

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学研究特別事業）  
分担研究報告書

WHO パンデミック協定（仮称）に記載される項目に関する各国の準備態勢の検討

研究分担者 氏名 藤田雅美

所属 国立健康危機管理研究機構国際医療協力局

研究要旨

本研究では、まず、WHO パンデミック協定（仮称）・IHR 改正に関する主要国際文書を対象に、国際医療協力の専門家約 20 名へのヒアリングをもとに公衆衛生学的論点を整理した。低中所得国が平時から取り組むべき課題として、①必須保健サービスの継続性確保と保健情報システムの強化、②保健人材の量的・質的整備と労働環境改善、③国内医薬品供給インフラの整備と Absorption Capacity の評価、④脆弱層を対象とした社会保障制度・多セクター調整メカニズムの構築、の 4 点が主要論点として浮かび上がった。これらはいずれも UHC 達成と健康危機対策を相互に強化する取組であり、両者を一体として捉えることが相乗効果を生む。パンデミック協定がこの統合的取組の法的根拠となるとともに、保健セクターを超えた社会保障・情報システムの整備まで視野を広げる契機となることを期待する。

ついで、2025 年 5 月の第 78 回世界保健総会において採択された「WHO パンデミック協定 (WHO Pandemic Agreement)」の合意内容に基づき、低・中所得国におけるパンデミックの予防、備え、および対応 (PPPR) の準備状況を 3 年間にわたり構造的に評価した。研究期間を通じて、国際保健規則 (IHR) のコアキャパシティ評価 (JEE 第 3 版、SPAR) や GHS IndexUHPR 等の既存指標を協定の各条文 (第 4 条～第 18 条) に精密に照らし合わせる「協定整合型評価フレームワーク」を構築・更新した。カンボジア、ナイジェリア、ウズベキスタンを対象とした詳細な分析の結果、監視体制や国家戦略の策定には一定の進展が見られたものの、(1)国内での持続可能な資金調達、(2)地方レベル (Subnational level) での運用実効性、(3)医薬品の現地製造や技術移転に関する透明性に重大な欠落があることが浮き彫りになった。特に、形式的な政策の整備と実際の「作動可能性 (Functionality)」の間には依然として大きな乖離 (実施の欠如) が存在しており、将来のパンデミックにおける公平なアクセス確保に向けた構造的課題が特定された。

A. パンデミック協定や IHR 改正での議論における公衆衛生学的立場からの論点整理

＜研究目的・方法＞ 政府間交渉会議や IHR 改正作業部会において提出された事務局文書 (2023 年 10 月 30 日提出の NT、2024 年 3 月 13 日提出の R\_NT、2024 年 4 月 17 日提出の IHR\_BT) を中心に、国際医療協力局に所属する専門家約 20 名 (在外 JICA 長期専門家を含む) にヒアリングを実施し、改善点や強調すべき論点についてカテゴリ化・整理した。

＜結果＞ UHC 達成に取り組んできた NCGM (現 JIHS) 国際医療協力局として、健康危機対応において特に低中所得国が平時から取り組むべき点について、多くの意見が寄せられ以下のように整理した。

1) 保健システムのレジリエンスへの対応

・パンデミックによっても中断しないサービスデリバリーの強化 健康危機時に必須保健サービスを中断させないため、人材・医療資源・建物等を平時から備えておくことが重要である。今回の COVID-19 パンデミックでは定期予防接種が遅れ、ワクチン予防可能疾患のアウトブレイクが散発した。R\_NT の 6 条には保健サービス維持の記載があるが、具体的方策の記述は乏しい。緊急時対応計画の立案とシミュレーション・訓練の実施、保健情報システムの強化に加え、人材・医療資源・インフラ・医薬品在庫等にかかる情報整備が必要である。WHO には、健康危機時の必須保健サービス維持に向けた具体的ガイダンスの作成と、各加盟国の実施状況のモニ

タリング・評価が期待される。なお、病院封鎖時のサービス継続については、気候変動による自然災害や地理的不便な地域での既存の工夫 (慢性疾患への Multi-doses prescription、コミュニティシステム、デジタルによる Clinical monitoring など) からの学びも活用できる。

・変化する保健人材への要請と課題 R\_NT の 7 条で言及されているが、パンデミックは保健人材の量的・質的不足、偏在、限定された労働市場、脆弱な養成・継続教育体制を改めて浮き彫りにした。雇用・待遇・職場環境の整備がなければ医療従事者のリクルートが適切化できず、パンデミック後の離職や人員不足により保健システム自体が崩壊しうる。健康危機対応で保健人材分野に必要なのは、①全ての臨床従事者に平時からパンデミック対応と準備の基本を学ぶ機会を提供すること、②パンデミック発生時にも対応できるよう人材の量・質ともに平時から余裕をもたせておくことである。また、地方レベルの early detection やリスク評価にはコミュニティエンゲージメントを含む地域の保健人材能力強化が特に重要である。一方で人材の限られる地方レベルでは、デジタルトランスフォーメーションによる業務効率化が必須であり、新技術や高度なデータ分析に関するコンピテンシーを考慮した人材育成も求められる。

・医薬品の公平な流通 国際文書では技術移転・地域的製造多様化・国際的供給網など国際的な分配ルールが多く議論されているが、各国内の供給インフ

ラの整備も同様に重要である。今回のパンデミックでは脆弱な供給インフラにより必要な人々に医薬品が届かなかったケースがあった。超低温管理が必要なCOVID-19ワクチンの事例に見られるように、コールドチェーンの平時からの整備が不可欠である。また、供給網が脆弱な場合、大量の支援医薬品が届いても国内配布が追いつかず廃棄される事例もあった。支援物資の分配前には受入国のAbsorption Capacityを十分に評価する必要がある。R\_NTの13条ではこれらに言及しているが、脆弱な人々に必要な医療製品を届けるために、平時の国内供給網整備の重要性をより強調すべきである。さらに、緊急時に生じる医療廃棄物処理にかかる費用負担についても、支援受入国の問題として考慮が必要である。

**2) 保健セクターを超えた社会保障体制の構築** COVID-19パンデミックではロックダウン等の影響で特に脆弱層が生活苦に陥り、健康悪化や感染拡大の一因となった。健康危機で最も脆弱になりうる人々を平時から把握することが重要であり、CRVS（住民登録と人口動態統計）・国民ID・貧困状況等の情報を整備し、パンデミック時に優先的に社会保障が届けられる法・制度・仕組みを整備することが必要である。R\_NTの6条ではこれらに言及しているが、主にdetectionの文脈であり、ワクチン接種等の対策実施・モニタリングへの活用も重要な視点として留意すべきである。CRVSが脆弱な国では国民IDから漏れる人々がいるため、政府がNGO・CSOとSocial Contractingを平時から結び、脆弱層への支援経路を確保しておくことも必要である。

ロックダウン等の社会的対策の際には脆弱層の生活を守ることが健康危機時の保健対策の有効性にも直結する。今回のパンデミックでCash TransferのようなSocial Assistanceが脆弱層の健康を守ることに繋がった国があり、平時から健康危機時のSurge Financingの一部としてこのような仕組みや法体制を整えておくことが有事に活用できる。R\_NTの17条の全社会的取組においても一歩踏み込み、健康危機時にも機能するSocial Protectionに言及すべきであり、ILO・UNICEF・WBなど他機関との積極的な連携が期待される。

さらに、健康危機時には各省庁・Civil Society・他国政府・国際機関など保健セクターを超えた多様なアクターが活動するため、セクターを超えた調整メカニズムが重要である。PHEOC（Public Health Emergency Operation Center）やEMTCC（Emergency Medical Team Coordination Cell）のような多セクター調整メカニズムの平時からの設置とシミュレーション・訓練の実施が必要であるが、この点についてRevised Negotiating Textには十分な記載がないことが懸念される。

**<結論>** 上述の内容はいずれも、脆弱層を含む全ての人々に質の高い保健サービスを届け、UHC達成に向けた活動であり、これらが効果的な健康危機対策にもつながる。COVID-19パンデミックでは、日本においてもロックダウン時に地域医療対応チームを組織するような取組が見られたが、このような健康危機時の対策は高齢化・NCD対策などUHCに資する幅広い保健サービス強化にもつながる。健康危機対策とUHCに資する活動は相互に強く関連しており、両者を意識して取り組むことが相乗効果を生む。パンデミック協定がUHCと健康危機を一体として取り組むための法的根拠となることを期

待する。また、Preparednessに向けた保健システム強化支援ではサーベイランスや保健情報システムへの偏りが生じがちだが、保健セクターを超えた情報システムや社会保障制度の整備の重要性についても広く視野を広げる一助となることを期待する。

## **B. パンデミック協定記載内容の調査**

### **<研究背景および目的>**

2020年から世界を席巻した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックは、既存の国際保健枠組みの限界を露呈させた。これを受け、WHO加盟国は次なる健康緊急事態へのグローバルな強靱性と公平性を高めるため、法的拘束力を有する「WHOパンデミック協定」の策定を進め、2025年5月に採択に至った。しかし、協定が掲げる「衡平性（Equity）」や「連帯」といった理念が、リソースの限られた低・中所得国の国内法や政策、現場の運用レベルにどの程度反映されているかを客観的に評価する仕組みは十分に確立されていない。特に、JEE等の既存の評価ツールは、協定が重視する「研究開発」や「技術移転」といった項目を十分にカバーしておらず、評価の死角となっている。本プロジェクトでは、1年次（R5）にナイジェリア、2年次（R6）にウズベキスタン、3年次（R7）にカンボジアを含む3カ国のクロスセクショナルな分析を実施し、協定義務の履行に向けた進捗とボトルネックを可視化してきた。本報告は、以下の目的でこれら3カ年の成果を統合し、我が国の国際保健協力の方向性を検討するための基礎資料として提示するものである。

1. **評価指標の高度化とマッピング:** 2025年に採択されたパンデミック協定の最終条文（第4条：予防・監視、第7条：保健医療人材、第10条：現地製造、第11条：技術移転、第18条：資金調達等）に整合した、包括的な準備状況評価フレームワークを確立する。
2. **多国間比較および経時的評価:** カンボジア、ナイジェリア、ウズベキスタンにおいて、3年間でPPPR能力がどのように変遷したかを、国際指標（JEE, SPAR等）と国内未公開資料（NAPHS等）を含む二次データから多角的に分析する。
3. **実施ギャップの構造的解明:** 「政策（Paper-based policy）」と「実態（Operational capacity）」の乖離を特定し、特に製造、規制、技術移転といった「情報の不透明性」が強い領域の課題を整理・構造化する。
4. **日本の国際貢献への提言:** 評価結果に基づき、協定下での低・中所得国への効果的な技術支援・制度構築支援のあり方を考察する。

### **<研究方法>**

1. **対象国の選定:** 地理的・経済的・制度的背景が異なるカンボジア（東南アジア）、ナイジェリア（アフリカ）、ウズベキスタン（中央アジア）を選定。
2. **評価フレームワークの構築:**
  - 協定の主要条文（第4条～第18条）を評価軸に設定。
  - JEE 3.0の指標を核としつつ、既存指標ではカバーできない「研究開発」「現地製造」「技術移転」「社会保護」等のドメインについて、UHPR（Universal Health and Pr

paredness Review) や各国の国内調査レポートを組み合わせた独自の評価グリッドを作成。

### 3. データ収集と分析プロセス:

- **国際公式データ:** IHR (2005) に基づく JEE/SPAR 報告書、世界銀行のヘルスファイナンス・データ。
- **国内二次データ:** 各国の「健康安全保障国家行動計画 (NAPHS)」、薬剤耐性 (AMR) 対策計画、WASH (水・衛生) 調査報告、規制当局 (NAFDAC 等) の公表資料。
- **専門家レビュー:** 各国の現地専門家やパートナー機関からの知見を活用し、定性的な分析を実施。

### 4. 倫理的配慮: 本研究は公的な二次データの分析を中心とするが、各国の機密情報や個人情報の取り扱いについては、所属機関の倫理規定および厚生労働省の指針を遵守した。

## <研究結果>

### 1. 監視・予防および多分野連携 (第4条～第6条)

3カ国とも監視体制 (Surveillance) の強化を最優先事項としており、デジタル監視ツールの導入やラボネットワークの拡充には顕著な進展が見られた。

- **ワンヘルス (One Health):** 国家レベルでの多分野連携委員会 (人、動物、環境) の設置が進み、形式的には協定第5条に整合している。
- **課題:** 地方 (Subnational) レベルでのデータのリアルタイム共有は、電力や通信インフラの制約により依然として困難である。また野生動物の監視体制との統合は極めて限定的である。

### 2. 保健医療人材および規制システム (第7条～第8条)

- **人材:** 保健人材の育成計画は存在するが、パンデミック時における人材の「迅速な配置 (Surge capacity)」や、医療従事者の保護 (安全・メンタルヘルス) に関する具体的規定は脆弱である。特に、農村部への専門人材の定着率の低さが、全土的な準備状況を損なっている。
- **規制:** ナイジェリアの NAFDAC は高い規制能力を有する一方、カンボジアやウズベキスタンでは、緊急時使用承認 (EUA) の法整備や、生物学的製剤の品質管理能力が不十分である。協定が求める「規制の調和」への対応は、各国の主権や法体系の差異により難航が予想される。

### 3. 研究開発、現地製造、および技術移転 (第9条～第11条)

本研究の3年間を通じて、最も進展が遅く、かつデータが不足している領域である。

- **製造と技術移転:** パンデミック関連製品の現地生産体制 (Regional hubs) を強化する意向は各国の政策に明記されているが、知的財産権 (IP) の取り扱いや、具体的な技術移転のスキーム (ライセンス契約、技術情報の共有) に関する情報は「機密事項」として非公開のケースが多い。
- **透明性の欠如:** 公的資金を投入した研究成果のアクセス確保 (第9条) に関する国内規定はほぼ皆無であり、協定の「公平なアクセス」の担保を困難にしている。

### 4. 持続可能な資金調達 (第18条)

- **ドナー依存:** 国内予算における健康緊急事態への割り当ては依然として低水準である。

3カ国とも、世界銀行のパンデミック・ファンドや二国間援助 (JICA, USAID 等) への依存が継続している。

- **持続性:** パンデミックが沈静化する中、国内の優先順位が他の保健課題にシフトし、PPPR への投資が削減される「サイクル・オブ・パニック・アンド・ネグレクト」の兆候が見られる。

## <考察>

3年間の継続調査により、対象国において「パンデミック協定との政策的な整合性」は着実に進んだ。しかし、詳細な分析から以下の3つの構造的課題が特定された。

1. **「実施の欠如 (Implementation Deficit)」の深刻化:** 中央政府レベルでの文書化 (Paper-based alignment) は進むが、予算不足や官僚的障壁により、地方レベルでの実効性に結びついていない。JEE 等の数値評価のみでは捉えきれない「作動可能性 (Functionality)」の評価が不可欠である。
2. **「情報の不透明性」と公平性への障壁:** 研究開発や製造に関するデータが非公開であることは、協定の核心である「公平な利益配分」の検証を不可能にする。特に、民間セクターの関与が強い領域での透明性確保に向けたインセンティブ設計が求められる。
3. **外部資金依存のパラドックス:** 外部資金による能力強化は、短期的には有効だが、長期的には「自国でのオーナーシップ」を阻害する。協定下での支援は、単なる資金提供ではなく、国内予算の優先順位付けを含む「財務的ガバナンス」の構築支援であるべきである。

## <結論>

WHO パンデミック協定の採択により、グローバルな健康安全保障の指針は明確化された。しかし、カンボジア、ナイジェリア、ウズベキスタンの事例が示す通り、低・中所得国における協定の実効性を確保するためには、単なる「条文の反映」を超えた、以下の3点が不可欠である。

- 地方レベルの運用能力とインフラの同時強化。
- 製造、規制、技術移転プロセスにおける「透明性」の義務化。
- 外部資金から国内資金へのスムーズな移行を促す「出口戦略」の策定。我が国の国際保健政策においても、これら「実施の欠如」を埋めるための、より現場志向の強い技術支援が優先されるべきである。

## 参考文献

1. World Health Organization. WHO Pandemic Agreement. WHA78/A78\_R1. 2025.
2. WHO. Joint external evaluation tool: IHR (2005) - 3rd edition. 2022.
3. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR). COVID-19: Make It the Last Pandemic. 2021.
4. 各対象国における NAPHS (健康安全保障国家行動計画) および JEE 報告書。