

開発途上国の貧困と健康：主要な対策

Poverty and Health in Developing Countries: Key Actions

はじめに

健康の問題は国際アジェンダ上かつてなく重視されるようになっており、貧しい人々の健康状態の改善は開発の中心的な課題となっています。貧困層の人々はそうでない層に比べ健康状態も悪く寿命も短くなっています。また、乳幼児と妊産婦の死亡率は平均より高く、罹患率も高い上に、医療や社会的保護も受けにくくなっています。しかし、健康は特に貧しい人々にとっては極めて重要な経済的資産でもあります。彼らの生計は健康にかかっています。貧しい人が病気になったり怪我をしたりすると、その家計全体が所得の喪失と高い医療費負担の悪循環に陥ってしまう可能性があります。

更に、健康のメリットはその健康な世代だけにとどまりません。このことは貧しい人々にとっては特に重要です。というのも、貧しい人々は一般に子供の数が多く、子供一人ひとりの教育や健康に投入できる資源が少ないからです。しかし、よりよい医療と教育の普及に伴い、家族の人数は減少します。子供が病気によって認知的機能への影響や身体的影響を受けることは少なくなり、学校の成績も上がります。こうした子供はその後、障害を負ったり健康を損なったりする可能性が低くなるので、巨額の医療費を背負い込む可能性は低く、それなりの所得を得られるようになる可能性は高まります。従って、健康な成人として、自分の子供の養育、健康、教育により多くの資源を投入できるようになります。

国際社会が現在、健康の問題を重視しているのは、貧困と健康との間のこのような密接な関係を認識しているためです。8つのミレニアム開発目標のうち3つは、2015年までに、乳幼児死亡率の削減、妊産婦死亡率の削減、HIV/エイズ、マラリア、結核の蔓延防止という具体的な健康問題の改善を求めています。更に、健康は極度の貧困と飢餓の撲滅という一番目のミレニアム開発目標の基礎であるとの見方もますます強まっています。これは、一つには、健康と経済開発との結び付きを示した「マクロ経済と健康に関する委員会」(CMH)の活動によるものです。2002年には各国政府と民間セクターが共同で「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」を設立し、2003年にはG8が貧しい人々の健康状態の改善と必要な資金の拠出に全力で取り組んでいく決意を再確認しました。

健康状態の改善は貧困削減につながるか

健康への投資は経済発展の重要な手段である。CMHが示しているように、健康状態の大幅な改善は開発途上国が貧困の循環から抜け出すための必要条件である。健康は多くの点で発展に寄与する。

労働生産性の向上 健康な労働者ほど生産性は高く、賃金は高く、欠勤は少ない。この結果、生産は増え、労働移動率は低下し、企業収益や農業生産は増加する。

国内投資率と外国投資率の向上 労働生産性が向上すれば、投資へのインセンティブが生まれる。更に、風土病やHIV/エイズなどの伝染病を制圧すれば、投資家への成長機会増進と従業員の健康リスク低下の両方によって、外国からの投資が促進される可能性は高い。

人的資本の改善 健康な子供の学力は高い。健康状態が改善すると、欠席や中途退学が減り、人的資本基盤の増大につながる。

国民貯蓄率の向上 健康な人々はより多くの資金を貯蓄に回すことができ、長生きする人々は老後に備えて貯蓄する。こうした貯蓄が設備投資の原資となる。

人口構成の変化 健康状態と教育の改善は出生率と死亡率の低下に寄与する。最終的に出生率は死亡率より早く低下し、その結果人口の伸びは鈍化し、「従属人口比率」（生産年齢人口に対する従属人口の比率）は低下する。この「人口動態の配当」が低所得国にとっては一人当たり所得を伸ばす重要な要因であることが明らかになっている。しかし、HIV/エイズ感染率の高い低・中所得国では生産年齢人口の死亡率が高いので、従属人口比率が上昇し、成長の足を引っ張っている。これに対し、高所得国では、出生率が更に下がる余地はほとんどない上、退職者数も増えており、これが従属人口比率の上昇につながっている。

「貧困者を考慮した」健康へのアプローチとは何か

病気の主因に対処する専門知識はすでに確立されているにもかかわらず、貧しい

人々は依然として病気という重い負担を負い続けている。貧しい人々の健康状態を改善するには、「貧困者を考慮した」（pro-poor）健康へのアプローチ（貧しい人々の健康の促進、保護、増進に優先的に取り組むアプローチ）が必要である。開発途上国ではこうしたアプローチを促進すべきであり、開発協力における優先課題はこうした文脈の中で特定されるべきである。

貧困者を考慮した健康へのアプローチには、公平な資金調達メカニズムを備えた質の高い公的な医療・介護サービスが含まれる。しかし、医療部門にとどまらず、教育、栄養、水、公衆衛生など、貧しい人々の健康状態に特に大きな影響を及ぼす分野の政策も含まれる。更にこのアプローチは、医療サービス・知的所有権貿易の影響や、医療に関する調査研究向け資金拠出に関するグローバルな行動とも関わってくる。これらは開発途上国の貧しい人々の健康状態に影響を及ぼすからである。

貧困者を考慮した医療システムを整備・導入する上では、医療サービスの政策当局、規制機関、購入者、提供者の中核的な機能を遂行する公共セクターの能力を強化することが重要である。更に、各種資源の利用状況を追跡し、人材戦略を改善するには、強力な制度上、組織上の能力も必要とされる。これらの主要な課題は厚生省の範囲を超えており、医療分野改革をより幅広いガバナンス改革の文脈の中に置く必要性を映している。

貧しい人々の医療ニーズに応える質の高い公的セクターと民間セクターのサービスを整備するには、貧しい人々が特に大きな影響を受ける病気に重点を置く必要がある。これには、マラリア、結核、HIV/エイズなどの病気ばかりでなく、リプロダクティブ・ヘルスや喫煙に関係した病気などの非伝染病も含まれる。このアプローチは、貧しい人々や弱者グループにまで支援の手を差し伸べる戦略や、医療サービスへの需要を刺激し、そうしたサービスのアカウントビリティを貧困地域で強化する措置によって補完すべきである。こうした目標を達成するには、計画立案と実施のプロセスにおいて、NGOや市民社会組織の声ばかりでなく、貧しい人々の声にも耳を傾けなければならない。

民間セクターとの連携強化も重要である。貧しい人々は民間の営利サービス、非営利サービス（NGOや宗教関係）を多く利用する。多くの開発途上国の公的セクターは、国民全体に医療サービスを提供する能力や、民間セクターが提供する医療サービスを「貧困者を考慮した」健康関連目標の促進につながるようなものとする能力を欠いている。政府が民間のサービス提供者との間にどのようなタイプの連携を構築できるかは、利用パターンや提供者の相対的な能力と質に応じて異なるだろう。政府は特定のサービスについてはNGOに委託することもできるし、民間営利セクターによって提供されるサービスの質の向上を図ることもできる。こうした政策オプションを選択する際には、政府は規制、委託、監視の能力を強化しなければならない。

医療関連の公平な資金調達制度は、貧しい人々の医療サービスへのアクセスを改善するとともに、病気による莫大な出費から貧しい人々を守る上でも不可欠である。これには、基本的な医療サービスについてはその「対価」をその場で支払わなくて済むような（その場で支払う必要があると貧しい人々は利用する気にならない）前払い制度を確立する方向に向けた効果的な社会保障戦略が必要となる。

医療分野以外の政策はどのように役立つか

貧しい人々が手頃な費用で質の高い医療サービスを受けられるようになっても、それだけで貧しい人々の健康状態が改善するわけではない。医療分野以外の要因が貧しい人々の健康状態を大きく左右するからである。まず、「開発援助委員会（DAC）貧困削減ガイドライン」でその骨子が示されている効果的な「貧困者を考慮した経済成長政策」を実施することが極めて重要である。所得が増えなければ貧しい人々は医療サービスを受けただけの余裕を持ってない。そして、歳入が伸びなければ政府も医療サービスへの資金拠出を増やすことができない。

医療以外の分野、特に教育、食糧安全保障、安全な水、公衆衛生、エネルギーなどの分野の政策も非常に重要である。貧しい人々の健康状態は、喫煙や飲酒、交通事故などによる怪我、紛争や自然災害による荒廃などのリスクを減らすことによっても改

善することができる。開発途上国政府と援助機関は、教育、栄養補給、環境などの主要分野における政策がどの程度医療に関する目標より幅広い貧困削減目標を損なっているか、あるいは促進しているかを評価し、適切な対策を実施すべきである。これには、これらの分野における健康目標関連の能力強化への取り組みも含まれる。

例えば、三つの健康関連のミレニアム開発目標の達成は、男女平等と初等教育の普及という目標を達成できるかどうかにかきく依存している。

男女の不平等は貧困や不健康の大きな要因となる。貧しい女性には二重に不利な立場に置かれている。生活が困窮している上、家庭で男性より更に劣悪な状況に置かれているからである。男女の役割に関する社会的文化的な考え方がこうした不平等の一因となっている。貧しい女性や少女は、現金や融資制度・サービスなどの医療向け資源へのアクセスや自らのニーズと意見を表明できる能力という点で、貧しい男性や少年より更に不利な立場に置かれている可能性がある。一部の女性や子供、例えば老未亡人、扶養されていない女性、子供のみの世帯、ストリートチルドレンなどは特に弱い立場に置かれている。女性は世帯の管理や世話という役割を果たすことによって医療の主な担い手でもある。しかし、貧しい女性や少女の健康状態は、リプロダクティブ・ヘルスを含めて、栄養不足、重労働、基本医療からのネグレクト（性的虐待や妻への暴行などの対人暴力によって更に悪化している）によって損なわれている。従って、男女不平等の是正策は貧しい人々に救いの手を差し伸べようとする健康へのアプローチにとって必要不可欠な要素である。

教育も極めて重要である。女性と少女の教育は、子供、家族、地域社会向け医療の改善や出生率の低下と密接に結びついている。教育はHIV/エイズの蔓延を防止する最も有効な手段の一つでもある。同時に、健康は認識能力や学校への出席状況に直接影響するので、学習到達度も大きく左右する。従って、正規の学校制度内でも学校外教育でも健康への取り組みと教育への取り組みの連携を模索する戦略は相互に利益となる。

食糧安全保障と栄養補給も貧しい人々の健康状態に影響を及ぼす極めて重要な要因

表 1 . 健康関連のミレニアム開発目標

ミレニアム宣言の目標とターゲット	進捗状況のモニタリング指標
目標 4 : 乳幼児死亡率の削減	
ターゲット 5 : 1990年から2015年までに 3 分の 2 削減する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5 歳未満児の死亡率 ・ 乳児死亡率 ・ はしかに免疫のある1歳児の割合
目標 5 : 妊産婦の健康の改善	
ターゲット 6 : 1990年から2015年までに妊産婦の死亡率を4分の3削減する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妊産婦死亡率 ・ 医療従事者の立ち会いによる出産の割合
目標 6 : HIV / エイズ、マラリア、その他の疾病の撲滅	
ターゲット 7 : 2015年までにHIV/エイズの蔓延を阻止し、その後減少させる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 15 ~ 24歳の妊婦のHIV感染率 ・ 避妊具普及率中のコンドーム利用率^a ・ HIV/エイズにより孤児となった子供の数
ターゲット 8 : 2015年までにマラリアその他の主要な疾病の発生を阻止し、その後発生率を下げる	<ul style="list-style-type: none"> ・ マラリアの感染率およびマラリアによる死亡率 ・ マラリア危険地域における、有効なマラリア予防・治療処置を受けている人口の割合 ・ 結核の感染率および結核による死亡率 ・ 短期化学療法を用いた直接監視下治療 (DOTS) の下で発見され、治療された結核患者の割合
目標 8 : 開発のためのグローバルパートナーシップの推進	
ターゲット 17 : 製薬会社と協力し、開発途上国の人々が安価な必須医薬品を入手できるようにする	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安価な必須医薬品を持続的に入手できる人口の割合
<p>a. 避妊具の中でHIV感染の削減に有効なのはコンドームだけである。避妊具普及率は、他の医療、男女平等、貧困削減に関する目標の進捗状況を追跡する上でも役立つ。</p>	

世界銀行 (2002年)

である。開発途上国の約 8 億人の人々が慢性的な栄養不足に陥っている。栄養不足は免疫システムを害し、罹病率の上昇と重症化をもたらしているほか、乳幼児の死亡の 50% 以上の要因となっている。開発機関は、妊産婦と乳幼児の栄養補給に的を絞ったプログラムと並んで、所得の増加と社会サー

ビス利用の向上を目的とする措置を通じて、都市と地方の食糧安全保障の改善に重点的に取り組むべきである。

貧しい人々の健康状態と死亡は、環境悪化の影響を直接受けている。都市のスラム街や、安全な水や下水設備の整備が遅れて

いる僻村に住み、屋内でも屋外でも大気汚染にさらされている場合が多いからである。こうした環境条件が貧しい人々の病気や死亡の大きな原因となっている。不健康を招いているこうした基本的な原因の重要性を開発政策に取り込まなければならぬ。

パートナー国は自国で策定・推進する貧困削減戦略（PRS）を、貧困者を考慮した健康へのアプローチの骨子を立案する際の中心的枠組みに据えるべきである。大半のPRSは健康状態を貧困の一つの側面と捉えているが、健康状態の改善と貧困削減の因果関係をより明確に示すとともに、貧しい人々の健康状態に影響を及ぼす主要分野に明確な健康関連目標を盛り込む必要がある。

世界保健機関（WHO）の報告書によれば、特に厚生省はまだPRS全体の策定にさほど寄与しておらず、中にはその健康関連部分にすら寄与していないケースもある。開発機関は、健康と貧困削減との関係の分析に寄与する厚生省の能力強化をサポートすべきである。また開発機関は、市民社会（議会、地方政府、コミュニティー組織、女性の健康擁護団体、労働組合、民間セクター）の健康関連の懸念が政策の選択と優先順位に反映されるようにするための取り組みを支援することもできる。

PRSの策定は、貧しい人々の健康状態を改善するための医療プログラムを見直す機会を与えてくれる可能性がある。このプロセスは、貧困削減の視点から現行の医療戦略を再評価する最初のステップとなり得る。

健康関連のグローバル公共財とは何か、なぜ重要なのか

グローバル公共財とは市場によって十分に提供されない製品、サービス、状態のことであり、幅広い国際的関心と呼んでおり、国際的な公的行動を必要とするものである。その好例が健康関連のグローバル公共財である。というのも、貧しい人々の健康問題は国境を越えるからである。グローバル化された世界では、人と情報はいよいよ迅速かつ容易に国境を越える。HIV/AIDSが急速に蔓延していることや重症急性呼吸器症候群（SARS）が最近猛威を振ったことが示しているように、これが健康への新たなリスクとして浮上している。グローバル化は、各国が、しばしば民間セクターと連携

して、健康への共通の脅威に協調して対処することによって、病気を予防し、治療し、封じ込める新たな機会をもたらしめている。

このような機会の一つを提供してくれるのが医療関連の調査研究である。現在、世界の健康被害の90%を占める病気や疾患に対して世界全体の医療関連の調査研究費の10%未満しか割り当てられていない。これは、調査研究上のギャップを埋める国際的取り組みへの追加資金拠出がなされない限り、罹患者数が1億4,500万人に達し、永久に失明してしまう可能性のあるタココマのような病気の管理が成功する見込みは薄いということを意味する。

開発機関は健康関連のグローバル公共財の生産に係わる「インセンティブギャップ」を是正する上で中心的役割を果たすことができる。最近の動きは、そうしたグローバル公共財へ資金を出し発展させることを訴えることは医療向け援助や援助全般へのサポート機運を盛り上げることに役立つことを示唆している。医療関連のグローバル公共財によってもたらされるメリットは貧しい国ばかりでなく豊かな国にも及ぶので、拠出資金の源泉は、可能な場合には、政府開発援助（ODA）以外に求めるべきである（例えば、増額されている海外援助予算ばかりでなく、国内の医療関連や調査研究関連の予算にも求めるべきである）。このように資金の源泉を多様化すれば、極めて重要でグローバルな健康問題への対処に資する拠出金の増額や技術支援の拡大につながるだろう。

開発機関は貧しい人々の健康問題に的を絞った新しいワクチンや医薬品、知識などをもたらす国際的取り組みに対して極めて重要な財政支援をすることができる。WHOの「マクロ経済政策と健康に関する委員会」によれば、新しいワクチンや医薬品の開発には2007年までに30億ドル、2015年までに40億ドルが必要とされる。この資金は途切れることなく確保することが重要である。資金確保の方法は、直接的な資金拠出の他、調査研究そのものを「推進」したり、調査研究によって開発される製品への需要を高めることによって調査研究を「牽引」したりするインセンティブを利用したものがある。開発機関は開発途上国にとって重要な病気を優先的に医療関連の調査研究の対象とするよう他の関連の政府省庁に

働きかけることもできる。

貿易協定は貧困国の健康状態にどのような影響を及ぼすか

モノやサービスの貿易と多角的貿易協定は、貧しい人々の健康状態に直接影響を与えている。特に重要なのは、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS）やサービス貿易に関する一般協定（GATS）下の動向など、医薬品へのアクセスに影響する協定である。

知的資本は医薬品の付加価値の重要な構成要素である。2001年11月のWTO閣僚会議で採択された「TRIPS協定と公衆衛生に関するドーハ宣言」はTRIPS協定の幾つかの重要な点について明確に規定した。ドーハ宣言は、各WTO加盟国は特許強制実施権を付与する権利と当該強制実施権が付与される理由を決定する自由を有していることを確認した。特許強制実施権の下では、政府は国家的緊急事態に際して特許権者の許諾を得なくても特許商品の製造を承認したり、特許プロセスを使用したりすることができる。更に、各加盟国はどのような事態が国家的緊急事態やその他の極度の緊急事態なのかを決定する権利も有している。この中には、例えばHIV/エイズや結核、マラリアなどの伝染病に関連した公衆衛生上の危機的状況を含めることができるとされた。

TRIPS協定の特許強制実施権に関するルールは、当該実施権による商品の製造は「主として当該使用を承認する加盟国の国内市場への供給のために承認される」（第31条(f)）と規定している。ドーハ宣言は、医薬品の製造能力を十分に持たないか、全く持たないWTO加盟国はTRIPS協定による強制実施権を効果的に利用できない可能性があることを認識し、関係理事会に対しTRIPSがこの問題を早急に解決するよう指示したが、これまでのところいかなる解決策についても合意されるに至っていない。

GATSについては、WTO加盟国は自国の開発目標に沿って段階的にサービス貿易を自由化していく幅広い政策オプションを有している。WTOの下で進められているGATS交渉はサービス貿易の自由化を徐々に進めていくことを目指している。交渉はいかなるサービス分野についてもア prioriには排除していないものの、各WTO加盟

国はどの分野をどの程度自由化するか自由に選択することができる。WTO加盟国は、医療サービスの貿易を自由化するかどうかやどの程度自由するかを決める際に、貧しい人々の医療サービスへのアクセスに与える潜在的な利益とリスクについて考慮する必要がある。

民間医療施設への外国からの投資増加は、特に第3セクター（大学や高度の専門病院によるサービスなど）では受入国側で行われる介護の質的な改善につながる可能性がある。しかし、こうした投資がより魅力的な賃金と労働条件を提供する病院やサービスに対して大規模に行われると、貧しい人々が頼りにしている農村部の施設や公的施設の医師・看護師不足に拍車をかけてしまう可能性がある。更に、医療サービスへのアクセスに関する民営化が低所得国の貧しい人々にとどのような影響を及ぼすかについて実証データが欠けていることも、調査研究やモニタリングを強化する必要があることを示唆している。改革の進め方に関して他の分野から得られた教訓は、各国が貧困者を考慮した医療関連目標を達成するには医療サービスの民営化と外国投資家への市場開放を実施する前に効果的な規制枠組みを整備する必要があることを示唆している。

医療サービスの国際貿易が増加・多様化するにつれ、そして、サービス貿易に関する協定が医療分野までを網羅するようになるにつれ、開発途上国はその利益とリスクや医療システム規制への影響について評価する能力と支援を必要とするようになる。開発機関は医療サービスの貿易に関する専門的な技術援助への低所得国のニーズをどのようにサポートし、国の政策の一貫性を確保するため厚生省と貿易省との対話をどのように促していくかを検討することができる。開発機関は、貧しい人々の医療サービスへのアクセスに対する貿易自由化の影響という問題について幅広い情報を収集するため、この問題に関する信頼性の高い調査研究に支援を行う機会を探ることもできる。開発途上国の保健医療専門家によりよい給料と労働条件を求めて外国に移住してしまう場合が多い。これは一時的な移住の場合も永住の場合もあるが、いずれにしても、彼らに対する専門教育は自国の医療システムで活躍する優秀な人材を増やすために彼らの母国の政府の多額の補助金によっ

て行われているのが普通である。一方、専門スタッフの不足に直面しているOECD諸国の中には、こうした移住を奨励し、適切な専門能力と言語能力を持つ開発途上国の人材を積極的にリクルートしている国もある。こうした慣行は、明確な形で対処し、その程度を軽減しない限り、移住者出身国の医療システムに悪影響を及ぼし、その専門スタッフ不足を更に悪化させることになる。一部のOECD諸国はこうした問題、特に積極的にリクルートするという問題に対処し、貧困者を考慮した医療のための政策の一貫性を高める措置を講じている。WHOが、移住者の出身国である低所得国の雇用条件改善への支援を含めて、医療専門家の国際的なリクルートに関する倫理憲章を作成することも示唆されている。

開発途上国の医療を改善するためにどの程度の資金が必要か

貧しい人々の健康状態を改善することは経済成長への投資であり、貧困削減への優先課題に据えるべきである。医療分野に充当される資金の不足は貧困者を考慮した医療政策を効果的に実施していく上で障害となっているばかりでなく、この問題の大きな、そして避けて通ることのできない部分にもなっている。貧しい人々の基本的な医療ニーズの充足とそれを実際に行うために必要とされるインフラ整備に要する最低限の支援額は、国民一人当たり30～40ドル程度と試算されている。この数字には、医療システムが円滑に機能するためには欠くことのできない家族計画、三次医療機関、救急医療などの重要な要素が含まれていない。

WHOは2000年、より総合的な医療システムの整備には国民一人当たり60ドルが必要との試算を発表した。これに対し、後発開発途上国の平均的な医療支出は年間11ドルである。現在の支出額（その大半は貧困層向けではない）は基本的なニーズを満たすために必要とされる最低限の額に遠く及ばない。医療向けの財源を増やすことに優先的に取り組むべきである。ワクチンや医薬品を購入し、施設を建設し、必要な機器を整え、十分なスタッフを確保し、医療システムを管理運営し、健康にとって重要な他の分野への投資を増やすための資金がなければ、低・中所得国の政府は健康関連のミレニアム開発目標を達成し、貧しい人々の

健康状態を改善させていくことはできないだろう。

貧しい人々の健康を保護し、促進し、増進するために必要とされる追加資金は、政府開発援助（ODA）や「世界エイズ・結核・マラリア対策基金」などの医療関連のグローバルな取り組みを含めて、公的資金、民間資金、国内資金、海外資金を取り混ぜて調達すべきである。大半のパートナー国では、医療向け政府支出をある程度増額することは可能である。医療向けの国家予算は、医療その他の社会分野向け予算額の点でも最貧層が恩恵を受ける活動に充当される医療資金のシェアの点でも、貧困削減と健康状態改善という課題の緊急度を反映したものにすべきである。幾つかの国は、重債務貧困国（HIPC）イニシアティブによる債務救済で浮いた資金を医療分野に振り向けるなどして、一次医療に充当される資金のシェアを引き上げようとしている。

多くのパートナー国では、一次医療や地方病院サービスではなく高度の先進医療サービスに手厚く資金が配分されている。資金は、貧しい人々や社会的弱者が恩恵を受けられるよう適切に配分する必要があるが、殆どの場合、貧しい人々や社会的弱者向けの資金は限られており、その医療ニーズを満たすことはできないだろう。最貧国は今後も外国から得られる資金が大幅に増えなければ貧困者に資する健康関連目標を達成できるだけの資金を賄えないだろう。

二国間及び多国間チャネルを通じて提供されたDAC加盟国の医療向け援助総額は1999～2001年の平均で年間37億ドルであった。医療向け援助額がODAに占めるシェアは1996～1998年の9%から近年上昇し、現在では平均で11%となっている。低い数字からではあるが、シェアが近年上昇しているのは、貧困の重要な側面として健康が重視されるようになってきているためである。医療向けの多国間援助額、特に世界銀行グループの一つである国際開発協会（IDA）の援助額は、社会開発目標向け援助額が増えているにもかかわらず、減少している。WHOのデータによると、WHOやユニセフなどの国連機関による援助や非譲渡ベースの援助、非営利団体の医療向け援助の総額は、1990年代末に年間67億ドルに上ったと推計されている。しかし、現在の医療向け援助は、増えているとはいえ、この分野に

必要と推定される資金ニーズを大幅に下回っている。2003年6月のG8サミットにおいて医療、特にHIV/エイズ、結核、マラリア向けの資金を大幅に増やす必要があると確認されたことで、援助額は今後増えるものと見られる。

詳細情報

本政策フォーカスは、DAC貧困削減ネットワークにより作成され、2003年にOECDと世界保健機構（WHO）の共同で刊行された「貧困と健康に関するDAC参照文書」に基づいている。

貧困と健康に関するOECDの活動の詳細については、ステファニー・ベイリー（Eメール：Stephanie.Baile@oecd.org、電話：33 1 4524 9030）まで照会のこと。

[関連図書]

- ❖ DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health
ISBN: 92-64-10018-0 pp.96 ¥2500
- ❖ The DAC Guidelines on Poverty Reduction
ISBN: 92-64-19506-8 pp.125 ¥1900
- ❖ Health Systems: Improving Performance
The World Health Report, 2000
- ❖ Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development
Report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, 2001
- ❖ DACウェブサイト
www.oecd.org/dac/

この冊子の全体、または一部の複製使用や翻訳をご希望の場合は、
「©OECD. Reproduced by permission of the OECD」と出典を明記することを条件に、無料で許可されることとなります。

本資料は、OECDパリ本部情報局広報課が、事務総長の責任下で作成した『OECD Policy Brief』の邦文版訳です。
英語版はOECDパリ本部のウェブサイト（<http://www.oecd.org/>）でご覧いただけます。

OECD東京センター 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-1 日本プレスセンタービル3F

Tel 03-5532-0021 Fax 03-5532-0035

E-mail: center@oecdtokyo.org URL <http://www.oecdtokyo.org>

最寄駅：地下鉄千代田線・日比谷線「霞ヶ関」C-4番出口