

# 〈Seeds for Thought〉「パンデミック条約」交渉延長：コロナの経験に学び、次の健康危機に備えるために

公正な医療アクセスを世界のすべての人に！ 連絡会

## 目次

### はじめに

1. 今後の「パンデミック条約」制定に向けたプロセス
2. 市民社会にとってのパンデミック条約・国際保健規則の意義
3. パンデミック条約への反対論とその背景
4. 公平性の観点からパンデミック条約に求められる5つのこと
5. 戦後の感染症対策の歩みと国際協力現場の視点から

### はじめに

世界保健機関(WHO)は2023年5月、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関する「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」(PHEIC: Public Health Emergency of International Concern)を解除しました。COVID-19はその後も存在し続けていますが、2020年～21年のような緊急事態は収束しました。一方、世界では、次なるパンデミックは必ず来るであろうという観点から、これに世界全体で備えよう、ということで、世界保健機関(WHO)の「国際保健規則」の改定に加え、新たに「パンデミック条約」の策定が進められています。

同条約については、2021年11月の「世界保健総会特別セッション」でその策定が決定され、「多国間交渉主体」(INB: Intergovernmental Negotiation Body)が設置されて、世界194か国・地域の代表の参加により協議が進められてきましたが、パンデミック対応医薬品へのアクセスや知的財産権などをめぐる先進国と途上国の対立から協議が難航し、2024年5月の世界保健総会では完全な合意に達することができず、最長1年間かけて、さらに討議を進めることになりました。

一方、同条約をめぐるのは、「各国の主権が侵害される」、「ワクチン接種が強制される」といった反対論が、SNSなどで世界的に大量に流通しています。実際には、パンデミック条約の草案にはワクチンの強制接種を含む医療措置の強制を可能にする条項はなく、一方で、人権や主権の尊重は明確に書き込まれていますので、これらの反対論には根拠がありません。にもかかわらず、日

本を含む各国で、同条約に反対する大規模な集会が開かれたり、立法府などで陰謀論に基づく反対論が強く主張されるなどの問題が生じており、各国の交渉官をはじめ、パンデミック条約交渉に肯定的な発言をした専門家や文化人が脅迫されるといった事態も生じています。パンデミック条約交渉は、全体会はインターネットで中継・録画の公開がなされ、草案も公開されて誰でも見ることができるなど、相対的に高い透明性が保証されています。しかし、日本では報道も少なく、日本語の情報が乏しいこともあって、こうした陰謀論が流通しやすい状況にあります。

私たち「公正な医療アクセスをすべての人に！連絡会」では、「パンデミック条約」をめぐるこうした状況を踏まえ、「パンデミック条約」とは何か、世界レベルでパンデミックに備え、また、公平な医療アクセスを実現するうえでどのような意義があるのか、SNSなどで流通する反対論には根拠があるのか、といったことについて、ウェビナーの開催や情報収集・分析などの活動をしてきました。

延長されたパンデミック条約交渉は、この12月の「世界保健総会特別セッション」に向けて、まだ続きます。より正確な情報や分析に基づいて、同条約に関する議論を深めるために、これまでの活動で得られた論点をまとめたものです。ご参考にしていただければ幸いです。

#### 1. 今後の「パンデミック条約」策定プロセス(2024年9月7日段階)

パンデミック条約交渉は、2024年5月に開催された世界保健総会において、「病原体情報へのアクセスと利益配分」など、世界レベルでの医薬品アクセスの公平性に関する条項について合意に達せず、今後最長1年をめどに交渉が続けられることとなりました。今後のプロセスは以下のようになっています。このプロセスは、以下の「第10回政府間交渉主体(INB)会合」で正式に決定されたものです([文書はこちら\(英語\)](#))。

- (1) 第10回政府間交渉主体(INB)会合(2024年7月16-17日):今後の交渉のスケジュールの承認や、INBのプロセスを調整する「ビューロー」の構成国の変更などが行われました。ビューローについては、欧州地域からの選出国がオランダからフランスに、西太平洋地域からの選出国が日本からオーストラリアに変更になり、ビューローの共同議長には、以前から務めていた南アフリカ共和国に加え、フランスが就任。それ以外の国は副議長となりました。また、今後1年を見通した会議スケジュール等が承認されました。
- (2) 双方向対話・アウトリーチ(2024年9月2日の週):重要課題である第12条「病原体情報へのアクセスと利益配分」(PABS)、パンデミック条約の法的構造と「国際保健規則」(IHR)との相補性などの課題についての討議、およびステークホルダーからの意見表明などがなされました。
- (3) 第11回INB会合(2024年9月9日~20日):第12条(上記参照)と、第4・5・9・10・

11・13・13 修正案・14 条および第1条の一部などが議論されます。

- (4) INB 非公式会合(9月 30 日の週および 10 月 23 日の週)
- (5) 第 12 回 INB 会合(2024 年 11 月4日～15 日):第1・3・19・20・21・24・26・31・32・33・34 条などが議論され、草案全体についての合意が図られるほか、12 月に予定される世界保健総会特別セッションに関する検討もなされます。
- (6) 世界保健総会特別セッション(2024 年 12 月 18 日の週):この会議においてパンデミック条約の採択が目指されています。

その後: 11 月 15 日の第 11 回 INB の終了までに合意ができない場合については、2025 年の世界保健総会での採択に向けて、12 月 2-6 日、2025 年2月 17-21 日、4月7-11 日に、必要に応じて会合を開催する予定となっています。

## 2. 市民社会にとってのパンデミック条約・国際保健規則の意義<sup>1</sup>

稲場雅紀(アフリカ日本協議会)

気候変動の拡大、ヒトの移動の拡大、そして実際に新型コロナウイルス感染症というパンデミックの発生など、本格的なパンデミック時代が到来しているという現実認識を持たざるを得ない現状となっています。パンデミック時代にどう対峙するかを考えますと、安全な医薬品の開発と公正なアクセスをどう実現するかは大きな課題です。COVID-19 および過去のパンデミックを教訓に、公正な医療アクセスに関する失敗とその克服の歴史を学ぶことが必要です。今回の COVID-19 パンデミックにおいては、予防、診断、治療、医療器具などへのアクセスにおいて、大きな南北格差が生じ、グローバル・サウスでは、国が貧しいがゆえに国民の命が守れなかった、という強烈な感覚が生まれ、これが COVID-19 をめぐる世界的な課題になりました。

COVID-19 パンデミックにおいて、世界の市民社会の焦点は「グローバルな公平性」と「人権」をどう確保するのかという点にありました。2020 年 10 月、インドと南アフリカ共和国が、COVID-19 パンデミックが生じている間、COVID-19 に関わる医薬品などの知的財産権の一部免除を世界貿易機関(WTO)に提案し、これをグローバル・サウス諸国のほとんどが支持しました。そのプロセスの中で、パンデミック関連医薬品の製造技術の共有と地域レベルでの製造能力の拡大がグローバルな課題として認識され、ここからパンデミック条約交渉への道が開けました。

---

<sup>1</sup> これは、2024 年 5 月 21 日に「公正な医療アクセスをすべての人に！連絡会」が開催したウェビナーのパネル・ディスカッションでの稲場雅紀氏の発表を文章化したものである。

一方、ロックダウンにおける人権侵害も各国で多く見られました。影響は特に脆弱層に集中し、これを防ぐには人権と主権の尊重に基づくグローバルなルールが必要との認識が高まりました。グローバルな公平性をどう実現するのかということについては、公衆衛生上の緊急事態が実際に生じたときにどうするか、という「国際保健規則」のテーマとは若干異なり、いわば、「国際保健規則」で扱うテーマの外郭にあたるような課題です。主にそういった「外郭」の課題について、より幅広く多国間での合意を作ろうというのが、「パンデミック条約」策定に向けた基本的な認識でありました。

パンデミック条約制定と「国際保健規則」改定における最大の論点となったのが「地球規模の公平性」であり、これをどのような制度で担保するかということが、継続して議論されてきました。このパンデミック条約の議論においては、「人権」や「主権の尊重」は当然の原則であり、それぞれを否定する議論はあり得ませんでした。この「人権」、「主権の尊重」を当然としつつ、パンデミック対策の公平性について、どうバランスを取っていくのかについて、現在、途上国と先進国、企業社会と市民社会がせめぎあった状態であると言えます。

このパンデミック条約ができたからといって、日本の主権が侵害されることはありません。日本の対策は日本が自ら決定するしかありません。今回、COVID-19 パンデミックにおいて、日本は自らワクチンを開発できず、海外で開発されたワクチンをどう確保するかが課題になりました。この点からみれば、日本もワクチンへのアクセスの公平性という観点で、パンデミック条約と大きく関係します。一方、COVID-19 では、保健所の不足や、感染症病床の不足などの問題も生じました。これらは、パンデミックが起こっていないときに、日本としてパンデミック予防・備え・対応にどれだけ重点を置くかが決め手となる課題です。

### 3. 「パンデミック条約」反対論とその背景<sup>2</sup>

稲場雅紀(アフリカ日本協議会)

パンデミック条約については、以前から、陰謀論や偽情報に基づく反対論が世界的に SNS などを中心に流通していましたが、5月の世界保健総会に向けて、ヴァーチャル世界のみならずリアル世界においても、これらの反対論が大きくなっています。日本でも、大規模な集会が持たれたり、超党派の国会議員連盟が発足するなど、色々な動きが出ています。

この「反対論」について考えるうえで、前提となることあります。まず大原則として、政府の危機管理や治安政策については、それが市民的自由を不当な形で奪うことにならないように、市民は監視を怠ってはならないということです。一般論として、政府が災害や紛争、治安悪化などに乗じて、市民・国民を監視・管理し、人権侵害や抑圧を強めることは、世の東西を問わずどこでも生じてきました。また、政府が国民に十分に知らせずに、一部の支配層などにとってのみ都合が良く、多くの国民の不利益になるような条約を他国と結んでしまうことも、特に経済・貿易などに関する国際協定などで行われてきました。医薬品についても、これまで業界の利益の維持・拡大を安全性に優先した結果、薬害を引き起こした事例は多くありました。ですから、市民が政府の動きを監視し、透明性や説明責任を追及することは当然です。このことは前提として確認しておかなければなりません。

ここで考えなければならないのは、今回の「国際保健規則」や「パンデミック条約」の交渉において、そうしたことに深い懸念を持たなければならないような状況が生じているのか、ということです。実際には、これまで国際保健規則改定、パンデミック条約策定に向けて公表された草案などにおいて、「人権」条項が削除されたことは一度もなく、ましてや、国家主権を否定するような記述が出てきたこともありません。国家主権や人権・尊厳の尊重は当然の原則であって、議論の焦点になっていません。また、このパンデミック条約交渉は、他の同種の交渉と比較して、相対的に透明性が高い交渉です。途上国を含め、すべての WHO 加盟国が対等に参加でき、市民社会や産業界など各種ステークホルダーも参加しており、公的文書として提案されたものは全てウェブに公開、全体会合はウェブで中継・録画視聴可能、文書の文言調整などをめぐる会合(起草会合)については非公開なもの、討議内容と結論をまとめた報告書は公開され、報告書を採択するための全体会合もウェブで中継・録画公開されています。このように相対的に高い透明性が保たれている中でも、市民社会は、会議における公開性・透明性のさらなる向上と市民社会の参画を拡大するよう求めています。

---

<sup>2</sup> これは、2024年5月21日に「公正な医療アクセスをすべての人に！連絡会」が開催したウェビナーのパネル・ディスカッションでの稲場雅紀氏の発表を文章化したものである。

「パンデミック条約陰謀論」の中には、WHO がグローバルな巨大製薬企業の代理人として、その利権を確保するために「パンデミック条約」を使ってワクチン接種を強制しようとしている、といった主張や、なかには、いわゆる「ディープステート」(陰謀論者がその存在を想定する「世界を裏で操る『闇の政府』」)が、グローバルな医薬産業と結託して、パンデミックの危機を活用して、各国の主権の制限を狙っている、といった荒唐無稽な主張もあります。残念ながら、こうした荒唐無稽な主張に、多くの人が巻き込まれているのが、世界の現実でもあります。しかし、当然ながら、事実は全く異なります。WHO は COVID-19 パンデミック下において、途上国の医薬品アクセスの障壁をなくすために、知的財産権の一時免除を唱えたインド、南アフリカの提案を強く支持し、欧米の製薬企業や、その利益を守ろうとする先進国と鋭く対立しました。WHO は以前から、途上国の医薬品アクセスの保障という観点から、先進国や産業界と対立してきました。その結果、先進国の保守政権は分担金支払いに消極的となり、現在では、任意拠出金が WHO の財源の一定割合を占めています。それでも、WHO は COVID-19 パンデミックにおいて、医薬品や保健医療サービスへのアクセスの公平性を優先する立場を貫いています。市民社会は、公衆衛生上の事実に立脚し、人々の命と健康を守ることを最大の使命とする、WHO の独立性の強化を常に求めてきました。今の時点で「WHO は存在意義を失った」というような主張を行うことは、むしろ、以前から WHO の意義を否定し続けてきた先進国の保守政権や、利益の独占を狙う巨大製薬企業を利するものといえます。

一方で、今回の陰謀論・偽情報に基づく反対論の拡大は、私たちに教訓を与えてもいます。先ほども言ったように、今回の交渉では、全体会のインターネット中継や録画公開、草案の公開など、透明性がかなり保障されています。しかし、それだけでは不十分です。特に、日本のように、英語や国連公用語では通じない国の社会で正しい情報を伝えていくためには、国連公用語で透明性を保証することだけでは、十分な効果はありません。文書を各国語で翻訳し、ブリーフィングを徹底し、国レベルでメディア報道の活性化を図る、そして誤情報に関しては各国でファクトチェックを行う機関や市民社会との連携を強化することが必要です。

また、COVID-19 に関わるワクチン接種に関連して、残念ながら、副作用や健康被害が生じていることも事実です。パンデミックにおいては、迅速性と安全性が矛盾をきたすことが多々あります。安全性を確保し、副作用を把握し、被害を受けた人々を迅速に救済し、被害を賠償していくことについて、より優先度を上げ、医薬品や保健医療に対する社会の信頼を回復する必要があります。薬害の歴史や教訓を正面から受け止めることは不可欠です。特に「ワクチン」は、病気にかかった人を治療するための治療薬などと違い、全人口に関わるものですから、より丁寧な対応が必要です。今回の反対論の多くは一見して荒唐無稽な謀略論、陰謀論、偽情報に基づくものですが、それがこれだけ大きく広がるには、しかるべき理由があります。否定したりやり過ごすのではなく、教訓を得て、次に来るパンデミックへの備えとしていく必要があります。

#### 4. 公平性の観点から「パンデミック条約」に求められる5つのこと<sup>3</sup>

金杉詩子(国境なき医師団日本)

1. 医薬品の備蓄と分配において、公平なアクセスと医療・人道ニーズを優先することが必要。次のパンデミックへの対応には、国際的な備蓄が必要。また、「COVID-19 人道バッファ」は、政府の予防接種対象にならない難民・移民等にワクチンを配分する試みだったが機能しなかった。NGO が接種を担った場合の補償責任のありか等、法的課題の克服が不可欠。
2. 世界全体で、健康に対する権利と公平なアクセスを確保するため、パンデミック時には、対応に必要な医薬品の知的財産権を一時的に停止できるようにするなど、アクセス拡大の障壁を取り除く制度が必要。
3. 公的資金の投入や治験への協力を受けた研究開発の結果、開発された保健・医療製品を、必要とする人びとが使えるようにアクセス要件を設けること。
4. 透明性と説明責任、市民の知る権利を確保するため、企業秘密を規制すること。特に、価格決定の重要な要素である医薬品の開発コストの開示は不可欠である。
5. 国際的な「アクセスと利益配分」(ABS: Access and Benefit Sharing)の仕組みを立ち上げ、研究開発の成果を、研究開発に貢献したすべての人に公正に共有することが必要。例えば途上国がワクチンの病原体を提供し、協力したにもかかわらず、研究開発の利益が途上国に十分に配分されないという問題を解決する仕組みが必要。

---

<sup>3</sup> この5つの論点は、5月21日開催のウェビナーで国境なき医師団日本によって示されたものである。

## 5. 戦後の感染症対策のあゆみと国際協力現場の視点から<sup>4</sup>

本田徹(シェア国際保健協力市民の会)

私は、「シェア＝国際保健協力市民の会」という、保健分野の国際協力に関わってきた NGO で活動してきた者として、国際協力から得られた経験や教訓を生かすという観点からお話したいと思います。私は第1次ベビーブーム世代で、小学校の時は、自動の人数は1クラス 60 人くらい、あふれかえるような状況でした。その頃、必ず1クラスに1人は、ポリオにかかって障害のある子どもがいました。相当の蔓延状況だったのです。そこで、東北地方のお母さんたちが中心になって、ポリオワクチンを子どもたちに、という運動を始めました。当時厚生大臣だった古井喜実(ふるい・よしみ)氏は、ソビエト連邦から一千万人分、カナダから 300 万人分のワクチンを輸入し、数か月で子どもたちにワクチンを接種しました。その成果として、1962 年にはポリオは激減しました。これは世界の公衆衛生史上でも有数の達成と言えます。これは、公衆衛生においては、世界と連携することが大事だということを示しています。

もう一つ、ブラジルとタイのエイズへの取り組みを紹介します。1997 年、ブラジルでエイズ治療が国民健康保険の中に組み込まれ、HIV 治療薬を自国で生産して、すべての HIV 陽性者が薬にアクセスできるようになりました。それによって、新規の HIV 感染数も減っていったのです。これに関連して、途上国、グローバル・サウスの国々と製薬企業との間に大きな対立が生じました。でも、ブラジルは「人々の命には代えられない」ということで、HIV 治療薬の普遍的アクセスに踏み切ったわけです。タイの事例も重要です。シェアは 1990 年からタイに入り、エイズへの取り組みを 1992 年から始めます。タイでは 1985 年以降、HIV が急速に拡大しました。それに対して、HIV 陽性者を差別しないこと、セックスワークにおいてはどんな場所でもコンドームを使うようにすること、などについて、国が強力な政策を推し進めた結果として、タイは感染の大波を抑えることに成功したのです。母子感染についても、色々な取り組みが効果を発揮しました。私たちは現場にいて、タイのエイズ対策におけるダイナミックな動きを直に見ていました。HIV 陽性者の間で、HIV 治療薬へのアクセスが徐々に広がっていったのです。

タイ政府が行った、HIV 治療薬のアクセスを拡大する取り組みに対して、米国のアボット社など製薬企業が、知的財産権が侵害されているとして、攻撃を仕掛けました。この時に治療アクセスを守る観点から世界的なキャンペーンを行ったのが「国境なき医師団」でした。世論の後押しを受けて、アボット社はタイ政府に譲歩し、治療アクセスは守られました。タイでは多くの子供たちがエイズ遺児になり、その面倒を見るのは、子どもたちを引き取ったおじいちゃん、おばあちゃんたちの仕事

---

<sup>4</sup> これは、2024 年 5 月 21 日に「公正な医療アクセスをすべての人に！連絡会」が開催したウェビナーのパネル・ディスカッションでの本田徹氏の発表を文章化したものである。



になりました。タイ東北部では、こうしたお年寄りが、自分が面倒を見ている HIV に感染した子どもたちにちゃんと薬を飲ませるように、HIV に関わる自助グループのリーダーたちが服薬指導をするといった、プライマリー・ヘルスケアの取り組みも行われました。市民同士が支えあう仕組みができたのです。感染症を克服するのに、こうした仕組みづくりは欠かせません。

ハンセン病対策についても紹介したいと思います。私は、古くからハンセン病に取り組んできた笹川保健財団の活動に参加しました。WHO と連携して、途上国でのハンセン病対策に取り組んだのです。

SARS(重症急性呼吸器症候群)が 2003 年に東南アジアで流行し、ベトナムでも、病院の中で SARS が猛威を振るったことがあります。その時、国立国際医療研究センター(NCGM)のグループが派遣され、WHO の西太平洋地域事務所(WPRO)と連携して、病院内での感染を防ぐうえで大きな役割を果たしたのです。

これらの事実をまとめて、現行の国際的な保健・医療アクセスの公平性、普遍的人権の<きまり>に関する私見を述べたいと思います。まず、戦後の日本が、WHO や保健関係の国際機関から、多くの恩恵を受けてきた事実を忘れないように留意したいと考えます。次に、グローバルな製薬企業は、医薬品開発において、世界貿易機関(WTO)の知的財産権ルールや、医薬品開発における政府の公的資金による莫大な支援などの恩恵を受けているわけですから、そうしたものを一般の人々に還元するという姿勢を保持してほしいと思います。より公正で開かれたルール作りをしていく必要があります。

一方、20 世紀に入ってからからの主要なパンデミックは、エイズや COVID-19 を含め、そのほとんどが「人獣共通感染症」(Zoonotic Infections)として起きている事実は重いと考えます。こうしたことから、国際的な協力を欠かすことはできない、と考えています。

本資料集に関する問い合わせ:公正な医療アクセスを世界のすべての人に!連絡会  
事務局:特定非営利活動法人 アフリカ日本協議会  
メールアドレス:[ajf.globalhealth@gmail.com](mailto:ajf.globalhealth@gmail.com)