

(出典：文献(24(World Health Organization, 2000 #678, 25)を改変)

最後に、**具体的な成果を世界標準の評価指標で示す**ことができなければ、結局独りよがりの援助になりがちであり、それでは我が国の求める「顔の見える」援助になりえない(図11)。成果とは、具体的には、アウトカム(保健介入有効カバー率の変化)やインパクト(死亡率や罹患率の低下)のことである。もちろん、インパクトである小児や妊産婦死亡率の変化が究極の評価指標ではあるが、世帯調査や測定の容易さや時系列変化の観点から、現在では効果の証明された保健介入のカバー率が、モニタリングと評価における最も重要なアウトカム指標と考えられている(24, 25, 54)。

これまでのわが国のODAでは、インプット(資金、人材、機材、など)やプロセス(TQMプロジェクト)などに焦点があてられ評価が行われていた。しかし、それらは目的ではなく、インプットやプロセスを用いて、成果(アウトカムやインパクト)を最大限にすることこそ肝心であろう。むしろ、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、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、国の保健計画や援助協調からかい離した案件はほとんど意味がない。しかし、**MBB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、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(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(54)、その中で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べき**であろう。

また、モニタリングと評価を適切に行うためには、ベースラインの測定を含め、JICAが従来行ってきたような施設における保健情報システム(HMIS)の強化だけではなく、人口レベルでの保健情報システム強化を行う必要がある。特に、**保健情報の基礎ともなる人口動態統計の整備やMDG指標の定期的計測のための世帯調査(DHSやMICSなど)の多国間共同実施などは最優先事項**である(23)。これらは、セクター横断的な案件のために我が国ODAではほとんど実施されてこなかったが、今まさに世界的なトピックである。実際、現在、世界基金、GAVIアライアンス、世界銀行による保健システム強化のための共通プラットフォームが提唱されているが(51)、このプラットフォームがこれまでの援助協調と最も異なる点は、モニタリングと評価を最重視している点である。これにより、MBBなどを用いた国家計画、インパクト評価やresults-based fundingをより効果的にかつ適切に行うことができる。

むしろ、政治案件や理不尽な案件も過去にはあったであろうが、それを行っている余裕はないのが、現在の保健ODAの実情である。アウトカム志向の案件形成とアウトカム指標による厳格なモニタリングを行うことで、そうした無駄も排除されていくことであろう。また、効率化を推進し無駄を排除すると同時に、MDGを達成するために依然として存在する巨額の資金ギャップに対応し(55)、multi-stakeholder partnershipsに積極的に貢献していくためには、**限られたパイを増やす必要があり、ODA全体の中での保健セクターの割合(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ことを踏まえ、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ことが、現状では最優先である。

一方、革新的資金調達メカニズムは、地球温暖化対策、開発全般においても議論されており、グローバルヘルス領域でも、IHP+を軸とするハイレベル・タスクフォース(51)、WHOの薬品の研究開発における知的所有権の議論から発した研究開発における財源のための専門家会合(57)の2つがあり、今後、これらの主導権争いも予想される。我が国が、**革新的資金調達にどのように関与していくかの具体的な議論と戦略が必要**である。しかし、世界的にも実現可能な選択肢は限られており（連帯税、航空券課税、たばこ税の目的税化、通貨取引税、国債発行によるODA前倒し、自発的貢献など）、このうち我が国が比較的容易に実施可能なものは、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であろう。

もちろん、我が国の税制を含め、極めてデリケートな政治経済的配慮も必要である。しかし、新たな資金調達メカニズムは、やるかやらないか、という選択ではなく、いずれその導入は避けられないのだから、いつどのように行うかという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。わが国NGOも、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かなければ、先細りするODAとともに衰退の一途をたどるであろう。国民の積極的参加を促進し、広く浅くある程度の規模の資金を収集するためには、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必要である。

#### 4.4 イノベーションとビジネスモデルの積極的活用

4番目に、先進国の発展段階モデルを直接途上国に適応できないことは文化人類学の常識であるが、急速なグローバル化の中、そうした**旧式な援助モデルを凌駕するようなイノベーション**が今後グローバルヘルス領域でも急速に活用される可能性が高い(58)。予防的介入においても、例えば、下痢に対するロタウイルスワクチンや肺炎球菌ワクチンなどの極めて有効な介入が導入されつつあるし、また、コールドチェーンを必要としないワクチン開発や従来の地域における介入においても、安価な最新テクノロジーやビジネスモデルによるマネジメント手法を用いた革新的なアプローチがゲイツ財団や国際NGOsを中心に導入され、効果をあげ始めている(59)。例えば、バングラデシュでは、医師の不足している村の住民に検査キットを配布し、検査データを携帯電話を用いて送付することで、医師

不足地域の住民の健康状態把握と医師などの診断・治療の必要性の有無を判断している。この案件は、最新テクノロジーを用いた住民の健康促進と医療の効率化の良い例であり、我が国が逆に途上国から学ぶことのできるモデルである。こうしたテクノロジーやイノベーションの活用は、単純に人道的・道義的理由からの支援のみではなく、もちろん将来のマーケットや被援助国の囲い込みを含めた、極めて現実的な対応でもある(60)。

我が国の技術力が大いに活用できる分野でありながらも、保健 ODA ではそれらの活用が極めて限られているのが現状である。これは、わが国にとって大きな損失であると言わざるを得ない。我が国のグローバルヘルス業界が、極めて閉じた特殊な状況にあること、そして、グローバルヘルス自体が国内的に認知されていないことと、無関係ではない。

例えば、WHO の専門家委員会に招待されるのは、いわゆる「国際保健」の専門家ではない。多くの場合、その分野の世界的権威であり、加盟各国の国内的には新生児対策、結核対策、あるいは、メタボ対策などの第一人者である場合が多い。しかし、我が国の国際保健分野は、途上国の現場は語れるが、国内的に各専門分野での最先端を走る専門家は極めて少ない。ましてや、新たなイノベーションやテクノロジーの活用、ビジネスモデルの利用という分野への造詣は乏しい。

しかし、これは、国内にそうした人材がいないからである、というのが通説になっているが、こうした議論に我々は必ずしも与しない。なぜならば、普段は国内で、例えば世界一の新児ケアを提供している我が国の新生児専門家の知識は、MDG4 戦略形成に大きな力となるであろう。途上国とは全く縁がなく現場に直接出向くことのない企業に優れたモデルがあれば、それを現場に活用し、結果を示せば、双方にとってまさに win-win の状況を作ることができるであろう。我が国 ODA の研修はともすると、途上国の中央や地方政府の役人への研修(特に、我が国への視察を兼ねた研修)を主に行ってきたために、その対応も政府機関が主な役割を占めてきたが、そうした研修の効果に関するエビデンスは乏しい。今後は、民間や現場、あるいは政治家を含めたあらゆるレベルでの底上げを図るべきであり、我が国の革新や変革が最も起こっている分野との連携は相互に大きな便益をもたらす可能性が高い。これらの潜在的な人材の活用と実践の場を形成することは、外務省のみで行いうるものでもなく、横断的な機能を持つ枠組みが必要とされる。

我が国でも一般の開発や環境・農業関係 ODA ではこうした議論が進んでいるが、保健分野では極めて遅れていると言わざるを得ない。こうした状況を打破し、戦略的に ODA を民間のイノベーションとリンクさせる方向性が、今保健外交全般に求められている。**国内の専門家集団の積極的参画が進み、広くグローバルヘルスの必要性と国益が国民に認知されて初めて、我が国の保健 ODA は確固としたものとなる**であろう。

#### 4.5 国内外の保健政策の一貫性

最後に、健康リスクのボーダレス化により、**国内外の保健政策の一貫性とオールジャパンとしての官民連携**が、ますます求められていることが挙げられる。そもそも「グローバ

ルヘルス」というコンセプトが出てきた背景は、21世紀型パワー・ポリティックス(61)、すなわち、国際社会共通の課題を解決する能力が、軍事・経済力と同等な外交上の武器になりうるものが、ヘルスという分野で具現化したことと無関係ではない。実際、グローバルヘルスに用いるツールや理論は、多くの場合、国内外共通のものである(62)。その格好の例はパンデミックインフルエンザ対策である。今回のH1N1対策とその後のワクチン供給に対する一連の混乱と騒動は、今後の我が国の国内外保健案件に対する意思決定過程を含め、極めて多くの教訓を残している。

また、保健関連MDG以外の疾病負担の急激な増加による健康転換が進展しており、特に、途上国を中心に生活習慣病対策の重要性が指摘されている。既に米国と欧州が中心となり、インドと中国という莫大な人口を抱えた国を巻き込み、研究開発、薬剤治験や将来の市場をも視野に入れた「慢性疾患コンソーシアム」が立ちあげられている(63)。これらは、我が国の将来の国益に直結する案件である。政権与党によって提唱されている経済成長戦略の中の重点分野には、環境・エネルギーとともに保健医療が挙げられており<sup>10</sup>、こうした観点からもODAに占める保健セクターの割合を現行の3%から最低でも10%(近い将来の我が国の医療費の対GDP比)にまで増加させることは、極めて正当化されることである。

こうした中で、我が国の国内外にかかわる共通案件における保健政策・策定機能は皆無に等しい。それは、官僚中心の意思決定メカニズムに制度疲労が起きていることと、官僚以外には我が国にはいわゆる「保健政策人材」が圧倒的に不足していること、が大きな理由だと言われている。もちろんUSAIDのように、保健部門の半数以上のスタッフが博士号を持つ必要もないが、要は、我が国の保健戦略策定は、真の国際的プロフェッショナルが参画していないことが、もっとも大きな問題である。これは、我が国がmulti-stakeholder partnershipsでルール作りに実際に参画する機会に乏しく(国際機関幹部の不足)、情報も集まらず、新たな人材も育たない、という悪循環に陥っていることとも無縁ではない。最低限修士号を持つ専門性の高い職員を保健ODAの実戦部隊であるJICAに配属し、国際機関やmulti-stakeholder partnershipsの現場に積極的に参画させるとともに、博士号の取得も考慮に入れて、国際標準のグローバルヘルスのプロフェッショナルを養成する必要がある。

しかし、逆に考えれば、**政策後進国である我が国は、国際保健政策政先進国(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利点がある**のではないか。実際、我が国は、明治以来、世界の良いとこどりをし、それを改良し世界にフィードバックしながら発展をしてきたのではなかったのではないだろうか。保健ODAにおいては、「我が国独自の・我が国で使われてきた」介入が好まれる傾向が一般にあるが、そうした情緒的議論では、独りよがりの援助に陥るのが関の山である。

例えば、洞爺G8サミット前後の活動において、とくにトラック2として機能した「国際

<sup>10</sup> 「新成長戦略～輝きのある日本へ～」2009年12月30日  
(<http://www.dpj.or.jp/news/files/1230sinseichousenryaku.pdf>)

保健の課題と日本の貢献」研究委員会（いわゆる武見WG）は、あらゆるステークホルダーがそれぞれの長所を生かし、各ステークホルダーの利益相反を極力排し、オールジャパンとしての戦略形成を我が国のグローバルヘルス分野で行った初めての例であると言えよう。この成功の鍵は、ひとえに、強いリーダーシップと調整能力のもとに、戦略的に国内外の一流の専門家を動員し、さらには、ランセット誌を用いた情報発信を行ったことに尽きる。これにより、我が国のG8での活動は、最近のランセット誌でも再評価がなされた(64)。外交当局は、今後もトラック2のアプローチのさらなる活用を積極的にサポートすべきである。もっとも、その後形成されたIHP+の革新的資源創出に関するハイレベル・タスクフォースの保健システムにおける制約に関するレポートでは、洞爺湖G8フォローアップにおける提言の良いとこどりが行われており(55)、それが自分たちのビジョンであるかのように発表するところは<sup>11</sup>、さすがしたたかな英国であると言わざるを得ない。

英国との比較をすると、我が国のグローバルヘルス政策戦略形成において決定的に欠けていることは、2つある。まず、**戦略形成過程が極めて不透明であり、関係者の利益相反に関する条項も不明**である。真のプロフェッショナルが参加し透明性を高めるためには、国内各分野の世界的権威を招集すること、世界の潮流をつかみ multi-stakeholder partnershipsでのリーダーシップをとるために国外の専門家による国際アドバイザリーパネルを設置すること、そして、戦略形成過程の議事録をすべて公開すること、の3点が必要である。また、関係者の利益相反を防止することは、世界的には専門家会合に関わる場合の必須条件である。実際、一部の有識者の提示した戦略が自分の関わる団体の利益に直結することが指摘されたために、我が国のODA有識者会議が停止されたこともある。

第2に、**成果を発信する能力の欠如**である。情報化社会の現在、成果を定量的に世界に発信しなければ、成果は世界的には評価されない。特に、インパクトの高い英文専門誌への発表は、我が国のグローバルヘルスのプレゼンスを高めるのに最も費用対効果の高い方策である。残念ながら、我が国のグローバルヘルスにおけるこうした学際的活動は極めて限られている。例えば、国際医療協力研究委託費は平成20年度で約20億円以上あったが、22の研究班のうち、実に15班が国立国際医療センター医療協力局の職員が研究主任となり使用されている。その他の7班でも、分担研究者は国立国際医療センター医療協力局が多い。その成果はHPに公表されているが<sup>12</sup>、国際一流誌に掲載された研究はほとんどなく、その多くがレポートの域を出ていない。

これでは、我が国が戦略的知的貢献をできないのは明らかである。グローバルヘルス関連の公的研究費も競争的かつ公正な方法で配分されなければ、到底質の高い研究も多く出てくることはなく、次世代の若き研究者に機会が与えられることもない。こうした状況を

<sup>11</sup> 2009年10月、ロンドンにおける革新的資源創出に関するハイレベル・タスクフォースの最終会議では、IHP+のこうした発言に対して、WHO側から、「HSSの流れは、WHOのヘルスシステム・PHC議論、日本の洞爺湖G8におけるHSS推進に対するリーダーシップが、その背景にあることを忘れてはならない」、旨の発言があった。

<sup>12</sup> 平成20年度厚生労働省国際医療研究委託費研究報告書  
(<http://www.imci.go.jp/kyokuhp/newitakuhihp/h20/h20.html>)

変えていくためにも、ODA活動を戦略的に活用したい。例えば、ケニアの代表的研究施設であるKEMRIの例をとると、我が国が建物を建て、その後米国CDCによるエイズ研究や英国DFIDやウエルカムトラストによる熱帯病研究が行われ、その成果は一流雑誌に発表され、その後の保健介入の潮流を形成し、大変大きな成果を上げてきた。こうしたサイクルを、我が国保健ODAにおいても形成することは可能ではないであろうか。

他の国の政策の良いとこどりと同時に、我が国がリーダーシップをとることができるように、ODAを通して、中堅の有用な人材（政治家、官僚、学者、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とともに、そうした人材がグローバルヘルスに対する戦略的かつ実践的な政策研究を行うことができる環境を整備することも重要である。そのためには、我々学者も、官民関連機関と高等教育機関の連携を促進し、高等教育機関の学術的プログラム内容をも時代の流れに沿ったものとしていかねばならない。

上記、5つの潮流を鑑みると、**multi-stakeholder partnershipsにおけるドナー協調への積極的参画、成果の見える厳選した案件への投資によるプレゼンスの確保、オールジャパンとしての官民双方の共同作業による透明性が高くイノベーションを活用した効果的な保健戦略形成過程の確立、既存の国内専門家の積極的登用と育成、国内外でのマーケティング戦略**を柱とした、具体的かつ大胆な施策の実施に、我が国保健ODA・保健外交の将来はかかっているといえよう。

#### 4. 我が国の比較優位はどこにあるか？

##### 4.1 比較優位性を論じるための2つの視点

今後の国際保健協力において我が国の比較優位性を検討する際、主に二つの視点が考えられる。ひとつは現在までの我が国の国際保健協力において比較的実績を残してきた分野や方法を念頭に置く視点と、もうひとつは我が国国内の保健医療の各分野の中で、主要ドナー国に比べて優位な分野や方法に念頭をおく視点である<sup>13</sup>。

第一の視点においてよく指摘されているのが、「人材育成」である。我が国の政府開発援助においてさまざまな形での研修や教育機会が提供され、きめ細かな人材育成が推進されてきたとされている。しかし、国際機関等における我が国の人材、とくに上級職員の少なさやmulti-stakeholder partnershipsでのルール作りで活躍する人材の不足を勘案すると、政策人材の育成はわが国の喫緊の課題である。**我が国は、地域や施設での人材育成に優位性があると考えられているが、それを示すエビデンスはない。**ODAにおける「人材育成は我が国の強み」という分析は、ほとんどが提供側の我が国の研究者による主観的評価によるものが多く、客観的・科学的評価とはいえない。また我が国の人材育成プログラムの多くが、途上国の保健医療専門家の短期研修と言う形を取っており、その効果に関しては疑問

<sup>13</sup> もうひとつは、要請主義(demand-driven)と我が国のモダリティとスキームの豊富さである。これは裏を返せば、現地の真のニーズとかい離した案件形成や煩雑さの元凶ではあるが、わが国ODAは、使用方法によっては効果的に異なる資金還流方法の間でレバレッジを利かせる手段になると考える。

視する声も多い(65)。

一方、教育やトレーニングの効果の評価手法は、実際には保健介入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、実際に可能である。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、留意したい。上述したように、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り、それは 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になる。

パリ宣言以降、世界のドナー国や組織・機関が、同じプラットフォームで援助を推進していくこと、その際、効果が明確に証明された介入を中心に協調して取り組むことが約束事となっているが、根拠に基づく手法、共通の指標という世界標準の枠組みの中で、比較優位性を検討する必要がある。効果の証明されていない介入・手法の中で今後日本のフラッグシップとして残すべきものは、質の高い研究でその効果証明することで上記枠組みの中で我が国の優位性として存在感を示し、そうでないものは整理していく必要がある。国際保健協力に関して大きく世界の潮流が変化している現在、相手国の健康向上にとって真に効果があり、我が国の世界における地位向上にも効果がある今後の国際保健協力のあり方を検討するために、国内の保健医療分野における比較優位性の客観的評価に基づいた戦略の抜本的な見直しが必要である。

#### 4.2 保健関連 MDG における我が国の比較優位性

保健関連 MDG における、我が国と他のドナー国との比較から、我が国の保健医療分野における比較優位性を検討する。主要ドナー国として、米国、英国、仏国、独国、スウェーデンを選び比較した。

我が国は、これら**主要ドナー国の中で、対 GDP 比の総医療費が最も低いにもかかわらず、保健アウトカム・インパクト指標の平均寿命や健康平均寿命では世界一位となっている**(66)。また、**日本の新生児死亡率および早期新生児死亡率は主要ドナー国の中で最も低い**が、1歳から4歳の間の幼児死亡率は最も高い。妊産婦死亡率は主要ドナー国の中では中間に位置する。麻疹の罹患率は人口10万人当たり61で、主要ドナー国が軒並み一桁以下であることを勘案すると、非常に高いレベルにある。MDG6 関連では、結核の罹患率が人口10万人あたり29で、これも主要ドナー国に比べて非常に高い。<sup>14</sup>

妊産婦死亡率と新生児死亡率、麻疹発症率と幼児死亡率は、大まかに言うとそれぞれ施設における医療サービス、地域における保健サービスを反映する。妊産婦死亡も新生児死亡も、ほとんどが分娩中に発生するため、とくに早期新生児死亡率は施設における保健医療のレベルを反映する。一方で、麻疹の発症は予防接種のカバー率を反映し、幼児の死亡

<sup>14</sup> 我が国において麻疹・結核の有病率や幼児死亡率が高いのは、研究や有病率調査といった側面では一定の政策が施行し得てはいるものの、予防的あるいは公衆衛生介入としての浸透度が低いことが理由である。

率は救急医療連携システムと事故予防を反映し、いずれでも地域における保健サービスを反映する。

我が国の保健医療制度において特筆すべきは、1961年に達成された国民皆保険制度である。その特徴は、社会保険制度を取っているにもかかわらず税収制を取る英国やカナダに近く100%近いカバー率を誇るだけでなく、さまざまな補助金制度による補完に支えながらも、利用者負担と診療報酬制度の微調整を行うことで保険財政全体を低く抑え、高効率な運用を実現し、医療へのアクセスに関しては世界に誇るべき実績をあげている。その半面、医療の質や医療資源の地域偏在などの問題が顕在化してきている(67)。しかし、皆保険制度は現在グローバルヘルスの大きなテーマであり、我が国の皆保険制度、介護保険制度、医療費抑制政策と医療の質に関する知見は、世界の保健システム関係者から注目を浴びている。しかし、現在のそうした知見を系統的に発信するノウハウはなく、現在予定されているランセット日本特集号は、まさにこうした点を実証的に世界に発信することを目指している。

戦後GHQの指導により整備された保健行政システムでは、当初脆弱だった市町村(地域)レベルの保健システムを勘案して、結核対策を根幹とした「保健所」が都道府県の下におかれ、疾病対策を中心に保健システム強化が行われ効果を上げたが、現在では都道府県と保健所を軸とする保健行政システムと、市町村を軸とする保健行政システムに断片化されているため、介入の浸透や協調の点で問題点も指摘されている(68)。我が国が、世界最長の平均寿命や世界最低の新生児死亡率や乳児死亡率を実現した背景には、経済成長や平等性の比較的高い社会、高識字・教育率といった社会的素因を除けば、医学において先進的な研究や新しい知見の創生は限られていても、その知見をいち早く応用した、医療現場における工夫と不断の努力があるといえよう。

たとえば、MDG4・5分野において現在最も焦点が置かれている、妊産婦と新生児の医療について言えば、**我が国の周産期医療界は新生児死亡対策だけではなく、多くのドナー国で到達不能となっている早産児や低出生体重児の救命でも世界で最も進んでいる**。特に施設を中心とした母と新生児のケアなど、人工呼吸器やサーファクタント(未熟児の呼吸機能の改善に用いる薬剤)をはじめとする新薬が開発される以前から急速に進歩してきた本邦の周産期医療に見られる関係者の経験と人材プールは我が国の大きな比較優位性である。

本来、相手国の状況に合わせ、地域重視の支援か、施設重視の支援かが変わる。自宅分娩が多い、あるいはSBAの浸透していない地域では、施設の強化も行いながら地域重視となり、その際には地域と施設を結ぶレファラル・アウトリーチ・地域連携も重要となる。他方、比較的このような基盤サービスが整っておれば、施設中心となるのが原則である。しかしながら、我が国の戦後の保健医療政策上の発展の土台は、地域というよりは国民皆保険制度を追い風とした施設サービスの拡充・浸透にあった。さらに、施設強化と言っても、首都の三次医療あるいは保健施設強化ではなく、1次および2次レベルの施設強化によってその担当地域の地域サービスに目を行き渡らせ、施設を基盤としながら技術レベルに



応じて地域と施設のバランスを変更し、施設を中心とした地域との連携サービスを強化することも可能となっている。公的施設への不信感が強い地域では、施設を魅力的に改善することでアクセスも変化する。

実際、日本はこれまで無償・有償で1次-3次医療施設の「箱物」・「ハード」を提供し、技術協力で医師・看護師などの技術・管理能力強化を支援してきた。こうしたソフト面を軽視したインフラ中心の援助傾向に対する批判により、1990年代からはこれを地域展開・地域型介入に代えてきた。しかし、未だに施設中心介入は、他のドナーに比べると日本の比較優位があると考えられる。「箱物」はすべて悪とみなすことは、エビデンスに基づかない全くの誤解であり、事実、革新資金調達のためのハイレベル・タスクフォースによる試算では、**MDGs 達成のための保健システム強化のために必要なコストの約3分の1は施設などのインフラ整備によるもの**である(51)。TICAD IVのフォローアップとして、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、レファラル機能を向上させる方針が打ち出されているが、上記に沿った援助の形として、集中的に地域を限定して投資することで、大きな改善を見込める可能性がある。**TICAD IVのフォローアップに追加して、どのようなアウトカムを目標とするのかという点を新ODA戦略で打ち出すことは、施設に関するコミットメントを、世界的によりインパクトのあるものにしていく大変有効な施策である。**

他方、MDG6、特に三大感染症分野においては、わが国も設立当初より積極的に参画している世界基金が最もインパクトのある活動を行っており、この分野におけるパイの比較優位性は（米国のPEPFARなどを除き）極めて乏しい。特に、現在JICAが積極的に行っているアフリカでのVCTをはじめとしたエイズ予防のための行動変容は、その効果のエビデンスに乏しく、再考を要する。実際、効果をあげているのは、世界基金を筆頭としたmulti-stakeholder partnershipsにおける効果的介入のスケールアップであり（ARVs、DOTSやITNs）、我が国も世界基金などを通して、今後も積極的に対応していくことがより効率的である。それでは、我が国はmulti-stakeholder partnershipsの中で、どのようにして比較優位性を生かし存在感を示すことができるのであろうか。

それは、パイを効果的に利用し、multi-stakeholder partnershipsとの相乗効果を得るような案件を行うことである。たとえば、カンボジアの結核対策が良い例である。DOTSの効果を知るためには、従来のWHOのモデルによる推計ではなく(69)、代表的なサンプルによる結核の有病率の世帯調査が最も信頼性が高いが、時間と資金がかかるために、国レベルではなかなか定着しない。我が国のパイはカンボジアでの結核対策には欠かせない存在となり、日本の結核研究所とJICAの尽力のもと、2002年に第一回目の結核有病率世帯調査を行い、非常に付加価値の高いデータを提供した(70)。このデータは、世界基金のインパクト評価をはじめ、各種評価においてもベースライン・データとして常に参照されている。2010年に予定される、第2回目の結核有病率世帯調査では、さらに世界基金やその他の

multi-stakeholder partnerships やバイも巻き込み、本邦がリーダーシップをとることが期待されている。そして、結核研究所と JICA の名において、世界的一流雑誌にその成果が載れば、KEMRI における失敗<sup>15</sup>を挽回できるであろう。

このように、**バイによる MDG6 における保健介入自体は、PEPFAR のような巨額の資金がなければ、大きなインパクトを与えることはできない。**しかし、国と multi-stakeholder partnerships にとって公共財となるような案件（モニタリング）、保健介入のスケールアップに欠かせない案件（人材育成や TQM）を、バイを通して行うことは、我が国の比較優位を積極的に活用できる戦略となりうる。

民間にはさらに大きな可能性がある。栄研化学の結核迅速診断システム開発や住友化学のオリセットネット（防虫蚊帳）をはじめとした技術イノベーション、さらには、多くの病院で採用されている IT の技術を駆使した備品や製薬の在庫管理システムや、カテーテルなどの医療機器の開発も、我が国の中小企業における技術力の高さに裏打ちされて、大きな優位性を持つ分野であり、民間の力を利用しうるところでもある<sup>16</sup>。

このように検討していくと、保健関連 MDG や保健システム強化と結びつけられる我が国の比較優位性は、以下のような分野と考えられる：

1. **施設ベースの周産期医療**
2. **モニタリングのためのデータ収集**
3. **地域・施設における人材育成**
4. **IT システムによる在庫管理**
5. **安価で効果的な医療機器や診断手法の開発**
6. **社会保険制度の構築（他国への技術移転は時期早尚）**

我が国の比較優位性が高い分野では、現存する人材プールや知見を活用しながら資源を集約化して国際保健協力を行い、一方で、比較優位性が低い分野においても、分野を選んで人材育成を進める長期的視野が必要である。

<sup>15</sup> アフリカの医学生物学研究の代表的な存在である KEMRI は、わが国が JICA を通して巨額の資金を投入して研究施設を建造した。しかし、研究そのものは全く行わず、その後、米国 CDC や英国のウェルカムトラストなどのサポートによるエイズやマラリアなどの先駆的な研究が行われたため、おもな研究成果はほとんど欧米に持って行かれた。

<sup>16</sup> 我が国では、治療薬として、大塚製薬（株）が多剤耐性結核（MDR-TB）を対象に薬剤を臨床開発し、現在第 II 相後期臨床試験中である。更に（財）微生物化学研究会は、超多剤耐性結核症に対する治療薬の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。このよう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。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」の宣伝活動は我が国のプレゼンスを高めることに貢献したが、わが国にはこうした事例はほかにも多いであろう。我が国が実際に貢献している成果を広め、支援、後援や宣伝する活動は、学術的貢献とともに費用効果の高い ODA 保健活動の戦略の一つであるといえる。

## 新 ODA 保健戦略に向けた 5 つの提言

### 1. 選択と集中 : multi-stakeholder partnerships におけるドナー協調への積極的参画とパイでの成果の見える厳選した案件への投資によるプレゼンスの確保

優先国において、保健システム強化の制約となる要因に関する分析とエビデンスに基づく対策の検討を、標準的ツール (MBB) を用いて国家保健計画策定を行い、パイと multi-stakeholder partnerships の枠組みでのシナジー効果を得られるような国別戦略を形成する。**強いパイは、multi-stakeholder partnerships においても主導権を発揮する上で極めて有効である。それと同時に、multi-stakeholder partnerships へのコミットメントは、パイを強化こそすれ、決して足かせになることはない。**

特に、我が国が洞爺湖 G8 とそのフォローアップ活動で提唱してきた保健システム強化 (HSS) については、より具体的かつ成果の見える案件形成に関わっていく必要がある。現在、HSS という名のもとに成果の见えない案件が増えている印象があるが、HSS は、**" Health Service Solutions "**であることを忘れてはならない。村や地域の医療施設に行っても保健サービスがないことが根本的問題である。そのための解決策を、multi-stakeholder partnerships の流れとリンクさせながら、パイにおけるスキームと我が国の比較優位 (施設ベースの周産期・新生児医療、モニタリングと評価、人材育成、医薬品・医療機器の在庫管理システム、安価で効果的な医療機器の開発) を考慮に入れつつ、国や地域別により具体的に案件を提示していくことこそが、今後の我が国のグローバルヘルス戦略の大きな鍵となるであろう。そして、multi-stakeholder partnerships では、保健システム強化・コンプラットフォームや国別の援助協調の戦略形成過程より参画し、我が国が比較優位性を発揮できる案件についての積極的貢献を行うことが最も効果的である。これらに鑑みると、保健関連 MDG に関わる介入では、一般的に我が国が今後優先的に行うべき介入としては、以下が挙げられる:

- 母子保健領域では、「施設ベースの産科・新生児管理」と「新生児以降の介入のスケールアップ」に焦点を絞る。わが国がパイで力を発揮しうる**保健施設整備、器材供与、必須医薬品供与、トレーニングなどの介入パッケージを作成しておき、multi-stakeholder partnerships の HSS 中でプレゼンスを示す。**そこからの地域連携、医薬品マネジメント、人材育成、モニタリングと評価などを用いて他のドナーによる活動とのシナジー効果を得る。これは、我が国が地域における介入を放棄するべきだというわけではない。効果的な地域介入プログラムを保持する他のパートナーと連携して、我が国が施設を中心としたアプローチでまずは存在とインパクトを示し、さらに、国によっては、現在最も遅れている「地域」と「施設」をつなぎ「施設中心」につなげていく transition 戦略(レファラル、アウトリーチ、地域連携)において主導

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、バイにおいて、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。

むしろ、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着けさせる**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](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, Tumbahangphe 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'aqueel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Miguel Beliz 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.