

「経済開発のための保健への投資」に関する 8 つの疑問に答える^{*1}

東京三菱銀行顧問/「マクロ経済と保健委員会」委員 加藤隆俊

要 旨

WHO（世界保健機構）のブルントランド事務局長が設置した「マクロ経済と保健委員会」は、2年の討議を経て2001年12月に「経済開発のための保健への投資」と題する報告を世界同時に発表した。

低所得途上国の保健分野への大規模な投資は経済的に正当化される、即ち低所得途上国の国内資金調達及びドナー側のGDPの0.1%に相当する規模の資金支援を毎年行えば投資のコストの6倍以上の経済便益が期待できる、とする報告の中心的な結論は、確かに格調高いものである。しかし、この結論が説得力を持つためには、次の7つの問いに対する肯定的な答えが用意されねばならない――（1）低所得途上国の保健への投資を大々的に行うことは地球的規模の課題となっているか、（2）低所得途上国の保健状態に意味のある変化を生むに必要な規模のコストを地球社会は負担する心構えがあるか、（3）国民全てがアクセスできる必要最低限の保健サービスの枠組みを低所得途上国が策定することは可能か、（4）低所得途上国の医師や病院の数からみて全ての国民に必要最低限の保健サービスを提供するという目標は非現実的ではないか、（5）ドナー側は専門的、技術的な分野への効果的な開発支援の仕組みを欠いているのではないか、（6）低所得途上国の保健への支援は結局は抗HIV製剤等を生産する製薬会社を利するだけではないか、（7）低所得途上国に主としてみられる感染症の研究を促進するための方策はあるか。

日本の立場からすれば問題は、（8）低所得途上国の保健への投資に関する日本の戦略はどのようなものが適切か、であろう。日本の対応としては第一には、エイズのような焦眉の急の地球的課題には日本の経済力にふさわしい貢献が求められる。第二には、多くの低所得途上国に適用が拡大しているPRSP（貧困削減戦略計画）の枠組みにおいて保健への投資を日本の重点分野と位置づけることである。日本がPRSPに主体的に参画するためには、日本独自の国別戦略を出発点に据えることが不可欠であり、このためには国内の各方面の人材を効果的に動員するメカニズムの整備が必要となってくる。第三には、日本が世界最大の援助国として長年蓄積してきた保健分野の知見、経験をアジアの国のために役立てることである。

Abstract

The Commission on Macroeconomics and Health, a blue ribbon commission established by the Secretary-General Brundtland of WHO, globally launched in December 2001 the report, "Investing in Health for Economic Development" after its 2 years deliberations.

Its principal finding that scaled-up investments in low income developing countries' health makes economic sense—namely, economic benefits 6 times larger than costs can be expected out of annual donor contribution of the order of 0.1% of the donor GDP together with low income developing countries' domestic resources mobilization—is certainly laudable. Yet, in order to make that finding

* 1 WHO（世界保健機構）は2001年12月に「経済開発のための保健への投資」報告書を発表した。本稿は同報告書を作成したWHO「マクロ経済と保健委員会」の委員として活動された、加藤隆俊氏（元大蔵省（現財務省）財務官、現東京三菱銀行顧問）に同報告書についての寄稿をお願いしたものである。

credible, affirmative answers to the following questions are needed; (1) On what grounds scaled-up investments in low income developing countries can be claimed as becoming the global agenda?, (2) Is the global community prepared to shoulder the costs required to produce measurable changes in health conditions of low income developing countries?, (3) Can we realistically expect low income developing countries to produce a set of essential health interventions universally available to their citizens?, (4) Isn't the target of guaranteeing universal access to a set of essential health interventions out of reach of most of low income developing countries in view of limited availability of doctors and medical facilities? , (5) Can we devise an effective mechanism of donor assistance in the area of investing in low income developing countries' health that presumably require a high degree of indigenous expertise and accumulation of best practices? , (6) Isn't it the case that investing in low income developing countries' health, financed largely by donor assistance, will in the end simply benefit highly profitable pharmaceutical companies? , (7) Can we create effective mechanisms to make a distinct headway in the research to counter infectious diseases like AIDS, tuberculosis or malaria most prevalent in low income developing countries?

From the point of Japan the most relevant question is; What is the appropriate Japan's strategy in the area of investing in low income developing countries' health? The threefold approach is recommended. The first is the Japan's positive commitment to the pressing agenda of global proportions such as the fight against the AIDS pandemic. The second is the placement of investing in health as the Japan's area of central interest in the PRSP framework now in the process of being extensively applied. For this purpose, a mechanism to more effectively mobilize domestic human resources, with a view to strengthening the capacity to formulate Japan's own country strategies must urgently be explored. The last one is to make available, through many avenues, for the use of interested Asian countries vast collection of Japan's expertise and experiences in health investments accumulated over the years as the number one donor in the world.

第 章 はじめに 「経済開発のための保健 への投資」報告とは

開発援助に対するアプローチにあっては、国別支援戦略 (country assistance strategy) の策定に代表されるように、90年代に入ってとみにマクロ経済的な検討が前面に据えられてきている。開発途上国間の開発格差がますます拡大してきている現状をみるにつけ、その国の経済開発の度合いや賦与条件そのものを考慮した上で、マクロ経済全体との関連を俯瞰しながらその国に適した開発戦略を練りあげていくアプローチそのものは首肯できるものである。しかし他方、国別戦略を構成する個々のパーツについて果してどこまで専門的な見地から十分検討した上でマクロの開発戦略が

組立てられているか、との念を禁じえないことも少なくない。

このような背景があって、ジュネーブに本部のあるWHO (World Health Organization、世界保健機構) の新任のブルントランド事務局長 (元ノルウェー首相。筆者の参加したダボス会議のブレーンストーミング・セッションでは世銀のウォルフエンソン総裁と共同議長を務めた) が設置した「マクロ経済と保健委員会」から打診を受けた際喜んで委員を引き受けることとした。この委員会のユニークなところは、保健分野の専門家と開発援助関係やマクロ経済のエコノミストの双方で構成されることであり、それぞれの分野で一家言のあるノーベル賞受賞者2人を含む表の18名の委員が報告をまとめた。

「経済開発のための保健への投資」と命名された委員会報告は、WHOのブルントランド事務局

WHO「マクロ経済と保健」に関する委員会の委員の顔ぶれ

ジェフリー・サックス 委員長	ハーバード大学教授(米)
イシャー・アルワリア	インド国際経済研究所所長(印)
K.Y.アモアコ	国連アフリカ経済委員会委員長(ガーナ)
エドアルド・アニナト	IMF副専務理事(チリ)
ダニエル・コーエン	パリ大学教授(仏)
ゼフィリン・ディアール	UNDP副総裁(ブルキナ)
エドアルド・ドロイアン	国連への世銀特別代表(コスタリカ)
リチャード・フィーチャム	カリフォルニア大世界保健研究所所長(英)
ロバート・フォーゲル	シカゴ大学教授(米) ノーベル賞受賞
ディーン・ジャミソン	カリフォルニア大太平洋地域センター所長(米)
加藤 隆俊	東京三菱銀行顧問(日)
ノラ・ルスティーク	プエブロ大学 メキシコ 学長(アルゼンチン)
アン・ミルズ	ロンドン衛生学熱帯医薬大学教授(英)
テオバルド・モー	OECD副事務局長(ノルウェー)
スパチャイ・パニチャクディ	次期WTO事務局長(タイ)
マンモハン・シン	インド元大蔵大臣(印)
ローラ・タイソン	カリフォルニア大ビジネス・スクール学部長(米)
ハロルド・バルミュス	スローン記念ガン・センター所長(米) ノーベル賞受賞

()は国籍

長が期待したように、実証分析をベースに「低所得途上国の保健分野への必要最低限の投資はかけたコストの3倍、間接効果も含めれば6倍の便益をもたらすが、これを可能にするにはドナー国のGDPの0.1%に相当する規模の追加的な開発支援の抜本的な拡充が必要である。」との見解を委員会報告の基軸に据えている。2年にわたる検討を経てとりまとめられた報告は、2001年の12月末に世界で同時に発表された。欧米のメディアの幅広い報告の取上げ方の背景にあるのは、何といっても世界中、わけてもサブサハラ、におけるHIV/AIDS感染の広がりをもたらす悲惨さへの強い危機意識ではないかと考えられる。委員会討議の中で生まれた幾つかのアイデアの中には、グローバルな危機意識の盛り上げをバックに「AIDS・結核・マラリアと戦うための世界基金」のように報告のとりまとめに先んじて現実に陽の

目をみた重要なイニシャティブがある*2。この他にも報告には幾多の新しいアイディアの芽がちりばめられており、その中から具体的に結実するものがいくつも出てくることが期待されている。

「経済開発のための保健への投資」報告の本体は、100頁余の読み易いものであるが、6つの作業部会それぞれの報告書及び作業部会の発注した87の論文のいわば頂点に立つものである。これら全てをひっくるめた集積は、保健への投資に係る一大知的貢献であり、或いは報告の政策提言機能にも劣らない永続的な価値を有するものと思われる*3。

以下においては報告の内容をベースに、日本にとって今後ますます重要になってくると思われる「経済開発のための保健への投資」に対する理解を深めるため、8つの問いに対する答えをまとめてみた。

* 2 世界AIDS・結核・マラリア基金については、2001年4月のアフリカ・エイズ対策サミットで国連のアナン事務総長がエイズ基金の創設を提唱、6月の国連エイズ特別総会を経て、7月のG8ジェノバ・サミットで基金新設を決定。

* 3 報告本体や関連論文は、www.who.intやwww.cid.harvard.eduで検索することが出来る。

第 章 8つの設問と回答

(1) 低所得途上国の保健への投資を大々的に行うことが何故地球規模の課題となっているのか。

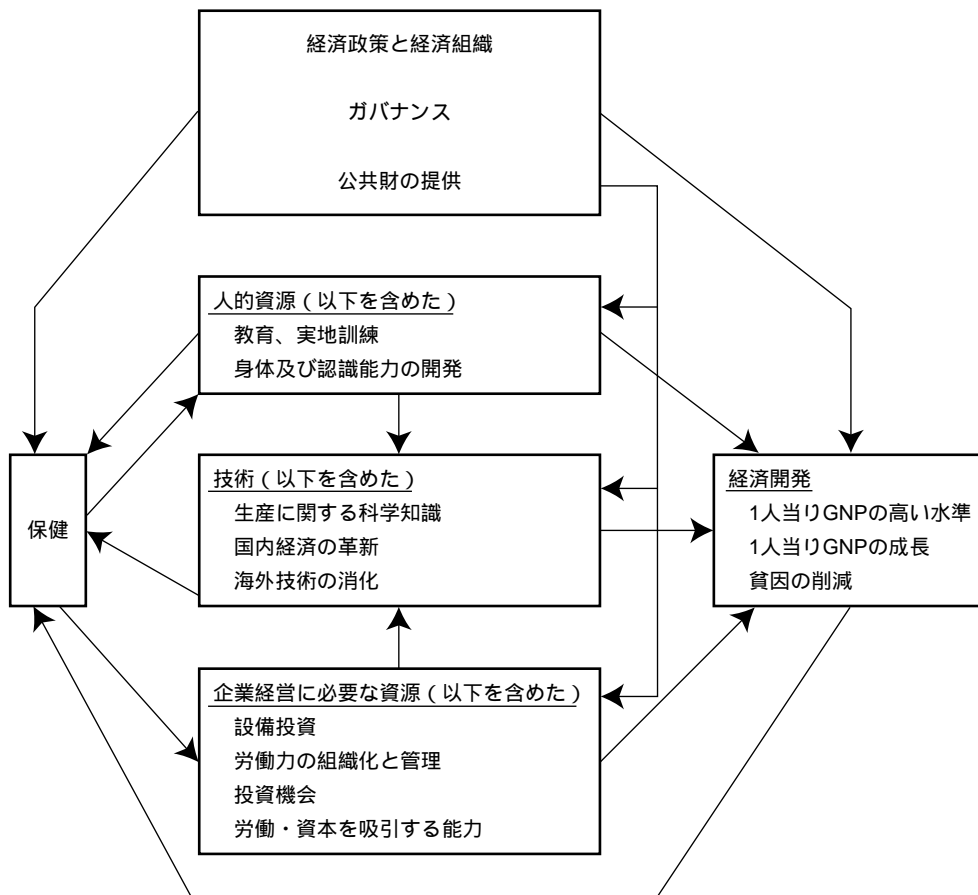
健康で生活することは、日本人であれアフリカの人であれそのこと自体が生きていくことの一の目標となっている。これをもう少しマクロ的に捉えてみれば、健康な人的資源は経済発展や貧困削減の重要なインプットと位置付けることが出来る。このことをもう少し図式的に構成してみると、図表1のように整理されよう。

翻って世界の現状をみると、AIDSのため平

均寿命の縮小がみられる一部のサブサハラ諸国と人口構成の高齢化の急速に進む先進国の乖離は際立っている。保健面の国毎の格差の全容を把握することは容易でないが、図表2からは平均余命や幼児死亡率でみた所得グループ毎の明らかな格差が読取れる。

それでは健康面での格差はどのような経済効果をもたらすのであろうか。先の図表1によれば、健康な労働資源及び経営資源は経済成長に寄与するとされている。この点は、現実のデータの分析からも検証することが出来る。ある国の保健面の状況を表わすproxyとして幼児死亡率を取ってみた場合、図表3からは1965-94年の1人当りGDPの伸びの実績において同一の所得グループの国の間では幼児死亡率の低い国ほど、換言すれば保健状態がより劣悪でない国ほど、1人当りGDPの伸

図表1 経済開発へのインプットとしての保健



出所)「マクロ経済と保健委員会」報告

図表2 開発国カテゴリーによる平均寿命と死亡率 (1995-2000)

開発カテゴリー	人口 (1999年現在、 百万人)	平均年間所得 (米ドル)	出生時における 平均余命(年)	幼児死亡率 (出生1,000人あたり 1歳未満の死亡数)	5歳未満の死亡率 (出生1,000人あたり 5歳未満の死亡数)
最低開発途上国	643	296	51	100	159
他の低所得国	1,777	538	59	80	120
低位・中所得国	2,094	1,200	70	35	39
高位・中所得国	573	4,900	71	26	35
高所得国	891	25,730	78	6	6
備考: サブサハラ・アフリカ	642	500	51	92	151

出所)「Human Development Report 2001, 表8」および「世界銀行 World Development Indicators, 2001」を使用した『マクロ経済と保健委員会』による計算

図表3 一人当たり所得及び幼児死亡率グループによる一人当たりGDP成長率 (1965-1994)格差

1965年の幼児死亡率(出生1,000人当たり)	50人以下	50人超、100人以下	100人超、150以下	150人超
1965年の一人当たり当初所得 (購買力平価調整による1990年のドル価値)				
GDP 750ドル	-	3.7	1.0	0.1
750 < GDP 1,500ドル	-	3.4	1.1	-0.7
1,500 < GDP 3,000ドル	5.9	1.8	1.1	2.5
3,000 < GDP 6,000ドル	2.8	1.7	0.3	-
GDP > 6,000ドル	1.9	-0.5	-	-

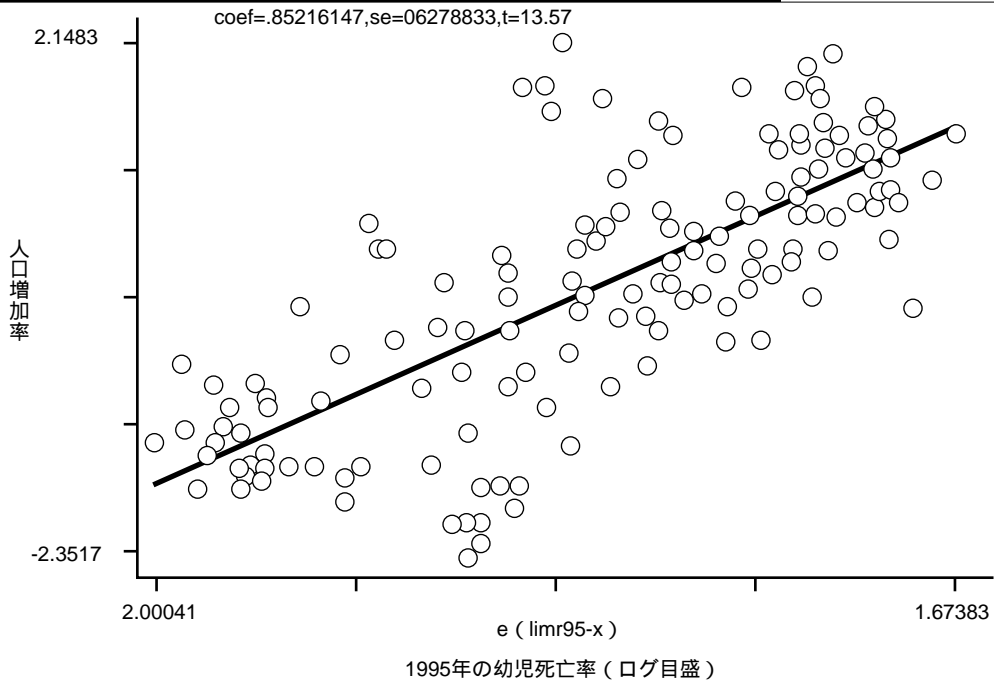
注) 各欄の成長率は、それに属する国々の成長率の単純平均
出所)「マクロ経済と保健委員会」報告

びが高い傾向がかなり明確に読取れる。
先の図表3は、他の条件が同じであれば幼児死亡率の低い(=保健状態がより劣悪でない)ほど一人当たりGDPの伸びが高まる傾向を示している。しかしLLDCにあっては、人口増加率が高すぎるため簡単には一人当たりGDPの引上げが出来ない(貧困の罠)が指摘されている。保健面の改善は、この点にはどのような展望を与えてくれるのであろうか。報告の分析によれば、図表4にみられるように、幼児死亡率が低くなれば人口増加率も低くなる正の因果関係が認められる。換言すれば、幼児死亡率が低くなれば家計の労働力を確保する計算から過大な数の子供を産む必要が無くな

り、結果として子供一人当たりの栄養や教育の状況も改善されることになる。このことはひいては、健康面、教育面で改善された状況を体現する人的資源として経済開発に貢献することにつながっていくと考えられる。
低所得途上国が貧困の罠から脱却し一人当たりの所得を伸ばしていくことは、先進国の利益にも叶うことである。しかるが故にこそ国際開発目標(IDG)も設定され、国際社会が協力してその達成に向け努力しているところである。これまでみてきたようにその重要な鍵を握るのは、低所得途上国の保健面での改善であり、それではこれを実現するには、どのように取組んでいけばいいのであろうか*4。

* 4 2002年に発表された世銀のペーパー(World Bank Policy Research Working Paper, "Development Goals:History,Prospects and Costs" by S.Devarajan,M.Miller,E.Swanson)は2015年までに国際開発目標を達成するためには、毎年400-600億ドルの追加的な開発援助が必要と試算している。

図表4 幼児死亡率と人口増加率の相関（1995年、148ヶ国のサンプル）



出所)「マクロ経済と保健委員会」報告

このとてつもなく大きな課題にどのようにアプローチしていくか、保健分野の専門家とエコノミストで構成される「マクロ経済と保健」委員会は長時間にわたる議論の末、実行しうると考える具体的な枠組を提示するに至ったところである。低所得途上国の保健面の改善には、初等教育（特に女子の）、食料生産、上・下水の整備等関連する分野への投資が貢献することは明らかである。しかし委員会報告においては、保健分野そのものに関わる最も効果的且つ現実的な投資として、AIDS・マラリア・結核の予防・治療、ワクチン、母子保健ケア、に係る必要最低限の保健サービスに低所得途上国の国民全てがアクセスできる体制を整えることを提案している。

低所得途上国において1人当たり30～40ドルのコストと試算される必要最低限の保健サービスを1人当たりGNPが1200ドル以下の途上国の国民全てに提供した場合、どのような便益が期待出来るのであろうか。委員会報告では、死亡原因毎に現状のままの下での推定死者数と必要最低限の保健サービスが提供された場合の推定死者数を比較したものを積上

げ、低所得途上国において2010年には1年あたりおよそ8百万人の死亡が少なくて済むと推定している。この必要最低限の保健サービスの提供により死亡を免れた8百万人の人命は、どの位の経済価値があるのであろうか。この点について委員会報告は、死亡を免れて以降の稼働推定年数や健康で稼働することが出来ることによる生産能力の改善といった要素を勘案する「障害に基づいて調整された生存年（DALYs）」（Disability-Adjusted Life Years）という概念を活用して経済価値に還元している。これによれば、死亡を免れた8百万人の人的資源は爾後330百万DALYsの経済価値の源泉となり、控えめにこれを低所得国の2015年の1人当たり所得推計額563ドルでドル価値に換算すれば年間1,860億ドルの経済価値が純増する、と計算されている。更に、毎年8百万人の健康な人的資源が累積的に稼働していくことを通じる低所得国の平均寿命の伸びによる経済成長率の上昇（0.5%/年と試算）といった間接効果も加味すると、低所得国の国民全てに必要最低限の保健サービスを提供する体制を整えることは、合計で少な

くとも3,600億ドルの経済価値を生み出すと委員会報告は推定している。

低所得国の保健への投資により、仮に上記のような経済効果が生まれたとしても、その便益は直接には当該低所得国に帰属するにとどまるのではないかと、との批判も当然ありえよう。しかし、人・物・資本が自由に動くグローバル化の時代にあっては、他地域の問題は対岸の火事と座視する余裕を我々に与えてくれなくなっているのではなからうか。1981年に人類の知ることとなったアフリカを源泉とするAIDSは、一世代（20年）の間に世界の全地域の脅威に広がっている。また筆者の在住していた1998年にウェストナイル・ウィルスによる死亡事件の頻発がニューヨーク市民に与えたパニックはまだ記憶に新しい。或いは、AIDS taxと称される南アフリカの勤務環境の極端な悪化は、同地域への対外直投の大きな障害要因となっている。

- (2) 意味のある変化を産み出すだけの規模の保健への投資に必要なコストはそもそも地球社会で負担する心構えがあるだろうか。

答えは、課題に対しこちらの岸からアプローチするか、あちらの岸からアプローチするか、によって異なってくるということではなからうか。即ち、こちらの岸からみれば、低所得途上国の実情（人材、組織、教育）や先進国の保健分野の開発支援の現状、の延長線において今後の姿を展望すれば、現実的に望み得ることは限られてくる、ということであろう。他方、あるべき姿へ現状を変革するダイナミックな立場からすれば、現在の科学水準、多くの国の成功体験、ドナー側の資金動員潜在力に照らせば、第二のマーシャル・プランくらいの気構えでのぞむ政治的意思を動員することが出来れば、十分達成可能な課題であるということであろう。

「経済開発のための保健への投資」報告は、必要最低限の保健サービスを低所得途上国で提供するための投資、世界保健研究基金の設立等の国際公共財への投資に必要な資金規模

及びその負担内訳（低所得途上国、ドナー）の推計を、図表5に要約されるような形で提示している。このうち投資額の大宗を占める低所得途上国での必要最低限の保健サービスへのユニバーサル・アクセスを整えるための投資については、それぞれの低所得途上国において必要最低限の保健サービスの枠組みを設定することからスタートしている。その内容は当該国の実情を勘案し国毎に決定すべきものであるが、委員会報告では保健分野専門の委員の意見をもとに、結核（治療）、マラリア（予防、治療）、HIV/AIDS（予防、治療）、幼児期の疾病（治療、ワクチン）、出産関連のケア、からなる標準的な枠組みを示している。

報告は、この標準的な枠組みは低所得途上国では年間1人当たり30～40ドルのコストで提供出来ると推計している。報告は、この標準的な枠組みを1人当たりGNP1200ドル以下の途上国で提供した場合の所要額を計算し、まずは途上国がGDP比2007年に1%、2015年に2%相当額の追加的な歳入手当てを行って賄い、なお不足する部分はドナー資金が充当される、との考えをとっている。このような積上げ計算から報告は、低所得途上国（南アフリカのような一部の中所得国のAIDS対応を含む）が必要最低限の保健サービスを国民に提供するためには、2007年には低所得途上国において400億ドル（うちドナー資金220億ドル）、2015年には660億ドル（うちドナー資金310億ドル）の追加的な保健分野への投資が行われることが望ましいと試算している。

低所得途上国の保健への投資の必要額の推計としては、上の報告のものは十分説得的な根拠に拠って立つものといえよう。しかし、計算は計算として問題は、第一には低所得途上国側にこれだけの規模の投資を吸収する能力があるかであり、第二にはその裏づけとなる追加的な資金の動員を低所得途上国及びドナー国が出来るかである。

第一の低所得途上国の消化能力は、一番の隘路となりうる問題である。さればこそ、報告では必要最低限の保健サービスは、村落ごと

図表5 保健への投資の所要資金推計

(単位：2002年価値の億ドル)

	2001年(推定)	2007年	2015年
1. ドナー資金	70	270	380
うち			
1.1 国別の保健投資	50	220	310
うち 1.1.1 LLDC	15	140	210
1.1.2 その他の低所得途上国	20	60	80
1.1.3 中所得国	15	20	20
(備考：うち世界AIDS・結核・マラリア基金)	-	80	120)
1.2国際公共財	15	50	70
うち 1.2.1 調査研究(R&D)	5	30	40
うち 世界保健研究基金	-	15	25
1.2.2 国際機関への拠出	10	20	30
2. 低所得途上国の国内資金調達	500	730	900
うち			
2.1 LLDC	70	110	160
2.2 その他の低所得途上国	430	620	740
(備考) 国別保健投資のための ドナー資金及び国内資金合計数	535	930	1190
(2001年比の増加額)	-	+400	+660)

出所)「マクロ経済と保健委員会」報告

に設置できるような保健センター、保健ポストで受けられるという「受益者密着型」のシステムを提案している。そうであっても、「受益者密着型」の保健サービス提供ネットワークを実際に稼働させていくためには、専門医、一般医師、準医師、看護師という各レベルの人材から構成される人材ピラミッドが必要となってくる。低所得途上国においては、プロフェッショナルな人材をシステム内に引止めておくためのインセンティブを整えること及び準医師以下の人材を訓練によりその能力の増強を図ることという両面の難しい課題

にんていていくことが求められている。

第二の資金動員力については、報告が描いている保健への投資を実現するための資金手当ては、低所得途上国及びドナー国の何れにとっても極めて高いハードルになりそうである。まず低所得途上国については、図表6が示すように歳入調達能力が限られている(歳入/GDP比が低い)上、税目が貿易関係税(関税や輸出税)、物品税、売上税など所得弾力的でない特定の税に限られている。かくして低所得途上国においては、限られた歳入を数多の歳出項目が競い合っている(報告の仮

図表6 GDP比でみた税収構造

(単位：%)

一人当たり所得による開発カテゴリー	全税収	国際貿易税	物品税	一般売上税	社会保障コスト
760ドル以下の低所得国(31ヶ国)	14.0	4.5	1.6	2.7	1.1
761~3,630ドルの低位・中所得国(36ヶ国)	19.4	4.2	2.3	4.8	4.0
3,631~9,360ドルの上位・中所得国(27ヶ国)	22.3	3.7	2.0	5.7	5.6
9,360ドル超の高所得国(23ヶ国)	30.9	0.3	3.1	6.2	8.8

出所)「マクロ経済と保健委員会」報告

説例では、GDP 16%の税収に対して歳出は、教育 5 %、保健 4 %、行政経費 2 %、公共投資 2 %、警察・国防 2 %、国債費 1 %)。このような環境の下で、保健分野への追加的な投資に充てるため、GDP比で2007年に 1 %、2015年に 2 %の追加的な歳入増を図ることは決して簡単なことではないと考えられる。

報告の提起する2007年220億ドル、2015年310億ドルのドナー資金は、低所得途上国の保健への投資に係る毎年の追加的な資金支援額(その殆どはグラントと想定される)である。勿論そのうちの重要な部分は世界AIDS・結核・マラリア基金への拠出(2007年80億ドル、2015年120億ドル)である。この額はドナー国のGDPの0.1%に相当する金額である。報告の指摘するように、ドナー国がGDP比0.7%の開発援助目標の達成にコミットしていることからみれば、低所得途上国の保健分野への追加的投資にドナー国のGDP0.1%を振り向けることは、これをやり遂げるといふ政治的意思があれば可能性の範囲に入ってくる事柄と考えられる。

他方、昨年の低所得途上国の保健分野への開発支援は、せいぜい年間70億ドル程度と推定される。また、世銀の2001 World Development Indicatorsによれば、G7各国の保健関連の支出はGDPの10%前後(英国の6.7%から米国の13.0%まで)と推定されている。つまり、低所得途上国の保健への投資にドナー国のGDPの0.1%を追加的に振り向けることは、途上国のためにG7諸国が保健関連の支出を更に毎年1%上乗せすることに他ならない。

高齢化の進む先進国においては今日、医療・年金関係の支出は優れて政治的な問題となってきた。途上国の保健への投資にかなりの規模の資金支出を毎年イヤマークすることに、先進国の国民の十分な理解を求めるには、相当な努力を要するのではなからうか。報告は、意味のある成果をもたらすことが期

待できるような内容の低所得途上国の保健への投資を行う場合の資金所要額について normative path、即ちあるべき姿、を整合的な枠組の下で示したとしている。これをどう評価するかは、この問いの冒頭にあるように、どちらの方からアプローチするかによって異なってくる。どちらの岸の方向に近づいていくかについては、発足したばかりの世界AIDS・結核・マラリア基金がどの程度の資金をこれから動員出来るかが、一つの判断材料となっていこう。

- (3) 国民全てがアクセスできるような必要最低限の保健サービスの枠組みを低所得途上国が策定することは現実的に可能か。

報告は、筆者の参画したWHOの「マクロ経済と保健委員会」の国内版といえる「マクロ経済と保健」国家委員会を設置し、同委員会がその国にとっての必要最低限の保健サービスの枠組みを2年以内に策定することを求めている*5。国家委員会は、保健大臣と財務大臣が共同議長を務め、学界からの専門家、地方政府、NGOなど市民社会等各界の代表の参加の下に、幅広いステークホルダーの支持の得られる保健サービス案を作成することが想定されている。

AIDS・結核・マラリアの予防・治療、幼児期の治療・ワクチン、出産前後のケアというように的を絞って必要最低限の保健サービスのメニューを作成するとしても、その保健サービスを全ての国民に提供するとなると相当な財源手当てが必要となることは明らかである。しかるが故にある程度の財源調達の恒常的な目処が伴わない限り、全ての国民に必要最低限の保健サービスを提供するという目標も絵に描いた餅、単なる机上の空論に終わってしまいかねない。また、大規模な財源手当てを毎年必要とする事柄だけに、他の開発支

* 5 WHO事務局からの報告によれば、2002年3月初時点で6カ国が「マクロ経済と保健」国家委員会設置の意図表明を行っている。

出との整合性やバランスも当然求められてこよう。

国民に必要な最低限の保健サービスを提供する上での長期的な資金手当てという問題について、報告はかなりの数の低所得途上国において導入されつつある「貧困削減戦略計画」(PRSP; Poverty Reduction Strategy Paper)の枠組みの中で取上げられることを提案している。全体的な貧困削減戦略の一環として幅広い参加者による検討の中で、保健への投資の資金手当ての課題を取上げることが当然の帰結と考えられる。

以上のような枠組みの構造は、筆者のような実務家にとっては所詮絵に描いた餅の域を出ないのではないかと、との疑念を払拭しきれないことも事実である。しかし、「貧困削減戦略計画」そのものやその暫定版の策定国のフォローアップにおいては、貧困削減のための枠組みとしては幅広い支持を集め、実際に適用していく上での改善点を検討していくべきである、との評価を得てきている*6。更には、「世界AIDS・結核・マラリア基金」を稼働させていくための枠組みにおいても、その出発点として政府機関・NGO・民間セクター・開発援助機関等の多様なステークホルダーで構成される国別調整メカニズム(CCM; Country Coordination Mechanism)が各国毎のプログラム・プロジェクトの立案、実施に当たることが想定されている。このようにみえてくると最も重要なことは、現実に動いてきている横断参加型の枠組みの経験を「マクロ経済と保健」国家委員会にいかにか活用していくかではないかと考えられる。

- (4) 低所得途上国において必要最低限の保健サービスを全ての国民に提供するとの目標は正しくとも、病院数や医師数等からみてお

よそ非現実的ではないか。

報告は、村落毎に単純保健サービスを提供する保健センターや保健ポストを設けることを柱とする「受益者密着型」システム(CTC; close-to-client)を提唱している。即ち、専門病院 全科目病院 保健センター/保健ポストからなるピラミッドを描き、その裾野にある受益者密着型保健サービス提供の基礎を強化することにより、必要最低限の保健サービスを全国民に行き渡らせることが可能になるのではないかとしている。

保健センターやより小規模の保健ポストの提供する受益者密着型の保健サービスの殆どは、医師数の絶対的な不足に悩む低所得途上国においても看護師や準医師程度の保健技能で提供可能、と報告の取りまとめにあった保健専門家はみている。勿論これを可能にするためには、看護師等の保健技量訓練の強化、診断設備の設置、必要な医薬品の常備、保健センター/ポストへの配送といったハード及びソフトの両面にわたる投資が必要となってくる。

受益者密着型の保健システムは、低所得途上国における保健状態の劣化を食止めるために考え得る一番現実的なルートといえよう。設問(2)でみた低所得途上国の保健への投資所要額の推計は、受益者密着型システムへのソフト・ハード面の投資見積りを含んでいる。しかし、LLDCのように保健への投資所要額の大部分をドナー資金に依存せざるをえない国にとっては、よほどしっかりしたドナー側のコミットメントが無い限り、いくら望ましくとも受益者密着型の保健サービスへの本腰をいれた投資に踏切れないという事情があるう。

グローバル化が進むことは、物や資金のみな

* 6 貧困削減戦略計画の要点をまとめたものとして、世界銀行東京事務所のまとめた「貧困削減戦略ペーパー (PRSP) とは?」(<http://www.worldbank.or.jp>) PRSPの評価については、世銀・IMF作成の "Review of the PRSP Experience—An Issues Paper for the January 2002 Conference" (<http://www.worldbank.org/poverty/strategies/review/index.htm>.) を参考とした。更に、2002年4月の合同開発委員会ですべてのPRSPの経験の評価を検討することが予定されている。

らず人の移動性が増大することを意味している。アフリカの20カ国では大学学位保有者の35%以上が欧米に職場を求めて海外で生活しているとされている。特に、医師のような専門頭脳のアフリカから米加等への流出の影響がとみに懸念されている。このいわばグローバル化の影の部分に対する有効な手だてを見出しかねているのが現状であるといわざるをえない。わけてもサブサハラにおいては、保健関係者のHIV/AIDSへの感染率が高く、保健状態の劣化が一層の人材の流出をもたらすという悪循環を招いている。このような環境の下では、受益者密着型保健システムへの投資の基盤を求めるとすら容易でないと思われる。

受益者密着型保健システムへの投資のハードルは高いといわざるをえないが、それだけにこの分野で日本が果しうる役割も潜在的には大きいといえるのではなからうか。即ち戦後の日本は、全国の保健所のネットワークを活用した母子保健対策や寄生虫対策により、幼児死亡率を劇的に減少させることに成功している。こうした戦後日本の経験を、今日の低所得途上国における受益者密着型保健システムに活かす余地は決して少なくないと考えられる。

- (5) ドナー側は、低所得途上国の保健への投資のように専門的、技術的な蓄積の求められる分野への開発支援はどのような枠組みで行うことが効果的なのか。

感染症のようにある地域で対応しても、他の地域からの感染のリスクを除去しない限り意味のある投資を行ったことにならない保健分野については、当該低所得途上国とドナー側の人的資源・資金力を包括的に動員した対応が求められる。報告が、低所得途上国の各界の意見を擲り上げた必要最低限の保健サービスの枠組みを当該国のイニシアティブの下にとりまとめ、全体的な貧困削減戦略計画(PRSP)の一環としてドナー側の参画を得て長期的な資金計画を組んで行く、という観念

的ともいえる青写真を描いたのもまさに感染症の特質を踏まえてのことと考えられる。

HIV/AIDSのような感染症への対応においては、統一的なカントリー・プログラムの下で出来る限りのドナー資金を動員できるような体制作りが望まれる。この点は、サブサハラ等における広範なHIV/AIDS感染の悲惨な状況に対しゲイツ財団等各種の財団、製薬業界、NGOなど民間ドナーの裾野がこれまでになく広がってきているだけに、特に重要となっている。

世界AIDS・結核・マラリア基金の意思決定機関である理事会が、ドナー国及び途上国の代表に加え、民間財団やNGOの代表を含めることとしているのもこのような考慮に基づくものと理解される。

このような多様なドナーの代表が、十分な専門的知見に立脚して実際の投資案件の是非を判断することは容易ではない。世界AIDS・結核・マラリア基金の理事会が、低所得途上国の国別調整メカニズム(CCM)がその国の全体的な保健計画との関連を踏まえ提出する国別案件を、専門的な知見を備えた技術レビュー・パネルの勧告に基づいて判断することとしていることもうなづける。このようなアプローチは、報告がその必要性を強調したところであり、また1999年にスタートしたGAVI(Global Alliance for Vaccines and Immunization)においても取り入れられているところである。

上のような形での保健分野の開発支援に対しては、パイの資金がマルチの傘の下に取り込まれる、との批判も当然ありえよう。しかし、感染症への投資の特質からくる帰結に、論理的に反論することは容易でないと考えられる。更に、全体的な枠組みの中で決定される個々のプロジェクトを日の丸の旗の下に実行することは当然可能と思われる。

感染症への投資においては、ベスト・プラクティスを集めることが特に重要と考えられる。このような観点から、報告は、世界AIDS・結核・マラリア基金の個々の投資案件において投資資金の少なくとも5%をイマ

ークして何がうまくいき、何がネックになったかをフォローアップする実施調査 (operational research) に充てることを提案している。報告の提案の趣旨が、世界 AIDS・結核・マラリア基金のみならず他の保健分野への投資においても活かされるよう期待したい。

- (6) 低所得途上国の保健への投資を支援するというが、結局は開発援助資金により抗HIV製剤を生産する製薬会社を利するだけではないか。

図表5の低所得途上国の保健への投資所要額は、設問(4)で見たように受益者密着型の保健センター/ポストの能力強化(人材の訓練、施設・機器の整備等)や医療従事者の処遇改善などへの支出の大幅な増大を見込んでいる。メディアの注目度の高い抗HIV製剤投与による療法(HAART; Highly Active Anti-Retroviral Therapy)については、かなりのコスト(2007年で総投資額400億ドルのうちの50億ドル、2015年で総投資額660億ドルのうちの80億ドル)を見込んではいいるが、低所得途上国の保健への投資の太宗を占めるというほどのものではない。

報告作成の過程において白熱した議論の対象となったのはむしろ、抗HIV製剤投与による療法を必要最低限の保健サービスのメニューに含めることが適当であるか否か、であった。抗HIV製剤投与については、薬剤コストと医療コストを合わせるとサブサハラ地域で年間一人当たり500~1,000ドルという、同地域での年間一人当たり所得とほぼ同じだけのコストを要するとされている。しかもなおこのコストは、感染者が一度抗HIV投与療法を始めるとその感染者が死亡するまで毎年のコストとして積み上がっていく性格のものである。

こうしたコスト面の考慮もさることながら

何よりも、感染者が規則正しく服用しないとHIVが増殖し元の本阿弥になりかねないのみならず、当該抗HIVカクテルへの耐性を備えたHIVを産出することにつながるリスクが指摘されている。また、感染者のHIVが投与剤に対する耐性を備えるような場合には、新たな抗HIV製剤のカクテルを処方する必要があり、このためには絶えず感染者の状況をモニターしていくことが求められる。このように整った医療環境の下で無いと抗HIV製剤投与療法は効果が期待出来ないのみならず、深刻な外部不経済を招くリスクを孕んでいる。従って、抗HIV投与療法をサブサハラのような極めて貧しい地域に導入することはむしろ賢明でないと判断することは、開発援助の政策担当者としては自然な反応ではないかと考えられる。

しかし、国連の年次AIDS報告^{*7}によれば、サブサハラの平均余命が本来の62歳がAIDSによって47歳に下がっている。これほどまでに蔓延しているAIDSを封じ込める方向での施策は、人道的な見地からの使命にとどまらず、これらの地域にとって社会経済安全保障上の問題であるといっても過言ではなからう。抗HIV製剤投与療法による延命の可能性を提示することは、HIV/AIDS感染の検査を受けることへのインセンティブを与えることであり、HIV感染がねずみ算的に広がることを抑止することへの必要不可欠の第一歩といえよう。ブラジルが、国産のコピー抗HIV製剤の無料配布に踏切ったことが、ブラジルでのHIV/AIDS感染の封じ込めの最大の理由とされている。また、抗HIV製剤カクテルの服用もかつてよりはかなりの程度簡略化されてきているといわれている。こうした諸点の考慮から報告は、2006年末までに5百万人の低所得途上国の人々を抗HIV製剤療法の対象とする、というUNAIDS/WHOのART (Anti-Retroviral Therapy) 計画の見積もりを支持

* 7 UNAIDS/WHO, "AIDS epidemic update: December, 2001"

するとしている。

この場合に問題となる抗HIV製剤のコストについて報告は、サブサハラの最貧国や南アフリカのような一部の中・低所得途上国には製造原価に近い最低商業価格 (lowest viable commercial price) で提供されるべきである、との考えを打出している。このための方法として報告は、このところ顕著にみられる世論の圧力に押された個々の製薬会社毎の対応よりも、低所得途上国、関係製薬会社、WHOの間で必要不可欠な薬品の最低商業価格での提供に関するガイドラインを自主的に締結することが望ましい、としている。製薬業界との協議が進展しない場合に備えて報告は、WHOの知的所有権に関するTRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) の文言を低所得途上国が柔軟に援用することにより、同等の効果を引出すことを提唱している。具体的には、ブラジルの例にならないインド、中国、南アフリカのようにコピー抗HIV製剤の製造能力のある低所得途上国では自国の製薬会社にコピー製剤の製造のTRIPS上の強制実施権 (compulsory license) を賦与する可能性を認める、更には自国で製造する能力の無い大多数の低所得途上国は第三国 (例えばブラジルやインド) からのコピー抗HIV製剤の輸入に対してもTRIPSの強制実施権を援用する可能性を認める、ことを報告は提唱している。

2001年11月のWTOのドーハ閣僚会議での「TRIPS協定と国民保健」に関する特別宣言^{*8}は、先進国と途上国の極めて激しい折衝の末特別宣言としてまとめられたものであり、WTOの加盟国が国民保健を保護するために、わけても万人の薬剤へのアクセスを促進するため、TRIPS協定を柔軟に解釈し施行する権利を確認している。このようにドーハの特別宣言は、その目指す方向においては上の報告の考えと軌を一にするものといえよう。しか

し、ドーハの特別宣言は大きな政治的な意義を持つものではあるが、WTO加盟国を法的に拘束するTRIPSの解釈に今後どのように反映されていくのか、これからの推移を見守る必要のあることも事実である。報告は、必要不可欠な薬品の低所得途上国への最低商業価格での提供がTRIPSの解釈による対応がうまくゆかない場合のラストリゾートとして、低所得途上国へのTRIPSの適用を2005/2006年以降に更に繰り下げることも示唆している。他方、人間にとって価値のある新薬の開発には、製薬会社による巨額の開発投資を必要としている。特許権の保護の下で製薬会社が開発資金の回収を図ることを担保することは、新薬開発へのインセンティブを確保する観点から正当化されよう。

低所得途上国に必要不可欠の薬品を最低商業価格で提供することは、その他の市場での何倍、或いは何十倍での価格との差別価格制 (differential pricing) を実施することである。この仕組みを機能させるためには、当該低所得途上国が提供された最低商業価格での薬品が他の市場に逆流しないよう十分手当をする必要がある一方、先進国の薬品消費者側の差別価格制への適切な理解が前提となろう。最低商業価格と特許権の問題は、英米と異なり、これまでのところわが国が直接大きな利害関係を有するものではないとされてきた。しかし、日本の援助資金で将来日本の製薬会社の開発した抗HIV製剤やAIDS・結核・マラリアのワクチンを購入・配布するような事態が出来ることになれば、たちどころに降りかかってくる問題となることを今のうちから銘記しておく必要があるのではなかろうか。

(7) AIDS、結核、マラリア等低所得途上国に多くみられる感染症への対策にあって新たな進展を図るためにはどのようなことが必要か。

* 8 WTO, "Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health" (WT/MIN (01) /DEC/W/2)

高血圧、心臓病や癌といった先進国の人間も多くかかる症状と異なり、結核やマラリアといった低所得途上国に発病例の多いものについては、新薬やワクチンの開発・商業化のインセンティブが働かないことが指摘されている。

これに対し報告は、世界AIDS・結核・マラリア基金やGAVIのような国際的な仕組み、更にはパイの援助機関が、新薬やワクチンが開発された暁には一定価格で買上げることがを予めコミットすることを提案している。

更には、国内の発病の少ない病気への新薬開発のインセンティブを与える（長期間の特許権保護、融資や税制上の優遇措置）ための稀用薬品規制（Orphan drug law）を熱帯地域特有の感染症に拡大適用することや、WHOにある熱帯病の研究、ワクチンの研究の枠組みの充実、といった点も報告は指摘している。低所得途上国の立場に立って考えてみれば、これらの国々において基礎、応用の研究基盤に乏しいことが問題であろう。これに対しては、低所得途上国に多くみられる疾病の基礎研究を専門に行う世界保健研究基金の設立、WHO等によるこれらの疾病への対応例におけるベスト・プラクティスの収集・広報、一定期間後の先進国の学会誌のインターネット上での無料開放、などのアイデアを報告は紹介している。

(8) 日本の保健分野への開発支援における戦略はどのようなものであろうか。

これからの日本経済を展望した場合、開発援助においても今後ますます選択と集中が求められることになると考えられる。日本の財政状況に照らし、2002年度予算案では政府開発援助予算は前年比10.3%減の計上となっている。更に先般発表された財政経済の中期展望において、プライマリー・バランスの赤字は2006年度には2000年度の赤字（GDP比4.3%）の半分程度に削減することを想定している。日本の人口高齢化の進展に伴う社会保障関係費の当然増や国債費の累積といった要素を勘

案すれば、政府開発援助を含め他の歳出項目は連年削減を求められることが予想される。政府開発援助予算全体のパイの縮小が見込まれる中において、これまで以上に選択と集中に真剣に取り組むことが必要となつてこよう。この場合、日本のこれまでの蓄積、日本を取巻く国際環境を勘案すれば、保健分野への開発支援は日本として重点化していくべき分野の一つと位置付けられよう。

日本はアジアにおける唯一無二の援助大国として長年全世界を対象として保健分野への開発支援に携わってきており、ポリオ撲滅、結核対策、母子保健所などこの間に蓄積された知見はかけがえのない資産となっている。また世界一の長寿国としての日本を支えてきた日本の保健インフラへの国際的な関心も高く、日本が保健分野での開発支援を拡充していくことは、こうした国際的な期待に応える所以でもあると考えられる。

翻って日本の立場から考えると、グローバル化の時代において日本と海外の人や物の往来は一層頻度を増しており、その分日本の国民自体が感染症のリスクに曝される度合いが高まっているといえよう。例えば中国のWTO加盟をうけ今後日中間の経済交流の飛躍的な拡大が見込まれる中において、最新の国連AIDS年次報告は中国のHIV/AIDS感染者は2001年末には百万人を越えるであろうと予測している。勿論、日本一国の力で世界の感染症対策を背負うような事柄ではないが、国際的な取組みの中で日本が積極的な役割を果たしていくことは、日本の国益からみても首肯しうるところと考えられる。

これまでの保健分野への支援を国際比較した場合、図表7にあるように日本が他の主要ドナー以上に保健分野への支援を重視してきたとはいえない。それだけに、今後日本が保健分野への支援を更に拡充していく余地があるといえよう。

その際には、今後の中長期的な開発援助をめぐる国際環境の方向性を展望し、その中で日本の保健分野への開発支援政策を組立てていく必要があると思われる。この場合、以下の

図表7 主要ドナーの保健・人口分野へのODA支援額（1997-99平均）

	保健分野への ODA支援 A 百万ドル	人口分野への ODA支援 B 百万ドル	保健及び人口 A+B 百万ドル	ODA支援総額 C 百万ドル	保健及び 人口のシェア A+B / C %
日本	339	21	360	11,774	3.1
米国	536	385	921	8,270	11.1
英国	267	19	286	3,566	8.0
ドイツ	118	66	184	5,651	3.3
フランス	184	2	186	5,895	3.2
オランダ	80	21	101	3,041	3.3
スウェーデン	59	20	79	1,644	4.8

出所)「マクロ経済と保健委員会」報告、OECD, DAC Chairman's Annual Report

点への考慮が重要ではないかと思われる。第一には、サブサハラにおけるAIDSの猛威^{*9}のように、地理的・歴史的な結びつきいかににかかわらず今日の人類にとっての安全保障面も含めた共通の挑戦と位置づけられる分野においては、日本としてもその経済力にふさわしい貢献をしていくべきであろう。世界AIDS・結核・マラリア基金に日本が米国に次ぐ2億ドルのコミットをしたことは、歓迎と同時に当然の貢献と受け止められているように思われる。同基金を日本のアフリカ支援の中核に据え、今後も必要に応じ更なる貢献を検討することが期待される。

第二には、これからの開発援助にあっては、貧困削減戦略計画（PRSP）の枠組みの全体的な位置付けの中で各ドナーの開発支援を実施していく方向がますます強くなっていくとみられる。PRSPについては、低所得途上国の大蔵省など一部の省庁が担当するにとどまり低所得途上国政府をあげての取組みになっていない、野心的な開発目標を達成するに十分な政策手段が用意されていない、依然としてドナー間の協調は名目的なものにとどまっ

ている、等の点が指摘されている。1999年のPRSP発表後この2年の経験においては、これらの批判はもっともであり、その意味では2002年のPRSPプロセスのレビューは時宜をえたものである。しかし、グローバル化が進展する環境にあっては、低所得途上国及びドナー側双方の横断参加型の枠組みの中で支援を進めていくことが、PRSPにしる、世界AIDS・結核・マラリア基金にしる、GAVIにしる時代の要請になっていると考えられる。

PRSPについては今後の改善点は多々あるとしても、開発支援をPRSPの枠組みに流し込んでいく方向性は更に明確になっていくものと思われる。この流れは、全体としては合理的なものではあるが、日本としては流れに身を委ねるだけでは一つのパーツとしてただ開発資金を供与するだけのいわば「底を貸して母屋を取られる」ことにもなりかねない。日本が、PRSPを自国の政策目標を達成するための枠組みとして主体的に活用するためには、何よりも国際機関等に頼らない日本の国益が投影された自前の国別開発戦略を出発点とすることが求められる。このためには、ま

*9 World Development Indicators 2001によれば、15-24歳の男性でHIVに感染している比率が1999年に15%以上（6人に1人以上）の国としてボツワナ（34.3%）、レソト（26.4%）、南アフリカ（24.8%）、ジンバブエ（24.5%）、ナミビア（19.8%）、ザンビア（17.8%）、マラウイ（15.3%）があがっている。また、このところ最も関心を集めている南アフリカでは、15-49歳の死因の40%はエイズによるもの、妊婦の四分の一はHIV感染者、と報道されている。（2002年2月19日のLondon Economist誌）

ずは国際協力銀行や国際協力事業団の分析機能の拡充が不可欠であり、更には日本の援助実施機関がシンクタンク、学界、NGOなどの知的貢献を汲み上げる提携ネットワークの構築が必要となつてこよう。その上で、日本の国別戦略が現実のPRSPにインプットとして実際に反映されるためには、他のステークホルダーと互角以上に渡り合える知的能力を備えた実戦部隊の配備が必要である。この要請に関しては、日本との経済関係が深くこれまでの開発支援の蓄積も厚い近隣のアジア諸国の場合は、かなりの程度インハウスでの対応が可能であろう。他方、そこまでの蓄積はないがドナーとしての日本の比重の高い他の低所得途上国については、援助実施機関の現地事務所の拡充に加え、フィールドの日本のNGO等からのフィードバックを吸収すると共に、学界やシンクタンクの人的資源を研究員などの形で機動的に登用する仕組みを稼働させる必要があるのではなからうか。

今後PRSPが低所得途上国への開発支援の枠組みの基軸として機能するにつれ、PRSPに参加するステークホルダーの多様性からみて、低所得途上国への開発支援においてはソーシャル・セクター支援の比重が増すと予想される。その場合には、日本が国際的にも期待されている保健分野への支援を日本の重点分野として拡充していくべきであろう。換言すればサブサハラのような低所得国への支援は保健や教育分野へのグラント主体の支援になるとみられ、他の分野でのアド・ホックな支援を散発的に行う余裕は日本としても乏しくなっていくと考えられる。

第三にアジアとの関連では、日本のこれまでの保健分野での有償・無償の開発支援を通じて蓄積した知見をアジアの国のために役立てるべきであろう。2001年のASEANプラス日・中・韓の首脳会議では、感染症に関するネットワーク作りが提唱されている。このような連絡・連携のネットワーク作りや、保健への投資のベスト・プラクティスのデータベース化において日本が積極的にイニシアティブを取って行くことが望まれる。

また、報告が指摘しているように、アジアの中・低所得途上国の多くは必要最低限の保健サービスを国内資金を動員すればすべての国民に提供できる財政的基盤を備えているとみられる。こうした面も含めアジア諸国が保健システムの構造改革に取り組んでいくことを、日本のODAやアンタイドローン或いはADB・世銀のローンを通じて支援していくことが考えられる。さらには、大株主の立場から日本としてADBや世銀に対し、アジアの国が今後保健制度のインフラ作りに取り組むにあたって政策助言の提供等により積極的に関与していくよう求めていくことが望まれる。

第 章 おわりに

保健への投資は、その専門的な内容は多くの開発援助担当者にとって必ずしも馴染みのあるものではない。「経済開発のための保健への投資」報告は、日本をはじめとする世界の開発援助担当者に保健への投資の価値を納得してもらうための出発点として今後位置付けられていくことは間違い無いと思われる。

21世紀においては、通貨価値の安定の権化と目されてきたあのIMFも途上国との関係においては貧困の削減をその政策目標の中心に据えてきている。その貧困削減は、貧しい途上国になればなるほどますます、当該国の中央政府のみならず市民社会など幅広い関係者の参画をえて世銀やIMF更にはバイの援助機関の支持の下に作られる貧困削減戦略計画（PRSP）の枠組みが中心的な役割を果たしていくことになろう。日本においてもNGOなど草の根レベルの組織への注目度が増していることは、2002年1月東京で開催されたアフガン復興支援会議の経験が如実に示すところである。

市民社会の意味のある参加の下に作成される貧困削減戦略計画においては、ソーシャル・セクターへの投資の比重がこれまで以上に高くなり、わけても保健及び教育の役割が重視されるとみられる。幸い日本は、沖縄サミットでの感染症イニシアティブに代表されるように、保健分野への開発

支援に積極的であり、日本の保健分野のこれまでの実績からみて十分これを実行するだけの能力を備えている、と国際的にみられている。とりわけアジア諸国への二国間援助においては、日本は60%（1999年実績）のシェアを占めいわばわが国の独壇場となっているだけに、今後アジア諸国の保健分野への投資においてわが国の果す役割への期待は大きいといえよう。

国際社会全体のアジェンダとして考えてみた場合、AIDS感染の広がりの悲惨な状況はつとに欧米のメディアでは喧伝されているが、これに立ち向かう具体的な政策に結実されるためには、国際的な政治的意思のモメンタムを動員していくことが極めて重要である。2001年には、国連による世界AIDS・結核・マラリア基金創設の呼びかけ、またその理論的拠り所ともいえる「経済開発のための保健への投資」報告のWHOによる発表もあった。本年は、3月のメキシコでの国連開発資金会議に向けたEU及び米国の開発援助の大幅な増強の意図表明に加え、8月カナダでのG8サミットにおけるアフリカ行動計画の発表、といった政治的なモメンタムを結集する節目が予定されている。こうした機会をバネとして経済開発のための保健への投資への支援が更に具体的に結実していくことを期待したい。

[参考文献]

Commission on Macroeconomics and Health (2001), "Investing in Health for Economic Development" (www.who.int and www.cid.harvard.edu)

World Bank/IMF (2002), "Review of the PRSP Experience : An Issues Paper for the January 2002 Conference" (www.worldbank.org/poverty/strategies/review/index.htm)

UNAIDS/WHO (2001), "AIDS epidemic update December 2001" (www.who.int)

WTO (2001), "Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health" (WT/MIN (01) /Dec/W/2) (www.wto.org)

S.Devarajan , M.Miller , E.Swanson (2002) , "Development Goals:History , Prospects and Costs" (World Bank Policy Research Working Paper) (www.worldbank.org)

Economist , "The Mandela Effect" (The Economist Global Agenda Feb.19th , 2002) (www.economist.com)

世界銀行東京事務所 (2001) 『PRSPシリーズ1 . 貧困削減戦略ペーパー～PRSPシリーズ3 .』
世界銀行東京事務所

ODA民間モニター事務局 (2001) 『平成12年度 ODA民間モニター報告書』

JICA INFO-KIT 『人口・エイズ/感染症 (File E-4)』、 『プロジェクト方式技術協力 (File D-4)』
国際協力事業団

国際協力 (2001年11月号) 『HIV/エイズと向き合う』 国際協力事業団

国際協力銀行 (2000) 『円借款活動レポート2000』

外務省 (2001) 『平成13年版 外交青書』