



G7長崎保健大臣宣言および関連文書に関する C7国際保健ワーキング・グループ代表団の第1次声明

5月13-14日、長崎市において行われたG7保健大臣会合では、国際保健について、「G7長崎保健大臣宣言」と「UHC行動アジェンダに関するG7グローバル・プラン」が採択されました。また、5月13日午前中に、G7財務大臣・中央銀行総裁会議が行われている新潟と長崎をオンラインでつないで開催されたG7財務大臣・保健大臣合同会合では、「財務・保健の連携強化及びPPRファイナンスに関するG7共通理解」が採択されました。私たちは、国際保健課題が複雑化し、特にパンデミック予防・備え・対応を軸に国際保健アーキテクチャーの変革に関して、様々なイニシアティブが立ち上げられている中で、日本政府を主催国とするG7が、十分な準備期間を確保できない状況にもかかわらず、国際保健政策についての方針の取りまとめを包括的・総合的に行った努力を称賛します。特に、これらの文書の中心をなす「G7長崎保健大臣宣言」が、国際保健の諸問題を全体として網羅した包括的な内容となっていることについて、これを歓迎します。一方、私たちは市民社会として以下の点を懸念します。

- (1) 全体として、我々が依然として直面している巨大な保健危機に対して、G7として具体的にどの程度の資金的・技術的貢献をするのか、また、政策的に、これまでどのような「違い」を作り出そうとしているのかが明確になっていません。「宣言」を始め、これらの文書で書かれていることの多くは、現在グローバルに進んでいるパンデミック条約や国際保健規則に関する交渉や、同様に多国間で行われているグローバルMCMプラットフォームの形成に関する交渉、G20を軸に行われている交渉などに対するG7の方針であり、G7として国際保健にどの程度の規模で、どのように取り組むのか、また、これまでのG7の方針をどのように変え、これまでどの「違い」を作り出すのかについて、明確になっていません。財務大臣・保健大臣合同会合で打ち出されたサージファイナンスに関する枠組みも同様です。世界の主要国の連合体であるG7は、他のイニシアティブに対して注文を付けるばかりでなく、G7として、十分な透明性、アカウントビリティ、および市民社会をはじめとするステークホルダーの参画を保障したうえで自らの責任を果たす必要があります。
- (2) 私たちは、G7が大臣宣言やUHC行動計画において、高齢化や認知症、メンタルヘルス、エイズ・結核・マラリア、AMRや、ワンヘルス、プラネタリーヘルスなど、様々な保健問題が網羅的に言及されていることを歓迎します。また、市民社会を含むステークホルダーの参画を明記し、取り残されている脆弱な人々を優先化する形で、UHCや保健危機対応、保健イノベーションに関する方針を示したことは評価できます。一方、SDGsゴール3の各ターゲットをはじめとする各目標について、G7が今後どのような取り組みを行うかについては明確になっていません。特に、SDG3.3エイズ・結核・マラリアや「顧みられない熱帯病」(NTDs)の終息やSDGs3.4のうち非感染性疾患(NCDs)について、具体的な取り組みに関する記述が欠けています。
 - 低所得国・中所得国を中心にまん延するNTDsにおいてはCOVID-19の流行により研究開発や感染症対応のための資金が大幅に減少しており、世界的に「顧みられない」状況に陥っています。NTDsの分野におけるワクチン・治療薬・診断薬の研究開発への支援や医療アクセスの拡大など、WHOのNTDs対策ロードマップ(2021年~2030年)も参考に具体的なアクションを明記することが必要です。
 - SDGs3.4のうち非感染性疾患(NCDs)についても、G7は「NCDsと肥満のシンデミック」がCOVID-19の重症化と死亡のリスクを飛躍的に増大させたことを、COVID-19の教訓の一つとして認識し、低所得国・中所得国におけるNCDsの治療へのアクセスの拡大や、NCDsや肥満をもたらしているフードシステムの構造的変革に取り組むことが必要です。
 - また、私たちは、G7首脳に対し、グローバルファンド(世界エイズ・結核・マラリア対策基金)のような主要な多国間パートナーへの十分な資金提供を明示的に言及し、世界の公衆衛生に対する脅威としてのHIV、結核、マラリアの終息への新たな取り組みを表明することを求めます。
 - 加えて、私たちは、妊産婦や子どもの健康と包括的なセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス・アンド・ライツへのアクセスを確保するというG7のコミットメントを評価します。一方、G7の一部諸国政府が、家族計画やSRHRを対象とした開発援助を削減する決定をすでに行っており、このことがジェンダー平等という全

体目標および女性の健康に悪影響を与えていること、また、今後も与え続けるであろうことに懸念を表明します。

- (3) 国際保健アーキテクチャーの変革およびヘルス・イノベーションにおいて、G7 が、特に公正なアクセスとデリバリーを含むエンド・トゥ・エンドの MCM エコシステムに焦点を当てたことについては歓迎します。一方で、その内容が充分でないことについて懸念を表明します。具体的には以下の点です。
- a) パンデミックなど保健緊急事態において、低・中所得国における MCM への公平かつ迅速なアクセスが必要であることは、「宣言」で指摘されているとおりです。これについて、開発された MCM に関する迅速な技術共有・技術移転と、世界各地域における生産能力の強化が必要であることについては、今年のドイツの「パンデミック準備に関する G7 合意」でも、既に表明されています。しかし、今回の「宣言」においては、G7 がグローバル・サウスの MCM 生産能力強化の支援についてどのような役割を果たすのかについて、具体的な方針が示されていません。また、技術の共有・移転についても、自発的なライセンスのプロセス強化など、「自発的」な手段にとどまっています。COVID-19 の教訓は、これらが「自発的」な手段のみにとどまる限り、保健緊急事態においてグローバル・サウスにおける公正かつ公平なアクセスの保障は難しいということを示しています。G7 は、公的資金によって開発された MCM について、これらをグローバルな公共財とするため、開発・生産コストの透明性の確保や、知的財産権や技術・ノウハウの共有など、強制力のある条件づけを行う取り組みを実現するべきです。また、緊急事態においては MCM の知的財産権を包括的に免除することを支持する必要があります。
 - b) 宣言は病原体の遺伝子配列等などについて、迅速な共有を促していますが、一方で、これらに関する利益配分について記述していません。遺伝資源へのアクセスと利益配分は不可分の課題です。これはパンデミック条約交渉の内容とも関わる課題であり、G7 は国際保健アーキテクチャーの変革に関する自らの方針を決定するにおいて、グローバル・サウスの国々や市民社会の参画を保障したうえで、責任ある政策を打ち出す必要があります。

以上

本声明に関する問合せ等は以下までご連絡ください。

C7 (Civil-7・市民7) 国際保健ワーキング・グループ 共同コーディネーター 稲場雅紀

(特活) アフリカ日本協議会 / GII/IDI 懇談会 NGO 連絡会

- メールアドレス inaba.masaki@ajf.gr.jp, ajf.globalhealth@gmail.com
- 電話 090 1264 8110