

# 保健SWApsを支援するに 当たっての条件及びリスク

ザンビアとガーナのSWApsを事例として

平成14年7月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

総研

J R

01 - 64

# 「保健 SWAps を支援するに当たっての 条件及びリスク：ザンビアとガーナの SWAps を事例として」

豊吉直美

ロンドン大学公衆衛生熱帯医学大学院公衆衛生・保健政策科博士課程

平成 14 年 7 月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

本報告書は、平成 13 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 意 .....	v
1. はじめに .....	2
1 - 1 本調査研究の目的 .....	2
1 - 2 調査方法 .....	2
1 - 3 調査機関 .....	2
2. 保健改革と SWAps に関連した最近の流れ .....	3
2 - 1 保健改革と保健 SWAps の定義 .....	3
2 - 2 保健改革とニュー・パブリック・マネジメントの関係 .....	4
2 - 3 オランダの SWAps 導入の背景 .....	6
2 - 4 世界銀行による SWAps の再考 .....	8
2 - 4 - 1 SWAps 開始の前提条件 .....	8
2 - 4 - 2 世界銀行の財政援助の前提条件 .....	9
2 - 5 DfID による SWAps の再考 .....	9
2 - 5 - 1 DfID による SWAps の導入基準 .....	9
2 - 5 - 2 DfID の教訓 .....	11
2 - 6 SWAps の問題点 .....	13
2 - 7 USAID の過去のセクター財政支援の例と現在の SWAps 対応 .....	14
2 - 7 - 1 過去の保健セクター財政支援の事例 .....	14
2 - 7 - 2 コモンバスケットへの対応方法 .....	15
3. ザンビアとガーナの SWAps に関する比較検討 .....	20
3 - 1 主な社会開発指標と保健改革モニタリング指標 .....	20
3 - 2 SWAps により達成された事項、問題点及び教訓 .....	29
3 - 2 - 1 ザンビア保健 SWAps の現状 .....	29
3 - 2 - 2 ガーナ保健 SWAps の現状 .....	34
3 - 3 改革の背景にある政治・経済状況 .....	37
3 - 4 SWAps におけるキャパシティ・ビルディング .....	37
3 - 4 - 1 ガーナの事例 .....	37
3 - 4 - 2 ザンビアの事例 .....	38
3 - 5 SWAps と公共支出管理のリンク .....	39
3 - 5 - 1 ザンビアの事例 .....	40

3 - 5 - 2	ガーナの事例 .....	41
4.	保健改革で導入された主な政策の検証 .....	43
4 - 1	地方分権化 .....	43
4 - 1 - 1	垂直的地方分権化( ガーナ、ザンビア ).....	44
4 - 1 - 2	包括的地方分権化( ウガンダ ).....	46
4 - 1 - 3	地方の自動裁量の幅に関する比較分析 .....	47
4 - 2	垂直アプローチと水平アプローチ .....	49
4 - 2 - 1	予防接種拡大計画 .....	51
4 - 2 - 2	結核対策 .....	53
4 - 2 - 3	マラリア対策 .....	55
4 - 3	受益者負担と控除制度の現状 .....	56
4 - 3 - 1	ザンビアの事例 .....	56
4 - 3 - 2	ガーナの事例 .....	60
5.	日本が保健改革( SWAps )を支援する際の留意事項 .....	64
	面会者リスト .....	69
	現地調査日程 .....	70
	参考文献 .....	71

## 要 約

プロジェクトタイプ援助はセクターレベルにおけるインパクトが限られているとの批判を受けて、世界銀行、英国及び北欧のドナーが中心となって、1990年半ばからセクターワイドアプローチ (Sector-Wide Approaches:SWAps) が最貧国を対象に導入されるようになった。こうした保健SWApsは保健改革を支援するアプローチであるケースが多く、保健改革の成功なくしてはSWApsの成功も有り得ないため、保健SWApsを検討するに当たって、保健改革の進捗状況が重要となっている。

SWAps推進派のDfIDと世界銀行は、これまでのSWAps実施の経験を踏まえて、暫定的ではあるがその再考を行っている。注目すべき点として、DfIDはSWApsの共通の手続き化の中でも、特に調達に関しては、相手国政府の手続きへの移行には多くの問題が生じており、場合によっては従来どおりのドナーによる調達手続きの方が適切であることを認識し始めていることである。さらに、SWApsに伴う取引費用の増大も認めている。加えて、DfIDはSWAps導入の際に、以下四点の審査項目( 財政と政策のリンク、マクロ経済運営と財政運営能力、セクター運営能力、援助依存レベル)を考慮に入れており、これらの条件が整っていない国においてSWApsは有効なアプローチではないことも認めている。しかしながら、上記条件の整っている国に関して、DfIDは基本的にSWApsは技術的な観点からも適切なアプローチであるという認識を堅持しており、支援経験を踏まえながら改良はされても、今後のSWApsの方針に大幅な変更はないことが予想される。

こうした背景を踏まえ本論文では、保健SWApsの運営状況と保健改革の政策の検証をザンビアとガーナを中心に分析を行った。保健SWApsの運営状況に関しては、両国の事例を通して、進捗状況、問題点、教訓、成果、キャパシティ・ビルディングの内容を検討し、さらに政治経済状況、公共支出管理とのリンクなど広い視点からの分析を行った。一般的にガーナの方がザンビアよりも健康指標は良好であるが、これは、初期条件として両国の経済状況の格差が指摘できる。この背景として、1980年代前半にかけて第一次産品の価格の暴落を受けて、ガーナは構造調整による経済自由化をすぐに導入したことがある。さらに、経済状況とも関係のあるHIV罹患率の差もこの健康指標の差に大きく影響している。

しかしながら、このような初期条件の差を考慮に入れても、ガーナの方がザンビアよりも保健SWApsの進捗が速い理由として、そのキャパシティの差が挙げられる。ガーナではSWApsが始まる前から、キャパシティ・ビルディングが進んでいる上に、保健改革を進める過程で広く意見交換を行っており、幅広いオーナーシップが醸成されている。これに対して、ザンビアの保健改革はトップダウン的な性格が強く、政治家の力が強かったため、核となる指導者の交代が改革の進行に大きく影響している。しかし、ザンビアも進捗は遅くとも、ガーナ同様に保健改革の成果を出し始めている。保健改革後、ヘルスセンターにおける麻疹の予防接種率、入院患者数、出産回数の増加が確認されており、母子保健サービスに関してはより広く多くの国民にサービスの提供が可能になっている。

次に、保健改革で両国において共通に導入された政策について、地方分権化、水平アプローチ、受益者負担を取り上げ、具体的な対策や郡レベルの保健従事者の視点から支援する側が考慮すべき点を明らかにした。

第一点目の地方分権化に関しては、垂直的地方分権化と包括的地方分権化が持つ効果と弊害に関してそれぞれ調べた。垂直的地方分権化は、省内に限定して中央から地方への権限委譲を行うタイプで、ガーナとザンビアが例として挙げられる。その効果として、優先順位が低く置かれがちな保健問題に費用対効果の高い対策を継続的に実施することを可能にしている点が挙げられる。しかしながら、その弊害としては、ザンビアの事例が示すように分野横断の課題への取組みが遅れる原因にもなっていることや、ガーナの事例が示すように全セクターにわたる地方分権化が進むにつれて地方議会との間に軋轢を生じていることが挙げられる。ザンビアでマルチセクターのHIV/AIDS対策の全国的展開が難しい原因は、この垂直的地方分権化の体制にも原因がある。包括的地方分権化は、分野別でなく地方議会に権限が一括して委譲されるタイプで、ウガンダが例として挙げられる。その効果として、分野横断の課題に取り組み易いことが挙げられるが、弊害として、地方議会の知識不足からプライマリ・ヘルス・ケアのような費用対効果の高い対策の予算が削減された経験もある。どちらの地方分権の体制を取るかは歴史的な背景もあり、援助国が決められることではないが、保健SWApsのみならず地方開発プロジェクトに関して、両方の体制の効果と弊害を視野に入れて、その体制に適した支援内容を決定する必要がある。

第二点目の水平アプローチは、基本的にSWApsで推進されているアプローチであることには変りはないが、垂直アプローチとの共存を如何に図るかという議論も始まっている。水平アプローチは以下に挙げる垂直アプローチの短所(重複を生じること、費用対効果の低さ、地方分権化の下では不適當、限定された対策に資源が集中)による反省から生じている。ガーナの予防接種の事例からも、垂直アプローチから水平アプローチへの切り替えは、郡の保健システム構築を促進し、予防接種率もより持続性のある成果が達成できることが確認できている。一方、垂直アプローチは以下のような長所(容易な実施計画、容易なドナーからの資金調達、優先順位の強制的確保、徹底的なモニタリング、焦点の当て易さ、技術的な質の高さ)も有しているが、保健SWApsにおける水平アプローチへの移行の過程で悪影響を受けた例も、ザンビアの結核対策の事例から報告されている。今後の途上国のマラリア対策一般に関しては、垂直アプローチの長所と短所を踏まえてSWApsと如何に共存を図るかが議論されている。

第三点目は受益者負担に関してである。ザンビアでは保健サービスに対して受益者にオーナーシップを持たせるといった目的のために受益者負担を導入したが、その意図がコミュニティに伝わっていない上に、都市の一部を除けば保健財政の強化にもなっていないのが現状である。ガーナでは、控除制度を伴わない受益者負担は、特に貧困層に大きな負担を強いており、平等な保健サービス提供の観点から政策そのものが適正であったかを疑問視する声もある。

上記に記述した保健改革の政策は、民間企業経営で成功した仕組みを、政府経営にも取り入れようとするニュー・パブリック・マネジメントの影響を強く受けている。このニュー・パブリック・マネジメントの核となる考え方は先進国のものであるため、健全な市場経済が育っていない途上国に対して、この考え方を応用することには限界も生じてきているのであろう。また、地方分権化や受益者負担の保健改革の方向性を唱道してきたのは世界銀行であり、コンディショナリティによって促しているドナーもある事を忘れるべきではない。

最後に日本が保健改革を支援する際の留意事項として、以下の事項が提案できる。第一に、わが

国の理念・政策を反映させるためにも、現場のみならず本部レベルでも、SWApsの枠組み作りの段階から技術協力の一環として積極的に関与することが必要である。第二に、グローバル・イニシアティブの感染症対策として、援助国側がHIV/AIDS、マラリア、結核対策などの疾患別に要請書、計画、モニタリングを要求することは、水平アプローチにより構築されつつある基礎的保健システムを壊しかねないことを十分理解する必要がある。疾患別対策の弊害と利点を理解し、なおかつ現場の末端レベルでの影響やキャパシティを十分に考慮し、今後の調整を行う必要がある。特に成果重視主義において、相手国実施者の都合を考慮に入れずに援助国の成果指標を求めることの弊害は、ガーナの予防接種の例で示している。第三に、今よりも一層対話を通じた政策レベルに関与する重要性はあるが、日本は内政不干渉の原則を堅持し、他ドナーが行ってきたような無責任な拠出条件の設定による過度な内政干渉は今後とも慎むべきであろう。ザンビアとガーナの受益者負担の事例が示しているとおりであるが、もともと世界銀行が提唱した受益者負担制度の導入が、同じ世界銀行がイニシアティブを取る貧困削減戦略の過程で見直しを迫られていることは皮肉である。第四に、SWApsの大きなリスクとしては、裨益効果は高いが末端レベルでの資金面の援助依存度を高めることが挙げられる。しかしながら、ガーナの予防接種率向上の例やザンビアのヘルスセンターレベルでの母子保健分野における成果から、SWApsは確かに今までの支援方法には見られない広範囲な住民レベルでの裨益効果をも生んでいる。資金面で援助依存度を高めるリスクを抱えながらも、住民レベルでの広範囲な裨益効果をもたらしている点を買って、SWApsへの財政支援を行うのであれば、中長期的な支援を視野に入れる必要がある。ガーナの予防接種の例やザンビアの母子保健分野の例が示しているように、成果を出すのに最低5年は必要とし、その結果を維持するために既にコモンファンドの資金は、郡にとって無くてはならない存在になってしまっているのが現状であるからである。



## 謝 意

本調査研究を執筆するにあたり、国際協力事業団、国際協力事業団国際協力総合研修所、外務省、東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学、UFJ 総合研究所、ザンビア保健省 / CBoH( Central Board of Health )、ガーナ保健省 / GHS( Ghana Health Service )、WHO( World Health Organization )、DfID( Department for International Development )、DANIDA( Danish International Development Assistance )、The Netherlands Embassy、USAID( United States Agency for International Development )、Ireland Aid、UNICEF( United Nations Children's Fund )、IHSD( Institute for Health Sector Development )、London School of Hygiene & Tropical Medicine、LSE( London School of Economics and Political Science )、ODI( Overseas Development Institute )の方々から、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 14 年 7 月 31 日

ロンドン大学公衆衛生熱帯医学大学院公衆衛生・保健政策科

豊吉直美

「被援助国を運転席に」



出所：オランダ外務省(2000)p.4

# 1. はじめに

## 1 - 1 本調査研究の目的

セクターワイド・アプローチ( Sector-Wide Approaches : SWAps )の進捗が急速に進行しているザンビアとガーナの保健セクターを中心にして、その成果及び問題点を中心にその実施状況の分析を行い、今後わが国が SWAps 支援を行うに当たっての留意事項を明らかにすることを目的とする。SWAps や保健改革における留意事項を明確化するに当たって、短所や長所を含めて様々な角度からの考え方と事例を検討した。

## 1 - 2 調査手法

他ドナーの調査報告書・応用研究書、学術雑誌、統計データ等から情報収集及び分析を行うと共に、ザンビア及びガーナへの現地調査を通して、主要関係者からの聞き取りを行うことにより取り纏めた。

## 1 - 3 調査期間

平成 14 年 2 月 1 日から平成 14 年 7 月 31 日まで  
(このうち5月7日から6月17日までに現地調査を行った。なお、現地調査日程に関しては9章を参照のこと。)

## 2. 保健改革と SWAps に関連した最近の流れ

この章では、保健改革と保健SWApsや行政改革との関係を検討すると共に、他ドナーのSWAps導入の背景、再考内容、対応方法を吟味することにより、SWApsに関連した最近の動向を整理する。

### 2 - 1 保健改革と保健 SWAps の定義

保健セクターの政策、実践、管理システムを変更しようとする最近の試みは保健改革と呼ばれている<sup>1</sup>。この保健改革は、過度な中央集権型保健行政、都市偏重・治療中心の保健サービスに対する批判を背景にして生まれた。一般的な保健改革の要素は以下のとおりである。

地方分権化の促進、公共セクター内での擬似的市場競争原理の導入 病院の独立法人化を含む公共セクターの組織再編成

資源分配の方法の変更。成果に応じた報酬の支払いを団体と個人に対して導入

民間保健セクターの自由化、民間保健セクターへの委託や補助により、保健サービス提供に競争原理の導入を奨励

受益者負担金、社会健康保険、民間健康保険等の税込以外からの保健財源増加

消費者の役割と選択の幅の拡大、地域の保健サービス提供者の責任強化

先進国では、英国とニュー・ジーランドが、上記要素をほぼ全て含む保健改革に乗り出している。東欧諸国や旧ソヴィエト連邦諸国も特に財政改革や競争の促進を、過渡期における改革の中で実施している。サブサハラ・アフリカでは、事実上全ての国が、保健財政システムに関しては何らかの形で改革に乗り出し、多くの国が組織改革に乗り出しており、少数ではあるがザンビアのようにより包括的な保健改革に乗り出した国もある。後述の4章において、この保健改革で途上国に導入された主な政策( 地方分権化、 水平アプローチ、 受益者負担と控除制度 )に関してその検証を行っている。

これに対してSWApsは、当該国政府やドナーを含む参加者間のパートナーシップのもと、合意されたセクター政策、投資及び支出計画を一貫性を持って実施することにより、持続的に人々の健康促進を図ることを究極の目標とした<sup>2</sup>、柔軟かつ包括的なプログラム援助の一形態である。WHOによるとSWApsの特徴は以下のとおり定義付けされている<sup>3</sup>。

「セクターへの全ての拠出金は、唯一のセクター政策と支出プログラムを支援するものとする。また、その際には被援助国政府のリーダーシップの下で、セクターを通して共通のアプローチを採用し、全ての資金に対する拠出及び管理を行う。」

このアプローチが最近主流になってきた背景には、アフリカにおけるプロジェクトタイプ援助は

<sup>1</sup> Mills, A. et al. (2001) p.3

<sup>2</sup> Cassels, A. (1997) p.1

<sup>3</sup> Foster, M. (2000) p.1

セクターレベルにおけるインパクトが限られている上、ドナー主導型で断片的に行われているとの理由で批判を受けるようになったことが挙げられる。また、SWAps と中期支出枠組み( Medium Term Expenditure Framework: MTEF )とのセットで支援を行う支援形態であるセクター財政支援は、世界銀行・IMF によって促進されている財政支援の一形態である。SWAps により策定されたセクター開発計画に対してMTEFはマクロ経済を視野に入れた上で、財政配分を行うことがセクター財政支援において理想と考えられている。このような一連の財政支援の形態への移行がSWApsの背後にはあり、経済協力開発機構( Organisation for Economic Co-operation and Development : OECD )の開発援助委員会( Development Assistance Committee : DAC )を通して各国にはその調整が求められている。

「保健改革」はセクターにおける開発政策の内容を指すのに対して、「保健SWAps」はその保健改革を支援するためのアプローチでありプロセスである点が異なる。従って、保健改革の成功なしには、SWApsの成功は有り得ないため、保健改革の成功はSWAps運営を成功に導く必要条件であるとも言える。しかしながら、昨今の議論はアプローチであるSWApsに集中しがちであり、肝心の保健改革の内容に関してはあまり議論されていないのが現状である。従って、本調査においては、この両者の区別を意識しつつ、これまでのSWAps運営の再考だけにとどまらず、保健改革の政策を現場の視点から検証することにより、今後の日本の保健セクター支援の留意点をまとめるように心掛けた。しかしながら実際には、多くの途上国において保健改革の潮流がSWApsへと統合されるにつれて、両者の厳密な区別はなくなりつつある。

## 2 - 2 保健改革とニュー・パブリック・マネジメントの関係

現在実施されている個々の保健改革の内容は多様であっても、西欧で始まった公共セクター全体で議論されているニュー・パブリック・マネジメント( New Public Management )と呼ばれる運動と複雑に絡み合っている<sup>4</sup>。ニュー・パブリック・マネジメントとは、民間企業経営で成功した仕組みを政府経営にも取り入れようという運動である。このようなアプローチはオーストラリア、オーストリア、カナダ、フランス、英国、アメリカ、その他の先進国の政府組織に取り入れられており、行政組織における効率性と質の向上を促すことを目標としている。ニュー・パブリック・マネジメントの議論において、政府は自らサービス供給者であることをやめて、民間委託による外注が促進されるため、その役割はサービス供給について契約を結ぶ契約者、政策策定、規制管理に変化してきている。それでは、ニュー・パブリック・マネジメントが保健改革にどのような影響を与えているか具体的に示すと以下の表のとおりである。

---

<sup>4</sup> Mills, A. et al. ( 2001 ) pp.4-6

表 2 - 1 ニュー・パブリック・マネジメントの保健改革への影響

ニュー・パブリック・マネジメントの柱	ニュー・パブリック・マネジメントの政策	保健改革への影響
責任： 目標と目的の明確化	政策策定をサービス提供から分離	保健省の政策部門と実施部門を分離 例：ザンビア中央保健局( Central Board of Health : CBoH )ガーナヘルスサービス ( Ghana Health Service : GHS )
	現場管理者への権限委譲	準市場( quasi-market )競争促進の一環として、地方分権化と病院の独立法人化の促進
	透明性向上のために契約制度と成果合意書の利用	病院や民間企業との契約による効率的な成果主義の促進
義務： 管理者の顧客志向の促進	顧客の選択を尊重	サービス提供者に対する支払いの改革。受益者負担の導入
	消費者団体の設立	病院評議会、郡保健評議会、村保健委員会の設立
成果： 良い仕事に対するインセンティブ付け	成果に応じた報酬	成果に応じた報酬の支払いを団体と個人に対して導入
	フィードバックメカニズムの強化	契約者とサービス提供者を分離することにより競争を強化
	競争原理の導入	民間セクターの促進。公共セクターにおける準市場競争の促進

出所：Mills, A( 2001 )p.5より作成

このニュー・パブリック・マネジメントの核となる考え方は先進国のものであるが、そもそも、独自の組織文化や官僚組織を有する途上国に対してもこの考え方を応用することに意義はあるのか、といった主張もある<sup>5</sup> <sup>6</sup>。健全な市場経済運営を前提としているこのニュー・パブリック・マネジメントは、そのようなものが育っていない途上国において、以下のような問題を発生している。

病院の独立法人化については、治療費を払うことが出来ない患者が多い途上国において、完全な独立採算性は財政的に困難である。

インフォーマルセクターでの雇用が主流であり、書面による収入を証明することは途上国において一般的に難しい。このため、貧困層の受益者負担を免除する制度の実施は困難となっている。そもそも、現金経済のあまり発達していない地域において、保健サービスの利用料金を導入することが適切であるかという問題もある。

民間セクターが育っていない途上国において、外部委託には問題が多い。また、政府が契約を管理しモニタリングを行う能力が不十分な中で外部委託されると、コスト高の上に質

<sup>5</sup> Ibid. p.213

<sup>6</sup> Collins, C. et al ( 1994 )pp. 244-250

も悪い結果になることが南アフリカ共和国のプライマリ・ヘルス・ケア( PHC )の例から報告されている<sup>7</sup>。

顧客志向を目標にして、患者負担を導入することは、顧客である国民が医療サービスの選択肢を拡大する試みである。しかしながら、これには適切な選択を行うための情報が消費者には与えられていない上、民間の医療施設の数が少なく選択の余地がない途上国の場合、選択を行うこと自体が実質的には不可能である。また、患者負担の導入は、目的である利用者の利益にはなっておらず、保健医療施設の収入創出を強化するだけにとどまっているケースが多い。

新たなサービスを準備するためにかかる取引費用の増加が多くのニュー・パブリック・マネジメント型改革で問題になっている。例えば、英国政府は公共セクター改革を実施するために、1992年から1995年の間に少なくとも512百万米ドルをマネジメントコンサルタントの雇用だけに費やしている<sup>8</sup>。より厳しい財政状況に置かれている途上国において、保健改革により増加する取引費用を如何に賄うかは大きな課題である。

上記問題はSWAps導入により引き起こされたのではなく、保健改革により浮上している問題である。 に関しては、SWApsの導入によりドナー間の調整が図られ、取引費用が減少することをドナー側は期待していたが、ニュー・パブリック・マネジメント型保健改革を推進するにつれてマネジメント費用を含む別の取引費用が増加してしまっている。

一方で、ニュー・パブリック・マネジメント型の保健改革がもたらした良い影響としては、保健省の政策部門と実施部門を分離することによる効率性の向上が挙げられる。ガーナにおいて、Ghana Health Service( GHS )の設立により保健省の職員数を大幅に減らすことに成功している。新しく設立されたGHSの職員数は118名であったが、保健省職員は400名から67名に削減している<sup>9</sup>。この期間、保健セクターの予算が増加していることを考慮に入れると、政策部門と実施部門の分離は組織全体の効率性を向上させたと言える。

次にプログラムを管理する立場にあるSWAps援助国側の視点から、SWAps導入背景と暫定的ではあるが実施を踏まえた上での再考や教訓を検証する。

## 2 - 3 オランダの SWAps 導入の背景<sup>10</sup>

オランダ政府は、過去の断片的なプロジェクト援助の反省に則り、開発政策の効率性を向上させるために、1998年には100カ国以上であった援助対象国を21カ国に絞り込み、数年に渡る長期的なSWApsの導入を行っている。この導入国の選定の際には、 貧困度、 ガバナンスと政策の質( マクロ経済政策と社会開発政策 )、 援助の必要性、 を考慮に入れている。この21カ国以外で、ガバ

<sup>7</sup> Kinghorn, A ( 1996 ) Mills, A. et al. ( 2001 ) p.220

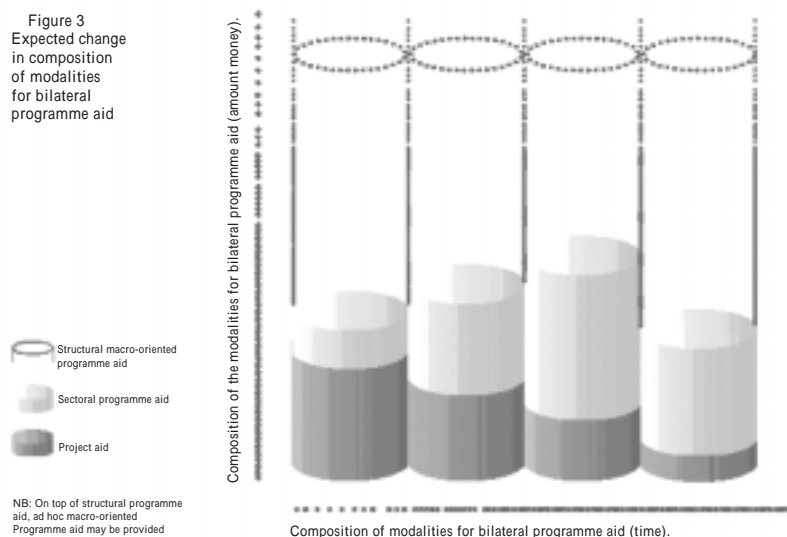
<sup>8</sup> *The Economist* ( 1996 )

<sup>9</sup> Feilden R, Nielsen OF ( 1998 )

<sup>10</sup> Ministry of Foreign Affairs (The Netherlands)(2001) pp.23-24

ナンスに問題があったり、貧困削減政策を拒否するような政府に関しては、長期的な二国間協力関係を築くことは難しいとの判断から、SWApsでなくNGOによる協力を中心に行っている。この選別から漏れた途上国の中にはこのようなアプローチに批判的な見方をしている国もあるが、そのような政府はやはり自国のガバナンスに問題のあるところが多いのも事実である。また、オランダ政府は、今後の二国間援助のモダリティが以下の図のように変化することを予想している。

図2 - 1 予想される二国間援助のモダリティの変化



出所：Ministry of Foreign Affairs( The Netherlands ) 2001 p.23

図2 - 1によると、当面の間セクタープログラム援助量が増えて、プロジェクトの援助資金とマクロレベルの援助資金が減少しているが、注目すべき点は、セクタープログラム実施によりセクターレベルでの強化が図られるにつれて、究極的にはセクターを越えたマクロレベルの援助に重点の移行を図ろうとしている点である。

SWApsの被援助国主導を基本としながらも、オランダ政府は被援助国政府の選択した政策に対して、広範囲な貧困層の裨益が考慮に入られているか審査をし、対話を通してその調整を図っている。つまり、貧困層に裨益しない政策に対しては簡単に資金を付けず、場合によっては政策変更に影響力を行使する姿勢を明らかにしている。このようなアプローチは一步間違うと内政干渉と取られることも有り得るため、保健アドバイザーと被援助国政府との信頼関係や保健アドバイザーの交渉能力・専門的知識が実際には重要となってくる。ガバナンスの状況でSWAps対象国を絞り込んでいても、被援助国の政治的な意図が働き貧困層に直接裨益しない政策が選択される場合も実際に存在するので、このような現場レベルでの頻繁な対話による調整は不可欠である。また、オランダは、国毎に異なるミクロレベル( 貧困者 )の状況分析が、マクロレベルの政策に反映されるように心掛けているため、現場の保健アドバイザー( 大使館一等書記官 )は保健分野に精通しているばかりでなく、その国の草の根の状況にも精通した人が契約ベースで採用されている。そして、このミクロとマクロを繋ぐ手段としてSWApsが、援助資金を広く末端まで行き渡らせるためには、最



も効率的であるという認識を持っている。

図2 - 2 ミクロとマクロをつなぐ SWAps

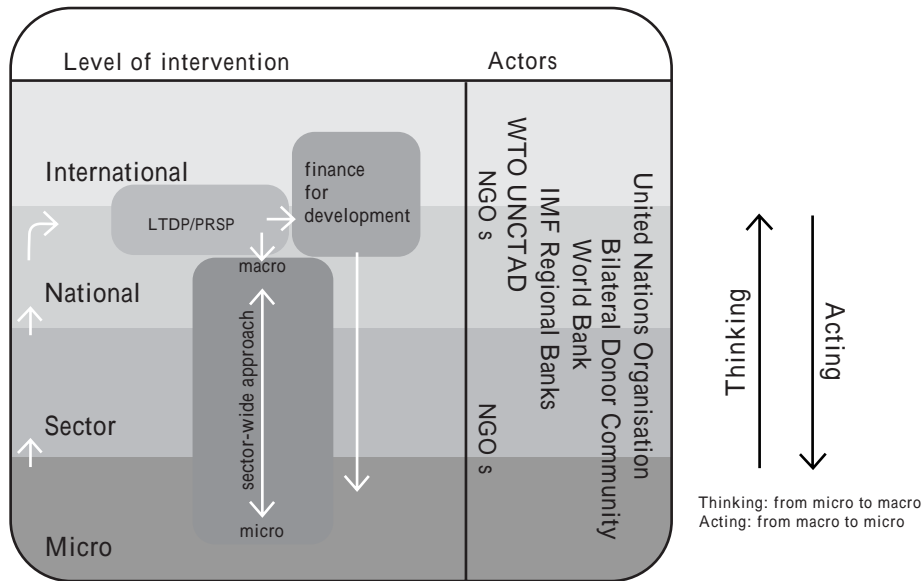


Figure 1  
From micro to macro and back

出所：Ministry of Foreign Affairs( The Netherlands )( 2001 )p.10

## 2 - 4 世界銀行による SWAps の再考

世界銀行はサブサハラ・アフリカ8カ国におけるSWApsの経験を踏まえた再考を行っており、SWAps開始の前提条件と 実際に世銀がSWApsに対する財政援助を行うに当たっての前提条件を以下のように指摘している<sup>11</sup>。

### 2 - 4 - 1 SWAps 開始の前提条件

基本的なSWAps開始の前提条件として、過去の非効率的なプロジェクト融資やシステムの崩壊等による現状に対する不満が挙げられる。これに加えて、以下3項目の前提条件を満たす国にSWAps 開始を限定する必要性を指摘している。

ある程度の政治的及びマクロ経済の安定

共同作業に対する確固たる政府の公約

最低限の組織能力( SWAps実施の際にこの組織能力は開発されることを考慮に入れても、プログラム開発や実施に必要な最低限の組織能力は必要である )

上記に加えて、ドナー側も十分な資金と適切なスタッフの配置を確保する必要があるとしている。このように、上記3項目の前提条件を満たす国にのみ SWAps は有効であり、全ての国においてSWApsは適切ではない。例えば、象牙海岸共和国における保健セクタープログラム策定の失敗は、

<sup>11</sup> World Bank Group (2001), p.ix

の政府の公約が欠けていたことに起因すると分析されている。 の組織能力を厳密に適用すれば、高い実施能力を備えた途上国は一握りに限られてしまっているという指摘さえある。しかしながら、最近ではこのような前提条件には厳密に捕らわれず、関係者の共通なビジョンに基づいて、より柔軟なアプローチを実施の際に取る方向に移りつつある。

## 2 - 4 - 2 世界銀行の財政援助の前提条件

また、世界銀行は実際に財政援助を承認するための前提条件として上記とは別に、以下の9項目をチェックする必要があるとしている<sup>12</sup>。

正確なセクター分析に基づいた政策枠組みの策定が行われているか。

より多くの関係者とドナーを巻き込んだ審議が行われた上で、優先順位に関して合意に達しているか。

公共支出レビューが完了しているか。このレビューにより予算全体に対する対象セクターの割合が適切かを判断した上で、対象セクターの予算枠を設定し優先順位の合意をする必要がある。

組織能力分析が完了し、その不足している部分の強化を図るプログラムが組み込まれているか。

プログラム実施を示すモニタリング指標が設定されているか。また、そのデータ収集システムが構築されているか。

合同レビューや問題解決の方法が具体的に決められているか。

世銀の最後の砦のドナーとしての役割が明らかにされているか。プールファンドを行うための段階的な計画があるか。

マクロ経済環境や政策枠組みが大幅に変更したり、鍵となる被援助国政府職員の異動により、不測の事態が起きた場合を想定したりリスク分析が行われているか。

適切なスタッフの配置とプログラムの監督のための十分な予算が組まれているか。

## 2 - 5 DfID による SWAps の再考

Department for International Development : DfID も同様に、過去の SWAps 実施状況のレビューを行っており、そこから教訓を引き出そうとしている<sup>13</sup>。以下、ODI(Overseas Development Institute) の報告に基づき、SWAps の導入基準と教訓を検討する。

### 2 - 5 - 1 DfID の SWAps 導入基準

DfID は援助実績のある特定の国に関して、SWAps 導入の審査をする際に以下4点を考慮に入れている。

<sup>12</sup> Ibid. pp.xi-xii

<sup>13</sup> Foster, M. (2000)

#### (1) 現実的な財源に基づいた適切なセクター政策

ドナーと被援助国の政策が異なる場合、または非現実的な財源を当てにして策定された政策である場合、ドナーは広範囲なプログラム支援(SWAPs)よりもプロジェクト援助により焦点を当てた支援を選ぶべきである。

#### (2) マクロ経済運営と財政運営能力

被援助国が良好なマクロ経済運営と財政運営を行っており、資金使用の際に透明性と説明責任を確保するための手段が存在する場合、プロジェクト援助よりもプログラム支援を行うための十分な素地がある。その一方で、マクロ経済運営と財政運営が脆弱な場合、プログラム支援はセクターレベルにおいて確固とした政策を実施する妨害になる。このような場合に、最も有効なドナーの介入は、セクタープログラムを支援する前に、全体のマクロ経済改革と財政システムの向上である。

#### (3) セクター運営能力

セクター運営能力が高いが政策が脆弱な場合、政策対話に重点を置くべきである。政策は良いが、セクター運営能力が弱い場合、キャパシティ・ビルディングに重点を置いたセクターアプローチが可能である。マクロ運営が弱い場合、セクター運営も悪化する傾向があり、SWAPsを成功に導く前に、スタッフのインセンティブと財政運営に注意を払う必要がある。

#### (4) 援助依存レベル

開発援助が被援助国のセクターや全体の財源に対して相当の割合を占める場合、セクタープログラムは政策との一貫性を向上させ、ドナー主導のプロジェクトによる非効率性を減少させる。援助依存レベルが低い場合、援助量も限られているためプログラムアプローチの導入による利益は少ない。

なお、上記を表にまとめると以下表2 - 2のとおりとなる。

表2 - 2 政策環境と運営能力の評価

		財政と連動した良い政策		財政と連動していない弱い政策	
		高いセクター 運営管理能力	低いセクター 運営管理能力	高いセクター 運営管理能力	低いセクター 運営管理能力
良好なマクロ経済運営と財政運営	高い援助依存	<u>被援助国政府の手続きを通したセクタープログラム</u>	<u>被援助国政府の手続きに緩やかに移行するセクタープログラム</u>	セクター政策開発に目標を定めた支援、セクタープログラム開始準備	セクター政策と能力開発に目標を定めた支援
	低い援助依存	危機状況においては広範なプログラム支援。新制度支援に目標を定めた支援	キャパシティ開発に目標を定めた支援	協議と政策開発に目標を定めた支援	セクター政策と能力開発に目標を定めた支援
脆弱なマクロ経済運営と財政運営	高い援助依存	<u>セクタープログラムと中央運営機能への支援</u>	中央運営機能開発に目標を定めた支援	中央運営管理機能開発とセクター政策に目標を定めた支援	政策分析に目標を定めた支援
	低い援助依存	中央運営機能開発に目標を定めた支援	中央運営機能開発に目標を定めた支援	政策開発目標を定めた支援	援助のケースなし。政策協議と分析

出所：Foster, M(2000) p.12より作成

SWAps開始条件が既に整っていると言える環境は、上記表の下線で示した3カ所のみで、このような比較的恵まれた環境にある途上国は非常に限られている点に注意したい。また、その他多くの環境下においては、目標を絞ったプロジェクト支援が未だに有効であり、SWApsは万能薬ではないことをDfIDは認めている。DfIDのSWAps導入の審査の際に考慮される4点(財源と政策のリンク、マクロ経済運営と財政運営能力、セクター運営能力、援助依存レベル)のうち、3点は世界銀行と同じであるが、DfIDは援助依存度も考慮に入れている。

## 2 - 5 - 2 DfIDの教訓

被援助国政府の手続きを通した支援を行うSWApsの原則がある一方で、適切な手続きを行う能力形成には時間がかかる。あまりに早急に被援助国の手続きに任せることは、危険も高い。調達分野に関しては、能力形成が途中であったり汚職が蔓延している場合には、短期的に限り特定の品目に対する調達をドナーが行う方がよい(このようにDfIDは、理想としての共通の手続き化も、タイミングによっては適切でなく、従来どおりのドナーによる調達が好ましい場合もあることを認めている)。

上記のように、被援助国政府の手続きを通した支援は、ドナーにとってリスクも高いが、ドナーが危険を冒しても被援助国の手続きを通した拠出を行うことにより、その能力開発を行ってきたケースもある。ガーナ保健セクターのコモンファンドシステムは非常に低い拠出から始まったが、多くのドナーが加わることにより、今では保健プログラムの40%

(イヤーマークを含めれば60%)を占める程になっている。能力がないから拠出しないのではなく、如何に拠出を行いながら能力形成を図るか心がけることが重要である(日本がSWApsに財政支援を行う場合、このようなリスクを負う覚悟がない場合は、暫く様子を見ながらその安全性が確認できた時点で、参加を検討することが望ましいであろう)。地方分権化の進んだ中でも、透明性の高い財政報告を作成することは可能である。ガーナ保健セクターでは、全国に散らばる300以上もの財政運営管理センターを通して拠出が行なわれているが、その財政報告は説明責任を果たしている上に、かなり信頼性のある監査報告が行われている。

財政上の説明責任の確保は、比較的容易であるが、パフォーマンスの成果を出すことの方が難しい。地方分権化の下で、それぞれの郡が財政報告と成果をリンクさせることが重要であるが、この拠出に応じた成果を出すことが非常に難しい。

財政運営管理能力を向上させるため、直接的な財政支援を確約することは、大きなインセンティブに繋がっている。ガーナ保健セクターでは、財政運営管理能力を計るための一定の基準が満たされた財政管理センターのみが、自分自身で予算を管理することが許された。基準に達しなかった財政管理センターに関しては、そのパフォーマンスを向上させるための訓練や支援を行う事により、ほぼ全ての財政管理センターがこの基準に達することに成功している。

ドナーはシステムの詳細にまで直接介入することを避けるべきである。

ドナーはタイムリーな拠出を行う責任がある。例えば、基本的な会計システムが確立されたら、四半期毎の拠出は必要に応じて行われるべきである。もちろん、繰り返し拠出報告書の提出を怠るような場合は、制裁も考慮に入れるべきだが、ドナーによるコントロールが強すぎて拠出停止がたびたび行われれば、円滑な実施を妨げるだけで利益を生まない。マクロ経済運営が脆弱な状態でも、SWAps支援を当面の間は続ける価値はある。しかしながら、マクロ経済が安定するまで、新たなセクタープログラム支援に入らない方がよい。

ドナーが政策問題に関与し、主導権を握ろうとしてもほとんどの場合が失敗に終わっている。その代わりに、ドナー側には、政策問題を関係者間に提言する能力や対話により対処するための分析能力が常に必要とされる。

保健改革は公務員改革、財政改革、地方分権化等とのリンクがまだ非常に弱く、ドナーはそのリンクを作る支援が可能である。しかしながら、その場合必要な能力はセクターの専門能力よりも財政と公共サービス問題に精通した人物の方が望まれる。

DfIDは、財政支援をインセンティブにして、財政運営管理能力の向上を図ることに成功しているが、これはニュー・パブリック・マネジメントの柱の一つである成果主義の適用である。ところが、この成果主義を厳密に適用しておらず、途上国の状況に合わせて調整している点にも注目したい。もし、成果に応じた報酬の支払いをそのまま郡への拠出に適用していれば、拠出を受けられる郡とそうでない落ちこぼれの郡の格差は広がるばかりであったであろう。

## 2 - 6 SWAps の問題点

上記のように世銀、オランダ政府、DfID、のようにSWApsを推進しているドナーは、援助機関の方針としてSWApsを推進しているため、SWApsの体制を維持することを前提で如何に改善を図るかと言う視点からレビューを行っている点も留意したい。これに対して、そもそもSWApsはアフリカにおける援助効率を高めるのに貢献しているのか、と言う視点から、全セクターのSWApsの進捗状況を見渡した場合、実施上の問題点を指摘する声もある。オックスフォード政策運営 (Oxford Policy Management : OPM) に所属するコンサルタントは、初期のセクタープログラムの準備や実施に関わってきた経験から以下のような指摘をしている<sup>14</sup>。

1. SWApsの成功は国によってもセクターによっても異なる。セクターに関しては、SWApsで最も目覚ましい進展が見られるのは保健セクターであり、教育、農業は比較するとその進展が遅い。特に農業分野では政府の役割に関してコンセンサス形成が難しかったことが、その進展を妨げた大きな原因とされている。
2. オーナーシップを重要視する原則のため、技術協力の役割のみに議論が集中し、より広い被援助国の政治的環境に注意を払ってこなかった。
3. 縦割りのSWApsと地方分権化された意思決定と支出管理を推進するイニシアティブとの間に整合性がないため、将来的に問題になり得る可能性も残されている。
4. 被援助国政府の実施・運営能力の弱さが原因で、SWApsは行き詰まるケースが多かったが、ドナーはその実施能力を過大評価する傾向が強かった。この点は、世銀のプロジェクト貸与の頃にも同じ指摘がされており、支援形態を変えたところでこの根本的な問題解決には繋がっていない。
5. SWAps準備の過程では、被援助国側に以前にも増してより負担のかかる運営・計画能力を要求する上に、ドナーに対する共通の手続き化も足並みが揃わなかったため、結果的に被援助国側の援助管理に関わる取引費用は減少していない。

これらのSWAps導入初期に見られる問題は、プロジェクト援助の失敗をSWApsによって克服できると楽観視し過ぎたこと、ドナーの方針としてSWApsを推進しているため資金を投入し続けたこと、等に起因すると考えられている。セクターレベルでのコンセンサスが形成されて、被援助国政府内のキャパシティ・ビルディングに進展がない限り、SWApsに限らずどのような財政支援の形態を取ったとしても効率的に援助資金が使用されるとは限らないと結論付けている。しかしながら、それと同時に、この著者はプロジェクト援助により増大する取引費用のせいで、被援助国政府のキャパシティがさらに弱くなるリスクを相変わらず指摘している。また、セクターレベルでのコンセンサスが低くても、建設的な政策対話を行うためのフレームワークをSWApsが提供している点を評価している。

---

<sup>14</sup> Jones, S. (1999) pp.3-12

## 2 - 7 USAID の過去のセクター財政支援の例と現在の SWAps 対応

### 2 - 7 - 1 過去の保健セクター財政支援の事例

USAIDは過去にニジェールとナイジェリアで、SWApsに先駆けてセクター財政支援( Non-Project Assistance )を1980年代に行っており、この経験から今後のSWAps実施に対して教訓を引き出す試みが一部の学者や援助関係者によって行われている<sup>15</sup>。ナイジェリアの経験によれば、相手国が自ら既に採用した改革政策の実行を支援する際に、財政支援は非常に有効であるとの結論が得られている。その際に、相手国には分析能力や透明性の高い財政システムが要求される。しかしながら、ニジェールの場合のように、相手国にそのような組織能力が伴っておらず、しかも改革政策をドナー側から採用させようと働きかける場合、財政支援の形態は効果的でないと結論付けている。

ニジェールにおいて、USAIDは10.5百万米ドルを1986年から5年間にかけて財政支援する予定であったが、拠出するに当たって、以下6分野の政策と組織改革において20以上の活動を完了させることを条件とした。

- 保健サービスにおけるコストリカバリーの導入
- 病院サービスのコスト抑制
- 資源の再分配
- 人事配置と管理
- 保健分野計画、情報システム、保健改革のモニタリング
- 人口・家族計画改革

これらを全て実行に移すには、新たに三つの機関を設立する必要があったが、結局一つも設立されなかった。1986年から1991年にかけて、結局二つの改革しか実施されず、多くの改革案の実施は遅れた。1992年に評価を行ったところ、いくつかの改革は実施不可能であることが分かり、最初の条件は緩和された。

ナイジェリアでは、1989年より36百万米ドルが以下二つの条件の下で拠出されたが、ニジェールに比較してプログラムのデザインはより単純化された。

公衆衛生サービスの責任を国レベルから地方政府に移すこと。

公的病院施設のコストリカバリーと民営化を奨励することにより、政府の支援を治療から予防に向けること。

これらの改革は、既にこの資金援助が始まる前から存在していたため、新たな機関を創設する必要もなかった。このプログラムにはニジェールに比較して、深い分析が行われていないとの批判もあったが、複雑でなかったからこそナイジェリア政府もこの条件を満たし資金を受けることが可能であったとされる。

条件付き資金拠出は、SWApsでも取られる形態であるが、この二つの例はドナーでなく被援助国政府主導により、実行可能な範囲でその条件を設定することの重要性を示している。また、援助形態に拘らず、保健改革に持続性を持たせるためには、以下四つの事項が重要であると分析されている。

---

<sup>15</sup> Foltz, A. (1994)

#### (1) 相手国政府のオーナーシップ

改革へのオーナーシップがニジェールのケースでは欠けており、改革を外から押し付けられたため、保健省のシニアスタッフの興味もなく、全ての計画書は外国人専門家によって作成せざるを得なかった。世界銀行も、ドナーが新たな政策形成を試みるよりも、既に採択された改革を支援するように呼びかけている。

#### (2) 独自の財源による財政的持続性の確保

ナイジェリアのケースでは、拠出の前提条件を満たしたのみでなく、相手国政府は、地方レベルへの保健予算の増加を長期に行なうシステムに変えたのである。この予算配置の変更は、ガーナの保健SWApsにおいても起こっている現象であるが、ドナーの予算のみならず相手国の予算の流れが変わることによって改革の持続性も確保できる。

#### (3) 組織のキャパシティ・ビルディング

プログラム実施とモニタリングに対するシステム構築が、両方のケースで欠けていた。ニジェールのケースでは、USAIDの拠出金を管理するための事務所を特別に設立させたり、外国人専門家が保健情報システムの管理をすることにより、組織のキャパシティを強化することと逆行するような結果になってしまっている。

#### (4) 技術援助

ニジェールに派遣された専門家達は、技術的に高い専門性を持っていたが、政策や組織開発に経験がなかったため、改革のオーナーシップを醸成することに失敗している。被援助国政府の現地職員の間には、この専門家チームに一種の敵意さえ芽生えてしまった。技術援助には改革を行うためのキャパシティ・ビルディングが必要とされるが、成功するかどうかは、専門家の個人的な資質にも大きく左右される。

このようにUSAIDにおいて、1980年代はセクター財政支援も存在していたが、1990年代にはプロジェクト援助が主流を占めており、ザンビア保健セクターのような例外を除いてコモンファンドへの拠出も消極的であった。ところが、最近のSWApsの流れを受けて、財政支援のタスクフォースが結成され、セクター財政支援を巡る議論が再び活発化されている<sup>16</sup>。次に、例外的とされるザンビアにおけるUSAIDのコモンバスケット支援方法を吟味する。

### 2 - 7 - 2 コモンバスケットへの対応方法

USAIDは、ザンビアにおいて債務救済の返済金を利用して、年間当たり2百万米ドルを数年間に渡って合計20百万米ドルまでディストリクト・バスケットファンドに拠出することを、1999年ザンビア政府との間で合意した。今後の日本の対応にも参考になるかと思われるので、一般的に財

<sup>16</sup> USAID 職員による聞き取り。



政支援消極派のUSAIDが、どのような審査を経てまたどのような条件で、ザンビアの保健SWApsに限ってこのコモンファンドに参加することになったかを紹介する<sup>17</sup>。

#### (1)本部審査のポイント

まずコンサルタントが必要な情報収集を行い、この報告に基づいてUSAID本部ワシントンは審査を行っている。USAID保健アドバイザーが保健改革によって進められているヘルスケアシステムを支援する妥当性を説明し、本部は納得したものの残された疑問点や問題点を議論している。この本部からの疑問点3点に対して、以下のような回答をUSAID保健アドバイザーは行っており、本部からの条件付きの承認に至っている。

##### 1) 財政支援の与える影響力

USAID本部の質問:(同額のプロジェクト援助を実施した場合と比較し、どちらの与える影響が大きいか)

現在USAIDはバスケットに貢献していないため、保健省の政策決定を行う委員会のメンバーとして認められておらず、他ドナーに比べると影響力の面から不利である。USAIDはザンビアにおいて、プロジェクトを中心としたリーディングドナーであるにも関わらず、コモンファンド推進派のドナーに比べると影響力が限られているのは、このコモンファンドを通じた政策決定に関与できていないためである。コモンファンドに貢献することにより、メンバーとしての発言権が認められ、保健省の政策決定や他ドナーにより大きな影響を与えることが可能になる。また、コモンファンドへの参加により、USAIDのプロジェクトによる経験を全国に普及させる機会を得るため、プロジェクトの影響力も大きくなるという利点がある。

##### 2) 経済状況

GDP成長率が変化すれば、保健改革の成功にもUSAIDによるコモンファンドへの支援にも影響が出る。ザンビア銅山公社(Zambia's Consolidated Copper Mines:ZCCM)売却の遅れにより、ザンビア政府は歳入を失っているため、IMFの新たなプログラムの導入も遅れている。そこで、本部はこの援助の承認には影響しないものの、ザンビア政府がIMFによってモニタリングされるプログラムを実施することを資金拠出の条件としている。

##### 3) 持続性

USAID本部の質問:(ザンビアの保健プログラムは財政的にドナーに高く依存しているが持続性に問題はないか)

ザンビア政府の保健セクターに対するコミットは高く、その拠出の割合も年々増加しており13%までも上がってきている。今後、経済成長に伴い、プライマリ・ヘルス・ケアに対する拠出の増加も見込まれているため、その持続性に関して問題はないとの判断に至っている。

---

<sup>17</sup> USAID (1998) pp.1-7

1)に関しては、日本のプロジェクトにもあてはまることであるが、コモンファンドに参加し、プロジェクトの専門家や企画調査員が政策立案の際、アドバイスを通して貢献することにより、現場で得た経験が政策レベルでも生かすことが可能になり、結果的に保健改革における日本の影響力も増すのではないかと思う。2)3)に関しては、この国の下降を続ける経済状況に鑑みると、ザンビア政府が保健分野の支出割合をいくら増やしても、政府全体の歳入が増えない状況では、資金的にドナー依存度が高い状況が当分続くことは避けられないと予想される。しかしながら、このような経済状況下だからこそ、国民の健康への悪影響を最小限に止めるために、ベーシック・ヘルスケアの提供に限っては長期的にドナー支援の対象になることは、やむを得ないという考え方もある。過去のドナーによる国際収支支援やプロジェクトが国民に広く裨益されなかった反省に立ち、このSWApsが導入されているとしたら、ガーナやザンビアの保健に限ってはこの第一目的である広範囲な裨益効果は達成されつつあると言える。もっとも、全体の経済状況が重要であることには変わりないため、この動向に留意しつつも、SWApsにおいてドナーは長期的な支援を視野に入れる必要がある。

## (2)条件付き拠出による政策への介入

また、以下の三つの分野におけるパフォーマンスが良好で設定された条件を満たした場合に、USAIDはノンプロジェクト援助の拠出を行う仕組みを取っている<sup>18</sup>。このように拠出金をインセンティブにして、USAIDの影響はザンビアの政策策定に大きく反映されることになる。

### 1) 必須ヘルスケアパッケージの財政

この分野の目標は、ザンビア政府が必須ヘルスケアを供給するために必要な財政の増加を図ることにある。50万米ドルの拠出条件として、ヘルスケア財政政策が保健省より内閣に提出されることを挙げている。また、将来的な拠出条件としては、この政策が内閣により承認されることである。このヘルスケア財政政策とは、以下の要素を取り入れた消費者による受益者負担の体系化を図る政策である。

その租税収入の大部分を徴収した場所で保持することを可能にする。

コミュニティに自分自身の健康のために徴収していることを理解させる。

弱者に対するヘルスケアのアクセスを確保する。

政府の保健サービスを有料にし、民間と競争させることにより費用対効果を高める。

### 2) 必須ヘルスケアの人に対する影響

必須ヘルスケアへの投資の結果、消費者に対する直接的な保健サービスを促進し、保健施設の活動の向上を図ることを目標としている。1百万米ドルの拠出の条件として、ヘルスケアへのアクセス、質、医療施設利用率の向上を指す指標の設定を挙げている。将来的には、これらの指標が改善した郡の割合が増加することと、指標による目標設定を行う郡が増加すること、などが加えられている。

<sup>18</sup> Ibid. pp.3-11

### 3) 財政に関する報告、説明責任、管理

50万米ドルの拠出条件として、郡の財政情報をヘルスケアのパフォーマンス情報とリンクさせた包括的な年次財政報告書を作成するための政策を採択することにある。そして、将来的にはこの年次報告書が作成されて、監査を受けることなどが加えられている。

さて、これらの拠出条件の技術的な妥当性や、設定されたレベルが達成可能な範囲か等、相手国の政策に介入する以上ドナー側も慎重に決定を行わなければならないのは当然であろう。財政政策に関しては、ガーナで進められている保健改革の政策とほぼ同じである。このガーナの保健改革が示すように、税収が保持できるようになったため、受益者負担制度が厳しく適用されるようになり、弱者に対するヘルスケアのアクセスを阻害するようになってしまった弊害もある。従って、正当な拠出条件として設定する妥当性には未だに疑問が残されている。ガーナよりもさらに貧困率の高いザンビアで、控除制度が適切に整備されていない状態で、受益者負担制度を厳密に適用すれば、より多くの割合の貧困者層が医療サービスにアクセスできない事態にもなりかねない。事実、2001年に行われたDfID、DANIDA、EUの保健セクター合同審査報告書では受益者負担に関して十分な分析も行わないで、厳密な適用を相手国政府に課すことは軽率であるとドナーを戒めている<sup>19</sup>。

3)の財政情報とヘルスケアのパフォーマンスをリンクさせることも、他の途上国においても実際には難しいことが分かってきている。似たような社会経済環境のアフリカ諸国の保健改革状況を分析し、相手国政府にその情報を与えた上で、最善の政策を選択するよう促進することの方が今のドナーには求められている。

また、上記条件を満たしたことを証明するデータ収集や調整が保健省の負担となっており、USAIDの専門家達はその作業を補完して初めて、その拠出条件をクリアしているのが現状である。USAIDの担当職員も、このようなやり方は非常に複雑で管理する側の負担も大きいため、専属で担当官が一人は必ず必要であるとの意見であった。USAIDは議会の要求に沿った形にしているため、このような運営管理が複雑な仕組みにせざるを得なかったのであろうが、拠出条件をここまで細かく設定するのではなく、他のドナーと足並みを揃えた必要最低限の条件だけにした方が、ドナーと相手国政府の両方のためになるであろう。

---

<sup>19</sup> DANIDA, DfID, EU (2001) p.74

「運転できるのは一人だけ」



出所：オランダ外務省(2000)p.8

### 3. ザンビアとガーナの SWAps に関する比較検討

この章では、ザンビアとガーナの保健改革及びSWApsの事例を通して、その進捗状況、問題点、教訓、成果、SWApsの背景にある政治経済状況・キャパシティ・ビルディングの内容、公共支出管理とのリンク、に関して検討する。さまざまな関連要素を考慮に入れつつ広い視点からの分析を行なった。両国共に、アフリカにおける保健改革及びSWApsの進展とそれに伴う援助協調が目覚ましいことで知られていることと、日本の援助協調重点セクターとされていたこともあり、今後の日本の保健 SWAps 協力の参考になればと、事例検討にはザンビアとガーナを選択した。



出所：CIA (2002) “CIA-The World Factbook 2002--Africa”  
([http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/reference\\_maps/africa.html](http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/reference_maps/africa.html))

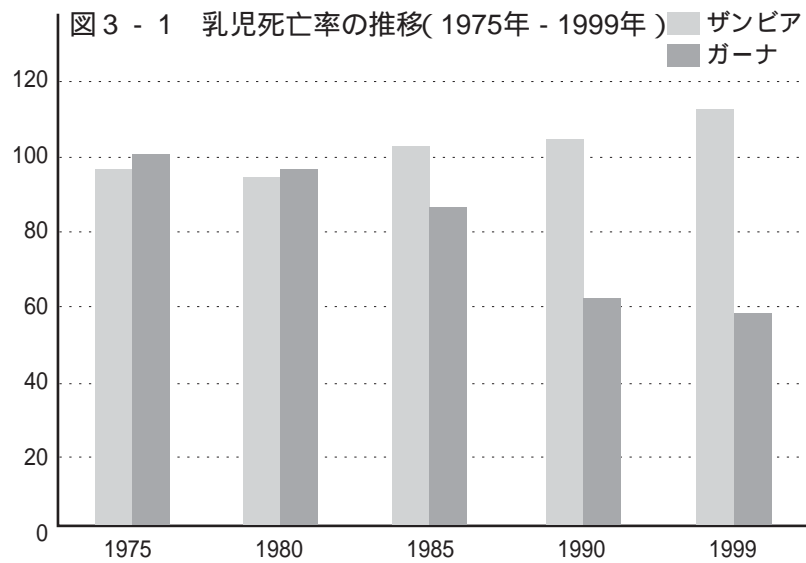
#### 3 - 1 主な社会開発指標と保健改革モニタリング指標

一般的に、乳児死亡率、5歳未満児死亡率、平均余命等の健康指標はガーナの方がザンビアよりも良好である。以下、表3 - 1は両国の1999年における主要な社会開発指標を示し、図3 - 1乳児死亡率、図3 - 2平均寿命、図3 - 3GDP年間成長率、に関してはそれぞれ時系列での推移を示す。

表3 - 1 ザンビアとガーナの主な社会開発指標（1999）

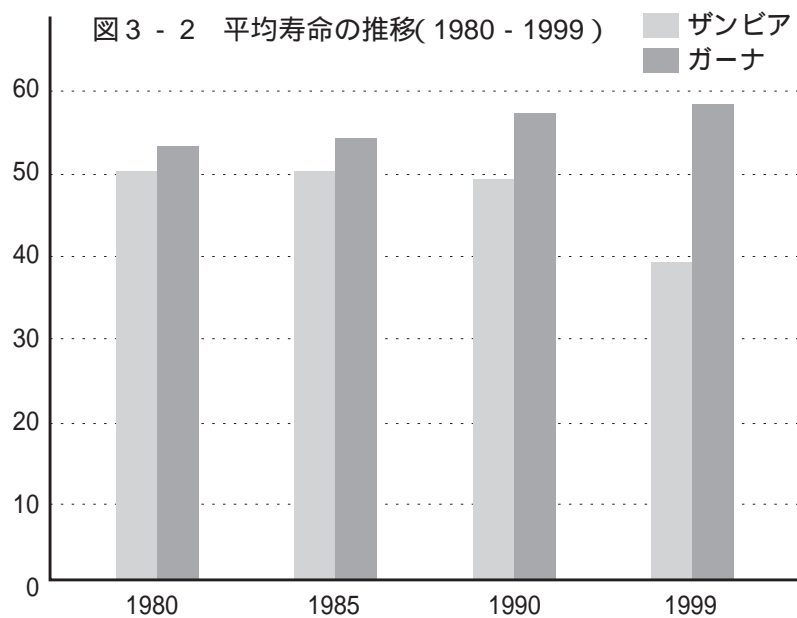
指標	ザンビア	ガーナ
1. 総人口(百万人)	9.9	18.8
2. 人口増加率(%/年)	2.2	2.3
3. 人口密度(平方kmあたり)	13.3	82.6
4. 合計特殊出生率	5.4	4.3
5. 乳児死亡率(出生1,000対)	114	57
6. 五歳未満児死亡率(出生1,000対)	187	109
7. 出生時平均余命(年)	38.5	57.9
8. 成人女性非識字率(%)	29.8	38.5
9. GNP(1人あたりUS\$)	330	390
10. 経済成長率(%)	-1.9	4.7
11. 貧困率(%)	86.0	31.4
12. HIV-1罹患率(15-49歳における(%))	19.9	3.6
13. 総保険支出の対GDP比(%)	5.9	3.1
14. 政府予算に対する保健医療分野への配分(%)	9.7	6.9

出所：1.～8.のデータに関しては、World Bank Group(2001c)  
 9.10.12.のデータに関しては、World Bank Home Page(2000)  
 (http://devdata.worldbank.org/hnpstats/)  
 11.のデータに関しては、World Bank Group(2001d)pp.26-27  
 13.14.のデータに関しては、WHO(2000)pp.193,195

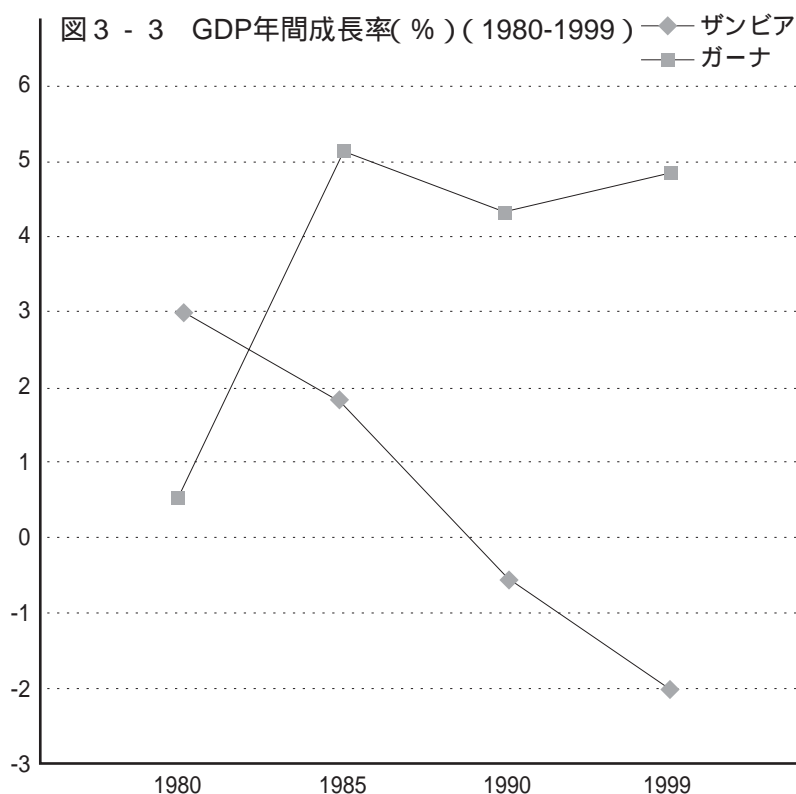


出所：世界銀行ホームページ(2002)より作成

1975年のデータのみガーナDHSとザンビア1980年センサスより



出所：世界銀行ホームページ(2002)より作成



出所：世界銀行(2002)ホームページより作成

上記の乳幼児死亡率や平均寿命の変化に最も大きな影響を与えている要素は、やはり両国の経済成長率( ザンビア 1.9%、ガーナ 4.7% )や貧困率( ザンビア 86%、ガーナ 31.4% )で表される長期的な経済状態とHIV罹患率( ザンビア 19.9%、ガーナ 3.6% )の格差に起因すると思われる。また、HIV/AIDS( Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome )は国の労働力全体にも影響を与えるため、ザンビアのHIV罹患率の高さではエイズの影響がない場合に比較すると1%もの経済成長率が低いとの報告もあり<sup>20</sup>、エイズと経済成長の関係は深い。健康状態を決定する最も重要な要因は、所得であり、教育であり、生活環境であることは多くの国で認められている。ザンビアに関して人口動態保健調査( Demographic Health Survey : DHS )は、これらの要因が、乳児死亡率を下げる重要な要素であると分析している<sup>21</sup>。もちろん、これらの指標にも保健改革の影響が多少なりとも現れていると思われるが、果たしてどの程度の影響になるかをこれらの外部要因と切り離して考えることは難しい。そこで次に、保健改革の進捗をより正確に把握するために、各々の国で設定された保健改革のモニタリング指標の中でも代表的な指標の変化から以下確認する。

<sup>20</sup> Republic of Zambia (2001) p.103

<sup>21</sup> World Bank Group (2001a) p.62



表3 - 2 主なガーナ保健改革実行指標

		1996年 ベースライン	1997年	1998年	1999年
1.ガーナ政府が保険の経常支出に費やした割合		7%	8.4%	8.6%	
2.医療機関のレベル別ガーナ政府の経常支出の割合	中央レベル 関連機関 州レベル 群レベル	28.1% 31.5% 17.1% 23.3%	29% 22% 15% 34%	5% 22% 13% 60%	
3.四半期毎に収入と支出が適切に行われている機関		50%	63%	100%	
4.予防接種率	3種混合 はしか	51.4% 53.2%	59.6% 58.5%	67.5% 67.5%	73% 71%
5.家族計画		6.0%	7.7%	9.2%	7.6%
6.医療施設のアウトリーチの総合回数		6,677	7,436	10,249	
7.患者の満足度の報告の割合	州病院 郡病院	22% 13%	33.3% 33%	56% 10%	89%
8.殺虫剤含浸蚊帳を使用する子供の割合		1%未満	1%未満	1%未満	1%未満

出所：1996～1998年のデータに関しては、World Bank(2001b)pp.71-73、1999年のデータに関しては、Addeai, E.et al.(2001)

表3 - 3 ザンビア保健モニタリング指標

	1996年 (DHS)	1999年 (ベースライン)	2000年
産前検診受診率 (最低1回)	不明	77%	83%
産前検診受診回数	5.2	3.6	3.6
出産介助の訓練を受けた医療従事者監視下で行われる出産率	都市部：77% 地方部：27%	31%	38%
予防接種率	67%	69%	77%
低体重児率	不明	25%	23%

出所：1996年のデータに関しては、Central Statistical Office: CSO Zambia(1996) Demographic Health Survey: DHS  
1999年と2000年のデータに関しては、Central Board of Health: CBoH Zambia(2001) Health Management Information System: HMIS

ベースラインデータが収集された時期も設定された指標も各々の国によって異なるため、両国の直接的な比較は難しいが、ガーナは保健改革の進捗をより敏感に示す指標を選択していると言える。これは、保健改革において具体的な対策立案や指標を設定する能力に関して、ザンビア保健省よりもガーナ保健省の方が優れていることがこの原因かと思われる。

ガーナにおいては、1996年にベースラインデータを取っており、保健改革モニタリングのための20の指標を設定しているが、その中で主な八つの指標は表3-2のとおりである。多くの指標に改善が確認されているが、郡レベルへの政府予算は23.3%(1996年)から60%(1998年)に大幅にシフトしており、予算配分の地方分権化が促進されていることが確認できる。他にも、ガーナでは医療サービスの質を計る指標にあたる患者の満足度が示されており、郡病院ではまだ改善の余地が見られるものの、州病院では22%(1996年)から56%(1998年)に改善されている。地方分権化の中で着実に成果を出しているのが予防接種対策であり、三種混合に関しては51.4%(1996年)から73%(1999年)に改善されている。その一方で、マラリア対策には水平アプローチの中であまり重点を置かなかったようで、改善は見られていない。

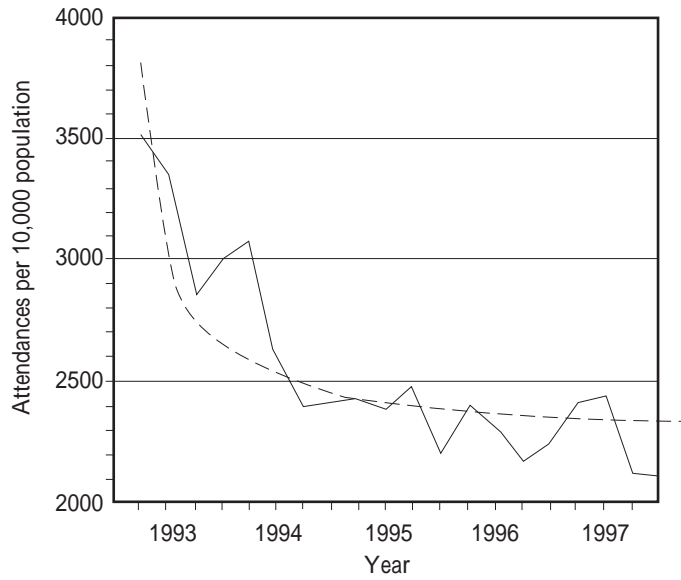
ザンビアにおいては、1999年に初めて保健管理情報システムが全国レベルで整備されたばかりであるため、これによって保健医療改革の進捗をモニタリングすることは時期尚早である。合計67の指標を実際に収集しているが、現段階で全国レベルで入手可能なデータは表3-3の五つのみである。短期的な動きに限っては、予防接種に関しては改善されているが、産前検診受診回数に関しては減少及び横ばい状態である。低体重児率は、食糧へのアクセスと直接因果関係がより深いことが明らかになっており、保健改革の進捗をモニタリングする指標としてふさわしいかどうか疑問である。ザンビア保健省はガーナの指標を参考にして現在見直しを行っている。ガーナではこのデータ収集が既にシステム化されて行われているが、末端の医療従事者になぜこのようなデータが必要かを上司が理解させた上で集めていたり、その収集したデータの結果をスタッフ全員が共有しているところが、現地調査の際に観察された。

上記の保健医療改革の進捗を定期的にモニタリングする指標とは別に、United Nations Development Programme : UNDP/World Bank/World Health Organization : WHOの保健改革に関する研究では、ザンビアの保健改革がヘルスセンターの利用にどのような影響を与えたかを、独自のデータ収集による調査を行っている<sup>22,23</sup>。ザンビアの保健改革のビジョンは、「保健サービスを国民に広く平等に提供すること」であることから、より国民に近い医療施設であるヘルスセンターの利用に関する指標は改善して然るべきである。収集されたデータは、ヘルスセンターにおける図3-4一般受診者数、図3-5麻疹の予防接種率、図3-6入院患者数、図3-7出産数であり、グラフに示すと以下のとおりである。

<sup>22</sup> Blas, E. and Limbambala, M.E. (2001a), pp.19-28

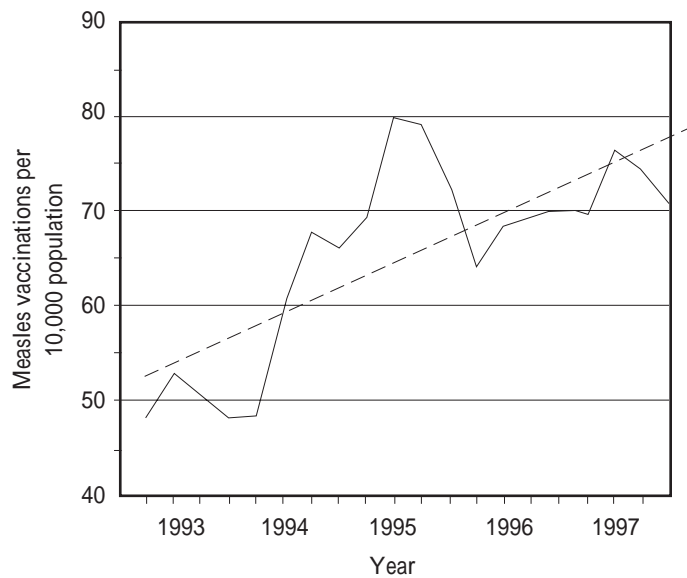
<sup>23</sup> データは出来る限り広く収集しているが、当時収集が可能であった郡は27郡に限られる。1993～1997年の期間は、保健管理情報システムに移行する時期であったため、中央レベルにまで全国のデータは集められていなかったが、旧式のフォームを使用して四半期毎にデータ収集を続けていた郡からのみデータ収集が可能であった。データを持ち合わせていた27郡の人口は450万人であり、1997年時の全人口の約50%をカバーしている。

図3 - 4 ヘルスセンターにおける人口10,000人毎一般受診者数  
(1993~1997年 / 四半期毎)



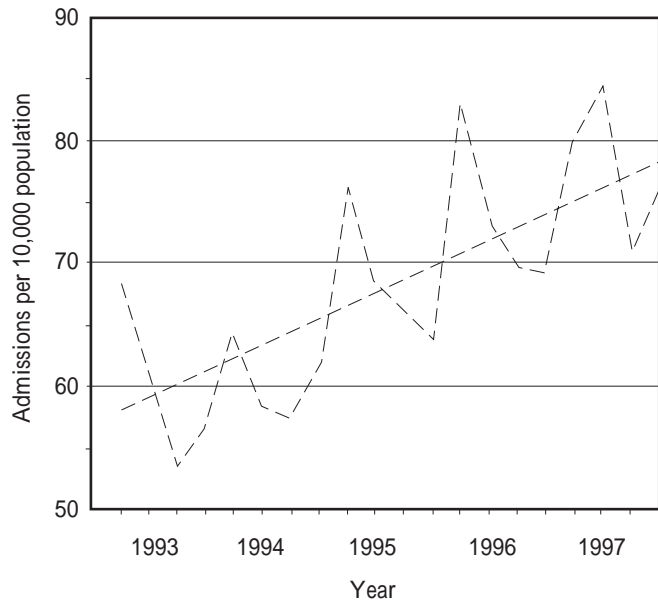
出所 : Blas, E. and Limbambala, M. E.( 2001a )p.23

図3 - 5 ヘルスセンターにおける人口10,000人毎麻疹の予防接種率  
(1993~1997年 / 四半期毎)



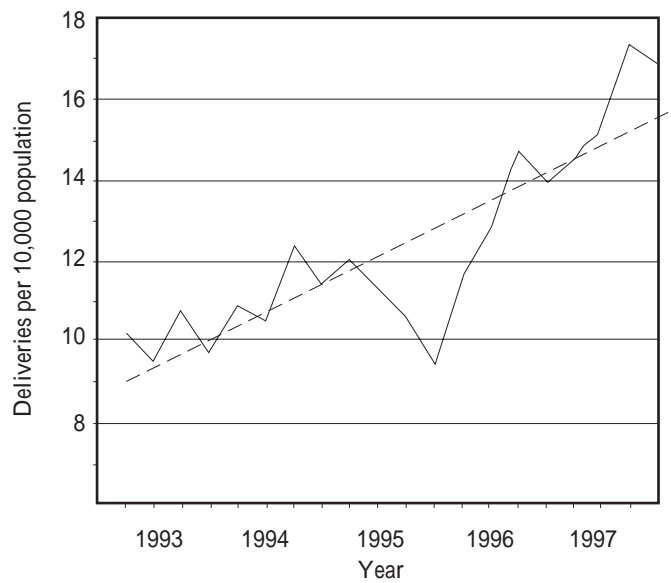
出所 : Blas, E. and Limbambala, M. E.( 2001a )p.23

図3 - 6 ヘルスセンターにおける人口10,000人毎入院患者数  
(1993~1997年 / 四半期毎)



出所 : Blas, E. and Limbambala, M. E. (2001a) p.24

図3 - 7 ヘルスセンターにおける人口10,000人毎出産数  
(1993~1997年 / 四半期毎)



出所 : Blas, E. and Limbambala, M. E. (2001a) p.24

この調査結果によれば、保健改革は保健サービスに対して良きにつけ悪きにつけ、多大な影響を与えていることが判る。保健改革の弊害に関しては、受益者負担の導入により、ヘルスセンターにおける一般受診者数が最初の2年間で約3分の1も激減していることである。その後もよりゆっくりとしたスピードで減少が続いている(図3-4)。その一方で、保健改革の効果としては、ヘルスセンターにおける、麻疹の予防接種率が40%(図3-5)、入院患者数が25%(図3-6)、出産回数が60%(図3-7)、それぞれ同期間に上昇していることが挙げられる。さらに、病院で行われていたサービスがより住民に近いレベルのヘルスセンターに移行していることもこの調査により判っている。麻疹の予防接種に関しては72.2%から79.8%に、入院数に関しては23.9%から31.0%に、出産に関しては22.9%から32.4%に、全利用者のうちヘルスセンターの利用割合が増えており、その分病院の利用者が減っていることが確認されている。

受益者負担の導入後、一般受診者数はヘルスセンターのみでなく病院でも激減している。ザンビアは最貧困層の割合がもともと高い上に、同期間の経済状況も悪化しているため、僅かな受診料の上昇が利用者に与える影響は大きい。ルサカにおけるあるコミュニティベースの調査では、37%の住民が低所得が理由でヘルスセンターに行くことができずに、自宅で治療せざるを得ないと答えている<sup>24</sup>。麻疹の予防接種は無料であったため、受益者負担の影響を受けなかったことが、その接種率の上昇につながっている。また、地方分権化の推進により、計画策定、予算配分の権限等が、保健改革の過程で郡レベルまで降りてきたことも、サービスの質の向上に寄与している。出産に関しては、多くのヘルスセンターで出産に必要なマットレス、ベット、水等が整備されるようになった結果、この出産数の上昇につながったと見られている。さらに、1994年から開始したディストリクト・バスケットファンド(District Basket Fund)の影響により、予算がヘルスセンターレベルまで行き渡るようになったことも、ヘルスセンターのパフォーマンス全体の向上に寄与している。

ザンビアにおいて保健改革によるこれらの影響を判断する時に、悪化する経済状況を忘れてはならない。政府の実質保健支出はこの期間に45%も落ちており、1991年に一人当たり5.1米ドルだったものが、1997年には2.7米ドルにまで下がっている。受益者負担導入の背景には、この政府の厳しい財政事情もあり、他に打つ手もなかったのかもしれない。一般受診者数の減少は、このような厳しい財政状況が背景にあるが、それにも拘らず母子保健関係の保健サービスにおいてヘルスセンターレベルのアクセスの向上が可能になった背景には、やはりディストリクト・バスケットファンドによる資金の影響力がある。バスケットファンドによって末端まで予算が流れる仕組みが構築されていなければ、政府の減り続ける予算をドナーが支援していなければ、上記のような効果もなく、ザンビアの保健システムはこの悪化を続ける経済状況の中で完全に崩壊していただろうとまで言われている。また、保健改革は、1980年代に主流であった疾患別対策から包括的な保健システム全体の強化に移ってきたが、その結果、母子保健のような優先順位の高い分野のアクセスの向上が可能になったことをこの調査は証明している。

<sup>24</sup> Atkinson, S. et al. (1999), Blas, E. and Limbambala, M. E. (2001a) p.25

## 3 - 2 SWAps により達成された事項、問題点及び教訓

### 3 - 2 - 1 ザンビア保健 SWAps の現状

次に、ザンビア保健SWApsで(1)達成された事項、(2)問題及び教訓、を世銀のレビューと合同保健分野審査報告書を中心に以下まとめてみる<sup>25</sup>。そして、筆者がSWApsに関与する中で観察された(3)保健改革の政治的な阻害要因を特別に吟味する。

#### (1)SWAps で主に達成された事項

郡レベルでの計画策定能力が向上した。

組織改革の一環として、保健省の実施機関である CBoH が設立される。

保健医療従事者の雇用形態に契約制度が取り入れられる。

必須ケアのパッケージが決定される。

保健セクターに対する政府予算割合の増加(1991年の5.7%から1994年の13.4%に上昇しており、それ以降もそのレベルを維持している。ただし一人あたりの政府による保健支出は、1991年の5.1米ドルから1997年の2.7米ドルに減少している)。

財政運営システムと保健運営管理システムの構築と実施を行っている。

#### (2)浮上した問題及び教訓

貧困の増加とHIV/AIDSの影響の方が大きく、SWApsにより健康状態を大きく改善するには至っていない。

貧困層を含む大多数の国民は保健サービスにアクセスできていない。

鉱山病院、NGO、伝統的治療者を含む民間医療団体と政府系の保健システムは十分に調整がされていない。

地方分権化が進んだ保健サービス運営には技術的バックアップが欠けている上に、優先順位の高い疾病対策を効果的に行う資金も十分でない。

政策や概念を如何に効果的な実施に移すかが一番の課題であり、理想論から現実に近づける必要がある(公衆衛生上の問題に優先順位を付け、その対策が確実に実行されるようにする)。

地方政府を中心にした全体の地方分権化とSWApsの調整を図る必要性がある。

予算と支出の乖離

保健省の予算は増加したが、保健セクター内での予算支出の割合には適正さが欠けた。要人のエイズ治療のためには南アフリカ行きの航空券付きで十分な支出が確保される一方で、一般国民が使用する必須医薬品は十分な予算が得られなかった。また、地方よりも中央で予算がより多くの割合で使用される状況が続いたため、世銀は保健省が合意を守らなかったこと

<sup>25</sup> World Bank Group (2001b) pp.89-92

を理由に予算拠出を止めざるを得なかった。この結果、世銀は保健省との対話を絶たれてしまい、最初の段階からこのようなことも想定して救済策を講じておくべきであったと後悔している。SWApsの進捗は対話に大きく依存しており、対話が絶たれると他に代用が効かなくなることを十分に気を付ける必要がある。

#### 薬品改革

初代の保健大臣と次官は薬品を巡るスキャンダルで退職させられている。薬品調達や薬品配布を外部委託すると、政府のハイレベルが汚職問題に関与しているケースが多く、この分野における改革が遅々として進まない原因となっている。

拠出を裏付ける詳細な予算が作成されなかったため、予算が不足するとスタッフの給与にまで世銀の特別口座(Special Account: SA)が使用された。世銀が最後の砦としての役割を適切に果たすには、包括的で、適切で、実行可能な予算計画を保健省がまず提示する必要がある。

#### 保健大臣の交代

保健改革の実施以来、2001年までに保健大臣は7回交代している。1991年から、順調であった保健改革も1998年にルオ保健大臣が任命されたため、一時期停滞した。保健大臣は地方分権とは逆行する中央集権を促進したり、調達をめぐる汚職問題にも自らが関与し、ドナーとの対話も拒絶した。この結果、デンマークはディストリクト・バスケットファンドに対する拠出を一時停止した。

準備期間は従来型のプロジェクトに必要な期間より長く、2年間を要した。保健省に意思決定を任すと、ペースダウンは避けられない。

SWApsが合意した計画に沿って進捗しているかどうかモニタリングするための適切な指標が欠如している。ガーナとザンビアの保健モニタリング指標を載せたが、保健改革の進行のモニタリングに関しては、ガーナの方が優れているのは明らかである。

パフォーマンスやターゲットに応じた拠出が行われていない。

政策問題と全体のセクタープログラムを扱うという事は、センシティブなことであることを示している。セクターの全ての事柄にドナーが関与することは、相手国に取って内政干渉として受取られ、非常に不愉快に取られることもある。これは特に、透明性に問題のある政府ならばなおさらであろう。

SWApsはセクター全体に注目するため、いかにして特定ニーズ(エイズ・結核・マラリア等)に対処するかが課題である。

SWApsは内容、インパクト、成果よりも過程重視であるという批判がある。SWApsの手続き事項のみに捕らわれることなく、上位目標を達成するために必要な過程を支援するべきである。

従来、ドナーは支援しているプロジェクトのみのフォローを行えばよかったが、SWApsでは保健セクター全ての事柄に精通する必要があるため、相手国の予算を含めたシステム分析、他ドナー状況のアップデート、調整会議への出席等モニタリング及び監督のための予算がドナー側にも多くかかる。これら監督のために必要な費用は、従来よりも少なくとも50%は増加している。

ドナー協調が重要であることは言うまでもない。一つのドナーの拠出の遅れはセクター全体に影響を与えかねない。ドナー側にも素早い対応、フレキシビリティ、継続性が要求される。SWApsにおいて、保健セクターにおけるインプットが調整されて、政府がその過程にリーダーシップを発揮するため、そのシステムにも持続性があると期待されている。同時にそれは測定できる成果を短期間に得ることが難しいことを意味している。過去において、特定疾患に対するコントロールプロジェクトは罹患率や死亡率にある程度インパクトを与えることは比較的簡単に達成できる一方で、長期的な持続性はなかったことが批判されている。この経験を踏まえたSWApsは、郡が自ら計画・実施することを支援し、相手がリーダーシップを取るためにより時間がかかる。世銀のレポートでは、中央集権的なやり方で短期間に目標を達成出来てもその持続性に問題があることと、持続性はあっても長期間でしかインパクトが出せないことは、トレードオフの関係にあるのかもしれないと結論づけている。しかしながら、短期・長期の期間に関わらずインパクトが出せるかどうかは、相手側政府の中央及び地方の人的資源を含めたキャパシティにより大きく左右されるため、政府がリーダーシップを発揮すればそのシステムにもより持続性が出るとは簡単には言えないのではないか。この問題に関しては、「4 - 2 垂直アプローチと水平アプローチ」にて具体的に検討する。

### (3)保健改革進捗の阻害要因 政治的要因

ザンビア保健改革の進行を妨げている原因は行政機関のキャパシティのみでない。上記世銀のレポートには記載されていなかったが、ザンビア保健省の前チーフアドバイザーと前モニタリング・評価局長が保健改革における病院セクターへの影響をまとめた論文には、政治的要因が保健改革の進捗と SWAps 進捗の大きな阻害要因となっていることが指摘されている<sup>26</sup>。

<sup>26</sup> Blas, E. and Limbambala, M. E. (2001b) pp.29-43



表3 - 4 保健改革への政治的要因の影響

保健改革の意図		現実	政治的要因の与えた影響
アクセスへの平等	人口数に応じた郡への資源配分 ベッド数から人口数に応じた病院への資源配分 都市部偏重のサービスを是正し、僻地にも平等に提供する。	都市部に過剰である病院は閉鎖されず、資源の再配置は行われなかった。 人口80,000人以下の郡が27郡に増えて、行政上のサービス単位として小さすぎるため維持費がより必要になった。	与党は大病院を抱える都市部を主に基盤にしているため、都市部偏重の資源配分は続けられた。 サービスが行き届いていない人々の代弁者が国会議員となっていない。 MMDX (Movement for Multi-Party Democracy) 政権以来、政治的な理由で、郡の数が52から72に増えた。
費用対効果	予算制限の中で、高次医療から低次レベルへの資源の移動 ヘルスポストとヘルスセンターの設立	1994年から1997年にかけて病院分野の予算は35%から22%に削減された。 新たなヘルスポストは建設されなかった。	プレスと野党は大病院の悪化する状況のみに焦点を当て、政府の失敗の象徴にした。 大統領が直接介入して保健省に目に見える病院サービスの向上を強要した。
自治権	地域住民の参加を促すために、郡病院評議会への権限委譲を促進した。	郡病院評議会の人選が保健大臣の政治的な意図で決められるようになり、与党支持者が全国的に配置されるようになった。	1998年の初めには、良い統治を求めるドナーの圧力により保健大臣は更迭される。

出所：Blas, E. and Limbambala, M. E. (2001b) pp.38-39

さらに、保健改革におけるその他の政治的要因として、1)有力政治家の保健政策決定や実施への介入、2)汚職問題、が観察された。

#### 1)有力政治家の保健政策決定や実施への介入

保健省内でも次官や保健大臣は政治家である。技術官僚がどれだけ技術的に確固とした緻密な政策を立案しても、公正なルールに則り政策を実施しても、政治家の鶴の一声で簡単に変更を強いられる場面を何度も目撃した。ザンビアでは技術官僚に比較すると政治家の権力は絶大であり、その影響力は公務員の人事権にまで及ぶ。

具体的な一例を、DfID・DANIDA・EU (European Union) が外部コンサルタントを雇用して作成した合同保健セクター審査報告書に基づいて、以下説明する<sup>27</sup>。

2000年には、14,312箱のルーラル・ヘルスセンター用必須医薬品セットが全国のルーラルヘルスセンターに配布されており、この内の6%に当たる859箱は例外的に選択された第二レベルの総合病院にも配布されている。問題は、当時の大統領の出身地であるルアブラ(Luapula)州の一総合病院に、このルーラル・ヘルスセンター用必須医薬品セットが集中して配布されているこ

<sup>27</sup> DANIDA, DfID, EU (2001) p.172

とである。配布対象として指定されている僻地ヘルスセンターを除くと、全国で237もの医療機関(中央病院、専門病院、総合病院、ファースト・レファレル病院、アーバン・ヘルスセンター)が存在するザンビアで、この総合病院に集中した配布の理由は何らかの政治的な圧力があったことが推測される。このような医薬品配布に偏りが起きないように、CBoHはそれぞれの医療施設が受取る医薬品の量に上限を設けているが、それが無視された形になっている。全体の必須医薬品の大部分に当たる94%が意図するルーラル・ヘルスセンターに適切に配布されているが、その背景にはスポンサーであるオランダ大使館と一部の技術官僚の僻地医療優先という強い意向が反映されていることがあり、この外部ドナーからの圧力と適切なモニタリングがなければ、医薬品配布先の決定に対して有力政治家の介入は、さらに大きなものになっていたであろう。2002年の大統領選挙の時には、この必須医薬品セットの一部が選挙活動に使用されていることも発覚している。

一部の技術官僚のみに保健改革を任せると、技術事項にのみ捕らわれて、国民の声が活かされないといった短所もある。国民の声を代弁するためにも政治家の役割は重要であるが、問題は特定の有力政治家の意見が全国民の利益を考慮に入れず、自分の選挙区における点数稼ぎを優先させようと圧力をかけるため、公正な保健政策実施を妨げる結果になってしまっていることだ。

## 2)汚職問題

有力政治家の介入の結果による汚職問題は、利権の絡む調達や薬品の分野でよく起こる。ザンビアのある保健大臣は自分の親族を調達担当官に任命し、親族の経営する会社に落札させたり、薬品管理と配布を担当する会社が有力政治家によって指定されたり、明らかになっているだけでも相当ある。世銀は前述したレポートで、予算と支出の乖離の原因を 予算運営に対する経験不足、 財政情報の欠如、 安易に変更できる予算配分システムにあると分析しているが、汚職による予算の不正使用を指摘していない。

上記のような保健改革を進行する上で決定的な外部要因の重要性に、今まであまりにも注意を払われていなかったという指摘は、一部の学者の間にもある<sup>28</sup>。彼らは、有力政治家の保健政策決定や実施への介入を排除する手段として、政治的介入が正当化される範囲と技術官僚の自由裁量が認められる決定範囲を注意しながら定義することにより、これらの介入が減る可能性もあると提案している。また、調達に関わる汚職に関しては、透明性の高い調達制度を確立することにより、相当緩和されるであろうし、コミュニティに対する説明責任を強化することも、政治家の介入を難しくできる。このように、SWApsの推進により不正が行われぬようなシステム作りを強化する一方で、根本的なセクターを越えた汚職問題への取組みも SWAps の進捗を左右するのである。

このように、SWApsに参加をするという事は、今まで内政干渉に当たるとされていた政策問題やガバナンスの問題に日本がどこまで関わって行くつもりであるのか問われる場面も多く出てくる。従来型のプロジェクトの場合は、セクター全体の向上を図ることは目標ではなかったため、インパ

<sup>28</sup> Mills, A. et al. (2001) p.190

クトは限られても自分達のプロジェクトの範囲のみの技術的事項に徹していれば良かった。ところが、セクター全体の改善を目標とするSWApsは、政治的な問題で進捗が滞ると、時として他ドナーと足並みを揃えて相手国政府に圧力をかけることも行われるため、相手国政府に反感を買う可能性は十分ある。今までの日本の援助で欧米に比較すると相手国政府に対する受けが非常に良い理由の一つとして、要請主義に基づいてこのような内政干渉とも言える分野まで踏み入らなかったことが挙げられる。その一方で、相手国政府が干渉されたくない理由も自立心からと言うよりは透明性に問題があるケースが多いのも事実である。今後、日本がSWApsに参加する上での課題としては、従来通り内政干渉とも言える問題には相手国政府の感情に十分配慮しつつ、深い信頼関係を構築した上で言うべきことは表明するようなテクニックやコミュニケーション能力が保健担当官には必要とされるのであろう。

### 3 - 2 - 2 ガーナ保健 SWAps の現状<sup>29</sup>

#### (1)SWAps で主に達成された事項

##### 透明性の向上と説明責任の明確化

SWApsは、より合理的な政策議論と透明性・説明責任の確保を推進することに貢献した。具体的には、相手国政府とドナーの予算を把握することにより、保健予算の全体像を明らかにし、この予算を保健政策に基づいて配分することがSWApsの導入により初めて可能となった。また、毎年独立した監査を入れたり年次レビュー会合を開催することも、透明性を高めることに貢献している。

##### 資本支出と経常経費のバランス

SWApsの導入は資本支出と経常経費の適切なバランスを保つのに貢献した。政府は保健セクター内で資本支出を230百万米ドルに決定し、その優先順位をプライマリ・ヘルス・ケアにおいた。ところが、この合意された資本支出プログラム以外に、政府は地方病院の建設をローンで加えようと試みたため、必要な資本支出は509百万米ドルに跳ね上がった。これにより、優先順位であったプライマリ・レベルの予算を削減せざるを得ず、それに合わせて必要な経常経費も跳ね上がった。この新たな決定をめぐって、世銀・IMFと相手国政府の間で議論が繰り広げられ、資本支出を298百万米ドルに抑えることでガーナ政府は結局合意した。このような説得は、SWApsにより全体予算を関係者全員に共有出来ていなければ不可能であった。SWApsにおいて現実的な全体予算が把握出来ているからこそ、少ない予算の中で優先順位を決定する作業を行い、資本支出と経常経費の割合を注意深く決定できる。たとえば、新たな予算が付いたからといって、安易に上位レベルの施設建設に手を広げることは、このように決定された資本支出と経常経費のバランスを崩してしまう。この新たな経常経費の捻出に成功したところで、全体の予算が増えない限り皺寄せはどこかに必ず生じるわけで、機会費用の損失は大きい。

##### リプロダクティブヘルスとケアの質の改善

<sup>29</sup> World Bank Group (2001b) pp.66-69

家族計画実行率は上がっており、リプロダクティブ・ヘルスケアに対する知識も高い。九つの地域病院の内、五つの病院のケアが強化されるようになった。

## (2) 浮上した問題

### 保健省の組織能力の弱さ

まだ、実施されていない政策、戦略、計画が山積みされている。運営情報システムはタイムリーに有効な情報を生み出していない。保健省の計画立案能力は弱い。多くの重要な政策問題が取り込まれていない。しかしながら、ガーナのオランダ政府保健アドバイザーはこのような指摘は当たっていないとの意見であるし、著者自身も相対的には、ザンビアの保健省よりもガーナの保健省の方が、個人及び組織能力の両方の点で高いと判断している。

ヘルスセンターの第一次レベルへ資金の分配は財政管理システムが整備されるにつれて進んでいるが、パフォーマンスベースによる拠出ではなく、透明性の高い会計制度の下で、前例に則って拠出されているだけである。また、第一次レベルと第二次レベルの運用資金は、受益者負担金と外部からの援助に大きく依存している。

### 地方分権化

地方政府と地方保健管理チームの間で、計画立案に関わる権限と財政責任をめぐる問題が解決されていないため、ガーナヘルスサービスを遅らせる原因となっている。

### パフォーマンスに則っていない拠出

教会系の病院と保健省の間で、病院のパフォーマンスに応じた拠出を行う契約制度を設ける予定であったが、いまだ結ばれていない。

### サービスを受ける側の視点の欠如

保健サービスを供給する側の問題にばかり、焦点が当てられており、どのような要因が医療施設利用を決定するか等サービスを受ける側の視点を理解する努力を行っていない。

## (3) 教訓

ドナーは、政府の提案に対して反応するべきであり、イニシアティブを取るべきでない。ドナーの役割は相手国政府の能力が強化されるにつれて、変わるべきである。

SWApsを断続的に進めることは不可能である。持続性が相手国政府にもドナーにも求められる。

ガーナの保健SWApsは特有の環境の中から生み出されており、他に転移することは難しい。例えば、ドナーのプールファンドへの過程は財政管理システムに対する多大な投資の上に成り立っている。

従来のプロジェクトには、前もって決まった内容や範囲があったため、ドナーにとっては安全であった。SWApsでは、実施中に取られる決定手続きにその担保を求めなければならない。

SWAps 準備に時間を取られており、比較すると実施がまだ手薄になっている。

パフォーマンスを測定する指標を準備するだけでは十分でなく、収集し分析するシステムま

で構築しなければならない。ガーナ保健サミットでは、保健本省、地方の職員、NGO等を交えて、レビューの結果に関して議論がよく行われている。

相手国との対話を効率よく進めるためにも、ドナー側にも現地で技術的事項に対処できる人材が必要である。現地での担当官に求められる能力は、問題分析、代替案の提示、政策問題に関する交渉能力が特に求められる。

資金、権限、責任は確実に地方レベルまで移動しており、地元の保健サービス利用者を巻き込みつつあるため、この改革は広くオーナーシップを有していると言える。

個人的なグループとの間の対話をより組織的な取組みに広げるように、外部のドナーは気を付ける必要がある。そうすることにより、より大多数の職員のキャパシティ・ビルディングが可能になると共に、広い視野を得る機会にもなる。

#### (4) SWAps 開始前の期間の重要性

SWApsの進捗に差をつける条件の一つとして、SWAps開始前にどのような蓄積をその国が積んできたかが挙げられる<sup>30</sup>。ガーナではSWApsが始まる前にその導入の基礎となる、組織開発(10年間)、政策・戦略策定(4年間)、核となる運営機能強化(3年間)、交渉・計画・構想(2年間)、遅滞(1年間)を経ている<sup>31</sup>。この間、ドナー、他省庁、郡レベル、それ以下のレベルを含むあらゆる利害関係者と定期的に意見交換と調整を行うことに努力しており、国全土に渡るオーナーシップが醸成されている。SWApsの正式な開始は1997年であるが、その具体的な準備期間は1993年の保健戦略策定に始まっている<sup>32</sup>。全国レベルでの意見交換が行われたのを受けて、1994年結成された14のワーキンググループが中心となり、1995年には中期保健戦略が策定され、1995年から1996年にかけてさらに具体的な5ヵ年計画が主なドナーと意見交換を行いながら策定されている。この計画に対して、1996年にはドナーと保健省合同で審査を行い、1997年の合同会議である保健サミットの場で正式にこの5ヵ年計画の発表を行っている。これを受けて1997年にはヘルスファンドが開始され、1998年には保健省とドナーの間で"Code of Practice"が採択されるに至っている。1999年の年次レビューでは幅広いの関係者が参加しており、フィールド視察において郡レベルやコミュニティレベルでの保健改革に対する高い理解やコミットメントが確認されている<sup>33</sup>。

これに対して、ザンビアの保健改革はトップダウン的な性格が強く、ハイレベルでのコミットメントは高かったが、突貫工事のようにバスケットファンドを中心とするSWApsに向かったため、準備期間に意見交換を通じた多くの利害関係者の参加を得られず、ローカルレベルのオーナーシップはガーナに比較すると高くはない。

<sup>30</sup> Foster, M. (1999) p.16

<sup>31</sup> Ibid. (p.14)

<sup>32</sup> Addai, E. et al, (2001) pp.18, 19

<sup>33</sup> Foster, M. (1999) pp. 13-14

### 3 - 3 改革の背景にある政治・経済状況<sup>34</sup>

両国共に独立後、第一次産品による収入に偏っていたため、その世界的な価格の暴落により経済状況に痛烈なダメージを受けている。ザンビアは1970年代に銅の価格の暴落を受けており、ガーナは1980年代前半にココアの価格暴落を受け、両政府の歳入は激減し保健セクターは大打撃を受けている。両国は、同じような経済的打撃を受けながらも、その政治的反応は異なっていた。1980年代、ザンビアのカウンダ大統領は社会主義政策を続行したのに対して、ガーナでは同時代にローリングス大佐率いる軍部が政権を掌握し、すぐに経済改革を導入している。このように、ガーナでは構造調整による経済自由化は、1991年に複数政党制が導入される10年程前に既に始まっていたが、ザンビアにおいては1991年に民主主義と共に初めて経済改革も始まったのであった。前述のとおり、経済政策の成功が国民の保健指標に与える影響は保健改革の内容そのものよりも大きいと推測できる。

### 3 - 4 SWAps におけるキャパシティ・ビルディング

SWAps 支援はコモンファンドに注目が行きがちであるが、キャパシティ・ビルディングやシステム開発の分野でさまざまな技術協力も実際には行われている。ここでは、SWApsを成功に導くために不可欠な役割を果たしているキャパシティ・ビルディングやシステム開発の内容を分析する。

#### 3 - 4 - 1 ガーナの事例

ガーナにおいて注目すべき事は、郡レベルの計画策定や予算策定能力は、SWApsが導入されるかなり前から、さまざまなイニシアティブにより既にかかなりのレベルまで形成されていたと言う事である。郡レベルのキャパシティ・ビルディングとして、DHMTの能力強化を1970年代後半から始めている<sup>35</sup>。その方法は、短期的には様々なマネジメント能力の訓練を行ったり、長期的には郡の保健監管理者に公衆衛生の修士号を取得する機会を与えたりしており、1980年代と1990年代には最も盛んに行われている。ガーナにおいて、郡や州の保健サービス管理者は医師免許に加えて、公衆衛生の修士号を持っていることが採用において望ましいとされているため、ほとんどの保健サービス管理者は公衆衛生の修士号を持っている。公衆衛生の習得により、保健改革に必要とされるような技術である疫学や保健計画を強化することができるため、このようなバックグラウンドを持った保健管理者達は、SWApsを促進する上で大きな財産ともなっている。

これまでの訓練の焦点は、DHMTが何をすべきか理想論ばかりで、制約のあるシステムの下で実際に如何に働くかという視点が無視されてきた反省に立ち、1988年から4年間は、地方分権化の下で計画策定を強化するために、郡保健強化イニシアティブ(Strengthening District Health Systems Initiative : SDHS)が開始された<sup>36</sup>。不確かな拠出と資金の絶対的不足という制約の下で、SDHSは

<sup>34</sup> Cassels, A.(1996) p.1

<sup>35</sup> Agyepong, I. (1999) p.61

<sup>36</sup> Cassels, A. (1996) pp.3

その既存のシステムの中でも最大限に実施を向上させることを目指した。ここで、DHMTが身に付けた問題解決技術や姿勢は、組織上・財政上の制約の中でも運営の向上につながったが、同時に州レベルや国レベルでの根本的な組織改革の必要性も認識した。また、このイニシアティブの結果、郡は中央が作成する計画ガイドラインに沿った年間計画の策定が可能になり、ボトムアップで資源ベースの計画や予算策定が促進された。その他にも、1993～1996年にかけて実施された英国の保健セクター支援プログラムにより、政策、戦略、システム開発の援助資金が供与され、保健省は計画と予算策定能力の強化を図っている。

財政運営の分野は、正式にSWApsが導入された後の1997年以降も、要請に応じてさまざまなキャパシティ・ビルディングが続いた。その過程は、DANIDAとDfIDに資金援助を受けた国際ナショナルとローカルの技術協力の非常に集中的なものであった<sup>37</sup>。その技術協力の内容は、以下三つに分けられる。 予算管理センター( Budget Management Centre : BMC )の審査支援と訓練をするための現地の監査法人と1997年より2000年までに37回契約。 財政報告システムを開発し実施するための国際ナショナルコンサルタントの長期契約。 国際ナショナル財政アドバイザーの保健省財政部門の短期契約(保健省財政部門配置)。その他にも、ドナーは鍵となる保健省財政担当官(中央と州レベル)を数人英国に留学させて、Master of Business Administration : MBA Financeの取得を支援している。

計画と予算策定手続きに関しては、他のセクターに先駆けて、保健省内部でまずそのキャパシティ・ビルディングが進んだ。そして、公共セクター全体の財政運営改革プログラムである公共財政管理改革プログラム( Public Financial Management Reform Programme : PUFMARF )と予算・公共支出管理プログラム( Budgeting and Public Expenditure Management Systems : BPEMS )は、保健セクターの後を追う形で実施されつつあるが、保健省と大蔵省の調整がとれていたため、その手続きの整合性は確保されている。その他にも、保健省の財政と予算策定手続きでは、郡保健事業強化プログラム( District Health Operations Strengthening Programme : DISHOP )と呼ばれる補完的なトレーニングプログラムがあり、この分野のパフォーマンスが芳しくないDHMTに対して、予算拠出に要求される基準まで引き上げることを目的として当初開始されたが、今では全てのDHMTを対象にしている。

### 3 - 4 - 2 ザンビアの事例

ザンビアではディストリクト・バスケットファンドの資金の使途報告やディストリクトによる計画策定に必要な能力のキャパシティ・ビルディングを行っている。新設されたディストリクト・バスケットファンドの締め切りに間に合わせるために、1993年の6カ月間でこのワークショップが全国で行われている。

この他に、1997年より2001年までオランダ政府の支援による郡保健管理強化プロジェクトが行なわれており、保健改革により郡レベルのマネジャーに新たに求められる管理能力を強化する研修コースの開発と実施が行われている。現在では、ザンビア全土の各郡において2～3人のマネジャー

<sup>37</sup> Addai, and Gaere, L. (2001) pp.30-31

がこの研修により訓練を受けており、保健改革により改定された事務処理方法に対応することが可能とされている<sup>38</sup>。この改善された能力は、報告書準備、保健管理情報システムの処理、計画、財政、監督、問題解決等の分野に渡る。確かに、最近の郡レベルでの計画立案能力の向上には目覚ましいものが見られるし、バスケットファンド拠出の条件である財政報告書のレベルもほぼ全ての郡が合格点に達するまでに到っている。しかし、これらの管理能力の向上が、上位目標である保健サービスの向上に実際どれだけ寄与したかはまだ不明であると、同プロジェクトの評価報告書は指摘している。

ザンビアでの郡レベルでのキャパシティ・ビルディングは日もまだ浅く、1993年から突貫工事のように始まったのに対して、ガーナでは1970年後半に既に始まっている点はそのSWApsの進捗の速さに影響を与えている。これは、保健セクター内の地方分権化の速度がガーナの方が速かったことにも起因し、ガーナでは1978年に既にDHMTが設立されているのに対して<sup>39</sup>、ザンビアでの設立は1993年と15年も遅い。ザンビアの保健改革もかなり改善が見られるようになったが、ガーナに比較するとやや遅れていると見られる原因は、このようなキャパシティ・ビルディングの歴史の差にあると言える。

### 3 - 5 SWAps と公共支出管理のリンク

SWAps 支援に重点が移るにつれて、中期支出枠組み( Medium Term Expenditure Framework : MTEF )、公共支出評価( Public Expenditure Review : PER )をツールにした「公共支出管理」という考え方が援助プログラムの中に組み込まれつつある。MTEFはマクロ経済を視野に入れた上で財政配分を行うためのツールであり、SWApsとセットで扱うことが理想と考えられている。また、このモニタリングを行うためには、包括的な被援助国の歳出の管理が有効と考えられており、PERはそのモニタリングのためのフレームワークである。

「公共支出管理」の考え方は、公共部門の資金管理の効率化と効果の発現を図る見地から、財政・予算の目標を、規律ある財政、戦略的な優先度に応じた資源配分、資源の効率的な利用、に定め、具体的な改革を行うものである。この「公共支出管理」の考え方は、1980年代の先進国での公共セクター改革に引き続き、1990年代以降、途上国でも同様な改革が開始されている。また、公共支出管理は、先に紹介したニュー・パブリック・マネジメントと理念的には重複する点が多いが、より実務的なアプローチである<sup>40</sup>。この考え方は、非常に革新的な要素を多く持つ反面、初期条件が先進国と異なる途上国で導入するには、個々の国の事情と制度的能力を踏まえて、優先度を付ける必要があると指摘されている<sup>41</sup>。

この公共支出管理とセクター政策策定の導入には、以下のような問題が途上国では一般的に見受けられる<sup>42</sup>。

<sup>38</sup> Health Manpower System and ETC Crystal (2001)

<sup>39</sup> Cassels, A. and Janovsky, K. (1991) p.3

<sup>40</sup> ibid. p. 30

<sup>41</sup> ibid. p. 25

<sup>42</sup> Pearson, M. (2001) pp.1-2



予算と政策の間のリンクが弱い  
支出管理システム・組織が弱い。

広範なオーナーシップの欠如。狭いセクターに焦点を当てると、セクター間の協調の重要性が無視されてしまう。

また、世銀は公共支出管理が援助の効率性を上げる鍵であると主張しているが<sup>43</sup>、1998年レビューによると、PERは政府の支出政策に対して何らのインパクトを与えていない上に、費用効率や公共サービスの質に関してはほとんど考慮に入れていないといった評価もされている<sup>44</sup>。

それでは、実際にSWApsと公共支出管理のリンクがどの程度形成されているのか、ザンビアとガーナの事例を通して検討したい。

### 3 - 5 - 1 ザンビアの事例

ザンビアにおいて、公共支出管理と財政責任報告(Public Expenditure Management and Financial Accountability Report : PEMFAR)と呼ばれる公共支出管理と財政責任報告に関するイニシアティブが世銀を中心に2001年9月に開始されている。このイニシアティブは以下の六つのコンポーネントから成り立っているが、  
、  
、  
に関しては、今後統合される予定である<sup>45</sup>。

公共支出評価(Public Expenditure Review : PER)

公共支出追跡調査(Public Expenditure Tracking Survey : PETS)

国家調達評価報告(Country Procurement Assessment Report : CPAR)

包括的財政情報システム(Integrated Financial Information System : IFMIS)

中期支出枠組み(Medium Term Expenditure Framework : MTEF)

国家財政責任評価(Country Financial Accountability Assessment : CFAA)

に関しては、世銀はザンビアにおいてPER(1995-2000)を2001年に実施した。PER実施の目的は、政府の上位目標を達成するために、公共支出をより効果的に使用するための必要な情報を提供することにある。今回のPERに関しては、HIPCsで浮いた資金をPRSPに直接投入させることを目的としている。PERを実施することにより、セクター内・セクター間の支出のトレードオフ、公共支出の効率性・効果、各種プログラムの費用対効果がレビューされ、これをベースとして貧困削減にかかる政策対話や援助戦略の策定が可能になる。

このPERによると、過去に構造調整で社会セクターの予算が激減された反省に立ち、ザンビアの社会セクターの全体予算の割合は1991年の22%から1996-1999年の35-36%に増加している<sup>46</sup>。ドナーの出資を除いた保健の全体予算に対する割合に関しては、13%(1996年)、12.9%(1997年)、13.1%(1998年)、13.7%(1999年)と、1994年に増加して以来ほぼ一定を保っている。問題として指摘されている事は、予算外からの支出を行っているドナーが多いため、実際にいかに支出されたかが把握できていないことである。保健SWApsに関しては、郡レベルに限定したディストリクト・

<sup>43</sup> World Bank (1998) Chapter 3

<sup>44</sup> Jones, S. (1999) p. 3

<sup>45</sup> JICA ザンビア事務所での聞き取り調査

<sup>46</sup> World Bank Group (2001a) p.21

バスケットファンドでイヤーマークをすることにより実際の支出まで把握できるシステムが構築されている。

2002年よりPERをベースにMTEFの実施が予定されている。MTEFとは、被援助国の財政担当省庁が策定する3年程度の国家財政の基本的枠組みである。MTEFはセクターの開発計画に見合った財政配分を検討するものであり、限られた予算を有効に配分するためのアプローチである。IFMISの導入とMTEFの閣議承認と実施は重債務貧困国イニシアティブ(HIPCs)のベンチマークとなっており、今後、ザンビアではMTEFの枠組みの下で、IFMISを導入する予定である。ザンビアでは現在、保健SWApsを通じて、保健セクター内部の財政管理報告は整備されつつあるが、全セクターを対象にしたIFMISはまだ計画段階で実施されていない。つまり、保健セクターが、他のセクターの財政改革より先駆けて進んでしまっているのが現状である。なお、保健省内の財政報告に関しては、CBoHはディストリクト毎に財政運営能力を評価するため点数制(1~5)を設けており、1999年の時点で平均点は3.18(4点で良好)という結果が出ており、現段階ではレポートの質はさらに高くなっていると判断されている<sup>47</sup>。

### 3 - 5 - 2 ガーナの事例

ガーナでは、1996年にPUFMARP、1997年にMTEFが導入されており、全体の公共支出・財政管理プログラムはザンビアより早く始まっている。しかしながら、ここでもやはり保健セクターの財政管理システム整備の方がSWAps進捗の速度と比例して、ガーナ全体の他のどのセクターよりも急速に進んでいることが確認されている<sup>48</sup>。MTEFはインプットとアウトプットをより明確に結びつけることにより、予算使用の際の優先順位付けや予算の再配置を行う際のツールと成り得るとされており、保健省はMTEFが5か年中期開発計画の一部として始まったイニシアティブを強化するものとして、その論理自体は歓迎している。しかしながら、予算が頻繁に変更されるため、活動とアウトプットと政策目標のリンクがなく、合意された予算の実際の使用状況を評価することは国レベルの大枠でしか出来ないのが現状である。また、年毎と5か年毎アクションプランを持つSWApsのプロセスは、3年をサイクルにするMTEFのプロセスとは、そのサイクルの違いからまだ完全に統合されていない。理論的には有効なツールであるMTEFも、財政コントロールを弱めたとか、取引費用が増大したとか、信頼性がないとか、実際に適用してみると多くの問題を生んでいる報告もある<sup>49</sup>。

保健省内の財務諸表は1988年以来、ガーナ会計検査院と民間の監査法人が共同で外部監査を行っている<sup>50</sup>。外部監査の結果によれば、保健セクターは多くの改善点は指摘されているものの、全体的には満足のいく評価を得ている<sup>51</sup>。しかしながら、パフォーマンス監査に関してはあまり実施されていないことと、ガーナ会計検査院が単独で外部監査をまだ実施できないことが、指摘されている。

<sup>47</sup> Republic of Zambia (2000b) p.21

<sup>48</sup> Addai, E. and Gaere, L. (2001) p.23

<sup>49</sup> MoH Ghana (2001b) p.23

<sup>50</sup> 外務省委託調査(2002) p.19

<sup>51</sup> The National Audit Office of Denmark (1999)

「被援助国を運転席に」



出所：オランダ外務省(2000)p.6

## 4. 保健改革で導入された主な政策の検証

この章では、保健改革で両国において共通に導入された主な政策の中でも、地方分権化、水平アプローチ、受益者負担と控除制度を取り上げ、事例を通して詳細に検証する。保健改革の具体的な政策がどのような影響を現場に与えているかを検証すると共に、郡レベルの保健従事者の視点から支援する側が考慮すべき点を明らかにした。

### 4 - 1 地方分権化

保健医療改革の一環として、多くの途上国が保健セクターの地方分権化を推進しつつある。地方分権化推進は、多くのドナーの援助によりさらに強化されつつある。1993年の世界開発報告書：World Development Reportにおいて世界銀行は、地方分権化推進は保健セクターのパフォーマンス向上には鍵となる手段であると言明している。そこで、地方分権化の分類を行った上で、異なったタイプの地方分権化推進が保健改革にどのような影響を与えてきているかを、ザンビア・ガーナ・ウガンダを例にして検討したい。

Dennis Rondinelli と G. Shabbir Cheema は、途上国における地方分権化の過程を評価するための手法として、「公共管理アプローチ」を導入している。そして、1990年、このアプローチはAnne Millsによって保健システムの地方分権化に応用され、今日の国際保健学では広く認められている。このアプローチによると、Decentralization(分権化)は以下4種類に分類されており、それぞれの定義を以下示す<sup>52</sup>。

Deconcentration(分散化): 中央から同じ省内所管の地方事務所に権力を移行すること(例: 保健省とその郡事務所)。

Delegation(委任): 責任と権限が、準自治権をもつ法人に移管されること(例: CBoH, GHS, 保健評議会、規制委員会等)。

Devolution(権限委譲): 責任と権限が、保健省の中央から、別の公共管理機構に移行すること(例: 地方政府)。

Privatization(民営化): 実施上の責任や所有権を民間に移譲すること(例: 国立病院を民営化したり、特別なサービスを外部委託すること)。

この分類に従うと、ザンビアとガーナの保健セクターは、保健省から郡事務所へ新たに責任を移す Deconcentration と、国レベルの実施責任が半独立法人(CBoH,GHS)に移管される Delegation に当てはまる。また、Devolutionの例として、ここでは参考までに、ウガンダの保健セクターを紹介する。なお、包括的地方分権化とは、セクター横断で権限を中央から地方に下ろすイニシアティブであり、垂直的地方分権化はセクター別でその権限を地方に下ろすイニシアティブを指す<sup>53</sup>。

<sup>52</sup> Partnerships for Health Reform (2000) p.2

<sup>53</sup> 以下ガーナに関しては DANIDA (2002) pp.5-6 より主に引用している。

#### 4 - 1 - 1 垂直的地方分権化(ガーナ、ザンビア)

##### (1) ガーナにおける垂直的地方分権化

ガーナにおける公共セクター運営改革として、国家組織改革プログラム( National Institutional Renewal Programme : NIRP )が、1994年に開始されている。このプログラムは、公務員パフォーマンス向上プログラム、公共セクター財務管理改革プログラム、公共セクター運営改革プログラム、から構成されている。過去5年間に於いて、財務管理の分野で向上が見られるが、公共セクター改革は複雑で合意に達することが容易でないため、実施は遅々としている。その一方で、保健セクターを中心とした垂直的な地方分権化( SWAps )の方が、全公共セクターを対象にした包括的地方分権化の進捗よりも速い速度で進められている。しかしながら、速度の差こそあれ二つの異なるモダリティの地方分権化を同時に進めるにつれて、保健分野も含めた地方開発を促進する郡議会( 包括的地方分権化 )と合意された保健計画に基づき技術的に効果的な保健サービスを保障しようとする郡保健局( 垂直的地方分権化 = SWAps )との間では軋轢を生じている。

ガーナでは、中央政府が各々の省庁を通して予算配分を行っていたが、1988年には保健省を含む各省庁の権限と責任を郡議会に委譲する法律が可決された。ところが、保健セクターではこの移行が実現されず、1996年に制定されたGHSの法律では郡レベルの保健サービスの提供の責任を郡議会ではなく保健省とGHSにあると定めている。この矛盾によって生じる問題の一つの例として、予算配分の決定権の分散化と予算管理システムの並列化が挙げられる。郡レベルの保健セクターの予算は、中央の保健省 / GHS が作成したガイドラインに則り地域保健行政機関( Regional Health Administration )が各郡の財政管理センターに配分を行っている。従って、保健セクターの予算配分決定権は中央保健省 / GHS にあり、中央からの縦割りチャンネルを通して各郡に予算配分を行なっていることになる。その一方で、郡レベルでは郡議会にその予算配分権が移譲されているため、別ルートの郡議会コモンファンド( District Assemblies Common Fund )を通して支給され、郡議会の優先順位に則り全セクターに予算配分される仕組みを取っている。District Assemblies Common Fund にも保健分野は含まれており、その割合は郡議会の優先順位と郡保健局長の予算獲得交渉能力に委ねられている。このように、郡レベルの保健支出は保健省の予算からと郡議会の予算からとの二重の仕組みになってしまっている。

保健医療のような技術的に複雑で専門性を要する分野では、完全に地方議会に任すよりも、専門知識を有する中央からの影響を維持することに妥当性があるが、同時に郡では他のセクターとの調整や政治的な優先順位を確保する必要もある。後述で紹介があるウガンダのケースでは、予算を一本化し地方議会にその予算配分の権限を与えたところ、議会は保健分野に関してはどのように優先順位を付けていいか判らず、結局プライマリ・ヘルス・ケアの予算は大幅に削減されて、目に見えて判り易い病院建設が優先された経験がある。地方議会と保健省との軋轢を簡単に解決することは難しいが、暫定的には垂直的な保健サービスの地方分権化を進めながらも、地方議員や公務員を保健サービスに一層巻き込むことが適切であり現実的なのであろう。

## (2) ザンビアにおける垂直的地方分権化

ザンビアでは、地方政府に保健運営を扱うキャパシティはないとの判断から、保健省は実施機関にあたるCBoHを設立し、ガーナと同様、他のセクターから切り離した垂直的地方分権化(SWAs)を進めている。垂直的地方分権化の短所として、分野横断的な保健活動が推進できないことが挙げられる。このため、郡保健管理チーム(District Health Management Team : DHMT)のマネジャー達は、郡の保健計画策定の段階で、分野横断的な保健協力を保健セクターのみで取り組むことには限界を感じている<sup>54</sup>。全セクターにおいて保健セクターと同じ速度で地方分権化が進まないため、地方政府と郡保健管理チームとの連携が限られ、HIV/AIDS、水、栄養のようなセクターを横断した課題の取組みの対応が遅れる原因になっている。

現在、ザンビアにおける地方分権化は形式上、権限移譲された地方議会、中央から分散されたセクター省庁、による二重システムを有しているが、の方がより圧倒的な財源と権力を有している。郡議会は中央政府より予算の1~3%しか実際に受取っておらず、1992年以降は実質ゼロである<sup>55</sup>。これに対して、平均的な郡保健管理チームは予算の67%は実際に配分されていることから<sup>56</sup>、SWAsによる垂直的地方分権化の速度が保健セクターのみ非常に速いことが判る。また、ザンビアの保健改革では、独立した郡保健評議会(District Health Board)がCBoHとの契約の下で、DHMTを管理することになっているが、郡保健評議会のメンバーは保健大臣により任命され、郡議会が人事に関与できないため、郡が保健運営に関与するインセンティブを欠いてしまうことも問題とされている<sup>57</sup>。人事が中央の一個人の手に委ねられている点も、地方分権化を進める上での問題であると指摘されており、実際にこの人事システムは過去の保健大臣によって政治的に利用されたこともある。地方議員を郡保健評議会のメンバーに加えることも、一つの解決策かもしれないが、政治・行政構造に根付いていない改革を持続させることは難しいため、究極的には各セクターを調整し統合した郡議会による計画委員会が必要であろう<sup>58</sup>。

各セクター別のSWAsを郡レベルの観点から見ると、システム、コミュニティの代表者、資金に関してそれぞれの重複が潜在的な問題として挙げられる。予算の限られた途上国で、それぞれの省庁が財政管理システムを縦割りに整備するシステムは郡の観点からすれば、また国全体から見た場合、コスト高である。

このように、SWAsの弊害も包括的地方分権化が理想的であることも多くのドナーは承知しているが、過去の地方開発プロジェクトが資金不足、政治的問題等が原因で、ことごとく失敗に終わっている経緯もあるため、現実的な路線として多くのドナーをSWAsやNGO支援に向かわせた歴史がザンビアにはある。垂直的地方分権化の長所としては、政策の中でも忘れられがちな保健問題に焦点を当て続けることが可能である点が挙げられる。実際に、末端レベルに提供する費用対効果の高いPHCサービスの予算は、保健改革後、ガーナ・ザンビアともに大きく伸びが見られる。郡

<sup>54</sup> Health Manpower System and ETC Crystal (2001) p.8

<sup>55</sup> Crook, R. et al. (2001) p.2

<sup>56</sup> DANIDA, DfID, EU (2001) p.72

<sup>57</sup> Cassels, A. (1996) p.4

<sup>58</sup> Crook, R., Manor, J., et al. (2001) p.33

レベル保健サービスの保健サービス全レベルに対する予算割合は、ガーナでは1996年の22.8%から1997年の34%に、ザンビアでは1992年の29.9%から1996年の47.7%と増加している。また、ザンビアの保健システムの地方分権化を評価する時、その経済的低迷とHIV/AIDSの蔓延を忘れてはならず、財源がより逼迫する中で、保健システムが破綻に至らずその活動レベルが維持できたことは、ある程度この地方分権化推進がその効率性向上に寄与してきたと判断されている<sup>59</sup> <sup>60</sup>。今後は、全体の地方分権化の進展に伴い、公務員改革の一環で強化される予定の地方自治体と既に地方分権化の進んだ保健セクターとの関係を如何に保つかが課題になるであろう。

#### 4 - 1 - 2 包括的地方分権化(ウガンダ)

ガーナ・ザンビアは両国ともに垂直的地方分権化が進んでいる例であったので、包括的地方分権化の進んでいる国としてウガンダのケースを参考までに紹介する<sup>61</sup>。政治的な高いコミットメントに支えられてウガンダは1992年から包括的地方分権化が開始され、1996/1997年には、郡レベルの全てのセクターの予算が統合されて配分されるようになり、実質的に地方議会にその予算配分の権限が与えられるまでになった。ところが、地方議会は教育や道路建設等に優先順位を高く置いたため、PHCに対する予算配分は結果的に前年度の4分の1に削減された。そこで、結局PHCに関しては、イヤーマークを続ける方針を中央政府は再度導入し、1997/1998年は調整を図っている。その結果、地方議会が実際に自由裁量で決められる予算は全体の25%に過ぎなくなってしまい、またPHCへの予算の66%はドナーからの支援となった。保健セクターは最も予算が必要とされる分野であるが、地方議会にとって、専門知識が必要とされる優先順位付けを行うことは非常に難しかった。また、保健分野の中でも、費用対効果の高いPHCではなく、目に見えてわかりやすい病院建設や治療の分野が政治的な支持を得やすく、より多くの予算が割かれた。地方レベルでの意思決定者が予算配分の権限を持った場合、中央の意思決定者より良い決定を下すとは限らないのである。

この中央と地方の考え方の違いは、共通の開発目標を如何に達成するかという考え方の違いにも起因している。中央のセクター別の省庁は所管とする技術的な分野に重点を置く傾向にあるが、地方政府はその郡の全てのセクターが対象で、異なる優先順位の中でバランスを保つ必要がある。保健サービスそのものに対する取組みよりも、安全な水、衛生、教育、栄養に対する投資の方が、保健指標により大きな影響を与えることは知られているが、保健SWAp(垂直的地方分権化)は保健省のみの管轄に焦点を当てていることも指摘されている<sup>62</sup>。実際に、HIV/AIDS対策のようなマルチセクターアプローチが必要な対策が、ウガンダではうまくいったのはこの包括的な地方分権化に起因するのかもしれない。ガーナとザンビアでは未だに縦割りの弊害があり、重要性は認識していながらも他省庁にまたがる連携協力はまだまだ弱いのが現状である。

<sup>59</sup> Partnerships for Health Reform (2000) p.xx

<sup>60</sup> Blas, E. and Limbambala, M. E. (2001a) p.24

<sup>61</sup> Jeppsson, A. (2001) pp.187-192

<sup>62</sup> Foster, M. et al. (2001) p.9

知識不足から保健予算に優先順位を高く置かない状況において、短期的には保健に関しては中央からイヤーマークすることは有効かもしれない。しかしながら、そのような予算配分の中央からの条件付けは、地方議会に優先順位を決定する権限を委ねる包括的地方分権化の意図と矛盾している。保健セクターの持続可能な開発を保障し予算を確保するためにも、保健医療従事者は地方議員や地方公務員とより連携し、長期的にはこのような中央からの条件付けを少なくする必要がある。

#### 4 - 1 - 3 地方の自由裁量の幅に関する比較分析

次に、Bossert によって開発された“Decision space( 決定の自由度 )” アプローチを利用して、地方の意思決定者に許される選択の幅を上記3カ国で比較すると表4 - 1のとおりとなる<sup>63</sup>。この Decision space アプローチは、地方の自由裁量の幅を細かく比較することを可能にし、公共管理アプローチと同様に、地方分権化進行を示す指標の一つとして位置付けられている。

---

<sup>63</sup> Bossert, T. and Beuvaix, J. (2002) p.17



表4 - 1 ガーナ、ザンビア、ウガンダにおける地方の自由裁量の幅の比較

機能	選択の幅		
	狭い	中位	広い
財政			
財源(地方による財源の選択が可能か)	ザンビア	ガーナ、ウガンダ	
予算配置(地方がプログラムの優先順位を付けられるか)		ザンビア、ガーナ、ウガンダ	
ローカルレベルの収入(地方レベルでの料金設定が可能か)		ザンビア、ガーナ、ウガンダ	
サービス機関			
病院の独自法人化(地方に病院の独立法人化を認める権利があるか)	ガーナ、ザンビア	ウガンダ	
支払い方法(地方が異なる手段の料金支払い方法を選択できるか)	ガーナ、ウガンダ		ザンビア
民間との契約		ガーナ、ザンビア	ウガンダ
人的資源			
給料(地方が独自の給与額の設定を行うことが出来るか)	ガーナ、ザンビア、ウガンダ		
契約(地方が非常勤の契約を交わすことができるか)	ガーナ		ザンビア、ウガンダ
公務員(地方が中央の許可なく常勤者の雇用・解雇を行うことができるか)	ガーナ	ザンビア、ウガンダ	
ガバナンス			
地方議会(地方議会の保健分野での権限)	ガーナ、ザンビア		ウガンダ
評議会	ガーナ、ザンビア、ウガンダ		
保健局	ガーナ	ザンビア、ウガンダ	
コミュニティの参加	ガーナ、ウガンダ	ザンビア	

出所：Bossert, T., and Beauvaix, J.(2002)p.17より作成

全体的に、ガーナはザンビアとウガンダに比較すると、多くの機能に関してより選択の幅が制限されており、地方に自由裁量が乏しいことが判る。特に、人的資源管理の分野を例にすると、ガーナの人事システムにおいて、給料、契約、雇用、解雇等に関わる決定権が完全に中央にある。GHSに人的資源管理が委任されることにより、国家公務員よりはこの分野の柔軟性が増すことが期待されている。ザンビアの郡保健評議会は雇用や解雇に関する権限が部分的に移譲されることが計画さ

れているが、給料と雇用の待遇に関しては今後も中央で決められるようである。これに対して、ウガンダでは雇用、解雇に関わる権限は地方政府に委ねられている。この結果、国家公務員ではなくなった医療従事者は異動や昇進が以前と同じでなくなり、より貧しい僻地に資格のある医療従事者を雇用することが難しくなったという指摘がある。また、雇用や解雇の決定は部族や個人的な関係に左右されるようになり、スタッフの質が下がってしまったとの報告もある<sup>64</sup>。人事権の地方分権化推進が予想しなかった弊害を伴うことを、ウガンダの例は示しているとも言える。

このように、地方における自由裁量の程度の差が、それぞれの保健システムのパフォーマンスに与える影響はさまざまである。地方分権化政策を推進すれば、必ずその保健システムパフォーマンスが向上するとは限らないことも判ってきたが、長所・短所が混在する中で、政策そのものを否定することも時期尚早である。何よりも、多くの途上国がこの地方分権化政策を推進している以上、国家保健政策の目標達成につながる、より効果的な分権化政策の計画と実施を提言できるように分析を続け、途上国に対してその情報提供を行う支援が必要であろう。

#### 4 - 2 垂直アプローチと水平アプローチ

地方分権化が推進される保健改革において、疾患別にターゲットを絞った垂直アプローチ(例：マラリア対策、結核対策等)よりも、疾患を包括的に扱う水平アプローチが推進されている。垂直アプローチは特定疾患の罹患率や死亡率により短期間で改善をもたらすことが可能であると一般的に言われており、主に UNICEF(United Nation's Children's Fund)、USAID のようなグローバル・イニシアティブを推進する結果重視型のドナーが好んで取るアプローチである。これに対して水平アプローチは、郡レベルの自主性を尊重し、それぞれの郡の優先順位に沿った対策を促すため、結果的にドナーが強制する垂直アプローチよりも持続性のある保健システム構築に寄与するとされており、保健改革を推進している被援助国、北欧やDfID等のドナーに推進されているアプローチである。垂直アプローチ支持派は、プロセス重視で目に見える結果としてつながらない水平アプローチに対して未だに懐疑的なところがある。世界銀行現地事務所は、特定の疾患やニーズに対してイヤーマークして拠出しないと、本部に対して何も支援をしていないように受取られることを気にしているが、一方特定の要素のみを支援すると過去の垂直プログラム支援に逆戻りしてしまうこととなり、地方分権化を支援する SWAps の過程でジレンマを抱えている。

一般的に、途上国における保健改革で水平アプローチを推進する理由は、以下に挙げる垂直アプローチの短所による反省から生じたと考えられる<sup>65</sup>。

重複を生じる。

垂直プログラムは、特別枠のスタッフ、インフラストラクチャー、ロジスティック、調達システム、によって支援されることが多い。郡やそれ以下のレベルで、サービスが統合されていても、これより上のレベルで別枠の運営、監督、報告、支援体制が取られている。

<sup>64</sup> Hutchinson(1998), Bossert, T. and Beauvaix, J. (2002) p.27

<sup>65</sup> Brown, A. (2001) p.4

水平アプローチよりも費用対効果が低い。

実施や運営体制の重複はサービス提供のコスト高につながる。

保健利用者にとって、非効率的で費用がよりかかる。

患者は対策毎に異なる医療従事者を何度も訪問することを強制されるため、機会費用が上がる。

地方分権化された保健システムには不適當である。

垂直プログラムはそのデザインと実施がトップダウンの形態を取る。ところが、地方分権化は適切な政治的、セクター間、コミュニティの関与により、ローカルの環境に対応することに重点を置く。

公共セクターのサービス提供において重要な分野がカバーできず、政府のキャパシティをむしばむ。

さらに、そのようなより重要な分野の仕事がこなせるスタッフが、ドナーの拠出するプロジェクトにより高い給与で引き抜かれることが多い。

絶対数の少ない保健医療従事者の時間が限られた問題に集中する。

それゆえに、包括的な保健システムの開発から注意をそらしがちである。

上記のような理由で、ほとんどの保健SWApsは、合同のドナー出資やモニタリングを支援することにより、垂直アプローチを政府主導の保健システムに統合することを試みている。ところが、上記に挙げた短所にもかかわらず、垂直プログラムは水平プログラムにおいても維持すべき以下の長所を有しているのも事実である。

実施計画が簡単である。

資金用途が事前よりはっきりしているため、ドナーからの資金が容易に素早く利用できる。

政治的なコミットメントが弱い場合も、その優先順位は強制的に確保される。

モニタリングは総合的かつ徹底しており、結果と問題発見や解決がリンクしている。

場所をターゲットすることにより、貧困層に焦点を明確に当てることが可能である。

サービスの技術的な質は高い。

どちらのアプローチが良い悪いとは単純化できるものではない。例えば、アフリカのように保健医療従事者の数にも予算にも限りがあり、地方分権化を推進している国と違って、中国のような強力な中央集権システムや豊富な保健医療従事者を有する国では、垂直アプローチの方が適しているのかもしれない。しかしながら、ザンビアやガーナで垂直アプローチを取ると、保健医療従事者の絶対数があまりにも不足しているため、効率よく多くのニーズに対処できない事情がある。この人的資源の問題は、保健医療従事者の頭脳流出や都市部への偏重、保健分野公務員定数の制限等が背景にあり、複雑であるがアフリカの(少なくともザンビアとガーナにおける)保健改革において根本的な問題となっている。

それでは次に、従来の疾患対策が水平アプローチの導入によりどのような影響を受けているか検証するために、以下三つの事例を吟味する。

水平アプローチの利点が活かされた例としてガーナの予防接種拡大計画

水平アプローチの導入により悪影響を受けた例としてザンビアの結核対策

今後 SWAps との調整が必要とされる例としてマラリア対策

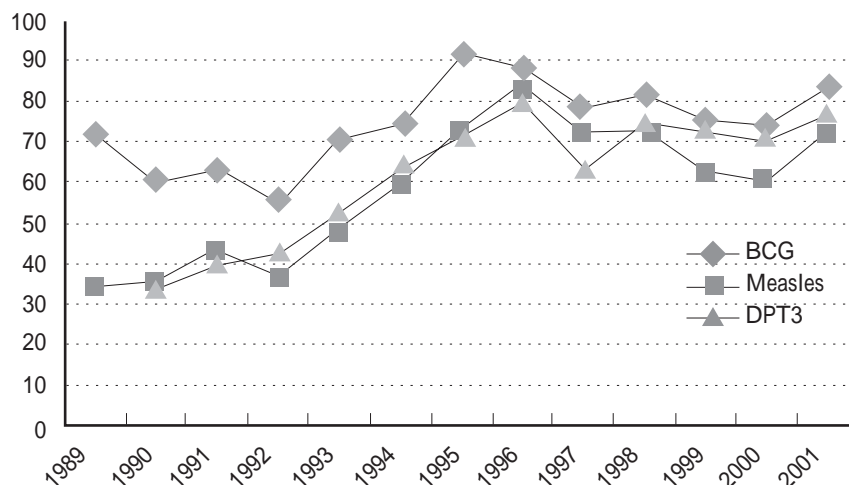
水平アプローチと垂直アプローチの効果と弊害の両方を見据えた上で、グローバル・イニシアティブを支援する際に考慮すべき点を、現場の視点から検討するための材料となるように心掛けた。

#### 4 - 2 - 1 予防接種拡大計画

この水平アプローチと垂直アプローチがどのような結果につながっているかを、地方分権化の進んでいるガーナの一郡である Dangme West District の予防接種対策を例にとって検証したい<sup>66</sup>。学術誌の研究論文と実際の現地調査による関係者からの聞き取りを中心に調査を行った。

Dangme West 郡は Greater Accra 州の地方部に位置し、多くの住民は農業と漁業に従事している。人口は 96,015 人である。保健サービスは、ルーラル・ヘルスセンターが四つ、コミュニティクリニックが六つあり、病院は郡内にないので隣接した郡の病院を利用している。今回の現地調査では、この郡の郡保健局、ヘルスセンター、ファースト・レファレル病院に当たる東部州にある Agomanya Catholic Hospital を訪問し、郡保健サービス管理者を中心にした保健医療従事者からの聞き取り調査を行った(図 4 - 1)。

図 4 - 1 1歳未満児の予防摂取率：Dangme West郡(1989～2001)



出所：Dangme West郡の郡保健サービス管理者からの聞き取り調査(2002)

この郡の予防接種率は1984年まで非常に低かったが、1984年から1990年までは保健省とUNICEFを中心とするドナーの資金的なバックアップもあり上昇を続けた。1990年までに1歳未満児の予防接種率を80%にまで上げることを目標にして、大規模なキャンペーンを展開したおかげでこの上昇は可能になったが、医療従事者の負担が過度であったため、結局長続きせず急激にまた下降して

<sup>66</sup> Agyepong, I. (1999) p.63

いる。この郡の、保健サービス管理者( District Director of Health Services )は、断続的な上昇にもかかわらず、外からの圧力は持続性に問題があり良い結果を生まなかったと指摘している。このキャンペーンは多くの資金と医療従事者の時間を必要とし、郡は基礎的な保健サービスの提供を含む重要な他の医療問題の取組みを無視せざるを得なかった。1990年以降はこの中央からの予防接種率80%達成という圧力から解放された結果、1992年まで反動で下がり続けた。

この反動の後、地方分権化されたシステムにおいて特定のターゲットを達成するための計画を、郡が自ら立案し努力を重ねた結果、予防接種率は再び上昇を始めた。毎年、郡とその小区域の保健局は集まり、進捗を評価すると共に、基礎的な保健システム強化を目標にした包括的な取組みの一環として予防接種率を80%に近づけようと戦略を立て直した。その結果、中央からどれだけ圧力をかけても予算をつけても達成できなかった予防接種率80%が、分権化のシステムに則り、地方の自主性を尊重した結果1996年には達成されて、その後もこの記録を安定して維持できたのである(1997年に僅かな減少が見られるが、これはアクセスが難しい地域での車輛管理による問題に起因する)。

この Dangme West の例は、垂直アプローチから水平アプローチの考え方に切り替えても、長期的には結果は悪化しないばかりか、郡のシステム構築を促進し、より高く持続性のある予防接種率が達成されたことを示している。もちろん、ガーナにおける全郡でこの例のように成功しているわけではないし、郡のキャパシティによって結果も異なるであろう。しかしながら、全国レベルでの予防接種率も、DPT3は、51%(1996年)から73%(1999年)に、同期間の麻疹に関しては53%から71%に上昇していることから判断すると、同じような変化が全国的に起きていると推測される<sup>67</sup>。郡レベルにおいてより包括的なアプローチが必要であると提案することは、垂直プロジェクトの余地が全くなくなるという事ではないが、ガーナにおいて疾患別の垂直プロジェクトは現在のように主流であるべきでなく例外になるべきであると結論づけている。垂直アプローチは短期的に望む結果に到達できるかもしれないが、その結果は長続きしない上にシステムそのものに何の変化ももたらさないのである。

予防接種に対する戦略は1990年代半ばに、シニアマネジャーを中心にしてガーナ全国で大きな議論を呼んでいた<sup>68</sup>。DHMTの中には、大規模キャンペーンのためにスタッフに支給される莫大な日当に持続性があるのか疑問を感じ始める者も多かった。キャンペーンのために、日常の仕事を中断するコストは計り知れない。ザンビアにおいても、日常の仕事や患者を放り投げてでも日当のためにキャンペーンに出掛けるスタッフを何度も目撃しているCBoHのディレクターは、短期的で持続性のないキャンペーンに莫大な予算を費やすのではなく、ルーティンの予防接種強化を呼びかけている。

結果重視の名の下に、ドナー側の都合の良い結果のみを短いタイムスケジュールで実現させようとして、勝手な目標を押し付け、土台となる保健システム構築そのものを壊すことのないように、ドナーは十分に気を付けるべきであろう。ポリオ対策等のグローバル・イニシアティブに対する取

<sup>67</sup> MoH Ghana (2001a)

<sup>68</sup> Cassels, A. and Janovsky, K. (1991) pp.15

組みは、マクロのレベルの結果にばかり目を奪われ易いが、プログラムを実際に実施する側に立って、物事を見る必要もある。

ガーナ政府は、垂直的であった予算配分方法により融通を利かせることでも、水平アプローチへの切り替えを促進している。以前の予算分類は、母子保健、各疾病対策、栄養等の垂直別で以前は行われていたが、改革によりこの分類は二つに統合され、郡保健運営、郡以下の保健サービス、に統合された。このことにより、郡レベルで実施するプログラムを決定できる自由度が増し、効率よく疾病対策の統合も促進された。

もっとも、ガーナでは郡レベルのキャパシティ・ビルディングが既にかかなりのレベルまで達しているからこそ、水平アプローチで郡に任せても、努力次第でこのような成果を生むことが可能なのであることも否めない。まず優先順位付け、目標設定、指標と成果を地方政府と合意し、パフォーマンスをモニターするための保健情報システムの強化に向けての努力を行ってこそ、融通の利くコモンファンドは有効に使用され、持続的な保健サービスの強化につながるとガーナの保健サービス管理者は強く主張している。自主性やキャパシティを備えていない地方に対してコモンバスケットファンドで資金のみを流しても無駄に終わるだけであろう。

また、SWApsによりコモンファンドから定期的に融通性の高い予算が郡レベルに配分されるようになったため、郡レベルの計画が立て易くなったことも、この高い予防接種率の維持に貢献している。予算が付くかどうか判らない要請書作成に時間が取られることもなくなり、定期的に配分されるコモンファンドは郡のキャパシティ・ビルディングにも貢献している。一般的に地方にはキャパシティがないから予算をつけられないといった声をよく聞くが、予算をつけてこそ初めてキャパシティは育つという一面もある。また、SWApsは実際に目に見える成果を出しているのか、コモンファンドは末端の住民までその恩恵を受けているのか、という疑問の声が多いが、この郡の例はSWApsを使いこなすとこのような成果も出せるという一つの例である。しかしながら、コモンファンドが有効に使用されるかどうかは、住民との接点にある郡レベル以下で働く医療従事者のマインドとキャパシティに大きく依存していることも忘れるべきでない。地方分権化の下、郡レベルで予算の決定権を握るようになった郡保健サービス管理者の役割は特に重要で、住民の視線を常に忘れない郡保健サービス管理者の下では、やはりコモンファンドの予算も地域住民の利益になるように有効に使用されている。SWApsの役割はあくまで、相手国の郡保健サービス管理者を中心にする医療従事者を後方から支援するのみであり、自主性やマインドがないような人の所ではSWApsの長所も生かされない。また、郡レベルでコモンファンドがこれだけ裨益効果があるという事は、それだけ資金的に援助依存度も高くなっているわけであり、ドナーが何らかの理由で財政支援を停止した時の悪影響も住民レベルで大きくなることも忘れるべきではない。

#### 4 - 2 - 2 結核対策

水平アプローチは全ての環境の下で良い結果を生んでいるわけではなく、その疾病対策が確立していなかったり優先順位が低いとみなされた場合には、結果としてその取組みに悪影響を与えているケースもある。その代表例として、ザンビアにおける結核対策が挙げられており、国家結核対策レビューでは結核プロジェクトが終了後、水平アプローチに統合される過程で、以下のような弊害

を報告している<sup>69</sup>。

結核対策の焦点は失われ、主な活動である報告、記録、患者追跡、治療のモニタリングは多くの郡において行われなくなっていた。

中央・地方の両方において、ラボでの顕微鏡検査を含む結核診断の技術能力は質的に低下した。

抗結核薬とラボの消耗品を含む結核対策に対する資金が不十分になった。

抗結核薬の調達には1998年以降不規則になっており、1997年以降ラボの消耗品は調達されていない。

CBoHがSWApsで現在使用している保健管理情報システムは、結核対策の鍵となる活動をモニタリングし評価するには不十分である。

このような結核対策のパフォーマンスの低下は以下の原因に起因する<sup>70</sup>。

組織再編の後、郡レベルの医療従事者はPHC全般を管理し実施するような責任が持たされた。ところが、新たな権限の下に必要な技術的なキャパシティが欠けていた。

結核対策の監督と質のコントロールを特別に行う人が組織再編のため存在しなくなった後、中央レベルのCBoHでも十分な技術サポートとキャパシティ・ビルディングを郡に供与できなかった。監督を中断したため、郡の医療従事者は長く技術サポートを受けられず、サービスの質を低下させた可能性がある。

地方分権化に対応したアプローチの統合と共に、結核対策の中央の役割も小さくなった。1996年以降、垂直プログラムと別枠の報告モニタリングシステムが終了して以来、治癒率や中途離脱率を表すような結核対策の鍵となる指標が集まらなくなった。

ザンビアのSWApsは財政管理の向上に集中しており、保健サービスを提供するキャパシティを過大評価していたため、郡レベルの技術的なキャパシティ・ビルディングに重点が置かれていなかった。

保健省は抗結核薬の購入に必要な調達を適切に行うキャパシティを早急に形成できなかった。ディストリクト・バスケットファンドの予算は医療従事者がDOTS(Direct Observed Treatment-Short course)を実施したり、それを監督するためには十分なレベルにない。

中央と地方のプライオリティに差がある。ザンビアの結核罹患率は100,000人中400人と非常に高いが、地方ではその他の疾病(例：マラリア、下痢症)に押されて低く捉えられてしまう傾向にある。

垂直アプローチの頃は、結核対策に関わる医療従事者に対して車輛の貸与などインセンティブや日当を与えていたが、統合されることによりこれが無くなったため、スタッフにとってその対策を続行する気を無くさせている。

ザンビア保健省の、前モニタリング・評価局長によると、結核対策は確かに保健改革において影響を受けているのは事実であるが、水平アプローチへの切り替えそのものには問題はないとの意見であった。現在WHOも水平アプローチの中で、結核対策に再び焦点を当てる支援を行っている。

<sup>69</sup> CBoH (2000), Brown, A. (2001) p.9

<sup>70</sup> Brown, A. (2001) pp.7-14

ガーナのオランダ大使館保健アドバイザーも同じ意見であり、水平アプローチそのものが問題の原因ではなく、仕事の割り当てが曖昧になっていることが原因で、またザンビアに比較するとガーナの方が結核罹患率も低く、郡自身が優先順位として高く扱っていないとの意見であった。ガーナ Dangme West District 保健サービス管理者は、予防接種は既にモニタリングや評価の方法も確立されているため実施し易いが、結核はそのような技術支援体制がないため対策として落としがちなものも事実だとの意見であった。

Swiss Agency for Development and Co-operation は、タンザニアにおいて 1979 年以来、結核対策を支援してきたが、保健改革と SWAps の導入に伴い、結核対策を他の保健サービスと統合させる必要性を感じている。しかしながら、垂直プログラムの頃の成果を失う可能性もあり、この統合を図るために必要な留意点をまとめるために、2001 年、英国のコンサルタント会社である Institute for Health Sector Development に調査の委託をしている<sup>71</sup>。

この調査報告は、水平アプローチへの急激な切り替えは、ザンビアの結核対策のようにプログラムのパフォーマンスを短期的には落とす可能性がある」と指摘しているが、ザンビア・ガーナ共に SWAps 導入後に見られる計画立案能力、財政管理能力、地方レベルの資源の向上等も全体的な改善が見られるため、長期的にはプログラムパフォーマンスは良くなると予測している。ガーナにおける SWAps 導入後のパフォーマンスは、ギニアウォームと結核に関しては低下が見られるが、予防接種、産前検診、訓練を受けた医療従事者の監督の下での出産の割合等に関しては改善が見られる。統合を図りながら一時的でも結核対策のパフォーマンスの低下を防ぎたいのであれば、移行期には垂直アプローチの利点を十分に維持しつつ、SWAps の利点は追加的であるべきだとしている。キャパシティ・ビルディングや技術協力の続行や、相手国の調達には問題が予想されるため、必要医薬品が断続的にならないように他の機関(国連やクラウンエージェンシー等の調達機関)を初期は利用する方が良いとか、初期の SWAps の原則に反することを提案しており、SWAps の原則を残しながらも経験を踏まえた上で現実的な内容の勧告になっている。

#### 4 - 2 - 3 マラリア対策

WHO が推進するロールバック・マラリア・イニシアティブ( Roll Back Malaria Initiative )は、代表的な垂直アプローチであり、相手国政府の計画策定のオーナーシップをトップダウン的なアプローチが侵害しているとか、短期的で現実的でないマラリア対策の指標目標が SWAps の長期的展望に立ったキャパシティ・ビルディングを阻害しないか、といった批判が SWAps 推進グループから生まれている。そこで、WHO が Malaria Consortium( London School of Hygiene and Tropical Medicine とリヴァプール大学合同のマラリア対策技術支援グループ )に、上記の批判を SWAps の進行している国で検証する調査を行った結果、以下のような問題が指摘されている<sup>72</sup>。

SWAps 導入で、郡レベルの予算は増加しているが、絶対的な資金不足は変わっていない。野心的なロールバック・マラリア戦略に従うと、マラリア対策だけでガーナのある郡の全体保健予算の 75% までも必要となると試算している。

<sup>71</sup> Ibid. pp.7-14

<sup>72</sup> WHO Roll Back Malaria Cabinet Project (2001) pp.8-12



予算をマラリア対策にイヤーマークすることは、地方分権化が進んだシステムの下では、郡レベルのオーナーシップを阻害する可能性がある。そして、SWApsの進んでいる国では、既存の拠出チャンネルと別途で、マラリア専用の口座を設けることに抵抗を感じている。

ロールバック・マラリアは、SWApsの枠組みで相手国政府と合意した指標とは別に、モニタリングと評価のためのシステムを構築するリスクがある。既に他のグローバル・イニシアティブのモニタリングと評価システムも別途存在するため、郡レベルはこれ以上の評価システムの負担を抱えられない事情もある。既存のシステムとは並行してモニタリング指標を設定しても、将来的にはその持続性に問題が生じてくるのであろう。

上記のような問題を抱えながらも、ロールバック・マラリア・イニシアティブ推進派とSWAps推進派の間で議論が持たれ、協力関係が構築されつつあること自体は大きな進展である。今までのロールバック・マラリア・イニシアティブは、このような広い視点が欠けていたため、資金的にもキャパシティ的にも無理のある野心的な計画ばかりが目についた。援助国は、成果重視の流れの中で、独自のモニタリング・評価体制を強化させて、結果的に被援助国のキャパシティを脆弱にしないように気を付けなければならない。グローバルファンドを始めグローバル・イニシアティブにはさまざまな形で協力をしている日本も、疾患別のアプローチが与えるこのような実施レベルでの影響を常に意識していないと、独善に陥ってしまう危険性があることを十分に気を付けたい。

#### 4 - 3 受益者負担と控除制度の現状

保健改革の柱として導入された保健医療費の受益者負担と控除制度の現状に関して、以下ザンビアとガーナの事例を通して具体的に吟味する。一般的に、受益者負担は保健サービスの向上のために、財政強化により保健システムの持続性を確保する試みとして導入されているが、この背景には世界銀行が受益者負担導入を提唱していた事実も見逃せない<sup>73</sup>。

##### 4 - 3 - 1 ザンビアの事例

###### (1) 受益者負担

ザンビアにおいて、独立以来無料の保健サービスを全国民に提供する政策は、保健改革の下で変更をされ、受益者負担制度が1993年に全ての医療施設において導入されている。この受益者負担制度導入の目的は以下の三つである。

不必要な保健支出を統制すると共に、コミュニティの保健サービスに対するオーナーシップと参加を促す。

パフォーマンスに応じた報酬により、保健医療従事者にモチベーションを与えると共に、コミュニティに対する責任をより強く自覚させる。

<sup>73</sup> World Bank Group (1987, 1993)

受益者負担により増加した保健予算を利用して、保健医療従事者は保健サービスの質の向上をはかる。

外来患者の中で受益者負担を払っている人の割合は、医療施設の場所が地方部か都市部にあるかによって異なる。地方の保健サービスはかなりの割合が無料で提供されており、中央からの高い補助金によって賄われているのが現状である<sup>74</sup>。地方の一例として、2000年のカテテ( Katete )郡を見ても、外来患者のうち受益者負担者の割合は28%にしか満たないのに対して、67%までもが控除を受けている。一方、都市部のリヴィングストン( Livingstone )を見ても、外来患者の中で受益者負担の割合は66%にもものぼっており、控除を受けているのは28%と地方部と状況は逆転している<sup>75</sup>。

いくら受益者負担の割合が高くとも、受益者負担額はインフレーションとの調整を行っておらず、数年来据え置きのため額としては低く、医療機関の大きな収入源とはなり得ていない。全国レベルで見ると、受益者負担は、政府の全体保健財源において1%しか占めていない上に、その主な用途方法は経常経費に使用されているのが現状で、目的とするの保健サービスの質の向上には繋がっていない。

また、郡レベルの収入源から見ても、受益者負担の割合が低いことがわかる。郡は給与を除いた経常経費として、以下三つの収入源を持っており、それぞれの1999年の全国平均の割合は以下のとおりである<sup>76</sup>。

ディストリクト・バスケット・ファンド( 79% )

受益者負担( 10% )

その他( 11% )

上記のように、ザンビアの郡レベルの給与を除いた経常経費の中で、受益者負担率は10%足らずと低く、その郡の保健財政のほとんどをディストリクト・バスケット・ファンドに頼らざるを得ない状況にある。これに対して、ガーナのヴォルタ州( Volta Region )では、同じ受益者負担率が66 ~ 98%に達する。

---

<sup>74</sup> Republic of Zambia (2000a) p.32

<sup>75</sup> USAID Health Finance Advisor からの聞き取りによる

<sup>76</sup> Republic of Zambia (2000b) p.11

また、郡レベルの収入源に対する受益者負担の割合は、ルアプラ州の2%からルサカ州の34%と地理的に大きな格差がある。明らかに貧困層の多い地方部で少なく、鉄道沿線上の都市部ではより多い傾向があることが、以下の表から読み取れる。

表4 - 2 州レベルの収入に対する受益者負担の割合(1999)

州	受益者負担の州収入に対する割合	乳幼児死亡率	最貧困発生率
中央州	11%	94.6	63.2
北部州	5%	125.3	66.8
コッパーベルト州	8%	81.9	46.8
ルアプラ州	2%	157.8	69.2
北西部州	5%	91.1	63.2
東部州	6%	131.1	66.5
ルサカ州	34%	100.3	34.1
南部州	12%	66.2	60.3
西部州	6%	129.1	78.0
全国合計・平均	10%	107.7	57.9

出所：Republic of Zambia(2000b)より作成

上記表によれば、受益者負担と乳幼児死亡率との相関係数は - 0.79、受益者負担と貧困との相関係数は - 0.80 と統計的にも有意であることが、確認されている。つまり、受益者負担の割合が低い地域ほど、乳幼児死亡率は高く、最貧困率も高い傾向にある。受益者負担の割合は、都市部の最高でも34%とかなり低いが、地方部においては受益者負担制度は全く稼動していないこともこの表から判る。

コミュニティは、保健施設を政府の所有物であり政府に責任があると未だに認識しており<sup>77</sup>、受益者負担を通してオーナーシップの促進を図る目的は達せられていない。また同報告によれば、コミュニティは保健委員会を通して公共保健サービスの向上に影響を与えることは不可能だと感じており、受益者負担を払ったところで、サービスの質は良くなるとは思っていない。以前とサービスは変わらない状態で、料金だけが徴収されるため不満が出るのも当然であろう。さらに、市民は受益者負担を決定する過程に関わっていなかったことに不満を持っており、その導入を強制されたと感じている。政府側も、市民のオーナーシップや参加を促進する意図でこのような導入を行うのであれば、少なくとも導入前にその理念に関して、市民に理解を得るように時間をかけるべきであったのだろう。供給側の末端であるヘルスセンターレベルの医療従事者も受益者負担の目的を理解しておらず、保健改革の広い意味でのオーナーシップの欠如が、その進行を妨げている原因かと思われる。また、ザンビアの僻地では、一年を通して現金経済がほとんど通用しない地域が未だに存在するが、この受益者負担制度の導入により保健医療従事者は現金志向が強まり、現物支給を拒否する傾向が強まっているのも問題とされている。

<sup>77</sup> DANIDA, DfID, EU (2001) p.220

## (2) 受益者負担控除制度

現在ザンビアには、以下4種類の受益者負担を控除する制度が存在する。

全ての5歳未満児と65歳以上の老人(収入にかかわらず)

産前産後検診、家族計画、結核、性病、HIV/AIDS等の患者

受益者負担の支払いが困難と判断された人(コミュニティ開発・社会福祉事業省による証明が必要)

災害による被災者

この中で、の控除は比較的利用されているが、患者の24%は誤って控除を受けることが出来なかったり、逆に大多数の患者は誤って控除を受けているとの報告がある<sup>78</sup>。また、この報告によれば、誤って控除を受ける患者は、裕福な層に多いとされている。の控除に関しては、十分なデータが存在しないので詳細に関しては不明である。に関しては、ザンビア人の57%は最貧困層に分類されるため、これらの人々に対して受益者負担を控除する制度が設けられたが、厳密に適用されておらず最も実施が難しいとされている<sup>79</sup>。この主な原因は、弱者や貧窮者があいまいにし規定されていないこと、最貧困層を識別するための行政処理能力が弱いこと、適切な法律制定の不在、貧困者が保健サービスを受けるための権利をよく理解していないことにある。これらの貧困層の識別に関する行政処理は保健省の担当ではないが、所管しているコミュニティ開発・社会福祉事業省のキャパシティの弱さも指摘されている。

郡レベルのCBoHと、コミュニティ開発・社会福祉事業省の一部である公共福祉支援スキーム運営ユニットとの間の、連携強化とキャパシティ・ビルディングを通して、この控除制度を強化するためのプロジェクトをUSAIDはパイロット的に、実施支援している。このパイロットプロジェクトでは、上記で指摘されている最貧困層の識別をコミュニティ福祉支援委員会のボランティアが行うが、その識別のための基準をザンビア人自身が考え出しているところは非常に興味深い。その基準として、社会的条件のうち最低一つが、さらに経済的な条件からも最低二つが当てはまらなければならない。その社会的条件とは、以下七つである。 家長が高齢者、 家長が子供、 家長が身体障害者、 家長が病气、 家長が女性、 顧客が孤児か子供、 顧客が災害の被害者。次に経済的条件とは、以下三つである。 親戚からの支援がない。 働く事が出来ない。 利益を生む資産がない。その他にも、以下の点も考慮に入れる。 家族に十分な食糧がない。 子供が学校に行けない。 家計レベルが平均以下である。 保健サービスにアクセスできない。 家長の死亡。

ザンビアには弱者支援を行う伝統が、社会の中に昔から存在していた。この公共福祉支援スキームは、現在のように貧困対策が国際的な流行になる前の、1950年代からザンビアで実施されていたが、経済状況全体の悪化と公共福祉支援スキームの予算が減少するにつれて、最貧困層も増加し、1990年代には以前のような対応が出来なくなってきた。公共福祉支援スキームが扱っている控除制度は、保健分野のみならず、教育、社会支援一般をカバーしている。現在、貧困削減戦略(Poverty Reduction Strategy Programme: PRSP)等のイニシアティブで貧困対策が国際社会で注目を集める中、このプロジェクトが今後どのようなようになるか期待したい。

<sup>78</sup> CSO (1997), Diop, F. et al (1998), Republic of Zambia (2000b) p.17

<sup>79</sup> Republic of Zambia (2000b) p.33

保健サービスの利用率へ影響に関しては、1993年に受益者負担が導入されると同時に保健サービスの利用率は激減している。しかしながら、1994年に控除制度が導入されると、利用率は若干回復しているが、保健改革が開始した頃よりは低い状態である。保健サービスの利用率は、医薬品の有無、保健医療従事者の態度、医療施設までの距離等、他の要因にも影響されるため、受益者負担や控除との直接的な影響はどの程度かを推し量るのは難しい。しかしながら、ルサカ市アーバンディストリクトで1994年に実施された調査によれば、1992年に比較すると1994年の外来患者数が44%減少しているが、貧困地区で減少が著しいとの結論から察すると、やはり受益者負担は貧困層から保健サービスの利用を遠ざける大きな原因になったと言ってもいいだろう。

このように、保健サービスに対して受益者にオーナーシップを持たせるという改革の意図はコミュニティに伝わっていない上に、都市の一部を除けば保健財政の強化にもなっていないのが現状である。先進国の消費者と違って途上国(ザンビア)では、消費者はエンパワーメントを図るだけの十分な医療情報や知識を得る機会も手段も限られており、民間の医療サービス(伝統的治療者を除く)もほとんど発達していないため選択の余地もなく、僻地では現金収入も限られているなど、受益者負担を導入して当初の目的を達成するには初期条件が違いすぎるのではないだろうか。オーナーシップを持たせるという目的を達成するのであれば、現金支給の形を必ずしも取る必要はなく、現金収入の限られた僻地では収穫期の食糧による現物支給の方が消費者側にとって都合が良いケースもある。実際に、規模は小さいが、一部の病院ではNGOにより試験的にこの現物支給が行われており、病院と地域住民との間の信頼関係の下、良好にこのシステムは稼働している。もっとも、供給者側の事務処理負担が増す欠点もあり、全国レベルでの実施にはどのくらい現実性があるかは計りかねるが、ニュー・パブリック・マネジメントが提唱する真の意味での顧客志向をこのように応用しながら追求する姿勢が、保健改革において一番大切なのではないだろうか。形だけ先進国のシステムを取り入れるのではなく、試行錯誤を繰り返して、自国に適した形に変形してこそシステムも定着するのであろう。従って、前述の公共福祉支援スキームによる控除制度強化プロジェクトのように、貧困者識別のために自分達の生活に根差した独自の基準を設定するような姿勢には今後も期待が持てる。また、貧困率86%のザンビアで、広範囲の人から現金による受益者負担を求めること自体にも無理があったのかもしれないが、ガーナと比較すると厳密に適用されていないところが貧困者を完全に閉めだすことなく、結果的に良かった面もあるのかもしれない。

#### 4 - 3 - 2 ガーナの事例

##### (1) 受益者負担

ガーナでは、減少を続ける政府の保健財政状況を打開すべく、受益者負担とその控除制度が1985年に導入された。その導入の背景には、1970年代後半ガーナ政府の国民一人あたりの保健支出は10米ドルであったが、下降を続け1990年代前半にはドナーの資金を入れても、5～6米ドルに下がってきている厳しい財政事情がある<sup>80</sup>。この受益者負担制度により各医療施設における収入は大

<sup>80</sup> World Bank Group (1997)

幅に増加し、所期の目的達成に関しては成功していると言える<sup>81</sup>。ヴォルタ州における調査によれば、公的医療施設の人件費を除いた経常経費の内、66%から83%までもが、この受益者負担で集められた資金で賄われており、教会系の病院に至っては、ほぼ全額がこの受益者負担により運営されている<sup>82</sup>。詳細に関しては以下の表のとおりである。

表4 - 3 ヴォルタ州保健施設の財源の割合(1995年)

	ヘルスセンター(5)		政府系病院(6)		教会系病院(4)	
	全体の割合	政府からの人件費を除いた場合	全体の割合	政府からの人件費を除いた場合	全体の割合	政府からの人件費を除いた場合
政府からの人件費	87.7		67.3		45.9	
政府からの経常経費(人件費を除く)	4.2	33.7	5.6	17.1	0.8	1.5
受益者負担	8.2	66.3	27.1	82.8	53.3	98.5
寄付	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
合計	100	100	100	100	100	100

出所：Nyonator, F. and Kutzin, J. (1999) p.335より作成

しかしながら、受益者負担による資金は本来の目的であったヘルスケア・サービスの質の向上を図るために使用されておらず、絶対的な財政不足のため、むしろサービスを持続させる経常費の補填として使用されてしまっているのが現状である<sup>83</sup>。

## (2)受益者負担控除制度

このように、受益者負担制度がさまざまな問題を抱えながらも予想以上に機能しているのに対して、控除制度の方は、全国的に実施はされているが問題もより多い。控除の対象とされているのは、以下の五つである。妊産婦(産前検診が中心で出産は含まれない)、5歳未満児(予防接種等)、70歳以上の高齢者、貧窮者、HIV/AIDS、蛇による咬傷、狂犬病、Buruli ulcer(潰瘍の一種)の治療に関しては全員<sup>84</sup>。また、医療従事者を含む全ての国家公務員とその家族の医療費も無料である。

USAIDのPartners for Health Reform plusによる調査研究プロジェクトの報告によると<sup>85</sup>、控除制度に関して以下のような問題点が指摘されている。

制度を実施するためのガイドラインが明確でない。

<sup>81</sup> Mills, A. et al. (2001) p.100

<sup>82</sup> Nyonator, F., and Kutzin, J. (1999) p.335

<sup>83</sup> Mills, A. et al. (2001) p.101

<sup>84</sup> Ghana Health Service (2001), Partners for Health Reform plus (2001) p.6

<sup>85</sup> Partners for Health Reform plus (2001) p.14

郡や地域によって、制度の実施状況に偏りが大きい。  
実施状況の監督やモニタリングが不十分である。  
控除制度に対する予算配置が十分でない。  
控除制度に関する情報が大衆に十分行き渡っていない。

受益者負担を推進するインセンティブは有っても、控除が適切に行われない原因は多くあった。当初、受益者負担により集めた資金のうちヘルスセンターとクリニックは25%、病院はその50%のみ、手元に置く事が許され、残りは中央の保健省や国庫に上納しなければならなかった<sup>86</sup>。ところが、1990年には法律改正がされたことにより、受益者負担金の100%を手元に置く事が許されるようになったことがインセンティブとして働き、医療従事者は受益者負担による資金収集が最大の関心事になった。このようにして、可能ならば控除をしないインセンティブが医療供給者側に強く働くようになったため、貧窮者とされる人も受付ですぐに診察料を要求されるのが実態であった。具体的な例では、ガーナでは15~30%の人が貧困状態に置かれているが、ヴォルタ州の調査によると患者1000人につき1人以下しか控除が行われていない。

ヴォルタ州では受益者負担により当初外来患者の50%が減少したが、都市部では回復したのに対して地方部では回復は見られなかった。貧困層に対する控除が行われていないため、現金収入が少なく貧困層の多い地方部の人々から、医療サービスの提供を遠ざけてしまったのである。これら貧困層が無理して医療施設を利用する場合も、保健支出に余裕がないため、家族が病気になった時、食費、家賃、学費、水代等から捻出する必要が出てくる。このように、控除制度を伴わない受益者負担は、特に貧困層に大きな負担を強いており、平等な保健サービス提供の観点から政策そのものが適正であったかを疑問視する声もある<sup>87</sup>。ガーナのケースはたとえこの受益者負担制度が上手く稼動したとしても、控除制度が伴わないのであれば、財政的持続性の確保には貧困者に対する保健サービスへのアクセス減少という負の面が伴うことを示している。

そもそも、先進国と違ってインフォーマルセクターでの雇用が多数を占める社会において、控除に必要な収入を証明する書類を集めることは難しいが、ガーナではザンビアのような貧困者を判定する独自の基準すら設定されていない。また、5歳未満児と70歳以上の高齢者を特定することも、年齢や誕生日を公的に記録する習慣のない地域では難しいことが指摘されている<sup>88</sup>。

しかしながら、その一方で、財政不足で破綻寸前であった医療施設の財政危機を、受益者負担は救っている事実もある。受益者負担金を効果的に使用するためのシステムや管理能力は、経験を積むにつれて飛躍的に向上したとの報告もある<sup>89</sup>。受益者負担の一つの形態であるCash-and-Carryと言われる薬品の回転資金システムの導入により、これまでは政府系の医療機関で手に入らなかった医薬品が料金さえ出せば、広範囲で手に入るようになった。ヴォルタ州において、1987年では政府系の病院における医薬品ストック率は22%しかなかったのに対して、1996年には85%、

<sup>86</sup> Waddington, C.J., et al. (1989,1990)

<sup>87</sup> Booth, D. et al.(1995), Ensor, T. and San, P. (1996) pp.69-83, Gilson, L., et al (1995) pp.369-401, Russel, S.(1996) pp.219-237

<sup>88</sup> Partners for Health Reform plus (2001) p.15

<sup>89</sup> Nyongator, F., and Kutzin, J. (1999) p.339

ヘルスセンターに至っては90%にまで達している<sup>90</sup>。この地区では、医薬品供給が常時可能になると、受益者負担そのものの導入により打撃を受けていた医療施設利用率の回復が見られるようになった<sup>91</sup>。外来患者数は病院でなく、ヘルスセンターで特に上昇しており、より多くの国民に保健サービスの提供が可能になっている。従って、受益者負担の導入は、最貧困層を犠牲にしながらも、今までより広く多くの国民に保健サービスへのアクセスを可能にしている事実も見逃せない。限られた予算の中で、全体のパイを最大にする努力を行った結果、行き着いたのが保健サービスの「不平等な持続性」であったのかもしれない。

ところが、重債務貧困国( Heavily Indebted Poor Countries : HIPC )イニシアティブの中で貧困対策が重視されるにつれて、この医療アクセスの不平等が問題とされる政治的環境に変わっていった。そこで、政府はこの受益者負担そのものを見直すとともに、将来的にはCash-and-Carryを廃止することを決定している。もともと世界銀行が提唱した受益者負担制度が、同じ世界銀行のイニシアティブによる貧困削減戦略の流れの中で、見直しを迫られていることは皮肉である。これに代わるべく、健康保険やその他の前払い制度がコミュニティレベルでパイロット的に導入されているが、現段階ではその規模は全国レベルをカバーするには至っていない。そのパイロットプロジェクトの一つとして、Dangme West郡は、郡レベルの保険システムを2000年10月に開始している。現地のファースト・レファレル病院である Agomanya Catholic 病院での聞き取り調査によると、Cash & Carry システムによって、金銭的な制限が原因で病院の利用から遠ざかっていた多くの住民が、この保険システムにより戻ってきているとのことである。金銭的な理由で医療施設を利用できない人々は、自己診断により薬のみを薬局で買うため、誤った薬を服用することが多くなっていたことが指摘されていた。カバー率はまだ郡の全体人口の3%にしか過ぎないが、保険加入者の医療施設の利用回数は、2001年5月までには非保険加入者に比較して8倍にまで上がっている。貧困対策の一環として今後、どこまでこの保険制度がガーナに根付くのか注目したい。

---

<sup>90</sup> Volta Regional Health Administration(VRHA)(1996)

<sup>91</sup> Nyonator, F., and Kutzin, J. (1999) p.338



## 5. 日本が保健改革(SWAp)を支援する際の留意事項

最後に、今回の調査研究及び以前の企画調査の経験を通して得た保健セクター支援の教訓を踏まえながら、日本が主にアフリカの保健改革(SWAp)支援をするに当たって留意すべき点をいくつか整理してみたい。なお、今回の調査対象はSWApが最も成功しやすいとされる保健セクターであり、中でも進捗の早い国を事例として取り上げているため、教育や農業セクターへのその経験や教訓の応用には限界がある点も留意する必要がある。

### 国内支援体制の整備

日本においても、現場における援助協調の重要性がかなり認められるようになったことは、大きな進歩である。しかしながら、現場での援助協調は本部で合意された枠組みの中で行われるため、“リーディングドナー”を目指すのであれば、現場だけの援助協調にも限界がある。1990年代、SWApの枠組みが生まれる過程で、多国間援助及び二国間援助の保健分野の専門家は、援助の新たな枠組み作りに際して知恵を出し合う会議を本部レベルで頻繁に開いていた。1997年の保健SWApガイドライン作成に当たっては、WHO、EU、DfID、DANIDA、World Bank、の保健アドバイザーが中心になっていたが、オランダ、フランス、ドイツ、USAID、UNICEF、UNFPA、ガーナ、チリ、モザンビークの代表などもその案に対してコメントを求められている。残念ながら当時のどの資料を見てもそこに日本の存在はなく、全く蚊帳の外であったことが窺われる。

ザンビア保健セクターが、日本の援助協調の最重点国分野に選定され、“リーディングドナー”を目指す方針が打ち出されているが、このような枠組みを決めるような重要な援助調整会議にも参加出来ていない状態で、“リーディングドナー”の地位を望むことは無理があると言わざるを得ない。多くのドナーは途上国での経験があり開発問題全般に関する広い視野と保健分野の専門性を有するアドバイザーを、本部レベルで何人も抱えて調査研究・政策分析を行わせており、WHOとのパイプも太く情報収集や交換も本部レベルでも常に行われている。このようにSWApを中心にする保健政策支援全体に関して、他ドナーに比べると日本の保健医療専門家による本部の国内支援体制は不十分である。“リーディングドナー”を目指すのであれば、表面的な援助協調ではなく、今後は技術協力の一環として、現場のみならず本部レベルでも保健医療分野の専門性と途上国での経験のあり、保健問題を開発全体の広い視点から捉えることが出来るような人材の確保を行い、枠組み作りの段階から積極的に関与する必要がある。また、対外的に日本政府としての窓口は一元化しないと情報の蓄積にも繋がらないばかりか、混乱をも招くことにも注意したい。

### イニシアティブの調整と統一の必要性

日本政府は、感染症対策としてグローバルファンドの設立等にイニシアティブを発揮している。HIV/AIDS、マラリア、結核対策は多くのアフリカ諸国にとって重要な課題であり、絶対的な資金不足の中で、このような分野に貢献しようとする姿勢は評価されるべきである。しかしながら、このようなイニシアティブを動かすには、SWApが援助形態の中心となってきた国において、残

念ながらオペレーションレベルでの視点が欠落している。保健SWApsは現場レベルでの対話を重要視し、相手国の実施能力を絶えずチェックしながら、監査体制の整備を行うアプローチを取るのに比較すると、トップダウン的に始まったグローバルファンドの体制は未だ整備されておらず、今後の適切な運用には多大な努力を要する。SWApsにより保健省の事務負担軽減を目的とし、財務報告の共通化を行っていても、グローバルファンドは別途の疾患別の行動計画や使途報告義務を要求するため、保健改革で目指している包括アプローチの推進が妨げられる上に、新たな事務的負担を課す結果になっている。監査体制も不十分な状態で、実施能力を越えた予算が通常とは別の枠組みで流れてくるが、その予算も長期的に確約されているわけではない状況に、多くの現場の援助関係者は危惧している。地方分権化が進んでおりかつ十分な医療従事者数を確保できない後発開発途上国において、疾患別垂直アプローチを推進する危険性は既に前述したガーナの予防接種の例で紹介したとおりで、将来的に持続性に問題が生じるのは避けられない。同様に、HIPCで浮いた資金も通常とは別途の使途報告義務を要求しており、保健省に負担をさらにかけているのが現実である。加えて、日本政府のノンプロ無償、債務救済無償、一般無償等はこれらのイニシアティブとは別途の手続きを踏む必要がある。イニシアティブの乱立は実施する側を翻弄するが、被援助国の立場上、途上国側は好むと好まざるにかかわらず、予算の付き易い方向を受け入れざるを得ない傾向にあるため、イニシアティブを出す側も共同責任の自覚を持って、このような影響に十分配慮する必要がある。

しかしながら、最初にも述べたとおり、恒常的な資金不足に悩まされている後発開発途上国に、このような資金協力を行う意義は極めて高く、イニシアティブそのものを否定しているわけではない。問題は、イニシアティブが乱立する中で現場の対策はより複雑化しており、被援助国自身ではその調整が不可能になってきていることである。当面の間、援助する側も意識してその調整を図る必要性がますます増大していることに留意したい。そして、被援助国の脆弱な行政能力を考慮に入れて、将来的には、さまざまなイニシアティブを出来る限り統一化する方向性を目指した方が望ましい。また、後発開発途上国において持続性のある保健システム構築に貢献するためには、短期的には経済的な自立は期待できないため、長期的な展望に立った資金援助を行う必要がある。グローバルファンドのような大規模な予算を動かす場合、資金援助を停止した時に与える影響の大きさは既存のディストリクト・バスケットファンドと同様に大きい。

#### 援助哲学の欠如

援助哲学や理念がないと、政策に一貫性がなくなり、援助協調の名の下で他のドナーの政策に引っ張られるだけになったり、援助する側の人材の都合で技術協力の内容も決定されたりする。もし、最貧国の支援に関しては、貧困削減を援助政策として目指すのであれば、その下での保健医療の位置付けと支援するサブセクター(例：ベーシック・ヘルスケアの平等な提供)を明確にし、実際の支援に一貫性を持たせる必要がある。このように援助哲学のコンセンサスがない中で現場に権限移譲が行われると、方向性が定めにくくなる。SWAps推進派のドナーのほとんどは、現場の担当官に自由裁量を大幅に認めているが、このような援助理念がコンセンサスとして形成されているからこそ、その組織としての理念の範囲を逸脱せずに全体として一貫した支援が行えるのである。

国別アプローチの視点も勿論重要であるが、そのさらに上に、かかる大枠の理念を示し、実施と一貫性を持たせる事により、今後支援額が少なくなろうともその理念により日本の存在感を高めることも可能となるであろう。

#### 過度な政策への関与の自粛

援助における内政不干涉の原則は、日本型援助の長所として援助国側に捉えられていることが多い。ところが、SWApsにおいてドナー側も政策分野への関与を積極的に行うため、忌憚のない意見交換が出来るような信頼関係を構築していないと、内政干渉として捉えられる危険性があることも心すべきであろう。実際にザンビアでは、USAIDの保健アドバイザーはあまりに詳細な政策事項に入り込み過ぎて、正しいが押し付けとも言える政策変更の要求をしたため、活動を停止させられ本国送還という目に遭っている。保健アドバイザーが出来る事は、必要な情報を収集し分析し保健省に選択肢を提示するまでで、後は相手国政府に決定権を委ねるべきであったのだろう。特に抛出条件の設定に関しては、必要最低限の条件に抑えるべきである。特定の政策変更に促す抛出条件の設定をする場合は、その政策の妥当性をよほど慎重に吟味しないと、誤った抛出条件の設定で予期せぬ弊害を生んでいる事もあった。これは受益者負担制度の世銀やUSAIDの事例が示しているとおりである。もちろん、わが国の技術協力の成果を持続可能にするためにも、保健セクターの政策部門への協力を強化する必要性は十分あるし、今までの日本の援助に欠けていた重要な視点であるという認識に変わりはない。その際に十分気を付けるべきことは、確固とした信頼関係を構築した上で対話により最善の道を共に探ることであり、無責任な抛出条件の設定による過度な干渉は慎むべきである。

#### 中長期的な支援を視野に入れた協力の必要性

まださまざまな課題を抱えながらも、保健SWApsの進捗に伴い、予算が定期的に郡まで届くようになり、ベーシックな保健サービスの提供を通して、広く末端の住民にまでその恩恵が届き始めている状況がザンビア・ガーナの保健セクターでは確認できた。しかし、この裨益効果の高さは同時に、末端レベルでの資金面で援助依存度を高めていることをも意味する。ザンビアのある郡の予算を例にとってみると、2000年度の郡全体予算のうち56%までもがドナーの予算に依存している<sup>92</sup>。1997/1998年度のウガンダのプライマリ・ヘルス・ケアの分野に至っては、87%までもがドナーの資金に依存している<sup>93</sup>。多くのドナーにとって、保健分野への投資は貧困削減の最低条件でもあり、政府が果たす最低限の役割に位置付けられるため、公的資金の投入の妥当性は高く、人道支援の一環としてドナーの支援が集中し易いようである。

その一方で、今まで、日本がザンビアで行ってきた保健セクターの支援がどこまで有効かつ効率的に行われたか、一度客観的な調査をする必要があるが、保健SWAps支援ほど面として広範囲な住民レベルの裨益効果を生むには至っていないケースが多いのではないだろうか。相手国の援助調

<sup>92</sup> DANIDA, DfID, EU (2001) p.72

<sup>93</sup> Jeppsson, A. (2001) p.191

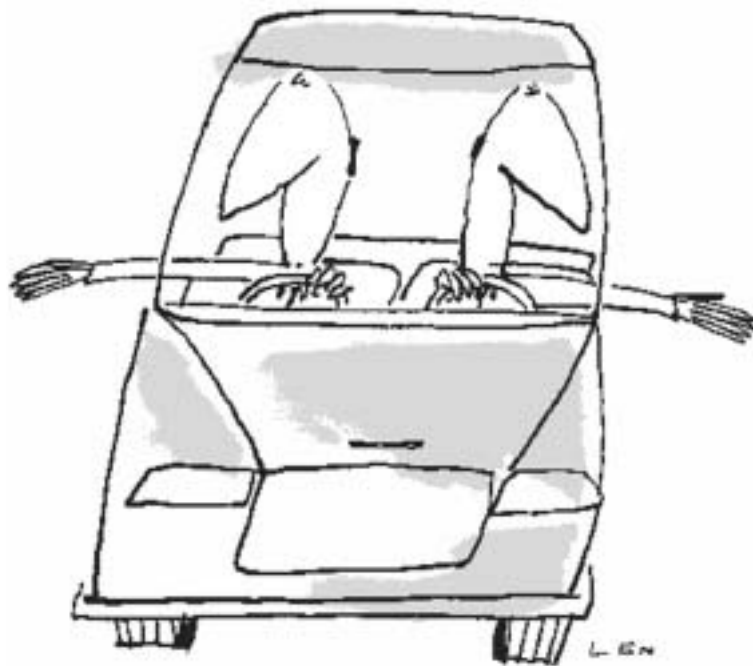
整能力の問題により、要請内容に重複が起きたりしているが、「援助の集中砲火」に少人数の行政官が対応せざるを得ない背景があることも理解するべきであろう。

長期的に援助資金への依存度を高めるリスクを考慮に入れながらも、広範囲な住民レベルでの裨益効果を生むことを第一次目的とするならば、保健SWApsにある程度長期的に関与する妥当性はやはり高い。もちろん将来的には、被援助国政府の経済発展が進むにつれて、ドナーの資金は振り返られるべきであり、マクロ経済動向にも十分に配慮する必要がある。しかしながら、同時に経済的な自立が出来ていない状況で、ドナーが撤退した場合の悪影響も住民レベルで大きくなることをドナー側は肝に銘じるべきである。短期的な経済的自立を当てにして、中途半端な保健SWApsへの財政支援を行っても意味はない。このような経済的には出口が見えないリスクを抱えながらも、住民レベルで広範囲な裨益効果をもたらすSWApsの効果を買って財政支援を行う決意があるのならば、じっくり腰をすえて中長期的な支援を視野に入れる必要があるだろう。

#### 最後は「人」の問題

ザンビア・ガーナ共に、保健SWApsにより財政支援を行う会計管理システムが保健セクターに関して急速に整備されつつあることは、多くの外部調査により既に証明されている。しかしながら会計上の問題がないことと、実際に末端の住民が恩恵を受けていることやSWApsは目に見える成果を出していることは、別の問題である。今回の現地調査では、これらが住民との接点にある郡レベル以下で働く保健医療従事者のマインド・キャパシティ・待遇等に大きく依存していることが観察された。この内、キャパシティに関しては、SWApsの過程で、予算と権限を与えて経験を積むことにより初めて強化される面も観察された。特に郡レベルで、より幅の広い予算の自由裁量権を持つようになったディレクターの役割は重要で、住民の視線を大切にすマインドを持ったディレクターの下では、やはりコモンファンドの予算使用も地域住民の利益が第一次目的となるよう有効に使用されていた。SWApsの役割はあくまで、このような相手国の医療従事者をサポートするのみであり、マインドがない人の所にいくら資金をつぎ込んでも、予算は消化されるだけで、SWApsの長所は活かされない。どのようなアプローチにも共通していることであるが、最後はやはり「人」の要素が最も重要であるということであろう。

「運転できるのは一人だけ」



出所：オランダ外務省(2000)p.12

## 面会者リスト

名前	役職、所属機関
ガーナ	
Mr. Tsuneo Takahata	Resident Representative, JICA Ghana Office
Mr. Fumio Miyagawa	Deputy Resident Representative, JICA Ghana Office
Ms. Mari Kinoshita	Programme Advisor( Health ), JICA Ghana Office
Mr. Masayoshi Ono	Programme Co-ordinator, JICA IHDP
Dr. Toshio Akiba	Project Team Leader, JICA HIST Project
Dr. Yumiko Yokozeki	Project Team Leader, STM Project
Mr. Kazunari Tanaka	First Secretary, Embassy of Japan
Ms. Sachiko Nishioka	Special Economic Advisor, Embassy of Japan
Dr. Sam Adjei	Deputy Director General, GHS
Dr. Margaret Gyapong	Medical Anthoropologist, Health Research Unit, MoH
Dr. Frank Nyonator	Director, Policy Planning Monitoring and Evaluation, MoH
Dr. Irene Agyepong Amarteyfio	Dangme West District Director of Health Services, DHMT, MoH
Dr. Evelyn Ansah	Senior Medical Officer, Dangme West DHMT, MoH
Dr. Jan van der Horst	Health and Gender Advisor, Royal Netherlands Embassy
Mr. Aliu A. Bello	Project Officer( Health ), UNICEF
Dr. Joseph Amankwa	Project Officer, WHO
Mr. Peter Wondergem	HIV/AIDS Team Leader, USAID
Ms. Patsy Sterling	Health Advisor, DfID
Dr. Evelyn Awittor	World Bank
英国	
Ms. Veronica Walford	Institute for Health Sector Development( DfID, Health Systems Resource Centre )
Dr. Charles Hongoro	London School of Hygiene & Tropical Medicine
Mr. Martin Taylor	Health Strategist, Health & Population Department, DfID
Mr. John Roberts	Overseas Development Institute
Ms. Yuri Nakamura	International Planned Parenthood Federation
ザンビア	
Mr. Katsuhiko Sasaki	Resident Representative, JICA Zambia Office
Mr. Koji Ota	Deputy Resident Representative, JICA Zambia Office
Mr. Shiro Kitazawa	Assistant Resident Representative, JICA Zambia Office
Dr. Hidehiro Otake	Health Planning Advisor, JICA Zambia Office
Ms. Tomoko Zama	Programme Officer, JICA Zambia Office
Ms. Masako Takada	Project Formulation Advisor, JICA Zambia Office
Mr. Davies Makasa Chimfwembe	Director of Health Planning, MoH
Mr. K. Wachete Ngoma	Costing & Planning Specialist, CBoH
Mr. Flemming T. Larsen	Chief Advisor, CBoH
Dr. Kenneth Oforu-Barko	Country Programme Advisor, UNAIDS
Mr. Robert M. Clay	Director, Population Health Nutrition Office, USAID
Ms. Barbara Winkler Hughes	Deputy Director, Population Health & Nutrition Office, USAID
Mr. Yann Derriennic	Health Finance Advisor, ZIHP, USAID
Ms. Maureen Mukelabai-Daura	Cost Sharing Advisor, ZIHP, USAID
Mr. Anthony Daly	Health Advisor, DfID
Dr. Oliver Lulembo	Health Advisor, Ireland Aid
Dr. Eddie M. Limbambala	Medical officer/Disease Prevention and Control, WHO
Ms. Midori Sato	Junior Professional Officer, UNICEF
Mr. Keith Wood	Economic Adviser, DfID

## 現地調査日程

	日付	曜日	活動日程
1	5月7日	火	東京13：05発( BA008 )～ ロンドン17：15着
2	8日	水	ロンドン発14：15 ( BA081 ) ～ アクラ20：05着
3	9日	木	JICA事務所訪問、JICA関係者との面談、面談の調整
4	10日	金	ガーナ保健省/GHSの関係者との面談、資料収集
5	11日	土	資料整理
6	12日	日	資料整理
7	13日	月	Dangme West District Health Management Team訪問(泊)
8	14日	火	同郡のヘルスセンター及び病院の訪問
9	15日	水	オランダ一等書記官(保健アドバイザー)との面談
10	16日	木	JICAプロ技HISTの終了時ワークショップに参加
11	17日	金	UNICEF Project Officer( Health )、WHO 職員との面談
12	18日	土	資料整理
13	19日	日	資料整理
14	20日	月	大使館関係者との面談
15	21日	火	USAID HIV/AIDS Team Leaderとの面談、資料収集
16	22日	水	DfID保健担当官、世銀保健担当官との面談
17	23日	木	JICA事務所調査報告、アクラ発22：45( BA078 )～
18	24日	金	ロンドン06：30着
19	25日	土	資料整理
20	26日	日	資料整理
21	27日	月	Institute for Health Sector Development,( DfID、Health Systems Resource Centre ) 研究員との面談、資料収集
22	28日	火	ロンドン大学公衆衛生熱帯医学部、保健システム開発プログラム担当教授との面談、図書館の資料収集
23	29日	水	DfID、保健戦略担当職員との面談、資料収集
24	30日	木	ODI、主任研究員との面談、資料収集、IPPF、日本信託基金担当官との面談
25	31日	金	ロンドン大学( LSE )にて資料収集
26	6月1日	土	ロンドン09：30発( BA2055 )～ ルサカ20：05着
27	2日	日	資料整理
28	3日	月	JICA事務所訪問、面談の調整
29	4日	火	保健省/CBoH関係者との面談(計画局長) 資料収集
30	5日	水	Katete District Health Management Team訪問(泊)
31	6日	木	ヘルスセンター及び郡病院の訪問
32	7日	金	DANIDA保健アドバイザー、UNAIDS代表と面談
33	8日	土	資料整理
34	9日	日	資料整理
35	10日	月	USAID, Director, Deputy Director, Health Advisor, Health Finance Advisorとの面談、資料収集
36	11日	火	DfID保健アドバイザー、アイルランド保健アドバイザーとの面談
37	12日	水	オランダ一等書記官(保健アドバイザー) WHO職員との面談
38	13日	木	JICA関係者との面談、DfID財政支援アドバイザーとの面談
39	14日	金	UNICEF関係者との面談、資料収集
40	15日	土	ルサカ23：20発( BA2054 )～
41	16日	日	ロンドン07：55着 ロンドン13：40発( BA005 )
42	17日	月	成田着(09：10)

## 参考文献

- 大野純一(2000)「プログラム援助調査 国際収支支援からセクター・一般財政支援へ移行する援助手法」『国際協力銀行開発金融研究所報』第4号、国際協力銀行
- 外務省委託調査(2002)「開発途上国における援助資金の財政管理」(未定稿)
- Addai, E., Gaere, L. (2001) *Capacity-building and Systems Development for Sector-wide Approaches (SWAs): The Experience of the Ghana Health Sector*, Ghana.
- Agyepong, I. (1999) “Reforming Health Service Delivery at District Level in Ghana: The Perspective of a District Medical Officer”, *Health Policy and Planning*, 14(1), Oxford University Press: Oxford.
- Atkinson, S., Ngwengwe, A., Macwan’gi, M., Ngulube, T.J., Harpham, T., O’Connell, A. (1999) “The Referral Process and Urban Health Care in Sub-Saharan Africa: The Referral Process and Urban Health Care in Sub-Saharan Africa: The Case of Lusaka, Zambia”, *Social Science and Medicine*, 49, 27-38.
- Blas, E., Limbambala, ME, (2001a) “User-payment, Decentralization and Health Service Utilization in Zambia”, *Health Policy and Planning*, 16, Oxford University Press: Oxford.
- , ——— (2001b) “The Challenge of Hospitals in Health Sector Reform: The Case of Zambia”, *Health Policy and Planning*, 16, 29-43, Oxford University Press: Oxford.
- Booth, D., Milimo, J. and Bond, G. et al. (1995) *Coping with Cost Recovery: A Study of the Social Impact of and Response to Cost Recovery in Basic Services (Health and Education) in Poor Communities in Zambia*, Report to SIDA, Commissioned through the Development Studies Unit, Department of Social Anthropology, Stockholm University.
- Bossert, T. and Beauvais, J. (2002) “Decentralization of Health Systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: A Comparative Analysis of Decision Space”, *Health Policy and Planning*, 17(1), Oxford University Press: Oxford.
- Brown, A. (2001) *Integrating Vertical Health Programmes into Sector Wide Approaches: Experiences and Lessons*, Institute for Health Sector Development (IHSD): London.
- Cassels, A (1995) *Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries*, WHO: Geneva.
- (1996) *Reform of the Health Sector in Ghana and Zambia: Commonalties and Contrasts*, WHO: Geneva.
- (1997) *A Guide to Sector-wide Approaches for Health Development*, WHO: Geneva.
- Cassels, A., Janovsky, K. (1991) *A Time of Change: Health Policy, Planning and Organization in Ghana*, WHO (World Health Organization): Geneva.
- CBoH (Central Board of Health), (2000) *National Tuberculosis Review 2-8*, Government of the Republic of Zambia: Lusaka.
- (2001) *Health Management Information Systems (HMIS)*.
- CIA (2002) “CIA-The World Factbook 2002--Africa”  
([http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/reference\\_maps/africa.html](http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/reference_maps/africa.html))
- CSO (Central Statistical Office) Zambia, (1996) *Zambia Demographic and Health Survey*.



- (1997) *Living Conditions Monitoring Survey Report: 1996, December*.
- Collins, C., Green, A. and Hunter, D. (1994) “International Transfers of National Health Service Reforms: Problems and Issues”, *The Lancet*, 344.
- Crook, R., Manor, J. et al. (2001) *Local Governance and Decentralization in Zambia*, IDS (Institute of Development Studies), at the University of Sussex: Brighton.
- DANIDA, DFID, EU (2001) *Zambia Joint Health Appraisal Mission*, Health Research for Action, Belgium.
- DANIDA, (2002) *Programme Support Document, Danida Health Sector Programme Support, phase III Ghana*, Ministry of Foreign Affairs.
- Diop, F et al, (1998) “Household Health Seeking Behaviour in Zambia”, *Technical Report*, No.20 Abt Associates.
- The Economist* (1996).
- Ensor, T. and San, P. (1996) “Access and Payment for Health Care: The Poor of Vietnam”, *International Journal of Health Planning and Management*, 11.
- Feilden R, Nielsen OF. (1998) “Immunization and health Reform: Making Reforms Work for Immunization”. WHO/GPV/EIP Draft Report #3. Geneva: World Health Organization.
- Foltz, A. (1994) “Donor Funding for Health Reform in Africa: Is Non-project Assistance the Right Prescription?”, *Health Policy and Planning*. 9(4), Oxford University Press: Oxford.
- Foster, M. (1999) *Lessons of Experience from Sector-wide Approaches in Health*, WHO, Geneva
- (2000) *New Approaches to Development Co-operation: What Can We Learn from Experience with Implementing Sector Wide Approaches?*, ODI (Overseas Development Institute:., London.
- , Brown, A., Conway, T. (ODI) (2000) *Sector-wide Approaches for Health Development*, WHO: Geneva
- et al. (2001) *Sector Wide Programmes and Poverty Reduction*, ODI, London.
- Ghana Health Service, (2001) *Operating the Exemptions Policies in the Ghana Health Service*.
- Gilson, L., Russell, S. and Buse, K. (1995) “The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy”, *Journal of International Development*, 7(3).
- Health manpower system and ETC Crystal (2001) *Evaluation Report of the Project: Strengthening Training and Management Capacity for Sustainable District Health*, The Netherlands.
- Hutchinson, P. (1998) *Decentralization in Uganda’s Health Sector*, World Bank: Uganda.
- Jeppsson, A. (2001) “Financial Priorities under Decentralization in Uganda”, *Health Policy and Planning*, 16 (2), Oxford University Press: Oxford.
- Jones, S. (1999) *Increasing aid effectiveness in Africa? The World Bank and Sector Investment Programmes (OPM)* Oxford Policy Management, (Forthcoming Book on the Future of the World Bank.)
- Kinghorn, A (1996) *The Role of General Practitioners in a Future National Health System: Experience with Contracting of Part-time District Surgeons and Suggestions for Change*, Centre for Health Policy: Johannesburg.
- Mills, A., Bennett, S., Russell, S. (2001) *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Government*

- Do? Palgrave: New York.
- Ministry of Foreign Affairs (The Netherlands) (2000) *Sector Wide-Approaches*
- (2001) *Poverty Reduction Dutch Policy in Brief*”, Sectoral Approach Support Group: Hague.
- MoH Ghana, (2001a) *The Health of the Nation Reflections on Analysis of the Ghana First Five Year Health Sector Programme of Work 1997 to 2001*.
- (2001b) *Review of Financial Management Systems*.
- The National Audit Office of Denmark (1999) *Report to the Danish Parliament’s Public Accounts Committee on Denmark’s Development Assistance to the Health Sector Programme in Ghana*.
- Nyonator, F., Kutzin, J. (1999) “Health for Some? The Effects of User Fees in the Volta Region of Ghana”, *Health Policy and Planning*, 14(4), Oxford University Press: Oxford.
- Partnerships for Health Reform (2000) *Decentralization of the Health System in Zambia*, Abt Associates Inc. : Maryland.
- Partners for Health Reform plus, (2001) *A Survey of Health Financing Schemes in Ghana*, Abt Associates Inc.: Maryland.
- Pearson, M., (2001) *Recent Changes in Public Expenditure Management in the UK: Do They Have any Relevance for SWAp, PRSP and MTEF Processes in Low Income Countries?* IHSD (Institute for Health Sector Development): London.
- Republic of Zambia (2000a) *Joint Identification and Formulation Mission for Zambia, Volume One, Analysis of the Health Sector*.
- (2000b) *Joint Identification and Formulation Mission for Zambia, Volume Two, Analysis of the Health Sector*.
- (2001) *Poverty Reduction Strategy Paper (First Draft)*.
- Russell, S. (1996) “Ability to Pay for Health Care: Concepts and Evidence”, *Health Policy and Planning*, 11 (3).
- Sen, A. (1992) “The Political Economy of Targeting”, Text of a Keynote Speech at a Conference on ‘Public Expenditure and the Poor: Incidence and Targeting, at the World Bank, Washington, DC, 17-19 June.
- USAID (1998) *Zambia Health NPA Review*.
- (1999) *Sector Program Assistance Agreement between the Government of Zambia and the United States of America for Essential Health Care*.
- VRHA (Volta Regional Health Administration). (1996) *Annual Report*, MoH; Ghana.
- Waddington, C.J., Enyimayew, K.A., (1989) “A Price to Pay: The Impact of User Charges in Ahanti-Akim District, Ghana”, *International Journal of Health Planning and Management*, 4.
- (1990) “A Price to Pay: The Impact of User Charges in the Volta Region of Ghana”, *International Journal of Health Planning and Management*, 5
- World Bank Group (1987) “Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform.” World Bank, Washington DC.
- (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press, New York.

- (1997) “Staff Appraisal Report: Republic of Ghana, Health Sector Support Program”, *Report No.16467-GH*.
- (1998) *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why*, Oxford University Press: New York.
- (2001a) *Zambia Public Expenditure Review: Public Expenditure, Growth and Poverty*, Macroeconomics I Southern Africa Africa Region.
- (2001b) *Education and Health in Sub-Saharan Africa, A Review of Sector-Wide Approaches*, World Bank Group Human Development Africa Region; Washington.
- (2001c) “World Development Indicators database”.
- (2001d) “2001 World Bank Atlas”.
- (2002) (<http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HnpAta> Glance.)
- World Health Organization: WHO (2000) *World Health Report 2000*.
- WHO Roll Back Malaria Cabinet Project, (2001) “Addressing Malaria Sector-wide; Improving Co-ordination and Management of External Support”, Working Document Prepared by The Malaria Consortium.