

# 保健医療分野におけるセクター・プログラム・アプローチの動向

平成13年3月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

総研

J R

00-64

# 保健医療分野におけるセクター・ プログラム・アプローチの動向

崎坂香屋子

東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学

平成13年3月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

本報告書は、平成 12 年度国際協力事業団客員研究員に委嘱した研究の成果を取りまとめたものです。

なお、本報告書に示されている様々な見解・提言等は、当事業団の意見を代表するものではないことをお断りします。

# 目次

要約	i
謝辞	iv
1. はじめに	5
1-1 セクター・プログラム・アプローチ登場の背景1：構造調整政策の残した課題	6
1-2 セクター・プログラム・アプローチ登場の背景2：health sector reform とドナーのプロジェクト指向	5
1-3 セクター・プログラム・アプローチの登場	9
1-4 sector program approach の定義とメカニズム	10
1-5 sector wide approach と Sector Investment Programs(SIPs)	11
1-6 health sector reform と sector program approach	12
2. 保健セクター改革進展型：common basket 実施を軸としたドナーコーディネーション： ザンビアにおける保健セクター・プログラムの動向	14
2-1 保健医療分野の sector reform と開発戦略の策定	14
2-2 保健医療分野と主要ドナーによる援助	14
2-3 ザンビアにおける MOU (memorandum of understanding) :1999.11.24 署名	16
2-4 コモンバスケット	16
2-5 district basket	16
2-6 ザンビアにおけるドナーコーディネーションメカニズムの進展	19
2-7 ドナーコーディネーションによる保健医療分野の効率的発展への影響要因	19
2-8 現状を踏まえた今後の課題：ザンビア保健セクター・プログラム・アプローチは 成長段階か変容段階か	20
3. common fund 実施型、オーナーシップ顕在型：ガーナ保健医療分野における セクター・プログラム・アプローチの動向	22
3-1 プロジェクト援助とガーナ：援助案件増加に至る経緯	23
3-2 プロジェクト型援助とは	24
3-3 プロジェクト型援助からセクター開発戦略計画 (strategic framework) 策定へ	24
3-4 ガーナにおけるセクター・プログラム・アプローチへの移行の原因	27
3-5 セクター・プログラム・アプローチの登場	27
3-6 コモンファンドと共通手続き (common procedure)	28
3-7 Health Fund (HF) を含む三つの投入先と運用システム	29
3-8 ガーナ MTHS はどこへいくのか	30

4. パートナーシップ醸成未熟型オーナーシップ：エチオピア保健医療分野における	
セクター・プログラム・アプローチの動向	32
4-1 保健セクター開発プログラムとセクター・プログラム・アプローチ	32
4-2 on board/not on board ドナー	34
4-3 共通手続き (common procedure)	34
4-4 オーナーシップ	36
4-5 エチオピア政府はドナーと歩み寄れるか？	36
5. 移行体制・復興支援型セクター・プログラム：フォーカルドナー (focal donor)	
指名によるドナーコーディネーション進展型：モザンビーク保健医療分野における	
セクター・プログラム・アプローチの動向	38
5-1 独立、内戦と復興体制下におけるモザンビークの援助を取り巻く状況	38
5-2 モザンビーク保健医療分野の主要ドナー	40
5-3 SDC (スイス) による支援と earmarked budget support	43
5-4 geographical zoning	43
5-5 医薬品資金の pool とドナーコーディネーション	43
5-6 むすびにかえて	43
6. 移行体制・復興支援型 (中進国での事例)：南アフリカ共和国保健医療セクターにおける	
セクター・プログラム・アプローチの動向	46
6-1 1994年の新政権と援助を取り巻く環境の変化	46
6-2 ドナーによる援助の活発化と南ア	47
6-3 援助資金の執行率の低さ	49
6-4 南アでセクター・プログラム・アプローチは必要か？	50
7. 保健セクター改革進展型、オーナーシップ醸成未熟型：バングラディッシュ保健医療分野	
におけるセクター・プログラム・アプローチの動向	52
7-1 保健医療分野の国会開発計画とドナーコンソシアム	53
7-2 ドナー主導の援助：オーナーシップの欠如	54
8. 事例研究総括	58
8-1 事例比較	58
8-1-1 保健セクター改革進展型セクター・プログラム・アプローチ： バングラディッシュ、ガーナ、ザンビア、エチオピア	58
8-1-2 移行体制・復興支援型セクター・プログラム・アプローチ： モザンビーク、南ア	59
8-2 事例から導かれるいくつかの課題	60

8-2-1	ドナーコーディネーションを推進するにあたっての制約要因	60
8-2-2	いくつかのセクター・プログラム・アプローチから考察されたこと・ 取り組むべき課題	62
8-2-3	まとめ	62
9.	日本はどう考えるべきか	64
	参考文献	66

## 要 約

1990 年半ばから世銀、主として北欧および英国などの主要二国間ドナーが中心となって重債務かつ低開発のアフリカ地域を対象に、それまでの援助の主流でもあったプロジェクト型援助の非効率性、限界性を補う形で、所謂セクター・プログラム・アプローチを積極的に導入する傾向が強まった。

これは過去の継続的、複合的かつ膨大な質量の援助にもかかわらず、十分な成果が上げられなかった諸国に対し、また援助に強く依存する国々に対し、自立的な開発努力を側面支援する立場を強調する目的が含まれている。そのためドナー主導でなく、相手国政府が策定した開発戦略をドナーが共有し (partnership)、可能な限り関係するすべての援助機関が共通の目標 (セクター戦略) に沿い、相手国政府の国内予算部分に援助資金を組み入れることによって透明性と相手国主導によるオーナーシップ (ownership) を高め、共通の手続き (harmonization)、単一的会計システムをもって、セクター全体の開発を促進しようというものである。

セクター・プログラムの実際の協力形態は、セクター開発戦略に沿う形の従前のプロジェクト、さらには共通の援助資金をプールする common fund (common basket)、直接財政支援 (budget support)、NGO を通じた支援、などが実際のツールとして考えられている。

セクター・プログラム・アプローチはプロセスであり、フレームワークであり、手法でもあるとも理解できる。しかし適用する国、地域によって、当然ながら開発の初期条件、およびセクター・プログラムの実施を取り巻く環境は異なる。そのため採用するツールも異なれば、結果も進む方向も多様である。1999 年時点で世界 23 ヶ国で 50 のセクター・プログラムが実施中といわれるが、選択したいくつかの事例によりセクター・プログラムの日本の援助に対するインプリケーションが見出される。

本稿では、保健セクター改革 (health sector reform) への流れを進展させた形でのセクター・プログラム導入を「保健セクター改革 (health sector reform) 進展型セクター・プログラム・アプローチ」とし、政体の激変、内戦といった条件の中でセクター・プログラムを導入した国を「移行体制・復興支援型」とし、対比する形で整理することとした。後者によってセクター・プログラム・アプローチが必ずしもどのような条件の途上国にも有効な処方箋ではないことを明らかにしようとした。

1990 年代前半にセクター・プログラム・アプローチをいち早く採用したバングラディッシュの保健セクターにおいては、世銀が中心となってドナーコーディネーションやコモンプランド創設が進められたが、政府の十分なオーナーシップは醸成されず、また世銀による主導体制は従前のドナーと政府の関係に大きな変化をもたらすことはできなかった。

同時期にセクター・プログラム・アプローチを採用したガーナ保健セクターは、開発の重点分野であることから政府の取り組みも “we own the program” とのガーナ保健省高官の発言に見られるようにオーナーシップと common fund を軸としたドナー協調に指導力を発揮している。当初のセクター・プログラムに参加しないドナーの周辺化問題はその後自律的な政府のセクター・プログラム展開支持により、懸念されたよりは顕在化していないと考えられる。

また同じくオランダ、DfID など主導ドナーとするザンビア保健セクターは、common basket、

さらに **district basket** を軸として、順調に展開しておりオーナーシップの醸成は課題であるものの、政府とドナー間に格別の緊張はない。

これらの国におけるセクター・プログラム・アプローチは、いわば保健医療分野のセクター・リフォームへの取り組みを契機として、より実効性の高い手法を採用した特徴を有すると思われる。

他方、内戦、災害といった混乱からの復興期がセクター・プログラム・アプローチの隆盛期となった移行体制・復興支援型セクター・プログラム・アプローチの例であるモザンビークでは、複数のドナーからの支援が急速に拡大したのは 1992 年以降である。したがってセクター・プログラムの採用もどちらかといえば後発型であり、スイスというリードドナーの指名、地域別のドナーの住み分けなど先行した国々の経験を組み入れて進んでいる。しかしながら、モザンビークにおけるドナーコーディネーションは復興期のカンボディアにも類似して、オーナーシップの醸成が未熟な段階といわねばならない。緊急的に取り組まれたドナーコーディネーションがたまたまセクター・プログラム・アプローチであり、政府の牽引力は弱いまだ復興から十分な離陸を果たしていない。

モザンビークと同じく移行体制・復興支援型セクター・プログラム・アプローチという類型では、同じく急激な政権の交代によって、国家の体制自体が変更し、1994 年以降に援助が急増した南アフリカ共和国もセクター・プログラム・アプローチが偶然的、緊急的に採用された事例であろう。そもそも南ア自体の一人あたり GDP はすでに 4000 米ドルに迫る経済力であり、政府自体も確固たる経済成長に支えられている。そこにおいては政府の自律的指導力は、重債務・低開発のアフリカ諸国のそれとは一線を画したものであり、ドナーとの対等な対話力はセクター・プログラム・アプローチ自体の必然性を疑問視せざるをえない。すなわち、急速な国政の変化によって国際社会への復帰を果たした南アにとって、援助は不可避なものではあったが、もとより限られた資源の有効利用という最後の代替案であるはずのセクター・プログラム・アプローチの前提条件が南アにはあてはまらないのではないかと考察される。

したがって、効率的なドナーコーディネーションは望ましい方向ではあるが、セクター・プログラム・アプローチを導入せずとも、目標が明確で特定の 이슈を改善するために、従前のプロジェクト・アプローチによっても十分効果をもたらすのではないかとすることが結論づけられよう。

これらに加え、保健セクター改革進展型ともいえる類型のうち、過度のオーナーシップ、あるいはパートナーシップの欠如の事例としてエチオピアの保健セクターが挙げられる。

エチオピアの保健セクターは **common fund** のみならず、プロジェクト型でもリカレントコストをほぼ全部負担するなどドナーのセクター・プログラムへの貢献として整理する複数のチャンネル制を採用している。積極的にセクター・プログラムを展開し、政府は強力な指導力を発揮しているが、セクター・プログラムの進展とともにドナーを **on board/not on board** と選別しはじめ、GTZ、Sida など一部ドナーを排除する事態も生じている。ここにおいて、友好的なパートナーシップ確立への努力が未熟あるいは欠如した場合のセクター・プログラム・アプローチの困難な局面が提起されはじめた事態を指摘しなければならないであろう。

すなわち、事例から見れば、テクニカルな問題、日本の援助におけるスキームの制約をどうのりこえるかについて議論を収斂させるのではなく、むしろ、コモンファンドへの参加の是非については慎重な議論が必要であろう。また個々の国のセクター・プログラムを注視し、すでに意図しないさまざ

まな問題に直面しつつあるセクター・プログラム・アプローチについて再度よく考察する必要があると思われる。すなわち理論で明確なセクター・プログラムも実際の運用では予期せぬ問題に直面し、また進展とともにそれは変容している。

要は日本として採るべき道は、その国の重点開発戦略に基づき、その国の選択肢を複数勘案した上で、可能な限り日本にしかできないことを時宜を逸せず実施することであろう。それは決してこれまで日本の行ってきたプロジェクト型援助や専門家派遣などの *in-kind* といわれる技術協力の成果や是非を否定するものではない、と考えられる。

## 謝 辞

本研究を執筆するにあたり、国際協力事業団 国際協力総合研修所の皆様、調査研究課の方々、国際協力事業団 派遣支援部小樋山覚部長、同中近東アフリカ欧州部の松浦正三部長、細井職員、岩元ジュニア専門員、また国際協力総合研修所 中野武国際協力専門員、エティオピア派遣亀井里美企画調査員、パキスタン事務所次長石井羊次郎前国際協力専門員、ならびに東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学 若井 晋教授に大変貴重な資料提供および助言を賜りました。

この場を借りて深く御礼申し上げます。

平成 13 年 2 月 28 日

東京大学大学院 医学系研究科 国際地域保健学

崎坂香屋子

## 1. はじめに

### 1-1. セクター・プログラム・アプローチ登場の背景1：構造調整政策の残した課題

1980年代に活発に実施されたいわゆる世銀・IMF主導による途上国に対する構造調整政策（Structural Adjustment Programs：SAPs）の実施は、途上国政府の債務改善のために、同時に条件として公共料金の引き上げ、公務員の剰員の解消、保健医療、教育、福祉といった社会セクターのサービスの縮小低下を強制するものであった。その結果貧困層、女性、子供といった社会的弱者に著しい負の影響が出始め、途上国の社会では状況が改善するどころか、大きな混乱が生じ、政府への不信をもたらす結果を招いた。1990年代に入ると、1993年にはWHOが保健医療セクターへの投資を強調し、1995年のコペンハーゲンでの社会開発サミットでは貧困層の広い開発への参加が社会全体の発展にとって重要なのだという動きに収斂した。それまでの援助のトップダウン方式、効果のトリックルダウンの理論が現実的ではなく参加型アプローチの重要性と健全な政府のリーダーシップ（good governance）が開発の両輪でありうる、という流れをつくった。

これらを受けて、貧困層が裨益する社会セクターに対する協力は増大した。UNICEFなどの主張する先進国も途上国と同程度の20%を社会セクターへ投資すべきとの20:20イニシアティブ、さらにはマイクロクレジットといった小規模融資のスキーム、NGOとの連携による小規模な援助も拡充された。この背景にはかならずしも大型の案件がその投入分効果をもたらすかどうかへの疑問への反省とともに援助全体の規模の縮小によってきめ細かい分野に対する拠出も見直された背景も見逃せない。

そもそも世銀・IMFによるいわゆる構造調整政策は市場の完全性に基づく理論に依拠して展開された。しかしながら、実際SAPsの適用を受けた途上国の多くは市場そのものが極端に小さいか、歪曲されているか、未成熟の仮想市場であり、市場の不完全性のもとでの構造調整政策の実施の成果は様々な問題を惹起した。

実際、開放経済への移行を条件として、国際収支の不均衡の是正を促すためのSAPsの実施にあたっては、当事者である途上国政府の健全で一貫性あるリーダーシップ、さらには治安の確保や制度を維持するための安定した政権基盤、good governanceと指摘されるようになった当事国の政府の統治能力さえ危うい国が多かった。

この構造調整政策への成果への疑問は市場の不完全な国、すなわち途上国政府における制度、組織、能力形成 capacity building への早急な支援の必要性が議論される機会を与えた。

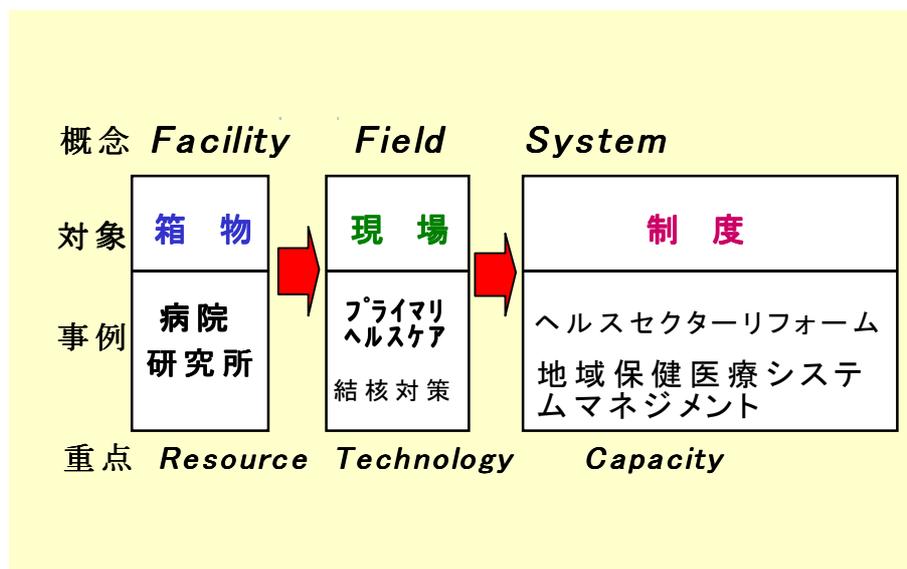
不完全な市場に対する政府の補完的役割に着目したこのアプローチが世界銀行によって採用されたことによって、開発政策は途上国の長期的な制度改革、行政能力の向上を政策条件に含むことになった。それまでは内政不干渉の領域であった政策形成支援が援助の潮流となり、政策対話が日常的なドナーと途上国の調整の場となった。

これらの要素を含む開発戦略を、後述するようにドナー間協調（ドナーコーディネーション）によって効率的に行うのが sector program approach（セクター・プログラム・アプローチ）、DfIDおよび北欧ドナーなどが好んで用いた sector wide approach（SWAP）あるいは世界銀行の枠組みで言う

なら Sector Investment Programs (SIPs) と呼ばれるものである<sup>1</sup>。

以下に保健医療分野における国際協力の援助の対象の変遷を簡単に示す。保健医療分野においては、様々なドナー、国際機関が vertical program であれ、病院協力であれ、同時多発的に実施してきたことから、必ずしも以下のように整理された形で進んだわけではないが、セクター・リフォームというシステム再構築への協力が、制度、マネジメント、資源管理といった途上国政府の能力形成支援重視に移行を示しており、sector program approach もまたこの潮流をひきついだものであることを付記しておく。

図 1-1 世界の保健医療分野の援助政策の変遷



## 1-2 セクター・プログラム・アプローチ登場の背景 2 : health sector reform とドナーのプロジェクト指向

第2の背景は、主として 1990 年代に入ってから議論の進んだセクターレベルでの新たな課題である。従来の援助は、それぞれの機関がそれぞれの戦略と手続きによって個別のプロジェクトを実施、評価するという形で行われてきた。しかし、一国に過剰な数の援助機関とプロジェクトが乱立することによる非効率性、被援助国側資源の分散、援助依存体質等が深刻な問題となっていた。一つのプロジェクトが成功しても、「おびただしい失敗の海の中にぼつんと浮かぶ小さな成功島」であり、セクター全体、ひいては国全体に開発援助のインパクトを与えることは難しいという認識が広まった。

さらに、アフリカ諸国などで援助の増加にもかかわらず、貧困の深刻化が報告される背景には、援助資金の流用、corruption なども従前と違った形でドナー間で公然と議論されるようになっていた。そこで、援助国・機関によるドナー・ミーティングにおいて各国・機関の利害を調整するため、援助

<sup>1</sup> 本稿では当初 sector wide approach を統一用語とすることとしていたが、その後 sector program approach の方が広く用いられるようになったことをうけて、sector program approach in health sector と変更することとした。

資金を共通の窓口プールし<sup>2</sup>、ドナーおよび被援助国間で合意されたセクター戦略に基づいて活動を進めて行くという形態が模索されるようになる。

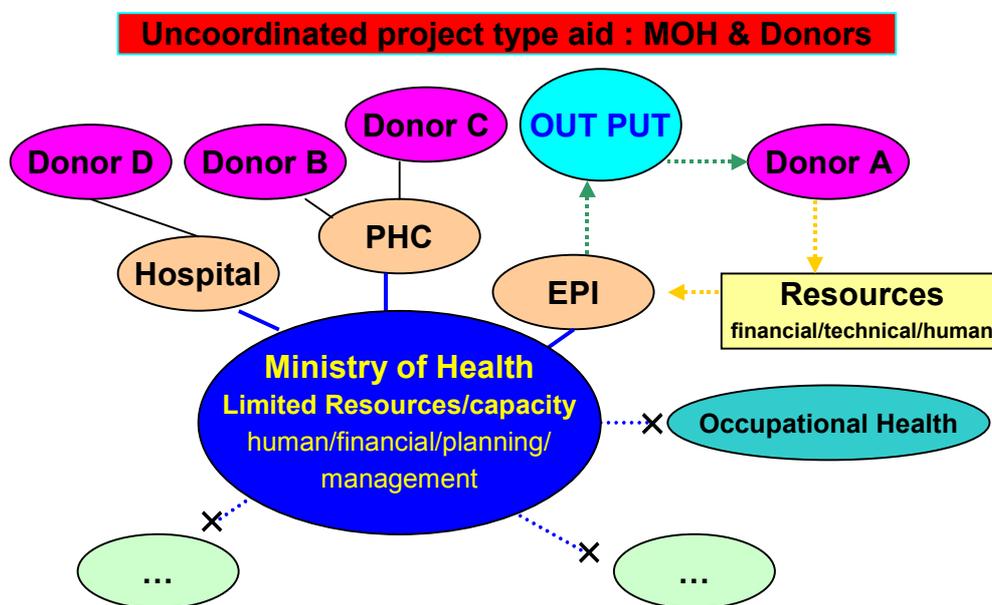
これが1990年代半ばになって世界銀行によって始められたSIPsであり、それを援助スキームというよりむしろより柔軟なフレームワークとして発展させたものがsector program approach (sector wide approach)である。

1990年代半ばに至るまで多くの援助機関による援助形態はプロジェクト型援助が大多数を占めていた。しかしながら保健医療分野においては比較的早くからプロジェクト型援助の非効率性、特に保健資源の重複、援助を受け入れる途上国側の受け入れ能力を超える投入等について国際機関などの調査により議論されてきていた(図1-2参照)。

特に一国における多数の縦割り型案件 vertical program の実施は保健医療分野の全体の制度組織(システム)づくり、あるいはsector reform 促進の潮流の中で、いかに総体とバランスを保つのが難しいかが指摘されてきた。

ドナーごとの得意案件、優先順位の相違は受け入れ国側の掲げる優先課題としばしば乖離し、受け入れ国のオーナーシップを遠去ける結果を招いた。受け入れ国の予算が不足していても機材、施設、派遣する技術者経費、しばしばプロジェクトの運営費も off-shore budget (受け入れ国の予算外のいわゆる外貨による支払い) において支払いがなされていたため、受け入れ国がそれ自体で逼迫することはなかった仕組みもプロジェクトの飛躍的増加に拍車をかけていた。

図1-2 セクター開発戦略とプロジェクト



<sup>2</sup> resource envelop と表現されることもある。

しかし単一のプロジェクト自体ではもともと保健医療セクター全体を底上げすることは困難であり、プロジェクトの増加は結果としてセクター全体のバランスのとれた発展に疑問を投げかけることにもなった。

プロジェクトはその運営、維持管理、あるいは協議などに専従の担当官を置くことで、受け入れ国の経常予算に影響をもたらす。たとえば西アフリカの例では受け入れ国の担当官は年間平均 120 日を援助機関の公式行事で動員され (WHO) またネパールでは過去 20 年間、開発予算は経常予算の 2 倍以上であったが、経常予算の 90% 以上は固定的な人件費に使われていた。

ガーナでは 1980 年代に入って、保健医療分野へ、複数の先進国ドナーから援助が急速に増加し、1984 年に 100 万米ドルであった援助総額は、1990 年に 1200 万米ドル (12 倍) に、1995 年には 2500 万ドル (25 倍) に膨れ上がった。付き合う援助機関の数も NGO175 に先進国援助機関、国際機関 24 の計 199 に上った<sup>3</sup>。

ところが援助する側の予算規定、運用規定には柔軟性はなく、ドナーごとの規則に合わせつつ、関連する文書、規定もすべてドナーごとに合わせた体制で、こうしたドナー主導の非効率的体制は最貧国の保健医療分野の少ない資源をいかに有効に使うかという課題からは大きく外れた状況を生み出していった。NGO とて援助機関であり、内容規定とも実際政府援助機関と大差ない規定を持つものも多かった。

案件の維持管理、ドナー引き揚げ後の案件の自立発展性 (sustainability) については、受け入れ国側の維持管理に関する予算の不足により、しばしば受け入れ国は施設・機材を早期に劣化させるとの責めを受けたが、そもそもドナー側も他のドナーの案件との調整の上相手国の担当機関が人員および予算配分上、リカレントコスト負担が可能であるかを十分研究・査定しないことも多く、機材の仕様もドナーごとに異なるので維持管理の研修もまた膨大なものとなっていた。

これらは 1990 年代に入って漸く受け入れ国の受け入れ能力の形成 (capacity building/capability building) 支援、オーナーシップ醸成といった責任明確化への潮流となって議論されるようになり、1996 年に採択された DAC 新開発戦略においても盛り込まれることとなった。

その結果、ドナー間での協調や調整といった働きかけの必要性、制度組織づくり、特に保健医療分野では health sector reform といった形での包括的システムづくりを推進することが、協力自体の成果を目に見える形で結実させてゆく鍵となると考えられるようになっていた。さらに受け入れ国自体の治安、政権の安定がシステムを稼働させるエンジンであり、good governance の確保、さらには援助資金のファンジビリティについても議論されるようになってきた。

1990 年代はそもそも東西の冷戦の終結とともに、援助競争の鈍化、援助額の頭打ちの傾向を生んでいた。米国を筆頭とする先進国ドナーの援助疲れすなわち援助資金の減額は、漸く限られた援助資金をどう効率的に活用するかを議論する場を提供した。保健医療分野では米国の医療費圧縮の動きに保健分野のセクターリフォームの潮流が呼応するかのようには活発化した。

保健医療分野を含む社会セクターは、投入に比して回収できる資金は少ないこと、地区ごとや、一つ一つのケース、個人ごとに異なるケースに対応していかなければならないサービスが多いことによ

---

<sup>3</sup> Asamoah-Bah and Smithson (1999)

り、きわめて労働集約的で人件費、対応費用比率が高いこと、などの特徴があり、対応するには効率が悪いいわば手間のかかる分野といわねばならない。

またセクターとして戦略を定め、統合する方向とした場合にもこうした分野の特徴があるために、整備にも地方レベルまで含める多くの人材、施設、技術、資金を必要とする。

そのために保健医療分野であれば健康保険（health insurance）という形での資金プールを組み込んだシステムも開発されたが、現実には機能しているのはごく少数の先進国でしかない。

### 1-3 セクター・プログラム・アプローチの登場

前述したように 1990 年代に入っても、アフリカを中心とする重債務国、一人あたりの GDP が極めて低い国では、先進国ドナー、複数の国際機関による支援にもかかわらず、貧困は十分に解消されず、また経済成長においても順調な発展が見られた国はごく一部でしかなかった。それどころかアフリカ地域は 1990 年に入ってから初等教育就学率の下がった唯一の地域となった。

こうした援助の効果への疑問は、援助の効率化、合理化への改善への動きとなって現れた。もちろん重債務国に対する債務削減策実施とその実施条件としての貧困削減戦略計画書（PRSP）の提出といった手立ても世銀によって並行する形で講じられているが、他方、援助受け取り国側への負担軽減とオーナーシップ強化のために、(1) ドナー間での共通の手続き、(2) 援助の標準化、(3) 援助資金の公共支出予算内への盛り込み、さらには (4) 援助資金の共通化としてコモンバスケット（コモンファンド）の設立と (5) そこから援助受け取り国側が、自国の優先順位に基づいて開発案件を実施する、といった援助協調に基づいた手法が議論されるようになった。

これらは従来の保健医療分野での vertical program とは別のセクターへの財政支援（資金援助）の形であり、世銀などでは何ら特別の変更を伴うものではないが、技術協力を主とし、いわゆる in-kind（物での形態）で援助を実施しているドナーにとっては新たな協力方法を検討しなければならない、さしせまった課題となった。

特にタイド条件を定めているスキームを有するドナー、自国出身の専門家を限定派遣するなどの規定のあるドナーでは参画に際して、自国の旗を降ろす決定を下さなければならなくなるような事態となった。

実際、保健医療分野でのプロジェクト型援助にはほとんど代替的なメカニズムの入る余地は少ない。二国間援助機関のプロジェクトは設計段階から受け取り国に対して多数のコンディショナリティーを課す。こうしたドナー主導のプロジェクトの設計は、セクター内の支出の優先順位の歪みを拡大しやすく、多種多様な案件は、受け取り国の考えるセクター全体の発展計画と整合性の高い政策の実施を困難にする<sup>4</sup>。

---

<sup>4</sup> Asamoah-Baah and Smithson (1999)

## 1-4 sector program approach の定義とメカニズム

前述のように、sector program approach (sector wide approach) は援助の一つのスキームというよりは、より良いドナー間コーディネーションとセクター包括的な取り組みを目指すための柔軟なアプローチあるいはプロセスである。従って、その定義は現時点においても各援助機関・国によって少しずつ異なり、またその適用はあくまでケース・バイ・ケースである。

Sector Investment Programs という形で sector program approach を最も強力に推進している世界銀行によると、SIPs は政府歳出プログラム、共通の開発プログラム実施体制のフレームワーク、ドナーと被援助国による資金供与などの要素を組み合わせた統合的セクターアプローチによって投資支援を実施するものである。また、国家の役割の転換をも含む思い切った制度改革のためのツールという側面も重要視している。以下に世界銀行による SIPs の 6 要素 (表 1-1)、及びデンマーク、スウェーデン、オランダ、EC の定義を記す (表 1-2)。また、sector program approach の基本的なメカニズムを図に示す (図 1-3)。

表 1-1 世界銀行の定義する SIPs6 要素

① Sector-wide in scope	セクター包括的
② Clear sector strategy and policy framework	明確なセクター戦略と政策フレームワーク
③ Local stakeholders fully in charge	相手国 (利害) 関係者の完全な参画
④ All donors sign on	全てのドナーの合意・参加表明 (サイン)
⑤ Common implementation arrangements	共通の実施体制・手続き
⑥ Building local capacity	相手国の能力形成

図 1-3 sector program の概念図

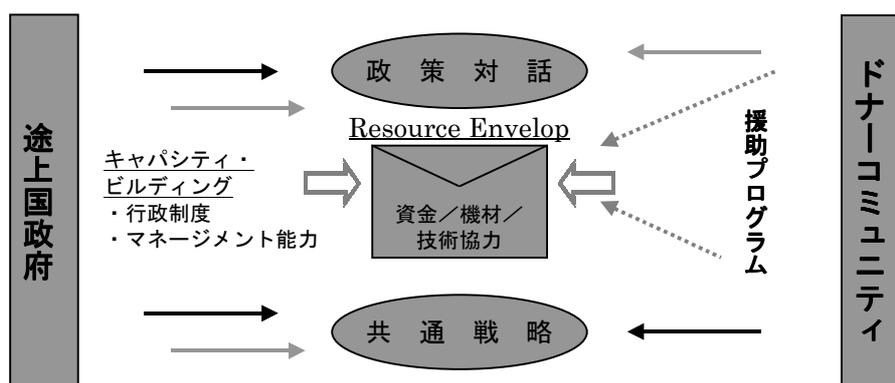


表 1-2 主要援助機関のセクター・プログラム・アプローチの定義

	プログラムの名称	定義
世銀 (World Bank)	Sector Investment Program (SIP)	セクター全体を視野に入れた明確なセクター開発戦略の策定と政策枠組みの決定に基づき、ドナー間で可能な共同実施の取り決めを行う。その上で長期の途上国政府の能力重視を特徴とした投資貸付に関する広範なオペレーション手法を指す。
デンマーク (DANIDA)	Sector Programme Support (SPS)	national sector programme 支援のための長期的なフレームワーク。合意された目的と実施手続きの枠内で柔軟な修正を加える。理想的には、DANIDA と他ドナーが、合意したプログラムに対して経常収支支援を行い、被援助国政府が、国家の政策と計画立案のフレームワークに基づいてプログラムを実施する。
スウェーデン (Sida)	Sector Programme Support (SPS)	長期的なセクター開発支援に関する過去の sector support の経験と国際的議論に基づいて行なう援助の形態。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ sector support : セクター内の複数のプロジェクトと決められたフレームワーク内でのセクターの制度構築を含む。</li> <li>・ 国際的議論 : セクター包括性、他ドナーとの協調、政府予算を通じたディスバースメント等、セクター開発の幅広いアプローチに関して。</li> </ul>
オランダ	Sector Budget Support (SBS)	プログラム援助の一形態で、可処分外貨を提供し、被援助国国内で計上される。国家予算の枠内で特定のセクター或いはサブ・セクター・プログラムに資金投入するための政策合意を形成し、資金はそれに基づいて使われる。
EU	Sectoral Development Programme (SDP)	年度毎更新の援助プログラムで、次のような活動から成る。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被援助国政府の責任のもと、一定期間内に達成されるべきセクター目標を設定する。</li> <li>・ 目標達成のための方法を確立する。</li> <li>・ 実施に必要な財政・運営・人的資源を決定する。</li> <li>・ フォローアップと評価の手法を設定する。</li> </ul> 全ての関係者から一貫性、協調、中期的なコミットメントを確保するような実施フレームワークが必要。その枠内で、パートナー国の政策の方向性と目的を、財政資源と人的キャパシティに整合させる。

### 1-5 sector wide approach と Sector Investment Programs (SIPs)

以下に DfID など主として二国間援助機関に用いられてきた sector wide approach と世銀による Sector Investment Programs (SIPs) の相違について示す。

## Sector Wide Approaches (SWAps) と Sector Investment Programs (SIPs)

SWAps は、1997年 世界銀行、DANIDA などが保健医療セクターを中心にセクター包括的なアプローチを検討した際に合意され、使われるようになった用語である。その議論の中で SWAps は、1980年代から先進国でも進められてきた Health Sector Reform と世界銀行が保健医療セクターに限らず主導的に進めてきた SIPs を基にして、より発展させた概念とされている。この SWAps という用語は、“世界銀行の” Sector Investment Programs (SIPs) と区別する意図で用いられることがある。SIPs という言葉は、“世界銀行の” 進める一つの「援助手法」、 “世界銀行の” スキームを表すようになってきている。それに対して、SWAps はセクター開発のための様々なアプローチを包含する、より柔軟で幅の広い概念とされる。この議論のように、SWAps は SIPs とは異なる次元の枠組みとして捉えられており、その性格上メカニズムの詳細までは規定しないことから、SIPs との厳密な区別、比較は困難である。ここでは、セクター包括的なアプローチにおいて本質的に重要な点を見直すという意味で、SWAps の論点として特に重要でありながら、且つ SIPs ではあまり強調されていない点を挙げる。

### 1. 柔軟性

SWAps は、現実への適応ということで柔軟性をより慎重に議論している。SIPs においては、まず前提条件（マクロ経済状況、被援助国政府のキャパシティ）を満たすか否か（eligibility）が問題となるために、現実の適用において制約が生じている。一方、SWAps は、全ての受益者が共通のビジョン、そしてふさわしいメカニズムを共に作り上げていくという意思（intent）とそのプロセスに、より重点をおいている。

### 2. パートナーシップ

SIPs 及び SWAps は、共に、ドナー主導ではなくパートナーシップに基づいたアプローチを理想とする。SWAps は、このパートナーシップ、そしてさらにオーナーシップという概念に関してより明確な考え方を示している。

SWAps の重要な要素の一つとして挙げられているのは “Sustained Partnership” である。まず、パートナーシップという広い概念の中で重要なのは、全ての受益者の権利と責任の調整者としての被援助国政府の役割である。つまり、政府の強いリーダーシップに基づいて、オープンな議論と交渉による合意形成を目指す。そして、一旦合意に達すると、その活動に伴う結果に対しては全ての受益者が共同の責任を負う。このオープンな合意形成、共同責任が被援助国のオーナーシップの要件として議論されており、それによって初めて持続的なパートナーシップが可能になるという考え方が反映されていると言える。

出所：岡村恭子、インデラモーハン・ナルラ、長谷川敏彦「Sector Wide Approach および Sector Investment Program に関する分析」（1999.厚生省委託研究報告書）。

## 1-6 health sector reform と sector program approach

前述のとおり、1980年代末にはすでに個々の vertical program の有効性には限界があり、さらに構造調整政策などの影響もあり、社会セクターなかんずく保健医療分野においては、財源の逼迫は短期的に解消される問題ではないという認識が広がっていた。

財源、人材、技術、施設の有限性、さらには地理上の制約などの経済インフラの不足に鑑みて優先順位によるセクター全体の中長期開発戦略策定の重要性ならびに分野としての包括的計画策定が急務となっていた。1990年初頭には多くのドナー、国際機関が途上国の保健医療分野の包括的長期開発戦略の策定を援助の対象とした。またそれは health sector reform という財源の有効活用、すなわち、財源確保の方法、人材の適正配置などを含む破綻した途上国政府の保健医療分野の起死回生への処方箋という形をとった。

health sector reform は、神通力のある協力形態として、しばらくの間、保健医療分野の国際協力を席卷した。しかしながら、策定された開発戦略に沿って各ドナーによる援助が調整された国はごく

わずかで、中には health sector reform のための開発戦略計画が複数策定された国もあった。また 1990 年代半ばになってからは、世銀<sup>5</sup>により提唱された SIPs (sector investment programs) により、health sector reform の潮流はセクター・プログラムへ統合されつつある。

以下に HSR (health sector reform) とセクター・プログラム・アプローチの相違を示す。

	<u>HSR (health sector reform)</u>	<u>SP (sector program approaches)</u>
協力対象となる機関	・保健省中心 (MOH)	・保健省中心 (MOH)
協力対象となる内容	・保健医療分野の各種サービス (Limited to health sector services)	・共通の調達、技術協力などの手続き Procurement & technical assistance
投資の優先順位	・投資は分野の開発戦略の優先順位分野順 (Funding is through areas of priority)	・政府とドナーによって作成された開発戦略に沿って、あくまで政府が決定する優先順位分野順
対象分野 (例)	ex. EPI, MCH services (Vertical program は重要な要素)	ex. Priority program based on agreed sector development program (セクター戦略に沿った水平的課題重視)
実施の流れ	・ MOH Resource (保健省が資源を管理) Needs Roundtable discussion (ドナー会合)	Policy by MOH & donors (保健省とドナー共同での実施を目標) 計画担当窓口 (Planning Agency) - Finance - Civil service - Institution
実施の表明	Commitment by donors to sector (各ドナーごとに支援表明)	
実施担当	Plan of Action for MOH (保健省による実施計画)	Donor coordination (ドナーコーディネーションによる実施)
資金の流れ	(Each donor has own resource to MOH)	(Each donor spend resources to Basket Fund)

前述のとおり、保健医療分野における潮流はセクターリフォームへの協力に加えセクター・プログラム・アプローチという新しいプロセスにおける改善を協力の成果に反映させる試みが行われつつある。

本稿ではいくつかの国で進捗しているセクター・プログラム・アプローチを、このような保健セクター改革 (health sector reform) 進展型、および移行体制・復興支援型として分類して比較検討しつつ、抽出される課題について整理する。

<sup>5</sup> Harrold et al. (1995)

## 2. 保健セクター改革進展型：common basket 実施を軸とした ドナーコーディネーション：ザンビアにおける保健セクター・ プログラムの動向



### 2-1 保健医療分野の sector reform と開発戦略の策定

ザンビアは1991年に複数の民主政党が政権の座についてから本格的保健医療分野の sector reform (保健医療分野行政改革) に着手した。その結果、1992年10月に Ministry of Health (MOH) により *National Health Policies and Strategies: Health Reforms* が策定され、のちに3ヵ年計画の *National Health Strategic Plan* が策定され、毎年改定されている (現行では1998-2000の計画を実施中)。

この計画の実行のために保健省から独立した Central Board of Health (CBOH) が技術ガイドライン作成、district レベルの保健行政の委託管理を実施する役割を担っているが人的資源の不足、財政難により十分に機能していないと指摘されている<sup>6</sup>。

この保健医療分野の改革推進には複数のドナーが資金援助と技術協力を行っており、そのなかでザンビアはセクター・プログラム・アプローチが大きく進捗した国として特徴づけられる。またそれが他国に先駆けて進捗した要因として、オランダの卓越したリーダーシップは見逃せない。

ザンビアでは主要産業である銅の価格暴落により政府財政が圧迫され、保健医療分野への予算も

<sup>6</sup> 国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部 (1999) 第3四半期報告書。

1984年から1991年の間で31%あまり減少した<sup>7</sup>。

また1992年時点では一人あたりの医療支出が1982年時点の30%未満まで下がっていた。結果として、ザンビアの保健医療分野は医療関連施設の劣化、医療スタッフのモラルの低下、保健医療従事者の近隣国への流出、医薬品の極度の不足という事態を招いていた。

一方<sup>8</sup>、人口は年率3.2%で増加しており、マラリア、結核 HIV/AIDS という疾病も深刻化していた。その中で示された標記保健医療分野のセクターリフォーム戦略の中核には、地方分権化の推進、より世帯に近く、コスト効率のよい医療サービスへの均等なアクセスの推進、が盛り込まれていた。すなわち、中央での政策策定機能と実施体制の分離、郡レベルのサービスの監理監督機能の設置と地域中核病院の設置、さらに郡レベルの監督機能の組織への予算の交付、権限委譲であった。

それは保健医療財政確保、健全な運営のために地方でのコストシェアリングを推進するものでもあった。さらに中央と地方を de-linkage（分離）方式で保健医療分野を発展させる目的も含んでおり、保健医療スタッフを従前の国家公務員でなく、郡、地域中核病院の直接雇用とするものであった。

## 2-2 保健医療分野と主要ドナーによる援助

ザンビアは英国の植民地であった背景もあり、1993年にはすでに外国ドナーからの援助総額が保健省予算の29%を占めていた。経済状況の悪化に伴い、直接財政支援も享受していた。しかし IMF、世銀からの融資は厳しいコンディショナリティを課せられることもあり、1987年には構造調整融資提案を棄却したこともあった。また同時期、ザンビアの経済状況の悪化により複数のドナーが援助の延期、中止、削減などの措置を講じた。

そのため1991年の民主政の勝利は市場経済化と民主化推進への方針変更をもたらし、国際社会への復帰も意味していた。

元来、国家予算は財務経済開発省（Ministry of Finance and Economic Development : MOFED）がザンビア国の予算を掌握、配分する権限を有しており、内貨、外貨ともに歳入、歳出を管理していた。しかし外国援助に関しては各省庁に対する外国ドナーからの援助、地方レベルへの援助については十分把握されておらず、MOFED 発表の金額<sup>9</sup>とドナーから発表される金額には大きな相違があった<sup>10</sup>。

1996年に保健省の政策の実施機関として、中央保健局（Central Board of Health : CBOH）が設立された。CBOHは毎年保健省と、また郡レベルの保健局（District Board）、郡の地域中核病院との間で実施契約を交わすことにより、保健省の政策の実質的な実行機関と承認され、機動力のある機能を期待されていた。これにより保健省本体が財務経済開発省との予算折衝、他省庁との調整業務、さらには立案された保健医療分野の開発戦略の政策フォロー、外国援助機関との調整などに特化できる

<sup>7</sup> Lake and Musumali (1999)

<sup>8</sup> Kalumba (1997)

<sup>9</sup> 通称 Yellowbook 記載金額。

<sup>10</sup> 実際1996年の調査結果によればドナー側発表の disbursements（技術協力、管理経費含む）が51百万米ドル、他方 Yellowbook には14百万米ドルと記載されている。

環境が整えられた。これには保健省の人員を 300 人から 60 人に削減する目的も付随しており、機能の分散とともに保健省は政策立案に特化する組織のスリム化が意図されていた。また CBOH にはドナーコーディネーターのポストも設置され、継続的にドナーと政府の調整がなされるように配慮されていた。

ザンビアの保健医療分野に対する援助は 1990 年代半ばより拡大傾向にあり、1997-1998 年において外国援助の占める規模はザンビア国の保健医療分野の国家予算の 40% を占めるようになった。

国際機関では UNICEF、WHO がザンビア保健医療分野の改革に 1992 年の戦略策定期から積極的に関与しており、1993 年からは世銀も参加して、1994 年に発表された **First National Strategic Health Plan** 策定に続き、1995 年からは **Sector Support Program** による融資を開始した。これら 3 機関と保健省の協力により 1996 年には保健医療セクター改革に対する進捗評価が行われた。

二国間援助機関のうちではデンマーク (DANIDA) が 1993 年より分権化政策による郡レベルの保健医療サービスの急速な悪化を改善するために、郡に対するリカレントコスト負担支援を開始していた。またコモンファンドを前提とした会計経理制度として **Financial Administrative and Management System (FAMS)** の協力を行っていた。

米国 (USAID) は 1990 年代初めには主として HIV/AIDS と家族計画促進のための **vertical program** を推進していたが、費用対効果の高い **cost-effective** な支援への援助の重点のシフトもあり、子供の生存 (**child survival program**)、医療情報システム改善支援、医薬品供給および管理システム改善、**health financing** といった保健医療セクター改革に寄与するようなプログラム中心に変更していった。

1998 年に入ると、多くのドナーはそれぞれの国家规定による様々な制約があるために、セクター・プログラム・アプローチなどの新しい方法が求められ始めるとそれぞれの国内でその対処法が検討され始めた。ドナーは相互の動向を見極めつつ、あらたな枠組みを支持すべきかについて慎重な動きを見せていた。1998 年時点ではスウェーデン (Sida)、オランダ、アイルランド (**Irish Aid**) がセクター・プログラムの積極的導入に取り組み始めている一方、ザンビア政府も援助の 80% を **untied** 形式で要請することを決定した。

## 2-3 ザンビアにおける MOU (memorandum of understanding) : 1999.11.24 署名

ザンビアにおけるセクター・プログラムの共通の取り決めである、いわゆる参加機関の覚書である MOU では以下を明記している。

- (1) 法的拘束力を有しない。
- (2) 保健医療分野における水平的セクター・プログラム・アプローチのみならず、マラリア、エイズといった垂直的プログラム (**vertical program**) を推進するための余地を残している。
- (3) TICADII、DAC 新開発戦略をフォローする意図も含め、ドナー間およびザンビアとのパートナーシップ強化を主な目的とする。

(4) コモンファンドの最低 60%は地方機能の強化のために district に配分する。

上記に署名したのは以下のドナーであった。

オランダ、DANIDA、DfID、GTZ、Irish Aid、Sida、EU、USAID、UNICEF、世銀、UNFPA、UNDP、UNAIDS、WFP、WHO

この時点では日本を除く主要なザンビアのドナーが署名した形となった。

## 2-4 コモンバスケット

図 2-1 ザンビア Common Basket

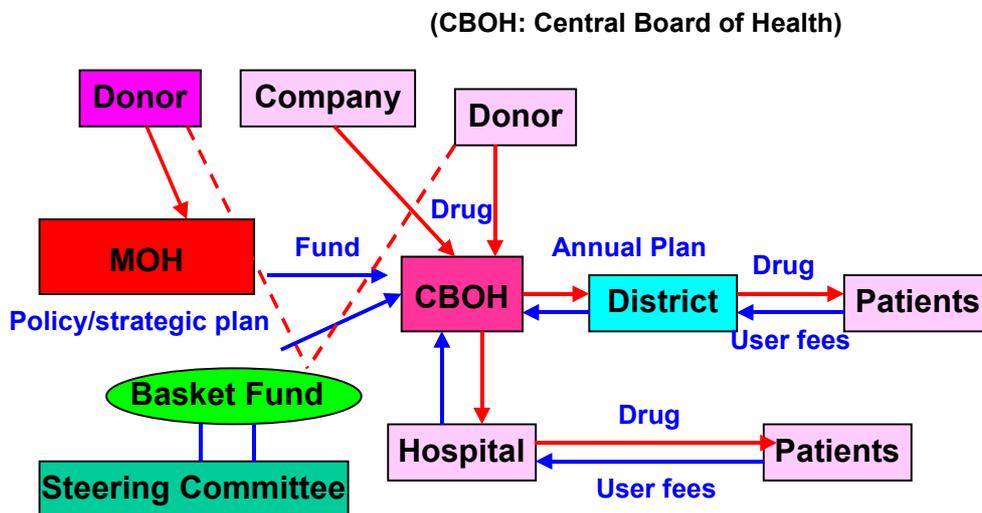


図 2-1 のとおり、ザンビアでのコモンバスケットについては複数のドナーが出資を表明している一方で、MOU に署名したドナーのうちでもオランダはコモンファンドの会計システムの不備を懸念していた。また複数の国際機関（WHO、UNFPA）も資金の拠出については未定である<sup>11</sup>。また前述のように、MOU にはファンドの最低 60%を district に配分するとの記載はあるものの、特定のプロジェクトなどへのイヤーマーク<sup>12</sup>は原則不可というものであった。

## 2-5 district basket

ザンビアも他の途上国と同じく、援助の重複、プロジェクトによる結果的な分野の分断化

<sup>11</sup> 国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部（1999）第3四半期報告書。

<sup>12</sup> イヤーマーク（earmark）とは主としてドナーが援助資金などの使用目的を特定することを指す。

(fragmentation) に直面していたが、他方、地方分権化の実施、セクター改革、多数の援助調整に関わる組織の設置、とセクター・プログラムを進めるにあたって積極的な取り組みも多かった。

ザンビアの保健医療分野の課題の一つは多くの途上国に見られるとおり、地域間格差の是正の克服と、費用対効果を高めるような政策を求めての地方拠点の強化であった。

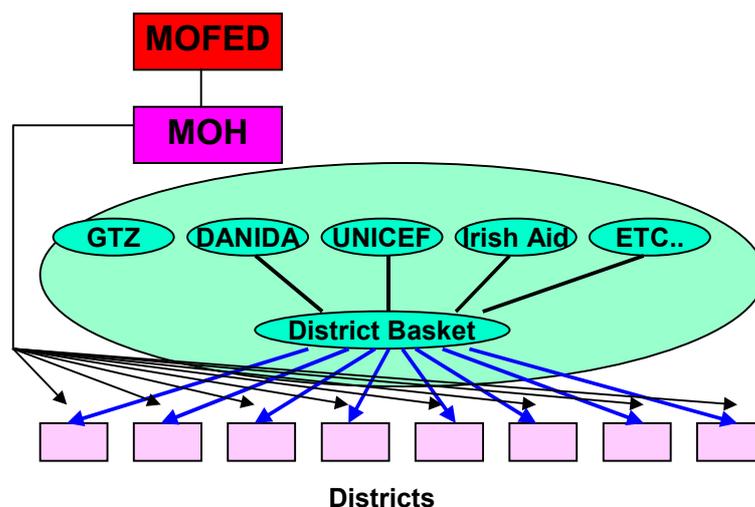
その解決策の一つとして地方別（郡レベル）、階層別 [レファラル別]（保健医療管理行政、病院、PHC）ブロック予算の設定および 1993 年開始のデンマークによる全郡対象のスタッフ能力向上プロジェクトによる郡レベルの予算管理業務研修で地方分権に伴う機能低下を防ごうとするものであった。

しかし分権化による郡レベルの水準向上が容易でないと判断した保健省はドナーとの継続的協議を続け、郡レベルの包括的共通財政支援、行政管理システム (comprehensive harmonized Financial and Administrative Management System : FAMS) 設立の合意をとりつけた。

FAMS は共通の援助資金をプールする common basket、共通の財務管理表 (common accounting format) の導入を旨としていた。この新しい共通の手続きがドナーの援助資金の透明性を確保しつつ、郡レベルにおける効率的 (effective) 措置になるのではないか、との認識が広まった。

1998 年には district basket に 7 機関のドナーによる資金がプールされ (図 2-2)、政府とドナーの四半期ごとの basket steering committee が開催され、資金の状況、案件の進捗、追加支援の内容の表明、フォローアップと案件の評価をどうするか、などについて意見交換が実施された。しかしながら、結果として、この district basket は郡レベルの PHC から郡病院に至る行政管理を網羅するに過ぎず、総額もドナーの援助額の 22% を占めるだけの小規模かつ部分的セクター・プログラムに過ぎなかった。

図 2-2 サンビア District Basket



上記がザンビア保健セクターにおける district basket の構造であるが、各ドナーが予算を district basket と呼ばれる common fund に集め、そこから拠出される一方で保健省との関係も全体のなかでバランスを保つ必要があり district にとっては調整、折衝、さらには実際のプロジェクトの実施など重責があり、人材、管理能力を超えていたのが実情であった。

## 2-6 ザンビアにおけるドナーコーディネーションメカニズムの進展

ドナーコーディネーションの共通基盤となっていたのは先に策定された保健医療分野の開発戦略計画であり、関係するドナー全部がこの計画実施のために参加することを理想としていた。ザンビアでは 1994 年よりドナーと当局との保健医療分野の年次会合が定例化し、例年特定課題について共同声明は出されていたが、1998 年にはこのザンビアドナー保健医療分野会合で memorandum of understanding (MOU) が保健省、中央保健局、ドナー間で承認され、ザンビアのドナーコーディネーションはセクター・プログラム・アプローチ体制へ移行した。

ドナーコーディネーションは当事国とドナー総体の関係だけを規定するものでもなく、ザンビアを除いたドナー間会合も存在した。実際にはパートナーシップが謳われているものの、ドナーとザンビアとの関係は対等というわけにはいかなかったようである。

ドナーコーディネーションによって達成されるものは、狭義での援助資金の透明性の確保であり、説明責任の明確化であり、それは同時にザンビア保健医療分野での能力向上支援に他ならない。

## 2-7 ドナーコーディネーションによる保健医療分野の効率的発展への影響要因

basket funding は政府とドナーによる資金により、適正な地方開発計画に沿って保健医療セクター全体の底上げを図ることから、これまでの特定ドナーによる特定地域のいわば「特別扱い」によるプロジェクトのかわりに地方開発機会の均等性に寄与することが期待されていた。

またそれよりも、セクター・プログラム・アプローチではこれまで投入された多額の援助の効果、透明性の確保、ドナーの説明責任についても一貫した財務管理により、不透明な資金の流れなどが解消されることを主たる目的としていた。しかしこれらの手続きを採用し、なお協力効果を高めるためには、ザンビア政府のオーナーシップ感覚とそれによる優先的予算配分などが欠かせない。また地方分権による分野の中での連携をどう保つかも政府にとっての課題となる。

さらには保健省がリーダーシップをとらなければ、他人事というこれまでの外国援助と何ら変わりはない。また重要なことはドナーとザンビア政府の担当スタッフの双方の staffing<sup>13</sup>の継続性であると思われる。

継続的協議、綿密な連絡によって、政府とドナーの対話が深化し、保健医療分野改革の一つの果実であるドナーコーディネーションが成立する。インフォーマルな情報交換と協議の実施も不可欠であろう。複数のドナーが参画し、継続的に資金を供与するにはザンビア国のマクロ経済が安定するこ

---

<sup>13</sup> スタッフの交代が頻繁でないこと、スタッフが継続的に確保されること、の双方を指す。

とも望まれる条件である<sup>14</sup>。

## 2-8 現状を踏まえた今後の課題：ザンビア保健セクター・プログラム・アプローチは成長段階か変容段階か

前述のように 1991 年以來ザンビアでは保健セクター改革が進められているが、基本となっているのは 3 年ごとに改定される **National Strategic Plan** である。最近では 1998～2000 が保健医療分野の開発戦略であり、これに基づいて保健省が行動計画を策定していたが、2001～2003 の開発戦略策定のために 2000 年 2 月には合同評価調査団として、**Joint Project Identification and Formulation Mission: Health Sector Approach** がザンビアを訪問し、オランダ、**DANIDA**、**Sida**、**DfID**、**Irish Government** が中心になってセクター・プログラム・アプローチの有効性の検証を行っていた。

ザンビアのセクター・プログラム・アプローチの中心人物はオランダ大使館の **Dr. Peeperkorn** であり、**Pooling Arrangement** である **common basket fund** の推進について、各ドナーがフラッグを気にせず、ザンビアの人々の立場に立って援助をすべき、との見解を有している<sup>15</sup>。

セクター・プログラムの貢献については、直接財政支援、従来どおりの形式であるプロジェクト（経常経費の負担を視野に入れる必要はあるが）、**NGO** を通じた支援、などが通常考えられているが、ザンビアにおいては**コモンバスケット方式**を機軸として重視している。しかもこのバスケット方式をセクターで一つではなく、保健部門の中で **district basket**（郡レベルの保健医療支援）、**procurement basket**（医薬品調達）、**HIV/AIDS community based care basket**、**hospital basket** など多様な形で進展させようと考えている<sup>16</sup>。

将来的にイシュー別の体制が整うのであれば、特定の得意分野で指導力を発揮する可能性は残される。しかしながら、現時点でも会計制度、人材の目途の立っていない **district basket** の現況から予測すれば、各イシュー別に**コモンバスケット**が成立することは簡単な課題ではないであろう。また現時点でザンビア**コモンファンド**はチャンネルが一つであり、特定プロジェクトへのイヤーマークというドナー独自のプレゼンスを確保し、明確な用途を確認するための手段は困難であるかもしれない。

**MOU**（覚書）の締結について、ザンビア側の保健大臣自身は当初、締結によりドナー主導に拍車がかかること、地方行政機能が不十分の段階でドナーによる地方支援が活発化するなどを懸念していた。人事による大臣の交代で、新大臣となった 1999 年 11 月 24 日に法的拘束力はなしとし、パートナーシップの強化の観点を重視する視点から、保健大臣と日本以外の主要ドナーが署名した。この覚書において特筆すべきは、ザンビアにおいては水平的なセクター・プログラム・アプローチを推進する一方で、エイズ対策、マラリア対策といった **vertical program**（垂直的アプローチ）を継続実施する余地を残すという記述があり、なるべく多くのドナーの参画を目指して極めて穏やかなアプローチ

<sup>14</sup> 実際にマクロ経済が安定することが必要十分条件ではない（**JICA アフリカ地域支援委員会現状報告要約**（平成 12 年 4 月）の記載に依拠する）。

<sup>15</sup> 若井晋 **JICA 国別評価ミッション文書「コモンバスケットおよびセクターワイドアプローチ」2000.2**によれば、同氏の見解を積極的に評価している記述がある。

<sup>16</sup> 若井晋 **JICA 国別評価ミッション文書「コモンバスケットおよびセクターワイドアプローチ」2000.2**

を推進する、という点である。

今後の方向を予測すれば、ザンビアのセクター・プログラムの進捗段階は依然として会計制度、評価制度などの確立に鋭意努力中の段階であり、セクター・プログラム・アプローチとしての成果の最終評価には至っていない。

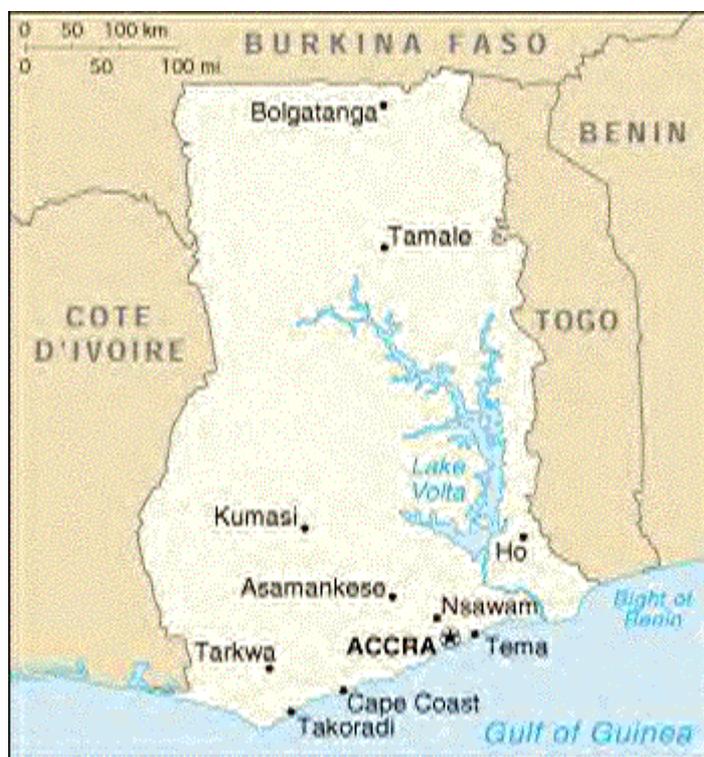
また先に記したとおり、オランダも特定の **personality** の指導力が牽引している背景もあり、当初日本側が懸念していたセクター・プログラム・アプローチに参加しなかった場合のドナーコミュニティにおける周辺化、情報からの孤立といった問題はザンビアの文脈においては現実的ではないのではないかと思われる。

無論、わが国の ODA におけるスキームの制約で、セクター・プログラム・アプローチへの対処が困難の出てくる部分是否定できないものの、見返り資金の活用、新設のセクター・プログラム無償資金協力、経常経費の一部負担、現場レベルでの人員の増員、などで当面は対応可能と見るのが現実的かもしれない。

それよりもザンビアのセクター・プログラム・アプローチの進捗において、覚書に署名していても拠出を行わないドナーの存在、会計制度の不備、あるいはザンビア政府自体の関与の急激な低下などが見出された場合、コモンバスケットファンドの変容をもたらす影響が今後 2、3 年で明らかとなる可能性もある。現時点ではザンビアのセクター・プログラムが成長段階であるか変容段階であるかは明確ではない。

日本としては新しい援助の形態の一つとしてザンビアではコモンファンドへの拠出などについても検討しつつ、引き続きザンビア保健医療分野に有効であると思われる PHC、マラリア対策、病院協力などのプロジェクトをも継続的に実施し、長期的な視点でザンビアに貢献する道を第一義的に選択することが賢明ではないかとも思われる。

### 3 common fund 実施型、オーナーシップ顕在型：ガーナの保健医療分野におけるセクター・プログラム・アプローチの動向



保健医療分野の国家予算配分、比率、支出など

	エチオピア	ガーナ	ケニア
Total Health Expenditure (THE) as % of GDP (1997)*	3.8	<b>3.1</b>	4.6
Out of Pocket spending (Private) as % of Total Health Expenditure (1997)*	36.2	<b>47.0</b>	64.1
政府の保健医療分野への平均予算配分 (%) (1992-1998) **	5	<b>7</b>	6
1人あたり GNP (1999) [US\$] **	100	<b>390</b>	360
人口 (千人) (1997) **	61,095	<b>19,678</b>	29,459

出所： \* Poullier and Hernandez, Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997 GPE Discussion Paper Series No27, EIP/GPE/FAR, WHO, Sep. 2000

\*\* The State of the World's Children 2001, UNICEF (2001)

### 3-1 プロジェクト援助とガーナ：援助案件増加にいたる経緯

1957年の独立当時、ガーナにおいて、近代的な医療サービスを享受できたのは人口のわずか30%であった。そのため独立直後は、より多くの国民に教育、医療といったサービスと関連インフラの整備が急がれ、次の10年でその数は病院、医療従事者数とも2倍となった。幸運にも人口は600万人、経済成長も年率3.4%程度を達成し、インフレも6%程度で推移していたため、独立当初は、外国からの援助も保健医療予算の1%未満であった。

1970年代、ガーナは保健医療部門の普及について、めざましい発展を遂げる。中央中心主義から地方展開を開始し、予防、公衆衛生、プライマリ・ヘルスケア（PHC）といった先進的な政策を実施していった<sup>17</sup>。

しかし1970年代半ばの世界的経済不況がガーナ経済に打撃を与えた。1980年に入って、年率4.4%程度ずつ一人あたりGDPは下落し、1974年換算の20%にまで賃金が下降した。他方、120%を超えるインフレが襲い、1983年にはガーナの保健医療予算は1970年代のわずか20%にまで落ち込んだ。

他方、ガーナの独立直後の好調な保健医療分野の成功にも触発され、ドナーは急速な援助拡充を開始した。1984年に1百万米ドルであった援助総額は1990年には12百万米ドルに、1995年には25百万米ドルに上り、ドナーの数は1992年には国際機関を含めて15の機関となった。

多くの場合、ドナー主導で実施されたプロジェクトは、案件の形成、計画、機材調達、に至るまで多くの部分がOff-shore<sup>18</sup>支出であったため、ドナーと保健省（Ministry of Health）のあいだで、交渉と了解がなされて、財務省（Ministry of Finance）の立場は案件の了承とプロジェクトの権威付けに限定されていくようになった。

その一方でプロジェクトの実施はプロジェクトマネジャーによって直接、監督されており、保健省の中から任命されたプロジェクトマネジャーは直接、間接にドナーから得る車両、機材、研修、さらには移動旅費などで潤う仕組みがあり、彼らにとってはいろいろ歓迎するものがあった点が指摘されている<sup>19</sup>。

### 3-2 プロジェクト型援助とは

1980年代に増加した案件の多くは個別の 이슈の解決を目指すものであった。下痢症対策、予防接種、母子保健・家族計画などであり、1980年代の後半に主流となった保健医療分野システムの改革、政策転換、財源確保、輸送システム確保、人材育成とその管理システム改善などと異なり、複数の個々のプロジェクトが成功したとしても、分野全体の改善が効率的に連携しているとはいいがたかった<sup>20</sup>。

<sup>17</sup> たとえば Denfa Project and the Brong Ahafo Rural Integrated Development Project (Baridep) などである。

<sup>18</sup> 政府の予算外の部分を指す。

<sup>19</sup> Asamoah-Bah and Smithson (1999) p.3.

<sup>20</sup> *Ibid.* によれば、ドナーは1980年代末から1990年初めにいたるまで、ガーナにおいても実施したプロジェクトの自立発展性、目標達成度については熱心に検証し、関心をよせたが、それはガーナの保健医療セクター全体の発展を見越したものではなく、あくまでプロジェクトを実施したドナー自身のためのものであった。

援助はガーナの政府にとって予算外のインプットであり<sup>21</sup>、歓迎すべき形態であった。そのため外国ドナーの実施したい優先順位をそのまま、ガーナ政府の優先順位として受け入れる体質が徐々に形成されていった。オーナーシップ、は案件が多数に、ドナーが多数になるにつれて薄れていくのは仕方のないこととされた。同じような案件の並行実施もそれを増幅させたといわれる。さまざまな方向のプロジェクトが同時に動き、マネジメントの限界を超えた保健省は総体として弱体化していった。

またそもそも「プロジェクトには代替案という余地がほとんど用意されていない (there were few alternatives to project.)」<sup>22</sup>。

USAID が食糧援助 (ノンプロ援助) で導入したカウンターパートファンド、1990 年代はじめの EU による構造調整資金の教育および保健セクターにイヤーマークした資金援助の 2 つがガーナにおける柔軟な支援として特徴的<sup>23</sup>といわれていたが、他のドナーはそれぞれの年度末までに支出を決する「大急ぎの予算執行」が主で、このために予算の多くが機材調達などに使われていた。

### 3-3 プロジェクト型援助からセクター開発戦略計画 (strategic framework) 策定へ

ガーナにおけるセクタープログラムの発展段階は 4 つに分けられるが、第 1 は 1980 年代末のドナーによる案件への疑問が発現した時期、第 2 は 1990 年初頭の英国 ODA (現 DfID) との政策対話で提示された新しい援助の形態についての模索、第 3 が 1993~1995 年を対象とする strategic framework の改善期に議論された sector wide approach の導入の可否についての議論である。さらに第 4 が 1996 年初めからの、具体的援助案件のセクター・プログラムへの入れ替えについての議論の時期である。

第 1 期は 1980 年代末の予防接種プログラムにさかのぼる。予防接種はドナーの勸奨もあり、急展開で接種率上昇がみられたが、地方レベルではドナーの支援の入っている地域とそうでない地域との格差と羨みが地方レベルでの保健省および自治体の関係者のセクター全体の改善への関心呼び覚ました。

第 2 期はセクター全体の包括的改善 (holistic approach) のために The Strengthening District Health Services (SDHS) の計画づくりに始まるが、この計画には人材の研修、育成を図るとの同時並行で実施の保健省の組織改革を含んでいた。

この改革は 1980 年代の PHC 強化時代の 이슈別垂直的組織体系から利害衝突の少ない水平構成を重視した (generic support system) 組織への重点変更<sup>24</sup>を意味する。さらに予算システムの変更として district level が予算をより多く運用できるよう権限を委譲した。

これらはセクター・プログラム・アプローチの導入のためには、保健省を強化しておくことが不可欠であるという認識に基づいており、保健省がドナーを調整するのに、またガーナとしての政策に援助を合致させるための最低限の機能を備えるための準備といえる。

<sup>21</sup> 注入される外部ドナーからの援助は off-shore であり不明瞭な資金の流れを助長したという指摘がなされている。

<sup>22</sup> Asamoah-Bah and Smithson p.3.

<sup>23</sup> non-wage recurrent budget

<sup>24</sup> 医師、看護婦、薬剤師、その下に管理を担当する者というヒエラルキーの打破を指す。

DfID は sector wide approach のマネジメントのための能力向上のための支援を、世銀は上記の保健省の改革を直接助言するとともに、保健医療分野の開発戦略作りに関与した。また Danida（デンマーク）、EU がセクターへの直接財政支援を行った。USAID（米国）もノンプロ援助の形での資金援助には合意した。

1988年にSDHSの実施が開始され Regional Directors Conference が定期的開催されることとなった。この会合の成果の一つが vertical program 重視から セクターとして統合したアプローチの採用（integrated management of health sector resources）重視への方向転換であったといえる。

セクター・プログラム・アプローチへ向けた最初の取り組みは世銀の第2次人口保健プログラムに付随していたコンディショナリティへの対応のための組織変更であり、Policy Planning Monitoring and Evaluation Unit（PPME）の設置であった。

この組織内に援助調整機能を有した External Aid Coordination Unit が新設され、ドナーからの援助と保健省の新しい政策を調整する機能が期待されていた。しかし実際には十分な予算は付与されなかったため、ドナーは直接個々のプロジェクトに投資を続け、調整機能はほとんど改善しなかった<sup>25</sup>。

それぞれのドナーがそれぞれの方法で経費処理と予算の執行を続けたことで保健省には次第に援助に関する財政管理強化が優先課題であるとの認識が広まった。そのため1993年には外国援助に関する財務管理官を配置した。これら一連の動きは、保健医療分野におけるセクター・プログラム・アプローチにおけるまさにプロセスといえる準備助走期間となった。

1993年9月に保健セクターの開発戦略策定のための National Consultative Meeting on Health Development が開催され、ドナー始め、政府関係者 NGO をも含めた200人が参加した。これは先にこうした多数の関係者参加による農業開発戦略計画の成功に影響されていたと考えられていたが、内容別にワーキンググループが設置され、詳細案が検討されて1994年5月再度ワークショップを開催するに至った。結果的にこうした時間と労力のかかる作業過程を経たことはガーナ保健医療分野にとってオーナーシップを確保するためには画期的な経験となった、と評されている。

しかしながら、多数の関係者が関与したことで計画そのものの目的、内容について統一の合意は達成不能となり、上記計画は Medium Term Strategic Framework for Health Development（MTSF）と Five year Medium Term Health Plan の2計画に分割されることとなった。

前者は包括的なセクター方針を網羅し、感染症対策、基礎医薬品、ジェンダー、貧困、community participation といった各論についてはほとんど具代的言及がなされていなかった。そのため保健省は各分野について特化した政策方針を別途作成することとなった。さらに5ヵ年計画のほうも具体的数値目標の設定作業を求められることとなった。

セクター方針では世銀が DALY（disability adjusted life years）を重視し、人口、栄養分野の改善を推奨したのに対し、ガーナ保健省は関連する省庁との障壁を懸念して学校保健、環境衛生を重点項目とすることで結局十分な一致は見られなかったが、それは保健省の自立性を証明する証であるとも思われる。

その後多くのワークショップを経て、1996年には Medium Term Strategic Framework for Health

---

<sup>25</sup> Aasamo-Bah and Smithson (1999) p.9.

Development (MTSF) は 4 つの sector-wide objectives (包括目標) に整理された。

4 つの主な重点項目は、保健医療サービスのアクセス (access)、効率性 (efficiency)、質 (quality)、部門ごとの連携 (inter-sectoral action) の確保・改善であり、これらはそれぞれロジカルフレームワークを用いて実施の具体的方法が設定された。

これら 4 つの重点ごとに予算が充当されるのか、あるいは保健省の組織ごとに目標が割り当てられるのか、など判断を求める議論がドナーからも高まっていた。保健省はそれまでの外国援助による限定的部門やイシューごとの不均衡を是正するための方策を重視し、保健省組織にとっても効率的な支援の方法は何かを模索する姿勢が見られていた。

特にそれまでの詳細の予算割当を年初に決め、目標によって細かく区切っていた予算配分を政府、外国ドナー、利用者負担 (user fees) 部分を足し合わせ、分野としての総資源 (総金額) を算出して、あらゆる保健医療分野の部門ごとの必要額を算出する作業を導入することとした。この追加的総経費積算作業によってレファラル別 (第 3 次医療、PHC レベルなどの階層別) の予算が算出され、また line items (人件費、および人件費以外の経常経費、維持管理経費) が算出された。

1995 年 6 月、ガーナのドナーコミュニティにおいて、人件費以外の経常経費負担 (non wage cost, recurrent costs) についての是非が議論された。この議論を受けて世銀、DANIDA、DfID による評価ミッションがガーナの財政管理能力、資材調達システムについて調査し、1997 年初頭に、ドナーコミュニティは、ガーナに対し、一つのプログラムの共同作業に合意した。

これは上記の 3 ドナーが基幹となって、それぞれの援助資金を共通の health fund に拠出する案だった。また関連する手続きについても資材調達、財務報告の形式もすべて統一することとなっていた。

最初の資金は 1997 年中に運用を開始した。ガーナの中期保健開発計画は上記のドナーによる新たなアプローチを受けて、従来の詳細な政策の記述よりもドナーとガーナ保健省の新しい関係を定義する部分が特徴的な計画となった。

この計画の意義とドナーコーディネーションによるガーナ保健セクターの変革のための条件は一体何であったらうか。

### 3-4 ガーナにおけるセクター・プログラム・アプローチへの移行の要因

ガーナ保健医療分野のセクター・プログラム・アプローチはアフリカにおける数あるセクター・プログラムのうちでも、最も進捗が著しい試みと注目されているが、その背景にはもともとガーナの各セクターにおいて、USAID、UNICEF、世銀を中心にドナー間の調整が活発に行われていたことが挙げられる<sup>26</sup>。また世銀、DfID、DANIDA といったセクター・プログラム・アプローチ導入に積極的なドナーが存在したこと、Dr. Asamoah-Bah を中心とする保健省側のセクター・プログラム実施に対する強いリーダーシップがあったことも大きな要因であった<sup>27</sup>。

前提条件としてガーナ保健省の機能が十分であり、分野の変革にも意欲的であった組織としての能

<sup>26</sup> 国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部 (1999) 平成 10 年 8 月 31 日版。

<sup>27</sup> *Ibid.* p4.

力が高かったであろうことも考えられる。また 1980 年代に保健医療分野の人材育成重点計画により、医療政策について知見を有する医師が多数育成され、中央の保健省とともに臨床においても、また district level においても、こうした変革を支えた層があった、と指摘されている<sup>28</sup>。

また前述のとおり、保健医療分野の開発戦略計画策定には十分な時間と広範な参加者による検討が加えられていた。計画に対する支持は堅固であった。また保健医療分野の行政改革 (sector reform) の一環として 1990 年代はじめまでに設置された保健省内の新しい機能別組織は従来の垂直的 (中央—地方、第 3 次医療—district level 医療施設—プライマリ・ヘルスケア、医師—看護婦—保健推進員) 組織形態に影響を受けにくい形で設置されており、その機能を発揮して、新しい取り組みを妨害することがなかった<sup>29</sup>。

保健省の能力向上支援も効果を出したといえる。英国および WHO による個別の財政支援、技術協力が上記開発計画を支えており、他のドナーに対し、ガーナ保健省の能力を保証するアピールを出していた。また地方レベルへの予算配分強化にドナーからの財政支援が行われており、地方分権促進による保健医療分野の総対的崩壊を防いでいた、ともいわれる。

### 3-5 セクター・プログラム・アプローチの登場

ガーナ政府は 1995 年 1 月 Vision2020 の名称で国家総合社会経済開発計画の基本フレームワークを発表した。この計画では 2020 年を目途に世銀指標の中進国入りを目指して、各分野別の中・長期計画が策定された。

この枠組みの分野別計画の中で、2 分野が世銀の Sector Investment Program のコンセプトに基づくセクター計画で段階的に実施されている。その一つが Medium Term Health Strategy (MTHS) であった。

ガーナに駐在中の世銀のセクター・プログラムの解説書の著者でもある Peter Harrold Country Director によれば、上記計画はセクター・プログラム・アプローチという厳密な形式でなく donor coordinated program と呼ばれるべき形であるとしていた。しかし上記の MTHS と道路のセクター・プログラムの計画である Highway Sector Investment Program (HSIP) では順調にコモンファンドへの実現に向けてドナーコーディネーションが進んでいった。

実際保健医療分野、教育といった分野は、

- (1) PHC から高度医療を主とする病院までのレファラルを軸とする保健医療分野、また初等から高等教育への垂直制度を軸とする教育分野と双方に類似点がある
- (2) 全国に面として公正に広がるべき社会サービスが求められる分野である
- (3) 人件費、経常経費 (いわゆるリカレントコスト) の占める割合が高い

---

<sup>28</sup> *Ibid.* p.17.

<sup>29</sup> *Ibid.* p.18. 「しかし同時に看護婦、薬剤師などからは強い反発、抵抗を生み出した。」

の共通点が多く、セクター・プログラム・アプローチの有する利点を生かしやすい

上記 MTHS 策定後、1993 年から定期的に行われていたドナー会合は WHO 進行の下、USAID が会議事務局を担当し、その後、司会進行を保健省のドナーコーディネーターが行うようになった。セクター・プログラムに移行するまでのドナーのスタンスは以下のとおりであった。

世銀：各 SIP の準備段階から深く関与。

USAID：保健セクターのドナーと政府間の定期協議の事務局を担当していた。しかしコモンファンドの拠出には慎重。

DfID：保健セクターに対するコモンファンド関連の文書に 1998 年中にすべてサイン済み。教育セクターに関してもコモンファンドについてのミッションをいち早く派遣。農業セクターについても SIP 調査専門家を派遣。

DANIDA：保健、道路セクターのセクター・プログラム形成を積極的に推進。

CIDA：当国における援助規模が比較的小さいことから SIP への関与も限定的という立場。

国際機関：UNICEF、WHO は保健医療分野のセクター・プログラム形成に積極的に協力。

FAO は農業セクターの SIP を支援。

EU：道路セクターに積極的に関与。保健医療分野と教育セクター・プログラムには経常予算に対する資金供与 (budget support) で対応を開始。

GTZ、KfW：教育セクター、農業セクターの SIP に積極的に参画。

資料出所：国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部（1999）平成 10 年 8 月。

### 3-6 コモンファンドと共通手続き (common procedure)

1997 年 9 月、政府は MTHS の新システムとしてコモンファンドのガイドラインをドナーに配布した (Guidelines for Health Partners)。また 1997 年中に DfID がコモンファンドに 2600 万ポンドの拠出を決定した。

1998 年には世銀、デンマーク、英国、EC、IDA、UNICEF、WHO、NORAD が中心となって MOU (memorandum of understanding) の署名に向けての協議が進展していた。

さらに 1997 年中に政府は援助資金のコモンバスケット (common fund の pooling) となる Health Fund (HF) を開設した。HF に投入された資金は、政府と参加ドナーによって HF 運用に係る共通手続きに従って共同で運営管理されることになっており、各ドナーは拠出した資金の用途を指定することはできない。保健省は将来的には保健セクターの援助資金すべてを HF から運用することを計画していたが、当面は HF と各ドナーの個別プロジェクト並存となった<sup>30</sup>。

1998 年内に HF に資金を拠出決定あるいは予定した DANIDA、DfID、オランダ政府、世銀 (IDA)、ノルディック開発基金、UNICEF であった。このうち、世銀は対ガーナ援助資金の全額を HF に拠出することとし UNICEF は HF への拠出を例外的に認めたものであった<sup>31</sup>。1998 年度 HF 資金は政府

<sup>30</sup> Ibid. ガーナ保健の進捗状況、平成 10 年 6 月 12 日部分。

<sup>31</sup> UNICEF の HF に対する拠出金額は 1998 年度の対ガーナ支援金額の 15%にあたる 40 万米ドル程度であった。

の保健医療セクターの予算の約 8%、援助資金総額の 35%を占めていた。

また政府は中期保健セクター開発戦略 (MTHS) をセクター・プログラム・アプローチによって実施することとし、Code of Practice (共通の規範、実施における注意事項)、Guideline for Health Partners を作成した。これにおいて、政府はドナー間での情報共有、機材調達などの共通手続き、援助資金の一括管理、計画実施の合同評価など明記し、続いて共通手続きなどの一連のアプローチへの合意を求める MOU (Memorandum of Understanding) 締結を目指した。MOU では署名したドナーは可能な限り HF への拠出増額を努力する旨の事項も含まれていた。

上記 MTHS の実施には、世銀、DfID、DANIDA、UNICEF、WHO など MOU に署名済みのドナーが主導権を握っており、常駐の保健医療分野のスタッフを本国から派遣した。これらのスタッフは保健医療分野の博士号か、少なくとも修士の学位を持ち、アフリカでの実務経験があり、長期駐在によって、保健省との緊密な関係を築くことに成功していた<sup>32</sup>。

他方、USAID は人口保健分野をガーナにおいても重点項目としており、また保健人口分野の専門スタッフも本国から派遣していたが、MOU、HF への参加を見合わせていた。

USAID は MTHS に沿って援助を実施していたものの、HF への拠出がスキーム上困難なこと、政府、保健省を通じないで NGO を通じた支援を重点としていたことと関係すると推察される。

同じく GTZ もドナー会合には出席するものの、HF、MOU 署名には消極的で独自のプロジェクト援助を展開していた。

### 3-7 Health Fund (HF) を含む 3 つの投入先と運用システム

ガーナにおいて援助機関からの拠出金は Health Fund (HF) (通称 non earmarked fund)、プログラム資金 (通称 earmarked fund through financial controller)、プロジェクト資金 (通称 earmarked fund) の 3 種に区分される。

HF はガーナ中央銀行に米ドルで口座が開設されており、保健省財務局は振込み通知を受けると米ドル口座からガーナ通貨に両替後、BMC (Budget Management Center) に送金する。

プログラム資金は保健省経理局への直接資金投入といわれるもので、ドナーが拠出金について個別の保健省と目的用途を協議し、ドナー別の口座に資金を払い込む。保健省経理局がその資金を対象となる保健省各機関に送金するシステムである。

またプロジェクト資金は資金運用を各ドナーが直接行うもので、ガーナ保健省としては今後プロジェクト資金を漸次可能な限りプログラム資金に移行させたいと考えている。

HF に慎重な USAID も上記プログラム資金には拠出を検討している。日本もまたプロジェクト援助では大きな貢献を示す一方、セクター・プログラムには制度、スキーム上の制約により、HF への参加に消極的態度をとらざるを得なかった。

---

<sup>32</sup> 国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部 (1999)

### 3-8 ガーナ MTHS はどこへいくのか

ガーナにおけるセクター・プログラム・アプローチは HF を創設し、1997 年という早い段階から実施を開始していたことが特徴的である。そのため 1999 年には評価ワークショップが開催されるなど他国のセクター・プログラム・アプローチに先駆けた形で問題点が抽出されてきている。

前述のとおり、ガーナ保健省の取り組み、指導力が保健医療分野についていえば、特定の人物の個性に起因する点もあるが、セクター・プログラム・アプローチを導入するのに十分意欲的であった点が評価されていた。しかしながら、実際、拠出された資金の運用状況が思わしくないことから、HF へのドナーの払込は大きく遅れだしている。そのため、当初期待された援助金額をはるかに下回る資金しか集めることができなくなってきた<sup>33</sup>。たとえば当初 DfID とともに積極的な HF への投入を行った DANIDA も HF 資金の運用に懐疑的なデンマーク国内の議会の動きを受けて、予定されていたレベルの金額のコミットメントは困難としている。

実際、直接実施現場に関与していない保健省高官は、セクター・プログラム・アプローチに対するオーナーシップが高いと評されるが、実施部隊である中堅幹部以下のスタッフは必ずしもセクター・プログラム・アプローチ、あるいは MTHS についての理解が高いとはいえないとする評価報告が出されている。

また保健省内部でも HF の適用をどこまで厳しくするかで議論がある最中、ガーナ保健省の中心人物であった Dr.Asamoah-Bah が 1998 年後半に WHO へ転出、保健大臣および 2 人の援助調整官もセクター・プログラム・アプローチの現場から離れる事態が生じた。

この時点では世銀、DfID といった、ガーナにおけるセクター・プログラム・アプローチの中心的ドナーは HF などのコンセプトの推進について、参加するドナー間のみで開発戦略を実施してゆき、参加しないドナーには厳しい姿勢で対処するつもりであった。また個別ドナーごとのプロジェクト実施に否定的であったが、内々では日本などの HF への参加が難しいドナーがあることを認識しており、ある程度の vertical program/project は容認しているのが実態であった。

ガーナにおいては、セクター・プログラム・アプローチ自体に異論を唱えるドナーはおらず、世銀を除けば、横並びというドナーコーディネーションを尊重しつつ、HF の進捗状況を慎重に見守っているドナーが多数存在していた。

日本の援助にとってのガーナ・セクター・プログラム・アプローチのインプリケーションは、たとえば HF に参加しないドナーが周辺化され、情報も限られ、最終的には援助実施不能の環境が出現する可能性すら否定できない危機感を日本の援助関係者にもたらしたことであろう。

すなわちセクター・プログラム・アプローチはごく最近まで援助の世界における黒船に等しかった。しかしながら、2000 年に入ると、ガーナ・セクター・プログラム が順調に進捗しているとしても、当初予想されたようなドナーコーディネーション至上主義 HF 神話は実現されえなかったといつてよいと思われる。そのため、DfID を中心とするセクター・プログラム・アプローチ推進支持ドナーの

---

<sup>33</sup> Ibid.

トーンもいささか変容することを余儀なくされている。

当初予想された、あるいは期待されたほど HF への参加ドナーが広がらなかった、HF に資金を投入しても、効果的な援助の実施に接続していなかった、など参加ドナーからの失望などの理由で HF への非拠出ドナーに対しても、ガーナ政府は非常に丁寧な対応に変化してきている<sup>34</sup>。

また ガーナ保健医療分野では良好な政府とドナーの関係が保たれているが、他国のセクターのセクター・プログラムの実施では政府とドナーの間で緊張が続いていることもある。

ドナーとしていかに対処すべきか、日本としては、ガーナへの支援を考えて、セクター・プログラム・アプローチへの参加イコール HF あるいはプログラム資金への資金供与を意味するものではないことも認識してよいかもしれない。つまり、ガーナ政府の能力強化支援などは日本の技術協力のうちでも十分セクター・プログラム推進、支持に合致するものである旨のアピールを出すなど、ガーナのセクター・プログラム・アプローチを見守りつつ、慎重な対応を続けることが求められていることであるかもしれない。

---

<sup>34</sup> 国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部（2000a）平成 10 年 8 月 31 日版。

#### 4 パートナーシップ醸成未熟型オーナーシップ：エチオピア 保健医療分野におけるセクター・プログラム・アプローチの動向



保健医療分野に関する国家予算、比率、保健医療支出（Public/Private 別）など

	エチオピア	ガーナ	ケニア	ザンビア
Total Health Expenditure (THE) as % of GDP (1997)*	<b>3.8</b>	3.1	4.6	5.9
Out of Pocket spending (Private) as % of Total Health Expenditure (1997)*	<b>36.2</b>	47.0	64.1	38.2
政府の保健医療分野への平均予算配分 (%) 1992-1998) **	<b>5</b>	7	6	10
1人あたり GNP (1999) [US\$] **	<b>100</b>	390	360	320
人口 (千人) (1997) **	<b>61,095</b>	19,678	29,459	8,976

出所：\* Poullier and Hernandez, Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997 GPE Discussion Paper Series No27, EIP/GPE/FAR, WHO, Sep. 2000

\*\* The State of the World's Children 2001, UNICEF (2001)

##### 4-1 保健セクター開発プログラムとセクター・プログラム・アプローチ

エチオピアにおいては保健医療分野ではセクター・プログラム・アプローチの実施例として保健セクター開発プログラムである Health Sector Development Program (HSDP) [1997-2001]が進行中であり、行動計画 (Program Action Plan : PAP)、実施マニュアル (Program Implementation

Manual : PIM) も 1998 年に準備され実施が開始されている。

主な参加ドナーは世銀、アフリカ開発銀行、UNDP、UNICEF、WFP、UNFPA、などの国際機関に、EU、アイルランド、英国、ノルウェー、スウェーデン、フィンランド、オランダ、ベルギー、フランス、ドイツ、オーストラリア、イタリア、米国、日本などのドナーである。以下の表（各ドナーによる申告ベース）のとおり、世銀、オランダ、米国などの貢献が大きい。

エチオピアにおける主要援助機関による拠出 1998-1999

援助機関	(金額) ,000 Ethiopia Birr
世銀	53,550
アフリカ開発銀行	0
UNDP	N.A
UNICEF	N.A
WFP	9,945
EU	25,850
アイルランド	21,120
英国	0
ノルウェー	16,700
スウェーデン	4,932
フィンランド	0
オランダ	52,800
ベルギー	1,000
フランス	0
ドイツ	6,030

出所：国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部（2000c） p.5.

また次表はエチオピアにおける保健医療分野の開発戦略策定からセクター・プログラムの導入に至る経緯であるが、1999 年に入ってから断続的に複数のドナーによる合同の協議の場である合同評価が実施されており、短期間で急激にドナーコーディネーションが進捗している印象を受ける。セクター・プログラムが進捗すれば、また参画するドナーが多ければ合同協議も大規模となるため、調整も含めて頻繁なミッションが派遣されている。このような趨勢が今後現実的であるのか予測は困難であるが、セクター・プログラムの実施の上では課題の 1 つとなると考える。

## エチオピアにおけるセクター・プログラム・アプローチの進捗

1996.12	CG 会合においてエチオピア政府が HSDP 計画発表 Workshop on Ethiopia's Social Sector Investment Programmes and Indicative
1997.3	Budgetary Support of Donors 開催によりドナーより総額 367 百万米ドルのプレッ ジ獲得
1997.7	政府予算のみによる HSDP 開始
1998.2	第 3 回合同ミッション実施：保健省による 5 カ年計画への助言 Sida による Harmonization Study 開始
1998.4	共通モニタリング、評価方法に係るワークショップ開催
1998.8	ドナーファンドにかかるワークショップ開催
1998.11	行動計画 (PAP) と実施マニュアル (PIM) の合同評価
1999.1-2	第 1 回 SDP 合同評価ミッション (Joint Review Mission) 実施 HSDP 実施における阻害要因、問題点とその解決について検討
1999.11-12	第 2 回 SDP 合同評価ミッション (Joint Review Mission) 実施 1998-1999.6 の実施状況評価
2000.2	第 2 回年次レビュー会合 (Joint Review Mission) 実施

### 4-2 on board ドナー/not on board ドナー

エチオピアのセクター・プログラムにおいては、エチオピア政府の関与は積極的であり、時にドナーとの緊張が問題となっている。1999 年 10 月、セクター・プログラムの推進を模索する複数のドナーによる合同評価ミッションの準備中にエチオピア政府により、not on board とみなすドナーの合同評価ミッションへの参加を許可しないという通達が出された。

すなわち、not on board とは政府の利害を十分に受け入れないドナーへの一つの制裁措置と見られる事態である。保健セクターではドイツ、NORAD、Sida が名指しされ、他方教育セクターでは、EU、ドイツ、日本が not on board とみなされた。

これを受けて、世銀、UNICEF の代表者が政府と折衝の結果、一部ドナーは撤回されたが、当該セクターへの貢献度が低いという理由で、DfID、フィンランド、ノルウェーが今回の合同ミッションへの参加が許可されなかった<sup>35</sup>。

on board /not on board 問題は政府によるドナーの選別であり、また排他的措置とも言え、セクター・プログラム・アプローチの極めて新しい側面の問題を惹起している。本来、セクター・プログラム・アプローチの採用は政府とドナーのパートナーシップの構築によって、政府の能力向上を側面支援する長所が広く同意を得るものであったが、いわばパートナーシップが醸成されずにオーナーシップだけが発現してきたと評され、政府とドナーの厳しい緊張をもたらしている。

### 4-3 共通の手続き (common procedure)

上記の保健医療分野の開発戦略である HSDP においては、財政管理、資金拠出、調達、評価モニタリング、報告システムに関する共通手続きの導入が明記されており、セクター・プログラム・アプロ

<sup>35</sup> 本原稿は主として国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部 (2000c) に依拠した。

一斉の推進が明記されていた。しかしながら現実問題として、エチオピア政府側の人材、能力が十分整備されている状況ではなく、共通手続きが政府により推進されるには、ドナーの支援による地方行政官、会計システムの整備支援が不可欠の段階であった。

### 財政チャンネル 1A/財政チャンネル 1B/財政チャンネル 2(コモンファンド)、財政チャンネル 3(プロジェクト)

エチオピアにおけるセクター・プログラム・アプローチでは政府の財政口座に資金を拠出することを口座の種類別にチャンネル 1A、1B、2 と整理している。

チャンネル 1A をドナーの資金をプールする通称コモンファンド用の口座、チャンネル 1B が大蔵省に管理される口座、チャンネル 2 が教育省、保健省を通じて資金を拠出することになる口座である。またチャンネル 3 が従来どおりのプロジェクト関連によるものと整理されている。

世銀が 1B に拠出して、SDP 実施マニュアル通りの口座に従っている一方、アフリカ開発銀行はチャンネル 2 に拠出、他のドナーは従前のプロジェクト実施を継続しており、チャンネル口座への拠出は開始されていない<sup>36</sup>。この背景にはエリトリアとの紛争による混乱回避と、資金に係る透明性の確保、使途についての合意が不十分である点が大きいの。

チャンネル 1A はドナーによる資金を政府の公共支出予算の中に組み込み、それまで不透明であった外国ドナーの資金を公開する試みでもある。しかしエチオピアにおいては通常他の国のセクター・プログラム・アプローチにおいて単一の口座をコモンファンド用と限定しているのに対し、計 3 つのルートを設定した。これは用途に応じてそれぞれ資金を拠出したドナーへ別個の留意・限定条項を課すことで、エチオピア政府にとって柔軟な運用を可能にするものであると考えられる。

これを裏付けるように、3 つのチャンネルに拠出された資金がドナーごとの貢献をカウントするとマニュアルに記載されているものの、その資金が保健セクター開発プログラムのどの内容に充当されるかは明らかにされていない。

また現段階では前述のとおり、ほとんどのドナーの資金はチャンネル 2 か 3 であり、大蔵省が把握しないために、国家予算の枠組みに組み入れることがいまだ困難である。チャンネル 2 は関係の省庁を通じた拠出、チャンネル 3 はドナーから直接のプロジェクト経由であるので政府によるコントロールの機会は無に近いのが現実である。

しかしながら、財政面の強化という観点から見れば、セクター・プログラム・アプローチは公共財政管理の改善のための一つのツールではある。それまでの政府は政策とそれを実施するための予算の裏付けが脆弱であったことは否定できず<sup>37</sup>、セクター・プログラム・アプローチの導入はセクター包括的な計画立案と予算の整合性を高めるために途上国にとっては意義深いチャレンジであるはずである。

<sup>36</sup> *Idid*. p.21 によれば、DfID、EU、Sida がチャンネル 1A への拠出を表明していたが、紛争を理由に拠出を延期している。

<sup>37</sup> 実際世銀による 1997-1998 年の Public Expenditure Review はこのことを指摘した上で、Mid-Term Expenditure Framework (MTEF) の立案勧奨、Public Investment Plan (PIP) 策定を提言した。

#### 4-4 オーナーシップ

エチオピア派遣中の亀井企画調査員報告書<sup>38</sup>によれば、エチオピア人のプライドの高さ、前述の保健セクター開発戦略への取り組みの熱心さは十分理解するものの、実務面での開発戦略実行に向けてのエチオピア政府のキャパシティの限界問題を懸念している。高いオーナーシップが存在しつつも、それがしばしばポジティブな結果に結びついていない点を挙げている。

また前述の on board/not on board ドナー問題との関連で、教育セクターで not on board とみなされた複数のドナーのうち、紛争継続による拠出見送りの措置をとった北欧ドナーはエリトリア国境における紛争が解除されれば on board 扱いに復帰することは容易であるが、従来どおりのチャンネル 3 への貢献、すなわち独自にプロジェクト支援を強調するドイツ、あるいは教育セクターに確固たる貢献が少ないと指摘を受けた日本にとっては、チャンネル 1 への拠出不可の姿勢が改善されない場合、今後もエチオピア政府からの排除対象となる可能性を残す。

しかしこのような強硬なオーナーシップの発動がセクター・プログラム・アプローチによる派生物である可能性もまた否定できない。

またセクター・プログラムによって、二国間援助という枠組みが外れたり、あるいは薄められれば当然エチオピアと日本という 1 対 1 の対応の機会は減じられざるを得ない。こうした環境の中でプレゼンスを強化するとなれば、何らかのスキームを運用してチャンネル 1 への貢献をせざるをえない状況となる。

#### 4-5 エチオピア政府はドナーと歩み寄れるか？

2000 年 3 月、第 2 回目の年次評価会合（Annual Review Mission : ARM）が開催された。前述の亀井レポートによれば<sup>39</sup>エチオピア政府は会合の準備段階からドナーの関与を拒み、結果的にドナーの意見がほとんど反映されない報告会となっていたようである。エチオピア政府は保健セクター開発プログラムについて前年度実績を中心に、全体に満足できるものと評価し、それを聞く会合への参加ドナーもエチオピア政府の選択による限定的なドナーだけという事態となっていた。

すなわち、明確な選定基準は明らかにされないが、教育、保健分野のいずれかで on board とみなされた 6 国際機関と 10 ドナー（EU をドナーに分類）のみが年次評価会合に出席したとされている。

内訳は国際機関が世銀、UNDP、UNESCO、WHO、WFP、UNFPA、ドナーがフィンランド、オランダ、ドイツ、アイルランド、イタリア、ノルウェー、スウェーデン、EU、米国、日本であった。それぞれの本部からも出席者がいたのは、オランダ、ドイツ、アイルランド、世銀である。

この会合でエチオピア政府が強調したのは、ドナーの更なる共通手続きへの参画とプロジェクト型支援の実施の際も保健セクター・プログラムの実施マニュアル PIM に沿って、手続きを共通化すること、プロジェクト内の財務報告の政府への公開の点であった。さらにセクター・プログラムの共

<sup>38</sup> 国際協力事業団（2000c） p.1

<sup>39</sup> 国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部（2000c） p.1.

通の理解である共通手続きを踏まないドナーとして GTZ を名指しで挙げ、not on board とする旨を公に表明した。

しかしながら実際、エチオピア政府が保健医療分野のセクター・プログラムを進めることについてドナーコミュニティは憂慮する点が増えてきている。上記会合においてもエチオピア政府は予定していたドナー資金が十分入ってこない点を指摘し、実際計画に沿って財政支援を行っているのも実は世銀だけの現状を報告した。

上記会合とは別に世銀の調査によれば、特に地方レベルではリカレントコスト不足、たとえば医薬品調達などで深刻さが増してきていた。これを受けて、2000年6月、世銀が州レベルにおける保健セクター開発プログラムの評価を目的としたミッションを派遣、経常経費の不足とセクター・プログラムの各チャンネルの会計作業が大幅に遅延しており、プログラムの予算執行と実施は著しく阻害されていることを報告した<sup>40</sup>。保健セクター開発プログラムはまったく機能していない、とのエチオピア政府と当然ながら相反する報告により、計画の見直しさえ主張する報告が出されている。

これらを総括すると、複数のチャンネルが存在することにも明らかなように、エチオピアにおけるセクター・プログラム・アプローチではコモンファンドへの拠出が不可避という文脈ではない。むしろ、ドナーの共通手続きを明確にし、援助の潮流となったセクター・プログラム・アプローチを機会にドナー資金の全貌を明らかにし、政府資金と統合して計画を実施するメリットを重視しているように思われる。

そのため、支援内容を明らかにし、共通手続きを踏み、エチオピア政府に理解を求められれば、従来型プロジェクト支援がセクター・プログラムになじまないという議論が問題とされるわけではない。

それよりも上記会合のあと、エチオピア政府はドナーコミュニティに対して態度を硬化させており、政府とドナー間の乖離の深刻さが保健セクター開発プログラムの進捗を大きく遅らせる可能性が高い。

一部ドナーでは、エチオピア政府とドナー間のパートナーシップは消滅した、と評価している。今後を見通すことは困難であるが、セクター・プログラム・アプローチの一つの経過としてエチオピアの事例は日本のセクター・プログラムに対する方向づけを再度捉え直す好機であるとも考えられる。

---

<sup>40</sup> *Ibid.*p.23.

- 5 移行体制・復興支援型セクター・プログラム：フォーカルドナー（focal donor）指名によるドナーコーディネーション進展型：モザンビーク保健医療分野におけるセクター・プログラム・アプローチの動向



保健医療分野に関する国家予算、比率、保健医療支出（Public/Private 別）など

	南アフリカ	モザンビーク	タンザニア
Total Health Expenditure (THE) as % of GDP (1997)*	7.1	<b>5.8</b>	4.8
Out of Pocket spending (Private) as % of Total Health Expenditure(1997)*	46.5	<b>71.3</b>	60.7
政府の保健医療分野への平均予算配分 (%) 1992-1998) **	N.A	<b>5</b>	6
1人あたり GNP (1999) [US\$]**	3,160	<b>230</b>	240
人口 (千人) (1997) **	39,900	<b>19,286</b>	32,793

出所：\* Poullier and Hernandez, Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997 GPE Discussion Paper Series No27, EIP/GPE/FAR, WHO, Sep. 2000

\*\* The State of the World's Children 2001, UNICEF (2001)

### 5-1 独立、内戦と復興体制下におけるモザンビークの援助を取り巻く状況

表 5-1 のごとく、1975 年の独立以後のモザンビークのたどった道は、独立後から 1985 年まで中央計画経済の実施と破綻、続く 1985 年から 1992 年までの内戦による国家緊急事態と保健医療分野の完全な崩壊、1992 年の和平協定、1994 年の民主的総選挙の実施と、それ以後の民主体制への移行に伴う保健医療分野の回復・復興期に分けられる。

表 5-1 モザンビーク略史

1975	独立
1975-1982	中央計画経済期
1982-1985	経済危機、内戦へ突入期
1985-1992	緊急事態期：内戦、伝染病流行、構造調整実施、(緊急) 援助への強い依存期
1992	和平協定成立
1992-1994	移行体制期
1994	民主選挙実施
1994-1997	経済回復期、民主体制移行期、地方分権導入期

出所：Pavignani and Durao (1999) p.244.

モザンビークは 1985～1992 年の内戦とその終結にいたるまでの過程、および内戦からの復興、社会主義体制から民主体制への移行期である 1992 年からの数年で、流入した援助により援助依存型の体質が強められたといわれている<sup>41</sup>。1992 年に内戦終結とともに保健省は外国ドナーの支援を受けつつ即時にサービス回復に努力し、1997 年には人口の 40%が基本的保健サービスを楽しむ状態となった。

政府の保健医療分野に対する予算は 1990～1996 年において 20%増加したが、ドナーからの援助と

<sup>41</sup> Hanlon (1996)

政府支出の合計はほぼ各年 100 百万米ドル水準で推移した。しかしこの時期モザンビークにおける民間医療部門は未成熟で都市部のみに限定されており、保健省は外国ドナーから 50%を超えるリカレントコスト（経常経費予算）の支援も受けていた。

国家保健サービス（National Health Service）は保健省、州保健局（Provincial Directorates of Health : PDH）、郡保健局（District Directorates of Health : DDH）の 3 層構造で、内戦期を通じて、国家保健サービスの管理体制は統率力を失っていた<sup>42</sup>。保健省の幹部は目の前の問題の当面の処理に追われ、長期のセクター戦略を作成する状況にはなく、さらに中央計画経済の破綻は計画することの無意味さを幹部に印象づけていた。

他方、州、郡の保健局は中央からの指示による受身の体質となっており、自ら積極的に独自の政策を実施することはなかった。保健省の幹部はまた、自らの業務として半分はドナーのカウンターパートとしての業務を抱えており、パートタイムオフィサーともいわれていた<sup>43</sup>。

一方、ドナー側の担当者には保健医療分野といっても、医療分野の専門家はほとんどいなかった。その結果、ドナーの関心は保健医療分野のサービスの詳細ではなく、経済効果指向で、長期的視点によったシステムづくり、などに重点が置かれる傾向があった。

モザンビーク保健医療分野のこのころの特徴は、極端に少ない政府のスタッフ数であった。特に公務員の給料が低く抑えられていることもあり、モザンビーク政府職員は生活維持のためにドナーからの資金をしばしば corruption という形で流用する傾向があった。しかしドナーごとに対応は異なり、黙認するドナーさえあった<sup>44</sup>。

## 5-2. モザンビーク保健医療分野の主要ドナー

モザンビークの保健医療分野には多くのドナーが協力していた。そのためそれぞれのドナーごとに異なる規定、スキーム内容、などが混在し、混沌とした様相を呈していた。内戦終結直後という要因も重なり、援助吸収能力は乏しく、しばしば予定されていたドナーによる予算も年度内に消化されることなく、次年度に持ち越されることが多かった。政府側もまた、アクセスしやすいドナーを探して、同内容の要請を複数に提出、実施の過程で困難な問題が出ると、別のドナーを探すという手段がごく普通に行われていた<sup>45</sup>。

保健省の中に調整機関として Cooperation Department (CD) はあったが、機能は主として外務省と保健省の連絡機能であり、保健省からの要請を外務省に了承させるもので、窓口ではあったが援助案件自体の調整機能は有していなかった。

しかし 1989 年世銀のローンが開始することを受けて保健省に援助案件調整専門の部門 (GACOPI) が設置された。

---

<sup>42</sup> NHS is like a leaking boat, crossing stomy seas and does not pay attention to the choice of harbour, provided it is safe. と、Pavignani and Durao (1999) は述べる。

<sup>43</sup> *Ibid.* p.244.

<sup>44</sup> *Ibid.* p.247.

<sup>45</sup> *Ibid.* p.246.

1992年の和平成立後、focal donorとして保健医療分野ではスイス（Swiss Development Cooperation：SDC）が任命された。1996年からはドナー会合も毎年開催された。

1993年よりドナー間の調整、連携（coordination）も議論が活発となったが、モザンビークの場合、当事者であるモザンビーク政府の参加なしでドナーコーディネーション会合が進んでいった。中心となったのは人道支援に基づく援助を行っている北欧ドナー、オランダ、カナダ、スイスであり、その後アイルランド、世銀が加わった。

他の二国間ドナーはこれらドナーコーディネーションが共通手続き、共通基金のプールなどの所謂セクター・プログラムへ進む議論を否定するものではなかったが、特に技術協力に重点を置く国連機関は独自の計画、実施を優先しようとしていた。これは、国連機関の技術協力においては結果重視指向のために、また資金提供者への回答として、短期間で、また目に見える結果、投入した資本量に等しく「合致する」結果が、求められるからであった。

ただしモザンビークにおいては世銀のローン抛出が政府の最重要課題と認識されていたためにあえて世銀はドナーコーディネーションについて中立の立場を守っていた。

#### モザンビークにおける主なドナーと援助内容（1997年度時点）

援助機関	援助内容	金額 (Million US\$)
CIDA (カナダ)	薬品	4.0
DANIDA (デンマーク)	テテ州総合開発	2.0
Dutch (オランダ)	ナンプラ州総合開発	7.5
EU (欧州連合)	ザンベジア州支援	<u>18.0</u>
France (フランス)	感染症対策、卒後教育	1.0
Finnida (フィンランド)	モニカ州総合開発	4.5
Italian Cooperation (イタリア)	ソファアラ州支援、病院機材供与	3.0
NORAD (ノルウェー)	薬品、感染症対策	4.5
Spain (スペイン)	PHC、技術協力	3.0
SDC (スイス)	薬品、直接財政支援、運営強化支援	<u>10.0</u>
UNDP	技術協力、AIDS 対策	N.A
UNICEF	母子保健	5.8
UNFPA	リプロダクティブ・ヘルス	3.6
USAID (米国)	母子保健、家族計画、3州支援	<u>14.4</u>
世銀	総合復旧プログラム 1996-1999	<u>20.0</u>
WHO	能力形成支援、海外研修、感染症対策	0.5

### 5-3 SDC (スイス) による支援と earmarked budget support

前頁表のとおり、モザンビークにとっては保健医療分野において、世銀を除けば EU が最大ドナーで、スイスは最大ドナーではない<sup>46</sup>。その背景にはスイスの医薬品のサプライヤーとしての国益も見逃せないが、保健医療分野に限定すればリカレントコスト（経常経費）負担をも含んで、早くからモザンビーク政府の当該セクターへの財政支援を行っており、モザンビーク政府の代弁者となるまでの緊密な関係が樹立されていたことが挙げられる。

ドナーコーディネーションが進む中で、モザンビーク保健医療分野に対する支援はカウンターパートファンドをも通じて、国家保健予算の約 60%を占めるようになった。そのために、セクター・プログラムとしての財政支援の議論もドナー主導となり、保健省の内部からは反発も出ていた<sup>47</sup>。

この時点でのセクターへの直接財政支援案は実施中の案件に費やされることが優先され、根本となる人材などの資源不足の問題を解消するものではなかった。また財務計画省（Ministry of Planning and Finance）への財政支援にして、そこからの予算配分改善による保健部門の健全化を目指すべきとの議論では、ドナー側がイヤーマークした予算の確実な執行を望み、1997年までにスイス政府からの5百万米ドル相当と UNICEF による拠出金を PHC 関連の援助に目的使用することが決定された<sup>48</sup>。

このスイスと UNICEF による拠出金の earmarked budget support の形態がモザンビークにおけるセクター・プログラム・アプローチの契機の一つである。この拠出は保健省による政策の実施、州、郡レベルへの分権化推進の中で、政策と予算裏付けの統合を推進した画期的な出来事であり、外国援助の資金を州保健局の運営に生かし、特に経常経費負担を実現した意義が大きかった。

#### モザンビークにおける保健医療分野のセクター・プログラム・アプローチの進捗

---

1988	CENE (Emergency Comission : 緊急対策委員会 : モザンビーク政府による) の設置 ドナー会合開始 (保健省と Focal Donor のみ) (1992~1996)
1992	Manica プログラム (FINNINDA) 開始 Sector Budget support 開始
1993	Tete プログラム開始 (DANIDA)
1995	ドナー合同評価開始 技術協力 (TA) の Pooling Arrangement 開始
1996	世銀による HSRP プログラム開始 (1996~2000) 医薬品調達 (Drug) の Pooling Arrangement 開始 (1996~)
2000	

---

<sup>46</sup> 保健医療分野でなく、モザンビーク全体に対する援助総額では USAID が最大二国間援助機関であるので注意を要する。

<sup>47</sup> *Ibid.* p.247

<sup>48</sup> 国際協力事業団 (2000a) p.106 平成 10 年 7 月 12 日版。

1992年から1995年にかけて作成された Health Sector Recovery Program (HSRP) [1996-2000] は世銀の Sector Investment Program : SIP に沿う形のものであったため、財務計画省 (Ministry of Planning and Finance) を通じた形ではあったが、関係者にはセクター・プログラムとして認識された。

内容は不平等の改善と貧困層対策を主な目標として、医療施設、サービスへのアクセスを高め、保健医療分野の運営管理能力向上などが掲げられていたが、sector wide approach の導入および具体的方法として pooling arrangement<sup>49</sup>についても明記されていた。前述のとおりモザンビークにおいては1992年からドナー会合がスイスの主導で開催され、Coordination Unit も保健省に設置されたが、スイスによる earmarked budget support の前例により、セクター・プログラム・アプローチの概念はドナー間で受け入れやすいものとなっていた。

#### 5-4 geographical zoning

地域による援助の住み分けも進んだ<sup>50</sup>。フィンランドは Manica 州を、デンマークは Tete 州に重点協力地域を定めた。これらはモザンビーク 12 州のうちの内戦の被害が重大な 5 州であり、他ドナーとの援助の競合も少なく、地方でのニーズに合わせて地域により必要なサービスを提供できる手法とされた。

しかしこの住み分けにはモザンビーク側では、その州の近隣の州との格差拡大、外国ドナーの巨大な主導體制に飲み込まれて中央の保健省とのリンクに合致しないという意見があり、反発もあったといわれる。

#### 5-5 医薬品資金の pool とドナーコーディネーション

医薬品の調達と病院スタッフの確保、拡充が保健省の重点課題であった。そのため 1995 年にスイス、オランダ、ノルウェーが共同出資し、運営管理に UNDP が参加して PATA (Pooling Arrangement for Technical Assistance) が発足した。これは医薬品の輸入、医療機材調達のための 2 つの Pooling Arrangements であり、技術協力をも含んでいたものである。

1997 年 7 月の評価では、この形態の特徴である経常経費の供給は保健省の諸活動の活性化に寄与し、ドナーと保健省の活動の調和に貢献したことを報告している<sup>51</sup>。

1997 年にはこの PATA による複数のドナーの資金のプールによる医薬品調達が成功したことを受けて、ドナーの技術協力についても共通ファンドを設立して、政府スタッフの海外研修に支出できないかが検討されていた。

---

<sup>49</sup> UNDP の用いた用語で UNDP (1996) *Mechanism for Managing Technical Assistance in the Health Sector: Pooling Arrangement for Technical Assistance* などに記述されている。

<sup>50</sup> Mozambique Ministry of Health (1998) *Towards a Sector-Wide Approaches to Programming in the Health Sector*

<sup>51</sup> 国際協力事業団 (2000a) p.108.

こうした流れを受けて、セクター・プログラムとは至らないまでも、モザンビークにおけるドナーコーディネーションは徐々に進展しつつあった。

しかし、モザンビーク政府の柔軟性と、当該分野を取り巻く障害に立ち向かう意志、政府としての国民に対する強いリーダーシップがなければ、ドナーコーディネーションは結実することはないと思われる。他方、ドナー側も、共通にするとはいえ、簡潔な手続きでの援助の実施と柔軟な運用、長期的視野に立つ援助を考えていかねばならないなど課題は多いと思われる。

## 5-6 むすびにかえて

内戦からの復興期を支える援助という点では、ドナーコーディネーションは有効な形態の一つであろう。しかしモザンビークに見られるように、セクター・プログラム・アプローチの文脈が復興期という特殊な事情に接続する形で存在するとなれば、セクター・プログラム・アプローチ自体の有する試行錯誤にもまた直面せざるを得ない。

セクター・プログラム・アプローチの順調な進捗には保健省の指導力は不可欠とされる。しかしモザンビークにおいては必ずしも保健省がドナーコーディネーションに全幅の信頼を置いているわけではないことが指摘されている<sup>52</sup>。

保健省の幹部による聞き取りでは、ドナーコーディネーションに参加していないドナーとの交渉の方が有利でいられ、プロジェクトの乱立による保健医療分野の分断化（fragmentation）さえも十分な利用価値ある形態と歓迎している<sup>53</sup>。

しばしば、保健省は競合するドナーの仲介役（レフリー）でありたいと考え、あらゆる援助に対して自国政府の選択の余地を多くしたい、とも考えている。

もちろんその一方で、すべてのドナーが単一のドナーコミュニティ内にいてくれることのメリットも承知している。

ドナーコーディネーションが長期間の時間を要するもの、復興期であり今後の方向も不確定要素のあることを踏まえて、モザンビーク保健省は主導ドナー（key players）の失脚や交代を懸念している。もしも新参ドナーが強い影響力を持って、従前のシステムを破壊する可能性を予測すれば、institutional memory もまた重要となろう。

モザンビークにおいてセクター・プログラム・アプローチの導入を支えた各ドナーの担当者は平均4年の在勤経験を有していた<sup>54</sup>。ドナーコーディネーションを継続させるためには、各ドナーの担当者が任国への知見が豊富で、業務を超えた人間関係、個性を有していることが望ましい。

同様に、モザンビークのような小国で、しかも保健医療分野という限定されたセクターに対するドナーコーディネーションの促進という重責を担うにはモザンビーク側の担当官が有能で、卓越した個性を有していなければならないだろう。

モザンビークにおける1980年末からの10年余りで達成された保健医療分野における進歩は短期間

---

<sup>52</sup> Pavignani and Durao (1999) p.251.

<sup>53</sup> *Ibid.* p.251.

<sup>54</sup> *Ibid.* p.251.

で急激な変革をかなり厳しく実施した、と要約される。内戦で断片化していた保健医療分野のイシューはかなり改善され、ドナーコーディネーションメカニズムが導入され、ドナーの援助は保健省の政策と統合され、効率化と透明性の確保を目指している。

要約すれば、モザンビークの事例は紛争直後という不安定な要素があっても、外部からの援助資源を有効に **manage** することは（方法によっては十分）可能である、ということを示した。

またドナーコーディネーションは長期にわたる時間のかかるもので、労働集約的で、大変な努力を必要とするものである点、も再度確認された。

ドナーコーディネーションは試行錯誤のプロセスそのものであり、成功のための **blueprint**（青写真型）ではないといわれる。関係者相互の理解、了解が不可欠であるために、プロセスそのものが形成されながら、また局面ごとに厳しく修正を迫られることになる。

しかしながら、ドナーコーディネーションの終了点、上限はいまだ明らかにされていない。成功したドナーコーディネーションがあれば、それは他の途上国への新しい開発のための有効な処方箋となるはずなのだが<sup>55</sup>。

---

<sup>55</sup> *Ibid.*p.252.

## 6 移行体制・復興支援型（中進国での事例）：南アフリカ共和国保健医療セクターにおけるセクター・プログラム・アプローチの動向



保健医療分野に関する国家予算、比率、保健医療支出（Public/Private 別）など

	ガーナ	ケニア	ザンビア	南アフリカ	モザンビーク
Total Health Expenditure (THE) as % of GDP(1997)*	3.1	4.6	5.9	<b>7.1</b>	5.8
Out of Pocket spending (Private) as % of Total Health Expenditure (1997)*	47.0	64.1	38.2	<b>46.5</b>	71.3
政府の保健医療分野への平均予算配分 (%) 1990-1997) **	7	5	10	<b>N.A</b>	5
1人あたり GNP (1996) [US\$]**	360	320	360	<b>3,520</b>	80
人口 (千人) (1997) **	18,338	28,414	8,478	<b>43,336</b>	18,265

出所：\* Poullier Hernandez, Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997, WHO, Sep. 2000

\*\* The State of the World's Children 2001, UNICEF (2001)

### 6-1 1994年の新政権と援助を取り巻く環境の変化

南アフリカは1998年時点で人口40.3百万人、1人あたりGDP3,160米ドルのupper-middleクラスに属する国である。しかし所得の不均衡配分を示すジニ係数は、0.61とチリ、ブラジルに匹敵する

ほど高く、ネルソン・マンデラ率いる African National Congress (ANC) が 1994 年に政権に就き、貧困層と多様な民族グループ (ethnic group) に対する社会サービスの普及、向上を目指した。

しかしながら 18 にわたる省庁と官僚システムは、国民へのサービス拡大よりも汚職 (corruption) の蔓延した基盤が継続していた<sup>56</sup>と指摘されていた。南アのこうした国家制度の移行期にあつて、各国ドナーの援助が開始したが、ドナーは当面硬直した官僚システムの上に、各セクターの開発枠組みづくりへの支援を始めざるをえなかった。ドナーは公共部門の歳出削減、剩員削減により政府の財政建て直しを図ったが、1994 年以降も社会サービス部門への支出は増えず、資本の不均等配分の構図も十分には改善されなかった。

南アは 9 つの州と政府からなり、ほぼ準連邦制 (quasi-federal system) と呼んでよい行政体制となっており、保健医療分野も実施機関は州レベルにあつた。そのために、1990 年代に入って注目された decentralization と district level へのサービスの拡充は、南アでは容易に実行される体制が整っていた<sup>57</sup>。

1997 年からは財政上も連邦制と同じシステムを導入し、各州が政府から交付される地方開発予算のほかに外国援助を直接受けられることとなった。新政権が発足した 1994 年時点での南アの保健医療分野の特徴は、インフラ、施設不足による PHC の脆弱性と対照的な、第 3 次医療レベル (tertiary) の高度医療を担う病院に対する予算支出の多さであった。

さらに規模は大きくても規制がほとんどなされていなかった民間部門で、健康保険によっては人口のわずか 23%しか裨益していなかったにもかかわらず、保健医療分野予算の 60%あまりが費やされていた。またそこには国全体の医師の 62%が投入されていた<sup>58</sup>。

しかし 1997 年の南アで策定された保健医療分野の開発戦略では、この点を考慮し、郡レベルの医療を集中的に改善し、漸次、民間部門と公的部門の比率を法の規定によって近づけ、さらに第 3 次医療と第 1 次、第 2 次医療との配分を需要にあわせて費用効果の高くなるように変更する方策が採用されていた。

## 6-2 ドナーによる援助の活発化と南ア

1994 年の新政権発足をみて、各国ドナーは (民主的政権への) 移行体制支援国への援助<sup>59</sup>という形で南アを好ましい援助対象国とした<sup>60</sup>。これは「援助疲れ」(aid fatigue) に象徴された他のサブサハラアフリカへの態度と対照的であった。

南アへの援助は 1994 年以前には主としてアパルトヘイトへの抗議の意図をもってなされ、その他は人道援助という形に限定された。他方、1994 年以降は国家経済開発支援という文脈に変化し、前者が NGO を通じた援助で、政府を通じず、いわゆる水面下でより多くなされた反面、1994 年以降もそ

<sup>56</sup> Human&Strachan,1996

<sup>57</sup> Schneider and Gilson (1999)

<sup>58</sup> *Ibid*, p265.

<sup>59</sup> *Transition support* と表現される。

<sup>60</sup> South Africa became a favoured nation for the many bilateral and multilateral agencies providing aid to developing countries.

れ以前からプレゼンスの高かった EU、USAID が外交ルートなどを通じて支援を拡充した。

南アは EU から、大きな援助受け取り国となり、さらに米国からの援助も近隣地域の 9 カ国への支出のうち、1 国でその総援助額 500 米ドルのうちの 55%を受け取る（1996 年実績）大規模被援助国となっている<sup>61</sup>。他に英国（DfID）も積極的な援助を開始した。

南アの保健医療分野に対し、EU は AIDS、郡レベル保健医療システム強化などイシュー別の優先順位を設定していたが、USAID は Eastern Cape という地理上特定の場所を重点支援する手法を展開した。また、USAID は自らが契約したコンサルタント、NGO を通じた支援を中心としており、政府を介さないルートを重視していた。

英国（DfID）は、3 州の保健局を支援しつつ、計 20 のプロジェクトを立ち上げ、リプロダクティブ・ヘルス、および HIV 対策という重点地域プラス重点イシュー設定のミックス型の支援を行った。

1994 年を契機とするドナーの援助は、しかし、援助量全体としては南ア政府の予算の 2%未満で<sup>62</sup>、うち保健医療分野への援助も国家保健医療予算の 1%を占めるに過ぎなかった<sup>63</sup>。

また南アでは他のアフリカ諸国に広がっていた「ただで何かをもらいたい」というドナーに対する志向<sup>64</sup>は見られず、南ア政府幹部にもドナー会合、国際会議への出席に通常所付随する日当支払いなどへの固執はあまり見られなかった<sup>65</sup>。

新政権は保健医療分野に対する新政策として、その当時普及していた利用者負担を推進する方策ではなく、女性、子供に対する無償での保健医療サービスを打ち出していた。

後にこの政策はプライマリ・ヘルスケア（PHC）サービス全体に広がるが、ドナーは他のアフリカ諸国と違って方針が明確な南アに対しては厳しいコンディショナリティを課すことはなく、政府の重点政策を重視し、政府の政策を補完する役割を受け入れた。これは実際以前のコンディショナリティ至上主義の世銀の構造調整実施の失敗と無関係ではなかろうと思われる。

その結果、1997 年に南アを取り巻くドナー間の了解も得た、**Reconstruction and Development Program (RDP)** では、(1) ドナーの資金を可能な限り統合し、無駄なリカレントコストを排除する、(2) 南ア政府による政策、機材、技術の選択を尊重する、という内容が盛り込まれた。（保健医療分野の援助の受け入れに関する組織を整理した次頁参照）。

---

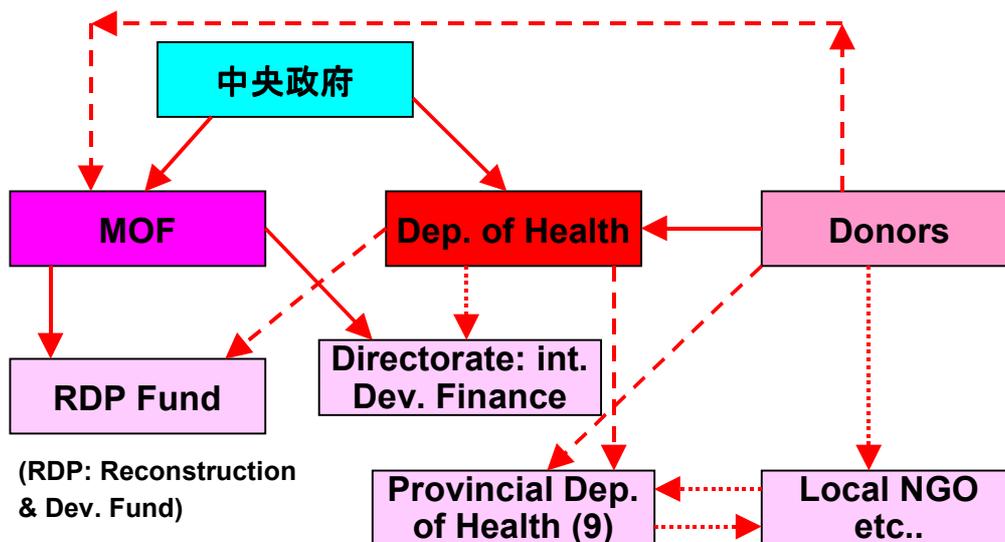
<sup>61</sup> この背景には EU にとっては低開発国への支援強化の傾向の中で、南アをこの地域で重要な役割を担う可能性のある国として位置づけたこと、米国にとっては多数の企業が直接投資を行っていて国益に重要であったこと、が挙げられる。

<sup>62</sup> 1997/1998 年の予算総額は 186 十億ランド。

<sup>63</sup> 1997/1998 年は 20 十億ランド。

<sup>64</sup> wish to obtain something for nothing

<sup>65</sup> Sabaat (1997)



**南アフリカにおけるドナーと援助受け入れ保健セクター組織**

他方、1996年ごろからは主要ドナー（EU、DfID）などは地方州保健局に直接コンタクトするなどの動きが活発化したが、財務省自体は外国援助を予算内に取り込むことによって、債務解消に役立てたいと考え、政府予算の中で消化し、予算外のいわゆる「魔法のポケット」の増加には否定的であった。ただし地方及び各省庁は、政府の予算支出の煩雑で時間のかかる手続きと対照的な外国援助を、融通の利く、使いやすい予算として歓迎した。

結果として、各ドナーは地域別に重点地域を分け合い、南アの援助は総体として近隣の途上国に見られた、中央政府がドナーからの援助にスポイルされ、国のセクター全体の戦略づくりから実施に至るまでをすべて依存する aid dependence の体質とはやや異なる状況となった。

1994年からの開始、という遅いスタートにより、当初南アにおける外国援助による協力圏は地方拠点を設定しての、保健医療システム強化案件の組み合わせであった。そのため相対的に、そこだけが突出している、という結果になる限定目標達成型のイシュー別プロジェクトの数は多くはなかった。また USAID、DfID などの外国人専門家、コンサルタント派遣による技術協力はシステムマネジメント改善を重点としており、組織強化という側面に尽力したと評価されていた。

### 6-3 援助資金の執行率の低さ

前述のとおり、新政権となったことを受けて、1994年以降急速に大規模な援助が流入し始め、他のアフリカ諸国に比較すれば一人あたり GDP も格段に高い南アであったが、援助を効率よく執行する組織の能力という点では困難に直面していた。

EU の事例では、以下のとおり、1994年から1996年にかけて、コミットの案件数は増加しているにもかかわらず、disburse（予算執行）率は57%から21%に大きく下がっている。保健医療分野の

開発戦略である RDP では 1995/1996-1996/1997、20 億ランドが繰り越され、政府全体で見れば、80 億ランドの予算が持ち越しとなっていた。

#### 南アにおける EU の援助とその執行率（1994～1996）

	1994(百万 ECU)	1995(百万 ECU)	1996(百万 ECU)
援助コミット案件数	102	123	130
実施案件数	58	45	27
比率 (%)	57%	37%	21%

出所：EC 代表部資料（1996）

すなわち、南ア政府は政策においては明確な見通しを有していたが、運営管理での省庁の能力は伴っていなかったと評価せざるをえない。

また連邦制によって、中央政府と地方政府の役割分担も明確でない部分があることも要因であることが指摘されていた<sup>66</sup>。

EU の援助の執行率の低さは、EU が中央政府を窓口として資金の拠出<sup>67</sup>を行っていたことも一因ではあった。DfID、USAID は、技術協力を主に実施していたために、自らの援助資金で執行率を上げていたのも事実である。

1996 年の RDP 担当大臣による評価のコメントでは、RDP の 2 年にわたる成果について、資金と計画を綿密に立案したものの、運営管理能力の欠如によって思うような進捗が見られなかった点を強調し、人材の育成の重要性を挙げていた。

人材育成に関して、外国援助のイニシアティブによって複数の州で公衆衛生に関する教育機関が設立されたことは、南アの保健医療分野に明るい材料といえる。これらは DfID による「ノウハウプログラム」や USAID による PHC 強化支援、EU による運営管理能力形成支援から生まれたものであった。たとえば USAID の支援によって、Eastern Cape 州保健局の 20 のポジションのうち、19 まだが USAID の契約先の MSH<sup>68</sup>から雇用された形のスタッフが占めるに至っていた<sup>69</sup>。

#### 6-4 南アでセクター・プログラムは必要か？

南アは前述のとおり、一人あたり GDP も 4000 米ドル近くであり、経済発展は 1994 年からの民主政権発足に伴い、市場経済化が促進されている。外国援助の開始も 1994 年以降活発化して、遅いスタートであるが、近隣諸国のようなイシュー別プロジェクト過多による管理不能状態、すなわち援助によるセクターの分断化（fragmentation）、極度の援助依存体質と政府の疲弊や汚職からの脱却が課題の状況とは異なっている。

もとより援助を取り巻く環境の相違で、各ドナーの住み分けも地域別（geographical zoning）に進

<sup>66</sup> *Ibid.*, p.269.

<sup>67</sup> channel funds through government and face low disbursements.

<sup>68</sup> Management Sciences for Health. 米国の保健医療分野の NGO.

<sup>69</sup> Sabaat (1997) p.270.

んでいる。この条件においてセクター・プログラムを導入する緊急性は低いように思われる。

しかしながら（準）連邦制といわれる南アでは、政府の基盤が堅固であっても、地方自治体の能力が一致するものではない。特に保健医療分野の改革をも模索中の南アにあつては、地方レベルの人材育成、州保健局および施設のレファラルの整備と計画作りは急務ではあろう。

1999年以降は南アは復興支援・移行体制国への緊急的支援という文脈から通常の援助対象国となった。そのため、南ア自身が自らの開発の方向をいかなる方法で、速度で進めていくかが問われており、その意味では、セクター・プログラム・アプローチが有効であるかどうかはさらに検討されてしかるべきであらう。

7 保健セクター改革進展型、オーナーシップ醸成未熟型：  
 バングラディッシュ保健医療分野におけるセクター・プログラム・  
 アプローチの動向



保健医療分野に関する国家予算、比率、保健医療支出 (Public/Private 別) など

	バングラディッシュ	ネパール	日本
Total Health Expenditure (THE) as % of GDP(1997)*	4.9	3.7	7.1
Out of Pocket spending (Private) as % of Total Health Expenditure (1997)*	54.0	74.0	80.2
政府の保健医療分野への平均予算配分 (%) 1992-1998) **	5	6	2
1人あたり GNP (1999) [US\$]**	370	220	32,230
人口 (千人) (1997) **	3,504	23,385	126,505

出所：\* Poullier and Hernandez, Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997 GPE Discussion Paper Series No.27, EIP/GPE/FAR, WHO, Sep. 2000

\*\* The State of the World's Children 2001, UNICEF (2001)

## 7-1 保健医療分野の国家開発計画とドナーコンソシアム

バングラディッシュの保健医療分野においては長期計画（Participatory Perspective Plan:1995-2010）とともに中期計画が策定されており、第4次5ヵ年計画（1990～1995）、第5次5ヵ年計画（1995～1997.6）などがある。

1976年6月には国家人口政策（National Population Policy）を策定し、高い人口増加率に対する家族計画推進、人口抑制政策の実施を急務と位置づけた。その結果、計画で目標とされた年率2%レベルは1997年時点で人口増加率1.74（1997、第5次5ヵ年計画）を達成した。上記5ヵ年計画も達成率から見れば指標上は大きな改善が達成されている。

しかしながら、バングラディッシュ国は世界的には低開発国に分類されており、貧困が深刻であること、女性への差別などの点も特徴として挙げられていることから、さらなる開発が望まれている。またバングラディッシュに対しては多くのドナー、国際機関、NGOなどが援助を行っており、早くからドナーコンソシアムと呼ばれる対バングラディッシュ援助機関の会合、協調などが重要視されていた。

保健医療分野においては、ドナーが政府と協力して開発戦略を策定する試みが世銀を中心として進められており、特に世銀の第4次保健人口プロジェクト（Fourth Population and Health Project：FPHP）の評価は世銀といわゆるドナーコンソシアムの双方が協力して実施することとなった。この中で、すでにセクター・プログラムの導入に向けて、複数のドナーの承認を得ることを前提として、保健人口セクター戦略（Health and Population Sector Strategy：HPSS）が準備されていた。

この第4次保健人口プロジェクト（FPHP）においては傘下に66のプロジェクトが設定され、CIDA、EC、GTZ、KfW、NORAD、DfID、Sida、AusAIDなどが技術指導などのために参加していた。また国際機関ではWHO、UNICEF、UNFPAなどが政策策定の助言、技術協力の側面から参加していた。

1995年9月に実施された上記プロジェクトの評価では、ドナーごとの手続きの相違も影響するシステムの重複の回避、組織改革によるサービス提供の合理化、キャパシティ・ビルディングに対する支援の強化の必要性、などが指摘され、限られたリソースの有効利用とプロジェクトベースの弊害を削減するためにセクター・プログラム・アプローチの採用が検討された。この議論は保健人口セクター戦略（HPSS）という形でとりまとめられ、1997年8月に保健医療分野の開発戦略として承認された。

バングラディッシュにおいてはすでにこの時期までに世銀とその他のドナーという構図がほぼ確定しており、その中でNGOを通じた支援や独自の観点からの支援という点でUSAIDが特徴ある立場をとっていた。USAIDは世銀と一線を画した形で計画を策定、世銀主導の計画と並行する形での協力を継続した（図7-1）。

図 7-1 バングラディッシュにおける国家開発計画と保健医療分野開発計画の流れ

	<国家開発計画>	<保健医療分野開発プロジェクト>	
		[WB/Donor Consortium]	[USAID]
1985	第 3 次 5 カ年計画 (1985-1990)		
1987		第 3 次保健人口プロジェクト (1987-1992)	FPHSP* (1987-1997)
1990	第 4 次 5 カ年計画 (1990-1995)		
1992		第 4 次保健人口プロジェクト (1992-1996)	
1995	年間計画 (ADP) による 2 年間 (1995-1997)		
1996			
1997	第 5 次 5 カ年計画 (1997-2002)	保健人口セクター開発戦略 (HPSS) 策定 (1997.9)	NIPHP*** (1997-2004)
1998		保健人口セクター・プログラム (HPSP) **実施	(1998-2003)
1999			
2000			
2003			
2004			

\* : FPHSP: Family Planning and Health Services Project

\*\* : National Integrated Population and Health Program

※外国援助機関による主要プログラムは 2 つあり世銀を中心とするドナーコンソシアムによる HPSP と、USAID による主として NGO を通じたプロジェクトで実施する NIPHP (1997～) である。

## 7-2 ドナー主導の援助・オーナーシップの欠如

周知のとおり、バングラディッシュにおけるセクター・プログラムは、ドナー主導で進捗し、長年のバングラディッシュ政府の調整能力の不足、各種手続きの遅延の慣習化、透明性における諸問題などが指摘された<sup>70</sup>上に成立している。

そもそもバングラディッシュ政府はその 26 年の歴史の中で、15 年軍政の法を適用し、また 8 年にわたり戒厳令を敷いてきた。いわゆる民主政体は 1990 年に成立しているが、実態は 3 政党の内 2 政党が軍政に深くかかわるものであり、政争は継続し、社会経済の安定をもたらすためにバングラディッシュ政府は多大な消耗を余儀なくされた。実際 1989 年に年間 247 日に上った社会混乱による休業状態 hartal は 1996 年になっても 54 日あった<sup>71</sup>。

世界銀行 (世銀) およびドナーは、バングラディッシュ政府スタッフの例えば能力の不足、行政組織機能の重複、公務員による情報非公開主義、政府としての責任感のなさをたびたび指摘せざるをえなかった。

<sup>70</sup> Buse (1999) pp.219-228.

<sup>71</sup> *Ibid.*, p.220.

特に汚職 (corruption) に関する点では、公務員の低い給与<sup>72</sup>を考慮に入れても、広く慣習化しており、保健医療分野の調査結果では、通常の治療費の 11 倍もの金額を請求される例も報告されている<sup>73</sup>。

バングラディッシュにおけるドナーコーディネーションは単に上述の能力の問題だけでなく、セクター・プログラム導入に伴う手続きの効率化は、通例化した種類の「手数料」を逃す仕組みを歓迎しない政府の対応に直面した<sup>74</sup>。

また政府とドナーが共同で達成すべき目標とするはずの統一されたセクター開発戦略の策定が問題となっていた。ごく最近になって人口保健分野の開発戦略として HPSS が承認されたが、バングラディッシュの保健医療分野の主要ドナーが中心となって策定を進めた結果、当然ながらバングラディッシュ政府のかかわり方は弱く、逆にこの開発戦略にそって援助を進めようとするドナーの方が意欲的という逆転現象が生じた<sup>75</sup>。

通常、政府側は自国の特定分野の開発戦略の実現のために外国援助の資源、ツールをマッチングしていくが、バングラディッシュ政府は保健医療分野においては特に明確な方向性を打ち出せず、その結果、当事者としてドナーを調整する能力は限定されたものとなっていた。

本来、バングラディッシュにおける外国援助の調整は財務省の Economic Relations Division (ERD) が担当していたが、各分野は関係する省庁が実質の援助窓口であり、ERD は承認機関の位置づけで、流入する援助金額を資本として最大化することに関心があり、援助内容が重複していることなどには関与しなかった。

ドナーはドナーで、政府との不十分な協議のまま援助を実施することが多く、その結果、バングラディッシュ政府の援助案件に対するいわゆるオーナーシップ (ownership) は十分に醸成されることなく、しかも 1990 年代にはアジアの最重要援助国の一つとなって、援助総額は年額コミットベースで約 15~24 億米ドル、執行金額 (disbursements) ベースで約 12~21 億米ドルに上り、実施待ちの援助資金総額が常時実施額の約 3 倍の 50 億米ドルに上った<sup>76</sup>。

他方、1995 年においてバングラディッシュの保健医療分野の支出総額は 855 百万米ドルであり、国民 1 人あたりの保健医療支出は 7.1 米ドルにとどまる。

バングラディッシュに対する保健医療分野でのドナーは少なくとも 13 の国際機関、18 の二国間援助機関、400 以上の NGO が関わっているといわれる。

世銀による FPHP の他、USAID、UNICEF、ADB、WHO、UNFPA など積極的に協力している。

金額ベースでも世銀のプレゼンスが最も多く<sup>77</sup>、1975 年の第 1 次人口保健プロジェクト以降、バングラディッシュでは世銀がドナーコンソーシアムの中心であった。

---

<sup>72</sup> *Ibid*, p.2231、1994 年の調査によれば保健省の長官級で月額 250 米ドル、次官級で同 195 米ドルとなっていた。

<sup>73</sup> Killingsworth, Hossain, Hendrick-Wong, Thomas, Rahman and Begum (1999)

<sup>74</sup> Buse (1999) p.221.

<sup>75</sup> *Ibid*. p. 222. Consequently, shallow government commitment and ownership of these policies has limited the extent to which the government, and donors not partly to the policy dialogue, are willing to deploy their resources with reference to these frameworks.

<sup>76</sup> World Bank, World Development Indicator, 1998.

<sup>77</sup> *Ibid*, p.225、1992~1998 年の世銀の援助資金は 781 百万米ドルに上り、それはバングラディッシュに対する同時期の援助総額の 35% を占めていた。

ドナーコンソーシアムでは共同での案件審査、モニタリング、共通の手続きの採用についても協議がなされたが、定期会合にバングラディッシュ政府は参加していなかった。またこれらセクター・プログラムに移行してゆく共通の手続き、資金供与・プールに対して USAID、WHO、ADB、UNICEF、UNFPA は表 7-1 のような理由で参加を表明しなかった。

表 7-1 ドナーがセクター・プログラム・アプローチに参加しない理由（バングラディッシュ）

1	自援助機関のプレゼンスが低減する。
2	意思決定において意向が反映されにくい、または妥協を必要とする。
3	ドナーコンソーシアムにおいては自援助機関の資源が影響力を持ちにくい。
4	相手国政府の高官と接触しにくくなる。
5	ドナーコンソーシアムの意思決定方法に賛同できない。
6	ドナーコンソーシアムの政策に賛同できない。
7	世銀主導の政策には賛同しかねる。
8	セクター内の複合的視点がドナーコンソーシアムによって低減する。
9	ドナーコンソーシアムでは NGO や民間セクターとの連携に障害が生じる。
10	セクター・プログラムで求められる貢献がスキームの制約により実施不可能。
11	ドナーコンソーシアムに参加しなくても十分影響力を持ちうる。
12	スタッフの不足により対応不可能。
13	法的、行政的制約、自国民に対する説明責任などの関連による。
14	ドナーコンソーシアムの内部の力関係に影響されたくない。
15	政権交代などの理由でドナーコンソーシアムに貢献できない状況にある。

出所：Buse（1999）p. 225.

1995 年以降、世銀はバングラディッシュにおけるセクター・プログラムの採用がバングラディッシュ政府の能力を強化し、セクターとしての包括的發展に資するツールとして有効である議論をドナーコンソーシアムにおいて強調し、さらに共有すべき開発戦略として **Health and Population Sector Strategy（HPSS）** および保健医療分野の 5 年間の支出計画の具体的実施計画 **Program Implementation Plan（PIP）** を掲げたが、ドナー間での十分な支持は得られなかった。

多くのドナーが、バングラディッシュ政府の指導力、透明性に疑問を持っており、これまでどおり独自の方法での協力の継続を表明した。またバングラディッシュ政府自身も、各ドナーの意向に反するドナーコーディネーションを奨励することの困難さを懸念した。バングラディッシュにおいて、セクター・プログラムという新しいツールの実効性に対するドナーの意向は世銀を除いては懐疑的であり、きわめて依存的なバングラディッシュ政府への懸念がドナー自身のプレゼンスを確保できるかについて躊躇する状況を生み出していたようである。

セクター・プログラムの始動にあたっては、政府の積極的関与を肯定できる共同策定によるセクター開発計画が不可欠であり、政府のイニシアティブが欠如すると見られる場合、計画が策定されドナーとの共通の目標が認識されようとも、セクター・プログラム自体のツールとしての実効性は極めて制限されるといわねばならない。

さらに資金供与という柔軟な共通性、流動性あるツールも健全な会計制度とその運用という前提が確保されなければ開発の成果も極めて制約されることとなる。

バングラディッシュにおけるセクター・プログラム・アプローチはツールとして新しいものであったにもかかわらず、参加ドナーから成果について導入前から疑問視されていた。逆にいえば世銀の指導力、リーダーシップが明確に試される注目の場であることは確かであろう。

## 8 事例研究総括

### 8-1 事例比較

異なる初期条件、異なる援助環境、異なるドナーコミュニティを抱えたザンビア、ガーナ、エチオピア、モザンビーク、南アフリカ、バングラディッシュといった複数の途上国のセクター・プログラム・アプローチの事例を挙げた。

セクター・プログラム・アプローチの導入は 1995 年の世銀の Peter Harrold らが発表した Discussion Paper である *The Broad Sector Approach to Investment Lending* がきっかけといわれている。すでに序章で指摘したとおり、世銀、WHO、EU、北欧ドナーといった援助機関が呼称こそ異なるものの、援助資源をドナーコーディネーションの促進によって効率よく動員し、かつ援助における透明性を高め、途上国政府の共同参画を求めることによって、オーナーシップを高めるとともに、途上国の能力向上支援を目的としたフレームワークの導入を提起した。

#### 8-1-1 保健セクター改革進展型セクター・プログラム・アプローチ：バングラディッシュ、ガーナ、ザンビア、エチオピア

セクター・プログラム・アプローチの登場には、1990 年代に主流化した途上国の保健セクター改革の開発戦略を支援する意義が指摘できよう。

バングラディッシュにおいては多数の援助機関による長期にわたる多様な援助が行われているにもかかわらず、貧困の解消は遅々として進んでいなかった。しかし世銀は早くから保健医療分野において、とくに人口保健分野においては重点的に支援を行っており、人口増加などの抑制には顕著な効果を上げていた。

継続的な保健医療分野の開発戦略において、1996 年には早速上記のセクター・プログラム・アプローチ（世銀では Sector Investment Program）を採用し、ドナーコーディネーションに取り組んだ。しかしながら、バングラディッシュ政府の意欲は積極的としながらも、歴史的ともいわれる政府スタッフのモラルの問題、援助における透明性の確保に苦しみ、結果的には多数のドナーの参画を得たものの、世銀が一方的に主導する古典的ドナーコーディネーションと結論された。

同じく保健医療分野においてはドナー協調が比較的早期に開始されていたザンビア、ガーナの保健セクターでは 1990 年代の半ばに策定された保健セクターの開発戦略計画を契機にセクター・プログラム・アプローチが推進されることとなった。

この 2 国のセクター・プログラムの進捗にはともにセクターをつかさどる政府、保健省に、意欲的で指導力に優れた高官が存在したこと、セクター・プログラム・アプローチ導入に積極的な世銀、DfID、EU、オランダ、北欧ドナーといったドナーによる援助が従来より多かったこと、などの共通点が見られる。

両国とも援助資金を共通の口座に投入するコモンファンドの創設と推進には熱心だったが、実施レ

ベル、実務レベルの人材、システムが思うように機能せず、投入されたファンドの執行消化率が期待を大きく下回る結果となりだして、急進的とも言われたセクター・プログラム・アプローチ推進ドナー、および政府の姿勢は変容しつつある。

この2国での共通ファンドの創設期には、参加するドナーが参加しないドナーを周辺化し、日本なども排除され、究極的には同国で援助が実施しづらくなるとの大きな懸念がセクター・プログラム・アプローチを検証する契機ともなっていたが2000年に入るとより柔軟な枠組みでのセクター・プログラムのあり方が模索されつつある。

一方、先行型の一つであったエチオピアでは保健医療分野の開発戦略（SDP）が策定されたことを受け、意欲的で、積極的な政府、保健省に支えられ、また世銀の積極的な支持もあって、当初多数のドナーも共通ファンドへの出資を進めていた。

確固たるオーナーシップも発揮されていたが、拠出された援助資金が期待通りの速度で執行されず、会計システムも機材、人的資源の問題もあって十分機能しなくなると、それは次第に急進的なオーナーシップに変容していった。政府とドナーとの乖離が急速に進み、ドナーは拠出を延期し、政府は意向どおりにならないドナーを **not on board** ドナーとして名指しで排除する勧告を出すに至っている。それは共通ファンドに参加せずに独自のプロジェクト支援を続ける **GTZ** であり、またファンドに拠出して政府に苦言を呈した **Sida** でもあった。

この文脈において、当初重視されていたドナーと政府とのパートナーシップの強化という目的はほぼ欠落し、平和友好的なパートナーシップを喪失したセクター・プログラム・アプローチの局面、というものを新たに指摘せざるをえない。

### 8-1-2 移行体制・復興支援型セクター・プログラム・アプローチ：モザンビーク、南ア

途上国にとって開発阻害要因は複数あるが、事例からは以下が見出された。

1. 自然災害（バングラディッシュ）
2. 内戦、紛争（モザンビーク）
3. 政変、社会経済環境の急変（南アフリカ、ザンビア）

紛争解決のプロセスでもドナーと途上国政府の関係の悪化、健全化にも相違がある。たとえばカンボディアでの和平協定後の復興支援の中での国連の全面支援による民主選挙の実施は、カンボディアと国連、主要ドナーとの間に、明らかな主従関係を残し、カンボディア政府とドナーとの関係がより踏み込んだセクターレベルでの協調を見るまでに数年を要した<sup>78</sup>。

一方モザンビークにおける政変では平和構築に向けてUNのアンプレラ方式主導によるドナーコーディネーションが順調に進展し、ドナーと政府の協力による保健医療分野のセクター開発戦略策定も迅速に開始された。いったん安定した政権が発足すれば途上国政府とドナーの関係は急速に接近する。

ザンビアではドナーコーディネーションによって開始された資金のプール運用が **district level** でも

---

<sup>78</sup> Walt, Pavignani, Gilson and Buse (1999) pp.273-284.

展開され、同様に南アにおいても民主選挙実施のあとはドナー間から好ましい支援対象国とされ、援助が急増した。

モザンビーク、南アフリカとともに、内戦の終結あるいは民主的政府の樹立が 1992 年以降で、復興支援、移行政治体制国支援という緊急的援助の対象国であった。周知のとおり 1990 年代に入ると、先進主要ドナーの間では、援助疲れという言葉で、それまで投入した援助の効果への疑問によって援助量が急減していた。にもかかわらず、緊急援助という形態は 1990 年代に入ってからドナーコーディネーションの機軸の一つでもあり、同時に普及しはじめた平和構築支援という新しい援助の潮流に合致するものでもあった。

緊急援助後の復興支援、そこから通常の民主的、平和的国家にいかにもスムーズに移行させるかは先進ドナーの新しい課題であり、そこに時宜を得たかのようにセクター・プログラム・アプローチがセクター開発戦略とともに登場した。

モザンビークにおいては、最大ドナーの世銀でなく、医薬品など特に保健医療分野での長期にわたる援助によって、スイスが focal donor となってドナーコーディネーションを主導した。すなわち先行したいくつかの国のセクター・プログラム・アプローチの知見も得て、政府との緊密な関係を重視した点も考えられる。開発戦略が策定されて日も浅く、セクター・プログラム・アプローチも緒についたところであるが、緊急的な事態の後であり、政府の能力については懸念されている。

他方、長年のアパルトヘイト政策を脱し、1994 年に民主政体が発足した南アにおけるセクター・プログラムの導入の背景はモザンビークと類似しているが、経済力もあり、個人所得も高い南アにおいては、他のアフリカ諸国で見られるような強い援助依存体質とは異なる類型を示している。すなわち、政府高官のモラルも高く、体制移行と政権の安定が順調に進められれば、国としての離陸は短期間で進捗する可能性が高いと思われる。

この背景において、セクター・プログラム・アプローチは必然か、不可欠か、という疑問は残る。柔軟な運用が今後のセクター・プログラムの代替案の一つであるとするならば、南アのような、いくつかのセクター・プログラム・アプローチ採用国ではプロジェクトアプローチの併用で十分開発効果が期待できるのではないかと考える。

## 8-2 事例から導かれるいくつかの課題

### 8-2-1 ドナーコーディネーションを推進するにあたっての制約要因

前述のとおり、セクター・プログラム・アプローチを導入する際の途上国政府の有する条件が進捗に影響をもたらす。内戦直後、政治体制の急変の直後などは特殊な支援を踏まえた上の弾力的なドナーコーディネーションが不可欠となろう。それはたとえば、通常よりも長いタイムスパンを必要とすることになる。

保健医療分野におけるセクター・プログラムの推進には途上国政府側の保健省の能力がとりわけ問題となる。1980 年代からの保健セクターの所謂セクターリフォームが実施されているいなくにかかわらず、保健省および関係する人材の能力向上支援はセクター・プログラム推進の中で継続されるべき

課題である。しかし組織自体の能力 (institutional capacity) は途上国政府の政府組織の問題の場合もあり、たとえば南アに見られたような、準連邦制では中央政府と各州の役割分担が明確でない点に起因する部分も見られた。ただしザンビア、モザンビーク、南アで見られたように、優れた指導力を有する保健大臣、保健省高官が個人の資質でセクター・プログラム・アプローチを牽引する場合もあり、組織と個人の双方からの考察が欠かせないと考えられる。さらに、主導ドナーの窓口となる現地における担当官の資質も無視できない要因の一つであろう。

しかしながら、実務現場レベルの保健省担当官の思惑、利害と行動はしばしば保健省高官のそれとは異なることに注意しなければならない。セクター・プログラム・アプローチが推進されるとそれまで各ドナーが競うようにして与えた車両や会議出席に付随する特別な日当や海外研修の機会は大きく減じられる。また直接個々のドナーとの接触、交渉の機会も後退する。これらの人々はセクター・プログラム・アプローチの推進を阻む、あるいは歓迎しない層として認識しておくべきであるかもしれない。

セクター・プログラムの実施には、技術協力が欠かせない。特に途上国政府の実務面を含めたあらゆる能力向上支援は、ドナーコーディネーションと並行して進められるべきものであろう。その中でドナーからの派遣専門家、外国人コンサルタントの有用性、必然性については議論がある。南アの事例では、セクター・プログラム・アプローチの推進に、長期派遣されていた DfID、USAID、EU からコンサルタントが大きな役割を果たした。しかしそれぞれのコンサルタントはおのおのの組織のプレゼンス拡大については調整がつかず、利害の衝突が見られていた<sup>79</sup>。外国人コンサルタント雇用は国家のオーナーシップ醸成、尊厳に負の影響があるとする観点<sup>80</sup>、短期派遣の外国人コンサルタントこそは資源、時間の無駄であるという観点などがある。途上国政府側の人間を専門家、ドナーのアドバイザーに任命すべきとの議論では途上国側の知見の活用、能力形成支援の有効な手法との見方と同時に、途上国政府側からすれば自国の人間がドナー側の立場にいることで軋轢を免れないとする見方がある。

ドナーコーディネーションで影響力を持つためのドナーの条件は最大資金拠出国であることではない。また主導ドナーのリーダーシップは局面の変化によって交代すべきものでもあろう。事例からは1980年末～1990年代はじめのザンビアにおいてはWHO、UNICEFが主導ドナーであったが、セクター・プログラム・アプローチ導入後についてはオランダなどが主導的立場にある。またモザンビークの事例では、最大ドナーでないスイスが主導的立場にあるが、スイスが経常経費負担を申し出ることによってプレゼンスを拡大した背景は特筆すべき事項であるかもしれない。本報告書の事例にはないが、カンボディアにおいても1992-1993年においてはUNICEFが保健医療分野において主導的であったが、緊急的事態の沈静化をうけて、その後はWHOおよびDfIDが引き継いだといわれている<sup>81</sup>。

---

<sup>79</sup> Walt, Pavignani, Gilson and Buse (1999) p.275.

<sup>80</sup> *Ibid*, p.275. カンボディアでの多数の外国人コンサルタント雇用が、カンボディア復興期におけるドナーと政府との主従的關係を決定的にした、とする議論に依拠するもの。

<sup>81</sup> *Ibid*, p.276.

## 8-2-2 いくつかのセクター・プログラム・アプローチから考察されたこと

### : 取り組むべき課題

ドナーコーディネーションは途上国政府、ドナー双方の協力がなければ実施不可能である。セクター・プログラム・アプローチは、能力やシステムの未熟さによって離陸を困難としている途上国政府に対する処方箋として構築されたが、実は理論上は明確であっても、実施は複雑でプロセス重視のアプローチという難物である。

この解決のためには頻繁で、フランクなダイアログが欠かせない条件となる。初期にはアプローチに対する否定的見解や懐疑的見解に対処する十分な時間と機会が必要となると思われる。

セクター・プログラム・アプローチは労働集約的で時間のかかる手法である。また途上国政府の能力向上を目的とするなら、途上国政府にも考える時間、修正する時間、試行錯誤の時間が与えられてしかるべきである。その中で、ドナー側も途上国政府にも組織としての **institutional memory** が蓄積されなければ数年にわたる過渡期を乗り切ることはできない。

すなわち、ドナー側、政府側ともに人事交代による変化に対処する方策を考えておかなければならぬだろう。保健省側の頻繁な人事異動も指摘されるが、ドナー側も現地に5年を超えて駐在しているドナー代表はほとんど見られないのが実情のようである。

セクター・プログラム・アプローチのモデルは **blue print** 型でないこともあって、現在構築中の段階としか表現できない。また保健セクターの中でセクター・プログラム・アプローチの具体的成果を指し示すことが現段階では困難な状況にあり、モニタリングを通じた評価にとどまっている。

実際バングラディッシュ、エチオピアの事例では、参加しているドナーでさえも、セクター・プログラム・アプローチの理論は支持すれども、実施においては大きな疑念を有し、懐疑的な態度に傾いてきているドナーが増えてきている。

また特筆すべきはドナーの一部では、すでにセクター・プログラム・アプローチで謳われている開発戦略の優先順位に基づく水平的プログラムの実施が遅れていることによって、**vertical program**<sup>82</sup>も阻害され保健医療水準が低下しはじめることを強く懸念しだしている。

## 8-2-3 まとめ

セクター・プログラムの事例から導かれる論点をまとめると以下の点が挙げられよう。

1. 緒についたばかりのシステムであり、仕組み自体が不安定で、関係する **actor** はメンバーも、また援助環境の変化によって今後ドナーコミュニティの状況も変化する。それぞれのドナーが一定のプレゼンスを確保したい一方で、自らの望む方向も異なることから、当初よりドナーごとの目標、目指すところが異なることを関係者は相互に理解しておくべきである。

---

<sup>82</sup> *Ibid*, p.282. ドナーによっては希望しているプロジェクト、例えば **vertical program** がセクター・プログラムによって実施制限されているように感じており、また **vertical** な組織に対しての方が技術協力が展開しやすいと考えているドナーもある。

2. 援助のプロセスは単純明快な **linear process** ではない。予想外に途上国政府は早期に一定の目標を達成し、**take-off** する可能性すらある。ドナーコミュニティは途上国政府が自ら開発戦略を策定し、計画を達成する「能力向上支援」を常に模索する立場を認識すべきであろう。

3. 共同で合意した目標を認識しつつ、現実的な支援の実施を念頭に置いた協力とはなにかを議論してゆく必要がある。

4. またセクター・プログラム・アプローチが機能するまでには以下の手続きが必要となると考えられる。

- **Country level** のドナーと途上国政府の協議
- **Statement of intent** (目的、目標設定)
- **Collaborative program of work** (共同作業の内容決設定)
- **Memorandum of Understanding (MOU)** の全利害関係者による署名
- **Code of Practice** (行動規範、実行上の留意点) への合意

これらに加え、会計システム、運営管理の途上国政府側組織の整備などが必要になる。

またセクター・プログラム・アプローチが依拠する保健医療分野の開発戦略書にもそれ以前に全利害関係者が合意し、優先順位にも従う旨を承認していなければならない。

繰り返しになるがセクター・プログラム・アプローチは援助の手続きのプロセスを新たに組み立てたものでその点では **instrument** (ツール) にすぎないことは理解すべきである。

このツールはドナーの個々の、どの案件に資金をつけるかという従来の方法から、途上国政府の優先戦略に沿って、ドナーの希望とは違うところで援助が実施される。このアプローチが有効に機能するためには、以下の点にも留意することが必要である。

- 途上国政府とドナーの関係者の関与が十分なされること。
- より強く途上国政府のオーナーシップが醸成されるよう計画、検討、決定までに十分時間をとるなどの配慮をすること。友好的関係樹立を重視するべきである。
- 中長期開発戦略に沿って、いったん案件に合意したら長期の関与をすること。
- 途上国政府の組織能力強化を目指すとともに、ドナー側も組織、システムを改善することが望まれる。
- 基本的には援助であるのでマクロ経済が安定したところでのみ機能は発揮されるという前提を確保する努力をする。しかしこれは途上国であること、セクター・プログラム・アプローチを不可欠なものとして導入する国家においては最も困難な課題の一つであることも事実である。

## 9 日本はどう考えるべきか

セクター・プログラム・アプローチについては、日本の援助のスキームの制約もあって、いかに対処すべきかが1999年から2000年にかけて議論されてきた。

基本的な考え方として、セクター・プログラム・アプローチは日本が主体的に関与したDAC新開発戦略(1996)で提起された理念である、途上国のオーナーシップ醸成支援、パートナーシップ強化、成果重視の開発目標の設定などに沿い、その理念を具体的に実現するための方法論の一つであると捉えられる。

また先進援助国のなかにあつて、貧困削減、援助疲れ、透明性の確保の問題、効率的な援助といった1990年代後半の援助をめぐる国際的な議論の中で、すでに無視しえない潮流となっている。

そのため日本としても現行のスキームでは対処できないという技術的な問題は後述するとして、それ以前に前述のような包括的理念に賛同するとすれば、エチオピアにおけるGTZのような消極的な対応の例は注意すべきであるかもしれない。

情勢の変化によっては、すべての援助がプログラム化し、プロジェクト援助を否定し、共通手続き(harmonization)、共通ファンド(common fund/common basket/health fund)設立が導入される可能性も否定はできない。

オーナーシップへの配慮などセクター・プログラムは従来のドナーと途上国の関係を改善する多くの要素を含んでおり、その取り組み自体は高く評価すべきである。

ただ、本研究の検証で見える限りでは、すでにセクター・プログラム・アプローチ自体が国によって様々な問題を惹起しはじめており、先進援助国がすべてこうした動きに賛同するとは考えにくくなっていると思われる。それよりも何らかの改善策が考え出されることもありうるだろう。

したがって、開発の現場で、途上国政府の開発目標を共有しつつ、途上国政府の能力形成と国ごとに異なるcritical/crucialな問題の解決に日本が積極的に協力するというメッセージを伝え、継続的に関与することが最も重要であり、その意味で広義のセクター・プログラム・アプローチへの積極的参画をアピールすべきであろう。

さて技術的に対処しづらい日本の援助の制約についてであるが、すでにいくつかの方策が考えられており、決してセクター・プログラム・アプローチが対処不可能な黒船ではないことが明らかになったと考える。

資金的貢献で言えばセクター・ノンプロ無償<sup>83</sup>が拡充されつつある。もちろん、セクター無償の有効性は途上国政府の積み立て能力に左右される、セクター・プログラムに対する拠出をするまでに最短でも2年かかる、見返り資金の所有は先方政府であるゆえの関与の困難さ、などの点がすでに指摘されている。しかしながら、実際問題として近い将来日本もリカレントコスト負担の問題、直接財政支援の問題は避けて通れなくなる可能性もあることから、セクター・ノンプロ無償で当面对応する方

---

<sup>83</sup> 将来的には見返り資金を日本の資金協力としてセクター・プログラムに拠出することを前提に、先方政府が見返り資金を積み立て、協議の上で決定した使途に活用する。

針は賢明であるともいえる。

また選択的なセクター・プログラム開発調査の実施によって、主体的に関与する分野、国が明らかにされている。日本の経験、知見が有効活用可能な分野（タンザニア農業セクターなど）で積極的にセクター・プログラムでのイニシアティブをとることは、今後の日本の援助の新しいあり方を提供する機会となると思われる。

共通ファンドへの対応にしても、すでに確立され、順調な進捗を見せているコモンファンドに対しては何らかのスキームをもって、参加することも有効である。しかしながら前述のとおり、すでに方向を見失っていたり、破綻も見込まれるファンドに参加する意義があるかないかは個別の事情をみて判断すべきであろう。

貢献の規模も客観的に判断すべきで、事例をみると、懸念された会計制度の整備以前に、すでに共通ファンドからの拠出資金の執行状況が極めて低いことが報告されている。

MOU（共通ファンドに参加するドナー間での覚書）への署名問題も日本が受け入れ可能な基準が作成されつつあるようである。上記のような流動的な情勢を踏まえると、近い将来署名イコール即拠出という構図にはならないと推察される。したがって国ごとに、セクターの内部事情に合わせて日本と現地で連絡、相談しあう時間的余裕は確保された段階に入ったと理解する。

さはさりながら、セクター・プログラム・アプローチについては各所で情報を集め、推移を見守ることは不可欠であろう。そのためには研究体制、人員の現地への配置増は検討すべき課題であるかもしれない。ただし、日本がどの国のどの分野を重視するか、は援助量とも相談すべき事項であるので、どの国にも人員を増加するという話ではない。

また究極的には、プロジェクト型援助であっても長期の専門家派遣であっても、セクター・プログラムの中には特定の意義をもって位置づけることは可能で、相手国の能力、複数の選択を重視することを目指しているという文脈において従来の日本の援助協力を否定する要素はないものと考えられる。

## 参考文献

### 日本語文献

- 国際開発センター（1999）「今後のサブサハラ・アフリカ援助戦略に関する基礎調査報告」
- 国際協力銀行(2000)「国際協力便覧 2000」
- 国際協力事業団(1998)DAC 新開発戦略研究会報告書、第3巻国別検討部分
- 国際協力事業団（2000a）南部アフリカ援助研究会報告書ドラフト第3巻本編、モザンビーク、保健医療部分
- （2000b）南部アフリカ援助研究会報告書ドラフト第2巻別冊、国際現状分析編、南アフリカ、第5章、保健医療部分
- （2000c）貧困削減研究会報告書ドラフト「プロジェクト援助とプログラム援助—JICAにおけるプログラム援助」実施のための考察
- 国際協力事業団企画部地域第2課(1998)間宮しのぶ「バングラデシュ母子保健企画調査報告書」
- 国際協力事業団中近東・アフリカ・欧州部(1999)本田俊一郎「ガーナ調査企画員報告書 平成10年6月、8月」
- （2000a）「平成11年度アフリカ地域別支援委員会現地調査内部資料（ガーナ、エチオピア）」
- （2000b）亀井里美「アフリカ教育分野におけるセクタープログラム」
- （2000c）亀井里美「エチオピア企画調査員報告書 1999.7-2000.1」
- （2000d）豊吉直美「ザンビア企画調査員報告書 2000年四半期報告書」
- （2000e）亀井里美「エチオピア企画調査員報告書 2001.1-2000.7」
- 高橋基樹（2000）「アフリカにおけるセクター・コーディネーションと日本の対応に関する覚書」
- 横関裕見子(1999)「サハラ以南アフリカ地域の教育と教育セクタープログラム」広島大学『国際協力論集』

### 英文文献

- Asamoah-Bah, Anarfi. and Paul Smithson (1999) Donors and the Ministry of Health : New Partnerships in Ghana, WHO Discussion Paper, No.8.
- Cassels, Andrew (1996) Aid Instruments and Health System Development : An Analysis of Current Practice, *Health Policy and Planning*, 11(4), pp.354-368.
- Cassels, Andrew(1997) A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development, WHO.
- Cassels, Andrew and K.Janovsky (1988) Better Health in Developing Countries:Are Sector-wide Approaches the Way of the Future?, *Lancet*, 352, pp.1777-1779.
- Buse,Kent(1999)Keeping a Tight Grip in the Reins : Donor Control over Aid Coordination and Management in Bangladesh,*Health Policy and Planning*, 14(3), pp.219-228.
- Government of Ethiopia, Ministry of Health (1998) *Health Sector Development Programme, Implementation Manual*.
- Government of Ethiopia, Ministry of Health (2000) *Health Sector Development Programme*,

- Consolidated Implementation Report 1998/1999.*
- Government of Ethiopia, Ministry of Health (2000) *Health Sector Development Programme, Consolidated Implementation Report 1998/1999.*
- Hanlon, Joseph (1996) *Peace without Profit : How the IMF Blocks Rebuilding in Mozambique.* Oxford: James Currey.
- Harrold, Peter et al. (1995) *The Broad Sector Approach to Investment Lending Sector Investment Programs,* World Bank Discussion Paper, No.302.Washington DC, The World Bank.
- Kalumba, K. (1997) *Toward an Equity-Oriented Policy of Decentralization in Health System under Condition of Turbulance : the Case of Zambia,* Geneva:WHO.
- Killingsworth, J.R., N. Hossain, Y. Hedrick-Wong, S.D. Thomas, A. Rahman and T. Begum (1999) *Unofficial Fees at Health Care Facilities in Developing Countries : Price, Equity and the Institutional Issues. Health Policy and Planning,* 14(2),pp.152-163.
- Lake, Sally and Cosmas Musumali (1999) *Zambia : The Role of Aid in Sustaining Visionary Reform,* *Health Policy and Planning,* 14(3),254-263.
- Pavignani, Enrico and Joaquim Raul Durao (1999) *Managing External Resources in Mozambique:Building New Aid Relationships on Shifting Political Emergencies,* *Health Policy and Planning,*. 14(3), pp.243-253.
- Peters, D., and S.Chao. (1998) *The Sector-Wide Approach in Health : What Is It?, Journal of Health Planning and Management,* 13, pp177-190.
- Poullier,Jean-Perre and Patrica Hernandez (2000) *Estimate of National Health Accounts (NHA) for 1997,* GPE Discussion Paper Series No.27, EIP/GPE/FAR, WHO.
- Schneider, Helen and Lucy Gilson (1999) *Small Fish in a Big Pond?, Health Policy and Planning,* 14(3),pp.264-272.
- UNICEF (2001) *The State of the World's Children. 2001,* UNICEF.
- Walt, Gill, Enrico Pavignani Lucy Gilson and Kent Buse (1999) *Health Sector Development:From Aid Coordination to Resource Management,* *Health Policy and Planning* 14(3),207-218.
- Walt,Gill Enrico Pavignani, Lucy Gilson, and Kent Buse (1999) *Managing External Resources in the Health Sector: Are there Lessons for SWAPs?, Health Policy and Planning,* 14(3),273-284.
- WHO (1999) *Lessons of Experiences from Sector-Wide Approaches in Health.*
- World Bank (1998) *Assessing Aid : What Works, What Doesn' t and Why.* Oxford University Press.
- World Bank (1998) *Project Appraisal Document on a Proposed International Development Association Credit in the Amount of SDR75.1 Million to the Rep. Ethiopia for Health Sector Development Program.*
- World Bank (2000) *World Development Report 2000-2001.*