

第5章 フィリピン感染症対策分野協力の プログラム評価

第5章 フィリピン感染症対策分野協力のプログラム評価

5-1 フィリピン感染症分野協力のプログラム評価概要と手法

5-1-1 目的

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

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

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

ことによる。

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

5-1-2 データ収集法

プログラム評価のために、以下のとおりのデータを収集した。

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

5-1-3 分析手法

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

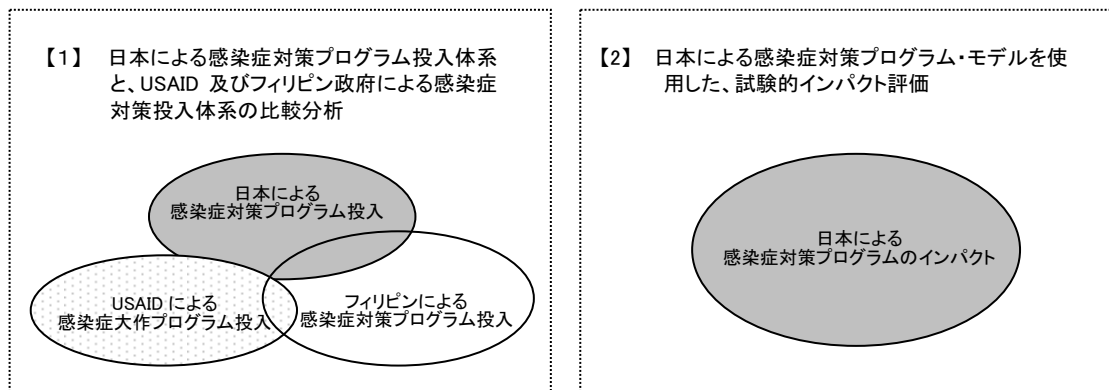


図 5-1 日本によるフィリピン感染症対策分野協力プログラム評価手法

(1) プログラムとして見た感染症対策分野の投入体系評価:

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

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

(2) プログラムとして見た感染症対策分野のインパクト評価:

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

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

5-2 プログラムとして見た感染症対策分野の投入体系評価

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

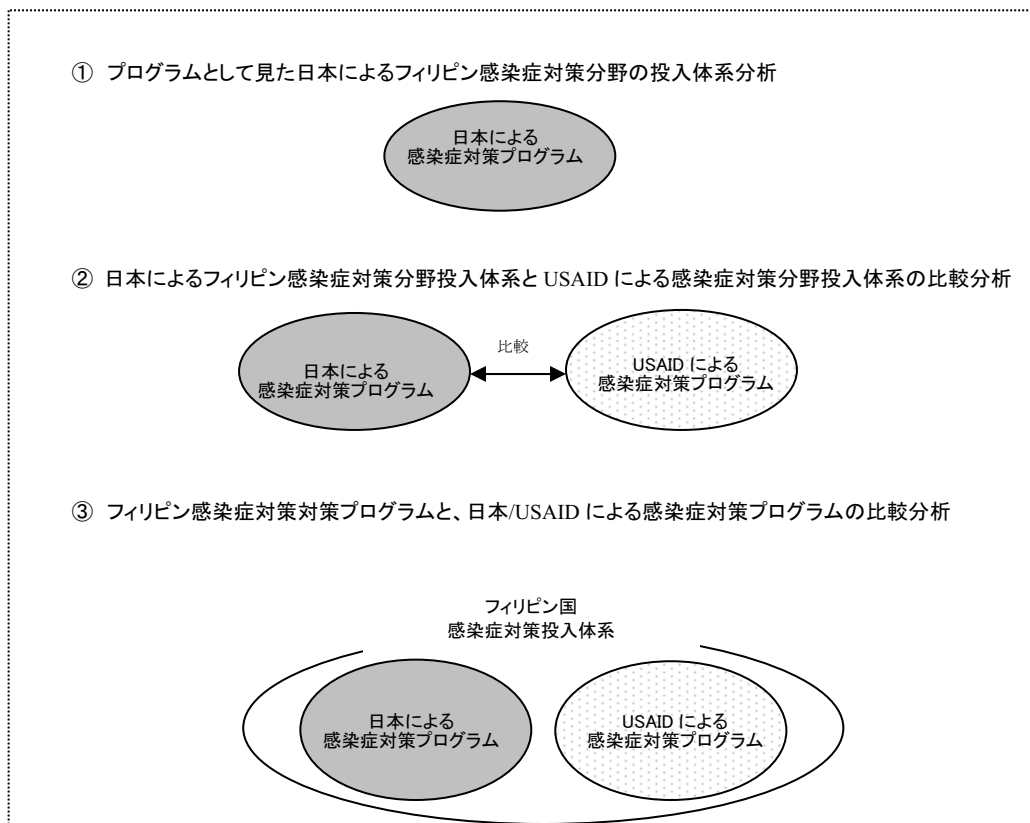
(1) プログラムとして見た、日本によるフィリピン感染症分野の投入体系の分析

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

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

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

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



(出所) 調査団作成

図 5-2 プログラム・モデルの比較・分析フレーム・ワーク

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

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

(1) 結核対策分野協力プログラム

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

表 5-1 結核分野協カプログラム投入体系

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

(出所) 調査団作成

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

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

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

(2) エイズ対策分野協力プログラム

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

表5-2からわかるように、わが国のフィリピン国エイズ対策分野協力は、その金銭的投入のほとんど（77.8%）が、HIV/STIsプログラム・マネージメントのための基盤整備（ラボラトリー、クリニック、及びIEC機材・教材）に充てられている。次に多い投入が保健医療サービス提供者の知識・技術向上で、投入全体の14.1%を占める。民間セクターに対する投入はごくわずかで、基盤整備や保健医療サービス提供者に対する研修等合わせても、エイズ対策分野全体の2%程度である。これは、第2章で述べたとおり、わが国によるフィリピン国エイズ対策分野協力が、USAIDとの連携により始まり、わが国が政府保健医療機関（エイズ・性感染症中央共同ラボラトリー、及び公衆衛生診療所）に対する支援を中心とし、USAID側が地元NGOに対する支援を活動の中心に据えるという住み分けをしたことも影響している。

表 5-2 エイズ対策分野の協力プログラム投入体系

上 意 目 標	成果		投入			主な案件
	中期的成果	短期的成果	項目	量(概算) (千ペソ)	投入額全体 に占める割合	
フ イ リ ピ ン 国 民 の HIV 感 染 / STIs が 増 加 し な い 上 向 す る	対象地域において公共 セクター(政府機関)が カバーする人口の HIV/STIsに関する予防 知識・態度が改善され る。	<組織の機能整備に関する成果> HIV/STIs 対策のための基盤 (施設・機材・システム・IEC) が存在する。	ラボラトリー/ クリニック設 備・機材	166477 4,469 5,003		個別専門家「エイズ」 プロ技「エイズ」
			IEC 教材開発 IEC 用機材			特別機材供与「エイズ」
			合計金額	175,940	77.8%	
		<人材の能力向上に関する成果> 保健医療サービス提供者の HIV/STIs に関する知識・技術 が向上する。	保健医療従事者 研修	31,960		現地国内研修「エイズ」 個別派遣専門家「エイズ」 プロ技「エイズ」
			合計金額	19,103	14.1%	
			<住民のサービス利用促進に 関る成果> 住民が HIV/STIs に関する保 健医療サービスを利用する。	合計金額	-	-
	対象地域において民間 セクター(NGO)がカバ ーする人口のHIV/STIs に関する予防知識・態度 が改善される。	<組織の機能整備に関する成果> HIV/STIs 対策のための基盤 (施設・機材・システム・IEC) が存在する。	HIV 感染者施設 設備	837 1,631		開発福祉支援「HIV 感 染者社会復帰訓練施 設活動支援」
			STIs 用医薬品 ラボラトリー/ クリニック設 備・機材			開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子 保健対策 NGO 支援」 特別機材供与「エイズ」
			合計金額	2,459	1.0%	
		<人材の能力向上に関する成果> 保健医療サービス提供者の HIV/STIs に関する知識・技術 が向上する。	保健医療従事者 研修	185 2,674		開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子 保健対策 NGO 支援」 プロ技「エイズ」
合計金額			2,859	1.3%		
<住民のサービス利用促進に 関る成果> 住民が HIV/STIs に関する保 健医療サービスを利用する。			子宮ガン検診 性感染症検診 HIV 感染者生計 向上	210 717		開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子 保健対策 NGO 支援」 開発福祉支援「HIV 感 染者社会復帰訓練施 設活動支援」
合計金額	927	0.4%				
成果に振り分けられない投入		プロジェクト経 常費	12,136		プロ技「エイズ」	
		長期専門家派遣 相手国研修員受 入 短期専門家派遣	19.4人年 10人月 54人月			
		合計金額	12,136	5.4%		
		金銭的投入	226,281	100%		
投入総計		人的投入	長期専門家：19.4人年 短期専門家派遣：54人月 研修員受入：10人月			

(出所) 調査団作成

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

(3) マラリア対策分野協力プログラム

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

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

表 5-3 マラリア対策分野協力プログラム投入体系

上意目標	プログラム目標	成果		投入 (Inputs)			主な案件
		中期的成果	短期的成果	項目	量(概算) (千ペソ)	投入金額 全体に占める割合	
フィリピン国民の健康状態が向上する。	フィリピン国のマラリア死亡率／罹患率が減少する。	対象地域において公共セクター（政府機関）がカバーする住民の：マラリア予防に関する態度が改善する患者が治癒する。マラリア死亡率・罹患率が減少する。	＜組織の機能整備に関する成果＞ マラリア対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。	感染予防用機材	134,000	97.3%	無償資金協力「マラリア対策計画」 草の根無償「タウイタウイ州保健局の診療線へのエンジン供与」 個別専門家「マラリア対策」 無償機材供与「マラリア及び動物媒介性疾病対策センター」 短期専門家「マラリア対策」
				診断・治療用機材	2,820		
				評価用機材			
				教育用 IEC 教材			
			金額合計	139,537			
		＜人材の能力向上に関する成果＞ 保健医療サービス提供者のマラリアに関する知識・技術が向上する。	保健医療従事者研修・指導	1,963	1.4%	単発専門家「マラリア対策」 個別専門家「マラリア対策」 短期専門家「マラリア対策」 草の根無償「NGO と自治体連携によるマラリア対策」	
			金額合計	1,963			
		＜住民のサービス利用促進に関する成果＞ 住民がマラリアに関する保健医療サービスを利用する。	住民の意識・行動変化調査	981	0.7%	草の根モニタリング「パラワン・エルニド財団」 草の根モニタリング「パラワン州立大学」 青年海外協力隊「村落普及員」	
			協力隊員による住民教育	2人年			
			金額合計	981			
対象地域において民間セクター（NGO）がカバーする住民の：マラリア予防に関する態度が改善する中のマラリア患者が治癒する。マラリア死亡率・罹患率が減少する。	＜組織の機能整備に関する成果＞ マラリア対策ための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。	殺虫剤含浸蚊帳、殺虫剤等	794	0.6%	草の根無償「NGO と自治体連携によるマラリア対策」		
		金額合計	794				
	＜人材の能力向上に関する成果＞ 保健医療サービス提供者のマラリアに関する知識・技術が向上する。	民間保健医療従事者研修		-	個別専門家「マラリア対策」 短期専門家「マラリア対策」		
		金額合計	-				
＜住民のサービス利用促進に関する成果＞ 住民がマラリアに関する保健医療サービスを利用する。			-				
	金額合計	-					
Outputs に振り分けられない投入		長期専門家派遣	3人年	-	単発専門家「マラリア対策」 個別専門家「マラリア対策」 短期専門家「マラリア対策」		
		短期専門家	6人月				
		金額合計	-				
投入総計		金銭的投入	143275	100%			
		人的投入	長期専門家：3人年 短期専門家：6人月				

(出所) 調査団作成

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

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

(4) 感染症対策 3 分野

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

表 5-4 感染症対策投入体系（1992～2002 年）

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

（出所）調査団作成

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

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

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

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

(1) 感染症対策全般

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

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

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

(出所) 調査団作成

(注) 上段期間合計、下段年平均

(2) エイズ

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

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

表 5-6 USAID と日本による投入の比較 2 : フィリピン HIV/AIDS 対策分野

		USAID(1993-2002)		日本(1992-2002)	
		千ドル		千ペソ	
公共セクター (政府保健医療施設)	組織の機能整備			175,940 (15,995)	77.8%
	人材能力向上			19,103 (1,736)	14.1%
	住民のサービス利用促進				
	HIV 感染状況の把握 ハイリスク・グループの HIV リスク行動の把握 (サーベランス)	9,000 (900)	75%		
民間セクター (NGO)	機能整備			2,459 (224)	1.0%
	人材能力向上	3,000 (300)	25%	2,859 (256)	1.3%
	住民のサービス利用促進				
合計		12,000 (1,200)	100.0%	226,281 (20,571)	100.0%

(出所) 調査団作成 上段期間合計、下段年平均

(3) 結核・マラリア

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

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

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

(出所) 調査団作成

(注) 上段期間合計、下段年平均

5-2-3 フィリピン国/地方レベル感染症対策投入体系と

日本/USAID による投入体系の比較分析

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

(1) 感染症対策全般

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

表 5-8 本省感染症対策3分野予算配分比較

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

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

(2) 結核対策分野

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

システム確立のサポート」などの活動を補足している傾向が読み取れる。

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

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

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

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

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

注) 上段期間合計、下段年平均

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

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

注) 上段期間合計、下段年平均

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

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

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

(3) エイズ対策分野

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

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

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

予算項目	フィリピン保健省国レベル (2001年)		USAID: (1993~2002年)		日本 (1992~2002年)			
	千ペソ		千ドル		千ペソ			
公共セクター (政府保健医療施設)	<感染症オフィス>							
	・組織の機能整備				175,940 (15,995)	77.8%		
	・人材能力向上		1,150	6.8%		19,103 (1,737)	14.1%	
	HIV 感染状況の把握 ハイリスク・グループの HIV リスク行動の把握(サーベイランス)				9,000 (900)	75%		
	・政策立案		500	3%				
	ネットワークと政策提言		300	1.8%				
	・無償と物資援助		2,500	15%				
	モニタリングと評価		550	3.3%				
民間セクター (NGO)	<PNAC>							
	・他機関との調整		12,000	70.1%				
	・組織の機能整備					2,459 (224)	1.0%	
	・人材能力向上				3,000 (300)	25%	2,859 (260)	1.3%
	・住民のサービス利用促進							
合計		17,000	100%	12,000 (1,200)	100.0%	226,281 (20,571)	100.0%	

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

表 5-14 フィリピン・エイズ対策分野：保健省地域保健局の投入と

USAID・日本による投入の関係

予算項目	第7地域保健局 (2001年)		USAID: (1993~2002年)		日本 (1992~2002年)			
	千ペソ		千ドル		千ペソ			
公共セクター (政府保健医療施設)	・組織の機能整備		27	7.6%		175,940 (15,995)	77.8%	
	・人材能力向上		218	61.4%		19,103 (1,737)	14.1%	
	HIV 感染状況の把握 ハイリスク・グループの HIV リスク行動の把握 (サーベイランス)				9,000 (900)	75%		
	・政策立案							
	・社会の動員		48	13.5%				
	・能力開発							
	ネットワークと政策提言		52	14.7%				
	・無償と物資援助							
	モニタリングと評価		10	2.8%				
民間セクター (NGO)	・組織の機能整備					2,459 (224)	1.0%	
	・人材能力向上				3,000 (300)	25%	2,859 (260)	1.3%
	・住民のサービス利用促進							
合計		355	100%	12,000 (1,200)	100.0%	226,281 (20,571)	100.0%	

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

(4) マラリア対策分野

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

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

	予算項目	フィリピン保健省 国レベル (2001 年)		USAID: 結核・マラ リア合計 (1993~2002 年)		日本 (1992~2002 年)	
		千ペソ		千ドル		千ペソ	
公共セクター (政府保健医療 施設)	組織の機能整備					139,537 (12,685)	97.3%
	人材能力向上			2,000 (200)	40%	1,963 (178)	1.4%
	感染症サーベイランス・シ ステム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	住民のサービス利用促進					981 (89)	0.7%
	オフィス用品	46	1.2%				
	抗マラリア薬	3211	86.2%				
	蚊帳用殺虫剤	270	7.2%				
	IEC	200	5.4%				
民間セクター (NGO)	組織の機能整備					794 (72)	0.6%
合計		3,727	100%	5,000 (500)	100%	143,275 (13,025)	100%

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

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

予算項目		フィリピン保健省 第7地域保健局 (2001年)		USAID: 結核・マラ リア合計 (1993~2002年)		日本 (1992~2002年)	
		千ペソ		千ドル		千ペソ	
公共セクター (政府保健医 療施設)	組織の機能整備					139,537 (12,503)	97.3%
	人材能力向上	264	19.5%	2,000 (200)	40%	1,963 (178)	1.4%
	感染症サーベイランス・シ ステム確立のサポート			3,000 (300)	60%		
	住民のサービス利用促進					981 (89)	0.7%
	マラリア診断	110	8.1%				
	ベクター・コントロール	68	5%				
	社会動員	199	14.7%				
	モニタリング・評価 データベース・マネージメ ント	321	23.7%				
民間セクター (NGO)	組織の機能整備					794 (72)	0.6%
合計		1354	100%	5,000 (500)	100%	143,275 (13,025)	100%

(出所) 調査団作成

注) 上段期間合計、下段年平均

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

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

5-3-1 評価概要

(1) 試験的インパクト評価の目的

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

(2) 試験的インパクト評価手法

① ローカル・コンサルタントの起用

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

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

② 調査工程

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

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

③ 調査対象案件群

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

④ 評価指標の設定

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

⑤ データ収集方法

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

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

⑥ サンプルング方法

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

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

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

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

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

⑦ データ分析：

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

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

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

表 5-17 試験的インパクト評価概要

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

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

(3) 試験的インパクト評価の制約

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

① サンプルング方法の制約：

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

② サンプル数の制約

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

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

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

③ 出口調査サンプルリングにおけるバイアス

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

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

④ 民間セクターのコントロール群の欠如

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

5-3-2 結核対策案件群プログラム試験的インパクト評価

(1) 調査実施概要

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

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

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

a. 保健所利用者に対する出口調査（保健所）

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

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

プログラム目標と指標	成果と指標			
	中期的成果と指標		短期的成果と指標	
フィリピンの結核死亡率／罹患率改善する。 ・国レベル結核死亡数*1 1992年： 23,356 1999年： 23,056 ・国レベル結核罹患率*2 1992年： 209 (対人口10万) 1999年： 193 (対人口10万)	対象地域において公共セクター（政府機関等）がカバーする結核患者人口の治癒率／発見率／罹患率／死亡率が改善する。 (検討群) (コントロール群) セブ市 マニラ市 ・対象地域結核治癒率 (1999年) 86.3% 66.8% ・対象地域患者発見 ND ND ・対象地域結核罹患率 ND ND ・対象地域結核死亡率 (2001年：対人口10万) ND 55.1	<成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方自治体の結核プログラム独自予算 有り ND ・基本的な結核関連資機材整備状況（機材4品目） 87.5%*4 100%*4 ・患者モニタリング・システムの有無 有り 有り ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 有り 有り ・患者への抗結核薬ストック状況 100% 87.5% ・IEC教材の種類 2種類 3種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 100% 100% ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況（2項目） 50% ND ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況（13項目） 100% 70% ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 41.3% 28.6% ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 100% 92.9% ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 96.6% 78.6% <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 48.3% 57.1% ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 62.1% 64.3% ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 55.2% 71.4% ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合 33.7% 24.1%	・プロ技 「公衆衛生」 ・プロ技 「結核対策」	
対象地域において民間セクター（NGO等）がカバーする結核患者人口の治癒率／発見率／罹患率／死亡率が上昇する。 (検討群) (コントロール群) 結核協会 マニラ市 セブ支所 ・対象地域結核治癒率 (2000年) 88%*3 66.8% ・対象地域患者発見 ND ND ・対象地域結核流行率 ND ND ・対象地域結核死亡 (2001年：対人口10万) ND 55.1	<成果1：機能に関する成果> 結核対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。 (検討群) (コントロール群) ・地方政府の結核プログラム独自予算 ND ND ・基本的な結核関連資機材整備状況（機材4品目） 100% 100% ・患者モニタリング・システムの有無 有り 有り ・喀痰検査のクオリティ・コントロール・システムへのアクセス有無 有り 有り ・患者への抗結核薬ストック状況 75% 87.5% ・IEC教材の種類 4種類 3種類 <成果2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の結核に関する知識・技術が向上する。 ・結核患者を担当するスタッフのうち、DOTS戦略のトレーニング項目を受けた者の割合 100% 100% ・喀痰検査クオリティ・コントロールの記録状況（2項目） ND ND ・結核患者モニタリングに関するデータ記録状況（13項目） 100% 70% ・患者の中で「カウンセリングを受けた」と認識する者の割合 60% 28.6% ・患者の中で「DOTS治療法を適切に説明された」と認識する者の割合 100% 92.9% ・患者の最初の医療施設訪問時に喀痰検査を実施した割合 93.33% 78.6% <成果3：サービス利用に関する成果> 住民が結核に関する保健医療サービスを利用する。 ・患者が症状を自覚後、医療サービスを受けるまでの時間が2週間以内であった割合 63.3% 57.1% ・治療開始2ヶ月目のフォローアップ喀痰検査を受けた患者の割合 73.3% 64.3% ・患者の中で「処方どおりの薬の再提供を受けている」と認識する者の割合 63.3% 71.4% ・結核感染・予防・治療についての正しい知識を持つ患者の割合 47.3% 24.1%	・開発福祉支援 「貧困層結核患者救済」		

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

*2 Ibid

*3 検討群データは、フィリピン結核協会セブ結核パビリオンがカバーする人口のデータ

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

(2) 結核対策案件プログラム試験的インパクト評価結果

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

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

① 短期的成果レベルの効果

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

成果 1（機能に関する成果）：

「結核対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する」

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

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

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

- Microscope
- Sputum Cup
- Glass slides
- AFB reagent

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

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

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

成果2（サービスに関する成果）：

「保健医療サービス従事者の結核に関する知識・技術が向上する」

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

② 中期的成果レベルの効果

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

③ プログラム目標レベルの効果

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

④ 結核協力プログラム・インパクト評価のまとめ

本インパクト調査から、日本による結核対策支援により、セブ市の公共セクター・民間セクターの保健医療組織の結核対策のための基盤が整備され、保健医療サービス提供者の能力も向上された結果、対象地域における結核治癒率の改善というインパクトを生み出したといえる。ただ、日本による結核対策は、フィリピン国の一部をカバーしているに過ぎないため、国レベルの結核指標を改善するには至っていない。つまり、結核分野協力プログラムでは、短期的・中期的成果レベルでの効果（対象地域での結核治癒率改善）は認められたが、プログラム目標レベル（フィリピン国レベルの結核罹患率・死亡率の改善）では現時点では効果は発言していないといえる。

5-3-3 エイズ対策案件群プログラム試験的インパクト評価

(1) 調査実施概要

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

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

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

上記のと通りの施設において、以下調査が実施された。

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

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

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

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

プログラム目標と指標	成果と指標		短期的成果と指標			
	中期的成果と指標					
フィリピン国の HIV 感染率が増加しない。 ・国レベル HIV*2 1992年： 0.041% *1 1999年： 0.07% *2	対象地域において公共セクター（政府機関等）がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。		<成果 1：機能に関する成果> HIV 対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。 （検討群）（コントロール群）		個別専門家「エイズ」 プロ技「エイズ」 特別機材供与「エイズ」	
	・対象地域 HIV 感染率 (2001年) ・対象地域性感染症罹患率 (2001年)	(検討群) バンギ市 0% 0.23%	(コントロール群) マニラ市 0% 109.37 (対人口 10 万)	・地方自治体の HIV/性感染症予算有り ・HIV/性感染症診断用基本的資機材整備状況（資機材 8 品目） ・HIV 流行モニタリング・システムの有無 ・コンドーム在庫状況 ・IEC 教材の種類		有り 無し 87.5% 12.5% 有り 有り 無し 無し 4 種類 2 種類
	対象地域において民間セクター（NGO 等）がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。		<成果 2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の HIV に関する知識・技術が向上する。		100% 0% 100% 100% 43.6% 16.7% 70.91% 25% 記録有り ND 76.4% 33.3%	現地国内研修「エイズ」 個別派遣専門家「エイズ」 プロ技「エイズ」
	・対象地域 HIV 感染率 (2001年) ・対象地域性感染症罹患率 (2001年)	(検討群) マニラ首都圏 85 (対人口 10 万) 117.6 (対人口 10 万)	(コントロール群) マニラ市 0% 109.37 (対人口 10 万)	・HIV/性感染症検査のトレーニングを受けた臨床検査技師の割合 ・HIV/性感染症のトレーニングを受けた医師・看護婦の割合 ・保健サービス提供者から HIV/性感染症のカウンセリング・アドバイスを受けた患者の割合 ・HIV/SITs 血液検査を受けた患者の割合 ・HIV 流行状況モニタリングに関するデータ記録状況 ・保健サービス提供者からコンドーム使用法の説明を受けた患者の割合		
対象地域において民間セクター（NGO 等）がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。		<成果 3：サービス利用に関する成果> 住民が HIV に関する保健医療サービスを利用する。		49.1% 25.0% 54.6% 8.3% 69.1% 25.0% 67.3% 41.7% 65.4% 33.3%	開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 特別機材供与「エイズ」	
・対象地域 HIV 感染率 (2001年) ・対象地域性感染症罹患率 (2001年)	(検討群) マニラ首都圏 85 (対人口 10 万) 117.6 (対人口 10 万)	(コントロール群) マニラ市 0% 109.37 (対人口 10 万)	・コンドームの正しい使用方法を知っている患者の割合 ・コンドームの供給を受けた患者の割合 ・コンドーム使用により HIV/性感染症が予防できると知っている患者の割合 ・実際にコンドームを使用したことがある患者の割合 ・HIV/性感染症に関する IEC 教材にアクセスできた患者の割合			
対象地域において民間セクター（NGO 等）がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。		<成果 1：機能に関する成果> HIV 対策のための基盤（施設・機材・システム・IEC）が存在する。 （検討群）（コントロール群）		ND ND 75% 12.5% ND ND 有り 無し 2 種類 2 種類	開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」 開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 特別機材供与「エイズ」	
・対象地域 HIV 感染率 (2001年) ・対象地域性感染症罹患率 (2001年)	(検討群) マニラ首都圏 85 (対人口 10 万) 117.6 (対人口 10 万)	(コントロール群) マニラ市 0% 109.37 (対人口 10 万)	・地方政府の HIV/性感染症予算 ・HIV/性感染症診断用基本的資機材整備状況（資機材 8 品目） ・HIV 流行モニタリング・システムの有無 ・コンドーム在庫状況 ・IEC 教材の種類			
対象地域において民間セクター（NGO 等）がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。		<成果 2：サービスに関する成果> 保健医療サービス提供者の HIV に関する知識・技術が向上する。		0% 0% 66% 100% 50% 16.7% 0% 25% ND ND 100.0% 33.3%	開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 プロ技「エイズ」	
・対象地域 HIV 感染率 (2001年) ・対象地域性感染症罹患率 (2001年)	(検討群) マニラ首都圏 85 (対人口 10 万) 117.6 (対人口 10 万)	(コントロール群) マニラ市 0% 109.37 (対人口 10 万)	・HIV/性感染症検査のトレーニングを受けた臨床検査技師の割合 ・HIV/性感染症のトレーニングを受けた医師・看護婦の割合 ・保健サービス提供者から HIV/性感染症のカウンセリング・アドバイスを受けた患者の割合 ・HIV/SITs 血液検査を受けた患者の割合 ・HIV 流行状況モニタリングに関するデータ記録状況 ・保健サービス提供者からコンドーム使用法の説明を受けた患者の割合			
対象地域において民間セクター（NGO 等）がカバーする人口の HIV 感染率が増加しない/性感染症罹患率が減少する。		<成果 3：サービス利用に関する成果> 住民が HIV に関する保健医療サービスを利用する。		50.1% 25% 100.0% 8.3% 100.0% 25.0% 100% 41.7% 100% 33.3%	開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援」 開発福祉支援「HIV 感染者社会復帰訓練施設活動支援」	
・対象地域 HIV 感染率 (2001年) ・対象地域性感染症罹患率 (2001年)	(検討群) マニラ首都圏 85 (対人口 10 万) 117.6 (対人口 10 万)	(コントロール群) マニラ市 0% 109.37 (対人口 10 万)	・コンドームの正しい使用方法を知っている患者の割合 ・コンドームの供給を受けた患者の割合 ・コンドーム使用により HIV/性感染症が予防できると知っている患者の割合 ・実際にコンドームを使用したことがある患者の割合 ・HIV/性感染症に関する IEC 教材にアクセスできた患者の割合			

*1 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」、1998年

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

(2) エイズ対策プログラム・インパクト評価結果

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

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

① 短期的成果レベルの効果

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

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

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

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

Glass slides for blood test

Gram stain kit

HIV Anti-body detection kit

Microscope

Autoclave

Incubator

Bed for vaginal exam

Vaginal speculum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

② 中期的成果レベルの効果

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

③ プログラム目標レベルの効果

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

④ エイズ対策協力プログラム・インパクト評価のまとめ

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

5-4 結論・提言

5-4-1 プログラム・モデルによる投入体系の比較分析

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

教訓 1

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

教訓 2

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

教訓 3

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

5-4-2 プログラム・モデルによるインパクト評価

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

教訓 4

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

教訓 5

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

教訓 6

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

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

教訓 7

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

第6章 日本によるフィリピン感染症 案件の実績評価

第6章 日本によるフィリピン感染症案件の実績評価

6-1 実績評価の概要と手法

6-1-1 目的

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

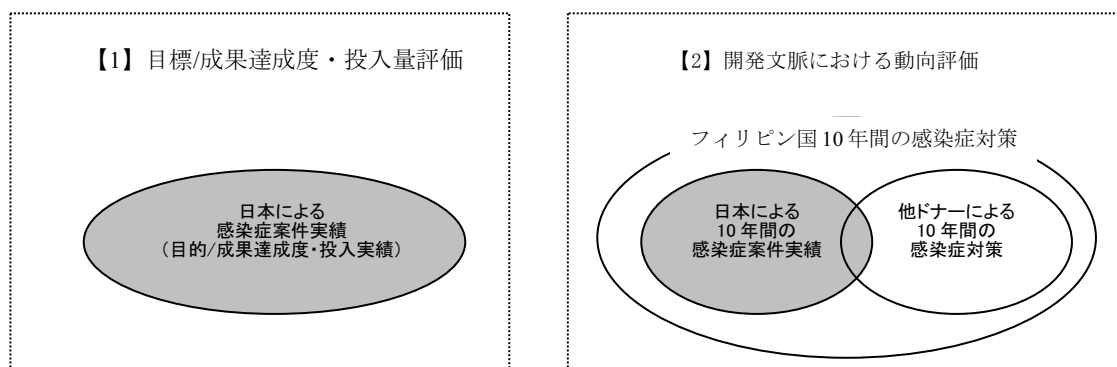
6-1-2 データ収集手法

実績評価を実施するにあたり、以下のような方法によりデータを収集した。

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

6-1-3 分析手法

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



(出所) 調査団作成

図 6-1 日本によるフィリピン感染症案件の実績評価分析フレーム

6-2 結核分野案件の実績評価^{1,2,3,4,5}

6-2-1 結核案件実績の目標/成果達成度・投入評価

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

表 6-1 フィリピン結核分野個別案件の目標・成果・投入実績概要表

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

¹ 国際協力事業団「結核対策分野における日本の国際協力実績」平成12年

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

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

⁴ 国際協力事業団 プロジェクト評価報告書「貧困層結核患者救済」2001年

(1) 上位目標

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

(2) プロジェクト目標

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

(3) 成果

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

(4) 投入

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

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

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

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

6-2-2 結核案件実績の動向評価

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

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

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

(出所) 調査団作成

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

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

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

6-2-3 結核対策分野協力の自立発展性と今後の課題

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

(1) 保健省本省の業務・調整能力低下：

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

(2) 保健省地域保健局への権限委譲：

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

(3) 地方政府との連携：

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

(4) 抗結核薬の十分な確保：

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

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

(5) 民間セクターへの介入：

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

6-3 エイズ対策分野案件の実績評価

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

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

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

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

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

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

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

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

案件名	上位目標	プロジェクト目標	成果	投入	
				千ペソ	名
特別機材供与「エイズ対策・血液検査特別機材」(1994-2001:全国) 相手国協力機関:保健省			1. HIVの検査技術と調査研究能力を普及・向上させる。	76,026	
			血液検査機材		
<目標・成果達成度> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: データなし ・ 成果1: データなし					
現地国内研修「エイズ等診断及び管理」(1995-1999:全国) 相手国協力機関:保健省		フィリピン国内の医師、看護婦、ソーシャルワーカー、検査技師のHIV/エイズ、その他の性感染症に関する予防と管理の能力が向上する。	1. 研修参加者が、HI/エイズ、その他の性感染症に関する病因論、疫学、病原論の一般的知識を得る。	?	
			2. 研修参加者が、HIV/エイズ、その他の性感染症の予防、診断、管理に関する適切な知識と技能を身につける。	?	
			3. 研修参加者が、HI/エイズ、その他の性感染症に関する社会的、経済的、倫理的、法医学的な問題を理解する。	?	
			成果に振り分けられない投入(研修経費全体)	9,800	
<目標・成果達成度> ・ 上位目標: ・ プロジェクト目標: 参加者の、研修前後での知識レベルテスト得点が増した(医師グループ平均点:63点→80点、看護婦グループ平均点:51点→67点、臨床検査技師:49点→80点、カウンセラー59点→66点) ・ 成果1: データなし ・ 成果2: データなし ・ 成果3: データなし					
個別派遣専門家「エイズ対策」(1995-1996:全国) 相手国協力機関:保健省		フィリピン国における複数のエイズ対策プログラムを調整・管理する。	1. 医療特別機材供与の調整をする。		
			2. 血液事業の戦略を立てる。		
			3. エイズ分野協力要請案件の調査		
			4. カウンターパート研修の調整		
			5. 研修(HIV感染者とエイズ患者の看護と管理)の調整		
			成果に振り分けられない投入		長期専門家1名
<目標・成果達成度> ・ 上位目標: ・ プロジェクト目標: データなし ・ 成果1: 医療特別機材供与の調整をした。 ・ 成果2: 血液事業の戦略を立てた。 ・ 成果3: エイズ分野協力要請案件の調査をした。 ・ 成果4: カウンターパート研修の調整をした。 ・ 成果5: 研修(HIV感染者とエイズ患者の看護と管理)の調整をした。					
プロ技「エイズ対策プロジェクト」(1996-2001:マニラ) 相手国協力機関:保健省	STD/AIDS予防対策のための戦略が高まる。	国家及び地方のSTD/AIDSに関する予防能力が向上する。	1. エイズ性感染症中央共同ラボラトリーのSTD/AIDSの検査能力が向上する。	86,606	
			2. エイズ・性感染症中央共同ラボラトリーがフィリピン保健省-サンラザロ病院に統合される。	?	
			3. 国レベルのレファレンス・システム確立に向けての準備がなされる。	?	
			4. エイズ性感染症中央共同ラボラトリーにおける、STD/AIDS 予防、診断、治療についての研修が認可され、研修が実施される。	5,850	
			5. エイズ性感染症中央共同ラボラトリーでの研究が強化される。	3,836	
			6. 選ばれた公衆衛生診療所において、国家エイズ/性感染症予防プログラムの啓蒙普及活動に対するサポートが実施される。	15,599	
			成果に振り分けられない投入	12,136	長期専門家:5名 短期専門家:21名 研修員受入:12名
			<目標・成果達成度> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: SACCLに来院検査患者数:STI/HIV発見件数:1997年2,368件→1999年8,506件 ・ 成果1: SACCLはHIV、淋病、クラミジア、梅毒、トリコモナス検査が可能になった。SACCLにおける検査件数1997年2,368件→2000年8,204件 ・ 成果2: SACCLがサンラザロ病院に統合された。SACCLスタッフの給与がサンラザロ病院予算として計上された。 ・ 成果3: SACCLに、国レベルHIV/STIレファレンスラボラトリーとしての機能が確立された。 ・ 成果4: 17の研修が実施された。 ・ 成果5: クラミジアに関する1つの研究と、17の共同研究が完了した。 ・ 成果6: 30の公衆衛生診療所スタッフに対してIEC研修を実施し、IECパッケージを供与した。4つのモデル公衆衛生診療所がクオリティ・コントロールレベルのHIV/STI検査実施可能になった。		
開発福祉支援「HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援」(1998-1999:マニラ) 相手国協力機関: NGO ビノイ・プラス	HIV感染者が社会復帰する	HIV感染者に対する適切な保護と社会復帰を支援し、HIV感染者の健康・生活状態の向上を図る	1. HIV感染者養護施設の生活・衛生環境の改善により、感染者の健康が改善される。	598	
			2. HIV感染者養護施設の生活用水設備の整備により、感染者の生活が改善される。	230	
			3. HIV感染者の生計向上活動実施により、収入が向上する。	717	

<目標・成果達成度> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: データなし ・ 成果1: HIV感染者養護施設の生活・衛生環境の改善により、感染者の健康が改善した。 ・ 成果2: HIV感染者養護施設の生活用水設備の整備により、感染者の生活が改善した。 ・ 成果3: 22人HIV感染者が参加して、58の工芸品を作ってコンテストを実施した結果、マグカップ2種類、キーホルダー2種類、パッチ2種類、ペン1本がHIV感染者生計向上のために商品として販売されることになった。					
開発福祉支援「エイズ・性感染症・母子保健対策NGO支援」(1998-1999: マニラ・レイテ島) 相手国協力機関: NGO ボビュレシオン・サービス・ピリピナス	HIV感染者が減少すると共に、妊産婦・乳幼児死亡率が低下する。	当該地域における社会的弱者に対する、生殖器・性感染症にかかるサービスの強化がされる。	1. 対象クリニック設備が改善強化される。 2. 当該クリニック・スタッフの技術が向上する。 3. 当該地域の生殖器・性感染症治療患者数が増加する。 4. 性感染症・子宮ガン症の早期検診が実施される。 5. 公立医療施設・NGO クリニックとのリファラルシステムが構築される。		
	<目標・成果達成度> ・ 上位目標: データなし ・ プロジェクト目標: 当該地域における社会的弱者に対する、生殖器・性感染症にかかるサービスの強化がされた。 ・ 成果1: 治療薬、検査薬、及び何種類かの医療危機がPSPI施設に対し購入された。 ・ 成果2: 「Pop Smear Plus」というブランド名をつけたリプロダクティブ器官感染症検診パッケージが各地のPSPI診療所普及された。 ・ 成果3: データなし ・ 成果4: 当該地域での「Pop Smear Plus」受診患者数: パサイ158名、カロオカン147名、タクロバン325名 ・ 成果5: データなし				

(出所) 調査団作成

(1) 上位目標

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

(2) プロジェクト目標

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

(3) 成果

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

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

(4) 投入

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

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

6-3-2 エイズ案件実績の開発文脈における動向評価^{11,12}

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

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

¹² 国際協力事業団「フィリピン共和国セクター別援助基礎資料」

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

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

(出所) 調査団作成

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6-3-3 エイズ対策分野協力の自立発展性と今後の課題

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

(1) エイズ対策分野協力継続の是非

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

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

(2) 地方政府との連携

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

(3) USAID との連携

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

6-4 マラリア案件の実績評価

6-4-1 マラリア案件実績の目標/成果達成度・投入評価

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

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

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

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

(出所) 調査団作成

(1) 上位目標

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

(2) プロジェクト目標

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

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

(3) 成果

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

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

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

(4) 投入

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

6-4-2 マラリア対策案件実績の開発文脈における動向評価^{15,16}

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

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

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

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

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

(出所) 調査団作成

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6-4-3 マラリア対策分野協力の自立発展性と今後の課題

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

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

(1) 民間セクターとの連携

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

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

(2) 保健省本省の業務・調整能力低下と地域保健局への権限委譲

記述のとおり、保健省マラリア対策本部の廃止による保健省本省の人員削減のため、本省のマラリア担当者は業務量過重によって必要な業務を充分に行うことが困難になり、日本側との業務遂行が円滑に行われなくなっている。このような国レベル保健省の業務・調整能力低下したことを十分認識した上で、現実的対応が必要とされている。今後は、本省よりも大きな権限を委譲さ

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

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

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

(3) 地方政府との連携：

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

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

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

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

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

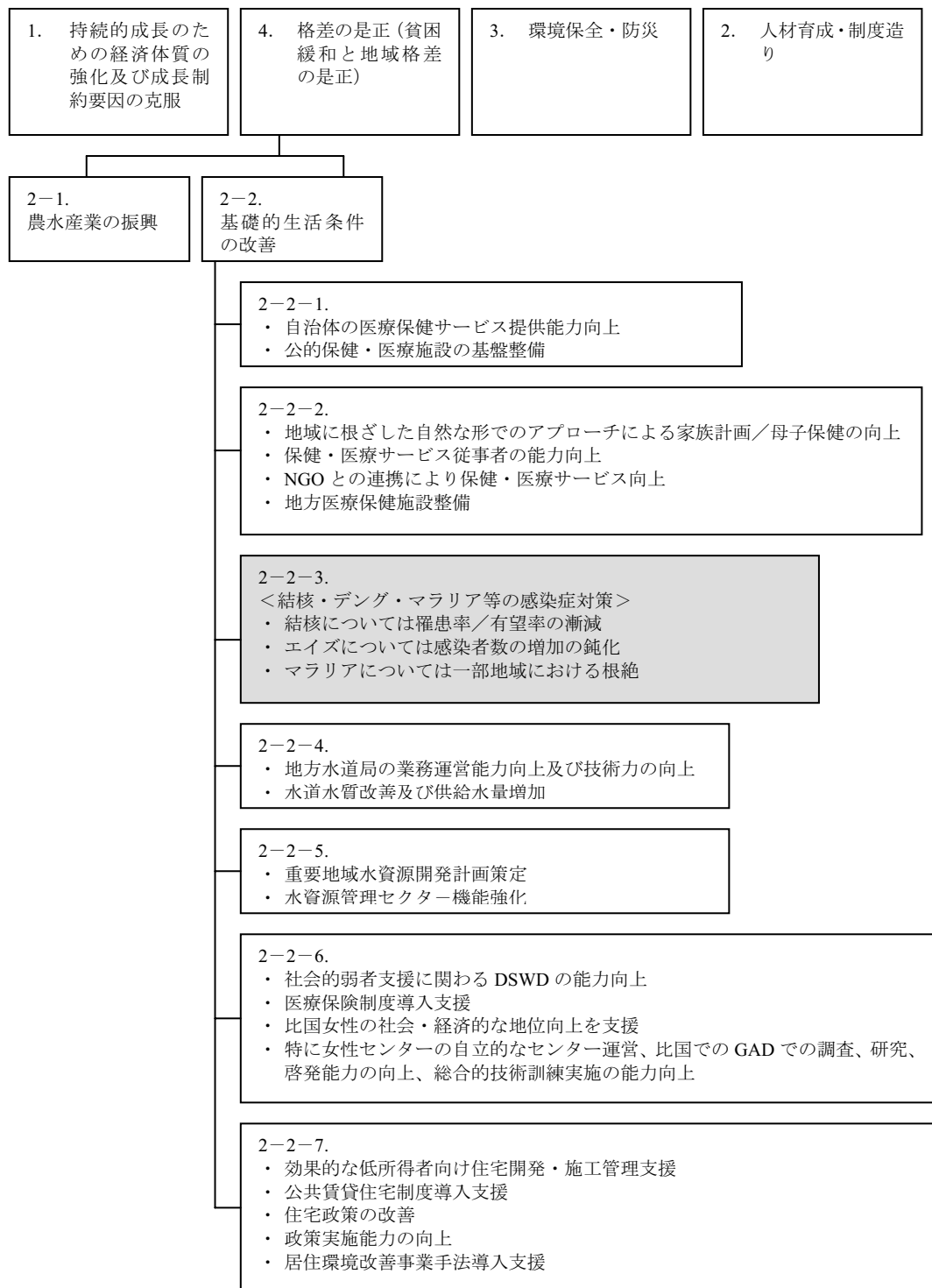


図 6-2 フィリピンにおける日本の援助計画枠組み

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

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

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

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

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

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

6-5-2 フィリピン援助計画枠組中の保健セクター上位目標と、

実際の感染症対策案件との整合性

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

なっている。

しかしながら、日本による感染症対策各案件の実績に関する資料を見る限りでは、フィリピン国内における地域格差是正が最終目標であることを意識して各案件が計画されているという印象が全体として弱い。日本によるマラリア対策案件に関しては、第2章で述べた貧困発生率²¹が最も高い ARMM 地域（貧困発生率 15 位中 1 位：62.5%）を対象地域として設定しているが、日本による結核対策やエイズ対策案件に関しては、選定された対象地域が全国でも貧困発生率が低い地域に集中している。結核対策やエイズ対策の対象となっている地域は、マニラ首都圏（貧困発生率 8.5%：15 位中 15 位）、第4地域（貧困発生率 18.5%：15 位中 14 位）、及び第7地域（貧困発生率 38.9%：15 位中 11 位）が中心である。また、案件関連資料の中に、このような貧困発生率が低い地域が案件の対象となっていることと、格差是正の問題とがどのように関連するのかについての明確な記載はない。このため、日本による感染症対策が、どのような理論で最終目標「格差の是正（貧困緩和と地域格差是正）」につながっているのか非常に見えにくい。もっとも、結核やエイズ案件の中には全国を対象として機材供与や保健医療従事者トレーニングを実施したものもあり、これら案件は、広い意味では貧困発生率が高い地域を対象としていると言えなくもない。

都市部の貧困問題との関連では、結核対策においてマニラ首都圏の貧困層を対象として実施された「開発福祉支援：貧困層結核患者救済」案件がある。しかしそれ以外の都市部で実施された感染症案件に関しては、関連資料中に案件と貧困緩和との関連を明確に記載したものがないため、貧困緩和を最終目標と意識して各案件が計画されているという印象が全体として弱い。

6-5-3 日本によるフィリピン国別援助計画枠組における感染症対策分野案件の課題

(1) フィリピン国別援助計画枠組みに基づく案件立案

貧困緩和の問題は、フィリピン国政府の最も重要な政治的課題であり、日本によるフィリピン援助計画枠組中における保健セクターの最終目標である「格差是正（貧困緩和と地域格差是正）」は、フィリピン政府の課題を全面的に支援するものであると言える。よって、日本による感染症対策分野案件も格差の是正という最終目標をより強く意識して計画立案されるべきである。具体的には案件計画立案段階において、フィリピンの保健問題のプライオリティを考える際に、保健省本省の保健医療統計を参考にするだけでなく、地域ごとの保健医療統計や、可能であれば階層間の保健医療統計を参考に、保健医療問題を「格差」の視点から分析し、貧困地域でより深刻な疾患や、貧困層の間でより深刻な疾患に重点を置いて案件が計画立案されるべきである。

(2) フィリピン国別援助計画枠組みと感染症対策案件の関連についての説明責任

フィリピンにおける日本の援助計画枠組の中で、保健セクターの最上位目標は格差の是正（貧困緩和と地域格差の是正）となっている。よって、保健セクターの一部である感染症対策案件が、この最終目標達成のために計画されているという説明が、各案件の関連資料の中で明らかにされ

²¹ National Statistical Coordination Board, “2000 Philippine Statistical Yearbook”, 2000.

るべきである。参考までに、AusAID²²では、日本と同様に貧困緩和がフィリピン援助計画の最終目標となっており、その達成のために貧困が最も深刻なミンダナオを中心としたフィリピン南部に焦点を当てた援助を実施する旨を文書の中で明らかにし、実際に同地域を中心に援助を実施している。

(3) 都市部を対象とした案件の説明責任

フィリピンにおいて、都市部、特に首都圏への富の集中が、都市／農村の格差に拍車をかけているとして深刻な問題になっている。勿論、貧困地域の問題を解決するためには、貧困地域を直接対象として案件を実施することが必ずしもベストでなく、都市部で案件を実施する方がよい場合もある。しかしながら、そのような場合でも、なぜ貧困地域を直接対象とせず、首都圏などの都市部において活動を展開するのかに関して、第三者にも理解できる明らかな説明が日本による感染症案件関連資料中に記載されるべきである。

6-6 結論と教訓

6-6-1 日本によるフィリピンにおける今後の感染症対策協力のありかた

地方分権化・権限委譲がかなり進んでいるフィリピンの感染症において、「国レベル保健省本省との話し合いをベースに案件形成・立案する」という、日本のこれまでの援助実施方法は限界にきているといえる。フィリピン感染症対策分野では、地方分権化による地方権限委譲及び保健機構改革により、保健省本省からの縦割命令系統はかなり弱まり、保健省内でも本省よりも地域保健局の方がより大きな権限を持つようになった。また、感染症対策の最前線であるの保健所や公衆衛生診療所も、全て地方政府（市・町・バラングイ）管轄になり、これら地方政府にも独立した権限が委譲されていて、保健省本省と地方政府の関係は「保健省が地方政府に対して各感染症対策の指針を提示することはできても、これを遵守させる命令権はない」という構図になっている。このような現実を踏まえて、他国援助機関では、地域保健局や地方政府との連携協力により重点を置き、彼らのオーナーシップを高めるための戦略（マッチンググラントや各地方政府独自の地域総合開発計画という枠組みの中で感染症を含めた保健問題を検討する等）を立てて対応している。日本による感染症対策分野の援助は、全体として「フィリピンと日本の二国間援助であるから保健省本省と話を進めることが基本」という考えが現在も主流を占めているが、より効果的な援助を実施するためには、援助計画・実施の実質的な焦点を本省から地域保健局や地方政府との連携協力に移していくことが求められている。

教訓 1

案件の計画・実施に際し、援助計画・実施の実質的な焦点を保健省本省から地域保健局や地方

²² AusAID, "Country Program Strategy The Philippines 1998/99-2002/03", 1998

政府との連携協力に移していくべきである。そのために、日頃から各地方独自のニーズや政治力学の情報収集ができるシステムを在外事務所に確立するとともに、地域保健局や地方政府のオーナーシップを高めるような戦略を検討する。

貧困緩和はフィリピン政府の重要な政治課題であり、また、日本によるフィリピン援助計画枠組み中の保健セクターの最終目標（貧困緩和と地域格差の是正）でもあることから、日本による感染症対策案件も、これら格差の是正を最終目標として計画立案されるべきであると言える。しかしながら、これまでの日本による感染症対策案件の多くは、地域格差の是正や貧困緩和をどのように考慮して計画立案されたのか、また地域格差是正や貧困緩和にどのような効果があったのかという構図が見えにくい状況にある。今後新たに案件を形成する際には、「格差の是正」という最終目標と各案件とのつながりが第三者にわかり易い形で案件関連資料中に説明されるべきである。

教訓 2

感染症案件は、貧困緩和や格差是正を最終目標として、計画立案がなされるべきである。そのためには、国レベルの保健医療統計を参考にするだけでなく、地域ごとの保健医療統計や、可能であれば階層間の保健医療統計を参考に、保健医療問題を「格差」の視点から分析し、貧困地域でより深刻な疾患や、貧困層の間でより深刻な疾患に重点を置いて案件が計画立案されるべきである。

6-6-2 プログラム・アプローチの考え方

プログラム・アプローチを進めるにあたり、日本によるフィリピン国別援助計画と、実際の感染症対策案件との整合性を取っていくことは非常に重要である。しかしながら、現時点では、大枠としての整合性はとれているものの、細かいところで齟齬が見られる。日本によるフィリピン国別援助計画枠組中の保健セクターの最終目標が格差の是正（貧困緩和と地域格差の是正）であることから、これら目標と各感染症案件との関連が第三者にもわかるような形で、案件資料の中で明確に説明されるべきである。第2次 ODA 改革懇談会最終報告²³においても、「戦略を持った重点的・効果的な ODA」が ODA 改革の重要な柱のひとつと認識され、この中で「国別援助計画の重点化」が指摘されている。こういった現実の中、国別援助計画を援助戦略のベースとして強固なものにするためにも、全ての案件は、国別援助計画目標を実現させるものとして計画・実施されなければならないといえる。

²³ 「第2次 ODA 改革懇談会最終報告」平成 14 年 3 月

教訓 3

プログラム・アプローチ化の一環として、日本によるフィリピン国別援助計画の目標と、各感染症対策案件目標の整合性を確実に確立し、「戦略を持った重点的・効果的 ODA」を実現する。

これまでのところ、日本による案件の評価では、他の援助機関の動向（外部要因）などをあまり考慮に入れずに個別案件の目標達成度等の評価が主流となっている。このような各案件の目標/成果の達成度や投入についての評価では、各案件のプロジェクト目標達成度や短期的な効果や効率性などは見ることはできるものの、上位目標達成度や、長期的効果、自立発展性といったもの見ることが困難である。一方、10年くらいのある程度まとまった時間的区切りの中で、カウンターパート機関や他の援助機関の動向（外部条件）などと比較検討しながら日本による案件群について開発文脈における動向を評価すると、各案件の目標/成果の達成度や投入についての評価に比べて、上位目標達成度や、長期的効果、自立発展性といった要素を検討し易いが、個別案件の目標達成度を細かく見るには限界がある。以上のように、案件を個別の目標/成果の達成度や投入についての評価と、案件群をあるまとまった時間で区切って外部要因も考慮しながら見る開発文脈における動向評価にはそれぞれに長所・短所があり、案件をこれら両方の視点から評価することにより、より適切な評価が可能になると言える。また、このような評価の実施を通して、援助実施のプログラム・アプローチ化へ向けた1歩を踏み出すことができるともいえる。

教訓 4

援助案件の評価に際し、個別案件単位の目標/成果の達成度や投入についての評価のみでなく、ある程度まとまった時間的区切りの中で、他の外部要因（相手側政府／他機関の動向等）も視野に入れた開発文脈における動向評価も組み合わせることで、より適切な評価ができる。またこのような開発文脈における動向を評価する作業を通じて、援助実施のプログラム・アプローチ化を開始することが可能となる。

同じ疾病を対象とした案件の上位目標が、各案件で全て異なっていて統一がないという状況は、大局的な戦略なしに各案件を実施しているようなものである。今後の JICA によるプログラム・アプローチを考えていく際、「白紙の状態からプログラム・アプローチ・フレームを作る」のではなく、現実に実施されている（又は近年実施された）案件群の上位目標を整理・統一することで、プログラム・アプローチ化へ向けた現実的な第1歩を踏み出すことができるといえる。

教訓 5

案件（プロジェクト）目標達成後に期待されるさらに上の目標（上位目標）は、案件群の中である程度統一されるべきである。この、上位目標の整理・統一という作業を通じて、援助実施のプログラム・アプローチ化を検討することが可能となる。

本章の実績評価を通じて明らかにされた重要なポイントとして、投入が成果ごとに計画されていないために、たとえ成果が達成されたというデータが出ていても、成果と投入との因果関係を

明らかにすることが困難という状況にあることがわかった。特に、関係者からの口頭説明を聞くことなしに2次資料にあるデータのみを見ているだけでは、成果と投入を同定することは至難の技であった。このような現象が起こっている理由として、成果ごとに投入量を記録するシステムが存在しないこと、JICAによりあらかじめ決められている投入の費目（中堅技術者養成費・現地適用化費等）が現実の成果と一致しない場合が多いこと、さらに案件計画立案段階での投入のより効率的な配分（どの成果のために投入するのか、またどの政策レベルに投入するのか）に関する日本側関係者の意識があまり強くないことも影響しているのではないかと推察できる。

教訓 6

それぞれの成果に対する投入量が、プロジェクト・ドキュメントを見て一目で誰にも理解できるよう、計画の段階から投入の配分（どの成果達成のために、どの政策レベルに対して投入するのか）をはっきりさせて案件計画を立てる。また、案件実施中も、成果ごとに投入を記録するシステムを確立する。

教訓 7

現地国内研修・第三国研修の実績評価フレームを検討し確立する。

近年、フィリピンのみならず、日本が支援するいくつかの途上国において、現地国内研修及び第三国研修が実施されている。しかしながら、このフィリピンの例が示すように、現地国内研修及び第三国研修の評価フレームが確立されていないため、研修参加者の研修受講前後での知識・技術に関するテスト結果以上の、もっと大局的な視点から見た（例：フィリピンにおける結核治療率の改善）効果がどうであったのか判定が困難になっている。特に第三国研修に関しては、その参加者全員或いは大多数が国外（フィリピンの場合はフィリピン国外）の人々であるため、「フィリピン国結核分野プログラム」というフレームで見た場合、どのような成果があったのかについて答える資料が存在しなかった。よって、第三国研修は本評価調査の対象案件になっていながら、成果が同定できなかったために、プログラム・モデル作成の際には除外した。今後現地国内研修や第三国研修を継続していくのであれば、使いやすく分かりやすい評価フレームを構築する必要がある。

6-6-3 USAID 等他ドナーとの連携のあり方

エイズ・結核分野における日本とUSAIDとの連携実施をレビューすると、実際の連携が「支援対象組織の住み分け（日本：公共セクター中心、USAID：民間セクター中心）」、「支援内容の住み分け（日本：機材供与、USAID：日本による供与機材を使用しての検査・教育）」及び「支援地域の住み分け」といった、各種の住み分けにより実施されてきたことが明らかになっている。ドナー連携に関しては、「援助実施のシステムや手続きが異なる援助機関同士が何かを一緒にやるのは、手続きが煩雑で、実施も困難」と認識する声もあるが、「住み分け」という、「あると

ころで境界線を引いて、その境界線内でそれぞれの援助実施機関がそれぞれの援助実施システムで活動を収束できる連携方法」は実現可能性が高く、相互の比較優位を生かした活動が実施できるため、今後も継続されていくことが望ましいと言える。特に、米国と日本というトップ・ドナーがこのような連携を実施することは、効果的・効率的な援助実施として大変意義が深いといえる。

教訓 8

他国援助機関との連携は、「支援対象」、「支援内容」、「支援地域」などを住み分けることにより実施すると、より実現や容易で、効果的・効率的な援助実施が可能となる。

第7章 フィリピン感染症対策分野 保健分野協力への提言

第7章 フィリピン感染症対策分野保健分野協力への提言

本評価調査では、日本によるフィリピン感染症対策案件群を、疾病別のまとまったプログラムとして捉えて、試験的な「プロセス評価」、「プログラム評価」、「実績評価」を実施した。このような評価調査の結果、以下のとおりの事柄が提言として導き出された。

7-1 フィリピン感染症対策分野への協力方針に係る提言

すでに述べてきたとおり、フィリピン感染症対策分野における日本の貢献は、フィリピン側関係者・他援助機関関係者の間でも高く評価されている。今後は、以下提言にあるような事柄に留意して協力を継続していくことで、より効果的・効率的な援助の実現が可能となると思料する。

提言1 フィリピン国別援助計画と感染症分野協力計画の整合性

日本による感染症分野協力は、日本によるフィリピン国別援助計画枠組みとの整合性を取る形で計画立案されなければならない。フィリピン国別援助計画枠組みにおける日本の保健分野協力の最終目的が「格差の是正」であるならば、全ての感染症案件はこれを最上位目標として、案件の選定、活動内容の選定、対象地域、対象グループの選定を実施するべきである。また、「格差の是正」に基づく案件選定・立案の際には、「保健」に関する地域間格差・階層間格差がどのような状況にあるのかを把握するための、的確なデータ収集とその分析を実施する必要がある。その際、JICA フィリピン事務所におけるローカル・スタッフを効果的に活用することも一つの方法と言える。JICA フィリピン事務所において保健分野でのデータ収集・分析・対策能力を高めるために元保健省関係者を雇用したり、地域対策能力を高めるために、元地方政府関係者を雇用したりする等の人的還流も、日本による援助効果の促進につながる。

提言2 地方分権化を見据えた援助の促進

地方分権化が実施されたフィリピンにおいて、保健セクターは他のセクターと比較しても地方権限委譲が進んでいるセクターであると言われている。地方権限委譲そのものが保健セクターに及ぼしている影響についての評価は未だ賛否両論あるが、援助実施側としては、地方権限委譲の事実を正面から認めた上での、現実的で柔軟な対応が必要とされている。具体的には、案件計画実施の焦点の比重をこれまでの保健省本省中心から地域保健局に移し、JICA 在外事務所において日頃から保健省地域保健局や地方政府保健局の現状を的確に把握できるようなシステムを構築するとともに、地方保健局や地方政府のオーナーシップを高めるようなアドボカシー活動を含めた戦略を検討していく必要がある。この点において、地方に比重をおいての具体的な戦略をすでに確立している他の援助機関（USAID、AusAID、CIDA 等）の経験は参考にできる。

提言3 民間セクターに対する支援

NGO や商業セクターなどの民間セクターが、フィリピン感染症対策分野に及ぼす影響は大きい。しかしながら、日本による感染症対策分野協力において、民間セクターに対する戦略は未だ確立されていないため、支援も散発的で持続発展性が少ないものとなっている。今後、日本が民間セクターに対する支援を継続していくのであれば、より長期的視野にたった戦略が必要とされる。その戦略において、民間セクターに対する支援で比較優位に立つ他の援助機関に民間セクターを任せて、日本は公共セクターに支援を集中させるという「援助協調」の選択肢も成り立つ。いずれにせよ、日本による今後の民間セクター支援については深い議論が必要とされており、その際 USAID や WHO 等の援助機関により進められている官民連携（Public-Private Mix）・民間支援などの経験は参考となろう。

提言4 JICA 内部におけるセクター専門家の育成

JICA は、優秀なジェネラリストを育成するための人事システムには強いが、優秀なセクターの専門家を育成する人事システムには弱いと指摘されている。これは感染症対策分野においても同様で、JICA 職員が、日本人専門家、相手国専門家、及び他援助機関専門家と同じ土俵に立って、感染症対策分野協力に関する専門的議論ができないことが問題として認識されている。JICA の中には、専門分野の高等学位を持った優秀な職員が存在していることは知られており、これら職員がセクター専門家として育成されるような人事システムを構築していくことを、今後真剣に検討するべきである。

提言5 感染症対策分野機材・施設の供与

日本による感染症対策分野の機材・施設供与は、フィリピン側及び他援助機関の中でも高く評価され、将来的にも期待されている。しかしながら、これら機材・施設の選定がフィリピンの実情を十分反映していないケースがあることも同時に指摘されている。供与機材や施設が十分に使われるには、フィリピンの感染症対策分野技術・経済レベルに適合していることが基本であり、その基準から外れない供与機材や施設選定をするためにも、基本的な「適正機材選定のための指針」等を作成する必要がある。また、日本が供与した機材や施設のメンテナンス費用が、フィリピン側の大きな負担となることを回避し、供与した機材・施設がある程度の長期間に渡って適切に使用されるために、ある期間中のメンテナンス経費も機材・施設とセットになって日本により供与されることがフィリピン側や他援助機関から強く望まれている。

提言6 日本による援助経験情報の蓄積・共有システム

日本によるフィリピン感染症対策分野の経験から学ぶべきことは非常に多いが、このような経験がシステマティックに蓄積・共有されるシステムが JICA 内で十分機能していない。このために貴重な情報が次の案件に効果的に反映されず、情報は案件関係者の中で個人ベースの記憶の中に

存在しているだけということが多いことが指摘されている。この問題について JICA 内のみで解決することにこだわらず、外部機関が援助経験情報の蓄積をするという代替案が検討されても良いのではないかと思料する。その好例として、フィリピン結核分野のプロジェクトを長年に渡って実施してきている結核研究所が、JICA プロジェクトに関わった経験を効率的に蓄積し、次回案件に活用しているという事実から学ぶところは多い。将来的には案件実施を外部委託することにより、その外部委託機関が案件実施経験を蓄積し、さらにそれら外部機関のウェブ・ページなどを通して蓄積された経験・情報を公共の場で共有してもらおうというシステムを構築することで、感染症対策分野援助経験情報の蓄積・共有を図り、ひいては日本による当該分野協力の質の向上を図るという方法も一考である。

提言 7 案件（プロジェクト）の外部委託化

本評価調査で対象となった案件のうち、外部委託にかなり近い形で実施された結核案件は、結核研究所という 1 つの組織により計画・実施がなされたことで、プロジェクト活動全体のまとまりと一貫性、援助経験の情報の蓄積と効果的利用、専門家リクルート、プロジェクト内専門家の人間関係、フィリピン側関係機関や他援助機関との関係、専門家の開発分野における資質の均一性など、多くの側面においてより理想的な状況にあることが明らかになっている。このような外部委託に近い形での案件実施が今後さらに促進され、外部機関間での案件受注による健全な競争原理が働くことで、日本による感染症分野協力の質の向上を図ることができるのではないかと思料する。

提言 8 感染症予防教育分野における評価手法・指標の確立

日本による感染症対策の予防教育分野において、その成果の評価手法や指標といったものが未だ十分確立されておらず、評価の際に成果が達成されたのかどうか測りにくいという問題が明らかになっている。国内外の同様案件などを参考に、感染症予防教育分野の評価手法について JICA 内部で議論がなされる必要がある。

提言 9 モデル型案件と普及型案件の差別化

本評価調査で対象となった案件のうち、初期の結核案件はより効果的な結核対策を検討するための「モデル型」であり、後期の結核案件は構築されたモデル（DOTS 方法）を他の地域へ広めるための「普及型」案件であったと認識されている。また、マラリア案件群は、全体として、殺虫剤含浸蚊帳配布とコミュニティ参加によるマラリア対策のあり方をオペレーショナル・リサーチ的に検討した「モデル型」案件であったと認識されている。このように、日本による援助案件には大別して「モデル型」と「普及型」の二つが存在する。また、プロ技のような長期間にわたる案件では、同一案件内で、開始当初は「モデル型」で、その後「普及型」へと移行していくものもある。しかしながら、この二つのアプローチは、JICA 職員や日本人専門家を含めた案件関係

者の中ではっきりと区別して認識されていなかったり、関連文書の中で明らかな形で説明されていることが少なかったりするために、案件に関わる日本人専門家の TOR の不明確さや、案件の計画・評価の切り口の不明確さにつながっていると指摘されている。今後新たな感染症案件を計画する際には、モデル型なのか普及型なのか、或いは案件開始当初はモデル型で途中から普及型にするのかなどの見通しについて、関係者間でのある程度はっきりしたコンセンサスを確立しておく必要がある。

7-2 プログラム・アプローチとその計画・実施・評価手法に関する提言

近年の途上国開発援助分野において、多くの援助実施機関では、より効果的・効率的な開発援助実施を目指して、伝統的なプロジェクト・アプローチからより包括的なプログラム・アプローチへと転換することを検討し始めている。日本による開発援助分野においても、個別スキームに基づく援助ではなく、長期的な戦略フレームに基づく援助が求められている。今後日本がプログラム・アプローチを進めるにあたり、本評価調査を通して導き出された以下提言に留意して具体化していくことが望まれる。

提言 10 プログラム・アプローチの計画

プログラム・アプローチの計画にあたり、例えば感染症プログラムの計画を白紙の状態から作りあげることは、実施されていたり、また、実施されている現状から遊離したりすることになり、多くの時間とエネルギーを使うにもかかわらず効率的でなく現実的な対応ではない。一方、本評価調査で試みたように現在実施中及び過去 10 年程度の間の実施された同じ分野の案件群の上位目標・目標・成果・投入を、PLM1、PLM2（第 3 章参照）という枠組みの中で整理してみることは、プログラム・アプローチを開始する方法として現実的でありかつ効率的である。このような上位目標・目標・成果・投入を整理する作業を通じて、案件群全体の構成や流れが理解でき、その構成や流れのままで今後も進むのか、あるいは方向転換・調整が必要なのか、全体の中で欠けている投入は何か、他機関との援助協調により補うべき投入があるか、あるいは不必要な投入は何か等といった長期的視野にたった判断が可能となる。これはすなわちプログラム・アプローチの第一歩である。この際、「同じ分野」をどのようなくくりにするかについては、それぞれの被援助国において異なる。例えば、本評価調査で対象としたフィリピン感染症対策分野の場合は、結核・エイズ・マラリアの 3 つの疾患について、過去 10 年間に実施された案件数が相当数に上ったため、疾患ごとのくくりで案件を整理して、PLM1、2 を作成した。しかし、国によって感染症の疾患ごとでくくれるほど案件数がない場合には、より大きく「感染症」というくくりで PLM1、PLM2 を作成することも可能であるし、あるいは感染症全体の案件数も非常に少ない場合には、さらに大きい「保健分野」というくくりで PLM1、PLM2 を作成することも可能である。いずれにせよ、それぞれの国の援助実績に基づいてプログラムが整理されることが望ましい。

提言 11 プログラム・アプローチの実施運営

上記提言 10 の作業を通じて計画されたプログラムを実施していくためには、JICA 内部でプログラムを責任持って管理・運営する「プログラム・オフィサー」的機能を明確にすることが不可欠である。これは JICA 地域部や JICA 在外事務所の職員が中心となって果たすべき責任であると言える。この場合、JICA 地域部や JICA 在外事務所において、プログラム・オフィサーをつとめられるような資質を持ったセクター専門家の存在が不可欠となる。本章の提言 4 で既に述べたように、現在の JICA 人事システムは、ジェネラリストを育成することに重点が置かれて、セクター専門家を育成する機能が弱い。プログラム・アプローチ実施のためには、セクター専門家として保健プログラムを管理運営できる資質が育成されるような人事システムを構築していく必要がある。

提言 12 プログラム・アプローチ実施運営における責任の明確化

プログラム・アプローチ実施運営において、プログラム枠組み中のどのレベルの責任を誰が担うのかははっきりさせることは、絶対必要条件である。現時点での日本による案件では、これら各レベルでの責任の所在がはっきりせず、内部・外部双方の関係者中で混乱をきたしていることが指摘されている。今後は表 7-1 のように責任分担が明確化されて、「それぞれの責任者がそれぞれのレベルの目標を達成することに責任を負い、目標達成のための手段については、それぞれのレベルの責任者の裁量に任せる」というシステムに移行していくことが望まれている。このようなシステムにより、各レベル責任者はより明確な目的と動機をもって業務を遂行できると思われる。

表 7-1 プログラム枠組みと各レベルの責任者

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

提言 13 プログラム・アプローチにおける評価

本評価調査で試みたプログラム評価の試みは、日本の途上国開発分野においてはまだ実績が少なく、よって評価手法や枠組みも未だ確立途上にあり、今後さらに議論が深められていく必要がある。その際、本評価調査で試験的に採用された以下いくつかの評価手法（表 7-2）により導きだされた評価の成果と今後の課題は、プログラム評価の議論を始めるきっかけとして有用な基礎データとなりうる。

表 7-2 本評価調査で試みたプログラム・アプローチにおける評価による成果と課題

評価分類	評価手法	評価による成果と今後の課題	
プロセス評価 (4章)	案件の各プロセスにおける関係者の認識の評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 案件一連のプロセス（形成・計画・実施・評価）に関わるプロジェクト実側の日比双方関係者の認識を比較分析することで、今後のプログラム・アプローチ化で留意すべき重要な事柄がいくつか明らかになった。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> プロジェクト受益者の視点も統合できるとより望ましい。
プログラム評価 (5章)	検討群対コントロール群でのインパクト評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 案件群全体（プログラム）を、検討群とコントロール群でインパクト評価したことにより、プログラムとしての投入とインパクト発現に因果関係が認められることが明らかになった。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> 評価対象案件群において、他援助機関との援助協調が実施されていた場合、他援助機関による投入・成果もインパクト評価マトリックスの中に入れ込む形でインパクト評価が実施できることが望ましい。
	フィリピンと、日本及びUSAIDによる感染症分野投入体系比較評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 日本や USAID による投入と、フィリピン国による感染症対策分野（公的セクター）投入との関係を把握することができた。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> 日本による投入が、フィリピン国のどの政策レベル（国、地域、地方自治体など）に対してなされたのか認識できると、より正確な投入体系比較評価が可能となる。 民間セクターに対する投入をどのような枠組みで捉えるのかを検討する必要がある。
実績評価 (6章)	案件の目標/成果達成度・投入評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 案件ごとの上位目標、目標、成果、投入を整理することでそれぞれがどのように関連づいていたのか、あるいは関連づいていなかったのか明らかになった。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> 案件の投入が成果ごとに明らかな形で認識できるように、また投入が相手国のどの政策レベル（国、地域、地方政府など）に対してなされたか認識できるように、案件計画における投入（予算項目立て）を整理・検討しなおす必要がある。 案件の上位目標達成度と国別戦略課題達成度の因果関係が検証できるとより望ましい。
	案件の開発文脈における動向評価	成果	<ul style="list-style-type: none"> 日本による感染症案件群を、フィリピン保健省による動きや他援助機関による動きの中で相対的に捉えることで、日本の案件がフィリピン感染症対策分全体でどういう意味を持っていたのか明らかになった。
		課題	<ul style="list-style-type: none"> フィリピン感染症対策分野民間セクターの動きとも比較分析できるとより望ましい。

(出所) 調査団作成

7-3 今後のドナー連携に関する提言

本評価調査により、ドナー連携、特に USAID との連携による案件実施は、インパクトとして発現することが認められた。質の高い開発援助を進めるために、日米という世界のトップ・ドナーが、互いの比較優位を生かして連携することは大変意義が深いといえる。本評価調査から導きだされた以下提言を参考として、今後も効果・効率的なドナー連携が進められていくことが望まれる。

提言 14 効果的なドナー連携のありかた

ドナー連携は、援助システムが全く異なった 2 国あるいはそれ以上の機関が協力して実施するものである。よって、実施には 2 国間での煩雑な手続きや調整が伴い、これらをドナー連携の負

の側面と捉えて協調を否定的に見る意見も少なからずある。しかしながら、少なくとも本評価調査で検証したドナー連携に関しては目に見える効果をあげており、フィリピン側や他国援助機関関係者間でも肯定的に捉える意見が主流であった。そして、このように「成功」しているドナー連携のケースを見ると、2国の組織が全く同じ土俵で協力するという形式でなく、2国の組織が「援助対象の住み分け」、「援助内容の住み分け」、「援助地域住み分け」などの、比較優位を利用して「分業的」に協力することにより、「相手国ドナー機関の援助システムと直接衝突することなく、分業境界線内で自分達のシステムだけで収束できる」場合に、ドナー連携が成功している印象を受けた。具体的には、フィリピン結核分野における「援助地域の住み分け」、エイズ分野における「援助対象の住み分け(日本は主として公的セクター、USAIDは主として民間セクター)」、「援助内容の住み分け(日本は機材・設備供与、USAIDは機材・設備を使ったサーベイランス、及び予防教育)」などが挙げられる。このような比較優位を利用した分業的ドナー連携は、今後も継続されていくことが望ましい。その際、「ドナー連携をするためにドナー連携をする」のではなく、長期的なプログラム・アプローチの視野にたったの、最終目的達成のための1つの投入として、ドナー連携は検討されるべきである。

提言 15 ドナー連携における JICA 在外事務所の機能

ドナー連携は、主として現地での援助機関同士の話し合いにより進められるため、JICA 在外事務所が果たす役割と責任は大きい。しかしながら、現時点では、JICA 在外事務所に委譲されている権限があまり大きくないため、現地裁量で決定できることが少なく、これが効率的なドナー連携の阻害要因となり、関係者間での「手続きや調整が煩雑」という負の印象を強くしている。今後も日本がドナー連携を進めていくのであれば、JICA 現地事務所により大きな権限を委譲していくことは必須条件であるといえる。また、相手国機関と連携に関する議論をするために、JICA 在外事務所にセクター専門家を配置することも必須条件である。このためには、すでに述べた JICA 職員内でのセクター専門家育成や、現地ローカル・スタッフとしてセクター専門家を採用することなどが積極的に検討される必要がある。