

第1章 総合評価と提言

1-1 総合評価

1-1-1 政策の妥当性

1. 保健・医療分野の ODA 政策（イニシアティブ）の妥当性

現在の日本の保健・医療分野 ODA 政策における方針と取組を集約している「『保健と開発』に関するイニシアティブ(HDI: Health and Development Initiative)」は、国際的な開発目標である「国連ミレニアム開発目標(MDGs: Millennium Development Goals)」の保健・医療分野と、高度に整合的である。

また、HDI より後に出された主要な国際的文書である第四回アフリカ開発会議(TICAD IV: The Fourth Tokyo International Conference on African Development)で取りまとめられた「横浜宣言」「横浜行動計画」及び G8 北海道洞爺湖サミットにおいて G8 首脳に対し提言された G8 保健専門家会合報告書「国際保健に関する洞爺湖行動指針」も、HDI の内容を相当程度に踏まえたものとなっている。

したがって HDI は、その策定時において踏まえるべきであった国際的な上位政策と整合的であり、その後に日本がリーダーシップをとって国際的上位政策を策定する際の基礎ともなった。これらの点において HDI は政策として妥当であると評価できる。

2. 被援助国の政策に鑑みた保健・医療分野 ODA 政策の妥当性

日本の保健・医療分野 ODA 政策は、国ごとにみれば、被援助国の保健・医療分野の重点課題と日本の重点支援分野は一定水準以上で一致している国が多い。また、各国の保健省の意見からも、日本の支援は被援助国の政策を十分に重んじていると受け止められている傾向があり、この点は日本の支援の特徴の1つであるといえるだろう。

テーマ別にみると、「母子保健・リプロダクティブヘルス」「人材育成」「保健医療システムの整備支援」の分野では、援助側と被援助側が共に優先している度合いが高く、被援助国側のニーズに日本側がうまく対応しているといえる。一方、「HIV/AIDS 対策」「結核対策」「マラリア対策」「乳幼児の保健」「医療施設の整備支援」の分野については被援助側だけが優先しているというケースが、「人材育成」「その他感染症対策」「医薬品・医療器材の投与」といったテーマについては逆に日本側だけが優先しているというケースが、それぞれ目立った（「人材育成」は、共に優先というケースも多いが、加えて日本側のみ優先というケースも多い）。

この結果から、日本は HDI の重点テーマにおける支援を重点的に支援する一方で、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(世界基金)が大規模な資金を投入している三大感染症への支援は二国間援助(ODA)においては控めであるといえる。世界基金には日本も相当額の拠出をしているため、日本は三大感染症対策について国際機関を通じた援助(ODA)をより重

視して展開していることがわかる。二国間援助(ODA)と国際機関を通じた援助(ODA)の双方を加味した上で評価をすると、保健・医療分野 ODA 政策の妥当性は高いと考えられる。

1－1－2 結果の有効性

1. インプットからみた結果の有効性（二国間援助）

ODA 全体予算の削減に伴い、日本の保健・医療分野の二国間援助(ODA)は、投入金額の推移を他ドナーと比較すると、2005～2006 年にかけて順位を落としている。そして、2007 年時点では、2004 年以前の地位の回復にはまだ至っていない、今後ともアフリカ向け支援を中心に金額を増額させることが望ましい。地域別にみた投入金額の推移や、実施案件の内容については、HDI などのイニシアティブとの整合性は高いと考えられる。

特に HDI の基本理念に掲げられている「人間の安全保障」の視点を重視した取組については、現場の実感としても、2000 年以降「促進されている」との評価が高かった。スキーム別にみると、日本は保健・医療分野においても、限定的ではあるが必要に応じて有償資金協力を活用することができていると考えられる。

2. インプットからみた結果の有効性（多国間援助）

世界基金は年を追うごとに各ドナーから多くの資金を集めることに成功しており、目標の達成状況も順調である。その設立を日本が主導した意義は大きい。また、世界基金への拠出は、多国間援助(ODA)の中でもとりわけ増えており、日本が「生みの親」とされる世界基金に対してのコミットメントの高さが表れている。

また日本は、世界保健機関(WHO: World Health Organization)、国連人口基金(UNFPA: United Nations Population Fund)、国連児童基金(UNICEF: United Nations Children's Fund)、等を通じた緊急支援や、世界銀行及びアジア開発銀行(ADB: Asian Development Bank)を通じた保健・医療分野と関連する分野横断的な支援にも寄与している。このような多国間援助(ODA)を展開していくことで、二国間援助(ODA)だけでは供与が難しい地域やタイミングに対応して、国際機関の強みを活用した上で適切かつ効率的な支援を実施していると考えられた。

また、こうした多国間援助(ODA)では、貧困削減など社会開発における分野横断的な支援も積極的に行っていることから、HDI が定める具体的取組の1つである「(2)保健・医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び横断的取組」及び国際機関との連携の視点からも、妥当性が高いと考えられた。

3. アウトカムからみた結果の有効性（MDGs の達成状況）

MDGs 指標の改善状況を直接的に日本の支援成果と結び付けることはできないが、全体としては、保健関連 MDGs 指標は改善傾向にあるといえる。しかしながら、地域別にみると、サブサハラ・アフリカは他の地域に比べて保健関連 MDGs 指標の多くで改善の遅れが際立っており、依然として深刻な状況にある。日本は 2005 年以降アフリカ向け支援の割合を増や

してきているが、この状況を踏まえ、今後も引き続きアフリカ向け支援を強化すべきである。

1-1-3 プロセスの適切性

1. 日本の保健・医療分野 ODA 政策と ODA 案件の整合性を図るプロセスの適切性

イニシアティブのような上位政策を、援助実施機関である JICA の在外事務所で実際に参照する機会は少ないことも原因であろうが、JICA 在外事務所における HDI の基本方針や理念に関する理解度は高いとはいえなかった。これについては、在外公館が ODA タスクフォース等を通じて、現場において現行の保健・医療分野 ODA 政策に対する理解を深める余地はあると考えられた。

また、国別援助計画の参照度合は、在外公館・JICA 在外事務所問わず高かったことから、国別援助計画における保健・医療分野援助方針が、その時の保健・医療分野 ODA 政策を十分に反映したものであることが、政策と個別の ODA 案件の整合性を担保するためには極めて重要であるといえる。

HDI は、その内容については、保健・医療分野の援助関係者の間でも、包括的であり実質的であるという高い評価が聞かれたが、2000 年の九州・沖縄サミットで発表された沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI: Okinawa Infectious Disease Initiative)よりも、知名度や認知度という点では成功しているといい難い。以上のことから、広報の強化のみならず日本の保健・医療分野の援助関係者へのイニシアティブの浸透は一層徹底する必要があるだろう。

2. 日本の援助関係者の連携促進と効率的な ODA 実施のためのプロセスの適切性

日本の保健・医療分野の重点支援国に対しては、可能な限り保健省へ専門家をアドバイザーとして派遣することで、保健・医療分野の支援体制を強化することが考えられる。

既に保健省やその関係機関に派遣されている日本のアドバイザーへの満足度は日本側でも被援助国側でも高いといえ、また派遣された人材のもつ専門性や担っている役割も、在外公館や保健省が必要と考えている要素を、高い割合で満たしている。

これまでにアドバイザー派遣を行なっている在外公館では、アドバイザーに求める役割として「被援助国の保健・医療の発展全般に関する助言」が最も多く挙げられており、これまでアドバイザー派遣を行なっていない在外公館においては保健省の中でも大臣官房レベルへの派遣希望が多くみられた。これらのことから、保健システム構築のための包括的な助言を行うことができる人材を大臣官房へ派遣したいという潜在的な要望が日本側にあることが窺えた。

また、保健省がアドバイザーに求める役割でも同様に、「被援助国の保健・医療の発展全般に関する助言」が最も多く挙げられている。このことから、今後保健・医療分野の重点支援国においては、可能な限り保健省、中でも大臣官房レベルへアドバイザーを派遣し、上位レベルから保健・医療分野の開発に対してカウンターパートに助言を行うこと、その上で日本の保健・医療分野支援を行うことが、効率的な ODA 実施のための体制づくりの一案ではないかと考えられる。

3. 被援助国政府との政策協議・調整及び案件実施プロセスの適切性

被援助国政府(保健省)と在外公館及び JICA 在外事務所の間では、アンケート調査結果からも十分に協議・調整確保されていることが確認されたが、在外公館との協議・調整機会をより充実させたいと望んでいる国も一定数みられた。

被援助国政府からみて、日本の保健・医療分野支援のプロセスについて他ドナーと比較して優れていると評価された内容で、最も多かったのは「Elaborateness in follow-up activities (フォローアップ活動の綿密性)」であり、次いで「Consistency (支援の一貫性)」、「Elaborateness in planning (計画の綿密性)」、「Speed of planning (計画策定の迅速性)」であった。この4点からみると、日本の保健・医療分野支援は長期的な展望に基づいた計画性とサポートにおいて、他ドナーより優れていると受け止められていると考えられた。これは、被援助国の自立的発展性を重んじる日本の保健・医療分野支援の特徴が現れているとも考えられる。

一方で、「Flexibility in implementation (案件実施の際の柔軟性)」、「Speed of procedure (計画された案件の実施手続き・実際の援助の迅速性)」等においては、「優れている」と評価した国が少なく、また他ドナーより「やや劣る」という評価をした国もあった。日本の支援の「計画の綿密性」は一方で実施の際の柔軟性に欠ける可能性も含んでおり、また被援助国と異なる予算年度等の日本の固有の事情もあることから、手続きに時間がかかると感じられる可能性があることが示唆された。各案件の実施に際しての現場裁量部分を増やす等、改善可能な事柄については、これらの点を意識して援助の実施プロセスの改善を図るべきである。

保健省との協議プロセスによって、開発課題に対する被援助国側と日本側の役割分担の明確化はよく行われているが、支援効果の持続可能性の確認については必ずしも行われているわけではなく、日本側でチェックする仕組みをもつ国も多くはない。特に医療機材等を供与する際には、専門家の助言を得ながら確認を取るなど、着実なチェック手順を踏むことで供与機材の妥当性を確保すると共に、被援助国側の支援体制の継続的な確保について自助努力を促し、援助効果の持続性を高めるべきである。

4. 国際機関を含む他ドナーとの政策協議・援助の調整プロセスの適切性

国際機関を含む他ドナーとの協議・調整を行うドナー会合の機会は、全体の 7~8 割の国で十分に確保されており、その中では国別援助計画を中心に日本の ODA 政策について説明する機会もかなりの割合で得られている。しかし、世界基金のような新しい組織の台頭により従来のドナー会合への参加だけでは現場における援助協調は図れなくなっている状況が窺えた。

援助の現場では、世界基金のプロポーザル策定に公式・非公式に係るケースがみられ、また意識的に援助の実施段階で日本の支援との重複を排除するような調整を行っているケースもみられた。現地では、大使館スタッフ及び JICA 在外事務所のスタッフ(所員、企画調査員、海外青年協力隊(JOCV: Japan Overseas Cooperation Volunteers)等様々である)が被援助国における世界基金への対応(プロポーザル策定や世界基金の事業に関する情

報収集、世界基金の事業との実施段階における調整等)を行っている。しかし、プロポーザル策定への関与など保健・医療分野における高い専門性と相当程度の労力が求められるケースもあり、今後現場の負担増加が懸念される。

日本も相応程度を拠出している世界基金の事業には、今後も積極的に関与し、また日本の保健・医療分野の二国間援助(ODA)とうまく連携させていくことが求められる。世界基金との現場における関わり方については、JICA 在外事務所だけでなく在外公館も含めて人員配置も含め対応方針を早急に定め、組織的に対応していく必要があるだろう。

5. 保健・医療分野 ODA 政策等の策定プロセスの適切性

保健・医療分野 ODA 政策である HDI の策定プロセスについて、少なくとも援助関係機関や NGO とのやり取りにおいては、適切なプロセスを経て策定されたと評価できる。また、TICAD IV や G8 北海道洞爺湖サミットにおける成果を、今後日本としてどのように実行していくのかを国内外に示すために次期イニシアティブを策定する必要性は高い。

内容的には、HDI の方向性を踏襲しつつ、数値目標の設定、行動計画の見直し、そして財政的なコミットメントを打ち出す必要があるだろう。また、その政策の策定プロセスについては、TICAD IV や G8 北海道洞爺湖サミットにおける官民パートナーシップの経験を生かして、一層のプロセスの透明性確保を行うべきである。また、イニシアティブのドラフト作成の段階から、関係省庁、援助関係機関、専門家及び NGO 等、幅広い立場から日本の保健・医療分野支援の在り方に関して意見の聴取を行うことが望ましい。

1-1-4 ケース・スタディ

日本のセネガルに対する保健・医療分野の支援について、「政策の妥当性」からみると、国際的な上位政策(MDGs 及び TICAD III 議長サマリー)、日本国内の上位政策(HDI)、セネガル政府の開発計画のいずれとも整合性が確認された。「結果の有効性」からみると、ODA 予算総額の削減に伴いインプットは近年必ずしも芳しくないが、アウトプットとアウトカムは一定の有効性を示していると判断された。インプットも、2007 年から開始している「タンバクンダ州保健システム強化プログラム」によるタンバクンダ州への支援が本格化すれば、1990 年代の水準に戻ることが期待されている。

「プロセスの適切性」については、2000 年以降様々な面で改善されているのが見受けられ、特に被援助国側の自助努力を促す取組に関して強化が行われている。また、日本の援助は「計画の綿密性」や「実施の予測可能性」について、カウンターパートからの評価が高かった。計画段階では不確定要素も大きい ODA の実施において、このように被援助国側から評価をされていることは、日本の保健・医療分野支援の強みとして再確認されたい。

「タンバクンダ州保健システム強化プログラム」の策定プロセスにおいても、日本の援助関係者の間、セネガル政府との間、他ドナー・国際機関との間における協議・調整は、相当の密度をもって丁寧に行われているといえる。このプログラムの効果については現時点では評価できないが、2015 年にはその「結果の有効性」について検証し、評価を行う必要があるだろう。

1－2 提言

総合評価から導いた本評価における提言をまとめた。なお各提言は、全体の評価内容を横断的に検討した上で、整理したものである。

～保健・医療分野のイニシアティブ策定に関して～

提言１：ミレニアム開発目標（MDGs）の達成への貢献に向けた取組の強化

日本の保健・医療分野の二国間援助（ODA）金額は、ODA 全体予算の削減に伴い、2005 年に大幅に減少した。その後は、2007 年まで増加が続いているが、他ドナーと比べた順位という意味では、2004 年以前の地位を未だ回復できていない。

MDGs の中でも保健関連 MDGs の指標の改善は遅れており、保健・医療分野支援で国際的なリーダーシップを発揮してきた日本は、2015 年までの MDGs 達成を促進するため、保健・医療分野の二国間援助（ODA）金額についてさらに増額を図り、相応の金額を確保する必要がある。その際、2010 年を目処とする次期イニシアティブ策定に合わせ、MDGs 達成期限までの 5 か年の計画として一定規模の資金を保健・医療分野に投入することを発表するのが効果的である。

途上国全体の保健関連 MDGs 指標を 2000 年以前と 2005 年以降とで比較すると、各指標とも、改善している国の数が悪化した国の数を上回った。しかしながら、地域別に改善状況をみると、その進捗にはバラつきがある。特にサブサハラ・アフリカ地域は、他の地域に比べて、各指標の改善の遅れが目立っており、また状況は依然として深刻である。したがって、サブサハラ・アフリカは他の地域と比べ、保健・医療分野 ODA へのニーズが高いと考えられる。

日本は 2008 年 5 月、世界銀行等とともに TICAD IV を開催し、保健・医療分野を含めたアフリカ向け援助の強化を改めて打ち出したところである。また、同年 7 月に日本が議長国を務めた G8 北海道洞爺湖サミットでも、「開発・アフリカ」が議題に上げられ、保健・医療分野の開発の重要性が確認されたところである。こうした国際潮流との整合性という意味でも、日本がアフリカ向けの保健・医療分野 ODA に取り組む重要性は高いと考えられる。

翻って、日本の保健・医療分野 ODA の投入金額の地域別投入割合を時系列にみると、アフリカ地域が占める割合は 2005～2007 年にかけて上昇し、第 1 位の投入先であるアジアに迫る勢いを見せている。この推移は、アフリカ地域の開発ニーズ、および国際潮流との整合性という観点からも歓迎すべきものであり、日本は今後も引き続き「対アフリカ保健・医療分野 ODA」を強化すべきである。

提言２：政策の実行性を担保する行動計画と財政的コミットメント

保健・医療分野のイニシアティブは、1994 年に「人口・エイズに関する地球規模問題イニシ

アティブ(GII: Global Issues Initiative on Population and AIDS)」、2000年にIDIと続いて打ち出され、そして2005年のHDIへと約15年間に渡って繋がってきた。保健・医療分野のイニシアティブは、GIIの頃から一定の拠出金額をイニシアティブと共に打ち出していること、また5年ごとに継続して来たことで、一過性の政策文書ではなく、ある期間の保健・医療分野支援を方向付ける政策として認知される傾向があることが、他分野に比べ成功していると考えられる所以ではないかと考えられる。また、各イニシアティブが国際的な取組に先駆けた内容を打ち出していることも特筆すべきである。

HDIに関していえば、同一イニシアティブで日本が示した保健・医療分野ODA政策における方針や取組は、2008年5月のTICAD IVで取りまとめられた「横浜宣言」及び「横浜行動計画」や、同年7月のG8北海道洞爺湖サミットにおいて発表された「国際保健に関する洞爺湖行動指針」といった国際的な政策文書において、大いに反映された。すなわち、TICAD IVもG8北海道洞爺湖サミットも日本が議長国であった点は割り引かなければならないが、それでも、日本の政策の理念や内容が国際的にも高く評価され、積極的に共有されたといえるだろう。このことは、日本が「国力にふさわしい責任を果たし、国際社会の信頼を得る」¹上で、大きな意味を持つものであったと考えられる。

こうしたことを踏まえれば、日本の保健・医療分野ODA政策を、現在のHDIから大きく変える必然性はない。上記のようなHDIの国際的発信力、それが日本外交にもたらす価値を考えれば、イニシアティブを打ち出す意義は大きい。また、HDIのようなイニシアティブが国別援助計画の保健・医療分野支援方針の礎となり、多くの日本の保健・医療分野援助関係者に参照されていることに鑑みれば、策定から5年となる2010年をめぐり、HDIをさらに改善して新たなイニシアティブを策定すべきであると考えられる。

人の生命と健康に関わる保健・医療分野の支援は本来多面的・分野横断的であらねばならず、それゆえHDIが包括的な援助方針であったことは必然でもあった。しかし、MDGsの達成期間の後半²を迎えて目に見える成果が求められる一方、ODAを支える国家財政や国民経済の状況が悪化する中、あらゆる援助分野において「選択と集中」が一層避けられなくなっている。したがって保健・医療分野支援の次期イニシアティブは、HDIの理念や基本方針を踏まえつつ、その中でも特定分野を重点的に強化する方向性を打ち出し、そのための具体的な行動計画部分を充実させ、財政的なコミットメント表明を含め、実行性を担保する仕組みを描き出すことが重要であると考えられる。

¹ 外務省(2003)「政府開発援助大綱の改定について」より。

² MDGsは2000年の国連ミレニアム宣言を経てその翌年に取りまとめられ、多くの数量的ターゲットが2015年を達成期限としている。

提言 3：保健・医療分野ODA政策の策定プロセスの強化

HDI 策定時には、GII/IDI に関する外務省/NGO 懇談会³を通じて提出された NGO からの提案書を外務省は参照しており、また JICA や関係省庁のみならず、同懇談会を通じて NGO へも HDI ドラフトの説明を行い、意見聴取を行う機会が設けられていた。最終案は関係省庁等の代表者から成る有識者会議で承認を経る形で、HDI は策定されている。HDI の要所には NGO や JICA、JBIC の意見が取り入れられた跡も見え、幅広く意見を取り入れられるプロセスが踏まれて策定されている点でプロセスの適切性に関して評価できる。

一方で、国際的な取組に先駆けた内容を次期イニシアティブで打ち出すにあたって、外務省内部の専門家のみならず、保健・医療分野の有識者や市民団体など多様なアクターを交えた保健・医療分野イニシアティブ策定タスクフォースなどを立ち上げて、ドラフト策定の段階からより透明性の高いプロセスでイニシアティブを作り上げることも検討すべきである。その際には、外務省、厚生労働省／国立国際医療センター、JICA、有識者、NGO 等を交え、オール・ジャパンとして日本の保健・医療分野におけるイニシアティブの在り方を検討することも一案である。

なお、保健・医療分野において、NGO との情報交換を行う機会である GI/IDI に関する外務省／NGO 懇談会があるのは外務省にとって官民パートナーシップを推進する上でも非常に重要であり、また、アンケート調査でも確認されたように外務省だけでなく保健・医療分野で活動を行う NGO にとっても有意義であるため、今後も継続して開催すべきと考えられる。

提言 4：保健・医療分野ODA政策に関する広報及びコミュニケーションの強化

HDI は、2005 年「保健関連 MDGs に関するアジア太平洋ハイレベル・フォーラム」で、日本の ODA を通じたアジア太平洋地域における保健関連 MDGs への貢献（グッドプラクティス・ペーパー）と共に発表・提示された。HDI は、その内容については、保健・医療分野の援助関係者の間でも、包括的であり実質的であるという高い評価が聞かれたが、2000 年の九州・沖縄サミットで発表された IDI よりも、知名度や認知度という点では成功しているといい難いところがみられた（ヒアリング及びアンケート調査結果等より）。

また、大使館・JICA アンケート調査結果からも、HDI 等の日本の保健・医療分野 ODA 政策は援助の現場にいる在外公館や JICA 在外事務所のメンバーにもより理解を深めてもらい、日常の活動において意識を高めてもらうことが重要であると考えられる。このことから、対外的な広報活動の強化も必要だが、日本の保健・医療分野 ODA 関係者に対する理念や基本方針の理解促進と、政策と実際の援助活動の結びつきを一層強化することがまず求められる。

なお、保健省アンケート調査結果から、国によっては保健省の官僚には、保健・医療分野

³ 同懇談会は、元々日本が 1994 年に発表した GI を積極的に推進するため、外務省と NGO との協議の場として同年から開催されるようになったもの。その後 2000 年の IDI の発表を受けて、感染症分野も対象に加えられた。同懇談会は、GI、IDI に関心をもつ NGO42 団体（2008 年 11 月現在）が参加しており、保健・医療分野での効果的な支援活動を行うため、NGO との連携と情報の共有を目的として、約 2 か月に 1 回の頻度で開催されている。

の国際会議において発表された日本及び国際的な援助指針について十分な伝達が行われていないことも示唆された。国際会議の場には保健・医療分野 ODA の現場をよく知らない外務省等他省庁の幹部が出席することも多いため、ローカルレベルでのコミュニケーションを通じて TICAD IV や G8 サミット等の成果について保健省へ伝達・理解の一層の働きかけをすることが望ましい。

～保健・医療分野支援の実施に関して～

提言 5：被援助国の保健・医療体制の基盤整備に関する支援プロセスの強化

開発途上国の保健・医療体制の基盤整備には、医療機材供与や医療施設改修による施設の整備機能の強化が不可欠である。

医療機材供与に関しては、供与する機材が現地の医療サービスのニーズに合うかどうかに加え、①操作能力のある人材の配置・養成、②消耗品、③動力（電力や燃料）、④メンテナンス体制、⑤修理・交換部品の調達、⑥以上のものを用意するための財源が持続的に入手可能であるか等について事前に検討・評価が行なわれている。また、気候、動力インフラ（停電の頻度や電圧の安定性、燃料の純度など）、消耗品や部品の製造・流通（輸入）状況など、現地に特有の環境を踏まえる必要もあるとされている。

無償資金協力において、導入機材が当該国の事情に合うものであるか、機材導入効果が金額に見合うものであるかの最終判断については、機材の必要十分性やその使用の持続可能性につき、医師、技術者、専門家又は必要に応じて臨床検査技師等の専門的知見も踏まえつつ、今後も客観的な評価がなされるべきである。それら評価者には、開発援助の知識や現地の機材使用環境についての理解も必要である。このような評価手順を踏むことで、供与機材の妥当性確保を今後も継続して実施すべきである。また、供与する医療機材の導入効果と効果の持続性、被援助国側の支援体制を検討し、基準を満たさない場合には、今後とも供与を見送る等の措置を取っていく必要があるだろう。

一方で、ケース・スタディの事例においてみられたように、被援助国側の支援体制の継続的な確保について自助努力を促すことも肝要である。被援助国政府と協議を重ね、先方の支援体制の確保を確実にし、より一層の支援効果の継続性を今後も図っていくべきである。

提言 6：支援のプログラム化の推進によるプレゼンス向上

本評価におけるケース・スタディ対象国のセネガルでは、2007 年度から無償資金協力・技術協力・JOCV を組み合わせ、さらに国際機関とも連携を図っている JICA プログラム「タンバクンダ州保健強化プログラム」を実施している。本プログラムに関しては、被援助国政府の開発計画に沿って展開されている点でもカウンターパートである保健省からの評価は高かったが、何より保健省はじめ他ドナーの認知度が高いことが特徴であった。このプログラムの導入をきっかけに、それまでの「日本は要請に対応して色々支援してくれているが結局何をやっているか分からない」という保健省の認識が大きく変わったことが確認された。

一般的にどこの国においてもドナーが多い保健・医療分野支援では可能な限り、スキーム連携の下に特定地域や特定分野へ戦略的な支援を行うプログラム化をより一層推進すべきである。それによりカウンターパートの日本の支援の理念や方向性に対する理解も深まり、結果的に日本の保健・医療分野 ODA のプレゼンス向上も図れるであろう。

無償資金協力で行う医療機材供与に関しても、可能な限りこうしたプログラムの一部に組み込むべきである。プログラムのコンポーネントとなることで、無償資金協力で供与された機材を扱う人材育成等のソフト面の支援やその後の適切な機材運用のサポートを、技術協力等で支援することが可能になり、両スキームによる支援の相乗効果が期待できる。

提言 7：日本の保健・医療分野援助体制の強化

開発途上国の保健システムの強化には、保健・医療分野を所管する中央政府への保健・医療分野の開発政策に対する全般的な支援も必要である。このような支援を行うにあたっては、保健省の内部へ日本人専門家をアドバイザーとして派遣することで、保健省内部における政策協議に日本が参加することが可能になり、また直接政策に対する助言を行うことが可能になる。

調査結果⁴からは、保健省の大臣官房レベルや保健省関係部局へ然るべき専門性をもつアドバイザーの派遣を行うことで、①日本の個別案件実施の際、保健省内部の調整が可能になる、②保健省の政策動向や支援ニーズ把握が容易になる、③日本の政策や支援方針についての伝達が容易になる、④保健省に対して局長以上の立場から助言が可能になる等の利点があることが挙げられている。これらのことから、保健省へのアドバイザー派遣により日本の保健・医療分野 ODA の効率性を高める効果も期待できるといえる。特に複数の関係部局の調整等が行いやすい大臣官房レベルへ派遣する場合には、その効果は一層高まると考えられ、ケース・スタディにおいてもこれらが確認されている。

以上のことから、特に保健・医療分野の重点支援国に対しては、官房アドバイザーや保健省関係部局へのアドバイザーの派遣を今後も積極的に行い、被援助国の保健・医療分野開発政策に積極的に関与し、日本の保健・医療分野支援を円滑に進められるよう体制作りを検討すべきである。

ただし、保健省内部でアドバイザーとして機能するためには、適切な専門性や経験に加えて語学力やコミュニケーション能力が必要であり、そのような適性のある人材を継続的に確保することがまず取り組むべき大きな課題でもある。

提言 8：世界基金との協調と連携

2000 年の G8 九州・沖縄サミットならびに日本の保健・医療分野 ODA 政策である IDI が契

⁴ 元セネガル共和国保健予防医療省大臣官房技術顧問の「専門家業務完了報告書」(2007 年 9 月 3 日)及び在外公館・JICA アンケート調査結果より。

機となって誕生した世界基金は、年を追うごとに各ドナーから多くの資金を集めることに成功しており、目標の達成状況も順調である。日本がそのような組織の設立を主導し、またその理事国を務め、組織の改善や評価に貢献し続けていることは、評価に値する。

一方で世界基金は、エイズ、結核、マラリアという三大感染症対策の分野で非常に大きなドナーとなっているにもかかわらず、その資金には拠出国のイヤマークが無いため、三大感染症対策について日本がどのように貢献しているか直接的に見えにくいというデメリットも持ち合わせている。このため、各国の国別調整メカニズム（CCM: Country Coordinating Mechanism）に、より積極的に日本の援助関係者が関わり、世界基金のプロジェクトと連携した小規模感染症対策プロジェクトを行う等、ローカルレベルで世界基金の資金を日本の援助に絡め、積極的に活用すべきといえる。

しかし、現場の援助関係者（大使館員や JICA 所員、JICA 専門家、JOCV）が CCM に参加したり、事業実施の際の調整を行ったりと、公式・非公式的に世界基金と関わっているのが現状である。今後、ローカルレベルで世界基金との協調と連携を進める上では、現場に世界基金への対応を十分に行うだけの専門的知見をもった適切な人員の配置を検討する必要があると考えられる。

このような世界基金の動向を踏まえ、JICA だけでなく外務省を含め、日本としてどのように世界基金の活動と協調しまた連携していくか各国における方針を定めた上で、然るべき対応を早急に行う必要があるだろう。