

**特定テーマ評価
フィリピン人口・健康セクター / USAID 連携**

Thematic Evaluation on Population and Health Sector in the Philippines under
JICA/USAID Collaboration

Part II

感染症対策分野

2004年8月

**独立行政法人国際協力機構
企画・調整部**

企

J R

04 - 05

序 文

独立行政法人国際協力機構（JICA）は、特定の分野や開発課題の下に共通の目標を持つ複数の事業（プロジェクト）を計画・実施する「プログラム・アプローチ」を推進しています。また、「プログラム・アプローチ」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います。JICA においては、特定の援助対象国全体の協力効果や特定分野でのプログラム単位の協力効果を計るために、既に実施したプロジェクト方式技術協力、個別専門家派遣、無償資金協力、現地国内研修、開発福祉支援などのさまざまな形態の個別事業を事後的にプログラムとしてまとめた「プログラム・ロジック・モデル」を活用したプログラム評価を試みています。

本特定テーマ評価「人口・健康セクター/USAID 連携」は、フィリピンで実施された、家族計画・母子保健分野及びエイズ・結核・マラリアの感染症分野での協力案件を事後的に「協力プログラム」とみなしたプログラム評価となります。2000年度に、家族計画・母子保健分野に関する評価を「プログラム・ロジック・モデル」を活用して試行的にプログラム評価を実施し、2001年度には、家族計画・母子保健分野での同モデルの活用経験をさらに発展させた形で、感染症分野の協力を対象に評価を行い、プログラム評価手法の改善を目指しました。

本報告書は、「Part I 母子保健・家族計画（リプロダクティブ・ヘルス）分野」「Part II 感染症対策分野」の2分冊の構成となります。本報告書において指摘されている教訓・提言については、より効果的・効率的な事業の実施に向けて、今後プログラムを計画・立案する際、またプログラム評価を実施する際において、活用していく所存です。

2004年8月

独立行政法人国際協力機構

理事 松井 靖夫

本報告書は、2001 年度時点の JICA 本部における、プログラムの実施に関する方針をもとに調査した結果をまとめたものであり、その後の JICA 内の組織の実施体制や方針の変更は勘案していない。

なお、本報告書に掲載されている意見は、評価調査団によるものであり、JICA を代表するものではない。



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



開発福祉支援：「貧困層結核患者救済」で開発された IEC 教材



プロジェクト方式技術協力：「結核対策」により設立されたセブ・結核中央ラボラトリー



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



現地国内研修：「熱帯医学」研修風景



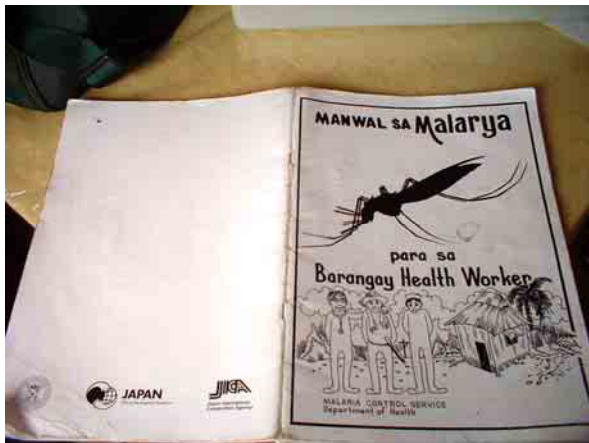
プロジェクト方式技術協力：「エイズ対策」により整備されたエイズ性感症中央共同ラボラトリー（SACCL）



無償資金協力：「マラリア対策」により供与された蚊帳



特別機材供与：「マラリア対策」により供与されたマラリア診断用機材



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



マラリア対策に関わるバラングイ・ヘルス・ワーカーとのフォーカス・グループ・ディスカッション

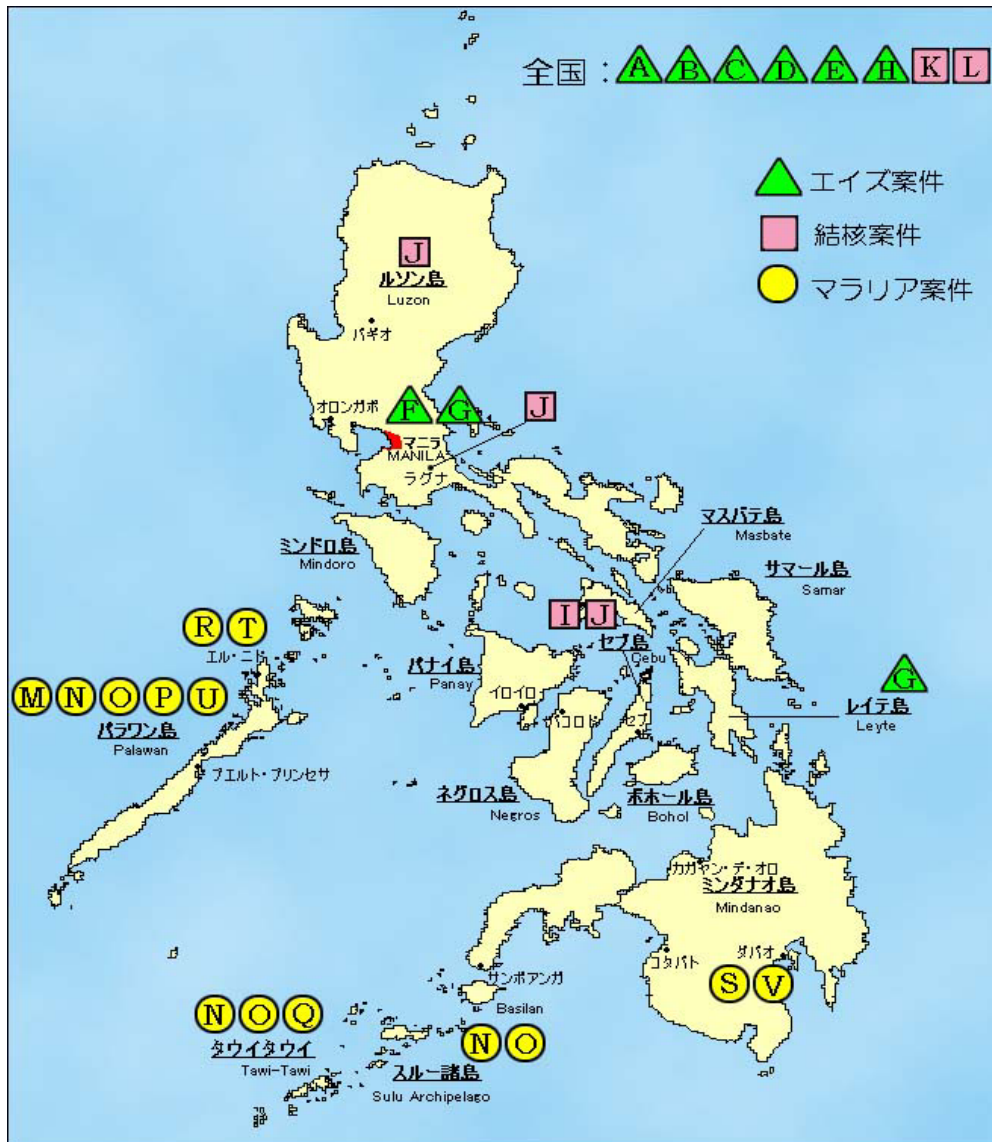


エイズ対策日比関係者とのインデプス・インタビュー



第 11 地域保健保健局での聞き取り調査

フィリピン特定テーマ評価（人口・健康分野）Part II 対象案件分布図



▲ エイズ案件	■ 結核案件	● マラリア案件
▲ A 第三国研修「熱帯医学」 (1987-1996: 全国)	■ I プロ技「公衆衛生プロジェクト」 (1992-1997年5・第4・7地域)	● M 単発専門家「マラリア対策」 (1997-1998年マニラ州)
▲ B 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」 (1994-2001)	■ J プロ技「結核対策」 (1997-2002年5・第4・7地域)	● N 無償資金協力「マラリア対策計画（子供の福祉無償）」 (1998: 全国・ドゥラガ州・スル州・カギヤ州)
▲ C 現地国内研修「エイズ等診断及び管理」 (1995-1999: 全国)	■ K 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 (1992-2002: 全国)	● O 個別専門家「マラリア対策」 (1999-2002年マニラ州・スル州・カギヤ州)
▲ D 個別派遣専門家「エイズ対策」 (1995-1996: 全国)	■ L 現地国内研修「国家結核対策プロジェクト」 (1999-2003)	● P 青年海外協力隊「村落開発普及員」 (1999-2001年マニラ州)
▲ E プロ技「エイズ対策プロジェクト」 (1996-2001年5)		● Q 草の根無償「カギヤ州保健局の診療船への燃料」供与(1999)
▲ F 開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」 (1998-1999年5)		● R 草の根無償「NGOと自治体提携によるマラリア対策」 (2000年マニラ州)
▲ G 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 (1998-1999年5・レイテ島)		● S 無償機材供与「マラリア及び動物媒介性疾患対策」 (2001年マニラ・ダバオ市)
▲ H 第三国研修「HIV感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」 (1991-2001: 全国)		● T 草の根モレック「ドゥラガ・エドゥ」財団 (2001年マニラ州)
		● U 草の根モレック「ドゥラガ州立大学」 (2001年マニラ州)
		● V 短期専門家「マラリア対策」 (2002年マニラ・ダバオ市)

用語・略語表

ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	エイズ(後天性免疫不全症候群)
ARMM	Autonomous Region of Muslim Mindanao	ミンダナオ・モスリム自治地域
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BIHC	Bureau of International Health Cooperation	保健省国際保健協力局
BHS	Barangay Health Station	バランガイ保健所
BHW	Barangay Health Worker	バランガイ保健ワーカー
CHD	Center for Health Development	保健省地域保健局
CIDA	Canadian International Development Agency	カナダ国際開発庁
C/P	Counter Part	カウンターパート
CSW	Commercial Sex Worker	性産業従事者
DOH	Philippine Department of Health	フィリピン保健省
DOTS	Directly Observed Treatment, Short course	直接監視下短期科学療法
EPI	Expanded Program on Immunization	予防接種拡大プログラム
EU	Europe Union	ヨーロッパ連合
FCFI	Friendly Care Foundation Inc.	フレンドリーケア財団
FP	Family Planning	家族計画
GII	Global Issues Initiative on Populatiom and AIDS	人口・エイズに関する地球規模問題イニ シャティブ
HSRA	Health Sector Reform Agenda	保健機構改革
HIV	Human Immunodeficiency Virus	ヒト免疫不全ウイルス
IEC	Information, Education and Communication	教育・広報活動
IMR	Infant Mortality Rate	乳児死亡率
IUD	Injecting Drug User	麻薬注射常習者
JHPIEGO	JhonsHopkins University International Education Program for Reproductive Health	ジョンズホプキンス大学リプロダクティ ブ・ヘルス国際教育プログラム
JICA	Japan International Cooperation Agency	国際協力事業団(現独立行政法人国際 協力機構)
LGC	Local Government Code	地方自治法
LGU	Local Government Unit	地方政府
MCH	Maternal and Child Health	母子保健
NASPCP	National AIDS/STD Prevention and Control Program	国家エイズ対策プログラム
NEDA	National Economic Development Authority	国家経済開発庁
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
MGP	Matching Grant Program	マッチング・グラント・プログラム
MMR	Maternal Mortality Rate	妊産婦死亡率
NASPCP	National Aids ?	国家エイズ対策プログラム
NHSSS	National HIV Sentinel Surveillance System	国家 HIV センチナル・サーベイランス
NDHS	National Demographic and Health Survey	全国人口健康調査
NDS	National Demographic Survey	全国人口調査
NEDA	National Economic and Development Authority	国家経済開発庁
PACT	Project Assistance Coordination to Tuberculosis	結核対策援助機関
PDM	Project Design Matrix	プロジェクト・デザイン・マトリックス
PHC	Primary Health Care	プライマリーヘルスケア
PNAC	Philippine National AIDS Council	フィリピンエイズ協議会
PSPI	Population Services Pilipinas Incorporated	ポピュレーション・サービス・ピリピナス

PTS	Philippine Tuberculosis Society	(比国 NGO) フィリピン結核協会(比国 NGO)
RH	Reproductive Health	性と生殖に関する健康
RHU	Rural Health Unit	市・町保健所
RITM	Research Institute of Tropical Medicine	熱帯医学研究所
SACCL	STD/AIDS Cooperative Central Laboratory	エイズ性感染症中央共同ラボラトリー
SHC	Social Hygiene Clinic	公衆衛生診療所
SLH	San Lazaro Hospital	サンラサロ病院
SS	Sentrong Sigla	持続力の源(保健省による保健施設の 質の底上げを目指す概念・その制度の 総称)
STD	Sexually Transmitted Diseases	性感染症
STIs	Sexually Transmitted Infections	性感染症
TBA	Traditional Birth Attendant	伝統的助産婦
TFR	Total Fertility Rate	合計特殊出生率
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund	国連人口活動基金
UNICEF	United Nations Children's Fund	国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development	アメリカ合衆国国際開発庁
WB	World Bank	世界銀行
WHO	World Health Organization	世界保健機構
WPRO	World Health Organization / Western Pacific Region	世界保健機構 西太平洋事務所

JICA 関連用語表

日本語名	略称	英語名
プロジェクト方式技術協力	プロ技	Project-type Technical Cooperation
研修員受入れ事業		Technical Training Program
専門家派遣事業		Dispatch of Experts
特別機材供与事業		Equipment Supply Program
現地国内研修(旧称: 第二国研修)		In-country Training
青年海外協力隊	JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers
シニアボランティア	SV	Senior Overseas Volunteers
二国間協力		Bilateral Cooperation
マルチバイ協力		Multilateral/bilateral Cooperation
JICA プロジェクトサイクルマネジメント	JPCM	JICA Project Cycle Management
プロジェクトデザインマトリックス	PDM	Project Design Matrix
無償資金協力		Grant Aid Cooperation
草の根無償資金協力		Grant Assistance for Grassroots Projects

目次

写真

対象案件分布図

略語表

目次

図表リスト

第1章 調査の概要

1-1	調査の背景	1
1-2	評価の目的	2
1-3	調査対象案件と対象地域	2
1-4	評価調査団の構成	2
1-5	評価クエスチョンの設定と分析方法	3
1-6	調査実施の方法	5
1-7	評価実施の作業工程	5
1-8	評価報告書の構成	6

第2章 フィリピンにおける感染症対策の現状

2-1	一般概況	7
2-1-1	自然	7
2-1-2	社会	7
2-2	保健概況	10
2-3	流行状況	11
2-3-1	結核	12
2-3-2	エイズ	13
2-3-3	マラリア	14
2-3-4	感染症と地域格差・貧困問題	16
2-4	フィリピン感染症対策の現状	18
2-4-1	保健医療サービスと地方分権化・地方権限委譲	18
2-4-2	感染症対策全般の現状	23
2-4-3	結核対策	28
2-4-4	エイズ分野対策	32
2-4-5	マラリア分野対策	37
2-5	感染症対策分野に対する外交の支援状況	41

2-5-1	フィリピンにおける感染症対策分野援助決定までの過程	41
2-5-2	USAID	42
2-5-3	その他の援助機関	47
第3章	日本によるフィリピン感染症対策案件群評価のためのプログラム・モデルの作成	
3-1	本評価の基本的考え方	49
3-1-1	プログラム評価の試み	49
3-1-2	プログラム・セオリー・マトリックス： プログラムとプロジェクトの位置づけ	50
3-2	プログラム・モデル作成の手法と手順	52
3-2-1	手順1：各案件の概要を整理する。	52
3-2-2	手順2：全案件を各感染症（エイズ・結核・マラリア）ごとに 同一表にまとめる（PLM1の作成）	54
3-2-3	手順3：感染症ごとに同一表にまとめた案件群（PLM1）を、感染症ごとの 一つの協力プログラムになるよう整理する（PLM2の作成）	54
3-3	プログラム・アプローチ・ロジック・モデル	55
3-4	PLM作成による考察結果と今後の課題	62
第4章	日本によるフィリピン感染症案件のプロセス評価	
4-1	案件プロセス評価の概要と手法	65
4-1-1	目的	65
4-1-2	調査手法	65
4-1-3	本章で使われる主な用語の説明	68
4-2	結核分野関連案件のプロセス評価	68
4-2-1	調査対象案件	68
4-2-2	案件選定についての認識	68
4-2-3	案件立案に関する認識	70
4-2-4	案件実施に関する認識	71
4-2-5	案件評価についての認識	76
4-3	エイズ分野関連案件のプロセス評価	77
4-3-1	調査対象案件	77
4-3-2	案件選定についての認識	77
4-3-3	案件立案に関する認識	79
4-3-4	案件実施に関する認識	82
4-3-5	案件評価についての認識	86

4-4	マラリア分野関連案件のプロセス評価	87
4-4-1	調査対象案件	87
4-4-2	案件選定についての認識	88
4-4-3	案件立案に関する認識	88
4-4-4	案件実施に関する認識	89
4-4-5	案件評価についての認識	92
4-5	感染症分野案件全般のプロセス評価	93
4-5-1	案件選定についての認識	93
4-5-2	問題発生時の対応と意思決定システムに関する認識	96
4-5-3	機材供与に関する認識	96
4-5-4	フィリピンの政治状況に関する認識	96
4-5-5	派遣専門家に関する認識	97
4-6	感染症分野案件のプロセス評価の結論と教訓	99
4-6-1	案件形成に関する教訓	99
4-6-2	案件内容の計画立案に関する教訓	100
4-6-3	案件実施に関する認識	104
4-6-4	案件評価についての認識	105
第5章 フィリピン感染症対策分野協力のプログラム評価		
5-1	フィリピン感染症分野協力のプログラム評価概要と手法	107
5-1-1	目的	107
5-1-2	データ収集法	107
5-1-3	分析手法	107
5-2	プログラムとしてみた感染症足し悪文やの投入体系評価	108
5-2-1	プログラムとして見た、日本によるフィリピン感染症分の投入体系の分析	109
5-2-2	日本によるフィリピン感染症分野投入と USAID による投入の比較分析	116
5-2-3	フィリピン国/地方レベル感染症対策投入体系と 日本/USAID による投入体系の比較分析	118
5-3	プログラム・モデルをしようした日本による 感染症案件群の試験的インパクト評価	123
5-3-1	評価概要	123
5-3-2	結核対策案件群プログラム試験的インパクト評価	128
5-3-3	エイズ対策案件群プログラム試験的インパクト評価	134
5-4	結論・提言	141
5-4-1	プログラム・モデルによる投入体系の比較分析	141

5-4-2	プログラム・モデルによるインパクト評価	141
-------	---------------------	-----

第6章 日本によるフィリピン感染症案件の実績評価

6-1	実績評価の概要と手法	143
6-1-1	目的	143
6-1-2	データ収集手法	143
6-1-3	分析手法	143
6-2	結核分野案件の実績評価	144
6-2-1	結核案件実績の目標/成果達成度・投入評価	144
6-2-2	結核案件実績の動向評価	146
6-2-3	結核対策分野協力の自立発展性と今後の課題	147
6-3	エイズ対策分野案件の実績評価	149
6-3-1	エイズ案件実績の目標/成果達成度・投入評価	149
6-3-2	エイズ案件実績の開発文脈における動向評価	152
6-3-3	エイズ対策分野協力の自立発展性と今後の課題	155
6-4	マラリア対策分野案件の実績評価	156
6-4-1	マラリア案件実績の目標/成果達成度・投入評価	156
6-4-2	マラリア対策案件実績の開発文脈における動向評価	159
6-4-3	マラリア対策分野協力の自立発展性と今後の課題	162
6-5	日本によるフィリピン国別援助計画枠組みと感染症対策分野実績との整合性	164
6-5-1	フィリピン援助計画枠組中の感染症対策目標と、 実際の感染症対策案件との整合性	166
6-5-2	フィリピン援助計画枠組中の保健セクター上位目標と、 実際の感染症対策案件との整合性	166
6-5-3	日本によるフィリピン国別援助計画枠組における 感染症対策分野案件の課題	167
6-6	結論と教訓	168
6-6-1	日本によるフィリピンにおける今後の感染症対策協力のありかた	168
6-6-2	プログラム・アプローチの考え方	169
6-6-3	USAID 等他ドナーとの連携のあり方	171

第7章 フィリピン感染症対策分野保健分野協力への提言

7-1	フィリピン感染症対策分野への協力方針に係る提言	173
7-2	プログラム・アプローチとその計画・実施・評価手法に関する提言	176
7-3	今後のドナー連携に関わる提言	178

<添付資料集>

1. 現地調査日程表
2. 参考資料リスト
3. 結核・マラリア案件郡プログラム・アプローチ・ロジックモデル
4. プロセス評価調査資料
5. プログラム（インパクト）評価調査資料
6. 政府・国際・NGO 等関係諸機関面談者リスト

図表リスト

表 1-1	JICA/USAID連携評価の流れ	1
表 1-2	評価対象案件	2
表 1-3	調査団員構成	3
表 1-4	評価クエスチョンの整理と分析方法	4
表 2-1	フィリピン全国の10大死亡疾患（1997年）	10
表 2-2	フィリピン全国の10大疾患（1999年）	11
表 2-3	その他保健関連基本統計	11
表 2-4	結核ケース推計値：結核が深刻なトップ23ヶ国におけるデータ：1999	12
表 2-5	フィリピンにおけるHIV感染ハイリスク要因	14
表 2-6	フィリピンにおける地域別格総生産・貧困指標	16
表 2-7	フィリピン全国・地域別の10大疾患（1999年）	17
表 2-8	地方分権以後の各政府レベルの機能	20
表 2-9	財源別・保健関連の国家予算（1991-1997）	22
表 2-10	地方政府の保健関連予算（1991-1997）	23
表 2-11	フィリピン保健省本省の感染症対策予算配分（2001年）	26
表 2-12	地域保健局での感染症対策予算内訳例	27
表 2-13	州・市保健局での感染症対策予算内訳例	27
表 2-14	保健省本省結核対策予算内訳（2002）	30
表 2-15	保健省第7地域保健局 結核対策予算内訳（2001）	30
表 2-16	州・高度都市化市保健局結核対策予算内訳（2001）	30
表 2-17	保健省本省エイズ対策予算内訳（2002）	34
表 2-18	保健省第7地域保健局STD/AIDS対策予算内訳（2001）	34
表 2-19	保健省本省マラリア対策予算内訳（2002）	38
表 2-20	保健省第7地域保健局マラリア対策予算内訳（2001）	39
表 2-21	USAIDフィリピン感染症対策枠組と予算概要（1999-2004）	42
表 2-22	USAIDフィリピン 人口・保健・栄養セクター新戦略2002-2006年概要（案）	45
表 3-1	プロジェクトとプログラムの関係	50
表 3-2	プログラム・セオリー・マトリックスと評価項目	51
表 3-3	エイズ案件概要表	53
表 3-4	感染症対策協力プログラム・モデルの基本的枠組み	55
表 3-5	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）	56
表 3-6	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）	57
表 3-7	結核:PLM1（プログラム・アプローチ・ロジック・モデル1）	58
表 3-8	結核PLM2（プログラム・アプローチ・ロジック・モデル2）	59
表 3-9	マラリアPLM1プログラム・アプローチ・ロジック・モデル1）	60
表 3-10	マラリアPLM2（プログラム・アプローチ・ロジック・モデル2）	61

表 4-1	件のプロセス評価調査対象者分類と対象者数	65
表 4-2	案件のプロセス評価分析フレーム	67
表 5-1	結核分野協力プログラム投入体系	110
表 5-2	エイズ対策分野の協力プログラム投入体系	112
表 5-3	マラリア対策分野協力プログラム投入体系	114
表 5-4	感染症対策投入体系（1992～2002年）	115
表 5-5	USAIDと日本による投入の比較1：フィリピン感染症対策全般	116
表 5-6	USAIDと日本による投入の比較2：フィリピンHIV/AIDS対策分野	117
表 5-7	USAIDと日本による投入の比較3：フィリピン結核・マラリア対策分野	117
表 5-8	本省感染症対策3分野予算配分比較	118
表 5-9	フィリピン結核分野：保健省本省投入とUSAID・日本による投入の関係	119
表 5-10	フィリピン結核分野：保健省地域保健局投入と USAID・日本による投入の関係	119
表 5-11	フィリピン結核対策分野：地方政府（州）投入と USAID・日本による投入の関係	120
表 5-12	フィリピン結核対策分野：地方政府（市）投入と USAID・日本による投入の関係	120
表 5-13	フィリピン・エイズ対策分野：保健省本省の投入と USAID・日本による投入の関係	121
表 5-14	フィリピン・エイズ対策分野：保健省地域保健局の投入と USAID・日本による投入の関係	121
表 5-15	フィリピン・マラリア対策分野：保健省本省の投入と USAID・日本による投入の関係	122
表 5-16	フィリピン・マラリア分野：保健省本省の投入と USAID・日本による投入の関係	123
表 5-17	試験的インパクト評価概要	126
表 5-18	結核プログラム試験的インパクト評価結果概要表 －検討群とコントロール群の比較－	130
表 5-19	エイズ対策プログラム試験的インパクト評価結果概要表 －検討群とコントロール群の比較－	136
表 6-1	フィリピン結核分野個別案件の目標・成果・投入実績概要表	144
表 6-2	日本による結核対策分野協力実績と、 フィリピン保健省・他援助機関の動向	146
表 6-3	フィリピン・エイズ分野における個別案件の目標・成果・投入実績概要表	150
表 6-4	日本によるエイズ対策分野協力実績と、 フィリピン保健省・他援助機関の動向	153
表 6-5	フィリピン・マラリア対策分野における 個別案件の目標・成果・投入実績概要表	157

表 6-6	日本によるマラリア分野協力実績と、 フィリピン保健省・他援助機関の動向	160
表 7-1	プログラム枠組みと各レベルの責任者	177
表 7-2	本評価調査で試みたプログラム・アプローチにおける 評価による成果と課題	178
図 2-1	フィリピン・マラリアの地理的分布	15
図 2-2	フィリピンの地方行政機構	19
図 2-3	フィリピン保健省組織図（2002年3月現在）	25
図 2-4	感染症オフィス組織図（2002年3月現在）	26
図 2-5	結核対策機構図（2002年3月現在）	29
図 2-6	エイズ対策の体制：主な実施機関（2002年3月現在）	33
図 2-7	マラリア対策機構図（2002年3月現在）	38
図 2-8	USAIDフィリピンの戦略枠組み（1999－2002）	43
図 5-1	日本によるフィリピン感染症対策分野協力プログラム評価手法	108
図 5-2	プログラム・モデルの比較・分析フレーム・ワーク	109
図 6-1	日本によるフィリピン感染症案件の実績評価分析フレーム	143
図 6-2	フィリピンにおける日本の援助計画枠組み	165

第1章 調査の概要

第1章 調査の概要

1-1 評価の背景

JICAは、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分野のひとつである「格差の是正」の中の「基礎的生活条件(Basic Human Needs)の改善」の一環として位置づけて重視している。特に人口・家族計画と感染症（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・個別専門家派遣事業・機材供与事業・無償資金協力事業・青年海外協力隊派遣事業・開発福祉支援事業・現地国内研修事業などのさまざまな形態の協力を組み合わせて行われてきている。このような課題を対象としたアプローチをより効果的に実施していくことがますます求められており、このようなアプローチ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評価の実施が重視されてきている。ここでいうプログラム評価は、ある特定分野や開発課題のもとに計画された共通の目標を持つ複数の事業（プロジェクト）を包括的に取り上げ、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。本評価調査は、このような状況を踏まえて、フィリピンにおける人口・健康分野のプログラム評価を実施するものである。

本評価は、人口・家族計画と感染症（エイズ・結核・マラリア）の2つの分野を対象として、それぞれ「Part I 人口・家族計画」、「Part II 感染症対策分野」の二つに分け、2年度に亘り調査を実施した。なお、JICAの「Part I 人口・家族計画」と「Part II 感染症対策分野」の間には、アメリカ合衆国援助庁（USAID）がエイズ案件の影響評価が実施することとしていたので、日・米がそれぞれの案件を評価する際にお互いに相手方の調査に加わるという形式の「連携評価」の形態を採用し、今後の事業連携の促進と本格的な合同評価実施の第一歩とした。本評価報告書は、このうちの感染症（エイズ・結核・マラリア）対策分野のプログラム評価である。

このような背景には、地球的規模の課題に対して対処していくことを目的として1993年7月に日米政府間協力の一環として打ち出された「日米コモンアジェンダ」においてもフィリピンを共通の対象国としてとりあげたことによる。USAIDは、援助重点3分野のひとつとして家族計画・母子保健・エイズ・感染症を取り上げており、コモンアジェンダでは人口・保健分野を共通の対象分野として連携し協力していくこととした。

評価の流れは次のとおりである。

表 1-1 : JICA/USAID 連携評価の流れ

	評価区分	現地調査期間	評価名称
1	JICA 評価 Part I	2001/02/19-2001/03/20	「人口・家族計画分野（リプロダクティブヘルス）」分野のセクター評価
2	USAID 評価	2001/04/15-2001/04/26	「エイズサーベイランス・教育プログラム評価案件-人口案件の統合のための影響評価」
3	JICA 評価 Part II	2002/01/28-2002/03/01	「感染症（エイズ・結核・マラリア）対策」分野のプログラム評価

(出所) 調査団作成

1-2 評価の目的

本評価の目的は、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 USAID との連携協力に関する提言・教訓

1-3 評価対象案件と対象地域

本評価では、主要感染症であるエイズ、結核、マラリア対策分野で、原則として日米コモンアジェンダ発表直前の1992年以降から評価時点までの間に実施された案件を対象とした。また、それ以前に実施された関連する案件については、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1-2のとおりである。エイズ対策関連では8案件、結核対策関連では4件、マラリア対策関連では3案件である。

表1-2：評価対象案件

分野	プロジェクト名	スキーム名	協力実施期間
エイズ対策 関連	「エイズ対策」	個別専門家	1995/02-1996/06
	「エイズ対策プロジェクト」	プロ技	1996/07-2001/06
	「エイズ対策・血液検査特別機材」	特別機材供与	1996年度-1997年度
	「熱帯医学」	第三国研修	1987年度-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年度-2001年度
	「エイズ等診断及び管理」	現地国内研修	1995年度-1999年度
	「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」 エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」	開発福祉支援 開発福祉支援	1998/12-1999/03 1998/12-1999/03
結核対策 関連	「公衆衛生プロジェクト」	プロ技	1992/09-1997/08
	「結核対策プロジェクト」	プロ技	1997/09-2002/08
	「貧困層結核患者救済」	開発福祉支援	1999/01-2002/01
	「国家結核対策プログラム」	現地国内研修	1999年度-2003年度
マラリア 対策 関連	「マラリア対策」	単発専門家	1997/03-1998/03
	「マラリア対策」	個別専門家	1999/04-2002/04
	「マラリア対策計画」（「子供の福祉無償」）	無償資金協力	1998年度

1-4 評価調査団の構成

本評価調査団の構成は表1-3のとおりである。また、USAIDからは、主に Dr. Jed Meline、及び Dr. Corazon R. Manaloto (Public Health Advisor Office of Population, Health and Nutrition)の協力を得た。

表 1-3 : 調査団員構成

	氏名	肩書	所属先	現地調査参团期間
团长/総括	三好 皓一	室長	JICA 企画・評価部 評価監理室 (2002.3.15 迄)・国際協力専門員	2002.02.07-2002.02.07
感染症対策 評価	喜多 悦子	教授	日本赤十字九州国際看護大学	2002.02.04-2002.02.17
		客員教授	早稲田大学大学院アジア太平洋 研究センター	
評価企画	中澤 哉	職員	JICA 企画・評価部 評価監理室	2002.02.07-2002.02.14
評価監理	平田 慈花	ジュニア専門員	JICA 企画・評価部 評価監理室	2002.02.04-2002.02.22
評価分析 (コンサル タント)	和田 知代	社会開発部保健セ クターチーフ	グローバルリンクマネージメン ト株式会社	2002.01.28-2002.03.01
評価分析(補 助員)	MarilynN.Gorra, MPH,DPA	Managing Director	HEWSPECS, INC	2002.02.01-2002.03.23

1-5 評価クエスチョンの設定と分析方法

本評価では、まず評価の対象を明確にするために、JICA のさまざまな協力形態により実施されている協力事業をひとつの政策体系（目的体系）を協力プログラム・モデルとして取りまとめた。本評価では、政策体系をプログラム・セオリー¹に基づいてプログラム・アプローチ・ロジック・モデル²（PLM/2000 年度実施の PartI においても使用）して体系化し、この PLM を基に評価を実施した。評価は、以下の評価クエスチョンを設定し、これを、実績評価、プログラム評価、実績評価の 3 つの評価を総合し、教訓・提言の抽出を試みた。

- ・ 関係者はプロジェクトをどのように認識していたか。
- ・ 関係者間でその認識にどのような相違があるのか。
- ・ 認識は時系列的（案件形成時、計画立案時、実施時、評価時）にどのように変化してきたか。
- ・ JICA のプログラムとしての投入はどのようなものであったのか。それは適切なものであったのか。
- ・ JICA のフィリピン感染症分野の介入³に対するインパクトは何か？そのインパクトは持続するのか。
- ・ プロジェクト目標と成果の達成度はどうなっているか。投入の実績はどうなっているか。
- ・ 日本による過去 10 年間の感染症案件は、フィリピン国感染症対策の文脈の中で適切に行われたか。

¹ 「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）間の因果関係を指す。

² 「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル」の作成により、従来不明確であったプログラムとプロジェクトにおける上位目標、プロジェクト目標、成果、活動、投入の関係を明確にし、プロジェクトをプログラムの部分として評価分析する枠組みを提供できるようになった。

³ 「介入」：JICA で従来「協力」と呼ばれてきた施策—事業体系の総称を指す。本評価では JICA の施策—事業体系と相手国の政策体系との関連性を明確にし、JICA の施策—事業体系の効果発現目的と相手国の政策目的との間に一貫性を持たせるために、「介入」という言葉がより適切であると判断し、この用語を使うこととした。

具体的には、過去 10 年ほどの間に実施された（または実施中の）フィリピン感染症案件群全般（結核・エイズ・マラリア）を、事後的にプログラム体系として捉え、協力効果（実績値の変化）を測定し、その上でプログラム⁴としての因果関係を整理すると同時に、案件形成・立案・実施・評価プロセスにおける関係者の認識分析を行って、協力の効果発現・阻害要因の検証を試みた。

評価クエスチョンと「プロセス評価」・「プログラム評価」・「実績評価」の関連を整理すると表 1-4 のとおりとなる。本評価では、これらの評価クエスチョンにそれぞれ応える一方、PLM を活用した評価手法の有用性を併せて確認した。

表 1-4：評価クエスチョンの整理と分析方法

評価の種類	評価クエスチョン	評価の視点	分析方法
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？	案件の実施プロセス（形成、計画立案、実施、評価）を把握し、異なるステークホルダーがどのように認識していたか分析する。	認識の比較分析
	認識は時系列的（案件形成時、計画立案時、実施時、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にどのような相違があるのか？		
プログラム評価	JICA のプログラムとしての投入はどのようなものであったのか。それは適切なものであったのか。	①JICA の感染症分野における介入体系を整理する。	①+②+③の相互関連性及び位置関係についての比較分析
		②USAID の感染症分野介入体系を整理する。	
		③フィリピン感染症分野の現状、政策—施策体系（国レベル・地方レベル）を整理し、JICA/USAID の介入を整理・分析する。	
	JICA のフィリピン感染症分野の介入に対するインパクトは何か？	エイズ、結核の各疾患別に各案件群のインパクトを明らかにする。	案件裨益エリアと非裨益エリア ⁵ を対象地域とするインパクト調査
	そのインパクトは持続するのか？	インパクト発現の促進・阻害要因について考察する。	阻害・貢献要因分析
実績評価	プロジェクト目標と成果の達成度はどうなっているか。投入の実績はどうなっているか。	評価時点での現状を把握する。	実績調査
	日本による過去 10 年間の感染症案件は、フィリピン国感染症対策の文脈の中で適切に行われたか。	フィリピンの開発政策の動向と JICA/USAID の協力動向を整理する。	動向分析

（出所）調査団作成

⁴ 「プログラム」は「共通の目的・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。プロジェクト（個別案件）以外の外部条件も考慮した定性的な評価の対象（2002 年 3 月 25 日時点）

⁵ 非裨益エリアは、可能な限り裨益エリアと基本的社会経済指標（人口規模、産業構造、医療機関へのアクセス状況等）が類似した地域を選定することに留意した。

1-6 調査実施の方法

本評価では、下記の二通りの方法に基づき情報収集と分析を行った。

- 1) 国内調査・現地調査を通じた調査実施の主な方法は、キーインフォーマントに対するインタビュー調査と e-mail を活用したスノーボールサンプリング方式のアンケート調査を採用した。この二つの調査方法を組み合わせることにより、精度の高いサンプルを多数集めることができ、PLM を試行的に活用して実証的な定性分析を行うための材料となった。
- 2) インパクト調査では、観察調査、アンケートによる出口調査、フォーカスグループディスカッションを通じて、インパクト測定のための定量・定性指標の実績値を抽出した。

1-7 評価実施の作業工程

本評価は、2001年12月に開始し、以下のような作業工程を経て実施した。

- 1) 国内準備期間
 - ① フィリピン保健セクターの概況調査、地方分権化の概況調査を進める一方、評価対象案件の机上調査により収集した情報を基に PLM を作成した。これを基に「評価フレームワーク」を作成した。
 - ② キー・インフォーマント・インタビュー調査と e-mail によるアンケート調査を、日本国内に在住の日本側関係者（現・元 JICA 職員、現・元日本人専門家、元国内支援委員）に対して実施した。
 - ③ インパクト調査の準備として、評価指標と検討群・コントロール群を選定し、調査・分析手法の検討を行った。
- 2) 現地調査期間
 - ① 現地調査を、2002年1月28日から3月1日までの期間に実施した。
 - ② 国内調査で実施したキー・インフォーマント・インタビュー調査と e-mail によるアンケート調査を、引き続きフィリピン国内在住の現・元 JICA 日本人専門家、現・元 JICA フィリピン事務所職員、大使館関係者、フィリピン保健省・保健局関係者、フィリピン政府関係者、NGO 関係者、他援助機関関係者に対して実施した。また可能な限りプロジェクト・サイトを訪問し、ヒアリングと観察調査を実施した。
 - ③ 一方でローカル・コンサルタントを中心とするインパクト調査では、観察調査、アンケートによる出口調査、フォーカス・グループ・ディスカッションを実施し、評価指標の収集を行った。

なお、詳細な現地調査日程表は添付資料1のとおりである。

- 3) 国内整理期間

国内調査・現地調査を通じて収集された定性的・定量的データを基に、PLMの改訂と分析作業を行い、プロセス評価・プログラム評価・実勢評価の結果から提言・教訓を取りまとめた。

1-8 評価報告書の構成

本評価報告書は、次章でフィリピンにおける感染症対策の現状を概観し、第3章で日本によるフィリピン感染症対策案件評価のためのプログラム・モデルを作成し評価対象を明らかにする。以下、作成したプログラム・モデルを基に、第4章で関係者での認識の比較分析に焦点を当てプロセス評価を、第5章で感染症分野の協力案件群を一つのまとまった介入としてとらえプログラム評価を、そして、第6章で実績評価を行わない、第7章でそれぞれの評価結果を基に提言教訓をとりまとめた。

第2章 フィリピンにおける感染症対策の現状

第2章 フィリピンにおける感染症対策の現状

2-1 一般概況^{1,2}

2-1-1 自然

(1) 地勢

フィリピンはアジア大陸の南東、台湾とボルネオ、スラウェシ等の間の西太平洋上に位置する。国土は大小合わせて約 7,100 の島々から成り、インドネシアに次ぐ世界第 2 の群島国家である。主な島々は、ルソン島、ミンダナオ島、セブ島などであり、主要 11 島で、全国の総面積（約 30 万平方キロメートル）の 96% を占める。島々は、マニラ首都圏が存在するルソン島、セブなどが含まれるビサヤ地方、および、ミンダナオ島・スールー諸島などの 3 つの大きなグループに分けられ、また、それぞれの地域・地方ごとに独自の言語、文化、歴史を持つ。

(2) 気候

フィリピンは気候的に熱帯モンスーン区に属し、1 年を通じて気温・湿度が高い。年平均気温は 27 度で、気温の季節的变化はあまりないが、1 日の気温差は 10 度以上になることもある。季節風の影響によって、6 月から 10 月にかけて、台風が来襲するが、発生域に近いため、十分発達しきっていないものもあり、必ずしも毎回激しい暴風雨を伴うものではない。降雨の年間分布によって、フィリピンは 4 つの気候帯に分類される。

第 1 のタイプは、乾季・雨季がはっきりしていて、西海岸型気候とも呼ばれるもので、マニラ、バギオ、イロイロの都市は、この気候帯に属する。第 2 のタイプは、一年中降雨があつて、はっきりした乾季はなく、11 月～1 月に雨季がある地域で、特に 1 月、2 月に最大降雨期を持つ。この気候帯は群島の東側、つまり太平洋側に沿って見られ、東海岸型気候とも呼ばれ、レガスピ、タクロバンがこれに属する。第 3 のタイプは、1 月～4 月に乾季があるが、明確な最大降雨期のない地域で、群島東海岸と西海岸部の中間地帯西寄りに見られる。ツゲガラオ、セブ、ザンボアンガがこの気候帯に属する。第 4 のタイプは、1 年中平均した降雨をもち、乾季や雨季が明確でない地域で、東海岸型に隣接して分布する。ダバオがこの気候帯に属する。

2-1-2 社会

(1) 歴史・政治・経済

フィリピンの歴史は、大きく 4 つに分類される。第一は、1521 年にマゼラン一行がセブに上陸して以降、約 300 年続いた「スペイン統治時代」、第二は、1898 年から 1941 年までの「アメリカ合衆国統治時代」、第三は、短いながらフィリピンの歴史に大きな影響をもたらした、第二次

¹ 国際協力事業団 医療協力部 「国別医療協力ファイル」フィリピン、平成 9 年

² F. Landa Jocano, "Filipino Social Organization", 2000

大戦中 1941 年から 1945 年までの「日本軍政時代」、そして第 4 が、1946 年にアメリカ合衆国より政治的独立を勝ち取ってから現在に至る「現代」である。独立以来、ロハス、キリノ、マグサイサイ、ガルシア、マカパガル政権を経て、65 年に第 10 代マルコス大統領が誕生した。72 年にマルコス政権は戒厳令を発したが、79 年以降、マルコス政権に対して戒厳令解除を求める反政府運動が盛り上がり、政府の弾圧が強まった。この政治混乱時代には、経済も低迷した。

こうした中で、マルコスの政敵ベニグノ・アキノ元上院議員が、83 年 8 月 21 日亡命先の米国から帰国した際にマニラ空港で暗殺された。この後実施された 1986 年の大統領選挙で、暗殺されたアキノ元上院議員の妻だったコラソン・アキノとマルコス大統領の一騎打ちとなり、市民による抗議デモ（ピープル・パワー）等の大波乱の末、最終的にコラソン・アキノが第 11 代大統領に就任し、マルコス大統領は国外に脱出した。アキノ政権は発足当初、アキノ政権へは内外から高い期待がかけられたが、各種改革はほとんど進まず、これに不満を持つ共産勢力が対決姿勢を強め、また、それに反発する国軍の反乱事件が頻発するなどして、一時は回復した経済も再びマイナス成長に転じた。本評価 Part I の評価対象になったリプロダクティブ・ヘルス分野では、同政権がカトリック教会の強い支援の下に誕生したこともあり、前政権の人口増加率の抑制政策は否定され、人口委員会（POPCOM: Population Commission）の権限は大幅に縮小された。（詳細は PART I 報告書参照）

1991 年には、地方自治法が成立し、多くの機能やサービスが地方に委譲されることになった。公務員は原則的に 12 の行政区（2002 年現在は、13 の行政区と、マニラ首都圏、ムスリム・ミンダナオ自治区、コルディリェラ行政地域）の関係省庁に移管され、中央の公務員として残った者もいるが、大半は地方公務員として地方政府予算から給料を受け取るようになった。これにより、地方政府への歳入割り当ては増加されることになったが、同時に地方政府による歳入増加努力及び地方政府の能力向上が強く求められるようになった。

1992 年に実施された民主的大統領選挙の結果、フィデル・ラモス前国防長官が第 12 代大統領として当選した。ラモス大統領は、経済再建と国民団結、治安回復を政策の重点に置き、主要な反政府勢力である共産勢力、南部イスラム勢力、国軍政府勢力との和平交渉に乗り出した。この時代に、1998 年の大統領選挙では、ジョセフ・エストラダが代 13 代大統領として当選した。しかし、エストラダ大統領は、2001 年に贈収賄等の罪で大統領弾劾裁判を受け、市民による大統領抗議デモは「ピープル・パワーII」に発展し、閣僚・国軍・国家警察もエストラダ政権に対する支持を撤回、1 月 20 日、最高裁は大統領の空席を宣言し憲法規定に従って副大統領であったグロリア・アロヨの後継大統領（第 14 代）就任宣誓を執り行った。アロヨ大統領は、貧困対策を政権の最重要課題として掲げ、農業の近代化、農地改革、雇用創出、反政府勢力との和平交渉の推進等に取り組んでいるが、地域格差、貧困問題、フィリピン南部のムスリム過激派グループに関する問題等、多くの国内問題を抱えている。また、このような政治状況にあるフィリピンの経済成長の伸び率は、他の東南アジア諸国に比べると低く、最重要課題である貧困緩和の達成には相応な時間を要すると予想されている。世界銀行のデータでは、2000 年のフィリピン 1 人当たり

GNP は US\$1,160³、またフィリピン国家統計局によるデータでは失業率は 9.8%となっている。

(2) 産業

フィリピンの主な産業のうち、農林水産業が GNP に占める割合は、2000 年のフィリピン国家統計局のデータ⁴によると約 18.8%で、特に農業関連のプランテーション栽培が中心となっている。農産物はコメ・トウモロコシなどの国内需要向けと、砂糖・ココナッツ・バナナなどの輸出用の二つに大別される。製造業では、大手米国系を中心に食品加工業が最も多くの割合を占めている (GNP の 32.5%)。サービス産業は GNP の 43.2%を占めており、華僑系のフィリピン人が優勢で、航空会社、銀行、百貨店、流通分野などでシェアを拡大している。

(3) 民族

フィリピンの総人口は約 7500 万人⁵であり、またこれらフィリピン人は、134 の民族グループに分けられると言われる。先住民族は中央アジアから渡来したと言われるネグリート族で、この後、現在全人口の 9 割強を占める南方モンゴロイドと言われる新マレイ系 8 グループ (セブアーノ、タガログ、イロカノ、ビコル、イロンゴ、ワライ、パンパンガ、パンガシナン) が流入し、多数民族を構成している。他にコーカソイドとモンゴロイド両方の形質を持つ旧マレイ系人種、中国人、ヨーロッパ人そしてメスティーソと呼ばれる、スペイン系とマレイ系あるいは中国人との混血など 1 割弱が少数民族である。イスラム教徒のモロ族にしても、人種的にはタガログ、セブアーノと同じ、新マレイ系である。

(4) 言語

フィリピン諸語は、言語的にはいずれもアウストロネシア語族に属し、マレイ語、ジャワ語などと多くの共通点を持つ。その数は、134 種とも 186 種とも言われているが、主要なものだけでもマレイ語系のセブアーノ語 (全人口の 24.4%)、タガログ語 (23.8%)、イロカノ語 (11.1%)、サマル・レイテのビサヤ語、ビコール語、パンパンガ語、パンガシナン語など 8 種類を数える。1939 年タガログ語を基礎として形成する「ピリピノ語」を国語とすることが制定されたが、英語は公用語として広く使用されている。

(5) 宗教

フィリピン文化は社会の歴史的形成過程を反映して、地域差に富む。大別すると、カトリック文化圏、イスラム文化圏、山岳少数民族文化圏に分けられる。一方、フィリピン群島全体に共通した文化も見られる。フィリピン国民のほとんどは、キリスト教徒である。これはスペイン統治の遺産であるが、同じキリスト教徒でも、カトリック (83%)、プロテスタント (9%)、フィリ

³ <http://wbln0018.worldbank.org/psd/>

⁴ National Statistical Coordination Board URL: <http://www.nscb.gov.ph/view/>

ピン独立教会などの宗派に分かれる。残る 7%がイスラム教徒で、ミンダナオ島南西部及びパラワン島南西部を中心に存在する他、それぞれの地域の土着宗教を信仰する人々もいる。

(6) 教育

フィリピンはもともと教育熱心な国であり、教育水準は高いといわれている。識字率についても、東南アジアの中で比較しても 83.8%と高く、初等教育の義務教育化など、発展途上国としては法制度的にも整備されている。しかし一方で、人口増加や財源不足に伴う教室や教科書の不足、教員の海外流出や教員不足などによる基礎学力の低下、貧困などによる生徒中退の増加など、多くの課題も抱えているのが現状である。就学率は初等学校で 97%、中等学校では 65.4%、大学で 23.9%と東南アジアの中では高い方である⁵。しかし、卒業率となると、初等学校で 70%を切り、中等学校では 50%程度となると言われており⁶、これらは家庭の経済的な理由によるものがほとんどといわれている。授業料は無償であるが、制服や教材費等は自己負担（初等学校は無償）であるため、保護者が安定した収入を確保していない場合には、経済的な事情で就学をあきらめなくてはならない。

2-2 保健概況

表 2-1 から明らかなおり、フィリピンでは、肺炎や結核、下痢等の感染症が主要死亡疾患の上位を占めているが、循環器系疾患、悪性腫瘍も多く、途上国型から先進国型の死因構成へと変わりつつある時期にある。

表 2-1 フィリピン全国の 10 大死亡疾患 (1997 年)

順位	原因	実数	罹病率 対:10万人
1	心臓病	49,962	69.8
2	血管系疾患	38,693	54.1
3	肺炎	30,811	43.1
4	悪性腫瘍	28,563	39.9
5	結核 (すべての種類)	26,842	37.5
6	事故	23,056	32.2
7	慢性閉塞性肺疾患	11,807	16.5
8	その他の呼吸器系疾患	6,961	9.7
9	糖尿病	6,749	9.4
10	下痢性疾患	6,704	9.4

(出所) National Epidemiology Center, "UPDATES ON FHSIS 1999"

また、表 2-2 は 10 大疾患を現しているが、疾患については感染症がより多くを占め、特に本調査対象となっているマラリアも上位 7 位に入っている。このため、フィリピン保健省では感染症対策を大きな課題としてとらえている。また、後述するとおり、都市部と農村部、特に離島や僻地、都市部のスラム地域と富裕層との保健状況にも大きな差が存在することが

⁵ Prostyle Grafix, "Political Map of the Philippines", 2001

⁶ National Statistical Coordination Board URL: <http://www.nscb.gov.ph/view/peopoe.htm>

問題となっている。さらに質の高い保健サービスへのアクセスについても、地域間の格差は大きい。

表 2-2 フィリピン全国の 10 大疾患 (1999 年)

順位	原因	実数	対:10万人
1	下痢症	845,203	1,322.3
2	肺炎	638,632	999.2
3	気管支炎	591,171	924.2
4	インフルエンザ	548,407	858.8
5	肺結核/呼吸器系疾患	143,753	224.9
6	高血圧症	87,706	135.3
7	マラリア	69,112	108.1
8	水痘	61,456	96.1
9	心臓病	56,833	89.3
10	麻疹	15,586	55.7

(出所) National Epidemiology Center, "UPDATES ON FHSIS 1999"

なお、フィリピンにおける、その他の保健指標は表 2-3 のとおりとなっている。

表 2-3 その他保健関連基本統計

項目	数値	
総人口(2000年) ⁸	7,530万人	
年間人口増加率(%) (1995-2000年)	2.1	
都市部人口(%) (1995年)	54	
都市人口増加率(%) (1995年)	3.7	
粗出生率(人口1000人当り) (1999年) ⁹	28	
粗死亡率(人口1000人当り) (1999年) ¹⁰	6	
合計特殊出生率 (1995-2000年)	3.62	
出生時平均余命	男	66.5歳 女
		70.2歳
乳児死亡率(1歳未満児) (1000出生当り)	36	
5歳未満児死亡率 (1000出生当り)	男	49 女
		38
妊産婦死亡率 (10万出生当り)	170	
避妊実行率 (1998年) ¹¹	すべての方法	47%
	近代的避妊法	28%
保健スタッフの立会いの下での出産	53%	
人間開発指数順位 ¹²	77位(174か国中)	
ジェンダー開発指数順位 ¹³	77位(174か国中)	

(出所) UNFPA 『世界人口白書 2000』

2-3 流行状況

前述のとおり、フィリピンにおいて、感染症は今でも主要な死因・疾患となっており、国の重要な保健課題と認識されている。ここでは、特に本調査の対象となっている、結核、エイズ、マラリアの流行状況について概観する。

⁷ (財) 自治体国際化協会 URL

⁸ フィリピン 2000 年の国勢調査暫定値

⁹ ユニセフ 『世界子供白書 2001』

¹⁰ Ibid.

¹¹ DOH, National Demographic Health Survey 1998

¹² UNDP 『人間開発報告書 1999』

¹³ Ibid.

2-3-1 結核^{14,15,16,17,18}

フィリピンは、世界有数の結核蔓延国であり、その対策があまり順調に進められてこなかった点でも世界的に知られていた。1981年～1982年に実施された全国結核実態調査によれば、人口の54.5%が結核に感染し、未感染者が結核に感染する年間感染危険率は2.5%、塗抹菌陽性率は人口千対6.6、X線陽性率は4.2%と推定され、蔓延状況に都市と農村地区間の差がなかった。

この後、フィリピンでは、1997年に再び結核実態調査が行なわれた。その結果によると、1997年に、人口の63.4%が結核菌に感染し、年間感染危険率は2.3%、塗抹菌陽性率は人口千対3.1、X線陽性率は4.2%と推定され、1981-82年の調査データよりそれほど改善されていないことが明らかになった。

また、WHOの推計（2001年）によれば、表2-4のとおり、世界における結核患者数でフィリピンは234000人で第7位という高い位置にいる。また、対人口10万あたりの患者数では314人で世界第10位、アジア地域ではカンボジア、アフガニスタンに次いで第3位という深刻な状況にある。

表 2-4 結核ケース推計値： 結核が深刻なトップ23ヶ国におけるデータ：1999

国 結核患者のい順	人口(千)	推計値			塗抹陽性ケース (千)	対人 10万	累計 (%)	97-99年 における結核 患者数順位 の変動
		全ての 結核患者発数 (千)	対人口 10万	対人 10万				
1	インド	998056	1847	185	827	83	22	0
2	中国	1266838	1300	103	584	46	37	0
3	インドネシア	209255	590	282	265	127	44	0
4	ナイジェリア	108945	327	301	142	130	48	2
5	バングラデッシュ	126947	306	241	138	108	52	-1
6	パキスタン	152331	269	177	121	79	55	-1
7	フィリピン	74454	234	314	105	141	58	0
8	エチオピア	61095	228	373	96	157	61	1
9	南アフリカ	39900	197	495	80	201	63	-1
10	ロシア連邦	147196	181	123	81	55	65	1
11	コンゴ	50335	151	301	65	130	67	1
12	ベトナム	78705	149	189	67	85	69	-2
13	ケニア	29549	123	417	51	173	70	2
14	ブラジル	167988	118	70	53	31	72	-1
15	タンザニア	32793	112	340	47	145	73	-1
16	タイ	60856	86	141	38	62	74	0
17	モザンビーク	19286	79	407	33	169	75	9
18	ミャンマー	45059	76	169	34	76	76	-1
19	ウガンダ	21143	72	343	31	146	77	0
20	アフガニスタン	21923	71	325	32	146	77	-2
21	ジンバブエ	11529	65	562	26	226	78	0
22	カンボジア	10945	61	560	27	251	79	0
23	ペルー	25230	58	228	26	102	80	-3
上位23ヶ国の 合計値		3760358	6700	178	2969	79	80	
世界全体の合計		5975045	8417	141	3724	62	100	

(出所) WHO “WHO Report 2001: Global Tuberculosis Control”, 2001

¹⁴ DOH, “Manual of Procedures: For the National Tuberculosis Control Program, 2001”, 2001

¹⁵ 国際協力事業団「結核対策分野における日本の国際協力実績」、平成12年

¹⁶ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998年

¹⁷ JICA フィリピン結核対策プロジェクト資料、2002年

¹⁸ WHO Western Pacific Regional Office, “Tuberculosis Control: WHO Western Pacific Region 2000 Report”, 2000

2-3-2 エイズ^{19,20}

エイズが大流行している国々に囲まれたフィリピンでは、1984年の最初の患者発生以来、序々に感染者の増加が報告された。しかし1997年におけるの推定感染有病数は17,500人、推定感染有病率0.041%で、アジアの他国に比べてフィリピンのHIV流行状況は小規模にとどまっていた。これについて、当時は、フィリピン国におけるHIVのサーベイランス体制が未熟であるために、流行状況を現すデータが低く留まっているのではないかと考えられていた。表2-5におけるフィリピンにおけるHIV流行のリスク・ファクターを考慮すると、「2000年までには同国のHIV感染者は100,000人程度に膨れ上がるであろう」と予想されていた。そのような状況に対応するために、フィリピンでは1993年から2000年にかけて、USAIDとWHOのサポートにより「国家HIVセンチナル・サーベイランス（National HIV Sentinel Surveillance System: NHSS）」が実施され、全国の主要都市で、ハイリスク・グループ（性産業従事者、静注薬物乱用者、男性同性愛者等）間でのHIV感染流行状況が調査された。その結果、2000年の時点では、HIV陽性ケースは約10,000程度で、感染率は約0.07%と下方修正された。

WHOは、フィリピンにおいて、このようにHIV感染が低い理由を、以下のように推察している。

- ① 性産業従事者のネットワークがあまり広範に渡っておらず、パートナー数が比較的少ない。
- ② 男性の女性性産業従事者との接触が比較的低いか、複数のパートナーがいる場合でも、一時期には1人のパートナーとしか性交渉をせず、彼らの関係にある種の“一夫一婦制”が成立している。
- ③ 一般男性の多くは、1人のパートナーしか持たない。
- ④ 肛門性交を行なう男性が少ない。
- ⑤ 潰瘍性の性感染症が少ない。
- ⑥ 静注薬物乱用者が少ない。
- ⑦ 男性の多くが割礼している。
- ⑧ フィリピンの地勢的特徴のため。（群島国家である）

上記の理由以外に、WHOは、フィリピンにおける性感染症コントロール・プログラムが50年以上前から開始されているということや、1990年代初等から、HIV予防キャンペーンが開始されていること、またサーベイランスが実施されたこと等も、HIV流行が低い「推察される理由」としている。しかしながら、フィリピンにおいて、まだHIV流行が低い原因を科学的に証明した研究はなく、よってWHOを含め関係者の多くは、「現在のHIV予防対策（安全な性行為の推進）をフィリピンが怠れば、数年先にHIV流行の状況が大きく変わってしまう可能性は大いにありうる」と警告している。

¹⁹ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998年

²⁰ WHO, “Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 2000”, 2000

表 2-5 フィリピンにおける HIV 感染ハイリスク要因

リスク要因	状況
1. 性産業が盛んである (CSW: Commercial Sex Workers)	フィリピンは性産業が盛んな国であり、50 万から 200 万の性産業従事者がいるとの推定もあるが、実態は把握されていない。性産業従事者と言いつても、以下のようなタイプがあり、また、正確な数値を出すのは現実的に困難というのが、フィリピンにおける一般的な認識である。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 女性性産業従事者 ・ 男性性産業従事者 ・ 未成年者/児童性産業従事者 ・ 登録済み性産業従事者 ・ フリーランス性産業従事者 ・ カラオケバーでの性産業従事者 ・ ビアガーデンでの性産業従事者 ・ マッサージパーラーでの性産業従事者
2. 性産業従事者の中で、 性感染症罹患率が高い	1999 年 WHO の推計によると、フィリピンにおける性産業従事者の性感染症罹患率は以下のとおりとなっている。 <ul style="list-style-type: none"> ・ クラミジア：35% ・ 淋病：15% ・ トリコモナス：5.0% ・ 梅毒：4.0%
3. 海外出稼ぎ労働者が多い (Overseas Contract Workers)	400 万人から 650 万人の海外出稼ぎ労働者がいると推定されているが、これも、性産業従事者同様、正確な数値は把握できない。なぜなら、違法に海外で働くフィリピン人出稼ぎ労働者が相当な数に上ると推定されるからである。

(出所) NEDA/UNDP, “A Matter of Time: HIV/AIDS and Development in the Philippines” 及び WHO, “Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 1999”, 1999

2-3-3 マラリア^{21,22}

マラリアは、フィリピン農村部において最も深刻な感染症の一つである。1946 年マラリアの発生率は 1,000.7 (人口 10 万対)、死亡率は 91.0 (人口 10 万対) であり、他の疾病と比較して患者数は第 1 位、死亡率は第 5 位を占めていた。その後、米国援助によるマラリア撲滅運動を経て、1966 年には発生率 100.8 (人口 10 万対)、死亡率は 4.1 (人口 10 万対) にまで下降したことから、マラリアの根絶が可能かに見えた。しかし、米国と WHO の援助が打ち切られると、これまで減少傾向にあった患者数はほぼ横ばいから増加傾向に転じ、10 万人を突破した。また戦略も「マラリア撲滅」から「マラリア抑制」へと転換を余儀なくされた。その後は、マラリア対策の機構改革や経済発展などにより死亡数・患者数は減少し、保健省のデータによると死亡数 (1997 年) ではトップ 10 から外れ、患者数 (1999 年) では約 6 万人になり、7 位に下がった。2000 年 WHO のデータ²³では発生率 48 (人口 10 万) となっている。しかしながら、それでもなお、マラリアに罹患する患者の多くは 15 歳から 29 歳の若い生産年齢層に属することから、社会経済的影響が大きい疾患であることには変わりはない。

フィリピンのマラリアは、ハマダラカ (羽斑蚊:Anopheles) によって伝播されるため、マラリアの流行はハマダラカの生息地と社会環境の影響を大きく受け、その流行には地域性が強い。フィリピンにおけるマラリア流行の地理的分布を占めす図 2-1 によれば、ルソン・ビサヤ諸島の多く

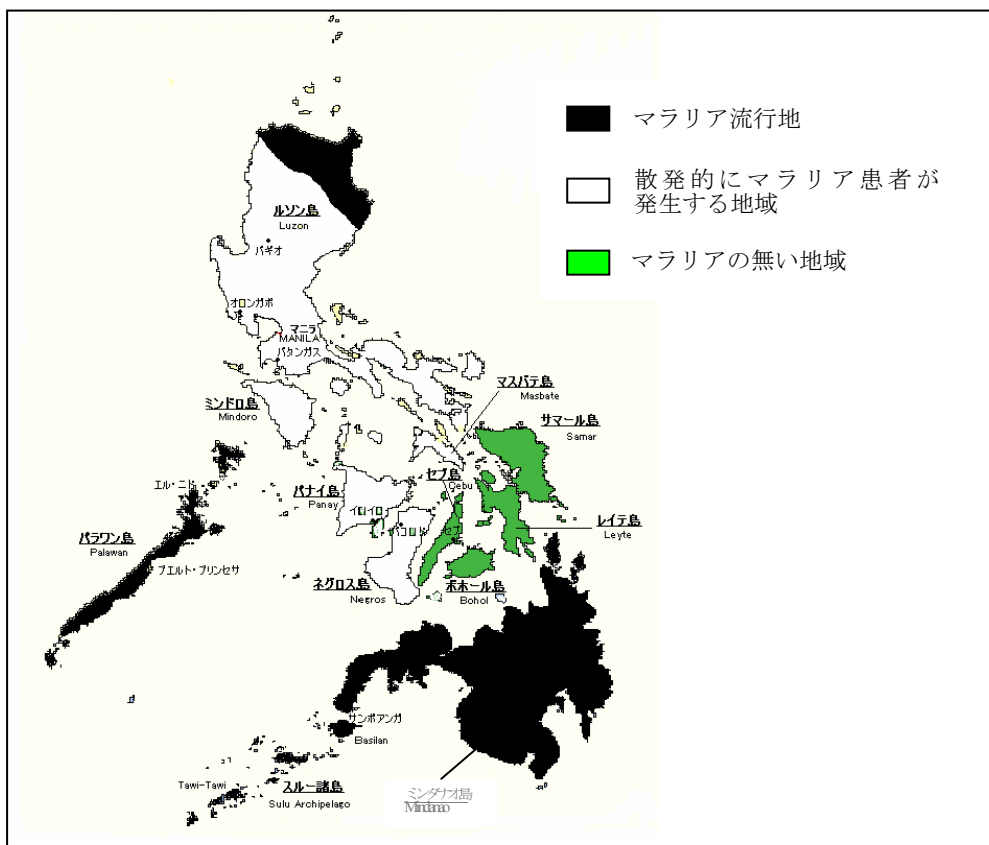
²¹ 国際協力事業団「国別医療協力ファイル フィリピン」、平成 9 年

²² 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998 年

²³ WHO URL: www.malaria.wpro.who.int/t1f2phil.asp

の地域では、マラリアはほとんど問題にならない状況になっている。しかし、南部フィリピンやルソン北部の一部では、依然としてマラリアは重要な健康問題であり、患者数のみならず、死因でも上位を占める。特に、パラワン、スルー、タウイタウイの3州で、フィリピンのマラリア患者全体の3割近い患者数を占めているといわれている。図から明らかなどおり、これら地域は、ムスリムの多く居住する地域で、遠隔地であることや政治的問題もからんで、フィリピンの中でも最も開発が遅れている地域でもある。

なお、フィリピンにおいて主に流行しているマラリアは2種類で、熱帯熱マラリアと、三日熱マラリアである。また、薬剤耐性については、1986年に初めてアモジキンに対するものがパラワン島より報告され、以来アモジキンは1982年から90年までにおよそ36%の耐性度を示していた。現在調査中の研究によると²⁴、西ミンダナオ地方においてクロロキン耐性が25%以上であることが報告されている。また、パラワンにおいては、クロロキン耐性が1992年の14%から1996年の45%に広がっていると報告されている。



(出所) WHO URL: www.who.org.ph/themes_focuses/theme1/focus2/t1f2phil.asp

図 2-1 フィリピン・マラリアの地理的分布

²⁴ WHO URL: www.who.org.ph/themes_focuses/theme1/focus2/t1f2phil.asp

2-3-4 感染症と地域格差・貧困問題

(1) フィリピンにおける地域格差・貧困問題²⁵

フィリピンにおける地域格差・貧困格差は著しく、このような格差が原因となって健康を含む多くの社会問題を引き起こしていることは周知の事実である。特にマニラ首都圏（NCR）の他地域に対する相対的優位は、あらゆる面でフィリピンの地域開発を歪めていると認識されている。表 2-6 は各地域の地域内総生産（GRDP）、及び一人あたり総生産額（GRDP/Capita）、及び貧困発生率を示したものである。NCR の GRDP は国内 GDP の約 30% を占めており、ARMM（ムスリム・ミンダナオ自治区）との比較では 30 倍の格差を呈している。また、一人あたりの GRDP を比較しても、NCR が突出していることがわかる。貧困発生率も地域格差を明瞭に示しており、最も高い貧困発生率を示すのは ARMM 地域の 62.5% であり、続いて第 5 地域、第 12 地域、第 10 地域の順になっている。ミンダナオ地方においては、大都市であるダバオがある第 11 地域を除き、半数以上の住民が貧困状況の中で生活していることを示す。特に第 10 地域は、比較的高い地域内総生産を示すにも関わらず、高い貧困発生率を呈しており、地域内における都市－農村格差の存在をうかがわせるものと言える。総じて NCR を除く全ての地域は、多くの貧困状況下にある住民を抱えており、地域内の都市部－農村部間の域内格差も増大する中で、均等な経済開発による地域住民の「社会的平等」の達成はますます困難なものになっていると指摘されている。

表 2-6 フィリピンにおける地域別格総生産・貧困指標

		地域内総生産(1999年) (GRDP) (In million pesos: at constant 1985 price)	一人当たり総生産額(1999年) (GRDP/Capita) (In pesos: at constant 1985 price)	貧困発生率 (1997年)
全国	Philippines	917,382	11,948	36.8%
NCR	Metro Manila	279,045	28,321	8.5%
CAR	Cordillera Administrative	22,301	15,296	50.1%
第1地域	Ilocos Region	28,639	6,605	44.1%
第2地域	Cagayan Valley	21,337	7,211	38.0%
第3地域	Central Luzon	83,940	10,759	18.5%
第4地域	Southern Tagalog	142,075	13,227	30.0%
第5地域	Bicol Region	25,811	5,307	57.0%
第6地域	Western Visayas	65,439	9,823	45.9%
第7地域	Central Visayas	62,952	10,979	38.9%
第8地域	Eastern Visayas	22,171	5,750	48.5%
第9地域	Western Mindanao	25,641	8,013	45.5%
第10地域	Northern Mindanao	39,592	13,917	52.7%
第11地域	Southern Mindanao	51,061	9,698	44.3%

²⁵ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998年

第12地域	Central Mindanao	24,983	9,463	55.8%
第13地域	Caraga	13,314	5,806	No data
ARMM	Autonomous Region in Muslim Mindanao	9,080	3,991	62.5%

(出所) National Statistical Coordination Board, "2000 Philippines Statistical Yearbook," 2000

(2) 感染症と地域格差・貧困格差

上記に述べたような地域間格差・貧困格差は、感染症を含む疾病構造にも現れている。表 2-7 は、フィリピンの 1999 年における罹病率上位 10 位を、全国、マニラ首都圏、ムスリム・ミンダナオ自治区で比較したものである。表から明らかなおとおり、罹病率の現状は、全国平均や NCR の数値と、貧困率が最も高い ARMM とで、大きな格差があることがわかる。特に感染症に関しては、肺結核と肺炎を除く全ての疾患の罹病率について ARMM が NCR よりも劣悪な状況にある。その中でも下痢症の ARMM での罹患率は NCR の倍以上であり、インフルエンザに至っては ARMM での罹病率は NCR の約 8 倍となっている。マラリアについて見ると、ARMM では 5 位という罹病率であるが、NCR では上位 10 の中に存在しない。さらに ARMM におけるマラリア罹病率は、全国平均の約 6 倍となっている。逆に NCR における肺結核罹病率は全国平均よりやや高く、これは、マニラ首都圏のスラム街における、劣悪な住環境や栄養状況が影響しているものと推察でき、裕福な首都圏内での富裕層・貧困層格差の現実を示唆していると言える。

表 2-7 フィリピン全国・地域別の 10 大疾患 (1999 年)

順位	全国			マニラ首都圏(NCR)			ムスリム・ミンダナオ自治区 (ARMM)		
	原因	実数	罹病率 対 10 万人	原因	実数	罹病率 対 10 万人	原因	実数	罹病率 対 10 万人
1	下痢症	845,203	1,322.3	下痢症	99,225	953.8	下痢症	43,816	2003.5
2	肺炎	638,632	999.2	肺炎	97,271	935.0	インフルエンザ*	36,249	1657.5
3	気管支炎	591,171	924.2	気管支炎	96,142	924.2	肺炎	21,965	1004.4
4	インフルエンザ*	548,407	858.8	肺結核	24,937	239.7	気管支炎	16,339	747.1
5	肺結核	143,753	224.9	インフルエンザ*	21,519	206.9	マラリア	13,307	608.5
6	高血圧症	87,706	135.3	高血圧症	16,486	158.5	高血圧症	7,557	345.6
7	マラリア	69,112	108.1	水痘	4,827	46.4	肺結核	2,871	131.3
8	水痘	61,456	96.1	心臓病	4,625	44.5	水痘	1,512	69.1
9	心臓病	56,833	89.3	麻疹	3,165	30.4	麻疹	1,230	56.2
10	麻疹	15,586	55.7	デング熱	2,565	24.7	心臓病	845	39.0

(出所) National Epidemiology Center, "UPDATES ON FHSIS 1999"

2-4 フィリピン感染症対策の現状

2-4-1 保健医療サービスと地方分権化・地方権限委譲²⁶

(1) フィリピンの地方行政システム

フィリピンでは、地方自治法（Local Government Code of 1991、1991年10月10日制定、1992年1月1日施行）により、大きな自治権が地方政府に委譲された。中央政府が行ってきた公共事業、健康管理システムの運営、教育、農産物価額維持制度、社会福祉制度といった諸機能の大きな部分が地方政府の管轄下に移され、これに伴って国税収入の配分が増額され、課税と各種料金の徴収に関わる地方の権限なども増やされた。地方自治法では、原則として国税収入の40%を一定の配分規定に従って地方政府に配分するよう規定している（内国歳入割当：Internal Revenue Allotment: IRA）²⁷。

フィリピンの地方は、図 2-2 のとおり、13つの地域（Region）、1つの首都圏、及び2つの自治区に分けられる。行政区分としては州、高度都市化市（Highly Urbanized City）、独立市（Independent Component City）に分かれ、州の下は市（Component City）、町（Municipality）に分かれ、それぞれの下にバラングイがある。2002年3月現在、全国に州は78、市は96（高度都市化市は26、独立市は4）、町は1,513、バラングイは41,943ある²⁸。

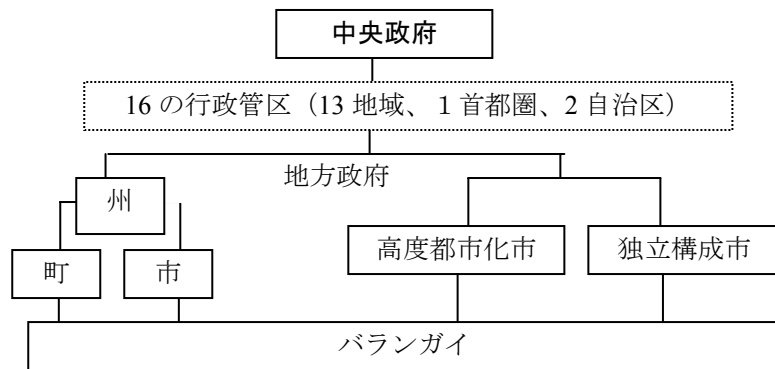
州、市（高度都市化市・独立市・市）、町、バラングイの定義は以下のとおりである。

- ① 州（Province）：最大の行政単位であり、市と町から成る。州として認知されるには、3,500平方キロの面積と50万の人口、1千万ペソの年間収入の確保が必要。
- ② 市（City）
 - ・ 市（Component City）：州の下部機構で、人口10万人、年間収入1千万ペソの規模が必要。自主的な行政が認められている。
 - ・ 高度都市化市（Highly Urbanized City）：人口20万人、年間収入5千万ペソの規模を有することが必要。基本的な構造は市（Component City）とほぼ同じだが、州からは完全に独立している。
 - ・ 独立市（Independent Component City）：特定の地方代表者の機関への参加に制限がある。
- ③ 町（Municipality）：州の下部機構で、多数のバラングイによって構成される。
- ④ バランガイ（Barangay）：最小の行政単位であるバラングイは市、町の領域内で1000人以上の住民を擁し、バラングイ・キャプテンを長とする選挙で選ばれた住民によって管理、運営されている。

²⁶ 独立行政法人国際協力機構 企画・調整部 「特定テーマ評価 フィリピン人口・健康セクター／USAID 連携：Part 1 母子保健・家族計画（リプロダクティブヘルス）分野」、2004年8月

²⁷ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

²⁸ National Statistical Coordination Board: <http://www.nscb.gov.ph/ru5/updates/npcmb.html>



(出所) 調査団作成

図 2-2 フィリピンの地方行政機構

(2) 地方分権化と地方権限委譲

フィリピンの保健医療サービスは、保健省（DOH: Department of Health）と地方政府が管轄している。地方保健医療行政組織と、各地方政府（州／市／町）レベルの保健医療行政に関する役割は表 2-8 に示すとおりである。実際の保健サービスの提供者は、市・町保健所（RHU: Rural Health Unit）と、さらにその下のバラングアイ保健所（BHS: Barangay Health Station）である。RHU には医師、看護婦、水質管理者が常駐し、その他、RHU によっては歯科医やカウンセラーなどがいる。また、それぞれの RHU の管轄下に BHS があり、各 BHS に助産婦が配属されている。BHS の助産婦は RHU に対して週に 1 回の業務報告を行うと同時に指導を受けるなど、密接な関係がある。また、各助産婦の下にはバラガイ保健ワーカー（BHW: Barangay Health Worker）と呼ばれるボランティア²⁹が任命されており、多くが週 1 回程度活動している。

²⁹ プロ技の調査によると、約 3 分の 1 が無給、約 3 分の 2 が月 200-300 ペソの報償費を得ている。

表 2-8 地方分権以後の各政府レベルの機能

(各レベルの政府機関は、各レベルでの保健行政に関し、お互いに独立した権限と予算を持つ)

機能	保健省本省	保健省地域保健局 (CHD)	州政府	市政府	町政府
<ul style="list-style-type: none"> ・基礎的保健 ・PHC・EPI ・母子保健、 ・歯科・栄養 ・家族計画、 ・感染症対策 	外国ドナー支援によるプログラム 国家予算によるパイロットまたは試験的プログラム 国際協定による保健サービス、疾病予防プログラム			RHU BHS	RHU・BHS 子供センター 妊産婦クリニック 医療資材調達
<ul style="list-style-type: none"> ・病院 	メディカルセンター 地域病院 特別医療施設 医療資材の調達		<ul style="list-style-type: none"> ・州立病院 ・地区病院 ・医療資材の調達 	<ul style="list-style-type: none"> ・市立病院 ・医療資材調達 	<ul style="list-style-type: none"> ・市立病院 ・医療資材調達
<ul style="list-style-type: none"> ・運営/管理サービス 		国レベル保健省が制定した保健計画の、地域における運営/実施	<ul style="list-style-type: none"> ・州保健局 ・地区保健事務所 	<ul style="list-style-type: none"> ・市保健局 	<ul style="list-style-type: none"> ・町保健所
<ul style="list-style-type: none"> ・政策/計画/基準作り 	規制、許認可機能 国家保健計画策定		<ul style="list-style-type: none"> ・州保健計画策定 	<ul style="list-style-type: none"> ・市保健計画策定 	<ul style="list-style-type: none"> ・町保健計画策定

(出所) 調査団作成

1980 年台までフィリピンの行政機構は中央集権あり、公的医療機関及び保健医療サービスはすべて保健省の指揮命令下にあったが、地方自治法施行後、地方政府への権限の委譲が断行され、保健省の管轄は地域保健局 (Center for Health and Development: CHD、旧 Regional Health Office) までとなり、州 (Province) / 市 (City) / 町 (Municipality) / バランガイ (Barangay) における保健サービスは各レベルの地方政府が独自に実施することとなった。各レベルの地方政府において、それぞれの行政最高責任者 (州知事・市長・町長) を長とする地域保健諮問委員会が形成され、委員会メンバーとして各地方政府の議会代表者、保健省代表者、民間セクター代表者が参加して、地域における保健政策 (予算・人事・活動等) を決定することになっている。

新地方自治法の施行にともない、責務・職員・施設・機材などが保健省から各地方政府へ委譲された。職員は 1990 年時点の保健省本庁職員約 68,000 人のうち、約 45,000 人が地方政府へ移管され、さらに 2000 年にも大幅な移管が実施され、現在本省職員は約 1,700 人にまで縮小している。この本省の縮小により、保健省本省の責務は、技術的支援が主要業務となり、さらにアドボカシー³⁰、政策に関連する調査・評価・指導 (ガイドラインの設定等) のみに限定され、実際のサービス提供は地方政府保健局の役割とった。権限は大幅に縮小した。また、上記表 2-8 のとおり、保健行政に関しての中央政府である保健省からの縦割り命令系統は事実上ほぼ消滅し、保健省本省、保健省地域保健局、州保健局、市保健局、町保健局は、互いに命令権のない独立した権限と予算を持つ保健行政個体となった。例えば、保健省本省は感染症に関するガイドラインを設定するが、これを実施するか否かは保健省地域保健局の裁量で決定でき、また、保健省本省は保健省地域保健局に対し監督指導を強制的に行う権限は持たない。しかしながら、保健プログラムの中には、まだ完全に地方に権限が委譲されずに地方分権化以前の縦割り体制が残っているものもある。雇

用体系の面から見ると、マラリア対策においては現在もなお保健省の雇用というステータスで地方の現場の第一線でサービスを提供している職員もいる。一方、結核対策などのプログラムでは、現場の第一線でサービスを提供する全ての職員は、地方政府保健局により雇用されている。物資供給の側面から見ると、結核対策プログラムでは保健省本省から抗結核薬を地方に支給している。

上記のような地方分権化・地方権限委譲に関しては、まだ変革の途中であることも影響してか、今回の調査では肯定的・否定的双方の意見が聞かれた。肯定的意見の代表としては、地方権限委譲前の縦割りの保健サービス供給体制と比較すると、権限委譲後の体制の方が、それぞれの地方独自のニーズを反映した保健行政が可能になったというものである。否定的意見の代表的なものとしては、地方権限委譲で保健省本省の人的・財政的能力が縮小されたことで、本省が地方に対して監督指導を行う機能が著しく低下し、地方ごとに保健サービス提供に大きな格差が広がりつつあること、また、本省に地方からの情報が集まりにくくなったことなどが挙げられている。

(3) 保健機構改革 (Health Sector Reform Agenda: HSRA 1999-2004)

① 保健機構改革の目指したもの

上記のように 90 年代初頭から始まった地方分権化、地方権限委譲の流れを受けて、フィリピン政府は保健指標の改善が伸び悩んでいる現状を打開するために、保健機構改革を実施することとし、保健機構改革アジェンダ (HSRA: Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004) を 1999 年に発表し、2000 年から実施している。同アジェンダでは、保健セクターの達成すべき目標 (保健財政・地方保健制度・公衆衛生プログラム・病院制度・監理システムの向上と効率化) のための政策・方策が示されている。また同アジェンダでは、特に貧困層への保健サービスのアクセスの向上と各世帯の経済的負担の軽減に留意している。

- ・ 同アジェンダの 5 つの主な改革分野は、以下のとおりである。
- ・ 国立病院の財政的自立
- ・ 優先順位の高い公的保健プログラムのための予算の確保
- ・ 地方保健制度の確立と効果的な実施
- ・ 保健サービス実施機関の能力向上
- ・ 国家健康保険プログラム (NHIP: National Health Insurance Program) の普及と国民皆保険の達成

② 保健機構改革の現状

上記のような目的で実施された保健機構改革であるが、感染症分野に関しては改革の過程でいくつかの混乱を引き起こし、その混乱が感染症分野で特に大きいことが本調査を通じて明らかになった。保健機構改革による感染症分野における最も大きな変革とは、それまで保健省本省で独立した部署として数十名の専門職員を抱えていた結核対策部、マラリア対策部、住血吸虫本部が、保健機構改革により消滅し、図 2-3 の中ほど右側に位置する「感染症対策室 (Office of Infectious

³⁰ 意見を唱え、支持を求めめるための活動。

Diseases) 」に統合されたことである。

この保健機構改革によるフィリピン感染症分野への影響に関しては、今回の調査でインタビュー等実施した限りでは、フィリピン側・日本側双方の関係者により否定的な見解しか聞かれなかった。関係者の多くは、各感染症対策部の統廃合で、それまで主な感染症ごとに保健省本省に数十名いた専門職員のポストが消滅し、新たに設立された感染症対策室では、各感染症の担当者が1-3名いる程度になってしまったことで、地方における各感染症対策を本省で監督指導することがほとんどできなくなったことを指摘していた。なお、この保健機構改革により消滅した結核対策部やマラリア対策部の元職員は、これら一連の改革に起因する地方政府への転籍を納得せず、「国による違法行為（人事権の濫用）」として現在も係争中である。しかしながら、保健機構改革はまだ実施されてから間もないため、現時点の状況のみでその是非を判断するのは適切でない。

(4) 保健関連の国家予算と地方政府予算

保健関連の国家予算における支出額は1997年186億ペソであり、1991年の支出額87億ペソと比較すると52.5%の伸びとなっており、1990年代はほぼ増加傾向にある（表2-9）。財源別にみると、外国からの援助（借款と贈与）の割合が減少している。この傾向を、保健省はフィリピン政府の財政的自立が高まっていると評価する一方で、公正でより優先順位の高い公的保健サービスの縮小や実施機関の能力向上のための投入が減少するという分析もある。一方、保健省本省の支出内訳は、「一般行政費」が1993年の59%から1997年の72%へと大幅に増加する一方で、「実施／政策研究」が39%から19%へと大幅に減少しており、保健省の役割がサービス実施から、監督機能だけに縮減したことを予算においても表している。地方政府（LGU: Local Government Unit）の保健分野の予算額をみると、1995年以降大幅に増加していることがわかる（表2-10）。これは権限委譲にともなう財源の委譲によるものである。しかしながら、今回の調査を通じて、地方政府による保健サービス供給は未だ十分とは言えず、サービスの多様な側面において地方政府は中央政府からの支援を受けることを期待しており、また支援を受けないと十分なサービス提供が実施できないという状況にあることが明らかになっている。

表 2-9 財源別・保健関連の国家予算（1991-1997）³¹

	支出額（億ペソ）					割合（%）				
	保健省	他の国家機関	借款（ローン）	贈与（グラント）	合計	保健省	他の国家機関	借款（ローン）	贈与（グラント）	合計
1991年	87	15	8	12	122	71.2	12.3	6.9	9.6	100.0
1992年	94	18	6	7	125	75.2	14.7	4.6	5.4	100.0
1993年	63	22	6	9	101	62.8	22.2	5.8	9.3	100.0
1994年	66	22	5	10	104	63.9	21.5	4.7	9.9	100.0
1995年	76	30	3	9	118	64.6	25.1	2.6	7.6	100.0
1996年	98	35	8	11	153	64.3	22.9	5.4	7.4	100.0
1997年	132	37	4	14	186	70.8	19.6	2.1	7.5	100.0

³¹ DOH, Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004

表 2-10 地方政府の保健関連予算(1991-1997)³²

	支出額 (億ペソ)				割合 (%)			
	個人保健・医療費	公衆衛生費	その他	合計	個人保健・医療費	公衆衛生費	その他	合計
1991年	3	7	4	14	20.0	52.7	27.4	100.0
1992年	3	9	5	17	19.2	50.6	30.2	100.0
1993年	17	29	14	59	27.9	48.1	23.9	100.0
1994年	23	44	21	87	26.0	50.1	23.9	100.0
1995年	28	52	24	104	26.9	50	23.1	100.0
1996年	34	61	30	125	27.4	48.9	23.7	100.0
1997年	39	79	37	155	25.3	50.9	23.8	100.0

(5) 保健省地域保健局及び地方政府における保健行政予算

地方権限委譲後の保健セクターにおいては、地域保健局が地方政府保健局に技術支援を行ない、地方政府が保健プログラムの実施をすることになっている。しかし、プログラムによっては、現在も保健省本省からの物資援助が継続されているプログラムもある。結核がその好例で、抗結核薬は、ほとんど国から地方へ支給されている。保健省地域保健局は国から支給される予算が主な財源である一方、地方自治体保健局は国から地方政府に支給される予算（内国歳入割当：Internal Revenue Allotment: IRA）と、地方での税収の二つの財源がある。

今回の調査でインタビューを実施した多くのフィリピン側関係者の話によると、地方政府保健局では行政府の長による政治的影響強く受け、行政府の長が保健プログラムに政治的興味がない場合には、十分な予算が確保されないという問題があることが明らかになった。地方政府の首長の保健プログラムに興味を示さない理由としては、道路などのインフラ整備に比べてモノとして残らないため目立たず、選挙の際に集票に結びつかないことが挙げられる。目、地方で展開する援助プロジェクトには、地方政府の行政府長を動機付けてオーナーシップを高めるようなアドボカシー活動が必要とされている。

2-4-2 感染症対策全般の現状

(1) 保健省本省の感染症対策システム

2000年9月に保健省の機構改革により、現在、保健省の組織は図2-3のようになっている。図中、感染症対策に関連深い組織を太線で囲った。

保健省組織図上部から順に、まずエイズ対策の調整を行うフィリピン・エイズ協議会 (Philippine National AIDS Council: PNAC) は、保健長官直属の機関として存在する。日本などの外国援助機関による感染症分野協力案件の取りまとめをするのは、保健省組織図の中ほど左側に位置する保健省国際保健協力局(Bureau of International Health Cooperation: BIHC)である。

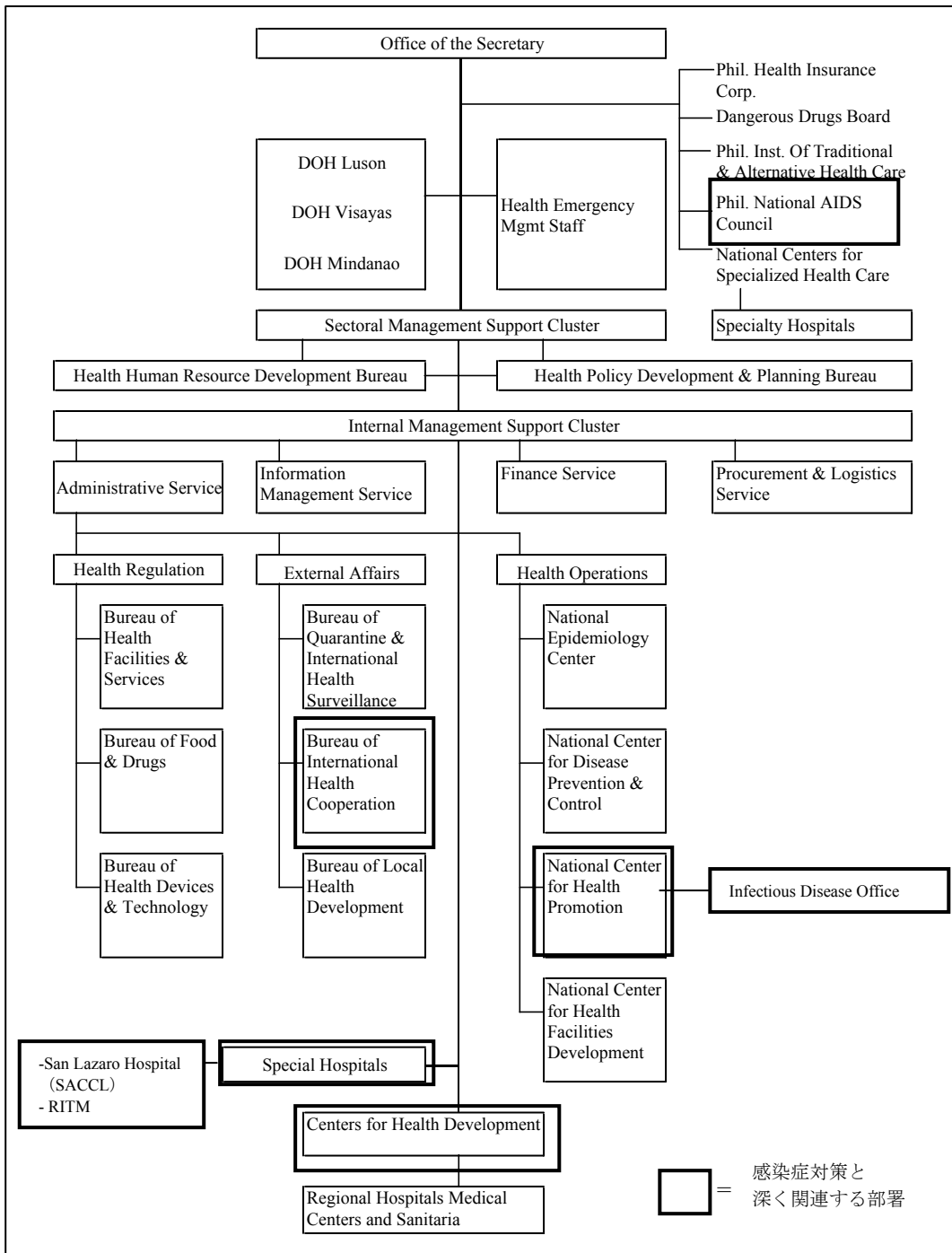
各感染症対策の政策策定などの責任を負うのは、図2-3 感染症組織図の中ほど右側にある保健プロモーション・センター (National Center for Health Promotion) に属する感染症対策室 (Office of Infectious Diseases) である。これはかつて保健省内で独立した部署であった結核対策本部、マラ

³² Ibid.

リア対策本部、住血吸虫本部などが廃止され統合されてできた部署である。この感染症対策室は、図 2-4 の組織図のとおり、2 課と 4 ユニットから構成される。各ユニットには、結核、HIV/STIs、マラリア、住血吸虫、デング熱、水・食物感染症、寄生虫、フィラリア、予防接種拡大計画プログラム (EPI) の担当者が配置されているが数は少ない。また、改編前に存在した専門の担当課（結核ユニット、エイズユニット・マラリアユニット等）は存在しない。現時点では、この感染症対策室が中央政府保健省の中心的存在ということになっているが、保健機構改革により人的・財政的資源は地方へ委譲されているため、この感染症対策室の実質的影響力はあまり強くない。

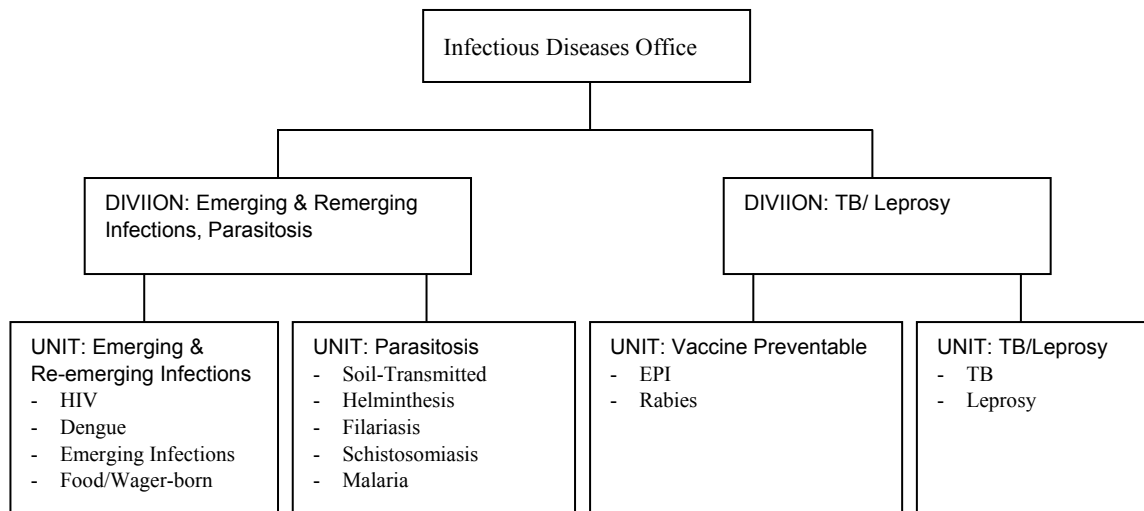
図 2-3 保健省組織図では、図の下方左側に、特別病院 (Special Hospitals) があり、ここに日本のエイズ対策プロジェクトにより設立されたエイズ性感染症中央共同ラボラトリ (SACCL) があるサン・ラザロ病院や、日本が長年にわたり支援している熱帯医学研究所 (RITM) が属している。また、保健省組織図下中央にある地域保健局 (Center for Health Development : CHD) は、各地域 (Region) の保健行政を担っている。

保健省組織図から、保健省本省内において、感染症対策に関連の深い部署が地域保健局 (CHD) とどのような位置関係にあるか、つまり保健省本省と地域保健局との指揮命令系統のしくみを理解することは、感染症対策案件を計画・実施する上で非常に重要である。保健省組織図から明らかとなり、地域保健局は、組織図の上部にある国内運営支援群 (Sector Management Support Cluster : SMSC) と直接つながっている。つまり地域保健局は国内運営支援群の命令ライン下にあるため、感染症対策に関するガイドラインを設定している「感染症対策室」や、RITM や SACCL が属する「特別病院」は、地域保健局に対して強制的な命令権がない。また、「感染症対策室」は地域保健局と国内運営支援群 (SMSC) のラインとは異なるため、地域保健局から直接上がってきた感染症対策案件要請は、時として感染症対策室を通過することなく、保健省国際保健協力局からフィリピン国における援助調整を行う機関である国家経済開発庁 (NEDA) へ直接行く場合もある。



(出所) 調査団作成

図 2-3 フィリピン保健省組織図 (2002 年 3 月現在)



(出所) 調査団作成

図 2-4 感染症オフィス組織図 (2002 年 3 月現在)³³

(2) 中央政府の感染症対策予算

フィリピンにおける保健省本省の主な感染症予算配分は表 2-11 のとおりである。表から明らかとなり、感染症対策のほとんどの予算は、EPI のために使われている。また、本評価調査対象である結核・HIV/STIs・マラリア対策用予算は、結核が 37,112 千ペソで 8.2%と最も多い。これはフィリピンにおける結核患者問題が国家レベルで深刻な状況にあること反映している。結核について多いのは HIV と性感染症対策である。これは、フィリピンにおける HIV 感染率は低いものの、既に述べたような HIV 流行のハイリスク要因を抱えているため、引き続き HIV 予防のため活動がなされていることをあらわしている。マラリアは、3つの感染症の中では予算配分が最も少ない。これは、マラリアがフィリピン全体の保健統計では、死因のトップ 10 から外れていること、及びマラリアがフィリピン内でも限られた地域でのみ発生していること等を反映していると推察できる。

表 2-11 フィリピン保健省本省の感染症対策予算配分 (2001 年)

予算項目	(千ペソ)	割合 (%)
結核	37,112	8.2%
HIV と性感染症	17,000	3.7%
マラリア	4,500	1.0%
住血吸虫	3,192	0.7%
EPI	388,960	85.3%
その他の感染症 (デング熱、らい病、フィラリア、狂犬病、水と食物による感染症、急性呼吸器感染症等)	5,000	1.1%
Total	455,764	100.0%

(出所) Department of Health, "General Appropriation for CY 2001"

³³ 保健省、「組織図資料」2002

(3) 保健省地域保健局及び地方政府の感染症対策の体制

保健省地域保健局の感染症対策は、それぞれの地域によって多少体制が異なるものの、大枠では国レベル保健省の体制を踏襲した形になっている。例えば第7地域の場合では、感染症を担当する部局は、保健運営部（Health Operations）の中のプログラム開発課（Program Development）の中にある。この中で、結核担当官として2名ほどが配置され、マラリア／デング熱担当官が1名、性感染症／らい病担当官が1名ほど配置されている。

州保健局もそれぞれの州で多少体制が異なるものの、大枠ではサービス供給体制が病院サービス部と公衆衛生サービス部に分かれた体制となっている。この中で、感染症は公衆衛生サービス部が担当し、通常1名ほどの感染症コーディネーターと1名ほどの感染症担当専門職員により担当されている。市や町の保健局になると感染症を専門に担当する部局という体制はなく、市（町）保健オフィサー（医師）を長として、その下に各地区の保健所（Health Center / Rural Health Unit）があり、これら保健所において保健婦（Public Health Nurse）や助産婦（Midwife）が感染症全般を含めた全ての疾病に対応している。

(4) 保健省地域保健局及び地方政府の感染症対策予算

保健省地域保健局での感染症対策予算は、地域の特性により異なる。一般的には、最も深刻な感染症疾患である結核に対して予算枠が計上されている他、マラリアや住血吸虫が深刻な地域でのみその対策用予算が計上されている。性感染症に関しては、通常特別な予算枠はなく、他の疾病対策全般の予算枠の中で扱われる。州や市レベルも地域保健局とほぼ同様である。町レベル以下になると、特定の感染症対策用予算枠というものは存在せず、各保健所の一般的予算範囲の中で対応される。

表 2-12 地域保健局での感染症対策予算内訳例

	第7地域 (千ペソ)	第11地域 (千ペソ)
結核	20,000	11,000
マラリア	3,000	1,400
HIV/STD	特に計上されていない (保健所スタッフのトレーニング用予算のみ)	354

(出所) 第7、11地域保健局予算資料 (2001年)

表 2-13 州・市保健局での感染症対策予算内訳例

	ラグナ州 (千ペソ)	セブ市 (千ペソ)
結核	8,000	3,000
マラリア	(マラリア流行地でないため) 0	(マラリア流行地でないため) 0
HIV/STD	データなし	(臨床検査用物資調達予算: 5,000千ペソの中から配分する)

(出所) 第7、11地域保健局予算資料 (2001年)

2-4-3 結核対策³⁴

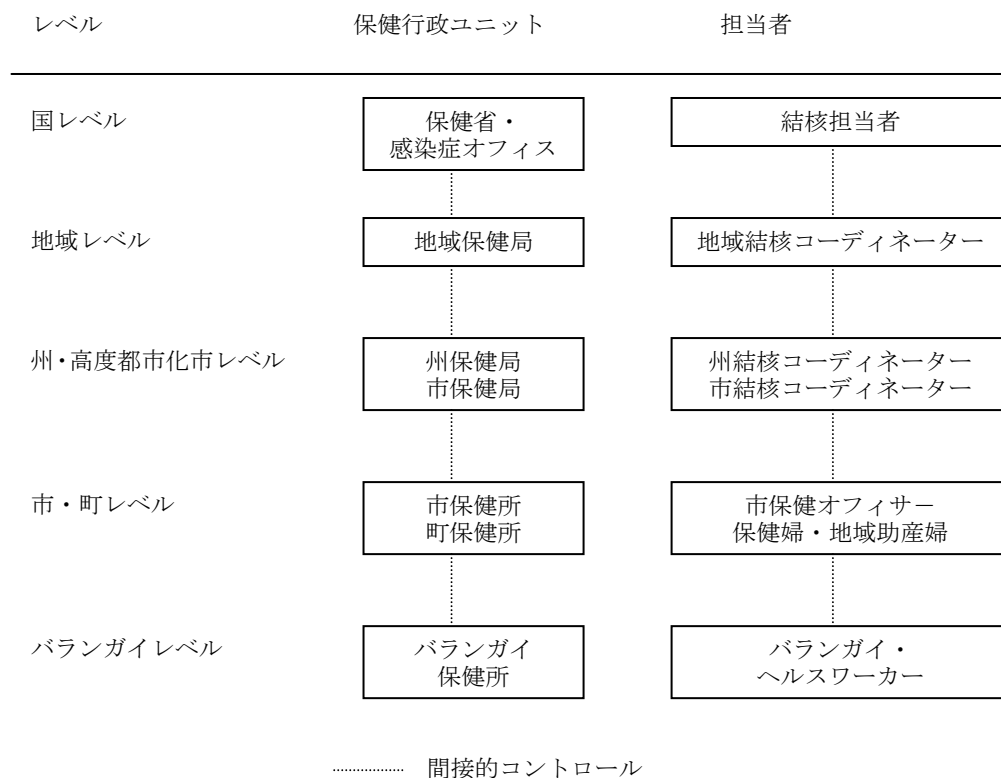
(1) 結核対策の実施体制

すでに述べたとおり、1999年の保健機構改革前までは、フィリピン保健省本省に25名ほどの職員から成る結核対策部があり、結核対策の政策策定、実施計画、実施機関に対する技術指導、評価、他の保健事業との調整及び薬剤その他の供給を行っていた。しかし、保健機構改革により約30人のスタッフがいた結核対策部は消滅し、代わりに他の感染症対策部局とともに、結核担当者が1-3名いる程度の感染症対策室として統合された。現在の国レベルから地方レベルにおける結核対策機構は図2-5のとおりとなっている。図から明らかなおとおり、地域保健局及び州・高度都市化市では結核担当を置いているが、他の業務も兼任している場合が多い。市及び町の管轄下にある保健所（市保健所、町保健所）では、医師1名、保健婦1-2名、助産婦数名で、人口2-3万人を管轄し、一般保健活動（母子保健、下痢症、急性呼吸器感染症、予防接種等）の他、疾病の一時治療を行う。市・町保健所の支所として、バランガイ保健所に助産婦が1名配置され、数名のバランガイ・ヘルス・ワーカー（ボランティア）と共に人口3-5千人のプライマリケアに携わっている。

図2-5を見ると、一見縦割りの結核対策体制が存在しているかのように見受けられるが、図中の破線が示すとおり、上位レベルから下位レベルへのコントロールはあくまで間接的なものになっている。これは、地方権限委譲や保健機構改革により、保健省に結核対策部がなくなって感染症対策室に変わったことで、保健省本省の権限が著しく縮小され、逆に保健省地域保健局の権限が増大したこと、また、州以下各地方政府には独立した自治権が委譲されており、保健省はこの地方政府管轄にある保健局・保健所に対して絶対的命権を持たないことによる。

ただし、抗結核薬の購入・供給に関しては、基本的に国が購入・配布する縦割りシステムが存在している。これは、保健機構改革により、最初の年には薬剤購入の入札は保健省本省で行い、購入は地域保健局で行うように予算を配分したところ、地域によっては地域保健局長の意向によって薬剤購入予算を他目的に流用したり、薬剤の発注が遅れたことによって入札時との為替差益が大きくなったりしたために、製薬会社が出荷を渋るといった原因による薬剤供給不足が発生したことに起因する。このために、2年目には入札・購入とも本省で行うように戻された。

³⁴ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」



(出所) 調査団作成

図 2-5 結核対策機構図 (2002 年 3 月現在)

上述のように、結核対策において国からの強制的な縦割り命令系統がない状況は、各地域が限られた資源を効率的に使って、それぞれの地域の異なったニーズに対応できるという利点がある。しかし、短所として、巡回指導が保健省本省により実施されず、地域保健局により実施されるようになったため、地域ごとの巡回指導力に格差があることで結核対策にも地域格差が広がることが懸念されている。また、以前は保健省本省の担当官が地域割りで全国の状況を把握できていたが、それが無くなった現在は、現場で起こっている問題の本省での把握が難しくなっている。

(2) 結核対策の予算

結核対策の予算は、各行政レベルで異なる。保健省本省感染症対策室での 2001 年予算配分は表 2-14 のとおりである。表から、本省予算の多くが、公的セクター及び民間セクター (NGO: フィリピン結核協会) に対する抗結核薬購入に当てられていることがわかる。一方で、モニタリング・評価のための予算は少なく、保健機構改革以降、保健省本省が巡回指導の機能を持たなくなったことをあらわしている。

表 2-14 保健省本省結核対策予算内訳 (2002)

予算項目		金額 (千ペソ)	全体に占める割合
公共セクター (政府保健医療施設)	政策立案	365	1.0%
	能力開発	2,044	5.5%
	ネットワークと政策提言)	300	0.8%
	無償と物資援助	5,275	14.2%
	モニタリングと評価	450	1.2%
	オフィス一般業務関係	573	1.5%
	地方への抗結核薬	13,105	35.3%
民間セクター (NGO 等)	フィリピン結核協会 (NGO)	15,000	40.4%
合計		37,112	100%

(出所) フィリピン保健省感染症オフィス予算資料、2001 年

保健省地域保健局の結核対策予算は、地域により多少異なるが、大枠では共通している。例として、第 7 地域のもを示す (表 2-15)。表から、第 7 地域保健局のほとんどの結核予算は、地方政府に対する抗結核薬配布に宛てられていることがわかる。州・高度都市化市においても、予算配分状況はほぼ同じである。結核対策では、直接監視下短期科学療法(DOTS)によって患者に抗結核薬を適切に飲ませて治癒させることが最も重要であるため、保健省や地方政府保健局の予算配分がこのようになっていると推察できる。

表 2-15 保健省第 7 地域保健局 結核対策予算内訳 (2001)

予算項目	金額 (ペソ)	全体に占める割合
病院・民間セクターその他との連携確立 (結核対策の確立)	690	5.9%
地方政府への抗結核薬配布	10,412	89.2%
地方政府保健医療施設関係者トレーニング	387	3.3%
結核対策情報システム患者紹介システム 結核中央ラボと研修センターの整備	189	1.6%
合計	11,679	100%

(出所) 保健省第 7 地域保健局予算資料、2001 年

表 2-16 州・高度都市化市保健局結核対策予算内訳 (2001)

予算項目	ラグナ州保健局		セブ市	
	金額 (千ペソ)	割合	金額 (千ペソ)	割合
抗結核薬配布	633	91.5%	3,000	100%
人材の能力向上	42	6%		
住民のサービス利用促進				
IEC キャンペーン	17	2.5%		
合計	692	100.0%	3,000	100.0%

(出所) ラグナ州保健局予算資料、セブ市保健局予算資料、2001 年

(3) 結核対策実施状況

① 直接監視下短期科学療法(DOTS)プログラム

フィリピンでは、90年代終わりから：直接監視下短期科学療法(DOTS：Directly Observed Treatment, Short course)を取り入れて、結核対策を実施している。DOTSは90年代後半にWHOが確立した結核戦略で、以下5つの戦略から成っている。

- ・ 一般保健サービスにおける、顕微鏡喀痰検査による患者発見
- ・ 菌顕微鏡陽性患者に対する定型化された直接監視下短期科学療法の実施
- ・ 抗結核薬の継続的供給
- ・ DOTSプログラムの監督と評価のためのモニタリングシステム
- ・ 政府のコミットメント

上記DOTSプログラムは、2002年3月現在、フィリピンのほとんどの自治体における公共セクター保健医療機関で導入実施されている。各自治体は、JICAや世界銀行などの援助機関によりDOTSプログラム導入実施の支援を受けているところが多く、それ以外の自治体では保健省により直接DOTS実施の支援を受けている。市・町やバンラガイにおける保健所がDOTSプログラム実施の基地となっている。

② 援助機関による支援

記述のとおり、フィリピンではDOTSプログラムの全国普及のために、保健省が各援助機関に担当地域の振り分けをしている。主な援助機関はJICA、世界銀行、CIDA、USAIDなどである。各援助機関ともDOTSプログラムに基づいた支援を実施しているため、基本的な実施方法に大きな違いはないが、細かいところでは各援助機関により多少の違いがある。これらDOTSプログラムに参加する各援助機関の活動を調整してフィリピンにおける結核対策を効率的に進めることを目的として、JICAプロ技・保健省・WHOのイニシアティブによりPACT（Project Assistance Coordination to Tuberculosis：結核対策援助機関）ミーティングが立ちあげられている。

(4) 結核対策今後の課題

① 民間セクターとの連携協力

1981年から1983年に実施された全国結核実態調査では、フィリピンにおける結核患者の3分の1が公共セクターで、次の3分の1が民間セクターで治療を受け、残り3分の1はいずれの保健医療機関でも治療を受けていないことが明らかになっている³⁵。結核患者の多くはまず私立病院を訪問して、X線で結核診断を受け、治療費が続かなくなると公共セクターの保健医療機関にやってくる人が多いといわれている。このような状況下、フィリピンでは1995年にフィリピン反結核同盟（the Philippine Coalition Against TB: PhilCAT）が設立され、民間セクターで結核対策を実施する私立病院やNGOなどが参加して、民間セクターにおける結核対策改善について検討している。

³⁵ 国際協力事業団フィリピン事務所「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

公共セクターとしても、全結核患者の3分の1が利用する民間セクター施設との連携なしにはフィリピン全土の結核をコントロールすることが不可能であり、現在保健省やWHO・USAIDを中心として、公共・民間連携（Public-Private Mix）が検討されている。

② 地方との連携協力

地方権限委譲や保健機構改革が進んだフィリピンにおいては、地方との連携協力なしに結核対策を進めることは不可能である。地方連携の核となるのは、まず保健省地域保健局であり、地域における彼らの結核対策監督指導能力強化を図ることに焦点を置いた戦略が必要とされている。次に結核対策の前線基地である市・町・バラングイ保健所は地方政府に所属するが、地方政府の政治的関心が必ずしも結核にあるわけではなく、また、地方政府の財政事情によっては十分な協力が受けられないこと等が発生している。このような状況に対して、地方政府のオーナーシップを高めるような戦略が必要とされている。

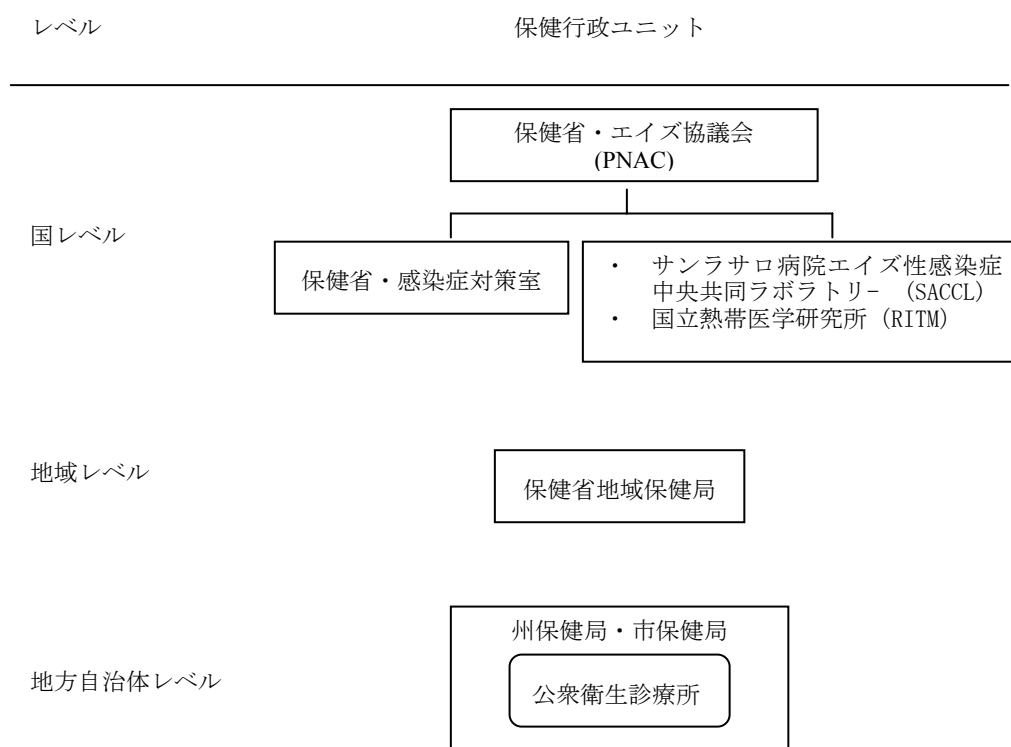
2-4-4 エイズ分野対策

(1) エイズ対策の実施体制

① 公共セクターにおけるエイズ対策の体制

エイズ対策の組織体制としては、図2-6（図2-3、2-4も参照）のとおり、フィリピン国家エイズ協議会（PNAC:Philippine National AIDS Council）が政策レベルでの国の最高議決機関として、現在13の各種政府機関と7の民間組織（NGO等）から構成されるセクター横断的なエイズ対策のイニシアティブを取っている。PNACは教育（Education）、アドボカシー（Advocacy）、地方の責任（Local Response）、そして、科学（Scientific）の4つの委員会で構成されている。また、実務レベルでは、保健省感染症対策室にHIV／エイズ担当者が予防やケアの業務を担当し、サンラサロ病院にあるエイズ性感染症中央共同ラボラトリー（SACCL）や国立熱帯医学研究所（RITM）などが、HIV血液検査や研究に関わる中心的役割を果たしている。地域では保健省地域保健局が、エイズ対策の要の役割を果たしている。地方政府では、州・市保健局管轄の公衆衛生診療所を中心に、エイズ対策が実施されている。しかしながら、図2-6からも明らかなおとおり、エイズ対策の体制においては、結核など他の感染症対策と比較すると、国－地域－州－市－町－バラングイといった間接的ではあるが縦割り指揮命令系統は存在しない。この理由として、地方権限委譲が進んでいるフィリピン保健セクターにおいて、国・地域・地方自治体がそれぞれ独立した権限を持っていることもあるが、同時に、フィリピン保健省自身が、HIV感染状況は地理的な境界線で区分して対応するという従来の考えよりも、例えばバス・ルートや、売春に従事する人口の動き、または性感染症の動きなどに注目して、行政の地理的境界線を越えた対策が柔軟に立てられるべきであると認識していることにもよる³⁶。

³⁶ Department of Health, The 2000-2004 Medium Term-Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS



(出所) 調査団作成

図 2-6 エイズ対策の体制：主な実施機関（2002 年 3 月現在）

② 民間セクターにおけるエイズ対策の体制

フィリピン民間セクターでは、NGO の HIV/エイズ対策活動が盛んである。これはフィリピン・エイズ分野において、公衆衛生診療所等の公共セクター保健医療施設が「登録性産業従事者」などの比較的「合法的」なハイリスク・グループをカバーし、一方で NGO は「フリーランス性産業従事者」や「静注薬物乱用者（ドラッグ・ユーザー）」などの違法行為に関わっている、より「非合法的」な「接触し難い人口（Hard-to-reach Population）」をカバーするという住み分けが成り立っているためである。フィリピンにおいては、一般的に、登録性産業従事者の倍以上のフリーランス性産業従事者がいると言われ、これら人口をカバーしている NGO の役割は大きい。1998 年のデータ³⁷によると、現在マニラ首都圏には 50 近くの NGO が存在しており、それぞれ独自の活動を展開している。しかし、地方政府保健局との連携は必ずしも十分とは言えない。1992 年にマニラ首都圏に拠点を置く NGO の連合体である HIV/AIDS Network が設立された。1998 年では 44 の NGO を構成員とし、月 1 回の例会、年 4 回の総会を通じ、NGO 相互の情報交換、自己研鑽、またエイズ立法に向けた国会議員などへのロビー活動を行っている。一方、セブ大都市圏には、エイズに関わる 5 つの NGO が存在し、地方政府とも連携を強力してエイズ対策を実施している。例として、地方保健局管轄の公衆衛生診療所中にオフィスを間借りして、公衆衛生診療所に

³⁷ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998

HIV/STD 検査に来た性産業従事者に対し、予防教育を実施する NGO 団体もある。

(2) エイズ対策の予算

フィリピン・エイズ対策の予算は、感染症対策室に配分されているものと、PNAC に配分されているものに大きく分かれる。保健省本省感染症対策室での 2001 年予算配分は表 2-17 のとおりである。表から、保健省本省予算の多くが、他機関との調整等、政策提言活動のために多く使われていることがわかる。

表 2-17 保健省本省エイズ対策予算内訳 (2002)

予算項目		金額 (千ペソ)	全体に占める割合	
公共セクター (政府保健医療施設)	感染症 対策室	政策立案	500	3%
		能力開発	1,150	6.8%
		ネットワークと政策提言	300	1.8%
		無償と物資援助	2,500	15%
		モニタリングと評価	550	3.3%
	PNAC	他機関との調整	12,000	70.1%
合計		17,000	100%	

(出所) フィリピン保健省感染症対策室予算資料、2001 年

保健省地域保健局の予算は、地域により多少異なるが、大枠では共通している。例として、第 7 地域のもを示す (表 2-18)。表から、第 7 地域保健局の多くの HIV/エイズ対策予算は、地方政府保健医療施設関係者トレーニングのために使用されていることがわかる。なお、各地方政府では、一般的に、HIV/エイズ対策用の特別予算枠を計上していない。これは、フィリピンでは HIV 感染率が著しく低いため、地方政府がさほど危機感を持っていないことと、HIV 感染のハイリスク・グループが、違法行為にコミットしているグループであるという事実のために、地方政府が積極的サポートを躊躇していることなどが要因として挙げられている。

表 2-18 保健省第 7 地域保健局 STD/AIDS 対策予算内訳 (2001)

予算項目	金額 (千ペソ)	全体に占める割合
社会の動員	48	13.5%
政策提言と啓蒙活動	52	14.7%
地方政府保健医療施設関係者トレーニング	218	61.4%
モニタリングと評価	10	2.8%
組織強化	27	7.6%
合計	355	100%

(出所) 保健省第 7 地域保健局予算資料、2001 年

(3) エイズ対策実施状況

① フィリピン・エイズ対策

フィリピンにおけるエイズ対策は、1998 年に制定されたエイズ法 (Republic Act 8504: The Philippine AIDS Prevention and Control ACT of 1998) と、これを基本とした国家エイズ・性感染症予防対策プログラム (National AIDS/STD Prevention and Control Program: NASPCP) により計

画される。さらにこれら基本的戦略に加え、その時の必要性に応じてエイズ対策の中期計画（5ヵ年計画）が立てられ実施される。NASPCPの目標は以下のとおりである。

<NASPCPの目標>

・長期目標

- － HIV/STDによる合併症の現象
- － STDによる合併症の低減
- － HIV/AIDS/STDによる個人、家族、コミュニティ、社会に与える影響の緩和

・中期目標

- － HIV感染者モニタリングの継続
- － 公立医療機関に持ち込まれる血液のスクリーニングの実施
- － 安全な性行動を誘導する予防教育の促進
- － ハイリスクな行動をとり易い対象者へのコンドーム使用の奨励
- － 民間医療機関での血液スクリーニングシステムの確立
- － 注射針と注射器の正しい消毒方法の普及
- － HIV/AIDS/STDによる個人、家族、コミュニティ、社会に与える影響の緩和

現在中期計画として、「第3次エイズ対策中期計画（The 2000-2004 Medium Term-Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS）」が進行中で、以下4つが戦略の柱となっている。

- － マネージメントとアドボカシー
- － リサーチとサーベイランス
- － 小さいスケールでのHIV予防とケア対策の試行
- － 大きいスケールでのHIV予防対策
- － HIV感染者に対するケアとサポート

② 援助機関による支援

援助機関による支援の中で大きな影響力を与えてきたのは、米国である。米国は、1984年にフィリピンで初のエイズ患者が発生して以来、米国海軍医学研究所（USNAMRU）を通して感染者のサーベイを始めたり、1988年第1次中期計画作成も支援するなどの実績を作ってきた。1993年から2000年にかけては、USAIDが保健省と共同でエイズ監視教育プロジェクト（AIDS Surveillance and Education Project: ADEP）を実施し、HIV感染状況の把握と、性産業従事者などのハイリスク・グループに対する予防・ケアを行ってきた。これ以外には、UNAIDSや世界銀行、EU、AusAID等が、アドボカシーやSTD治療サービスなどを実施した。日本による支援は、1994年の日米包括経済協議の中で、細川元首相とクリントン元米国大統領の垂大で取り交わされたGII（Global Issues Initiative）の一環として、JICAによりHIVサーベイランス体制の整備支援やエイズ対策関係者への研修強化を中心としたプロ技や、機材供与、現地国内研修等の一連のエイズ対策案件が実施された。保健省と各国援助機関の支援による大々的HIV感染サーベイランスの結果、フィリピンにおけるHIV感染率は非常に低いと明らかになった現在、各援助機関はエイズ分野の今後の支援に

関して、再検討をしているところである。

(4) エイズ対策今後の課題

① 国レベルの機能強化

公共セクターのエイズ分野においては、記述の PNAC がセクターを横断したエイズ対策の中心的役割を果たしている。しかしながら、組織としての体制はまだ十分とは言えず、人員体制（スタッフは全部で 8 名程度で多くが契約スタッフ）や財政をさらに強化する必要が指摘されている。エイズ対策の実務的責任を負う感染症対策室においても、エイズ/STD 担当者は 1 名しかいない。地方公共セクターの現状はさらに深刻で、フィリピンでは HIV 感染率が低く深刻な問題として社会認識されていないために、地方政府においては確立した対策も予算もないのが現状である。このような現実を鑑みると、地方権限委譲が進んだフィリピン保健セクターであっても、ことエイズ対策に関しては、国レベルがより強いリーダーシップを持って対策を進める以外に道はないと指摘されている。

② 地方自治体の機能強化

地方公共セクターにおけるエイズ対策はまだ弱く、ほとんどの地方政府ではエイズ対策用の特別な予算を持っていないのが現状である。地方公共セクターの中心的役割を果たすべき公衆衛生診療所でも、管轄の地方政府からの財政支援が十分でないために HIV 血液検査用資材が購入できなかったり、施設老朽化の問題を抱えていながら改築されずに放っておかれたりしているなどのケースが多く報告されている。このような状況になっている原因として、HIV 感染率が低く問題が表面化・深刻化していないので地方政府がニーズを認めないということの他に、HIV/エイズ問題の主な対象が性産業従事者やドラッグ・ユーザーといった違法行為に関わっているグループであるために、これらグループを積極的にサポートすることに関して政治的な魅力が乏しく、地方政府が二の足を踏んでいるということがある。しかしながら、複数の HIV 流行ハイリスク要因を抱えるフィリピンでは、いつ HIV が大流行してもおかしくない状況にあり、HIV 感染のサーベイと、リスク行動のサーベイ、及びハイリスク・グループに対する予防教育を継続することは非常に重要だと認識されている。よって、地方政府の積極的なコミットメントを引き出すために、保健省や援助機関による指導やアドボカシー活動を今後とも強化していく必要がある。

③ NGO に対する支援の継続

既述のとおり、フィリピン・エイズ分野において、NGO は公共セクターが接触できない HIV ハイリスク・グループをカバーしており、その役割は非常に大きいといえる。フィリピンにおける HIV 流行がひき続き危ぶまれる中で、NGO による HIV 予防活動等を強化するべく、保健省・援助機関ともひき続き支援を継続していく必要がある。

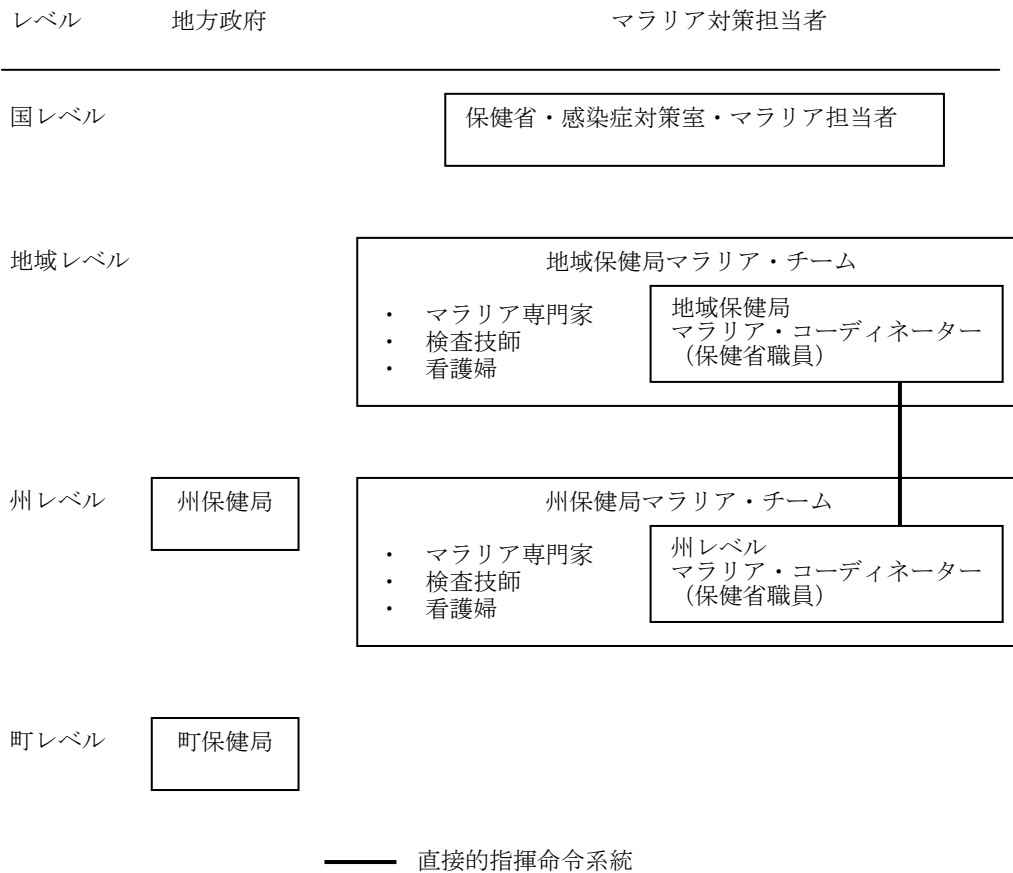
2-4-5 マラリア分野対策

(1) マラリア対策の実施体制

すでに述べたとおり、1999年の保健機構改革前までは、フィリピン中央政府保健省に40名ほどの職員から成るマラリア対策部があり、マラリア対策の政策策定、実施計画、実施機関に対する技術指導、評価、他の保健事業との調整及び薬剤その他の供給を行っていた。しかし、保健機構改革によりマラリア対策部は消滅し、代わりに他の感染症対策部局とともに、「感染症対策室」として統合され、ここには現在マラリア担当者が1名いるのみである。しかしながらマラリア対策は、今も対策予算の多くを中央に依存する「セミ・バーティカル」なプログラムとして実施されている。

図2-7のとおり、保健省職員としてのマラリア・コーディネーターが、保健省地域政府、州政府に配属され、マラリア・チームを組んで対策を実施している。なお、州政府のマラリア・コーディネーターは、普及員（Extension Worker）として、最前線のフィールドでマラリア対策に関わることもある。

図2-7から明らかなとおり、保健機構改革後の保健省でマラリア対策部の代わりに設立された保健省本省感染症対策室には、保健省地域保健局に対する命令権限はない。つまり、保健機構改革によるマラリア対策部の消滅により、本省の強制的な縦割りの指揮命令系統がなくなったことで、巡回指導が本省により実施されておらず、マラリア対策の地域格差を生んだり、マラリア対策の全国の状況を本省で把握できなくなったりなどの支障をきたしている。また、図2-7のとおり、保健省と地方政府が分担してマラリア対策を実施することになっているが、実際には地方政府の財政難と、長年マラリア対策が中央に依存してきたことなどが原因となって、ほとんどのマラリア対策予算は保健省本省からの財源に依存している。



(出所) 調査団作成

図 2-7 マラリア対策機構図 (2002 年 3 月現在)

(2) マラリア対策の予算

マラリア対策の予算は、表 2-19、2-20 のとおりである。地方政府によるマラリア対策予算というものは計上されていない。原則では機材等の供与は政府と地方政府が分担して行うことになっているが、実際のところマラリア流行地の地方自治体でさえ、マラリア対策としては州病院でマラリア治療を行う程度であり、公衆衛生的な視点からのマラリア対策予算は計上していない。

表 2-19 から明らかなとおり、保健省本省予算に巡回指導するための項目はなく、予算のほとんどは抗マラリア薬の購入に充てられている。

表 2-19 保健省本省マラリア対策予算内訳 (2002)

予算項目	金額 (千ペソ)	全体に占める割合
オフィス用品	46	1.2%
抗マラリア薬	3211	86.2%
蚊帳用殺虫剤	270	7.2%
IEC	200	5.4%
合計	3,727	100%

(出所) フィリピン保健省感染症対策室予算資料、2001 年

保健省地域保健局の予算は、地域により多少異なるが、大枠では共通している。例として、第7地域のものを示す（表 2-20）。表から、第7地域保健局の多くは、モニタリング・評価、データベース・マネージメント、人材育成にマラリア対策予算を使っていることがわかる。

表 2-20 保健省第7地域保健局マラリア対策予算内訳（2001）³⁸

予算項目	金額（千ペソ）	全体に占める割合
マラリア診断	110	8.1%
ベクター・コントロール	68	5%
人材育成	264	19.5%
社会動員	199	14.7%
モニタリング・評価	392	29%
データベース・マネージメント	321	23.7%
合計	1354	100%

（出所）保健省第7地域保健局予算資料、2001年

（3）マラリア対策実施状況

① ロール・バック・マラリア（Roll Back Malaria）イニシアティブ

WHO が以前に推奨していたマラリア対策は、残留性の高い殺虫剤の家屋内噴霧が主であった。しかし、この方法は殺虫剤コストと噴霧に携わる人件費に膨大な費用がかかるという問題をはらんでいた。この後、プライマリ・ヘルス・ケアに近い視点からマラリア対策を確立しなおしたものが、90年代後半にWHOにより唱えられ始めたロール・バック・マラリア（Roll Back Malaria: RBM）イニシアティブである。このRBMは、フィリピンにおいても'98年に採択され、保健省のマラリア対策の基本的戦略となった。RBMでは、検査・治療・妊婦の感染予防、集団発生への対策と並んで、殺虫剤含浸蚊帳の普及による予防が大きな柱のひとつとなっている。殺虫剤をしみ込ませた蚊帳は、物理的な障壁（蚊帳）となって蚊の侵入を防ぐのみならず、蚊を近寄せない効果があり、予防効果は通常の蚊帳の約2倍といわれている³⁹。

1998年の資料によると、フィリピン保健省では、年間45万張の蚊帳に殺虫剤をしみ込ませており、また、同時に殺虫剤家屋内噴霧も20万世帯に実施しており、蚊帳と屋内噴霧合計で約300万人を対象にハマダラカ対策を実施していることになっている。しかしながら、フィリピン全体のマラリア流行地居住人口は約1000万人とされているため、実際には流行地居住人口の約30%をカバーしているに過ぎない⁴⁰。

② 援助機関による支援

フィリピンにおける援助機関によるマラリア対策支援としては、90年代後半から現在にかけての、殺虫剤含浸蚊帳配布を中心とした日本によるマラリア対策案件群が主なものとして挙げられ

³⁸ 保健省第7地域保健局予算資料、2001年

³⁹ Dennis Carroll, Roll Back Malaria: Technical Support Network for Insecticide Treated Netting Materials, Scaling Up Insecticide Treated Netting (ITN) Programmes In Africa, A Strategic Framework for Co-ordinated National Action, February 2002

⁴⁰ 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

る。これ以外では、AusAID や USAID によりマラリア対策プロジェクトがあるが、これらはマラリア流行に関する学術研究や、地方政府のマラリア対策能力強化、及び住民参加によるマラリア対策に焦点が当てられたもので、同時期の日本による一連のマラリア対策案件群に比べると規模も小さいものであった。また、世界銀行、アジア開発銀行も、借款による総合保健計画の一部として、マラリア対策を支援している。

(4) マラリア対策今後の課題

① 民間セクターとの連携

現在フィリピンで実施されているマラリア予防対策は、WHO が提唱する薬剤含浸蚊帳使用を中心としたものである。しかしながらこの薬剤含浸蚊帳によるマラリア対策で、フィリピン全土のマラリア流行地のハイリスク・グループに蚊帳を配布し続けるには莫大は費用が必要となり、これを政府等の公共セクターを通じた無償配布のみに頼るのは不可能であるとの認識である。そこで、現実的で持続可能な方法として、WHO が提唱するような公的・民間セクター協力による新たなモデルを導入することを検討する必要がある。これは、公・民セクターそれぞれの行動原理をうまく組み合わせると一つのパッケージとして機能するようなメカニズムを作るもので、具体的には、政府は薬剤含浸蚊帳に関する啓蒙活動を行なって需要を喚起すると共に、市場を育成するための制度的な支援—商品付加価値税や関税の減免等—を行う。民間セクターは、「売れる」商品として薬剤含浸蚊帳を他の商品（砂糖や洗剤といったどこでも手に入るもの）と同様の流通ルートに乗せて販売する、というパッケージである。このメカニズムでもカバーできない極貧層に対してのみ、公的セクターや外国援助による強い支援を集中させるということで、リソースの効率的な運用を図る必要がある。また、中央政府の予算不足や地方政府による乏しい支援を補うために、マラリア対策民間セクターにおいて、地域 NGO と積極的に連携して、マラリア予防・発見・治療対策を実施することもさらに検討されるべきと言える。

② 地方との連携協力

地方権限委譲や機構改革が進んだフィリピンにおいては、地方との連携協力なしにマラリア対策を進めることは不可能である。特にマラリアの場合は、流行地が国の特定地域に限られているため、それぞれの地方の多様性・必要性にあった対策が立てられるべきである。地方連携の核となるのは、まず保健省地域対策室であり、地域における彼らのマラリア対策監督指導能力強化を図ること焦点を置いた戦略が必要とされている。次にマラリア対策の前線基地である市・町・バラガイ保健所は地方政府に所属するが、地方政府のマラリア対策についての政治的関心は一般的に低く、マラリア対策用予算を持つ自治体はほとんどない。このような状況に対して、地方政府のオーナーシップを高めるような戦略が必要とされている。

③ マラリア疫学情報システム⁴¹

フィリピンにおけるマラリアの疫学情報は、顕微鏡検査による確定診断を採用しているため、実際の患者発生数よりも過小評価している可能性が指摘されている。また、顕微鏡検査による疫学指標（Annual Parasite Incidence: API：人口 1,000 あたりの年間スライド陽性数）を採用しているため、その値はスライド・ガラスの供給状況に依存しており、多くのマラリア流行地での API の増減は、患者の増減ではなく、スライド検査数に左右される。つまり、マラリア対策の予算が増えてスライドを前年度より多く購入・投入した結果、値としての API が増加してしまうという矛盾を起こすしくみになってしまっている。これら問題を解決するために、マラリア流行地における人口に対する検査スライド比（Annual Blood Examination Rate: ABER）を、10%を割り込まず長期安定させるための計画とシステムが必要とされている。

2-5 感染症対策分野に対する外国の支援状況

2-5-1 フィリピンにおける感染症対策分野援助決定までの過程⁴²

本評価調査の対象となっている無償援助による感染症対策分野援助案件採択までの流れは以下のとおりである。まず、中央政府保健省・地域保健局・地方自治体保健局等が形成した感染症対策案件を、中央政府保健省の中にある国際保健協力局（Bureau of International Health Cooperation: BIHC）がとりまとめ、そこから国家経済開発庁（National Economic Development Authority: NEDA）に送られる。国家経済開発庁では中期公共投資計画（Mid Term Public Investment Program: IMPIP）の観点からプロジェクト選定を行ない、プロポーザルを作成し、各援助機関に提出する。この後プロポーザルが各援助機関で承認され、援助協定が締結された後、案件実施となる。

なお参考までに、借款による開発プロジェクト案件の場合は、実施担当の各省で立案され、投資調整委員会（Investment Coordination Committee: ICC）及び国家経済開発局（NEDA）で審議・認可された後、財務省及び予算管理省にまわされる。そこでは借款限度枠内に留めることや、カウンター・ファンドの手当てなどが検討され、その後中央銀行により審査が行われる。最終的にこれら全ての機関の承認が得られた後、大統領が実施の指示を行う。これに基づき、借款の交渉及び借款協定が行われ、プロジェクト実施となる。

保健省内で援助案件のとりまとめを行う保健省国際保健局（BIHC）は、二つの課に分かれている。1つは統合プロジェクト・マネージメント課（Unified Project Management Division）で、これは、二国間・多国間の援助プロジェクトを扱う。もうひとつの課は、国際関係課（International Relations Division）で、これは、フィリピンが国際保健分野において果たすべき役割を担当しており、WHO などの保健関連の組織との日常的調整業務の他、各援助機関間の調整業務も実施してい

⁴¹ Ibid.

⁴² 国際協力事業団・医療協力部「医療協力拡充調査報告書」平成4年

る。

2-5-2 USAID

(1) 感染症対策全般

USAID フィリピンの戦略枠組（1999 - 2004 年）は、図 2-8 のとおり、「持続可能な成長を促進するために、経済を再活性化し、統治を変革させる」ことを最終目標とし、その下に各セクターの戦略目標が設定されている。人口・保健・栄養セクターの戦略目標は「出生率の低下と母子保健の改善（戦略目標 3）」となっているが、これに加え、エイズ・結核・マラリア等の感染症が地球規模で深刻な状況にあることが米議会でも認識されたことを受けて、USAID フィリピンでも、表 2-21 のとおり、「特別目標 1 (Special Objective 1)」として、「HIV/AIDS 及び他の選ばれた感染症の脅威を減らす」ことを目標として掲げ感染症対策を実施している。

USAID フィリピンによる感染症対策の枠組み及び予算配分概要は、表 2-21 のとおりである。

表 2-21 USAID フィリピン感染症対策枠組と予算概要(1999-2004)

特別目標	中期的成果	予算 (概算)	割合	
HIV/AIDS 及び他の選ばれた感染症の脅威を減らす	<HIV/AIDS> HIV/AIDS の急激な増加を予防する (1993-2000)	HIV 感染状況を把握する。(センチナル・サーベイランスの実施) ハイリスク・グループの HIV 予防対策ニーズを同定する。(行動様式サーベイランスの実施)	約 US\$9,000,000	75%
		ハイリスク・グループの HIV 予防意識を高める。(HIV 感染予防教育の実施) 地方政府のコミットメントを高める。(アドボカシー活動の実施)	約 US\$3,000,000	25%
	合計		約 US\$12,000,000	100%
	<結核・マラリア> 2. 深刻な感染症を診断し、低減する能力を強化する。 (2000-2002)	感染症サーベイランス・システムの確立をサポートする。	約 US \$ 3,000,000	60%
	保健ワーカーが選択された感染症を診断しケアできる能力を強化する。	約 US \$ 2,000,000	40%	
合計		約 US\$5,000,000	100%	

(出所) USAID/Philippines, "Result Framework Workshop Background Documents", Office of Population, Health, and Nutrition, 2001 及び USAID/Philippines, "AIDS Surveillance and Education Project, Final Evaluation", 2001

USAID/PHILIPPINES RESULTS FRAMEWORK

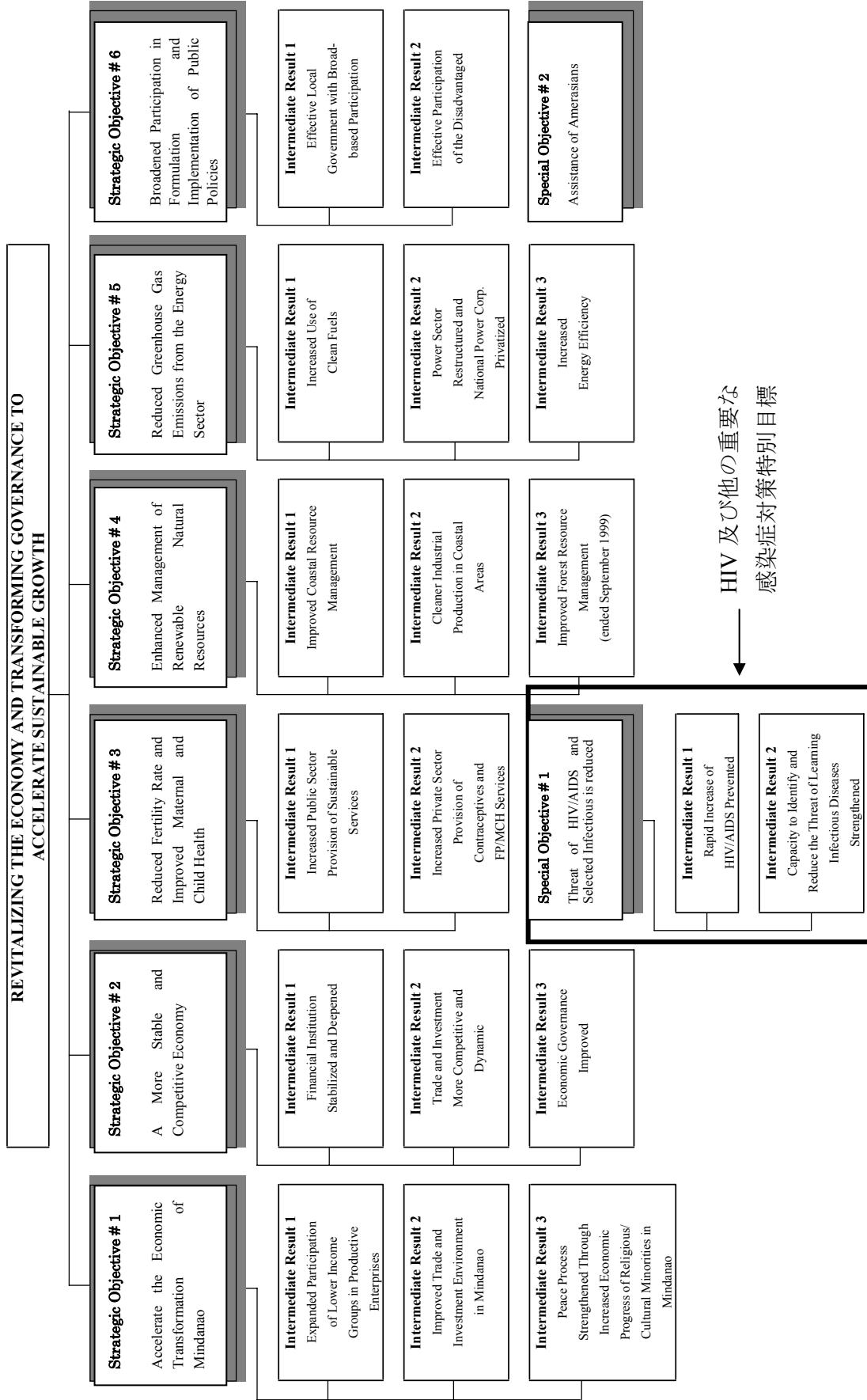


図 2-8 USAID フィリピンの戦略枠組み (1999-2002)

(2) エイズ⁴³ (エイズ監視教育プロジェクト : AIDS Surveillance an Education Project: ASEP)

米国は、1984年にフィリピンで初のエイズ患者が発生して以来、米国海軍医学研究所(USNAMRU)を通じて感染者のサーベイを始めたり、1988年第一次エイズ対策中期計画作成とその実施に際し、保健省を全面的に支援したりするなど、同国のエイズ対策に対して大きな関わりを持ってきた。1993年から2000年の期間に、USAIDは保健省と共同で、総額約1200万ドルをかけて、「エイズ監視教育プロジェクト(AIDS Surveillance an Education Project: ASEP)」を実施した。このプロジェクトはサーベイランス部門と、予防教育部門から構成されており、前者はWHO/WPRO(WHO西太平洋地域事務所)と保健省が、後者は米国NGOであるPATH(Program for Appropriate Technology in Health)がそれぞれ運営を委託された。

サーベイランス部門では、7年間のプロジェクト実施期間中、総額約US\$900万ドルが投じられ、10箇所の都市においてHIV流行の定点監視(Sentinel Serological Surveillance)を行った。サーベイランスの主な対象は、男女登録性産業従事者、女性フリーランス性産業従事者、静注薬物乱用者、男性同性愛者、男性STD患者の6つのハイリスク・グループで、それぞれのグループから100人から300人の血液を1年に2回採取し、HIV及び梅毒の抗体陽性率を調べ、HIV感染の流行状況を判断した。また、1996年からは、二つの都市においてハイリスク・グループの行動調査も実施した。予防教育部門では、7年間のプロジェクト実施期間中、総額約US\$300万ドルが投じられ、PATHを通じて全国20のNGOに対して資金援助を行ない、IEC活動等を展開した。そのうち、マスメディア・キャンペーンは米国のジョーンズホプキンス大学が技術支援した。

なお、USAIDによるエイズ監視教育プロジェクトは、「日米連携プロジェクト」として位置付けられていた。これは、1993年の「地球的展望に立った協力のための共通課題(日米コモン・アジェンダ)」と、これに続いて翌1994年に発表された「Global Issues Initiative on Population and AIDS: GII」を受けてのものである。その内容は、1994年度から2000年度までの7年間に総額30億ドルを目途に途上国に対する人口・エイズ分野の援助を推進していくというものであった⁴⁴。具体的には、サーベイランス部門の活動実施に際し、日本が血液検査用資機材を提供し、USAID側がこれら資機材を使用してサーベイランスを実施した。また、予防教育部門では、日本がフィリピン・ローカルNGOに対して予防教育用資機材の提供とこれら資機材使用に関する人材トレーニングを実施し、USAIDが同じNGOに対して組織運営強化のための支援を実施した。

本プロジェクトの成果として、大々的なHIVサーベイランス実施後、USAIDは、フィリピン保健省・WHOとともに、「フィリピンにおけるHIV感染率は非常に低い」というコンセンサスに達したことが挙げられている。また、予防教育部門においては、USAIDが支援したNGOが組織運営能力を高めたと共に、これらNGOにより教育を受けたハイリスク・グループの知識・行動が改善されたという結果が出ている。

(3) 結核・マラリア(感染症監視・コントロールプロジェクト Infectious Disease Surveillance and

⁴³ 国際協力事業団フィリピン事務所「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」1998

⁴⁴ (財)家族計画国際協力財団 外務省委託調査「G I I (地球規模問題イニシアティブ)」に関する中間報告書、1997

Control Project: DSCP)

USAID は 2000 年から 2002 年にかけて、3 つの州を対象とした結核・マラリア対策のための「感染症監視・コントロールプロジェクト (Infectious Disease Surveillance and Control Project: DSCP)」を実施した。このプロジェクトは、サーベイランス部門と地域保健活動強化部門に分けられ、前者は総額約 300 万ドルの予算で、保健省内の熱帯医学研究所 (Research Institute for Tropical Medicine: RITM)、国立疫学センター (National Epidemiology Center: NEC)、国立疾病抑制・予防センター (National Center for Disease Control and Prevention: NCDPC) との連携協力により、結核・マラリア流行に関するサーベイ・システム確立のための諸活動を実施した。後者は総額約 200 万ドルの予算で、地方政府との連携協力により、結核・マラリアの発見・診断・治療に関して地方政府保健局や地域保健ワーカーの能力向上を目指した。具体的には、地方政府に結核・マラリア対策のプロポーザルを作成してもらい、より良いプロポーザルを提出した地方政府に対し資金を提供する「グラント・プロポーザル」事業や、地方政府保健局関係者 (医師、保健婦、バランガイ・ヘルス・ワーカー) に対する「人材育成事業」などがある。

本プロジェクトの主な成果として、実施のために、異なるセクターからの代表者 (保健省関係者・専門家・学識経験者・NGO 等) から成る国家感染症諮問委員会 (National Infectious Disease Advisory Council : NIDAC) が設立されたことが挙げられている。この他、地域保健関係者の能力向上により、結核治癒率が向上し、マラリア罹患率が低下したという結果も出ている。

(4) 今後の展望

表 2-21 の「USAID フィリピン戦略フレームワーク 1999-2004 年版」は、特別目標としてフレームワーク本体とは別設定になっていた感染症対策を統合する形で、「戦略フレームワーク 2002-2006 年版」としてこの度改定されることになった。この新戦略フレームワーク 2002-2006 年は、現在ほぼ出来上がっているものの、未だドラフト段階にあり、詳細を本報告書に引用することはできないが、概要は表 2-22 のとおりである。同戦略では、中期目標である「地方政府の保健サービス能力強化」と、「民間セクターの拡大と質の改善」が USAID の保健分野新戦略の中で特に重要視されている。

表 2-22 USAID フィリピン 人口・保健・栄養セクター新戦略 2002-2006 年概要 (案)

戦略目標 (Strategic Objective: SO) : 「望ましい家族のサイズを達成し、これを持続させる」

中期目標 (Intermediate Result: IR)
地方政府の保健サービス能力強化
民間セクターの拡大と質の改善
社会による家族計画の受け入れ
ヘルスポリシーとファイナンスの強化

(出所) 聞き取りにより調査団作成

① 地方政府の保健サービス能力強化

本章ですでに述べてきたとおり、地方分権化・地方権限委譲が進んでいるフィリピン保健セクターにおいて、保健対策成否のかぎを握っているのは、中央政府よりも地方政府であり、地方政府に対する介入なしに保健分野協力はもはや成立し得ない。この事実は USAID フィリピン内でも強く認識されている。このため、USAID フィリピンでは、地方政府に対する保健プログラムとして、すでに、「マッチング・グラント・プログラム (Matching Grants Program : MGP)」を開始している。MGP では、地方政府の自主性・責任能力・持続性を高めるために、助成額の最低 25%相当額を地方政府が供出するマッチング・グラント (協調贈与) 方式をとり、さらに地方政府自身が設定した年間達成目標 (Annual Performance Goal または Benchmarks と呼ばれる) を達成しなければ、翌年の助成は得られないという厳しいシステムになっている。MGP に関心のある地方政府が応募し、いくつかの条件が満たされると⁴⁵、助成金 (12,000~15,000US ドル) が支給される仕組みとなっている。

② 民間セクターの拡大と質の改善

USAID はフィリピン側の自立発展性を高めるために、民間セクターへの支援に力を入れている。その柱が Friendly Care Foundation Inc. (FCFI) への支援で、活動の最大の特徴は市場原理とフランチャイズ方式の導入である。FCFI は、USAID の財政的・技術的支援の下、1999 年 4 月に設立された NGO である。発起人にはフィリピンの政財界の有力者が連なっており、民間セクターでありながら国家的プロジェクトの色彩が強く、現ディレクターには元フィリピン保健省長官が就任している。FCFI の大きな目的は、フィリピン国民の約 7 割を占める中所得層 (C 階層) から低所得層 (D 階層)⁴⁶ に対して、質の高い公的な保健医療サービスを、適正な利用者負担を求めながら、民間セクターが提供するというものである。現時点で提供されている主なサービスは外来患者のみで、診療科目は①家族計画・②リプロダクティブヘルス・③母子保健・④家族の保健・⑤産婦人科・⑥思春期保健となっており、現在マニラ首都圏に 8 つ、そしてセブとダバオに一つづつ、計 10 の FCFI クリニックが存在する。FCFI の他の重要な目的としては、少しでも自己負担が可能な中間・低所得層を民間セクターで対応することで、財源の限られた公共セクター (政府保健医療機関) のサービスを極貧層 (E 階層) へ集中させることにもある。

また、USAID フィリピンでは、今後の結核対策の柱として、未だ DOTS が十分普及していない民間セクターに対する戦略を進めていく計画をしている。その試みの一環として、フィリピン結核対策分野における「公共-民間セクター統合戦略 (Public - Private Mix)」の研究を WHO と共に進めている。また、既述の FCFI においても、結核治療サービスを診察科目として統合する計

⁴⁵ 加入が可能な地方政府は、当初は人口 8 万人以上の市・町のみであったが、最近ではそれ以下でも州政府が小さな町を包括的にまとめた場合は認められるようになった。PHIC に加入するための財源を確保するか、または、少なくとも 1 か所の保健センターの整備を行い保健省の基準を満たさなければならない。

⁴⁶ USAID の説明によると、現在、フィリピンの経済的階層は、1) 5% アッパーミドルクラス、2) 60% ミドルクラス (公務員、雇業者等)、3) 35% 貧困クラス、に分類される。一方、公的医療サービスは 3) と 2) の下層部をあわせた 70% に対して無料で提供されている。しかし公的サービスは非常に限られており、利用したいと思わせるものにはなっていない。FCFI は、全国民の 70% に対して、より良質の、利用したいと思わせるような医療を、適正な価格で提供することを目指す。

画を立てている。

2-5-3 その他の援助機関

(1) WHO

フィリピンを担当する WHO 西太平洋事務所 (WHO/ Western Pacific Region : WPRO) が感染症対策分野で最も多く予算を投入しているのは、結核対策である。結核対策として DOTS 戦略を確立した WHO は、保健省や JICA と共に、DOTS 戦略全国普及を目指して当該分野をリードしている。HIV/AIDS に関しては、HIV 感染率に関する調査やアドボカシー活動を、他の援助機関と連携協力して実施している。マラリア分野においては、ロール・バック・マラリア・イニシアティブに基づく殺虫剤含浸蚊帳配布によるマラリア感染予防とマラリア流行状況サーベイなどを小規模に実施している。

(2) AusAID による支援

AusAID (オーストラリア国際開発庁) のフィリピンにおける支援の最終目的は「フィリピンにおいて貧困に苦しむ男女及び子供達の生活向上と、持続的で公平な開発を目指す」と設定されている。このため、フィリピン国内においても、他の地域と比較して貧困がより深刻な南部フィリピン、特にミンダナオ地方に支援が集中される戦略をとっている。

感染症対策としては、ミンダナオのアグサン・デ・スール州 (Agusan del Sur) においてマラリア対策プロジェクトを実施している。本プロジェクトでは、マラリア発見・診断・治療についてのバランガイ・ヘルス・ワーカーの能力向上を通して、地域マラリア罹患率を下げることを目標としており、2003 年まで続けられる予定である。また、本プロジェクトでは、小規模ではあるが殺虫剤含浸蚊帳も配布している。

HIV/AIDS に関しては、NGO の能力向上、予防教育、HIV 感染に関わるサーベイランス、及び HIV 陽性者の社会受け入れ運動などを中心に小規模な支援を実施していた。

地方権限委譲が進むフィリピンにおいては、公衆衛生プログラムの実施の責任は、保健省地域保健局や地方政府が負っているために、AusAID は、これら組織の動機を高めて、効果的な連携協力を確立することが最も重要であると認識している。この実現のため、今後の活動として、開発の遅れた農村部を中心とした総合的コミュニティ・ディベロプメント・プログラムを立案計画中である。これは、中央政府でなく、地方政府をカウンターパートとして進める総合プロジェクトで、活動の中には保健セクターの他農業等の所得向上活動、教育活動もコンポーネントとして含まれる。

(3) CIDA による支援

CIDA (カナダ国際開発庁) のフィリピンにおける支援の最終目的も、AusAID 同様貧困対策が中心で「持続的で公平な開発を通じて、フィリピンにおける貧困緩和に貢献する」と設定されて

いる。このため、フィリピン国内においても、他の地域と比較してより貧困が深刻な南部フィリピン、特にミンダナオを中心に、その他開発の遅れた地域に支援を集中される戦略をとっている。

結核分野では、カナダ系 NGO である World Vision に委託して、DOTS 戦略の普及のための「結核イニシアティブ・プロジェクト」を実施している。主な対象地域は、南部フィリピン、パラワン島、北部ルソンなどである。また、ミンダナオ・モスリム自治地域において、プライマリ・ヘルス・ケアプロジェクトを実施しており、この中には、マラリア対策も含まれている。

第3章 日本によるフィリピン感染症対策案件 群評価のためのプログラム・モデルの作成

第3章 日本によるフィリピン感染症案件群評価のためのプログラム・モデルの作成

3-1 本評価の基本的考え方

3-1-1 プログラム評価の試み

近年の途上国開発援助においては、ドナー機関・多国間援助機関とも、より効果・効率的な開発援助実施を目指し、伝統的なプロジェクト・アプローチからより包括的なプログラム・アプローチへと転換することを検討し始めている¹。しかし、ここでいうところの「プロジェクト」や「プログラム」という言葉の定義は、それぞれの組織によって異なり、また、同じ組織内においても、立場や状況によって、異なった使われ方がされる場合もある。

JICAの場合、「プロジェクト」とは、プロジェクト方式技術協力、無償資金協力、青年海外協力隊等の多様なスキームに基づいて実施される個々の案件を指す。また、「プログラム」についてJICAでは、2001年2月1日時点において、「プログラム」の概念を「ある開発目標のために何らかの相互関係の中に位置づけられる案件群」と定義している²。さらに、「協力プログラム」とは「共通の目標の下に位置づけられる案件群」とし、それらについて2001年度からプログラムとしての実施計画を作成し、合理的な範囲において一元的に執行する取り組みを試験的に実施するとしている³。

これを受け、本評価調査団は、「協力プログラム」を「もともとプログラムとして計画されたものではないが、共通の目標の下に位置づけられる案件群」とし、さらに「プログラム」を「国別事業実施計画等の大きな方針から導き出される、セクター全体を視野に入れた協力形態」と定義し、本評価では、日本がフィリピンに対して実施した個々のプロジェクトを総体的に評価、いわゆるプログラム評価を試みた。

しかし、評価においては、プロジェクト事業を対象としたプロジェクトの評価は多く実施されているが、プログラムを対象とした評価の事例は少ない。フィリピンの感染症対策分野でも、本件評価対象案件に見られるごとく多様なスキームで協力が実施されているが（第1章 表 1-2 参照）、個々の事業評価は実施されているが総体的に評価を行ってはいない。これは一つには、プロジェクトの評価については評価の枠組みが明確にされている一方、プログラム評価については評価枠組みが明確になっていないことによるものと考えられる。

このような状況を踏まえ、フィリピンの感染症分野における多様なスキームによる案件群を基に、疾患別に「協力プログラム・モデル」を作成し一つの仕事のかたまりとして捉えて評価を行った。具体的には、プログラム・セオリー・マトリックス（PTM）を活用することにより、個々の事業をプログラムとして捉え、これをベースに3つの視点で評価（プロセス評価、インパクト

¹ The World Bank, “Moving from Projects to Programmatic Aid”, summer 2000.

² JICA資料「国別アプローチの強化に向けての取り組みについて」2001

³ Ibid.

評価、実績評価)を実施した。

3-1-2 プログラム・セオリー・マトリックス：プログラムとプロジェクトの位置づけ

プログラム評価を考察するには、まずプロジェクトとプログラムの関係を整理することが必要である。本評価では、プログラム・セオリー・マトリックス (PTM) 概念を使って整理した。PTM は、プログラム・ロジック・マトリックスとも呼ばれており、上位目標、プロジェクト目標、結果、活動、投入等を並列に並べ、同一のマトリックス内で分析・検討を行うための分析道具のことを指す⁴。ここで、本評価で使った PTM の概念とプロジェクトとプログラムの位置づけを説明しておく。

表 3-1 は、PTM による評価分析をプログラムに適用した場合の、プロジェクトとプログラムの関係を示したものである⁵。表では、上位目標、プロジェクト目標、結果、活動、投入が、ポリシー、プログラム、プロジェクトにおいて、どのように位置づけられるかを示している。例えば、プログラムとプロジェクトの上目標は、ポリシーとして示される政策目標と一致することになる。また、ポリシーは、プログラム I と II の実施、すなわちそれぞれのプログラムがもたらすプロジェクト目標によって実現される。プログラム I は、プロジェクト A と B の実施、すなわちそれぞれのプロジェクトがもたらす成果によって実現される。プログラム II も同様にプロジェクト C と D の実施、すなわちそれぞれの成果によって実現される。それぞれのプロジェクトはそれぞれの投入とそれを使っての活動によって結果が達成されて、プロジェクト目標、上位目標が達成されることになる。

表 3-1 プロジェクトとプログラムの関係

	上位目標 (Goal)	プロジェクト目標 (Project Purpose)	成果(Output)	活動 (Activities)	投入 (Input)
ポリシー(政策)	P	POI/POII			
プログラム (施策) I	P=POI	POI	PA/PB		
プロジェクト(事業)A	GI=PA	POI=PA	PA	PA	PA
プロジェクト(事業)B	GI=PB	POI=PB	PB	PB	PB
プログラム(施策)II	P=POII	POII	PC/PD		
プロジェクト(事業)C	GII=PC	POII=PC	PC	PC	PC
プロジェクト(事業)D	GII=PD	POII=PD	PD	PD	PD

(注) =は、左右の事項が一致することを示す。

(出所) 三好皓一 『プログラム・セオリー・マトリックスの活用について:評価における分析の有用性を高めるために』、日本評価研究、第 2 巻 1 号、日本評価学会、2002

プロジェクトでは、投入、活動、成果は操作可能であるが、上位目標とプロジェクト目標の達成は、プロジェクト関係者の力の及ぶものではない。プロジェクト目標はプロジェクトの参加者/

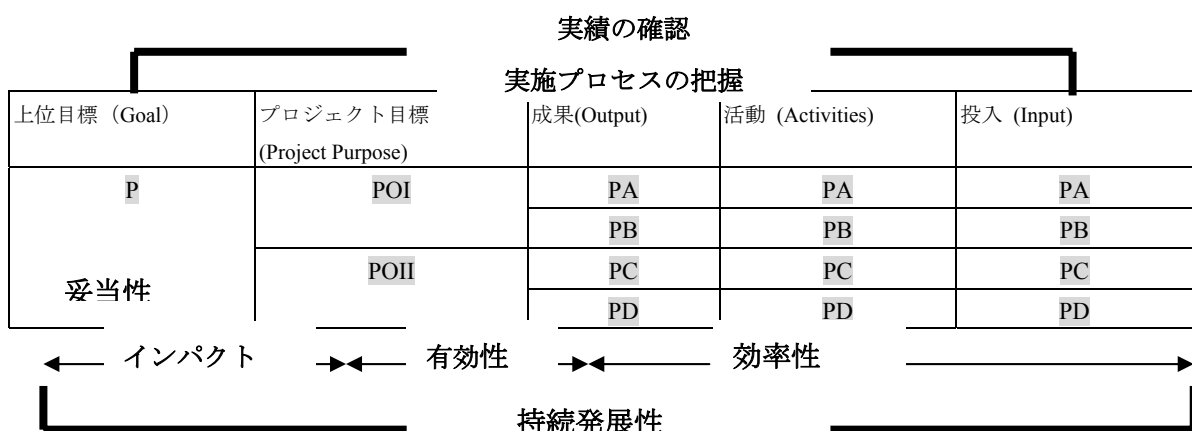
⁴ PTM については PTM については三好皓一 『プログラム・セオリー・マトリックスの活用について:評価における分析の有用性を高めるために』、日本評価研究、第 2 巻 1 号、日本評価学会、2002 を参照されたい。

⁵ ポリシー、プログラム、プロジェクトについては、実態面では、プロジェクトは、ポリシーである上位目標とプログラムであるプロジェクト目標を含むものとして提示するのが一般的である。これは、プロジェクトの PDM においても、ポリシーである上位目標とプログラムであるプロジェクト目標が含まれており、実践上の用語使用を複雑にしている。

受益者の変化であり、成果が及ぼす中期的な効果であり、上位目標は参加者/受益者の変化が継続されることによってもたらされる社会の改善であるからである。しかし、プログラム I では、すなわちプロジェクト目標の視点に立てば、求めるプロジェクト目標を実現するためにプロジェクト A と B のプライオリティ付けや予算配分、プロジェクトを規定する法令策定などにより成果との関連に影響を与えることができることになる。また、ポリシーでは、その策定にあたっては、政策目標の選択としての上位目標の確定、プログラムのプライオリティ付けなどによりプロジェクト目標との関連に影響を与えること可能となる。表 3-1 では、網掛け部分が操作可能なものを示している。

ここで特筆すべきことは、個々のプロジェクトの評価では、プロジェクトを実施することによって上位目標やプロジェクト目標の達成については分析できるが、そのあり方について分析はできなかった。しかし、個別プロジェクトの PTM を統合することは、政策やプログラムのあり方についての分析の可能性を生み出す。表 3-2 は、表 3-1 のうち操作可能な網掛け部分を抜き出して作成したプログラムのセオリー・マトリックスである。このような表を作成することによって、ポリシー、プログラム、プロジェクトを手段と目的を持った一つの仕事のかたまりとして一連の政策体系として捉え評価対象を明確化することができ、このプログラム・セオリー・マトリックスを評価対象として実績の確認（実績評価）、プロセスの把握（プロセス評価）、因果関係の分析（5項目による評価）を行ないプログラム評価を行うことが可能となる。表に示すように、このような評価の枠組みを使い、実績の確認、プロセスの把握、評価 5 項目による因果関係を検証することになる。このプログラム・セオリー・マトリックスは、プログラムのロジックである政策体系のプログラム・セオリーを提供することになり、また、一連のプログラム・セオリー・マトリックスの作成過程を通じ、プロジェクト間の比較（プロジェクトの PTM の比較など）により、政策立案の適否、施策の整合性など多くの分析とともに、プログラム評価の評価可能性についての検討が可能にある。

表 3-2 プログラム・セオリー・マトリックスと評価項目



(出所) 三好皓一 『プログラム・セオリー・マトリックスの活用について:評価における分析の有用性を高めるために』、日本評価研究、第 2 巻 1 号、日本評価学会、2002 を基に作成

3-2 協力プログラム・モデル作成の手法と手順

本評価調査団による協力プログラム・モデル作成の手法は以下手順1、手順2、手順3のとおりである。協力プログラム・モデルを、本評価調査団は、仮に「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル (PLM)」と呼ぶ。なお、本評価調査対象案件は、エイズ、結核、マラリアの3感染症であるが、ここでは、フィリピン・エイズ対策分野案件群を例に協力プログラム・モデル作成の解説を行なう。

3-2-1 手順1：各案件の概要を整理する。

プログラム・モデル作成にあたり、まず、各案件の概要を表3-3のとおり整理する。なお今回の評価調査によるプログラム・モデルの作成は、あくまで「今後の開発援助実施の参考としての試験的取り組み」という位置付けである。よって、各案件のデータ（「上位目標」「プロジェクト目標」「成果」「投入」等）は、本評価調査の限られた時間内で収集可能であった資料を参考にしている。それ故、これらデータには以下の制約があることをあらかじめ了承されたい。

- ① 各案件資料に、明らかな形で「上位目標」「プロジェクト目標」「成果」の記載がなかった場合には、案件資料を元に、本評価調査団が、これら「上位目標」「プロジェクト目標」「成果」に相当するものを抽出した。どうしても抽出できなかったものについては、空欄のままとした。
- ② 「投入」覧の各金額は、本評価調査団が入手した各案件既存資料から、フィリピン通貨（ペソ）建ての概算で出したおおよその額である。
- ③ 「投入」覧の「専門家」や「研修員受入」は、金額ではなく、人数として表示している。
- ④ 本評価調査で対象となっている案件のうち、第3国研修（「熱帯医学」及び「HIV感染症及び日和見感染症の実験室内診断技術」）に関しては、本プログラム・モデルから外した。理由は以下のとおりである。プログラム・モデルには、フィリピン感染症対策分野における成果がある程度はっきりした形で認識されている案件を入れることが前提である。しかし、第3国研修は、参加者の能力向上等の成果が確認されているものの、参加者全員（「HIV感染症及び日和見感染症の実験室内診断技術」）または大多数（「熱帯医学」）が、近隣アジア諸国を中心とするフィリピン外の国々から参加しているため、フィリピン国感染症対策分野という枠組みの中では成果の評価が未だ確定していないことが、案件関連資料や関係者調査の結果明らかになっている。

表 3-3 エイズ案件概要表

案件名・協力期間	特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」・1994-2001
プロジェクトサイト	全国
相手国実施機関	保健省
成果	1. HIVの検査技術と調査研究能力を普及・向上させる。
投入	・エイズ関連血液検査資機材：76,026千ペソ
案件名・協力期間	現地国内研修「エイズ等診断及び管理」・1995-1999
プロジェクトサイト	全国
相手国実施機関	保健省
プロジェクト目標	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/エイズ、その他の性感染症に関する予防と管理の能力が向上する。
成果	1. 研修参加者が、HI/エイズ、その他の性感染症に関する病因論、疫学、病原論の一般的知識を得る。
	2. 研修参加者が、HIV/エイズ、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能を身につける。
	3. 研修参加者が、HI/エイズ、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。
投入	・研修経費：9,8000千ペソ
案件名・協力期間	個別派遣専門家「エイズ対策」・1995-1996
プロジェクトサイト	全国
相手国実施機関	保健省
プロジェクト目標	フィリピン国における複数のエイズ対策プログラムを調整・管理する。
成果	1. 医療特別機材供与の調整をする。
	2. 血液事業の戦略を立てる。
	3. エイズ分野協力要請案件の調査
	4. カウンターパート研修の調整
	5. 現地研修（HIV感染者とエイズ患者の看護と管理）の調整
投入	・長期専門家：1人年
案件名・協力期間	プロ技「エイズ対策」・1996-2001
プロジェクトサイト	マニラ・セブ他
相手国実施機関	保健省
日本側協力機関	大阪大学微生物研究所・国立感染症研究所他
上位目標	STD/AIDS予防対策のための戦略が高まる。
プロジェクト目標	国家及び地方のSTD/AIDSに関する予防能力が向上する。
成果	1. エイズ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。
	2. エイズ・性感染症中央共同ラボラトリーがフィリピン保健省-サンラザロ病に統合される。
	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。
	4. エイズ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。
	5. エイズ性感染症中央共同ラボラトリーでの研究が強化される。
	選ばれた公衆衛生診療所において、国家エイズ/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。
投入	・現地活動費（中堅技術者養成費、技術開発研究費、技術交換費、啓蒙活動普及費、草の根展開活動支援費、教材整備費、現地適用化費、一般現地業務費）：45,227千ペソ ・機材供与費：70,000千ペソ・基盤整備費8,800千ペソ ・長期専門家：19.4人年・短期専門家：10人月・研修員受入：54人月
案件名・協力期間	開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」・1998-1999
プロジェクトサイト	マニラ
相手国実施機関	NGOピノイ・プラス
上位目標	HIV感染者が社会復帰する
プロジェクト目標	HIV感染者に対する適切な保護と社会復帰を支援し、HIV感染者の健康・生活状態の向上を図る
成果	1. HIV感染者養護施設的生活・衛生環境の改善により、感染者の健康が改善される。
	2. HIV感染者養護施設的生活用水設備の整備により、感染者の生活が改善される。
	3. HIV感染者の生計向上活動実施により、収入が向上する。
投入	・HIV陽性者施設環境整備/井戸水道設備：828千ペソ ・生計向上/啓蒙活動：717千ペソ
案件名・協力期間	開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」・1998-1999
プロジェクトサイト	マニラ・レイテ島
相手国実施機関	NGOポピュレーション・サービス・ピリピナス（PSPI）
上位目標	HIV感染者が減少すると共に、妊産婦・乳幼児死亡率が低下する。
プロジェクト目標	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の強化される。
成果	1. 対象クリニック設備が改善強化される。
	2. 当該クリニック・スタッフの技術が向上する。
	3. 当該地域の生殖器・性感染症治療患者数が増加する。
	4. 性感染症・子宮ガン症の早期検診が実施される。
	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。
投入	・基礎的医療機器各種：593千ペソ・スタッフ研修：185千ペソ ・医薬品購入：1,631千ペソ・啓蒙広報活動：210千ペソ

3-2-2 手順2：全案件を各感染症（エイズ・結核・マラリア）ごとに同一表にまとめる （PLM1の作成）

手順1で案件ごとの概要を整理した後、それぞれの案件ごとに「案件名」、「上位目標」、「プロジェクト目標」、「成果」、「投入」を横に並べ、疾病ごと（エイズ・結核・マラリア）に表計算ソフトに入力する。これを仮に「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル1（PLM1）」と呼ぶ（エイズ案件群の例：表3-5参照）。PLM1においては、案件ごとに案件名・成果・成果を一つの「レコード」としてまとめ、1投入ごとに1案件「1レコード」とし、レコードごとに並べ替えが可能な状態とする。PLM1では、各案件をベースに同一表にまとめているので、各案件のプログラムとしてロジックは判断しえる状態にある。しかしこれらの案件が他の案件とどのようにかかわっているかは、案件を並べただけでは明確にはならない。

このPLM1を作成する過程において、本評価調査団が入手した各案件の資料にある「投入（費目）」が、必ずしも「成果」ごとに設定されていなかったため、下記のような対応が必要とされた。

- ① いくつかの「成果」に対する「投入（費目）」を特定することが困難であったため、「成果」の「投入覧」が空欄になっているケースもある。（表3-5エイズPLM1）
- ② 「投入（費目）」が計上されてはいるが、それに対応する「成果」が案件資料に明らかな形で記載されていなかった場合には、「投入」により達成されたと思料される「成果」を案件資料より抽出し、（ ）書きで「成果」の欄に記載した（報告書：結核PLM1等参照）。
- ③ いくつかの「成果」に関しては、それらに該当する「投入（費目）」が複数あるケースがあり、その際には「投入（費目）」の数の分だけ、成果レコードも作成した。

3-2-3 手順3：感染症ごとに同一表にまとめた案件群（PLM1）を、感染症ごとの一つの協力プログラムになるよう整理する（PLM2の作成）

上記手順2のPLM1で感染症ごとにまとめた複数の案件群について、案件ごとに設定された「上位目標」、「プロジェクト目標」、「成果」、「投入」を一つの協力プログラムとして考え得るように整理する。つまり「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル2（PLM2）」は、案件の境界を取り払って一つのプログラムとして同一表にまとめたものである。PLM1と異なる点は、個々の案件の他の案件との関連が明らかになることである。たとえば、エイズ関連案件のPLM2では、短期的成果の組織機能正義に対して、エイズ対策個別専門家派遣、エイズ対策プロジェクト方式技術協力プロジェクト、エイズ対策・血液検査特別機材供与事業の構成要素が寄与していることがわかる（表3-6）。また、マラリア対策関連案件のPLM2では、短期的成果のうちの人材の能力向上に対して、マラリア対策単発派遣専門家、マラリア対策個別派遣専門家、草の根モニタリング事業が寄与していることがわかる（表3-10）。

本評価調査団では、それぞれの感染症案件群の中で最も資金的・人的投入量が多い案件（エイズと結核案件群では「プロ技案件」、マラリア案件は「無償資金協力」と「個別専門家」）を中心に、昨年度実施された本評価 PartI、及び他援助機関による資料等^{6,7,8}も参考にして表

⁶ Carolina Population Center, "Indicators for Reproductive Health Program Evaluation/Final Report of the Subcommittee on STD/HIV", University of North Carolina at Chapel Hill, 1995

⁷ WHO, "Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme", 1998

3-4 のような「PLM2 のベースとなる感染症対策協力プログラム・モデルの基本的枠組み」を仮に設定した。なお、各感染症（エイズ・結核・マラリア）ごとの「プログラム目標」及び「成果」は、各感染症の疾病特徴に応じて適宜微修正している

表 3-4 感染症対策協力プログラム・モデルの基本的枠組み

上位目標	プログラム目標	成果	
		中期的成果	短期的成果
フィリピン国民の健康状態が向上する。	フィリピンの感染症罹患率／死亡率が低下する。	対象地域において、公共セクター（政府機関等）がカバーする人口の、感染症予防に関する住民の態度、疾病発見率、治癒率・罹患率・死亡率等が改善する。	<組織の機能整備に関する成果> 感染症対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。
			<人材の能力向上に関する成果> 保健医療サービス提供者の感染症病に対する知識・技術が向上する。
		対象地域において、民間セクター（NGO・私立病院等）がカバーする人口の、感染症予防に関する住民の態度、疾病発見率、治癒率・罹患率・死亡率等が改善する。	<住民の保健サービス利用促進に関する成果> 住民が感染症に関する保健・医療サービスを利用する。
			<組織の機能整備に関する成果> 感染症対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。
			<人材の能力開発に関する成果> 保健医療サービス提供者の感染症病に対する知識・技術が向上する。
			<住民の保健サービス利用促進に関する成果> 住民が感染症に関する保健・医療サービスを利用する。

次に、手順 2 で作成した各レコードを、上記表 2 中の最も適切な成果の下に組み替えて、一つの協力プログラムとして考え得るように整理した。これを「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル 2 (PLM2)」と呼ぶ。この際、案件によっては、「プロジェクト目標」が上記表 3-4 で仮に設定された「成果」のレベルに来ていたり、またはその逆のケース等があったりしたため、これらは随時レベルを置き換えることによって整理した。

本評価調査では、上記手順によって作成された PLM1 及び PLM2 を使って、評価対象となったフィリピン感染症分野案件群を、3 つの視点（プログラム実績評価、プログラム・プロセス評価、プログラム・インパクト評価）から評価を実施した。

3-3 プログラム・アプローチ・ロジック・モデル

上記の作業手順に基づき作成したエイズ、結核、マラリアのプログラム・アプローチ・ロジック・モデル 1 及び 2 を、表 3-5、3-6、3-7、3-8、3-9、3-10 に示す。

⁸ Malaria Foundation International, “Work Group Discussions: Relevance of Conference Themes to the Programming Process”, URL

表 3-6 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 略称	投入 項目
フィリピン国民の婦人人口の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	個別エイズ	基礎整備費 7,800
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	個別エイズ	エイズ矯正技術開発支援費 7,806
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	機材供与 70,000
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	技術開発研究費 3,399
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	技術交換費 437
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	教材整備費 5,003
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	啓蒙活動普及費 4,469
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	特種エイズ	エイズ関連血液検査資機材 76,026
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	金額小計	金額小計 175,940
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	現国エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、その他の性感染症に関する病因論、易学、病言論の一般的知識を得る。
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	現国エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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つける。
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	現国エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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。
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	現国エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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。
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	現国エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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。
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	個別エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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。
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	個別エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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。
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	個別エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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。
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	個別エイズ	研修参加者が、HIV/エイズ、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。
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	中堅技術者養成費 5,850
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	現地適用化費 3,453
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	金額小計	金額小計 19,103
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	金額小計	金額小計 0
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	開福エイズ I	施設環境整備 598
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	開福エイズ I	施設井戸及び自家水道設備 230
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	開福エイズ II	医薬品購入 1,631
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	開福エイズ II	金額小計 2,459
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	開福エイズ II	スタッフ研修 185
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	草の根展開活動支援費 2,674
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	金額小計	金額小計 2,859
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	開福エイズ II	住民に対する啓蒙・広報活動 210
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	開福エイズ I	生計向上/啓蒙活動 717
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	金額小計	金額小計 927
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	一般現地業務費 12,136
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	長期専門家合計 11 名 (19.4 人年)
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	短期専門家合計 30 名 (10 人月)
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	プロ技エイズ	研修員受け入れ合計 17 名 (54 人月)
フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	フィリピン国民の HIV 感染率が減少する。	中期的成果 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	金額小計	金額小計 12,136
		短期的成果 組織の機能整備 対象地域において公共セクター (政府機関) が HIV/STIs 対策のための基礎となる人口の HIV/STIs 感染率が減少している。	金額小計	金額小計 0

表 3-7 結核: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	投 入		
				プロジェクト名 略 称	項目	量 (千ペソ)
プロジェクト「結核対策」(1997-2002; マニラ、第4地域) 相手国協力機関: 保健省	モデル地域における結核対策の強化を通じて公衆衛生アプローチシステムが開発される。	患者発見と治療に重点を置いて、公衆衛生モデルと並べて、結核対策が強化される。	1. 結核菌検査技術が向上し、潜在する塗抹陽性患者の65%が発見される。	プロジェクト名	基礎整備費	6,258
			2. 結核の治癒率が向上し、治癒率が85%になる。	プロジェクト名		
			3. 結核対策に関する統計体系が整備される。	プロジェクト名		
			4. サーベイランス体制が確立する。	プロジェクト名		
			5. 住民に対する情報教育活動が強化される。	プロジェクト名	啓蒙活動費	2,296
			5. 住民に対する情報教育活動が強化される。	プロジェクト名	負因対策費	392
G	適切な計画実施の方式が定式化される。	(機材関連)	6. 適切な計画実施の方式が定式化される。	プロジェクト名	公衆衛生普及活動費	501
			(機材関連)	プロジェクト名	機材供与	29,815
			(研修)	プロジェクト名	現地セミナー費	226
			(技術向上)	プロジェクト名	現地研究費	268
			(技術向上)	プロジェクト名	技術交換費	505
			(経常費)	プロジェクト名	一般現地	5,237
プロジェクト「結核対策」(1997-2002; マニラ、第4地域) 相手国協力機関: 保健省	ファイリピンにおける結核がコントロールされる。	結核対策計画の拡大についてのマネジメントが向上する。	1. セブ州での結核対策新指針政策・戦略が実施され、第7州へ拡大される。	プロジェクト名	長期専門家合計	3名(10人年)
			2. 第4地域フィリピンにおいて、結核対策新指針のデモンストラーション地域が確立される。	プロジェクト名	短期専門家合計	34名(18.4人月)
			3. 結核対策新指針政策・戦略の実施が他州へ拡大される。	プロジェクト名	研修員受け入れ合計	13名(53人月)
			4. 国立結核リファレンスラボラトリーの機能が確立される。	プロジェクト名		
			(機材関連)	プロジェクト名	機材供与	19,206
			(経常費)	プロジェクト名	一般現地業務費	7,024
H	当該地域における結核による死亡率を低下させる事により、地域住民の健康機能を改善する。	当該地域における結核による死亡率を低下させる事により、地域住民の健康機能を改善する。	(研修・指導・モニタリング等)	プロジェクト名	啓蒙活動普及費	3,587
			(研修)	プロジェクト名	中堅技術者養成対策費	10,239
			(研修・指導・モニタリング等)	プロジェクト名	現地適応化活動費	4,328
			(技術向上)	プロジェクト名	技術交換費	834
			全般	プロジェクト名	長期専門家合計	4名(9人年)
			全般	プロジェクト名	短期専門家合計	9名(7.5人月)
I	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、地域住民の健康機能を改善する。	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、地域住民の健康機能を改善する。	1. DOTS(Directly Observed Therapy Using Short-Course Regimen)により結核治療率が向上する。	プロジェクト名	研修員受け入れ合計	6名(21.5人月)
			2. 公的医療機関との間にリファレンスシステムが確立される。	開福結核		
			3. 診療記録及び報告システムが確立される。	開福結核		
			(機材)	開福結核	機材購入	175
			(IEC教材政策)	開福結核	啓蒙(IEC)	500
			(研修・指導・モニタリング等)	開福結核		24,597
J	国家結核対策プログラムを前に普及する	データなし	研修参加者が国家結核対策プログラムについての知識技術を理解・習得する。	現国内研修「国家結核対策プログラム」(1999-2003) 相手国協力機関: 保健省	現国結核	10,000

表 3-9 マラリア PLM1 プログラム・アブローチ・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)
K	車発専門家「マラリア対策」(1997-1998: パラワン州) 相手国協力機関: 保健省	パラワン州におけるマラリア対策能力が向上する。	マラリア診断技術(マラリアの検査方法・疫学情報の解析)が向上する。	1. マラリア診断技術(マラリアの検査方法・疫学情報の解析)が向上する。 2. マラリア疫学情報の解析能力が向上する。	車発専門家マラリア 車発専門家マラリア		
L	無償資金協力「マラリア対策計画(子供の健康無償)」(1998: 全国・パラワン州・スルウェー州・タウイタウイ州) 相手国協力機関: 保健省	汚染地域住民(特に小児)のマラリア罹患率を年間20%減少させる。	汚染地域住民(特に小児)のマラリア罹患率を年間20%減少させる。	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。 2. 保健医療器材の充実に伴い、村落レベルにおいて、マラリアの迅速な診断と適正な治療を促進する。 3. 情報関連機器とサーベインシステムの実装により、マラリア流行度と対策を適切に評価する。 4. 輸送器材の充実に伴い、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。	無償資金マラリア 無償資金マラリア	ヘルスワーカー用キット(クロロキネン等)、抗マラリア剤等	1名(1人年)
M	個別専門家「マラリア対策」(1999-2002: パラワン州、スルウェー州、タウイタウイ州) 相手国協力機関: 保健省	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. マラリア及び動物媒介性病原体の機能が確立される 2. 殺虫剤含浸蚊帳を配布する。 3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。 4. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。 5. マラリア流行度と対策を適切に評価するためのサーベインシステムが充実する。	個別専門家マラリア 個別専門家マラリア 個別専門家マラリア 個別専門家マラリア	GP/GISシステム、培養システム、エリーザシステム 車両、モーターサイクル、船外機等	134,000
N	青年海外協力隊「村落開発普及員」(1999-2001: パラワン州) 相手国協力機関: 保健省	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。	協力隊マラリア 協力隊マラリア		1名(6人月)
O	草の根無償「タウイタウイ州保健局の診療船へのエンジン供与」(1999-2001) 相手国協力機関: タウイタウイ州(保健局)	遠隔島嶼地域住民のマラリア罹患率が減少する。	遠隔島嶼地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. 遠隔地に対する定期的保健サービス(マラリア対策を含む)が可能になる。	草根無償マラリアI		1,509
P	草の根無償「NGOと自治体提携によるマラリア対策」(2000: パラワン州) 相手国協力機関: エル・ニド財団	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。 2. マラリア対策のためのボランティア保健所施設が充実する。 3. 村落レベルワーカーによるマラリア迅速診断技術が向上する。 4. 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する	草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII		749 757 1,963 451
Q	無償器材供与「マラリア及び動物媒介性病原体対策センター」(2001: ミンダナオ・ダバオ市) 相手国協力機関: 第11地域保健局	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. 子供の健康無償によるマラリア対策のモニタリングの強化 2. ミンダナオ地域の巡回検診、モニタリングの実施による効果的マラリア対策の実施 3. 紛争の影響によるマラリアの突発的流行の発見と阻止 4. マラリア突発性流行の早期警戒システム構築による流行予防	無償器材供与マラリア 無償器材供与マラリア 無償器材供与マラリア 無償器材供与マラリア		2,820
R	草の根モニタリング「パラワン・エルニド財団」(2001: パラワン州) 相手国協力機関: NGOエル・ニド財団	住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す。	住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す。	子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかになる	草根モニタ・マラリアI		643
S	草の根モニタリング「パラワン州立大学」(2001: パラワン州) 相手国協力機関: パラワン州立大学	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかになる	草根モニタ・マラリアII		338
T	短期専門家「マラリア対策」(2002: ミンダナオ・ダバオ市) 相手国協力機関: 保健省	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. 「マラリア及び動物媒介性病原体対策センター」の機能が確立される 2. 民間セクター-保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液疫学的能力が向上する 3. 公共セクター-保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液疫学的能力が向上する	短専マラリア 短専マラリア 短専マラリア 短専マラリア		1名
					短期専門家合計		1名

表 3-10 マラリア 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		プロジェクト略称	投入		中期的成果
		中期的成果	短期的成果		項目	量	
フィリピン国 の健康状 が向上す る。	対象地域のマラリア ア死亡率・罹患率 が低下す る。	対象地域において公共 セクター(政府機関)がカ バーする住民の: ・マラリア予防に関する 態度が改善する ・マラリア患者が治療す る。 ・マラリア死亡率・罹患率 が減少する。	〈組織の機能整備〉 マラリア対策のための基盤(施設・機材・システム・ IEC)が存在する。	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。 2. 保健医療従事者のマラリアの迅速な診断と適正な治療を促進する。 3. 情報関連機器とサーベランスシステムの充実により、マラリア流行度と対策を適切に評価する。 4. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。 全般	無償資金マラリア ヘルスワーカー用キット、抗マラリア剤等 GPI/GISシステム等 車両、モーターサイクル、船外機等	134,000	
			〈人材の能力向上〉 保健医療サービス提供者のマラリアに関する知識・ 技術が向上する。	1. マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される 2. 殺虫剤含浸蚊帳を配布する。 3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。 4. マラリア流行度と対策を適切に評価するためのサーベランスシステムの充実する。 5. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。 1. 遠隔地に対する定期的保健サービス(マラリア対策を含む)が可能になる。 2. マラリア対策のためのバランカイ保健所施設が充実する。 3. 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する 4. 子供の健康無償によるマラリア対策のモニタリングの強化 1. 子供の健康無償によるマラリア対策の実施による効果的マラリア対策の実施 2. ミンダオ地域の巡回検診、モニタリングの実施による効果的マラリア対策の実施 3. 紛争の影響によるマラリアの突発的流行の発生と阻止 4. マラリア突発性流行の早期警戒システム構築による流行予防 全般	無償資金マラリア 個別専門マラリア 個別専門マラリア 個別専門マラリア 個別専門マラリア 無償資金マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 無償機材供与マラリア 無償機材供与マラリア 無償機材供与マラリア 無償機材供与マラリア 短専マラリア 短専マラリア	1,509 757 451	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。	1. マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される 全般	短専マラリア 短専マラリア	1名(6人月) 139,537	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。	1. マラリア診断技術(マラリアの検査方法・疫学情報の解析)が向上する。 2. マラリア疫学情報の解析能力が向上する。 全般	車発専門マラリア 車発専門マラリア 車発専門マラリア 個別専門マラリア 草根無償マラリアII 短専マラリア	1名(1人年) 1,963	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。 3. 公共セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液疫学的モニタリング能力が向上する	協力隊マラリア 協力隊マラリア 草根モニタ・マラリアI 草根モニタ・マラリアII 草根無償マラリアII	643 338 981	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。 Outputに振り分けられない投入	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。	草根無償マラリアII	749	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。	民間セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液疫学的モニタリング能力が向上する	短専マラリア	749	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。	民間セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液疫学的モニタリング能力が向上する	短専マラリア	749	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。	民間セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液疫学的モニタリング能力が向上する	短専マラリア	749	
			〈住民のサービス利用促進〉 住民がマラリアの保健医療サービスを利用する。	民間セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液疫学的モニタリング能力が向上する	短専マラリア	749	

参考資料: Malaria Foundation International: Work Group Discussions: Relevance of Conference Themes to the Programming Process (URL)

3-4 PLM 作成による考察結果と今後の課題

以上、プログラム・セオリー。マトリックス（PLM）を活用し政策体系である「協力プログラム/モデル」を設定したが、この過程を通じての考察及び今後の課題を以下記しておく。

(1) PLM2 のプログラム・モデルとしての有効性

PLM2 の作成は、既存のプロジェクトを後付で政策体系に取りまとめる作業であったが、結果としてフィリピンの感染症対策に対するプログラム・モデルを提示し得たと考えている。従来、個別のプロジェクトの PDM(プロジェクト・デザイン・マトリックス)は作成されており、個々の協力事業の目的と手段の関連は理解しえたが、協力全体としてどのように目的と手段が構成されているかは明示されておらず、協力全体としてどのような仕組みになっているか理解することは難しかった。

本評価では、PLM2 の作成には、それぞれの感染症対策案件群の中で最も資金的・人的投入量が多い案件（エイズと結核案件群では「プロ技案件」、マラリア案件は「無償資金協力」と「個別専門家」）を中心に、他援助機関による資料等^{9,10,11}も参考にして表 3-4 のような「PLM2 のベースとなる感染症対策協力プログラム・モデルの基本的枠組み」を仮に設定し、また、各感染症（エイズ・結核・マラリア）ごとの「プログラム目標」及び「成果」は、各感染症の疾病特徴に応じて適宜微修正し作成しているが、このように特定の枠組みを設定することによって協力のアプローチが明確になりうることを示唆している。

また、今回は、本評価においてこのような作業を行っているが、このような PLM2 の作成を国別事業実施計画や案件の形成において実施するならば、より適切な協力アプローチを採択できるようになると考える。

しかし、作成した PLM2 は JICA の関連するプロジェクトにかぎっており、フィリピン政府の政策体系との関連、他援助機関のプロジェクトとの関連などは PLM2 に含めては作成していない。本評価では、PLM2 を活用して、USAID との連携を評価しているが、PLM2 に含めて評価している訳ではない。このような点をふまえれば、さらにフィリピン政府の政策体系や他援助機関のプロジェクト等を組み入れ PLM2 の対象範囲を拡大し作成することによってさらに分析も深まると考えられる。

(2) アウトカムとアウトプットの不明確さ

PLM1 と PLM2 を作成するにあたって、上位目標、プロジェクト目標、成果、活動、投入を振り分けるのに苦勞をした。苦勞した原因はそれぞれの案件によって考え方が微妙に異なること

⁹ Carolina Population Center, “Indicators for Reproductive Health Program Evaluation/Final Report of the Subcommittee on STD/HIV”, University of North Carolina at Chapel Hill, 1995

¹⁰ WHO, “Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme”, 1998

¹¹ Malaria Foundation International, “Work Group Discussions: Relevance of Conference Themes to the Programming Process”, URL

による。本来、上位目標は長期的なアウトカムを、プロジェクト目標は中期的なアウトカムを、成果はアウトプットを表すものである。プロジェクトやプログラムを政策目標に対する目的と手段の連鎖としてプログラム成果モデルに照らし見た場合には、アウトプットは事業活動によって生み出された産物やサービスであり、中期的なアウトカムはアウトプットが受益者やプロジェクト参加者に及ぼす効果、すなわち変化であり、また、長期的なアウトカムは参加者や受益者の変化の継続が社会に与える効果であり、それぞれが成果、プロジェクト目標、上位目標にあたるはずである。このような観点に立つと、評価対象のプロジェクトでは、アウトプットとアウトカムの区別が明確でなく、特にプロジェクト目標、上位目標はあいまいになっており、PLM2 の作成に影響した。

しかし、本作業でこのような状況を認識しているが、基本的にはそれぞれの事業が実施されている基になっている考え方、つまりそこで関係者によって理解している目的と手段の連鎖関係を尊重することとして、上位目標、プロジェクト目標、成果は主要なプロジェクトにあわせることに努めた。しかし、成果の部分で整合性をとるために、成果を中期的成果と短期適正化に区分して整理している。この性質を考慮すると、中期的成果は直接的な、または短期的なアウトカムに、短期的成果はアウトプットに相当すると考えられる。

PLM2 の作成を通して、アウトカム・アウトプットの関連と、上位目標・プロジェクト目標・成果の関連とが明確に仕切れなかったが、これは、そもそも上位目標、プロジェクト目標、成果という用語の持つあいまいさによると考えられる。アウトカムを重視した事業を、また、その遂行のためにアウトカムを事業のロジック・モデルを作成するという点を踏まえれば、それぞれをアウトカムとアウトプットで再定義することが必要である。この点を明確にしないままでは事業自体があいまいなものとなりうる。

他方、その点を考えれば、上位目標、プロジェクト目標、成果という用語の使用自体を検討することが必要であり、最終成果（長期的アウトカム）、中間成果（中期的アウトカム）、結果（アウトプット）と用語の使用がより直接的であり望ましいと考える。

(3) 事業の構成とプログラム・ロジックの不適合による調整作業の必要性

PLM2 から、短期的な成果を生み出すための活動は複数のプロジェクトに帰属していることがわかる。必ずしもすべての短期的成果が複数のプロジェクトによってもたらされうるものではないが、その傾向は強い。他方、このような傾向は特定の同一の成果を達成するのに複数の実施担当者がいることを意味する。それぞれの実施担当者は成果を達成するために各自がそれぞれの責任において投入を決定し、活動を行なうことになる。このような状況で日本の協力をより効果のあるものにするためには、当然実施担当者間での調整が必要となる。調整は、当該成果に係るものに限らず、他の成果についても調整を行うことが必要になる。つまり各実施担当者は複数の成果について他の実施担当者との成果ごとの調整が要求される。全て必要な調整を行おうとすると、調整は多岐に渡り時間を要するものとなる。しかし、実際の状況では、実施担当者は多岐に亘る各

自の事業を実施することが第一であり調整まで行う余裕は無いようであり、結果として調整は十分には行われていない。

一般に、成果を単位に事業を実施担当者、または、実施部署に振り分けるに当たっては、各実施担当者は、各自で投入を調整し、活動を管理し、成果を達成することに注力できるように配分することが、事業経営管理の要諦である。このような責任分担が採られるならば、前述のような実施担当者間での調整は必要ない。各担当者の分担において基本的な調整作業は終わっており、必要とされる調整は、各成果間の進捗の管理などが主体となる。

では何故前述のような調整作業が必要されるような事業管理を行わなければならないのであろうか。これは、国際協力に実施のおける形態による事業を構成することによって、また、事業区分をすることによって、目的と手段の関係が転倒していることによると考えられる。そこでは、成果を達成するためにどのような活動が必要なのかということで事業が構成されてはおらず、成果のうち事業形態に合う活動が選択されて事業を構成するということが行われている。成果のうち事業形態に合わないものは切り捨てられることになり、もし実施するのであれば、他の事業形態を持ち込み、これに合うものを選択していくことが必要となる。しかし、このような事業構成を行う限りは最適な事業構成を作り上げることは難しそうである。

(4) 事業費の把握の難しさ

PLM2 の作成に当たっては、事業活動ごとに投入資源を把握し費用算定に努めた。しかし、既存資料からは事業費を確定することができなかった。関係者への聞き取りを行うことによって把握にも努めたが、すべての費用を成果ごとには配分できなかった。従来、成果単位ごと、活動単位ごとの予算配分、費用の算定が十分には行われてこなかったと考えられることは、上記(3)とも関連する。

効率性を検討することは、実現した成果に費用がいくらかかったかを考察することである。成果を投入で割ったり比較したりすることによって効率性が議論できるようになる。成果1単位あたりの費用を産出することもできるし、また、投入人員あたりの、例えば投入労働時間あたりの成果を算出することができる。そして、これらの数字を他と比較することによって効率性が比較できるようになる。そのような意味で、費用を算定することは重要であり、また必要なことである。さらに、費用算定は、有効性やインパクトを算定するためにもまた必要であることを考えれば、なおさらである。

他方、従来のPDMは費用を成果や活動と結びつけて議論するような構成にはなっていない。かろうじて総費用について関心を惹起させる程度である。このような点を考えれば、PTMは、費用をその形式の中に費用の算定、費用の明確化を求める構造になっており、費用算定を確実にし、効率性、有効性、インパクトの議論の可能性を提供すると考える。

第4章 日本によるフィリピン感染症 案件のプロセス評価

第4章 日本によるフィリピン感染症案件のプロセス評価

4-1 案件プロセス評価の概要と手法

4-1-1 目的

本章では、本評価調査対象案件の実施の一連のプロセス、すなわち案件形成、立案、実施、評価において、主要な関係者にどのようにそれぞれの案件を認識していたかを調査することによって、日本の感染症対策分野における協力を意味づけてみる。このことにより、フィリピン国の感染症対策の文脈、また、日本の同分野への協力の文脈の中でのそれぞれの案件の役割、また、関係者の役割を明らかにする。特に、前章で明らかになったように、明示的ではないが、それぞれの案件は有機的に結びつきプログラムとして目的と手段の連鎖としての目的体系を有している。それゆえに、このような文脈の中で事業の各アクターが各案件の関連をどのように意識し行動しているかに焦点を当て考察することによって、今後の協力の提言と教訓を導き出すことが可能となる。

4-1-2 調査手法

プロセス評価を実施するにあたり、日本側・フィリピン側の主要な案件関係者（キー・インフォーマント）を対象としたインタビュー調査、及び e-mail アンケート調査を行なった。日本・フィリピンでの調査対象者分類と対象者数は表 4-1、また、対象者の詳細は添付資料 6 「政府・国際・NGO 等関係者面談者リスト」に示すとおりである。なお、同一人物に対して、インタビュー調査と e-mail アンケート調査を実施している場合もあるため、それぞれの調査数は延べ数である。インタビューは個別インタビューとグループ・インタビューで行っている。

表 4-1 案件のプロセス評価調査対象者分類と対象者数

調査対象者分類		インタビュー調査数	アンケート調査数
大分類	中分類		
日本側関係者	JICA 関係者	現 JICA 本部職員 (3) 現 JICA 事務所員 (4)	現・元 JICA 職員 (2) 現 JICA 事務所員 (0)
	日本人専門家	現・元日本人専門家 (8)	現・元日本人専門家 (10)
	国内委員		元国内支援委員 (2)
	大使館関係者	日本大使館関係者 (1)	
フィリピン側関係者	比国関係者	フィリピン保健省/保健局関係者 (48) フィリピン政府関係者 (7)	フィリピン保健省/保健局関係者 (5) NGO 関係者 (3)
	NGO 関係者	NGO 関係者 (9)	
他援助機関関係者	他援助機関関係者	他援助機関関係者 (7)	他援助機関関係者 (1)
合計		87	23

(出所) 調査団作成

(1) データ収集手法

① 関係者に対する半構造化されたインタビュー調査：合計 87 名

本調査で対象となった各案件の日本・フィリピン側関係者に対し、以下のようなインタビュー調査を実施した。

- ・ インタビュー内容及び実施方法：案件の一連のプロセス（案件形成・立案・実施・評価）に関する関係者の認識を聞き取り調査した。また、案件のプロセスに関する回答者の認識を効果的に引き出すために、大まかな質問ガイドラインのみを用意し、必要に応じて柔軟に対応する「半構造化されたインタビュー手法（semi-structured interview）」¹を用いた。（質問ガイドラインについては、添付資料参照）
- ・ インタビュー対象者：物理的にインタビュー可能な案件関係者を対象とした。日本においては東京在住の案件関係者（JICA 職員、元日本人専門家）、及びフィリピンにおいてはそれぞれの案件関係者（JICA 事務所員、日本人専門家、日本大使館員、フィリピン保健省・地方保健局関係者、フィリピン政府関係者、NGO 関係者、他の援助機関関係者等）を対象とした。
- ・ インタビュー実施者数：日本／フィリピン側合わせて、87 名の関係者に対しインタビューを実施した。

② e-mail アンケート調査：合計 23 名

本調査で対象となった各案件の日本・フィリピン側関係者に対し、以下のようなアンケート調査を実施した。

- ・ アンケート内容及び実施方法：アンケート質問票は、対象案件の一連のプロセス（案件形成・立案・実施・評価）をカバーする内容になっているが、回答者それぞれの立場（日本側：JICA 職員、日本人専門家、国内支援委員会、フィリピン側：カウンターパート、及びフィリピンで活動する他の援助機関）によって、調査票を多少修正した（調査票は添付資料参照）。また、案件のプロセスに関する回答者の認識を効果的に引き出すために、設問はすべて自由記述式にした。質問票は、E-mail の添付ファイルとして対象者に送付し、パソコンでの直接入力による回答用紙を、再び E-mail の添付ファイルとして返送してもらう形式を取った。
- ・ アンケート送付対象者：基本的に案件に関った全ての関係者を対象とした。しかし、一部の案件関係者については、調査期間内に連絡先を特定できず、アンケート送付が不可能であった。また、この E-mail アンケート調査では、「雪だるま式（snow ball）サンプリ

¹ 半構造化されたインタビュー手法（semi-structured interview）：大まかな質問項目は決まっているが、必要に応じて詳細な質問や質問内容を追加しながら柔軟にインタビューを行なう方法（国際協力事業団 企画・評価管理室 「JICA 事業評価ガイドライン」第1版 2001年9月）

ング」²を用いて、調査団で把握しきれていない案件関係者もサンプリングできる方法を採用した。

- ・ アンケート回答数（2000年3月末日現在）：最初の送付者が日本側フィリピン側合わせて44名であったのに対し、現時点で23名から回答が返ってきている。

(2) データ分析手法

上記のとおり収集されたデータは、案件の一連のプロセスに沿って、表 4-2 のようなフレームの中で分析した。

表 4-2 案件のプロセス評価分析フレーム

案件のプロセス	回答者分類
回答者情報	回答者分類
	関った時期
	業務（専門分野）
案件形成に関する認識	日本による感染症分野全体の中での案件の位置付け
	案件選定理由
	案件選定決定者
	案件名決定の由来
案件計画立案に関する認識	立案者
	立案理由
	ターゲット・グループ
	ドナー連携
	NGO との連携
	中心的活動
	予算
	施設・機材の支援
	専門家のリクルート
	専門家の TOR
	専門家の開発に関するトレーニングの経験
	専門家の開発分野適性／技術／知識
	国内支援委員会
案件実施に関する認識	受入機関の態勢
	フィリピンの行政・政治状況変化に関する認識と対応
	モニタリング
	PDM の利用
	案件計画の修正／変更
	問題発生時の対応
	ドナーとの連携
NGO 連携	
案件評価に関する認識	案件の効果
	案件効果裨益グループ
	自立発展性

² 雪だるま式サンプリング：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、次に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（国際協力事業団 企画・評価管理室 「JICA 事業評価ガイドライン」第1版 2001年9月）。本調査では、「e-mail 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 e-mail アンケートを転送する」という形を取った。

4-1-3 本章で使われる主な用語の説明

- ① スキーム (scheme) : 日本による援助実施の様々な形態を意味する。代表的なスキームとしては以下②～⑧のようなものがある。
- ② 専門家派遣 : 日本人専門家の派遣
- ③ 本邦研修 : 日本における被援助国人材の研修
- ④ プロジェクト方式技術協力 (通称 : プロ技) : 上記②と③と、機材供与の組合せ
- ⑤ 無償資金協力 : 施設の建設や機材の購入のための資金の無償供与
- ⑥ 現地国内研修 : 被援助国が、日本の資金援助により、国内関連分野の人材に対して行なう研修
- ⑦ 第三国研修 : 日本の資金援助により被援助国が国外・国内関連分野の人材に対して行なう研修
- ⑧ 開発福祉支援事業 : JICA 在外事務所が中心となって、現地で活動する NGO を活用して実施するモデル事業

4-2 結核分野案件のプロセス評価

4-2-1 調査対象案件

調査対象となったのは、以下4件である。

- ① プロ技「公衆衛生プロジェクト」(以下公衆衛生プロ技) 1992-1997
- ② プロ技「結核対策プロジェクト」(以下結核プロ技) 1997-2002
- ③ 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」1999-2001
- ④ 現地国内研修「国家結核対策プログラム」1999-2003

4-2-2 案件選定についての認識

- (1) 案件決定に関する認識ーフィリピン・結核分野全体の中での

日本による援助案件の意義ー

最初に、本調査の対象となっている上記の結核案件が、「結核案件群全体」として、つまり「結核プログラム」として共通のものを目指して案件選定したという認識は日比双方関係者に無いことが明らかになっている。

個別の案件に関しては、例えば「当時フィリピンが、西太平洋地域の諸国の中で、最も結核が蔓延している国であったため」という共通認識が日比双方の関係者にあったことが明らかになっている。また、公衆衛生プロ技に続き、「結核対策プロ技」が実施されたことに関しても、「フィリピンにおいて、結核が引き続き、重要な国民の死因の上位にある深刻な疾患であったから」という関係者間の共通認識がある。一方で「結核対策プロ技」の時代になると、「結核が深刻な疾患であるから」という認識の他に、日比双方の関係者間で「フィリピン政府が全国に結核の DOTS

戦略を広める決定をした時に、フィリピン結核分野で中心的役割を果たしていたのが日本であったため、フィリピン政府及び他の援助機関からも、結核分野で日本が引き続き中心的役割を果たすことを期待されたから」という認識も登場する。いずれにせよ、フィリピンにおける結核対策分野全体の中で、日本による援助の意義は、日比双方関係者間で十分認識されていた。現地国内研修についても、結核プロ技との関連で、DOTS 戦略をフィリピン全国に広めるという保健省の優先プログラムを支援するものであったという認識で関係者の認識は一致している。

一方、フィリピン結核協会に対する開発福祉支援「貧困層結核患者救済」に関しては「アセアン通貨危機に対する補正予算がついたので、比国結核患者の多くが貧困層に属しているということで、結核対策分野で活動実績のあるフィリピン結核協会が選ばれて支援を受けた」という認識と、「同通貨危機により、比国政府の結核治療薬購入が財政的に困難になったため、結核の薬剤耐性問題を防ぐための緊急措置として、一時的にでも治療薬を支援できればという日比双方関係者の意向が一致したために実施された」との二つの認識が関係間に存在している。なお、フィリピン結核協会は NGO ではあるが、政府から多くの補助金を継続的に受けている組織であるため、通貨危機によりフィリピン政府が結核治療薬を十分購入できなくなった時には、政府系の保健医療施設同様、危機的状況にあった。

(2) 案件選定に影響を及ぼした関係者

結核対策の二つのプロ技案件や現地国内研修等の案件選定には、日本の（財）結核予防会結核研究所（結核研究所）が中心的役割果たし、JICA や比国保健省結核対策本部との協議により案件が決定されたと日比双方関係者に認識されている。

開発福祉支援の案件選定に関しては、フィリピン国家経済開発庁（NEDA）に派遣されていた開発福祉担当の日本人専門家が中心となって、JICA 現地事務所や結核プロ技チームと協議したと認識されている。

(3) 案件名に関する認識

結核対策案件のうち、「公衆衛生プロ技」については、もともと「他の公衆衛生行政にも応用可能なモデル構築を目的としていたので、『公衆衛生』のタイトルがつけられた」と認識されている。実際には、当時、結核が比国において最も深刻な公衆衛生問題のひとつであったことや、プロジェクトに派遣された日本人専門家が結核の専門家であったことにより、結果として結核対策活動が中心のプロ技になったと認識されている。

開発福祉支援に関しては、「貧困層へ直接裨益する協力を」という本部の意向を案件名に反映させたと認識されている。

4-2-3 案件立案に関する認識

(1) 案件内容決定に関する認識

結核プロ技に関する案件内容の計画は、保健省結核対策本部により立案され、これがプロジェクト対象地域である第4、第7地域に提出され、これに日本側（JICA と結核研究所関係者）が修正・訂正を加えて最終的に成立したという認識で関係者が一致している。立案内容は適切であったと広く認識されている一方で、結核プロ技においては、JICA でカバーするプロジェクト対象地域を、もう少し広げても良かったのではないかとする日本人専門家の意見もある。また、比側保健省関係者の中には、結核プロ技立案の際、民間セクターを支援する計画を入れても良かったのではとする意見もある。また、結核プロ技と結核現地国内研修との位置付けについては、コラム1のような日本側関係者による認識もある。

コラム1 日本側関係者によるアンケート回答から抜粋

「…現地国内研修はもともと“プロ技などの後に実力をつけて育った現地カウンターパート達が、自分達の力でその技術をより広めるために行なう”という趣旨でしたので、一般的にはプロ技の後に行なわれてきたらしいです。でも、この結核現地国内研修では、プロ技と並行して行なおうとしました。それは、プロ技とかませで行なう方がより効果的だと判断したからです。このような場合もありますので、『現地国内研修とプロ技をどのようにからませるか』という視点の中で現地国内研修を位置付けるか検討されてもいいのではないかと思います。」

開発福祉支援については、既述のフィリピン国家経済開発庁（NEDA）に派遣されていた開発福祉担当の日本人専門家が中心となって、JICA 現地事務所や結核プロ技チームと協議して立案したと認識されている。また、JICA 現地事務所の担当者は、「結核治療薬の必要数を算出するにあたり、比国政府によるデータを参考したため、結果として適切な必要数が算出できず、結核治療薬を配布しなおすことになった。限定された地域に限っては、政府よりもその地域を限定的に支援している地元 NGO によるデータの方が信頼性があるということを学んだ。」と認識している。

さらに、開発福祉支援の対象となったフィリピン結核協会では、「結核患者の多くは貧困層に属し、毎日の食べ物にも事欠く人々が多い。しかし、結核治療薬は、空腹で飲むと人によってはかなり胃に不快感をもたらし、これが原因で、決められた期間（半年間）薬を飲みつづけることができず、結果として薬剤耐性を作ってしまう場合がある。この現実を考えると、貧困者層に対する結核対策には、結核治療の他に、食べ物の補助とか、所得向上のプログラムとかの活動を組み合わせる必要がある」と認識している。

(2) ターゲット・グループに関する認識

多くの結核対策案件のターゲット・グループについては、日比関係者の中で、「全国民」や「結

核患者」及び「結核対策担当者」等、認識が広範に渡っている。福祉案件のターゲット・グループに関しては、「貧困層」という認識で日比双方一致している。

(3) 立案時の他組織との連携に関する認識

① 援助機関との連携

公衆衛生プロ技の時代から、WHO 西太平洋事務所と連携しながら活動を進めており、また、結核プロ技の時代になってからは、結核対策援助機関会議(PACT Meeting)の中心的存在として、その他の援助機関とも DOTS を広める対象地域の割り振り等で、積極的な連携を進めていることが、日比双方の関係者により認識されている。

② NGO との連携

立案時、特に NGO との協力については計画していなかったというのが、結核案件の日比関係者の共通認識である。ただ、比側保健省関係者の中には、結核プロ技立案の際、民間セクターを支援する計画を入れても良かったのではとする認識もある。

開発福祉支援によるフィリピン結核協会の案件については、立案時に多少プロ技関係者が関わったものの、実施時には、プロ技とほとんど切り離された形で行なわれたと認識されている。これについて、JICA フィリピン事務所担当者は、「後でわかったことであるが、フィリピン結核協会は、全国に支所を持つ NGO であり、地域によっては地方自治体保健機関との関係が上手くいっているところもあるが、別の地域ではライバルとして、ある種の緊張関係にある場合もある。このような状況下では、フィリピン結核協会だけに独立した形で援助を行なうのではなく、保健省や自治体保健機関もまき込む形で援助を実施した方が効果的であったと思う」と認識している。

4-2-4 案件実施に関する認識

(1) 予算に関する認識

現地の活動のうち、最も多くの予算を投入したものは、公衆衛生プロ技時代・結核プロ技時代を通して、結核対策地域拡大やレファレンス・ラボの施設充実のための機材（施設、車両、顕微鏡、パソコン等）と、地方保健所職員や州・市・町の結核担当官を対象とした研修費ということで、日本側関係者の認識が一致している。また、このような機材・設備の充実と人材育成に予算の多くを使う傾向にある日本の案件について、比側関係者は「機材・設備充実に援助できないドナーが多いが、フィリピンにおいては、感染症に関するラボラトリー等の設備の充実はまだまだ必要であるのが現実だ。よって、JICA には、今後も機材・設備を充実するための援助を続けて欲しい」と認識している。

また、プロ技の予算に関することとして、日本人専門家の中には、「JICA はもう少し、現地事務所の裁量で使える予算を増やして、現場の状況により柔軟に対応するような体制になって欲しい」という声や、「JICA は、機材購入の費用は容易に予算化してくれるが、教育・現地指導・現

地スタッフの雇い上げ等一般業務費にはなかなか予算をくれない傾向にある。プロジェクトの目的が技術移転なのに、教育の費用が不十分なら、どうすれば良いのか」という声も聞かれた。

開発福祉支援に関しては、その予算のほとんどが、結核治療薬購入と結核検査用機材に使われたと認識されている。

(2) 供与機材に関する認識

供与資機材到着のタイミングについて関係者の多くは、「ほぼ予定通りに到着した」と認識している。この理由について、「公衆衛生プロ技時代から、資機材の納入には時間を要することについて、関係者一同が理解して活動計画を作成したため」としている。また、開発福祉支援を受けたフィリピン結核協会関係者は、「JICA による資機材の供与は、いつもほぼ予定どおり実施されるので高く評価されている。我々が援助を受けている他のドナーの中には、資機材供与が予定より大幅に遅れる組織がある。特に結核治療薬の場合は、供与遅れること薬剤耐性を作ってしまうため、深刻な問題である」と認識している。

(3) 派遣専門家に関する認識

① 専門家リクルート

結核案件の専門家リクルートは、案件を全面的に支援していた日本の結核研究所を通じて実施されたと関係者は認識している。

② 専門家の業務

専門家派遣前の Terms of Reference (TOR) については、今回の調査対象となっただけの専門家も、「特に具体的に示されず、現地赴任後、基本的に案件に関する一連の活動を全てこなした。事前に TOR が無いことで、特に支障はなかった」と認識している。また、専門家によっては、「日本でははっきりした TOR が示されないことが欠点のように言われることがあるが、あまり細かい TOR があると、かえって、『その範囲を超えての業務はしない』といった弊害が出るのではないか」という認識もあった。

③ 専門家の途上国開発分野でのトレーニング経験

結核関連案件で派遣された日本人専門家の多くは、JICA の長期専門家派遣研修の他に、海外の国際保健関連大学院への留学経験や、FASID による PCM (プロジェクト・サイクル・マネジメント) 研修、エイズ研修等の途上国開発分野でのトレーニングや、国際機関での勤務経験を有していることが明らかになっている。

④ 専門家の開発分野での適性・技術・知識

結核案件で派遣された日本人専門家については、日比双方の関係者の中で「日本の結核研究所

が、全面的にバックアップして、専門家もそこから送ってもらっているので、質の高い援助活動が可能になった」と認識されている。そのように評価されている日本人専門家自身は、途上国で活動する際に必要な専門家の適性・技術・知識について、「他のドナーとの調整能力があり、国の開発を長期に展望できる能力」、「国の保健制度、マネジメントの向上に貢献できる能力」、及び「異文化理解・現地の言葉（フィリピンの場合は英語よりもタガログ語）の理解」が重要と認識している。これら認識は、以下コラム 2 のフィリピン保健省職員によるアンケート回答での認識とも一致する。

コラム2 フィリピン側関係者によるインタビューから抜粋

「・・・私達は、非常にすばらしい日本人専門家の方々に恵まれて、大変ラッキーだったと思います。特に、日本人専門家の××氏は、結核だけでなく、公衆衛生分野全般に関する豊富な経験があり、WHOに勤められた経験もおありでした。また彼はフィリピンの文化・伝統、そして労働観というものをとてもよく理解されていたので、一緒に仕事がしやすかったです。結核研究所から派遣されていらっしゃった他の短期専門家の方々も、結核についての知識が深い方が多く、フィリピン側でも高く評価していました。一部の専門家の中には、結核についての知識経験がまだ十分でなく、フィリピン人の扱いにも慣れていらっしゃらなくて、まだこれからという感じの方もいらっしゃいましたが・・・でも、結核分野の日本人専門家の多くは、とてもすばらしい方々でした。」

(4) フィリピンの行政・政治状況に関する認識

① 受入機関の態勢

結核対策案件は、30名ほどのスタッフを抱える保健省結核対策本部がカウンターパート機関となっていた。しかし、1999年に発令された保健機構改革により、事実上結核対策本部は「感染症対策室」に統合されてしまい、スタッフも、4名ほどになってしまった。このため、現在では、国レベルにおける結核対策案件のカウンターパート機関としての機能や、全国の活動に対する監督機能を十分果たすことが困難になってしまっていること等が、日比双方関係者により認識されている。

② 政治状況変化に対する認識と対応

上記の保健省機構改革による変化への対策として、結核プロ技では、結核に関するドナーミーティング（PACT 会議）で状況改善について討議したり、保健大臣と話し合ったり、他ドナーと連携して JICA プロジェクトはその対象範囲以外の地域でも巡回指導を行なう等で対応している。

(5) 案件モニタリングに関する認識

① モニタリング指標

基本的に、DOTS という WHO による国際的結核対策プログラムでモニタリングすることになっている指標（患者治癒率、患者発見率）が、プロ技でも開発福祉支援でも、モニタリング指標として日比関係者に広く使われている。

② PDM の利用と理解

公衆衛生プロ技では、プロジェクト関係者が保健省と WHO と協議の上、PDM を作成したと認識されている。結核プロ技の場合は、「DOTS 戦略を広めるということなので、DOTS 戦略フレー

ムやモニタリングすべき指標等はすでにパッケージとして決まっている」という理由により、プロジェクト側はあまり PDM の必要性について重要視しなかった。しかしながら、近年のプロ技では PDM 作成が義務化されているため、JICA 本部（医療協力部）主導により、プロジェクト開始後に PCM ワークショップが開催され PDM が作成されたことが、日比関係者に認識されている。このような経緯で作成された PDM であるため、PDM 中のモニタリング指標はプロジェクトにおいて利用されたものの、PDM のフレームそのものはあまり活用されていないと日比双方関係者は認識している。しかしながら、比側関係者の一部には「PDM フレームそのものは、プロジェクトの運営管理に有効であると思う」という認識もある。

開発福祉支援を受けたフィリピン結核協会では、PDM について以下コラムのように認識している。

コラム3 フィリピン結核協会関係者とのインタビューから抜粋

「・・・JICA フィリピン事務所により、PDM を作成し、実際に利用するよう支持されました。でも、当初は、JICA フィリピン事務所からの十分なオリエンテーションなしに作成を指示されたため、PDM フレームが何であるのかについて認識することに、結構長い時間を必要としましたね。まあ、でも、一度理解してしまえば、PDM はプロジェクト運営に大変有効なフレームだということがわかりましたよ。今では、他のドナーにプロポーザルを書く時にも、JICA による PDM を利用させてもらっています。プロポーザルの中に PDM を見ると、他のドナーは高く評価してくれるんです・・・。」

③ 問題発生時の対応

結核対策案件の日本人専門家は、プロ技実施中の問題発生時の相談先として、多くが「JICA フィリピン事務所か JICA 東京本部に相談する」と認識している。

(6) 案件実施時の他組織との連携に関する認識

① 他援助機関との連携

公衆衛生プロ技の時代から、WHO 西太平洋事務所と連携しながら活動を進めており、また、結核プロ技の時代になってからは、結核対策援助機関会議(PACT Meeting)の中心的存在として、その他の援助機関とも、DOTS を広める対象地域の割り振り等で、積極的な連携を現在も進めて案件実施していることが、日比双方の関係者により認識されている。

② NGO を含む民間セクターとの連携

NGO を含む民間セクターとの連携については、結核プロ技開始後、特に公衆衛生プロ技時代から活動を展開しているセブ地域において、公共セクターにおける DOTS 対策が目標指標値に達したため、次のステップとして NGO を含む民間セクターとの活動を検討し始めている、というのが、

日本側プロジェクト関係者の認識である。一方、比側にも、「JICA 結核プロ技は、民間セクターに対する活動をもっと実施していてもいいのでは」という認識がある。

4-2-5 案件評価についての認識

(1) 案件の効果

公衆衛生プロ技・結核プロ技が保健省や地方保健局にもたらした効果として、DOTS 戦略のモデル地区を構築することができたこと、国レベルからコミュニティレベルまでの、結核対策サービスを提供する組織の能力が強化されたこと、及び国レベルからコミュニティレベルまでの、結核担当の保健医療従事者の知識・技術が向上したことが、日比双方関係者により認識されている。また、住民側にもたらした効果として、プロジェクト対象地域における結核の治癒率、発見率が WHO の目標とする値に達したことが、日比双方関係者により認知されている。

結核の現地国内研修に関しては、比国が進める DOTS プログラムをプロジェクト対象地域外にも周知させると共に、結核担当保健医療従事者の知識・技術の向上に寄与する効果があったと、日比双方関係者により認知されている。

開発福祉支援に関しては、アセアン通貨危機という緊急時に、一時的との条件付きで、フィリピン結核協会の結核治療薬不足解消に貢献し、対応できる患者数が増え、またスタッフに対するトレーニングにより結核対策の知識と技術が向上したと、日比双方関係者により認識されている。

(2) 効果裨益グループ

効果裨益グループについては、プロジェクト対象地域の結核患者、及び保健省・リージョン・州・市結核対策担当官、保健所職員、保健ボランティア等が JICA 結核案件による恩恵を受けたと日比双方関係者により認識されている。

(3) 案件の自立発展性

結核プロ技案件や結核現地研修の自立発展性に関しては、訓練を受けた結核担当官、特に州と市における結核担当官が同じポストに残り、薬剤等の必要物資が保健省から継続して供給されるなら、結核プロ技による効果は今後も持続していきだろうと日本側関係者に認識されている。

一方、フィリピン側関係者は、日本側と同じく保健省による強いコミットメントが自立発展の要素の一つと認識しながら、同時に、地方政府による強力なサポートも重要な要素として認識している。さらに比側関係者は、公共セクターだけでなく、民間セクターへの対応をどのようにしていくかということも、比国において将来的にさらに結核を減らしていくために重要な要素であると認識している。

開発福祉支援を受けたフィリピン結核協会における、効果の自立発展性に関しては、日比双方関係者間でコラム 4 のとおりに認識されている。

コラム4 日本側関係者・フィリピン結核協会関係者とのインタビューから抜粋

「・・・本来、アセアン通貨危機に対して緊急的に結核治療薬を供与するためという、ある種の“緊急援助”であったので、その意味での持続発展性については疑問がありますね。しかしながら、支援内容にはスタッフに対する DOTS の研修も含まれているし、研修による効果も認められているため、本案件を通じて知識・技術が向上したスタッフ及び結核協会が、今後も自立発展していく可能性は十分にあると思いますよ。」（日本側関係者）

「JICA によりトレーニングしてもらった DOTS 戦略についての知識と技術は今後も我々の中に残っていくと思いますが、JICA 案件実施中に供与されていた治療薬を使ってカバーできていた患者数と同じ数の患者に対応するには、現在の JICA 援助なしの状況下では正直無理ですね。だから、今は対応できる患者数を、手持ちの薬の量にあわせて制限する以外ありません。」（フィリピン結核協会関係者）

4-3 エイズ分野関連案件のプロセス評価

4-3-1 調査対象案件

調査対象となったのは、以下8件である。

- ① 個別派遣専門家「エイズ対策」1995-1996
- ② プロ技「エイズ対策プロジェクト」（以下エイズプロ技）1996-2001
- ③ 特別機材供与「エイズ対策」1994-1997
- ④ 第三国研修「熱帯医学」1987-2000
- ⑤ 第三国研修「HIV 感染症及び日和見感染症の実験室内診断技術」1997-2001
- ⑥ 現地国内研修「エイズ等診断及び管理」1995-1999
- ⑦ 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」1998-1999
- ⑧ 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」1998-1999

4-3-2 案件選定についての認識

(1) 案件決定に関する認識ーフィリピン・エイズ対策分野全体の中での

日本による援助案件の意義ー

最初に、本調査の対象となっている上記のエイズ案件が、「エイズ対策案件群全体」として、つまり「エイズ・プログラム」として共通のものを目指して案件選定したという認識は日比双方関係者に無いことが明らかになっている。

開発福祉支援以外のエイズ対策案件が形成されたいきさつについては、日本側関係者の多くが、コラム5のとおり「日米政府レベルの主導により形成された」と認識している。

コラム 5 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・93年のGII（人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ）により、アセアンではタイやフィリピンなどがGII対象重点国として対象になりました。この中で、タイの他にフィリピンがエイズ案件対象重点国として選ばれたのは、フィリピンでは、HIV感染率は低いものの、HIV感染流行のリスク・ファクター、（性産業が活発、性病罹患率が高い、船乗りや海外出稼ぎ労働者が多いなど）が他のアジア諸国に比べて高いため、HIV感染人口が急増した場合、フィリピン内だけでなく、国際的にも深刻な問題となることが予想されたためだと思います。また、政治的・歴史的に、日米両国にとってフィリピンはつながりの深い国であることも、GII重点対象国として選ばれた理由ではないでしょうか。」

なお、開発福祉支援に関しては、「平成10年度のアセアン通貨危機のための補正予算が出て、弱者支援のための追加基金が出たため案件が形成された」と、日本側関係者は認識している。

(2) 案件形成に影響を及ぼした関係者

エイズ案件決定に強い影響を及ぼした関係者については、本調査対象となった日本人関係者の中で「外務省・JICA・厚生省国際課・国内支援委員会・保健省派遣中のJICA専門家」等、様々な関係機関名・関係者名が挙がっており、特定の機関・個人が強力な影響を及ぼしたという認識は関係者間にはない。

一方、開発福祉支援の案件形成決定に影響を及ぼしたのは、JICA フィリピン事務所、JCIA 本部地域課、及びエイズ・プロ技チームであったと認識されている。

(3) 案件名に関する認識

エイズ対策プロジェクトの案件名決定については、紆余曲折があったと日本側関係者により認識されている。以下、コラム6にある日本側関係者の認識が、関係者全体の認識を代表していると言える。

コラム 6 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・もともとの日本語案件名では『エイズ・性感染症対策プロジェクト』で、英語案件名もこれを訳した形の『Project for the Prevention and Control of STD/AIDS』でした。しかし、『フィリピンで性感染症対策をするということは、日本からの売春ツアーを助長するための案件であると誤解されるのではないか。』との指摘が日本の国会議員にから出たため、日本語の案件名から性感染症を外したようです。でも、フィリピン側が認知している英語案件名にはSTDが入っています。ただ、現実的には、プロジェクトでは性感染症に対する活動も実施しています。エイズ対策をするためには、性感染症対策も同時に行なわなければならないということは国際的な常識ですし、それはフィリピンでも同じだからです。」

上記のような経過により、日本語案件名が修正された。また、英語の案件名も、最終的なプロジェクト終了時評価報告書においては、「STD」が削られ、「Project of the Prevention and Control of AIDS」となっている。

4-3-3 案件立案に関する認識

(1) 案件内容決定に関する認識

エイズ・プロ技内容の計画が、HIV/STD 診断のためのラボラトリー施設充実活動を中心に計画され、次のプライオリティとして HIV 予防活動が計画されたことについて、日比双方関係者の多くは、「JICA のエイズ案件が開始された当時は、フィリピンの HIV 流行状況の実態はまだ正確に把握されておらず、把握のためにはラボラトリー機能を充実させて HIV/STD 診断を促進することが重要と思われた」と認識している。同時に、日本側関係者は、コラム 7 の通り、日本が得意な分野を考慮したことも、ラボラトリー施設充実がプロ技内容の中心になった理由の一つとして認識している。

コラム 7 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「…エイズ・プロ技のコンポーネントとしては、SACCL という HIV/STD のナショナル・リファンランス・ラボラトリーと、公衆衛生診療所 (SHC) という性感染症を主に対象とする地方政府のクリニックで、検査設備の充実とトレーニングを中心に行なう、というのが中心となりました。結核と異なり、日本でエイズ対策実施団体というのもほとんどないし、研究ラボベースの活動に偏るのは、日本の経験からも、リソースからも仕方ないことだと思いますね。コミュニケーション開発分野は、英語が完全に使いこなせて、かつその分野の専門性がないと、なかなか踏み込みにくい分野であるし、そういった、専門家を日本でみつけるのは困難ですしね。そういう状況もあって、エイズ・プロ技は、SACCL というラボを中心にした活動になったと思いますよ。」

「…エイズ・プロ技の場合、日本側が専門家を送り易い分野である『HIV 検査』が中心となり、6割 - 7割の投入がそれに充てられましたね。残り 3割 - 4割が、『予防活動』となったと記憶しています。」

計画立案に関して上記のような認識がある一方で、日本側関係者の中には、「後から思えば、リスク・ファクターが多いにもかかわらず、フィリピンでの HIV 感染率がものすごく低いので、なぜ感染率が低いのかということの研究調査するような活動を入れていた方が良かったのかもしれない」という指摘もいくつかあった。また、計画立案に関する JICA 側の対応について、日本側関係者の中でコラム 8 のような認識が強い。

コラム 8 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・JICAには専門的バックグラウンドを持った優秀な職員が多いにも関わらず、その専門性を伸ばせるような人事システムになっていないと言えますね。プロジェクト内容の計画立案に関する専門的な相談に十分な対応ができていないと思います。また同じ理由で、専門的なドナー会議の場でも対応がスムーズにできない場合が多いと思いますよ。」

「・・・今にして思えば、もっとフィリピンの現状を把握・分析して（エイズ）プロジェクト計画を立てた方が、より効果的な支援でできたのではないかと思います。」

(3) 案件内容を決定した関係者

エイズ・プロ技の内容を主として計画立案した関係者については、「プロジェクトの国内支援委員会」、「医療協力部」、「運営指導調査で派遣された官団員とコンサルタントが相手政府等と協議して」「プロ技に先立ち、保健省に派遣されていた単発専門家」等、関係者間で認識が別れる。案件形成に影響を及ぼした関係者がはっきり認識されていないのと同様に、案件内容の計画立案に関しても、「案件内容計画立案決定により大きな権限を持っていた組織／関係者」という明らかな形では認識されていない。

開発福祉支援の内容を計画立案したのは、基本的に支援を受けた NGO 自身で、これをフィリピン現地の日本側関係者がレビューして修正・訂正を求める、という形であったと日比双方関係者が認識している。

現地国内研修や第三国研修は、フィリピン保健省関係者により計画立案され、これを日本からのミッションがレビューしたと認識されている。

(3) ターゲット・グループに関する認識

エイズ・プロ技のターゲット・グループについての認識は、日本側関係者の中でまちまちであるが、もっとも多いのが「プロ技でトレーニングをした保健省・保健局の HIV/STD 担当者と、HIV のハイリスク・グループである性産業従事者（及び売春宿関係者）」である。また、「性産業従事者という、違法行為をしているグループをターゲットにするのは倫理上好ましくない。」という指摘がプロジェクト国内支援委員会からあったために、プロジェクト途中で、ターゲット・グループが性産業従事者から、青少年に変更されたとする認識もある。案件名のところでも触れたが、この性産業従事者等のハイリスク・グループに対する支援については、コラム 9 にもあるように、日本側関係者の一部に葛藤があったことが、日本側関係者により認識されている。

コラム9 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・(HIVの)ハイリスク・グループをターゲットにするということになった時に、(現実には)ドラッグ・ユーザーとか、性産業従事者とかいう、いわゆる違法なことをしている人々を相手にするわけで、これを“顔の見える ODA”でやるというのは微妙で難しいところがある、ということはあるかもしれませんね・・・。」

研修関連の案件(現地国内研修・第三国研修)については、そのターゲットはそれぞれの研修参加者(保健医療従事者)であったと日比双方関係者に認識されている。開発福祉支援のターゲットは、HIV感染者及び女性であったと、比側関係者により認識されている。

(4) 立案時の他組織との連携に関する認識

① 他援助機関との連携

エイズ案件は、もともと GII という日米政治レベルの主導により始まったという歴史的背景もあり、位置付けとしては「日米連携によって立案されたエイズ案件」で、立案当時は連携に関する日米間の協議が何度も重ねられた。これに関して、米側関係者は、現在でも、「エイズ・プロ技は日米連携案件。連携は相互の比較優位を生かして効果的に行なわれた」とする認識が強いのに対し、日本側関係者の間では「日米連携により立案されたエイズ案件」という認識があまり強くない。特に、連携協議開始時からかなり後になって案件に関った関係者間の「日米連携」という認識があまり強くないと言える。参考までに、米側関係者のうち、USAID フィリピンでは、連携に関する協議が開始された時代(1994年頃)から現在に至るまで同じ担当者が継続して関わっている。

また、日本側では、「ドナー連携/協調」という言葉を「他のドナーと何かを一緒にやる」と認識している関係者が多いためか、「USAID と何か協議があったとは聞いているが、何かを一緒にやったということはないと思う」と答えていることも特徴的であった。事実、「何かを同時に一緒にやったか」という視点で見た時、JICA エイズ・プロ技でそういう事実はあまりなく、連携は主として、「日米相互の比較優位を生かした、活動内容及びターゲット・グループの分担」により実施されている(詳細は「第6章：日本によるフィリピン感染症分野協力の実績評価」のエイズ案件部分参照)。

② NGO との連携

案件立案過程において、NGO との連携が計画されたかどうかについて、日本側関係者は「計画があった」と認識する者、及び「計画はなかった」「知らない」と認識する者等色々で、多数が同様に認識しているということはない。

4-3-4 案件実施に関する認識

(1) 予算配分に関する認識

エイズ・プロ技に関しては、日比双方の関係者が、「SACCL（エイズ性感染症中央共同ラボラトリー）の設備に最も多くのプロ技予算が投入された」と認識している。

開発福祉支援に関しては、「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」の場合は施設整備に、「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」の場合は医薬品に、それぞれ多くの予算が投入されたと日比双方関係者が認識している。

(2) 供与機材に関する認識

供与機材に関して、エイズ・プロ技では、SACCL に「P3 ラボラトリー」という、外部との空気の流れを遮断することができる特別なラボラトリーを設置したが、この P3 ラボラトリー用機材がバイオ・テロ対象物資ということで、日本から輸出する際の通関手続きに予想以上の時間を要し、結果としてプロジェクトの要である P3 ラボラトリーの設置が大幅に遅れ、これがプロジェクトの進捗に影響したと認識されている。なお、P3 ラボラトリー設備の輸出が遅れた原因について日本側関係者は、「日本側関係者が、過去に P3 ラボラトリーを輸出した経験がほとんどなかったため、通関に非常に時間がかかるということが予想できなかった」と認識している。

(3) 派遣専門家に関する認識

① 専門家リクルート

エイズ・プロ技に派遣された専門家の多くは、国内委員の紹介でリクルートされたケースが多い。しかしながら、エイズ分野の日本人専門家リクルートはその絶対数が少ないため、コラム 10 にもあるとおり、日本側関係者は苦労したと認識されている。

コラム 10 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・エイズ分野の日本人専門家は少なく、リクルートは困難を極めましたよ。リクルートのために国内支援機関を広げることで、なんとか対応しましたが、場合によっては、『国際協力とは...（論文を書くための研究ではない等々）』という初歩的説明から始める必要があることもありました。今さらですが、もっと、専門家派遣の実現可能性をより高めてから案件を実施すべきだったかなあと思います。」

② 専門家の業務

日本人専門家派遣前の業務指示内容に関して、約半数の専門家が「赴任前後の業務内容に差はなかった」と認識する一方で、残りの専門家は、「赴任前に指示された業務と、赴任後に実際に行なった業務は必ずしも一致していなかった」と認識している。このように赴任後の業務内容が変

更を余儀なくされた理由として、「配属されたカウンターパート機関に、すでに多くの他ドナーが入っており、担当者はその対応に追われて業務超過状態で、日本による案件にまで手が回らなかったため」、「自分の派遣と前任者の帰国との間に長い時間が経ってしまったため、当初自分の担当になる予定であった前任者からの引き継ぎ業務を、すでに赴任していた他専門家がカバーしていたため」、「現場で必要とされていた技術は、派遣前に想定していた技術よりももっと基礎的なレベルのものであったため」等、現地実情と東京の理解との間にズレがあったことが指摘されている。これに関連して、比国関係者の中には、コラム 11 のように認識する人もいる。

コラム 11 比国関係者とのインタビューから抜粋

「・・・日本の協力には、本当に感謝しています。ただ、今後より効果的な協力を実現するために、あえて申し上げますと、今後強調されるべきことは、日本人専門家は、フィリピンの現状・レベルにあった技術を持った人が派遣されるべきということです。フィリピン保健省にとって、あまりに高度な技術というものは必要ない、ということもあります。日本人専門家選出は、フィリピンの現状に基づいて実施されると、より効果的ではないでしょうか。」

一方、プロジェクト初期に派遣された専門家については、「派遣前の自分の業務指示としては、担当分野を提示されたのみというラフなものであり、『自由にやってください』という JICA の指示であったので、カウンターパートの意向も聞いて、自由に活動を定めることができた」という、実施的な業務指示がなかったことを肯定的にとらえる認識もあった。また、専門家の業務の引継ぎに関連して、「プロジェクトの経緯・具体的内容がすぐにわかる記録がないために、当初仕事を進めるのに苦労した。担当者や専門家が交代する中で、誰が見てもわかるような活動記録をきちんと残す大切さを学んだ」という指摘もある。

③ 専門家の途上国開発分野でのトレーニング経験

専門家の途上国開発分野でのトレーニングに関しては、JICA による専門家派遣前研修の他に受けたものとして、感染症の技術研修を挙げた専門家がいた以外は、特に指摘はなかった。

④ 専門家の開発分野での適性・技術・知識

専門家の開発分野で必要とされる適性・技術・知識について、日本側関係者の多くが、「専門的知識・技術の他に、語学力（特に現地のタガログ語）、相手側との交渉術、マネジメント能力が必要である」と認識している。また、派遣された専門家は、「最終的な派遣の前に、短期間のプレ派遣や、カウンターパートとなる人との連絡等が前もってできていれば、現地での活動の展開や、携行機材の決定などについても無駄がなかったのではないか」と認識している。

専門家の途上国開発分野での適性等については、ある日本側関係者はコラム 12 のように認識し

ている。

コラム 12 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「…エイズ分野専門家の途上国経験については、経験者もいたし、初めてという人もいました。でも、人材が少ない現実の中で、途上国経験まで問うていたのでは、専門家を見つけるのは困難です。保健医療の場合、分野によっては、特にきわめてメディカルな分野の場合、途上国経験はそれほど重要でないと思いますよ。」

一方、比国保健省・保健局関係者は、エイズ分野の日本人専門家については、「色々な人がいた。ある人は優秀で努力家であり、また時にはそうでない人もいた」と認識している。比国 NGO 関係者は、日本による専門家派遣を高く評価し、「日本人専門家のフィリピンにおける存在は、日本による ODA の存在を強く印象づける役割を果たしている。日本人専門家派遣は継続されるべきだと思う」と認識している。

(4) フィリピンの政治状況に関する認識

① 受入機関の態勢

結核などの国の死因の上位にある疾患と異なり、フィリピン国におけるエイズは、「HIV 感染率はまだ低い、ハイリスク要因が多いために、いつ爆発的に流行するかわからない」という状況であった。このため、日本によるエイズ案件が開始された当初のフィリピンにおける保健省エイズ対策の実施体制がまだしっかりしておらず、それに関する調整に苦労したというのが、日本側関係者の認識である。

② フィリピンの政治状況変化に関する認識と対応

フィリピンにおける地方分権化や、それに続く保健機構改革が日本によるエイズ案件にもたらした影響について、JICA 関係者や国内委員全般の認識は、「保健機構改革により、エイズ・プロ技で設立されたラボラトリーを管理するセクションができたので、P3 ラボの所属先問題が解決して良かった」と肯定的に認識している他は、特には、一連の政治変化によりエイズ・プロ技が影響を受けたという認識はない。

一方、日本人専門家の多くは、一連の行政組織上の変化により、プロ技案件への負の影響があったと認識している。主な例として、「カウンターパート機関であった国家エイズ対策プログラム (NASPCP) が、事実上機能を停止してしまったこと」、「地方の保健活動の権限を地方自治体が持っていることで、プロ技で支援している公衆衛生診療所 (SHC) も地方自治体の財政に大きく左右されて、地方自治体に直接介入していないプロ技ではコントロールできないネガティブな外部条件であったこと」等を挙げている。

また、比国関係者も、一連の政治変化について、基本的には上記日本人専門家と同様の認識をしている。特に、地方への権限委譲により、それまで国家プログラムであった STD/HIV プログラムが、事実上地方政府の責任になってしまったことで、STD/HIV プログラムの地方の拠点であった公衆衛生診療所（SHC）が以前のような国からのサポートを受けられなくなり、これが JICA プロ技にも負の影響を与えたと認識している。

上記のような影響に対し、プロジェクトとしては、「協力的な自治体にモデルクリニックを選定して機能強化を図り、残りはこれをパイロットスタディとして保健省指導で行なう計画」を立てたと認識している。

(5) 案件モニタリング

① モニタリング指標

エイズ・プロ技では、ラボラトリー施設充実活動に関しては、日本人専門家の中で「検査項目が主な指標となった」と認識されている。また、エイズ予防活動に関しては、日本人専門家は「特に設定された指標はなかった」と認識している。JICA 関係者や国内委員も、同様の認識である。

② PDM の利用と理解

PDM は存在していたが、その導入については、「PCM ワークショップをやって PDM を作るということが一般的でない時代であったため、プロジェクト当初は、PDM は当時の医療協力部担当者が作成した」という認識や、「日本人専門家と比国保健省が合同で PDM を作成・導入した」という認識がある。しかしながら、いずれにせよ、「PDM は導入されていたが、あまり活用されず、よって比国関係者の理解も低かった」というのが、日本側関係者の一致した認識である。比国関係者も、ほとんど PDM については認識していない。

③ 問題発生時の対応

案件実施中の問題発生時の対応として、解決のための意思決定がどのようになされたかということについては、多くの日本側関係者の中に特別な認識はなかった。

(6) 案件実施時の他組織との連携

① 他援助機関との連携

プロ技実施中の他援助機関との連携については、ドナー会議に出席したという認識がある程度である。

② NGO との連携

NGO との実際の連携について日本人専門家や JICA 関係者は、ハイリスク者や HIV 感染者にアクセスする必要性が生じた中で、日頃からこれらグループの人々をカバーしている NGO とコンタ

クトを取り、活動を実施したと認識している。一方、国内委員は、NGO との活動をあまり認識していない。

4-3-5 案件評価についての認識

(1) 案件の効果

エイズ・プロ技の日比双方の関係者とも、フィリピン国レベルの中央ラボラトリーや地方の公衆衛生診療所（SHC）の HIV/AIDS 検査設備とそれに関する検査技士の能力が向上したこと、及びエイズ予防教育教材パッケージが作成され、エイズに対する人々の関心が高まったことを、効果として認識している。しかしながら、もともと HIV 感染率が低く、現在も低いフィリピンにおいて、上記効果が、HIV 感染率にどのような影響をもたらしたかについては、現段階での判断は不可能であるという認識も関係者は持っている。

USAID 関係者は、「USAID のスキームで欠けているところを日本が補う形で効果的な援助協調ができ、評価できる」と認識している。

現地国内研修と第三国研修については、研修参加者の能力が向上したことが研修直後の試験により判明し、効果として日比双方により認識されている。しかしながら、研修後時間を経た事後評価については、研修参加者が全国・世界に散らばっているために判断が困難であるという認識も、日比双方関係者が共通して抱いている。

開発福祉支援に関して NGO 関係者は、「JICA の援助により組織運営能力が向上した（HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援）」、または、「JICA の援助により、『子宮ガン検診プラス』という新しいサービス・パッケージの開発・実用化に成功し、多くの女性の健康を向上させた（エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援）」等の効果があったと認識している。これに対し、日本側関係者による開発福祉支援の効果の認識はあまり明瞭でない。これについては、コラム 13 にあるような日本側関係者の指摘にその遠因があると推察される。

コラム 13 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・開発福祉支援は、プロ技との関わりでできているというにもかかわらず、本部の医療協力部は、あまりこの開発福祉を気にしていないようです。多分、事業部自身が、予算を管理しなければならない案件ではないからだと思います。開発福祉支援は、以前は社会開発部が取り扱っており、現在は地域部が取り扱っています。例えば、エイズ・プロ技の終了時評価をした時も、エイズ関連の開発福祉案件については、まったく評価の対象に入れなかった様子でした。かといって、過去にも、プロ技と開発福祉がお互いにすり合わせて、より効果的に活動を行った、というケースはほとんどないと思いますね。その原因として、プロ技の開始当初から、開発福祉支援が計画に入れられていなかった、ということもありますし、また、事業部の方では、もう既存の案件で手一杯で、これ以上手が回らないという厳しい現状があることも事実です。」

(2) 効果裨益グループ

エイズ案件により恩恵を受けたグループとして、日比双方関係者とも、「エイズ性感染症中央共同ラボラトリ-の供与を受けたフィリピン保健省、能力が向上した関連技術者、及びハイリスク・グループ（性産業従事者）」という認識で一致している。

現地国内研修や第三国研修は、研修参加者という認識で日比双方関係者が一致している。開発福祉支援に関しては、「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」の方は HIV 感染者、また、「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」の方は女性という認識である。

(3) 案件の自立発展性

エイズ・プロ技に関しては、日比双方関係者の多くは、保健医療関係者の技術やモチベーションはプロジェクトにより向上したので、今後の自立発展性の鍵を握るのは、地方政府と保健省のコミットメント次第という認識で一致している。また、比側関係者には、地方政府における公衆衛生診療所（SHC）が今後も発展し、また供与された高度技術の機材メンテナンス費用や、HIV 検査の試薬コストをフィリピン側で捻出していくための対策を立てなければ、自立発展は困難とする認識もある。その一つとして、HIV 検査における利用者負担制度の導入等が重要と指摘されている。

開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」では、JICA による援助で始めた新しい保健医療サービスをその後も継続しており、今後も自助努力によって発展していけるであろうと比側関係者は認識している。もう一方の「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」は、スタッフが全員 HIV 陽性者であることから、次々にエイズを発病して亡くなっており、自立発展性を判断することが困難であるというのが比側関係者の認識である。

4-4 マラリア分野関連案件のプロセス評価

4-4-1 調査対象案件

調査対象となったのは、以下 10 件である。

- ① 単発専門家「マラリア対策」1997-1998
- ② 無償資金協力「マラリア対策」（子供の福祉無償）1998
- ③ 個別専門家「マラリア対策」1999-2000
- ④ 青年海外協力隊「村落開発普及員」1999-2001
- ⑤ 草の根無償「タウィタウィ州保健局の診療船へのエンジン供与」1999
- ⑥ 草の根無償「NGO と自治体提携によるマラリア対策」2000
- ⑦ 無償機材供与「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」2001
- ⑧ 草の根モニタリング「パラワン・エルニド財団」2001
- ⑨ 草の根モニタリング「パラワン州立大学」2001

⑩ 短期専門家「マラリア対策」2002

4-4-2 案件選定についての認識

(1) 案件の形成理由

ーフィリピン・マラリア対策分野全体の中での日本による援助案件の意義ー

本調査の対象となっている上記のマラリア案件が、「マラリア案件群全体」として、つまり「マラリア・プログラム」として「フィリピンのマラリア流行地におけるマラリア罹患率を低下させるため」という共通の目的の下に案件形成されたということが多くの日比双方関係者の間で認識されている。ただし、一部の日本側関係者の中には、「日本の方で、『子供の健康無償』というスキームができたから、それをどの国でやるかと検討した結果、フィリピンのマラリアということに決った」という認識もある。

(2) 案件選定に影響を及ぼした関係者

一連のマラリアの案件群については、「現地で長年にわたり活動してきた日本人専門家が、フィリピンにおけるマラリア対策の歴史・現状・ニーズを深く認識していて、案件形成の中心的役割を果たした」と日本関係者により認識されている。

(3) 案件名

マラリア関連の案件の多くは、「マラリア対策」のために計画されたというシンプルな背景から、案件名の多くも「マラリア対策」という名前になったと日本側関係者により認識されている。草の根無償や草の根モニタリングのタイトルについては、援助対象組織及び供与された資機材そのものが案件名としてつけられているが、これら案件がどうしてそのようなタイトルになったかに関しての指摘は特になかった。

4-4-3 案件立案に関する認識

(1) 案件内容

案件の具体的内容については、前述の、現地のマラリア状況に詳しい日本人専門家が中心となって計画立案されたと認識され、内容も日比双方の関係者により「非常に適切な内容であった」と評価されている。しかしながら、日本側関係者の中には、「無償資金によるマラリア予防の資機材（蚊帳・殺虫剤・マラリア診断用機材等）供与と、個別派遣専門家の現地入りのタイミングが上手く合わず、供与資機材について住民等に説明・教育をする間も十分ないままに、資機材の配布されてしまったことは残念であった」と認識する声もある。この原因として、供与機材は保健省本省を通じて地方の対象地域に配布されたが、地方への権限委譲により、保健省本省は保健省地域保健局に対して配布に先立つ住民教育等の実施を命じることができなかつたためと日本側関係者に認識されている。また、別の問題として、供与機材は「無償資金協力」のスキームによる

ものであるため、別のスキームである「個別専門家派遣」とタイミングを上手く合わせる事が手続き上困難であったことも日本側関係者は指摘する。

(2) ターゲット・グループ

マラリア案件の主なターゲット・グループについては、日比双方の関係者の間で、「一般住民」という認識がある他は、特にターゲット・グループとして同定されているグループはない。

(3) 立案時の他組織との連携に関する認識

① 他援助機関との連携

案件立案時の、他援助機関との連携については、日比双方の関係者とも、「特に何もなかった」と認識している。またこの状況について、比側保健省関係者が、「JICA は、マラリア対策を実施するにあたり、他国援助機関によるプロジェクトともっと連携して、より効果・効率的な援助が実現できるよう配慮できると良い。他の援助機関の中には、(援助政策上の制約により) マラリア対策に関する研修しか実施できないプロジェクトもあるから。」と指摘している。

② NGO との連携

マラリア案件立案当初に、NGO との具体的な連携活動についての計画はなかったと日比関係者により認識されている。

4-4-4 案件実施に関する認識

(1) 予算配分に関する認識

最も多くの資金が投入された部分として、日比両関係者は、「マラリア予防用及び診断用の資機材」ということで認識が一致している。

(2) 供与機材に関する認識

供与機材の到着は、ほぼ全て予定どおりであったと認識されている。

(3) 派遣専門家に関する認識

① 専門家リクルート

マラリア案件群では、長短期専門家が全体で合わせて3名程度と少ない。これら専門家は、フィリピンにおけるマラリア対策に長年関わってきている日本の大学と、大学に所属する研究者のネットワークを通じてリクルートされている。

② 専門家の業務

マラリア対策個別派遣専門家の業務については、比側関係者の中に、「日本人専門家の TOR がは

つきりしない」という指摘があった。これはマラリア対策で派遣された専門家が実施したマラリア対策活動は、現場の実情やニーズを見ながらより適切な対策を検討し実施していくという、「オペレーショナル・リサーチ」³的な性格のものであったが、このオペレーショナル・リサーチ的業務の TOR が明らかな形で比側に提示されていなかったために理解されにくかったと推察できる。しかしながら、この個別派遣専門家の活動そのものは、日比双方の関係者により評価されているため、今後 JICA として、個別派遣専門家や、専門家によるオペレーショナル・リサーチ的活動についてどのように位置付けていくかが課題となる。コラム 14 は、日本側関係による個別派遣専門家についての認識の一例である。

コラム 14 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・個別派遣専門家の役割は、何かの（目標となる）数値を変えるという役割とは違いますね。組織とか制度とかに関わる面で協力したり、技術的には新しいものを導入したり、今あるものを整理していく等のマネジメント的なことをするという役割もあると思います。また、まだ目標が定まっていないような分野で、計画や現状調査をすとか、プロジェクト発掘をする等ということもあります。だから、何か（目標となる）数値を定めてそれを追いかける、という役割はあまり期待されていないと思いますよ。

ただ、これには、良い面と悪い面がありましてね、悪い面は、『じゃあ個別専門家は（最終的に）何を達成したのか』という話になると、結局、当初のワークプランを作ってそれと照らし合わせて、ということになるんでしょうけど、それが絶対的なものでもないし・・・。良い面は、フレキシブルなところですね。TOR 以外にも、何か新しい課題を発見したらその場で対応してもらえるし。他には、個別専門家が案件の種をひろって、将来的にそれが案件につながれば、その専門家に案件形成の中心的人物になってもらえるし。これも、個別専門家という立場の利点だと思います。ただ、案件を発掘・形成するようなことは、正式には個別派遣専門家の TOR にはかかれていないけれど、結果としては皆さんやっていると思いますよ。だから、そういう機能をもうちょっと意識して活用するというのもひとつかと思えます。

個別専門家の中には、『技術技術』したものもありますが、今はそういう感じの個別専門家は少ないですね。そういうニーズがないわけではないが、それだけやるために個別専門家が派遣されるというのは少なくなってきましたよ。今は『誰かから誰かに教える』というよりも、例えば、きちんとカリキュラムを作ればより多くの人に裨益することができるし、組織とかシステムとかマネジメント的な能力というような仕事が増えてきていると思います。専門分野の知識・経験と、マネジメント能力とが要求されているんですね。技術だけ教えるなら短期（専門家）でもいいわけですが、長期（専門家）なら、技術だけでなく組織の中でマネジメント的なことにも関わってもらわないともったいない・・・。実際に相手側と関わって、フィールドで活動することにより、相手国のニーズや行政機構がよく理解できると思いますよ。」

③ 専門家の途上国開発分野でのトレーニング経験

マラリア関連で派遣された専門家は、途上国開発分野において、熱帯医学に関する短期トレーニ

³ オペレーショナル・リサーチ（英語で Operational Research、米語で Operations Research）：近代科学において、ある問題

ング等を受けている。

④ 専門家の開発分野での適性・技術・知識

マラリア案件の日本人専門家に対する日比双方関係者間での評価は高い。しかしながら、日本人専門家自身は、地方分権化とそれに伴う地方権限委譲・保健機構改革等が進んでいるフィリピンの複雑な政治事情についての知識が事前に十分備わっていれば、より効果的に業務が遂行できたのではないかと認識している。

(4) フィリピンの政治状況に関する認識

① 受入機関の態勢

マラリア案件開始当初は、保健省本省にマラリア対策本部という独立部署があつて総勢40名ほどのスタッフがおろ、ここがカウンターパート機関となつていた。しかし、1999年に発令された保健機構改革により、マラリア対策本部は事実上廃止されて新たにできた「感染症対策室」に統合されてしまい、40名の国レベル・スタッフから、1名のスタッフになってしまった。このため、保健省本省におけるマラリア案件のカウンターパート機関としての機能や、全国の活動に対する監督機能を十分果たすことが困難になってしまったと日比双方関係者により認識されている。

② 政治状況変化に対する認識と対応

マラリア案件は、活動拠点がマラリア流行地という地方であつたために、様々な場面において、保健省本省と地域保健局、さらには大きな権限を委譲されている地方政府の保健局という、フィリピンの複雑な政治・行政システムの影響を受けることが大きかつたと認識されている。これら経験から、マラリア案件に関わつた日本人専門家は一様に「フィリピンの地方政治力学を十分理解して活動することの重要性を痛感した」と認識している。現在、マラリア対策案件専門家は、保健省本省よりも、地方政府や保健省地域保健局との連携活動に重点をおくことで、フィリピンにおける地方への権限委譲や保健機構改革に対応している。

(5) 案件モニタリングに関する認識

① モニタリング指標

マラリア対策案件では、殺虫剤含浸蚊帳の配布数、マラリア罹患率、マラリア診断検査数等の数値がモニタリングされたと、日比双方で認識されている。

② PDMの利用と理解

マラリア案件は、プロ技でないため、特にPDMは導入されていない。

を改善する目的のために、実際に問題に介入しながら体系的に研究をすすめること。

(6) 案件実施時の他組織との連携

① 援助機関との連携

案件実施時の他援助機関との連携は、特になかったと日比双方関係者により認識されている。

② NGO との連携

マラリア案件では、活動を実施する中で、NGO と連携することの効果を見つけ出し、草の根無償や草の根モニタリングといった日本の対 NGO 援助スキームを利用して、地元 NGO と連携活動している。しかしながら、当事者である NGO や日本人専門家以外の、保健省本省感染症対策室関係者間では、日本によるマラリア対策案件と NGO との連携についての認識はあまりない。その一つの要因として、地方への権限委譲や保健機構改革によるマラリア対策本部の統廃合等の、一連のフィリピン政治行政変化により、地方の情報を中央ですべて把握するシステムが十分機能しなくなっていることが挙げられる。また、第 2 章でも述べたが、現在の保健省機構では、地方から提出される感染症対策分野の援助要請書は、保健省地域保健局から保健省国際保健協力局 (BIHC) へ行き、ここから国家経済開発庁 (NEDA)、次に日本大使館へと提出される、という援助要請の流れになっていることも、感染症対策室関係者が日本のマラリア案件と地方 NGO との連携を十分把握していない別の要因と言える。この援助要請の流れの中で、保健省内の感染症対策室の果たす役割は、BIHC が感染症対策室による専門的コメントを必要とした時に相談を受ける、という範囲に留まっている。つまり、極端に言うと、BIHC が必要と認めなければ、感染症対策室が知ることなく、地方からの援助要請が上がり、認知されるというケースも成り立つ。

4-4-5 案件評価についての認識

(1) 案件の効果

マラリア案件の効果は、殺虫剤含浸蚊帳配布や地方保健ワーカーのマラリア対策能力向上等により対象地域でのマラリア抗体陽性率が低下したことであり、日比双方関係者が認識している。

(2) 効果裨益グループ

マラリア案件によって最も恩恵を受けたのは、殺虫剤含浸蚊帳によりマラリア罹患率が下がった対象地域住民と、マラリア対策の技術を向上させたフィリピン側カウンターパートだということ日比双方関係者の認識が一致している。

(3) 案件の自立発展性

今後のマラリア案件の自立発展性の鍵は、地方政府によるサポートにあるということで比側関係者の認識が一致する。しかしながら現実には、マラリア流行地の地方政府を動機付けてサポートを引き出すためには、更なる活動が必要であると認識されている。このような状況の下、日本側関係者は、草の根無償資金を利用して NGO が地方政府と提携して行なっている殺虫剤含浸蚊帳

の回転基金システムが、自立発展性を高めるのに効果があるのではないかと認識している。

4-5 感染症対策分野全般に関するプロセス評価

ここでは、特にどの疾患の案件に関ったというわけではないが、日本によるフィリピン感染症対策全体になんらかの形で関ったことのある日比双方関係者と他の援助機関関係者の回答を以下のテーマを5つに絞って分析する。

- ① 案件選定についての認識
- ② 問題発生時の対応と意思決定システムについての認識
- ③ 機材供与に関する認識
- ④ フィリピンの政治変化に関する認識
- ⑤ 派遣専門家に関する認識

4-5-1 案件選定についての認識

フィリピン感染症分野全体を見た時、日本による援助実施には、より包括的な戦略が必要であるとの認識が日本側関係者に強い。特にスキームを中心とした現在の援助案件形成のあり方に関して、コラム15にあるような限界を感じ、全体的視野にたった中長期的戦略が必要と認識する関係者が多い。

コラム15 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「…フィリピンで保健分野の援助を続けるにあたり、何がプライオリティかを Justify（正当だと理由づける）する根拠が、今の JICA には不十分です。これを明らかにして、スキームの適切な組合せとか進められるといいと思います。もっと、グランド・デザインをしっかりとする必要があります。複数の案件の整合性を持たせていかなければならない…。」

「…今後は、その国のそのセクターにおける援助の戦略をたてるようなアプローチにする必要があります。ひとつの案としては、保健セクター全体の開発調査の比重を少し軽くしても、たとえば感染症なら感染症にフォーカスをあてた、その国での中期的援助戦略をたてる方向に変えないと、そろそろ限界かなという感じです。」

「…JICA 案件は、スキームごとで案件が形成されているので、実施もスキームごとに偏って、『それ以外は関係ない』みたいな扱いになってしまっています。全体として『どういうストーリーの中でやっているのか』ということがわからないことが、問題だと思います。」

「…要請主義を基本においた案件形成は非常に大切ですが、それだけでいいのだろうかという思いがあります。要請主義だけだと、全体としての目標がよくわからなくなってしまう、細かい案件がいっぱいできて、頭が統一せず、整理できていないと思いますね。JICA の能力も分散されていたと思います。例えば、マラリアの死亡率とかの目標を、上位に明確にたてることができれば、その下に専門家を何人、無償をどこに入れるとか、JOCV を入れる等できて、我々は全体を管理しやすくなり、細かいところは管理しなくてもよくなり、JICA にとっては

好ましい状況になるのではないかと思います。」

比国関係者や他の援助機関関係者は、比国における日本の援助を非常に高く評価しながらも、コラム 16 にあるように、案件形成やそれに関する意思決定のプロセスについて、意思決定の明確化や、JICA 在外事務所への権限委譲等を進めることにより、日本の援助はより効果的に実施されるのではないかと認識している。また、JICA 側もこれを認識して改善の努力をしている。

コラム 16 JICA 関係者、(元) フィリピン保健省関係者、及び他援助機関とのインタビューから抜粋

「・・・以前は、一旦 JICA 側に要請書が出された後は、JICA 現地事務所のスタッフはもう何もすることがない・・・という感じでしたが、昨年から、この状況は序々に改善されてきています。フィリピン保健省が用意した要請書について、JICA と保健省が同じテーブルについて、発表したり、議論したりすることが始まっています。このような議論がより活発化されて、プログラムやプロジェクトに関する JICA とフィリピン保健省の責任が明らかにされるようになると、よりよい案件が形成されていくと思います。」(JICA 関係者)

「・・・私が日本による案件に直接関わっていたのは数年前のことですので、今の事情は違うのかもしれませんが、私の経験から言える日本の案件の利点は、一旦案件が認可されると、案件の実施が非常にスムーズに進むことだと思います。なぜなら、日本による案件では、他ドナーに要求されるような、財政に関する非常に複雑で必要以上に大量のレポート等が要求されないからです。一方で、日本による案件で困難なことは、案件形成期間が大変長期にわたり、実際に案件が開始されるまでに長い時間を要することです。我々の方から出した案件要請書が日本側に一旦渡ってしまうと、それ以降は、要請書がまるでブラック・ボックスに入ってしまったかのような印象で、この期間我々は、いったい日本側で何が話され何が起きているのかを知る術がありません。そしてそんなある日、我々にとっては突然、日本側の誰かにより、『要請書は認可された』あるいは『要請書は却下された』と告げられる・・・これが、日本による案件形成過程の印象です。他のドナーは、そうではなく、我々による案件要請書を受け取った後、要請書に関して『あそこはどういう意味だ?』とか『ここは変えられるか?』等のリアクションをしてくるので、分かりやすい。我々は日本による援助に深く感謝しておりますし、援助の質もとても高く評価しております。だからこそ、この案件形成過程がもう少し外部者にも理解しやすく、かつプロセス自体も早く進むシステムにしていただけると、我々も、日本と共に、よりよい活動を実施していけるのではないかと思います。」(元比国保健省関係者)

「フィリピン・エイズ分野での日米による援助協調は、とても効果的に実施することができたと思います。ただ、援助協調実施のための協議を、日本側関係者と何度か重ねていて感じるのは、案件形成に関する日本の意思決定権が、もう少し、JICA 現地事務所に委譲されていたら、よりスムーズでタイムリーな援助協調が実施できたのではということです。援助協調の協議のため、東京から調査団が何度もフィリピンに来られ、我々と共に非常に有意義な話し合いをし、色々良いアイデアを出すことができたのですが、ほとんど全てのことが、東京にお帰りにならないと決定できない、という日本側のシステムであったため、実際の援助協調が始まるまでに、とても長い時間がかかってしまいました。このような点が改善されると、日米による援助協調は、より効率的に進むと思います。」(USAID フィリピン関係者)

また、日本側関係者は、感染症全般の案件形成に関して、どの機関のどの部署が実質的に決めるのかということに関して、コラム 17 にもある通り、「特に決っているわけではなく、ケース・バイ・ケース」と認識している。

コラム 17 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「…案件形成の公式なルートとしては、相手国政府から大使館に要請が出されて、それが本省で決定される、ということになっています。しかし、実質的には、どこかひとつの（機関や）ポジションが決めるということではなく、医療協力部と、厚生省と、大使館とで相談して、みんなで『いいんじゃないか。』ということになれば、それで決定されています。その過程について、誰がより強い決定権を持つかは、その時の案件によって異なるので、なんとも言えませんね…。」

「…一般的に、案件のアイデアがどこから出てくるかというのは、それぞれの場合によります。専門家が考えていたり、相手政府が考えていたり、JICA 事務所や大使館が考えていたりとか。たいていのものについては、よほど特殊なもので無い限りは、複数のソースでその案件がいいなと考えていて、それを誰かがひっぱることによって、案件が形成される。それを誰が案件候補として引っ張るかも、そのときによって異なりますが、一番多いのは、（フィールドに）長くいる専門家ですかねえ。フィールドに長くいる専門家は、技術協力を実際に実施していく上で足りないものが見えてくるので、実情を一番良く知っているからだと思います。ただ、無償の病院とかについては、直接、（フィリピン地方政府の）知事さんとか、他のドナーとかからくることもあります。」

「…案件を最終的に決定するのは、基本的には、『なんとなく、拾えそうな案件』に関して、『そんなもんかな、拾えそうかな』っていう雰囲気が関係者の中にあるときに決ると思いますよ。基本的に日本の技術協力できそうなもの、あるいは相手機関にそれを受け入れる能力があるもの、という基準で、具体的な案件としてなんとなく固まっていくと思います。」

一方、日本による案件形成が、要請主義を基本としていることについて、日本側関係者はコラム 18 のような限界を認識している。

コラム 18 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「…日本による援助の一つの限界として、いい案件の掘り起こしが難しいことがあります。目標が明確で、日本側に（対応できる）リソースがあって、相手サイドに受ける力があって…っていうのが良い案件なのですが…。基本的な考え方として、日本の援助システムの中で、プロジェクト形成機能というものはあまり強くないと思います。基本的に、要請主義だからかもしれない。ただ、そうは言っても、色々、プロ形とかのスキームもあり、JICA も一生懸命やっていますが、やっぱり基本的には弱い。だから、そこを強化すると、もう少しよくなると思います。他のドナーも基本的には要請主義だけど、やっぱり案件発掘のための活動は色々やっていますからね。」

「…要請主義を基本においた援助案件形成は非常に大切ですが、それだけでいいのだろうかという思いがあります。要請主義だけだと、全体としての目標がよくわからなくなってしまい、細かい案件がいっぱいできて、頭が統一せず、整理できていないと思いますね。JICA の能力も分散されていたと思います。例えば、マラリアの死亡率とかの目標を、上位に明確にたてることができれば、その下に専門家を何人、無償をどこに入れるとか、JOCV を入れる等できれば、我々は全体を管理しやすくなり、細かいところは管理しなくてもよくなり、JICA にとっては好ましい状況になるのではないかと思います。」

4-5-2 問題発生時の対応と意思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、プロジェクト・チーム、JICA 事務所、JICA 本部、国内委員会、大使館、外務省、厚生省等の様々な関係機関・関係者が存在する中で、どこに意思決定権があるのかははっきりせず、よって問題発生時にどのように対応して良いのかわからなかったという経験が、コラム 19 にあるように、日本人関係者により指摘されている。

コラム 19 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「…問題発生時には、基本的に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ました。しかし、意思の最終決定者がだれであるのか明らかでなかったため、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』と受けとられるのかどうかについては、不明瞭でした。」

「…プロジェクトでは、(JICA 本部で) 最低限の達成目標を決め、それ以上は現地において相手側との同意と第三者の監視の上、活動を自由に展開して良い、との合意があるのが望ましいと思います。」

「…何が問題で、どう解決すれば良いかについて、JICA に意思・意見が必要だと思います。専門的なことに関して JICA が日本人派遣専門家に依存する場合は、活動の進め方について、同意の意思を適宜伝える必要があるのではないのでしょうか。」

4-5-3 機材供与に関する認識

JICA による設備や資機材の供与は、比国側のみならず、他援助機関でも「日本の比較優位分野」として高く評価されており、今後への期待も大きいということが明らかになっている。これに関連して、比国側や他援助機関は、「JICA が設備・資機材を供与する際に、ある程度の期間のメンテナンス・コストも一緒に供給できるシステムに変えることで、より持続的な援助効果が期待できるのではないか」と指摘している。

4-5-4 フィリピンの政治状況に関する認識

地方分権化とそれに伴う地方権限委譲や保健機構改革が進むフィリピンにおいて、日比双方の

関係者は、コラム 20 にあるように、このような政治状況の現状を視野に入れた援助戦略の必要性を認識している。

コラム 20 日本側関係者・他援助機関関係者とのインタビューから抜粋

「・・・地方分権化によって、国レベルは地方からあまり情報が入らなくなり、国レベルからガイドラインを地方に徹底させるということも、補助金等があるわけでもないから、地方にインセンティブがなくて、徹底できなくなってしまうと、弊害がかなり多いという印象があります。『ODA は国と国との間で行なわれるものであるから、地方で行なう案件というのは、あくまでモデル的な位置付けで、その後、ナショナルスタンダードとして、全国展開させる』というものだったのですが、これが、地方分権化後は、困難になっていると言えますね・・・」（日本側関係者）

「・・・JICA は、もっと、中央政府及び地方政府に対する政策・アドボカシー活動に力を入れてもいいのではないのでしょうか。援助による効果の自立発展性を高めるには、中央・地方政府が、援助プログラムを有用だと認知しなければなりません。その意味で、政策・アドボカシー活動は非常に重要だと思います。」（他援助機関関係者）

4-5-5 派遣専門家に関する認識

JICA 案件の中で、専門家の影響は大きく、コラム 21 にあるように、案件の成否は専門家に大きく影響されるという認識が日本側関係者の中で強い。

コラム 21 日本側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・いい専門家が来てくれると、多少問題があるプロ技でも、立ち直る傾向があると思います。逆にあまり良くない専門家が来ると、良い案件も悪くなっちゃうこともありますね。それくらい、専門家の重要性は大きいですよ。じゃあ、良い専門家とは何かっていうことになる、コミュニケーションがちゃんとできるということですね。これは、必ずしも、英語とかの言語能力じゃない気もします・・・。結局は人柄、相手と良い関係が構築できることがポイントです。まあ、多分、それも、国によって、アフリカに合っている人とか、アジアに合っている人とで違うかもしれません。そういうことを見極めるのは困難ですが、専門家やコンサルタントを評価するシステムが必要だと思いますね。あと、専門家やコンサルタントになりたい人が多ければ多いほど、結果として、良い専門家の数も増えると思いますし。まあ、それには、金銭的インセンティブとかが必要ですけどね。でも、じゃ、そうするには、どうしたらいいかはよくわからないですね・・・。」

JICA による専門家派遣システムは、「援助の中に日本のプレゼンスが見えて効果的」「我々フィリピン関係者と苦労を共にする援助」として比国関係者の中で高く評価されている。また日本人専門家自身についても、「その分野の専門家として、非常に質が高く、高度の知識と技術を有して

いる人が多い。」等の評価を得ている。

しかし、その一方で、比側関係者の中には、「日本人専門家により技術移転される、いくつかの高度なラボラトリー技術は確かに有用ではあるが、それを維持していくのがフィリピン側にとって負担になるということもある。よって、リソースの少ないフィリピンの実情にあった技術が移転されると良い。」という認識や、「ケースによっては、日本人専門家を1名派遣するより、同じ予算案で、プロジェクトが地元の専門家を何人も雇う、という方が効果的なこともある。」という認識もある。

さらに、専門家の英語訳「Expert」が、コラム22にあるような誤解を生んでいるという指摘が、数名の比側関係者よりあった。

コラム22 比側関係者とのインタビューから抜粋

「・・・私達は、日本人専門家の皆さんに感謝と尊敬の念を抱いています。また、私達の関係も、とても上手くいっています。だから、非常に言いにくいことなのですが、でも今後とも、よりよい関係を築いていくためにあえて言わせていただくと、日本人関係者の中で、英語のExpertという言葉の意味が、適切に理解されていない気がします。英語の“Expert”には、重い意味があり、かなりの経験と知識を積んで、経験も長い、その道の大家のような人を指す時に使います。あくまで第三者が指している時に使う言葉なので、普通は、『私はExpertです』というようには使いません。“JICA Expert”の場合は、本当にExpertと呼べる方もいますし、そうでない人もいます。別にその人が優秀でないという訳ではなく、やはり、優秀でも、比較的若かったりする場合には、“Expert”という言葉は、少々滑稽に聞こえてしまうのです。だから、いらぬ誤解を招かないためにも、別の英語、例えば、“Specialist”とか、“Cousultant”などを使われた方が良いのではないかと思います。でも、これは日本だけでなく、他の、フランスのような、英語を母国語としない国の援助機関でも起こっていることです。英語を母国語とする援助機関では、あまり、Expertという言葉は使っていないと思います。」

4-6 感染症対策分野案件のプロセス評価の結論と教訓

4-6-1 案件形成に関する教訓

フィリピン感染症対策分野の案件形成では、様々な案件が、様々なスキームによって、それぞれ異なった担当機関や担当部署により形成されている。このような状況により、日本側関係者は、「複数の細かい案件がたくさん形成されているが、分野全体として何を目標に援助を実施しているのかわからない」、それが一因となって「フィリピン感染症分野の案件形成をするにあたり、何が優先度が高いかを判断する基準・根拠が不十分である」と認識しており、案件形成に限界を感じている。このような状況を改善するためには、日本側関係者は、「中・長期的展望にたった、日本による感染症分野戦略のグランド・デザインを確立する必要である」と指摘している。

「JICA本部が最低限の達成目標を決め、それ以下は現地において相手側との同意と第三者(JICA在外事務所など)の監視の下で活動を自由に展開して良いとなれば、JICAは案件の具体的活動の詳細をさほど気にしなくてもよくなり、より効果的な援助が実施できるのではないか。」という指摘は、中・長期戦略を立てる上で、目標のレベルごとに責任組織・部署と責任者をはっきりさせることの重要性を示唆するものである。このような「目標のレベルごとの責任の所在」をはっきりさせることにより、「(我々日本人専門家チームの理解では)プロジェクトに関する全ての責任はプロジェクト・チームにゆだねられているかのような格好になっていたが、プロジェクトの重要な事柄に関わる意思の最終決定者が果たして誰であるのか明らかでなかったため、(どう決定し、どう動いて良いのか)不明瞭であった」とか、「JICA事務所レベルの裁量で、案件の状況やニーズに応じて、プロジェクトが臨機応変に使える予算が少ない」とかいった問題も少なくなる。

日本による援助が「要請主義」に重きを置きすぎる結果、「JICAは案件形成活動を一生懸命やってはいるが、それでも、まだ案件形成機能が十分とは言えない」と感じる関係者も少なくない。しかし、「長期間フィリピンで感染症案件に関っている日本人専門家は、フィールドでの経験を通じて相手国のニーズや行政機構がよく理解できるので、良い案件の発掘ができることが多い」と日本側関係者は指摘する。また、被援助国のマスタープランを作ることが目的の開発調査よりも、日本による国別の中・長期の援助戦略(プログラム・フレーム)を構築するための調査や、中・長期戦略を構築するための基礎データとなりうる研究的案件(サーベイやオペレーショナル・リサーチ等)の実施の重要性を指摘する声も多い。

別の案件形成時の課題として、「実質的な案件決定が誰によりなされるかについては、その時その時で異なり、特に誰がということはない。なんとなく決まることが多い」という日本の案件形成意思決定プロセスが、比側関係者や他援助機関からは「非常に理解しにくく、何が起こっているのか分かりにくい」と指摘されていることや、案件に関する決定権の多くが東京本部に集中しているために案件形成過程の時間が長くかかること等も、比側や他援助機関により指摘されており、今後改善されるべきテーマの一つであると言える。

案件形成の段階からプロジェクトの経緯・具体的内容がすぐわかる記録がないことで、業務

に支障をきたしているという指摘から、案件ごとのプロジェクト・ドキュメントの作成を義務づけるということも非常に重要であると思われる。

教訓 1

中・長期的援助戦略フレーム＝プログラム・フレームを構築し、フレームの目標レベルごとの、責任所在を明確化する。

教訓 2

フィリピン感染症対策分野におけるプログラム・フレーム構築及び案件形成機能強化のため、以下の事柄を検討する。

- ① プログラム・フレーム構築や、案件発掘・形成に際し、パイロット的な規模の研究案件（サーベイやオペレーショナル・リサーチ）を計画・実施する。
- ② プログラム・フレーム構築に、対象国に精通した現地のリソース（日本人専門家、JICA 現地事務所の日本人職員とローカル・スタッフ、保健省、自治体、他援助機関、NGO 等）が最大限生かせるようなシステムを確立する。
- ③ 派遣専門家による「案件形成・発掘機能」を、正式な TOR として認知する。

教訓 3

案件形成に関する意思決定について、相手国政府や他援助機関等の外部の者にも分かりやすいシステムを構築し、時間的効率化を測る。

教訓 4

JICA 在外事務所により多くの権限を委譲し、事務所裁量で決定できる事項や予算を増やし、案件形成に関する業務の効率化を図る。

教訓 5

各案件に、プロジェクト・ドキュメント作成を義務付ける。

4-6-2 案件内容の計画立案に関する教訓

今回の調査で「今にして思えば、もっとフィリピンの現状を把握・分析してプロジェクト計画を立てられたら、より効果的な支援でできたのではないか」という指摘が日本側関係者で多くなされていることから、より効果・効率的な感染症対策分野案件を計画立案するには、フィリピン感染症対策分野の現状・ニーズを深く分析・把握することが重要な鍵であることが明らかになっている。しかし、現状・ニーズに関する詳細で正確な分析・把握を、数週間や数ヶ月という短期間で実現することは困難であり、現地の感染症対策分野において、何年という単位で蓄積さ

れる活動経験によってのみ可能となる。これは、本調査において、多くの JICA 関係者が「現地のニーズや現状を一番的確に把握しているのは長期に渡って活動している日本人専門家」と指摘するところと一致する。

しかしながら、日本による保健医療分野の協力案件で活動する日本人専門家は、通常単独派遣か、チームの場合でも色々な組織から派遣された個人で成りたっていることが多い。このため、せっかく蓄積された貴重な経験が個人ベースでのメモリーとなってしまって JICA 組織として経験が蓄積されず、その結果、将来の JICA 案件に過去の経験が反映されにくい構造ができあがってしまっている。この問題に関する例外的な案件として、フィリピンの結核案件がある。結核案件では 2 つのフェーズにまたがって日本の結核研究所の全面的支援により実施された案件であり、専門家も全て結核研究所から派遣されている。このため、長期専門家の貴重な経験を、結核研究所の組織のメモリーとして蓄積することが可能となり、第 1 フェーズのメモリーは、第 2 フェーズの計画立案に生かされて、非常に効果的な援助が可能となっている。この事実から学ぶことは多い。もし今後、日本による案件が、この結核案件のように、外部委託に近い形で一つの外部組織を中心に実施されることが増えれば、プロジェクトの経験もより効率的に蓄積され、将来の日本による援助実施もより効率的・効果的になるのではないかと推察される。さらに、JICA や結核研究所などの実施組織により蓄積された知識・経験といった情報が外部へ向けて発信されることができれば、援助分野に関わる全ての関係者の間でも共有することが可能となり、日本の ODA の質的向上に資すると思慮される。

計画立案について JICA が抱える別の問題として指摘されたことに、「JICA 職員の中には専門的バックグラウンドを持つ優秀な職員が大勢いながら、その専門性を磨くような人事システムになっていない。その結果、プロジェクト計画立案に関しての専門的相談への十分な対応が難しく、また援助専門分野の国際的な場における対応も難しいものがある」というものがある。この問題を解決するには、JICA 内部に、ジェネラリストだけでなく、専門家も養成されるような人事システムが確立される必要がある。また、それにより、JICA 組織の専門分野に関する JICA 組織としての経験や情報も、より効率的に蓄積されていくものと推察できる。

計画立案時のターゲット・グループの設定に関しては、「どのグループを対象として活動を実施するのか」という認識が、日本側関係者の一部でやや希薄であることが明らかになっている。限られた予算と時間内で効果的・効率的に援助を進めるためには、計画立案時のターゲット・グループ設定が不可欠である。

日本の比較優位分野である機材・施設供与は、比側及び他援助機関により高く評価されている。これは、フィリピンにおいて感染症関連の施設・機材充実のニーズはまだまだ高いにも関わらず、機材・設備に援助できるスキームを持たない援助機関が多いことも関係している。日本による機材・施設供与は今後も継続されることが望ましいと言えるが、機材・施設供与による投資が長期的に自立発展していけるよう、フィリピン国が維持可能なレベル・種類の機材・施設が注意深く選定され、さらにある一定期間の維持管理費も機材・施設供与とセットで支援されるような体制

づくりが実施される必要がある。

また、案件形成での議論とも関連するが、案件の計画立案においても、その最終的意思決定者が明らかでないという指摘が多かった。この問題も、各案件群を一つの大きな目標を達成するためのプログラムとして見て、目標レベルごとの責任の所在を明らかにすることで、解決していただけるものと推察する。例えば、結核案件では、日本の結核研究所が、案件実施に関する多くの責任を負うということが明らかに認識されていた。この結果、プロジェクト関係者間に、「実質上の案件内容の計画立案は結核研究所が決め、責任を負った」という共通の認識があり、立案計画に関する意思決定等についても、他の案件で発生したような混乱がなかった。このように、案件の目標達成に関する責任の所在が明らかであると、計画立案や意思決定もスムーズに行なわれる傾向がある。この傾向は、結核案件と同じように、「案件内容の計画立案は NGO が決めて責任を負う」という形で実施された開発福祉支援案件にも当てはまる。これら事例から、JICA は案件で達成すべき目標を設定して管理する責任を負い、実際の案件実施については外部機関に委託する「案件の外部委託化」を推進することをもっと検討しても良いのではないかと考える。これにより、案件受注をめぐって自由競争の原理が導入され、効果的・効率的な援助実施が実現できるものと推察される。もちろんこの場合、日本に結核研究所に相当するような能力を持った組織がまだ十分育っていない、という問題はある。しかし、近年、そういった可能性を持つ開発分野の外部機関(NPO/NGO、大学機関、コンサルタント等)は増えてきており、JICA が今後そのような外部機関が参加できる機会を増やしていくことによって、これら機関の能力も育っていき、健全な自由競争が生まれるものと推察できる。

また、本調査の対象案件において、計画立案・実施・評価という一連のプロセスを体系的に管理・実施するために導入されている PDM が、プロジェクト関係者の間であまり有効に活用されていないという事実が明らかになっている。これには、プロジェクトが開始された時期に PCM/PDM がまだ一般化されていなかった以外に、各案件の PDM の根拠となるべき、より包括的なプログラム・デザインが存在していないことなども関連があると推察される。また、別の問題として、JICA による案件には、国連機関や欧米の援助機関でいうところのプロジェクト・オフィサー（途上国援助プロジェクトを運営管理する専門知識・技術を持ったプロフェッショナル）的ポジションがないことも、PDM が有効活用されていない一因ではないかと推察できる。プロジェクト・オフィサーが存在しない JICA プロ技では、チーム・リーダーや業務調整員がプロジェクト・オフィサー的役割も一部兼任しているが、チーム・リーダーの業務はあくまで専門家としての技術的側面からチームをまとめる業務が中心であり、また、業務調整員は実態はプロジェクトの会計役としての業務が中心であるため、プロジェクト・オフィサー的業務を兼務するには限界がある。プロジェクトの中に、プロフェッショナルとしてのプロジェクト・オフィサーが存在すれば、PDM などの運営管理に関することはプロジェクト・オフィサーに任せて、技術専門家は本来業務である技術的なことに専念できるのではないかと推察する。

他方、案件内容の計画立案時に考慮されるべき別の重要な要因として、フィリピン地方分権化による地方権限委譲／保健機構改革が保健医療行政に及ぼす影響の的確な把握・分析が挙げられている。しかしこれらの事柄を短期間で個人が理解することは困難であり、JICA 現地事務所が組織として理解して情報を蓄積し、派遣されてくる専門家の理解をサポートできるような能力を備えるべきであると思われる。ただ、これを2-3年しか勤務できない東京本部からの JICA 職員に求めるのはかなり無理がある。そこで、それを補うために、JICA 現地事務所におけるローカル・スタッフを有効活用することが指摘されている。またローカル・スタッフとして、フィリピンの保健行政経験者や地方行政経験者を雇い挙げることも一案かと思われる。ちなみに USAID では、地方権限委譲の問題に対応することやフィリピン南部の政治不安に対応することを主な目的として、ミンダナオ地域の元市長をローカルスタッフとして雇い上げている。

本評価調査の感染症対象案件のうち、中央政府及び地方政府を動機付けるための政策・アドボカシー活動を明らかな形で案件計画の中に入れているのは結核関連案件のみである。援助による効果の自立発展性を高めるには、中央・地方政府が、援助プログラムを「有用である」と認知するような働きかけは重要であり、さらに強化されるべきと言える。

教訓 6

プロジェクトの貴重な知識や経験を将来の案件計画立案に生かすためには、それら知識や経験がプロジェクトに関わった専門家や JICA 担当者等個人のメモリーとしてではなく、専門家が所属する組織や JICA 組織のメモリーとして蓄積され再利用されるようなシステムを構築していく。

教訓 7

JICA は案件で達成すべき目標を設定して管理する責任を負い、案件の計画・立案・実施については外部組織に外注して「案件の外部委託化」を図り、案件の効率的・効果的な実施を目指す。

教訓 8

案件の計画立案にあたり、限られた予算と時間内で、どのグループをターゲットとすることが最も効果・効率的であるかを分析し設定する。

教訓 9

日本が得意とする設備・機材供与の計画を効果的に実施するために、現地の状況にあった供与計画を行う。そのために、国ごとの発展状況に合わせた「適正供与機材の指針」等を作成し、実情に合わないような高度な機材が供与されないようにチェックするシステムを構築する。供与計画の中に一定期間の設備・機材維持費も含むことを検討し、機材供与による効果の持続性を高める。

教訓 10

JICA 在外事務所がフィリピン保健行政状況やそれに関する政治力学についての情報を常に蓄積するために、ローカル・スタッフを有効活用するとともに、ローカル・スタッフとしてフィリピン保健行政経験者や地方行政経験者を雇用し、継続的な情報収集・分析を行う。これにより、JICA 東京本部からの職員や派遣専門家が、最新のフィリピン保健行政状況やそれに関する政治力学を理解できるための支援体制が構築できる。

教訓 11

案件効果の自立発展性を高めるために、中央・地方政府の動機を高めるような政策・アドボカシー活動を案件計画の中に当初から入れる。

4-6-3 案件実施に関する認識

本調査の対象となった案件の多くには、モニタリングの指標を関係者が明確に認識していないケースがいくつかあった。関係者の認識が弱いモニタリング指標の多くは、感染症予防教育活動に関するものであった。予防教育活動の進捗状況や効果を測る指標というものは、治療や診断活動といった他の指標に比べてその設定が困難であることは一般的な事象である。しかしながら、何も指標がなくては進捗も効果も測定できず、従ってこれら予防教育関連の指標のあり方について、JICA 及び関係者間で、ある程度スタンダードなものを設定する必要があると言える。

案件実施における他の重要な要素として派遣専門家がおり、この専門家が案件に与える影響の大きさが、本調査によっても明らかになっている。そして、専門家の資質に関して、本評価調査において日本側関係者によりは、「専門分野以外に専門家が備えているべき能力」として、「マネージメント能力」「比側関係者や他援助機関との交渉能力」「調整能力」といった総合的プログラム運営能力の必要性が指摘された。これ以外に、「フィリピンの政治行政・政治力学に対する知識と理解」「異文化理解」「言語能力」も重要なものとして挙げられている。また、これを裏付けるかのように、上記のような能力を備えていた専門家は、比側関係者の評価も高い。そして、そのような専門家は、途上国開発に関するトレーニングや、幾度かにわたる援助案件の現地経験を有する傾向にあることが調査対象者の回答から明らかになっている。しかしながら、派遣専門家は、基本的に技術専門家としての知識・技術はあっても、途上国援助プロジェクトを運営管理する「プロジェクト・オフィサー」的なトレーニングは受けていない場合が多いため、全ての技術専門家にを求めるのはあまり現実的でないといえる。よって、全ての技術専門家に「総合的プログラム運営能力」を期待するよりも、プロジェクトに既述の「プロジェクト・オフィサー」を置く方がより現実的ではないかと推察する。

また、派遣専門家に関する興味深い傾向として、結核対策のプロ技では、結核研究所が全面的にサポートして専門家もすべて同じ結核研究所から派遣されていたことが影響してか、派遣された専門家チームの中に、普通の組織にあるような「シニア・ジュニア」の人間関係が存在し、そ

の中で、「ジュニアがシニアに学ぶ」という人材養成システムが自然に機能し、チーム内の人間関係も上手く機能していたことが関係者の回答から明らかになっている、これが通常のプロ技であると、専門家がそれぞれ個別の組織から派遣されているケースが多いために人間関係の構築までに時間を要し、「ジュニアがシニアに学ぶ」といった人間関係が発生しにくい。よって、今後の効果・効率的な援助実施を考える時、案件で達成すべき目標だけを JICA が決めて管理し、専門家のリクルートや案件の具体的計画立案を含む案件実施そのものについては、同一の外部組織に委託するということをさらに進める必要がある。

教訓 12

JICA や関係者間で検討し、感染症予防教育に関する活動の進捗状況や効果を測るある指標を確立する必要がある。

教訓 13

JICA は案件実施において、案件で達成すべき目標だけを設定して管理し、案件そのものは外部組織に任せてその中で専門家のリクルートや案件計画立案を実施してもらうという案件の「外部委託化」を推進する。これにより、効果的・効率的な専門家リクルートを実現し、また、同時にプロ技のフィールドをジュニア・レベル専門家の資質向上の場としても機能させる。

教訓 14

JICA プロジェクトに、プロジェクト・オフィサー（途上国援助プロジェクトを管理・運営する知識・技術を持ったプロフェッショナル）を置き、プロジェクト実施の質の向上を図る。

4-6-4 案件評価についての認識

本調査で対象となっている案件のうち、プロ技を除いては、その評価の位置付けや、効果がどうであったのかという認識が明確でない案件がいくつかある。これは、案件がスキームごとに行なわれているために、同じ分野の案件でも、スキームによって JICA 内での担当部署が異なったり、また、分野全体としてその案件で何を目指し、また、同分野の他の案件との関係がどうであったのかという認識に欠けていたりすること等が要因となっている。

また、わが国によるフィリピン保健分野の援助の最終目標が、地域格差・貧困緩和である中で、実施される個々の案件の終了時評価だけでは、地域格差・貧困緩和にどれだけ貢献したのかを測る事は事実上不可能に近い。このような問題を解決するためには、案件ごとの評価よりも、案件群＝プログラムを事後評価することが必要になってくる。

教訓 15

個々の案件の評価も重要であるが、それ以上に、案件を案件群（プログラム）として捉えて全

体として評価することにより、フィリピン保健分野プログラムによる援助目標（地域格差の是正と貧困緩和）の達成度を測ることが可能となる。

第5章 フィリピン感染症対策分野協力の プログラム評価

第5章 フィリピン感染症対策分野協力のプログラム評価

5-1 フィリピン感染症分野協力のプログラム評価概要と手法

5-1-1 目的

本評価では、フィリピンに対して実施されている感染症対策分野で多様なスキームを活用し実際された案件を総体的に評価するために、擬似的に作成したプログラム・モデル（PLM2）を活用してプログラム評価を試みた。

第6章の個別案件としての評価でも明らかなように絶対的に情報不足しているため、試験的な評価の域を出ていない。これは、

- ① 評価対象物となる PLM2 は、本来プログラムとして計画されたものではないが、共通の目標の下に位置づけられる案件群を試験的にまとめて、プログラムとして取り扱っていること、
- ② JICA、他援助機関、フィリピン国の感染症関連事業の予算額・支出額等は、収集資料及び聞き取り調査から得られたデータを参考にしたものであること、
- ③ インパクト調査は、ベースラインデータなど既存の資料が存在しない中で、ターゲット・グループと比較グループの事後比較でありとともにサンプル数も限定される。

ことによる。

しかし、このような制約はあるものの、評価の実施は今後のプログラム・アプローチのあるべき姿とその評価手法に関する提言・教訓を導きだせると考えたことによる。

5-1-2 データ収集法

プログラム評価のために、以下のとおりのデータを収集した。

- ① 日本による感染症案件資料各種
- ② USAID による感染症案件資料各種
- ③ フィリピン側による感染症対策資料各種

5-1-3 分析手法

JICA による感染症対策分野プログラム評価を実施するにあたり、いくつかの手法が考えられたが、本調査では、時間的・予算的制約を考慮して、図 5-1 にある通りの、2つの試験的評価分析手法を試みた。

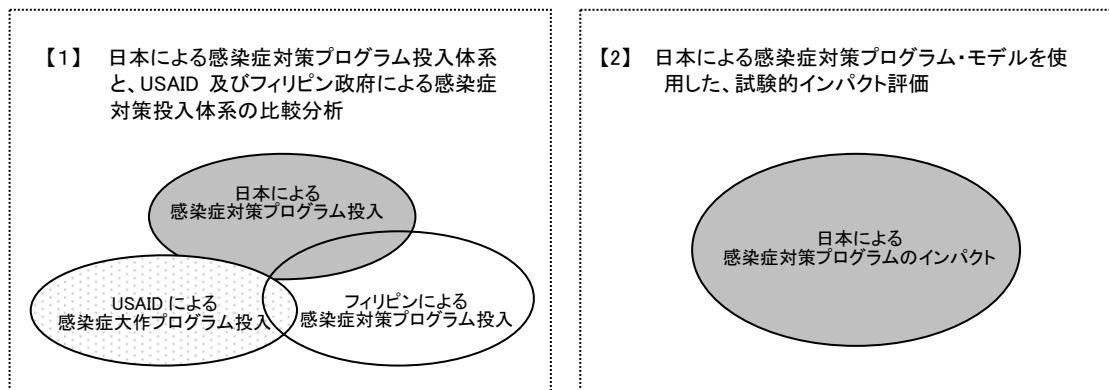


図 5-1 日本によるフィリピン感染症対策分野協力プログラム評価手法

(1) プログラムとして見た感染症対策分野の投入体系評価:

日本による感染症プログラムの投入体系の分析と、USAID 及びフィリピン国による感染症プログラムの投入体系との比較・分析

第 3 章で作成したフィリピン感染症プログラム PLM2 (エイズ・結核・マラリア) をベースに、案件ごとの境を取り払ったプログラム全体として見た場合の、日本による投入体系を分析する。さらに、このプログラム全体として見た場合の日本による投入体系と、第 2 章でまとめたフィリピン国/地方レベル、及び USAID による感染症プログラムの投入体系を比較・分析する。

(2) プログラムとして見た感染症対策分野のインパクト評価:

日本による感染症プログラム・モデル (PLM2) を使用した試験的インパクト評価

PLM2 (結核/エイズ) をベースに、案件ごとの境を取り払ったプログラム全体として見た場合の、結核/エイズ・プログラムの試験的インパクト評価を試みた。

5-2 プログラムとして見た感染症対策分野の投入体系評価

PLM2 を基にまとめた日本による感染症プログラム投入体系と、第 2 章でまとめた USAID による感染症プログラム投入体系、及びフィリピン国/地方レベルによる感染症プログラム投入体系を使って、以下 3 つの視点から比較分析を試みた (図 5-2 参照)。

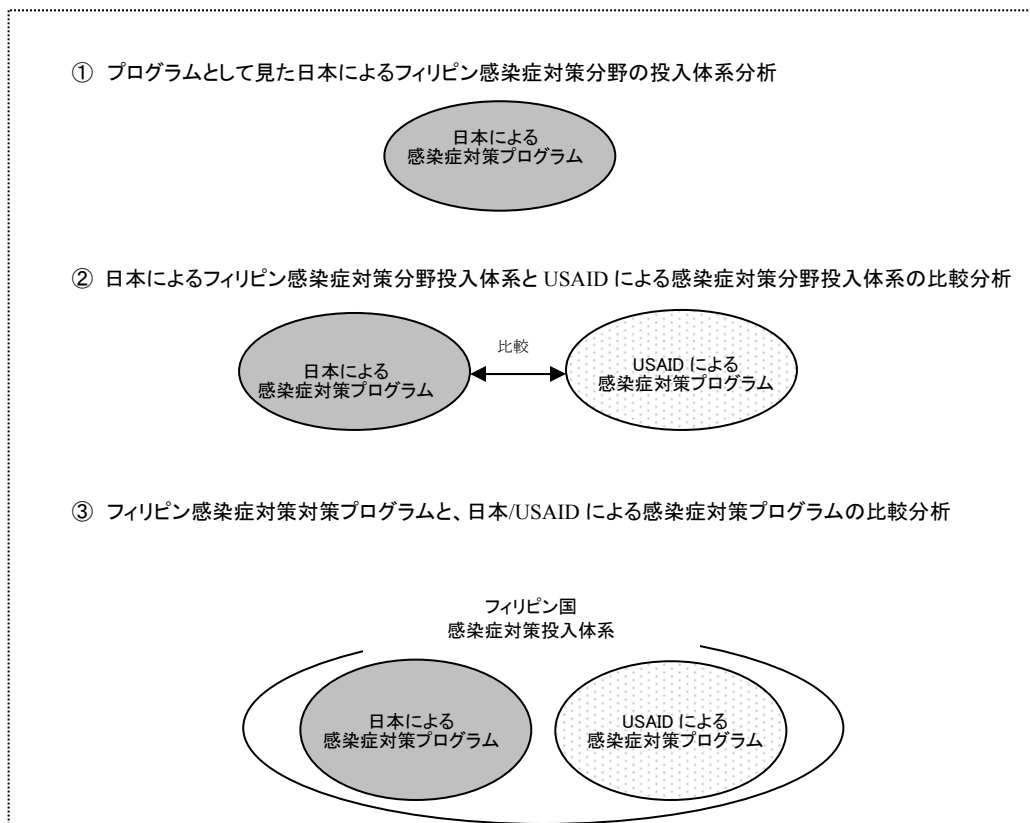
(1) プログラムとして見た、日本によるフィリピン感染症分野の投入体系の分析

第 3 章で作成した PLM2 を用いて、プログラムとして見た我が国によるフィリピン感染症分野の投入体系を分析する。

(2) 日本によるフィリピン感染症対策投入体系と USAID による投入体系の比較分析

第 2 章で述べた USAID による感染症対策分野投入体系を、(1) の日本による投入体系と比較分析した。

(3) フィリピン国/地方レベル感染症対策プログラムと日本/USAID によるプログラムの比較分析
 フィリピン国レベル感染症対策プログラム投入体系と、日本/USAID による感染症対策プログラム投入体系を比較分析した。



(出所) 調査団作成

図 5-2 プログラム・モデルの比較・分析フレーム・ワーク

5-2-1 プログラムとして見た、日本によるフィリピン感染症分の投入体系の分析

第3章で作成された PLM2 を用いて、案件の枠を取り払ったプログラムとして見た場合の、わが国によるフィリピン感染症対策分野（エイズ・結核・マラリア）投入体系の分析を試みた。

(1) 結核対策分野協力プログラム

わが国による結核分野協力実績についても、エイズ分野と同様、第3章に掲載した結核プログラム PLM1（表 3-7）、及び PLM2（表 3-8）を基に、結核対策分野の協力プログラム投入体系（表 5-1）を作成した。

表 5-1 結核分野協カプログラム投入体系

上意目標	プログラム目標	成果		投入			主な案件
		中期的成果	短期的成果	項目	量(概算) (千ペソ)	全体の投入金額に占める割合	
フィリピンの結核感染率／死亡率が向上する。	対象地域において公共セクター(政府機関)がカバーする結核患者人口の発見率／治癒率／罹患率／死亡率が改善される。	〈組織の機能整備に関する成果〉 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。	ラボラトリー設備・機材	55,279	50.8%	プロ技「公衆衛生」 プロ技「結核対策」	
			IEC 教材・機材	2,296			
			合計金額	57,575			
		〈人材の能力向上に関する成果〉 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。	保健医療従事者研修	29,987	26.5%	プロ技「公衆衛生」 プロ技「結核対策」 現地国内研修「国家結核対策」	
			合計金額	29,987			
			住民に対する教育活動	392			
		〈住民のサービス利用促進に関する成果〉 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。	合計金額	392	0.4%	プロ技「公衆衛生」	
			IEC 機材	175			
			IEC 教材	500			
		対象地域において民間セクター(NGO)がカバーする結核患者人口の発見率／治癒率／罹患率／死亡率が改善される。	合計金額	675	0.6%	開発福祉支援「貧困層結核患者救済」	
指導・研修・モニタリング	24,597						
合計金額	24,597						
〈人材の能力向上に関する成果〉 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。	合計金額	—	—	開発福祉支援「貧困層結核患者救済」			
	〈住民のサービス利用促進に関する成果〉 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。						
Outputs に振り分けられない投入				プロジェクト経常費	12,261	プロ技「公衆衛生」 プロ技「結核対策」	
				長期専門家派遣	19 人年		
				短期専門家派遣	25.9 人月		
				相手国研修員受入	74.5 人月		
				合計金額	—		
投入総計				金銭的投入	113,226	100%	
				人的投入	長期専門家：19 人年 短期専門家：25.9 人月 研修員受入：74.5 人月		

(出所) 調査団作成

表 5-1 からわかるように、わが国のフィリピン国結核分の協力は、その投入の多く(50.8%)が、公共セクターによる結核プログラムのための基盤整備(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。次に多い投入が公共セクター保健医療サービス提供者の知識・技術向上で、投入全体の 26.5%を占める。民間セクターに対する投入もある程度あり、NGO であるフィリピン結核協会に対して、新たな国家結核対策(National Tuberculosis Program)を普及するための、技術指導や IEC 教材製作が投入全体の 21.7%を占めている¹。

¹ 専門家の経費を区分することは難しく区分していない。しかし、専門家の業務は機材等の設備が多く配置されたところで多かつたと考えられるので、表 5-1 の投入に基づく議論でプロジェクトの傾向をつかむことにはそれなりの意味があると考え。一般的に、技術協力では専門家が技術指導する機材を整備する傾向にある。

第2章で述べたとおり、フィリピンにおける結核患者は、公共機関（地方政府管轄の保健所屋病院等）がカバーする人口、民間機関（私立病院やNGO）がカバーする人口、公共・民間のどちらにもカバーされずサービスが受けられない人口、の3つに大きく分けられるといわれる。わが国による協力は、公共機関がカバーする人口を中心としながら、NGO等の民間機関にも少なからず投入していることがわかる。公共機関とNGO等の民間機関は、DOTSという、保健医療提供者による密なケアが必要とされる療法実施のために、それぞれの組織による保健医療施設が地理的にカバーできる範囲を基準に連携・住み分けが行なわれている。私立病院がカバーする人口は、地理的利便性の他に、経済的な条件も加わるといわれている。

(2) エイズ対策分野協力プログラム

第3章で作成されたPLM2をさらに簡潔にして、表5-2のとおりエイズ分野協力プログラム・概要表を作成した。この概要表により、わが国によるエイズ分野協力において、どのような成果により多くの投入がなされてきたかという大まかな傾向を理解することができる。

表5-2からわかるように、わが国のフィリピン国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・マネージメントのための基盤整備（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。民間セクターに対する投入はごくわずかで、基盤整備や保健医療サービス提供者に対する研修等合わせても、エイズ対策分野全体の2%程度である。これは、第2章で述べたとおり、わが国によるフィリピン国エイズ対策分野協力が、USAIDとの連携により始まり、わが国が政府保健医療機関（エイズ・性感染症中央共同ラボラトリー、及び公衆衛生診療所）に対する支援を中心とし、USAID側が地元NGOに対する支援を活動の中心に据えるという住み分けをしたことも影響している。

表 5-2 エイズ対策分野の協力プログラム投入体系

上 意 目 標	成果		投入			主な案件
	中期的成果	短期的成果	項目	量(概算) (千ペソ)	投入額全体 に占める割合	
フ イ リ ピ ン 国 民 の H I V 感 染 / S T I s が 増 加 し な い 上 向 す る	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に関する予防知識・態度が改善される。	<組織の機能整備に関する成果> HIV/STIs 対策のための基盤(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	166477 4,469 5,003		個別専門家「エイズ」 プロ技「エイズ」 特別機材供与「エイズ」
			IEC 教材開発 IEC 用機材			
			合計金額	175,940		
		<人材の能力向上に関する成果> 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。	保健医療従事者研修	31,960		現地国内研修「エイズ」 個別派遣専門家「エイズ」 プロ技「エイズ」
			合計金額	19,103		
	<住民のサービス利用促進に関する成果> 住民が HIV/STIs に関する保健医療サービスを利用する。					
		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に関する予防知識・態度が改善される。	<組織の機能整備に関する成果> HIV/STIs 対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。	HIV 感染者施設	837		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」
			STIs 用医薬品	1,631		
			ラボラトリー/クリニック設備・機材			
<人材の能力向上に関する成果> 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。		保健医療従事者研修	185 2,674		開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 プロ技「エイズ」	
		合計金額	2,859			1.3%
<住民のサービス利用促進に関する成果> 住民が HIV/STIs に関する保健医療サービスを利用する。	子宮ガン検診	210		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	0.4%		
成果に振り分けられない投入			プロジェクト経常費	12,136		プロ技「エイズ」
			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	5.4%	
			金銭的投入	226,281	100%	
投入総計			人的投入	長期専門家：19.4人年 短期専門家派遣：54人月 研修員受入：10人月		

(出所) 調査団作成

第2章で述べたとおり、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、地方政府が運営する公衆衛生診療所（Social Hygiene Clinic）を利用する登録性産業従事者（Registered Commercial Sex Workers: RCSW）の合法グループ²と、フリーランス性産業従事者（Freelance Commercial Sex Workers: RCSW）及び麻薬注射常習者等の非合法グループの二つに大きく分けられる。これら二つのグループのうち、合法グループが政府機関によるサービスを受け、非合法グループが NGO 等の民間機関によるサービスを受けているといわれている。つまり、わが国によるエイズ協力は、登録性産業従事者に対する投入が中心となっているといえる。

(3) マラリア対策分野協力プログラム

わが国によるマラリア分野協力実績についても、マラリア・プログラム PLM1（第3章表 3-9）、及び PLM2（第3章表 3-10）を基に、マラリア対策分野協力プログラム概要表を作成した（表 5-3）。

² フィリピンにおいて、売春は非合法であるが、同時に、政府が性産業従事者による性感染症をコントロールするために管理・統制するシステムが存在する。性産業従事者は、「娯楽産業従事者」という定義で、週1回、地方自治体直轄の公衆衛生診療所における性病検査を義務付けられ、この検査による性感染症非感染証明を受け取らないと、公式な娯楽産業企業に就労できない。

表 5-3 マラリア対策分野協力プログラム投入体系

上 意 目 標	プ ロ グ ラ ム 目 標	成果		投入 (Inputs)			主 な 案 件	
		中 期 的 成 果	短 期 的 成 果	項 目	量(概算) (千ペソ)	投 入 金 額 全 体 に 占 め る 割 合		
フ イ リ ピ ン 国 民 の 健 康 状 態 が 向 上 す る。	フ イ リ ピ ン 国 の マ ラ リ ア 死 亡 率 ／ 罹 患 率 が 減 少 す る。	対象地域において公共セクター（政府機関）がカバーする住民の：マラリア予防に関する態度が改善する患者が治癒する。マラリア死亡率・罹患率が減少する。	＜組織の機能整備に関する成果＞ マラリア対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。	感染予防用機材 診断・治療用機材 評価用機材 教育用 IEC 教材	134,000 2,820		無償資金協力「マラリア対策計画」 草の根無償「タウイタウイ州保健局の診療線へのエンジン供与」 個別専門家「マラリア対策」 無償機材供与「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」 短期専門家「マラリア対策」	
				金額合計	139,537			97.3%
				＜人材の能力向上に関する成果＞ 保健医療サービス提供者のマラリアに関する知識・技術が向上する。	保健医療従事者研修・指導			1,963
		金額合計	1,963	1.4%				
		＜住民のサービス利用促進に関する成果＞ 住民がマラリアに関する保健医療サービスを利用する。	住民の意識・行動変化調査 協力隊員による住民教育	981 2人年		草の根モニタリング「パラワン・エルニド財団」 草の根モニタリング「パラワン州立大学」 青年海外協力隊「村落普及員」		
		金額合計	981	0.7%				
		対象地域において民間セクター（NGO）がカバーする住民の：マラリア予防に関する態度が改善する中のマラリア患者が治癒する。マラリア死亡率・罹患率が減少する。	＜組織の機能整備に関する成果＞ マラリア対策ための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。	殺虫剤含浸蚊帳、殺虫剤等	794		草の根無償「NGOと自治体連携によるマラリア対策」	
				金額合計	794	0.6%		
				＜人材の能力向上に関する成果＞ 保健医療サービス提供者のマラリアに関する知識・技術が向上する。	民間保健医療従事者研修			個別専門家「マラリア対策」 短期専門家「マラリア対策」
		金額合計	-	-				
Outputs に振り分けられない投入		長期専門家派遣 短期専門家	3人年 6人月		単発専門家「マラリア対策」 個別専門家「マラリア対策」 短期専門家「マラリア対策」			
		金額合計	-	-				
投入総計		金銭的投入	143275	100%				
		人的投入	長期専門家：3人年 短期専門家：6人月					

(出所) 調査団作成

表 5-3 からわかるように、わが国のフィリピン国マラリア対策分野協力は、その投入のほとんど（97.3%）が、マラリア・プログラムのための公共セクター基盤整備（殺虫剤含浸蚊帳・殺虫剤等の感染予防資機材、ラボラトリー、保健所、ヘルスワーカーのためのマラリア診断・治療用設備機材、GIS 等の流行評価用機材、及び IEC 機材・教材）に充てられている。公共セクター保健医療サービス提供者の知識・技術向上に対する投入がこれに次ぐが、割合は投入全体の 1.4%程度である。

マラリア予防に関しては、対象人口はほとんど公共セクター機関によりカバーされている。これは、マラリア対策が本来国家プログラムであるために、国レベルから地方のバラングイ保健所レベルまで、縦割の保健省マラリア対策プログラムがシステムとして存在していることが影響している³。よって、わが国によるマラリア分野協力も、公共セクター機関に対する投入がほとんどとなっている。マラリア治療に関しては、公共セクターのバラングイ保健所等の他に、民間セクター機関として私立病院や薬局の存在があるが、わが国によるこれら機関への協力はあまり多くない。

(4) 感染症対策 3 分野

前述の、エイズ、結核、マラリア対策分野投入体系をまとめて、フィリピンにおけるわが国による感染症対策分野協力全体の投入体系を作った（表 5-4）。

表 5-4 感染症対策投入体系（1992～2002 年）

上位目標	プログラム目標	成果	投入	
			概算（千ペソ）	感染症投入額全体に占める割合
フィリピン国民の健康状態が向上する。	フィリピン国の感染症罹患率／死亡率が低下する	HIV/STIs の罹患率／死亡率が低下する	226, 281 長期専門家：19.4 人年 短期専門家派遣：54 人月 研修員受入：10 人月	46.9% —
		結核の罹患率／死亡率が低下する。	113, 226 長期専門家：19 人年 短期専門家：25.9 人月 研修員受入：74.5 人月	— 23.4%
		マラリアの罹患率／死亡率が低下する。	143275 長期専門家派遣：3 人年 短期専門家：6 人月	— 29.7%
投入金額合計			482, 782	100%

（出所）調査団作成

表 5-4 から、1992 年から 2001 年の、過去約 10 年間に於いて、フィリピン感染症対策分野におけるわが国による協力は、エイズ分野にもっとも多くの金銭的投入がされたことがわかる。

³ システムとして存在しているが、それが十全に機能しているかどうかはそれぞれの地域により異なる。特に近年の保健機構改革により、保健省の「国家マラリア対策本部」が事実上消滅して「保健省感染症対策室」に統合された以降は、保健省マラリア担当人員の大幅削減により、国家マラリア対策システムの脆弱化が危惧されている（詳細は第 2 章参照）。

5-2-2 日本によるフィリピン感染症分野投入と USAID による投入の比較分析

1992 年頃から 2001 頃までの、フィリピンにおける日本と USAID による感染症対策 3 分野（エイズ・結核・マラリア）への投入の状況を、比較してみた。

(1) 感染症対策全般

表 5-5 のとおり、USAID は過去約 10 年間の感染症対策分野における投入のうち、HIV と性感染症対策分野における投入が 71%と突出しているが、結核・マラリア⁴は合わせて 29%となっている。日本による投入割合は、HIV と性感染症が割合として 46.9%と最も多いものの、結核・マラリア分野への投入もそれぞれ 20%以上となっている。

表 5-5 USAID と日本による投入の比較 1：フィリピン感染症対策全般

	USAID (1993-2002)		日本(1992-2002)	
	千ドル		千ペソ	
HIV と性感染症	12,000 1,200	71%	226,281 (20,571)	46.9%
結核	5,000 500	29%	113,226 (10,293)	23.4%
マラリア			143,275 (13,025)	29.7%
合計	17,000 1,700	100.0%	482,782 (43,889)	100.0%

(出所) 調査団作成

(注) 上段期間合計、下段年平均

(2) エイズ

エイズ対策分野協力は、日米連携案件として計画立案された。よって、実際のプロジェクト費用の投入傾向も、これを反映したものとなっている。表 5-6 から明らかな通り、公共セクターにおいては、日本が組織の機能整備のために HIV 検査用機材・設備を供与して（組織の機能整備）、それを使う人材をトレーニングし（人材の能力向上）、USAID がそれらを活用して大々的な HIV サーベイランスを実施した。また、民間セクターにおいては、USAID が支援するローカル NGO などに対して、日本が HIV 予防教育用教材や機材を供与し、これら機材の使用に関する人材トレーニングを実施した。そして、USAID が支援するローカル NGO がこれらを使って、ハイリスク・グループ（性産業従事者など）に対して HIV 予防教育を実施した。

⁴ USAID は 2000～2002 にかけて、Infectious Disease Surveillance and Control Project (IDSCP) を実施し、この中で、同一地域の同一人口を対象に、結核・マラリア対策を同時実施した。よって本調査団が入手した資料では、結核・マラリアをあわせたプロジェクト経費の情報を入手することはできたが、結核・マラリア個別の経費についての情報は入手できなかった。

表 5-6 USAID と日本による投入の比較 2 : フィリピン HIV/AIDS 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%		
民間セクター (NGO)	機能整備			2,459 (224)	1.0%
	人材能力向上	3,000 (300)	25%	2,859 (256)	1.3%
	住民のサービス利用促進				
合計		12,000 (1,200)	100.0%	226,281 (20,571)	100.0%

(出所) 調査団作成 上段期間合計、下段年平均

(3) 結核・マラリア

結核・マラリア対策分野の公共セクターでも、エイズ分野とほぼ同じ傾向が確認できる。ただし、結核・マラリア分野では特に日米連携は実施されていないため、日米は全くことなる地域・組織を対象に活動を展開した。表 5-7 から明らかな通り、日本が公共セクターの組織機能整備のために結核喀痰検査用機材・設備を供与して(組織の機能整備)、それを使う人材をトレーニング(人材の能力向上)することにより多くの資金を投入しているのに対し、USAID は感染症サーベイランス・システム確立のためにより多くを投入している。また、日本は民間セクターに対しても投入をしているのに対し、USAID 側は結核・マラリア対策分野に関しては投入をしていない。

表 5-7 USAID と日本による投入の比較 3 : フィリピン結核・マラリア対策分野

		USAID(1993-2002 の年平均)		日本(1992-2002 の年平均)			
		結核・マラリア		結核		マラリア	
		千ドル		千ペソ		千ペソ	
公共セクター (政府保健医療施設)	組織の機能整備			57,575 (5,234)	50.8%	139,537(12,685)	97.3%
	人材の能力向上	2,000 (200)	40%	29,987 (2,726)	26.5%	1,963 (178)	1.4%
	感染症サーベイランス・システム確立のサポート	3,000 (300)	60%				
	住民のサービス利用促進			392 (36)	0.4%	981 (89)	0.7%
民間セクター (NGO)	機能整備			675 (61)	0.6%	794 (72)	0.6%
	組織・人材能力開発			24,597 (2,236)	21.7%		
合計		5,000 (500)	100%	113,226 (10,293)	100.0%	143,275 (13,024)	100%

(出所) 調査団作成

(注) 上段期間合計、下段年平均

5-2-3 フィリピン国/地方レベル感染症対策投入体系と

日本/USAID による投入体系の比較分析

ここでは、感染症対策3分野（結核・エイズ・マラリア）の投入に関して、フィリピン国/地方政府による投入体系と、USAID 及び日本による投入体系の比較を試みた。なお、USAID と日本に関しては、約過去10年の投入総計のデータを使用しているが、フィリピン側に関しては、過去10年間のデータを今回入手することができなかつたため、データは2001年の単年度のものとなっている。従って、USAID と日本と、フィリピン側の投入実数を比較することはできないが、各感染症の予算項目や、予算項目ごとの投入割合といった傾向は比較することが可能である。

(1) 感染症対策全般

表5-8のとおり、フィリピン保健省国レベル予算では、その60%以上が結核に投入されている。これは3つの感染症の中で、結核がフィリピンにおいて現実に最も深刻な疾患であること、マラリアも重要な感染症ではあるものの、流行地域が国の一部地域に限られているために、結核よりプライオリティが低いこと、またHIVに関しては、引き続き大流行が心配されているが、現時点でのHIV感染率は低いこと、などがこの予算配分に反映されていると推察される。一方で、3つの感染症の予算配分を見ると、フィリピン保健省による予算配分はHIVやマラリア対策では低く、USAID や日本がHIVやマラリア対策を補っている傾向が見られる。

表 5-8 本省感染症対策3分野予算配分比較

	フィリピン (2001年)		USAID (1993-2002)		日本 (1992-2001年)	
	千ペソ		千ドル		千ペソ	
HIVと性感染症	17,000	31.4%	12,000 (1,200)	71%	226,281 (20,571)	46.9%
結核	37,112	61.2%	5,000 (500)	29%	113,226 (12,163)	23.4%
マラリア	4,500	7.4%			143,275 (13,025)	29.7%
合計	58,612	100.0%	17,000 (1,700)	100.0%	482,782 (43,889)	100.0%

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

(2) 結核対策分野

結核対策分野におけるフィリピン側の各行政レベルによる予算投入状況と、USAID・日本による予算投入状況を比較した(表5-9、10、11、12)。なお、USAIDの投入は、結核・マラリア合計の投入額資料しか入手できなかったため、あくまで参考として参照されたい。また、USAID・日本による投入額は、「行政レベルごとの投入額」という形での資料が入手できなかったため、表では投入額も行政レベルごとに分かれた形にはなっていない。よって、これも、あくまで参考として参照されたい。表5-9から、抗結核薬購入に予算の多くを投入しなければならないフィリピン保健省に対し、USAID や日本が「組織の機能整備」「人材能力向上」「感染症サーベイランス・

システム確立のサポート」などの活動を補足している傾向が読み取れる。

表 5-9 フィリピン結核分野：保健省本省投入と USAID・日本による投入の関係

予算項目		フィリピン保健省 国レベル(2001年)		USAID:結核・マラ リア合計 (2000~2002年)		日本 (1992~2002年)	
		千ペソ		千ドル		千ペソ	
公共セクター (政 府保健医療施設)	政策立案	365	0.9				
	人材能力向上	2,044	5.5	2,000 (200)	40%	29,987 (2,726)	26.5%
	感染症サーベイランス・シ ステム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	ネットワークと政策提言	300	0.8				
	組織の機能整備	5,275	14.2			57,575 (5,234)	50.8%
	モニタリングと評価	450	1.2				
	オフィス一般業務関係	573	1.5				
	地方への抗結核薬	13,105	35.3				
民間セクター (NGO)	住民のサービス利用促進					392 (36)	0.4%
	組織の機能整備	15,000	40.4			675 (61)	0.6%
	人材能力向上					24,597 (2,236)	21.7%
合計		37,112	100.0%	5,000 (500)	100%	113,226 (10,293)	100.0%

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

表 5-10 フィリピン結核分野：保健省地域保健局投入と USAID・日本による投入の関係

予算項目		保健省第7地域オ フィス (2001年)		USAID:結核・マラ リア合計 (1993~2002年)		日本 (1992~2001年)	
		千ペソ		千ドル		千ペソ	
公共セクター (政府保健医 療施設)	地方自治体への抗結核薬配布	10,412	89.2 %				
	組織の機能整備	189	1.6%			57,575 (5,234)	50.8%
	人材能力向上	387	3.3%	2,000 (200)	40%	29,987 (2,726)	26.5%
	感染症サーベイランス・シ ステム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	住民のサービス利用促進					392 (36)	0.4%
民間セクター (NGO・民間医 療施設)	組織の機能整備					675 (62)	0.6%
	病院・民間セクターその他 との連携確立(結核対策の確立)	690	5.9%				
	人材能力向上					24,597 (2,236)	21.7%
合計		11,679	100.0 %	5,000 (500)	100%	113,226 (10,293)	100.0%

注) 上段期間合計、下段年平均

表 5-11 フィリピン結核対策分野：地方政府（州）投入と USAID・日本による投入の関係

予算項目		ラグナ州保健局 (2001年)		USAID: 結核・マラ リア合計 (1993~2002年)		日本 (1992~2001年)	
		千ペソ		千ドル		千ペソ	
公共セクター (政府系保健 医療機関)	組織の機能整備	633	91.5%			57,575 (5,234)	50.8%
	人材能力向上	42	6%	2,000 (200)	40%	29,987 (2,726)	26.5%
	感染症サーベイランス・ システム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	住民のサービス利用促進					392 (36)	0.4%
	IEC キャンペーン	17	2.5%				
民間セクター (NGO・民間医 療施設)	組織の機能整備					675 (61)	0.6%
	人材能力向上					24,597 (2,236)	21.7%
合計		692	100.0%	5,000 (500)	100%	113,226 (10,293)	100.0%

注) 上段期間合計、下段年平均

表 5-12 フィリピン結核対策分野：地方政府（市）投入と USAID・日本による投入の関係

予算項目		セブ市保健局 (2001年)		USAID: 結核・マラ リア合計 (1993~2002年)		日本 (1992~2001年)	
		千ペソ		千ドル		千ペソ	
公共セクター (政府系保健 医療機関)	抗結核薬	3,000	100%				
	組織の機能整備					57,575 (5,234)	50.8%
	人材能力向上			2,000 (200)	40%	29,987 (2,726)	26.5%
	感染症サーベイランス・ システム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	住民のサービス利用促進					392 (36)	0.4%
民間セクター (NGO・民間医 療施設)	組織の機能整備					675 (61)	0.6%
	人材能力向上					24,597 (2,236)	21.7%
合計		3,000	100.0%	5,000 (500)	100%	113,226 (10,293)	100.0%

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

(3) エイズ対策分野

表 5-13 及び 14 は、フィリピン・エイズ分野における、保健省国レベル・地域保健局レベルの予算投入と、USAID・日本による投入を比較したものである。第 2 章で述べたとおり、フィリピンにおける HIV 感染は非常に低い状況にあるが、引き続き大流行が心配されていることを反映してか、国レベルにおける予算は、HIV 感染予防に関する他機関との調整活動に多くが配分されている。一方 USAID は HIV 流行状況サーベイランスや、HIV 感染ハイリスク・グループ（性産業従事者等）をターゲットとしているローカル NGO に対する支援が中心である。また、日本は HIV 検査能力向上に焦点をおいた投入になっている。なお結核対策分野と異なり、フィリピンの地方政府レベルでは、HIV/エイズに対する特別な予算枠はほとんどない。多くは、地方政府保健局の

臨床検査予算から、公衆衛生診療所等における STD/HIV 検査費用が捻出される。

表 5-13 フィリピン・エイズ対策分野：保健省本省の投入と USAID・日本による投入の関係

予算項目	フィリピン保健省国レベル (2001年)		USAID: (1993~2002年)		日本 (1992~2002年)			
	千ペソ		千ドル		千ペソ			
公共セクター (政府保健医療施設)	<感染症オフィス>							
	・組織の機能整備				175,940 (15,995)	77.8%		
	・人材能力向上		1,150	6.8%		19,103 (1,737)	14.1%	
	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%		
	・政策立案		500	3%				
	ネットワークと政策提言		300	1.8%				
	・無償と物資援助		2,500	15%				
	モニタリングと評価		550	3.3%				
民間セクター (NGO)	<PNAC>							
	・他機関との調整		12,000	70.1%				
	・組織の機能整備					2,459 (224)	1.0%	
	・人材能力向上				3,000 (300)	25%	2,859 (260)	1.3%
	・住民のサービス利用促進							
合計		17,000	100%	12,000 (1,200)	100.0%	226,281 (20,571)	100.0%	

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

表 5-14 フィリピン・エイズ対策分野：保健省地域保健局の投入と

USAID・日本による投入の関係

予算項目	第7地域保健局 (2001年)		USAID: (1993~2002年)		日本 (1992~2002年)			
	千ペソ		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		27	7.6%		175,940 (15,995)	77.8%	
	・人材能力向上		218	61.4%		19,103 (1,737)	14.1%	
	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%		
	・政策立案							
	・社会の動員		48	13.5%				
	・能力開発							
	ネットワークと政策提言		52	14.7%				
	・無償と物資援助							
	モニタリングと評価		10	2.8%				
民間セクター (NGO)	・組織の機能整備					2,459 (224)	1.0%	
	・人材能力向上				3,000 (300)	25%	2,859 (260)	1.3%
	・住民のサービス利用促進							
合計		355	100%	12,000 (1,200)	100.0%	226,281 (20,571)	100.0%	

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

(4) マラリア対策分野

表 5-15 及び 16 は、フィリピン・マラリア分野における、保健省本省・地域保健局レベルの予算投入と、USAID・日本による投入を比較したものである。保健省本省における予算は、結核対策分野同様、マラリア治療のための抗マラリア薬に予算のほとんどが使われている。一方、USAID や日本は、組織の機能整備（殺虫剤含浸蚊帳）や人材能力向上、マラリア感染サーベイランス・システム確立といった分野に多くが投入されている。なお、日本による保健省の「組織の機能整備」予算には、殺虫剤含浸蚊帳や、マラリア流行サーベイランス・システムの確立等も含まれる。また、フィリピンの地方政府レベルでは、マラリア流行地にある州保健局ではマラリアに対する特別な予算枠がある場合もあるが、保健所を管轄する市・町レベルでは、マラリア流行地であっても、マラリア対策のための特別予算枠はない場合が多い。

表 5-15 フィリピン・マラリア対策分野：保健省本省の投入と USAID・日本による投入の関係

	予算項目	フィリピン保健省 国レベル (2001 年)		USAID: 結核・マラ リア合計 (1993~2002 年)		日本 (1992~2002 年)	
		千ペソ		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					139,537 (12,685)	97.3%
	人材能力向上			2,000 (200)	40%	1,963 (178)	1.4%
	感染症サーベイランス・シ ステム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	住民のサービス利用促進					981 (89)	0.7%
	オフィス用品	46	1.2%				
	抗マラリア薬	3211	86.2%				
	蚊帳用殺虫剤	270	7.2%				
	IEC	200	5.4%				
民間セクター (NGO)	組織の機能整備					794 (72)	0.6%
合計		3,727	100%	5,000 (500)	100%	143,275 (13,025)	100%

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

表 5-16 フィリピン・マラリア分野：保健省本省の投入と USAID・日本による投入の関係

予算項目		フィリピン保健省 第7地域保健局 (2001年)		USAID: 結核・マラ リア合計 (1993~2002年)		日本 (1992~2002年)	
		千ペソ		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					139,537 (12,503)	97.3%
	人材能力向上	264	19.5%	2,000 (200)	40%	1,963 (178)	1.4%
	感染症サーベイランス・シ ステム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	住民のサービス利用促進					981 (89)	0.7%
	マラリア診断	110	8.1%				
	ベクター・コントロール	68	5%				
	社会動員	199	14.7%				
	モニタリング・評価	392	29%				
	データベース・マネージメ ント	321	23.7%				
民間セクター (NGO)	組織の機能整備					794 (72)	0.6%
合計		1354	100%	5,000 (500)	100%	143,275 (13,025)	100%

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

5-3 プログラム・モデルを使用した日本による感染症案件群の試験的インパクト評価

ここでは、第3章で作成された日本による感染症プログラム・モデル PLM2 を使って、以下のような試験的インパクト評価を試みた。

5-3-1 評価概要

(1) 試験的インパクト評価の目的

感染症プログラムの試験的インパクト評価は、「もともとプログラムとして計画されたものではないが、共通の目標の下に位置づけられる案件群」について、その総合的インパクトの試験的測定をこころみたものである。従って、今回の試験的インパクト評価では、厳密な調査手法によってプログラムのインパクトを正確に測定することを主な目的としたのではなく、限られた現地調査の時間/予算内で収集可能なデータを使ってプログラム評価を試験的に実施し、今後の JICA プログラム・アプローチの評価手法についての教訓・提言を導きだすことを主な目的とした。このため、ここで取り上げるプログラム（試験的にとりまとめられた案件群）の試験的評価結果はあくまで参考的な位置づけであり、厳密な意味において個々の案件の評価を意味するものではない。

(2) 試験的インパクト評価手法

① ローカル・コンサルタントの起用

試験的インパクト評価にあたり、フィリピンの国際協力保健分野において豊富な評価調査経験

を持つローカル・コンサルタントに実施を依頼し、これを調査団が監理する形をとった。

② 調査工程

試験的インパクト評価は2000年2月～3月に実施され、調査工程は以下の通りであった。

- ・フィールド調査準備 2000年1月30日～2月10日
- ・フィールド調査 2000年2月11日～2月26日
- ・データ分析・ファイナルレポート 2000年2月27日～3月23日

③ 調査対象案件群

上記調査工程から明らかな通り、フィールド調査期間が約2週間という制約があったため、調査対象案件群は、結核・エイズ・マラリアのうち、結核案件群とエイズ案件群に絞った。

④ 評価指標の設定

試験的インパクト評価実施にあたり、5.2で作成された感染症疾患ごとのプログラム・モデルのフレームに沿って、インパクト測定の指標を試験的に設定した。指標設定は調査団とローカル・コンサルタントによって行なわれた。また、指標設定のために、本調査対象案件の評価関連資料、他援助機関の感染症評価関連資料^{5,6,7}、及び現地で実施中の本調査対象案件関係者（日本人専門家及びカウンターパート）の助言を参考にした。

⑤ データ収集方法

試験的インパクト評価のデータ収集のため、以下の調査手法を用いた。各調査票はローカル・コンサルタントが作成した。調査票等の詳細については、添付資料を参照

- a. 保健医療施設利用者に対する出口調査（聞き取りアンケート調査）
- b. 保健医療施設利用者に対するフォーカス・グループ・ディスカッション（FGD）
- c. 保健医療施設における観察・資料調査
- d. 地方自治体の保健医療担当部署での資料調査

⑥ サンプルング方法

JICA 案件プログラムのインパクト測定のため、サンプルングの際、検討群（JICA 支援あり）とコントロール群（JICA 支援なし）を設定した。サンプルング及び検討群／コントロール群の設定は、以下のような手順で行なわれた。

⁵ Carolina Population Center, “Indicators for Reproductive Health Program Evaluation/Final Report of the Subcommittee on STD/HIV”, University of North Carolina at Chapel Hill, 1995

⁶ WHO, “Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme”, 1998

⁷ Malaria Foundation International, “Work Group Discussions: Relevance of Conference Themes to the Programming Process”, URL

- サンプルング方法：本インパクト評価の主目的は、感染症プログラムのインパクトを厳密に測定することではなく、今後のプログラム・インパクト評価実施のための教訓・提言を導くことにあり、よって「試験的評価」と位置づけされている。従って、本評価のサンプルング方法としては、このような趣旨の調査に適している「非確率抽出法(Non-probability Sampling)」を採用した。このサンプルング方法が確率抽出法（Probability Sampling）と大きく異なる点は、非確率抽出法では、サンプル・エラーが計算できないため、サンプルから母集団への確率的な推論ができないという点にあり、従って「標本の代表性を確保する（調査結果から一般論を導く）」ことはできない。しかし、非確率抽出法は、「ある程度大きな他の対象人口の中でも、同様の結果が起こりうる可能性がある」と提案できる」程度には有効なサンプルング手法とされ、特に今回のケースのように研究が初期段階にある場合に適し、確率抽出法（Probability Sampling）よりも安価で実現が容易とされている^{8,9}。
- 予定サンプル数：試験的インパクト調査の中心である、保健医療施設における出口調査のサンプル数について、一施設において約 30 のサンプル数を収集することを目標とした。また、フォーカス・グループ・ディスカッションは 10 名程度、医療施設や地方政府の保健担当部署での調査のサンプル数は、それぞれの地方政府について 1 つずつを目標とした。
- 検討群の調査対象保健施設の設定：JICA が支援した公共保健施設（政府）・民間保健施設（NGO）の両方について短期間で調査を実施する必要があったことから、同一地域において、JICA が支援した公的・民間保健施設両方が存在する地域を選定した。
- コントロール群の設定：本評価では非確率抽出法を採用しているものの、できるだけサンプルングのバイアスを少なくするために、コントロール群設定に当たっては、設定した検討群となるべく同様の社会経済的条件（地理的条件、主な経済活動等）を持つ地域で、かつ今回のフィールド調査時間内でアクセス可能な、JICA 支援を受けていない公共保健施設を選定した。この際、「コントロール地域で、JICA に支援されていない民間保健施設」もコントロール群として選定することを検討したが、結果的にはそのような条件に合う適切な施設が同地域内に存在せず、よって、コントロール群は公共施設のみとした。
- 追加調査：フィールド調査中、結核案件群については問題なく予定のサンプル数フィールド調査が実施されたが、エイズ案件群については、調査対象となったパサイ市保健所やリーチアウト基金において、予定サンプル数（それぞれ 30）をはるかに下回る数しか獲得できなかった。このため、足りないサンプル数を補うために、急きよ、結核案件フィールド調査を実施していたセブ市の公衆衛生診療所（JICA 支援）で追加出口調査を実施した。

⑦ データ分析：

収集したデータを用い、第 3 章で作成したプログラム・フレームに落として分析を行った。

⁸ 立教大学 URL : <http://www.rikkyo.ne.jp/univ/ssakata/class/jwu/2000/materials/06.htm>

⁹ The University of Manchester, Survey Methodology Online URL:<http://www.man.ac.uk/sociologyonline>

表 5-17 試験的インパクト評価概要

分野	検討群 (JICA 支援あり)						コントロール群 (JICA 支援なし)					
			サンプル数					サンプル数				
			保健施設出口調査	保健施設での FGD	保健施設観察調査	地方保健担当部での資料調査		保健施設出口調査	保健施設での FGD	保健施設観察調査	地方保健担当部での資料調査	
結核	当初計画	公的機関 (政府)	セブ市保健局と保健所 (マホ・ロ RHU・サニコーラス RHU)	29	4	2	1	マニラ市保健局と保健所 (マホ・ロ RHU・バゴングリアナシオン RHU)	14		2	1
		民間機関 (NGO)	フィリピン結核協会・セブ結核ハピリオン	30	7	1	1					
	サンプル合計			59	11	3	2		14		2	1

エイズ	当初計画	公的機関 (政府)	マニラ首都圏保健局と公衆衛生診療所	13	6	1	1	マニラ市保健局と公衆衛生診療所	12		1	1
		民間機関 (NGO)	マニラ首都圏リーチアウト基金・アハリス支所	3	0	1	1					
	追加分	公的機関 (政府)	セブ市公衆衛生診療所	42	7	1	1					
	サンプル合計			58	13	2	2		12		1	1

(3) 試験的インパクト評価の制約

既述のとおり、今回の試験的インパクト評価では、厳密な調査手法によってプログラムのインパクトを正確に測定することを主な目的としたのではなく、限られた現地調査の時間/予算内で収集可能なデータを使ってプログラム評価を試験的に実施し、今後の JICA プログラム・アプローチの評価手法についての教訓・提言を導きだすことを主な目的とした。このため、本試験的インパクト評価には、以下のような制約があることを、あらかじめ了承されたい。

① サンプルング方法の制約：

既述のとおり、本試験的インパクト評価の主目的（今後の JICA プログラム・アプローチの評価手法についての教訓・提言を導き出す）に合わせて、現地調査時間・予算内で実現可能なサンプルング方法（非確率抽出法：Non-probability Sampling）を採用した。このため、他の対象人口の中で、本インパクト評価結果と同様の結果が起りうることに限っては、「可能性があるという提案はできる（非確率抽出法）」と言うことはあっても、「確率的な推論ができる（確率抽出法）」と言うことはできない制約がある。

② サンプル数の制約

今回の試験的インパクト評価の中心である、保健医療施設での出口調査に関して、エイズ案件群の方は、出口調査の本来の形である「調査日に施設を訪れた患者」に対してアンケート調査を行った。これは、調査前に施設に問い合わせをした際、約 1 日で約 30 の患者にアンケートすることが可能であるとの回答を得た為である。しかし結果として、ローカル・コンサルタントが調査のため訪問した日に、たまたま十分な患者数が得られなかった、というケースが発生した。

表 5-17 にあるとおり、当初予定していた公共機関でのサンプル数が予定の 30 を大きく下回る 13 サンプルとなり、またエイズ案件検討群民間機関でも、予定のサンプル数 30 を大きく下回る数 2 サンプルとなった。この事態に対応するため、エイズ案件検討群では、急きよ、代替公的機関で追加調査を実施し、エイズ案件検討群の公的機関サンプル数は最終的に 55 サンプルになった。しかし、民間機関に関しては、本評価調査の時間・予算的制約のために調査時間内に他の代替機関を設定することができず、追加調査の実施が不可能であったため、サンプル数は 2 のままであった。

以上のようなサンプル数の制約により、試験的インパクト評価結果のうち、エイズ案件検討群民間機関の結果、及びエイズ案件コントロール群の結果に関して、「ある程度大きな他の対象人口の中でも、同様の結果が起りうる」と提案できる」可能性はあまり高くないといわざるを得ない。

③ 出口調査サンプルリングにおけるバイアス

本来の出口調査では、バイアスを減らすために、「調査日に施設を訪れた患者」に対してその場で無作為に調査を実施することになっている。しかしながら、結核案件群に関しては、現在通院している患者だけではサンプル数が足りないことが調査前から明らかであった為、当該施設で治療を完了した患者にも、調査のために来訪してもらうという操作を行った。そのような治療完了患者は、結核案件検討群の約 38%、コントロール群の約 43%を占めた。この結果、検討群の公共機関・民間機関では、ほぼ予定どおりのサンプル数（それぞれ 29、30）が得られたが、出口調査対象者の全てが無作為に抽出されたのではなく、対象者一部に対し「調査参加を要請した」ために、そこにバイアスがかかっている可能性は否めない。また、結核コントロール群のサン

ル数に関しては、同様して治療完了者に調査参加を要請したが、結果的には 12 サンプル数しか集まらなかった。

④ 民間セクターのコントロール群の欠如

本評価では、公共セクターと民間セクターに分けて評価を実施したが、フィールド調査の時間的・予算的制約より、民間セクターのコントロール群のデータ収集が不可能であった。よって、本評価では、民間セクターの検討群調査結果を、公共セクターのコントロール群調査結果と比較している。民間セクターと公共セクターでは様々な要因が異なり、厳密な意味では比較できないため、ここでは参考程度の位置づけとする。

5-3-2 結核対策案件群プログラム試験的インパクト評価

(1) 調査実施概要

結核対策案件群は、二つのプロ技（「公衆衛生」「結核対策」）を中心に、開発福祉支援「貧困層結核患者救済」で支援されたフィリピン結核協会、及び現地国内研修「国家結核対策プログラム」から形成される。今回の試験的プログラム評価実施にあたり、これら案件の対象機関が集中していて、限られた時間内で調査実現可能な対象地として、セブ市が選ばれた。セブ市には、プロ技「公衆衛生」時代から結核対策の支援を受け、JICAにより整備された結核リファレンス・ラボラトリーを中心に、現在のプロ技「結核対策」でも支援が継続している。また、現地国内研修は、このラボラトリーを中心に実施されている。さらに、セブ市には、開発福祉支援で援助を受けたフィリピン結核協会のクリニック（セブ結核パビリオン）も存在する。そこで、検討群公共セクターの調査対象施設として、セブ市保健局とセブ市内の二つの保健所（Mabolo Health Centre, San Nicolas Health Centre）を選定し、また民間セクターの調査対象施設として、フィリピン結核協会のセブ結核パビリオンを選定した。出口調査では、結核治療を開始してから最低 2 ヶ月を経ている者を対象とした。

これに対するコントロール群として、なるべくセブ市に類似した社会経済的状況にある都市ということで、同じ大型商業港を抱える高度都市化市（Highly Urbanized City）であり、限られた調査時間内での調査実施可能で、かつ JICA による結核分野支援を受けていないマニラ市が選ばれ、マニラ市保健局と、マニラ市内二つの保健所（Mendoza Health Centre, Bagong Lipunan Health Center）において調査が実施された。マニラ市では、世銀借款の「Urban Health and Nutrition Project : UHNP」によって、結核対策が実施されている。第 2 章で述べたとおり、フィリピンでは現在、すべての地域が DOTS 戦略による「国家結核プログラム」でカバーされており、それぞれの援助機関が担当地域を決めて、結核プログラムを支援している。

上記のとおり施設において、以下調査を実施し、表 6-18 のとおりの、結核分野プログラム試験的インパクト評価結果が出された。以下、評価結果を分析する。

a. 保健所利用者に対する出口調査（保健所）

- b. 保健医療施設利用者に対するフォーカス・グループ・ディスカッション（保健所）
- c. 保健医療施設における観察・資料調査（保健所）
- d. 地方自治体の保健医療担当部署での資料調査（市保健局）

表 5 - 18 結核プログラム試験的インパクト評価結果概要表 一 検討群とコントロール群の比較一 (ND=No Data)

プログラム目標と指標	成果と指標	短期的成果と指標	
フィリピンの結核死亡率／罹患率改善する。 ・国レベル結核死亡率*1 1992年： 23,356 1999年： 23,056 ・国レベル結核罹患率*2 1992年： 209 (対人口10万) 1999年： 193 (対人口10万)	対象地域において公共セクター(政府機関等)がカバーする結核患者人口の治癒率/発見率/罹患率/死亡率が改善する。 (検討群) (コントロール群) セブ市 マニラ市 86.3% 66.8% ND ND ND ND 55.1 (2001年：対人口10万)	中期的成果と指標 <成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方自治体の結核プログラム独自予算 ・基本的な結核関連資機材整備状況(機材4品目) ・患者モニタリング・システムの有無 ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 ・患者への抗結核薬ストック状況 ・IEC教材の種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況(2項目) ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況(13項目) ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を受けた割合	・プロ技 「公衆衛生」 ・プロ技 「結核対策」 ・プロ技 「結核対策」 ・現地国内研修 「国家結核対策」
対象地域において民間セクター(NGO等)がカバーする結核患者人口の治癒率/発見率/罹患率/死亡率が上昇する。 (検討群) (コントロール群) 結核協会 マニラ市 セブ支所 88%*3 66.8% ND ND ND ND 55.1 (2000年) ・対象地域結核治癒率 (2000年) ・対象地域患者発見 ・対象地域結核流行率 ・対象地域結核死亡 (2001年：対人口10万)	中期的成果と指標 <成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方政府の結核プログラム独自予算 ・基本的な結核関連資機材整備状況(機材4品目) ・患者モニタリング・システムの有無 ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 ・患者への抗結核薬ストック状況 ・IEC教材の種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況(2項目) ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況(13項目) ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合	中期的成果と指標 <成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方政府の結核プログラム独自予算 ・基本的な結核関連資機材整備状況(機材4品目) ・患者モニタリング・システムの有無 ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 ・患者への抗結核薬ストック状況 ・IEC教材の種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況(2項目) ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況(13項目) ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合	・プロ技 「公衆衛生」 ・プロ技 「結核対策」 ・プロ技 「結核対策」 ・現地国内研修 「国家結核対策」
対象地域において民間セクター(NGO等)がカバーする結核患者人口の治癒率/発見率/罹患率/死亡率が上昇する。 (検討群) (コントロール群) 結核協会 マニラ市 セブ支所 88%*3 66.8% ND ND ND ND 55.1 (2000年) ・対象地域結核治癒率 (2000年) ・対象地域患者発見 ・対象地域結核流行率 ・対象地域結核死亡 (2001年：対人口10万)	中期的成果と指標 <成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方政府の結核プログラム独自予算 ・基本的な結核関連資機材整備状況(機材4品目) ・患者モニタリング・システムの有無 ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 ・患者への抗結核薬ストック状況 ・IEC教材の種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況(2項目) ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況(13項目) ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合	中期的成果と指標 <成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方政府の結核プログラム独自予算 ・基本的な結核関連資機材整備状況(機材4品目) ・患者モニタリング・システムの有無 ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 ・患者への抗結核薬ストック状況 ・IEC教材の種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況(2項目) ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況(13項目) ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合	・開窓結核支援 「貧困層結核患者救済」
対象地域において民間セクター(NGO等)がカバーする結核患者人口の治癒率/発見率/罹患率/死亡率が上昇する。 (検討群) (コントロール群) 結核協会 マニラ市 セブ支所 88%*3 66.8% ND ND ND ND 55.1 (2000年) ・対象地域結核治癒率 (2000年) ・対象地域患者発見 ・対象地域結核流行率 ・対象地域結核死亡 (2001年：対人口10万)	中期的成果と指標 <成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方政府の結核プログラム独自予算 ・基本的な結核関連資機材整備状況(機材4品目) ・患者モニタリング・システムの有無 ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 ・患者への抗結核薬ストック状況 ・IEC教材の種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況(2項目) ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況(13項目) ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合	中期的成果と指標 <成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤(施設・機材・システム・IEC)が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方政府の結核プログラム独自予算 ・基本的な結核関連資機材整備状況(機材4品目) ・患者モニタリング・システムの有無 ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 ・患者への抗結核薬ストック状況 ・IEC教材の種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況(2項目) ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況(13項目) ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合	・開窓結核支援 「貧困層結核患者救済」

*1 報告された死亡数 National Statistics Office, 2001 Philippines Yearbook

*2 Ibid

*3 検討群データは、フィリピン結核協会セブ結核バビロンがカバーする人口のデータ

*4 セブ市の保健所においては、結核診断は、保健所で行なわれる場合と、JICA 援助により作られた中央ラボラトリーで実施される場合がある。全ての保健所はこのいずれかの確立された質の高いシステムにより、結核診断機材へのアクセスがある。

(2) 結核対策案件プログラム試験的インパクト評価結果

表 5-18 の調査結果を基に、結核案件協力プログラムの効果発現状況について、短期的成果、中期的成果、プログラム目標の 3 つのレベルで分析する。なお、検討群とコントロール群の間でインパクト評価結果に差が見られるかどうかの判定基準として、以下のような定量的／定性的差がある場合に、「差がある」と判定した。

- ・割合で 15%以上の差がある場合
- ・「有る」「無し」の差がある場合

① 短期的成果レベルの効果

表 5-18 のとおり、公共セクターと民間セクターでそれぞれ 3 つの短期的成果を設定して評価した。その結果、成果 1（結核対策のための基盤が存在する）に関しては、公共セクター／民間セクターの検討群／コントロール群双方に、大きな差異は見られず、両群とも成果達成度が高いという結果が出た。成果 2（保健医療サービス従事者の結核に関する知識・技術が向上する）に関しては、公共セクターで 4 つ指標、民間セクターで 3 つの指標について、検討群の方がコントロール群より成果達成度が高いという結果が出た。成果 3（住民が結核に関する保健医療サービスを利用する）に関しては、公共セクター／民間セクターの検討群／コントロール群双方に、大きな差異は見られず、両群とも成果達成度はまだ十分でないという結果が出た。以下、成果ごとの結果を概観する。

成果 1（機能に関する成果）：

「結核対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する」

成果 1 の効果を測る指標として、表 5-18 のとおり「地方政府の結核プログラム予算」「基本的な結核関連機材整備状況」「患者モニタリング・システムの有無」「喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセスの有無」「患者への坑結核薬ストック状況」そして「IEC 教材の有無」の 6 つの指標を設定した。その結果、公共セクターの一つの指標についてのみ、検討群の方がコントロール群よりも成果達成度が高いことが明らかになった。民間セクターでは両群の間に差異は見られなかった。以下、個々の指標について分析する。

「地方政府の結核プログラム予算」については、検討群のセブ市もコントロール群のマニラ市も同じ高度都市化市であるが、セブ市に関しては、市独自で結核予算を計上しているもの、マニラ市では特に結核予算を計上していない。この理由について、検討群であるセブ市が、コントロール群であるマニラ市よりも結核対策に対するコミットメントが強くなっている可能性が考えられるが、これを断定できるほど強い根拠は今回の調査では得られていない。

「基本的な結核関連機材整備状況」は、以下 4 種類の基本的な結核関連資機材のうち何品目が使用可能な状態で存在するかどうか（全品目そろっていれば 100%）を見た。

- Microscope
- Sputum Cup
- Glass slides
- AFB reagent

調査の結果、公共／民間セクターの検討群／コントロール群の間で、大きな差異は見られなかった。これは 2000 年にフィリピン全土の公共セクターにおいて、DOTS による国家結核対策を実施することが決定されて以来、各援助機関や保健省による活動が強力に推し進められているために、結核の基本的資機材は各保健所で整備されていることを象徴していると推察できる。現時点において、フィリピン全土の公共セクターは、保健省或いは援助機関のいずれかによって結核対策支援を受けている。ちなみにコントロール群であるマニラ市は、世銀の支援により結核対策が実施されている。

「患者モニタリング・システムの有無」及び「喀痰検査クオリティ・コントロール・システムへのアクセスの有無」に関しては、検討群・コントロール群双方にシステムが存在しており差異は見られない。これは、国家結核対策が、国の全ての地域の公共セクターをカバーしたことにより、基本的情報システムが整備されたためと推察できる。民間セクター検討群でも国家結核プログラムが適応され初めているため、これら記録情報システムは存在している。同様に、「患者への抗結核薬ストック状況」や「IEC 教材の有無」に関しても、公共セクター検討群・コントロール群の間でほとんど差がなく整備されている。民間セクター検討群でも、日本による支援により、抗結核薬や IEC 教材の整備が実施されている。

成果 1 全体として、公共／民間セクターの検討群／コントロール群とも成果達成度は高く、両群にほとんど差異はない。このことから、成果 1 に対する日本の投入量が多い結果がインパクトとして現れていると同時に、日本により支援されていない地域の保健医療施設においても、結核対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC 等）は基本的によく整備されていることがわかる。これはフィリピン全土の公共セクターで DOTS 戦略が強力に推し進められていることが影響していると推察される。（コントロール群は世銀により結核対策支援が行われている。）

成果 2（サービスに関する成果）：

「保健医療サービス従事者の結核に関する知識・技術が向上する」

成果 2 の効果を測る指標として、「保健医療施設スタッフの DOTS 研修参加状況」、「喀痰検査クオリティ・コントロール記録状況」、「患者モニタリングに関するデータ記録状況」、「患者の中で『カウンセリングを受けた』と認識する者の割合」、「患者の中で、『DOTS 治療法を適切に説明された』と認識する者の割合」、「患者の最初の訪問時に喀痰検査実施した割合」の 6 つの指標を設定した。その結果、公共セクターは 4 つの指標、民間セクターでは 3 つの指標について、検討群がコントロール群より成果達成度が高いという結果が出た。以下、個々の指標について分析する。

「保健医療施設スタッフの DOTS 研修状況」に関しては、公共セクター検討群・コントロール群とも、100%のスタッフが DOTS トレーニングを受けている。これは、DOTS による国家結核プログラムが全国に普及している影響と推察される。民間セクター検討群でも、100%のスタッフがトレーニングを受けている。

しかし「喀痰検査クオリティ・コントロール記録状況」になると、コントロール群では全く記録がなされていなかった。また、「患者モニタリングに関するデータ記録状況」状況も同様で、検討群での記録状況は 100%（13 の基本的データのうち、何項目のデータが記録されているかで

判定)であるのに対し、コントロール群では70%と下がる。民間セクター検討群での「喀痰検査クオリティ・コントロール記録」はされていないが、「患者モニタリング記録状況」に関しては100%の記録状況である。以上のことから、システムとしては検討群・コントロール群双方に存在していた「喀痰検査クオリティ・コントロール」や「患者モニタリング」であるが、コントロール群では十分に機能していないことがわかる。

「患者の中で『カウンセリングを受けた』と認識する者の割合」については、民間セクターの検討群の方がコントロール群より優れているという結果が出た。「患者の中で『DOTS 治療法を適切に説明された』と認識する者の割合」に関しては、公共/民間セクターとも、検討群/コントロール群の間で差異は見られない。

「患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合」では、公共セクター・民間セクターとも検討群で90%以上の実施率であるのに対し、コントロール群では80%以下になっている。

成果2全体として、公共/民間セクターとも、検討群の方がコントロール群より成果達成度が高い状況にあることがわかった。成果2に対する日本の投入量が多い結果がこのようなインパクトとして現れていると推察できる。一方コントロール群の成果2は全体としてまだあまり高くない。このことから、コントロール群では、成果1のような結核対策のための基盤は基本的に整備されたものの、これら基盤を実際に使ってサービスを提供するスタッフの能力が未だ十分な状態にないと推察できる。

成果3 (サービス利用に関する成果) : 「住民が結核に関する保健医療サービスを利用する」

成果3の効果を測る指標として、「患者が結核症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった者の割合」、「治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合」、「患者の中で『処方どおりの坑結核薬の再提供を受けている』と認識する者の割合」そして「結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合」の4つの指標を設定した。その結果、公共セクターの1つの指標に関して、コントロール群が検討群より成果達成度が高く、民間セクターの1つの指標に関して検討群がコントロール群より成果達成度がという結果が出た。以下、個々の指標について分析する。

「患者が結核症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった者の割合」及び「治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合」に関しては、公共セクター/民間セクターの検討群/コントロール群とも成果達成度は中程度で、両群に大きな差異は見られない。

しかし、「患者の中で『処方どおりの坑結核薬の再提供を受けている』と認識する者の割合」に関しては、公共セクターのコントロール群の方が、検討群よりも成果達成度が高い。「結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合」では、民間セクターで検討群がコントロール群よりも成果達成度が高い。

成果3全体として、公共/民間セクターの検討群/コントロール群とも成果達成度は中程度で、両群に大きな差異はない。成果3に対する日本の投入量が少ないことが、コントロール群とあまり差異のない、中程度の達成度という結果として現れていると推察できる。

② 中期的成果レベルの効果

中期的成果は、「対象地域において、公共（政府機関等）・民間（NGO等）セクターがカバーする結核患者人口の治癒率・発見率・罹患率・死亡率が改善する」である。これを測定する指標として、1) 対象地域結核治癒率、2) 患者発見率、3) 罹患率、4) 死亡率の4つを設定した。その結果、公共セクター・民間セクターとも、検討群の治癒率が、WHOの目標値である85%を超えている一方で、コントロール群の治癒率は66.8%と未だ低いことが明らかになった。その他の指標（発見率・罹患率・死亡率）に関しては、マニラ市保健局による死亡率データ以外は、調査で訪問した機関（セブ・マニラ両市保健局、及び各保健所）において、データが存在しなかった。

③ プログラム目標レベルの効果

フィリピンにおける結核プログラムの目標は、「フィリピンの結核感染率・死亡率が減少する」ことである。これら指標に関して、日本が結核対策を開始した1992年と1999年のデータを比較したところ、死亡率・罹患率とも、大きな改善の跡がないことが明らかになった。これは、日本による結核対策は、フィリピンの第4及び第7地域をカバーしているに過ぎないため、国レベルにインパクトを及ぼすには至っていないためと推察できる。

④ 結核協力プログラム・インパクト評価のまとめ

本インパクト調査から、日本による結核対策支援により、セブ市の公共セクター・民間セクターの保健医療組織の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、対象地域における結核治癒率の改善というインパクトを生み出したといえる。ただ、日本による結核対策は、フィリピン国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を改善するには至っていない。つまり、結核分野協力プログラムでは、短期的・中期的成果レベルでの効果（対象地域での結核治癒率改善）は認められたが、プログラム目標レベル（フィリピン国レベルの結核罹患率・死亡率の改善）では現時点では効果は発言していないといえる。

5-3-3 エイズ対策案件群プログラム試験的インパクト評価

(1) 調査実施概要

エイズ案件群は、プロ技「エイズ対策」を中心に、現地国内研修「エイズ対策等診断及び管理」、特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」、個別派遣専門家「エイズ対策」、開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」から形成される。今回の試験的プログラム評価実施にあたり、結核プログラム同様、これら案件の対象機関が集中していて、限られた時間内で調査実現可能な対象地を検討した。しかし、結核プログラムと異なり、JICAによる支援を受けた公共・民間セクター双方の同時調査が可能な地方政府が存在しなかった。このため、代替案として、調査対象地をマニラ首都圏に広げ、その中のパシグ市（Pasig）を検討群公共セクターの調査対象、また、マニラ首都圏で活動するリーチアウト基金（Reach-out Foundation）を検討群民間セクターの調査対象として選定した。パシグ市では、プロ技「エイズ対策」、現地国内研修「エイズ対策等診断及び管理」、特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」などにより支援を受けたパシグ市公衆衛生診療所（SHC）をベースに、

主に登録性産業従事者を対象とした HIV/性感染症診断・予防活動が実施された。またパシグ市と同様の JICA 案件により支援を受けた NGO リーチアウト基金のアンヘレス性感染症クリニック（現MCHクリニック）、では、主にフリーランス性産業従事者を対象とした HIV/性感染症診断・予防活動が実施された。

これに対するコントロール群として、パシグ市やアンヘレス市となるべく類似した社会経済的状況にある都市で、限られた調査時間内での調査実施可能であり、かつ JICA によるエイズ分野支援を受けていない地方政府として、同じマニラ首都圏のマニラ市が選ばれ、マニラ市保健局と、マニラ市公衆衛生診療所（SHC）において調査が実施された。

上記のと通りの施設において、以下調査が実施された。

- a. 保健所利用者に対する出口調査（公衆衛生診療所・NGO クリニック）
- b. 保健医療施設利用者に対するフォーカス・グループ・ディスカッション（公衆衛生診療所）
- c. 保健医療施設における観察・資料調査（公衆衛生診療所・NGO クリニック）
- d. 地方自治体の保健医療担当部署での資料調査（市保健局・NGO 本部）

しかしながら、調査の結果、検討群公共セクター（パシグ市）及び民間セクター（リーチアウト基金）双方での出口調査において、予定を下回るサンプル数しか得られなかったため、急きょ予定を変更し、本評価の結核プログラム・インパクト調査を実施していたセブ市にある公衆衛生診療所（JICA による支援を受けた）において、補足出口調査を実施した。

以上のような調査の結果、表 5-19 のとおりの、エイズ対策分野プログラム試験的インパクト評価結果が出された。以下、評価結果を分析する。

表 5 - 19 : エイズ対策プログラム試験的インパクト評価結果概要表 - 検討群とコントロール群の比較 - (ND=No Data)

プログラム目標と指標	成果と指標	短期的成果と指標	中期的成果と指標	長期的成果と指標
フィリピン国の HIV 感染率が増加しない。 ・国レベル HIV*2 1992年: 0.041% *1 1999年: 0.07% *2	対象地域において公衆セクター (政府機関等) がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。 (検討群) (コントロール群) マニラ市 0% バシラ市 0% ・対象地域 HIV 感染率 (2001年) ・対象地域性感染症罹患率 (2001年)	地方自治体の HIV/性感染症予算有り ・HIV/性感染症診断用基本的資機材整備状況 (資機材 8 品目) ・HIV 流行モニタリング・システムの有無 ・コンドーム在庫状況 ・IEC 教材の種類 <成果 2: サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の HIV に関する知識・技術が向上する。 ・HIV/性感染症検査のトレーニングを受けた臨床検査技師の割合 ・HIV/性感染症のトレーニングを受けた医師・看護婦の割合 ・保健サービス提供者から HIV/性感染症のカウンセリング・アドバイスを受けた患者の割合 ・HIV/SITs 血液検査を受けた患者の割合 ・HIV 流行状況モニタリングに関するデータ記録状況 ・保健サービス提供者からコンドーム使用法の説明を受けた患者の割合 ・保健サービス利用に関する成果> 住民が HIV に関する保健医療サービスを利用する。 ・コンドームの正しい使用方法を知っている患者の割合 ・コンドームの供給を受けた患者の割合 ・コンドーム使用により HIV/性感染症が予防できると知っている患者の割合 ・実際にコンドームを使用したことがある患者の割合 ・HIV/性感染症に関する IEC 教材にアクセスできた患者の割合	<成果 1: 機能に関する成果> HIV 対策のための基盤 (施設・器材・システム・IEC) が存在する。 (検討群) (コントロール群) 有り 無し 有り 無し 4種類 2種類 0% 100% 100% 43.6% 16.7% 70.91% 25% ND 76.4% 33.3% 49.1% 25.0% 54.6% 8.3% 69.1% 25.0% 67.3% 41.7% 65.4% 33.3% ND 75% 7% ND ND ND ND 有り 2種類 0% 100% 16.7% 66% 50% 0% 25% ND ND 100.0% 33.3% 50.1% 25% 100.0% 8.3% 100.0% 25.0% 100% 41.7% 100% 33.3%	個別専門家 [エイズ] プロ技 [エイズ] 特別機材供与 [エイズ] 現地国内研修 [エイズ] 個別派遣専門家 [エイズ] プロ技 [エイズ] 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] 開発福祉支援 [エイズ・性 感染症・母子保健対策 NGO 支援] プロ技 [エイズ] 開発福祉支援 [エイズ・性 感染症・母子保健対策 NGO 支援]
対象地域において民間セクター (NGO 等) がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。 (検討群) (コントロール群) マニラ首都圏 85 マニラ市 0% ・対象地域 HIV 感染率 (2001年) 117.6 ・対象地域性感染症罹患率 (2001年) 109.37 (対人口 10 万) (対人口 10 万)	対象地域において民間セクター (NGO 等) がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。 (検討群) (コントロール群) マニラ首都圏 85 マニラ市 0% ・対象地域 HIV 感染率 (2001年) 117.6 ・対象地域性感染症罹患率 (2001年) 109.37 (対人口 10 万) (対人口 10 万)	<成果 1: 機能に関する成果> HIV 対策のための基盤 (施設・器材・システム・IEC) が存在する。 (検討群) (コントロール群) ND 75% ND ND ND ND 有り 2種類 0% 66% 50% 0% 25% ND ND 100.0% 33.3% 50.1% 25% 100.0% 8.3% 100.0% 25.0% 100% 41.7% 100% 33.3%	<成果 2: サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の HIV に関する知識・技術が向上する。 ・HIV/性感染症検査のトレーニングを受けた臨床検査技師の割合 ・HIV/性感染症のトレーニングを受けた医師・看護婦の割合 ・保健サービス提供者から HIV/性感染症のカウンセリング・アドバイスを受けた患者の割合 ・HIV/SITs 血液検査を受けた患者の割合 ・HIV 流行状況モニタリングに関するデータ記録状況 ・保健サービス提供者からコンドーム使用法の説明を受けた患者の割合 ・保健サービス利用に関する成果> 住民が HIV に関する保健医療サービスを利用する。 ・コンドームの正しい使用方法を知っている患者の割合 ・コンドームの供給を受けた患者の割合 ・コンドーム使用により HIV/性感染症が予防できると知っている患者の割合 ・実際にコンドームを使用したことがある患者の割合 ・HIV/性感染症に関する IEC 教材にアクセスできた患者の割合	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] 開発福祉支援 [エイズ・性 感染症・母子保健対策 NGO 支援] プロ技 [エイズ] 開発福祉支援 [エイズ・性 感染症・母子保健対策 NGO 支援]

*1 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別発助基礎資料」、1998年

*2 WHO, "Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 2000", 2000

(2) エイズ対策プログラム・インパクト評価結果

表 5-19 の調査結果を基に、エイズ案件協力プログラムの効果発現状況について、短期的成果、中期的成果、プログラム目標の 3 つのレベルで分析する。なお、検討群とコントロール群の間でインパクト評価結果に差が見られるかどうかの判定基準として、結核分野同様、以下のような定量的／定性的差がある場合に、「差がある」と判定した。

- ・割合で 15%以上の差がある場合
- ・「有る」「無し」の差がある場合

① 短期的成果レベルの効果

表 5-19 のとおり、公共セクターと民間セクターでそれぞれ 3 つの短期的成果を設定して評価した。その結果、成果 1（エイズ対策のための基盤が存在する）に関しては、公共セクター／民間セクターとも検討群がコントロール群より成果の達成度が高いという結果が出た。成果 2（保健医療サービス従事者のエイズに関する知識・技術が向上する）に関しては、公共セクター検討群の方がコントロール群より成果達成度が高いという結果が出た。民間セクターでは、指標によって検討群の方が良いもの、コントロール群の方が良いものがまちまちで、どちらかの群が明らかに達成度が良いとは判定できない。成果 3（住民が HIV に関する保健医療サービスを利用する）に関しては、公共セクター／民間セクターとも、検討群がコントロール群より成果達成度が高い。以下、成果ごとの結果を概観する。

成果 1（機能に関する成果）：「HIV 対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する」

成果 1 の効果を測る指標として、表 5-19 のとおり「地方政府の HIV/性感染症予算の有無」、「HIV/STIs 診断用基本的資機材整備状況」、「HIV 流行モニタリング・システムの有無」、「コンドーム在庫状況」及び「IEC 教材の種類」を検討した。この結果、成果 1 では、公共セクターで 3 つの指標について、検討群がコントロール群より良い結果が出ている。これは、公共セクターの成果 1 に日本のエイズ・プログラム全体の中でも最も多くの資金が投入されたことが、効果として現れているものと考えられる。民間セクターに関しても、2 つの指標について検討群がコントロール群より良い。以下、個々の指標について分析する。

「地方政府の HIV/性感染症予算の有無」に関しては、JICA 支援を受けた公共セクター検討群の地方政府では予算が計上されていることが確認されたが、コントロール群では特別なプログラム予算としては計上されていないことが確認された。また「HIV/STIs 診断用基本的資機材整備状況」では、以下 8 種類の基本的 HIV 検査用資機材のうち何品目が使用可能な状態で存在するかどうか（全品目そろっていれば 100%）を見た。

- Glass slides for blood test
- Gram stain kit
- HIV Anti-body detection kit
- Microscope

Autoclave

Incubator

Bed for vaginal exam

Vaginal speculum

この結果、日本による支援を受けた公共セクター・民間セクター検討群は、コントロール群に比べて整備状況が明らかに良いという結果が出ている。しかしながら、HIV/STIs 診断用の消耗資材に関しては、JICA 案件終了後の地方政府からの支援が不十分であるために、検討群の診療所においてもこれら診断用消耗用資材の在庫状況が不十分であることが明らかになっている。「IEC 教材の種類」も、公共セクターの検討群の方がコントロール群に比べて種類が多い。

公共セクターの「HIV 流行モニタリング・システムの有無」及び「コンドーム在庫状況」に関しては、検討群・コントロール群で差は見られなかった。民間セクターでは検討群の「コンドーム在庫状況」が良かった。

成果 1 全体として、公共／民間セクターとも、検討群の方がコントロール群より成果達成度が高い状況にあることがわかった。公共セクターについては、表 5-2 にある通り、成果 1 に対する日本の投入量が多い結果がこのようなインパクトとして現れていると推察できる。民間セクターについては、投入量が少ないので、公共セクターよりは少ないインパクトが現れている。

成果 2（サービスに関する成果）：「保健医療サービス従事者の HIV に関する知識・技術が向上する」

成果 2 の効果を測る指標として、「HIV/SITs 検査のトレーニングを受けた臨床検査技師の割合」、「HIV/SITs のトレーニングを受けた医師・看護婦の割合」、「保健サービス提供者から HIV/SITs のカウンセリング・アドバイスを受けた患者の割合」、「保健サービス提供者からコンドーム使用法の説明を受けた患者の割合」、「HIV/SITs 血液検査を受けた患者の割合」、「HIV 流行状況モニタリングに関するデータ記録状況」の 6 つの指標を設定した。この結果、公共セクター検討群に関しては、5 つの指標について、検討群がコントロール群より達成度が高いことが明らかになった。民間セクター検討群では、住民に対するカウンセリング・教育やコンドーム使用に関する指標は検討群の方が良いものの、他の指標に関しては、検討群がコントロール群より劣っていたり、または差がなかったりするものもあるため、民間セクターの成果 2 全体としての判定は困難である。以下、個々の指標について分析する。

「HIV/SITs 検査のトレーニングを受けた臨床検査技師」に関しては、公共セクター検討群でのみその存在が確認された。民間セクター検討群では、以前、JICA 支援により HIV/SITs 検査のトレーニングを受けた臨床検査技師が本調査時点で辞めてしまっているため、現在は誰も存在しない状態になっている。「HIV/SITs のトレーニングを受けた医師・看護婦の割合」に関しては、公共セクターでは検討群・コントロール群とも 100%であるが、民間セクター検討群では 66%に落ちる。「保健サービス提供者から HIV/SITs のカウンセリング・アドバイスを受けた患者の割合」及び「保健サービス提供者からコンドーム使用法の

説明を受けた患者の割合」は、公共セクター・民間セクターとも検討群の方が良い結果が出ている。

「HIV/SITs 血液検査を受けた患者の割合」は、公共セクターでは検討群の方が良いが、民間セクターではコントロール群の方が良い。これには、記述のとおり、民間セクターにいたトレーニングを受けた臨床検査技師が辞めてしまったことも影響しているものと推察できる。「HIV 流行状況モニタリングに関するデータ記録状況」では、公共セクターの検討群のみが、JICA 支援による HIV/SITs 中央ラボラトリー (SACCL) が開発した記録形式を使っただけの HIV 流行状況を記録・報告している。

成果2全体として、公共セクターでは検討群の方がコントロール群より成果達成度が高い状況にあることがわかった。これは表 5-2 にある通り、公共セクターの成果1に対する日本の投入量が多い結果がこのようなインパクトとして現れていると推察できる。民間セクターでは、投入量が少ないためか、検討群／コントロール群のどちらかが明らかに成果達成度が高いという傾向は見られない。

成果3 (サービス利用に関する成果) : 「住民が HIV に関する保健医療サービスを利用する」

成果3の効果を測る指標として、「コンドームの正しい使用方法を知っている患者の割合」、「コンドームの供給を受けた患者の割合」、「コンドーム使用により HIV/STIs が予防できると知っている患者の割合」、「実際にコンドームを使用したことがある患者の割合」、「HIV/STIs に関する IEC 教材にアクセスできた患者の割合」を見た。その結果、すべての指標において、公共セクター・民間セクターとも、検討群の方が優れているという結果が出た。以下、個々の指標について分析する

患者の、「HIV/STIs に関する IEC 教材にアクセスできた患者の割合」は、公共セクター・民間セクターとも、検討群の方が明らかに高い。これは、JICA 支援により開発された IEC 教材が、保健医療施設で実際に使用されたことを示していると思われる。また、「コンドームの正しい使用方法を知っている患者の割合」、「コンドーム使用により HIV/STIs が予防できると知っている患者の割合」、「実際にコンドームを使用したことがある患者の割合」が、公共セクター・民間セクターとも、検討群の方が多い。「コンドームの供給を受けた患者の割合」に関しては、公共セクター・民間セクターとも、検討群の方が高いものの、公共セクター検討群では、本調査時点では、コンドームの在庫はなかった。これに関して、関係者の話によると、地方政府によるコンドーム供給が現在不足しているためであるとのことであった。

成果3全体として、公共セクター／民間セクターとも、検討群の方がコントロール群より成果達成度が高い状況にあることがわかった。表 6-2 のとおり成果3に対する日本の投入は比較的少ないにもかかわらず、このような効果が出た要因として、エイズ案件が USAID-JICA 連携により実施され、USAID がこの成果3に対して多くの投入 (ローカル NGO に対する支援) を行ったことが効果として発現したものと推察できる¹⁰。

¹⁰ USAID が支援した NGO は、民間セクターのみでなく、JICA が支援した公共セクターの公衆衛生診療所でも予防教育活動を行っていたため、成果3の効果は公共セクターにおいても発現したと考えられる。

② 中期的成果レベルの効果

中期的成果は、「対象地域において公共セクター（政府機関等）がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。」である。これを測定する指標として、「対象地域 HIV 感染率」、「対象地域性感染症罹患率」を見た。その結果、「対象地域 HIV 感染率」も「対象地域性感染症罹患率」も、公共・民間セクター双方の検討群・コントロール群とも、指標に大きな差異は見られなかった。よって、日本によるエイズ分野協力が、中期的目標レベルでどの程度の効果を及ぼしたかについては、判定が困難である。

③ プログラム目標レベルの効果

もともとエイズ感染率が低いフィリピンにおけるエイズ対策プログラムの目標は、「フィリピン国の HIV 感染率が増加しない。」ことである。これについて、1992 年の指標と 1999 年の指標を比較すると、ほとんど差異が認められず、従って「フィリピン国の HIV 感染率は増加していない」といえる。しかし、フィリピンにおいて HIV 感染率が低い理由が未だ科学的に証明されていないことや、日本によるエイズ・プログラムがフィリピン全国をカバーしたものではないことから、HIV 感染率が増加していないことが、日本によるエイズ・プログラムによるものであると判定することは不可能である。

④ エイズ対策協力プログラム・インパクト評価のまとめ

本インパクト調査により、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、保健医療従事者の技術向上し、そして住民が HIV/STIs サービスを利用して知識・態度が向上されるといった成果が、バランス良く達成されている。マニラ首都圏の民間セクター保健医療施設においても、エイズ対策基盤が整備され、住民が HIV/STIs サービスを利用して知識・態度が向上されるといった効果が現れている。そしてこれらは、エイズ案件が日米協調案件として計画されたことで、日本が多くを投入しなかった成果についても、米側の投入によって効果が発現したためであると推察できる。特にエイズ予防教育に関しては、日本側が資材機材（IEC 教材と機材）を供与し、米側がそれらを用いて住民に教育を行う、という援助協力形態が実施された。しかしながら、中期的成果やプログラム目標成果のレベルでは、日本による投入の成果が明らかな形で現れていない。つまり、エイズ分野協力プログラムでは、短期的成果レベルでの効果は発現が認められたが、これが中期的成果・プログラム目標レベルでの効果にどのように影響したかに関しては、現時点で判定は不可能であるといえる。

5-4 結論・提言

5-4-1 プログラム・モデルによる投入体系の比較分析

本章でのプログラム・モデルによる投入体系の比較分析により、以下の事柄を教訓として学んだ。

教訓 1

今後のフィリピン感染症分野協力を考えていくにあたり、感染症対策各案件の枠を完全に取り払った「1つのプログラム」として認識して投入の実績を整理することにより、長期間に渡る日本の投入体系を明らかな形で理解することができる。

教訓 2

過去 10 年程度にわたるプログラムの投入体系を、相手国の投入体系と比較分析することにより、相手国投入体系の中で日本による投入はどのような意味を持っていたのかを明らかにすることができ、当該分野における将来の長期支援計画（プログラム計画）を立てていく際の重要な資料とすることができる。

教訓 3

フィリピン感染症対策の場合、保健省本省、保健省地域保健局、及び地方政府保健局がそれぞれ独立した形で保健行政を行っており、それぞれが独自の予算体系を持っている。よって、今後は、「何の活動に投入するか」だけでなく、「どの行政レベルに投入するか」についても、プログラム計画立案の際の重要な検討事項として認識されるべきである。

5-4-2 プログラム・モデルによるインパクト評価

本章でのプログラム・モデルによる試験的インパクト評価により、以下の事柄を教訓として学んだ。

教訓 4

感染症対策各案件の枠を完全に取り払った「1つのプログラム」として認識しての、検討群／コントロール群での比較によるプログラム・インパクト評価は、限られた予算／限られた期間でも、ある程度有効性のある評価が実現可能である。

教訓 5

プログラムのインパクト評価により、長期間に渡る投入量の多少と成果の達成度が連動していることがより明らかにできる。

教訓 6

日本の投入量が少ない成果を、他ドナーとの連携による投入で補ってもらおうと、この連

携による成果は比較的明らかな形で発現し、プログラム全体でバランスの取れた成果達成を実現することができる

教訓 7

プログラムのインパクト評価を効果的に実施するためには、プログラム計画の段階から、対象地域・人口が体系的に計画されている必要がある。対象地域・対象人口が一貫性なくバラバラな状態であると、複数案件群のプログラム評価が困難となる。

第6章 日本によるフィリピン感染症 案件の実績評価

第6章 日本によるフィリピン感染症案件の実績評価

6-1 実績評価の概要と手法

6-1-1 目的

本章では、実績評価として、第3章で作成した感染症疾病ごとのプログラム・モデル（PLM1）を用いて、日本による感染症の個別案件ごとに目標/成果の達成度と投入量を評価するとともに、日本による過去10年間の感染症案件の実績を、フィリピン国感染症対策の文脈の中で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。また、その結果を基に、「日本による今後の感染症協力のありかた」、「プログラム・アプローチの考え方」、及び「USAID 等他ドナーとの連携のあり方」に関する教訓・提言を導き出すことの努めた。

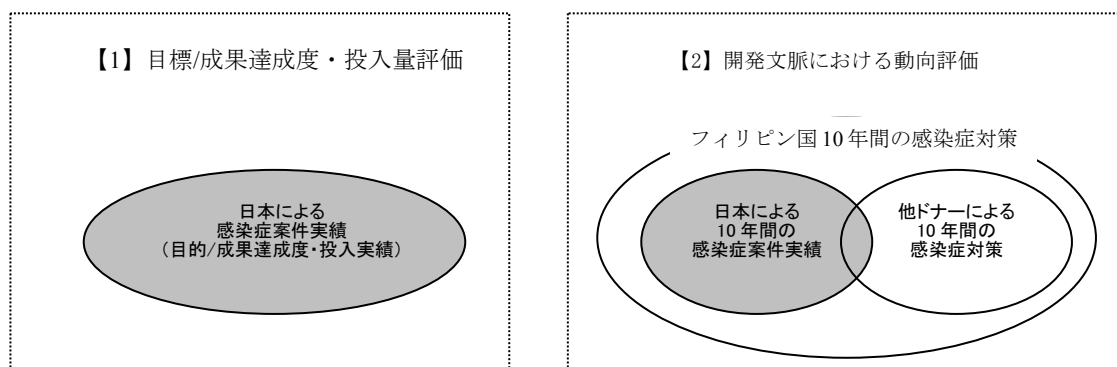
6-1-2 データ収集手法

実績評価を実施するにあたり、以下のような方法によりデータを収集した。

- 2次資料（各案件に関する資料・フィリピン側感染症案件関連資料・他援助機関感染症関連資料）
- 関係者聞き取り調査

6-1-3 分析手法

上記のとおり収集したデータを、図6-1のとおり、【1】「個別案件ごとの目標/成果の達成度・投入量評価（以下目標/成果達成度・投入量評価）」と、【2】「個別案件をフィリピン国感染症対策の文脈の中で位置づけるとともに他援助機関による動向と比較検証する動向評価（以下開発文脈における動向評価）」という2つのフレームの中で分析した。



(出所) 調査団作成

図 6-1 日本によるフィリピン感染症案件の実績評価分析フレーム

6-2 結核分野案件の実績評価^{1,2,3,4,5}

6-2-1 結核案件実績の目標/成果達成度・投入評価

第3章で作成した結核分野 PLM1 を応用して、日本による各案件の目標・成果・投入実績概要を表6-1にまとめ、これを元に個別の結核案件実績の評価を試みた。

表 6-1 フィリピン結核分野個別案件の目標・成果・投入実績概要表

案件名	上位目標	プロジェクト目標	成果	投入	
				千ペソ	名
プロ技「公衆衛生プロジェクト」 (1992-1997:マニラ・第4・7地域) 相手国協力機関: 保健省	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。	患者発見と治療に重点を置いて、公衆衛生モデルとしての結核対策が強化される。	1. 結核菌検査技術が向上し、潜在する塗抹陽性患者の65%が発見される。	29,815	
			2. 結核の治療技術が向上し、治癒率が85%になる。	7,257	
			3. 結核対策に関する統計体系が整備される。	?	
			4. サーベイランス体制が確立する。	?	
			5. 住民に対する情報教育活動が強化される。	3,189	
			6. 適切な計画実施の方式が定式化される。	?	
			成果に振り分けられない投入	5,237	長期専門家:3名 短期専門家:34名 研修員受入:13名
<目標・成果達成度>					
<ul style="list-style-type: none"> 上位目標:データなし プロジェクト目標:セブ州及びセブ市における結核対策が強化された。 成果1:患者発見率25.4(対人口10万) 成果2:83.4% 成果3:統計体系の整備により関内で問題のある施設が正確にわかるようになった。 成果4:サーベイランス体制の確立により患者発生率の推移等をある程度まで推定することが可能になった。 成果5:データなし 成果6:データなし 					
プロ技「結核対策」 (1997-2002:マニラ・第4・7地域) 相手国協力機関: 保健省	フィリピンにおける結核がコントロールされる。	結核対策計画の拡大についてのマネジメントが向上する。	1. セブ州での結核対策新指針政策・戦略が実施され、第7地域へ拡大される。	?	
			2. 第4地域ラグナ州において、結核対策新指針のデモンストレーション地域が確立される。	?	
			3. 結核対策新指針政策・戦略の実施が他州へ拡大される。	?	
			4. 国立結核リファレンスラボラトリーの機能が確立される。	?	
			成果に振り分けられない投入	45,218	長期専門家:5名 短期専門家:21名 研修員受入:12名
<目標・成果達成度>					
<ul style="list-style-type: none"> 上位目標:データなし プロジェクト目標:プロジェクトモデル地域、及び拡大対象地域で、治癒率85%を達成(維持)した。プロジェクト実施中に拡大された対象地域のいくつかにおいて、治癒率85%を達成した。 成果1:セブ州で達成した新国家結核対策モデル事業を、第7地域に拡大した。 成果2:新国家結核対策デモンストレーションを、第4地域のラグナ州に確立した。 成果3:第4地域のリサール、プラカン、ヌエバエシハ、イースタンサマル各州に、新国家結核対策を拡大した。 成果4:国立結核リファレンスラボラトリーが2002年2月に建設完了し、ラボラトリースタッフも任命された。本ラボラトリーを活用した菌検査ネットワークシステムを、プロジェクト対象地域に確立する準備を開始した。 					
開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 (1999-2002:全国) 相手国協力機関: NGOフィリピン結核協会	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、地域住民の健康様態を改善する。	当該地域における結核による死亡率が低下する。	1. DOTS (Directly Observed Therapy Using Short-Course Regimen) により結核治癒率が向上する。	?	
			2. 公的医療機関との間にリファレンスシステムが確立される。	?	
			3. 診療記録及び報告システムが確立される。	?	
			成果に振り分けられない投入	25,272	
<目標・成果達成度>					
<ul style="list-style-type: none"> 上位目標:データなし プロジェクト目標:データなし 成果1:患者治癒率:77.8% 成果2:NGO(フィリピン結核協会)と公的医療機関との間のコーディネーションが改善した。 成果3:フィリピン結核協会の結核患者記録・報告システムが標準化された。 					
現地国内研修「国家結核対策プログラム」 (1999-2003) 相手国協力機関: 保健省	国家結核対策プログラムを全国に普及する	データなし	研修参加者が国家結核対策プログラムについての知識技術を理解・習得する。	10,000	
			<目標・成果達成度>		
<ul style="list-style-type: none"> 上位目標:データなし プロジェクト目標:データなし 成果:研修参加者が国家結核対策プログラムについての知識技術を理解・習得した。 					

¹ 国際協力事業団「結核対策分野における日本の国際協力実績」平成12年

² 国際協力事業団 医療協力部「フィリピン国結核対策プロジェクト終了時評価報告書」平成14年

³ 国際協力事業団 医療協力部「フィリピン共和国公衆衛生プロジェクト終了時評価報告書」平成9年

⁴ 国際協力事業団 プロジェクト評価報告書「貧困層結核患者救済」2001年

(1) 上位目標

表 6-1 を見ると、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、上位目標が各案件でまちまちであることがわかる。また、上位目標の達成度に関しては、どの案件でも結果となるデータが出ていないことから、上位目標は達成されていないと推察できる。もちろん、各案件はプロジェクト目標達成に責任を負うが、上位目標達成にはプロジェクト以外の外部要因も関わってくるため、個々のプロジェクトが必ずしも達成の責任を負うものではないが、JICA としては、上位目標達成にある程度の責任がある。

(2) プロジェクト目標

プロ技「公衆衛生」では結核対策モデルの確立、またこれに続くプロ技「結核対策」では結核対策の拡大がプロジェクト目標であった。そして、これらプロジェクト目標は計画どおり達成されている。一方、開発福祉支援では、プロジェクト目標と上位目標が一部重複（当該地域における結核死亡率の低下）しているという矛盾を抱えている。また、プロジェクト目標としての死亡率変化に関するデータは上がっていない。現地国内研修に関しては、プロジェクト目標が明確に規定されておらず、判定が不可能である。

(3) 成果

各案件の成果の設定のされ方を見ると、プロ技「結核対策」以外は、活動内容を中心として成果の設定がされているのに対し、プロ技「結核対策」では、主に対象地域を主体として成果が設定されているのが興味深い。成果の達成状況としては、プロ技「公衆衛生」の中で、住民教育や計画実施に関する成果の達成状況データが存在しないことを除いては、2 つのプロ技及び、開発福祉支援と現地国内研修とも、みな、成果が達成されていることがわかる。特に、WHO が定める 85% の結核治癒率に関して、達成されているか、達成に近い数値が出ており、評価できると言える。

(4) 投入

上記のように達成された成果と投入の因果関係を見るのは、非常に困難である。なぜなら、表 6-1 から明らかな通り、成果-活動-投入の関係が明確に分類されて設定・記録されていない場合が多いので、どの成果達成にどのような投入がなされたか、また、どのような政策レベル（国・Region、州、市・町）に投入がなされたかについて、案件資料を読んで理解することが困難なためである。各案件の資料を深く読み進んで分析し、さらに関係者に詳しく話を聞き、本来設定されている成果を整理しなおすと、投入の振り分けはある程度可能になるが（PLM2 に反映済）、案件に本来設定されている成果をベースに議論を進めている本章ではそれは不可能である。今後、対外的に

⁵ DOH "Course Report Summary on the ICTP on Quality Assurance for Sputum Examination and on Basic Course on Direct Smear Examination", 2001.

も分かりやすい援助を実施するにあたり、これら実態は改善されるべきであると言える。

2001 年度評価実施時点の JICA の予算は、国別-プログラム別-プロジェクト別-成果別という体系で構成されているのではなく、個々のスキームの中の細かな事業別に細分化されており、それらの積み上げで計上されている。例えば、プロ技のカウンターパート研修員の経費は、(項) プロジェクト方式技術協力事業費ではなく、(項) 技術研修員受入事業費から支出されている。よって、個々のプロ技の予算額を計算しようとしても、算出に時間が掛かり、予算単価を基準とした曖昧な数値しか得られず、また、実績額の計算にあたっては時間も要する。このため、諸外国のように「我が国はこの課題のためにいくらを支出します」というアピールや、「いくら支出して、このような効果を上げました」という広報を行うのも困難である。また、事後評価実施にあたっては、案件ごとの支出実績は必ずしも正確に得られない状況である。

6-2-2 結核案件実績の動向評価

フィリピン結核分野における日本による協力実績を、フィリピン保健省側及び他援助機関の動向と共に表 6-2 にまとめ、これを元に結核案件実績に基づき開発文脈における動向評価を試みた。

表 6-2 日本による結核対策分野協力実績と、フィリピン保健省・他援助機関の動向

	フィリピン保健省の動向	日本による協力実績	主な他援助機関の動向
'92		・プロ技「公衆衛生」	・ WHO による外部評価 「フィリピンにおける過重な患者発見の是正と患者管理の強化の勧告」
'93			
'94	・ セブ市において保健省と JICA プロ技により、WHO の新結核対策策指針に基づく試行開始		・ WHO による結核対策指針発令 「Framework for Effective Tuberculosis Control」 「Managing Tuberculosis at District Level」
'95			
'96	・ 新国家結核対策ガイドライン作成		
'97	・ 全国結核有病調査	・ プロ技「結核対策」	
'98			
'99		・ 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 ・ 現地国内研修「国家結核対策プログラム」	・ 他ドナーによる、フィリピン結核分野への積極的参加が始まる。
'00	・ 日本側イニシアティブにより、PACT (結核対策援助機関) ミーティングの開催開始(参加機関: 保健省, NEDA, WHO, JICA, CIDA, Medicos del Mundo, USAID, World Bank, Asian Development Bank)		
'01	・ DOTS 全国展開 (DOTS 全国展開のために、各援助機関に対象地域を振り分け活動展開中: WHO, JICA, CIDA, Medicos del Mundo, USAID, World Bank, Asian Development Bank 等)		
'02			
'03			

(出所) 調査団作成

日本は、フィリピン結核分野において、重要な役割を果たしてきた（表 6-2 参照）。まず日本政府は 1989 年の日比国際協力年次協議の際フィリピンに対し、公衆衛生の分野で協力プロジェクトの用意がある旨を表明、その後の検討の結果、結核対策の実施が最も適切との結論に達し、1992 年にセブをプロジェクトサイトとした「公衆衛生プロジェクト」を開始した。次いで 1993 年の WHO による外部評価で、フィリピン国による結核対策が不十分であることが明らかになったことを受け、フィリピン保健省は、当時プロ技「公衆衛生」を実施していた JICA プロ技に協力を求め、セブ市において、WHO による新しい結核対策戦略（DOTS）の試行を始め、フィリピン保健省も JICA プロ技の協力を得て 1996 年に「新国家結核対策」を策定した。その後 JICA プロ技の試行により DOTS 方式が効果的であることが証明されたため、DOTS 方式の全国拡大に向けてのモデル・ケースとなることが期待され、「結核対策フェーズ II」として 1997 年に「結核対策」が開始された。

また、この頃、他の多くの援助機関が、フィリピン結核分野に積極的な参入を始めたため、これら援助機関間の活動を調整し、フィリピンにおける結核対策を効率的に進めることを目的として、JICA プロ技のイニシアティブにより、保健省・WHO と協力して PACT（Project Assistance Coordination to Tuberculosis：結核対策援助機関）ミーティングを立ちあげた。そして 2001 年には、DOTS 戦略の全国展開を目指して、フィリピン保健省が各援助機関（一部地域は保健省により直接カバーされている）に対象地域を振り分けて、活動展開している。なお、プロ技「結核対策」は 2002 年で終了予定であるが、引き続き「結核対策フェーズ III」が実施される予定である。また、これら一連の結核プロ技をサポートする形で、結核現地国内研修が実施され（1999～2003 年）、フィリピン全国で結核対策に関する保健医療従事者のトレーニングが継続されている。以上のように、フィリピン結核対策分野公共セクターにおいて、日本による支援は大きな影響を及ぼしつつ、まとまった形を形成していると言える。

結核民間セクターにおいては、NGO であるフィリピン結核協会に対する支援（開発福祉支援「貧困層結核患者救済」1999-2001 年）を実施したが、これはアジア通貨危機による補正予算で実施された一時的支援という位置付けであったことも影響してか、フィリピン結核協会に対する日本の支援がその後のフィリピン結核民間セクターに影響を及ぼすには至っていない。また、この日本による結核民間セクター支援についてのフィリピン保健省側や他援助機関間での認知度も、援助規模と比較するとあまり高いとは言えない。

6-2-3 結核対策分野協力の自立発展性と今後の課題

日本による結核分野協力の今後の自立発展性を考察する時、以下のような課題に対する対応が鍵となることが関係者間で認識されている。特に保健機構改革による負の影響への現実的対応が、重要なポイントであると言える。

(1) 保健省本省の業務・調整能力低下：

第2章で述べたとおり、国レベルの結核対策人員削減により、担当官は業務量過多によって必要な業務を充分に行うことが困難になり、JICA プロ技の打ち合わせや会議の設定がなかなかできず、円滑な業務遂行の障害になっている。このような保健省本省の業務・調整能力低下を補うために、結核対策に協力する援助機関間会議（PACT ミーティング）の役割は、今後より重要になると言える。保健省をサポートしてフィリピン結核対策の中心的役割を担ってきた日本が、引き続き PACT ミーティングをリードしていくことが期待されている。そのためには、PACT ミーティングをより効果的に使い、結核対策に関する全国レベルでの情報収集、及び調整を図る必要があるといえる。

(2) 保健省地域保健局への権限委譲：

結核対策巡回指導が本省から地域保健局に委譲され、本省から担当官が派遣されることがなくなった。このため、以前は保健省本省の担当官が実施していた全国の結核対策状況把握が実施できなくなり、保健省地域保健局の巡回指導力には地域で差があるために、結核対策について地域間格差が生まれつつある。今後は、地域保健局の巡回指導能力や喀痰検査能力を高めると共に、地域保健局の結核対策を高めるような戦略やアドボカシー活動にも力を入れる必要があると言える。地域保健局の結核対策が十全に機能して初めて、本年日本により供与された国家結核リファレンス・ラボラトリーを中心としたネットワーク構築が可能となる。

(3) 地方政府との連携：

地方権限委譲により、結核対策の最前線である保健所（Rural Health Unit:RHU）は、全て地方政府管轄となっている。国家結核リファレンス・ラボラトリーを中心とした検査ネットワークを適切に構築し機能させるためには、結核対策の最前線である保健所の協力、ひいてはそれを管轄する地方政府の協力が重要となる。一部の裕福な地方政府を除いて、地方政府保健局で結核対策の特別予算を持つことは少ないという現実を踏まえ、日本による結核対策プログラムの中で、これら地方政府のオーナーシップを高めるような戦略やアドボカシー活動が必要とされるであろう。

(4) 抗結核薬の十分な確保：

第2章で述べたとおり、保健機構改革1年目に実施された保健省地域保健局での薬剤購入が適切に行われなかったことにより、薬剤供給不安が引き起こされた。このため、日本による結核対策研修が終了し準備が整ったにもかかわらず、対策実施開始が遅れたり、すでに実施している地域でも患者発見を中止しなければならない等の事態が発生し、プロジェクトの成果に悪影響を及ぼした。また、抗結核薬が地方において絶対的に不足しているという指摘も、本調査により明らかになっている。抗結核薬購入の責任はフィリピン国側にあるため日本側が関与するには限界があるものの、日本側としても、抗結核薬配給のロジスティクス改善により結核薬へのアクセスを

改善する活動や地方政府に対するアドボカシー活動により、地方政府にも抗結核薬購入の一部負担をしてもらう等の、できる範囲での働きかけが必要である。

(5) 民間セクターへの介入：

第2章でも述べたとおり、フィリピン結核患者全体の中で、日本が主に支援する公共セクターの保健医療施設を利用している患者は三分の一程度で、次の三分の一は民間セクターを利用し、残り三分の一は結核治療へのアクセスがない人口であると言われている。特に民間セクターにおいては、未だDOTS戦略が十分普及していないことが問題となっている。日本は民間セクター対策として、NGOのフィリピン結核協会に対する支援（開発福祉支援「貧困層結核患者救済」1999-2001年）を実施したが、その後のフィリピン結核民間セクターに影響を及ぼすには至っておらず、民間セクター支援に関する外部（保健省や他ドナー）の認知度も低い。フィリピン結核分野民間セクターの課題については、WHOを中心にJICAプロ技内でも議論が進められているが、第2章でも述べたとおり、フィリピンの結核民間セクターは、今後USAIDが強力な支援を計画している分野でもある。このような状況下、より効果的・効率的支援実施のために、結核民間セクターへの介入はUSAIDに任せて日本は公共セクターに支援を集中させるのか、あるいは日本も民間セクターに介入するのかという課題について、日本側・フィリピン保健省及び他援助機関とさらに議論を深める必要がある。

6-3 エイズ対策分野案件の実績評価

6-3-1 エイズ案件実績の目標/成果達成度・投入評価^{6,7,8,9,10}

前章で作成したエイズ分野PLM1を応用して、日本による各案件の目標・成果・投入実績概要を表6-3にまとめ、これを元に個別のエイズ案件実績の目標/成果達成度・投入評価を試みた。

⁶ 国際協力事業団医療協力部「フィリピン国エイズ対策プロジェクト終了時評価報告書」平成12年

⁷ 上潟口徳次郎「業務報告書：フィリピン共和国・エイズプログラム管理」平成7年～平成9年

⁸ 国際協力事業団「プロジェクト評価報告書：開発福祉支援エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」1999年

⁹ 国際協力事業団「プロジェクト評価報告書：HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」1999年

¹⁰ Research Institute for Tropical Medicine "Course Report on the Fifth In-Country Training Program on the Diagnosis and Management of HIV Infections/AIDS and Other STDs in the Philippines" 1999

表 6-3 フィリピン・エイズ分野における個別案件の目標・成果・投入実績概要表

案件名	上位目標	プロジェクト目標	成果	投入	
				千ペソ	名
特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」(1994-2001:全国) 相手国協力機関:保健省			1. HIVの検査技術と調査研究能力を普及・向上させる。	76,026	
			血液検査機材		
<p><目標・成果達成度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: データなし ・ 成果1: データなし 					
現地国内研修「エイズ等診断及び管理」(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/エイズ、その他の性感染症に関する予防と管理の能力が向上する。	1. 研修参加者が、HI/エイズ、その他の性感染症に関する病因論、疫学、病原論の一般的知識を得る。	?	
			2. 研修参加者が、HIV/エイズ、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能を身につける。	?	
			3. 研修参加者が、HI/エイズ、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。	?	
			成果に振り分けられない投入(研修経費全体)	9,800	
<p><目標・成果達成度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上位目標: ・ プロジェクト目標: 参加者の、研修前後での知識レベルテスト得点が増した(医師グループ平均点:63点→80点、看護婦グループ平均点:51点→67点、臨床検査技師:49点→80点、カウンセラー59点→66点) ・ 成果1: データなし ・ 成果2: データなし ・ 成果3: データなし 					
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エイズ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。		
			2. 血液事業の戦略を立てる。		
			3. エイズ分野協力要請案件の調査		
			4. カウンターパート研修の調整		
			5. 研修(HIV感染者とエイズ患者の看護と管理)の調整		
			成果に振り分けられない投入		長期専門家1名
<p><目標・成果達成度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上位目標: ・ プロジェクト目標: データなし ・ 成果1: 医療特別機材供与の調整をした。 ・ 成果2: 血液事業の戦略を立てた。 ・ 成果3: エイズ分野協力要請案件の調査をした。 ・ 成果4: カウンターパート研修の調整をした。 ・ 成果5: 研修(HIV感染者とエイズ患者の看護と管理)の調整をした。 					
プロ技「エイズ対策プロジェクト」(1996-2001:マニラ) 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。	国家及び地方のSTD/AIDSに関する予防能力が向上する。	1. エイズ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。	86,606	
			2. エイズ・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。	?	
			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。	?	
			4. エイズ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。	5,850	
			5. エイズ性感染症中央共同ラボラトリーでの研究が強化される。	3,836	
			6. 選ばれた公衆衛生診療所において、国家エイズ/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。	15,599	
			成果に振り分けられない投入	12,136	長期専門家:5名 短期専門家:21名 研修員受入:12名
			<p><目標・成果達成度></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: SACCLに来院検査患者数:STI/HIV発見件数:1997年2,368件→1999年8,506件 ・ 成果1: SACCLはHIV、淋病、クラミジア、梅毒、トリコモナス検査が可能になった。SACCLにおける検査件数1997年2,368件→2000年8,204件 ・ 成果2: SACCLがサンラザロ病院に統合された。SACCLスタッフの給与がサンラザロ病院予算として計上された。 ・ 成果3: SACCLに、国レベルHIV/STIレファレンスラボラトリーとしての機能が確立された。 ・ 成果4: 17の研修が実施された。 ・ 成果5: クラミジアに関する1つの研究と、17の共同研究が完了した。 ・ 成果6: 30の公衆衛生診療所スタッフに対してIEC研修を実施し、IECパッケージを供与した。4つのモデル公衆衛生診療所がクオリティ・コントロールレベルのHIV/STI検査実施可能になった。 		
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) 相手国協力機関: NGO ビノイ・プラス	HIV感染者が社会復帰する	HIV感染者に対する適切な保護と社会復帰を支援し、HIV感染者の健康・生活状態の向上を図る	1. HIV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。	598	
			2. HIV感染者養護施設の生活用水設備の整備により、感染者の生活が改善される。	230	
			3. HIV感染者の生計向上活動実施により、収入が向上する。	717	

<目標・成果達成度> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: データなし ・ 成果1: HIV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した。 ・ 成果2: HIV感染者養護施設の生活用水設備の整備により、感染者の生活が改善した。 ・ 成果3: 22人HIV感染者が参加して、58の工芸品を作ってコンテストを実施した結果、マグカップ2種類、キーホルダー2種類、パッチ2種類、ペン1本がHIV感染者生計向上のために商品として販売されることになった。					
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・レイテ島) 相手国協力機関: NGO ボリュレンション・サービス・ピリピナス	HIV感染者が減少すると共に、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の強化がされる。	1. 対象クリニック設備が改善強化される。 2. 当該クリニック・スタッフの技術が向上する。 3. 当該地域の生殖器・性感染症治療患者数が増加する。 4. 性感染症・子宮ガン症の早期検診が実施される。 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。		
	<目標・成果達成度> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: 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の強化がされた。 ・ 成果1: 治療薬、検査薬、及び何種類かの医療危機がPSPI施設に対し購入された。 ・ 成果2: 「Pop Smear Plus」というブランド名をつけたプロダクティブ器官感染症検診パッケージが各地のPSPI診療所普及された。 ・ 成果3: データなし ・ 成果4: 当該地域での「Pop Smear Plus」受診患者数: パサイ158名、カロオカン147名、タクロバン325名 ・ 成果5: データなし				

(出所) 調査団作成

(1) 上位目標

上記表 6-3 の案件のうち、上位目標が明らかなのは、プロ技「エイズ対策」、開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」及び同「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」である。これら3つの上位目標は結核対策案件同様に一定ではなく、同じ HIV/STI 案件でありながら、少しずつ異なった視点から案件が実施されていたことがわかる。また、上位目標の達成度に関しては、どの案件でも結果となるデータが出ていないことから、上位目標の達成については不明である。各案件はプロジェクト目標達成に責任を負うが、上位目標達成にはプロジェクト以外の外部要因も関わってくるため、プロジェクトが必ずしも達成の責任を負うものではない。

(2) プロジェクト目標

エイズ案件のプロジェクト目標達成度として、現地国内研修「エイズ等診断及び管理」において、研修参加者の HIV/STI 予防・管理に関する知識レベルが全体で平均 17 点 (100 点満点中) 向上し、プロ技「エイズ対策」では STI/HIV 発見件数が 3 年間で 3 倍以上になる等、プロジェクト目標が具体的な数値として達成されたことがわかる。二つの開発福祉支援案件では、案件資料の中にプロジェクト目標が達成されたとする説明的記述はあるが、具体的な指標や数値は既述されていない。また、個別派遣専門家案件や特別機材供与では、プロジェクト目標達成に関する具体的な既述はない。

(3) 成果

エイズ案件の成果のうち、成果が達成された事実が具体的な数値データとしてわかる主なものは、プロ技における HIV/STI 検査数、HIV/STI 臨床検査技術や予防教育技術のトレーニングを実施した公衆衛生診療所の数、プロ技で開発した IEC 教材の数、及び HIV/STI に関する研究発表件数

と、開発福祉支援案件における HIV 感染者所得向上のための工芸品作成数とリプロダクティブ器
官感染症検査受診者数である。

(4) 投入

上記のように達成された成果と投入の因果関係を見ると、プロ技と開発福祉（HIV 感染者社会
復帰）に関しては、投入がなされた成果に関して達成度を測る数値データが出ており、投入に対
して成果が達成されたという因果関係が明らかである。しかしながら、これら成果を達成するた
めになされた投入量及び投入内容が適切であったかどうか（効率性）に関しては、本調査では情
報・分析・時間的制約により実施が困難である。

他の案件の投入に関しては、結核案件同様、投入と成果の因果関係の判定が困難である。これ
も表 6-3 から明らかである通り、成果が投入ごとに設定されていない場合が多いので、どの成果
達成にどのような投入がなされたか、また、どのような政策レベル（国・地域、州、市・町）に
投入がなされたか、一目で理解することが困難なためである。各案件の報告書を深く読み進んで
分析し、さらに関係者に詳しく話を聞き、本来設定されている成果を整理しなおすと、投入の振
り分けはある程度可能になるが（PLM2 に反映済）、案件に本来設定されている成果をベースに
議論を進めている本章では、本来設定されている成果を崩して議論することは困難である。今後、
対外的にも分かりやすい援助を実施するにあたり、成果と投入の関係が第三者にもわかり易いよ
うな案件実施システムに改善されるべきであると言える。

6-3-2 エイズ案件実績の開発文脈における動向評価^{11,12}

フィリピン・エイズ分野における日本による協力実績を、フィリピン保健省側及び他援助機関
の動向と共に表 6-4 にまとめ、これを元にエイズ案件実績の開発文脈における動向評価を試みた。

¹¹ DOH “The 2000-2004 Medium Term-Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS”

¹² 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

表 6-4 日本によるエイズ対策分野協力実績と、フィリピン保健省・他援助機関の動向

	フィリピン結核分野の動向	日本の動向	主な他援助機関の動向
'92	・ フィリピンエイズカウンシル設立 (Philippine National AIDS Council: PNAC)		・ UNAIDS による PNAC へのサポート
'93	・ USAID・WHO の協力により「National HIV Sentinel Surveillance System: NHSSS」開始。		・ USAID による「AIDS Surveillance and Education Project: ASEP」(HIV 流行状況サーベイと、NGO による HIV 予防教育)
'94	・ HIV エイズに対する第 2 次中期計画 1994-1999 (Medium Term Plan 1: MTP2) HIV 流行サーベイと NGO との連携確立による予防	・ 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」	
'95		・ 個別派遣専門家「エイズ対策」 ・ 現地国内研修「エイズ等診断及び管理」	・ AusAID による CSW 支援 NGO プロジェクト
'96		・ プロ技「エイズ対策」: USAID プロジェクト「ASEP」との連携により実施 (JICA: HIV 検査機材と IEC 教材、USAID: JICA 供与検査機材による HIV 流行状況サーベイと、JICA 供与 IEC 教材機材による HIV 予防教育)	
'97	・ 保健省公衆サービス質にエイズユニット設立		・ EU による CSW 支援 NGO プロジェクト
'98	・ フィリピンエイズ予防法施行 (Philippine AIDS Prevention and Control Act of 1998: Republic Act No. 8504)	・ 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」	
'99	・ 保健機構改革によりエイズユニットは廃止され、感染症オフィスへ統合される。		
'00	・ HIV エイズに対する第 3 次中期計画 2000-2004 (MTP3) アドボカシー、予防活動、リサーチとサーベイ		・ NHSSS サーベイの結果、フィリピンの HIV 流行は低く、HIV 陽性は 10,000 ケース程度、感染率は薬 0.07%と下方修正された。
'01			
'02			

(出所) 調査団作成

表 6-4 のとおり、エイズが大流行している国々に囲まれていたフィリピンでは、1984 年の最初の患者発生以来、序々に患者の増加が発表され、フィリピン国が HIV 流行のハイリスク要因（活発な性産業・性感染症の流行・多数の海外出稼ぎ労働者）を抱えていることもあって、1992 年に保健省はエイズ・カウンシルを設立した。また 1994 年には「HIV エイズに対する第 2 次中期計画（1994～1999）」を発表し、1999 年までの HIV エイズ戦略として HIV 流行状況の正確な把握と HIV 予防教育を二本の柱とした対策を取ることを計画した。これを受けて、フィリピンにおけるエイズ対策のイニシアティブを取った外国援助機関は USAID である。USAID は 1993 年より、「AIDS Surveillance and Education Project: ASEP」というエイズ対策プロジェクトを立ち上げ、フィリピン全国の主な都市において、HIV 感染ハイリスク・グループ（性産業従事者・男性同性愛者・

注射針を使用するドラッグ・ユーザー等)を主な対象とした HIV 流行状況の大々的サーベイランスを実施すると共に、ハイリスク・グループに対する支援を行なうローカル NGO を通してエイズ予防教育活動の実施を始めた。

この頃(1993年)、当時の宮沢総理大臣とクリントン大統領が「地球的展望に立った協力のための共通課題(日米コモン・アジェンダ)」構想を打ち出し、深刻化する地球環境問題、世界的な人口問題、災害等の地球的規模の課題に対して開発途上国への二大援助大国として協力をすすめることが決定された¹³。また、翌1994年には日米首脳会談において、当時の細川総理大臣とクリントン大統領によって「Global Issues Initiative on Population and AIDS : GII」が発表された。その内容は、1994年度から2000年度までの7年間に総額30億ドルを目途に途上国に対する人口・エイズ分野の援助を推進していくというものであった¹⁴。日本はこれらを受けて、ハイリスク要因を抱えて当時 HIV 流行の爆発が懸念されていたフィリピンにおいて、日本の援助スキームの比較優位(例: USAID の援助スキームでは高額な機材供与が不可能であるが、日本による援助スキームでは可能)を生かした、USAID との連携によるエイズ対策案件を計画した。

まず、HIV 流行状況の正確な把握というフィリピン保健省のニーズにこたえるため、日本は特別機材供与として「血液検査機材」を供与し、続いて個別派遣専門家を派遣して、96年からの JICA—USAID 連携によるプロ技立ち上げの準備調整を行なった。また、同年に現地国内研修として「エイズ等診断及び管理」を開始し、エイズ対策が始まったばかりで知識技術力向上の必要性があったフィリピン保健省の医師・看護婦・臨床検査技師・カウンセラーに対しトレーニングを行なった。日本がエイズ分野協力を開始した90年代半ばには、AusAID や EU といった他国援助機関もフィリピン・エイズ分野での協力活動を開始したが、その多くは、ハイリスク・グループに対する支援を行なうローカル NGO の能力強化を中心とするものであった。

96年に JICA—USAID 連携によるプロ技「エイズ対策」が開始されると、HIV センチナル・サーベイランスを実施する USAID の活動拠点である各都市の公衆衛生診療所等に対して、日本は HIV 検査用の機材を供与し、さらにそこで働く臨床検査技師をトレーニングし、USAID がこれらを使ってサーベイを実施するという連携が確立された。さらに、USAID が HIV 予防教育活動のために支援しているローカル NGO に対して、日本側が IEC 視聴覚機材や JICA プロ技で開発した IEC 教材を供与し、さらに NGO スタッフに IEC 教材使用法のトレーニングを実施して、それらをベースに USAID に支援されている NGO がハイリスク・グループに対して HIV 予防教育活動を実施した。このように、90年代のフィリピン保健省エイズ対策の重要な目的—HIV 流行状況の正確な把握と HIV 予防教育—達成のために、効率的・効果的に連携して目的を成し遂げた USAID と日本の功績は非常に大きいといえる。

上記のような、USAID と日本をはじめとする各国援助機関による活発な協力活動は、2000年の USAID—JICA 連携による大々的 HIV サーベイランスの終了をもってひとつの区切りを迎える。

¹³ 国際協力事業団企画・評価部援助協調室「日米コモン・アジェンダの概要」平成13年

¹⁴ (財)家族計画国際協力財団 外務省委託調査「G I I (地球規模問題イニシアティブ)」に関する中間報告書、1997年

HIV サーベイランスの結果、フィリピンにおける HIV 陽性ケースは 90 年代初頭に「2000 年頃に予想されるであろう数値」として推計された値よりはるかに低い 10,000 件程度で、感染率も約 0.07%ということで、フィリピン保健省初め WHO 等の援助機関の合意形成がなされた。またこの頃と時期を同じくして、USAID や日本をはじめとする主な外国援助機関によるエイズ協力の多くは終了した。現在、「低い HIV 感染率」という事実を受けて、USAID や日本は、今後のフィリピンにおけるエイズ分野協力の新たな戦略を立てなおしているところである。しかしながら、フィリピン保健省は、エイズ対策第 3 次中期計画（2000 - 2004 年）の中で、「フィリピンの HIV 感染率は低いという合意がなされたが、フィリピンのハイリスク要因を考慮すると、いつ HIV 流行が爆発してもおかしくない状況にあるため、引き続き、HIV 対策のためのアドボカシーや、予防・サーベイ活動を継続する必要がある」と訴えている。また、WHO も、“Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 1999”の中で、「現在の HIV に感染しないための安全な性行為を推進する対策をフィリピンが怠れば、数年先に、HIV 流行の状況が大きく変わってしまうという可能性はおおいにありうる」と警告している。

日本による他のエイズ分野協力としては、開発福祉支援のスキームを使った、「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」と「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」が実施された。双方ともローカル NGO に対する支援であったが、アジア通貨危機による補正予算を使って緊急的に実施された 3 ヶ月程度の短い支援であったため、日本によるフィリピン・エイズ分野協力全体の枠組み中で見ると、どのような意義があったか現時点では判定が困難である。これら NGO に対する支援は、その後のエイズ民間セクターにおける日本の存在に影響を及ぼすには至っておらず、新たな活動につながってもおらず、日本によるこれら民間セクター支援に関してのフィリピン保健省側や他援助機関間での認知度も低い。

6-3-3 エイズ対策分野協力の自立発展性と今後の課題

日本によるエイズ対策分野協力の今後の自立発展性を考察する時、以下のような課題に対する対応が鍵となることが関係者間で認識されている。特に保健機構改革による負の影響への現実的対応が、重要なポイントであると言える。

(1) エイズ対策分野協力継続の是非

既述のとおり、フィリピンにおける HIV 感染率が低いことが正式に認められた現在、USAID を初めとする他の援助機関も、今後のフィリピンにおけるエイズ対策分野協力の戦略を練りなおして、全体的には主な援助機関はエイズ対策分野協力を縮小していく傾向にあるといえる。しかしながら、第 2 章でも述べたとおり、HIV 流行のハイリスク要因が多いフィリピンにおいて、なぜ HIV 感染率が低いかという命題に対して未だ科学的には証明されてはおらず、フィリピン国自身も、また WHO 等も、「フィリピンでは、引き続き、いつ HIV 流行が爆発してもおかしくない状況にある」と警告している。よって、日本としても、現在の HIV 感染率が低いからといって、エ

エイズ対策分野協力を全面的に引き上げてしまうのではなく、できれば、これまで築いてきた HIV 検査の基盤と人材を有効に活用して、HIV 流行監視のための協力を小さい規模でも継続していくことが望ましいと思われる。

(2) 地方政府との連携

日本がもし今後もエイズ分野協力を継続していく場合には、地方政府との連携が鍵となる。日本が供与したエイズ性感染症中央共同ラボラトリー（SACCL）が有効に使われるためには、地方の公衆衛生診療所等を通して検体が送られてこなければならない。しかし、第 2 章でも述べたとおり、公衆衛生診療所における一番の問題点は、HIV 検査キットを購入しつづける予算が公衆衛生診療所を管轄する地方政府に十分に確保されていないことにある。地方政府にしてみれば、現時点での HIV 感染率が低いことや、HIV 対策に対する偏見（性産業従事者やドラッグユーザー、同性愛者を支援することへの拒絶反応）等により、HIV のための予算をつけにくいという事情がある。しかしながら、HIV 流行の監視継続には地方政府のコミットメントが不可欠であるため、これら地方政府のオーナーシップを高めるような戦略やアドボカシー活動が必要とされるであろう。

(3) USAID との連携

プロ技「エイズ対策」では、JICA と USAID の比較優位（JICA は機材供与ができる、USAID は NGO 支援が得意など）を生かした連携が効果的に実現されたと高く評価されている。今後もフィリピン・エイズ分野で日本が協力を継続する場合には、より効率的な援助実施のために、USAID との連携再開を検討するべきであると思われる。

6-4 マラリア案件の実績評価

6-4-1 マラリア案件実績の目標/成果達成度・投入評価

前章で作成したマラリア対策分野 PLM 1 を応用して、日本による各案件の目標・成果・投入実績概要を以下表 6-5 にまとめ、これを基に個別のマラリア対策案件実績の目標/成果達成度・投入評価を試みた。

表 6-5 フィリピン・マラリア対策分野における個別案件の目標・成果・投入実績概要表

案件名	上位目標	プロジェクト目標	成果	投入	
				千ペソ	名
単発専門家「マラリア対策」 (1997-1998:パラワン州) 相手国協力機関:保健省		パラワン州におけるマラリア対策能力が向上する。	1. マラリア診断技術(マラリアの検査方法・疫学情報の解析)が向上する	?	
			2. マラリア疫学情報の解析能力が向上する。	?	
			成果に振り分けられない投入	?	長期専門家1名
<目標・成果達成度> ・上位目標: ・プロジェクト目標: ・成果1:パラワン州保健局公衆衛生部スタッフとカウンターパートに対し、マラリア診断技術を移転した。 ・成果2:パラワン州保健局公衆衛生部スタッフとカウンターパートに対し、マラリア疫学解析技術を移転した。					
無償資金協力「マラリア対策計画(子供の健康無償)」 (1998:全国・パラワン州・スル州・タウイタウイ州) 相手国協力機関:保健省		汚染地域住民(特に小児)のマラリア罹患率を年間20%減少させる。	1. 虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する	?	
			2. 健医療機材の充実により、村落レベルにおいて、マラリアの迅速な診断と適正な治療を促進する。	?	
			3. 情報関連機器とサーベイランスシステムの充実により、マラリア流行度と対策を適切に評価する。	?	
			4. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。	?	
			成果に振り分けられない投入	134000	
<目標・成果達成度> ・上位目標: ・プロジェクト目標: — ・成果1: データなし ・成果2: ・成果3: ・成果4: —					
個別専門家「マラリア対策」 (1999-2002:パラワン州、スル州、タウイタウイ州) 相手国協力機関:保健省		汚染地域住民(特に小児)のマラリア罹患率を年間20%減少させる。	1. マラリア及び動物媒介性疾患対策センターの機能が確立される	?	
			2. 殺虫剤含浸蚊帳を配布する。	?	
			3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。	?	
			4. マラリア流行度と対策を適切に評価するためのサーベイランスシステムが充実する。	?	
			5. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。	?	
			成果に振り分けられない投入		長期専門家1名
<目標・成果達成度> ・上位目標: ・プロジェクト目標: — ・成果1: データなし ・成果2: ・成果3: ・成果4: —					
青年海外協力隊「村落開発普及員」 (1999-2001:パラワン州) 相手国協力機関:保健省		汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。	?	
			2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。	?	
			成果に振り分けられない投入	?	青年海外協力隊1名
<目標・成果達成度> ・上位目標: ・プロジェクト目標: ・成果1:住民は蚊帳を適切にし様している。 ・成果2:住民のマラリアに関する知識・態度が改善した。					
草の根無償「タウイタウイ州保健局の診療船へのエンジン供与」(1999) 相手国協力機関:タウイタウイ州保健局)		遠隔島嶼地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 遠隔地に対する定期的保健サービス(マラリア対策を含む)が可能になる。	1509	
			<目標・成果達成度> ・上位目標: ・プロジェクト目標: データなし ・成果1: データなし		
草の根無償「NGOと自治体提携によるマラリア対策」(2000:パラワン州) 相手国協力機関:エル・ニド財団		汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。	749	
			2. マラリア対策のためのバランガイ保健所施設が充実する。	757	
			3. 村落レベルワーカーによるマラリア迅速診断技術が向上する。	1963	
			4. 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する	451	

	<目標・成果達成度> ・ 上位目標： — ・ プロジェクト目標： — ・ 成果1： — ・ 成果2： — データなし ・ 成果3： — ・ 成果4： —				
無償機材供与「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」(2001：ミンダナオ・ダバオ市) 相手国協力機関：第11地域保健局		汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 子供の健康無償によるマラリア対策のモニタリングの強化 2. ミンダナオ地域の巡回検診、モニタリングの実施による効果的マラリア対策の実施 3. 紛争の影響によるマラリアの突発的流行の発見と阻止 4. マラリア突発性流行の早期警戒システム構築による流行予防	?	
					2820
	<目標・成果達成度> ・ 上位目標： — ・ プロジェクト目標： — ・ 成果1： — ・ 成果2： — データなし ・ 成果3： — ・ 成果4： —				
草の根モニタリング「パラワン・エルニド財団」(2001：パラワン州) 相手国協力機関：NGOエル・ニド財団		住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す。	子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかにされる	643	
		<目標・成果達成度> ・ 上位目標： — ・ プロジェクト目標： — データなし ・ 成果1： —			
草の根モニタリング「パラワン州立大学」(2001：パラワン州) 相手国協力機関：パラワン州立大学		住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す。	子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかにされる	338	
		<目標・成果達成度> ・ 上位目標： — ・ プロジェクト目標： — データなし ・ 成果1： —			
短期専門家「マラリア対策」(2002：ミンダナオ・ダバオ市) 相手国協力機関：保健省		汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」の機能が確立される 2. 民間セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する 3. 公共セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する	?	
			成果に振り分けられない投入		短期専門家1名
	<目標・成果達成度> ・ 上位目標： — ・ プロジェクト目標： — ・ 成果1： — ・ 成果2： — データなし ・ 成果3： —				

(出所) 調査団作成

(1) 上位目標

表 6-5 から明らかなどおり、フィリピン・マラリア分野案件には、上位目標は特に設定されていない。

(2) プロジェクト目標

マラリア案件のプロジェクト目標の多くは「マラリア罹患率の減少」で統一されている。ただし、二つの草の根モニタリング案件のみ、プロジェクト目標は「住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す」となっている。これら一連のマラ

リア案件は、無償資金協力による薬剤含浸蚊帳の大量配布とそれを使ってマラリア対策を実施した日本人専門家を中心として実施された。現在、一連のマラリア案件の目標達成度に関する評価作業が、草の根モニタリングのスキームを使用して、同日本人専門家により実施されているところである。結核やエイズ対策案件群と異なり、フィリピン・マラリア案件のプロジェクト目標が統一されている理由は、これら案件群が、同分野で長年にわたり活動を実施している同一の日本人専門家を中心として計画されたためであると推察できる。

(3) 成果

マラリア案件群の成果の特徴は、案件群全体の成果が、大よそ、以下5つに収束されることである。このように、案件群全体の成果がある程度のまとまりを持っている理由として、プロジェクト目標のところで既に述べたとおり、同分野で長年にわたり活動を実施している同一の日本人専門家を中心として案件が計画されたためと推察できる。

- 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。
- 村落レベルワーカーによるマラリア迅速診断技術が向上する
- 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する。
- マラリア対策サービスのカバー範囲が拡大する。
- 上記マラリア対策対象地域住民の意識・組織づくりの実態が明らかにされる。

上記プロジェクト目標と同じく、一連のマラリア案件成果達成度に関する評価作業は草の根モニタリングのスキームを使用して、日本人専門家により実施されているところである。

(4) 投入

上記表から明らかなおおり、マラリア案件群の中でもっとも多く投入が行われたのは無償資金協力である。これにより、薬剤含浸蚊帳が大量に供与され、日本人専門家がこの蚊帳の使用を中心としたマラリア対策活動を実施した。既述のとおり、一連のマラリア案件成果達成度に関する評価作業は、草の根モニタリングのスキームを使用して実施されているところであるため、投入と成果の因果関係の判定は現時点では不可能である。

6-4-2 マラリア対策案件実績の開発文脈における動向評価^{15,16}

フィリピン・マラリア対策分野における日本による協力実績を、フィリピン保健省及び他援助機関の動向と共に表 6-6 にまとめ、これを基にマラリア案件実績の開発文脈における動向評価を試みた。

¹⁵ Leonard Ortega, "Malaria Control and Prevention", State-of-the-Art: Malaria Research in the Philippines, Philippines Council for Health Research and Development, Department of Science and Technology, Philippines, 1999

¹⁶ WHO URL : www.who.org.ph/themes_focuses/theme1/focus2/t1f2phil.asp

表 6-6 日本によるマラリア分野協力実績と、フィリピン保健省・他援助機関の動向

	フィリピン保健省の動向	日本の動向	他援助機関の動向
'92	<ul style="list-style-type: none"> フィリピン保健開発プロジェクト (The Philippines Health Development Project: PHDP) が 1990 年に開始され、1996 年まで続く。マラリア対策は PHDP のサブ・コンポーネント。 行政回覧文書 (Administrative Circular) No. 1s. 1992 により、マラリアコントロールのための DDT 使用が禁止される。 	(群馬大学・フィリピン大学の協力で、パラワン州における蚊帳配布とその後のモニタリングによる調査開始)	
'93	<ul style="list-style-type: none"> 7161 法 (Republic Act 7161) により保健サービスは地方政府に権限委譲されたが、マラリア対策プログラムは保健省に残される。 		<ul style="list-style-type: none"> WHO による新マラリアコントロール戦略 (殺虫剤含浸蚊帳と、家屋スプレー、及びマラリア診断／治療の改善による大規模ベクター・コントロール)
'94	<ul style="list-style-type: none"> フィリピン保健省が、WHO による新マラリアコントロール戦略を受け入れる。 		
'95			<ul style="list-style-type: none"> AusAID によるミンダナオのアグサン・デル・スルでのマラリアプロジェクト
'96			
'97	<ul style="list-style-type: none"> 国家マラリア会議において、「2020 年までにマラリア排除戦略計画 (The Strategic Plan for the Elimination of Malaria in the Philippines by the Year 2020)」採択。 	<ul style="list-style-type: none"> 単発専門家「マラリア対策」 	
'98		<ul style="list-style-type: none"> 無償資金協力「マラリア対策」マラリア流行地に対して薬剤含浸蚊帳の大量配布。 	<ul style="list-style-type: none"> WHO によるロールバックマラリア (Roll Back Malaria 戦略) がフィリピンにおいても採択される。
'99	<ul style="list-style-type: none"> 保健機構改革により、保健省マラリア対策本部が廃止され、他の感染症対策本部 (マラリア・住血吸虫等) 新しくできた保健省感染症オフィスに統合される。 	<ul style="list-style-type: none"> 個別専門家「マラリア対策」 青年海外協力隊「村落開発普及員」 草の根無償「タウイタウイ州保健局診療船へのエンジン供与」 	
'00		<ul style="list-style-type: none"> 草の根無償「NGO と自治体提携によるマラリア対策」 	<ul style="list-style-type: none"> USAID による 200 万人程度の人口を対象としたマラリア対策プロジェクト
'01		<ul style="list-style-type: none"> 無償機材供与「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」 草の根モニタリング「パラワン州エルニド財団」 草の根モニタリング「パラワン州立大学」 短期専門家「マラリア対策」 	
'02			

(出所) 調査団作成

第2章で述べたとおり、フィリピンにおけるマラリア対策は、60年代・70年代の米国支援による「マラリア撲滅戦略」から、現在の「マラリア抑制戦略」へと変化してきた。80年代終わりから90年代半ばにかけての保健省によるマラリア対策は、「フィリピン保健開発プロジェクト（Philippine Health Development Project: PHDP）」の中のひとつのサブ・コンポーネントとして実施された。1991年の地方政府法（Local Government Code）制定後、1993年には保健行政も地方に権限が委譲されたが、マラリア対策本部（Malaria Control Services）に関しては、保健省本省からバランガイ保健所に至る縦割り命令指揮系統により実施される従来の体制が残された。

日本による支援としては、90年代初めに群馬大学とフィリピン大学の協力により、パラワン州において蚊帳配布とそのモニタリング調査が開始された。この支援がベースとなって、1997年に同じ群馬大学よりマラリアの単発専門家が派遣され、パラワン州を中心に保健省本省や地方政府保健局に対してマラリア診断技術およびマラリア疫学情報解析に関する技術移転を行った。

90年代後半にWHOにより唱えられ始めたロールバック・マラリア（Roll Back Malaria: RBM）イニシアティブ¹⁷は、フィリピンにおいても1998年に採択され、保健省のマラリア対策の基本的戦略となった。このWHOと保健省による戦略をサポートする形で、日本も、フィリピンにおけるマラリア流行地であるパラワン州・スールー州・タウイタウイ州に対し、RBMイニシアティブと同じ戦略による、薬剤含浸蚊帳の大量配布を中心とした無償資金協力「マラリア対策計画」（子供の健康無償）を行った。この無償資金協力は、群馬大学がパラワン州に支援を実施していた時代（90年代初頭）や単発専門家時代を通して当該地域でのマラリア流行状況やマラリア対策のニーズを把握していた日本人専門家を中心に、協力計画の立案が行われた。無償資金協力では、薬剤含浸蚊帳配布の他に、村落レベルにおける保健ワーカーのマラリア予防・発見・治療能力向上及びマラリア流行状況サーベイランス技術向上のための資機材も供与された。この無償資金協力は、パラワン・スールー・タウイタウイ州といったフィリピンのマラリア流行地における、当時最大規模級の外国援助機関による協力であった。

無償資金協力及び個別派遣専門家を核としたパラワン州とその近隣地域における日本によるマラリア対策案件群は、「地域のマラリア罹患率を減少させる」という同一プロジェクト目標の下、様々な日本の援助スキームを統合してさらに有機的な展開をした。その結果、これら一連のマラリア案件群は、プログラムの性格を持った案件群としてまとまっていったといえる。1999年から2002まで派遣された個別専門家は、この無償資金協力によるマラリア対策資機材の配布と、これら資機材を使用してのマラリア予防・発見・治療技術の向上のための技術移転を行った。また、1999年に「村落開発普及員」としてパラワン州に派遣された青年海外協力隊員は、地域マラリア対策のための住民啓発用ポスターを制作する等、日本によるマラリア対策の一連の案件実施に協力した。また、草の根無償資金協力を通じてタウイタウイ州保健局へ診療船のエンジンが供与されて遠隔地へのマラリアサービス地域拡大に貢献し、さらに別の根無償資金協力によりパラワン

¹⁷ ロールバックマラリア（Roll Back Malaria: RBM）は、1990年代後半からWHOの主導で各国政府およびドナーを巻き込んで実施しているマラリア対策の世界的なイニシアティブである。検査・治療、妊婦の感染予防、集団発生への対策と並んで薬剤含浸蚊帳の普及による予防が大きな柱のひとつになっている。

州に存在する NGO（エル・ニド財団）が地方政府と連携して、蚊帳の配布や村落レベル保健ワーカーの能力向上等に関するマラリア対策を進めるための支援が実施された。そして 2001 年には、無償資金協力によるマラリア対策のモニタリングや、マラリア流行の監視をすることなどを目的として、マラリア流行地のミンダナオ島ダバオに無償機材供与を使った「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」が設立され、センターでの技術を移転するための短期専門家が派遣された。

上記の一連のマラリア対策案件は、当初パラワン・スルー・タウイタウイ州で開始されていたが、ミンダナオ地域を中心としたイスラム・ゲリラによる治安問題のためにスルー・タウイタウイ州に日本人専門家が入ることが困難となったため、近年ではパラワン州を中心として支援活動が実施されている。そして、パラワン州における 1998 年の無償資金協力「マラリア対策計画」を核とした一連のマラリア対策案件群の総合的評価実施のため、草の根モニタリングのスキームを利用して、NGO であるエル・ニド財団と、パラワン州立大学により、日本のマラリア対策対象地域住民の行動変容に関する調査が現在実施されているところである。

1997 年の単発専門家「マラリア対策」にはじまり、1998 年の無償資金協力「マラリア対策計画」を核として 2002 年まで展開された日本による一連のマラリア対策は、90 年代後半に提唱された WHO の RBM イニシアティブに基づいた、薬剤含浸蚊帳の使用を中心としたマラリア対策という、日本による途上国マラリア対策としては前例が少ないものであった。このため、案件群全体が、RBM に基づく今後の日本によるマラリア対策戦略のあり方を検討するための、オペレーショナル・リサーチ的な性格を帯びていたと言える。今後はこの案件群全体の結果が、これからの日本による RBM 戦略の指針となるべくとりまとめられ、他国でのマラリア対策にも広く活用されることが望ましい。

なお 90 年代後半から現在にかけて、日本以外にも、AusAID や USAID によりマラリア対策プロジェクトが実施されたが、これらはマラリア流行に関する学術研究や、地方政府のマラリア対策能力強化、及び住民参加によるマラリア対策に焦点が当てられたもので、同時期の日本による一連のマラリア対策案件群に比べると規模も小さいものであった。

90 年代後半からのフィリピン保健省側の動きとして特筆すべきものは、1997 年の国家マラリア会議において、「2020 年までにマラリアを排除する計画」を宣言したものの、1999 年に発令された保健機構改革により、保健省マラリア対策本部が廃止されて、他の結核・性感染症・住血吸虫などの感染症対策部局とともに「感染症対策室」として統合されたことである。このマラリア対策本部の統廃合により、保健省本省のマラリア担当者は、1 人になってしまい、事実上、保健省本省が日本による案件のカウンターパートとしての能力を十分持ち得なくなり、結核案件同様、日本による支援実施に支障をきたしている。今後のマラリア分野協力にあたっては、このような政治的変化を認識した上での現実的対応を取ることが求められている。

6-4-3 マラリア対策分野協力の自立発展性と今後の課題

日本によるマラリア対策分野協力の今後の自立発展性を考察する時、以下のような課題に対す

る対応が鍵となることが関係者間で認識されている。特に、薬剤含浸蚊帳を流行地のハイリスク・グループが継続的に使用できるための工夫や、保健機構改革による負の影響への現実的対応が重要なポイントとなる。

(1) 民間セクターとの連携

現在フィリピンで実施されているマラリア対策は、WHO が提唱する薬剤含浸蚊帳使用を中心としたものである。しかしながらこの薬剤含浸蚊帳によるマラリア対策で、フィリピン全土のマラリア流行地のハイリスク・グループに蚊帳を配布し続けるには莫大は費用が必要となり、これを政府等の公的セクターを通じた無償配布のみに頼るのは不可能と認識されている。そこで、現実的で持続可能な方法として、WHO は公的・民間セクター協力による新たなモデル¹⁸の導入を提唱している。公・民セクターそれぞれの行動原理をうまく組み合わせると一つのパッケージとして機能するようなメカニズムを作るとというのがその趣旨である。具体的には、政府は薬剤含浸蚊帳に関する啓蒙活動を行なって需要を喚起すると共に、市場を育成するための制度的な支援—商品付加価値税や関税の減免等—を行う。民間セクターは、「売れる」商品として薬剤含浸蚊帳を他の商品（砂糖や洗剤といったどこでも手に入るもの）と同様の流通ルートに乗せて販売する、というパッケージである。

しかしながら、途上国極貧層をも民間の市場原理でカバーするのは困難という現実もある。この場合は、公的セクターのより強い支援が必要とされるが、公的セクターの限られた資源をより効率的に使用するためには、極貧層の中でもよりプライオリティの高い対象人口のみに支援を制限して実施することが必要となる。この場合、プライオリティの高い対象人口として WHO は妊婦を挙げている。妊婦が薬剤含浸蚊帳を所有することによって、抵抗力の弱い新生児に対してもマラリア感染予防効果となるためである。また、公的セクター支援により極貧層へ蚊帳が配布される場合でも、持続発展性を高めるための市場メカニズムを育成する工夫が必要である。その意味で、地元 NGO（エル・ニド財団）と地方政府の連携により実施された日本による草の根無償資金「NGO と自治体連携によるマラリア対策」は、民間セクターのメカニズムを使いながら公的セクターによる支援の持続発展性を高めるという点で注目に値する。こういった形の取り組みは、今後とも支援されるべきである。

(2) 保健省本省の業務・調整能力低下と地域保健局への権限委譲

記述のとおり、保健省マラリア対策本部の廃止による保健省本省の人員削減のため、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充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われなくなっている。このような国レベル保健省の業務・調整能力低下したことを十分認識した上で、現実的対応が必要とされている。今後は、本省よりも大きな権限を委譲さ

¹⁸ Dennis Carroll, “Roll Back Malaria, Scaling Up Insecticide Treated Netting (ITN) Programmes in Africa, A Strategic Framework for Co-ordinated National Action”, 2002.

れている地域保健局の指導能力を高めるようなインターベンションと共に、地域保健局のマラリア対策に関するオーナーシップを高めるような戦略やアドボカシー活動にも力を入れる必要がある。

また、フィリピンにおけるマラリア流行地は限られているため、マラリアがほとんどないルソン（北部ルソンを除く）にある首都圏＝保健省本省では、マラリア問題に関する危機感が低下してきていると関係者に指摘されている。しかしながら、南部フィリピンやルソン北部の一部では、依然としてマラリアは重要な健康問題であり、患者数のみならず死因でも上位を占め、マラリアに罹患する患者の多くは 15 歳から 29 歳の若い生産年齢層に属することから、社会経済的影響が大きい疾患であることには変わりはない。さらにマラリア流行地は、フィリピンの中でも最も開発が遅れて貧困が深刻な地域でもある。貧困緩和をフィリピンにおける重要な援助目標として掲げる日本として、これら地域の深刻な健康問題であるマラリア対策を継続していく意義は大きいといえる。

(3) 地方政府との連携：

地方権限委譲により、マラリア対策の最前線である保健所（Rural Health Unit: RHU）は全て地方政府管轄となっている。この現実の下、マラリア対策を機能させるためには、最前線である保健所を管轄する地方政府のコミットメントが重要なかぎとなる。しかしながら、第 2 章でも述べたとおり、地方政府保健局レベルでマラリア対策の特別予算を持つ地方政府はないという現実を踏まえ、日本によるマラリア対策の中で、これら地方政府のオーナーシップを高めていくような戦略やアドボカシー活動が必要とされる。

6-5 日本によるフィリピン国別援助計画枠組みと感染症対策分野実績との整合性

日本によるフィリピン援助計画枠組み^{19,20}における感染症対策の位置付けは図 6-2 のとおりになっている。

¹⁹ URL:http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/kuni/phil_h.html 「フィリピン国別援助計画」2002 年 1 月情報

²⁰ 国際協力事業団「平成 13 年度 JICA 国別事業実施計画」フィリピン、2001 年

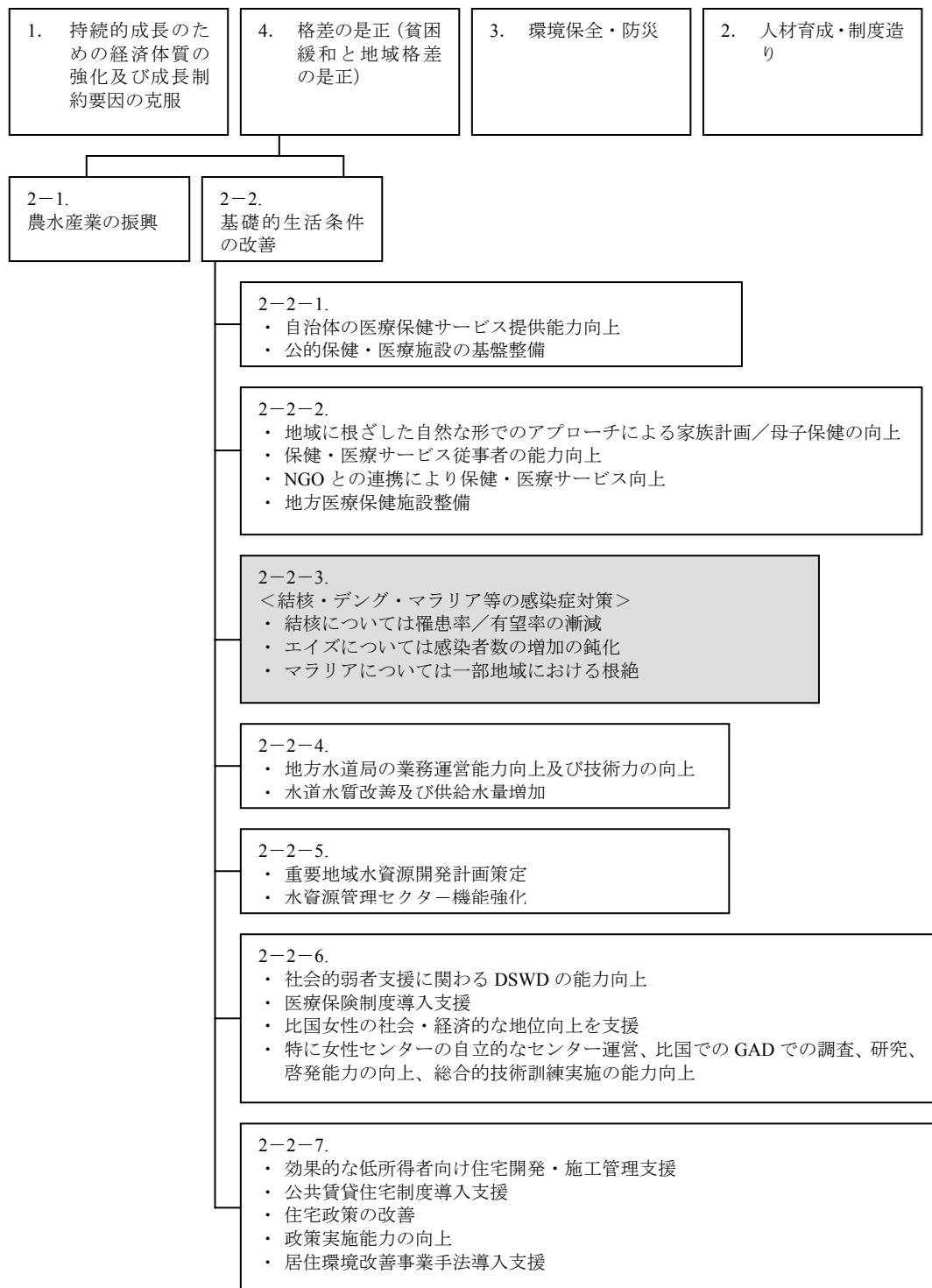


図 6-2 フィリピンにおける日本の援助計画枠組み

図 6-2 から明らかなおおりの、日本によるフィリピン援助計画枠組みの中で各感染症対策の目標は、「結核については罹患率／有望率の漸減」、「エイズについては感染者数の増加の鈍化」、「マラリアについては一部地域における根絶」と設定されている。また、これら感染症対策は「2.

格差の是正（貧困緩和と地域格差の是正）」という最上位目標と、「2-1. 基礎的生活条件の改善」という上位目標達成のために計画されていることが理解できる。

6-5-1 フィリピン援助計画枠組中の感染症対策目標と、実際の感染症対策案件との整合性

フィリピンにおける日本の援助計画枠組みの中で設定されている感染症対策の目標が、実際の感染症案件の上位目標と同一レベルであると仮定して双方を比較検討する。まず結核対策の案件（表 6-1）を見ると、JICA の各案件の上位目標は「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（プロ技：公衆衛生）」、「フィリピンにおける結核がコントロールされる（プロ技：結核対策）」、「当該地域において結核による死亡率を低下させることにより、地域住民の健康状態を改善する（開発福祉支援：貧困層結核患者救済）」、及び「国家結核対策プログラムを全国に普及する」となっている。一方、外務省のフィリピン援助計画枠組の中の結核対策目標は、「結核については罹患率／有病率の漸減」と設定されている。このように、実際の案件の目標と援助計画枠組中の目標を比較すると、内容としては一致しているが細かい表現が異なるものや、内容も表現も微妙にズレているものがあることがわかる。

次にエイズ対策の案件（表 6-3）を見ると、各案件の上位目標は「STD/AIDS 予防対策のための戦略が高まる（プロ技：エイズ対策）」、「HIV 感染者が社会復帰する（開発福祉支援：HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援）」、及び「HIV 感染者が減少すると共に、妊産婦・乳幼児死亡率が低下する（開発福祉支援：エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援）」などとなっている。一方、フィリピン援助計画枠組の中のエイズ対策目標は、「エイズについては感染者数の増加の鈍化」と設定されている。このように、実際の案件の目標と援助計画枠組の中の目標を比較すると、内容や表現が微妙にズレていることがわかる。

最後にマラリア対策の案件（表 6-5）では、各案件の上位目標は特に設定はされていない。しかし他の関連資料から、フィリピンにおけるマラリア対策戦略は 80 年代に「マラリア根絶」から「マラリア抑制」に変化し、日本によるマラリア対策も基本的に「マラリア抑制」戦略を支持するものであったことがわかっている。ところが、フィリピン援助計画枠組の中のマラリア対策目標は、「マラリアについては一部地域における根絶」と設定されており、実際の案件が目指したところと、援助計画枠組の目標の内容が一致していないことがわかる。

6-5-2 フィリピン援助計画枠組中の保健セクター上位目標と、

実際の感染症対策案件との整合性

フィリピンにおける日本の援助計画枠組の中で、感染症対策を含む保健セクター全体のインターベンションは「2. 格差の是正（貧困緩和と地域格差の是正）」という最上位目標と、「2-1. 基礎的生活条件の改善」という上位目標達成のために計画されている。第 2 章でも述べたとおり、事実フィリピンでは、主として都市と農村の地域格差の問題が大きく、次いで豊かな都市における富裕層と貧困層の階層格差の問題が深刻で、格差の是正はフィリピン政府の重要な政治課題と

なっている。

しかしながら、日本による感染症対策各案件の実績に関する資料を見る限りでは、フィリピン国内における地域格差是正が最終目標であることを意識して各案件が計画されているという印象が全体として弱い。日本によるマラリア対策案件に関しては、第2章で述べた貧困発生率²¹が最も高い ARMM 地域（貧困発生率 15 位中 1 位：62.5%）を対象地域として設定しているが、日本による結核対策やエイズ対策案件に関しては、選定された対象地域が全国でも貧困発生率が低い地域に集中している。結核対策やエイズ対策の対象となっている地域は、マニラ首都圏（貧困発生率 8.5%：15 位中 15 位）、第4地域（貧困発生率 18.5%：15 位中 14 位）、及び第7地域（貧困発生率 38.9%：15 位中 11 位）が中心である。また、案件関連資料の中に、このような貧困発生率が低い地域が案件の対象となっていることと、格差是正の問題とがどのように関連するのかについての明確な記載はない。このため、日本による感染症対策が、どのような理論で最終目標「格差の是正（貧困緩和と地域格差是正）」につながっているのか非常に見えにくい。もっとも、結核やエイズ案件の中には全国を対象として機材供与や保健医療従事者トレーニングを実施したものもあり、これら案件は、広い意味では貧困発生率が高い地域を対象としていると言えなくもない。

都市部の貧困問題との関連では、結核対策においてマニラ首都圏の貧困層を対象として実施された「開発福祉支援：貧困層結核患者救済」案件がある。しかしそれ以外の都市部で実施された感染症案件に関しては、関連資料中に案件と貧困緩和との関連を明確に記載したものがないため、貧困緩和を最終目標と意識して各案件が計画されているという印象が全体として弱い。

6-5-3 日本によるフィリピン国別援助計画枠組における感染症対策分野案件の課題

(1) フィリピン国別援助計画枠組みに基づく案件立案

貧困緩和の問題は、フィリピン国政府の最も重要な政治的課題であり、日本によるフィリピン援助計画枠組中における保健セクターの最終目標である「格差是正（貧困緩和と地域格差是正）」は、フィリピン政府の課題を全面的に支援するものであると言える。よって、日本による感染症対策分野案件も格差の是正という最終目標をより強く意識して計画立案されるべきである。具体的には案件計画立案段階において、フィリピンの保健問題のプライオリティを考える際に、保健省本省の保健医療統計を参考にするだけでなく、地域ごとの保健医療統計や、可能であれば階層間の保健医療統計を参考に、保健医療問題を「格差」の視点から分析し、貧困地域でより深刻な疾患や、貧困層の間でより深刻な疾患に重点を置いて案件が計画立案されるべきである。

(2) フィリピン国別援助計画枠組みと感染症対策案件の関連についての説明責任

フィリピンにおける日本の援助計画枠組の中で、保健セクターの最上位目標は格差の是正（貧困緩和と地域格差の是正）となっている。よって、保健セクターの一部である感染症対策案件が、この最終目標達成のために計画されているという説明が、各案件の関連資料の中で明らかにされ

²¹ National Statistical Coordination Board, “2000 Philippine Statistical Yearbook”, 2000.

るべきである。参考までに、AusAID²²では、日本と同様に貧困緩和がフィリピン援助計画の最終目標となっており、その達成のために貧困が最も深刻なミンダナオを中心としたフィリピン南部に焦点を当てた援助を実施する旨を文書の中で明らかにし、実際に同地域を中心に援助を実施している。

(3) 都市部を対象とした案件の説明責任

フィリピンにおいて、都市部、特に首都圏への富の集中が、都市／農村の格差に拍車をかけているとして深刻な問題になっている。勿論、貧困地域の問題を解決するためには、貧困地域を直接対象として案件を実施することが必ずしもベストでなく、都市部で案件を実施する方がよい場合もある。しかしながら、そのような場合でも、なぜ貧困地域を直接対象とせず、首都圏などの都市部において活動を展開するのかに関して、第三者にも理解できる明らかな説明が日本による感染症案件関連資料中に記載されるべきである。

6-6 結論と教訓

6-6-1 日本によるフィリピンにおける今後の感染症対策協力のありかた

地方分権化・権限委譲がかなり進んでいるフィリピンの感染症において、「国レベル保健省本省との話し合いをベースに案件形成・立案する」という、日本のこれまでの援助実施方法は限界にきているといえる。フィリピン感染症対策分野では、地方分権化による地方権限委譲及び保健機構改革により、保健省本省からの縦割命令系統はかなり弱まり、保健省内でも本省よりも地域保健局の方がより大きな権限を持つようになった。また、感染症対策の最前線であるの保健所や公衆衛生診療所も、全て地方政府（市・町・バラングイ）管轄になり、これら地方政府にも独立した権限が委譲されていて、保健省本省と地方政府の関係は「保健省が地方政府に対して各感染症対策の指針を提示することはできても、これを遵守させる命令権はない」という構図になっている。このような現実を踏まえて、他国援助機関では、地域保健局や地方政府との連携協力により重点を置き、彼らのオーナーシップを高めるための戦略（マッチンググラントや各地方政府独自の地域総合開発計画という枠組みの中で感染症を含めた保健問題を検討する等）を立てて対応している。日本による感染症対策分野の援助は、全体として「フィリピンと日本の二国間援助であるから保健省本省と話を進めることが基本」という考えが現在も主流を占めているが、より効果的な援助を実施するためには、援助計画・実施の実質的な焦点を本省から地域保健局や地方政府との連携協力に移していくことが求められている。

教訓 1

案件の計画・実施に際し、援助計画・実施の実質的な焦点を保健省本省から地域保健局や地方

²² AusAID, "Country Program Strategy The Philippines 1998/99-2002/03", 1998

政府との連携協力に移していくべきである。そのために、日頃から各地方独自のニーズや政治力学の情報収集ができるシステムを在外事務所に確立するとともに、地域保健局や地方政府のオーナーシップを高めるような戦略を検討する。

貧困緩和はフィリピン政府の重要な政治課題であり、また、日本によるフィリピン援助計画枠組み中の保健セクターの最終目標（貧困緩和と地域格差の是正）でもあることから、日本による感染症対策案件も、これら格差の是正を最終目標として計画立案されるべきであると言える。しかしながら、これまでの日本による感染症対策案件の多くは、地域格差の是正や貧困緩和をどのように考慮して計画立案されたのか、また地域格差是正や貧困緩和にどのような効果があったのかという構図が見えにくい状況にある。今後新たに案件を形成する際には、「格差の是正」という最終目標と各案件とのつながりが第三者にわかり易い形で案件関連資料中に説明されるべきである。

教訓 2

感染症案件は、貧困緩和や格差是正を最終目標として、計画立案がなされるべきである。そのためには、国レベルの保健医療統計を参考にするだけでなく、地域ごとの保健医療統計や、可能であれば階層間の保健医療統計を参考に、保健医療問題を「格差」の視点から分析し、貧困地域でより深刻な疾患や、貧困層の間でより深刻な疾患に重点を置いて案件が計画立案されるべきである。

6-6-2 プログラム・アプローチの考え方

プログラム・アプローチを進めるにあたり、日本によるフィリピン国別援助計画と、実際の感染症対策案件との整合性を取っていくことは非常に重要である。しかしながら、現時点では、大枠としての整合性はとれているものの、細かいところで齟齬が見られる。日本によるフィリピン国別援助計画枠組み中の保健セクターの最終目標が格差の是正（貧困緩和と地域格差の是正）であることから、これら目標と各感染症案件との関連が第三者にもわかるような形で、案件資料の中で明確に説明されるべきである。第2次 ODA 改革懇談会最終報告²³においても、「戦略を持った重点的・効果的な ODA」が ODA 改革の重要な柱のひとつと認識され、この中で「国別援助計画の重点化」が指摘されている。こういった現実の中、国別援助計画を援助戦略のベースとして強固なものにするためにも、全ての案件は、国別援助計画目標を実現させるものとして計画・実施されなければならないといえる。

²³ 「第2次 ODA 改革懇談会最終報告」平成 14 年 3 月

教訓 3

プログラム・アプローチ化の一環として、日本によるフィリピン国別援助計画の目標と、各感染症対策案件目標の整合性を確実に確立し、「戦略を持った重点的・効果的 ODA」を実現する。

これまでのところ、日本による案件の評価では、他の援助機関の動向（外部要因）などをあまり考慮に入れずに個別案件の目標達成度等々を評価するが主流となっている。このような各案件の目標/成果の達成度や投入についての評価では、各案件のプロジェクト目標達成度や短期的な効果や効率性などは見ることはできるものの、上位目標達成度や、長期的効果、自立発展性といったもの見ることが困難である。一方、10年くらいのある程度まとまった時間的区切りの中で、カウンターパート機関や他の援助機関の動向（外部条件）などと比較検討しながら日本による案件群について開発文脈における動向を評価すると、各案件の目標/成果の達成度や投入についての評価に比べて、上位目標達成度や、長期的効果、自立発展性といった要素を検討し易いが、個別案件の目標達成度を細かく見るには限界がある。以上のように、案件を個別の目標/成果の達成度や投入についての評価と、案件群をあるまとまった時間で区切って外部要因も考慮しながら見る開発文脈における動向評価にはそれぞれに長所・短所があり、案件をこれら両方の視点から評価することにより、より適切な評価が可能になると言える。また、このような評価の実施を通して、援助実施のプログラム・アプローチ化へ向けた1歩を踏み出すことができるともいえる。

教訓 4

援助案件の評価に際し、個別案件単位の目標/成果の達成度や投入についての評価のみでなく、ある程度まとまった時間的区切りの中で、他の外部要因（相手側政府／他機関の動向等）も視野に入れた開発文脈における動向評価も組み合わせることで、より適切な評価ができる。またこのような開発文脈における動向を評価する作業を通じて、援助実施のプログラム・アプローチ化を開始することが可能となる。

同じ疾病を対象とした案件の上位目標が、各案件で全て異なっていて統一がないという状況は、大局的な戦略なしに各案件を実施しているようなものである。今後の JICA によるプログラム・アプローチを考えていく際、「白紙の状態からプログラム・アプローチ・フレームを作る」のではなく、現実に実施されている（又は近年実施された）案件群の上位目標を整理・統一することで、プログラム・アプローチ化へ向けた現実的な第1歩を踏み出すことができるといえる。

教訓 5

案件（プロジェクト）目標達成後に期待されるさらに上の目標（上位目標）は、案件群の中である程度統一されるべきである。この、上位目標の整理・統一という作業を通じて、援助実施のプログラム・アプローチ化を検討することが可能となる。

本章の実績評価を通じて明らかにされた重要なポイントとして、投入が成果ごとに計画されていないために、たとえ成果が達成されたというデータが出ていても、成果と投入との因果関係を

明らかにすることが困難という状況にあることがわかった。特に、関係者からの口頭説明を聞くことなしに2次資料にあるデータのみを見ているだけでは、成果と投入を同定することは至難の技であった。このような現象が起こっている理由として、成果ごとに投入量を記録するシステムが存在しないこと、JICAによりあらかじめ決められている投入の費目（中堅技術者養成費・現地適用化費等）が現実の成果と一致しない場合が多いこと、さらに案件計画立案段階での投入のより効率的な配分（どの成果のために投入するのか、またどの政策レベルに投入するのか）に関する日本側関係者の意識があまり強くないことも影響しているのではないかと推察できる。

教訓 6

それぞれの成果に対する投入量が、プロジェクト・ドキュメントを見て一目で誰にも理解できるよう、計画の段階から投入の配分（どの成果達成のために、どの政策レベルに対して投入するのか）をはっきりさせて案件計画を立てる。また、案件実施中も、成果ごとに投入を記録するシステムを確立する。

教訓 7

現地国内研修・第三国研修の実績評価フレームを検討し確立する。

近年、フィリピンのみならず、日本が支援するいくつかの途上国において、現地国内研修及び第三国研修が実施されている。しかしながら、このフィリピンの例が示すように、現地国内研修及び第三国研修の評価フレームが確立されていないため、研修参加者の研修受講前後での知識・技術に関するテスト結果以上の、もっと大局的な視点から見た（例：フィリピンにおける結核治療率の改善）効果がどうであったのか判定が困難になっている。特に第三国研修に関しては、その参加者全員或いは大多数が国外（フィリピンの場合はフィリピン国外）の人々であるため、「フィリピン国結核分野プログラム」というフレームで見た場合、どのような成果があったのかについて答える資料が存在しなかった。よって、第三国研修は本評価調査の対象案件になっていながら、成果が同定できなかったために、プログラム・モデル作成の際には除外した。今後現地国内研修や第三国研修を継続していくのであれば、使いやすく分かりやすい評価フレームを構築する必要がある。

6-6-3 USAID 等他ドナーとの連携のあり方

エイズ・結核分野における日本とUSAIDとの連携実施をレビューすると、実際の連携が「支援対象組織の住み分け（日本：公共セクター中心、USAID：民間セクター中心）」、「支援内容の住み分け（日本：機材供与、USAID：日本による供与機材を使用しての検査・教育）」及び「支援地域の住み分け」といった、各種の住み分けにより実施されてきたことが明らかになっている。ドナー連携に関しては、「援助実施のシステムや手続きが異なる援助機関同士が何かを一緒にやるのは、手続きが煩雑で、実施も困難」と認識する声もあるが、「住み分け」という、「あると

ころで境界線を引いて、その境界線内でそれぞれの援助実施機関がそれぞれの援助実施システムで活動を収束できる連携方法」は実現可能性が高く、相互の比較優位を生かした活動が実施できるため、今後も継続されていくことが望ましいと言える。特に、米国と日本というトップ・ドナーがこのような連携を実施することは、効果的・効率的な援助実施として大変意義が深いといえる。

教訓 8

他国援助機関との連携は、「支援対象」、「支援内容」、「支援地域」などを住み分けることにより実施すると、より実現や容易で、効果的・効率的な援助実施が可能となる。

第7章 フィリピン感染症対策分野 保健分野協力への提言

第7章 フィリピン感染症対策分野保健分野協力への提言

本評価調査では、日本によるフィリピン感染症対策案件群を、疾病別のまとまったプログラムとして捉えて、試験的な「プロセス評価」、「プログラム評価」、「実績評価」を実施した。このような評価調査の結果、以下のとおりの事柄が提言として導き出された。

7-1 フィリピン感染症対策分野への協力方針に係る提言

すでに述べてきたとおり、フィリピン感染症対策分野における日本の貢献は、フィリピン側関係者・他援助機関関係者の間でも高く評価されている。今後は、以下提言にあるような事柄に留意して協力を継続していくことで、より効果的・効率的な援助の実現が可能となると思料する。

提言1 フィリピン国別援助計画と感染症分野協力計画の整合性

日本による感染症分野協力は、日本によるフィリピン国別援助計画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。フィリピン国別援助計画枠組みにおける日本の保健分野協力の最終目的が「格差の是正」であるならば、全ての感染症案件はこれを最上位目標として、案件の選定、活動内容の選定、対象地域、対象グループの選定を実施するべきである。また、「格差の是正」に基づく案件選定・立案の際には、「保健」に関する地域間格差・階層間格差がどのような状況にあるのかを把握するための、的確なデータ収集とその分析を実施する必要がある。その際、JICA フィリピン事務所におけるローカル・スタッフを効果的に活用することも一つの方法と言える。JICA フィリピン事務所において保健分野でのデータ収集・分析・対策能力を高めるために元保健省関係者を雇用したり、地域対策能力を高めるために、元地方政府関係者を雇用したりする等の人的還流も、日本による援助効果の促進につながる。

提言2 地方分権化を見据えた援助の促進

地方分権化が実施されたフィリピンにおいて、保健セクターは他のセクターと比較しても地方権限委譲が進んでいるセクターであると言われている。地方権限委譲そのものが保健セクターに及ぼしている影響についての評価は未だ賛否両論あるが、援助実施側としては、地方権限委譲の事実を正面から認めた上での、現実的で柔軟な対応が必要とされている。具体的には、案件計画実施の焦点の比重をこれまでの保健省本省中心から地域保健局に移し、JICA 在外事務所において日頃から保健省地域保健局や地方政府保健局の現状を的確に把握できるようなシステムを構築するとともに、地方保健局や地方政府のオーナーシップを高めるようなアドボカシー活動を含めた戦略を検討していく必要がある。この点において、地方に比重をおいての具体的な戦略をすでに確立している他の援助機関（USAID、AusAID、CIDA 等）の経験は参考にできる。

提言 3 民間セクターに対する支援

NGO や商業セクターなどの民間セクターが、フィリピン感染症対策分野に及ぼす影響は大きい。しかしながら、日本による感染症対策分野協力において、民間セクターに対する戦略は未だ確立されていないため、支援も散発的で持続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、より長期的視野にたった戦略が必要とされる。その戦略において、民間セクターに対する支援で比較優位に立つ他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「援助協調」の選択肢も成り立つ。いずれにせよ、日本による今後の民間セクター支援については深い議論が必要とされており、その際 USAID や WHO 等の援助機関により進められている官民連携（Public-Private Mix）・民間支援などの経験は参考となろう。

提言 4 JICA 内部におけるセクター専門家の育成

JICA は、優秀なジェネラリストを育成するための人事システムには強いが、優秀なセクターの専門家を育成する人事システムには弱いと指摘されている。これは感染症対策分野においても同様で、JICA 職員が、日本人専門家、相手国専門家、及び他援助機関専門家と同じ土俵に立って、感染症対策分野協力に関する専門的議論ができないことが問題として認識されている。JICA の中には、専門分野の高等学位を持った優秀な職員が存在していることは知られており、これら職員がセクター専門家として育成されるような人事システムを構築していくことを、今後真剣に検討すべきである。

提言 5 感染症対策分野機材・施設の供与

日本による感染症対策分野の機材・施設供与は、フィリピン側及び他援助機関の中でも高く評価され、将来的にも期待されている。しかしながら、これら機材・施設の選定がフィリピンの実情を十分反映していないケースがあることも同時に指摘されている。供与機材や施設が十分に使われるには、フィリピンの感染症対策分野技術・経済レベルに適合していることが基本であり、その基準から外れない供与機材や施設選定をするためにも、基本的な「適正機材選定のための指針」等を作成する必要がある。また、日本が供与した機材や施設のメンテナンス費用が、フィリピン側の大きな負担となることを回避し、供与した機材・施設がある程度の長期間に渡って適切に使用されるために、ある期間中のメンテナンス経費も機材・施設とセットになって日本により供与されることがフィリピン側や他援助機関から強く望まれている。

提言 6 日本による援助経験情報の蓄積・共有システム

日本によるフィリピン感染症対策分野の経験から学ぶべきことは非常に多いが、このような経験がシステマティックに蓄積・共有されるシステムが JICA 内で十分機能していない。このために貴重な情報が次の案件に効果的に反映されず、情報は案件関係者の中で個人ベースの記憶の中に

存在しているだけということが多いことが指摘されている。この問題について JICA 内のみで解決することにこだわらず、外部機関が援助経験情報の蓄積をするという代替案が検討されても良いのではないかと思料する。その好例として、フィリピン結核分野のプロジェクトを長年に渡って実施してきている結核研究所が、JICA プロジェクトに関わった経験を効率的に蓄積し、次回案件に活用しているという事実から学ぶところは多い。将来的には案件実施を外部委託することにより、その外部委託機関が案件実施経験を蓄積し、さらにそれら外部機関のウェブ・ページなどを通して蓄積された経験・情報を公共の場で共有してもらおうというシステムを構築することで、感染症対策分野援助経験情報の蓄積・共有を図り、ひいては日本による当該分野協力の質の向上を図るという方法も一考である。

提言 7 案件（プロジェクト）の外部委託化

本評価調査で対象となった案件のうち、外部委託にかなり近い形で実施された結核案件は、結核研究所という 1 つの組織により計画・実施がなされたことで、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より理想的な状況にあることが明らかになっている。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、外部機関間での案件受注による健全な競争原理が働くことで、日本による感染症分野協力の質の向上を図ることができるのではないかと思料する。

提言 8 感染症予防教育分野における評価手法・指標の確立

日本による感染症対策の予防教育分野において、その成果の評価手法や指標といったものが未だ十分確立されておらず、評価の際に成果が達成されたのかどうか測りにくいという問題が明らかになっている。国内外の同様案件などを参考に、感染症予防教育分野の評価手法について JICA 内部で議論がなされる必要がある。

提言 9 モデル型案件と普及型案件の差別化

本評価調査で対象となった案件のうち、初期の結核案件はより効果的な結核対策を検討するための「モデル型」であり、後期の結核案件は構築されたモデル（DOTS 方法）を他の地域へ広めるための「普及型」案件であったと認識されている。また、マラリア案件群は、全体として、殺虫剤含浸蚊帳配布とコミュニティ参加によるマラリア対策のあり方をオペレーショナル・リサーチ的に検討した「モデル型」案件であったと認識されている。このように、日本による援助案件には大別して「モデル型」と「普及型」の二つが存在する。また、プロ技のような長期間にわたる案件では、同一案件内で、開始当初は「モデル型」で、その後「普及型」へと移行していくものもある。しかしながら、この二つのアプローチは、JICA 職員や日本人専門家を含めた案件関係

者の中ではっきりと区別して認識されていなかったり、関連文書の中で明らかな形で説明されていることが少なかったりするために、案件に関わる日本人専門家の TOR の不明確さや、案件の計画・評価の切り口の不明確さにつながっていると指摘されている。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、或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、関係者間でのある程度はっきりしたコンセンサスを確立しておく必要がある。

7-2 プログラム・アプローチとその計画・実施・評価手法に関する提言

近年の途上国開発援助分野において、多くの援助実施機関では、より効果的・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・アプローチからより包括的なプログラム・アプローチへと転換することを検討し始めている。日本による開発援助分野においても、個別スキームに基づく援助ではなく、長期的な戦略フレームに基づく援助が求められている。今後日本がプログラム・アプローチを進めるにあたり、本評価調査を通して導き出された以下提言に留意して具体化していくことが望まれる。

提言 10 プログラム・アプローチの計画

プログラム・アプローチの計画にあたり、例えば感染症プログラムの計画を白紙の状態から作りあげることは、実施されていたり、また、実施されている現状から遊離したりすることになり、多くの時間とエネルギーを使うにもかかわらず効率的でなく現実的な対応ではない。一方、本評価調査で試みたように現在実施中及び過去 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・目標・成果・投入を、PLM1、PLM2（第 3 章参照）という枠組みの中で整理してみることは、プログラム・アプローチを開始する方法として現実的でありかつ効率的である。このような上位目標・目標・成果・投入を整理する作業を通じて、案件群全体の構成や流れが理解でき、その構成や流れのままで今後も進むのか、あるいは方向転換・調整が必要なのか、全体の中で欠けている投入は何か、他機関との援助協調により補うべき投入があるか、あるいは不必要な投入は何か等といった長期的視野にたった判断が可能となる。これはすなわちプログラム・アプローチの第一歩である。この際、「同じ分野」をどのようなくくりにするかについては、それぞれの被援助国において異なる。例えば、本評価調査で対象としたフィリピン感染症対策分野の場合は、結核・エイズ・マラリアの 3 つの疾患について、過去 10 年間に実施された案件数が相当数に上ったため、疾患ごとのくくりで案件を整理して、PLM1、2 を作成した。しかし、国によって感染症の疾患ごとでくくれるほど案件数がない場合には、より大きく「感染症」というくくりで PLM1、PLM2 を作成することも可能であるし、あるいは感染症全体の案件数も非常に少ない場合には、さらに大きい「保健分野」というくくりで PLM1、PLM2 を作成することも可能である。いずれにせよ、それぞれの国の援助実績に基づいてプログラムが整理されることが望ましい。

提言 11 プログラム・アプローチの実施運営

上記提言 10 の作業を通じて計画されたプログラムを実施していくためには、JICA 内部でプログラムを責任持って管理・運営する「プログラム・オフィサー」的機能を明確にすることが不可欠である。これは JICA 地域部や JICA 在外事務所の職員が中心となって果たすべき責任であると言える。この場合、JICA 地域部や JICA 在外事務所において、プログラム・オフィサーをつとめられるような資質を持ったセクター専門家の存在が不可欠となる。本章の提言 4 で既に述べたように、現在の JICA 人事システムは、ジェネラリストを育成することに重点が置かれて、セクター専門家を育成する機能が弱い。プログラム・アプローチ実施のためには、セクター専門家として保健プログラムを管理運営できる資質が育成されるような人事システムを構築していく必要がある。

提言 12 プログラム・アプローチ実施運営における責任の明確化

プログラム・アプローチ実施運営において、プログラム枠組み中のどのレベルの責任を誰が担うのかははっきりさせることは、絶対必要条件である。現時点での日本による案件では、これら各レベルでの責任の所在がはっきりせず、内部・外部双方の関係者中で混乱をきたしていることが指摘されている。今後は表 7-1 のように責任分担が明確化されて、「それぞれの責任者がそれぞれのレベルの目標を達成することに責任を負い、目標達成のための手段については、それぞれのレベルの責任者の裁量に任せる」というシステムに移行していくことが望まれている。このようなシステムにより、各レベル責任者はより明確な目的と動機をもって業務を遂行できると思料できる。

表 7-1 プログラム枠組みと各レベルの責任者

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

提言 13 プログラム・アプローチにおける評価

本評価調査で試みたプログラム評価の試みは、日本の途上国開発分野においてはまだ実績が少なく、よって評価手法や枠組みも未だ確立途上にあり、今後さらに議論が深められていく必要がある。その際、本評価調査で試験的に採用された以下いくつかの評価手法（表 7-2）により導きだされた評価の成果と今後の課題は、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。

表 7-2 本評価調査で試みたプログラム・アプローチにおける評価による成果と課題

評価分類	評価手法	評価による成果と今後の課題	
プロセス評価 (4章)	案件の各プロセスにおける関係者の認識の評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 (5章)	検討群対コントロール群でのインパクト評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 案件群全体（プログラム）を、検討群とコントロール群でインパクト評価したことにより、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	<ul style="list-style-type: none"> 評価対象案件群において、他援助機関との援助協調が実施されていた場合、他援助機関による投入・成果もインパクト評価マトリックスの中に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、日本及びUSAIDによる感染症分野投入体系比較評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 日本や USAID による投入と、フィリピン国による感染症対策分野（公的セクター）投入との関係を把握することができた。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> 日本による投入が、フィリピン国のどの政策レベル（国、地域、地方自治体など）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となる。 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 (6章)	案件の目標/成果達成度・投入評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 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づいていたのか、あるいは関連づいていなかったのか明らかになった。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> 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（国、地域、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・検討しなおす必要がある。 案件の上位目標達成度と国別戦略課題達成度の因果関係が検証できるとより望ましい。
	案件の開発文脈における動向評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 日本による感染症案件群を、フィリピン保健省による動きや他援助機関による動きの中で相対的に捉えることで、日本の案件がフィリピン感染症対策分全体でどういう意味を持っていたのか明らかになった。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> フィリピン感染症対策分野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。

(出所) 調査団作成

7-3 今後のドナー連携に関する提言

本評価調査により、ドナー連携、特に USAID との連携による案件実施は、インパクトとして発現することが認められた。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・ドナーが、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。本評価調査から導きだされた以下提言を参考として、今後も効果・効率的なドナー連携が進められていくことが望まれる。

提言 14 効果的なドナー連携のありかた

ドナー連携は、援助システムが全く異なった 2 国あるいはそれ以上の機関が協力して実施するものである。よって、実施には 2 国間での煩雑な手続きや調整が伴い、これらをドナー連携の負

の側面と捉えて協調を否定的に見る意見も少なからずある。しかしながら、少なくとも本評価調査で検証したドナー連携に関しては目に見える効果をあげており、フィリピン側や他国援助機関関係者間でも肯定的に捉える意見が主流であった。そして、このように「成功」しているドナー連携のケースを見ると、2国の組織が全く同じ土俵で協力するという形式でなく、2国の組織が「援助対象の住み分け」、「援助内容の住み分け」、「援助地域住み分け」などの、比較優位を利用して「分業的」に協力することにより、「相手国ドナー機関の援助システムと直接衝突することなく、分業境界線内で自分達のシステムだけで収束できる」場合に、ドナー連携が成功している印象を受けた。具体的には、フィリピン結核分野における「援助地域の住み分け」、エイズ分野における「援助対象の住み分け(日本は主として公的セクター、USAIDは主として民間セクター)」、「援助内容の住み分け(日本は機材・設備供与、USAIDは機材・設備を使ったサーベイランス、及び予防教育)」などが挙げられる。このような比較優位を利用した分業的ドナー連携は、今後も継続されていくことが望ましい。その際、「ドナー連携をするためにドナー連携をする」のではなく、長期的なプログラム・アプローチの視野にたったの、最終目的達成のための1つの投入として、ドナー連携は検討されるべきである。

提言 15 ドナー連携における JICA 在外事務所の機能

ドナー連携は、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ため、JICA 在外事務所が果たす役割と責任は大きい。しかしながら、現時点では、JICA 在外事務所に委譲されている権限があまり大きくないため、現地裁量で決定できることが少なく、これが効率的なドナー連携の阻害要因となり、関係者間での「手続きや調整が煩雑」という負の印象を強くしている。今後も日本がドナー連携を進めていくのであれば、JICA 現地事務所により大きな権限を委譲していくことは必須条件であるといえる。また、相手国機関と連携に関する議論をするために、JICA 在外事務所にセクター専門家を配置することも必須条件である。このためには、すでに述べた JICA 職員内でのセクター専門家育成や、現地ローカル・スタッフとしてセクター専門家を採用することなどが積極的に検討される必要がある。

添付資料集

添付資料1. 現地調査日程表

添付資料2. 参考資料リスト

添付資料3. 結核・マラリア案件群プログラム・アプローチ・ロジック・モデル

添付資料4. プロセス評価調査資料

添付資料5. プログラム(インパクト)評価調査資料

添付資料6. 政府・国際・NGO 等関係諸機関面談者リスト

添付資料 1

現地調査日程表

調査日程

2002年				
月日	曜	時刻	地名	行程
01/28	月	9:45	NRT	成田発 (和田団員のみ)
		13:25	MNL	Manila着 NAIA1
		16:00	Makati	JICA事務所/現地コンサルタント打合せ
		17:00		JICA事務所次長面接調査
01/29	火	am	Makati	
		14:00	Manila	専門家面接調査
		16:00		保健省(DOH)国際医療協力局(BIHC)
01/30	水	10:00	Quezon	フィリピン結核協会(PTSI)
				現地コンサルタント打合せ
01/31	木		Quezon	Management Service for Health (MSH)
02/01	金			資料収集
02/02	土			資料整理
02/03	日			資料整理
02/04	月	9:45	NRT	成田発 (コンサルタント団員を除く)
		13:25	MNL	Manila着 NAIA1
		16:30	Makati	JICA事務所・団内打合せ
02/05	火	9:00	Pasig	NEDA協議
		11:00		USAID Philippine Mission協議
		15:30	Manila	DOH本省BIHC協議
		18:00	Manila	大使館協議
02/06	水	9:00	Manila	プロ技「エイズ対策」
		10:00		開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」
		15:30		WPRO協議
02/07	木	9:00	Quezon	DOH Regional Office IV協議
		14:00	Manilla	結核対策プロジェクト
		9:45	NRT	成田発 (中澤団員のみ)
		13:25	MNL	Manila着 NAIA1
		14:45	MNL	Manila発 NAIA1 (三好団長のみ) 11:00 DOH IV発
		19:45	NRT	成田着 帰国
02/08	金	9:00	Alabang	第三国研修「熱帯医学」
				第三国研修「HIV感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」
				現地国内研修「エイズ等診断及び管理」
		13:00		開発福祉支援「貧困層結核患者救済事業」
	15:00		Quezon Institute	
02/09	土	終日		JOCV「看護師」活動訪問
02/10	日	9:30	MNL	Manila発 NAIA2
		10:45	CEB	Cebu着
02/11	月		Cebu	プロ技/開発福祉支援 (Cebu州サイト)
		9:30		Cebu City Health Center
		10:00		Cebu City QC Center
		10:30		RHUs
		13:00		Regional Health Director, DOH CHD VII
		13:30		Cebu TB Coordinator
		14:00		Cebu Reference Laboratory
02/12	火	9:30	Cebu	Cebu市公衆衛生診療所(SHC: Social Hygiene Clinic)
		12:00		Cebu医師会検査室(Cebu Medical Society)
		14:30		Cebu TB Pavillion PTS
		18:00		USAID協議
		19:00		USAID案件視察 (HIV-AIDS 血液採取、NGOの教育活動)
		11:00		MNL
		12:45	DVO	Davao着

02/13	水	9:00	CEB	Cebu発
		9:55	DVO	Davao着
		13:00	Davao	Infectious Disease Survey and Control Project協議
		15:30		マラリアセンター（無償機材）
				専門家面接調査
		19:15	DVO	Davao発（喜多団員のみ）
20:55	MNL	Manila着 NAIA2		
02/14	木	10:30	MNL	Manila発（喜多団員のみ）
			FUK	福岡着
			Davao	住血吸虫流行地（参考視察）
		14:00		ダバオメディカルセンター（参考視察）
		19:15	DVO	Davao発
		20:55	MNL	Manila着 NAIA2
02/15	金	8:20	MNL	Manila着 NAIA2
		9:35	PPS	Puerto Princessa着
		11:00	PPS	DOH CHD IV Extension Office
		14:00		マラリア対策サイト
02/16	土		PPS	流行地訪問（喜多団員を除く）
02/17	日		-	移動150km/5時間
02/18	月		Quezon	マラリア対策サイト（住民インタビュー・小学校）
				マラリア対策サイト（RHU聞き取り）
			-	移動150km/5時間
			PPS	夜間蚊張使用状況観察
02/19	火	10:50	PPS	Puerto Princessa発
		12:05	MNL	Manila着 NAIA2
		14:45	MNL	Manila発 NAIA1（中澤団員のみ）
		19:45	NRT	成田着 帰国
		15:00	Pasig	PMS-NEDA報告
		18:00		JICA事務所報告
02/20	水		Sta Rosa	プロ技「結核対策プロジェクト」（Laguan州サイト）
				RHU Cabuyao
				RHU Sta Rosa
		15:00	Alabang	開発福祉支援「貧困層結核患者救済事業」 無償資金協力「国立結核研究所設立計画」
02/21	木	9:00	Pasig	専門家インタビュー
		11:00	Pasay	USAID帰国報告
		14:00		開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」
02/22	金	9:00		エイズ協会 PNAC Director
				IPHC-BIHC DOH
				感染症対策官とのインタビュー
		14:45	MNL	Manila発 NAIA1（平田団員のみ）
		19:45	NRT	成田着 帰国
02/23	土			現地コンサルタント打合せ
				マラリア対策官インタビュー
02/24	日			資料分析・整理
02/25	月			追加調査
02/26	火	11:00		大使館報告
				前保健相 Dr. Quasi Romualdezとのインタビュー
02/27	水	9:00		AUSAIDインタビュー
		14:00	Makati	CIDAインタビュー
		9:30		Jun Gordornesとのインタビュー
02/28	木	13:30		JICAローカルスタッフとのインタビュー
		14:30		感染症対策官とのインタビュー
03/01	金	9:00		JICA事務所長報告
				ローカルコンサルタントとの打ち合わせ
		14:45	MNL	Manila発 NAIA1（和田団員のみ）
		19:45	NRT	成田着 帰国

添付資料 2

参考資料リスト

資料リスト

番号	資料の名称	形態	種類	発行機関
1	最終報告書（フィリピン結核対策プロジェクト長期専門家）	資料	収集資料	大角 晃弘
2	保健医療分野における援助政策立案のための基礎調査	図書	収集資料	国際開発センター
3	フィリピンにおける JICA エイズ対策プロジェクト：フィリピン保健省国家エイズ・STD 対策プログラム	図書	収集資料	国際協力事業団
4	結核対策分野における日本の国際協力実績	図書	収集資料	国際協力事業団
5	先進各国援助機関、国際機関の人口・エイズ対策協力の現状に関する調査研究報告書	図書	収集資料	国際協力事業団 国際協力総合研究所
6	フィリピンの地方自治「バランガイ」	URL	収集資料	自治体国際化協会 http://www.clair.nippon-net.ne.jp/HTML_J/FORUM/JIMUSYO/125SING/INDEX.HTM
7	フィリピン結核対策プロジェクト	資料	収集資料	プロ技「結核対策」
8	フィリピン共和国における HIV/AIDS 流行の疫学	資料	収集資料	三宅 邦明（在フィリピン日本大使館）
9	Cebu Center for Infectious Diseases	資料	収集資料	Alesna, Evelyn T.
10	Governance and HIV: Government-Civil Society Interface: An Aspect of Governance Critical to an Effective Response A Case Study from the Philippines (Abridged Version)	資料	収集資料	Ateneo Center for Social Policy and Public Affairs
11	Country Program Strategy The Philippines 1998/99-2002/03	資料	収集資料	AusAID
12	Country Development Policy Framework Update for the Philippines	資料	収集資料	CIDA
13	Indicators for Reproductive Health Program Evaluation: Final Report of the Subcommittee on STD/HIV	資料	収集資料	Carolina Population Center
14	Annual Report 2000: Quality Health Care	資料	収集資料	Center for Health Development 4

15	TB Control In Region 4	資料	收集資料	Center for Health Development Southern Tagalog
16	"The National Tuberculosis Program: A Case Study Program Administration", <i>Philippine Journal of Public Administration</i> , 35(2), 1991	資料	收集資料	Cordero, Rosa R.
17	"Tuberculosis controls In Philippines have failed so far (Abstract)", <i>British Medical Journal</i> , 1998	資料	收集資料	Easton, Adam
18	Palawan at the Crossroads: Development and the Environment on a Philippine Frontier	圖書	收集資料	Eder, James F. and Fernandez, Janet O. (Eds.)
19	"Four in 10 live on 38 pesos a day", The Foreign Post, Vol.10 No.468	新聞	收集資料	Foreign Post, Inc.
20	Country Report on HIV/AIDS In the Philippines	資料	收集資料	Gender, Sexuality and Reproductive Health Databank
21	Climate Map of the Philippines	地圖	收集資料	HEAR Enterprise Company
22	Republic of Philippines Historical map	地圖	收集資料	HEAR Enterprise Company
23	A Matter of Time: HIV/AIDS and Development In the Philippines	資料	收集資料	Health Action Information, National Economic and Development Authority and UNDP
24	Economic map of the Philippines	地圖	收集資料	Hayden U. Azul
25	Public service reforms and their Impact on health sector personnel In the Philippines	資料	收集資料	International Labour Office and World Health Organization
26	Report on Basic Survey and Recommendation for the Educational Package Development	資料	收集資料	JICA
27	Filipino Social Organization: Traditional Kinship and Family Organization	圖書	收集資料	Jocano, F. Landa
28	Moving from Projects to Programmatic Aid	圖書	收集資料	Jones, Stephen et al.
29	PMRAT Annual Report October1, 2000-September 30, 2001	資料	收集資料	Management Sciences for Health
30	An Integrated Medium Term HIV/AIDS Communication and Advocacy Plan for the Philippines (2000-2004)	資料	收集資料	Members of the Information, Education, Communication and Advocacy Committee
31	Ongoing Foreign Assisted Health Sector Projects	資料	收集資料	NEDA
32	Political Map of the Philippines	地圖	收集資料	National Book Store

33	Field Health Service Information System: Annual Report 2000	資料	收集資料	National Epidemiology Center, Department of Health
34	Poverty Incidence, Poverty Thresholds, Subsistence Incidence and Subsistence Thresholds 1997 and 2000	資料	收集資料	National Statistical Coordination Board
35	1998 Annual Poverty Indicators Survey (Final Report)	資料	收集資料	National Statistics Office, Republic of the Philippines
36	1999 Annual Poverty Indicators Survey: Ranking of Provinces for Selected Poverty Indicators	資料	收集資料	National Statistics Office, Republic of the Philippines
37	Results Framework Workshop: Background Documents	資料	收集資料	Office of Population, Health and Nutrition (OPHN) (USAID)
38	Malaria Control and Prevention	資料	收集資料	Ortega, Leonard
39	State-of-the-Art: Malaria Research In the Philippines	資料	收集資料	Philippine Council for Health Research and Development
	DOTS AREA	資料	收集資料	Philippine Department of Health
40	Infectious Disease Surveillance and Control Project	資料	收集資料	Philippine Department of Health
41	Manual of Procedures For the National Tuberculosis Control program, 2001	圖書	收集資料	Philippine Department of Health
42	Responding to Questions on Devolution of Health Services: Annexes to Guidebooks	資料	收集資料	Philippine Department of Health
43	Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 1: Health and Development	資料	收集資料	Philippine Department of Health
44	Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 2: Health Planning	資料	收集資料	Philippine Department of Health
45	Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 3: Health Services Management	資料	收集資料	Philippine Department of Health
46	Responding to Questions on Devolution of Health Services: Part 4: The Local Health Boards	資料	收集資料	Philippine Department of Health
47	Results of Monitoring and Evaluation of Social Hygiene Clinics: Clinical Management and Laboratory Components	資料	收集資料	Philippine Department of Health
48	Strengthening Capacity to Identify and Reduce the Threat of Leading	資料	收集資料	Philippine Department of Health

	Infectious Diseases				
49	The 2000-2004 Medium Term-Plan for Accelerating the Philippine Response to HIV/AIDS	資料	収集資料	Philippine Department of Health	
50	Republic Act 8504 The Philippine AIDS Prevention and Control Act of 1998: Implementing Rules and Regulations	資料	収集資料	Philippine National AIDS Council	
51	PTS HISTORY	資料	収集資料	Philippine Tuberculosis Society Inc.	
52	STOP TB	パンフレット	収集資料	Philippine Tuberculosis Society Inc. and JICA	
53	Political Map of the Philippines 2001 Edition	地図	収集資料	Prostyle Grafix	
54	Malaria Control Program Japanese Grant Aid for Child Health End of Project Report 1999-2000	資料	収集資料	Province of Palawan	
55	Administrative Order No.10s. 2001 "Guidelines In the Preparation of Work and Financial Plan (WFP) For CY2001"	資料	収集資料	Republic of the Philippines	
56	Republic Act No.7883 "Barangay Health Workers' Benefit and Incentive Act of 1995"	資料	収集資料	Republic of the Philippines http://www.doh.gov.ph/ra7883.htm	
57	Accomplishment Report 2001	資料	収集資料	STD/AIDS Cooperative Central Laboratory	
58	Biosafety Manual	資料	収集資料	STD/AIDS Cooperative Central Laboratory and JICA	
59	HIV Antibody testing Proficiency and other Blood Borne STIs: Training Manual	資料	収集資料	STD/AIDS Cooperative Central Laboratory and JICA	
60	Criteria for Socio-Economic Classification of Households	資料	収集資料	Social Weather Stations Inc.	
61	National Capital Region	地図	収集資料	Strax Enterprises	
62	Republic of the Philippines	地図	収集資料	Strax Enterprises	
63	Republic of the Philippines Economic Map	地図	収集資料	Strax Enterprises	
64	An operations research study of the Impact of decentralization on health care financing In Northern Mindanao, Philippines	資料	収集資料	Suminguit, Vel J. http://www.insp.mx/ichsri/narra/s9.html	
65	Support for HIV/AIDS and STD Actions In the Philippines: Mid-term Review	資料	収集資料	Tempongko, Ma. Sandra B. and Porio, Emma	

66	Research Methods Knowledge Base	URL	收集資料	Trochim, William M. http://trochim.human.cornel.edu/kb/
67	AIDS Surveillance and Education Project: Final Evaluation	資料	收集資料	USAID
68	Special Objective 1 The Threat of HIV/AIDS and Selected Infectious Diseases Reduced	資料	收集資料	USAID
69	"Tuberculosis ravages Philippine slums (Abstract)", <i>British Medical Journal</i> , 1999	資料	收集資料	Wallerstein, Claire
70	Evaluation Forum on International Cooperation	資料	收集資料	World Bank
71	Consensus Report on STI, HIV and AIDS Epidemiology: Philippines 2000	圖書	收集資料	World Health Organization
72	Guidelines for Conducting a Review of a National Tuberculosis Programme	資料	收集資料	World Health Organization
73	Regional Strategic Plan to Stop TB In the Western Pacific	資料	收集資料	World Health Organization
74	Tuberculosis Control In the WHO Western Pacific Region: 2000 Report	資料	收集資料	World Health Organization

添付資料 3

結核・マラリア案件群

プログラム・アプローチ・ロジック・モデル

第3章において、エイズ案件群プログラム・アプローチ・ロジック・モデルを作成したものと同様の手法により、結核・マラリア案件群についても同モデルを作成した。

< 結核 PLM 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 (千円)
プロ技「公衆衛生プロジェクト」(1992-1997: マニラ・第4・7地域) 相手国協力機関: 保健省	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。	患者発見と治療に重点を置いて、公衆衛生モデルとしての結核対策が強化される。	1. 結核菌検査技術が向上し、潜在する塗抹陽性患者の65%が発見される。	プロ技公衆		
			2. 結核の治療技術が向上し、治癒率が85%になる。	プロ技公衆	6,258	
			3. 結核対策に関する統計体系が整備される。	プロ技公衆		
			4. サーベランス体制が確立する。	プロ技公衆		
			5. 住民に対する情報教育活動が強化される。	プロ技公衆	2,296	
			5. 住民に対する情報教育活動が強化される。	プロ技公衆	392	
G			5. 住民に対する情報教育活動が強化される。	プロ技公衆	501	
			6. 適切な計画実施の方式が定式化される。	プロ技公衆		
			(機材関連)	プロ技公衆	29,815	
			(研修)	プロ技公衆	226	
			(技術向上)	プロ技公衆	268	
			(技術向上)	プロ技公衆	505	
			(経常費)	プロ技公衆	5,237	
			全般	プロ技公衆	3名(10人年)	
			全般	プロ技公衆	34名(18.4人月)	
			全般	プロ技公衆	13名(63人月)	
H	プロ技「結核対策」(1997-2002: マニラ・第4・7地域) 相手国協力機関: 保健省	結核対策計画の拡大についてのマネジメントが向上する。	1. セブ州での結核対策新指針政策・戦略が実施され、第7州へ拡大される。	プロ技結核		
			2. 第4地域ラグナ州において、結核対策新指針のデモンストラーション地域が確立される。	プロ技結核		
			3. 結核対策新指針政策・戦略の実施が他州へ拡大される。	プロ技結核		
			4. 国立結核リファレンスラボトリーの機能が確立される。	プロ技結核		
			(機材関連)	プロ技結核	19,206	
			(経常費)	プロ技結核	7,024	
			(研修・指導・モニタリング等)	プロ技結核	3,587	
			(研修)	プロ技結核	10,239	
			(研修・指導・モニタリング等)	プロ技結核	4,328	
			(技術向上)	プロ技結核	834	
			全般	プロ技結核	4名(9人年)	
			全般	プロ技結核	9名(7.5人月)	
			全般	プロ技結核	6名(21.5人月)	
			I	開発福祉支援「貧困層結核患者救済」(1999-2002: 全国) 相手国協力機関: フリビ ン結核協会	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、地域住民の健康様態を改善する。	1. DOTS(Directly Observed Therapy Using Short-Course Regimen)により結核治療率が向上する。
2. 公的医療機関との間にリアラルシステムが確立される。	開福結核					
3. 診療記録及び報告システムが確立される。	開福結核					
(機材)	開福結核	175				
(IEC 教材政策)	開福結核	500				
(研修・指導・モニタリング等)	開福結核	24,597				
J	現地国内研修「国家結核対策プログラム」(1999-2003) 相手国協力機関: 保健省	データなし	研修参加者が国家結核対策プログラムについての知識技術を理解・習得する。	現国結核	10,000	

<マラリア PLM 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)
K	単発専門家「マラリア対策」(1997-1998:パラワン州)相手国協力機関:保健省	パラワン州におけるマラリア対策能力が向上する。	パラワン州におけるマラリア対策能力が向上する。	1. マラリア診断技術(マラリア)の検査方法・疫学情報の解析)が向上する。 2. マラリア疫学情報の解析能力が向上する。 全般	単発専門家マラリア 単発専門家マラリア 単発専門家マラリア		
L	無償資金協力「マラリア対策計画(子供の健康無償)」(1998:全国・パラワン州・スール州・タウイタウイ州)相手国協力機関:保健省	汚染地域住民(特に小児)のマラリア罹患率を年間20%減少させる。	汚染地域住民(特に小児)のマラリア罹患率を年間20%減少させる。	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。 2. 保健医療器材の充実により、村落レベルにおいて、マラリアの迅速な診断と適正な治療を促進する。 3. 情報関連機器とサーバーインフラシステムの充実により、マラリア流行度と対策を適切に評価する。 4. 輸送器材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。 全般	無償資金マラリア 無償資金マラリア 無償資金マラリア 無償資金マラリア	1名(1人年)	
M	個別専門家「マラリア対策」(1999-2002:パラワン州、スール州、タウイタウイ州)相手国協力機関:保健省	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される 2. 殺虫剤含浸蚊帳を配布する。 3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。 3. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。 4. マラリア流行度と対策を適切に評価するためのサーバーインフラシステムが充実する。 5. 輸送器材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。 全般	個別専門家マラリア 個別専門家マラリア 個別専門家マラリア 個別専門家マラリア 個別専門家マラリア	1名(2人年)	
N	青年海外協力隊「村落開発普及員」(1999-2001:パラワン州)相手国協力機関:保健省	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する。	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。 全般	協力隊マラリア 協力隊マラリア 協力隊マラリア	1名(6人月)	
O	草の根無償「タウイタウイ州保健局の診療船へのエンジン供与」(1999)相手国協力機関:タウイタウイ州(保健局)	遠隔島嶼地域住民のマラリア罹患率が減少する	遠隔島嶼地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 遠隔地に対する定期的保健サービス(マラリア対策を含む)が可能になる。 全般	草根無償マラリアI	1,509	
P	草の根無償(NGOと自治体連携によるマラリア対策」(2000:パラワン州)相手国協力機関:エル・ニド財団	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。 2. マラリア対策のためのパラワン州保健所施設が充実する。 3. 村落レベルワーカーによるマラリア迅速診断技術が向上する。 4. 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する	草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII	749 757 1,963 451	
Q	無償器材供与「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」(2001:ミダナオ・ダバオ市)相手国協力機関:第11地域保健局	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 子供の健康無償によるマラリア対策のモニタリングの強化 2. ミダナオ地域の巡回検診、モニタリングの実施による効果的マラリア対策の実施 3. 紛争の影響によるマラリアの疫学的流行の発見と阻止 4. マラリア疫学性流行の早期警戒システム構築による流行予防 全般	無償器材供与マラリア 無償器材供与マラリア 無償器材供与マラリア 無償器材供与マラリア		
R	草の根モニタリング「パラワン・エル・ニド財団」(2001:パラワン州)相手国協力機関:NGOエル・ニド財団	住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す。	住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す。	子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかになる	草根モニタマラリアI	2,820	
S	草の根モニタリング「パラワン州立大学」(2001:パラワン州)相手国協力機関:パラワン州立大学	住民のニーズに適合した効果的な住民参加型のマラリア対策のための提言・教訓を導き出す。	住民の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかになる	子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識の向上・地域内での組織づくりの現状が明らかになる	草根モニタマラリアII	643	
T	短期専門家「マラリア対策」(2002:ミダナオ・ダバオ市)相手国協力機関:保健省	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	汚染地域住民のマラリア罹患率が減少する	1. 「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」の機能が確立される 2. 民間セクター保健医療従事者のマラリア疫学流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する 3. 公共セクター保健医療従事者のマラリア疫学流行対策血清疫学的モニタリング能力が向上する 全般	短専マラリア 短専マラリア 短専マラリア 短専マラリア	338	
					短期専門家合計		1名

上位目標	プログラム目標	中期的成果	成果		プロジェクト略称	投入		中期的成果		
			短期的成果	項目						
フリビン国 民の健康状 態が向上す る。 対象地域のマラリア ア死亡率・罹患率 が低下する。 対象地域において公共 センター(政府機関)がカ バーする住民の: ・マラリア予防に関する 態度が改善する ・マラリア患者が治癒す る。 ・マラリア死亡率・罹患率 が減少する。 Outputに振り分けられない投入	対象地域のための基礎(施設・機材・システム・ IEC)が存在する。 ・マラリア予防に関する 態度が改善する ・マラリア患者が治癒す る。 ・マラリア死亡率・罹患率 が減少する。	<組織の機能整備> マラリア対策のための基礎(施設・機材・システム・ IEC)が存在する。 ・マラリア予防に関する 態度が改善する ・マラリア患者が治癒す る。 ・マラリア死亡率・罹患率 が減少する。	1. 殺虫剤含浸蚊帳を配布し、マラリア感染を予防する。 2. 保健医療機材の充実により、村落レベルにおいて、マラリアの迅速な診断と適切な治療を促進する。 3. 情報関連機器とサーベイヤンスシステムの充実により、マラリア流行度と対策を適切に評価する。 4. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。 全般	無償資金マラリア 無償資金マラリア 無償資金マラリア 無償資金マラリア 無償資金マラリア 個別専門マラリア 個別専門マラリア 個別専門マラリア 個別専門マラリア 個別専門マラリア 草根無償マラリアI 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 無償機材供与マラリア 無償機材供与マラリア 無償機材供与マラリア 無償機材供与マラリア 無償機材供与マラリア 短専マラリア 短専マラリア 小計 139,537	蚊帳、殺虫剤等 ヘルスワーカー用キット、坑マラリア剤等 GPL/GISシステム等 車両、モーターサイクル、船外機等 134,000 保健ワーカー教育マニュアル開発 1,509 757 451 1名(6人月) 1981	1. マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される 2. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。 3. マラリア流行度と対策を適切に評価するためのサーベイヤンスシステムが充実する。 4. 輸送機材の充実により、対マラリア保健サービスのカバー範囲を拡大する。 5. 遠隔地に対する定期的保健サービス(マラリア対策を含む)が可能になる。 2. マラリア対策のためのボランティア育成施設が充実する。 4. 州保健局のマラリア流行評価能力が向上する 1. 子供の健康無償によるマラリア対策のモニタリングの強化 2. ミンダナオ地域の巡回検診、モニタリングの実施による効果のマラリア対策の実施 3. 紛争の影響によるマラリアの発症の流行の発見と阻止 4. マラリア突発性流行の早期警戒システム構築による流行予防 全般 「マラリア及び動物媒介性疾病対策センターの機能が確立される」 全般	1. マラリア診断技術(マラリア)の検査方法・疫学情報の解析が向上する。 2. マラリア疫学情報の解析能力が向上する。 全般 2. 村落レベル保健ワーカーの、マラリア予防・診断・治療に関する知識・技術が向上する。 3. 村落レベル保健ワーカーによるマラリア迅速診断技術が向上する。 3. 公共セクター保健医療従事者のマラリア突発流行対策血液清疫学的モニタリング能力が向上する 小計 1,963	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 小計 981 749 小計 749		
			1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 小計 981	協力隊マラリア 協力隊マラリア 草根モニタ・マラリアI 草根モニタ・マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 小計 749	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 小計 981	協力隊マラリア 協力隊マラリア 草根モニタ・マラリアI 草根モニタ・マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 小計 749	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 小計 981	協力隊マラリア 協力隊マラリア 草根モニタ・マラリアI 草根モニタ・マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 小計 749	1. 住民が蚊帳を適切に使用する。 2. 住民のマラリアに関する知識・態度が改善する。 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 子供の健康無償支援によるマラリア対策対象地域住民のマラリア対策に関する意識/が明らかになる 小計 981	協力隊マラリア 協力隊マラリア 草根モニタ・マラリアI 草根モニタ・マラリアII 草根無償マラリアII 草根無償マラリアII 小計 749

添付資料 4

プロセス評価調査資料

- インタビュー調査質問ガイドライン
 - － 日本側プロジェクト関係者用
 - － フィリピン側プロジェクト関係者用
 - － 案件関係者以外の組織用

- e-mail アンケート調査質問票
 - － JICA 関係者用
 - － 日本人専門家用
 - － 国内支援委員会用
 - － フィリピン側案件直接関係者用
 - － フィリピン側案件間接的關係者用

インタビュー調査質問ガイドライン①

日本側プロジェクト関係者用

一般質問

- 1) 名前：
- 2) 所属：
- 3) 現在のポジション：
- 4) 当時のポジション：
- 5) 当時のポジションに就いていた期間：
- 6) 連絡先：
- 7) 実際に担当した案件と、業務内容：

各案件についての質問

- 1) 案件を選定/形成
 - ① この案件は、なぜ実施されることになったか？
 - ② この案件の初期段階で誰が関わって、どのように案件が形成されたか？
 - ③ 案件を形成する際、JICA 及び他のドナーによる案件で参考にしたものはあるか？
 - ④ 案件名として、なぜ標記のようなタイトルがつけられたか知っているか？誰がタイトルを決めたか？英文・日本語タイトルは同じか？
- 2) 案件の計画/立案
 - ① この案件は、何のために行なわれたか？
 - ② この案件が、誰が関わって、どのように立案（目標・成果・指標等）されたか？
 - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとしたか？
 - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議したか？
- 3) 案件の実施
 - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使ったか？どのくらい使ったか？
 - ② どのような活動にプロジェクト専門家や時間をたくさん使ったか？
 - ③ 専門家は通常、どのようにリクルートされたか？専門家リクルートに関して、何か問題はあったか？どう解決したか？
 - ④ フィリピンでは近年、地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられたが、これらは、案件に影響したか？また影響があった際、どのような対策をとったか？
 - ⑤ 他のドナーとの交流がありましたか？
 - ⑥ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがあったか？
 - ⑦ 案件実施中に、どのような指標を追いかけたか（PDM の利用等）？
 - ⑧ 問題が生じたとき誰にコンタクトを取ったか？それはプロジェクトのどのような時期だったか？
 - ⑨ 機材等の投入は、予定どおりに行なわれたか？もし予定よりも遅れてしまった場合は、その原因は何であったか？
- 4) 案件の評価：
 - ① この案件により、どのような良い効果があったか？なぜそう思うか？
 - ② この案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々か？
- 5) その他：
 - ① プロジェクトに携わる中で、何かこうすればもっとよかったのではと思われることはあるか？
 - ② フィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、又は JICA による協力一般についての提言
- 6) フィリピンにおける感染症分野の現状
 - ① 中央・地方行政システム
 - ② プログラムごとの予算配分

インタビュー調査質問ガイドライン②

フィリピン側プロジェクト関係者用（関係者の立場によって、適切な質問項目を適宜選択）

一般質問

- 1) 名前：
- 2) 組織
- 3) 現在のポジション：
- 4) 時のポジション：
- 5) 当時のポジションに就いていた期間：
- 6) 連絡先：
- 7) 実際に担当した案件と、業務内容：

各案件についての質問

- 1) 案件を選定/形成
 - ① この案件は、なぜ実施されることになったか知っているか？
 - ② この案件の初期段階で誰が関わって、どのように案件が形成されたか？
 - ③ 案件を形成する際、JICA 及び他のドナーによる案件で参考にしたものはあるか？
 - ④ 案件名として、なぜ標記のようなタイトルがつけられたか知っているか？誰がタイトルを決めたか？英文・日本語タイトルは同じか？
- 2) 案件の計画/立案
 - ① この案件は、何のために行なわれたか？
 - ② この案件が、誰が関わって、どのように立案（目標・成果・指標等）されたか？
 - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとしたか？
 - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議したか？
- 3) 案件の実施
 - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使ったか？どのくらい使ったか？
 - ② どのような活動にプロジェクト専門家や時間をたくさん使ったか？
 - ③ 専門家リクルートに関して、何か問題はあったか？どう解決したか？
 - ④ フィリピンでは近年、地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられたが、これらは、案件に影響したか？また影響があった際、どのような対策をとったか？
 - ⑤ 他のドナーとの交流があったか？
 - ⑥ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがあったか？
 - ⑦ 案件実施中に、どのような指標を追いかけたか（PDM の利用/JPCM の感想等）？
 - ⑧ 問題が生じたとき、誰にコンタクトを取ったか？それは、プロジェクトのどのような時期だったか？
 - ⑨ 機材等の投入は、予定どおりに行なわれたか？もし予定よりも遅れてしまった場合は、その原因は何であったか？
- 4) 案件の評価：
 - ① この案件により、どのような良い効果があったか？なぜそう思うか？
 - ② この案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々か？
- 5) その他：
 - ① プロジェクトに携わる中で、何かこうすればもっとよかったのではと思われることはあるか？
 - ② フィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、又は JICA による協力一般についての提言
- 6) フィリピンにおける感染症分野の現状
 - ① 中央・地方行政システム
 - ② プログラムごとの予算配分

インタビュー調査質問ガイドライン③

案件関係者以外の組織（他ドナー等：関係者の立場によって、適切な質問項目を適宜選択）

一般質問

- 1) 名前：
- 2) 組織：
- 3) 現在のポジション：
- 4) 連絡先：

各案件についての質問

- 1) フィリピンにおける感染症分野の現状
 - ① 中央・地方行政システム
 - ② 予算配分
- 2) 感染症（保健分野）案件の選定/形成
 - ① 案件の選定/形成はどのようなプロセスで行なわれるか？
 - ② 何を基準/証拠に案件の選定/形成が行なわれるか？
 - ③ 案件の選定/形成はどのようなフレームワークの中で行なわれるか？
- 3) 感染症（保健分野）案件の計画/立案
 - ① どのようなプロセスで、案件立案（目標・成果・指標等）されるか？
 - ② 何を基準/証拠に案件の選定/形成が行なわれるか？
 - ③ ロジカル・フレームワークのようなものを使っているか？
 - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議するか？
- 4) 感染症（保健分野）案件の実施
 - ① フィリピンでは近年、地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられたが、これらは、案件に影響したか？また影響があった際、どのような対策をとったか？
 - ② 案件実施中に、どのようにモニタリングを行なうか（指標を追いかけるか？）
- 5) 感染症（保健分野）案件の評価：
 - ・ 案件の評価はどのようなフレームワークで、だれにより、実施されるか？
- 6) JICAの感染症（保健分野）協力について
 - ・ JICAのスキームについて、どう思うか（専門家派遣・無償協力等）
- 7) フィリピンにおける感染症分野協力全般についての提言

案件関係者 e-mail 調査(JICA 関係者用)

ご解答は、この調査用紙に直接パソコンでご記入いただき、それを e-mail の添付ファイルとしてご返送下さいますようお願いいたします。できましたら、2月末日ごろまでにご返送いただけますと幸いです。
なお、本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送していただけますでしょうか。

今回の調査対象案件リスト

1. エイズ案件

- 1) 個別専門家「エイズ対策」 1995/02-1996/06
- 2) プロ技「エイズ対策」 1996/07-2001/06
- 3) 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」 1996-97
- 4) 第三国研修「熱帯医学」 1987-1996
- 5) 第三国研修「HIV 感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」 1997-2001
- 6) 現地国内研修「エイズ診断及び管理」 1995-1999
- 7) 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 1998/12-1999/03
- 8) 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 1998/12-1999/03

2. 結核案件

- 1) プロ技「公衆衛生」 1992/09-1997/08
- 2) プロ技「結核対策」 1997/09-2002/08
- 3) 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 1999/01-2002/01
- 4) 現地国内研修「国家結核対策プログラム」 1999-2003

3. マラリア案件

- 1) 単発専門家「マラリア対策」 1997/03-1998/03
- 2) 個別専門家「マラリア対策」 1999/04-2002/04
- 3) 無償資金協力「マラリア対策計画（子供の福祉無償）」 1998

質 問

一般質問

- 1) 記入日：
- 2) お名前：
- 3) 現在所属の組織とポジション：
- 4) 当時のポジションと、そのポジションに就いていらっしやった期間：
- 5) ご連絡先（e-mail, 電話等）：
- 6) 前項調査対象案件のうち、実際にご担当された案件を全てお書きください：

各案件についての質問

以下の質問に対して、ご意見をご自由にお書きください。報告書等書かれている一般的なことよりも、あなた様ご自身の主観的なご意見をいただけますと幸いです。もし、ご担当された案件が複数ある場合は、最も深く関わられた案件のみで結構です。あくまで現在覚えていらっしやる範囲のことをお書きいただければ十分ですので、覚えておられない事柄、またはおわかりにならない事柄につきましては、その旨（「覚えていない」「わからない」等）お書きください。ご回答いただくために、わざわざ以前の資料をお調べいただく必要はございません。

- 7) **具体的にどのような業務を担当されたか簡単にご説明ください：**
- 8) 案件を選定するにあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。
 - ① この案件は、なぜ実施されることになったと思われますか？
 - ② この案件の初期段階でどなたが関わって、どのように案件が形成されたかご存知ですか？
 - ③ 案件名として、なぜ標記のようなタイトル（例：「公衆衛生プロジェクト」）がつけられたかご存知ですか？また、どなたがタイトルを決められたかご存知ですか？
- 9) **案件の計画立案にあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
 - ① この案件は、何のために行なわれたと思われますか？
 - ② この案件立案には、どなたが関わって、どのように立案（目標・成果・活動等）されましたか？
 - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとして計画されましたか？
 - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議されましたか？
 - ⑤ 民間組織（NGO 等）に対する活動として何か計画されましたか？その理由は何ですか？
- 10) **案件を実施するにあたって、以下のような点がどのように行なわれたか教えてください。**
 - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使いましたか？どのくらい使いましたか？（おおよそ）
 - ② どのような活動にプロジェクト専門家や活動時間をたくさん使いましたか？
 - ③ 専門家の方々は、どのようにリクルートされましたか？専門家リクルートに関して、何かお困りになったことはありますか？その際、どのように対応されましたか？
 - ④ フィリピンでは地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられましたが、これらは案件に影響しましたか？また影響があった際、どのような対策をとられましたか？
 - ⑤ 案件実施中に、他のドナーとの交流がありましたか？
 - ⑥ 案件実施中に、モニタリングとして、どのような指標をおいかけましたか？
 - ⑦ 案件実施に際し、PDM のようなものが導入されていた場合、現実にはどのような使い方をされましたか？また、カウンターパートの方の、PDM に対する理解/関わりは如何でしたか？
 - ⑧ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがありましたか？
 - ⑨ もし、当初計画の修正・変更が必要となるような問題が生じた時、どなたに連絡を取られましたか？それは、プロジェクトのどのような時期でしたか？
 - ⑩ 資材・機材等の投入は、予定どおりに行なわれましたか？もし予定よりも遅れた場合、その原因は何であったと思われますか？
 - ⑪ 民間組織（NGO 等）に対して、何か活動をされましたか？その理由は何ですか？
- 11) **案件について、以下のような点をどのようにお考えになりますか？**
 - ① 案件を実施して、どのような良い効果があったと思われますか？なぜそうと思われますか？

- ② 案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々ですか？
- ③ 案件の効果は、今後も持続していくと思われますか？ どうしてそのように思われますか？

1 2) その他：

- ① 案件を立案する際に、何かこうしておけばもっとよかったのでは、と思われることはありますか？
- ② 派遣された専門家の方々の、開発分野における適性について、どのように評価されますか？
- ③ 派遣専門家が途上国で活動する際に必要な適性/技術/知識とは、どのようなこと（もの）だと思いますか？
- ④ 今後のフィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、または JICA による協力一般について、何かご意見がありましたらお書き下さい。

本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送して下さい。

ご協力どうもありがとうございました。

案件関係者 e-mail 調査(日本人専門家用)

ご解答は、この調査用紙に直接パソコンでご記入いただき、それを e-mail の添付ファイルとしてご返送下さいますようお願いいたします。できましたら、2月末日ごろまでにご返送いただけますと幸いです。
なお、本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送していただけますでしょうか。

今回の調査対象案件リスト

1. エイズ案件

- 1) 個別専門家「エイズ対策」 1995/02-1996/06
- 2) プロ技「エイズ対策」 1996/07-2001/06
- 3) 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」 1996-97
- 4) 第三国研修「熱帯医学」 1987-1996
- 5) 第三国研修「HIV 感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」 1997-2001
- 6) 現地国内研修「エイズ診断及び管理」 1995-1999
- 7) 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 1998/12-1999/03
- 8) 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 1998/12-1999/03

2. 結核案件

- 1) プロ技「公衆衛生」 1992/09-1997/08
- 2) プロ技「結核対策」 1997/09-2002/08
- 3) 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 1999/01-2002/01
- 4) 現地国内研修「国家結核対策プログラム」 1999-2003

3. マラリア案件

- 1) 単発専門家「マラリア対策」 1997/03-1998/03
- 2) 個別専門家「マラリア対策」 1999/04-2002/04
- 3) 無償資金協力「マラリア対策計画（子供の福祉無償）」 1998

質 問

一般質問

- 1) 入日：
- 2) お名前：
- 3) 現在所属の組織とポジション：
- 4) 当時のポジションと、そのポジションに就いていらっしやった期間：
- 5) E-mail 以外のご連絡先：
- 6) 前項調査対象案件のうち、実際にご担当された案件名をお書きください：

各案件についての質問

以下の質問に対して、ご意見をご自由にお書きください。報告書等書かれている一般的なことよりも、あなた様ご自身の主観的なご意見をいただけますと幸いです。あくまで現在覚えていらっしゃる範囲のことをお書きいただければ十分ですので、覚えておられない事柄、またはおわかりにならない事柄につきましては、その旨（「覚えていない」「わからない」等）お書きください。ご回答いただくために、わざわざ以前の資料をお調べいただく必要はございません。

- 7) **あなたの担当業務について教えてください。**
 - ① 派遣前に、どのような業務内容（TOR）を指示されましたか？
 - ② 派遣後に、担当された実際の業務はどのような活動が中心でしたか？
 - ③ もし、派遣前の TOR と実際の業務とが異なっていた場合、なぜそうなったと思われますか？また異なっていたことで、お困りになったことがありますか？その際、どう対処されましたか？
- 8) **案件を選定するにあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
 - ① この案件は、なぜ実施されることになったと思われますか？
 - ② この案件の初期段階でどなたが関わって、どのように案件が形成されたかご存知ですか？
 - ③ 案件名として、なぜ標記のようなタイトル（例：「公衆衛生プロジェクト」）がつけられたかご存知ですか？また、どなたがタイトルを決められたかご存知ですか？
- 9) **案件の計画立案にあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。**
 - ① この案件は、何のために行なわれましたと思われますか？
 - ② この案件立案には、どなたが関わって、どのように立案（目標・成果・活動等）されましたか？
 - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとして計画されましたか？
 - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議されましたか？
 - ⑤ 民間組織（NGO 等）に対する活動として何か計画されましたか？その理由は何ですか？
- 10) **案件を実施するにあたって、以下のような点がどのように行なわれたか教えてください。**
 - ① 実際にどのような活動にお金をたくさん使いましたか？どのくらい使いましたか？（おおよそ）
 - ② どのような活動にプロジェクト専門家や活動時間をたくさん使いましたか？
 - ③ 専門家の方々は、どのようにリクルートされましたか？専門家リクルートに関して、何かお困りになったことはありますか？その際、どのように対応されましたか？
 - ④ フィリピンでは地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられましたが、これらは案件に影響しましたか？また影響があった際、どのような対策をとられましたか？
 - ⑤ 案件実施中に、他のドナーとの交流がありましたか？
 - ⑥ 案件実施中に、モニタリングとして、どのような指標をおいかけましたか？
 - ⑦ 案件実施に際し、PDM のようなものが導入されていた場合、現実にはどのような使い方をされましたか？また、カウンターパートの方の、PDM に対する理解/関わりはどうでしたか？
 - ⑧ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがありましたか？
 - ⑨ 当初計画の修正・変更が必要となるような問題が生じた時、どなたに連絡を取られましたか？それは、プロジェクトのどのような時期でしたか？
 - ⑩ 資材・機材等の投入は、予定どおりに行なわれましたか？もし予定よりも遅れた場合、その原因は何であったと思われますか？
 - ⑪ 民間組織（NGO 等）に対して、何か活動をされましたか？その理由は何ですか？

1 1) 案件について、以下のような点をどのようにお考えになりますか？

- ① 案件を実施して、どのような良い効果があったと思われますか？なぜそうと思われますか？
- ② 案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々ですか？
- ③ 案件の効果は、今後も持続していくと思われますか？どうしてそのようにと思われますか？

1 2) その他

- ① 案件を立案する際に、何かこうしておけばもっとよかったのでは、と思われることはありますか？
- ② あなたのご専門分野以外に、途上国開発問題に取り組むための知識/技術について何か訓練/教育を受けたことがありましたか？
- ③ 途上国で活動するという事に関し、派遣前にこういう知識/技術を身につけておけばもっと良い活動ができたのでは、と思われることが何かありますか？
- ④ 今後のフィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、または JICA による協力一般について、何かご意見がありましたらお書き下さい。

本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送して下さい。

ご協力どうもありがとうございました。

案件関係者 e-mail 調査(国内支援委員会)

ご解答は、この調査用紙に直接パソコンでご記入いただき、それを e-mail の添付ファイルとしてご返送下さいますようお願いいたします。できましたら、2月末日ごろまでにご返送いただけますと幸いです。
なお、本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送していただけますでしょうか。

今回の調査対象案件リスト

1. エイズ案件

- 1) 個別専門家「エイズ対策」 1995/02-1996/06
- 2) プロ技「エイズ対策」 1996/07-2001/06
- 3) 特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」 1996-97
- 4) 第三国研修「熱帯医学」 1987-1996
- 5) 第三国研修「HIV 感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」 1997-2001
- 6) 現地国内研修「エイズ診断及び管理」 1995-1999
- 7) 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 1998/12-1999/03
- 8) 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 1998/12-1999/03

2. 結核案件

- 1) プロ技「公衆衛生」 1992/09-1997/08
- 2) プロ技「結核対策」 1997/09-2002/08
- 3) 開発福祉支援「貧困層結核患者救済」 1999/01-2002/01
- 4) 現地国内研修「国家結核対策プログラム」 1999-2003

3. マラリア案件

- 1) 単発専門家「マラリア対策」 1997/03-1998/03
- 2) 個別専門家「マラリア対策」 1999/04-2002/04
- 3) 無償資金協力「マラリア対策計画（子供の福祉無償）」 1998

質 問

一般質問

- 1) 記入日：
- 2) お名前：
- 3) 現在所属の組織とポジション：
- 4) ご支援されていた案件名と、支援期間：
- 5) ご連絡先（e-mail, 電話等）：

各案件についての質問

以下の質問に対して、ご意見をご自由にお書きください。報告書等書かれている一般的なことよりも、あなた様ご自身の主観的なご意見をいただけますと幸いです。あくまで現在覚えていらっしゃる範囲のことをお書きいただければ十分ですので、覚えておられない事柄、またはおわかりにならない事柄につきましては、その旨（「覚えていない」「わからない」等）お書きください。ご回答いただくために、わざわざ以前の資料をお調べいただく必要はございません。

- 6) 件を選定するにあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。
 - ① この案件は、なぜ実施されることになったと思われませんか？
 - ② この案件の初期段階でどなたが関わって、どのように案件が形成されたかご存知ですか？
 - ③ 案件名として、なぜ標記のようなタイトル（例：「公衆衛生プロジェクト」）がつけられたかご存知ですか？また、どなたがタイトルを決められたかご存知ですか？
- 7) 案件の計画立案にあたって、以下のような点がどのように考えられたか教えてください。
 - ① この案件は、何のために行なわれたと思われませんか？
 - ② この案件立案には、どなたが関わって、どのように立案（目標・成果・活動等）されましたか？
 - ③ この案件は、フィリピンのどのような人々をターゲットとして計画されましたか？
 - ④ 案件立案の際、他のドナーと協議されましたか？
 - ⑤ 民間組織（NGO等）に対する活動として何か計画されましたか？その理由は何ですか？
- 8) 案件を実施するにあたって、以下のような点がどのように行なわれたか教えてください。
 - ① どのような活動に、お金がたくさん使われましたか？どのくらい使われましたか？（おおよそ）
 - ② どのような活動にプロジェクト専門家や活動時間がたくさん使われましたか？
 - ③ 専門家の方々は、どのようにリクルートされましたか？専門家リクルートに関して、何かお困りになったことはありますか？その際、どのように対応されましたか？
 - ④ フィリピンでは地方分権化や保健セクター改革等の政策がとられましたが、これらは案件に影響しましたか？また影響があった際、どのような対策をとられましたか？
 - ⑤ 案件実施中に、他のドナーとの交流がありましたか？
 - ⑥ 案件実施中に、モニタリングとして、どのような指標をおいかけましたか？
 - ⑦ 案件実施に際し、JICAによるProject Design Matrix（PDM）のようなロジカル・フレームワークが導入されていた場合、現実にはどのような使い方をされましたか？また、カウンターパートの方の、PDMに対する理解/関わりはどうでしたか？
 - ⑧ 当初計画（案件の目標や対象等）の修正・変更が必要になるようなことがありましたか？
 - ⑨ もし、当初計画の修正・変更が必要となるような問題が生じた時、支援委員会として、どのように対応されましたか？それは、プロジェクトのどのような時期でしたか？
 - ⑩ 資材・機材等の投入は、予定どおりに行なわれたと思われませんか？もし予定よりも遅れた場合、その原因は何であったと思われませんか？
 - ⑪ 民間組織（NGO等）に対して、何か活動がされましたか？その理由は何ですか？
- 9) 案件について、以下のような点をどのようにお考えになりますか？
 - ① 案件を実施して、どのような良い効果があったと思われませんか？なぜそう思われますか？
 - ② 案件により、より多くの恩恵を受けたのはどのような人々ですか？
 - ③ 案件の効果は、今後も持続していくと思われませんか？どうしてそのように思われますか？

10) その他：

- ① 案件を形成・立案する際に、何かこうしておけばもっとよかったのでは、と思われることはありますか？
- ② 派遣専門家が途上国で活動する際に必要な適性/技術/知識とは、どのようなこと（もの）だと思いますか？
- ③ 実際に派遣された専門家の方々の、開発分野における適性について、どのように評価されますか？
- ④ 今後のフィリピンにおける JICA 感染症分野協力について、または JICA による協力一般について、何かご意見がありましたらお書き下さい。

本案件について情報をお持ちの方を他にご存知でしたら、その方に本質問票を転送して下さい。

ご協力どうもありがとうございました。

<フィリピン側 直接案件関係者用>

E-mail Questionnaire on JICA Project

**Please write the answer directly in this questionnaire, and send it back to us.
In case you don't have the answer to any particular questions, please simply write, "I don't know,"
and go to the next question.**

Your personal opinions are most welcomed, rather than the general ones. Thank you very much.

<General questions>

- 1) Today's Date:
- 2) Your Name:
- 3) Name of the JICA project you were involved:
- 4) Present organization and position:
- 5) Position when you were involved in JICA project (only if it is different from the present position):
- 6) Contact information: e-mail, telephone...etc.:

<Questions on JICA project>

Please answer the following questions freely. We appreciate it very much if you could frankly give us your own opinions or describe us your own experiences, rather than the general opinion.

- 1) Do you know why JICA implemented the project?
- 2) Do you know who designed JICA project? (objectives, outcomes, activities...etc.)
- 3) Do you know how JICA project was designed? (objectives, outcomes, activities...etc.)
- 4) Were there any discussions or collaborations between JICA project and other donors?
- 5) What do you think was the main focus of the project?
- 6) Do you have any knowledge about the budget spent on JICA project?
- 7) For which activity was the money spent most?
- 8) For which activity was the time/manpower spent most?
- 9) Did health sector reform or decentralization of the Government of Philippines affect JICA project? If so, how did you cope with the changes?
- 10) How did you monitor the progress of JICA project? Were there any specific indicators you monitored?
- 11) Are you familiar with Japanese Project Design Matrix (PDM), a sort of logical framework? If so, how did you use PDM while you were implementing JICA project? What are your frank opinions about Japanese PDM?
- 12) What did you think about Japanese experts? What were their advantages and disadvantages which need to be improved?
- 13) Did donated equipment or materials arrive on time? If not, what were the reasons for the delay?
- 14) What are the major impacts (both positive and negative) of JICA project?
- 15) What are the key issues to sustain the impact of JICA project? How feasible is it to sustain the impact?
- 16) If you were given a chance to redesign JICA project from the begging, how would you like to design?
- 17) Do you have any more comments or suggestions regarding to JICA activities in the field of infectious diseases control?

***If you know someone who also has information on JICA project,
please forward this questionnaire to her/him through e-mail.***

Thank you very much for your cooperation and kindness.

<フィリピン側 間接的関係者用>

**E-mail Questionnaire
on JICA's interventions in the field of infectious disease control in the Philippines**

**Please write the answer directly in this questionnaire, and send it back to us.
In case you don't have the answer to any particular questions, please simply write, "I don't know,"
and go to the next question.**

Your personal opinions are most welcomed, rather than general comments. Thank you very much.

<General questions>

- 1) Today's Date:
- 2) Your Name:
- 3) Present organization and position:
- 4) Contact information: e-mail, telephone...etc.:

<Questions on JICA project>

Please answer the following questions on JICA's interventions in the field of infectious disease control in the Philippines. We appreciate it very much if you could frankly give us your personal opinions rather than general comments. In case you don't have the answer to any particular questions, please simply write "I don't know," and go to the next question.

- 1) Have you heard / are you aware of any impacts (both positive and negative) created by JICA's interventions in the field of infectious disease control (TB, Malaria, STD/HIV...etc) in the Philippines? If yes, what are they?
- 2) If you are aware of any positive impacts created by JICA's interventions in the field of infectious disease control, what are the key issues to sustain their positive impact? How feasible is it to sustain the impact?
- 3) If you were given chances to redesign any **JICA's interventions** on infectious disease control (TB, Malaria, HIV/AIDS...etc.) from the begging, how would you like to design?
- 4) Do you think JICA's interventions on infectious disease control were affected by health sector reform or decentralization of the Government of Philippines? If so, how were they affected?
- 5) What is your frank opinion about overall strategy of JICA's interventions in the field of infectious disease control in the Philippines?
- 6) What is your frank opinion towards JICA's intervention schemes in the field of infectious disease control in the Philippines? What are their advantages and disadvantages which need to be improved?
 - Project type cooperation scheme (combination of: dispatch of JICA experts; donation of equipment; and counterpart trainings in Japan)
 - Grant Aid scheme (construction of facility / equipment)
 - grassroots grant scheme (small grant aid for NGOs/local government)
- 7) What is your frank opinion about JICA Philippines office? What are their advantages and disadvantages which need to be improved?
- 8) What is your frank opinion towards Japanese experts? What are their advantages and disadvantages which need to be improved?
- 9) Are you familiar with JICA's Project Design Matrix (PDM), a sort of logical framework which JICA applies? If so, what is your frank opinion about JICA's PDM?
- 10) Do you have any comments or suggestions regarding to JICA's interventions on infectious diseases control in the Philippines?

*If you know someone who also has information on the project,
please forward this questionnaire to her/him through e-mail.*

Thank you very much for your cooperation and kindness.

添付資料 5

プログラム(インパクト)評価調査資料

プログラム(インパクト)評価は、本評価調査団スーパーバイズの下、ローカルコンサルタントに委託して実施した。

- ・ 結核案件群インパクト調査
 - － 保健医療施設利用者出口調査
 - － 保健医療施設施設観察調査
 - － 保健行政オフィスデータ調査
 - － 保健医療施設利用者とのフォーカス・グループ・ディスカッション

- ・ エイズ案件群インパクト調査
 - － 保健医療施設利用者出口調査
 - － 保健医療施設施設観察調査
 - － 保健行政オフィスデータ調査
 - － 保健医療施設利用者とのフォーカス・グループ・ディスカッション

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

*Exit Interview of Beneficiaries of National Tuberculosis Control Program
February 2002*

IDENTIFICATION			
CITY:		BARANGAY:	
RHU/CLINIC NAME:		OWNERSHIP: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO/PTS	
Respondent No.		Gender of Respondent:	
Name of Respondent:			
Address of Respondent			
Interviewer:	Date:	Time Started:	Time Ended:
Editor:		Date:	
Coder:		Date:	

A. BACKGROUND INFORMATION

NO.	QUESTION	RESPONSE
1	Can you tell me when you were born?	Year: Month: Day:
2	How old are you now?	
3	Are you married?	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widow(er)
4	What is your present occupation?	
5	What is your highest level of education?	<input type="checkbox"/> Elem. <input type="checkbox"/> H.S. <input type="checkbox"/> Coll. <input type="checkbox"/> Post Grad. <input type="checkbox"/> Others, specify:
6	Where do you usually go when you are sick or injured?	<input type="checkbox"/> Drug store <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> RHU <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Traditional Healer <input type="checkbox"/> Others: _____
7	When did you first come to this RHU for TB diagnostic and/or treatment services? What services did you first avail of?	Mo/Year of first visit: _____ <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Sputum Exam. <input type="checkbox"/> Diagnostic X-ray Services <input type="checkbox"/> routine X-ray for employment purposes <input type="checkbox"/> Others, spec. _____
8	How did you know about the availability of TB diagnostic & treatment services in this RHU?	<input type="checkbox"/> Referred by private M.D. <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Recom. by friend/relative <input type="checkbox"/> BHW/MW visit <input type="checkbox"/> Newspaper/magazine <input type="checkbox"/> Others: _____
9	How many times have you visited this RHU for TB related info or treatment?	No. of times: _____ Were these all follow-up visits to the first? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
10	What other TB-related services have you availed of in this clinic?	<input type="checkbox"/> Attend Seminar <input type="checkbox"/> Counselling and Advice <input type="checkbox"/> Drug supply <input type="checkbox"/> IEC materials <input type="checkbox"/> Others, specify: _____

B. IMPACT ON AVAILABILITY & USE OF SERVICES PROVIDED

NO.	QUESTION	RESPONSES					
11	To your knowledge, does this RHU offer regular microscopy/ sputum exam for TB?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15					
12	Have you ever availed of sputum exam services in this RHU? If Y, how long after you experienced signs and symptoms did you come for exam?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15 <input type="checkbox"/> 2weeks <input type="checkbox"/> 1 mo. <input type="checkbox"/> 2 mos. <input type="checkbox"/> 3-4 mos <input type="checkbox"/> 4-6 mos. <input type="checkbox"/> over 6 mos <input type="checkbox"/> over 1 year					
13	How long did you have to wait for the results of the sputum exam?						
14	Who informed you about the result of the sputum exam?	<input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Med Tech <input type="checkbox"/> Midwife <input type="checkbox"/> Others, specify: _____					
15	Have you ever been diagnosed as sputum positive for TB? X-ray positive?	For sputum: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N For X-ray: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N					
16	How many sputum exams were needed to confirm positive diagnosis?	<input type="checkbox"/> once <input type="checkbox"/> twice <input type="checkbox"/> three times <input type="checkbox"/> others, specify: _____					
17	Was the diagnosis and treatment protocol explained to you by the person who made the diagnosis? Do you have your treatment card with you now? Can I see it?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Treatment Card: <input type="checkbox"/> On-going treatment <input type="checkbox"/> Completed treatment <input type="checkbox"/> No card shown					
18	Were you given medicines or prescription for your treatment?	<input type="checkbox"/> Y, given medicines <input type="checkbox"/> prescription only <input type="checkbox"/> N. If N, proceed to Question No. 20					
19	Do you know about DOTS? Who is your treatment partner?	Know DOTS: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Treatment Partner: <input type="checkbox"/> MW <input type="checkbox"/> BHW <input type="checkbox"/> Others, spec. _____					
20	What problems, if any, did you encounter in your treatment?	<input type="checkbox"/> Lack of drugs <input type="checkbox"/> Lack money to buy drugs <input type="checkbox"/> Side effects, specify _____ <input type="checkbox"/> Others, specify _____					
21	Were you advised to submit yourself to periodic sputum follow-up exams while undergoing treatment? When (month of treatment) did you actually submit to sputum exams and what were the results?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, how many times? _____					
		1st follow-up	2nd ff-up	3rd ff-up			
		Mo	Result	Mo	Result	Mo	Result
22	Were you given adequate supply of drugs for your treatment?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, how many? _____ and how often were you re-supplied? _____					
23	Were you able to complete the treatment as advised?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> On-going treatment. If N, what were the reasons: <input type="checkbox"/> no drugs supplied <input type="checkbox"/> felt well and stopped <input type="checkbox"/> experienced side effects, specify: _____					
24	Have you been declared cured of TB?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, failed treatment <input type="checkbox"/> N, Still undergoing treatment					

C. IMPACT ON SERVICE SATISFACTION

NO.	QUESTION	RESPONSE			
25	<i>Based on your experiences, how would you rate this clinic on the following, using the following grades: 4 - Excellent; 3 - Satisfactory; 2 - Not satisfactory; 1 - Not applicable</i>	<i>Please check the appropriate column</i>			
		4	3	2	1
	Distance from home/workplace				
	Waiting time for service				
	Diagnostic facilities and procedures				
	Staff attitudes and responsiveness				
	Quality/effectiveness of treatment				
	Availability of drugs				
	Information and advice given				
	Availability of laboratory services				
	Availability and quality of information materials				
26	Would you recommend this clinic to your friends and relatives who need services?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N			
27	Would you continue to seek services and information from this clinic in the future?	Seek services: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Seek info : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N			
28	What deficiencies, if any, do you see in this clinic?	<input type="checkbox"/> Inadequate service space/furniture <input type="checkbox"/> Inadequate drugs/medicines <input type="checkbox"/> Inadequate staff <input type="checkbox"/> Unfriendly staff <input type="checkbox"/> Long wait for services <input type="checkbox"/> Others, specify: _____			
29	What services offered in this clinic do you find most useful? most satisfactory?	Most useful: _____ Most satisfactory: _____			
30	What information materials on TB available in this clinic have you actually used or perused?	<input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Others, specify: _____			
31	What is your preferred mode of getting information on TB control and treatment?	<input type="checkbox"/> One-on-one Q&A session <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Attend seminar <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Magazine <input type="checkbox"/> Brochure <input type="checkbox"/> Primer <input type="checkbox"/> Others, specify: _____			
32	On a scale of 1 to 5, where 5 is the most satisfactory and 1 is the least satisfactory, how would you rate the services of this clinic?				

D. IMPACT ON BENEFICIARY KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOR AND PRACTICE

NO.	QUESTION	RESPONSE
33	To your knowledge, how is TB transmitted?	<input type="checkbox"/> Coughing <input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Sputum Expectoration <input type="checkbox"/> Others, specify: _____
34	To your knowledge, what are the signs and symptoms of tuberculosis?	<input type="checkbox"/> Cough for 2 weeks + <input type="checkbox"/> fever <input type="checkbox"/> Sputum expectoration <input type="checkbox"/> hemoptysis <input type="checkbox"/> Significant weight loss <input type="checkbox"/> chest/back pains
35	How do you prevent spreading TB?	<input type="checkbox"/> Cover mouth when coughing or sneezing <input type="checkbox"/> Burn sputum <input type="checkbox"/> Strictly comply with treatment
36	What would you do if a member of your family exhibits signs and symptoms of TB?	<input type="checkbox"/> Submit for sputum exam <input type="checkbox"/> Submit for X-ray <input type="checkbox"/> Seek treatment from RHU <input type="checkbox"/> Monitor treatment compliance <input type="checkbox"/> Others, specify _____
37	How soon after exhibiting signs and symptoms would you seek treatment from RHU?	<input type="checkbox"/> less than 2 weeks <input type="checkbox"/> 2-3 weeks <input type="checkbox"/> 1 mo. <input type="checkbox"/> 2-4 mos. <input type="checkbox"/> 5-6 mos. <input type="checkbox"/> over 6 mos. <input type="checkbox"/> over 1 year
37	What treatment is available for TB and how is it administered?	<input type="checkbox"/> 6 month SCC drug combination with DOTS <input type="checkbox"/> 12 month SR
38	Where can you obtain correct information on TB control and treatment?	<input type="checkbox"/> Health Center <input type="checkbox"/> Private M.D. Clinic <input type="checkbox"/> Books <input type="checkbox"/> Mass media <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Friends <input type="checkbox"/> Others, specify: _____

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

**Facility Observation and Document Survey: National Tuberculosis Program (NTP)
February 2002**

IDENTIFICATION	
Name of Facility:	Location:
Chief of Facility:	Ownership Category: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO
Catchment Area:	Catchment Population Size:
Respondent (s):	Designation of R:
Observer/Interviewer:	Time Started: Time Completed:
Date of Observation:	Editor: Date:
Coder:	Date:

SERVICE FACILITIES																													
Service Area (in sq.m.):	Seating Capacity of Waiting Area (no.):																												
Average no. of clients served per day: Source of Information:	No. of patients in waiting/service area at time of observation:																												
Condition of Waiting/Service Area at Time of Observation: Date: _____ Time: _____ <input type="checkbox"/> Empty <input type="checkbox"/> Half Full <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Overcrowded <input type="checkbox"/> Others, specify: _____																													
Information materials available in waiting area: <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Others, specify: _____	Info materials used by waiting clients at time of observation: <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Others																												
Staff Available for NT Program <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Staff Category</th> <th style="text-align: left;">Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>M.D.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Nurse</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Midwife</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Med. Tech.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bar. Health Worker</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Others _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Staff Category	Number	M.D.	_____	Nurse	_____	Midwife	_____	Med. Tech.	_____	Bar. Health Worker	_____	Others _____	_____	Staff on Duty at service area at observation time: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Staff Category</th> <th style="text-align: left;">Number</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>M. D.</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Nurse</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Midwife</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Med. Tech</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Bar. Health Worker</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Others _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Staff Category	Number	M. D.	_____	Nurse	_____	Midwife	_____	Med. Tech	_____	Bar. Health Worker	_____	Others _____	_____
Staff Category	Number																												
M.D.	_____																												
Nurse	_____																												
Midwife	_____																												
Med. Tech.	_____																												
Bar. Health Worker	_____																												
Others _____	_____																												
Staff Category	Number																												
M. D.	_____																												
Nurse	_____																												
Midwife	_____																												
Med. Tech	_____																												
Bar. Health Worker	_____																												
Others _____	_____																												
Observed waiting time for 3 randomly selected clients:																													
Client's Name	Arrival Time	Time Seen/Served	Time Completed Service																										
_____	_____	_____	_____																										
_____	_____	_____	_____																										
_____	_____	_____	_____																										

EQUIPMENT FOR TUBERCULOSIS SCREENING, DIAGNOSIS, AND TREATMENT					
Type of Equipment	Number	Date Acquired	<i>Condition</i> <i>A = Good/Functional</i> <i>B = Need Repair</i> <i>C = Not serviceable/ Need replacement</i>		
			A	B	C
X-ray					
Microscope					
IEC Equipment					
Overhead Projector					

Notes on Pertinent Observations Re Equipment:

ESSENTIAL SUPPLY & CONSUMABLE (NTP)		
Name & Type of Supply (e.g., reagents, drugs, etc.)	Average consumption per week	Buffer Stock Level at time of survey (in no. of equiv. weeks)
Diagnostic & Laboratory supplies:		
AFB reagent		
Sputum cups		
Glass slides		
Anti-TB drugs:		<i>(in no. of patients)</i>
Type I		
Type II		
Ethambutol, in blister packs		
Streptomycin Sulfate		
X-ray Supplies:		
X-ray plates, large		
Photo fluorography		
Solution, powder		
developer + fixer (box)		
X-ray envelope		

Notes on Pertinent Observations re Supplies and Consumable

ESSENTIAL SUPPLY & CONSUMABLE (NTP)		
Name & Type of Supply (e.g., reagents, drugs, etc.)	Average consumption per week	Buffer Stock Level at time of survey (in no. of equiv. weeks)
IEC materials:		
Manual of Procedures for NTP, 2001		
Mga Katotohanan Tungkol sa TB		
Recording Forms:		
Symptomatics Masterlist		
NTP Lab Request Form for Sputum Exam		
NTP Laboratory Register		
NTP Treatment Card		
NTP Identification Card		
NTP TB Register		
NTP Referral/Transfer Form		

Notes on Pertinent Observations re Supplies and Consumable

SERVICE AND ADMINISTRATIVE STATISTICS			
<i>Particulars</i>	<i>Value in Past 3 Years (number, rate, or amount)</i>		
	1999	2000	2001
Beneficiaries Served, by Type of Service			
TB Symptomatics Registered			
Sputum Smear Examinations Done			
X-ray Exams Done			
Initiated Treatment			
Smear Positive			
Smear Negative, Xray Positive			
Completed Treatment			
Cured			
Died			
Treatment Failures			
Educated on TB prevention & control			
Positivity rate			
Cure rate			
False negative rate			
False positive rate			
TB prevalence rate in catchment area			
TB death rate in catchment area			
Treatment Partners:			
Health worker			
Family member			
Annual Budget for NTP			
Annual Expenditures for NTP			

Notes on Pertinent Observation Re Service & Administrative Statistics:

OTHER PERTINENT INFORMATION

Source of Electricity: _____ Availability: [] 24 hours [] Others, specify
Water Supply Source: _____ Availability: [] 24 hours [] Others, specify

Assistance received from JICA:
[] training, specify _____
[] equipment, specify _____
[] IEC support, specify _____
[] Others, specify _____

Please describe freely the following:

1. What do you think is the positive outcome of JICA intervention in the program?

2. Were there any negative outcomes of JICA intervention in the program? Please describe fully.

3. Do you think you could have gotten better outcome if JICA designed the support for your organization in a different way?

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

**Administration Office Observation and Document Survey: National Tuberculosis Program
February 2002**

IDENTIFICATION	
Name of Office:	Address:
Chief of Office:	Ownership: [] Government [] NGO
Catchment Area:	Catchment Population Size:
Respondent:	Designation of R:
Observer/Interviewer:	Time Started: Time Completed:
Date of Observation:	Editor: Date:
Coder:	Date:

PROGRAM INFORMATION	
No. of TB Clinics Supervised (Attach List):	
Annual TB Program Budget, 2002:	Actual TB Program Expenditure, 2001:
Personal Services:	Personal Services:
MOOE:	MOOE
Capital Outlay:	Capital Outlay

STATISTICAL REPORTS AVAILABLE AT OFFICE

	1999	2000	2001
TB prevalence rate			
TB death rate			
TB symptomatics screened			
Sputum smear examinations done			
Patients initiated treatment			
Patients completed treatment			
Positivity rate			
Cure rate			
False negative rate			
False positive rate			
Treatment failures			

LIST OF PROGRAM SUPPLIES AVAILABLE AT OFFICE

List of Supplies	Number/Volume	Intended Use/Distribution

IEC MATERIALS CLEARLY DISPLAYED IN OFFICE

Type of Material	Subject Matter/Title	No./Vol.

Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines under JICA/USAID Collaboration, Part 2

Background Characteristics of Discussants and Focus Group Discussion Guide, National Tuberculosis Program

City: _____ Facility: _____ Moderator: _____ Date: _____ Time: _____
 Category: Gov't NGO Males Females

Introduction: *Thank you for participating in this focus group discussion today. We are here to ask you a few questions, and to listen and learn from your experiences and thoughts about these services and benefits you have received from this clinic. In this discussion there are no right or wrong answers. All comments, both negative and positive, are welcome. We are only interested in knowing what you think about the services offered, what your experiences have been, and what you think is beneficial to all. First, let me introduce myself. My name is _____, and I will be moderating this discussion. We will be recording our discussion, but you have our assurance that everything we discuss today will be held in strict confidence. We would like to give everyone a fair chance to speak and express his/her views on the questions we will be asking, so please feel free to speak and wait for your turn.*

First, may we ask you to introduce yourselves, and give us a few background information about yourself to help us to know you better.

Ref. No.	Please give us your name & how you want to be called	Sex	Religion	Marital Status	Education	Occupation	How long a resident of this community	How long availing of services from this clinic
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

May I now ask you what specific services you have availed of in this clinic and what you think of those services? Tell us of your experiences, whether good or bad, or so so. Let's start with (ref. no. 1) and move around. We want everyone to share his/her experiences and views. I will name the most common services and you tell me whether or not you have used this service and what your experiences and views about this service are:

Ref. No.	Sputum examination for screening TB		Getting the result of sputum examination		Treatment Protocol (DOTS)		Health Education/Counselling	
	Ever Used?	Describe your experiences	Who Informed	How were you informed?	Negative Exp	Positive Exp.	Negative Exp	Positive Exp
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Continuation of previous page

Ref. No.	Getting info on TB Control & Treatment		First Consultation & Follow-Up Visits		Referral/Followup of Contacts		Others, specify _____	
	Type of info	Usefulness of info/how used	Negative Exp	Positive Experiences	Negative Exp	Positive Exp.	Negative Exp	Positive Exp
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

We will now talk about your problems, if any, in dealing with your illness or condition and in getting appropriate treatment and care.

Ref. No.	Social Stigma. How did friends & relatives react to your disease?	Cost of Treatment		Side Effects of Treatment		Treatment Failure		Others, specify
		Amt. Spent	Availability and cost, if any, of drugs in clinic	What side effects?	How did you deal with it?	Reasons for failure	Remedies taken, if any	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

How would you rate the services in this clinic, based on your own personal experiences? Please use the following grades as rating: 4 = excellent; 3 = satisfactory; 2 = not applicable; 1 = not satisfactory. Please explain or give us the reason for your rating.

Ref. No.	Accessibility of Facility to Patients		Promptness & Efficiency of Service,		Staff competence, accuracy of diagnosis & effectiveness of Treatment		Availability of supply, info, and other support services	
	Rating	Reasons for Rating	Rating	Reasons for Rating	Rating	Reasons for Rating	Rating	Reasons for Rating
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

I will now ask you whether and how your experiences, both with your illness and your interaction with this clinic, have resulted in any changes in your knowledge, attitudes, and habits. Please tell us your reasons for those changes, if any, and whether you think the change is for the better, or worse, or no change at all.

Ref. No.	Recognizing signs and symptoms of TB & knowing what to do when they appear		Knowledge on how TB is transmitted and Proper disposal of sputum/discharges		Seeking Prompt and Correct Treatment & Attention, Visit clinic for screening		Having children immunized against TB (BCG)	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Continuation of previous page

Ref. No.	Importance of Treatment Compliance		Attitudes and Relations with Clinic & Staff		Willingness to Pay for Treatment		Other Observed Changes, specify	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

***Exit Interview of Beneficiaries of National HIV/AIDS/STI Program
February 2002***

IDENTIFICATION			
CITY:		BARANGAY:	
SHC NAME:		SHC LOCATION:	
Respondent No.		Gender of Respondent:	
Name of Respondent:			
Address of Respondent			
Interviewer:		Date:	
Time Started:		Time Ended:	
Editor:		Date:	
Coder:		Date:	

A. BACKGROUND INFORMATION

NO.	QUESTION	RESPONSE
1	Can you tell me when you were born?	Year: Month: Day:
2	How old are you now?	
3	Are you married?	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widow(er)
4	What is your present occupation?	
5	What is your highest level of education?	<input type="checkbox"/> Elem. <input type="checkbox"/> H.S. <input type="checkbox"/> Coll. <input type="checkbox"/> Post Grad. <input type="checkbox"/> Others, specify:
6	Where do you usually go when you are sick or injured?	<input type="checkbox"/> Drug store <input type="checkbox"/> BHS <input type="checkbox"/> RHU <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> Traditional Healer <input type="checkbox"/> Others:
7	When did you first come to this Clinic for HIV/AIDS/STI services? What services did you first avail of?	Mo/Year of first visit: _____ <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Blood test for HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Treatment of other STI, specify: _____ <input type="checkbox"/> STI screening for employment purposes <input type="checkbox"/> Others, spec. _____
8	How did you know about the availability of HIV/AIDS/STI services in this Clinic?	<input type="checkbox"/> Referred by CHO/RHU <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Recom. by friend/relative <input type="checkbox"/> Health worker <input type="checkbox"/> Newspaper/magazine <input type="checkbox"/> Others: _____
9	How many times have you visited this Clinic for HIV/AIDS/STI related services?	No. of times: _____ Were these all follow-up visits to the first? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
10	What other HIV/AIDS/STI services have you availed of in this clinic?	<input type="checkbox"/> Attend Seminar <input type="checkbox"/> Counselling and Advice <input type="checkbox"/> Condom supply <input type="checkbox"/> IEC materials <input type="checkbox"/> Others, specify: _____

B. IMPACT ON AVAILABILITY & QUALITY OF SERVICES PROVIDED

NO.	QUESTION	RESPONSES
11	To your knowledge, does this clinic offer blood test for screening HIV/AIDS& STIs?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15
12	Have you ever availed of blood testing services in this clinic?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, proceed to Question No. 15
13	How long did you have to wait for the results of the blood test?	
14	Who informed you about the result of the blood test?	<input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Med Tech <input type="checkbox"/> Midwife <input type="checkbox"/> Others, specify: _____
15	Have you ever been diagnosed as positive for HIV/AIDS or other STI?	For HIV/AIDS: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N For other STI: <input type="checkbox"/> Y, specify _____ <input type="checkbox"/> N
16	Was the diagnosis explained to you by the person who made the diagnosis?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
17	Were you given treatment or prescription for treatment for your infection?	<input type="checkbox"/> Y, given medicines <input type="checkbox"/> Given prescription <input type="checkbox"/> N. If N, proceed to Question No. 20
18	Was the treatment effective in curing or controlling the progress of your infection?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
19	What problems, if any, did you encounter in your treatment?	<input type="checkbox"/> Lack of drugs <input type="checkbox"/> Lack money to buy drugs <input type="checkbox"/> Side effects, specify _____ <input type="checkbox"/> Others, specify _____
20	Were you asked to bring your partner to the clinic for evaluation and treatment?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
21	Were you able to bring your partner to the clinic for evaluation & treatment?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If N, why not? <input type="checkbox"/> Refused to come <input type="checkbox"/> Visited a private facility <input type="checkbox"/> Could not contact partner <input type="checkbox"/> Others, specify: _____
22	Were you advised to use condom?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, were you taught how to use it properly? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
23	Were you given supply of condom for your use?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N, If Y, how many? _____ and how often were you re-supplied? _____
24	Can you demonstrate to me the proper use of condom?	<input type="checkbox"/> Correctly demonstrated <input type="checkbox"/> Incorrect use <input type="checkbox"/> Refused to demonstrate
25	Other than the use of condom, what other instructions/info were given to you to prevent further transmission of STI?	<input type="checkbox"/> Abstinence <input type="checkbox"/> Have only 1 partner <input type="checkbox"/> No to casual sex <input type="checkbox"/> Inform/Treat partner <input type="checkbox"/> Others
26	What signs and symptoms of STI have you experienced? How long after signs and symptoms did you visit clinic?	<input type="checkbox"/> discharges <input type="checkbox"/> itchinness <input type="checkbox"/> sores <input type="checkbox"/> pelvic inflammation <input type="checkbox"/> others, specify: _____ Time lag bet. symptoms and visit: _____

C. IMPACT ON SERVICE SATISFACTION

NO.	QUESTION	RESPONSE			
27	<i>Based on your experiences, how would you rate this clinic on the following, using the following grades: 4 - Excellent; 3 - Satisfactory; 2 - Not satisfactory; 1 - Not applicable</i>	<i>Please check the appropriate column</i>			
		4	3	2	1
	Distance from home/workplace				
	Waiting time for service				
	Diagnostic facilities				
	Staff attitudes and responsiveness				
	Quality/effectiveness of treatment				
	Availability of drugs				
	Information and advice given				
	Availability of condoms				
	Availability of information materials				
28	Would you recommend this clinic to your friends and partners who need services?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N			
29	Would you continue to seek services and information from this clinic in the future?	Seek services: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Seek info : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N			
30	What deficiencies, if any, do you see in this clinic?	<input type="checkbox"/> Inadequate service space/furniture <input type="checkbox"/> Inadequate supply of condoms <input type="checkbox"/> Inadequate drugs/medicines <input type="checkbox"/> Inadequate staff <input type="checkbox"/> Unfriendly staff <input type="checkbox"/> Long wait for services <input type="checkbox"/> Others, specify: _____			
31	What services offered in this clinic do you find most useful? most satisfactory?	Most useful: _____ Most satisfactory: _____			
32	What information materials available in this clinic have you actually used or perused?	<input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Others, specify: _____			
33	What is your preferred mode of getting information on HIV/AIDS/STI?	<input type="checkbox"/> One-on-one Q&A session <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Attend seminar <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Magazine <input type="checkbox"/> Brochure <input type="checkbox"/> Primer <input type="checkbox"/> Others, specify: _____			
33	On a scale of 1 to 5, where 5 is the most satisfactory and 1 is the least satisfactory, how would you rate the services of this clinic?				

D. IMPACT ON BENEFICIARY KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOR AND PRACTICE

NO.	QUESTION	RESPONSE
34	To your knowledge, how is STI & HIV/AIDS transmitted?	<input type="checkbox"/> Unprotected sex with infected person <input type="checkbox"/> Blood transfusion <input type="checkbox"/> Infected Syringe/needles <input type="checkbox"/> Others, specify: _____
35	How do you prevent STI or HIV/AIDS transmission?	<input type="checkbox"/> Use condom <input type="checkbox"/> Blood Screening of Partner <input type="checkbox"/> Others, specify: _____
36	What treatment is available for STI? For HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/> Anti-biotics, specify: _____ <input type="checkbox"/> Others, specify: _____
37	Where can you obtain correct information on STI? HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/> Health Center <input type="checkbox"/> Social Hygiene Clinic <input type="checkbox"/> Books <input type="checkbox"/> Mass media <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Friends <input type="checkbox"/> Others, specify _____
38	Do you use condom regularly?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Sometimes
39	Do you have more than 1 sex partner?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
40	Do you seek periodic check-up or screening for STI/HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N If Y, how often? _____
41	What would you do if someone you had intimate relations with has STD? HIV/AIDS?	<input type="checkbox"/> Seek blood testing <input type="checkbox"/> Always use condom <input type="checkbox"/> Abstain from further contact <input type="checkbox"/> Advise partner to seek treatment
42	When you experience signs and symptoms of STI, how long would you wait before confirming diagnosis or seeking treatment?	<input type="checkbox"/> Immediately <input type="checkbox"/> after 2-3 days <input type="checkbox"/> after 4-5 days <input type="checkbox"/> After 1 week <input type="checkbox"/> over 1 week
43	What would you do if you were diagnosed as STI positive? HIV/AIDS positive?	<input type="checkbox"/> Seek confirmation of diagnosis at SHC <input type="checkbox"/> Seek treatment <input type="checkbox"/> Inform partner (s) and advise to seek treatment <input type="checkbox"/> Use condom

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

**Facility Observation and Document Survey: National HIV/AIDS Program
February 2002**

IDENTIFICATION	
Name of Facility:	Location:
Chief of Facility:	Ownership Category: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO
Catchment Area:	Catchment Population Size:
Respondent (s):	Designation of R:
Observer/Interviewer:	Time Started: Time Completed:
Date of Observation:	Editor: Date:
Coder:	Date:

SERVICE FACILITIES			
Service Area (in sq.m.):	Seating Capacity of Waiting Area (no.):		
Average no. of clients served per day: Source of Information:	No. of patients in waiting/service area at time of observation:		
Condition of Waiting/Service Area at Time of Observation: Date: _____ Time: _____ <input type="checkbox"/> Empty <input type="checkbox"/> Half Full <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Overcrowded <input type="checkbox"/> Others, specify: _____			
Information materials available in waiting area: <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Others, specify: _____	Info materials used by waiting clients at time of observation: <input type="checkbox"/> Posters <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Flyers <input type="checkbox"/> Comics <input type="checkbox"/> Others _____		
Staff Available for HIV/AIDS Program Staff Category Number M.D. _____ Nurse _____ Midwife _____ Med. Tech. _____ Counsellor/Educator _____ Others _____ _____	Staff on Duty at service area at observation time: Staff Category Number M. D. _____ Nurse _____ Midwife _____ Med. Tech _____ Counsellor/Educator _____ Others _____ _____		
Observed waiting time for 3 randomly selected clients:			
Client's Name	Arrival Time	Time Seen/Served	Time Completed Service
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EQUIPMENT FOR HIV/AIDS SCREENING, DIAGNOSIS AND CARE					
Type of Equipment	Number	Date Acquired	Condition		
			A	B	C
			<i>A = Good/Functional</i> <i>B = Need Repair</i> <i>C = Not serviceable/ Need replacement</i>		
Bed for vaginal exam					
Vaginal speculum					
Autoclave					
Incubator					
Microscope					
HIV Antibody Detection Kit					
IEC Equipment (specify)					

Notes on Pertinent Observations Re Equipment:

ESSENTIAL SUPPLY & CONSUMABLE (HIV/AIDS PROGRAM)		
Name & Type of Supply (e.g., reagents, drugs, etc.)	Average consumption per week	Buffer Stock Level at time of survey (in no. of equiv. weeks)
Diagnostic & Laboratory supplies:		
Slides for blood test		
Grog stain solution		
Condoms		
STI drugs:		
IEC materials:		
Syndromic Management Chart (posted)		
National STD Case Management Guidelines		
Reporting Forms:		

Notes on Pertinent Observations re Supplies and Consumable

SERVICE AND ADMINISTRATIVE STATISTICS			
<i>Particulars</i>	<i>Value in Past 3 Years (number, rate, or amount)</i>		
	1999	2000	2001
Beneficiaries Served, by Type of Service			
Condom Use Education			
HIV/STI prevention counselling/seminar			
HIV/AIDS communication materials			
Basic care for HIV infected person			
Psychosocial support for HIV infected			
Regularly supplied with condoms			
HIV seroprevalence rate in catchment area			
STI prevalence in catchment area			
Annual Budget for HIV/AIDS program			
Annual Expenditures for HIV/AIDS program			
HIV/AIDS Prevalence Monitoring System coverage			
% STI cases treated according to national standards			
STD Cases Treated: Male			
Female			

Notes on Pertinent Observation Re Service & Administrative Statistics:

OTHER PERTINENT INFORMATION

Source of Electricity: _____ Availability: 24 hours Others, specify
Water Supply Source: _____ Availability: 24 hours Others, specify

Assistance received from JICA:
 training, specify _____
 equipment, specify _____
 IEC support, specify _____
 Others, specify _____

Please describe freely the following:

1. What do you think is the positive outcome of JICA intervention in the program?

2. Were there any negative outcomes of JICA intervention in the program? Please describe fully.

3. Do you think you could have gotten better outcome if JICA designed the support for your organization in a different way?

Extra Page:

Staff Available for HIV/AIDS Program		Staff on Duty at Service Area at Time of Survey	
Staff Category	Number of Staff	Staff Category	Number of Staff
M.D.		M.D.	
Nurse		Nurse	
Midwife		Midwife	
Med.Tech.		Med. Tech	
Health Educator		Health Educator	
Counsellor		Counsellor	

**Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines
under JICA/USAID Collaboration, Part 2**

*Administration Office Observation and Document Survey: HIV/AIDS/STI Program
February 2002*

IDENTIFICATION	
Name of Office:	Address:
Chief of Office:	Ownership: <input type="checkbox"/> Government <input type="checkbox"/> NGO
Catchment Area:	Catchment Population Size:
Respondent:	Designation of R:
Observer/Interviewer:	Time Started: Time Completed:
Date of Observation:	Editor: Date:
Coder:	Date:

PROGRAM INFORMATION	
No. of Social Hygiene Clinics Supervised (Attach List):	
Annual HIV/AIDS/STI Budget, 2002:	Actual HIV/AIDS Expenditure, 2001:
Personal Services:	Personal Services:
MOOE:	MOOE
Capital Outlay:	Capital Outlay

STATISTICAL REPORTS AVAILABLE AT OFFICE

	1999	2000	2001
HIV Seroprevalence rate			
STI prevalence rate			
STI screening tests done			
STI cases treated			
HIV/AIDS cases given basic care			
HIV/AIDS counselling seminars conducted			
Beneficiaries regularly supplied with condoms			

Thematic Evaluation on Population and Health Sectors in the Philippines under JICA/USAID Collaboration, Part 2

Background Characteristics of Discussants and Focus Group Discussion Guide, HIV/AIDS/STI Program

City: _____ Facility: _____ Moderator: _____ Date: _____ Time: _____
 Category: Gov't NGO Males Females

Introduction: Thank you for participating in this focus group discussion today. We are here to ask you a few questions, and to listen and learn from your experiences and thoughts about these services and benefits you have received from this clinic. In this discussion there are no right or wrong answers. All comments, both negative and positive, are welcome. We are only interested in knowing what you think about the services offered, what your experiences have been, and what you think is beneficial to all. First, let me introduce myself. My name is _____, and I will be moderating this discussion. We will be recording our discussion, but you have our assurance that everything we discuss today will be held in strict confidence. We would like to give everyone a fair chance to speak and express his/her views on the questions we will be asking, so please feel free to speak and wait for your turn.

First, may we ask you to introduce yourselves, and give us a few background information about yourself to help us to know you better.

Ref. No.	Please give us your name & how you want to be called	Sex	Religion	Marital Status	Education	Occupation	How long a resident of this community	How long availing of services from this clinic
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

May I now ask you what specific services you have availed of in this clinic and what you think of those services? Tell us of your experiences, whether good or bad, or so so. Let's start with (ref. no. 1) and move around. We want everyone to share his/her experiences and views. I will name the most common services and you tell me whether or not you have used this service and what your experiences and views about this service are:

Ref. No.	Blood Test for Screening HIV/AIDS & STI		Getting the result of blood test		Basic Care or Treatment of Condition		Psycho-social Counselling	
	Ever Used?	Describe your experiences	Who Informed	How were you informed?	Negative Exp	Positive Exp.	Negative Exp	Positive Exp
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Continuation of previous page

Ref. No.	Getting information on HIV/AIDS/STI		First Consultation & Follow-Up		Referral/Followup of Contact/Partner		Others, specify _____	
	Type of info	Usefulness of info/how used	Negative Exp	Positive Experiences	Negative Exp	Positive Exp.	Negative Exp	Positive Exp
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

We will now talk about your problems, if any, in dealing with your illness or condition and in getting appropriate treatment and care.

Ref. No.	Social Stigma. How did friends & relatives react to your illness?	Cost of Treatment			Side Effects of Treatment		Others, Specify:
		Amt. Spent	Availability and cost, if any, of drugs in clinic	What side effects?	How did you deal with it?		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

How would you rate the services in this clinic, based on your own personal experiences? Please use the following grades as rating: 4 = excellent; 3 = satisfactory; 2 = not applicable; 1 = not satisfactory. Please explain or give us the reason for your rating.

Ref. No.	Accessibility of Facility to Clients		Promptness & Efficiency of Service,		Staff competence, accuracy of diagnosis & effectiveness of Treatment		Availability of supply, info, and other support services	
	Rating	Reasons for Rating	Rating	Reasons for Rating	Rating	Reasons for Rating	Rating	Reasons for Rating
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

I will now ask you whether and how your experiences, both with your illness and your interaction with this clinic, have resulted in any changes in your knowledge, attitudes, and habits. Please tell us your reasons for those changes, if any, and whether you think the change is for the better, or worse, or no change at all.

Ref. No.	Recognizing signs and symptoms of STI & knowing what to do when they appear		Knowledge on how STI/HIV transmitted and Proper use of condoms/protective devices		Seeking Prompt and Correct Treatment & Attention, Visit clinic for screening		Safe Sex Practices (Specify)	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Continuation of previous page

Ref. No.	View of Self/Society (dealing with stigma)		Attitudes and Relations with Clinic & Staff		Other Observed Changes, specify		Others, specify	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

添付資料 6

政府・国際・NGO 等関係諸機関面談者リスト

主要面談者リスト

国家経済開発庁 National Economic Development Authority (NEDA)

Jose Montero	Assistant Director, NEDA- PMS
Arlene Ruiz	Chief, HNFP Division SDS-NEDA
Ellaine Grace Viray	Economic Division Specialist, PMS-NEDA
Amy Benjamin	Economic Division Specialist, NEDA-PIS
M. Lourdes Eudela	Economic Division Specialist, PMS-NEDA
Michael Pravido	Economic Division Specialist, NEDA-SDS

保健省国際保健協力局 BIHC & Infectious Diseases Cluster

Dr. Flavonte Trinidad	Medical Officer VII, DOH-BIHC
Dr. Lunengniog Villa	MS IV, DOH-CID-NCDPC
Dr. Florence Apule	MS IV, DOH-CFEH-NCDPC
Cecilia T. Hugo	SHPO-CID-MCP
Dr. Angilis M. Dunandy	CHPO-DOH-CIO-TBunit
Dr. Rosalind Vionzon	MS IV-TBunit-IDO-NCDPC
Ms. Brenda Panganilow	SHPO-DOH-BIHC
Remedios Paulino	Dir III OIC, DOH-BIHC
Dr. Heidi Kawi	SUP, Health Program Officer, UPMD-DOH-BIHC
Dick Manuel	HEWSPECS
Dr. Dorothy Agdaniag	MS III, SLH-SACCL
Dr. Elizabeth O. Telan	MS I, SLH-SACCL

保健省 Department of Health (DOH), Regional Office IV

Dr. Rosario Famaran	Director DOH Regional Office IV
---------------------	---------------------------------

DOH Regional Office CEBU

Rosario Marilyn Benabaye, M.D.	Regional Director
Dr. Rosariomarilyn S. Benabaye	Director III, DOH-CHD-CEBU
Ms. Lucy B. Aguilan	Medical Technologist, DOH-CHD-CEBU
Irina K. Lopez	Nurse II, DOH-CHD-CEBU
Dr. Elaine Teleron	Regl. TB Coordinator

熱帯医学研究所 Research Institute of Tropical Medicine (RITM)

Dr. Olveda	所長
Dr. Aib Pasay	Supervising Science Res Spec, RITM
Rossana Ditangeo	ICTP/TCTP coordinator, RITM
Ann A. Castro	ICTP/TCTP overall coordinator, RITM
Ferdinand E. Foquiz	Medical Technologist, Pasay Chest Clinic & Dispensary

Pasay Chest Clinic

Ferdinand E. Foquiz	Medical Technologist,Pasay Chest Clinic&Dispensary
Daisy C. Martinez	Staff Nurse
Felisa B. Tahir,MD	Chief

Quezon Institute

Norlie R. Reynoso	Medical Technologist,PTSI
Veronica S. Delacruz	Staff Nurse,PTSI
Alex Pes	
Ferdi Bardullaz	OIC-DSU,PTSI
Visolite M. Pauz,MD	DSU,PTSI
Arvin G. Kalaw	Medical Technologist,PTSI
Cynthia Eligado	Field Supervisor,PTSI

IOCV Zambaless, Malaria Control

Syla Candule	Barangay Captain
Genoveva P. Exala	
Elenor C. Salenga	Kgud
Lynn A. De Sm Agustea	RHU-Nurse

City Health Department,CEBU CITY

Dr.Susan T. Adcawan	CITY NTP Coordinator,City Health Department,CEBU CITY
Ma Dorotea M. Bacalsu	Lab. Medical Technologist,City Health Department

Cebu Medical Society

Anna Marie Heredia	Medical Technologist,Cebu Center for Infections Diseases
Mabel Ruiz	Medical Technologist,Cebu Center for Infections Diseases
Verginia Raessla	Biologist, CCID-PSMID
Corazen Tar-Mereser	Treasurs, CCID-PSMID
Helen Tuditud	Pathologist, PSMID, CCID
Lydia Bigernia	Pathologist, PSMID, CCID
Teresita Dy	Vice President-CMS, CMS-PAFP
Virginia S. Paradela	Board Member, CMS
Cora L. Quijano	Secretary-CMS, CMS-POGS
Tomas Polloso,Jr.	CMS(unknown title organization)
Josefina L.Poblete	Adviser PSMID
Lleborah Limchuu	VP-PSMID, Board-CMS, PPS, PSMID
Ronaldo Ranon T. Bigonia, MD	EMIF/CMS
Kageyama Seiji	JICA Expert, SACCL DOH, SACCL/SLH/DOH/JICA
Peter Gotiong	I.D. Internist
Mario C. Mabalay	Director(unknown organization)
Leonard C. Cimafranca	Director, CMS(Cebu Medical Society)
Josemar A. MERCADO	Board Member, CMS

Jane Galang	CMS President
Shawn Espina	CMS Director

TB Pavillion/ Cebu PTS

Dr. Purita Gil	Officer in-charge, Philippine tuberculosis Society
Mercenia D. Mollanido	Domiciliary Nurse, Cebu TB Pavillion

Orientation on the USAID Infectious Diseases Surveillance and Control Project

Onofre Merilles Jr.	Project Area Manager, IDSCP/NEC-DOH
Sheri-Nouane Johnson	President Advisor, CDC
Vivian Lufranco	Project Manager, IDSCP
Socorro P. Lupisan	Head, Lab Research Division, RITM
Cora Manolon	PHA, USAID

CHO Davao City

Dr. Bemellie Bernolitte Sabry	Medical Specialist II, DOH-CHO XI
Dr. Route Cueto	Social Hygiene Clinic
Anna Fe B. Torres	Medical Technologist II, CHO
Vialita R. Nano	Medical Technologist II, CHO

Malaria Collaborating Center

Jennifer Luchavez	Science Res. Spec., Collaborating Gender-CHD XI
Francisco B. Alivio, MD	MS II
Cemellie Besselete V. Saba	MON, Bpes-CHD DOH XI
Eloisa uymn. Seeuna	MS II, CHD
Cefilia S. Poliquit	Specialist III, Health Operation

Schistosomiasis Prevalent Area (Carmen Davao del Norte)

Jun Leo Donalvo	Med-Tech II, Provincial Health Office, Carmen Davao del Norte
Dr. Reynaldo Villanueva	Provincial Health Officer II, Carmen Davao del Norte
Irenn C. Mantilla	Malacologist II, DOH-Provincial Health Team Office
Estela T. Mantilla	Med. Tech. II DOH-Provincial Health Team Office
Dr. Francisco Alivio	MS II

Davao Medical Center

Jean S. Tay	Chief of Clinics, Davao Medical Center
Narinda Aleeha	Nurse III, Davao Medical Center
Alicia Vayug	DMC (title unknown)
Marle Ylette Barez	DMC (title unknown)

DOH CHD IV Extension Office

Manuel R. Biligilin	
Dr. Enilia P. Ajevco	Coordinator, Department of Health Control for ? , Region IV

Dr. Peter Hew Auraueny MO IV/Provincial Malariologist
Wohddl B. Magalet

Malaria Control Project Site (FGD in Isugod)

Arlene Lambiguit Student Teacher
Rudyline O. Ramos Student Teacher
Ma-Divina Gracia R. Gabinete Student Teacher
Adelaida J. Forones Student Teacher
Jesslie O. Samson Student Teacher
Vivian Pagutayao Prof.
Corazon P. Cabili

Laguna PHO

Alsaneo Lagos Director
Dane H. Atayan, MD Medical Officer IV, PHO,Laguna
Danilo B. Sellza A.U.N,PHO, Laguna
Dasel F.Magelba PHO I,Laguna

Rural Health Unit of Cabuyao

Ana Liza B. Galang TB Coordinator
Ofelia S. Canceran PHN III,Cabuyao II

RHU of Sta Rosa District II

Angelina B. Balisna Nurse III,RHU II Sta.Rosa, Lag
Annie Solihan Med Tech,RHU II Sta.Rosa, Lag

PNAC

Dr. Loreto Roquero, Jr., PNAC Director

IPHC-BIHC DOH

Dr. Florante Trinidad Chief, IPHC-BIHC

日本大使館

JICA フィリピン事務所

JICA 専門家

AUSAID

CIDA