グローバルヘルス・センター | 2021 年

グローバルヘルス外交の手引

健康の向上 - グローバルな連帯の強化 - 公平性の推進

A GUIDE TO GLOBAL HEALTH DIPLOMACY

Better health – improved global solidarity – more equity

イローナ・キックブッシュ（Ilona Kickbusch）、ハイク・ニコゴシアン（Haik Nikogosian）、
ミッシェル・カザツキン（Michel Kazatchkine）、ミハーイ・キョケニー（Mihály Kökény）

THE GRADUATE INSTITUTE GENEVA

GLOBAL HEALTH CENTRE

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

協力：エチェ・カラマン（Ece Karaman）

発行：2021 年 2 月 18 日

グローバルヘルス・センター
国際・開発研究大学院
ウジェーヌ・リゴ通り 2 | 私書箱 1672
1211 ジュネーブ 21 | スイス

Tel　+41 22 908 4558
Fax　+41 22 908 4594
E メール　globalhealth@graduateinstitute.ch

graduateinstitute.ch/globalhealth

謝辞

寄稿者*: Michele Acuto, University of Melbourne; Paul Bekkers, Ministry of Foreign Affairs, Netherlands; Gian Luca Burci, Global Health Centre, IHEID; Emanuele Capobianco, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; Marcelo A.C. Costa, United Nations; Roopa Dhatt, Women in Global Health; Erica Di Ruggiero, University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health; Marja Esveld, Ministry of Foreign Affairs, Netherlands; 江副　聡, 外務省, 日本; Lemlem Girmatsion, Global Health Centre, IHEID; Githnji Gitahi, Amref Health Africa; Renzo Guinto, Harvard T.H. Chan School of Public Health; Madeleine Heyward, Permanent Mission of Australia to the United Nations, Geneva, Switzerland; Roger Kampf, World Trade Organization; John Kirton, University of Toronto, Munk School of Global Affairs and Public Policy; Kerstin Kolbe, Gavi, the Vaccine Alliance; Eero Lahtinen, Ministry for Foreign Affairs of Finland; Lindiwe Makubalo, Permanent Mission of South Africa to the United Nations and other International Organizations, Geneva, Switzerland; Colin McIff, Office of Global Affairs at the U.S. Department of Health and Human Services; Lolem B. Ngong, Amref Health Africa; Miguel Perez La Plante, Permanent Mission of Switzerland to the United Nations, Geneva, Switzerland; Nathita Premabhuti, Ministry of Foreign Affairs of Thailand; Catherine Saez, Heath Policy Watch; Flavia Schlegel, Science Governance Partnership, Paris, France; Gaudenz Silberschmidt, World Health Organization; Luis Sundkvist, Editor; Orsolya Süli, NHS Scotland, UK; Zsofia Szilagyi, World Health Organization; Tamar Tchelidze, Permanent Mission of Georgia to the United Nations; Menno Van Hilten, World Health Organization.

* 寄稿者は、本書の最終版や本書で提示された考えに責任を負うものではない。

前書き

2020 年は、2 つの重要な記念の年になる。ジュネーブの多国間主義の 100 周年、国連の 75 周年になる。この間ほとんど、ジュネーブは世界保健機関（WHO）の本部の所在地であり、グローバルヘルス外交の中心地であった。

現在、グローバルヘルスの課題はますます中心的な課題となっている。COVID-19 の流行は、社会的、経済的、政治的安定、そして持続可能な開発のための 2030 アジェンダにとって、保健の重要性をさらに際立たせている。健康の社会的、環境的、商業的、政治的決定要因に対する認識の高まりは、国際保健交渉をますます政治的、多様かつ多セクター的なものにしている。

COVID-19 のパンデミックは、共通の公衆衛生の脅威に立ち向かうための世界的な連帯が極めて重要であることを示した。WHO は、各国が協調して対応し、多くのアクターを集めてパンデミックとその巨大な世界的影響に共同で取り組むことを支援する中心的な役割を担っている。

グローバルヘルス外交は、ジュネーブにおけるヘルス「エコシステム」を特徴づけるものであり、グローバルヘルス・アーキテクチャーとアジェンダを形成する上で重要な役割を担っている。グローバルヘルス外交の成功は、政治的、外交的な経験と実践に依存しており、それらは公衆衛生の知識と証拠と組み合わされなければならない。

この「グローバルヘルス外交の手引」は、保健外交官が専門的かつ効果的に活動できるようにするための貴重で実用的なツールである。著者の方々、先駆的な活動を行った国際・開発研究大学院グローバルヘルス・センター、そして惜しみない支援をいただいたスイス政府に感謝する。

テドロス・アダノム・ゲブレイェスス
(Tedros Adhanom Ghebreyesus)
世界保健機関（WHO）事務局長
2020 年 12 月

目次

はじめに 13

読者の皆様へ 15

パート A：基礎 17

第 1 章｜変化する多国間システムにおけるグローバルヘルス外交 19
1.1 変化する世界における外交 19
1.2 グローバルヘルスの政治化の高まり 21
1.3 マルチステークホルダー外交への動き 23
1.4 グローバルヘルス外交のためのガバナンス・スペース 26
1.5 外交官の役割の変化 36

第 2 章｜グローバルヘルス外交：システム及び方法 39
2.1 グローバルヘルス外交の定義 39
2.2 グローバルヘルス外交の現代的理解の基礎 42
2.3 グローバルヘルス外交システム 46
2.4 グローバルヘルス外交システムにおける関係性 49
2.5 デジタル外交 52

第 3 章｜グローバルヘルス外交の要素 55
3.1 他の利害と対立する中で、保健とウェル・ビーイングを促進するための交渉 55
3.2 保健とウェル・ビーイングを支える新しいガバナンスメカニズムの確立 57
3.3 保健とウェル・ビーイングの成果を支援するアライアンスの構築 58
3.4 ドナーやステークホルダーとの関係構築及び管理 62
3.5 公衆衛生上の危機への対応 65
3.6 保健とウェル・ビーイングを通じた国家間の関係改善 67
3.7 平和と安全保障への貢献 69

パート B：多国間空間における保健の交渉 73

第 4 章｜グローバルヘルス外交におけるマンデートと正当性 75
4.1 多国間主義と国際機関の正当性 75
4.2 正当性の重要性 79

4.3　国家の正当性と主権　81

第 5 章｜グローバルヘルスに関する主要な法的文書　85
5.1　グローバルヘルスに関する法的文書の紹介　85
5.2　世界保健機関（WHO）が採択する法的文書　85
5.3　WHO 法的文書の法的位置づけ　87
5.4　WHO 法的文書の発効　87
5.5　WHO 新条約の提案　88
5.6　WHO 以外で採択されている法的文書　88
5.7　法的文書採択後の手順　94

第 6 章｜世界の主要な場とアクター　95
6.1　世界保健機関（WHO）とグローバルヘルス分野の変化　95
6.2　その他の国際保健組織及び団体　97
6.3　国連における保健外交　102
6.4　グローバルヘルス外交において国家の果たす中心的役割　107
6.5　グローバルヘルス外交における非国家主体の役割　109
6.5　バランスの維持　111

第 7 章｜地域組織の役割　113
7.1　地域組織、地域外交のグローバルヘルスとの接点　113
7.2　地域統合の概要　114
7.3　地域統合と保健　115
7.4　地域統合とグローバルヘルス外交　117

第 8 章｜グローバルヘルスのための政策の一貫性　123
8.1　相乗効果の創出　123
8.2　政策一貫性のための既存のメカニズムのより効果的な利用　124
8.3　グローバルな政策一貫性のための国内基盤整備　125
8.4　グローバルヘルス国家戦略の重要性　126

パート C：グローバルヘルス外交を成功させるための要素　133

第 9 章｜グローバルヘルス外交の成果　135
9.1　グローバルヘルス外交の成功の定義　135
9.2　成功事例の検証　137

第 10 章｜国益と地政学的利益の分析　141
10.1　グローバルヘルス・イシューの複雑性の理解　141

10.2　ジュネーブなどの交渉拠点での関係構築　142
10.3　入手可能な情報の収集　142
10.4　立場の理解　143
10.5　交渉ブロックとアライアンスの検討　144

第 11 章｜保健以外のセクターとの調整　147
11.1　国レベルでの保健セクターと他セクターの接点　147
11.2　他セクターとの連携の顕在化　150
11.3　セクター横断的な協力における保健セクターの役割　151

第 12 章｜グローバルヘルス交渉の実施　153
12.1　国レベルでの保健セクターと他セクターの接点　153
12.2　価値観の理解　154
12.3　交渉戦術と紛争の解決　155
12.4　規則と手続きの理解　159
12.5　国内のグローバルヘルス・アクターとパートナーに対する理解　159
12.6　他のアクターの立場に対する理解　160
12.7　交渉での議長の役割　164

第 13 章｜グローバルヘルス外交の事例　167
13.1　医薬品へのアクセス　167
13.2　ワクチン外交　168
13.3　大気汚染　171
13.4　貿易、知的財産、保健　174
13.5　薬剤耐性　175
13.6　移民と保健　176
13.7　まとめ　177

付録 1 ｜用語集　181

付録 2 ｜リソース　187

付録 3 ｜ BOX のリスト　209

ケース・スタディ 1 ｜価格の透明性に関する世界保健総会決議（2019 年）の交渉　213

ケース・スタディ 2 ｜国連総会ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）ハイレベル会合政治宣言（2019 年）　235

略語について

ACT Accelerator	Access to COVID-19 Tools Accelerator
AMR	antimicrobial resistance
APEC	Asia–Pacific Economic Cooperation
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations
AU	African Union
BMGF	Bill and Melinda Gates Foundation
BRICS	Brazil, Russian Federation, India, China and South Africa
CARICOM	Caribbean Community
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
COMESA	Common Market for Eastern and Southern Africa
COVAX	COVID-19 Vaccines Global Access
COVID-19	Coronavirus disease 2019
EAC	East African Community
EAEU	Eurasian Economic Union
ECOWAS	Economic Community of West African States
EFTA	European Free Trade Association
EMA	European Medicines Agency
EU	European Union
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FCTC	WHO Framework Convention on Tobacco Control
FENSA	Framework of Engagement with Non-State Actors [WHO]
G7	Group of Seven
G20	Group of 20

略語について

GDP	gross domestic product
Global Fund	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Graduate Institute	Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva
ICRC	International Committee of the Red Cross
IFPMA	International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations
IHR	International Health Regulations [WHO]
ILO	International Labour Organization
IOM	International Organization for Migration
MDG	Millennium Development Goal
MERCOSUR	Southern Common Market
MERS	Middle East respiratory syndrome
NCD	noncommunicable disease
NGO	nongovernmental organization
ODA	official development assistance
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OIE	World Organisation for Animal Health
PAHO	Pan American Health Organization
PEPFAR	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
R&D	research and development
SAARC	South Asian Association for Regional Cooperation
SADC	Southern African Development Community
SARS	severe acute respiratory syndrome
SDG	Sustainable Development Goal

略語について

SEEHN	South-Eastern Europe Health Network
SICA	Central American Integration System
TRIPS Agreement	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UHC2030	International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030
UN	United Nations
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNASUR	Union of South American Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
UNEP	United Nations Environment Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFCCC	United Nations Framework Convention on Climate Change
UNHCR	Office of the United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UN-Women	United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women
V3P Project	Vaccine Product, Price and Procurement Project [WHO]
WAHO	West African Health Organization
WHO	World Health Organization
WIPO	World Intellectual Property Organization
WTO	World Trade Organization

はじめに

本書は、著者 4 名のグローバルヘルス外交の実践と教育の両面における豊富な経験をもとに作成されている。私たちは過去 10 年間、スイスのジュネーブにある国際・開発研究大学院（以下、「GI」）、及び他の多くの国の同様の機関で講義を行ってきた。この間、世界は多くの変化と混乱を経験し、そのすべてがグローバルヘルス外交の根底にある価値観、アプローチ、メカニズムに反映されるようになった。本稿執筆時点では、COVID-19 のパンデミックが多国間システムに大きな影響を与え、グローバルヘルス外交の主体や舞台の範囲を広げている。

2013 年、GI グローバルヘルス・センターは、グローバルヘルス外交の分野について、主要な概念、論点、アクター、手段、フォーラム、事例を概説した初の体系的な入門書を出版した。[1] 本書は、その流れをさらに推し進め、グローバルヘルス外交の実践的側面に焦点を当て、この分野における新たな経験や発展も踏まえている。

本書では、特に世界保健機関（WHO）とジュネーブのグローバルヘルスの「エコシステム」での交渉に焦点を当てている。保健分野と継続的に接点を持つ多くのアクター、プロセス、機関を考慮し、保健外交官は、利害関係者である様々な省庁やグループを含め、交渉の対象となるより大きなエコシステムを慎重に検討する必要があると、本書は主張している。このメッセージを強化するために、他の組織とその交渉プロセスについて説明したテキストボックスを多数掲載した。私たちは本書が、補完的な視点を提供する他の出版物と近々結合されることを期待している。

外交は、かつてないほど必要とされる時期に巨大な課題に直面している。国際政治を分析する多くの人々が、多国間主義が危機の時代に突入したことに同意している。地政学的なパワー・シフトをはじめとする新たな政治的、経済的現実は、既存の制度だけでなく、それらの制度が本来基づいていた基本理念をも問い直すことにつながっている。外交のシステムそのものが、この「新たな障害」によって脅かされ、その方法は進行中のデジタル・トランスフォーメーションによって挑戦されている。特に COVID-19 のパンデミックでは、複雑な交渉が対面で行えず、これまで妥協点を見出すために不可欠だった非公式な交流が阻害されてきた。

---

1 Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors. Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer; 2013.

本書の著者として私たちは、グローバルヘルス外交が現在ほど重要であったことはないと確信している。このことは、2015 年に採択された「SDGs」における健康の役割について交渉したときに、すでに明らかになっていた。1918 年から 1919 年のインフルエンザ・パンデミック（スペイン風邪）に次ぐ 2 度目の大流行期である現在、国家間の疑心暗鬼、対立、反目が高まる中、すべての国の健康を確保するために多国間レベルでの協力が最も切実に必要とされている。他方、多国間主義に対する上記のような課題が、グローバルな協力の実現をより困難なものにしている。

すべての人が安全でなければ、どの国も安全ではない。世界保健機関（WHO）の憲章が第二次世界大戦の惨禍の後に起草され、採択された精神である世界的連帯は、グローバルヘルス外交の中核である関係構築と交渉のプロセスを通じて繰り返し強化されなければならない。健康の課題は、国境だけでなく、南北、東西、官民の隔たりを超え、サイロ化されたアプローチの限界を露呈している。このような真にグローバルな課題に取り組むためには、より全体的、包括的、総合的かつ協調的な戦略が必要になる。

グローバルヘルス外交は、国際秩序を十分に機能させることを目指す多国間システムの重要な構成要素である。そのためには、科学と政治の両方が交渉に不可欠であることを認識しなければならない。グローバルヘルス外交の目標は、科学的に信頼でき、政治的に達成可能な合意をもたらすことである。

グローバルヘルスは、本書が探求する 3 つの柱、すなわちガバナンス・手段・外交で成り立っている。この 3 つの柱の相互関係が強まっていることが、21 世紀のグローバルヘルスにとって必須の推進力となっている。

本書は、グローバルヘルス外交の基礎と様々なアプローチについて理解を深めたい読者の皆様に、その入口を提供することを意図している。本書が、この分野で初めて仕事をしようとする方々の役に立ち、さらに勉強し、何よりも実践的な経験を積む動機付けになることを期待している。また、すでにグローバルヘルス外交に携わっている方にとっても、仕事に役立つ示唆を本書に見出すことができるはずである。また、国内外の機関でグローバルヘルス外交を教える際のサポート・ツールとして活用されることを期待している。

読者の皆様へ

本書はグローバルヘルス外交を実施するうえでの基本的な考え方と実践的な側面に焦点を当てている。私たちは、初めてこのトピックに触れる方が、グローバルヘルス外交の背景やシステムをよりよく理解し、関連する実践的なアプローチに精通されるために役立つことを期待している。

本書は、次の 3 つのパートで構成されている。 (a) この分野の基礎知識、(b) 多国間空間における保健交渉の特徴、(c) グルーバルヘルス外交を成功させるための要素。各パートの各章に主要な情報が記載されている。各章は必ずしも連続して読む必要はないが、本文の構成はそのような論理に従っている。いくつかの側面（手段、一貫性、主要機関の役割など）は、いくつかのパートに関連しているため、本文中では意図的に重複を残し、該当する場合は相互参照先を追加している。また、招待された寄稿者によって書かれた特別なトピックに関するテキストボックスも含まれている。さらに深く知りたい方のために、様々な出版物やその他のリソースをリストアップした付録を用意した（本文中の引用はハーバード方式で示されており、付録を参照している）。

また、私たちは、本書とその構成が、グローバルヘルス外交の教育に携わる人にとって有用なリソースとなることも期待している。10 年以上にわたって様々な状況や環境でこのトピックを教えてきた私たちの経験をもとに、レビュアーから寄せられた多くの洞察に満ちたコメントが盛り込まれている。1 週間のコースであるすべてのトピックをカバーすることは可能であるが、学生が特定のケース・スタディ、特にコースが行われる状況に関連したケース・スタディをより深く知るための十分な時間を確保する必要がある。コースの 1 日は、学生によるグローバルヘルス交渉のシミュレーションに充てることができる。

パート A：
基礎

第 1 章｜変化する多国間システムにおけるグローバルヘルス外交

1.1　変化する世界における外交

外交は何世紀にもわたって行われてきたが、その間に、その本質に関わるものも含め、多くの重要な変化を遂げてきた。特に過去 10 年間で、外交はグローバル・ガバナンスのシステムを構成する一部となり、多様な場とアクターを巻き込むようになった。この変化は、持続可能な開発目標（SDGs) の交渉から生じる根本的な変化や、グローバル・クライシスに関する外交の必要性の高まりによって、さらに強まっている。最も重要な変化は、開発援助中心の考え方から、すべての国が協力しなければ達成できない世界共通の目標を認識するようになったことである。COVID-19 パンデミックは、そのことをより明確にした。

こうした変化にもかかわらず、代表、コミュニケーション、交渉という外交の 3 つの特徴は変わりない。

私たちが知っている多国間外交は、17 世紀に欧州で開催された主権国家間の戦争・講和交渉のための暫定会議から始まった。1919 年には、最初の集団安全保障組織である国際連盟の創設につながった。第二次世界大戦後、国際連合（UN）が設立され、多国間外交はより強固な制度となった。その直後に設立された国連システム組織のひとつが**世界保健機関（WHO）**で、1948 年にスイスのジュネーブで活動を開始した。その後、保健のための他の多くの多国間機関が設立されたが、WHO は現在も保健のための規範を設定する機関である。WHO の憲章は、健康を人権として定義しており、これは他のすべての保健機関の指針となっている（**Box 7** 参照)。

自然環境や人の健康といった分野の発展が国境を越えた経済や安全保障に大きな影響を有することで、もはや国家レベルだけでは課題を解決できないことが明らかとなった。従来、外交や外交の「ソフト・ポリシー」で扱われていたこれらの分野が重要性を増すにつれ、それに対応した新しいタイプの国際協定や法的文書、組織が生まれた。気候変動に関するパリ協定（2015 年)、改正国際保健規則（2005 年)、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（2002 年)、最近では 2020 年の COVID-19 ワクチンの共同購入と公平な分配のためのグローバル・リスク共有メカニズムである COVAX ファシリティ設立がその例である。

多国間主義には多くの定義があるが、要するに、共有された問題に対処するための多数によるガバナンスである。これは、合意された行動規則など、当事者間の関係を導く一連の共通原則を基盤としている。多国間主義は国際機関への加盟という形をとることが多いが、それだけが唯一の形ではない。多国間主義には、例えば国連のようにすべての国家を含む普遍的な多国間主義、特定の地域の国家を集めた地域的な多国間主義、NATO や EU のような組織や民主主義国家のみを含む新しい組織の設立提案に代表される価値観に基づく多国間主義、G20 や BRICS 諸国のような小さな国家グループ（または「クラブ」）が特定の問題に取り組む「ミニ国家主義」などがある。二国間主義とは、一国だけと関わることであり、一国主義とは、他国を顧みず単独で行動することである。

また、他の用語も使われている。貿易交渉では、複数国間協定、すなわち、例えば、条約の対象に特定の利害関係を持つ限られた国の間で結ばれる条約が目立つようになってきている。最後に、「ポリラテラル外交」とは、外交プロセスに多くの非国家主体が関与することを意味しており、現代の外交の舞台を多元的、動的、かつ複雑なものにしている。これはマルチステークホルダー外交とも呼ばれ、本書でもこの用語を使用している。

本書は、国際機関やその他の多国間の場で実践されている、グローバルヘルスの課題の解決を目指すグローバルヘルス外交に焦点を当てている。しかし、多国間主義は、1945 年に 50 か国が署名した国連憲章に謳われる自由主義的な国際秩序を意味することもある。この秩序を支える価値観、規範、原則は、経済的開放性、ルールに基づく国際関係、安全保障協力、改革と変化に対する開放性、自由民主主義のモデルに基づく連帯と定義されている（Ikenberry, 2018）。

現在国連には 193 か国が加盟している。国、地域、そしてグローバルレベルで新たなアクターが出現し、グローバルな意思決定の一翼を担っている。特にこの 10 年間は、地政学的に顕著なパワー・シフトがあり、並行して新しい多国間機関が設立された。もう 1 つの重要な進展は、新しいコミュニケーション・テクノロジーが世界中に遍在し、交渉に大きな影響を与えていることである。

解決すべき相互に関連した地球規模の課題は増加しているが、現在の多国間システムは流動的である。イデオロギー的前提、権力の不均衡、包摂性の欠如を批判する人々もいる。一般市民に対する透明性と説明責任の強化を求める声もある。一方で、貧困、移民、気候変動といった重大な危機に対して、このシステムが決定的な行動を起こさないと非難する声もある。しかし、最も憂慮すべきは、新しいナショナリズムの波がその本質と必要性に疑問を投げかけていることである。第二次世界大戦後の多国間システムの構築に多大な貢献をした米国は、トランプ政権の間、国連ファミリーの多くの組織や多国間プロセス、国際協定から距離を置くようなった。これはバイデン新政権によって覆されるかもしれない。これらの動きはすべて、多国間外交のシステム、アクター間の関係、外交官の役割に影響を与えた。COVID-19 のパンデミックは、多国間機関が直面する課題と、共通の問題に対して共同で解決策を見出すという、多国間機関の中心的な役割の両方を浮き彫りにした。

1.2　グローバルヘルスの政治化の高まり

2007 年、7 か国の外務大臣グループは、「保健への影響を、外交政策や開発戦略の重要な要素を検討する際の出発点及び決定的なレンズとし、この観点から政策オプションに対処する方法について対話を行う」ことに合意した。[2]

2　2007 年 3 月 20 日、ブラジル、フランス、インドネシア、ノルウェー、セネガル、南アフリカ、タイの外務大臣によって、「グローバルヘルス：現代の喫緊の外交課題」と題するオスロ閣僚宣言が発表された。

それから 10 年以上が経過し、グローバルヘルスと外交政策のインターフェースは、保健にとってポジティブとネガティブの両方の意味を持ちながら、ますますダイナミックになってきている。グローバルヘルスは、経済社会開発、安全保障、人道問題、社会正義と人権、グローバルな危機管理などに関連して、今や多くの国の外交政策課題として不可欠なものとなっている。多国間保健交渉、法的文書、組織、場の数は著しく増加している。今や保健は、食糧、気候、エネルギー、水に関する国際交渉の一部であり、主要な世界及び地域のサミットで議論されている。これは、2015 年 9 月に SDGs が採択され、G7（先進 7 か国首脳会議）と G20（主要 20 か国首脳会議）の両方の審議に保健が含まれたことが大きな要因である。従って、保健外交官は、非常に多様で、まったく異なるアプローチを必要とする背景や制度において交渉する能力を備えていなければならない。こうした進展は、グローバルヘルス外交が他の外交と同様、常に政治的であることを強調している。グローバルヘルスの専門家は、**グローバルヘルスの政治化**を警戒しているが、それを避けられると考えるのは錯覚である。健康課題への政治指導者やアクターの関与の増加は、実際には 2 つの方向に作用する可能性がある。すなわち、グローバルヘルスに対する政治的支持を集める決定的な要因となることもあれば、狭い地政学的またはイデオロギー的な意図が優勢になれば、グローバルヘルスを弱体化させる可能性もある。COVID-19 のパンデミックの際には、この 2 つのタイプの効果が観察された。また、共有された規範が損なわれると、交渉が非常に困難になることもある。例えば、移民問題または女性の権利に関する自由主義的な立場と制限的な立場など、国家政策の他の分野での意見の相違は、しばしば世界レベルでの保健交渉に強い影響を与え、合意を得ることを難しくしている。

保健の政治化がもたらすポジティブな影響とネガティブな影響の両方を示す最近の例としては、最近の G20 と G7 の一連の会議（Box 2 参照）、WHO でのプライマリー・ヘルスケアに関する交渉、[3] 国連でのユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する交渉、[4] 国際移住機関での難民の健康権に関する交渉、より最近では、紛争時の性的暴力に関する新しい決議の採択に至る国連安保理の交渉 [5] が挙げられる。

グローバルヘルス外交において、特定の国や地政学的な背景は常に重要である。旧ソ連と米国（及びその同盟国）の冷戦時代には、国連や WHO で行われる交渉、特にヘルスケアの提供における国家や民間の役割に関する交渉に、イデオロギーの対立が不可避であった。1990 年代以降、グローバルヘルスの進展を阻害する立場は、特許や知的所有権を含む経済的利益と産業（例えば、たばこや医薬品）の保護と密接に結びついてきた。ほぼすべての加盟国が、自国の産業政策や認識さ

3　具体的には、2018 年 10 月にアスタナ宣言の採択に至った交渉のこと（WHO & UNICEF, 2018）。

4　具体的には、2019 年 9 月 23 日に総会で開催された「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するハイレベル会合」での交渉によって、政治宣言が採択された（UN, 2019）。

5　2019 年 4 月 23 日に安保理で採択された決議 2467 号（2019 年）。

れている経済的利益を促進するために保健交渉を利用しているが、保健関連の組織において公然とそれを行うことはほとんどなく、代わりに保健や人道的な議論を持ち出すことを好んでいる。

2020 年初頭から、中国と米国の地政学的緊張がグローバルヘルス外交の決定要因となっており、その影響は広範囲に及んでいる。こうした緊張は、米国が WHO からの脱退を宣言した COVID-19 のパンデミックの間に頂点に達した。一方、パンデミックへの初期対応では、国境封鎖、保護主義的な政策や貿易制限が優勢であったにもかかわらず、COVID-19 の脅威は欧州における多国間主義と協力を全般的に加速させた。米国が脱退を撤回し、強力な WHO へのコミットメントを固めた今、多国間主義を強化する新たな機会が生まれている。

イデオロギーや地政学的な力の変化によって、これまでの多国間交渉で採択された合意や宣言、立場、アプローチがもはや当たり前のものではなくなったことは明らかである。人権問題に対する持続的な葛藤が適切な一例である。市民社会や地域社会の代表者は、公式な交渉で自分たちの立場や懸念が考慮されることを期待している。ソーシャルメディアはまた、国際情勢に関する幅広い議論を促し、より多くの住民の参加を促してきたが、中には国際システムへの信頼を損ねたり、世界の優先順位を決めるのは誰かという陰謀論を助長したりするものもある。このことは、保健関連組織の技術的かつエビデンスに基づく活動、及び国連と WHO のガバナンス組織におけるグローバルヘルス外交へのコンセンサスを基本とするアプローチにとって、かなりの困難を生じさせる可能性がある。従って、ソーシャルメディアは、外交と政策立案の両方において、潜在的に重要な新しい要素として考慮される必要がある。

COVID-19 危機の結果、2030 年までに保健関連の SDGs を達成できる可能性が非常に低くなったため、分断された世界におけるグローバルヘルス外交の課題はますます深刻化している。実際、近い将来の主な課題は、COVID-19 の壊滅的な影響と、パンデミック対策の一部によって引き起こされた開発損失を補うことである。

1.3　マルチステークホルダー外交への動き

SDGs の交渉プロセスは、概念的かつ政治的なブレークスルーであり、国連の枠組みの中でグローバルな課題に焦点を当てた多国間外交を大きく拡大させることにつながった。2015 年 9 月に「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」を採択するにあたり、国連加盟国は、国際社会全体に適用される、相互に依存する一連の独立した 17 のゴールに合意した。

特にゴール 17 では、SDGs の達成に向けた強力なグローバル・パートナーシップの必要性が強調された。

健康は、交渉されたすべての SDGs の不可欠な要素であり、成果であることが証明されている。このことは、その後の SDGs 関連交渉のほぼすべてにおいて、グローバルヘルス外交が中心的な役割を果たし続けていることを説明している。最近の例としては、2019 年 12 月の国連気候変動会議での交渉や、SDGs の進捗を評価する「持続可能な開発に関するハイレベル政治フォーラム」の年次会議が挙げられる。その結果、グローバルヘルスのアジェンダは、単に開発協力の問題としてではなく、すべての国に共通する課題としてアプローチされるようになった。

SDGs 交渉のダイナミクスは、2000 年にミレニアム開発目標（MDGs）が採択された 1990 年代後半の閉鎖的な意思決定プロセスとは全く異なるものであった。SDGs 交渉は当初から、国連における外交官の役割を一変させた。オープンなワーキング・グループに基づく斬新な交渉プロセスが確立され、議席は地域ごとに割り当てられ、複数の国で共有しなければならず、共同ファシリテーター・グループが設立された。これらすべてがパワー・ダイナミクスを根本的に変え、開発途上国の発言力を大幅に強化し、将来のアジェンダを形成するうえで主導権を握ることができたのである（Dodds, Donoghue & Roesch, 2016）。

市民社会、学術界、政策ネットワーク、シンクタンク、民間セクター、そして新たに結成された多くのアライアンスが、「新多国間主義」または**マルチステークホルダー外交**と呼ばれる、まったく前例のない包括的プロセスに参加した。当初はほとんど国だけを対象としていた多国間システムにおいて、マルチステークホルダー外交への移行が、グローバルヘルスを含む国際政策立案の多くの領域で加速している。それに伴うパワー・バランスの変化、外交官やその他のプレイヤーの役割の変化は、新しいテクノロジーによって可能になった多様なアウトリーチ・プロセスによって強化された。

1945 年の国連憲章では、国際連合経済社会理事会が非政府組織（NGO）と協議することを検討すべきであるとすでに認識されていた。このようなアクターの数は年々増加し、その関与の度合いも高まっている。非国家主体による関与は現在、国連憲章で当初想定されていた協議の範囲をはるかに超え、議題の設定、交渉への参加、基準の策定における協力などが含まれている。包括的で総合な SDGs の交渉プロセスは、マルチステークホルダーの関与の基準となっており、国連システム全体で模倣され続けている。実際、このような広範な包括性は、今やすべての多国間プロセス、そしてグローバルヘルス外交においても期待されている。さらに、SDGs は、一方では多国間の目標やプロセス、他方では各国の実施との間に新たな強力なインターフェースを導入している。SDGs は、特にゴール 17 を通じて、あらゆるレベルのガバナンスにおいて、**パートナーシップ**によって実施を推進する必要があることを強調している。パブリック・エンゲージ

メントと革新的なパートナーシップは、政府全体と社会全体のアプローチによって促進され、デジタル・コミュニケーション手段の強化によって支えられており、SDGs を通じて確立されたマルチステークホルダー外交の不可欠な要素であり続けている。

現在、国連のすべての主要なハイレベル会合には、その後の政府間交渉に必要な情報を提供するための準備プロセスとして、マルチステークホルダー・フォーラムが含まれている。市民社会とコミュニティの代表者は、参加し、意見を述べるための新しい機会が数多く提供されている。改善の試みはあるものの、WHO は、ガバナンス組織のプロセスにおける市民社会の関与という点で、他の国連システムのほとんどに遅れをとっている。それでも、現在ではいくつかの加盟国は、市民社会の代表や若者の代表を WHO の代表団に含めている。しかし、いくつかの事例では、国家と市民社会の関係が悪化したため、一部の評論家は市民社会組織の「スペースの縮小」について語るようになった。市民社会組織に対する圧力には、海外からの資金提供の制限、登録の障壁、内部の問題への介入、その他の形態のハラスメントが含まれている。

国連が支援するマルチステークホルダー外交のアプローチによって、民間企業は国連とその審議に前例のないほどアクセスできるようになった。このことは、ビジネスや商業的利益による不当な影響力の可能性を懸念する市民社会の一部のメンバーからは、ある種の疑念をもって見られている。しかし、グローバルヘルスにおいて、民間部門は Gavi ワクチンアライアンス、世界エイズ・結核・マラリア対策基金（以下、「グローバルファンド」）などの国際機関の新しいガバナンスメカニズムの一部にもなっている（**Box 10** と **Box 11** を参照）。

新たな展開として、都市とその当局のグローバルな活動の拡大が挙げられる（Box 16 参照）。市長はますます世界の舞台で自らの都市を代表するようになっており、国際機関も彼らに働きかけている。都市外交は当初、都市のプロモーションを目的としていたが、現在では、気候変動対策のためのパリ協定を筆頭に、国際協定の形成や実施に関与するようになっている。また、自治体当局は現在、健康課題、例えば、たばこの使用対策などについても WHO と協力している。世界のハブとしての都市の役割は、COVID-19 のパンデミックによってさらに強調された。

1.4　グローバルヘルス外交のためのガバナンス・スペース

世界保健機関（WHO）は、グローバルヘルス・ガバナンスにおいて中心的な役割を担っており、グローバルヘルス活動の主導的な立場にある。しかし、ここ数十年の間に、他の組織や団体もグローバルヘルスの問題に直接的または間接的に大きく関与するようになり、その結果、より複雑化し、競合さえ生じている。交渉の場は、各国の代表団の構成に影響を与え、ある程度は代表団の方針にも影響を与えることがある。WHO では保健省が、国連では外務省が、開発機関では開発省庁が、世界貿易機関（WTO）では貿易省が、それぞれ代表団の最前線に立っている。同時に、WHO 自身も保健交渉の幅広い場への参加を拡大し、協力する主体や取り組む課題を増やしてきた。この複雑な分野は、以下のように重なり合う 3 つの「ガバナンス・スペース」に分割することができる。

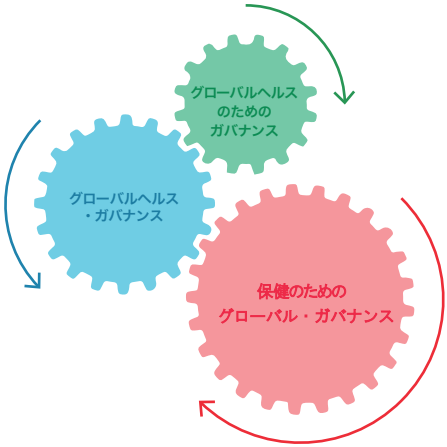
グローバルヘルス・システム：ガバナンス・インターフェース

保健のためのグローバル・ガバナンス
他のセクターのグローバル組織との
関係における保健

グローバルヘルス・ガバナンス
保健関連機関のガバナンスと
そのインターフェース

**グローバルヘルス・ガバナンスの
ためのガバナンス**
グローバルヘルス・アジェンダを支える
国・地域レベルのガバナンス

ネットワークと交渉のハブ



グローバルヘルス・ガバナンスとは、主に明確な保健上のマンデート（権能）に基づく機関およびガバナンス・プロセスを指す。WHO を筆頭に、国連合同エイズ計画（UNAIDS）、グローバルファンド、Gavi ワクチンアライアンスなど、より狭い範囲ではあるが明確な保健上のマンデートを持ついくつかの機関が含まれる。しかし、これらの組織の事務局が果たす重要な役割は、しばしば無視されがちである。これらの事務局のスタッフは、確立された国際的な公務員制度の一部である。その他にも様々なグローバルヘルスのアクターが活動しており、その多くは一般的にグローバルヘルスの中心地と考えられているジュネーブで活動している。さらに、新たな課題に対応するため、将来の伝染病の予防を目的としたワクチンの開発を目的として 2017 年に発足したグローバル・パートナーシップ「感染症流行対策イノベーション連合」など、いくつかの新しい研究ベースの組織が創設されている。COVID-19 の流行に対応して、新しいガバナンスメカニズムも同様に設立された。例えば、G20 のイニシアティブである COVID-19 ツールアクセラレータへのアクセスは、検査法、治療、ワクチンの開発と公平な分配を支援することによって、より早く流行を克服するという観点から、グローバルヘルス・ガバナンス・スペースの多くのアクターを結集している。

Box 1：世界保健機関（WHO）での交渉

世界保健機関（WHO）の交渉と意思決定は、依然としてマルチステークホルダー外交によって補完された政府間プロセスであることが非常に多い。持続可能な開発目標が非国家主体による幅広い参加を求める一方で、大多数の加盟国は、特に国連の規範および条約制定権を考慮し、WHO の意思決定における国家の排他的役割を支持している。

WHO の中核的な機能とは？

WHO における保健外交官にとって主要な交渉のフォーラムは、世界保健総会と執行理事会という２つのガバナンス組織と、これらに様々な意見を提供する多くの公式・非公式プラットフォームである。WHO の活動分野は多岐にわたるため、組織の中核的な機能について理解を深めることが重要である。WHO 憲章第２条では 22 の機能が列挙されており、以下の通り要約できる。

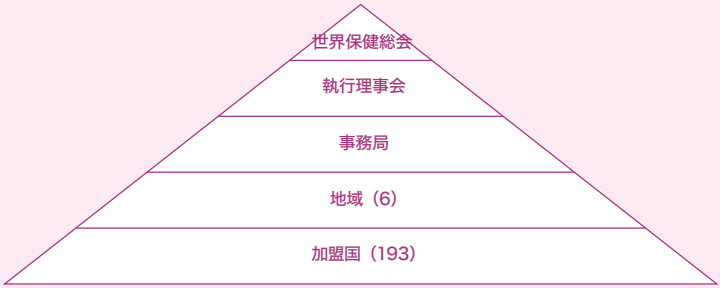
→ 保健にとって重要な事柄についてリーダーシップを発揮し、共同行動が必要な場合はパートナーシップをとる。
→ 国際保健問題に関する条約、協定、規則の提案、勧告を行う。
→ 規範・基準の設定とその実施の推進・監視を行う。
→ 研究アジェンダを形成し、価値ある知識の生成、移転、普及を促進する。
→ 倫理的でエビデンスに基づいた政策の選択肢を明示する。
→ 技術支援を提供し、変化を促進し、持続可能な組織能力を構築する。
→ グローバルヘルスの背景をモニタリングし、保健動向を評価する。
→ 保健上の緊急事態に対応する。

WHO における意思決定

意思決定は、正式的には 1 加盟国 1 票の原則に従って行われる。世界保健総会および執行理事会の手続規則では、条約または協定の採択、憲章の改正、加盟国の投票権の停止などの重要事項に関する決定を除き、単純多数決による意思決定が規定されており、出席および投票している加盟国の 3 分の 2 の賛成が必要である。しかし、事実上すべての交渉はコンセンサスに達することを目標に行われ、実際ほとんどすべての決定はコンセンサスによって採択される。WHO の実務では、これは正式な投票なしで決定が採択されることを意味しる。コンセンサスとは、全会一致、すなわち、すべての加盟国が決定を正式に受け入れた状態ではなく、決定に積極的に反対する加盟国がないことを意味する。

新しい政策の採択には、しばしば困難で長い合意形成のプロセスが必要である。194 の加盟国すべてに受け入れられる決議を採択するためには、草稿から強い表現を削除したり、特定の政策オプションを断念したりする必要がある場合もある。合意形成のプロセスを支援するために、説明会や協議セッションが開催されるが、これらは加盟国のみを対象とすることが多い。

組織構造



交渉には時間がかかる。その点で、総会や執行理事会のアジェンダを作成する際には、議題数が多くなること、新たなアクションは不要でもアジェンダから外すのは難しいこと、議論の時間が限られることなどから、優先順位を決めることが大きな課題となっている。近年、ジュネーブにある政府代表部の間で主に行われる会期間会合において非公式に交渉される決議が増えている。

WHO の交渉ルールはどこにある？

最も重要な法令は、「***基本文書***」と題された WHO の書籍（最新版は 2020 年に発行）で確認することができる。定期的に更新されるこの大要には、WHO、他の政府間機関との協定、財務規則、非国家主体との関与の枠組み、そして最も重要な、WHO の交渉の主な場である定例会議の世界保健総会と執行理事会の議事規則など、WHO のすべての法的文書が含まれている。2 つの「手続規則」では、特に以下のことが規定されている。

→ アジェンダの設定方法
→ 執行理事の役割
→ 事務局の機能
→ 本会議及び委員会での業務遂行
→ 投票規則

これらの法的文書、特に憲章は、様々な理由から加盟国が現状を、特に WHO のガバナンスにおいて政府間組織という性質を捨てようとしないため、改正が困難である。COVID-19 のパンデミックによって、世界保健総会や執行理事会を含む多くの会議がリモートで行われるようになったため、新たな課題が出現している。

WHO の交渉ルールには何が反映されているか？

WHO の運営組織の運営規則は、「国際保健業務に関する指揮および調整機関として行動する」（第 2 条（a））という WHO 憲章上の義務を遵守する上で、WHO の裁量の余地を定めている。

未解決の課題の例

創設者たちのビジョンは、WHO が公衆衛生における卓越性を体現する組織になることであった。したがって、加盟国によって指名されたにもかかわらず、執行理事会のメンバーが個人の資格で職務を果たすことを創設者たちは望んだ。WHO 内外での議論の政治化が進み、1998 年の第 51 回世界保健総会では、執行理事会のメンバーが政府の代表者として行動することを意味するよう憲章第 24 条を解釈することを求める動議が提出された（ただし、改正はされなかった）。

このように、政治的（社会医学的）な願望と技術的な願望の間で揺れ動くことが、この機関の歴史を特徴づけてきた。WHO は、加盟国からの様々な要求の間で揺れ動いている。加盟国は、WHO に規範的、技術的、運営的、さらには政治的な鋭敏さを求めている。これらのたびたび矛盾した要求は、WHO が健康課題の根本原因、例えば健康の社会的、商業的決定要因に対処しようとするときに特に顕著になる。また、例えば COVID-19 危機の時のように、加盟国間の紛争に巻き込まれないように細心の注意を払わなければならない。

2016 年 5 月に開催された第 66 回世界保健総会で採択された「非国家主体との関与の枠組み（FENSA）」は、このような枠組みについて国連（UN）システム内で政府間交渉が行われた初めてのものである。FENSA は、第 3 回世界保健総会以来適用されてきた、非政府組織の WHO ガバナンス組織の会議へのオブザーバーとしての参加と公式発言を認める規則を根本的に変えることなく、WHO との公式な関係にある非国家主体のオブザーバーの地位を成文化し、調整した。FENSA の適用に関するガイダンス提供に特化したマニュアルが公開されている（WHO, 2018a）。多くの非国家主体がこの枠組みに満足しておらず、その改革を望んでいる。

既存の意思決定プロセスには、いくつかの問題がある。例えば、主に、執行理事会のプログラム・予算・管理委員会と理事会を分離するため、運営組織の会議を 1 年の中で異なる時期に開催することを求める声がある。これによって、執行理事会は同委員会の会合で生じた課題に対応するための時間をより多く確保することができる。しかし、この提案はまだ実行に移されていない。

WHO における意思決定の有効性は、共通の解決策を見出そうとする加盟国の政治的意思に依存する。加盟国間、特に影響力のある加盟国間の根本的な意見の相違は、WHO における政治的な意思決定を阻害するが、WHO はしばしばその規範的機能（すなわち、技術的規範や基準の設定）を維持することができる。WHO が設立されたとき、既存の汎米保健機構（PAHO）を新しい組織に統合する方法を見つける必要があった。その結果、WHO は国連機関の中で最も連邦制の強い組織となり、地域事務局長は各地域の加盟国から直接選ばれることになった。そのため、6 つの地域委員会も重要な意思決定機関でもある。WHO の歴史の中で、WHO 本部が弱いと思われていた時期には、このことが資産であることが証明された。しかし、WHO の地域構造の非効率性、特に緊急対応に関する懸念が提起されている。2014 年から 2016 年にかけてのエボラ出血熱の発生を受け、発生や緊急事態への備えや対応など、ある分野では事務局長のリーダーシップが再び発揮されたが、他の多くの分野では意思決定プロセスが非常に複雑なままになっている。

保健のためのグローバル・ガバナンスとは、グローバル・ガバナンスの機関及びプロセスのうち、必ずしも独占的または明示的に保健のマンデートを有しているわけではないが、それでもその中核的なマンデートの下で実施される作業を通じて保健に影響を及ぼすものを指す。これには、ブレトンウッズ機関、WTO（**Box 9** 参照）、国連食糧農業機関（FAO）、国連児童基金（UNICEF）、国連開発計画（UNDP）、国連環境計画（UNEP）、ジェンダー平等と女性のエンパワーメントのための国連機関（UN-Women）、国連薬物犯罪事務所（UNODC）などがあるが、それだけにとどまらない。2018 年、これらの組織の多くは、グローバルヘルスにおける分断を是正しようとする「すべての人のための健康な生活とウェル･ビーイングのためのグローバル･アクション･プラン」の実施に向け、一丸となった。近年、いくつかの重要な保健のトピックが、国連総会のハイレベル会合や安全保障理事会で議論され、国連の舞台で取り上げられるようになった。さらに、2030 アジェンダにおける健康の重要性は、SDGs の進捗に関する経済社会理事会の定期的な議論において、保健案件が大きく取り上げられることを意味している。また、人権理事会でも保健は繰り返し議論されている (詳細は**第 12 章**を参照)。

グローバルヘルスのためのガバナンスとは、国家レベル（すなわち、一部の国家政府が採用するグローバルヘルスに関する戦略や外交政策における保健）及び地域レベル（欧州連合、西アフリカ保健機関（WAHO）、東南アジア諸国連合（ASEAN）など）で確立したグローバルヘルスに貢献する制度やメカニズムを指す。このガバナンス・スペースには、政治クラブや、G7、G20、BRICS 諸国グループなどの地域横断的なアクターも含まれ G7、G20、BRICS などの政治クラブや地域横断的なアクターも含まれる。さらに、

列国議会同盟を通じて、近年、グローバルヘルスにおける国会議員の役割も高まっている（地域組織がどのようにグローバルヘルス外交に携わっているか、詳細については**第 7 章**を参照のこと。）

このように場の数が増え、多様化することは、既存の、そして新たに発生する多国籍外交の課題に継続的に対処するために、多大な行政的・人的リソースが必要であることを意味する。そのために必要なリソースには、国家省庁や地域機関内で専門分野に特化した部署、代表（政府常駐代表部と呼ばれる）や、国際機関本部の専門職が含まれる。このようなリソースを豊富に持つ国とそうでない国との間には、必然的に不平等が生じる。このような不平等が大きな課題であり、それ自体がコンセンサスへの障壁となることもある。

ドナーとの関係だけでなく、国際機関自体にも、多国間問題を管理するための専用のリソースがますます必要とされている。

マルチステークホルダー外交の進展に伴い、幅広い市民社会と民間セクターの非国家主体（世界的、地域的、全国的）が 3 つのガバナンス空間すべてに参加し、影響力を及ぼしている。また、都市や地方自治体の役割もますます大きくなっている。

Box 2：G7、G20 での保健交渉

はじめに

G7（先進 7 か国首脳会議）と G20（主要 20 か国首脳会議）は、グローバルヘルスのガバナンスにおいてますます重要な役割を果たすマルチステークホルダー・サミット機関である。

先進 7 か国首脳会議

G7 – カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、日本、英国、米国（及び列記されていないメンバーとして欧州連合）で構成され、民主主義と個人の自由を世界的に促進することを目的として、1975 年から年次サミットで開催されている。

G7 はグローバルヘルス・ガバナンスにどのように貢献しているか？

G7 は、憲章や常設の事務局を持たない非公式の国際的な枠組みであるため、主に審議の役割を担っている。G7 のメンバー間の話し合いは、通常、晩春から初夏にかけて開催される年次サミットで行われる。保健に関する主な機能は以下の通りである。

→ 主要な健康課題を議論し、その結論をサミット・コミュニケに公的に記録する。G7 の保健アジェンダは、年々拡大している。1979 年から 1995 年まで、G7 はいくつかの選択的な課題に取り組んだ。1996 年から 2009 年までは、HIV/AIDS、結核、マラリア、そして重症急性呼吸器症候群と鳥インフルエンザに焦点を当てた。2010 年には妊産婦、新生児、小児の保健が主要アジェンダとなり、その数年後にはエボラ出血熱が主要議題となった。最近では、2020 年 3 月 16 日に G7 が COVID-19 に関する緊急首脳会議を（ビデオ会議）開催した。

→ 保健医療政策とその決定要因に対するメンバー国やそれ以外のアプローチの指針となる原則と規範を確認することによる方向性の設定。このような方法で、G7 は 1985 年から 1987 年にかけて人権の重要性を掲げ、1997 年以降、民主主義を掲げてきた。当グループは、2016 年と 2017 年に女性の健康権に焦点を当てた。2018 年と 2019 年の首脳コミュニケでは民主主義への言及はなかったが、2020 年 3 月 16 日の緊急首脳会議で G7 は再び民主主義の概念を支持した。飢餓、貧困、原子力安全と核拡散、バイオテクノロジー、自然環境、薬物、倫理、男女平等、気候変動に関連して、健康課題を取り上げることが増えている。現在、G7 を D10 に拡大する計画がある。

→ 未来志向で政治的拘束力のある具体的なコミットメントを通じた意思決定。このコミットメントによって、すべてまたはいくつかのメンバー国は、主要な保健目標を達成するために、政策の変更または導入、外部アクターの支援、資金の動員を行う義務を負うことになる。1979 年から 2020 年にかけて、G7 は 435 件の中核的な保健コミットメントを採択し、年平均 10 件、ピークは 2006 年ロシア連邦サンクトペテルブルクでの 69 件、2015 年ドイツのシュロスエルマウでの 61 件、2016 年日本の伊勢志摩での 85 件、2020 年 3 月 16 日の COVID-19 に関する緊急サミットでは全 33 件中 21 件のコミットメントが採択された。

→ 国際機関の進化と活動を形成することによって、グローバルヘルス・ガバナンスを発展させる。1987 年から 2020 年までの G7 サミットでは、世界保健機関（WHO）の 110 件、国連の 65 件、世界エイズ・結核・マラリア対策基金の 61 件を筆頭に、こうした機関への言及が 330 件にのぼる。

G7 での意思決定

G7 での意思決定は、サミット議長国やメンバー国がサミットから得られると期待する成果によって大きく左右される。議長国は 2 年前までに、G7 主催年の優先事項を他のメンバーと非公開で共有する。毎年 1 月 1 日からは、「シェルパ」と呼ばれる首脳個人の代理人が数回にわたって会合を開催する。最初の会合では、議長国からのテーマ・ペーパー

を議論することが多く、徐々にコミュニケのドラフトを作成し、サミットの前夜までに合意するようになる。サミットの期間中、シェルパはいかなる懸案の課題も解決し、コミュニケの最終的なテキストを作成するために首脳を支援する。G7 首脳は 2 ～ 3 日かけて話し合い、交渉するが、シェルパや他のアドバイザーがいない単独セッションもある。サミットの最後に、合意したコミュニケを発表し、各首脳は記者会見でその成果を説明する。

意思決定は、正式な投票ではなく、コンセンサスによって行われる。議長国の意向と首脳の能力が最終結果に明らかに影響を与える一方で、平等と合議の合意が全体に行き渡っている。議長国首脳は、他の G7 メンバーが断固として反対するとわかっている議題や文章を提案することはない。さらに、2 か国以上のメンバーが反対した場合、議長は最後に提案を取り下げる。反対しているのが 1 か国だけであれば、通常は黙認するが、近年はそのような状況にある首脳は当該コミットメントに明確に同意していない。国内政治的な配慮から、特定のイニシアティブでリーダーシップを発揮する必要があるため、コミュニケが長くなったり、複数回になったりすることが多くみられる。サミットでは、首脳が自発的に新しい課題やイニシアティブを提案することが多い。意見が分かれる文章の場合は、通常、彼らのシェルパや政務ディレクター、財務補佐官が提示した代替的な表現を採用する。

G7 の閣僚会議は、各国間の相違を調整し、首脳の任務を容易にするため、または専門的で異論のない課題について決定するために、年間を通じて開催されることが多くなっている。例えば、G7 保健大臣会合は 2006 年に初めてこの形式で開催され、14 のコミットメントを行い、2015 年に 36、2016 年に 40、2017 年に 101、2019 年に 13 が追加された。

未解決の重要な課題

G7 は、いくつかの未解決の重要な課題または問題に直面している。例えば、G7 が 2000 年から 2010 年にかけて示した継続的な高水準のパフォーマンスをどうすれば回復させることができるか？市民社会、WHO、G20 とどのように連携していくべきなのか？グローバルファンドのように貧しい国々（とりわけアフリカ）に資金を動員することに重点を置くべきか、それとも、より幅広い手段に移行し、交通事故や「絶望の病」、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジなど先進国に影響を与える課題にも対処すべきか？最後に、持続可能な開発目標からヒントを得て、G7 は、ジェンダー平等、自然環境、気候変動の原因及び結果としての健康を含む健康の社会的決定要因に明確に取り組むべきか？

G20（主要 20 か国首脳会議）

G20 は、G7 メンバー国、BRICS 諸国（ブラジル、ロシア、インド、中国、南アフリカ）、MIKTA 諸国（メキシコ、インドネシア、韓国、トルコ、オーストラリア）、アルゼンチン、

サウジアラビア、欧州連合で構成されている。国際通貨基金（IMF）と世界銀行グループは G20 の審議に参加しているが、メンバーではない。1999 年に財務大臣・中央銀行総裁会議として、2008 年に首脳会議として開催されて以来、金融・経済の安定を促進し、グローバル化をすべての人々のために機能させることを主な目的としている。

先進国、新興国、開発途上国と多様な経済圏からなる G20 諸国は、世界の人口、経済、健康を形作る能力の大部分を代表している。彼らのリーダーは、現在、多くの閣僚会議、国際機関、市民社会の関与するグループによって支援されている。このように、彼らは独自の包括的、総合的、相乗的な方法で保健アジェンダを形成することができる。非公式の国際的な枠組みである G20 の機能は、G7 の機能と類似している。

2008 年以降、特に 2013 年と 2014 年、そして 2017 年と 2019 年、さらに 2020 年 3 月 26 日に開催された COVID-19 に関する緊急首脳会議（ビデオ会議による）では、保健に関する G20 サミットの審議範囲が大幅に拡大された。

2011 年から 2019 年にかけて、G20 首脳は、2014 年オーストラリアのブリスベンでの 33（いずれもエボラ出血熱に関するもの）、2017 年ドイツのハンブルグでの 19（薬剤耐性、保健システム強化、ポリオに関するもの）をピークに、保健に関する合計 75 のコミットメントを採択している。2020 年 3 月には、さらに 22 のコミットメントが追加された（すべて COVID-19 に関するもの）。2008 年から 2019 年にかけて、G20 首脳は G20 諸国内の主体に対して 11 件、外部のアクターに対して 56 件の保健関連の言及を行った。後者は WHO が 17 件、国連が 15 件であり、残りの主体は言及がはるかに少ないものであった。

G20 での意思決定

G20 の意思決定は、G7 の意思決定とほぼ同じである。ただし、19 か国のメンバー国のうち、どの国が年次サミットを開催するかは、メンバー国自身が選ばなければならない。そのため、各国がサミットを開催する頻度は G7 よりもはるかに少なくなる。首脳の G20 シェルパは、G7 と同じ場合もある。2017 年以降、G20 保健大臣年次会合は、首脳の決定の準備と実行に役立っている。継承されたアジェンダは、経済から社会、環境、安全保障の問題にまで広がっており、議長国がより適切と考える新しいアジェンダを優先して古いアジェンダを捨てる柔軟性は低くなっている。

1.5　外交官の役割の変化

二国間及び多国間の外交構造は国際秩序に組み込まれているが、SDGs の交渉とその後の採択は、多国間外交のあり方に重要な変化をもたらした。外交は、主に代表性に関わるというよりむしろ、コミュニケーションとともに、複雑な関係への対処を含め、変容するグローバルな変化や社会的関与のマネジメントのための重要なツールとなった。

外交は今やグローバル・ガバナンスの重要な要素である。外交官は、国家レベルでもグローバルレベルでも、イシューとアクターを結び付けなければならない。国内のより多くの省庁が国際案件に関与し、市民社会がかつてないほど国際的視野を持つようになるにつれて、外務省の機能は、国際レベルでのすべての公式なコンタクトを監督するゲートキーパーから、**政府全体及び社会全体のアプローチ**の調整役及びイネーブラーへとシフトしている。これはまた、プロの外交官の輪の外で、より多くの個人が外交に携わるようになることを意味する。「今や誰もが外交官」という言葉もある。

大使館やその他の外交代表部は、アウトリーチ、対話、関係構築に以前よりはるかに多くの関与をするようになり、外交官は、従来は外交分野の外にいた国内外の幅広いアクターとの交流を、二国間、多国間及びマルチステークホルダー外交としばしば同時に同じイシューについて実施できるようにならなければならなくなった。外務省の職員は、国の政策展開や、他省庁のますますグローバル化する活動を常に把握しなければならない。その多くは、現在独自の国際部門を持ち、SDGs 実施プロセスに参加するなど、その活動範囲を拡大している。多くの場合、保健省は国際保健やグローバルヘルスに関する部署を拡大しなければならなくなっている。ジュネーブの環境では、各国政府が WHO に派遣し保健交渉を行うための代表者は、外務省代表、保健省代表、または両省代表など、様々なタイプがあることは注目に値する。すなわち、ある場合には外務省の代表者、他の場合には保健省の代表者、また別の場合には両省庁の代表者なのである。加盟国の代表団の構成は、最終的に、保健の目的を達成するために外交を行うか、またはその逆かを決定する。適切なバランスを見つけることは、各国の代表団と WHO のような機関にとって不可欠である。

G7 と G20 の設立によって、さらに重要な代表と交渉のメカニズム、いわゆる「シェルパ」システムが登場した。シェルパとは、G7 と G20 に参加する国家または政府の首脳個人の代表のことで、それぞれの首脳から任命されたキャリア外交官や政府高官が自国の利益を代表し、すべてのサミット準備に必要な広範な一連の協議に参加する。シェルパは G7 や G20 の各加盟国につき 1 人のみである。シェルパは、同じ国の外交官や専門家の「副シェルパ」によってサポートされる。副シェルパは、様々な準備会合に設置されたワーキング・グループの一部として、特定のアジェンダ（現在は保健分野も含む）を担当するよう任命されている。

SDGs のプロセスと現代のグローバルな課題によって、外交官は自国の利益を促進し、国際社会の利益を増進するという二重の責任を担うことが求められている。保健や環境などの分野で繰り返し明らかにされてきたように、ある種の「グローバル公共財」、すなわち「グローバル・コモンズ」を保護するアプローチを開発する必要がある。これは例えば、気候に関するアジェンダや、COVID-19 ワクチンをすべての人が利用できるよう求める声にも適用される。このような共通財は、一部の国が一方的なアプローチを選択しているにもかかわらず、共同で保護し、すべての人に利益をもたらし、持続可能な開発を実現できるような方法で管理する必要がある。この典型例は、COVID-19 パンデミックにおいて、しばしば「ワクチン外交」と呼ばれ、「ワクチン国家主義」とは対照的に、世界規模で COVID-19 ワクチンへの公平なアクセスを確保するメカニズムを確立することを目指していることである。（グローバルヘルス外交のさらなる例については、**第 13 章** を参照のこと）。

国家や政府の首脳は、主要なグローバル･イシューに関連して、より目立って見えるようになっている。**首脳会談**を利用してアジェンダを形成し、**威信をかけた外交**で自らの関与を強調するケースはますます増えている。例えば、ドイツのアンゲラ・メルケル元首相と日本の安倍晋三元首相は、G20 や G7 サミットなどのハイレベルな政治フォーラムでグローバルヘルス・イシューを提起し、その存在感を示している。日本は、2019 年の G20 議長国の立場を利用してユニバーサル・ヘルス・カバレッジを推進し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを推進し、重要な役割を果たした。

外交は、より市民を中心としたものとなり、自国の国民にだけでなく、海外や国際機関での取り組みを通じて国際社会に価値を提供することがますます期待されている。国家や政府の首脳がアウトリーチ目的で**ソーシャルメディア**を活用することも多くなっており、有権者に対して自らをアピールするだけでなく、国際的な聴衆を確保してアジェンダを前進させるために「ツイッター外交」を利用する者もいる。最近では、中国の習近平国家主席、イラン・イスラム共和国のハッサン・ルハーニ大統領、ロシア連邦のプーチン大統領、韓国の文在寅大統領（執筆時点）などが「コロナ外交」を展開し、医薬品を提供する形で幅広い国々に働きかけを行っている。事実上、「ソフト・パワー競争」ともいうべき戦いを続けてきたのであった。

このすべてのことは、外務省や外交官の役割が変化し、時には弱くなることを意味する。同時に、ほとんどの外務大臣､大使､代表団（ニューヨークやジュネーブの国連代表部）が自らのソーシャルメディア・アカウントを持ち、それによって、自らの意図、政策、成果をより広く伝えることができるようになった。このような関与は、**パブリック・ディプロマシー**の新しい形になる。

第 2 章｜グローバルヘルス外交：システム及び方法

2.1　グローバルヘルス外交の定義

グローバルヘルス外交とは、保健分野と非保健の分野において、保健のためのグローバルな政策環境を形成し、運営する重層的かつ多様なアクターの交渉プロセスを指す。外交は組織のシステムであり、仕事の方法でもある。それは常に政治的なものであり、多くの異なるチャンネルを通して実行される。外交官は、自国の外交政策の目的を達成しようとし、より一般的には、海外での自国の利益を守ろうとする。今日、外交は公認の外交官だけではなく、多様なアクターによって行われ、マルチステークホルダー外交となっている。このことは、グローバルヘルス外交にも言えることである。

過去数十年の間に、非常に複雑でダイナミックかつ多様なグローバルヘルスの「エコシステム」が出現し、グローバルヘルス外交官はこれをうまく進めて行く必要がある。それは、グローバルレベルで運用されるルール、プロセス、制度に基づいているが、他の強力なアクターが外交保健分野に参入してきたにもかかわらず、国家間の協力の意思に大きく依存していることに変わりはない。多国間主義という背景の中で、グローバルヘルス外交は、プレイヤーの力を高めることも、抑制することもできる。グローバルヘルスにおけるリーダーシップは、例えば知的所有権に関するルールや COVID-19 パンデミック時のワクチン国家主義に見られるように常に支配的な力関係に影響される。

パワーは WHO 加盟国間の関係を形成するだけではなく、大規模な財団のような他の重要なアクターによっても行使される。これらの財団は、グローバルヘルス・プログラムに多額の資金を提供し、世界中の意思決定者にすぐにアクセスし、グローバルヘルスのアジェンダを設定することができる。

外交はしばしば、様々な環境で、様々なテーマについて交渉を行う技術及び実践と定義される。このことは、非常に広範な課題を扱い、**第 1.4 節**で詳述したガバナンス・スペースの中で行われる、グローバルヘルス外交においても同様である。しかし、グローバルヘルス外交は、7 つの要素から論じた**第 3 章**で説明しているように、単なる交渉以上のものである。関係の構築と維持、情報の収集、

善意の確立、そして「ソフトパワー」としての保健の利用が含まれる。ソフトパワーとは、保健を通じて世論に影響を与えることで、例えば、2003 年に開始された米国大統領によるエイズ救済緊急計画（PEPFAR）のような大規模な保健プログラムの確立や、2020 年の COVID-19 パンデミック時に中国が実践した「マスク外交」などがそれにあたる。これらの行動は二国間であることが多いが、国際世論に影響を与えることが十分に計算されている。

グローバルヘルス外交は、**イシューに基づく外交**の重要性が増していることの現れである。これは、何よりもまず、健康に関する共通課題に対処するための多国間システムにおける交渉プロセスを意味する。グローバルヘルス外交の中核をなすのは、国境を越え、協同して成功裏かつ持続的に取り組むために、グローバルな合意、法的文書、アライアンスを必要とする健康課題である。しかし上述のようにグローバルヘルス外交には他の多くの外交プロセスも含まれる：例えば、ドナー関係に見られる二国間保健外交である（ただし、これらは本書では焦点をあてていない）。例えば、グローバルファンドまたは世界銀行と低・中所得国との間のような、組織と国との間の二者間交渉プロセスもある。また、WHO が個々の国と特別な協定を結んでいるケースもある。

グローバルヘルス外交は、国家を代表する公認外交官や保健担当者の間で行われるだけでなく、マルチステークホルダー外交の常として、世界の舞台で活躍する他の多くの主要なアクターも巻き込んで行われる。保健が純粋に医療や技術の領域を超え、外交、安全保障、貿易政策においてこれまで以上に重要な要素となってきていることから、グローバルヘルスを推進するために、グローバル・レジームや国際協定、条約を交渉し、他のセクターの幅広いアクターと良好な関係を維持する新しい能力が必要とされている。

外交官の多くはジェネラリストである。グローバルヘルス外交に携わる場合、国際的な背景や外交プロセスに精通していることが交渉に不可欠だが、保健分野は特殊なため、多くの場合、一般的な知識や経験を、通常は保健省の保健医療専門家が持つ特定の医療や科学の専門知識で補完する必要がある。外交官が守るべき国益と、世界的な公衆衛生活動の主要な関心事であるべき「保健のための共通財」という概念の中核にある連帯感との間に、国内代表団内でも緊張が生じることがある。

WHO がグローバルヘルスの指揮・調整機関であることから、グローバルヘルス外交の大部分は、特に国際文書に関する合意を得ることを目的とする場合、そのカバナンス組織内での国家間の正式な交渉で成り立っている。しかし、**第 1.4 節** で示されるように、3 つのガバナンス・スペースすべてに、グローバルヘルス外交が実践される重要な場が含まれている。このような場の急増は、

保健省の国際保健担当部署に大きな負担となっている。同部署は、増え続ける交渉や交渉相手、または国際組織間の調整の必要性の増大に対応できる体制が整っていないことが多くなっている。特に小国や低・中所得国においてその傾向が強く見られる。保健交渉はますます複雑になっているため、ジュネーブの多くの政府代表部には、専門の「保健アタッシェ」が置かれるようになった。また、外務省の中には、保健分野などのイシューに基づく外交が重要視されるようになり、職員の中に専門家を増やす傾向にある。

保健外交官の間だけでなく、NGO、学術界、財団、民間セクターなどの非国家主体との間で行われる非公式な保健外交の役割を過小評価してはいけない。非公式なマルチステークホルダー外交は、公式なグローバルヘルス外交の成果に影響を及ぼすことができ、また多くの場合、影響を与える。関係構築は、マルチステークホルダー外交の重要なスキルである。ジュネーブやニューヨークのような交渉の中心地では、多くのイベントや外交レセプションが、非公式な外交や情報収集の機会を数多く提供し、特に重要な役割を果たしている。**第 6 章**では、非国家主体の役割をより詳細に検討する。

例：COVID-19 パンデミックは、以下のようにグローバルヘルス外交に多くの課題を投げかけた。

COVID-19 パンデミック時にグローバルヘルス外交が直面した課題は、過去 10 年間に多国間システムが経験した困難を大いに反映している。このシステムの脆弱性が、パンデミックへの対応に関する当初の国際協調の欠如として現れていた。特に、中国と米国の地政学的な対立は、WHO だけでなく、G7、G20、国連安全保障理事会でも多国間アプローチの進展を妨げていた。このネガティブな傾向は、米国が WHO から脱退する意向を表明したことでさらに強まった。

米国の新大統領が就任しても、課題は山積している。WHO の将来、パンデミックへの備えと対応のための新たな法的基盤の構築、国際保健規則のさらなる改正、世界の安全を守り、開発中の COVID-19 ワクチンを誰もが利用できるようにするための共通財への新たな資金調達方法の特定などである。

COVID-19 対応における国際保健規則の機能を見直す WHO 委員会、COVID-19 検査・治療・ワクチン開発・生産・公平なアクセスを加速する新しいタイプの国際協調である ACT アクセラレータ、COVID-19 ワクチンの共同調達と公平な分配のためのグローバル・リスク共有メカニズムである COVAX ファシリティ、新しい政治的アライアンスと資金

調達イニシアティブ、といった新しいメカニズムがこれらの課題に対処すべく創設されている。特に欧州連合（EU）が、連帯を促進する上で重要な役割を担っている。

2.2　グローバルヘルス外交の現代的理解の基礎

グローバルヘルス・アーキテクチャー、機関、プロセスは、ガバナンス・手段・外交という 3 つの重要な柱で成り立っている。この 3 つの柱の相互関係が強まっていることが、21 世紀のグローバルヘルスにとって必須の推進力となっている。

グローバルヘルスの歴史的基盤は、1851 年にパリで開催された一連の国際衛生会議に端を発している。1863 年には人類初の人道的保健機関である赤十字国際委員会（ICRC）が設立され、1892 年以降、国際保健条約の採択が始まった。

国際保健の分野では、20 世紀前半に国際公衆衛生事務所（1907 年）と国際連盟保健機構（1923 年）の 2 つの先駆的な機関が設立された。第二次世界大戦終結からわずか 1 年後の 1946 年 7 月 22 日、

ニューヨークで WHO 憲章が採択され、新機関の最初の法的機能は**「国際保健業務の指揮及び調整機関として行動する」**こととされた。1948 年に憲章が施行され、WHO はジュネーブで活動を開始した。

しかし、現在みられるグローバルヘルスに対する理解が形成され始めたのは、20 世紀後半の数十年間であった。グローバル化；国境を越えた商業的利益；健康の社会的決定要因の国境を越えた性質；HIV/AIDS や喫煙などの世界的な蔓延；健康への政治的注目度の上昇；健康課題に関わる国際的なアクター増加など、いくつかの外部要因がきっかけとなって、保健に関する国際協力への要求と期待が高まった。

20 世紀の終わりと 21 世紀の始まりには、グローバルヘルスにおいて新たに 2 方向のダイナミクスが出現した。一方では、国家を超えて健康に影響を与える要因が、数と力の両方において世界中で急速に増加した。国際貿易の拡大、多国籍企業、グローバルな観光、運輸、通信は、ヒト、モノ、サービス、情報、ライフスタイルの国境を越えた移動を著しく加速させている。不平等、気候変動、食糧不安、感染症の再燃、大量移民などの新たな世界的脅威は、健康とウェル・ビーイングに大きな影響を及ぼしている。グローバル化の恩恵は平等に分配されておらず、2008 年の金融危機とその後多くの国で採用された緊縮財政政策を受けて、不平等が拡大している。

他方、健康が、経済成長や持続可能な開発、国際的な安全、安定、平和に直接・間接的に大きく貢献することが、現在ではより明確に理解されるようになった。COVID-19 危機がもたらした広範な経済的影響は、このことを改めて浮き彫りにした。さらに、保健医療セクターは今や最大の産業の 1 つとなっている。世界の年間医療費は 2015 年に 7.1 兆ドルに達し、この数字は 2020 年までに 8.7 兆ドルに膨らむと予想されている。また、保健医療は公共財政における重要なセクターであり、家計支出の主要な分野でもある（Deloitte, 2019a）。従って、保健医療はほとんどの国の国内政策と外交政策の両方で重要な位置を占めている。

同時に、グローバルヘルスに対する 2 つの異なるアプローチが出現している。1 つは、開発途上国における健康の改善に焦点を当てたもので、SDGs に基づき、開発援助によって資金を調達し、大規模な慈善団体による支援も増えてきている。もう一つは、COVID-19 パンデミックによって補強された考え方だが、すべての国に関連する国内及び国家間の健康格差、そして国境を越えて人々の健康を決定するグローバルな力を考慮した対応が必要な健康課題に関連するアプローチである。健康と経済的・社会的要因の間のこのダイナミックなインターフェースは、国や地域の境界だけでは取り組むことができない。このような課題には、特に世界的な健康危機やアウトブレイク発生時には、多国間及びマルチステークホルダーによる協調と行動に基づく、グローバルな解決策が必要とされる。

今日、グローバルヘルスをどのように理解すべきかについて、活発な議論が続いている。特にグローバルサウスの政府やコミュニティは、当初から関与していないグローバルヘルスへのアプローチを受け入れようとせず、他者が自分たちの「ために」開発したプログラムを採用することはしない。グローバルヘルスの専門家や組織の多くは、依然として北半球に集中しているため、グローバルヘルスの「脱植民地化」が求められている（**Box 3** 参照）。

Box 3：グローバルヘルス外交の脱植民地化

近年、グローバルヘルスは本質的に「植民地主義的」な分野であると言われ、「脱植民地化」が叫ばれている。大学生たちは、非歴史的で非政治的なグローバルヘルスの教育に対して疑問を投げかける会議を開催している。例えば、アフリカの健康課題についての科学論文では、アフリカ人研究者の割合が著しく低いことが判明している。COVID-19 のパンデミックに対する世界的な対応に、「植民地的」な態度や慣行を見出すコメンテーターもいる。アフリカをワクチンの「実験場」にするという初期の提案や、貧しい国々での地域事情に配慮していない手洗いや社会的距離の取り方に関する専門家の推奨を含む。

脱植民地化とは何を意味するのであろうか？「脱植民地化」という言葉には、少なくとも 2 つの主要な解釈がある。伝統的な考え方では、ある国による他の国の領土支配が終わることを指すと考えられている。この点では、ほとんどの国、特に「グローバルサウス」* の国々は、すでに「脱植民地化」されたとみなすことができるだろう。しかし、ある有力な論文では、この言葉は「欧州帝国の拡大過程の逆転とその政治的、経済的、社会的、文化的、言語的帰結」(Bismarck, 2012)、すなわち、人々の先住民としてのルーツへの回帰であると定義されている。言語や文化など、植民地時代の過去の名残は、浄化は不可能ではないにしても、困難なものが多くあるが、現代の資本主義、性差別、人種差別、グローバル化に反映されている植民地主義の遺産を明確に認め、絶えず挑戦することができないという訳ではない。

グローバルヘルスの分野を考察する上で、「脱植民地主義」という概念も重要である。ラテンアメリカの学問に端を発するこの概念は、西洋の知識や文化が持つ普遍性や優位性に疑問を提起している。何世紀にもわたる人類の医学と現代のグローバルヘルスの多くは、他の知識生産システムをほとんど無視した西洋思想によって形作られてきた。従って、グローバルヘルスにおける脱植民地主義とは、非西洋人や先住民の視点も考慮した、より多元的な健康観への誘いなのである。このような欧州中心的な概念の解体によって、

異なる人々とその文化を包括し、尊重するような保健介入、政策、実践、研究の取り決めが生まれることが期待されている。例えば、2014 年に西アフリカで発生したエボラ出血熱に対する国際的な対応では、こうした尊重の欠如が「不信の物語」を生んだと主張する人もいる（Richardson, McGinnis & Frankfurter, 2019）。

では、グローバルヘルス外交はどのように「脱植民地化」されるべきなのであろうか？欧米諸国によるグローバルサウスの地政学的な植民地化はほぼ終わったとはいえ、新自由主義政策、男女差別、白人至上主義、生態系破壊といった形で植民地時代の遺産がいまだに根強く残っており、これらのすべてが今日まで、各国内及び国家間の健康格差を助長してきた。非感染性疾患、性と生殖の健康、気候変動による長期的な健康への影響など、差し迫ったグローバルヘルス・イシューに真剣に取り組むには、国家間の保健に関する多国間及び二国間交渉において、これらの長年にわたる権力の不均衡の原因を認識し、積極的に取り組んでいく必要がある。

さらに、保健外交のプラットフォームは、より包括的で平等なものにしなければならない。一般に開発途上国は、…意思決定を支配（国連機関においてもグローバルファンドのような官民パートナーシップにおいても）している旧宗主国（かつ現在の開発援助ドナー）との不平等な関係からまだ移行できないでいる。従って、富める国も貧しい国も、すべての国に平等な発言権を与えるために、大いに必要な改革を実施しなければならない。2017 年に WHO 事務局長が執行理事会ではなく、世界保健総会（すなわち、すべての国）によって選出されるようになったことは、その方向への不可欠な一歩であった。しかし、グローバルヘルスのリーダーシップ、ガバナンス、外交における包括性と多様性の拡大に向けた進展を加速させるためには、さらなる方策を講じる必要がある。

最後に、保健外交に脱植民地主義のレンズを適用することは、交渉の席で「声が大きすぎる」または「全く聞こえない」といった意見を明らかにするのに役立つ。各国政府以外にも、多国籍銀行や多国籍企業から、慈善財団やエリート・シンクタンクに至るまで、「新植民地主義」的行動をとり、グローバルヘルス政策に不当かつ不釣り合いな影響力を及ぼしていると見なされるアクターが無数に存在している。一方、グローバルヘルスには、女性、LGBT コミュニティのメンバー、少数民族や先住民のコミュニティ、グローバルサウスの社会運動など、「沈黙の声」が存在する。グローバルヘルス外交を脱植民地化するためには、「新植民地主義者」から交渉の場を守り、「植民地化」され抑圧された人々が交渉に参加する機会を増やすことが必要であり、これはグローバルヘルスを真にグローバルなものにするための重要な第一歩となると論じられてきた。

* “Global South” と “Global North” という言葉は、1980 年に西ドイツの元首相ウィリー・ブラントを委員長とする独立委員会がまとめた「ブラント委員会報告書」によって導入された。

参考文献

付録 2 の「**グローバルヘルス外交の脱植民地化に関する出版物**」を参照のこと。

2.3　グローバルヘルス外交システム

グローバルヘルス外交の特徴的な制度的メカニズムや手段は、より大きな外交システムの一部であり、それらと交わり、部分的に依存し合っている。**第 1.4 節**では、アクターが交渉し、意思決定を行う 3 つのガバナンス・スペースについて説明し、グローバルヘルスの複雑でダイナミックなエコシステムについて一般的な考えを示した。

近年、多国間主義は弱体化しているが、グローバルヘルス外交の主要な経路は、依然として国連システムの枠組みの中での国家間の交渉である。WHO は、国際保健活動の調整と規範・基準の策定という憲章上のマンデート（権能）、各国の代表からなる高い正当性、条約制定権によって、グローバルヘルス外交の重要なパイプ役であり続けている。マルチステークホルダーによる保健外交のための不可欠なプラットフォームにもなっている。例えば、毎年開催される世界保健総会には、世界中から 4000 人もの参加者が集まる。このような場では、まさに「誰もが保健外交官」であると言える。

WHO のグローバルヘルス外交は、一般的な外交代表制とコミュニケーションの実践に従っている。現在、WHO には 194 の加盟国があり、国連が定める「世界各国の代表が 1 票を投じる」という原則に基づき、国の規模や発展度合いに関係なく動いている。**WHO での交渉は、**他の多くの外交の場とは異なり、原則的に投票を求めることは可能であっても、**コンセンサスを得ることを目的としている。**

WHO では、事務局による価値観主導のエビデンスに基づく提案と、加盟国の外交政策上の利益、そして WHO のガバナンス組織において自国を代表する保健省の特定の国益との間に、しばしば緊張関係が生じることがある。多くの場合、日々の交渉はジュネーブの政府代表部を拠点とする保健アタッシェによって行われ、主要な会議や重要な決定が採択される際には、大使や閣僚といったより高いレベルの代表者が参加することになる。例えば、ジュネーブにある国の政府代表部や首都の交渉担当者は、自国の政府から指示を受け、国の立場や利益が交渉の結果に反映されるよ

うに努める。小さな代表部の交渉効果は、保健アタッシェの人柄や人脈に大きく依存する可能性がある一方、大きな代表部は外交機構を通じて交渉を行う。

交渉の成功に対する責任は、WHO などの組織の事務局にもある。加盟国、市民社会、民間セクターとの対話と協議を行い、支持を得られるような透明性のある方法で提案書を作成すれば、政府機関内でその提案がより迅速に進展する可能性がある。いつ、どのように提案を行うかを知ることは、保健外交を成功させるために、そのような組織の事務局で磨かれるべき重要なスキルである。

グローバルな交渉を成功させるには、**国レベル**で構築された適切なメカニズム、手順、戦略が不可欠であり、良好なグローバルヘルスは自国から始まる。グローバルヘルスに関する国の政策枠組みは、他のレベルでの交渉の羅針盤として機能し、中央省庁内のグローバルヘルスを担当する強力な部署やフォーカル・ポイントを通じて支援することができる（**第 8.4 節**参照）。

これらの政策枠組みは、グローバルヘルス全般を扱うこともあれば、薬剤耐性など国内外での協力を必要とする特定の課題についての国家戦略である場合もある。国際交渉の成功は、各国が個々の組織に対して抱いている信頼にも左右される。そのような信頼の度合いは、しばしば公式レビュー結果として発表されている。例えば、英国と北アイルランドの多国間援助レビューや、多国間組織パフォーマンス評価ネットワークは、多国間組織のパフォーマンスを検証し、国の計画や戦略を評価するものである。

保健交渉では、保健医療政策と外交政策（及びその他の政策分野）の相互作用が必要となることが多いため、**保健アタッシェ**の役割はますます重要になってきている。これらの外交官は、ジュネーブとニューヨークの両方で、首都の当局者へのブリーフィング、交渉の準備、多くの場合、交渉を直接行うことが期待されている。

多くのグローバルヘルス組織が本部を置くジュネーブは、グローバルヘルスの中心地であり、多くの国や主要なアクターが代表を務めている。ジュネーブは、交渉の準備のために関係を築き、公式・非公式両方のチャンネルを利用しやすい環境を提供している。しかし、SDGs（特にゴール 3）において健康が不可欠な要素であることを考えると、**ニューヨークの国連**でもグローバルヘルスの交渉が行われることが多くなっている。健康課題は、総会、安全保障理事会、または特別ハイレベル・サミットでも議論されている。その他の重要な場としては、G7 や G20 の定期会議、特別首脳会議がある。主要なグローバルヘルス組織はジュネーブ、すなわち北半球に本部を置いているが、彼らが取り組むべき課題の多くはグローバルサウスの低・中所得国にあるという事実を批判する意見もある。また、低所得国の中には、ジュネーブに自国の代表部を持たない国もあることに留意する必要がある。[6]

他の外交分野と同様に、グローバルヘルス外交のシステムは、国家間（二国間及び多国間）の関係だけでなく、国家と他のアクターとの関係も管理するように発展してきた。マルチステークホルダー外交の重要性は飛躍的に高まっている。特に市民団体は、高いレベルの関与、透明性、説明責任を期待している。これは、大規模なドナーや財団からは必ずしも得られるものではない。ジュネーブに最近設立されたグローバルヘルス組織の多くは、マルチステークホルダー及び構成員に基づくガバナンスによって定義されている。例えば、グローバルファンドの理事会は 28 議席で構成され、そのうち 10 議席はドナー側、10 議席は実施者側を代表する。残りの 8 議席は、市民社会からの幅広いグローバルヘルス分野のアクターを含む理事会投票権のないメンバーである。

WHO を含むグローバルヘルス組織間においては、限られたドナーのリソースをめぐってしばしば競争が繰り広げられる一方で、組織のミッションを浸透させるために重要な側面はみな WHO に依存している。それは、各々の活動を支える規範や基準、WHO 国事務所を通じた国レベルでの技術支援、WHO の支援やその普遍的メンバーシップ、コンセンサスに基づくアプローチによって伝えられる正当性などである。WHO は、グローバルヘルスを指揮・調整する機関として、グローバルヘルス分野におけるプレイヤーの増加に対応してきた。非国家主体がグローバルヘルスに貢

6　スイス連邦は、ジュネーブにあるすべての組織と代表部に関する概要を定期的に更新している：https://www. eda.admin.ch/dam/mission-onu-omc-aele-geneve/en/documents/GI--en-chiffres_EN.pdf

献していることを認識し、国内外において公衆衛生を保護・促進するための活動の展開を奨励することによって、非国家主体との関わりを深めている。非国家主体との関係は、「非国家主体との関わりの枠組み（Framework of Engagement with Non-State Actors）」によって規定されている。この枠組みは、WHO の活動を潜在的な利益相反、風評リスク、不当な影響から保護しつつ、非国家主体（NGO、民間企業、慈善財団、学術機関）との連携を強化することを意図している。（グローバルヘルス外交の場とアクターについての詳細は、**第 6 章**に記載している）。

2.4　グローバルヘルス外交システムにおける関係性

各国は、公式・非公式を問わず、様々な方法でグローバルヘルス外交に取り組んでいる。実際、一般的な外交の様々な形態は、保健外交にも当てはまる。国家間、そして国家と交渉に影響を与えようとする他のアクターとの間の不均等なパワー・ダイナミクスは、常に交渉の結果に影響を与え、しばしばその結果を決定することさえある。過去数十年にわたる多くの困難にもかかわらず、交渉に参加し、成果をあげようとする意欲は一般に常に感じられるものであった。しかし、多国間主義へのコミットメントが弱まったことで、様々な形の外交を駆使してアジェンダを前に進めることが難しくなってきている。その兆候として、主要な会議において合意という結論に到達できないことが増えていることが挙げられる。グローバルヘルス外交の確立されたシステムは崩壊し、米国が最近作ったリーダーシップの空白は、国家間の新しいアライアンスが形成されつつあるにもかかわらず、まだ埋まっていない。そして、アジェンダを前に進めるために、これらすべてのレベルで同盟が作られる。

多くの場合、アジェンダを前に進めるために、異なる外交チャンネルが同時に使用される。すでに述べたように、公式及び非公式の交渉（**「トラック 1」と「トラック 2」外交**）は、通常、並行して行われる。自国の立場を向上させ、同盟の可能性を検証するために、各国（及び他のステークホルダー）は**「フォーラム・ショッピング」**、すなわち、異なる交渉の場や異なるレベルで重要なイシューを提起することがある。（このプロセスはもちろん、様々な場での彼らの影響力に依存する。）うまくいけば、交渉は互いに補強し合い、外交上のブレークスルーを促すこともできるが、2020 年の G7 と G20 でのグローバルヘルス交渉のように、失敗する場合もある。

ほとんどの国は、国連システムによって**多国間レベル**に関わっている（**第 6.3 節**の図表を参照）。

WHO は、グローバルヘルスに関する規範・基準の交渉において、中心的な役割を担っている。このような交渉の優先順位は、通常、国連の枠組みの中で（一国一票の原則に従って）名目上対等な立場で参加する各国政府が設定する。WHO での協議前に、通常、二国間や地域レベルでの準備交渉が行われる。そして、アジェンダを前に進めるために、これらすべてのレベルでアライアンスが作られる。世界銀行などのブレトンウッズ機関では特に保健医療財政問題について、また、Gavi ワクチンアライアンス、グローバルファンド、ユニットエイド（UNITAID）などの特定の保健機関でもグローバルヘルス外交が行われている。

国連合同エイズ計画（UNAIDS）は、国連経済社会理事会によって設立され、現在も国連システムで唯一の共同事業として設立された合同計画である。UNAIDS はプログラム調整委員会（Programme Coordinating Board）によって運営されている。この委員会は、加盟国、参画国連機関（コ・スポンサー）、市民社会の代表、特に HIV に感染し影響を受けている人々で構成されており、小規模かつ包括的という点でユニークなガバナンス構造である。重要なことは、プログラム調整委員会の NGO 代表団が、加盟国及び UNAIDS のコ・スポンサーと対等な地位にあることである。このような取り決めは、グローバルヘルス・ ガバナンスの脱植民地化を促進するのに役立つ可能性がある。

グローバルファンドはスイス法に基づく民間財団だが、スイス政府から国際機関に準じる資格を付与されている。エイズ、結核、マラリアの終息を促進するために設立され、政府、市民社会、技術専門機関、民間セクター、そして、これらの疾病の影響を受けている人々とのパートナーシップのもと活動している。

グローバルファンドや Gavi ワクチンアライアンスでの交渉のような場合、その国の発展度合いによって、ドナー国、被援助国として、または実施国として交渉に参加するのかが決まる。多くの場合、所属母体を代表するモデルが選択される（**Box 10** 及び **Box 11** を参照）。あらゆる組織や交渉の場において、他のステークホルダー（大規模な財団、学術界、民間セクター、NGO）を取り込む**マルチステークホルダー外交**がますます増えている。このような関与は幅広いインターフェースで構成され、たとえ最終的な決定が加盟国によって下されたとしても、交渉の成功に不可欠な要素であることがしばしばである。マルチステークホルダー外交は、政府、科学者、企業、市民社会、慈善活動家、グローバルヘルス組織を集めた ACT アクセラレータなどの新しいメカニズムも含め、**官民パートナーシップやアライアンス**を通じて実施されている。

G7、G20、BRICS 諸国、英連邦などの**国別首脳会議**は、今やグローバルヘルス外交において非常に重要な役割を担っている。健康課題に関する多国間交渉は、国家や政府の首脳レベルで行われることが多くなっている。これはしばしば**「クラブ外交」**と呼ばれ、加盟国は一部の国に限定

され、他のどの国を交渉に招待するかは持ち回りの議長国が決定している。最近の G7 サミットでは、保健にかなりの注目が集まっている（特にフランス、ドイツ、日本の議長国のおかげで）。同様に、2017 年 5 月にベルリンで初めて開催されて以来、G20 諸国の保健大臣の会合が定期的に行われている。また、保健大臣と財務大臣の合同会議も開催されている。近年、G7 と G20 両サミットにおける最終共同声明では、健康課題について言及されることが多くなっている。しかし、COVID-19 パンデミックの政治化によって、こうしたサミットでグローバルヘルス・イシューに関する合意に達することは、現在、より困難になっている。

ほとんどの国は、保健に関する**二国間協定**の交渉を行う傾向にある。二国間交渉は、ドナーまたは世界銀行、国際通貨基金といった大規模な資金提供機関からの財政的支援を確保するために行われることが多い。しかし、人々の保健医療サービスへのアクセスや、国境を越えた保健医療関連製品の安全性に関わる問題についての交渉である場合もある。このような交渉では、南 - 北だけでなく、北 - 北、南 - 南と無数の構成が考えられる。中国は、「保健シルクロード」を構築するために「一帯一路」計画を利用し、新しい混合アプローチを開発した（**Box 5** 参照）。

また、各国は**地域協定**の交渉に従事することもある。例えば、このような協定がしばしば拘束力を持つ欧州連合（EU）内や、EU とアフリカ連合のような地域間交渉などである。地域ブロックに属する国々は、多国間交渉でそれぞれの立場について交渉し、合意することが頻繁に必要になるが、二国間貿易協定（保健関連の条項を含むことが多い）は増加の一途をたどっている。地域貿易協定は、保健に重大なプラスとマイナスの影響を与える可能性があるため、交渉が難航することも少なくない。カリブ海共同体（CARICOM）が非感染性疾患に関するアジェンダに取り組んだように、または最近では EU が COVID-19 パンデミックへの対応で行ったように、地域グループはグローバルヘルスを推進する上で重要な役割を果たすことができる。（**第 7 章**参照）

これらのことは、保健外交と**経済・商業外交**の重なりが、かつてなく重要であることを示している。経済外交は、国境を越えた健康の決定要因の多くに関係している。例えば、特に最貧国において、どのように経済成長を促すかといったことである。一方、商業外交は、輸出の促進、海外からの直接投資の確保、原材料の入手などに関する支援が主な内容である。医薬品へのアクセスや健康に関するグローバル・サプライ・チェーンの重要性が高まる中、保健医療分野との関連性もますます高まっている。近代外交がその黎明期から商業の影響を受けてきたこと、近年は商業外交だけでなく経済外交の優先順位がより高まっていることを分析者は指摘している（Berridge, 2015）保健外交は、知的財産保護、薬剤耐性、非感染性疾患、栄養政策や表示ラベルなど多様な分野で経済・商業外交と強く結びついている。WHO、WTO、世界知的所有権機関（WIPO）が取り組んでいる医薬品アクセスに関する三者協力に代表されるように、各国の代表団内や国際機関の間で、これらの仕事の流れを積極的に結びつけることがより必要である。

統合化の傾向は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジやパンデミックへの備えと対応のための資金を確保するために、保健大臣と財務大臣の合同会議を求める声が（例えば、G7 や G20 で）増えていることからも、強化されている。ほとんどの国は、経済・商業外交を少なくとも一定程度、保健外交に統合しているが、これを必ずしも否定的にとらえるべきではない。COVID-19 が直面しているグローバル・サプライ・チェーンの問題は、その典型的な例である。例えば、最近の EU の動物用医薬品に関する指令は、抗菌剤耐性との闘いに広範囲な影響を及ぼす可能性があるが、アメリカ地域やオセアニア地域の貿易相手国が一部の飼料添加物を必ずしも抗生物質に分類しないのに対し、新しい EU 指令は分類しているため、大きな混乱が起こっている。この場合、輸入品を犠牲にして国内生産者を保護することなど、様々な商業的要因が作用する。

保健外交は、特に科学外交を伴う場合、外交関係がない、または非常に緊迫した関係にある国同士の相互作用に役立つチャンネルとなる。米国では、専門家、科学者、市民を結びつけるアプローチを指して**「トラック・スリー・ディプロマシー」**という言葉がよく使われ、「人と人の外交」とも言われる。このようなアプローチは、草の根レベルで、他者の立場をよりよく理解することを目指している。多くのグローバルヘルス会議では、このような外交の場が設けられているが、他の外交と同様、COVID-19 のパンデミックを受けて、交渉はより困難になってきている。危機的な背景や人道的な外交においては、中立的で独立したアクターが仲介役となる**第三者外交**の活用が重要となる場合がある。

すでに述べたように、危機・緊急外交、人道的外交、科学外交、気候変動外交など、他のタイプの外交もグローバルヘルスの推進に大きく関係する可能性がある。外交官は交代制で、様々な環境で経験を積むことを念頭に置いておくことが重要である。例えば、多くの外交官はニューヨークの国連代表部を経て、ジュネーブで勤務する。このように、様々な経験を積み重ねることで、保健交渉の力になる。

2.5　デジタル外交

デジタル外交は、より多くの人々に国家の立場を広報し（従来は**パブリック・ディプロマシー**が担っていた機能）、交渉に影響を与えるために活用されるようになってきている。これには、電子メディア（ウェブサイト、ポッドキャスト、ブログなど）やソーシャルメディア（特にフェイスブックやツイッター）を使って、他の交渉担当者や一般市民、ジャーナリストと接触することが含まれる。

デジタル外交には、主に安全保障に関わる「サイバー外交」[7]、イノベーション・ハブを通じた国家間の交流を対象とする「技術・科学外交」[8]、ビッグデータ[10]の外交・国際問題への活用と影響を指す「データ外交」[9]、経済を扱う「電子商取引」[11]といったチャンネルがある。

ソーシャルメディアによるデジタル外交は、非国家主体が外交官を説得したり、または交渉の場で特定の立場をしたりするよう圧力をかけたりるために利用されることが多くある。例えば、2010年に国境なき医師団が結核やその他の疾病の治療薬のジェネリック医薬品の生産を制限するインドとの貿易協定の締結を EU に思いとどまらせるために行った「Hands off our medicine ！（私たちの薬を奪わないで！）」キャンペーンは、ソーシャルメディアで大きく取り上げられた。また、2019 年の第 70 回世界保健総会における「（医薬品、ワクチン、その他医療関連製品市場の）透明性に関する決議」の交渉でも、ソーシャルメディアが重要な役割を果たした（**ケース・スタディ 1** 参照）。外交の実践において、ウェブを利用した新しいツールの利用が増えることは、今後も続くと思われる。

7　サイバー外交に関する DiploFoundation：https://www.diplomacy.edu/blog/web-discussion-summary-applicability-internation-al-law-cyberspace-do-we-know-rules-road

8　技術・科学外交に関する DiploFoundation：https://www.diplomacy.edu/innovationhubs

9　データ外交に関する DiploFoundation：https://www.diplomacy.edu/datadiplomacy/policyresearch

10　データ外交に関する DiploFoundation のウェブサイト：https://www.diplomacy.edu/blog/impact-big-data-geopolitics-negotia-tions-and-diplomatic-modus-operandi

11　電子商取引に関する DiploFoundation のウェブサイト：https://www.diplomacy.edu/e-commerce

最近行われたWHOと国連教育科学文化機関（UNESCO）の事務局長選挙では、**ツイッター外交**が重要な役割を果たした。現在、国連の高官候補のほとんどがツイッターで積極的にキャンペーンを行っている。このプラットフォームは、各国首脳や閣僚、外交官が、自らの見解や政策を広く共有するために利用することも増えている。同様に、国際機関の長もソーシャルメディアを使って自分たちの仕事や政策を発表している。特にWHO事務局長は、COVID-19パンデミック時に頻繁にこのようなことを行っている。

ソーシャルメディアは、**「グローバル・イシュー・ディプロマシー」**と呼ばれるようになった分野で特に顕著である。グローバルヘルス外交のコンテキストでは、これは特定の健康課題、例えば特定の疾病（エイズ）や疾病群（非感染性疾患や顧みられない熱帯病）をアジェンダのトップに押し上げたり、特定のアプローチ（「ワンヘルス」、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）を受け入れたり、差別への注意を喚起するための取り組み（Women in Global Healthキャンペーン）を意味する。ソーシャルメディアは、新しい資金調達のアプローチにとっても重要である。COVID-19パンデミックへの対応を支援する「One World: Together At Home」キャンペーンに見られるように、ソーシャルメディアは新たな資金調達のアプローチにも不可欠である。

グローバルヘルスは、社会が広く関与することが明らかに意味を持つ分野である。開発アジェンダに焦点を当てた市民社会組織は、政府がグローバルヘルス、人間開発、及び人権に関するイニシアティブを支援することを期待している。グローバルヘルスの分野で活動するNGOの数は、過去数年の間に著しく増加し、彼らも、投資、行動、そして説明責任を求めるために今やソーシャルメディアを利用している。また、「One World, Together At Home」や「Global Citizen」などの新しいタイプの**グローバルな資金調達キャンペーン**を組織するようになった。このキャンペーンは、WHOが世界中の慈善財団と共同で設立したCOVID-19連帯対応基金のために2億3千万ドル以上の資金を集めることに貢献した。

ソーシャルメディアは、幅広い層の国民に外交政策の行動（または怠慢）についてコメントする機会を提供する一方で、交渉担当者がモラル上のプレッシャーや非常に感情的な反応、さらには悪質な個人攻撃にさらされることもある。WHOは、**「インフォデミック」**、すなわち特定の話題に関連する情報量が短時間に指数関数的に増大することが保健に及ぼす悪影響について警告している。COVID-19の発生とそれに続く対応策は、大量のインフォデミック（正確なものもあればそうでないものもある）を伴い、人々が最も必要とするときに信頼できる情報源や信頼できる指針を見つけることを困難にしていた。このような新しい情報環境は、外交官にとってますます大きな課題となっている。そこでWHOは、COVID-19の対応に関する記者会見を週に3回開催するという重大な決定を下し、現在もこれを継続している。また、ソーシャルメディアへの積極的な発信やアウトリーチ活動も組み合わせている。

第 3 章｜グローバルヘルス外交の要素

グローバルヘルス外交の取り組みは、この分野を 7 つの要素に分類することで、より理解しやすくなる。

グローバルヘルス外交の 7 つの要素

- 他の利害と対立する中で保健とウェル・ビーイングを促進するための交渉
- 保健とウェル・ビーイングを支援する新しいガバナンスメカニズムの確立
- 保健とウェル・ビーイングの成果を支援するアライアンスの構築
- ドナー及びステークホルダーとの関係の構築と管理
- 公衆衛生上の危機への対応
- 保健とウェル・ビーイングを通じた国家間の関係向上
- 平和と安全保障への貢献

3.1　他の利害と対立する中で、保健とウェル・ビーイングを促進するための交渉

WHO のグローバルヘルス外交は、規範や基準を設定し、条約を採択することができる唯一のグローバルヘルス組織であることから、特に重要な意味をもっている。例えば、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（2003 年採択）の交渉のように、他の利害と対立する中で保健の利益を守ることは、非常に政治的で繊細な問題であり、徹底した準備が必要になる。短期的な政治的配慮や商業的利益が、持続可能な開発における保健面の優先順位を危うくしないように、エビデンス、先見性、判断力を適用することが重要である。COVID-19 のパンデミックは、WHO のような国際機関は、強力なマンデート（権能）に加えて、健康危機に対応するための強力な手段を持たなければならないことを実証した。そうでなければ、地政学的・国益的に、すべての国に利益をもたらす解決策を阻むことになりかねない。グローバルヘルスに関する交渉の前に、外交官は利害関係を評価し、戦略的に対処できるよう十分に準備することが重要である。

政治的、経済的、商業的な利害が絡み合い、困難であったグローバルヘルス外交の交渉事例を 4 つ紹介する：

医薬品の価格の透明性：2019 年 5 月、医薬品、ワクチン、その他の保健医療関連製品の市場の透明性向上に関する画期的な世界保健総会決議 WHA72.8 の採択は、内実とプロセスの両方の理由から加盟国グループが最終ラウンドから離脱するという、非常に議論を呼んだ一連の交渉の末に実現した。この決議は、価格、販売、特許、官民の研究開発費、研究開発補助金などに関する情報を収集・共有するシステムの構築を加盟国と WHO に求めている（キャサリン・サエズによる**ケース・スタディ 1** 参照）。

難民・移民の健康：第 72 回世界保健総会で加盟国は、難民と移民の健康推進：2019 ～ 2023 年世界行動計画案と題する文書に注目した。政治情勢の変化と、移民に関する現在の議論のしばしば感情的なトーンを反映した長時間の議論の後、当初の意図では決議を達成する予定であったが、対立する代表団の見解を調整することはできなかった。この結果は、行動計画が採択されても、その下でのいかなる義務も受け入れる用意のない一部の国にとって、唯一受け入れられるものであった。

知的財産：この分野に関連するグローバルヘルス外交の多くは、WTO などの「非保健」フォーラムで行われる。顕著な例としては、1995 年の知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）につながる交渉ラウンドで、政治、経済、商業的利益に直面して公衆衛生のニーズを維持する必要があったものが挙げられる。

COVID-19 のパンデミックへの対応：G7 や G20 などの政治交渉の場では、特に中国と米国の地政学的対立や、米国の WHO に対する批判的態度から、パンデミックへの対応策を集団的に合意することが次第に難しくなってきていた。

参考文献

Bernes TA. COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for International Governance Innovation; 2020 (https://www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20, accessed 14 September 2020).

Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors. Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional

Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-spotlight-on-refugees-and-mi-grants-2019, accessed 14 September 2020).

Watal J, Taubman A, editors. The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization; 2015 (https://www.wto.org/english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm, accessed 14 September 2020).

3.2　保健とウェル・ビーイングを支える新しいガバナンスメカニズムの確立

21 世紀に入り、UNAIDS、グローバルファンド、Gavi ワクチンアライアンスなど、グローバルヘルスの分野で新しい組織が設立され、現在ではかなりの地位を占めている。これは、WHO、国連、G7、G20 において、各国や他のパートナーとの交渉によって、これらの組織の設立や資金調達、ガバナンスの仕組みについて合意に至ったからである。これらの機関は、当時 WHO が関連する機能を果たせなかったり、果たす意思がなかったりしたためにしばしば設立された。しかし、このことが意図せずにグローバルヘルス・ガバナンスの分断を招いている。そのため、国際社会の多くは、新たなグローバルヘルス機関の設立を非常に躊躇しているのが現状である。

近年、2 つのメガトレンドが出現している。第一に、伝統的なグローバルヘルス・アーキテクチャーから、国連フォーラム、地域ごとの経済・政治ブロック、他の世界的優先事項（気候、都市化、人道的行動）に関する主要会議、グローバルサウスのイニシアティブ、グローバルヘルス専門誌によるアジェンダ設定などの新しい政治空間とメカニズムへの移行があった（**第 2 章**参照）。第二に、ガバナンスのプロセスが変化した。政治的問題やその他の問題のダイナミックな範囲に関する交渉は、パートナーシップ、アライアンス、連合（目的に特化した官民パートナーシップやアンブレラ NGO など）のますます柔軟なネットワークによって行われている。

政府間組織内では、新しいガバナンス・モデルが加盟国によって交渉が行われている。例えば、WHO の加盟国は、理事会の手続規則と事務局長の選出方法を変更した。また、新たな保健緊急事態プログラムの設立によって、WHO の運営上の役割を強化した。これらは、長期的な意思決定に影響を与えるという点で、重要なグローバルヘルス外交の過程である。

実際、より効果的な協力と資金活用を確保するために、グローバルヘルスにおけるガバナンスの仕組みを全面的に見直すべきだという声はすでに多数聞かれるようになっている。提案の中には、

WHO とそのマンデートの強化を意味するものもあれば、弱体化を意味するものもある。これらのしばしば対立する傾向を調整することが、今後数年間におけるグローバルヘルス外交の重要な分野になると考えられる。

3.3　保健とウェル・ビーイングの成果を支援するアライアンスの構築

アライアンスは、個々の加盟国間で明確な合意に達しているか否かに関わらず、相互利益や何らかの共通の目的を達成するために形成されるものである。グローバルヘルスのためのアライアンスには、政治的なアライアンスが含まれることがある。例えば、2019 年にフランスとドイツが、国連憲章の目的と原則、国際法及び正義に基づく強力かつ効果的な多国間協力が、平和、安定、繁栄の確保に不可欠と考えるすべての人々の結集を目指す、多国間主義アライアンスを設立した。そのアライアンスは、COVID-19 のパンデミックに関連して、WHO を支持する強い声明を発表した。それ以前のアライアンスもまたアジェンダを前に進める役に立つ：例えば、1961 年に設立された非同盟運動は、現在 120 を超える開発途上国からなるグループで、地政学的な主要ブロックへの公式な帰属も対立もしないが、2011 年に新型インフルエンザ対策枠組みを採択するに至る交渉で重要な役割を果たした。

共通の利害を持つ国々は、国連の枠組みの下で組織化するために**「ブロック・ポリティクス」**というシステムを用いてきた。加盟国は、世界保健総会や国連総会での投票の際に、共通の立場を守るためのコンセンサスを得るために、しばしば地域グループとして集まる。国連には、アフリカ諸国グループ、アジア太平洋諸国グループ、東欧諸国グループ、ラテンアメリカ・カリブ海諸国グループ（GRULAC）、西欧諸国及びその他諸国のグループの 5 つの地域グループがある。

投票行動との関連度合いは地域によって異なり、投票に付される決議の種類によっても異なる。EU は通常、世界保健総会または総会での投票において、統一ブロックとして行動する。EU にはそのような投票権はないが、代表団は EU を代表して国連で発言するマンデートを与えられている。EU 加盟国は、個々の意見を表明することはできるが、EU のコンセンサスとなる立場に票を強く一致させる。

1988 年に発足した世界ポリオ根絶推進計画のように、過去 20 年間に様々な形態の保健アライアンスが設立された。特定の疾病に関連したものが多く、現在 6 つのコア・パートナーが存在する。アライアンスは、リソースや能力を集約するという点で明確な利点がある。最もよく知られているのは、2000 年に設立された Gavi ワクチンアライアンスである。Gavi ワクチンアライアンスは現在、世界の子どもたちの約半数のワクチン接種を支援しており、これによって Gavi ワクチンアライアンスは、最貧国に手の届く価格のワクチンの価格交渉を行い、以前は製造業者がこれらの国にサービスを提供することを妨げていた商業上のリスクを取り除く大きな力を発揮している。

単独で活動する組織が取り組むことが困難な公衆衛生の問題には、アライアンスが必要である。さらに、SDGs の保健関連のターゲットは、健康の社会的決定要因に影響を与えることができるアライアンスを生み出すユニークな機会を提供する。特に、気候変動と保健とのインターフェースは、優先分野として出現している。2011 年に南アフリカのダーバンで発足した、グローバル気候変動と健康アライアンスは、気候変動への対応と公衆衛生の保護・増進を目的としている。このアライアンスは、公平で持続可能な未来という共通のビジョンで団結した、世界中の保健・開発団体で構成されている。

世界保健人材アライアンスは、保健人材の危機に対処しようとする多セクターのステークホルダーの取り組みを調整することを目的として 2006 年に設立された。各国政府、市民社会、国際機関、金融機関、研究者、教育者、専門家団体を結集したアライアンスは、10 年間の活動で、この分野における前向きな変化のための重要な政治的意思と行動を生み出すことができた。2016 年の活動終了後、グローバルヘルス・ワークフォース・ネットワークに移行した。

また、国レベルのグループや保健アドボカシーが集まって、フレンズ・オブ・WHO やフレンズ・オブ・グローバルファンドなどの取り組みを立ち上げ、様々な形で関連団体を支援している。国レベルで作られたグローバルヘルスのためのアライアンスの例として、民間セクターや産業界、NGO、市民社会、財団、科学や学術団体など、事実上すべてのセクターから 100 以上のパートナーが参加しているドイツ保健アライアンスがある。最近の分析によると、グローバルヘルス・アライアンスの 80%がその活動で成功を収めている。この点で、重要なのは、参加と効果のバランスをうまくとることである。成功するアライアンスは、必ずしも長い意思決定プロセスに巻き込む ことなく、すべての関係団体から意見や協議を促す傾向がある。

アライアンスの多くは、特定の目的に向かって短期間で作られるものであり、他には緩やかなネットワークの形をとるものもある。例えば、ジュネーブ・グローバルヘルス・ハブは、協力することでより強い発言力を得ようとする国際 NGO のグループが 2016 年に設立したものである。

Box 4：科学外交と保健外交の出会い：保健のためのアライアンス構築の最近の事例

科学は保健外交において重要な役割を担っている。**科学外交**と保健外交の緊密な連携は、グローバルヘルスを推進する上でますます重要となってきている。広義には、「科学外交」とは、二国間または多国間の外交に科学を利用することであり、その手法や成果も含まれる。すなわち、関係の構築や維持、外交や多国間の政策目標の設定や達成を目的とした外交努力の中心に、科学を据えるということである。科学外交は理想的には、政策、社会、科学の間のより広いインターフェースの一部であるべきである。この種の外交は、技術の進歩の速さと、気候変動、デジタル・デバイド（情報格差）、パンデミックなどのグローバルな課題に取り組むための科学の重要性から、過去 20 年間に大きな支持を集めてきた。最近の COVID-19 の流行とそれに伴うワクチン開発への圧力は、まさに科学が世界情勢の中心的な舞台となるきっかけとなった。

外交政策と科学政策の関係は、特に保健医療科学の進歩との関連で、ますます深まってきている。しかし、気候変動や人工知能など、他の科学分野でも外交政策の責任者は注意を払う必要がある。外交手腕と科学的リテラシー（場合によっては専門知識も）は、いずれも外交政策の立案と実行に不可欠なものとなっている。

米国科学振興協会が提唱する科学外交の定義は、外交政策の決定が科学的根拠に基づくものであるかもしれない一方で、価値観、倫理観、経済性、リーダーシップへの願望によっても左右される、またはより影響されるという事実を認めるものである。非国家主体が多様化し、デジタル化やソーシャルメディアによって機会が拡大する中、科学外交の舞台は、グローバルヘルス外交と同様に、ますます複雑になっている。地政学的緊張の高まりと国家主義的傾向を考慮すると、科学外交の可能性を最大限に活用するためには、しっかりとした、包括的な価値観、原則、基準が必要とされる。2019 年に発表された「科学外交におけるマドリード宣言」は、その必要性に応える野心的な回答である。

科学外交において比較的最近になって、グローバルヘルスのための科学とイノベーションを促進するために設立されるアライアンスの数が増えてきている。最近の 2 つの例は、

科学界が主要な保健の課題に対応するのを助けるために出現している新しいタイプのアライアンスを示している。その前提は、科学は（保健と同様に）**グローバル公共財**とみなされるべきであり、誰に対しても公平かつ公正なアクセスが保証されるべきであるということである。すべての人が科学の進歩とその恩恵を共有できるようにするために、**オープン・サイエンス**の概念（オープン・メソッド、オープン・ソース、オープン・アクセス、オープン･データなど）を外交の中心に据えるべきである。また、交渉に携わる外交官は、科学者の自由と独立を尊重し、支持しなければならない。

COVID-19：COVID-19 のパンデミックを受けて、特にワクチンの開発を促進するために多くの新しいアライアンスが生まれた。例えば、ACT（Access to COVID-19 Tools）アクセラレータは、COVID-19 の検査、治療、可能なワクチンの開発と生産を加速し、公平なアクセスを実現するために活動している組織と政府によるグローバルな協力体制である。COVAX と呼ばれる ACT Accelerator のワクチンの柱は、Gavi ワクチンアライアンス、CEPI（感染症流行対策イノベーション連合）、世界保健機関（WHO）が共同で主導している。COVAX の目的は、COVID-19 ワクチンの開発と製造を加速させ、世界のすべての国に対して公平かつ公正なアクセスを確保することである。これは、Gavi ワクチンアライアンス、CEPI、WHO が、開発途上国に拠点を置くメーカーを含む工業メーカーと協力する、マルチステークホルダー外交の重要な例である。

薬剤耐性（AMR）：2020 年、20 社以上の大手製薬企業が、新しい抗生物質の開発資金における現在のギャップを埋めるため、「AMR アクション・ファンド」を立ち上げた。この基金のコンセプトは、国際製薬団体連合会（IFPMA）、バイオ医薬品企業 CEO ラウンドテーブル、複数の大手バイオ医薬品企業及び財団が、WHO、欧州投資銀行、ウェルカム・トラストと協力して策定したものである。この基金は、抗生物質の開発を強化・加速するために、機関や慈善団体とパートナーシップを築くことを目指している。また、新しい抗生物質が持続的に供給されるよう、各国政府と協力していく。

リソース

Gavi ワクチンアライアンス（2020 年）。COVAX の柱とは何か、なぜそれが必要なのか、どのように機能するのか？ [ウェブサイト] を参照のこと。(https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkley-explains-covax-pillar、2020 年 10 月 12 日アクセス)。

IFPMA (2020 年)。AMR アクション・ファンド [ウェブサイト]。(https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-ac-tion-fund/、2020 年 10 月 12 日アクセス)。

3.4　ドナーやステークホルダーとの関係構築及び管理

第 2 章で説明したように、今やグローバルヘルス外交の多くは、マルチステークホルダー外交である。このことは、グローバルヘルスの舞台で、様々なアクターと関係を築き、維持しなければならないことを意味する。多くのグローバルヘルス機関には、このような関係構築のための特別な規則や要件がある。例えば、WHO は、「非国家主体との関与の枠組み」を定めている。**マルチステークホルダー外交**は、国際関係における横断的な戦略的要素であるだけでなく、グローバルヘルスに関わるアクターの数という点でも、急速に発展している。政府から市民社会組織や財団、民間企業に至るまであるステークホルダーがグローバルヘルス外交の様々な段階やレベルで影響力を発揮している。

このような複雑な環境の中で外交官が効果的に行動できるよう、各ステークホルダーの関心とニーズを徹底的に分析し、評価することが求められる。交渉プロセスの様々な段階において、多数のステークホルダーがどのように相互作用し、それぞれの役割と責任を管理するか、また、要求、期待、説明責任のバランスをどのようにとるかに注意を払わなければならない。利益相反は常に考慮され、透明性が確保されなければならない。

すべてのグローバルヘルス機関は、国や他の組織、民間財団など、主要な**ドナー**と特別な関係にある。ドナーは、資金提供を約束する前に様々なステークホルダーとの、首尾一貫し、説明可能で透明性のある協力関係をますます期待するようになっている。従って、グローバルヘルス外交における重要な課題の 1 つは、潜在的な投資の根拠を説明し、期待される投資リターンの性質と期間を明確にすることである。投資案件は、資金調達の交渉のスタート地点に立つことが多くなっている。もちろん、ドナーは組織に対して圧力をかけ、そのプログラムや政策に影響を与えようとすることもできる。特に WHO は、その偏った資金調達（予算のわずか 20%が通常の分担金によるもの）のため、その独立性を守るために注意しなければならない。ドナー（国であれ、大規模な慈善団体であれ）が過度に影響力を行使するリスクと、過剰な依存が生み出す予測不能性は、グローバルヘルスにおいて依然として大きな懸念事項となっている。

21 世紀の最初の 10 年間、注目を集めた一連の国際会議での交渉の結果、政府開発援助（ODA）の流れが大幅に増加し、特に保健資金に恩恵がもたらされた。2002 年、メキシコのモンテレイで開催された「開発資金国際会議」では、各ドナーの目標値が設定され、10 年間減少していた ODA の流れが好転する兆しが見えてきた。2005 年、スコットランドのグレンイーグルスで開催された G8 サミットと国連本部で開催されたミレニアム＋ 5 サミットで、ドナー国は援助水準の引き上げを約束した。15 年後の今、多国間主義の弱体化は、一部の先進国が保健分野への対外援助（ODA）に消極的になっていることに反映されている。COVID-19 のパンデミックへの対応や

ワクチンの探索など、開発途上国のニーズに応えて短期的には復活したものの、他の多くの分野の保健開発では支援が減少しているのが現状である。

サイロ化されたアプローチはドナーにとって非常に魅力的であるが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや準備・対応能力の向上といった全体的な目標達成の妨げになる可能性がある。ドナー国の議会は、非常に具体的な目標を追求する援助プログラムへの資金提供を承認することを好む。そのため、列国議会アライアンスと協力して各国の議会にグローバルヘルスの優先事項を知らせることは、グローバルヘルス外交における非常に重要な新たな展開になる。

経済協力開発機構（OECD）は、開発途上国の経済発展と福祉に特に焦点をあてて促進する政府援助の概観を定期的に提供している。OECD の開発援助委員会は 1969 年に ODA を対外援助の「ゴールド･スタンダード」として採択し､今日に至るまで開発のための主要な資金源となっている。提供される援助には、無償資金協力、「ソフト」ローン、技術協力が含まれる。ソフト・ローンは、無償資金が全体の 25%以上を占めるものである。**開発協力**においては、ほとんどの ODA 交渉は二国間援助に関するものであるが、国連システム機関、世界銀行、Gavi ワクチンアライアンスやグローバルファンドのような保健専門機関への援助を通じて、**多国間援助**への貢献は着実に増加している。資金調達の優先順位に一定の変化が生じている。例えば、ノルウェーは 2019 年 11 月に低所得国の非感染性疾患対策を支援する世界戦略を開始し、それによって軽視されていた分野の資金を再活性化させた。

OECD の開発援助委員会のメンバーは、ドナー国の国民総所得の 0.7%を ODA に充てるという目標を概ね受け入れているが、実際にその目標を達成した国はごくわずかである。英国は、デンマーク、ルクセンブルク、ノルウェー、スウェーデンなど支出の義務を果たしている比較的小さい国と並んで、推奨される支出水準に達した唯一の大ドナー国である。しかし、最近になって 0.5%を超えないことを決定した。米国は最近、WHO への資金提供を差し止めるという決定を撤回したが、これが保健分野の ODA にどう反映されるかはまだわからない。ドイツは WHO への拠出金を大幅に増やした。WHO への資金提供に関する交渉は、今後数年間のグローバルヘルス外交の重要な分野になる。

グローバルヘルスの資金調達に関する交渉は、債務救済、融資、海外直接投資などを対象とすることが多くなっている。これが、保健大臣と財務大臣の合同会議がグローバルヘルス外交にとって重要である理由の 1 つである。

また、民間企業とのパートナーシップの交渉も行われている。例えば、ワクチンが手頃な価格で入手できるようにするため、Gavi ワクチンアライアンスでは、民間セクターとのパートナーシッ

プ交渉も行っている。Gavi の予測可能な資金調達と需要のプールは、同じ製品の対価を低所得国が高所得国よりも少なく請求されるという、階層的な価格ポリシーを製薬業界が設定するよう動機付けた。Gavi ワクチンアライアンスは、COVID-19 の新たなワクチン・プール・メカニズムである COVAX を通じて、新たな資金調達メカニズムの交渉に取り組んでいる。

グローバルヘルス外交が資金確保に重要な役割を果たす 2 つの分野を以下に紹介する。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：保健医療サービスへの公平なアクセスを確保するためには、官民双方から膨大な規模の投資が必要になる。一方、「デジタル・ヘルス」は、両セクターに大きな経済的機会をもたらする。経済的利益と社会的（そして世界的）連帯のバランスを取ろうとする試みから生じるマルチステークホルダーの機会とリスクに対処することは、グローバルヘルス外交の重要な課題である。2019 年のユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するハイレベル会合に向けた国連でのマルチステークホルダー・ヒアリング（マルチステークホルダー SDGs 交渉をモデルとしている）は、その一例である。2019 年 6 月に日本の大阪で開催された G 20 サミットの際に行われた、G20 の保健・財務大臣間の初めての会合は、もう 1 つの重要な節目であった。（江副聡、Tamar Tchelidze, Nathita Premabhuti, Marcelo A.C. Costa による**ケース・スタディ 2** 参照）。

グローバルヘルス基金の増資：グローバルヘルス外交のもう 1 つの重要な課題は、4 つの主要な資金調達プラットフォーム、すなわち世界エイズ・結核・マラリア対策基金、Gavi ワクチンアライアンス、女性･子ども･青少年のためのグローバル･ファイナンシング･ファシリティ、そして世界ポリオ根絶推進計画の資金の増資である。資金調達の増資モデルに関する交渉は、国家や政府の首脳にとって威信をかけた外交を行うのに特に魅力的な機会である。その顕著な例が、2018 年と 2019 年のグローバルファンドの増資を確保するためのフランスのキャンペーンである。このような交渉に参加することは、ドナーの知名度を上げ、政府、財団、市民社会、民間セクターなど、様々なグローバルヘルスのアクターに働きかけられることからドナーにとっても魅力的である。

参考文献

保健：世界エイズ・結核・マラリア対策基金への資金増資キャンペーンを開始。場所：フランス、欧州・外務省 [ウェブサイト]。パリ : 欧州・外務省、2018 年 (https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/news/2018/article/health-launch-of-the-campaign-to-replenish-the-global-fund-to-fight-hiv-aids、2020 年 9 月 14 日アクセス)。

3.5　公衆衛生上の危機への対応

危機外交は、全体に及ぶ変化の脅威が高まった際の国家（及び他のアクター）間の相互作用と定義される。グローバルな相互依存と統合が進むにつれ、保健外交は局地的、地域的、世界的な健康危機に対処するためにより頻繁に利用されるようになっている。近年、国際システムは、主にパワー・ポリティクスや経済的・戦略的利益、そしてグローバル化に起因する様々な危機を経験している。世界的な公衆衛生危機は、後者のカテゴリーに属する。

多国間保健外交は、19 世紀以来、特にコレラの大流行時に実施されてきた。しかし、「近代的」な健康危機外交が登場したのは、2000 年代初頭、国境を越えた世界的な保健の脅威である HIV の流行が国連総会や安全保障理事会のアジェンダとなり、特に 2001 年 6 月 27 日の HIV/AIDS 特別総会で採択された「グローバルな危機 - グローバルな行動」に関するコミットメント宣言において取り上げられたことに端を発する。多国間協力と外交は、結核とマラリアへの効果的な対応にさらに役立ち、脆弱な環境における大規模な予防接種キャンペーンへの道筋をつけた。この 20 年間、鳥インフルエンザ、重症急性呼吸器症候群（SARS）、中東呼吸器症候群（MERS）、エボラ出血熱、COVID-19 などの発生は、多国間国際秩序、国際機関、危機管理外交一般にさらなる課題を突きつけてきた。

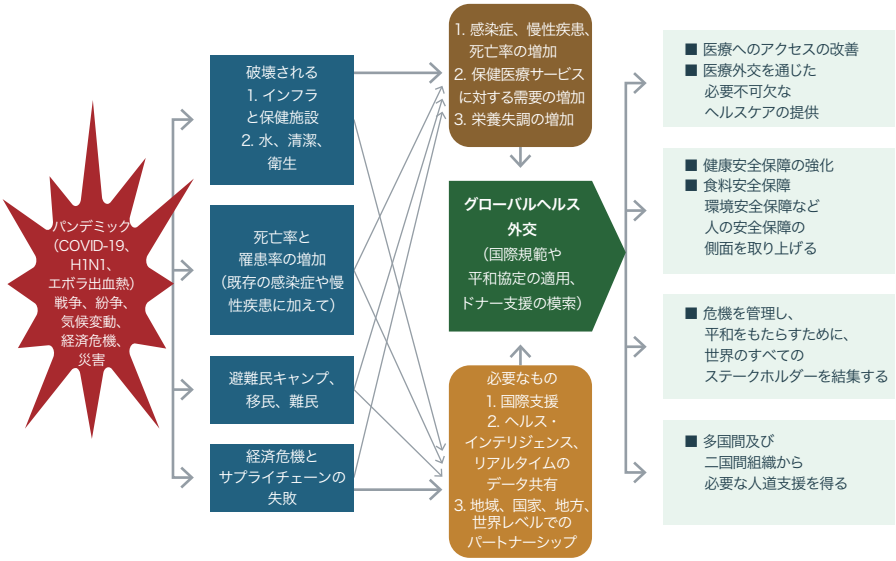
2003 年に 25 か国以上で発生した SARS の流行は、国際的な制度に警鐘を鳴らすものであった。この流行を受けて、改正国際保健規則（IHR）の交渉が行われ、最終的に 2005 年にすべての WHO 加盟国によって国際的な法的拘束力のある枠組みとして承認された（第 5 章も参照）。改正 IHR の採択に際して、加盟国は、世界的な公衆衛生上の脅威となる可能性のある疾病の発生を WHO に報告することを約束した。

10 年も経たないうちに、保健外交は、2014 年初め西アフリカで始まったエボラ出血熱の最初の流行における効果的な対応という点で、各国や国際機関の失敗に直面した。この危機の顕著な特徴として、国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態として認識され、それに応じて IHR 緊急委員会が招集されるまでに長く時間がかかったこと、危機に対する世界の注目を集め、流行の影響を受けた国々での早期介入を組織する上で NGO である国境なき医師団が重要な役割を果たしたこと、国境の封鎖など経済的・政治的な決定を行う際に流行の影響を受けた国々の間で調整がなされなかったことが挙げられる。

アフリカでの流行に立ち向かう国々を支援し、世界的な大流行に発展するのを防ぐために、二国間及び多国間の取り組みが行われた。国連事務総長はエボラ出血熱に関する特使を任命し、多くの国や EU は危機管理外交に必要な臨時大使を任命した。国連安全保障理事会は、アフリカ及び

その先におけるエボラ出血熱の流行と影響に関する決議 2177（2014）を採択した。危機外交は、多国間及び二国間援助、国境閉鎖、科学的情報のプール、医薬品やワクチンの設計・開発など、多様な課題を取り上げた。感染症が終息すると、保健外交官は IHR の強化、危機対応準備基金の創設、世界保健緊急事態ワークフォースの確保を求めた（世界保健総会決議 A68/22, A68/24, A68/26, A68/27）。世界保健総会の要請によって、2016 年に WHO 保健緊急事態プログラムが設立された。エボラ出血熱の流行から得た健康危機管理上の最も重要な教訓は、各国が IHR の下での義務を効果的に果たす必要性と、IHR の実施状況を監視し、保健関連データの透明性を高めるために WHO に権限を与えることが急務であった。最近の COVID-19 危機は、これらの教訓が十分に生かされなかったことを明らかにした。

危機に対処する上でのグローバルヘルス外交の重要な役割



出典：Chattu & Chami (2020)

3.6　保健とウェル・ビーイングを通じた国家間の関係改善

ソフト・パワーは、ある国が武力や強制力を使わずに他国の行動に影響力を行使できることを意味する。外交政策における保健分野支援の活用は、ドナー国がその影響力を主張するために広く用いられているソフト・パワー戦略である。このように、トミー・G・トンプソン（Tommy G. Thompson）元米国保健社会福祉省長官は、15 年以上も前に、保健外交は軍事力の行使や計画よりも多くのことを達成できる「世界中で米国の目的を達成するための方法」と主張している。(Iglehart, 2004)。

中米やアフリカ諸国における小児死亡率に対処するためのワクチン接種プログラム（**「ワクチン外交」**）などの初期の取り組みで、米国は世界中から大きな信頼と尊敬を得た（**第 13.2 節**も参照）。米国大統領エイズ救済緊急計画（PEPFAR）は、2003 年の開始以来、HIV/AIDS に対する世界的な対応に 850 億米ドル超を投資しており、これは単一の病気に取り組むための一国の資金投入としては歴史上最大規模の財政的コミットメントである。同様に、キューバと中国は何十年にもわたり、開発途上国への医療従事者の派遣や医学教育への支援など、**「保健外交」**を通じて国際的な地位を強化してきた。2013 年に正式に発足した一帯一路構想の下で、中国はヘルス・シルクロード (**Box 5** 参照) と呼ばれるアプローチを発展させている。最近では、COVID-19 のパンデミック初期における中国の「マスク外交」が、特に欧州や中南米で注目された。

Box 5：中国の「一帯一路構想」と保健との関連性

中国の一帯一路構想（BRI）は、しばしば「新シルクロード」とも呼ばれ、これまで主に政治的・経済的な点から議論されてきた。しかし、保健は、経済発展、国境を越えた決定要因、国際協調の根幹をなすものであるため、重要な追加的側面であるといえる。保健外交とガバナンスの観点から、BRI のいくつかの側面が注目される。

この取り組みの下で開始されたプロジェクトは、貿易、経済、運輸、環境政策の交点にある。さらに、BRI の全体的なコンセプトは、参加国の対外、開発、投資政策に強く組み込まれている。保健は、上記のすべてのセクターと独自のインターフェースを持っている。従って、国を結びつけ、関与させるためのソフト・パワーの触媒として機能する可能性がある。

感染症、健康安全保障、健康的なライフスタイル、違法物質、交通安全などの重要な分野は、一帯一路に沿った人、情報、物、サービスの流れの増加によって影響を受けるはずである。また、保健医療関連製品、サービス、技術取引の拡大、健康安全保障を強化

するための国境を越えた研究所の設立、医療観光を誘致するための保健管理ハブの設立などの機会も生まれるであろう。国境を越えた医療や公衆衛生全般に対するこのような新たなプレッシャーや機会に対処するために、国際的な協力、交渉、外交の強化が必要とされる。

さらに、研究や知識の共有における対話と協力の新たな形態が開発されている。保健政策研究、公衆衛生、人的資源に関する協力ネットワークが立ち上げられ、一帯一路の病院や大学の連携も始まっている。2017 年には、WHO も参加したハイレベル国際会議で、まったく新しい「健康シルクロード」のコンセプトが紹介されたが、このコンセプトは、現在、COVID-19 のパンデミックによってさらに重要性が高まっている。保健コミュニケーションと対話は、並行して開始された「デジタル・シルクロード」戦略によっても強化されると思われる。

BRI を支援する地域機関や機構は、保健外交のさらなる重要なチャンネルとしての役割を果たしている。これは、アジア太平洋経済協力、上海協力機構、ユーラシア経済連合など、BRI と重複して加盟している政治・経済組織が採用している公衆衛生のスタンスに現れている。中国と中東欧諸国の保健大臣会合や、毎年開催される中国・アフリカ保健協力に関するハイレベル・フォーラムは、保健外交の強化にさらに貢献している。

外交はまた、関連するリスクを管理する上で重要である。保健医療制度が脆弱な国は、インフラ事業、国境を越えた移動、貿易の急増による健康への影響に対処することが難しいかもしれない。特に、予防接種率の低い地域での感染症の蔓延、たばこや不健康な食品の供給、環境や交通安全への懸念は、これらの問題が事前に適切に議論されない限り、対処が困難となる可能性がある。

世界の現実の変化 – グローバルなパワー・シフト、地政学的緊張の高まり、多国間主義の伝統的チャンネルの弱体化、COVID-19 危機 – は、BRI などの大きな国境を越えた動きと関連して、保健外交の役割をさらに際立たせている。中国や他の国々が実践している「ワクチン外交」は、最近の代表例である。

保健は、BRI の中心ではないが、取り組みの進展に伴い考慮すべき重要な分野である。従って、保健外交は、取り組みの全体的な外交枠組みの不可欠な部分となる。健康シルクロード構想は、BRI 全体を再構成するのに役立つかもしれない。COVID-19 のパンデミック

によって経済と多国間の環境に大きな打撃があったため、その必要性が証明されるかもしれない。ワクチンの入手可能性と流通が重要な役割を果たす可能性がある。

過去には、ソ連と米国が共同で達成した天然痘の根絶のように、多国間組織の枠組みの中で各国が協力してグローバルヘルスの課題に取り組むことがよくあった。同様に、2014 年から 2015 年にかけて西アフリカで発生したエボラ出血熱の対策にも、中国と米国は WHO とともに協力している。中東の例では、毎年メッカで行われる大巡礼ハッジで 2015 年に 2000 人以上が将棋倒しなって死亡した事故は、両国の保健大臣が様々なソフト・パワーをうまく利用していなければ、イランイスラム共和国とサウジアラビア間の大きな政治危機に発展していた可能性がある。地政学的緊張は、COVID-19 危機に示されるように、グローバルな保健外交を通じて共通の課題に取り組むことを非常に困難にしているのが現状である。さらに、開発援助が SDGs の優先順位、特に貧困根絶と誰一人取り残さないという優先順位に基づいて配分されることはなく、冷戦時代のように外交政策や経済の優先順位に従って配分されるのではないかという懸念が高まっている。

3.7　平和と安全保障への貢献

保健と平和のインターフェースでは、武力紛争が健康に及ぼす影響を軽減するための取り組みとして、人道的停戦、例えば、予防接種キャンペーンやその他の保健介入を実施できるようにすることなどが挙げられる。その好例が、ユニセフ、WHO、ローマ・カトリック教会（後に国際ロータリーや ICRC も参加）の協力によって、1985 年からエルサルバドルで様々な停戦交渉を行い、毎年約 30 万人の子どもに予防接種を行うことを可能にしたことである。この例は、「ワクチン外交」という文言でしばしば引用されている。

WHO の健康安全保障に関する活動は、特に最近、COVID-19 のパンデミックをきっかけに拡大している。2018 年 8 月に始まったコンゴ民主共和国でのエボラ出血熱の流行に取り組む WHO の成功は、その流行が紛争地帯で発生したという事実によって長い間妨げられていた。同地域では複数の医療従事者が反政府勢力によって殺害され、軍事紛争の影響を受けている同国の他の地域でも、医療施設や医療従事者が攻撃の対象となることが増えている。持続可能な解決策はまだ見つかっていないが、危機的状況によっては、軍との協力が人道セクターとの協力と同じくらい重要になることが、世界の保健医療界で明らかになりつつある。武力紛争とそれに伴う人権侵害は、保健外交と人道外交の双方に大きな課題を突きつけている。（Box 6 参照）。
グローバルヘルス外交において、対外政策の手段である**禁輸措置や経済制裁**の活用が大きな議論

を呼んでいる。これらは経済活動の低下を招くだけでなく、特に脆弱な人口集団や罪のない市民に対して、しばしば保健に重大な影響を与える。このような「経済戦争」が人道国際法の原則に則って行われ、民間人への影響を軽減する方法を見出すための提案がなされている。これには、特に水の清潔度、食糧の入手可能性、感染症の制御に関する制裁の影響を監視することが含まれる。

Box 6：人道外交と保健

人道外交の目的は、人道活動やプログラムに国民や政府の支援とリソースを動員し、脆弱な環境にあるコミュニティの課題に対応し、ニーズを満たすための効果的なパートナーシップを促進することである。

国際赤十字・赤新月社連盟（IFRC）は、世界最大の人道ネットワークであり、世界中のコミュニティがより安全で健康になり、危機への対応と復旧がより効果的に行えるよう支援している。1919 年に設立された IFRC は、192 の国内赤十字･赤新月社からなり、人道、公平、中立、独立、自発的奉仕、統一性、普遍性という 7 つの**基本原則**を指針としている。これらの原則は、IFRC のあらゆるレベルでの人道的外交を支えている。

人道的外交に携わることで、IFRC は、人道分野における公的機関の補助機関としての赤十字・赤新月社という重要な役割に由来する責任を果たしているのである。この責任は、IFRC の国際的地位と、1400 万人以上のボランティアによって地域社会レベルで行われている IFRC 加盟団体の人道的・開発的活動の世界的な広がりをさらに反映するものである。

人道外交は、個人やコミュニティのウェル・ビーイングと回復力を向上させるために、特に人道状況において最も脆弱な立場におかれている人たちの考え方やルールを変えることを目的とした様々な活動で構成されている。これらの活動には以下が含まれる。

プロファイルの構築:原則的な人道支援アクターとしての赤十字･赤新月社及び IFRC ネットワークの役割、業績、活動方法について、政策立案者、パートナー、一般市民の幅広い理解を得、評価と信頼を獲得すること。

パブリック外交：個人や地域社会が自分たちの健康を守り、危機に対する回復力を強め、あらゆる差別のない平和で思いやりのある包摂的な地域社会を築くために、利用可能な手段を講じるよう、一般の人々の行動に影響を与えること。

影響力のある国やその他のアクター:国、地域及び世界レベルの政策立案者に影響を与え、弱者の安全、ウェル・ビーイング及び回復力を促進し、特に人道状況における国民社会の活動を可能にする新しいまたは更新された決定、法律、政策及び慣行を支持、採択または施行すること。

IFRC の活動において、人道外交と保健外交は多くの場合様々なレベルでしばしば交錯している。グローバル･レベル（例えば多国間機関）の外交が世界的な関心事（ユニバーサル･ヘルス・カバレッジの提唱など）に取り組む一方で、国レベルの人道外交と保健外交は、複雑なパートナーシップを通じて最も脆弱な人々のための保健プログラムを提供するために不可欠である。

コンゴ民主共和国におけるエボラ出血熱への対応：2018 年から 2020 年にかけてコンゴ民主共和国の北キヴ州及びイトゥリ州で発生したエボラ出血熱危機を通じて、赤十字は、保健医療人材に対する不信感、頻繁な暴力、赤十字ボランティアを含む最前線対応者に対する標的型攻撃などを特徴とする非常に不安定な環境で活動していた。

エボラ出血熱の影響を受けた様々な地域社会へアクセスし、信頼を得るには、公的機関、地元の武装集団、パートナー、地域社会と定期的に協議や交渉を行う必要があり、長期的な取り組みとなった。

コンゴ民主共和国赤十字社は、地域社会の教育、エボラ出血熱患者の隔離、感染者と接触した人の追跡と監視、病気で亡くなった人への安全で尊厳のある埋葬を行うことができた。多くのボランティアが最前線の対応に命をかけ、地域社会内での暴力や差別にも直面した。最終的に感染の連鎖を断ち切ったのは、人道・保健外交の組み合わせによって得られた地域社会の信頼であった。

パート B：
多国間空間における
保健の交渉

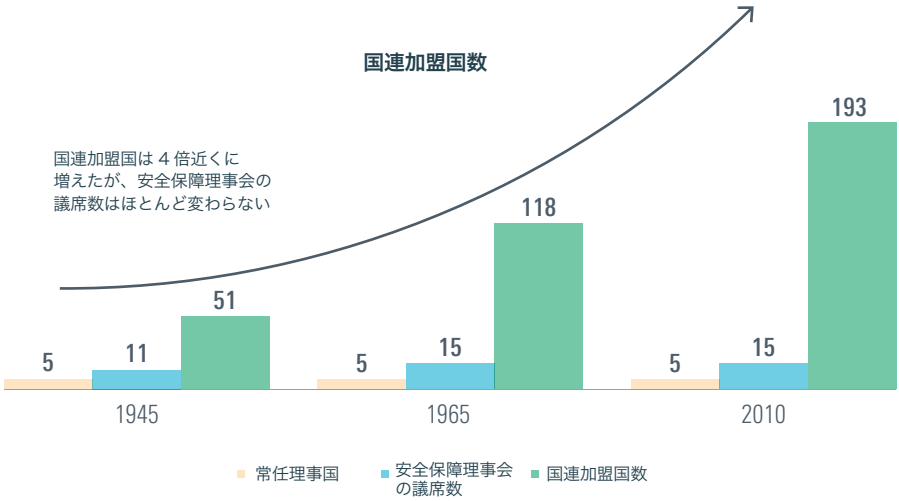
第 4 章｜グローバルヘルス外交におけるマンデートと正当性

4.1　多国間主義と国際機関の正当性

「多国間主義とは、国家間の協力関係を表す言葉であり、各国が協力することで、主権を放棄することなく共通の問題を解決することができるという前提に立った考え方である。

1919 年から 1920 年にかけてのパリ講和会議において、国家間の相互作用のための新しいタイプの制度化されたメカニズム、すなわち**すべての国に開かれた加盟制の組織**が設立された。最初のそのような組織が 1920 年に設立された国際連盟であり、1945 年に国連に取って代わられた。第二次世界大戦後、**多国間主義**は欧米の国際関係の考え方に基づく自由主義的な国際秩序と同義となったが、この秩序が今、疑問視されるようになってきている。多国間主義は、世界的機関、地域機関、規範、枠組み、首脳会議、自ら定義したブロックやアライアンスなどを通じて機能する。どのアクターが交渉を行うマンデート（権能）と正当性を持つかを規定する規則と手続きは十分に確立されている。多国間システムは、権力、地位、富、その他の特徴に関係する国家間の差異によっても形成されており、ある加盟国は意思決定において他の加盟国よりも大きな影響力を行使する。

国連は 2020 年に創立 75 周年を迎え、加盟国数の劇的な増加と世界の外交機関および活動の拡大を振り返ることができる。2011 年以降、**国連総会**で平等な代表権を持つ 193 の主権国家が加盟し、安定的に推移している。



世界保健機関も同様にすべての国に開かれた加盟制組織で、2020 年 11 月現在、194 か国が加盟している。リヒテンシュタイン以外の国連加盟国はすべて WHO に加盟しており、クック諸島とニウエも加盟している。国家は、WHO 憲章という条約を批准することによって、WHO の正会員となる。加盟国は、国の大きさや富に関係なく、国ごとに 1 票という原則に基づいている。この原則にもかかわらず、もちろん、すべての国に開かれた加盟制組織の加盟国間に大きな力の差は存在し、その中でのパワー・バランスは地政学的な現実によって形成されている。例えば、WHO のガバナンスとグローバルヘルス外交の分野における活動は、冷戦時代のソ連と米国の長い対立、1960 年代に始まり、グローバルサウスから多くの新規加盟国が加わった脱植民地化プロセス、1989 年のベルリンの壁崩壊後の新自由主義的グローバル化の強化、そして最近では、過去 10 年間に激化した中国と米国の地政学的競争によって大きな影響を受けている。

国際機関が果たす役割は、加盟国の関心とコミットメントに依存する。しかし、国際機関はますます自らの力で行動するようになってきており、MDGs や SDGs がその代表例であるように、アジェンダの設定において主導権を握り始めている。重要なことは、多国間主義を推進する機関として 70 年を超える国連の歴史において、**グローバル外交のアジェンダが**平和と安全保障にとどまらず、経済発展、貿易、幅広い社会課題へと**拡大**してきたことである。多国間の行動は劇的に変化し、貧困削減への取り組み、人権擁護、環境保護、ヘルスプロモーションが含まれるようになった。

人権、環境、健康といった分野は、当初は（平和や安全保障と比較して）いわゆるロー・ポリティクスとみなされていたが、現在では、これらの分野とその経済的影響がますます関心の中心的存在になっている。政治的アジェンダや SDGs の中で健康が際立っているのは、主要な意思決定者によって与えられた正当性によるものであり、この正当性が今日のグローバルヘルスの行動の多くを動かしている。このような展開は、国家と国際機関の双方にその形を変えるほどの影響を与えるとともに、他のすべてのステークホルダーにも影響を与える、多国間主義の長い変容のプロセスの一部となっている。

「自由主義秩序の危機」によって国際機関の権威と正当性が損なわれ、一部の国が国際協調を露骨に拒否する事態まで生んでいるという分析が多く示されている。国家がグローバルな舞台から退くにつれ、国際機関は幅広いアクターのプラットフォームとして機能することが重要になり、特定の分野が他よりも重要であるという前提はもはや存在しなくなった。国際機関は、それ自体がアクターとして、プラットフォームとして、ブローカーとして、複数の機能を果たしている。マルチステークホルダー外交が力を持つようになったのは、このような背景があるからである。グローバルヘルスを含むグローバルな政策立案の多くの分野で、外交官は国際機関を取り巻くこの複雑な「力場」を意識する必要がある。

Box 7：健康と人権

健康に対する権利は、尊厳ある生活及び他のすべての権利の享受に不可欠である。

健康に対する権利は、1946 年に採択された世界保健機関（WHO）憲章の前文で、「到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の 1 つである」として初めて明文化された。世界人権宣言（1948 年）は、適切な生活水準に対する権利の一部として、健康について言及している。さらに、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（1966 年）において、健康に対する権利が人権として認められている。

健康に対する権利は、安全な飲料水へのアクセス、適切な栄養と住宅、男女平等といった健康の主要な決定要因にまで及ぶという点 で包括的なものである。健康の権利には、健康保護システムに対する権利、疾病予防と治療に対する権利、必要な医薬品を入手する権利なども含まれる。また、合意によらない保健医療対応を受けない権利、拷問やその他の残虐な、非人道的な、または品位を傷つけるような扱いや処罰から解放される権利などの自由も含まれる。

保健と適切なケアを受ける権利は、法の下の平等、プライバシー、仕事・教育の権利、権利を守る社会に生きる権利、そして科学の進歩から恩恵を受ける権利と密接に結びついている。人権は普遍的であり、不可分であり、相互に関連している。

健康に対する権利は、差別からの自由とも密接に関連している。差別がないことは、人権の重要な原則である。世界中で、差別され、疎外された人々は、健康状態が悪い傾向にある。人種や民族を理由とした差別は、人々が受け取る健康情報の量や利用する保健医療サービスの量を減らすことにつながる。多くの社会で、女性が病気から受ける悪影響は大きくなっている。それは、女性が自分の性や生殖に影響を与える政策決定を含む意思決定への影響力を持たず、また、保健システムにジェンダー・バイオレンスやジェンダー・バイアスがあるためである。

予防と治療への普遍的なアクセスを達成する上でスティグマと差別は依然として大きな障害となっている。米国の医師であり WHO 職員でもあったジョナサン・マン（Jonathan Mann）（1947 ～ 1998）は、エイズ危機の初期に人権と公衆衛生の間の重要なつながりにいち早く着目し、ジェンダーに基づく暴力がいかに女性や少女を HIV 感染の危険にさらすか、また刑罰的な法律がいかに性労働者や男性とセックスする男性、薬物を使う人、その他の特定の集団に必要なサービスを受けることを躊躇させるかを明らかにした。

近年、人権に関するアプローチや発言は、保健分野の多くの重要な議論に影響を与えるのに効果的ではなくなってきている。保健に対する権利の実現は、すべての人の基本的権利と自由の保護を確保する社会秩序に組み込まれた公平な保健システムに基づいている。このような社会秩序は、近年、政治的権力を行使する者やそれを求める者による国家、人種、宗教的アイデンティティの操作が急増しているため、脅威にさらされている。同時に、ワクチンの開発を含む医療技術革新や病気の予防と治療が、一般市民がほとんど発言できない経済、安全保障、貿易の課題によってますます決定されるようになっている。真実を知る権利もまた、ソーシャルメディア・プラットフォームの台頭と偽情報の拡散によって脅かされている。科学的エビデンスの歪曲は、例えば反ワクチン運動に見られるように、健康に直接的な影響を及ぼしている。

健康に対する権利やその他の保健関連の人権は、多くの国際条約、地域の法的文書、各国の憲法や法律に明記されている。人権侵害と闘い、法律を利用して具体的な解決策を見出し、当局の責任を追及するための戦略として、最も疎外された人々であっても、法的マンデートを付与することがますます行われるようになってきている。世界エイズ・結核・マラリア対策基金は、現在、女性と少女の性と生殖の健康と権利を向上させ、治療

やサービスへのアクセスにおける障壁を取り除き、脆弱な集団の意思決定への意義ある関与を促進し、助成サイクル全体及び政策や政策決定過程において人権を考慮することを目的とした特定の人権プログラムを支援しているいくつかのドナーの 1 つである。

達成可能な最低水準のヘルスケアを受ける権利について、最近重ねて最も強調されている主張は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの世界的な推進である。しかし、これは、誰一人として取り残さないという人権上の要請（すなわち、排除される可能性が最も高い人々に焦点を当てること）と密接に関係するものでなければならず、この原則は、国連の「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」にも反映されている。

グローバルヘルス外交の最近の注目すべき成果は、2019 年のユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国連ハイレベル会合で採択された政治宣言である。この宣言では、加盟国がユニバーサル・ヘルス・カバレッジの履行を約束した。政治宣言では、性と生殖に関する権利や、ヘルスケアの権利を享受すべき様々な弱者グループ、すなわち障害者、HIV/AIDS 患者、高齢者、先住民、難民、国内避難民、移民について言及している。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの追求は、WHO における保健外交の議論において繰り返し取り上げられるテーマである。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現し、疾病との闘いに勝つためには、人権のための闘いに勝つことも必要である。

リソース

United Nations General Assembly (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1; https://undocs.org/en/A/RES/70/1, accessed 13 November 2020).

United Nations General Assembly (2019). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage (A/RES/74/2; https://undocs.org/en/A/RES/74/2, accessed 13 November 2020).

4.2　正当性の重要性

ヘンリー・キッシンジャー元米国国務長官はかつて外交を「妥協と合意のための具体的な方法と組織のシステム - 正当な国際秩序の中で」と定義した。国際政治においても国内政治においても、**マンデート**とは、ある組織が構成員の代表者として行動するために、その構成員によって与えられる権限である。例えば、加盟国は WHO に自分たちの代表として行動する権限を与えている。こ

のマンデートに基づいて、WHO はまずその**正当性**を獲得する。しかし、正当性とは、この権限が適切に行使されているという構成員とオブザーバーの認識次第でもある。多国間外交は、しばしば秘密主義的であった過去の外交とは一線を画し、その開始以来、**議会の慣行に倣って透明性をコミット**してきた。

形の上での正当性は、もはや統治システムを正当化するのに十分なものではない。特にグローバルヘルスにおいては、道徳的正当性と結果に基づく正当性がこれまで以上に重要な役割を果たすようになっている。多国間組織にとって、正当性は以下の点で非常に重要である。

→ 各国の政策調整と問題解決のための主要なプラットフォームであり続けるかどうかを判断する。
→ 広く受け入れられる新しいルールや規範を開発する能力に影響を与える。
→ 国際的なルールや規範の遵守を確保する能力に影響を及ぼす。

正当性は、基本的な**規範的懸念**とも関連している。すなわち、国際機関やそのプロセスが社会的に正当性を欠くものであれば、民主主義の欠如を感じさせ、グローバル・ガバナンスへの信頼を欠くことになる。特に、道徳的正当性が重要視されるソーシャルメディアの時代には、何が実際に正当性を構成しているのかを考える必要がある。この文脈においては、新しいタイプの正当性は、多数のステークホルダーの代表と関与から得られる。組織がその構成員の多様性を反映しない場合、例えば、より多くの女性やグローバルサウスの専門家を職員や上級職に採用しない場合、正当性は損なわれる。グローバルなパワー・シフトが進む中、公正で公平な交渉は、国際的な合意を形成し、コミットメントの効果的なフォローアップを確保するための必須条件となっている。

もう 1 つの主要なイシューは、組織に対して加盟国によって与えられている独立性と権限のレベルである。例えば、特に健康安全保障に関連して、WHO に対して加盟国からより強いマンデートを付与するよう求める声が高まっている。国際保健外交に積極的な組織を含めて国際機関の意思決定手続きは、その透明性や代表性と共に常に疑問視されている。このような疑問は必要であるが、組織の正当性を損ない、マルチステークホルダー外交を実践しようとするプロセスを阻害することにもなりかねない。

最後に、組織そのものが正当性を与えるということを念頭に置くことが重要である。高い評価を得ている組織と協働することで、そのパートナーの信用が増すことになるため、パートナーシップの構築には細心の注意が必要である。

4.3　国家の正当性と主権

外交は、現在のような主権国家の概念が生まれるはるか以前から存在していた。しかし、現代の国際システムにおける外交の実践は、17 世紀に欧州で推進された**国家主権**の概念（1648 年に 30 年戦争を終結させたウェストファリア条約に由来するウェストファリア主権とも呼ばれる）を基礎としている。**国際連合憲章**にも明記されているこの国際法の原則によれば、各国は自国の領土に対して排他的な主権を有する。さらに、すべての国家は、その大小にかかわらず、主権に対して平等な権利を有する。国連憲章はまた、不干渉（排他的主権）の原則を定めている。

この 2 つの原則は、近年、国連が推進する国際法のさらなる原則、すなわち国際社会による人道的介入を規定する「保護する責任」によって挑戦されてきた。公衆衛生危機がどの程度まで保護責任の原則の範囲に含まれるかは、まだ明らかにされていない。この原則は、長引く紛争や地政学的な対立に直面して無力であることが証明されている。その弱点は、国連安全保障理事会での合意形成がますます困難になっていることと、安全保障理事会の改革が急務であることも反映している。

グローバル化のプロセスは、主権を弱めるような変容を引き起こしてきた。例えば、多国籍企業の活動やグローバルな資本の流れ、さらには開発戦略によって、貧しい国々はドナーに依存するようになり、多額の債務を抱えるようになった。グローバルヘルス外交と特に関係が深いのは、相次ぐグローバル化の波によって、環境汚染やパンデミックのような新たな世界的脅威に国家が単独で対処できないことが明らかになったことである。そのため、共通の利害を持つ国々が協力してイシューに基づく外交に取り組むという新しい形の外交が行われるようになった。実際、イシューに基づく外交は、グローバル化の最初の大きな波が押し寄せた 19 世紀の多国間保健交渉の原点であった。1850 年代の最初の 2 回の国際衛生会議は、コレラ、ペスト、黄熱病の蔓延を防ぐために、国際検疫規則を標準化することを目的としたものであった。

国家主権とグローバルな福祉との間の緊張関係は、多くのグローバルヘルス交渉の特徴であり続けており、国際保健規則や気候変動に関するパリ協定の重要な欠点の原因の 1 つであることが証明されている。アナリストは、「スマートな主権」という概念では相互依存の顕著な政策分野で各国が協力することが賢明な自己利益を意味するという視点で、このような緊張を引き起こす真の根拠はないと論じている。

グローバルヘルスやグローバルヘルス外交における不平等な力関係、特に「グローバルサウス」の国々やその他のアクターの影響力の欠如に対する懸念が高まっている。グローバルヘルスシステムの資金の大部分を提供している裕福な国々は、大きな力を行使しており、従って、自国に有利に、貧しい国々に不利になるように交渉の結果に影響を与えることができる。このことは、貿易交渉が健康に与える影響に関する研究でも観察されている。

また、「フィランソロ・キャピタリズム」と呼ばれる大規模な慈善団体の影響力についても、「投資家」、「投資事例」、「ソーシャル・リターン」など、営利団体の概念を借りていることが多く、同様に批判を浴びることがある。また、彼らの並外れた富を可能にした経済成長モデルに対する批判もある。

グローバルヘルスにおける権力構造や関係に対する最近の批判は、新植民地主義の概念を持ち出し、グローバルヘルスの「脱植民地化」を求めている（**第 2 章**の **Box 3** 参照）。このような主張の支持者は、1990 年代の「ワシントン・コンセンサス」の時代、国際通貨基金と世界銀行が不必要に厳しい基準で融資契約を結び、債務国の保健医療・社会支出の激減を招き、それによって社会・経済格差が悪化したことを指摘している。緊縮財政の導入と引き換えに援助を行うことは、植民地主義を新たな形で表現したに過ぎないと言われている。また、市場原理・目標原理に基づく家族計画政策が、脆弱な立場の女性の性と生殖の健康権をいかに侵害しているかも指摘されている。従って、このような論者たちは、スペースを取り戻し、代替的なビジョンを前進させることに基づいた脱植民地化プロセスを求めている。もう 1 つの批判の焦点は、グローバルヘルスとグローバルヘルス外交における女性の代表の少なさである（**Box 8** 参照）。

Box 8：グローバルヘルス外交官としての女性

2020 年初めの時点では、世界の政府首脳のうち女性はわずか 6%（12 か国）、国会議員のうち女性はわずか 25%であった。女性の保健大臣はわずか 47 名（190 か国の 25%）であった。女性は世界人口の半分を占めているが、大多数の国では、保健システムの開発及び資金調達に関する政治的決定において、平等な発言権を持っていない。

国連総会特別会合や国連ハイレベル会合への招待は各国首脳及び政府に対して行われるため、最高レベルの保健に関する交渉において、女性は必然的に少数派となる。同様に、毎年の世界保健総会への代表団の長のうち、女性が占める割合は、持続的に低いままであることが分析されている。2017 年の 31%をピークに、2020 年には 23%にまで低下した。国際保健機関の長のうち女性はわずか 25%、それらの機関の理事長のうち女性は 25%にすぎない。特に低・中所得国の女性は、世界レベルでの保健外交において十分な存在感を示していない。

このような傾向は、特に保健医療人材の 75%を女性が占め、世界的には看護師と助産師の 90%（単一の保健医療従事者としては最大規模）を占めているという事実と対比させると、顕著である。女性は、自らが最もよく知っている保健分野の専門家であるが、そのスキルと知識は、グローバル保健外交における平等を保証するものではない。

このパターンは、2020 年の COVID-19 のパンデミック時の意思決定に関しても明らかになっている。保健医療サービスの最前線から研究施設、保健政策の立案まで、健康安全保障のあらゆるレベルで女性が働いているが、パンデミックに対処する世界や国の意思決定機関において、女性は平等に代表されてこなかった。2020 年 1 月、世界保健機関が設立した新型コロナウイルスに関する 21 名の緊急委員会に招かれた女性は、わずか 5 名であった。米国のホワイトハウス・コロナウィルス・タスクフォースの 27 名のメンバーのうち、女性はわずか 2 名であった。COVID-19 に関する各国のタスクフォースの 80%以上では、男性が多数派を占めている。保健上の緊急事態においても、女性は最前線のサービスを提供することが期待されており、一般的に決定を下すのは男性である。

保健医療分野のリーダーシップや外交に女性を均等に参加させること、特に多様な社会集団や地理的地域の女性を参加させることは、代表としてだけでなく、効果や命を救うことでもある。女性の専門知識と経験を生かした貴重な視点が失われつつあり、意思決定者が全体の人材から選ばれていないのが現状である。多様なリーダーシップ集団は、より良い情報に基づいた意思決定を行うことができ、グローバルヘルス外交が女性の少なさによって損なわれていることは否定できない。

リソース

付録 2 の「グローバルヘルス外交官としての女性に関する出版物（Publications on Women as global health diplomats）」の項参照

第 5 章｜グローバルヘルスに関する主要な法的文書

5.1　グローバルヘルスに関する法的文書の紹介

グローバルヘルスに関する法的文書は、グローバルヘルスの重要な要素である。実際、国際保健協力を促進するための機関やメカニズムを立ち上げるだけでは十分ではなく、そのような協力を実際に行うことができるよう、集団的に合意された法的文書が必要になる。これらの法的文書は、多国間外交と様々な政治的プラットフォームで行われる交渉から生まれたものである。

国際的に合意された法的文書は、公衆衛生において新しいものではない。1890 年代にはすでに最初の国際衛生条約が採択され、20 世紀の前半を通じて改訂、更新された。

1948 年に WHO が設立されると、多国間の保健関連法的文書の採択がさらに加速され、その適用範囲は拡大し、真に世界的な範囲に及ぶようになった。このプロセスの一環として、それまでの国際衛生条約は WHO の国際保健規則に取って代わられ、その初版は 1969 年に発行された。

さらに、他の多国間機関の支援の下で採択されたいくつかの国際法的文書、例えば貿易条約や環境条約は、保健がその主たる目的ではないにもかかわらず、健康に大きな影響を及ぼしている。

保健に関する多国間の法的文書は、以下のように大きく分類することができる。

→　WHO 設立以前、**WHO** または **WHO 外部**
→　地域レベルまたは**グローバルレベル**

本書では、その適用範囲を考慮し、上記の太字で示したカテゴリーを中心に解説している。

5.2　世界保健機関（WHO）が採択する法的文書

WHO の主要なガバナンス組織である世界保健総会は、勧告（WHO 憲章第 23 条に基づく）、規則（第 21 条に基づく）、条約または協定（第 19 条に基づく）という種類の規範的な法的文書を採択することができる。

勧告は WHO の権限の範囲内であればどのような事項についても取り扱うことができる。通常、世界保健総会の決議や決定として作成されるか、または承認され、その形式は、実践規範、戦略、枠組み、行動計画など様々である。いくつかの注目すべき例としては、「保健医療人材の国際採用に関する世界実施規範」（2010 年）、「公衆衛生、イノベーション、知的財産に関する世界戦略および行動計画」（2008 年）、「子どもに対する食品とノンアルコール飲料のマーケティングに関する勧告」（2010 年）、「統合的な人中心の保健医療サービスの枠組み」（2016 年）、「身体活動に関する世界行動計画」（2018 年）がある。

これに対し、**規則**は WHO 憲章第 21 条で定められた特定の事項（すなわち、衛生・検疫に関する要件、命名、基準、手続き）についてのみ採択される。疾病の国際的な拡大を防止、制御し、及びそのための公衆衛生対策を提供することを目的とした国際保健規則（1969 年、直近では 2005 年に改訂）と、あまり知られていないが、疾病、傷害及び死因の国際統計分類に沿った死亡率及び疾病率の統計の作成を各国に求める命名規則（1967 年）の 2 つの規則のみを採択している。

条約や**協定**（しばしば条約とも呼ばれる）では、WHO の権限下にあるあらゆる事柄について採択することができる。しかし、WHO がその憲章上の権限を行使して国際保健条約を採択したのは、2003 年に採択された「たばこの規制に関する枠組条約」（2005 年発効）の一度だけであった。同条約の締約国はその後、独自の新しい条約能力の「たばこ製品の不法取引廃絶のための議定書」を交渉して採択し、2018 年に発効している。

WHO 憲章第 19 条

保健総会は、世界保健機関の権限内のいかなる事項に関しても、条約または協定を採択する権限を有する。このような条約または協定の採択には、保健総会の 3 分の 2 の票を必要とする。これらの条約または協定は、各加盟国がその憲法上の手続きに従って受諾したときに、各加盟国について効力を生ずるものとする。

5.3　WHO 法的文書の法的位置づけ

法的拘束力があるのは規則と条約だけである。従って、これらはしばしば「ハード・ロー」と呼ばれる。これらは国際法の下で拘束力のある義務を生じさせるため、一般に、世界的な適用と影響の観点から最強の法的文書であると考えられている。

これに対し、勧告は法的拘束力がなく、しばしば「ソフト・ロー」と呼ばれる。しかし、ソフト・ローにあたる法的文書にも通常、重要な規範的、政治的重みがあり、公衆衛生に実質的な影響を与えうる。法的拘束力はないものの、各国は相互依存関係にあり、世界的な保健課題に取り組むために協力しなければならないため、これらは普遍的に尊重され、実施されることが期待されている。さらに、勧告は、通常、交渉、採択、発効に手間がかかる法的拘束力のある文書よりも、変化する課題への迅速な対応を可能にする。まれに、2011 年に採択された「パンデミックインフルエンザ事前対策枠組み」のように、勧告に何らかの強制的な措置が含まれる場合もある。

5.4　WHO 法的文書の発効

勧告は、正式な手続きや発効までの具体的なスケジュールを必要とせず、採択された時点で発効される。

規則は、WHO の全加盟国に対して、共同で合意した期間後に発効される。例えば、国際保健規則（2005 年）の場合、24 か月間である。しかし、加盟国は合意された期限までに WHO 事務局に新しい規則を拒否することを通知したり、留保を提出したりすることができる。つまり、規則はすべての WHO 加盟国（脱退した国を除いて）に対して同時に発効されるため、各加盟国が個別に批准する必要はない。

これに対し、条約は各国の正式な批准が必要になる。従って、条約は合意された批准数に達した後に発効する。例えば、たばこの規制に関する枠組条約では 40 か国の批准が必要であった。残りの国（及び該当する場合は地域経済統合機関）に関しては、条約はその国の批准（または法制度によっては受諾、承認、加盟）後に、それぞれの国で個別に発効される。

5.5　WHO 新条約の提案

たばこの規制に関する枠組条約（FCTC）は今日に至るまで、WHO の下で採択された唯一の条約である。政策立案者や専門家の間では、なぜこれ以外の条約が続かなかったのか、または少なくとも試みられなかったのかという疑問についてしばしば議論されてきた。よくある説明は、FCTC の交渉と採択が、20 世紀後半から 21 世紀初頭にかけてのいわゆるグローバルヘルスの黄金時代と時期を同じくしていることと、そしてそれ以降、多国間主義が概して衰退してきたことである。また、一部の専門家は、たばこのもたらす広範な影響に関する圧倒的なエビデンスと、グローバル化、貿易自由化、および国境を超えて活動するたばこ産業のアグレッシブなビジネス戦略によって深刻化した世界的な疾病蔓延に対する国内措置が不十分であるという認識の高まりゆえに、法的拘束力を持つ条約に合意する以外に選択肢はなかったと主張している。

長年にわたり、非感染性疾患、栄養、アルコール、大気汚染、薬剤耐性、偽造・規格外医薬品、研究開発、パンデミックなどの分野をカバーする新しい WHO 条約の提案がなされてきた。また、より全般的な「グローバルヘルスに関する枠組み条約」という考え方も議論になっている。しかし、これらの分野をカバーする新しい条約に関する正式なプロセスや交渉はまだ開始されていない。このような状況にある理由は、条約交渉の期間とコストの問題、強制力の問題、国際的義務に対する国家決定の主権に関する敏感さ、白黒はっきりしたたばこのケースとは異なり、食事等いくつかの健康の社会的決定要因のより微妙な性質、国民の健康と経済の利益の乖離、他の国際協定との適合性の問題、条約の法的効力と「よりソフトな」法的文書の実用性との間の両立できない関係性がある。将来、WHO がある時点で新たな条約制定プロセスに着手するかどうか、可能性があるのは COVID-19 のパンデミックを踏まえて条約制定を求める声があることから、健康安全保障の分野だが、まだ分からない。

特定の問題を将来の国際保健条約でカバーできるかどうかを判断する際には、以下の一般的な基準を適用すべきである。
(a) その問題が世界的な規模で拡大している。
(b) 国境を越えた要因が支配的な役割を果たしている。
(c) 既存の法的文書ではその問題に対処することができないことが証明されている。

5.6　WHO 以外で採択されている法的文書

WHO 以外で採択されたいくつかの条約は、その主な目的が保健とは関係ないにもかかわらず、健康に重大な影響を及ぼしている。そのほとんどは国連システム内で交渉され、採択されたもので

あり、一部は他の国際機関（WTO など）によって採択されている場合がある。例として、環境分野では、バーゼル条約、ロッテルダム条約、ストックホルム条約[12]、気候変動枠組条約（UNFCCC）（1994 年発効）、より最近では、水銀に関する水俣条約（2017 年）がある。国際貿易では、貿易の技術的障害に関する WTO 協定（1995 年）、TRIPS 協定（1995 年）、衛生植物検疫措置の適用に関する WTO 協定（1995 年）、人権では、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（1976 年）、障害者の権利に関する条約（2008 年）が挙げられる。その他の関連する例としては、生物・化学兵器に関する条約[13]や 1961 年の麻薬に関する単一条約（1964 年発効）がある。単一条約は、その実施の一環として、WHO の法定審査の役割を明記したことが特に注目される。

しかし、WHO 以外の法的文書の中で、保健に影響を及ぼす可能性があるのは条約だけではない。国家はしばしば、宣言や合意された目標やメカニズムなど、世界的な健康課題を扱う他の重要な法的文書を採択している。法的拘束力がないにもかかわらず、これらの法的文書は政治的な重みを持ち、一般に広く実施されている。持続可能な開発目標（2015 年）は、健康が重要な役割を担っており、その好例と言える。また、グローバルヘルスと外交政策（2008 年以降）、非感染性疾患（2011、2018 年）、薬剤耐性（2016 年）、結核（2018 年）、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（2019 年）に関する一連の政治宣言や決議が国連総会で採択されたことも注目すべき例である。2006 年と 2008 年には、HIV/AIDS に関する総会のハイレベル会合が開催された。国際安全保障と密接な関係を持つ問題（HIV/AIDS、ポリオ、エボラ出血熱など）のいくつかのケースが国連安全保障理事会で検討された。同様に、G7 や G20 の首脳による政治宣言も、グローバルヘルスのアジェンダに大きな影響力を及ぼすことが証明されている。

もう 1 つのカテゴリーは、WHO 単独ではなく、WHO と他の国際機関が共同で発行した法的文書である。WHO/FAO 合同食品規格プログラムの下で発行されたコーデックスの食品に関する規格、ガイドラインおよび実施規範、薬剤耐性に関する WHO-FAO-OIE の三者フレームワーク[14]、また、最近では、2018 年に WHO が主導し 12 の国際機関が立ち上げた「すべての人のための健康な生活とウェル・ビーイングのためのグローバル・アクションプラン」がその代表的な例である。この

12　有害廃棄物の国境を越える移動及びその処分の規制に関するバーゼル条約（1992 年発効）、国際貿易の対象となる特定の有害な化学物質及び駆除剤についての事前のかつ情報に基づく同意の手続に関するロッテルダム条約（2004 年）、残留性有機汚染物質 に関するストックホルム条約（2004 年）。

13　細菌兵器（生物兵器）及び毒素兵器の開発、生産及び貯蔵の禁止並びに廃棄に関する条約（1997 年発効）。

14　WHO、FAO、国際獣疫事務局（OIE）が 2017 年に開始した「薬剤耐性と闘うための開発とスチュワードシップのためのグローバルフレームワーク」。

ような法的文書は、グローバルヘルスの交渉における新たな層を作る。すなわち、これらの文書は、共通の目標を達成するために、時には全く異なる組織の文化や関与の戦略が調整された末の交渉の成果である。

Box 9：世界貿易機関（WTO）における保健の交渉

世界貿易機関（WTO）の最も重要な目的は、すべての加盟国に利益をもたらすルールに基づく包括的な国際貿易システムに支えられ、貿易が円滑、自由、予測可能な形で進むようにすることである。WTO は、物品・サービスの貿易及び貿易関連の知的所有権に関する事項について、加盟国間の貿易関係を管理するための共通の制度的枠組みを提供している。WTO は、グローバルな貿易ルール・システムを運用するだけでなく、貿易協定の交渉の場として機能し、また加盟国間の貿易紛争を解決し、開発途上国のニーズに応えるよう支援している。

WTO には 164 か国が加盟し、世界貿易の 98%を占めている。また、現在、合計 23 か国が加盟申請中である。WTO の交渉と意思決定は、いずれも加盟国が主体的に行うものである。WTO 事務局は、非政府組織や他の国際機関との定期的な対話の継続、活動の調整、「貿易政策レビュー」等報告書の作成など、WTO のシステムが機能するための活動を行っている。

WTO の中核的な機能とは？

世界貿易機関（WTO）を設立するマラケシュ協定の第 3 条は、以下の 5 つの中核的機能を挙げている。

→ WTO 貿易協定の実施、管理、運用の促進
→ 貿易交渉の場の提供
→ 貿易紛争への対処
→ 加盟国の貿易政策の監視
→ 他の国際機関との協力

さらに、WTO は、開発途上国や後発開発途上国が貿易に従事し、紛争に対処し、技術基準を実践する能力を構築できるよう、技術支援やトレーニングを通じて支援している。

WTO における意思決定

意思決定は加盟国全体のコンセンサスによって行われる。また、各加盟国につき 1 票と

いう原則のもと多数決を行うことも可能である。ただし、WTO の前身である関税及び貿易に関する一般協定（General Agreement on Tariffs and Trade: GATT）では、このような手続きは極めて稀であった。

WTO の最上位の意思決定機関は閣僚会議で、通常 2 年に 1 回開催される。閣僚会議は、多国間貿易協定に基づくすべての事項を決定することができる。一般理事会は、閣僚会議に代わって WTO のすべての事項を決定し、また、加盟国間の紛争を解決するための手続きを監督する紛争解決機関、加盟国の貿易政策を分析する貿易政策審査機関として、それぞれ会議を開催している。すべての WTO 加盟国は、物品貿易理事会、サービス貿易理事会、知的所有権の貿易関連の側面に関する理事会（TRIPS 理事会）の 3 つの理事会に代表され、それぞれの貿易分野を扱う WTO 協定の運用を促進する責任を負っている。

WTO の多数の専門機関（委員会や作業部会）は、個々の協定や、環境、開発、加盟、地域貿易協定などの他の分野を扱っている。また、民間航空機の貿易や政府調達に関する複数国間のマルチステークホルダー協定（WTO 全加盟国が署名しているわけではない）を扱う補助機関も、その活動を定期的に総会に報告している。

WTO の交渉ルールはどこにあるか？

WTO 協定のほとんどは、1986 年から 1994 年のウルグアイ・ラウンド交渉の結果であり、1994 年 4 月のマラケシュ閣僚会議で調印されたものである。これらの協定は固定されたものではなく、随時再交渉が可能である。また、新たな協定を追加することも可能で、WTO 機関が決定やガイドラインを採択することもある。そのため、交渉の結果、1994 年以降、多くの追加的な法的文書が採択された。例えば、製造能力が不十分または全くない国に輸出するために、強制実施権の下で安価な後発医薬品を製造できるようにすることを目的とした 2005 年の「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）を改正する議定書」や、煩雑な手続きの削減を通して国境の遅延を減らすことを目的とした 2013 年の「貿易の円滑化に関する協定」などである。新たな交渉は、2001 年 11 月のドーハ閣僚会議で開始され、貿易交渉委員会と特定の交渉グループ内で行われている。

WTO における保健関連イシュー

WTO における保健関連の業務は、関税、輸入許可手続き、規制、知的所有権、政府調達、サービス貿易、貿易円滑化など、数多くの分野に及んでいる。WTO の規律は WTO 加盟国の公衆衛生に関連する政策、戦略、法律に影響を与えるが、その規則は WTO 加盟

国の公衆衛生を守る義務を考慮に入れ、設計されている。WTO 加盟国は、公衆衛生とグローバルな貿易システムとの間に積極的で相互に補強し合う関係が必要であることを強調してきた。従って、2001 年の TRIPS 協定と公衆衛生に関する宣言（ドーハ宣言）では、多くの開発途上国や後発開発途上国が直面している公衆衛生問題、特に HIV/AIDS、結核、マラリア、その他の流行病から生じる問題の重大性を認識し、TRIPS 協定をこれらの問題に取り組むための国内及び国際的な取り組みの一環にするよう求めている。

保健政策に影響を与える可能性のある貿易の様々な側面は、WTO の所轄機関によって定期的に検討されている。例えば、TRIPS 理事会では、新しい医薬品の開発における知的所有権の重要性や、安価な医薬品へのアクセスを容易にするための TRIPS の柔軟性が果たす役割について議論されている。さらに、加盟国は医薬品の輸出に限って特別な強制実施権（改正 TRIPS 協定第 31 条の 2）の付与を認める制度の機能についても定期的に検証している。また、TRIPS 理事会に通知された保健関連の知的所有権に関する法律や規制の見直しも行っている。

貿易の技術的障害に関する委員会（TBT 委員会）と衛生植物検疫措置に関する委員会（SPS 委員会）は、貿易に影響を与える健康政策の観点から重要な WTO 機関である。政府が作成し採択した広範囲の国内保健関連政策、基準、規制は、これらの委員会で一括して議論される。貿易の技術的障害に関する協定（TBT 協定）と衛生植物検疫措置の適用に関する協定（SPS 協定）はともに、加盟国が国際基準に基づく措置をとることを奨励している。TBT 委員会と SPS 委員会は、加盟国から WTO に通知された保健関連の貿易措置の多くを審議のために受け取る。両委員会は、TBT 及び SPS 協定の実施を強化する方法に関する加盟国向けの一般的なガイダンスについて頻繁に交渉し、採択している。このガイダンスの多くは、特に SPS 委員会によって採択されたもので、動物や植物の健康だけでなく、人の健康関連の課題にも直接関係するものである。

輸入許可手続き（輸入の事前条件として管轄当局への申請書の提出を再度要求する免許、許可、認可、その他の手続きなど）は、保健医療政策上の理由から多くの加盟国が採択しており、輸入許可に関する委員会で検討されている。さらに、2 つの分野別取り組みによって、特定の保健医療関連製品に対する輸入関税の撤廃が規定されている。「医薬品貿易協定（医薬品協定）」は、医薬品の製造に使用される化学成分や有効成分を含む医薬品を対象としている。ウルグアイ・ラウンドで多くの加盟国が交渉し、これらの製品に対する関税を撤廃した。医薬品協定の対象製品については、最新の情報を反映するため、定期的な見直しが行われている。2015 年、24 の参加国（欧州

連合を含む）は、スキャナー、磁気共鳴画像装置、断層撮影装置、歯科医療および眼科領域の製品などの医療機器を含む多くのハイテク製品の関税撤廃を規定する情報技術協定（ITA）の拡大に合意した。2020 年までに ITA 拡大協定は 26 の加盟国となり、これらの製品の世界貿易の約 90%を占める 55 の WTO 加盟国をカバーするようになった。ITA 委員会は、輸入関税の撤廃に加え、これらの製品の国際貿易を妨げる非関税障壁を撤廃する取り組みも行っている。

これまで WTO 加盟国による保健医療分野での市場アクセスに関するコミットメントはわずかであったが、保健医療関連サービスの貿易は、「サービスの貿易に関する一般協定」で取り扱われている。サービス貿易理事会における加盟国の議論では、e ヘルス、海外での治療の提供、海外の保健医療セクターへの投資、保健医療専門家の国境を越えた移動に関する特定の側面など、様々な保健医療サービスの提供方法について検討してきた。

保健関連の協議は、理事会と委員会で補完的に行われることがある。例えば、たばこの簡易包装化に関する提案は、紛争解決段階に移行する前に、まず TRIPS 理事会と TBT 委員会の両方で議論された。

さらに、多くの国際機関（保健関連の国際基準の設定を担当する機関を含む）及び政府間機関（世界保健機関（WHO）など）が、WTO の各種団体の会合で保健関連の議論に定期的に参加している。

WTO とその他の組織

WTO は、1994 年 4 月にマラケシュで採択された「国際的な経済政策立案におけるより高い一貫性の達成に向けた世界貿易機関の貢献に関する閣僚宣言」に由来する「一貫性」という旗印の下、他の政府間組織と協力している。実際、WTO の制度は、WTO 加盟国が支持し、履行しなければならない国際的な権利と義務のより広い枠組みの一部に過ぎないことが、現在では認識されている。

公衆衛生、貿易及び知的所有権に関連する課題についての WTO の活動は、特に WHO 及び世界知的所有権機関の活動を補完するものである。これらの機関は共に効果的にそのマンデート（権能）を遂行し、技術協力のためのリソースの効率的な利用を確保し、取り組みの重複を避けるために、機関間及び他のパートナーとの間で、実務に関する対話を強化する責任を共有している。特に、TRIPS 協定と公衆衛生に関するドーハ宣言は、国際レベルでの協力を強化し、一貫性を高めるための触媒として

機能している。また、WTO は、国際獣疫事務局、FAO/WHO コーデックス委員会、国連貿易開発会議、世界税関機構など、保健関連のトピックで多くの政府間組織と協力している。

5.7　法的文書採択後の手順

いったん採択された法的文書が効果的に実施されるためには、さらなる交渉、外交、ガバナンスの決定が必要となることが多い。これは特に条約に当てはまる。条約は通常、締約国の国会による批准に至る過程で、多方面にわたる外交と政治的妥協を必要とする。また、新しいタイプのガバナンス機関（締約国会議など）やメカニズム（特定の法的条項の実施に関する政府間合意ガイドラインなど）の設立を必要とすることも多く、条約発効後はさらなる多国間外交と交渉が必要となる。

また、採択された法的文書の修正プロセスには、新たな多国間交渉が必要となる場合がある。法的文書は通常、一定の条件下で改訂や修正を行うことを規定している。例えば、FCTC は、締約国会議での 4 分の 3 の多数決により採択される改正を認めており、さらに個々の締約国による批准または受諾を条件としている。国際保健規則は 1969 年に初めて採択され、その後 1973 年、1981 年、2005 年に改訂された。特定の規模の世界的な健康危機は、しばしばこのような変更の引き金となることがある。例えば、IHR の前回の改訂は、1990 年代後半にはすでに進行していたが、21 世紀最初の世界的な公衆衛生上の緊急事態である 2002 年から 2004 年にかけての SARS が発生した後で勢いを増した。それから約 15 年後、COVID-19 のパンデミックによって、2005 年版の IHR がこのような大規模な世界的危機に対処するのに適切かどうか、世界中で議論が巻起こっている。2020 年に採択された世界保健総会決議は、パンデミックへの世界的な対応に関するより幅広い見直しの一環として、IHR の機能に関する独立した評価を行うことを求めた。

第 6 章｜世界の主要な場とアクター

6.1　世界保健機関（WHO）とグローバルヘルス分野の変化

世界保健機関（WHO）は、グローバルヘルスに関する交渉の場として重要な役割を担っている。すべての意思決定権が加盟国に帰属する、政府間組織である WHO は、国際保健活動の調整と舵取りを行う国連の専門機関である。初期には、WHO は主に国家主体、すなわち保健省や外務省に対応し、しばしばジュネーブの外交官や、特に後年はそこに駐在する保健アタッシェを通じて対応した。後者には、各国の外務省及び保健省の代表が混在している。加盟国は WHO の主要なアクターであり、それらが、機関を管理し、主要な協定を交渉する。しかし、グローバル保健情勢がさらに複雑化するにつれ、WHO は様々なアクターとの関係を見直す必要に迫られている。

それに伴い、WHO はその憲章上のマンデート（権能）に沿って非国家主体との関係に関する方針「非国家主体との関与の枠組み（FENSA）」を採択し、2016 年 5 月の第 69 回世界保健総会で承認された。この枠組みは、NGO、民間セクター、慈善財団、学術機関など、非国家主体との関係を強化することを目的としている。同時に、この枠組みは、利益相反、風評リスク、不当な影響力といった潜在的なリスクから WHO とその活動を保護することを目的としている。

非国家主体は、WHO のガバナンス組織におけるグローバルヘルスの交渉に正式には関与しないが、協議に参加し、意見やコメントを求められることが多い。彼らは、WHO のガバナンス組織（世界保健総会や執行理事会）の会合に合わせてジュネーブに集まり、アドボカシー活動や交渉担当者との非公式な議論を行い、WHO と公式な関係がある場合は、ガバナンス組織の会合で声明を発表している。このような参加は、特に国連システムの他の部分と比較すると、せいぜい形式的なジェスチャーにしか見えないかもしれない。WHO 憲章、FENSA、世界保健機関総会手続規則には、様々なアクターがどのような関与をすることができるかが規定されている。WHO の指導者層はより開かれたアプローチに熱心であり、現事務局長は多くの前任者よりも広範囲に市民社会と接触している。しかし、WHO の文化は全体として、しばしば、やや「閉鎖的」でリスクを嫌うように見える。すべてのステークホルダーが創造的思考を働かせ、発生した機会を最大限に活用し、可能であれば相互作用のための新しいメカニズムを開発できるようにする必要がある。

WHO には、**WHO と公式な関係を結んでいる非国家主体**という、密接に協力し合う特別なカテゴリーがある。公式関係は、「WHO の利益のために持続的かつ体系的な活動を行う」NGO、国際企業団体、慈善財団に対して、執行理事会が与えることのできる特権である。これらの団体の目的と活動は、WHO 憲章の精神、目的、原則に適合していなければならず、公衆衛生の向上に大きく貢献することが期待されている。WHO は、特に非国家主体による WHO への関与の種類を詳述した非国家主体の登録簿を作成しているところである。WHO の活動への非国家主体による関与や関わりをさらに拡大する余地は大いにある。COVID-19 のパンデミックの際、特に科学やデジタル技術の分野と新しい協力形態を見出さなければならないことが明らかになった。

グローバルヘルスは、現在、マルチステークホルダー外交の最も顕著な分野の 1 つである。この種の外交は、国際機関、国家機関、開発銀行、市民社会、民間産業、慈善団体、学術機関、専門家団体、そして献身的で、時には非常に強力な個人など、驚くほど幅広い取り組みや組織を包含している。SDGs の交渉に多くのステークホルダーを参加させ、パートナーシップに関するゴール 17 を採択したことで、国連はマルチステークホルダー外交に高い正当性を与えた。特にグローバルヘルスの分野では、多くのハイブリッドな組織が生まれ、一方では多数のステークホルダーの代表と関与によって、他方では成果を重視することによって、その正当性を得るアライアンスやイニシアティブも生まれている。

非国家主体のための **世界保健機関との** 関与に関する ハンドブック

World Health Organization

世界保健総会と国連総会では、意思決定のプロセスが全く異なることに留意することが重要である。前者では投票はあまり行われないが、後者では核兵器のような非常に政治的、デリケートな話題に関わるアジェンダでは利用されている。これまで、保健に関連する国連総会決議は、通常は無投票で採択されてきたが、重大なことに、COVID-19 のパンデミックへの対応に関する 2020 年 9 月の最新決議 (A/RES/74/306 と A/RES/74/307) については、裁決が行われなければならなくなった。さらに、加盟国が、決議や宣言の内容から「距離を置く」ことも増えている。一例として、米国政府は COVID-19 への対応に関する世界保健総会決議 WHA73/1 から離脱している [15]。

6.2　その他の国際保健組織及び団体

グローバルヘルス外交の特徴は、その歴史を通じて開発された多くの革新的な特徴やアプローチにある。最初の **UNAIDS** は、国連システム内で唯一の共同参画による合同プログラムであり、その活動は、すべての地理的地域の 22 の政府代表、UNAIDS 参画国連機関（コ・スポンサー）、及び HIV とともに生きる人々の協会を含む NGO の代表 5 名からなるマルチステークホルダー・プログラム調整委員会によって運営されている。

同様に、**Gavi ワクチンアライアンス**（財団）、**世界エイズ・結核・マラリア対策基金**（パートナーシップ）も、各国、民間セクター、市民社会、その他の国際機関の代表者からなる理事会によって運営されている。Gavi 理事会には、独立した個人（無所属）も含まれている。グローバルファンドの理事会には 20 の議席があり、NGO、HIV/ 結核 / マラリアの影響を受けているコミュニティ、民間セクター、民間財団を含む実施者とドナーが等しく発言権を持っている。さらに、理事会の議長と副議長、WHO や世界銀行などのパートナー機関の代表者、追加的な公的ドナーの構成員など、8 名の投票権を持たないメンバーが存在する（**Box 10** と **Box 11** を参照）。

15　参照：https://geneva.usmission.gov/2020/05/19/explanation-of-position-covid-19-response-resolution/

Box 10：Gavi ワクチンアライアンスのガバナンス・モデル

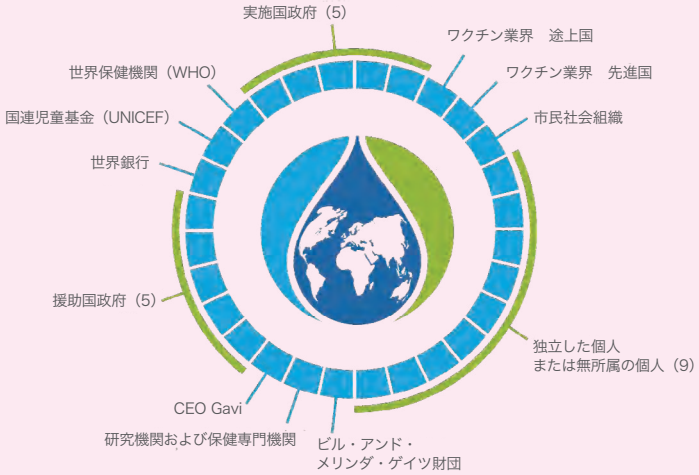
Gavi ワクチンアライアンス（旧称：ワクチンと予防接種のためのグローバルアライアンス（Gavi はこの名称の頭辞語））は、開発途上国の子どもたちに安価で入手しやすいワクチンを提供するために 2000 年に設立された国際機関である。現在、Gavi ワクチンアライアンスは、グローバルヘルス・ガバナンスにおいて最も重要なアクターの 1 つとなっている。

Gavi 理事会には、常任と期限付きの合計 28 の議席がある。理事会のメンバーは、Gavi の規約と業務手順に従って任命される。Gavi ワクチンアライアンスの主要なパートナーの代表が 18 議席、独立した個人または無所属の個人が 9 議席、同アライアンス事務局長が 1 議席を持っている。ビル・アンド・メリンダ・ゲイツ財団、世界銀行、国連児童基金（ユニセフ）、世界保健機関（WHO）は理事会の常任理事を務めているが、他の Gavi パートナーの代表は期限付きで就任している。

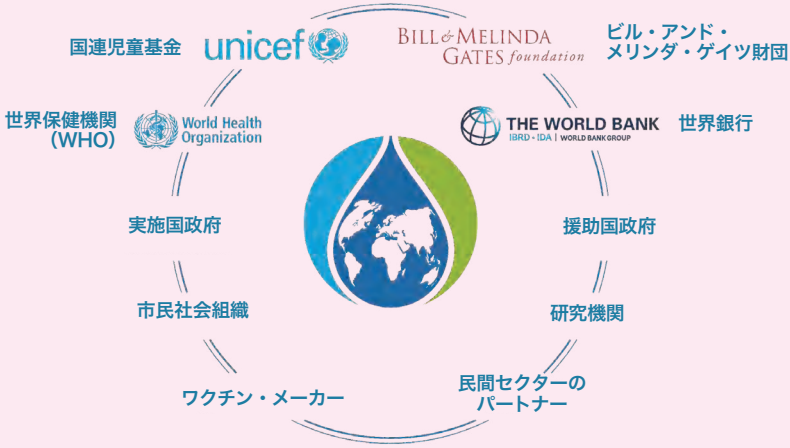
「代表」席のメンバーは、自国政府または所属する機関が Gavi の方針策定及び運営管理に対して正式に意見を表明できるようにする責任を負っている。独立した、無所属の個人は、Gavi の活動とは職業上のつながりはないが、投資、監査、資金調達などの重要な分野で専門知識を提供する。また、理事会のすべての審議に独立したバランスの取れた監視の目を向けている。これらのメンバーは、そのスキルとネットワークに基づき、個人の資格で任命される。独立した、または関係のない個人は、Gavi の仕事に専門的なつながりを持っていないが、投資、監査、資金調達などの重要な分野の専門知識を提供している。

その他の代表には、理事代理及びオブザーバーがある。代表理事に代わって活動する資格のある組織と構成員は、理事会メンバー 1 名につき 1 名を理事代理として指定することができる。理事会メンバー及び補欠の両名は、理事会会合に出席するよう要請される。各構成員を代表するためには、少なくともどちらかが出席しなければならない。議長の許可を得て、オブザーバーも同アライアンスの理事会または委員会に参加することができる。

ガバナンス構造



Gavi ワクチンアライアンスのパートナー



→ **実施国政府**が予防接種のニーズを把握し、ワクチン・プログラムに共同で資金を提供し、実施する。

→ **ワクチン・メーカー**は、実施国に対し、安価で質の高いワクチンとコールド・チェーン機器を提供する。

→ **市民社会組織**は、すべての子どもにワクチンが行き渡るよう支援する。

→ **民間セクターのパートナー**は、Gavi ワクチンアライアンスのミッションの達成を支援するために、リソース、専門知識、イノベーションを提供する。

→ **ビル・アンド・メリンダ・ゲイツ財団**は、資金と専門知識を提供し、革新的なアプローチを開拓し、新しいワクチンの研究開発作業を支援する。

→ **研究・技術系保健機関**は、ワクチンについて、科学的根拠の作成と価値の周知を支援する。

→ **ドナー国政府**が長期的な資金提供を約束し、現地で Gavi と協力する。

→ **世界銀行**は、予防接種のための国際金融ファシリティや AMC（事前買取制度）などの革新的な資金調達メカニズムを支援する。

→ **ユニセフ**は、ワクチンを調達し、コールド・チェーン・システムの維持、アクセスの改善、データ収集において各国を支援する。

→ **WHO** は、予防接種率の向上とデータの質の改善に重点を置き、各国におけるワクチンの規制と導入の支援を行う。

出典：Gavi ワクチンアライアンスのウェブサイト（https://www.gavi.org、2020 年 10 月 12 日アクセス）より引用。

Box 11：世界エイズ・結核・マラリア対策基金のガバナンス・モデル

世界エイズ・結核・マラリア対策基金（以下、グローバルファンド）は、「HIV、結核、マラリアの流行を終わらせ、持続可能な開発目標の達成を支援するために、追加的なリソースを集め、活用し、投資する」ことを使命として 2002 年に設立された国際的な資金提供機関である。グローバルファンドは、年間 40 億米ドル以上の資金を動員し、100 か国以上でのプログラムを支援している。グローバルファンドは、政府、市民社会、技術機関、民間セクター、そしてこれらの疾病の影響を受けている人々の間のパートナーシップによって成り立っている。

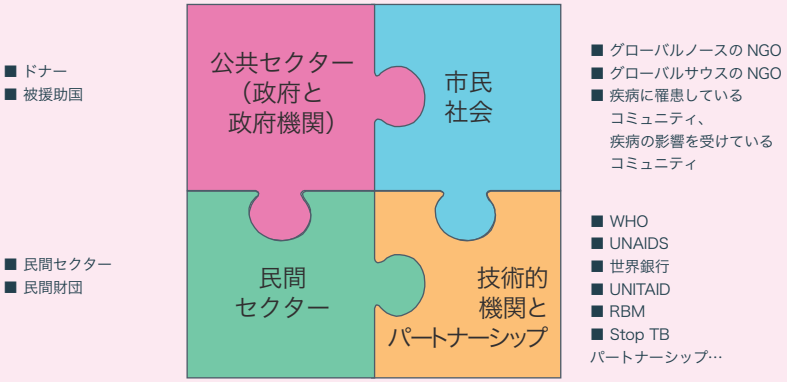
グローバルファンドの理事会の構成は、多国間保健外交の概念をよく表している。理事会には 20 名の投票権を持つメンバーとして、実施者とドナーが同じ割合で参加しており、さらに 8 名の投票権を持たないメンバーがいる。議長と副議長は理事会の議事進行役を務め、アドボカシー、パートナーシップ、資金調達の役割を担いる。20 名の投票権を持つメンバーは、ドナー側と実施者側を同数（10 名）ずつ代表する構成員である。理事会メンバー 1 名が各構成を代表し、理事代理が補佐する。

20 の構成員（投票権を持つメンバーのグループ）は以下の通りである。オーストラリア、カナダ、スイス、病気の影響を受けた人々のコミュニティ、先進国の非政府組織（NGO）、開発途上国の NGO、東欧・中央アジア、東地中海地域、東・南アフリカ、欧州委員会、ベルギー、イタリア、ポルトガル、スペイン、フランス、ドイツ、日本、中南米・カリブ地域、ポイント・セブン（デンマーク、アイルランド、ルクセンブルク、オランダ、ノルウェー、スウェーデン）、民間財団、民間セクター、東南アジア、英国、米国、西・中央アフリカ、西太平洋地域である。

理事会の 28 議席のうち残りの 8 議席は、理事会議長、理事会副議長、事務局長、パートナー、国連合同エイズ計画（UNAIDS）、世界保健機関、世界銀行、そして「追加の公的ドナー」（理事会が、まだ投票権を持たない公的ドナーのために創設した構成員）であり、投票権を持たないメンバーとなっている。

ガバナンスのためのパートナーシップ・アプローチ

グローバルファンド理事会



出典：グローバルファンドウェブサイト（https://www.theglobalfund.org/en/）。

2005 年に発効した WHO 初の国際保健条約であるたばこの規制に関する枠組条約もまた、グローバルヘルス・アーキテクチャーに新しく加わった。この条約は、独自のガバナンス体制（締約国会議）を有し、WHO に事務局が設置されている（FCTC の詳細は第 5 章に掲載）。さらに、独自のガバナンス構造と運営形態を持ついくつかの保健パートナーシップは、WHO（例えば、母子保健パートナーシップ）や他の国連システム機関（例えば、国連プロジェクト・サービス機関（**第 5 章**）が主催するマラリア根絶のための RBM パートナーシップ）が主催している。

各国は他のアクターと同様に、多くの保健機関で交渉や意思決定に関与しているが、これらの機関のそれぞれにおいて、国としての方針が常に同じとは限らない。これは、WHO では主に保健省が、他の保健機関では主に開発省（または開発機関を通じて外務省）が代表を務めているという違いがあることも一因となっている。多くの場合、様々な国の当局間の協力は不十分であり、時には互いに競合することさえある。

6.3　国連における保健外交

2000 年代に入ると、地球規模の健康課題に取り組むには、高度な政治的コミットメントとリソースの集中が必要であることが明らかになった。そのため、ニューヨークの国連の意思決定機関によって大きな関心が寄せられるようになった。

原則的に、保健は国連の 4 つのフォーラムでアジェンダに含めることができる。

→　国連憲章に基づき、総会は、グローバルヘルスを含む国連の適用範囲内のあらゆる事柄について勧告を行うことができる。

→　安全保障理事会は、その名の通り、平和と安全保障を監視しており、健康課題がアジェンダに上ることはほとんどない。これまで、2000 年にエイズ、2014 年にエボラ出血熱が国際的な安定に対する脅威とされたときのみ、アジェンダに入った。さらに、2013 年には安全保障理事会がスーダンのポリオ予防接種に関する報道声明を発表している。

→　人権理事会と経済社会理事会は、他の機関とともに、総会の審議の準備に関与している。経済社会理事会は、持続可能な開発の 3 つの要素（経済、社会、環境）に関する議論と革新的な思考を促進するための中心的なプラットフォームである。また、この 2 つの機関は保健に関連した特別なメカニズムも採用しており、経済社会理事会のもとでは、非感染性疾患などに関する国連機関間タスクフォースの設置、人権理事会のもとでは、健康への権利に関する特別報告者の任命などを行っている。

国連の保健に対する関心は、2007 年のオスロ宣言によって強まった。この宣言では、7 か国の外相がグローバルヘルスを現代の喫緊の外交政策課題であると位置づけた。2008 年以降、総会では毎年、外交政策と保健の関連性が議論され、WHO のアジェンダのトピックのより広い背景に注目している（**Box 12** 参照）。

2015 年、17 の SDGs を含む「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」の交渉とその後の採択によって、グローバルヘルス・イシューに大きな注意を向けるために、さらに好ましい状況となった。国連は、相互に繋がり合う世界では、感染症は数日のうちに大陸を越えて広がり、メディアや広告によって広まったライフスタイルの要因（喫煙、アルコール、ジャンクフードの消費など）は、数か月以内に世界の人々に影響を与え、知識は瞬時に共有できることを認識した。従って、健康の決定要因は SDGs のそれぞれに組み込まれており、保健外交官もまた、各国の包括的な持続可能な開発計画の一部として、これらが確実に対処されるよう関与するようになってきている。2019 年にスタートした新しい仕組み「すべての人のための健康とウェル・ビーイングのためのグローバル・アクションプラン」は、健康に関連する SDGs の達成に向けて、各国をより効果的に支援することを目的に 12 の国際機関が結集している。

こうした進展によって、特定の保健課題に関する総会のハイレベル会合がますます多く開かれるようになった。これらの会合で採択された政治宣言（非感染性疾患、結核、薬剤耐性、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するものなど）は、その後総会で承認され、当該分野における国際協調のための戦略的指針となっている。

保健に影響を与える国際条約は、様々な国連機関や組織の下で交渉されており、国連における健康課題のもう 1 つの「中心的存在」になっている。例えば、水銀に関する水俣条約（UNEP が主導）、障害者の権利に関する条約（人権理事会が主導）、気候変動枠組条約などが挙げられる。

COVID-19 パンデミック発生時、国連はさまざまな対立に巻き込まれた。総会では、連帯に関する象徴的な決議に合意することができただけであった。興味深いことに、安全保障理事会は、より影響が限定的であったエボラ出血熱の流行時とは異なり、COVID-19 パンデミックの影響をアジェンダに入れなかった。安全保障理事会は、シリア・アラブ共和国、イエメン、リビア、アフガニスタンなどの紛争地帯におけるパンデミック関連の停戦を求める事務総長の呼びかけを支持する決議を採択することができなかったが、これは決議文に WHO への言及を含めるかどうかで米国と中国が争っていたためであった。COVID-19 への対応の最初の 6 か月間で、パンデミック制圧に向けた政治的なコミットメントをしたのは、WHO、G20 と地域レベルだった。

国際連合システム

国連の主要機関

総会

補助機関
- 軍縮委員会
- 人権理事会
- 国際法委員会
- 合同監査団(JIU)
- 主要委員会
- 常設委員会及びアドホック組織

計画と基金[1]
- 国連開発計画(UNDP)
  - ・国連資本開発基金(UNCDF)
  - ・国連ボランティア計画(UNV)
- 国連環境計画(UNEP)[8]
- 国連人口基金(UNFPA)
- 国連人間居住計画(UN-HABITAT)[8]
- 国連児童基金(UNICEF)
- 国連世界食糧計画(WFP) [UN/FAO]

調査及び研修所
- 国連軍縮研究所(UNIDIR)
- 国連訓練調査研究所(UNITAR)
- 国連システム・スタッフ・カレッジ(UNSSC)
- 国連大学(UNU)

その他の国連機関
- 国際貿易センター(ITC) [UN/WTO]
- 国連貿易開発会議(UNCTAD)[1,8]
- 国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)[1]
- 国連プロジェクトサービス機関(UNOPS)[1]
- 国連パレスチナ難民救済事業機関(UNRWA)[1]
- ジェンダー平等と女性のエンパワーメントのための国連機関(UN-Women)[1]

関連機関
- 包括的核実験禁止条約機関準備委員会(CTBTO-PrepCom)
- 国際原子力機関(IAEA)[1,3]
- 国際刑事裁判所(ICC)
- 国際移住機関(IOM)[1]
- 国際海底機構(ISA)
- 国際海洋法裁判所(ITLOS)
- 化学兵器禁止機関(OPCW)[3]
- 世界貿易機関(WTO)[1,4]

安全保障理事会

補助機関
- テロ対策委員会
- 国際刑事裁判所残余メカニズム
- 軍事参謀委員会
- 平和維持活動・政治ミッション
- 制裁委員会(アドホック)
- 常設委員会及びアドホック組織

平和構築委員会

持続可能な開発に関するハイレベル政治フォーラム(HLPF)

経済社会理事会

機能委員会
- 犯罪防止刑事司法委員会
- 麻薬委員会
- 人口開発委員会
- 開発のための科学技術委員会
- 社会開発委員会
- 統計委員会
- 女性の地位委員会
- 国連森林フォーラム

地域委員会[8]
- アフリカ経済委員会(ECA)
- ヨーロッパ経済委員会(ECE)
- ラテンアメリカ・カリブ経済委員会(ECLAC)
- アジア太平洋経済社会委員会(ESCAP)
- 西アジア経済社会委員会(ESCWA)

その他の機関
- 開発政策委員会
- 行政専門家委員会
- 非政府組織委員会
- 先住民問題に関する常設フォーラム
- 国連エイズ合同計画(UNAIDS)
- 地理学的名称に関する国連専門家グループ(UNGEGN)
- グローバル地理空間情報管理に関する専門家委員会(UNGGIM)

調査及び研修所
- 国連地域犯罪司法研究所(UNICRI)
- 国連社会開発研究所(UNRISD)

専門機関[1,5]
- 国連食糧農業機関(FAO)
- 国際民間航空機関(ICAO)
- 国際農業開発基金(IFAD)
- 国際労働機関(ILO)
- 国際通貨基金(IMF)
- 国際海事機関(IMO)
- 国際電気通信連合(ITU)
- 国連教育科学文化機関(UNESCO)
- 国連工業開発機関(UNIDO)
- 世界観光機関(UNWTO)
- 万国郵便連合(UPU)
- 世界保健機関(WHO)
- 世界知的所有権機関(WIPO)
- 世界気象機関(WMO)
- 世界銀行グループ(World Bank Group)[7]
  - ・国際復興開発銀行(IBRD)
  - ・国際開発協会(IDA)
  - ・国際金融公社(IFC)

事務局

各部局及び各事務所[9]
- 事務総長室(EOSG)
- 開発調整室(DCO)
- 経済社会局(DESA)
- 総会・会議管理局(DGACM)
- グローバル・コミュニケーション局(DGC)
- 管理戦略・政策・コンプライアンス局(DMSPC)
- オペレーション支援局(DOS)
- 平和活動局(DPO)
- 政治・平和構築局(DPPA)
- 安全保安局(DSS)
- 人道問題調整事務所(OCHA)
- テロ対策室(OCT)
- 軍縮部(ODA)
- 人権高等弁務官事務所(OHCHR)
- 内部監査室(OIOS)
- 法務局(OLA)
- アフリカ担当事務総長特別顧問室(OSAA)
- 子どもと武力紛争に関する国連事務総長特別代表事務所(SRSG/CAAC)
- 紛争下の性的暴力に関する事務総長特別代表事務所(SRSG/SVC)
- 子どもに対する暴力に関する事務総長特別代表事務所(SRSG/VAC)
- 国際防災機関(UNDRR)
- 国連薬物犯罪事務所(UNODC)[1]
- 国連ジュネーブ事務所(UNOG)
- 後発開発途上国、内陸開発途上国、小島嶼国開発途上国担当上級代表事務所(UN-OHRLLS)
- 国連ナイロビ事務所(UNON)
- 国連パートナーシップ事務所(UNOP)[2]
- 国連ウィーン事務所(UNOV)

国際司法裁判所

信託統治理事会[6]

備　考

1. 国連システム事務局調整委員会(CEB)の全メンバー。
2. 国連パートナーシップ事務所(UNOP)は国連財団とのフォーカルポイント。
3. 国連原子力機関(IAEA)と化学兵器禁止機関(OPCW)は安全保障理事会および総会に報告する。
4. 世界貿易機関(WTO)には総会に対する報告義務はないが、金融および開発問題などについて、総会および経済社会理事会に対して、アドホックに報告を行う。
5. 専門機関は自治機関。その活動の調整は、政府間レベルでは経済社会理事会を通じて、事務局レベルではCEBを通じて行われる。
6. 信託統治理事会は、最後の国連信託統治領パラオが1994年10月1日に独立したことに伴い、1994年11月1日以降活動を停止している。
7. 国際投資紛争開発センター(ICSID)と多国間投資保証機関(MIGA)は専門機関ではないが、憲章の57条と63条に従い、世界銀行グループの一部である。
8. これらの機関の事務局は、国連事務局の一部である。
9. 事務局を構成するその他の部局として、倫理事務所、国連オンブズマン、調停事務所、司法行政事務所などがある。
10. 経済社会理事会の補助機関の包括的リストについてはwww://un.org/ecosocを参照

この組織図は国連システムの機能的な組織関係を反映しており、広報を目的として作成された資料です。国連システムのすべての機関を網羅するものではありません。

出典：国連広報センター（https://www.unic.or.jp/files/organize.pdf）

Box 12：国連における保健交渉特徴とは？

国連（UN）での交渉では、保健はグローバルな政治というレンズを通して見られる。公衆衛生の議論やエビデンスは間接的な（時には従属的な）影響を及ぼし、地政学的野心、権力の考慮、利害はより強い影響を及ぼす。すなわち、保健関連のアジェンダを設定し、議論するには、世界経済、安全保障環境、人道的・人権的・社会的正義の3つの側面がある。

地球規模の健康課題及び、それらの経済・開発政策の文脈が複雑なため、交渉に携わる外交官は、より徹底的で組織的な交渉準備をしなければならない。外交官は、もはや、外交政策の経験を有するだけでは不十分である。すなわち、交渉の場で成功するには、自国のさまざまなセクターの専門家との協力により、裏方でのサポートが必要不可欠である。

国連の保健分野の審議では、専門の外交官が重要な役割を果たしているが、ジュネーブに拠点を置く政府代表部の保健アタッシェを筆頭に、専門家への依存度が高まっている。国連本部で開かれるハイレベルな保健会合は、加盟国の代表とともに世界保健機関で準備されることが多いため、ジュネーブとニューヨークのつながりはより強くなっている。同時に、ニューヨークを拠点とする保健外交官への需要も高まっている。外交官が専門的な知識を持ち、それを活用できるようにすることは、「グローバルサウス」の国々にとっては経済的に容易ではないが、保健交渉においてこれらの国々の利益を強く代表することが重要である。アフリカ連合やカリブ共同体のような地域機関が協働し、専門知識を結集することは、この点で有効である。

国連では、大量の資源、特に資金を拠出する非国家主体による影響力が増大している。彼らは政府に対して抵抗しがたい政治的圧力をかけることができるが、それは公共の利益と相反する可能性もある。その代表例が、大企業の市場支配力が政府の公衆衛生目標に反する可能性がある非感染性疾患である。実際、一部の国では、大企業（医薬品、食品・飲料、たばこ、酒類など）を規制する取り組みが以前ほど熱心でないように見受けられる。このことは、グローバルヘルスを改善するための政策的解決策を見出す努力に大きな影響を与える可能性がある。一方、国連では、国際的な非政府組織、慈善財団、学術機関、アドボカシー団体、宗教団体、人道支援団体の見解や立場を受け入れる場が増えてきている。

グローバルな政治や貿易の関係を司る、ルールに基づく多国間システムは、より多くの自信に満ちた新興国が独自の価値観とルールを主張することで、さらに分断されるリスクがある。COVID-19 のパンデミックは、世界的なナショナリズムの高まりが、多国間組織やグローバル・ガバナンスという概念そのものの完全な否定と相俟って、多国間システムに対する新たな脅威となっていることを示している。

6.4　グローバルヘルス外交において国家の果たす中心的役割

国家は、新旧の国際保健機関において依然として重要なアクターである。実際、多くの場合、共通の課題に取り組むために、国家の主導で新しい組織が設立された。外交政策において、国家は、国益の追求、開発援助の提供、集団的な行動の支持など、様々な目標の間でバランスをとらなければならない。国家の姿勢は、地政学的な現実を反映している。20 世紀には、国家間のパワー・バランスに大きな変化が生じた。第二次世界大戦後の数十年間は、旧ソビエト連邦と米国の対立によって定義され、しばしば冷戦時代と呼ばれた。1960 年代以降、開発途上国がより重要な役割を担うようになり、様々な国連の機関への加盟も大幅に増加した。しかし、大国は、概して、国際機関における意思決定への不均衡な影響力を今日まで維持してきた。新しい保健機関のなかには、ドナー国と被援助国に同数の投票数を与えることによってこの問題に対処しようとしているところがある。

現在の中国と米国の地政学的な力関係の対立は、国連や他の多くの多国間組織や政治クラブの審議に反映されている。特に「中堅国家」の間では、新たなアライアンスが可能になった。例えば、2017 年に初のアフリカ人 WHO 事務局長が選出されたことに反映されているように、現在、グローバルサウス国々は世界の保健政策に対してより大きな影響力を持つようになっている。このアフリカの影響力の増大は、ほとんどの健康課題がその地域に与える影響と、投票シナリオにおけるアフリカ諸国の累積投票数の両方に関連している。同様に、EU などの地域機関も関連性を高めている。COVID-19 の危機は、グローバルヘルスの分野がいかに政治的であるかを示している。また、集団的な行動を確実に行う上で、グローバルヘルス外交の重要な役割も浮き彫りになった。

経験上、国家は自力では達成できない目標を達成するため、または既存の組織がそのマンデートを果たしていない、またはその中で果たしている自らの役割に満足していないと考える場合、国際機関を設立し、継続的に発展させる。しかし、既存の国際機関のマンデートや正当性の基盤（と

思われるもの)、そして組織文化の違いが、政治的アクターに十分に理解されていないことが多い。このことは、その国際機関の有効性を判断する上で大きな影響を持つ。

新しい組織が作られるのは、国や他のアクターが既存の組織の正当性を失ったと考えたり、より有望な新しい資金調達の仕組みを試したいと考えたりするためである。また、ドナーが寄付金の使い道についてより大きな発言力を持つために、組織が設立されることもある。既存の多国間組織で十分な影響力を確保できなかった国が、並行して組織やメカニズムを設立することもあり、これは**並行的多国間主義**や**競争的多国間主義**と呼ばれる現象である。中国が主導する「一帯一路構想」は、こうした多国間主義の一例である。

21 世紀の外交の特徴は、国際政治が多極化していることを反映して、**クラブ外交とネットワーク外交の両方が拡大**していることである。特に BRICS 諸国は、特定のイシューで主導権を握り、地域のパワー・ブローカーとして行動することで、世界情勢においてより重要な役割を果たすようになった。例えば、中国は現在、世界第 2 位の経済大国であり、国連予算への拠出額も第 2 位である。グローバルヘルスの分野でも、中国は主要なドナー国であると同時に主要な投資国となっている。同様に、インドは現在、デジタル・ヘルスに関する議論の最前線にいる。

地域のリーダーとなることを目指す BRICS 諸国は、アジアとアフリカの他の一部の国とともに、広範なアライアンス関係を構築し、地域協力を強化している（Box 13 を参照)。例えば、インドネシアは現在、インド太平洋諸国間の協力を推進しているが、これは主要な政策立案者が国境を越えた健康課題に対する集団行動の緊急性に注意を喚起するために利用できる可能性がある。力関係の変化は、国家間の政治的関与、特にグローバルヘルス外交のための新たな空間を開いている。今後、さらに多くの新しいタイプのアライアンスが生まれると思われる。

一国一票という国連の原則に基づいてアライアンスを結べば、少数の国の集まりが大きな影響力を行使することができる。このようなアライアンスは、カリブ共同体（CARICOM）諸国が非感染性疾患を国連のアジェンダに入れたことが示すように、グループ及びネットワーク外交をますます実施し、かなりの成功を収めている。一般に、第 7 章で論じたように、地域統合ブロックが保健事案に与える影響は着実に高まっている。

重要な進展は、当初は主に健康安全保障に関連していたグローバルヘルスの課題が、G7 や G20 サミットなどのハイレベル政治会合や、BRICS 諸国などの政治クラブのアジェンダに組み込まれたことであった。このように保健交渉の政治的空間が広がったことで、世界銀行や WTO といった他の場でも保健分野の問題が取り上げられる可能性が高まっている。例えば、2019 年 6 月に

日本の大阪で開催された G20 サミットでは、初めて保健大臣と財務大臣の合同セッションが開催され、閣僚が、世界銀行グループと国際通貨基金の 2019 年春季会合で提起された財政上の課題の一部について議論した。

6.5　グローバルヘルス外交における非国家主体の役割

グローバルヘルス外交の場には、主にネットワーク外交を通じて交流する様々な非国家主体が存在する。WHO 非国家主体の登録簿（現在編集中）は、グローバルなヘルスアライアンス、イニシアティブ、官民パートナーシップ、財団などのアクターの多様性と関心事を反映している。非国家主体の多くは、グローバルアジェンダの設定と現場での行動を結びつけることを目指している。

グローバルヘルス外交におけるアクターの多種多様性を考慮すると、交渉が行われる前に**ステークホルダーの**詳細な**分析**を行う必要がある。これには、様々なステークホルダーの関心事だけでなく、彼らの活動方法（ソーシャルメディア戦略など）を理解しようとすることが含まれる。

市民社会組織の活動は、グローバルヘルスの交渉の成功に不可欠である。例えば、2003 年のたばこの規制に関する枠組条約（FCTC）や 1981 年の母乳代用品の販売に関する国際規約の採択につながった交渉、または医薬品へのアクセスや健康の商業的決定要因を扱う多くの交渉が挙げられる。**第 1.3 節**で概説したように、グローバルヘルス外交プロセスに NGO を参加させることは、今や標準的な慣行となっている。NGO の外交官は、広く一般市民の利益を代表し、特に民間セクターが不当な影響力を行使しようとする試みについて、透明性を要求する。FCTC の交渉に関する研究では、その過程において NGO は、モニタリング、ロビー活動、知識の仲介、技術的専門知識の提供、包括性の促進という 5 つの重要な役割を果たしたことが明らかになった（Lencucha, Kothari & Labonté, 2011）。

慈善財団は、グローバルヘルスのアジェンダに大きな影響力を持っている。多くの財団がグローバルヘルス分野で活動しているが、最も影響力があるのはビル・アンド・メリンダ・ゲイツ財団（BMGF）である。2000 年の設立以来、BMGF はグローバルヘルスに多大な資金を提供し、多くの新しい保健組織、アライアンス、プログラムの設立を支援してきた。BMGF は、開発途上国に大きな影響を与える健康課題に対して、革新的で野心的、かつ拡張性のある解決策を支援することを目指している。さらに、グローバルヘルスへの財政支援に自発的に貢献している非国家主体の中で、主要なドナーでもある。BMGF は、WHO における意思決定権に関し、正式な権限を持っていないが、ポリオ根絶や運営革新などの主要プログラムへの資金提供の決定は、WHO の業務に大きな影響を及ぼしている。BMGF は、ドナー国、被援助国、そして WHO のリーダーとの密接

な連携によって、グローバルヘルス外交の分野で大きな影響力を持つに至ったが、これは多くの市民社会のアクターから厳しい批判を受けている。

グローバルヘルス外交における民間セクターの明白な役割が著しく増大している。この点で、製薬会社とその医薬品へのアクセスを決定する役割、また、非感染性疾患の蔓延の驚異的な増加に寄与してきた大規模な多国籍企業に大きな注目が集まっている。これらの分野では、明らかに説明責任を強化する必要がある。

しかし同時に、多くの民間企業がグローバルヘルスのゴールの推進に貢献しており、その一例が、薬剤耐性対策として 2017 年に発足した ARM インダストリー・アライアンスである。OECD 経済圏以外の多くの国、特にインドでは、民間の保健セクターが重要な役割を担っている。様々な新しいパートナーシップが登場し、企業自身による従業員との関係でのイニシアティブも生まれている。世界経済フォーラムでは、政府と大企業が協力して革新的なアプローチを推進し、新たなアライアンスを構築するケースが増えている。グローバルヘルスの発展にとって情報技術がますます重要になるにつれ、新たな課題も生じている。WHO は最近、大手テクノロジー企業やプラットフォームに働きかけ、COVID-19（**第 2.5 節**参照）に関連するインフォデミックへの対策と、デジタル・ヘルス・イノベーションの推進の両面から協力を求めている。

マルチステークホルダー外交の実践

マイクロソフトは、ニューヨークの国連（UN）に対する同社の代表事務所を開設した。その目的は、国連の使命と活動に対するマイクロソフトの支援を強化することである。これには、主要な技術、環境、人道、開発、安全保障に関するグローバルなマルチステークホルダー行動の促進や、持続可能な開発目標の達成に向けた支援などが含まれる。マイクロソフトは、ゴール 4（質の高い教育）、ゴール 8（働きがいと経済成長）、ゴール 13（気候変動対策）、ゴール 16（平和、公正、強固な制度）に焦点を当てた数々のプロジェクトを開始した。

新しい代表事務所は、マイクロソフトと国連及び国連システム機関とのパートナーシップの発展、国連代表との関係構築、パートナーシップのための新しい機会の特定、マイクロソフトと国連チームとのより強いつながりの構築、マイクロソフト内での国連の優先事項に対するロビー活動、マイクロソフトチームが国連コミュニティと協力することへの全社的な支援を集中的に実施する。

出典：マイクロソフト（2020)、マイクロソフトがブリュッセルとニューヨークの政府関係担当シニアリーダーを任命し、国連と連携するニューヨーク事務所を設立。場所：マイクロソフト／EU ポリシー B ブログ [ウェブサイト]（https://blogs.microsoft.com/eupolicy/2020/01/17/ senior-gov-affairs-leaders-appointed-brussels-new-york/、2020 年 10 月 12 日アクセス)。

6.5　バランスの維持

特に市民社会組織は、SDGs に基づくマルチステークホルダー外交によって、グローバル公共財を守るためにあるべき交渉プロセスに、民間セクターの過度な影響力が及ぶ可能性について懸念を表明している。民間セクターは、市民社会組織と同様に、特定のトピックに関する地域またはグローバルな協議の場に、意見を述べ、情報を提供するために招かれているが、加盟国のみが参加できる交渉の場そのものには招かれていない。2011 年に開催された非感染性疾患に関するいくつかのハイレベル会合に向けて、WHO は関連する民間団体をステークホルダーのヒアリングとウェブをベースとした協議に招待し、WHO と意見を交換する機会を設けた。これらの意見は、加盟国の交渉準備のための情報となった。

市民社会組織は、民間セクターがマルチステークホルダー外交という評判が高いプラットフォームにアクセスできるようになれば、経済・商業外交で長年その力を発揮してきたロビー活動の力がさらに増し、開発、公平、人権に関する懸念に注意が払われなくなることを危惧し続けている。また、健康、環境、人権の記録について企業に異議を唱えることも難しくなると思われる。

この点で、国連システムは自らの正当性によって繁栄しているだけでなく、その業務に携わる様々なアクターに高い正当性を与えることができることに留意することが重要である。現在、民間セクターが国連システム機関との間で覚書を締結しようとする傾向が強く見られる。国際サッカー連盟（FIFA)、世界経済フォーラム、新しい「ビッグ・テック」企業など、様々な団体がこれに該当する。官民パートナーシップの増加に伴って、マルチステークホルダー外交は、多国間システムに対する信頼を損なわないよう微妙なバランスを保つという課題に直面することになる。また、これには、市民社会組織の中には、公表されていないビジネス上のつながりがあるのではないかという懸念も繰り返し聞かれる。WHO については、FENSA の枠組みや透明性確保のための措置によって、そのような懸念は払拭されているが、常に警戒を怠らないことが必要である。このような強固なシステムを持たない他の組織は、より脆弱である。

この複雑性を管理するためには、外交と科学のインターフェースをナビゲートし、マルチレベル、マルチファクター、マルチアクターの交渉を実施し、既存の権力関係を考慮しなければならない。グローバルヘルスの価値基盤である公平性と人権は、一部の国から繰り返し挑戦を受け、市民社会の活動家によって擁護されてきた。もっとも、原則的には、保健分野は外交官にとって、国益を増進するとともに、多国間機関を強化するための様々な機会を提供している。

ジュネーブ・グローバルヘルス・エコシステム・マップ

第 7 章｜地域組織の役割

7.1　地域組織、地域外交のグローバルヘルスとの接点

地域外交は、マルチレベルのグローバルヘルス外交において、ますます重要な要素となってきている。地域外交は、グローバルレベルで行われているプロセスを補完するだけでなく、その国のグローバルヘルスへの貢献を強化する。しかし、グローバルヘルスにおける地域外交の役割については、これまで十分に分析されてこなかった。

WHO の地域の組織や事務所は、地域の保健外交のための重要なプラットフォームを提供しており、保健に関する国際協力の促進に携わる地域の市民社会レベルの機関や専門家のネットワークによってしばしば支援されている。一方、地域統合組織および地域統合のプロセスは、近年、ますます重要性が増している。

地域統合のプロセスは主に貿易、経済、安全保障の目的を追求するが、保健はこれら各領域との接点があるため、視野に入ってくる。つまり、貿易は健康を向上させることも改悪させることもあり、逆に一般市民の健康状態が低ければ経済的利益を得ることができない。一方、感染症の国境を越えた蔓延は、安全保障を脅かす。さらに、人権と社会正義は、保健と外交政策の接点として重要な要素であるが、ほとんどの地域統合プロセスで、分野横断的な課題として扱われている。従って、保健とウェル・ビーイングは地域統合のアジェンダに必然的に取り上げられる。実際、地域の国民の健康状態は、統合による社会的便益を測る指標として用いられることがある。

地域外交のもう 1 つの側面は、保健関連の課題を含む共通の課題に対処するために、知識と能力を蓄積することである。多くの場合、特に地域固有の課題については、地域交渉が最初に行われ、それがグローバルな交渉のきっかけとなり、その交渉に組み込まれる。

保健は、地域組織が加盟国間の結びつき、協力、信頼を強化し、地域の安定全般を促進できるソフト・パワー行使のための分野であるとみなされることが多い。今日、グローバル・ガバナンスにおいて保健がより注目されるようになっているため、保健外交は地域組織やその加盟国、特に小国が、グローバルな舞台で意見を述べる上でしばしば役立っている。さらに、国際的なフォーラムで健康課題に関する交渉を行う際には、共有する専門知識が活用できるのである。

7.2　地域統合の概要

地域統合のプロセスは、その具体的な形態や、追求または達成される統合のレベルにおいて、様々である。最も基本的な統合形態である自由貿易地域から、関税同盟、共同市場、本格的な政治・経済連合まで、各種の形態がある。地域組織は、主に政府間の意思決定に基づいて運営されており、場合によっては超国家的な制度で支えられている。組織によっては、責任を持つ議会、議員連盟、または独自の法的権限を持つ組合も存在する。

経済的観点では、欧州連合（EU）は、最大の地域ブロックであり、地域統合の最も進んだ形態とも言える。また、EU の単一市場は、4 カ国からなる、より小さなブロックである欧州自由貿易連合（EFTA）の地域にも及んでいる。東欧と中央アジアにまたがるユーラシア経済連合（EAEU）は世界で最も新しい地域経済組織である。その他にも、欧州とアジアの一部にまたがる 3 つの地域組織がある [16]。

アジア太平洋地域にはいくつかの地域組織が存在する。[17] 加えて、1 つの組織がアジアとアフリカの一部をまたぎ、1 つの政府間フォーラムが環太平洋地域の経済を結びつけている。[18]

アフリカと南北アメリカでは統合の構造がより複雑で、複数の階層（下位地域、地域間、大陸）を持ち、構成国が重複しているケースもある。さらに、組織によっては、より高度な水準での統合を行う小さな下位グループが含まれる（例：関税同盟、通貨同盟）。

アフリカには、異なる下位地域をカバーする 8 つの地域組織がある [19]。これらの地域経済共同体は、アフリカ連合（AU）が創設を進めているアフリカ経済共同体の柱となる。

16　黒海経済協力機構（BSEC）、上海協力機構（SCO）、経済協力機構（ECO）。

17　南アジア地域協力連合（SAARC）、東南アジア諸国連合（ASEAN）、湾岸協力会議（GCC）、太平洋諸島フォーラム（PIF）、太平洋共同体。

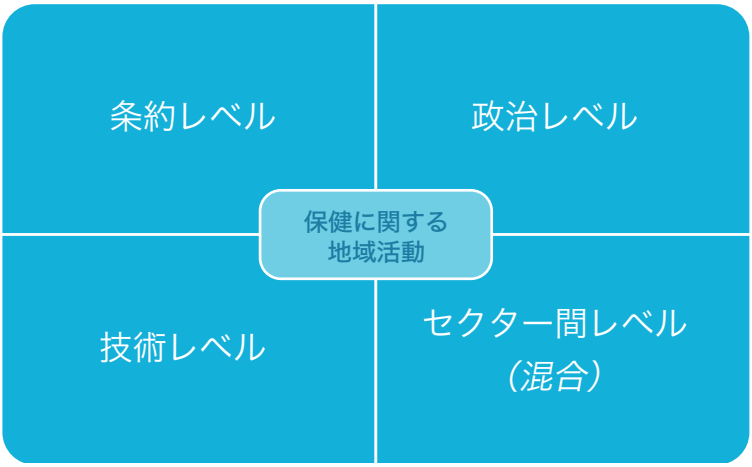
18　それぞれ、アラブ連盟（LAS）、アジア太平洋経済協力（APEC）。

19　アラブ・マグレブ連合（AMU）、東南部アフリカ共通市場（COMESA）、サヘル・サハラ諸国国家共同体（CEN-SAD）、東アフリカ共同体（EAC）、中部アフリカ諸国経済共同体（ECCAS）、西アフリカ諸国経済共同体（ECOWAS）、政府間開発機構（IGAD）、南部アフリカ開発共同体（SADC）。

南北アメリカ地域には、異なる下位地域をカバーする６つの組織がある[20]。この統合の構造は、最近、南米諸国連合（UNASUR）とラテンアメリカ・カリブ諸国共同体（CELAC）というより広い地域をカバーする組織によって補完された。

7.3　地域統合と保健

地域組織の活動への保健アジェンダの統合は、一般に以下に示すように、４つの異なるレベルで行われる。



条約レベル：ほとんどの地域組織の設立（構成）条約は、包括的目標（例：社会・人材開発、域内市場、人権・労働権、財・サービスの自由移動、技術規制）や分野別政策（例：食品安全、消費者保護、農業、医薬品、移民、環境）を通じて間接的に健康課題に取り組んでいる。

しかし、地域組織の設立条約（または補完条約）で保健が明示的に言及されている場合があり、通常は特定の分野または側面に重点が置かれている。すなわち、公衆衛生と他の政策における保健（EU）、予防可能な疾病と健康増進に関する活動（AU）、保健医療サービスへのユニバーサル・アクセス（UNASUR）、保健システムと政策の調和（EAC）、衛生・獣医学的指標（EAEU）、開発のための前提条件としての健康（SADC）、社会統合の必須要素としての健康（SICA）。

20　アマゾン協力条約機構（ACTO）、アンデス共同体（CAN）、カリブ海共同体（CARICOM）、中米統合システム（SICA）、太平洋同盟、南米南部共同市場（MERCOSUR）。

政治レベル：保健に関するハイレベルな宣言、戦略、行動計画は、サミットやいくつかの地域組織の最高ガバナンス組織によって採択されている。そのような文書の例としては、アフリカ保健戦略 2016 ～ 2030（AU）、ASEAN ポスト 2015 年保健開発アジェンダ、保健に関する戦略計画（アンデス共同体）などがある。EU では、規範法（指令や規則）は、他（勧告）よりも法的拘束力が高いものがある。

アンデス共同体、MERCOSUR、SAARC など、いくつかの地域組織が加盟国の保健大臣の定例会議を開始した。また、ECOWAS、SICA、UNASUR など、保健分野を担当する政治機関として、審議会、委員会、議会を設置したところもある。EU では、欧州議会と並ぶ EU の主要な立法機関である EU 理事会の 10 の構成理事会の 1 つである雇用・社会政策・保健・消費者問題理事会の一部として、加盟国の保健大臣が定期的に会合を開いている。AU や EU のような執行委員会を持つ大きな組織では、保健を担当する委員が指名され、委員会の専門部署によってサポートされている。

保健の到達目的に向け、他の地域機関や制度によってサポートされる場合もある。例えば、地域議会や立法府（関連法案を承認する）、地域開発・投資銀行（保健・医療・バイオテクノロジー・プロジェクトへ資金提供することがある）、地域の司法裁判所（関連する地域法の解釈や、国境を越えたケアを受ける国民の権利などに関する法的紛争の解決を求められることがある）などが挙げられる。

技術レベル：地域組織の中には、専門的な保健機関を設立しているものもあるが、おそらく技術協力のための最も進んだメカニズムであろう。このような保健機関の例を以下に示す。角括弧内は親組織である。

→ アフリカ疾病管理予防センター [AU]
→ アンデス保健機構 [アンデス共同体]
→ カリブ海公衆衛生庁 [CARICOM]
→ 東アフリカ保健医療研究委員会 [EAC]
→ 西アフリカ保健機構 [ECOWAS]
→ 欧州疾病予防管理センター、欧州医薬品庁、欧州薬物・薬物中毒監視センター [EU]
→ 南米保健医療ガバナンス研究所 [UNASUR]

このほか、様々な組織が採用しているメカニズムには、地域のリファレンスと規制ネットワーク、登録、データベース、イニシアティブ、パートナーシップなどがある。地域全体にとって特に重要な公衆衛生財がこれらのメカニズムによってもたらされた例もある。例えば、MERCOSUR のたばこの害に関する絵での警告のデータベース、SAARC の遠隔医療ネットワーク、EU の eHealth デジタルサービスインフラ、UNASUR の医薬品価格バンクなどが挙げられる。

セクター間レベル：従来の保健への複数のセクターによるアプローチに加え、特別な機序の中には技術レベル及び政治レベルの両方で活用される特別なメカニズムもある。例えば、APEC の保健・経済担当大臣年次合同会議、SICA の保健・経済統合担当機関の合同会議、太平洋共同体の水と衛生に関するハイレベル対話、SADC の HIV/AIDS と性感染症に関する横断的政策などが挙げられる。さらに、国際的な保健衛生上の緊急事態が、密接に関連するセクター間における緊急の地域外交や調整の引き金となることも多い。例えば、ASEAN の場合、COVID-19 のパンデミックへの対応の初期段階において、加盟国の経済、農業、労働、社会福祉、運輸大臣がそれぞれの調整会議に出席している。

7.4　地域統合とグローバルヘルス外交

地域統合のプロセスにおいて、政治、貿易、経済、安全保障などの様々なアジェンダから保健が締め出されないようにするためには、政府間及びセクター間の双方において、相当量の交渉と合意形成が必要である。地域統合において保健の重要性を強化することに加え、このような交渉は、地域が保健のためのグローバル外交の関与の基盤を築くのに役立つ。

地域統合とグローバルヘルス外交の相互作用のメカニズムには、内部、水平、垂直という 3 つの異なるタイプがある。

内部 : 一部の組織は、グローバルヘルスにおける地域の役割を正式に表明したり（EU）、その地域に特に関連する国際条約を推進したりしている（例：水銀に関する水俣条約を強力に支持したアマゾン協力条約機構）。

水平：地域組織は、保健を含む、よりよい共同体的成果を達成するために互いに協力する。このような協力は、大陸内（例：東部・南部アフリカの経済統合を促進しようとする COMESA・EAC・SADC 三者間首脳会合）でも、大陸間（例：EU の AU 及び ASEAN との感染症に関する協力、健康に影響を与え得る最近の EU・MESCOUR 自由貿易協定）でも起こりえる。関連する水平のメカニズムでは、主要な地域横断的政治クラブ（G7、G20、BRICS）がグローバルヘルス・イシューにこれまで以上に注目していることが挙げられる。

垂直：時間をかけてこのようなメカニズムがいくつか出現してきた。まず、地域組織のメンバーの中には、WHO で協調的な姿勢をとっているものがある。これは、WHO 各地域内の加盟国間で定着している協調について補完するメカニズムである。この場合、地域組織 / グループが投票ブロックとして機能する。これは EU では以前から行われていたことであるが、UNASUR が偽造医薬品に対する行動を呼びかけるなど、より新しい例もある。第二に、ある地域組織の政治的スタンスは、特定の課題をグローバルなアジェンダの最上位に押し上げるのに役立っている。その例として、CARICOM が国連で非感染性疾患の認知度を高める触媒的役割を果たしたことや、太平洋島嶼国が WHO やその他の国際フォーラムで気候変動に関する強力な声明を発表したことが挙げられる。第三に、地域統合組織は、グローバルヘルスの条約を直接支援することができる。例えば、EU が FCTC と FCTC のたばこ製品の不法取引廃絶のための議定書の交渉を支援し、その後、両文書を承認したことで示されている。ほとんどの統合プロセスにおいて、横断的なアジェンダが主体であることを考えると、地域の複数のセクターによる外交は、将来のグローバルヘルスの条約（または保健に影響を与える条約）の交渉時や既存の条約の実施時に、保健の目的が達成されるようにするために重要である。

世界的な健康危機は、しばしば上記のメカニズム（内部、水平、垂直）をプール方式、または同時に展開することを要求するきっかけとなる。これは、例えば、COVID-19 のパンデミックによる世界的な危機の際に見られた。EU は、パンデミックへの初期対応は遅かったものの、その後、実のある協調努力を行った。また、総額 7500 億ユーロという前代未聞の復興基金に関する困難な交渉の先頭に立ち、最終的に 2020 年 7 月に承認した。これと並行して、グローバルレベルで、EU は COVID-19 への対応に関する重要な世界保健総会決議を提案し、その採択を促進した。Gavi ワクチンアライアンスに多額の資金を提供し、コロナウイルスグローバル対応戦略を支持し、数か月で約 160 億ユーロもの公約を確保した。同様に、AU は COVID-19 のためのアフリカ共同大陸戦略、アフリカ連合 COVID-19 対策基金、共同医薬品プラットフォームを設立した。グローバルレベルでは、AU は特使を任命してアフリカ大陸におけるパンデミックとの闘いのために国際的な経済支援を駆り集め、WHO のパンデミックへのグローバル対応を積極的に支援した。地域間（水平）のメカニズムとしては、EU が ASEAN や AU との間で速やかに発動した COVID-19 対応対話、東・南部アフリカの三国間運輸・交通円滑化プログラムの下での各種対応措置などが顕著な例である。しかし、パンデミックは、例えば MERCOSUR の場合のように、加盟国間の分断の存在が組織全体の協調的な対応を著しく阻害する可能性があることも示している。

要約すると、地域保健外交は、国レベル（場合によっては下位地域レベルも含む）とグローバルレベルでの外交を補完し、その中間的な役割を担っている。地域統合は、グローバルなフォーラムで共通の健康課題に取り組む際に、国、特に小規模な国々の総意と知識を活用するのに役立つ。重要な結論としては、保健外交の 3 つのレベルは相互に関連し、補完しあっているということである。

Box 13：アフリカのグローバルヘルス外交

疾病の蔓延は、アフリカの国家安全保障、貿易、経済、開発の各アジェンダをますます脅かすようになっている。これらのアジェンダは、アフリカ連合（AU）のアジェンダ 2063 の構成要素である。AU は、アジェンダ 2063 の実現に向けた外交の取り組みにおいて、グローバルヘルスの脅威とより幅広い目標との結びつきの重要性を認識し、アフリカ疾病管理予防センター（アフリカ CDC）を設立することを決定した。そのマンデート（権能）は、AU 加盟国の公衆衛生戦略を支援し、疾病の脅威を検知、予防、制御し、迅速かつ効果的に対応するための公衆衛生機関の能力を強化することである。アフリカ CDC が AU に拠点を置いているのは、特にグローバルヘルスという背景において、その活動の外交的意味合いを反映したものである。保健外交は、アフリカの広範な外交関与の重要な一面である。アフリカの高い疾病負担、保健医療財政の困難さ、その結果としての外部資金への依存は、効果的な保健外交と、すべての市民の健康改善に関するアフリカ大陸のニーズに関連したグローバルな保健政策と行動を促すためのアフリカの、そして国際的なステークホルダーの双方による協調した措置を要求している。

保健は外交交渉の重要な交渉材料となっており、最近では COVID-19 のパンデミックに関するグローバルな取り組みで示された。パンデミック以前は、ドナー（二国間及び多国間組織、民間セクターなど）の政治的・経済的利益は、しばしばドナーの保健パッケージを通じて促進された。これらのパッケージは、ソフト・パワーを活用し、安全保障、貿易協定、開発政策に関する交渉において関連性を獲得することを目的としていた。アフリカ諸国は全体としてドナー・パッケージの恩恵を受け、ドナー国はこれを基盤として影響力を強化し、自国の利益を促進した。逆に、保健外交は、アフリカ諸国の利益を促進するために、比較的利用されてこなかった。しかし、パンデミック下、各国政府は思い切った政策を採用し、COVID-19 による人的・社会経済的被害、特にアフリカ人の 85％以上を雇用するインフォーマル・セクターへの影響を軽減するための大胆な行動をとった。公衆衛生対策は、例えば、外出禁止令やロックダウン、水際対策、国家間の貿易を保護するための交渉など、パンデミック拡大の影響を緩和するための政策や意思決定に反映されている。

パンデミックの影響を軽減するため、AU 首脳会議事務局は、その開始時に債務免除を求める共同声明を発表した。このことは、保健（政策）の目標に基づいた政治的・外交的活動の重要性を浮き彫りにしている。

しかし、アフリカにおける保健外交が以前より組織的になる可能性は未知である。アフリカ保健戦略 2016–2030 の策定とアフリカ CDC の設立にもかかわらず、公衆衛生はアジェンダ 2063 のような主要なアジェンダが盛り込まれている文書においては中核的な優先事項として扱われていない。さらに、アフリカ CDC が設立される前は、健康課題に対するアフリカの統一声明は確認できず、各国は異なる立場や影響に脆弱なままであった。このような統一声明がないことの影響を示す例として、2 つの出来事を挙げることができる。

→ アフリカ地域は、地域ブロックとして、2019 年のユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するハイレベル会合の政治宣言を集団的な支持をしなかった。各国が別々に署名したため、アフリカの集団的交渉力は弱まった。この結果、一部の国は、米国が主導したユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する代替声明に署名したが、そこでは性と生殖の健康と権利（SRHR）が除外された。

→ 2019 年世界保健総会で、20 か国（うち 5 か国はアフリカ）が医薬品、ワクチン、その他の保健医療関連製品の市場の透明性を向上させるための決議案を提出した。この決議は、公正な交渉のための有益な情報を各国政府に提供するものである。しかし、透明性に関するいくつかの重要な要素が省かれていた。これは、ドイツ、日本、英国、米国が、生産コストやその他の関連コスト、政府や他の団体からの補助金に関するデータの公開について異議を唱えた結果である。ワクチン、医薬品、日用品へのアクセスや入手の難しさは、アフリカ諸国の公衆衛生危機であるにもかかわらず、世界保健総会決議 WHA72.8 の最終文書では、これらの省略に対して地域全体から異議は出なかった。

COVID-19 パンデミックは、アフリカで保健外交が本領を発揮するための例外的な機会を与えている。パンデミックに対するアフリカの共同対応は、グローバルヘルスプロセスのための政策空間を作り出した。アフリカ CDC や、東アフリカ共同体（EAC）、南部アフリカ開発共同体（SADC）、西アフリカ諸国経済共同体（ECOWAS）などの地域経済共同体を通じて、各国政府はそれぞれのパンデミック対応、政策、ガイドラインを調整してきた。AU 議長として、南アフリカ大統領は、アフリカの COVID-19 対応への支援を動員するため、AU の特使 4 名を任命した。健康への影

響に加え、求められている支援は、COVID-19 危機の結果として、アフリカ諸国が直面している経済的課題への対処を支援することも意図している。協調的な関与を通じて、特定の地域経済共同体と任命された特使が、パンデミックに対するアフリカの対応のための交渉役として浮上した。この対応の枠組みに関するコンセンサスは、パンデミック対応における共通目標の採用を促進し、従来のドナーとアフリカの慈善家の両方からより多くの資金を調達することを可能にした。このような調整された戦略的な保健外交によって、健康やその他の社会経済的要因にプラスの影響を与える可能性が高くなる。

アフリカにおける戦略的保健外交をさらに発展させるために、アフリカの政策立案者は以下のようなアクションを検討するのが良いと考えられる。

→ 外交政策に保健を組み込むことを制度化する。各国政府は、世界レベルで採択される決議に影響を与えることができるよう、共通の立場を構築するために協力する必要がある。地域内での幅広い関与は、共同ガイドライン、資源のプール（資金調達や緊急対応要員の派遣、及び調達などのため）、ベスト・プラクティスの交換など、保健に関する案件における、協調した立場と対応を実現する能力の強化につながる。

→ 複雑なパートナーシップを管理し、アフリカの利益を守るために、地域ブロックとして交渉する。独自の保健アジェンダを推進することによって、アフリカは購買力を高め、革新的な技術、医薬品、ワクチン、その他の保健関連商品を入手する能力を高めることができる。外交官と保健分野の専門家の対話を強化することで、すべての交渉において保健への影響が重要な考慮すべき事項となることが確かのものとなる。そのためには、プログラムの実施時だけでなく、研究開発においても、包括的で透明性の高い意思決定プロセスが必要である。

→ 保健と外交政策の接点にある保健外交の能力を開発し、先を見越して積極的に関与する。アフリカ諸国政府は、健康安全保障が国家的な関心事であるだけでなく、パンデミックによって、国内政策と外交政策の結びつきが高まっていることを認識している。政策立案者は、国際保健協定を把握し、付随するリスクや脅威を予測する必要がある。また、外交政策や開発協定（貿易や通商を含む）の中で保健アジェンダを交渉するためには、特別なテクニカルスキルが必要とされる。そのため、主要な担当者グループは、これらのスキルの訓練を受ける必要がある。このような能力開発は、アジスアベバ、ジュネーブ、ニューヨークの外交拠点や外務省内にこれらの職員を配置することで強化できる。各国政府はま

た、保健外交の能力を高めるために、学術機関と協力し、そして、特に、職員が最新の公衆衛生の動向に精通できるようにする必要がある。各国政府は、自国の外務省内にグローバルヘルス外交の部署を設置し、政府代表部の保健アタッシェ、AU の関連機関（社会問題局、アフリカ CDC、アフリカ大陸自由貿易圏）、国会議員、WHO の国・地域事務所と交流することによって、さらに推進することができると考えられる。

アフリカ全体の保健指標の改善におけるグローバルヘルス外交の重要な役割を考えると、この地域におけるその外交の実施方法を再構築し、体系化することが不可欠である。これは、アフリカの交渉力を高め、健全な保健外交と公衆衛生の成果の促進を可能にする、より良い組織作りに必要なことである。

第 8 章｜グローバルヘルスのための政策の一貫性

8.1　相乗効果の創出

SDGs の時代において、保健の公平性や持続可能な開発のための戦略は、社会、環境、経済政策との関連性を考慮して一体化されなければならない。しかし、異なる部門はそれぞれ独自の目標を持ち、「サイロ化」（他の部門と情報共有や連携をせずに独自に業務を遂行）する傾向がある。非保健部門の政策分野に健康課題を持ち込むことは、内在する双方のベネフィットが明確に指摘されない限り、しばしば干渉と受け取られる。

20 世紀前半の社会医学運動や、後半のプライマリー・ヘルスケアに関するアルマ・アタ宣言（1978 年）、万人のためのヘルス・フォー・オール戦略（1981 年）、健康づくりのためのオタワ憲章（1986 年）などのマイルストーンに代表されるように、保健以外のセクターは常にヘルスプロモーションや疾病予防に基本的に貢献してきた。より最近では、すべての政策に健康の視点を「Health in All Policies:HiAP」（2006 年）、WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書（2008 年）、SDGs（2015 年）において横断的要素としての健康が強調されたことによって、健康に対するセクター間アプローチが強化された。改正国際保健規則（2005 年）や、同じく 2005 年に発効し

た WHO たばこの規制に関する枠組条約（FCTC）などの国際的な法的文書は、公衆衛生の保護と促進に関して、様々な部門（及び政府全体）に対して拘束力のある義務をもたらすことになった。

様々なセクターが健康に及ぼす影響、それはプラスにもマイナスにもなり得るため、セクター間の効果的な関与と調整を実現することが必要である。国内レベルでも国際レベルでも、このような**統合的外交**が健康を促進するためにますます重要になってきている。SDGs の採択は、政策の一貫性と一体化外交への移行を加速させた。しかし、各国政府は、例えば、貿易・経済政策を国や世界の保健目標と整合させることが困難な場合がしばしばある。

部門横断的な相互作用が多国間のやりとりや交渉に強く絡んでいる場合に、政策の一貫性は特に重要であり、その実現は容易でない。統合的外交による政策一貫性の必要性を示す顕著な例として、FCTC や改正国際保健規則といった国際的な法体系の枠組みにおける交渉ややりとり、健康安全保障や薬剤耐性といった世界的に広がる課題にどう取り組むかについての、多くの学問領域にわたる交渉、気候変動に関する国際的な協議において保健の重要性を強調するための取り組みが挙げられる。

国際的に重要性の高い課題に関する交渉は、通常の多国間フォーラムやサミットだけでなく、アドホックなハイレベル会合でも行われるようになってきている。このような交渉が特定の国にとって重要であればあるほど、これらの国は、様々な組織、やりとり、会議の枠組みの中で、外交努力の相乗的な相互作用を様々なレベルで達成しようとする。これは**「フォーラム・ショッピング」**とも呼ばれる戦略である。

8.2　政策一貫性のための既存のメカニズムのより効果的な利用

政策一貫性とは、共有された価値観を守り、共通の目標を達成することである。持続可能な開発のための 2030 アジェンダのような、**広く受け入れられているプラットフォームを**より効果的に**活用すること**で、健康や、例えば人権などの人々に共有される価値観を支援するための分野横断的な一貫性を、統合的外交において実現することができる。

保健分野の**国際的な法的文書**は、その拘束力によって、分野横断的な一貫性に大きく貢献することができる。例えば、FCTC は各国に対し、たばこの規制のための国内における調整のための仕組みを確立するよう求めている。同様に、改正国際保健規則（2005 年）は、疾病の国際的な蔓延に対する公衆衛生的な対策は、「国際交通や貿易への不必要な干渉を避ける」べきであると規定している。さらに、環境、労働、貿易、その他の部門別条約には、保健の目標を支援する拘束力のある条項が含まれている。これらの法的体制はすべて、分野横断的な相乗効果を促進するのに役立つ。

教育、社会保護、農業、貿易、運輸といったセクターの保健への貢献は以前から認識されていたが、近年では、これまで保健セクターの日常業務の**パートナーとはみなされていなかった他のセクター**の関与が増加している。その例として、税関（2018 年に発効したたばこ製品の不法な取引の根絶に関する議定書に関連して）、移民（移民と健康への関心の高まりに関連して）、通信（デジタル・ヘルスの急速な拡大に伴って）などが挙げられる。専門家や当局が、保健と他の部門との接点における新しい課題や新たに生じる課題を常に認識しておくことは、効果的な政策対話と一貫性を確保するために重要である。この点で、**政策ネットワーク**はますます重要な役割を担っている。

場合によっては、疾病の発生や熱波などの大きな**健康危機によって、関連するすべての部門が結集**したときに、良い機会が生まれることがある。このような際の非常に活発な交流は、部門同士の相互理解と信頼を高め、その後の定期的な対話の継続に役立つ。

8.3　グローバルな政策一貫性のための国内基盤整備

WHO の内外で行われる多国間交渉では、保健や保健関連のイシューが頻繁に議論される。健康課題は部門横断的であるため、第一線の交渉担当者はしばしば、異なる部門の見解（しばしば相反する見解）を調整する必要に迫られる。交渉の前や合間に、様々なイシューについて政府の一貫した姿勢を確認することは、交渉の成否を左右する重要な要素である。従って、各国政府は、多国間交渉を支援するために、複数のステークホルダー間の調整のための仕組みを設けることが多くなっている。国によっては、一貫性を維持し、そのような取り組みの目的を明確にするために、国家グローバルヘルス戦略を策定している（これについては、**第 8.4 節**で詳しく説明する）。

各国の調整の仕組みは、関連するイシューや関係者によって異なる。しかし、以下のような共通の特徴もある。

保健省による先を見越した取り組みが不可欠である。これは何よりも、他の部門が、保健以外の議論で扱われるイシューの保健への影響（しばしば隠されていたり、大部分が専門的であったりする）を認識していない可能性があるためである。さらに、公衆衛生の保護が失敗した場合に、その結果に対処しなければならないのは保健部門になる。

国内の部門横断的な調整には、専門的な議論と政治的な議論の両方が含まれる。部門を超えたルール、規範、エビデンスの専門的なやりとりは、通常、十分ではない。その後の交渉のためのマンデート（権能）を策定する際、しばしば妥協とトレードオフを伴う、よりハイレベルの政治的コンセンサスが通常必要となる。

外務省の関与は、自国の多国間公約や優先事項との一貫性を確保するために必要である。このような包括的な関与は、省庁間の交流ほど頻繁ではないかもしれないが、政治・外交政策の観点からは不可欠である。多くの交渉、特に主要な国際フォーラムや拠点で行われる交渉では、外務省の代表が国家代表団のメンバーであったり、実際に代表団を率いたりすることもある。このため、事前の調整がより重要になる。

国内の部門間調整は、関連する国際機関のアプローチの一貫性によって推進される WHO が提示する部門間の議論は、世界銀行、FAO、国際労働機関（ILO)、UNEP といった他の組織の議論と調和しており、様々な部門が互いに対する理解と信頼を高めるのに役立っている。

多国間交渉の前ではなく、交渉の最中に部門間の重要課題の意見を合致させることは、交渉が激しく刻々と変化することや、自国政府の関係省庁との協議時間がないことなどから、通常は困難である。自国で十分な準備作業を行っていない限り、国内の部門間代表団の中で意見の合致を図ることは、他の代表団と交渉するのと同じくらい労力を要する場合が多くなる。**第 11 章**では、異なる非保健部門との調整がどのように機能するか、そのような調整における保健部門の役割も含めて、より詳細に説明する。

首尾一貫した交渉プラットフォームを準備することは政府の責任であるが、政府は、例えば、正式な準備のための情報を得るために、オープンな場での様々な利害関係者との対話を通じて、関連する非国家関係者を積極的に関与させることができる。特に、議論となっている諸課題に関する多国間交渉においてオブザーバー資格を有する国際的なアライアンスの一員である市民社会や専門組織の知識を活用することが有効である。

8.4　グローバルヘルス国家戦略の重要性

グローバルヘルスは、グローバル・イシューに対処するために各国が国家戦略を策定している数少ない外交分野の 1 つである。スイスは、2006 年に保健関連の外交政策を初めて採択した国である。それ以来、多くの国がグローバルヘルスに関する国家戦略を採用し、グローバルヘルスへのコミットメントを国の保健・外交政策と整合させることができるようになった。その中には、フランス、ドイツ、日本、タイ、英国、米国が含まれている。その他にも、ブラジル、カメルーン、カナダ、中国、ノルウェー、南アフリカ、スウェーデンなど多くの国が、より積極的にグローバルヘルス外交に関与するための具体的な優先分野を特定している。

これまでグローバルヘルスに関する国家戦略を採用してきた国の多くは、途上国へのドナー国、高所得国、新興国である。それらの国はしばしば、特定の地政学的利益を追求し、影響力を持とうと努力している。しかし、国内の健康課題はグローバルヘルスの健康課題と密接に関連しているため、すべての国がこのような戦略を検討する必要がある。さらに、低・中所得国の場合、提供された資金が国レベルで健康に与える影響を最適化するために、国の保健戦略が資金提供側の期待に応えるようにすること、そして、国（または地域グループ）として国際的な議論に参加することが不可欠である。

保健省は通常、WHO との連絡調整を担当する省庁であり、通常、国際保健を扱う部署を有している。しかし、政治的な問題については、外務省が採用した立場が保健省の判断を覆すことがある。外務省の中にグローバルヘルスの担当窓口がある場合もあり、グローバルヘルス大使を任命している国もある。高所得国では、開発省及び開発機関が、グローバルファンドのようなドナーから多額の資金提供を受けている保健機関の担当窓口となることがよくある。これらの様々な重要人物は、ジュネーブまたはニューヨークの外交官ネットワークと交流し、指示を与えたり、立場を表明したりする。最初に対応することとなるのは通常、政府代表部の保健アタッシェである。通常は、保健の所管業務を割り当てられた外交官（他のいくつかの所管業務とともに割り当てられることが多い）であるが、保健省から出向した保健医療専門家であることもある。

グローバルヘルスの取り組みに国家レベルで一貫性を持たせることは、国内外の様々なガバナンスレベルで異なる機関や関係者と協働する必要があるため、非常に困難な場合がある。省庁間の争いは避けられず、時には対立することもある。このため、外交代表部はしばしば、異なる省庁の異なる立場に立ち、調整しなければならない。ドナー国において、グローバルヘルス分野の資金提供レベルを最終的に決定するのは国会である。また、二国間及び多国間で支出される金額や、どの省庁が予算を管理するかも国会で決定される。

多くの国で、保健省の国際保健部門は脆弱で、人員も不足している。しかし、様々な多国間のやりとりから生まれる多くの提案に対して、適切な技術的助言を提供することが期待されている。また、場合によっては、自国を代表してイニシアティブをとり、決議案を作成することも期待されている。

WHO 執行理事会や世界保健総会の議題は大幅に拡大し、その意味合いは以前よりも複雑で政治的なものとなっている。このような様々な議題に取り組むには、現在進行中の他の多国間のやりとりに関する知識が必要で、例えば、薬剤耐性に関する加盟国の立場を理解するためには、FAO で

の関連する交渉について知っておくことが必要である。同様に、ドナー国が保健システムへの資金提供に関与することを決定するには、グローバルファンドへの拠出を所管する省庁（保健省または外務省）と、世界銀行でその国を代表する財務省との間で調整が必要となる。

低・中所得国は、複雑な交渉に適切に関与するための十分な能力が各省庁や外交機関にない場合が多い。さらに、グローバルヘルスの交渉に参加する小規模な国々は、交渉に十分に参加し、その結果に影響を与えるのが難しい。ジュネーブやニューヨークで、同じ地域の異なる国の代表や、共通の利害を持つ国同士の間で負担を分担することは、グローバルヘルス外交を成功させるために不可欠な要素になってきている。AU や EU のような地域機関は、ますますそのような取り決めを行うようになってきている。

グローバルヘルス戦略に限って考えると、低・中所得国にとって優先すべきことは、国際機関を含む様々なグローバルヘルスの関係者と十分に連携する準備を整えることである。例えば、そのような国の多くは、WHO との協力的な戦略を持っている。特に、保健システム構築のためのドナー間の調整や海外からの投資確保が焦点となる場合、保健省以外のいくつかの省庁や政府機関がこの点で重要な役割を果たす。アフリカ諸国は、長い間、ドナー間の調整と説明責任の強化を求めてきた。2002 年にメキシコのモンテレイで開催された「開発資金調達に関する国際会議」では、50 名以上の首脳と 200 名以上の外務・貿易・開発・金融担当大臣が参加し、大きな会議で取り決めが行われたが、実際の現場には多くの不満が残っている。国レベルでのグローバルヘルス交渉の主要な目的は、ドナーのプログラムを…、援助がより効率的に提供されるようにすることである。その好例が、エチオピアがグローバルファンドと PEPFAR（米国大統領緊急エイズ救援計画）からの資金提供を、HIV 対策だけでなく、子どもの予防接種、妊産婦の健康管理、結核・高血圧治療、衛生促進にも対応できるプライマリー・ヘルスケア・システムの確立という国の優先事項と一致させた事例である。

中所得国や新興国は、ドナーによる国際的な資金に支えられた国内の取り組みに一貫性を持たせることに注力する一方で、グローバルヘルスの舞台で積極的に活動するという中間的な立場にあることが少なくない。例えば、ブラジルは長年にわたり医薬品へのユニバーサル・アクセスを提唱し、インドは結核対策に世界的な努力を結集する原動力となり、ロシア連邦は非感染性疾患を世界的なアジェンダに据えることに貢献している。

Box 14 に、グローバルヘルスに関する国家戦略を交渉するための簡単なガイダンスをまとめる。

Box 14：グローバルヘルスに関する国家戦略の策定

グローバルヘルスに関する国家戦略の準備は、国内の外交官や公務員の間で情報共有、能力開発、内部交渉を行い、グローバルヘルス戦略の概念を推進し、期待されるプラスの影響について認識を高めることから始まる。このような戦略を策定するための基本的な考え方は、SDGs に謳われている、グローバルヘルス・イシューは、その経済的地位や政治的影響力にかかわらず、すべての国に関連しており、世界的な共同の努力によってのみ取り組むことができるという考えに基づいている。しかし、このコンセプトはまだ広く受け入れられているわけではない。さらに、ナショナリズムの高まりや多国間体制への疑問から、このような戦略に対する政治的受容を確保することは最近難しくなってきている。従って、2020 年 10 月にドイツ政府が 2020 年から 2030 年までの世界保健戦略を採択したことは、非常に重要なシグナルと言える。

国レベルでグローバルヘルスを議題に取り上げる動きは、保健分野の多国間機関の強化と多国間ガバナンスに対する国の強いコミットメントを意味する。ドナー国では、多国間の関与に焦点を当てることは、二国間開発援助を弱体化させ、グローバルな舞台における自国の知名度や政治的影響力を低下させる可能性があると解釈する人もいるかもしれない。

国家的なグローバルヘルス戦略を作成する主な目的の 1 つは、様々な分野における国家政策間の協調を達成することである。グローバルヘルスの多部門的な性質は、国内レベルでも国際レベルでも、政府において重要な要素であるべきである。このことを、外交官が理解し、考慮しなければならない。グローバルヘルス戦略には、共通財、開発と平和、倫理的価値観、多国間主義が含まれ、それらに対する主要な責任は、保健省だけでなく、政府全体が負うものである。

準備段階として重要なのは、多くの利害関係者 . との協議を行うことである。このような協議は、保健省と外務省（または開発省）が共同でリーダーシップを発揮する運営委員会によって監督されるのが理想的かもしれない。国際保健担当大使が正式に任命されている国では、その大使が運営委員会の委員長として最も適任かもしれない。運営委員会に加えて、最近ドイツが先駆けて設けた、グローバルヘルスに関する国際諮問委員会があると、有益な情報をもたらすかもしれない。協議は、国の保健及び外交政策、さらにその国の国際的及び多国間のコミットメントを包括的に吟味することから始めるべきである。これまでの経験から、自由形式での協議を行うよりも、いわゆるゼロドラフト（最初に提示するたたき台）を共有し、ステークホルダーにコメン

トや追加を求める方が効果的である場合が多いことが分かっている。協議の対象となるステークホルダーの選択は、必然的にその結果に影響を及ぼす。

次のステップは、優先順位の設定である。戦略は国ごとに策定されるため、その具体的な優先順位は国ごとに異なる。しかし、すべての戦略に共通する特徴は、疫病対策や薬剤耐性への取り組みなど、一般に主要なグローバルヘルス・イシューと考えられているものすべてまたは一部を扱っていることである。また、国家戦略には、人権擁護、健康格差の是正、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に対するコミットメントなど、いくつか共通する基本的価値観も含まれている。グローバルヘルスに関する国家戦略の優先順位を決定することは、容易ではないことがわかるだろう。例えば、ユニバーサル・アクセスを支持する政治的言説と、国の商業的利益の保護との間に葛藤が生じる可能性がある。

成功する国家戦略は、政策の優先順位を設定するだけでなく、交渉の立場を定めるための省庁間のやりとりの概要を示す必要がある。これは、定期的な省庁間調整会議を通じて、またはグローバルヘルスに関する特定のやりとりを通じて行うことができ、閣僚、高官、事務官レベルでの協力のためのインセンティブを組み合わせる必要がある。

最終的には行政府が決定し、通常、立法府で議論されることはない。

例えば、スイスのグローバルヘルスに関する国家戦略では、6 つの優先分野が設定され、連邦公衆衛生局、連邦外務省、連邦経済局、連邦知的財産局などの政府機関が共通のアプローチに合意している。6 つの分野は、中央・地方政府機関、研究機関、市民社会、民間企業、患者団体との協議によって決定された。正式名称は「Swiss Health Foreign Policy 2019–2024」で、この戦略は、スイスが国内及び国際レベルで協調的かつ一貫した公衆衛生政策を展開できるようにすることを目的としている。急速に変化する国際的な環境を考慮し、この戦略は定期的に見直されることになっている。

スイスのグローバルヘルスに関する国家戦略における 6 つの重点分野

1. 健康保護と人道的危機
2. 医薬品へのアクセス
3. 持続可能なヘルスケアとデジタル化
4. 健康の社会的決定要因
5. グローバルヘルス戦略のガバナンス
6. 依存症対策

2020 ～ 2030 年のドイツのグローバルヘルス戦略における 5 つの優先事項

1. 健康の増進、疾病の予防、適切な対応策の開発
2. 環境、気候変動、公衆衛生への全体的なアプローチ
3. 保健システムの強化
4. 国境を越えた健康脅威への対処による健康の保護
5. グローバルヘルスのための研究・イノベーションの推進

パート C：
グローバルヘルス外交を成功させるための要素

第 9 章｜グローバルヘルス外交の成果

9.1　グローバルヘルス外交の成功の定義

グローバルヘルス外交の成否の判断は、常に背景とアクターによって変わる。成功は、間違いなく、事柄の方向性（この場合は保健と福祉への恩恵）を変える機会がどの程度創出されたかという観点から測定されるべきである。しかし、グローバルなレベルで得られた合意は、国レベル、場合によっては地域レベルで実施されなければならない。すなわち、このことは、成功するかどうかは、各国が国際的な合意や決議を実施するかどうかにかかっており、国際的な場で一定の成果を達成するかどうかだけにかかっているわけではないことを意味している。このような実施には、例えば、ハード・ローかソフト・ローかといった合意の種類による影響もある。

グローバルヘルス外交の成功は、時として非凡な個人や交渉担当者の関与もあることにもつながることを忘れてはならない。多様で複雑な問題が絡むため、多くのグローバルヘルス交渉では、強い個性と情熱的なコミットメントによって、大きな違いが生まれることがある。

もちろん、成功するかどうかは、国や他のステークホルダーが最初に何を達成しようとしていたかによって変わってくる。ある交渉担当者が成功だと考えることは、別の交渉担当者にとっては失敗かもしれない。だからこそ WHO は、すべての国が納得するような合意による意思決定に努めている。しかし、これは時として、最小限の共通点に基づく結果をもたらすことがある。

加盟国は、自国民を喜ばせるため、または場合によっては既得権益を促進するために、その時点では世界的な注目に値しない特定の課題（例えば、単一の疾病に対する管理計画）を WHO の運営組織のアジェンダに押し上げようとすることがある。さらに、WHO の作業部会で長年取り上げられてきた規格外・偽造医薬品への対応、天然痘ウイルスの廃棄など、WHO ではまだ進展が見られないアジェンダが繰り返されている。このような場合、公衆衛生上の利益は政治的なアジェンダによって覆い隠されてしまっている。

COVID-19 のパンデミックは、中国と米国の政治的緊張によって業務の困難さが増し、限られた資源で対応を調整しなければならなくなっていた WHO に新たな課題を突きつけた。国連レベルでも、多国間の対応はうまくいっていない。安全保障理事会は、常任理事国間の意見の相違によっ

て、事務総長による紛争地域でのパンデミック中の停戦要請を支持する決議を採択することができなかった。

しかしながら、2020 年 5 月に開催された第 73 回世界保健総会（バーチャル形式で実施された初の保健総会）は、COVID-19 への対応について、慎重な表現ではあるがバランスのとれた決議を採択し、比較的成功を収めた（WHA73.1）。EU が主導したこの決議は、パンデミックの多くの側面を網羅し、WHO の役割を含む（ただしこれに限定されない）国際的対応について、独立した評価を行うよう求めている。また、COVID-19 に対する広範な予防接種をグローバル公共財とみなしている。また、この決議は、TRIPS 協定の「柔軟性」を利用して、公衆衛生上の緊急事態の際に各国が国際的な特許規則を合法的に無効化する権利についても何度か言及しており、この問題は、市民社会によるアドボカシー活動の取り組みの中心的な課題であった。

グローバルヘルス外交が適切に実施されれば、以下のような重要な結果をもたらすことができる。

→ 健康の改善:関係するすべての国の人々の健康状態の改善、また、SDGs 達成におけるグローバルヘルスの状況の改善

→ グローバルな連帯感の向上：国家間の関係改善、健康及び健康のための共通財を推進し多国間主義を支援するため、幅広いアクターが協力することへの関与

→ 公平性のさらなる確保：公平とみなされる、人権を促進させ、貧困を削減させ、社会正義を向上させるという目標を支持する成果

9.2　成功事例の検証

以下に簡単に紹介する 10 の例は、グローバルヘルス外交において成功した過去の交渉から学んだ教訓をより詳しく検討し、評価するための入り口となる。

→　SDGs は、国連加盟国が他のアクターからの重要な協力を得て交渉したもので、約 50 の健康関連のターゲットが含まれており、その多くは継続的に注意が必要で、いくつかの異なる場での交渉が必要とされている。その結果、健康は、健康に特化したゴール 3 だけでなく、ほぼすべての SDGs の受益者であり貢献者であると広く見なされている。グローバルヘルス外交の成功の重要な指標は、SDGs に向けた進展への貢献である。いくつかのハイレベル会合は、このアジェンダを前進させるのに役立っている。

→　過去 10 年間のグローバルヘルス外交の大きな成功は、国連の非保健フォーラム、すなわち総会（非感染性疾患、結核、薬剤耐性、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）や安全保障理事会（HIV/AIDS、紛争地域の保健、エボラ出血熱）で、健康課題が取り上げられたことであった。この成功は、G7 と G20 による健康促進のための声明によって大いに促進された。

→　2019 年 9 月の国連総会で、12 の多国間の保健・開発・人道支援機関が、健康関連の SDGs ターゲットに向けてより迅速に進捗するよう各国を支援する共同計画を立ち上げた。「すべての人の健康な暮らしとウェル・ビーイングのための世界行動計画」と題されたこの計画は、各国が優先課題を特定し、作業を計画・実施するのを支援するためのもので、プライマリー・ヘルスケアなどの主要分野での取り組みも支援する。

→　2019 年 9 月 23 日に開催された国連ハイレベル会合では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する重要な国連の宣言の採択に至った。この中では、医療サービスへのアクセスだけでなく、健康的なライフスタイル、正しい選択を可能にする情報、ヘルスリテラシー、健康的な食品、移動手段、より健康的な環境、その他の健康の決定要因へのアクセスも重要であると認識した。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関するハイレベル会合（2019 年）の政治宣言に至る交渉の詳細は、**ケース・スタディ 2** で紹介している。

→　非感染性疾患（NCDs）の予防と制御に関する世界初の首脳会議がカリブ共同体（CARICOM）によって 2007 年に開催され、「慢性の非感染性疾患の流行を阻止する団結」と題するポートオブスペイン宣言が採択された。英語圏のカリブ海諸国は、かつてアメリカ地域の中で慢

性 NCD の一人当たりの負担が最も高い地域であった。そのため、CARICOM は、加盟国間の保健分野での長い協力の歴史と、集団行動によって感染症を根絶または削減した過去の成功に基づき、NCD を対象とすることを決定し、その後、NCD に関する初の国連ハイレベルの会合を求めるキャンペーンに成功し、このアプローチを世界的なものへと発展させた。

10 年近くにわたるグローバルヘルス外交の末、加盟国グループの支援を受けた NGO や専門団体は、第 3 回国連 NCDs に関するハイレベル会合（2018 年）で、これまでの会合の焦点であった 4 つの主要 NCDs（心血管疾患、がん、糖尿病、呼吸器疾患）と 4 つのリスク要因（喫煙、運動不足、アルコールの有害使用、不健康な食事）を拡大することに成功した。その結果、メンタルヘルスが NCD に、大気汚染がリスク要因に含まれるようになり、「5×5」のアプローチが採用された。

この分野での成功（政治的コミットメント）は、商業的要因の影響によって影が薄くなっている。2011 年の「NCDs の予防と管理に関する国連総会の政治宣言」には、特に国内及び二国間チャンネルを通じて十分な資源の提供を模索するという各国政府のコミットメントが含まれている。しかし、このゴールは達成されていない。NCD は、ほとんどの生命が救われ、または改善されうる、世界的に最も大きく、国際的に最も資金が不足している公衆衛生上の課題である。その理由は、ドナー国の経済、市場、商業における既得権益集団による、国際的な保健政策立案への干渉によって、政治的な機運が相殺されてしまったからである。残念ながら、ほとんどの先進国は、政策の一貫性を追求することや、WTO の下での多国間貿易システムの促進と国際的な開発政策における健康促進が、不可分の SDGs 達成という点で表裏一体であることを認識することに、あまり関心を示していないのが現状である。

→ 2014 年にアフリカ西部で発生したエボラ出血熱は、病原体が急速に拡散するグローバル化した世界において、人命に対する深刻な脅威をもたらした。しかし、最も影響を受けた国々では、国が流行に対処するのに十分な能力を持っておらず、指導者はその全容を認識することに消極的であった。WHO は 2014 年 8 月に「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」を宣言し、各国に警告を発し、行動を起こすきっかけを作った。その後、国連安全保障理事会がこの流行を世界的な脅威と宣言したことで、国際社会は関係国への直接的な支援をさらに強化することが可能になった。

→ 2019 年 5 月の第 72 回世界保健総会では加盟国に透明性の向上に関する政策の導入を促す画期的な決議が採択され、2019 年 7 月には人権理事会で医薬品アクセスの改善に関する決議が採択された。
上記の世界保健総会決議については**ケース・スタディ 1** を参照せよ。

→ 2010 年 5 月に採択された「保健医療人材の国際採用に関する WHO 世界実施規範」は、倫理規範、制度的・法的整備を含む、保健医療人材の移動という重大問題に対する国際協調の指針となる世界的な枠組みを作り出した。2004 年に委任されてから、この行動規範の策定には実に 6 年の歳月を要した。医療従事者の移住元国と移住先国の双方にとって満足のいく、しかし拘束力のない協定に到達するためには、長く険しい交渉の間に妥協が不可欠であった（Taylor & Dhillon, 2011）。グローバルヘルスの法的文書に関する詳細は、**第 5 章**で述べられている。

→ 2005 年の FCTC 発効以来、条約事務局が作成する 2 年ごとの世界進捗報告書は、締約国による FCTC の実施状況の概要をよく表している。国によって進捗率はかなり異なるが、たばこ産業の抵抗にもかかわらず、たばこの使用を減らすために数多くの効果的な措置が既に取られていることは、非常に大きな成果である。禁煙環境の整備、誤解を招くたばこの包装・表示の禁止、教育・コミュニケーション・市民意識向上プログラムの 3 つの分野で、最も成功した。禁煙環境の整備、誤解を招くたばこの包装・表示の禁止、教育・コミュニケーション・国民意識向上プログラムの 3 つの分野で、最も成功裏に実施されている。しかし、一般的に、条約の規定の実施状況は多くの国でかなりばらつきがある。

→ 国際保健規約（IHR）は、2005 年に改訂されたもので、国際的な疾病の蔓延に対する各国の公衆衛生の準備と対応を規定する国際的に重要な法的文書である。しかし、エボラ出血熱の流行と COVID-19 のパンデミックでは、どちらも準備の欠如が浮き彫りとなった。多くの加盟国は、財政的または政治的な理由から、十分な能力を構築することができず、IHR に規定されているすべての措置を実施する義務を果たすことができなかった。

第 10 章｜国益と地政学的利益の分析

10.1　グローバルヘルス・イシューの複雑性の理解

グローバルヘルス外交は、国際システムの新たな複雑性、グローバルヘルス分野で活動する組織やアクターの複雑性、社会的・政治的・経済的な決定要因が強く結びついたグローバルヘルス・イシューの複雑性など、いくつかの複雑性に同時に対処しなければならない。これらの複雑性から、国や超国家レベルでの上流の政治的対応が必要とされている。しかし、これまでの経験から、ジュネーブでの交渉は技術的で細分化されたアプローチになりがちであることが分かっている。グローバルヘルス外交は地政学と切り離すことができないので、このようなアプローチは避けるべきである。

グローバルヘルス外交官は、決議や決定に関する交渉の背後にある国益や地政学的利益を理解できなければならない。考慮すべき点はいくつかある。

世界は今、移行期を迎え、地政学的に不安定な状態にある。グローバル化の進展によって、ある国の国内情勢が他の場所で起きている出来事やプロセスによってますます形作られるようになっている。同時に、やや逆説的ではあるが、多国間主義に対する信頼とコミットメントが低下し、地域主義、ナショナリズム、保護貿易主義が台頭している。世界の一部では、法の支配に基づく国際秩序が公然と挑戦されてきた。このような緊迫した雰囲気の中で、保健分野は最近まで多国間ガバナンスが完全に受け入れられ、機能し続けている数少ない分野の 1 つであった。しかし、COVID-19 のパンデミックでは、中国と米国の地政学的対立がグローバルヘルスに影響を及ぼし、この状況は一変した。さらに、いくつかの国では、新たな「ワクチン・ナショナリズム」が台頭している。

保健外交官は、大きな外交ネットワークの一員として、外務省の専門部署が行う世界情勢や特定の地域、国、イシューについての定期的な分析から恩恵を受けることができる。外交官は、地政学的な変化を理解するためにあらゆる努力をしなければならない。同様に、異なる考え方を理解することも重要である。グローバルヘルス外交では、他の外交分野と同様、学術的な分析の多くが西洋の国際関係の視点から行われてきた。そのため、他の視点や外交文化も考慮する必要がある。

10.2　ジュネーブなどの交渉拠点での関係構築

グローバルヘルス・イシューは相互に密接に関連しているため、グローバルヘルス外交の主要な交渉の場であるジュネーブの異なるフォーラムで、同時に、あるいは別々に議論される可能性がある。例えば、医薬品のアクセスは、WHO だけでなく、WTO、WIPO、人権理事会、ICRC、UNAIDS プログラム調整理事会、グローバルファンド理事会で議論されてきており、現在も議論されている。

外交官にとって、同僚の外交官や、ジュネーブにある様々な組織の活動をフォローアップする役割を担う政府代表部内の技術専門家と定期的に連絡を取り合うことが不可欠である。小規模な政府代表部であれば、この作業は容易かもしれない。大規模な政府代表部では、調整（ジュネーブの大規模政府代表部では驚くほどうまくいっている）が必要であり、最も重要なのは、主体性・才能・行動力である。

保健以外のセクターや、その他の分野を担当する政府代表部の同僚とコミュニケーションをとることで、保健以外の分野で初めて浮上する重要な論点を認識することができるようになる。また、様々なフォーラムで自国の代表団が採用する立場や言葉に一貫性を持たせることにもつながる。

ジュネーブにおける他国政府代表部の同僚外交官とのコミュニケーションは、個人的に行うほか、AU、EU、WHO 地域グループの構成員、小地域（例えば西アフリカ）、志を同じくする国やドナー国の集まりなどの公式・非公式グループの枠組みで行われるべきである。

10.3　入手可能な情報の収集

WHO や他の組織で過去に行われた交渉の文書やその他の情報資料を調査することは、議論すべき課題の背後にある主題や国家的・地政学的な複雑さをよりよく理解するのに役立つ。

さらに、このような情報収集は、交渉参加国が過去にとった立場を明らかにする。また、現在議論されている課題や、現在の交渉に関連する他の課題やプロセスについて、以前に合意された文言をまとめることも可能である。この点では、国連での合意によって採択された決議や宣言が最も有望である。議論の多いグローバルヘルス・イシューについての交渉では、2015 年の SDGs 交渉の際に総会で採択された文言を参照することで、合意形成のための良い出発点とすることができる。

これに対し、合意を得られなかった結論や報告書に使用された文言を引用することは、上記の目的にはあまり有用ではない。例えば、2016 年に公表された国連事務総長の「医薬品アクセスに関するハイレベル・パネル」の最終報告書は、2019 年に WHO で採択された医薬品の価格設定の透明性に関する決議をかなり先取りしたものだった。しかし、この国連報告書の他の多くの論点について、パネル・メンバー間で意見の相違があったため、その影響力は損なわれた。

合意された言葉の重要性は過小評価されるべきではない。ある特定の国連フォーラムは、デリケートな論点についての言葉や用語を支持するのに、他のフォーラムより適しているかもしれない。性と生殖に関する権利や HIV 感染のリスクが高い脆弱な人々に関する言葉は、例えば HIV/AIDS に関する国連総会決議で採用されており、他の機関の他の決議でそのような言葉を支持する前例として利用することができる。

10.4　立場の理解

加盟国が交渉にどのような立場をとるかを理解するには、経験を積むことが必要である。ジュネーブのある上級外交官は、地政学と国益が、加盟国によって取り上げられるイシューを決定し、加盟国が擁護し推進しようとする立場にそれらが反映されることを理解するために、議論に耳を傾け交渉を観察することに WHO に赴任した最初の年のほとんどを費やしたと述べたことがある。各国は通常、自国固有のニーズに基づいた立場をとっている。そもそもこうした立場は、自国が守ろうとしている利益よりも先鋭的であることが多いため、交渉の余地が生まれる。

例えば、NCD（ロシア連邦）、プライマリー・ヘルスケア（カザフスタン）、医薬品政策（スイス）、規格外医薬品（インド）、結核（南アフリカ）、性と生殖に関する権利（米国、北欧諸国）など、一部の国が議論や交渉の場で絶えず論点を提起したり、強い立場をとったりする。これらのイシューに対する一部の国の立場は、例えば、北欧諸国の性と生殖の健康への支援など、より長い期間にわたって予測可能であることが多い。米国の場合は、政権によって異なる可能性がある。

通常、EU 加盟国には共通の見解が期待されるが、性と生殖に関する権利または NCD の予防といったイシューについては、反対意見が出てくるかもしれない。同様に、BRICS 諸国も数年前に比べれば、結束力が弱まっている。

中国は WHO において比較的抑制的な姿勢を示しているが、依然として大きな影響力を持っている。したがって、中国は異なるイシューに関して異なる国と同盟を結ぶかもしれない。例えば中国

は、安全保障ではロシア連邦と、医薬品政策と価格設定の透明性ではインドと南アフリカと、それぞれ異なる問題で異なる国々と同盟を結ぶかもしれない。世界的なゲームチェンジャーは、HIV/AIDS の安価な薬物治療へのアクセスに関する南アフリカの歴史的な法的挑戦であった。通常、各地域には、グローバルヘルスのフォーラムで他の国よりも発言力が強い国がある。

ステークホルダーの分析の一環として、グローバルヘルス外交官は、政治的または経済的な隠れた利害が国の立場を決定している状況や、大きな国や組織のアジェンダのためにより小さい国が動いている状況を認識する能力が必要である。

10.5　交渉ブロックとアライアンスの検討

21 世紀の最初の 10 年間で、地政学的な背景は大きく変化したが、保健交渉ではしばしば、長年にわたるブロックが一堂に会することが多い。米国は、かつての覇権的地位が弱まりつつあるとはいえ、自由に変化し、時に驚くべき同盟関係を結び、しばしば主導権を握っている。EU は交渉において共通の立場をとるブロックであるが、ハンガリーやポーランドのような国は、レズビアン、ゲイ、バイセクシャル、トランスジェンダー、性と生殖に関する権利、健康、移民といったデリケートなイシューについては EU のコンセンサスから離反する傾向がある。AU もまた、技術的なイシューよりも政治的なイシュー、例えば国際組織内の選挙などを議論する際に、しばしば強い結束を見せるブロックである。もちろん、この他にもいくつかの地域ブロックが存在する。**第 7 章**で詳しく説明する。

交渉の準備をする際には、以下の図を参考に、交渉ブロック、そのメンバー、その他のステークホルダーを分析することが有効である。

出典：マルチステークホルダー・パートナーシップ (http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix)

ブロックは交渉文書について共通の立場をとることができるが、一方で、交渉が始まると、ブロック内の各国は独自の見解を表明することができる。しかし、ブロックが決めた、超えてはならない一線は、そのブロックに属する国々が尊重することになる。

ある国の外交担当者は、国連における政治グループや投票ブロックを定期的に調査し、それらがどのように運営されているかを調べている。米国のように、公開されている国連の記録を利用して、自国の立場と「投票の一致」を追跡している国もあれば、外交官にとって有益な投票パターンの分析を行っている研究者やシンクタンクもある。

AU や EU のようなブロックのメンバーであることの強みは、交渉するイシューに特に関心を持っているメンバー（以下「ペンホルダー」という。）が交渉のための詳細な準備作業を引き受けることができることである。他のメンバーは、ブロック内に存在する相互信頼の関係によって、その作

業から利益を得ることができる。また、国連通常予算の 1%以上を負担する国連加盟国の非公式グループのジュネーブグループ（1964 年設立）のような特別グループも重要な役割を果たしている。EU、AU、米国、英国、フランス、ドイツ、日本、ブラジルなど、グローバルヘルスに大きな影響力を持つブロックや個々の国は、交渉中に出てくる可能性のあるすべてのトピックについて立場を持つ傾向がある。他の多くの国の代表団は、議論には熱心に耳を傾けるが、特定のトピックにのみ参加する。例えば、ロシア連邦は NCDs や健康安全保障に関する議論に常に積極的に参加する。ジュネーブに政府代表団を置く小規模な国々、すなわち外交官が保健、人権、労働に関する課題を同時に扱わなければならず、グローバルヘルスに関する自国政府の専門知識も乏しい国は、自国にとって 重要なテーマでない限り、交渉にあまり積極的に参加しないことが多くなる。これらの国の中には、地理的なグループ（例えば、中東や北アフリカ）、または、より大きな国やブロックとの限定目的の同盟の一部であり、自国だけでなく同盟国とも連携してその立場を守っていく国もある。

永続的な提携の例として、バルカン半島を中心とした 9 か国が参加する南東欧保健ネットワーク（SEEHN）がある。2001 年に設立された SEEHN は、各国の保健システムを強化し、安定を促進し、この地域の EU 統合への準備を支援することを目的としている。このような国を超えた協力は、現在では保健外交の形をとり、主に WHO のガバナンス組織において協調的な行動の重みを反映している。欧州レベルでの保健政策交渉から得た教訓は、SEEHN 加盟国が WHO の世界的な交渉においても影響力のある発言をする可能性を持っていることを意味する。

第 11 章｜保健以外のセクターとの調整

11.1　国レベルでの保健セクターと他セクターの接点

グローバルヘルスを推進する上で、保健とは異なるセクターが果たす役割は、必ずしも正しく認識されているとは言えない。あるセクターとの協力には長い歴史があるが、他のセクターとの協力は、最近になって増加したか、そもそも始まったばかりである。他の交渉で健康の社会的決定要因に取り組むことで、保健を促進する機会が非常に頻繁に失われている。グローバルヘルス・アジェンダを前進させる際に重要な役割を果たすことができるセクターについて、以下に説明する。

外交政策と保健との接点は急速に拡大している。この背景には、重要な地球規模課題（経済、安全保障、社会正義）における保健の重要性の高まり、地球規模の解決策が必要となるグローバルヘルス・イシューの圧力の高まり、保健分野における国際的なアクターと交渉の急増、国連や有力な政治ブロックにおけるグローバルヘルス問題の注目度の高まり、各国の保健関連のコミットメントと他の国際コミットメントの間の相乗効果と非対称性（しばしば対立）の複雑な絡み合いといった複数の要因がある。外交政策と保健の相互作用は多面的である。保健は外交政策の不可欠な一部であり、外交政策と外交は多国間フォーラムにおいて保健を促進し、しばしば保護するために用いられ、保健は他の目標を達成するための外交政策手段として使われることもある。保健と外交政策は、その接点が広いことから、多国間の場における保健関連のセクター間関係のほとんどに現れている。

財政と予算の問題は、一般的な保健医療政策、特にユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進展において、長い間重要な要素でとなっている。保健のためのセクター間外交に関連する論点には、保健と財政に対する政府のアプローチの橋渡し、保健システムの財政的持続性に対する政治的・制度的リスクの評価、保健省と財務省間の協力のためのメカニズムの構築（これは困難で、実際には必ずしも効果的ではないが）、医薬品と医療技術の費用対効果分析と価格抑制戦略、保健医療財政に対する革新的アプローチの模索（ただし、増税や新規課税によってしばしば生じる経済の歪みに注意が必要である）が含まれる。

国際貿易は、健康を促進することも阻害することもある。貿易と保健の接点に関する主なイシューには、保健を理由とした貿易制限に関連する国境を越えた感染症の広がりや食品安全、輸入関税や知的所有権に関連する医薬品や医療技術へのアクセス、国を越えた健康保険や医療、遠隔医療、医療ツーリズムに関連する健康関連サービスの貿易、清涼飲料やタバコなどの不健康製品の貿易に関する懸念が含まれる。WTO の世界貿易協定の中には、TRIPS 協定、貿易の技術的障害に関する協定、衛生植物検疫措置の適用に関する協定、サービスの貿易に関する一般協定など、健康に大きな関連性を持つものがある。さらに、地域レベル（しばしば二国間レベルも）でも多くの貿易協定が結ばれている。

従って、保健は、特に、貿易・経済的利益に対して公衆衛生上の利益を保護するという課題で、国際貿易交渉においてしばしば前面に出てきる。近年、国際投資協定が保健に及ぼす潜在的な影響も明らかになってきた。例えば、このような協定は、国の強力なたばこ規制措置に対抗するために利用される可能性がある。貿易と投資の交渉において公衆衛生の利益を守るためには、警戒心と外交力が不可欠である。

環境は健康に大きな影響を及ぼす。WHO は、環境管理を改善することで、全世界の死亡者の 23% を予防できると推定している。環境による健康への影響は多岐にわたり、特に大気汚染（環境と家庭の両方）、水と衛生、化学物質の安全性、放射線などが含まれる。気候変動もまた、異常な暑さや水害、大気汚染の増加、食糧や水の不足、昆虫媒介及び水媒介性の疾病などに関連する健康リスクとして、世界的な懸念となっている。従って、運輸、住宅、エネルギー、農業、土地計画、水管理、工業などの広範な非保健セクターと取り組みを調整することが重要である。グローバルなメカニズムやプロセスは、国内の多セクター間の対話を促進することができる。その例として、国際行動の 10 年「持続可能な開発のための水」: 2018-2019、いくつかの環境条約に基づくプロセス、気候変動に関する進行中のグローバルな対話などが挙げられる。

教育は、人々の雇用の可能性、収入、生活環境、識字能力、情報へのアクセス、一般的な生活スキルを向上させ、健康にプラスの影響をもたらす。教育への投資は、健康への投資と同義である。健康が改善されれば、学習環境、機会、成果も促進される。保健外交の観点からは、健康や教育の課題は、住宅事情や失業など他の社会的課題と共存することが多いため、両セクターの対話は両セクター間及び多セクターの設定で行われることが期待される。また、関連する多国間フォーラム、すなわち国連の人権条約やユネスコの条約や勧告の枠組みにおけるプロセスが、健康と教育を同時に促進する可能性を考慮する価値がある。

社会的保護と労働保護は、健康にとって重要な役割を果たす。雇用政策は、家計に十分な収入をもたらすこと、活動的なライフスタイルと保健医療サービスへのアクセスを促進すること、社会的給付を提供すること、健康にやさしい労働条件と労働安全を促進すること、雇用不安を防止することで、健康に貢献する。健康であれば、労働者はより長く働き、より生産的になることができる。住宅政策は、社会的・生活環境を改善し、怪我や病気を予防する上で極めて重要である。一方では労働市場と社会政策、他方では保健セクターの間の相乗効果によって、社会的排除と不平等を減らすのに役立つ。セクター横断的な外交は、国内でも ILO のような多国間フォーラムでも、こうした相乗効果を利用することができる。

食品と農業は、伝統的に人々の健康と結びついてきた。効果的な農業政策は、より健康的で安全な食品の供給と入手可能性を高めることができ、栄養不良、不健康な食事、肥満、非感染性疾患、食中毒がもたらす課題に取り組む上で鍵となる。薬剤耐性との闘いにおいて、人と動物の保健セクター間の協力は不可欠である。より健康的で安全な食品を確実に生産するためには、より優れた持続可能な生産・加工モデルから正確で情報に基づいた栄養表示システムまで、食品のサプライチェーン全体にわたって調整が必要である。また、貿易、環境、消費者保護、教育など、他のセクターとの連携も重要である。

グローバルヘルス外交の観点では、既存のいくつかの多国間メカニズムがセクター横断的な対話と協力の機会を提供している。これらには、FAO/WHO コーデックス委員会、FAO/WHO 国際栄養会議、衛生植物検疫措置の適用に関する協定や貿易の技術的障害に関する協定などの関連 WTO 条約に基づくメカニズム、薬剤耐性に関する FAO-OIE-WHO 連携などが含まれる。

水は、健康にとって極めて重要である。清潔な水と衛生設備へのアクセスは基本的人権であり、その改善は SDGs の重要な目標である。水に関する主なイシューは、品質基準、水の供給、安全性、アクセス、貯蔵、排水処理などがある。国と地方自治体における保健部門と水管理部門との協力は、公衆衛生においては必須である。

国際レベルでは、いわゆる水外交を通じて保健が促進されることが多い。水外交とは、協力、安定、平和のために、共有され、そしてしばしば希少な水資源をめぐる意見の相違や対立を解決することである。いくつかの地域的なメカニズムが、保健との接点を含め、水外交をサポートしている。水と健康に関する議定書（水に関する条約[21]）は、汎欧州領域における的を絞った多国間対応の良い例である。その他の地域メカニズムは、水管理に関する広範な協力を可能にすることで、保健に

21　国境をまたぐ水路及び国際湖沼の保護及び利用に関する条約（1992 年採択）。

影響を及ぼしている。例えば、アジアのメコン川委員会、アフリカのチャド湖流域憲章、EU の水枠組み指令、南米のグアラニ帯水層協定などである。このような協力には、国内のセクター間対話が大きく寄与している。

運輸は様々な形で保健と結びついている。運輸に関する主な懸念事項には、交通安全、大気汚染、騒音、渋滞、温室効果ガス排出、移動の制約、体を動かさない生活などがある。安全で、利用しやすく、手頃な価格の公共交通機関と、徒歩や自転車での移動を促進することで、人々の健康を大幅に改善することができる。運輸と保健の接点は、環境政策や都市計画、そしてより一般的には持続可能な開発にもつながっている。運輸に関連する保健上の成果を改善するためには、国内でのセクター間及び多セクター対話が不可欠である。こうした対話は多国間フォーラムでも頻繁に行われている。例えば、交通安全に関する世界閣僚会議、「国連交通安全のための行動の 10 年」（2021 ～ 2030 年）、WHO と国連欧州経済委員会（UNECE）が共同で実施している「運輸・保健・環境汎欧州計画」、大気汚染、身体活動、非感染性疾患に 関する各種多国間フォーラムなどである。

11.2　他セクターとの連携の顕在化

前項で述べたセクターが健康に与える影響は、長い間認識されてきた。しかし、グローバル化と国境を越えた要因が健康に与える影響が大きくなったことで、特定の他のセクターがこの背景でより目立つようになった。

法執行機関は、公衆衛生においてますます大きな役割を果たすようになっている。この 2 つの分野の相互作用には、暴力防止、アルコールと薬物の誤用防止、交通安全、大災害、性労働、メンタルヘルス管理、人身売買、そして最近ではたばこ製品の不法取引（**税関**と並んで、保健との接点が新たに生まれた別のセクター）などへの対処が含まれる。より広範には、この接点は地域社会の安全、公的保護、移民、疾病発生の管理、刑務所内での健康などにも及んでいる。保健セクターと法執行セクターの協力は、各国における健康のアウトカムの改善につながる。こうした協力は、関連する国際フォーラムにおけるセクター横断的な外交の強化にも役立つ。例えば、国連薬物犯罪事務所（UNODC）の支援の下にあるプロセスやメカニズム、たばこ製品の不法取引廃絶のための議定書の運用化交渉、交通安全や暴力に関する世界的な議論などが挙げられる。

移民と保健の接点は新しいものではないが、21 世紀に入ってから特に注目されている。この分野は、多セクター、多国間外交が互いに補強し合うべき分野である。難民や移民の健康ニーズを満

たし、通過国、目的国双方の医療システムにかかる圧力を軽減するためには、保健セクターの内外で行動が必要である。教育、雇用、社会保障、住宅、法執行、外交政策など、非保健セクターがこの相互作用に密接に関与している。より広い意味で、保健と移民の接点は、公平性、連帯、人権という基本的な価値観に直接関係している。最近採択された「安全で秩序ある正規の移住のためのグローバル・コンパクト」と「難民に関するグローバル・コンパクト」（いずれも国連の下で策定）は、WHO、国際移住機関（IOM）、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）の関連フォーラムとともに、多セクター、多国間の対話に大きな機会を創出している。

もう一つの新たな接点は、デジタル・ヘルスに対する世界的な関心の高まりでもわかるように、保健と**情報技術（IT）や電気通信**セクターとの間のものである。そのため WHO は、国際電気通信連合との協力を開始し、学際的なプラットフォームを設立し、デジタル・ヘルス介入に関する最初のガイドラインを発表した（2019 年）。こうした動きはすべて、セクター横断的な対話を強化するための新たな機会を生み出している。

11.3　セクター横断的な協力における保健セクターの役割

保健セクターは、セクター横断的な対話と調整において中心的な役割を担っている。保健省は、このような調整を開始し、共同の解決策を提唱し、エビデンスを提供し、対応策を交渉し、模範を示してリードすることが期待されている。重要なことは、ほとんどの国の保健省は、他のセクターにおける保健の利益を代表することにそれほど熟練していないということである。このことは、グローバルヘルス外交においてしばしば障害となる。

保健外交の観点からは、保健省が自国の政治・外交政策課題の上位に健康課題を位置づけることに粘り強く取り組むことが重要である。これによって、国内及び国際的な場での多セクター対話に関して、保健セクターの影響力と主宰力が強化される。

また、セクター横断的な課題に対処する際に、保健セクターが考慮すべきアプローチもある。例えば、多セクターに大きな影響を与える課題については、保健省だけで決定を進めるのではなく、政府全体で決定するよう努力することが望まれる。同様に、多セクターにまたがる重要な課題については、議会との対話と議会からのフィードバックによって、議会が提供できる政治的支援（多くの場合、立法的支援）を強化することができる。

主要な経済立法やイニシアティブの健康影響評価を早い段階で実施することも、保健省にとって有効活用できる手段であり、実際によく利用されている。最後に、保健セクターは、セクター間のより良い対応を実現するために、関連する国際的な法的文書の可能性を活用する必要がある。例えば、FCTC には、いくつかの非保健セクターに影響を与える拘束力のある義務が含まれている。同様に、ほとんどの国が加盟している様々な非保健条約（人権、労働、環境などの分野をカバー）の包括的な実施も、国内の健康成果の向上に役立つ可能性がある。

第 12 章｜グローバルヘルス交渉の実施

グローバルヘルス交渉成功のための 12 のヒント

1. あらゆるシナリオを想定しておく
2. 明確なロードマップ、スケジュール、期限を提示することから始める
3. 事務局（WHO スタッフ）と信頼関係を構築する
4. トピックを理解する：そのトピックについて十分に勉強し、専門家に相談する
5. 相手とその長所と短所を知る。相手がどこまで妥協してくれるか（レッドライン）を確認する。相手がその立場でどの程度柔軟に対応できるかを考える
6. 既得権益を確認する：個人的な野心、地政学的なアジェンダなど
7. 主要加盟国、交渉拠点における志を同じくするグループ、同僚の外交官などとのアライアンスを構築する
8. 手続き規則を知り、適用する
9. 文化的背景に適応する
10. 戦術を心得る：時間をもらう、建設的な妥協案、包括交渉、面目を保つ解決策などを導入する
11. 会議室の外での選択肢を検討する：非公式なサイド・ミーティング、コーヒー・ブレイク
12. すべてが合意されるまで、どの合意もなされないことを忘れない

12.1　国レベルでの保健セクターと他セクターの接点

コンピテンシーは、人々が仕事で優れたパフォーマンスを発揮することを可能にする一連のスキル、知識、態度と定義することができる。最近の質的研究では、フィンランドの外交官におけるコンピテンシー・マネジメントの状況を調査し、有能な外交官の主な特徴を明らかにしようとしている（Kallinen, 2016）。OECD は、同組織の様々なレベルの職員のためのコンピテンシーの枠組みを開発した（OECD, 2014）。このチェックリスト式の枠組みの要素の多くは、グローバルヘルス外交にも当てはまる（**Box 15** 参照）。WHO も独自のコンピテンシー・モデルを持っている。[22]

22　参照：https://www.who.int/employment/competencies/WHO_competencies_EN.pdf.

効果的なグローバルヘルス外交を行うには、異なるスキルを持つ様々な分野の専門家、特に外交政策と公衆衛生の分野の専門家が協調して取り組むことが必要である。グローバルヘルス外交官は、最も多様なバックグラウンドを持っている可能性があり、その結果、世界の公衆衛生と保健医療政策に関する知識の程度も大きく異なる。これまでの経験から、外交官を育成する外交機関は、外交官がより効果的にグローバルヘルスを推進できるよう、ヘルスコミュニケーション、分析、公衆衛生倫理に関するさらなる知識、スキル、能力を身につける必要があることが示唆されている。同様に、保健医療専門家を養成する公衆衛生機関も、彼らが外交能力、外国語や外交政策に関する十分な知識を身につけられるようにする必要がある。

世界保健総会での交渉では、加盟国の外交官や専門家は、いわば二足のわらじを履く必要がある。世界保健機関（WHO）の公式会議（本会議と 2 つの委員会の会合）に参加するだけでなく、起草グループの会合にも参加し、地域協議や同じ関心を持つ国のカウンターパートや非国家主体との非公式な会合にも参加する。さらに、調整会議、サイド・イベント、テクニカルブリーフィングなどでも非公式な交流が行われている。コーヒー・ブレイクやレセプションでの非公式な会合もおろそかにできない。実質的な交渉のほとんどは、委員会以外の起草グループ内で行われる。NGO は、通常、加盟国と WHO の重要なスタッフのみが出席する起草グループの会合に出席することができない。

外交官が様々なスキルを兼ね備えていることで、グローバルヘルス外交の交渉の専門性が高まり、成功につながる可能性が高まる。タイは、グローバルヘルス外交に携わる若い専門家を育成するための国家的な仕組みと能力を体系的に構築してきた。タイ当局は、研修、スキル開発、そして世界保健総会などの実際の状況での実践の重要性を認識している。

12.2　価値観の理解

価値観は、グローバルヘルスの交渉における基本的な柱である。グローバルヘルスは、グローバル公共財を提供することである。人間の尊厳と権利、公平性、ユニバーサルアクセスは、グローバルヘルスの目標を達成しようとする際に考慮されなければならない重要な原則である。国によっては、自国の価値観や好みを表明したり、普遍的な価値観の自国流の解釈を主張したりすることがあるため、グローバルヘルス･イシューの交渉では摩擦が生じる可能性がある。また、各国がレッドラインを引いてしまい、妥協点を見出すことが難しくなることもある。このようなことは、特にグローバルヘルスの交渉において、より頻繁に起こっている。

例えば、2016 年にニューヨークで行われた「国連麻薬特別総会」の成果文書に関する交渉では、薬物関連犯罪に対する死刑廃止に反対する国々が引いたレッドラインを克服することはできなかった。このような犯罪に対する死刑を人権侵害と考える国々は、最終的にその立場を放棄し、死刑廃止に言及しない宣言に署名することに合意した。ところが、この宣言が採択された数分後に、これらの国々は総会で反対意見を述べ、宣言文に対する留保を表明した。これらの国々は明らかに、宣言からその問題を除外することに不本意ながら同意することよりも、特別総会の成果として宣言が採択されないことの方が、将来的にグローバルヘルスと人権に高いリスクをもたらすと感じていた。

グローバルヘルスの交渉では、各国が自国の価値観や利害と対立する普遍的な価値観を認識するトピックが数多く存在する。その中には、医薬品への公平なアクセス（これは知的財産の枠組みや各国の製薬業界の利害における課題である）、性と生殖に関する権利、性的マイノリティーの権利、市民による医療費の自己負担（一部の国にとって受け入れがたい概念）、ハーム・リダクション（WHO が推奨してきたにもかかわらず、多くの加盟国にとってこうした医療介入は依然として受け入れがたいものになっている）などがある。

各国は、価値観に基づく議論ではなく、経験的考察に基づいてレッドラインを引くことがある。例えば、フィンランドがすべての人に B 型肝炎ワクチンを接種することに反対しているのは、国内の疫学調査と費用対効果の検討に基づいている。しかし、その姿勢は、この病気の最終的な根絶を目指した予防接種の普遍的適用という考え方とは矛盾している。

12.3　交渉戦術と紛争の解決

主な交渉戦術は何か、また、WHO が合意による意思決定を好むのはなぜか？

交渉において「戦術」とは、望ましい結果に到達するために、利用可能な手段を巧みに利用することを意味する。グローバルヘルス外交における交渉戦術は、**政策型戦術（統合型交渉）**と**取引型戦術（分配型交渉）**の 2 種類に区別されるかもしれない。

政策型戦術では、当事者はそれぞれの見解や価値観を共有し、WHO ガバナンス会議の交渉で通常行われるように、合理的な妥協（または Win-Win の状況）を目指して努力する。取引型戦術では、権力的側面が強い。例えば、医薬品の供給に関する商業契約の交渉では、通常、一方が他方をないがしろにして勝つ。国連システムは、交渉の結果に正当性を与えるため、合意による意思決定を好んでいる。その方が実行される可能性が高くなり、政治的なコストも低くなる。しかし、この手法はしばしば時間がかかり、政治的、イデオロギー的な分断を覆い隠し、緊急時の迅速な行動を妨げる可能性がある。

統合型交渉、すなわち Win-Win の交渉とは、すべての人がより良くなるような解決策を模索することである。このアプローチでは、当事国が協力し、ある程度の譲歩をすることで妥協点に到達することが求められる。これは、グローバルヘルス外交において望ましい交渉戦略である。

統合型交渉に不可欠な要素は、以下の通りである。

→ 利害関係の特定 - 各当事者の利害を理解し、Win-Win の解決策によってそれらがどのように満たされ得るかを理解しようとすること。

→ 人 - 問題から人を切り離すこと。交渉仲間との関係が良好であればあるほど、最善で Win-Win の解決策が得られる可能性が高くなる。

→ 代替案 - 重要なのは、交渉が始まる前から代替案を考えておくこと。交渉が合意に至らなかった場合でも、代替案があれば、後日、協議を再開することができる。

→ 選択肢 - Win-Win の解決策を得るのに役立つので、他の当事者と一緒に現実的な選択肢を提案すること。これは、集団的なブレーンストーミングによって行うことができる。

→ 基準 / 正当性 - 二者（またはそれ以上）が相容れない解決策を提案することもある。そのような場合、1 つの解決策を選ぶことは、たとえそれが公正に見えたとしても、憤りにつながる可能性がある。代わりに、共同の意思決定は合意に達するのに役立つかもしれない。

→ コミットメント - 交渉は、すべての当事者が結果を尊重し、約束を守らなければ成功しない。

→ コミュニケーション - 最良の解決策を得るためには、良好なコミュニケーション・スキルが重要であり、他の当事者の懐疑心または敵意を克服するのに役立つ場合がある。

分配型または Win-Lose 交渉は、一方の当事者が何かを失う場合にのみ他方の当事者が利益を得る競争的交渉戦略である。グローバルヘルス交渉は、このような状況を避けようとする。分配型交渉のアプローチにおける最終的な目的は、Win-Win のような状況を達成することではなく、一方ができる限り多くの利益を得ることである。両当事者は、分配される必要がある資産または資源から最大限の取り分を得ようとする。

分配型交渉戦略	統合型交渉戦略
分配型交渉とは、一定の資源から自分にとって最大の価値を得ようとする交渉手法のことである。	統合型交渉とは、相互に受け入れ可能な解決策で、問題を決着させようとする交渉戦略であると言える。
分配型交渉は競争戦略である。	統合型交渉は、協調的アプローチを用いる。
分配型交渉は Win-Lose の方向性に基づいている。	統合型交渉は、Win-Win の方向性に基づいている。
資源が限られている場合は、分配型交渉の方が良い。	統合型交渉は、資源が豊富にあるときに使われる。
分配型交渉では、当事者の利己と個人の利益が動機となる。	統合型交渉では、相互の利益と利得が当事者の動機として作用する。
分配型交渉では、一度に一つの論点しか議論しない。	統合型交渉では、複数の論点が考慮される。
分配型交渉には、統制された選択的環境がある。	統合型交渉の場では、コミュニケーション環境は開かれていて建設的である。

出典：Vskills（2019 年）

対立への対処方法

対立は交渉のどの時点でも発生する可能性がある。最も一般的な対立の原因は、利害の対立である。対立の解決は、以下のような戦術に大きく依存する。

→ 交渉相手と良好な人間関係と相互信頼を築き、彼らの考え方、文化的背景、利害、制約を理解することが重要である。交渉の初期に非公式な夕食会を開くと、この点で多くの成果を得ることができる。ユーモアを交えることで、緊張を和らげることができ、また、時間を取ることで雰囲気を落ち着かせることができる。

→ 交渉自体や様々な当事者の背景を理解し、主要な論点を把握することが重要である。ある当事者が譲歩しないようであれば、その当事者と同じような意見を持つ他の主要なアクターにアプローチすることが、妥協点を見出すという意味で有効である。

→ 交渉において、オープニング・ステートメントは、関係当事者全員の期待値の基準を設定するため、極めて重要である。楽観的なオープニング・ステートメントは高い期待を抱かせるが、合意内容がその期待を下回ると、実際には良い結果であっても、失敗と受け取られる危険性がある。

→ グローバルヘルスと人権を支える基本原則を含む、核となる共通の目的を再確認することは、参加者に共通の価値観を思い出させるのに役立つ。

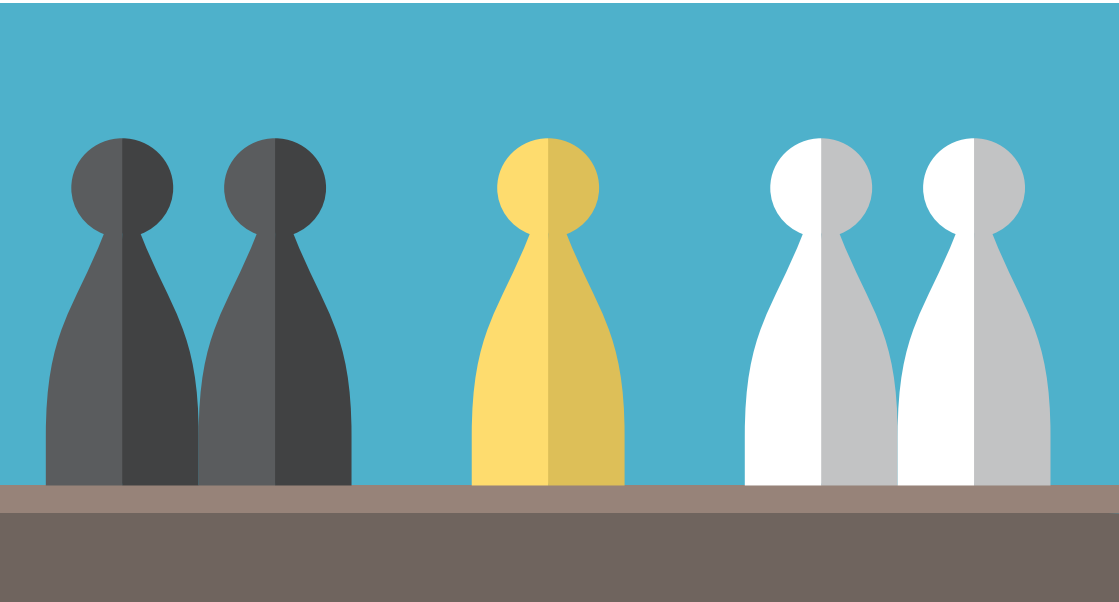
→ 達成すべき成果についての客観的な尺度に合意することは、提案された様々な解決策を評価する実際的な方法として非常に有用となりうる。

→ 新しい解決策を見出すための創造的な問題解決は、正式な交渉の場でも可能であるが、議長がリーダーシップを発揮し、当事者が互いに信頼することが必要である。

→ 一般に、交渉者は自国の利益を反映した保守的な立場から出発し、他国の譲歩に応じて、しばしば大きなジェスチャーから始まり、小規模な追加調整へと譲歩していく。

→ 特定の結果を得ることは重要かもしれないが、それが他の締約国による協定の批准や実施を妨げることでしか達成できないのであれば、交渉中に得た勝利は無意味なものとなる。従って、できるだけ多くの締約国が結果に満足することが重要である。

→ 交渉当事者は、すべてが合意されるまでは、何も合意されないことに留意する必要がある。これは、多くの場合、文書の異なる部分を行ったり来たりしながら、同時にいくつかの論点について合意することを意味する。



→ 特に最終日は深夜に及ぶことが多く、交渉終了の期限が迫っているため、当事者には合意への追加のプレッシャーがかかる。すなわち、外交官は長時間労働を覚悟しなければならない。

12.4 規則と手続きの理解

多国間交渉では、関連する規則や手続きをよく理解することが重要である。WHO では、総会と執行理事会の手続規則が議事の進行を規定し、誰がいつ、どのような状況で発言できるかを定めている。また、代表団が戦術的に有利になるように手続規則を利用することもできる。

重要な用語のいくつかの定義は以下の通りである。

→ **手続き**とは、会議の進め方のことで、手続規則に定められている。

→ **手続規則**は、会議の運営方法を詳細に記述した文書を指す。議長の責務や、とりわけ、手続き上の動議への対処方法、規則に違反した場合の結果などを定めている。既存の会議の場合は、通常、以前のセッションで合意された手続規則が使用される。新しい会議の場合、手続規則はセッション開始前にすべての当事者によって合意される必要がある。

→ **プロセス**は、提案の処理方法、特に一連の手順を指す。関連するすべての正式なプロセスは、手続規則にも記載されている。

12.5 国内のグローバルヘルス・アクターとパートナーに対する理解

外交スキルは、他人の意見に耳を傾け、理解する能力を養うことから始まる。グローバルヘルスの分野で活躍するプレイヤーは、政府、アカデミア、民間セクターから、地域社会、市民社会まで、驚くほど多岐にわたる。グローバルヘルス外交を成功させるためには、まず国内の関係省庁の支持を得ることが必要である。さらに、ジュネーブ（及び他の国際的な拠点）において、直面している課題に精通し、専門家、市民社会、その他のステークホルダーが行った包括的な分析をもとに、強力な交渉基盤を構築することが改めて求められている。そして、慎重に整理された見解は、政府によって合意される必要がある。このような作業にはいくつかのスキルが必要であり、特に国内の政府関係者や交渉の場にいる同僚の外交官と良好な作業上の関係を築く能力が必要である。

政府の最初の窓口となるのは、外務省と開発省の外交官、そして保健分野の政策立案者である。外務省では、大臣の政治顧問、国連やその他の多国間組織との関係を管理する外交官、大陸・地域機関や二国間国際開発援助を行っている機関との関係を担当する外交官に相談する必要がある。

保健省の役割と戦略的目標を理解し、省内の政策決定におけるキーパーソンを特定することも重要である。保健省は、国内の公衆衛生や公衆安全に重点を置くことが多く、感染症、緊急事態への備え、国際保健規則の実施を除いて、一般にグローバル・イシューへの関心は国内政策と比べ低い。

政府との国内対話は、金融、貿易、農業（すなわち「ワンヘルス」アプローチに該当する課題）だけでなく、教育、男女平等、家族などを担当する他の省庁や、医薬品の評価・監督を行う国の機関などの専門機関にも拡大する必要がある。保健と他のセクターとの関連性については、**第 11 章**で詳しく述べる。

12.6　他のアクターの立場に対する理解

他国政府との交渉は、各国の様々な都市で行われるが、多くはジュネーブやニューヨークで**「フロントライン外交」**として行われ、特別な多国間フォーラムでも行われる。ジュネーブでは、主に政府代表部の外交官が交渉に参加する。G7 や G20 など他の交渉の場では、交渉に携わる最前線の外交官は「シェルパ」と呼ばれている。

その点で、**人脈**の確立と拡大、**ネットワークの構築**は、今後の交渉において重要な資産となる。ネットワークは、正式な組織やアライアンスの形をとることもある。しかし、最も効果的なネットワークはインフォーマルなものであり、対人関係に基づくものである。

交渉で有利な結果を得るためには、志を同じくする代表団と良好な関係を築き、アライアンスを構築することが不可欠である。アライアンスは、例えば地域や政治ブロック内のような自然なパートナー国と結ぶこともあれば、議論されているイシューに応じて目的ごとに結ぶこともある。相手国政府が異なる見解を持っていても、その代表者と個人的な関係を築こうとすることをやめるべきではない。

他人の意見を尊重し、文化の違いに敏感であることは極めて重要である。スキルだけでなく、共感力（他人の視点から世界を見る能力）や心の知能指数（自分や他人の感情を理解する能力）も重要な要素になる。常に礼儀正しくあることは、緊迫した難しい場面でも、議論を続けるのに役立つ。

相手の立場を理解するためには、自分の信念や意見をいったん横に置いておく忍耐力が必要である。しかし、相手がなぜその立場をとっているのか、その理由を理解することは、さらに難しい。例えば、他の代表団が一貫して強い公的立場をとっているテーマ（例えば、米国では性と生殖の健康、または、ロシアではハーム・リダクション）について交渉する場合など、その理由がすぐに明らかになることもある。しかし、特に当該国の政治的または貿易的アジェンダの他の項目に関連している場合、その理由はそれほど明白でないこともある。このように、保健医療は、医薬品や医療インフラの輸出促進など、他の目標を達成するための手段として利用されることもある。別の場合には、交渉国が採用した立場が、意図的に第三者の政治的目標を推進するものであることも十分にあり得る。何を言っているのかに耳を傾けるだけでなく、どのように言っているのかにも耳を傾けて、最も適切な方法で対応することが重要である。

最後に、**アサーティブネス**は、交渉において他者に影響を与え、妥協案へと導くための必要条件となる。アサーティブネスは、単に個人的なスキルとして捉えられるのではなく、交渉の準備をどれだけ徹底して行ってきたかにも影響される。

非政府組織との関わり

様々な種類の地域社会と市民社会は、概してグローバルヘルスにおける重要なステークホルダーである。市民社会の代表が、グローバルヘルス・イシューに関する交渉の準備作業に意味のある関与をすることが不可欠である。

保健分野で活動するNGOは、患者の視点を交渉のテーブルに持ち込むことができる。また、NGOは、脆弱でスティグマを抱えた地域社会に対して、政府やヘルスケア関係者よりも、より効果的なアプローチをとることができる。市民社会と地域社会が関与することで、ヘルスケア・プログラムが人々のニーズによって敏感に反応するようになる。

市民社会は、公共団体が容易に入手できないデータを収集・分析することで、さらに重要な役割を担っている。例えば、ユーラシア大陸などの地域の市民社会組織のネットワークは、セックスワーカーや男性同性愛者に関連するHIVの疫学データのほとんどを、これらの人々が偏見を受け、犯罪者として扱われるような国々で集めている。

市民社会との関わりは、通常、個々のNGOというよりも、傘下組織やネットワークと接触することを意味する。ネットワークや傘下組織は、多くの加盟組織の視点を提供することができ、また多くの場合、グローバルヘルスやグローバルヘルス外交においてかなりの専門性を身につけている。

グローバルファンド、Gavi ワクチンアライアンス、UNAIDS は、グローバルヘルスにおける 3 つの多国間意思決定機関で、そこでは地域社会や市民社会は、単に他の交渉担当者のための情報の提供者としてではなく、彼ら自身の権利において交渉のパートナーとして代表されている。

民間セクターとの関わり

外交官が多国間交渉の準備のために営利目的の民間セクターの意見を収集することはあまりない。外交官は、例えばインフルエンザ対策など特定のイシューに関して、製薬業界の意見を聞く傾向がある。

しかし、交渉の場では、民間セクターの意見が明確に表れる。ジュネーブをはじめとするグローバルヘルス外交の中心地には、多くの傘下組織（国際製薬団体連合会（International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations（IFPMA）など）が存在し、非常に活発に活動している。

学術的な専門知識の活用

交渉の準備には、議論すべきイシューと、交渉の対象となる決議やその他の文書の意味合いを総合的に理解することが必要である。このような情報は、外交官が専門家に求めるべきものであり、通常は自国にいる専門家に求めることになるが、ジュネーブの関連国際機関に勤務する自国の専門家に相談することも可能である。例えばジュネーブにおける EU や AU 諸国のように、専門家の見解を収集する作業について、重複を避けるため、加盟国内でその問題に経験のある特定の国への委任（「責任分担」）を決定する場合がある。

複雑で相互に結びついた世界では、政策決定のためのエビデンスと専門知識がますます必要とされている。科学者や学者による専門的な分析は、政策立案を大いに支援することができる。科学者は入手可能な最良のエビデンスを共有すべきであるが、同時に科学ができることの限界も認識すべきである。政策決定者は、たとえその助言が期待したものでない、または聞きたかったものでない場合でも、独立した科学的助言として受け入れる必要がある。

しかし、科学的なエビデンスは、意思決定プロセスに反映される多くの種類の情報の 1 つに過ぎない。他の情報には、倫理的価値観、文化、政治、交渉による決定または決議が他の政策分野に与えうる影響の考慮が含まれる。従って、専門家の意見は学識経験者のみから得るべきものではなく、関連する政府機関、民間セクター、NGO の意見を収集することも重要である。

Box 15：グローバルヘルス交渉に必要なコンピテンシー

- → 2 つの専門文化（公衆衛生と外交）を代表し、結び付ける能力
- → 外交に関する知識と、安全保障、貿易、社会正義、開発などの課題がどのようにグローバルヘルスに影響を及ぼすかについての学際的な理解
- → グローバルヘルス分野における新興のプレイヤーに対する認識
- → グローバルヘルス外交の発展に関する知識、グローバルヘルスにおけるガバナンス、グローバル公共財、グローバルな政治環境の大きな変化など、その主要な概念とメカニズムについての理解
- → グローバルヘルスの決定要因に関する認識と、外交政策の他の側面との関連性に関する理解
- → グローバルヘルスの道徳的・倫理的価値観の基礎と、そのような価値観が異なる文化的観点からどのように解釈されるかについての理解
- → 交渉のプロセスと実践のスキルへの精通
- → 以下を含むグローバルヘルス外交の多国間及び多国間の性質の評価
  - → 主要な場やアクターの役割と、その考え方や関わり方についての理解
  - → グローバルヘルス外交の法的文書：国際法、条約、協定、規約、宣言、戦略、規範
  - → グローバルヘルス外交の主要なメカニズム：アドボカシー、協議、調停、仲裁

12.7　交渉での議長の役割

（グローバルヘルス）交渉における議長の役割とは？

議長の役割は、交渉プロセスが手続規則に従って効率的かつ秩序正しく行われるようにし、交渉を妥結に導くことである。交渉が始まる前に、すべての当事者が同意する議長が選出され、事務局の支援を受けながら、手続きを進める。議長は交渉の場では中立の立場を保たなければならない。交渉成功の中心となるこの基本原則は一貫して守られなければならず、困難な地政学的状況の中で損なわれることがあってはならない。

グローバルヘルス交渉を成功させるためには、議長が重要である。ルールや慣習的なプロセスが守られていることを保証するだけでなく、交渉中の雰囲気にも大きな影響力を持つ。交渉がうまくいかなければ、望ましい結果を得ることはかなり難しくなる。

議長の職務とは？

議長の役割は、交渉プロセスの全ての段階において重要である。交渉が始まる前に、議長は十分な準備をし、可能で望ましい結果を考え、それを達成するための最善の方法を検討する必要がある。交渉が計画通りに進み、設定された目標の達成に向けて進んでいる場合には、議長はファシリテーター（進行役）としての役割を務める。しかし、交渉が不調に終わる可能性がある場合は、議長がより積極的な役割を果たし、目標達成のための創造的な解決策を見出す必要がある。

交渉の際、議長が直面する可能性がある問題とは？

議長は、ステークホルダーとしてではなく、ブローカー（仲介者）またはファシリテーターとして行動することが期待される。会議の議長を務めるにあたり、保健外交官は以下のような多くの課題に直面することがある。

→　一方では合意形成に時間がかかり（この点は、富裕国が過度な影響力を行使することを懸念する低所得国によってしばしば指摘される）、他方では主要ドナー国は迅速な解決策を見出すことを望んでいる。このような対立関係の背景には、WHO が常に抱えている、技術的側面を重視するか、政治的な役割を目指すか、というジレンマがあるように思われる。しかし、国際社会は実際にはその両方、すなわちエビデンスに基づく政策的な解決策を期待している。

→　ジュネーブに拠点を置く外交官は、議論において重要視されすぎることがある。十分な準備を整えた保健アタッシェや、時には保健の専門家でさえ、それほど多くの政府代表部にはいない。そのため、首都にある自国の当局と時間をかけて協議することになる。

交渉を成功に導くために必要な資質とは？

議長には、交渉プロセスを成功に導くために、以下のような特定の資質が必要である。

→ グローバルヘルスの価値に関する包括的なビジョンと、政治的背景やあらゆる視点から見た状況に対する認識を持っており、すべての参加者が受け入れられるような形で論点を組み立てることができる。

→ 異なる視点を理解し、共感するための心の知能指数、及び共通の理解と目的意識を育むことによって、国、文化、組織の垣根を越えて思考と行動に影響を与える能力。

→ 異なるスキルや視点を持つ他の個人、機関、組織による共有のリーダーシップを奨励し、引き出す能力、共通の目標達成のために共に行動することを奨励する能力。

→ 公平な立場で交渉をリードし、必要な場合には権力に臆せず真実を語り、それによって様々な国や組織の人々の信頼を得るために必要な、個人の誠実さ、自己認識、忍耐力、自制心を持っている。

→ 既成概念にとらわれず、率先して行動し、リードする勇気。

議長が交渉プロセスに与える影響は？

議長が交渉のプロセスに影響を与えることができる以下のような特定のリソースがある。

→ 手続規則と慣習的プロセス：これらは議長の権限や、交渉を生産的な方向に導くために慎重に利用できるプロセスオプション（例えば、「議長文書」タイプの提案）を示す。

→ 雰囲気：議長は、前向きで建設的な雰囲気を維持するために大きな役割を果たす。

→ 時間：利用可能な時間は議長に大きく依存する。議長は、特定の議題に多くの時間を割いたり、望ましい結果をもたらさない介入に利用可能な時間を制限したりすることができる。

→ 発言機会の管理：議長は、議事進行のどの時点でも、誰に発言権があるかを決定する。そのため、代表権のないグループに発言権を与え、建設的な介入を促したり、逆に有益でない介入をするグループには発言の機会を制限したりすることができる。

→ 情報：議長は、交渉プロセスを注意深く監視し、通常、当事者との話し合いのおかげで、最も多くの情報を持っている。

→ サポート：当事者は、誰もが満足する結果を得るためには、プロセスを通じて議長をサポートする必要があることを理解している。

→ 威信：議長はすべての当事者によって合意され、交渉のリーダーとして認められている。

WHO の交渉の議長による印象に残った功績について、2 つの事例を紹介する。

→ **保健医療人材の国際採用に関する WHO 世界実施規範（2010 年）**の最終審議：第 63 回世界保健総会では、技術的によく練られた草案を直ちに非公開の起草グループに送り、タイから経験豊富な委員長が参加してイデオロギーよりも文章に焦点を当てることになった。議長が政治的な議論を一切許さず、合意が得られるまで、規約案の各条文を検討した。しかし、多くの妥協が必要であった。例えば、「標準（standards）」や「遵守（comply）」といった用語を削除し、「すべき（should）」を「考慮すべき（consider）」に変更するなど、規範的な性質を弱めた。こうした変更がなければ、対象国はこの規範を拒否していたと考えられる。しかし、この合意がもたらした代償は、弱められた文章のために実施に際してさらなる欠陥が生じることになったことが、後になって明らかになった。

→ **インフルエンザウイルスの共有およびワクチンその他恩恵へのアクセスのためのパンデミックインフルエンザへの備えに関する枠組み（2006 ～ 2011 年）**に関する交渉：4 年間にわたる激しい議論の後、当時のメキシコ大使とノルウェー大使が議長を務めるオープンエンド作業部会でフレームワークの合意に至り、正式な交渉外で主要企業の最高経営責任者との特別協定が作成されたことから加盟国の承認を得ることができた。

第 13 章｜グローバルヘルス外交の事例

本章では、グローバルヘルス外交の最近の事例をいくつか紹介する。これらは、21 世紀における健康課題の多国間交渉の広範さと複雑さを反映し、また、前章までに述べたグローバルヘルス外交における様々な特徴や関係性を説明するために選ばれた。

13.1　医薬品へのアクセス

グローバルヘルス外交において、最も長く論争を呼んでいる問題の一つが医薬品アクセスである。この問題は、誰が科学技術の進歩による恩恵を受けるのか、知識はどの程度までグローバル公共財なのか、というより広い問題との関連で考える必要がある。医薬品のコストは、もはや開発途上国だけに負担となっているものではない。がん治療薬の開発などの進歩は、高所得国にも資金調達の課題をもたらしている。

WTO のグローバル化した知的所有権制度は、貿易、知的財産、保健が交錯する領域において、多国間、地域間、二国間の新世代の交渉プロセスや取り決めにつながっている。WTO 協定はハード・ローとして位置づけられ、拘束力のある紛争解決メカニズムに支えられており、不遵守の場合には制裁を科すことができるようになっている。国際的な特許制度の中心的な柱は、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）であり、WTO 加盟国間の国際的な法的協定で、国家政府が多くの形態の知的財産を規制するための最低基準を定めている。TRIPS 協定は 1989 年から 1990 年にかけて結ばれ、WTO によって運営されている。開発途上国は TRIPS 協定の多くの条項に反していた。保健に関しては、多くの「柔軟性」を確保することができた。それは 2001 年に始まったドーハ・ラウンドの貿易交渉でも繰り返されたが、まだ多くの不満が残っている。特に、知的財産に関する交渉では、製薬会社のロビー活動の力と市民社会のアドボカシーの力の両方が示されている。製薬企業や市民社会組織は交渉に直接関与していないが、WTO 加盟国の国家的立場や世論に大きな影響力を及ぼしている。

医薬品へのアクセスは、WHO でも長年の議論の対象になっている。異例の論争と白熱した交渉の末、2019 年 5 月の第 72 回世界保健総会では、医薬品やその他保健医療関連製品などの価格公開の拡大を支持する画期的な決議（WHA72.8）が採択された（**ケース・スタディ 1** 参照）。WHO の決議がソフト・ローであるにもかかわらず、このときの加盟国は、通常の合意に基づく保健外交のアプローチからかけはなれていた。そのうちの数か国は、提案された決議の内容にも、交渉のプロセスにも、公然と反対を表明した。また、市民社会が協調して Twitter キャンペーンを展開し、決議に反対する国の閣僚や高官が個人攻撃にさらされたのはそれまでになかったことであった。

上記の交渉で用いられたプロセスと方法は、コンセンサスに基づくグローバルヘルス外交のアプローチが、もはや WHO の唯一の手法たりえない可能性を示唆している。

13.2　ワクチン外交

COVID-19 の危機は、世界的な公益性のあるワクチンへの安価で公平なアクセスをいかに確保するかという議論を再開させ、ワクチン外交の分野を力強く復活させた。

このガイドが発行された時点では、ワクチンの普及が始まっているが、ワクチン、診断薬、必須材料へのアクセスレベルには、国によって大きな格差が存在する。高所得国の多くは 2021 年 9 月から 2022 年 3 月の間にコロナウイルスワクチンが広く利用可能となり、大規模な中所得国や新興国は 2021 年 9 月から 2022 年夏の間に、その他の多くの中所得国は 2022 年に、低所得国は 2022 年春から 2023 年になると予測されている。

ワクチン外交とは、公衆衛生財としてのワクチンの開発、製造、提供に関わるグローバルヘルス外交のあらゆる側面を指す。ワクチン外交の大きな特徴は、人道的介入としての可能性と、ワクチン接種キャンペーン中の敵対行為の停止や停戦の仲介に役立つことが証明された役割である。

現代のワクチン外交は、1990 年代後半に WHO の拡大予防接種計画の 6 種類の基本ワクチンの接種率が停滞または低下していること、また、命を救う可能性のある新しいワクチンを含む他のワクチンが途上国にとって高すぎることが認識され、2000 年に Gavi ワクチンアライアンスが設立されたことに始まる。

Gavi ワクチンアライアンスは、貧困国における子どもの予防接種率を向上させ、将来的に新しいワクチンの購入保証を提供することを目的として、国連機関、政府、ワクチン業界、その他の民間部門、市民社会を結集するために設立された。2018 年までに、Gavi が資金を提供するプログ

ラムは 7 億人以上の子どもたちに行き渡っている。多くの国でロタウイルスやインフルエンザ菌 b 型に対するワクチンの接種が可能になった。また、Gavi ワクチンアライアンスは、*肺炎球菌*に対する新しいワクチンの開発を促進している。

SARS、H1N1 インフルエンザ、エボラ出血熱、MERS、ジカ熱の発生と、薬剤耐性の問題の深刻化によって、適切で効果的なワクチンの製造、資金調達、入手は、より慎重を期する政治問題となっている。地政学的、国家的な利害がワクチン接種に関する交渉を妨げている。公衆衛生のアジェンダの「安全保障化」は、保健・製薬業界によるロビー活動と同様に、これらの交渉で顕著になった。国家主権への固執の高まりが、世界の対話を遅らせている。特に、WHO が招集し、2007 年から 2010 年にかけて開催された「新型インフルエンザ対策に関する政府間会合：インフルエンザウイルス検体共有及びワクチン等の利益へのアクセス」の長いプロセスでは、途上国に提供する財産に関して合意できず、加盟国は何年もまとまらなかった。例えば、インドネシアは、ウイルス配列の共有に消極的であった。最終的には妥協が成立し、それによって、製薬会社は、一定割合のインフルエンザワクチンを大幅な割引価格で提供するなどの利益配分を約束しない限り、インフルエンザワクチン開発のための流行ウイルス株に関するデータやサンプルへのアクセスを認められなくなった。また、技術移転の手段や診断用試薬・インフルエンザ検査キットへのアクセス改善など、これまで低所得国の多くが入手に苦労していたリソースも獲得できるようになった。

COVID-19 のパンデミックは突如として、どうしたらワクチンが必要とするすべての人に行き渡る（最終的に効果的なワクチンを開発できるのであれば）のかについて疑問を投げかけた。

政治や世界の指導者たちは、COVID-19 のワクチンをグローバル公共財として取り扱い、すべての人が利用できるようにすることを求めている。[23] 公平性の基本原則や、公衆衛生への影響を最適化する配分を保証するのではなく、国益や経済力によって誰がワクチンを入手するかを決めるのであれば、ワクチンの潜在能力を十分に発揮することはできない。しかしながら、供給が制限されることが予想されるため、富裕国は自国民のワクチンアクセスを確保するために事前発注を急いでいる。このことは、後発開発途上国、特に Gavi ワクチンアライアンスや他の国際的な援助メカニズムからの支援の対象とならない中所得国の人々のワクチンアクセスに関する重要な問題を提起している。

効果的な国際協力をどのように展開し、誰に優先的なアクセス権を与えるべきかという重要な問題に取り組むという課題は、現在の多国間保健ガバナンスの混乱と、一部の国に採用されているナショナリズムや自由市場主義的な競争的アプローチによって、脇に追いやられてしまっている。

一方、正しい方向を示すワクチン外交の取り組みもいくつかある。例えば、EU の数か国によるワクチンの先行共同購入アライアンスでは、EU が契約している製薬会社に対して、ワクチン供給の一部を低所得国にも提供することを義務付けている。WHO、Gavi ワクチンアライアンス、CEPI（感染症流行対策イノベーション連合）、産業界が参加する COVAX は、参加国がリソースをプールし、一国が単独で行うよりも多くのワクチン候補の開発を支援できるようにするものである。この構想ではさらに、製造設備への「プッシュ」投資と「プル」メカニズム（事前購入コミットメント）を用いて、メーカーにワクチン製造の拡大への投資を促し、リスク分担を支援する。ワクチンが成功した場合、COVAX ファシリティを通じて、接種費用を負担する自己資金国（現在 75 か国）と、援助がなければワクチンを購入できない開発途上国（現在 90 か国）の間で、接種量が均等に配分される。

COVID-19 ワクチンの研究開発には膨大なリソースが投入されている。このようなワクチンへの公平なアクセスを確保するためには、強力なグローバル・ガバナンスとワクチン外交の活用が必要である。

23 UNAIDS。COVID-19 に対する国民のワクチンを支えるために団結。ジュネーブ：国連合同エイズ計画、2020 年 5 月 14 日（https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200514_covid19-vaccine-open-letter、2020 年 11 月 16 日アクセス）。

13.3　大気汚染

科学的なエビデンスは、主要な協定の交渉において重要な役割を果たすことがある。過去数十年の間に、WHO は大気汚染問題への対処にますます深く関わるようになった。2015 年の世界保健総会決議や、関連するロードマップの採択は、この深刻化する世界的な健康課題に対処するために、一つの大きなマイルストーンとなった。保健外交の観点では、その決議とロードマップが国連や他の国際機関との幅広い国際組織間協力の道を開いた。また、WHO と都市保健ネットワークとの協力関係も強化された。都市保健外交（**Box 16** 参照）が 21 世紀の国際保健外交の重要な要素となりつつあることを考えれば、これは重要な進展である。

2018 年、大気汚染は、第 3 回国連非感染性疾患の予防と制御に関するハイレベル会合で、タバコ、アルコール、不健康な食事、運動不足という確立した「カルテット」に並ぶ、非感染性疾患の 5 番目の主要な危険因子として認識され、世界の保健に関するアジェンダの上位に移動した。

化石燃料の燃焼など、大気汚染の多くの要因は、二酸化炭素や、オゾン・黒色炭素等の短期的環境汚染物質の排出をもたらし、気候変動や人の健康に重大な影響を及ぼしている。それに伴い、WHO は国連の枠組みの中で気候変動に関する主要な交渉、特に 2019 年 9 月 23 日にニューヨークで開催された国連気候行動サミットや 2019 年 12 月 2 日から 13 日までマドリードで開催された第 25 回国連気候変動枠組条約（UNFCCC）締約国会議において、エビデンスに基づく活動を強化した。WHO は、国連事務総長から、気候変動サミットにおける保健関連の 2 つのコミットメント、すなわち（a）炭素排出の削減と空気の清浄化によって生命を救うこと、（b）気候変動対策、公衆衛生、持続可能な開発への投資を促進することについて進展を支援するマンデート（権能）を負託された。WHO は、大気汚染への曝露の影響を定量化し、モニタリングすることで、気候変動が健康に与える影響について交渉担当者にエビデンスを提供している。

地域レベルでは、大気汚染に関する多国間協力はさらに長い歴史を持っている。1979 年、UNECE が中心となって「長距離越境大気汚染条約」が採択されたことは、特筆すべき成果である。この条約は、この分野で最初の国際条約であり、国境を越えた大気汚染から人の健康と環境を守るための法的・政策的な場を提供するものであった。この条約は、多セクターにまたがる科学主導の外交が、国際レベルで何を達成できるかを示す一例である。

Box 16：グローバルヘルスのための都市外交

グローバルヘルス外交のガイドでは、グローバル・ガバナンスにおいて地方自治体が果たす役割が今や十分に確立されていることを認めないわけにはいかない。このレベルの多くのアクターの中で、都市は過去 30 年の大部分において、間違いなく世界の舞台で最も積極的な役割を担ってきた。ここでは、近年の「都市外交」の台頭と、そうした外交とグローバルヘルスとの交わりにおける現在の課題について簡単に説明する。

都市は、多くのグローバルなアジェンダにおいてスポットライトを浴びており、単にイシューとして、または場所としてではなく、**それ自体が国際的なアクター**として多国間のイニシアティブや枠組みから正式に要請されることが多くなってきている。その結果、多くの地方自治体が、重要なイシューに対する国際的な関与のための戦略や条件を策定する際に、もはや国家政府に委ねることはない。

市長、市議会、都議会、地方自治体の代表者は、互いに直接連絡を取り合い、さらに企業、国連システム機関、海外の非政府組織など、国際的なアクターに広くコンタクトをとっている。現在、都市によって設立された正式な国際協調メカニズム（**都市ネットワーク**）は、数百にのぼり、気候変動アジェンダやパリ協定、または持続可能な開発目標（SDGs）など、多くのグローバル・イシューに関する議論において、都市が発言力を持つようになっている。これは、国境を越えた大きな課題に対応するために、都市が重要な役割を担っていることを意味する。COVID-19 の危機は、都市の第一線での役割をさらに際立たせている。2020 年 9 月時点で、COVID-19 感染の約 95% が都市環境で発生しており、世界で 1500 以上の都市が影響を受けている。従って、国連事務総長は、他の健康課題と同様に、パンデミックが都市部でどのように展開されているかを明確に理解するよう呼びかけている。一方、多くの都市や都市ネットワークは、都市外交のコネクションを迅速に活性化し、COVID-19 タスクフォース、政策行動のリポジトリ、ベストプラクティスの交換のためのメカニズムを形成している。しかし、都市外交は、単に都市間交流としてではなく、新興の**グローバルな都市ガバナンス**の場面で理解されるべきものである。

その点で、都市外交の歴史を簡単に説明することができる。都市の国際的関与の近代的進化は、少なくとも 3 つの異なる「世代」で構成されている。都市外交は、COVID-19 が国際的な旅行や協力に多大な影響を与えた後でさえ、文化に基づく都市間の関係から、国際的な連携構築と政策交流のための複雑なメカニズムと回路へと変化した。近代都市外交の第一世代（20 世紀初頭）は、公式化された二国間の**「姉妹都市」**に基づいていたが、第二世代（20 世紀半ばから後半）は、こうしたツイニング（姉妹都市）ネットワークを、

しばしば国連の専門機関の支援を受け、より正式な**アドボカシーや交流のための都市ネットワーク連合**へと規模を拡大している。

1990 年代半ばは、世界保健機関（WHO）傘下の欧州健康都市ネットワークや、健康都市連合（西太平洋）などの地域的な取り組みを通じて、より正式な都市保健外交を目指した全盛期であった。現在では、WHO の「高齢者に優しい街」プロジェクトなど、より専門的ではあるものの、同様のネットワークが存在する。

しかし、21 世紀には、都市外交の領域がより複雑化し、特に保健分野ではその傾向が顕著になっている。そのため、民間や大手のフィランソロピーの投資と密接に結びついた、より専門的でしばしば目的を持ったネットワークが構築されるようになった。都市外交は、持続可能な開発に関する 2030 アジェンダのような**主要なグローバル・アジェンダのローカライズ**に直接関与している。保健分野では、ブルームバーグ・フィランソロピーズが支援する WHO の健康都市パートナーシップや、WHO の健康都市に関する上海コンセンサスによる保健関連の SDGs の地域化などのイニシアティブが開始されている。このような角度から都市外交を理解することで、ツイニング（姉妹都市）や都市間協力にとどまらず、都市と都市及びグローバル・ガバナンスの交錯をより明確に理解することができる。

パラダイムが変わる可能性はあったが、COVID-19 危機は都市外交の原動力に影響を与えなかった。市政府は、国際的な関与の重要性は認識しているが、それを最大限の効果で行うために必要な正式な外交訓練やリソースが不足している。しかし、SDGs のようなグローバルなアジェンダ（特に保健に関連する事項）に対する都市のコミットメントは依然として強く、国際的な枠組みが自治体に与える影響力はますます高まっている。都市は、グローバルな課題に対処することができるという自信を持ち続けている。この危機は、**保健セクターを超えるグローバルヘルスへの注目**も促した。そのため、もともと他の分野に焦点を当てた都市外交の取り組み（例えば、C40 都市気候リーダーシップ・グループの場合は環境、市長移住民評議会の場合は移住）が保健と福祉をカバーするようになった。

それにもかかわらず、グローバルヘルスにおける都市外交の役割は、移民、気候、回復力などの他の分野における都市外交の役割に比べると、依然として比較的限られている。都市と都市特有の問題は、世界の健康課題の中では依然として非常に控えめな位置を占めている。都市ネットワークによる自主的なイニシアティブを除けば、現在、都市は公式な多国間主義からはまだ非常に遠い存在なのである。例えば、WHO にはまだ都市に関する主要な部署がなく、都市保健のトピックは比較的少なく、しばしば地域的な話題に留められている。より広い意味では、他の多くのグローバルな政策分野と同様に、**能力開発と投資は地域レベルで重要**であるが、「都市外交官」の予算や研修の機会には大きな制約がある。都市の声を認識し、制度化することは、依然として重要な課題となっている。

13.4　貿易、知的財産、保健

2001 年の「TRIPS 協定と公衆衛生に関するドーハ宣言」以降、貿易、知的財産と保健のインターフェースは、21 世紀の国際保健外交の主要な焦点の 1 つとなっている。このインターフェースは、保健外交の多国間及び多セクターの要素が最も密接に関連し合っている部分でもある。本ガイドでは、**第 11 章**（セクター間の側面をカバー）、**第 8 章**（政策の一貫性）、**第7章**（地域保健外交）、**第 13 章 1 節**（医薬品へのアクセス）、**ケース・スタディ 1**（価格の透明性）を中心に、様々な場所でこの問題を扱っている。保健と貿易（多くの場合知的財産）に関する対話は、国内、多国間、国際機関間において同様に行われている。

国内での対話は、通常、貿易の影響を受ける様々な問題を扱う多セクター委員会で行われる。しかし、ステークホルダーから保健に関する主張が強く出された場合、政府が国際貿易の保健への影響を評価するための専門的なメカニズム（暫定的なまたは常設の）を設立しているケースもある。貿易セクターと保健セクターはお互いに関わることが少ないので、このような密な交流は、問題に対する相互理解を深めることになる。

国際的な健康関連の貿易紛争も、セクター間の協力関係を緊密にする。例えば、オーストラリア、ノルウェー、ウルグアイは、それぞれ WTO、EFTA 裁判所、国際投資紛争解決センターで、FCTC の実施の一環として導入したタバコ規制措置の弁護に成功した。これらの事例は、新たな現象、すなわち、過去には貿易・投資協定の法的パワーに圧倒的に支配されていた貿易と保健のインターフェースにおいて、新しい国際法体制（FCTC）が両側の法的議論のバランスを取るのに役立つことを浮き彫りにした。これとは対照的に、地域や二国間の貿易・投資協定は、WTO のグローバル体制に含まれる柔軟性に比べ、一般に健康を保護する傾向は弱い。従って、保健セクターがそのような協定の交渉に先を見越して関与することが重要になる。

国際機関間の分野では、最近の注目すべき対話と協力の例として、医療技術とイノベーションへのアクセス促進に関する WHO-WIPO-WTO 共同調査第 2 版（2020 年）がある。この第 2 版は、2013 年に発行された初版を下に、この非常に複雑な政策のインターフェースにおける対話と意思決定を支援することを目的としており、グローバルヘルスにとって重要な時期に貴重なリソースとして機能する。

13.5　薬剤耐性

21 世紀に入り、抗菌薬耐性（AMR）の問題はますます注目されており、その対策として国内のセクター間の取り組みをより効果的に調整することが求められている。保健外交の面では、AMR に関する多セクターや多国間の対話が急激に増加しているバックグラウンドに、いくつかの要因やプロセスが存在している。

第一は、保健、農業、獣医学の各セクターを巻き込んだ多セクターの活動で、それぞれのアプローチが異なることが多いため容易ではないが、これは問題の規模を考えると、まさに緊急の課題となっている。

第二に、WHO 薬剤耐性に関するグローバル・アクション・プラン（2015 年）、薬剤耐性に関する国連総会ハイレベル会合政治宣言（2016 年）、G20 大阪首脳宣言（2019）、FAO-OIE-WHO の三者協力、AMR に関する国連組織間調整委員会、複数の地域・二国間プラットフォーム、グローバル抗生物質耐性研究開発パートナーシップ（低・中所得国に焦点を当てている）など短期間のうちにいくつかの国際的なイニシアティブやプラットフォームなどが立ち上げられた。さらに、FAO-OIE-WHO の三者間協力のもと、AMR マルチパートナー信託基金というメカニズムも設立された。このような国際的なメカニズムの普及は、政府による多セクターにまたがる協調的な情報提供を必要とし、それによって比較的短期間での国家多セクター戦略の策定を促すことにもなっている。

第三に、AMR に関する国際協力や機関間の協力は、WHO と FAO という 2 つの組織のもとに存在するコーデックス委員会や国際食品安全当局ネットワークのように、密接に関連する分野における既存の協力体制を背景として生まれたものである。これらは、学ぶべき重要な制度的基盤であった。

第四に、AMR との闘いにおける解決策は、より広範な（「ワンヘルス」）概念やプロセス（医薬品のイノベーションと研究開発）と並行して行われものである。このことは、いくつかの世界的なメカニズム [24] や、国連事務総長に代わって FAO-OIE-WHO の三者協力によって招集される予定の「薬剤耐性に関するワンヘルス・グローバル・リーダーズ・グループ」にも反映されている。これらの取り組みに関連するその他のセクターには、環境、産業、経済、貿易、知的所有権がある。

24　例えば、グローバル抗生物質研究開発パートナーシップ（WHO と顧みられない病気の新薬開発イニシアティブが共同で立ち上げた）や世界銀行の One Health Operational Framework for Strengthening Human, Animal and Environmental Public Health Systems（人、動物、環境公衆衛生システム強化のためのワンヘルス活動枠組み）などが挙げられる。

全体として、AMR は 21 世紀のグローバルヘルス・アジェンダの主要項目の 1 つである。ワンヘルス・アプローチや研究開発、イノベーションなど、政治的・技術的に複雑な分野と密接に関係しているため、グローバルな解決策を見出すために、国際的（及びセクター間）外交や交渉の強化が求められている。

13.6　移民と保健

移民と保健に関するグローバルな対話から得られた重要な教訓の 1 つは、比較的新しく、そして深刻でグローバルな保健課題への対応において、一貫した国際組織間の活動や各国セクターにおける意見集約が相互に支えとなり得るということである。このことは、2017 年 5 月に世界保健総会が難民と移民の健康促進に関する画期的な決議 WHA70.15 とそれに対応するフレームワーク [25] を採択するに至ったプロセスが、その後、安全で秩序ある正規移住に関する国連グローバル・コンパクト（以下「グローバル・コンパクト」）に引用されていることからもうかがえる。決議 WHA70.15 の準備作業と交渉において、WHO、IOM、UNHCR による相乗効果は、中心国のグループによる政治的リーダーシップと密接に関連していた。このような国際組織間の取り組みは、特に技術的・外交的資源の乏しい国において、多国間プロセスを支援するために国家の部門間の意見集約を追求するためのエビデンスを提供し、推進力となった。このことは、この地域の公衆衛生の知識が限定されていること、さまざまな誤解や異論が生じていることから、重要である。

グローバル・コンパクトに保健が組み込まれたことは、それ自体がセクター間の複雑な政治文書であるため、保健外交に多くの課題を突きつけた。まず、ニューヨークの国連本部での交渉は外務省や外交官が主導し、非常に政治的であるため、WHO やその他の関連専門機関、関連専門機関、各国の政府代表部の保健担当フォーカル・ポイントが拠点を置くジュネーブでの交渉に比べて、日常的な専門的意見を聞く機会が少ないことを念頭に置かなければならない（**第 6 章**も参照）。注目すべきなのは、2018 年 12 月にモロッコのマラケシュで開催された重要な「グローバル・コンパクト」を採択する政府間会議において、内務、労働、社会福祉、外務の各省庁とは対照的に、保健セクターの代表が非常に少なかったことである。このことは、保健に影響を与える主要な国際文書の交渉がジュネーブ以外の高度に政治的な場で行われる場合、一方では WHO が加盟国や同様の考えを持つ国際機関と協力し、他方では保健省が自国の代表団と積極的に関わり、交渉結果に保健の側面が適切に反映されるようにすることが不可欠であることを示している。

25　WHO Framework of Priorities and Guiding Principles to Promote the Health of Refugees and Migrants（WHO 難民と移民者の健康を促進す るための優先事項と指導原則の枠組み）(2017 年).

第二に、グローバル・コンパクトの交渉開始時点では、保健はテーマ別セッションの特定のトピックとして認識されていなかった。そのため、WHO がすでに採用している優先事項や原則を推進し、世界人権宣言や関連する国際規約[26]、SDGs などの主要な国際法的文書との関連性を推進することに加え、注目イベントでのサイド・イベントや移民の健康に関する WHO-IOM 世界協議など、他の関連プラットフォームを利用する必要があることが明らかになった。グローバル・コンパクトに保健を含めるプロセスから得たもう一つの重要な教訓は、より広い範囲の文書について国連で交渉する際に、並行するプラットフォームを利用し、普遍的に認められた既存の法的文書の力を活用することが、保健の利益を促進する上で重要な役割を果たすということである。

13.7　まとめ

本章で紹介したすべての例は、複雑なグローバルヘルスの課題には、**マルチレベルの外交**（すなわち、様々なフォーラムでの交渉への参加）と**マルチステークホルダー外交**（様々なタイプのアクターの関与）を組み合わせ、通常はかなりの時間をかけて取り組む必要があることを示している。複雑な問題に対するグローバルヘルス外交の取り組みは、アクターの数が多く、文化や外交スタイルも多様であるため、より困難になってきている。多国間主義へのコミットメントの弱体化とともに、このことは**合意を得ることを困難にし**（第 25 回 UNFCCC 締約国会議が世界の炭素市場について合意できなかったことに反映されているように）、**ますます予測不可能な結果**をもたらすことにつながっている。

これらの例は、G7 や G20 サミットへの WHO の関与や上記の分野における様々な国際組織間の取り決めに見られるように、**国際機関が**マルチステークホルダー外交の**重要なプレイヤーとなりつつある**点で国際関係におけるもう一つの重要な新展開も示している。国際公務員はますます、**超国家的な利益を守る**立場であること、すなわちグローバル公共財の創造と供給を担う立場であると認識されてきている。このことは特に、環境保護や保健に関する外交努力において当てはまる。

この例はさらに、現代のグローバルヘルス外交のもう一つの特徴である**相乗効果のある保健外交**を説明するのに役立つ。すなわち、国家が様々なレベルで、様々な組織、プロセス、会議の枠組みの中で外交努力の相乗効果を図るよう努力することである。

26　市民的及び政治的権利に関する国約、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（いずれも 1966 年採択）。

最後に、先に取り上げたグローバルヘルス外交のいくつかの例、特に貿易、移民、薬剤耐性に関する例は、多国間のプロセスや交渉において国内のセクター間の調整と政策の一貫性を達成することの重要性（及び複雑性）を様々な角度から浮き彫りにしている。

Box 17：ジュネーブでの交渉の準備

交渉に向けた包括的な準備には、いくつかの重要な行動と、国レベル及びジュネーブ（または交渉が行われる場所）の関連するステークホルダーやパートナーの賢明な関与が必要である。これらの行動はすべて有用であるが（対象となる交渉によってレベルは異なる）、必ずしも順を追って行う必要はなく、しばしば、すべて同時に行われるか、または課題や交渉のレベル に応じて異なる順序で行われる。

ステップ 1

最初のステップは、議論されている事柄の歴史を勉強することである。交渉の対象となる決議文などのバックグラウンドを理解するのに役立つ文書を参照するとよい。

また、(a) 過去に交渉した事項について自国が採用した立場、(b) 同じ考えを持つ国や異なる考えを持つことが知られている国が採用した立場を知っておくことも重要である。

ステップ 2

第二のステップは、議論中の文章の中で、交渉の過程で論争を引き起こしそうな論点や文言を特定することである。

ここでも、このトピックに関する以前の交渉を振り返ることが重要である。例えば、性と生殖に関する権利に言及することは、常に世界中の国の特定のグループに懸念を抱かせる一方、別のグループからは強い支持を受けてきた。

ステップ 3

第三に、専門家を動員して、議論されている事項を包括的に理解できるようにすることである。

専門家は、首都を拠点として保健省、外務省、その他の関連省庁の内外に存在するだろう。異なるセクターの役割に関するさらなる考察は、**第 11 章**に記載されている。

また、ジュネーブにおける各国政府代表部が、首都の国内当局から追加的な専門知識を提供するよう要請を受けることもある。 2020 年初めにアジアで発生し、良く知られていなかったインフルエンザ様疾患（後に COVID-19 と命名）のように、問題によっては、最も適切な情報がその政府ではなく、ジュネーブの世界保健機関（WHO）にある場合もあるからである。

専門知識には、国内的なもの（ジュネーブの国際機関で働く自国の専門家も含めて）と、国際的なものがある。グローバルヘルスの専門家は、特にジュネーブに多く存在するが、ニューヨークやその他の国際的な拠点、世界中の大学にも存在する。グローバルサウスの専門家が参加するよう十分な配慮が必要である。

重要な点は、専門的な知識を得るには、既存の個人的なネットワークからコンタクトを取るのが一番良いということである。先ほどの例で言えば、アジアで発生したインフルエンザ（後に COVID-19 と命名）について専門家の意見を聞くには、研究機関に問い合わせるよりも、個人的に知っている専門家から聞いた方が早いかもしれない。

上記の提案は、関係省庁を拠点とする、または関係省庁に所属する強力な専門家チームを有する国には当てはまらないかもしれない。例えば､英国の旧国際開発省（現在は外務･英連邦省の一部）がそうであった。また、この提案は、情報を提供できるハイレベルの研究機関がある国には当てはまらない。低・中所得国がそのような情報にアクセスすることは、はるかに困難な場合がある。

ステップ 4

第 4 のステップは、自国とジュネーブのステークホルダーとパートナーを動員し、来るべき交渉に効果的に備えられるようにすることである。

まず、外務省や保健省の担当者（フォーカル・ポイント）である外交官や公務員に連絡を取る必要がある。来るべき交渉について知り、情報を集め、他の人に相談し、直属の上司や大臣から関連する承認を受け､最終的には､守るべき立場について指示を出すのに､担当者は十分な時間を必要とする。

通常、首都からの指示は、必要に応じて専門家と協議した上で、関連省庁の代表者間の調整によって策定される。また、国際保健の分野でますます増えているように、市民社会とも協議する。指示は、最終的にジュネーブの政府代表部に送付される前に、主管省

庁の上級レベルで承認される。多くの場合、調整は書面のやり取りで行われる。必要な承認レベルは交渉内容によって異なる。

首都の国家当局と関わる中で、様々な要因によって、すなわち、議論されている事柄が、各省庁や政府にとってどの程度の関心事であるか、各省庁の中心人物が首都の専門知識や意見を結集させることができるかどうか、そして、同様に重要なのは、フォーカル・ポイントや各省庁との個人的な関係や関わり方によって、国家当局が役に立つと感じることもあれば、そうでないと感じることもある。

次に、WHO をはじめとする国際保健機関の人脈にアプローチして、彼らの視点から、今後の交渉で何が問題になっているのかを理解することである。再度述べるが、一般的な機関に要請するよりも、個人的な関係やネットワークが良い結果をもたらす。

第三に、ジュネーブの外交政府代表部にいるカウンターパートと連絡を取り、彼らの国が交渉で採用する立場について情報を集め、場合によっては支持を集め、アライアンスを構築することである。人間関係、正当性、コミュニケーション・スキルが不可欠である。交渉の事前準備をどのように行っているかを知るためには、カウンターパートと関わりを持つことが重要である。また、欧州連合またはアフリカ連合のような政治的組織内、または北欧諸国のようなより非公式なグループ内で、パートナー国と共通の立場を築くために必要なステップでもある。

ジュネーブには、非常に重要な地域コーディネーター・システムである保健アタッシェが存在する。WHO の 6 つの地域にはそれぞれ非公式なコーディネーターがおり、通常 1 年ごとに交代で任命される。これらのコーディネーターの活動は、活動は、WHO ガバナンス組織、WHO 事務局、加盟国政府代表部間の日常的なコミュニケーションから、政府間交渉の議長・副議長選定という特別な課題まで多岐にわたる。

ステップ 5

プロセスの最後に、首都から一連の指示が送られている。上記のプロセスの各ステップにおいて、特定のステークホルダーやパートナーを強力に関与させることで、指示が明確になり、交渉において首尾一貫した国家の立場を守ることができるようになることが最も保証される。

付録 1 ｜用語集

グローバルヘルス外交は、グローバルヘルスの優先事項と外交の優先事項を組み合わせた急成長中の分野である。様々な保健の課題は、国際保健活動の長い歴史の中で前例のない緊急性を帯びてきている。保健分野の発展は、外交交渉における規範的概念や国際法ルールの適用方法に影響を及ぼしている。グローバルヘルス外交には、公衆衛生、法律、国際情勢から経営、経済まで、多くの学問分野が関わっている。そのため、異なる学問分野の概念を理解し、一貫して使用することが不可欠である。

「外交の ABC」は、スイス連邦外務省が作成した、アルファベット順にキーワードを集めた用語集である。よく使われる用語の解説や、国際関係に関わる法律や慣習についての情報を提供している。

https://www.eda.admin.ch/dam/eda/en/documents/publications/GlossarezurAussenpolitik/ABC-Diplomatie_en.pdf

国際・開発研究大学院グローバルヘルス・センターの機関リポジトリには、よく使われる概念を解説した資料が 2 つある。

→ グローバルヘルス交渉で使われる用語集：ワーキングツール（2013 年）Martin Jacques, Ilona Kickbusch、Michaela Told 著
https://repository.graduateinstitute.ch/record/296833?ln=en

→ グローバルヘルスの定義についての考察（2013 年）Samantha Battams、Stephen A. Matlin 著
https://repository.graduateinstitute.ch/record/288069?ln=en

数年前、Middle East Medical（中東メディカル）というオンラインサイトに、元米国大使のグローバルヘルス外交に対する見解が掲載された。

> *科学者と外交官は問題への取り組み方が違っている。科学者は問題やパターンまたは異常を発見すると、データやエビデンスを収集するために研究調査を行い、得られたエビデンスが十分に強力ならば、その結果を、すなわち問題の解決策を査読付きの雑誌に発表する。*
>
> *そもそも査読付きの医学雑誌、科学雑誌を読まない外交官にとっては、的確なエビデンスも解決の糸口に過ぎない。外交官は、その仕事が得意であれば、自らの優先順位を他の人のアジェンダに乗せることができる。これは、科学者の研究が解決しようとしている問題が、本当に私たちのプログラムにとって、または私たちが影響を与えようとしている政策立案者にとっての優先事項であるかどうかを判断することを意味する。また、政策立案者が置かれている背景を理解し、私たちの健康に関する優先事項をどのように提示または説明すれば、その政策立案者の幅広い課題に適合させることができるかを理解することでもある。*[27]

以下、国際・開発研究大学院グローバルヘルス・センターが主催するグローバルヘルス外交のオンライン講座の受講生向けに作成した用語集をもとに、主要な用語をまとめた。

市民社会：個人が互いに、また政治的・経済的権威の中心に対し、交渉し、議論し、闘い、または合意するプロセス、また、任意団体、運動、政党、組合、個人が公的に行動することができるプロセスを指す。この用語の正確な範囲は様々だが、最も一般的な用法では、民間企業や正式な地方自治体組織は除外している。(Kickbusch et al., 2013)

クラブ型保健外交：お互いをよく知り、個人的な魅力や説得力を行使できるリーダーたちのグループ内の外交関係や交渉のことを指す。

COVID-19 外交／パンデミック外交：COVID-19 パンデミックをより早く終息させるために、様々な立場の人が、多くの場でグローバルな政策環境を形成し管理することによって行う、マルチレベルの交渉。

危機管理外交：全体に及ぶ変化の脅威が高まった状態での国家（及び他のアクター）間の相互作用。

27　グローバルヘルスにおける外交の役割。掲載：中東メディカル［ウェブサイト］J, Abdelghany A (2018)。(https://www.middleeastmedicalportal.com/the-role-of-diplomacy-in-global-health/、2020 年 2 月 11 日アクセス。

健康の決定要因：健康の決定要因とは、社会的、経済的、物理的環境と個人の特性や行動を指し、これらすべてが人々のウェル・ビーイングと健康に影響を及ぼし得る。人々が健康であるかどうかは、その状況や環境によって大きく左右される。ヘルスケアへのアクセスや提供されるサービスの質もまた、健康の決定要因であると考えられている。近年の傾向として、商業的決定要因と政治的決定要因を区別することが正当化されている。商業的決定要因には、「健康に有害な製品や選択肢を促進するために民間セクターが用いる戦略やアプローチ」（Kick-busch, Allen & Franz, 2016）が含まれる。政治的決定要因というレンズを通して健康を見ることは、異なる政治体制や文化の中で、また異なる統治レベルの中で、異なる権力構成、制度、プロセス、利益、イデオロギーが健康にどのように影響を与えるかを分析することを意味する。さらに、他の政治的行動に依存している（Kickbusch, 2015）。

デジタル・ヘルス外交／ Twitter 保健外交：インターネットや新しい情報通信技術を使って、外交目的の達成を支援すること。（ただし、他の定義も提唱されている）。上記の定義は、インターネットと外交の相互作用に焦点を当てたものであり、インターネットに起因する外交の実施環境の変化から、サイバー・セキュリティやプライバシーといった外交課題における新しいトピックの出現、さらには外交を実践するためのインターネット･ツールの活用にまで及ぶものである。デジタル外交はパブリック・ディプロマシーの一部であり、Twitter、Facebook、Instagram、Snapchat などのソーシャルメディア・ツールの利用が依然として中心となっているが、外交政策、政府の役割、共通善についての複雑な会話に人々が参加するよう刺激する魅力的なオンラインコンテンツを作成することでもある。

保健のためのグローバル・ガバナンス：グローバルヘルスに直接的、間接的に影響を与えるグローバルなガバナンス組織及びガバナンス・プロセス。グローバルヘルスに関連する組織には、必ずしも保健を明確なアジェンダの一部としていないものも含まれる。例えば、気候変動、知的所有権、貿易、教育などの分野で活動している組織が挙げられる。

グローバルヘルス：国境を越えた、人々の健康を左右する世界的な要因に対する行動を求める健康課題（Kickbusch, 2006）。

グローバルヘルス外交：保健分野と非保健分野の両方のフォーラムにおいて、保健のための世界的な政策環境を形成し管理する、マルチレベルのマルチステークホルダーによる交渉過程。このような外交は、公衆衛生、国際情勢、経営、法律、経済といった学問の分野を結集しており、特に国境を越え、世界的な合意を通じて取り組む必要のある健康課題や決定要因を扱う（Kickbusch et al., 2007）。

グローバルヘルス・ガバナンス：地球規模で健康の増進と保護を用意するために、国際的及び国境

を越えた組織や体制（原則、規範、規則、意思決定手続き）を意識的に構築、形成、運営、強化、利用すること。このようなガバナンスは、グローバルヘルスに焦点を当てた制度であり、多国間及び二国間レベルでその業務に携わる従来の組織だけでなく、様々なステークホルダーの代表者による官民パートナーシップのような革新的な組織も含まれる。

世界健康安全保障：すぐそこにある世界的な公衆衛生の脅威や徐々に進行する脅威に対する集団的な脆弱性を軽減すること。これらの脅威には、国境を越え、ヒトと動物のインターフェースで自然に出現する病原体もあれば、化学物質、毒物、放射線によるもの、またはテロ行為による意図的なものもある。個人レベルでは、健康の安全保障は、安全で効果的な医薬品、ワクチン、医療へのアクセスといった保護と提供の手段を含まなければならない。従って、個人の健康安全保障を向上させることは、質の高い医療品やサービスをより持続的に、従って、安全に利用できるようにすることを意味する。

保健のグローバル公共財： 相互の結びつきがますます強まる世界では、多くの公共財（すなわち、すべての人が共有する利益を生み出し、誰もそこから排除することができない財）は、もはや国単位だけで定義することはできない。グローバル公共財は、より安全な世界、気候変動の影響からの保護、健康増進など、現在生きている人々のウェル・ビーイングと将来の世代の生存に不可欠な利益を生み出す。保健のためのグローバル公共財の例としては、科学知識の共有（ヒトゲノムの配列決定など）、天然痘の根絶、インフルエンザやその他疾患のグローバルサーベイランスシステム、WHO 国際保健規則、新たなワクチン開発への支援などが挙げられる。

グローバルヘルスのためのガバナンス：グローバルヘルスに関する国家戦略や地域戦略など、グローバルヘルスについてのガバナンス及び（または）グローバルヘルスのためのガバナンスに貢献するために、国家及び地域レベルで設立された制度及びメカニズム。また、地域社会レベルでのガバナンスも含まれる場合がある。

人道的外交：国際赤十字・赤新月社連盟は、人道的外交を「意思決定者やオピニオン・リーダーに対し、常に弱者の利益を考え、人道主義の基本原則を十分に尊重して行動するよう説得すること」と定義している。

グローバルヘルスに関する法的文書：国際法、条約、協定、規約、宣言、戦略、行動計画、コードなど、グローバルヘルスに関わるもの。

グローバルヘルス外交における多国間主義：「多国間主義」とは、国家間の協力を表す言葉である。グローバルヘルス外交における多国間主義とは、各国が協力することで、主権を放棄することなく国際保健問題の解決策を見出すことができるという前提に基づいたアプローチである。

民間セクターとは、通常、営利企業の手段として、国家ではなく民間団体に認められる経済システムの一部である。

科学外交：人類が直面する共通の問題に対処し、建設的な国際パートナーシップを構築するために、国家間の科学的協力を活用すること。保健・環境外交の一要素であると同時に、それ自体が1つの分野でもある。

ワクチン外交：グローバルヘルス外交のうち、公衆衛生財としてのワクチンの開発、製造、配送に関連するすべての側面。ワクチン外交の主な特徴には、人道的介入としての可能性と、ワクチン接種キャンペーン中の敵対行為や停戦の仲介に役立つと証明された役割がある。

政府全体／社会全体のアプローチ：これらのアプローチでは、政府と社会全体にわたる協力、計画、対話が必要である。このアプローチでは、NGO、民間セクター、市民社会など、従来とは異なるパートナーとともに公衆衛生の課題に取り組む。

付録２｜リソース

本大学院が発行した、または発行に協力したグローバルヘルスに関する出版物

Abbott FM (2011). Intellectual property and public health: meeting the challenge of sustainability. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/12336, accessed 14 September 2020).

Alcázar S (2008a). The Copernican shift in global health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4070, accessed 14 September 2020).

Alcázar S (2008b). The WHO Framework Convention on Tobacco Control: a case study in foreign policy and health: a view from Brazil. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4068, accessed 14 September 2020).

Battams S, Matlin SA (2013). Discussing a definition of global health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288069, accessed 14 September 2020).

Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/292197, accessed 14 September 2020).

Claxton A, Rusagara V, Oloo B (2010). Negotiating health in a fragile state: a civil society perspective: a case study of the Global Fund TB project in Somalia. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4074, accessed 14 September 2020).

Global Health Centre (2016). Getting the most out of polio eradication: 10 actions for Europe. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296845, accessed 14 September 2020).

Global Health Programme (2012). Good global health begins at home: policy coherence at national level. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/16587, accessed 14 September 2020).

Global Health Programme (2013). Health diplomacy meets science diplomacy: symposium report November 2013. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/293813, accessed 14 September 2020).

Global Health Programme (2014a). Formation francophone diplomatie et santé. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/292212, accessed 14 September 2020).

Global Health Programme (2014b). Global health instruments: The case of the WHO FCTC. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288070, accessed 14 September 2020).

Global Health Programme (2015). 300 women leaders in global health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296815, accessed 14 September 2020).

Jacques M, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (https://repository.graduateinstitute.ch/record/296833?ln=en, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I (2010). Case studies: the role of Switzerland in global health governance part I: a development perspective. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/290689, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I (2016). Governing the global health security domain. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/293810, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Brindley C (2013). Health in the post-2015 development agenda: an analysis of the UN led thematic consultations, high level panel report and sustainable development debate in the context of health. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288001, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Franz C (2020). Towards a synergistic global health strategy in the EU. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/298287, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Liu A (2017). Global health leadership: electing the WHO Director-General. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296008, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Cassels A, Liu A (2016). New directions in governing the global health domain: leadership challenges for WHO. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/294882, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Matlin SA, Richard E, Told M. (2017). Getting the most out of polio eradication: the political dimension: final research report 2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296836, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Sturchio JL, Galambos L, Told M, Flores T, Hoppy R, Lindenmayer I, Cassar Szabo MM, Canham L (2016). Universal health coverage: an annotated bibliography 3.0: the new health economy. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/298053, accessed 14 September 2020).

Kirton J, Kickbusch I, editors (2019). Health: a political choice: delivering universal health coverage 2030. London: Global Governance Project (http://repository.graduateinstitute.ch/record/297186, accessed 14 September 2020).

Martin J, Kickbusch I, Told M (2013). A glossary of terms used in global health negotiation: a working tool. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296833, accessed 14 September 2020).

Matlin SA, Moon S, Røttingen J-A (2013). Event working paper 1: priority setting for health R&D. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/293812, accessed 14 September 2020).

Matlin SA, Haselgrave M, Told M, Piper JE (2017). The Global Polio Eradication Initiative: achievements, challenges, and lessons learned from 1988–2016. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615, accessed 14 September 2020).

Miller J, Velayati AA, Hashemian SM (2014). Global health diplomacy in practice: bi-lateral cooperation to improve rural health systems in the Mississippi Delta, USA and the Islamic Republic of Iran. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/288066, accessed 14 September 2020).

Mwagiru M (2009). Negotiating health in foreign policy: an East African perspective. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/12242, accessed 14 September 2020).

Silberschmidt G (2011). How to set priorities for the World Health Organization. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4076, accessed 14 September 2020).

Told M, Kickbusch I, Matlin SA, Piper JE, Richard E (2016). Polio legacy and transition: what can we learn for SDGs, global health governance and health diplomacy?: meeting report. Geneva: Graduate Institute; Global Health Centre (http://repository.graduateinstitute.ch/record/296841, accessed 14 September 2020).

Vigier L (2014). Le contexte géopolitique mondial et ses évolutions: mondialisation, multilatéralisme et santé publique. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/292196, accessed 14 September 2020).

Whelan M (2008). Negotiating the International Health Regulations. Geneva: Graduate Institute (http://repository.graduateinstitute.ch/record/4066, accessed 14 September 2020).

外交一般に関する出版物

Berridge GR (2010). Diplomacy: theory and practice, 4th edition. Basingstoke/New York: Palgrave Macmillan.

Berridge GR (2015). Economic and commercial diplomacy. In: Berridge GR, editor. Diplomacy: theory and practice, 5th edition. London: Palgrave Macmillan; 2015:210–24. (https://doi.org/10.1057/9781137445520_15, accessed 14 September 2020).

Blavoukos S, Bourantonis D (2011). Chairing multilateral negotiations: the case of the United Nations. London: Routledge.

Gaudiosi RW, Roesch JL, Ye-Min W (2019). Negotiating at the United Nations: a practitioner's guide. Abingdon/New York: Routledge.

Hamilton K, Langhorne R (2010). The practice of diplomacy: its evolution, theory and administration, 2nd edition. London: Routledge.

Hocking B, Melissen J, Riordan S, Sharp P (2012). Futures for diplomacy: integrative diplomacy in the 21st century. The Hague: Netherlands Institute of International Relations Clingendael (https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/20121030_research_melissen.pdf, accessed 14 September 2020).

Meerts P (2015). Diplomatic Negotiation: Essence and Evolution. The Hague, Clingendael Institute (https://www.clingendael.org/sites/default/files/pdfs/Diplomatic_Negotiation_Web_2015.pdf, accessed 12 October 2020).

Sandre A (2013). Twitter for diplomats. Geneva/Rome: DiploFoundation/Istituto Diplomatico (https://issuu.com/diplo/docs/twitter_for_diplomats, accessed 14 September 2020).

Sharp P (2019). Diplomacy in the 21st century: a brief introduction. Abingdon: Routledge.

Siracusa JM (2010). Diplomacy: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press.

Walker RA (2011). Manual for UN delegates: conference process, procedure and negotiation. Geneva: United Nations Institute for Training and Research (https://www.un-ilibrary.org/united-nations/manual-for-un-delegates_314ba75f-en, accessed 14 September 2020).

グローバルヘルス外交に関する出版物

Drager N, McClintock E, Moffitt M (2000). Negotiating health development: a guide for practitioners. Cambridge (MA)/Geneva: Conflict Management Group/World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/66659, accessed 14 September 2020).

Fairman D, Chigas D, McClintock E, Drager N (2012). Negotiating public health in a globalized world: global health diplomacy in action. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer.

Haring, R, Kickbusch I, Ganten D, and Moeti M, editors. (2021) Handbook of Global Health. Springer International Publishing.

Kickbusch I, Kökény M, editors (2017). Health diplomacy: European perspectives. Geneva: World Health Organization (http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-european-perspectives-2017, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Lister G, editors (2006). European perspectives on global health: a policy glossary. Brussels: European Foundation Centre (https://repository.graduateinstitute.ch/record/294625, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors (2013). Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases. New York: Springer.

Matlin S, Kickbusch I, editors (2017). Pathways to global health: case studies in global health diplomacy (volume 2). Singapore: World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 5).

Rosskam E, Kickbusch I, editors (2011). Negotiating and navigating global health: case studies in global health diplomacy. Hackensack (NJ): World Scientific (Global Health Diplomacy, Vol. 2).

Severoni S, Kosinska M, Immordino P, Told M, Kökény M, editors (2019). Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-diplomacy-spotlight-on-refugees-and-migrants-2019, accessed 14 September 2020).

世界保健機関（WHO）に関する出版物

Burci GL, Vignes C-H (2004). World Health Organization. The Hague: Kluwer Law International.

Cueto M, Brown TM, Fee E (2019). The World Health Organization: a history. Cambridge: Cambridge University Press.

Lee, K (2009). The World Health Organization (WHO). Abingdon: Routledge (Global Institutions).

グローバルヘルス外交の脱植民地化に関する出版物

Bertram K, Erondu N, Pai M (2020). Silenced voices in global health. In: Think Global Health [website] (https://www.thinkglobalhealth.org/article/silenced-voices-global-health, accessed 12 October 2020).

Bismarck, H von (2012). Defining decolonization. Essay for the British Scholar Society (https://www.helenevonbismarck.com/wp-content/uploads/2017/12/Defining-Decolonization.pdf, accessed 10 November 2020).

Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? BMJ Glob Health, 5(8):e003394 (https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394, accessed 12 October 2020).

Byatnal A (2020). Is COVID-19 magnifying colonial attitudes in global health? In: Devex [website]. (https://www.devex.com/news/sponsored/is-covid-19-magnifying-colonial-attitudes-in-global-health-97499, accessed 12 October 2020).

Global Health 50/50 (2020). The Global Health 50/50 report 2020: power, privilege and priorities. London (https://globalhealth5050.org/2020report/, accessed 12 October 2020).

Green A (2019). The activists trying to "decolonize" global health. In: Devex [website]. (https://www.devex.com/news/sponsored/the-activists-trying-to-decolonize-global-health-94904, accessed 12 October 2020).

Horton R (2013). Offline: Is global health neocolonialist? Lancet, 382(9906):1690. (https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62379-X/abstract, accessed 12 October 2020).

Keshavjee S (2014). Blind spot: how neoliberalism infiltrated global health. Berkeley: University of California Press (https://www.ucpress.edu/book/9780520282841/blind-spot, accessed 12 October 2020).

Kumar A (2020). White supremacy in global health. In: Think Global Health [website] (https://www.thinkglobalhealth.org/article/white-supremacy-global-health, accessed 12 October 2020).

Mbaye R, Gebeyehu R, Hossmann S, Mbarga N, Bih-Neh E, Eteki L et al. (2019). Who is telling the story? A systematic review of authorship for infectious disease research conducted in Africa, 1980–2016. BMJ Glob Health, 4(5):e001855 (https://gh.bmj.com/content/4/5/e001855, accessed 12 October 2020).

Mignolo WD, Walsh CE (2018). On decoloniality: concepts, analytics, praxis. Durham, NC: Duke University Press (http://read.dukeupress.edu/books/book/2457/On-DecolonialityConcepts-Analytics-Praxis, accessed 12 October 2020).

Redvers N, Yellow Bird M, Quinn D, Yunkaporta T, Arabena K (2020). Molecular decolonization: an indigenous microcosm perspective of planetary health. Int J Environ Res Public Health. 17(12):4586 (https://www.mdpi.com/1660-4601/17/12/4586, accessed 12 October 2020).

Richardson ET, McGinnis T, Frankfurter R (2019). Ebola and the narrative of mistrust. BMJ Glob Health. 4(6):e001932 (https://gh.bmj.com/content/4/6/e001932, accessed 12 October 2020).

グローバルヘルス外交官としての女性に関する出版物

Inter-Parliamentary Union (2020). Women in politics: 2020. In: IPU [website] (https://www.ipu.org/resources/publications/infographics/2020-03/women-in-politics-2020, accessed 12 October 2020).

Chideya FZ et al. (2019). African Women in Diplomacy. (http://www.dirco.gov.za/department/african_women_diplomacy/african_women_in_diplomacy.pdf).

Daalen KR van et al. (2020). Symptoms of a broken system: the gender gaps in COVID-19 decision-making. BMJ Global Health, 5(10):e003549. (https://gh.bmj.com/content/5/10/e003549, accessed 10 December 2020).

World Health Organization (2020). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization (Human Resources for Health Observer No. 24; http://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/, accessed 12 October 2020).

Women in Global Health (n.d.). Women in Global Health [website] (https://www.womeningh.org, accessed 12 October 2020).

書籍、論文、ワーキングペーパー、学位論文

Acharya S, Barber S-L, Lopez-Acuna D, Menabde N, Migliorini L, Molina J, Schwartländer B, Zurn P (2014). BRICS and global health. Bull World Health Organ. 92(6):386–386A (http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140889, accessed 14 September 2020).

Alfredson T, Cungu A (2008). Negotiation theory and practice: a review of the literature. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (http://www.fao.org/docs/up/easypol/550/4-5_negotiation_background_paper_179en.pdf, accessed 14 September 2020).

Babic M (2020). Let's talk about the interregnum: Gramsci and the crisis of the liberal world order. Int Aff. 96(3):767–86 (https://academic.oup.com/ia/article/96/3/767/5712430, accessed 14 September 2020).

Barbieri G (2019). Regionalism, globalism and complexity: a stimulus towards global IR? Third World Thematics 4(6):424–41 (https://doi.org/10.1080/23802014.2019.1685406, accessed 14 September 2020).

Brown, MD, Bergmann JN, Novotny TE, Mackey TK (2018). Applied global health diplomacy: profile of health diplomats accredited to the United States and foreign governments. Glob Health 14 (https://doi.org/10.1186/s12992-017-0316-7, accessed 14 September 2020).

Brown MD, Mackey TK, Shapiro CN, Kolker J, Novotny TE (2014). Bridging public health and foreign affairs: the tradecraft of global health diplomacy and the role of health attachés. Sci Dipl. 3(3) (https://www.sciencediplomacy.org/article/2014/bridging-public-health-and-foreign-affairs, accessed 14 September 2020).

Boyd A et al. (2019). Data Diplomacy. Science & diplomacy, 8(1). (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785044/, accessed 12 October 2020).

Büyüm AM, Kenney C, Koris A, Mkumba L, Raveendran Y (2020). Decolonising global health: if not now, when? BMJ Glob Health 5(8):e003394 (https://gh.bmj.com/content/5/8/e003394, accessed 14 September 2020).

Cassels A, Kickbusch I, Told M, Ghinga I (2014). How should the WHO reform?: an analysis and review of the literature. Geneva: Graduate Institute (https://repository.graduateinstitute.ch/record/292197?ln=en, accessed 14 September 2020).

Chattu VK (2017a). Politics of Ebola and the critical role of global health diplomacy for the CARICOM. J Family Med Prim Care 6(3):463–7 (http://www.jfmpc.com/text.asp?2017/6/3/463/222056, accessed 14 September 2020).

Chattu VK (2017b). The rise of global health diplomacy: an interdisciplinary concept linking health and international relations. Indian J Public Health 61(2):134–6 (http://www.ijph.in/text.asp?2017/61/2/134/207417, accessed 14 September 2020).

Chattu VK, Chami G (2020). Global health diplomacy amid the COVID-19 pandemic: a strategic opportunity for improving health, peace, and well-being in the CARICOM region: a systematic review. Soc Sci. 9(5):88 (https://www.mdpi.com/2076-0760/9/5/88/htm, accessed 14 September 2020).

Chattu VK, Kevany S (2019). The need for health diplomacy in health security operations. Health Promot Perspect. 9(3):161–3 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6717919/, accessed 14 September 2020).

Chattu VK, Knight AW (2019). Port of Spain Summit Declaration as a successful outcome of global health diplomacy in the Caribbean region: a systematic review. Health Promot. Perspect. 9(3):174–80 (https://doi.org/10.15171/hpp.2019.25, accessed 14 September 2020).

Cooper AF, Farooq AB (2015). Stretching health diplomacy beyond "global" problem solving: bringing the regional normative dimension in. Glob Soc Policy 15(3):313–28 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26635500, accessed 14 September 2020).

Dodds F, Donoghue D, Roesch JL (2016). Negotiating the Sustainable Development Goals: a transformational agenda for an insecure world. London: Routledge (https://www.taylorfrancis.com/books/e/9781315527093, accessed 12 October 2020).

Feldbaum H, Michaud J (2010). Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. PLoS Med 7(4): e1000226 (https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000226, accessed 14 September 2020).

Frenk J, Moon S (2013). Governance challenges in global health. N Engl J Med. 368:936–42 (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109339, accessed 14 September 2020).

Garfield R, Devin J, Fausey J (1995). The health impact of economic sanctions. Bull N Y Acad Med. 72(2):454–69. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359434/, accessed 14 September 2020).

Gómez EJ, Ruger JP (2015). The global and domestic politics of health policy in emerging nations. J Health Polit Policy Law 40(1):3–11 (https://doi.org/10.1215/03616878-2854256, accessed 14 September 2020).

Gostin LO, Sridhar D (2014). Global health and the law. N Engl J Med. 370:1732–40 (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1314094, accessed 14 September 2020).

Iglehart JK (2004). Advocating for medical diplomacy: a conversation with Tommy G. Thompson. Health Aff. 23:Suppl1 (https://doi.org/10.1377/hlthaff.W4.262, accessed 14 September 2020).

Ikenberry GJ (2018). The end of liberal international order? Int Aff. 94(1):7–23. (https://academic.oup.com/ia/article/94/1/7/4762691, accessed 14 September 2020).

Irwin R, Smith R (2019). Rituals of global health: negotiating the World Health Assembly. Glob Public Health 14(2):161–74 (https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1504104, accessed 14 September 2020).

Jones CM, Clavier C, Potvin L (2017). Adapting public policy theory for public health research: a framework to understand the development of national policies on global health. Soc Sci Med. 177:69–77 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28161673, accessed 14 September 2020).

Kallinen N (2016). What are competent diplomats made of? Exploring competency management in Finnish Foreign Service [thesis]. Vaasa: University of Vaasa (https://osuva.uwasa.fi/handle/10024/1290, accessed 14 September 2020).

Katz R, Kornblet S, Arnold G, Lief E, Fischer JE (2011). Defining health diplomacy: changing demands in the era of globalization. Milbank Q. 89(3):503–23 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214719/, accessed 14 September 2020).

Kevany S (2014). Global health diplomacy: a "deus ex machina" for international development and relations. Int J Health Policy Manag. 3(2):111–2 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122081/, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I (2011). Global health diplomacy: how foreign policy can influence health. BMJ 342:d3154 (https://www.bmj.com/content/342/bmj.d3154.long, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I (2015). The political determinants of health: 10 years on. BMJ 350:h81 (https://www.bmj.com/content/350/bmj.h81, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I (2016). The need for a European strategy on global health. Scand J Public Health 34:561–5 (https://doi.org/10.1080/14034940600973059, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Cassels A (2018). Disruptions that shape global health. BMJ 363:2–3 (https://repository.graduateinstitute.ch/record/296678?ln=en, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Kökény M (2013). Global health diplomacy: five years on. Bull World Health Organ. 91:159–159A (http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/13-118596/en/, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Cassar Szabo MM (2014). A new governance space for health. Glob Health Action, 7(1) (https://doi.org/10.3402/gha.v7.23507, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Allen L, Franz C (2016). The commercial determinants of health. Lancet Glob Health 4(12):E895–6 (https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull World Health Organ. 85(3):230–2 (https://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222.pdf?ua=1, accessed 14 September 2020).

Kickbusch I, Novotny TE, Drager N, Silberschmidt G, Alcazar S (2007). Global health diplomacy: training across disciplines. Bull World Health Organ. 85(12):971–3 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636315/, accessed 14 September 2020).

Killeen OJ, Davis A, Tucker JD, Meier BM (2018). Chinese global health diplomacy in Africa: opportunities and challenges. Glob Health Gov. 12(2):4–29 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447313/, accessed 14 September 2020).

Labonté R (2018). Reprising the globalization dimensions of international health. Glob Health 14 (https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0368-3, accessed 14 September 2020).

Lancet (2018). GBD [Global Burden of Disease] 2017: a fragile world [editorial]. Lancet 392:1683 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32858-7, accessed 14 September 2020).

Lancet (2019). G20 Osaka: when will global health commitments be realised? [editorial]. Lancet 394:1 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31520-X, accessed 14 September 2020).

Lee K, Smith R (2011). What is "global health diplomacy"?: a conceptual review. Glob Health Gov. 5(1) (https://www.researchgate.net/publication/261833347_What_is_'Global_Health_Diplomacy'_A_Conceptual_Review, accessed 14 September 2020).

Lencucha R, Kothari A, Labonté R (2010). The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. Health Policy Plan. 26(5):405–12 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051475, accessed 14 September 2020).

Loewenson R, Modisenyane M, Pearcey M (2014). African perspectives in global health diplomacy. J Health Dipl. (http://www.tarsc.org/publications/documents/loewenson%20modisenyane%20pearcey_african%20perspectives%20in%20GHD.pdf, accessed 14 September 2020).

Mahbubani K (2020). Diplomacy: Power or Persuasion. SAIS Review of International Affairs, 40(1):19–29. (https://muse.jhu.edu/article/763651, accessed 12 October 2020).

McBride B, Hawkes S, Buse K (2019). Soft power and global health: the Sustainable Development Goals (SDGs) era health agendas of the G7, G20 and BRICS. BMC Public Health 19 (https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7114-5, accessed 14 September 2020).

Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration: global health: a pressing foreign policy issue of our time. Lancet 369:1373–8 (https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60498-X/fulltext, accessed 14 September 2020).

Niklasson B (2020). The gendered networking of diplomats. Hague J. Dipl, 15(1–2):13–42 (https://brill.com/view/journals/hjd/15/1-2/article-p13_2.xml, accessed 12 October 2020).

Nikogosian H (2020). Regional integration, health policy and global health. Glob. Policy 11(4):508–514 (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1758-5899.12835, accessed 16 November 2020).

Nikogosian H, Kickbusch I (2016). The legal strength of international health instruments: what it brings to global health governance? Int J Health Policy Manag. 5(12):683–5 (http://www.ijhpm.com/article_3270_dfc7f91e0d1091e8c16da06b812ae436.pdf, accessed 14 September 2020).

Nikogosian H, Kickbusch I (2018). Interface of health and trade: a viewpoint from health diplomacy. BMJ Glob Health 3(Suppl 1):e000491 (https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000491, accessed 14 September 2020).

Paula N de (2021). Planetary health diplomacy: a call to action. The Lancet Planetary Health, 5(1):e8–e9. (https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30300-4/abstract, accessed 10 February 2021).

Pfetsch FR (2009). Chairing negotiations in the World Trade Organization. Négociations 11(1):121–41 (https://www.cairn.info/revue-negociations-2009-1-page-121.htm, accessed 14 September 2020).

Ruckert A, Labonté R, Lencucha R, Runnels V, Gagnon M (2016). Global health diplomacy: a critical review of the literature. Soc Sci Med. 155:61–72 (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953616301046, accessed 14 September 2020).

Smith R, Irwin R (2016). Measuring success in global health diplomacy: lessons from marketing food to children in India. Glob Health 12(1) (https://doi.org/10.1186/s12992-016-0169-5, accessed 14 September 2020).

Taylor AL, Dhillon IS (2011). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: the evolution of global health diplomacy. Glob. Health Gov. 5 (https://www.who.int/workforcealliance/14.pdf, accessed 14 September 2020).

Taylor S (2018). "Global health": meaning what? BMJ Glob Health 3:e000843 (https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/2/e000843.full.pdf, accessed 14 September 2020).

Watt NF, Gomez EJ, McKee M (2013). Global health in foreign policy – and foreign policy in health?: evidence from the BRICS. Health Policy Plan. 29(6):763–73 (https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/763/575614, accessed 14 September 2020).

Wertheim E (2002). Negotiations and resolving conflicts: an overview. Boston (MA): Northeastern University; College of Business Administration (https://www.europarc.org/communication-skills/pdf/Negotiation%20Skills.pdf, accessed 11 February 2020).

資料と報告書

Clift C, editor (2014). What's the World Health Organization for?: final report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance. London: Royal Institute of International Affairs [Chatham House] (http://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521WHOHealthGovernanceClift.pdf, accessed 14 September 2020).

Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, accessed 14 September 2020).

Deloitte (2019a). 2020 global health care outlook: laying a foundation for the future. Deloitte (https://www2.deloitte.com/global/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook.html, accessed 14 September 2020).

Deloitte (2019b). 2019 global health care outlook: shaping the future. Deloitte (https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf, accessed 14 September 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). Competency framework. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (https://www.oecd.org/careers/competency_framework_en.pdf, accessed 14 September 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development, World Health Organization (2016). International regulatory co-operation and international organisations: the case of the World Health Organization (WHO). Paris/Geneva: Organisation for Economic Co operation and Development/World Health Organization (https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/WHO_Full-Report.pdf, accessed 14 September 2020).

S4D4C (2019). The Madrid Declaration on Science Diplomacy. Madrid: S4D4C (https://www.s4d4c.eu/s4d4c-1st-global-meeting/the-madrid-declaration-on-science-diplomacy/, accessed 14 September 2020).

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018a). Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Time to deliver: accelerating our response to address non-communicable diseases for the health and well being of present and future generations. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. New York: United Nations (A/RES/73/2; http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018b). Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations (A/CONF.231/3; https://undocs.org/en/A/CONF.231/3, accessed 14 September 2020).

United Nations (2019). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. Universal health coverage: moving together to build a healthier world. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019. New York: United Nations (A/RES/74/2; https://undocs.org/en/A/RES/74/2, accessed 14 September 2020).

United Nations University Institute of Advanced Studies on Sustainability (2014). Training manual for chairs of meetings of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions. Geneva: Secretariats of the Basel, Rotterdam and Stockholm Conventions (http://docplayer.net/26093911-Training-manual-for-chairs-of-meetings-of-the-basel-rotterdam-and-stockholm-conventions.html, accessed 14 September 2020).

Watal J, Taubman A, editors (2015). The making of the TRIPS Agreement: personal insights from the Uruguay Round negotiations. Geneva: World Trade Organization (https://www.wto.org/english/res_e/publications_e/trips_agree_e.htm, accessed 14 September 2020).

World Economic Forum (2019). Health and healthcare in the Fourth Industrial Revolution. Insight report of the Global Future Council on the Future of Health and Healthcare 2016–2018. Geneva: World Economic Forum (http://www3.weforum.org/docs/WEF__Shaping_the_Future_of_Health_Council_Report.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2006). Public health, innovation and intellectual property rights. Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/intellectualproperty/report/en/, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2016a). International Health Regulations (2005), 3rd edition. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246107/9789241580496-eng.pdf?sequence=1, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2016b). Framework of Engagement with Non-State Actors. Geneva: World Health Organization (WHA69.10; https://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2018a). Handbook for non-State actors on engagement with the World Health Organization. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/329431, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2018b). COP24 special report: health and climate change. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/globalchange/publications/COP24-report-health-climate-change/en/, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2018c). Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019a). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019b). Stronger collaboration, better health. Global Action Plan for Healthy Lives and Well being for All. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-global-action-plan-for-healthy-lives-and-well-being-for-all, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020a). Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 1–19 (http://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020b). Rules of procedure of the World Health Assembly. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 173–206 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020c). Rules of procedure of the Executive Board of the World Health Organization. In: Basic documents, 49th edition. Geneva: World Health Organization: 207–224 (https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020d). WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV). In: WHO [website] (https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov), accessed 12 October 2020).

World Health Organization, United Nations Children's Fund (2018). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization/United Nations Children's Fund (WHO/HIS/SDS/2018.61; https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization, World Bank (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PUBLIC.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization, World Trade Organization (2002). WTO agreements and public health: a joint study by the WHO and the WTO Secretariat. Geneva: World Health Organization/World Trade Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/42535, accessed 14 September 2020).

オンライン・ソース

Bernes TA (2020). COVID-19: the failure of G20. In: Centre for International Governance Innovation [website]. Waterloo, Canada: Centre for International Governance Innovation (https://www.cigionline.org/articles/covid-19-failure-g20, accessed 14 September 2020).

France, Ministry of Europe and Foreign Affairs (2018). Health: launch of the campaign to replenish the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria. In: Ministry of Europe and Foreign Affairs [website]. Paris: Ministry of Europe and Foreign Affairs (https://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy/development-assistance/news/2018/article/health-launch-of-the-campaign-to-replenish-the-global-fund-to-fight-hiv-aids, accessed 14 September 2020).

Gavi, the Vaccine Alliance (2020). What is the COVAX pillar, why do we need it and how will it work? In: Gavi [website]. Geneva/Washington (DC): Gavi, the Vaccine Alliance (https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkley-explains-covax-pillar, accessed 14 September 2020).

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations. The AMR Action Fund. In: IFPMA [website]. Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (https://www.ifpma.org/partners-2/the-amr-action-fund/, accessed 14 September 2020).

International Institute for Sustainable Development (2020). As decade of action has become a decade of recovery, HLPF focuses on pandemic response. In: IISD/SDG Knowledge Hub [website]. International Institute for Sustainable Development (https://sdg.iisd.org:443/news/as-decade-of-action-has-become-a-decade-of-recovery-hlpf-focuses-on-pandemic-response/, accessed 14 September 2020).

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2020). World leaders unite in call for a people's vaccine against COVID-19. In: UNAIDS [website]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200514_COVID-19-vaccine, accessed 14 September 2020).

Organisation for Economic Co operation and Development (n.d.). Official development assistance (ODA). In: OECD/Development Assistance Committee [website]. Paris: Organisation for Economic Co operation and Development (https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/official-development-assistance.htm, accessed 14 September 2020).

Vskills (2019). Strategies for negotiation. In: Vskills/Tutorials [website]. (https://www.vskills.in/certification/tutorial/life-skills/strategies-for-negotiation/, accessed 14 September 2020).

Wageningen Centre for Development Innovation (n.d.). Stakeholder analysis: importance/influence matrix. In: Multi-Stakeholder Partnerships [website]. Wageningen: Wageningen University and Research; Centre for Development Innovation (http://www.mspguide.org/tool/stakeholder-analysis-importanceinfluence-matrix, accessed 14 September 2020).

ウェブサイトとウェブページ

健康のためのリーダーシップの構築（グラハム・リスター氏）

→ Global health diplomacy: https://www.building-leadership-for-health.org.uk/global-health-diplomacy/ [This webpage includes links to learning programmes for the International Federation of Medical Students' Associations.]

Chatham House

→ Global health: https://www.chathamhouse.org/research/themes/global-health

European Union

→ Global health: https://ec.europa.eu/health/international_cooperation/global_health_en

Gavi, the Vaccine Alliance:

→ Homepage: https://www.gavi.org/

Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents

→ Homepage: https://www.globalfinancingfacility.org/ [The Global Financing Facility is helping governments in low- and lower-middle-income countries to transform the way in which they prioritize and finance health and nutrition.]

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

→ Homepage: https://www.theglobalfund.org/en/

Global Health Council

→ Homepage: https://globalhealth.org/

Graduate Institute of International and Development Studies

→ Global Health Centre: https://graduateinstitute.ch/globalhealth

Henry J. Kaiser Family Foundation

→ Global health policy: https://www.kff.org/global-health-policy/ [This covers mainly the role of the United States.]

Institute for Health Metrics and Evaluation

→ Homepage: http://www.healthdata.org/ [See in particular the report Financing global health 2018: countries and programs in transition (2019).]

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

→ Homepage: https://www.unaids.org/en

Organisation for Economic Co-operation and Development

→ Health: https://www.oecd.org/health/

UHC2030

→ Homepage: https://www.uhc2030.org/ [This multi-stakeholder platform promotes collaboration on the strengthening of health systems and on achieving universal health coverage.]

United Nations

→ Health: https://www.un.org/en/sections/issues-depth/health/

→ Sustainable Development Goals Knowledge Platform: https://sustainabledevelopment.un.org/

Women in Global Health

- Homepage: https://www.womeningh.org/

World Bank

- Health: http://www.worldbank.org/en/topic/health

World Health Organization

- Homepage: https://www.who.int/en/ [This includes links to all six WHO regional offices.]
- Governance: http://apps.who.int/gb/gov/ [This gives an overview of all governance-related processes at WHO, including documentation, records and the rules of procedure of the governing bodies.]
- WHO Framework Convention on Tobacco Control: https://www.who.int/fctc/en/

付録 3 ｜ BOX のリスト

Box 1	世界保健機関（WHO）での交渉	27
Box 2	G7、G20 での保健交渉	32
Box 3	グローバルヘルス外交の脱植民地化	44
Box 4	科学外交と保健外交の出会い： 保健のためのアライアンス構築の最近の事例	60
Box 5	中国の「一帯一路構想」と保健との関連性	67
Box 6	人道外交と保健	70
Box 7	健康と人権	77
Box 8	グローバルヘルス外交官としての女性	82
Box 9	世界貿易機関（WTO）における保健の交渉	90
Box 10	Gavi ワクチンアライアンスのガバナンス・モデル	97
Box 11	世界エイズ・結核・マラリア対策基金のガバナンス・モデル	100
Box 12	国連における保健交渉の特徴とは？	106
Box 13	アフリカのグローバルヘルス外交	119
Box 14	グローバルヘルスに関する国家戦略の策定	129
Box 15	グローバルヘルス交渉に必要なコンピテンシー	163
Box 16	グローバルヘルスのための都市外交	172
Box 17	ジュネーブでの交渉の準備	178

ケース・スタディ

ケース・スタディ 1 | 価格の透明性に関する世界保健総会決議（2019 年）の交渉

フルタイトル：医薬品、ワクチンその他保健医療関連製品市場の透明性の向上に関する世界保健総会決議 WHA72.8 の採択に向けた交渉について

著者：キャサリン・サエズ（Catherine Saez）

はじめに

2019 年 5 月 28 日、第 72 回世界保健総会で加盟国は、医薬品、ワクチン、及び医療機器、診断法、福祉機器、細胞・遺伝子治療などの医療関連技術を含むその他医療関連製品の市場の透明性の向上を目指す決議を採択した（WHO, 2019a）[28]。

多くの人が画期的な決定と評するこの決議は、数回の夜間セッションを含む白熱した交渉の末に合意されたものである。最終版の文言は、2019 年 2 月にイタリアが提出し、5 月の第 72 回世界保健総会開幕時に 9 か国が共同提案に加わった原案の文言に比べ若干野心的ではなかった。それでも、初めて WHO の決議が採択され、医療関連製品の正価に関する情報を公に共有するよう各国に明示的に促している。

この決議に反対したのは、ドイツ、ハンガリー、英国のわずか 3 か国であった（Fletcher, 2019）。

この決議は、国内及び世界市場で実際に支払われる医療関連製品の価格の透明性を確保し、医薬品の研究開発費、臨床試験費用、医薬品の特許状況などのデータを増やすことを求めたものである。その背景には、国家間の薬価格差の大きさに対処する必要性があった。決議の提案者が指摘するように、一部の医薬品は逆説的に、低所得国において高所得国よりも高価である（Saez, 2019a）。

28　本ケース・スタディの本文中での引用は、ケース・スタディ巻末のリストにある参考文献であり、**付録 2** の参考

問題点：高価格、格差、透明性の欠如

医薬品や医療関連製品へのアクセスは、かなりの程度、価格設定によって左右される。2019 年の薬価指数は、「医療へのアクセスに関して、世界における最大の格差の 1 つは薬価である」と指摘している（Medbelle, 2019）。特に低・中所得国での非感染性疾患の増加や世界人口の高齢化によって、世界的な保健負担は増大している。多くの場合、特許で保護された新しい救命治療薬は、豊かな国であっても医療制度のリソースに大きな負担をかける価格で販売されている。

医薬品が手に入らないという問題は、低・中所得国にとって新しい問題ではなかった。HIV/AIDS の流行によって初めて国際的に注目され、こうした国々では何百万人もの人々が医薬品を入手できない状態に置かれた。しかし、新たな要因として、2014 年にギリアド社が販売した C 型肝炎の新規救命治療薬の高額な価格が引き金となり、高所得国において新薬の価格に対する不快感が高まっていることが挙げられる。高所得国の中には、新薬の高額な価格設定や製薬企業との価格交渉の透明性を疑問視し始めた国もある。

各国間の医薬品価格の格差

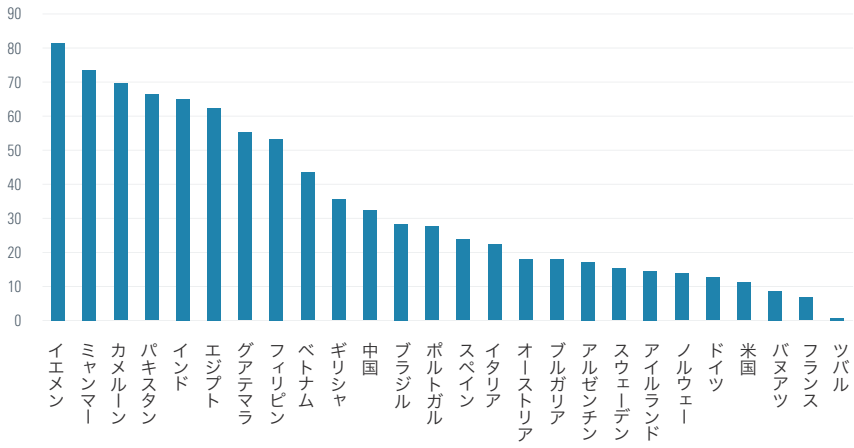
多くの低所得国は、今後数年間で国内総生産 (GDP) を増加させ、それによってドナー機関から援助を受ける資格を失うことが予想される。これらの国は医薬品の価格について製薬会社と直接交渉しなければならないであろう。

医薬品は、先発医薬品、後発医薬品を問わず、製薬会社に支払われる価格に透明性がないため、国によって価格格差が大きくなっている。WHO（2019b）は第 13 次一般作業計画において、「経済的困難の主な原因が、医薬品の購入に対する自己負担となっている状況は多い」と指摘している。国の薬価政策に関する WHO ガイドライン（WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies）で指摘されているように、「開発途上国では人口の 90% までが私費で医薬品を購入しており、医薬品は食料に次ぐ最大の家計支出項目となっている」（WHO, 2015）。

WHO 国際健康観測（Global Health Observatory）(WHO, 2020) によると、2015 年の世界の医療費のうち、自己負担額は約 32%を占めている。

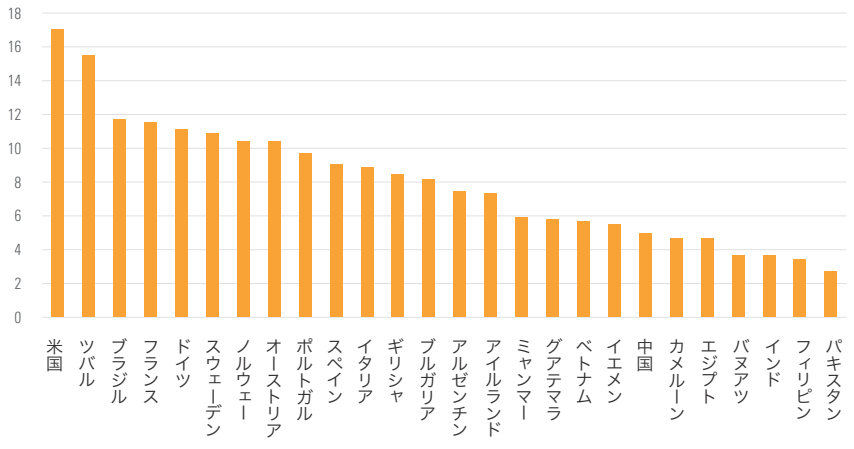
しかし、下図のように国によって大きな格差がある。

2015 年における医療費自己負担額（%）の推移



同様に、世界銀行（2016）のデータでは、以下の図に示すように、国によって医療費支出に大きな格差があることが指摘されている。

2016 年の医療費支出（対 GDP 比）



ヘルス・アクション・インターナショナル（Health Action International）が実施した調査（Hawlik & Delavière, 2016）では、EU 加盟国 4 か国（オーストリア、フランス、ラトビア、スペイン）の医薬品の病院での価格は一人当たり GDP と相関がないことがわかった。調査した 5 つの医薬品（がん、リウマチ疾患、C 型肝炎）の価格は、ラトビアとスペインは一人当たり GDP が低いにもかかわらず、オーストリアとフランスよりもラトビアとスペインの方が高かった。

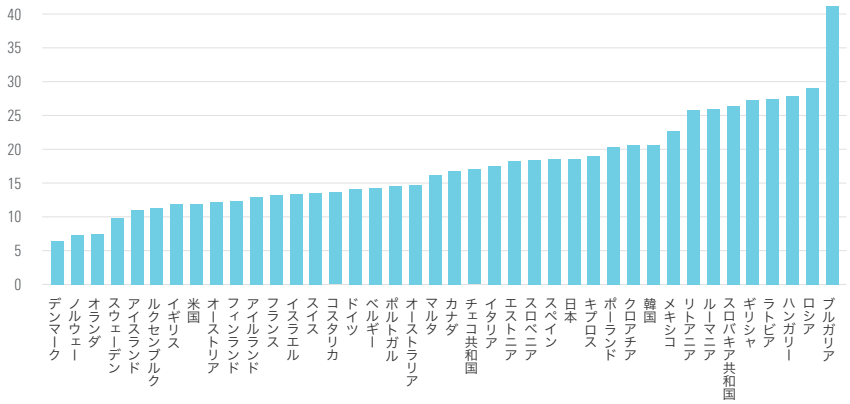
このような格差は多くの研究で指摘されており、アイアンガー（Iyengar）ら (2016) は、2 つの新しい C 型肝炎治療薬の価格には国によって大きな差があることを見出し、「貧しい国は、豊かな国よりも高い調整価格を支払っている可能性がある」と結論づけている。

2019 年の薬価指数（Medbelle, 2019）は、50 か国で 13 の一般的な医薬化合物の価格を比較したもので、医薬品が医療制度の対象となっているか、患者が自己負担しているかにかかわらず算出された。この研究では、一般的な疾患に使用されている医薬品の先発医薬品と後発医薬品の両方が対象とされ、価格の中央値からの乖離は米国の +306.82% からタイの–93.93% までの幅があることがわかった。

OECD は、下図のように、多くの国について、総医療費支出に占める医薬品支出の割合（一人当たり米ドルと GDP 比の両方で表示）を指標として決定している（OECD, 2020）。

医薬品支出

合計、医療費支出に占める割合、2018 年または最新のデータ



透明性の欠如による格差の発生

製薬業界における秘密保持契約に関する 2019 年の研究の著者らは、非常に高価な新規治療法に伴う医療費の大幅な増加が、各国に製造企業との値引き交渉を促している様子を観察している。このような秘密保持契約から生じる透明性の欠如は、必要不可欠な医療関連製品への公正なアクセスを妨げ、医薬品市場の規制を困難にしていた（Iunes et al.. 2019）。

処方薬の参照価格を公表価格に基づいて設定している国が多く、製薬会社との交渉の結果、実際の価格よりも高く設定されている。

前述のヘルス・アクション・インターナショナル（Health Action International）（Hawlik & Devalière, 2016）の研究で観察されたように、「EU 全体の医薬品の実際の価格が不透明であることから、価格の公平性と入手可能性を評価することは困難である。製薬会社と交渉した後、医薬品の真の価格に関するデータにアクセスすることは不可能である」。

第 72 回世界保健総会を前にした薬価高騰への取り組み

高額医薬品の問題は、長年にわたり様々な国際的な場で議論されてきた。しかし製薬企業との価格交渉における透明性の欠如は、世界的に顕著な価格差が上述したような調査結果で明らかになったことによって、近年最も注目を集めるようになった。高所得国は、そのコストの高さから、治療を制限しなければならなかった場合もあり、中には、本来、開発途上国や後発開発途上国がより低価格の後発医薬品を入手するために設けられた「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS 協定）」の柔軟性の活用を検討する国さえ出てきた。

透明性の必要性を強調する世界的な取り組み

医薬品へのアクセスを容易にし、価格設定の透明性を高める方法を模索するため、世界的に多くの取り組みが開始されている。例えば、2019 年 5 月の第 72 回世界保健総会で発表された「医薬品、ワクチン、その他の医療関連製品へのアクセスに関する WHO ロードマップ 2019 ～ 2023」では、臨床試験の結果、医薬品や医療技術の特許状況、研究開発費、または価格設定、調達、償還のいずれについても透明性の重要性が強調されている（WHO, 2019c）。

2017 年 5 月、WHO は第 1 回フェア･プライシング･フォーラムを開催し、その中で「多くの国で、医薬品の公表価格が実際の支払価格と異なる」ことが指摘された。さらに、一般的に政府は自分たちの持つ交渉力に気づいていなかった。もし各国政府が価格に関する情報を共有し、共同して取引コスト削減と、価格・量の交渉に重点を置くようになれば、より効果的な交渉が可能になる」という指摘があった。価格に関する透明性を高めるため、公表価格が実際に支払われた価格でない場合に、政府がそれを公にすることに同意する案が提示された（WHO, 2017）。

2019 年 4 月、WHO による第 2 回フェア・プライシング・フォーラムが開催された。参加者は再び価格の透明性の重要性を主張し、その改善策が探られた。その頃、イタリアから医療関連製品の市場の透明性に関する決議案が出され、当時のイタリア医薬品庁長官ルカ・リー・バシ (Luca Li Bassi) 氏がフォーラムでその案について議論した（WHO, 2019d）。

それ以前の 2016 年にも、「医薬品アクセスに関する国連事務総長ハイレベル・パネル」の報告書で、研究開発、マーケティング、生産、流通のコストの透明性の必要性が同様に指摘されていた。特に、同報告書では、「国際機関や市民社会団体が管理する医療技術価格の既存の公的データベースは、称賛に値するものの、割引、マークアップ、税金、地域ごとの価格差などがあるため、範囲や正確さに限界がみられつつある」（医薬品アクセスに関する国連ハイレベル･パネル､2016 年）と指摘されている。

2014 年に開始された WHO ワクチン製品・価格・調達（V3P）プロジェクトは、ワクチン製品と価格に関する正確で有用なデータを各国に提供し、価格情報の比較を容易にすることを目的としている（WHO, n.d.)。ユニセフや PAHO など調達機関として活動する国際組織は、フランス、オランダ、ポルトガル、南アフリカ、スウェーデン、米国など多くの国々と同様に、V3P プロジェクトに価格と調達に関するリソースを提供している。

2017 年、OECD は、高価格や各国とグローバル企業間の情報の非対称性に対処する方法として、複数国共同調達を提案した。OECD は、「調達サイクルのすべての段階において、公共調達システムの適切な透明性を確保し」、「国内外の潜在的サプライヤー、市民社会、一般市民」を含むすべてのステークホルダーが自由にアクセスできるようにすることを推奨している（OECD, n.d.)。

透明性を高めるための地域的な取り組み

医薬品の価格設定の透明性を高めるための地域的な取り組みとしてよく知られ、広く引用されている例は、必須医薬品と戦略的サプライ品のプール調達を支援している、地域技術協力メカニズムである PAHO 戦略基金である（PAHO, n.d.)。オランダなど一部の EU 諸国は、医薬品の価格

について強い懸念を表明しており、医薬品セクターとの間で医薬品の価格に関する共同交渉を組織する試みがなされている。

こうして 2015 年、ベルギーとオランダの保健大臣は、医薬品セクターと共同で価格交渉を行うという宣言に署名した。その後、ベルギーとオランダは、オーストリア、アイルランド、ルクセンブルクに加わり、現在の「ベネルクサ・イニシアティブ」と呼ばれるようになった。このイニシアティブは、医薬品、特に高価な新薬へのアクセスを容易にし、医薬品のコスト積み上げと各国での価格設定に関する透明性の向上を実現することを目指している（Beneluxa Initiative, 2015）。

これとは別に、キプロス、ギリシャ、イタリア、マルタ、ポルトガル、スペインが 2017 年に設立し、その後クロアチア、アイルランド、ルーマニア、スロベニアが参加した「ヴァレッタ宣言グループ」は、薬価の透明性を高め、共同調達の取り組みを促進しようとしている。フランスは、同グループの会議においてオブザーバー資格を付与されている。

世界保健総会決議 WHA72.8

内容

法的拘束力はないものの、2019 年 5 月に開催された第 72 回世界保健総会で採択された決議は、すぐに大きな成功として評価された。決議 WHA72.8 は、医薬品市場の透明性向上に関する初の国際合意である。イタリアが主導し、長い交渉の末、最も議論を引き起こす条項を削除し、代表団から圧倒的な支持を得た。

この決議では、特に加盟国に対して以下のことを求めている。

→ 医療関連製品の正価[29] に関する情報を公開する措置を講じること。

→ ヒトを対象とした臨床試験から生じるコストに関する情報の普及とアクセスを支援するための措置をその結果や販売承認申請の裏付けとなるかどうかにかかわらず講じること。

29 正価とは、リベート、ディスカウント、その他のインセンティブをすべて差し引いた、製薬会社が受け取る金額。

→ 売上収益、価格、売上個数、マーケティング費用、補助金や奨励金に関する報告など、登録済み医療関連製品に関するサプライヤーの情報報告を改善するために協力すること。

さらに、この決議は、WHO に対して特に以下のことを要請している：

→ 加盟国が医療関連製品のバリュー・チェーン全体の経済データに関する情報を収集し、分析するための支援をすること；

→ 加盟国、特に低・中所得国に対し、医療関連製品市場の透明性に関連する国内政策の策定と実施を支援すること；

→ 価格の透明性が医療関連製品の入手可能性と可用性に与える影響に関する研究を支援し、差別価格設定への影響も含めて監視すること；

→ 臨床試験に関するデータや価格情報など、バリュー・チェーン全体の情報に関するデータの可用性を分析すること；

→ フェア・プライシング・フォーラムを 2 年ごとに継続して開催すること；

→ 医療関連製品の特許状況を把握するための支援活動を継続すること；

決議の実施の進捗に関する報告書は、2021 年の第 148 回執行理事会を通じて、第 74 回世界保健総会に提出される予定である。

透明性義務から除外される研究開発、マーケティング及び臨床試験に関する費用

2019 年 5 月に開催された第 72 回世界保健総会の開催前と開催中に、加盟国の間で決議案のいくつかのバージョンが回覧された。これは、保健総会に先立ち、共通点を見出そうとする、多くの非公式会合と交渉セッションが提案者によって招集されたためである。

NGO のナレッジ・エコロジー・インターナショナルは、その議論を綿密に追跡し、6 種類の草案を発表している。

草案の検討後、多くの妥協がなされた：代表者たちのほとんどが合意できる文言を探すため、文章の一部を削除したり、手を加えたりしなければならなかった。例えば、2019 年 2 月にイタリアが提出した原案（KEI, 2019a）は：

→ 研究開発費、臨床試験費、マーケティング、助成金、税額控除、売上高、価格、数量に関する情報を医薬品とワクチンの登録条件とし；

→ 加盟国に対し、臨床試験に関する情報の透明性に関する最低基準を設けるよう要請し；

→ WHO に対し、特定の医薬品、ワクチン、医療技術の実際の製造コストを含む、公衆衛生上重要な医療技術に関するデータを収集・分析するよう要請し；

→ 加盟国に対し、貿易協定において、臨床試験からの情報の透明性、医薬品やワクチンの製造ノウハウの正当な開示、医薬品、ワクチン、医療技術の価格、収益、その他の関連する医療・経済情報の報告を制限する可能性のある措置を避けるよう強く要請した。

イタリア、ギリシャ、エジプト、マレーシア、ポルトガル、セルビア、スロベニア、南アフリカ、スペイン、トルコ、ウガンダが提出した決議案（KEI, 2019b）は：

→ 加盟国に対し、医薬品、ワクチン、細胞及び遺伝子ベースの治療その他の医療技術の価格及び償還費用に関する情報を公に共有するための措置をとることを強く要請し；

→ 加盟国に対し、ヒトを対象とした臨床試験のすべての結果を、各試験の実施に要した費用、政府から受けた直接資金、税額控除、その他の補助金を含めて、公に報告するよう強く要請し；

→ 医薬品、ワクチン、細胞及び遺伝子ベースの治療について、以下の情報を公開するよう加盟国に強く要請した：売上高、価格、販売個数に関する年次報告書；登録製品または医療処置ごとに発生したマーケティング・コストに関する年次報告書；製品または医療処置の登録の裏付けとなった各治験に直接関連する研究開発コスト；最初の薬事承認に関するすべての助成金、税額控除、その他の公的部門の補助金や奨励金など。

採択された決議（WHA72.8）：

→ 研究開発費の開示を求めない；

→ ヒトを対象とした臨床試験から生じるコストが既に公開されているか、自発的に提供されている場合にのみ、その情報普及を求める；

→ しかし、臨床試験結果については、その結果や販売承認申請の裏付けとなるか否かにかかわらず、より多くの情報を提供するよう求める；

→ 製造原価の開示を求めない；

→ イタリアの原案で想定されているように、臨床試験からの情報の透明性、医薬品やワクチンの製造ノウハウの合法的な開示、医薬品、ワクチン、医療技術の価格に関するデータの報告を制限する貿易協定上の措置を阻止しようとするものではない。

交渉

高所得国は、新薬の経済的負担が重くのしかかり、途上国とともに薬価引き下げを求めるようになった。

2019 年 1 月の WHO 執行理事会では、EU 加盟国を代表してルーマニアが、公正な価格設定と透明性を含む全体的なアプローチを提唱した。ポルトガルは、C 型肝炎治療薬とがん治療薬の価格に特に言及し、透明性の欠如が「医薬品チェーン全体に広がっている」ことを強調した。イタリアは、医薬品へのアクセスの問題に取り組む法的文書を求め、そのような決議の提案は初めてであったが、来たる世界保健総会における医薬品の透明な価格設定に関する WHO の決議が提案されることに関心を示した。バングラデシュ、ボリビア共和国、チリなど、他の多くの国からも価格の透明性を求める声が上がった（Saez, 2019b）。

2019 年 2 月上旬、イタリアは医薬品、ワクチン、その他の医療関連技術の市場の透明性を向上させるための草案を提出した。4 月 29 日には、5 月 20 日～ 28 日の第 72 回世界保健総会での議論に向けて、同テーマに関する決議案が 10 加盟国によって提出され、その加盟国とはイタリア、ギリシャ、マレーシア、ポルトガル、セルビア、スロベニア、南アフリカ、スペイン、トルコ、ウガンダであった。その後、他の加盟国との白熱した交渉が続き、世界保健総会が開かれることになった。

第 72 回世界保健総会初日の 5 月 20 日には、医薬品、ワクチン、医療関連製品へのアクセスに関するサイド・イベント（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成を視野に入れ、市場の透明性と入手可能性で品質の良い製品を如何に確保するかに焦点）が、イタリアと韓国の主催、コスタ

リカ、ギリシャ、インドネシア、メキシコ、モンゴル、オランダ、ポルトガル、サウジアラビア、スペイン、ベトナムの協賛で開催された（Saez, 2019c）。

決議案はまだ世界保健総会に提出されておらず、このサイド・イベントの会場は多くの保健大臣が出席し、溢れんばかりであった。講演者たちは、医薬品の価格の高さ、研究開発費をめぐる秘密主義、一部の国々が獲得した交渉価格などを訴えた。

特に、キプロス保健省の代表は、製薬業界による「非倫理的行為」について言及した。キプロスは人口が少なく、交渉力もないため、他国よりもはるかに高い価格を要求されていた。キプロスでは、2011 年以降に欧州医薬品庁（EMA）が承認したすべての製品が調査され、製薬業界は、EMA が新たに承認した製品をより豊かなヨーロッパ諸国向けに先に確保し、キプロスでの発売は約 4 年後となる傾向があることがわかった。

イタリア医薬品庁のルカ・リー・バシ（Luca Li Bassi）長官（当時）は、レバノンではギリシャの 2 倍もする肺炎球菌ワクチンの例を挙げ、各国の GDP に応じた価格設定が実際に行われているかどうかを確認することは興味深いと指摘した。また、より良い情報に基づく政策決定を支援するために、より包括的な情報を提供するよう求めた。各国は製薬業界への最大の投資家であり、市場を方向づけることができるはずである。

当時、イタリアの保健省次官であったアルマンド・バルトラッツィ（Armando Bartolazzi）は、「効果が高いが、手が出ない医薬品が増えている」という問題を解決するために「透明性」が重要視されるようになったと指摘した。

オランダのブルーノ・ブルーインズ（Bruno Bruins）医療担当大臣は、各国が支払う価格をより明確にすべきだと主張し、モンゴルのサランゲレル・ダバジャンサン（Sarangerel Davaajantsan）保健大臣は、透明性が法制化されれば、サプライヤー間の競争が起こり、医薬品の価格は低下するであろうと述べた。

ソウル国立大学公衆衛生大学院のスンマン・クォン（Soonman Kwon）は、秘密のリベートや割引が定価を高く保ち、外部参照価格の有効性を損なっていると述べ、ギリシャ保健大臣の特別顧問ニコス・ラプティス（Nikos Raptis）は、各国が署名しなければならない非開示条項は製薬業界の「分断と征服」の手段であると付け加えた。

会場では、南アフリカ共和国保健省国民健康保険副局長アンバン・ピレイ（Anban Pillay）が、自国を手本にするよう各国に呼びかけた。南アフリカでは、秘密保持契約を禁止し、製薬会社か

ら自社製品の有効成分価格などの情報提供を求める法律が制定されている。

サイド・イベントの後、数日間にわたって加盟国間の白熱した交渉が繰り広げられた。5 月 23 日までに、議論は合意に至らず、決議案が急速にコメントや但し書きであふれかえり、100 近い追加、削除、修正案が出されたことから、起草グループが立ち上げられた。5 月 24 日に予定されていた本会議が近づいても、合意が得られるかどうかは不透明なままであった（Saez, 2019d）。

製薬業界の力が強い国は、草案の修正・改正を提案した。ドイツと英国は継続的に修正を求め、日本、スイス、米国など他の国は、特に研究開発費と臨床試験費の開示に関する特定の節の修正を求めた。

EU 加盟国は、この決議案を共同提案する国もあれば、公然と反対を表明する国もあり、意見が分かれた。ドイツや英国など一部の国は、決議案があまりにも急いで作成されており、世界保健総会に提出する前に 1 月の WHO 執行理事会を経るべきであったと主張した。

5 月 24 日までにほとんど進展はなかった。さらなる交渉は非公開で行われ、その日（5 月 24 日金曜日）に予定されていた正式な本会議は、翌月曜日（5 月 27 日）に延期された。5 月 24 日の会合で、フィンランドとノルウェーを筆頭とする北欧諸国が決議への支持を表明した。同様に、アメリカとスイスは、国内市場で売買される医薬品の定価を公表することを求める文案に賛成を表明した。しかし、公的資金によるものであっても、薬事承認時に医薬品の研究開発費と臨床試験費用を開示することには反対であった（Saez, 2019a）。

5 月 27 日、丸一日の交渉と、決議案を検討する本会議が再び延期（世界保健総会最終日に延期）された末、共同提案国が 19 に増えたことで、合意の見込みが近づいた。新たに加わったのは、韓国とマルタだった。さらに、ブラジル、エクアドル、ノルウェー、オランダ、スイス、タイが決議案への原則的な支持を表明した（Saez, 2019e）。

イタリアを中心として、ブラジル、日本、ノルウェー、スペイン、スウェーデン、スイス、タイ、英国、米国などの約 30 人の代表からなる本件に特化したコア・チームが 5 月 27 日月曜日の夜遅くまで作業を続けていたが、それまでにドイツなどの国が交渉のテーブルを離れていた。トルコはこの決議案に対する以前の共同提案国を取り下げたと報じられたが、これはドイツが提起した反対意見と関連するものであるとの見方があった。

内部情報筋によると、フランスが立場を変え、ドイツ、英国、米国に反対して、臨床試験の費用に関する言及を含めることを支持すると決めたときが決定的な瞬間であった。

世界保健総会最終日の 5 月 28 日、決議案を審議する A 委員会の最終セッションの開会は、英国が審議を 2020 年 1 月の次回 WHO 執行理事会まで延期するよう支持を得ようと試みたため、若干遅れた（Fletcher, 2019）。

決議案は、A 委員会で圧倒的な支持を得て承認された。しかし、ドイツ、ハンガリー、英国は、採択を阻止したわけではないが、この決議から「距離を置く（dissociate）」ことを選んだ。英国は、この決議が WHO 執行理事会の審議を経ていないことを主な理由に不満を述べた。英国の在ジュネーブ国連及び国際機関常駐代表ジュリアン・ブレイスウェイト（Julian Braithwaite）は、価格の透明性が低・中所得国に付与される異なる価格協定に破壊的な影響をもたらすことを懸念していると述べた。同代表は、このプロセスは、潜在的に広範囲に及ぶ影響について慎重に検討するための十分な時間が与えられず、大急ぎで進められたと批判した。

この懸念はドイツ代表も同じで、価格の透明性は非常に複雑な問題であり、医療制度への潜在的な影響はもっと良く評価されるべきであると指摘した。

その他のアクター：世界保健機関（WHO）、市民社会、官民パートナーシップ

世界保健機関（WHO）

第 72 回世界保健総会閉会にあたり、テドロス・アダノム・ゲブレイェスス（Tedros Adhanom Ghebreyesus）WHO 事務局長は、この決議を「医薬品、ワクチン、その他の医療関連製品の価格設定の透明性を高める画期的な合意」であると述べた。

WHO は長く、医薬品の価格設定の透明性を高めることを提唱してきた。現在、WHO は「2015 WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies（国の薬価政策に関する WHO ガイドライン 2015）」の更新作業を行っており、新版は 2020 年に発行される予定である。更新版には、「医薬品の価格の透明性を促進するためのエビデンスに基づく勧告」が盛り込まれる予定である（WHO, 2019e）。

WHO の「WHO Roadmap for Access to Medicines, Vaccines and Other Health Products 2019–2023（WHO 医薬品、ワクチン、その他の医療関連製品へのアクセスのためのロードマップ（2019 ～ 2023 年））」は、価格の透明性を高め、公的支払者、政府の意思決定者、産業界の間の対話を促進し、価格交渉の能力を向上させるために世界と地域の協力を呼びかけている。また、適切な医薬品、ワクチン、診断法、その他の医療関連製品の選択；透明で公正な価格設定；品質、安全性、有効性、持続可能な供給を確保しながら政府と個人の両方のコストを低減するための政策の実施について、各国を支援する手段を提案している（WHO, 2019c）。

2018 年、公衆衛生、イノベーション、知的財産に関する WHO 世界戦略と行動計画に関する世界保健総会決議 WHA71（9）は、加盟国に対し、同戦略を検討した専門家パネルによる勧告を実施し、考慮するよう求めた。優先度が高いとされた勧告の 1 つは、研究開発費の透明性と理解を促進するために、加盟国は WHO 事務局を支援すべきであるというものであった。もう 1 つの優先度の高い勧告は、WHO 事務局が加盟国に対し、薬価の透明性の促進と監視、及び価格設定と償還政策の実施に関するガイダンスを提供すべきであるというものであった。

2017 年、WHO は第 1 回フェア・プライシング・フォーラムを開催し、その後、2019 年に第 2 回を開催した。両イベントは、公正な価格設定を実現する手段の 1 つである透明性について議論する場を提供した。

市民社会

市民社会は当初から密接に関わり、イタリアが提出した決議案を強く支持した。医薬品へのアクセス、特に高価格への対処は、国境なき医師団、ヘルス･アクション･インターナショナル、ナレッジ・エコロジー・インターナショナル、オックスファム、メディカス・ムンディ・インターナショナルなど、多くの市民社会組織にとって長年の懸案事項であった。

市民社会による熱心なロビー活動によって、世界保健総会開催前及び開催中の議論において、何が問題になっているのかについての認識が高まった。このロビー活動は、世界保健総会中または国レベルで行われ、明らかに交渉に影響を与えた。

2019 年 5 月 9 日、77 の NGO と著名な学者を含む 49 名の個人からなるグループが、非公式な交渉で行われた膨大な数の括弧書きと文章案の変更案を非難する公開書簡に署名した。公開書簡は、高所得国のグループが取り組みを頓挫させようとしていると論じた。オーストラリア、デンマーク、ドイツ、スウェーデン、英国が決議案の主な反対者として指摘されたが、オーストリアと米国も文章の重要な部分を弱めようとしていると指摘された（Branigan, 2019）。

5 月 23 日、進捗の明らかな遅滞に鑑みて、ナレッジ・エコロジー・インターナショナルと国境なき医師団は、他の 44 の NGO グループ及び 10 名の個人とともに、代表団に公開書簡を送り、「価格、収益、販売単位、マーケティング費用、臨床試験の登録と結果、臨床試験費用、政府の研究開発補助金、特許の状況、製造ノウハウ、透明性に関する規範を徐々に拡大し、実施するため今後の会議、フォーラム、活動など、当初の提案にあったすべてのテーマを扱う強力な WHO 透明性に関する決議について合意に達する」よう求めた（KEI, 2019c）。

この公開書簡はさらに、交渉セッションが終わるたびに交渉文書を公開し、括弧書きや代替文章が提案された場合は加盟国の立場を明示することを求めた。

当初フランスが決議案に反対していたことをきっかけとして、ノーベル賞受賞者のフランソワーズ・バレ＝シヌシ（Françoise Barré-Sinoussi）ら著名な市民社会指導者が行動を起こした。彼らは左派系新聞リベラシオン紙に、フランス政府に対し、この決議案を何の留保も曖昧さもなく支持するよう求める論説を掲載した。同団体は、英国では、質調整生存年（QALY）あたり 3 万ポンド以上の治療費は国民健康保険制度の対象外であることを指摘した。フランスでは、C 型肝炎の治療薬に前例のない制限を導入せざるを得なくなり、がん治療が遅れていた。

ドイツの NGO グループは、決議案交渉時のドイツの方針に抗議するため、同様の請願書を発行した。彼らはドイツ政府に対し、その立場を再考するよう求めた。

これとは別に、南アフリカ、ウガンダ、ジンバブエを拠点とするアフリカの 66 の NGO グループが、ドイツ保健大臣イェンス・スパーン（Jens Spahn）に公開書簡を送り、ドイツの交渉姿勢に影響を与えようとした。彼らはドイツ政府に対し、医薬品が入手できないために、急性の苦痛や死の危険にさらされている人々との連帯を示すよう求めた。同じ手紙がフランスのアグネス・ブジン（Agnès Buzyn）保健大臣と英国のマシュー・ハンコック（Matthew Hancock）保健社会福祉大臣に送られた。

官民パートナーシップ

第 72 回世界保健総会で「医薬品、ワクチン及びその他の医療関連製品へのアクセスのためのロードマップ 2019 ～ 2023 年（案）」に関する議論が行われた際、民間セクターのパートナーとともに活動する「Drugs for Neglected Diseases Initiative（顧みられない病気のための医薬品イニシアティブ）」は、研究開発費に関する透明性をポリシーの中心に据えていることを強調した：「私たちは、すべての臨床試験データ、実際の研究開発費、関連する資金の流れ（パートナーからの現物支給を含む）など、できるだけ多くの情報を公開している」。

製薬業界

第 72 回世界保健総会での交渉では、製薬業界は公然と意見を表明することはなかった。業界は伝統的に、研究開発費や臨床試験費用の集計は困難であるとして、その開示に反対してきた。さらに、そのようなコストは複数の要因に影響され、価格は医薬品へのアクセスの一側面に過ぎないとも主張している。

新薬の価格がかつてないほど高騰し、高所得国から抗議の圧力がかかる中、一部の企業は、C 型肝炎の新薬などは完治療法であり、それによって医療制度のコストを大幅に削減できると主張し自らを弁護した。

国際製薬団体連合会（IFPMA）は、2019 年 1 月の WHO 執行理事会において、医薬品、ワクチン及びその他の医療関連製品へのアクセスのためのロードマップ（案）についてコメントした際、より広い文脈を考慮するのではなく、価格の透明性に焦点を当てた狭い価格設定アプローチであると評して、懸念を表明した。IFPMA はまた、価格の透明性が、製薬会社が開発途上国に特恵価格を提供する能力に意図しない結果をもたらす可能性があると警告し、透明性の議論に着手する前に、そのような結果について検討すべきであると主張した。

第 72 回世界保健総会でも同様の議論が行われ、IFPMA は、医薬品の価格情報を共有することで、先進国が、開発途上国が支払う価格を見て、より同等の価格となるよう要求すれば、開発途上国での価格が上昇する可能性があると指摘した。

IFPMA は、研究開発費の報告について、個々の医薬品についての「投入費用」を考慮するよりむしろ、医薬品の治療における価値や患者や社会が経験する肯定的な結果を反映した価格を設定すべきであると主張した。しかし、IFPMA は、より多くの情報を利用可能にする必要性を認めた。

世界保健総会閉会にあたり、IFPMA は、医薬品とワクチンの入手しやすさとアクセスを改善することは、製薬業界を含むすべてのステークホルダーが協力的かつ総合的な解決を必要とする多要

素的な課題であると結論づけた。特に、患者の自己負担を減らすこと、サプライチェーンの非効率性に対処すること、偽造医薬品と闘うこと、調達方法を改善すること、低・中所得国に対して差別的な価格設定を可能にすることが重要であるとした。

教訓 – その後

医薬品市場の透明性向上に関する決議の採択に至る交渉は難航したが、一部の高所得国の強い支持に助けられ、成功裏に終了することができた。一部の高所得国では現在、自国の製薬業界の保護と医療制度の持続可能性の確保とで利害が分かれている。

結局、ドイツ、ハンガリー、英国の 3 か国だけが、この決議から離脱した。オブザーバーによると、オーストラリア、ベルギー、ブルガリア、カナダ、デンマーク、オランダ、ポーランド、スウェーデン、スイスなど多くの高所得国が、決議案の特定の箇所に異議を唱え、最終的には弱められた文章になった。

研究開発費の透明性が検討から外れると、日本、オランダ、スイス、米国は、この決議案の他の賛成派を盛り立てることができた。臨床試験費用の開示に反対した国はごくわずかであった。

ドイツと英国は、両国とも強力な医薬品産業（後者ではグラクソ・スミスクラインやアストラゼネカが特に有名）を有しているが、彼らはまた、医療制度を維持するために、医薬品産業との交渉に依存している。ドイツは最近、欧州製薬産業のリーダーと呼ばれるようになった。

市民社会による強力なロビー活動も、交渉のバランスを傾けることに一役買った。第 72 回世界保健総会期間中、ドイツは、市民社会によるキャンペーンによって、特に交渉担当者たちが、認識された立場についての情報が漏らされ公表されることで圧力をかけられていると訴えた。

この決議の採択を受けて、フランスとイタリアでは、新薬の研究開発のために受けた公的資金の開示を製薬会社に義務付ける新たな規制が承認された。しかし、フランスでは手続き上の問題、イタリアでは新政権の発足によって、2019 年末にはこれらの取り組みは停止していた。

2021 年 1 月開催の第 148 回執行理事会で提出される WHO 報告書によって、国レベルでの決議の実施状況が明らかになることが期待されている。

参考文献

本文中の引用で使用した略語は、以下の参考文献リストの先頭著者名の後に角括弧で記載されている。

Beneluxa Initiative (2015). Beneluxa Initiative on Pharmaceutical Policy [website] (https://beneluxa.org/collaboration, accessed 14 September 2020).

Branigan D (2019). Several developed countries want to "derail" transparency resolution – civil society groups say. Health Policy Watch. 10 May (https://www.healthpolicy-watch.org/several-developed-countries-want-to-derail-transparency-resolution-civil-society-groups-say/, accessed 14 September 2020).

Fletcher ER (2019). World Health Assembly approves milestone resolution on price transparency. Health Policy Watch. 28 May (https://www.healthpolicy-watch.org/world-health-assembly-approves-milestone-resolution-on-price-transparency/, accessed 14 September 2020).

Hawlik K, Devalière A (2016). Access to high-priced medicines in hospital-settings in Europe: a study in four European Countries. Amsterdam: Health Action International (http://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/04/Access-to-High-priced-Medicines-in-the-Hospital-Sector.pdf, accessed 14 September 2020).

Iunes RF, Villar Uribe M, Bonilla Torres J, Morgado Garcia M, Zampirolli Dias C, Alvares-Teodoro J, de Assis Acurcio F, Guerra-Junior AA (2019). Confidentiality agreements: a challenge in market regulation. Int J Equity Health 18 (https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-019-0916-3, accessed 14 September 2020).

Iyengar SI, Tay-Teo K, Vogler S, Beyer P, Wiktor S, de Joncheere K, Hill S (2016). Prices, costs, and affordability of new medicines for hepatitis C in 30 countries: an economic analysis. PLoS Med. 13(5):e1002032 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886962/, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International [KEI] (2019a). Improving the transparency of markets for drugs, vaccines and other health-related technologies [draft text of resolution as submitted by Italy to WHO] (https://www.keionline.org/wp-content/uploads/italy-draft-resolution-transparency-72WHA-.pdf, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International (2019b). Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health-related products and other technologies to be discussed at the 72nd session of the WHA to be held on 20–28 May 2019. Draft resolution proposed by Italy, Greece, Egypt, Malaysia, Portugal, Serbia, Slovenia, South Africa, Spain, Turkey, Uganda. Version 20 May 2019 (https://www.keionline.org/wp-content/uploads/WHA-Resolution_DRAFT_20-05-2019.pdf, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International (2019c). WHA72 – open letter to delegates on transparency resolution negotiations. 23 May (https://www.keionline.org/30830, accessed 14 September 2020).

Knowledge Ecology International (2019d). Negotiations on 72nd World Health Assembly resolution on transparency (https://www.keionline.org/transparency/wha72, accessed 14 September 2020).

Medbelle (2019). 2019 Medicine Price Index. In: Medbelle [website]. London: MB Global Health Ltd (https://www.medbelle.com/medicine-price-index-uk, accessed 14 September 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (n.d.). Public Procurement Recommendation. In: OECD/Public Procurement Toolbox [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (https://www.oecd.org/gov/public-procurement/recommendation/, accessed 14 September 2020).

Organisation for Economic Co-operation and Development (2020). Pharmaceutical spending. In: OECD Data [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart, accessed 14 September 2020).

Pan American Health Organization [PAHO] (n.d.). PAHO Strategic Fund. In: PAHO [website]. Washington (DC): Pan American Health Organization (https://www.paho.org/en/paho-strategic-fund, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019a). Little progress over price transparency resolution: negotiators behind closed doors. Health Policy Watch. 24 May (https://www.healthpolicy-watch.org/little-progress-over-price-transparency-resolution-negotiators-behind-closed-doors/, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019b). Board debates medicines access; WHO asserts mandate on IP, trade issues. Intellectual Property Watch. 30 January (https://www.ip-watch.org/2019/01/30/board-debates-medicines-access-asserts-mandate-ip-trade-issues/, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019c). Several ministers of health speak up for drug market transparency, lower prices at WHA side event. Health Policy Watch. 20 May (https://www.healthpolicy-watch.org/several-ministers-of-health-speak-up-for-drug-market-transparency-lower-prices-at-wha-side-event/, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019d). Future of drug pricing resolution hangs in balance at World Health Assembly. Health Policy Watch. 23 May (https://www.healthpolicy-watch.org/future-of-drug-pricing-resolution-hangs-in-balance-at-world-health-assembly/, accessed 14 September 2020).

Saez C (2019e). Negotiators agree on game-changing WHA resolution for medicine price disclosure. Health Policy Watch. 27 May (https://www.healthpolicy-watch.org/negotiators-agree-on-game-changing-wha-resolution-for-medicine-price-disclosure/, accessed 14 September 2020).

United Nations High Level Panel on Access to Medicines (2016). Report of the United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines (http://www.unsgaccessmeds.org/s/UNSG-HLP-Report-FINAL-12-Sept-2016.pdf, accessed 14 September 2020).

World Bank (2016). Health expenditure in 2016. In: World Bank/World Bank Open Data [online database]. Washington (DC): World Bank (https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2016&start=2000, accessed 14 September 2020).

World Health Organization [WHO] (n.d.). MI4A: Market Information for Access to Vaccines. In: WHO/Immunization, vaccines and biologicals [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mi4a/platform/en/, accessed 14 September 2020).

World Health Organization. (2015). WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/handle/10665/153920, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2017). Report on the Fair Pricing Forum 2017. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/medicines/access/fair_pricing/FairPricingForum2017MeetingReport.pdf?ua=1, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2018). Decision A71/13. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property: overall programme review. In Seventy-first World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2018. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization. 36–7 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71-REC1/A71_2018_REC1-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019a). World Health Assembly resolution on improving the transparency of markets for medicines, vaccines and other health products (WHA72.8; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019b). Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization (WHO/PRP/18.1; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019c). Roadmap for access to medicines, vaccines and other health products 2019–2023. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330145/9789241517034-eng.pdf?ua=1, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019d). Fair Pricing Forum 2019 meeting report. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326407/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.09-eng.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019e). Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Geneva: World Health Organization (EB146/15; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_15-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2020). Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure. In: Global Health Observatory [online data repository]. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDOOPSCHESHA2011?lang=en, accessed 14 September 2020).

ケース・スタディ 2｜国連総会 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）ハイレベル会合政治宣言（2019 年）

フルタイトル：国連総会ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）ハイレベル会合政治宣言（2019 年）：グローバルヘルスにおけるこれまで最も包括的な合意に向けた交渉 *

著者：江副 聡、タマル・チェリゼ（Tamar Tchelidze）、ナシータ・プレマブティ（Nathita Premabhuti）、マルセロ・A・C・コスタ（Marcelo A.C. Costa）

** 本ケース・スタディは、著者が個人的な立場で書いたものであり、各組織の見解や立場を反映したものではない。*

はじめに

2019 年 9 月 23 日、国連総会ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）ハイレベル会合において世界のリーダーたちは満場一致で、アントニオ・グテーレス（António Guterres）国連事務総長が「グローバルヘルスにおける、これまで最も包括的な合意」と述べた UHC[30] ハイレベル会合政治宣言を承認した。この歴史的合意は、持続可能な開発のための 2030 アジェンダのすべての目標とターゲットの実施における健康の重要性など、多くの重要な原則を改めて示している。世界のリーダーたちは、2030 年までに UHC を達成し、すべての人にとってより健康な世界を構築するための世界的な取り組みを拡大することに改めてコミットした。

国連総会 UHC ハイレベル会合とその政治宣言は、マルチ・ステークホルダーが協調して行った一連の努力の結果であった。本ケース・スタディでは、この画期的な合意に至る企画と交渉に深く関わったニューヨークの保健外交官の視点から、関連するプロセスについて考察している。

30　本ケース・スタディの本文中での引用は、ケース・スタディ巻末のリストにある参考文献であり、**付録 2** の参考文献ではない。

問題点

WHO の定義では、UHC とは「すべての人々が、より良い健康を促進するための保健医療サービス ...、病気を予防するための公衆衛生サービス ...、効果的で、十分な質の治療、リハビリテーション、緩和ケアを提供するための公衆衛生サービス ... を含む、必要な保健サービスを受けると同時に、これらのサービスの利用が利用者を経済的困難にさらすことのないようにする」ことである。WHO の定義によると、UHC とは、「全ての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる」ことである（WHO, 2019a）。

いくつかのアドボカシー活動と政府間交渉の結果、2015 年の国連総会で採択された持続可能な開発目標（SDGs）に、具体的には SDGs ターゲット 3.8「すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必要不可欠な医薬品とワクチンへのアクセスを含む、UHC を全ての人に対して達成する」として盛り込まれた（UN, 2015）[31]。

しかし、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ UHC に関する 2019 年のグローバル・モニタリング報告書によれば、2017 年の前回の報告書以来の世界的な進歩は満足できるものではなかった。驚くべきことに、世界の人口の少なくとも半数は、必要不可欠な保健医療サービスを受けられていない。毎年、9 億人以上が世帯収入の少なくとも 10% を医療に費やしており、医療費の自己負担で約 1 億人が貧困に陥っている。現在の傾向が続けば、2030 年には世界人口の少なくとも 3 分の 1 が必要不可欠な保健医療サービスを利用できなくなる（WHO, 2019a）。

背景

グローバルヘルスに関する問題は、主に WHO の運営組織、特に加盟国の保健大臣の主導で開催される世界保健総会で議論されている。しかし、平和と安全、人権、開発などを主な任務とする国連総会でも、各国首脳が健康課題を議論する傾向が強まってきている。この傾向の最初の例は、2001 年に開催された HIV/AIDS に関する総会特別セッションで、AIDS への世界的な対応が首脳の政治課題になったという意味で、画期的な出来事であった。

31 関連する指標は、2017 年に以下のように定義された。

→ SDG 指標 3.8.1:「必要不可欠な保健医療サービス（一般集団及び最も恵まれない集団における、生殖、母体、新生児及び小児の健康、感染症、非感染性疾患及びサービス能力とアクセスを含む、追跡調査介入に基づく必要不可欠なサービスの平均カバレッジとして定義される）のカバー率)」、及び

→ SDG 指標 3.8.2：「家計の支出または所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合」（UN, 2017）。

総会特別セッションに続いて、非感染性疾患（2011, 2014, 2018）、薬剤耐性（2016）、結核（2018）に関するハイレベル会合が総会で開催されている。

これらの会議、及びそこで承認された宣言は、多くの主要な健康課題に政策立案者の関心を集めるのに役立ったが、ニューヨークでの保健関連の議論、特にユニバーサル・ヘルス・カバレッジ UHC に関する議論は、以下の理由によって、より首尾一貫したアプローチを必要としていることが次第に認識されるようになった。

→ 「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」は、SDGs の統合性、不可分性、相互関連性を強調し、断片的なアプローチではなく、全体的なアプローチを求めている。

→ 国際社会がプライマリー・ヘルスケアとすべての人の健康を確保するための保健システムの強化に新たにコミットしたことによって、SDG3 に関連するすべての健康課題に取り組むことができる包括的概念として、UHC に焦点が当てられた。（WHO, 2019b）。

→ 国連では気候変動、開発資金、核軍縮など。相互に関連し、ますます複雑なトピックが扱われるようになっているため、毎年のように、個別の健康課題に関するハイレベル会合を開催するのではなく、より焦点を絞った健康へのアプローチが必要とされていた。

それに伴い、総会は、2019 年に UHC に関するハイレベル会合を開催すること、及び、12 月 12 日を「UHC 国際デー」と宣言することを 2017 年に決定した（UN, 2018a, 2018b）。2017 年 12 月 12 日に採択された 2 つの決議は、当時、外交政策とグローバルヘルスに関するイニシアティブの議長国であったタイが提案したものである。

2017 年 12 月 13 日、14 日、東京で第 1 回 UHC・フォーラムが開催され、国連事務総長や WHO、世界銀行、ユニセフのトップなど、各国や国際機関のハイレベルな代表が集まり、UHC 推進のための機運が醸成された（MoFA Japan, 2017）。成果文書（MoFA Japan et al., 2017）には、2023 年までにさらに 10 億人に必要不可欠な医療保障を拡大するなどの目標が含まれており、2019 年の国連総会 UHC ハイレベル会合の政治宣言に盛り込まれることになった。

2018 年 12 月、総会は、ハイレベル・ウィークの初日である 2019 年 9 月 23 日（月）に招集されるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ UHC に関するハイレベル会合の範囲、様式、形式、組織について定めた決議を全会一致で採択した（UN, 2019c）。タイとハンガリーが共同ファシリテーターとなったこの決議は、すべての加盟国に対し、最もハイレベルで会議に参加し、2030 年までに UHC を実現することを約束するよう求めたものである。さらに、総会は同決議で、「政府間交

涉を通じて事前に合意された、簡潔で行動的な政治宣言」を承認することを決定した。この時点で、9 月の会合に向けた舞台は整い、加盟国は世界の指導者が承認するに値するから賛を得られるような政治宣言となるようの交渉を開始しなければならなかった。

プレーヤーとその役割

総会議長

総会議長は、ハイレベル会合を開催し、総会で承認される政治宣言を総会に提出することを任務とした（UN, 2019c）。また、議長は、会議の準備の一環として、マルチステークホルダーによる対話形式の公聴会を開催する任務を負っていた。マリア・フェルナンダ・エスピノサ・ガルセス（María Fernanda Espinosa Garcés）議長は、強いコミットメントを示し、タイとジョージアの常駐代表を政治宣言に関する交渉の共同ファシリテーターとして任命するなど、準備の手配を主導した。実際のハイレベル会合の開催は、第 74 回総会議長のティジャニ・ムハンマド＝バンデ（H.E. Mr Tijjani Muhammad-Bande）大使が担当した。

共同ファシリテーター

ヴィタヴァス・スリヴィホック大使（H.E. Mr Vitavas Srivihok）とカハ・イムナゼ大使（H.E. Mr Kaha Imnadze）は、それぞれタイとジョージアの国連常駐代表は、ハイレベル会合で承認される政治宣言の作成を目指して加盟国と非公式協議を行う共同ファシリテーターとして総会議長から任命された（PGA, 2019a）。彼らは、様々なステークホルダーからの情報を取り入れながら政治宣言の起草を主導し、加盟国間の交渉の舵取りを行った。

UHC とグローバルヘルスに関するフレンズ・グループ

2018 年のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ UHC 国際デーに、「UHC ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとグローバルヘルスに関するのフレンズ・グループ（以後、「UHC フレンズ」）」が発足し、別所浩郎日本国連日本政府常駐代表がその議長に任命された（UHC2030, 2019a）。このグループは、加盟国が 2019 年 9 月のハイレベル会合に向けてはずみをつけるためのに利用できるオープン・プラットフォームとして設立され、ニューヨーク駐在の外交官（そのほとんどが健康課題ではなく、安全保障、人権、開発などの専門性を有する家）の間でユニバーサル・ヘルス・カバレッジ UHC の重要性に対する認識を高めるために活用利用された。このグループは、当初は数か国名のメンバー（ブラジル、フランス、ガーナ、ハンガリー、日本、南アフリカ、タイなど）でスタートしたが、政治宣言の交渉開始までに、そのメンバーは 50 か国名以上に増えた。

外交政策とグローバルヘルスに関するイニシアティブ

2007 年のオスロ閣僚宣言（MoFA Brazil et al., 2007）によって発足した外交政策とグローバルヘルスに関するイニシアティブの下、加盟国のグループは 2008 年から総会にグローバルヘルスと外交政策に関する決議案を提案している。[32]UHC が総会で初めて議論されたのは、フランスが提案した 2012 年版の「グローバルヘルスと外交政策」決議によるものであった（UN, 2013）。2017 年、長年 UHC を推進してきた日本は、当時、外交政策とグローバルヘルスに関するイニシアティブの議長国を務めていたタイに対し、近々行われる「グローバルヘルスと外交政策」決議で、UHC に関するハイレベル会合を求めることなどを提案した。タイが主導し、他の UHC の推進者が支援した交渉の結果、2019 年にそのようなハイレベル会合を開催することが新たな決議を通じて全会一致で決定された（UN, 2018a）。

加盟国

加盟国は個別に、またはグループの一員としてそれぞれの立場を調整し、政治宣言の交渉に臨んだ。この交渉の主なグループは、アフリカ諸国グループ、欧州連合、CANZ（カナダ、オーストラリア、ニュージーランド）グループであった。国連最大の途上国連合である 77 か国グループは、2018 年の結核と非感染性疾患に関する 2 つのハイレベル会合に至る交渉では、グループとしての交渉を行ったが、この時はグループとしての交渉は行わなかった。UHC に関する政治宣言の範囲が広かったため、77 か国グループとしての共通の見解が合意できなかったようである。この関連で言及に値する他の 2 つのグループは、G7 [33] と G20 [34] であり、両グループは近年、UHC を取り上げている（G7, 2016, 2019; G20, 2019）。その他のグループや個々の加盟国も、暫定的に連合を形成するなどしつつ、交渉に大きく貢献した。

世界保健機関（WHO）

WHO のテドロス・アダノム・ゲブレイェスス（Tedros Adhanom Ghebreyesus）事務局長（2017 年）は就任以来、UHC が WHO の「最優先事項」であることを明らかにしている。国連の保健専門機関として、WHO は、国連総会での保健に関するハイレベル会合ですでに行ってきたように、

32 外交政策とグローバルヘルスに関するイニシアティブに参加している加盟国は、ブラジル、フランス、インドネシア、ノルウェー、セネガル、南アフリカ、タイである。

33 G7 は、カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、日本、英国、米国で構成されている。EU は G7 サミットに定期的に参加している。

34 G20 は、G7 諸国（＋ EU）に加え、アルゼンチン、オーストラリア、ブラジル、中国、インド、インドネシア、メキシコ、韓国、ロシア連邦、サウジアラビア、南アフリカ、トルコで構成されている。

交渉を通じて技術支援を提供する中心的な役割を果たした。WHO は交渉期間中、技術面での事務局を務め、加盟国からの技術的説明の要請への回答や政治宣言の技術的整合性を確保するなどの役割を担った。さらに WHO は、2019 年 4 月に開催されるマルチ・ステークホルダー・ヒアリング及びハイレベル会合自体の開催において、総会議長を支援した。

UHC2030 のための国際保健パートナーシップ

UHC2030 のための国際保健パートナーシップ（UHC2030）は、UHC に向けた公平かつ持続可能な進展を促すために、2017 年に設立されたマルチステークホルダー・パートナーシップである。[35] 一連の協議を通じて、マルチステークホルダー（市民社会、民間セクター、慈善団体、学術界など）を結集し、ハイレベル会合の準備において有益な役割を果たした。その結果、一連の「Key Asks（主要要望事項）」がまとめられ、UHC フレンズによるブリーフィングや、4 月のマルチステークホルダー・ヒアリングを通じて、交渉の共同ファシリテーターと加盟国に提示された（UHC2030, 2019b）。全部で 7 つの Key Ask、(1)「保健を超えた政治的リーダーシップを確保する」、(2)「誰も置き去りにしない」、(3)「規制・法制化」、(4)「ケアの質の維持」、(5)「より多くの投資、より良い投資」、(6)「一緒に行動する」、(7)「ジェンダー平等と保健の推進者としての女性の権利」がある。

ツールとアプローチ

政治宣言の起草は共同ファシリテーターが主導し、国連加盟国、WHO、市民社会、学術界、民間セクター、その他のステークホルダーとの広範囲かつ包括的な協議を経て行われた。意味のある合意に基づく宣言に至る包括的かつ効果的なプロセスを確保するために採用された主なアプローチは以下の通りである。

マルチステークホルダーの関与

宣言の重要なインプットの 1 つは、マルチステークホルダー・プラットフォームとしての UHC2030（2019b）が提示した「Key Asks」である。ステークホルダーは、宣言のゼロドラフト作成の一環とし共同ファシリテーターの検討に付す前に、6 つの「Key Ask」に貢献する機会が与えられた。また、ステークホルダーは、UHC フレンズのブリーフィングや、2019 年 4 月 29

35 https://www.uhc2030.org/ を参照。

日に総会議長が招集した対話型のマルチステークホルダーの公聴会で、意見を述べることができた。ヒアリングでは、7 番目の Key Ask として「ジェンダー平等と女性の権利」の分野が提案され、正式に承認された。

UHC フレンズをプラットフォームとしてニューヨークに設立

UHC フレンズは、国連機関（ジュネーブでの関連決議と議論についてブリーフィングを行った WHO を含む）、専門家、市民社会団体を集めて、ニューヨークで一連のブリーフィングを開催し、また、UHC2030 が作成した Key Asks を発表するためのブリーフィングも開催した。このブリーフィングは、ニューヨークの外交官が政治宣言の交渉において、情報に基づいた建設的な役割を果たすのを助けるのに役立った。

ジュネーブとニューヨークとの連絡

ジュネーブの WHO 本部では、宣言案策定の基礎として、タイと日本が共同で「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国連総会 UHC ハイレベル会合に向けた準備（Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage）」と題する決議案を作成し、2019 年 1 月の執行理事会（WHO, 2019c）と 5 月の世界保健総会（WHO, 2019d）で採択されたている。政治宣言の交渉の共同進行役ファシリテーターに任命されたニューヨークのタイとジョージアのニューヨーク国連常駐代表は、2019 年 5 月にジュネーブを訪れ、ニューヨークでの交渉状況について WHO 加盟国に説明するとともに、2 都市での交渉プロセスの一貫性協調性を確保するために WHO 本部の技術専門家と協議した。

宣言と関連するイニシアティブとの整合性

政治宣言の起草と交渉の間、共同ファシリテーターは、宣言が関連するイニシアティブや成果との整合性を確保するよう努めた。その中には、以下が含まれる。(a) 2018 年 10 月にカザフスタンのアスタナ（現ヌルスルタン）で開催された「プライマリー・ヘルスケアに関する国際会議」で承認された「アスタナ宣言」（WHO, 2019b）、(b) 2019 年 9 月の国連総会で発足した、各国が健康関連の SDGs をより迅速に達成できるよう、多国間組織間の連携を強化するための「すべての人の健康な生活とウェル・ビーイングのための世界行動計画（Global Action Plan for

Healthy Lives and Well-being for All)」[36]、(c) UHC に関するコミットメントを含む G20 大阪首脳宣言（2019 年 6 月に日本の大阪で開催された G20 サミットで採択された）である。アスタナ宣言は、政治宣言の 13 項で「プライマリー・ヘルスケアは、UHC と保健関連の持続可能な開発目標のための持続可能な保健システムの礎である」と言及されている。健康な生活と万人のウェル・ビーイングのための世界行動計画への言及を含めるという提案は、当初は一部の加盟国が支持しなかったが、最終的にそのような言及はパラグラフ 77 に現れ、そこでは G20 大阪首脳宣言の合意文言が使用された。G20 大阪首脳宣言のコンセプトのいくつかは、政治宣言にも取り入れられた。例えば、「健康で活動的な高齢化」（パラグラフ 30）や財務当局と保健当局の協力（パラグラフ 39）などがそうである。

成果と課題

ジュネーブとニューヨークで、様々なマルチステークホルダーの意見を集約した包括的で慎重に順序付けられたプロセスを活用し、共同ファシリテーターは政治宣言のゼロドラフトを作成し、2019 年 5 月末に加盟国に回覧して一連の交渉が開始された。7 月末までに 10 回以上の非公式協議が開催され、特定の懸念に対処するための少人数会議や二国間の対話も行われた。交渉の後、最終草案は 7 月 24 日にサイレンス・プロシージャに入った[37]。このサイレンス・プロシージャは、8 月上旬に意見の割れる問題をめぐって 2 度破られた（PGA, 2019b, 2019c, 2019d）。しかし、9 月 4 日の最終大使級会合や幾度の非公式な二国間協議を含め、2 名の共同ファシリテーターの手腕と粘り強さのおかげで、政治宣言の最終草案は 9 月 10 日に再びサイレンス・プロシージャに入ることができた（PGA, 2019e）。その後、2 日のサイレンス期間を経て、政治宣言は合意された。

国連総会 UHC ハイレベル会合の政治宣言は、様々な関連する合意を再確認し、持続可能な開発のための 2030 アジェンダの実施における UHC の中心的役割を強調している。さらに、2030 年までに UHC を実現するという世界のリーダーたちのコミットメントも記載されている。宣言の要点は、UHC 2030 のための国際保健パートナーシップによって、ハイレベル会合に先立ってパー

36 https:/ww.who.int/sdg/global-action-plan を参照。

37 サイレンス・プロシージャは、国連におけるほとんどの政府間交渉で、提案に合意するために使用されている。提案のテキストの草案が参加者の間で回覧され、指定された期限までに修正案や異議申し立てが提出されない場合、すなわち誰も沈黙を破らない場合、その文書はすべての参加者によって合意されたものとみなされる。

トナーシップがまとめた「Key Asks」に関連して、「主要な目標、コミットメント、行動」（UHC2030、2019c）としてまとめられた。政治宣言のハイライトの一部を以下に概説する。

1.　主要な目標

政治宣言の最も重要な目標（交渉中に集中的に議論された目標）の中には、2030 年までにすべての人々に質の高い、必要不可欠な保健医療サービスを提供すること、医療費の自己負担が壊滅的なレベルまで増加している傾向を逆転させること、2030 年までに保健関連費用による貧困化をなくすことなどが含まれている。共同ファシリテーターが招集した WHO 本部の専門家による技術的ブリーフィングの助けもあり、この目標に関する合意が実現した。日本を始め、意義のある野心的な数値目標の設定に熱心な加盟国からは、傾向や推定値など、様々な技術的な説明が求められた。その他を含む主要目標は図 1 にまとめられている。

図 1：政治宣言：成果目標

国際的な目標	国内的な目標
[24]2030 年までの UHC 達成に向けた取り組みの加速 →　2023 年までにさらに 10 億人を、2030 年までにすべての人をカバーする →　2030 年までに、破滅的な医療費の自己負担の傾向を逆転させ、医療費による貧困化をなくす [42]2030 年までに 3.9 兆ドルを追加投入すれば、低・中所得国において 9700 万人の早逝を防ぎ、平均余命を低・中所得国のそれぞれ 3.1 年と 8.4 年延長できることに留意し、サービスの拡大、保健システムの強化、資源の動員を図る [60]1800 万人の医療従事者の不足と 2030 年までに 4000 万人の医療従事者の雇用創出を求める声に取り組む	[40] プライマリー・ヘルスケアに重点を置きながら、保健への予算配分を最適化し、財政基盤を拡大し、公共支出において保健を優先するとともに、世界保健機関が推奨する **GDP の 1% 以上の追加的**目標に留意する

出典：国連連総会 UHC ハイレベル会合の政治宣言

2.　主要なコミットメント

政治宣言は、「UHC 2030 のための国際保健パートナーシップ」によってまとめられた 7 つの「Key Asks」をすべて盛り込んでいる。中でも強調されているのは、政治的コミットメント、エビデンスに基づく政策およびプログラ ム立案と実施、各国のオーナーシップ、誰も取り残さないように

健康の格差に取り組むこと、ステークホルダーの関与、そして保健・金融当局間の協力強化を通じて投資の増加を図ることである。この宣言は、保健システムを強化する緊急の必要性と、UHCの実現におけるプライマリー・ヘルスケアの重要な役割を認識している。さらに、この宣言は、医療システムが真に包括的で人々を中心に据えたものとなるよう、社会正義と社会的保護のメカニズムを維持することを求めている。

3. 争点となった主な領域

交渉の過程で集中して検討と協議を必要とする、3 つの主要な領域があった。

性と生殖の健康と権利

交渉の中で最も議論を呼んだテーマの一つは、性と生殖の健康と権利であった。これは、他の国連のフォーラムを含め、多くの加盟国が様々な形で強く意見を持っている領域である。国連での交渉で難しい問題が出てきた場合、加盟国の全会一致で採択された過去の文書から、合意された言葉を使うという方法が取られている。しかし、本交渉においては、どの合意された言葉を使うかについての合意を得ることが難しい状況となった。可能なアプローチとしては、国連女性の地位委員会 2019 年セッションの成果文書（UN-Women, 2019）を使用することであった。政治宣言のゼロドラフトには、この文書の文言が登場するが、原文が合意ベースの文書ではない可能性があり、また、文脈が異なっているという理由で、一部の加盟国から異論が出された。もう 1 つのアプローチは、「性と生殖の健康」に言及した、ハイレベル会合の準備に関する世界保健総会決議（決議 WHA72.4）の文言を使うことであったが、一部の加盟国は、権利について言及されていないため、これは不十分であると感じていた。どちらのアプローチも同程度有効であったが、広範な協議と最後まで続いた説得の末、共同ファシリテーターの提案によって、最終的に加盟国は、政治宣言のパラグラフ 68 において、合意文言を SDGs から、特に SDGs ターゲット 3.7 と 5.6（UN、2015）から使用し、問題を解決することに合意した。

移民

移民の問題もまた、他のいくつかの国連フォーラムと同様、広範な協議を必要とする議論の多い分野であった。加盟国の中には政治宣言で移民に言及する必要はないと考える国もあれば、これは不可欠だと考える国もあった。同様に、安全で秩序ある正規の移住のためのグローバル・コンパクトを行使することが必要かつ適切だと考える加盟国もあれば、グローバル・コンパクトが国連加盟国の間で普遍的に合意されていないことを指摘し、同意しない加盟国もあった。最後に、共同ファシリテーターが提案したように、加盟国は、2017 年 12 月に総会で採択された「グロー

バルヘルスと外交政策」決議（UN, 2018a）の合意文を、政治宣言のパラグラフ 70 の基礎とすることに合意した。そのパラグラフの最終的なテキストは、他の脆弱なグループの人々の中に移民を含め、誰も置き去りにしないことに一般的に言及している。

知的財産と価格の透明性

医薬品を安価に提供することと、イノベーションを促進するための知的財産の保護のバランスをどうとるかという問題は、政治宣言に関する交渉をはじめ、医療関連の交渉において常に議論の対象となっている。さらに、2019 年 5 月の第 72 回世界保健総会で長期にわたってに議論された高額医療製品の価格設定の透明性を高める問題が、今回の交渉で取り上げられた。知的財産については、2018 年の国連総会結核ハイレベル会合の政治宣言交渉において合意された文言（UN, 2018c）を宣言のパラグラフ 51 に盛り込むことが決定された。価格の透明性については、加盟国は最終的に、ジュネーブで行われたこの問題に関する技術的議論をニューヨークで再開するのではなく、政治宣言のパラグラフ 50 で世界保健総会決議 WHA 72.8（WHO、2019 e）で合意された文言を使用することを選択した。

4.　説明責任とフォローアップ

政治宣言はさらに、国別目標の設定と国別モニタリング・評価プラットフォームの強化、事務総長が事前に作成する進捗報告書による UHC 達成のための取り組みの監視と強化、すべての保健関連の取り組みを統合することを目的とした UHC に関するハイレベル・レビュー会合の 2023 年の開催など、国と世界レベルでの行動、フォローアップ、説明責任の優先課題を明らかにすることに焦点を合わせている。説明責任とフォローアップに関する関連するコミットメントは、**図 2** にまとめられている。

図 2：政治宣言（フォローアップ、説明責任）

国際的フォローアップ	国内的フォローアップ
[82] 第 75 回総会での国連事務総長（SG）進捗報告（2020 ／ 21 年）	[55] 国家政府当局の戦略的リーダーシップと調整能力を強化し、セクター間の介入に焦点を当てるとともに、地方当局の能力も強化する
[82] 第 77 回総会における政治宣言の実施に関する勧告を含む SG 報告書（2022 ／ 23 年）	[79] 測定可能な国家目標を設定し、国家モニタリングと評価プラットフォームを強化する
[83]2023 年の UHC に関する HLM - 適用範囲と様式は第 75 回総会で決定（2021 年 9 月まで）	[80] 加盟国の要請に応じて、WHO、国連開発システム、RC、国連国別チーム、その他の関係主体を含む多国間システムの可能性を最大限に活用し、国レベルで UHC の達成を支援する

出典：国連総会 UHC ハイレベル会合の政治宣言

得られた教訓と次のステップ

国連総会 UHC ハイレベル会合の計画・準備、交渉、開催を通じて得られた主な教訓は以下の通りである。

1.　タイムリーかつ適切なアジェンダ

2015 年に SDGs が採択され、国連で特定の健康課題に焦点を当てた一連のハイレベル会合（2001、2006、2011、2014、2016、2018 年）を経て、保健に対する包括的なアプローチを首脳レベルで議論する機運が高まってきた。57 か国の首脳を含む 165 か国の代表が、国連総会 UHC ハイレベル会合に先立ち登録したことは、このトピックが特に国際社会の注目に値すると考えられたことを示唆している。また、国連総会のハイレベル・ウィークの初日に開催することで、多くの加盟国のハイレベルの代表の参加を確保することができた。

2.　UHC のチャンピオン（擁護者）によるリーダーシップとコミットメント

ハイレベル会議の成功には、UHC の擁護者のリーダーシップとコミットメントが不可欠であった。共同ファシリテーターのタイとジョージア、そしてそのチームは、交渉の間中、非常に粘り強く、

巧みな手腕を発揮した。国連事務総長、WHO 事務局長、総会議長は、声明や準備会合の開催などの行動を通じて、早い段階からこのアジェンダへの支持を明らかにした。加盟国は、ブラジル、ジョージア、日本、タイといった UHC の擁護者や、UHC フレンズのメンバーも含め、交渉の舵取りとハイレベル会合の開催を支援した。タイとジョージア（共同ファシリテーター）、総会議長室、UHC フレンズ議長、WHO（交渉の技術事務局）の担当者が実務的な事柄について日々連絡を取り合ったことも、プロセスを前進させるのに役立った。

3.　マルチステークホルダーの関与

UHC2030 が、市民社会、民間セクター、慈善団体、学術界との広範な協議に基づいてまとめた「Key Asks」は、幅広いステークホルダーの意見を政治宣言に反映させる上で大きな役割を果たした。さらに、総会議長が招集したマルチ・ステークホルダー・ヒアリングや、UHC フレンズが開催した、UHC2030 国際保健パートナーシップによる「Key Asks」のブリーフィングも、これらのステークホルダーの声を最終交渉に反映させるのに役立った。

4.　ニューヨークの外交官のための交渉の準備

ニューヨーク駐在の外交官は必ずしも保健問題の専門家ではないため、加盟国が UHC や様々なステークホルダーの見解について理解を深めるためのプラットフォームとして、UHC フレンズが設立された。ジュネーブの WHO 本部と運営組織での関連する議論やマルチステークホルダーの協議に関するブリーフィングは、外交官が交渉に備え、建設的に関与する上で役立った。また、保健医療における民間セクターの役割、UHC の財源、人口の高齢化といったトピックで、関心のある加盟国やパートナーが共同で開催したブリーフィングも行われた。

5.　ジュネーブとニューヨークの連携

ジュネーブとニューヨークでは、力学や優先順位が異なるため、議論の一貫性を確保するためにあらゆる努力が払われた。これは主に、国連総会 UHC ハイレベル会合の準備のための世界保健総会決議（WHA72.4; WHO, 2019d）、ジュネーブでの共同進行役ファシリテーターによるブリーフィング、WHO 本部の専門家の関与を通じて達成されたものである。こうして交渉の技術的な基盤が築かれ、価格の透明性などの議論を呼ぶ問題に取り組むことが可能となった。しかし、いくつかのテーマ、特に性と生殖の健康と権利、そして移民については、ジュネーブよりもニューヨークの方がより議論を呼ぶことが判明した。これらのトピックでは、前述のように焦点を絞った調停と説得が必要となった。今後ニューヨークで行われる保健交渉に参加する外交官は、総会での幅広い展

開と密接に関連するその政治的性質を心に留めておく必要がある。

2019 年 9 月 23 日に世界の指導者たちによって承認された国連総会 UHC ハイレベル会合政治宣言は、「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」に含まれるすべての保健関連の目標及びターゲットの包括概念、つまり、「傘」としての UHC の役割を再確認するもので、大胆な目標、コミットメント、フォローアップ・プロセスに支えられ、2030 年までに「すべての人に健康を (Health for All)」という目標を実現するよう世界的に呼びかけるものである。この画期的な合意は、グローバルヘルスに関するこれまでの継続的な取り組みの上に構築された、マルチ・ステークホルダーによる協調的な一連の取り組みによって可能となった。宣言に示された 2023 年と 2030 年の様々な特定の目標が達成されるかどうかは、世界保健の分野に携わるすべての人々のコミットメントにかかっている。

参考文献

本文中の引用で使用した略語は、以下の参考文献リストの先頭著者名の後に角括弧で記載されている。

Adhanom Ghebreyesus T (2017). All roads lead to universal health coverage. Lancet Glob Health 5(9):E839–40 (https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30295-4, accessed 14 September 2020).

Group of Seven [G7] (2016). G7 Ise-Shima Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (https://www.mofa.go.jp/files/000160266.pdf, accessed 14 September 2020).

Group of Seven (2019). G7 Health Ministers' Declaration. In: Ministry of Solidarity and Health [website]. Paris: Ministry of Solidarity and Health (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_de_l_engagement_des_etats_du_g7_.pdf, accessed 14 September 2020).

Group of 20 [G20] (2019). G20 Osaka Leaders' Declaration. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (https://www.mofa.go.jp/policy/economy/g20_summit/osaka19/en/documents/final_g20_osaka_leaders_declaration.html, accessed 14 September 2020).

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 [UHC2030] (2019a). Group of Friends of UHC. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/group-of-friends-of-uhc/, accessed 14 September 2020).

International Health Partnership for Universal Health Coverage 2030 (2019b). Moving together to build a healthier world: key asks from the UHC movement. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_Key_Asks_final.pdf, accessed 14 September 2020).

International Health Partnership for UHC2030 (2019c). United Nations High-Level Meeting on Universal Health Coverage in 2019: key targets, commitments & actions. In: UHC2030 [website]. Geneva/Washington (DC): World Health Organization/World Bank (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/UN_HLM/UHC_key_targets_actions_commitments_15_Nov_2019__1_.pdf, accessed 14 September 2020).

Ministers of Foreign Affairs [MoFA] of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand (2007). Oslo Ministerial Declaration – global health: a pressing foreign policy issue of our time. Lancet 369:1373–8 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60498-X, accessed 14 September 2020).

Ministry of Foreign Affairs [MoFA] of Japan (2017). Hosting the UHC Forum 2017. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs. 14 December (https://www.mofa.go.jp/press/release/press11e_000015.html, accessed 14 September 2020).

Ministry of Foreign Affairs of Japan, World Bank, World Health Organization, United Nations Children's Fund, Japan International Cooperation Agency, International Health Partnership for UHC2030 (2017). Tokyo Declaration on Universal Health Coverage. In: Ministry of Foreign Affairs [website]. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs (https://www.mofa.go.jp/files/000317581.pdf, accessed 14 September 2020)

President of the General Assembly [PGA] (2019a). Letter of 6 March 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/03/6March-co-facilitator-UHC.pdf, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019b). Letter of 24 July 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/PGA-letter-political-declaration-UHC-HLM-silence-procedure.pdf, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019c). Letter of 7 August 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure2.pdf, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019d). Letter of 9 August 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/08/HLM-UHC-silence-broken.pdf, accessed 14 September 2020).

President of the General Assembly (2019e). Letter of 10 September 2019 to all Permanent Representatives and Permanent Observers to the United Nations (https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/09/UHC-HLM-silence-procedure.pdf, accessed 14 September 2020).

United Nations [UN] (2001). Declaration of Commitment on HIV/AIDS [resolution adopted by the General Assembly on 27 June 2001]. New York: United Nations (A/RES/S-26/2; https://undocs.org/en/A/RES/S-26/2, accessed 14 September 2020).

United Nations (2013). Global health and foreign policy [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012]. New York: United Nations (A/RES/67/81; https://undocs.org/en/A/RES/67/81, accessed 14 September 2020).

United Nations (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015]. New York: United Nations (A/RES/70/1; https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E, accessed 14 September 2020).

United Nations (2017). Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development [resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017]. New York: United Nations (A/RES/71/313; https://undocs.org/A/RES/71/313, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018a). Global health and foreign policy: addressing the health of the most vulnerable for an inclusive society [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/139; https://undocs.org/en/A/RES/72/139, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018b). International Universal Health Coverage Day [resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2017]. New York: United Nations (A/RES/72/138; https://undocs.org/en/A/RES/72/138, accessed 14 September 2020).

United Nations (2018c). Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis: "United to end tuberculosis: an urgent global response to a global epidemic" [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/3; https://undocs.org/en/A/RES/73/3, accessed 14 September 2020).

United Nations (2019a). Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage: "Universal health coverage: moving together to build a healthier world" [resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019]. New York: United Nations (A/RES/74/2; https://undocs.org/en/A/RES/74/2, accessed 14 September 2020).

United Nations (2019b). UN welcomes "most comprehensive agreement ever" on global health. In: UN News [website]. New York: United Nations. 23 September (https://news.un.org/en/story/2019/09/1047032, accessed 14 September 2020).

United Nations (2019c). Scope, modalities, format and organization of the high-level meeting on universal health coverage [resolution adopted by the General Assembly on 13 December 2018]. New York: United Nations (A/RES/73/131; https://undocs.org/en/A/RES/73/131, accessed 14 September 2020).

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women [UN-Women] (2019). Social protection systems, access to public services and sustainable infrastructure for gender equality and the empowerment of women and girls. 2019 Commission on the Status of Women, agreed conclusions. New York: United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/63/conclusions63-en-letter-final.pdf?la=en&vs=3258, accessed 14 September 2020).

World Health Organization [WHO] (2019a). Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019b). Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization (WHO/HIS/SDS/2018.61; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328123/WHO-HIS-SDS-2018.61-eng.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019c). Resolution EB144.R10. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. In: Executive Board, 144th session, Geneva, 24 January–1 February 2019. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144-REC1/B144_REC1-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019d). Resolution WHA72.4. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R4-en.pdf, accessed 14 September 2020).

World Health Organization (2019e). Resolution WHA72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R8-en.pdf, accessed 14 September 2020).

「A GUIDE TO GLOBAL HEALTH DIPLOMACY: Better health – improved global solidarity – more equity（グローバルヘルス外交の手引）」日本語版は、厚生労働科学研究班「国際会議で効果的な介入を行うための戦略的･効果的な介入手法の確立に資する研究」（研究代表：磯博康）の活動の一環として作成した。

本書の記述には執筆時点の状況が反映されており、2021 年以降に生じた COVID-19 対策の進展や国際情勢等の変化は勘案されていないが、注釈は加えず原文のままとした。日本語版作成にあたっては、著者であるイローナ・キックブッシュ氏及び国際・開発研究大学院グローバルヘルス・センターより快諾いただいたことに感謝申し上げる。

監修：

梅田　珠実	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
齋藤　英子	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
細澤　麻里子	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
磯　博康	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
中谷　比呂樹	国立国際医療研究センター　グローバルヘルス人材戦略センター
坂元　晴香	東京女子医科大学　衛生学公衆衛生学分野　グローバルヘルス部門
江副　聡	外務省　国際協力局　国際保健戦略官
勝間　靖	早稲田大学　国際学術院（大学院アジア太平洋研究科）

研究協力者：

若林　真美	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
立森　久照	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
岡本　翔平	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
佐々　美保	厚生労働省　厚生科学課
春山　怜	国立国際医療研究センター　国際医療協力局
射場　在紗	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
佐田　みずき	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
河野　英子	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
波多野　奈津子	厚生労働省　国際課
長田　洋和	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
馬場　俊明	国立国際医療研究センター　国際医療協力局
木原　朋未	筑波大学医学　医療系社会健康医学
小林　由佳	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
六藤　陽子	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
谷口　雄大	国立国際医療研究センター　国際医療協力局　グローバルヘルス政策研究センター
中村　早希	厚生労働省　国際課

THE GRADUATE INSTITUTE GENEVA

INSTITUT DE HAUTES ÉTUDES INTERNATIONALES ET DU DÉVELOPPEMENT

GRADUATE INSTITUTE OF INTERNATIONAL AND DEVELOPMENT STUDIES