

3.3. 保健関連 MDGs 達成に向けて戦略的なアプローチがとられているか（戦略性）

保健関連 MDGs の達成に向けて戦略的なアプローチがとられているかを評価するに際し、まずは各種プログラムを実施するための体制が適切に構築されているかを検証する。この検証を進めるに当たっては、日本の取組を各種プログラムの形で実施するに際し、「保健関連 MDGs の達成と達成支援のために戦略的な援助が行える体制にあるか（3.3.1）」、「被援助国の保健関連 MDGs 達成のための戦略を支援する形で、日本の取組が遂行されているか（3.3.2）」、「被援助国の人材育成に寄与することを目的とした取組がなされているか（3.3.3）」、「案件の発掘及び形成は、戦略的に行われているか（3.3.4）」の4つの視点に着目して行うこととする。

3.3.1. MDGs 達成と達成支援のために戦略的な援助が行える体制があるか

戦略的アプローチの有無を評価する際、まずは「保健関連 MDGs の達成と達成支援のために戦略的な援助が行える体制にあるか」という視点より評価を行う。この視点から体制を見るためには、外務省における政策形成レベル、JICA・JBICにおける執行レベルの双方において、目的指向的な案件形成や事業管理を可能とする実施体制が整っているか否かについて検証を行った。

（1） 外務省における実施体制

外務省においては、開発援助の政策を経済協力局が担う一方、国連等国際社会における潮流との関係を担当しているのは、国際社会協力部である。これらの部局は、相互に緊密な連携の下で業務を遂行しており、日本政府として一貫性ある施策の実行を可能としているが、ここでは各部局及び政府全体の体制について検証を行うこととする。

関係者へのインタビューによれば、MDGs の策定による従来の援助政策の変更の必要性を、特に感じていない模様であった。従って MDGs 達成及び達成支援を目的として組織の再編などは実施されていないが、MDGs 達成に関連しては以下のような取組がなされていた。

① 地球規模問題戦略本部

外務省の機構改革に際し設置された横断的タスクフォースであり、外務省幹

部から構成される会合である。同会合の第一回及び第二回会合においては、MDGs 中間レビューへの対応についての議論が行われるなど、組織を越えて MDGs に関する議論が展開される場として機能している。

図表 3.3.1：地球規模問題戦略本部の概要

●設置の趣旨

地球規模問題に係る基本戦略の策定・調整、人間の安全保障を実現するための諸施策を実行していく上での各局・部間の連携や、国際機関に関わる予算支出、邦人職員増強及び選挙に関する戦略的な体制を強化するため、国際社会協力部長を本部長とし、関係局・部筆頭課から成る「地球規模問題戦略本部」を設置する。

●構成員

原則関係局・部の長レベルとし、具体的には以下をメンバーとする。但し、必要に応じて、以下のメンバー以外の部局の者（各省庁を含む）を招くことができる。

本部長：国際社会協力部長

事務局長：国際社会協力部政策課長

メンバー：

官房総務課長

北米局長

官房会計課長

中南米局長

外務報道官

欧州局長

文化交流・広報部長

中東アフリカ局長

総合外交政策局長

アフリカ審議官

総合外交政策局総務課長

経済局長

総合外交政策局国連政策課長

経済協力局長

軍備管理科学部長

国際法局長

アジア大洋州局長

領事局長

国際社会協力部各課室長

（事務局長を除く）

出典：外務省提供資料

② 外務省経済協力局における体制強化

外務省は、経済協力局開発計画課内に「開発専門家」を3名招き入れた。保健関連 MDGs との関係では、そのうち1人は医学の専門家である。この体制強

化は、MDGs 達成を明示的目標としているわけではないが、日本政府の保健分野の援助の強化に貢献しているという点で保健関連 MDGs 達成に向けた取組に資する。

③ MDGs と方向性を共にしたイニシアティブの策定

2005 年 3 月に IDI が終了することを受け、日本政府は、その後の保健分野におけるイニシアティブ策定を検討中である。この検討に際しては、内部・外部の知見を得るための実施体制として、有識者会議が設置されている。当該イニシアティブは、MDGs への貢献を重視した新しい保健分野のイニシアティブとして策定される予定である。

（２） 援助実施機関における実施体制

① JICA における実施体制

JICA は 2004 年の組織改編において、優先 18 課題への対応力強化を目指して課題部を設置した。旧医療協力部は教育、社会保障、保健医療の課題を担当する人間開発部に改組された。人間開発部内には「感染症対策」、「母子保健」、「保健人材育成」、「保健行政」の 4 チームが置かれ、重点課題について在外事務所の技術支援を行うことになっている。特に、EPI、HIV/AIDS、結核対策を担当する感染症対策チームと子どもと女性の健康、リプロダクティブ・ヘルスを担当する母子保健チームが保健 MDGs に直接関連する案件を多く担当しており、MDGs 関連課題の指針作成、参考資料の収集、対外的発信（セミナーや国際会議への出席）などを担当している³²。

② JBIC における実施体制

JBIC では、援助方針を所轄するのは開発業務部であり、MDGs 等の国際社会の横断的課題については同部がフォローしている。これに対し、分野別課題については開発セクター部が担当であり、従って保健関連 MDGs については両部が協力しつつ援助の方針の検討がなされている。JBIC では、特に保健関連 MDGs を直接的に意識した組織編成、体制構築などは行われてはいないが、援助の実施方針においては MDGs 達成に向けた考え方を取り込むように対応している。

なお、JBIC が実施する案件の中、保健関連 MDGs に寄与すると考えられるのは、保健案件、保健に配慮したコンポーネント及び保健に間接的に寄与する上下水道及び道路整備案件などである。これら案件の事後評価に際しては

³² 《参考資料 6》参照

MDGs 達成への貢献の度合いがわかりやすい形で評価指標を提示するなど、結果重視の考え方を取ってきている（例えば、24 時間給水率の増加よりも給水人口増加を指標とするなど、MDGs と同様の指標を用いるよう工夫している）。

（3） 在外公館における実施体制

保健関連 MDGs 達成に向けた取組に関わらず、開発援助のためのプログラム実施に際し、連絡調整にとどまらず現地のニーズ把握、他ドナーとの連携などの側面において、在外公館が果たす役割は極めて重要である。在外公館における開発援助の実施のための体制は、各館によって様々であり、一概に論じることとは困難であるため、本件評価においては、ケーススタディ対象国であるフィリピンの大使館における体制を例として検証を行った。

フィリピンでは、現地 ODA タスクフォースを設置し、大使館、JICA、JBIC の保健分野担当官が検討を重ねている。2004 年 6 月には、ポジションペーパー、7 月には「対比保健医療支援基本方針³³」を作成している。2005 年には、これら方針をもとに国別援助計画が改訂される予定である。

3.3.2. 被援助国の MDGs 達成戦略に基づく取組を支援できているか

保健関連 MDGs 達成に向けた取組の戦略性を評価するに際し、その体制について、ここでは日本による各種プログラムの実施の方法が、被援助国の保健関連 MDGs 達成のための戦略を支援する形で遂行されているかについて検証を行った。

この、「被援助国の戦略支援」の視点に関しては、まず被援助国の MDGs 達成に係る戦略の存在如何、そして日本が被援助国の戦略を正しく把握しているか、さらにはそれを踏まえて被援助国側が日本の援助に期待する役割が明確に示されているか、被援助国ごとの優先的な MDGs 達成支援に関する明記状況、被援助国における人材育成を支援する取組があるかという 5 点について調査した結果をまとめた。

さらに、案件の発掘、形成、実施に重要な役割を果たす日本の在外機能における被援助国の戦略支援状況を評価すべく、ケーススタディ対象国のフィリピンにおける事例についても検証の上、評価を行った。

³³ フィリピン ODA タスクフォース（保健医療）2004 年 7 月 1 日「対フィリピン保健医療支援基本方針」について
<http://www.ph.emb-japan.go.jp/japaneseweb/Jp%20ODA%203a.htm>

（１） 被援助国における MDGs 達成に係る取組方針

まず、各被援助国における MDGs 達成に向けた具体的な取組方針の存在を確認した。そのため、各国の MDGs Report(UNDP ウェブサイトでの分類)及び Country Reports (UNDG ウェブサイトでの分類)、PRSP (Poverty Reduction Strategy Paper : 貧困削減戦略書)、CCA/UNDAF が策定されているかを調査した。

本件調査期間中である 2005 年 3 月現在の策定状況は図表 3.3.2 に示す通りであるが、MDGs Country Reports は 102 カ国が作成済みである。PRSP については 44 カ国が作成済み、6 カ国が Interim paper まで作成済みである。また、Progress report を作成をしている国は 25 カ国存在した。

ケーススタディ対象国のフィリピンにおける MDGs 達成戦略に関しては、国家経済開発庁 NEDA を中心に MDGs 達成のための取組が続けられており、2003 年 1 月時点の Progress Report (Philippine Progress Report on the Millennium Development Goals, 2003) が既に作成・発表されている。現アロヨ政権では、貧困対策を主要課題の一つとしてあげており、2001 年から 2004 年の第 4 次中期開発計画 (MTPDP³⁴) も貧困削減が中心課題となっている。また、2004 年～2010 年の第 5 次 MTPDP では、全てのフィリピン国民、とりわけ貧困層の人々により明るい未来を保証するものであると記されている。

但し、これら MDGs 達成に向けたフィリピン政府のコミットメントは、2004 年～2010 年の第 5 次 MTPDP の 10 大課題に明示的には含まれておらず、必ずしも最重要施策として明確に位置付けられているわけではない。

³⁴ フィリピンでは MTPDP の 1999～2004 年版と 2001～2004 年版は 2 つの異なるバージョンがある。前者はエストラダ大統領の就任期間に作成されたものであるが、このバージョンが公表されて間もなく同大統領が弾劾され、当時のアロヨ副大統領が 2001 年に大統領に就任した後、MTPDP の 2001～2004 年版が新たに作成された。

図表 3.3.2 : MDGs Country reports / CCA / PRSP 策定状況一覧

地域	国 名	MDGs Country Reports 策定年* ¹	CCA 策定年* ²	UNDAF* ³		PRSP 策定対象国* ⁴	PRSP 策定年月日* ⁵		
				策定年	対象期間		Interim PRSP	PRSP	Progress Report
アフリカ	アルジェリア	—	1999	2002	2002-2006	—	—	—	—
	アンゴラ	2003	2002	—	—	○	—	—	—
	ベナン	2003	1999,2001	2003	2004-2008	○	2000/07/13	2003/03/20	—
	ボツワナ	2004	2001	2002	2003-2007	—	—	—	—
	ブルキナ・ファソ	2004	2000	2001	2001-2005	○	—	2000//06/30	2001/12/06 2002/11/05 2004/03/25
	ブルンディ	2004	—	—	—	○	2004/01/22	—	—
	カメルーン	2001,2002,2003	2000	2002	2002-2006	○	2000/10/10	2003/07/31	—
	カーボ・ヴェルデ	2005	2002	2002	2002-2005	○	2002/04/08	2005/01/27	—
	中央アフリカ	2003	2001	—	—	○	2001/01/18	—	—
	チャド	2002	2000	2000	2000-2002	○	2000/07/25	2003/11/13	—
	コモロ	2004	—	2002	2003-2007	○	—	—	—
	コンゴ民主共和国	—	2001	—	—	○	2002/06/11	—	—
	コンゴ共和国	—	2001,2002	2000 2002	2001-2002 2002	—	2004/12/16	—	—
	コートジボワール	2003	2002	2002	2003-2007	○	2002/03/28	—	—
	赤道ギニア	—	1999	—	—	—	—	—	—
	ジブチ	2004	2002	2002	2003-2007	○	2001/11/27	2004/06/08	—
	エリトリア	—	2001	2002	2002-2006	○	—	—	—
	エチオピア	—	1999	2001	2002-2004	○	2001/03/20	2002/09/17	2004/02/17
	ガボン	2003	1997,2001	2001	2002-2006	—	—	—	—
	ガンビア	2003	1999	2000	2002-2006	○	2000/12/14	2002/07/16	—
	ガーナ	2003	1998	1998 2000	1998-2001 2001-2005	○	2000/08/24	2003/05/08	2004/07/13
	ギニア	2003	2000	2001	2002-2006	○	2000/12/22	2002/07/25	2004/09/09
	ギニア・ビサウ	2004	2001	2002	不明	○	2000/12/14	—	—
	ケニヤ	2003	2001	1998 2003	1999-2003 2004-2008	○	2000/08/01	2004/05/06	—
	レソト	—	2000	2001	2002-2007	○	2001/03/06	—	—
	リベリア	2004	1999	2002	2003-2005	—	—	—	—
	マダガスカル	2001	1998,2003	1998 2003	1998-2003 2005-2009	○	2000/12/19	2003/11/18	2004/10/28
	マラウイ	2004	2001	1998 2001	1997-2001 2000-2006	○	2000/12/21	2002/08/29	2003/10/23
	マリ	2004	2001,2002	1998 2002	1998-2002 2003-2007	○	2000/09/07	2003/03/06	2004/06/29
	モロッコ	2003	1998,2000	2001	2002-2006	—	—	—	—
	モーリタニア	2003	2002	2002	2003-2008	○	—	2001/02/06	2002/06/18 2003/07/18
	モーリシャス	2001,2003	2000	2000	2001-2003	—	—	—	—
	モザンビーク	2002	2000	1998 2001	1998-2001 2002-2006	○	2000/04/06	2001/09/25	2003/07/25 2004/07/06
	ナミビア	2004	1999	2000	2001-2005	—	—	—	—
	ニジェール	2003	1998,2002	2003	2004-2007	○	2000/12/20	2002/02/07	2003/11/19 2005/03/05
	ナイジェリア	2004	2001	2001	2002-2006	○	—	—	—

地域	国 名	MDGs Country Reports 策定年* ¹	CCA 策定年* ²	UNDAF* ³		PRSP 策定対象国* ⁴	PRSP 策定年月日* ⁵		
				策定年	対象期間		Interim PRSP	PRSP	Progress Report
	ルワンダ	2003	1999	2002	2002-2006	○	2000/12/21	2002/08/06	2004/06/17
	サントメ・プリンシペ	2004	1998	2001	2002-2006	○	2000/04/27	—	—
	セネガル	2001,2003	1998,2001	1999	1998-2001	○	2000/06/20	2002/12/23	2004/12/07
	シェラレオネ	—	—	2003	2004-2007	○	2001/09/25	—	—
	南アフリカ	—	1999	2000	2002-2006	—	—	—	—
	スワジランド	2003	1998	2003	2001-2005	—	—	—	—
	タンザニア	2001	2000	2001	2002-2006	○	2000/04/04	2000/11/30	2001/11/27 2003/05/27 2004/06/08
	トーゴ	2004	2000	2001	2002-2006	○	—	—	—
	チュニジア	2004	2001	2001	2002-2006	—	—	—	—
	ウガンダ	2003	2000	2001	2001-2005	○	—	2000/05/02	2001/05/31 2002/07/23 2003/09/09
	ザンビア	2004	2000	2001	2002-2006	○	2000/08/04	2002/05/22	2004/06/15
	ジンバブエ	—	2001	1998	1998-2000	○	—	—	—
アジア・大洋州	アフガニスタン	2004	2004	2003	2003-2004	—	—	—	—
	バングラデシュ	2005	1999,2000	—	—	○	2003/06/17	—	—
	ブータン	2002	2000	2001	2002-2007	○	—	2005/02/05	—
	カンボジア	2001, 2003	1998	2000 2005	2001-2005 2006-2010	○	2001/01/18	2003/02/20	2004/10/21
	中国	2003	2000	2000	2001-2005	—	—	—	—
	インド	—	2000	2000	1997-2002	○	—	—	—
	インドネシア	2004	2001	2002	2002-2005	○	—	—	—
	イラン	2005	2003	2004	2005-2009	—	—	—	—
	キリバス	—	—	2002	2003-2007	○	—	—	—
	ラオス	2004	2000	2002	2002-2006	○	2001/04/24	2004/11/30	—
	マレーシア	2005	—	—	—	—	—	—	—
	モルディブ	—	—	2002	2003-2007	○	—	—	—
	モンゴル	2004	2001	2001	2002-2006	○	2001/09/27	2003/09/09	—
	ネパール	2002	1999	2002	2002-2006	○	—	2003/11/18	—
	パキスタン	2005	2003	2003	2004-2008	○	2001/12/04	2004/03/11	—
	パプア・ニューギニア	2005	2001	2002	2003-2007	—	—	—	—
	フィリピン	2003	2004	1998 2004	1999-2004 2005-2009	—	—	—	—
	サモア	—	2002	2002	2003-2007	○	—	—	—
	ソロモン諸島	—	—	2002	2003-2007	○	—	—	—
	スリ・ランカ	—	2000	2001	2002-2006	○	—	2003/04/01	—
	タイ	2004	2000	2002	2002-2006	—	—	—	—
	東チモール	2004	2000	2002	2003-2005	—	—	—	—
	トンガ	—	—	—	—	○	—	—	—
	ツバル	—	—	2002	2003-2007	—	—	—	—
	バヌアツ	—	—	2002	2003-2007	○	—	—	—

地域	国 名	MDGs Country Reports 策定年* ¹	CCA 策定年* ²	UNDAF* ³		PRSP 策定対象国* ⁴	PRSP 策定年月日* ⁵		
				策定年	対象期間		Interim PRSP	PRSP	Progress Report
	ベトナム	2001, 2002, 2003	1999	1998 2000	1998-2000 2001-2005	○	2001/04/12	2002/07/02	2004/02/19
ラテンアメリカ・カリブ海	アルゼンチン	2003	1997	—	—	—	—	—	—
	ボリビア	2002	2000	2002	2002-2007	○	2000/01/27	2001/06/05	—
	バルバドス	—	2000	2002	2002-2004	—	—	—	—
	ブラジル	2004	2001	2002	2002-2006	—	—	—	—
	チリ	—	1999	—	—	—	—	—	—
	コロンビア	—	1999	2000	2000-2004	—	—	—	—
	コスタ・リカ	2004	2000	—	—	—	—	—	—
	ドミニカ共和国	2004	1998	—	—	○	2003/12/19	—	—
	エクアドル	—	2002	2003	2004-2008	—	—	—	—
	エル・サル・バドル	2004	—	—	—	—	—	—	—
	グレナダ	—	—	—	—	○	—	—	—
	グアテマラ	2002	2000, 2004	2000	2001-2004	—	—	—	—
	ガイアナ	2003	2000	2001	2001-2003	○	2000/11/14	2002/09/17	2004/08/03
	ハイチ	2004	2000	2001	2002-2006	○	—	—	—
	ホンジュラス	2003	1999	2001	2002-2006	○	2000/07/06	2001/10/11	2004/02/26
	ジャマイカ	2005	2001	—	—	—	—	—	—
	ニカラグア	2003	2000	2001	2002-2006	○	2000/12/21	2001/09/25	2002/12/11 2004/01/22
	パナマ	2003	2000	2002	2002-2006	—	—	—	—
	パラグアイ	2003	2001	2001	2002-2006	—	—	—	—
	ペルー	2004	1998	—	—	—	—	—	—
	スリナム	—	1999	2002	2002-2006	—	—	—	—
	セント・ルシア	—	—	—	—	○	—	—	—
	セント・ヴィンセント ト	—	—	—	—	○	—	—	—
	トリニダード・多巴 ゴ	—	1998	—	—	—	—	—	—
	ウルグアイ	2003	1998	—	—	—	—	—	—
	ベネズエラ	—	2001	—	—	—	—	—	—
アラブ諸国	バーレーン	2003	—	—	—	—	—	—	—
	エジプト	2002, 2005	2001	2001	2002-2006	—	—	—	—
	ヨルダン	2004	—	—	—	—	—	—	—
	クウェート	2003	—	—	—	—	—	—	—
	レバノン	2003	1998, 2002	2001	2002-2006	—	—	—	—
	パレスチナ	2003	—	—	—	—	—	—	—
	サウジアラビア	2002	—	—	—	—	—	—	—
	スーダン	—	1999	—	—	—	—	—	—
	シリア	2003	2000	—	—	—	—	—	—
	イエメン	2003	2001	2001	2001-2005	○	2000/02/27	2002/08/01	—
中央ヨーロッパ・CIS	アルバニア	2002, 2004	2002, 2004	—	—	○	2000/06/08	2002/06/20	2003/07/10 2004/07/20
	アルメニア	2001	2000	2003	2005-2009	○	2001/05/22	2003/11/20	—
	アゼルバイジャン	2004	2001, 2003	2004	2005-2009	○	2001/07/05	2003/05/27	2004/10/21

地域	国 名	MDGs Country Reports 策定年* ¹	CCA 策定年* ²	UNDAF* ³		PRSP 策定対象国* ⁴	PRSP 策定年月日* ⁵		
				策定年	対象期間		Interim PRSP	PRSP	Progress Report
	ボスニア・ヘルツェゴビナ	2003, 2004	2000, 2004	2004	2005-2008	○	2000/10/02	2004/06/15	—
	ブルガリア	2003	2000	—	—	—	—	—	—
	チェコ	2004	—	—	—	—	—	—	—
	グルジア	2004	2001, 2004	2001	2001-2005	○	2001/01/11	2003/11/06	—
	ハンガリー	2004	—	—	—	—	—	—	—
	カザフスタン	2002	1999	2000 2004	2000-2004 2005-2009	—	—	—	—
	コソボ	2004	2001, 2004	—	—	—	—	—	—
	キルギス	2003	1999, 2003	2004	2005-2010	○	2001/12/04	2003/02/27	2004/07/06
	ラトビア	—	2000	—	—	—	—	—	—
	リトアニア	2002, 2004	2001, 2002	—	—	—	—	—	—
	マケドニア	—	2003	2004	2005-2009	○	2000/12/14	—	—
	モルドヴァ	—	1997	2001	2001-2005	○	2000/12/19	2004/11/11	—
	ポーランド	2002	2000	—	—	—	—	—	—
	ルーマニア	2004	1998, 2003	1998 2003	2000-2004 2005-2009	—	—	—	—
	ロシア	—	2002	—	—	—	—	—	—
	セルビア・モンテネグロ	—	2003	2004	2005-2009	○	2002/08/08	2004/03/16	—
	スロバキア	2004	—	—	—	—	—	—	—
	スロベニア	2004	—	—	—	—	—	—	—
	タジキスタン	2003	2004	2004	2005-2009	○	2000/10/31	2002/12/05	2004/07/06
	トルコ	—	2000	2001	2001-2005	—	—	—	—
	トルクメニスタン	2004	2000, 2004	2004	2005-2009	—	—	—	—
	ウクライナ	2003	2002, 2004	2001	2002-2005	—	—	—	—
	ウズベキスタン	—	2001, 2003	2005	2005-2009	—	—	—	—
	クロアチア	2004	—	—	—	—	—	—	—
合 計	137	策定 102 カ国	策定 113 カ国	策定 97 カ国		73 カ国	策定 50 カ国	策定 44 カ国	策定 25 カ国

注) 2005 年 3 月現在

資料:

*1: UNDP ウェブサイト <http://www.undp.org/mdg/regionalreports.html>, <http://www.undp.org/mdg/countryreports.html>, UNDG ウェブサイト <http://www.undg.org/content.cfm?id=79>*2: UNDG ウェブサイト <http://www.undg.org/content.cfm?id=237>*3: UNDG ウェブサイト <http://www.undg.org/content.cfm?id=179>

*4: 国際協力機構「貧困削減戦略研究 貧困削減に関する基礎研究報告書」, 18p, 2001.

*5: World Bank ウェブサイト <http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/boardlist.pdf>

（２） 被援助国の MDGs 達成に係る戦略の把握状況

政策レベル（本省）においては、援助政策策定時、すなわち国別援助計画の策定時に被援助国における保健関連 MDGs 達成に係る戦略（PRSP、CCA/UNDAF など）が把握・考慮される。

また、各案件の実施如何を検討する際にも、国別援助計画に基づいて援助案件の妥当性がチェックされるが、その段階においても被援助国の開発戦略・計画は把握され、考慮される。

援助の実施機関においても、被援助国における MDGs 達成に係る戦略を把握する努力がなされている。JICA、JBIC は、在外事務所が外務省の在外公館と現地 ODA タスクフォースの場で常に情報を共有しあい、直接対話によって被援助国政府からの要望、被援助国政府の開発戦略などに関する情報にも接しており、従って被援助国の MDGs 達成に係る戦略は援助実施機関においても把握されている。例えば JBIC は、現地 ODA タスクフォースに加え、「政策対話」を通じて被援助国との情報交換、ニーズの把握を行っている。

ケーススタディ対象国フィリピンにおける MDGs 達成戦略については、同国では MDGs の位置付けが明確であるとともに、達成戦略も示されているため、日本政府は詳しく把握していることが予想された。しかしフィリピン国家経済開発局（NEDA）は、日本との政策協議には参加しておらず、日本との年次協議においても MDGs を中心に政策対話が行われた形跡を見ることはできなかった。また、フィリピン政府としても日本政府が MDGs 達成に対して積極的な戦略をとっているとの理解を示している様子は確認できなかった。

日本政府のフィリピンに関する国別援助計画は2000年8月に作成されており、その時点では MDGs は未だ準備段階であったため、その概念に関する記載はなかった。MDGs に関連するものとしては、重点分野の中に「格差の是正（貧困緩和と地域格差の是正）」がとりあげられており、基礎的生活条件の改善の項目として以下のような記述が見られる。

「(i) 貧困地域へのプライマリ・ヘルス・ケアを含む協力の重視、(ii) 人口対策、HIV/AIDS 協力、母子保健対策につき、今後も協力する。その際、これまでのモデル・プロジェクトの貧困地域への拡大普及を図る。HIV/AIDS については、検査能力の向上や住民への啓発活動を含めた協力を進める。結核対策への協力にも配慮する。」

大使館、JICA、JBIC の保健分野担当官で構成されるフィリピン現地 ODA タスクフォース（保健医療）は、「対比保健医療支援基本方針」を作成し、2004年7月にこれを発効している。その中では、重点分野として次の4つの項目が

あげられている。

「①感染症対策の強化 ②母子保健の向上 ③地域保健システムの改善 ④生活習慣病リスクの軽減」

この基本方針を決定する過程で、現地 ODA タスクフォースは、保健省へのインタビューを実施しており、その中でフィリピン政府のコメントとして「MDGs を達成すべく、優先プログラムを策定している」とし、感染症対策、母子保健、生活習慣病対策を優先政策にしている、と記述している。同様の目的で、NEDA にもインタビューを行っているが、その際には MDGs についての言及はなかった、と日本側は述べており、双方ともに、議題としてあげていなかったことが考えられる。

また、タスクフォースでは、支援の位置付けとして「フィリピンの貧困削減の一助（社会的不安定要因の排除）」をあげ、支援対象地域として、「健康水準の地域間格差の是正を図るため、ミンダナオ等保健指標等が良くない特定の地域に対する支援を検討する」とある。

ミンダナオ、特に ARMM（ムスリム・ミンダナオ自治地域）地域の支援については、2002 年 12 月のアロヨ大統領訪日の際に発表された「平和と安定のためのミンダナオ支援パッケージ」の一環として、基礎的生活条件の改善として保健医療分野への支援が行われている。具体的には、国別特設研修である「ムスリム・ミンダナオ自治地域参加型包括的保健行政推進コース」³⁵、現地国内研修である「ミンダナオ平和開発特別地域参加型町レベル保健システム推進研修」³⁶、円借款では「ムスリム・ミンダナオ自治地域平和・開発社会基金事業」³⁷が行われている。

対比保健医療支援基本方針のもとになったポジションペーパー（2004 年 6 月作成）では、MDGs への言及はないが、地域格差について強く意識されている。また同基本方針にも、MDGs への取組について、日本の役割は具体的に記述されていない。日本外務省からのタスクフォース立ち上げの指示の中に、「貧困削減戦略文書（PRSP）と整合性の高い効果的な援助を行う」旨の要請はあるが、MDGs についての具体的な言及がないことが遠因ではないかと考えられる。但し、母子保健と感染症などに関しては、JICA は MDGs を十分意識した上で援助を実施している様子が見受けられた。

³⁵ 本コースは、長年続いた紛争の影響を受けて、プライマリ・ヘルスケア（PHC）等の指標でフィリピン全体平均を著しく下回る SZOPAD 地域住民の生活向上改善のために、対象地域の地方自治体の保健行政の向上を目指し、住民参加型の視点を入れた医療・保健サービス推進のための計画・運営管理能力を当該地域の行政官に移転するために実施されている。

³⁶ 1998 年より 5 カ年の予定で実施中の国別特設研修「フィリピン・ミンダナオ平和開発特別地域保健行政推進研修」は、未だ紛争が続き、貧困率／保健指標などが全国最下位にあるモスリムミンダナオ自治区における参加型保健行政の推進を目的としている。

³⁷ 「ムスリム・ミンダナオ自治地域平和・開発社会基金事業」は、テロの温床ともなる貧困の削減、及び平和の持続・定着を目的として、ミンダナオのなかでも激しい戦後の後遺症により貧困問題が拡大・悪化しているムスリム・ミンダナオ自治地域（ARMM）において、住民主導型の事業を行うことにより、持続可能な開発を支援するものである。

なお、フィリピンの国別援助計画は、2005 年の改訂作業が予定されており、そのプロセスのなかで、現地 ODA タスクフォースは、その骨子案や原案の作成を行うとされている。その際 2004 年秋に出されたフィリピン政府の中期開発計画等を踏まえ、MDGs に関する取組についての計画が具体的に記述される可能性もある。また、「対比保健医療支援基本方針」については 3 年ごとの見直しが見記されている。

（3）日本の援助に寄せられる期待とその役割・位置付け

前節で列挙した各国の MDGs Country Reports、PRSP、CCA/UNDAF など、国際的枠組みによる文書等からは、ドナー全般に対する期待は読み取れるが、日本に対する期待が具体的に記述されているわけではない。従って、日本に期待される役割は、あくまでも被援助国政府から伝達される対話を通じて吸い上げられるものであり、そのために現地 ODA タスクフォースは重要な役割を果たしていることがわかった。

ケーススタディ国のフィリピンの例では、同国の開発戦略の中、MDGs に関わらず特に日本の役割についての記述はなかった。

一方、結核対策においては、MDGs 以前から WHO の目標値があり、それに向けて日本が果たしてきた役割については、フィリピン政府から認識されている。2001 年の保健省作成の国家結核対策マニュアルでも冒頭、「これらのガイドラインは 1994 年に JICA の支援で始まったセブのプロジェクトが、DOTS 戦略として他の地域にひろがった」と記述されている。NEDA におけるインタビューでも、結核対策については、ドナー間のネットワークを日本がリードしている、との発言があり、MDGs 関連では、もっともふさわしい事例である、と評価されていた。

フィリピンにおける MDGs の進捗報告には、MDGs に関連する国内の取組、今後の課題などが整理されているが、その中で日本からの協力について触れられているのは、目標（Goal）6（HIV/AIDS、マラリア、その他の疾病の蔓延防止）のターゲット 9³⁸（＝国際的な MDGs のターゲット 7 に相当：HIV/AIDS の蔓延を 2015 年までに阻止し、その後減少させる）のみである。そのなかでは、海外支援のプロジェクトの一つとして USAID とともに、JICA の記述がある。これは、プロジェクト方式技術協力のエイズ対策（1996～2001 年）を指しているものとみられる。

³⁸ なお、フィリピン政府は、MDGs のターゲットについては独自の項目を追加している。このターゲット 9 は、国連で示しているターゲット 7 に相当する。フィリピンの「ローカル MDGs」については《参考資料 7》参照。

（４） 日本の政策文書における被援助国ごとの優先的な MDGs 達成支援に関する明記状況

この点については、ケース・スタディーの対象国であるフィリピンの事例を取り上げる。

まずは、現地 ODA タスクフォースが作成した基本方針が、その役割をはたすと考えられる。しかし、入手した対処方針のイメージのなかに、「地方間格差、所得格差是正」については指摘されているものの、保健分野についての具体的な指示や、MDGs についての言及がないためか、優先的な MDGs の明示には至っていないと思われる。

フィリピンで見る限り、上記に示したように、基本方針のなかで重点分野が決定されており、感染症対策、母子保健の向上をあげている。具体的には、妊産婦死亡率、乳幼児健康関連指標の改善、結核等社会的影響の大きい既存の感染症対策としており、MDGs を意識はしているが、具体的記述までにはいたっていない。

また、フィリピンの MDGs は、国独自の MDGs ターゲットを作成しており、このフィリピン版 MDGs で追加されているターゲットの一つは、「リプロダクティブ・ヘルス（RH）へのアクセスを保障する」というものである³⁹。しかし、このユニークな追加ターゲットに応える形で、日本が優先的な支援を進めているという事実は調査段階では確認できなかった。

（５）被援助国における人材育成を支援する取組

日本の援助は、技術協力を通じて被援助国側の人材育成に寄与する仕組みとなっている。関係者へのインタビューによると、一般プロジェクト無償についても可能な限り技術協力と連携する形を模索して実施される様子であった。すなわち、機材や施設を供与する際に、専門家派遣や研修員の受け入れ等の技術協力との連携が検討されており、被援助国側のスキル向上に努めることにより援助の効果は上がるものと考えられている。

一般プロジェクト無償との連携により援助効果を高めることが可能となった事例として、例えばフィリピン家族計画・母子保健プロジェクトでは、技術協力プロジェクト（技プロ）のフェーズ 1 が先行して実施されていたため、無償の設計段階から技プロによって獲得されたノウハウや技プロ専門家の意見を反

³⁹ このような目標が設定されている背景として、それまでの 10 年に及ぶ母子保健に対する日本のプロジェクト方式技術協力の経緯を勘案すると、日本の援助が影響している可能性も考えられる。また、リプロダクティブ・ヘルスの項目の導入については、現地インタビューにおいて、UNFPA フィリピン事務所がローカル MDGs を作成する時にかなりの情報を提供したという説明があった。さらに、フィリピンに関しては、当該分野への支援はアメリカと UNFPA が中心となっているので、USAID の影響もあるものと思われる。

映することが可能であった。その結果、無償により供与された施設が現地の身の丈（運営・サービス提供能力）に見合った設計となったという連携の好例がある。即ち、大規模施設を一箇所だけに建設するのではなく、数多くの中小規模施設の新設・修繕を行うことで、援助を幅広く展開することが可能となった例などである⁴⁰⁴¹。

なお、援助の実施機関については、特に JICA は、「開発途上地域からの技術研修員に対し技術の研修を行うこと、開発途上地域に対する技術協力のため人員を派遣すること（独立行政法人国際協力機構法第3章第13条）」を主な業務目的としていることから、被援助国の人材育成を支援することには常に努力してきた機関であるといえる。

しかしながら被援助国の人材を育成するために実施される各種研修事業については、近年までは体系的な評価、フォローアップが行われていなかった。そこで、JICA では研修事業の効果をより高めるための仕組みとして、比較的規模の大きいものについて評価の実施、評価結果の活用という形でフォローアップを実施するようになってきている。具体的には、集団研修については、2003年度以降、到達目標の達成状況の確認及び該当年のコースの見直しを行い、次年度のコース運営に反映する仕組みが導入されている。

人材育成に関し、JICA における保健関連 MDGs 達成に向けた取組として、特に保健関連 MDGs に呼応して保健関連の人材育成が強化されたという事例はないが、保健関連の研修員受入事業はニーズにあわせて実施されてきている。近年新設された案件としては、全世界から研修員を受け入れる集団研修の形態で「リプロダクティブ・ヘルス指導者セミナー」が2001～2003年度の期間で、また「母子保健指標改善対策Ⅱ」が2001～2005年度の期間で新たに実施されていることがあげられる。

ケーススタディ対象国フィリピンでは、母子保健分野の現地国内研修「家庭福祉にかかわる開発と女性」が、1996年度から5年間にわたり、毎年1回、約3週間ずつ行われた。同研修は「フィリピン女性の役割に関する全国委員会」の運営により開催された研修で、「開発と国家建設における助成法」や「フィリピンにおけるジェンダーに考慮した開発のためのフィリピンガイドライン」の制

⁴⁰ 具体的には州レベルの母子保健センターを5ヶ所新築、町レベルの保健所を18ヶ所改修、村レベルの保健支所を60ヶ所改修した。

⁴¹ 逆に、無償のプロジェクトが技術協力プロジェクトの効果を高める点も指摘できる。すなわち、技プロで実施していたソフト面の協力（保健人材育成）は、地域住民や地元の行政担当者の目に見えにくいのが、無償資金協力によって建築物（ハード）が提供された結果、ソフト面の協力にも注目が集まった、研修を受けた保健人材が、サービスを提供するための場所、機材が整備された、という点が指摘できる。

定を受け、ジェンダーと開発に関する理解を深めることを目的として実施された。各回の参加人数は 30～40 人であった。

エイズ対策では、第三国研修として「熱帯医学」「HIV 感染及び日和見感染症の実験室内診断技術」、現地国内研修として「エイズ等診断及び管理」がそれぞれ複数年度にわたって実施されて来ている。エイズ分野における協力はもともと日米の連携案件として計画されたもので、日本の領域として、検査用機材の供与とともに、それを使う人材の育成が主眼であった。

また、日本政府は、ASEAN 地域における、HIV/AIDS、結核、マラリアを中心とする感染症対策に携わる人材育成を目標とした「日・ASEAN 感染症情報・人材ネットワーク」構想を 2001 年に発表している。これは、IDI に基づく構想で、フィリピンの結核センターを拠点とした第三国研修やワークショップの開催、タイを中心としたマラリアを含む寄生虫対策に関する人材データベースをはじめとする情報ネットワークの構築などを行うものである。同構想に基づいた研修では、結核関連では 2003 年度には 7 カ国から 15 名、2004 年度には 8 カ国から 16 名の研修生を育成している。一方、HIV/AIDS 関連では、タイにおける第三国研修「感染症対策（カンボジア、ミャンマー対象、2002～2004 年度）」などが 2001 年度以降新設されている。今後、この構想は IDI も含めた日本の MDGs 達成戦略としてさらに明確に位置付けることが可能と思われる。

なお、結核対策の人材育成については、結核研究所を中心に、結核国際研修を日本は 40 年以上にわたって継続して実施しており、これまでに 93 カ国から研修生を受け入れ、1,600 人以上の人材を世に送り出している。この研修事業は、1963 年に「結核対策コース」として開始し、その後「結核対策指導者コース」「結核対策細菌技術コース」などと派生し、診断技術の向上のために積極的な役割を果たしてきた。これら研修事業は、結核対策に必要な疫学、細菌学、免疫学などの基礎的なものから医療経済などの周辺領域などまでを範囲とするものである点、比較的研修期間が長い点、OB ネットワークが形成されているなどの点で特徴を有す。

（6）考察

被援助国の MDGs 達成戦略に基づく取組を支援できているかという視点から、特にフィリピンの事例を中心とした考察としては次の点をあげることができる。

- * 被援助国の MDGs 達成戦略に基づく取組への支援は、被援助国の国内状況や政府の政策フレームに配慮している。

- * 現地 ODA タスクフォースも、被援助国も、十分 MDGs を認識しているが、日本の MDGs 達成にむけた戦略が不十分なため、明確に援助の政策として打ち出されていない状況である。
- * フィリピンの専門家へのアンケートに以下のような回答があったことを付け加えておきたい。

「日本の ODA が戦略的か否かという点については、結論としては戦略性に欠けると判断できる。グローバルな課題に集中するのか、単体事業を中心にするのか、あるいは、母子保健、公衆衛生、人口・家族計画、リプロダクティブ・ヘルス、学校保健、地域保健、感染症対策、すべてに関与しつつも、その中で特筆すべき「日本ならではの援助」が存在しないのではないだろうか。」

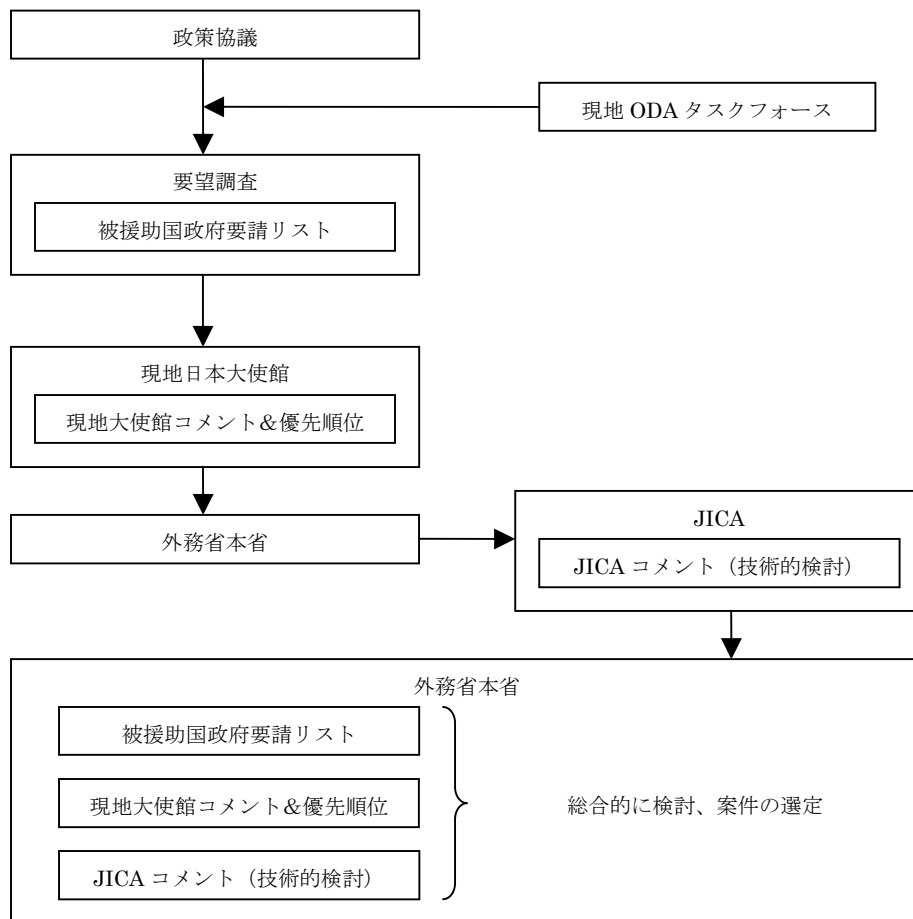
3.3.3. 案件発掘・形成は戦略的に行われているか

保健関連 MDGs 達成に向けた取組のプロセスを見るもう一つの視点として、各種プログラムの中での案件発掘・形成の戦略性に着目する。戦略的な案件発掘・形成の視点に関しては、まず簡単に日本の開発援助全体における案件発掘・形成プロセスを概観する。次いで保健関連 MDGs 達成のための案件については、ケーススタディ対象国であるフィリピンにおける例をもとに、以下6つの視点から検証を行った。すなわち、「案件発掘・形成のプロセスの重要性」、「援助の継続的实施状況」「地域選定の妥当性」、「被援助国の MDGs 達成戦略における日本のプロジェクトの位置付け」、「プロジェクト成果を MDGs につなげる実施機関」、「政策の動向と案件構成の変化」である。

（1）日本の開発援助における案件発掘、形成のプロセスの重要性

外務省及び JICA の無償資金協力、技術協力関係者は、案件の発掘が戦略的な援助を成功させる上で最も重要なステップであるとしている。これを受けて、JICA では、相手国のキャパシティが限られている場合のために、国・課題別計画事業（以前の援助効率促進事業）という案件発掘だけのための事業費を確保するなど、具体的な仕組みが構築されている。図表 3.3.3 に見る通り、要望が検討されるのに先立ち、現地 ODA タスクフォースなど、日本側が早い段階から関与できる仕組みとなっている。

図表 3.3.3：案件発掘（要望調査での吸い上げ）の流れ
（一般プロジェクト無償、技プロの例）⁴²



出典：JICA インタビュー結果をもとに三菱総合研究所作成

なお、ケーススタディ対象国フィリピンの日本大使館では、案件の発掘・形成を戦略的に行うために被援助国政府とのパイプ役としての「政策アドバイザー」が重要な役割を果たしている旨の指摘があった。フィリピン政府に対する保健分野の政策アドバイザーは、近年ではエイズ対策に関する個別専門家派遣（95年～97年）、マラリア対策に関する個別専門家派遣（97年～98年及び99年～01年）、母子保健対策に関する個別専門家派遣（03年～05年）⁴³といった

⁴² 参考までに、JICAにおけるプロジェクト全体の流れを《参考資料8》に掲載した。

⁴³ 例えば母子保健対策に関する個別専門家派遣（03年～05年）の概要は以下の通りである：

・派遣目的：家族計画・母子保健プロジェクト（フェーズ2）が支援してきたモデル活動を中心とした母子保健活動のうち、主として乳幼児健診と出産介助技術の研修に関わる支援が要請されている。手法的にはすでに家族計画・母子保健プロジェクト（フェーズ2）において確立されており、その円滑な運用を図り、モデル的試みを管轄地域に広く普及していくことが目標である。

形で派遣されており、いずれもフィリピン保健省にて勤務する。政策アドバイザーの任務は、特定分野における指標改善（マラリア対策の例）、被援助国政府の保健プログラムの調整・管理（エイズ対策の例）など巨視的な目的に係るものが多い。政策アドバイザーは、被援助国政府内（中央、地方）の合意形成や日本側との相談、すり合わせなどを通して、効果的案件の発掘・形成を支援する重要な役割を担っていると考えられる。

（２） 保健関連 MDGs 達成に向けた援助の継続的实施

日本の援助を、継続性をもって実施するための仕組みとしては、政策、イニシアティブ、そしてプログラムといった包括的な視点に基づいて援助を実施する体制が備わっていることが重要である。

例えば、有償資金協力については、JBIC が業務遂行の方針として掲げている「海外経済協力業務実施方針」は3年をスパンとしており、当該年限では継続性は担保されていると考えられる。また、無償資金協力及び技術協力プロジェクトについては、JICA が「中期目標」及び「中期計画」を策定し、これに則った事業の実施を行うことにより、援助の継続性を担保する努力がなされている。さらに援助効果の継続性という視点からは、機材設置後、機材活用を指導する専門家が帰国した後であっても供与機材等が稼働しつづけることによってこそ援助の効果が継続的に発現するという基本的認識の下で継続性担保のための努力がなされている。

ケーススタディ対象国であるフィリピンにおける援助の継続的实施状況を見るため、同国に対して実施された援助を MDGs ごとに図表 3.3.4 にまとめた（1990 年以降の案件）。

目標 4、5 については、家族計画・母子保健プロジェクトとして 1992 年に開始されたプロジェクト方式技術協力（家族計画・母子保健プロジェクト方式技術協力フェーズ 1～2）が、フェーズ 2 終了の 2002 年まで 10 年続いていた。フィリピンでは、MDGs の指標である乳児死亡率、妊産婦死亡率とも高く、この分野での支援が以前から求められていた⁴⁴。フェーズ 1 では、ターラック州で、フェーズ 2 では、援助をリージョンレベル（リージョン 3）に広げることが目

・期待される成果：家族計画・母子保健プロジェクト（フェーズ 2）が支援してきたモデル地域の手法（特に効率的な乳幼児健診方式）が、他地域（CAR, 5、8、ARMM リージョン）に広く普及されることで、ニーズが高い母子保健サービスの質的向上が図られ、住民への直接裨益に繋がる。

・活動内容：1. 研修実施促進・制度化への支援

2. 研修後の参加者のモニタリング・フォローアップ

3. 我が方によりこれまで供与された各種機材の効果的利用及び管理体制の整備に係る支援

4. Unified Local Health System Project 運用に対する技術的助言

⁴⁴ 1990 年の時点では、フィリピンの乳児死亡率が 45/千人でワースト 191 カ国中 85 位、妊産婦死亡率が 280/10 万新生児でワースト 160 カ国中 62 位であった。

的とされた。このプロジェクトの関連では、このほかにも青年海外協力隊派遣や、マルチ・バイによる人口家族計画特別機材供与、無償資金協力（母子保健センター5箇所及び保健所70箇所など、地域保健施設改善・機材整備）、開発福祉支援（小児病院の整備など）、草の根無償といった支援が行われているが、これはプログラムアプローチをめざしていたものと考えられる⁴⁵。

MDGsの指標である乳児死亡率は低下傾向にあったが、それにプロジェクトがどの程度貢献したかは確認できなかった。また、この地域で行われたプロジェクトのノウハウが、全国を取組にはつながらなかったことも指摘できる。この背景としては、プロジェクトの第2フェーズの対象地域が、そもそもリージョン3という比較的裕福な土地であったため⁴⁶、そして本件をモデルとした他地域へのプロジェクト展開について保健省の同意を得ることが困難であったためと考えられる⁴⁷。

現場を視察すれば、その土地の人々からは十分感謝されているプロジェクトではあるが、目標がはっきりしなかったこと、貧困地域への取組ではなかったことなど、別の課題がみえている。

目標6の感染症のなかでは、結核対策については長期的な支援が行われている。結核は、現在でもフィリピンの死因の6番目となっており（人口10万対57）、WHOが示す世界の結核高負担国⁴⁸22カ国の一つである。日本の取組としては、1992年の公衆衛生プロジェクト方式技術協力、1997年の結核対策プロジェクト方式技術協力、2002年開始の結核対策向上プロジェクト方式技術協力として、現在もつづいている。一つの州でのDOTS導入に始まり、9州への拡大、全国展開（標準マニュアルの整備等）と、フェーズごとに展開している。また2000年には無償資金協力として、国立結核研究所設立計画を支援し4億5,000万円を拠出している。

エイズ対策については、1996年からプロジェクト方式技術協力が行われた。その内容は、エイズ・性感染症中央ラボラトリー機能の確立・強化が中心となっている。人材育成の項目でも述べたが、これは、日米連携の一環としてコン・アジェンダを受けて、GII最初のプロジェクト形成ミッションが日米合同の

⁴⁵ この「プログラムアプローチ」とは、JICA独自の考え方に基づく概念であり、SWApsやSIP等の「プログラム」とは異なる概念である。

⁴⁶ JICAフィリピン事務所としては、「中部ルソン総合開発計画調査」を実施しており、この地域を開発の重点地域とみなしていた。さらに、ターラック州はマニラから日帰り可能な距離にあり、そのため保健省本省とモデル地区で連携してプロジェクトを推進していくために好都合の立地であったという背景を聴取している。

⁴⁷ 他地域へのプロジェクト展開については、「中央政府に拒否された」（ある専門家のコメント）模様。これは、フィリピンが地方分権を進める中で、当時は保健省と州保健局の役割分担が不明確な面もあったため、プロジェクトのカウンターパートであった保健省への支援と、州への直接支援に関する調整が難航したことが一つの原因とも思われる。

⁴⁸ High-burden countries：WHOは世界の推定全結核患者数上位22カ国を結核高負担国に指定している。これら22カ国で全世界の結核患者の80%を占める。

形で、フィリピンとインドネシアに派遣され、その結果として開始された協力であるが、現在は実施されていない。なお、HIV/AIDS の感染予防への寄与如何を確認することは一般的に困難なため、このプロジェクトの効果は計測できていない。

図表 3.3.4：フィリピンにおける日本援助の推移（保健関連）

年次	貧困削減	地方分権	国家政策	民営化	ドナー 協調	IDI	GOAL4:乳児死亡率削減	GOAL5:妊産婦の健康改善	GOAL6:HIV/AIDS、マラリアその他の感染症の蔓延防止				
							Target 5	Target 6	Target 7:HIV/AIDS	Target 8:マラリアその他			
											結核	マラリア	その他
90	SRA/CIDSS	地方自治法 施行	国家保健計画 1995-2020							三研			
91				◎									
92					★(I)	★(I)		★					
93						◎							
94				◎		◎				※			
95					◎◎◎◎◎※	◎◎ ◎◎◎	専 現研						
96	◎◎	◎◎◎◎◎※	※ ◎◎◎◎◎◎◎	★									

第3章 日本の取組評価評価の実施方針

3.3 保健関連 MDGs 達成に向けて戦略的なアプローチがとられているか（戦略性）

年次	貧困削減	地方分権	国家政策	民営化	ドナー 協調	IDI	GOAL4: 乳児死亡率削減	GOAL5: 妊産婦の健康改善	GOAL6: HIV/AIDS、マラリアその他の感染症の蔓延防止			
							Target 5	Target 6	Target 7: HIV/AIDS	Target 8: マラリアその他		
									機三研現研	結核	マラリア	その他
97							◎	◎◎ ※	◎◎◎◎※	★	◆ 専	機
98		QAP: Quality assurance program			CCA/UNDAF 開始		◎◎◎*	◎◎◎* JOCV	◎◎ ※	○ ○ *	*	*
99		↓	第二次中期計 画(2000- 2000)	FCFIの設立 【John Snow の開業助産所 チェック】			○ ★	○	○ ○	現	専	
00		Sentrong Sigla 運動			IDI発表	◎	◎	▽	※	◆	◎	
01			保健セクター 改革アジェン ダ(HSRA)			*	◎	※		*	*	
02							◎	◎※		★		機
03						* ◆	◆	*◎※		*	*	*
04							専					

<対応表>

★	プロジェクト方式技術協力
◆	無償資金協力
□	マルチ・バイ(JICA プロジェクト内)
○	開発福祉支援（現地 NGO 支援）
専	専門家派遣
現研	現地国内研修
JOCV	青年海外協力隊グループ派遣
機	特別機材供与・医療特別機材
三研	第三国研修
*	JBIC の有償案件
◎	草の根無償
▽	人間の安全保障基金
※	マルチ・バイ協力事業

(注)

- 1) 表に記載されているスキーム以外にも、個別専門家派遣、病院・地域保健施設関連での無償資金協力などがあるが、MDGs との関連において活動の目的が不明であるために除外している。例えば、「国立ガンセンター医療機材整備」、「国立心臓病センター機材整備計画」など。また同様の理由で、保健行政（保健行政アドバイザーを含む）・規制関連プロジェクトも除外した。
- 2) 「家族計画・母子保健プロジェクト（プロジェクト方式技術協力：プロ技）」(JICA)のように、活動内容（予防接種、子供の疾患管理、妊産婦健診、家族計画推進など）から子供の健康及び妊産婦の健康の双方に資すると考えられるものは、ターゲット 5 及び 6 双方に記載した。これは、草の根無償などでも同様。
- 3) 草の根無償案件においては、保健所建設、整備、資機材配置など特に子供や女性の健康に特化した目的を掲げていないものでも、ターゲット 5, 6, 7 に資するものがあると考えられるが、案件目的、期待される効果が不明確なため除外した。
- 4) JBIC 有償案件は、案件目的として広くターゲット 4, 5, 6 に貢献するとされるため、同一案件ながら JICA プロ技（家族計画・母子保健）と同様に複数のターゲットに記載した。

（3）案件のターゲット及び戦略性（案件地域選定の妥当性）

保健関連 MDGs 達成または達成支援に向けた案件の実施に際し、戦略的に案件のターゲットが選定されているのかを検証した。

例えば、保健関連の無償資金協力の場合、MDGs 達成を目標とすれば、指標の悪い地域に対する一次医療施設に絞って実施することが必要となろうが、日本政府としては、比較的開発が進んだ地域における三次医療施設のレベルアップも同様に重要であるため、単純に指標が悪い地域だけをターゲットとしていない。

また、世界のどの地域に重点的に援助を実施するかという議論についても、保健関連 MDGs 達成を目標とすれば、自ずとアフリカへの重点的実施が必要という議論となる。一方で日本がこれまでもアジアに対して重点的に援助を実施してきた背景に関しては、アジアはアフリカよりも比較的開発が進んでいるが、人口はアフリカと比較して非常に多く、従って援助の必要性という視点からはアジアも援助対象としては重要な地域であるとの声が関係者へのインタビューで聴取された。

さらに、日本は形式上は要請主義による援助を実施しているが、政策協議の実施、政策アドバイザー配置、JICA の国・課題別計画策定事業によるプロジェクト形成調査や企画調査員派遣、在外専門調整員の活用などを通じ、案件の形成段階から適切なアドバイスを被援助国に提示することを心がけている。但し、国際保健などの専門分野の知識や知見を備えた人材も援助対象国によっては必要となるであろう。

JBIC の 1999 年円借款案件「コルディレラ幹線道路整備事業」は、最貧困州の一部を対象として道路整備を行うものであるが、案件目的の 1 つとして、学校・病院等社会サービスへのアクセス改善が挙げられており、同案件では、貧困地域に重点的に援助を行うという考え方に沿い、保健への貢献を意識したターゲットティングがなされている。

ケーススタディ対象国フィリピンの例では、同国政府が 90 年代半ばから、貧困層削減を目標に掲げており、1994 年の Social Reform Agenda（ラモス政権時）では、重点施策対象としては最貧困 20 州が指定された。その後、同計画は 2000 年の NAPA（National Anti-Poverty Agenda）に引き継がれている。フィリピンでは、地域ごとの貧困マップ⁴⁹も作成されており、貧困という視点で裨益対象人口を選択するのは可能と考えられる。この貧困マップは、経済状態に加え、保健関連指標に関しても作成されており、JICA の現地事務所でも援助の実施に

⁴⁹ 《参考資料 9》参照

当たっては同地図を十分意識している模様であった。

母子保健案件については、プロジェクト方式技術協力「家族計画・母子保健」のサイトを選択する経緯に関し、JICA は対象となった地域を重点開発地域と位置付けていた模様であるが、その中で格差是正という視点も加味されていたかは確認できなかった。これに対し現在準備中のプロジェクトでは、母子保健指標・貧困指標の低い3つの地域を対象候補として選定する予定としている。

なお、ARMM 地域については、紛争地域であることから深刻な貧困とテロの問題を抱えており、地域の安定と平和の定着の観点から、MDGs とは別の文脈で支援対象地域とされている。

（４） 被援助国における日本のプロジェクトの位置付け（MDGs 達成戦略の観点から）

日本が被援助国から援助の要望を受ける際、同案件の被援助国における開発戦略の位置付けについては、在外公館（現地 ODA タスクフォース）、JICA、JBIC 本部、さらに外務省本省においても全ての審査段階でチェックされる（一般プロジェクト無償であれば、在外公館（現地 ODA タスクフォース）、JICA 総合評価及びコメント、予備調査、基本設計調査、基本設計概要説明調査などの段階を経るが、それらすべてで確認がなされる）。

このように被援助国の MDGs 達成戦略における日本のプロジェクトの位置付けを確認する旨は、一般プロジェクト無償、技術協力に関しては、課題別要望調査実施要領（訓令）にて、「MDGs において達成目標が設定されている課題・項目について（中略）十分配慮する」旨が指示されている。

（５） プロジェクト成果を MDGs 達成につなげる被援助国側の実施機関

保健関連 MDGs 達成または達成支援に向けた案件を選定・実施するに際し、案件の成果を MDGs 達成に結びつける被援助国側の実施機関が明確であるか、またその機関が適当であるかをどのようにチェックしているのか、インタビューにより検証した。

特に技術協力案件については、「要請案件調整表」に、被援助国側の実施体制、能力に関する記述があり、ここで案件の成果を MDGs 達成に結びつける被援助国側の実施機関が明確であるか、またその機関が適当であるかを含めた案件の妥当性がチェックできる仕組みとなっている。

ケーススタディ対象国フィリピンの結核対策については、各地域保健所が一つの結核対策ユニットとして機能するための仕組みがとられており、検査技

師、医師、保健師などがひとつのユニットとして配置されている。地方医務局単位では結核調整官がおり、国のマニュアルにそって DOTS プログラムが推進されている。結核対策向上プロジェクトでは、目標地域で研修、巡回指導を行い、治癒率 85%を達成すると次の州で同様の取組をするとしている。もともとフィリピン政府による対策の一定部分を担っている活動であり、被援助国側の実施機関は明確である。

但し、こうした活動の一方で人材流出が大きな課題となっており、育成した人材が海外に働きに出てしまい国内に定着しない傾向がある。これはフィリピンにとどまらず、開発途上国一般に言える問題であり、特に、医師、看護師などの専門家の流出が深刻である。日本が人材育成に取り組むなかで、育成した人材が海外に流出してしまうことは問題ではあるが、日本として人材流出に対して講じることが出来る施策は限られていることも事実である。

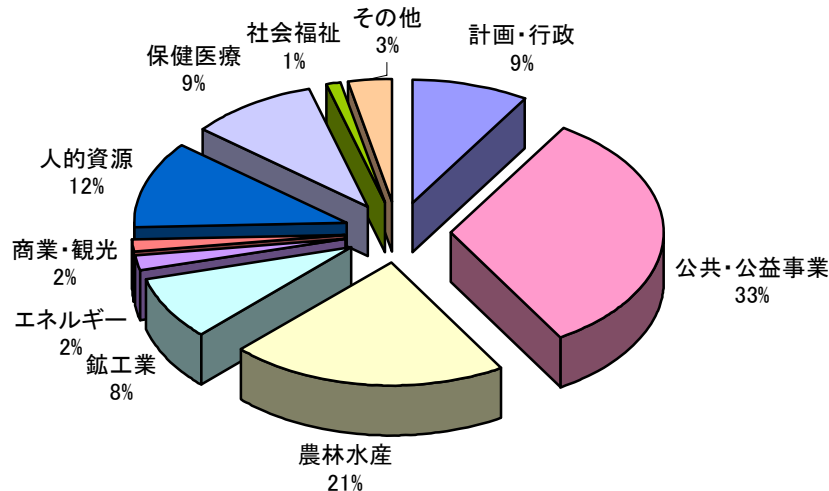
（6） 政策の動向と案件構成の変化

日本の政策動向として、保健関連 MDGs に呼応した保健関連分野への投入の割合を増やすといった施策は確認できていない。ここではケーススタディ対象国としてのフィリピンについて検証する。

フィリピンに対する技術協力援助額に占める保健医療分野案件に対する援助額の割合は、1990 年度から 2003 年度にかけての金額累計で見ると、9%である（図表 3.3.5）。保健医療分野案件の比率の年度ごとの推移を見ると図表 3.3.6 の通り、1990 年度には 6.3%であったのが 1999 年度には 13.1%、直近の 2003 年には減少はしているが 10.8%と、長期的傾向としては増加していることがわかる。但し、MDGs の策定が 2001 年であることに鑑みると、それ以後特に増加しているわけではなく、直接的な関係は見られない。

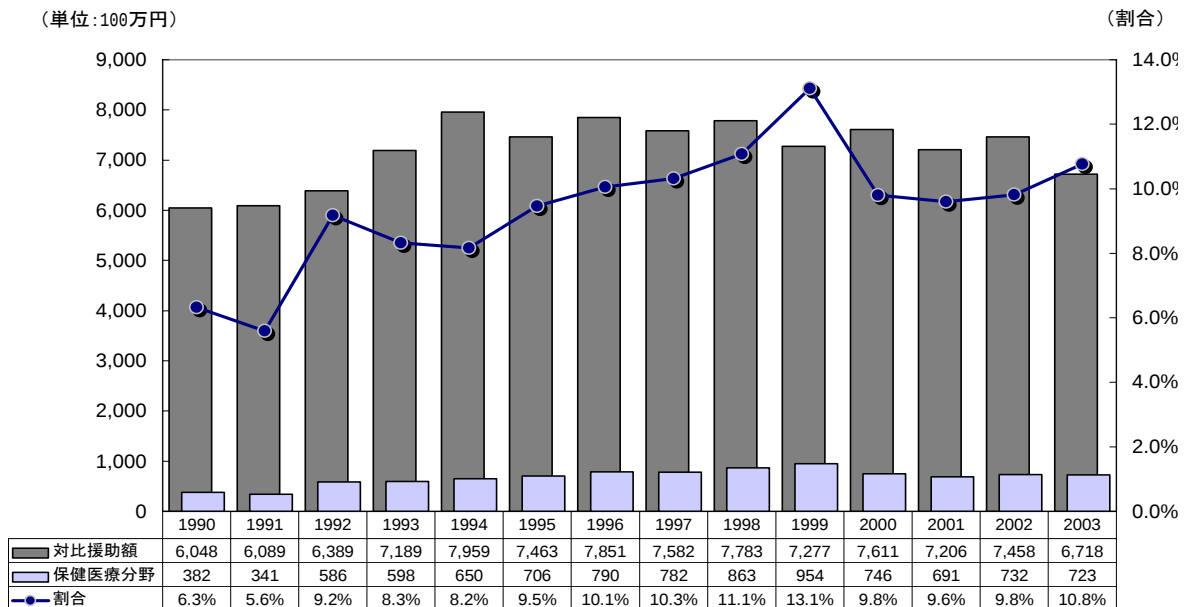
3.3 保健関連 MDGs 達成に向けて戦略的なアプローチがとられているか（戦略性） 1990年～2003年の金額累計における各セクターの割合

図表 3.3.5：対比技術協力援助額のセクター別割合（1990～2003 年金額累計）



出典：JICA 統計 2004 年版より三菱総合研究所作成

図表 3.3.6：対比技術協力援助額及びその中に占める
保健医療分野援助額及びその割合の推移（1990～2003 年）



出典：JICA 統計 2004 年版より三菱総合研究所作成

また、再度「図表 3.3.4：フィリピンにおける日本援助の推移（保健関連）」を参照すると、HIV/AIDS に関しては、フィリピンの MDGs の進捗状況に関する報告書（Philippine Progress Report on the Millennium Development Goals）にその進捗の順調さが明記されているが、援助案件数も特に 1999 年以降減少していることがわかる。また、元来その疾病率、死亡率がそれほど深刻

な水準ではなかったマラリアに関しては、全体的に案件数が少ない。さらに、上記報告において進捗度の遅れが指摘されている母子保健分野については、1990年代前半に少なかった案件数が、2000年を境に増加に転じている。

このように日本の対フィリピン保健分野の援助は、フィリピン側における状況の推移（悪化、改善）に即して実施案件が検討されている様子が伺える。

（7） 戦略的なアプローチが有効であった参考事例

JBIC は、戦略的なアプローチが保健関連 MDGs 達成のために有効であった事例として、スリランカ血液供給システム改善事業をあげている。同事業では、血液供給システム構築にあわせて血液を媒体とする HIV/AIDS などの感染症に対応するために検査精度の向上、医師及び技師のトレーニングなどが並行して実施されたものであった。また、カンボジアのシハヌークヴィル港緊急リハビリ事業では、工事に際する労働者の HIV/AIDS 感染リスクが事前に予想されていたことから、事業実施以前に HIV/AIDS 性感染症対策プログラムを講じるための案件実施支援調査（SAPI）を実施し、労働者への教育・啓蒙活動を通じて意識改革を促す方針が策定・実施された。

（8） 考察

案件発掘、案件形成が戦略的であるかという観点から、主にフィリピンの事例を見ると、次のようにまとめることができる。

- * 日本の援助は継続的に実施されてきており、一度実施した案件については、なるべく長く続けてゆく傾向があること。
- * 要請主義が建前でありながら、最近では被援助国からの要請を尊重しつつも日本として戦略的に重要と考える案件を形成・実施していくというような思考が現れてきている。このために、基本方針の策定や、それを基にした政策対話の継続的实施が必要である。