

権を握ることを念頭に置いた、施設ベースのアプローチという意味である。

- エイズについては、効果の限定的な従来の行動変容を中心とした介入の見直しを行う。MDG6 に関しては、世界基金やその他の multi-stakeholder partnerships を最大限活用したより効果的な介入を支持するために、パイにおいて、特に**人材育成やモニタリングと評価**で貢献する。特に、エビデンスを活用したプランニングや評価を我が国が推進していくためには、従来の政府の役人対象の研修と本邦視察のみならず、疾病対策マネージャーから政治家や民間人までの幅広い人材を対象としたトレーニングが必要であり、民間や他のドナー、タイなどの中進国などの人材育成モデルを含め、効果に関するエビデンスを再検討した上で、もっとも効率的な施策を推進していくべきであろう。

こうした原則のもとに、国や地域別の保健介入の優先順位決定には、わが国 ODA の要請主義の原則は尊重しながらも、1) 疾病負担（死亡と罹患）、2) 介入の一般的費用対効果、3) わが国のリソースとキャパシティー、4) 予見される案件の費用とアウトカム・インパクト、5) 相手国政府の国家計画の優先順位、6) 支援による国益の多寡、7) ODA スキーム・モダリティ活用の可否、8) 世界（国際機関や multi-stakeholder partnerships）の援助優先順位、9) 成果発信の可否（国内外ともに）、10) 我が国国民や受益者の支持、などを考慮する必要があることは言うまでもない。

2. 保健分野への資源の確保：保健 ODA シェアを 10%に増加・革新的財源の議論の推進

Multi-stakeholder partnerships に積極的に貢献しながら、MDG 達成のための財政的ギャップを解消するためには、**ODA 全体の中での保健セクターの占める割合（現行 3%）を 10% 程度まで増やし、さらに、民間資金や従来とは異なる資金調達メカニズムを促進していくことが不可欠である** (56)。

特に、multi-stakeholder partnerships において、我が国が保健外交を積極的に展開していくためには、従来のマルチ（国際機関を通じた援助）やバイ（二国間援助）のみではその効果は限定的である。Multi-stakeholder partnerships 参加のための柔軟なモダリティの具現化を目的とした議論を進めると同時に、伝統的バイによる具体的案件を通じた連携により multi-stakeholder partnerships の中で主導権を発揮していくためのスキームと国別戦略を実施する

限られたパイを増やすためには、民間資金や従来とは異なる資金調達メカニズムを促進していくことが不可欠である。我が国がグローバルヘルス領域で、こうした**革新的資金調達にどのように関与していくのか、具体的な議論と戦略が必要**であり、前向きな具体的な検討を、民間を含めて多角的に行うことが大切である。我が国が比較的容易に実施可能なものには、課税（連帯税または航空券課税）と携帯電話や航空券等購入時の自発的貢献が挙げられよう。また、わが国 NGO も、積極的に政策提言を行っていくためには、従来のように ODA

に頼り切るのではなく、こうした機会を利用して、新たなビジネスモデルを作り上げ自活していく必要があるだろう。官民協調で、国民の幅広い層のグローバルヘルスへの理解を深め、国民一人一人の貢献が成果の上がる案件に使われるように説明責任の推進を行うことが、こうした革新的資金調達の実現には最も重要なことである。

3. アウトカム指標による評価：共通モニタリングと評価指標の導入

我が国の貢献が明確になるように、**国と地域をできる限り厳選し、その成果を定量的に共通のアウトカム指標**を用いて示す。保健セクターの案件の目標や成果の議論では、安直にインプット（人材の数や投入した資金）、あるいはプロセス指標を用いることは避け、アウトカム（保健介入有効カバー率の変化）とインパクト（死亡率や罹患率の低下）を用いる。ODA 削減の中、我が国でも、いわゆる**「成果に基づく支払い(Pay for performance)」あるいは、「Results-based funding」**を一定の割合で取り入れ、成果の定量化と事業の効率化の相乗効果を図る必要がある。

むろん、個別の小さな案件でインパクトを示すことは無理であり、現在のようなスケールアップとパートナーシップの時代には、国の保健計画や援助協調を顧みない案件は意味がない。ゆえに、最初のステップとして、MBB などを利用し定量的なアプローチを用いて、国別の保健計画策定に参画し、我が国において協力が可能であり、かつ優位性を発揮できる分野と案件を明らかにする。比較的規模の大きい個別案件はアウトカムで、保健介入スケールアップのインパクト評価は各機関共同で行い、その中での我が国の貢献を定量的に示すという方向性を、原則とする。特に、ベースラインのベンチマーキングや国ごとのモニタリングは、カンボジアの結核有病率世帯調査のように、可能な限り multi-stakeholder partnerships を巻き込み、我が国のプレゼンスとリーダーシップを発揮する。

こうした標準的な枠組みに基づくモニタリングと評価を用いるとともに、**優れた成果は公共財として、科学雑誌を始め積極的に英文で公表**する。こうしたメディア戦略は、我が国 ODA の「顔が見え」、その内容に対する信頼性を飛躍的に増大させる、最も効率的かつ安価な施策である。また、**ランセット等の権威ある雑誌に掲載されることは、国外向けに我が国の実績を発信するのみならず、国内向けに成果をアピールする上でも、大きなインパクトがある**ことに着目したい。

4. 説明責任：官民双方の共同作業による透明性の高く効果的な保健戦略形成過程の確立

国内各分野の世界的権威を招集した**グローバルヘルス戦略会議**を設立する。この会議は、省庁・部局横断的な機能のために、理想的には内閣府、あるいは、国家戦略局直轄が望ましい。当然のことながら、**戦略形成過程の議事録はすべて公開**とする。保健関連の官民はもちろんのこと、保健分野以外のプロフェッショナルの積極的参画を促し、**旧式な援助モデルを凌駕するようなイノベーションの活用を積極的に推進**する。この会議による提言は、国際保健分野における骨太の方針としての機能を持たせる。この会議では、ODA 保健案件の

進捗状況と成果の peer-review を行い（いわゆる仕分け）、成果の上がない案件に関しては、積極的に見直しや中止を勧告する。

また同時に、世界の潮流をつかみ、我が国が戦略的に multi-stakeholder partnerships でのリーダーシップをとるために、国外の世界的権威をメンバーとする**国際アドバイザーパネルを設置**する。

5. リーダーの育成：政策先進国の「良いところ取り」を行う戦略性の養成と次世代の政策リーダーの育成

「我が国独自の・我が国で使われてきた」介入という情緒的議論を排し、政策後進国である我が国は、グローバルヘルスにおける政策先進国（英国、北欧諸国、米国、タイ、フランス）の戦略から学び、「良いとこどり」をするしたたかさを養う必要がある。

それと同時に、**ODA を通して、中堅の有用な人材（政治家、JICA 職員、官僚、学者、企業人、市民社会）が積極的に multi-stakeholder partnerships の場に接することができる機会を増やす**。さらに、そうした人材がグローバルヘルスに関する戦略的かつ実践的な政策研究を行うことができるように、**官民関連機関と高等教育機関の連携や産学協同研究を促進**し、高等教育機関の学術的プログラム内容をも政策志向の時代の流れに沿ったものとしていかねばならない。これには、現在検討中である G8 でのアフリカ政策人材育成なども積極的に連携させる必要がある。

また、将来の保健開発リーダーとなりうる若手・中堅クラスを組織内部の案件の管理のみに埋没させることなく、年次ごとにキャリア・アップのためのマイルストーン（達成目標）を定め、積極的に国際機関や multi-stakeholder partnerships に派遣する。これにより、戦略的で多様な思考法、世界的ネットワークや政策マインドを培うことが可能である。パートナーシップやイニシアチブ全盛時代に、国際保健関係者を一か所に集め JICA 関連の案件のみを繰り返し担当する、従来の国立国際医療センター国際医療協力局型の人材育成には限りがある。**早期より政策リーダーに、OJT を通して、すなわち国際機関や multi-stakeholder partnerships の場で戦う経験を身に付けさせる**ことは、わが国の保健開発関係各機関が、より戦略的かつ効果的なプロフェッショナルな組織へと発展していくために必須の施策である。

引用文献

1. Murray CJ, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet*. 2007 Sep 22;370(9592):1040-54.
2. Nakamura H, et al. Trends and determinants of under-five mortality in Ghana: An analysis of Demographic and Health Surveys. Tokyo, Japan: University of Tokyo; 2010.
3. Arifeen SE, Bryce J, Gouws E, Baqui AH, Black RE, Hoque DM, et al. Quality of care for under-fives in first-level health facilities in one district of Bangladesh. *Bull World Health Organ*. 2005 Apr;83(4):260-7.
4. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*. 2005 Mar 5-11;365(9462):891-900.
5. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1189-200.
6. Ronsmans C, Achadi E, Cohen S, Zazri A. Women's recall of obstetric complications in south Kalimantan, Indonesia. *Stud Fam Plann*. 1997 Sep;28(3):203-14.
7. Langer A. Cairo after 12 years: successes, setbacks, and challenges. *Lancet*. 2006 Nov 4;368(9547):1552-4.
8. Starrs AM. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1130-2.
9. Rosenfield A, Maine D, Freedman L. Meeting MDG-5: an impossible dream? *Lancet*. 2006 Sep 30;368(9542):1133-5.
10. World Health Organization. World Health Statistics 2007. Geneva: World Health Organization; 2007.
11. England R. Lessons and myths in the HIV/AIDS response. *Lancet*. 2009 Nov 14;374(9702):1674; author reply 5-6.
12. UNAIDS. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS intervention in the health sector. Progress Report 2009. Geneva: UNAIDS; 2009.

13. Piot P, Kazatchkine M, Dybul M, Lob-Levyt J. AIDS: lessons learnt and myths dispelled. *Lancet*. 2009 Jul 18;374(9685):260-3.
14. Potts M, Halperin DT, Kirby D, Swidler A, Marseille E, Klausner JD, et al. Public health. Reassessing HIV prevention. *Science*. 2008 May 9;320(5877):749-50.
15. Attaran A, Barnes KI, Curtis C, d'Alessandro U, Fanello CI, Galinski MR, et al. WHO, the Global Fund, and medical malpractice in malaria treatment. *Lancet*. 2004 Jan 17;363(9404):237-40.
16. Attaran A, Barnes KI, Bate R, Binka F, d'Alessandro U, Fanello CI, et al. The World Bank: false financial and statistical accounts and medical malpractice in malaria treatment. *Lancet*. 2006 Jul 15;368(9531):247-52.
17. *Lancet*. Can malaria be eliminated? *Lancet*. 2009 Nov;374(9704):1794.
18. Samaraekera S. Countries race to contain resistant to key antimalarial. *Lancet*. 2009;374:277-80.
19. Zager E, McNerney R. Multidrug-resistant tuberculosis. *BMC Infect Dis*. 2008;8:10.
20. Donald P, van Helden P. The global burden of tuberculosis--combating drug resistance in difficult times. *N Engl J Med*. 2009 Jun;360(23):2393-5.
21. Bejon P, Lusingu J, Olotu A, Leach A, Lievens M, Vekemans J, et al. Efficacy of RTS,S/AS01E vaccine against malaria in children 5 to 17 months of age. *N Engl J Med*. 2008 Dec;359(24):2521-32.
22. Abdulla S, Oberholzer R, Juma O, Kubhoja S, Machera F, Membi C, et al. Safety and immunogenicity of RTS,S/AS02D malaria vaccine in infants. *N Engl J Med*. 2008 Dec;359(24):2533-44.
23. Shibuya K. Towards collective action in health information. In: Task Force on Global Action for Health System Strengthening, editor. *Global Action for Health System Strengthening*. Tokyo: Japan Center for International Exchange; 2009.
24. Boerma T, Bos E, Walford V, Bryce J, AbouZahr C. Monitoring performance and evaluation of the scale-up for better health: A proposed common framework. London: IHP+; 2009.
(http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/a_proposed_common_framework_EN.pdf)

25. Ravishankar N, Gakidou E, Lim S, Ziad O, Murray CJL. Doris Duke Charitable Foundation PHIT Partnership Implementation Research Framework. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2008.
26. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *SocSciMed*. 2005;61(1):97-109.
27. Kidney E, Winter HR, Khan KS, Gulmezoglu AM, Meads CA, Deeks JJ, et al. Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9:2.
28. Jokhio AH, Winter HR, Cheng KK. An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *N Engl J Med*. 2005 May 19;352(20):2091-9.
29. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangpe KM, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):970-9.
30. Munjanja S, Lindmark G, Nystrom L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet*. 1996 Aug;348(9024):364-9.
31. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Beliz 堯 J, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001 May;357(9268):1551-64.
32. Majoko F, Munjanja S, Nystrom L, Mason E, Lindmark G. Randomised controlled trial of two antenatal care models in rural Zimbabwe. *BJOG*. 2007 Jul;114(7):802-11.
33. Galarraga O, Colchero MA, Wamai RG, Bertozzi SM. HIV prevention cost-effectiveness: a systematic review. *BMC Public Health*. 2009;9 Suppl 1:S5.
34. Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008 Aug 23;372(9639):669-84.
35. Padian NS, Buve A, Balkus J, Serwadda D, Cates W, Jr. Biomedical interventions

to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet*. 2008 Aug 16;372(9638):585-99.

36. Jamtvedt G, Young J, Kristoffersen D, O'Brien M, Oxman A. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(2):CD000259.
37. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien M, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD003030.
38. O'Brien M, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman A, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen D, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD000409.
39. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien M. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(1):CD000125.
40. Gagnon M, Legare F, Labrecque M, Fremont P, Pluye P, Gagnon J, et al. Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1):CD006093.
41. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(1):CD002213.
42. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):CD000072.
43. Akl E, Sackett K, Pretorius R, Erdley S, Bhoopathi P, Mustafa R, et al. Educational games for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(1):CD006411.
44. Mori R. *Research Evidence on MCH Handbook*. Tokyo: Osaka Medical Center and Research Institute for Maternal and Child Health; 2009
45. Takayanagi K, Iwasaki S, Yoshinaka Y. The role of the Maternal and Child Health Handbook system in reducing perinatal mortality in Japan. *Clin Perform Qual Health Care*. 1993;1(1):29-33.
46. Osaki K, Hattori T, Kosen S, Singgih B. Investment in home-based maternal,

- newborn and child health records improves immunization coverage in Indonesia. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2009 Aug;103(8):846-8.
47. Moon S, Szlezak NA, Michaud CM, Jamison DT, Keusch GT, Clark WC, et al. The global health system: lessons for a stronger institutional framework. *PLoS Med.* 7(1):e1000193.
 48. *Lancet.* WHO runs global health? . *Lancet.* 2009;373:9681.
 49. Murray CJ, Frenk J, Evans T. The Global Campaign for the Health MDGs: challenges, opportunities, and the imperative of shared learning. *Lancet.* 2007;370(9592):1018-20.
 50. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kemon K, Michaud CM, Jamison DT, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet.* 2009 Jun 20;373(9681):2113-24.
 51. Working Group 2. Raising and Channeling Funds. . London: Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.; 2009.
 52. *Lancet.* Universal health coverage: access to what? *Lancet.* 2009;374:1946.
 53. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, van Ginneken J. Decline in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a cautionary tale. *Lancet.* 1997 Dec 20-27;350(9094):1810-4.
 54. Chan M, Kazatchkine M, Lob-Levyt J, Obaid T, Schweizer J, Sidibe M, et al. Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies. *PLoS Med.* 7(1):e1000223.
 55. Working Group 1. Constraints to Scaling Up and Costs. London: Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.; 2009.
 56. Anderson T. Innovative financing of health care. *BMJ.* 2009;339:b4235.
 57. Expert Working Group on Research and Development Financing. Public health, innovation and intellectual property: Report of the Expert Working Group on Research and Development Financing. Geneva: World Health Organization; 2010.
 58. Yamada T. Global health and the Bill & Melinda Gates Foundation. *Lancet.* 2009 Jun 27;373(9682):2195.
 59. Black RE, Bhan MK, Chopra M, Rudan I, Victora CG. Accelerating the health

- impact of the Gates Foundation. *Lancet*. 2009 May 9;373(9675):1584-5.
60. *Lancet*. What has the Gates Foundation done for global health? *Lancet*. 2009 May 9;373(9675):1577.
 61. Takemi K, Reich M. G8 and Global Health: Emerging Architecture from the Toyako Summit. Tokyo: JCIE; 2009.
 62. Cometto G, Ooms G, Starrs A, Zeitz P. Towards a global fund for the health MDGs? *Lancet*. 2009 Oct 3;374(9696):1146.
 63. Nabel E, Stevnes S, Smith P. Combating chronic disease in developing countries. *Lancet*. 2009;373:2004-6.
 64. Horton R. Canada 2010: what should global health expect? *Lancet*. 2009;374:1215-6.
 65. Aiga H, Banta JE. Emerging crisis of continuing professional education: becoming a dead letter between external pressure and personal incentive? *Int J Health Plann Manage* 2003;18:267-71.
 66. World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
 67. Ikegami N, Campbell J. Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. *Health Aff (Millwood)*. 1999;18(3):56-75.
 68. Ushio M. [Amendment of tuberculosis prevention law and prospect of tuberculosis control program]. *Kekkaku*. 2005 Jul;80(7):541-6.
 69. World Health Organization. Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing. Geneva: World Health Organization; 2008.
 70. Five-Year Evaluation Study Area 3. Five-Year Evaluation Study Area 3 Results Health Impact of Scaling Up Against HIV, Tuberculosis and Malaria Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2009.

参考資料

表 A : 5 歳未満死亡率を減らす保健介入の効果

Interventions to reduce under-5 mortality	Efficacy (%)
Pneumonia	
Complementary feeding	19
Therapeutic Feeding	19
Breastfeeding for children 0-5 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Breastfeeding for children 6-11 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Zinc	34
Hib immunization	20
Antibiotics for U5 pneumonia	40
Management of severe pneumonia at referral level	40
Pneumococcal immunization	50
Diarrhea	
Antibiotics (diarrhea)	80
Breastfeeding, children 6-11 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Complementary feeding	22
Exclusive breastfeeding 0-5 months	Depends on HIV/AIDS prevalence
Oral Rehydration Therapy	90
Vitamin A supplement (child)	53
Hand washing with soap by mother	44
Use of sanitary latrine	32
Supply of safe drinking water	25
Quality of drinking water	39
Multiple water/sanitation/hygiene interventions	33
Zinc supplements (child)	22
Zinc therapy	50
Rotavirus vaccine	50
Management of severe dehydration and complicated enteric fevers at referral level	80
Measles	
Complementary feeding	15
Therapeutic Feeding	15
Measles immunization	90
Vitamin A – supplementation	54
Vitamin A - Treatment for measles	46
Management of severe measles at referral level	46
HIV / AIDS	
Condom Use	89
Male circumcision	70
STI management	38
PMTCT (testing and counseling, AZT + sd NVP and infant feeding counseling)	90
First-line ART for pregnant women with HIV/AIDS	90
Cotrimoxazole prophylaxis for children of HIV+ mothers	43
ART for children with Aids	85
Management of complicated AIDS	10
Management of first line ART failures	60

Interventions to reduce under-5 mortality	Efficacy (%)
Malaria	
Complementary feeding	20
Therapeutic Feeding	20
Insecticide Treated Mosquito Nets for under 5 children	75
Vitamin A	44
Zinc	36
Chloroquine for malarial treatment	67
Anti-malarial combination treatment at PHC level	67
Management of complicated malaria at referral level	67
Intermittent Presumptive Treatment (IPT) for children	50
Neonatal/Prematurity	
Calcium supplementation in pregnancy	7
Detection and management of (pre) eclampsia (Mg Sulphate)	3
Additional ANC: detection and treatment of asymptomatic bacteriuria	10
Additional intrapartum: antenatal steroids	38
Universal skilled maternal and immediate neonatal care	8
Community support to LBW	35
Universal emergency neonatal care (asphyxia aftercare, management of serious infections, management of the VLBW infant)	28
Balanced protein energy supplements for pregnant women	32
Supplementation in pregnancy with multi-micronutrients	16
Neonatal/Severe infection	
Clean delivery	15
Community support to LBW	6
Early Breastfeeding	19
Universal case management for pneumonia	38
Intermittent presumptive treatment of malaria (IPT)for pregnant women	15
Skilled delivery and neonatal care	15
Detection & treatment of syphilis in pregnancy	5
Additional intrapartum: antibiotics (PPROM)	6
Additional emergency newborn care (management of serious infections)	50
Universal emergency neonatal care (asphyxia aftercare, management of serious infections, management of the VLBW infant)	50
Neonatal/tetanus	
Skilled delivery	75
Tetanus toxoid	80
Clean delivery	50
Neonatal/Asphyxia	
Universal antenatal care (ANC)	15
Skilled delivery and immediate neonatal care	25
Resuscitation of asphyctic newborns at birth	13
Asphyxia aftercare at referral level	3
Assisted delivery or vacuum extraction at B-EOC level	40
Caesarian section at C-EOC level	40

(Source: Bellagio Study Group on Child Survival, The Lancet, Summer 2003 and Neonatal Study Group, 2004, Lancet 2005)

表 B : 栄養失調に対する介入の効果

	Stunting reduction (%) at 99 % effective coverage		
	at 12 months	at 24 months	at 36 months
Balanced protein energy supplements for pregnant women	1.9	0.5	0.3
Intermittent preventive treatment (IPTp) for malaria in pregnancy	1.4	0.3	0.1
Supplementation in pregnancy with multi-micronutrients	0.9	0.3	0.1
Complementary feeding	19.8	17.2	15.0
Zinc preventive	9.1	15.5	17.0
Hand washing by mother	1.9	2.4	2.4
Total (residual)	31.7	33.1	32.2

(Source: Lancet Nutrition series January 2008)

表 C : 妊産婦死亡を減らす保健介入の効果

Interventions to reduce maternal mortality	% Risk reduction on maternal outcome(s)	Maternal outcome(s)
Tetanus toxoid	90	Deaths from tetanus
Screening for pre-eclampsia	48	Deaths from hypertensive disorders during pregnancy
Screening and treatment of asymptomatic bacteriuria	10	Deaths from sepsis & cases of infertility
Normal delivery by skilled attendant	40	Deaths from sepsis and tetanus
Active management of the third stage of labor	62	Deaths from PPH & cases of anaemia
Initial management of post-partum hemorrhage	75	Deaths from PPH & cases of anaemia
Drugs for preventing malaria-related illness in pregnant women and death in the newborn	38	Maternal deaths from malaria and (malaria related) anaemia
Treatment of severe pre-eclampsia or eclampsia	59	Deaths from hypertensive disorders during pregnancy
Assisted delivery and vacuum extraction at B-EOC level	88	Deaths from obstructed labor
Management of obstructed labor, breech and fetal distress (OL) at C-EOC level (Caesarian Section)	95	Deaths from obstructed labor & cases of urinary incontinence and obstetric fistula
Referral care for severe post-partum hemorrhage (PPH)	75	Deaths from PPH & cases of anaemia
Management of maternal sepsis	90	Deaths from sepsis & cases of infertility
MTP / management of complicated abortions	95	Death from complicated abortion
Family planning	50	Death from complicated abortion
Family Planning	89	Life Time Risk of Maternal Mortality
Iron/folic acid supplements	73	Anaemia
Multi micronutrients	39	Anaemia
Deworming	8	Anaemia
Calcium supplements	52	Eclampsia

表 D : HIV/AIDS、結核、マラリアによる死亡を減らす保健介入の効果

Interventions to reduce deaths from AIDS, TB and malaria in adults and during pregnancy	Efficacy (%)	
Cotrimoxazole prophylaxis for adults with HIV/AIDS	45	HIV/AIDS
ART for adults with AIDS	85	HIV/AIDS
Management of first line ART failures	60	HIV/AIDS
Management of complicated AIDS	10	HIV/AIDS
DOTS	80	Tuberculosis
DOTS retreatment	80	Tuberculosis
Treatment of Multi-Drug Resistant TB	60	Tuberculosis
Artesunate Combination Treatment (ACT)	67	Malaria
Management of complicated malaria with second line drugs	67	Malaria

査読者 ¹	コメント	コメントへの回答
<p>山本 栄二 (外務省・ 審議官)</p>	<p>1. 指標について、インプットからアウトカム、インパクトとすべしという点は、先のG8でも指摘されたが、アウトカム(何人に接種を受けた、蚊帳をもらった)は集計が可能でも、インパクト(何人の命を救ったとか)については attribution が難しい。因果関係を明らかにするのは難しいという議論がG8でもあった。</p>	<p>1. G8で指摘されながらも、いまだにアウトカム指標に基づいた戦略が作成されていないところが我が国 ODA の大きな問題点であろう。ご指摘の通り、死亡率削減などのインパクトを特定の国や機関、さらには、被援助国の努力に attribute することは一般に困難であり、また、政治的問題を生みかねない。また、現在のようなスケールアップとパートナーシップの時代には、個別の小さな案件でアウトカムやインパクトを示すことは無理であるし、国の保健計画や援助協調からかい離した案件は、あまり意味がないと考える。まずは、IMB などを利用して、国別の保健計画策定に参画し、我が国が協力する分野と案件を明らかにし、可能であれば、比較的規模の大きい個別案件はアウトカム(保健介入有効カパー率の変化)、保健介入スケールアップのインパクト評価は各機関共同で(たとえば援助協調の中でIHP 評価フレームワークを用いて)行い、その中で我が国の貢献を定量的に示す、という流れになると思う。しかし、いずれもベースラインの測定がなされたうえで、きちんとした評価デザインを事前に決めておかないと、世界基金5カ年インパクト評価のような惨憺たる結果を招くことになる。そのためには、CGD や世界銀行のインパクト評価WG、また比較的短期の死亡率の変化のための推定方法としては Johns Hopkins の WG などがある。そして、こうしたベースラインを得るには、各機関協調の世帯調査(JICA カンボジアの結核有病率調査)や人口動態統計の整備などが必要となる。従来 of HMIS から人口レベルのデータへのシフトが必要な理由でもある。</p>

¹ コメントはあくまでも個人のそれであり、所属する諸機関の公式見解ではない。

	<p>2. あまりに短期的、成果重視の指標を強調すると、途上国の政策人材育成や政策アドバイスなど、効果発現に時間がかかる、あるいは成果が目に見えにくい重要な介入が軽視され、そこに資金が行かなくなる恐れがあるのではないか。日本の比較優位は、欧米とは違い、途上国のオーナーシップを尊重し、時間をかけて途上国の人材を育て、彼らと一緒に制度やキャパシティを作っていくことにあると思うがこの過程は短期では成果が出ない。しかし、このような分野にこそ資金と人を投入すべきではないか。</p>	<p>2. 「途上国のオーナーシップを尊重して、時間をかけて途上国の人材を育て、彼らと一緒に制度やキャパシティを作っていくのが比較優位」という意見は我が国援助関係者では一般的だが、果たして本当にそうなのだろうか。途上国のオーナーシップを尊重して人材を育てていくという我が国のやり方は地域レベルでは成功例もあるものの、国レベルではほとんどなく、相手国政府の保健省を直接支援できるような人材がいないことは我が国の厚生労働省の保健医療政策の戦略の欠如を見て明らかである。また、人材育成や政策アドバイスと言った分野であっても質の高い方法でその効果や結果を測定可能な形で、このような形で証明できない場合は、投資価値があるかどうか見極めを厳しくする必要があると考える</p> <p>効果を短期に出せない、しかし、我が国はこれ（欧米のドナー諸国の軽視する案件）が正しいと信ずるから、効果は示せなくてもやり続けるというやり方が、果たして、短期的成果を求め長期的に何も考えないやり方と比べて優れているのか、判断に迷う。少なくとも後者には、短期的な効果を判定できる根拠がある。国際NGOなどは、極めて革新的でかつ地域に根ざした人材育成やキャパシティビルディングプログラムを作成し、その道のプロが指導を行い、その成果は公表されている。こうした活動と比べて、果たして、我が国の人材育成（例：我が国に滞在させ、質のコントロールも定かではない、しかも、人材育成に関しては国内的にまったく無名の機関が実施するものや、途上国で人材育成の経験や実績のないアドバイザーが政策人材育成の指導を行うなど）は、本来の意味で比較優位性があるだろうか？</p> <p>なお、意外と知られていないが、教育やトレーニングの効果の評価手法は、</p>
--	--	---

		<p>実際には保健介入の効果よりもはるかに研究されており、こうした手法を用いて検証することは可能であろう。また、必ずしも、教育＝効果発現へのタイムラグのある案件とは言えないことにも、留意したい。トレーニング効果は数週間から数か月で発現するものもある。エビデンスで証明できていないものは、パイロット案件と実証研究の連携により証明してから導入すべきであると考えられる。これは、5S-TQMにもあてはまる。それを行わない限り、いつまでも人材育成は日本のお家芸、しかし、そのエビデンスはないというジレンマが続くこととなります。最後に、継続性と国内資源の活用という考え方においては、「日本がやってきた国際協力」という比較優位性ではなく、国内の保健医療分野の比較優位性と言う観点が必要ではないか。</p> <p>もちろん、オーナーシップを尊重するということは原則として大切であり、これが最終的目標であることに異存はない。しかし、我が国でその意味するところは、援助協調やその流れでの IHP+における国のオーナーシップや（主従関係のあるように見える）パートナーシップとは異なり、多くの場合、欧米のドナー主導の政策押しつけに対するアンチテーゼとしての途上国のオーナーシップや、現地と我が国の対等なパートナーシップという概念ではないか。理念としては友愛外交と同様素購らしい。しかし、それが具体策としてどこまで有効か。ガバナンスの欠如した政府を相手にする場合には、要請主義はほとんど意味もなく、むしろ人間の安全保障の観点から、国家としてのオーナーシップを迂回して現地に根差した NGO など直接資金が行くスキームのほうがよく効果的である。（しかし、アフガンなどを見ると、現実には大変難しい。）現地のニーズを客観的に把握し、政府</p>
--	--	---

	<p>3. すぐれた成果は科学雑誌で英文で公表することには賛成だが、日本のバイの援助についてそれが出来るかどうかの問題である。ランセットの日本シリーズで、日本の過去の援助でレレバントなものを入れることができないか。</p>	<p>を巻き込んで透明性の高い政策形成を行うためにも、MBB などのツールを用いた定量的なアプローチが重要であり（例：ナイジェリア）、さらに、我が国の援助機関が案件発掘・形成に積極的に関与し、国のオーナーシップへの配慮をしながらも、市民社会等を巻き込んだ優良案件の発掘等に積極的に協力していくことが肝心であろう。コアとなる国の機能（たとえば社会保険制度の整備）へのサポートは継続し、一方で、他の保健システム機能、例えば保健サービスの供給や人材育成などは、民間で行ったほうがはるかに効率が良いケースも多いのが現実である。</p> <p>3. 英文論文で発信することは、成果発信力向上のための最も費用効果の高い施策の一つであり、非英語圏の主要ドナー国において成果の挙げている二国間援助機関では英文での主要雑誌への発信も活発であるこのような公式な場で科学的に議論に参加することで我が国の援助組織の考え方を世界に問い、優れたところは我が国の組織だけがするのではなく広げ、真の？援助調を行うための総意形成に参加することが、唯一の道であると考えられる。それを、バイでできない要因は何か？研究経験の乏しさだろうか？援助機関や研究機関との連携の欠如か？もちろんこうした要因があるが、「ハードルが高い、研究は所詮学者のお遊び、実務家のためのもではない」という幻想にとらわれすぎていることではないかと思う。ランセットや多くの医学雑誌も所詮メディアの一つである。しかし、質を担保にした専門家の読むものに掲載されることで権威づけられ国際的に認められるのであれば、むしろ積極的に投稿を推進していく必要があるだろう。洞爺湖プロセスを思い返していただきたい。ランセット日本特集では、戦略形成過程や我が国の援助の現在・過去・未来を見据えたものを行う予定である。すでに</p>
--	---	---

	<p>4. MDG6 の感染症については、思い切って世界基金への拠出・貢献に特化し、我が国のパイは基金の実施を支援するためだけに使うとした方が、すっきりするかも知れない。</p> <p>5. この提言も含め、我々が革新的な戦略を作るには、外務省のパイを仕切っている国際協力局がオーナーシップを持って議論に参加することが不可欠であろう。</p>	<p>に、国内委員会などでは多くのサポートをいただいているが、引き続き外務省やJICAからの積極的参画を望んでいる。そして、我が国のイニシアチブや担当者の意見なども積極的に投稿していただけたらありがたい。</p> <p>Post-HDIにおけるビジョンや方策を view point あるいは health policy のセクションに投稿されたら良いのではないか。発表時期は新戦略の立ちあげ時期とリンクできれば効果が期待できる。</p> <p>4. MDG6 に関しては、パイにおける比較優位性は極めて限られているため、パイの活動を GFATM の活動と相互補完的に行い、レバレッジを利かせることは、我が国 ODA の効果を高める上で有効な施策の一つであると考える。イタリヤのようにマルチに集中特化して、国際機関の幹部職員を増やすことも大事だが、それでは我が国の国や地域でのプレゼンスは出せない。特に、国別に、人材、機材、医薬品、モニタリングなどの分野での連携が求められるだろう。それと並行して、邦人幹部職員のアポイントメント、IRP や TERG への参画、ボードでのさらなるプレゼンス強化などを継続して行っていく必要があると考える。</p> <p>5. 武見 WG をはじめ官民連携の政策提言メカニズムは、トラック 2 として独自の機能有しながら継続して欲しい。むしろ、現在のオフィシャルな戦略形成過程が、外部にはまったく見えないことこそ大きな問題であり、その中で保健専門家関与の余地が極めて限られていることが問題であると思う。グローバルヘルスは人間の安全保障を基調にした外交戦略の一端としても捉えられるが、一方で国境のない我が国の保健行政の中心課題でもあり、研究や教育といった分野とも緊密な連携が必要であり、世論の後押しが必要である限り、できるだけ俯瞰できる機能を持つこと、かつ、</p>
--	---	--

<p>多久島 容子 (外務省・地球規模課題総括課)</p>	<p>我々の問題意識と重なる部分が多い。一方、保健の国際議論をやる人は分かっているのだが、実際の政策実施ツールをもっているバイのグループの人の理解が得られないことがボトルネックになっていることも多く、実現化が難しいところもある。以下のコメントは、JICAからのものも含まれる。</p> <p>1. マルチ（バイ）の言葉の意味をある程度書き下した方がよい。外務省内でもマルチバイ連携が buzz word になっているのでタイムリーな提言なのだが、意味が様々で、議論が混乱することが多々ある。外務省では、10年ほど前に、無償や技協と世銀など国際機関経由のプロジェクトの連携（世銀が農業案件やるところで、JICAが技協を入れる）の意味で議論が盛んになったことがあり、未だそのイメージが強く残っている本論文の中では、初出でマルチ（IHP）とあるが、後半、国際機関全般や、現場の援助協調のような文脈のところもあるように思う。</p>	<p>リーダーシップとが必要とされる。外務省内での省内各課の連携が難しく、スキームやモダリティを変革することはほとんど不可能であると言われる状況で、ではいかに変えるか(しかもドラステックに)ということを我々は考えている。行政・立法の全くの門外漢なので、各省・局を横断的に、我が国の英知をかけた戦略形成グループをどのようになどここに配置するのがベストか、正直に言って分からない。しかし、このような機能を持つ公的な組織が必要であることは明らかであろう。ぜひ、国際協力局がリーダーシップを発揮し、改革を主導してくれるよう期待している。</p>
		<p>1. 「マルチ」の言葉の意味について説明を加えた。各箇所における「マルチ」の意味が通るように説明を加えた。実際に、伝統的な国際機関を軸とした multilateral cooperation、IHP+ などに代表される multi-stakeholder partnership があり、特に我々がマルチとして着目しているのは後者である。また、「国際潮流」という言葉も multi-stakeholder partnership と同義で使用している箇所もあため改めた。</p>