

第6章 保健・医療分野支援の評価Ⅲ：プロセスの適切性¹

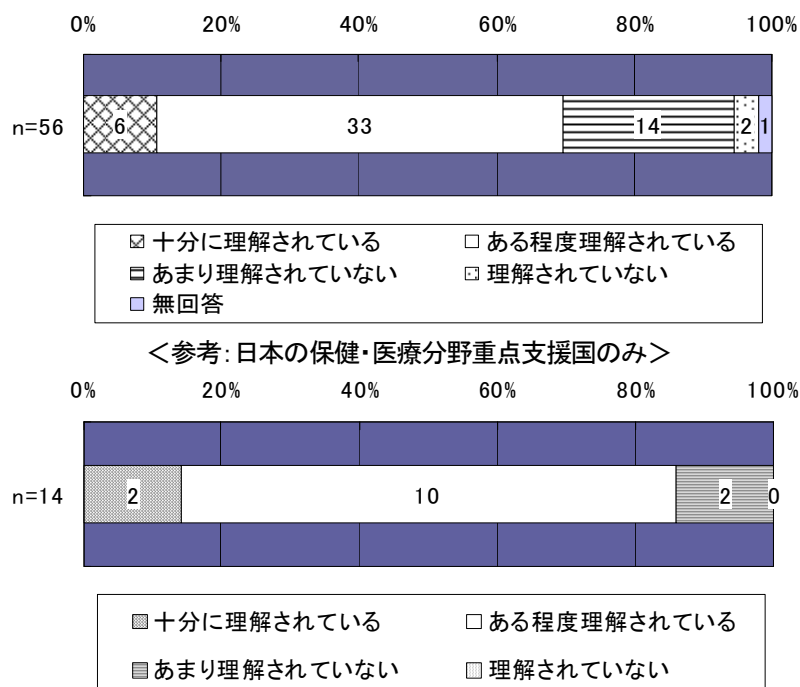
6-1 ODA政策とODA案件の整合性を図るプロセスの適切性

6-1-1 在外公館及びJICA事務所で保健・医療分野ODA政策の内容が理解されているか

「『保健と開発』に関するイニシアティブ(HDI: Health and Development Initiative)」で日本が掲げた保健・医療分野支援の基本方針や理念についての理解度を尋ねた質問では、在外公館において「十分に理解されている」と「ある程度理解されている」が合計 7 割程度みられた。また、日本の保健・医療分野重点支援国に限ってみれば合計は 8 割以上となり、特に保健・医療分野重点支援国においては HDI の内容が周知され理解されていると考えられた(図表6-1 参照)。

一方で、援助実施機関である JICA の在外事務所²においては「十分に理解されている」と「ある程度理解されている」を合わせると 5 割程度であり、また、日本の保健・医療分野重点支援国に限ってみても合計は 4 割以下と、政策である HDI の周知状況は在外公館と異なる傾向がみられた(図表6-2参照)。

図表6-1 HDI の基本方針・理念の理解度合(在外公館)

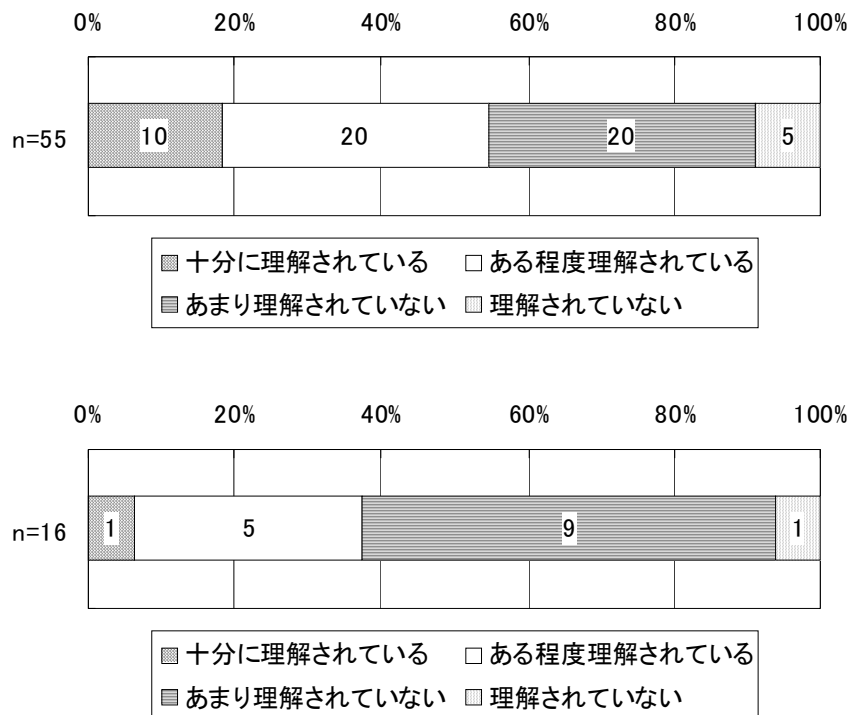


出所: 在外公館アンケート調査。

¹ 本章で用いられる集計結果グラフで出所が明記されていないものは、全て本評価調査にあたって評価チームが実施した在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査の回答に基づき、みずほ情報総研が作成したものである。

² 回答は、JICA 駐在員のみで事務所を置いていない国も含まれている。

図表6－2 HDI の基本方針・理念の理解度合
(上:JICA、下:JICA 保健・医療分野重点支援国のみ)



出所: JICA アンケート調査。

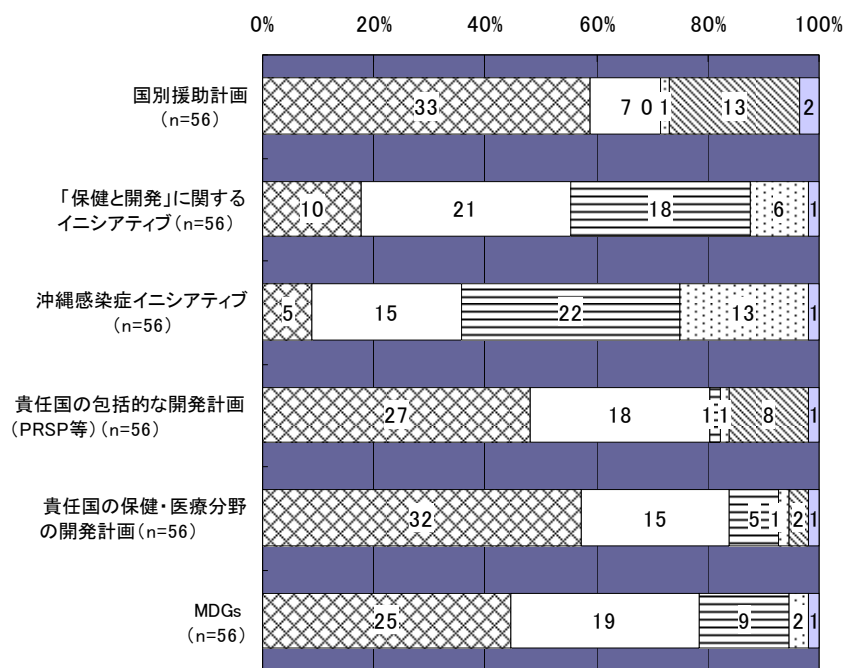
6－1－2 ODA案件の立案や実施、モニタリング時に保健・医療分野ODA政策が参照されたか

現地で、保健・医療分野の関係機関との交渉の場面において、国別援助計画や HDI、被援助国の被援助国の貧困削減戦略文書(PRSP: Poverty Reduction Strategy Papers)等がどの程度参照されているかを尋ねた質問では、「十分に参照されていた」の割合が最も高かったのは、在外公館、JICAともに「国別援助計画」であり、次が被援助国の保健・医療分野の開発計画であった。3番に被援助国の PRSP、4 番目に「国連ミレニアム開発目標(MDGs: Millennium Development Goals)」が参照されているのも、在外公館、JICA で共通していた。HDI は、「十分に参照されていた」と「ある程度参照されていた」の合計で、どちらも5割程度であった(図表6－3参照)。

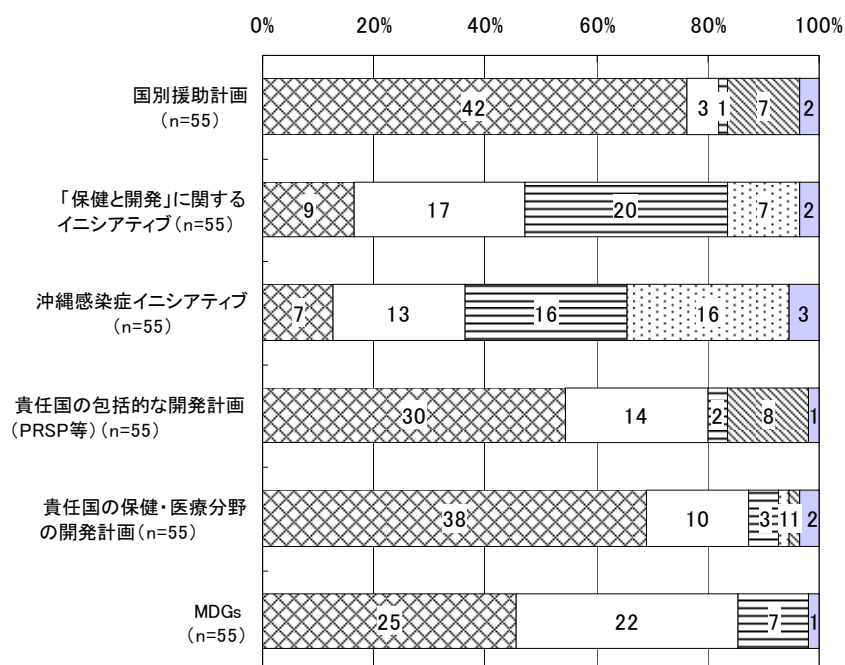
援助の現場で上位政策である HDI が、関係機関との交渉の場面において直接参照されていると回答したのは半数程度の国のみであったが、国別援助計画における保健・医療分野援助方針に HDI 等の保健・医療分野 ODA 政策が十分に反映されているとすれば、このことに問題はないと考えられる。

上記のことから、国別援助計画における保健・医療分野援助方針に、保健・医療分野 ODA 政策の内容を反映させることが、政策の実効性を高める上で極めて重要であるといえる。

図表6-3 保健・医療分野の関係機関との交渉の場面等の各政策等の参照度合
(上:在外公館、下:JICA)



☒ 十分に参照されていた ☐ ある程度参照されていた
☐ あまり参照されていなかった ☐ 参照されていなかった
☒ 該当するものがない ☐ 無回答



☒ 十分に参照されている ☐ ある程度参照されている
☐ あまり参照されていない ☐ 参照されていない
☒ 該当するものがない ☐ 無回答

出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

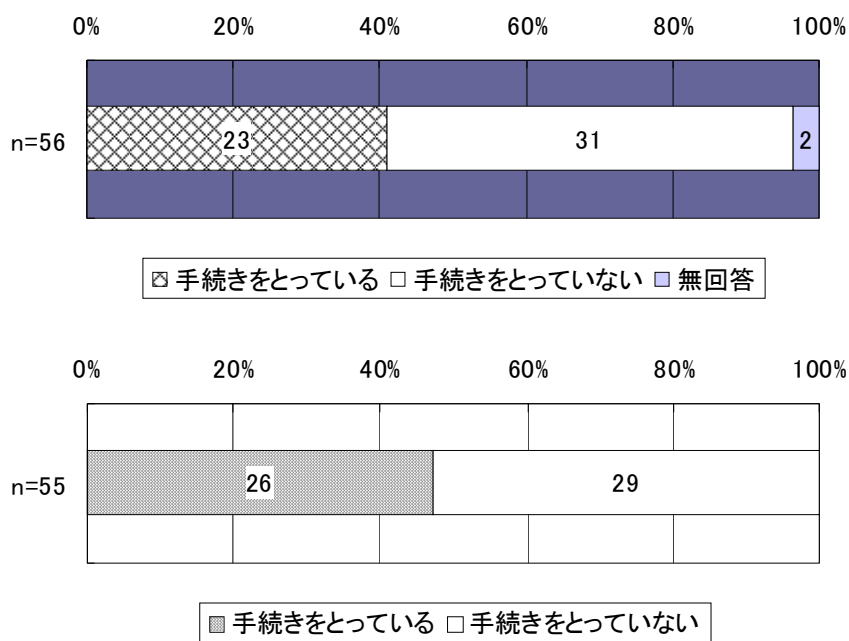
次に、個々の案件の実施状況が、案件の実施計画の他、各政策等と整合的であることをモニタリング・プロセスにおいて確認する手続きがとられているのは、在外公館において4割程度、JICAにおいて5割程度であった(図表6-4参照)。

具体的に整合性を確認している政策等として最も多く挙げられたのは、在外公館、JICAともに被援助国の保健・医療分野の開発計画であった(図表6-5参照)。最も多く挙げられたのが被援助国の保健・医療分野の開発計画であったことは、各国の開発計画を重んじる日本の保健・医療分野支援の特徴の現れでもあると考えられる。

次に、国別援助計画、MDGs、そしてPRSPも多く挙げた(同図表参照)。前述したように、保健・医療分野 ODA 政策が国別援助計画に十分に反映されているとすれば、政策と実施されている ODA の整合性を担保する仕組みは半数程度の国において存在し、機能しているといえる。

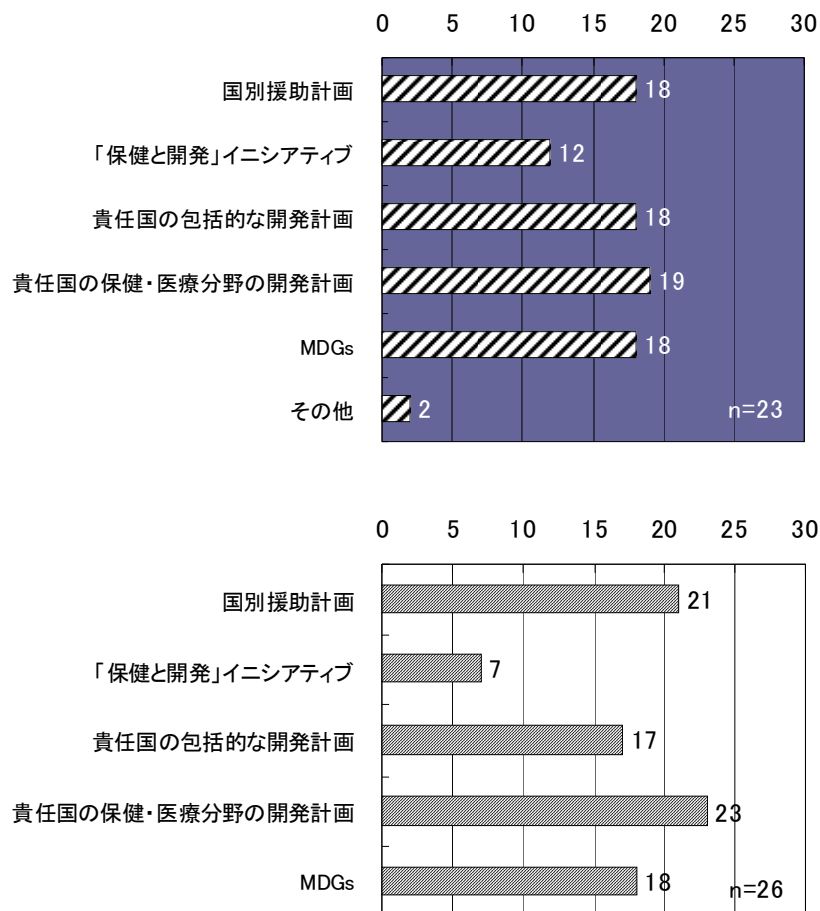
手続きの方法としては、多く挙げられたのが事前・中間・終了時等に行われる評価調査におけるチェックであり、中には ODA タスクフォースにおける協議で確認を行っている国もあった。無論、最も重要なのは計画段階における政策との整合性の確認であるが、評価調査におけるチェック項目にこうした政策との整合性確認を入れることで、個々の案件と政策の整合性は高められると考えられる。

図表6-4 モニタリング時の各政策等と整合的であることを確認する手続きの有無
(上:在外公館、下:JICA)



出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

図表6－5 案件の実施状況が整合的であることを確認する政策等
(上:在外公館、下:JICA)



出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

6－1－3 まとめ

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 の現地事務所で実際に参照する機会が少ないことも原因であろうが、現地 JICA 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 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。

6-2 日本の援助関係者の連携とODA実施プロセスの適切性

6-2-1 ODA実施に際して保健・医療の専門家を交えた協議機会があったか

保健・医療分野 ODA を実施するにあたっては、保健・医療分野の専門知識を有する JICA の専門家等も交えた協議機会があることが望ましいという視点に立ち、JICA 事務所がある国において ODA タスクフォース(ODA-TF)があると回答した国(37 か国)ならびに保健・医療分野に限定した ODA-TF(保健医療 ODA-TF)があると回答した国(10 か国)における、各 ODA-TF への通常の参加者の分析を行った。

通常の ODA-TF については、JICA の分野別担当所員は 34 か国において参加しているが、JICA の分野別専門家の参加は 11 か国に留まっていた(図表6-6(上)参照)。

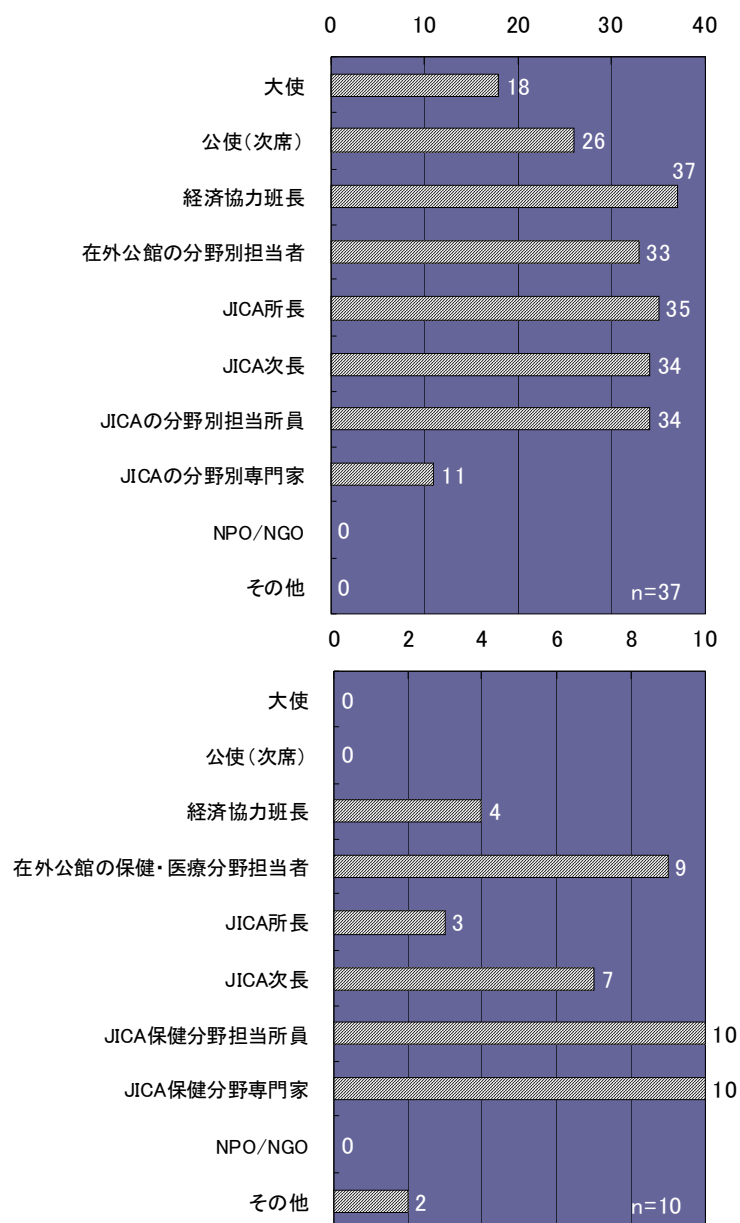
しかしながら、保健・医療 ODA-TF については、開催しているほとんど全ての国において大使館の保健・医療分野担当者と JICA の保健・医療分野担当所員に加えて保健・医療分野の専門家も参加している状況であった。また、青年海外協力隊(JOCV: Japan Overseas Cooperation Volunteers)調整員が参加している国もみられた(図表6-6(下)参照)。

保健・医療 ODA-TF の開催頻度は、2~3 か月に1回以上の頻度で開催している国が 6 割程度あり、その結果から保健・医療 ODA-TF では定期的に在外公館と JICA の保健・医療分野援助関係者が一同に会し、協議を行う機会あることが示された(図表6-7参照)。

全分野を対象とする ODA-TF に JICA の分野別専門家が毎回参加するというのは、遠隔地の現場に赴くことも多い専門家の業務の特性上困難であることが考えられる。したがって、現実的には ODA-TF へは JICA の保健・医療分野の担当所員や企画調査員が参加し、在外公館と JICA 間、及び分野間での情報共有が行われることが望ましい。ODA-TF がある国においては、このような体制は既に確立しているところがほとんどであり、関係者の情報共有は適切に行われていると考えられた。

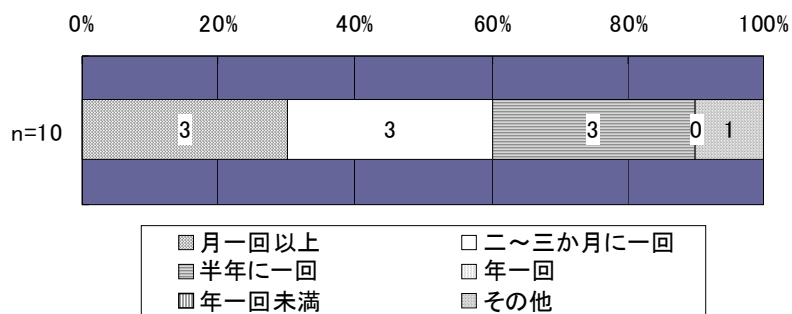
一方で、特に保健・医療分野が日本の重点支援分野に挙げられている国においては、保健・医療 ODA-TF のように、保健・医療分野の援助関係者が一同に会して情報共有を行い、また専門家の知見を借りながら案件形成を行う機会は、保健・医療分野 ODA の実施をより円滑に、そして実りのあるものとするためには重要であると考えられる。そのため、他の保健・医療分野の重点支援国においても、ODA-TF に付属した分野別会合という形であっても、保健・医療 ODA-TF が開催されることが望ましい。

図表6－6 ODA-TF への通常参加者(上:ODA-TF、下:保健・医療 ODA-TF)
※JICA 事務所のある国限定集計



出所: 在外公館アンケート調査。

図表6－7 保健・医療分野に限定した ODA-TF の開催頻度



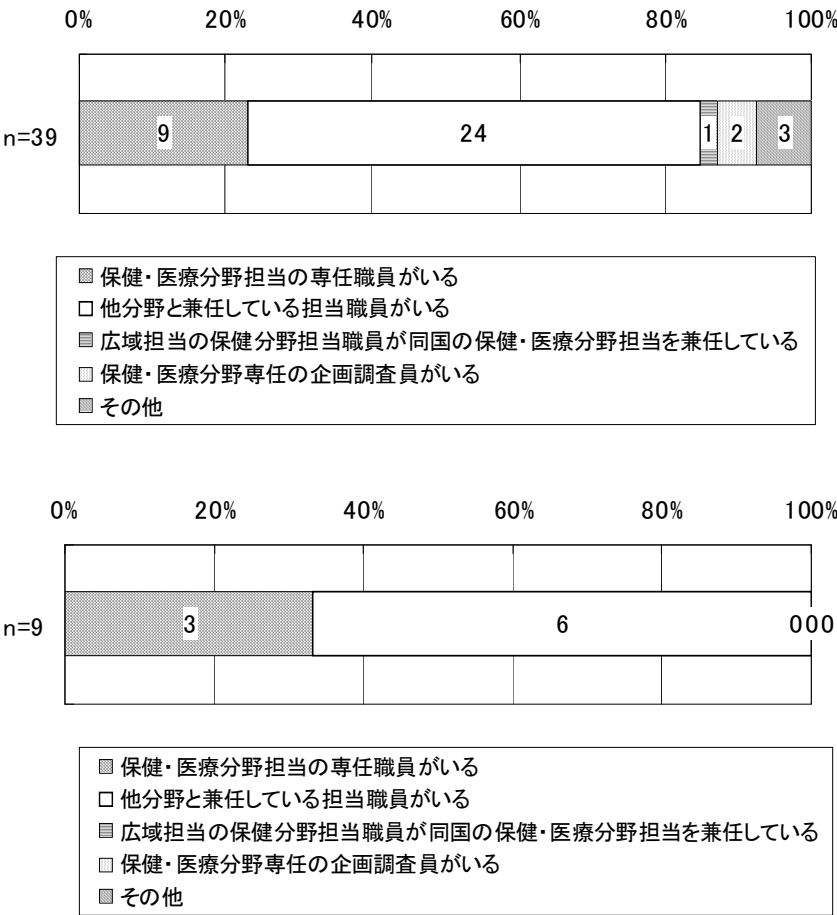
出所: 在外公館アンケート調査。

6-2-2 重点支援国における専門家や分野専任職員の配置状況は適切であるか

1. 保健・医療分野専任職員の配置状況

アンケート調査回答国のうち JICA 事務所が設置されている国においては、2 割強で保健・医療分野担当の専任 JICA 職員が配置されており、また 6 割が他分野との兼任担当職員を配置している（図表 6-8 参照）。専任職員又は兼任職員が居ない場合でも、保健・医療分野の企画調査員が配置されており、いずれにも該当しないのは 1 割未満である。

図表 6-8 保健・医療分野担当職員の配置状況
（上：JICA、下：JICA 保健・医療分野重点支援国のみ）

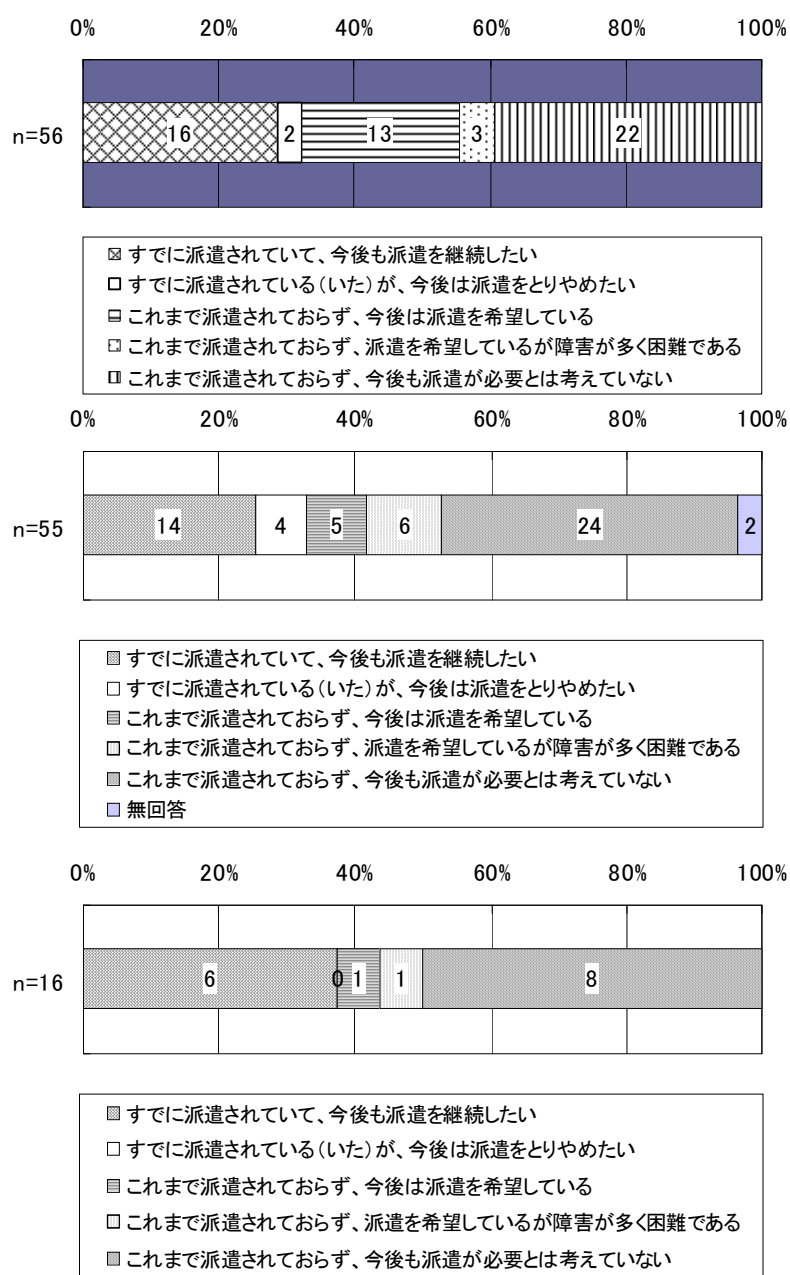


出所：JICA アンケート調査。

2. 保健行政を主管する省庁へのアドバイザーの派遣状況

次に、保健行政を所管する省庁（保健省）へのアドバイザーの派遣状況をみると、これまでにアドバイザーの派遣実績のある国は、在外公館・JICA どちらの回答でも 3 割程度となっている。保健・医療分野の重点支援国でも派遣実績のある国は 4 割弱である。また、これまで派遣されていない国で今後保健省への派遣を希望している割合は在外公館の方が高く、2 割程度であった。この中には、派遣希望はしているが、保健省の方針で外国人アドバイザーを受け入れていない国も含まれている（図表6－9参照）。

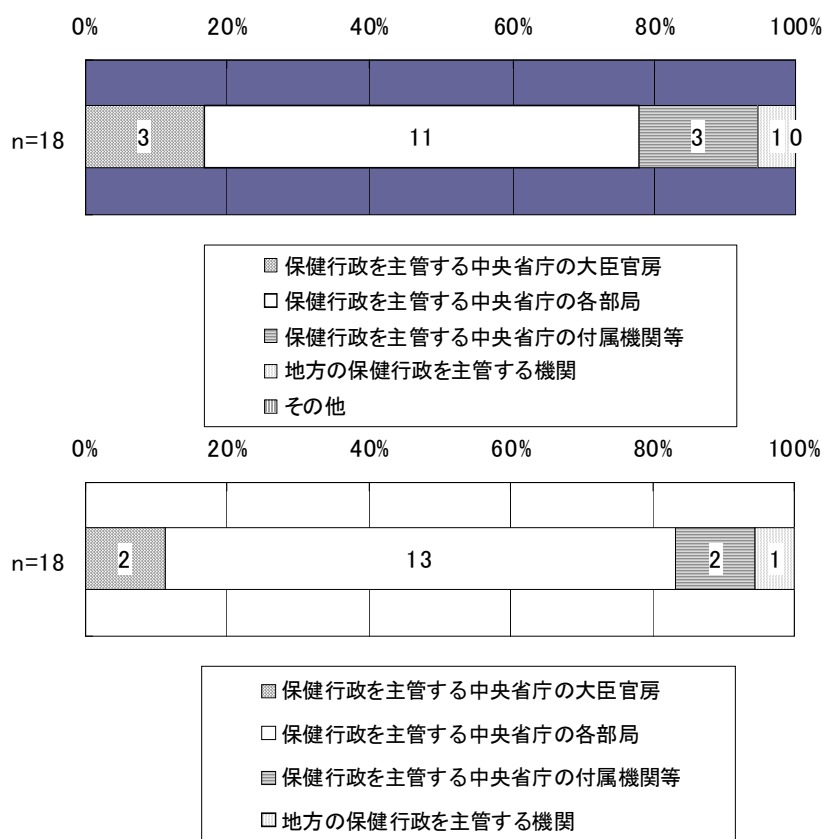
図表6－9 保健行政を所管する省庁へのアドバイザーの派遣状況
（上：在外公館、中：JICA、下：JICA 保健・医療分野重点支援国のみ）



出所：在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

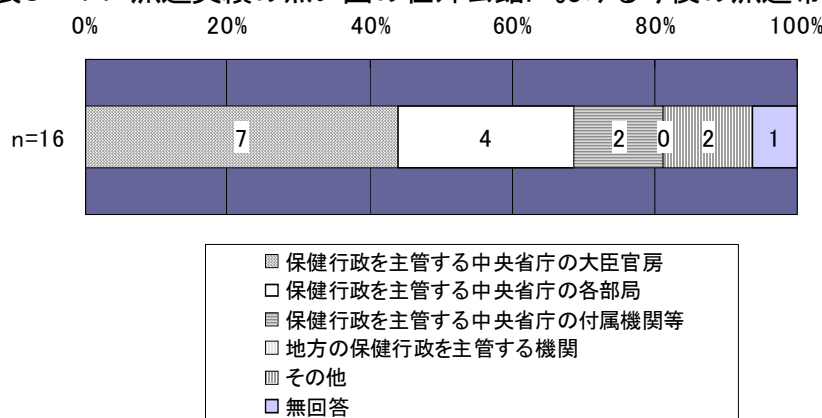
次に、アドバイザーの派遣先をみると、6～7 割は保健省の各部局への派遣である。残りは1割程度が大臣官房へ、同じく1割程度が保健省の付属機関等への派遣となっている（図表6－10参照）。なお、アドバイザー派遣実績の無い国の在外公館の派遣希望先をみると、4 割程度が保健省の大臣官房への派遣を希望していることが分かる（図表6－11参照）。このことから、保健省大臣官房へのアドバイザー派遣のニーズが一定数あることが窺える。

図表6－10 保健行政を所管する省庁へのアドバイザーの派遣状況
（上：在外公館、下：JICA）



出所：在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

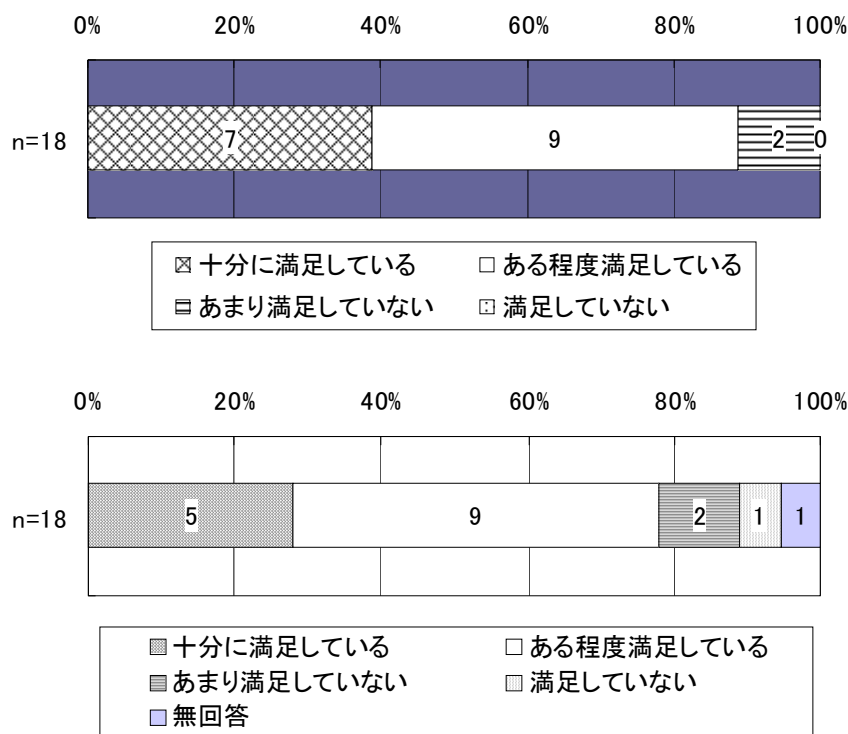
図表6－11 派遣実績の無い国の在外公館における今後の派遣希望先



出所：在外公館アンケート調査。

これまでに派遣されたアドバイザーが担う役割への満足度をみると、8～9 割は「十分に満足している」又は「ある程度満足している」となっている（図表6－12参照）。なお、「あまり満足していない」と回答した国については、今後のアドバイザーの派遣を希望していない国がほとんどである。

図表6－12 これまでに派遣されたアドバイザーが担う役割への満足度
（上：在外公館、下：JICA）



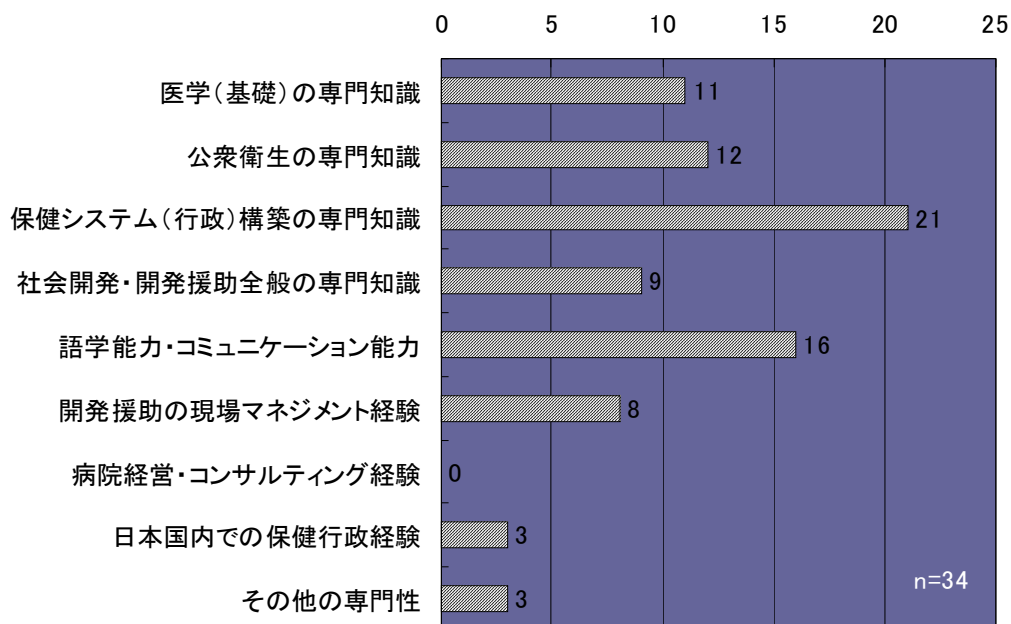
出所：在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査

なお、保健省へ派遣されるアドバイザーにとって必要な専門性として最も多く挙げられたのは、「保健システム（行政）構築の専門知識」であり、次いで「語学能力・コミュニケーション能力」、「公衆衛生の専門知識」であった（図表6－13参照）。それに対して、派遣されたアドバイザーが現に有する専門性で最も多く挙げられたのは「語学能力・コミュニケーション能力」ならびに「公衆衛生の専門知識」、次いで「開発援助の現場マネジメント経験」であった（図表6－14参照）。

また、保健省へ派遣されるアドバイザーが担うべき役割として最も多く挙げられたのは、「被援助国の保健・医療の発展全般に関する助言」であり、次いで「日本が実施する特定の保健・医療開発事業の推進」、「被援助国の保健・医療分野支援に関する新規案件の企画・立案」であった（図表6－15参照）。そして対して、派遣されたアドバイザーが現に担っている役割で最も多く挙げられたのは「被援助国の保健・医療分野支援に関する新規案件の企画・立案」であり、次いで「日本が実施する特定の保健・医療開発事業の推進」、「被援助国の保

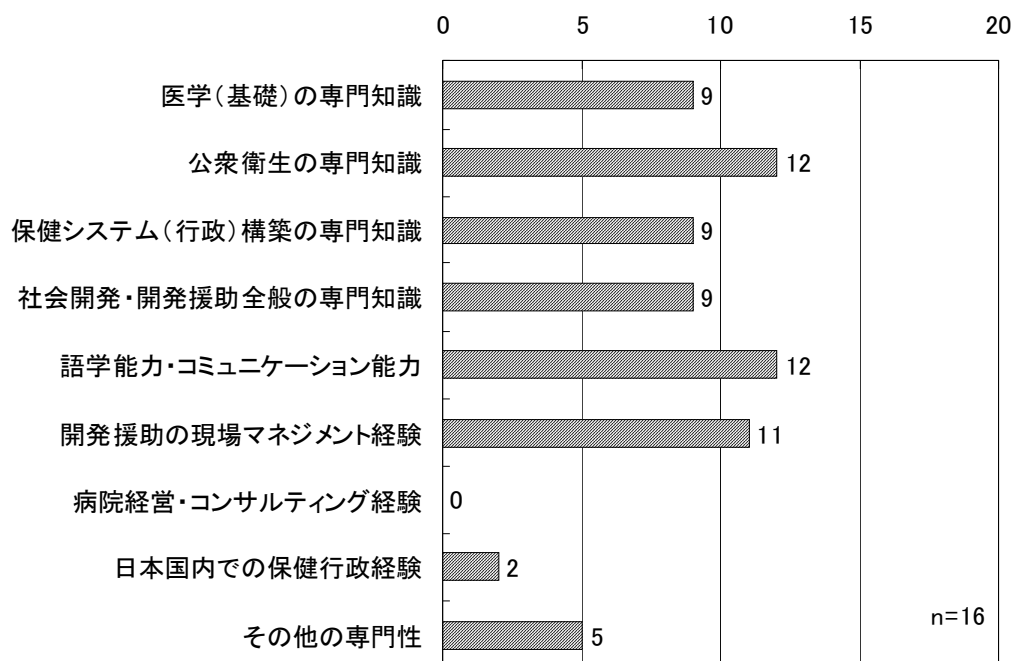
健・医療の発展全般に関する助言」、「ドナー間の連携の推進」であった(図表6-16参照)。このことから、保健省へ派遣されたアドバイザーは、必要とされている専門性・役割の条件を高い割合で満たしていると考えられた。

図表6-13 保健省へ派遣するアドバイザーに求める専門性(在外公館回答)



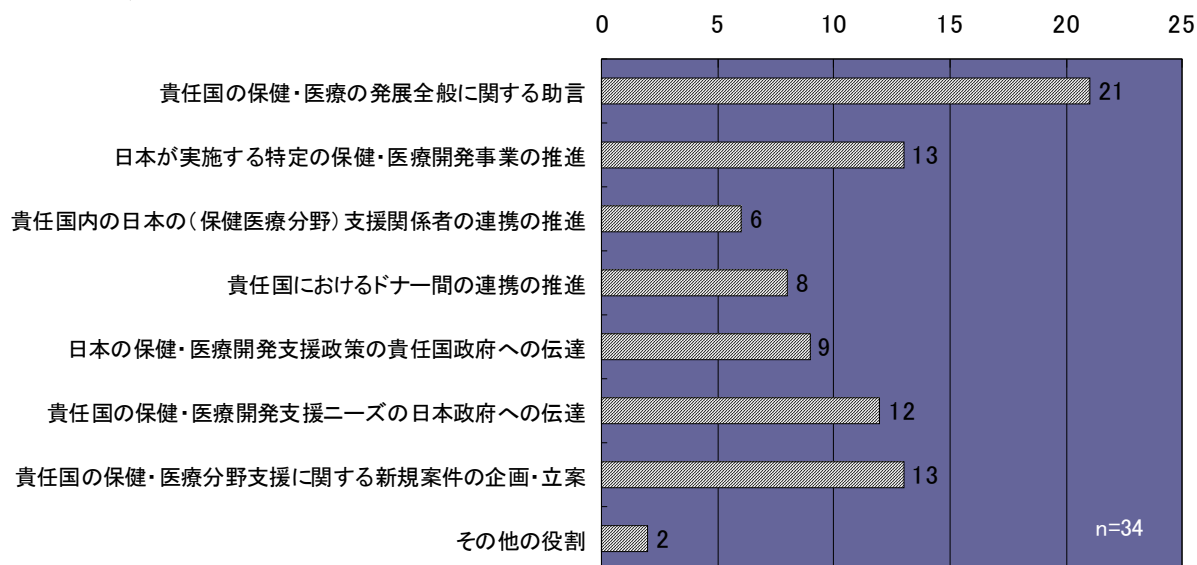
出所: 在外公館アンケート調査。

図表6-14 保健省へ派遣されたアドバイザーがもつ専門性(JICA 回答)



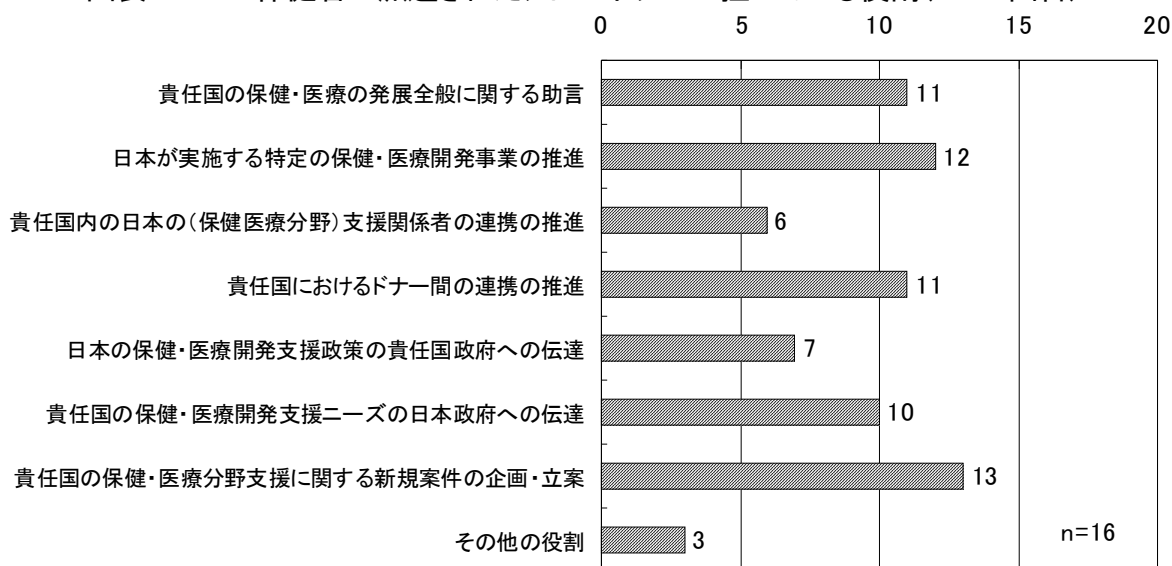
出所: JICA アンケート調査。

図表6－15 保健省へ派遣されたアドバイザーが担うべき役割(在外公館回答)



出所:在外公館アンケート調査。

図表6－16 保健省へ派遣されたアドバイザーが担っている役割(JICA 回答)



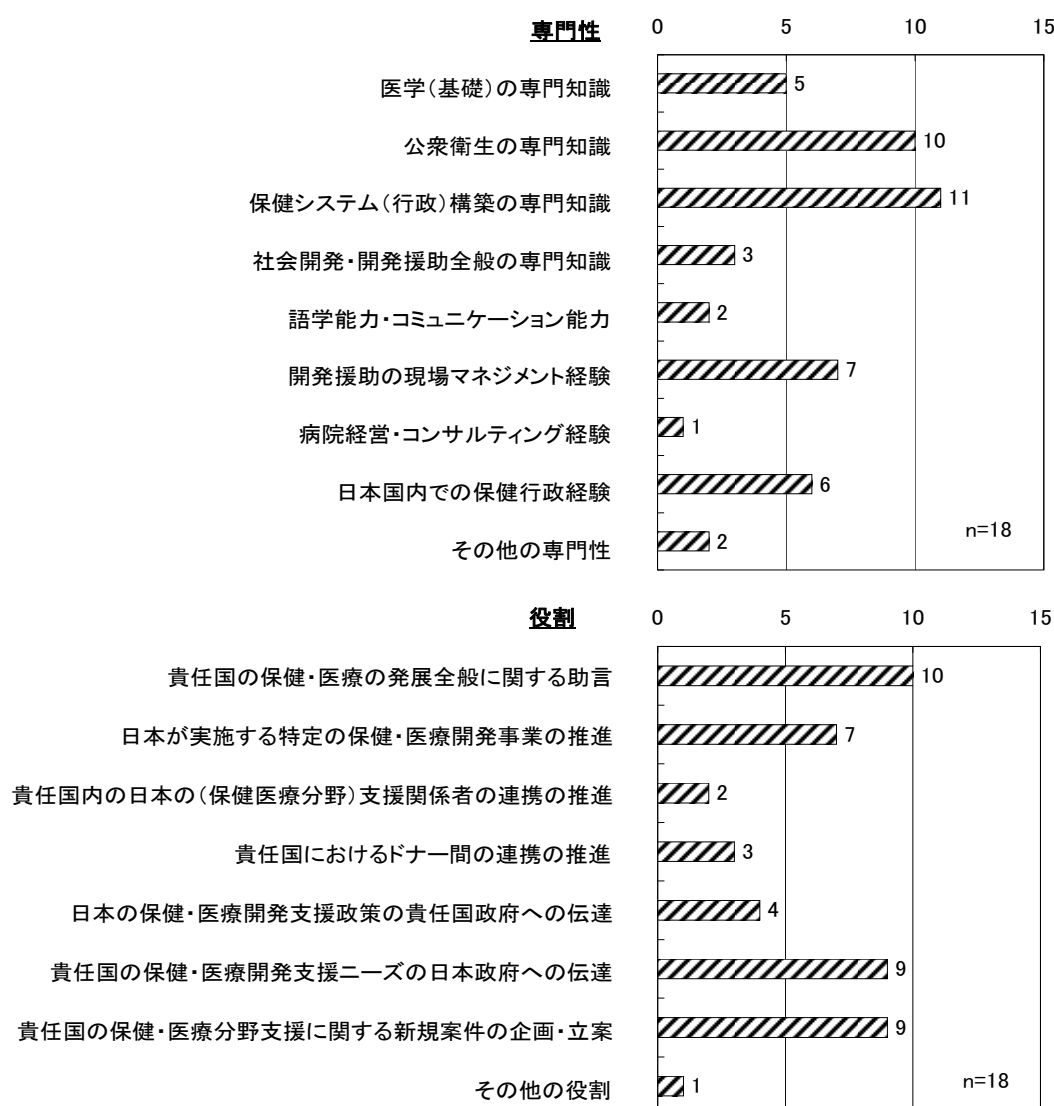
出所:JICA アンケート調査。

さらに、カウンターパート(保健省)が考える日本から派遣されるアドバイザーに必要な専門性をみると、最も多く挙げられたのは「保健システム(行政)構築の専門知識」であり、次いで「公衆衛生の専門知識」、「開発援助の現場マネジメント経験」であった(図表6－17参照)。カウンターパートにおいて「語学能力・コミュニケーション能力」が多く挙げられなかったのは、それが専門性というよりは前提条件であるためと考えることもでき、現に日本が派遣しているアドバイザーは求められている専門性に高い割合で合致していると考えられる。

また、カウンターパート(保健省)が考えるアドバイザーに求める役割は「被援助国の保健・

医療の発展全般に関する助言」であり、次いで「被援助国の保健・医療開発支援ニーズの日本政府への伝達」、「被援助国の保健・医療分野支援に関する新規案件の企画・立案」であった(同図表参照)。こちらも、現に日本が派遣しているアドバイザーが担う役割との一致度は高いといえる。

図表6-17 アドバイザーに求める専門性と役割(保健省回答)³

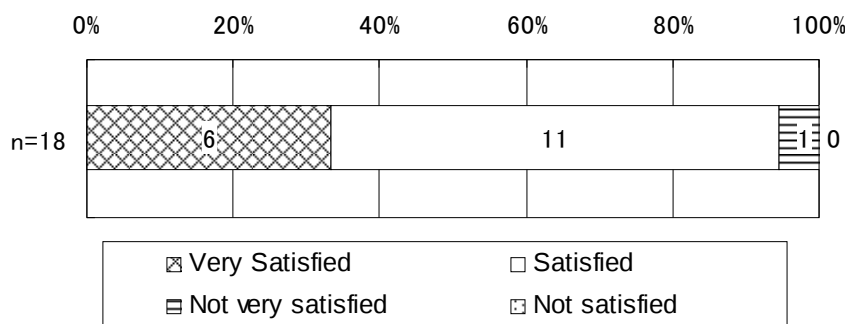


出所:保健省アンケート調査。

³ 質問票では項目は全て英語表記であるが、比較を容易にするため本設問は日本語訳して結果を表示している。

さらに、上記の専門性と役割に対する両者の一致度の高さは、そのまま保健省の日本から派遣されたアドバイザーへの満足度の高さに繋がっていると考えられた(図表6-18参照)。

図表6-18 これまでに派遣されたアドバイザーへの満足度(保健省回答)



出所: 保健省アンケート調査。

6-2-3 まとめ

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。

在外公館の求めるアドバイザーの役割で「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たことや、これまでアドバイザー派遣を行っていない国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、保健省の求めるアドバイザーの役割でも同様に、「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策ではないかと考えられる。

6-3 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

6-3-1 被援助国政府（保健省）との協議・調整は適切であったか

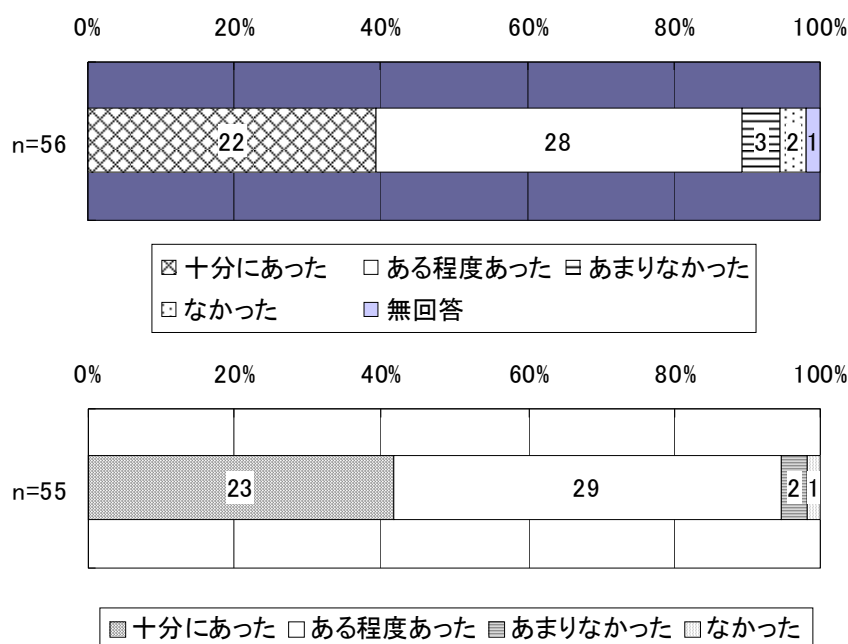
被援助国政府との協議・調整の機会の頻度については、在外公館・JICA とともに「十分にあった」が4割程度、「ある程度あった」が5割程度で、合計で9割の国で被援助国政府との協議機会が適切に確保されていると考えられた（図表6-19参照）。

保健省の回答をみると、在外公館との協議・調整機会については2割弱が「Very sufficient（十分にあった）」、4割強が「Sufficient（ある程度あった）」としている。一方、JICA との協議・調整機会については、2割強が「Very sufficient（十分にあった）」、7割強が「Sufficient（ある程度あった）」としている（図表6-20参照）。保健省は、回答者が個別の案件のカウンターパートであった国もあるため、JICA との協議・調整機会の頻度は実際にも高く（3割が月1回以上）、協議機会は十分に確保されているといえる（図表6-21参照）。

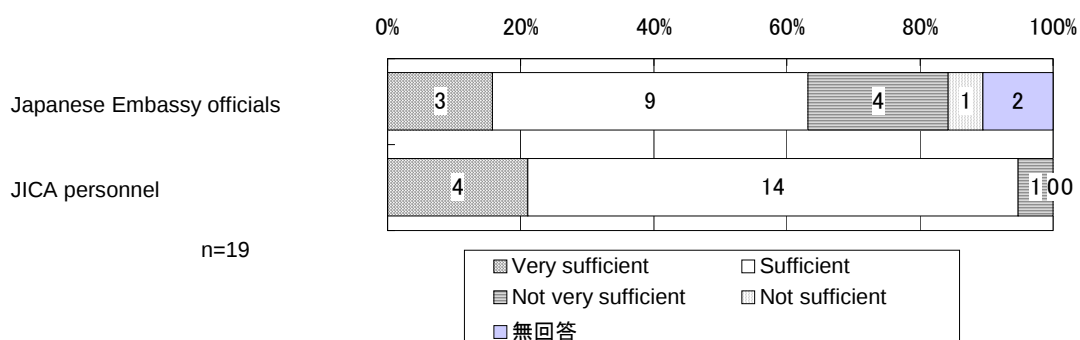
在外公館との間でも、半年に1回以上協議・調整機会をもっている国が半数以上である（同図表参照）。しかしながら、在外公館との協議・調整機会をより充実させたいと望んでいる保健省のカウンターパートがアンケート回答国の2割程度みられた。このことから、個別の案件に在外公館があまり関与していない国においては、保健省と在外公館の協議機会は多くないと考えられるため、状況に応じて協議機会の確保を検討する必要があるだろう。

なお、日本の保健・医療分野 ODA に対しての要望を伝える機会については、1割程度が「Very sufficient（十分にあった）」、5割強が「Sufficient（ある程度あった）」であった（図表6-22参照）。

図表6-19 被援助国政府との協議・調整の機会の頻度（上：大使館、下：JICA）

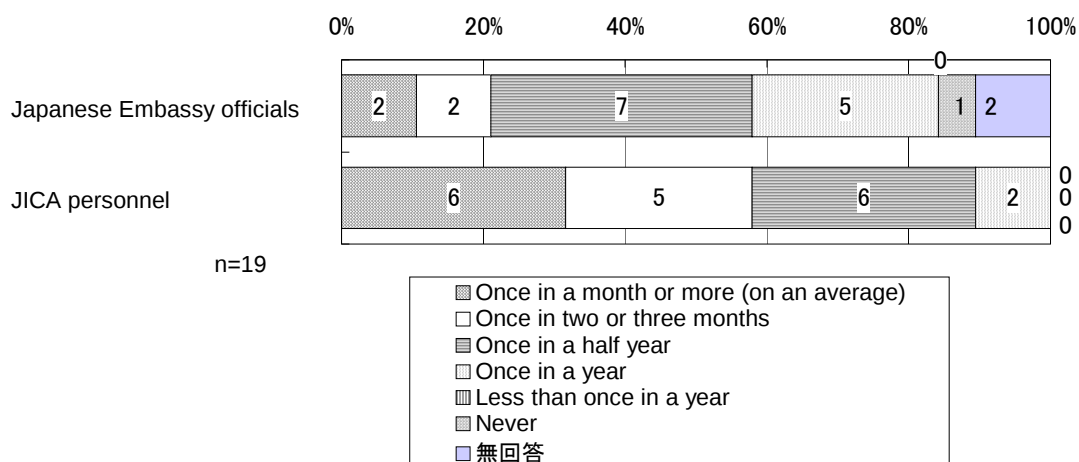


図表6－20 在外公館及び JICA との協議・調整機会の頻度の評価(保健省)



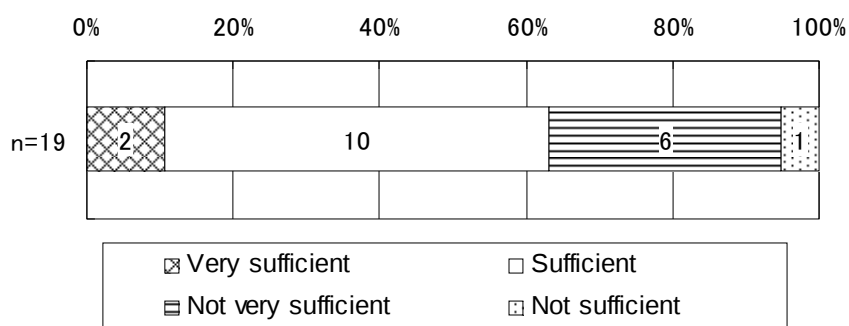
出所:保健省アンケート調査。

図表6－21 在外公館及び JICA との協議・調整機会の頻度(保健省)



出所:保健省アンケート調査。

図表6－22 日本の保健・医療分野 ODA に対しての要望機会の評価(保健省)



出所:保健省アンケート調査。

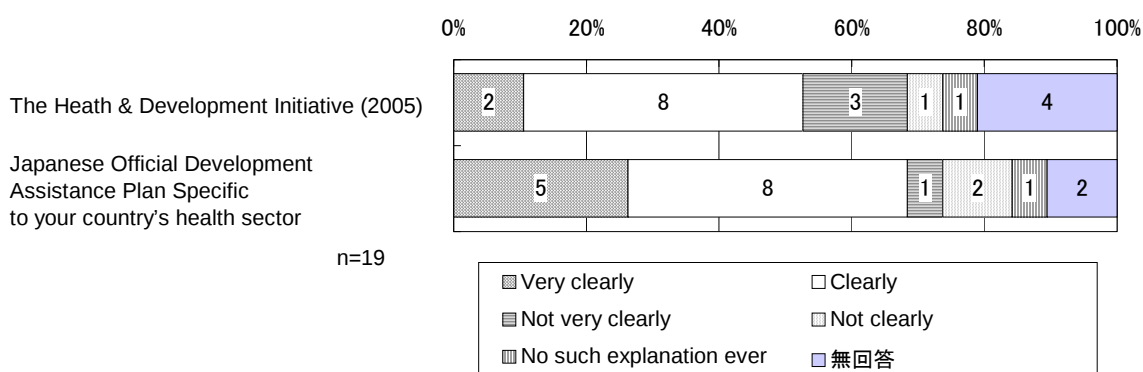
6－3－2 被援助国政府に対してHDIや国別援助計画が適切に説明されているか

被援助国政府に対する HDI に関する説明が「Very clearly(十分に説明された)」であったのは 1 割程度、「Clearly(ある程度説明された)」であったのは 4 割程度であった。一方で、国別援助計画に関しての説明については、「Very clearly」が 3 割弱、「Clearly」が 4 割程度であった(図表6－23参照)。

上位政策である HDI については、「Very clearly」と「Clearly」の合計が 5 割程度であるのは、一見すると良い結果とはいえないが、一方で保健・医療分野の重点支援国においては約半数で HDI に対する説明が保健省に対してされていると捉えることもできる。

しかしながら、国別援助計画等、国別に定めた保健・医療分野の支援方針については 7 割程度がよく説明されているとはいえ、より説明を徹底し支援方針についての理解を深めることが可能ではないかと考えられた。

図表6－23 日本の保健・医療分野 ODA 政策等の説明に対する評価(保健省)



出所:保健省アンケート調査。

6－3－3 日本の保健・医療分野ODA案件の立案～実施～評価とモニタリング・プロセスは適切であるか

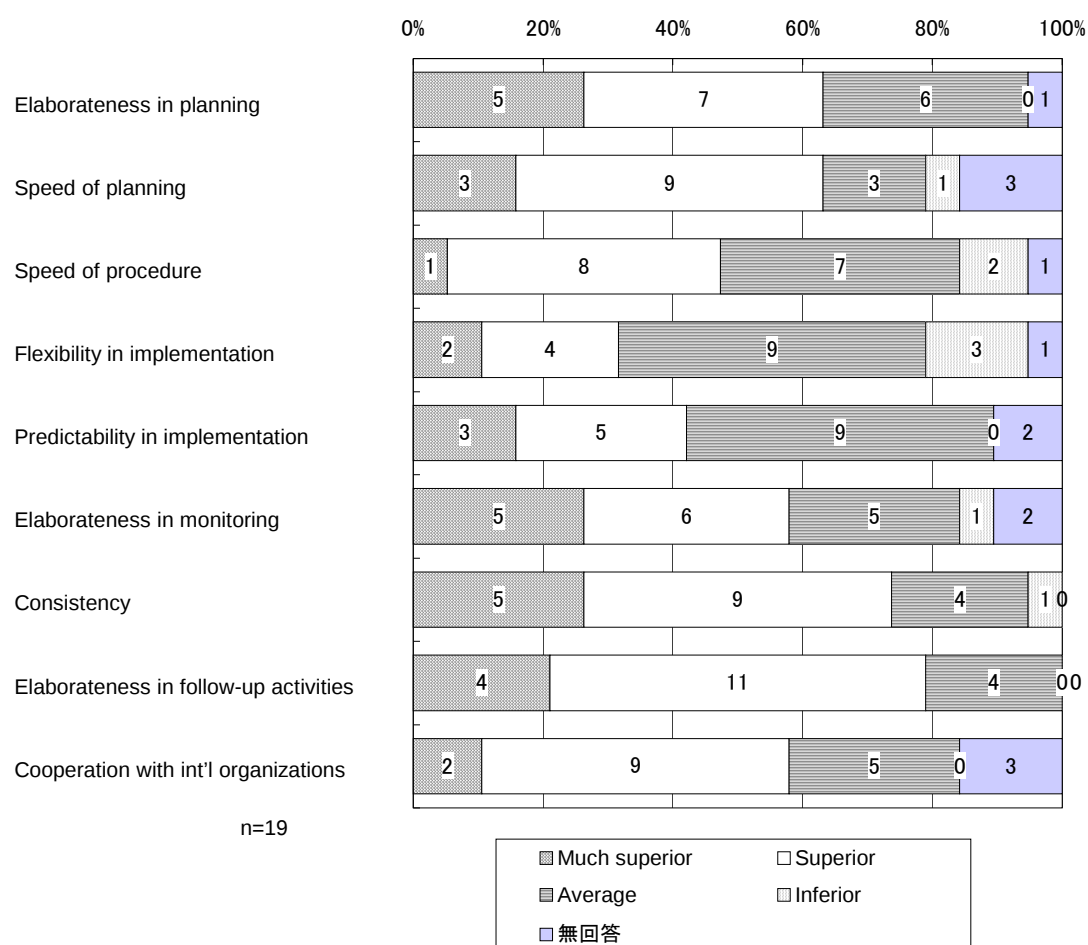
被援助国政府からみて、日本の保健・医療分野支援のプロセスについて他ドナーと比較して優れていると評価されたのは(「Much superior」と「Superior」の合計割合での評価)、最も多かったのが「Elaborateness in follow-up activities(フォローアップ活動の綿密性)」であり、次いで「Consistency(支援の一貫性)」、「Elaborateness in planning(計画の綿密性)」、「Speed of planning(計画策定の迅速性)」であった(図表6－24参照)。

この4点からみると、日本の保健・医療分野支援はその先のことまで考えた計画性・その長期的な展望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（同図表参照）。日本の支援の計画の綿密さは一方では実施の際の柔軟性に欠ける面もあり、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。これらの要因となっている事柄には、簡単には改善することができないことも多いと考えられるが、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、このような点を意識して援助の実施プロセスをより良くしていくべきであろう。

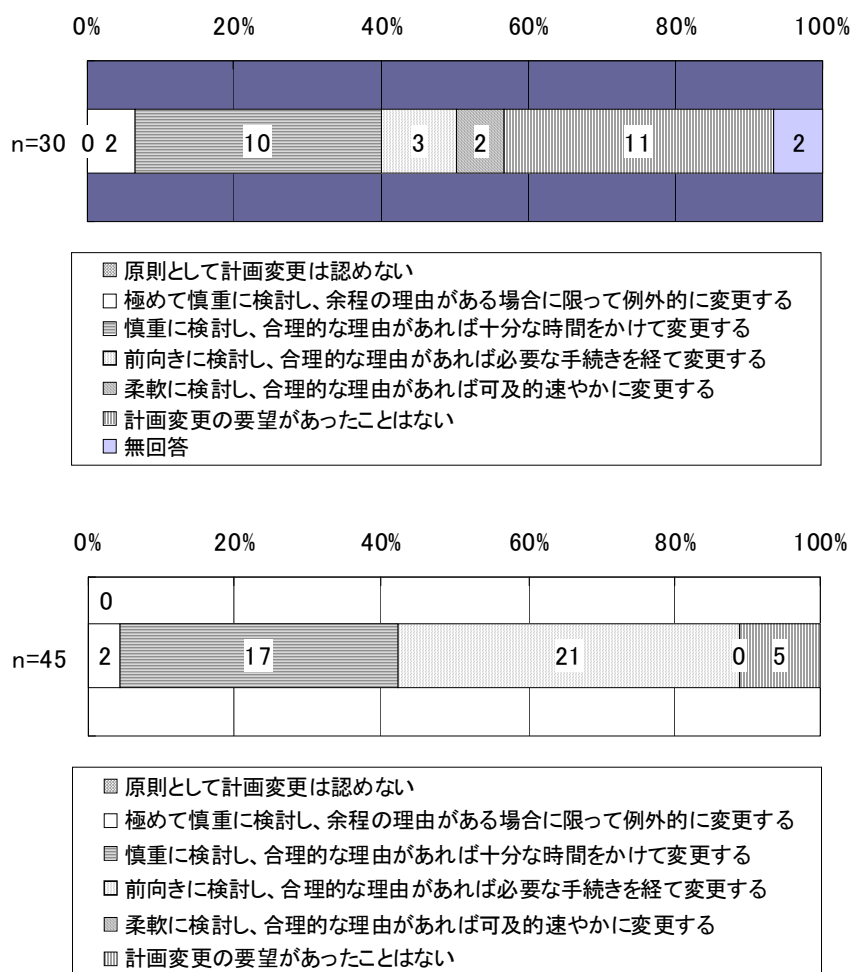
図表6－24 日本の保健・医療分野 ODA のプロセスに対する評価（保健省）



出所：保健省アンケート調査。

なお、無償資金協力及び技術協力の実施段階における計画変更の要望に対しての日本側の対応としては、スキームによって異なることが示された。無償資金協力についてはそもそも計画変更要望があったこと自体が少なく、あった場合には「慎重に検討し、合理的な理由があれば必要な手続きを経て変更する」が最も多く挙げられた。技術協力は複数年にまたがって実施されることが多いため変更要望がしばしばあることが窺われ、「前向きに検討し、合理的な理由があれば必要な手続きを経て変更する」が最も多く挙げられた（図表6－25参照）。

図表6－25 案件の実施段階での計画変更要望への対応
(上:在外公館〔無償〕、下:JICA〔技協〕)

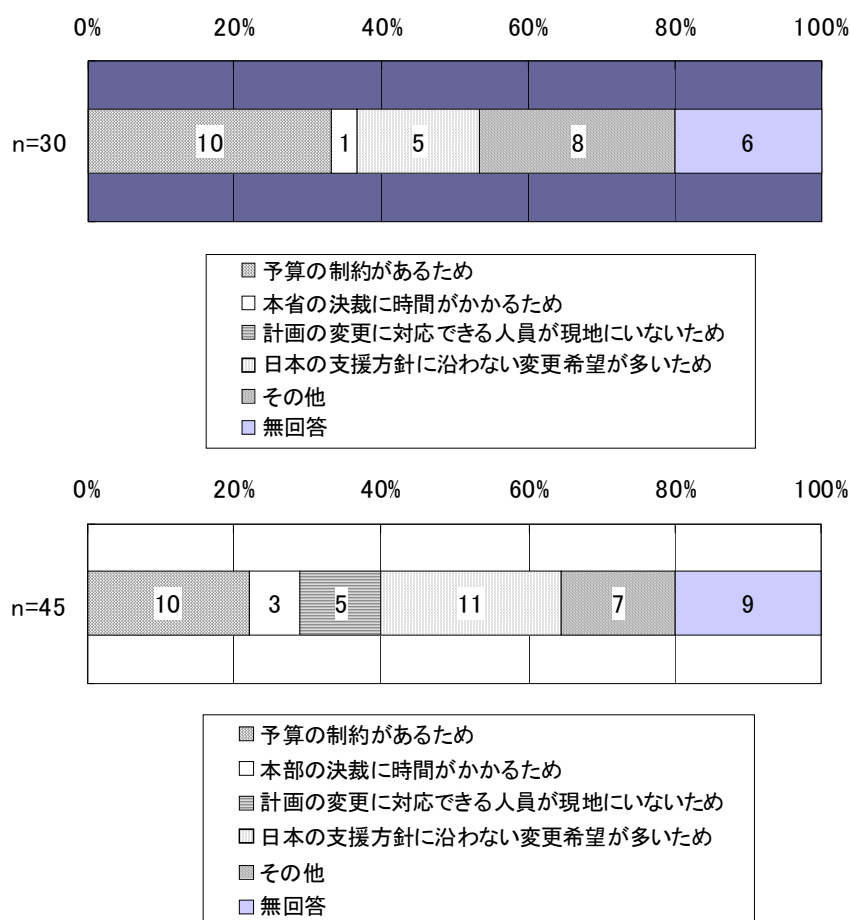


出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

なお、案件の実施段階での計画変更が難しい理由については、無償資金協力では「予算の制約があるため」で、供与予定額を超える変更希望については当然のことながら対応できないという結果であった。また、その他として、「本省、JICA 本部、実施企業本社間の意思疎通が悪く、正確な認識の共有に時間がかかるため」、「被援助国の技術にそぐわないハイレベルの機材供与への変更希望のため」、「現地の状況や計画変更に関する情報収集に時間を要することがある」等が挙げられた(図表6－26参照)。

技術協力では、「予算上の制約があるため」だけでなく、「日本の支援方針に沿わない変更希望が多いため」も多く挙げられており、日本の支援方針により被援助国政府の要望には応えられないケースも少なからず存在することが示唆された(同図表参照)。無論、被援助国の変更要望に応えられない理由はケース・バイ・ケースであるが、支援方針に沿わない変更希望については、被援助国政府の理解を深めることで、「変更に応じてくれない＝柔軟性がない」という評価に直結しないように努めるべきであると考えられる。

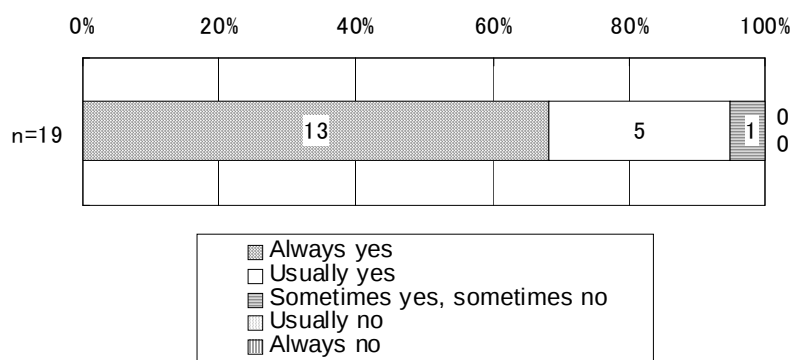
図表6－26 案件の実施段階での計画変更が難しい理由
(上:在外公館[無償]、下:JICA[技協])



出所: 在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

ODA 案件の実施に際して、計画段階において被援助国政府の役割と日本の役割について取り決めが行われ、役割分担の明確化ができているかについては、「Always yes(常にできている)」が 7 割程度であり、残りは「Usually yes(だいたいできている)」、「Sometimes yes, sometimes no(できている時とできていない時がある)」であった(図表6－27参照)。

図表6－27 被援助国の役割と日本の役割について案件の計画段階で
取り決めが行われているか(保健省)

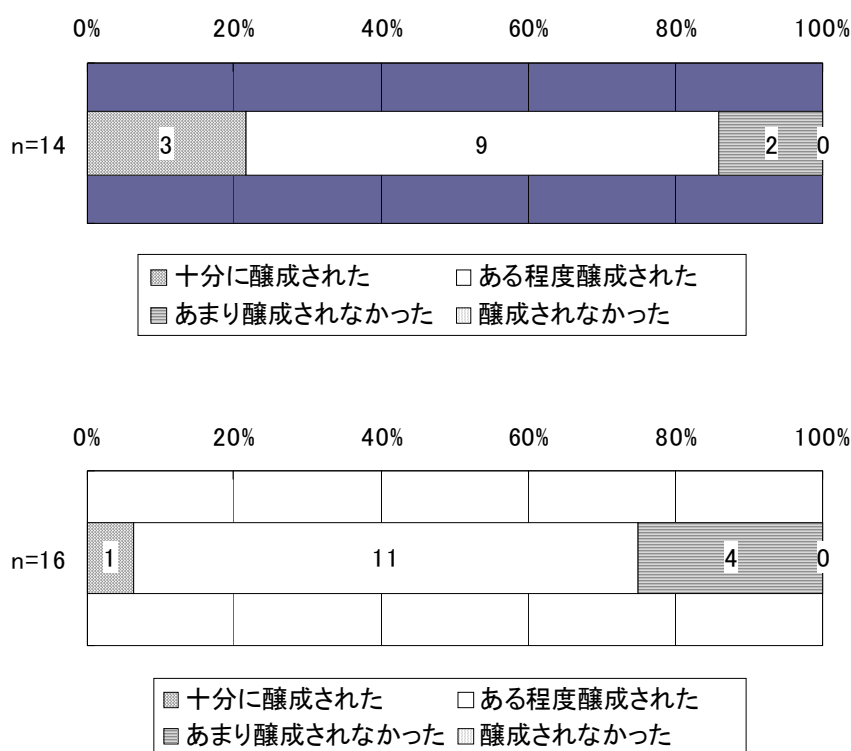


出所: 保健省アンケート調査。

また、保健・医療分野の各開発課題について、被援助国が自助努力によって取り組むべき部分と日本が ODA を通じて支援すべき部分の所在について、共通認識が醸成できていると日本側（保健・医療分野の重点支援国に限定）回答した割合（「十分に醸成された」と「ある程度醸成された」の合計）は、在外公館で 9 割程度、JICA で 8 割弱であった（図表6－28参照）。

保健省の回答と、日本側の回答を合わせて検討すると、被援助国との協議プロセスによって、このような役割分担の明確化の取組がかなりの割合で行われており、共通認識の醸成も重点支援国の多くにおいては達成されていることが確認された。

図表6－28 被援助国との協議プロセスにおいて、保健・医療分野の開発課題に対して被援助国政府が自助努力によって取り組むべき部分と日本が ODA を通じて支援すべき部分について共通認識が醸成されているか（上：在外公館、下：JICA）

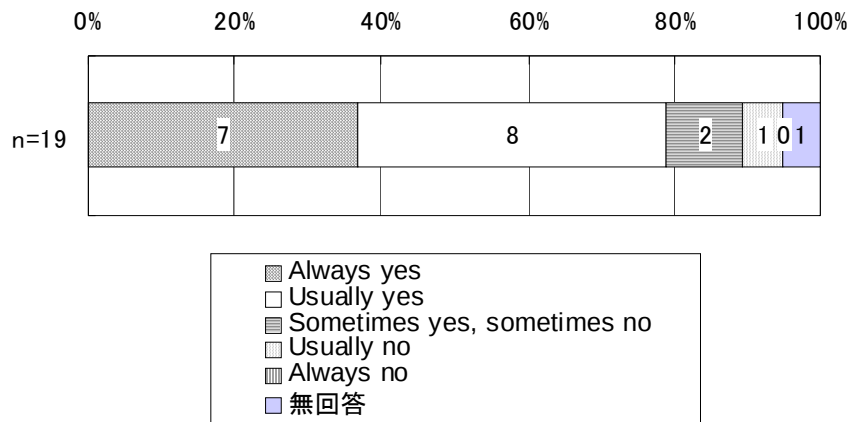


出所：在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

また、保健・医療分野の ODA 案件の実施に際して、支援効果の持続可能性について、被援助国政府との間に十分な確認が行われたかについては、「Always yes（常にできている）」が 4 割弱、「Usually yes（だいたいできている）」が 4 割程度、「Sometimes yes, sometimes no（できているとできてないときがある）」を合わせると、9 割程度であった（図表6－29参照）。

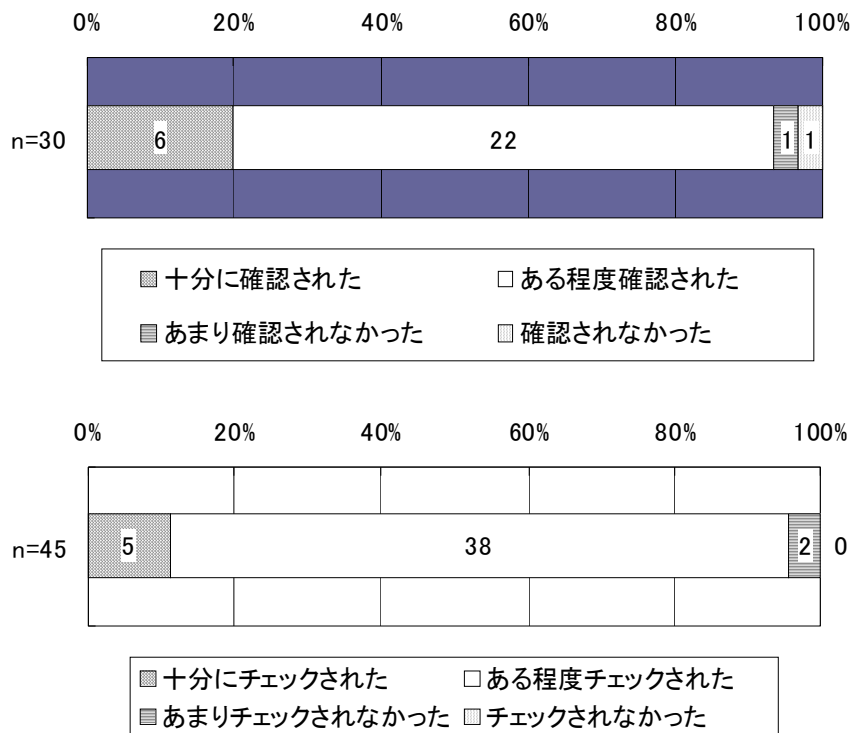
同設問に対する日本側の回答では、「十分に確認された」は在外公館で 2 割、JICA で 1 割程度、「ある程度確認された」を含めると在外公館・JICA とも 9 割強であり、保健省側の認識と大きなずれはないことが確認された（図表6－30参照）。

図表6-29 支援効果の持続可能性について計画段階で十分に日本側との確認を行っているか(保健省)



出所:保健省アンケート調査。

図表6-30 無償資金協力(一般プロジェクト無償)及び技術協力の支援効果の持続可能性について被援助国政府との間で十分に確認されたか
※2000 年以降に実施案件のある国限定集計(上:在外公館[無償]、下:JICA[技協])



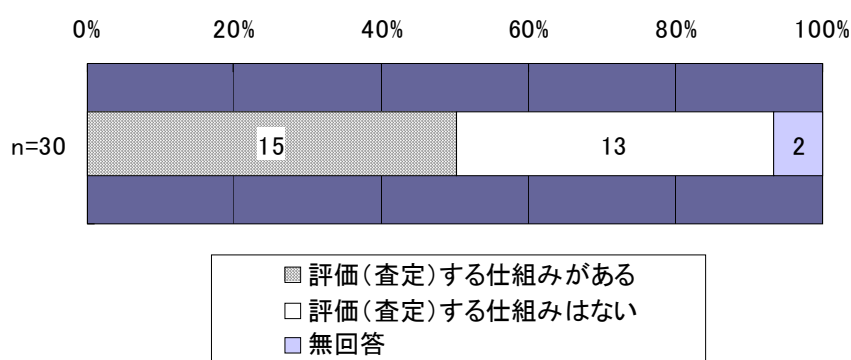
出所:在外公館アンケート調査、JICA アンケート調査。

なお、無償資金協力(とりわけ医療機材等の供与)案件において、支援効果の持続可能性の視点から供与する医療機材等の仕様を評価する仕組みは、2000 年以降に保健・医療分野において一般プロジェクト無償を行っている国の半数程度(15 か国)にみられた(図表6-

31参照)。その中で、事前評価調査や事後評価調査等を通じて確認する他、医務官による直接視察、医療機材保守管理に関する専門家による機器の使用状況の確認と指導、専門家の助言を得て確認を行っている旨について明確な回答が得られたのは6か国程度であった。しかし、「評価(査定)する仕組みはない」と回答した場合であっても、事前評価や事後評価が無いわけではなく、そこに「評価(査定)」といえるほどの仕組みが無いことから、このように回答したと考えられる。

医療機材等を供与する際には、一般的に有償資金協力の場合は、日本側のみならず被援助国側も支援効果の持続可能性について、また投入に見合う効果が得られるかどうかについて、慎重に検討する仕組みが機能する。無償資金協力の場合には、日本側においては事前評価、事後評価もあり然るべき調査と評価の手続きが踏まれるが、被援助国側の支援効果の持続可能性に関する認識・見通しは有償資金協力の場合と比較してどうしても低くなることが考えられる。故に、無償資金協力の機材供与における支援効果の持続可能性について、日本側が専門家の助言を得ながら確認を取る手続きをもち、着実に供与機材の妥当性を確保することが求められる。その一方で、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が肝要であろう。

図表6-31 支援効果の持続可能性の視点から仕様の評価をする仕組みの有無
※一般プロジェクト無償のある国限定集計



出所: 在外公館アンケート調査。

6-3-4 まとめ

被援助国政府との協議・調整の機会の頻度については、在外公館・JICAとも十分にありと考えられたが、個別案件の実施に際しての関与割合が低いこともある在外公館は、保健省との協議機会を確保するよう努めるべきことが示唆された。また、その際には国別援助計画のみならず、その時々保健・医療分野 ODA 政策についても十分に説明することで、日本の支援方針に対する保健省側の理解を得やすくなるだろう。

日本の保健・医療分野支援の特徴として、保健省側からは各案件の計画性の高さ、支援の一貫性や、案件実施後のフォローアップにおいて、他ドナーより優れていると受け止められていた。一方で、案件実施の際の柔軟性や、実施手続きの迅速性等については他ドナー

に比べ欠けている面もあり、国の制度等の相違はあるものの、改善可能な事柄については、プロセスを改善に努めるべきである。

被援助国政府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、日本側で審査(査定)する仕組みをもつと回答した国も半数程度に留まっていた。特に医療機材等を供与する際には、日本側が専門家の助言を得ながら確認を取る手続きをもち、着実に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すことが肝要であると考えられる。

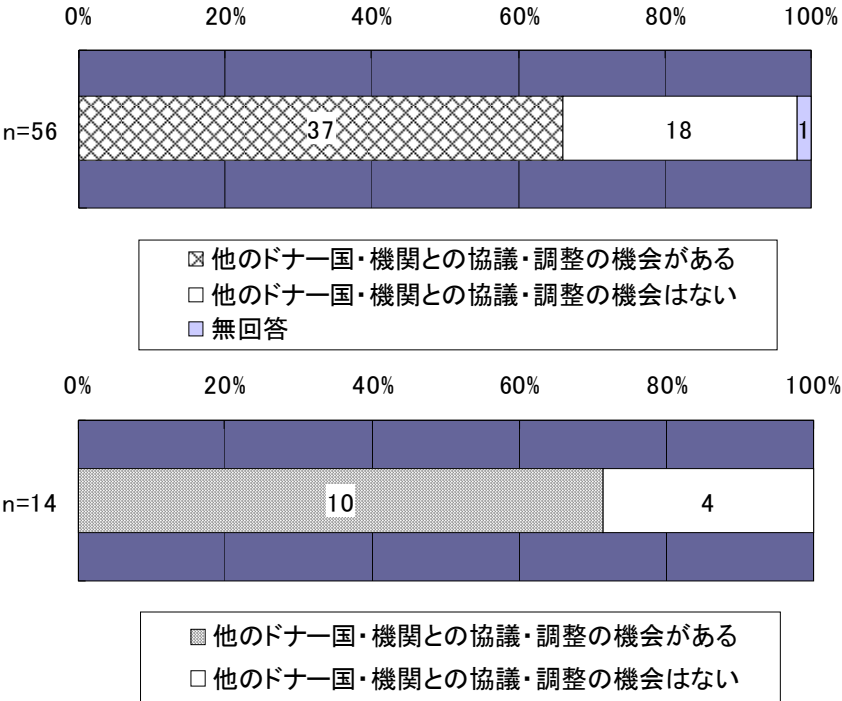
6－4 国際機関を含む他ドナーとの政策協議・調整プロセスの適切性

6－4－1 国際機関を含む他ドナーとの協議は適切に行われているか

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がある国は、全体の 7 割弱であり、保健・医療分野の重点支援国のみでみても、7 割程度である(図表6－32参照)。

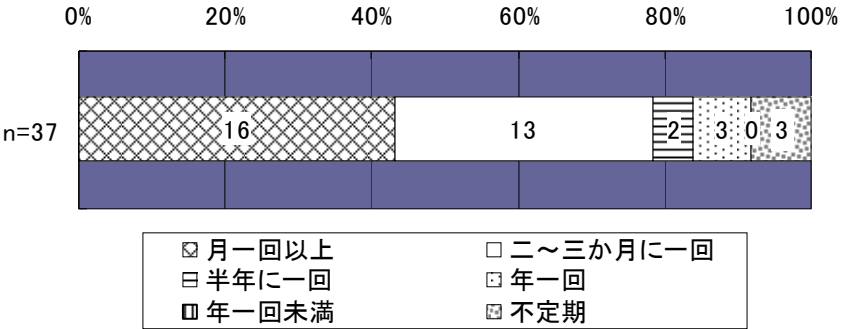
ドナー会合の頻度は、月1回以上が最も多く、次いで2～3 か月に1回と比較的高い頻度で実施されている(図表6－33参照)。

図表6－32 ドナー会合等の保健・医療分野の他ドナーとの協議・調整の機会有無
(二国間協議を除く)(上:在外公館、下:在外公館保健・医療分野重点支援国)《3 章再掲》



出所:在外公館アンケート調査。

図表6－33 ドナー会合の開催頻度

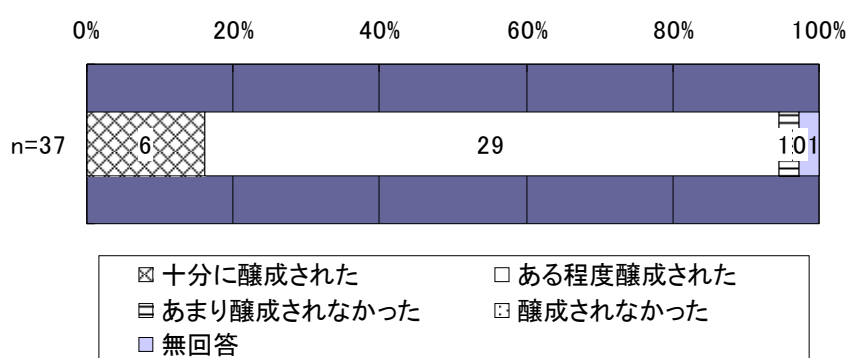


出所:在外公館アンケート調査。

ドナー会合を通じた被援助国の開発課題に対する各ドナーの役割に関する共通認識の醸成については「十分に醸成された」が 2 割弱だが、「ある程度醸成された」を含めると 9 割以上であった(図表6-34参照)。ドナー会合を通じて日本の政策に関する伝達と理解が得られているかについては、「十分に理解されている」と「ある程度理解されている」を合わせて HDI に関しては 4 割強、国別援助計画に関しては 7 割程度であった(図表6-35、36参照)。ドナー会合における協議・調整の結果について、外務省本省をはじめとする関係機関にも十分フィードバックされ、案件の計画内容や実施方法の改善に活用されているかについては「十分に活用されている」が僅かにみられ、「ある程度活用されている」が 7 割程度であった(図表6-37参照)。

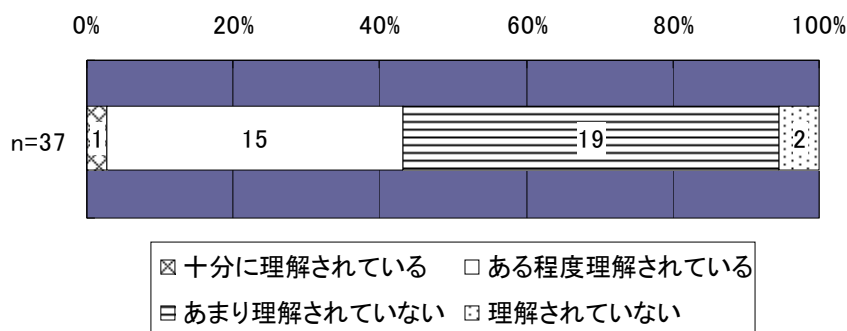
ドナー会合における実際の協議内容は、参加国(機関)や議長国、ならびに開催目的によっても大きく異なることが予想される。従って、必ずしも日本の実施している ODA 案件や日本の援助政策について伝える機会があるとは限らず、むしろそうした内容は他ドナーとの二国間協議において説明されることの方が多いかもしれない。しかし、他ドナーとの援助に関する調整を行うドナー会合の場において、日本の支援方針を明確に示し理解を得ることは極めて重要であると考えられる。従って、実施している ODA 案件との関連性において、より積極的に日本の支援方針について発信していくべきであろう。

図表6-34 ドナー会合を通じた開発課題に対する各ドナーの役割に関する共通認識の醸成



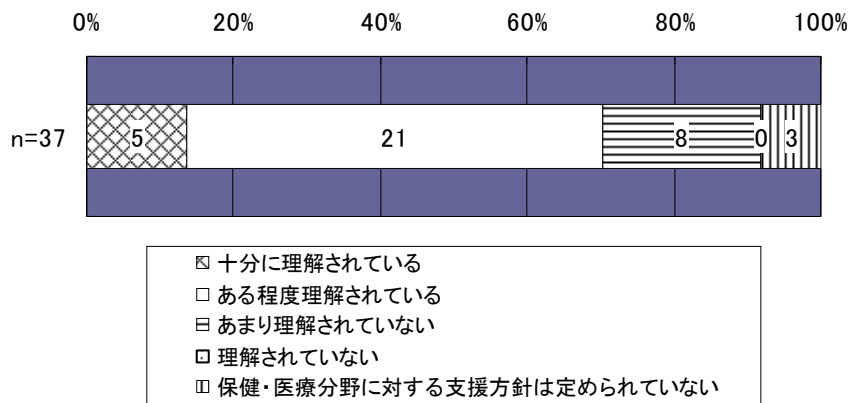
出所: 在外公館アンケート調査。

図表6-35 ドナー会合を通じた日本の政策に関する伝達と理解(HDI)



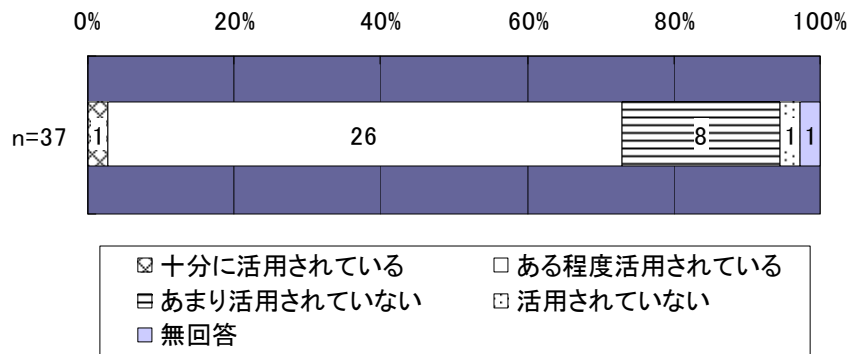
出所: 在外公館アンケート調査。

図表6－36 ドナー会合を通じた日本の政策に関する伝達と理解(国別援助計画)



出所: 在外公館アンケート調査。

図表6－37 ドナー会合における協議結果のフィードバックと活用度合



出所: 在外公館アンケート調査。

6－4－2 世界エイズ・結核・マラリア対策基金（世界基金）の国別調整メカニズムへの関わりは適切であるか

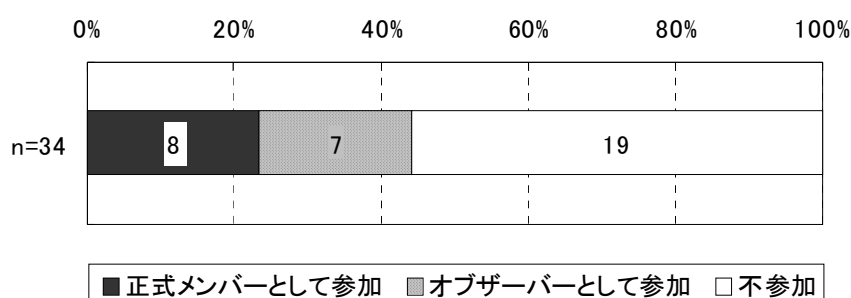
本評価3章の「3－2－2 世界基金の設立と日本の取組」で述べたように、2002年に設立された世界基金が、6年の間に三大感染症支援に対しての主要ドナーとなったことで、日本の保健・医療分野 ODA をとりまく環境も大きく変化したといえる。

世界基金には各資金受入国に国別調整メカニズム（CCM: Country Coordinating Mechanism）があり、CCM においてプロポーザルを策定し、世界基金の事務局に提出、その後本部にて承認されることで世界基金の資金は提供される仕組みになっている。JICA は世界基金の資金を受託して事業を実施する主体ではないため、積極的にプロポーザル策定に関与する必要性は本来ないはずである。しかし、効果的な保健・医療分野 ODA の実施のためには、日本の二国間援助（ODA）との重複を避けるなどの目的のため、積極的に世界基金の資金を受けた事業の情報を取得し、また可能な限り連携していくことが求められる。

ここでは、JICA による調査資料⁴を基に、各国の JICA 在外事務所における CCM への関与の状況について分析を行い、今後の世界基金との関わりの方針についての検討を行う。

調査結果によると、現地で CCM に正式メンバーとして参加しているのは 8 か国であり、2 割強である。また、オブザーバーとして参加している国は 7 か国あり、これを合わせる全体では 4 割強が、なんらかの形で CCM に参加しているということが分かる(図表6-38参照)。参加しているのは、大使館員、JICA 所員、企画調査員、プログラム調整専門家などである。この結果から、CCM への参加はまだそれほど多くの国で行われていないといえる。

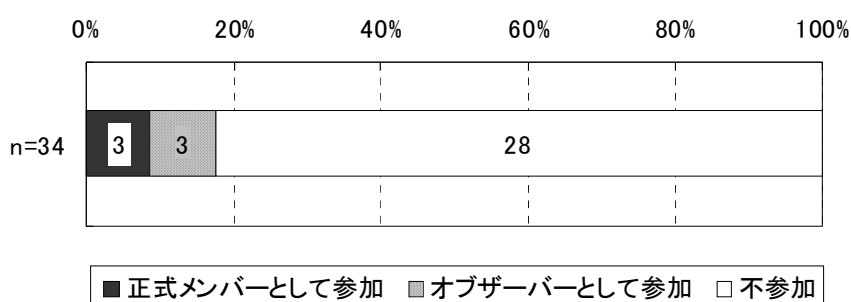
図表6-38 JICA 在外事務所の CCM への関与の状況



出所: JICA 調査資料。

また、世界基金の技術的ワーキング・グループ(TWG: Technical Working Group)又はそれに準ずるグループへの関与状況をみると、CCM よりもさらに関与の度合は下がり、正式メンバーとしての参加、オブザーバーとしての参加合わせても 2 割弱である(図表6-39参照)。

図表6-39 世界基金の TWG 又はそれに準ずるグループへの関与の状況



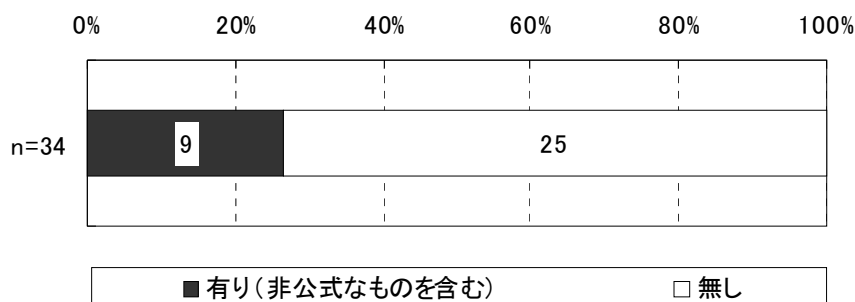
出所: JICA 調査資料。

一方、JICA 関係者(事務所員、企画調査員、JICA 専門家、JOCV、シニアボランティア、フィールド調整員など)が世界基金に対するプロポーザル策定に関わった事例の有無では、非

⁴ JICA(未定稿)『保健財政強化と世界基金等との関係強化にかかる調査』参考資料 9.「垂直的資金に対する日本の対応の状況」による。なお、この調査は、2006 年度に保健・医療分野への支出実績(全てのスキームの合計)が 1 億円以上の 40 の JICA 在外事務所を対象に調査したものであり、合計 34 の JICA 在外事務所より回答を得ている。

公式なものを含めると3割程度に当たる9か国が事例をもっている(図表6-40参照)。実際の関与の度合は、プロポーザル策定の作業全般に関与したものや中心的役割を担ったものから、情報提供をしたものまで様々である。また、プロポーザル策定に関与しているのはCCMに正式メンバーやオブザーバーとして参加している国だけではない。

図表6-40 JICA 関係者が世界基金に対するプロポーザル策定に関わった事例の有無

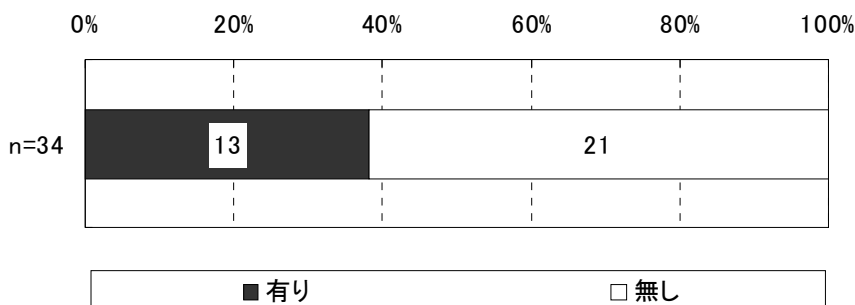


出所: JICA 調査資料。

また、実際にプロポーザル承認後に現地で世界基金の資金を受けた事業が実施される際に何らかの形で関与した国になると4割弱にあたる13か国で事例がみられる(図表6-41参照)。内容として最も多く見られるのは、やはり日本の支援案件との重複回避や相乗効果を高めるために支援実施の調整を行なっているものである。ここで関与事例があったとした国もまた、CCMに正式メンバーやオブザーバーとして参加している国だけではない。

この時点ではまだ、世界基金の資金を受けた事業へJICA関係者が関与したのは調査回答した国の半数以下ではあるが、今後世界基金の資金を受けた事業展開が増えるに従って、現場における関与は避けられなくなってくることが予想される。

図表6-41 JICA 関係者がプロポーザル承認後に世界基金の資金による事業に関わった事例の有無

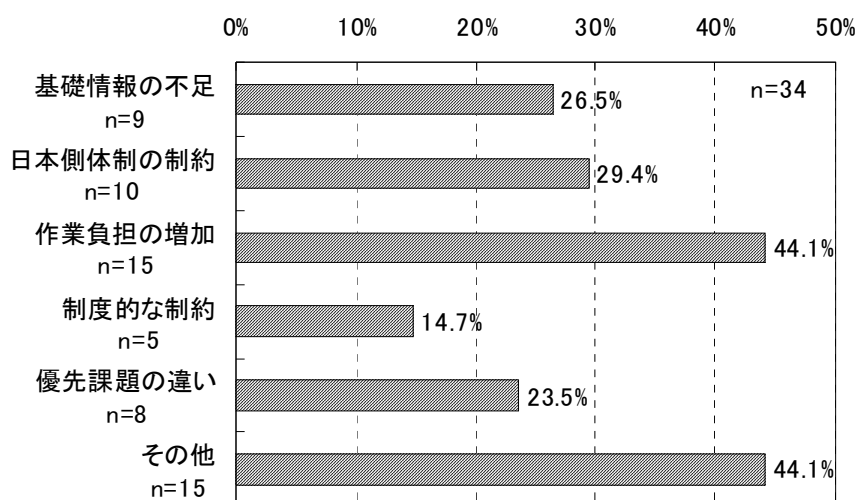


出所: JICA 調査資料。

では、今後在外公館やJICAはどのように世界基金(CCM及び事業)と関わっていくべきであろう。JICAの調査結果では、今後世界基金と関わるにあたっての障害として、最も多く

挙げられたのは「作業負担の増加」であった(4 割程度が回答)(図表6-42参照)。また、「その他」としては、保健・医療分野の専門的人材不足や、JICA と世界基金の事業サイクルの違い、誰が担当すべきか、どう JICA 案件と連携させればよいか分からないなどがある。

図表6-42 世界基金と今後関わるにあたっての障害



出所: JICA 調査資料。

これらの調査結果からみえてくるのは、まだ新しい世界基金の組織である CCM や資金を受けた事業と、どう関わるべきか在外公館、JICA 共に組織的方向性が定まっておらず、また対応する人員も配置されていない状況である。しかし、現場においては世界基金に関わらずに保健・医療分野 ODA を実施するのが難しい国も既にあり、今は現場のできる範囲で CCM への参加を含め世界基金に関与しようという姿勢がみられる。一方で、そのような対応状況により、別の業務に従事するために配置された専門家の負担が増えることも事実である。このような世界基金のプロポーザル策定への公式・非公式な関与等による現場の負担増は、JICA に限らず、国際機関等の現地事務所でも起きているという⁵。

今後日本としては、現場における援助の重複を避け、また大規模な資金が投入される世界基金の事業と連携することで、援助の相乗効果を狙う必要性は多いにある。そのためには、時に保健・医療分野の非常に専門的な知識を必要とする世界基金との関わりにおいて、在外公館・JICA 共に現場で誰がどこまでどのように対応していくのか、各国の事情に応じて戦略を決め、専門要員の確保を含めてしかるべき措置をする必要がある。

6-4-3 まとめ

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

⁵ 国内調査・外務省国際協力局専門機関課ヒアリング(2008 年 12 月 19 日)による。

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。

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 スタッフ(所員、企画調査員、JOCV 等様々である)が被援助国における世界基金(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)への対応を行っている。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。

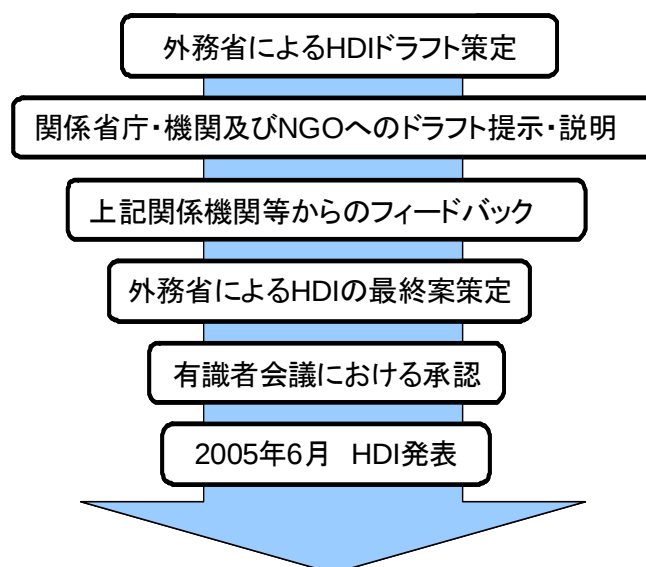
日本も相応程度を拠出している世界基金の事業には、今後も積極的に関与し、また日本の保健・医療分野の二国間援助(ODA)とうまく連携させていくことが求められる。世界基金との現場における関わり方については、JICA だけでなく在外公館も含めて人員配置も含め対応方針を早急に定め、組織的に対応していく必要があるだろう。

6-5 保健・医療分野ODA政策等の策定プロセスの適切性

6-5-1 「『保健と開発』に関するイニシアティブ（HDI）」の策定プロセスは適切であったか

HDI などのイニシアティブは、現在の外務省国際協力局多国間協力課を中心に策定されている。HDI の策定時には、多国間協力課に 2 代目の保健・医療分野担当の専門官（保健・医療分野の有識者）がおり、専門官を中心にドラフトが策定されたという⁶。その後、関係機関等へのドラフト提示とフィードバックや意見交換を経て、最終案が有識者会議にて承認されるという手順を踏んで策定された。

図表6-43 HDI の策定プロセス概略



出所：みずほ情報総研作成。

ドラフトの策定前には、GII/IDI に関する外務省／NGO 懇談会⁷（GII/IDI 懇談会）を通じて NGO の意見をまとめたイニシアティブ骨子案に関する提案書が提出されている。この提案書の内容は HDI の要所に反映されており、HDI の具体的取組（4）「日本の援助実施体制の強化」には「NGO との連携」についても記載されている。これに関して、HDI には実際に NGO から意見が取り入れられているという認識が NGO 側にあることも確認されている⁸。従

⁶ 国内調査・有識者へのヒアリング（2008 年 9 月 19 日）による。

⁷ 同懇談会は、元々日本が 1994 年に発表した「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）」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 年の沖縄感染症対策イニシアティブ（IDI: Okinawa Infectious Disease Initiative）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、GII、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、基本的に 2 カ月に 1 回のペースで開催されている。2009 年 1 月には 84 回目が開催されている。

⁸ 国内調査・NGO JOICFP へのヒアリング（2008 年 11 月 18 日）及び NGO アンケート調査による。

って、HDI 策定プロセスにおける市民社会(NGO)との対話は適切に行われたと評価できる。

また、HDI 策定時には JICA や旧 JBIC からドラフトに対するフィードバックがあり、旧 JBIC からの要望であったインフラ事業における分野横断的な取組という内容も、HDI の具体的取組(2)保健・医療分野の支援を補完する関連分野の支援及び分野横断的な取組の中の「(二)社会経済基盤(インフラ)整備支援」において明記されている。JICA から、長年 JICA が取り組んできている人材育成や母子保健分野が重点テーマとして取り上げられており、また MDGs を中心として包括的支援を打ち出している HDI について、特に不満な点は無いとの声が聞かれた⁹。

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 GII/IDI 懇談会があるのは、外務省にとって有意義であると考えられる。また、GI/IDI 懇談会は、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。GI/IDI 懇談会への参加 NGO に行った NGO アンケート調査からは、同懇談会への参加意義について主に図表6-44に示すような意見が出された。このように、外務省と情報交換できることのメリット、そしてそれにより外務省の方針や国際保健に関する潮流への理解が深まり、また NGO としての外務省への発言力が強化されることによるメリット、加えて NGO 同士が交流することの自体のメリット等が示唆された。さらに、GI/IDI 懇談会では会議録を取らないという方針から、官民どちらも活発に議論することが可能となっており、形式的な情報交換の場に留まっていない。これらのことから、同懇談会が日本の保健・医療分野 ODA に果たす役割は大きいといえる。

図表6-44 NGO から見た GI/IDI 懇談会に参加することの良い点

- ODA 政策パートナーとしての NGO の参画が高まり、正当性・信頼性の向上にも繋がっている。その結果、より良い外務省／NGO 連携に繋がる。官民連携の機会や問題解決・状況改善の機会にも繋がる。
- 様々な知見や経験を有する団体が一同に会し、討議することにより、政府の開発援助計画や保健政策に対し、活動現場からの経験や市民社会の意見を反映した対案や提言を出すことができる。
- 国際保健に関する潮流や外務省および各 NGO がどのような点に関心があるかなどの情報を得て、外務省の方針について理解を深めることができる。その上で自分たちの活動と照らし合わせ、中長期的な展望作りに役立っている。
- 当懇談会参加者が実際に参加した国際会議（国連エイズ会議、洞爺湖サミット、ガボンでの TICAD 準備会議など）の情報が得られる。それにより、保健・医療分野に関する国際的な潮流・動向を追うことができる。
- 懇談会に出席することで、他の NGO 団体と会えることで意見交換・情報交換ができる。自分達と異なるアプローチや異なる地域で活動している団体と情報交換、ネットワーク構築により、様々な知見をシェアすることができる。
- NGO 間での協議・意見集約の場ができ、協調を生むのに役立った。他の NGO との協働によってより NGO として外務省への発言力が高まる。

出所：NGO アンケート調査。

⁹ 国内調査・JICA へのヒアリング(2008 年 10 月 9 日)による。

GII/IDI 懇談会は他分野に先駆けて始まっており、今日まで長く続いてきていることも評価に値する。日本の保健・医療分野 ODA の長期的展望を考える上で、2～3 年で担当者が交代する外務省職員の経験・知識の蓄積や継続性の不足を補うためにも、今後も GII/IDI 懇談会を継続開催し、保健・医療分野支援の知見をもつ NGO と意見交換を行っていく必要性は高い。さらに、保健・医療分野の有識者も交えて、外務省／NGO 間に留まらない政策対話やイニシアティブの達成状況の確認を行う機会として、一年に一度程度の保健・医療分野支援関係者の定期会合あれば、イニシアティブの実効性を高める上でも有用であると考えられる。

なお、保健・医療分野に限定しているものの、規模も活動内容も様々である。そのため、参加 NGO の同懇談会の現在の運営方法や議論の在り方に対する認識もそれぞれであり、今後も参加 NGO 同士ならびに外務省との意見交換を重視し、同懇談会の在り方を継続的に検討していく必要はあるだろう。

6－5－2（参考）次期イニシアティブ策定プロセスはどうあるべきか

HDI は原則 2010 年までのイニシアティブであり、2008 年は HDI の残りの期間における援助の実効性を高める方法を検討する時期であると共に、次期イニシアティブについて検討すべき時期でもある。そのため、次期イニシアティブの策定プロセスについては、厳密には本評価の対象ではないが、HDI の策定プロセスの評価を通じて本評価調査で得られた情報を基に、次期イニシアティブの策定プロセスに関しての情報を本項でまとめる。

次期イニシアティブの策定有無や策定方法についての意見を聴取した NGO アンケートから得られた意見を集約すると、下記のような点が挙げられる(図表6－45参照)。

図表6－45 次期イニシアティブに関して・イニシアティブに求めるもの

- ・ 2015 年までに MDGs 達成が困難である目標や国々が未だ多いことから、保健・医療分野のイニシアティブは必要である。
- ・ 日本政府の保健に関する援助方針とコミットメントを国内外に知らしめ、国際保健の推進に大きく貢献していく点から必要。
- ・ 「『保健と開発』に関するイニシアティブ」はそのまま続けるべきである。
- ・ 「『保健と開発』に関するイニシアティブ」を基に、再考が必要であるが、基本的には保健関連 MDGs の達成に貢献する、横断的・関連分野の支援の取組、保健医療体制の整備等を軸にするのが良い。
- ・ イニシアティブ策定にあたっては、地球規模の課題を前に、最も脆弱である国や地域の人々に対し、先進国や中進国の責任として具体的・効果的な方策の実施や新たな数値目標の設定等、行動計画を見直す必要がある。
- ・ 保健・医療もその大きな分野である人口、環境、食糧、エネルギー、開発の視点も取り入れた新しいイニシアティブを期待する。
- ・ 保健に特化して資金を充てていくイニシアティブを期待する。2008 年の TICAD IV と G8 の北海道洞爺湖サミットの成果を実施に移すための財政的なコミットメントも後継イニシアティブには求められる。これらの内容は、後継イニシアティブのみならず、2010 年に改訂される ODA 中期政策の中にも盛り込まれることを強く期待する。

出所: NGO アンケート調査。

次期イニシアティブの策定については、基本的に「必要」とする意見が多くみられた。また、内容については HDI から大きく内容を変更する必要はないと考えられるが、視点の追加や数値目標の設定、行動計画の見直し等が求められている。特に、意見の中にもあるように、第四回アジア開発会議（TICAD IV: The Fourth International Conference on African Development）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、財政的なコミットメントも含めて次期イニシアティブを打ち出す必要性が高いと考えられる。

また、次期イニシアティブ策定プロセスにおいては、TICAD IV や G8 北海道洞爺湖サミットにおける経験を生かすことが、透明性の確保と幅広い立場からの意見の集約に役に立つと考えられる。2008 年の G8 北海道洞爺湖サミットでは、開催前に高村前外相の政策演説「国際保健協力と日本外交－沖縄から洞爺湖へ」を受け、G8 保健専門家会合が立ち上げられ、その報告書である「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が G8 首脳に対して提言されている。また、サミットにおける国際保健分野の行動指針策定にあたり、NGO を含むすべての関係者の参加と協力が呼びかけられた。そして、G8 サミット NGO フォーラム 貧困・開発ユニット 保健医療ワーキング・グループでは、NGO からサミットに向けた課題を提示するという動きがみられた。「国際保健に関する洞爺湖行動指針」が G8 北海道洞爺湖サミットで採択されるまでの一連の流れは、これまでに培った官民パートナーシップの賜物であり、このような連携は、今後もプロセスとして重視していくべきであると考えられる。

従って、前述したような保健・医療分野支援関係者の定期会合及び付属するイニシアティブ策定ワーキング・グループを立ち上げ、イニシアティブのドラフト策定を行う形は、今後検討すべきプロセスであると考えられる。そこには、外務省、JICA、厚生労働省／国立国際医療センター、NGO に加え、保健医療人材、保健情報、保健財政の 3 つの政策分野の国際タスクフォース¹⁰に参加している日本人有識者等のリソースも活用すべきである。

6－5－3 まとめ

本評価調査においては、関係省庁へのドラフトの説明やその後のやり取りについての妥当性は情報が十分に捕捉できなかったため、評価を行うことが出来ない。しかし、少なくとも援助関係機関（JICA、旧 JBIC）と NGO とのやり取りにおいては、HDI 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と考え

¹⁰ 2007 年 9 月に発足した「国際保健の課題と日本の貢献」研究・対話プロジェクトの第 2 フェーズでは、G8 合意の行動指針に基づき、G8 および世界の諸団体が取るべき保健システム強化に向けた具体策を明確にし、その具体策を実施するための協力体制を醸成することを目的として活動が行われている。具体的には、G8 サミットでも提案された保健医療人材、保健情報（保健システムの評価とモニタリング）、保健財政の 3 つの政策分野を取り上げ、プライマリー・ヘルス・ケアの再構築、個別の疾病対策の強化、保健関連 MDGs の達成、そして、世界中の人間の安全保障の確保を推進する包括的な保健システムをいかに構築しうるかを検討している。そこでは 2008 年 9 月は、上記の 3 つの政策分野をテーマに 22 名の専門家からなる国際タスクフォースを組織しており、日本有識者も 6 名入っている。

られる。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性があるだろう。また、その政策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、専門家や援助関係機関、NGO など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。

6-6 プロセスの適切性の評価のまとめ

保健・医療分野 ODA 政策である HDI は、援助実施機関である JICA の現地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、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。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 G8 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。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していく必要があるだろう。

日本が保健・医療分野を重点的に支援する国には、JICA に保健・医療分野の専任職員または他分野との兼任職員を配置する等の体制が望ましいが、現実には全ての重点支援国に専任職員を配置するのは容易ではない。それも踏まえて、重点支援国に対しては、可能な限り保健省の大臣官房レベルへ専門家をアドバイザーとして派遣することが求められる。そうすると、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い、コミュニケーションを強化しながら保健・医療分野の援助全体を進めることができる。これも、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。

被援助国政府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被援助国政府との間で必ずしも十分な確認が行われてはいない。特に医療機材等を供与する際には、日本側が専門家の助言を得ながら確認を取る手続きをもち、着実に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すことが肝要であると考えられる。

日本の保健・医療分野 ODA 供与国においては、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、相当程度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おり、特に世界基金との現場における関わりについては、JICA だけでなく在外公館含めて対応方針を定めた上で、然るべき措置を早急にする必要があるだろう。

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（JICA、旧 JBIC）と 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く、ここでは、目標設定や行動計画の見直し、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。さらには、その政策策定プロセスにおいては、一層のプロセスの透明性確保と、専門家や援助関係機関、NGO など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。