

グローバルヘルスアジェンダを推進するための政治プロセスの分析に関する研究

研究分担者 坂元 晴香 (東京女子医科大学 衛生学公衆衛生学分野)

研究要旨

国際保健が扱う課題は感染症・母子保健分野・医療人材の育成など多岐にわたるが、その中で高い政治的注目を集め、潤沢な援助資金を受けられる課題はごく一部に限られている。この注目を集める課題は必ずしも疾病負荷の高い疾患であるとは限らず、その政治的プロセスはさまざまであることがわかっている。本研究では、2016年日本がG7伊勢志摩サミットの議長国を務めた際に、主要アジェンダとしてUHC, GHA, AMRを打ち出したが、特にUHCに焦点を当て、政治学で広く用いられているJ. Shiffmanの分析フレームワーク(2016)を用いて成功要因を分析した。首相と厚労大臣の強力なリーダーシップの下、日本はG7伊勢志摩サミットやG7神戸保健大臣会合などのハイレベルな会議を開催した。UHCと栄養ではその取り巻く環境 — チャンピオンの存在や政策環境のあり方等 — が大きく異なるが、UHCの事例を参考に、Shiffmanのカテゴリの各要素を栄養領域においてどのように高めていくことができるのか、その検証を行うことが栄養分野に対する政治的モメンタムを高めていくために今後必要となる。

A. 研究目的

国際保健が扱う課題は感染症・母子保健分野・医療人材の育成など多岐にわたるが、その中で高い政治的注目を集め、潤沢な援助資金を受けられる課題はごく一部に限られている。この注目を集める課題は必ずしも疾病負荷の高い疾患であるとは限らず、例えば、現在、低中所得国も含めた主要死因は非感染性疾患(Non-communicable diseases, NCDs)になっているものの、NCDsが受け取っている援助資金は数%程度にとどまっている。栄養領域に関しても、栄養は健康の基盤であるにもかかわらず、必ずしも常に高い政治的注目を集めているわけではなく、結果として十分な栄養対策を実施するにはグローバルレベルでは資金不足の状況が続いている。如何にして栄養領域に対する政治的注目を高めるかが重要である。

日本はこれまで、グローバルヘルスを長く推進してきた。特に、日本が前回議長国で

あったG7伊勢志摩サミットでは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)、グローバルヘルスアーキテクチャー(Global Health Architecture, GHA)および薬剤耐性(Antimicrobial resistance, AMR)を主要課題として取り上げ、その後続く国連ハイレベル会合の開催等、政治的モメンタムを高め・維持することに貢献した。2016年G7サミットおよびG7保健大臣会合において日本がこれら課題を政治的アジェンダに高めることに成功した要因を分析することは、栄養領域が高い政治的関心を集めるためにすべきことを同定するのに有用な示唆を与えるものとなる。

以上を踏まえ、本研究では、2016年G7伊勢志摩サミットおよび保健大臣会合において主要課題として取り上げられたUHC, GHA, AMRの3つについてその政治的プロセスを分析し、さらに栄養領域に活かせる内容についての示唆を得ることを目的とする。本報告書では、その中でも特にUHC

について焦点を当てて記載するものとする。

UHCとは、すべての人が、適切な経済的保護を受けながら、効果的に十分な品質の、促進、予防、治療、リハビリテーション、緩和のための医療サービスを受けることができる医療保障と定義される(1)。2015年の国連総会(United Nation General Assembly)で採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」(2)で挙げられている目標3のターゲット3.8は、「経済的なリスク保護、質の高い必須医療サービスへのアクセス、安全で効果的かつ高品質で安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含むユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成」を目指し、特にUHCと関連している(2)。歴史的に見ても、日本は外交においてグローバルヘルスを優先し、人間の安全保障を日本の政策の中核概念として推進してきた。人間の安全保障とは、「人間の自由と人間的な充足感を高めるような方法で、すべての人間の生命の重要な核を保護すること」と定義されている。(3)日本は、グローバルヘルス分野における人間の安全保障を推進する手段として、UHCを推進してきた。例えば、外務省は、関係省庁とともに、日本のグローバルヘルス政策を「平和と健康のための基本構想」として改訂し(4)(5)、さらには2015年に「グローバルヘルス外交に関する日本の戦略」を発表しましたがこれらでもUHCは重要な要素として位置付けられている。

2016年に日本はG7議長国を務めたが、その際にUHCを主要アジェンダとして位置付け、政治的モメンタムを高めることに成功した。本稿では、G7議長国の経験に基づくグローバルヘルス外交のモデルを提供することを目的として、日本がグローバルレベルでUHCを政治アジェンダへと導いたプロセスを分析し、その成功要因を抽出することを目的とする。

B. 方法

UHCは現在、政治的な最重要課題の一つであり、いくつかの政治的分析が行われている(10)(11)。2016年、V.Guptaらは中低所得国6カ国において、UHCに向けた進捗と政治状況の関係を分析した(12)。彼らは、社会的連帯、経済成長、立法礼節、国民の不

満、政治的変革の5つを重要な要素とし、これらとUHCの進展の関連性を分析した。さらに、2016年、J.Shiffmanらは、グローバルヘルスネットワークについての分析に基づくフレームワークを提案した(13)。Shiffmanらは、なぜ政治的認知を得ることに成功するグローバルヘルスネットワークとそうでないものがあるのかを分析し、アクター、政策環境、課題の特性の3つを重要なカテゴリーとした(表1)。アクターカテゴリーは、リーダーシップ、ガバナンス、コンポジション、フレーミング戦略からなる。ネットワークが効果的なガバナンスを持つ強力なチャンピオンを持つ場合、政治的な注目を浴びる可能性が高い。また、ネットワークが多様なステークホルダーを持ち、合理的で魅力的な方法で問題を描いている場合、より高い政治的アジェンダになる可能性が高くなる。

政策環境には、味方と反対者、資金、規範が含まれる。味方が多すぎると分断されることが多く、反対者がいるとグループの結束力が高まり、刺激されることもあるため、必ずしも味方がプラスで反対者がマイナスとは限らない。しかし、ステークホルダーの姿勢や、解決したいグローバルヘルス課題に関係するアクターがどのように関わるかを知ることは戦略を構築する上で必要である。規範とは、グローバルなアクターが特定の条件に対処するために広く共有されている想定や条件として定義される。健康関連のMDGsやSDGsは規範の良い例であり、国際社会が現在直面している健康課題についての共通認識を提供するものである。最後に課題の特性とは、課題の深刻度(重症度)、介入方法の有無、影響を受けるグループなどを指す。課題がより深刻で、その介入が容易かつ分かり易ければ、その課題はより政治的な注目を集める可能性がある。また、影響を受けるグループが明確であれば、そのイニシアティブは政治的な認知を得ることができる可能性が高い。このShiffmanのフレームワークは、タバコ規制や新生児・妊産婦の健康など、より広い範囲のグローバルな健康問題における政治的バランスの分析に広く用いられているため、本研究でもこのShiffmanのフレームワークを用いて分析を実施した。

フレームワークを適用するために使用した方法

日本の厚生労働省、外務省、財務省の職員で 2016 年当時にグローバルヘルスに関わる部署に所属していた職員にインタビューを実施した。G7 伊勢志摩サミット、G7 神戸保健大臣会合、新開発時代の UHC に関する国際会議、69th 世界保健総会 (WHA)、アフリカ開発会議 (TICAD) VI、その他 UHC に関する公式会議の準備過程に関わっていた職員が対象となった。また、"UHC" "Universal Coverage" "Health System" "Health Financing" のいずれかのキーワードで辿った先行研究、関連文献のレビューを実施した。さらに、国連関連会議の公式報告書や、G7 伊勢志摩サミット首脳宣言など各会議の成果物のアーカイブ調査も行った。

分析結果についてはドラフトをインタビュー対象者に送付し、フィードバックやコメントを得た。なお、一連のプロセスに関しては政治的な理由や守秘義務等の問題で文書化されない部分も多いため、研究の根拠の一部は必ずしも既に公表されている論文や文献等ではなく、インタビューからの抜粋に頼っている。

C. 結果

UHC の政治的マッピングを表 2 に示す。

ネットワークとアクターの機能

このカテゴリーは、リーダーシップ、ガバナンス、コンポジション、フレーミング戦略で構成される。まずリーダーシップに関しては、安倍晋三首相 (当時)、塩崎恭久厚生労働大臣 (当時)、与党自民党の武見敬三参議院議員 (世界保健戦略特命委員長) の 3 人が、UHC アジェンダを推進する上でのチャンピオンとして同定された。

健康は、"新経済成長戦略"と題された政府の戦略の柱の一つであることから(14)日本の安倍晋三首相は、グローバルヘルス、特に UHC の実現に強い関心を示していた(15)。これまでも、以下のように UHC に関連する強いメッセージを国際社会に発信してきた。

"すべての人が必要な医療サービスを安価に受けられるようにするためには、ユニ

バーサル・ヘルス・カバレッジを実現する必要がある...多様な健康課題に対処するためには、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けて、医療システムの強化が必要である"

(70th 国連総会サイドイベント「the path towards UHC - promotion of equitable global health and human security in post-2015 development era -」にて)" (16)).

"日本が健康を優先する理由は、すべての個人の保護とエンパワーメント、そして潜在能力の発揮を目指す人間の安全保障の概念において、健康が最も重要な要素の一つであるという確信からです。"G7 伊勢志摩サミットでは健康を優先課題として取り上げ、他の G7 諸国と緊密に連携しながら世界が直面する健康課題に関する議論をリードしていきたいと考えています。

(国際会議「新開発時代の UHC : 弾力的で持続可能な保健システムの構築に向けて」において (17)).

2015 年 12 月 12 日、安倍首相は「平和で健康的な世界を目指す日本のビジョン」と題した論文をランセット誌に掲載した(18)。その中で、日本は人間の安全保障を提唱し、この原則を支持する行動をとってきたと説明し、さらに、2016 年の G7 議長国としての日本のグローバルヘルスの優先課題は、ライフコースを通じて健康を促進するためのレジリエントで持続可能な保健システムの構築支援や、将来の公衆衛生緊急事態に対する GHA の構築と AMR であると示した。

ついで、塩崎厚生労働大臣は、日本の医療システムの諸外国と比較した際の優位性を認識し、グローバル化と急速な高齢化の時代には、国際社会とうまくつながり、コミュニケーションをとる必要があることを兼ねてから強調してきた(19)。この点で、彼はまた、グローバルヘルスと UHC の強力な提唱者であった(20)。

「今日、私たちは、世界中のすべての人々に国民皆保険制度を提供することは、すべての国にとって、国民が質の高い医療に支えられたより良い健康を享受できるようにするために非常に価値があるという信念を改めて表明したいと思います。私は日本の厚生大臣として、将来の明確なビジョンを

持って今日の大きな課題に取り組んでいる世界の保健コミュニティを支援すべく、引き続き全力を尽くすつもりです。知識、情熱、そしてコミットメントがあれば、私たちはグローバルヘルスに大きな変化をもたらすことができると確信しています。"(新開発時代における UHC に関する国際会議(21)(22))。

最後に武見敬三参議院議員については、グローバルヘルスのチャンピオンとしてこの分野で確固たる学術的、政策的背景を有しており、国際的に認知された論文を発表し、これまでも G7 サミットのトラック 2 のプロセスに大きな影響を当てていることが明らかとなった。

次に、ガバナンスと構成については、ステークホルダー間の結束力を高めるため、2016年に日本が G7 議長国として政治対話を開始し、政治的マイルストーンを設定した結果、UHC に向けた政治的モメンタムが高まったことが明らかとなっている。

G7 伊勢志摩サミットの準備プロセスの一環として、日本は「The Path towards Universal Health Coverage」および「ポスト 2015 年開発時代における公平なグローバルヘルスと人間の安全保障の促進」と題した 2 つの会議を開催した(23)。さらに、2015 年の第 70 回国連総会の期間中に、"International conference on UHC in the New Development Era : レジリエントで持続可能な医療システムの構築に向けて(24)"を 2015 年 12 月に東京で開催した。これらの会議は、日本が世界のリーダーや首脳、国際機関のリーダーに対して強いコミットメントを示すとともに、2016 年に予定されている G7 議長国において、日本の UHC に対する強いコミットメントを宣言する良い機会となった。

さらに、2016 年には世界保健総会(WHA)と TICAD VI という 2 つの大きな国際会議が開催されたがここでも日本政府は UHC を推進するためにこれら会議を有効に活用した。2016 年 5 月に開催された 69th WHA において、日本はドイツとともにサイドイベント「G7 Activities for Health Systems Strengthening and Universal Health Coverage」を主催した(25)。日本の厚生労働省のグローバルヘルス担当審議官は、サ

イドイベント当日に採択されたばかりの G7 伊勢志摩首脳宣言およびその付属文書である「G7 伊勢志摩グローバルヘルスビジョン」を WHO 総会参加者に対して紹介するとともに、日本が 2016 年以降、このアジェンダに優先的に取り組んでいくことを強調した(26)。

また、2016 年 8 月にケニアで開催された TICAD VI は、保健を主要議題として取り上げた初めての TICAD となった。3 つのテーマセッションのうちの 1 つが「QOL のためのレジリエントな保健システムの促進」と題された(27)。TICAD に厚労省として初めて出席した塩崎大臣は、世界銀行(WB)のジム・ヨン・キム総裁とともに、このセッションの議長を務め、TICAD の成果文書であるナイロビ宣言やナイロビ実施計画などの成果に関する交渉を通じて、塩崎大臣をはじめ、厚労省、外務省、財務省の担当者は、アフリカ諸国や WHO、世銀などの国際機関関係者とも UHC に関する議論をリードした(28)(29)。このようなイベントを開催することで、日本は G7 以外の国に対しても、すなわち世界保健総会(WHA)では保健大臣、TICAD ではアフリカの指導者や国際機関を中心に、UHC に関する議論を深めることに成功した。

政策環境 (Policy Environment)

政策環境は、味方と反対者、資金と規範からなる。味方と反対者については、SDGs で明確に示されたように、UHC はグローバルヘルスにおける中心的な課題であるため、この議題を G7 で行うことに明らかな反対はなかった。国内のサポーターに関しては、日本は何十年にもわたり、人間の安全保障の理念とともに、医療システムの強化を外交政策の中心的な考え方として推進してきたため、既に関係者には UHC の重要性は周知されていた。たとえば、2008 年の G7 北海道洞爺湖サミットでは、日本の強力なリーダーシップにより、国際社会は人材、医療財政、医療情報を含む医療システム強化に大きな重点を置くようになった(34)(35)。それ以来、医療システム強化と UHC は日本の外交政策の中核をなす概念であり、人間の安全保障を実現するための基盤として認識されてきた。

国外のサポーターとしては、ドイツが UHC 全般の推進に志を同じくする国として挙げられた。アンゲラ・メルケル首相のリーダーシップの下、WHO とともに、ドイツは UHC イニシアチブを強く推進しようとしてきたため、ドイツは、G7 のアジェンダに UHC を含めることに強い関心を示していた。2015 年、G7 エルマウ・サミット後に掲げられた保健システム強化 (HSS) の必要性に応え (38)ドイツでは、UHC に向けたロードマップの策定が始まった (36)(37)。また、ドイツは 2017 年に第 1 回 G20 保健大臣会合を開催し、G20 保健大臣のベルリン宣言を採択し、UHC に向けた継続的な支援を改めて表明するなど、UHC に高い関心を有しており、日本が UHC を推進する上での強力なサポーターであった。

また、G7 伊勢志摩サミットでは、母子保健や感染症などのテーマ別課題を UHC に含める上で、カナダは重要な役割を果たした。カナダは、グローバル・ヘルス・アジェンダの中で母子保健を強調してきた歴史があり、たとえば、2010 年の G8 サミットの議長国として、カナダは「母子保健に関するムスコカ・イニシアチブ」を立ち上げた (39)。このイニシアチブは、途上国におけるミレニアム開発目標 (MDG) 4 と 5 の達成に向けた進展を加速するために、2010 年から 2015 年の間に総額 50 億ドルを費やすことを目的としている (40)。さらに、2016 年 9 月に開催された世界基金の 5th Replenishment の開催国として、カナダは首脳宣言に感染症を盛り込むという強い動機があった (41)。

最後に資金についてであるが、十分な資金があれば、「イニシアチブの出現と効果を促進し、資金不足は持続可能性を妨げる」可能性がある (48)。しかしながら、2016 年 G7 伊勢志摩サミット以前は、残念ながら、その重要性に関わらず、UHC や Health System に割り当てられた資金はあまりにも少なく、ほとんどのドナーからの資金は HIV/AIDS などの垂直プログラムに使われていた (49)。しかし、2016 年には、世界基金 (Global Fund, GF) のように、これまで保健システムよりも三大感染症に主な関心を持っていた組織が、UHC を含む保健システム強化に投資し始めるという転換期が見られた。さ

らに、TICAD VI のサイドイベントでは、「UHC in Africa : というタイトルのサイドイベントが開催されたが、これは、日本が、ケニア、WB、WHO、GF、アフリカ連合委員会 (AUC) と共に作成したものであり (50)(51)、アフリカ諸国がナショナル・ロードマップを作成し、ナショナル・オーナーシップの下で具体的な行動を起こすための基盤となるものである。GF は WB グループとともに、このフレームワークを活用して UHC を達成しようとするアフリカ諸国に 240 億ドル (GF から 90 億ドル、WB から 150 億ドル) を拠出することを発表した (52)。日本も、2016 年の G7 議長国時代を通じて資金面でのコミットメントを行った。G7 伊勢志摩サミットにおいて、安倍晋三氏は、WHO への 5,000 万米ドルを含む合計 11 億米ドルを世界の保健機関に拠出することを約束したが (53)、これは、G7 伊勢志摩首脳宣言に記載された行動に必要な財政的支援を提供するだけでなく、グローバルな健康課題に取り組むという強い政治的コミットメントを示したものとなった (54)。

規範については、UHC に関しては、次の 2 つの動きが規範として同定された : UHC のための国際保健パートナーシップ (UHC2030) (56) および、前述の「アフリカにおける UHC の Framework in Action」。UHC 2030 は、ドナー機関、被援助国、市民社会の連携を強化することを目的としたパートナーシップである IHP+ からスタートし、その後、UHC に向けた世界的な機運を受け、IHP+ はより広い文脈とステークホルダーに UHC を含めるためにその範囲を拡大し、2016 年に正式に発足した。G7 神戸保健大臣会合コミュニケでこれら 2 つのプラットフォームに言及することで、G7 メンバーはこれらのイニシアチブへの政治的支持を示すに至った。

課題特性

課題の特性とは、深刻度、介入の有無、影響を受けるグループなどを指す。UHC はすべての健康課題の基本的な概念であるため、現時点では、深刻度や影響を受けるグループの分析は適用されない。また、介入の有無については、UHC に向けた進捗をモニタリングするための指標がいくつか開発されて

おり、それらが該当する (57)(58)。たとえば、2014年にWHOとWBが共同でモニタリングフレームワークを立ち上げ、現在ではUHCに向けた進捗を評価するために広く利用されている(59)。また、これまでに繰り返し述べている2016年にTICAD VIで採択された「アフリカのUHC: "Framework in action"」は、WBとGFの大きな財政支援を受けて、UHCに向けた進捗を監視・評価する新たなフレームワークとして期待された。TICAD VIでは、このフレームワークに基づいて、日本が2017年に東京でアフリカ諸国のUHCの進捗をモニタリングするハイレベル会合を開催することが決定された(52)。

UHCのもう一つの特徴は、健康安全保障と相互に関連していることが挙げられる。保健システム強化を通じてUHCを達成することは、日常的に医療の質を向上させるだけでなく、公衆衛生上の緊急事態への備えや対応をより良くすることにも貢献する。2016年のG7議長国である日本は、UHCを健康安全保障への備えとしても位置づけたが、これは画期的なことであり、G7首脳に政治的な窓を開くことになった。

D. 考察

2016年に提案されたShiffmanのフレームワークを用いたUHC分析によると、日本は各カテゴリーの要因である「アクターの特徴」「政策環境」「課題の特徴」を高めることに効果的に貢献したことがわかる。

アクターについては、UHCの強力なチャンピオンを3名輩出した：安倍晋三首相、塩崎恭久厚生労働大臣、武見敬三参議院議員。世界銀行グループが実施したUHCのケーススタディにあるように、UHC実現のための強力な3人のチャンピオンが現れたが、このような強力なリーダーシップは、政治的アジェンダの上位にある問題を効果的に促進することが、すでに先行研究で示されている(60)(61)(62)。

また、過去にNCDs(非感染性疾患)の政治的モメンタムを高めるプロセスにおいて、モスクワでのNCD閣僚会議、2011年と2014年のNCDに関する国連ハイレベル会合が開催されたことと同様に(63)、日本は、2015年に東京で開催された新開発時

代におけるUHCに関する国際会議、2016年にケニアで開催されたTICAD VI、G7伊勢志摩サミット、G7神戸保健大臣会合などのハイレベルな政治対話を開催し、UHCをG7メンバー内外の議題として取り上げ、NCDと同様にUHCに対する世界のモメンタムを高めることに貢献し、2016年のG7議長国を活用した。これらの努力は、G7首脳宣言、G7神戸コミュニケ、ナイロビ宣言等で、UHCが主要議題として明示されていることから、その成果は明確に示されている。

政策環境における重要な成功要因は、味方と反対者の領域であった。日本にはUHCを推進する多くの味方がおり、強力な反対者はいなかった。しかし、味方が多すぎると、政策設定が細分化されることも指摘されている(66)。また、ある国があるアジェンダを推進するとき、特に大統領、首相、大臣といった国の最高位がコミットメントする場合、彼らは通常、純粋な政策的理由の他に、自国の存在感を高めることを期待しており、同じ利害関係を持つ国々の間で政治的課題を引き起こすことがある。UHC2030は、関連するステークホルダーや様々なイニシアチブを調整するための国際的な枠組みとして発足したが、UHCに関するイニシアチブは乱立しており、これらの異なるイニシアチブ間の調整が引き続きの課題である(65)。UHC 2030は、かつてのIHP+からUHC 2030への変革期を迎えたが、発展段階にかかわらず、関係するすべてのステークホルダーの専門知識を活用するとともに、さまざまなイニシアチブの触媒となることが強く期待される。

E. 結論

2030年のUHC達成に向けた機運が高まるなか、2016年のG7議長国として、日本は世界のUHCの強化に大きく貢献した。首相と厚労大臣の強力なリーダーシップの下、日本はG7伊勢志摩サミットやG7神戸保健大臣会合などのハイレベルな会議を開催した。UHCと栄養ではその取り巻く環境—チャンピオンの存在や政策環境のあり方等—が大きく異なるが、UHCの事例を参考に、Shiffmanのカテゴリーの各要素を栄養領域においてどのように高めていくこと

ができるのか、その検証を行うことが栄養分野に対する政治的モメンタムを高めていくために今後必要となる。

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. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1

Table 1. factors that may influence network emergence and effectiveness

Category	Factor	Explanation
Actor Feature	1. Leadership	Capable, well-connected and widely respected champions
	2. Governance	They have appropriate governing structures capable of facilitating collective action and resolving disputes.
	3. Composition	Network that link diverse actors are more likely to generate creative solutions to problems
	4. Framing strategies	Members have discovered ways of positioning the issue that resonate with external actors
Policy environment	5. Allies and opponents	Groups with aligned interests will facilitate network expansion and power. Opponents will challenge network legitimacy and issue promotion.
	6. Funding	Donor funding may facilitate network emergence and effectiveness and a dearth may hinder prospects for sustainability.
	7. Norms	Widely held expectations that global actors address a particular condition.
Issue characteristics	8. Severity	Mortality, morbidity or socioeconomic cost
	9. Tractability	Solutions are <u>exist</u> or perceived to exist, especially if proposed solutions are political uncontroversial
	10. Affected groups	Affected group that are readily identifiable, that societies view sympathetically, and that are able to advocate for themselves

表 2

Table 2. Analyzing framework for UHC and healthy ageing

Category	Factor	Explanation
Actor Feature	1. Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Three <u>champions</u> Shinzo Abe (Prime Minister), Yasuhisa Shiozaki (Minister for Health), Keizo Takemi (Member of House of Councilors)
	2. Governance	<ul style="list-style-type: none"> • Based on the G7 meeting and its preparatory process, Japan leveraged its G7 presidency outside of G7 members.
	3. Composition	<ul style="list-style-type: none"> • Expand G7 to other G7 countries: World Health Assembly, TICAD VI, UNGA, International Conference on UHC in the new development era • Invite Asian countries to G7 Kobe Health Ministers' meeting.
	4. Framing strategies	<ul style="list-style-type: none"> • WHO clearly defines UHC and serves as common understanding of UHC among stakeholders
Policy environment	5. Allies and opponents	<ul style="list-style-type: none"> • Japan is strong promoter. Germany, Canada and the UK supported Japan to take UHC agenda at G7 meetings. And there are no apparent opponent.
	6. Funding	<ul style="list-style-type: none"> • Not enough funding to UHC/HSS • The GF start to funding UHC/HSS together with contribution from the WB
	7. Norms	<ul style="list-style-type: none"> • Transformation from IHP+ to UHC 2030 • UHC in Africa: Framework in Action, launched at TICAD VI
Issue characteristics	8. Severity	<ul style="list-style-type: none"> • The concept of UHC is the basis for health and it's not applicable this time
	9. Tractability	<ul style="list-style-type: none"> • WHO/WB joint monitoring framework • UHC in Africa: Framework in Action. The follow-up conference will be held in Japan in 2017.
	10. Affected groups	<ul style="list-style-type: none"> • Affect whole population