

第8号様式（発展型総合事業、総合事業）
第7号様式（調査研究事業）

**外交・安全保障調査研究事業費補助金
補助事業実績報告書**

※本報告書のほか、事業成果をアピールする資料（パワーポイントや動画等自由書式。最大3枚/3分程度）を提出すること。

（※当該資料は、単なる活動報告にしないこと。事業の新規性、研究成果によって得られた新たな知見及びそれに基づく政府へのアウトプット・提言等、事業成果について記載すること。）

1. 基本情報	
事業者名 公益財団 日本国際交流センター	
事業分野	※募集要領にある分野 A～C のいずれかを記入のこと。 総合事業「ウィズコロナ・ポストコロナ時代の国際秩序の在り方と日本の役割（新型コロナ対応で新たに浮上した個別の法的・制度的課題に関する調査研究を含む。）」
事業名及び事業概要	※事業計画書の該当部分を転載のこと。 総合事業「ウィズコロナ・ポストコロナ時代の国際秩序の在り方と日本の役割（新型コロナ対応で新たに浮上した個別の法的・制度的課題に関する調査研究を含む。）」 本事業では、コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的感染拡大を受けて、国家安全保障上の課題としての認識も強まっているグローバルヘルスに関して、第一に、人間の安全保障を外交の柱の一つに掲げる日本として追求すべき方向性について、調査研究を通じたエビデンスに基づく政策提言を提示し、第二に、多様な媒体を通じて提言を国内外に発信することで、グローバルヘルス分野における日本の役割についての議論を喚起することを目的とする。

事業実施期間	<p>※下記の期間から1つを選択し「○」を記入</p> <p>(○) 1年間(令和3年度)</p> <p>() 2年間(令和 年度～令和 年度)(うち 年目)</p> <p>() 3年間(令和 年度～令和 年度)(うち 年目)</p>
--------	---

2 事業の成果（アウトカム）

評価要綱3の項目につき、以下①、②の自己評価を記載すること（分量は自由）。

（※ 活動実績の詳細や定量的実績は下記「3－1」～「4－2」の欄に記載すること。）

① どのように取り組み、どのような成果があったか（工夫を凝らした点、前年度の事業から改善した点を含む）。

第一に、新型コロナウイルスの世界的な感染拡大を受けて、グローバルヘルスに関わる国際的な議論が活発に展開されている中で、外務省、厚生労働省（厚労省）、財務省、国土交通省（国交省）の関係部署の参加を得て研究会を実施することで、外交場裏での議論を含む現実を踏まえた課題認識に基づく効果的な分析が可能となった。加えて、外交日程や内閣官房グローバルヘルス戦略推進協議会におけるグローバルヘルス戦略策定プロセスを考慮して、研究会の日程及びテーマを調整したことで、研究会の開催そのものを通じて政府関係者に対する具体的な政策オプション（政策検討に寄与する課題整理）の提示を図った。省庁関係者から当初想定したよりも多くの参加を得られたこと、最終報告会において外務省幹部より相応の評価を得たことが、省庁からの期待に概ね応えられたことを示しているものと考ええる。

第二に、外部識者として扱うテーマに知見の深い実務家の参加を得ることで、研究メンバーの情報収集をサポートすると共に、他省庁予算で実施されている関連テーマに関する研究会（令和3年度厚生労働科学研究費 地球規模課題 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究班）メンバーの参加を得ることで、関連研究会との相乗効果の最大化を目指した。

第三に、当初、国際対話は、グローバルヘルス専門家との対話に加え、別予算で実施する予定であった両国政府高官を交えた米国及びドイツとの二国間対話にインプットすることを目的に両国の研究者・シンクタンクとの対話を行う予定であったが、前者の二国間対話が延期されたこと、提言案に基づいて国際対話を実施した方が具体的な議論が可能になるとの判断から、提言案作成後の3月に、米国及びドイツを含む計12カ国の主要な研究者20名と議論を行うこととなった。結果として、具体的な議論が可能となり、いくつかの指摘については最終提言にも反映することができた。提言発表の機会として開催した公開シンポジウムに本年のG7及びG20ホスト国であるドイツとインドネシアから、シンクタンクのエンゲージメントグループであるT7及びT20のグローバルヘルスタスクフォースの共同議長を招き、両プロセスへのインプットも図ることができた。また、国内での対話については、当初予定していた通り、グローバルヘルスに関わる政治、行政、アカデミア、産業界、市民社会、国際機関といった多様なセクターの代表者で構成される「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会の場を活用することで、グローバルヘルスの主要な国内関係者から意見を聴取する機会を得られた。これにより、外交政策の立案・遂行に必要なグローバルヘルスに係る国内ステークホルダーとの調整を後押しすることができた。

第四に、東京大学未来ビジョン研究センター（IFI）の城山英明センター長を主査に、同センターとの共同で本事業を実施することで、学術的に緻密な分析に根差した政策オプションの提示が可能となり、また同センターの持つ学界や経済界等との幅広いネットワークに情報を発信することが可能となった。

第五に、研究成果の普及については、IFIに加え、国際協力機構 緒方貞子平和開発研究所（JICA 緒方研究所）の協力を得ることで、国内外26,000人を超える宛先に最終提言並びに公開シンポジウムの案内を発出することができた。

② どの部分につき進展・成果が不十分であったか。その原因、次年度での改善方法。

第一に、扱うテーマが広範に渡ったために、包括的な視点でウィズコロナ・ポストコロナ時代の国際秩序を検討することができた一方、各テーマに関する掘り下げが不十分な点が見られ

た。第二に、報道機関の関心が新型コロナウイルス感染症（COVID-19）からウクライナ危機に移ったこと、提言取りまとめのタイミング上、公開シンポジウムに加えて、プレスブリーフィングを実施することが叶わなく、メディアへの周知が不十分となり、メディアでの露出を得られなかった。

（１）補助事業の成果

（基礎的情報収集・調査研究）

- 他の類似事業と比べて新規性があったか。研究成果により新たな知見が得られたか。

- ① グローバルヘルスに関する研究には医療系（疫学、公衆衛生、等）のもの、もしくは国際政治系のものであるが、従来の研究は、研究メンバーに他分野の専門家が加わっても、学問分野を超えた分析視点の融合には課題が見られた。本研究は、外交戦略を検討するという共通の視点に立ちつつ、政治、公共政策、公衆衛生、疫学、医療経済、人権、国際法といった多分野の研究者が原則全ての研究会に出席し、他分野の知見を踏まえた上で、最終的な提言を取りまとめたことで、学問分野を超えた分析視点の融合が図られた。この点は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）という世界同時多発型パンデミックの発生により、感染症が公衆衛生という個別の領域から、経済・安全保障をも含む広い文脈で捉えることが必須となった時代状況において、今後ますます重要となることが予想され、本研究がグローバルヘルスに関する政策研究の良き前例になるものと思われる。
- ② 研究テーマについては、以下のような新たな知見が得られた。
 - ・ 国際保健は従来、「先進国が途上国を支援する」という図式を前提とした、「健康への権利」の実現を目指す自由主義的な国際秩序に特長づけられてきた。しかし、COVID-19の世界同時多発型パンデミックの発生により、先進国が自らの感染症対策に総力を尽くさなければならない状況となり、その秩序に国際的な権力関係や対立構造が持ち込まれ、医療資源に対するアクセスの南北格差が一層顕在化していることが明らかになった。こうした現状において、自由主義的な国際秩序を重視してきた日本が、国際連帯に基づく秩序の再構築を試みるためには、新しい組織を作るのではなく、既存の枠組みの改善で対応できる部分は対応し、感染症への分野横断的な対応については国連等のグローバルなハイレベルの協議体の活用を念頭に置きつつ、ASEAN等の地域的あるいは、G7、G20等の目的を同じくする国家間、あるいは二国間及び複数国間の協力枠組みをボトムアップに構築し、信頼醸成を重ね、各国の対応間の協調を進めていくことが、現実的かつ重要であるとの知見を得た。
 - ・ パンデミック時における医療ツールへの公平なアクセスの実現については、ACT アクセラレーター（ACT-A）のような既存機関の調整を通じた国際協調と集中的な資金投入によって一定の成果を得られることが明らかになったが、同時に、世界同時多発型パンデミックに際しては、「ワクチン・ナショナリズム」のような高所得国による有効な医療ツールな囲い込みや買い占めは妨げることはできないことも指摘された。こうした現実において公平なアクセスを実現するためには、低・中所得国における医療資機材の調達・供給に関わる既存の枠組みを効果的に活用することに加えて、各地域において自立的に医療ツールを開発・生産できる体制や能力強化が不可欠であることが確認された。また、その際、知的財産権の扱いが課題となるが、国際貿易機関（WTO）において、米・仏・伊を含む多数の国が知的財産権の保護義務の一時免除について賛同しているという大きな趨勢があることは認めるも、知的財産権の保護義務の一時免除だけで課題が解決するわけではないとの現実的な見方が示された。一方、公的資金が投入された研究・開発には、

知的財産権や技術等の共有や持分の付与を義務付けるなど、開発・製造する私企業による知的財産権の主張可能な範囲（公的にコントロールできる範囲）について事前のルール作りが不可欠である点について概ね合意が見られた。また、100日ミッションを実現するためには、一層のデータ共有が求められ、罰則による促しだけではなく、地政学的な影響を受けない専門家間のサーベイランスのネットワークを強化する必要性や、開発された医療資源の配分をサンプル共有を促すインセンティブとして活用できるかについても検討する必要性が指摘された。

- ・ 国際保健規則（IHR）では、経済的開放性を柱に据えるリベラルな国際秩序の理念に基づき、人やモノの国際移動を妨げないことが前提とされてきた。それにもかかわらず、COVID-19への対応では、多くの国で他国からの感染流入を防ぐために水際対策として、出入国管理が強化された。IHRでは、国際交通を規制する際、加盟国に公衆衛生上の根拠と科学的情報をWHOに提供することを求めているが、本研究では、そのリスクアセスメントにおけるWHOの中心的な役割は認めるも、WHOだけでは不十分であり、旅行業界やWTOを含む専門家との協力が必要であることが指摘された。また、日本がダイヤモンド・プリンセス号で経験した海路では、人々が長時間にわたり、閉じた空間で過ごさなくてはならないことから、海運特有の課題がある。本研究では、そうした海運特有の課題に対して、令和2年度の外務省委託研究事業「観光旅客船内における感染症の拡大の予防及び感染症が拡大した際の国際的な対応の在り方に関する調査・研究業務」の成果を補足する形で、船舶における感染症対策の強化、IHR改定によって入港中の船舶の感染症対応に関する寄港国の優先的な対応権限を確認すること、感染症対応のための港の能力構築、及び途上国に対する能力構築支援の必要性が指摘された。また、円滑な海運の基盤となる船員の交代についても、公衆衛生リスクに対応した措置を取るべきことをIHR等で明示的に規定する必要性について指摘された。
- ・ COVID-19パンデミックはまた、IHRのコアキャパシティの高い先進国でも起きたことで、既存のIHRの国際的枠組みでは不十分であること、同規則の履行確保メカニズムをさらに強化する必要性を明らかにした。そうした課題認識に基づき、本研究では、感染症対応のprevention、preparedness、responseの全てのフェーズにおいて長期的な視座をも含む強靱で、柔軟かつ公平な保健システム強化を要請するものであること、健康危機への対応にはコミュニティが参画したプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）アプローチを通じたUHCの推進が不可欠であることが確認され、IHRコアキャパシティの再定義とUHCの再検討が必要であることを明らかにした。2023年に開催されるG7並びにUHCに関する第2回国連ハイレベル会合に向けては、単に理念の打ち出しに留まらず、UHCと健康危機管理を架橋する領域を特定した上で、国際機関との連携に基づくパイロット事業の実践を踏まえて強靱性と柔軟性、公平性を備えたUHCを検討し、高所得国と低・中所得国共通の課題として2023年のG7サミットのアジェンダにおいて確認し、さらには、2023年の国連総会UHCハイレベル会合に向けて、次なるパンデミックに対する強靱性を備えた保健システム、さらには社会の実現に寄与するUHC（resilient UHC/UHC for Wellbeing）を打ち出すことの重要性が指摘された。また、支援の実践においては、包括的な保健システム強化を行うこと、地方行政の強化に加え、コミュニティ組織や市民社会組織等との連携を通じて脆弱な立場にある人々に焦点を当てた不平等の解消に資する支援を行うこと、感染症対策との連続性を踏まえた非感染性疾患を含む予防をUHCの指標に明示的に盛り込み、その取り組みを強化することも指摘された。
- ・ ウィズ及びポスト・コロナ時代におけるグローバルヘルスのファイナンスングについては、未知なるパンデミックへの備えを強化することは、自国の経済・安全保障への投資でもあるという認識の転換を進めつつ、日本の保健分野のODAの拡充含め、パンデミッ

<p>ク発生時に迅速に必要な資金を動員する仕組みの構築と、パンデミックを起こさないための平時からの UHC や健康危機対応能力強化への投資の拡大が求められることが確認された。パンデミック発生時に動員される資金については、米国を中心にグローバルヘルス・セキュリティのための Financial Intermediary Fund (FIF) の立ち上げが議論されているが、資金需要の大きさと資金不足は認めるも、新たな組織の設置については否定的な見解が示された。また、自律性と柔軟性のある資金を迅速に確保するために、ギャップ分析の上、ドナーに加え、民間や国内の資金動員の仕組みを構築すると共に、資金のアカウンタビリティが担保されるガバナンスを強化する必要性が指摘された。</p>
<p>(諸外国シンクタンク・有識者との連携の強化)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 研究過程における外国シンクタンク・有識者等（在日の有識者、外交官、外国メディア関係者を含む）との定期的な討論や共同研究等を通じ、諸外国の視点を取り入れた調査研究や、日本の立場や見解に関する外国シンクタンク・有識者等による理解の増進に取り組んでいるか。 <p>(※ 活動内容のみではなく、外国シンクタンク・有識者との連携がどれほど、どのように深められたかを総括的に記載すること。)</p>
<ol style="list-style-type: none"> ① 各研究担当者が海外文献に加えて、個別に海外専門家へのヒアリングを行い、政策オプションの相場観を探ったほか、当センターの持つネットワークを通じて、PHC の投資計画案、Global Public Investment (GPI) といった研究者が直接アクセスしにくいテーマに関する会合の場に研究担当者も招待し、調査研究の参考情報を得る機会を提供した。 ② 提言案に基づき国際対話を実施したことで、米国の外交問題評議会 (CFR)、戦略国際問題研究所 (CSIS)、ランド研究所、英国のチャタムハウス、インドネシアの戦略国際問題研究所 (CSIS ジャカルタ) からの参加を含む 12 カ国計 20 名の有識者から具体的なコメントを得ることができ、提言の打ち出す政策オプションの妥当性を確認できたのに加え、重要な指摘を提言の最終版に反映することができた。 ③ 国際対話に際しては、現在、内閣官房が取りまとめられているグローバルヘルス戦略案を参考資料として共有し、現状としての日本政府のグローバルヘルスに対する考えを周知した上で、本研究会の提言案に基づき議論いただくことで、日本の立場や見解への理解が深まるよう努めた。また、公開シンポジウムに際しては、パネルディスカッションのモデレーターより、冒頭、グローバルヘルス分野における日本政府の過去の取り組みを紹介した上で議論を行ったことで、パネリスト並びに視聴者が日本のこれまでの本分野における貢献について共通の理解を持った上で議論を深めることができた。
<p>(日本の主張の世界への積極的発信と国際世論形成への参画)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● インターネットによる広報やセミナー・シンポジウムの実施・参加等を通じ、日本の主張の国際社会への発信が積極的になされたか。その結果として国際世論の形成に参画することができたか。 <p>(※活動内容のみではなく、どのような発信が、どのように国際世論の形成への参画につながったかを総括的に記載すること。)</p>
<ol style="list-style-type: none"> ① 和文と並行して英文の提言をとりまとめ、英文の提言案に基づき国際対話を実施したことで、本研究会が考える日本が取りうる政策オプションについての試案に基づく具体的な議論を行うことができた。特に、グローバルヘルスの分野で発言力のある米国、英国、ドイツ、カナダ、インド、インドネシア、韓国、ケニア、タイ、中国、ナイジェリア、マレーシア 12 カ国の計 20 名の有識者の参加を得たことで、本研究グループが考える日本の取るべき政策オプションについてのグローバルヘルス・コミュニティにおける周知が図られた。

<p>② 提言発表に際しては、今年の G7 及び G20 のエンゲージメントグループの一つであるシンクタンクによるグローバルヘルスに関するタスクフォースの共同議長をスピーカーに招いて公開シンポジウムを開催したことで、今年の G7 及び G20 の議論へのインプットを図った他、日本が議長国を務める 2023 年の G7 に向けて、本年の G7 及び G20 との政策面での継続性及び連携を確認することができた。</p> <p>③ 提言並びに公開シンポジウムについては、ランセット誌や BMJ の編集長を含む 730 名を超えるグローバルヘルスや日本の対外戦略に関心のある有識者に周知した他、Twitter で公開シンポジウムの登壇者にメンションしたり、タグ付けをすることで、彼らのネットワークへの周知が図られ、3272 件のインプレッションを得た。</p>
<p>(国民の外交・安全保障問題に関する理解増進)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● インターネットによる広報やセミナー・シンポジウムの実施・参加等を通じ、国民の外交・安全保障に関する理解増進に取り組んだか。また、その反響があったか。 <p>(※活動内容のみではなく、どのような活動がどう国民の理解を増進したのか、どのような反響があったかを総括的に記載すること。)</p>
<p>① 研究会で議論した各テーマに関する課題の整理や取り得る政策オプションをポリシーブリーフとしてまとめ、全て JCIE 及び IFI のウェブサイトで公表している。また、若手研究メンバーの Twitter で JCIE の Twitter 上の投稿をリツイートしてもらうことで、各号に対して、本テーマに関心のある層の 1000～2000 人の目に留まることができている。加えて、JCIE では、グローバルヘルスの事業に関係している国内の政治、行政、学界、経済界、市民社会、メディアの有識者約 1000 名に周知する他、JCIE の機関メール“JCIE eNews”を購読しているグローバルヘルス以外の事業にも関係している有識者 1600 名にも周知を図った。</p> <p>② 提言並びに公開シンポジウムについては、IFI 及び JICA 緒方研究所と連携の下、国内外 26,500 名に周知が図られた。メディアがウクライナ危機一色の中ではあったが、公開シンポジウムへの登録者数は 347 名、その半数を超える 182 名が参加した。内 26 名が外国人であり、全体の内訳は、学生を含む学者・研究者 40%、企業 16%、政府及び政府系組織が 11%、非営利セクター 5%、国際機関 4%、医療・介護従事者 3%、メディア 2%、その他（所属の記載のない方含む）19%という構成となり、幅広いセクターの理解増進に寄与したと言える。</p>
<p>(2) 補助事業の実施体制及び実施方法</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 若手、女性、地方在住研究者を積極的に登用しているか。若手研究者の育成（英語による発信力の強化を含む。）に取り組んでいるか。
<p>① 本研究メンバーの 6 割を超えるメンバーが 45 歳以下の若手であり、女性も半数を占める。研究会をオンラインで実施したことで、首都圏以外の研究者の参加も容易になり、役割 3 割が首都圏以外から参加した。</p> <p>② 英語で実施された国際対話では、4 つのセッションの内、3 つのセッションで若手女性研究者がモデレーターを務めた他、同じく英語で実施された公開シンポジウムの登壇者の半数は女性であり、パネルディスカッションには、若手女性研究者 1 名が登壇した。</p> <p>③ 全てのポリシーブリーフは英訳され、本事業終了後も、英語での発信（ジャーナルへの投稿等）を後押しする予定。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 複数の分科会や研究会がある場合、それらの間の有機的な連携が取れているか。

① 1つの研究会の下で7つのテーマを扱った。
● 外務省等の関係部局とのコミュニケーションを構築し、政策立案上のニーズを把握し、それを踏まえて効果的にアウトプット・政策提言を行ったか。
① 本補助金以外の資金で、当センターが四半期に一度実施している「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会の運営を通じて構築されたグローバルヘルス関係省庁・部局とのネットワークに基づき、政策的な動きの把握に努め、外交日程を踏まえて研究会の日程及びテーマを調整し、外務省、厚労省、財務省、国交省の関係部局の担当者を交えた研究会の開催を通して、タイムリーな政策的インプットを図った。
(3) 補助金の使用
● 補助金は効率的に使用されているか。
① COVID-19により、当初予定されていた海外への渡航並びに海外からの招へいが実施されなかったことから、海外へのアウトリーチ戦略として、最終提言のみならず、全てのポリシーブリーフの英訳を行い、本研究会終了後も、引き続き各研究担当者が英文のポリシーブリーフに基づき、国際的な世論形成に参画する手段を提供した。
② オンライン会議システムを駆使して、城山主査ほか IFI のチーム、各研究者、そして研究会に招待した外部識者と密にコミュニケーションを取り、各研究会の趣旨や問題意識の共有の徹底を図った。
● 補助金の適正な執行・管理のために十分な体制がとられたか（管理者による予算全体の配分・管理や支出の適正性を判断する担当者と実際の支出を承認する担当者の区分等）。
① 東京大学の単価表に基づき積算された予算案に基づき、全体調整担当者が、予算全体の配分・管理を行い、実際の支払いに際しては、経理担当と組織の財政全体を管理している事務局長・専務理事承認の上、執行された。
② IFI の事務担当者と密に連絡を取り、双方担当業務に漏れがないように努めた他、出席謝金や執筆謝金等の支払いにあたっては、東京大学側のルールと齟齬がないよう努めた。

3-1 事業の実施状況・成果

※以下の4つのカテゴリーに沿って、具体的な実施状況（日時、場所、参加者/参加人数、テーマ、調査、議論や対外発信の概要、成果等）について記載すること。（分量自由）

1. 基礎的情報収集・調査研究

※他の予算で実施している「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会以外の会合は全てオンラインで実施。

・情報収集・調査実施回数:2回

- 関係省庁との意見交換(7月16日、36名)
- G20 パンデミックへの備えと対応のための国際公共財への資金調達に関する G20 ハイレベル独立パネルのメンバーである石井菜穂子東京大学理事へのヒアリング(9月8日、31名)
- その他、各研究担当者による個別のインタビューやヒアリング

本事業とは別に、以下の会合にも研究会メンバーが参加し、情報収集を行った。

- 第36回「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会(6月22日)
- クリストフ・ベン ユップ・ランゲ・インスティテュート グローバルヘルス外交ディレクターとの PHC のグローバルな投資計画案及びドイツ主催 G7 サミットに関するラウンドテーブル(8月27日)
- 第37回「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会(10月1日)ーグローバルヘルス戦略中間取りまとめに特化した討議
- Pandemic Action Network (PAN)主催の Global Public Investment (GPI)に関する勉強会(10月13日)
- 第38回「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会(11月25日)

【会議】

・検討委員会:2回

- 第1回:研究会の進め方について(4月22日、23人)
- 第2回:提言骨子案について(1月17日、18人)

・研究会の実施数:8回

- 第1回:コロナが提起した国際政治・社会政策上の課題(7月7日、33人)
- 第2回:COVID-19の経験を踏まえた UHC 戦略(8月31日、36人)
外部識者:大澤絵里 国立保健医療科学院上席主任研究員、林玲子 国立社会保障・人口問題研究所副所長
- 第3回:R&D・知財・ワクチン外交の課題(9月7日、44人)
外部識者:森和彦 日本製薬工業会専務理事、稲場雅紀 定非営利活動法人 アフリカ日本協議会国際保健部門プログラム・ディレクター;GII/IDI に関する外務省/NGO 懇談会代表、金杉詩子 国境なき医師団日本アドボカシー・対外ネットワーキングマネージャー
- 第4回:パンデミック条約(10月19日、42人)
- 第5回:官民連携組織(11月9日、40人)
外部識者:稲場雅紀
- 第6回:外国船舶における感染症事例に対する国際協力のあり方(11月29日、48人)
外部識者:河野真理子 早稲田大学法学学術院教授、中澤よう子 神奈川県医務監、平田純一 一般財団法人日本海事協会調査開発センター長/交通物流部長
- 第7回:COVID-19の経験を踏まえた UHC 戦略<第二弾>(12月23日、41人)

- 第8回:グローバルヘルス・ファイナンス(1月11日、44人)
- ・官民のグローバルヘルス関係者による情報共有・意見交換の場である第39回「グローバルヘルスと人間の安全保障」運営委員会での提言案へのコメント聴取(2月17日、47人)
- ・その他、主査・副主査との打ち合わせ、各研究者との打ち合わせ、テーマ別の班研究会を複数回実施(UHC班研究会2回、官民連携班研究会2回、パンデミック条約に関する交渉状況に関する外務省へのヒアリング1回)
- ・シンポジウム／セミナー／ワークショップ等の主催・共催数:2回
 - 国際対話(3月7-8日、41人)
 - 公開シンポジウム(3月16日、182人、内外国人26人)
- ・他団体主催のシンポジウム／セミナー／ワークショップ等への参加数:0回

2. 諸外国シンクタンク・有識者との連携の強化

JCIEのネットワークから得られるグローバルな政策的な動きに関する会合への研究メンバーの招待

①クリストフ・ベン ユップ・ランゲ・インスティテュート グローバルヘルス外交ディレクターとのPHCのグローバルな投資計画案及びドイツ主催G7サミットに関するラウンドテーブル

日時:8月27日16:00-17:00

形式:オンライン

参加者:日本人24人(政治、行政、アカデミア、内本研究会メンバー3人)

ユップ・ランゲ・インスティテュート及びSEEK Development社がまとめたPHCに関する投資計画概要についてクリストフ・ベン ディレクターより説明を受けた。同コンセプトはa. デジタル・ツールの活用による新たな人間中心のケアの実現、b. より包括的な保健サービスを提供する保健医療人材の育成、c. 個人やコミュニティの健康に関わる意思決定への参画推進で構成され、年間19億~38億ドルを投ずることでPHCの変革を可能とすると試算している。

②GPIに関するPAN主催会合への研究メンバーの招待

日時:10月13日14:00-15:00

形式:オンライン

参加者:日本、韓国、オーストラリア、シンガポールのグローバルヘルス政策アドボカシーを行っている市民社会組織関係者14名(内本研究メンバー2人)

PAN関係者より、国際的公共財に対する、ODAに代わる新しい資金調達の考え方であるGPIについて説明を受けた。GPIは、全ての国がその経済規模に応じて、パンデミック対応を含む国際的公共財となる課題に対して資金を提供し、より包括的なガバナンスの構築を目指す概念。

国際対話 “How to Restructure Post-COVID Global Health Governance through Global Solidarity” の実施

日時:3月7日-8日、21時~22時30分

形式:オンライン

参加者:41人(内20人が海外からの参加者)

3月7-8日の2日にわたり、米国のCFR、CSIS、ランド研究所、英国のチャタムハウス、インドネシアのCSISジャカルタからの参加者を含む米国、英国、ドイツ、カナダ、インド、インドネシア、韓国、ケニア、タイ、中国、ナイジェリア、マレーシア12カ国の計20名の海外有識者の参加を得て、提言案に基づく国際対話を実施した。対話では、提言の主要メッセージを共有

した上で、1 日目に(1)将来的なパンデミックにより効果的に対応するためには、UHC と健康危機管理の取り組みの相乗効果をいかに高めうるか、(2)必須医療ツールへのグローバルなアクセスを保障するために、いかに革新と連帯のバランスを取り得るか、について議論し、2 日目には、(3)将来的なパンデミックへの備えを高め格差を是正するためにどのようなグローバルヘルス・ガバナンスとファイナンスの仕組みが求められるか、(4)感染症対策と国際交通規制のバランスをいかに取るか、について議論を行い、提言に対するグローバルヘルスコミュニティの受け止め方を確認すると共に、コメントを提言最終版に反映した。議論の概要は以下の通り。詳細（議事録、プログラム、参加者）は別添を参照。

- ・ 米国の研究者含め、健康危機への対応には、コミュニティが参画した PHC アプローチを通じた UHC の推進、各国のリーダーシップと省庁を横断した取り組みが不可欠であることについて合意が見られ、また、UHC と危機管理体制の強化に必要とされている強靱な保健システムが何を意味するかについて、施設レベルにまで落とし込み、求められるキャパシティやアクションプランを検討する必要性が指摘された。また資金面において、UHC 達成と JEE に備えた National Action Plan (NAP) の実施双方に必要な資金が投じられる必要性も指摘された。医療従事者に一層注力する必要性も喚起された。
- ・ 必須医療ツールへのアクセスの公平性については、各地域において自立的に必要な医療ツールを提供できる生産体制・能力強化が不可欠であり、それへの支援の強化が求められた。加えて、公的な資金で支援された製品については、健康危機が起きた際には、迅速な技術移転と生産体制の増強が可能となるような知財や技術等の共有に関するルールを事前に定める必要性については合意が見られたが、コロナの経験を見ても、それを実現する難しさについても認識が共有された。データ共有を促すため、罰則だけではなく、インセンティブ強化の必要性も指摘された。
- ・ ガバナンスについては、現状の議論がグローバルレベルに偏っているとの指摘があり、よりボトムアップの、国レベルのアクションを動機づけるプロセスが必要であること、各国が主体となる必要性が指摘された。新たな組織の設立よりも、既存の組織のアカウンタビリティの改善が重要であり、米国が提案した Financial Intermediary Fund (FIF) についても、ACT-A の実施パートナー機関に資金を流す役割に徹すべきという意見も出された。加えて、単一の機構よりも、提言でも提案しているような多層的なガバナンスの方が危機に際しては強度が高く、特に地域の枠組みを強化することが重要といった指摘や、WHO を中心とする国連の専門機関の重要性は変わらないが、より市民社会の参画や透明性を高める必要性が指摘された。
- ・ 感染症対策と国際交通規制については、WHO 単独で勧告を出すのではなく関係機関やセクターとの連携が不可欠であること、IHR のコアキャパシティの強化を一層後押しする必要性、地政学的な影響を受けない専門家間のサーベイランスのネットワークを強化する必要性、また、各国のリスクアセスメントに対して、WHO が専門家と協力してガイダンスを出すことの必要性が指摘された。加えて、critical, non-critical な travel についての基準を関連国際機関が連携して策定する、それを補完する形で、各業界も規制や基準の設定を行うといった提案も出された。

3. 日本の主張の世界への積極的発信と国際世論形成への参画

公開シンポジウム「国際的な連帯に基づくポストコロナの グローバルヘルス・ガバナンス再構築 ―G7、G20 の果たすべき役割―」

日時：3 月 16 日（水）午後 4 時～5 時

形式：オンライン、日英同時通訳

登壇者：大河原昭夫 JCIE 理事長・CEO；城山英明 IFI 所長、東京大学公共政策大学院/大学院法学政治学研究科教授、研究会主査；イローナ・キックブッシュ T7 グローバルヘルス・タスクフォース共同議長、ジュネーブ国際開発高等研究所グローバルヘルスセンター創設者兼チエア；ハスブラ・タブラニー T20 グローバルヘルス・セキュリティと COVID-19 タスクフォースリード共同議長、インドネシア大学公衆衛生大学院前学長；勝間靖 NCGM グローバルヘルス政策研究センター（iGHP）研究科長、T20 グローバルヘルス・セキュリティと COVID-19 タスクフォース共同議長〔モデレーター〕；鈴木一人 東京大学公共政策大学院教授；坂元晴香 東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座准教授；牧本小枝 JICA 緒方研究所主席研究員

本シンポジウムには、本年の G7 及び G20 のシンクタンクを中心としたエンゲージメント・グループの一環でグローバルヘルスを議論しているタスクフォースの共同議長を招待し、研究会の提言を踏まえて、国際的な連帯に基づくグローバルヘルス・ガバナンスをいかに再構築するか、その際の G7 及び G20 の役割に焦点を当てて議論を行った。それにより、提言に基づく日本の考えを G7 及び G20 のプロセスにインプットすることを図った。同ビデオは JCIE の YouTube チャンネル”Global Studio”に掲載し、対外的な発信を目的に英語で配信している。

<https://www.youtube.com/watch?v=6PVDba-eBtI&t=6s>

なお、提言並びに公開シンポジウムについては、ランセット誌や BMJ の編集長を含む 730 名を超えるグローバルヘルスや日本の対外戦略に関心のある有識者に周知を図った他、JICA 緒方研究所の 7000 人を超える海外のネットワークにも配信された。加えて、Twitter を通じて、登壇者のネットワークへの周知も図った。概要は以下の通り。

- ・ キックブッシュ教授からは、COVID-19 は世界の連帯を高めるゲームチェンジャーになることを期待していたが、そうはならず、加えて、ウクライナ危機によって G7 諸国内、さらには G20 諸国内を含め、世界の分断が逆に進んでいることが指摘され、このように世間の関心がウクライナ危機に集中している中だからこそ、引き続きグローバルヘルスが G7 の優先課題に位置付けられるよう日本と連携していくことへの期待が示された。また、T7 のタスクフォースでも、いかに信頼と連帯を再構築するかについて議論されていることが共有され、国際機関が既存の ODA のパイを競うような断片化したモデルではない、ODA を超えた新しいモデルが必要であること、G7 のホスト国間でグローバルヘルスの各議題に対するリーダーシップを競うのではなく、長期的にグローバルヘルスにコミットしていくべきであると指摘した。加えて、WHO はグローバルヘルスにおける信頼を醸成する要となる組織であり、現在議論されているパンデミックへの備えと対応のための新たな資金メカニズムは、WHO から独立したものであってはならず、WHO への分担金との繋がりを持たせるべきであるとの意見が示された。
- ・ タブラニー教授は、全ての国に、各国の GDP に応じて拠出を義務付ける新たなグローバルな資金の必要性を訴え、それに加え、研究、人材、資金全てのハブも分権化することで、COVID-19 対策で見られたワクチン格差のような健康格差を是正すべきであると指摘した。また、移動する人たちの感染状況をパスポート等の ID と紐づいた形で把握・共有できる体制を構築することで、即座の対応が可能となり、感染症のパンデミック化を防ぐことができるとの考えを共有した。
- ・ パネルディスカッションでは、ウクライナ危機及びロシアへの経済制裁によって引き起こされる物価高騰等がグローバルヘルスに与える影響についても議論された。COVID-19 の経済的なインパクトほどではないだろうとの見方が示された一方、ウクライナ難民の健康格差の問題、ウクライナ危機をめぐる EU と NATO 諸国の連携強化が G7 や G20 におけるグローバルヘルスに関する議論に与える影響について共有された。こうした状況であるからこ

そ、パンデミック条約のような国家が順守すべき新たなルールと責任を検討する必要があるとの指摘がなされた。また、日本が推進してきた「人間の安全保障」の考え方が今ほど重要性を持つことはないとして、UNDP の人間の安全保障特別報告書にあるように、プラネタリ・ヘルスも人間の安全保障の一部として捉えることの重要性が強調された。

4. 国民の外交・安全保障問題に関する理解増進

ポリシーブリーフの発信

- 研究会での議論に基づき、「コロナが提起した国際政治・社会政策上の課題」、「必須医薬品への公正なアクセスに見られる課題」、「パンデミック条約に関わる諸課題」、「外国船舶における感染症事例が提起している課題」、「グローバルヘルス・ファイナンス」、「COVID-19 の経験を踏まえた UHC 戦略」、「官民連携組織の役割」という 7 つのテーマに関連した 17 のポリシーブリーフを発表した。特に、11 月 29 日-12 月 1 日に開催されたパンデミック条約に関する WHO 特別総会に先立ち、パンデミック条約に関するポリシーブリーフを配信し、国民の関心と理解を得られるよう努めた。
- 各ポリシーブリーフは JCIE や若手研究メンバーの Twitter でも発信する他、JCIE のグローバルヘルスの事業に関係している国内の政治、行政、学界、経済界、市民社会、メディアの有識者約 1000 名、グローバルヘルス以外の事業にも関係している有識者約 1600 名にもメールで周知が図られた。

提言の発信と公開シンポジウムの開催

- 提言公開日に合わせて公開シンポジウムを開催し、提言内容への理解増進を図った。事後の対外的な発信を視野に入れ、使用言語は英語としたが、質の高い日英同時通訳を入れ、日本語でも質問・コメントが可能な体制を取ったことで、参加した日本人の理解を十分に得られたものと思われる。
- 提言及び公開シンポジウムについては、IFI 及び JICA 緒方研究所と連携の下、国内外 26,500 名に周知が図られ、幅広いセクターの日本人の理解増進に寄与したと言える。
- パネルディスカッションでは、冒頭、モデレーターより、これまでの日本政府によるグローバルヘルス分野の貢献の概要が紹介され、日本のグローバルヘルスへの継続的なコミットメントについて理解を増進した。

3-2 事業の実施状況・成果の定量的概要

【調査】

- 情報収集・調査実施回数：2 回

【会議】

- 研究会の実施数：10 回
- シンポジウム／セミナー／ワークショップ等の主催・共催数：2 回
- 他団体主催のシンポジウム／セミナー／ワークショップ等への参加数：0 回

【情報発信】

本研究会の活動を共有するウェブサイトを作成し、順次更新した。

和文：<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-13480/>

英文：<https://www.jcie.org/programs/global-health-and-human-security/gh-governance-study-group/>

・インタビューや報道発表の実施数：0回（研究担当者による個別インタビューやヒアリングは複数あり）

・論文やコメントリーの発出数：17回

Vol. 1 ウィズ&ポスト・コロナ時代のグローバルヘルスに関わる国際政治と日本—ソリダリティの再定義（東京大学公共政策大学院教授 鈴木一人）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-13809/>

Vol. 2 新型コロナ感染症対策によって経済は停滞したのか？（カリフォルニア大学ロサンゼルス校 助教授 津川友介）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-13811/>

Vol. 3 ウィズ&ポスト・コロナ時代における UHC 戦略の課題（大阪大学 CO デザインセンター特任講師 金森サヤ子）

https://www.jcie.or.jp/japan/?post_type=activity-report&p=14057&preview=true

Vol. 4 「自国の危機」としての新型コロナ対応—同時多発型パンデミックにいかに備えるか（東京都立大学教授 詫摩佳代）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-14388/>

Vol. 5 パンデミック条約の射程と限界—IHR、WHO 条約、その他の多国間条約・制度の役割分担の観点から（東京大学公共政策大学院教授・未来ビジョン研究センター長 城山英明）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-14395/>

Vol. 6 パンデミック対応における病原体と関連情報の国際共有上の課題と選択肢のレビュー（東京大学公共政策大学院 特任准教授 松尾真紀子）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-14398/>

Vol. 7 国際的な感染症対応における義務履行確保—制度的選択肢と検討要素（WHO コンサルタント、東京大学特任研究員 武見綾子）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-14658/>

Vol. 8 国際保健行政と海運：入港中の船舶に対する寄港国の権限と船員の交代問題（東北大学大学院法学研究科教授 西本健太郎）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-14821/>

Vol. 9 国際保健行政と海運：世界保健機関体制の意義と限界（防衛大学校准教授 石井由梨佳）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-14841/>

Vol. 10 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と健康危機のシナジー（東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座准教授 坂元晴香）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-14859/>

Vol. 11 日本のグローバルヘルス分野の政府開発援助：歴史的傾向と新時代への展望（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室特任准教授、東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室特任助教 野村周平）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-15067/>

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(22\)00018-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(22)00018-9/fulltext)

Vol. 12 ACT アクセラレーターは COVID-19「医療ツール」への真に公平・公正なアクセスを実現できるか？（日本国際交流センターリサーチアソシエート 西野義崇）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-15133/>

Vol. 13 国際保健協力における官民パートナーシップの意義と課題（叡啓大学ソーシャルシステムデザイン学部専任講師、世界エイズ・結核・マラリア対策基金技術審査委員

瀬古素子)

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-15198/>

Vol. 14 国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）における必須医薬品～研究・開発への公的支援とその研究成果への国際的に公正なアクセス（NCGM グローバルヘルス政策研究センター研究科長、早稲田大学大学院アジア太平洋研究科教授 勝間 靖）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-15204/>

Vol. 15 健康危機管理に関する資金メカニズムの課題と将来への教訓（東京女子医科大学 国際環境・熱帯医学講座准教授 坂元晴香）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-15213/>

Vol. 16 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と健康危機のシナジー—両者の架橋の観点から（WHO コンサルタント、東京大学特任研究員 武見綾子）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-15246/>

Vol. 17 グローバルヘルス・ファイナンスとガバナンス—状況と課題（WHO コンサルタント、東京大学特任研究員 武見綾子）

<https://www.jcie.or.jp/japan/report/activity-report-15249/>

- ・政策提言を含む報告書の発出数：1回

- 和文：https://www.jcie.or.jp/japan/wp/wp-content/uploads/2022/03/GHG_recommendations_J_final_cover.pdf
- 英文：https://www.jcie.or.jp/japan/wp/wp-content/uploads/2022/03/GHG_recommendations_E_final_cover.pdf

- ・学術誌への投稿：1回（野村周平研究担当メンバーによる *Lancet* 誌への投稿）

- [https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(22\)00018-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(22)00018-9/fulltext)

- ・JCIE eNews への掲載（政治・行政・学界・産業界・市民社会組織・メディア関係者を中心とした購読者：1600人）
- ・JCIE の twitter への掲載
- ・JCIE、IFI、JICA 緒方研究所を通じた公開シンポジウム及び最終提言に関する案内（JCIE 国内 1000 件／海外 730 件／Twitter のインプレッション 3272 件；IFI 9020 件；JICA 緒方研究所メール 日本語 4780 件、英語 3240 件／Facebook 日本語 3680、英語 4030：計約 26,500 件）
- ・公開シンポジウムの動画（英語）公開（3月31日現在、閲覧 110 回*）

<https://www.youtube.com/watch?v=6PVDbA-eBtI>

*一度公開した動画を編集して再公開したため、上記は 2 つの動画の閲覧回数の総数

4-1 事業実施体制

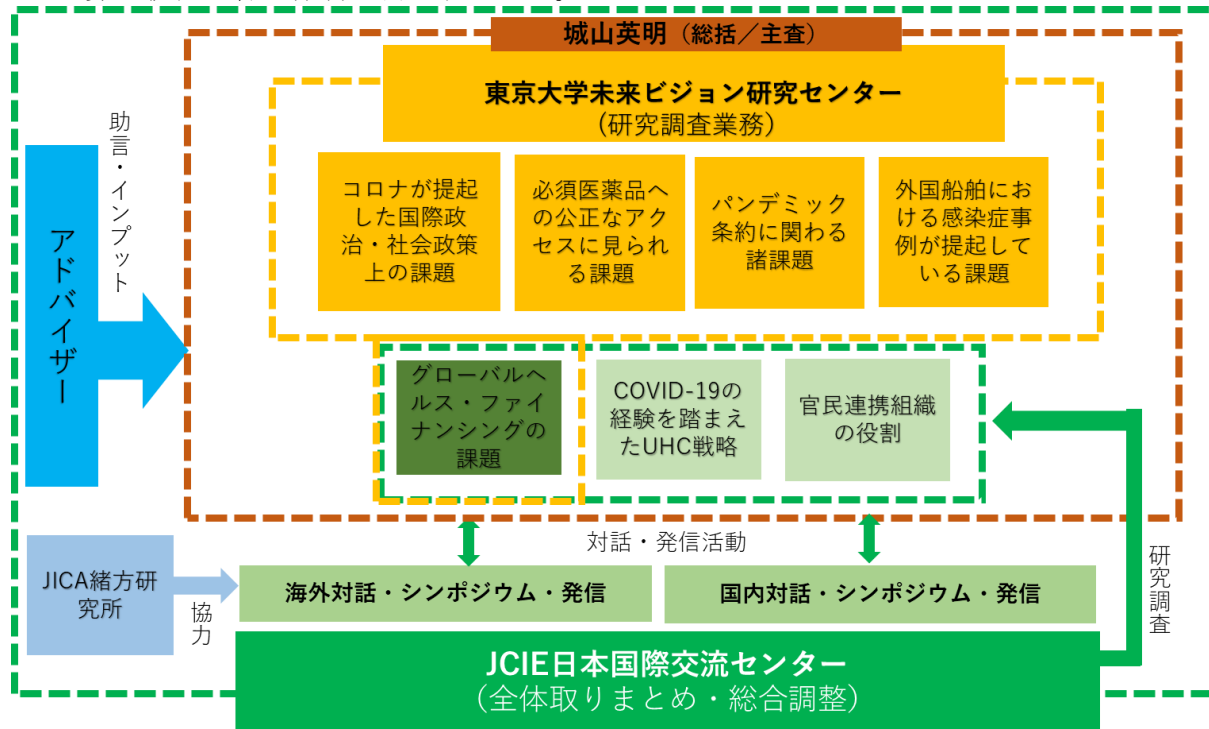
- ・事業を実施するための人的体制、それぞれの役割分担等を記載のこと。
- ・必要に応じ、それぞれの経験、能力等を示す資料を別添可。
- ・若手、女性研究者、首都圏以外の研究者にカウントしている場合はそれを分かるようにすること。

(※) 年齢・性別は評価の際の参考情報として記載するものであり、対外公表はしない。

1 組織図 (自由書式)

※ 複数の分科会／研究会が設けられている場合は、それらが有機的に連携するためにどのような体制が取られているか明示すること。

※ 予算の執行・管理体制を明示すること。



予算の執行・管理分担：

JCIE：緑色の研究活動並びに全ての研究会・検討委員会・ヒアリング・対話・発信の実施とその予算執行

IFI：総括／主査及びその他業務、黄色の研究活動の実施とその予算執行

2 メンバー詳細

事業総括、グループリーダー、研究担当、渉外担当、経理担当等の別	氏名	所属機関・部局・職専門分野	役割分担
事業総括・検討委員会主査、研究担当	城山英明	東京大学公共政策大学院・大学院法学政治学研究科教授、東京大学未来ビジョン研究センターセンター長 国際行政論、科学技術と公共政策	研究全体の統括、パンデミック条約に関する諸課題に関する研究
全体調整、研究調整	鈴木智子	JCIE チーフ・プログラム・オフィサー 人間の安全保障、グローバルヘルス	全体調整、国内外対話の実施、官民連携組織の役割・COVID-19の経験を踏まえたUHC戦略・グローバルヘルス・ファイナンスに関する研究調整
検討委員会副主査、研究担当	勝間靖	早稲田大学大学院アジア太平洋研究科教授、国立国際医療研究センター・グローバルヘルス政策研究センター・グローバルヘルス外交ガバナンス研究科長 開発研究、国際人権論、人間の安全保障、グローバル・ガバナンス	研究会の進め方についての助言、必須医薬品への公正なアクセスに見られる諸課題に関する研究
検討委員会副主査、研究担当	鈴木一人	東京大学公共政策大学院教授 国際政治学、科学技術外交	研究会の進め方についての助言、コロナが提起した国際政治・社会政策上の課題についての研究
研究担当、検討委員会主査補佐	松尾真紀子	東京大学公共政策大学院特任准教授、東京大学未来ビジョン研究センター兼務教員 国際協力学、リスクガバナンス論	主査の補佐、パンデミック条約に関する諸課題に関する研究
研究担当	石井由梨佳	防衛大学校	外国船舶における感染症事例が提起して

研究担当	金森サヤ子	人文社会科学群国際関係学科 准教授 国際法、国際刑事法、海洋法 大阪大学 CO デザインセンター特任講師、科学技術外交推進会議委員	いる課題についての研究 COVID-19 の経験を踏まえた UHC 戦略に関する研究
研究担当	坂元晴香	グローバルヘルス、保健政策学、保健外交 東京女子医科大学国際環境・熱帯医学講座准教授	COVID-19 の経験を踏まえた UHC 戦略、グローバルヘルス・ファイナンスに関する研究
研究担当	瀬古素子	小児科医、公衆衛生、グローバルヘルス 叡啓大学ソーシャルシステムデザイン学部専任講師、世界エイズ・結核・マラリア対策基金技術審査委員	官民連携組織の役割に関する研究
研究担当	津川友介	開発研究、ジェンダー、エイズ対策 カリフォルニア大学ロサンゼルス校 助教授	コロナが提起した国際政治・社会政策上の課題に関する研究
研究担当	詫摩佳代	医療経済学、疫学 東京都立大学法学部教授	コロナが提起した国際政治・社会政策上の課題に関する研究
研究担当	武見綾子	国際政治学、国際機構論 世界保健機関 (WHO) コンサルタント、東京大学特任研究員 国際政治学	パンデミック条約に関する諸課題、COVID-19 の経験を踏まえた UHC 戦略、グローバルヘルス・ファイナンスに関する研究
研究担当	西野義崇	JCIE リサーチ・アソシエート	官民連携組織の役割に関する研究
研究担当	西本健太郎	公衆衛生、医療経済学 東北大学法学部教授	外国船舶における感染症事例が提起している課題
研究担当	野村周平	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 特任准教授	COVID-19 の経験を踏まえた UHC 戦略

全体調整補佐	平野志穂	疫学 JCIE プログラム・アソ シエート 公衆衛生 JCIE アカンテイング・ オフィサー GHIT ファンド COO	研究会・対話・発信 業務の補佐
経理・庶務	井上明美		経理処理
アドバイザー	山部 清明		必須医薬品への公正 なアクセスに見られ る諸課題への助言
アドバイザー	斎藤智也		パンデミック条約に 関する諸課題への助 言
アドバイザー	瀧澤郁雄	国立感染症研究所 感 染症危機管理研究セン ター センター長 JICA 人間開発部審議 役・新型コロナウイルス 感染症対策協力推進 室長	COVID-19 の経験を 踏まえた UHC 戦略へ の助言
アドバイザー	牧本小枝	JICA 緒方貞子平和開発 研究所主席研究員	COVID-19 の経験を 踏まえた UHC 戦略へ の助言
アドバイザー	馬淵俊介	元ビル&メリンダ・ゲ イツ財団グローバル・ デリバリー・プログラ ム上級顧問	官民連携組織の役 割、グローバルヘル ス・ファイナンス グ

4-2 事業実施体制の定量的概要

研究者数合計 14 名
うち若手（※）研究者数 9 名（全体の 64%）

うち女性研究者数 7 名（全体の 50%）
うち首都圏以外の研究者数 4 名（全体の 28%）

How to Restructure Post-COVID Global Health Governance through Global Solidarity

Summary of the International Dialogue hosted by JCIE and IFI

March 7-8, 2022 [online]

Background

On March 7-8, 2022, the Japan Center for International Exchange (JCIE) and the University of Tokyo Institute for Future Initiatives (IFI) co-organized an online international dialogue to discuss how to improve global health governance through global solidarity based on the COVID-19 experience, focusing on drawing policy recommendations for Japan. Participation was by invitation-only and held under Chatham House Rules.

The dialogue was held in the final stages of a one-year project that was carried out by a study group formed by JCIE and IFI, entitled “The International Order and Japan’s Role in the COVID and Post-COVID Era”. The group was led by its Director, **Professor Hideaki Shiroyama** (Director, IFI, Professor, Graduate School of Public Policy and Graduate School of Law and Politics, Tokyo University), and two deputy directors including **Professor Yasushi Katsuma** (Professor, Graduate School of Asia-Pacific Studies; Director, Department of Global Health Affairs & Governance, Institute for Global Health Policy Research, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine) and **Professor Kazuto Suzuki** (Professor, Graduate School of Public Policy, University of Tokyo).

The study group was set up to examine issues in global health governance systems and structures, and to produce a report including policy recommendations on the role that Japan should play in global health as the country prepares to host the 2023 G7 Summit and join the 2023 United Nations High-Level Panel on Universal Health Coverage (UHC). To conduct the project, the study group held more than ten meetings with Japanese government officials in the Ministry of Foreign Affairs, Ministry of Health, Labour and Welfare, and the Ministry of Finance.

The dialogue served as an opportunity for the study group to discuss its research findings and recommendations with experts in other countries to finalize its report, and brought members together with 20 experts from countries around the world in Asia, Europe, Africa, and North America [[See Attachment 1: JCIE GHG Study Group International Dialogue Participants List](#)].

Dialogue Agenda and Objectives

The questions addressed at the dialogue were based on the study group’s observations on the global response to COVID-19, which included the following:

1. Infectious diseases have become a national security issue for high-income countries (HICs), thereby adding new elements such as global power relations into the dynamics of global health governance.
2. The so-called “securitization” of infectious diseases has exacerbated the North-South divide and fragmentation of the liberal international order as seen by vaccine nationalism and inequity in

the distribution of vaccines and other medical products, and has disrupted progress towards global solidarity to assist developing countries.

3. HICs with strong “core capacities” as defined by the International Health Regulations (IHR) were also severely impacted by COVID-19, indicating the need to re-examine what core capacities are needed to ensure health security, including elements of UHC that are essential to strengthen these core capacities.
4. Responses of some countries to the COVID-19 pandemic, such as port call restrictions and denial of entry to foreign vessels, have presented a question as to whether the current IHR is sufficient in balancing open international traffic and trade with implementing border restrictions as a measure for infectious disease control.

Based on these observations, the study group members identified the following questions to exchange their perspectives with the dialogue participants:

1. How to enhance synergies between UHC and health security for a better response to future pandemics;
2. How to achieve balance between innovation and solidarity to ensure global access to essential medical tools;
3. How to structure global health governance and financing mechanism to better prepare for future pandemics and close the health equity gap; and
4. How to balance measures for infectious disease control with open trade and international traffic and trade and whether IHR provisions are sufficient to address this balance.

Day 1 and Day 2 covered the first and last two questions, respectively, both in a 1.5-hour session. Each session began with a review of the policy options examined and recommended by the study group, followed by a discussion on each question led by study group members as the moderator and a couple of discussants from other countries [[See Attachment 2: JCIE GHG Study Group International Dialogue Program](#)].

Day 1 (March 7) Summary

Day 1 reviewed the policy options examined and recommended by the study group on the two questions: 1) How to enhance synergies between UHC and health security for a better response to future pandemics; and 2) How to achieve a balance between innovation and solidarity to ensure global access to essential medical tools. Policy options and recommendations included:

1. Ensuring adequate capacity and mechanisms to implement IHR to prevent the spread of infectious diseases. Examples include introducing a new monitoring mechanism (e.g. Universal Health Periodic Review) and enhancing the World Health Organization (WHO)’s investigative capacity.

2. Redefining UHC and reinforcing its connection to global health security. To achieve “resilient and flexible” UHC, the study group recommends the 2023 G7 Summit in Japan to discuss how to strengthen common elements between efforts to achieve UHC and global health security. In particular, the study group emphasizes the importance of the following elements: 1) comprehensive health system strengthening as a common element between UHC and IHR core capacities for global health security; 2) enhancing community-focused assistance to address inequities and provide vulnerable populations with access to healthcare; 3) disease prevention including non-communicable diseases (NCDs) which were proven to be exacerbated by COVID-19; and 4) building confidence and trust in government.
3. Promoting international collaboration to enhance the production capacity of medical tools by addressing technology transfers and intellectual property (IP) rights issues.
4. Establishing a mechanism for sample sharing of pathogens and their genome sequence data (GSD). This could be done through existing mechanisms, including options to revise the IHR or use the Pandemic Influenza Preparedness Framework (PIPF). A new framework could also be considered in coordination with these existing frameworks, such as a pandemic treaty or a gradual approach starting with what is feasible (e.g. BioHub).
5. Enhancing the capacity to develop, procure, and provide medical resources as global public goods. This effort includes strengthening the vaccine supply chain, such as by facilitating technology transfers and strengthening the manufacturing capacity in middle income countries. Another option includes strengthening and leveraging existing multilateral mechanisms such as Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A). In this context, Japan should explore the role of the Global Health Innovative Technology Fund (GHIT), how to regulate IP developed through public R&D funding, and what to consider “public goods”.

The first half of Day 1 addressed how to redefine UHC and increase its connection to global health security for a better response to future pandemics, with a goal to identify specific courses of action to take by the 2023 G7 Summit in Japan and by 2030 which is the year of the UHC target. The discussion was moderated by Dr. Sayako Kanamori (Specially Appointed Associate Professor, Center for the Study of CO Design, Osaka University) and featured two discussants including Professor Margaret Kaseje (Director, Programs and Research, Tropical Institute of Community Health and Development Trust, Kenya) and Dr. Jennifer Nuzzo (Senior Fellow for Global Health, Council on Foreign Relations).

Participants agreed that efforts to achieve UHC could contribute to global health security and therefore strengthening synergies between UHC and global health security is important. Indeed, as one participant noted, the importance of such synergies was pointed out well before COVID-19, such as by the Lancet Commission on synergies between UHC, global health security and health promotion in 2018 as well as at the 2019 UN high-level meeting on UHC.

Although the link between UHC and health security may be understood in theory, participants acknowledged the need to identify specific action items to strengthen the connection in practice. To identify areas where such synergies can be strengthened, participants explored several factors that are necessary to achieve UHC that could also contribute to health security. Many of these factors converged with the areas identified by the study group in their recommendations, which included comprehensive

health system strengthening, enhancing community-focused assistance, disease prevention including NCDs, and building confidence and trust in government. Below are some of the key themes discussed:

Challenges and opportunities in health systems strengthening as a common element between UHC and global health security

- Participants agreed with the study group's recommendation to focus on comprehensive health systems strengthening as a common element between UHC and global health security, but observed that in countries such as the United States, the importance of UHC and health service delivery are often overlooked in the field of health security. In some low-income countries (LICs), there are also limited opportunities and political sensitivities to consider to bring together stakeholders in the health field and in the security field to discuss health security.
- Participants also endorsed the study group's suggestion to include health systems as a factor in evaluation systems such as the Joint External Evaluation (JEE) to assess country capacity to prevent, detect, and rapidly respond to public health risks. However, one participant noted the need to be more specific and detailed about what "resilient" health systems means, such as in terms of capacities and plans that health facilities require, efforts to integrate health facilities into decision-making processes, and how governments can support health facilities.

Key factors to advance UHC that were identified in country responses to COVID-19 (PHC, whole-of-government and cross-sectoral approaches, strong leadership, and trust)

- Participants discussed Kenya as a case study demonstrating how goals to achieve UHC can contribute to health security. In Kenya, where UHC is being piloted, the country's swift response to COVID-19 in its early stages was attributed to several factors that are also important for UHC. These included: good political leadership; fostering partnership and collaboration across different sectors; and building capacity including disease surveillance, health information systems based on real data, and training healthcare workers. Kenya also provided primary healthcare (PHC), reduced out-of-pocket expenses for health services, and addressed gaps in health resources such as by increasing the number of health workers. These factors all paid off in the country's COVID-19 response.
- As mentioned in Kenya's example, there were strong endorsements of the view that PHC can help accelerate and increase synergies between UHC and global health security. As a side note, one participant particularly noted the value of digitally-enabled PHCs in the COVID-19 era.
- Participants also agreed that resilient health systems require utilizing every level of government and of the health system, and that pandemic response requires cross-sectoral and whole-of-government approaches as well as private-public partnership. For example, addressing "infodemics" requires the Ministry of Health to work with the media and the Ministry of Digital and Technology.
- Strong political leadership is essential in all countries, including in the United States where political leadership is needed for greater investments in quality health service and delivery.
- Building trust is another key factor in health security, and public distrust in the system and political leadership contributed to the higher cases and death rates from COVID-19 in the United States. Trust requires time to develop through strong health systems that are integrated into people's daily lives.

For example, disease surveillance not only requires healthcare workers to have access to public health laboratories to be able to send data and for patients to have access to healthcare workers to collect data, but also requires patients to trust their healthcare workers so that they seek the health service to begin with.

- A couple of participants emphasized that elements of UHC such as strong human resource capacity take a long time to develop. In Thailand, for example, invested 40 years to build a strong reserve of epidemiologists.

Importance of engaging communities and governments at all levels for implementation

- One participant observed that there is much talk at the global level on health security, but less action at the country-level, and argued that global health security requires implementation of health security measures at the country and subnational levels to include both central and local governments. For example, central governments should provide scientific evidence on pandemics, but implementation should be done by both central and local governments.
- Participants discussed how to enhance the implementation capacity of local governments. One participant noted the need to address the issue of local governments being siloed into different departments or between emergency and non-emergency services.
- There was agreement that community-level engagement is also necessary to develop strong health systems that are integrated into people's daily lives. Community engagement should therefore be considered when shaping programs and delivery of health services, and various indicators of health security could assess the level of trust at the community level.

Additional factors that are important for health security

- A couple of participants argued that pandemic preparedness and health security is not only about UHC and health systems. In line with the study group's recommendation to pay attention to disease prevention including NCDs, one participant suggested a holistic approach to health security including an effort to keep people healthy in the first place, and to examine factors leading to a healthier life such as access to healthy foods, regulating tobacco and alcohol consumption, and having clean air and water. Japan may have insights that it can contribute on this issue as a country with one of the world's longest life expectancy. Speaking from an LIC perspective, another participant underscored the importance of investing in equity, in addition to access, resilience, and flexibility.
- Additional suggestions were made to improve pandemic preparedness based on the COVID-19 experience. These included creating a global platform to share guidelines and experiences; accounting for and providing translation of guidelines to foreign residents who may not speak the local language; and continuing to make use of innovative services that emerged during COVID-19 such as digital health, medicine delivery, and drive-thru testing.

The second half of Day 1 addressed how to balance two competing perspectives on the innovation of medical products, i.e. the private sector view which argues for IP protection to promote innovation and

allow companies to monopolize products, versus the public goods argument which calls for equitable access to medical products. In addition to exploring room for compromise between the two perspectives, participants discussed how to finance innovation, expand production, and encourage equitable distribution of medical products. The discussion was moderated by one of the two study group deputy directors, **Professor Yasushi Katsuma**, and led by two discussants including **Professor Suerie Moon** (Co-Director, Global Health Centre; Professor of Practice, Interdisciplinary Programmes and International Relations/Political Science, Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva, Switzerland) and Professor **Soonman Kwon** (President, Korea Health Industry Development Institute). Below are some of the key themes discussed:

When and how to control key technologies to promote equitable access to medical products

- Participants expressed hope that the international community to take concrete steps to set rules for IP waivers based on the COVID-19 experience, recognizing the critical importance of providing access to IP and technology transfers to respond to the next health emergency.
- There was agreement that IP rights of private manufacturers should be limited and be made available to the public when IP development was supported by public R&D funding. However, participants observed during COVID-19 that doing so is easier said than done. In the United States, the US government did not have leverage to force Moderna to transfer its technology despite the public funding that went into developing it.
- One participant used the analogy of public train lines to suggest that governments can gain adequate levers to control technologies by obtaining public control over platform technologies, i.e. allow access to the main train line over which others can build. Countries such as India, China and Cuba were able to produce vaccines using this approach. However, platform technologies need to be obtained well before a crisis happens, and international rule-making is needed to allow this to happen.
- Participants also discussed how attitudes of Japanese pharmaceutical companies may have changed since COVID-19 on the IP question. As Japanese companies have been behind in innovation and served mostly as a “post office” of foreign products from the US and Europe, there has not been strong push back from them against the IP waiver proposal. The Japanese government also holds the view that companies receiving public funding should return their gains to tax payers.
- On data-sharing one participant noted that data-sharing currently results largely in penalties, and that it is important to incentivize companies to share data through some kind of benefits and to reassure them that companies that share critical information are not penalized.

Promoting self-reliance and regional-level collaboration to strengthen R&D and production capacity for pandemic preparedness and equitable distribution of medical products

- It was noted that, through the COVID-19 experience, developing countries have realized the need to become more self-reliant rather than rely on the current global health architecture. In this context, one participant endorsed the role of Japan’s GHIT Fund to help R&D efforts in these countries.
- The discussion also noted the need for development agencies to direct their Official Development Assistance (ODA) to support the pharmaceutical sector. Currently, they tend to channel ODA

towards programs that directly support health systems and services (e.g. distribution and supply chains, human resource development) instead of supporting R&D of medicine, pandemics or in the pharmaceutical sector. One reason may be that there is expectation that the former will show more immediate results. Bilateral initiatives and HICs also prefer to support pharmaceutical industries in their own countries. UHC was also mentioned in this context as being able to support the growth of the pharmaceutical sector by enhancing the purchasing power of consumers. The possibility reorienting ODA to enhance local production of medical products was also mentioned.

- Participants identified lack of demand as one of the challenges facing effort to increase production capacity in Low-to-Medium Income Countries (LMICs). Although there is a process to scale up production of medicines and COVID-19 therapeutics such as the Medicines Patent Pool which authorizes sublicensing, demand to utilize such a process is lacking because governments have not set up large contracts for product procurement.

Feasibility of international collaboration, regional frameworks, and country-ownership to promote pandemic preparedness and equitable access to medical products.

- Participants agreed that international collaboration has become more difficult to achieve given the fragmentation of the international liberal order. Rather than bilateral or global collaboration, many participants voiced support for multilateral collaborations under a “club” model, i.e. at the regional level, where like-minded countries agree on how to collaborate during health emergencies. One participant envisioned having a regional Bio Hub and Pandemic Intelligence Hub.
- On having an international agreement on IP waivers, a study group member mentioned that more discussions with pharmaceutical companies is necessary in Japan, but shared the view that taking the issue to the WHO will require exceptional measures. One participant shared the view that revising the IHR may be the best option because the world cannot rely on multilateral frameworks in the near future and the US is not on board with an international pandemic treaty.
- Still, international collaboration is necessary, and participants voiced support to leverage existing global institutions and mechanisms rather than creating new ones. For example, one participant asserted that the World Bank’s Financial Intermediary Fund (FIF) for pandemic preparedness should serve as a passthrough to existing ACT-A partners, rather than as a new implementing agency. Participants also emphasized the importance of having countries be in the driving seat when working under a multilateral mechanism to generate a sense of both ownership and accountability. Although country ownership may result in countries choosing direct procurement over going through an internationally pooled effort, it should be noted that working with existing global institutions such as the WHO, the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), and the Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria allows countries to share more information with one another and coordinate negotiations with sellers before they make decisions.

**Additional notes: A couple of participants suggested the study group to consider editing some language in the draft document, particularly in its use of the term “utilization” to discuss collaboration with LMICs. This term could be perceived as condescending to LMICs and goes against recommendations to build trust and global solidarity, and “strategic support” or “partnership” are better alternatives.*

Day 2 (March 8) Summary

Day 2 began with a review of the policy options and recommendations considered by the study group on the two questions: 1) How to structure global health governance and financing mechanisms to better prepare for future pandemics and close the health equity gap; and 2) How to balance measures for infectious disease control with open international traffic and trade. These included:

- On global health governance: consider establishing a new global framework that can deal with diverse issues and compounding global issues including climate change, such as the Global Health Threats Council (GHTC) proposed by the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR), while also improving existing frameworks. In addition, leverage the G7 and G20 as well as create bilateral and regional initiatives to facilitate confidence-building. Japan can propose a cooperative framework that can accommodate diverse stakeholders in this regard (e.g. Quad, ASEAN, Japan-China, Japan-ROK, TICAD, etc.).
- On global health financing: a policy shift is necessary to position developmental aid as an investment in pandemic preparedness, rather than an obligation, under the philosophy of providing “global public goods”. Japan should review the composition of its ODA where 5.5% goes to health and 45% goes to energy and infrastructure. As a larger portion of Japan’s health ODA goes to multilateral organizations, however, Japan can exercise its influence as a major funder of multilateral frameworks and consider how to effectively leverage them in collaboration with various stakeholders. Regarding targets of health ODA, key areas include health systems strengthening as well as attention to combating non-communicable diseases.
- On international traffic and trade: The study group explored mechanisms that could work to regulate international trade and travel while maximizing health security, particularly in the context of maritime transport, and whether the current IHR is sufficient to achieve this balance.

The first half of Day 2 addressed global health governance and financing mechanism issues. **Professor Kayo Takuma** (Professor, Faculty of Law, Tokyo Metropolitan University) moderated the discussion with two discussants including Dr. **Muhammad Ali Pate** (Julio Frenk Professor of the Practice of Public Health Leadership, Harvard T.H. Chan School of Public Health) and Dr. **Anna-Katharina Hornidge** (Director, German Institute of Development; co-chair, T7 Task Force on Global Health).

The discussion began with a recognition that issues of fragmentation of the global health architecture and inequity existed before COVID-19 and were only exacerbated by the pandemic. COVID-19 had a disproportionate impact on the poor, and the most vulnerable and saw inequity in the distribution of vaccines and other medical supplies.

Below are key observations and lessons drawn from the COVID-19 experience on global health governance and financing mechanisms as well as on regulating international traffic and trade. There was also a discussion on the role of the T7 Task Force on global health for the 2022 G7 in Germany related to global health governance and financing.

Multilateral approaches (“top-down”) versus country-level approaches (“bottom-up”) in global health governance and financing

- Many participants observed during COVID-19 that a top-down approach to global health governance through global-level institutions does not work and that it is necessary to incentivize country-level action, as human and financial resources that are necessary to respond to health emergencies are mobilized at the country-level. Domestic resource mobilization is the weakest link in financing for global health. A bottom-up approach also aligns with Japan’s efforts to advance UHC.
- Several participants shared the view that it is not necessary to create a new global framework for governance and financing, as the current global health architecture already has complex mechanisms and hundreds of multilateral organizations in place that are crowding and distorting the priorities of donor countries. However, this view is not an argument in favor of a single, unifying governance framework. One participant held a view that plurality can also bring strengths, and that relying on a single unifying governance framework may not be the best approach to hold countries accountable. Rather, it suggests the world leaders to focus on simplifying the current structure and reorganizing existing mechanisms. For example, ACT-A’s “network governance approach” could be improved for future pandemic preparedness based on lessons-learned thus far. Multilateral forums could also be strengthened by involving LMICs in decision-making.
- A couple of participants endorsed a focused, independent, and technically competent UN system with the WHO at the center, but to be combined with efforts to engage civil society and increase transparency so that the system is trusted by various actors and the international community. Another participant noted the responsibility of member states to recognize that the WHO will remain an important actor.
- Regarding international collaboration on surveillance, one participant emphasized the importance of having horizontal networks of collaboration among professionals that can overcome geopolitics, such as the Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data or networks of physicians and civil society organizations. Surveillance could also be improved through advancing UHC, as much of the surveillance data comes from the clinical sector and country-level health systems.
- At the country-level, one participant argued that financing UHC without financing the implementation of the National Action Plans (NAPs) derived from JEE for health security is counterproductive. Although more than 40 countries in Africa joined the JEE in 2019 to produce NAPs, there was lack of funding to support all those plans. To ensure health security, people need to comply with mandated public health measures in the country, and for people to trust and comply with these measures, they need to have access to basic health services before the crisis. As one participant put it, suddenly asking people who had no access to basic health services to mask up or get vaccinated against a disease that is perceived to be afflicting the global elite in many places is not likely to result in good compliance.

Multilateral collaboration: global versus regional frameworks

- There were several strong proponents of regional-level collaboration. Some participants saw that regional organizations are in a better position to understand the national context of member states compared to the UN or the WHO. One participant noted, however, that regional organizations need support as well to invest in infrastructure, capacity-building, and human resource development.
- One participant endorsed having regional networks for collaboration for surveillance, based on an observation about China's surveillance systems for influenza versus pneumonia, both of which were funded by the government, but the former was much more successful in identifying new etiology because it was part of the Regional Influenza Training Center network. There was also a suggestion to have regional organizations implement existing global frameworks including IHR and the Global Health Security Agenda (GHSa).
- In examining the effectiveness of global, regional and country-level approaches, participants converged on the benefits of a multi-layered approach to governance which allows different leaders in the global health space to reinforce each other. One participant pointed out that Japan has been balancing several multi-layered systems during the pandemic.
- As an issue that is not getting enough attention in the discussion on global governance and financing, one participant highlighted a chronic problem of insufficient numbers, diversity, and support of health workforce as the most critical resource for UHC and health security. In some countries such as Canada, many workers are leaving the workforce due to burnout. Given the interdependence around healthcare providers with HICs recruiting workers in LICs, financing and governance frameworks will fall short without addressing this issue.

The role of the T7 Task Force (2022 G7) and the global health task force's recommendation to build a new global-level framework to promote exchanges of health-related knowledge, evidence, and data.

- The dialogue introduced the role of the T7 Task Force, which was established by the German presidency of the 2022 G7. Its role is to facilitate the advisory process with experts from around the world on five interlinked priority themes: 1) environmental and climate issues; 2) global health; 3) social cohesion strengthening; 4) economic recovery (with a focus on the pandemic and the Russia-Ukraine conflict), and 5) international cooperation for global common good.
- T7's global health task force focused on five issues: 1) vaccine production, distribution, and inequity; 2) UHC (it was noted that Germany will minimize the discussion on this topic, as UHC is expected to be a major topic for the 2023 G7 in Japan); 3) global health governance architecture and financing; 4) planetary and environmental health; and 5) protection of IPR and scientific infrastructure (SI) for pandemic preparedness. The taskforce produced policy briefs on these issues that were put together into a single report to be discussed with several high-level policymakers at Global Solutions Summit at the end of March. The report will then be refined into a communique to be discussed at the T7 Summit in May, and submitted to the G7 at the end of June.
- The dialogue also focused on one of the task force's suggestion for the 2022 G7 agenda to mobilize resources to create a health and pharmaceutical-focused global network of scientific research institutions. Such a global knowledge infrastructure will promote international exchange of health-

related knowledge, evidence and data. The suggestion is predicated on the observation that policies are made based on a narrow range of evidence, and yet much of the health research funding today focuses on national health systems, and the role of regional health research infrastructures in the EU and ASEAN are also minor. The taskforce is looking at building a network similar to the Consultative Group on International Agricultural Research (CGIAR), which is a global research partnership that unites international organizations engaged in research about food security. One participant, however, noted that the CG system was never adopted in the field of health despite being held up as an example for many years. It is thus important to understand what the constraints were and what may have changed for the G7 to explore that option again. There was also a suggestion to examine the existing research architecture that has been developed through product development partnerships over the last 20 years and yielded positive results, such as the TB Alliance which produced drugs for drug resistant TB. Another participant noted the need for collaborations to focus on what the collaboration is supposed to achieve and how it is going to be held accountable for achieving those goals.

The second half of Day 2 explored how to balance preventive measures for infectious disease with maintaining open international traffic and trade. The discussion featured remarks from Professor **David Heymann** (Distinguished Fellow, Global Health Programme, Chatham House) who was former assistant director-general for health and security at the WHO and executive director of the WHO Communicable Diseases Center, and was facilitated by **Professor Yurika Ishii** (Associate Professor, Department of International Relations, National Defense Academy).

The session began with an observation that, although the 2005 IHR supports the implementation of the principle that has been adopted since the 19th century, i.e. to minimize restrictions on international traffic and transportation while maximizing the effect of preventive measures, it did not prevent countries from taking restrictive measures on port entries by foreign ships because they characterized the pandemic as a national security issue. Based on this observation, the discussion focused on maritime traffic to address how to manage international traffic and clarify the international rights and responsibilities to regulate international traffic, as well as how to ensure that countries adopt appropriate health measures based on a scientific basis. Below are some of the key themes that emerged out of the discussion:

1969 vs. 2020: Effectiveness of the revised 2005 IHR to regulate international traffic and trade

- Participants discussed how the context has changed since the inception of the IHR in 1969 and how IHR is “a vestige of the 20th century” that is no longer appropriate for the 21st century. The first version of the IHR in 1969 gave countries options to set entry requirements at airports and seaports for incoming travelers, but it was narrow in scope, not considering passengers on indirect flights and limiting to four infectious diseases: cholera, plague, yellow fever or smallpox.
- The discussion covered key features of the revised 2005 IHR. Efforts to revise the IHR began in 1996 and were accelerated in 2003 with the SARS outbreak. The revisions allowed not only countries, but any source, to report cases to the WHO. More importantly, the revised IHR required countries to develop “core capacities” in public health so that countries not only detect and respond to infectious disease outbreaks, but also prevent international spread.

- Although the core capacity requirement is the most important aspect of the existing IHR, one participant underscored that it is a problem when neither governments nor international donor agencies are committed to funding the plans developed by the countries as was discussed earlier in the case of African countries that went through the JEE. This problem is also causing the perception among LMICs that IHR only protects the Global North. From this perspective, IHR has not succeeded in helping countries build resilient health systems and strengthen their core capacities to resist infectious diseases in the future. One participant suggested to incorporate this aspect into a new framework such as in a treaty to help enforce regulations.
- Another participant called for stronger pushback on travel restrictions that only cause harm.

Assessment of WHO's "top-down" approach and its role in making travel recommendations

- While the WHO has a role to play to conduct risk assessment and make recommendations to the world on health, participants also pointed to several issues with the WHO. Some argued that the world is becoming more regional than global, and regional-level approaches may be more important, particularly for risk assessment. There was an opinion that ASEAN groups and the Africa CDC were more effective than the WHO in the response to COVID-19.
- On global risk assessment, one participant called it a "fast-emerging science" that merits a discussion at the 2022 G7 under the theme of "international cooperation for global common good".
- As an area for further discussion, the dialogue focused on the question of whether the WHO is the right institution to make travel recommendations, and whether the WHO needs partners to do so. Participants noted that, in the case of COVID-19, the WHO set the travel restrictions quickly without substantial evidence, and the impact and efficacy of those restrictions are still unknown. Participants agreed that the WHO, if making travel recommendations, should partner with groups that are involved in travel directly such as the travel industry (NIH includes them in discussions) as well as representatives of the World Trade Organization (WTO), for example, and work to build a consensus among them as to how they will all work together. Participants converged on the view that future G7 discussions should consider how to revise the IHR to regulate international travel and trade not just through the WHO, but through a cross-sectoral approaches.
- As another challenge facing the WHO, participants discussed how during COVID-19, compared to 1969 when the WHO was the only source of information and countries listened to it, countries decided to conduct their own risk assessment and mitigation. The WHO made itself look weak when its recommendations not to do so went ignored by countries. As countries are conducting their own risk assessments and risk mitigation, the WHO may consider a bottom-up approach. Several participants also found the WHO's top-down approach is problematic, and one mentioned the need to "decolonize" its behavior and put more voices on the table.
- A question was posed as to whether the IHR should be revised to prohibit states from preventing international traffic for issues other than health, such as a national security emergency. Participants discussed that countries should conduct their own risk assessment and management as sovereign nations, and the WHO would look weak if such a provision was made and yet countries did not follow it. However, the WHO should provide guidance on travel restrictions, and it should offer

“nuanced” guidance, explaining what works and does not work. Absence of such guidance has resulted in countries setting up travel bans without a clear set of objectives.

- One participant highlighted the importance of evidence-based decisions. The issue is not so much about preventing countries from responding to a pandemic, but about collecting evidence to help governments determine appropriate measures. The WHO needs to decide what the right tools are to collect evidence as quickly as possible to inform how international trade and traffic should be handled in the early stages of the pandemic, so that governments can assess how effective travel restrictions will be.
- One of the suggestions included differentiating critical and non-critical travel, along the lines of regulations imposed on banks in the 2008 financial crisis, and impose higher health resilience criteria for critical international trade and traffic. The criteria could be set by UN agencies or the WTO or World Tourism Agency. Another participant suggested that setting industry-level international regulations and standards (e.g. airlines, freight and shipping, etc.) to complement international agency standards may be effective.

Conclusions

The international dialogue saw convergence of views between the participants and the study group on the need to enhance synergies between UHC and health security. Participants identified and agreed on several elements for UHC as being important also for health security, and therefore to strengthen them to enhance synergies between the two. Primary factors included providing PHC, taking cross-sectoral and whole-of-government approaches, having strong political leadership, and building trust. Participants also agreed on the importance of comprehensive health systems strengthening, but saw the need to elevate awareness of the importance of investing in this area in some countries. In addition to UHC and health systems strengthening, paying attention to disease prevention and to factors leading to a healthier life was mentioned as an important effort to make to achieve health security.

To ensure global access to essential medical tools, the dialogue found a consensus that IP rights of private companies should be limited when IPs received public R&D funding, though participants recognized the challenges to implement such a policy. The dialogue also addressed other ways to ensure equitable access to medical products, including to promote self-reliance of LMICs as well as regional-level collaboration to develop and produce medical products. Another suggestion included reorienting ODA to support local production as well as R&D in the pharmaceutical sector. UHC was also mentioned as a factor that can contribute to the growth of pharmaceutical sector by increasing consumer purchasing power.

More broadly, the dialogue demonstrated agreement among participants that international collaboration is becoming more difficult to achieve given the fragmentation of the international liberal order. However, many participants also agreed that international frameworks such as ACT-A should continue to be strengthened and leveraged to ensure global equity in distribution of medical products rather than creating new multilateral entities. In addition, the dialogue emphasized that country ownership and accountability remained key to the success of any multilateral effort.

The dialogue also generated consensus that a global-level or “top-down” approach to global health governance and financing is not effective enough, based on the COVID-19 experience. There was strong voice of support for regional or country-level approaches over relying on international frameworks. In this regard, the dialogue saw some divergence of opinions on and caution against the idea raised by the T7 Task Force on global health for the German presidency of the G7 in 2022 to create a global knowledge-sharing infrastructure/network of scientific institutions and research.

Similarly, the dialogue identified several issues with global institutions and frameworks including the WHO and IHR to regulate international traffic and travel. While recognizing the WHO’s role in risk assessment, participants agreed that further discussion is required to assess its role in making travel recommendations and whether it needs partners to do so. On IHR, there was prevailing view that it is outdated to meet the needs of the 21st century. The discussion recognized the importance of IHR’s “core capacity” requirement for pandemic preparedness, but also pointed to its failure to enforce governments and international donors to put resources behind country efforts to meet this requirement. The issue of lack of resources was mentioned when discussing the importance of health systems strengthening for health security as well, that many countries could not implement the NAPs that they developed through the JEE process due to lack of funding. The same problem applied to regional institutions, that they also require resources to invest in infrastructure, capacity-building, and human resource development.

Through in-depth discussion on the effectiveness of global, regional and country-level approaches, the dialogue saw convergence of views among participants about the benefits of a multi-layered approach to global health governance and financing. This approach was recognized as being in line with Japan’s approach in the COVID-19 pandemic to balance several multi-layered systems. **END**

International Dialogue

How to Restructure Post-COVID Global Health Governance through Global Solidarity

March 7-8, 2022

12:00-13:30 UTC / 21:00-22:30 JST / 7:00-8:30 EST / 13:00-14:30 CET

Background and Objectives

In 2021, the Japan Center for International Exchange (JCIE) and the University of Tokyo Institute for Future Initiatives (IFI) convened a study group to conduct a research project on "The International Order and Japan's Role in the COVID and Post-COVID Era". The project was launched with the goal to produce policy recommendations for Japan's future strategy on global health as Japan prepares to host the G7 summit in 2023, and the study group held a series of research meetings with officials from the Ministry of Foreign Affairs (MOFA), Health, Labour and Welfare (MHLW), and Finance (MoF) throughout the course of the project.

This dialogue will be held as part of this project to facilitate exchanges between the study group and experts from other countries on the study group's recommendations with a focus on how to restructure global health governance in a post-COVID world. Specifically, the dialogue will encourage discussions on the following topics based on the study group's draft recommendations:

- 1) How to enhance synergies between UHC and health security for a better response to future pandemics;
- 2) How to achieve a balance between innovation and solidarity to ensure global access to essential medical tools;
- 3) How to structure global health governance and financing mechanisms to better prepare for future pandemics and close the equity gap; and
- 4) How to balance infectious disease preventive measures with open international traffic and trade

**The project is sponsored by MOFA and will be completed by the end of March. The study group will finalize its recommendations based on the discussions, and a report of the meeting (non-attributable) will be shared with MOFA and other related ministries (MHLW and MoF).*

PROGRAM

DAY 1

Monday, March 7

(7:00-8:30 EST / 12:00-13:30 UTC / 13:00-14:30 CET / 15:00-16:30 EAT/ 19:00-20:30 WIB /
20:00-21:30 CST / 21:00-22:30 JST|KST)

Emcee: Tomoko Suzuki, JCIE

Opening Akio Okawara, President and CEO, JCIE [2 minutes]

Summary of the recommendations related to the topics of Day 1 [8 minutes]

Hideaki Shiroyama, Director, Institute for Future Initiatives (IFI); Professor,
Graduate School of Public Policy, University of Tokyo [SG Director]

Discussion

12:10-12:50 UTC/ 21:10-21:50 JST/ 7:10-7:50 EST / 13:10-13:50 CET

1) How to enhance synergies between UHC and health security for a better response to future pandemics [40 minutes, moderated by Sayako Kanamori, Specially Appointed Associate Professor, Center for the Study of CO Design, Osaka University]

Discussants (6 minutes each):

- Margaret Kaseje, Director, Programs and Research, Tropical Institute of Community Health and Development Trust, Kenya
- Jennifer Nuzzo, Senior Fellow for Global Health, Council on Foreign Relations (CFR), USA

Suggested questions:

- What capacities should be added to the IHR core capacities for a better response to future pandemics (quitable access to and coverage of health services, due consideration of public health perspectives (including primary healthcare), resiliency of the healthcare system, confidence in public health guidelines, trust in government, etc.)?
- What components should be added to UHC to better prepare for future pandemics (greater focus on vulnerability, greater attention to the resiliency of the healthcare system, synergy between efforts to prevent infectious diseases and address risk factors of NCDs, etc.)? Considering the importance of strengthening community and PHC systems in achieving

UHC as well as making the health systems resilient to pandemics, what functions or mechanisms should PHC systems include to be more resilient to future pandemics?

- Which areas can bridge UHC and health crisis response (resilient health systems, improvements in governance, leadership, management, risk communication, community empowerment, etc.), and in what way such areas can be strengthened?
- How can the international community enhance synergies between UHC and health security (such as revision of IHR monitoring systems, adjustment of related indexes, strengthening HSS initiatives funded by the Global Fund, Gavi, and other financing mechanisms to fight infectious diseases)?

12:50-13:30 UTC/ 21:10-22:30 JST/ 7:50-8:30 EST / 13:50-14:30 CET

2) How to achieve a balance between innovation and solidarity to ensure global access to essential medical tools [40 minutes, moderated by Yasushi Katsuma, Professor, Graduate School of Asia-Pacific Studies; Director, Department of Global Health Affairs & Governance, Institute for Global Health Policy Research, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine [SG Deputy-Director]]

Discussants (6 minutes each):

- Suerie Moon, Co-director, Global Health Centre; Professor of Practice, Interdisciplinary Programmes and International Relations/Political Science, Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva, Switzerland
- Soonman Kwon, President, Korea Health Industry Development Institute (KHIDI)

Suggested questions:

- How can we encourage diversification of the supply chain of essential medical tools to respond to global health crises? How can we coordinate bilateral efforts for technological transfer and provision of medical tools to facilitate the delivery of these essential tools and ensure global access?
- What kinds of international rules can we develop regarding the property rights of government-funded R&D to enhance the global production capacity of medical tools in the case of a health crisis without undermining the incentives for innovation?
- How can we further strengthen the existing mechanisms such as Global Fund's Wambo, WHO's Effective Vaccine Management, and Gavi's COVAX Advance Market Commitment that enhance efficient and equitable procurement and delivery of essential medical tools? And how can we integrate emergency delivery systems into existing health systems?
- How can we establish the principle of providing medical tools based on a humanitarian perspective?

Wrap-up Yasushi Katsuma

DAY 2

Tuesday, March 8

(7:00-8:30 EST / 12:00-13:30 UTC / 13:00-14:30 CET / 15:00-16:30 EAT/ 19:00-20:30 WIB /
20:00-21:30 CST / 21:00-22:30 JST|KST)

Opening Tomoko Suzuki, JCIE (emcee)

Summary of the recommendations related to the topics of Day 1 [8 minutes]

Hideaki Shiroyama, Director, Institute for Future Initiatives (IFI); Professor,
Graduate School of Public Policy, University of Tokyo [SG Director]

Discussion

12:10-13:00 UTC/ 21:10-22:00 JST/ 7:10-8:00 EST / 13:10-14:00 CET

3) How to structure global health governance and financing mechanism to better prepare for future pandemics and close the health equity gap [50 minutes, moderated by Kayo Takuma, Professor, Faculty of Law, Tokyo Metropolitan University]

Discussants (6 minutes each):

- Muhammad Ali Pate, Julio Frenk Professor of the Practice of Public Health Leadership, Harvard T.H. Chan School of Public Health, U.S.A.
- Anna-Katharina Hornidge, Director, German Institute of Development; co-chair, T7 Task Force on Global Health

Suggested questions:

- How can we promote global solidarity in health by promoting a multilayered and multidimensional framework at the bilateral, regional, and global levels by engaging academia, the private sector, and civil society organizations? Is there any existing or emerging framework we can strengthen further?
- How can we restructure global health governance to address the inter-connectedness of the pandemic and other threats such as climate change, considering that the Global Health Threats Council seems to face challenges in its realization?

- Based on the lessons from the Ebola outbreak and the COVID-19 pandemic, what roles should WHO play in response to pandemics, and how it should be reformed to enable it to play that role better?
- Reaffirming that expenses for medical care and public health are investments, what philosophies and mechanisms (incl. incentives) should be introduced for mobilizing enough funds to better prepare for and respond to future pandemics by engaging more private sector and emerging economies, and mobilizing more domestic resources based on the lessons learned from the Pandemic Emergency Financing Facility (PEF), ACT-A, and COVID-19 Solidarity Response Fund?
- How can we utilize existing and emerging funding agencies such as Global Fund, Gavi, GFF, Financial Intermediary Funds (FIFs) to make “the pandemic response system” efficient, accountable, and inclusive by ensuring the interface with the existing health financing mechanism at the country level?

13:00-13:25UTC/ 22:00-22:25 JST/ 8:00-8:25 EST / 14:00-14:25 CET

4) How to balance infectious disease preventive measures with open international traffic and trade [25 minutes, moderated by Yurika Ishii, Associate Professor, Department of International Relations, National Defense Academy]

Discussants (6 minutes each):

- David Heymann, Distinguished Fellow, Global Health Programme, Chatham House, U.K.

Suggested questions:

- How can we manage international traffic and trade in times of a pandemic, and make it more resilient to outbreaks?
- How can we clarify the rights and responsibilities of the countries when they accept ships and aircraft on international routes, and what kind of international cooperation can avoid refusal of entry without scientific basis? Is there any way to provide international assistance to ensure safety and maintain open international traffic and trade?
- How can we ensure that countries adopt appropriate health measures on a scientific basis?

Wrap-up and closing remarks

Hideaki Shiroyama

How to Restructure Post-COVID Global Health Governance through Global Solidarity

March 7-8, 2022

12:00-13:30 UTC / 21:00-22:30 JST / 7:00-8:30 EST / 13:00-14:30 CET

PARTICIPANTS

[Alphabetical order]

Christoph Benn (Day1)	Director, Global Health Diplomacy, Joep Lange Institute
Katherine Bliss	Senior Fellow and Director, Immunizations and Health Systems Resilience, Global Health Policy Center, CSIS
Jennifer Bouey (Day 2)	Chair, Department of International Health, Georgetown University; Senior Policy Researcher, Tang Chair in China Policy Studies, RAND Corporation
Ede Surya Darmawan	Member, Steering Committee, T20 Task Force on Global Health Security and COVID-19; President, Indonesian Public Health Association
Tim Evans (Day2)	Director and Associate Dean of the School of Population and Global Health, McGill University
David Heymann (Day2)	Distinguished Fellow, Global Health Programme, Chatham House, U.K.
Margaret Kaseje	Director, Programs and Research, Tropical Institute of Community Health and Development Trust, Kenya
Swee Kheng Khor (Day 2)	Senior Visiting Fellow, United Nations University International Institute for Global Health (UNU-IIGH)
Jackline Kiarie	Programme Manager, COVID-19 Emergency Response Programme, AMREF
Anna- Katharina Hornidge (Day 2)	Director, German Institute of Development; co-chair, T7 Task Force on Global Health
Soonman Kwon	President, Korea Health Industry Development Institute (KHIDI)
Robert Marten	Researcher, Alliance for Health System and Policy Research
Suerie Moon	Co-director, Global Health Centre; Professor of Practice, Interdisciplinary Programmes and International Relations/Political Science, Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva, Switzerland
Himanshu Negandhi (Day 1)	Additional Professor, Indian Institute of Public Health
Jennifer Nuzzo	Senior Fellow for Global Health, Council on Foreign Relations (CFR); Senior Scholar, Johns Hopkins Center for Health Security; Associate Professor, Department of Environmental Health and Engineering, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, U.S.A.
Warisa Panichkriangkrai (Day 1)	Deputy Director of Global Health Division, Ministry of Public Health, Thailand
Muhammad Ali Pate	Julio Frenk Professor of the Practice of Public Health Leadership, Harvard T.H. Chan School of Public Health, U.S.A.

Kun Tang	Associate Professor, School of Vanke public health and health, Tsinghua University, China
Philips J. Vermonte (Day 2)	Senior Researcher, Disaster Management Research Unit, CSIS, Jakarta, Indonesia
Maike Voss	Managing Director, Evidence-Based Policy-Making, German Alliance on Climate Change and Health

[Study Group Members]

Yurika Ishii	Associate Professor, Department of International Relations, National Defense Academy
Sayako Kanamori	Specially Appointed Associate Professor, Center for the Study of CO Design, Osaka University; Member of the Advisory Board for Promoting Science and Technology Diplomacy
Yasushi Katsuma	Professor, Graduate School of Asia-Pacific Studies; Director, Department of Global Health Affairs & Governance, Institute for Global Health Policy Research, Bureau of International Health Cooperation, National Center for Global Health and Medicine [Deputy-Director]
Saeda Makimoto	Principal Research Fellow, JICA Ogata Sadako Research Institute for Peace and Development [Advisor]
Makiko Matsuo	Project Associate Professor, Graduate School of Public Policy; Researcher, Institute for Future Initiatives, the University of Tokyo [Assistant Director]
Kentaro Nishimoto	Professor, Graduate School of Law, Tohoku University
Shuhei Nomura	Project Associate Professor, Department of Health Policy and Management, School of Medicine, Keio University
Haruka Sakamoto	Associate Professor, Department of International Affairs and Tropical Medicine, Tokyo Women's Medical University
Motoko Seko	Lecturer, Eikei University of Hiroshima; Member of the Technical Review Panel of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Hideaki Shiroyama	Director, Institute for Future Initiatives; Professor, Graduate School of Public Policy; Professor, Graduate School of Law and Politics, the University of Tokyo [Director]
Kazuto Suzuki (Day 1)	Professor, Graduate School of Public Policy, the University of Tokyo [Deputy-Director]
Ayako Takemi	WHO Consultant; Project Researcher, Institute for Future Initiatives, the University of Tokyo
Ikuo Takizawa	Senior Deputy Director-General, Human Development Department; Senior Director, Office for COVID-19 Response, Japan International Cooperation Agency (JICA) [Advisor]
Kayo Takuma (Day 2)	Professor, Faculty of Law, Tokyo Metropolitan University

JCIE:

Akio Okawara	President & CEO, JCIE
Satoko Itoh	Managing Director, JCIE [Advisor]
Tomoko Suzuki	Chief Program Officer, JCIE [Research Coordinator]

Yoshitaka Nishino	Research Associate, JCIE [Research member]
Shiho Hirano	Program Associate, JCIE [Assistant for the Research Coordinator]
Kazuyo Kato	Executive Director, JCIE/USA
Hayley Hutchison	Global Health Program Officer, JCIE/USA