

グローバル・ガバナンスから みたコロナ危機

新型コロナウイルスの感染拡大は、各国のガバナンスとともに、国際保健分野におけるガバナンスにも、

課題を投げかけた。各国政府と国際機関がひしめく
アリーナで政策のパフォーマンスを上げるために、
誰が何をすべきなのか。その構図を読み解く。

東京大学教授
城山英明

しろやま ひであき 東京大学卒業。
同助教授などを経て現職。専門は行政学、国際行政論、科学技術と公共政策。著書に『国際行政論』『科学技術と政治』、編著に『グローバル保健ガバナンス』など。

聞き手：本誌編集長 中村起一郎

——今回の新型コロナウイルス感染症への、日本政府の対応について、ガバナンスという観点から、どのようにご覧になっておられますか。

城山 不十分な点はもちろんありますが、ある程度対応できた面も少なくなかったように感じます。その前提となつたのが、二〇〇九年の新型インフルエンザ（H1N1）に対応した経験です。二〇〇〇年代に入り、重症急性呼吸器症候群（SARS）をはじめ新興感染症への対応が国際的な課題となっており、政府も一定の準備の下に新型インフルエンザの対応に当たりました。実際は反省点も多かった

わけですが、それが今回は生かされている部分があります。

新型コロナウイルス対応に生きた過去の経験

——具体的にはどういうところででしょうか。

城山 例えば、当時の感染症対応は、健康危機管理という観点から厚生労働省内の一部局が担っていたのですが、H1N1の後にそれでは不十分という反省があり、二〇一二年に新型インフルエンザ等対策特別措置法を制定し、内閣官房に新型インフルエンザ等対策室を設置しました。この体制が、新型コロナウイルス感染症対策において、政府が

一体となって取り組む仕組みの前提です。

実働部隊を担った政府専門家会議のメンバーも、〇九年のときと多くが重なっていました。しかもその中心となる尾身茂副座長や岡部信彦氏などは、世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局での勤務経験があり、アジアにおけるさまざまな感染症との闘いの中で経験を積んでいます。尾身さんは二〇〇〇年代に事務局長としてSARSの対応に当たり、最前線で中国との交渉を担ってきた方です。このような経験者がいたことも、初期においてある程度有効な対応が取れた素地となっているのではないのでしょうか。

——対応の初期においては、政府との関係で専門家会議の果たす役割は大きいものでありました。

城山 尾身さんたちがH1N1の経験を総括した論文などを読むと、発信を役人任せにするのではなく、専門家が政治家や市民に能動的に発信していく必要があると記しています。実際に今回も、専門家会議は諮問に答えるだけでなく、率先して状況分析や提言を行い、市民に向けて説明しました。専門家会議のアドホックな立ち位置ゆえに、こうしたスタイルがある程度有効に機能したともいえます。

——他方で、より構造的な問題も見えてきました。

城山 感染が長期化すると、狭義の公衆衛生の問題だけで

なく、病床数管理のような医療システムの問題や、経済とのバランスなども統合的に検討せざるを得ません。そこまでの体制は、残念ながら準備できていませんでした。当初は医療関係者と公衆衛生の専門家で構成されていた専門家会議が、基本的対処方針等諮問委員会、さらに新型コロナウイルスに関する対策分科会へと形を変える過程で、エコノミストやマスメディア関係者、自治体の代表などを入れて再構成されたことは、ある意味で当然でしょう。しかし統合的判断の基準が明確化されているとはいえません。現在も続く構造的な課題に対して、さまざまな影響を評価するツールを作り、可視化された形でバランスのとれた意思決定をどのように行うか。これは日本に限らず、世界各国の課題といえます。

再考要する医療体制の維持

——特に医療システムの危機は、世界中で見られます。

城山 日本でコロナ病床が不足する現状は、民間の医療機関に依存してきた日本の医療体制、言い換えれば日本的なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）が、非常時においては脆弱なシステムであることを明らかにしています。官がしっかりと関与すべきだという議論が出てくるの

は当然のことでしょう。また、より深刻なアメリカなどでは、貧困者の医療アクセスが制度的に保障されていないことが、被害を大きくしたと考えられます。WHOの国際保健規則（IHR）は従来、主として途上国の公衆衛生危機への対応を念頭に置いて活動してきましたが、今後は先進国もカバーしてゆく方策を探ることになるでしょう。

——先進国が軒並みコロナ禍に苦しむ一方で、例えば中国が感染を抑え込むなど、権威主義国家の方が感染症対策には効率的なのではないか、という議論も出ています。

城山 コロナの感染抑制には政治のリーダーシップが不可欠であり、情報管理も含め、政府が事態をコントロールする力が問われたことは間違いありません。しかし、権威主義の比較優位とまで言えるかどうか。例えば、成熟した民主主義体制を持つ台湾は、感染抑制に成功しています。SARSで苦しんだ経験があり、感染源である中国との交流が盛んな状況から、予防的に積極的に行動したことが奏功しました。国家体制は感染症対策において一つの要素ではありますが、一対一の対応関係とはいえないでしょう。

絶えず試行錯誤してきたWHO

——WHOは、第二次世界大戦後に設立されて以来、国

際保健の中心的役割を担ってきましたが、今回のコロナ禍ではさまざまな批判を受けています。

城山 まず確認したいのは、WHOだけが国際保健のガバナンスを担っているわけではないということです。その前身の時代から、国際社会の中で絶えず批判を受け、代替的なメカニズムや組織と競合／補完しながら、常に緊張関係の中で活動してきた組織だということです。

例えば、国連児童基金（UNICEF）は、子どもという象徴的な対象を持ちながら、ワクチン接種や母親の健康支援など、さまざまな事業を行っています。活動範囲が異なるので一概には比較できませんが、予算規模でいえば、UNICEFの方がかなり大きくなっています。

また、近年の感染症対策で注目されているのは、グローバルファンド（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）です。ジュネーブを拠点にした民間法人に対して、各国政府や民間組織が出資し、大規模な感染症対策を行う、いわゆる官民パートナーシップ（PPP）に基づく組織として活動しています。現在も新型コロナウイルスのワクチン分配においては、COVAX（COVID-19 Global Vaccine Access）ファシリテイというPPPに基づく組織が大きな役割を果たしています。

このようなPPPの活用は、ある意味では、WHOへの不信感の表れといえるかもしれません。ちなみにグローバルファンドは、二〇〇〇年のG8九州・沖縄サミットにおいて、議長国日本が、感染症対策を主要課題として取り上げたことが設立のきっかけとなっています。なお、日本では、WHOは厚生労働省、グローバルファンドには外務省が資金提供をしているという違いもあります。

——他方で、二〇〇〇年前後から新興・再興感染症が頻発したことで、WHOへの期待は高まりました。

城山 WHO憲章第二一条に基づき、IHRが定められています。目的は国際交通・貿易に与える影響を最小限に抑えつつ、疾病の国際的伝播を最大限防止することですが、〇五年に大きく改正されました。それまでは黄熱、コレラ、ペストの三疾患を対象としていたのが、原因を問わず（自然由来かどうかも問わず）、国際的な公衆衛生上の脅威となり得るあらゆる事象に対応する、オールハザード・アプローチを採用したのです。実際、二〇〇〇年代以降だけでも、新型インフルエンザ、SARS、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群（MERS）、今回の新型コロナウイルスと、人類社会は数年ごとに感染症拡大を経験しており、WHOはその都度、失敗しつつ学習を繰り返してきました。

今回のコロナ禍では、初動対応が遅かったとの批判はありますが、中国もWHOも、SARSの時と比べれば迅速に対応しており、国際社会の対応能力は改善していると思います。ただ、今回はチャレンジの程度が非常に大きかったので、結果として機能しない部分が出てしまったわけです。

これからWHOで重視される機能とは

——今後、国際保健分野におけるWHOの機能、あるいは他機構との競合／補完関係をどのように展望されますか。

城山 他機関との調整は簡単ではありません。かつてエボラ出血熱の時は、急激な感染拡大に対して、健康セキリティ対応と人道的支援との間で調整がつかず、結局、国連安全保障理事会の決議に基づいて、国連が直接部隊を送るという前代未聞の措置がとられました。それを踏まえ、WHO内でも健康セキリティと人道的緊急時対応を統合するWHE（WHO Health Emergency）プログラムが設置されました。

このように、これまでも危機への対応経験を踏まえてセクター間での調整は行われてきたものの、これからはどのセクターと調整が必要になるのか自体も変わっていきま

す。先ほど述べたUNICEFやグローバルファンドに加え、今回ワクチンの安定供給を支える国際枠組みとして登場したCOVAXファシリテイや、エボラ後に発足したワクチン研究開発支援機関であるCEPIなど、官民パートナーシップの枠組みもかなり進展しており、ワクチン供給のようなオペレーションについては、資金調達も含めて、こうした枠組みの方が柔軟に対応できる面があります。

他方でWHOがより重視すべき機能としては、政府間の調整やリーダーシップ、感染症に関する情報の集積と共有、そして科学に関する共通理解の普及といった、ある種の規範構築の領域が重要な意味を持つのではないのでしょうか。例えば、感染症とは異なりますが、WHOは世界規模で禁煙に取り組み、時にビッグビジネスとも闘ってきた実績があります。科学的根拠に基づいて先進国世論に圧力をかけ、禁煙を進める一定の枠組みを構築するという試みは、感染症対策でも参照可能ではないでしょうか。逆にいえば、ほかの組織にはできないことだと思っています。

——アメリカの政権交代は、どのような影響を与えるのでしょうか。

城山 かつてトランプ政権はWHOからの離脱を宣言しており、もし実現すればWHOは、財政的に相当の打撃を受

けることになったはずです。国際機関にはあまりお金を出さないアメリカが、WHOには例外的に財政的なサポートを行っていました。そもそもWHOの予算規模はそれほど大きくない上に、各国の任意拠出金が多く、通常予算の比率は少ないので、もし離脱すれば、財政面では相当影響が出たはずです。

では、バイデン政権になってよかったかというところ、あまり楽観はできません。保健医療や気候変動は持続的な取り組みが不可欠な分野ですが、アメリカでは極めて政治的なイシューとして党派性が前面に出やすい。これらのイシューをいかに非政治化し、安定的に取り組める体制を構築するのか。グローバル・ガバナンスは、各国にとって外在的存在ではなく、主要国が真剣にコミットすることで初めて実効性を持ち得ます。その意味で、先進国の自己規律が問われています。

「人の移動」が重視されない時代に

——いま現在、ワクチン供給が喫緊の課題となっています。どのような問題があるのでしょうか。

城山 人口比で各国の獲得数をみると、カナダが突出していますが、かなりばらつきがあります。報道によれば、イ

スラエルは自国民の接種に関する情報を提供することで、ワクチンを確保しています。しかし、途上国の状況はかなり厳しく、先進国との格差が明確になっています。先ほど述べたCOVAXなどの試みは有効ですが、しかし目標とする接種人数は二〇億人程度であり、まったく不足しています。

また、公平性の問題もあります。今のところ、ワクチン供給は、各国人口の二〇%までは人口基準で配分し、その後リスクの高い地域に重点的に配布することになっていますが、その際のリスクをどのように計測するか、どの国から配るのか、まだ議論が熟していない部分が多くあります。何より、一定程度配布し終わるまでは相当な時間がかかりそうです。

——ワクチン接種の有無が、人の移動を保証する一種のパスポートのようになるのではないか、といわれています。

城山 人の移動に関しての「ワクチン格差」は、現実の問題となるでしょう。既にその兆候は出ています。他方で、コロナの感染拡大が収束せず、ワクチンの普及も遅れるとなると、グローバル化を推進してきた「移動の自由」そのもののプライオリティが低下する可能性があります。これまで、国際保健規則にも規定されているように、感染症が

流行しても、不必要に国境を閉じない方がよいとされてきました。しかし新型コロナウイルスでは、むしろ、早く国境を閉じてよかった、あるいは早く国境を閉じるべきだったという教訓として共有されている面があります。

また、この一年で、リモートでのコミュニケーションは相当発達しました。世界のグローバル化を支えてきた「移動の自由」が、相対的にそれほど価値のあるものではなくなる——そういった二〇世紀末からの大きな潮流が、いま終わろうとしているのかもしれませんが。

——日本外交は、国際保健分野についてどのように展開すべきでしょうか。

城山 国際保健分野、なかでもすべての人が適切な医療にアクセスできることを目指すUHCは、日本が長く関わってきた問題であり、いわば得意分野です。日本自体のUHCのあり方を再検討する必要もあるのですが、医療へのアクセスの確保が感染症対策としても重要であるという切り口は、WHOが担う制度的・規範的課題としても親和性があり、外交カードとしても使えようがあります。途上国への国際協力、あるいは途上国支援に対する先進国間の連携というだけでなく、先進国間のアジェンダとしての展開も可能ではないでしょうか。●

(構成・宮脇雄太)