

	<p>2. アウトカム、インパクトについて、何をどう取り組むべきかヒントあったほうが良い。外務省でも少しずつ認識がなされている中で、提言は有り難い。他方、ほぼ全員から「ほとんどにできるのか？どうやってやるのか？」というリアクションがあった。技協や無償1件で、地域のカバー率や死亡率の変化を示すことは不可能。しかし、だからアウトカム、インパクトを示さなくて良いという理由にはならないとも思う。たとえば、MBBのようなツールを使った保健計画策定のプロセスに参加して、その枠組みの中に案件を位置づけることで、保健計画が定めるカバー率↑、死亡率↓に貢献したという説明をすることが可能ではないかと考える。ここは、今後議論の中心になると思われるので、ヒントだけでも示されていると有り難い。</p>	<p>2. ご指摘のとおりであり、具体的切り口と取り組み方法についての例を改訂版には加える。現在のスケールアップとパートナーシップの時代は、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り、国の保健計画や援助協調から乖離した案件はあまり意味がないと考える。まずは、ご意見のように MBB などを利用して国別の保健計画策定に参画し、我が国の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(保健介入有効カバー率の変化)、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、その中の我が国の貢献を定量的に示すという流れだと思う。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。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。従来の HMIS から人口レベルのデータへのシフトが必要な理由である。この分野では、例えば、人口動態統計の整備などはわが国が誇るべきものであり、貢献できるのではないか。</p> <p>3. ご指摘の通り(「エビデンスが無いことが自明の分野で誤った支援をしているのか、エビデンスを取ることが難しい領域なのか、エビデンスに行き着く可能性があるのにその作業をさぼっているからダメなのか」)、エビデンスの記述については改訂版では留意する。質の高いエビデンスで証明されていない政策や介入だからと言って優先順位が低いとは限らず、介入や政策の中では、質の高い根拠で証明はされなくとも、長い歴史を経て「常識」</p>
<p>3. エビデンスについて、もう少し丁寧な説明があってもよい。5S、母子手帳の評価については、相当部分同意する。エビデンスを示して、国際論文に出すというのも大いに賛成である。他方、5S は 07 年から始まったばかりで、エビデンスが出るのはこれからという意見もある。また、研修の効果はそもそも計りにくいのではないかという意見もある。</p>		

	<p>エビデンスが無いことが自明の分野で誤った支援をしているのか、エビデンスを取る事が難しい領域なのか、エビデンスに行き着く可能性があるのにその作業をさぼっているからダメなのか、おそろしくいくつかの段階があるののではないか。もう少しかみ砕いた方が、今後の議論につながるはず。</p>	<p>となったものもある。緊縮財政や国民に対する説明責任が明確化した現在、エビデンスにより効果が証明されていない介入・政策を、効果が証明されているものより優先的に導入を判断する場合、幅広いマルチステークホルダーにおける客観的総意形成法など、別の形でその背景となる理由を示す必要があると考えられる。また、質の高いエビデンスで効果が証明されていないからと言って必ずしも効果が無いとは限らず、ほとんど質の高い研究がされていない場合は、新たな研究を行うことで証明される可能性もある。これらの研究はプロジェクトと抱き合わせで、プロジェクトの評価として行うことができ、プロジェクトの費用の一定割合を研究に割くという考え方もあるだろう。質の高いエビデンスで効果が証明されていないが、我が国の主要国際協力手法として拳がっている課題は、早急に質の高い研究にて評価し、国際社会においても、国民に対する説明責任と云う意味においても、効果が証明されている他の政策や介入と同じ畑上に載せたいうえで、我が国の比較優位性として進めていく必要があると考える。JICAにおける介入のパイロット段階で、クラスターランダム化比較試験など質の高い研究デザインを組み込み、結果を積極的に英文で発信することで、研究と言っても巨額の投資なく円滑に進めることができる。</p> <p>4. カンボジアの事例は、結核研究所の competency と今までの実績によるものだが、パイとマルチをうまく連携させ、我が国のプレゼンスを示す可能性のある事例としてあげている。日本は忍耐と根気強さを必要とするデータの収集は、各種の政府の統計を見ても得意だと云える。特に、人口動態統計の整備などは、その歴史と実績は世界にも比類のないものである。中でも、継続的にモニタリングをするための、世帯調査に代わる人口動態統計</p>
<p>4. P20 モニタリング・評価が日本の比較優位？P19 のカンボジアの結核のことを踏まえての提言と思われるが、これは、アジア・結核だから比較優位を示せたのか？それとも、仮にアフリカ母子保健であっても比較優位たり得るのか？</p>		

<p>の整備は現在の大きなトピックである (PMAC2010 参照)。しかしながら、一方で、データを使用して、解析し、その結果を応用していくことに関しては、個人情報や政府統計の入手困難さなどによって、あまり発展してこなかった。すなわち「モニタリング」のためのデータ収集は得意だが、「評価とフィードバック」は得意とも言い切れないのではないか。この文脈に沿って書き直した。</p>	<p>5. Budget support に関しては、シアトルグループによるランセット掲載の development assistance for health についての分析でもあったが、一般財政支援に使用された保健援助資金は実際には非常に小さい。したがって、一般財政支援が援助協調でリーダーシップをとるために必須かどうかは疑問である。また、一般財政支援を行うためには、援助側に強力な戦略形成能力と、ファシリテーション能力、的確な situation analysis が必要で、このようなトップダウン方式の政策アドバイスは残念ながら我が国は得意とはいえない。我々は、IHP など欧州諸国のレトリックによりこのあたりを刷り込みされているのではないか。また、周知のとおり、sector-wide approaches, poverty-reduction strategies や universal access to HIV/AIDS care などの有効性についてのエビデンスは極めて限られている。やはり、シヨバ代としての資金云々よりも（もちろんあるにこしたことはないが）、効果のある案件をスケールアップするための具体的戦略とルール作りにおける専門性とリーダーシップの方が、ドナー協調における主導権を取れるのではないかと、我々は考える。また、要請主義やプロジェクト型の限界は明らかだが、このようなスキームの改革は、現在の ODA の枠組みでは不可能だ。それをドラスティックに変えるためには、従来の意思</p>
	<p>5. 財政支援について言及があっても良い。ドナー協調への積極的参加の重要性については全く賛同する。他方、その中でリードしていくために、一般財政支援の問題についてはどのように考えているか。日本はプロジェクト型でも十分リードしているのか。日本 ODA の聖域（プロジェクト型とか要請主義とか顔の見える援助）において、外務省自身では言い出せないようなことにも、大胆に切り込んで良いと思う。</p>

	<p>6. 革新的資金調達メカニズムで資金を集めた後の話についても頭出しがあると良い。財源確保の意義はわかるが、資金の用途における意義も提言があれば有り難い。(HSS プラットフォーム？財政支援としての意義？)</p> <p>7. キャリアパスの問題は無視できない。P22 の日本自身の人材育成には異論は無く、HDI にも書かれている。マルチの世界に expose させて、機関の連携をおこなうのは必須である。しかし、これまでの議論の印象では、結局のところ、キャリアパスの問題に行き当たるような気がする。</p> <p>8. 医療保険制度の人材をどうやって活かすか。国内の人材プールはあるのだけれど、イコール援助案件には必ずしも直結しないのではないか。この分野は、JICA も未知の領域だと思う。まずは、医療保険制度や医療経済の専門家がフリカで分析をするような、そういうステップも必要では</p>	<p>決定機構では難しいのではないか、というのが我々の印象である。</p> <p>6. 指摘の通りである。今後重点的に資金投入すべき領域について追加する。</p> <p>7. HDI での人材育成はどうして失敗したのか？どのようなキャリアパスが不足しているのか？もう少し具体的に紹介してもらえたい。想像ですが、HDI での人材育成に失敗した理由は、具体的マイルストーンを全く設けないまま、とりあえず「国内の人材育成を積極的に行っていく」とだけ、書いてしまったからではないでしょうか。コンソーシアムが形成されたり、政策人材の必要性は繰り返し述べられているが、現状の人材育成では何が不足しているかを分析をし、それを克服するためには何が必要かを洗い出し、具体的施策（キャリアパスの創設等）を打ち出すべきであるが、全くその部分に手をつけていない。これは次期保健政策では取り組むべき課題である。特にこの部分は、実際の outcome が出てくる（使える国内政策人材が育成される）までにある程度の時間を要するであろうゆえ、評価手法も検討をする必要がある。まずは、JICA でも本部と現場の行き来のみならず、マルチや他の機関への出向が必要だと考える。</p> <p>8. まさに、ランセット日本特集号のテーマである。実際、我が国に限らず、保健システム強化の際のおもなコンポーネントは、サービステリバリ―に関するキヤパビルだった。しかし、他の極めて重要な保健システムの機能、例えば、ガバナンス、財源、財政についてのサポートは限られていた。途上国での universal coverage のトレンドと ageing population の現実の中</p>
--	--	--

	<p>ないか。厚労省は、人材はいても英語ができないという問題もあるようだ。実施ツールまではこの論文では考えない、というスタンスかも知れないが、新しい領域については、その点も触れてあると受け止めやすいのではないか。</p>	<p>で、もっとも必要になるものは制度設計であろう。今後、我が国の介護保険や保険制度に関する知見（なぜ、G7 諸国の中で、対 GDP 比で最低の医療費で最高の保健アウトカムを示すことが可能か、どのように医療費を抑制してきたか、医療の質は担保されてきたのか）を、きちんとパッケージ化して提示しないと、世界的にシェアできないものとはならない。特に、universal coverage は、同時に医療費抑制と医療の質の担保の 2 つの議論が同時になされなければ、継続性も保持できない。こうした観点から、我が国の保健医療で他の国が学ぶことのできる分野としては、やはり保険制度があると思うが、他の国へ体系化して英語でトランスファーできるだけのリソースはいまだ不足している。どの案件実施ツールを使用するか、どのような人材が行うかは、まだ明確な答えを出せない。なにしろ、政策分析人材が乏しい現状では（特に、世界的に知られる医療保険制度や医療経済の専門家が少なく、厚労省でも老健局、医政局、保険局、保険局という関連部署はあるが、それを横断的に把握し包括的な政策を出せる機能や人材がいらない）難しい。しかし、全くないというわけでもない。特に、若手の研究者には優れた実証分析と政策提言をできる人材がいる。問題は、こうした人材が国際保健や JICA 案件で全く活用されてこなかったことである。</p> <p>9. 貴重な補足説明に感謝する。フットノートと提言に以下を追加：「こうした施設強化コミットメントを、「MDG4 や 5 達成のための保健システム強化の介入の一環として行い、結果として何をアウトカムとするのか」という点を見直し、世界的に新 ODA 戦略で追加的に打ち出すことは、このコミットメントを、世界的によりインパクトのある有意義なものにしていく上で大変有効な施策である。」</p>
	<p>9. P3 フットノートについて TICADIV のフォローアップにおいて、「1,000 箇所の病院及び保健センターの改善」の目標のもと、中核となる保健医療施設だけでなく、下位レベルの保健医療施設（ヘルスセンター等）に対しても建設・改修・設備などのインフラ整備や機材供与を積極的に実施し、下位施設の保健医療サービス機能を改善、レファラル機能を</p>	

<p>長岡 寛介 (外務省・ 専門機関室長)</p>	<p>向上させる方針である。よって、コミットメントの表現は改善の余地があるかも知れないが、今後はこのようなラインで成果発信していくことになっている。本提言でも更なる効果的取組をエンカレッジしてもらえればありがたい。</p>	
<p>1. アウトカム・インパクトの重視：本論文で繰り返し指摘されている、アウトカム・インパクト重視という方向性は、基本的にその通りだと思う。各種の支援（介入）が如何なる成果をもたらしたかを数字で把握できれば、当該個々の支援（介入）の「価値」が目に見えるし、それによって、ODAに対する国民の支持もより得やすくなるのではないか。実際に、アウトカム・インパクトを重視しようとする場合、実務的な観点からは、①どのような指標（ないし分野）について、アウトカム・インパクトを把握することが可能なのか？②アウトカム・インパクトと個々の支援（介入）との関連づけは可能か、③アウトカム・インパクトの把握に必要なコストは合理的なものか、などの点を整理する必要があるのではないか。たとえば、インパクトと支援（介入）の因果関係を測るのは容易ではなく（比較的そうした計測が容易と思われる大型の借款プロジェクトであっても、実際には非常に困難だという実態がある）、まして、個別のバイの支援になると、規模が小さいが故に、実際上は非常に難しいと思われる。また、技術協力については、その性質上、なかなか、具体的なエビデンスをもって</p>	<p>1. アウトカム・インパクトの重視：本論文で繰り返し指摘されている、アウトカム・インパクト重視という方向性は、基本的にその通りだと思う。各種の支援（介入）が如何なる成果をもたらしたかを数字で把握できれば、当該個々の支援（介入）の「価値」が目に見えるし、それによって、ODAに対する国民の支持もより得やすくなるのではないか。実際に、アウトカム・インパクトを重視しようとする場合、実務的な観点からは、①どのような指標（ないし分野）について、アウトカム・インパクトを把握することが可能なのか？②アウトカム・インパクトと個々の支援（介入）との関連づけは可能か、③アウトカム・インパクトの把握に必要なコストは合理的なものか、などの点を整理する必要があるのではないか。たとえば、インパクトと支援（介入）の因果関係を測るのは容易ではなく（比較的そうした計測が容易と思われる大型の借款プロジェクトであっても、実際には非常に困難だという実態がある）、まして、個別のバイの支援になると、規模が小さいが故に、実際上は非常に難しいと思われる。また、技術協力については、その性質上、なかなか、具体的なエビデンスをもって</p>	<p>1. アウトカム・インパクトの重視：本論文で繰り返し指摘されている、アウトカム・インパクト重視という方向性は、基本的にその通りだと思う。各種の支援（介入）が如何なる成果をもたらしたかを数字で把握できれば、当該個々の支援（介入）の「価値」が目に見えるし、それによって、ODAに対する国民の支持もより得やすくなるのではないか。実際に、アウトカム・インパクトを重視しようとする場合、実務的な観点からは、①どのような指標（ないし分野）について、アウトカム・インパクトを把握することが可能なのか？②アウトカム・インパクトと個々の支援（介入）との関連づけは可能か、③アウトカム・インパクトの把握に必要なコストは合理的なものか、などの点を整理する必要があるのではないか。たとえば、インパクトと支援（介入）の因果関係を測るのは容易ではなく（比較的そうした計測が容易と思われる大型の借款プロジェクトであっても、実際には非常に困難だという実態がある）、まして、個別のバイの支援になると、規模が小さいが故に、実際上は非常に難しいと思われる。また、技術協力については、その性質上、なかなか、具体的なエビデンスをもって</p>

	<p>のアウトカム・インパクトの計測自体が困難な場合が少なくない。アウトカム・インパクト重視の姿勢というものを、まずは我々の日々の業務に浸透させることが重要であり、その過程で、上記の問題も含めて種々の調整を図っていく必要があるのではないかと。そうした姿勢が当然のものとして受け入れられるようになれば、自ずと、如何なる政策ツール/スキームが適当かという整理もより容易になるのではないかと期待できる。</p> <p>2. パイの支援の役割・位置づけ：我が国のパイの支援は、比較優位にある分野/内容に特化し、また、それを基礎として、マルチの支援でスケールアップすることを考えるべきであるとの指摘も、重要なものと受け止めている。省内では、「パイとマルチの連携を強化すべし」との問題意識をもっており、「連携」の意味するところは人によって異なるもの。我が国の比較優位がある支援をパイで行い、可能であれば、それをマルチを通じてスケールアップするというのは、「連携」の最も効果的な現れだと考えている。現在、JICAの事業と世界基金の支援について、まさにこのような「連携」を多く実現できないかと思う。実務的な観点からは、①我が国に比較優位のある分野/内容の identification、②当該分野/内容についてのリソース（特に人的リソース）の確認、③そのような支援（介入）がマ</p>	<p>調の中で IHP 評価フレームワークを用いて)行い、その中の我が国の貢献を定量的に示すという流れだろうと思う。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 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りかねない。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。従来は HMIS から人口レベルのデータへのシフトが必要なる理由である。この分野では、例えば、人口動態統計の整備などは我が国が誇るべきものであり、貢献できるのではないかと考える。</p> <p>2. パイの役割については、ご指摘の通りだと考える。この提言後の作業として、具体的に優位性が認められると考えられる領域を系統的に検討し、人材プールと連携方法の確認、支援の内容も検討していくことになるだろう。特に、国や地域別の保健介入の優先順位決定には、我が国 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) 介入の一般的费用対効果、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だろう。</p>
--	--	---

	<p>ルチによってスケールアップできる可能性の検討、等の作業が必要になってくると考える。</p> <p>3. イノベーションとビジネスモデルの積極的活用：個人的には、この分野には詳しくないが、関連する研究を行っている民間企業やアカデミズムの方々の関与を深めるべきとの指摘には大賛成である。問題は、そのような関与をどうしたら実現できるかということであり、そのための方策の一つとして、官民横断的なパートナーシップを構築/強化できれば良いのではないか。まずは非公式な形で官民の有識者（関係する企業関係者を含む）が一定の頻度で集まってブレーンストームング的な話をする会合を始めてはどうか。もちろん、人選や話し合うべきイシューをどうするかという問題はあるが、非公式な意見交換であれば、利益相反の問題も（少なくとも法的には）生じないのではないだろうか。将来的には、そうした意見交換会が発展し、もっと大きなもの、公的な位置づけのものになることを期待する。</p>	<p>3. ご指摘の通り、まず検討する集まりを設定し、対話と研究を開始すべきだと考える。国際協力局のリーダーシップならびに国内の専門家の活用を切に望んでいる。</p>
<p>杉下 智彦 (JICA 国際協力 専門員・ケニア)</p>	<p>今回のように、保健分野における実施検証をレビューして、日本語で提言があるということは、過去にあまり無かったことではないか。ぜひ現場でもプロジェクトデザインや運営などを見直す上で参考にしたい。現在ケニアの保健行政官のリーダーシップ育成を行っているという視点からいくつかコメントする。</p> <p>1. アフリカにおける保健指標改善の背景として、保健サービスにおける質、アクセス、カバレッジ、安全性の改善より</p>	<p>現場からの率直な意見は、我々にも参考になり、ありがたい。</p> <p>1. 他セクターを含んだ総合的な地域開発のインパクト 他の分野においても、それらを含めた「開発」という視点においても、同じ考</p>

	<p>も、むしろ現場で実感されるのは、社会経済状況の劇的な改善である（例えば、携帯電話の普及、道路の建設、就学率の改善、安定した政権、犯罪の減少など）。保健セクターの努力もさながら、これからは社会システムという観点に立って、他セクターを含んだ総合的な地域開発のインパクトのことを常に考えなくてはならないと思う。このような社会システムの改善が保健システムの強化につながっているのと同時に、保健システム強化が社会システムの改善や安定につながってきているという複眼的、重層的な視点に立つことが、特に資源と技術力の乏しいサブサハラ・アフリカの保健開発では考えていかなければならない視点だと考える。</p> <p>2. 保健システムの強化を、例えばWHOのフレームワークの6つのブロックを切り分けて、それぞれを個別に強化すること（「保健ブロック強化」という方向性で進めてしまうことは、従来のサービズ別、疾患別のアプローチと同じく、リソースの統合や社会資本の不均衡を引き起こし、本来のシステム開発とは遠いものになってしまうのではないかと）いう危惧がある。もちろん、保健システム強化の意味するところは、治療的・予防的な保健サービズ・デリバリーのためであることは重要な指摘だと思うが、それ以上に「システム強化」はシステムを形作ってる「関係性」に注目して、その関係性を強化することが真意ではないか。つまり、サ</p>	<p>え方で目的を明らかにし、指標で評価するべきと考える。</p> <p>2. 包括的な視点で関係性を強化して、全体性の強化に貢献するという指摘の通りであり、この包括的な視点を万国共通の言語で行うのが、共通指標の導入であると考え。その一方で、多くのドナーや財団が危惧することは、HSSという名のもとに成果の見えない案件が出てくることである。これは、ロンドンでのハイレベルタスクフォースの最終会合でもIHPはもちろん、ゲイツ財団やそのほかのドナーからも賛同の声があった。マネージメントは所詮、ある目的を達成するための手段であり、「リーダーシップの育成、マネージメント強化、ビジョニング、戦略計画の強化、ネットワーク強化、対話の推進」は、TQMのように、ある介入や国家全体の政策プロセス達成や効率化のための副次的なものであり、それが具体的に何をどのように変革し、何を行うのかを明らかにせずに、それらを目的とすると、それ</p>
--	---	---

	<p>一ビスや、システムそのものを機械の部品のようにばらばらにして一つ一つの部品を新しくしたり、強化したりするのではなく（還元的アプローチ）、そのそも資源の乏しいなかで脆弱な部品によって組み立てられたシステムが、どのようにして全体として出力を上げられるように強化するか（演繹的アプローチ）、という『マインドセットの変換』こそ、これまでの流れを変え『イノベーション』を生み出すのではないかと期待している。したがって、『保健システム強化をする』という言葉はいささかナンセンスで、『保健システムを強化するために、包括的な視点で関係性を強化して、全体性の強化に貢献する』ということが大切だと思う。システムの要素間の関係性を強化するための、リーダリングの育成、マネジメント強化、ビジョニング、戦略計画の強化、ネットワーク強化、対話の推進などが、「保健システム強化」では中心課題になってきているのではない。</p> <p>3. 一読したときに、「誰が聞いて嬉しいと思うのだろうか」という素朴な疑問を感じた。もしかすると、この提言の最終的な受益者である途上国の人々が見たら矛盾を感じるのではないか。おそらく、この提言全体の論旨を押しつけてくれるような途上国からのコメントが説得材料として大切であろう。もちろん研究は途上国の研究者と共同？で行っているにしても、提言そのものの validation (verification) では</p>	<p>こそ HSS による弊害が目立つことになり、急速にドナーの興味が薄れていくことだろう。</p> <p>3. 提言はあくまでも我が国の ODA 戦略形成の一助として書いたものであり、オーディエンスは最初から我が国の政策決定者である。「誰が嬉しいか」どうかは全く考慮せず（実際、「嬉しいくない」人も多いことであろう）、ODA 戦略形成のインプットとして有用か否か、つまり実際の戦略にどれだけ提言内容が反映されたかで、この提言書の価値は決まる。具体的には、どのようところで途上国側と矛盾を生じるのか指摘していただけたらとお願いしたい。もちろん、コンサルテーションなどを通して、多くの意見を聴</p>
--	--	---

	<p>なくて)が曖昧になってしまふ恐れがある。この点を確かめて、論旨の組み立てを改善してはどうか。</p> <p>4. アウトカム指標を求めることが書かれているので、冒頭で「40万人の小児を救う」ための一助とする、という表現よりも、「40万人の小児を治療し(救い)、保健指標の〇〇を〇〇に改善する」ことを目的とするとはどうか。</p> <p>5. 最近のビジネスの考えでは、シナジーの創出に関して、例えば援助の世界であれば日本の援助が持つ「コンペティティブ・アドバンテージ」を示して、他の援助とのリスペクティブな関係創ることが求められている。この場合の「コンペティティブ・アドバンテージ」は、従来言われているような「みんなが同じものを追求する中で、その相違を埋めて、良いところを伸ばしていく」というような「コンパラティブ・アドバンテージ」とは異なり、決して他の機関連や国に真似のできないような唯一無二のバリューこそが最重要とされ、過去の経験(成功体験)や人的資源といった暗黙知のようなノレッジ・マネージメントも重要な要素であるとされる。つまり、従来の「コンパラティブ・アドバンテージ」を追求するようなシナジーのあり方では、最終的には日本というプレゼンスがなくなってしまうというパラドックスを起すのに対し(全体の優位性が、個々の優位性を凌駕してしまう)、「コンペティティブ・アドバンテ</p>	<p>くことは可能であり、英語の簡略版を出してリアクションを知ろうとは考えている。他に「提言全体の論旨を押してくれるような途上国からのコメントを得ることができるような具体的方策」があればご教授いただきたい。</p> <p>4. 文言の表現：ご指摘の点について検討した。</p> <p>5. Michael Potter らが90年代に言い始めた competitive advantage は、グローバル化・情報化した世界で、最も対費用効果の高い方策で手に入る最良かつ安価なインプット(人や技術)を用いて最大限の効果をあげることが、組織や国境を越えて可能になったからできたのであろう。それゆえ、ほとんどの業務をアウトソースするP & Gのビジネスモデルや製品としてのiPod が生まれたのではないか。ここでは、P & Gやアップルのプレゼンスは見えなくなるところから、それらの知名度はむしろ益々上がり、逆に、実際にアウトソースの仕事をしているOEMメーカーの顔はより見えにくくなっている。したがってご指摘とは逆に、competitive advantage においては、立ち位置を誤ると「最終的には日本というプレゼンスがなくなってしまう」というパラドックスを起す」リスクが多分にあり、それがまさに保健をはじめ多くの分野で起っているために、我々は危機感を抱いている。だからこそ、マルチにおけるルール作りなどの中で21世紀型外交戦略としての保健を位置付けていく必要を提言では述べている。</p> <p>残念ながら、我が国は、一部の国際企業を除いて、いまだにこの部分が非常に弱い。本当にこれをやろうとすれば、たとえば、JICA は本部の政策形</p>
--	---	--

	<p>一ジ」のような、日本で無ければ絶対にできないようなこと、究極的には「日本人のこの人でなければだめ」「日本のこの経験が無ければだめ」というものが、真にマーケット価値を創出するのではないか。</p>	<p>成・管理部門のみでよく、専門家やアドバイザーは現地、あるいは、海外調達で構わないということになる。むしろ、ご指摘のKMや暗黙知という観点からすれば、わざわざ遠く日本から人を送るよりも、はるかに効率が良いのではないか。また、現在のパートナーシップの流れの中では、成功事例に固執せず、革新的かつ皆を納得させるリーダーシップとビジョンが必要であり、この欠如は、現在の我が国の大きな閉塞感の一つの要因であると考ええる。</p> <p>JICAでそのようなスキームができるならば、積極的に、competitive advantageを進めていただきたい。しかし、それは、世界の市場とのガチンコ勝負である。それに勝つだけの実力と戦略がJICAにあるだろうか？ JICA保健部門はグローバルヘルスのアッフルになりえるのか？それとも、顔の見えないOEM企業の一つになるのか？そういうシニアな議論もなく、抽象的なことを述べていても、ますます独善的な保健援助に陥り、結局日本のプレゼンスはなくなると危惧せざるを得ない。</p> <p>なお、われわれの提言でも「戦略形成ハネルに国内外の有識者」などはコンセプト的には現在可能な範囲でcompetitive advantageを追求している。ところで、「日本で無ければ絶対にできないようなこと」は、保健分野では、具体的にはどのようなことをお考えか？今の時代、そのようなものがあるのだろうか？</p> <p>6. 実施機関と研究：もちろん、すべての人が論文を書く必要はない。しかし、今までは、我が国から発信する機会があまりに少なかった。多くの非英語圏の各種機関においても、研究と実施機関は一体化しており、プロジェクト評価にも研究手法が必要とされ、また発信能力も必要とされていると思</p>
--	--	---

	<p>私自身は実施が好きであり、現場を動かすための秘訣を磨いたり、実施や生活を通して現地の仲間を増やしながラスケールアップのためのネットワークづくりなどをしていた。一方で、正直に言うところ研究は苦手で、研究者として訓練を受けていないため、良いものを書く自信もない。しかし、研究が大切でないと思っているわけではなく、むしろ日本からもぜひ良い研究者の人に現地に赴いてもらって一緒に仕事をしたり、現地の研究リソースを活用していきたいと願っていることは理解していただきたい。ODA 最前線に求められるタレントがあるのと同時に、研究の世界にも優れた特性とグッドウィルがあるのではないか。ODA 実施側にすべてを任せるとは思っていない。提言の中ではぜひ、日本国内のリサーチ機関がどれだけ実証研究に貢献できるのか、現地での研究活動にどの程度参加できるのか、先進国ばかりでなく途上国の研究者とどのようなネットワークがあって適時活用できる信頼関係などがあるのか、実施と実証の相互補完的な関係を作るためにはどのようなメカニズムが適切なのか、といったリサーチ機関同士の、そして、途上国をも巻き込んだ連携の可能性（ポテンシャル）について、ぜひフランクに提言していただければと思う。</p>	<p>う。良い外科医とは、手術だけをしているのではなく、論文を書き、自己を磨き、知識を共有し、後進を育てているのは周知のとおりである。これには、ご提案のとおり、研究機関の関与や途上国との共同研究を積極的に推進していく必要があると考える。</p>
<p>林 瑠子 (セネガル保健 予防省大臣官房)</p>	<p>1. プロジェクトは、「これまでになかったことを新たに試してみる」ものなので、技術協力型のものには、すぐに数値目標につながらないものも多くある。よくある「言い訳」か</p>	<p>1. 新しいプロジェクトと数値目標：確かに、アウトカムやインパクトといった最終的なゴールに近い指標で測定しにくい介入や政策があることは事実である。現在のスケールアップとパートナーシップの時代は、個別の小さ</p>

<p>技術顧問/JICA 専門員)</p>	<p>もしれないが。たとえば、日本が蚊帳を 20 万張供与した 2001 年頃のセネガルには、「蚊帳で寝ると人から笑われる、蚊帳は死人が寝るところだ」という、「文化障壁」があったが、今ではどんな田舎でもだれもが蚊帳をほしがらうようになった。これは、最初の供与が重要だったのではないが、でもその頃には数値で表せるような結果はすぐには出なかった。また、文化の変容をどう評価するかが、難しい。</p>	<p>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り、また、国の保健計画や援助協調から乖離した案件は、あまり意味がないと考える。しかしながら、このような測定しにくいとされていた介入や政策でも、最終的ゴールに近い指標を用いた例が増え、緊縮財政と援助協調の流れで効果のはっきり分かってきている介入に絞るといふ国際的な総意があり、そうした介入・政策の多くはアウトカムやインパクトが測定可能な場合がほとんどである。表 3: 保健・医療の質向上方法のエビデンスで引用しているコクランレビューの多くがランダム化比較試験であることを考えても、かなり研究の方法論が改善してきていることが分かる。</p>
<p>2. 死亡率低下なくして出生率低下なし (p12) とあるが、世界の潮流として、先進国の宗教団体の反発もあり、家族計画が表舞台から取り除かれた感がある。しかし、日本は、以前は家族計画についての国際協力も盛んであった(子供の腸管寄生虫駆除や子宮がん検診と連動した家族計画促進など)、やはり家族計画を復活させたい。</p>	<p>2. 家族計画について：ご意見ありがたく拝受する。</p>	
<p>3. 「マルチ」について、どこまでマルチといっているのかここでは不明だが、マルチに対する日本援助の流れが、今のところ現地では見えにくいので、東京レベルでマルチとの流れを整理することは非常に頼もしいことだと思う。また、たとえば WHO では、「援助」という切り口で情報共有がされているのか。特に、ジュネーブだけではなくアフリカ地域事務所などとの日本の連携が、あまりよく見えない。WHO アフリカ事務所の人で、TICAD はおろか、日本のアフリカ</p>	<p>3. マルチについて：文言を検討し改訂した。</p>	

	<p>に対する援助の話は何も知らない人にも出会うことがある。ただ、ドラフトでは、マルチが目指すべきところ、という姿勢があるような感じがするが、マルチはマルチとしての、官僚主義、意思決定が遅いなど改善すべき点も多く、国レベルの事務所では、現地の保健人材プールとしての役割が果たしていないのではないかとまでいう人もある。今後のマルチの改革、「革新的資金調達」もしくは「世界政府」化を見込んだ、日本の食い込み方、まさにそこがみんなが知恵を絞る必要があるところであろう。</p> <p>4. 「小額の成果のほとんど見えない案件を数多く行うことを見直し、我が国の比較優位を考慮し、質を重視した成果が見える案件を厳選し、集中投資せねばならない」PI3 には首をひねる。発展の神はディテールに宿る、資金消化能力不足の現地政府に対して、小回りのきく資金援助が可能なWHO などのドナーがうらやましいと思っている日本人は結構いるのではないか。また、以前 ODA 大綱などでも議論されていたが、国を選び集中するという方針も、アフリカなど国の数が多い所で、大使館や JICA のない国に多くの優良案件があるのを目の当たりにすると、いかながなものかと思う。さらに、アジアと比較してアフリカの資金援助に対するガバナンス不足は無視できないものがあり(つまり、財政支援をしてもお金が消滅してしまうことが少なからずある)、集中してすっからかんになり効果ゼロ、その挙句債務</p>
	<p>4. ぜひ、「多くの優良案件」を世界的に発信していただき、「足並みそろえて一緒に歩んでいけるよう少しずつ支援」の有効性を示していただければ、ありがたい。</p>

	<p>帳消になることを再び繰り返さないために、足並みそろえて一緒に歩んでいけるよう少しずつ支援するという方が妥当なのではないかと思う。</p> <p>5. グローバルヘルス戦略会議→民間コンサルのノウハウもかなりなものがあると思われる。また最近、東京にグローバルヘルスの多くの団体があることに驚いている(日本国際交流協会、日本医療政策機構など)。こうしたいろいろな組織の活動と、現場レベルとの交流があればよいと思う。それぞれが現場に人を出すのは難しいであろうから、やはりそこはJICAの果たす交流機能が重要なのではないか。</p> <p>6. 医療保険が比較優位とあるが、まさに医療保険制度、医療経済などの専門家にアフリカ医療経済の分析をしていただきたいと思う。今花盛りである。</p> <p>7. プレゼンスは、人がいれば自然と出てくるものだと思うが、アジアはともかく、今日本人でアフリカに出てこれる人材が少ないことが問題だろう。そのあたり、どういう解決策があるのか、特に仏語圏は、日本人人材が少ないので切っ掛けという選択もあるだろうが(事実セネガルにいてイギリスの影もありません。)どうしたものか。</p> <p>8. 5Sの効果に対するエビデンスがないのは調査がないからと、本文中にもあるが、エビデンスが出る前の段階、本当に汚い医療施設の掃除をすったところからはじめており、「伝統的」とされてはいるものの、2007年からの実</p>	<p>5. JICIEや日本医療政策機構は、それぞれ必死に資金をかき集め、マルチステークホルダーと積極的に連携し、知的貢献をしてきた。それゆえ、彼らは信用と convening power がある。「JICAの果たす交流機能」は、そこまでのインパクトを持ちえるだろうか？</p> <p>6. 今後は、そうした政策案件についての我が国のプレゼンスを示していくことが大切だと思う。</p> <p>7. ただそこにいればプレゼンスが自然と出てくるというのは、大いに疑問である。サブがなければ、形式的なネットワークで終わってしまうのではないか。特に、multi-stakeholder partnershipの時代では、なおさらではないだろうか。</p> <p>8. 質の高いエビデンスで証明されていない政策や介入だからと言って優先順位が低いとも限らないし、介入や政策の中では、質の高い根拠で証明はされなくとも、長い歴史を経て「常識」となったものもある。しかし、緊縮財政や国民に対する説明責任が明確化した現在、エビデンスにより効果が</p>
--	---	--

	<p>施のため、まだ、うまくエビデンスまで行き着いていないだけなのではないか？</p>	<p>証明されていない介入・政策を、効果が証明されているものより優先的に導入を決断する場合、幅広いマルチステークホルダーにおける客観的総意形成法など、別の形でその背景となる理由を示す必要があると考えられる。また、質の高いエビデンスで効果が証明されていないからと言って効果が無いわけではない、ほとんど質の高い研究がされていない場合は、新たな研究を行うことで証明される可能性もある。これらの研究はプロジェクトと抱き合わせで、プロジェクトの評価として行うことができ、プロジェクトの費用の一定割合を研究に割くという考え方もあるかもしれない。質の高いエビデンスで効果が証明されていないが、我が国の主要国際協力手法として学がっている課題は、早急に質の高い研究にて評価し、国際社会においても、国民に対する説明責任と云う意味においても、効果が証明されている他の政策や介入と同じ畑上に載せたうえで、我が国の比較優位性として進めていく必要があると思う。JICAにおける介入のパイロット段階で、クラスターランダム比較試験など質の高い研究デザインを組み込み、結果を積極的に英文で発信することで、研究と言っても、巨額の投資なく円滑に進めることができる。</p> <p>9. 我々はそのように考えている。</p> <p>10. 多くの非英語圏の各種機関においても、研究と実施機関は一体化しており、プロジェクト評価にも研究手法が必要とされ、また発信能力も必要とされると思う。中国からも最近は多くの英語論文が出ている。残念ながら知識の世界では英語で発表されなければほとんどメインストリームにはならず、それが現実である。</p> <p>11. 人的交流、特にハイレベルでの知的交流は今後ますます活発になってほし</p>
	<p>9. 日本は「政策後進国」なのか？「敗戦国」ではあるが。</p> <p>10. 日本の予防接種計画や蚊帳供与など、これまで無償で大いに貢献したことが過小評価されているのではないか。GAVIや世界基金の前の話だ。まさに「成果を発信する能力の欠如 p17」ということかもしれない人が、発信先が「英文専門誌」というのは疑問である。</p> <p>11. 研修のエビデンスなしとあるが、ただ、数値化できる効果</p>	

	<p>が少ないのではないか。改革は必要だが、現場では非常に効果が実感できる JICA 事業だと思う。また、アフリカだと、人々の目はヨーロッパのみに向いているが、日本に行って「人が変わったようになる」人の話もよく聞く。国際会議型にするなど、いろいろなアイデアもあると思うので、今後ぜひ議論していただきたい。</p>	<p>い。しかし、従来の我が国での地域レベルオフィサーの研修の有効性には大いに疑問を持っている。</p>
<p>日本リザルツ</p>	<p>2000 年の「沖縄 68 サミット」で日本が主となり提唱された「三大感染症への取り組み」が契機になり世界基金が創立され、HIV/AIDS、マラリア、結核の対策に大きな貢献をしている。日本も多額の国民の税金を世界基金に拠出しているが、その多額の貢献の割りに世界から注目されないのはどうか。ODA の中で、MDG6 分野、特に三大感染症でも我が国がどうして存在感を示すことができないのか。</p> <p>提言文 16 ページに記載された「政策後進国である我が国は、国際保健政策先進国（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」をすることができるとの利点がある」はまさにその通りである。提言文 17 ページ、4. 我が国の比較優位はどこにあるのか？ 提言文 6 ページ 3) 結核：下記の記事を是非追加していただきたい。</p> <p>WHO の報告によれば、三大感染症の中で、「結核」に関し、我が国は中蔓延国に位置付けられている。結核といえ、50 年前まではいわゆる「不治の病」であった。しかし、ストレプトマイシン、イソニアジド、リファンピシン、エタンブトール、ピラ</p>	<p>ご意見ありがたく拝受する。検討の上、必要に応じて改訂した。</p>

ジナミド（結核の第一選択薬）などの抗結核薬が登場して以来、その治療効果は99%に達するようになった。しかし、世界的に見ると、WHOの推計（2008年）では、結核の発病者は約900万人、結核による死者は年間180万人近くと報告されている。実に毎日5000人が結核で命を落としている計算になる。

最近問題視されているのは、薬が効かない耐性菌の出現である。WHOは、第一選択薬のうち少なくとも2剤が効かない多剤耐性結核菌（MDR-TB）、ほとんどの薬が効かない超多剤耐性結核菌（XDR-TB）がある。我が国の中で、治療薬として、大塚製薬（株）が多剤耐性結核症を対象にOPC-67683を臨床開発中（第ⅠⅠ相後期臨床試験）である。更に（財）微生物化学研究会は、カブラザマイシンを化学修飾したOPZEN-45を開発し、超多剤耐性結核症に対する治療薬として開発を開始している。また、診断薬の分野では栄研化学（株）がLAMP法による結核菌の迅速検査法を開発中である。結核分野も効果的な診断法や治療薬が開発されることにより根本的な解決に繋がる。この様な研究開発を世界に先駆け、我が国の企業が進めていることは「我が国の比較優位」に大きく資するものであり、積極的な支援、後援や宣伝活動を通して世界に対してプレゼンスを高めることになる。同様にマラリア予防に多大な貢献をしている住友化学（株）の「防虫蚊帳」の宣伝活動も我が国のプレゼンスを高めることになる。結局、我が国が実際に貢献している事実を声大に、支援、後援や宣伝する活動は予算も少なく効果の期待で

<p>麻生 信一 (外務省・ 地球規模課題総 括課企画官)</p>	<p>きる ODA 保健活動の戦略の一つではないか。</p> <p>1. 個々の（プロジェクト型）支援とインパクトの因果関係を説明することは難しく、やはり地域単位、プログラム単位での指標設定が必要で、そのためには、マルチの中に入っていく必要があるだろう（プログラム丸抱えの大規模援助ができればよいが）。提言にあるように、比較優位を特定した上でマルチの中で存在感を示し、リーダーシップを取って行くには、現地でもマルチの中に入れていく必要がある、それを円滑にする手立てについて踏み込んでみることは必要と思う。例えば、IHP+などの枠組みに署名しないうまでも、Entry fee として幾ばくかの財政的貢献を求められ、これを払えないがために結果としてドナーコミュニティとの意思疎通がうまくいなくなるケースがある。IHP+について米国も署名してはいいないが、現地で参加している例もあり、また「水と衛生」分野に関しては、SWAP のファンドではないが、コアとなるアフリカの G/P 機関への支援を行うことでドナー調整グループに参加しているなどの例もある。</p> <p>一般財政支援まで踏み込むことは資金が無駄になる危険性が高いので、いかなるものかと思うが、単一のプロジェクトではなくプログラムとして取り組む場合、他のドナーとの関係がどうしても出てきて、結果としてセクター別にある一定の財政支援的要素が不可欠になってくる状況は避けら</p>	<p>1. 意見のとおり budget support なしでも参加できなければ意味はない。そうした意味でも、GFAIM/GAVI/MB のブラットフォームは我が国にとってもやりやすい物ではないか。マルチの資金枠を少し増やすとともに、パイを介した in-kind contribution（国家 HSS 計画の中で日本は機材や施設や薬をやるなど）で、ある程度の主導権とプレゼンスを示すことは可能である。いづれにしても、マルチ（multi-stakeholder partnership）の場にパイの JICA が出ていかなければならない。Budget support に関しては、シアトルグループによるランセット掲載の development assistance for health についての分析でもあったが、一般財政支援に使用された保健援助資金は実際には非常に小さい。したがって、一般財政支援が援助協調でリーダーシップをとるために必須かどうかは疑問である。また、一般財政支援を行うためには、援助側に強力な戦略形成能力と、ファシリテーション能力、的確な situation analysis が必要で、このようなトップダウン方式の政策アドバイスは残念ながら我が国は得意とはいえない。我々は、IHP など欧州諸国のレトリックによりこのあたりを刷り込みされているのではないか。また、周知のとおり、sector-wide approaches, poverty-reduction strategies や universal access to HIV/AIDS care などの有効性についてのエビデンスは極めて限られている。やはり、参加代としての資金云々よりも（もちろんあるにこしたことはないが）、効果のある案件をスケールアップするための具体的戦略とルール作りにおける専門性とリーダーシップと、パイを介した in-kind contribution の方が、ドナー協調における主導権を取れるのではないか。</p>
---	---	---