

	<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る『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』という言説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ふ。システムの要素間の関係性を強化するための、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か。</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、どのような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れば、ありがたい。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う恐れがある。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、他の援助とのリスベクティブな関係を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こすのに対し(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つけ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&amp;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&amp;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こす」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こっているために、我々は危機感を抱いている。だからこそ、マル手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」「日本のこの経験で無ければだめ」というものが、真にマーケティング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らる。</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？</p> <p>JICA 保健部門はグローバルヘルスのアツプルになりえるのか？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「戦略形成パナールに国内外の有識者」などはコメン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とお考えか？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きました。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と。ODA 実施側にすべてを任せるとはならず、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、ぜひフラランクに提言していただければと願う。</p>	<p>う。良い外科医とは、手術だけをしてはいるだけではなく、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 玲子 (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」などという、「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るようになった。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>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し(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>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>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は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. 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：文言を検討し改訂した。</p>
---------------------------	--	---

	<p>に対する援助の話をも知らない人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しか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、質を重視した成果の見える案件を厳選し、集中投資せねばならない」P13 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)、集中してすつ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も、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、どういった解決策があるのか、特に仏語圏は、日本人人材が少ないので切っていく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、本場に汚い医療施設の掃除をするとい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. JCIIE 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. 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、どういった解決策があるのか、特に仏語圏は、日本人人材が少ないので切っていく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、本場に汚い医療施設の掃除をするとい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>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ないわけではなく、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。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、クラスタラ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>9. 我々はど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方法が必要とされ、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 事業だと思ふ。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、日本に行つて「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 G8 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：「下記の文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>

	<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。</p> <p>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、カプ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>
--	--

<p>麻妻 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それによい）。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っていく必要がある。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かなくなるケースがある。IHP+について米国も署名してはいないが、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 C/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. ご意見のとおり 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、GFIATM/GAVI/WB のプ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、バイを紹介した 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。いずれにしても、マルチ（multi-stakeholder partnership）の場合にバイの 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が、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の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、バイを紹介した 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>
---	--	---

	<p>れないとも思う（前にやっていた教育分野でも教員給与等      経常的経費支援が sustainability の観点からどうしても      無視できない等々）。</p> <p>2. 5 つの提言の 1 において選択と集中について母子保健を例      にとってマルチ分野での貢献について触れられているが、      先週ダボスでカナダのハーパー首相が演説して、ほとんど      G20 絡みの中に G8 としての取り組みで母子保健を取り上げ      ており、ムスコカサミットのプロセスでも中心議題となり      そうである。</p>	<p>2. 母子保健回帰の中、いかに効果的なインパクトを出せる、エビデンスに基      づいた提言を打ち出せるかに我が国の保健 ODA の今後 5 年はかかっている      といえよう。</p>
<p>金森サヤ子          (外務省・          地球規模課題総          括課)</p>	<p>1. Household survey や census, facility-based survey etc.          の知見が不足しているため、そのあたりを分かり易く記述          すべきではないか(例:DOTSの効果→household survey, 妊          産婦死亡→vital registration の必要性等)。</p> <p>2. 改訂版提言書 P29、「5. リーダーの育成」パラ「これには、          現在検討中である～」の、特に「10 万人育成」コミットメ          ントとのリンクの関係性が不明である。</p> <p>3. P14. バイ比較優位性の系統的検討：保健支援毎のアッセメ          ントマトリックスが役に立つのではないか。個人的には、          次期保健政策の中身に入れられるべきポイントは既に明白で、          それを体系的に visualize することで、より分かり易い叩</p>	<p>1. ご指摘のように、モニタリング手法について簡潔に追加した。</p> <p>2. 10 万に育成はあくまでのイン・サービス研修がメインのために、確かに政          策人材と結び付けられることは難しい。しかし、こうした関連する案件を有機          的に活用していくことも必要である。やはり、どのような人材を何のために          育てたいのか、そしてそのためのマイルストーンや達成指標はどうするの          か、という議論がなければ、今回の「10 万人育成」案件のように数合わせ          をしても、インパクトのある成果はほとんど出せないであろう。</p> <p>3. ご指摘の通り、比較優位性の議論には枠組みが必要であり、アセスメント          マトリックスは確かに役に立つ。ODA における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</p>

	<p>き台に仕上げられるのではないかと考える。</p> <p>4. 改訂版提言書 P.3 footnote2：コミットメントの名称は「1000 の保健施設の建設」ではなく、「1000 箇所の病院及び保健センターの改善」。</p> <p>5. 改訂版提言書 P.3 footnote2：「こうした施設強化を行い、その結果として何をアウトカムとして出すのかという視点が欠けている」は仰る通り。これを踏まえ、次にすべきは、現在のコミットメントの追加的要素として、具体的アウトカムを提示することにある。こうすることにより、上述のコミットメントを二度売りすることが可能となると考える。</p> <p>6. 改訂版提言書 P.6 5～6 行目「治療的介入の結果として～存在しない」：このパラドックスのロジックが難解。</p>	<p>キャパシティ、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）、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>4. ご指摘通り修正した。</p> <p>5. フットノート 2 は、次のように変更。「この 1000 箇所の病院及び保健センターの中には、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）も含まれ、それらに対しても建設・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である。こうした施設強化を、「NDG4 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、その結果として何をアウトカムとしてするのか」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ための大変有効な施策である。」</p> <p>6. 次のように改訂：「その一方で、ARVs の配布は大きな効果を上げ始めており、予防効果が限定的な中、治療効果が上がれば、HIV 感染者の平均余命は延長し、感染者数は増え続けていく可能性がある。さらに、治療的介入による HIV 感染者の生活の質が向上する一方、行動変容がなされないままであれば、危険な性行為が増加し、その結果 HIV 感染が増加する可能性がある。これに関する断定的なエビデンスは今のところ存在しないが、治療的介入</p>
--	--	---

	<p>7. 改訂版提言書 P.7 第一パラ最後「ゆえに、結核の DOTS 戦略は余地の余地があり～」: 前文迄で、再考の余地がある点については理解できるが、それが、以降の「施設ベースでの医療的介入」と「保健システム強化（こちらはまだまだわかる）」との接点になりうる、と切り切るロジックについて要説明。もうワンステップ説明すべき。</p> <p>8. 改訂版提言書 P.7 下から 5 行目: 「地域の死亡率の短期間に～研究も進み、」 「保健介入カバー率～コンセンサスも既にきている。」 の、前半「」と後半「」の関連性が不明。つまり、前半の研究も進んで何がわかったから、保健介入率を中間アウトカム指標として用いることについてのコンセンサスも既にできた、の、何がわかったかの説明があるべき。</p> <p>9. 改訂版提言書 P.8 2パラ後半部分「JICAにおける介入のパイロット段階で～デザインを組み込み」: 現在の JICA のキヤパでは feasibility は難しいのではないか。アウトソースできるだけの国内キヤパがあるかどうか要検討。</p> <p>10. 改訂版提言書 P.8 下から 8～7 行目以降: 日本語が難解: 「様々な妊産婦に関連した地域介入のモデルを比較した研究」は、即ち P.9 の表 1 の「妊産婦検診に関連した介入」のことなのだから、この表現を統一すべき。</p> <p>11. 改訂提言書 P.122パラ: ここで母子健康手帳の研究に対す</p>	<p>による HIV 感染増加のパラドクスの可能性は否定できない。」</p> <p>7. 次のように改訂: 「結核の DOTS 戦略は明らかに再考の余地があるが、保健システム強化の潮流の中で、施設ベースでの医療的介入と保健システム強化との接点になりうるかと考えられ、わが国が施設を中心に援助を行う際には、母子保健以外にもシナジーを考慮をすべき案件であろう。」</p> <p>8. 次のように改訂: 「なお、後述するように、現在のグローバルヘルス領域においては、保健介入の効果は、「アウトカム（介入のカバー率・有効カバー率の向上）」あるいは「インパクト（死亡率や罹患率の低下）」によって測定することが常識となっている。ゆえに、本稿もそれらに準拠して議論を進めていく。」</p> <p>9. 次のように改訂: 「例えば、JICA における介入のパイロット段階で国内研究機関と連携し、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、巨額の追加的投資もなく円滑に進めることができる。」</p> <p>10. ご指摘通り修正した。</p>
--	--	--

<p>る質の低さを長々と力説しても大した意味なし。寧ろ、引用論文(44)に対して、ジャーナル上でコメントするべきではないか。</p> <p>12. 改訂提言書 P.12 18 行目の「前者」、20 行目「後者」：それぞれ何を指しているのか不明。</p> <p>13. 改訂提言書 P.14 下から 7 行目「人類学の教えるところは～」：感覚的にわかるが、「人類学の教えるところ～低下につながる」はあくまで結果論であって、以降に続く「人口コントロール政策の失敗」に繋がるとは言えないのでは。</p> <p>14. 改訂提言書 P.153 パラ「再度、シアトルグループの行ったような～分析を行い(25)」：reference は 25 でなく 23 なのは。</p> <p>15. 改訂提言書 P.15 下から 4 行目「我が国の援助機関」：具体的には外務省と JICA を指しているのか。ここだけ抽象的</p>	<p>11. 母子手帳の有効性に関する科学的エビデンスが乏しいことを示す必要があると考える。母子手帳をアフリカに広げる動きがある現在、その有効性について、さらなる健闘が必要である。</p> <p>12. 次のように改訂：「5S-10M も母子健康手帳も、基本的には効果的な保健介入を円滑に導入し実施するためのツールとして考案されているものであることに、留意すべきであろう。逆にいえば、これにより妊産婦や小児の死亡を減少させることを目的としたものではない。世界的には、プロセスの向上を目的とするものとして、スコアカード等によるフィードバックと監視による継続的な質向上や、リーダーシップ・ファシリテーション・ワークショップが、効果も確かめやすく標準的となっている。小児の成長・予防接種や妊娠中のケアに関してはユニセフのカードなどが存在している。新たなツールを導入する際には、そのための目的を整理し、質の高い科学的根拠で検討したのち、他のドナー国や multi-stakeholder partnerships と協議して援助協調をするべきである。」</p> <p>13. 次のように改訂：「人類学の教えるところは、まず死亡率の低下が起こって初めて出産率の低下につながる。それゆえ、優先順位を死亡率の低下に置くことは理にかなっている。人口コントロール政策の失敗を見直し、新たなリプロダクティブ・ヘルス戦略、特に MDG5 達成のための施策を再検討することは喫緊の課題である。」</p> <p>14. ご指摘の通り訂正した。</p> <p>15. 「外務省と JICA」に変更。</p>
--	---

	<p>な印象を受ける。</p> <p>16. 改訂版提言書 P.16 下から 5～3 行目：P.17 2 パラ前半部分と内容が重複。何れか削除すべき。</p> <p>17. 改訂版提言書 P.17 上から 17 行目：2 国間援助→二国間援助（表記を統一すべき。他にも表現に variation あり）。</p> <p>18. 改訂版提言書 P.13 4 パラ、P.17 上から 19 行目：伝統的バ イによる in-kind の援助とは具体的に何を指しているの か、雑解。</p> <p>19. 改訂版提言書 P.19 3 パラ：「ODA に占める保健セクターの割合～2%→8%」：P.17 太字部分の 3%→10%と矛盾。</p> <p>20. 改訂版提言書 P.22 上から 1 行目「人材育成のすべての分野において～エビデンスはない」：具体的には、P.11 表 3、P.25 下部から「政策人材の育成に比較優位はないものの、地域、施設における人材育成には比較優位はある」と言えるのであれば、そう書くべきではないか。そうでないと、P.25 下部との整合性が取れない（「3. 地域・施設における人材育成」に比較優位性があると明記している）。</p> <p>21. 改訂版提言書 P.25 「4. 医療分野における IT システム」：ここだけ大したエビデンスも示さずに結論づけているのは違和感を感じる。これだと、寧ろ欧米諸国の方が比較優位性はあるのでは？との印象を否定できない。</p> <p>22. 改訂版提言書 P.27 上から 4 行目「地域戦略」：地域戦略と いうよりは、地域における介入ではないか。</p>	<p>16. ご指摘の通り削除した。</p> <p>17. 「二国間援助」に統一した。</p> <p>18. 次のように改訂：「バイによる具体的案件を介した連携」</p> <p>19. 「3%→10%」に統一した。</p> <p>20. 次のように改訂：「我が国の人材育成は、地域や施設での育成に優位性があると考えられるが、それを示すことができるエビデンスはない。」</p> <p>21. 直前の「IT の技術等を駆使して多くの病院で採用されている備品や製菓の在庫管理システム」を指している。</p> <p>22. 「地域における介入」に訂正した。</p>
--	---	--



	<p>23. 改訂版提言書 P. 30～、P. 40～：レファレンスが重複。何れか削除すべき。</p> <p>24. 文章中に挿入されているグラフと、本文のリンクを明確にすべき。具体的には、グラフに番号を振り、該当文章にグラフ番号を記載すべき。</p>	<p>23. 引用の重複を削除した。</p> <p>24. ご指摘のように、番号を図・表と本文に加えた。</p>
--	--	--

## 添付資料 2

Systematic reviews on prevention of HIV infection

網羅的檢索結果

# SYSTEMATIC REVIEWS ON PREVENTION OF HIV INFECTION

*Rintaro Mori MD PhD MSc FRCPC*

## AIM & OBJECTIVES

- ◎ **Aim:** To prevent HIV infection in Japan and the world
- ◎ **Objectives:**
  - To review the best available evidence on interventions to prevent HIV infection
  - To contribute to model development in order to assess the best strategy to prevent HIV infection in Japan

## METHODS

- ◉ Systematic review of
  - Randomised controlled trials
  - Quasi-randomised controlled trials as well if the available evidence expected to be scarce
  - Diagnostic accuracy (new area)
- ◉ Meta-analyses if appropriate
- ◉ Meta-regression analyses if appropriate

## PLAN

