

城山英明 編著
『グローバル保健ガバナンス』

（東信堂，2020年，xii+292頁）

山越裕太

I

重症急性呼吸器症候群コロナウイルス2（SARS-CoV-2）が引き起こした新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は世界的な大流行となった。世界保健機関（World Health Organization: WHO）は2020年1月30日、COVID-19が国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（Public Health Emergency of International Concern: PHEIC）に該当すると認定し、3月11日にパンデミックを宣言した。2021年7月30日現在、この感染症に世界で約1億9,654万人が罹患し、約419万人が犠牲となっている。⁽¹⁾ スペイン・インフルエンザやエボラ出血熱など、これまで流行してきたグローバル・イシューとしての感染症がCOVID-19によって改めて脚光を浴びたと言えるだろう。国際社会がCOVID-19への対応を模索する中、2020年8月30日に本書『グローバル保健ガバナンス』は刊行された。本書は、グローバル保健ガバナンスを基本的枠組み、国際的対応や各国の保健外交、COVID-19への対応などから多面、多層的に検討することで、そのあり方や特徴、課題を明らかにし、今日のグローバル保健ガバナンスの全体像を描き出すことを試みている。

本書のあとがきによれば、本研究の契機は「2016年G7に向けたグローバルヘルス・ワーキンググループ」への参加にあった。その後、科学研究費、東京大学政策ビジョン研究センター、未来ビジョン研究センター、公共政策大学院STIGなどの枠組みで研究が継続され、その成果が本書としてまとめられた。

また、刊行の最終段階で COVID-19 に直面したことで、本書の内容が一部改められた。各章で可能な限り COVID-19 を追加的に検討し、補論が付け加えられた。その結果、本書は、序文、第1部（第1章～第3章）、第2部（第4章～第6章）、第3部（第7章、第8章）、補論（補論1及び2）、あとがき、資料（改正国際保健規則の主要条項抜粋）、事項索引、人名索引、執筆者紹介で構成されることとなる。以下、本書の内容を紹介し、所見を述べたい。

II

第1部「基本的枠組み」は第1章から第3章で構成される。第1章、城山英明「グローバル保健ガバナンスとは何か？」では、本書が対象とするグローバル保健ガバナンスについて、国際保健行政の展開、WHO 改革、新たな課題やアプローチなどが検討され、保健分野とその他のグローバルなガバナンスが比較される。19世紀後半以降、国際貿易が次第に拡大する中で、保健分野は多国間的な対応が求められるようになった。その対応は疾病発生情報の共有という通知制度を軸に展開した。第二次世界大戦後は、分権的な組織構造を特徴とする WHO が設立され、課題に応じて「垂直アプローチ」と「水平アプローチ」を使い分け活動する。1980年代以降、同分野で WHO の役割が相対的に低下することに伴い、WHO 改革が始まる。保健分野とその他の分野の関係や NGO などの役割の変化を背景にグローバル保健という概念が浮上し、国際保健規則（International Health Regulations）改正、タバコ規制、薬剤耐性対策、ワン・ヘルス・アプローチ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（universal health coverage: UHC）などの枠組みやアプローチが新たに登場した。この過程で WHO 以外の様々な主体が保健分野に関与するようになり、横断的アプローチが問題解決の方法として重要視されるようになった。一方で、多様な事項をどのように調整するのか、という問題が浮上した展開が明かされる。本章では次にグローバル保健ガバナンスの具体的事例として、エボラ出血熱や COVID-19 への対応が取り上げられる。そこでは多国間枠組みや民間・専門家を含むトランスナショナルなネットワークが活用され、それらが一定の役割を果たしたこと、他方でセクター間の調整や研究開発、発展途上国のコアキャパシティの確保などに問題を残したことが指摘される。続いて、保健分野と同じく越境的なガバナンスが求められるグローバル原子力安全ガバナンス及びグローバルサイ

バーセキュリティ・ガバナンスと比較が行われる。そこでは多国間枠組みの活用や安全リスクと安全保障リスクの関係などの共通点や政府レベルの関与や各国の情報共有の程度の差異など、異同が論じられる。最後に章立てで紹介され、本書が対象とするグローバル保健ガバナンスの概要が示される。

第2章、武見綾子「国際保健規則とグローバル保健ガバナンスの構造」では、国際保健規則の改正を事例に安全保障と保健分野の交錯、それに伴う感染症発生時の対応と課題が検討される。国際保健行政は、保健分野の独立性が1990年代まで強調されていたが、それ以降、より総合的な視点から当該分野を捉えるグローバル保健という概念に重心が移っていった。そのグローバル保健の特徴として、地理的範囲の多様化、協力の深化、他分野との関係構築が指摘される。本章では他分野との関係構築、具体的には、米軍の感染症探知ネットワーク (Department of Defense Global Emerging Infections Surveillance: DoD-GEIS, 現在の Armed Forces Health Surveillance Branch: AFHSB) と WHO の途上国における感染症サーベイランスの関係が事例として取り上げられる。この関係は、人的交流や情報共有などの協力が行われ、DoD-GEIS が地球規模感染症に対する警戒と対応ネットワーク (Global Outbreak Alert and Response Network: GOARN) に編入されるなど、一定の成果を上げた。また2005年に改正された国際保健規則については、報告体制の整備、関連アクターの拡大、情報共有権限の変化、報告対象の拡大の4点に特色が整理される。同規則が改正された要因として2003年に発生した SARS の脅威が認識されたこと、加えて、既存のサーベイランス・ネットワークの役割不足やアメリカの改正へのアプローチなどが背景として指摘され、実務的な対応方法や制度面の変化の過程が明らかにされた。COVID-19 への対応では、国境を越えた現場からの報告や情報共有、資金の確保などに課題を残した一方で、疾病関連情報収集システムが2019年12月30日に COVID-19 についてのアラートを出すなど、新たな展開も垣間見られた。本章では、公衆衛生上の脅威をいち早く特定するために、これまで異質とされてきた軍事分野との関係構築や規則の改正などを通じて課題に対応したグローバル保健の基本的枠組みの展開が明らかにされた。

第3章、勝間靖「UHC の国際的な伝播とグローバルヘルス外交——「すべての人に健康を」という潮流のなかでの規範の展開」では、はじめに UHC と「健康への権利」、プライマリ・ヘルス・ケア (primary health care: PHC)、ミ

レニウム開発目標 (MDGs), 持続可能な開発目標 (SDGs) などとの関係が整理される。その上で, UHCを推進する官民パートナーシップの形成過程や COVID-19 への対応が検討される。1977年, WHO は「すべての人に健康を」というビジョンと目標を決議した。「健康への権利」は当該ビジョンと目標の根拠となる国際法上の規範として位置づけられ, 翌年には「すべての人に健康を」を実現するための戦略として PHC が提案された。PHC とは自立と自決の精神に則り, 負担できる範囲で住民が参加する必要不可欠なヘルス・ケアと言える。PHC が UHC と SDGs の目標達成に必要な「持続的な保健システムの礎石」として位置づけられた今日までの一連の展開や規範の関係性が整理される。官民パートナーシップの事例では G20 大阪サミットが取り上げられる。G20 大阪首脳宣言に UHC へのコミットメントが組み入れられたこと, G20 保健大臣会合などのグローバルヘルス外交が展開されたことが指摘される。最後に, 健康の安全保障や人間の安全保障といった人を中心とするアプローチに加え, ワン・ヘルス・アプローチという人とその他の生物, それを取り囲む環境や生態系を射程に入れたアプローチから COVID-19 への対応が検討される。本章では, PHC などの WHO がこれまで推進してきたグローバル保健に関する規範が整理され, 人間の安全保障やワン・ヘルス・アプローチを用いて感染症に対応する必要性が明らかにされた。

第2部「国際レベルにおけるガバナンス」は第4章から第6章で構成される。第4章, 松尾真紀子「複合リスクとしてのエボラ出血熱とガバナンスの失敗」では, 複合リスク化したエボラ出血熱 (2014-2016) を事例に, 今日の感染症対策が保健分野だけに留まらない, 「システム全体」の視点が必要とされていることを明らかにする。西アフリカ諸国で発生したエボラ出血熱は1万人以上の犠牲者を出した。流行初期に国境なき医師団が国際的な対応の必要性を警告したが, WHO はこの状況を適切に判断できなかった。WHO は, 流行対応の責任は当該国政府が持ち, WHO 自らは専門的・技術的組織であるとの認識を持っていたからであった。深刻化する事態に対応するために国連は, 健康・保健を目的とする国連ミッションの国連エボラ緊急対応ミッション (UN Mission for Ebola Emergency Response: UNMEER) を設置する。UNMEER 設置後, 国連諸機関で役割分担を行う中で, エボラ出血熱の流行も次第に収束し, UNMEER は解体され, 最終的に WHO にその権限が引き継がれた。この流行に

見られた大きな変動幅，広範な直接的影響の範囲，不可視性といった感染症リスクが感染流行国のヘルスシステムの脆弱性に影響を及ぼし，別の健康リスク，政治・経済・社会リスクへ波及したことで事態が深刻化したと分析される。WHO や国連などでも，エボラ出血熱流行の複合リスク化を分析する報告書が提出された。本章では，これら報告書で指摘された国際保健規則の不徹底・機能不全，国際機関間・内の調整連携メカニズムの欠如，複合的な感染症対応への資金メカニズムの欠如の3点に着目し，西アフリカ諸国において，これら要因が相互作用したことで事態が複合リスク化したと位置づけている。本章は，感染症リスクが発生国の置かれた状況などにより多様なリスクと相互作用して複合化する可能性や，その対応としてマルチセクター対応や「システム全体」の視点を強化する必要性を明らかにした。

第5章，松尾真紀子・城山英明「グローバル保健改革—G7における議論とWHO・国連・世界銀行における対応」では，WHO，国連，世界銀行などでのグローバル保健改革が検討される。前章で検討されたエボラ出血熱は，グローバル保健の改革を促す契機となった。なぜなら，それまでのグローバル保健は主に保健省が取り扱う問題として認識されていたが，これを契機に，外務省や財務省，首相レベルにおいても問題解決に取り組む必要性が生じてきたためである。その結果，WHO，国連，世界銀行などでグローバル保健改革の議論が活発化した。例えば，国連では，「健康危機に対するグローバルな対応におけるハイレベルパネル」やタスクフォースが設置され，国連内におけるグローバル保健の位置づけが明確化された。しかし，国際や国家のレベルの役割分担の方法など課題を残している。WHO では，感染症発生の初動時に即時拠出可能な資金メカニズムとして緊急対応基金（Contingency Fund for Emergencies: CFE）が設立された。CFEにより感染症や自然災害などが発生した際に，平均1.8日で資金を執行可能な枠組みが整えられた。しかし，継続的な活動が可能となる資金の調達が課題として浮上している。世界銀行では，新たに「パンデミック緊急ファシリティ（Pandemic Emergency Facility: PEF）」が設立された。PEFは，最貧国77ヵ国を対象にしており，COVID-19に対しては，「保険枠」を用いて1億9,582万米ドルを配分することで対応した。本章では，上記の事例のようにグローバル保健改革が一定の成果を上げていることが明らかにされ，グローバル保健ガバナンスの更なる機能向上のための継続的な見直し

と改革の必要性が指摘された。

第6章、江副聡「UHC 主流化に向けた国際動向と日本の取り組み——国連総会 UHC ハイレベル会合を中心として」では、UHC に関する国連及び日本の動向が検討される。はじめに UHC の定義「すべての人が、効果的で良質な健康増進、予防、治療、機能回復、緩和ケアを含む必要な保健医療サービスを、負担可能な費用で受けられること」と、その源流が WHO 憲章に求められることが紹介される。UHC は、2005年に初めて WHO でその概念が確認され、その後、2012年に国連で取り上げられるに至った。日本ではすでに UHC と親和性が高い国民皆保険制度が導入、浸透しており、UHC を進める土壌が整っていたと整理される。2013年には日本は「国際保健外交戦略」の中に UHC を位置づけ、積極的に推進していく立場を表明した。日本外交の重要課題として国際保健を位置づけ、人間の安全保障などと共に UHC を推進することで、SDGs に UHC が盛り込まれる成果を生み出した。国連では、2019年に国連総会 UHC ハイレベル会合が開催され、「UHC ハイレベル会合政治宣言」が承認された。同宣言では2030年までに UHC の実現に向けて取り組みを進めることを宣言し、基礎的な保健医療の対象をすべての人に拡大する、2030年までに途上国の平均余命を3.1から8.4年延伸させる、PHC を中心に医療への公的支出を GDP の 1%以上増やすなどの数値目標や、誰も取り残さない、法規制の整備、医療の質の確保、マルチ・ステークホルダーとの協働、ジェンダー平等など宣言の実現に向けた目標が定められた。今後の課題として、UHC 実現に向けた機運を維持発展させること、上記宣言で設定された目標を実現に結びつけるモニタリングや評価、軌道修正の重要性が指摘された。本章では、UHC の実現に向けた日本政府の取り組みと国連での動向、これまでの成果が明らかにされた。

第3部「国レベルにおける保健外交とガバナンスの課題」は第7章と第8章で構成される。第7章、詫摩佳代「先進国の保健外交——フランスと WHO の連携を中心として」では、先進国の保健外交の動向と問題点が検討される。はじめに近年、保健外交が活発化してきた要因として保健問題が公衆衛生上の課題から安全保障上の課題へと再定位されたこと、保健外交が各国の国際的影響力を高める手段として認識された2点が指摘される。同時に、この保健外交活発化の問題点として保健分野の課題間格差や特定国の影響力の強化、それによるガバナンスの分散化が指摘される。各国の保健外交の特徴として、アメリカ

は複数のチャンネルを通じて保健外交と展開していること、日本は長寿健康社会という特徴や技術力を生かした保健外交を展開していると整理される。またフランスは、国際保健協力を歴史的にリードしてきた継続性やパスツール研究所が持つネットワークを活用するなど、官民連携の特徴も持つとされる。二国間支援、EUを通じた支援、多国間支援という3つのチャンネルが用いられている。その中でもWHOリヨンオフィスは、フランス政府のサポートや研究ネットワークを生かし、WHOを中心とする既存のガバナンスの弱点を補完する存在として機能していると分析される。各国が持つ保健外交の強みとWHOを中心とする協力枠組みが有機的結合することが今後の課題として示唆される。

第8章、土居健市「中国における保健ガバナンス改革と国際的展開」では、中国国内の保健ガバナンス及び中国による対外的保健援助の発展過程が検討される。はじめに国家衛生健康委員会を中心とする中国の保健ガバナンスの特徴が整理され、1990年代まで人的・財政的リソースが不足していた中国の保健医療の問題点が指摘される。2003年に発生したSARS問題では初動対応の遅れが感染の拡大を招いたが、4月にはSARS中央対策本部が改組され積極的対策に転換した。結果として、SARSの封じ込めには成功したものの、国民経済、社会生活に大きな影響を残し、中国にとって苦い教訓となった。SARS以後、中国は保健改革に取り組み、突発公衆衛生事件応急対応制度、感染症予防治療法改正、衛生応急弁公室の強化などが実施された。しかし、各種の規定が曖昧で各現場で実施方法が異なるなどの課題も残っている。中国による対外的保健援助の側面については、ほとんどの保健援助が贈与として実施されていること、対外援助医療隊の派遣が1963年から開始されたこと、医療施設の建設などの援助が行われていると整理される。2018年3月には国内の行政改革に伴い、国家国際発展協力署（China International Development Cooperation Agency：CIDCA）が設立された。近年の保健援助の特徴として、公衆衛生・保健システムの強化など面的な効果を狙う支援が重視され、WHOとの関係においては、未だWHOから技術協力を受けているが、共に支援を行うパートナーとしての役割が強まっている変化が指摘される。2016年3月にWHOと中国の衛生計画生育委員会が締結した「中国・WHO国別協力戦略（2016-2020年）」には中国のグローバル保健への貢献の拡大が含まれていた。COVID-19への対応については、国内対応においてWHOと共同歩調を取り続けたが、早期警戒や対応の

遅れが課題として浮上した。中国は他国に先駆けて流行を抑制した経験を持っており、他国に保健援助を展開する数少ない国であることが、尚且つ、その保健協力は既存の多国間協力の枠組みが用いられていることが指摘される。本章では、中国の保健システムが SARS 以後整備されていった過程や対外的な保健援助の特徴などが整理され、グローバル保健ガバナンスにおける中国の存在感の高まりが明らかにされた。

補論では、グローバル保健ガバナンスの見地から COVID-19 への対応の含意が試論的に検討される。補論 1、武見綾子「新型コロナウイルス対応における安全保障の側面の顕在化とマネジメントの課題——国際的動向」では、COVID-19 への対応で顕在化した安全保障の側面、特に国際的動向が検討される。COVID-19 へ対応する中で、入国・国境管理における軍事的資源の活用や各国の「セキュリティゼーション」が生じたことに着目する。軍事的資源は指揮統率の取れた援助や短時間での展開が可能となるなどの利点を持つこと、各国の感染症対策がセキュリティゼーションしつつあり、一部に私権の制限を伴う事例があることなどが指摘される。これらの安全保障と保健の交錯領域でのマネジメントの課題については、「安全保障」は本来、国家安全保障や人間の安全保障など多様な側面を含んでいること、COVID-19 に対応する中で、それらの境界線が相対化され、公と私、効率性と正当性などの関係を再検討する必要が生じていると分析される。また、この交錯領域における監視と情報収集の役割や、「一国主義的ナショナリズム」と「国際的な協調路線」との関係など検討すべき課題が明らかにされた。補論 1 では、安全保障と保健の交錯領域から生じる課題とその含意が示された。

補論 2、城山英明「新型コロナウイルス感染症への対応におけるガバナンス——日本の場合」では、COVID-19 への日本の対応をガバナンスの視点から検討している。はじめに日本の感染症対策が、2003年に生じた新型インフルエンザ（H5N1）への対応を契機に厚生労働省内の対応を基礎とする枠組みから省庁横断的な対応枠組みに修正されたことが指摘される。COVID-19 への国の対応では、専門家会議の「見解」や「状況分析・提言」が一定程度機能したこと、新型インフルエンザ等対策特別措置法が改正され、COVID-19 への対応体制が制度化されたこと、省庁横断的施策が求められたことなどが言及される。国と地方自治体との関係では、北海道の「新型コロナウイルス緊急事態宣言」が実

験的措置としての特徴を持っていたこと、東京都と国との間では、休業要請の対象で意見の相違が見られたこと、これらの地方自治体の対応が波及するダイナミズムが明らかにされる。最後に日本の対応の特徴や課題として、第1波の対応では比較的ソフトな手段を用いたこと、検査体制の構築や検査数は不十分であり、人口当たりの人口呼吸器や集中治療室の数も国際比較した場合、十分ではなかったこと、専門家が一定程度積極的に活用されたことなどが整理される。各国が COVID-19 へ異なる対応をとる中で、日本の対応もその一事例として位置づけられ、省庁横断的対応という点で課題を残したことが指摘される。補論2では、日本の対応とグローバル保健ガバナンスにおける含意が示された。

III

以上が本書の概要である。本書の最大の特徴は、現在のグローバル保健ガバナンスを概観できる包括性であろう。国際保健行政の展開から COVID-19 までを分析対象に据え、グローバル保健ガバナンスに関わる様々な概念やアプローチの関係も鮮明に示される。加えて、国際的対応や各国の動向なども検討されることで、グローバル保健ガバナンスが持つ複合性が描写されている。そして奇しくも、刊行の最終段階で COVID-19 に直面したことが本書の価値を一段と高めることに繋がった。なぜなら、各章で COVID-19 への対応を追加的に検討したことで、COVID-19 の影響を含めたグローバル保健ガバナンスを考える基準点として本書を位置づけることが可能になったからである。本書を始点にしたウィズ／ポスト COVID-19 のグローバル保健ガバナンス研究の発展が期待される。

他方で、本書に更なる分析を希望する箇所がなかったわけではない。例えば、本書によってグローバル保健ガバナンスの全体像は明らかにされるが、取り上げられた事例は比較的近年の事例に集中している印象を持った。戦間期のヘルス・ガバナンスの胎動や天然痘の撲滅など、グローバル保健ガバナンスの発展の契機とも言える歴史的出来事が分析対象に加われば、歴史的側面をも内包したグローバル保健ガバナンスのあり方を提示することが可能となっただろう。また、今日のグローバル・ガバナンスの特徴の一つである多様な主体の参加という点に鑑みると、本書では、その対象が先進国や国際機関に絞られているように感じた。勿論、中国やエボラ出血熱流行地における活動などは取り上げら

れているが、グローバル保健ガバナンスにおける途上国や NGO の活動や果たす役割、それら主体の COVID-19 への対応など能動的側面がさらに検討されれば、本書が究明を試みたグローバル保健ガバナンスのあり方や様態をより明らかにすることに繋がるだろう。

ともあれ、これら諸点は本書の価値を損ねるものでは全くない。本書を基にしたグローバル保健ガバナンス研究の発展と共に実務面や COVID-19 への対応におけるグローバル保健協力の深化を切に願う。

注

- (1) <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (2021年7月30日最終閲覧)