、データ倫理、AI 規制、

公平性など、国際的基準の制定に取り組むことやそうした基準への対応力が問われてくる。日本の民間企業や NGO は、デジタル技術、物流、品質管理などの強みを活かし、アジア・アフリカでの官民協働型保健モデルを構築できる可能性がある。ただし、倫理や規制・現地制度との整合を重視し、現地主導の能力強化型パートナーシップを追求する必要があると考えられる。

E. 結論

WHS 2025 は、分断が進む世界において、保健を維持するためには、民間セクターの責任ある関与と新しいファイナンスやガバナンス、そしてサービス提供モデルが不可欠であることを強調した。とくに、閉会式では、分断が進む現在の世界を、日本の伝統工芸技法である「金継ぎ」に例えて、バラバラに分断された破片でもそれまで以上の価値を出せる可能性を印象的に示唆した。

公と私、援助と投資、中央集権型と地域主導型の境界を越えた新たな構造が求められているが、WHS2025 の議論から示唆されることの多くは、近年日本政府や JICA が主導・実現してきた政策や枠組みなどと基本的に同じ方向性のものが多い。つまり、日本の従来の方針と貢献が、分断が進む世界のグローバルヘルスの回復力の向上につながることを示唆すると考えられ、さらに継続、深化させることが期待される。

F）引用文献

1） The Lancet Public Health. Public health under Trump 2.0: the first 50 days. Lancet Public Health. 2025Apr;10(4):e264. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00071-4. Epub 2025 Mar 20. PMID: 40122088.
2) Nordström A et al. Four paradigm shifts to shape an agenda for global health reforms. Lancet. 2026 Feb 14;407(10529):655-657.
3) Kazatchkine M, Lidén J. Seeking an inclusive and just way to simplify the global health architecture. Lancet. 2025 Jun 21;405(10496):2186-2188.
4) Nishtar S. Global health leap: an urgent call to action. Lancet. 2026 Jan 20:S0140-6736(25)02514-0.
5) https://www.worldhealthsummit.org/
6) https://tripleiforgh.org/
7) Komatsu R, Daniels C, Ong R, Ooms G, Robalo M. Universal health coverage, Knowledge Hub, and debt-to-health. Lancet. 2026 Jan 31;407(10527):493.

３．人間の安全保障・UHC・AI ガバナンスにおける日本の貢献
（野村　周平）

B. 研究方法

人間の安全保障・ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）・人工知能（AI）ガバナンスの 3 領域を対象に、文献レビューを実施した。PubMed における系統的検索（'global health'、'health diplomacy'、'health security'、'universal health coverage'等、）に加え、G7・G20 等の首脳会議文書、厚生労働省・外務省・内閣官房が公表した政策文書、ならびに世界保健機関（WHO）・世界銀行等の国際機関のグレーリテラチャーを補完的に収集・分析した。

C. 研究結果・考察

1. 国際保健環境の変化と「戦略的惰性」の構造

グローバルヘルスをめぐる国際環境は、近年大きく変化している。保健分野への開発援助（Development Assistance for Health：DAH）は、新型コロナウイルス感染症対応でピークを迎えた 2021 年（803 億ドル）から 2024 年には 496 億ドルへと減少し、2025 年にはさらに 384 億ドルまで縮小する見通しである（Apeagyei et al., 2025）。これは 2009 年水準への逆戻りを意味し、グローバルヘルスへの国際的な資金動員が構造的な転換点を迎えていることを示している。背景にあるのは、米国の世界保健機関（World Health Organization：WHO）脱退や、英国・ドイツ・フランスをはじめとする主要ドナー国の政府開発援助（Official Development Assistance：ODA）削減といった動向である。保健への公的資金は、感染症危機などの非常時には急増する一方、危機が落ち着くと縮小するという不安定な性格を持ち続けている（Kickbusch & Liu, 2022）。防衛や気候変動が各国政府の恒常的な優先課題として位置づけられているのとは対照的に、保健はいまだ「高位の政治課題（high politics）」として安定的に扱われていないことが、この問題の根底にある。

こうした環境下において、日本はアジア唯一の G7 国として独自の立場を有している。ODA/国民総所得（Gross National Income：GNI）比は 2024 年に 0.39%と、開発援助委員会（Development Assistance Committee：DAC）加盟国の平均（0.33%超）を上回る水準を維持しており（OECD, 2023）、主要ドナー国が資金縮小に向かうなかで日本の姿勢は際立っている。一方で、財政的なコミットメントを実効的な外交成果に結びつけるためには、いくつかの課題への対応も求められる。本研究では、①国際的な多国間枠組みにおける連帯・財政・ガバナンス上の不安定化、②サミット外交で生まれた政治的モメンタムを日常の政策運営や予算配分に定着させる仕組みの未整備、③海外の優れた取組を国内政策に取り入れる双方向の学び合いの回路の不足、という 3 点を、持続的な国際保健外交を進める上での課題として整理した。これらは相互に連関しており、国際的な不安定化が国内調整を難しくし、一方向的な関与が地域との相互学習を妨げるという構図が、日本の継続的なリーダーシップ発揮を制約している。

2. 人間の安全保障：触媒的リーダーシップ

の基盤

人間の安全保障概念は（Commission on Human Security, 2003）、保健への投資を「個人の保護とエンパワメント」として正当化する外交戦略の基盤となり得る。ここで重要なのは、防衛条約やパリ協定と同様に「政権交代後も義務が持続する恒久的な地域規範」として保健を制度化するという発想の転換である。保健を「恩恵的な支出」ではなく地域安定の構成要件として位置づけることで、国内の政治的支持基盤を形成できる。この転換は単なるレトリックではなく、地域保健安全保障への投資が日本の経済的安定・サプライチェーンの維持に直結するという実証的論拠を前面に出す戦略的な語り直しである。

具体的な貢献領域として、商業的健康決定要因（たばこ・超加工食品）の規制調和（Gilmore et al., 2023）、薬剤耐性（AMR）対策（Naghavi et al., 2024）、医薬品サプライチェーンの地域品質基準策定が挙げられる。いずれも単独国家では対処しきれない課題であり、日本が触媒的リーダーシップを発揮する文脈として適合性が高い。日本の防災インフラの蓄積を活かした一次医療との統合、Health in All Policies の推進（WHO, 2014）は、保健を気候・社会システムに組み込む具体策でもある（Whitmee et al., 2015）。

3. UHC：双方向学習の制度化

日本の UHC 外交の蓄積は厚い。1961 年の皆保険達成から、G7 伊勢志摩（2016 年）での UHC 規範化（Shibuya, 2016）、G20 大阪（2019 年）の財務・保健合同会合（Ishizuka et al., 2022）、G7 広島（2023 年）のパンデミック対策（Ezoe et al., 2023）、2025 年の UHC ナレッジハブ設立（Satsuki et al., 2026）へと連なる軌跡は、規範形成能力を示している。とりわけ G20 大阪サミットで実現した財務・保健の合同会合は、保健課題をマクロ経済の文脈に接続するという点で制度的に重要な先例を作ったものと評価できる。

同時に、いくつかの課題も認識されている。WHO が日本の国内たばこ規制の強化を求めている事実（WHO, 2023）は、非感染性疾患（Non-Communicable Diseases：NCD）のグローバルアジェンダをリードする上での整合性上の課題となり得る。また ODA 評価がインプット（予算額）に偏重する構造は、成果への投資という説明を困難にしている。さらに根本的なのは知識移転の一方向性である。タイの包括払い制度やインドネシアの遠隔診療といった ASEAN 発のイノベーションを日本が制度改革に取り込む回路が、構造的に欠けている。UHC ナレッジハブを双方向学習の制度的基盤として機能させるためには、日本が知識を提供するだけでなく積極的に学ぶ姿勢を制度として組み込んでいくことが重要である。

4. AI ガバナンス：地域標準策定の機会

AI は診断支援・創薬・疾病サーベイランスで大きな可能性を持つ一方、アルゴリズムバイアス・健康格差の拡大・偽誤情報の拡散という体系的リスクを伴う（WHO, 2021）。G7 広島 AI プロセス（2023 年）で日本が確立した国際指針（G7, 2023）を保健分野に展開する文脈では、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（Pharmaceuticals and Medical Devices Agency：PMDA）が長年培ってきた医薬品・医療機器の安全性審査の

経験が、AI 診断ツールの臨床妥当性検証基準の策定に応用できる。

ただし技術標準の策定が目的化しないよう留意が必要である。健康格差縮小に資する AI 活用の意図的な設計、低・中所得国のアクセスを前提とした開発支援が、日本の保健 AI ガバナンスに固有の貢献領域となる。健康関連の偽誤情報を安全保障上の課題として位置づけ、厚労省・総務省・デジタル庁の省庁横断体制を ASEAN 諸国とも共有することも、地域標準形成に向けた実践的ステップである。なお、AI ガバナンスの設計においては、技術先進国と低・中所得国の間に生じうるガバナンス格差にも留意が必要であり、日本が主導する規範が包摂的なものとなるよう、制度設計段階から ASEAN 諸国の参画を確保することが肝要である。

D. 結論：我が国の国際保健外交政策への提言

以上の分析から、4 点を提言する。

1. **保健を経済安全保障の柱に位置づけ、国内改革と国際貢献の相互強化を図る**

地域保健安全保障の破綻は、サプライチェーンの寸断や財政負担増大を通じて日本の経済的安定を脅かし得る。この「国益との接続」を明確にすることが国内の政治的支持基盤を形成する。その上で、制度設計の経験を ASEAN 諸国と共有しながら、現地発のイノベーションを自国の制度改革に取り込む双方向の学び合いを、一回限りの技術協力ではなく恒常的な仕組みとして確立する。この双方向の持続的な学び合いこそが、日本のリーダーシップの信頼性と実効性を同時に高める。

2. **UHC ナレッジハブを核に双方向学習を制度化し、ODA 評価を成果指標へ転換する**

「受け取る側」としての日本の姿勢を制度的に確立し、ASEAN 発の知見を政策改革に接続するリバースイノベーションの回路（Syed et al., 2013）を整備する。具体的には、国家戦略特区等の枠組みを活用した規制サンドボックスを設け、ASEAN 諸国の mHealth プラットフォームやコミュニティケアモデルを国内で試験的に導入する仕組みが考えられる。ODA 評価体系をインプットから保健成果・UHC 指標改善への実質的寄与へと転換することで、国際保健投資が国益に資するという政治的説明を可能にする。国内たばこ規制の強化は、規範形成者としての信頼性の観点から優先事項である。

3. **G7 広島 AI プロセスを起点に、保健 AI ガバナンスの地域標準策定をリードする**

PMDA の審査枠組みを基盤に、AI 診断ツールの検証基準・データプライバシー保護・偽誤情報対策に関する地域協調を形成する。健康格差縮小に資する AI 活用の優先設計と、低・中所得国のアクセス確保を前提とした開発支援を両輪で進める。

4. **健康・医療戦略本部を調整機関から意思決定機関へ機能強化し、省庁横断の一体的外交体制を構築する**

上記 3 提言の実現はいずれも、省庁横断的な予算調整権限と専門性の継続的蓄積を前提とする。人事サイクルの観点から専門性や人脈の継続的な蓄積が難しい面もあるこ

とを踏まえると、保健外交に携わる人材の長期的キャリアパスの整備も重要な検討事項である。現行の健康・医療戦略本部にこれらの権限と機能を付与し、断続的なサミット型外交から持続的な制度構築型外交への転換を図ることが、他のすべての提言の基盤となる。

参考文献

1. Apeagyei AE, et al. Tracking development assistance for health, 1990-2030. Lancet 2025;406:337-48.
2. Commission on Human Security. Human security now: protecting and empowering people. 2003.
3. Ezoe S, et al. Health outcomes of the G7 Hiroshima Summit. Lancet 2023;401:2091-3.
4. G7. G7 Leaders' Statement on the Hiroshima AI Process. 2023.
5. Gilmore AB, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. Lancet 2023;401:1194-213.
6. Ishizuka A, et al. Unfinished business: lessons for future G20 meetings on UHC. GHM Open 2022;2.
7. Kickbusch I, Liu A. Global health diplomacy—reconstructing power and governance. Lancet 2022;399:2156-66.
8. Naghavi M, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990-2021. Lancet 2024;404:1199-226.
9. OECD. Development Co-operation Profiles: Japan. 2023.
10. Satsuki K, et al. UHC High-Level Forum 2025. Lancet 2026;407:476-7.
11. Shibuya K. Protecting human security: Proposals for the G7 Ise-Shima Summit. Lancet 2016;387:2155-62.
12. Syed SB, et al. Reverse innovation in global health systems. Glob Health 2013;9:36.
13. Whitmee S, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch. Lancet 2015;386:1973-2028.
14. WHO. Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health. 2021.
15. WHO. Health in All Policies: Framework for Country Action. 2014.
16. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2023: Japan Country Profile. 2023.

４．超高齢化社会における NCD の疾病負荷に関する国際保健外交（礒　博康）

B. 研究方法

日本の保健外交に求められる重要課題の一つとして、高齢化社会における NCD の疾病負荷があり、とりわけ隣国である東アジア諸国においては、少子化と共に高齢化が急速に進んでいることから、日本での NCD 対策の経験と実績に基づいて、保健外交をリードできる立ち位置にある。その際、それぞれの国の制度、文化、習慣の違いを考慮しつつも、日本での経験を共有することは有用であり、また、他国からも求められている。

２０２５年に国連総会は、NCD 及びメンタルヘルスに関するハイレベル会合の議論を経て政治宣言である The prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being[1)] を採択した。この政治宣言は、2011 年、2014 年、2018 年の政治宣言を拡張したものであるが、さらなる世界的な高齢化を見据えて、NCD に加えてメンタルヘルスとウエルビーイングの対策を包括的に進める宣言となっている。その中では、２０３０年までに NCD による早期死亡を３分の１削減し、メンタルヘルスを促進するための行動を加速するために、以下の３つの 1.5 億人目標が挙げられた。

・1.5 億人の喫煙者を減らす、
・1.5 億人の高血圧患者の血圧をコントロールする、
・1.5 億人がメンタルヘルスケアにアクセスできるようにする。

本研究では、この政治宣言のうち、NCD 対策に焦点をあてて、その主要な課題とコミットメントについて、日本の経験と実績を記載し、各国のコミットメントに関する留意点について記述する。そして、特に高齢化が急速に進みつつある日本の隣国の東アジア諸国に対して助言が可能な点を整理することで、日本の国際保健外交に関する強みを提示することとした。

C. 研究結果

１）NCD 死亡の現状

【世界中で毎年 4300 万人の死亡、1800 万人が 70 歳未満の死亡、ＮＣＤが全死亡の３分の１を占める】

上記の死亡を人口 10 万人当たりの死亡率でみると、全死亡率が約 500、70 歳未満の死亡率が約 200 となる。対応する日本の数字は、全死亡率で約 1,100 と全世界に比べ約２倍、70 歳未満の死亡率は約 200～300 とやや高く、NCD の全死亡に対する割合は、全死亡の２分の１とより多くを占めており、いずれも日本が超高齢化した国であることを反映している。このことは、他の東アジア諸国も高齢化の進展とともに、日本の死亡統計に近づいてゆく可能性を示している。

各国においては、日本の NCD 死亡の状況が自国での近い将来の死亡やＮＣＤの状況の予測の参考資料となり得る。

２）NCD の危険因子の現状

【高血圧 1.3 億人（高血圧管理下は 5 人に 1 人のみ）、糖尿病 8 億人、がんの生涯罹患は 5 人に 1 人で毎年 2000 万人の新規患者でその内 40 万人が小児、口腔疾患 37 億人、

慢性腎臓病 6.7 億人】

上記に対応する日本の推定値は、高血圧約 4,300 万人、糖尿病（予備群も含む）約 1,500 万人、がんの生涯罹患は 2 人に 1 人、慢性腎臓病約 1,300 万人で、全世界に比べて、高血圧が多く、がんの生涯罹患も多いのが特徴である。高血圧が糖尿病と比べて多い要因として、肥満度が低いことが第一に挙げられる[2)]。この危険因子のレベルの違いは、日本や東アジア諸国において、脳血管疾患が多く、虚血性心疾患が比較的少ない病像を呈することにつながっている[3,4)]。また、日本において、脳血管疾患の死亡率並びに発症率は、1960 年代以来、東東北・関東地方が高く、関西地方が比較的低いといった‘東高西低’の地域差があることは周知の事実である[5)]。

各国においては、国全体のみならず、国内の地域差を考慮した対策を進める必要がある。

3）ＮＣＤとメンタルヘルス・ウエルビーイングとの連関

【NCD とメンタルヘルス・ウエルビーイングとはお互いに密接に連関しており、これらの疾患・病態は、世界の主要な疾病負荷を占める】

より具体的には、日本人や東アジア人に多い脳血管疾患の後遺症として、運動機能・言語機能障害、高次脳機能障害を介して、QOL の低下、うつ状態、認知症につながり、メンタルヘルスやウエルビーイングの低下を招く。虚血性心疾患に関しても、心不全等を介して QOL の低下、うつ状態を招く。逆に、うつ状態、認知症が、栄養状態の悪化、身体活動低下等を介して、脳血管疾患、虚血性心疾患等のリスク上昇につながる。脳血管疾患と虚血性心疾患は、二大循環器疾患であるが、両者の疾患の多寡は、国によって異なることに留意が必要である。日本や東アジア諸国、さらには中・南部のアフリカ諸国では、脳血管疾患が優位で、欧米では虚血性心疾患が優位である[6)]。この国・地域差は、前者は高血圧が優位で小動脈硬化につながり、後者は糖尿病、脂質異常が優位で粥状硬化につながることが指摘されている[2-4)]。

各国においては、循環器疾患といっても脳血管疾患、虚血性心疾患のどちらが優位か、その予防のための危険因子管理の重点は何か、これらに地域差はないか等を考慮した対策を進める必要がある。

4）修飾可能な NCD の危険因子

【修飾可能な NCD の危険因子として、たばこ、過剰飲酒、不健康な食事、身体活動不足、大気汚染がある】

日本では、大気汚染以外は、多くの疫学研究によってこれらの危険因子が確認されている[2-4)]。大気汚染に関しては、1990 年代以降で PM2.5 等の曝露とその後の循環器疾患死亡との関連を分析したコホート研究があるが、脳血管疾患死亡との関連がある研究[7)]と関連がない研究[8)]があり、またいずれの研究においても虚血性心疾患死亡に関しては関連が認められていない[7,8)]。日本では 1990 年以降大気汚染の状況が以前に比べて改善しており、また PM2.5 等の曝露状況の地域差の縮小によって健康影響がみられにくくなった可能性がある。

各国においては、PM2.5 等の暴露状況に基づいた対策を進める必要がある。

５）国家安全保障、経済保障としてのNCD対策

【本疾患・病態は、人々や地域にとって、経済負担、人材資産の低下、持続的な健康対策の弱体化、健康格差、貧困、障害者、社会的弱者の増加を招くことから、国家の安全、経済保障に悪影響を及ぼす。国家としての対策の強化と共に、国際協力や開発援助も必要となる】

我が国における NCD 対策は、ＵＨＣのもと、健康日本２１や特定検診・特定保健指導、がん検診、医療制度、介護保険制度等によって支えられているが、低開発国や一部の中進国では、これらの制度が未成熟であるところが多い。また、それらを支える専門職である、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士等の人材も不足している。

各国においては、どの専門職の人材を強化するかについて、日本での人材育成に関する経験と実績を参考にできる。

6）ＵＨＣの元での一連のＮCD 対策の重要性

【ＵＨＣの達成が、ＮCD の一連の対策である、健康増進、疾病予防、健診、診断、治療、管理、リハビリテーションを統合的・持続的・経済的支援による実現に不可欠である】

日本は 1963 年に国民皆保険を達成し、ライフコースに沿った健診制度を整備、運営してきた。そのため、我が国での経験と実績が、低開発国、一部の中進国に対する外交の強みとして提示できる。ＮCD 対策の健康増進、疾病予防に関しては健康日本 21 の活動が、健診に関しては、成人期以降（企業では入社時以降、地域では 40 歳以降）が中心となるが、６）で示すように、母子保健制度を活用することも有用である。これまで、著者らの研究グループが、地域における長期にわたる循環器疾患の予防対策の成果（脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症率の低下、コントロール地域と比べたより大きな脳血管疾患の発症率の低下、循環器疾患の死亡率の低下、医療費の上昇抑制）を報告している[9-11]。一方で、低開発国、一部の中進国においては、一連のNCD対策を進める上で、戸籍登録の不備（時に地方において）、保健指導の人材不足、死因登録の不備（死因不明が相当数に及ぶ）等の課題を抱えている。

各国においては、NCD 対策を進める上で、UHC がその基盤となること、戸籍登録や死因登録制度の整備や、保健指導人材の育成・確保の重要性を強く認識する必要がある。

7）NCD 対策の政府及び地域ぐるみの推進の重要性

【NCD 対策を有効に進めるには、国レベル及び地域ぐるみで、すべての関係者（市民社会、民間団体、患者を含む）を巻き込むこと、そのための環境を整備することが重要である】

いわゆる Health in all policies 及び市民の参画の重要性を再確認した記載であり、我が国のおいては、上述のＵＨＣのもと健康日本２１や特定検診・特定保健指導、がん検診、医療制度、介護保険制度の制度に加えて、ヘルスケアの関わる専門職やボランテイア団体等の活動がそれにあたる。

各国においては、日本での制度・経験の一部を参考にできる。

【ＮＣＤ対策における、経済、商業、市場要因に関する国のコミットメントとして、①貧困の撲滅、②質の高い教育の提供、③安心安全な職場環境、④社会保障制度、⑤患者、高齢者、若年者、障害者、地方住居者等とのつながりの強化、⑥大気・水質・土壌汚染、災害、異常気象への対応、⑦継続的な都市計画（交通・安全設備）による、身体活動度を増進・維持するための公共スペース数の増加、⑧野菜や健康によい食事へのアクセスの増加、が挙げられる】

日本においては、上記の点はかなり進んでいる。低開発国、一部の中進国においては、これらの制度、産業、人材の不足が認められる。そこで、日本での経験や実績の情報共有が有用となる。一方で他国において進んでいる点については、日本も積極的に学ぶ必要がある。健康によい食事へのアクセスの増加について、その逆風となっている、いわゆるファーストフード、超加工食品、砂糖入り飲料の蔓延（Commercial determinants of health）が存在し、低開発国や中進国の都市部での肥満や糖尿病、高血圧の要因となっている。一方で、健康によい加工食品の生産、販売、普及については今後の検討課題である。日本は、日本食の伝統に基づいたヘルシーな食材（減塩も達成）の開発やフィリーズドライの技術を有しており、良い意味での Commercial determinants of health を提供できる可能性がある。また、欧米先進国でも問題となったトランス脂肪酸の過剰摂取による虚血性心疾患の問題に関しては、日本において油脂の製造に関わる産業界の努力によるトランス脂肪酸の含有量の軽減や、もともとトランス脂肪酸を多く含むショートニング、マーガリン、ドーナッツ、クッキー・ビスケットなどの摂取量が欧米諸国に比べ少ないことから、これまでのところ明らかな健康影響は報告されていない。しかしながら、身体活動度を増進・維持するための方策としての歩道や自転車道の整備、都市中心部における自動車の通行規制等については今後改善の余地がある。

各国においては、上記の①から⑧のコミットメントに関して、優先及び重点事項を決めながら、互いの事項に対して関連づけを行い有機的、組織的に進めることが肝要である。

8）費用対効果等のエビデンスに基づく NCD 対策

【NCD 対策の疾病予防、健診、診断、治療、管理に関する、費用対効果等のエビデンスはあるが、一方でその実行のための財源不足、健康関連物資やサービス費用の増加が伴うため、国は地域でのプライマリーヘルスケアレベルで手頃かつ実行可能な介入方法を優先すべきである】

この点は、日本においても大きな課題と言える。日本人に多い脳血管疾患の予防対策においては、高血圧予防、健診による高血圧の早期発見と受診勧奨・医療機関への紹介、医療機関での治療といった、地域における一次・二次予防対策が、高血圧の有病率や、脳血管疾患の発症率の減少が[9,]、また、対照地域に比べてより大きな脳血管疾患の死亡率の減少、医療費の上昇抑制が認められている[10,11]。しかしながら、現在、WHO や世界銀行が進めている糖尿病対策については、手頃かつ実行可能な介入方法を優先しているとは必ずしも言えない状況にある。

糖尿病のスクリーニングにおいて、身長・体重測定に加えて、HbA1c の簡易測定器による測定を必須としている点である[12]。確かに HbA1c の測定は有用であるが、低経済国においては、HbA1c の測定のための試験紙が外部資金の減少によってはその確保が困難となり得る。また、測定機器や試験紙によってはそれらの精度に問題がある。より実行性の高い代替方法として、安価で安定性のある尿糖の定性試験紙の使用が考えられる。過去の日本においても、肥満度と尿糖により、糖尿病のハイリスク者を把握した経験がある。

NCD の予防、管理に IT や AI の活用が推奨されており、日本では AMED のヘルケア事業が進められている[13]。NCD 対策の根幹は、人生の早い段階から（親などを通じて）、自分事として認識し、将来の自分のあるべき姿を見据えることで、望ましい生活習慣の形成や改善を一人一人がその価値観のもとで実行することにある。したがって、ＩＴやＡＩをどのように活用するかは試行錯誤の段階であり、効果検証も十分ではない。一方で IT や AI の活用は、基本的な疾病予防、健診、診断、治療、管理の体制を補完するものとして有用性が高いと期待される。しかしながら、低経済国、中進国が、ＩＴやＡＩの導入でＮＣＤ対策が一挙に解決できるという考えで偏った財源投入を行うことについては、慎重になるべきである。

各国においては、費用対効果等のエビデンスのある方策を推進する上で、自国においてより手頃かつ実行可能な介入方法を優先すべきである。

9）乳児期の母乳栄養の NCD 対策への寄与

【母乳栄養は、乳児の心身の成長や母子ともにその後長期的に肥満や NCD の予防にとって良い影響を及ぼす】

日本においては、生前から老年に至るまで様々な健診（検診）と事後指導に関する制度が整備されている。その時々のライフステージに合わせて、本人及び家族に対して NCD の予防や管理に関する情報提供や専門職（医師、看護師、保健師、栄養士等）による保健指導（近い将来 AI の有効活用）ができる機会がある。その長所や課題について、ライフコースの観点から提言が出されており[14]、東アジア諸国等にとっても参考となり得る。

10）口腔の健康と NCD 対策への寄与

【口腔疾患は、疼痛、不快感、醜い外見、そして死と、多くの国において健康被害と経済負担をもたらす。しかしながら、口腔疾患の多くは、生活習慣や社会環境の改善により予防可能であり、NCD 予防にもつながる】

日本では、健康日本２１で歯科保健の重要性とその目標数字が明記されており、8020 運動やオーラルフレイル対策等が進められている。一方で、齲歯対策は、諸外国とは異なり水道水のフッ素添加は行っていないが、小児、児童を対象とした歯科検診やフッ素塗布等により、齲歯の有病率は全国的に大きく減少している。

各国においては、齲歯や歯周病対策がＮＣＤ対策にもつながることを理解し、ライフコースを通じた対策を進めるべきである。

D. 結　論

日本による NCD 対策に関する国際保健外交の戦略を考える上で、NCD 死亡、危険

因子、NCD とメンタルヘルス・ウエルビーイングとの連関、修飾可能な危険因子、国家安全保障・経済安全保障としての NCD 対策、UHC のもとでの政府、地域ぐるみの NCD 対策の推進、費用地効果の検証、母乳栄養や口腔の健康の NCD 対策への寄与について、日本の経験と実績から、日本がリードできる保健外交上の提言を記載した。日本においても、今後とも NCD 対策を進める中で、さらなる経験と実績が蓄積されると考えられる。これらの経験・実績は、特に急速に高齢化が進みつつある隣国の東アジア諸国に対する保健外交を進める上で、その有用性が益々高まるものと期待される。

参考文献

1) United Nations High-level meeting on the prevention and control of noncommunicable diseases and the promotion of mental health and well-being. https://docs.un.org/en/A/80/L.34 (accessed at April 1,2026)
2) Hiroyasu Iso, et al. Chronic diseases and risk factor trend in Japan: Cardiovascular inequalities. In: Health in Japan: social epidemiology of Japan since the 1964 Tokyo Olympics Brunner, Eric Brunner, Norio Cable, Hiroyasu Iso (editors). Oxford University Press 2021.
3) Iso H. Cardiovascular disease, a major global burden: Epidemiology of stroke and ischemic heart disease in Japan. GHM. 2021; 3:358-364.
4) Iso H. Changes in coronary heart disease risk among Japanese. Circulation 2008;118:2725-2729.
5) Komachi-Y, et al. Geographical and occupational comparisons of risk factors in cardiovascular diseases in Japan. Jpn Cir J. 1971;35:189-207.
6) Kim AS, Johnston SC. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. Circulation. 2011; 124:314-323.
7) Sawada-N, et al. Long-term exposure to fine particle matter and all-cause mortality and cause-specific mortality in Japan: the JPHC Study. BMC Public Health. 2022;22:466.
8) Michikawa T, at al. http://doi.org/10.5551/jat.65424 All-Cause and Cause-Specific Mortality Associated with Long-Term Exposure to Fine Particulate Matter in Japan: The Ibaraki Prefectural Health Study. J Atheroscler Thromb, 2025; 32: 982-993.
9) Iso H, et al.. Effects of a long-term hypertension control program on stroke incidence and prevalence in a rural community in northeastern Japan. Stroke. 1998; 29:1510-1518.
10) Yamagishi K, et al. Cost-effectiveness and budget impact analyses of a long-term hypertension detection and control program for stroke prevention. J Hypertens. 2012; 30:1874-1879.
11) Yamagishi K,et al.Trends in stroke, cardiovascular disease, and medical expenditure under a community-based

long-term stroke prevention program. J Hypertens. 2023;41:429-436.
12) Abbreviated Report of a WHO Consultation. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/db9b9d3d-f95e-4797-9d2b-c78dcef0133f/content (accessed at April 1, 2026)
13) E-LIFE ヘルスケアナビ. AMED. Herusuhttps://healthcare-service.amed.go.jp/ https://healthcare-service.amed.go.jp (access at April1, 2025).
14) 山岸良匡, 他. 我が国における公衆衛生学的観点からの健康診査の評価に資する研究.厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業令和 4〜5 年度総合研究報告書. 2024 年 URL: mhlw-grants.niph.go.jp/project/168322

５．気候変動時代の国際保健とサステイナブル・ヘルスケア・ディプロマシー（橘爪　真弘、　齋藤　英子）

B. 研究方法

1）研究デザインと対象資料

本分担研究は、文献レビューと政策文書解析を組み合わせた質的研究として実施した。対象とした資料は、以下の通りである。

- 国際機関の報告書・政策文書
  - WHO：Social Determinants of Health、Planetary Health 関連文書、Alliance for Transformative Action on Climate and Health (ATACH) 関連資料、Resilient Health Systems in Asia 等
  - UNFCCC：COP21（パリ協定）以降、とくに COP25〜COP29 にかけての決定文書、サイドイベント資料、UAE Declaration on Climate and Health 等
  - 世界銀行・ADB・EU 等：Climate Change Action Plan、Global Health Strategy、国際気候ファイナンスに関する文書
- 学術文献
  - Lancet Planetary Health、Lancet Countdown、The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on Planetary Health 等に掲載

された論文

- 各国の政策・事例資料
    - NHS England “Delivering a ‘Net Zero’ National Health Service”、Nordic Center for Sustainable Healthcare の報告、日本政府のカーボンニュートラル関連方針等

2）分析手順

(1) スコーピングレビュー

まず、「climate change」「health」「health systems」「diplomacy」「decarbonization」「resilient health systems」などのキーワードを用いて主要データベースおよび国際機関サイトから関連文献・資料を収集し、概略を把握するスコーピングレビューを行った。

(2) テーマ別整理

収集した資料を、「保健医療セクターのGHG 排出と環境フットプリント」「気候変動による健康影響・医療需要」「UNFCCC/COP と健康アジェンダ」「ATACH および関連イニシアチブ」「国際気候ファイナンス」「各国のサステイナブル・ヘルスケア政策」「日本のポジショニング」に分類し、テーマ別に内容を抽出・要約した。

(3) 比較分析

イギリス、スウェーデン、デンマーク、日本の 4 カ国については、目標年次・コミットメント内容・具体的施策・特徴（強み）を整理した上で、表形式で比較分析を行った。

3）倫理面への配慮

本研究は公開された文献・政策文書・統計資料のみを対象としており、患者情報や個人情報を含む一次データは一切扱っていない。そのため、研究対象者への身体的・心理的リスクやプライバシー侵害の可能性は極めて低い研究である。なお、研究計画は所属機関の研究倫理指針に則って作成し、必要に応じて倫理審査委員会への相談を行った上で実施した。利益相反については、本研究に関連する企業・団体等との特別な経済的関係はなく、利益相反は存在しないことを確認した。

C. 研究結果

1）保健医療セクターの環境フットプリントと「二重の課題」

文献レビューにより、保健医療セクターは Scope 1・2・3 排出を含め世界全体温室効果ガス排出量の約 4.4%を占める（Lenzen et al., Lancet Planetary Health 2020; OECD 2025）と確認された。主要排出源は①医薬品・医療機器製造（Scope 3）、②病院運営時のエネルギー消費（Scope 1・2）、③医療廃棄物処理である。

同時期の気候変動は、熱波（熱中症・心血管疾患増）、降水パターン変化（水媒介感染症・食糧危機）、生態系破壊（蚊媒介感染症北上）、自然災害頻発（医療インフラ破壊）を通じて医療需要を急増させ、特に低所得国で脆弱な保健システムに壊滅的影響を与えている（Watts et al., Lancet Countdown 2017）。この「医療が環境負荷を生み、環境悪化が医療需要を増大させる」双方向の負のループは、保健医療セクターが直面する構造的ジレンマである。

2）UNFCCC/COP および WHO イニシアチブの動向

UNFCCC の COP プロセスを概観した結果、COP25 以降、健康関連の文言やイベントが

徐々に増加していることが確認された。特に COP26 では、「COP26 Health Programme」が立ち上げられ、各国が気候レジリエントな保健システムおよび低炭素かつ持続可能な保健システムに関するコミットメントを提出したこと、これを受けて WHO が「Alliance for Transformative Action on Climate and Health (ATACH)」を設立し、各国政府・NGO 等とともに実装支援に乗り出していることが明らかとなった。ATACH は、WHO が事務局を務め、90 か国以上が加盟し、70 以上の国際機関、NGO などが参加する任意参加型の多国間連携プラットフォームとして運営されており、日本も 2024 年に参加を表明した。気候変動に強靭で持続可能な低炭素の保健システム構築を目指し、各国の経験と知見の共有を促進するとともに、政策実施の質の向上、モニタリングと評価の標準化、資金アクセスの支援を通じて、保健分野における気候変動対応を国際的に加速させることを目的としている。その活動を具体化するため、五つの作業部会を設置しており、①気候変動に強靭な保健システム (Climate Resilient Health Systems)、②低炭素・持続可能な保健システム (Low-Carbon Sustainable Health Systems)、③サプライチェーン (Supply Chains)、④資金調達 (Financing the Health Commitments)、⑤気候変動対策と栄養 (Climate Action and Nutrition) の各分野で協働を進めている。また、各国の気候変動・保健関連政策の立案・実施・評価を技術的に支援するため、様々なガイドラインや評価基準を体系的に整備、提供している。また、COP28 では、初めて正式な「Health Day」が設定され、「UAE Declaration on Climate and Health」が採択されたほか、「Financing Climate and Health Solutions」が主要テーマの一つとして取り上げられ、気候と健康を結ぶファイナンス・メカニズムの重要性が強調された。

3) サステイナブル・ヘルスケア政策の国際比較

本研究では、4 カ国の保健政策を比較した結果、以下の特徴が明らかになった。

国名	目標	主要施策	特徴
イギリス	NHS 2040 ネット・ゼロ医療	サプライチェーン脱炭素化	サプライチェーン全体の排出削減、グリーン救急車の導入、デジタルヘルス推進など、具体的なロードマップを示している
スウェーデン	2030 化石燃料フリー	グリーンホスピタル	2030 年までの化石燃料フリー地域暖房・電力を掲げ、グリーンホスピタルや環境配慮型調達を通じて、自治体レベルでの実装を進めている

国名	目標	主要施策	特徴
デンマーク	2025 医療機器プロセシング	サーキュラーエコノミー	2025 年から使い捨て医療機器の再製造（リプロセシング）を合法化し、医療機器を中心とした循環型経済への移行を図っている
日本	2050 カーボンニュートラル	高効率機器導入	グリーンビルディング・再エネ導入、低 GWP 麻酔ガスへの転換、廃棄物管理の転換（焼却→加圧蒸気滅菌）を図っている

4）国際ファイナンスとパートナーシップ

世界銀行や ADB 等の気候変動アクションプランの分析から、保健医療分野における気候レジリエンス強化や低炭素化に関する投資枠が徐々に拡充されつつあることが確認された。特にアジア太平洋地域では、Innovative Finance Facility for Climate in Asia and the Pacific 等を通じて、気候関連投資を拡大する動きがみられ、再生可能エネルギーを活用した医療施設整備、気候リスクを考慮した社会保障・保健システムの構築、感染症や災害への備えを含む地域レジリエンス強化が重点的に進められている。

5）日本の国際保健におけるポジショニング

JICA グローバル・アジェンダでは、セクター間連携により健康課題を解決する「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成」を基本とする保健協力が展開されており、単一分野支援にとどまらず、多省庁連携による統合的アプローチを特徴としている。具体的な事例として、アジア・アフリカで展開されている「きれいな病院プログラム」では、他省庁連携型支援を通じ、病院運営改善を図り、医療廃棄物削減と患者安全向上を実現している。バングラデシュにおいては、JICA が支援する「ハオール地域レジリエンス強化・開発事業」など、洪水・気候変動対策と地域開発を統合した支援を展開しており、洪水早期警報システムの整備や避難所運営改善を通じて、災害時の保健アクセスの持続性確保に寄与している。このように、超高齢社会への対応経験や、医療機器・病院設備における高効率技術などを活用し、「グリーン・ヘルスケア・インフラ」の整備や、人材育成・制度設計支援を組み合わせた国際協力パッケージとして展開しうるポテンシャルが想定される。

D. 考察

本研究の結果は、気候変動と健康・保健システム・外交の三者が相互に影響し合う複雑な関係を示しており、従来の「医療サービス提供」だけに着目した保健政策から、「環境フットプリント」と「レジリエンス」を同時に考慮するプラネタリーヘルス的視点への転換が必要であることを示唆している。

また、UNFCCC/COP プロセスにおいて健康アジェンダが前面化しつつある一方で、その内容が各国の NDC や国内の保健政策にどの程度具体的に反映されているかにはギャップが存在する。今後は、NDC・HNAP・LCSHS 等の政策ツールにおいて、保健医療セクターの排出削減目標やレジリエンス指標を明確に位置づけ、その実施状況を継続的に評価する仕組みが求められる。

さらに、日本においては、保健医療セクター全体としての排出量把握と目標設定、指標整備がまだ途上であると考えられる一方、技術力や組織改善の経験などの強みも有している。これらをどのように体系化し、国際協力や外交戦略の中で打ち出していくかが重要な課題である。

本研究の示唆は、厚生労働省の国際保健戦略においても重要である。具体的には、(1) 保健医療セクターの GHG 排出量の定量的把握と削減目標の設定、(2) 気候レジリエントな医療施設・サプライチェーンの整備指針の策定、(3) 国際協力におけるグリーン・ヘルスケア・インフラ支援パッケージの開発、の 3 点が急務である。これらを通じて、日本は気候変動時代におけるグローバルヘルス・リーダーシップを発揮しうると考えられる。

E. 結論

本分担研究は、気候変動時代における保健医療セクターの「二重の課題」と、これに対する国際枠組み・各国政策・日本のポジショニングを整理した。国際保健外交の評価にあたっては、短期的な外交成果だけでなく、気候変動下でも 30 年続く保健サービス体制の構築や、低炭素かつレジリエントな保健システムの実現といった長期アウトカムを視野に入れる必要がある。

日本は、自国の経験と強みを踏まえ、「グリーン・ヘルスケア・インフラ」や人材育成・制度設計支援を組み合わせた協力モデルを構築し、ATACH や COP の健康関連イニシアチブと連携しつつ、サステイナブル・ヘルスケア・ディプロマシーの一翼を担うことが期待される。

参考文献

1. Lenzen M, Malik A, Li M, et al. The environmental footprint of health care: a global assessment. Lancet Planet Health. 2020;4(7):e271-e279. doi:10.1016/S2542-5196(20)30121-2.
2. OECD. Measuring greenhouse gas (GHG) emissions in the health sector. Paris: OECD Publishing; 2025.
3. Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, et al. The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. Lancet. 2018;391(10120):581-630. doi:10.1016/S0140-6736(17)32464-9.
4. Haines A, McMichael AJ, Smith KR, et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: overview and implications for policy makers. Lancet.2009;374(9707): 2104-2114.doi:10.1016/S0140-6736(09)61759-1.

5. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. Lancet. 2015;386(10007):1973-2028. doi:10.1016/S0140-6736(15)60901-1.
6. Planetary Health Alliance. Planetary health: a solutions-oriented field and global movement. Boston: Planetary Health Alliance; 2023.
7. Kickbusch I, Novotny TE, Dräger N, Silberschmidt G, Alcser M, Galinski C. Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. Int J Health Serv. 2013;43(2):261-280. doi:10.2190/HS.43.2.d
8. Lee K, Smith R. What is 'global health diplomacy'? A conceptual review. Glob Health Gov. 2011;4(2):1-13.
9. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. N Engl J Med. 2013;368(2):136-138. doi:10.1056/NEJMp1212493.
10. Kickbusch I, Matlin S, Annan K. Global health diplomacy: reconciling national interests and the health of populations. Lancet. 2022;399(10329):1476-1478. doi:10.1016/S0140-6736(22)00589-5
11. World Health Organization. Social determinants of health. Geneva: WHO; 2023.
12. World Health Organization. Health-care waste: data and policy guidance. Geneva: WHO; 2022.
13. United Nations Environment Programme. Global Waste Management Outlook 2024. Nairobi: UNEP; 2024.
14. United Nations Framework Convention on Climate Change. Paris Agreement. Bonn: UNFCCC; 2015.
15. United Nations Framework Convention on Climate Change. COP25–COP29 official documents and decisions, including UAE Declaration on Climate and Health. Bonn: UNFCCC; 2019–2024.
16. World Health Organization. Alliance for Transformative Action on Climate and Health (ATACH): terms of reference and progress reports. Geneva: WHO; 2021–2024.
17. World Health Organization. Climate-resilient health systems: technical guidance. Geneva: WHO; 2023.
18. World Health Organization. Low-Carbon and Sustainable Health Systems (LCSHS) initiative: technical documents and progress tracker. Geneva: WHO; 2021–2025.
19. Health Care Without Harm. Global Road Map for Health Care Decarbonization. Reston, VA: HCWH; 2023.
20. World Bank Group. Climate Change Action Plan 2021–2025. Washington, DC: World Bank; 2021.
21. Asian Development Bank. Climate

Change Action Plan 2023–2030. Manila: ADB; 2023.
22. Asian Development Bank. Innovative Finance Facility for Climate in Asia and the Pacific. Manila: ADB; 2024.
23. European Commission. EU Global Health Strategy: Better Health for All in a Changing World. Brussels: European Commission; 2022.
24. UK Government. UK Strategy for International Development. London: FCDO; 2023.
25. NHS England. Delivering a 'Net Zero' National Health Service. London: NHS England; 2020.
26. Nordic Center for Sustainable Healthcare. Reports on green hospitals and sustainable healthcare in the Nordic region. Stockholm: NCSH; 2023.
27. Government of Japan. Long-term Strategy under the Paris Agreement (Cabinet decision on 2050 carbon neutrality). Tokyo: Cabinet Secretariat; 2019.
28. Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan). Post-COVID-19 Japan's Global Health Strategy. Tokyo: MHLW; 2024.
29. Katz R, Dowell SF. Revisiting global health security in the post-COVID-19 era. Health Secur. 2021;19(S1):S1-S12. doi:10.1089/hs.2021.29050.rka
30. United Nations. Political declaration of the high-level meeting on Universal Health Coverage (2019, 2023). New York: UN General Assembly.
31. WHO, ADB, UNDP, UNICEF, FAO, UNEP, WOAH, EU. Guiding Principles for Financing Climate and Health Solutions. COP28. Dubai: WHO; 2023.
32. Planetary Health Alliance. PHA Japan Hub: mission and activities. Boston: PHA; 2023.
33. 日本医療政策機構. 保健医療分野における気候変動国家戦略. 東京: 日本医療政策機構; 2024.
34. JICA. Health in All Policies アプローチによる保健協力方針. JICA 開発協力白書. 2024.
35. JICA. スリランカ「きれいな病院プログラム」成果報告書. 2024.
36. JICA. ハオール地域レジリエンス強化・開発事業評価報告. 2025.
37. 政府広報オンライン・内閣官房. グローバルヘルス戦略（2023 年策定）2023.
38. 厚生労働省. 国際保健ビジョン 2024：超高齢社会経験の国際共有. 2024.

F.健康危険情報

該当なし

F.研究発表

１． 論文発表　該当なし

２．学会発表　該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）該当なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

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

別添５　研究成果の刊行に関する一覧表

該当なし

.
.

Special Session

Health Diplomacy in a Changing World

Date December 5, 2025
Time 5:00-6:15 p.m.
Venue HYATT REGENCY TOKYO
27F, Excellence
(2-7-2 Nishi-Shinjuku, Shinjuku, Tokyo)

Speakers



Dr. Anders Nordström
Karolinska Institute and Stockholm School of Economics
Sweden



Dr. Magda Robalo
Institute for Global Health and Development
Guinea-Bissau



Prof. Ren Minghui
Peking University
China



Prof. Kayo Takuma
Keio University
Japan

Background of the Session

This session is organized on the sideline of the UHC High-level Forum. The session aims to exchange views on the significance of health diplomacy and discuss its future challenges and directions, in the light of recent major shifts in the global health architecture.

INSTITUTE FOR GLOBAL HEALTH POLICY RESEARCH

JIHS
Japan Institute for Health Security

Funded by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare Scientific Research Grant.

Contact
Global Health Diplomacy Secretariat
E-mail: ighp_ghd@jihs.go.jp

Dr. Anders Nordström

Anders Nordström is the former Swedish Ambassador for Global Health (2010-23). He is a medical doctor and completed his studies at the Karolinska Institute. Today he is an advisor affiliated with the Karolinska Institute and the Stockholm School of Economics. He leads the Partnership for International Politics and Diplomacy for Health and is the Program Director for the Executive Program on International Politics and Diplomacy for Health for Emerging Leaders.
He is currently a member of the board of the Alliance for Health Systems Research's, is a member of the NUS-Lancet PRIME Commission, chairs the International Vaccine Institute Global Advisory Group of Experts, and serves on the Virchow Foundation for Global Health Council. And recently he has joined the Academic Board of the Institute of Public Health and Governance at NIMS University Jaipur, India. He led the Secretariat for The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (2020-21) and remains an active contributor to the Panel's continued work.
At the World Health Organization, he served as Acting Director-General (May 2006 – January 2007) and as Assistant Director General for General Management (2003-2006), and Assistant Director General for Health Systems and Services (2007). He was Head of the WHO Country Office in Sierra Leone (2015-17) during the Ebola outbreak.
As the Interim Executive Director, he established the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria as a legal entity in 2002 and led the secretariat during the GFATM's first 6 months.
He has previously served as board member of the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria, the GAVI Alliance, UNAIDS and the Partnership for Maternal, Neonatal and Child Health and chaired a number of international working groups and processes. He was the Director-General for the Swedish International Agency for Development Cooperation (2007-2010).

Dr. Magda Robalo

Dr Magda Robalo is a former Minister of Health of Guinea-Bissau. Before joining Government, as Minister of Health in 2019, she led the WHO Department of Communicable Diseases in the African Region, where she boldly advanced unconventional approaches by establishing an integrated HIV/AIDS and TB Cluster, initiating the Hepatitis Control Program, launching a special initiative to eliminate neglected tropical diseases and carefully ensured competent women were recruited for the Department.
An Adjunct Professor at Griffith University, she is a Co-Chair of the UHC2030 Steering Committee and a Global Ambassador of the G7 &G20 Health and Development Partnership. She was the Head of WHO Country Offices in Ghana and Namibia, leading diplomatic, policy and technical efforts to promote health, strengthen health systems and control diseases. Magda Robalo is the President of the Institute for Global Health and Development, a global organization based in Guinea-Bissau.

Prof. Ren Minghui

Professor REN Minghui, at the Department of Global Health in the School of Public Health, Peking University (PKU). He is the Director of Institute for Global Heath PKU, the Director of China Center for Health Development Studies PKU, the Director and Chief Expert of Beijing Institute for Health Development PKU, the Director of the Key Laboratory of Health System Reform and Governance, National Health Commission of the People's Republic of China, and the Director of World Health Organization Collaborating Center for Universal Health Center Beijing, China,
Prof Ren graduated from Xi'an Medical University, Harvard School of Public Health, and Peking University with his PhD. He has been served in the various positions in the Chinese government, including the Director General of International Health Cooperation in the Ministry of Health and National Health and Family Planning Commission China. From 2016 to 2022, Prof Ren worked as the Assistant Director-General of the World Health Organization (WHO) for Universal Health Coverage/Communicable and Non-Communicable Diseases. He has multi-year experience serving in the executive boards of the World Health Organization, the UNAIDS, Unitaid, and The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.

Prof. Kayo Takuma

Kayo Takuma is a Professor at the Faculty of Law, Keio University, Japan She received her master's and doctoral degrees from the University of Tokyo. She served as a Professor at the Faculty of Law, Tokyo Metropolitan University from April 2015 through March 2024, and has been in her current position since April 2024. For one year from March 2023, she was a visiting researcher at École des hautes études en sciences sociales (EHESS) in France. Her main research interest involves the origins, historical developments, and current challenges of global health governance, with a focus on its relationship with the changing international political order. In this regard, she has been involved in several projects, including health diplomacy in G7 countries, the architecture of the global health governance that has become multi-layered under the influence of political divisions, and an Asian-European comparative study of intra-regional health cooperation. Some of her recent publications include "The Far-Eastern Bureau of the League of Nations: Linking the Regional and International Orders Through Health Work" (in Christopher R. Hughes et Hatsue Shinohara (eds.), *East Asians in the League of Nations: Actors, Empires and Regions in Early Global Politics*, Palgrave Macmillan; Singapore, 2023), and "Global Solidarity is Necessary to End the COVID-19 Pandemic" (in *Asia Pacific Review*, 27-2, 2020). She has been a member of the G7 2016 Global Health Working Group as well as the Deputy Director of the Hiroshima G7 Global Health Task Force.

令和8年 6 月　3日

厚生労働大臣 殿

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

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　令和 7 年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

2．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

3．研究者名　（所属部署・職名）国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター　特任研究員

（氏名・フリガナ）　梅田　珠実（ウメダ　タマミ）

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）	■	□	■	国立健康危機管理研究機構	□
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。

令和8年　6月　3日

厚生労働大臣 殿

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

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　令和７ 年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター　センター長

（氏名・フリガナ）磯　博康（イソ　ヒロヤス）

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）	■	□	■	国立健康危機管理研究機構	□
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。

令和8年　6月　3日

厚生労働大臣 殿

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

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　令和７ 年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）国際医療協力局グローバルヘルス政策研究センター　研究科長

（氏名・フリガナ）細澤　麻里子（ホソザワ　マリコ）

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）	■	□	■	国立健康危機管理研究機構	□
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。

令和８年４月１４日

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年度厚生労働行政推進調査事業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　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）大学院医学系研究科・教授

（氏名・フリガナ）橋爪　真弘・ハシヅメ　マサヒロ

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。

令和８年１月１６日

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 厚生労働行政推進調査事業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　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

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）　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。

令和８年５月２７日

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 厚生労働行政推進調査事業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　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

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）	□ ■	□		□
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：令和 8 年度第 1 回学内 COI 委員会への審査付議が間に合わなかったため、令和 8 年度第 2 回学内 COI 委員会にて報告書を提出し、令和 8 年 10 月までに審査を行う予定です。）
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。

令和8年5月22日

厚生労働大臣 殿

機関名　国立大学法人長崎大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　永安　武

次の職員の令和７年度厚生労働行政推進調査事業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　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）長崎大学　熱帯医学・グローバルヘルス研究科・教授

（氏名・フリガナ）小松　隆一・コマツ　リュウイチ）

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）	□　■	□		□
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）

本研究は国際会議の内容を分析し論点をまとめたものである。

（※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：本研究は参加した国際会議の内容（公知の情報）を分析し論点をまとめたものである。）
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。

令和８年５月２２日

厚生労働大臣 殿

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　厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）慶應義塾大学　法学部 政治学科・教授

（氏名・フリガナ）詫摩　佳代（タクマ　カヨ）

	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）	□　■	□		□
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。

令和８年３月３１日

厚生労働大臣 殿

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 年度厚生労働行政推進調査事業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　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部・特任教授

（氏名・フリガナ）野村周平・ノムラ シュウヘイ

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。

信濃町-bb814

令和８年３月３０日

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年度厚生労働行政推進調査事業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　厚生労働科学特別研究事業

２．研究課題名　新たな国際情勢を踏まえた我が国としての国際保健外交への提言に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）大学院新領域創成科学研究科・准教授

（氏名・フリガナ）齋藤 英子・サイトウ エイコ

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。