

第7章 ケース・スタディ:セネガルにおける日本の保健・医療分野支援

7-1 セネガルにおける開発の現状

7-1-1 国の概要

セネガル共和国はアフリカ大陸最西端に位置し、196,712 平方 km(日本の約半分)の国土面積と、11,343,328 人(2008 年見通し)の人口を擁する¹。過去 5 年の平均人口増加率は 2.4%と高い²。総人口のうち、首都ダカールをはじめとする都市部居住人口の割合は 40.7%、さらに、国土面積の 0.3%しかないダカール州に全人口の 23%が集中している³。民族の数は二十を超え、そのうち主要なものは、ウォロフ族(43%)、フル族(24%)、セレール族(15%)である⁴。なお、国民の 94%がイスラム教、5%がキリスト教、1%が伝統的な宗教を信仰している⁵。公用語はフランス語である。

政治的には、1960 年のフランスからの独立以来、軍事クーデターを経験しておらず、安定した民主主義政治下にある。前回の大統領選挙(2007 年 2 月)では、民主党のアブドゥライ・ワッド大統領が、混乱なく再選されている。

経済は、構造調整計画下で行われた 1994 年の通貨切り下げを契機として成長軌道に乗り、年平均 5%の実質成長を続けてきた⁶。しかし、近年のエネルギー価格の高騰や、農産物の不作の影響などで、2006 年の実質 GDP 成長率は 2.3%に落ち込んだ⁷。翌 2007 年には 4.8%に戻したものの、インフレ率が 5.9%(2007 年)と高い水準を記録している⁸。

財政収支は、支出抑制策に一定の成果も見られるものの、近年はエネルギーおよび食料(農業)部門への補助金が主な原因で悪化している。以前は対 GDP 比 1~2%台であった財政赤字が、2006 年には 4.8%、2007 年は 3.5%、2008 年(見通し)は 4.8%となっている⁹。

国際収支もここ数年、石油と食料の輸入が主な原因で悪化している。以前は対 GDP 比 6%程度であった経常赤字が、2006 年には 9.4%、2007 年は 9.9%、2008 年(見通し)は 10.9%となっている¹⁰。

¹ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) *Le Sénégal en bref*.

² ANSD, *Les indicateurs clés sur le Sénégal*.

³ Ministère de l'Économie et des Finances (2007), *Situation Économique et Sociale du Sénégal Edition 2005*, p.19.

⁴ Gouvernement du Sénégal, *Le Sénégal en bref*.

⁵ Ibid.

⁶ The World Bank, *Senegal Country Brief*.

⁷ Ministère de l'Économie et des Finances (2008), *Situation économique et financière en 2007 et perspective en 2008*, p.2.

⁸ Ibid., p.2.

⁹ Ibid., pp.2-3.

¹⁰ Ibid., pp.2-3.

7-1-2 基礎的な開発指標の現状

セネガルの一人当たり GNI は 820 米ドル(2007 年)で、国連のいう後発開発途上国(LDCs: least developed countries)に分類される¹¹。また、直近の人間開発指数は 0.502(2006 年)で世界 179 か国中 153 位に位置する¹²。前述の通り、セネガルは 1990 年代中ごろから 10 年間にわたって続いた好景気の下で、貧困ライン¹³未満の人口の割合も着実に減少してきたが(1994 年 67.9%、2001 年 57.1%、2005 年 50.6%¹⁴)、依然として国民の半数は貧困に苦しんでいる。

その他、「国連ミレニアム開発目標(MDGs: Millennium Development Goals)」に沿った開発指標の現状は、図表7-1の通りである(ただし、保健関連 MDGs 指標の現状については、次節を参照のこと)。

図表7-1 セネガルにおける主な MDG 指標(保健・医療分野以外)の現状

目標	測定指標	1990 年代値	最新値	サブ・サハラアフリカ 平均値	世界平均値
目標 1 : 極度の貧困と飢餓の撲滅					
<ターゲット 1.B> 女性、若者を含むすべての人々に、完全(働く意思と能力を持っている人が適正な賃金で雇用される状態)かつ生産的な雇用、そしてディーセント・ワーク(適切な仕事)の提供を実現する。					
	労働年齢人口に占める就業者の割合 (%)	67.1 (1991)	62 (2006)	66.8 (2007p)	61.7 (2007p)
<ターゲット 1.C> 1990 年と比較して飢餓に苦しむ人口の割合を 2015 年までに半減させる。					
	5 歳未満の低体重児の割合 (%)	---	17.3 (2005)	28 (2006)	---
	栄養摂取量が必要最低限のレベル未満の人口の割合 (%)	23 (1991)	23 (2002)	31 (2001-03)	---
目標 2 : 普遍的初等教育の達成					
<ターゲット 2.A> 2015 年までに、世界中のすべての子どもが男女の区別なく初等教育の全課程を修了できるようにする。					
	初等教育の純就学率 (%)	47.5 (1991)	72.2 (2006)	70.7 (2006)	88.5 (2006)
	初等教育修了率 (%)	41.2 (1999)	48.7 (2006)	59.8 (2006)	86.3 (2006)
	識字率 (15~24 歳) (%)	49.1 (2002)	51.3 (2007)	72.1 (2007)	89.1 (2007)

¹¹ The World Bank, *Key Development Data and Statistics: Senegal*.

¹² United Nations Development Programme, (UNDP) (2008), *Human Development Report: 2008 Statistical Update*.

¹³ セネガルが設定した貧困ラインは、成人 1 人 1 日あたり 2400 キロカロリーを消費するために必要な収入。République du Sénégal (2006), *Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSRP II)*, p.11.

¹⁴ Ibid., p. 9. Ministère de l' Economie et des Finances (2007), *Seconde édition du troisième Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)*. p.11. なお、セネガル統計等での年表記は単年式と 2 か年式(例えば 1994-95 年)が混在しているが、本稿では便宜的に単年式に統一している。

目標	測定指標	1990年代値	最新値	サブ・サハラアフリカ 平均値	世界平均値
目標3：ジェンダー平等推進と女性の地位向上					
＜ターゲット 3.A＞2005年までに初等・中等教育における男女格差の解消を達成し、2015年までにすべての教育レベルにおける男女格差を解消する。					
	初等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（％）	0.73 (1991)	0.98 (2006)	0.89 (2006)	0.95 (2006)
	中等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（％）	0.53 (1991)	0.76 (2006)	0.80 (2006)	0.95 (2006)
	高等教育における男子生徒に対する女子生徒の比率（％）	---	---	0.68 (2006)	1.06 (2006)
	国会における女性議員の割合（％）	12.5 (1990)	22 (2008)	17.3 (2008)	18.0 (2008)
目標7：環境の持続可能性の確保					
＜ターゲット 7.A＞ 持続可能な開発の原則を各国の政策や戦略に反映させ、環境資源の喪失を阻止し、回復を図る。					
	国土面積に対する森林面積の割合（％）	48.6 (1990)	45 (2005)	26.5 (2006)	30.3 (2005)
	オゾン層破壊物質の消費量（ODP トン）	96.8 (1990)	34.6 (2006)	2425 (2006)	---
＜ターゲット 7.B＞ 生物多様性の損失を2010年までに有意（確実に）に減少させ、その後も継続的に減少させ続ける。					
	生物多様性の維持を目的とした保護区域の面積（％）	23.9 (1990)	24.4 (2007)	9.5 (2007)	9.9 (2007)
＜ターゲット 7.C＞ 2015年までに、安全な飲料水と基礎的な衛生設備を継続的に利用できない人々の割合を半減させる。					
	改良飲料水源を利用する人々の割合（％）	67 (1990)	77 (2006)	58 (2006)	87 (2006)
	改良衛生施設を利用する人々の割合（％）	26 (1990)	28 (2006)	31 (2006)	62 (2006)
＜ターゲット 7.D＞ 2020年までに、最低1億人のスラム居住者の生活を大幅に改善する。					
	スラムに居住する都市世帯（％）	77.6 (1990)	38.1 (2005)	62.2 (2005)	---
目標8：開発のためのグローバルなパートナーシップの推進					
＜ターゲット 8.D＞ 国内および国際的な措置を通じて、開発途上国の債務問題に包括的に取り組み、債務を長期的に持続可能なものとする。					
	輸出収入に占める対外債務返済額の割合（％）	18.3 (1990)	2.6 (2006)	5.4 (2006)	---
＜ターゲット 8.F＞ 民間セクターと協力し、特に情報・通信における新技術による利益が得られるようにする。					
	100人あたりの電話回線数	0.6 (1990)	2.37 (2006)	1.6 (2006)	19.3 (2006)
	100人あたりの携帯の回線数	0 (1990)	24.99 (2006)	17.6 (2006)	40.6 (2006)

出所:Ministère de l'Economie et des Finances (2007), *Seconde édition du troisième Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)* 及び United Nations (UN) Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* より作成。

注:カッコ内は年。pは速報値。

7-1-3 保健・医療分野の開発指標の現状

セネガルにおける保健・医療分野の開発は、セネガルの第二次貧困削減戦略文書 (DSRP: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté)¹⁵によると、施設とサービス供給の不足、及び人材配置、遠隔・貧困地における人材のモチベーション維持に問題が残ると分析されている。保健・医療施設へのアクセスの問題は、都市部と地方との格差が深刻で、例えば、保健・医療施設から 30 分以内に住む人口は、ダカール州では 86.5%に対して、村落部は 41.2%である¹⁶。産前ケアサービスへのアクセスは改善されつつあるが、ダカール州では、出産の 82%が有資格者による介助を受けているのに対し、コルダ州とタンバクンダ州ではそれぞれ 26%と 27%に落ちるなど、やはり地域格差が目立っている¹⁷。また、乳幼児の栄養不足に関しても同様で、5 歳未満の成長が遅れた子供達の割合は都市部の 9%に対して、村落部では 21%、特にコルダ州では 36%に上る(2005 年)¹⁸。マラリアはセネガルで最大の疾病であり、2001 年に報告された疾病の中の約 40%を占める¹⁹。その他、保健関連 MDGs 指標の現状は図表7-2の通りである。

図表7-2 セネガルの保健・医療分野における主な MDG 指標の現状

目標	測定指標	1990年代値	最新値	サブ・サハラアフリカ 平均値	世界平均値
目標4：乳幼児死亡率の削減					
<ターゲット 4.A> 1990 年と比較して 5 歳未満児の死亡率を 2015 年までに 3 分の 1 に削減させる。					
	5 歳未満児の死亡率(1000 人当たり人数)	149(1990)	116(2006)	157(2006)	72(2006)
	乳児死亡率(1000 人当たり人数)	72(1990)	60(2006)	94(2006)	49(2006)
	1 歳児のはしかの予防接種率(%)	51(1990)	80(2006)	72(2006)	80(2006)
目標5：妊産婦の健康改善					
<ターゲット 5.A> 1990 年と比較して妊産婦の死亡率を 2015 年までに 4 分の 1 に削減させる。					
	妊産婦死亡率(10 万の出生当たり人数)	---	401(2005)	900(2005)	400(2005)
	医療従事者立ち会いによる出産割合(%)	47.2(1993)	51.9(2005)	47(2006 頃)	62(2006 頃)

¹⁵ République du Sénégal(2006), *Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSRP II)*, p.18.

¹⁶ いずれも 2005 年の数字。Ibid., p. 18.

¹⁷ Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. (2006), *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005*. Maryland, USA : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et ORC Macro. p.143.

¹⁸ Ibid., p.205.

¹⁹ Ibid., p.2.

目標	測定指標	1990年代値	最新値	サブサハラアフリカ 平均値	世界平均値
<p><ターゲット 5.B> 2015 年までにリプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)への普遍的アクセス(必要とする人が利用できる機会を有する状態)を実現する。</p>					
	15～49 歳既婚女性の避妊実行率(%)	7.4(1993)	11.8(2005)	20.6(2005)	62.2(2005)
	15～19 歳の出産数(1,000 人当たり人数)	132(1992)	103(2002)	118.9(2005)	48.6(2005)
	産前検診を少なくとも 1 回受けた女性(15～49 歳)の割合(%)	73.6(1993)	87.4(2005)	75(2006 頃)	75(2006 頃)
	15～49 歳の既婚女性のうち、家族計画の必要性が満たされていない者の割合(%)	27.9(1993)	31.6(2005)	24.1(2005)	---
<p>目標 6 : HIV/AIDS、マラリア、その他疾病の蔓延防止</p>					
<p><ターゲット 6.A> HIV/AIDS の蔓延を 2015 年までに阻止し、その後減少させる。</p>					
	15～49 歳の HIV 比率(%)	---	0.4(2001)	4.9(2007)	---
	リスクの高い直近の性交渉でコンドームを使用した人の比率(%)	---	35.6(2005)	---	---
	10～14 歳の AIDS 孤児の学校出席率(%)	7.4(1993)	49.4(2005)	---	---
<p><ターゲット 6.B> 2010 年までに HIV/AIDS の治療への普遍的アクセスを実現する。</p>					
	治療が必要な HIV 感染者のうち、抗レトロウイルス治療を受けている者の割合(%)	---	57(2006)	30(2007)	---
<p><ターゲット 6.C> マラリアおよびその他の主要な疾病の蔓延を 2015 年までに阻止し、その後減少させる。</p>					
	マラリア感染者数(10 万人当たり人数)	---	---	---	---
	マラリアによる死亡件数(10 万人当たり)	---	---	---	---
	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する子ども(5歳未満)の割合(%)	1.7(2000)	7.1(2005)	7(2000-06)	---
	5歳未満の子どもの熱病患者で抗マラリア薬の投与を受けた者の割合(%)	36.2(2000)	26.8(2005)	36(2000-06)	---
	結核の感染率(10 万人当たり人数)	377.8(1990)	291(2006)	521(2006)	214(2006)
	結核による死亡率(10 万人当たり人数)	41.7(1990)	58.1(2006)	59(2006)	22(2006)
	DOTS(直接服薬指導による短期化学療法)により発見された結核患者の割合(%)	62.3(1995)	48.2(2005)	45(2006)	61(2006)

出所:Ministère de l'Economie et des Finances (2007a), *Seconde édition du troisième Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)* 及び UN Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* より作成。

注:カッコ内は年。

7-1-4

セネガル政府の国家開発計画および保健・医療分野の開発計画の概要

セネガルの国家開発は DSRP に基づき展開されており、現在は、第二次 DSRP (2006 年～2010 年) が実施されている。そして、上記文書を基本的枠組みとし、それと整合する形で、公共投資 3 年プログラム (PTIP: Programme triennal d'investissements publics, 2007 年～2009 年)、保健、教育、水、ジェンダー等の分野別計画やプログラムが策定されている。なお、DSRP 以前は、国家経済の国際競争力の回復と持続的な人間開発を目指した「第 9 次経済社会開発計画 (1996-2001)」が存在し、①生産セクター強化による経済成長、②投資拡大と生産性向上、③人的資源開発、④農業水利事業の拡大、⑤貧困問題への対応、が主要戦略として挙げられていた²⁰。

セネガルでは、2000 年 5 月に暫定的貧困削減戦略文書が策定され、翌 6 月に世界銀行・IMF 理事会から認定を受けて、重債務貧困国 (HIPC: Heavily Indebted Poor Countries) 適用国となった。そして、2002 年の 4 月に第一次 DSRP (2003 年～2005 年、図表参照のこと) が完成し、同年 12 月の世界銀行・IMF 理事会の承認を受け、2004 年 4 月には拡大 HIPC イニシアティブの完了時点に到達している。

図表 7-3 第一次 DSRP (2003 年～2005 年) の概要

戦略の柱	優先目標・戦略など
富の創出	農業開発の促進、村落部における非農業活動による所得向上の促進、牧畜振興、漁業の活性化、手工芸振興、中小企業振興を通じた工業分野の強化、エネルギー・鉱業・第三次産業の強化
能力強化および基礎的 社会サービスの強化	人材資本の能力開発、天然資源と生活の質、社会資本とグッドガバナンス
脆弱なグループへの支 援	脆弱なグループ (村落部や都市周辺に住む子供・女性、障害者・老人・青年・国内外難民) への社会サービスの充実
実施および モニタリング・評価	実施のガイドライン (意思決定は受益者の身近な所で行う、地方共同体・NGO・民間を巻き込む、透明性、参加型、ジェンダーや社会的不平等への配慮、迅速さ、補完性や相乗効果を高める)、実施機関とプロセス、実施とモニタリングの枠組み

出所: République du Sénégal (2002), *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté* より作成。

²⁰外務省 (2006) 『セネガル国別評価報告書』, pp. 2-28。

図表7-4 第二次 DSRP(2006年～2010年)の概要

戦略の柱	前回からの主な改訂・強化点
富の創出	年 7～8%の成長を目指す「経済成長戦略」の導入。移動・交通、エネルギー、金融(マクロファイナンス)分野の強化。
基礎的社会サービスへのアクセス強化の促進	8つのミレニアム開発目標の達成に向けた戦略意識が明確に提示された。
社会保護及びリスクと災害の管理と防止	新たに国家社会保護戦略(SNPS)を打ち出し、医療保険の加入率上昇や、災害時の保障などを盛り込んだ。
グッドガバナンスと地方分権型・参加型開発	貧困削減戦略が全ての住民層に行き渡り、透明性・迅速性をもって実施されるために、公共サービスの質の改善、地方分権、市民社会の参加を強化する。

出所: République du Sénégal (2006), *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté II* より作成。

第二次 DSRP(2006年～2010年)では、第一次計画の実施経験、およびセネガルを取り巻く自然・社会・国際環境の変化を踏まえ、第一次計画の構成や枠組みを踏襲しつつ、経済成長へのより強い志向とリスク(例えば旱魃、洪水、事故、疾病、基本的な製品の価格高騰等²¹)管理強化を盛り込んだ内容に改定されている。第二次 DSRPの中で、保健・医療セクターの開発は、第二の戦略の柱である基礎的社会サービスへのアクセス向上の中で、教育セクターと並ぶ重要な地位を占めている。また、政府予算の配分も、分野別に見ると全体の約8%前後と、教育セクターの次に優遇されている²²。

保健・医療分野の開発は、1998年から開始された「保健・社会開発国家計画(PNDS: Plan National de Développement Sanitaire et Sociale)」に沿って行われている。PNDSはさらに第一フェーズ(1998年～2002年)と、第二フェーズ(2004年～2008年)に区分され²³、それぞれが、第一フェーズの具体的な行動計画が定められた「総合保健開発プログラム」(PDIS: Programme de Développement Intégré de la Santé)と、PNDSの改訂版である「第二次保健・社会開発国家計画 第二フェーズ(PNDS Phase II)」に従って実施されている。なお現在、次の10か年国家計画である「PNDS 2009-2018」が策定準備中である²⁴。

PNDS(1998年～2007年)では、①乳幼児の高い死亡率、②妊産婦の高い死亡率、③高い妊娠率、④若年性行為による不健康、⑤HIV/AIDS や風土病の蔓延とその経済的打撃、⑥長期に亘る病気の再発、⑦貧困問題、を優先度の高い課題として特定し、国民の健康状

²¹ République du Sénégal(2006), *Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSRP II)*p.23.

²² WHOは政府予算の9%を保健部門に配分することが望ましいとしている。2004年までは、その前後の水準を保っていたが、2005年と06年は6.7%に低下している(WHOSIS: WHO Statistical Information System)。

²³ 2003年～2004年は第二フェーズの準備期間として、間があいた。

²⁴ 現地調査・在セネガル大使館でのヒアリング(2008年10月27日)による。

態の改善を目標に、次の 11 の戦略を掲げている²⁵。

1. 保健に関わる法整備
2. 保健サービスへのアクセス改善
3. 治療の質の向上
4. 人材の育成
5. リプロダクティブヘルスプログラムの成果の享受
6. 感染症対策の強化
7. 衛生状態の改善及び予防策の推進
8. 民間医療サービス及び伝統的治療の支援
9. 実用的な研究開発
10. 貧困層および社会的弱者層の生活環境の改善
11. 中央、地方、地域レベルでの制度支援

一方、PNDS 第二フェーズでは、PDIS 実施の経験から、①初めてプログラムアプローチを採用したことでパートナー間の調整が容易でなかったこと、②優先課題は(乳幼児死亡率の減少など)状況は改善したものの 5 年間で達成すべき目標には届かなかったこと、③マラリアやエイズなどの感染症対策や栄養問題・保健サービスの充実などミレニアム開発目標への対応を盛り込むこと、④貧困削減を目指した地方分権化への対応を強化すること——を踏まえて、以下の改定が加えられている。

図表7-5 PNDS 第二フェーズの概要

優先課題
①人材育成、②システム強化、③予防推進、④貧困層に対するケアへのアクセス改善、⑤優先保健プログラム(リプロダクティブヘルス、マラリア対策、エイズ対策等)の統合と強化
戦略
<ol style="list-style-type: none"> 1. 脆弱なグループの質の高い保健サービスへのアクセス改善 2. 予防推進を強化し、行動変容のためのコミュニケーションを開発する 3. 保健人材の質と数の改善 4. 保健制度改革・能力強化 5. 協力体制の推進 6. 成果のモニタリング・評価の強化 7. 保健財政メカニズムの改善

出所:Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2004), *Plan national de développement sanitaire Phase II* より作成。

²⁵ Ministère de la santé publique et de l'action sociale (1997), *Plan national de développement sanitaire et social du Sénégal (1998 - 2007)*, p.3. その後 10 番目の課題は社会開発問題担当部署へ移管している (PDNS II p.9)。

7-1-5 セネガルにおける保健・医療分野の主要ドナーと援助協調の現状

セネガルに援助を展開している主要ドナーは、世界銀行、フランス、アフリカ開発銀行 (AfDB: African Development Bank)、ドイツ、スペイン、欧州連合 (EU: European Union)、米国、日本、アラブ諸国、カナダ、国連諸機関である²⁶。このうち、世界銀行、EU、カナダ、AfDB、オランダ、ドイツ、フランスとセネガル政府との間で一般財政支援枠組み合意文書 (ACAB: Arrangement Cadre relatif aux Appuis Budgétaires) が 2008 年 1 月に署名されている²⁷。世界銀行と国連開発計画 (UNDP: United Nations Development Programme) を共同議長として年に 2 回、開発パートナー会合が開催されている他、テーマ別の会合も存在するが、教育、保健、水以外の分野での協調は活発でない²⁸。

主要ドナーのうち、現在、保健・医療分野を支援しているのは、二国間援助国では米国、日本、ベルギー、フランスであり、その他国際機関である世界保健機関 (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) である。少し前まではドイツ、オランダが援助を展開していた。保健・医療セクターに限定した援助協調枠組みを規定する文書は策定されていない。保健・医療分野のドナー会合は、WHO セネガル事務所が事務局となり、原則は毎月、実際には 2 か月に 1 回程度の頻度で開催され、セネガル保健省と二国間ドナー、国際機関が参加している。また、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 (CCM: Country Coordinating Mechanism) の会合も随時開かれており、セネガル政府関係者、日本を含む二国間ドナー、国際機関、NGO が参加している²⁹。

日本は、原則として年に 1 回、セネガル政府との政策協議を行い、ODA 案件の進捗状況の確認などを行っている。2007 年の協議は二部構成で行われ、第一部は日本政府とセネガル政府とのクローズド・セッション、第二部は他ドナー (他国の政府および援助機関、国際機関) や NGO も参加するオープン・セッションであった。保健・医療分野に関しては、まず日本政府関係者による ODA タスクフォースが、平均して 3~4 か月に 1 回程度の頻度で開催されており、大使館と JICA の代表、担当者、専門家が参加して、保健省の動向やプロジェクトの活動報告、今後の方針、新規案件などについての協議が行われ、情報共有が図られている。また、セネガル政府との間では、全分野を扱う上記の政策協議の他に、保健予防省と年に 1 回程度、保健・医療分野 ODA 案件の進捗状況確認やセネガル側のニーズと日本側のリソースとの摺り合わせなどを行う「コミッティ」を開催している³⁰。

²⁶ 援助額順 (2005-2006 年平均値) による。OECD-DAC, *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online*.

²⁷ 現地調査・在セネガル日本大使館でのヒアリング (2008 年 10 月 27 日) による。

²⁸ 外務省 (2007)、「対セネガル国別援助計画 (一次案)」p. 3。

²⁹ 以上、現地調査・在セネガル日本大使館でのヒアリング (2008 年 10 月 27 日)、WHO セネガル事務所でのヒアリング (同) 等、USAID セネガル事務所 (同)、在セネガルベルギー大使館でのヒアリング (2008 年 10 月 31 日) 等による。

³⁰ 以上、現地調査・在セネガル日本大使館でのヒアリング (2008 年 10 月 27 日) による。

7-2 日本のセネガルに対する開発援助方針と援助実績

7-2-1 対セネガル開発援助方針

1. 「対セネガル国別援助計画」

日本の対セネガル援助の方針は、2007年に策定された「対セネガル国別援助計画(第一次案)」³¹に示されている。セネガルは、西アフリカを中心国の一つとして、域内及びアフリカ連合(AU: African Union)内でも重要な地位を占めている他、アフリカ開発会議(TICAD: Tokyo International Conference on African Development)プロセスにも積極的に参画する等、日本と従来から良好な関係を維持してきた。そして、経済改革、投資誘致を進める中で安定した経済成長を続ける一方、人口増加、貧困格差、砂漠化など多くの開発課題を抱えている。このようなセネガルを支援することは、国際社会の平和と安定を通じて日本の安全と繁栄を確保するとするODA大綱の理念や、同大綱の課題である「貧困撲滅」や「持続的成長」の観点から意義は大きい、と同計画は位置づけている³²。

保健・医療分野への援助方針は、図表7-6の小目標Ⅱの「基礎社会サービスの向上」に分類される。1990年代に行われた国立・州立病院への医療機材供与から、近年は一次保健・医療サービスの改善を目指す方向に転換している。また、他の開発パートナーと連携し、リプロダクティブヘルスや感染症対策、地域保健分野にも協力を拡大している。今後は、タンバクンダ州に協力を集中し、保健・医療サービスへのアクセス改善、州の保健システムの強化を通じた保健指標の改善を目指すとしている³³。

「国別援助計画」以前の対セネガル援助方針においては、図表7-7に示すとおり、国別援助方針やその後の政策協議、現地ODAタスクフォースの議論を通じ、八つの重点分野が示されてきた³⁴。そのために「援助資源が薄く広く亘っていた印象は否めない」、そして「各分野で個別のプロジェクトを実施することによって、『日本として如何なる支援を行っていくのか、また、その結果セネガル政府と共に何を達成したいのか』というメッセージの発信が弱くなっていた」と「国別援助計画」は分析し、こうした反省を踏まえて、「分野横断的な開発課題(重点目標)を設定し、その下に様々な援助形態による案件を有機的に組み合わせる」こと、そして「限られた援助資源を特定の地域に分野横断的に集約させる」ことによって、更なる援助効果と効率の向上を追及すべきとの方向性を示したのである³⁵。タンバクンダ州への協力の集中は、この方向性に基づくものである。

³¹ 外務省(2007)「対セネガル国別援助計画(第一次案)」。

³² Ibid, p. 2.

³³ Ibid, p. 7.

³⁴ 国別援助方針の6分野は、①～③は基礎生活の向上、④は環境(砂漠化防止)、⑤～⑥は農水産業としてまとめられており、大分類としては3分野ということになる。なお、2005年改訂のJICA事業実施計画では、援助重点分野として、①基礎生活の向上(水供給、教育・人的資源開発、保健・医療)、②環境(砂漠化防止)、③経済成長を通じた貧困削減(農水産業、インフラ)——三つが掲げられており、内容的にも国別援助方針を踏襲したものとなっている(外務省(2006)『セネガル国別評価報告書』、pp. 3-8)。

³⁵ 外務省(2007)「国別援助計画第一次案」、p.4。

図表7-6 対セネガル国別援助計画(第一次案)で定められた援助重点分野

援助の基本的視点		
(a) セネガル側のオーナーシップに基づいた開発政策を支えるための援助。		
(b) 参加型アプローチ		
(c) 上記(b)のような開発手法により成功した「開発経験」、「優良事例」を中央政府と共有し、将来的にはセネガル側の多様な開発従事者によって、面的拡大、持続的な経済社会開発が達成されるような人作りとシステム作り、そのための能力開発に取り組む。		
大目標: 社会開発と経済開発のバランスのとれた国造り ～社会開発を重視しつつ、持続的な経済成長を展望した(見据えた)支援～	中目標 I: 地方村落における貧困層の生活改善	小目標 I: 地方村落開発
		小目標 II: 基礎社会サービスの向上
	中目標 II: 持続的な経済成長のための基盤造り	(a)「水供給」
		(b)「教育」
		(c)「保健・医療」
		小目標 III: 地場産業の振興とその基盤整備
		小目標 IV: 産業人材育成

出所: 外務省(2007)「セネガル国別援助計画(一次案)」より作成。

図表7-7 2000年から国別援助計画策定までの対セネガル援助の重点分野

大分類	中分類(重点分野)	小分類(重点サブセクター)
基礎的生活基盤の改善	生活用水(水)	地下水開発
	教育	基礎教育
	基礎的保健・医療	プライマリー・ヘルスケア、公衆衛生、エイズ
環境(砂漠化防止)	環境(砂漠化防止)	苗木供給、植林運動
農水産業	農業	食糧増産援助、灌漑施設整備
	水産業	零細漁業の振興
	(経済)インフラ	左記二項目は2004年の国別データブックにて追加されたが、重要サブセクターは明示されていない。
	人的資源開発	

出所: 外務省(2006)『セネガル国別評価報告書』(3-3～3-8)より作成。

2. 援助手法等

本評価の対象期間のうち、国別援助計画の策定以前までは、「留意点」として、「他ドナーとの協調」「南南協力」「スキーム間連携」の推進が示されていた³⁶。国別援助計画においては、「援助実施体制について留意すべき事項」として以下が示されている。

³⁶ 外務省(2006)『セネガル国別評価報告書』pp.3-6。

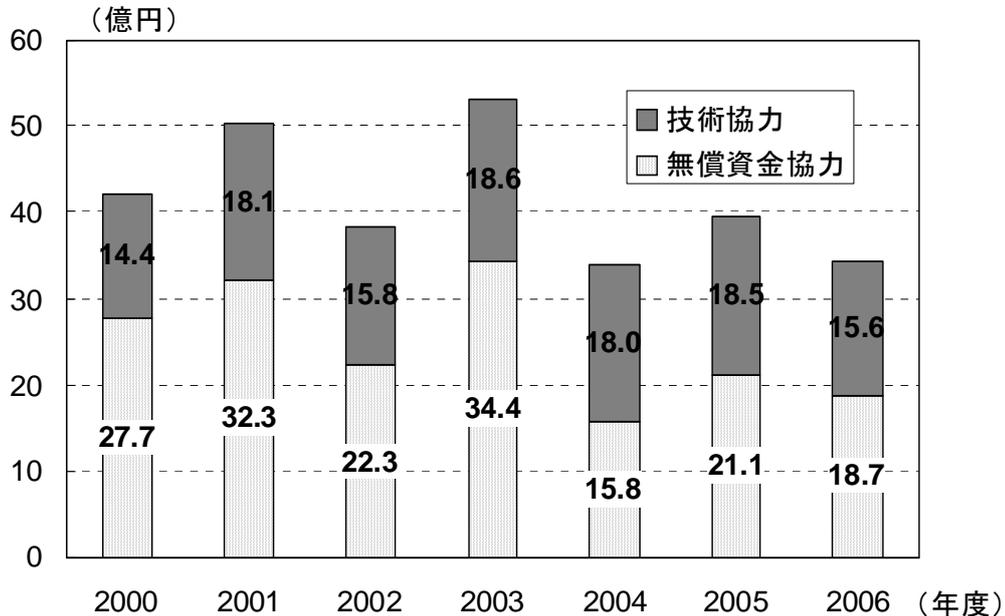
- (1) 現行規模約 30～40 億円の水準を最低限維持しつつ、AfDB との協調融資も念頭に投入規模の拡大を目指す。
- (2) 現時点での一般財政支援は時期尚早だが、セクター財政支援は条件が整えば、将来的に参加を検討。
- (3) 仏語圏アフリカにおける拠点として、セネガルに蓄積された知見・経験を「域内協力」に発展させていく。

7-2-2 対セネガル援助実績

外務省発行の『2007 年度版 政府開発援助(O DA) 国別データブック』によると、2006 年度のセネガルへの無償資金協力は 18.73 億円(交換公文ベース)、技術協力は 15.59 億円(JICA 経費実績ベース)であった。また、2006 年度までのセネガルへの援助実績は、円借款 155.20 億円、債務免除 98.04 億円、無償資金協力 922.22 億円(以上、交換公文ベース)、技術協力 277.71 億円(JICA 経費実績ベース)である。

援助内容を OECD-DAC 援助分野別統計で見ていくと、図表7-9の通り、社会インフラ・サービスと生産セクターへの援助が中心で、社会インフラ・サービスの中では、教育、水供給・衛生の次に保健・医療³⁷の割合が多い。

図表7-8 日本の対セネガル援助実績(年度別、援助形態別)



出所: 外務省『政府開発援助(O DA) 国別データブック』(2005～2007 年度版)より作成。

³⁷ OECD-DAC 統計分類の「保健」と「人口プログラム」の 2 項目を含む。

図表7-9 日本の対セネガル分野別援助額

(支出額ベース、単位:百万 USD)

分野	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
社会インフラ・サービス	9.02 (35.57%)	20.12 (57.04%)	36.46 (25.76%)	15.65 (55.97%)	14.82 (42.97%)
教育	3.08 (12.16%)	8.93 (25.32%)	25.07 (17.71%)	8.08 (28.89%)	6.01 (17.42%)
保健	2.32 (9.17%)	6.50 (18.43%)	6.74 (4.76%)	2.35 (8.39%)	2.17 (6.29%)
人口プログラム	0.02 (0.04%)	0.01 (0.04%)	0.01 (0.02%)
水供給・衛生	3.28 (12.95%)	3.65 (10.35%)	3.97 (2.81%)	4.26 (15.22%)	5.63 (16.32%)
政府・市民社会	..	0.56 (1.58%)	0.32 (0.23%)	0.32 (1.16%)	0.20 (0.57%)
その他	0.33 (1.29%)	0.46 (1.31%)	0.36 (0.25%)	0.63 (2.26%)	0.81 (2.35%)
経済インフラ・サービス	..	0.23 (0.65%)	0.49 (0.35%)	0.06 (0.22%)	6.35 (18.41%)
生産セクター	8.00 (31.54%)	9.97 (28.25%)	9.47 (6.69%)	8.66 30.97%	10.16 (29.44%)
マルチセクター	0.35 (1.39%)	0.39 (1.10%)	0.10 (0.07%)	0.12 (0.43%)	0.01 (0.03%)
商品援助・ 一般プログラム支援	7.99 (31.51%)	3.84 (10.89%)	3.23 (2.28%)	2.31 (8.25%)	2.27 (6.57%)
債務救済	90.70 (64.07%)
NGO支援	..	0.28 (0.81%)	0.21 (0.15%)	0.06 (0.23%)	0.34 (0.99%)
不特定	..	0.44 (1.26%)	0.92 (0.65%)	1.10 (3.94%)	0.55 (1.60%)
全分野合計	25.35	35.27	141.57	27.96	34.50

出所: OECD-DAC, Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online より作成。

図表7-10 対セネガル ODA 援助額上位国の推移

(支出純額ベース、単位：百万 USD)

順位	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
1位 金額	フランス 147.19	IDA 117.01	IDA 109.33	フランス 119.50	フランス 509.77	IDA 170.94	フランス 287.47	フランス 176.66
2位 金額	IDA 77.20	フランス 102.37	フランス 104.47	IDA 98.75	IDA 165.79	フランス 158.21	IDA 116.52	IDA 132.65
3位 金額	日本 48.49	米国 28.83	EC 54.86	米国 48.11	EC 58.91	スペイン 82.48	ｱﾌﾞ開銀 63.25	EC 81.33
4位 金額	EC 41.55	EC 27.45	日本 37.82	EC 37.85	ｱﾌﾞ開銀 54.24	米国 44.73	米国 37.72	ｱﾌﾞ開銀 56.24
5位 金額	米国 22.88	日本 22.41	米国 37.07	スペイン 34.72	日本 50.42	ドイツ 34.31	ドイツ 34.84	カナダ 47.91
日本 金額	3位 48.49	5位 22.41	4位 37.82	6位 28.68	5位 50.42	7位 27.95	6位 34.49	9位 31.95
ODA 総額	425.06	416.02	449.19	453.79	1 052.56	687.41	826.18	842.80

出所: OECD-DAC, *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online* より作成。

図表 7-10 の通り、2000 年から 2004 年まで、日本の対セネガル ODA 額は、国際機関を含めても 5 位前後に入っていた。しかし近年は、他ドナーの ODA 額が増加傾向にある一方で日本の ODA 予算総額が削減されていることを受けて順位は下がっており、2005～2006 年の平均額では、国際機関を含めた順位では 8 位、二国間ドナーとしては 6 位に位置している³⁸。

7-2-3 対セネガル援助案件

本評価対象期間中(2000～2007 年)に開始された日本の対セネガル援助(無償資金協力、円借款、技術協力、研修事業)は、図表 7-11 に示すとおりである。

³⁸ OECD-DAC, *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online*

図表7-11 日本の対セネガル ODA 案件一覧(2000-2007年)³⁹

	案件名	実施年度	分野	援助形態
参考	ティエス地方病院整備計画	1999	保健	一般無償
1	母子保健強化・マラリア対策計画	2000	保健	一般無償
2	沿岸地域植林計画	2000～2005	環境	一般無償
3	カヤール水産センター建設計画	2000	農林水産	一般無償
4	食糧増産援助	2000	農林水産	一般無償
5	セネガル柔道連盟に対する機材供与	2000	文化	一般無償
6	カオラック中央魚市場建設計画	2001	農林水産	一般無償
7	国立保健医療・社会開発学校整備計画	2001～2002	保健	一般無償
8	食糧援助	2001	商品	一般無償
9	食糧増産援助	2001	農林水産	一般無償
10	ノン・プロジェクト無償資金協力	2001	商品	一般無償
11	第四次小学校教室建設計画	2001～2003	教育	一般無償
12	草の根無償9件	2001	—	草の根無償
13	洪水災害に対する緊急援助	2001	—	緊急援助
14	保健人材開発促進プロジェクト	2001～2006	保健	技術協力
15	水産行政アドバイザー	2001～2003	農林水産	技術協力
16	初等教育教材整備計画	2002	教育	一般無償
17	草の根無償6件	2002	—	草の根無償
18	森林行政アドバイザー派遣	2004～2006	環境	技術協力
19	職業訓練センター拡充計画	2003	人的資源	一般無償
20	食糧援助	2003	商品	一般無償
21	食糧増産援助	2003	農林水産	一般無償
22	草の根無償2件	2003	—	草の根無償
23	安全な水とコミュニティ活動支援計画	2003～2006	水供給	技術協力
24	教育プロジェクトアドバイザー派遣	2003～2005	教育	技術協力
25	保健アドバイザー派遣	2003～	保健	技術協力
26	債務救済措置	2004	—	有償
27	食糧援助	2004	商品	一般無償
28	地方村落給水計画	2004～2005	水供給	一般無償
29	ロンブル水産センター建設計画	2004	農林水産	一般無償
30	産婦人科超音波診断装置供与計画	2004	保健	草の根無償
31	青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクト	2005～2007	保健	技術協力

³⁹事前調査、開発調査や技術協力のフォローアップ協力は除いている。

	案件名	実施年度	分野	援助形態
32	第三国研修アフリカ諸国職業訓練コース2	2004～2008	人的資源	技術協力
33	総合村落林業開発プロジェクト延長フェーズ	2004～2007	環境	技術協力
34	バマコーダカール間南回廊道路改良・交通促進計画	2005	経済インフラ	有償 ⁴⁰
35	食糧援助	2005	商品	一般無償
36	初等教育教員養成校整備計画	2005	教育	一般無償
37	セネガル国営放送局(RTS)TV 放送機材整備計画	2005	生産セクター	一般無償
38	草の根無償 5 件	2005	—	草の根無償
39	洪水被害に対する緊急援助	2005	—	緊急援助
40	人口・家族計画特別機材	2005～2007	保健	技術協力
41	地理情報管理強化プロジェクト	2005～2007	公共・公益事業	技術協力
42	サルームデルタにおけるマングローブ管理の持続性強化プロジェクト	2005～2007	環境	技術協力
43	教育政策アドバイザー派遣	2005～2007	教育	技術協力
44	小中学校教室建設計画	2006	教育	一般無償
45	食糧援助	2006	商品	一般無償
46	ノン・プロジェクト無償資金協力	2006	商品	一般無償
47	草の根無償 3 件	2006	—	草の根無償
48	起業家育成支援プロジェクト	2006	人的資源	技術協力
49	安全な水とコミュニティ活動支援計画フェーズ2	2006～2009	水	技術協力
50	水産加工技術普及	2006～2008	農林水産	技術協力
51	タンバクンダ州及びマタム州村落給水計画	2006～2008	水	開発調査
52	ノン・プロジェクト無償資金協力	2007	商品	一般無償
53	草の根資金協力 6 件	2007	—	草の根無償
54	エイズ対策個別専門家派遣	2007～2009	保健	技術協力
55	教育環境改善プロジェクト	2007～2010	教育	技術協力
56	理数科教育改善プロジェクト	2007～2010	教育	技術協力
57	農村自立発展プロジェクト	2007～2010	農林水産	技術協力
参考	タンバクンダ州保健施設整備計画	2008	保健	一般無償

出所：外務省『ODA 国別データブック』、『ODA 白書』、JICA ホームページ、JICA 年報等により作成。

このうち、セネガルにおける保健・医療分野の協力は、青年海外協力隊(JOCV: Japan Overseas Cooperation Volunteers)派遣(1980年～)に始まり、その後、一般プロジェクト無

⁴⁰ AfDB との協調融資。

償、保健分野のセクタープログラム・ノンプロジェクト無償、技術協力プロジェクト、草の根資金協力、国際機関を通じた支援等に拡大しており、複数のチャンネルにまたがって行われているのが特徴的である⁴¹。

一般プロジェクト無償としては、1990年代に、老朽化した医療機材や機材不足を補うために施設整備と医療機材の調達を行なう「ティエス地方病院整備計画」など、州の拠点病院の拡充整備を中心に支援が行われた。ティエス州立病院では、日本の支援により産婦人科分娩部の改修、手術棟の新築により妊産婦ケアが改善されている。同病院では、救急対応を要する妊産婦を受け入れることができるようになり、新生児死亡率が改善したという⁴²。また、2007年の出産数は約5,000件で、セネガルの病院で2番目に多く、そのうち12%が困難ケース、帝王切開は800件であったという⁴³。このように、日本が支援を行ったティエス州立病院は、州内外の患者に対して医療サービスを提供する医療機関として地域において大きな役割を果たしている。また、2000年には、予防接種関連機材およびマラリア対策のための蚊帳が供与された（「母子保健強化・マラリア対策計画」）。

写真1 テイエス州立病院(日本の支援により整備された外来棟及び手術棟)



この他、セクタープログラム・ノンプロジェクト無償の見返り資金を使用して、黄熱病予防接種キャンペーンや病院、産科棟の改修、保健分野の国際会議支援などが行われている。

そして、2001年から、セネガル唯一の公的なパラメディカル要員の養成・研修機関である国立保健医療・社会開発学校(ENDSS: Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social)の拡充と機能強化を目的とし、多目的実習施設の建設と、実習に必要な機材の調達が実施された（「国立保健衛生・社会開発学校整備計画」）。その後、同計画の連携案件として、技術協力プロジェクトの枠組みで、ENDSSの保健人材養成能力の強化、一次保健・医療システムに関わる看護職員を対象とした現任教員システムの整備、地域保健員の養成システムの確立を目指した「保健人材開発促進計画プロジェクト(PADRHS: Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines dans le domaine de la Santé)」が展開された

⁴¹ 現地調査・在セネガル日本大使館でのヒアリング(2008年10月27日)による。

⁴² 現地調査・ティエス州立病院におけるヒアリング(2008年10月29日)による。

⁴³ 同上。

(2001～2006年)。なお、2003年から保健省官房へ技術顧問が派遣され、上位政策に近い位置からの支援も実現している。

写真2 ENDSSの外観



また、HIV 対策の分野では、UNFPA、USAID、米 NGO であるファミリー・ヘルス・インターナショナル(FHI: Family Health International)と連携して、2005年より「青少年 STI/HIV 感染予防啓発」が小規模技術協力プロジェクトの枠組みで行われている(カウンターパートは保健省及び青年省)。同プロジェクトでは、青少年カウンセリングセンターへの自発的カウンセリングと検査(VCT: Voluntary Counseling and Testing)サービスの導入が実現した。その他、JOCV やシニアボランティアと共同での保健省 AIDS 課のモニタリング支援、タンバクンダ州での HIV 対策支援が行われている。そして、2005年から2007年にかけて、同じく小規模技術協力の枠組みで、「人口・家族計画特別機材供与」が実施され、避妊具の配布が行われた。

写真3 JICA が支援している青少年カウンセリングセンターの様子



さらには、保健・医療分野の草の根・人間の安全保障無償資金協力も実施されている。平成17年度には草の根・人間の安全保障無償資金協力「クール・アブドゥ・ンドイ村女性の生活

環境整備計画」が実施されている。同村は、カイヤール市近郊の農村であり女性は畑仕事、家事、子育て、水くみ等の労働が過剰にあり、また医療機関がないという問題があったため、日本の NGO「ヒューマンネットワーク」が日本人コーディネーターを派遣し、住民の生活環境改善のための支援を行っている。アフリカン・ビレッジ・イニシアティブ(AVI: African Village Initiative) 構想を具体化するプロジェクトとして案件形成され、水(井戸およびポンプ)、教育(託児所)、保健(保健ポスト)を分野横断的に支援することにより、女性の生活環境改善が図られている。同ポストには基礎保健員(ASC: Agents de Santé Communautaire)1名と産婆1名が配置されており、帝王切開等の困難ケース以外の出産にも対応しているという。同ポストの運営は、託児所や保健ポストの利用をもとに行われている。

写真4 クール・アブドゥ・ンドイ村保健ポスト及び託児所の様子



最近では、平成 19 年度草の根・人間の安全保障無償資金協力「第一ゴローム村保健ポスト建設整備計画」にて、国際 NGO「Jeunesse en Mission」(使命ある若者)と協力して、ダカール市から約 40 kmの場所にあるルフィクス市第一ゴローム村に保健ポストを建設している。同村は、1万人の住民があるが近郊に医療施設がなく、病人は約20km離れたルフィクス市中心部へ通わなければならない状況にあった。日本は施設の建設費のみを支援しており、運営費は NGO が主に欧州で集めている募金によるものである。ダカール市内の保健センターでも外来は1日100人程度であるが、同保健ポストには1日最大60人の患者が訪れているという。

写真5 第一ゴローム村保健ポストの様子



そして 2007 年からは、保健システム強化を通じて貧困州の保健関連 MDGs の指標を改善することを目的に、複数の協力を 1 つの方向性の下に実施するプログラム型援助として、「タンバクンダ州保健システム強化プログラム(2007-2011)」⁴⁴が策定・実施されている。このプログラムは、無償資金協力・技術協力・JOCV 等のスキーム連携により実施される。プログラムでは 5 つの戦略として「1. 母子保健『アクセス』改善」、「2. 母子保健『質』改善」、「3. 保健医療全体」、「4. 住民に対し」(啓発活動やコミュニティ強化)、「5. 中央に対し」(政策整備、成果普及)を掲げており、これらを通じてタンバクンダ州の住民、特に母子の健康状態を改善することを目標として実施されている。

⁴⁴ 2006 年、JICA は途上国の特定の中長期的目標を支援する戦略的枠組みを「プログラム」として再定義している。具体的には、1) 明確な目標、2) 達成シナリオ、3) 案件組み合わせ・連携の 3 点を有するものをプログラムとしている。

7-3 日本の対セネガル保健・医療分野支援の「政策の妥当性」

7-3-1 評価対象と評価基準

本節では、日本のセネガルに対する保健・医療分野支援の「政策の妥当性」を、1)国際的な上位政策、2)日本国内の上位政策、3)セネガル政府の開発計画——との整合性をみることによって評価する。

ここで評価対象とする日本の対セネガル・保健・医療分野支援政策は、「対セネガル国別援助計画(第一次案)」(2007年)にみることとする。

一方、評価基準となる国際的な上位政策、日本国内の上位政策、セネガル政府の開発計画は、それぞれ図表7-12の通りとする。国際的な上位枠組としては、第4章で採り上げたMDGsに加え、セネガルがアフリカの国であることに鑑みて、TICADⅢ(2003年)の最終文書の一つ「TICADⅢ議長サマリー」を採り上げる。また、日本の上位政策としては当然「ODA大綱」や「ODA中期政策」も考えられるが、これらと整合的であることをすでに第4章で明らかにした「『保健と開発』に関するイニシアティブ(HDI: Health and Development Initiative)」(2005年)を、ここでは評価基準とする。

図表7-12 「政策の妥当性」の評価基準

国際的な上位政策	MDGs	TICADⅢ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	DSRP	PNDS

出所:みずほ情報総研作成。

7-3-2 国際的な上位政策との整合性

1. MDGsとの整合性

保健・医療関係の3つのMDGs——目標4「乳幼児死亡率の削減」、目標5「妊産婦の健康の改善」、目標6「HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」は、4-1-2でみたように、健康に関して弱者である乳幼児や妊産婦、そして開発途上国の人々の健康・生命にとってとりわけ脅威である感染症に注目している。

これに対し「対セネガル国別援助計画」は、小目標Ⅱ「基礎社会サービスの向上」の中の「保健・医療」のパートで、次のように述べている(下線引用者)。

(前略)

我が国は1990年代には国・州立病院への医療器材供与を中心に協力していたが、近年は一次保健・医療サービスの改善を目指し、看護師・助産師を養成する「国立保健社会

開発学校(ENSS)への協力など、保健・医療従事者数と質の向上、人材育成の制度強化に貢献した。また他の開発パートナーと連携し、全国のHIV検査や青少年のHIV／エイズ感染予防に取り組んでいる他、リプロダクティブヘルス、感染症対策及び地域保健分野で協力している。

今後は、貧困州の1つであるタンバクンダ州に協力を集中していく。保健・医療サービスへのアクセスを改善し、州の保健システムの強化を通じて、保健指標の改善に取り組む。人間の安全保障に基づいて住民レベルから州のレベルまで総合的に協力するとともに、中央政府と共に進めていく。

このように「対セネガル国別援助計画」は、保健・医療分野の協力について、より高次の保健・医療から一次保健・医療へシフトするという方向性を示し、その延長として貧困州への協力集中を掲げている。こうした方向性は、MDGsにおける健康弱者重視の姿勢と軌を一にするものといえる。

加えて、「対セネガル国別援助計画」が強調している HIV/AIDS 感染予防対策、リプロダクティブヘルス及び感染症対策での協力は、3つの保健関連 MDGs——「乳幼児死亡率の削減」、「妊産婦の健康の改善」、「HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」——での指標改善に資するものである。

このように「対セネガル国別援助計画」は MDGs と整合的であると評価できる。

2. TICAD III 議長サマリーとの整合性

「TICAD III 議長サマリー」(2003年10月)は、当時10周年を迎えた TICAD において以後優先されるべき8つの開発課題を特定している。その3つ目「人間中心の開発」の中で最初に挙げられているのが、次のような「保健・感染症」に関する課題である(下線引用者)。

- 会議では、HIV/エイズの深刻さが強調され、アフリカ開発に対する最も深刻な脅威の一つであると特定された。エイズ対策の他にも、結核、マラリア、ポリオの深刻な影響についても対処されなければならない。資源のコミットメントに大幅な増加があったものの、必要なレベルには達しておらず、例えば、世界エイズ・結核・マラリア対策基金等更なる拠出が依然として不可欠であるとの見方が示された。
- 感染症への対処には、草の根レベルでの予防・啓発を包含する、プライマリー・ヘルスケア及び地域保健システムの構築、並びに保健教育が重要であるとの認識の下、会議は、特に、一般的に貧困人口の多い地方における適切な医療サービスへのアクセス向上のためにアフリカと国際社会が協力することを懇願した。

(後略)

ここでは先ず HIV/AIDS など感染症対策の重要性が強調されているが、これに対し「対セネガル国別援助計画」は上述の通り、「HIV 検査」「HIV／エイズ感染予防」「感染症対策」への取組を謳っているところである。

また「議長サマリー」は、感染症対策における「貧困人口の多い地方における適切な医療サービスへのアクセス向上」の重要性を特記しているが、これに対しても「対セネガル国別援助計画」は、「貧困州の1つであるタンバクンダ州に協力を集中し」「保健・医療サービスへのアクセスを改善」することを掲げている。

このように「対セネガル国別援助計画」は、「TICAD III議長サマリー」とも整合的であると評価できる。

3. 国際的な上位政策との整合性：まとめ

以上のように「対セネガル国別援助計画」は、MDGs 及び「TICAD III議長サマリー」という国際的な上位政策と概ね整合的であり、この点において政策として妥当であると評価できる。

7-3-3 日本国内の上位政策との整合性

HDI は、4-1-2でみたように、「保健関連 MDGs 達成への日本の貢献」を謳うものであり、MDGs と高度に整合的である。よって、MDGs と整合的である「対セネガル国別援助計画」は、HDI とともに基本的には整合している。

より詳細にみると、HDI が「基本方針」の第一として「『人間の安全保障』の視点の重視」を掲げているのに対し、「対セネガル国別援助計画」はタンバクンダ州への協力集中について「人間の安全保障に基づいて住民レベルから州のレベルまで総合的に協力」と述べている。

また、HDI の具体的取組の主要項目(4-1-2参照)と、「対セネガル国別援助計画」における記述とを対応させると、図表7-13のようになる。両者は概ね対応しているが、記述の具体性などを加味して評価すれば、HDI の「具体的取組」のうち「保健・医療施設の整備と機能の強化」「ジェンダーの平等のための支援」「教育分野における取組」「水と衛生における取組」「社会経済基盤(インフラ)整備支援」などについての言及は、「国別援助計画」においてはやや薄いといえる。

以上のように、「対セネガル国別援助計画」は、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 HDI と基本部分では整合的であり、この点において政策として概ね妥当であると評価できる。

政策文書上は、施設整備・インフラ整備や関連分野支援について、整合性が弱いと思われる部分もある。しかし、保健・医療分野 ODA 全体に関わるイニシアティブと、対セネガル援助専用の計画・指針とが網羅的に整合している必要性はなく、部分的な非整合が「対セネガル国別援助計画」の妥当性に留保を付すものとはいえない。

図表7-13 HDIと「対セネガル国別援助計画」との内容対応

HDIの「具体的取組」(抜粋)	「国別援助計画」の関連記述
保健・医療システムの強化	「州の保健システムの強化」
保健・医療従事者の育成	「保健・医療従事者数と質の向上」
保健・医療施設の整備と機能の強化	「保健・医療サービスへのアクセスを改善」
ジェンダーの平等のための支援	「リプロダクティブヘルス」
教育分野における取組	「青少年の HIV/AIDS 感染予防」
水と衛生における取組	「感染症対策」
経済社会基盤(インフラ)整備支援	「保健・医療サービスへのアクセスを改善」
MDGs 目標 4: 乳幼児死亡率の削減	「保健指標の改善の取り組む」
MDGs 目標 5: 妊産婦の健康改善	「リプロダクティブヘルス」
MDGs 目標 6: HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止	「HIV 検査」「HIV/AIDS 感染予防」「感染症対策」

出所:みずほ情報総研作成。

注:HDIの具体的取組は、「わが国の援助実施体制の強化」に関するものは省略。

7-3-4 セネガル政府の開発計画との整合性

1. DSRPとの整合性

現在のセネガルにおける国家開発の基本計画である第二次 DSRP は、7-1-4でみたように、第二の戦略の柱である「基礎的社会サービスへのアクセス強化の促進」の中で、保健・医療セクターに、教育セクターと並ぶ重要な地位を与えている。そして、第一次 DSRP と比較すると、基礎的社会サービスについて MDGs 達成に向けた戦略意識が明確に提示されている。

これに対し「対セネガル国別援助計画」は、上でみたように、「基礎社会サービスの向上」のための「保健・医療」に関する協力について MDGs と軌を一にする内容となっており、したがって DSRP の戦略とも整合的であるといえる。

2. PNDSとの整合性

セネガルの保健・医療開発の基本計画である「保健・社会開発国家計画」(PNDS)は1998年から開始されているが、日本の「対セネガル国別援助計画」(2007年)の評価基準とする場合、PNDS 第二フェーズ(2004~2008年)に注目することとなる。図表7-5で示したように、PNDS 第二フェーズは次の優先課題を挙げている。

- ① 人材育成
- ② システム強化
- ③ 予防推進
- ④ 貧困層に対するケアへのアクセス改善
- ⑤ 優先保健プログラム(リプロダクティブヘルス、マラリア対策、エイズ対策等)の統合と強化

これに対し「対セネガル国別援助計画」は、上記の PNDS の優先課題①～⑤のすべてに関連して、それぞれ次のように記述している。

- ① →「看護師・助産師を養成する『国立保健社会開発学校(ENDSS)』への協力など、保健・医療従事者数と質の向上、人材育成の制度強化に貢献」
- ② →「タンバクンダ州への協力集中に関して」「州の保健システムの強化を通じて、保健指標の改善に取り組む」
- ③ →「青少年の HIV／エイズ感染予防に取り組んでいる」
- ④ →「タンバクンダ州への協力集中に関して」「保健・医療サービスへのアクセスを改善し、(中略)保健指標の改善に取り組む」
- ⑤ →「全国の HIV 検査や青少年の HIV／エイズ感染予防に取り組んでいる他、リプロダクティブヘルス、感染症対策及び地域保健分野で協力している」

このように「対セネガル国別援助計画」は、PNDS を強く意識し、その「優先課題」を踏まえたものとなっている。

但し、PNDS 第二フェーズが「優先課題」と共に挙げている 7 つの「戦略」(図表 7-5 参照)のうち、第 6 点「成果のモニタリング・評価の強化」及び第 7 点「保健財政メカニズムの改善」については、「対セネガル国別援助計画」の第 6 項「わが方と保健省は半年 1 回の保健分野協力全体をフォローする会議を持つ」がモニタリングを示唆している他は、日本側の政策文書に対応する記述は見出せない。

3. セネガル政府の開発計画との整合性：まとめ

以上のように「対セネガル国別援助計画」は、セネガル政府の包括的な開発計画である DSRP とも、保健・医療分野の開発計画である PNDS とも整合的であり、この点において政策として妥当であると評価できる。

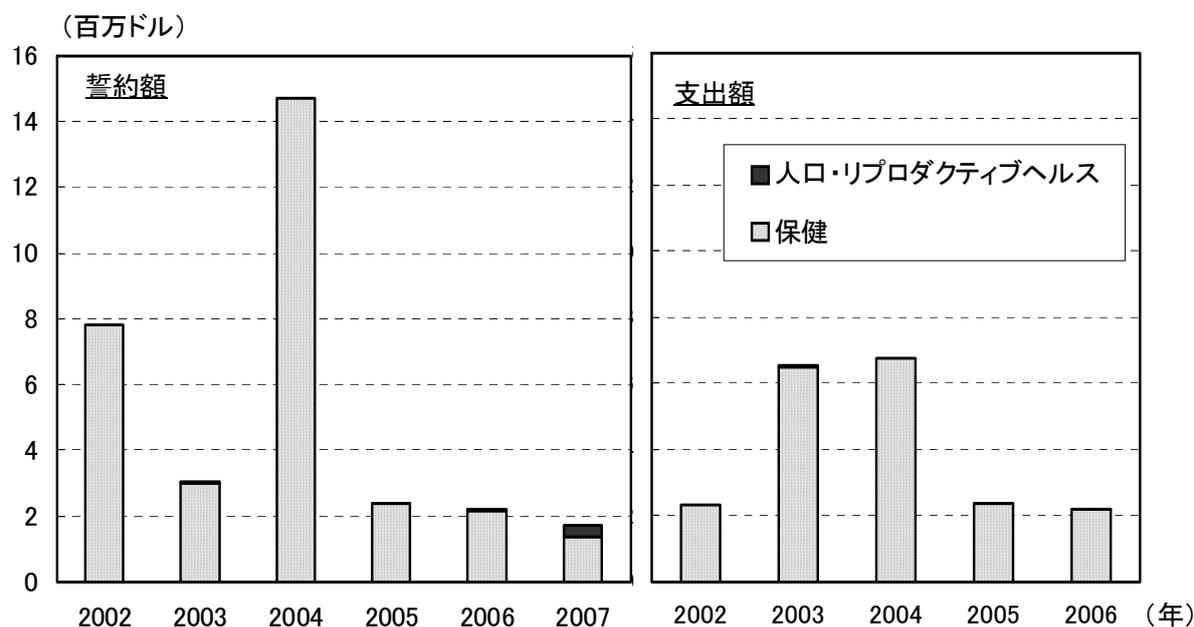
7-4 日本の対セネガル保健・医療分野支援の「結果の有効性」

本節では、日本のセネガルに対する保健・医療分野支援の「結果の有効性」を、1)インプット指標としての ODA 投入実績、2)アウトプット指標としてのプロジェクト目標関連指標、3)アウトカム指標としての MDG 指標——の推移をみることによって評価する。

7-4-1 インプット指標からみた結果の有効性

図表7-14は、OECD・DAC の援助分野別統計でみた、近年における日本のセネガルに対する保健分野及び人口・リプロダクティブヘルス分野での援助誓約額及び支出額の推移である。2004年に、誓約額は1469万ドル、支出額は674万ドルで近年のピークを打った後は、誓約額・支出額ともに200万ドル前後で推移している。HDIが2005年に、「対セネガル国別援助計画(第一次案)」が2007年に策定されているにもかかわらず、近年の推移は低調である。ただ、こうした推移は保健・医療分野 ODA 全体と同じ傾向であり、必ずしもセネガルだけの現象ではない。

図表7-14 日本のセネガルに対する保健分野の援助誓約額／支出額の推移



出所: OECD-DAC, *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online* より作成。

注: 両分野の2002年の誓約額と2007年の支出額、人口分野の2002年の支出額は未詳。

また、HIV/AIDS、結核、マラリアの三大感染症については、日本の「沖縄感染症対策イニシアティブ(IDI: Okinawa Infectious Diseases Initiative)」を契機に創設された世界基金を経由した支援が、2000年代後半になって伸びてきている。世界基金による対セネガル支援実績は図表7-15の通りであり、2003~2008年の承認額は8500万ドル、支出額は5000万

ドルに上る。世界基金に対する日本の拠出誓約額は 14 億ドルあまり(米、英、仏に次いで 4 番目に多い)で全体の約 7.5%を占めるので、セネガルに対する世界基金の支出額のうち約 375 万ドルは日本によるものということもできる。上述の通り、日本のセネガルに対する保健分野の支出額全体が最近では年間 200 万ドルあまりであることを踏まえれば、世界基金経由での支援は相当に大きなものであるといえる。

図表7-15 セネガルにおける世界基金の支援額

分野	ラウンド (援助開始月)	最大承認額(米ドル)	援助支出額(米ドル)
HIV/AIDS	ラウンド 1 (2006 年 4 月)	11,714,285	11,714,233
	ラウンド 6 (2007 年 6 月)	11,430,931	9,788,952
マラリア	ラウンド 1 (2003 年 4 月)	4,285,714	1,526,770
	ラウンド 4 (2005 年 9 月)	28,778,260	23,697,528
	ラウンド 7 (2008 年 6 月)	25,054,175	2,797,163
結核	ラウンド 7 (2008 年 11 月)	3,820,267	863,252
合計		85,083,632	50,387,898

出所: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), *Grant Portfolio*

(<http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/?lang=en>)より作成。

図表7-16 対セネガル保健分野 ODA 援助額上位国の推移

(支出額ベース、単位: 百万 USD)

順位	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
1 位	フランス	フランス	フランス	フランス	GFATM
金額	10.9	17.1	20.9	24.3	9.0
2 位	米国	米国	米国	米国	米国
金額	9.0	10.5	7.5	10.8	7.1
3 位	日本	日本	日本	GFATM	ベルギー
金額	2.3	6.5	6.7	10.6	3.6
4 位	ノルウェー	ベルギー	ドイツ	EC	日本
金額	0.9	2.0	3.3	4.0	2.2
5 位	UNICEF	ドイツ	EC	日本	ルクセンブルグ
金額	0.6	1.8	1.2	2.3	2.1
保健 総額	25.9	41.0	45.0	60.2	29.8

出所: OECD-DAC, *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online* より作成。

注: GFATM は世界エイズ・結核・マラリア対策基金。

図表7-17 対セネガル人口プログラム分野 ODA 援助額上位国の推移

(支出額ベース、単位：百万 USD)

順位	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
1位 金額	UNFPA 2.0	米国 15.2	米国 11.0	IDA 13.0	米国 6.8
2位 金額	米国 0.9	UNFPA 1.7	IDA 6.8	米国 9.3	GFATM 4.6
3位 金額	UNICEF 0.3	ドイツ 1.0	UNFPA 2.9	UNFPA 2.7	UNFPA 3.1
4位 金額	EC 0.3	GFATM 0.9	GFATM 2.2	GFATM 1.3	スペイン 1.7
5位 金額	ベルギー 0.3	スペイン 0.4	ドイツ 0.8	ドイツ 0.9	ドイツ 1.7
人口 総額	4.0	20.3	25.7	29.1	20.2

出所：OECD-DAC, *Development Database on Aid Activities: Creditor Reporting System Online* より作成。

対セネガル保健分野援助額のドナー別順位(支出額ベース)は、図表7-16の通りである。2002年以降トップ5を維持しているが、2005年には5位、2006年には4位と順位を下げている。人口・リプロダクティブヘルス分野での日本の支出は小さく、図表7-17の通りトップ5圏外である。

このようにインプット指標からみると、日本の対セネガル・保健・医療分野支援は、2000年代前半は相対的に高水準であったが、2000年代後半は以前に比べ低迷していると評価される。ただ、2008年度からタンバクンダ州医療施設整備計画が行われれば、無償資金協力については、国・州立病院整備等が行われていた1990年代の水準を回復すると期待されている。

7-4-2 アウトプット指標からみた結果の有効性

アウトプット指標としては、2000年以降に日本がセネガルで行った保健・医療分野の主要なプロジェクト、「保健人材開発促進プロジェクト」(PADRHS)と「青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクト」の2つについて、プロジェクト目標に関連する指標を検討する。

1. 保健人材開発促進プロジェクト

保健人材開発促進プロジェクト(PADRHS)の概要は図表7-18の通りである。

支援の結果、まずプロジェクトの主対象となった国立保健医療・社会開発学校(ENDSS)では、2004年から2006年にかけて、看護学科の定員が50名から70名へ40.0%増加、

助産学科定員は44名から76名へ72.7%増加した⁴⁵。

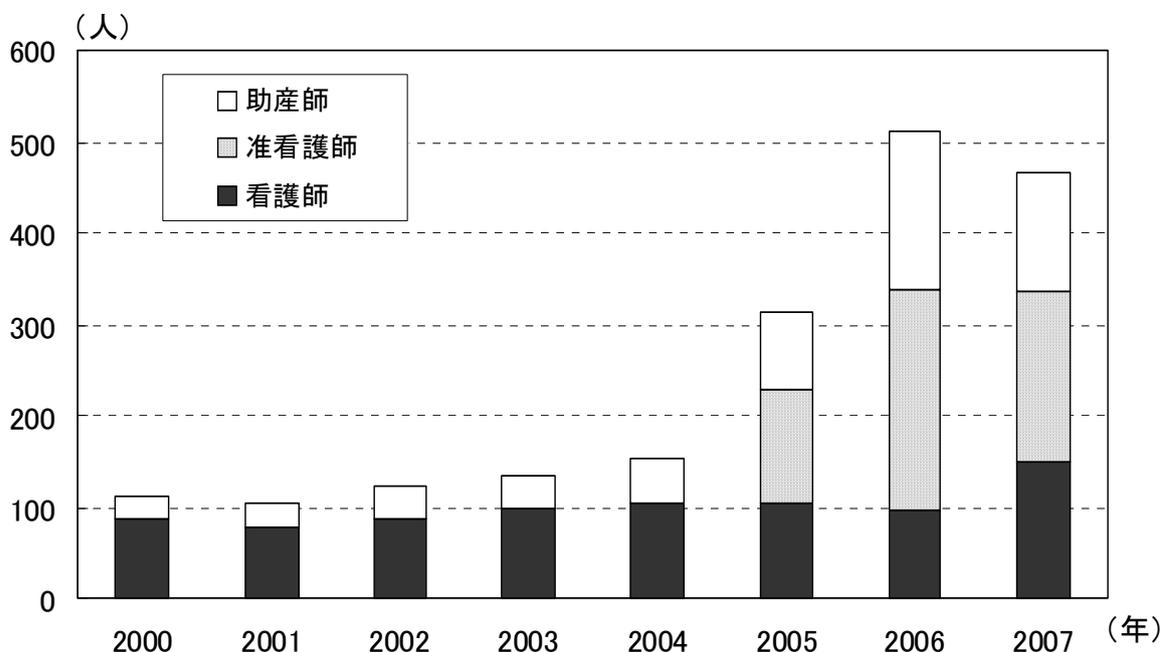
そして、看護師及び助産師の国家試験合格者数は、図表7-19に示す通り、2003年までは横這いであったが2004年から急増し、2007年には2000年と比べ、看護師は1.8倍、助産師は実に5.0倍となった。2005年から加わった准看護師も含めると、これら3職種の合格者数はピークの2006年には2000年の5倍以上、2007年も4倍以上となっている。

図表7-18 保健人材開発促進プロジェクト(PADRHS)の概要

協力期間	2001年11月1日～2006年10月31日
背景	セネガルでは、保健・医療従事者が絶対的に不足しており、かつ首都ダカールに偏在しているため、農村部では無資格の医療スタッフが診療・治療に当たらざるをえない状況がある。
上位目標	セネガルの一次保健・医療システムで働く能力のある保健人材の数的増加に貢献する。
プロジェクト目標	一次保健・医療システムで働く保健人材の養成システムが強化される。

出所: JICA セネガル事務所(2007)『セネガル共和国保健人材開発促進プロジェクト終了時評価報告書』より作成。

図表7-19 看護職国家試験合格者数の推移



出所: セネガル保健予防医学省資料より作成。

⁴⁵ JICA セネガル事務所『セネガル共和国保健人材開発促進プロジェクト終了時評価報告書』p.9。

写真6 PADRHS 関連施設で学習中の学生



これらのアウトプット指標からみると、PADRHS の結果は高水準であり有効であると評価できる。但し、国立国際医療センターの国際医療協力局が次のように指摘していることは⁴⁶、留意すべきである。

(前略)プロジェクトでは育成後の人材の適正配置を含む人材管理システムの強化が重要であることを認識しつつも、人材局の TOR(引用者注:Terms of Reference 業務指示書)・活動計画が作成された時にはプロジェクト期間は既に残り 1 年を切っており、十分な活動を実施することができなかった。上位目標の「セネガルの一次保健・医療システムで働く能力のある保健人材の数的増加に貢献する」ためには、単に保健人材の数を増やすだけでは不十分であり、その質の改善と共に保健人材が適正に配置されるための方策を講じる必要がある。(後略)

2. 青少年STI/HIV感染予防啓発プロジェクト

青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクトの概要は図表7-20の通りである。

本プロジェクトは、上記目標を達成するため、8 か所の青少年カウンセリングセンター(CCA: Centre conseil pour adolescents)へ、VCT に関わる一連のサービス機能設置を支援したものである。セネガルにおける VCT 受検者数は図表7-21の通りであるが、プロジェクトが支援した 8 CCA が、受検者数急増に対して大きく貢献したことがわかる。8 CCA での受検者数が全国の総受検者数に占める割合は 2006 年で 14.7%、2007 年で 14.0%であるが、HIV 検査が可能な総施設数に占める 8 CCA の割合がそれぞれ 7.7%、3.9%に過ぎず、8 CCA の 1 施設あたり受検者数は 2006 年で非 CCA の 2 倍、2007 年は 4 倍にも上るのである。

⁴⁶ 「セネガル共和国／保健人材開発促進プロジェクト(PADRHS)」、国立国際医療センター(2006)『国際医療協力局年報』(平成 18 年版)、p.144。

図表7-20 青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクトの概要

協力期間	2005年2月15日～2007年3月31日
背景	比較的低かったセネガル HIV/AIDS 感染率は近年青年層で上昇傾向にあり、青年層の性行動も活発化傾向にあるため、ハイリスクグループである青年層を対象とした早急な予防策が必要である。
プロジェクト目標	若者・青少年層の自発的匿名 AIDS 検査(VCT)利用者が増加する。

出所: JICA『セネガル共和国青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクト事業完了報告書兼専門家業務完了報告書』より作成。

図表7-21 セネガルにおけるVCT 受検者数等の推移——8 CCA の内訳

年	VCT受検者数			VCT施設数			1施設あたり受検者数		
		CCA以外	CCA		CCA以外	CCA		CCA以外	CCA
2002	6,923 100.0%	6,923 100.0%		5 100.0%	5 100.0%		1,385	1,385	
2003	11,370 100.0%	11,370 100.0%		15 100.0%	15 100.0%		758	758	
2004	17,810 100.0%	17,810 100.0%		66 100.0%	66 100.0%		270	270	
2005	31,297 100.0%	31,138 99.5%	159 0.5%	100 100.0%	97 97.0%	3 3.0%	313	321	53
2006	94,704 100.0%	80,819 85.3%	13,885 14.7%	104 100.0%	96 92.3%	8 7.7%	911	842	1,736
2007	127,911 100.0%	109,957 86.0%	17,954 14.0%	204 100.0%	196 96.1%	8 3.9%	627	561	2,244

出所: JICA『セネガル共和国青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクト事業完了報告書兼専門家業務完了報告書』より作成。

これらのアウトプット指標からみると、青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクトの結果も高水準であり有効であると評価できる。

写真7 ダカール市内の CCA・評価チームに説明する VCT カウンセラー



7-4-3 アウトカム指標からみた結果の有効性

アウトカム指標としては、MDG 指標を用いる。MDG 目標 4「乳幼児死亡率の削減」、目標 5「妊産婦の健康改善」、目標 6「HIV/AIDS、マラリア、その他疾病の蔓延の防止」に関する指標のうち、1990～2000 年の値と 2001 年以後の値がとれる 14 指標について、両値の間の改善率をみたものが、図表 7-22 である。1990～2000 年で複数年の値がとれる場合は古い方の値、2001 年以後は最新値を採用した。改善率は、指標の単位に関わらず単純に、両値間の変化量を 1990～2000 年値で除して算出した。

14 指標のうち 11 で、数値は改善している。特に改善率が高いのは、①10～14 歳の AIDS 孤児の学校出席率:567.6%、②殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する子ども(5 歳未満)の割合:317.6%、③15～49 歳既婚女性の避妊実行率:59.5%、④1 歳児のはしかの予防接種率:56.9%などである。これらのうち②や③は、そもそも絶対的水準が低いために改善率が大きく出ている(②は 1.7%から 7.1%、③は 7.4%から 11.8%への改善)面もあるが、①は 7.4%から 49.4%、④は 51%から 80%へという実質的にも大きな改善である。

一方、⑤5 歳未満の子どもの熱病患者で抗マラリア薬の投与を受けた者の割合、⑥結核による死亡率、⑦DOTS(直接服薬指導による短期化学療法)により発見された結核患者の

割合については、指標が悪化している。⑤は、殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する子どもは増えている一方での悪化であり、⑥⑦も、結核の感染率は改善している一方での悪化である。マラリアも結核も、予防は進んだが治療は後退したということになる。

図表7-22 セネガルの保健・医療分野における MDG 指標の改善率

目標	測定指標	1990~2000年 値	最新値	改善率
目標4：乳幼児死亡率の削減				
<ターゲット4.A> 1990年と比較して5歳未満児の死亡率を2015年までに3分の1に削減させる。				
	5歳未満児の死亡率(1000人当たり人数)	149(1990)	116(2006)	22.1%
	乳児死亡率(1000人当たり人数)	72(1990)	60(2006)	16.7%
	1歳児のはしかの予防接種率(%)	51(1990)	80(2006)	56.9%
目標5：妊産婦の健康改善				
<ターゲット5.A> 1990年と比較して妊産婦の死亡率を2015年までに4分の1に削減させる。				
	医療従事者立ち会いによる出産割合(%)	47.2(1993)	51.9(2005)	1.0%
<ターゲット5.B> 2015年までにリプロダクティブ・ヘルス(性と生殖に関する健康)への普遍的アクセス(必要とする人が利用できる機会を有する状態)を実現する。				
	15~49歳既婚女性の避妊実行率(%)	7.4(1993)	11.8(2005)	59.5%
	15~19歳の出産数(1,000人当たり人数)	132(1992)	103(2002)	22.0%
	産前検診を少なくとも1回受けた女性(15~49歳)の割合(%)	73.6(1993)	87.4(2005)	18.8%
	15~49歳の既婚女性のうち、家族計画の必要性が満たされていない者の割合(%)	27.9(1993)	31.6(2005)	13.3%
目標6：HIV/AIDS、マラリア、その他疾病の蔓延の防止				
<ターゲット6.A> HIV/AIDSのまん延を2015年までに阻止し、その後減少させる。				
	10~14歳のAIDS孤児の学校出席率(%)	7.4(1993)	49.4(2005)	567.6%
<ターゲット6.C> マラリアおよびその他の主要な疾病のまん延を2015年までに阻止し、その後減少させる。				
	殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する子ども(5歳未満)の割合(%)	1.7(2000)	7.1(2005)	317.6%
	5歳未満の子どもの熱病患者で抗マラリア薬の投与を受けた者の割合(%)	36.2(2000)	26.8(2005)	▲26.0%
	結核の感染率(10万人当たり人数)	377.8(1990)	291(2006)	23.0%
	結核による死亡率(10万人当たり人数)	41.7(1990)	58.1(2006)	▲39.3%
	DOTS(直接服薬指導による短期化学療法)により発見された結核患者の割合(%)	62.3(1995)	48.2(2005)	▲22.6%

出所: Ministère de l'Economie et des Finances (2007), *Seconde édition du troisième Rapport de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)* 及び UN Statistics Division, *Millennium Development Goals Indicators* より作成。

注: カッコ内は年。

以上のようなアウトカム指標の改善ないし変化に、日本の支援がどれだけ貢献しているかを特定することは、原理的に不可能である。言うまでもなく、これらの指標の変化には、被援助国の自助努力や他ドナーの支援等、様々な要素が関与しており、その中から日本の支援の効果のみを抽出することはできないからである。また、2000年以降の支援のアウトカムをみるには、そもそも時期尚早であるともいえる。

それでも、日本が対セネガル支援において注力してきた分野において指標の改善がみられるのであれば、それに対し日本の支援がなにがしかの寄与をしているといってもよいだろう。少なくとも、上述した「殺虫剤処理済みの蚊帳を使用する子ども(5歳未満)の割合」の顕著な改善に対しては、日本の「母子保健強化・マラリア対策計画」においてセネガル全土10州の約20万世帯(約100万人)へ蚊帳が配布されたこと(またUNICEFを通じても日本の資金で購入された蚊帳が配布されたこと)が何らかの貢献をしたと推定し得る。

以上のように、アウトカム指標からみれば、日本の支援の結果は、少なくともマラリア予防に関しては有効であったと評価できる。近年注力してきた保健人材育成支援の結果は、アウトカム指標で測るのは時期尚早であろうし、そもそも特定のアウトカム指標で効果を見るのはとりわけ難しいと考えられる。しかし、逆にあらゆる保健関連指標の改善に多かれ少なかれ寄与し得る支援でもあり、上でみたような全体的な指標改善が今後も進めば(あるいは現段階でも若干程度であれば)、日本の支援の結果は有効と推定できるだろう。

写真8 テイエス州立病院及び保健ポスト視察時の様子



7-5 日本の対セネガル保健・医療分野支援の「プロセスの適切性」

本節では、日本のセネガルに対する保健・医療分野支援の「プロセスの適切性」を、1)日本の保健・医療分野 ODA 政策と対セネガル ODA 案件との整合性を図るプロセス、2)日本の援助関係者との連携促進と効果的な ODA 実施のためのプロセス、3)セネガル政府との政策協議・調整及び案件実施プロセス、4)国際機関を含む他ドナーとの政策協議・援助調整プロセス——のそれぞれについて検討し評価する。

7-5-1 日本の保健・医療分野 ODA 政策と対セネガル ODA 案件との整合性を図るプロセスの適切性

在セネガル日本大使館は、個別の援助案件を計画する際、国際的上位政策である MDGs、セネガル政府の計画である PNDS 等と共に、日本の国別援助計画や HDI 等のイニシアティブとの整合性をチェックする「ローリング」を行っている。要望書を本省へ回答する際にも、イニシアティブ等の上位政策との整合性について説明を行っている。保健・医療分野の ODA タスクフォース(後述)は、IDI や HDI のそれぞれの内容や、二つのイニシアティブの間の政策的な軸足の推移を認識し、現行イニシアティブである HDI の具体的取組である「保健・医療システムの強化」「保健・医療従事者の育成」「保健・医療施設の整備と強化」等は、今後のタンバクダ州で支援でも踏まえられている⁴⁷。

7-3-3 でみたように、実際に「対セネガル国別援助計画」は HDI と概ね整合的であり、対セネガル ODA 案件も HDI 等の政策と整合させるような適切なプロセスが存在していると評価できる。

7-5-2 日本の援助関係者との連携促進と効果的な ODA 実施のためのプロセスの適切性

在セネガル日本大使館と JICA セネガル事務所は、保健・医療分野の ODA タスクフォースを設置している。大使館からは、経済協力班長、保健分野担当官、必要に応じて医務官や草の根・人間の安全保障無償資金協力外部委嘱員が参加し、JICA からは、所長、次長、保健分野担当所員、保健担当ボランティア調整員、JICA 専門家が参加している。タスクフォースの連絡協議会の開催は不定期であるが、平均すると 3~4 か月に 1 回ほどの頻度で開催されている。この他にも、個別の連絡・協議は毎日のように綿密に行われており、大使館と JICA の連携は非常に密接であるという。

具体的な ODA 案件の進捗状況の確認・モニタリングは、無償資金協力については、案件コンサルタントが月 1 回、大使館と JICA 事務所の双方に進捗報告書を提出することが義務付けられており、その報告で進捗確認を行っている。技術協力案件については、主に JICA

⁴⁷ 現地調査・在セネガル日本大使館でのヒアリング(2008年10月27日)による。

事務所が専門家等と協働して行っている⁴⁸。

以上のように、日本側の自己認識によれば、日本の援助関係者の連携や効果的な ODA 実施のためのプロセスは概ね適切であるといえるが、セネガル側からは、日本側のプロセスにおける問題が原因で、援助計画の立案や修正が迅速・柔軟でないという指摘もあった。具体的には、次のような経験ないし印象が挙げられた⁴⁹。

- 日本から調査団が複数回来訪して、同じ質問を繰り返すことがある(前回訪問で得られた情報が伝わっていない)。
- 課題はすべて日本へ持ち帰っての検討となり、現地で判断してもらえない。
- おそらくは日本が厳密に会計年度単位の予算執行を行っているため、計画の修正に年単位の時間がかかる。

こうした迅速性の問題に関しては、日本側からも、7-4-2で採り上げた青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクトの事業完了報告書において、次のような指摘がなされている(下線引用者)⁵⁰。

(前略)当初、計画時ではJOCV派遣もプロジェクトの開始時点に間に合うように計画したかったのではないかと思われるが、JOCV長期派遣は申請から受け入れまでに 1 年はかかるため、JOCVの派遣はプロジェクトの軸であるVCTサービス開始後、半年前後(2006年 5 月)してから、最初の派遣が行われている。予定していた 4 人目の派遣に関しては、技術協力終了後の任期赴任となっている。(中略)JOCVが参加できたのは最後の研修のみで、新規のVCTサービス導入として、プロジェクト前半に研修が集中したため、エイズ隊員は参加の機会を失っている。(中略)JOCV派遣がプロジェクト開始前もしくは開始と同時にできたのであれば、現地カウンターパートと同じ研修をうけることができ、より効率的にJOCVが役割を果たしたのではないかと思われる。(後略)

また同報告書は、JICA 専門家が JOCV にどこまで業務を任せてよいのかという枠組みが組織(JICA)として明確化されておらず、専門家として指示を出しにくい面があったとも述べている⁵¹。

このように、セネガル現地における日本側の関係者連携には問題はないものの、東京を含む日本政府全体(JICA を含む)としての関係者連携や援助実施のプロセスないしシステムには、必ずしも適切とはいえない部分があり改善の余地があると評価される。

⁴⁸ 現地調査・在セネガル日本大使館でのヒアリング(2008年10月27日)による。

⁴⁹ 現地調査・セネガル保健省人材局でのヒアリング(2008年10月28日)による。

⁵⁰ JICA 『セネガル共和国青少年 STI/HIV 感染予防啓発プロジェクト事業完了報告書兼専門家業務完了報告書』 p. 60。

⁵¹ Ibid。

7-5-3 セネガル政府との政策協議・調整及び案件実施プロセスの適切性

1. セネガル政府との政策協議・調整プロセスの適切性

保健・医療分野支援に関する日本大使館及び JICA とセネガル政府との協議の場は、主に 2 つある。

まず、日本側とセネガル政府との間で、年 1 回、二国間の支援・協力全般を話し合う政策協議が行われている。この政策協議には、東京の本省から国別二課長や国別援助計画アドバイザーも来訪して参加する場合もある。

この政策協議に加えて、日本側とセネガル保健省との間で、専ら保健・医療分野協力を扱う政策協議会(Comite de pilotage)、通称「コミッティー」も年 1 回程度の頻度で開催されている。保健・医療分野での支援に関するセネガル側のニーズと日本側のリソースとの摺り合わせは、主にこの場で行われている。

これら 2 つの場の他にも、セネガル政府と日本側との政策協議・調整は十分な密度で行われているとの評価が、セネガル政府内の複数機関から聞かれた。同様の評価は、セネガル政府だけでなく、UNICEF の現地事務所からも聞くことができた⁵²。

また、セネガル政府との密接なコミュニケーションにおいては、保健省の大臣官房に技術顧問(アドバイザー)として JICA 専門家を派遣していることの有効性を指摘する声が多かった。この点も、セネガル政府内だけでなく WHO でも、日本の支援の成功要因として指摘があった⁵³。

以上から、セネガル政府との政策協議・調整のプロセスは適切であり、その中でも保健省大臣官房に対するアドバイザー派遣が特に有意義であると評価できる。

2. 案件実施プロセスの適切性

このような密接な協議の成果もあって、日本の援助の優位点として、主に「計画の綿密性」や「実施の予測可能性」が、セネガル政府及び他ドナー・国際機関の多方面から共通して挙げられた。このことから、日本の支援の特徴として、事前に入念な調査を行った上で綿密な計画を立て、そしてそれを確実に実行する点があるといえる。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点は、日本の保健・医療分野支援の強みとして再確認されたい。

現地調査において視察した 90 年代の日本の支援整備計画(ティエス地方病院整備計画、1999)では、無償資金協力による機材の供与において、交換部品がセネガルでは入手できないため修理されずに放置されている事例(光学分光器及び冷房機)⁵⁴、機材使用に必要な消耗品がセネガルでは入手できない事例⁵⁵も、ごく一部にはあるがみられるようであった。

⁵² 現地調査・セネガル保健省人材局(2008年10月28日)、同省 AIDS 対策プログラム(同日)、タンバクンダ州医務局長(10月30日)、UNICEF セネガル事務所(10月31日)とのヒアリングによる。

⁵³ WHO セネガル事務所(10月27日)とのヒアリングによる。

⁵⁴ 同上。

⁵⁵ 同上。

こうした事例は、セネガルに限らず一般論として、過去の日本の支援においては援助先現地のニーズ、機材を使用する環境、機材を操作する人材の用意・育成に関する計画(ないし人材育成についてはフォローアップ)、そして受取側における機材の維持管理に伴う費用の確保が必ずしも十分ではない可能性もあったことを示唆している。ティエス州立病院においては、上記事例において機材供与にともなう人材研修は、納入業者が行う簡単なものしかなかったと被援助国側が認識していた例もあった⁵⁶。

写真9 日本が支援した医療機材



しかし、セネガルにおける 2000 年以降の事例では、本件の実施条件として、JICAによる基本設計調査時の議事録に「贈与に基づいて建設される施設及び機材が、当該計画の実施のために適正かつ効果的に維持され、使用されることならびにそのために必要な要員等の確保を行うこと。」との項目があり、これを受けて、ENDSSでは、施設・機材の維持管理要員として担当者1名、助手1名の計2名を配置している⁵⁷。このように、無償資金協力における機材供与に際してはその後の機材の維持・管理について被援助国側の体制を充実させるよう

⁵⁶ 現地調査・ティエス州立病院(2008年10月29日)でのヒアリングによる。

⁵⁷ JICA(2003)セネガル共和国 国立保健医療・社会開発学校整備計画 基本設計調査報告書及び在セネガル大使館による情報。

な取組が既に行われている。

なお、一般的に医療機材の場合は耐久年数が 5 年とも言われており、セネガルにおいてはそれよりも長く使われている機材もみられたが、適切に維持・管理をしたとしても長くは使用できない機材もある。そうした機材の故障の際には、修理や新規購入が必要になるが、高額な医療機材の場合、修理や新規購入の予算が取れないことがある⁵⁸。日本の供与した医療機材により、その医療機関が地域にとって不可欠な医療サービスを提供することが可能になっている場合もあり、機材等の故障によりこうした支援の成果が失われてしまうようなことは支援効果の継続性の観点からもできる限り回避すべきと考えられる。

現在セネガルで実施されている「タンバクンダ州保健システム強化プログラム」の一環である「タンバクンダ州保健施設整備計画」においては、被援助国側に対して機材の維持・管理のための予算確保(人員含め)について要請をしているという⁵⁹。こうした点を重視することで、実施が遅れる場合も予想されるが、時間をかけてでも被援助国側の理解を深め、支援体制を充実させることで、オーナーシップの尊重にも繋がりまた支援効果の継続性は高まると考えられる。

また、「計画の迅速性」「手続きの迅速性」「実施の柔軟性」については、他ドナー・国際機関では優位点として挙げたり特に問題なしとしたりする声も聞かれたが、セネガル政府では複数の方面から日本の弱点であるとの指摘があった。具体的には例えば、日本の援助では計画段階で細部まですべてを決めるが、セネガル側はその段階では細かいところまで考えない(考えられない)傾向があり、そのため後になって、実際の必要性に鑑みて計画と異なる(あるいは計画に追加しての)要望を行うことがあるのだが、すぐには実現されないという声もあった。

この点に関しては、本評価第6章において述べたアンケート調査結果をみても(6-3-3 図表6-25 p135)、日本側は合理的な理由がある場合には変更要望に対しても柔軟に対応を行っているともみられ、勿論予算の制約はあるものの、案件の目的や対象の範囲内で、現地のニーズに対応して柔軟に設計や機材の変更を認めていることが窺える。このことから、日本が必要とする手続きを通じて変更を行う場合に「対応に時間がかかる」という印象をもたれる可能性があることを踏まえ、日本の支援方針や方法についての被援助国政府の理解をより一層深めていくべきであるとも考えられる。

このように、日本の保健・医療分野支援は案件実施プロセスに関して、計画の綿密性や実施の予測可能性という点について高い評価を得ている。また、支援効果の継続性という観点からみると、計画時点からより慎重に検討される傾向になってきており、また被援助国側の各案件への支援体制についても先方の理解を得て充実させる取組がみられる。一方で、日本の支援の特徴でもある「計画の綿密性」は、「計画の迅速性」に関して被援助国側からみて

⁵⁸ 実際に、1999年に無償資金協力により機材を供与したティエス州立病院では、放射線科のX線撮影装置が故障している。2008年10月に在セネガル大使館職員が視察した際にヒアリングした結果によれば、装置は2~3年前まで稼働していたが、故障に伴い修理費の見積を取得したところ、予算を大幅に超えていたため、新規装置の購入を検討したそうである。が、新規購入の予算を確保できず購入は断念したとのことである。

⁵⁹ 現地調査・JICA(2008年10月27日)ヒアリングによる。

十分でないと思われる可能性を含んでいる点では注意が必要である。また、入念に計画を行っても予測外の事態が生じることもあり、特に複数年度に渡る技術協力プロジェクト等においては、計画変更が遅れが生じると「実施の柔軟性」に欠けると取られる場合もある。

日本の強みについて今後も意識して支援を継続すると共に、現地の文化的背景や計画変更に対してより柔軟かつ迅速に対応していくことが求められるといえる。

7-5-4 国際機関を含む他ドナーとの政策協議・援助調整プロセスの適切性

保健・医療分野の協力に関する多国間のドナー会合は、WHO セネガル事務所にて、原則は月1回、実際には2か月に1回ほどの頻度で開催されている。参加者は、日本を含むドナー国政府、セネガル保健省、国際機関(UNICEF、UNFPA 等)である。日本政府からは主にJICAの担当者や専門家が出席している。

また、世界基金のCCMが随時開催されており、セネガル政府関係者、日本を含むドナー、国際機関、NGOの代表が参加している。日本政府からは、こちらの会合には主に大使館の保健担当者が出席しているが、JICA 専門家や JICA 所員も随時参加している⁶⁰。

さらに、上述した日本・セネガル間の年1回の政策協議は2部構成で行われたことがあり、その場合、第1部は日本側とセネガル政府とのクローズド・セッション、第2部は他ドナー(第三国の政府及び援助機関、国際機関)やNGOも参加するオープン・セッションであった⁶¹。

このように、多国間協議は比較的頻回に行われており、日本がタンバクンダ州へ支援を集中させていくことも、こうした協議を通じて調整され理解されていったとされる。一方、他ドナー・国際機関との二国(二者)間協議も、連携プロジェクトのある米国(USAID)、UNFPA、UNICEFについては十分な水準にあると確認された。特にUNFPAとUNICEFについては、日本と共にタンバクンダ州を支援しているドナーであるため⁶²、密に協議が行われている。個別の案件を実施していないWHOについては、上述の多国間ドナー会合の他に、二者間で協議する機会はないとのことである。

他ドナー・国際機関との政策協議・援助調整は比較的密接に行われているといえ、そのプロセスは概ね適切と評価できる。ただ、WHO セネガル事務所は、日本に「控え目」「一歩引いて支援する」「注目を集めようとしない」との印象を持っているとのことであり⁶³、より積極的に日本の政策をアピールしていく必要はあるとも考えられる。

⁶⁰ WHO セネガル事務所(10月27日)とのヒアリングによる。

⁶¹ 現地調査・在セネガル日本大使館でのヒアリング(2008年10月27日)による。

⁶² UNFPAとUNICEFは、国連開発援助枠組み(UNDAF: United Nations Development Assistance Framework)により2007-2011年にかけてタンバクンダ州を支援している。

⁶³ WHO セネガル事務所(10月27日)とのヒアリングによる。

7-6 ケース・スタディ：まとめ

日本のセネガルに対する保健・医療分野の支援の評価は、「政策の妥当性」と「結果の有効性」については、概ね良好といえよう。政策については、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(DSRP 及び PNDS)のいずれとも整合性が確認された。結果については、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、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が行われていることが見受けられた。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。

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」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・国際機関との間との協議・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。