

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
Artisunate Combination Treatment (ACT)	67	Malaria
Management of complicated malaria with second line drugs	67	Malaria

査証者	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おらず、先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、個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、可能な場合は、比較的規模の大きい個別案件はアウトカム（保健介入有効カバレッジの変化）、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、いずれもベネズエラ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、こうしたベネズエラを得るには、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 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お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も明らかである。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ので、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、本当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晴らしい。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的観点から、国家としてのオナーシップを迂回して現地に根差した NGO などに直接資金が行くスキームのほうがよほど効果的である。（しかし、アフガンなどをみると、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？援助協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？もちろんこうしようとした要因があるが、「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つつ行う予定である。すでに</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。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. MD66 に関しては、バイにおける比較優位性は極めて限られているため、バイの活動を 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、TRP 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行ってほしい。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が大きな問題であり、その中で保健専門家の関与する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環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>4. MD66 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、我が国のバ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、外務省のバ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>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ここに配置するのがベストか、正直に言って分らない。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>多久島 啓子 (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>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つたため改めた。</p>

<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件で、提言は有り難い。他方、ほぼ全員から「ほんとにできるのか？ 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、地域のカバラ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ラー率↑、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(保健介入有効カバラー率の変化)、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. 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>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>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、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。</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決定する場合、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と言っても必ずしも効果がないとは限らず、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言う意味においても、効果が証明されている他の政策や介入と同じ組上に載せたい。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、バ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言え。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が、これは、アジア・結核だった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>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が、これは、アジア・結核だった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>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）について、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>の整備は現在の大きなトピックである (PMA02010 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。それをドラステックに変えるためには、従来の意思</p>
--	--	---

<p>決定機構では難しいのではないかと、というのが我々の印象である。</p> <p>6. 指滴の通りである。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>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とと良い。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>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コンポーネントは、サービスデリバリーに関するキャピタルだった。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>8. 医療保険制度の人材をどうやって活かすか。国内の人材ブールはあるのだと思うが、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と。この分野は、JICA も未知の領域だと思ふ。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>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、その点も触れてあと受け止めやすいのではないかと。</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、世界的にシェアでできるものとはならない。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>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オ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>長岡 寛介 (外務省・ 専門機関室長)</p>	<p>1. アウトカム・インパクトの重視：本論文で繰り返す指摘されている、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と。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のは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。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いく介入に絞るといふ国際的な総意があり、こうした介入・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>まずは、ご指摘のとおりアウトカムを重視したマインドセットを ODA 関係者が共有することが大切であり、今回の保健 ODA 提言を通して、この方向性がますます共有されることを望む。</p> <p>現実的には、ご提案のように MBB などを利用して、個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（保健介入有効カバラー率の変化）、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</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. バイの支援の役割・位置づけ：我が国のバイの支援は、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、「バ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の、我が国の比較優位がある支援をバイで行い、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. バ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) 我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。</p>
--	---	--

	<p>ル子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アの方々と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インストーミ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りますが、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るべきだと考える。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、従来のサービス別、疾患別のアプローチと同じく、リソースの競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はいう危険がある。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ス・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いる「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、TOM 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>
--	--	---