

# 第1章 評価の概要

# 第1章 評価の概要

## 1-1 評価の背景

1993年7月、日米両国は、日米コモンアジェンダ<sup>1</sup>の枠組みの中で、人口・エイズ分野の支援を行うことを発表した。これを受け1994年2月、日本政府は「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ（GII：Global Issues on Population and AIDS）」を発表し、1994年から2000年度末までの7年間に30億USドル、またアメリカ政府も90億USドルを援助することを約束した。日本の重点国は12か国、アメリカの重点国は15か国で、そのうち共通の8か国にフィリピンが含まれている。GIIは当時国際社会で関心を集めていた人口・エイズ・女性といった事項を反映し、人口直接（家族計画など）・人口間接（初等教育や子供の健康など）・エイズ（予防教育と検査技術の移転など）の3つの分野にわたって展開することとなった。これを受けてJICAはフィリピンにおいて、1994年の第一次人口・AIDSプロジェクト形成調査団派遣から始まる一連の人口・エイズ関連事業を実施し、協調の可能性を探る話し合いがもたれてきた。GII関連のODA実績（金額）は、1998年度末までの5年間で目標を達成している<sup>2</sup>。

GIIに続いて、日本政府は2000年7月の九州・沖縄サミットにおいて「沖縄感染症対策イニシアティブ（Okinawa Infectious Diseases Initiative）」を発表し、今後5年間で総額30億ドルを目途にHIV/AIDS・結核・マラリア等を中心とした感染症対策に協力していくことを表明した。このように日本政府は人口・健康セクターにおいて積極的な国際協力を行う姿勢を世界にアピールしている。

他方、JICAは現在、協力事業の効果・効率性を高めるため、国別事業実施計画に基づくプログラム方式による協力の導入について検討している。評価調査実施時点までに9か国の国別事業実施計画が公表されており、フィリピンの同計画も策定されていることから、2001年度にフィリピンにおける人口・健康セクターでのプログラム協力の計画が作成される予定である。

以上のように、本特定テーマ評価の実施にあたっては、日本政府のODAにおける人口・保健セクターへの積極的な取り組み姿勢や、日米協調の強化の必要性、さらにフィリピンが我が国ODAの重要国であることが背景にある。

## 1-2 評価の目的

今後のJICAのフィリピンにおける「人口・健康分野」における協力方針の策定に資するため、1992年度から現在にいたるすべての援助形態による同分野の協力実績を総合的に評価する。

また、これら各種援助形態の連携を「協力プログラム」とみなし、試行的に「プログラム」としての評価を行う。

さらに、これらの評価結果をもとに、フィリピンの同セクターの協力において豊富な実績と

<sup>1</sup> 正式には「地球的展望に立った協力のための共通課題（コモン・アジェンダ）」という。

<sup>2</sup> 出所『我が国の政府開発援助（上巻）』2000（外務省経済協力局編）。

ノウハウを有する米国国際開発庁（USAID: United States Agency for International Development）の協力を得、以下の提言・教訓を導き出すことを目的とする。

- 1) JICA のフィリピンにおける同セクターの今後の協力方針への提言・教訓
- 2) JICA の将来のプログラムアプローチ導入への提言・教訓
- 3) 今後の USAID 連携におけるプロジェクト形成と評価への提言・教訓

### 1-3 評価の枠組み

フィリピンにおける JICA の協力は、「人口・健康セクター」においては大きく、1) 家族計画・母子保健（リプロダクティブ・ヘルス：以下 RH）分野、及び2) 感染症対策（エイズ・結核・マラリア）分野において実施されてきた。そこで、本特定テーマ評価においては、これらの2分野を Part I と Part II とに分けて評価調査を実施することとした。本報告書は、Part I についての評価結果をまとめたものである。

また、Part I と Part II の JICA 評価調査の間に、USAID において「AIDS サーベイランス・教育プログラム評価（AIDS Surveillance and Education Project (ASEP) Evaluation）」が実施される予定であることから、JICA 側からも団員を派遣し、USAID の援助実績及び評価手法を学ぶとともに、今後の協調・連携の可能性を探ることとした。

Part I における評価の手順は、以下のとおりである。

- 1) フィリピンにおける RH の現状と政策の分析
- 2) JICA 協力の援助形態別実績と評価
- 3) 試行的な協力プログラム評価

（試行的な協力プログラム評価には、JICA プロジェクトサイクルマネジメント（JPCM）の5項目評価を適用する）。

情報収集にあたっては、JICA 本部の関連部署、JICA フィリピン事務所、在フィリピン日本国大使館、USAID、国連人口基金（UNFPA）、アジア開発銀行（ADB）、フィリピン保健省、地方保健担当部門、NGO、プロジェクト方式技術協力（プロ技）の長期専門家、青年海外協力隊員（JOCV）等に対して事情聴取を行った。さらに可能な限りプロジェクトの現場を訪ね、長期専門家及びフィリピン側カウンターパートの意見を聴取した。また JICA 協力のインパクトを測定するために現地コンサルタントによるアンケート調査及びフォーカスグループインタビューを実施した。

### 1-4 評価の対象案件

本評価の対象は、1992年4月から2000年2月までの間に実施された JICA による同分野のプロジェクトとし、参考として外務省による無償資金協力およびと草の根無償資金協力を加えた。1992年以降に焦点を絞った理由は、日米コモンアジェンダ発表以降に実施されたプロジェクトを重点的に評価するためである。対象となるプロジェクトは表 1-1 のとおりである。

表 1-1 評価対象案件

援助形態名 (担当部署)	プロジェクト名	対象サイト	実施期間
プロジェクト方式技術協力 (医療協力部)	「家族計画・母子保健」フェーズⅠ	Tarlac 州	1992. 04. 01-1997. 03. 31
同上	「家族計画・母子保健」フェーズⅡ	リージョンⅢ (6 州)	1997. 04. 01-2002. 03. 31
現地国内研修 (アジア第一部東南アジア課)	「家庭福祉にかかるとの女性」	全国	1994-1998 年度
青年海外協力隊 : 個別派遣 (JOCV 事務局)	特になし (人口家族計画特別機材供与との連携)	全国	1994-1998 年度
青年海外協力隊 : グループ派遣 (JOCV 事務局)	「人口家族保健フロントライン計画」 (人口家族計画特別機材供与との連携)	リージョンⅢ (6 州)	1998. 10. 01-2002. 09. 30
人口家族計画特別機材供与 (医療協力部)	UNFPA とのマルチバイ協力 <sup>3</sup>	全国	1994-2002 年度
開発福祉支援 (アジア第一部東南アジア課)	「包括的リプロダクティブ・ヘルス促進 支援 (PNGOC)」	マニラ、リー ジョンⅢ	1999. 02. 07-1999. 08. 15
開発福祉支援 (アジア第一部東南アジア課)	「地域保健強化事業 (Regina Carmeli 大学)」	リージョンⅢ	1998. 01. 05-2001. 03. 30
開発福祉支援 (アジア第一部東南アジア課)	「地域保健強化事業 (フィリピン小児病 院)」	リージョンⅢ	1999. 01. 05-2001. 03. 30
無償資金協力 (外務省予算、実施促進は無償 資金協力部)	「地域保健施設改修・機材整備計画」	リージョンⅢ	1998. 01 (事前調査実施) -2001. 03 (竣工)
草の根無償資金協力 (在フィリ ピン日本国大使館)	計 23 件 (当該分野関連案件のみ)	全国	1995-2000 年度

## 1-5 評価調査団の構成

担当	氏名	所属	現地調査期間
団長	北谷 勝秀 Mr. KITATANI Katsuhide	特定非営利活動法人 2050 理事長 (元 UNFPA 事務局次長) NPO 2050	2001/02/19- 03/02
団員	尾崎美千生 Mr. OZAKI Michio	JICA 国際協力総合研修所 客員専門員 Institute for International Cooperation (IFIC), JICA	2001/02/19-03/02
団員	西田 良子 Ms. NISHIDA Ryoko	財団法人家族計画国際協力財団 国際 事業部長 International Programme Div., Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning (JOICFP)	2001/02/19- 03/02
団員	クリスティン=ピルカベ ージ Ms. Christine Pilcavage	JICA 企画・評価部 援助協調室 Donor Coordination Div., Planning and Evaluation Dept., JICA	2001/02/19- 03/02
団員	中澤 哉 Mr. NAKAZAWA Hajime	JICA 企画・評価部 評価監理室 Office of Evaluation and Post Project Monitoring, Planning and Evaluation Dept., JICA	2001/02/19- 03/03
団員(本邦コ ンサルタント)	駒澤 牧子 Ms. KOMASAWA Makiko	株式会社設計計画 研究員 Sekkei Keikaku Inc.	2001/02/19- 03/20
現地コンサ ルタント	マリリン=ゴーラ Dr. GORRA, N. Marilyn	HEWSPECS, Inc.	2001/02/28- 03/23

<sup>3</sup> Multilateral-bilateral Cooperation: 援助国と国際機関が協力して援助を行い、情報・ノウハウ・人材・資金などを補完し合うことにより、援助の効率・効果を高めようとする。JICA は保健医療分野では、WHO・UNICEF・UNFPA などとの連携を行っている。

1-6 現地調査日程 (2001年2月19日から3月20日まで)

順	月日	曜日	時間	行程
1	2月19日	月	09:45 13:25 16:30	JL741 成田発 (尾崎団員を除く) マニラ着 団内打合せ
2	2月20日	火	10:30 17:00 17:30	USAID Philippine Mission 協議 JICA 事務所協議 団内打合せ
3	2月21日	水	08:30 09:00 11:00 13:00 16:00 19:30	保健省次官表敬訪問 保健省マルチメディアセンター視察 マニラ・プロジェクト事務所 (保健省内) 保健省国際協力局長協議 元UNFPA プログラムコーディネーター事情聴取 女性と健康ネットワーク兵藤智佳子理事事情聴取
4	2月22日	木	09:00 11:00 13:25 14:40 16:30	Philippine NGO Council on Population, Health and Welfare Inc. (PNGOC) 協議 Management Sciences for Health (MSH) 協議 JL-741 マニラ着 (尾崎団員) Friendly Care Foundation Inc. (FCFI) 協議 湯浅チーフアドバイザー・山田元シニア隊員協議
5	2月23日	金	09:00 09:45 11:30 13:50 15:10	リージョンIII地方保健局(旧称RHO 3)長協議 RHU-IV in Brgy. San Agustin 視察 青年海外協力隊員事情聴取 Pampanga 州保健局長(PHO)協議 無償資金協力案件 Pampanga MCHC 視察 家族計画・母子保健プロジェクトプログラムオフィサー事情聴取
6	2月24日	土	12:00 16:00	家族計画・母子保健プロジェクト専門家打合せ (駒澤団員のみ) 家族計画・母子保健専門家/Luznet 事情聴取
7	2月25日	日	午前・午後 18:00	資料整理 団内打合せ
8	2月26日	月	09:00 09:40 14:00 14:50 16:25 19:00	開発福祉支援案件 地域保健強化事業(フィリピン小児病院 Pionad Comprehensive Community Health Clinic)協議 San Ildefonso RHU 視察 San Jose del Monte 市長表敬訪問 San Jose del Monte RHU 視察 無償資金協力案件 Muzon BHS 視察 母子保健専門家事情聴取・意見交換
9	2月27日	火	08.50 10:25 10:40 11:45 14:05 16:20	Bulacan 州保健局長(PHO)協議 無償資金協力案件 Bulacan MCHC 視察 Guiguinto 町長表敬訪問 RHU-II in Tiaong 視察 Brgy. Cut-Cut BHS 視察 開発福祉支援案件(地域保健強化事業(Regina Carmeli 大学)事情聴取 開発福祉支援案件(Plaridel Emergency Hospital)視察
10	2月28日	水	08:55 11:00 12:30 14:00 14:55 16:05 18:30	UNFPA 協議 UNDP 表敬訪問 JICA 事務所との意見交換 現地コンサルタント打合せ (駒澤団員のみ) USAID 打合せ (Pilcavage 団員のみ) NEDA 表敬訪問 人口委員会委員長表敬訪問・意見交換 USAID との意見交換
11	3月1日	木	09:00 14:00	家族計画・母子保健プロジェクト専門家との意見交換 USAID 調査結果協議
12	3月2日	金	09:30 14:30 午後	在フィリピン日本国大使館/JICA 事務所帰国報告 JL-742 マニラ発 (中澤・駒澤団員を除く) 中澤団員別件打合せ、駒澤団員資料収集
13	3月3日	土	09:30 終日	JL-746 マニラ発 (中澤団員のみ) 駒澤団員資料収集
14	3月4日	日	終日	資料整理
15	3月5日	月	09:30 13:00	Tarlac PHO 現地調査打合せ RHU Capas I、RHU Capas II 現地調査打合せ
16	3月6日	火	10:00 10:30	PampangaPHO 現地調査打合せ Lubao RHU II 現地調査打合せ

			11:30 14:30 16:00	Lubao 3 現地調査打合せ Sto Tomas RHU 現地調査打合せ Pampanga JICA 現地調査打合せ
17	3月7日	水	09:30 11:00 12:00 14:00	Bataan PHO 現地調査打合せ Abucay RHU I 現地調査打合せ Orani RHU 現地調査打合せ Bataan JICA 事務所打合せ
18	3月8日	木	09:30 10:30 11:30 15:00	Sta. Ignacia 市長表敬訪問 Sta. Ignacia RHU 現地調査打合せ Sta. Ignacia BHS 視察 Nutrilinc 事情聴取
19	3月9日	金	10:30 14:00	JICA 事務所打合せ UNFPA 訪問
20	3月10日	土	終日	資料整理
21	3月11日	日	終日	資料整理
22	3月12日	月	終日	資料整理
23	3月13日	火	終日	資料整理
24	3月14日	水	09:00 17:00	人口委員会プレス発表へ参加 家族計画・母子保健プロジェクト専門家との意見交換
25	3月15日	木	終日	Abucay 現地調査
26	3月16日	金	午前 13:00 15:00 19:00	資料整理 現地調査打合せ ADB 事情聴取 家族計画・母子保健プロジェクト専門家との意見交換
27	3月17日	土	終日	資料整理
28	3月18日	日	終日	資料整理
29	3月19日	月	午前 13:30 15:30	JICA 事務所打合せ 協力隊調整員との協議 在フィリピン日本国大使館事情聴取
30	3月20日	火	09:30 14:30	JICA 事務所報告 JL-742 マニラ発 (駒澤団員のみ)

## 第2章 フィリピン人口・健康セクターの概況

## 第2章 フィリピン人口・健康セクターの概況

### 2-1 人口・保健医療指標にみる概況

#### 2-1-1 人口・保健医療分野の現状全般

フィリピン政府は、東南・東アジア地域の中でもいち早く、1969年、マルコス大統領時代にすでに、人口委員会を設置し、人口政策としての家族計画プログラムの推進をすすめ、さらには、1979年にはヘルス・ケア・システムを制度化し、アメリカや日本をはじめ多くの援助機関・国の支援を受けて、保健医療分野の充実に向けて施策や事業を推進してきている。

表 2-1 フィリピンの基本統計

総人口	2000 <sup>*1)</sup>	7, 530 万人	
年間人口増加率 (%)	1995-2000	2.1	
都市部人口 (%)	1995	54	
都市人口増加率 (%)	1995	3.7	
一人当り GDP (US\$)	1999 <sup>*2)</sup>	US\$1, 009	
粗出生率 (人口 1000 人当り)	1999 <sup>*3)</sup>	28	
粗死亡率 (人口 1000 人当り)	1999 <sup>*3)</sup>	6	
合計特殊出生率	1995-2000	3.62	
出生時平均余命		男 66.5 歳	女 70.2 歳
乳児死亡率 (1 歳未満児) (1000 出生当り)		36	
5 歳未満児死亡率 (1000 出生当り)		男 49	女 38
妊産婦死亡率 (10 万出生当り)		170	
初等教育就学率		男 115%	女 113%
中等教育就学率		男 77%	女 78%
15 歳以上の非識字率		男 5%	女 5%
家族計画の知識を持っている人の割合		手段	97%
		入手場所	93%
15-19 歳の少女 (1000 人出生当り)		43	
避妊実行率	1998 <sup>*4)</sup>	すべての方法	47%
		近代的避妊法	28%
保健スタッフの立会いの下での出産		53%	
人間開発指数順位	<sup>*5)</sup>	77 位 (174 か国中)	
ジェンダー開発指数順位	<sup>*5)</sup>	77 位 (174 か国中)	

出所： UNFPA『世界人口白書 2000』

<sup>\*1)</sup> フィリピン 2000 年の国勢調査暫定値

<sup>\*2)</sup> POPCOM, State of the Philippine Population Report 2000, January 2001

<sup>\*3)</sup> ユニセフ『世界子供白書 2001』

<sup>\*4)</sup> DOH, National Demographic Health Survey 1998

<sup>\*5)</sup> UNDP『人間開発報告書 1999』

その結果、過去 50 年にわたってフィリピン国民の健康状態は、大きく改善している。しかしながら、これらの改善の速度は経済成長の速度に見合ったものではなく、近隣諸国（マレーシア・タイ・インドネシア・ベトナム等）と比較しても緩慢である。また、地域格差も大きいのが現状である。表 2-1 は、フィリピンの基本統計をあらわしたものである<sup>4)</sup>。次節以降にそ

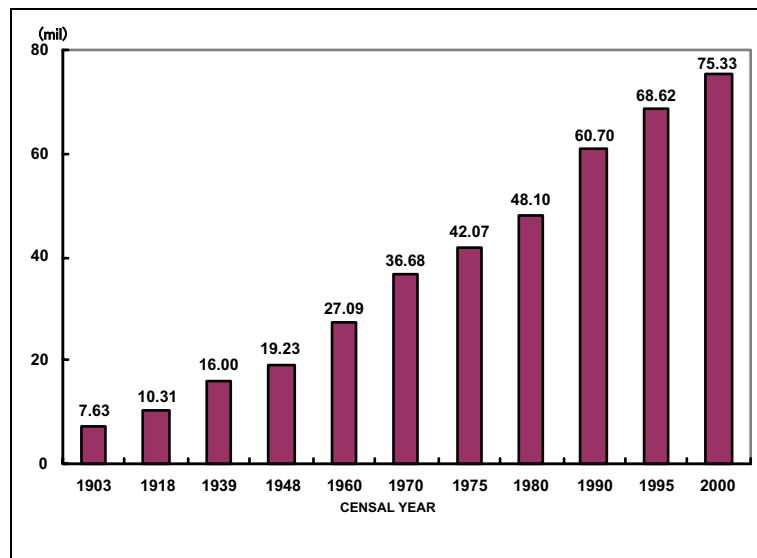
<sup>4)</sup> UNFPA・UNICEF・UNDP 及びフィリピン政府統計局の資料をもとにして作成したものである。また、基本統計の資料としては、フィリピン国家統計局による国勢調査に基づく（1990 年までは 10 年毎、1995 年からは 5 年ごとに実施）。人口動態統計は人口登録に基づいて、出生数・死亡数・死因がとられているが、必ずしもすべてを網羅しておらず正確とはいえない。



の特徴をまとめた。

## 2-1-2 依然として高いレベルの人口増加率・出生率

2000年に実施された国勢調査の暫定報告によると、フィリピンの人口は7,350万人である。1948年の1,900万人から50年の間に約4倍近くになったこととなる(図2-1)。人口増加率は、1960年代や70年代の3%から比べると1980年代、90年代には2%台にまで下がってきてはいるものの、1995年-2000年の平均値は2.02%(2000年国勢調査暫定値)であり、これは35年間で人口が倍増することを意味しており、この人口圧力はさまざまな形で悪影響を及ぼす。この数字を、近隣の東南アジアの国々と比べても、例えば、インドネシア(1.4)、タイ(0.9)、ベトナム(1.6)、より高い数字となっている。



出所： DOH, National Demographic Health Survey 1998

図 2-1 フィリピンの人口推移

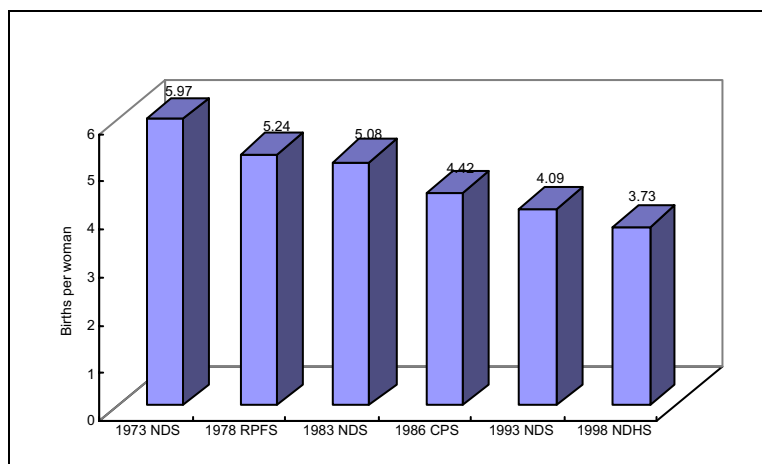
人口増加を地域別にみると、都市部への人口移動が大きいいため、その人口増加率は高く(1995年-2000年 3.7)、都市部の人口占有率は1980年の37%が、1990年に49%、1995年には54%(2000年の数値は未確定)と、年々都市に人口が集中してきている。人口移動にともない、人口増加率も地域による差がみられる。全国平均増加率より高い増加がみられた地域には、リージョンⅢ(Central Luzon)、リージョンⅣ(Southern Tagalog)、リージョンⅩ(Northern Mindanao)、リージョンⅪ(Southern Mindanao)がある。

図2-2は、1998年の全国人口保健調査(NDHS: National Demographic Health Survey)の結

---

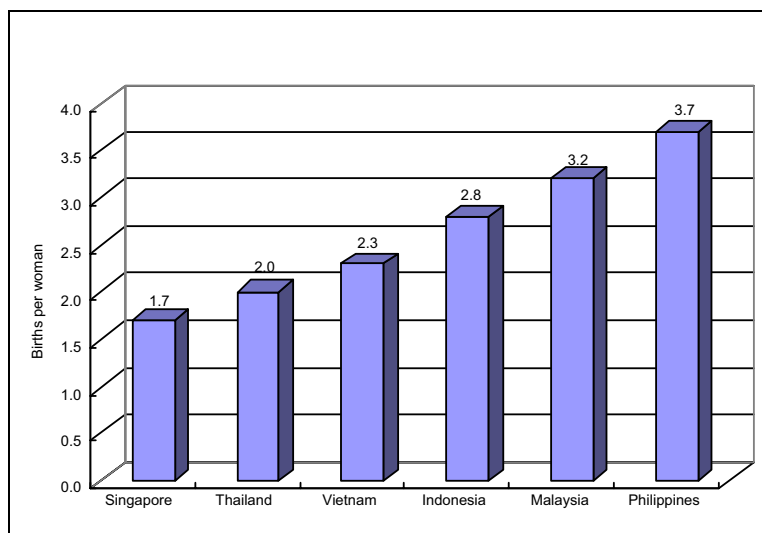
その他、USAIDが援助して国家統計局で実施されてきている人口保健に関するサンプル調査として、全国人口調査(National Demographic Survey)や全国人口保健調査(National Demographic and Health Survey)は5年ごとに1968年より進められており、貴重な情報を提供している。また1993年には、同様にUSAID、ロックフェラー財団の支援により国家統計局によって母性保護調査(Philippines National Safe Motherhood Survey)も行われている。また、保健省からは公的機関に基づく疾病データ・サービスデータが出されているが、必ずしも民間機関・非政府機関(NGO)のデータをすべて含んでいるわけではない。

果に基づく、いくつかのサンプル調査による合計特殊出生率（TFR: Total Fertility Rate、女性一人あたりが生涯に産む平均子供数）の推移である。1973年の5.97からは次第に低下しており、1998年では3.73まで下がってきている。この1973年から1998年の25年間の減少期間では、女性の平均初婚年齢は22歳から23歳でさほど変化しておらず、こうした減少は避妊実行の増加との関連があるとも指摘できる。しかしながら、この数字は、アジアの近隣諸国と比べても依然として高く、フィリピンの人口増加率の高さの大きな要因の一つとして挙げられる（図2-3）。



出所： DOH, National Demographic Health Survey 1998

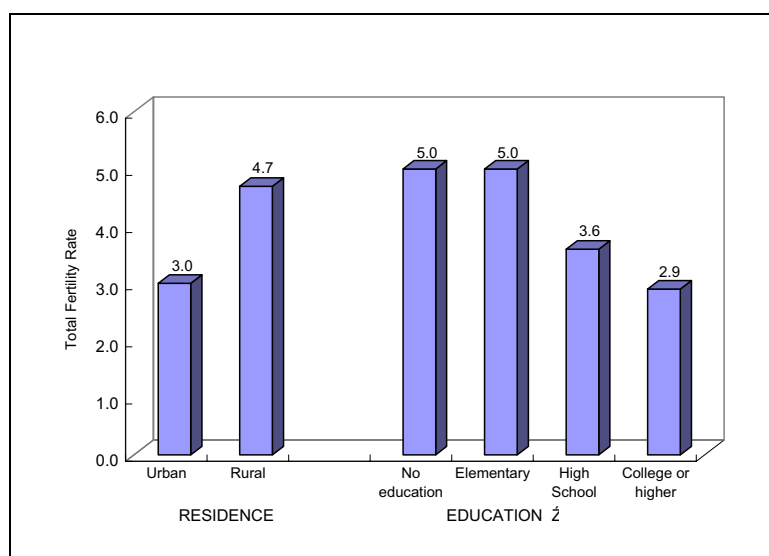
図 2-2 フィリピンの合計特殊出生率の推移



出所： DOH, National Demographic Health Survey 1998

図 2-3 アジア諸国の合計特殊出生率

出生率は、また地域や女性の教育レベル<sup>5</sup>などによって大きな差がみられる。1998年の全国人口保健調査の結果でみると（図 2-4）、合計特殊出生率は都市部の 3.0 に比して、農村部では 4.7 と高い。また、女性の教育レベルでみると、広くいわれているとおり、大学卒以上では 2.9 に対し、小学校卒あるいは無就学の場合は 5.0 となっている。また、地域的にみても、マニラ首都圏（NCR）では、2.5 と全国で最低値であるが、一方、リージョンⅧ（Eastern Visayas）は 5.9、リージョンⅤ（Bicol）は 5.5 と高い。こうした地域や教育レベルによる格差は注目に値する。



出所： DOH, National Demographic Health Survey 1998

図 2-4 地域別・教育レベル別合計特殊出生率

1998年の全国人口保健調査は、上記のような高い出生率の要因の一つとして、フィリピン女性の比較的高い「希望子供数」を挙げている。3分の1の女性が1人か2人の子供を希望しているが、残りの3分の1は3人、さらに3分の1は4人以上の子供を希望している。また、他の要因として、計画外出産がまだ多くみられる点である。全国人口保健調査調査前の5年間の出産の中で、45%は計画外の希望していなかった出産だった（27%はタイミングが良くなかった、18%は欲しくなかった）との結果が出ている。もし、この計画外出産がなければ、TFRは3.7ではなく、2.7であったかもしれないとの分析がなされている。

### 2-1-3 リプロダクティブ・ヘルス (RH: Reproductive Health) 分野の現状

保健省は、1994年カイロで開催された国際人口開発会議（ICPD: International Conference on Population and Development）の行動計画を受けて、1998年1月にリプロダクティブ・ヘルス・プログラム（Philippine Reproductive Health Program）を策定し、10項目の重要課題

<sup>5</sup> フィリピンの学制は、初等教育（Elementary School）6年、中等教育（High School）4年、短大（College）2年／大学（University）4年であり、日本などに比べて中等教育が2年間短い。

を設定している（詳細は第3章3-2-(2)参照）。こうしたRHの重点項目を踏まえつつ、主な保健指標からみたフィリピンのRHの現状について重要点を下記にとりあげてみた。

#### ①乳児死亡率にみる現状—大きい地域差

乳児死亡率は、1993年の出生1000に対して38から1998年には36へ低下している<sup>6</sup>。これは、1970年代の60から50のレベルからは改善されてきてはいるが、まだ十分とはいえない。特に、地域の格差は大きい。最も低い数値は、マニラ首都圏（NCR）とリージョンVIII（Central Visayas）の24で、全国でも高いのはリージョンVIII（Eastern Visayas）の61、そしてARMM（ムスリム・ミンダナオ自治区）の55、リージョンXIIIの53である。

こうした乳幼児死亡率に最も影響する要因として、予防接種の普及と栄養の2つが挙げられる。1998年の全国人口保健調査結果では、1993年と同じく、12か月から23か月の子供の73%はすべての予防接種を完了していた（すべての規定された予防接種とは、DPT三種混合3回、ポリオ3回、BCG1回、1歳になるまでに麻疹1回）。しかしながら、これも1歳の誕生日までに限ると65%に低下する。また地域によって接種率には格差がみられ、特にARMMでは47%と低い。

表 2-2 フィリピン全国の乳児死亡率 10大死因

順位	原因	1989-1993年平均			1994年		
		症例数	割合 (対10万)	乳児死亡率 に占める 割合	症例数	割合 (対10万)	乳児全体 に占める 割合
1	呼吸器系疾患（胎児/新生児）	5,679	3.5	15.1	5,854	3.6	15.1
2	肺炎	9,105	5.5	24.2	5,681	3.5	15.1
3	先天異常	2,104	1.3	5.6	2,890	1.8	7.7
4	下痢症	1,680	1.0	4.5	1,927	1.2	5.1
5	出産時外傷/難産	1,102	0.7	2.9	1,690	1.0	4.5
6	敗血症	1,395	0.9	3.7	844	0.5	2.2
7	脳膜炎	217	0.1	0.6	533	0.3	1.4
8	ビタミン欠乏症及びその他の栄養障害	1,807	0.7	2.9	530	0.3	1.4
9	その他の呼吸器系疾患	370	0.2	1.0	439	0.3	1.2
10	麻疹	814	0.5	2.2	348	0.2	0.9

出所： National Objectives for Health, Philippines 1999-2004

#### ②乳幼児の栄養状況

栄養の状況をみてもみると、食糧栄養研究所（FNRI: Food and Nutrition Research Institute）の調査では、低体重出生児は、1970年代の39%から1980年代の33%へと低下しているが、その後1990年代を通してさほど数字に変化がみられないと報告している（State of the Philippine Population Report 2000）。また年齢に対する体重あるいは身長に基づく調査でも、約3分の1の子供たちは何らかの栄養不良の問題を抱えていると報告されている。いくつかの調査が示すところでは、高い出生率と短い出産間隔が子供の栄養状況に悪影響を与えているとの結果が出ている。5歳未満の子供の疾患の多くは、急性呼吸器系疾患と下痢性疾患である。

<sup>6</sup> また、5歳未満児死亡率も、1988-92年の期間の出生1000に対して54から、1993-97年の期間の48へ低下している。

### ③妊産婦死亡率にみる現状—高いハイリスク出産

フィリピンでは、妊娠・出産に関して、毎日（24時間ごとに）10人の女性が死亡している。妊産婦死亡率（MMR: Maternal Mortality Rate）は、WHOの定義では「女性が妊娠期間中、あるいは出産後42日以内に、妊娠やその管理に関わる原因やそれによって引き起こされた原因によって死亡した場合」とあるが、実際には正確な数字を取ることはサンプル調査でも人口動態統計でも難しい。フィリピンの妊産婦死亡率は1993年の全国人口保健調査では出生10万に対して209、1998年には172に低下している。しかし、地域格差は大きい。ARMM・リージョンXIII・リージョンVは他の地域とくらべても高い。

妊産婦死亡数は、フィリピン全体の死亡数からすると、1%以下である。しかし、15歳から49歳の再生産年齢女性の死亡の14%を占めている点は注目に値すると『フィリピン人口白書2000』では強調している。1998年の調査によると、60%を超える妊娠がハイリスクであったと報告されている。妊産婦死亡の重要な要因としては、妊産婦の健康及び栄養状態、年齢（18歳以下、35歳以上）、出産回数及び出産間隔が挙げられている。妊産婦の44%近くが貧血状況であるとの報告も出ている（食糧栄養研究所：1993年）。保健省の報告では、妊産婦死亡の主な原因は、出血、高血圧、敗血症及び感染症による合併症、分娩異常、中絶による合併症が挙げられている。

1998年の全国人口保健調査の結果では、妊娠・出産に関わる母性保護に関する現状について下記のような報告が出されており、女性の健康に関してまだ改善の余地が残されている。

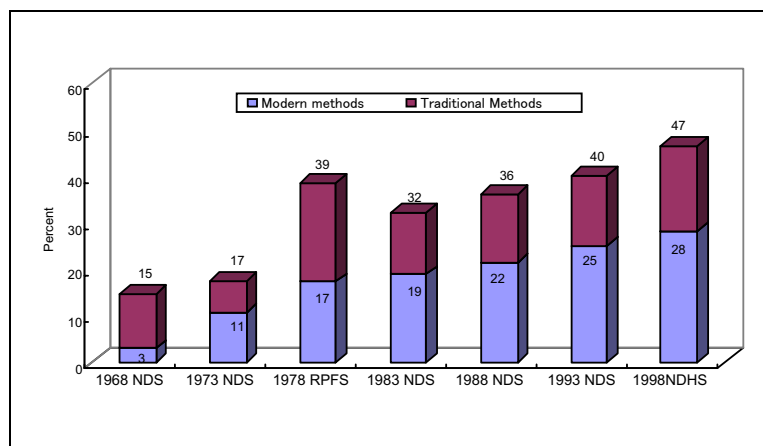
- 最低3回の妊産婦検診を受けている妊産婦は77%のみであり、そのうち半分は最初の妊娠3か月間である。
- 妊産婦の75%のみが鉄分の補助剤の支給を受けており、57%のみがヨウ素、33%のみが破傷風の予防接種を受けている。また、33%のみが妊娠に関わる危険な兆候についての情報を得ている。
- 出産時に保健スタッフが立会う割合は56%であり、他は、伝統的助産婦、家族、あるいは立会いなしである。
- 全国平均で66%近い出産は自宅で行われ、地域別にみると大きな格差が存在する。マニラ首都圏では92%の出産に保健スタッフが立会い、72%は施設分娩であるが、ARMMでは、14%のみが保健スタッフの立会いによるもので、施設分娩は6%のみである。
- 産後健診を受けている女性は59%のみである。

妊娠中絶は、妊産婦死亡の4番目の原因となっており、それは後述する望まない妊娠の結果引き起こされるもので、家族計画の満たされていないニーズの存在にも深く関わっている。

### ④家族計画—高い満たされていないニーズ（Unmet Needs）

前述した、フィリピンにおける過去30年間の出生率の低下は、この期間の避妊実行率の上昇とも大きく関わっている。有配偶女性の避妊実行率は、図2-5にあるように、1968年の15%から1998年の47%に上昇している。しかし、フィリピンでは伝統的避妊法の実行率がつねに

高く、近代的避妊法のみで見ると、1968年3%から1998年28%までの増加にとどまっている。1998年の全国人口保健調査では、避妊法として、女性の不妊手術とピルが最も実行率が高く（ともに10%）、次に性交中断・リズム法（ともに9%）、IUD（4%）、注射法とコンドーム（それぞれ2%）となっている。1993年の調査と比較すると、注射法と伝統的避妊法の増加がみられ、不妊手術の率が低下している。



出所： DOH, 各年 National Demographic Survey、 National Demographic Health Survey

図 2-5 避妊実行率

1998年の全国人口保健調査により、地域的にみると、都市部では避妊実行率は51%、農村部では42%である。避妊法をみると、都市部では、女性の不妊手術がもっとも高く（13%）、次はピル（11%）、一方、農村部では、もっとも高いのはピル（9%）、そして性交中断（8%）、リズム法や禁欲など（8%）となっている。また、女性の教育レベルによる差異もみられ、大学卒以上の教育レベルでは50%（近代的避妊法では30%）、しかし、無就学では15%（9%）である。

全国の行政地域別にみると、最高値のリージョンXI（Southern Mindanao）、リージョンIII（Central Luzon）の55%から、ARMMの16%と大きな差がある。近代的避妊法だけでは、リージョンII（Cagayan Valley）が39%、そしてリージョンXI（36%）、リージョンIII（35%）である。

避妊法や避妊具の入手先についての知識は、非常に高いレベルである。1998年の全国人口保健調査では、99%の女性（有配偶女性15歳から49歳）がどれか一つの避妊法を認識しており、90%以上がピル、IUD、コンドーム、女性の不妊手術について認識していた。1998年には1993年と比べて、注射法についての認識が54%から89%への増加している。しかしながら、こうした知識に関わらず、依然として家族計画に対する「満たされないニーズ（Unmet Needs）」がみられる。1998年の全国人口保健調査では、妊娠可能年齢の有配偶女性の9%は妊娠を先に延ばしたいと思っており、また11%はこれ以上子供はいらないと考えているにも関わらず、避妊は実行していない。こうした「満たされないニーズ」にはいろいろな要因が考えられるが、避

妊を実行していない理由として、「副作用の恐れ」を上げる女性が多く、情報の不足や質の高い家族計画サービスへのアクセスがないということが大きな原因として考えられる。

1998年の全国人口保健調査によれば、72%の女性は公的な機関で家族計画サービス（近代的な避妊法）を受けており、その他民間の医療機関は26%である。公的な機関の中では、政府系病院が23%、町・市保健所（RHU: Rural Health Unit）が23%であり、末端のバランガイ保健所（BHS: Barangay Health Station）でのサービスは24%と全体の約4分の1を占めている。

20%にのぼる「満たされないニーズ」の存在は、結果的に計画外の望まない妊娠につながり、家族計画プログラムの大きな課題となっている。多くの場合、こうした望まない妊娠は、人工妊娠中絶につながる。フィリピンの法律では、人工妊娠中絶は非合法であり、その実態はつかみにくい。しかし、フィリピン人口白書2000によれば、保健省やフィリピン大学人口研究所（University of the Philippines Population Institute）・フィリピン産科婦人科学会の調査結果に基づき、年間、推計32万から40万の人口妊娠中絶があり、100の妊娠に対し推計16の妊娠中絶が行われているとしている。その結果、1994年の保健省のレポートでは、妊産婦死亡の12%（女性の死因の第4位）は人口妊娠中絶によるとしている。これを受けて、保健省では、RH政策の10項目の中に、妊娠中絶後のケアの必要性をとりあげている。

#### ⑤その他のRHの課題

これまで述べてきた課題のほかにも、フィリピンのRH分野の課題は多い。例えば、性感染症（STD: Sexually Transmitted Disease）・HIV/AIDS、思春期のRHの問題、男性の巻き込みの問題、女性・子供への暴力、また、増加しつつある生殖器系がんの予防などである。HIVの感染は、タイ・カンボジア・ミャンマーといった他の東南アジアの国々と比べるとまだ比較的低い（1999年の推計で成人の0.07%<sup>7</sup>）が、性感染症は特に性産業従事者の間で高いと報告されており、今後のHIV感染者の増加が危ぶまれる。

思春期のRHの問題は、最近重要な課題として取り上げられつつある。1995年の国勢調査によれば、フィリピンの10-19歳人口は全体の23%、15-24歳人口は全体の20%を占め、さらに14歳以下の人口は全体の38%であった。すなわち、今後かなり大きな人口グループが生殖期年齢を過ぎていくことを示しており、この影響は大きい。さらに、フィリピン大学人口研究所の思春期の性についての調査（1995年）では、15歳から24歳の若者のうち、180万人の男性、67万人の女性がすでに性的な経験があるとされており、さらに、1998年の全国人口保健調査においても5人に1人の女性が19歳までに結婚している。こうした若者は、多くの場合望まない妊娠や性感染症、中絶というリスクを抱えているにも関わらず、思春期の若者への対応（特に家族計画）には反対や難しい面が多く、現行の保健システムでは十分なカウンセリングやサービスが提供されているわけではない。

さらに、家族計画をはじめRH分野への男性の巻き込み、そして男性自身のRHニーズへの対

<sup>7</sup> UNAIDS, Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually transmitted infections, Philippines, 2000 updateによる。

応 (Unmet Needs は女性の 2 倍といわれている<sup>8)</sup>、さらに女性や子供への暴力への対応などが課題として挙げられている。

#### 2-1-4 疾病構造や死因にみる現状

表 2-2 から 2-4 は、フィリピン国民の健康状況を表す基本統計である。1995 年の全国の 10 大死因をみると、第 1 位が心臓病、第 2 位が血管系疾患、第 3 位が肺炎、第 4 位が悪性腫瘍、第 5 位が結核となっている。肺炎は 1980 年代の後半には 1 位を占めていて、1991 年では 2 位であった。次第に、典型的な開発途上国型の疾病構造から、先進国型の生活習慣病へと変わりつつある。1997 年の 10 大疾患をみると、第 1 位は下痢症、第 2 位は肺炎、第 3 位は気管支炎であり、以下、インフルエンザ、肺結核/呼吸器系疾患となっており、感染症が依然として高い。保健省は、このことを大きな課題としている。また、都市部と農村部、特に離島や僻地、都市部のスラム地域と富裕層居住区域との保健状況にも大きな差がみられる。さらに質の高い保健サービスへのアクセスの面でも、家族計画サービス同様に地域格差が大きい。

表 2-3 フィリピン全国の 10 大疾患 (1997 年)

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

出所： National Objectives for Health, Philippines 1999-2004

表 2-4 フィリピン全国の 10 大死亡疾患 (1995 年)

順位	原因	実数	対：10 万人
1	心臓病	50,252	73.2
2	血管系疾患	38,592	56.2
3	肺炎	33,637	49.0
4	悪性腫瘍	28,487	41.5
5	結核 (すべての種類)	27,052	39.4
6	事故	15,786	23.0
7	慢性閉塞性肺疾患	11,309	16.5
8	その他の呼吸器系疾患	6,747	9.8
9	糖尿病	6,724	9.8
10	下痢性疾患	5,552	8.1

出所： National Objectives for Health, Philippines 1999-2004

<sup>8</sup> 『フィリピン人口白書 2000』による。



## 2-1-5 リージョンⅢの概況

JICAにおけるRH分野の主な協力対象地域である、リージョンⅢ（Central Luzon）の保健医療指数について簡単に概観する。リージョンⅢは人口779.7万人で、Bataan州（55.8万人）、Bulacan州（223.0万人）、Nueva Ecija州（161.4万人）、Pampanga州（148.4万人）、Tarlac州（104.5万人）、Zambales州（42.9万人）の6州と、Angeles市（24.3万人）、Olongapo市（19.4万人）の2市からなる（以上、2000年国勢調査暫定値）。リージョンⅢはマニラ首都圏のベッドタウン化と企業などの進出により流入人口が多く、人口増加率は2.55で、全国で2番目に高い<sup>9</sup>地域である。

RHに関する主な指標を、1994年の国際人口開発会議（ICPD）で提示された最低目標及びフィリピンの全国平均と比べる（表2-5）と、「避妊実行率」は全国平均よりも高いが、ICPDで示された最低目標よりも低い。「出産時に保健ワーカーが立ち会う割合」・「乳児死亡率」・「出産前の保健スタッフによるケア」・「出産後の保健スタッフによるケア」等は全国平均よりもかなり良好で、母子保健の普及状態がよいことを示している。一方、「理想子供数」は全国平均とほぼ同じで、「母乳授乳実行率」は全国平均よりやや低い。「成人女性の識字率」はリージョンⅢにおいては96.1%とICPD最低目標の50%よりもはるかに高い<sup>10</sup>。

表 2-5 主なRH指標

主な指標	ICPDの最低目標	フィリピン全国	リージョンⅢ
出産時に保健スタッフが立ち会う割合(%)	60	56.4	84.3
再生産年齢女性の避妊実行率*1	55	46.5	54.8
乳児死亡率(1000出生当り)	50	36.0	28.7
出産前の保健スタッフによるケア	—	85.7	92.7
出産後の保健スタッフによるケア	—	41.4	57.4
母乳授乳実行率	—	88.0	84.3
理想子供数	—	3.2	3.3
成人女性の識字率*2	50	94.0	96.1

出所： フィリピンのデータはNational Demographic Health Survey 1998 (DOH) による。

\*1は2000 Family Planning Survey (National Statistics Office) による。

\*2は『2000年フィリピン統計年鑑』による。フィリピンのデータは1994年の10-64歳を対象としたもの。

主な避妊法をみると（表2-6）、「近代的手法」が全国で32.3%、リージョンⅢで37.2%とほぼ同じ割合である。一方、「伝統的手法」は全国で14.7%、リージョンⅢで17.7%とリージョンⅢの方が高い。近代的手法の中では、リージョンⅢは「女性の不妊手術」が最も多く、次が「ピル」となっているが、全国ではこの順位が逆転している。伝統的手法では、リージョンⅢでは「性交中断」が最も多く、次が「カレンダー・リズム」となっているが、全国ではこの順位が逆転している。

リージョンⅢのRHの状況は、全般にICPD目標値をクリアしているが、避妊実行率と避妊手法についてはまだ改善の余地があるといえる。

<sup>9</sup> 1位は、マニラ首都圏のすぐ南に位置するリージョンⅥである。

<sup>10</sup> 「世界銀行（1996）」によれば、フィリピンの女性の識字率は1995年で94%である（インドネシアは77%、タイは92%、マレーシアは78%、中国は73%）。

表 2-6 主な避妊法

地域	全手法計	近代的手法								伝統的手法				避妊なし	合計
		近代的 手法計	ピル	IUD	注射 法	コン ドーム	女性 の不 妊手 術	男性 の不 妊手 術	LAM	伝 統 的 手 法 計	リ ズ ム	カ レ ン ダ ー ・ 性 交 中 断	そ の 他		
全国	47.0	32.3	13.7	3.3	2.5	1.3	10.6	0.2	0.5	14.7	9.5	4.8	0.4	53.0	100.0
リージョンIII	54.9	37.2	14.1	0.9	1.9	1.5	18.0	0.3	0.5	17.7	6.4	11.2	0.2	45.1	100.0

出所： 2000 Family Planning Survey (National Statistics Office)。

注：サンプル調査で、サンプル数は全国の女性 11,031 人、リージョン III の女性 1,105 人。

## 2-2 政治・経済・社会的背景

### 2-2-1 政治的背景

フィリピンにおいて RH 分野の政策をみる上で、決定的な要因として考慮しなければならないのが、歴代大統領の人口政策である。以下にマルコス政権以降の歴代大統領の人口政策の変遷をまとめる。なお、人口・健康に関する世界の動きとフィリピン政府の政策の変遷については、章末の表 2-8 も参照されたい。

#### (1) マルコス政権

フィリピンにおける人口政策は、世界的変化に応じて変遷の道をたどってきている。しかし、国民の 80%以上がカトリック教徒である同国では、開発の大きな課題である貧困への対応と人口政策をめぐる宗教的干渉の間でも曲折を重ねてきている。

1960 年にスタートしたマルコス政権は「大統領直轄の人口委員会」を設置し、それを中心に積極的な人口政策を展開した。アジアにおいては、日本が戦後の復員とベビーブームで膨張した過剰人口を 1950 年代から 1960 年代のわずか 10 年間で「多産多死」から「少産少死」へと人口転換をなし遂げ、経済成長への道程を歩んだ経験は、その後、台湾・韓国・シンガポールなどの「新興工業経済地域 (NIES)」に伝搬し、さらに ASEAN 諸国へと波及し、1960 年代の終わりから 1970 年代初めにかけてアジア各国の経済的離陸の礎となっている。

その中でフィリピンは土地政策の不毛が社会の格差を生み、同時に避妊に不寛容なカトリック国という宗教的背景が、アジア諸国の中でも人口政策の立ち遅れをもたらし、経済自立への足取りを重くしたといわれる。それでもマルコス政権下では人口委員会の指導の下で、世代に応じた人口プログラム—家族計画プログラム、それに関わる人材養成プログラム、広報教育プログラムが推進されてきている。またアメリカの協力の下で、1976 年から 1988 年の長期にわたって地域における家族計画サービス推進のために、アウトリーチ・プログラム<sup>11</sup>を人口委員会が全国規模で実施し、ピルやコンドームなどの普及活動が展開されている。

こうした中で日本も 1970 年代の半ばから家族計画機材の供与活動を実施し、1980 年代初めからは研修員受入れ・専門家派遣・機材供与からなる「プロ技」が導入されるに至っている。

<sup>11</sup> 保健ワーカーが地域に出掛けて行ってサービスを提供するプログラム。

## (2) アキノ政権

1986年、マルコス長期独裁政権を「ピープルズ・パワー」で倒して登場したアキノ政権は、カトリック教会との深い連携の下にフィリピンの人口政策を転換させることとなった。アキノ大統領と女性活動を通じて長い交友関係にあり、プロライフ（生命至上主義）に近いといわれたタベラ社会福祉事業大臣は、就任早々「過去15年間にわたるフィリピンの人口政策は失敗であった」と述べ、「教会を巻き込んだ政策でなければ成功しない。」と表明した。

1987年に発効した新憲法（アキノ憲法）は、1973年憲法の条文にあった「適正規模人口の維持政策」を削除するとともに、新憲法の前文には非核兵器政策と並んで「受胎時からの胎児の生命保護」を掲げ、人間の生命は受胎した瞬間から尊重されなければならないとの考えを盛り込んだ。同年5月に打ち出された新しい人口政策は、人口増加率の低下を目指した旧来の人口政策に替え、「公正で人道的な社会における人間生活の質の向上」を謳っている。

また、マルコス時代に主導権を発揮した人口委員会の権限を縮小して、実施機関から調整機関に格下げし、家族計画サービスの実施は保健省と民間機関に移す措置をとった。こうしてフィリピンにおける人口政策の主役を務めた人口委員会は長き「冬の時代」を迎える。

## (3) ラモス政権

1992年7月にフィリピン初のプロテスタントの大統領であるラモス政権が発足し、アキノ政権下で停滞した人口・家族計画に再び積極的な行政の光が当てられることになった。特に、治安の回復や政治的対立を克服し、基礎固めが終わった政権の後半（1996年）には、大統領をはじめ関係閣僚の共同署名の形で新人口計画（PPMP: Philippine Population Management Programme）が策定され、政府全体として人口問題を重要な開発課題として取り組む姿勢を明らかにした。

1994年の国際人口開発会議（カイロ会議）の行動計画も踏まえ、新人口計画はすべての結婚したカップルが家族計画の情報やサービスにアクセスできることを目標に、a) 母子保健を重視した家族の福祉の向上、b) 選択の自由、を謳っているが、カトリック教会への配慮も見せ、c) 家族の連帯と親としての責任、も強調したものとなっている。

また、地方間の社会・文化的多様性を尊重し、住民の参加と協議に基づくアプローチ、人々のエンパワーメント、官民の協調などを掲げている。

## (4) エストラダ政権からアロヨ政権へ

ラモス大統領のあとを受け、貧困層の圧倒的支持を得て1998年に選出されたエストラダ大統領であったが、さまざまな政商がらみの汚職事件と無為無策のもと、マルコス政権と同様、「ピープルズ・パワーⅡ」によって2001年1月に失脚し、アロヨ大統領の登場となったのはまだ記憶に新しい。今、アロヨ大統領がカトリック勢力と人口政策との関係をどう折り合いをつけるかが内外の注目を集めている。敬虔なカトリック教徒であったアキノ大統領が圧倒的な教会勢力を背景に、マルコス大統領が進めてきた人口増加抑制政策にブレーキをかけたように、ラモス・エストラダ時代に復活した積極的な人口政策を、アロヨ大統領が再びカトリックの

規律の中に閉じ込めるのではないかとの憶測が関係者のなかに強かった。

しかし、アロヨ大統領は就任早々、第1回アジア・太平洋リプロダクティブ・ヘルス会議（フィリピン人口・健康・福祉に関する NGO 協議会主催）において行った初演説（2000年2月15日）は、多くの予想を覆して RH 分野の関係者を感激させるものであった。「私はフィリピン政府が RH 政策に力を注ぐことを約束します。自然法だけでない避妊法を支援します。」と述べた時、会場を埋め尽くした多くの女性たちは大きな拍手をもって迎えた。日本からの出席者は報告している。

この大統領演説について、本調査団が面会した人口委員会の Tomas M. Osias 委員長は、アロヨ大統領とのこれまでの親密な協力関係を強調し、人口委員会が演説草稿を作った事実を明らかにしており、新政権の登場によって人口委員会が再び昔日の影響力を取り戻すことに強い期待を寄せているようである。

しかし、アロヨ大統領の演説を子細に検討すると、同大統領はフィリピンにおける人口関係者の異なる立場に細心の意を払い、人口政策をめぐる対立が表面化しないための用意周到な配慮が読み取れる。大統領は「乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の低下、サービスを必要とする人に対する RH サービスの提供、教育、女性のエンパワーメント、そして究極的には人間を開発の中心に据えることが私の最初の中心的信条であり、新政権が重きを置いている『貧困の削減』につながる目標である。」と強調した。

しかし、同時に、同大統領はこうした目標を達成するには「フィリピンの文化と価値観、男女の平等を尊敬する人口政策・RH 政策を採らなければならない。」と述べた。「フィリピンの文化と価値観」という表現がカトリックに基づくものであることは自明である。また同会議に出席した各国 NGO からの参加者は大統領が「近代的避妊法を採用する」と宣言したことを、従来「自然法」しか認めてこなかったカトリック教会からの離脱として評価している。しかし、これもその前に「フィリピン独自の社会的文脈に適用しつつ」という前提条件を付しているほか、「もっと信頼できる自然法の開発」への努力も強調している。

このように、アロヨ政権はフィリピンの伝統的なカトリシズムとカイロ会議で打ち出された RH 間のバランスに配慮し、人口政策をめぐる国内対立の回避に腐心しているように見える。新大統領就任後、保健省新長官の任命に1か月以上を要した上に、新長官が家族計画に対して保守的な考えを持つ人物であるという事実は、RH 分野のこれからの運命を暗示するという観測も出ていた。しかしながら、本調査団が保健省次官と協議を行った2月20日には新長官の就任式があり、参列した幹部職員によれば、新長官は既定路線の続行を表明し、特に家族計画に関して否定的な立場は取らなかったとのことである。アロヨ政権の今後の具体的な政策展開に注意を払うことが必要である。

## 2-2-2 経済的背景

1997年7月以降のアジア経済危機はフィリピンにも波及し、その影響はペソの大幅な下落、

財政収支の悪化、直接投資の伸び悩みなどをもたらしたが、しかし、一方、フィリピンは、タイ・インドネシア・マレーシアといった他の ASEAN 諸国と比べると、経済危機の打撃は少なかった。その理由としては、アジア経済危機発生を引き金となった短期資金の流出については、他の ASEAN 諸国と比べるとフィリピンの経済開発が遅れていたため、そもそもあまり外資が導入されていなかったことから流出量が相対的に少なくすんだだけのことであり、フィリピンの経済そのものが健全であったわけではない。また、国外での出稼ぎ労働者からの送金が、重要な外貨獲得源となっている点も指摘されている。

フィリピンでは、自然災害などのもたらす経済面での影響も含め、今後の課題は、持続的な経済成長の確保と、貧困緩和、特に地域格差の是正が重要である。

### 2-2-3 社会的・文化的背景

フィリピンにおける RH 分野を考える上では、フィリピン国内の社会的・文化的背景を知ることが必要である。

#### (1) カトリック教会の影響力

フィリピンはカトリック教徒が国民の 8 割以上を占め、他に少数のプロテスタント教徒、イスラム教徒などがある。前述したように、カトリック教会が政治に介入する度合いは非常に高く、特に家族計画に関してはカトリック教会の発言や介入の度合いにより政府の政策や施策が左右される場合が多い。他方、知識階級・中産階級や都市住民の間においては、カトリック教会の立場とは無関係に避妊が実行されており、家族計画に関する情報・サービスが特に必要であるのは貧困層や社会的に疎外されたグループであるとの指摘もある。

#### (2) 高い就学率と欧米的風習

文化的な背景の一面として、フィリピンにおいては、他の開発途上国に比べて就学率、特に、女子の就学率が高く（2000 年国勢調査暫定値：初等教育（6 年）就学率 113%、中等教育（4 年）就学率 78%）、それが女性の社会進出を容易にしているという事実がある。多くの分野で女性の活躍が目立ち、特に社会開発分野は女性に活躍の場を提供しているといっても過言ではない。さらに、キリスト教や欧米風の考え方の影響を受け、積極的な発言をすることに慣れており、発表や説明をする場合実に堂々としている<sup>12</sup>。また、ボランティア活動に参加する女性の割合も高い。しかし、依然として男性優位主義（マッチョ文化）が根強く残っているため、ジェンダー差別や女性に対する暴力（Domestic Violence）がみられ、RH の観点から解決すべき問題は多い。

#### (3) 活発な NGO

カトリックと欧米的な考え方の影響から、フィリピンには多種多様な NGO が活動し、貴重な社会資源となっている。これらの NGO が大都市部から地域社会まで様々な分野で社会サービス

<sup>12</sup> ここで留意しなければならないのは発表・説明が上手であることが、直ちに活動の実施能力が高いということに結びつかないということである。

を提供している。法律的にも、フィリピン憲法第2条・第13条にNGOの役割を重視することが規定されており、さらに地方自治法でも地方政府におけるNGOの役割や地方政府との関係、地方レベルでの開発委員会にはNGOの構成員としての参加が明記されている。社会開発関係だけでも6千を超えるNGOがあるといわれている。フィリピンのNGOの多くは、慈善団体というよりも日本の特定非営利活動法人のイメージに近く、専任のスタッフがおり、自らの活動で収入を得ているようなところも少なくない。

RH分野においてもNGOは多数あり、それぞれが多岐にわたる活動をしている(表2-7)。しかしこれらのNGOの多くはマニラ首都圏で活動しており、地方での活動は十分ではない。また、NGO間のネットワークも十分に育っておらず、地方の脆弱な団体の自立発展の面での課題は多い。そのため、最近ドナーの中では、個別のNGOへの直接支援ではなく、NGO連合体への支援や地方政府と連携しているNGOへの支援を進める傾向が出てきている。その代表的な連合体がフィリピンNGO協議会で、主要なRH分野の主要な65団体を束ねている。

表 2-7 RH分野で活躍するNGOの活動内容

	マニラ首都圏	ルソン	ビサヤ	ミンダナオ
計	70 団体	21 団体	22 団体	38 団体
能力開発・向上	54	13	11	32
リソース・センター／マネージメント	12	4	8	14
出版／IEC	44	12	8	15
地域組織づくり、住民参加	40	9	11	27
ケア・サポートクリニック、他のサービス	25	9	11	12
収入創出	3	3	4	1
ネットワーキング・アドボカシー	44	11	13	33
調査	22	4	5	7
農村開発	2	0	0	1
資金調達・持続・自立	11	3	2	8

出所： POPCOM, State of the Philippine Population Report 2000, January 2001

## 2-2-4 地方分権化と保健省の弱体化

フィリピンにおけるRH分野の活動を評価する上で、背景として考慮しなければならないのは、アキノ政権下で家族計画プログラムの策定権限が人口委員会から保健省へ委譲(1988年)されたことと、新地方自治法(3-1参照)に基づいて1990年代に地方分権化が押し進められたこと、さらに、エストラダ政権下で「保健セクター改革」が推進されたことである。

マルコス政権下に決定的な影響力を持っていた人口委員会の弱体化と保健省の権限の地方政府への委譲によって、保健省の業務は現在のところ政策策定・調査・評価などに限定されており、保健行政の実施は地方政府首長の政治的判断と予算の有無等に依存することとなり、不確定要素の多いものとなった。

保健省の人員が地方に分散し、予算も大幅に削減されたことから、保健省職員の地方転勤に

反対する訴訟も起こされており、保健行政の地方分権化の見直しを唱える声は根強く残っており、現場はなお不安定な状況である。

2001年5月14日には上院の半数と下院・地方政府首長の総選挙が予定されており、国政・地方行政の面からRH分野が促進されるか否かを注目する必要がある。

フィリピンの政治の特徴のひとつとして、旧宗主国であるスペインとアメリカの影響による「ボス政治」の風土と猟官制により、特に地方政府レベルでは首長による恣意的な予算執行が行われることが多く、ドナーとしては、地方政府の統治能力を注視する必要がある。

表 2-8 人口・健康に関する世界・フィリピン政府の動向と JICA・他ドナーの協力実績

年代	世界の動向	政権・人口政策	JICA の協力	年 度	受入/派遣実績			他ドナーの協力
					専	協	研	
1970	1974 世界人口会議開催 (ブカレスト)	1970 第 2 次マルコス政権 (第 1 次 1960-) 1976 アウトリーチプロジェクト開始 (-1988)	1974 家族計画機材供与開始 (-1979) 1979 家族計画機材供与 (-1981)					72 UNFPA「援助プログラム」開始 76 USAID アウトリーチプロジェクト援助開始 (-88)
1980	1984 国際人口会議開催 (メキシコシティ) 1987 国連人口活動信託基金が国連人口基金に改称 1988 トロントサミット開催 1989 ベルリンの壁崩壊	1981 第 3 次マルコス政権 1983 ベニグノ・アキノ元上院議員暗殺を期に反政府運動が高まる 1986 アキノ政権発足 1987 新憲法発効 1987 国軍右派によるクーデター未遂事件が続発し政局が不安定化 1987 新人口政策発効 (5 月)	1981 家族計画プロジェクトプロ技へ移行 (-1986) 1986 家族計画プロジェクトプロ技延長 (-1989)					86 CIDA「EPI 支援プロジェクト」(-93) 88 CIDA「EPI 研究所と大学の連携強化、コミュニティの自立性強化のための援助」(-93) 89 GTZ「病院機器保守管理プロジェクト」・「保健医療情報管理システムプログラム」(共に 98 終了) 89 イタリア「保健省の援助」(-93)
1990	1990 湾岸戦争勃発 1992 第四回アジア太平洋人口会議 1993 日米コモンアジェンダ (7 月)	90 バギオ地震 91 ピナツボ火山噴火 92 新地方自治法施行 (1 月) 92 ラモス政権発足 (6 月)	1992 プロ技「家族計画・母子保健プロジェクト (I)」開始 (-1997)					90 AusAID「国家医薬品政策プロジェクト」(-97)、「母子保健サービスプロジェクト」(-95) 92 WHO「エイズ予防と対策のプログラム・マネジメント」・「CBR の開発」(-93) 92 イタリア「グラナダ財団の援助」(-94) 93 AusAID「都市部保健・栄養プロジェクト」(-98)
1990	1994「人口・エイズに		1994 現地国内					94 UNFPA「RH 及び FP



年代	世界の動向	政権・人口政策	JICAの協力	年度	受入/派遣実績			他ドナーの協力
					専	協	研	
1994 1997 1998 1999	<p>関する地球規模の問題イニシアティブ(GII)」 (1994.2-2001.3) 1994 国際人口開発会議(ICPD)開催(カイロ)(9月)</p>		<p>研修「家庭福祉にかかる開発と女性」開始(-1998) 1994 青年海外協力隊「家族計画・母子保健フロントライン計画」開始(-1997)</p>	95	2		<p>サービス拡大活動、人口政策の策定等」(-98) 94 UNICEF「子供のための協力プログラム」 94 USAID「保健医療プログラム(RHのアクセス向上、EPI、HIV/AIDSプログラム等)」(-2000)</p>	
			<p>1996 新人口計画策定(2月)</p>					<p>1996 単独機材供与「人口家族特別機材供与」開始 (UNFPA マルチ・バイ) (-1999)</p>
	<p>1997 アジア経済危機</p>	<p>1997 ペソ相場が急落(7月)</p>	<p>1997 プロ技「家族計画・母子保健プロジェクト(II)」開始(-2002)</p>	97	3			
		<p>1998 エストラダ政権発足(6月)</p>	<p>1998 青年海外協力隊「家族計画・母子保健フロントライン計画F-II」開始(-2002)</p>	98	2		<p>98 UNDPと日本政府間でマルチバイ枠組み合意</p>	
		<p>1999 人口と開発に関する国連特別総会開催</p>	<p>1999 経済協力総合調査団(3月) 1999 中期国家開発計画(1999-2004)</p>	<p>1999 無償資金協力「地域保健施設改善、機材整備計画」(-2001) 1999 開発福祉支援「包括的リプロダクティブ・ヘルス促進支援事業(フィリピン人口・保健・福祉NGO協議会)」(1998-1999年度)、「地域保健強化事業(フィリピン小児病院)」・「地域保健強化事業(Regina Carmeli 大学)」(共に1998-2001年度)</p>	99	2		
	2000		<p>2001 アロヨ政権発足(1月)</p>		00	5		

注：「受入/派遣実績」欄は、研：研修員、協：協力隊・シニアボランティア、専：長期専門家をそれぞれ示している。数字は年度と年度ごとの受入/派遣人数である。

### 第3章 フィリピンの人口・

### 健康セクターへの支援状況

## 第3章 フィリピンの人口・健康セクターへの支援状況

### 3-1 保健医療サービス

フィリピンの保健医療サービスは、保健省（DOH: Department of Health）が管轄している。公的医療機関及び保健医療サービスはこれまですべて保健省の中央集権体制下にあったが、新地方自治法（Local Government Code of 1991、1991年10月10日制定、1992年1月1日施行）施行後、地方政府への権限の委譲が断行され、保健省の管轄はリージョン保健局（Center for Health and Development、旧 Regional Health Office）までとなり、州（Province）／市（City）／町（Municipality）／バランガイ（Barangay）における保健サービスは各レベルの地方政府が独自に実施することとなった。

表 3-1 地方分権以後の各政府レベルの機能

機能	保健省	州	市	町
基礎的保健、プライマリーヘルスケア、EPI、母子保健、歯科、栄養、家族計画、感染症対策	①外国ドナー支援によるプログラム ②国家予算によるパイロットまたは試験的プログラム ③国際協定による保健サービス、疾病予防プログラム			①RHU ②BHS ③子供文化センター ④町妊産婦クリニック ⑤医療資材の調達
病院	メディカルセンター 地域病院 特別医療施設 医療資材の調達	州立病院 地区病院 医療資材の調達	市立病院 医療資材の調達	町病院 医療資材の調達
運営・管理サービス	リージョン保健局	州保健局 地区保健事務所	市保健局	町保健所
政策、計画、基準作り	規制・許認可機能、国家的保健計画策定	州保健計画策定	市保健計画策定	町保健計画策定

新地方自治法の施行にともない、責務・職員・施設・機材などが保健省から各地方政府へ委譲された。職員は1990年時点の保健省本庁職員約68,000人のうち、約45,000人が地方政府へ移管され、さらに2000年にも大幅な移管が実施され、現在本省職員は約1,700人にまで縮小している。この本省の縮小により、保健省本省の責務は、技術的支援が主要業務となり、さらにアドボカシー<sup>13</sup>、政策に関連する調査・評価・指導（標準・ガイドラインの設定等）のみに限定され、権限は大幅に縮小した。また実際のサービス提供は地方政府の役割となり、保健省は保健サービスを提供する現場とのつながりを失った。

地方保健医療行政組織と、各地方政府（州／市／町）レベルの保健医療行政に関する役割は表10に示すとおりである。実際の保健サービスの提供者は、市・町保健所（RHU: Rural Health Unit）と、さらにその下のバランガイ保健所（BHS: Barangay Health Station）である。RHUには医師・看護婦・水質管理者が常駐し、その他、RHUによっては歯科医やカウンセラーなどがある。またそれぞれのRHUの管轄下にBHSがあり、各BHSに助産婦が配属されている。BHS

<sup>13</sup> 鍵となる有権者の支持を得て、政策や予算に影響を与え、社会を変えていくこと。日本語の定訳はない。

の助産婦は RHU に対して週に 1 回の業務報告を行うと同時に指導を受けるなど、密接な関係がある。また、各助産婦の下にはバラングアイ保健ワーカー（BHW: Barangay Health Worker）と呼ばれるボランティア<sup>14</sup>が任命されており、多くが週 1 回程度活動している。

さらに 2000 年 9 月に保健省の機構改革があり、現在、保健省の組織は図 3-1 のようになっている。各リージョン保健局は、国内運営支援群（Sector Management Support Cluster）の下に位置付けられている。

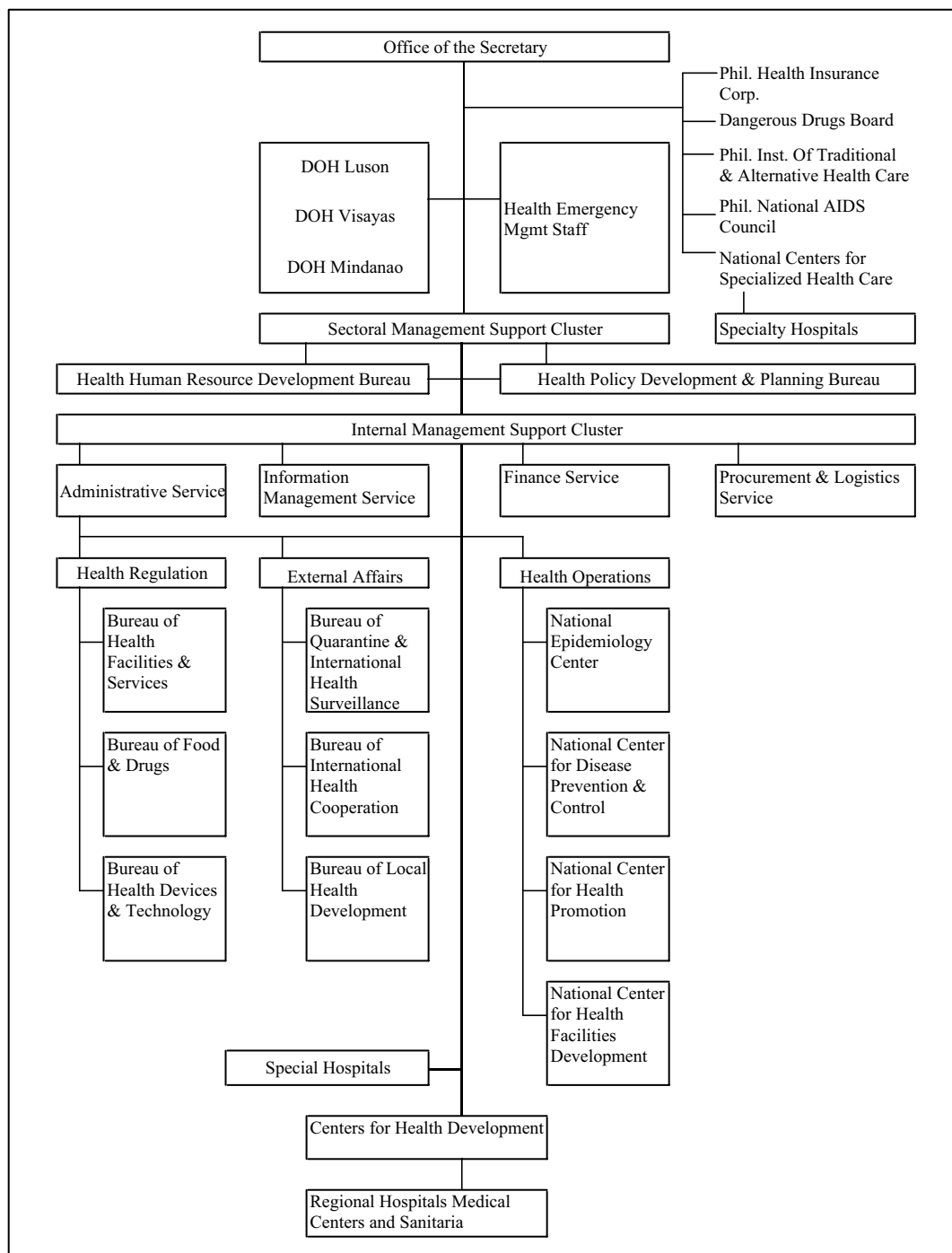


図 3-1 保健省組織図

<sup>14</sup> プロ技専門家の調査によると、約 3 分の 1 が無給、約 3 分の 2 が月 200-300 ペソの報償費を得ている。

### 3-2 保健セクター改革

#### (1) フィリピン新中期開発計画

フィリピン政府は、国造りの指針となる「新中期開発計画 (Medium-Term Philippine Development Plan(1999-2004))」を 1999 年 5 月に策定した。同計画においては、「社会的公平性をともなった持続可能な発展及び成長」を目標としている。市場経済の活用、自由化等の路線を継承しつつも、貧困（特に地方部）の削減と収入の分配の改善により、目標達成を図っている。また、そのための手段として、以下の 6 点を中心の課題として取り上げている。

- 1) 地方開発の促進（農業近代化等を中心とする地方開発の加速化）
- 2) 基礎的社会開発サービスの提供（教育、保健、福祉、住宅供給等）
- 3) 持続的インフラ開発
- 4) 競争力の強化（国際協力強化）
- 5) マクロ経済の安定確保
- 6) 統治（ガバナンス）の改革

この他、貧困対策等の公平性の確保、環境的及び生態学的な持続可能性、開発におけるエンパワーメント及びジェンダーの公平性、政府の責任と透明性の向上についても重要な指針としている。<sup>15</sup>

#### (2) RH に関する政策

1994 年の国際人口開発会議を受けて、保健省は 1998 年 1 月にリプロダクティブ・ヘルス・プログラム (Philippine Reproductive Health Program) を策定し、それまでの家族計画政策から包括的な RH 政策へと大きく転換した。RH プログラムは表 3-2 の 10 項目からなる。

表 3-2 リプロダクティブ・ヘルス・プログラムの 10 項目

①家族計画	②母子保健及び栄養
③中絶にともなう合併症の予防と処置	④生殖器官系感染症 (STD, HIV/AIDS 含む) の予防と治療
⑤性と性に関する健康についての教育と相談	⑥乳がんと生殖器官のがん、その他の婦人科疾患
⑦男性の RH	⑧思春期の RH
⑨女性への暴力	⑩不妊と性的障害の予防と治療

この 10 項目についてはそれぞれ施策の策定が進んでいるが、⑤性と性に関する健康についての教育と相談、⑦男性の RH、⑩不妊と性的障害の予防と治療、の 3 項目についてはまだ具体的な施策が打ち出されていない。

#### (3) 保健セクター改革アジェンダ (HSRA: Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004)

フィリピンは、保健指標の改善が伸び悩んでいる現状を打開するために、保健セクター改革を実施することとし、保健セクター改革アジェンダ (HSRA: Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004) を 1999 年に発表し、2000 年から実施している。

<sup>15</sup> 日本政府とフィリピン政府との政策対話(1999年3月経済協力総合調査)により、対フィリピン援助の中期的な重点援助分野・課題が以下のとおり合意された。1) 持続的成長のための経済体質の強化及び成長制約要因の克服、2) 格差の是正（基礎的生活条件の改善を含む）、3) 環境保全、4) 人材育成・制度作り（行政能力の向上と制度作りを含む）＜下線部分は本分野と関連のあるもの＞

同アジェンダでは、保健セクターの達成すべき目標（保健財政・地方保健制度・公衆衛生プログラム・病院制度・監理システムの向上と効率化）のための政策・方策が示されている。また同アジェンダでは、特に貧困層への保健サービスのアクセスの向上と各世帯の経済的負担の軽減に留意している。

同アジェンダの5つの主な改革分野は、以下のとおりである。

- ①国立病院の財政的自立
- ②優先順位の高い公的保健プログラムのための予算の確保
- ③地方保健制度の確立と効果的な実施
- ④保健サービス実施機関の能力向上
- ⑤国家健康保険プログラム（NHIP: National Health Insurance Program）の普及と国民皆保険の達成

また、同アジェンダでは、表 3-3 に示したように、2004 年までの具体的な数値目標を設定している。

表 3-3 保健セクター改革アジェンダにおける 2004 年までの目標

	1998 年現在	2004 年までの目標
合計特殊出生率	3.7	2.1
避妊実行率 (%)	47.0	70.0
乳幼児死亡率（出生千対）	35	30
妊産婦死亡率（出生 10 万対）	172	86
人口増加率 (%)	2.3	1.8

#### (4) *Sentrong Sigla* 運動

保健省は 1998 年に、地方政府とのパートナーシップによる保健サービスの向上を図る、向こう 15 年間にわたる「質の保証プログラム (QAP: Quality Assurance Program)」を打ち出した。さらにこの枠組みをもとに、2000 年に第 2 次中期計画『戦略-枠組みと計画 2000-2004 年』を発表した。同計画書によると、「質の保証プログラム」を拡大し、*Sentrong Sigla*（タガログ語で持続力の源の意）運動として発展させ、国民にとってもっとも身近な地域保健の拠点である BHS、RHU、母子保健センター (MCHC: Maternal and Child Health Center) のみならず、病院のサービスの底上げに力を注ぐこととしている。保健省は、*Sentrong Sigla* 運動の促進のために、各施設の基準作り、機材の査定・運営マニュアル、情報ツール等を整備し、各施設への徹底を図っている。*Sentrong Sigla* 運動の最も中心的戦略は、「認証／表彰プログラム」である。これは各施設を評価 8 項目（①インフラ、②サービス、③サービス提供者の態度、④保健分野の人的リソース、⑤機材、⑥医薬品等の供給、⑦保健に関する情報提供、⑧地域への関与）によって査定し、基準に達した施設を *Sentrong Sigla* 施設として認証し、現金または資材による報償金<sup>16</sup>を与えるというもので、これが各施設の職員の意欲を引き出しサービスを向上させる牽引力となっている。

<sup>16</sup> 2000 年-2004 年の報償金予算額は、157,220,000 ペソとなっている。

(5) 保健関連の国家予算

保健関連の国家予算<sup>17</sup>における支出額は1997年186億ペソであり、1991年の支出額87億ペソと比較すると52.5%の伸びとなっており、1990年代はほぼ増加傾向にある(表3-4)。財源別にみると、外国からの援助(借款と贈与)の割合が減少している。この傾向を、保健省はフィリピン政府の財政的自立が高まっていると評価する一方で、公正でより優先順位の高い公的保健サービスの縮小や実施機関の能力向上のための投入が減少すると分析している。

一方、保健省本省の支出内訳は、「一般行政費」が1993年の59%から1997年の72%へと大幅に増加する一方で、「実施/政策研究」が39%から19%へと大幅に減少しており、保健省の役割がサービス実施から監督機能だけに縮減したことを予算においても裏付けている。

地方政府(LGU: Local Government Unit)の保健分野の予算額をみると、1995年以降大幅に増加していることがわかる(表3-5)。これは権限移管にともなう財源の移管によるものである。

表 3-4 保健関連の財源別国家予算 (1991-1997)

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

出所: DOH, Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004

表 3-5 地方政府の保健関連予算 (1991-1997)

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

出所: DOH, Health Sector Reform Agenda Philippines 1999-2004

### 3-3 米国国際開発庁 (USAID) の協力実績

1999年のフィリピンにおける各ドナーの協力実績<sup>18</sup>をみると、日本が全体の73%を占め第1位、次いで世界銀行(11%)、アジア開発銀行(5%)、USAID(2%)の順となっている。アメリカ

<sup>17</sup> フィリピンの予算年度は暦年である。

<sup>18</sup> NEDA Public Investment Staff, April 2000. USAIDの数値はUS農業省の食糧援助も含んでいる。

カは 1990 年度 3 億 3 千万 US ドルを拠出していたが 1992 年度<sup>19</sup>以降激減し、2000 年度は 3 千 500 万 US ドルと、この 10 年間でほぼ 10 分の 1 の規模に縮小している。しかし、保健セクターに限ってみると、NEDA の保健分野の ODA リスト（添付資料 5）によれば、「統合家族計画/母子保健プログラム」は累計 43.6 億 US ドルで、単独では最も大きな事業となっている。

USAID は 1994 年度から成果重視の枠組み（Result Framework）という新システムを導入し、USAID としての援助重点分野を設定し、それとリンクさせる形で国別重点分野を設定し、さらにその達成度を高めるために、重点分野ごとにプログラムを設定している。同システムの枠組みは、国別・セクター別の戦略目的（SO: Strategic Objectives）の下に、SO に寄与する中間目標（IR: Intermediate Results）、さら各 IR の下に活動を設定するという形になっている。現在、USAID の対フィリピン援助の枠組みは図 3-2 のようになっている。

---

<sup>19</sup> アメリカの予算年度は、7 月 1 日から翌年 6 月 30 日まで。



USAID/PHILIPPINES RESULTS FRAMEWORK

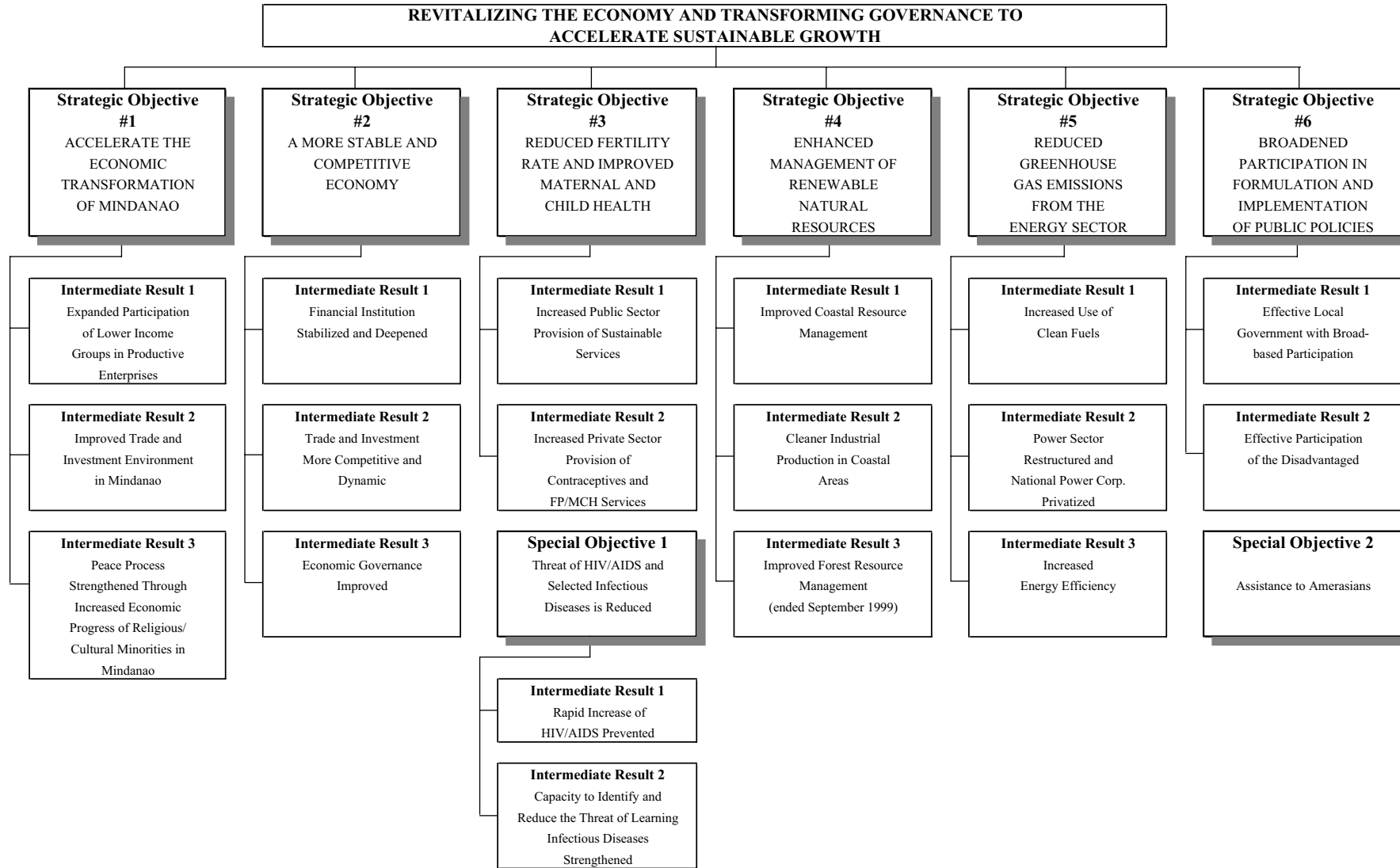


図 3-2 USAID の対フィリピン援助の枠組み

## (1) 戦略目標

USAID はフィリピンにおいて、「持続可能な成長を促進するために、経済を活性化し、ガバナンスを変革する。」という目標の下に、6 つの SO を設定している（図 3-2 参照）。人口・健康セクターに該当するものは、SO3「出生率の低下と母子保健の向上」と、第1特別目標（Sp01：Special Objectives）「HIV/AIDS 及び特定の感染症の脅威を減少させる。」である。また SO3 の下に、IR1「公的セクターによる持続可能な FP/MCH サービスの拡充」と、IR2「民間セクターによる避妊具と FP/MCH サービスの拡充」が設定されている。

## (2) SO3 の活動

SO3 においては、FP/MCH サービスを提供する公的セクター及び民間セクターの強化が主なねらいである。

### 1) 公共セクターへの支援

#### ① LPP と MGP への支援

公的セクターの支援として最も力を入れてきたのが、地方政府への支援プログラム LPP (LGU Performance Program) である。

1992 年の地方自治法施行により、保健サービスの直接の提供・実施者が地方政府へ移管される中で、保健省は、地方政府の保健サービスの実施能力の向上が必須であるとし、これに対して、USAID は、地方政府を資金と技術面で支援する LPP を 1995 年から開始した。LPP の主な目的は、FP・MCH・栄養改善によって母子の健康を向上させるというもので、主な戦略は地方政府のマネジメント能力の向上である。

また、USAID は、LPP の一環として、1999 年から MGP (Matching Grants Program) を開始した。MGP は、アメリカの NGO である MSH (Management Sciences for Health) が USAID から委託を受けて実施している。MGP は、地方政府の RH 分野のサービス提供能力を強化することを目標として、具体的には子供の予防接種、ビタミン A 補給、女性の破傷風毒素予防接種、FP に関するプログラムを実施している。

MGP は、地方政府の自主性・責任能力・持続性を高めるために、助成額の最低 25%相当額を地方政府が供出するマッチング・グラント（協調贈与）方式をとり、さらに地方政府自身が設定した年間達成目標（Annual Performance Goal または Benchmarks と呼ばれる）を達成しなければ、翌年の助成は得られないという厳しいシステムになっている。MGP に関心のある地方政府が応募し、いくつかの条件が満たされると<sup>20</sup>、助成金（12,000-15,000US ドル）が支給される仕組みとなっている。

MGP がとっている特徴的な戦略は、①地方保健行政官は保健省・NGO・民間セクターの保健サ

<sup>20</sup> 加入が可能な地方政府は、当初は人口 8 万人以上の市・町のみであったが、最近ではそれ以下でも州政府が小さな町を包括的にまとめた場合は認められるようになった。PHIC に加入するための財源を確保するか、または、少なくとも 1 か所の保健センターの整備を行い保健省の基準を満たさなければならない。

ービス提供者と協調する、②ドキュメンテーション<sup>21</sup>を実行し、成功事例については相互の技術交換を推奨する、③人口委員会により、効果と実施過程のドキュメンテーションが実施される、④サービス効果をより大きくする手法である CBMIS (Community-Based Monitoring and Information System)を活用する、である。CBMIS は地方政府自身によりプログラムの効果測定を行い、財源の有効活用のための施策の決定を行うというもので、このシステムによって地方政府のオーナーシップが高まることが期待されている。さらにCBMISによって統計データに基づく施策決定の手法が理解できるとされている。

2001年2月20日現在で、14リージョンの52の地方政府がMGPに参加しており、2001年には80の地方政府が追加される見込みであり、プログラムは2002年まで継続される予定である。

## ② 避妊具相互依存計画への支援

従来から実施していた保健省による「避妊具相互依存計画 (Contraceptive Interdependence Initiative)」への継続した支援を実施している。これはフィリピン全土に避妊具 (ピル・コンドーム・IUD等) を配布するというもので、2000年度までは必要な避妊具のすべてがUSAIDによって提供されてきた。しかし、2001年度からフィリピン政府の自立発展を促すために、必要額の一部である180万USドルのみを支援することとした。2001-2002年度は必要額が500万USドルであるの対して、USAIDは300万USドルのみを提供することとなった。

## 2) 民間セクターによるFP及び保健サービスの提供

### ① Friendly Care Foundation Inc. (FCFI) への支援

USAIDは、フィリピン側の自立発展性を高めるために、民間セクターへの支援に力を入れている。その柱がFriendly Care Foundation Inc. (FCFI) への支援で、その最大の特徴は、市場原理とフランチャイズ方式の導入である。FCFIは、USAIDの財政的・技術的支援の下、1999年4月に設立されたNGOである。発起人にはフィリピンの政財界の有力者が連なっており、民間セクターでありながら国家的プロジェクトの色彩が強い。FCFIの大きな目的は、フィリピン国民の約7割を占める中所得層から低所得層<sup>22</sup>に対して、質の高い保健医療サービスを、適正な利用者負担を求めながら、民間セクターが提供するというものである。フランチャイズ方式で参入希望者を募り、クリニック開設・運営の指導及び開業資金を支援していくという形態をとり、徹底した市場原理に基づいたサービス及び価格の設定が特徴である。サービス内容は外来のみで、診療科目は、①家族計画、②RH、③母子保健、④家族の保健、⑤産婦人科、となっている。現在7つのクリニック (マニラ首都圏5、ダバオ1、セブ1) が開設し、3年以内に、フィリピン全土の都市部を中心に24のクリニックを開所させる予定である。

<sup>21</sup> 文献だけでなく、記録物・視聴覚資料などを収集・管理・活用する技術全体を指す。

<sup>22</sup> USAIDの説明によると、現在、フィリピンの経済的階層は、1) 5%アッパーミドルクラス、2) 60%ミドルクラス (公務員・雇用者等)、3) 35%貧困クラス、に分類される。一方、公的医療サービスは3)と2)の下層部をあわせた70%に対して無料で提供されている。しかし公的サービスは非常に限られており、利用したいと思わせるものにはなっていない。FCFIは、全国民の70%に対して、より良質の、利用したいと思わせるような医療を、適正な価格で提供することを目指す。

## ② 助産婦クリニックの開業支援

USAID は、民間の助産婦クリニック (Well-Family Midwife Clinics、日本でいう開業助産婦) の開業・運営支援を行っている。アメリカの NGO である John Snow Inc. (JSI) /Research and Training Institute (RTI) に委託し、さらに JSI/RTI が多くのフィリピンの NGO と提携して実施している。JSI/RTI とフィリピンの NGO は共同で、助産婦クリニック運営基準を作成し、一定基準を満たした助産婦<sup>23</sup>を発掘し、助産婦クリニックの開業を支援している。クリニックの設置条件は、既存の FP/MCH 提供機関から最低 3km 以上離れており、公的交通機関あるいは徒歩により利用者が利用でき、経済的に低中層の者が多く居住する地区で、基本的に清潔で安全な所となっている。スタートして 4 年半目を迎えた現在、すでに 230 の助産婦クリニックが開業している。また、これらの助産婦クリニックのネットワーク化も支援している。

### (3) Sp01 への支援<sup>24</sup>

Sp01 (HIV/AIDS 及び特定の感染症の減少) に対する支援は、1810 万 US ドルが援助されており、実施期間は 1992 年 9 月から 2002 年 9 月までの予定である。

Sp01 の下に、達成されるべき成果として 2 つの IR が設定されている。IR1 は「HIV/AIDS の予防を強化する。」で、リスクの高い性産業従事者の教育を通じて予防の実行率を高めるプログラムを実施している。また、IR2 は「主要な感染症の認知力を高め、不安を軽減する。」で、サーベイランスを実施し、結核・デング熱・マラリアなどの感染症に対する予防のための情報を提供し、予防を実行するよう指導している。

USAID は今後、人口・健康セクターのより一層の効率的・効果的な展開を図るために、S03 と Sp0 を統合する予定で、そのための「AIDS サーベイランス・教育プロジェクト評価」を、2001 年 4 月下旬に実施する予定である。

## 3-4 その他のドナーによる協力実績

現在実施されている保健省関連の主な援助案件は表 3-6 のとおりである (全リストは添付資料 5 参照のこと)。

<sup>23</sup> 年齢は 25-40 歳、助産婦としての登録と実務経験があり、月に 3-5 の出産介助をしており、起業家であり、十分なコミュニケーション能力があり、クリニックでの仕事を楽しめる者。助産婦側からは応募はできず、あくまで NGO が発掘するものである。

<sup>24</sup> 同分野については、本特定テーマ評価の Part 2 の対象分野であるため、本稿では概略に留める。

表 3-6 保健省関連の主な援助案件

案件名	援助機関	期間	援助額 (100万ペソ)	割合 (%) *1
借款案件				
都市の健康と栄養プロジェクト	WB	1994-2001	1982.0	12.4
女性の健康と母性保護プロジェクト	WB	1995-2001	557.3	4.1
女性の健康と母性保護プロジェクト	ADB/AusAID	1995-2001	1528.9	11.3
統合地域保健サービスプロジェクト	ADB/AusAID	1997-2002	933.7	5.5
贈与案件				
女性の健康と母性の安全プロジェクトパートナーシップコンポーネンツ	EU	1997-2004	850.0	5.6
AIDS サーベイランス教育プロジェクト	USAID	1998-2002	731.5	4.3
統合 FP/MCH プログラム	USAID	1994-2002	3150.0	25.7
ベンゲット州の保健システム向上プロジェクト (実施主体は州政府)	JICA	1998-2000	643.0	3.8
女性の健康と母性保護プロジェクト	KfW	1995-2001	568.0	3.7

出所： NEDA, 9th ODA Portfolio Review, Profile of DOH projects. 2000年12月現在の実績。

\*1：フィリピン政府の拠出金も含めた援助プロジェクト総額に占める割合。

#### (1) 世界銀行 (WB)

世界銀行を中心とする協調融資による「女性の健康と母性保護プロジェクト」が、1995年から2001年まで、全国41州を対象に実施されている。アジア開発銀行 (ADB)・オーストラリア国際開発庁 (AusAID)・ヨーロッパ連合 (EU)・ドイツ復興金融公社 (KfW) が参加している。このプロジェクトは女性、特に再生産年齢 (15-49歳) の女性への保健サービスと母性保護サービスの拡充を通して女性の健康状態を向上させるというもので、地方政府への運営指導などソフト面の支援に加えて、ハード面の支援として全国40の州病院、54の地域病院、160のRHU、280のBHSの医療機関の改修・改善、10の新規クリニックの建設、15の母親ホームの建設及び677の医療機関への産婦人科用の資機材の供与を行っている。

また、「都市の健康と栄養プロジェクト」は1994年から2001年まで、急速な都市化が進むマニラ首都圏をはじめ全国21地域において、貧困層の子供と女性の健康と栄養状態の改善を目的として実施されている。

#### (2) アジア開発銀行 (ADB)

アジア開発銀行 (ADB) が本分野において協調融資している主なプロジェクトは、「女性の健康と母性保護プロジェクト」と「統合地域保健サービスプロジェクト」である。どちらも AusAID との協調融資である。

参考までに ADB の案件形成・評価の手順<sup>25</sup>を記す。

通常、「国別開発戦略 (Country Development Strategy)」を策定し、3年に一度国別プログラム調査団を派遣し、向こう3-5年間に形成されるプロジェクトの優先順位について被援助国側の政府高官と協議し、国別プログラムを作成する。フィリピンの場合、国別プログラム調査団は、ADB 本部のプログラム局、フィリピン担当室、NEDA 及び大蔵省 (DOF) と合意形成を行

<sup>25</sup> ADB の Dr. Jacques Jeugmans (教育、健康、人口部の社会セクター専門家) による。

っている。国別プログラムが作成されると、ADB はコンサルタント会社と契約し「プロジェクト準備技術支援 (PPTA: Project Preparatory Technical Assistance)」チームを結成し、PPTA がプロジェクト案を作成する。この案を ADB と NEDA の投資調整委員会 (ICC: Investment Coordinating Committee) がそれぞれ検討し、修正等が加えられたのち、ADB の評価調査団 (Appraisal Mission) によって評価され、さらにフィリピン政府との協議結果を踏まえ、最終的なプロジェクト案ができる。さらに ADB 財務関連部署とフィリピン政府の拠出額の合意が形成されると、初めて ADB とフィリピン政府とのプロジェクトの協定文書の調印が交わされる。すべての ADB 援助案件では、実施機関はプロジェクト終了後 6 か月以内に「プロジェクト終了報告」を作成しなければならない。また、2001 年から ADB のプロジェクト評価室によって「プロジェクトパフォーマンス審査」を段階的に実施することとなっている。これは、ADB が成果主義による優先順位付けへ転換したことを示し、成果をあげられる国ほど多くの援助を受けられることとなる。この目的を徹底するために、ADB は今後定期的に国別ポートフォリオ・レビュー調査団を派遣し、各プロジェクトの達成状況を把握することとなっている。

JICA は ADB と継続的に連携協議を行っている。1998 年 6 月の第 4 回 JICA-ADB 連携協議において、フィリピンは JICA-ADB 連携のモデル重点 3 か国の一つに指定された (他はラオスとバングラデシュ)。また、1999 年度の第 5 回連携協議はマニラの ADB 本部で 6 月に行われ、フィリピンをモデル国と位置づけ、ADB 側と今後の事業実施計画に係る情報交換を行ったほか、プロ技「セブ州地方活性化プロジェクト」と ADB のマイクロ・クレジットとの連携や、国家灌漑庁に対する支援策等について協議がなされた<sup>26</sup>。

### (3) 国連人口基金 (UNFPA)

UNFPA は 1969 年からフィリピンにおいて援助プログラムを実施している。1995 年から 1999 年までは第 4 次カントリープログラムを実施し、全国 21 州と 3 都市において RH 分野への総合的支援を展開している。2000 年から第 5 次カントリープログラムが始まり、対象を 9 州<sup>27</sup>に絞り、きめの細かい集中的な支援を行い、より大きな成果をあげることを目指している。対象を 9 州に限定したのは、他ドナーとの重複を避け、限られた援助機関全体の財源を効率よく分配するというねらいもあった。主な支援内容は、機材・施設の供与、研修・IEC・研究活動の実施等である。JICA の「マルチバイ協力」は、このカントリープログラムを補完するサブ・コンポーネントである。第 4 次カントリープログラムにおいて、日本以外に UNFPA とマルチバイで協力している国としては、オランダ (研修)・スペイン (IEC) がある。

この他、UNFPA の「女性に焦点をあてた地域における母子保健・家族計画プロジェクト」(1993-1995 年実施)においては、日本の NGO である (財) 家族計画国際協力財団 (JOICEFP) が実施機関として協力している。

### (4) 国連児童基金 (UNICEF)

<sup>26</sup> 「フィリピンにおける JICA 事業の概要」JICA 資料。

<sup>27</sup> 9 州は、Cagayan, Nueva Vizcaya, Quirino (以上、リージョン II)、Aklan, Antique, Capiz (以上、リージョン V)、Sultan Kudarat, North Cotabato, Maquindanao (以上ミンダナオ)。

UNICEF により「第 4 次子供の健康プログラム (The 4th Country Program for Children: 1994-1998)」が実施されてきた。この計画は一般基金 (General Fund) と特別基金 (Special Fund) で構成されている。前者では、保健省レベルで家族計画・母子保健 (FP/MCH)、栄養、IEC などの協力を全国展開している。後者では、AusAID の拠出金により、ミンダナオを中心とする 15 州を対象に「母子保健強化プログラム (Strengthening of Maternal and Child Health)」を実施している。同計画により、助産婦キット等の機材供与が行われ、研修については、保健省からリージョン保健局レベルまでスタッフへの指導者研修 (TOT: Training of Trainer) が実施されている。また、多くの研修用マニュアルが、WHO モジュールをもとに作成されている<sup>28</sup>。

また、現在、第 5 次プログラム (1999-2003 年) が実施されており、保健分野における目標としては、①子供の権利の一般社会における認識と理解の増進、②母子の死亡率の減少、③母子の栄養失調の解消と小児麻痺と麻疹の撲滅、④子供のニーズに対応できるモデルとシステムの開発と実践、⑤調整・モニタリング・分析のためのシステム開発、⑥計画評価・計画達成のためのモニタリングに係るデータベースの開発が挙げられており、20 州と 5 都市が計画対象となっている。

#### (5) オーストラリア国際開発庁 (AusAID)

AusAID のフィリピンにおける保健分野の援助の焦点は、南部フィリピンにおける貧困層の健康状況の改善にあり、主な達成目標としては、①効率的なパートナーシップの確立、②効率的な行政制度の確立、③健康状態の改善、④性差の解消促進が挙げられ、計画が円滑に実施されるために地方のすべての保健実施機関を対象に地方のニーズに合った援助を実施する方針である。この目標を達成するために、保健サービスのための組織と運営能力の開発、関連機関の効率的な健康促進計画の技術的実施能力の向上、女性の健康の向上における均衡のとれた改善が図られている。

AusAID が現在実施している主なプロジェクトは、「女性の健康と母性保護プロジェクト (41 州)」と「統合地域保健サービスプロジェクト (6 州)」であり、どちらも ADB との協調融資である。

今後の計画としては、地方政府と他の保健関連機関を対象とした地域保健制度の開発・健康促進のための「横断的戦略的健康プログラム (Cross-cutting strategic health program)」・「女性の健康とマラリアのための技術的支援プログラム (Technical program focus on women's health and vector borne disease)」を中心とした援助が実施される予定である。

#### (6) ドイツ技術協力公社 (GTZ)

GTZ は健康・家族計画分野においては、中央と地方の両レベルにおける組織・制度・人材の開発における支援を行い、様々な地方政府と保健省における政策決定者へのフィリピン健康保険組合 (PHIC) に関する助言を与えるための長期・短期の技術協力を提供している。GTZ は特に、貧困問題と機会均等に配慮しており、富裕層と貧困層、都市と地方の住民、若者と高齢者

<sup>28</sup> 『フィリピン共和国地域保健所改修・機材整備計画基本設計調査報告書』による。

の協働を強化することが目標である。主要な援助分野は、以下のとおりである。

- ①急激な人口増加に対する方策としての家族計画と保健、
- ②すべての国民を対象としたより広範なヘルスケアのための社会保険制度の拡充、
- ③地方保健制度の強化による地方部におけるヘルスケアのアクセスの向上とその質の向上、
- ④高度治療のために不可欠な高額な薬剤の入手可能な体制の確立、
- ⑤病院における治療の質の改善のための、医療機材の維持管理

GTZ による保健分野での援助プロジェクトは、「国家健康保険プログラム (NHIP)」と「地方健康保険プログラム計画」である。また、健康保険の普及とその持続的運営のための IEC 手法を開発している。

#### (7) カナダ国際開発庁 (CIDA)

CIDA による援助は、良い統治 (Good Governance) と民間セクターの開発を中心として、基本的人権・WID (Women in Development: 開発と女性)・環境問題・社会基盤の整備のための援助プロジェクト及び計画を、最も貧しい地域である西部 Visaya・Mindanao 両地方を中心に実施する予定である。

CIDA は UNICEF の母子と 5 歳未満児死亡率の減少、万人のための基礎教育、栄養失調の減少、水と公衆衛生の改善及び特に困難な状況にある子供達の保護を中心とした活動にも資金援助を行っている。

また、カナダ赤十字も保健分野への援助を実施しており、1997-2001 年の 4 年間に於いて、最も貧しい地域の一つであるムスリム・ミンダナオ自治区 ARMM を対象に、320 万カナダドルの予算で「母子のための保健状況の改善と死亡率・疾病率の低下のための活動」を実施している。



## 第4章 日本の形態別協力実績と評価

## 第4章 日本の形態別協力実績と評価

### 4-1 プロジェクト方式技術協力

#### フェーズ I 概要

プロジェクト名	フィリピン家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ I
協力期間	1992.04.01-1997.03.31
プロジェクトサイト	マニラ市・ターラック州（リージョンⅢ）
相手国実施機関	保健省・人口委員会・ターラック州政府
日本側協力機関	厚生省・国立公衆衛生院・AMDA、他
投入	①長期専門家：チーフアドバイザー1名、業務調整員1名、IEC2名、公衆衛生1名、母子保健/家族計画4名 ②短期専門家：衛生統計4名/健康教育2名/公衆衛生9名/母子保健2名/IEC関連9名/その他1名 ③研修員受入れ：母子保健11名、IEC関連7名 ④機材供与：3億2264万円（主な機材：医療機材、IEC機材、製本機、PC等オフィス関連、車両） ⑤現地活動経費：1億3413万円

#### フェーズ II 概要

プロジェクト名	フィリピン家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ II
協力期間	1997.04.1-2002.03.31
プロジェクトサイト	マニラ市・6州（リージョンⅢ）：Bataan, Bulacan, Nueva Ecija, Pampanga, Tarlac, Zambales
相手国実施機関	保健省・人口委員会・6州政府
日本側協力機関	京都大学・大阪大学・AMDA、他
投入	①長期専門家：チーフアドバイザー2名、業務調整員2名、IEC2名、母子保健/家族計画3名、WID1名、公衆衛生1名 ②短期専門家：衛生統計2名/公衆衛生9名/家族計画・母子保健8名/IEC関連/2名/WID/2名/その他/1名（2000年度までの実績） ③研修員受入れ：母子保健11名、IEC関連7名 ④機材供与：1億1416万円（1999年度末現在） ⑤現地活動経費：1億2106万円（1999年度末現在）

評価情報源・ 入手方法/入手先	①プロジェクト関連各種報告書 ②事情聴取 派遣中長期専門家 元チーフアドバイザー JICA フィリピン事務所担当者 リージョン III 保健省事務所、地方政府の保健局担当者 プロジェクト雇用のスタッフ ③プロジェクト作成のビデオ ④パイロットサイトの裨益者アンケート ⑤プロジェクトオフィス、視聴覚センター、関連 MCHC、RUH 訪問による直接観察
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### ①プロジェクトの要請背景と経緯

フィリピンの人口増加率は 2.1（1995-2000 年平均）で、東南アジアではラオス・カンボジアに次いで高く、また、合計特殊出生率も 3.62（1995-2000 年）と依然高い水準にある。フィリピン政府は、これまでにも様々な人口政策を展開してきたが、その一環として日本政府に対して、人口・母子保健分野での技術協力を要請してきた。そこで、我が国は中部ルソンに位置するリージョンⅢのターラック州（人口 90 万人）において 1992-1996 年度、家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ I を実施した。その成果をさらに広く普及させるために、1997 年から 5 か年間の予定でフェーズ II が開始された。フェーズ II では、6 州からなるリージョンⅢ全体（人口 779 万人・2000 年現在）が対象となっている。フェーズ II においては、6 州を 3 つのゾーンに分け、1 ゾーンを 1 専門家が担当している。また、6 州内に 19 のパイロットサイ

ト<sup>29</sup>（RHU がサービスを提供している地域、直接裨益人口は計約 81 万人）を設定し、RHU を拠点として支援を行っている。

## ②プロジェクトの変遷

本プロジェクトの活動は、当初の人口抑制のための家族計画を主眼としたものから、1994 年の ICPD で提唱された新しい概念、「産みたいときに安全に産むことができ、また安心して子育てのできる環境を創出しようとする“リプロダクティブ・ヘルス”」に軸足を移してきている。

フェーズ I は、「デマンドサイドアプローチ」<sup>30</sup>によって地域のニーズを積極的に活動に取り入れ、その結果、住民組織支援と IEC を中心とした多種多様な活動に展開した。続くフェーズ II（特に 1999 年以降）は、フェーズ I での活動を整理しつつ、パイロット RHU を拠点とした統合母子保健活動に焦点を当て、「統合母子保健」・「RH 推進」・「住民組織支援」の 3 つの分野に整理して活動している。それぞれの分野では表 4-1 の最左列のような活動が行われている。

表 4-1 家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ II における

### 活動分野別・各種援助形態の活用状況

プロ技の活動	他の援助形態	無償資金協力	JOCV	開発福祉支援	草の根無償資金協力	NGO との連携	
						日本の NGO	地元 NGO
統合母子保健分野							
妊産婦・乳幼児健診推進		○	○	○		○	
保健所職員訓練		○	○				○
バランガイ保健ワーカー育成			○	○			
母子保健センター機能確立		○					○
RH 推進分野							
RH 教材作成							○
FP への男性の巻き込み			○				
思春期保健							
思春期ビデオ制作と普及活動			○				○
住民組織支援分野							
簡易トイレ製作支援				○	○		○
バランガイ保健ワーカー生計向上						○	○
健康ビデオの制作と普及活動			○		○		○
人形劇活動							
村落協同薬局運営支援			○			○	○
回転資金薬局経営支援				○	○		○
NGO 連合体育成				○	○	○	○

出所：「2001 年度プロジェクトリーダー会議分科会資料」（湯浅資之チーフアドバイザー作成）

## ③各種援助形態の活用

本プロジェクトの大きな特徴は、JICA・外務省の各種援助形態や NGO を積極的に活用し、それらの調整役ともいえる役割を果たしている点である。表 4-1 はそれぞれの活動分野での援助形態の活用状況を示している。

特に、無償資金協力（4-6(1)参照）に関しては、案件形成の段階からフェーズ I の専門家が積極的に関わり、地域に密着した比較的小規模の保健施設がリージョン III 全域に建設されたこ

<sup>29</sup> Bataan 州 (Orani, Abucay)、Zambales 州 (Subic, San Marcelino)、Tarlac 州 (Sta. Ignacia, Capas I/II)、Nueva Ecija 州 (Zaragoza, Guinba)、Bulacan 州 (Plaridel I/II, Guguinto I/II, San ildefonso I/II/III)、Pampanga 州 (Guagua II, Lubao II/III)。

<sup>30</sup> 同プロ技が考案した名称で、裨益者側から吸い上げたニーズをもとに活動を組み立てる方法を言う。

とは、無償資金協力案件としては数少ない例であり、高く評価できる。

さらに、プロジェクトが同施設の職員の研修に関わるなど、一貫した協力を図り、類似案件の参考例となりうる。また、この無償資金協力については、プロ技・JOCVの双方のカウンターパートの意欲を高めたという点でも、現場で評価されている。

さらに、青年海外協力隊（4-2 参照）とは、原則地域的棲み分けをしながらも、専門家が JOCV 隊員に専門的情報を提供するなど、JOCV にとっては力強い存在となっている。

加えて、本プロジェクトの活動の中で NGO との関わりがあることから、開発福祉支援・草の根無償資金協力などの案件発掘・モニタリングにつながっており、プロ技の果たした役割は大きい。

#### ④現場のカウンターパート・裨益者の評価

本プロジェクトに対する保健省及び地方政府の評価は高い。特に現場（リージョン保健局・RHU・BHS、NGO）のカウンターパートによる、日本人長期専門家と機材の量・質に対する評価は非常に高く、しばしば最大級の賛辞が呈された。しかし、今回実施した RHU 利用者に対するアンケート（表 4-2、詳細は添付資料 7）によると、日本政府の協力に対する認知度はパイロット地域平均で 48%と半数に満たず、また 1992 年から支援しているターラック州のパイロット地域ではさらに低く 38%となっており、投入の割には一般住民の認知度は低い結果となっている。

表 4-2 家族計画・母子保健活動に対する日本政府の援助の認知度

	知っている	知らない	合計
Bataan 州	33.3%	66.7%	100.0%
Pampanga 州	74.1%	25.9%	100.0%
Tarlac 州	38.3%	61.7%	100.0%
パイロット地域平均	48.3%	51.7%	100.0%

出所： 評価時のアンケート調査の結果

#### ⑤計画の不徹底

フェーズ I においては PDM（フェーズ I のマスタープランは添付資料 2）がなく、また、フェーズ II においても作成された PDM（添付資料 2）は実体に即しておらず、ほとんど活用されていない状態であった。そのために、プロジェクト全体の枠組みが整理されないままにプロジェクトが進行している。

フェーズ II の目指したところは、フェーズ I の成果をリージョン III 全域に普及させるためのシステムづくりであったが、そのための活動が明確に設定されていなかったために、裨益がリージョン III 全域に面的に広がりきれなかった。また、副次的効果として、同プロジェクトで開発した手法（例えば統合母子保健サービスなど）をモデル的に全国に普及させることも期待されていた（現地国内研修・開発福祉支援の活用など）が、この点についても 2001 年になって保健省への働きかけが始まった段階で、まだ成果はでていない。

#### ⑥不十分なドキュメンテーション・モニタリング・評価・フィードバック

JICA 内部で系統立った体制が整えられていなかったという問題が背景にあり、ドキュメンテーション・モニタリング・評価・フィードバックが系統立って行われてこなかった。そもそもフェーズ I についてはプロジェクト活動の詳細を把握できるデータ・文書があまり残されていない。また、フェーズ II では、巡回指導調査団（1998 年 8 月）、運営指導調査団（1999 年 11 月、2000 年 11 月）が派遣されているが、数値による実績の把握などは行われておらず、客観的な手法によるモニタリング・中間評価が実施されていない。本調査団においても、時間的・予算的制約から入手できたプロジェクト評価のためのデータは限定されたものであった。

プロジェクト専門家らもその点を認識しており、プロジェクトの終了時評価（2001 年 11 月頃実施予定）までに評価用 PDM を作成し、これまでの成果をとりまとめるべく、作業にとりかかっているところである。ここで調査団が特に注目しているのは「住民組織支援分野」における自立発展性に関するモニタリングである。フェーズ I から精力的に進められてきた地域住民を主体とした活動（人形劇活動・村落共同薬局（*botika binhi* ボティカ・ビンヒ）運営支援・回転資金薬局経営支援・保健ボランティア生計向上）などは、これまでに技術移転が完了したとしてカウンターパートに完全に引き継がれている。しかし、本評価調査団訪問時においては、その後の活動状況、効果などが十分にモニタリングされておらず、本プロ技終了後の自立発展性を確認することはできなかった。これらの手法は、先進的な取組みであり、これからの地域保健分野などの協力手法の主流となりうるだけに、プロジェクト終了時までに成果・課題等を整理し、提言・教訓としてとりまとめることが望まれる。

#### ⑦人的推進力及びGIIによる追い風

本プロジェクトが多種多様な先進的取り組みを展開できた背景には、フィリピンにおける広い人的ネットワークを持つ前チーフアドバイザー及び調整員の投入やねばり強い調整力を発揮している現チーフアドバイザーなど、恵まれた人材の投入という幸運があった。さらに、元フィリピン事務所員によると、GII 発表当時は、USAID との対話が活発化し、さらに日本政府としても JICA や在フィリピン日本国大使館を通じた各種援助形態の投入が進み、現場レベルの活動の追い風となったということである。

#### ⑧大きな外部要因

プロ技専門家から、プロジェクトの計画達成度と自立発展性については、各州・地方政府の経済力及び首長の保健分野への理解度によって非常に大きく左右され、これらは大きな外部要因であるとの指摘があった。

### 4-2 青年海外協力隊（1998. 10. 1-2002. 9. 30 はフロントライン計画）

1994-1997 年度一般派遣概要

協力期間	1994-1998 年
プロジェクトサイト	Tarlac 州、Laguna 州、Benguet 州、Pampanga 州、Zanmales 州、Nueva Ecija 州（Bulacan 州へ任地変更）、Bataan 州、Angeles 市（下線部はリージョン III）
相手国実施機関	人口委員会
投入	①隊員： シニア隊員 1 名（村落開発普及員、97 年投入）、一般隊員 7 名（保健婦 3 名/看護婦 3 名/栄

	養士1名) ②機材供与(単位:ペソ):
	1994/1995年度      1996      1997
	4,908,750      1,893,130      6,208,955

グループ派遣「家族計画・母子保健フロントライン計画」概要

ミニッツ署名日	1998年9月9日
協力期間	1998.10.01-2002.09.30
プロジェクトサイト	リージョンIII (Pampanga州、Zambales州、Bataan州、Bulacan州)
相手国実施機関	人口委員会 (POPCOM)
投入	①隊員: シニア隊員1名(プログラムオフィサー)、一般隊員6名(保健婦2名/看護婦4名) ②機材供与(単位:ペソ):
	1998年度      1999      2000      2001
	2,417,533      3,482,983      未確定      未定

評価情報源・ 入手方法/入手先	①JOCV 隊員の各種報告書 ②事情聴取 派遣中の隊員 元シニア隊員 JICA フィリピン事務所担当者 JOCV を受入れた実績のある NGO ニュートリリンク担当者
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

フィリピンにおける人口・健康セクターへの青年海外協力隊員 (JOCV) は、1994 年度からプロ技に連動する形でリージョンIIIに集中的に派遣された。1994-1997 年度の時期は、ゆるやかなグループ派遣の形態をとり、年間 1,000 万円の機材が供与され、その機材選定と調達に関する業務はプロ技専門家が行っていた。1997 年度から JOCV のシニア隊員が派遣され、機材選定・調達及び JOCV 間の調整等の業務を行うようになり、次第にグループとしての活動が活発化していった。1998 年 10 月から「家族計画・母子保健フロントライン計画 (FLI: Front Line Initiative)」として、正式にグループ派遣となり機材供与がセットされた。FLI になってからプロ技との相互補完的ねらいを明確に打ち出した。各隊員は、プロ技専門家との調整のもと、各自目標を設定し、それぞれ成果を出している。また FLI 以降、基礎的な医療器材を供与したことに対するカウンターパート側の評価は高い。また、プロ技専門家からフィリピンの保健行政に関する情報や技術的情報が提供され、JOCV の活動にプラスになっている。今後は、保健セクター以外の地域開発・WID などの JOCV 隊員を積極的に投入するなど、セクターの枠を超えたグループ派遣のあり方も検討される必要がある。

過去 JOCV を受入れた機関として唯一訪問した NGO ニュートリリンク Nutrilinc における派遣隊員 (1998 年 4 月-2000 年 10 月派遣) の評判はたいへん高かった。同隊員は地域の子供達の間食 (スナック菓子) が栄養的に好ましくないことに着目して、大豆を利用した新しい栄養補助クッキー「ニュートリソイ」の開発をはじめ栄養価の高い補助食を多数開発し、冊子にまとめた。この冊子は親しみやすい図解入りで分かりやすいと評判で、現在でも配布されており、増刷が期待されている。

JOCV 隊員の各種報告書からも考察を行った。Zambales 州人口管理事務所に派遣された隊員 (1997 年 7 月-2000 年 7 月派遣) は、「村落共同薬局 (ボティカ・ビンヒ *Botika Binhi*)」の強化、低体重児給食プログラムの実施、母親教室の開催、バランガイ保健ワーカーの指導等を主

な活動として行った。その活動を通じて、人口・家族計画特別機材によって供与された機材が適正に使われているかモニタリングし、使われていない機材については有効利用について指導を行ったと報告している。

また、NGO の「マザー・リタ・バルセロ地域生計団 (Mother Rita Barcelo Outreach and Livelihood Cooperation)」に派遣された隊員 (1997 年 12 月-2000 年 4 月派遣) は、NGO における対する支援と、各種援助形態との連携という観点から特筆すべき成果を上げている。マザー・リタ・バルセロ地域生計団は、Regina Carmeli 大学傘下の NGO で、低所得者用再定住地区の運営及び同地区内での職業訓練・学習機会・医療サービス等の提供を行っている。ドイツ医師会/ドイツ政府 (過去 25 年間)・アジア開発銀行・草の根無償資金協力・JICA プロ技・Johns Hopkins 大学・JOCV (人口家族保健フロンライン計画による特別機材供与を含む) など「ODA の見本市」といわれるほど外国からの援助を受けている。同地区内に草の根無償資金協力によってコミュニティクリニック「Mother Consuelo Reproductive Health Clinic and Birthing Home」が建設され (詳細は 4-6(2) 草の根無償資金協力の項を参照)、同隊員は 1998 年 8 月から配属された。クリニック立ち上げ直後からの派遣となり、運営指導・地域実態/ニーズ調査・統計処理を含むモニタリング制度の確立・IEC 教材作成・自立発展へ向けて助言等、組織の基盤作りに大きく貢献している。さらに、関連する投入として、フロンライン計画による特別機材供与の薬剤を活用した「村落共同薬局 (ボティカ・ビンヒ *Botika Binhi*)」の開設と運営指導、開発福祉支援<sup>31</sup>の研修プログラムによって誕生した CVHW (Community Volunteer Health Worker) を活用した地域住民主体の地域健康教育の促進等、JOCV を軸として JICA の投入が大きく成果を上げた好例といえる。同案件の成果としては、クリニック来院者数は月平均 180 名にのぼり<sup>32</sup>、また地区内居住者約 150 世帯 800 名に対して健康教育・家族計画支援等を実施し、さらに 8 名の CVHW により地域の保健実態がモニターされ、彼らは日常的に健康・医療相談にのっておりその恩恵を受けている人は相当数にのぼる等が挙げられる。

これらの成果から、JOCV 隊員が地域の保健サービスの中核的人材と機能している様子がうかがえる。このように、JOCV の投入額は小さいが、様々な援助形態と連携・協調し、地域保健向上に大きく貢献しているといえる。

#### 4-3 現地国内研修「家庭福祉に関わる開発と女性 (ジェンダーと開発)」

評価情報源・ 入手方法/入手先	①各研修の報告書 ②プロ技専門家による研修のモニタリング (第 5 回のみ) ③事情聴取 人口委員会 委員長・担当者
--------------------	---------------------------------------------------------------------

<sup>31</sup> 明確な記述はないが、「Regina Carmeli 大学」が開発福祉支援事業の一貫として実施した研修プログラムと推察される。

<sup>32</sup> 1998 年 7 月-2000 年 2 月の平均。内科・小児科/産科/歯科/薬局利用者の総数。母体である「Regina Carmeli 大学」の方針転換により、1998 年 2 月から同大学からの医者・看護婦の派遣が徐々に削減され、2000 年 2 月時点では内科・小児科/産科/歯科の外来患者は 27 名に減少している。

現地国内研修<sup>33</sup>「家庭福祉に関わる開発と女性（ジェンダーと開発）」は、1996年度から年1回5年度にわたり、人口委員会の主催により開催された。直接の運営は「フィリピン女性の役割に関する全国委員会（NCRFW: National Commission on the Role of Filipino Women:<sup>34</sup>）」に委託されている。入手できた第1、3、5回の報告書<sup>35</sup>から概要をまとめると以下のとおりとなる。

毎年3週間の研修がマニラ近郊の会場で開催されている。参加者は全国から選抜された30-40人<sup>36</sup>で、主な受講者は、人口委員会職員・保健医療関係者・地方政府職員であり、後半になるとNGO関係者も対象に追加されている。研修内容は、講義・ワークショップ・スタディーツアーなどで、バランスよく構成されている。研修の運営・講師選定・プログラム立案等についての能力は高く、研修参加者の評価も高い。5回の研修を終え、広く関係者に「ジェンダーと開発」に関する理解が得られ、各地でGST（Gender Sensitivity Training）が実施されるまでになっており、一定の成果をあげているといえる<sup>37</sup>。

以上は報告書による内容であるが、さらに報告書の子細にみると、本文に「好評であった。」と結論づけているが、その根拠としている研修参加者へのアンケートには否定的な選択肢がなかったり、アンケートの集計結果が収録されていなかったりと、報告書の内容自体が信憑性に欠ける部分もみられる。研修の実効性についても評価や受講生のフォローアップが実施されておらず疑問が残る。これは、報告書の内容についてのチェックが行われていないためである。すべての報告書が保管されていないことも考えあわせると、現地国内研修のモニタリング・評価・フィードバック体制が十分ではないといわざるを得ない。

#### 4-4 UNFPA とのマルチバイ協力

年度	1996	1997	1998	1999	2000（予算）	合計
金額（万円）	2252.6	1317.9	1809.9	2534.4	2479.7	1,0394.5
主要機材	血圧計 助産婦キット等	村落保健所用キット 薬品キャビネット 等	診察台 村落保健所用キット等	診察台 マギーエプロン等	診察台 顕微鏡等	

評価情報源・ 入手方法/入手先	①JICA フィリピン事務所保管の実績資料 ②UNFPA 資料 ③事情聴取 UNFPA 担当者 JICA フィリピン事務所担当者 在フィリピン日本国大使館書記官
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>33</sup> 1993年度から始まった途上国内の研修。従来は「第二国研修」と呼ばれていた。

<sup>34</sup> 1975年に女性の進出のためのプログラムを大統領に助言する目的で設立された政府組織。

<sup>35</sup> 第5回に関しては、プロ技の佐藤祥子専門家が参加し、「監理報告」を残しており、参考にした。

<sup>36</sup> 男女比は、第1回が男性9名、女性29名、第5回が男性12名、女性27名。公務員の男女の割合に比べると男性の参加が少ない。

<sup>37</sup> 1992年にフィリピンにおける女性政策の分岐点となった「開発と国家建設における女性法（Women in Development and National Building Act）」が制定され、ODAを通じて受け取った資金のうち最低5%は女性のための活動に回さなければならないことが定められた。1995年には、「ジェンダーに配慮した開発のためのフィリピンガイドライン」が示された。また同年の法改正によって、すべてのプロジェクト予算の5%はジェンダーイシューに対処するため支出することが義務づけられている（脚注36 佐藤祥子専門家「監理報告」より）。



マルチバイ協力は、UNFPA の第 4・第 5 次カントリープログラムと連携して、1996 年から 5 年間 21 州・1 市を対象に、主に病院・RHU などの医療保健機関における基礎的医療機材・器具を供与している。機材選定は、保健省の基準に準じて、UNFPA の主導のもと、JICA の技術指導を仰ぎながら実施している。機材の保管・管理方法とモニタリング方法も確立されている。

2000 年 7 月に、UNFPA の担当者 2 名、在フィリピン日本国大使館の担当書記官及び JICA 事務所担当者の 3 者は、合同で Aklan と Capiz の供与施設を訪問し、供与機材の活用状況等を視察した。その結果、供与機材は有意義でよく活用されているものの、維持管理や修理予算の確保が難しく、一部壊れたまま放置されているものもあるなどの実態が報告された。また、各受入機関ではまだまだ医療器材が不足していることも報告されている。これらの報告からマルチバイ協力はニーズに合っており、概ね効果的に活用されているといえる。

UNFPA の Dr. Moi によると、「UNFPA は第 5 次カントリープログラム作成時に、各 RHU の全機材リストを作成し、これを基に各施設が本当に必要な機材を各施設に選定した。この作業は膨大なものであったが、UNFPA には元保健省幹部がおり、保健省・地方政府・RHU のことを熟知していたからこそ達成できた。」ということである。外部の援助機関がここまで徹底したニーズ調査を行い、緻密な援助計画を作成することができた大きな要因が、現地スタッフを起用したことであったことは、大いに学ぶべき点であろう。

#### 4-5 開発福祉支援事業

案件名	地域保健強化事業（フィリピン小児病院）	地域保健強化事業（Regina Carmeli 大学）	包括的リプロダクティブ・ヘルス促進支援事業
実施団体	フィリピン小児病院	Regina Carmeli 大学	フィリピン人口・健康・福祉 NGO 協議会 (PNGOC)
期間	1999.01.05-2002.01.04	1999.01.05-2002.01.04	1999.02.09-1999.08.15
活動	①資機材（医療機材、医薬品）の整備 ②施設改修（Pinaod 地域総合診療所ラボラトリー、薬局の整備） ③研修機材の整備 ④IEC 教材の制作 ⑤研修事業 ⑥バランガイ保健ワーカーへのキットの配布 ⑦児童・思春期青少年に対する教育セミナーの開催	①資機材（医療機材、医薬品）の整備 ②施設建設（Plaridel 地域病院手術室、研修センター） ③研修機材の整備 ④研修事業 ⑤IEC 教材の制作 ⑥母子保健キットの配布 ⑦児童・思春期青少年に対する教育セミナーの開催	①RH カウンセリングマニュアルの制作 ②研修機材の整備 ③各種 RH 教育・啓蒙の研修会、ワークショップ開催（JOCV と連携）
事業経費	1998 年度： 1585.7 万円 1999 年度： 975.2 万円 2000 年度： 710.5 万円 プロ技・無償資金協力（X 線撮影装置購入案件 1992 年 3 月）と連携	1998 年度： 1623.8 万円 1999 年度： 1509.8 万円 2000 年度： 529.6 万円 プロ技・JOCV・草の根無償資金協力（1997 年 RH 診療所）と連携	1998 年度： 1233.6 万円（補正予算） プロ技・JOCV・草の根無償資金協力（1995 年）、UNFPA の NGO 支援事業と相互補完的協力あり

評価情報源・入手方法/入手先	①各実施団体から提出された要請書・報告書 ②JICA 本部データベース ③事情聴取 フィリピン小児病院担当者、Pinaod 地域総合診療所管理責任者 Regina Carmeli 大学担当者、Plaridel 地域病院院長 Plaridel 市保健局職員 PNGOC 担当者 ④Pinaod 地域総合診療所・Pinaod 地域総合診療所・研修所訪問による直接観察（一部数値化）
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RH 分野における開発福祉支援は、これまでに 1 件が終了し、2001 年 2 月現在 2 件が実施中である。

#### (1) 地域保健強化事業（フィリピン小児病院）

実施主体であるフィリピン小児病院（CMCP: Children's Medical Center, Philippines）は、1957 年に NGO として設立され、現在、30 人の医師と 220 人のスタッフを擁し、①小児を中心とした入院・外来診療、②周産期医療を通じた予防医学活動、③医療従事者の人材育成、④地域保健活動を実施している。

本案件の事業サイトである Bulacan 州 San Ildefonso 市（人口 7 万 2 千人）にある Pinaod 地域総合診療所（Pinaod Community Comprehensive Health Clinic）は、市の診療所として建設されたが、医療機器及び運営資金の不足により閉鎖状態にあった。そこで、フィリピン小児病院が医師を派遣し、市が設備整備するとともにスタッフを確保することを両者で合意し、さらに、地域の一次医療機関としての機能を整備するために、1998 年度から 3 年間、開発福祉支援事業による協力を受けることとなった。この協力により、薬局・ラボラトリーの建設、医療機材の整備、医薬品の供与及び地域の保健サービス従事者に対する研修費の支援等が行われている。1 年目と 2 年目は主に施設・機材・医薬品の整備・供与及び保健従事者の養成を中心として支援が行われ、3 年目の現在は病院運営のマネジメントの強化とともに、同診療所の研修施設を拠点として、バラングイ保健ワーカー・伝統的産婆・助産婦等の保健従事者への研修、児童・思春期青少年に対する教育セミナー等を通じて、住民参加による地域保健プログラムを推進しているところである。

これらの支援により、現在同診療所には月曜日から金曜日まで毎日小児科医または内科医のいずれか 1 名が派遣され、一次診療・保健教育・予防接種・母子健診・家族計画・環境衛生等のサービスを提供している。患者数も増加しており（2000 年 6 月実績：小児科 173 名、内科 109 名、同 7 月実績：小児科 171 名、内科 108 名）、基本的な一次医療施設として機能を果たしつつある。活動のもう一つの柱である研修事業については、調査時点までに 36 バランガイの約 300 名のバラングイ保健ワーカーの研修が行われ、2000 年度には、伝統産婆研修（25 名）、助産婦研修（36 名）、小学生への保健衛生教育（1,440 名）、思春期青少年セミナー（80 名）、医師に対する研修（36 名）などが計画されている。これらの事業のインパクトとして、①全対象地域において保健活動への参加が認められ、②予防接種率が上昇し（例：TT2+では、1999 年の 50%から 2000 年は 66%）、③妊産婦死亡率が 0 となり、④全地域の死亡率が低下し、⑤全妊婦が妊婦健診を受診するようになった等、との報告を受けた。また、今後の自立発展性については、フィリピン小児病院としては引き続き同診療所を支援していくつもりであること、San Ildefonso 市の地域保健委員会とともに強力なバックアップ体制を敷いていること、さらに同市は総合保健計画を策定し保健行政に力を入れていることから、自立発展は可能という見解がフィリピン小児病院側から示された。

一方、調査団の視察時における観察では、診療に来ている外来患者は見られず、また患者数が増加しているとの報告があったが、2000年6月・7月の外来患者数の1日平均を算出すると約13名であり、決して多いとはいえない状態である。また、同市内の他のRHU (Sentrong Sigla受賞)と比較しても、患者数、職員の態度、掲示板によるIEC活動の状況等においても停滞しているという感を拭えない。それらの直接観察による評価の数値化(添付資料8を参照のこと)を試みた結果が、表4-3である。今回訪問した保健・医療施設の中では、平均値が最も低い。さらに、本事業の支援を受け建設した薬局も一時は営業していたものの、近隣の民間薬局との利害のもつれにより保健省から営業許可が棚上げになっており休業中であった。フィリピン小児病院側の「基本的な一次医療施設として機能を果たしている。」という説明が、本当に実態を表したものであるかの十分な検証が、今後の課題である。

表 4-3 訪問した保健・医療施設の4段階評価

区分	州	施設名	Sentrong Sigla 受賞	ODAの支援	視察時の患者の数	サービス提供者の数	サービス提供者の態度	機材の整備・活用状況	医薬品の保管・活用状況	IEC 掲示板の充実度	平均
RHU	Tarlac	Sta. Ignacia RHU	○	PPS	3	4	4	2	?	3	3.2
		Capas RHU I	-	PPS	1	3	?	2	?	2	2.0
		Capas RHU II	-	PPS (過去に USAID 他)	3	4	3	3	?	3	3.2
	Bataan	Abucay RHU	○	PPS JOCV	4	4	4	4	4	4	4.0
		Orani RHU	-	PPS	3	3	4	3	?	3	3.2
	Pampanga	Lubao RHU II	○	PPS	4	4	4	4	4	4	4.0
		Lubao RHU III	○	PPS	3	4	4	3	?	3	3.4
		Sto. Tomas RHU	-		2	3	3	2	?	2	2.4
	Bulacan	#San Ildefonso RHU I	○	PPS	4	4	4	4	4	4	4.0
		#San Jose Del Monte RHU	○	USAID (但し、LPP として)	1	3	?	3	?	3	2.5
#Guiguinto RHU I		○	PPS	3	4	4	3	4	4	3.7	
病院・診療所	Bulacan	#Pinaod 地域総合診療所	-	開発福祉支援	1	2	?	2	2	1	1.6
		#Plaridel 地域病院	-	開発福祉支援	3	2	3	3	?	2	2.6
MCHC	Bulacan	#BulacanMCH センター	開所して1週間目	無償資金協力	4	4	4	4	4	?	4.0

注： #は調査団が訪問した施設。それ以外はコンサルタント団員のみの訪問。PPSはプロ技パイロットサイト。?は確認できなかった項目。

## (2) 地域保健強化事業 (Regina Carmeli 大学)

実施団体 Regina Carmeli 大学 (URC) は、1937年にカトリックの学校として設立され、その後、Bulacan 州の唯一の教育機関としてカリキュラムを拡充し、1997年には総合大学に昇格した。これまでに JOCV 隊員派遣と草の根無償資金協力を受けており、さらにプロ技においては

一時長期専門家の活動拠点を置くなど、さまざまな日本の支援を受けている。

本事業実施サイトは、Bulacan州Plaridel市(人口6万8千人)のPlaridel地域病院(Plaridel Community Hospital<sup>38</sup>)である。本病院は1991年にPlaridel市の病院として建設されたが、医療器具・設備等の予算が確保されず閉鎖状態にあったため、Regina Carmeli大学が市との合意に基づき、自らの負担により最低限の設備で1997年から外来診療を始めたが、医療機器・設備が不十分で、極めて限定的かつ軽微な診療と投薬しかできなかった。そこで、1998年度から3年間の予定で開発福祉支援事業の支援を受けることとなった。

本事業は、Plaridel地域病院の運営支援、MCHサービスの提供・研修・啓蒙啓発から構成されている。1年目は、主にPlaridel地域病院の基礎的医療機器・臨床サービスに係わる医薬品の供与、医療従事者・バランガイ保健ワーカー・妊産婦等を対象とする各種研修の実施、母子保健キットの配布が行われた。2年目は、Plaridel地域病院内の手術室を建設し、また、地域の研修拠点としてRegina Carmeli大学敷地内に研修所を建設して、各種研修を実施した。また母子保健手帳3000部を作成し、配布している。3年目の現在は、Bulacan州内の地方政府・NGO等と連携し、研修センターを活用して、より多くの研修対象(地方政府職員・バランガイ保健ワーカー・TBA・青少年等)に対して、研修を実施している。

本事業の結果、Plaridel地域病院においては外来患者数が1日平均40名から50名に、また入院患者が1日平均6名から8名に増加した。この増加の背景には、本事業の研修を受けたバランガイ保健ワーカーが適切にハイリスクの妊産婦を把握するようになり、病院への照会・転送したケースが増加したことが一因であると報告されている。また、研修実績は2年目までで、バランガイ保健ワーカー70名、地方政府保健行政担当官70名、13-21歳の青少年70名(青少年ピアカウンセリング技術研修)、地域のNGO13団体等となっている。同NGO13団体は、2000年2月にNGOネットワークLuznetを結成し、NGO自身によるキャパシティビルディング強化のための研修活動等を企画・実施しており、さらにネットワークをリージョンⅢ全域に拡大しつつある。また、JICAのプロ技においてもLuznetの育成・拡充のための支援を行っている。

研修事業については、研修ごとに詳細な報告書が作成されているが、その研修効果については検証されておらず、今後終了時においては実施団体による自己評価が行われるべきである。

Luznetについて、調査団は実際に研修セミナーを視察し、参加NGOに対して集団面接調査を実施した。その結果、参加NGOの半数以上が医療機関や教育機関を設立母体としており、これらのNGOの自立発展性は心配ないと思われるが、その他の新興のNGOについては弱小で存続の可能性が確認できないことが推察された。従って、弱小NGO支援の効果とそれらの自立発展性は現代段階では未知数である。

一方、Plaridel地域病院については、外来・入院患者数ともに増加率は微増であり、2001年1月に整備が完了した手術室はまだまだ1度も使用されていないとのことであった。また評

<sup>38</sup> JICAへの申請書では「Plaridel Community Hospital」とあるが、同大学が提出している定期報告書等では「Plaridel Emergency Hospital」となっており、実際に病院にかかっている看板も同様であった。援助の対象である施設名がJICAでは正確に把握できていないということであり、ドキュメンテーションの不備といわざるを得ない。

価団の観察では、ベッドの配置状況、入院患者の様子、機材の管理状況などの観察によると、病院として十分に管理・活用されているとはいえない状態であった。それらの直接観察の評価を数値化したもの（表 4-3）をみても、他施設と比べてよい状態とはいえない。これらの状況を考え合わせると、本事業は現時点では、地域における保健従事者・地方政府職員等に対する研修や NGO を始めとするサービス提供機関の拡充については積極的に行われているが、母子保健サービスの提供そのものについては量・質ともに改善する余地があるといえる。今後、JICA としても何らかの形で、成果・自立発展性をモニタリングしていくことが必要である。

また、Regina Carmeli 大学は、これまでにプロ技・JOCV・開発福祉支援と 3 つの形態の JICA の協力を受けているが、1 団体に協力が集中している妥当性についての検証も必要である。

(3) 包括的リプロダクティブ・ヘルス促進支援事業（フィリピン人口・保健・福祉 NGO 評議会：PNGOC）

実施団体フィリピン人口・保健・福祉 NGO 評議会（PNGOC: Philippine NGO Council on Population, Health & Welfare Inc.）は、1987 年に設立された NGO 評議会であり、現在、65 団体が加盟している。本事業はリージョンⅢを活動拠点とする NGO を通じて、RH に関する教育とサービス向上のための活動を実施するものである。実施サイトは、マニラ首都圏・Occidental Mindoro 州・Angeles 市・Bacolod 市・Cagayan de Oro 市である。主な活動内容は、①機材の供与（コンピューター等）、②MCH キット（基本的な診療器材、聴診器、体温計、ガーゼ等、\$ 50 相当）150 セットの助産婦への配布、③RH 教育キット（200 セット）の作成・配布、④思春期ピア・カウンセリング・マニュアル（400 部）の作成・配布である。JICA 側の予算の関係（アジア経済危機に対する 1998 年度の補正予算による協力）で、協力期間は 1999 年 2 月 9 日から 8 月 15 日までの限られた時期における実施であり、十分な活動時間が欲しかったという意見が出された。今回の評価調査団においては、本案件に関する詳細な情報は、時間的制約で得られなかった。開発福祉支援においても、系統的なモニタリング・評価・フィードバック制度の構築が急務である。

#### 4-6 その他

無償資金協力と草の根無償資金協力は外務省の事業であり、また、本分野の無償資金協力案件については、一部建設・機材調達の途上であり、フィリピン政府への引き渡しも完了していないため、本評価調査の対象外であるが、次章に紹介する「協力プログラム」の事後的・試行的な評価を実施するにあたり、基礎的な情報が必要であるため、ここで簡単にとりまとめる。

##### (1) 無償資金協力

プロジェクト名	地域保健施設改善・機材整備計画
協力期間	1999 年度（2001 年 3 月完工予定）
プロジェクトサイト	6 州（リージョンⅢ）：Bataan, Bulacan, Nueva Ecija, Pampanga, Tarlac, Zambales
相手国実施機関	保健省第 3 地域保健局
計画施設の構成	① MCHC (5 か所) 各州に 1 か所ずつ (Tarlac はフェーズ I で建設済みのため、残り 5 州) ② RHU (18 か所) 各州に 3 か所ずつ ③ BHS (60 か所) 各州に 10 か所ずつ

計画機材、機材点数	① MCHC 用機材(5 か所、各 20 点)：体重計、血圧計、聴診器、診察台、ヘモグロビン・メーター、ドップラー心拍検出器、心電計、ネプライザー、酸素吸入セット、小手術用器具セット、超音波診断装置、タイプライター等。 ② RHU 用機材(18 か所、各 38 点)：体重計、血圧計、聴診器、診察台、ヘモグロビン・メータードップラー、胎児心拍検出器、歯科用診察台、ネプライザー、鉗子、酸素吸入セット、小手術用器具セット、顕微鏡、ビデオセット等。 ③ BHS 用機材(60 か所各 25 点)：体重計、血圧計、聴診器、診察台、ヘモグロビン・メーター、鉗子、助産婦器具セット、タイプライター等。
事業費総額	13.26 億円 (計画、日本側負担分 13.12 億円+フィリピン側負担分 0.14 億円)

評価情報源・ 入手方法/入手先	①無償資金協力・基本設計調査報告書 ②事情聴取 派遣中長期専門家 JICA フィリピン事務所担当者 リージョン III 保健省事務所、地方政府の保健局担当者 ③建設された MCHC・RHU・BHS 訪問による直接観察 (一部数値化)
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

本無償資金協力「地域保健施設改善・機材整備計画」は、1999 年度の案件として実施され、リージョンⅢ全域に母子保健センター (MCHC) を 5 か所、RHU を 18 か所、BHS を 60 か所、計 83 施設を建設し、機材の整備を行った。評価調査団滞在中に開所式が次々に行われ、すでに運営を開始しているところもあった。視察した Bulacan MCHC においては開所 1 週間ながら、30 名ほどの母子が受診の順番待ちをしており、受付・診察室・治療室などではスタッフが澁刺と仕事をこなしており、十分にその機能を果たしている様子であった。直接観察の評価を数値化したもの (表 18) をみても、それらを裏づける結果が出ている。

本案件には特筆すべき 3 つの意義がある。1 点目は、本案件の形成がプロ技からの積極的な働きかけによって実現した点である。2 点目は、本案件の計画の中にプロ技との連携 (運営面の指導、技術面の指導等ソフト面の支援) を盛り込み、成功している点である。3 点目は、従来から無償資金協力といえば大型のセンター施設的なものが多い中で、本案件のように地域活動の拠点となる小規模施設を多数州全体に建設した点である。保健分野においては、このような拠点施設の配置が非常に重要であり、今後のプロ技との連携における成果が注目される。

加えて、JOCV 隊員及び JOCV 調整員の話によると、地域に拠点施設ができたことより、助産婦・バランガイ保健ワーカーの活動への意欲向上の効果は大きく、オーナーシップを高めるといふ正の効果も出ているという。

## (2) 草の根無償資金協力

年度	1995		1996		1997		1998		1999		2000	
団体数	7	20.0	5	10.7	5	9.7	3	10.8	0	0	3	11.4
総額 (百万円)												

評価情報源・ 入手方法/入手先	①JICA 本部データベース ②JOCV 報告書 ③事情聴取 在フィリピン日本国大使館 派遣中長期専門家 元プロ技チーフアドバイザー JICA フィリピン事務所担当者 UNFPA 担当者
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

在フィリピン日本国大使館<sup>39</sup>によると、2000年度の草の根無償資金協力の総額はフィリピン全体で1億4千万円であり、ここ数年間は毎年約700件の申請があり、そのうち約30件が採択されているという。採択の優先順位としては、自立発展性が認められるもの、地域に根ざした活動を行っているNGO、他の援助形態では届きにくい分野、日本のODAとの連携があるもの、日本のODA関係者（専門家・JOCV隊員等）の推薦、他のドナーからの推薦案件、等となっている。協力対象となる項目は、資機材の購入と施設建設であり、人件費は含まない。モニタリングの仕組みとしては、協力開始6か月後に中間報告書の提出、終了時に最終報告書の提出を義務付けている。

プロ技のフェーズI/IIの両チーフアドバイザーに対する事情聴取及び既存文書等から推察すると、これまでにプロ技が発掘・案件形成・事業支援等で関与してきた草の根無償資金協力案件は1995-2000年の間で23件ある（添付資料2）。

すでに4-2 青年海外協力隊の項で詳述したが、1997年の対象案件「マザー・リタ・バルセロ地域生計団」により実施されたコミュニティアクリック建設（1998年7月開設、供与額260万円）とJOCVの連携は特筆に値する。JOCV隊員（1997年12月-2000年4月派遣）は開設したばかりの同クリニック運営支援・モニタリング体制の確立など、現場に密着した活動が成果の貢献に大きく寄与している。さらに、FLIの人口家族計画特別機材供与の薬剤を活用した村落共同薬局（ボティカ・ビンヒ *Botika Binhi*）の開設と運営指導、開発福祉支援<sup>40</sup>の研修プログラムによって誕生したCVHW（Community Volunteer Health Worker）を活用した地域住民主体の地域健康教育の促進等、様々な形態の援助と連携・協調し、地域保健向上に大きく貢献している好例といえる。

この他、2000年に採択された案件「イノセンシオ・マグトト記念財団」（身体障害者のリハビリテーション施設）は、NGOネットワークLuznetの活動拠点を建設（2001年6月完成予定）するというものであるが、プロ技が積極的に支援していて、今後の連携も視野にあり、草の根無償資金協力とプロ技の連携が組み込まれた事例である。

<sup>39</sup> 面談者は、三宅邦明二等書記官、小西洋子草の根無償担当官。

<sup>40</sup> 明確な記述はないが、「Regina Carmeli 大学」が開発福祉支援事業の一貫として実施した研修プログラムと推察される。

## 第5章 事後的・試行的な「協力プログラム」評価



## 第5章 事後的・試行的な「協力プログラム」評価

JICA は、2001年2月1日時点において、「プログラム」の概念を「ある開発目標のために何らかの相互関係の中に位置づけられる案件群」と定義している<sup>41</sup>。また、「協力プログラム」とは、「共通の目標の下に位置づけられる案件群」とし、それらについて2001年度からプログラムとしての実施計画を作成し、合理的な範囲において一元的に執行する取り組みを試行的に実施するとしている<sup>42</sup>。

これを受け、本評価調査団は、「協力プログラム」を「元々プログラムとして計画されたものではないが、共通の目標の下に位置づけられる案件群」とし、さらに「プログラム」を「国別事業実施計画等の大きな方針から導き出される、セクター全体を視野に入れた協力形態」と定義した。この定義を踏まえ、フィリピンの人口・健康分野における多様な形態の案件群を「協力プログラム」と捉え、今後の「協力プログラム」の形成・実施及と評価手法の開発の一助とするために、事後的・試行的に評価を行った。

### 5-1 評価手法

今回行った協力プログラム評価の手法・手順は以下のとおりである。

#### (1) 手順1： 全案件を1つの協力プログラムに整理

まず、既存資料から全案件の概略を整理し、それぞれの案件ごとに案件名・上位目標・プロジェクト目標・成果・活動・投入」を横に並べ、表計算ソフトに入力する。これを仮に「プログラムアプローチ・ロジック・モデル (PLM) 1」と呼ぶ（詳細は添付資料 2）。PLM1 においては、案件ごとに案件名・成果・活動・投入を一つの「レコード」としてまとめ、1 投入ごとに「1レコード」とし、レコードごとに並べ替えが可能な状態とする。

#### (2) 手順2： 評価用「プログラムアプローチ・ロジック・モデル 2 (PLM2)」の作成

複数の案件群を一つの協力プログラムととらえ、案件ごとに設定された上位目標・プロジェクト目標・成果・活動・投入を、一つの協力プログラムとして考え得るように整理する。本協力プログラムではプロ技のプロジェクト要約を骨組みとして、3つの成果を設定した。

次に、手順1で作成した各レコードを最も適切な成果の下に組み替え、さらに成果や活動レベルを整える。本協力プログラムでは、無償資金協力の RHU の建設は、成果1の基盤整備の一活動とするなどの整理を行った。このようにして協力プログラムの概要を示すマトリックスができる。これを「プログラムアプローチ・ロジック・モデル 2 (PLM2)」(詳細は添付資料 3) と呼ぶ。今回の協力プログラムの PLM2 の概要を示したものが、表 19 の「PLM2 概要表」である。

#### (3) 手順3： 計画達成度の把握

以下、この PLM2 を PDM と同様に用い、JICA プロジェクトサイクルマネジメント (JPCM)

<sup>41</sup> JICA 資料「国別アプローチの強化に向けての取り組みについて」(2001年2月1日)

<sup>42</sup> 脚注 42 と同じ。

手法に基づいた評価を行う。まず、PLM2をもとに「計画達成度」を把握する。つまり、成果・プログラム目標・上位目標の達成度を把握する。

(4) 手順4： 5項目による評価

さらに、5項目「実施の効率性」・「目標達成度」・「効果」・「計画の妥当性」・「自立発展性」による評価を行う。ここで突き当たるのが、協力プログラムはあらかじめ計画されていないものであるから、計画と照らし合わせてみる「実施の効率性」や「計画の妥当性」の評価にはなじまないのではないかという疑問である。そこで、この2項目については評価というよりも、今後のプログラムの改善あるいは類似案件への教訓という観点から、こうすればもっと効率性・計画の妥当性が上がったのではないかといった仮定を導き出すことに重点を置くことが妥当であると考え。本評価では、そのような観点で評価した。

また、「自立発展性」についても、協力プログラムは一つのプログラムとしての調整機能が備わっていないものであるから、基本はあくまで案件ごとの評価とし、その上で参考として、一つのプログラムとしての評価を行うべきであると考えた。なお、プログラムとしての自立発展性を高めるためのプログラム実施体制に関しては、第6章で提言を行う。

表 5-1 プログラムアプローチ・ロジック・モデル 2 (PLM2) 概要表

対象地域：リージョンⅢ、対象裨益者：再生産年齢・既婚女性及び子供、協力期間：1992-2002 年

上位目標	指標	プログラム目標	指標	成果	指標	投入された主な案件
リージョンⅢにおける、基礎的健康状態が向上する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・乳児死亡率</li> <li>・5歳未満児死亡率</li> </ul>	リージョンⅢにおける RH が向上する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・避妊実行率、避妊方法</li> <li>・現在の子供数、理想子供数</li> <li>・子供の数の決定者</li> <li>・母乳授乳実行率</li> <li>・産前・産後の検診回数</li> </ul>	成果 1： RH 分野におけるサービスデリバリーのための基盤が整備される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・RHU の適切な配置</li> <li>・診察の待ち時間の適切さ</li> <li>・RHU の設備の整備</li> <li>・RHU の職員数の確保</li> <li>・RHU の十分な投薬の確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロ技フェーズ I</li> <li>・プロ技フェーズ II</li> <li>・開発福祉支援「地域保健強化計画 (フィリピン小児病院)」</li> <li>・開発福祉支援「地域保健強化計画 (Regina Carmeli 大学)」</li> <li>・無償資金協力</li> <li>・草の根無償資金協力 (8 案件)</li> </ul>
				成果 2： RH 分野におけるサービス提供者の質が向上する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・RHU の診察の適切さ</li> <li>・RHU の治療の適切</li> <li>・RHU の職員による十分な情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロ技フェーズ I</li> <li>・プロ技フェーズ II</li> <li>・現地国内研修</li> <li>・開発福祉支援「地域保健強化計画 (フィリピン小児病院)」</li> <li>・開発福祉支援「地域保健強化計画 (Regina Carmeli 大学)」</li> <li>・開発福祉支援「包括的リプロダクティブ・ヘルス促進支援事業 (PNGOC)」</li> <li>・草の根無償資金協力 (1 案件)</li> </ul>
				成果 3： RH 分野におけるサービスが提供される。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出産立会人</li> <li>・母子手帳・成長記録表使用率</li> <li>・IEC へのアクセス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プロ技フェーズ I</li> <li>・プロ技フェーズ II</li> <li>・青年海外協力隊</li> <li>・開発福祉支援「地域保健強化計画 (フィリピン小児病院)」</li> <li>・開発福祉支援「地域保健強化計画 (Regina Carmeli 大学)」</li> <li>・開発福祉支援「包括的リプロダクティブ・ヘルス促進支援事業 (PNGOC)」</li> <li>・草の根無償資金協力 (10 案件)</li> </ul>

## 5-2 主な指標と情報・データ収集方法

本協力プログラムの評価指標（表 5-1 参照）としては、既存統計と略式のアンケート調査で入手できるものを用いた。

アンケート調査（詳細は添付資料 7 を参照）の対象として、「直接裨益エリア」と「非裨益エリア」を設定した。「直接裨益エリア」とは、プロ技のフェーズⅡから活動の拠点として設定されたリージョンⅢの 6 州の計 19 のパイロット RHU（詳細は 4 章参照）のうちから、時間的・予算的制約により、協力が得られかつアクセス可能なところとして、3 州から 2RHU ずつ計 6RHU を選定した。「非裨益エリア」は、対照標準グループ（Control Group）のことで、本来ならばプログラムの対象外つまりリージョンⅢ外であることが望ましいが、時間的制約の中でリージョンⅢ外の地域の協力を得ることが困難であったため、リージョンⅢ内でできるだけ協力プログラムからの裨益が少ないと思われる地域<sup>43</sup>の 1 RHU を選定した。サンプル数は、「直接裨益エリア」は 1RHU 当たり 30 名、計 180 名（有効回答数 178）で、「非裨益エリア」は計 30 名（有効回答数 30）である。

調査の方法は、各 RHU における出口調査を原則としたが、1 日の利用者が少ない RHU については過去 2 週間に RHU を利用したことのある者に協力を依頼した。また、調査は現地コンサルタントによる聞き取り方式で実施した。

なお、本アンケート調査は、対象地域の主な母集団である再生産年齢（15-49 歳）の既婚女性のリストが存在しないため、サンプルの無作為抽出を行うことはできなかった。従って、サンプルに偏りがあることから免れ得ないことから、複雑な統計処理は行わず、比率・平均を算出するにとどめ、大まかな傾向を読み取って評価の材料とした。

## 5-3 協力プログラムの計画達成度

### (1) 上位目標の達成度

本協力プログラムの上位目標は「リージョンⅢにおける、基礎的健康状態が向上する。」である。この上位目標の達成度を測る指標として、「乳児死亡率」・「5 歳未満児死亡率」を設定した。両指標とも 1993 年から 1998 年の 5 年間の変化をみると、リージョンⅢにおいては悪化しているのに対して、全国平均では両指標とも改善している（表 5-2）。このことから、本協力プログラムが上位目標の達成に、現段階においては影響を与えるまでには至っていないと考えられる。

<sup>43</sup> 19 のパイロット RHU が所在する地方政府以外で、日本による協力案件（無償資金協力、JOCV 隊員派遣、開発福祉支援、草の根無償等の案件）が実施されていない地域。無償資金協力は 83 サイト・83 地方政府に散らばっているため、州によってはほとんどの地方政府にサイトがあるところもあり、「非裨益エリア」の選定はかなり限定されたものになった。

表 5-2 上位目標の指標と結果

	乳児死亡率		5歳未満児死亡率	
	1993年	1998年	1993年	1998年
リージョン III	22.2	28.7	35.5	39.4
全国平均	38.4	36.0	63.5	54.9

出所： DOH, National Demographic Survey 1993、National Demographic and Health Survey, 1998  
注： 単位は 1000 出生当り

(2) プログラム目標の達成度

プログラム目標は「リージョン III における、RH が向上する。」である。この達成度を測る指標として、代表的な RH 指標のうちアンケートで入手可能な「現在の子供数」・「理想子供数」・「避妊実行率」・「避妊方法」・「夫婦における子供の数の決定者」・「母乳授乳実行率」・「産前の健診回数」・「産後の健診回数」を設定した（表 5-3）。

「夫婦における子供の数の決定者」・「母乳授乳実行率」・「産前の健診回数」・「産後の健診回数」については、「直接裨益エリア」の方が「非裨益エリア」よりも明らかに望ましい状況であることから、本プログラムの裨益効果が少なからずあったと判断される（表 5-3、PLM 2 も参照）。

「現在の子供数」・「理想子供数」においては、わずかに「直接裨益エリア」の方が少なく RH の教育の成果とみえるが、「現在の子供数」と「理想子供数」の間にギャップがある者は「直接裨益エリア」が 64%と、「非裨益エリア」よりも多い。これらの結果は「直接裨益エリア」の回答者の方が比較的若いことに少なからず起因していると思われる。また、理想子供数と現在の子供数に差がある者にその理由を聞いたところ、両エリアとも「経済的にこれ以上子供を育てられない。」という者が一番多い。この結果から、RH の目標である「望む子供数を産み育てることができる。」状況に至っていないという見方もできる。しかし、さらに詳細に理由をみていくと、「直接裨益エリア」の「今子作り中だから。」という者や「まだ子育てする余裕がある。」という回答が多いことなどから、単に回答者がまだ若く 1-2 子を産んだかこれから産むところである者が多いためとも考えられる。一方、「非裨益エリア」では「大家族志向」・「もう一人男子または女子が欲しい。」など伝統的な家族観にとらわれている傾向や「FP をしなかったから」など RH に関する教育が行き届いていない実態がうかがえる。これらのことから、両エリアを比べると「直接裨益エリア」の方が「非裨益エリア」よりも RH に対する認識が若干高いという見方もできる。

避妊実行率については、「直接裨益エリア」の方が「非裨益エリア」よりもやや高く、これは 1998 年の全国平均（47%、図 2-5 参照）よりもかなり高い。しかし、避妊法をみると、両エリアとも「性交中断」を含む自然法が多く（「直接裨益エリア」39%、「非裨益エリア」45%）、これは 1998 年の全国平均 15%よりもかなり高く、自然法は失敗する確率が高いため、望ましい状態とはいえない。これらは避妊手段の入手の困難さによるものか、知識不足によるものか

は明らかではないが、いずれにせよ、さらなる RH 教育・サービスの必要性を示唆している。

表 5-3 プログラム目標の主な指標と結果

	直接裨益エリア	非裨益エリア
現在の子供数	2.5 人	3.2 人
理想子供数	3.4 人	3.7 人
上記の数に差がある者の割合	64%	53%
その理由 (複数回答)	経済的に無理 33%、まだ子作り時期 25%、子育てできる 9%等。	経済的に無理 44%、大家族志向 19%、F しなかったから 13%、もう一人男子また 子が欲しい 13%、子育てできる 13%
避妊実行率*1	70%	67%
避妊方法*2	注射 26%、ピル 23%、性交中断 19%、 その他の自然法 20%	ピル 50%、性交中断 28%、その他の自然 法 17%
子供の数の決定者	夫婦両方 85%	夫婦両方 67%
母乳授乳実行率	93%	79%
産前の健診回数	5 回以上 73%	5 回以上 55%
産後の健診回数	1 回以上 56%	1 回以上 41%

出所： 評価時のアンケート調査の結果

注： \*1 避妊実行率は現在妊娠していない人（直接裨益エリア：139 人、非裨益エリア：27 人）を母数とした。

\*2 本調査では妊産婦・若い年齢が多く、従って不妊手術実施者はいなかったものと思われる。

### (3) 成果の達成度

成果 1 は「RH 分野における、サービスデリバリーのための基盤が整備される。」である。この達成度を測る指標として、RHU に対する住民の満足度をみた（表 5-4）。

アンケート結果によると、RHU の「設備」・「投薬」に対する満足度は明らかに「直接裨益エリア」の方が「非裨益エリア」よりも高いが、他の項目ではほとんど差がみられなかった。このことから投入によってすぐに成果が現れる項目は成果が出ているが、カウンターパート機関の意識や地方政府のキャパシティの向上が必要とされる項目については、まだあまり成果が現れていないといえる。

また、成果 1 で最も大きな投入である無償資金協力については、ほとんどの施設でまだサービスが開始されていないことから、本調査では成果を測れなかったが、今後大きな成果が現れることが期待できる。

表 5-4 成果 1 の主な指標と結果

	直接裨益エリア	非裨益エリア
RHU までの距離	3.05	3.17
診察までの待ち時間	3.06	3.03
RHU の設備	3.07	2.50
RHU の職員数	3.01	2.90
RHU の投薬	2.74	2.27

出所： 評価時のアンケート調査の結果

注： たいへん満足/満足/やや不満/不満足をそれぞれ、4/3/2/1 として平均を求めた。（4 点満点）

成果2は「RH分野におけるサービス提供者の質が向上する。」である。成果2の主な活動実績である研修受講者総数は、プロ技の延べ1,357名、開発福祉支援<sup>44</sup>の延べ397名<sup>45</sup>である。成果2の達成度の指標として、これらの研修や日本人専門家による技術指導によってサービス提供者の質が向上した結果、サービス受給者である住民の満足度が上がったかどうかに着目し、アンケートでRHUにおける「診察方法」・「治療方法」・「職員による情報提供」の満足度をみた(表5-5)。

3項目とも「直接裨益エリア」の方が「非裨益エリア」よりも満足度が高いが、その差はわずかである。また、RHUごとに見る(表5-6)と、「治療」や「職員による情報提供」に関しては「非裨益エリア」よりも低いRHUがある。これらのことから、本協力プログラムはサービス提供者の質の向上にはあまり貢献していないといえる。その理由として、日本人専門家は「本プログラムによる影響よりも、地域の基本的な財政力、首長の方針、各RHUの所長の意識・能力による影響の方が大きいのではないか。」と指摘している。

表 5-5 成果2の主な指標と結果

	直接裨益エリア	非裨益エリア
RHUの診察	3.13	2.97
RHUの治療	3.13	3.07
RHUの職員による情報提供	3.08	3.00

出所： 評価時のアンケート調査の結果

注： たいへん満足/満足/やや不満/不満足をそれぞれ、4/3/2/1として平均を求めた。(4点満点)

表 5-6 成果2のRHUごとの結果

施設名	項目	RHUの	RHUの	RHU職員
		診察	治療	による情報提供
直接裨益エリア	Abucay RHU	3.17	3.17	3.00
	Capas RHU I	3.03	3.03	3.10
	Lubao RHU II	3.28	3.31	3.14
	Lubao RHU III	3.17	3.21	3.17
	Orani RHU	3.00	3.03	2.93
	Sta. Ignacia RHU	3.17	3.07	3.13
非裨益エリア	Sto. Tomas RHU	2.97	3.07	3.00
全体の平均		3.11	3.13	3.07

出所： 評価時のアンケート調査の結果

注： たいへん満足/満足/やや不満/不満足をそれぞれ、4/3/2/1として平均を求めた。(4点満点)

成果3は「RH分野におけるサービスが提供される」である。この達成度の指標として、実際にサービスが住民に届いたか、その結果住民の行動変容をもたらしたかどうかに着目し、アンケートにより「出産の場所」・「出産立会人」・「母子手帳使用率」・「成長記録表使用率」・「IECへのアクセス度」をみた(表5-7)。

<sup>44</sup> フィリピン小児病院案件と Regina Carmeli 大学案件。

<sup>45</sup> いずれも既存の報告書の中から拾い上げることができた数である。

「出産の場所」については、「病院」が「直接裨益エリア」の方が「非裨益エリア」よりもやや多い<sup>46</sup>。ハイリスク出産などのケースを病院ヘリファアーする率が上がったため等原因はいくつか考えられるが、その理由を明らかにすることはできなかった。一方、「出産立会人」については、医師または助産婦・保健婦など保健スタッフによる立ち会いが「直接裨益エリア」で93%<sup>47</sup>、「非裨益エリア」で100%と高く、ほとんどの人が出産時において専門家による適切なケアを受けているといえる。リージョンⅢは元々保健分野においてフィリピンの中でも進んだ地域であることから、すでにそのような環境が整っていたためとも考えられ、本協力プログラムとの因果関係を明らかにすることはできなかった。

「母子手帳使用率」・「成長記録表使用率」については、「直接裨益エリア」の方が「非裨益エリア」よりも使用率が顕著に高く、また「IEC へのアクセス度」についても、明らかにアクセス度が高い。これらのサービスはプロ技や JOCV の中心的な取り組みでもあったことから、本プログラムによる成果であると考えられる。

表 5-7 成果 3 の主な指標と結果

	直接裨益エリア	非裨益エリア
出産場所	病院 52%、自宅 47%	病院 41%、自宅 59%
出産立会人	助産婦 56%、医師 36%、保健婦 1%	助産婦 59%、医師 41%
母子手帳使用率	69%	38%
成長記録表使用率	73%	44%
IEC へのアクセス度・総合*1	1294%	683%
IEC 提供機関・RHU*2	739%	540%
IEC 提供機関・学校*2	152%	107%
IEC トピック	FP166%、栄養 149%	FP100%、栄養 77%

出所： 評価時のアンケート調査の結果

注： \*1 は全手法・トピック・提供機関の延べアクセス度

\*2 は提供機関における全トピックの延べアクセス度

また、情報のアクセスに関して、「RH に関する情報をどのような機関から得たか、またその手段は何か」という質問に対する回答をみる（表 5-8）と、機関では RHU が最も多く、ついで BHS となっており、地域の身近な保健施設が情報の入手先として重要であることが分かる。さらに手段については、ポスターが最も多く、次に RHU の診察時にスタッフから直接口頭で得る場合が圧倒的に多い。RHU で行った面接調査でも、医師や看護婦などから直接口頭で聞く情報を希望する声が多く聞かれた。プロ技では当初から人形劇上演・ビデオ上映などさまざまな形態の IEC 活動を積極的に展開しており、また、開発福祉支援でも IEC 活動は重要な活動と位置づけられているが、成果 3 の結果からは、それらの活動よりも、RHU や BHS など身近な施設のポスターやスタッフからの情報など従来の・基礎的な情報提供の手段が効果的であることを示しているといえる。

<sup>46</sup> RH においては、「出産は病院で行うべきである。」とは必ずしも考えられていない。

<sup>47</sup> 残り 7% は伝統的産婆である。リージョンⅢでは伝統的産婆を対象とした研修プログラムが実施されており、適切な訓練を受けていれば問題がない。しかし、本調査ではそこまでは確認していない。



表 5-8 RHに関する情報の入手先と手段

手段 入手先	セミナー	人形劇	ビデオ	ケーブルテレビ	パンフレット	ポスター	IEC印刷物	RHUスタッフ	保健スタッフによる 家庭・地域訪問等	地域における会合	マスメディア	専門家による講義	活動 NGOの広報・教育	合計
RHU	127%	0%	7%	6%	137%	225%	3%	190%	15%	20%	7%	3%	0%	739%
BHS	61%	0%	1%	1%	49%	165%	6%	70%	2%	19%	5%	3%	0%	382%
NGO	3%	0%	0%	1%	6%	2%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	6%	21%
学校	12%	0%	4%	0%	15%	41%	3%	2%	14%	0%	7%	55%	0%	152%

出所： 評価時のアンケート調査の結果

#### 5-4 協力プログラムの5項目評価

##### (1) 実施の効率性

##### ①投入の量と成果との関係

本協力プログラムの投入総額は、試算で約 33 億円（短期専門家派遣・研修員受入れに係る経費と現地国内研修費用等は含まず）であった。効率性の客観的評価の材料として、裨益人口一人当たりの投入量を算出したいところであるが、案件ごとに対象とする地域は異なり裨益対象の定義が難しいことと、裨益対象である「15-49歳の再生産年齢の女性及び5歳未満の子供」の人口の統計資料を入手することができなかったことから、裨益人口を正確に把握することはできない。

このような制約下で、本協力プログラムの効率性をおおまかに把握するために概算値を選出してみると、リージョンⅢ全体（人口 779 万人）を裨益対象と仮定すると一人当たり 436 円、また、特に大きな裨益があったと考えられるプロ技のパイロット RHU がある 13 の地方政府（人口計 81 万人）を裨益対象と仮定すると一人当たり 4,190 円となる。

成果ごとの投入額試算<sup>48</sup>は、成果 1 が約 19 億円（内訳は、無償資金協力約 13 億円、その他 6 億円）、成果 2 が約 0.5 億円、成果 3 が約 2.5 億円、その他成果に分けられないものが約 11 億円（内訳は、プロ技の長期専門家派遣 9.6 億円：のべ 48 人・年等）であった（詳細は添付資料 3 PLM2 参照）。これらを割合で見ると、成果 1 が 58%、成果 2 が 2%、成果 3 が 8%、その他が 33%となり、成果 1 の基盤整備への投入の割合が大きく、逆に成果 2 の人材育成への投入が非常に少ないことが分かる。

投入量と成果の達成度が単純に比例するとはいえないが、成果 2 に対する投入が極端に少ないことは、成果 2 の達成度が低いことの原因の一つであると考えられる。また、成果 1 はすでに達成度は高いが、成果 1 の投入の約 7 割を占める無償資金協力による大部分の施設が評価時においてまだサービスが始まっていないことから、今後実際にサービスが提供されることによ

<sup>48</sup>成果別の投入量を把握することは、現在の JICA のシステムでは、活動別の使途明細が出ないために不可能である。ここではできる範囲で投入額を細分化し、成果に振り分けたが、開発福祉支援・草の根無償資金協力については、基本的に投入明細が入手できなかったために、その他成果に分けられないものに分類した。詳細は添付資料 PLM2 を参照されたい。

ってさらに成果が上がっていくものと予想される。他方、基盤整備に対する投入量が多くなることは当然としても、成果 1 に対する投入量がこれほど必要であったのかどうか、今後実施される類似した協力プログラムの評価結果などを参照しながら検証していくことが課題である。

## ②投入のタイミング

図 5-1 により投入を時系列で概観すると、初期投入量が極めて少なく<sup>49</sup>、プロ技以外の形態の援助が投入され始めたのは 1995 年になってからである。投入される援助形態の種類・量はその時点から増加してきており、初期と現在では大きな差があることが分かる。一般のプロジェクトの場合は、投入量は援助の初期の頃は基盤整備のために多くし、後半は相手国実施機関に引き継いでしていくために減少させるという手法をとるが、本協力プログラムはその逆である。今後プログラム計画の際には、プログラム全体の投入の種類・量・時期を援助形態別に吟味することが重要になると考えられる。

また、開発福祉支援の 3 つの案件の実施時期が集中しているが、目的に適合する NGO であるかどうか見極めるために NGO の選定には時間をかけるべきであることや、事業は継続することによって発展や修正が可能になることから、今後の同事業の実施の際に複数の案件の実施時期は慎重に考慮すべき点である。

さらに、無償資金協力による施設の完成があと 1-2 年早ければ、プロ技や JOCV によってその施設に対してソフト面からのサポート及びモニタリングが行われ、今以上に大きな成果を上げることが可能であったかもしれない。ソフトとハードの投入の時期を考える上で重要な観点であろう。

## ③援助形態間の連携による効率性の向上

本協力プログラムにおいては、4 章でみたように、主に以下のような援助形態間の連携がみられた。

- 1) プロ技-無償資金協力（新設施設の職員の研修）
- 2) プロ技-JOCV（活動地域の棲み分け、専門家から JOCV への情報提供）
- 3) JOCV-特別医療機材供与（JOCV-FLI により機材の選定と活用・管理のモニタリング）
- 4) プロ技-草の根無償資金協力（草の根無償資金協力案件の発掘数 23 件）
- 5) JOCV-草の根無償資金協力（草の根無償資金協力で新設された施設の立ち上げ・運営・モニタリング体制の支援）

<sup>49</sup> 初期投入の少なさはプロ技に限ってみても同様で、初期段階のフェーズ I の終了時報告書には、「当初の 2 年間は業務調整員と IEC 専門家の 2 名が派遣されたのみで、立ち上がりは非常に遅かったといえよう。」と記載されており、チーフアドバイザーが派遣されたのも 1995 年になってからであった。

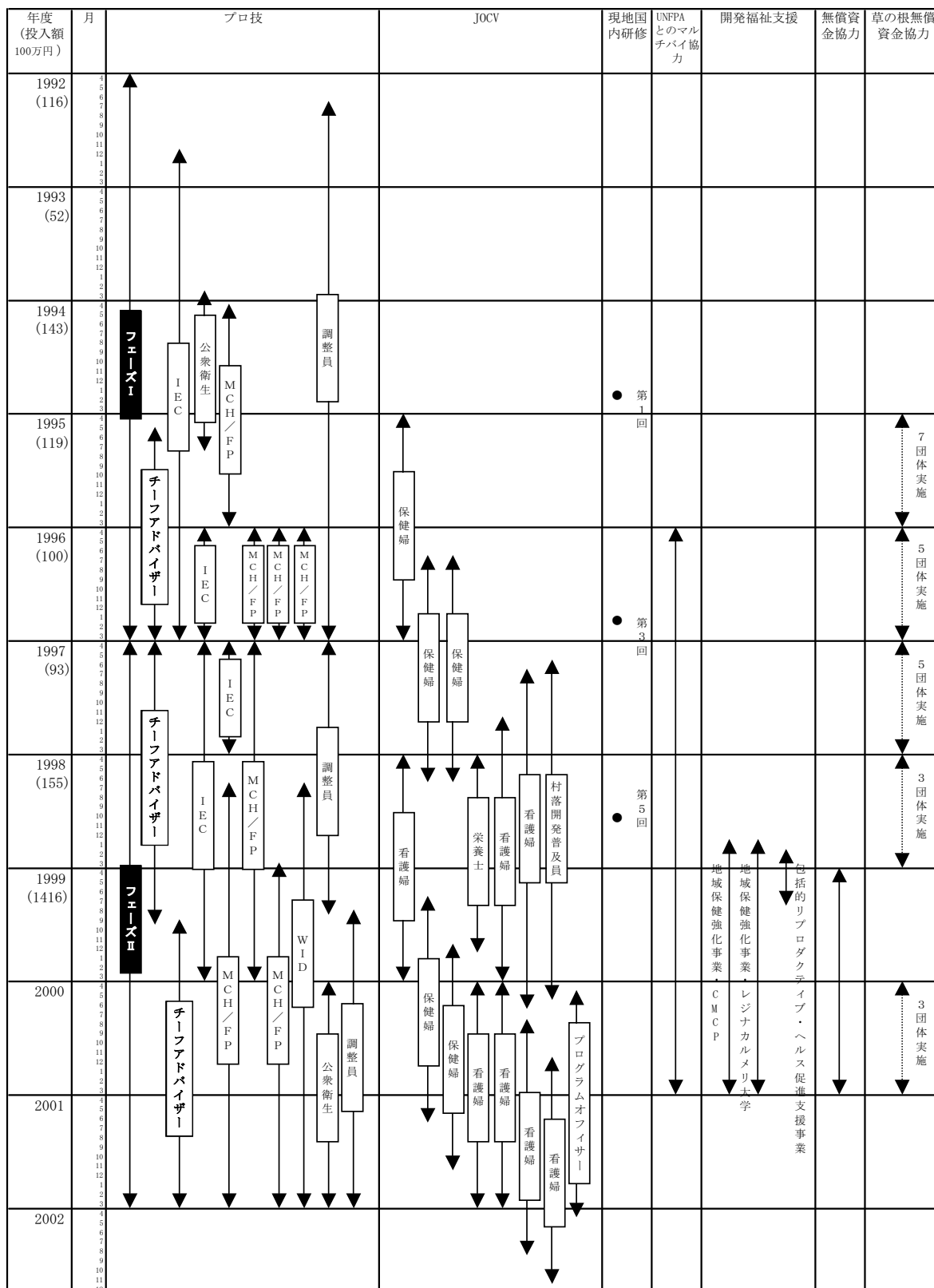


図 5-1 協力プログラムの投入時期

1) -5) の連携によって、少なからず相乗効果があり、協力プログラムとしての成果の発現に寄与したものと推察される。例えば、3) や 5) において、投入された機材・資機材が JOCV

の指導・モニタリングによってよりよく活用されるようになり、その結果サービスの拡大・向上に結びついていることが報告されている。このことを応用した、開発福祉支援に対する JOCV のモニタリングの実施や、無償資金協力で建設された新規施設のサービス提供に対するプロ技・JOCV によるモニタリングの実施などの複数の援助形態の連携によって、一つの援助形態だけでは実現できなかった相乗効果を期待することができる。本格的なプログラム実施にあたっては、ハードとソフトの投入をセットにすることは実施の効率性を高める重要なポイントになるといえる。

#### ④他ドナーとの連携による効率性の向上

本協力プログラムにおいて、他ドナーとの連携は現場レベルにおいては実施されていることが確認された（詳細は添付資料 2 参照）。USAID との間では、特に G II 直後は拍車がかかり、例えば保健ワーカー用教材を共同制作したり、JICA のプロ技から USAID のプログラムであるジョン・ホプキンス大学 RH プログラムを通じて母子手帳 1 万部を配布したり、USAID が開発した助産婦自習システムの CD-Rom をプロ技が複製し全国の助産婦学校へ配布したり、その他、USAID が支援している 3 つの NGO を草の根無償資金協力で支援したりしている（表 5-9、添付資料 2 も参照）。

表 5-9 JICA（大使館）と USAID の連携実績

JICA（大使館）		USAID
保健ワーカー教材の共同開発	⇔	ジョンホプキンス大学RHプログラムと保健ワーカー教材の共同開発
プロ技から	→	母子手帳を供与
（草の根無償）	→	USAID支援のNGOを支援
（草の根無償のNGOへ）	←	開発した教育プログラムを供与
（草の根無償のNGOへ）	←	ジョンホプキンス大学RHプログラムの開発した教材

UNFPA とは、プロ技が母親テレビ用教育ビデオを製作・提供し UNFPA が自分たちの活動地域で配布したり<sup>50</sup>、UNFPA が日本の JOICFP に委託して実施しているプロジェクト（バタンガス市）とプロ技のカウンターパート同士が訪問し合い技術交流を行ったり、また、プロ技側が UNFPA が実施している RH 思春期プログラムを視察し、自分達の活動の参考としている。

しかし、いずれのドナーともプロ技フェーズ II の後半は協調・連携はほとんど実施されていない。その原因は、連携・協調を個人的なネットワーク・努力に頼っており、組織的・長期的視点に立った計画に基づいて実施されてこなかったためと考えられる。本格的なプログラム形成に際しては、他ドナーとの協調・連携はもちろんのこと、共同プログラムの実施なども視野に入れた、包括的・総合的な計画とすべきである。

UNFPA の Dr. Moi（4 章参照）や元 UNFPA 職員で現在コンサルタント会社を経営する Ms.

<sup>50</sup>具体的には、プロ技が教育ビデオを製作し UNFPA がそのパンフレットを製作し、パッケージを作り、プロ技はリージョン III へ、UNFPA は CAR リージョンへ配布した。

Ileto-Dumlao から、フィリピンにおいては、保健省・NEDA・人口委員会の職員が他のドナー機関や USAID が協力する NGO などに転出している事例が少なからずあり、彼らのネットワークがドナー機関同士を結びつける触媒となっているという話を聞くことができた。これらの話からの類推ではあるが、フィリピンの保健分野においては、第 2 章で述べたような実績のなかで育成されてきた人材間にはすでに人的ネットワークが形成されており、UNFPA や USAID などのドナーは現地スタッフを雇用することによって、彼らの人的ネットワークを活用した他ドナーとの連携が進んでいるようである。JICA の現行制度では基本的に専門家として現地スタッフを雇用することはできない<sup>51</sup>が、今後は他ドナーとの協調・連携に関して、現地スタッフ雇用は一つの有効な手段となり得る可能性も視野に入れた柔軟な運営が望まれる。

## (2) 目標達成度

「RH の向上」というプログラム目標は、「計画の達成度」のところでみたように、一定レベル達成しているといえる。また、成果 1 は最も大きな成果が上がっており、プログラム目標の達成に最も大きく貢献しているといえる。また基盤整備があるからこそ、他の成果を上げることが可能になったとも考えられる。成果 3 も「母子手帳使用率」・「母乳授乳実行率」・「IEC のアクセス度」などの面で大きな成果を上げており、プログラム目標の指標である「子供の数の決定者」及び「母乳授乳実行率」などの行動変容や、「産前・産後の検診回数」の向上に貢献しているといえる。一方、成果 2 に関しては今回の調査では成果の発現が確認されず、プログラム目標に貢献したとはいえない。

また、成果 1 と 3 では一定の成果が上がっているにもかかわらず、プログラム目標の達成度でみたように、家族観や避妊手法に変化がみられない理由として、成果 2 の成果が現れていないことに加えて<sup>52</sup>、カトリック教会の考え方が根強く残っており、そのことが阻害要因として働いていることが考えられる。

## (3) 効果

「期待された正の効果」として「上位目標の達成度」をみると、「上位目標の達成度」のところで述べたとおり、指標「乳幼児死亡率」の改善はみられない。期待された正の効果はまだ発現していないといえる。

その他、確認された正の効果としては、プロ技で制作したビデオ（(1) 実施の効率性の項参照）が評判となり全国の保健・医療施設から入手を希望する問い合わせがあり 200 本以上が提供されたこと、本プロ技とインドネシア・タイで実施しているプロ技のカウンターパート同士が訪問し合い技術交流（南南協力）を行ったこと等がある。

また、プロ技によって開発された住民参加型活動（村落共同薬局 Botika Binhi 運営支援、

<sup>51</sup>プロ技が雇用する者の中には、人口委員会の元職員やフィリピン大学の元研究者がおり、他ドナーに雇用されている知人と面識もあるが、彼らは他ドナーとの協調・連携には有効に機能していない。その原因は彼らがプロジェクトの形成や運営に責任ある立場で携わっていないことから、そのネットワークを活用する機会がないためと考えられる。

<sup>52</sup> 5-3-(3)の成果 3 のところで、RH に関する知識は、診察の際 RHU のスタッフから直接得る場合が多いため、RH の正しい理解の浸透には RHU スタッフの教育が有効であると考察している。

日本の NGO との連携によるバランガイ健康ワーカーの生計向上活動、NGO 連合体 Luznet の結成と支援等）が注目され、日本から予想を上回る視察団・調査団（1997 年：34 件、1998 年：42 件）が訪れたことも正の効果である。プロ技には、プロジェクト終了までにそれらの活動から得られた経験を取りまとめて、教訓として残すことが求められる。

なお、今回の調査では、負の効果は認められなかった。

以上のように目立った効果はまだ認められない。このことは、例えば、JOCV の活動が予想した以上に広域に波及効果があったとしても協力プログラムとしての対象エリアはより広域であるため効果の発現として評価されないことや、一般的には効果と評価されることが多い案件間の連携もプログラム目標の達成に吸収されてしまいやすいなど、プログラム評価の際、配慮すべき点と考えられる。

#### (4) 計画の妥当性

##### ①上位目標・プログラム目標の妥当性

上位目標・プログラム目標は、フィリピンの中期開発計画及び保健省の方針とも合致しており、現時点においても妥当である。

##### ②実施機関・最終裨益者ニーズとの整合性

現場レベルにおける実施機関（地域保健局、州保健局、RHU、開発福祉支援実施団体、NGO 等）のカウンターパートの評価は非常に高く、彼らのニーズとは合致しているといえる。一方、最終裨益者である再生産年齢の女性のニーズをアンケート結果でみると（表 5-10）、52%が現状のサービスで満足しているが、48%が新しいタイプのサービスを期待している。例えば、「女性への暴力」・「医療に関する法律サービス」・「心理カウンセリング」などである<sup>53</sup>。これらに関する活動を追加することによって、より妥当性の高い計画とすることが可能であると考えられる。このように、モニタリングを通して「成果」が「目標達成度」に結びついているかの検証を行い、場合によっては各援助形態で行われている活動を見直す必要がある。

表 5-10 希望する RH 分野の他のサービス

希望する他のサービス（複数回答）						ある	ない
女性への暴力に関する助言	医療に関する法律サービス	心理カウンセリング	性教育	他の避妊方法	その他		
35%	30%	34%	21%	2%	5%	48%	52%

出所： 評価時のアンケート調査の結果

案件形成における重要な示唆として、本調査中に得た情報を紹介したい。リージョンⅢに隣接する CAR リージョンのベンゲット州における無償資金協力による州立病院の建設に関して、保健省次官から「ベンゲット州立病院の建設に関しては保健省に対して事前に打診がなく実行され、その結果、近接する既存の国立病院と競合することになった。また、同州は近代的設備を有する大規模な同病院の維持・運営費が確保できなくなり、保健省へ支援を求めてきている。

<sup>53</sup>評価調査団内でも「RHの向上」を達成するための手法に関して、母子保健だけでは不十分であり、男性の取り込みや思春期の教育などの活動を盛り込む必要性が指摘されていた。

地方政府への支援においても保健省との連携・調整が必要である。」という発言があった。このことに対して、同案件の実施促進に係わった無償資金協力部の担当者や元 JICA フィリピン事務所員から、「保健省との協議の上で決定したものである。」との指摘があったが、現時点においてこのような発言があるということは、保健省側にオーナーシップがないことの現れであり、また、サイト選定の妥当性、州財政等自立発展の可能性の検証が十分であったならば発生しなかったであろう問題である。今後のプログラム形成の段階においては、裨益国の要請をそのまま受け入れるのではなく、専門的・広範な見地からの十分な検証を JICA 主導で行う必要が再度認識されなければならない。また、この事例は、地方分権が進む国における協力の難しさも示唆している。

### ③日本の援助方針との整合性

現在、JICA は外務省の国別援助方針・国別援助計画に沿って、毎年「国別事業実施計画」を策定している。フィリピンについては「2000 年度 JICA 国別事業実施計画」が 2000 年 5 月に発表され、本評価実施時点ではこれに基づいて事業が形成されつつある。本調査の対象案件は、同計画が策定される前に形成されたものであるため、その整合性を厳密に問うことはできないが、参考までに照らし合わせてみると、基本的な方向性や分野は一致しているものの、「効果的・効率的な事業実施のためのポイント」として挙げられている「移転した技術の普及」・「NGO との連携」・「ドナー間調整」・「南南協力の推進」等の促進に関しては、計画的に実施されているとはいえない。今後の協力プログラム展開においては、同実施計画を十分に念頭においた修正が必要である。

#### (5) 自立発展性

協力プログラムの「自立発展性」については、基本的には案件（実施機関）ごとにみる必要があると考える。

#### ①政策的側面

全案件ともに、本協力プログラムの目標はフィリピン政府の政策と合致しているため、協力終了後も関係省庁の間接的支援は継続すると予想されるが、アロヨ新大統領の姿勢や 2001 年 5 月に予定されている上下院と地方政府首長の総選挙の結果によっては、政策変更の可能性もあり、また同国の経済状況にも左右されるため、未知数の部分が多い。

#### ②技術的側面

プロ技についてはカウンターパートへの技術移転はほぼ完了している。また、技術移転された地方政府レベルのカウンターパートの定着率はよい。しかし、NGO をカウンターパートとする開発福祉支援・草の根無償資金協力については人材の定着については不安がある。また、施設・機材の整備・更新・保守管理能力についてはカウンターパート機関による格差が大きいと思われる。

#### ③組織的側面

基本的に地方政府には一定の行政能力があるが、地方政府の首長や各 RHU の長の保健行政に

対する姿勢に左右される部分が非常に大きい。また、RHU・BHS レベルではサービスの格差が大きく、今後はその差を縮めることが課題である。NGO については、母体が大きい NGO の組織力は安定しているが、弱小・新興の NGO については未知数である。

#### ④財政的側面

個々の案件の協力終了後は、協力中と同レベルの財源確保は難しく、サービスの大幅な低下が予想される。協力プログラムとしての財政的側面における自立発展性は低い。

### 5-5 総合評価

本協力プログラムは、今回検証できた範囲では、プロ技のパイロットサイトを中心に、RH に関する住民の意識の変化や行動変容に一定の成果を上げており目標が概ね達成されていることが確認されたが、一方で地域差がある項目があることも確認された。また、設備や薬剤などの基盤整備やサービスの提供といった点では比較的大きな向上がみられたが、サービス提供者の質の向上については顕著な改善がみられなかった。実施の効率性については、各案件間の連携や他ドナーとの連携によって、協力プログラムとしてみると効率性が高くなっている部分を確認されたが、投入する援助形態の選定や時期には効率の点でやや疑問がある部分もみられた。いくつかの点を改善あるいは追加投入すれば、協力プログラムとして効率的・効果的なものに発展できたと思われる面があり、このような評価は早期に行うべきであろう。自立発展性については、各案件の自立発展性自体が不透明な部分が多い。しかし、今回実施したような評価結果に基づいて、「協力プログラム」を管理・調整する人員あるいは機関の設置によって、自立発展性は高まると考えられる。

### 5-6 協力プログラム評価に関する課題

以下に、今回の評価過程でみえてきた、協力プログラム評価手法を開発する際のポイント・課題とその対応等について整理した。

#### (1) 評価 5 項目の捉え方の整理

##### ①実施の効率性と計画の妥当性

協力プログラム評価における実施の効率性と計画の妥当性については、もともと計画がないものを計画と照らし合わせるという矛盾を含んでいることから、今後の改善や類似案件への教訓としてのフィードバックという観点でとらえるべきである。

##### ②実施の効率性

異なる援助形態間の連携及び他ドナーとの連携に関する効率性の定量的な分析が難しい。

##### ③目標達成度

協力プログラムによる成果と外部条件による成果との識別が難しい。

##### ④計画の妥当性

「協力プログラム」における計画のデザインの検証は、プロジェクトの評価よりもさらに多



角的な視点で行う必要がある。例えば、セクター内/セクター間の連携の妥当性、投入する援助形態の妥当性、プログラム管理・調整機能の妥当性等も考慮する必要がある。これらのプログラム評価特有の視点を、ある程度共通項目として整理する必要がある。また、協力プログラムの計画の妥当性がフィードバックに力点を置くことになるため、フィードバックの仕組みも明確に示されなければならない。

#### ⑤ 自立発展性

個別の案件ごとに自立発展性をみた上で、さらに協力プログラムとして評価する必要がある。その際、協力プログラムとしての管理・調整機能の存在が前提となる。

##### (2) 簡易な評価手法の開発

一般的にあって、プログラム評価はプロジェクト評価よりもコストがかかることが予想される。時間的・予算的制約がある中で簡易で客観的な手法を工夫する必要がある<sup>54</sup>。

##### (3) 各案件のモニタリング方法の統一

協力プログラム評価の最も基本的な情報源は、案件ごとのドキュメンテーションやモニタリング・評価結果である。これらが十分に整備されていれば、協力プログラムの評価作業もさほど困難ではないと思われる。まずは案件ごとにきちんとしたドキュメンテーションとモニタリング・評価を行い、情報を整備しておくことが不可欠である。また、プログラム実施に向けては、援助形態間でも統一したモニタリング方法の確立が求められる。

---

<sup>54</sup> USAID の Mr. Meline 氏は、その点に大きな関心を寄せていると同時に危惧している。「USAID でも、客観的な評価と、評価のためのコストとのバランスについては、尽きることない課題である。」とコメントがあった。

## 第6章 今後のJICAの協力への提言・教訓

## 第6章 今後の JICA の協力への提言・教訓

### 6-1 フィリピンにおける母子保健・家族計画（RH）分野の協力方針への提言

#### (1) プログラムデザインの再考

本協力プログラムの評価結果から、プログラム目標の指標である RH に関する女性の意識変革や行動変容についてはあまり改善されていないことがわかった。その要因として、成果2の投入が少なかったために人材育成の成果が思うように上がっていないこと、成果3で実施された IEC の効果があまり上がっていないこと等が浮かび上がってきた。特に IEC については、新機軸の手法よりも従来のポスターや RHU スタッフによる口頭による指導の方が圧倒的に認知度が高かった。今後、本協力プログラムがより効果的・効率的に展開するためには、住民教育に関わる人材育成の強化と、IEC の手法について再考する必要がある。また、RH 分野における希望するサービスとして「女性への暴力」・「医療に関する法律サービス」・「心理カウンセリング」など、先駆的サービスを望む者が相当数いることから、提供サービスの種類についても見直す必要がある。

#### (2) RH 分野におけるセクター内・複数セクターにわたるアプローチの必要性

RH 分野は、医学や保健分野のみならず、人口学・社会学・統計学・WID など学際的なアプローチが必要な分野である。また多岐にわたるセクターの総合的な取組みにより、より大きな成果が期待できる。従って、JICA の協力においても、複数の事業部にまたがる援助形態（プロ技・JOCV・個別専門家・開発福祉支援、無償資金協力の実施促進等）を有機的に連携させ、展開できる仕組みが必要である。さらに同分野に投入する専門家は、現在は医療関係者が中心であるが、人口学・社会学・統計学・WID などの専門家も積極的に投入していくべきである。また、すべての案件において、プロジェクトの管理運営体制やカウンターパート機関のキャパシティビルディング強化のために、開発学・経済学・行政学等の専門家の投入の検討も重要である。これらを達成するためには、プログラムの導入が有効であろう。当面は、暫定措置として協力プログラムとしてくくり、より効率よく、より大きな成果を出すための努力が求められる。

#### (3) 地方分権化が進む国での協力方針

従来、JICA のプロ技においては、裨益規模を拡大するためにプロジェクトサイトで得た成果をモデルとして、中央政府のカウンターパート機関を通じて全国展開するという構図を描いてきた。今回の評価対象のプロ技のフェーズⅠからフェーズⅡの裨益地域の拡大も、同様の構図に基づいて計画された。しかし、地方分権化によって保健省の権限が縮小し、一方でリージョンⅢ内の保健行政の実施者である地方政府の実施能力がまだ十分に育ってない中で、従来の方法では、ターラック州であげた水準の成果をリージョンⅢ全域に拡大することは困難であった。また Benguet 総合病院の事例でも中央政府と地方政府の調整が十分に機能していないことがうかがえる。このような状況は、地方分権化が進められている多くの被援助国においてみられることが予想され、分権化の進む国における技術普及のアプローチ（例えば、地方政府のキャパ

シティビルディングの強化、地方政府から地方政府へと技術移転が促進されるための地方政府間の連携強化、中央政府の調整能力強化等の支援策）を検討する必要がある。

#### (4) NGO との連携

フィリピンにおいては、NGO が社会サービスの重要な提供者であることから、同国における協力では NGO を上手に活用し、連携していくことが有効である。現在 JICA の援助形態では開発福祉支援以外では NGO へ直接支援することが難しく、今回調査対象としたプロ技においては既存援助形態を弾力的に運用して NGO の活用を行っていた。今後は現地 NGO との連携を積極的に推進できるような援助形態の改善が必要である。

#### (5) 長期的視点

RH 分野など国民の意識や行動様式の変容を要する協力分野においては、長期的な視点に基づく協力計画の策定が必要である。通常 5 年のプロ技では不可能であっても、プログラムであれば長期（10 年以上）のビジョンに基づく目標設定が可能である。また、協力期間後の被援助国による自主的な展開を視野に入れた協力計画が求められる。

### 6-2 プログラム実施へ向けての提言・教訓

以下にプログラム実施へ向けての提言・教訓を記す。なお、提言・教訓の内容は 2000 年度時点（評価時点）におけるプログラム実施の議論を踏まえたものであることを申し添える。

#### (1) プログラム実施の必要性

1996 年 5 月の経済開発協力機構（OECD）の開発援助委員会（DAC）において、数値目標を設定した成果重視の方向性が打ち出され、この流れを受け、欧米援助国・国際援助機関も「成果主義の枠組み（Result Based Framework）」と呼ばれる手法を導入し、成果重視主義に転換してきている。また、数値目標達成のためには単体のプロジェクトによる協力から、プログラムによる協力形態へと移行している。

このような世界的潮流の中で、JICA としてもプログラムによる協力について検討を重ねて動き出しているところである。しかしながら、本評価時点（2001 年度）では、まだはっきりした青写真は示されておらず、評価団内でもプログラムという概念をめぐって相当議論があった。JICA としては早急にプログラムの明確な骨格を示し、関係者に周知徹底すべきであろう。

前節で述べたように、暫定的には現在実施されている案件においても協力プログラムとして整理し、今後の展開を見直すことが必要である。新規案件に関しては、国別事業実施計画に基づいて、効果的・効率的なプログラムを形成していくことが求められる。

#### (2) プログラムの実施体制の整備

##### 1) 意志決定権の現場への委譲

効果的・効率的なプログラムの実施に際しては、より総合的な現地情報の把握とカウンターパートとの綿密な調整が必要であるため、在外事務所と地域部への権限の委譲が必要である。

国連機関や他ドナー国は実践的な部分においては在外事務所への権限委譲が進んでいる。そ

ういう世界的援助コミュニティの実態から、今回事情聴取した中でも「いくら JICA 事務所に要望を伝えても本部には届かない、本部から派遣されてきた調査団へ要望を伝えても、その後返事がない。」(リージョンⅢ地域保健局長)、「JICA の意志決定には時間がかかる。」(ADB、Mr. Jeugmans: Senior Social Sectors Specialist)、「JICA 事務所が OK でも、本部が NO という決定を覆されることがあり、慎重にならざるを得ない。」(USAID、Mr. Meline: Deputy Chief)、という意見が聞かれた。これらの声は、権限が現場に近いところがないことで、①現場の声が計画に反映されにくい、②意志決定に時間がかかる、③オーナーシップが醸成されにくい、④他ドナーとの協調の機会を逸している可能性が高い、などの問題として整理される。これらを解決するために、現地情勢に詳しく、素早い対応ができる在外事務所へ権限を委譲することが必要である。様々な意志決定の権限を可能な限り在外事務所に委譲し、プログラム策定から実施の一切、予算執行、さらには新任専門家や JOCV 隊員のブリーフィングなど在外事務所レベルで柔軟で効果的な支援が行なえるような体制をつくるべきである。

現在の在外事務所員は 1 人で多数の案件を担当しているのに加えて、権限が委譲されていないために意志決定の度に本部に判断を求める必要があり、そのための事務処理に忙殺されており、個別案件へのきめ細かい対応が難しくなっている。事務所員の負担を減らし、柔軟で迅速な対応のためにも現地への相当の権限の委譲が不可欠である。権限委譲に必要となることは、本部と在外事務所の役割分担を明確に示すことと、本部と在外事務所との連携の強化である。

一方、在外事務所の権限委譲と同様の理由で、プログラムを機能させるためには、本部の地域部の調整機能の拡充が不可欠である。援助国全体を鳥瞰しながら、本部関連部署との総合調整、在外事務所との調整など、相当の手腕が要求されると同時に事務量も増すことが予想される。地域部の権限の強化と人員の補強が必要であろう。

## 2) プログラム実施のための留意点

本格的なプログラム導入を前に、プログラム形成・実施、モニタリング・評価の一貫したシステム作りが急務であるが、そのシステム作りに際しては、以下の点に十分な配慮と検討が行われるべきである。

### ①オーナーシップの形成

プログラム方式の実施にあたっては、計画段階からカウンターパートを「巻き込む」にとどまらず、「中心にした」参画を念頭において進めていくべきである。プログラム形成→実施→モニタリング→評価まで一貫してカウンターパートを主体的とするオーナーシップ形成の仕掛けが不可欠である。そのためには案件発掘・形成の仕組み、実施における専門家の関与の仕方などに一定の指針を示す必要がある。

### ②現地専門家の活用

現地への権限委譲に際しては、現地窓口において専門的な知識をもった職員の配置が重要となってくる。しかし、現在 JICA の一般的な在外事務所員の配置においては専門性を有する者は多くなく、また専門性がある者でも専門と合致しない分野を担当する場合が多い。一方、多く

の欧米援助国・国連機関においては、権限の現場への委譲に加えて、現地専門家の積極的な登用を行っている。フィリピンにおける UNFPA や USAID が保健省と密接な対話を持ちながらきめ細かい対応が実現できている大きな要因はそこにあった。また現地スタッフの投入はオーナーシップを高める誘因ともなっている。

本格的なプログラム導入に際しては、被援助国において情報網があり、専門的な見地から判断できるプログラムオフィサーの配置が必要である。これらの条件を満たす者として現地専門家の登用を検討すべきである。すでにフィリピンの HIV/AIDS 分野においては技術開発研究費で、現地専門家の雇用が可能となっている<sup>55</sup>。他分野においてもこの考え方を取り入れた制度作りが課題である。

### ③案件の優先順位・自立発展性・効率性の吟味

現在、JICA の協力は被援助国との政策対話に基づく案件形成<sup>56</sup>を基本にしているが、政府の要請をそのまま受けるのではなく、上がってきた要請を国別事業実施計画に照らし合わせ、さらにその優先順位を専門的見地で熟考し、総合的視野でプログラムを形成することが重要となる。そのために、十分なニーズアセスメント、立場の異なる利害関係者からの事情聴取、自立発展性に重きをおいたフィージビリティ調査などが必要である。また、この作業の過程においては、他ドナーの動向を十分に勘案し、地域や分野の重複を避け、場合によっては現在の援助携帯の枠を超えて他ドナーと同様の枠組みで共同で展開するなどの工夫も必要である。

### ④プログラムの管理調整機関の設置

本評価の対象である協力プログラムにおいては、実質的にプロ技が協力プログラムの管理調整機能を果たしていた。本格的なプログラム実施にあたっては、その専門的機関の設置が不可欠である。今回の協力プログラムの評価を通じて、特に「実施の効率性」や「計画の妥当性」の観点から考察することは、協力プログラムの改善に有効であることが明らかとなった。プログラムの管理調整機能を有した機関が、これらの評価結果をもとに、プログラムを修正することによって、より「実施の効率性」と「計画の妥当性」を高めることが可能となる。またこのような評価をモニタリングとして実施できれば、スムーズにフィードバックが行われ、プログラムは有効に機能することが期待できる。さらにこの機関にはぜひカウンターパートを配置すべきであると考えられる。そのカウンターパートに対して、セクター全体を視野に入れた行政の仕組みを考えるきっかけを与えることになり、そのことによって、キャパシティビルディングが強化につながり、その結果として自立発展性の向上が期待できるからである。また、本評価では案件ごとに自立発展性を評価するに止まったが、管理調整機関が適切に機能すれば、プログラムとして自立発展性の評価も可能になると考えられる。

## (3) プログラム実施のための環境整備

<sup>55</sup> その後、DOH の正規職員となり、移転された技術は定着している。

<sup>56</sup> JICA は、課題別要望調査において、援助形態別の個別案件ごとではなく、優先課題に基づく案件採択・実施のプロセスを確立し、2001 年度から実施している。

プログラム実施に際しては、JICA 内の関連する体制の再検討が必要である。今回の評価調査で、是非改善すべき点として挙がってきた項目は以下のとおりである。

#### ①ドキュメンテーションの整備

今回の評価調査を通じて、最も緊急に改善されなければならないこととして挙げられるのが、JICA 案件のドキュメンテーションの整備である。1992 年からの対象案件の経緯・実績をまとめた文書は極めて限られており、また 1 つのプロジェクトを管理する文書に書式・内容に一貫性がなく、事業の全体像をつかむのに大変な苦勞を要した。このことはプロ技関係者、JICA 関係者、フィリピン側カウンターパートとも認める事実である。JICA は 2001 年度からプロ技の新規案件についてはすべてプロジェクトドキュメントを作成することとしているが、その実施の徹底が急がれる。またプロ技以外の案件及び今後開始されるプログラムについても、統一フォーマットによるドキュメンテーションの整備が喫緊の課題である。

#### ②人材リクルート・ストックの体制の確立

JICA フィリピン事務所において、権限委譲に伴う不安材料として、本部の権限が縮小し日本国内の専門家の発掘・送り出しに関するサポートが十分に受けられなくなるのではないかという指摘があった。加えて、前節で述べたように RH 分野においては学際的な専門家の投入が望まれるが、現在の本部における人的ストックはそれに対応できるほど十分ではない。さらにプログラム案件においてはセクターを超えた人材の投入が必要になることが予想される。人的ストックについては、これまで以上に全 JICA 的に人材リクルート・ストック体制の早急な確立が求められる<sup>57</sup>。現在、JICA で導入に向けて整備が進められているナレッジ・マネジメント<sup>58</sup>においても人材情報の蓄積が計画されているようである。この充実と積極的な活用が望まれる。

#### ③専門家の支援体制の強化

プログラムの実施においては、専門家に対してはこれまでのような専門分野における知識に加えて、より広範な知識や行動力が要求されることになるだろう。派遣前研修の充実に加えて、派遣後においても必要な情報や支援が随時受けられるような体制が必要である。JICA が現在導入を検討している「ナレッジ・マネジメント」の仕組みなども効果的に活用していくような指導も必要である。

#### ④派遣期間の長期化

在外事務所員・専門家・JOCV 隊員<sup>59</sup>の赴任・任用に関して、効率性・効果の面から場合によっては当初派遣期間（現行最長 2 年間）の延長を、必要に応じて容易に可能とする柔軟性が必要である。

<sup>57</sup> RH 分野に関しては、保健分野のみならず統計、人口問題、WID、村落開発など多岐にわたる人材が必要とされることから、リクルートの難しさが指摘されている（岩崎英二(1997年)「フィリピンにおける人口分野の国際協力に対する包括的取り組みについて」『国際協力フロンティア No. 5』国際協力事業団）。

<sup>58</sup> 情報の蓄積、一元的管理、活用のためのデータベースシステム。

<sup>59</sup> 現在派遣中の JOCV 隊員によると、かつては任期延長が比較的容易に認められていたが、現在は認められにくくなっているとのことである。

#### (4) モニタリング・評価手法の構築

プログラム協力実施に係るモニタリング・評価手法について早急に具体的なガイドラインが示されるべきである。本評価調査では、協力プログラムの5項目評価を試みた。プログラムとしての管理調整機能があれば、プログラムにおいてもプロジェクトと同様の5項目評価手法が適用できることが分かった。プログラムとしての管理調整機関を設置した上で、モニタリング・評価手法の構築が急務である。また、プログラムとしての評価のためには、各案件の十分なドキュメンテーション・モニタリング・評価の蓄積が不可欠である。そのためには、現在、プロ技で進められているドキュメンテーション・評価手法の徹底に加えて、すべての援助形態で統一的なドキュメンテーション・モニタリング・評価の包括的な手法の構築が必要である。

### 6-3 今後の日米連携、他ドナーとの連携に係わる提言

#### (1) 日米連携 (USAID 連携)

今回の評価対象分野であったRH分野においては、GIIを追い風にしながら過去に協調協議を重ね、現場レベルでは実際に教材の交換やその他の連携も実施してきた実績がある。しかし、これらの協調・連携は専門家などの個人的なネットワークに依拠するところが大きく、またそこで得られた経験・教訓は十分に蓄積・記録されてこなかった。そのため、人が変わると活発だった連携が途絶え、風化してきているのが現状である。

また、USAIDが実績をあげている徹底した成果主義に基づく戦略策定、オーナーシップの醸成手法、モニタリング/評価体制、指標の設定等、これまでJICAにおいては十分な蓄積がなされていなかった点に学ぶべきところは多い。

さらに、日米両国ともODAを取り巻く財政状況は厳しいことから、相互補完できる部分(地域区分・活動区分、開発された教材等の共有等)は補完していくことが求められている。

以上の状況から、JICAとしてはUSAIDとこれまで以上に組織的な協調・連携体制を築くことで、多くの成果が期待される。

#### (2) 他ドナーとの連携

各ドナー間の調整は、フィリピンの中央政府(保健省・人口委員会)により、地方政府との調整を含めて行なわれるべきものであるが、現在の保健省に十分な能力がなく、各ドナーとの対話・調整作業はごく限られている。一方、UNFPA・USAIDなどもJICAの活動に関する情報を望んでいるが、JICAの窓口をつかめないでいる。

以上の現状を踏まえて、ドナー間の援助の重複を避け、資金の効果的な運用を図るために、プログラム導入の際には、他の主要ドナーの計画・活動方針、実施手法、モニタリング・評価手法、プロジェクト実績などを十分に把握することが大切である。その上で、早急に調整・協議の体制作りに着手することが必要である。