

**ガーナ共和国**  
**「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」**  
**評価報告書**

平成19年 3 月  
(2007年)

独立行政法人国際協力機構  
アフリカ部



ガーナ共和国「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」評価報告書  
目次

地図

写真

要約

第1章 評価調査の概要.....	1
1-1 評価調査の背景.....	1
1-2 評価調査の目的.....	2
1-3 評価調査の対象.....	2
1-3-1 評価対象プログラムの概要.....	2
1-4 評価手法.....	3
1-4-1 評価の枠組み.....	3
1-4-2 情報収集方法.....	4
1-4-3 評価グリッド.....	5
1-5 評価調査の実施体制.....	6
第2章 保健医療分野における国際的潮流と日本の援助政策.....	7
2-1 保健関連ミレニアム開発目標.....	7
2-2 日本の上位計画へのMDGsの反映.....	7
2-3 JICAの保健援助方針.....	9
第3章 ガーナにおける保健分野の現状と取り組み.....	11
3-1 保健医療行政.....	11
3-2 保健財政.....	12
3-3 保健医療サービスの供給.....	12
3-3-1 医療リファラル体制.....	12
3-3-2 保健医療人材.....	13
3-3-3 CHPSプログラム.....	14
3-4 ガーナにおける保健・栄養の現状と課題.....	16
3-4-1 子どもの健康.....	16
3-4-2 妊産婦の健康.....	18
3-4-3 主要疾病.....	19
3-5 ガーナにおける保健開発戦略.....	20
3-6 ガーナ保健セクターにおける援助動向.....	29
3-6-1 概要.....	29
3-6-2 主要援助機関の取り組み.....	29
3-7 保健セクターにおける日本の対ガーナ援助政策と援助実績.....	33

3-7-1 日本の対ガーナ援助方針.....	33
3-7-2 JICA の対ガーナ援助方針.....	34
3-7-3 保健セクターにおける日本の対ガーナ援助実績.....	35
3-8 アッパーウエスト州の保健セクターにおける課題と取り組み.....	36
3-9 アッパーウエスト州健康改善プログラムの概要.....	40
3-9-1 プログラム形成の経緯.....	40
3-9-2 目標のレベル・範囲による現行プログラムの類型.....	41
3-9-3 JICA プログラムの構成案件の概要.....	41
第4章 「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」の評価.....	47
4-1 評価の配慮事項.....	47
4-2 プログラムの位置づけに関する評価.....	47
4-2-1 日本側政策におけるプログラムの位置づけ.....	47
4-2-2 ガーナ開発戦略におけるプログラムの位置づけ.....	49
4-3 プログラムの戦略性に関する評価.....	51
4-3-1 プログラムとしての一貫性.....	51
4-3-2 プログラムとしての成果.....	59
4-3-3 計画・実施プロセス.....	61
第5章 提言・教訓.....	65
5-1 プログラム目標達成のためのシナリオの見直し.....	65
5-1-1 プログラム目標の変更.....	65
5-1-2 プログラム目標の達成に向けたシナリオの見直し.....	66
5-1-2-1 現行のプログラム枠組みにおいて各案件間の連携を強化するための方策.....	67
5-1-2-2 「草の根・人間の安全保障無償資金協力」との連携によるシナリオの補完.....	69
5-2 ガーナ開発戦略目標達成への JICA プログラムの貢献度を高めるためのシナリオ.....	70
5-2-1 UNICEF および UNFPA との協力による「介入のパッケージ化」における貢献.....	70
5-2-2 「介入のシステム化」に向けた協力.....	72
5-2-3 協力隊を通じての他援助機関との協力促進.....	74
5-3 長期プログラム（2011～）のシナリオを設定する際の考慮点.....	75
5-4 協力隊を効果的にプログラムに投入するための提言.....	77
5-4-1 連携による相乗効果に着眼した投入.....	77
5-4-2 協力隊をプログラム派遣する場合の配慮点.....	78
5-4-3 プログラム隊員を評価する際の留意点.....	79
5-4-4 協力隊配置の整理.....	79
5-5 プログラムの実施・運営に関する提言.....	80
5-5-1 JICA プログラム全体を総括する機能の構築.....	80
5-5-2 協力隊と技プロをつなぐ「調整役」の配置.....	81

5-5-3 アッパーウエスト州における既存の計画およびモニタリング機能の活用 .....	82
5-5-4 ガーナ政府と他援助機関に対する JICA プログラムのアドボカシーの実施 .....	82
5-5-5 業務実施方式によるコンサルタント契約による技プロ実施の留意点 .....	83
5-6 教訓 .....	83
5-6-1 プログラム形成・実施に関する教訓 .....	83
5-6-2 プログラム評価調査に関する教訓 .....	84

添付資料

添付資料 1 現地調査日程 .....	87
添付資料 2 主要面談者リスト（敬称略） .....	88
添付資料 3 参考資料リスト .....	90
添付資料 4 プログラム PDM（2006 年 7 月 21 日 JICA 現地事務所作成） .....	93
添付資料 5 プログラム概念図（2006 年 8 月 17 日 JICA 現地事務所作成） .....	94
添付資料 6 プログラムの枠組み（2006 年 9 月 28 日 JICA 現地事務所作成） .....	95
添付資料 7 UNDAF (2006-2010) Results Matrix (保健分野) .....	96
添付資料 8 UNICEF Country Programme (2006-2010) Results Matrix（保健・栄養プロジェクト） .....	99
添付資料 9 UNFPA Country Programme (2006-2010) Results Matrix (リプロダクティブヘルスプロジェクト) .....	102
添付資料 10 WFP Country Programme Results Matrix .....	103
添付資料 11 World Bank Results-Focused CAS for Ghana (保健・HIV/エイズ・水分野) .....	107



# ガーナ共和国



首都: アクラ    荷揚港: テマ    対象州州都: フ

# 位置図

## アッパーウエスト州



- : ジラバ郡
- : ローラ郡
- : ナドリ郡
- : シサラ東郡
- : シサラ西郡
- : ワ東郡
- : ワ市
- : ワ西郡

- : 病院(6箇所)
- : 保健所(58箇所)
- △: CHN養成学校(1箇所)

## 写真



ガーナ国保健省



アッパーウエスト州保健局



州保健局での協議



ジラパ郡保健局



女性病棟（郡病院）



分娩台（郡病院）



ワクチン保冷库（郡病院）



母子保健室（郡病院）



コミュニティ・ヘルスナーズ養成校



学生（コミュニティ・ヘルスナーズ養成校）



人体模型（コミュニティ・ヘルスナーズ養成校）



CHPSコンパウンド



コミュニティ・ヘルスワーカー活動視察（ホームビジット）



コミュニティ活動視察



隊員活動視察（力武隊員・村落開発普及員）



隊員活動視察（山元隊員・村落開発普及員）

## 要約

1. 近年 JICA は、「国別・課題別アプローチ」の一環として、プログラムアプローチを推進するとともに、その評価手法を開発すべく、総合分析「国別事業評価」、さらには特定テーマ評価「プログラム評価」において、検討を重ねてきた。本評価調査は、JICA プログラムの先行事例とされているガーナ「アップパーウエスト州住民の健康改善プログラム」を対象に、これら一連の取り組みにおいて策定された手法に基づいて実施されたものである。
2. 本評価調査団（以下、調査団）は、国内調査も含め、ガーナにおける保健分野の現状と取り組みのほか、援助の国際的潮流や日本の政策について調査を行い、その結果をもとに、本プログラム実施の背景となる情報を整備した。
3. 調査団は、本プログラムについて以下のとおり分析を行った。
  - (1) プログラムの位置付け

本プログラムは、日本の上位政策および JICA 援助政策に照らし合わせて妥当である。また、ガーナ開発戦略目標/政策との高い整合性が認められるだけでなく、当該国の優先分野に対しても支援を行っている。
  - (2) プログラムの戦略性
    - ①計画

本プログラムは、個々の構成案件（無償、技プロ、協力隊）採択後、3部合同で予備調査団を派遣し、案件間の有機的な連携を意識しつつプログラムの内容を策定するなど、戦略性を高めるための努力が払われている。しかしながら、要望調査において「問題分析～目的分析～問題解決のために有効な案件の有機的な組み合わせの選択」という形成プロセスを経っていないため、案件間の連携の強化や活動内容の追加など、一部見直しの余地があるところ、これを行うことでより一層の戦略強化が期待できる。
    - ②結果

プログラムの構成案件のうち、評価調査時点で唯一実施されている技プロは、今後本格的な実施に入る段階であり、活動は順調に進捗していることが確認された。技プロがプログラム目標達成のために果たす役割は大きく、プロジェクトの成果をプログラム目標の達成に繋げるためには、特にプロジェクト期間中の自立発展性の確立・強化が鍵となる。
    - ③プロセス

JICA が従来型プログラムから戦略型プログラムの移行期にあることから、本プログラムも他と同様、後付けで形成されているが、2度に渡る無償資金協力予備調査の際に、人間開発部および青年海外協力隊事務局関係者も参画し、合同調査が行われている点大いに評価できる。但し、その後、技プロ PCM ワークショップにガーナ中央政府関係者を巻き込んでいないなど、若干の反省も残る。

4. 本評価調査を経て得られた提言は、以下のとおりである。

(1) 「プログラム目標を変更し、シナリオを見直す」

現行のプログラム目標「アッパーウエスト州の住民の健康が改善される」を、より上位かつ長期的な目標とし、「アッパーウエスト州の住民が良質のプライマリーヘルスケアを享受できるようになる」に変更する。また同時に、目標達成に向けたシナリオの見直しを、①各案件間の連携強化活動の追加、②日本の他スキームによる補完、といった点について行う。

(2) 「プログラムの貢献度を高めるため、他援助機関との連携を強化する」

UNICEF/UNFPA が実施している ACSD/HIRD パッケージの枠組みのうち、IMCI+実施において、連携協力を行うことで、ガーナ開発戦略目標達成に向けたシナリオの強化が期待できる。具体的には、リファラル体制整備、キャパシティディベロップメントにおける協力が有効と思われる。

(3) 「長期プログラムのシナリオを設定する際は、マルチセクショナルなアプローチを念頭に入れる」

「2015年までに妊産婦死亡率を3/4減少させる」といったMDGsのターゲットに貢献するような、長期プログラムのシナリオ策定には、保健分野のみならず、農村開発や水・衛生分野へのインターベンションを念頭においたアプローチが不可欠である。

(4) 「他案件との連携を軸に、協力隊の効果的なプログラムへの投入を検討する」

技プロに比べプログラムに貢献する成果の規模が小さい協力隊は、他案件と連携することによる相乗効果に着眼した上で、州、サブディストリクト、CHPSそれぞれのレベルに応じて、配置戦略を策定するとよい。

(5) 「プログラム実施・運営に関し、必要な方策を講じる」

- ① 現地にプログラムを総括する機能を構築する
- ② 協力隊と技プロを繋ぐ「調整役」を配置する
- ③ アッパーウエスト州における既存の計画およびモニタリング機能を活用する
- ④ ガーナ政府と他援助機関に対するアドボカシーを実施する

5. 本プログラム評価の結果、以下のとおり教訓を抽出した。

(1) プログラム形成・実施に関する教訓

- ①プログラムの貢献度を高めるべく、ロジカルなプロセスに基づく形成を行う。
- ②プログラム形成・運営は、外部有識者の助言を得つつ行う。
- ③相手国政府・主要ドナーの十分な巻き込みに配慮する。

(2) プログラム評価調査に関する教訓

- ①評価調査団派遣は、技プロのモニタリング時期などに配慮し、タイムリーかつ時間的余裕をもって行う。
- ②事前に、JICA 本部と在外事務所の密なコミュニケーションを図り、無駄のない調査スケジュールを策定する。
- ③現地人材（ナショナルスタッフ・ローカルコンサルタントなど）を有効に活用する。



## 第1章 評価調査の概要

### 1-1 評価調査の背景

近年 JICA は、援助効果の向上のため、事業形態や分野を越えて協力事業を横断的に調整する枠組みである「国別アプローチ・課題別アプローチ」を積極的に推進してきた。この一環で外務省による課題別要望調査および JICA による国別事業実施計画の導入（平成 11 年度）の際に、共通の目的を持つ複数の案件は「プログラム」として整理した。こうしたプログラム化は、スキーム別に細分化された案件群の整理に役立ってきたが、これまでのプログラムの多くは同じセクターに属する案件群を形式的に纏めた場合が多く、プログラム化が途上国の中長期的な開発目標の達成に向けた JICA 援助の効果を向上するまでには至っていない。JICA の限られた投入の選択と集中が不十分であったり、短期的な投入の繰り返しが行われていたりという状況が生じている。

こうした点を踏まえ、JICA は 2006 年 2 月にプログラムの定義を改め、従来の「共通の目的・対象の下に緩やかに関連付けられて、計画・実施されるプロジェクト（および個別案件）群」に代わり、「途上国の特定の中長期的な開発目標の達成を支援するための戦略的枠組み（＝協力目標とそれを達成するための適切な協力シナリオ）」と改め、戦略的なプログラムと案件の増加を促進している。「戦略的」なプログラムとは、(1) 途上国の特定の開発戦略や日本の援助戦略に沿った明確な協力目標を有する、(2) 協力目標を達成するための適切な協力シナリオを有する、(3) 投入にあたり複数の JICA 事業の有機的な組み合わせ、他の開発主体と連携を行っているプログラムである。

こうしたプログラム化、プログラムの戦略性強化への取り組みと前後して、新しい評価手法の開発も進められてきた。JICA は 2004 年 1 月から総合分析「国別事業評価」を実施し、それまでに実施されてきた国別事業評価の問題分析、求める評価手法のアンケート調査、主要な二国間援助機関および国際機関における国別プログラム評価の過去の実績・現状・今後の方向性などについて分析し、今後のプログラム評価手法に関する提言を取り纏めた。そうした提言を基に、2005 年 7 月からプログラム評価（フェーズ 1）としてホンジュラス基礎教育強化プログラムを対象として試行的に評価を実施し、同プログラムへ提言を行うと共に、プログラム評価手法の改善点・留意点の抽出を行った。続くフェーズ 2 では、マラウイ基礎教育拡充プログラム及びベトナム初等教育改善プログラムを事例としたプログラムの評価結果に基づき、当該プログラムの戦略性強化のための提言を抽出すること、プログラム化に向けた今後の提言を抽出することおよび、プログラム評価手法（案）の改善・強化を行うことを目的として実施された。

本評価調査は、こうしたプログラム化、プログラムの戦略性強化への取り組みの一環として実施されたものであり、評価は、上記の総合分析「国別事業評価」、特定テーマ評価「プログラム評価」において考察・試行された手法に基づいて実施した。

## 1-2 評価調査の目的

本プログラム評価は、評価対象プログラムであるガーナ国「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」の戦略的強化のための提言を抽出することを主な目的として実施されたものである。従って、評価は戦略的プログラムの新しい定義に基づいた評価手法に沿って実施されたものであるが、評価対象プログラムの形成・実施プロセスをみると従来型のプログラムにより近いプログラムである。こうした点を考慮し、プログラム目標の不明確さや構成案件の一貫性の不十分さなどをもって「戦略的なプログラムではない」という短絡的な評価になることを避け、評価に際しては、基本的には従来型プログラムとして形成・運営されてきた協力プログラム（特定課題に対して緩やかに関連付けられる案件群）を、「戦略的枠組み」としてのプログラムに必要な応じて改訂していくにはどうしたらよいかとの視点に基づいた。つまり、「途上国の中長期的な開発目標の達成を支援するための戦略的枠組み」としての新しいプログラムの定義に基づいた評価を行い、評価結果を持って、プログラムをより戦略的なものとして作成・改定・実施していくための提言を抽出することを試みた。

## 1-3 評価調査の対象

### 1-3-1 評価対象プログラムの概要

本評価調査は、ガーナ国「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」(2005-2009年度)を対象として実施した。評価対象期間は、2005年度～2006年度までを主たる対象とする。対象プログラムの構成案件の概要は表 1-1 の通りである。

表 1-1 ガーナ国「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」の構成案件

	構成案件	実施期間	概要
1	アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト (技プロ)	2006年3月 ～2010年2月	国の政策であるヘルスポストの拡大等を通じて住民への基礎的保健医療サービスのアクセス向上を目標とする。活動内容は、郡保健局職員の能力向上、保健師への研修、住民参加促進、リファラルシステムや監査の仕組みの改善、である。
2	アッパーウエスト州基礎的医療機材整備計画 (無償資金協力)	2006年5月 ～2007年12月	州病院、郡病院、保健所、保健師養成校への機材供与により、1次医療、2次医療を中心とした州全体の保健サービス向上に寄与すること、また、保健師養成校への機材供与により、ヘルスポストに派遣する保健師の養成に貢献することを目指す。具体的な内容は、州・郡病院の医療機材整備、保健所の医療機材整備、保健師養成校の教育機材整備、無線、救急車の整備、である。
3	協力隊 (プログラム隊員)	2007年4月 ～2008年12月	保健師の活動等保健サービス提供者への支援に加え、村落保健委員会の運営や住民の生活・衛生改善など地域住民への支援を実施することで、地域保健の強化に寄与する。
4	援助調整専門家	2007年8月 ～2008年12月	CHPS 拡充に関する政策・制度の整備を目的として派遣される予定。プログラム実施のための中央レベルでの調整とプログラム実施の成果の政策・制度へのフィードバックを行う。

## 1-4 評価手法

### 1-4-1 評価の枠組み

評価は、特定テーマ評価「プログラム評価」で考察・試行された、「貢献」の概念に基づく評価手法を採用した。右評価手法では、①日本側政策および相手国の開発戦略における位置づけ、②JICAプログラムの戦略性（一貫性と結果）、③相手国開発戦略への貢献、の3つの評価項目のもとで、各評価設問が設定されている（表 1-2 参照）が、常にこれら全ての評価設問に沿って評価することが求められているわけではなく、プログラムに応じて設問の適用と選択を行うこととされている。

評価を実施する時期に応じて評価の重点や評価調査項目の適用は異なる<sup>1</sup>。評価時期は、事前評価、実施中（初期や中間期）の評価、終了時に大別できる。本評価はプログラム所期段階での評価に相当するものである。従って、評価実施の目的は、当該プログラムの戦略性強化に向けた改訂、運営管理の改善に関する提言の抽出であり、3つの評価項目のうち、「位置づけ」および「プログラムの戦略性（計画およびプロセス）」に重点を置いた。具体的には、プログラム策定時と比較して、位置づけとなる当該国の開発戦略の適切性に変化がないか、どのように進捗しているかを把握し、JICAプログラム内容のガーナ国開発戦略における優先度およびその変化についても検討するとともに、プログラムを構成する個々のJICA案件が順調にプログラム目標の達成に向けて計画され、実施されているかを検証し、今後プログラムがガーナ開発目標戦略への貢献に向けて効果的に実施されるための提言を抽出した。

表 1-2 特定テーマ評価「教育プログラム評価（フェーズ II）」で採用された評価の枠組み

評価項目		評価設問
1 位置づけ	日本側政策での位置づけ	1-1-1 JICAプログラムは、日本の国別援助政策においてどのような位置づけにあるか
		1-1-2 JICAプログラムは、日本の分野・課題別援助政策においてどのような位置づけにあるか
	相手国開発戦略での位置づけ	1-2-1 JICAプログラムは、当該国の開発戦略においてどのような位置づけにあるか
2 プログラムの戦略性	計画	2-1-1 JICAプログラム目標達成のためのシナリオ（案件群の構成も含む）は適切に設定されているか（プログラムの一貫性）
	結果	2-2-1 JICAプログラムを構成する個々の案件の目標はどの程度達成されたか 個々の案件の実施によってどのような成果がもたらされたか
		2-2-2 JICAプログラムの目標達成の観点からプログラムを構成するJICA案件間の連携によって、どのような成果が達成されたか
		2-2-3 JICAプログラムの目標達成の観点から、個々の案件において、他援助機関との協力によってどのような成果が達成されたか
		2-2-4 JICAプログラムの目標はどの程度達成されたか
		2-2-5 JICAプログラムの目標達成に対し、構成案件の選択は適切であったか

<sup>1</sup> 特定テーマ評価「プログラム評価マラウイ・ベトナム教育分野」（平成18年10月）、第1部「プログラム化に向けた提言」では、プログラム評価の時期による評価結果の活用目的と重点が纏められている。

	プロセス	(計画、結果の評価に際し、貢献・阻害要因の抽出のために適宜分析を行う) 2-3-1 JICA プログラムを構成する案件間では計画・実施の段階で適切に連携・調整が図られたか 2-3-2 JICA プログラムを構成する個々の案件の計画・実施に際して、他援助機関との援助協力・協調に向けて適切な取り組みが行われたか
	3 開発戦略への貢献	3-1-1 JICA プログラムが位置づけられている当該国の開発戦略目標に対する指標はどのように進展したか 3-1-2 上記 3-1-1 においてもたらされた効果に対して、JICA プログラムはどのように寄与したか 3-1-3 開発戦略目標達成に対して JICA プログラムは他援助機関と協力しどのような成果を挙げたか 3-1-4 当該国の開発戦略目標達成の観点から JICA プログラムは効率的、自立発展的であったか（目標達成に向けて今後どのような協力を行うべきか）

なお、プログラム評価においては、プログラムを構成する個別案件の成果や目標達成度のレビューを行うが（表中 2-2-1）、あくまでも、個別案件がプログラムの構成案件としてプログラム目標達成にいかに関与したか（し得るか）という観点から分析を行うものであり、本評価もこうした観点に従うものである。

#### 1-4-2 情報収集方法

本評価調査の情報収集は主に以下に示す 2 つの方法で行った。

##### ① 文献調査

国内調査においては、評価対象プログラムや構成案件に関する各種報告書および当該国開発戦略関係文書等を収集・分析した。現地調査では、追加的な文献の収集、特に援助機関やアッパーウエスト州の保健関連文書やデータを収集した（主要文献については添付資料 3 参照）。

##### ② インタビュー

現地調査においては、評価対象プログラムと構成案件の関係者（プログラム形成の経緯と今後の見通し、構成案件の現状と成果等）、ガーナ国側政府関係者（開発戦略の概要と進捗、課題の認識、JICA プログラムと構成案件への見解等）をはじめ、主要援助機関（援助方針、支援の概要・実績）へのインタビューを行なった。

1-4-3 評価グリッド

評価に先立ち、「評価の枠組み」に沿って評価グリッド（表 1-3）を纏めた。

表 1-3 本評価調査のための評価グリッド

評価項目	大項目	評価設問	小項目	調査項目			
プログラム の位置づけ	1-1 日本側政策 における位置づけ	1-1-1 JICAプログラムは日本の個別援助政策においてどのような位置づけにあるか。	1-1-1 JICAプログラムは日本の個別援助政策においてどのような位置づけにあるか。	評価対象となるJICAプログラムの内容(目標、指標設定、構成条件等)の把握 JICAプログラムに関連する分野、課題に関して、対ガナナ国別援助計画の把握 JICAプログラムの内容と対ガナナ国別援助計画との整合性と位置づけ(どの部分にどの程度合致しているか)			
					1-1-2 JICAプログラムは日本の課題別援助政策においてどのような位置づけにあるか。	1-1-2 JICAプログラムは日本の課題別援助政策においてどのような位置づけにあるか。	評価対象となるJICAプログラムと、JICAの援助政策(分野別、課題別)との比較 JICAプログラムの内容とJICAの援助政策(分野別、課題別)の整合性と位置づけ(どの部分にどの程度合致しているか)
2-1 計画	2-1-1 JICAプログラム目標達成のためのシナリオは、論理構成上適切なものであるか。	日本の比較優位性や他援助機関の活動状況を踏まえたJICAプログラム介入分野選択の戦略性 当該プログラム形成(構成)の背景の確認と、プログラムの特徴の把握(目標レベル、範囲の規模、セクターの特定、セクター内に おける課題の特定、地域/国の特定、目標指標の有無、プログラム、機関とガナナ国開発戦略へのアライメント)					
			2-2 結果	2-2-1 JICAプログラムの目標達成の観点から、プログラムを構成する案件間の連携によってどのような成果が達成されたか。	プログラムの個々の構成要件からプログラム目標に至る論理構成の適切性 「種のシナリオ(案件間連携)」と「種のシナリオ(プログラム目標)に向けてのシナリオ(アライメント)」の適切性 JICAプログラムを構成する個々の案件の目標達成に向けての連携状況(特に、案件の目標達成がプログラム目標達成に繋がる ために必要とされる、案件の自立発展性の確立・強化に向けた取り組みの確認)		
2-3 プロセス	2-3-1 JICAプログラムを構成する案件間では、計画・実施段階において、適切に調整・連携が行われたか。	現行のプログラム構成でプログラム目標への達成の可能性、可能性を高めるための連携シナリオの改訂案(「提言」として抽出) JICAプログラムの目標を達成するためのUNICEFおよびUNFPAとの協力の例(「提言」として抽出)					
			相手国開発戦略 に対するJICA プログラムの貢献	2-3-2 JICAプログラムを構成する個々の案件の計画・実施に際して、他援助機関との援助協力を果たしたか。	計画時あるいは実施時に行われた、JICAプログラムを構成する案件間の連携の方法 計画時には予期されなかった連携による正・負の相乗効果 JICAプログラムの計画時あるいは実施時に行われた、JICAプログラムの構成要件と他援助機関との協力方法(重複を避けるた めの工夫、成果や自足を向上させるための工夫、他援助機関の類似プロジェクトによる経験の反映等)		
2-3-3 JICAプログラムを構成する個々の案件の計画・実施に際して、他援助機関との援助協力を果たしたか。	計画時には予期されなかった、他援助機関との協力による正・負の相乗効果						
		2-3-4 JICAプログラムの目標達成の見込みはどれほどであるか。	2-3-4 JICAプログラムの目標達成の見込みはどれほどであるか。	N/A			
2-3-5 JICAプログラムの目標達成に対し、構成要件の連携は適切であったか(想定されていた案件組み合わせの代替案があった場合)。	2-3-5 JICAプログラムの目標達成に対し、構成要件の連携は適切であったか(想定されていた案件組み合わせの代替案があった場合)。				N/A		
		2-3-6 JICAプログラムの目標達成の見込みを踏まえた、JICAプログラムのガナナ国開発戦略目標達成への貢献度はどれほどであるか。	2-3-6 JICAプログラムの目標達成の見込みを踏まえた、JICAプログラムのガナナ国開発戦略目標達成への貢献度はどれほどであるか。	N/A			
2-3-7 ガナナ国の開発戦略目標に対して、JICAプログラムは他援助機関と協力してどのような成果をもたらしたか。	2-3-7 ガナナ国の開発戦略目標に対して、JICAプログラムは他援助機関と協力してどのような成果をもたらしたか。				UNICEFおよびUNFPAとの協力によってアップパワースト州の課題解決のためにJICAプログラムが寄与するための具体策(「提 言」として抽出)		
		2-3-8 ガナナ国の開発戦略目標の観点から、JICAプログラムは効率的・自立発展的であったか。	2-3-8 ガナナ国の開発戦略目標の観点から、JICAプログラムは効率的・自立発展的であったか。	N/A			

### 1-5 評価調査の実施体制

本評価では、JICA アフリカ部を主管とし、JICA ガーナ事務所、JICA 関係部署（企画・調整部、人間開発部、無償資金協力部、青年海外協力隊事務局、国内事業部、国際協力総合研究所）、国内協力専門員、外部有識者、コンサルタントからなる評価検討委員会を設置した。同検討委員会での議論及び現地調査結果に基づき報告書を作成した。

本評価調査は2006年12月から2007年3月にかけて実施された。評価期間と作業工程は図1-1に示す通りである。第1次国内作業は、主に対象プログラムに関する文献資料調査を通じて、プログラム評価の評価枠組みと調査項目の作成および現地調査の準備を行った。現地調査はデータ収集及び対象プログラムの関係者に対するインタビューを中心とした。第2次国内作業は、国内・現地調査結果を分析し、評価結果の取り纏めとプログラム戦略性強化に向けた提言の抽出を行った。

図 1-1 評価調査工程

	2006/2007年			
	12月	1月	2月	3月
国内調査・作業	第1次		第2次	
現地調査				
検討委員会	◆第1回	◆第2回		◆第3回

現地調査は、2007年1月20日～2月11日の日程で実施され、上記の検討委員会メンバーのうち以下の4名がそれぞれ参団した（詳細な調査日程は添付資料1参照）。

表 1-4 現地調査団員構成（敬称略）

氏名	担当分野	所属	現地調査期間
米崎 英朗	総括	JICA アフリカ部 中西部アフリカチーム長	2007年1月20日～2月4日
中野 博行	地域保健	聖マリア病院国際協力部 小児科保健医療協力部長	2007年1月20日～1月28日
野吾 菜穂子	評価監理	JICA 青年海外協力隊事務局 海外第二グループ アフリカチーム	2007年1月20日～2月4日
喜多 桂子	プログラム評価	グローバルリンクマネジメント株式会社	2007年1月20日～2月11日

## 第2章 保健医療分野における国際的潮流と日本の援助政策

### 2-1 保健関連ミレニアム開発目標

2000年9月ニューヨークで開催された国連ミレニアムサミットに参加した189の加盟国代表は、21世紀に国際社会が取り組むべき目標として「ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals:MDGs）」を採択した。ミレニアム宣言は、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッドガバナンス（良い政治）、アフリカの特別なニーズを課題として掲げ、21世紀の国連の役割に関する明確な方向性を提示したものである。このミレニアム宣言と1990年代に開催された主要な国際社会、サミットで採択された国際開発目標を統合し、1つの共通の枠組みとして纏められたものが「ミレニアム開発目標」である。「ミレニアム開発目標」には、2015年までに国際社会が達成すべき8つの目標と18のターゲット、48の指標が設定されている。これらのうち、保健関連の目標と指標は、目標4～6のターゲット5、6、7、8である（表2-1）。

表2-1 保健関連ミレニアム目標と指標

目標とターゲット	指標
目標4: 幼児死亡率の削減	
ターゲット5: 2015年までに5歳未満児死亡率を3分の2減少させる。	13. 5歳未満児の死亡率 14. 乳幼児死亡率 15. はしかの予防接種を受けた1歳未満児の割合
目標5: 妊産婦の健康の改善	
ターゲット6: 2015年までに妊産婦死亡率を4分の3減少させる。	16. 妊産婦死亡率 17. 医療従事者の立会いによる出産の割合
目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延予防	
ターゲット7: 2015年までにHIV/エイズの蔓延を阻止し、その後減少させる。	18. 15-24歳の妊婦のHIV感染率 19. 避妊具普及率 20. HIV/エイズ孤児の子どもの数
ターゲット8: 2015年までにマラリア及びその他の疾病の発生を阻止し、その後発生率を下げる。	21. マラリア有病率及びマラリアによる死亡率 22. マラリアに感染しやすい地域において、有効なマラリア予防及び治療治療を受けている人々の割合 23. 結核の有病率及び結核による死亡率 24. 結核と診断された患者のうち、DOTS（短期科学治療法を用いた直接監視下治療）によって完治された患者の割合

### 2-2 日本の上位計画へのMDGsの反映

新ODA大綱（2003年8月）は、MDGs以後に改定されたものであるが、MDGsについての具体的な言及はない<sup>2</sup>。しかし、その基本方針において「人間の安全保障」が取り

<sup>2</sup> 新ODA大綱の策定時にはMDGsに関する言及についての議論は行われたが、日本の援助が長期的に目指す上位政策に2015年を達成期限とする目標を盛り込むことの適切性の観点から具体的な言及はせず、共通する開発目標という範疇での言及にとどめられている。（保健関連MDGs達成に向けた日本の取組評価に関する法告書2005年3月、P103）

入れられている点は保健関連 MDGs に繋がるものである。新 ODA 大綱で掲げられている 4 つの重要課題（貧困削減、持続的成長、地球的規模の問題への取り組み、平和の構築）のうち、「貧困削減」の中では、「貧困削減のために「教育や保健医療・福祉・水と衛生、農業などの分野における協力を重視し、開発途上国の人間開発、社会開発を支援する」とされており、貧困削減の一環として保健医療に対する支援を位置づけている。

さらに、新 ODA 中期政策（2005 年 2 月）では、新 ODA 大綱で掲げられている 4 つの重点課題のうち「貧困削減」に関連して、「MDGs は、より良い世界を築くために国際社会が一体となって取り組むべき目標であり、我が国としては、その達成に向けて効果的な ODA の活用等を通じて積極的に貢献する」として、政治的なコミットメントを明言している。

こうした上位計画は協力方針に反映されている。表 2-2 は、2000 年以降に発表された保健セクターにおける主な協力方針の概要を纏めたものである。

表 2-2 保健セクターにおける主な協力方針

政策名	重点分野・戦略等
沖縄感染症対策イニシアティブ (IDI) (2000 年 7 月、外務省)	HIV/エイズ、結核、マラリア、ポリオ、寄生虫とその他の感染症への対策のために 2000 年 7 月～2005 年 3 月の 5 年間で 30 億ドルを越える支援を発表。感染症対策の方針として、(1)途上国の主体的取り組み（オーナーシップ）強化、(2)人材育成、(3)市民社会組織、援助国、国際機関との連携、(4)南南協力、(5)研究活動の促進、(6)コミュニティレベルでの公衆衛生の推進、が挙げられている。
保健と開発に関するイニシアティブ～我が国の保健分野援助の方針～ (2005 年 12 月、外務省経済協力局開発計画課)	保健関連 MDGs 達成に向けた取り組みとして 5 年間で 50 億ドルの支援を発表。基本方針として、(1)人間の安全保障の視点の重視、(2)横断的取り組み、(3)国際社会における連携と協調（GHPs、世界基金、Three Ones、ロールバック・マラリア、Stop TB etc.）(4) 開発途上国における多様な事情に応じた援助戦略の形成、(5)援助実施現場における研究機能の強化と現場固有の事情への配慮、が挙げられている。具体的な取り組みとしては、保健医療体制の整備基盤に関する支援の他、保健関連 MDGs 達成への取り組みとして、乳幼児死亡率の削減（目標 4）、妊産婦の健康改善（目標 5）、HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の予防（目標 6）が明記されている。
対アフリカ感染症行動計画（外務省）	上記「保健と開発に関するイニシアティブ」を受けて策定された行動計画。HIV/エイズ、結核、マラリア、ポリオ、寄生虫、新興感染症（鳥インフルエンザ）への具体的な対策が挙げられている。例えば、HIV/エイズ対策としては、協力隊による予防啓発活動等の支援、ガーナを含む 4 ヶ国への HIV/エイズ検査関連機材の供与、メディアを通じたエイズ予防教育の実施、VCT の強化等、マラリア・結核対策としては、殺虫剤浸潤蚊帳を 2007 年までに 100 万帳供与、蚊帳の生産体制強化にかかる官民連携や供与体制面での UNICEF との連携強化等、ポリオ対策としては、ポリオ撲滅のための協力隊グループ派遣実施、経口ワクチンの供与、診断技術やサーベイランス手法、ワクチン製造などの技術指導等、ポリオ撲滅に向けての継続的な UNICEF との連携実施等である。

### 2-3 JICA の保健援助方針

保健関連 MDGs 達成に向けた日本の上位計画は、JICA の「課題別指針」に反映されている。「課題別指針」は、分野別の業務遂行上の指針である。MDGs については「課題別指針」の1つとして直接的には取り上げられていないが、表 2-3 に示す5つの「課題別指針」は、保健関連 MDGs に直接関連するものであり、指針の中では MDGs に関しての言及がなされている。

表 2-3 表 JICA 保健分野の課題別指針概要

	開発戦略目標	中間目標	協力方針・留意点
結核対策 <sup>3</sup>	当該政府が、 <b>患者の発見率 70% と完癒率 85% 以上を達成できる能力を持つ。</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DOTS 実施能力の向上</li> <li>DOTS を強化するための Beyond DOTS 実施能力の向上</li> <li>その他（小児結核対策能力向上、院内 DOTS 能力向上）</li> </ul>	重点国（結核高負担国、高結核発生率、結核対策が遅れている国）を設定した上で、各国の状況に応じて、以下(1)または(2)の協力を、あるいは(1)と(2)の両方を選択的に合わせた内容の協力を実施する：(1) DOT <sup>4</sup> の質的強化に最も重点を置く、(2) DOT を強化するための Beyond DOTS を支援する。協力の留意点として、(1) 人材育成・システム構築を中心としたキャパシティ・ディベロップメント、(2) 結核対策プログラムに内包する質の維持・向上システムの持続性確保、(3) モデル事業の実施等を通じて各国に適した制度の導入、(4) 各種スキームを一体化させた協力、(5) 各援助機関との連携を強化した協力、が挙げられている。
マラリア対策 <sup>5</sup>	マラリアの疾患率及び死亡率を減少させる体制が整う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>マラリア予防体制の強化</li> <li>疾患管理体制の強化</li> <li>中央レベルでのマラリア対策マネージメントの強化</li> </ul>	基本方針として、「人間の安全保障」の視点、キャパシティ・ディベロップメントの視点、行政システム構築、を強化する。留意点として、(1) 当該国の国家計画との整合性、(2) 当該国のマラリア対策能力の状況に応じた、プロジェクトのフォーカス（マラリア予防対策強化、疾患管理体制の強化、中央レベルでのマラリア対策マネージメントの強化）、(3) 他援助機関との援助協力・パートナーシップ構築、(4) 地方レベルでのマラリア対策、が挙げられている。
リプロダクティブヘルス <sup>6</sup>	リプロダクティブヘルスを改善する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>妊産婦の健康改善</li> <li>乳幼児の健康改善</li> <li>望まない妊娠の低減</li> <li>ジェンダー間の平等と女性のエンパワーメントの推進</li> </ul>	女性や思春期の若者、貧困層等、リプロダクティブヘルスの向上を必要としている社会的弱者のエンパワーメントに貢献するとともに、リプロダクティブヘルスの向上の過程で保健システム全体の強化に貢献することを基本方針とする。留意点として、(1) HIV/エイズ対策とリプロダクティブヘルス事業の連携強化、(2) マルチ・スキーム化の推進、(3) マルチ・セクター化の推進、(4) NGO を含む他援助機関との効果的な援助協力の実施、が挙げられている。

<sup>3</sup> 課題別指針「結核対策（第7ドラフト）」、JICA 人間開発部、2006年3月

<sup>4</sup> 結核患者を発見、診断、治療するために行政機関が実施する一連の取り組み方法を纏めた戦略パッケージ

<sup>5</sup> 寄生虫対策指針「マラリア対策（ドラフト）」、JICA 人間開発部、2006年9月

<sup>6</sup> 課題別指針「リプロダクティブヘルス（案）」、JICA 人間開発部、2006年6月

<p>子どもの健康<sup>7</sup></p>	<p>子どもの健康<sup>8</sup>を改善する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周産期の子どものケアの向上</li> <li>・病気の予防</li> <li>・異常の早期発見</li> <li>・治療・療育の改善</li> </ul>	<p>「人間の安全保障」の視点および「キャパシティ・ディベロップメント」の視点を基本方針とする。さらに、中間目標ごとの重点とすべき取り組みとして、「周産期の子どものケア向上」では、特に出産直前の子どものケア改善への取り組み、「病気の予防」では、予防接種、地域の啓発、学校保健、「異常の早期発見」では、医療従事者による早期発見の促進だけでなく、家庭および地域での早期発見の促進、「治療・療育の改善」では、IMCI の導入等が挙げられている。</p>
<p>HIV/エイズ<sup>9</sup></p>	<p>HIV/エイズを予防・コントロールする。</p> <p>HIVエイズ感染者とその家族等のケア・サポートを行う。</p> <p>有効な国家レベルの対策を実施する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・性感染リスクの減少</li> <li>・母子感染リスクの減少</li> <li>・輸血による感染リスクの減少</li> <li>・麻薬注射による感染リスクの減少</li> <li>・有効なワクチンの開発と実用化</li> <li>・有効な治療薬の開発と実用化</li> <li>・日和見感染症を含む身体症状による苦痛の軽減</li> <li>・HIV/エイズ感染者とその家族の人権擁護</li> <li>・適切な国家レベルの対策の策定</li> <li>・HIV/エイズ対策運営管理能力の向上</li> <li>・保健財政の適正化</li> </ul>	<p>留意事項としては、(1) 対象国・地域のエイズ流行状況と資源制約に留意した協力、(2) 影響分析の上、対策の枠組みの中で不足している分野を明確化すること、(3) 弱者への配慮、(4) 他援助機関との協力、(5) 日本国内の資源の育成、(6) 他分野における協力が HIV/エイズ問題に対して及ぼす影響を配慮</p>

<sup>7</sup> 課題別指針「子どもの健康」(案) JICA 人間開発部、2006 年

<sup>8</sup> 「子どもの健康」とは、子どもの死亡と疾病の低減にとどまらず、子どもの健全な発育・発達を含む(上記課題別指針 P9)

<sup>9</sup> 開発課題に対する効果的アプローチ、JICA 人間開発部、第 2 章「HIV/AIDS に対する効果的アプローチ」

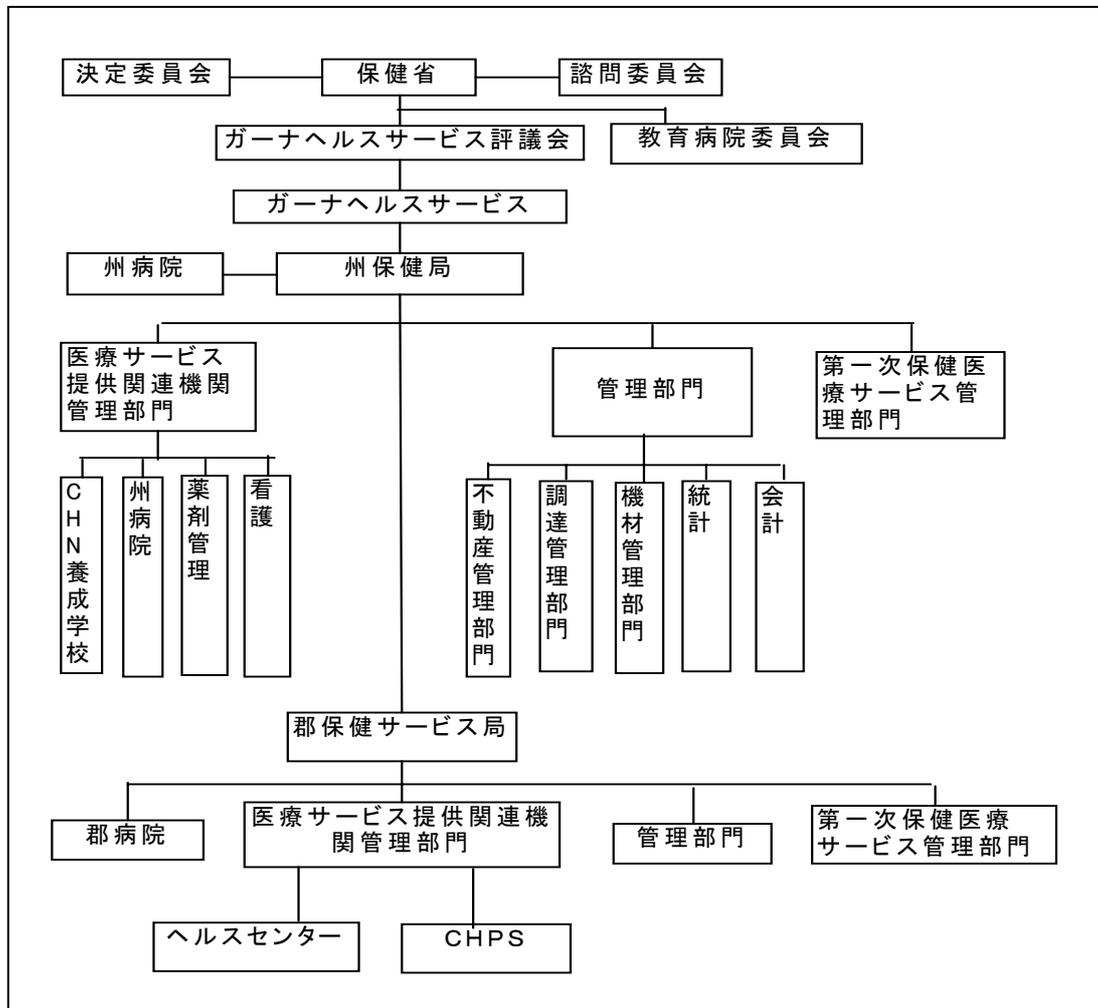
### 第3章 ガーナにおける保健分野の現状と取り組み

#### 3-1 保健医療行政

ガーナの保健医療行政は、保健省が管轄し、その執行機関としてガーナヘルスサービス（GHS）があり、その管轄下に各州の州保健局がある。州保健局が管轄する郡保健サービス局は郡内の保健行政を総括している（図3-1参照）。

ガーナは現在地方分権化プロセスにある。その結果、4レベルのマネージメントシステム（保健省、中央GHS、州GHS、郡GHS）ができており、各レベル間での協力や調整が十分でないことから、機能・活動の重複や諸経費の増加という問題も発生している。

図3-1 保健医療組織図



### 3-2 保健財政

2005年保健セクタープログラム活動計画レビュー結果<sup>10</sup>によれば、ガーナ政府の保健予算は2001年の8.7%から2002年には9.3%に増加したものの、2003年には9.1%に減少、2004年には8.2%にまで減少した。しかし、2005年には再び増加に転じた。2005年と2006年の保健予算は、それぞれ15%と17%である。MTEF（中期支出枠組み）の予想では、2007年と2008年には保健予算は減少に転じるとみられている。その理由として、他援助機関からの資金援助とガーナ政府の予算配分が共に減少する可能性があることおよび、保健セクターの予算配分が既に国際的な水準に達していることが指摘されている。

保健経常支出は、2002年に増加するが、2003年に一旦減少し、2004年以降2006年までは除々に増加を続けている。2005年と2006年の保健経常支出は、それぞれ14.5%と15%である。

収支と支出とのギャップについては、2005年にはUS\$283.49 mil、2006年にはUS\$138.48 milに半減すると見られているが、未だ高い水準にある。表3-2は、2005年の支出状況を示したものである。2003年と比較して一般管理費および資本投資への支出の割合が増えている反面、給与やサービス費の割合が減少している。ただし、支出全体に占める給与の割合は依然として高く、2006年の支出の割合は全体の半分近くに増加することを目標としている。

表 3-1 2005年の保健支出 (単位：Bn セディ,1000Bn=約1円)

	政府	ヘルス ファン ド	IGF	イヤーマ ークファ ンド	財政クレ ジット	HIPC	合計	% (2005)	% (2003)	% (2006 目標)
給与	1,425		44				1,469	42%	45%	48%
一般管理費	51		114	217			382	11%	9%	17%
サービス費	109	199	271	312		7	898	26%	29%	25%
資本投資	2	167	22		541		732	21%	17%	10%
合計	1,587	366	451	529	541	7	3,481	100%	100%	100%
%	46%	11%	13%	15%	16%	0%	100%			

出所：Ministry of Health Financial Report for 2005

### 3-3 保健医療サービスの供給

#### 3-3-1 医療リファラル体制

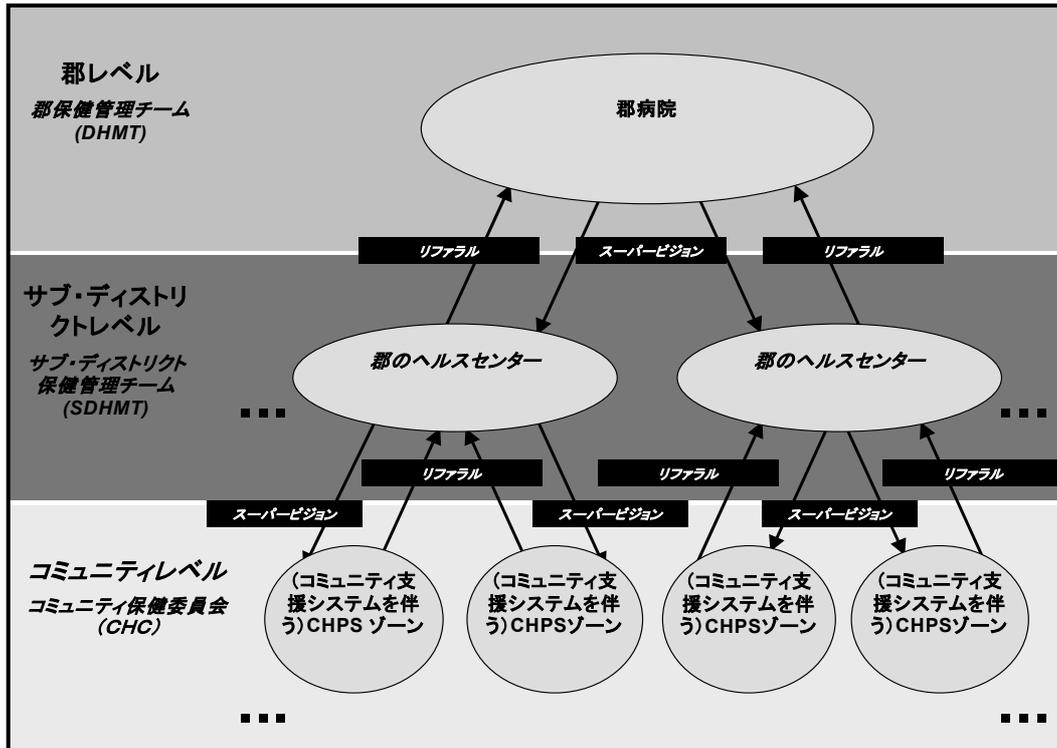
ガーナにおける保健医療サービス供給のためのリファラル体制は、CHPS－保健所（ヘルスセンター）/クリニック/産院－郡病院－州病院－教育病院という構造になっている。教育病院と州病院がそれぞれ第3次医療レベル、第2次医療レベルであり、郡レベルより下の施設が第1次医療レベルである。図3-2は、特に本プログラムが重点を置く第1次レベルの医療体制を示したものである。

各州には1病院、各郡には1病院と5～10のヘルスセンターがあるが、リファラル体

<sup>10</sup> Review of Ghana Health Sector 2005 Programme of Work, Ministry of Health, Government of the Republic of Ghana, May 2006, PP10-14

制は必ずしも十分に機能していない状況である。その原因としては、医療従事者の量的・能力面での不足、老朽化した施設と機材の他、地域住民の経済的問題やインフラの未整備等による保健医療施設・機関へのアクセスの低さが挙げられる。

図 3-2 ガーナにおける第1次医療システム<sup>11</sup>



### 3-3-2 保健医療人材

深刻な保健人材不足はガーナにおける医療体制構築の阻害要因となっている。医師 1 人当たりの人口および看護師 1 人当たりの人口は、ともに全国レベルでは改善されているが、状況が悪化している州も少なくない。本プログラムの対象地域であるアッパーウエスト州は、医師 1 人当たりの人口および看護師 1 人当たりの人口ともに悪化している。特に、医師の不足は深刻で、2004 年の医師 1 人当たりの人口は、全国レベルの約 4 倍、全 10 州のうちノーザン州に続いて 2 番目に多い。

<sup>11</sup> The Operational Policy (CHPS), GHS, P14 (英文オリジナル)

表 3-2 医師・看護師 1 人あたりの人口

州	医師 1 人あたりの人口		看護師 1 人あたりの人口	
	2001	2004	2001	2004
ウエスタン州	31,526	37,638	2,180	2,241
セントラル州	34,623	35,347	1,655	1,573
アクラ首都圏州	8,288	6,550	1,280	969
ボルタ州	37,875	35,986	1,500	1,232
イースタン州	25,132	29,305	1,211	1,203
アシャンティ州	15,501	13,237	2,242	2,121
ブロンアバフオ州	37,216	35,783	3,149	2,034
ノーザン州	58,493	81,338	2,509	2,079
アッパーイースト州	32,076	33,146	1,427	1,395
アッパーウエスト州	45,107	68,534	1,303	1,368
全国	20,036	17,733	1,728	1,510

出所：FACTS&FIGURES (PPEM-GHS2005)

### 3-3-3 CHPS プログラム

コミュニティベース保健計画・サービス (Community-based Health Planning and Service: CHPS) は、住民が基本的保健サービス (プライマリーヘルスケアサービス) に無理なくアクセスできることを目指して 1999 年に開始された国家プログラムである。CHPS は USAID が導入し、オペレーショナルリサーチによって乳幼児死亡率の改善が認められたことから、正式に国家プログラムとして保健政策の中に位置づけられるようになった。保健医療サービスへのアクセスの問題は、ガーナ国家保健セクター 5 年計画やガーナ貧困削減戦略において課題として挙げられており、特に、第 2 次ガーナ貧困削減戦略 (GPRSII:2006-2009) では、「保健サービスへのアクセス拡大」のための戦略として「CHPS 拡大」が掲げられている。

CHPS は、郡保健局 (DHMT) が主体となり、各郡を 3,000~4,500 人ごとに CHPS ゾーンに分け、各ゾーンの中にコミュニティリーダーを中心としたコミュニティ保健委員会 (Community Health Committee:CHC) を設置する。そして、CHC が主体となって CHPS コンパウンドという診療所を配置して、コミュニティ・ヘルス・オフィサー (Community Health Officer: CHO) を常駐させる。CHO は、各家庭を循環して保健指導や簡単な治療を行う他、高次医療機関へのリファラルを行うというアプローチである。CHPS 活動のコーディネーションは州政府 (RHMT) が行うこととされている。

## CHPS の概要<sup>12</sup>

**CHPS の主要要素**：①コミュニティ、②世帯と個人を対象、③コミュニティ参加による計画、④コミュニティとの協力による保健医療サービスの提供

**政策目標**：コミュニティと家庭のエンパワーメントおよび活動への参加を促進することによってガーナ国民の健康を改善する。

**ビジョン**：2015年までにすべてのガーナ国民がCHPSサービスを受けられるようになる。

**CHPS プログラム目標**：① 基本的保健サービスへのアクセス面での公平性を向上する。  
② 患者のニーズへの対応の効率性を向上する。  
③ 他セクターとの効果的な協力を確立する。

**機能している CHPS を確立するためマイルストーン**：

- ① CHPS ゾーンでの保健医療サービス提供に関する計画策定にコミュニティで活動している住民組織を巻き込む。
- ② コミュニティエントリーは、村長との政策的対話を実施し、コミュニティにおける活動計画の場である住民会合を召集した上で、CHPS プログラムを実施するためのコミュニティ保健委員会を設立する。
- ③ CHPS コンパウンドの建設にはボランティアやコミュニティのリソースを活用する。
- ④ バイク、自転車、医療器具などの基礎的な機材を調達する。
- ⑤ CHPS コンパウンドにコミュニティ・ヘルス・ナースを配置し、技術的な再研修とオリエンテーションを実施する。
- ⑥ コミュニティ保健委員会がヘルスボランティアをリクルートし、ヘルスボランティアがコミュニティにおける子どもの健康、家族計画やリプロダクティブヘルスに関する活動を支援する。

CHPS プログラムは、2015年までに全てのガーナ国民がCHPSサービスを受けられるようになることをビジョンとして掲げている。CHPS の展開にかかるプロセスはCHPS 導入決定から実際の活動開始までの15段階に分けて進歩が図られている。2005年保健セクタープログラム活動計画レビュー結果によれば<sup>13</sup>、2005年までに250のCHPSコンパウンドを配置するとの目標が設定されていたのに対し、270コンパウンドが配置されたが、CHOが配属されていないCHPSもあり、実際に機能しているCHPSコンパウンドは186のみである。

機能しているCHPSの拡大が遅れている主な理由として<sup>14</sup>、保健省が実施した同調査は、特に遠隔地のCHPSコンパウンドへのCHO配置が困難である点を挙げている。CHO確保のために、各州にコミュニティ・ヘルス・ナース（Community Health Nurse）養成学校が設置されてはいる<sup>15</sup>が、僻地に配置されたCHOが継続的に勤務することを確保するための動機付け戦略は十分でない。もう1つの理由としては、CHPS実施に際しては、

<sup>12</sup> Community-Based Health Planning and Services (CHPS) The Operational Policy, Ghana Health Service Policy Document No.20, May 2005, PP6-10

<sup>13</sup> Review of Ghana Health Sector 2005 Programme of Work, Ministry of Health, Government of the Republic of Ghana, May 2006, P35

<sup>14</sup> 同上、PP 35-36

<sup>15</sup> CHN養成学校を卒業したCHNはCHOとしてCHPSコンパウンドに常駐する。

従来からコミュニティで活動しているヘルスボランティアや住民組織と連携した住民参加型の活動が必要とされるが、実際には、コミュニティのオーナーシップが不十分で、CHO に対しての支援も行われていないことが指摘されている。

その他、CHPS 実施のための行政側の課題として、①GHS は、CHPS コンパウンドの建設をコミュニティ事業として実施している、②交通の不備によりサブ・ディストリクトによる遠隔地の CHPS ゾーンのスーパービジョンが不適切である、③CHPS に配属する CHO をトレーニングしたり、サブ・ディストリクトのスーパーバイザーを支援する資金が不足している、④サービスの重複がある地域では、ヘルスセンターを閉鎖することなく州あるいは郡の経常費によって CHPS プログラムを拡大するのは困難である、ことが挙げられている。

アッパーウエスト州の場合、2010 年までに 190 の CHPS コンパウンド配置を目指しているが、2006 年 6 月時点での配置は 53 (裨益人口は 11.2%) のみである。しかも、機能している CHPS コンパウンドはわずか 24 に留まる (表 3-3 参照)。

表 3-3 アッパーウエスト州における CHPS 実施状況 (2006 年 6 月現在)

郡	CHPS ゾーンの数	建設された CHPS 数	機能している CHPS 数	CHPS による裨益人口の割合(%)
ジラパ	30	6	2	7.3
ローラ	26	8	3	7.7
ナドリ	34	11	8	27.8
シサラ東	18	2	2	5.3
シサラ西	15	2	1	4.5
ワ中央	22	8	2	8.6
ワ東	21	6	2	11.2
ワ西	31	10	4	27.7
州合計	197	53	24	11.2

出所：Review of Health Sector in UWR<sup>16</sup>

### 3-4 ガーナにおける保健・栄養の現状と課題

#### 3-4-1 子どもの健康

##### <乳幼児死亡率>

乳幼児死亡率と 5 歳未満児死亡率について 1998 年と 2003 年を比較すると、前者は 1,000 人出生あたり 57 人から 64 人に増加、後者についても 1,000 人出生あたり 108 人から 111 人に増加しており、いずれの指標も悪化している。新生児死亡率についても同様で、1998 年の 30 人/1,000 出生から 2003 年には 43 人/1,000 出生に増加している (表 3-4 参照)。

<sup>16</sup> Dr. Agongo, RDHS による評価調査団へのプレゼンテーション資料 (2007 年 1 月 27 日)

表 3-4 ガーナ国民の健康状態に関する主要指標

	1998	1993	1998	2003
1 歳未満児死亡率 (1,000 出生あたり)	77	66	57	64
5 歳未満児死亡率 (1,000 出生あたり)	155	119	108	111
新生児死亡率 (1,000 出生あたり)	44	41	30	43
粗出生率	47	44	39	33
粗死亡率	17	12.5	10	10
推定寿命	54	55.7	57	58
合計特殊出生率	6.4	5.5	4.6	4.4

出所：Facts & Figures (PPME-GHS 2005)

また、1 歳未満児死亡率と 5 歳未満児死亡率についての顕著な地域差も問題である。例えば、2003 年の都市部における 1 歳未満児死亡率および 5 歳未満児死亡率は、それぞれ 55 人/1,000 出生と 93 人/1,000 出生であるのに対し、農村部ではそれぞれ 70 人/1,000 出生と 118 人/1,000 出生である（表 3-5 参照）。アッパーウエスト州の乳幼児死亡率をみると、1 歳未満児死亡率および 5 歳未満児死亡率はいずれも全国を大きく上回っており、全 10 州のうち最悪である。しかも、1 歳未満児死亡率は悪化している。5 歳未満児死亡率には改善が見られるが、2008 年までの目標値 104 人/1,000 出生および 2015 年までの目標値 63 人/1,000 出生<sup>17</sup>を達成するには一層の努力が必要である。

表 3-5 州別の 1 歳未満児死亡率と 5 歳未満児死亡率

州	1 歳未満児死亡率		5 歳未満児死亡率	
	1998	2003	1998	2003
ウエスタン州	68.0	66.0	109.7	109.0
セントラル州	83.8	50.0	142.1	90.0
アクラ首都圏州	41.4	45.0	62.0	75.0
ボルタ州	53.8	75.0	98.0	113.0
イースタン州	50.2	64.0	89.1	95.0
アシャンティ州	41.9	80.0	78.2	116.0
ブロンアバフォ州	77.3	58.0	128.7	91.0
ノーザン州	70.1	69.0	171.3	154.0
アッパーイースト州	81.5	33.0	155.3	79.0
アッパーウエスト州	70.6	105.0	155.6	208.0
全国	57.0	64.0	108.0	111.0
農村部	67.5	70.0	122.0	118.0
都市部	42.6	55.0	76.8	93

出所：Facts & Figures (PPME-GHS 2005)

#### <子どもの栄養不良>

ガーナでは子どもの栄養不良の問題が深刻である。政府統計 (DHS2003) によれば、

<sup>17</sup> 目標値は、Overview of Health Sector in UWR (Briefing of JICA Evaluation Team by Dr. Erasmus E.A. Agongo, RDHS), Jan. 27, 2007, P2 を引用

栄養不良である5歳未満児は全体の22%に上る。地域格差が顕著で、都市部が15%であるのに対し農村部では25%と高い。アッパーウエスト州における栄養不良児の割合は、25.9%と全10州のうち、ノーザン州、アッパーイースト州に続いて多い<sup>18</sup>。さらに、ガーナにおける子どもの栄養不良を年齢層でみると、2歳児の栄養不良の割合が31%と最も割合が高く、それ以降になると割合は減少している<sup>19</sup>。2005年にGHSが行った調査では、5歳未満児死亡の54%は栄養不良が原因であることが明らかになった<sup>20</sup>。

こうした調査結果を受けて、ガーナ政府は子どもの栄養不良を改善するための2つの優先課題を掲げている。1つは、生後6ヶ月間の完全母乳育児と6ヶ月以降の離乳育児であり、もう1つは、全世帯でのヨウ素添加塩の消費の促進、妊産婦への亜鉛補給、妊産婦および6ヶ月以上5歳未満児へのビタミンAの補給を通じた補給微量栄養素欠乏症の抑制である<sup>21</sup>。2005年にヨウ素添加塩の消費促進戦略が開始した結果、ヨウ素添加塩を消費している世帯の割合は2003年の42%から2005年には70%に増加した。ガーナ政府は、UNICEFの支援を得て全世帯によるヨウ素添加塩消費を目指している。生後6ヶ月間の完全母乳育児については、全国調査は実施していないが政府目標値である70%（2003年は53%）はほぼ達成されたと見られている<sup>22</sup>。

### 3-4-2 妊産婦の健康

#### <妊産婦死亡率>

ガーナにおける妊産婦死亡率は、2000年の229.7/100,000人から2004年には186.0/100,000人に減少している。妊産婦死亡率を減少させる鍵である専門技能者（Skilled Birth Attendant: SBA）の立会いによる出産数は増加しており、妊産婦検診受診率も高い標準であることが関係していると思われる（表3-6参照）。しかしながら、妊産婦死亡率、SBAの立会いによる出産数、妊産婦検診受診率ともに悪化している州もあること、SBAの立会いによる出産数は50%強に留まること、2000年と比較して2004年の（全国）妊産婦検診率は減少していることを鑑みると、妊産婦ケアが未だ十分であるとは言えない状況である。

特に、妊産婦の緊急ケアは改善の余地を多く残している。ガーナ政府の統計によれば、出産設備を備えた医療機関・施設は、2004年の1,439施設から若干増えて2005年には1,476施設・機関になったが、出産のための緊急ケアを提供している医療施設・機関は、762施設・機関から822施設・機関に減少している<sup>23</sup>。UNFPAによれば、特に、コミュニティレベルでの保健医療サービスへのアクセスは限られており、効果的な出産のための緊急ケアシステムもない。また、女性のエンパワーメントが進んでいないことが不適

<sup>18</sup> Ghana Health Sector Situation Analysis, JICA, July 2006, P68 図

<sup>19</sup> Review of Ghana Health Sector 2005 Programme of Work (Main Sector Review Report), Ministry of Health, Government of the Republic of Ghana, May 2006, P39

<sup>20</sup> 同上、P40

<sup>21</sup> 同上

<sup>22</sup> 同上

<sup>23</sup> 同上、P38

切な保健行動の要因となっている<sup>24</sup>。

表 3-6 保健医療施設での妊産婦死亡率

州	専門技能者の立会いによる出産数		妊産婦検診受診率		妊産婦死亡率 (100,000 人あたり)	
	2000	2004	2000	2004	2000	2004
ウエスタン州	49.0	46.2	77.0	94.7	283.0	115.4
セントラル州	37.3	76.3	97.9	107.7	446.8	134.5
アクラ首都圏州	50.2	46.2	85.4	77.7	110.7	183.0
ボルタ州	38.5	39.7	92.3	86.1	361.9	261.9
イースタン州	54.3	47.2	118.7	81.4	243.4	267.0
アシャンティ州	56.6	56.2	86.9	79.0	220.3	176.4
ブロンアバフォ州	62.6	57.8	99.9	90.0	139.5	229.6
ノーザン州	41.9	48.2	98.4	110.4	201.0	172.0
アッパーイースト州	42.0	71.2	101.0	102.0	371.5	170.9
アッパーウエスト州	67.7	71.2	87.5	94.7	195.9	107.7
全国	50.2	53.4	93.6	89.2	229.7	186.0

出所：Facts & Figures (PPME-GHS 2005)

### 3-4-3 主要疾病

ガーナではマラリアによる死亡が大きな割合を占め、貧血、肺炎が続く。これら3疾病については、すべての州において10大疾病に含まれている。マラリアは、ボルタ州とブロンアバフォ州を除く8州すべてにおいて死亡疾病の第1位を占めており、ボルタ州とブロンアバフォ州においても死亡疾病の第2位であるなど深刻である。下痢症についても、ボルダ州とブロンアバフォ州以外のすべての州において10大疾病である。栄養失調症が10大疾病に含まれているのは、アッパーウエスト州のみである。

表 3-7 疾病状況

全国の死亡疾病		割合 (%)	アッパーウエスト州の死亡疾病	割合 (%)
1	マラリア	17.1	マラリア	21.0
2	貧血	9.6	貧血	14.3
3	肺炎	7.2	肺炎	6.4
4	脳血管障害	5.6	下痢症	5.2
5	腸チフス	3.5	肝炎	5.2
6	下痢症	3.5	髄膜炎	4.6
7	高血圧症	3.3	腸チフス	4.6
8	肝炎	3.2	痙攣	3.3
9	髄膜炎	3.0	栄養失調症	2.4
10	敗血症	2.8	HIV/エイズ	2.4
	その他の疾病	41.1	その他の疾病	30.7

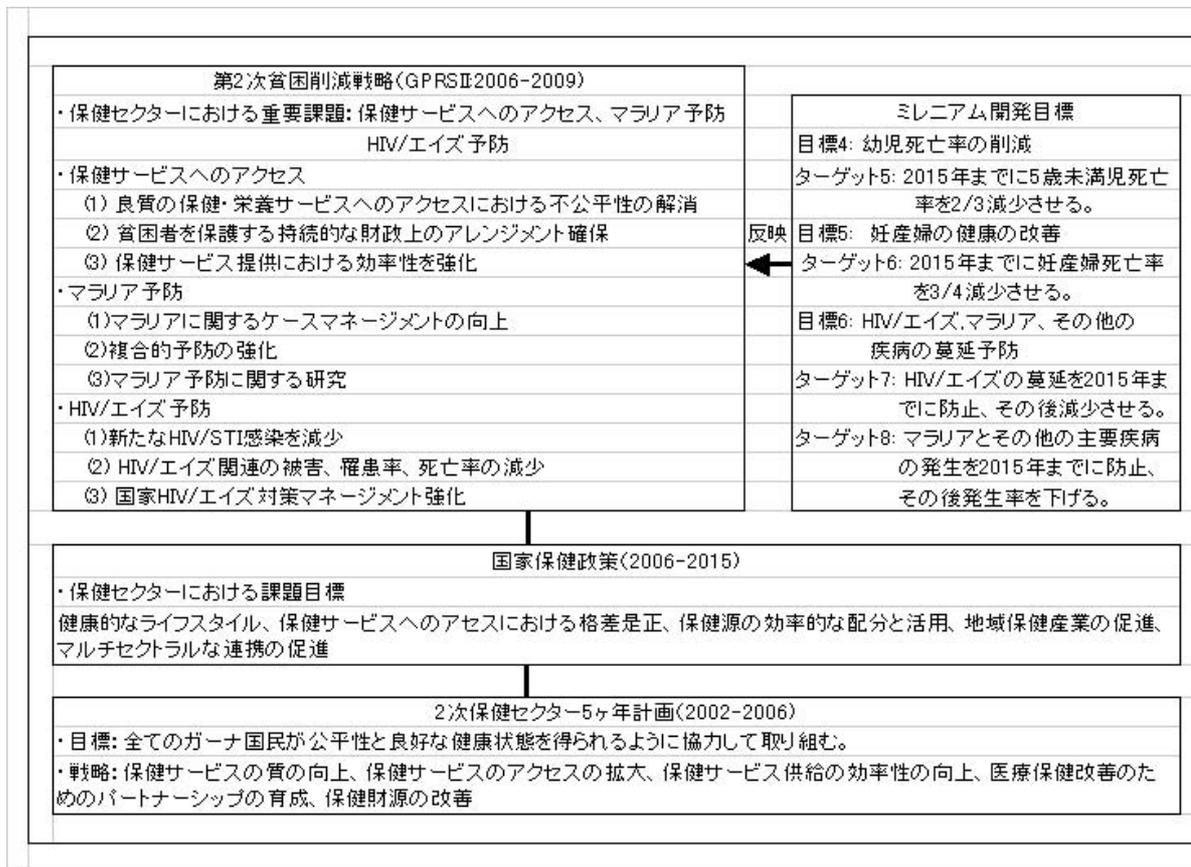
出所：Facts & Figures (PPME-GHS 2005)

<sup>24</sup> United Nations Population Fund Country Programme Document for Ghana (Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund), October 3 2005, P2

### 3-5 ガーナにおける保健開発戦略

ガーナにおける国家の上位政策文書は、ガーナ貧困削減戦略（GPRS）である。GPRS と同国の主要開発戦略との関係は図 3-3 に示す通りである。

図 3-3 ガーナの各開発計画の関係概図



以下に主要開発戦略の概要を示す。

#### ガーナ貧困削減戦略

##### (Growth and Poverty Reduction Strategy: GPRS)

ガーナ版 PRSP であり、現在実質的に国家開発計画として位置づけられている<sup>25</sup>。ガーナ開発戦略の上位文書として政府と各援助機関が共有するものであり、その実施に対して協調して取り組むことが広く合意されている。貧困層のみを対象としたものではなく、成長と貧困削減を重点課題とした点が特徴である。GPRS の策定、実施、モニタリングは国家開発計画委員会（National Development Planning Commission:NDPC）が主管となっている。

第1次ガーナ貧困削減戦略（2003年～2005年）<sup>26</sup>実施期間中の2003年6月に、一般

<sup>25</sup> 前政権時代には、「ビジョン2020」を長期計画、「第2次中期経済社会開発計画（2001-2005）」を中期計画とし、GPRSは「第2次中期経済社会開発計画」をさらに具体化したアクション・プランとして暫定的に位置づけられていた。

<sup>26</sup> HIPC イニシアティブ参加の前提として、暫定版は2002年に、確定版は2003年に世界銀行・IMF理事会にてそれ

財政支援として、9 援助機関による年間 2 億 5 千万米ドル規模（うち、半分が世界銀行のクレジット）のマルチ・ドナー財政支援（Multi-Donor Budgetary Support: MDBS）が開始されたことで、援助協調の中心的機能の 1 つとなった。

第 1 次ガーナ貧困削減戦略においては、(1) 持続可能かつバランスのとれた経済成長の達成、(2) 加速的な貧困削減と民主的環境における社会的弱者の保護、の 2 つを最終目標とし、戦略目標としては、政府の中期目標を反映して、人口増加率抑制、GDP 成長率、貧困削減の他、水・保健・教育サービスへのアクセス、公共サービス、灌漑等の経済・社会面での目標、さらには土地制度改革、法体系の合理化、地方分権及び予算措置等の法律面・経済面での目標を掲げている。2005 年までの具体的な達成目標としては、(1) GDP 成長率を少なくとも 5% に上昇、全国的な貧困者比率を 39% (2000 年) から 32% に減少すること、(2) 安全な水へのアクセス人口比率を農村部で 40% から 54%、都市部で 70% から 78% に増加すること、(3) 保健分野における現金支払いシステムを廃止し、医療保健制度を導入すること、(4) 小学校の純就学率を 77.6 % から 82% (女子 80%) に増加すること、(5) 全国の灌漑地域を 3 倍に増加し、土地改革法などの法制度化を行うこと、等が設定された。保健セクター関連の 3 つの優先分野は、(1) 良質の保健サービスへのアクセスにおける公平性の確保、(2) 貧困層を保護する持続的な財政計画、(3) 保健サービス提供における効率性の強化、である。

第 1 次ガーナ貧困削減戦略はミレニアム開発目標 (MDGs) に示された貧困削減のための目標に直接的に準じた政策枠組みであったが、第 2 次ガーナ貧困削減戦略 (2006-2009) では、より戦略的な焦点への移行が試みられており、その主目標は同国が中所得国となるべく経済成長を促進させることとされている。保健セクターにおける重要課題として、保健サービスへのアクセス拡大、マラリア予防、HIV/エイズ予防の 3 つが挙げられており、それぞれについて、目標や戦略等が明記されている (以下参照)。

#### 第 2 次ガーナ貧困削減戦略 (2006-2009) に示された保健セクターの重点課題

- ・ 目標：ガーナが一定期間内に中所得国となるように経済成長を促進させる。
- ・ 保健セクターにおける重要課題：保健サービスへのアクセス、マラリア予防、HIV/エイズ予防

##### <保健サービスへのアクセス>

目標 1: 良質の保健・栄養サービスへのアクセスにおける不公平性を解消する。

戦略: 貧困層患者への身近なサービスの確立、貧困層と貧困地域を対象にした資源配分の基準と設備配布計画の策定、貧困地域への優先的保健人材の配置、貧困地域 (遠隔地と都市周辺部) における福祉・診療サービスの提供、**CHPS の改善**、5 歳未満児死亡率および妊産婦死亡率と栄養失調症対策戦略の計画・実施 (ACSD を含む)、必要機材を備え完全運営している病院を各県に最低 1 病院の確立、ギネア・ワームの根絶と国家結核プログラムの DOTS 戦略実施の強化、家族計画に関する未だ満たされていないニーズを減らすことによるリプロダクティブヘルス・サービスへのアクセスの向上、妊産婦死亡を減少させるための分娩ケアの改善、十分な基礎薬品の入手とアクセスの改善

目標 2: 貧困者を保護する持続的な財政上のアレンジメントを確保する。

戦略: 国家医療保健実施の強化、貧困者が支払い可能な医療費レベルの設定、控除政策の強化

目標 3: 保健サービス提供における効率性を強化する。

戦略: 保健人材養成校の増加、研修済み人材の保持と再配置を支援するための奨励スキームの提供、人事管理の地方分権化、保健サービス提供におけるアカウンタビリティのためのシステムの強化、非公式な保健提供者との協力、コミュニティを基盤とした保健サービス提供の拡大、伝統的保健サービス提供システムの改善、全てのレベルにおけるスタッフ収容施設の充実、伝染病予防とケアに関するデータ収集の向上、サービスに関するモニタリングと評価の強化、保健サービス提供における保健省・GHS 及び県議会の役割の明確化、公共部門、民間部門、NGO 間の連携の強化、保健サービス提供に関して他セクター・機関等との協力

#### <マラリア予防>

優先介入分野 1: マラリアに関するケースマネジメントの向上 (初期介入は、早期発見、適切な処理、リファラル体制と保健サービスへのアクセス改善)

優先介入分野 2: 複合的予防の強化 (予防戦略としては、特に子どもと妊産婦による殺虫剤を染み込ませた蚊帳の使用、排水の勧め、防蚊と基礎公衆衛生、室内と室外における残留噴霧利用制限の促進、妊産婦へのマラリア予防的科学的療法の改善)

優先介入分野 3: パートナーシップの促進 (戦略としては、保健セクターにおける部局やプログラム間との密接な協力を通じてのパートナーシップの確立・維持)

優先介入分野 4: マラリア予防に関する集中的研究 (戦略としては、研究費の増加、研究課題の焦点化、研究結果の配布と活用、研究のキャパシティ・ディベロップメント)

#### <HIV/エイズ予防>

目標 1: 新たな HIV/STI 感染を減少させる。

戦略: 特に、ハイリスク・グループの行動変容戦略の明確化、母親から子どもへの感染の予防、安全な輸血の確保、HIV/エイズ/STI 管理の向上、安全な性行為の推進、自主的感染検査やカウンセリング・コンドーム使用・若者を対象としたサービスの増加、国家行動変容コミュニケーション戦略の開発、HIV/エイズに対する社会的・文化的偏見の回避、暴力、強要、疎外化等ジェンダーに基づく被害の解決、HIV 予防プログラムとリプロダクティブヘルス及び情報サービスとの連携強化

目標 2: HIV/エイズ関連の被害、罹患率、死亡率を減少させる。

戦略: 保健サービス提供の強化、非難と差別の減少、抗レトロウイルス療法を始めとする総合的ケア早期拡大、長期治療のための伝統的薬品または代替薬品の活用の効果的標準化、HIV/エイズ感染者に対する支援環境の整備、孤児や困難な状況にある子どもの安全の確保、病院・施設での治療と家庭・コミュニティでのケアの連携強化、PLWHA 向けサービスの基本的パッケージへのアクセスの増加

目標 3: 国家 HIV/エイズ対策マネージメントを強化する。

戦略: ガーナエイズ委員会 (Ghana AIDS Commission) のキャパシティと主要機能の強化、現行の良好な社会的・行政的な政策環境の促進、国家、州、県レベルにおける HIV/エイズ/STDs 政策とプログラムの形成および実施における多セクター/多専門分野アプローチの促進、現場の医療機関のキャパシティ・ディベロップメント、研究のための明確な戦略の策定と実施、モニタリングと評価、新たな多岐に渡るプログラムのニーズに対応するための資源の動員

## ビジョン 2020

### (Vision 2020)

社会経済開発計画の基本枠組みとしてガーナ政府が1995年1月に発表した長期計画で、2020年までに低所得国から中所得国入りすることを最終目標とする。国家の発展と持続的開発を枠組みとし、社会・経済政策を統合化したプログラムを実施する。

「人間中心の開発」をテーマとし、人間開発、経済成長、農村開発、都市開発、開発を可能にする環境づくりの5つを重点分野とする。具体的な目標として、国民所得の成長率を少なくとも年率8%まで引き上げる、経済成長と同時に国民の健康と福祉の増進を図る、開発の成果を公平に配分する、絶対貧困を撲滅し、年率の人口増加率を現行の2%から3%に引き上げる、等が設定されている。

2002年12月には、「ビジョン2020」に代わる長期国家開発計画として、2003年～2012年を実施期間とする「ガーナ経済社会開発計画 (The Coordinated Programme of Economic and Social Development of Ghana)」が策定されている。

## 国家保健政策 (2006年～2015年)

### (National Health Policy)

国家保健開発の上位政策文書で、現在はドラフト段階である。ビジョンは、「健康を通じて富を創造すること及び2015年までに中所得国となるという国家ビジョンに貢献すること」であり、最終目標は、(1)人々が傷害や死の危険に曝されることなく、健康で生産的に長生きすることを確実にする、(2)罹病率、死亡率、障害の危険と負担を減少する、(特に貧困者および社会的弱者)、(3)保健サービスへのアクセスおよび医療の成果における不公平を減少する、こととされている。さらに、保健セクターの目標としては、健康的なライフスタイル、保健サービスへのアクセスにおける格差是正、保健リソースの効率的な配分と活用、地域保健産業の促進、マルチセクトラルな連携の促進が挙げられている。

## ガーナ国保健セクター5ヶ年計画

### (5-year Programme of Work)

第1次保健セクター5ヶ年計画(1997-2001)では、「ガーナ国民の健康状態の向上と格

差の削減」がビジョンとして掲げられており、政策目標として、「全てのガーナ国民が公平性と良好な健康状態を得られるように協力して取り組むこと」が設定され、さらに目標を達成するために、「保健サービスの質の向上」、「保健サービスのアクセスの拡大」、「保健サービス供給の効率性の向上」、「医療保健改善のためのパートナーシップの育成」、「保健財源の改善」の5つの柱（戦略）が明確に示されている。これらについては、第2次保健セクター5ヶ年計画（2002-2006）でも引き継がれている。

第1次及び2次保健セクター5ヶ年計画ともに、その焦点は、保健セクターにおけるインターベンションを支援する保健セクター改革のための上記5つの柱（戦略）を強化すること及び、インターベンションに応じてこれらの柱（戦略）の中から適切な柱（戦略）を選んでパッケージ化し、パッケージ化した保健サービスを提供することである。第1次と第2次に共通するパッケージの内容は、(1) EPIを通じた予防接種、(2) リプロダクティブヘルス（家族計画サービス、周産期ケア）、(3) 流行病感染の防止と抑制（コレラ、脳脊髄膜炎、黄熱病）、(4) 健康の保護と促進（蚊帳の使用、栄養と食事法、アルコール・麻薬・タバコ、STDS/HIV/エイズ、栄養と衛生）、(5) 微量栄養素欠乏症の防止と抑制（ビタミンA、鉄分、ヨード）、(6) 風土病のマネージメント（マラリア、結核、ハンセン病、ARI、性感染症、下痢症、ギネア・ワーム病、回旋ギネア・ワーム症、住血吸虫症、イチゴ腫、Buruli ulcer、高血圧、糖尿病）、(7) 事故およびトラウマへの緊急治療、である。これらの他に、口内保健と眼のケアが第2次保健5ヶ年計画で追加されている<sup>27</sup>。

以下に、第2次保健セクター5ヶ年計画に示されている課題（Challenges）を纏めた。また、表3-8に同計画で挙げられている主な戦略目標（Strategic Objectives）と活動（Key activities）等を紹介する。

#### 第2次保健セクター5ヶ年計画において挙げられている課題

##### <保健セクターにおける課題>

- ・ HIV/エイズの脅威が増加している。
- ・ 健康的な生活を行うために必要な情報が不適切である。
- ・ 家庭やコミュニティにおいて治療を受けている人の数が多いにもかかわらず、保健サービス提供者の数は不足しており、かつ治療に関する十分な情報を有していない。
- ・ 貧困者及び社会的弱者に充実した保健医療サービスを提供するためのプログラムの形成・実施について十分に配慮されていない。
- ・ 治療に関する基準とガイドラインが策定されていない（あるいは活用されていない）。
- ・ 非政府保健サービス提供者の雇用及び民間セクターにおける活動とその成果の記録が進まない。
- ・ （医療保健機関のレベル間と政府機関－非政府機関との間の）リファラル体制の整備が乏しいために、持続的な保健サービスの提供が出来ていない。

##### <保健人材分野における課題>

- ・ 保健サービス提供の全てのレベルにおいて頭脳流出が起こっている。
- ・ 公共部門において保健スタッフの残留率を高めるための奨励策を講じる必要がある。
- ・ 地理的あるいはサービス提供レベル面で保健スタッフの配置が不適切である。

<sup>27</sup> JICA ガーナ事務所 (July 2006) Ghana Health Sector Situation Analysis, PP24-25

#### <インフラ整備に関する課題>

- ・ 過去のインフラ整備計画が現実的な資金計画に基づいて実施されなかったため、今後の事業の合理化プロセスに圧力となる恐れがある。
- ・ インフラ整備計画は合意した手続きに沿って実施されておらず、中央集権的で明確な政策に基づいたものではない。
- ・ インフラ整備計画に必要な経費の影響が見られない。
- ・ 一般的に、インフラ整備計画作成中に民間セクターは考慮されない。
- ・ 病院その他の医療機関の開発政策や戦略がない。
- ・ プロジェクトを開始する州や援助機関と保健省との調整が行われない。

#### <交通に関する課題>

- ・ 資金不足で保有車両が老朽化し、結果として維持費がかかっている。
- ・ スタッフの高い属性が能力格差とシステムの弱体化を生みだしている。
- ・ 車両交換のために計上費に頼りすぎている。
- ・ 遠隔地や地理的に不便な場所への適切な手段がないために保健サービスの提供が困難である。
- ・ 自家機械工場への支援が十分でない。
- ・ 車両の標準化は調達規則に反する。

#### <設備に関する課題>

- ・ 保健サービス提供のための適切で標準化された設備が欠如している。
- ・ 地方分権化政策のもとでの適切な設備管理能力がない。
- ・ 一括プロジェクトと銀行貸し付け設備は設備政策に沿ったものではない。

#### <供給に関する課題>

- ・ 調達に関する現行の法律は十分ではなく、その内容は不明確で矛盾している。
- ・ 合意した手続きに沿って供給の調達を行うためのキャパシティが全てのレベルにおいて不適切である。

#### <パートナーシップ推進に関する課題>

- ・ 総合的な保健サービス提供のためには保健セクターだけでなく他セクターとの協力が必要であることは理解されていても、実際の計画・実施のための重点戦略とはされていない。
- ・ 様々な公共サービス機関の調整を担う国家開発計画委員会（NDPC）がその機能を十分に果たしていない。
- ・ 国家レベルおよび地方レベルにおいて共同作業実施のための計画が不十分であるか不適切である。
- ・ 1996年に制定された保健セクター計画に関する法（Act 525）は、地方分権化政策の枠組み（Act 462）に相反すると一般的に見なされている。
- ・ 保健セクターが他の政府部門や機関と共同で業務を行うためのガイドライン、政策、有効なメカニズムが存在しない。そうした状況にあっても共同で行われている業務もあるが、その方策については改善されるべきであり、管理・監督も必要である。
- ・ 州レベルにおいては、マルチセクトラルな計画を策定する十分なキャパシティがない。

#### <保健サービス提供への民間部門参加促進に関する課題>

- ・ 民間セクターの領域が不明確である。
- ・ 保健サービス提供に関して保健省と民間の保健サービス提供者との協力が、自発的あるいは一時的なものである。
- ・ 政策策定・実施のための NGO の連携は限定的であり、しかもその主体は国内 NGO よりも国際 NGO である。
- ・ 保健医療や保健サービス充実のための公共部門と民間部門との間の協力を拡大する戦略を策定する保健省の民間セクター・ユニットのキャパシティが限られている。
- ・ 公共部門の保健従事者を都市内の活動に巻き込む可能性について詳細に検討されていない。
- ・ 民間セクター開発局から民間保健セクターへの予算をいかに確保するかが保健省の課題である。

#### <規則に関する課題>

- ・ 法定機関による処罰の施行におけるインセンティブと制限が欠如している。
- ・ 規定を執行する能力のある人材が殆どいない。
- ・ 明確な手続きが欠如していることから、保健サービス提供やより広い公衆衛生保護を規制する法律や法令が施行できない場合もある

- ・ 保健活動や保健関連の法律とその施行に関する知識を持った弁護士が不足している。
- ・ 規制団体の資源供給が不適切である。管理システムは不十分で団体の活動の結果が保健セクターにどのような貢献をもたらしているかについてはモニタリングされていない。
- ・ (医療保健や新薬品産業等の) 保健サービスにおける商業利益が増加している。

#### <組織的アレンジメントに関する課題>

- ・ Act 525 に従い、サービス実施機関としてのガーナヘルスサービス (GHS) と教育病院が民間サービスから分離したことによってもたらされる真の意味と効力について全ての関係者に理解されているわけではない。
- ・ 非政府保健サービス提供者が多元論的であり、キャパシティに関しての知識が限定的であることによって、関係者間の不信や嫌疑を招かずに総合的なメカニズムを構築すること、あるいはこうした非政府機関を調整したり指導したりすることが困難である。
- ・ 教育病院において財政管理センター (Budget Management Center) を実施するための行政上の支援が不十分である。
- ・ 教育病院及び研修機関の管理において保健省、GHS、教育省間において明確さが欠如している。
- ・ 費用の重複を避けるために、第 1 次、第 2 次、第 3 次医療機関間のリファラル関係の明確化が必要である。

#### <保健財政に関する課題>

- ・ 第 1 次 5 ヶ年計画で目標とされた財政支出は達成されたが、SWAPs 資金の増加を通じてではなく、計画外の資金を通じてであった。
- ・ HIPC イニシアティブ適用国となったが、保健セクターへの追加予算は実質的にはなかった。
- ・ 全ての国民が保健サービスを受けられるようにするために、“Cash and Carry”システムを見直し、保健医療財政のための他手段を講じる必要がある。
- ・ 国家健康保険制度が導入されたが問題点もあり、また、コミュニティで実施されている同様の医療保険制度についてもその成果と持続可能性は不明である。
- ・ IGF の増加に伴い、実施政策の多様性と払い戻しが困難であるために控除については問題視されている。
- ・ MTEF は導入されたが指定資金の調整は行わないため、予算の上限について全ての財源を対象とすることは難しい。
- ・ 給与にあてられる予算の支出の割合は増加する見込みであり、持続性を確保するために見直しが必要である。
- ・ 保健省は未だに、保健サービス提供におけるジェンダー格差や地域格差、貧困問題の問題に対処する厳密な資源分配を計画していない。
- ・ 保健省予算のみに焦点が置かれているため、保健サービスに費やすことのできる予算の全体像は把握できていない。

#### <財政管理システムに関する課題>

- ・ 会計職員は会計監査局長による周期的移動の対象であるため、保健省は会計職員への研修実施に消極的である。
- ・ 全ての予算管理センターが、財政管理の更なる分権化 (例えば給与) を実施するためのキャパシティがあるわけではない。
- ・ 政府の公共財政管理改正の時期が異なるため、保健省における財政報告の全コンピューター化が遅れている。
- ・ ガーナ政府から予算管理センターへのキャッシュ・フローは、計画された活動の実施を妨げている。
- ・ 予算管理センターのレベルにおける活動と予算の連動の回復がなされていない。

#### <管理情報システムと成果のモニタリングに関する課題>

- ・ 収集データが意思決定のために活用されることは稀である。
- ・ 成果に応じた資源分配がされていない。
- ・ データ収集に関する低いキャパシティと認識および不適切な収集法のため収集されたデータの質が低い。
- ・ 民間の保健サービス提供者の表現レベルが低いため保健セクターに関する情報が未完成である。
- ・ 幾つかのパフォーマンス指標は解釈が困難である。
- ・ 研究結果の活用が限られており、第 1 次保健セクター計画のためのベースライン・データが欠如している。

表 3-8 第 2 次保健セクター5ヶ年計画の概要

ビジョン	政策目標	戦略目標	優先介入分野	1. 優先的保健分野	戦略目標	主要活動	2. 保健人材分野の優先課題	戦略目標
ガナ国国民の健康状態の向上と格差の削減	全てのガナ国民が公平性と良好な健康状態が得られるよう協力して取り組む。	保健サービスの質の向上 1) リファラル体制の整備 2) 保健制度の整備 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供	保健サービスのアクセシビリティの向上 1) 費用対効果の向上 2) 計画、運営、行政の改善 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健、健康状態を改善し、基礎保健サービスへのアクセスするためのコミュニケーション	保健サービスの効率性の向上 1) 費用対効果の向上 2) 計画、運営、行政の改善 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供	1) HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	保健サービスの質の向上 1) リファラル体制の整備 2) 保健制度の整備 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供	保健サービスの質の向上 1) リファラル体制の整備 2) 保健制度の整備 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供
医療保健改革のためのパートナーシップの育成	1) 家庭・コミュニティのパートナーシップの向上 2) 公共部門と民間部門とのパートナーシップの向上 3) 省庁間のパートナーシップの向上 4) 援助機関とのパートナーシップの拡大	1) HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健、健康状態を改善し、基礎保健サービスへのアクセスするためのコミュニケーション	1) HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	保健サービスの質の向上 1) リファラル体制の整備 2) 保健制度の整備 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供	1) HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	保健サービスの質の向上 1) リファラル体制の整備 2) 保健制度の整備 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供	保健サービスの質の向上 1) リファラル体制の整備 2) 保健制度の整備 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供	保健サービスの質の向上 1) リファラル体制の整備 2) 保健制度の整備 3) 社会的・文化的に不利な立場にある人々への医療サービスの提供
1. 優先的保健分野	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健、健康状態を改善し、基礎保健サービスへのアクセスするためのコミュニケーション	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施
戦略目標	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健、健康状態を改善し、基礎保健サービスへのアクセスするためのコミュニケーション	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施
主要活動	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健、健康状態を改善し、基礎保健サービスへのアクセスするためのコミュニケーション	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施	HIV/AIDS/STI、マラリア、結核、半ネア・ワーム、ポリオ、ロゾダグタイプヘルスと母子保健を根絶する。 2) 結核予防戦略を実施する。 3) 半ネア・ワームとトラコニアを根絶する。 4) ロゾダグタイプヘルスと母子保健を改善する。 5) EPIを拡大する。	優先的保健分野への介入パッケージ実施
2. 保健人材分野の優先課題	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減
戦略目標	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減	保健人材の数、配置、スキル面の向上と格差の削減



### 3-6 ガーナ保健セクターにおける援助動向

#### 3-6-1 概要

##### 1. SWAPs に向けた動き

ガーナにおいては 90 年代後半に世界の援助潮流に対応してセクター毎の開発計画の策定が活発化した。保健セクターでは、他セクターに先駆けて、世界銀行、DFID、DANIDA、WHO、UNICEF 等の積極的な働きかけによって 1995 年に第 1 次保健セクター 5 ヶ年計画が策定され、1997 年にはコモンファンドを設置したセクター・ワイド・アプローチ (SWAPs) が導入された。コモンバスケット方式のヘルス・ファンドへの資金投入だけでなく、資機材の調達、モニタリング・評価、進捗レビュー、財務報告の手続き共通化なども実施された。その後 2003 年 6 月に、「一般財政支援方式 (Multi-Donor Budgetary Support: MDBS)」が導入された。これは、国家の行財政システムにオーナーシップを持たせるため、財務省に直接、財政支援を実施するものである。現在、MDBS に参加しているのは、世銀、アフリカ開発銀行、DFID、GTZ、CIDA、EU、DANIDA、NORA、スイスの 9 ヶ国・機関である。世銀は、独自の一般財政支援の融資メカニズムである PRSC (Poverty Reduction Strategy Credit) で MDBS に参加しており、現行の SWAPs は、MDBS と PRSC が連動した新しい援助モダリティである。財政支援への参加はしていないが、日本を始め、UNAIDS、UNICEF、WHO、USAID 等は直接支援を実施している。

「ガーナ貧困削減戦略 (GPRS)」のサイクルを「中期支出枠組み (Medium Term Expenditure Framework: MTEF)」と同じサイクルとすることで、政策と財政が連動した包括的な行財政システムが構築されることになった<sup>28</sup>。各セクター開発計画も GPRS の枠組みの中で策定される。以上のように、国家開発計画 (GPRS)、国家財政 (MTEF)、セクター計画と予算案 (SWPs) の 3 つが完全に連動した行財政システムが 2004 年 1 月より開始され、国家予算を支援する一般財政も本格的に稼働している。

#### 3-6-2 主要援助機関の取り組み

ガーナで活動する主要援助機関の取り組みの概要は表 3-9 に示す通りである。各援助機関ともに、MDGs や「ガーナ第 2 次保健セクター 5 ヶ年計画」および「ガーナ貧困削減戦略」に沿った支援を行っている。特に、保健サービスのアクセスと質の向上および HIV/エイズ撲滅に向けた取り組みに重点が置かれていることが特徴である。

援助機関のうち、各国連機関の援助枠組みは、当該国で活動する国連機関全体として取り組むべき枠組みである「国連開発援助枠組み (United Nations Development Assistance Framework: UNDAF)」に基づいて策定されている。第 3 期 UNDAF (2006-2010) 援助マトリックスと、主要国連機関 (UNICEF、UNFPA、WFP) の保健分野の援助マトリックスは添付資料を参照されたい。

<sup>28</sup> 具体的なプロセスは、「各省庁が GPRS に基づいて省の開発計画と予算案を作成し、財務省に提出する。財務省はこれを取り纏め、国家予算を GPRS の優先順位に沿って査定し、各省庁と折衝して最終的な MTEF を決定する」というものである。

表 3-9 ガーナ保健セクターにおける主要援助機関の取り組み

援助機関	プロジェクト/プログラム名	期間	概要(プログラム/プロジェクト目標・戦略、活動等)	予算・支出
RNE	保健医療プログラム	不明	保健セクターは、環境と並んでRNEの優先セクターである。保健プログラムの目標は、ガーナの全ての病院において十分な数の保健医療人材が育成されること、優先分野は、リプロダクティブヘルス、HIV/AIDS、全国的な薬品の配給、である。RNEの支援はヘルスケア向けを主とし(2006年の場合、約US\$20.7mil)、イヤー・マーク支援はわずかにある(2006年の場合、保健医療関連研究、ARHR等に計US\$1,500,000)。	US\$22,200,000 (2006年)
DFID	Country Assistance Plan	2003-2006	Country Assistance Plan (CAP)(2003-2006)は、MDGs達成への貢献を目的とし、ガーナの貧困削減目標に沿った援助を実施。ヘルスケア向け支援を主とする。ガーナ政府(教育省および保健省)主導で実施している保健教育およびHIV/AIDSプログラムへの技術的・財政的支援が行われた。	N/A
DAVIDA	保健医療プログラム	2003-2007	プログラム目標は、①健康状態の向上と公平性の解消、②保健・栄養サービスのアクセスと質における公平性のキャッチアップを促める、③持続可能な財政アレンジメントの確保、である。当該国におけるDANIDAの支援は、ヘルスケアへの支援とイヤー・マークファンド(プロポーザルベース)に分かれる。イヤー・マークファンドの優先分野は、④貧困層の保健サービスへのアクセス拡大、⑤州および郡における保健医療サービス提供のための公共部門と民間部門間のパートナーシップ強化、⑥財産管理、⑦中央政府の戦略的イニシアチブ強化、である。2005年の場合、ヘルスケア向けは約US\$8,300,000、イヤー・マーク支援は約US\$2,800,000であった。	US\$11,000,000 (2005年)
USAID	ガーナUSAIDプログラム	2004-2010	2004-2010のプログラム目標は、健全な民主政治のもとでの経済成長と貧困削減であり、4つの戦略目標は、①民主政治の強化、②民間部門の競争力強化、③基礎教育へのアクセス拡大と質の向上、「健康向上のためのプログラムとして、2005年には具体的に、①子どもの生存、保健・栄養の改善、②感染症予防コントロール、③ HIV/AIDS感染の減少、④ 家族計画とリプロダクティブヘルス支援、⑤保健システムのキャパシティ構築」が、また、2006年には妊産婦の保健・栄養の改善を加えた6つのプログラムが実施された。2007年には前年と同様に5つのプログラムが実施される予定である。なお、当該国の保健セクターにおけるUSAID支援はすべてイヤー・マーク支援である。	US\$53,440,000 (2004年～2006年の合計)
	Ghana Sustainable Change Project(GSCP)	2004-2010	主に技術支援と研修を通じて、保健セクターにおける行動変容の促進を支援することを目標とする。具体的には、①全てのレベルにおいて、持続可能な行動変容コミュニケーション(Behavior Change Communication, BCC)を実施する公共部門と民間部門のキャパシティを開発する、②リプロダクティブヘルス、子どもの健康、HIV/AIDS予防、治療と支援に関して、BCCとIECC(Information, Education and Communication)を開発・実施する、③ ポジティブな行動変容に影響を与えるプログラムや活動への支援を得るためのアドボカシーを政府、政策決定者、ナビゲーターが行えるようにキャパシティを強化する、④ ポジティブな行動変容を支援するネットワーキングと製品とサービスの販売を強化・拡大する、等である。BCCのためのキャパシティ・ディベロップメントの活動は、民間会社(USおよび南アフリカ)との契約のもとで実施する他、GARE USAもBCC、コミュニティの動員、ローカルNGOのキャパシティ・ディベロップメントを行う。	
	Quality Health Partners (QHP)		技術支援、研修の実施、設備提供を通じて、家族計画の向上、リプロダクティブヘルス、安全なお産、子どもの生存、HIV/AIDS医療サービス提供を支援する。本プロジェクトの目的は、①承認された基準とガイドラインを用いてサービスの提供するための医療従事者の研修と経験の保健医療人材養成研修分野およびウォーマンズ・ネットワーク分野における人材育成のためのシステム改善、②人材管理とコーディネーション、問題把握と解決のためのスキル、モニタリングの強化、④ 民間と公共の保健医療施設における質の基準の向上、である。重点介入分野は、IMCI、家族計画、基礎および緊急の分娩ケア、新生児の基礎ケア、中絶後のケア、産後のケア、マラリアのケア、マラリアのケア・マネージメント、性感染症、HIV関連疾患と日和見感染症の治療、結核のケア・マネージメント、抗レトロウイルス治療法、である。	
	Community Based Health Planning and Services Technical Assistance (CHPS-TA)		本プロジェクトのもとで、当該国の最も貧しい28郡と都市でCHPS-インシアテックを実施するものであり、プロジェクト目標は、①各行政レベル(国家、州、州およびコミュニティ)におけるCHPSのためのアドボカシー、リーダーシップ、参加の強化、② コミュニティ・ヘルス・オフィサーと監督官のコミュニケーションおよび基礎保健医療サービス提供能力の育成と向上、③ CHPSのための人材養成機関の拡大と強化、④ CHPSの拡大、都市部でのCHPS実施、オペレーション/リサーチ、モニタリング、評価の実施および教訓の普及のための保健省とCHSのキャパシティ強化、⑤ プログラム実施を支援するために最低限必要なロジスティックと設備の把握と調達、である。	

援助機関	プログラム/プロジェクト名	期間	プログラム/プロジェクト目標	プログラム/プロジェクトの活動等
UNICEF	Country Program (2006-2010)	2006-2010	ガーナ政府による子どもの4つの権利(生存、発達、保護、参加)の実現を支援し、子どもにとってのアクション・プランを強化を可能にする環境を整える。	<p>カトリック・プロテスタント、国家保健5年計画等に貢献するものである。カトリック・プロテスタントは北西部州を含む最貧困地域を対象とする。カトリック・プロテスタントは、「保健・栄養」、「教育」、「子どもの保護」、「アドボカシー」、コミュニケーション、モニタリング・分析」の4つのプログラムで構成され、HIV/AIDS、Early Childhood Development (子どもの総合的ケア)、Emergency Preparedness (緊急準備)の3つのコンポーネントはカトリック・プロテスタントを構成するすべてのプログラムに組み込まれる。保健・栄養プログラムの焦点は、子どもの疾病率、死亡率、栄養不良率を減少することに置かれる。保健・栄養プログラムの目標は、① 2006年末までに、すべての温帯ヨーロッパに比し、ガーナがポリオ絶滅国となる、② 2009年末までに、ガーナがギニア・ビサウ・リベリアと同水準となる、③ 2010年までに、Accelerated Child Survival and Development (ACSD)モデルがガーナ政府および他援助機関によって実施・支持され、5歳未満死亡率と子どもの栄養不良の割合がGPRS (2006-2008)において設定されている目標値を達成する、ACSDモデルがガーナ国の最貧困地域のうち2つの地域において全面的に実施され、それらの地域における5歳未満死亡率が35%、栄養不良にある子どもの割合が20%減少する、HIV(PMTCT)の母子感染の防止が全国レベルで実施され、HIVに感染した子どもへの発見、治療、ケアに関する政府の対応が実施される、対費用効果が高く、持続可能な農村地域における公衆衛生モデルが国レベルで採用され、北部地域におけるモデルの対象地域が35%増加すると設定されている。保健・栄養プログラムを構成する4つのプロジェクトは、「子どもの健康」、「栄養」、「PMTCT」、「水・衛生」である。主要パートナーは、UNAIDS、UNFPA、WHOである。</p>
UNFPA	Country Program (2006-2010)	2006-2010	ガーナ政府の人口、リプロダクティブヘルス、ジェンダーに関する政策とプログラムを支援することによってガーナ国民の生活の質の向上に貢献する。	<p>カトリック・プロテスタントプログラムは、人権およびジェンダーの平等と公平に基づき形成されており、その焦点は(MDGs、人口と開発に関する国際会議と第4回世界女性会議の10年目の評価結果、国連開発援助枠組み(UNDAF)および国別共通アセスメント(CCA)で明示されている)貧困削減のための妊婦の健康改善に置かれている。カトリック・プロテスタントは、対ガーナUNDAFのうち、保健、HIV/AIDS、ジェンダー、女性のエンパワメント等に貢献するものである。プログラム対象地域は北西部州、カトリック・プロテスタントは、① リプロダクティブヘルス、② 人口と開発、③ ジェンダー、の3つのコンポーネントで構成される。うち、リプロダクティブヘルスは、「良質のリプロダクティブヘルスサービスの利用が増加する」および「リプロダクティブヘルスと権利を促進する支持的環境が整う」の2つのアウトカムと、4つのアウトアウトから成る。アウトアウトとしては、① プログラム対象地域における妊産婦ケアと青年に優しいサービスへのアクセスが拡大される、② 特に、プログラム対象地域における男女および青年のリプロダクティブヘルスに関する行動が向上する、③ 中央と州レベルの実施団体(リプロダクティブヘルスと青年期の保健のサービス)を計画・運営実施、モニタリング・評価する能力が強化される、④ 中央と州レベルにおいて、リプロダクティブヘルスおよび青年期の性・リプロダクティブヘルス、リプロダクティブヘルスに関する権利、ジェンダーに関するアウトカムと啓蒙が強化される、である。</p>
WFP	Country Program (2006-2010)	2006-2010	貧困世帯に対する教育および(特に)栄養不良の妊産婦や授乳中の母親と5歳未満児への保健・栄養サービスの持続的提供を目的とする。	<p>北西部州を対象とし、全国展開を視野に入れた食糧ベースのモデルの開発を目指す。当該カトリック・プロテスタントは、MDGsの8つの開発目標のうち、5つの目標達成(極度の貧困と飢餓の撲滅、栄養不良の半減(目標1)、初等教育の完全普及(目標2)、初等・中等教育における男女格差の解消(目標3)、子どもの死亡率低減(目標4)、妊産婦の健康の改善(目標5))に貢献するものである。カトリック・プロテスタントは、「栄養・保健・栄養サービスの持続的提供」を目的とする。4つのアウトカムは、① 極度の栄養不良の状態にある妊産婦や授乳中の母親と5歳未満児の栄養不良が改善される、② 初等教育6年間の出席率と修業率および中等教育3年間の出席率と修業率が増加する、③ ガーナ政府が栄養補給と学校給食プログラムの拡大するキャパシティが向上する、④ 新たに作り出された学校給食市場の要求に応えるために、国内農産物の需要が増加する、である。うち、保健に関するアウトカム(1)のアウトアウトとして、「極度の栄養不良の状態にある妊産婦や授乳中の母親と5歳未満児がfood-supported nutrition interventionに参加する」および「GHSスタッフとコミュニティヘルパーのキャパシティが開発・強化される」が設定されている。</p>

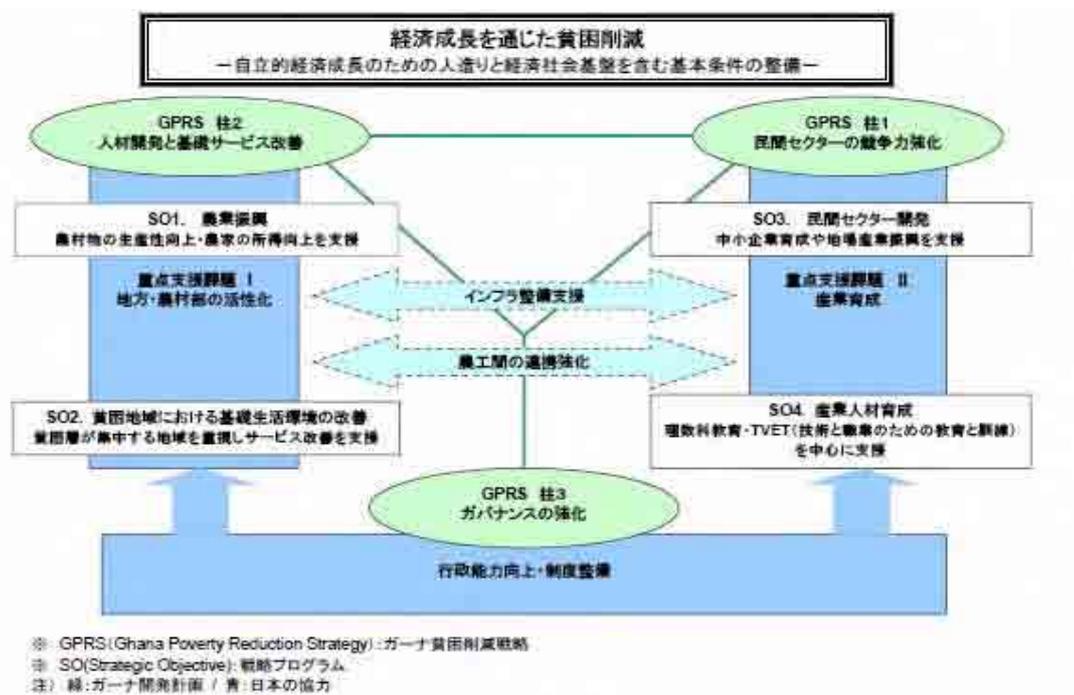
WHO	Country Program (2002-2005)	2002-2005	全ての国民が可能な限り高いレベルの健康を達成することを目指す。	<p>カントリープログラム4つの戦略は、(1)特に、貧困層や社会的弱者の死亡、疾病、障害を減少させる、(2)健康的なライフスタイルを推進し、環境・経済・社会・日常の行動から引き起こされる健康を害する要因を軽減する、(3)健康状態を公平に改善し、台法で財政的に公正なヘルスシステムを開発する、(4)保健政策の策定と制度的環境のためのフレームワークを支援し、社会、経済、環境、開発政策に効果的な保健医療要素を融合させることを促進する、(5)保健システム強化、(2)保健管理情報システムと調査システム、(3)保健分野の優先的イニシアチブのスケールアップ、(4)健康改善、(5)研究のためのキャンペーン・ディプロマと研究結果の政策への反映、(6)資源動員、(3)人材開発、(4)保健医療サービス機関への支援、(5)子どもと青年に関する保健、(6)安全なお産、(7)非伝染性疾患に関する調査、防止、マネージメント、(8)緊急時への備え、(9)伝染病の予防、撲滅、コントロール、(10)伝染病に関する調査と調査結果の活用、(11)結核症、(12)安全な送血と医療テックロジー、(13)マalaria、(14)HIV/AIDS、(15)健康促進、(16)精神上の健康と薬物乱用、(17)タバコ、(18)基礎薬品、である。</p>
WB	Country Assistance Strategy (CAS) (2004-2007)	2004-2007	カーナ政府によるMDGsおよびGPRSの目標達成を支援する。	<p>CASの8つの柱は、(1)成長と雇用、(2)人的開発のためのサービス提供、(3)エンパワーメントのためのガバナンス、である。うち(2)のもとで、(a)貧困削減、(b)持続的な安全な水へのアクセス拡大、(c)HIV/AIDS撲滅、(d)良質な初等教育の完全普及、(e)乳幼児死亡率および妊産婦死亡率の低減を目指す。これら5つの介入分野のうち、保健分野に関連している「HIV/AIDSの撲滅」と「幼児死亡率および妊産婦死亡率の低減」について、CASマトリックスをみると、「HIV/AIDSの撲滅」のアウトカムとして、「2015年までにHIV/AIDS感染拡大に歯止めをかける」、短期的なアウトプットとして、「HIV/AIDS感染に関するアドボカシーと啓発を通じてHIV/AIDS感染者への非難を減らす」、「ターゲットグループが感染リスクのある行動を減らす」、「抗レトロウイルス治療が普及することにより多くのHIV/AIDS感染者が治療を受けることができるようになる」が明示されている。さらに、アウトプットの数値目標として、①「全州エイズ委員会が設立され、州によるHIV/AIDS撲滅計画実施に必要な資金を得る、全国の妊産婦のHIV感染率が2006年に5%を下回る」、②「2007年までに5%を下回る」、③「全州エイズ委員会が設立され、州によるHIV/AIDS撲滅計画実施に必要な資金を得る、全州において行動変容のための活動およびエイズ孤児ケア活動が実施される」、④「2007年未まで新たに21,000人のHIV/AIDS感染者が抗レトロウイルス治療を受ける、2007年未まで5,000エイズ孤児が支援を受ける」が設定されている。</p> <p>他方、「乳幼児死亡率および妊産婦死亡率の低減」のアウトカムとして3つのアウトカムが設定されており、それぞれのアウトカムのもとで短期的なアウトプットと数値目標が設定されている。アウトカム1「1990年～2015年に5歳未満児死亡率を2/3に低減する」のアウトプットとして、「5歳未満児の栄養状態が改善される」(数値目標: ①栄養不良の5歳未満児が2002年の25%から2007年未まで20%に減少する、②子段階接種率が2002年の80%から2007年未まで90%増加する、③保健センターに報告された下痢および水系感染症による5歳未満児の死亡数が2002年～2007年に25%減少する)、アウトカム2「2015年までにマラリアおよびその他の主要疾病率の拡大に歯止めをかける」のアウトプットとして「マラリアおよびその他の主要感染症による子どもの死亡率が低減する」(数値目標: 5歳未満児のマラリアによる死亡率および入院率を2002年の4.4%から2007年には3.5%に減少する)、アウトカム3「1990年～2015年に妊産婦死亡率を3/4に低減する」のアウトプットとして、「良質の分娩ケアへのアクセスが拡大し、行動変容プログラムが実施が改善される」(数値目標: 助産師など分娩の専門人材によるお産の割合が2003年の45%から2007年には60%増加する)が設定されている。</p>

### 3-7 保健セクターにおける日本の対ガーナ援助政策と援助実績

#### 3-7-1 日本の対ガーナ援助方針

ガーナは日本のアフリカにおける援助重点国である。2006年9月に改訂された「対ガーナ国別援助計画（外務省）」は、GPRSの最終目的である「経済成長を通じた貧困削減」にアライメントしている点に特徴がみられ、対ガーナ支援の基本的開発目標をGPRS/GPRSIIが目指す「貧困削減を伴った経済成長」としている<sup>29</sup>。そして、ガーナが目指す最終目標を実現するために、「地方農村部の活性化」および「産業育成」の2つを重点開発課題と位置づけると同時に、成果の持続性の確保や自律的開発に不可欠な要素となる「行政能力向上・制度改善」を課題達成への貢献度を踏まえて選択的に支援する方針が示されている。こうした方針に則り、重点開発課題の達成に向けて事業を実施するにあたっては、ガーナ側、日本側の事業の策定・管理能力を考慮し、GPRSIIと融合する形で4つの「戦略プログラム（Strategic Objective）」を立案し、各プログラムにおいて特に重視する協力として「重点協力領域」を定めて事業群（協力プログラム）を形成・実施することとされている。4つの戦略プログラムのうち、保健セクターについては、戦略プログラム2「貧困地域における基礎生活環境の改善」の重点協力領域（「地域保健改善、感染症対策」）の1つに位置づけられている（図3-4参照）。

図 3-4 対ガーナ国別援助計画 協力図<sup>30</sup>



対ガーナ国別援助計画にはローリングプランが添付されている。これは、ガーナ政府お

<sup>29</sup> 対ガーナ国別援助計画（外務省）、2006年9月、P11

<sup>30</sup> 対ガーナ国別援助計画（外務省）別添2、2006年9月

よび同国で活動している日本を含む主要援助機関が GPRS に基づいて作成した「成果マトリックス」に沿って、日本の協力マトリックスとして作成されたものである。

### 3-7-2 JICA の対ガーナ援助方針

JICA の対ガーナ方針を示す主要文書は、JICA 国別事業実施計画である。また、アフリカ域への保健分野の支援方針は、アフリカ地域事業実施方針（案）に示されている。概要を表 3-10 に纏めた。

表 3-10 JICA 国別・地域別政策に示された対ガーナ保健援助の方針

政策名	重点分野・戦略等
平成 17 年度 JICA 国別事業実施計画 (2006 年 3 月改訂版)	対ガーナ国別援助計画（外務省）で示された戦略プログラム（「基礎生活改善プログラム」）に沿っており、課題として、「保健サービスの質の改善」、「保健サービスへのアクセスの改善」、「保健サービスの効率性の改善」、「パートナーシップの育成」、「財政措置の改善」の 5 つの課題が挙げられている。協力の方向性も「対ガーナ国援助計画（外務省）」に示されている通り、「地域保健改善、感染症」、「（保健セクターにおける）計画策定・実施・モニタリング強化」が明示されている。「地域保健改善」については、保健指標の低い地域において、地域保健改善と保健医療行政強化、HIV/エイズ、マラリアを含む寄生虫対策等の感染症対策支援に取り組むこと、とされている。地域については、特に北部地域に配慮した貧困地域への支援重視が明示されている。
アフリカ地域事業実施方針 (案) (2005 年 7 月版)	アフリカ地域事業実施方針（案）は、アフリカ 33 ヶ国を援助対象国の状況に応じて、①ガバナンスや国家行政機能の改善がみられる国、②ポスト紛争国、③その中間段階に位置する、安定はしているが国家行政機能の強化に向けての取り組みが弱い国、の 3 つに分け、それぞれに異なる援助アプローチを採用することとしており、ガーナは②の 카테고リーに位置づけられている。②に相当する国への援助として、PRSP やセクターワイドアプローチ（SWAPs）等を通じて政府基本機能の強化を図っていくことや、継続的経済成長のために必要な環境を整備していくことが援助の基本方針とされている。右文書においては、TICAD の枠組みの下で各国の貧困削減計画（PRS）に基づき、援助協調への対応に特段の配慮をしつつ援助を実施することが基本方針とされている。課題別の協力方針として、①社会開発、②農業・農村開発、③経済開発、④ガバナンス強化、⑤地球的環境問題の 5 つが重要課題とされているが、これらのうち保健医療は、「社会開発」の 1 つに位置づけられている。各重点課題に対しては、地域戦略と課題戦略をクロスさせた協力方針を作成すること、重点国・地域の設定による選択とリソースの集中を図り、各国の国家戦略・枠組みに沿った中で現場のニーズや状況を考慮した支援を実施することが示されている。各課題に対する投入に関しては、技術プロジェクト、無償資金協力、ボランティア事業等を有機的に連携させつつ、プログラム化を図るとともに、現地 ODA タスクフォースを通じてオールジャパンとしてのローリングプランの作成を拡大していくこととされている。特に、HIV/エイズに関する協力方針として、HIV 新規感染の予防、エイズ患者およびその家族の生活の質の向上に向けた取り組みの重要性が明記され、優先領域として、(1) HIV 感染予防、(2) 包括的 VCT サービスの強化、(3) エイズ患者治療の体制整備支援、(4) 保健医療システムの強化による HIV/エイズ対応能力の向上、(5) HIV 感染者・エイズ患者、家族、エイズ遺児と HIV/エイズに影響を受けている子どものケア・社会的サポートが

	挙げられている。
サブサハラにおける HIV/エイズ対策協力方針(2006/6 版) (JICA 内部資料)	「HIV/エイズの流行の抑制」を最上位目標、「HIV 新規感染の減少」と「HIV 感染者・エイズ患者及びその家族の生活の質の向上」を上位目標とする。目標は、上位目標を達成できる体制作り（サービス提供体制の強化とコミュニティのエンパワーメント）を支援すること、とされている。中でも特に、感染予防対策および HIV 検査およびカウンセリングの強化に最重点を置くが、全ての国において最重点を置くというわけではなく、各国のエイズ対策全体像の中で現場のニーズを踏まえて JICA プログラムの戦略性を決定すると記されている。

### 3-7-3 保健セクターにおける日本の対ガーナ援助実績

表 3-11 に、本評価調査の対象時期である 2005 年度以降の保健・医療分野における日本の対ガーナ援助実績を示す。

表 3-11 ガーナの保健医療分野における日本の援助<sup>31</sup>（本プログラムを除く主要案件）

援助形態	実施期間	案件名	概要
無償資金協力	2004 年度	小児感染症予防計画	UNICEF 経由で 5 歳未満児を対象とした約 600 万回分のポリオワクチンを供給するとともに、マラリア予防対策として、5 歳未満児および妊産婦に対して約 7 万帳の蚊帳を供与した。総額 1 億 1,800 万円。
技術協力プロジェクト	2003 年 12 月 ~ 2006 年 12 月	地域保健総合改善プロジェクト	イースタン州ビリムノース郡 15 ケ村を対象に、「郡内の保健状況改善に向けて積極的に活動することができるよう関係者の能力が向上する」ことをプロジェクト目標として実施されている。本案件は、1998 年から 3 年間ローカル NGO 「ガーナ家族計画協会」をパートナーに、母子の健康状態の改善を目標として実施された開発福祉支援事業「家族計画・栄養改善・寄生虫予防総合プロジェクト（IP フェーズ II）」後に、地方自治体の技術・財政・運営面の能力の向上、サービスを提供する仕組みの構築等に関する支援が不可欠であるとの認識のもと、要請された案件である。総額 4 億 3,000 万円
	2004 年 1 月 ~ 2008 年 12 月	西アフリカ国際寄生虫対策センター（WACIPAC）プロジェクト	1997 年に無償資金協力で設立された野口記念医学研究所を実施機関として、「WACIPAC での人材育成により、WACIPAC 周辺国において寄生虫対策プログラムが実施される」ことをプロジェクト目標とし、西アフリカを対象に学校保健をベースとした包括的な寄生虫対策を実施している。総額 3 億 7,800 万円。
	2004 年 12 月 ~ 2007 年 11 月	ギネア・ワーム撲滅計画支援	ギネア・ワーム疾患罹患患者の 98% が生活するノーザン、ボルタ、ブロンガアハフォ、アッパーウエスト、イースタン州の 20 郡を対象として、「プロジェクト・サイトにおいてギネア・ワーム疾患罹患患者数が減少する」ことをプロジェクト目標として実施している。プロジェクトは特に、サーベイランスや保健教育の強化に焦点をあてている。

<sup>31</sup> 2005 年度国別データブック（外務省）および JICA ホームページ等を参考に作成。表中「草の根・人間の安全保障無償資金協力」に関する情報については、本件コンサルタントが調査評価団員として作成した、平成 17 年度外務省第三者評価「草の根・人間の安全保障資金協力」スキーム評価調査報告書（2006 年 3 月）を参考にした。

草の根・人間の安全保障無償資金協力	2005年2月 (G/C 締結)	ニヤニヤン母子保健センター建設計画	ローカル NGO である母子コミュニティ開発基金への供与（総額 89,54990 円）被供与団体が地域女性の能力強化と生活改善を目的として既に実施中の案件の一部を「草の根・人間の安全保障基金」によって支援した。本支援によって建設された施設内では、幼児教育を施しつつ、母親や女性に家族計画、保健、衛生、生地染色、裁縫、家計簿記等の教育を行った。
	2005年2月 (G/C 締結)	グレーター・アクラ州蚊帳供給計画	地方公共団体であるグレーター・アクラ州調整評議会への供与（総額 8,051780 円）。本件は、マラリア対策キャンペーンに対する間接費支援を含む。

### 3-8 アッパーウエスト州の保健セクターにおける課題と取り組み

アッパーウエスト州の 2005 年次報告書<sup>32</sup>は、2005 年に優先的に取り組むべき課題として挙げられていた 3 つの課題、「保健医療人材の不足」、「財政管理センター（Budget Management Centers: BMCs）の能力の欠如」、「不適切な保健インフラ・機材・交通手段」は、2006 年の課題として残されていると述べている。年次報告書では、これらに加えて、2006 年に優先的に取り組むべき課題として以下の 7 つが掲げられている。

- ① 乳幼児死亡率と妊産婦死亡率低減のためのインターベンションを拡大する。
- ② 疾病に関する総合的なサーベイランスと対応システムを強化する。
- ③ マラリア、HIV/エイズ、結核等の優先的に取り組むべき疾病を制御する。
- ④ ギネア・ワームとポリオを撲滅する。
- ⑤ すべての郡における CHPS 実施を拡大する。
- ⑥ 国家健康保険制度（NHIS）を拡大する。
- ⑦ 保健施設およびアウトリーチでの医療ケアの質を向上させる。

こうした課題は、本評価が位置づけとして選択したガーナ国の保健開発戦略である「ガーナ貧困削減戦略」や「第 2 次保健セクター 5 ヶ年計画」で掲げられている課題に沿ったものである。同州の 2006 年次報告書は本評価調査段階では作成されていない。

表 3-12 は、保健セクターの課題に対して各援助機関の取り組み状況の概略を纏めた大まかな「援助マップ」である。「援助マップ」上の分類の仕方は幾つか考えられるが、本報告書では、「第 2 次保健セクター 5 ヶ年計画」の 5 つの柱に沿って「（保健セクターにおける）課題」を設定し、5 つの柱のうち、アッパーウエスト州で活動する主要 4 援助機関によるインターベンションが見られる 2 つの柱、「保健サービスのアクセスの拡大」と「保健サービスの質の向上」に焦点を絞った上で、各柱のもとに「支援分野」を設定した。「援助マップ」の作成に際しては、アッパーウエスト州 2005 年次報告書表および、同報告書の作成者が本評価調査団に対して提供した説明資料<sup>33</sup>を参考とした。

<sup>32</sup> Upper West Regional Health Services 2005 Annual Report, Dr. Erasmus E.A. Agongo, Regional Director of Health Services, March 24, 2006

<sup>33</sup> Overview of Health Sector in UWR, Briefing of JICA Evaluation Team, Dr. Erasmus. E.A. Agongo, RDHS (27 Jan, 2007)

表 3-12 アッパーウエスト州の「援助マップ」(2006年～)

課題 (PoWの柱)	保健サービスのアクセス拡大				保健サービスの質向上	
	ACSD/HIRD (ANC, IMCI, EPI etc)	CHPS 拡大	NHIS 整備	リファラル 体制の整備	人材育成	医療設備・機材 供与*1
JICA		○		○ (救急車、無線機供与、ガイドライン作成)	○ (RHMT, DHTM, CHO, HV)	○*2 (第1・2次レベル)
DANIDA			○		○ (DHTM)	○ (第1次レベル)
UNICEF	○				○ (医師、看護師、助産師、CHO, CBA)	
UNFPA	○			○ (州・郡病院の修復)	○ (医師、看護師、助産師、CHO, CBA)	○ (第1・2次レベル)

\*1: スーパービジョンやワクチン運搬を主な目的とした四輪車やバイクの供与は含まない。

\*2: CHN 養成学校への機材供与を含む。

以下に、現在アッパーウエスト州で活動を行っている UNICEF、UNFPA、DANIDA の活動について概観する。

#### <UNICEF>

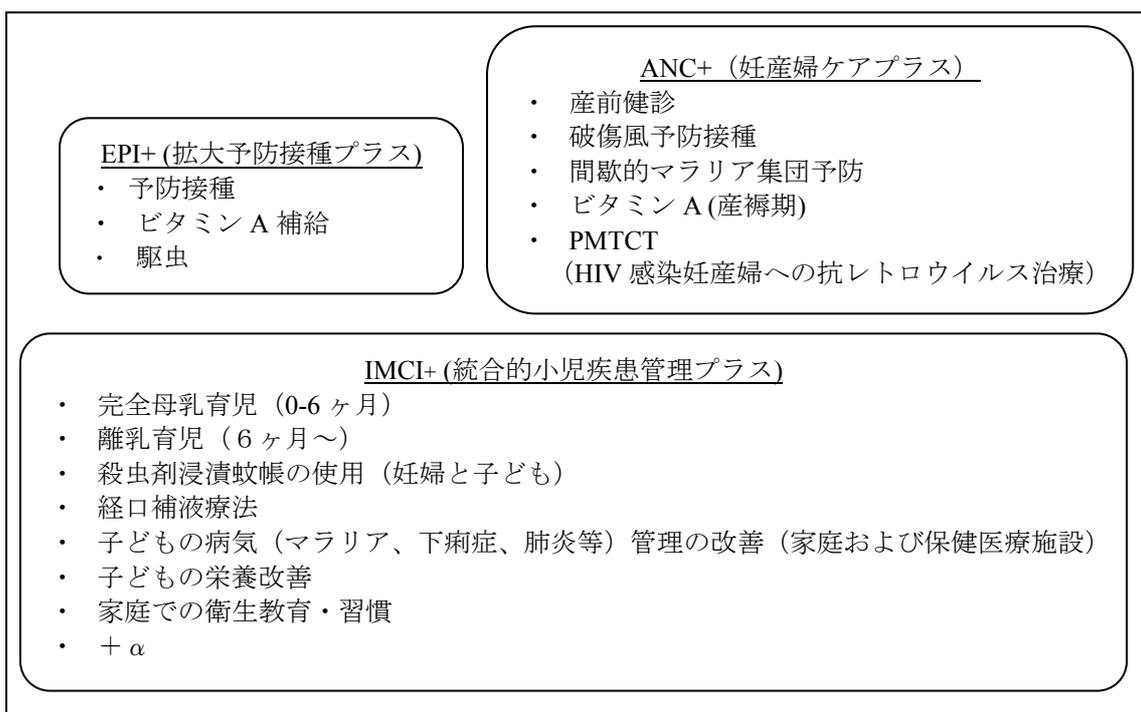
UNICEF の対ガーナカントリープログラム (Government of Ghana-UNICEF Country Programme 2006-2010) のうち、保健・栄養プログラム (ギネア・ワームと衛生を含む) は添付資料 8 に示す通りである。アッパーウエスト州への支援は現行カントリープログラムから開始した。現在、アッパーウエスト州ではガーナヘルスサービス (GHS) による ACSD/HIRD 実施を支援している。

ACSD (The Accelerated Child Survival and Development) (子どもの生存・成長促進プログラム) は、乳幼児疾病率・死亡率・栄養不良率を低減するための介入パッケージとして、UNICEF が 2001 年に西アフリカと中央アフリカの 4 ヶ国 (ガーナ、マリ、ベニン、セネガル) で開始したパイロットプログラムである。ガーナではアッパーイースト州でのパイロットプログラムの結果、5 歳未満児死亡率および栄養不良率の著しい減少に成功したことから、その介入アプローチはガーナ政府によって妊産婦および乳幼児死亡率低減のための国家戦略の 1 つとして採用され、High Impact Rapid Delivery (HIRD) と呼ばれることとなった。アッパーウエスト州での ACSD/HIRD の実施は、スケールアップ戦略の一環として現行カントリープログラム (2006-2010) で開始された。UNICEF/ガーナ政府は、2010 年までに同アプローチが全国レベルで実施されることを目指している。

ACSD/HIRD による保健サービス提供のための3つの戦略として、①主にコミュニティボランティアを活用した家庭保健、栄養、衛生の実践パッケージをコミュニティにおいて促進する、②基礎保健サービスを提供するために継続的なアウトリーチとキャンペーンを行う、③すべての優先保健分野から成る必要最低限のケアのための総合的パッケージの保健サービスを医療施設・機関で提供する、が挙げられる<sup>34</sup>。特に、妊産婦ケアとしてヨウ素添加塩の消費を促進すること、また、IMCIの一部として新生児ケアに取り組んでいることが特徴である。

ACSD/HIRD パッケージの内容について図 3-5 に示す。

図 3-5 ACSD/HIRD パッケージの概要



ACSD/HIRD パッケージの3つのコンポーネントのうち、UNICEF は、主に ANC+において UNFPA との協力をすすめている。「駆虫 (EPI+) および「栄養」(IMCI+) では WFP との協力を実施している他、離乳育児 (IMCI+) については Catholic Relief Service とも協力を行っている。また、「水・衛生」は、現行の UNICEF カントリープログラムの保健・栄養プロジェクトのコンポーネントではあるが、その対象地域は北部地域で (少なくとも 2007 年は) アッパーウエスト州は対象ではない。しかし、ACSD/HIRD の実施においては、アッパーウエスト州を含む 6 州において水・衛生プロジェクトを実施<sup>35</sup>している

<sup>34</sup> UNICEF Ghana Fast Facts: Accelerated Child Survival and Development, UNICEF, July 2006

<sup>35</sup> 第1フェーズ(2000年~2004年)は4州を対象(US\$26mil)、第2フェーズ(2005年~2009年)は6州を対象(US\$31mil.) 支援は郡議会を通じて行なわれている。支援内容は、コミュニティ参加促進 (政府に対する住民参加の重要性に関するアドボカシー、水・衛生施設建設のプランニングから維持管理に至る住民参加促進のためのためのコミュニティのエンパワーメント)、コミュニティでの水設備 (Portable Water) とトイレの建設、学校衛生等である。なお、アッパーウエスト州で水・衛生分野への支援を実施している主要援助機関は現在 WB のみであるとのこと。

世銀と協力していることが確認されている。

#### <UNFPA>

UNFPA はセクターファンドに参加している唯一の国連機関である。特に、郡レベルにおいて保健省と GHS を支援している。アッパーウエスト州への支援は前カントリープログラム（2001-2005）から開始した。前カントリープログラムでは、ワ郡とナドリ郡の2郡のみを対象とした青年期の性に関する分野での支援を実施していたが、現行カントリープログラム（2006-2010）ではリプロダクティブヘルス分野、特に、EmOC (Emergency Obstric Care) に重点を置いた支援がされている。活動には、青少年センターへの支援、EmOC のための医療機材の提供、コミュニティリーダーやコミュニティヘルスワーカーを対象とした家族計画およびリファラルに関するアドボカシーと研修等が含まれる。2005 年からは、UNICEF および WHO との協力のもとで衛生分野の活動も行っている。UNFPA カントリープログラムのうち、リプロダクティブヘルスプロジェクトの枠組みについては添付資料 9 を参照されたい。

研修については、GHS による郡レベルの保健人材育成のための TOT を対象にした研修の支援の一環として、研修マニュアル作成の技術支援と 2 郡での研修支援を行っている。2006 年には助産婦を対象とした「安全なお産」に関する研修、郡病院の医師、看護師、助産師を対象にした EmOC 研修、コミュニティを対象にした EmOC リファラルに関する研修の他、妊産婦死亡に関する州レベルのコンフェレンスやメディア関係者を対象としたリプロダクティブヘルスに関するセミナーも実施された。

#### <DANIDA>

DANIDA は 1994 年からアッパーウエスト州（全 5 郡）<sup>36</sup>でイヤーマーク支援を実施していたが、2003 年以降は、支援の 75%は一般財政支援を通じて同州への支援を行っており、わずか 25%が国家健康保険制度（Natonal Health Insurance Scheme）へのイヤーマーク支援である。フェーズ I（1994-1998）では保健省に結核撲滅を目的として薬品の供与を実施した。フェーズ II（1999-2003）では、1999 年に CHPS が国家政策とされたことからセントラル州で CHIP 拡大のためにバイクを供与したが、アッパーウエスト州では CHIP 拡大に関する支援は実施されなかった。10 年間のイヤーマーク支援では、保健プロジェクト（主な活動としては、保健センターの建設、無線機、携帯電話、Sola Power、医療機材の供与と保健医療人材を対象とした研修）と、NGO によるコミュニティプロジェクト（インカムジェネレーション活動、女性のエンパワーメント）とを併せて実施したことで効果的な支援の実施が可能となった。

第 3 フェーズ（2003-2007）では、全国を対象とし、イヤーマーク支援によって国家健康保険プログラム（National Health Insurance Programme）を実施中である。支援の中心は、

---

NGO では、技プロが「住民参加促進」活動を再委託している PRONET がある。

<sup>36</sup> 支援当時はアッパーウエスト州は全 5 郡で構成されていた。

郡レベルのスタッフを対象とした国家健康保険制度の知識の向上を目的とした研修である。イヤーマーク支援 25%のうち、4 割の予算がこの研修に割り当てられている。

### 3-9 アッパーウエスト州健康改善プログラムの概要

#### 3-9-1 プログラム形成の経緯

本プログラムは、2005 年 12 月に理事会によって「プログラム」として承認された、初めての JICA プログラムである。プログラム構築プロセスは 2004 年 8 月の要望調査（無償資金協力、技プロ）に遡る。その後 2004 年 11 月の現地事前調査を経て、本格的なプログラム構築は、2005 年 5 月に実施した初の合同予備調査（無償資金協力、技プロ、協力隊）に始まる。同年 8 月には予備調査を通じて協力内容の絞込みが行われた。プログラム採択後の 2006 年 1 月には第 1 回運営委員会が開催され、以降、月 1 回あるいは隔月毎の開催を行い、プログラムを構成する各案件がプログラム全体の方向性に沿っているかについて定期的にモニタリングをしている。プログラム実行計画書（案）は 2006 年 11 月に作成された<sup>37</sup>。

JICA プログラム構築プロセスと並行して、現地 ODA タスクフォース<sup>38</sup>は東京タスクフォースの協力のもとで、2004 年 9 月から 2006 年 1 月まで「対ガーナ国別援助計画」（外務省）の改訂作業を実施していた<sup>39</sup>。「対ガーナ国別援助計画」では、当時最終ドラフト段階にあった「第 2 次ガーナ貧困削減戦略（GPRSII）」をガーナ政府および同国で活動するすべての援助機関の共通指針と捉え、GPRSII が掲げる目標を達成するために、「地方農村部の活性化」と「産業育成」の 2 つを重点課題と位置づけ、これら重点課題の達成に向けた 4 つの戦略プログラム（Strategic Objective）を設定した。各プログラムでは特に重視する協力として「重点協力領域」を定めており、保健セクター支援はその 1 つとして整理された。

JICA が従来型「プログラム（＝共通の目的・対象の下に緩やかに関連付けられて計画・実施されるプロジェクト（および個別案件）群）」から戦略的な「プログラム（＝途上国の特定の中長期的な開発目標の達成を支援するための戦略的な枠組み）」に移行する時期に「対ガーナ国別援助計画」の改訂作業が行われたことから、改訂作業プロセスにおいては、JICA 「プログラム」の定義の変化に合わせてプログラムの再整理が行われた。改訂版「対ガーナ国別計画」で設定されている「戦略プログラム（Strategic Objective）」は、従来型プログラムから一歩進んだ戦略的なものとして設定されているが、JICA が近年すすめている「プログラム」と同じものではない。JICA 戦略プログラムの 3 つの要素については第 1 章 1-1 を参照されたい。

<sup>37</sup> 本記述は、調査研究「事業マネージメントのあり方について」第 3 回研究会（2006 年 11 月 8 日）の際に発表されたパワーポイント資料「ガーナ健康の輪プログラムーアッパーウエスト州住民の健康改善プログラムー」の内容を基に作成

<sup>38</sup> 現地 ODA タスクフォースメンバーは、在ガーナ大使館、JICA ガーナ事務所（JBIC は本部・ロンドン事務所を通じて参加）

<sup>39</sup> 本記述は、現地 ODA タスクフォース遠隔セミナー（2006 年 2 月 9 日）の際に、政策研究大学院大学の野野原氏が発表したパワーポイント資料「国別援助計画と援助協調：ガーナの経験を中心に」の内容を参考に作成

### 3-9-2 目標のレベル・範囲による現行プログラムの類型

プログラム目標とは、ある一定の期間において、相手国政府が JICA（及び他援助機関）の援助を活用しながら達成すべき開発課題である。従って、相手国の多大な開発課題・目標の中から、プログラム目標を選択することになる。特定テーマ評価「プログラム評価（フェーズ2）」では、プログラム形成の際の留意点として、プログラム目標のレベル・範囲の絞り方、設定の仕方等を挙げている<sup>40</sup>。これに応じて本プログラムを分類した場合、現行のプログラム目標「アッパーウエスト州の住民の健康が改善される」は以下のように整理できる。

- ① セクターの範囲：特定セクターの開発戦略を対象とする特定セクター対応型
- ② セクター（サブセクター）内の課題の特定：課題全体に対応
- ③ 地域の特定：ある地域の開発目標に対応した拠点型（ある特定地域における達成をプログラム目標として支援を集中し、そのモデル的な経験が他地域でも活用・普及されることを狙いとするパイロット型とは異なり、その地域の経験を全国的に普及する必要性が必ずしもないもの）
- ④ 目標指標・目標値の設定：未設定
- ⑤ プログラム期間と相手国戦略へのアラインメント：短期（4年）、相手国戦略のアラインメントとしては、第2次ガーナ貧困削減戦略（2006-2009）の期間とほぼ一致

### 3-9-3 JICA プログラムの構成案件の概要

本プログラムは4つの案件で構成される。現在実施中の案件は技プロのみである。

図 3-6 JICA プログラムの工程

案件名/年度	2005	2006	2007	2008	2009
アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト (技プロ)		■			
			■ (本邦研修)	■	■
アッパーウエスト州基礎的医療機材整備計画 (無償資金協力)		■ (B/D)	■ (本体)	★ (供与)	
協力隊 (プログラム隊員)			■		
援助調整専門家			■		

#### 1. アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト（2006年3月～2010年2月）

本技術協力プロジェクトは、ガーナ国アッパーウエスト州における住民の健康が改善

<sup>40</sup> 特定テーマ評価「プログラム評価（フェーズ2）マラウイ・ベトナム教育分野」第1章

されることを上位目標とし、国家政策であるコミュニティベース保健計画サービス（Community Based Health Planning and Services:CHPS）の拡大によって、プロジェクト対象地域の住民の基礎的保健医療サービスへのアクセスが向上することを目指すものである。表 3-13 にプロジェクトの枠組みとして、2007 年 2 月 22 日に開催された JCC で承認された PDM 改訂版（PDM<sub>2</sub>）を示す。変更は主に指標に対して行われている。

表 3-13 修正版「アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト（2006.3～2010.2）」の枠組み（PDM<sub>2</sub>）

プロジェクトの要約	指標
<p>プロジェクト目標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CHPS が機能していることにより、対象地域の住民が良質な基礎的保健サービスによりアクセスできるようになる。</li> </ul>	<p>(1-4 は「ステージ I」郡（ジラパ郡およびワウエスト郡）対象、5-7 は「ステージ II」郡対象</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2009 年に「ステージ I」郡で機能している CHPS ゾーンの数が増加する。</li> <li>2009 年に CHPS のサービスを受けている世帯数が増加する。</li> <li>2009 年に機能している CHPS ゾーンに住んでいる人口の割合が増加する。</li> <li>2009 年までに予防接種率、4 回の妊産婦検診受診率、避妊実行率等の保健指標が上昇する。</li> <li>2009 年までに、「ステージ II」郡の 50% で「ステージ I」郡で開発されたリファラルシステムが導入される。</li> <li>2009 年までに「ステージ II」郡の 50% で「ステージ I」郡で開発されたスーパービジョンシステムが導入される。</li> <li>2009 年までに「ステージ II」郡でコミュニティ活動（住民会議、保健教育、衛生活動、CHPS 施設維持管理）が増加する。</li> </ol>
<p>アウトプット（1～5 は「ステージ I」郡：ジラパ郡およびワウエスト郡対象、6 は「ステージ II」郡：残り 6 郡対象）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>州保健局管理チーム（RGMT）および郡保健局管理チーム（DHMT）の CHPS 拡大に係わるマネージメント能力が向上する。</li> <li>CHO およびサブ・ディストリクト保健局管理チーム（SDHT）の業務遂行能力が向上する。</li> <li>CHPS 活動に関する関係機関によるスーパービジョンシステムが改善される。</li> <li>CHPS、ヘルスセンターおよび病院間のリファラル・カウンターリファラル体制が改善される。</li> <li>CHPS 活動に関する住民参加が強化される。</li> <li>「ステージ I」郡で得られたグッドプラクティスがアッパーウエスト州の他の郡（ステージ II 郡）に紹介される<sup>41</sup>。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1-1 SDHT によって CHPS 拡大計画が毎年見直されて作成される。</li> <li>1-2 DHMT の業務遂行能力が向上する（プロジェクトが開発するパフォーマンス・スタンダードに基づき評価）</li> <li>2-1 SDHT の業務遂行能力が向上する（パフォーマンス・スタンダードに基づき評価）</li> <li>2-2 CHO の業務遂行能力が向上する（パフォーマンス・スタンダードに基づき評価）</li> <li>3-1 2009 年までにスーパービジョン活動年間計画が作成・実施される。</li> <li>4-1 2009 年にリファラルガイドラインが作成され、利用に関するトレーニングが実施され活用されるようになる。</li> <li>4-2 2009 年までに CHPS からのリファラル件数が増加する。</li> <li>5-1 2009 年までにコミュニティ活動（住民会議、保健教育、衛生活動、CHPS 施設維持管理）が増加する。</li> <li>5-2 CHV の業務遂行能力が向上する（パフォーマンス・スタンダードに基づき評価）</li> <li>6-1 2009 年までに「ステージ I」郡で開発されたツールや成果品を用いる「ステージ II」郡が増加する。</li> <li>6-2 2009 年までにアッパーウエスト州の経験普及に関する活動が増加する。</li> </ol>

<sup>41</sup> PDM<sub>1</sub> 原文では「disseminated」との表現が使用されているが、本来プロジェクトが意図しているのは、「普及されること」ではなく「紹介されること」である。事業事前評価（和文）では本来意図していた「紹介される」という表現が用いられている。

## 活動

- 1-1 州保健管理チーム (RHMT) および郡保健管理チーム (DHMT) のマネージメント能力に係る現状分析を行う。
  - 1-2 RHMT および DHMT の(TOT ニーズを含む)研修ニーズを明らかにする。
  - 1-3 業務評価のためのパフォーマンス・スタンダードを作成する。
  - 1-4 上記 1-1 と 1-2 の結果に基づき、現職研修モジュールを改訂する。
  - 1-5 RHMT および DHMT を対象とした研修を実施する。
  - 1-6 全ての RHMT と DHMT に CHPS に関するオリエンテーションを実施する。
  - 1-7 対象郡毎に CHPS 拡大に関する 3 ヶ年計画および年次計画を策定する。
  - 1-8 DHMT が CHPS 活動に関して、郡議会、郡保健委員会、他セクター、NGO を含む援助機関との協力関係を構築することを支援する。
  - 1-9 CHPS 活動の効果的なモニタリング・評価方法を確立する。
  - 1-10 CHPS における保健情報を得るための標準記録・報告様式を導入し、情報の分析や利用、情報のフローについて改善する。
- 
- 2-1 CHO および SDHT を対象とした研修の現状と課題を明確にする。
  - 2-2 CHO および SDHT の業務評価のためのパフォーマンス・スタンダードを作成する。
  - 2-3 上記 2-1 と 2-2 の結果に基づき、コミュニティ看護師 (CHN) 現職研修モジュールの見直し、CHO 再研修モジュール作成を行う。
  - 2-4 コミュニティ看護師 (CHN) 現職研修および CHO 再研修を実施する。
  - 2-5 年間研修計画を作成する。
- 
- 3-1 CHPS 活動に関する監督システムの現状分析を行いガイドラインを作成する。
  - 3-2 スーパービジョン活動 (facilitative supervision) のためのチェックリストを作成する。
  - 3-3 SDHT を対象にスーパービジョン活動 (facilitative supervision) に関する研修を実施する。
  - 3-4 州保健局および郡保健局がスーパービジョン活動結果を保健計画作成やモニタリングに活用することを促進する。
- 
- 4-1 リファラル・カウンターリファラル体制の現状分析を行う。
  - 4-2 リファラルガイドラインを作成する。
  - 4-3 リファラルガイドライン使用について関係者にオリエンテーションを行う。
  - 4-4 リファラルケース検討会を実施し、リファラルの質をモニターする。
- 
- 5-1 CHPS 活動への住民参加を促進するための現行のアプローチをレビューする。
  - 5-2 コミュニティ・ヘルス・ボランティア (CHV) の業務評価のためのパフォーマンス・スタンダードを作成する。
  - 5-3 CHV 用の研修教材を見直す。
  - 5-4 CHV 研修を実施する。
  - 5-5 持続性のある住民参加プロセスを実施する。
    - 5-5-1 コミュニティ保健委員会 (CHC) の役割とマネージメント能力を強化するためのアプローチを実施し文書化する。
    - 5-5-2 持続性のあるコミュニティボランティアシステムを確立するためのアプローチを実施し文書化する。
    - 5-5-3 CHPS 活動の進捗を話し合うために、コミュニティおよび CHO との通常評価セッションを CHC を通じて確立する。
  - 5-6 CHPS 間の経験のシェアを目的として相互視察を実施する。
- 
- 6-1 「ステージ II」郡の郡保健管理チーム研修および CHO 研修を「ステージ I」郡の郡保健管理チーム研修や CHO 研修と共に行う。
  - 6-2 プロジェクト開始後 3 年目より、「ステージ I」郡で作成されたマニュアルやガイドラインを「ステージ II」郡に展開する。
  - 6-3 「ステージ I」郡のグッドプラクティスを分析して文書化し、「ステージ II」郡への拡大に活用する。
  - 6-4 2008 年より「ステージ I」郡と「ステージ II」郡の DHMT による相互視察を行う。
  - 6-5 「ステージ I 郡」で作成されたマニュアル、ガイドライン、グッドプラクティスに関する文書を中央レベルの CHPS 政策担当者や関係者に紹介する。

## PDM の変更点

### プロジェクト目標指標

- ・ 「1. 機能している CHPS ゾーンが郡保健局の拡大計画に従って増加する」を「2009 年に『ステージ I』郡で機能している CHPS ゾーンの数が増加する」(指標 1) に変更
- ・ 「2. 『ステージ I』郡で予防接種率、妊産婦健診受診率、専門技能者立会いによる出産数、避妊実行率が上昇する」をカバー率、アクセス、質をみる指標として、それぞれ「2009 年に CHPS サービスを受けている世帯数が 2005 年よりも増加する」(指標 2)、「2009 年に機能している CHPS ゾーンに住んでいる人口の割合が 2005 年よりも増加する」(指標 3)、「2009 年までに予防接種率、4 回の妊産婦健診受診率、避妊実行率等の保健指標が上昇する」(指標 4) に変更
- ・ 「3. 2009 年までに『ステージ I』郡で改善されたリファラルシステムやリファラルガイドラインが『ステージ II』郡(アッパーウエスト州の他 6 郡)で導入される」を「2009 年までに『ステージ II』郡の 50%で『ステージ I』郡で開発されたリファラルシステムが導入される」(指標 5) に変更
- ・ 「5. 2009 年までに『ステージ I』郡で改善された住民参加方法が『ステージ II』郡で導入される」を「2009 年までに『ステージ II』郡でコミュニティ活動(住民会議、保健教育、衛生活動、CHPS 施設維持管理)が増加する」(指標 7) に変更

### アプトプット指標

- ・ 「1.1 RHMT 及び DHMT によるモニタリング・評価結果の活用事例が増加する」削除
- ・ 「1.3 CHPS 実施に係る郡保健局の年間予算が増加する」削除
- ・ 「1.4 2007 年から郡議会が CHPS 拡大に係る予算を計上する」削除
- ・ 「2.3 コミュニティの CHPS で受けられる保健サービスに対する満足度が向上する」削除
- ・ 「3.1 RHMT、DHMT、SDHT、CHO によるモニタリング・評価結果の活用事例が増加する」削除
- ・ 「3.2 監督活動年間計画遂行率が上昇する」を「2009 年までにスーパービジョン活動年間計画が作成・実施される」に変更(指標 4-1)
- ・ 「4.1 リファラルガイドラインの利用度が上昇する」を「2009 年にリファラルガイドラインが作成され、利用に関するトレーニングが実施され活用されるようになる」に変更
- ・ 「4.2 ヘルスセンター及び病院へのリファラル数が増加する」を「2009 年までに CHPS からのリファラル件数が増加する」に変更(指標 4-2)
- ・ 「5.1 CHC および CHV と CHO 間の定例会議が CHC 作成の活動計画に基づいて開催される」を「2009 年までに CHPS 維持管理を含むコミュニティ活動が増加する」に変更
- ・ 「6.1 2008 年から『ステージ II』郡の DHMT、SDHT、CHO、CHV による『ステージ I』郡での教訓や経験の活用事例数が増加する」を「2009 年までに『ステージ I』郡で開発されたツールや成果品を用いる『ステージ II』郡が増加する。」に変更
- ・ 「6.2 保健省、ガーナヘルスサービス、CHPS 政策担当者等の会議で『ステージ I』郡での経験や成果が協議される」削除
- ・ 「6.3 『ステージ I』郡のグッドプラクティスや作成したモジュール、マニュアル、ガイドラインが国家マニュアル、ガイドライン、研修モジュールに反映される」が「2009 年までにアッパーウエスト州の経験普及に関する活動が増加する」に変更

## 2. アッパーウエスト州基礎的医療機材整備計画(無償資金協力)

アッパーウエスト州の病院(6 病院)、ヘルスセンター(保健所)(58 施設)、コミュニティ看護師養成学校(ジラバ郡の 1 施設)への機材を調達し、医療サービス体制と教育環境の改善を行う。表 3-14 にプロジェクトの要約を示す。

表 3-14 無償資金協力プロジェクトの要約<sup>42</sup>

プロジェクトの要約		指標
プロジェクト目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アッパーウエスト州の 6 病院および保健所の医療サービスが改善される。</li> <li>・ 病院と保健所との間のリファラル体制が改善される。</li> <li>・ コミュニティ保健養成学校の教育内容が改善される。</li> </ul>	以下「プロジェクト目標指標」参照
アウトプット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 州/郡病院において医療機材が整備される。</li> <li>・ 保健所の医療機材が整備される。</li> <li>・ コミュニティ保健師養成学校において教育・実習教材が整備される。</li> <li>・ 無線機や救急車が整備される。</li> </ul>	
活動	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 対象医療施設の診断・治療機材、車両および無線機が整備される。</li> <li>2. 上記機材を使用して医療活動を実施する。</li> </ol>	

無償資金協力プロジェクトのプロジェクト目標指標

対象病院（6 病院合計）

	2006 年	2009 年
外来患者数	128,000	増加
周産期健診件数	10,800	
分娩件数	5,100	
帝王切開件数	603	
94 超音波健断数	171	
臨床検査数	116,300	
下位施設からのフィファラル件数	245	

対象保健所（郡合計）

普通分娩	2006 年月間	2009 年
ジラパ郡	94	増加
ローラ郡	32	
ナドリ郡	84	
シサラ東郡	13	
シサラ西郡	14	
ワ東郡	28	
ワ	424	

対象保健所（郡合計）

周産期健診件数	2006 年月間	2009 年
ジラパ郡	655	増加
ローラ郡	285	
ナドリ郡	491	
シサラ東郡	172	
シサラ西郡	53	
ワ東郡	221	
ワ	87	
ワ西郡	349	

コミュニティ保健師養成学校（養成コースにて）

	2006 年	2008 年
教育機材を使用する授業数	なし	実施
自習機材を使用する授業数	なし	実施

3. 協力隊（プログラム隊員）<sup>43</sup>

技プロの「ステージ I」対象 2 郡（ワウエスト郡およびジラパ郡）においては、安全な水の供給、衛生改善、栄養改善、生計向上など、住民の健康改善促進を支援する村落開発普及員等の協力隊を派遣する。最初のプログラム隊員は、2007 年 4 月に視聴覚教育分野で州 GHS に派遣され、技プロにおける教材作成を支援する。続いて 6 月には、ジラパ郡 GHS に栄養士が派遣され地域住民の栄養摂取状況調査や改善指導を行う予定である。

「ステージ II」対象 6 郡では、技プロの対象郡への展開を補完的に支援する保健師や看護師を派遣する予定である。看護師をナドリ郡 GHS へ、保健師をローラ郡 GHS へ各 1

<sup>42</sup> 事業事前計画表（基本設計時）を参考に作成

<sup>43</sup> 「プログラム計画書」（案）（2006 年 11 月 30 日作成）および協力隊派遣計画書を参考

名づつ 2007 年 6 月に派遣することが決定しており、隊員の選考も終了している。共に、コミュニティベースで CHPS の拠点を巡回し、コミュニティ・ヘルス・オフィサー (CHO) への指導とモニタリングを行う予定である。

#### 4. 援助調整専門家<sup>44</sup>

プログラム実施のための中央レベルでの調整、及びプログラム成果の政策・制度へのフォードバックを行うことを目的として 2007 年 8 月頃の派遣を予定している。

---

<sup>44</sup> 「プログラム計画書」(案) (2006 年 11 月 30 日作成)

## 第4章 「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」の評価

本章では、第1章で提示した「評価の枠組み」に沿って、「アッパーウエスト州住民の健康改善プログラム」を評価・分析した結果を総括する。

### 4-1 評価の配慮事項

1. 「位置づけ」に関する評価は、本プログラムが開始された当初に存在していた国家開発戦略、「第2次保健セクター5ヶ年計画（2002-2006）」および「第2次ガーナ貧困削減戦略（GPRSII:2006-2009）」に基づき行うこととする。「第3次保健セクター5ヶ年計画（2007-2011）」および「国家保健政策（2006-2015）」は、評価調査時点でドラフト段階であることに配慮し、今後のプログラムの貢献に関して「提言」を行う際に、必要に応じて参照する。
2. 「計画」に関する評価において、「縦のシナリオ」（＝プログラム目標に向かっての時系列的な成果の展開）の適切性に関する評価は、技プロを核としたスケールアップ戦略に焦点をあてる。「横のシナリオ」の適切性に関する評価は、技プロを中心として、協力隊と無償資金協力との連携の適切性を考察する。
3. 無償資金協力は JICA 案件ではないため、プログラム評価の際には JICA プログラムの枠組み外として扱い、連携の観点からその適切性を評価することが原則とされている。しかし、本プログラムの場合には無償資金協力案件形成の際に他案件との連携が考慮された背景を踏まえ、当該無償資金協力をプログラムの枠組みの中で捉えることとする。
4. 「結果」および「貢献」に関する評価については、対象プログラムが初期段階であり評価できる段階にないことを鑑み、「今後、プログラム実施による十分な成果を発現し、ガーナ開発戦略への貢献度を高めるためにはどうすべきか」との観点から「提言」として反映させることとする。

### 4-2 プログラムの位置づけに関する評価

#### 結論

本プログラムは、日本の上位政策および JICA 援助政策に照らし合わせて妥当である。また、ガーナ国開発戦略目標/政策との高い整合性が認められるだけでなく、当該国の優先分野に対しても支援を行っている。

#### 4-2-1 日本側政策におけるプログラムの位置づけ

##### <対ガーナ国別援助計画における JICA プログラムの位置づけ>

2006年9月に改訂された「対ガーナ国別援助計画（外務省）」では、保健セクターは、

4つの「戦略プログラム (Strategic Objective:SO)」のうちの1つ「戦略プログラム2 (SO2): 貧困地域における基礎生活環境の改善」に位置づけられている。「戦略プログラム2 (SO2)」のもとで、4つの重点協力領域、「地域保健改善、感染症対策」、「計画策定・実施・モニタリング強化」、「基礎教育へのアクセス及び質の改善」、「安全な水の供給」が設定されているが、本プログラムは、これらのうち、「地域保健改善、感染症対策 (SO2-1)」に相当するものである。右重点協力領域については、「健康状態の改善のために、地域住民の主体的な参加を念頭に置き、保健指標の低い地域において、地域保健改善と保健医療行政強化、HIV/エイズ、マラリアを含む寄生虫対策などの感染症対策に取り組む」とされている。本プログラムは、特に保健指標の低いアッパーウエスト州の住民の健康改善を目標としていること、その支援は主にコミュニティレベル (CHPS の改善) に対して実施されていること、住民参加促進が1つの戦略とされていることを鑑みれば、本プログラムと「対ガーナ国別援助計画」との間には高い整合性が認められる。

#### <JICA 援助政策における JICA プログラムの位置づけ>

JICA の「対ガーナ国別事業実施計画」は、「対ガーナ国別援助計画 (外務省)」の改訂作業実施中である 2006 年 3 月に改訂されている。「対ガーナ国別事業実施計画」においては、配慮事項として「対ガーナ国別援助計画 (外務省)」における戦略プログラム (Strategic Objective:SO) と重点協力領域に基づき、特に優先協力領域と重点協力間の相乗効果を意識して事業展開を図ることが明記されており、協力の方向性は「対ガーナ国別援助計画 (外務省)」に沿ったものとなっている。よって、JICA の「対ガーナ国別事業実施計画」に照らし合わせての本プログラムの整合性が認められる。特に、JICA の「対ガーナ国別事業実施計画」では、「人間の安全保障」の観点から、「北部地域のように貧困層が集中している地域に重点を置いた協力」や「政府組織のみならず、NGO や地域住民の組織を有効に活用して地域市民に援助がより届きやすいメカニズムを検証する」ことが、「対ガーナ協力の基本的な考え方」の冒頭に明記されている<sup>45</sup>が、本プログラムは、こうした基本方針に沿った援助である。

JICA の地域別政策としての「アフリカ地域事業実施方針」では、「人間の安全保障」の実現や MDGs への貢献のために援助対象国の状況に応じて戦略的に援助アプローチを行っていくことが方針として示されており、ガーナを含むガバナンスや国家行政機能の改善が見られる国については、PRSP やセクターワイドアプローチ (SWAPs) を通じて政府基本機能の強化を図っていくことや持続的経済成長のために必要な環境を整備していくとの援助アプローチが挙げられているが、本プログラムはこうした援助アプローチに基づいて実施されているものである。また、本プログラムは、「アフリカ地域事業実施方針」で重点課題とされている保健医療を対象としていること、および「各課題に対する投入に関しては、技プロのみならず、無償資金協力、ボランティア事業等を有機的に連携させつつ、プログラム化を図ると共に現地 ODA タスクフォースを通じオールジャパ

<sup>45</sup> 平成 17 年度版国別事業実施計画 (ガーナ共和国) (平成 18 年 3 月改訂)、P3

ンとしてのローリングプランの作成を拡大していく」という方針と合致していることから、本プログラムは JICA の地域別政策に照らし合わせても妥当である。

なお、保健分野関連の JICA 課題別指針のうち、本プログラムと直接的な関連性がみられるのは、子どもの健康およびリプロダクティブヘルスである（第 2 章表 2-3 参照）。

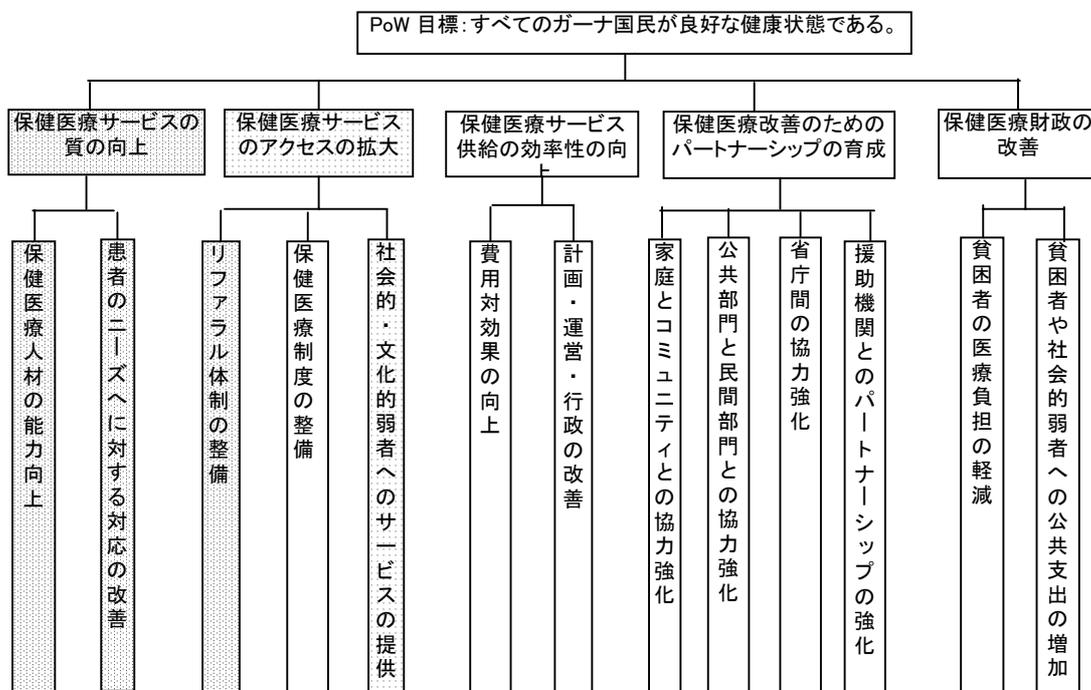
#### 4-2-2 ガーナ開発戦略におけるプログラムの位置づけ

##### <JICA プログラムと GPRS/POW との整合性>

位置づけとするガーナ開発戦略は、本プログラムが開始された当時に既に存在していた、「第 2 次国家保健 5 年計画（2002-2006）」および「第 2 次ガーナ貧困削減戦略（GPRSII:2006-2009）」とする。これら開発戦略と JICA プログラムとの整合性は高い。

本プログラムは、「(技プロと協力隊を通じた) CHPS の拡大（住民参加促進を含む）」と「(技プロと無償資金協力を通じた) リファラルシステムの強化」を通じて「保健医療サービスのアクセスと質の向上」を図るものである。これを「第 2 次国家保健 5 年計画（2002-2006）」で設定された 5 つの柱「保健サービスの質の向上」、「保健サービスの拡大」、「保健サービス供給の効率性の向上」、「保健医療改善のためのパートナーシップの育成」、「保健財源の改善」に照らし合わせると、「保健サービスの質の向上」と「保健サービスの拡大」に合致する（図 4-1 参照）。

図 4-1 ガーナ保健セクターの目標体系図にみる JICA プログラムの位置づけ



■ JICA プログラムによる介入

また、第2次ガーナ貧困削減戦略（GPRSII）で示されている保健セクターにおける3つの重点課題（「保健サービスへのアクセス」、「マラリア予防」、「HIV/エイズ予防」）に本プログラムを照らし合わせると、「保健サービスへのアクセス」と合致する。「保健サービス」をさらに詳しく見ると、右重点課題のもとでは「CHPSの改善」および「コミュニティを基盤とした保健サービス提供の拡大」が戦略として設定されており、これらは、本プログラムの戦略と共通するものである（第3章3-5参照）。

### <JICAプログラムの介入分野の相手国における優先度>

戦略的な「プログラム」は、相手国の開発戦略と整合性があることだけでなく、相手国の開発戦略の優先分野に対して支援をしていることが重要な要素となる。ただし、相手国の開発戦略の優先分野と照らし合わせて、JICAプログラムが支援をする分野の優先度が高くない場合でも、他援助機関の支援状況およびJICAの比較優位性や過去の経験を踏まえた戦略的なインターベンションがなされていればよいとされている。本プログラムは、当該国開発戦略との高い整合性があり、かつ、優先分野に対する支援を行っているケースである。

「第2次保健セクター5ヶ年計画」では優先的にインターベンションをする保健分野として、(1) HIV/エイズ/STI、(2) マラリア、(3) 結核、(4)ギニア・ウオーム、(5) ポリオ、(6)リプロダクティブヘルスおよび母子保健、(7)事故と救急、(8) 非伝染病、(9) 口腔衛生と目のケア、(10) 精神科ケアを含む専門、医療サービス、である。これらのうち、JICAプログラムによるインターベンションは、リプロダクティブヘルス分野および母子保健分野に相当するものであることから、JICAプログラムはガーナ開発戦略の優先分野への支援を行っていると言える。

さらに、これら10の優先分野にインターベンションするための戦略目標として、(1) 介入のパッケージ化、(2) 基礎保健医療サービスにアクセスするためのコミュニティのエンパワーメント、(3) 保健医療サービス提供の効率性と効果の向上、(4) すべての保健医療施設における（医療保健サービスの）質の画一化、(5) プライマリーヘルスケアへのアクセスを向上させるための第2・3次サービス<sup>46</sup>の再構築、が挙げられている。うち、(2) のための具体的な活動として CHPS の実施が設定されており、技プロと協力隊を通じた JICA プログラムによる CHPS 実施支援との一致が明らかである。また、(5)のもとで設定されている活動のうち、第1・2次レベルの医療・保健サービスの質の向上および、効果的リファラル体制の構築は、無償資金協力による支援と合致するものである。

---

<sup>46</sup> ガーナの医療リファラル体制においては、教育病院が第3次レベル、州病院が第2次レベル、郡病院、保健所/クリニック/産院、CHPSが第1次レベルとされている。

#### 4-3 プログラムの戦略性に関する評価

##### 結論

現行プログラムの策定にあたっては、戦略性を高めるための努力が払われているが、「問題分析～目的分析～問題解決のために有効な案件の有機的な組み合わせの選択」という形成プロセスを経ていないため、プログラムを構成する各案件目標の達成からプログラム達成に至る構成上の論理的な飛躍が生じている。プログラムの構成案件がプロジェクトとインプットレベルの個人投入との組み合わせ（従来型のスキーム連携）であることもプログラム期間中のプログラム目標達成を困難にしている要因である。従来型のスキーム連携との相違点は、各構成案件（無償資金協力、協力隊、個別専門家）に技プロとの連携による相乗効果の発現とともに、個別案件そのものの実施によるプログラム目標に向けた成果の発現を想定していることであるが、これら個別案件が案件目標達成に至る論理構成は改善を要する。他方、技プロと他案件との連携によるプログラム目標の達成（「横のシナリオ」）については、技プロのPDM上は、「無償資金協力との連携によるリファラル体制の構築」と「プロジェクトの展開に併せた協力隊の投入」が設定されているが、前者の場合には、技プロのPDMに幾つかの活動を追加する必要がある。後者の場合には、プログラム対象全8郡のうち、6郡は技プロによる直接のインターベンションがないため、両案件の連携は限定的である。また、6郡へのスケールアップ（縦のシナリオ）は協力隊によるインターベンションに頼るところの大きいシナリオとなっているが、生活環境上の理由で隊員を派遣できない郡が存在することから「スケールアップ戦略」の見直しが必要である。

##### 4-3-1 プログラムとしての一貫性

JICAによって新たに定義された、戦略的な「プログラム」においては、シナリオの戦略性が重要な要素となる。以下では、JICAプログラムの個々の構成案件からプログラム目標に至る論理構成の適切性について3つの視点に基づき分析を試みた。

- ① プログラム目標達成に向けたプログラム構成は適切であるか。
- ② 横のシナリオ、すなわち、技プロと他案件との連携は相乗効果を得られるようにデザインされているか。
- ③ 縦のシナリオ、すなわち、プログラム目標に向けてのスケールアップ戦略は適切にデザインされているか。

##### ① プログラム構成

本プログラムの構成の適切性については、プログラム期間の設定、プログラムを構成する案件の組み合わせ、アプローチの選定の3つの観点から分析を行った。

#### <プログラム期間の設定>

現行のプログラムの枠組みでは、プロジェクト目標「機能 CHPS ゾーンの拡大によって対象地域住民の基礎的保健サービスへのアクセスが向上する」が達成されると同時にプログラム目標「アッパーウエスト州の住民の健康が改善される」ことが想定されている。プログラム目標は、プロジェクトの上位目標と一致していることを鑑みると、PDM作成時にはプロジェクト終了後5年後に達成が期待される目標として上位目標が設定されたと考えられる。従って、プログラム目標が達成されるべき時期としては、プロジェクト終了時（2010年）ではなく、それから5年後の2015年と設定されることが適切であろう。

#### <案件の組み合わせ>

プロジェクト終了時とプログラム終了時が同時期に設定されていても、プログラムがプロジェクト型支援の有機的な組み合わせであれば問題はない。そうしたプログラム構成の場合には、プログラムが「結果系図（Result chain）」（＝目標体系図）に基づき適切にデザインされていれば、各プロジェクトは1つ上の目標（プログラム目標）を達成するための手段として設定されており、各プロジェクトの目標達成はそのままプログラム目標の達成を意味するからである。一般的に「プログラム」と呼ばれているものの多くは、こうしたプロジェクト型支援の組み合わせである。その場合、プログラムのもとで構成されている各プロジェクトは、援助機関によってプロジェクトと呼ばれることもあるし、サブ・プログラムとして設定されている場合も見られる。今回現地調査の対象となった、UNICEF、UNFPA等の国連機関や、USAID、DANIDA等の二国間援助機関のプログラムはこうしたプロジェクト型支援の組み合わせである。他方、現行のJICAプログラムの構成案件は、プロジェクト型支援（技プロと一般プロジェクト無償）と協力隊や個人専門家といった個人投入の組み合わせとなっている点が特徴であり、プログラムの構成上は従来のスキーム間連携と大きく変わらない。しかしながら本プログラムでは、個々の構成案件を担当する3部（無償資金協力部、人間開発部、青年海外協力隊事務局）が、合同で2度の予備調査団を派遣し、案件間の有機的な連携を強く意識しつつプログラムの内容を策定するなど、戦略性を高めるための努力が払われている。ただ、本格的にプログラム形成を開始した時点では、すでに個々の構成案件の採択・先方政府への通報が終了しており、プログラム目標を含むプログラムPDMは、理事会承認後発足した運営委員会において検討・策定されたものである。このため通常行うべき、問題分析～目的分析～問題解決のために有効な案件の有機的な組み合わせ、という形成プロセスを経ておらず、プロジェクト目標のレベルとプログラム目標のレベルの間にギャップがあるが、これは技プロ以外のプログラム構成案件による補完によって埋められない可能性が高く、プログラム期間中の現行のプログラム目標の達成が困難となる恐れが生じている。協力隊や援助政策アドバイザー等の個人による支援は、発現されるアウトプットの規模が比較的小さいこと、加

えて協力隊については国民参加型事業である<sup>47</sup>ことを鑑みると、単体の投入によってプログラム目標達成に影響を与えるだけの成果を中・短期的に発現させることは難しい。

次に、本プログラムの対象地域であるアッパーウエスト州で実施される3案件（技プロ、協力隊、無償資金協力）の他に、援助政策アドバイザーもプログラムの構成案件であるが、プログラム計画書（案）によれば、その活動内容は「プログラム実施のための中央レベルでの調整およびプログラム成果・制度へのフィードバック」とされており、現在のところは、援助政策アドバイザーのプログラムへの係わりは間接的で限定的なものとなっている。しかし、「貢献」の概念に基づくプログラムは、JICAプログラムの目標達成に留まらず、JICAプログラム実施によって発現された成果が当該国の開発戦略目標の達成に貢献することである点を鑑みれば、アッパーウエスト州で実施されているJICAプログラムの成果をガーナの開発戦略目標達成に繋げていく役割を担っているのは今後保健省に派遣される援助政策アドバイザーであると言える。今後、アッパーウエスト州において発現されたプログラムの成果を中央配置の援助政策アドバイザーがどのようにしてガーナ開発戦略目標達成のための貢献に繋げていくかについての具体的な方策や戦略を明確にする必要がある。

最後に、プログラムによるインターベンションの焦点がわかりにくいというシナリオ設定の弱さが挙げられる。その原因として、プログラムの対象地域をアッパーウエスト州の全8州としている反面、技プロによる直接のインターベンションは2州のみであることが挙げられる。このように、州を対象として技プロ、無償資金協力、協力隊の総合的なインターベンションが計画されていないことにより、現行のシナリオのまま実施をした場合、郡によってインターベンションの規模に差が生じ、アッパーウエスト州全体としてのプログラム成果（アウトプット）の規模が小規模になる可能性は否めない。

#### <アプローチ>

現地事務所作成のプログラム関連文書である、「プログラムPDM」（添付資料4）、「プログラム概念図」（添付資料5）、「プログラムの枠組み」（添付資料6）のうち、「プログラムPDM」および「プログラムの枠組み」を見ると、技プロ、無償資金協力、協力隊、援助政策アドバイザーの各案件の個別目標が設定されるとともに、各案件の連携によって発現された成果によってプログラム目標達成を達成するというシナリオが設定されている。「個別案件としてプログラム目標に向かっての成果を発現するアプローチ」と「技プロとの連携によって相乗効果を発現するアプローチ」の両アプローチによってプログラム目標を達成するというシナリオは、従来型のスキーム間連携との相違点である。連

<sup>47</sup> 青少年海外協力隊及び海外募集次項には、「JICA ボランティア事業は、ボランティア各自が派遣された国の人々と共に生活し、地域住民と一体となって活動することにより、地域住民の視点からニーズを把握し、自身の能力と警官を活かして地域住民とともにその国の経済的社会的発展に草の根レベルで寄与することが期待」と記載されている（青年海外協力隊募集要項）、「シニア海外ボランティア募集要項」P1

携アプローチによるシナリオの適切性については、後述することとし、ここでは、個別案件としてプログラム目標に向かって成果を発現するアプローチの妥当性について考察する。

## 1. 無償資金協力

「プログラムの枠組み」では、無償資金協力の個別案件としての案件目標（「プログラム目標」）として、(1) アッパーウエスト州の全ての郡病院、保健所において医療サービスが改善される、(2) CHPS、ヘルスセンター、病院間のリファラル体制が改善される、(3) アッパーウエスト州にあるコミュニティ保健師養成学校の教育環境が向上する、の3つが設定されている。しかしながら、そもそも無償協力自体はあくまで「投入（インプット）」であり、それ以外の投入がなければ、単独でのプロジェクト目標を達成するのは困難である。この観点から各項目を見た場合、特に (2) については、無償資金協力はCHPS へのインターベンションは行わないため、理論上、個別案件としてのプロジェクト目標達成には至らないと思われる。もう1つの構成上の問題点として、成果（アウトプット）と活動との間に適切な因果関係がみられないことが指摘される。設定されている4つの成果（アウトプット）は活動（「供与した機材を使用するの医療活動を実施する」、「対象医療施設の診断・治療機材、車両および無線機が整備される」）の結果として発現されるものではない。しかも、活動の1つとして設定されている「対象医療施設の診断・治療機材、車両および無線機が整備される」と、成果（アウトプット）として設定されている「対象医療施設の診断・治療機材、車両および無線機が整備される」との重複が見られるなど、活動とアウトプットの齟齬が見られる。

以上のことから、無償資金協力が個別案件としてプログラム目標に向かって発現する成果は比較的小さいものになるとと思われる。

## 2. 協力隊

プログラムの構成案件としての協力隊に対して、技プロ等との有機的連携による相乗効果の発現に加えて、個別案件としてプログラム目標達成に向けたアウトプットやアウトカムレベルの成果の発現が想定されている点は、これまでのプログラム評価の事例国にはみられなかったことであり、積極的にプログラムに協力隊を関与させようとの関係者の意向が反映されたものであると思われる。

しかし、協力隊派遣が単体のコンポーネントとしてプログラム目標に向かっての成果を発現するというアプローチの効果については、現行のシナリオでは個々の協力隊による活動レベルの成果を発現するに留まり、個別案件としてプログラム目標達成に貢献するアウトプットやアウトカムレベルの成果を発現することは難しいと示唆される。以下にその理由を挙げる。

「プログラムの枠組み」では、協力隊の個別案件としての案件目標（「プログラムの枠組み」では「プロジェクト目標」と表現されている）は、「住民参加を通じたコミュニテ

イの健康改善活動が促進される」と設定されている。そして、案件目標達成のために 2 つの成果（アウトプット）が設定されており、ステージ I では、「住民の水・衛生・栄養等、健康に関する知識が増進されるとともに、住民の健康改善活動が促進されること」で、そのための活動として「安全な水の供給、衛生・栄養に関する啓発および住民参加の促進」が設定されている。一方、ステージ II の成果（アウトプット）は「CHPS 拡充が促進されること」であり、そのための活動として「CHPS 拡充への活動支援」が設定されている。しかし、ステージ I、II ともに、成果（アウトプット）と活動の内容の相違が見られないといった論理的な枠組みの問題が指摘される。「プログラムの枠組み」を作成した当初は、成果（アウトプット）を達成するための具体的な活動内容と明確な戦略については設定されていなかったと思われるが、これらの点について明確にすることが今後の課題である。さらに、現在派遣予定の協力隊派遣計画を見る限り、協力隊の投入に関しての戦略性が弱いことが挙げられる。ここで言う戦略性とは、「関係性」と「連続性」を指す。

「関係性」については、ステージ I で設定されている「住民の水・衛生・栄養等、健康に関する知識が増進されるとともに、住民の健康改善活動が促進されること」という成果（アウトプット）を発現するために、公衆衛生、水、栄養、生計向上分野の協力隊派遣が計画されているが、各分野に派遣される隊員の派遣郡が異なるために、安全な水の供給、栄養改善、生計向上のための投入が拡散する結果、個人の活動の成果は得られても、全体としてのアウトプットを生み出すまでには至らない可能性が高い。派遣先は郡保健局や NGO と異なっても、同じ郡に協力隊を派遣し、幾つかのコミュニティを選択した上で、集中的に水、栄養、生計向上分野のインターベンションを総合的に行うこと、さらには郡保健局に派遣された協力隊と NGO に派遣された協力隊との間の有機的な連携のための活動を明確にすることによって、集中的かつ総合的なインターベンションが可能となり、協力隊という個別案件として、プログラム目標達成に寄与するアウトプットやアウトカムレベルの成果が発現できる可能性が高くなると判断される。一方、ステージ II であるナドリ郡の郡保健局に看護師を、そしてロウラ郡の郡保健局に保健師をプログラム隊員として 2007 年 6 月に派遣して CHPS ゾーンを巡回する計画であるが、こうしたプログラム隊員の派遣時は技プロによるインターベンションはステージ I の段階であり、ステージ II 郡に紹介するグッドプラクティスを構築している段階にあることから、保健分野の専門性を持つプログラム隊員をステージ II 郡において（技プロのステージ I での活動と整合性を持たせながら）どのように活用するのかを明確にする必要がある。また、両郡の郡役所にはプログラム隊員ではないが水分野の巡回型協力隊が派遣され、既に活動を開始している。ナドリ郡の NGO 事務所には水・CHPS 分野の活動を巡回型で実施する従来型の協力隊として 1 名が派遣される予定であることから、こうした従来型の協力隊として現在派遣されているがプログラムに関連した活動を実施している隊員を有効に活用することは、特に、技プロによる直接的なインターベンションが想定されていない両郡において総合的なインターベンションを目指す上で有効である

う。

「連続性」については、同活動分野に連続して協力隊を派遣することで、1人の協力隊が残した成果を次に派遣される協力隊が発展させ、長期的に協力隊としての成果を発現させるとの視点から、プログラム隊員派遣のスケジュールを立てることが必要となる。これは、協力隊の派遣期間は通常2年であるが、生活環境や言語に慣れてその活動が軌道に乗るまでには時間を要するため、1人の協力隊の活動によって得られる成果は限られたものとなることを踏まえれば適切な措置であると言える。特に、プログラムの構成案件としての協力隊派遣という観点からは、「必要な分野で必要な人数の協力隊が適時に確保できること」は外部条件の1つであり、モニタリングおよびフォローアップが必要となる要素である。

## ② 横のシナリオの適切性

プログラムにおける「横のシナリオ」を「プログラム概念図」で確認すると、技プロと協力隊の連携による成果として「CHPS 拡充」が、また、技プロと無償資金協力による成果として「病院・保健所・CHPS のリファラル体制の改善」が設定されている。以下では、「技プロと無償資金協力との連携」および「技プロと協力隊との連携」につきシナリオの適切性を検証する。

### <技プロと無償資金協力との連携のシナリオ>

無償資金協力が対象とする保健サービスのレベルが2次医療レベル（州）と1次医療レベルである郡とサブ・ディストリクトであり、技プロが対象とする保健医療サービスのレベルが1次医療レベルであるコミュニティ（CHPS）であるため、両者の間には、アッパーウエスト州の医療リファラル体制構築に向けた補完関係が認められる。ただし、無償資金協力では、「保健所と病院間のリファラル体制が向上」することがプロジェクト目標の1つとされており、その協力の枠外である「コミュニティ（CHPS）と保健所（ヘルスセンター）間のリファラル体制の向上」は技プロによるインターベンション（技プロのアウトプット4）によって賄われることが想定されているが、現行の技プロの枠組みでは十分な対応を行うことは難しいと判断される。具体的には、現行の技プロPDM2には、「コミュニティ・リファラルシステムの構築・強化」の視点が十分に反映されておらず、また、アウトプット4を達成するために設定されている4つの活動、「現状分析」、「リファラルガイドラインの作成」「ガイドライン使用に関するオリエンテーション実施」、「モニタリング」だけではアウトプットの達成に繋がらないこと、が問題点として指摘される。技プロの「アウトプット」を達成するために追加されるべき活動（案）については、「提言」において後述する。

また、リファラル体制の向上のためには、ハード面だけでなく、ソフト面（人材育成）におけるインターベンションも必要であるが、ソフト面については無償資金協力と技プロとの補完によっても十分であるとは言えない。技プロが人材育成の対象としている保

健医療人材は、CHPSにおけるCHOとCHVであり、保健所（ヘルスセンター）や郡・州病院の医師、看護師、助産師等は対象外となっていることがその理由である。

#### <技プロと協力隊との連携>

本プログラムにおける「横のシナリオ」においては、特に、技プロと協力隊の連携を考える際に、技プロの展開に併せてそれに見合った分野の協力隊投入を試みている点が特徴である。ステージⅠにおいては、看護師や保健師としての協力隊の派遣はせず、村落開発普及員（水・衛生）や栄養士の派遣が計画されている。逆に、基本的に技プロによる現場での直接的なインターベンションが実施されないステージⅡの対象郡には、保健師と看護師を派遣して、技プロによる「ステージⅡ」郡への展開を補完的に支援することが想定されている。こうした計画は、技プロが草の根レベルでのインターベンションを行う「ステージⅠ」郡に保健分野の専門性を持つ協力隊（看護師や保健師）を派遣しないことで、技プロの専門家と専門分野（母子保健や地域保健）が重複しないように配慮された結果であるが<sup>48</sup>、その戦略性については今後再考の余地を残している。何故ならば、技プロが直接的なインターベンションを行わないステージⅡ対象郡に保健分野の専門性を持つ協力隊を派遣したとしても、協力隊によるインプットのみでは「ステージⅠ」郡と同様の成果を発現することは容易ではないと判断されるからである。「ステージⅠ」郡で開発されたモデルを「ステージⅡ」郡に紹介し、モデル普及のための基盤を整える場合にも「ステージⅠ」郡と同様のプロセスが必要であり、特に住民参加促進プロセスはその後のCHPS実施の鍵となる要素であるだけに、「ステージⅡ」郡にコミュニティエントリーを支援する村落開発普及員を配置する、あるいは看護師や保健師として派遣された協力隊がコミュニティエントリーの支援も行う等の配慮が必要であろう。

### ③ 縦のシナリオ

本プログラム（2006年～2010年）における「縦のシナリオ」は、技プロを核とした、「『ステージⅠ』郡における住民参加によるCHPS実施モデルの構築～『ステージⅡ』郡へのモデルの普及」、である。

現行の技プロPDM<sub>2</sub>（第3章表3-13参照）をみると、6つのアウトプットのうち、5つが「ステージⅠ」郡におけるモデル構築のためのインターベンションであり、1つのアウトプットのみが「ステージⅡ」郡に対するインターベンションである。しかも、「モデルの普及」ではなく、「モデルの紹介」にとどまる。技プロのPDM<sub>1</sub>作成当初は、「モデル普及」が検討されたが、プロジェクト期間等を踏まえた現実的なインターベンションとして、「モデルの紹介」に限定された経緯がある<sup>49</sup>。他方、プログラム計画書（案）には、技プロの「ステージⅡ」郡に対しては、ガーナ側自助努力、個別専門家による中央政府の政策・制度へのフィードバック及び協力隊によるCHPS活動支援を通じて、「ステ

<sup>48</sup> 平成17/18年度調査研究「事業マネジメントのあり方について」第3回研究会資料

<sup>49</sup> 事業事前評価表（2005年12月7日作成）

ージⅠ」郡の成果を普及させると明記されている<sup>50</sup>。つまり、「ステージⅡ」郡においては、技プロの「ステージⅡ」郡で「紹介された」「ステージⅠ」郡のグッドプラクティス（モデル）が「普及する」レベルにまで持っていくために、他案件、特に協力隊によるインターベンションに頼るところが大きいシナリオとなっている。「プログラム計画書（案）」では「普及」までが想定されており、プロジェクト終了とプログラム終了が同時期であることを踏まえると、技プロのPDM上は、「ステージⅡ」郡へのインターベンションは「紹介」に留まるが、実際には技プロの枠組みの中で「普及」までが見込まれていることになる。

実際、技プロのプロジェクト目標指標のうち、「ステージⅡ」郡に相当する指標は、「紹介」のみでは達成できないと思われる指標である。「ステージⅡ」郡に相当するプロジェクト目標指標としては、「2009年までに、『ステージⅡ』郡の50%で『ステージⅠ』郡で開発されたリファラルシステムが導入される」、「2009年までに『ステージⅡ』郡の50%で『ステージⅠ』郡で開発されたスーパービジョンシステムが導入される」、「2009年までに『ステージⅡ』郡でコミュニティ活動が増加する」という3つの指標が設定されているが、これらの指標が達成されるためには、「技プロとしては基本的に『ステージⅠ』郡での成果を紹介するに留まり、ガーナ側の自助努力に任せるというシナリオ」では十分ではなく、その後のモニタリングおよび必要に応じたフォローアップ活動が必要である。従って、技プロにおけるプロジェクト目標指標の一部は、「ステージⅡ」郡におけるグッドプラクティスの紹介を含むモニタリング・フォローアップ活動のために協力隊によるインターベンションを見込んだ指標であると言える。

しかし、こうしたスケールアップ戦略に対して2つの問題点が指摘される。第1に、「ステージⅡ」郡の対象地域は「ステージⅠ」郡の対象2地域（ワウエスト郡とジラパ郡）を除く他6郡と対象が多いものの、全4年間のプロジェクト期間のうち、「ステージⅡ」郡へのインターベンションのために想定されている期間はわずかである。第2に、安全管理や生活環境の観点から「ステージⅡ」対象6郡すべてに協力隊派遣が可能ではないことが現地調査の結果明らかになっており、協力隊の派遣が不可能である郡がある場合には、プロジェクト目標に至るPDM上の論理的な飛躍が生じる。

以上、現行の技プロPDMでは、「ステージⅡ」郡へのインターベンションであるアウトプット6「『ステージⅠ』郡で得られたグッドプラクティスが『ステージⅡ』郡に紹介される」が達成されたとしても、プロジェクト目標指標のうち、「ステージⅡ」郡に相当する指標の達成には繋がらず、結果としてプロジェクト目標達成、ひいてはプログラム目標の達成を困難にする可能性がある。従って、「ステージⅡ」郡へのスケールアップ戦略が見直されることが望まれる。詳細については、「提言」において後述する。

なお、PDM改訂版（PDM2）のプロジェクト目標指標5「2009年までに『ステージⅡ』郡の50%で『ステージⅠ』で開発されたリファラルシステムが導入される」については、本評価調査団が現地調査においてレビューしたドラフト改訂案には含まれておらず、そ

<sup>50</sup> プログラム計画書（案）（2006年11月6日作成）

の後に追加された指標である。評価調査団としては新たに追加が検討されていたプロジェクト目標指標 5 については、現地調査の際に本評価調査団が提案した活動の追加（第 5 章 5-1 参照）を持ってしても、現行のプロジェクト枠組みではプロジェクト終了時までの達成が極めて困難であるとの判断に基づき、追加しないことを提案していた。当該プロジェクト目標を現状のまま残すことの適切性については、技プロの中間評価等の機会に再考することが望まれる。

#### 4-3-2 プログラムとしての成果

##### 結論

プログラムの構成案件のうち、評価調査時点で唯一実施されている技プロは、今後本格的な実施に入る段階であり、活動は順調に進捗していることが確認された。技プロがプログラム目標達成のために果たす役割は大きく、プロジェクトの成果をプログラム目標の達成に繋げるためには特にプロジェクト期間中の自立発展性の確立・強化が鍵となる。

プログラムを構成する案件のうち、開始されているのは技プロのみであり、しかもこれから本格的な実施に入る段階であることを考慮し、以下ではプログラムを構成する個々の案件の進捗状況について纏めた。

本プログラムの構成案件（技プロ、無償資金協力、協力隊、援助調整専門家）のうち、プログラム評価調査時において実施中であった案件は技プロに留まる。計画された活動は順調に進捗している（表 4-1 参照）が、現在のところは活動がアウトプットに繋がる段階ではない。

PDM に含まれていないが実施された活動は 2 つある。1 つは、「ステージ I」郡を対象としたベースライン調査<sup>51</sup>と KAP 調査<sup>52</sup>である。ベースライン調査の結果、対象 2 郡の主要保健指標および CHPS の実施状況が把握され、KAP 調査の結果、妊産婦と新生児を含む子どもの健康状態、保健サービスへのアクセス状況、伝染病に対する母親の KAP 等が明らかとなった。もう 1 つの活動としては、アッパーウエスト州を対象とした CHPS フォーラムの開催である。「ステージ I」郡および「ステージ II」郡の県議会メンバー、郡保健管理チーム、CHO 等を招いて開催されたフォーラムにおいて、両調査結果が発表され、問題点や課題についてのディスカッションが行われた。

<sup>51</sup> Baseline Survey on Health Status of People and CHPS Progress in the Wa West and Jirapa/Lambussie Districts of the Upper West Region, IC Net Limited, December 2006

<sup>52</sup> KAP Survey on Health in the Wa West and Jirapa/Lambussie Districts of the Upper West Region, IC Net Limited, December 2006

表 4-1 活動の進捗状況

活動	進捗状況 (2007年2月時点)
1-1 州保健管理チーム (RHMT) および郡保健管理チーム (DHMT) のマネージメント能力に係る現状分析を行う。	○
1-2 RHMT および DHMT の(TOT ニーズを含む)研修ニーズを明らかにする。	○
1-3 業務評価のためのパフォーマンス・スタンダードを作成する。	○
1-4 上記 1-1 と 1-2 の結果に基づき、現職研修モジュールを改訂する。	今年度中に実施
1-5 RHMT および DHMT を対象とした研修を実施する。	
1-6 全ての RHMT と DHMT に CHPS に関するオリエンテーションを実施する。	2007 年度実施
1-7 対象郡毎に CHPS 拡大に関する 3 ヶ年計画および年次計画を策定する。	○
1-8 DHMT が CHPS 活動に関して、郡議会、郡保健委員会、他セクター、NGO を含む援助機関との協力関係を構築することを支援する。	実施中
1-9 CHPS 活動の効果的なモニタリング・評価方法を確立する。	2007 年度
1-10 CHPS における保健情報を得るための標準記録・報告様式を導入し、情報の分析や利用、情報のフローについて改善する。	
2-1 CHO および SDHT を対象とした研修の現状と課題を明確にする。	○
2-2 CHO および SDHT の業務評価のためのパフォーマンス・スタンダードを作成する。	○
2-3 上記 2-1 と 2-2 の結果に基づき、コミュニティ看護師 (CHN) 現職研修モジュールの見直し、CHO 再研修モジュール作成を行う。	○
2-4 コミュニティ看護師 (CHN) 現職研修および CHO 再研修を実施する。	○ (2 回)
2-5 年間研修計画を作成する。	○
3-1 CHPS 活動に関する監督システムの現状分析を行い、ガイドラインを作成する。	2007 年度
3-2 監督活動 (facilitative supervision) のためのチェックリストを作成する。	
3-3 SDHT を対象に監督活動 (facilitative supervision) に関する研修を実施する。	
3-4 州保健局および郡保健局が監督活動結果を保健計画作成やモニタリングに活用することを促進する。	
4-1 リファラル・カウンターリファラル体制の現状分析を行う。	2007 年度
4-2 リファラルガイドラインを作成する。	
4-3 リファラルガイドライン使用について関係者にオリエンテーションを行う。	
4-4 リファラルケース検討会を実施し、リファラルの質をモニターする。	
5-1 CHPS 活動への住民参加を促進するための現行のアプローチをレビューする。	○
5-2 コミュニティ・ヘルス・ボランティア (CHV) の業務評価のためのパフォーマンス・スタンダードを作成する。	○
5-3 CHV 用の研修教材を見直す。	実施中
5-4 CHV 研修を実施する。	今年度中
5-6 持続性のある住民参加プロセスを実施する。	2007 年度
5-5-1 コミュニティ保健委員会 (CHC) の役割とマネージメント能力を強化するためのアプローチを実施し文書化する。	
5-5-2 持続性のあるコミュニティボランティアシステムを確立するためのアプローチを実施し文書化する。	
5-5-3 CHPS 活動の進捗を話し合うために、コミュニティおよび CHO との通常評価セッションを CHC を通じて確立する。	
5-6 CHPS 間の経験のシェアを目的として相互視察を実施する。	
6-1 「ステージ II」郡の郡保健管理チーム研修および CHO 研修を「ステージ I」郡の郡保健管理チーム研修や CHO 研修と共に行う。	2007 年度以降

6-2	プロジェクト開始後3年目より、「ステージⅠ」郡で作成されたマニュアルやガイドラインを「ステージⅡ」郡に展開する。	
6-3	「ステージⅠ」郡のグッドプラクティスを分析して文書化し、「ステージⅡ」郡への拡大に活用する。	
6-4	2008年より「ステージⅠ」郡と「ステージⅡ」郡のDHMTによる相互視察を行う。	
6-5	「ステージⅠ」郡で作成されたマニュアル、ガイドライン、グッドプラクティスに関する文書を中央レベルのCHPS政策担当者や関係者に紹介する。	

プログラムの1構成案件として技プロを見た場合、プロジェクト目標の達成からプログラム目標の達成に繋がるためには、案件の実施を通じての自立発展性の確立が鍵となるわけだが、本プロジェクトにおいて「自立発展性」確立のための工夫がどのようにされているかとの観点から現行のプロジェクトを見た場合、効率的・効果的なCHPS実施モデルが「ステージⅠ」郡において確立していることが必須であり、住民参加促進プロセスの確立は特に重要であると思われる。現在、住民参加プロセス促進については、現地NGOへの再委託によって活動が実施されているが、プロジェクト期間中にコミュニティエントリーやPLA等、住民参加プロセス促進に関するスキルを郡保健管理チームやサブ・ディストリクト保健管理チームが確実に習得できるような配慮が必要である。現地NGOは日本側インプットであり、本プロジェクトのキャパシティ・ディベロップメントの対象ではない。このため現地NGOからプロジェクトカウンターパートへの技術移転が行われることが必須である。現地NGOによるCHOへの指導はOJTで実施しているが、現地NGOによる活動に郡保健局管理チームとサブ・ディストリクト保健局管理チームを必ず同行するようにとの技プロ側からの要求には必ずしも応えられていないのが現状である。郡保健局管理チームやサブ・ディストリクト保健局管理チームの巻き込みの弱さについては、現地調査において複数のカウンターパートからも懸念事項として指摘されている。今後は、現地NGOによる住民参加促進のための活動に、郡保健管理チームやサブ・ディストリクト保健管理チームのメンバーを同行させてOJTを行うことを徹底させる必要がある。

#### 4-3-3 計画・実施プロセス

##### 結論

JICAが従来型のプログラムから戦略的プログラムへの移行期にあることの影響から、本プログラムも他の多くのJICAプログラムと同様に、本来のプロセスとは逆のプロセスによって後付けで形成（構成）された。ただ、現地事務所が戦略的なプログラム形成の指示を受ける以前に、ガーナにおいては無償資金協力の調査団派遣の際に技プロや協力隊の現地調査も併せて行われるなど、特に連携による相乗効果の発現に留意した案件形成が行われている。無償資金協力の現地調査後に行われた技プロの案件形成は、州、郡、サブ・ディストリクト関係者だけでなく、援助関係者も招いてのPCMワークショップを通じて行われたが、中央政府の関係者を巻き込んでいなかったことが、その後のプロジェクト実施に少なからず影響を及ぼしている。他援助機関との協力に関しては、技プロ形成時には現在アッパーウエスト州で活動している他援助機関の動向は把握されていなかった。実施における他援助機関との協力は主に「調整」面で行われている。

以下では、JICA プログラムを構成する案件間の連携と他援助機関との協力につき、計画・実施プロセスの適切性を評価する。

#### 1. プログラム構成案件間の連携について計画・実施プロセスの適切性

プログラムを構成する案件のうち、開始されている案件は技プロのみであることから、当該評価設問については、計画プロセスに焦点をあてて考察した。

まず、「プログラム」としての形成（構成）プロセスについてみると、前述した通り、本プログラムは、「問題分析」（セクター分析）、目的分析（問題解決のための手段の分析）、そしてアプローチの選択（問題解決に必要な手段の有機的な組み合わせの選択）」というプロセスを経て形成されたものではない。つまり、通常形成プロセスとは逆のプロセスによって形成（構成）されている。

JICA 本部によるプログラム化（「穏やかなプロジェクト群」としての従来型の協力プログラムからさらに進んだ「中長期的な開発目標の達成を支援するための戦略的な枠組み」）の指示が各現地事務所に出されたのは 2005 年末であるが、2005 年 5 月に無償資金協力の調査団が派遣された当時、ガーナにおいては国別援助計画改訂作業が現地 ODA タスクフォースを中心に行われており、国別援助計画では協力プログラムを形成する過程で日本の複数の事業を投入することによって集中的に相乗効果の発現を狙うことが対ガーナ援助の基本方針とされていたこともあって、無償資金協力の形成プロセスにおいては、現地調査の際に技プロや協力隊の現地調査も併せて行われた。無償資金協力については、2002 年 2 月に、第 1 次、第 2 次レベルの医療サービス強化を目的とした感染症対策に関する予備調査を実施するものの、ガーナ政府によってコモンファンド方式の援助の推進が開始されたため本格調査は見送られた。その後 2005 年 5 月に貧困地域である北部 3 州（ノーザン州、アッパーウエスト州、アッパーイースト州）を対象に「地域保健サービス強化/州・郡レベルにおける機材を含むインフラ整備を通じた医療体制強化」を重点に据え、技プロおよび協力隊と連携した優良な無償資金協力案件を形成するための調査団が派遣され、ガーナ政府との協議を経て、保健指標が特に悪いアッパーウエスト州を対象とすることとなった。

技プロの計画プロセスは、無償資金協力のための現地調査前、2004 年度に保健人材養成分野アドバイザーによって実施された技プロ形成調査<sup>53</sup>に始まる。しかし、形成調査の一環として 2004 年 10 月にはノーザン州タマレ市において、CHPS 関係者 35 名を招いての PCM ワークショップが実施されたが、関係者分析と問題分析を行うに留まっており、本格的な形成は、無償資金協力のための現地調査後の 2005 年 8 月にアッパーウエスト州のワ郡で現地コンサルタントによって開催された 3 日間の PCM ワークショップにおいてである。ワークショップは、アッパーウエスト州において CHPS 実施を支援するためのプロジェクトを形成することを目的として開催され、CHPS に関する問題分析、目的分

<sup>53</sup> ガーナ国コミュニティベース保健サービス（CHPS）技プロ案件形成調査報告書、及川雅典（保健人材養成分野アドバイザー）、2005 年 1 月

析を経て 6 つのアプローチが選択された。それらは、①コミュニティの動員と啓発、② DHMT のキャパシティ・ディベロップメント、③ CHO のキャパシティ・ディベロップメント、④サブ・ディストリクト保健担当者のキャパシティ・ディベロップメント、⑤リファラルシステムの強化、⑥コミュニティメンバーのためのインカム・ジェネレーション、である。ワークショップにおいて作成されたプロジェクトの枠組み（案）は以下の通りである。こうした枠組みは現行 PDM に反映されている。アプローチ⑤は現行 PDM のアウトプット 4 として反映されており、右アウトプットで無償資金協力との連携が想定されたものとなっている。なお、現行 PDM のプロジェクト目標には「プライマリーヘルスケア」という用語が明記されていないが、両 PDM を比較すると、現行プロジェクトによる介入分野がプライマリーヘルスケアであることは明らかである。

#### 2005 年の PCM ワークショップの際に考案された技プロの枠組み

- ・ 上位目標：コミュニティの健康状態が改善する。
- ・ プロジェクト目標：「機能している CHPS の拡大を通じて安くて質の高いプライマリーヘルスケアへのアクセスが拡大する。
- ・ アウトプット：①コミュニティの参加が促進される。  
②DHMT の能力が強化される。  
③SD スタッフの能力が強化される。  
④CHO の能力が強化される。  
⑤リファラルシステムが強化される。

PCM ワークショップには、アッパーウエスト州保健局長、郡保健局長、郡およびサブ・ディストリクトの CHPS 関係者の他、州を対象として支援を行っている複数の NGO および UNICEF の保健担当官も参加しているが、計画段階において中央政府（保健省および GHS）を巻き込んでいなかったことがプロジェクトに対する中央政府の理解や支援が十分でない結果に繋がっていることが複数のプロジェクト関係者から指摘された。

なお、本プロジェクトの事前調査は現地事務所主導で実施されたため、事前調査報告書等は作成されておらず、JICA 本部によって 2005 年 12 月に事業事前計画表が作成されているのみである。R/D は 2005 年 12 月 16 日にガーナ保健省と JICA 事務所の間で締結され、ミニッツには PDM および PO が添付されている。

## 2. JICA プログラムと他援助機関との協力の計画・実施プロセスの適切性

現在、アッパーウエスト州で活動を行っている主要援助機関は、UNICEF および UNFPA である。これら 2 援助機関の活動開始時期は、現行カントリープログラム（2006 -2010）が開始される 2006 年 1 月であり、技プロの開始時期（2006 年 3 月）とほぼ一致している。国連機関の援助枠組みは、予め共同で作成する「国連開発枠組み（United Nations Development Assistance Framework: UNDAF）」に基づいて作成されるが、「国連開発枠組み」では、アッパーウエスト州が重点地域の 1 つとされている。

UNICEF および UNFPA がアッパーウエスト州で活動を開始することは、技プロの対象

地域を決定する過程においては JICA 側には把握されていなかった。2005 年 8 月にアッパーウエスト州において技プロの枠組みを策定することを目的として開催された PCM ワークショップ（2005 年 8 月）の際に参加者の 1 人であった UNICEF の保健担当官によって情報もたらされたことが現地調査の結果明らかとなった。従って、技プロの策定プロセスである PCM ワークショップに UNICEF を巻き込んでいたものの、その後、両者が互いの援助計画を共同で策定、あるいは調整するために協力を行う段階には至らず、基本的には個々で計画策定が進められた。UNFPA についても同様である。

実施プロセスにおいては、主に「調整」面での協力が行われている。これは、互いのカウンターパートが重複していることも少なくないことから、活動時期が重ならないようにすることでカウンターパートの負担を減らし活動の効率性を確保することを主な目的としている。現在は、技プロリーダーが首都アクラを訪問する際に、UNICEF および UNFPA の保健担当者と活動スケジュールを確認・調整する場をアド・ホック的に持っており、技プロチームの努力に頼っているところが大きい。今後は、JICA の支援を得て、保健サミット等の援助機関による既存の会合を利用する、あるいはアッパーウエスト州において定期的な会合の機会を設ける等の工夫が必要であろう。UNICEF は 2007 年 3 月にアッパーウエスト州に契約ベースでスタッフを配置する予定であることから、プロジェクト現場をベースにした調整・協力の促進が期待される。

USAID はアッパーウエスト州で活動を実施していないが、2004 年より 5 年間の計画で北部 3 州を除く 7 州 28 郡での CHPS 拡大支援および全国を対象とした CHO 研修を行っている。技プロの計画にあたっては、USAID との地域的な重複がないことが確認され、プロジェクトの妥当性の 1 つとして挙げられている<sup>54</sup>。実施においては、両者は、CHPS 拡大に関する情報交換を継続的に行い、中央レベルでのアドボカシーを協力して実施することを確認している<sup>55</sup>。また、USAID を JCC のメンバーに含め、意見交換を行う他、現場レベルでは USAID の CHPS 支援プロジェクトを実施している Population Council<sup>56</sup>（NGO）との会合や活動視察を行ったりすることで、互いの活動を把握するとともに活動の調整を行っている。技プロが今後予定しているコミュニティ・ボランティアを対象とした研修モジュールやカリキュラムの作成の際には、USAID が作成した研修モジュール/カリキュラムに沿ったものにするについても話し合いが行われている。

なお、USAID と UNICEF/WHO の間では、研修に関する活動を共同で実施（モジュール/カリキュラムの共同開発、研修済み人材の活用）することが既に合意されている。さらに、USAID 本部と UNICEF ニューヨーク本部は、コミュニティでの協力に関するモデル構築に関しては互いに協力することで合意している（文書レベルでの正式な合意ではない）<sup>57</sup>。

<sup>54</sup> 事業事前評価表（2005 年 12 月 7 日）

<sup>55</sup> ガーナ国アッパーウエスト州地域保健強化プロジェクト事業進捗報告書(1) 要約、アイ・シー・ネット（株）2006 年 3 月

<sup>56</sup> Population Council は南部 30 郡を対象（セントラル州の全郡とその他 6 州の 3 郡）とした CHPS 拡大を支援している。

<sup>57</sup> 現地での USAID へのインタビュー（2007 年 1 月 21 日）

## 第5章 提言・教訓

本評価調査はプログラム開始後まもなく実施されたことから、評価の焦点は「プログラムの位置づけ」とプログラムの戦略性の「プログラムデザイン」や「プロセス」に置かれた。以下、「提言」においては、将来的に JICA プログラム目標の達成度を高めるための方策と、そこからさらに進んで JICA プログラムのガーナ開発戦略目標達成への貢献度を高めるための方策について論じる。すなわち、「評価設問」（第1章表 1-2 参照）のうち、JICA プログラムの「結果」を評価するための設問（2-2-2、2-2-3）および、ガーナ開発戦略に対する JICA プログラムの貢献」を評価するための設問（3-1-2、3-1-3）に対する評価を将来的に高いものとしてプログラムを成功裏に終了させるための提言を行う。さらに、プログラムを円滑に実施ために必要となるプログラム運営・実施体制構築に関しての提言も行う。最後に、本プログラム評価調査を通じて抽出された、プログラム形成・実施に関する教訓およびプログラム評価調査に関する教訓を記する。

### 5-1 プログラム目標達成のためのシナリオの見直し

#### 提言 1

##### 「プログラム目標を変更し、シナリオを見直す」

現行のプログラム目標「アッパーウェスト州住民の健康が改善される」を、より上位かつ長期的な目標とし、「アッパーウェスト州の住民が良質のプライマリーヘルスケアを享受できるようになる」に変更する。また同時に目標達成に向けたシナリオの見直しを行うが、そのポイントは以下のとおり。

##### ①各案件間の連携強化活動の追加

無償・技プロ：機材保守管理・コミュニティリファラルネットワーク作り

技プロ・協力隊：ステージⅡ郡における普及の基盤づくり

##### ②日本の他スキームによる補完

草の根・人間の安全保障無償資金協力によるCHPSコンパウンド建設

#### 5-1-1 プログラム目標の変更

現地調査の結果、現行のプログラム目標「アッパーウェスト州の住民の健康が改善される」は、その評価指標が「5歳児未満児死亡率の削減」など、MDGsを意識したものとなっていることから、より上位かつ長期的な目標とすることが適切であるところ、

これを変更することを提案する。その根拠としては、目標設定プロセス、及び同達成指標の問題が挙げられる。

まず目標設定について、本プログラムの目標が設定されたのは、2005年12月の理事会の直前であり、その際は「ガーナ北部（アッパーウェスト州）において住民に対する基礎的保健サービスが改善される」となっていた。さらには、その後設置された運営委員会及びそのサブ組織である作業部会において、プログラム実行計画書（案）が策定され、現行の「アッパーウェスト州住民の健康が改善される」に改められた経緯がある。

ここで、4-3「プログラムの戦略性に関する評価」の項でも述べたとおり、本プログラムは、「問題分析～目的分析～案件の選択」といった案件形成プロセスを得ておらず、目標の設定に当たっては各構成案件の目標に共通する上位目標をあとで考えるという、通常とは逆のプロセスが取られている。従って、各案件目標の達成からプログラム目標達成に至るロジックは十分ではなく、その結果構成上の飛躍が生じている。

また、目標達成指標がMDGsにおける「妊産婦死亡率」「5歳児未満児死亡率」と同じであるとすれば、これらの指標のレベルは高すぎ、かつ現行のプログラム期間（4年）が短いことは明らかである。

については、変更案として4年間で達成可能なレベルを勘案し、「アッパーウェスト州の住民が良質のプライマリーヘルスケアを享受できるようになる」とすることを提案する。

この場合には、当該プログラムはその目標レベルから、「特定セクター対応型」から「特定サブセクター（プライマリーヘルスケア）対応型」となる。現在のところ、プログラム目標指標は設定されていないが、今後プログラム目標を設定する場合には、技プロのプロジェクト目標指標と整合性のある目標を設定することに配慮する必要がある<sup>58</sup>。

## 5-1-2 プログラム目標の達成に向けたシナリオの見直し

プログラムの対象範囲を「特定セクター対応型」から「特定サブセクター対応型」へと変更する場合、プログラムの焦点はより絞り込まれるが、2010年までにプログラム目標を達成するためには、以下に挙げる3つの理由により、目標達成に向けたシナリオの見直しが必要であると判断する。

- ① プログラム目標はサブセクターの課題全体に対応するものである一方、プログラムの軸となるプロジェクト目標とプログラム目標の間にはかなりのギャップがあり、このギャップは、無償資金協力や協力隊との連携によっても埋められない可能性が

<sup>58</sup> 現地調査の際に、本評価調査団と技プロリーダーとで変更案に基づいたプログラム目標指標（案）に関するディスカッションを行った。結果、指標例として、①アッパーウェスト州で住民参加活動が促進される（住民が独自に計画・実施した活動数の変化を見る）、②EPI率・ANC率・蚊帳普及率・完全母乳育児率が向上する、③プライマリーヘルスケアの質に関するマネージメントができていく（技プロで開発するパフォーマンス・スタンダードを活用したモニタリング結果、CHPSサービス利用数（CHPS訪問者数とアウトリーチ受益率を見る）、④安全な水の普及率が上昇する、が挙げられた。

高い。

- ② 技プロの焦点は機能している CHPS 拡大に置かれているが、現在、郡議会による CHPS コンパウンドの建設にかなりの遅れが見られる。
- ③ プログラムは地域対応型としてアッパーウエスト州全体を対象範囲とするとされているものの、プログラムの軸となる技プロのプロジェクトデザインにおいては第 2 ステージにおけるスケールアップ戦略が現時点では明確になっていない。

以上の点を踏まえ、戦略的な「プログラム」のためのシナリオを再設定する場合に考慮すべきは、他アクターとの連携・協力である。戦略的なプログラムの原則に基づけば、シナリオは必ずしも JICA プログラムを構成する個々の案件のみで完結させる必要はなく、プログラム目標の範囲によっては、JICA 以外の日本の援助スキーム（円借款、草の根人間の安全保障無償資金協力を含む無償資金協力等）との連携や他援助機関との協力を通じて、あるいは両者との組み合わせによる実施もあり得る。現行プログラムは、技プロ、協力隊、無償資金協力のみで構成されており、（プログラム形成時にはアッパーウエスト州で援助を実施する他援助機関はなく、その計画も把握されていなかったため）他援助機関との具体的な援助協力はみられない。しかしながら、その後の援助環境の変化および、上記した現行シナリオの 3 つの課題を踏まえると、日本の他スキームとの連携および他援助機関との協力によるシナリオの補完を考慮することが適切であると示唆される。以下に具体案を提示する。

#### 5-1-2-1 現行のプログラム枠組みにおいて各案件間の連携を強化するための方策

##### <技プロと無償資金協力の連携強化>

現地調査中には PDM1 の改訂作業が行われており、評価調査団は、技プロチームが作成し、カウンターパートと概ね合意をしていた修正案をプロジェクトリーダーとともにレビューした。その結果、プログラム目標達成に向けたシナリオ強化の観点から、アウトプット 4 「CHPS、保健センターおよび病院間のリファラル・カウンターリファラル体制が改善される」の達成可能性を高めるために以下の 2 つの活動を追加することを検討事項として提案した。

1. 円滑なリファラルシステム構築のための機材供与以降の保守管理の指導：  
現在は、無償機材の保守管理を指導するという活動が欠落しているところ、円滑なリファラルシステムの構築に寄与することを目的に、JICA は当該分野の短期専門家新規要望（平成 20 年度要望調査）を検討する。
2. コミュニティ・リファラルのためのネットワーク作りに対する支援：  
現在の活動にはリファラル体制のうち、コミュニティとヘルスセンター間のレファラル体制整備の視点が十分に反映されていない。リファラル体制が整備された状態

とは、「リファラルされるべきケースが適時に適切な方法でリファラルされること」であり、そのために必要な要素としては、①リファラルすべきケースを把握すること、および②適時にリファラルできる交通手段があることである。無償資金協力による機材供与は②の部分に貢献するものである。一方、アッパーウエスト州の現状を踏まえると、コミュニティからヘルスセンターへのリファラルのためのメカニズム（ネットワーク）をいかに構築するかが鍵となる。よって、技プロ PDM の「リファラルガイドラインを作成（活動 4-2）」の後に、「コミュニティにおけるネットワーク作りの活動」を追加する必要がある。コミュニティにおけるネットワーク作りは、現在技プロで実施している「住民参加促進（アウトプット 5）」とも繋がるものである。本提案については、その後 JCC で承認された PDM<sub>2</sub>（第 3 章表 3-13 参照）には反映されていないが、中間評価等の機会に見直しを行うことを勧める。併せて、GIS/CGPS の短期専門家を派遣することを今後検討することを JICA に対する提案としたい。何故ならば、リファラル体制整備のためのコミュニティにおけるネットワーク作りにまず必要なことは、各コミュニティにおいて活用が可能であるリソース（人材、輸送設備、交通手段等）を分析・把握することであり、GIS/CGPS の短期専門家によってこの点が補われると判断されるからである。

#### <技プロと協力隊との連携強化>

技プロと協力隊との連携による相乗効果が期待できる技プロのアウトプットは、アウトプット 6 「ステージ I 郡で得られたグッドプラクティスがアッパーウエスト州の他の郡（ステージ II 郡）に紹介される」である。「ステージ II」郡への普及までは目指していない。技プロを単独で見た場合にはそれで問題はないが、プログラムの構成要素として技プロを捉えた場合には、「ステージ II」郡における普及の基盤づくりを視野に入れた活動を行うことが必要となる。現行のプログラム目標を「アッパーウエスト州の住民が良質のプライマリーヘルスケアを享受できるようになる」に変更した場合、その対象は州全体（「ステージ I」郡および「ステージ II」郡）であることを鑑みれば、プロジェクト期間内で両ステージ郡において同様の成果が得られることはないとしても、プロジェクト終了時には「ステージ II」郡において「ステージ I」郡の成果が普及されるための基盤が整えられていることで、後述する次期プログラム（2011 年～）への円滑な流れが期待できるからである。「『ステージ II』郡において普及のための基盤を整える」という視点から以下の 2 点を検討することを提案する。

1. 「ステージ II」6 郡について、活用可能な既存のリソースとメカニズムに関する調査および主要保健指標に関するベースライン調査を実施する」活動の追加：  
ベースライン調査を「6-3 『ステージ I』郡のグッドプラクティスを分析して文書化し、『ステージ II』郡への拡大に活用する」と併せて行うことで、「ステージ II」対象郡の各郡の地域的ニーズに応じて「ステージ I」郡の経験の紹介を効果的・効率的

に行うことが期待できると判断する。特に、「ステージ II」郡の一部においては「ステージ I」郡におけるグッドプラクティスの紹介に協力隊が関ることが想定されていることから、既存のリソースとメカニズムを予め把握しておくことで、技プロでのインターベンションが効果的・効率的である活動と協力隊によるインターベンションが効果的・効率的である活動とのデマケーションができ、より効率的な協力隊の活用に繋がるだけでなく、両者間の円滑な調整も期待できる。なお、主要保健指標に関するベースライン調査（世帯調査）については、本プログラムと平行して実施されたベースライン調査が、「ステージ I」2郡（ワウエスト郡とジラパ郡）および「ステージ II」対象2郡（ナドリ郡とジサライースト郡）を対象としている。

## 2. 「ステージ II」郡のうち、協力隊派遣が困難である郡において「ステージ I」郡のグッドプラクティスを紹介する方策についての早期検討：

JICA 現地事務所によれば、「ステージ II 郡」の 6 郡のうち、安全確保や生活環境を考慮して協力隊派遣が可能であるのはナドリ郡とローラ郡のみであり、残り 4 郡への派遣は困難である。従って 4 郡においてはいかなる方法で「ステージ I」郡のグッドプラクティスを紹介するかについて、プロジェクトチームはカウンターパートや JICA 現地事務所と相談の上、なるべく早い段階で代替案を検討・決定する必要がある。アウトプット 6 においては、『「ステージ I」郡および「ステージ II」郡の郡保健管理チーム研修や CHO 研修』（活動 6-1）や『「ステージ I」郡と「ステージ II」郡の DHMT による相互視察』（活動 6-4）といった工夫がされており、特に相互視察の効果については、既に同様の活動を実施している Population Council (USAID との契約により CHPS-TA を実施)とのインタビューでも確認したところである。他方、『「ステージ I」郡のグッドプラクティスを分析・文書化し、『「ステージ II」郡への拡大に活用』（活動 6-3）については、文書化したものが実際にどの程度活用されているのか、修正が必要であればどういった点を修正すべきか等、現場レベルでのモニタリング及びフォローアップが特に必要とされる活動であり、それ故に、日常的に現場に根ざした活動を行う協力隊の貢献が期待されるものである。よって、協力隊の派遣が困難である郡の場合には、例えば、①協力隊を派遣しない郡については、近隣に派遣されている協力隊を活用する、②カウンターパートを活用して近隣郡へのインターベンションを行う、③協力隊を派遣しない郡で活動を行っている現地 NGO や現地コンサルタントとの再契約によって活動を行う、等を検討する必要がある。

### 5-1-2-2 「草の根・人間の安全保障無償資金協力」との連携によるシナリオの補完

技プロが目指す「機能している CHPS 拡大」のハード面の阻害要因として、CHPS コンパウンドの建設が遅れていること、および CHPS コンパウンドは建設されていても CHPS ゾーン内に安全な水へのアクセスがないこと、の 2 点が指摘できる。こうした問題を解決するためには「草の根・人間の安全保障無償資金協力」の活用が有効である。

実際、技プロでは、活動 1-8 のもとで「草の根・人間の安全保障無償資金協力」のプロポーザル作成のための技術的な支援を実施しており、大使館担当者も、技プロとの連携のもとで本スキームによる当該分野への支援を優先的に考慮している<sup>59</sup>。1千万円を上限として CHPS コンパウンド建設と井戸建設を組み合わせた案件としての申請も可能であるとしている。技プロの枠組みを踏まえると、申請団体としては、郡議会、コミュニティ保健委員会、技プロの再委託によって住民参加促進を担っている NGO のいずれかが適切であろう。

大使館担当者によれば、「草の根・人間の安全保障無償資金協力」資金による井戸建設は 2006 年度にタマレで実施されており、これは協力隊による案件発掘のケースであった（総費用は約 US\$1,600）。

## 5-2 ガーナ開発戦略目標達成への JICA プログラムの貢献度を高めるためのシナリオ

### 提言 2

「プログラムの貢献度を高めるため、他援助機関との連携を強化する」

UNICEF/UNFPA が実施している ACSD/HIRD パッケージの枠組みのうち、IMCI+実施において、連携協力を行うことで、ガーナ開発目標達成に向けたシナリオの強化が期待できる。具体的には、リファラル体制整備、キャパシティディベロップメントにおける協力が有効と思われる。

「戦略的プログラム」の形成にあたっては、JICA プログラムが位置づけられている当該国の開発戦略目標を達成するために、他援助機関との協力によって JICA プログラムがもたらすスケールアップ効果を考慮することとされている。以下では、こうした「貢献」の概念に基づいて、ガーナ開発戦略目標達成に対する JICA プログラムの貢献度を高めるためのシナリオについての提言を行う。

### 5-2-1 UNICEF および UNFPA との協力による「介入のパッケージ化」における貢献

アッパーウエスト州で現在活動を行っている UNICEF および UNFPA との協力によって JICA プログラムがガーナ開発戦略目標の達成に貢献できるシナリオを考えるにあたって、ACSD/HIRD パッケージ（第 3 章の図 3-5 参照）の 3 つのコンポーネントに照らし合わせて検証してみた。

ACSD/HIRD パッケージの枠組みを踏まえた他援助機関との協力が妥当であると判断する理由は、既に UNFPA は ACSD/HIRD の 3 つのコンポーネント（①拡大予防接種プラス（EPI+）、②妊産婦ケアプラス（ANC+）、③統合的小児疾患管理プラス（IMCI+））のう

<sup>59</sup> 評価調査団と大使館草の根担当者とのミーティング（2007 年 2 月 1 日）

ち、主に妊産婦ケアプラス（ANC+）を通じての協力を既に行っており、JICA がこうした協力枠組みを踏まえた協力を行うことによって、互いの協力面での補完・強化が可能となり、結果として国家戦略としての ACSD/HIRD パッケージ普及に貢献できる可能性が高くなると思われるからである。UNFPA は、対象郡（ワ郡とナドリ郡）の全ての郡病院とヘルスセンターに対して EmOC (Emergency Obstetric Care) のための機材設備の提供、医師、看護師、助産師等保健医療人材のトレーニング、コミュニティに対するリプロダクティブヘルスに関するアドボカシー等を主に実施している。

「ACSD/HIRD の枠組みを踏まえた協力」とは、JICA が単独で ACSD/HIRD パッケージのすべてのコンポーネントを網羅し、こうした介入パッケージの普及に UNICEF および UNFPA と協力をしていくということではなく、ACSD/HIRD という共通の援助枠組みを踏まえて JICA プログラムを実施していくことで、JICA プログラム目標の達成のみならず、JICA プログラムが相手国の開発戦略目標達成に貢献することを意味する。これは、「貢献」の概念に基づくシナリオの考え方に基づく。通常であれば、「貢献」の概念に基づく JICA 協力のシナリオを考える際には、まず共通の援助枠組みがあり、そうした枠組みを考慮した上で JICA プログラムの構成を検討するが、本ケースは、JICA プログラムを形成（構成）した時には UNICEF や UNFPA によるアッパーウエスト州での支援については把握されていなかったことから、本評価調査によって「貢献」の概念に基づく協力の可能性を提示するものである。

まず、ACSD/HIRD の枠組みを踏まえた協力の妥当性について述べる。「介入のパッケージ実施」については、本評価が位置づけとしたガーナ開発戦略である「第 2 次保健セクター 5 年計画」においては、戦略目標として「優先的保健分野（HIV/エイズ/STI、マラリア、結核、ギネア・ワーム、ポリオ、リプロダクティブヘルスと母子保健、事故と救急措置、非伝染病、口腔衛生と目のケア、精神医療を含む専門医療サービス）への介入のパッケージ実施」が掲げられていることから、本分野へのインターベンションは、国家戦略に沿った協力であり、かつ当該国の開発戦略優先分野への介入となる。ACSD/HIRD パッケージは、第 2 次ガーナ貧困削減戦略(GPRSII:2006-2009)における保健セクターの 3 重点課題のうち、「保健サービスへのアクセス」を達成するための戦略の 1 つとして挙げられている。第 2 次ガーナ貧困削減戦略では、「5 歳未満児死亡率および妊産婦死亡率の低下と栄養失調症対策戦略の計画・実施（ACSD を含む）」と明記されている（CHPS の改善も同戦略の 1 つとして挙げられている）。また、ACSD/HIRD は、第 3 次保健セクター 5 年計画（2007-2011）では、保健セクターの目標を達成するための重点プログラムとして挙げられている 6 つのプログラムのうち、「(Programme for) ensuring healthier mothers and children through the scaling up implementation of *high impact and rapid delivery health interventions*<sup>60</sup>」に相当するものであると思われる。以上のことから、ACSD/HIRD を共通の枠組みと捉え、こうした協力枠組みを踏まえて JICA プログラムを実施することの妥当性は確保できると言える。

<sup>60</sup> The Health Sector Programme of Work 2007-2011, Ministry of Health, P18

次に、ACSD/HIRD パッケージに照らして、JICA プログラムと他援助機関との協力の可能性について検討した場合、3つのコンポーネントのうち IMCI+を通じて協力を行うことが適切である。IMCI の3つのコンポーネントは、①国家および地方レベルでのヘルスシステムの改善、②保健医療人材のケースマネジメント能力 (clinical/facility IMCI)、③コミュニティと家庭における保健行動（予防と治療）の改善（community/household IMCI）であるが、ACSD/HIRD パッケージにおける IMCI+は、コミュニティ IMCI+に重点を置いている点で、コミュニティベースの活動を基本とする JICA 技プロの活動との整合性がみられる。IMCI+実施において UNICEF と分野の重複はあっても、JICA プログラム実施の阻害要因とはならず、むしろ両機関の協力（補完）によってガーナ開発目標達成に向けたシナリオが強化される可能性は高い。IMCI+における UNICEF との具体的な協力案については以下「介入のシステム化」で述べる。

#### 5-2-2 「介入のシステム化」に向けた協力

ACSD/HIRD パッケージの枠組みを踏まえて、UNICEF および UNFPA との具体的な協力について考える場合、「介入のシステム化」を念頭に置くことは一案であろう。これは、保健サービス・デリバリー・システムをコミュニティ（家庭を含む）から第3次医療機関までの一連のシステムとして捉え、各援助機関がいずれかのレベルへの支援を行うことによって、保健サービスデリバリーのシステム化を目指すアプローチである。保健サービス・デリバリー・システムを構築・強化するためには、リファラル体制整備（ハード面）と予防と治療・ケアに関するキャパシティ・ディベロップメント（ソフト面）との両方への介入が必要である。

JICA プログラムのシナリオとしては、「技プロによるコミュニティ保健人材のキャパシティ・ディベロップメントと CHPS での IMCI/PHC 活動（アウトプット 2 および 5）を軸とし、無償資金協力との連携による CHPS から上位医療機関へのリファラル体制の整備」が想定されている。こうしたシナリオを UNICEF および UNFPA との協力を通じて強化するための方策を、リファラル体制整備とキャパシティ・ディベロップメントの各側面から以下のように提案する。

#### <リファラル体制の整備面での協力>

リファラル体制の整備については、JICA プログラムのもとでは、無償資金協力を通じて州病院、郡病院、ヘルスセンターの医療機材拡充とリファラル関連機材の拡充、養成校の教育実習機材拡充が、また技プロを通じて CHPS への無線機およびバイクの拡充が行われる予定であり、JICA プログラムによってコミュニティから州病院に至るリファラル体制整備のための機材供与が網羅されていることになる。他方、UNFPA による支援は EmOC (Emergency Obstetric Care) のための機材設備の提供は郡病院とヘルスセンターに留まる。UNICEF は、郡 (DHMT) に四輪車をサブ・ディストリクト (SDHMT) にバイクを提供しているが、その目的はリファラル体制整備というよりも、ワクチンの輸送や

スーパービジョンにある。これら 3 援助機関によってコミュニティから州レベルまでが網羅されているとは言え、各レベルにおける機材が量的に十分であるとは言えない。また、リファラル体制の整備面では JICA プログラムの貢献が大きい。現在の技プロの枠組みには「CHPS からヘルスセンターへのリファラル」という視点は十分に反映されていないため、今後 JICA プログラムの貢献度をさらに高めるためには、技プロにおいて「基本的にコミュニティで可能であるケースマネジメントは家庭、CHO、CHN、CHV、CHC の連携によって CHPS で行い、重症のケース等 CHPS でマネジメントが不可能であるケースについてはヘルスセンターにリファラルするシステムやメカニズムを各 CHPS ゾーンで整えるというコミュニティ・リファラルの基盤が整えられる」とのシナリオ設定に向けた修正が必要であろう。

### <キャパシティ・ディベロップメント面での協力>

予防と治療・ケアに関するキャパシティ・ディベロップメントの介入についても、JICA プログラムの介入レベルは州、郡、サブ・ディストリクト、コミュニティレベルを網羅しており、インターベンションの規模としては他 2 援助機関を上回る。UNICEF および UNFPA は州を対象としたキャパシティ・ディベロップメント活動は計画されていないが、JICA プログラムが直接のインターベンションの対象としていない家庭向けのアドボカシーを行っている。従って、キャパシティ・ディベロップメント面でも、3 援助機関によって、家庭を含むコミュニティから州レベルまでが網羅されていることになる。

現在までの 3 援助機関の活動状況から、具体的な協力について 2 つの方策が提案できる。第 1 は、研修済み人材の共有である。UNICEF は、2006 年に GHS によるサブ・ディストリクトレベルでの 2,500 名のボランティア (CBA) に対する IMCI 研修 (マラリア予防、生後 6 ヶ月間の完全母乳育児、ORS、水・衛生等) を技術支援しており、リフレッシュコースも今後支援をする予定であることから、技プロによる CHV に対する研修実施 (活動 5-4) にこうした CBA を活用する等、両者間での調整と協力が可能であろう。

第 2 は研修モジュールやカリキュラムの共有である。技プロでは CHV 用の研修教材の見直し (活動 5-3) が予定されており、その際には UNICEF/USAID 作成の IMCI 研修用モジュールやカリキュラムを活用することもできよう。この点については、評価調査団コンサルタントが同行した JICA 技プロリーダーと UNICEF とのミーティングの際に UNICEF より既に了承を得ている。CHV に対する研修カリキュラムやモジュールについては、現在政府作成のものはないため、各援助機関によって作成されているのが現状である。UNICEF/WHO と USAID は、研修カリキュラムやモジュールの共同開発、研修の共同実施、テクニカルスタッフの共有等について本部レベルで合意をしており、2007 年にはこうした研修カリキュラムやモジュールを使用して医師、看護師、CHO を対象に IMCI 研修を実施する予定である。一方、JICA 技プロにおいても CHPS 人材育成のための研修については、(中央 GHS 作成のものに基づいて作成された) USAID の研修カリキュラムやモジュールをよりわかり易くしたものを作成して使用するなどの調整を行って

いる。今後、JICA がより積極的にこうした協力・調整に参加することで、援助機関間の重複を回避した効率的な援助が可能になると考えられる。

以上2点については、他援助機関との協力によって JICA プログラムにもたらされるメリットを考えた提案である。第3点目として、JICA プログラムが他援助機関に対してより貢献するとの観点から、モニタリング・フォローアップ分野での協力を挙げる。UNICEF や UNFPA は研修面で実績がある一方で、保健医療人材の研修をはじめとする介入後のスーパービジョンやモニタリングが課題であることは現地調査によるインタビューでも確認されているところである。UNICEF および UNFPA は、アッパーウエスト州内に現地事務所はなく、北部支援の拠点としてタマレに地域事務所を置いている (UNICEF は 2007 年3月頃にワ郡に契約ベースのスタッフを常駐させる計画である)。他方、技プロは州内にプロジェクト事務所を構えカウンターパートとのより密接なコンタクトを心がけおり、さらには協力隊との連携による研修後の現場レベルでのモニタリング・フォローアップ強化も想定している。特に、技プロにおいては保健人材 (RHMT、DHMT、SDHT、CHO、CHV) の業務実施能力をモニタリング・評価するためのパフォーマンス・スタンダードの作成 (活動 1-2、2-2、5-2) とパフォーマンス・スタンダードを活用してのスーパービジョンやモニタリングが計画されている点は、他2援助機関の協力にはみられない JICA 協力の比較優位性である。こうしたパフォーマンス・スタンダードを UNICEF や UNFPA と共有すること、さらには UNICEF や UNFPA との協力によってパフォーマンス・スタンダードを更新し、長期的には国家基準とすることを視野に入れば、JICA プログラムの貢献度は高くなるであろう。

モニタリング・フォローアップに関連する活動として、UNICEF との協力が JICA プログラム実施に与えるメリットとしては、現在 UNICEF が GHS と導入を検討している「コミュニティベースのサーベイランス」の活用がある。また、UNICEF では、同カントリープログラムにおける「子どもの保護プログラム (Child Protection Programme)」のもとで、出生後1年以内の出生届け率 (全国) を 2005 年の 65% から 2010 年には 90% に増加することを目標として、UNFPA や PLAN 等との協力によってガーナ政府に対する技術面およびロジスティックな支援を行っており、コミュニティにおいて新生児出生を把握するための人材として、県議会、コミュニティ・ボランティア、伝統的産婆が想定されている。こうした出生届けを CHPS ゾーンでの CHO による家庭訪問 (往診) に活用することに留まらず、JICA 技プロの研修対象である CHO や CHV を活用することによって、コミュニティにおける妊婦登録から出生登録を徹底し、5 歳未満児までをフォローするような体制が構築されることになれば、保健管理情報システムの確立に向けて大きく貢献できると考えられる。

### 5-2-3 協力隊を通じての他援助機関との協力促進

協力隊を通じての他援助機関との間接的な協力例として、「世銀の井戸建設を技プロによる CHPS 拡大に結びつけること」が考えられる。現在ナドリ郡議会に派遣中の村落開

発普及員は、郡議会を拠点に地域コミュニティの井戸維持管理委員会を巡回し、組織運営指導や「安全な水」のための衛生指導を通じた感染予防への協力を主な活動としている。派遣当時は技プロで実施する CHPS 拡大との連携は想定されていなかったが、最近、派遣先の郡議会に対して世銀の井戸建設資金が供与されることになり、協力隊が井戸建設の場所について郡議会に提案をする役割を担うことになったことにより、技プロによる CHPS 拡大との連携の可能性が期待できる。ナドリ郡は、技プロの「ステージ II」郡の1つである。世銀資金による井戸建設は全 11 戸で、2007 年 10 月に建設が開始される<sup>61</sup>。コミュニティの応募・選定は終了しており、今後、協力隊は選定されている各コミュニティのどの場所に井戸の建設を行うべきかを郡議会に対して提案することになる。場所決定のための基準はこれから決定することになるが、学校の敷地内に建設することが一案として考えられるという。郡議会が既に世銀資金による井戸建設と CHPS コンパウンドの建設とをリンクさせることを方針としていることを踏まえれば、学校の敷地内あるいは学校近郊に井戸を建設することによって、学校保健との連携が可能になり、現行プログラム(2006-2010)において技プロの枠組み(アウトプット5)で実施する、CHPS 活動への住民参加促進のための効果的なアプローチの1つとなり得るだけでなく、特に、長期的なプログラム目標「アッパーウエスト州の住民の健康が改善される」達成に向けてのマルチセクトラルな効果的インターベンションのための選択肢の1つとなり得る。

この他、今後ジラパ郡に派遣される協力隊が WFP「学校給食プログラム」の活動に関わるとの情報を現地調査の際に得たが、詳細については現時点では JICA 本部および現地事務所には把握されていない。

### 5-3 長期プログラム(2011～)のシナリオを設定する際の考慮点

#### 提言 3

「長期プログラムのシナリオを設定する際は、マルチセクトラルなアプローチを念頭に入れる」

「2015年までに妊産婦死亡率を3/4減少させる」といったMDGsのターゲットに貢献するような、長期プログラムのシナリオ策定には、保健分野のみならず、農村開発や水・衛生分野へのインターベンションを念頭においたアプローチが不可欠である。

本評価調査は、現在の5年間のプログラム(2006-2010)をプログラム第1期と捉えた上でプログラム目標を別途設定し、現行のプログラム目標は長期的なプログラム目標と

<sup>61</sup> ただし、井戸建設に対して世銀による90%の出資に対し、マッチングファンドとして郡議会から5%、コミュニティから5%を求めており、現在、郡議会からの5%が確保できないことから予定通りに計画が進んでいないというのが現状である。

することを提案した。プログラムが長期に渡って実施される場合には、実施中に当該国の開発戦略目標・戦略が変更したり、援助環境が変化したりすると、それに応じてプログラムの内容も柔軟に修正する必要がある。従って、現在のプログラムが終了した時点で、主要保健指標の推移や他援助機関によるアッパーウエスト州での活動状況を踏まえてプログラム内容の見直しが必要であることは言うまでもない。本プログラム期間終了後にもプログラムが継続されることを想定し、第2期あるいは第3期のプログラムのシナリオを設定する際に考慮すべき点として、プロジェクト型支援の有機的な組み合わせによるマルチセクトラルなインターベンションを目指す、ことが挙げられよう。これまでの調査の結果、主要保健指標目標達成のためには、保健分野のみへのインターベンションでは不十分であり、農村開発分野や水・衛生分野へのインターベンションを同時に実施することが必要であることが明らかとなっている。

本プログラムは、最終的には MDGs 4「乳幼児死亡率の削減」のターゲット 5「2015年までに5歳未満児死亡率を2/3減少させる」、および MDGs 5「妊産婦の健康の改善」のターゲット 6「2015年までに妊産婦死亡率を3/4減少させる」に貢献することを想定していると思われる。世銀を始めとする主要援助機関の見通しでは、ターゲット 5については達成が見込まれるものの、ターゲット 6が達成される可能性はほとんどないとされている。その1つの理由として、助産師等の SBA の立会いによる出産数の低さが挙げられる。これは、EmOC の場合のリファラルが困難であること、および ANC のスキルを持つ医療関係者が不足していることが主な原因である。前者の問題解決のためには、救急車や無線機等の資機材を整備するだけでは不十分である。道路の状態が悪く、特に雨季には普通の救急車では対応できないためである。後者の場合には、ANC のためのアウトリーチとともに、CHO によるリファラルのためのケースマネージメント能力向上が必要である。従って、ターゲット 6 を達成するためには、医療関係者のキャパシティ・ディベロップメントと併せて、道路建設・補修を始めとする農村開発やマタニティハウス（自宅から病院やヘルスセンターまでの距離が遠い妊産婦を医療関係者の診断を経て出産予定日前と出産後の期間待機させる施設）の建設を行う必要がある。さらに、農村開発の分野へのインターベンションとして、女性のエンパワーメントのためのインカムジェネレーション活動を検討することも一案である<sup>62</sup>。

他方、ターゲット 5 については、安全な水へのアクセス改善のためのインターベンション（MDGs のターゲット 10「2015年までに安全な飲料水を継続的に利用できない人々の割合を半減する」と併せて行うことが効果的である。現プログラム（2006-2010）においても、「草の根・人間の安全保障無償資金協力」との連携や世銀との協力によって、プログラム目標達成に向けてのシナリオを修正することは既に提案したが、現在、アッ

<sup>62</sup> 技プロ立ち上げのための PCM ワークショップ（2005年8月）において参加者より挙げられた問題解決のためのアプローチとして、現行 PDM に含まれている5つのアプローチ「コミュニティ参加促進、DHMT のキャパシティ・ディベロップメント、CHO のキャパシティ・ディベロップメント、サブ・ティストリクトの保健人材のキャパシティ・ディベロップメント、リファラルシステムの強化」の他に「コミュニティメンバーのためのインカム・ジェネレーション」が挙げられていた。

パーウエスト州で水関連の支援をしている援助機関は世銀のみであり、高いニーズがあることを踏まえると、次期プログラムにおいてはより積極的に本分野へのインターベンションを考慮しても良いだろう。

以上の提案については、対ガーナ国別援助計画に照らし合わせても妥当である。対ガーナ国別援助計画に照らし合わせれば、本プログラムは、「地方・農村部の活性化」、「産業育成」、「行政能力の向上・制度改善」の3つの柱の「地方・農村部の活性化」に該当するものであり、右取り組みを実施するにあたっては、マルチセクトラルに複数の投入を組み合わせた協力を実施することで相乗効果を図っていくこと、また、日本の比較優位性を活かし、発展の基盤である地方農村インフラの整備を行うとともに、農村発展の担い手である住民や行政等の能力強化・人材育成を中心とする支援を通じて社会・経済サービスの改善に貢献することとされている。

#### 5-4 協力隊を効果的にプログラムに投入するための提言

##### 提言 4

「他案件との連携を軸に、協力隊の効果的なプログラムへの投入を検討する」

技プロに比べプログラムに貢献する成果の規模が小さい協力隊は、他案件と連携することによる相乗効果に着眼した上で、配置戦略を策定するとよい。以下はアイデア。

- ① 州レベル：保健局スタッフを対象としたトレーニング教材の作成支援
- ② サブディストリクトレベル：技プロ研修実施支援、ガイドライン活用状況モニタリングフォロー、IMCIに関するOJT支援
- ③ CHPSレベル：技プロ再委託NGOへの配属によるコミュニティ活動支援

##### 5-4-1 連携による相乗効果に着眼した投入

協力隊は基本的には個人の投入であり、技プロにみられるプロジェクト型支援と比較してそのインターベンションによって得られる成果の規模は小さい。こうした特徴を鑑みると、協力隊が個別案件としてプログラム目標達成に向けた成果の発現を期待するよりも、技プロとの連携によって相乗効果を発現させるアプローチがより効率的・効果的である。これは、評価の際に指摘した、プログラム期間を通して「連続性」と「一貫性」のある協力隊の配置が困難であることが想定される場合には、特に考慮が必要とされる点である。

連携アプローチの場合には、技プロで設定されているどの活動にどのように関わることによって最大限の効果が得られるかとの配置戦略がより重要である。現地事務所作成

の現行「プログラムの枠組み」や「プログラム PDM」には、こうした視点は十分には反映されていないが、現地調査の際に技プロへのインタビューの結果、協力隊との連携によって相乗効果が期待できる技プロの活動として以下の3点が挙げられる。

- ・ 州レベル：IEC 教材作成等の技術を持つ協力隊が、州・郡保健局スタッフを対象としたトレーニングの教材作成を支援する。
- ・ サブ・ディストリクトレベル：保健師や看護師経験のある協力隊が、(a) 技プロで実施する研修の実施面での支援、(b) ガイドラインの活用状況やパフォーマンスガイドラインを活用したスーパービジョン・システムの普及の度合いおよび住民参加方法の普及の度合いに関してのモニタリング・フォローアップ支援、(c) CHO やコミュニティ・ヘルス・ボランティアに対するコミュニティ IMCI に関する OJT、等を行う。
- ・ CHPS レベル：協力隊を再委託の現地 NGO に派遣することによって、コミュニティエントリー面での支援を行う。

以上を参考にし、今後技プロと協力隊派遣担当者との協議によって具体的な連携を決定することが期待される。

#### 5-4-2 協力隊をプログラム派遣する場合の配慮点

- ① 協力隊派遣には市民の自発的活動を支援するという目的があるため、プログラムへの投入として過大に期待することは避け、協力隊の自主性を尊重しながら、無理のない範囲で連携を図り、その中で何らかの効果を想定した計画にすることが有効である。従って、プログラムの中で連携をする場合には、その活動にある程度の柔軟性を持たせることが望ましい。例えば、全体の 30-40%の活動をプログラムに関連した活動とし、残りは個人の裁量で行う活動とすることで、従来の協力隊派遣の意義を保ちつつ、プログラムへの貢献も期待できるものとなるであろう。
- ② 協力隊が関るプログラム関連の活動については、プログラムの軸となる技プロでの活動が主になると思われるが、協力隊派遣を計画するにあたっては、連携を想定している協力隊については技プロとの活動がし易いように配属先に留意し、技プロとの活動について事前に説明し同意を得ておくことが重要である。その上で、協力隊派遣時にあらかじめ技プロのプロジェクトチーム（カウンターパートを含むことが望ましい）との話し合いによって協力隊個人が貢献できる活動を選択することも一案である。具体的な活動については、各プロジェクトによって異なるが、話し合いの際の参考として、協力隊投入の目安として考えられる活動を大まかなカテゴリー（例えば、①現場のニーズ調査、モニタリング、②カウンターパートの研修補助、OJT、③IEC、啓蒙活動）に分けるという方法もある。

### 5-4-3 プログラム隊員を評価する際の留意点

協力隊をプログラム派遣する場合、投入の効果を計るために協力隊個人のパフォーマンス評価とならないように配慮する必要がある。プログラムとは、「結果のフレームワーク（Result Framework）」で見た場合に、その一段上の目標（プログラム目標）を共有する幾つかのプロジェクトで構成されるものであるが、現在プログラムと呼ばれているものは、（本プログラムだけでなく）プロジェクト型支援に個人投入を組み合わせられた形式となっている。しかしながら、協力隊やアドバイザー型専門家などの個人の投入は PDM に沿って支援を実施する技プロとは異なる。従って、現行型のプログラムにおいては、協力隊やアドバイザー型専門家は、技プロとの連携によっていかなる相乗効果が得られたかとの視点を持って評価することがより適切である。

以上の点を踏まえると、協力隊による活動の評価は、定量的評価ではなく、定性的な評価となる。評価指標としては、①予定していた（プログラム関連の）活動は派遣期間内に終了したか、終了しなかった場合には原因は何か、②プログラム指標のうち、協力隊による活動が該当する指標の達成に、協力隊はいかなる面で貢献したか、十分に貢献できなかった場合には疎外要因は何か、等が考えられる。現在は、未だ従来型のプログラムから戦略的プログラムへの移行期にあることを踏まえると、プログラムへの協力隊投入のグッドプラクティスや配慮点を抽出することによって、次期プログラムや類似プログラム形成の参考にするとの視点がより重要である。

### 5-4-4 協力隊配置の整理

現地調査の結果、派遣中協力隊のうち、プログラム隊員とされていないが、実際にはプログラムに関連した活動を行っているケース（例：技プロの再委託のもとで住民参加促進活動を実施している現地 NGO である CLUSA および PRONET に派遣中の村落開発普及員 2 名）、また、今後派遣される予定である協力隊のうち、プログラム派遣とされていないが、プログラムに関連した活動を行うことで相乗効果が期待できるケースがあることが確認された。よって、現在までに派遣されている隊員および派遣予定の TOR を見直し、プログラム派遣とした方がよいケースについてはそのように変更することを検討するよう提案したい。見直しの結果、プログラム派遣と変更する場合においては、既に派遣済みあるいは確定済みの協力隊にはその旨を伝えて了解を得ること、また、今後要請を行う場合にはプログラム派遣であることを要請書に明記する等の配慮が必要である。

## 5-5 プログラムの実施・運営に関する提言

### 提言 5

#### 「プログラム実施・運営に関し、必要な方策を講じる」

- ① 現地にプログラムを総括する機能を構築する
- ② 協力隊と技プロを繋ぐ「調整役」を配置する
- ③ アッパーウェスト州における既存の計画およびモニタリング機能を活用する
- ④ ガーナ政府と他援助機関に対するアドボカシーを実施する

#### 5-5-1 JICA プログラム全体を総括する機能の構築

JICA プログラム目標達成のためには、技プロや協力隊といった JICA 案件間の有機的な組み合わせにとどまらず、「草の根・人間の安全保障資金協力」を含む無償資金協力等の日本の他援助スキームとの連携および他援助機関との協力が必要であることは既に述べた通りである。プログラムデザインが戦略的であることに加え、プログラムの実施体制が整っていることによって始めてガーナ開発戦略の目標達成に向けての JICA プログラムの貢献度が確保できる。よって、長期的には、別々に実施・運営されている個々の案件を束ね、かつ必要に応じて他援助機関との協力を推進することのできるプログラムマネージャー的な人材を配置することが望ましい。しかしながら、本プログラムの場合には地域特定型であり、かつ JICA 現地事務所および多くの援助機関の現地事務所がある首都アクラからプログラム対象地域であるアッパーウエスト州までの移動やコミュニケーション手段が容易でないこと、プログラムの核である技プロが長期専門家派遣とは異こと、現行プログラム実施残り期間が 3 年しかないことを踏まえると、プログラムを円滑に実施・運営・モニタリングするための短期的な措置として、新たにプログラムマネージャー的な人材を配置するよりは、むしろ既存リソースを有効活用することによってプログラム実施体制を充実させることがより適切であると示唆する。よって、以下の点につき検討することを提案する。

- ① プログラム実施のための既存機能としては調整委員会がある。プログラム調整委員会は JICA ガーナ事務所を事務局とし、JICA ガーナ事務所、技プロチーム、無償チーム、青年海外協力隊で構成される。各活動の進捗状況の把握、情報共有、関連活動の調整を主な目的として、四半期に 1 回会合が行われている。今後は、プログラム調整委員会の役割を明確にし、関係者による合同プログラムレビュー等の定期的な開催を含む活動の年間計画を立て、活動計画に基づいた活動を実施

することによって、委員会の調整機能を強化することができよう。

- ② 現在のところ、JICA 事務所は調整委員会の他に、技プロとの定期会合を実施することで、プロジェクトの進捗状況を把握している。ただ、プログラムの対象地域が首都から遠く離れた（車で片道 10 ～12 時間）アッパーウエスト州であり、プロジェクトのカウンターパートは主としてアッパーウエスト州内に在中していることを踏まえると、JICA 現地事務所によるプロジェクト現場でのモニタリングを強化することがより適切である。既存リソースで対応が可能な JICA 事務所によるモニタリング・フォローアップ体制として、保健省派遣の保健政策アドバイザー（2007 年 8 月派遣予定）と事務所スタッフ（プログラム担当の JICA 職員および技プロ担当の企画調査員）の 3 名によるチーム体制が一案として考えられる。技プロ側の意向を踏まえると、チームのうちいずれかの者が 2 ヶ月に 1 度を目安として現場視察をモニタリングし、必要に応じてプロジェクト関係者および州・郡のカウンターパートと協議を行うことで進捗状況を確認・フォローアップをすることが望まれる。プログラムを構成する案件のうち、技プロは業務実施方式によって実施されている。これは、契約によりコンサルタントが業務遂行に対する責任を負うものであるが、プログラムは JICA 全体として実施するものであることから、特にガーナ政府関係者との関係においては JICA 事務所担当者のサポートが有用である。現場モニタリングのタイミングとしては、アドホックにならないよう、技プロの年間活動計画のうち、JCC を始めとするカウンターパートとのプロジェクトレビューの機会やプロジェクトの進行上重要となるイベントを予め把握し、それらを JICA チームによる年間活動計画に予め組み入れておく等の配慮が必要であろう。さらに、今後プログラム隊員の派遣と無償資金協力による機材供与に伴いプログラムが本格的に起動した場合には、技プロ、無償資金協力、協力隊による活動を考慮した上で JICA チームによる年間モニタリング計画を策定することが必要である。

#### 5-5-2 協力隊と技プロをつなぐ「調整役」の配置

協力隊の活動がプログラム目標達成に向けて最大限に活かされるためには、協力隊と技プロをつなぐ「調整役」を置くと効果的である。JICA が過去に実施したプログラム評価の対象国であるマラウイにおいてはシニア隊員が調整役となり技プロと協力隊との連携が円滑に行われていた。ガーナの場合には、2007 年 3 月にタマレにフィールド調整員（旧シニア隊員）が派遣される予定であるが、マラウイにみられるグループリーダー的な役割とは異なり、フィールド調整員配置の第 1 の目的は緊急時の対応であり総務的な役割が想定されている。従って、「調整役」を誰が担うのか、また、JICA 現地事務所協力隊調整員とフィールド調整員との役割の棲み分けや連絡体制について明確にしておく必要がある。また、現在のところ、フィールド調整員には総務的な役割が想定されているが、タマレにはアッパーウエスト州で支援を実施している UNICEF や UNFPA の

他、NGO を含む多くの援助機関が北部地域支援の拠点として事務所を構えていることを鑑みれば、フィールド調整員の機能として他援助機関による活動に関しての情報収集やパートナーシップ構築も視野に入れても良いと思われる。

### 5-5-3 アッパーウエスト州における既存の計画およびモニタリング機能の活用

アッパーウエスト州のガーナ側関係者へのインタビューでは、各援助機関は目標を同じくしていても戦略やアプローチが異なり、政府カウンターパートは複数の援助機関を同時に担当しているために過重負担になっていること、援助調整が必要であるが現在は援助機関主導であることが指摘された。将来的には、ガーナ政府主導で各援助機関と GHS の参加による州レベルでのジョイント・プランニングからモニタリングまでのフレムワークが構築されることが期待される。

現在、技プロでは、カウンターパートの負担を軽減するために、研修等の活動時期が UNICEF や UNFPA による活動時期と重複しないようにこれら機関との事前の打ち合わせによる調整を行っているが、アドホック的なものに留まる。今後は、アッパーウエスト州で既に機能している計画やモニタリングの機会を活用することで、効率的にプログラム、特に技プロの実施を行うことが可能であろう。

計画については、UNICEF、WHO、UNFPA はアッパーウエスト州の各郡保健管理チーム (DHMT) によって 2007 年末にドラフトされた 2007 年の総合的な年間計画を共同でレビューし、協議を通じて各機関の年間計画に反映させるという、ジョイント・プログラミングを実施している。現在、JICA はこうしたプロセスに参加していないが、2008 年以降の参加を検討することが提案される。モニタリングについては、ガーナにおける全ての州が年間計画に関して四半期および年間レビューを実施しており、UNICEF を始めとする各援助機関はこうした機会を活用している。こうした機会を活用することも有用であろう。

### 5-5-4 ガーナ政府と他援助機関に対する JICA プログラムのアドボカシーの実施

現行プログラムはガーナ政府や他援助機関にプログラムとして十分に認識されていないのが現状である。これは、現在までプログラムとしてではなく、プログラムを構成する案件毎に R/D 等の公式文書を相手国政府と交わしていることや、ガーナ政府および他援助機関に対してプログラムとしての取り組みに関する広報が未だ不十分であるといったことが背景にある。今後各案件をプログラムとして円滑に実施するためには、各案件の日本側関係者のみならず、カウンターパートの積極的な巻き込みも必要になることから、ガーナ側関係者がプログラムの内容を正確に認識していることが鍵となる。そのため工夫として、技プロの R/D にプログラム構成図を添付する、プログラム広報用の小冊子を作成してガーナ政府関係者および主要援助機関に配布する、ガーナ政府および主要援助機関が合同で 1 年に 2 回開催しているヘルスサミット等の会合を利用してプログラムに関する広報を行う等が考えられる。

#### 5-5-5 業務実施方式によるコンサルタント契約による技プロ実施の留意点

本プログラムの核である技プロは、コンサルタント契約による業務実施方式である。業務実施方式は、公開入札に基づき選定されたコンサルタント業者が一括して業務を請負うもので、JICA と落札したコンサルタント会社の間で、契約時に業務内容を定め、コンサルタント会社は契約に基づいて活動を実施し、成果品を納め、契約完了となる。業務実施方式は契約に基づき実施されるものではあるが、プログラムの1構成要素かつ主要要素としての技プロとしてみた場合、主に2つの課題が指摘できる。

第1に、コンサルタント契約をプログラムの進捗状況に応じて柔軟に対応できるものとするのである。これは、プログラム実施期間中にガーナの保健セクターの状況や援助機関の動向の変化に応じてプログラムの改訂が必要となった場合に、その主要構成案件である技プロの内容も見直しを行う場合が想定されるためである。実際、今回のプログラム評価の際には、プログラム実施の観点から技プロの枠組みをレビューし、幾つかの活動を追加することが提案された。

第2に、技プロの一部の活動を現地コンサルタントあるいは現地 NGO との再契約によって実施する場合には、再契約先がプロジェクトの内容を十分に把握した上で長期的な活動計画を策定できるような契約とすることである。本評価調査でインタビューを行ったプロジェクト再委託先の現地 NGO 関係者からは、プロジェクトの大枠は理解しているが詳細は明確に理解できていないことその他、委託されている活動（住民参加促進）は本来長いプロセスを要する活動であるが、本邦コンサルタント会社との契約が3ヶ月の短期ベースであるため長期的視野に基づいた活動計画を立てることが困難であることが指摘された。

### 5-6 教訓

#### 5-6-1 プログラム形成・実施に関する教訓

本プログラム評価の結果、プログラムの形成・実施に関する教訓として以下の3点が抽出された。

- ① プログラム形成において、問題分析（セクター分析）から目的分析を経て、相手国開発戦略目標にアラインしている目的を共有する案件の組み合わせを選択することによって、貢献度の高いプログラムの形成が可能となる。
- ② プログラム形成プロセスにおいて当該分野の専門的な知見を有する外部有識者の助言を得ることは、適切な課題の把握に基づいた戦略的なシナリオを設定する上で欠かせない。実施プロセスにおいても定期的に有識者によるモニタリング・評価を行い、必要に応じて柔軟にシナリオを修正していくことが肝心である。
- ③ プログラム形成プロセスの段階から、相手国政府および主要援助機関を十分に巻き込んでおくことがその後の円滑なプログラム実施に繋がる。特定地域を対象と

したプログラムの場合でも、その形成プロセスに中央政府を巻き込んでおくことで、対象プログラム実施の際に中央政府の理解と支援を得られる可能性が高くなる。

#### 5-6-2 プログラム評価調査に関する教訓

本プログラム評価調査を通じて、現地調査のタイミング、現地人材の活用、調査スケジュールについて教訓が抽出された。

- ① 本評価調査の現地調査時期は、技プロチームがカウンターパートとともに PDM の改訂作業を実施していた時期と重なる。改訂は指標について行われており、調査団が技プロチームに提案した活動の追加等については反映されていない。これは、調査団が技プロリーダーとともにレビューした改訂案のドラフトは既にカウンターパートと概ね合意していたことに因るところが大きいと思われる。プログラム評価は未だ試行段階にあることから、今回の評価調査は特定テーマ評価「プログラム評価」の事例 2 ヶ国と同様に、JICA による内部評価的な位置づけとされた。今後、相手国との合同評価としてプログラム評価が実施されることになった場合には、プログラムの核となる技プロの PDM や活動の見直し等のタイミングを考慮して、プログラム評価の結果が技プロ PDM に反映されるよう十分な時間的余裕を持ってプログラム評価調査団を派遣すると良い。
- ② プログラム評価調査に現地人材を活用することは特に、相手国の課題を適切に把握したり、限られた調査期間内で効率的に調査を実施する上で有用である。現地人材としては、JICA 現地事務所のローカルスタッフ（当該分野担当）やローカルコンサルタントが考えられる<sup>63</sup>。JICA 現地事務所のローカルスタッフを活用する場合には、一連の評価調査に同行することで、ローカルスタッフの JICA プログラムや JICA 支援に関する知識や理解が高まるという、キャパシティ・ディベロップメントにも役立つ。他方、ローカルコンサルタントを活用する場合には、必ずしも JICA や JICA による援助に精通している訳ではないことを踏まえ、一連のプログラム評価プロセスのどの部分において、どのようにローカルコンサルタントを活用するか、評価調査団による報告書の完成のタイミングに照らしていつまでにローカルコンサルタントによるインプットが必要であるか、について事前に熟考した上で TOR を作成することで、効果的な活用が可能になる。いずれの人材を活用する場合においても、評価グリッドや方法等を含む評価調査の概要を英訳（あるいは現地語訳）して事前に配布しておくが良い。
- ③ 現地調査スケジュールは現地調査出発前に作成し、現地で必要に応じて追加・修正を行うが、まず評価グリッド作成を担当する本邦コンサルタントがドラフトを作成

<sup>63</sup> 特定テーマ評価「プログラム評価」事例国のベトナムの場合には今回と同様にローカルコンサルタントを活用した。一方、マラウイの場合には、JICA 現地事務所保健担当のローカルスタッフを活用した。

し、JICA 本部担当者および JICA 現地事務所担当者と相談の上で最終案を作成していくことがより適切である。こうした手順を踏むことで、評価設問に対応した無駄のない調査の実施が可能になる。また、本プログラムのように特定地域を対象としたプログラムの場合には、調査期間の多くを対象地域で費やすことで、評価に必要な十分な情報の入手が可能になる。

