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