

## 第9回グローバルヘルス戦略推進協議会 概要

■日時：令和6年7月22日（月） 15：00～17：00 最大2時間予定

■場所：中央合同庁舎4号館共用1208会議室 /ハイブリッド開催

■議事：

- ・グローバルヘルス戦略フォローアップについて
- ・第3期健康・医療戦略の検討について

■出席者：

<議長>

内閣府 健康・医療戦略推進事務局長 中石 齐孝

<構成員>

内閣官房 内閣審議官（内閣官房副長官補（外政担当）付） 西山 英将

外務省 国際協力局長 石月 英雄

（代 日下部 英紀）

外務省 大臣官房地球規模課題審議官 中村 和彦

（代 今西 靖治）

財務省 国際局長 三村 淳

（代 藤井 大輔）

厚生労働省 大臣官房国際課総括審議官（国際担当）事務代理 井上 肇

<関係省庁・機関>

内閣官房内閣感染症危機管理統括庁 内閣参事官 前田 彰久

総務省 国際戦略局次長 野村 栄悟

経済産業省 商務・サービスグループヘルスケア産業課課長補佐 里 貴之

環境省 地球環境局国際脱炭素移行促進・環境インフラ参事官室  
参事官補佐 工藤 俊祐

国立国際医療研究センター 国際医療協力局運営企画部長 蜂矢 正彦

独立行政法人国際協力機構 審議役 牧本 小枝

日本医療研究開発機構 国際戦略推進部部長 小賀坂 康志

<有識者>

公益財団法人日本国際交流センター 執行理事 伊藤 聡子

グローバルヘルス市民社会ネットワーク 代表 稲場 雅紀

公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金CEO兼専務理事 國井 修

シブサワ・アンド・カンパニー 代表取締役 洪澤 健

東京大学大学院 法学政治学研究科 教授 城山 英明

国立社会保障・人口問題研究所 所長 林 玲子  
大阪大学ESGインテグレーション研究教育センター 共同代表 星野 俊也

<健康・医療戦略参与>

内閣府 健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略参与 笠貫 宏  
内閣府 健康・医療戦略推進事務局政策参与 武田 俊彦  
内閣府 健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略参与 永井 良三

<健康・医療戦略推進事務局>

内閣府 健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター 鈴木 秀生  
内閣府 健康・医療戦略推進事務局参事官 水野 良彦  
内閣府 健康・医療戦略推進事務局企画官 三浦 聡  
外務省 国際協力局国際保健戦略官 江副 聡

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター 時間になりましたので、ただいまから第9回「グローバルヘルス戦略推進協議会」を開会いたします。本日は、皆様、大変御多忙の中、また大変お暑い中、御出席いただきまして誠にありがとうございます。

本日の議事進行役を務めさせていただきます内閣府健康・医療戦略推進事務局の鈴木でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

また、本協議会の議長は、内閣府健康・医療戦略推進事務局の中石事務局長でございます。

本日はペーパーレス会議としておりますので、配布資料はお手元のパソコンまたはタブレットで御確認ください。

本日の出席者については、事前送付した資料のうち「第9回グローバルヘルス戦略推進協議会 概要」のとおりとなっております。

なお、非公表の資料を除き、本日の配布資料及び逐語ベースの議事概要を後日公開させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

また、議事に入る前にオンライン会議の注意事項を2点御説明申し上げます。前任の宮原参事官に代わり、7月に着任しました健康・医療戦略推進事務局 水野参事官から説明を申し上げます。水野参事官、よろしくお願いいたします。

○水野健康・医療戦略推進事務局参事官 ありがとうございます。7月から着任いたしました水野でございます。経産省から引き続き出向ということで、お世話になります。皆さん、よろしくお願いいたします。

それでは、注意事項2点でございます。御発言のある方は「手挙げボタン」を押していただきまして、事務局からの御指名をお待ちくださいますようお願い申し上げます。それ

から、御発言いただく際には、カメラ・マイクをオンにし、初めに名前をおっしゃってください。発言時以外は、カメラ・マイクをオフにさせていただくようお願いいたします。

また、議事に入ります前に、注意事項ではございませんけれども、御紹介をさせていただければと思います。今回、構成員でございます各省からの参加の皆様方、御異動等ございました。代理の方でございますので、構成員のお名前だけを御紹介します。

内閣官房内閣審議官 西山様が御着任されて御参加でございます。

また、外務省からは国際協力局長 石月様が御着任ということでございます。今回は代理で参加されてございます。また、同じく外務省から、大臣官房地球規模課題審議官に中村様が7月、御着任ということでございます。

また、遅れていらっしゃるそうでございますけれども、厚労省のほうから大臣官房国際課総括審議官の事務代理の井上様、御着任されてございます。

また、11月にそれぞれの構成員、変わるかと思っておりますので、その際に改めて御挨拶を賜ろうと思っておりますが、今回は名前の御紹介にとどめたいと思っております。

以上でございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

それでは、議事に入ります。本日は議題1「グローバルヘルス戦略フォローアップについて」と議題2「第3期健康・医療戦略の検討について」の2点でございます。関連性のある議題ですので、議論の効率性の観点から、議題1と議題2について先にまとめて資料説明をした後、後半部分で議題1と議題2、両方について質疑応答及び議論の時間を取るという構成にしております。

まず、議題1「グローバルヘルス戦略フォローアップについて」、資料1を用いて内閣府健康・医療戦略推進事務局より御説明いたします。その後、外務省、財務省、厚生労働省から所管部分の御説明をいただきます。

それでは、内閣府、よろしく申し上げます。

○水野健康・医療戦略推進事務局参事官 私のほうから、内閣府健康・医療戦略推進事務局から御説明申し上げます。

資料1でございますけれども、今、鈴木大使から御説明ございましたけれども、後ほど関係省庁から深い内容の御説明がございますので、私のほうからは資料1-1の御紹介をしながら、内閣府の部分についてという形で御説明申し上げたいと思っております。

おめぐりいただきまして、スライド右下の番号で申し上げますと、スライドの1番であります。戦略に関する動向と書いてございますが、推進体制は御承知のとおりでございます。その他の部分が新しい点でございます。後ほど説明資料の中に入っておりますけれども、厚労省におきまして国際戦略推進本部が設置されて、第1回の会議を開催されましたということで、後で中身の御紹介があるかと思っております。

続きまして、スライドの2番でございます。ここからグローバルヘルス戦略の取組の内容のそれぞれにつきまして、簡単なフォローアップをさせていただきます。年1回の11月

の網羅的なフォローアップと違いまして、簡単なフォローアップとなりますので、駆け足でございますけれども、御紹介させていただければと思います。

①、3段ございますけれども、これらにつきましては、後ほど外務省、厚労省、財務省のほうから、それぞれ幾つか関係する部分がございますので、そちらの資料に譲りたいと思います。

また、②につきましても同様でございます。下のほうの2つでございますけれども、外務省あるいは財務省のほうの説明資料に入っておりますので、そちらに説明を譲りたいと思います。

続きまして、スライドの3番でございます。③、上の段につきましては、外務省のほうから御説明があるかと思っておりますので、後ほどでございます。

その下の段が内閣府の部分でございます。グローバルヘルス戦略のパートナーシップ国の関係連絡会のうちのベトナムについてということで、若干の進捗がございました。取組の現状の共有を行い、今後の進め方についての議論というものも実施させていただいております。

また、その2つ下でございます。④の下の段でありますけれども、インパクト投資イニシアティブ（Triple I）でございますが、我々内閣府が運営しております。昨年11月以来、今年5月、WHO総会のサイドイベント等で広報活動を行っておりますし、また足元でも、もろもろラウンドテーブルなりの会合を行っておりますので、それら進捗についての記載をしております。また、11月に取りまとめた御報告ができればと思います。

⑤につきましては厚労省が中心にやっておりますけれども、PQの辺りの取得に向けた促進策・支援策をやっておられるということの記載でございます。

スライドめくっていただいて、4番でございます。⑥、一番上の段が内閣府絡みでございますので、御説明をさせていただきます。グローバルヘルス戦略のフォローアップに係る市民社会との意見交換会ということで、いわゆるNGOとの意見交換会でございます。今週7月25日に現在のグローバルヘルス戦略のフォローアップ、Triple I等の動向についての情報の共有をしてみようと思っております。

また、⑦はAMED関連の事業かと思っておりますので、こちらの記載のとおりかと思っております。

続きまして、スライドの5番であります。この中では、⑩でありますけれども、後ほど厚労省のほうからアライアンスについての御説明があるというふうに思っております。

その他、保健戦略等でAMR等の話も出ているかと思っておりますので、後ほどの資料の中で、もしかしら言及があるかと思っております。

最後のスライドであります。⑬の情報発信は各省の取組を網羅的に記載しているということでお読みいただければと思っております。最後の⑭UHCナレッジハブであります。これは財務省の資料の中に御提示があったようでございますので、後ほど御説明があるかと思っております。

以上、概括的ではございますけれども、我々の取組、それから各省の幾つかの御紹介をさせていただきました。今後は、各省からの御説明があるかと思しますので、そちらのほう、よろしく願いいたします。以上でございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、外務省から日下部審議官、今西参事官、それぞれ4分程度ずつ、計8分程度で補足説明をお願いします。

○今西大臣官房参事官（地球規模課題担当） ありがとうございます。外務省地球規模課題担当の参事官として着任いたしました今西でございます。前半部分につきましては私から、後半部分につきましては国際協力局の日下部審議官から御説明させていただきます。資料のほうですけれども、大部でございますので、駆け足で要領よく説明させていただきます。私のほうからは、外務省資料に基づいて、いわゆるパンデミック条約（以後、「パンデミック条約」）政府間交渉会議（INB）、2点目にグローバルファンド、最後にGaviの理事会結果などについて御説明いたします。

まず、スライドの1ページ目を御覧ください。1点目のパンデミック条約政府間交渉会議でございます。パンデミック条約、パンデミックの予防、備え、対応（PPR）に関するWHOの新たな法的文書でございますけれども、5月の第77回WHO総会における交渉延期決定後、初めての会合としてINB10、第10回の政府間交渉会議が7月16日～17日と、ちょうど先週開催されました。今後の交渉の進め方やスケジュール等について議論が行われましたので、資料を御参照ください。

本会合では、INBの執行部であるビューローメンバーの交代が行われまして、オランダからフランス、それから日本からオーストラリアへの交代が承認されたところでございます。

本件の交渉につきましては、2024年内の特別総会、またはさらなるINB開催の上で、来年2025年の第78回のWHO総会での採択を目指して行われます。今回のINB10におきまして、9月、11月にそれぞれINB11、12としての会議を実施することが決定されましたけれども、それ以外の非公式の会合が頻繁に入る可能性もございますので、関係省庁の皆様におかれましては対処方針等の御相談をさせていただくことになると思しますので、御支援、御協力をお願いできればと思っております。

今後の交渉の行方については予断できませんけれども、新型コロナウイルス感染症のような甚大な影響を及ぼす感染症につきましては、国際社会が一致して対応する必要があることは言うまでもございません。パンデミックの予防、備え、対応（PPR）の強化に向けた国際的な規範の強化は、その意味でも重要でございます。この観点から、日本政府として本件交渉に引き続き建設的に参加、貢献してまいります。

なお、一部では、依然としてワクチンのいわゆる強制接種とか国家主権が損なわれるなどの事実に反する誤情報、偽情報が散見されますけれども、このパンデミック条約については外務省のホームページで、それからIHRにつきましては厚生労働省のホームページでも解説し、関連情報の提供に努めておりますところ、本日のような機会も含めて、丁寧に

正確な情報の発信に努めてまいります。

スライドの2ページ目以降、参考資料でありますので、説明は省略させていただきます。

続いて、2点目のグローバルファンドの関係、資料の6ページ目を御覧ください。本年4月でございますけれども、グローバルファンドの理事会及びリトリートが開催され、私の前任である、当時の北村審議官が参加いたしました。また、つい先日、7月8日～9日にはジュネーブでリトリートが開催されまして、私が参加してきたところでございます。

4月の議論の概要といたしましては、現行の第7次の増資期間におけるプログラムが各裨益国において、まさに実施されているところでございますので、その進捗状況が事務局より報告されました。また、次期第8次の増資会合が来年の下半期に予定されていることを踏まえまして、2030年までの三大感染症の撲滅や、それらの対策を通じた保健システム強化という目標に向けて、どのような次期投資計画を策定するか、今後のスケジュール等について活発な議論が交わされました。

7月の議論の概要といたしましては、4月のリトリートの議論を引き継いで、来年の増資に向けた方向性についてオープンに議論しつつ、増資の総額に応じた幾つかのシナリオを用いて、より具体的に検討したところでございます。

日本政府といたしましては、理事としての役割を十分に果たしながら、引き続きグローバルファンドを通じた三大感染症対策や保健システム強化の支援を行って、世界のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けて貢献してまいります。

それから、3点目、スライドの7ページに、Gaviの関連でございます。6月の6日～7日とGaviの理事会が同じくジュネーブで開催され、当時の赤堀地球審が日本、イタリア、スペイン、ニュージーランドで構成される理事区を率いる理事として参加いたしました。この理事会におきましては、2026年から2030年までの次期戦略期間に向けた戦略、それから資金調達計画について主に議論がなされました。

さらに、日本企業がワクチンを開発した Dengue 熱、エムボックスも、今後、Gaviの支援対象とする方向でワクチンの投資戦略が承認されたところでございます。

それから、もう一点、会議としましては、6月20日、パリにおいて、フランス政府、アフリカ連合、Gaviの共催でGaviの増資準備会合及び「アフリカにおけるワクチン製造アクセラレータ（AVMA）」立ち上げの会合が開催されまして、このAVMAに対しては日本政府として3000万ドルの支援を行うことを表明いたしました。

今後、本年の末から来年の初頭にかけて、次期の戦略期間に向けた増資会合が開催される予定です。共にGaviに拠出します厚生労働省をはじめとする関係省庁とも引き続き緊密に連携し、Gaviへの支援を通じた日本政府としての貢献の在り方をしっかりと検討してまいります。

それから、資料はございませんけれども、近々の会議といたしまして、来月8月24日～25日に、アフリカの関係でTICAD9閣僚会合が来年の首脳会合を見据えてホテルニューオータニで開催される予定になっております。本年5月の上川外務大臣のアフリカ訪問の成果

等を踏まえ、連結性、若者、女性、WPS、官民連携等を重視しつつ、日本とアフリカ、国際社会が抱える諸課題への革新的な課題の解決策をアフリカとともに創り上げることで、アフリカ諸国との関係・連携強化を図ることを目的としております。

この閣僚会合では3つの柱がございまして、経済、社会、平和と安定の3つの柱で議論する予定でございますけれども、言うまでもなく保健はこのうち社会の柱の中で重要なイシューでございます。保健関係の様々な国際機関からの参加を想定しております。

また、24日～26日には、GaviとJCIE様、セーブ・ザ・チルドレンによる保健関係の公式イベントの開催を予定しているところでございます。

○日下部国際協力局審議官 続きまして、国際協力局の審議官の日下部でございます。

このフォローアップで言えば、3ページ目の③二国間ODAを含む多様な協力ツールの活用のところ、資料としては、先ほど今西の説明した資料の後ろに続く部分で、8ページ目以降でございますけれども、昨年6月に開発協力大綱を改定してから約1年がたちまして、新たな大綱で示した開発協力の方向性を実装していくことが大事な段階になっております。そのために、開発のための新しい資金動員の方策を検討しなければいけないということで検討会を行って、提言を今月の12日に大臣へ有識者の方々から提出いただいたという状況でございます。

その提言の内容については、参考資料の10ページ、11ページでございますけれども、特に11ページで、基本的な方向性でございますけれども、ODAを触媒として、多様な主体が連携して民間企業や投資家自身が経済合理性に基づく投資を行うことで、結果的に途上国の開発へとつながっていくようなエコシステムをつくって成長していくことの重要性が強調されています。

具体的な方策としては、グラント性資金を活用してリスクテイクをしていく。民間ですから、儲からないとなかなか動かないということもあるので、儲かりづらいところをグラント性資金で何とかできないかといった新しい取組に向けた検討が期待されているとともに、実施に当たっては、政府及び実施機関のガバナンス、多様なステークホルダーとの協力、役割分担などにも留意しながら進めていくと言われているところでございます。これを受けまして、我々としては、ODAの抜本的な見直しにもつながるので、法改正の可能性も含めて検討していくところでございます。

なお、昨年の6月に閣議決定されました開発協力大綱、今回資料としてここには入れておりませんが、グローバルヘルス戦略についても明示的に言及しているところでありまして、特に地球的規模課題への国際的取決めの主導の中で、グローバルヘルス戦略を踏まえ、グローバルヘルス・アーキテクチャーの構築に貢献し、将来の公衆衛生危機に対する予防、備え、対応を強化するとともに、保健人材育成を含む途上国の保健システムを強化して、より強靱、公平、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを推進していくということを大綱に掲げていますので、我々としてはそういった方向性でしっかりと取り組んでま

いりたいと思っっているところでございます。

今後も本協議会を通じて有益なインプットをいただきながら、二国間ODA、民間企業との連携などを含む様々なツールを活用して、法改正の可能性も含めて検討し、一層効果的・戦略的な活用を進めてまいりたいと思っております。

以上でございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、財務省から4分程度で御説明をお願いします。

○藤井大臣官房秘書課財務官室副財務官 財務省の藤井と申します。今日はよろしく願いいたします。

資料1-2という表題を振った資料をお配りしております。私のほうから、財務省が関係しております保健関係の国際分野での取組3つ、冒頭、内閣府のほうからちょっと触れていただいたUHCナレッジハブ。それから、G7・G20での取組。最後に、パンデミックファンド、この3つについて簡単に進捗について御説明させていただきたいと思えます。

まず、1ページ目、UHCナレッジハブでございますけれども、皆様、もう御存じのとおり、日本はずっと長い間、UHCの重要性というのを強調してきているところでございます。こうした中で、これを実現していこうとしますと、世銀、WHOと、財政分野、保健分野の両国際機関と協力して進めていく必要があるだろうという認識に立ってございまして、この2つをどうやって結びつけていくか。その結びつけ役として日本政府が働きかけをすることができるのではないかということ、私の隣にいる厚労省とずっと長く議論してきているところでございます。

昨年、ちょうど日本がG7の議長国をしておりましたとき、5月に広島でリーダーズサミットがございましたが、ここでUHCに係るグローバルなハブ機能の重要性というものを確認させていただいたことを起爆剤としまして、今年に入りまして、4月にIMF世銀の春会合というのがワシントンD.C.で毎年あるのですけれども、右側に写真をつけさせていただいておりますけれども、鈴木財務大臣のほうから、このUHCナレッジハブというものを来年2025年に日本に設置するということを発表していただくことができました。

この話は、翌月5月にG7の財務大臣・中央銀行総裁会議、これは今年イタリアが議長なものですから、イタリアのストレーザというところで行いましたが、ここでもG7のほかの国々にも設立を歓迎していただきまして、同月5月、その後、5月の終わりでございますけれども、WHOの世界保健総会の場におきまして、こちらの写真をつけておりますが、塩崎政務官のほうから東京にナレッジハブを設置するということを発表していただきまして、UHCの推進というのを大きく旗頭として掲げておりました日本がリーダーシップを取って、この推進をしていくということをお願いしております。

中身は来年、具体的にはローンチをしようということを考えておりまして、現在、WHOや世界銀行と厚労省ともども進めているところでございますが、右下にざっくりとしたイメージ図をつけさせていただいております。UHCに係る知見の収集・共有というものを、この



ハブにおきまして行った上で、途上国の財務保健当局者の方の人材育成、具体的にはセミナーを開催するとかTAをするといったようなことで、こういったものを広げていくことを考えております。それで、WHO、世銀、それぞれ現在でもそういった人材育成をやっているわけですが、それを一緒にやることによって、よりインパクトを広げていくことを考えております。

併せて、なぜ日本でやるかというところでございますけれども、日本が残念ながら少子高齢化のリーダーと申しますか、フロントランナーということもございまして、逆に言えば、そういった少子高齢化に対して、どうやって質の高いUHCを維持していくのかという日本の知見・経験というものが活用できるのではないかと。それを東京だからこそ、こういうことも内容に含めてやっていけるのではないかとということで考えております。

最後になりますが、来年、こういったローンチをするときに、多分東京になると思いますが、関係者の方々を日本に幅広く集めてUHCハイレベルフォーラム（仮称）というのを開催して、このハブのスタートというのを大きく盛り上げていきたいと思っています。これからまだ1年ありますけれども、頑張っていきたいと思っております。

次のページ、めくっていただきまして、G7・G20でございます。先ほど申し上げました、昨年、日本が議長国を務めたときに、パンデミック対応のための共通理解という文書をまとめてございます。これに基づきまして、G20で、パンデミックを受けて財務・保健を具体的に議論していくタスクフォースというものが設けられておりますけれども、そこで将来のパンデミック対応のための、既存の知見メカニズムにどういう穴があるだろうかというマッピングの分析等をした上で、そういった機能面のギャップに対してどういうふうに対応できるだろうかという議論を、ここ数年続けてきております。今年もブラジルのG20議長の下でしてきてございます。

2024年の議論というところでございますが、まずG7のほうでは、先ほど申し上げました5月の終わり、イタリアで行われましたG7の会議で、世銀なんかで危機対応ツールキットといった新しいメカニズムをつくったことがございますけれども、こういったものの進展を歓迎するとともに、さらに対応資金の革新的なメカニズムに関する検討を継続してほしいということを確認してございます。

同じようなことをG20のほうでも行ってございまして、G20は今年の10月の終わりに、ジョイントで財務・保健合同大臣会議というのがブラジルで行われる予定でございますが、そこに向けてオペレーショナル・プレイブックという、ちょっと分かりにくい言葉をつけておりますが、パンデミック対応の資金面での行動手順、実際起きた場合に、どの機関のどういう資金メカニズムを利用するというのを効率的にできるだろうかといったものを、1つのプレイブックというものにまとめて、その使い勝手をよくしていこうというものをつくらうという作業を現在しているところでございます。

3点目、パンデミック基金でございます。パンデミック基金はCOVID-19を受けまして2022年に設立されたものでございまして、現在、約20億ドルの資金が集まっているところです。

このうち日本は7000万ドルの貢献を出してございます。昨年夏に第1回目の案件というものに対して19案件、それから3億3800万ドルという資金を提供するというをしまして、今年の12月に2回目の配分、案件の募集というのをやっております、今年の10月のIMF世銀総会のときに、この第2回の案件の採択というのを予定してまして、今、案件のほうがたくさん途上国のほうから出てきております、これのセレクション、評価というのを専門家にやっていただいているところでございます。

併せまして、20億ドルというのは多分来年ぐらいで使い切ってしまう可能性があるものですから、2回目の資金レイズというのをしようということを立て上げておまして、それに向けて中期戦略計画というものをこの夏までにつくり上げました。これに基づきまして、先ほどちょっと申し上げた10月の終わりのG20合同財務・保健大臣会議のときにプレッジセッションというのをやしまして、そこでパンデミックファンドの2回目の資金貢献を各国から集めようと。

現状、G20の主要な国々、日本も含めて既にドナーになっているわけですが、例えば今年の議長国、ブラジルなんかは、まだパンデミックファンドのドナーにはなっていないものですから、そういったドナーベースを広げるとか、民間のフィランソロピーのような方にも資金拠出をしていただくといったことも含めて、何とかこのパンデミックを受けた後の重要な新しいチャレンジを継続して、将来のPPRに対する備えを強化していくというのを進めていきたいと思っております、日本も予算プロセス、これからでございますので、どういふに貢献できるかという中身は全く白紙でございますけれども、何とか引き続きやっていきたいと思っております。

私から以上でございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、厚生労働省から4分程度でお願いします。

○井上大臣官房国際課総括審議官（国際担当）事務代理 厚生労働省の井上です。

お手元資料1-3に基づいて、4分程度で厚労省からの補足説明をいたします。

めくっていただきまして、1ページ目、厚労省の国際戦略推進本部、6月に立ち上げました。趣旨、背景といたしましては、厚労省の関わる行政の多くの分野で、国際社会の動向、国内政策が密接に連動するようになってきております。厚労省が本来の役割を果たしていく上で、国際戦略、正式に推進本部を立ち上げて位置づけようという趣旨でございます。

体制は、2ページ目に示しておりますように、本部長・大臣の下、全局長が関わるという形でございます。

3ページ目、資料2になりますが、実際に国際保健戦略骨子の案、まだ正式には採択されておませんが、現時点での案としては、厚労省の使命の実現、知見の国際社会への還元ということを目的とし、具体的に幾つかの試み、取組を行ってまいりたい。このページの下、主な取組というところに書いてあるとおりでございます。その中には、先ほど財務

省からも御説明いただきましたUHCナレッジハブの創設。それ以外にも、創薬基盤強化のための戦略。それから、来年の春、新たに設立が決まっております国立健康危機管理研究機構とASEAN感染症対策センターの連携強化等々がございます。

次の資料で、今年5月のWHO総会における国際保健規則（IHR）改正の概要を説明いたします。国際保健規則（IHR）は1960年代に遡る古い規則でございます。当初は黄熱という1疾患のための規則でございましたが、それが2002年～2003年、SARSのアウトブレイクを踏まえて、より包括的な規則になり、2005年に改正されました。さらに今回のパンデミックを受けて、もう一度改正というプロセスがなされ、今年5月の総会で採択をされたという形でございます。

主な改正内容といたしましては、従来のPHEIC（Public Health Emergency of International Concern）に加えて、さらにパンデミック緊急事態という規定を新たに設け、よりきめ細やかに状況に応じて対応できるようにいたしました。そのほか、今回の経験を踏まえた幾つかの改定がなされ、合意に達したという形でございます。

それから、最後の資料の5ページ目、ATACHと呼んでおります、気候変動と健康に関する変革的行動のための同盟に日本も参加いたしましたという報告でございます。これまで気候変動（climate change）に係る様々な議論の中で、ここ2～3年、特に気候変動が健康に及ぼす影響ということが、より大きく、強く議論されるようになりました。それを受けて、2021年に開催されたCOP26において、イギリスとWHOが主導して立ち上げたイニシアチブ、気候変動に持続可能な保健医療システムを構築することを目指したネットワークでございます。

このたび、このネットワークに日本としても参加することにし、それによって気候変動に強靱な保健システムを構築し、それから保健医療システム自体を、低酸素で持続可能なものを目指し、最終的には保健医療部分の排出量をネット・ゼロにすることを旨とするという取組でございます。

以上です。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続きまして、議事2「健康・医療戦略改訂について」、内閣府健康・医療戦略推進事務局より御説明申し上げます。それでは、お願いします。10分。

○水野健康・医療戦略推進事務局参事官 ありがとうございます。若干時間が押してございますので、若干駆け足になりますが、大変恐縮でございます。後ほどの質疑時間のためということで御容赦賜ればと思います。

それでは、今日御説明申し上げます議事2でございますけれども、「第3期健康・医療戦略の変更の方向性」でございます。今日の御説明の内容は2つございまして、まず第2期、今までの健康・医療戦略についてのお話をさせていただきます。今後、グローバルヘルス戦略の盛り込み方についての御相談をするというのが後半部分でございます。

それでは、おめくりいただきまして、スライドの2番でございますが、健康・医療戦略

(第2期)ポイントというスライドでございます。協議会のメンバーの皆様方は御存じではないかなと思うのですが、この協議会においては初めての御紹介になるかと思っておりますので、あえてこのスライドをポイントとして掲げてございます。ただ、今回は関係の部分に焦点を絞って御説明したいと思っておりますので、さっと駆け足でございますけれども、このスライドは大きく2つ柱がございます。

健康・医療戦略推進法にもございますけれども、1つ目が青い四角で囲っている部分でございますけれども、世界最高水準の医療の提供に資する医療分野の研究開発の推進というものと、右側、オレンジ、赤の部分でございますが、健康長寿社会の形成に資する新産業の創出及び国際展開の促進ということで、今回は後ほど御説明するグローバル戦略との関係で申し上げますと、右側のオレンジ、赤の部分が中心になるかと思っております。したがって、ここからの御説明は国際展開の促進辺りが中心の御説明になるかと思っております。

国際展開の促進につきましては、その下の2ポツに書いてございますけれども、アジア健康構想、アフリカ健康構想を策定いたしまして、その推進ということでこれまで進めてまいっております。したがって、スライド3番以降で御説明させていただければと思っております。

内容面と推進の体制面の話でございますが、グローバルヘルス戦略協議会は右下にございますけれども、8つある協議会のうちの1つを構成してございまして、健康・医療戦略を推進する、策定する中の一つのパーツとして、この協議会が位置づけられているということをこのスライドで御確認させていただければと思っております。

続きまして、スライドの4番でございます。今の第2期健康・医療戦略の国際保健関係につきましては、現在の進捗を青写真的に描いたものがこのスライドでございます。先ほど申し上げましたアジア健康戦略、アフリカ健康戦略に基づきまして、二国間での政府間対話(MOC)を締結させていただきまして、締結国はここに記載のとおりでございます。アジア6カ国、アフリカ6カ国、計12カ国でのMOCの署名をいたしております。これに基づきまして、相手国政府との間で政府間の対話を進めながら、またもともとの健康・医療戦略におきまして、この二国間でのMOCの狙いは、我が国企業・産業のアウトバウンドを意図したものでございますので、企業が行うアジア・アフリカでの事業化・人材育成についての側面的な支援を行ってまいったところでございます。

後ほどの議論にも関わってきますので、KPIが下のような形で設定されておりますということの御紹介でございます。

実際、この国際展開の促進の実例でございます。スライドの5番でございますが、政府・関係機関の支援によりまして、ここに記載のとおり、各企業様のアウトバウンドを促進するような形で支援がなされたということの事例の御紹介でございます。これは後ほどお読みいただければと思っておりますので、今回、すみません、資料の詳細はちょっと割愛させていただきまして、先に進めさせていただきます。

以上が第2期の今の内容と進捗でございます。ここからスライドの6番以降が、これか

ら来年度以降の健康・医療戦略を策定するに当たっての方向性でございます。

おめぐりいただきまして、スライドの7番でございます。このスライド、それから次のスライドで、グローバル戦略のときにも議論がございましたけれども、途上国における医療費の支出の量的な側面でのこれからの伸長が予想されること、質的な側面での変化が予想されることということを、このスライドで御説明できればと思います。

今、7番のスライドでございますけれども、上の四角で記載してございますけれども、WHOのレポートによりますと、2021年の世界の医療費支出は約10兆円ということでございます。そのうち低中所得国が約2割ということで、割合的には多いのですが、人口の比で考えますと、まだまだこれから量的に伸びる余地があるのではないかと予想されるところでございます。

また、その下でございますけれども、SDGsの保健分野での目標の達成ということとの関係では、まだまだ民間の資金が不足している。先ほど民間資金のモビライズの話もございましたけれども、約371億ドルの資金が不足しているのではないかとというような話もございますので、こういう量的な側面でのこれからの伸びというものが予測されるということでございます。

それから、スライドの8番でございますけれども、質的な疾病の変化であります。左下から右上に下のグラフがございまして、いわゆる疾病負荷と呼ばれるものかと思っております。現状、低中所得国においては、左下にあるような感染症であったり、あるいは肺炎／HIVといった様々な疾病が課題でございますけれども、今後、成長していくに当たって、その過程の中で、糖尿病であったり、心筋梗塞といったようなNCDsであったり、あるいは高齢化が課題となってくるであろうということで、我が国にも親和性の高い疾病が今後、対応が必要になってくるということが予想されるということでございます。

こういう量的にも質的にも、まだまだこれから我が国がビジネスチャンスとして活用できる余地があるのではないかとことから、スライドの9番でございますけれども、グローバルヘルス戦略の中に書いてあることと、健康・医療戦略に盛り込むべき内容の関係で申し上げれば、非常に重なる部分が多いということの説明をこのスライドでいたしたいと思っております。

健康・医療戦略の基本理念として、法の第2条に書いてございますが、赤字の部分の2行目であります。海外における医療の質の向上ということにも寄与しつつということが基本理念の中にも明記されてございます。

また、グローバルヘルス戦略の政策目標の中にも、矢印の下側になりますけれども、国民がグローバルヘルスに積極的に取り組み貢献することで、「成長と分配の好循環」を実現するということが、成長戦略的な文脈でのグローバル戦略を政策目標に掲げているところでございます。

したがって、何を申し上げたいかということ、健康・医療戦略に、グローバルヘルス戦略に書いてあることはまさに盛り込むべき内容として書いておくべきだろうということ

でございます。時系列的に2020年からの健康・医療戦略には、2022年に策定されたグローバルヘルス戦略でございますので、タイミング的に盛り込まれなかったという時期的な問題にすぎないであろうと思っておりますので、グローバルヘルス戦略の内容を健康・医療戦略に盛り込んでいこうというふうに考えているところでございます。

具体的な中身は何を盛り込むのかということで、スライドの10番でございますが、グローバルヘルス戦略の目標、2つ掲げておる内容をお題目として明記しつつ、具体的な取組としては、その下の表にある内容でございます。グローバルヘルス戦略の具体的な取組として掲げているそれぞれの項目に対する取組内容がございますので、それらを第3期の健康・医療戦略には、ほぼ全て盛り込んでいければと考えているところでございます。この辺りについての御報告、御相談でございます。

最後のスライドでございますけれども、健康・医療戦略それぞれの項目ごとにKPIを設定するということが推進してございますので、グローバルヘルス戦略を盛り込むに当たってKPIを策定するということが必要になるだろうと思っております。KPIについては様々なKPIがあり得ると思っておりますので、今回、ここでは、この方針、方向性だけ4つほど掲げて、この方向性に沿って、今後、選定作業を進めてまいればと思っております。

1つ目でございます。健康・医療戦略、日本の取組として日本が進めるものでございますので、評価・測定可能なもの。

2つ目でございますけれども、グローバルヘルスの利益と関係するものということで、特定の疾患・地域に偏らない普遍的なものであること。

3つ目でございますけれども、他律的な要因に影響を受けづらいもの。世界的な景気の好不況によって相当数字が変わるようなものについては、日本の取組の結果かどうかという判断がなかなかしづらいところでございますので、自律的な要因のものについて、なるべく選定したい。

一番最後、これも重要でございます。客観的・定量的に評価するためにも必要なのですが、これまでデータの蓄積があること。それによって経時的な変化を取ってアセスしていくことが重要でございますので、そういった定量的な評価を経時的に取れるもの。

そういった4つの観点でKPIを取捨選択できていくといいなと思ひまして、この方向性だけ、まず今回は御議論いただきたく、御提示させていただいております。

すみません、駆け足でございましたけれども、以上でございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター 私から若干補足で申し上げたいのですが、要するに健康・医療戦略とグローバルヘルス戦略とは若干生い立ちが違うのですが、一体的にこれを運用して進めていく必要があるだろう。我が国の医療分野の研究とか産業が活発にならなければ、グローバルヘルスに貢献することはできませんし、逆にグローバルヘルスのコンテクストの上でやっていかないと、我が国の医療産業の展開もできないということでございますので、これを一体的にやっていくというふうにシナジーをつけていくことが大事かなと思って、今、申し上げたようなことを考え

ているわけでございます。

御説明ありがとうございました。これから質疑応答、意見交換に移りたいと思います。まず、本日御出席いただいております参与から御発言をお願いいたします。まず、笠貫参与、いかがでございましょうか。

○笠貫健康・医療戦略参与 ありがとうございます。健康・医療戦略の基本理念と、グローバルヘルス戦略を一体的に運用することは大変すばらしいことだと思っています。幾つかコメントさせていただきます。グローバルヘルスのフォローアップとして、昨年からは14項目をまとめていただき、非常に分かりやすくなりました。新産業に関する協議会と国際展開の協議会とグローバルヘルスの協議会は研究開発の社会実装に関連する事象であり、ほかの5つの協議会は研究開発と実用化に向けての事象になりますので、3つの協議会をどう有機的につなげ、かつ効果的・効率的に推進していくことが必要になると思います。

そういう意味で、国家と地域というローカル化と、二国間等を中心にした国際化と、地球レベルでのグローバル化は、お互いに連続性があり、常に連携を密にしないと、協調だけでなく、競合さえ生まれると思いますので、3つの協議会の連携協議の重要性を指摘したいと思います。

それから、フォローアップの中でも、連携という意味では、例えば二国間の連携をみるだけでなく、ODAと民間企業、大学、市民社会の連携が実際どのように行われているかを可視化することが、大事だろうと思います。グローバル戦略のフォローアップの14項目について、それぞれの連携という成果を、どのようなデータから抽出していくのかという整理が必要だと思います。新産業という観点から、国内での産業、国際間での産業、グローバルでの産業について共通のデータが、得られるかが大切だと思います。

特に、MEJとして仕事をしていたときに、ODAと民間企業の国際展開の連携を具体的に推進することの難しさを感じましたが、実際に、国にとっても、企業にとっても、限られた資源を有効かつ効率的に使っていくためには、連携の可視化ということが非常に大切ではないかと思います。

それから、グローバル化の観点から、KPIの一つとして、実際に日本がどのように国際機関の中で活動しているか。特に日本の女性の地位は、に関して、国際的には評価が低いということから、日本女性がどう活躍しているかについて、可視化することが非常に重要であって、公知により、新たな活躍の場を目指す女性が増え、人材育成や国民の理解にもつながるのではないかと思います。

それから、UHCナレッジハブの人材育成の話が出ましたが、私は故武見太郎先生に師事したことがあります。約45年前に、世界中の世代を超えた、全ての人たちが健全な人間らしい生存を目標とする「生存科学」という概念を提唱されています。自然科学と人文社会科学を含めた極めて学際的で、トランス・マルチ・インターディシプリナリーな学問領域です。先生はハーバード大学に国際保健講座をつくられ、昨年40周年を迎えたのですが、

これまでに300人を超える開発途上国等からの研究者が卒業し、教授や保健大臣もおられます。UHCナレッジハブにおいても、日本で先行している生存科学を含め、3つの協議会に共通するの学問研究を進めていただきたいと思います。

以上です。ありがとうございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、永井参与、いかがでしょうか。

○永井健康・医療戦略参与 永井でございます。ウェブから失礼します。

全体としてよく分かりましたけれども、グローバルヘルス戦略と我が国の健康・医療戦略で非常にこれから重要になるのは、医療情報の利活用です。これが新しいグローバルヘルスの課題になっておりますので、ぜひこの辺の検討もお願いしたいと思います。例えば国際共同で疫学研究をしたときに、得られたデータを日本で活用しなければならぬ。しかししばしば海外で収集したデータを日本で活用できない、あるいは日本のデータが海外で活用されない。これはデータの取扱い、収集の仕方やその他の管理の問題があると聞いています。

遠隔医療、あるいはこれから医療AIが重要になってきます。これはまさにグローバルヘルスあるいはユニバーサルヘルスケアの問題でもありますけれども、例えば生成AIでどういう情報を使ってよいのか、あるいは使ってはいけないのか。その基準が違いますと、日本の医療に関する生成AIのレベルが変わってきます。日本ではデータを利活用できなくなれば、当然、日本人に適した医療AIは質が低下します。ですからデータの利活用、特に生成AI時代をにらんで、我が国は世界とどのように協調していくか、ぜひこの点を御検討いただきたいと思います。

以上でございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

今、両参与からいただきました御意見、御指摘等につきまして、関係各省からもしコメントがあればお願い申し上げたいと思います。特にございませんか。

では、もしまた何かあれば後ほど挙手いただくことにして、次に移りたいと思います。ここからは御参加いただいております有識者の皆様からの御意見を頂戴したいと思います。五十音順で指名させていただきます。進め方については、まず前半に伊藤様、稲場様、國井様に御発言をいただき、一旦、意見交換を挟んでから、後半に渋谷様、城山様、林様、星野様に御発言いただき、再度、意見交換を行うという段取りでやらせていただきたいと思います。

それでは、まず伊藤様、いかがでしょうか。

○伊藤公益財団法人日本国際交流センター執行理事 いつも五十音順で申し訳ございません。

健康・医療戦略の中にグローバルヘルス戦略をどう盛り込むかという議論は、恐らく今まさに、皆が一番頭を抱えている「国益と国際益をどう両立させるのか」、武見先生の言



葉を借りれば、内外一体化した国際保健戦略をどう持てるかということを検討する上で、とても重要なプロセスだと思います。今日の議題に上げていただいたことをまず感謝いたしますし、発言の機会をいただいたことをありがたく思います。

資料を拝見いたしました、4点ほどコメントさせていただきたいと思います。KPIについてが2つ、資料2の認識のところについてが1つと、今後のプロセスについてであります。まず、国益と国際益を考える上で、グローバルヘルスはどのように国益に資するかを考える場合、日本にいる人の命を守るという健康安全保障の側面と、日本の産業振興につながるという経済的利益の側面、そしてグローバルサウスとの関係強化につながるソフトパワーとして国際保健で日本がリーダーシップを取るという外交上の利益の3種類あると思うのですが、今回に関しては2番目の産業振興と健康・医療戦略との関わりが重要になってくるのではないかと思います。

そういう意味でベン図で言いますと、グローバルヘルスという円と、日本の経済成長・産業振興という円が交わる部分が本当に両立しているのか、産業振興ありきになっていないか、ということを厳しくチェックする必要があるのではないかと思います。ぜひKPIに、この投資、この支援、この政策が「本当にUHCに資するか」という点を入れていただきたいと思います。UHCに資するとは、一言で言えば脆弱層に届いているかということでもあります。UHCの立方体の三軸を見ていただければ分かるのとおり、より多くの人に、よりアフォーダブル（手頃）な価格で、より幅広いサービスを届ける、ということがとても大事になってきます。

この視点を持つことは、もちろん人権とかジェンダーの観点から大事なのですが、産業振興上もとても重要な意味があると思います。なぜかというと、低・中所得国の現地でどういう商品のニーズがあって、何が求められていて、何が売れるかを考えるには、まさにこの視点がないと駄目だと思うのです。日本で良いものを売るのではなくて、現地でニーズがあるものを売るというためには、UHCレンズを持っていることが大事ではないかと思います。古い資料を見ましたら、有識者タスクフォースの初期に、令和3年ですけれども、同じようなベン図で健康医療戦略とグローバルヘルス戦略の2つの戦略・概念が整理されていました。この時の図にも「UHCの推進効果」が全体にかかっているのです、ここを絶対に落とさないでいただければと思います。

もう一点、資料2の11ページのKPIの方針の2点目、「グローバルヘルスの利益と関連するもの（特定の疾患・地域に偏らないことが望ましい）」はちょっと違和感がありました。TICADや島サミット、あるいはインド太平洋という、日本が外交上大事にしている、またはプラットフォームを持っている地域があるわけで、地域に特色を出すのは別に悪いことではないのではないかと思います。それから、特定の疾患というのも、負荷が高い疾患を優先課題とするのはどの国でも当たり前のことなので、ここは何を言っておられるのかよくわかりませんでした。特定の疾病・地域に偏らない普遍的なこととは分かりますが、万遍なくやっているとも進まないというのも一面だと思いますので、ある程度選択

と集中が必要かもしれないということで、注意が必要かと思います。

3点目が、資料2の8ページのステージの図でございます。大変分かりやすいのですが、やや単純化し過ぎているのではないかなと思いました。経済発展のステージごとに疾病構造が変わっていくのは、それは当たり前で、大変重要な御指摘だと思うのですが、このようにどんどん病気が移り変わっているわけではなくて、実際には付加されていっているのです。ステージ③、④の国にとっては、「終わっていない感染症」に「新たな非感染症」が加わっていっている。ダブルバーデンなわけです。例えば、オレンジ（ステージ③）のインドでいきますと、280万人が毎年結核に罹患していてその数は世界最大です。インドネシアもしかりです。それから、ここに南アがありませんが、800万人の世界最大のHIV陽性者がいる。

この図の原典を拝見したところ、死亡原因だけで疾病を見ているようですが、治療が普及し成功しているから死亡数が減っているだけであって、患者さん、感染者は非常に多くいるので、マーケットはここにあるわけです。質の高い検査とか治療のニーズはあるので、オレンジ（ステージ③）の国がNCDだけかということ、そうではない。終わっていない感染症がある。低・中所得国が援助から自立へとシフトしていくようになったら、その国が自国の予算で製品を買うわけですから、これは健康・医療戦略上、大変重要だと思います。

また、グローバルヘルス戦略上でも重視されている健康安全保障の観点からですが、感染症に強い日本をつくるということであれば、企業には途上国でのマーケットに参入していただいて、技術革新とか製造能力を高めていただくことで、日本が再び感染症危機に遭遇したときに役立つわけでありまして、これはまさに国益に資すると思います。もちろんNCD対策も重要で、日本が強みを持つ分野もどんどん伸ばしていくことは重要なのですが、この図のように感染症から慢性疾患へ移行すると単純化して考えてしまうと大きなチャンスを逃してしまうと思います。

最後の点、今後のプロセスでございますが、この戦略の策定までのタイムラインをぜひお示しいただきたいと思います。私どもJCIEは、四半期に一度、官民双方のグローバルヘルスの関係者が一堂に会する委員会の事務局を務めておりまして、先般、鈴木次長から次期健康・医療戦略改訂の方向性について御発表いただきました。ありがとうございました。その際に何人かの有識者からコメントもありまして、非常に建設的な議論をいたしまして、それを土台にもう少し皆でインプットできるのではないかという話をしております。グローバルヘルス戦略を策定する段階でも、非常に丁寧に意見聴取をしていただきましたので、今回はあまり時間はないのかもしれませんが、ぜひ策定までの間に幅広い意見を聞いていただくプロセスを取っていただければと思います。

以上です。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、稲場さん、いかがでしょうか。

○稲場グローバルヘルス市民社会ネットワーク代表 ありがとうございます。グローバル

ヘルス市民社会ネットワークの稲場と申します。よろしくお願ひいたします。

私のほうからは、1つは、健康・医療戦略の前にグローバルヘルス戦略の進捗について簡単にコメントさせていただいた上で、その上で健康・医療戦略のほうに申し上げられればと思います。

私は、市民社会の立場から参加しておりますので、発言も市民社会の話が多くなるわけですが、まず、こちらの内閣府の資料1のスライド4、市民社会との連携のところを御覧いただければと思いますが、こちらを拝見いたしますと、3番目のところでいわゆるパンデミック条約の政府間交渉会議の「関連するステークホルダー」の一つに、私どもグローバルヘルス市民社会ネットワークを加えていただいて、その結果、私どもとして、このパンデミック条約について進捗状況等も手に取るように理解することができ、いろいろな機会に提言をINBに出したりすることもできるということで、大変ありがたいと思っております、この点については感謝しておりますのでございます。

一方、あと2つのほうですけれども、会議を開催していただいている。これも大変ありがたいことだと思っておりますが、その上で、どのような具体的な事業面で、あるいは政策面での進捗があったのかということについて、見えるような形にさせていただくことが非常に大事なのかなと思っております。

特に、例えばこのグローバルヘルス戦略ができましたときに、「グローバルヘルス戦略フォローアップ」ということで、これは2022年5月18日に出されている表などを見ますと、市民社会との連携のところ、例えば具体的・短期的にやることとして、NGO提案型事業、ODA本体事業への参入をより容易とするとともに、「日本のNGOを通じた海外の市民社会とODAの連携強化等の新たな連携の可能性を模索（外務省）」と書いてあるわけですね。あるいは、こちらの工程表を見ますと、これも同じ日に発表されているのですが、「NGOとの連携多様化の推進」ということが具体的に書かれています。

こういった意味合いで、私たちとしては、こういった会議を開催していただくことによって、いろいろな提案をさせていただいておりますけれども、この提案を具体化して、こういう形の例えばインプットベース、アウトプットベースでの成果につながったところまで含めて、具体的な話につながっていくといいのかなと思っております。そういったところをぜひこれから御一緒に進めていければと思っておりますので、ぜひよろしくお願いしたいと思います。

あと、もう一点、こちらの進捗状況を拝見いたしますと、例えばグローバルサウス諸国における裨益者であるとか保健問題の当事者において、どのような変化が生じたのかというところについては、必ずしも表現がされていないような感じがいたします。基本的には、日本がどういうことをインプットベースでやったのかという整理にはなっておりますけれども、その結果として、途上国の現場にどのような変化があったのかということについては、必ずしも書かれていないというところがあるのかなと思うところがございます。

こういったところで、どういう具体的な成果が途上国で生じたのかということについて、何らかナラティブでも結構ですし、あるいは定量的なものがあればなおさら結構なのですが、例えばこういった国でこういった事例が生じているというようなことについて、アウトカムベースでの何らかの進捗というものも記述されるべきではないのかなというふうに思っています。

この点を踏まえて、「健康・医療戦略」のほうに移っていきたいと思いますけれども、1つ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの観点から、先ほど伊藤さんもおっしゃられたことかと思うのですが、こちらのスライド8です。いわゆる1人当たりGDPの変化による医療問題・政策の変化ということですが、この表はある種、非常に興味深い表であることはたしかです。例えば、同じ青色で括られているナイジェリアは所得が3000ドル以上あるわけですが、同じ1人当たり所得であるベトナムと比較すると平均寿命が大きく異なるわけですね。つまり、これは同じ発展段階のところに分類できないということになるわけです。

つまり、こういう昔の単線発展史観的な図が、実際に保健・医療のパフォーマンスを見ると全く当てになっていないということを逆説的にこの図は表明しているわけです。こういうような形の図を見るとよく分かるのは、逆に言うと、一つ一つの国に対してオーダーメイドで対応しなければいけないということだと思います。

もう一つは、例えばブラジルやメキシコといったような中南米の国々を見ていただくと、所得水準が1万ドルに達しようとしているのに、平均寿命は、例えばベトナムやスリランカ、タイに比較して圧倒的に低いということがあります。これは例えばそれぞれの国々における格差や貧困層の存在といったところが大きく影響しているわけですね。この辺で言うと、例えばUNDPが開発した「人間開発指数」といったものを加味することがより重要ではないかなと思います。

あと、もう一つは、例えば精神疾患と非感染性疾患とを見ますと、実際には低所得国における精神疾患の問題というのは実は非常に深刻なものがあるわけですね。例えば、DALYsなどのような統計を見ると、昔から、低所得国においても精神疾患、うつ病といったようなものが非常に深刻に出ていることは、別の統計から見ると明らかであります。こういった意味合いから見ますと、こういういわゆるGDPによる変化というのは、もう少しよりディープにしっかり見て、その上でその国々におけるオーダーメイドな対応というものをどういうふうにするのかということを考えていかないと、実際に何が市場になっているかということがよく分からないということがあるかと思えます。

もう一つ申し上げますと、こういう形で疾病による大きな負担がどんどん増えていくことになりますと、これらの国々がどんなUHCシステムをつくっても破綻するという話になってしまうわけです。この点で考えますと、例えば予防をどうするのかということや、保険制度にどう入ってもらおうのかということや、例えば人々が毎日運動することがNCDs（非感染性疾患）予防においては重要ですし、あるいは生鮮食料品へのアクセス

をどういうふうを実現するかの方が重要なわけで、こういったところに関して、例えば市民社会、NGO、コミュニティといったような、いわゆる最も裨益者に近い立場で取り組んでいる人たちの存在を重視するということが極めて重要になってくるわけです。私たちが「人間の安全保障」ということで言っていたのもそこでありまして、また、私たちにとっての市場も、実際にはそういうところにもあるのではないのでしょうか。

そうしないと、途上国社会を、医療費ばかりがかかって、UHCの仕組みが破綻してしまうような状況に追い込んでおいて、その上で我が国に商機があると言っても、あつたはずの商機が失われてしまうという話になってしまうことがあるかと思えます。そういった意味合いで考えますと、例えばこの図から逆説的に見えてくるのは、もっと細かくちゃんと見る。そういう中で、どこに市場があるのかというものをちゃんと見つめてやっていくことが大事ではないかと思えます。

最後にKPIの話をお願いしますが、日本の取組として評価・測定可能なものというふうにあるわけですが、これは日本のみの取組として評価・測定可能なものといったら、これはグローバルヘルスでは非常に難しいと思えます。つまり、グローバルヘルスというのは様々な主体が連携し、協力し、また競争して具体的なアウトカムにつなげているわけで、我が国だけでやって、どこかの国の保健の成績が上がるものではないということは考えなければいけないのではないかと思います。この点で言うと、自前主義からどう脱するのかということを考える。そして、自前主義から脱した上で、どのようなKPIをつくるのかということを考える必要があるのではないかなというふうに思っているところです。

この辺、渋谷先生もおっしゃっている「メイド・ウィズ・ジャパン」というところで考えると、「日本の取組として評価・測定可能なもの」としてしまうと、これはメイド・ウィズ・ジャパンじゃなくて「メイド・バイ・ジャパン」になってしまっていて、これでいいのかという話になるわけですね。その点で考えますと、日本がいろいろな国々やいろいろな主体と協力して、どのように成果を上げたのかということについて、KPIとして踏み込む必要があるのではないかと考えております。

また、現状では、国際展開については、「1.5倍にする」という指標しかないもので、これをもう少しちゃんと細かくつくる必要があると思えますけれども、そのときに重要なのは、どのように我が国がほかの主体と連携してやって、その上で成果を出すのかということかと思えますので、この点、我が国の自前主義に陥らないような形でのKPIの設定というのをお願いできればと思っております。

長くなりまして、申し訳ありません。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、國井様、いかがでしょうか。

○國井公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金CEO兼専務理事 ありがとうございます。

今までUNICEFやグローバルファンドでこのような戦略づくりをしていたときに、いつも

気をつけていたのが、何のためにやるのか、何をするのか、for whatとHowなのです。Howのところはすごく多くなってしまっていて、どこにいるのかが見えなくなってくることもある。そのためにどこに目標があるのか、for whatを明確にすることが必要です。この目標は既にあります。世界にSDGs 3（すべての人に健康と福祉を）がありますし、その中に具体的なターゲットが13あります。具体的にそれらを見ながら、どこを目指して我々は、日本は何をサポートしていくのかをしっかりと見極める必要があります。

例えば、エイズ、結核、マラリアなどの感染症の撲滅のための具体的な2030年までの目標がありますけれども、その達成には具体的な戦略が必要です。たとえば、これらの感染症の感染者数、死者数が多い上位20か国や30か国で世界の疾病負荷の半数以上が発生していることもあります。それらの国に何ができるのか、すべきなのか。そういうことも実は大体わかっています。ですから、このfor what、国際的目標、13のターゲットの達成のために日本は何をするのか、何ができるのかを明確にすべきです。このターゲット達成のために世界では様々な努力、連携がなされているので、例えば子供の死亡削減のために日本は世界的な戦略や行動計画の中でどこの貢献ができるのか、どの部分を受け持つていくのか。ここをクリアにしなが、日本の戦略やアクションプランを作る必要があります。

例えば、インドとガーナとベトナムとMOUを結びましたとのご報告がありましたが、それを通じてどのような国際目標に寄与するのか、MOUは単なるHow、それも初歩的なステップですから、これを通じて何ができるのか、何をするのかを明確化して進める必要があります。研究開発も、具体的にどういう技術をどんな形で開発していったら、いつまでに製品化して、世界に拡大していくのかをある程度議論しながら進める必要がある。将来のパンデミックに対する100日ミッションについては具体的な行動計画が作られ、その進捗状況がスコア化されています。これらを見ると、既に何の疾患、何のウイルスに関して。診断、治療、ワクチンの製品開発が臨床試験の第何相まできているのか、一目でわかり、そのギャップも見えます。

これらを参照して、日本はどういった技術でどこを狙っていくのか、どこをサポートしていくのか。それによって製品ができたならどれだけもうかるか、などを考えることができます。健康安全保障だけでなく、日本にとっての経済安全保障も考えることも今後は大切でしょう。世界の需要と供給見ながら、日本は何ができるのか。できないならば、それどうやってできるようにするのか。ここを具体的に可視化していかないと、いつまでたっても日本の国際協力の質は上がらないでしょう。

人材育成も何十年と言っていますけれども、一般論や総論は止めて、具体的にどういう人材、どういうコンピテンシーの人材をどの程度、どんな形で育成するのかなど具体的な目標をできるだけ数値化することが必要です。

ですから、今KPIについて書かれてあることはHowですね。どういうKPIをどのように選ぶかではなくて、我々は何のためにやるのか。そのためにどのような指標を活用して、どこを狙うか、ベンチマークは何かという形で話をしないと、時間だけたってしまう。

私はニューヨークやジュネーブで戦略をつくっていて、限られた時間、限られた資金、限られた人材で戦略作りやモニタリング、実践などをやってきましたが、その辺の生産性も日本では改善する必要があると感じています。

以上です。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

一旦、ここで意見交換をしたいと思えますけれども、まずは事務局の資料について幾つかコメントいただきましたので、それについて内閣府からお答えいたします。特に、8ページのGDPと疾患の関係は単純過ぎるのではないかと、単線的なのではないかというコメントがありました。その点と。それから、KPIについては、特定の地域に偏らないというのはむしろおかしいのではないかという話と。それから、日本の取組というのは日本だけでできることではないのではないかというようなコメントがありました。主にこの点について事務局からお願いします。

○水野内閣府健康・医療戦略推進事務局参事官 様々なコメントをいただきまして、ありがとうございます。もろもろございまして、今、まとめていただいた3点について、私どもの御説明が不足している部分とか認識がちょっと甘かった部分があるかもしれませんので、その反省も込めまして、また御報告、御説明できればと思います。

まず、8ページの図でございます。御指摘のとおり、おっしゃるとおりだと思います。当然、ざっくり見ますと、リニアには右上に線が引けるのかなという程度でございます。近似的な線は引けるわけでございますけれども、縦で見ればばらけているし、横で見てもばらけているということで考えると、逆相関しているような部分があるのではないかと思います。データとして見ればおっしゃるとおりだと思っております。大きな流れとして、傾向としてはそうかなということでお示した次第でございますので、この点、それぞれつぶさに見ていく必要があるというのはおっしゃるとおりだと思っております。

ですので、個別の各国においてどのようなマーケットを攻めていくべきなのかということを考える上においては、これで一律に切っていくわけじゃなくて、それぞれの国で抱えているペインポイントをちゃんと確認しながら、どのようなマーケットを個別にどのように攻めていくのかということを実体的に念頭に置きながら進めていかなければいけないというような御指摘ではなかったかと思っておりますので、まさにおっしゃるとおりだと思いますし、個別にKPIというような戦略の数値、パフォーマンスを測る上でというより、むしろ各国の攻め方をもう少し具体的にというお話だったかなと思っておりますので、そういったことも今後進めていく上で必要なかなと思っております。

その文脈で申し上げますと、特定の地域あるいは疾患についても、もちろん重点化していくべきではないかという御指摘も、まさにそこに当てはまるのかなと思っておりますし、それぞれの国ごとの抱えている状況といったものも当然まちまちでもございましょうし、傾向としてそうだと言っても、だからといって一律には切れないということをよく考えながら。おっしゃっておられるのは、恐らくはきちんとその国の事情を把握して、何に悩み、

何に困っているのか。

先ほどございましたけれども、感染症は低中所得国だけの問題ではない。おっしゃるとおりでございます。また、精神疾患においても低中所得国も抱えているのではないかという話がありました。そういったことを切り捨てるわけではなくて、おおむね多様化する疾患の中で、チャンスがさらに増えていくのではないかというような傾向としての御説明だと御理解いただけるとありがたいかなと思ってございます。

また、日本の多様な主体といったところについてのお話でございます。まさにおっしゃるとおりでございます。1つのKPIで全部が説明し切れるというKPIはなかろうと思いますので、場合によっては、もろもろ連携していくこと自体がパフォーマンスを示すのかもしれないし、この辺り、どのような評価の仕方をしていくのかということについても、また國井先生からも説明がございましたけれども、何のためにやるのかということからきちんと演繹しながら、どのような形でKPIを設定していくのかといったことも、今後きちんと検討していかなければならないかなと思った次第でございます。

8ページのスライド等々、すみません、資料については、若干説明が駆け足、乱暴だったかもしれませんが、認識としては先生方と同じような認識でもって、今後、進めていくつもりでございますので、何とぞ御理解賜ればと思います。よろしく申し上げます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

それでは、以上3人の有識者の先生の御発表について、何かコメントがあれば挙手を。時間も押しておりますので、ごく簡単をお願いします。

○井上大臣官房国際課総括審議官（国際担当）事務代理 厚労省、井上です。

それぞれコメントありがとうございます。ごく簡単にとということですので、1点だけポイントを絞って1～2分で簡単に申し上げます。國井先生からいただきました、何のために何を、日本はどの部分をということにきっちりフォーカスを絞って、第3期健康・医療戦略をつくり上げるべきだ。私もまさにそのとおりでと思います。これに関して、来年設立しようとしているUHCナレッジハブに関して、まさに國井先生のコンテクストを踏まえたような形でどう議論しているのかということを中心に申し上げます。

これまで日本はずっとUHCをアドボケイトしてきました。10年、20年、それなりに成果が上がってきました。例えば、15年前、世界のリーダーでヘッド・オブ・ステート・アンド・ガバメントで、UHCという言葉は何の略かということを知っていた人は多分少なかったですが、今は知らない人はいない。なおかつ、それは大統領・首相が自分の問題だと思っている。やりたいと思っている。ポリティカルのコミットメントが高まったというのは10年～15年の変化です。医療・医薬品へのアクセス、あるいはサービスのデリバリー、あるいは医療のインフォメーション、あるいはヘルスワークフォース、いろいろなものが十分ではないけれども、整ってきた。

相対的に今、一番足りないのはヘルスのファイナンスではないか。特に、これから



先、2年、3年、4年、デベロップメント・フォー・アシスタンス・フォー・ヘルス、外部からの資金が減ることを覚悟しなくてはいけない中で、内部のドメスティックなリソースをどうモビライズすればいいか。そのためには、ローミドルインカムカントリーにおいて保健省・財務当局、両方が一緒になって取り組まなくてはならない。そうした途上国のローインカムカントリーのドメスティックなリソースをモビライズするための支援をしよう。

そのためには、キャパシティビルディングも末端のヘルスワーカーのように世界何百万人をする必要はなくて、せいぜい数千人をターゲットにすれば、あるいはもっと言えば数百人をターゲットにしてやれば、相当大きなことができるだろう。しかもこの分野は、日本がこれまで60年~70年、皆保険制度の中で培ってきたノウハウが役立つだろう。世界全体のUHCを見渡して、いろいろな国がいろいろなことをやっている中で一番欠けているところがここで、なおかつここは日本が比較的優位であるのではないか。そうしたことを考えて、これから先、UHCハブの取組を進めていきたいと思っています。國井先生がおっしゃった、何のためにやるのかということに関して、一例としてUHCナレッジハブではこのように考えていますということの御紹介でございます。

ありがとうございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

ほかに何かコメントありますか。

では、外務省。

○今西大臣官房参事官（地球規模課題担当） ありがとうございます。

1点だけ。稲場様から、NGOとの意見交換を、もっとしっかりと質的に改善できないかというお話をいただきました。御指摘を踏まえて何ができるかということをお私ども、よく考えたいと思います。外務省で開催しておりますGII/IDI懇談会につきましては、2024年、これまで累計で168回ほど開催させていただきまして、発足当初は人口や感染症などを主な議題として協議してきましたが、現在ではさらに幅を広げて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや母子保健、栄養改善などの具体的な分野など、日本の保健政策のほかに、G7・G20、国際会議などについて幅広く情報、意見交換を行わせていただいているところでございます。

インプット・アウトプット等についても見えるようにという御指摘でしたので、どういう形で運営できるかについて、さらに検討を重ねていきたいと思っています。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター 前向きなコメントありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

それでは、残りの有識者の先生からの御発言をお願いいたします。まずは、洪澤さん、いかがでしょうか。

○洪澤シブサワ・アンド・カンパニー代表取締役 ありがとうございます。

各省からの取組の御説明、またグローバルヘルスや医療の戦略についての御説明ありが

とうございました。

多分、経済界から参加したのは私だけになります。ですから、そういう意味で今回の新しい資本主義実現会議のグランドデザインの中で、グローバルヘルスがそこで表明されたことは、事務局及び多くの関係の皆様のお力のおかげだと思っておりますが、大きいなと思っております。私は、このグローバルヘルス、そしてUHCについて、伊藤さんの元同志として、15年〜20年ぐらい前からいろいろ取り組んでおります。ですから、その精神はよく分かっていると思っております。

一方で、UHCについて、このような会議の中では財源について指摘なく、資金が不足しているから新しい資金の動員が必要だという話になっています。新しい資金とは要するに民間から新しいお金を引っ張ってこいということだと思っております。その民間資金にももちろん寄附・支援の役割はあり、大事です。ただ、それだけでは拠出金額が限定的になるということは、民間企業であるから明らかだと思っております。一方、ビジネスへとつながるのであれば、金額の広まり感があると思っております。

UHCをファイナンスの面から考えると、人口ボーナスの社会において成り立ったもので、昔の日本では若手現役から資金調達できましたが、今では将来世代からお金を借りて使っていることになります。ですから、UHCもそういう意味では設計上、いろいろ難しさもあるということも我々は考えなければいけないのではないかなと思うのです。ほかの資金を考えると、価値が生まれているかということがポイントです。ビジネスと言うと悪徳商人みたいなイメージがあるかもしれませんが、実は誰かが誰かのために価値をつくってなければお金は払いません。つまり重要なのは価値創造です。

先ほどの伊藤さんはKPI設定にもっときちんとUHCに資するディシプリンが必要だとして指摘されました。そのとおりだと思う反面、厳しくし過ぎてしまうと、民間企業が拒否反応を示すかもしれません。Triple Iに取り組んでいて、私が願っていることは、KPIでなくインパクト測定という言葉を使っていますが、いろいろな測定の仕方があるけれども、譲れない共通言語みたいなことが生まれてくるということが重要なことではないかなと思っております。

もちろん、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジによって取り残さないような医療システムはとても大事だと思います。日本の会社にそれがありません。ただ、AI技術を使って健康診断という新しいイノベーションが日本ではそれがあまり展開できない側面もあります。既に存在しているいろいろな仕組みがあるからです。では、そのような障壁がないグローバルサウスに展開しようとする、ヘルス・カバレッジがないのでお金を持っている層しか払えなく、それではグローバルヘルスではないと厳格に言ってしまうと、動きが止まってしまう。

資本主義にいろいろな課題があることはそのとおりだと思います。ただ、少なくとも先行投資が資本主義の役割なのではないでしょうか。社会主義が分配だとすると、資本主義の役割は先行投資です。先ほどベトナムとナイジェリアの話がありました。ベトナムは昔

から日本がいろいろと入っていますが、ナイジェリアはなかなか入りづらい。そこにはいろいろな意味のネットワークもないし、経験もないし、知見もないからです。

では、ノータッチということになると、延々と何も始まりません。一方、そこに商機があるということであればビジネスが入っていきます。いろいろな関係性を構築することによって、より広い方々にヘルスケアを提供するような土台づくりが必要なのではないかなと思います。ですから、伊藤さんがおっしゃったことは、すごく分かりますが、その反面、あまり厳しくやり過ぎてしまうと、民間企業は対応できないかもしれない。要するに何を言いたいかという、一番簡単な答えを求めてしまうからです。理想と現実の折り合いが必要なのではないのでしょうか。

その中で、私が変わる予兆を感じるのがODAの考え方であります。ODAを「触媒」という表現が使われ始めていて、今日は御説明で具体的にありませんでしたが、オファー型協力という新たな指針に可能性があると思っています。私の理解が正しければ、日本側において官民でファイナンスして、それで日本のほうで調達して、執行する、パッケージ化です。これはメイド・ウィズ・ジャパンという意味でも、すごく可能性があるのではないかなと思っています。

一方で、グローバルヘルスというのは、3つの分野の中でオファー型協力で設定されているGX推進化、経済強靱化、DX推進化はどれに入るのだろうという議論もあります。私が代表を務めている「グローバルヘルスを応援するビジネスリーダー有志一同」では、このオファー型協力のワーキンググループを設置しましたが、DX化の分野で議論を始めています。ただ、経済強靱化とも言えます。もし可能だったら、グローバルヘルスという枠組みも置いたほうが、話が進みやすいと思っています。ぜひ御検討いただければと思います。

2点目、御案内したいことは大学との連携なのです。御存じかもしれませんが、スタンフォード大が立ち上げたバイオデザインという企画があります。これは日本では東大、大阪大学、そして東北大学が取り組み始めて、ほかの大学へも広まっているようです。ベンチャーをゼロから1をつくることから、その後のインキュベーションという取り組みであり、様々な分野の実績も出ているらしいです。

ただ、東大の中ではバイオデザインについてあまり認識していないという相談を関係者から受けました。私はここで接点をつくったのは、鈴木大使と一緒に行ったジェネーブのWHO総会のTriple Iのサイドイベントのときに、担当の1人の方が自己紹介で来てくださったからです。なかなかおもしろい取組で、もっと大学や企業と、そして官の中でもうまく回すべきだと思います。もう動き始めている案件なので、どのように人、お金をつけられるか。それは民間なのか官なのか。もうちょっと私自身も深掘りしたいです。このような存在の御紹介です。

最後ですが、これはTriple Iの共同議長のアヨーデ・アラキジャさんから、今朝、メッセージをいただいて、なるほどと思ったことをご紹介させていただき、次のパンデミックのときの取組についてどのようにお考えなのかなと、お話を聞かせていただきたいと

思いました。具体的に言うと、アラキジャさんいわく、H5N1、鳥インフルエンザが米コロラド州で牛に感染し始めていて、もちろんそんなにパニックする状態でないものの、COVIDと違って、みんながすぐテストできる診断がないようです。

やっと終わったと思ったら、次のパンデミックがあったときに、単純に一国民としての関心事で知りたいのですが、このような戦略推進協議会では、先ほどパンデミック基金という話がありましたが、何がどのように動くのかという連携についてのお考えを、ぜひ教えていただきたいと思います。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、城山様、いかがでしょう。

○城山東京大学大学院法学政治学研究科教授 どうもありがとうございます。

簡単に3点述べさせていただきたいと思います。

1つは、UHCナレッジハブの話で、藤井さんのここ数年進んできた財・保連携の制度化というお話とか、あるいは井上さんからお話があった、弱いリンクとして財政の話は大事だと思います。それらの話は、それぞれよく分かったりいえば分かるのですが、UHCナレッジハブというかなり大きな名前をつけているということから言うと、全体の趣旨を構造化して示すということが必要なのかなという気がします。

例えば、今日お話があった話にしても、パンデミックトリーティーにしる、あるいはIHRの改定にしる、アクセスの公平性をどう担保するかというのはすごく大きなアジェンダで、ある意味ではUHCの話というのは、アクセスの保障という大きな政治化した問題への対応でもあります。それに関するプラクティカルの解を積み上げていくというのは、極めて大事な要素でもあるのだらうと思います。

あるいは、この関係は若干微妙でしょうけれども、UHCと保健システム強化の話ですね。今日のお話の中でも、例えばグローバルファンドの次期に向けて、4つ目の柱にするのか、いや、そうはしないけれども、既存の3疾患との関係で統合を進めていくというような話がありました。そういう意味で、保健システム強化というのはずっと言い続けている話で、そこを一体どこが担うのかみたいな話をグローバルに整理する必要があるあって、それは大きな話なのでナレッジハブでは担えないということかもしれませんけれども、そういうところのある種の役割分業みたいなことは、多分整理する必要があるのかな。

つまり、そういう意味で言うと、財政の話で財・保でやってきた話が1つのコアとして重要であるということは、多分そのとおりだと思いますけれども、ナレッジハブという形でフレーミングして提示するときに、全体構造がうまく一致しないと、これが例えばアクセスとの関係の議論で日本がやっていることがどういう意味を持つのかという、そのアピールをするときにはちょっと弱いのかな。その点、ぜひ考えていただきたいというのが1点目です。

それから、2点目は、健康・医療戦略とグローバルヘルス戦略の統合というのは、基本的には私も大変いい方向だらうと思います。ちょっと私が関与してきた観点で言うと、広

い意味での科学技術・イノベーション政策みたいなものとグローバルヘルスみたいな話というのは、これまで切れていたのですけれども、いろいろなところで重なっている議論が出てきます。例えば、OECDなんかでも科学技術・イノベーションの議論の中で、コロナ対応みたいな経験をどう位置づけるかとか、今後どう生かしていくかみたいな議論をしているので、そういう意味では、つなげて考えるというのはすごくいい方向性だろうと思います。

そのときに、KPIで議論がありましたけれども、多分、既に法律の中にある、海外における医療の質の向上とともに、成長と分配の好循環とか民間企業の役割ということがあるので、海外における医療の質の向上というところはもうちょっと具体化して定式化して、KPIまで行くかどうか分かりませんが、詰める必要があるのかなと思います。恐らくそれはUHCとの関連ということで、これまで議論がありましたし、あるいは國井さんのほうから議論があったSDGsとの関係での特定ということもそうかもしれませんし、その部分は考えていく必要があるかなと思いました。

それから、保健・医療戦略とグローバルヘルスをつなげたときに、幾つかのインプリケーションがあって、1つは、国内の健康・医療戦略というのは、研究開発から実装までを一元化してやる経験があるというのは大事な経験で、そういうある種のやり方というのが、多分グローバルヘルスでも必要になってくるのだと思うのです。これはまさに國井さんが言われたことだと思うのです。

今までいろいろな形で個別の事業とか研究開発支援とか、CEPIにお金を出したり、GHITに出したり、いろいろなものがあると思いますけれども、それが全体として絵を描いたときに、どこが何を担当しているのかみたいな話の全体像、マッピングというのが必要で、これは恐らく国内の健康・医療戦略の中ではやられてきたことで、実はグローバルには十分なされていなかった話を、きちんとグローバルについてもやってみるということを考える、いい契機だろうと思います。

他方、恐らくグローバルの話というのは、国内に比べて資金投下による研究開発支援の相対的比率というのは低くて、それこそ既に実績のあるもので言えば、臨床試験のネットワークの構築とか人材とか規制調和とか、ある種のソフトな連携の在り方みたいなところ自身が、ある種のソフトな技術開発の要素として大事で、そこをきちんと定式化していくということが、多分これをセットにすることの意味なのかなと思います。

そういう意味で言うと、これも先ほど議論ありましたけれども、国際の話というのは、ある種、成果はシェアード・アウトカムにならざるを得ないので、単一アクターが寄与する部分というのは限定されるので、そこをどういうふうに評価していくのかということは、これは国際機関の評価なんかでも同じような議論になっていて、そういうものも参考に少し考えていただくといいのかな。逆に言うと、国内の研究開発法人の評価みたいな形でやろうと思うと、相当無理が出てざるを得ないのかなという気がします。

最後は、コメントというか、感想的なことなのですが、気候変動と保健との関係でATACH

に入ったということで、これはこれとして重要なことかと思いますが、気候変動と保健の話というのをどういう観点から扱うのかというのは、相当意識化して整理する必要があるかなという気がします。

一方では、気候変動のインパクトを主張したい人からすれば、健康インパクトというのは気候変動対策支持への政治的動員をするための重要なツールで、そこに協力するということは何らかの意味は保健サイドからもあるかもしれないということもありますし、それから実質の今日のお話での重要な部分は、保健セクターの気候変動対策なり省エネみたいな話で、えてして保健は大事なことをやっているのだから別ですよみたいなことを言われることもあるのですが、そうじゃなくて、他のセクター並み相当にやらなければいけないということを地道にやっていくためのツールだという側面もあろうかと思います。

あるいは、グローバルファンドの事務局長とか、一部ドナーからは気候関連施策に踏み込むべきだみたいな話があったとありましたけれども、そういう管轄・テリトリーを拡大していくみたいな面もあるでしょうし、それこそサンプルの共有に伴う利益配分みたいな話で南北問題が絡んでくるみたいなところもあって、危機管理モードでやっていた話と資源の公正な配分みたいなものの原理が、ある意味ではせめぎ合うようなところに入り込んでいくこともあると思うのです。多分幾つかの観点があるので、どういう形で整理し、どこに重点を置いていくのかみたいなことの整理が必要じゃないかなと思いました。

以上です。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

続いて、オンラインで参加の林様、いかがでしょうか。

○林国立社会保障・人口問題研究所所長 オンラインで失礼いたします。今日、30分ぐらい遅れまして、すみませんでした。

コメント、質問ですけれども、まず、今回、資料1としてグローバルヘルス戦略取組ということで共有していただき、前回の資料が2023年10月までだったので、それ以降のことだと思えますけれども、今後もこのような形で取りまとめるのか。多分、もう既に御説明されたのかと思いますが、お伺いしたいと思います。

そして、この枠組み①から⑭ぐらいまであったと思えますけれども、この枠組み自体は第3期健康・医療戦略に反映されるものなのかどうかということについて、今のお考えなど、もしありましたら教えていただきたいと思います。

それから、KPIをつくられるということ、KPI、KPIとずっと言っていて、本当にできるのかと思ったのですが、KPIをつくるのであれば、具体的にどのような事業があるのか。行政事業レビューぐらいの粒度で、こういう事業がこのぐらいあって、国としてもこのぐらいの予算をつけているとか。今、城山先生がおっしゃられたようなマッピングという形でもいいですし、見える化したほうが我々にとっても分かりやすいなと思います。

それから、それに関連していると言えば関連しているのですが、資料2の7ページに、WHOレポートによると、IHMEの報告書によると、ということで、全体の保健開発援助、日本

のということで書いてあるのですが、これはこの会に来て毎回言っていますけれども、これを日本政府の額として出せないのか。このIHMEの報告書は、どの範囲を引っ張ってきたかというのがあまり分からないか、分かっている方はいらっしゃるのかもしれませんが、例えば円借款で出したものはどうか、それから研究費で、例えばAMEDなどの地球課題のところとかが入っているか。かなり盛られていないところはあると思いますし、いわんや民間の方と一緒にというようなことも入っていないと思います。

ですので、そうしたことをこの健康・医療戦略室の中でなかなか難しいというお話をお伺いはしたのですが、それこそが1つの事業として予算措置をして計算する、集計するということは非常に重要ではないかなと思っています。

それから、今のこの話は、日本が他国に対して保健開発の援助をどれだけお金を払っているかということですが、医療情報の一つで、各国が医療費をどのくらい使っているかということで、OECDのほうではSHAなど、OECDの加盟国が比較可能な形になるような医療費の算定をしているわけですが、それがOECD諸国にとどまっている傾向は、何の分野でもそうですけれども、そういうことになっていますので、今後、UHCナレッジハブなので、そのような各国自体がどのくらいお金を公的・私的に払っているかというのが見える化、そういうものをつくるための支援というのは非常に重要になってくると思いますし、そうしたところでUHCナレッジハブにとっても期待するところだなと思います。

それで、1点、ここで話しするものかどうか分からないのですが、SDGs指標の3.8.2が、家計の支出における健康関連支出が10%なり25%以上になっている人の割合。これが実は日本はアメリカよりも高い、ほかのヨーロッパの国よりも高いという状況になっていて、これは指標の問題もあると思うのですが、この件についてどこかの省庁で何か話題になっていたり、問題視されていたりということが、もし何か情報がありましたら教えていただきたいと思いますし、何となくこういった状況がそのまま放置されて、そのままSDGs指標がさようならということになってしまうようなことを危惧しておりますので、きちんと足元のところや自国の話などは押さえていかなければいけないなと思います。

それで、資料2、とても頑張ってくらいただいたので、先ほどいろいろなコメントが出ていて。ただ、こういう形で見せていただくととても分かりやすくいいなと思います。

まず、伊藤さんからおっしゃられたように、地域に偏らない点ということについては、偏ってもいいというか、サブサハラ・アフリカとそうでない地域というのは全く課題が異なりますので、ある程度地域別に考えていくということも重要なことだと思います。

それから、8ページのこの図、いろいろな議論が出ていましたけれども、このようにわっと見える化してくれると、その後で議論がいろいろ出てくるので、これはとてもよい図だと思っています。それで、ステージ①からずっと精神疾患はあるという話もありますし、それからこの中で入っていないのですが、今、グローバルヘルスの重要だと思われるところは、やはり薬剤中毒の問題があるかなと思います。

これはアメリカの寿命が縮んでいるのが、白人中年男性の薬剤中毒の死亡率が上がっているということのみならず、この間、アフリカでプリ・ガリアン、ガリアン賞というものを、アフリカのNCDなり、そうしたものに貢献した人に対して賞を出していこうというのがセネガル・ダカールで行われまして、そのNCDの中でも、がんや糖尿病、心臓病はもちろんあるのですけれども、1つは薬剤中毒というものが大きく取り上げられていました。日本だとほとんど話題にも上らないのですが、1つ重要な点かなと思いました。

あとは、毎回言っています、特にアジアでは少子化が進んでいて、先ほど笠貫参与のほうからジェンダーの話が出ましたけれども、少子化となると、例えば今まで家族計画の避妊具に政府のお金が出ていたのに、それが出なくなって困るとスリランカの人が訴えていたということがあるのですが、それプラス、もうちょっとワーク・ライフ・バランスをどうしていくとか、そうしたことについての、特にアジアの関心は非常に高くなっていますということと。

それから、特に医療・健康ということと言いますと、コロナが終わったモードですけれども、日本でもそうですが、コロナ後、まだ死亡率の高止まりが続いていて、これは必ずしもコロナ直接というものではないというところもあります。こうした点についてもグローバルヘルスとして目を配っていかなければいけないかなと思います。

それから、最後に、気候変動のお話が出ましたけれども、気候変動はバズワードですので、いろいろ使われて、健康と気候変動は何を見るかということ、今とても暑いですし、熱中症というのは国際的にもかなり目を引いているところだと思いますけれども、これは気候変動と声高に言うだけではなく、日本的にはきちんと落としどころというか、ポイントをきちんと押さえる必要があります。

同様の形で、人口移動についても、国際人口移動、移民問題ということについても、今、人口の分野だと気候変動と絡んでしか言えないという、政治的に問題になり過ぎてということもありますけれども、こういった点も、保健そのものではないですけれども、移民の健康などを含めて、毎回言っている話ですけれども、目を配っていかなければいけないところかなと思います。

以上です。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

最後、星野先生からお願いします。

○星野大阪大学ESGインテグレーション研究教育センター共同代表 時間も限られていますので、手短かに思っておりますけれども、鈴木大使がおっしゃったグローバルヘルス戦略と、この健康・医療戦略とのシナジーということに関して、「人間の安全保障の」観点から申し上げたいと思います。グローバルヘルス戦略づくりのときにも結構しつこく申し上げていた人間の安全保障ですけれども、同戦略の中には、パンデミックに対する健康危機管理的なPPRと、もう一つの柱として人間の安全保障に基づくUHCというのがあるわけですね。グローバルヘルス戦略のフォローアップのプロセスを見ると、とても網羅的に様々



な取組がありますが、その中では、日本の強みとかプライオリティーとか序列は何かあまり見えてきません。他方で、グローバルヘルス戦略の2つの柱で言えば、日本の強みは健康危機管理的な面よりも後者、2番目の柱のUHCや保健システムのところになるのではないかと私は思うのですね。

つまり、PPRのところはどうしても対応しなければならない、必要な目的、必要条件であるけれども、日本が得意と言えるのは十分条件、ないし十分目的と言うべきUHCの推進であり、そのときの人間の安全保障という理念に基づく活動に優位性があると考えます。ただし、人間の安全保障と言うと、どうしてもまだお題目かレトリックか枕言葉か、あるいは若干色のついた言葉ということ扱われ、あまり深く掘り下げられていないように思います。

しかし、ここで2つだけ人間の安全保障を見る際に重要なポイントを指摘するならば、1つは人間の安全保障のfor whatで、もう一つは人間の安全保障のhowになります。For whatは、何のための人間の安全保障なのかという問いかけですが、ここでは、通常、survival, livelihood, dignityという3つの言葉が強調されます。人々の生存と生活・生計、そして尊厳ですね。そして、howの部分が、つまり、どのように人間の安全保障を確保するか、その手段に関わるものですが、ここでは従来、protectionとempowerment、つまり、保護と能力強化が強調されてきました。それが今回、2022年の国連開発計画（UNDP）の人間の安全保障に関する特別報告書では、新型コロナウイルスへのグローバルな対応の教訓から新たにsolidarityという手段が加わりました。この報告書は、武見敬三先生をリーダーにして有識者ハイレベル諮問パネルをつくって議論をし、その結果として新たに「連帯」という言葉を人間の安全保障の戦略に加えられました。

こうした人間の安全保障の3つの目的と3つの手段を踏まえて「ヘルス」について議論するならば、ヘルスの問題はごく狭く捉えるとメディカル、つまり医療の問題に結びつきます。これはある意味では、健康危機によって人間の安全保障が左右され、特に人間の生存、サバイバルに直結した危機なので、人々をどのように保護するのか。というところにフォーカスを当てた対応が中心になると思うのです。

しかし、人間の安全保障の視点で見ると、ヘルスには「医療以外」の側面、つまり、生活の部分はどうやってエンパワーするのかですとか、人々の尊厳をどのように担保するのかという課題にも目を向けることが求められます。すなわち、医療面では感染症のパンデミックなどの危機的な状況への対応ではなく非感染性への対応や、医療以外の側面では、福祉や介護などヘルスケアの部分も含め、少子高齢者社会におけるヘルスケアなどもまた人間の生活・生計や尊厳に関する保護的な視点や能力強化が求められる分野で、この辺りがまさにUHCで取り上げられなければいけないアプローチなのではないかなと思うのですね。そして、もしそこに日本の強みがあるとすれば、今日、たくさん出てきた新しいツールですね、例えばインパクト投資もあれば、UHCナレッジハブという取組みもあれば、また笠貫先生から改めて問題提起された、そして稲場さんからもお話のあった市民社会との連携、大学との連携、あるいはビジネスとの連携、ここには特に洪澤先生からもお話が

あったトリプルIなど、それらをみな日本の強みを生かす方向に持っていけるような道筋を構築することが非常に重要になってくると考えます。城山先生が構造化の大切さに言及されましたが、そうした構造化は、日本の強みが人間の安全保障に基づくUHCの文脈でさらに発揮できるような構造化を進める、という努力をすること、それこそが戦略的な対応なのだと私は考えます

そのときに、UNCについては、実はこの2022年のUNDPの人間の安全保障に関する特別報告書『人新世の脅威と人間の安全保障』ではその6章でまさにヘルスに関し、新しい観点の人間の安全保障からこの分野の課題を見るとどうなるのかということを中心に議論しています。そこで用いられている新しい概念として、「ヘルス・ユニバーサリズム」という言葉が打ち出されています。「ヘルス・ユニバーサリズム指数」というのも提起されています。これがもしかしたらさきほどから話題になっている8番目のスライドの図に対する1つの参考になると思いますので、ちょっと見ておいていただければと思います。この「ヘルス・ユニバーサリズム指数」は何を見ているかということ、各国の保健システムがどれだけ充実しているかというカバレッジ度と、それからどれだけ国とか公的機関がお金を出しているかというジェネロシティと、どれだけ人々がポケットマネーから自分で出さなければいけないかという3つ指標の相関関係を見るものなのですね。

それを世界中の国をゼロから1の間に位置づけると、平均が大体0.4なのですけれども、これが0.6ぐらいになると死亡率が下がったり、子供がもう少し豊かになるという、結構おもしろい結果につながる指数なのです。時代はGDPを見るというところから少し変わっていくトレンドにもなっているので、この指標と対比させていくと、おそらく何らかの新しい視点も見えてくるのではないかと思います。ただ、この指標はまだ完成されたものではなく、私自身も若干批判があるので、ぜひこれを今後、皆さんと一緒に議論をし、日本からの新しい指標みたいな形で発信していくというのも有益と考えます。そのためにも、8頁目のスライドの図とこの「ヘルス・ユニバーサリズム」に関する指数とを比べてみるというのがおもしろいのではないかなと思います。

最後に、人間の安全保障を今の新しい文脈で私たちが議論する最大の理由は、今まで人間の安全保障は国家か人間かという不毛な2項対立のなかで取り上げられることがあまりに多かったので、それを乗り越えるためでもあります。本当だったら、私は「ヒューマンセキュリティ」ではなくて、もはや「ヒューマニティーズ・セキュリティ・アットステーク」、人類全体の安全保障が問われているといった角度から議論したいと考えてさえおります。人類の安全保障が今、挑戦を受けているということになっているわけです。そうすると、人間・人類の安全保障からの議論する課題には、人間が生態系と共存することとか地球と共存することというのは当然入ってくるので、気候変動と健康というのは自然な形で議論することができるのではないかなと思うわけです。

このように考えてくると、人間の安全保障にはレトリック以上の形でしっかりと掘り下げていくに値する概念であり、政策であるということが言えますし、そのように深掘りを

していく必要があるのではないか。そして、それを政策に落とし込んでいったときには、アジアやアフリカといった地域の人々のためのいろいろな連携や日本の産業育成などがつながっていくのではないかという印象を持ちましたので、御参考までに私の感触、考えをお伝えさせていただきました。

以上です。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

たくさん非常に有益な御意見をいただきました。この場で全てにお答えすることはできないと思うので、要点だけ取り上げて関係省庁に一言でお答えいただければと思うのですが、1つ、次のパンデミックにどう対応していくのかについて、もし危機管理統括庁からあればお願いします。それから、UHCナレッジハブについて幾つか御意見がありました。これについて財務省または厚労省から御意見をいただければと思います。3番目はクライメイトヘルスですね。これについても若干コメントありましたので、もし厚労省さんから御意見があれば。最後に、人間の安全保障について、もし外務省からコメントがあればお願いします。

○前田内閣感染症危機管理統括庁内閣参事官 では、最初に内閣感染症危機管理統括庁で参事官をしております前田と申します。発言の機会をいただき、ありがとうございます。

感染症危機に関しましては、先日、7月2日に新型インフルエンザ等対策政府行動計画という形で閣議決定をさせていただきました。関係府省の御意見をいただきながら取りまとめたというところがございますので、今、議題となっておりますグローバルヘルス戦略あるいは健康・医療戦略の動きの御意見もいただきながら取りまとめたというところがございます。

もちろん、感染症危機自身はグローバル戦略、健康・医療戦略の中の一つの分野だと思いますけれども、感染症危機という観点から見た場合にも、ちゃんと有益な対応になっているかというところはフォローアップさせていただきたいと思っておりますし、我々も御協力させていただきたいと思っておりますし、今日、御発言のあったものについても、閣議決定レベルの文言としてはかなり含まれていると思っておりますので、ぜひ活用させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○藤井大臣官房秘書課財務官室副財務官 財務省から、UHCナレッジハブについて御意見頂戴しまして、貴重な意見をいただきまして、ありがとうございます。

ある意味、よい名前をつけたなと思ひまして、スタートするとき以上に高い期待感からスタートできるというのは、最初からそれが実現できるかということは保障できないわけですが、そういう名前をつけて、逆に私、申し上げたように、財務・保健、いろいろな国際保健に関わる人たちをどう巻き込んでいくかというのが成功の鍵だと思ひているものですから、そういう御視点をいただいたというのは、正しい御指摘だと思ひますし、ある意味正しいスタート地点に立てて、これから準備をさらにしていかなければいけない

かなと思います。

例えば、國井先生ほか、いろいろな方が今日、御指摘ありましたように、国際保健の場にはいろいろなプレーヤーがいて、1人の人が全部やれるわけではありませんので、誰が何を実現していくのかというのが非常に大事で、それに当たってUHCナレッジハブというのが何をやる。それを持ち帰っていただいたときに、あなたにとってどういう役に立つものなのかというナラティブを用意するというのは、まさに継続的に途上国の方に来ていただいて学んでいただく、あるいはこちらから情報を収集して発信していくために非常に重要なことだと思いますので、そういった戦略といいますか、ナラティブをしっかりとつくっていきたくて、ここ1年かけてやっていきたくて思います。

もう一つ、PPRについても御指摘いただきながら、いろいろな人たちが関係する中で、その人たちがそれぞれの役割をどうアイデンティファイしてやっていくのかが非常に重要で、G20の議論でも、その中でパンデミックのときには穴があったのだらうと。その穴があるのをまず見つけた上で、率直にその穴があったことを見つけた上で、それを誰が、あるいは連携して、どう埋めていくのかという作業で、これは多分普遍的に日本の戦略においてもそうだと思いますし、国際的な戦略においても同じようなアプローチなのかなというのが、感想でございます。

ありがとうございます。

○井上大臣官房国際課総括審議官（国際担当）事務代理 厚労省、井上です。

UHCハブ、クライメイトに関して、それぞれ1点ずつ手短かに。

UHCハブ、城山先生、林先生からいただいた件から、國井先生からいただいた件を踏まえ、何をやるのか。全体、いろいろな人がいろいろなことをやっている中で、何を日本がアドオンしてやるのかということに関して言うと、先ほど申し上げたように、今、一番大事なのは、ドメスチックなリソースをモビライズすることであり、そのためには財・保両方の中央官庁の方々のキャパシティビルディングをとということが、今、言っていた議論です。

WHOと話していると、それにもう一つ加えてくれと言われていたことを少し御紹介します。ドメスチックリソースをモビライズする前提として、今、どこからどれだけのドメスチックなリソースがモビライズされていて、それをどこに使っているのか。HIVに使っているのか、がんに使っているのかということ。先進国はOECD、統一したナショナル・ヘルス・アカウント、データがありますが、途上国はデータがない。このデータを整備しなければ、ドメスチックなリソースもモビライズしようがない。WHOとしては、その点、ぜひこのハブで取り組みたいという議論をいただいております、これもまだ議論中ですが、そうしたことも含めて、城山先生がおっしゃる全体の構造化ということに取り組んでいきたくて思います。

それから、クライメイトチェンジは2つ背景があります。

1つは、CO<sub>2</sub>の排出源としてのヘルスセクターです。セクター別に見ると、ヘルスセクターは全CO<sub>2</sub>排出の約5%で、これを減らしていくというのはヘルスセクターとしての役割です。

もう一つは、クライメットチェンジへのミティゲーション、アダプテーションというのは、単にヒートウェーブが増えます。対応しましょう。台風が増えます。洪水が増えます。マラリアの行動範囲が変わりますという個別の案件を超えたところが皆さんの関心事項です。具体的に言うと、クライメットチェンジによって、例えばサブサハラ・アフリカ、インド、パキスタン、何千万人が住むところが、今後5年～10年の間にライバルではなくなるだろう。そのときの影響というのは、健康上の影響を超えて世界全体にいろいろな形で波及する。それを少しでも防ぐためには、ヘルスセクターがどういうアプローチをしなくてはいけないのかという大きな枠組みが今、関係者の関心事項で、単にヒートウェーブに対するということを超えて大きく超えた議論で皆さんが議論しようとしているというのが現在の状況でございます。

以上でございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター 外務省、何かありますか。

○今西大臣官房参事官（地球規模課題担当） 特に星野先生のおっしゃった人間の安全保障に関する考え方、興味深く拝聴いたしました。今後、2030年以降も見据えて外務省としても取り組んでまいります。御案内のことと思えますけれども、今年、関係する国際会議としては国連総会ハイレベルウィーク中に未来サミットという会議もございますし、その成果文書に関するドラフト交渉が始動しており、2030年以降も見据えた国際的な議論において、この人間の安全保障の考え方も含めて、日本の立場をしっかりと発信していくことも含めて、今後よく検討させていただきたいと思っております。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

もう時間もオーバーしておりますが、どうしてもこの場で一声挙げたいということがありますれば。

笠貫先生。

○笠貫健康・医療戦略参与 グローバルヘルス戦略は非常に幅の広い内容を含んでおり、健康・医療戦略の基本理念の中でどこまで盛り込めるのか少し見えにくく感じました。ポストコロナのグローバル・デジタル社会において、デジタルテクノロジーの進歩、デジタルヘルスの普及、生成AI等を踏まえて、既に集積されたデータの中からどんなデータが、グローバルヘルス協議会で共有できるのだろうかということです。グローバルヘルスとして収集可能なデータの質と量を整理していただくと、第3期戦略の方向性が具体化してくるのではないかと思います。4番目に挙げられた「データに基づく戦略策定」のためのデータの重要性を強調したいと思います。

ありがとうございます。

○鈴木健康・医療戦略推進事務局健康・医療戦略ディレクター ありがとうございます。

それでは、これにて本日の議事を締め括らせていただきたいと思います。本日いただきました様々な有益な貴重な御意見を踏まえて、これからグローバルヘルス戦略フォローアップ、次期健康・医療戦略の策定について、引き続き、関係省庁、関係機関と検討を進め

てまいりたいと存じます。

また、今日、この場で全てお答えできなかった御質問、コメント等については、関係各省庁よりそれぞれの先生方にコンタクトを取って、いろいろフォローアップしていただければと思います。これから大変重要な局面に入っていきますので、皆様にはぜひ引き続き御支援、御協力のほどをお願いしたいと存じます。

それでは、これをもちまして、今回の第9回「グローバルヘルス戦略推進協議会」を終了させていただきたいと思えます。本日はどうもありがとうございました。