

「人口・健康セクター／ USAID 連携」パート 1 (母子保健・家族計画分野)



実施地域 フィリピン

1. 調査の背景・経緯と目的

我が国は、1994年の人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブや2000年の沖縄感染症対策イニシアティブなど人口・保健セクターでの協力で積極的に取り組んでいる。他方、1993年の日米コモン・アジェンダ¹⁾発表以降日米協調についても推進しており、フィリピンは日米ODAの重要対象国である。このような状況のもと、JICAはフィリピンにおいて「人口・健康セクター」、具体的には家族計画・母子保健分野とエイズ・結核・マラリアなどの感染症分野での協力を実施してきた。

本評価においては、この2つの分野のうち、パート1として、家族計画・母子保健分野におけるJICAの協力実績を総合的に評価した。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協力において豊富な実績とノウハウを有するUSAIDの協力を得て以下に関する教訓・提言を導き出した。

- 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教訓・提言
- 2) JICAの将来のプログラムアプローチ導入への教訓・提言
- 3) 今後の米国及び他ドナー連携におけるプロジェクト形成と評価への教訓・提言

2. 評価対象案件

本評価の対象は表1のとおり、1992年4月から2000年2月の間に実施されたJICAによるプロジェクトであり、参考案件として無償資金協力「地域保健施設改善・機材整備計画」及び草の根無償の計23

件を加えた。1992年以降に焦点を絞ったのは、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。

なお、本評価では、それぞれの案件を個別に評価するのではなく、目標を共有するスキーム間の連携を「協力プログラム」とみなし、試行的に「プログラム」としての評価を行った。

3. 評価の枠組み

(1) 評価項目・手順

本評価の評価項目・手順は以下のとおりである。

- 1) フィリピンにおけるリプロダクティブ・ヘルス (RH)²⁾の現状と政策の分析
- 2) JICA協力スキーム別実績と評価
- 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を以下の手順で実施した。

- a) 全評価対象案件を1つの協力プログラムに整理する。
- b) 協力プログラムの論理的枠組みを示すマトリックスとなる「プログラム・アプローチ・ロジック・モデル (PLM)」を作成する。
- c) 上記PLMを個別プロジェクトのPDMと同様に用い、JPCM手法に基づいた評価を行うため、まず、実績を把握する。
- d) さらに、PLMを用いて、評価5項目による評価を行う。

注1) 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。

注2) リプロダクティブ・ヘルス：性と生殖に関する健康

(2) 調査方法

情報収集にあたっては、JICA 本部関連部署、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の長期専門家、青年海外協力隊員等に対してインタビュー調査を行った。さらに、プロジェクトの現場を訪ね、長期専門家及びカウンターパートの意見を聴取した。また、インパクトの測定のために、現地コンサルタントによる質問票調査及びフォーカス・グループ・インタビューを実施した。

試行的な協力プログラム評価についての評価指標データは、既存統計と略式のアンケート調査で入手したものをを用いた。アンケート調査の対象としては、「直接裨益エリア」と、その比較対象としての「非裨益エリア」を設定した。「直接裨益エリア」は、「家族計画・母子保健」（プロジェクト方式技術協力）のフェーズ2におけるパイロット市町保健所（RHU：Rural Health Unit）から6RHU（180名）を、「非裨益エリア」はリージョンⅢ内で「協力プログラム」からの裨益が少ないと思われる地域の1RHU（30名）を選定した。

4. 調査団構成

団長：北谷 勝秀 NPO2050 理事長（元 UNFPA 事務局長）

団員：尾崎 美千生 JICA 客員国際協力専門員

団員：西田 良子（財）家族計画国際協力財団（JOICEP） 国際協力部長

団員：Christine Pilcavage JICA 企画・評価部援助協調整室

団員：中澤 哉 JICA 企画・評価部評価監理室

団員：駒沢 牧子（株）設計計画

現地コンサルタント：Marilyn Gorra HEWSPECS, Inc.

5. 調査団派遣期間（調査実施期間）

2001年2月19日～2001年3月2日

6. 日本のスキーム別協力実績

(1) プロジェクト方式技術協力

JICA は、中部ルソン島（リージョンⅢ）のターラック州において、1992年から1997年まで「家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ1」を実施した。また、その成果をさらに広く普及させるために、1997年から5年間の予定で、6州からなるリージョ

表1 評価対象案件

協力形態（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 （医療協力部医療協力第一課）	「家族計画・母子保健」フェーズ1	ターラック州	1992.04.01～ 1997.03.31
同上	「家族計画・母子保健」フェーズ2	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）	「家庭福祉にかかる開発と女性」	全国	1994～1998年度
青年海外協力隊：個別派遣 （JOCV事務局海外第二課）	プロジェクト名は特になし （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事務局海外第二課）	「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 （医療協力部計画課）	UNFPAとのマルチバイ協力	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）」	マニラ首都圏・ 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
〈参考〉 無償資金協力 （外務省）	「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）
〈参考〉 草の根無償（在外公館）	計23件 （当該分野関連案件のみ）	全国	1995～2000年度

ンⅢ全体を対象としたフェーズ2を実施している。

プロジェクトの活動は、フェーズ1開始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年の国際人口開発会議（ICPD）を受けて、フェーズ2（特に1999年以降）においてはRHに軸足を移してきている。また、活動方法もフェーズ1においては、IEC（教育・広報活動）と住民組織支援が中心であったが、フェーズ2においては母子保健活動に焦点が移ってきている。

評価時において、プロジェクトは「母子保健」「RH推進」「住民組織支援」の3つの分野に整理され、活動が行われている。

同プロジェクトの特徴としては、JICAの各種スキームやNGOを積極的に活用しながら、その調整機能を果たしており、それが一種の「協力プログラム」に近い形を形成していることがあげられる。

(2) 青年海外協力隊

1994年度以降、プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健プロジェクト」フェーズ1と連動し、リージョンⅢに集中させる形で、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の派遣が行われた。また、1997年度からは専門家と業務調整員が行っていた機材供与に関する業務が、シニア隊員に移行された。シニア隊員が機材選定・調達及び協力隊員の調整等の業務を行うようになったことは、グループとしての活動の活発化に貢献することになった。1998年9月からは、「家族計画・母子保健フロントライン計画」が開始され、正式に隊員のグループ派遣と機材供与がセットで行われることになった。

(3) 現地国内研修

現地国内研修「家庭福祉に関わる開発と女性」は、人口委員会を実施機関として1996年度から5年間にわたり、毎年1回、約3週間ずつ行われた。研修運営ノウハウや、講師、プログラム企画力についてはレベルが高く、研修参加者の評価も高かった。

(4) 国連人口活動基金（UNFPA）とのマルチ・バイ協力³⁾

UNFPAの第4・5次カントリープログラムと連携して、21州1市を対象に、主に病院・RHUなどの医療機関に基礎的医療機材・器具を供与している。医療機関の機材選定は、保健省の基準に準じて、

UNFPAの主導の下、JICAの技術指導を受けながら実施されている。また、機材の保管・管理・モニタリング方法も確立している。

(5) 開発福祉支援事業

1) 「地域保健強化事業」：(フィリピン小児病院)

ブラカン（Bulacan）州サン・イルデフォンソ（San Ildefonso）市にあるピナオド（Pinaod）地域総合診療所に医師の派遣などの協力を行っているフィリピン小児病院に対して、1998年度から2000年度にかけて薬局・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などが実施されている。

2) 「地域保健強化事業」：(レジナ・カルメリ (Regina Carmeli) 大学)

ブラカン州プラリデル（Plaridel）市のプラリデル地域病院で外来診療を行っているレジナ・カルメリ大学に対して、地域の1次医療機関としての機能を強化するための支援が1998年度から3年間の予定で実施されている。同事業は、プラリデル地域病院の運営支援、母子保健サービスの提供、研修、啓発活動から成る。

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)

リージョンⅢを拠点とするNGOを通して、リプロダクティブ・ヘルスに関する教育とサービス向上のための活動を支援している。主な活動内容は、①機材供与、②助産婦への母子保健キット配布（150セット）、③リプロダクティブ・ヘルス教育キット作成・配布（200セット）、④思春期ピア・カウンセリング・マニュアル作成・配布（400部）である。

(6) その他参考プロジェクト

1) 無償資金協力

無償資金協力「地域保健施設改善・機材整備計画」は、リージョンⅢ全域に母子保健センター5か所、RHU18か所、バランガイ7保健所60か所の計83施設を建設し、機材の整備を行った。

同案件の特筆すべき点は、①案件の形成が家族計画・母子保健プロジェクトからの積極的なはたらきかけによって実現したこと、②計画の中に同プロジェクトとの連携（運営・技術面での指導など）を盛り込んで成功していること、③地域活動の拠点となる小

規模施設をリージョンⅢ全体に均等に建設した点があげられる。

2) 草の根無償

草の根無償の総額は、フィリピン全体で1億4千万円（2000年度）である。ここ数年は毎年およそ700件の申請中約30件が採択されている。インタビュー調査や既存の文書から見ると、これまで直接フィリピン家族計画・母子保健プロジェクトが発掘・形成・事業支援等で関与してきた草の根無償案件は、1995年から2000年の間で23件ある。



母子保健センター（無償資金協力）診療の様子

7. 試行的な「協力プログラム」評価

(1) プログラムの概要

試行的な協力プログラム評価にあたり、まずプログラムの概要を以下のようにまとめた。（表2参照）

1) 上位目標

リージョンⅢにおける基礎的健康状態が向上する。

2) プログラム目標

リージョンⅢにおける家族計画・母子保健状況が向上する。

3) 成果

①家族計画・母子保健分野におけるサービスデリバリーのための基盤が整理される。

②家族計画・母子保健分野におけるサービス提供者の質が向上する。

③家族計画・母子保健分野におけるサービスが提供される。

(2) 評価結果

1) 妥当性

上位目標・プログラム目標とも、フィリピンの中期開発計画及び保健省の方針に沿うものであり、本評価調査時点においても妥当である。また、現場レベルのカウンターパートの評価が高いことも妥当性を証明していると考えられる。ただし、最終裨益者である再生産年齢の女性に対するアンケートの結果を見ると、「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」などのサービスを望む声があるため、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できたと考えられる。

2) 目標達成度

プログラム目標に関しては、指標である「夫婦における子供の数の決定者」「母乳授乳実行率」「産前の検診回数」「産後の検診回数」をみると、「直接裨益エリア」のほうが「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、一定レベルまで目標は達成されていると判断できる（表3）。

他方、上位目標の達成度を測る指標である「乳児死亡率」と「5歳未満児死亡率」の5年間（1993年～1998年）の変化を見ると、リージョンⅢで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。このことから、本協力プログラムが上位目標の達成に影響を与えるまでにはいたっていないことがわかる（表4）。

成果1に関しては、RHUの「設備」や「投薬」に対する住民の満足度については、明らかに「直接裨益エリア」のほうが高いが、「診察までの待ち時間」や「RHUの職員数」などではほとんど差が見られなかった。つまり、投入によってすぐ成果が現れる項目に関しては、達成度が高いといえるが、それ以外の項目に関しては、達成度は必ずしも高くはないといえる（表5）。

成果2に関しては、RHUに対する満足度に「直接裨益エリア」と「非裨益エリア」との間にほとんど差がないことがから判断すると、あまり貢献していないと考えざるを得ない（表6）。

注3) Multilateral-bilateral Cooperation: 援助国と国際機関と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・効果を高めること。

注4) Barangay: 50～100世帯の集落からなる、フィリピンの最小行政単位。

表 2

プログラム・アプローチ・ロジック・モデル (PLM) : フィリピンリプロダクティブ・ヘルス・プログラム
 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
リージョンIIIにおける基礎的健康状態が向上する。	S-1 乳児死亡率 S-2 5歳未満児死亡率	リージョンIIIにおけるRHが向上する。	P-1 避妊実行率、避妊方法 P-2 現在の子供数、理想子供数 P-3 子供の数の決定者 P-4 母乳授乳実行率 P-5 産前・産後の検診回数

成果3に関しては、指標のうち「母子手帳使用率」「成長記録使用率」については「直接裨益エリア」のほうが顕著に高く、教育広報活動 (IEC) へのアクセスについての満足度も高い。これらのサービスはプロジェクト方式技術協力や青年海外協力隊の中心的な取り組みでもあったことから、本協力プログラムによる成果であると考えられる (表7)。

成果1と成果3では一定の成果が上がっているにもかかわらず、プログラム目標の主な指標と結果にみたように、家族観や避妊手法に変化が見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、カトリック教会の考え方が強く影響しており、それが阻害要因としてはたらいっていることが考えられる。

表 3 プログラム目標の主な指標と結果

項目	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
理想の子供数	3.4 人	3.7 人
上記の数に差がある場合の割合	64%	53%
その理由 (複数回答)	①経済的に困難 33%、②現在子づくり中である 25%、③まだ子育てする余裕がある 9%など	①経済的に困難 44%、②大家族志向 19%、③家族計画をしなかったから 13%、④もう1人男子または女子が欲しい 13%、⑤まだ子育てする余裕がある 13%
避妊実行率*1	70%	67%
避妊方法*2	①注射 26%、②ピル 23%、③性交中断 19%、④その他の自然法 20%	①ピル 50%、②性交中断 28%、③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%

注: *1 避妊実行は現在妊娠していない女性 (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、したがって不妊手術実施者はいなかったものと思われる。

出所: 質問票調査結果

成果	指標	投入された主な案件
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。	1-1 RHUの適切な配置 1-2 診察の待ち時間の適切さ 1-3 RHUの設備の整備 1-4 RHUの職員数の確保 1-5 RHUの十分な投薬の確保	①プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」フェーズ1 ②プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」フェーズ2 ③開発福祉支援「地域保健強化計画（フィリピン小児病院）」 ④開発福祉支援「地域保健強化計画（Regina Carmeli 大学）」 ⑤無償資金協力 ⑥草の根無償（8案件）
成果2：RH分野におけるサービス提供者の質が向上する。	2-1 RHUの診察の適切さ 2-2 RHUの治療の適切さ 2-3 RHUの職員による十分な情報提供	①プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」フェーズ1 ②プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」フェーズ2 ③現地国内研修 ④開発福祉支援「地域保健強化計画（フィリピン小児病院）」 ⑤開発福祉支援「地域保健強化計画（Regina Carmeli 大学）」 ⑥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）」 ⑦草の根無償（1案件）
成果3：RH分野におけるサービスが提供される。	3-1 出産立会人 3-2 母子手帳・成長記録表使用率 3-3 IECへのアクセス	①プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」フェーズ1 ②プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」フェーズ2 ③青年海外協力隊 ④開発福祉支援「地域保健強化計画（フィリピン小児病院）」 ⑤開発福祉支援「地域保健強化計画（Regina Carmeli 大学）」 ⑥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）」 ⑦草の根無償（10案件）

表4 上位目標の指標と結果

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

注：単位は1000出生当たり

出所：DOH, National Demographic Survey 1993, National Demographic Survey, 1998

表6 成果2の主な指標と結果

項目	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	3.07	2.50

注：「たいへん満足」「満足」「やや満足」「不満足」を、それぞれ「4」「3」「2」「1」として平均を求めた。

出所：質問票調査結果

表5 成果1の主な指標と結果

項目	直接裨益エリア	非裨益エリア
RHUまでの距離	3.05	3.17
診察までの時間	2.06	3.03
RHUまでの設備	3.07	2.50
RHUの職員数	3.01	2.90
RHU投薬	2.74	2.27

注：「たいへん満足」「満足」「やや満足」「不満足」を、それぞれ「4」「3」「2」「1」として平均を求めた。

出所：質問票調査結果

表7 成果3の主な指標と結果

項目	直接裨益エリア	非裨益エリア
出産場所	①病院 52%	①病院 41%
	②自宅 47%	②自宅 59%
	①助産婦 55%	①助産婦 59%
出産立会人	②医師 36%	②医師 41%
	③保健婦 1%	
母子手帳使用率	69%	38%
母子記録表使用率	73%	44%
IEC*1へのアクセス度・総合*2	1294%	683%
IEC提供機関・RHU*3	1294%	683%
IEC提供機関・学校	152%	107%
IECトピック	①家族計画 166%	①家族計画 100%
	②栄養 149%	②栄養 77%

注：*1 IEC (information, education and communication)。ここでは教育・広報活動のこと。

*2 全手法・トピック提供機関の延べアクセス度

*3 は提供機関における全トピックの延べアクセス度

出所：質問票調査結果



RHUの待合室
(RHIUIII, Lubao, Pampanga 州)

3) 効率性

本協力プログラムの投入金額は、約 33 億円（短期専門家派遣、研修員受入れ、現地国内研修費用にかかる経費などを除く）であった。成果ごとの投入試算額は、成果 1 が約 19 億円、成果 2 が約 0.5 億円、成果 3 が約 2.5 億円、その他成果ごとに分けられないものが約 11 億円である。この結果から、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少ないことがわかる。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 1 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、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、投入量がこれほど必要であったのかどうか、今後実施する類似した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。

投入を時系列でみると、初期投入が極めて少なく、プロジェクト方式技術協力以外のスキームが投入され始めたのは 1995 年になってからである。無償資金協力による施設の完成があと 1～2 年早ければ、それら施設に対して、プロジェクト方式技術協力や青年海外協力隊によるソフト面からの支援と、モニタリングが行われ、さら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。今後のプログラム計画策定の際には、プログラム全体としての投入スキームの種類・量・時期に十分配慮する必要がある。

また、本協力プログラムにおいては、プロジェクト方式技術協力と無償資金協力、プロジェクト方式

技術協力と青年海外協力隊、青年海外協力隊と特別医療機材供与、プロジェクト方式技術協力と草の根無償、青年海外協力隊と草の根無償など、スキーム間の連携が見られた。これらの連携は少なからず相乗効果があり効率が高まることが確認できた。

また、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も確認できた。USAID との間では、保健ワーカー用教材を共同制作したことや、JICA プロジェクト方式技術協力で作成した母子手帳 1 万部を、USAID のプログラムを通じて配布した。また、UNFPA とは、JICA プロジェクト方式技術協力で制作したビデオを UNFPA が配布したり、それぞれのカウンターパートが技術交流を行ったりしている。

しかし、いずれのドナーともプロジェクト方式技術協力フェーズ 2 の後半においては、協調・連携はほとんど実施されていない。その原因は、こうした協調・連携が、個人的なネットワークや努力に頼っており、組織的・長期的視野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。

4) 効果

プログラムの効果がまだ上位目標に波及していないことは、2) で述べたとおりである。その他の効果としては、プロジェクト方式技術協力で制作したビデオが評判となり、全国の保健・医療施設から入手を希望する問い合わせが相次ぎ、200 本以上が配布されたこと、フィリピンとインドネシア・タイにおいて実施されている同分野のプロジェクト方式技術協力のカウンターパート同士が、プロジェクトを相互に訪問して、技術交換を行ったことなどがあげられる。また、プロジェクト方式技術協力によって開発された住民参加型活動が注目され、日本から予想を上回る視察団や調査団が訪れたことも効果の 1 つである。

5) 自立発展性

政策的・技術的側面に関しては、多少の不安はあるものの、おおむね自立発展性は期待できる。組織的側面に関しては、地方政府の首長や 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。財政的側面に関しては、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、自立発展性は低いと考えられる。

8. 教訓・提言

評価結果に基づく今後の支援への教訓・提言は以下のとおり。

(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教訓・提言

1) プログラムデザインの再考

RH 保健分野におけるサービス提供者の人材育成の成果が思うように上がっていないため、投入量や手法の再考が求められる。また、女性の意識改革や行動変容を促す手段として IEC が多用されたがあまり効果が現れていないため、IEC よりサービス提供者の人材育成を通じた意識改革へと力点を移していくほうが有効だと考えられる。IEC に対しては、「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」などのサービスへの需要があることから、それらに関する活動を追加することも求められる。

2) 複数セクターにわたるアプローチの必要性

RH 分野は、多岐にわたるセクターの総合的な取り組みにより大きな成果が期待できる。したがって、JICA の協力においても複数の事業部にまたがるスキームを有機的に連動させ展開できる仕組みの活用を一層強化すべきである。

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・ビルディングのために、開発学・経済学・行政学等の専門家の投入を検討することも重要である。

これらを実現させるためには、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整理し、より効率的に、より大きな成果を出すための調整を行う努力が必要となる。

3) 地方分権化が進む国での協力方針

従来、JICA のプロジェクト方式技術協力においては、裨益の範囲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想を描いてきた。しかし、フィリピンでは地方分権化によって保健省の権限が縮小し、一方で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ため、この構想は機能しなくなっている。このような状況は、地方分権化



家族計画・母子保健プロジェクトが、UNFPA と共同で作成した保健ワーカーのための教材



家族計画・母子保健プロジェクト教材

が進められている他の多くの被援助国にも同様の状況であることが予想され、分権化の進む国における技術普及の新しいアプローチ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 NGO を活用し、連携していくことが有効である。現在の JICA のスキームでは、開発福祉支援以外では NGO を直接支援することは難しいため、スキームの改善が求められる。

5) 長期的視野に基づく計画策定

家族計画・母子保健分野など、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年間で終了するプロジェクト単位で計画を策定するのではなく、プログラムとして計画を策定すれば10年以上にわたる長期的な視点に基づ

いた目標設定が可能となる。

(2) JICA の将来のプログラムアプローチ導入への 教訓・提言

1) プログラム実施の必要性

欧米援助国・国際援助機関において、成果主義の枠組みが推進されている。

現在、JICA で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、今度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



RHU の歯科室



RHU への供与機材

ログラムを形成していくことが求められる。

2) プログラム実施体制の整備

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密接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。

また、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づくりが急務であり、そのシステムづくりに際しては、以下の点について十分な配慮と検討を行うべきである。

a) オーナーシップの醸成

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が主体的に参画してオーナーシップを醸成できるようにする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。

b) 現地専門家の活用

現地に情報網をもち、専門的な見地から判断できるプログラムオフィサーとして現地専門家を登用することは、プログラムを効果的に進めるという意味でも、オーナーシップを高める意味でも、検討に値すると思われる。

c) プログラムの管理調整機能の設置

本評価の対象である協力プログラムにおいては、実質的にプロジェクト方式技術協力が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、プログラムの監理・調整役の設置が不可欠である。また、その調整役にはカウンターパートを配置すべきである。

3) プログラム実施のための環境整備

最も緊急に改善されなければならないこととしてあげられるのは、JICA 案件の文書管理体制の整備である。統一様式によるプロジェクト文書の整備が望まれる。

また、専門家を確保するためにも、JICA で導入が進められているナレッジマネジメントに対応した形で、人材のリクルート・ストック体制を整備することが望ましい。

さらに、専門家に関していえば、これまで以上に広範な知識や行動力が要求されるようになるこ

とが予想されるため、研修前派遣研修の充実に加えて、派遣中に必要な情報や支援が受けられるような体制が必要である。また、当初派遣期間も現行の最長2年から、必要に応じて長期化できるような柔軟性が求められる。

4) モニタリング・評価手法の構築

プログラム実施に際しては、プログラムとしての管理調整機能を地域部・在外事務所にもたせたうえで、モニタリング・評価手法を構築することが必要である。そして管理調整のためには、すべての協力形態で統一されたプロジェクト文書とモニタリング・評価手法を用いなければならない。

(3) 今後の米国及び他ドナー連携におけるプロジェクト形成と評価への教訓・提言

1) 日米連携（USAID 連携）

今回の評価対象であった家族計画・母子保健分野における連携は、専門家の個人的なネットワークに依存するところが大きく、そこで得られた経験や教訓は十分に蓄積・記録されてこなかった。そのため、人が代わると活発だった連携が途絶えてしまいがちであった。

USAID には、徹底した成果主義に基づく戦略策定や、オーナーシップの醸成手法、モニタリング・評価体制など学ぶべき点が多く、また、両国の ODA をとりまく財政状況を考えると、活動の相互補完は重要であるため、JICA と USAID はこれまで以上に組織的な協調・連携体制を築くことが求められる。

2) 他ドナーとの連携

ドナー間の調整は、本来フィリピンの中央政府が行うべきものであるが、現在の保健省に十分な権限・能力がないため、各ドナーとの対話・調整の機会のごく限られている。また、他ドナーが JICA の活動に関する情報を望んでも、JICA の誰に接触したらよいかよくわからないため、連携の機会を逃している状況である。連携により効果的・効率的な援助を行うために、早急に調整・協議の体制づくりに着手することが必要である。



患者でにぎわう RHU
(RHU I, Abucy, Bataan 州)