

## 第3章●特定テーマ評価「人口・健康セクター／USAID連携パート2（感染症分野）」

### 3-1 評価調査の概要

#### (1) 評価調査の経緯と目的

JICAは、対フィリピン国別事業実施計画において、人口・健康分野を援助重点4分野の一つである「格差の是正」の「基礎的生活条件（Basic Human Needs）の改善」の一環として位置づけている。特に、人口・家族計画と感染症対策（エイズ・結核・マラリア）の2つの分野を中心に、プロジェクト方式技術協力・個別専門家・機材供与・無償資金協力・青年海外協力隊・開発福祉支援・現地国内研修などさまざまな形態の協力を組み合わせて実施している。

また、JICAでは特定の分野や開発課題の下に、共通の目標をもつ複数の事業（プロジェクト）を計画・実施するアプローチを「プログラム<sup>1</sup>・アプローチ」と呼び、推進している。これを促進するために、従来のプロジェクト評価に加えて、プログラム・レベルの評価の実施が重視されてきている。「プログラム評価」とは、ある特定分野や開発課題の下に計画された共通の目標をもつ複数の個別事業（プロジェクト）を事後的に取りまとめ、これら事業より構成される政策・施策・事業からなる一連の政策体系に対する評価を指す。

これを受けては、人口・家族計画分野と感染症対策分野におけるプログラム評価を、2000年度と2001年度に実施した。本稿では、このうちの2001年度分（感染症対策分野）のプログラム評価を扱っている。

#### (2) 評価の視点

本評価では、以下の3つの視点から提言・教訓を導き出すこととした。

1) フィリピンの感染症分野におけるJICAの協力

方針に関する提言・教訓

2) プログラム・アプローチとその評価手法に関する提言・教訓

3) 今後の米国国際開発庁（USAID）との連携協力に関する提言・教訓

なお、USAIDとの連携協力を視点の一つとして掲げたのは、以下の理由による。

1) 地球的規模の課題に日米両国が協力して対処することを謳った「日米コモンアジェンダ」（1993年7月）において、フィリピンは対象国として取り上げられている。

2) JICAによる調査（2000～2001年度）と同時期に、USAIDがフィリピンにおけるエイズ対策案件（現地レベルでJICAプロジェクトと連携）の影響評価を計画した。そこで、これらの調査を日・米がお互いに相手方の調査に加わるという形式の「連携評価」の形態で実施した。

#### (3) 評価調査団の構成

団長・総括：三好 皓一

JICA企画・評価部評価監理室室長

感染症対策評価：喜多 悦子

日本赤十字九州国際看護大学教授、早稲田大学大学院アジア太平洋研究センター客員教授

評価企画：中澤 哉

JICA企画・評価部評価監理室

評価監理：平田 慈花

JICA企画・評価部評価監理室ジュニア専門員

評価分析：和田 知代

グローバルリンクマネジメント(株)

評価分析：Malilyn N. Gorra, HEWSPECS, INC

この他、USAIDフィリピン事務所からDr. Jed Meline (Depty Chief) とDr. Corazon R. Manaloto

1 「プログラム」は共有の目的・対象の下に緩やかに関連づけられて、計画・実施されるプロジェクト（個別案件）群。

(Public Health Advisor, Office of Population, Health and Nutrition) の協力を得た。

#### (4) 現地調査期間

2002年1月28日～3月1日

#### (5) 評価対象案件

本評価では、主要感染症であるエイズ・結核・マラリアの各対策分野で、原則として日米コモンアジェンダ発表直前の1992年から評価時点までの間に実施された案件を対象とした。それ以前に実施された関連案件については、対象案件の経緯を把握する目的でレビューすることとした。この結果、選定された評価対象案件は、表4-6のとおりである。エイズ対策関連8件、結核対策関連4件、マラリア対策関連3案件となる。

### 3-2 評価の枠組みと手法

#### (1) データ入手方法

本評価では、国内調査・現地調査を通じて、キーインフォーマント（案件関係者など）に対するインタビュー調査と電子メールを活用した雪だるま式サンプリング方式<sup>2</sup>によるアンケート調査を行った。また、現地調査では、観察調査や質問票による保健所などでの出口調査、フォーカス・グル



プロジェクト方式技術協力「結核対策」で強化されたセブ市保健所とスタッフ

ープ・ディスカッション<sup>3</sup>を実施し、情報収集と分析を行った。

#### (2) 評価方法

本評価では、まず評価の対象を整理するために、様々な協力形態により実施されている協力事業を一つの政策体系（目的体系）、すなわちプログラム・モデルとして取りまとめた。具体的には、対象案件を事後的にプログラム体系として捉え、プログラム・セオリー<sup>4</sup>に基づいてプログラム・アプローチ・ロジック・モデル<sup>5</sup>（PLM）として体系化し、このPLMを基に、表4-7の評価設問を設定し、プロセス評価・プログラム評価・実績評価の3つの評価を実施し、これらを総合して教訓・提言の抽出を試みた。

プログラム・ロジック・モデル作成の手順は以下のとおりである。

- ・手順1：案件概要を整理する。
- ・手順2：案件群を疾患ごとに同一表（PLM1）にまとめる（表4-8）。
- ・手順3：PLM1を、感染症毎の一つの協力プログラムになるようPLM2に整理する（表4-9）。

なお、本評価におけるPLM2の作成は、既存のプロジェクトを事後的に政策体系に取りまとめる作業ではあるが、結果として、フィリピンの感染症対策に対する「協力全体の仕組み＝政策体系のプログラム・セオリー」を理解することができるようになっている。

- 2 最初にアプローチした人の情報をもとに、次の対象者にアプローチする方法。インタビューでよく使われる方法で、インタビューをした人に紹介された人に対し、次のインタビューを行なうなどしてサンプルを増やす方法である。本調査では、「電子メールアンケートを受け取った最初の調査対象者が、アンケート質問事項に答えられるであろうと想定した別の人に電子メールアンケートを転送する」という形を取った。
- 3 共通の特性をもつグループで、あるテーマ（質問）について議論してもらいながら、そこで出される意見や考えから情報を引き出す調査方法。あるテーマに関して関係者がどのような認識をもっているのかを知るのに適している。
- 4 「プログラム・セオリー」とは、プロジェクトの理論的根拠、すなわち構成要素（投入、活動、成果、プロジェクト目標、上位目標）との因果関係を示す。
- 5 Program Approach Logic Model: プロジェクト・レベルのロジックモデル（PDM: Project Design Matrix）を統合・整理・分類することにより、事後的なプログラム・レベルのロジックを構成するモデル。

表4-6 評価対象案件

	案件名	協力形態	協力期間
エイズ	エイズ対策	個別専門家派遣	1995年2月～1996年6月
	エイズ対策プロジェクト	プロジェクト方式技術協力	1996年7月～2001年6月
	エイズ対策・血液検査特別機材	特別機材供与	1996～1997年度
	熱帯医学	第三国研修	1987～1996年度
	HIV感染及び日和見感染症の実験室内診断技術	第三国研修	1997～2001年度
	エイズ等診断及び管理	現地国内研修	1995～1999年度
	HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援	開発福祉支援	1998年12月～1999年3月
結核	エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援	開発福祉支援	1998年12月～1999年3月
	公衆衛生プロジェクト	プロジェクト方式技術協力	1992年9月～1997年8月
	結核対策プロジェクト	プロジェクト方式技術協力	1997年9月～2002年8月
	貧困対策プロジェクト	開発福祉支援	1999年1月～2002年1月
マラリア	国家結核対策プログラム	現地国内研修	1999～2003年度
	マラリア対策	個別専門家派遣	1997年3月～1998年3月
	マラリア対策	個別専門家派遣	1999年4月～2002年4月
	マラリア対策計画（子供の福祉無償）	無償資金協力	1998年度

表4-7 評価の設問

評価種類	評価設問	データ収集手法
プロセス評価	関係者はプロジェクトをどのように認識していたか。	日比案件関係者への面接調査、電子メール、質問票調査
	認識は案件形成・計画立案・実施・評価時にどのように変化してきたか。	
	関係者間でその認識はどのように相違があるのか。	
プログラム評価	JICAの介入に対するインパクトは何か。	感染症案件資料各種のデータ収集、出口調査、フォーカス・グループ・ディスカッション、観察、資料調査
	そのインパクトは持続するか。	
	JICAの介入のタイミング・レベル（政策・施策・事業）・組織は適切であったか。	
実績評価	投入と成果の実績とプロジェクト目標の達成度合いはどうであったか。	2次資料収集、関係者聞き取り調査

### 3-3 評価結果<sup>6</sup>

#### (1) プロセス評価

##### 1) 案件選定に関する日本側関係者の認識

日本側関係者への面接調査結果では、「フィリピンで保健分野の援助を続けるにあたり優先順位の正当性についての根拠が今のJICAには不十分」、「JICA案件は、協力形態ごとに形成されているので、実施も形態ごとに片寄って『それ以外は関係ない』のような扱いになっている。全体として『どういうストーリーのなかでやっているのか』ということがわからないことが問題だと思う。」というように、フィリピンの感染症対策分野全体を見た時、より包括的な戦略が必要であるとの認識をもつ関係者が多い。

このように、各案件が異なる協力形態、異なる担当部局により形成・実施されている結果、日本側関係者は、感染症対策の分野全体として何を目標

に協力を実施しているのか、明確なイメージを有していないことが判明した。また、このことが一因となり、フィリピン感染症対策分野の案件を形成する際に、案件の優先度を判断する基準・根拠が明確でないという点を日本側関係者が強く認識していたことが分かった。

##### 2) 案件選定に関するフィリピン側及び他の援助機関関係者の認識

案件選定に関しては、「日本による協力の利点は、一旦案件が許可されると案件の実施が非常に円滑に進むことだと思う。（中略）一方で、困難なことは、案件形成期間が大変長期に渡り、実際に案件が開始されるまでに長い時間を要する。（中略）協力要請書が日本側に一旦渡ってしまうと、それ以降は（中略）日本側で何が話され何が起きている

6 本評価における分析は、評価時点での国別事業実施計画と、それが策定される前に計画・実施された複数のプロジェクトを事後的にプログラム評価とした結果との対比であることを留意願いたい。また、要約の関係上、主に結核及びエイズ分野に特化して説明する。

表4-8 エイズ関連案件PLM1 (プログラム・アプローチ・ロジック・モデル1)

プロジェクト名	上位目標	プロジェクト目標	成果	プロジェクト名略称	投入				
					項目	量(千ペソ)			
A 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」(1994-2001) 相手国協力機関:保健省			1.HIV/AIDSの検査診療技術と調査研究能力を普及・向上させる	特機エイズ	エイズ関連血液検査機材	76,026			
B 現地国内研修:エイズ等診療及び管理(1995-1999:全国) 相手国協力機関:保健省		フィリピン国内の医師、看護婦、ソーシャルワーカー、検査技師のHIV/AIDS、その他の性感染症に関する予防と管理能力が向上する	1.研修参加者が、HIV/AIDS、その他の性感染症に関する病因論、疫学、病原論の一般知識を得る	現国エイズ					
			2.研修参加者が、HIV/AIDS、その他の性感染症の予防、診断、管理に関する適切な知識と技術を身に付ける	現国エイズ					
			3.研修参加者が、HIV/AIDS、その他の性感染症に関する社会的、経済的、倫理的、法医学的な問題を理解する	現国エイズ					
全般				現国エイズ	研修経費	9,800			
C 個別派遣専門家「エイズ対策」(1995-1996:全国) 相手国協力機関:保健省		フィリピン国における複数のHIV/AIDS対策プログラムを調整・管理する	1.医療特別機材供与の調整をする	個別エイズ					
			2.血液事業の戦略を立てる	個別エイズ					
			3.HIV/AIDS分野協力要請案件の調査	個別エイズ					
			4.カウンターパート研修の調整	個別エイズ					
			5.現地研修(HIV感染者とエイズ患者の看護と管理)の調整	個別エイズ					
			全般				個別エイズ	長期専門家合計	1名
D プロ技「エイズ対策プロジェクト」(1996-2001:マニラ首都圏) 相手国協力機関:保健省	STD/AIDS予防対策のための戦略が高まる	国家、地方のSTD/AIDSに関する予防能力が向上する	1.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーのSTD/AIDSの検査能力が向上する	プロ技エイズ	基盤整備費	8,800			
			1.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーのSTD/AIDSの検査能力が向上する	プロ技エイズ	エイズ適正技術開発支援費	7,806			
			1.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーのSTD/AIDSの検査能力が向上する	プロ技エイズ	機材供与	70,000			
			2.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーがフィリピン保健省サンラザロ病院に統合される	プロ技エイズ					
			3.国レベルのレファレンス・システム確立に向けての準備がなされる	プロ技エイズ					
			4.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーにおける、STD/AIDS予防、診断、治療についての研修が認可され、研修が実施される	プロ技エイズ	中堅技術者養成費	5,850			
			5.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーでの研究が強化される	プロ技エイズ	技術開発研究費	3,399			
			5.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーでの研究が強化される	プロ技エイズ	技術交換費	437			
			6.選ばれた公衆衛生診療所において、国家HIV/AIDS性感染症予防プログラムの啓蒙普及活動に対するサポートが実施される	プロ技エイズ	啓蒙活動普及費	4,469			
			(NGOに対するHIV/AIDS性感染症予防支援)	プロ技エイズ	草の根展開活動支援費	2,674			
			6.選ばれた公衆衛生診療所において、国家HIV/AIDS性感染症予防プログラムの啓蒙普及活動に対するサポートが実施される	プロ技エイズ	教材整備費	5,003			
			6.選ばれた公衆衛生診療所において、国家HIV/AIDS性感染症予防プログラムの啓蒙普及活動に対するサポートが実施される	プロ技エイズ	現地適用化費	3,453			
			全般				プロ技エイズ	一般現地業務費	12,136
			全般				プロ技エイズ	長期専門家合計	11名(19.4人/年)
			全般				プロ技エイズ	短期専門家合計	30名(10人/月)
全般				プロ技エイズ	研修員受入れ合計	17名(54人/月)			
E 開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」(1998-1999:マニラ首都圏) 相手国協力機関:NGOピノイ・プラス	HIV感染者が社会復帰する	HIV/AIDS感染者に対する適切な保護と社会復帰を支援し、HIV/AIDS感染者の健康・生活状態の向上を図る	1.HIV/AIDS感染者養護施設の生活・衛生環境の改善により、感染者の健康が改善される	開福エイズ I	HIV養成人施設環境整備	598			
			2.HIV/AIDS感染者養護施設の生活用水整備により、感染者の生活が改善される	開福エイズ I	HIV養成人施設井戸及び自家水道設備	230			
			3.HIV/AIDS感染者養護施設の生計向上活動実施により、収入が向上する	開福エイズ I	生活上向/啓蒙活動	717			
F 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」(1998-1999:マニラ首都圏・レイテ島) 相手国協力機関:NGOポピュレーション・サービス・ピリピナス	HIV感染者が減少するとともに、妊産婦・乳幼児死亡率が低下する	当該地域における社会的弱者に対する、生殖器・性感染症にかかるサービスが強化される	1.対象クリニック設備が改善強化される	開福エイズ II	基礎的医療機器各種	593			
			2.当該クリニック・スタッフの技術が向上する	開福エイズ II	スタッフ研修	185			
			3.当該地域の生殖器・性感染症治療患者数が増加する	開福エイズ II	医薬品購入	1,631			
			4.性感染症・子宮ガン症の早期検診が実施される	開福エイズ II	住民に対する啓蒙・広報活動	210			
			5.公立医療施設・NGOクリニックとのリファラルシステムが構築される	開福エイズ II					

第4部 / 第3章

表4-9 エイズ関連案件PLM2 (プログラム・アプローチ・ロジック・モデル2)

上位目標	プログラム目標	成 果		プロジェクト 名略称	投 入			
		中間的成果	短期的成果		項 目	量(千ペソ)		
フィリピン国民の健康状態が向上する	フィリピン国のHIV感染が増加しない	対象地域において公共セクター(政府機関)がカバーする人口のHIV/STIs感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。	<b>&lt;組織の機能整備&gt;</b> HIV/STIsプログラムのための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する	1.医療特別機材供与の調整をする	個別エイズ			
				2.血液事業の戦略を立てる	個別エイズ			
				1.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーのSTD/AIDSの検査能力が向上する	プロ技エイズ	基盤整備費	8,800	
				1.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーのSTD/AIDSの検査能力が向上する	プロ技エイズ	エイズ適正技術開発支援費	7,806	
				1.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーのSTD/AIDSの検査能力が向上する	プロ技エイズ	機材供与	70,000	
				2.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーがフィリピン保健省サンラザロ病院に統合される	プロ技エイズ			
				3.国レベルのレファレンス・システム確立に向けての準備がなされる	プロ技エイズ			
				5.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーでの研究が強化される	プロ技エイズ	技術開発研究費	3,399	
				5.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーでの研究が強化される	プロ技エイズ	技術交換費	437	
				6.選ばれた公衆衛生診療所において、国家HIV/AIDS性感染症予防プログラムの啓蒙普及活動に対するサポートが実施される	プロ技エイズ	教材整備費	5,003	
				6.選ばれた公衆衛生診療所において、国家HIV/AIDS性感染症予防プログラムの啓蒙普及活動に対するサポートが実施される	プロ技エイズ	啓蒙活動普及費	4,469	
				1.HIV/AIDSの検査診断技術と調査研究能力を普及・向上させる	特機エイズ	エイズ関連血液検査機材	76,026	
						金額小計	175,940	
				<b>&lt;人材の能力向上&gt;</b> 保健医療サービス提供者のHIV/STIsに関する知識・技術が向上する	1.研修参加者が、HIV/AIDS、その他の性感染症に関する病因論、疫学、病原論の一般知識を得る	現国エイズ		
					2.研修参加者が、HIV/AIDS、その他の性感染症の予防、診断、管理に関する適切な知識と技術を身に付ける	現国エイズ		
					3.研修参加者が、HIV/AIDS、その他の性感染症に関する社会的、経済的、倫理的、法医学的な問題を理解する	現国エイズ		
					全般	現国エイズ	研修経費	9,800
					4.カウンターパート研修の調整	個別エイズ		
		5.現地研修(HIV感染者とエイズ患者の看護と管理)の調整	個別エイズ					
		4.HIV/AIDS性感染症中央共同ラボラトリーにおける、STD/AIDS予防、診断、治療についての研修が認可され、研修が実施される	プロ技エイズ		中堅技術者養成費	5,850		
		6.選ばれた公衆衛生診療所において、国家HIV/AIDS性感染症予防プログラムの啓蒙普及活動に対するサポートが実施される	プロ技エイズ		現地適用化費	3,453		
					金額小計	19,103		
		<b>&lt;住民のサービス利用促進&gt;</b> 住民がHIV/STIsに関する保健医療サービスを利用する					金額小計	0
		対象地域において民間セクター(NGO)がカバーする人口のHIV/STIs感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。	<b>&lt;組織の機能整備&gt;</b> HIV/STIsプログラムのための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する	1.HIV/AIDS感染者養護施設の生活・衛生環境の改善により、感染者の健康が改善される	開福エイズ I	施設環境整備	598	
				2.HIV/AIDS感染者養護施設の生活用水整備により、感染者の生活が改善される	開福エイズ I	施設井戸及び自家水道設備	230	
				←Program Purposeレベルへ移動	開福エイズ II	医薬品購入	1,631	
				5.公立医療施設・NGOクリニックとのリファラルシステムが構築される	開福エイズ II			
						金額小計	2,459	
			<b>&lt;人材の能力向上&gt;</b> 保健医療サービス提供者のHIV/STIsに関する知識・技術が向上する	2.当該クリニック・スタッフの技術が向上する(NGOに対するHIV/AIDS性感染症予防支援)	開福エイズ II	スタッフ研修	185	
					プロ技エイズ	草の根展開活動支援費	2,674	
						金額小計	2,859	
			<b>&lt;住民のサービス利用促進&gt;</b> 住民がHIV/STIsに関する保健医療サービスを利用する	4.性感染症・子宮ガン症の早期検診が実施される	開福エイズ II	住民に対する啓蒙・広報活動	210	
				3.HIV/AIDS感染者養護施設の生計向上活動実施により、収入が向上する	開福エイズ I	生活上/啓蒙活動	717	
		金額小計	927					
Outputsに振り分けられない投入	全般	プロ技エイズ	一般現地業務費	12,136				
	全般	プロ技エイズ	長期専門家合計	11名(19.4人/年)				
	全般	プロ技エイズ	短期専門家合計	30名(10人/月)				
	全般	プロ技エイズ	研修員受入合計	17名(54人/月)				
			金額小計	12,136				

るのかを知る術がない。(元フィリピン保健省関係者)」や、「案件形成にかかる日本の意志決定権がもう少しJICA在外事務所に委譲されていたら、より円滑に時宜を得た協力が実施できたのではないか。(中略)ほとんど全てのことが本部(東京)でないと決定できないというシステムのため、とても長い時間がかかってしまった。(他援助機関関係者)」の認識がある。

つまり、フィリピン側関係者や他の援助機関関係者では、JICA在外事務所の意思決定権が小さいため、他の援助機関に比べて案件形成プロセスが外部に分かりづらく、時間がかかるという認識が強かった。また、実質的な案件決定者がその時々で異なり、日本の意思決定プロセスが、外部からは非常に理解しにくく、何が起きているのか分りにくいとの印象をもたれていた。

### 3) 問題発生時の対応と意志決定システムに関する認識

プロジェクト実施中の問題発生時の対応に関しては、「何が問題でどう解決すれば良いかについてJICAに意志・意見が必要だと思う。」「問題発生時には、基本的には全てがプロジェクト・チームにゆだねられた格好になっていた。(中略)プロジェクト・チーム単独でプロジェクトの重要な方向性などを変更した場合、それが『悪』と受け取られるのかどうかについては、不明瞭であった。」など、プロジェクト・チーム、JICA在外事務所、JICA本部、国内支援委員会、大使館、外務省、厚生省などの様々な関係機関・関係者が存在するなかで、どこに意志決定権があるのかははっきりせず、問題発生時にどのように対応して良いのか分からなかったという経験が、日本人関係者により指摘されている。

### 4) まとめ

以上の評価結果から、協力効果を高めるためには、(1) 長期的視野に立ったプログラムの枠組みを構築すること、(2) プログラム目標・成果レベルご

との最終責任の所在を明らかにすることが重要であることが分かる。特に後者は、各関係者(各関係部署、専門家、協力機関)が、事業計画のなかでの自己の位置づけとその重要性を認識し得るために必須である。

本評価では、以上のように、PLM2で整理された目的と手段の因果関係を踏まえつつ、各関係者の認識を調べることにより、各関係者の認識を適切に解釈することが可能となることが判明した。

## (2) プログラム評価(協力予算の投入分析とインパクト評価)

本評価では、PLM2を活用して、日本による感染症対策プログラムの投入体系と、USAIDによる感染症対策プログラムの投入体系の比較を行い、試行的なインパクト評価及びフィリピン政府の感染症対策の政策体系に対する日本の介入状況の調査を試みている。

### 1) プログラムとしてみた感染症対策分野の投入体系評価

表4-10から分かるように、我が国のエイズ対策分野協力は、その金銭的投入のほとんど(77.8%)が、HIV/STIsプログラムの管理のための基盤整備(ラボラトリー、クリニック及びIEC機材・教材)に充てられている。次に多い投入が保健医療サービス提供者の知識・技術向上で、投入全体の14.1%を占める。

フィリピンにおけるエイズ対策の中心となっているハイリスク・グループは、(1) 地方政府(市・町・バランガイ<sup>7)</sup>が運営する公衆衛生診療所を利用する登録性産業従事者の合法グループと、(2) フリーランス性産業従事者と麻薬注射常習者の非合法グループであり、日本の協力は、前者に対する投入が中心であった。

1992年頃から2001年頃までの、フィリピンにお

7 ここではPRSPの本格的な始動によっても、日本が特定の分野・課題への技術援助を実施できることを前提としている。

ける日本とUSAIDによる感染症対策への投入の状況を比較した結果、エイズ分野への協力は、もともと日米の連携案件として計画立案されたものであり、実際のプロジェクト費用の投入傾向もこれを反映した結果となっていた。具体的には、表4-11

から分かるように、日本が組織の機能強化のためにHIV検査用機材・設備を公共センターに供与し（組織機能の整備）、それを使う人材を訓練した（人材の能力向上）が、これに対し、USAIDはそれらを活用して大々的にHIVサーベイランスを実施し

表4-10 エイズ対策分野の協力プログラム投入体系

上位目標	プログラム目標	成果		投入			主な案件		
		中間的成果	短期的効果	項目	量(概算)/千ペソ	投入額に占める割合			
フィリピン国民の健康状態が向上する	フィリピン国のHIV感染が増加しない	対象地域において公共セクター(政府機関)がカバーする人口のHIV/STIs感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。	<組織の機能整備に関わる成果> HIV/STIsプログラムのための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する	ラボラトリー/クリニック設備・機材	166,477	77.8%	個別専門家「エイズ」 プロジェクト方式技術協力「エイズ対策プロジェクト」 特別機材供与「エイズ」		
			<人材の能力向上に関わる成果> 保健医療サービス提供者のHIV/STIsに関する知識・技術が向上する	IEC教材開発	4,469				
				IEC用教材	5,003				
			合計金額			175,940			
			<住民のサービス利用促進に関わる成果> 住民がHIV/STIsに関する保健医療サービスを利用する	保健医療従事者研修	31,960	14.1%			
				合計金額				19,103	
		合計金額			-		-		
		対象地域において民間セクター(NGO)がカバーする人口のHIV/STIs感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。		<組織の機能整備に関わる成果> HIV/STIsプログラムのための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する	HIV感染者施設設備	837	1.0%	開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」 特別機材供与「エイズ」	
				<人材の能力向上に関わる成果> 保健医療サービス提供者のHIV/STIsに関する知識・技術が向上する	STIs用医薬品	1,631			
					ラボラトリー/クリニック設備・機材				
				合計金額			2,459		
				<住民のサービス利用促進> 住民がHIV/STIsに関する保健医療サービスを利用する	保健医療従事者研修	185	1.3%		
合計金額					2,674				
合計金額			2,859						
成果に振り分けられない投入			子宮がん検診	210	0.4%	開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」 開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」			
			性感染症検診	717					
			HIV感染者生計向上						
			合計金額				927		
投入総計			プロジェクト経常費	12,316	5.4%	プロジェクト方式技術協力「エイズ対策プロジェクト」			
			長期専門家派遣	19.4人/年					
			相手国研修員受入	10人/月					
			短期専門家派遣	54人/月					
			合計金額				12,136		
金銭的投入			226,281	100%					
人的投入			長期専門家: 19.4人/年 短期専門家: 54人/月 研修員受入: 10人/月						

表4-11 USAIDと日本による投入の比較：フィリピンエイズ対策分野

		USAID(1993-2002)		日本(1992-2002)		
		千ドル		千ペソ		
公共セクター(政府保健医療施設)	組織の機能整備			175,940 (15,995)	77.8%	
	人材能力向上			19,103 (1,736)	14.1%	
	住民のサービス利用促進					
	HIV感染状況の把握					
	ハイリスク・グループのHIVリスク行動の把握(サーベイランス)	9,000 (900)	75%			
民間センター(NGO)	機能整備			2,459 (224)	1.0%	
	人材能力向上			2,859 (256)	1.3%	
	住民のサービス利用促進	3,000 (300)	25%			
合計			12,000 (1,200)	100%	226,281 (20,571)	100%

ている。民間セクターでは、USAIDの支援を受けている現地NGOが、日本から供与されたHIV予防教育教材や機材で人材訓練を実施し、ハイリスク・グループに対してHIV予防教育を行っている。

## 2) インパクト評価

インパクト評価では、JICAの協力案件群と、協力を受けていない比較群（コントロール群）を設定し、両群の結果を比較することで、JICAの協力・介入のインパクトの測定を試みている。例えば、結核対策分野では、2つのプロジェクト方式技術協力（「公衆衛生」、「結核対策」）の対象機関が集中しているセブ市に対する比較群として、セブ市に類似した社会経済的状況にある都市で、かつ、JICAによる同分野の支援を受けていないマニラ市が選ばれた。

日本による結核対策支援により、セブ市の公共セクター及び民間セクターの保健医療組織における結核対策のための基盤が整備され、保健医療サービス提供者の能力も向上された結果、比較群に比べて対象地域における結核治療率は高く、改善効果を生み出している。ただし、日本の結核対策は、フィリピンの一部をカバーしているに過ぎないため、国レベルの結核指標の改善への影響は判断できなかった。

また、エイズ対策分野では、マニラ首都圏やセブ市の公共セクター保健医療施設におけるエイズ対

策基盤が整備されたうえ、保健医療従事者の技術向上が見られ、住民がHIV/STIsサービスを利用して知識・態度が向上するなど、投入・活動の効果が出ている。民間セクターでも同様の効果が確認されたが、ここでも中期的な成果やプログラム目標への効果については判断することはできなかった。

また、介入状況の調査からは、日本による投入が全体的にフィリピン国自身による投入が欠けている項目を補う形で行われており評価できること、しかしながら、異なる政策レベルで介入状況を分析した結果、地方分権が進んでいるフィリピンで、地方政府への投入が効率的に実施されてきていないことが、課題として抽出されている。

## (3) 個別案件の実績評価<sup>8</sup>

実績評価では、まず、日本による感染症対策の個別案件ごとに目標/成果の達成度と投入量を評価し、次に、日本による過去10年間の感染症対策案件の実績をフィリピンの感染症対策の文脈に位置づけるとともに、他援助機関による動向と比較検証した。

### 1) 個別案件ごとの達成度と投入量

上位目標を確認すると、結核対策では、プロジェクト方式技術協力「公衆衛生プロジェクト」は「モデル地域における結核対策の強化を通じて公衆衛生サービスシステムが開発される」であり、次期プロジェクト方式技術協力「結核対策」では「フィリピンにおける結核がコントロールされる」、また、開発福祉支援「貧困結核患者救済」では「当該地域において結核による死亡率を低下させる事により、地域住民の健康状態を改善する」と設定されている。同じ結核プログラムを構成するプロジェクトでありながら、上位目標が案件ごとにまちまちであることがわかる。このように、実績評価の結果からは、同じ疾病を対象とした案件同



開発福祉支援「貧困層結核患者救済」で開発されたIEC教材

8 ここで使う実績評価とは、「成果（結果：Outputs）」を確認する作業を指しており、総務省の政策評価ガイドラインにおける実績評価とは区別される。



士でも上位目標が異なり、プロジェクト目標の整合性が取れていないという現状が明らかになった。また、それぞれの上位目標やプロジェクト目標の実績を確認することができなかったプロジェクトが多かった。加えて、投入が各成果に対して計画されていないために、成果と投入の因果関係を把握するのに困難をきたした。

## 2) フィリピンの感染症対策の中での位置づけ

地方分権がかなり進んでいる現状では、中央官庁である保健省本省との話し合いを基本とした案件の形成・立案・実施という従来の日本の援助実施方法は限界にきていた。例えば、マラリア分野では保健省マラリア対策本部の廃止による人員削減のため、本省のマラリア担当者は業務量過重によって必要な業務を十分に行うことが困難になり、日本側との業務遂行が円滑に行なわれなくなっている。保健省本省と保健省地域保健局との関係において、地域保健局の方がより大きな権限を持つようになっており、また、感染症対策の最前線である保健所や公衆衛生診療所は、予算面・組織面・人材面の全てにおいて地方政府の管轄になっている。つまり、保健省本省が保健省地域保健局や地方政府に対して感染症対策の指針を提示することはできても、これを遵守させる権限は無いという構図になっている。



個別専門家「マラリア対策」により作成された保健ワーカー用マラリア対策マニュアル

今後は、援助計画・実施の実質的な焦点を国レベルから地方政府との協力・介入に移していくことが必要であり、この場合に上位目標やプロジェクト目標の設定はますます難しくなる。他方、適当な上位目標とプロジェクト目標の設置なくしては、協力の効果自体が明確化しないことも、これまで議論してきたとおりである。

## 3) JICAとUSAIDとの連携

エイズ・結核対策分野における日本とUSAIDとの連携を検証すると、実際の連携が(1)支援対象の役割分担(日本:公共セクター中心、USAID:民間セクター中心)、(2)支援内容の補完(日本による供与機材を使用してUSAIDが検査や教育を行う)、(3)支援地域の棲み分け、といった形で実現していることが判明した。このことは、日本の協力が、公共セクターの組織基盤整備と人材の能力向上という、他援助機関と競合しない側面において実施されていることを示しており、このことは日本の協力の存在感を高めていると考えられる。しかしながら一方で、日本は民間セクターへの協力にも努めたが、マラリア対策を除き協力が系統立っていない点も明らかになった。

## 3-4 提言・教訓

### (1) フィリピンの感染症対策に関する提言

- 1) 個々の協力は、対フィリピンのJICA国別事業実施計画の枠組みとの整合性を取る形で計画立案されなければならない。国別事業実施計画における保健分野協力の最上位目標は「格差の是正」であり、全ての感染症対策案件や、その活動内容・対象地域・対象グループは、これを実現させるための手段という視点で決定されるべきである。また、協力内容や対象の選定に関しては、第三者にも理解できる明らかな説明が必要である。
- 2) フィリピンでは地方分権が実施されており、特に保健セクターではこれが進んでいる。協力に

あたっては、これを踏まえ、その対象を従来の中央政府の保健省から地方政府に移すなど、現実的で柔軟な対応が必要である。

- 3) 日本による感染症対策分野協力において、NGO・企業など民間セクターとの連携に関する戦略は未だ確立されていないため、支援も散発的で自立発展性が少ないものとなっている。今後、日本が民間セクターに対する支援を継続していくのであれば、より長期的視野に立った戦略が必要となる。民間セクターに対する支援で比較優位に立つ他国の援助機関に民間セクターを任せて、日本は公共セクターに支援を集中させるという棲み分けも選択肢として考えられる。
- 4) 本評価調査で対象となった案件のうち、外部委託に近い形で実施された結核対策プロジェクトは、日本の結核研究所という一つの組織により支援がなされたことで、プロジェクト活動全体のまとまりと一貫性、援助経験の情報の蓄積と効果的利用、専門家リクルート、プロジェクト内での専門家の人間関係、フィリピン側関係機関や他援助機関との関係、専門家の開発分野における資質の均一性など、多くの側面において理想的な状況にあることが明らかになった。このような外部委託に近い形での案件実施が今後さらに促進されれば、外部機関間での案件受注に対する健全な競争原理が働き、日本による感

染症対策分野の協力の質が向上すると考えられる。

- 5) 日本による協力案件には、大別して効果的な対策を検討するための「モデル型」と、構築されたモデルを他地域へ広げるための「普及型」の2つが存在する。しかしながら、この2つのアプローチの区別がJICA職員や日本人専門家を含めた案件関係者のなかで明確に認識されていなかったり、関連文書のなかで明らかな形で説明されていなかったりするために、協力に関わる日本人専門家の任務の不明確さや、案件の計画・評価基準の不明確さにつながっている。今後新たな感染症案件を計画する際には、モデル型なのか普及型なのか、あるいは、案件開始当初はモデル型で途中から普及型にするのかなどの見通しについて、関係者間で明確なコンセンサスを確立し、文書で確認しておく必要がある。

## (2) プログラム・アプローチに関する教訓

近年多くの援助実施機関では、より効果・効率的な開発援助実施を目指して、伝統的なプロジェクト単位の協力実施から、より包括的なプログラム単位の案件管理へと転換済みである。日本の開発援助においても、個別事業に基づく援助ではなく、長期的な戦略の枠組みに基づく援助が求められている。今後、JICAがプログラム・アプローチを進めるにあたっては、本評価調査を通して導き出された以下の提言に留意して具体化していくことが望まれる。

- 1) 既に実施中の案件がある状況でプログラムをゼロから計画することは現実的な対応ではない。事業をプログラム化する方法としては、本評価調査で試みたように、現在実施中あるいは過去10年程度の間の実施された同じ分野の案件群の上位目標・プロジェクト目標・成果・投入を、事後的にプログラムの枠組みの中で整理してみることが現実的かつ効果的である。
- 2) 事業のプログラム化を図るためには、JICA内



プロジェクト方式技術協力「エイズ対策」により開発されたIEC教材と、研修を受けたNGOスタッフ

部でプログラム全体に責任持って管理・運営する「プログラム・オフィサー」の機能を明確にすることが不可欠であり、また、プログラムの枠組みの中のどのレベルの責任を誰が担うのか明確にすることが必要条件となる。具体的には、表4-12のような責任分掌が想定される。

- 3) 本評価調査で試みたプログラム評価はJICAで初の試みである。よって、評価手法や枠組みも未だ確立過程途上にあり、今後さらに議論を深めていく必要がある。その際、本評価調査で試行的に採用した以下のいくつかの評価手法により導き出された評価の成果と今後の課題（表4-13）は、プログラム評価の議論を始めるきっかけとして有用な基礎データとなりうる。

### (3) ドナー連携に関する教訓

- 1) 本評価調査により、援助機関間連携、特にUSAIDとの連携は、インパクトが大きいことが認められた。質の高い開発援助を進めるために、日米という世界のトップ援助機関が互いの比較優位を生かして連携することは、大変意義が深いといえる。
- 2) 援助機関間連携が成功するためには、双方の組織が全く同じ土俵で協力するのではなく、「援助対象の棲み分け」「援助内容の棲み分け」「援助地域の棲み分け」など、分担して協力することが望ましい。
- 3) 援助機関間連携は主として現地での援助機関同士の話し合いにより進められるにもかかわらず、現時点ではJICA在外事務所の裁量で決定できる事項が少なく、これが効率的な援助機関間連携の阻害要因となっている。今後も日本が援助機関間連携を進めていくのであれば、JICA在外事務所により大きな権限を委譲し、セクター専門家を配置する必要がある。

表4-12 想定される責任分掌

レベル	責任の所在
国別戦略目標	JICA地域部
プログラム目標	
案件（プロジェクト）目標	JICA事業部
成果	プロジェクト・リーダー
活動	
投入	

表4-13 プログラム評価の成果と今後の課題

評価分類	評価手法	本評価による成果と今後の課題	
プロセス評価	案件の各プロセスにおける関係者の認識の評価	成果	・案件一連のプロセス（形成・計画・実施・評価）に関わるプロジェクト実施側の日比双方関係者の認識を比較分析することで、今後のプログラム・アプローチ化で留意すべき重要な事柄がいくつか明らかになった。
		課題	・プロジェクト受益者の視点も統合できるとより望ましい。
プログラム評価	検討群対コントロール群でのインパクト評価	成果	・案件群全体（プログラム）を検討群とコントロール群の比較によるインパクト評価を行ったことにより、プログラムとしての投入とインパクト発現に因果関係が認められることが明らかになった。
		課題	・評価対象案件群において他援助機関による投入・成果も入れ込む形でインパクト評価が実施できることが望ましい。
	フィリピンと日本・USAIDによる感染症対策分野投入体系比較評価	成果	・日本やUSAIDによる投入と、フィリピン政府（公的セクター）による感染症対策分野の投入との関係を把握することができた。
		課題	・日本による投入がフィリピンのどの政策レベル（中央政府・地方政府など）に対してなされたのか認識できると、より正確な投入体系比較評価が可能になる。 ・民間セクターに対する投入をどのような枠組みで捉えるのかを検討する必要がある。
実績評価	案件の目標／成果達成度・投入評価	成果	・案件ごとの上位目標・目標・成果・投入を整理することで、それぞれがどのように関連付けられていたのか、あるいは関連付けられていなかったのか明らかになった。
		課題	・案件の投入が成果ごとに明らかな形で認識できるように、また、投入が相手国のどの政策レベル（中央政府・地方政府など）に対してなされたか認識できるように、案件計画における投入（予算項目立て）を整理・検討し直す必要がある。 ・案件の上位目標達成度と国別課題達成度との因果関係が検証できるとより望ましい。
	案件の開発の文脈における動向評価	成果	・日本による感染症対策案件群をフィリピン保健省の動きや他援助機関の動きのなかで相対的に捉えることで、日本の協力がフィリピン感染症対策分野全体でどういう意味をもっていたのか明らかになった。
		課題	・フィリピン感染症対策分野における民間セクターの動きとも比較分析できると、より望ましい。