

2. 各国調査結果

A. ラオス

(1) UNICEF/WHO (WPRO) との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況

ラオス国における UNICEF (国連児童基金) との連携によるマルチ・バイ協力事業は、日本政府と UNICEF の間でマルチ・バイ協力の合意書が取り交わされた 1989 年から 2002 年現在までの 14 年間に亘って実施されており (表 2-1) EPI (予防接種拡大計画) 対策、ポリオ根絶対策、特定感染症対策に対して感染症対策特別機材供与が毎年実施されている。ポリオ根絶対策については 1993 年から 1998 年まで行われており、その後の機材供与は行われていない。供与資機材の内容は、車輛や冷蔵庫などのコールドチェーン機材、NIDs (全国一斉投与) 用ワクチンの他、BCG、麻疹の定期予防接種用のワクチンがその中心である。現在定期予防接種用ワクチン接種率は 50～60% であるが、山間部地域へのアクセスが困難であることから、その伸び率は停滞している傾向にある。またラオス政府はワクチン調達の自立を目指して計画を策定中であるが、保健セクター改革が進められる中、地方政府の接種活動経費確保が課題となっており、ワクチン自立体制の確立は未だ困難な状況にある。

表 2-1 UNICEF/WHO (WPRO) 連携マルチ・バイ協力事業実績

		1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	計
EPI	内容	BCG、 冷蔵庫 車両等		車両等	車両、ワ クチンキャ リア等	ポリオ、 BCG、 麻疹、 車両等	BCG、 麻疹、 車両等	ポリオ、 BCG、 麻疹等	ジフテリア ワクチン、 ポリオ、 BCG、 麻疹等	BCG、 麻疹ワ クチン等	麻疹、 BCG、コ ールドチ ェーン機材 等	三種混 合、破 傷風、 BCG ワ クチン等	BCG、 麻疹、 OPV ¹ ワ クチン等	三種混 合ワチ ン	
	供与額 百万円	68.0	-	42.0	40.0	50.0	45.0	40.0	66.6	40.0	47.0	26.8	22.1	23.6	511.1
ポリオ根絶	内容					EPI 用ワ クチン	NID 用 ワクチン	EPI、 NID 用 ワクチン	EPI、 NID、 HRR ² 用ワクチン	NID 用 ワクチン	麻疹 BCG、コ ールドチ ェーン機 材等	ポリオワ クチン、オ ート バイ			
	供与額 百万円					4.0	20.0	27.4	45.6	27.0	30.0	14.0			168.0
特定感染症	内容												ポリオワ クチン、オ ート バイ	ポリオワ クチン、コ ールド ボックス、 トラック、 注射器 等	
	供与額 百万円												18.5	45.3	63.8
母子健康対策	内容											母子保 健キット、 車両、 保育器 等			
	供与額 百万円											14.6			14.6

注) EPI、ポリオ根絶、特定感染症対策は、UNICEF/WHO (WPRO) 連携、母子健康対策は UNICEF 連携

出所: JICA 資料より作成

¹ OPV: Oral Polio Vaccine (経口ポリオワクチン)

² HRR: High-Risk Response Immunization (ハイリスク AFP に対するポリオワクチン一斉投与)

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

マルチ・バイ協力によるワクチン等の資機材供与は、ラオス国保健省をはじめ、UNICEF、WHO/WPRO（世界保健機構／西太平洋地域事務局）、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性の高さについて同一の見解を有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。

一方で各機関の果たす役割については、これまでの14年間に亘る活動の中で固定化されており、実施のうえで役割分担の不明確さから生じる実施の遅延等の問題は見当たらなかった。しかしながら合意書にはWHO（WPRO）の果たすべき役割が記述されておらず、その位置付けは明確でない。実際にはUNICEFとともに申請内容の協議やA4フォーム作成支援を行っている。通関手続きおよび配送についてはUNICEFがサポートしており、合意書添付のガイドラインに沿った役割を果たしているといえる。ただし、どの程度までサポートしたらよいかについては曖昧であるとの指摘があった。

ヴィジビリティ

ヴィジビリティの観点では、日本とUNICEFが連携してワクチン接種活動を実施していることは郡保健局レベルまではよく知られている。特にワクチンに関しては日本の技術協力プロジェクト³が実施されていたこともありその認知度は高い。ただし、ワクチンの搬送時には、いわゆる日本のODAマークが梱包された箱に貼付されているものの、中央から地方への配送時にはワクチンは小分けにされ、ODAマーク等日本の供与資機材であることを示すものは貼付されていないままに配布されることから、特に末端のヘルスポストレベルでの日本の認知度は低い。コールドチェーン機材についてはODAマーク若しくは日本の国旗が添付されており、日本の供与によるものであることが識別できるようになっている。郡レベルの保健局のみならず中央の保健省においても、日本がUNICEFとの連携によってワクチンや資機材を供与している事実は把握しているものの、各機関のデマケーションや日本の他の技術協力による供与資機材との違いについてまで把握しているスタッフはごく少数であり、マルチ・バイ協力スキーム自体の認知度は低いと判断される。

他スキームとの比較優位性

日本側関係機関は、ワクチン供与においては価格面、供給面における優位性を有するUNICEFと連携することで、経済的かつ効率的な調達が可能になるという点で日本独自のバイ協力では得られないメリットを享受していると考えている。一方で現地調達資機材に関しては、入札図書などの作成が大きな負担となっているとの認識を持っている。また、マルチ・バイ協力をより効率的に実施するためには、他のスキームとの組み合わせが望ましいとの見解を示しており、現段階ではマルチ・バイ協力の他スキームとの比較優位性が見えづらいと考えている。

一方UNICEF側は、マルチ・バイ協力ではワクチンや資機材が補足的に調達されるため、配布システムに費用やスタッフを割り当てることができると考えている。またバイ協力ではそれぞれ

³ ラオス小児感染症予防プロジェクト（1998～2001）

れの国が単独で計画を実施する反面、マルチ・バイ協力では UNICEF と連携を図ることにより、協働作用を高めることが可能であると考えている。ただし、マルチ・バイ協力を補足的な協力として捉えているため、ある程度の技術やシステムを有し、プロジェクト全体の運営がスムーズに行える国に対して有効であろうと指摘している。

保健省は、マルチ・バイ協力の利点として、連携先機関である UNICEF を通じてワクチンを安価に調達できることを挙げている。またバイ協力と異なり、マルチ・バイ協力では申請から実施まで短期間での適用が可能であることも利点の一つであると述べている。

各種開発計画・政策との整合性

ラオス国においては、母子保健分野は 2000 年から 2020 年までの保健政策の中でも重要な政策課題の一つとして取り上げられている。また UNICEF は保健省と合同で実施マスタープラン⁴を作成しており、感染症対策はその中で記述されている重点プログラムの柱となる活動の一つとなっている。これらのことから本協力事業がこれまで実施してきたポリオワクチン供与、また現在促進している定期予防接種用の BCG、麻疹のワクチン供与は、ラオス国および UNICEF のカントリープログラムにも合致しているといえる。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

予防接種にかかる計画策定は、ICC（関係機関調整委員会）によって行われる。ICC 会合には日本および UNICEF や WHO なども参加することから、マルチ・バイ協力事業関連機関は他ドナーも含んだ上位レベルの本会合において、計画の策定および調整を図っている。ICC 会合は 1993 年から 2001 年までは毎月開催されていたが、2002 年からは 3 回 / 年（6 月、9 月、12 月）開催されている。

ICC には以下の 5 つのサブコミッティがあり、それぞれの名称と会合の内容は以下のとおり。これらサブコミッティは毎回議事録が作成され、次の会合までに参加者に回覧される。

表 2-2 ラオス国保健セクターサブコミッティ

サブコミッティ名	会合内容	会合頻度
Logistics	前回会合議事内容の採択	毎月
Finance	先月の活動内容のレビュー	
IEC and Zone 0 Strategy	問題点の把握と解決策の提案	
Surveillance	次月の主な活動内容	
EPI Plus	ミッション等の有無の確認	

日本、保健省、UNICEF および WHO の 4 機関のみで行われる定期会議は特にない。しかし、上記のようなサブコミッティを含む各種会合が設置されていることから、情報交換は十分に行われているものと判断できる。

⁴ Master Plan of Operation：1981 年に「子供の生存および開発のための基本的活動」に焦点を当てて UNICEF はラオス国政府と基本合意書を取り交わしている。1995 年には新たな合意書に代わり広範囲での協力が可能になった。現在はこの合意書のもと、UNICEF はラオス国と共同でカントリープログラムを作成している。

関係機関間で情報交換が行われ、かつ本協力実施に向けて柔軟に対応していることから、計画策定過程は、妥当なものと考えられる。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、 ワクチンおよび資機材の調達、 配布、 モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる。

要請

要請に関しては上記に述べた ICC 会合を通して、大きな枠組みが決められた後に、具体的な要請書が作成される。各年の要請書は保健省の EPI ユニットで作成しており、WHO、UNICEF がその指導を行っている。WHO は本協力事業が開始された翌年つまり 1990 年から本協力事業に関わっている。原案が完成した時点で WHO はマニラのヘッドクォーター事務所に、UNICEF は駐日事務所にコピーを送付して内容のチェックを行っている。チェックが行われた後に JICA が要請書の最終確認を行っており、その後在ラオス国日本大使館に要請書が提出される。このように計画策定から要請書策定の段階まで、UNICEF だけでなく WHO (WPRO) もそのサポートに深く関わっている。各機関がそれぞれの専門性を活かしながら十分なチェックを行っているため適正な申請が行われており、要請書作成は効率的に行われていると考えられる。

ワクチンおよび資機材の調達

ワクチン調達は UNICEF が担当している。UNICEF 調達を通じて行われるコペンハーゲンでの国際競争入札で製薬会社が決定され、そこから直接輸送されている。ラオス国では現在年間 2 回 (3 月と 11 月) の調達を行っている。過去に年 1 回の調達から年 2 回の調達に切り替えた際に、調達が滞ったケースがあるが、それ以後は特に問題はない。また、その他の資機材に関しても、ほとんどが UNICEF 調達であり、資機材の輸送も遅滞および調達量不足等の問題が発生したことはないとのことであった。

ワクチンおよび資機材の配布

空港に到着した資機材については、保健省が通関手続きを行う。また保健省はワクチンについては EPI 事務所に併設されているワクチン保管庫までの搬送、その他の資機材についても保健省保管倉庫までの搬送を行っている。JICA は資機材の到着後に検収調書を発行する。これら中央レベルまでの搬送の過程では特に問題はみられない。

地方へのワクチンおよび資機材の配送も保健省が担当しており、JICA、UNICEF は一切関与していない。資機材の配布については、県からの要請に応じて配布することになっているが、ワクチンに関しては必要に応じて空輸の形態をとる。その他資機材は県保健局の職員が首都ヴィエンチャンの保健省保管倉庫まで陸路で取りに来る。ただし一部の地域は雨季にはアクセスが悪くなるため、定期的な配布が困難な状況にある。

県保健局から郡保健局への配布は、車輛、オートバイおよび自転車等で行われる。また郡保健局からヘルスセンターまでは郡保健局の職員が配布を行っているが、アクセスが容易でない

2.3 投入の妥当性

本事業における投入には、主なものとしてワクチン、コールドチェーン機材、車輛が挙げられる。ワクチンではポリオ根絶のためのワクチンおよび資機材（キャンペーン用）供与の結果2000年に根絶宣言がなされた。また定期予防接種用ワクチンとしてはBCGおよび麻疹ワクチンを供与している。

本協力事業はポリオ根絶に大きく貢献した点、また継続的に定期予防接種用ワクチンを供与してきた点で高く評価されており、投入内容としては妥当であったと判断できる。

他方、ラオス国での供与期間は14年間におよんでおり、ラオス国で本協力事業が開始された当時には協力期間の規定はなかったものの、1993年以降の原則5年間の協力期間を大きく超えている。しかしながら、14年間を経た現在もラオス国のワクチン自立体制は未だ改善されていない点、ポリオの根絶は達成できたものの予防接種率がようやく50%を超えた程度で、今後も継続した予防接種拡大の必要性が高い点を考慮すると、本協力事業の協力期間は5年間以上必要であったと考えられる。

また、プロジェクト方式技術協力（ラオス国小児感染症プロジェクト）との連携もポリオの根絶、BCGの予防接種率の向上に貢献しており、投入が妥当であったと判断できる。

3. 効果

3.1 有効性

我が国はラオス国に対し、1989年からマルチ・バイ協力による感染症対策への支援を実施してきた。これまでの実績については「概要」の章に示したとおりである（表 2-1）。

NIP（国家予防接種プログラム）に占める本協力事業供与額（ワクチン、注射器のみ）の割合を1999年と2001年で比較すると表 2-4のとおりである。1999年には100%であり、2001年にGAVI基金⁶の新型ワクチンの供与がされていても50%を占めていることがわかる。

表 2-4 NIPにおけるマルチ・バイ協力と他国の供与額の比較（US\$）

	1999	2001
ラオス政府	0	0
UNICEF	0	70,878
WHO / AusAid	0	0
JICA	416,039	400,951
GAVI-VF	0	329,576
IDRC（カナダ）	0	0
ロックフェラー財団	0	0
ルクセンブルグ政府	0	0
合計	416,039	801,405
JICAの占める割合（%）	100	50

注）ワクチンと注射器のみの合計額

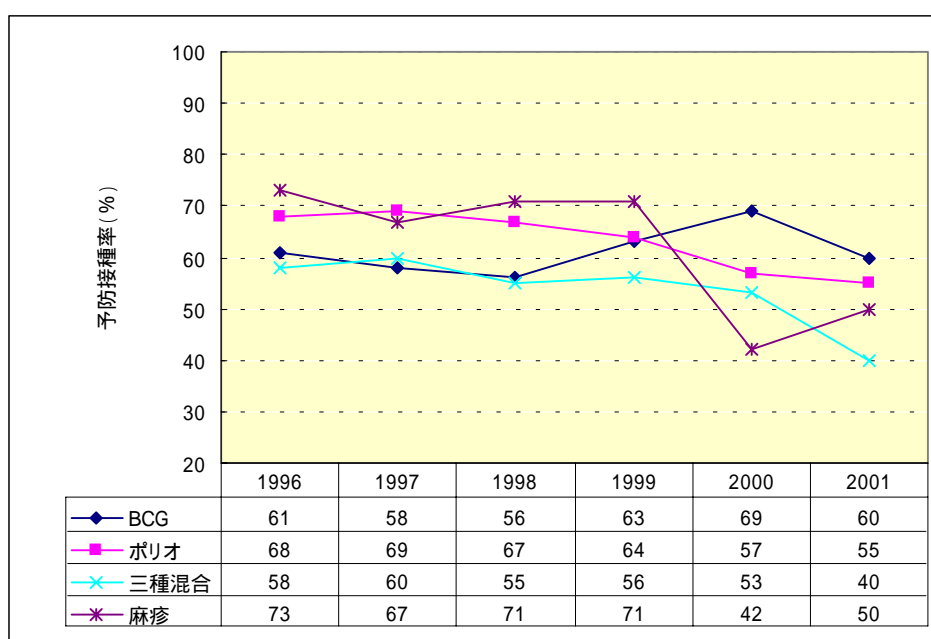
出所：National Immunization Program Financial Sustainability Plan, MOH, 2002.11 をもとに作成

⁶予防接種の推進のために1999年に設立されたGAVI（Global Alliance for Vaccine and Immunization）。ゲイツ財団や民間機関等の支援によりEPI接種拡大と新ワクチンの導入のための基金。

3.2 インパクト

最近6年間の予防接種率(図2-1)をみると、1999年まで60-70%であった予防接種率が下降傾向にある。これはポリオ根絶後に定期予防接種に切り替わったこと、協力による供与が減少してきたこと、1999年には日本のプロジェクトが終了したことによるものと推察される。なお、5才未満児死亡率のデータをみると、1999~2000年にかけて、減少傾向にある(表2-5)。

また、これら予防接種率の結果から、アクセスが比較的容易な地域では末端裨益者に資機材が行き届いていると考えられるが、アクセスが困難な地域までを網羅しているか否かについては判断できない。視察で訪れた郡の保健局ではアクセスの良し悪しに関わらず、アウトリーチ活動計画を立てて、村の診療所に出かけているとの話から、適正に使用されていることが推察できる。



出所：WHO Country Report 2002

図 2-1 予防接種率最近6年間の推移

表 2-5 乳児死亡率・5歳未満児死亡率の推移(参考)

	1995	1997	1999	2001
乳児死亡率(出生千対)	86	86	93	88
5才未満児死亡率(出生千対)	317	322	300	281
合計特殊出生率	6.36	6.69	5.75	4.80
避妊実行率(全ての方法)	-	19	-	19

出所：世界人口白書、UNFPA、1994-2000

また、マルチ・バイ協力事業は14年間にも及び長期的なものであったことから、保健省のキャパシティ・ビルディングに間接的に、かつ徐々にではあったものの貢献したと考えられる。キャンペーンによるワクチン一斉投与および定期予防接種用ワクチン供与により政府の財政面

での負担軽減が図られ、その他の保健政策の推進に貢献したと判断できる。

一方、マイナスのインパクトとしては注射針廃棄処理の問題が挙げられる。本協力事業で供与されている AD (Auto-disable) 注射器の場合、リユーズブルの注射器利用において懸念される感染が極めて少ない上、ワクチン一斉投与の際にはより多くの予防接種が可能となる。しかし AD 注射器を安全に焼却処理することも併せて求められる。現地焼却場の視察の際、注射器だけでなくその他の医療廃棄物も同じセーフティボックスに捨てられ、焼却が十分でない状態で土中に捨てられていた。また廃棄後に被覆されることもなかった。ラオス国では、AD 注射器は現在試験的な導入段階にあるが、予防接種の拡大・進展が、同時に環境汚染、注射針からの感染等の危険性を高めるマイナスのインパクトを引き起こす可能性がある。

3.3 自立発展性

本協力事業は EPI 分野におけるラオス国の自立を支援する目的をもって、これまで 14 年間に亘り継続されてきた。ラオス国の自立発展性については、政策立案能力、予算、人的資源における側面から考察することが可能である。

政策立案能力

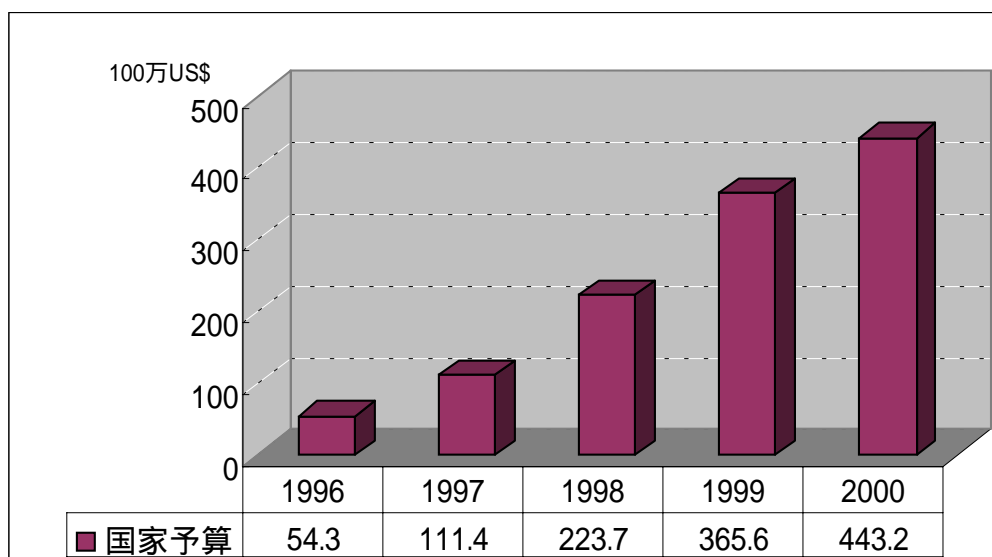
EPI 分野に関するラオス国の政策立案能力は、ICC をはじめとした各ドナーとの共同作業の過程で、一定レベルの政策立案能力に到達していると判断される。これは UNICEF、WHO が医療技術、政策策定、EPI 実施においてアドバイザーの役割を果たしていること、14 年間に亘り繰り返し EPI 実施が実現できたこと、さらには 2000 年においてポリオ根絶が達成され、その後もポリオが発生していない点からも判断されるものである。従って、マルチ・バイ協力により EPI 実施を推進することによって、間接的ではあるものの、政策立案能力における自立発展性が向上したといえる。

予算

ワクチン自立に関する議題は、EPI の年次ワークショップや円卓会議でも取り上げられている。ワクチン自立に関する計画は策定されているものの、2003 年に定期予防接種用ワクチン接種率を 80% に上げることが達成目標に掲げられている。しかしながら保健省はもとよりラオス政府の財政事情は厳しく、EPI に対する政府の毎年の予算は EPI 予算の約 5% (70,000 US\$ 程度) にしか過ぎない。またワクチンの購入についていえば、現在のところ 100% ドナーの支援によるものである。従って、今後も EPI 活動をこれまでどおりに継続し、さらには接種率を飛躍的に上げるためには、他ドナーの協力に依存せざるを得ない状況にある。このような財政事情の中、資金面での自立発展性は現時点では非常に困難な状況にあるといわざるを得ない。

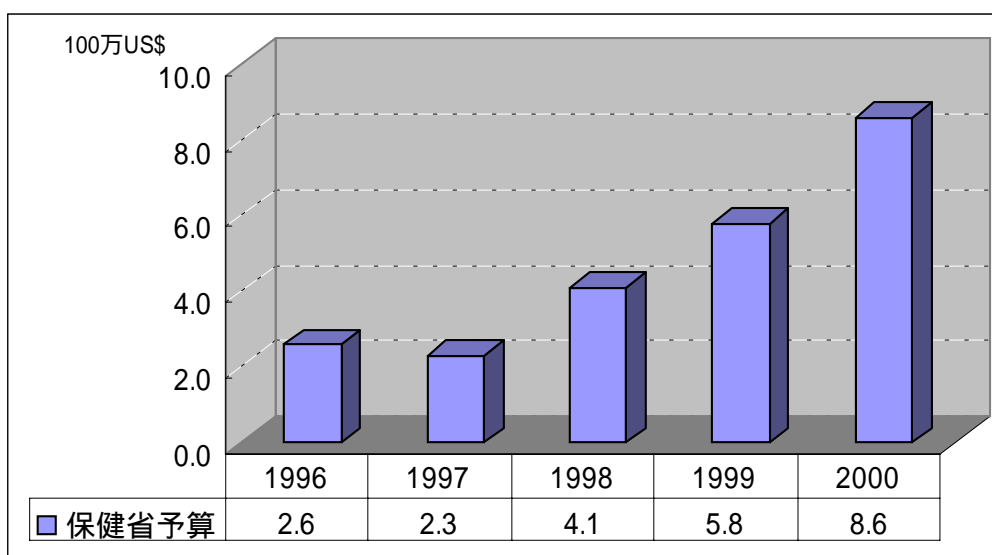
ラオスの国家予算、保健省予算の推移をそれぞれ図 2-2、図 2-3 に示す。

⁷ 職員の給与および維持管理費用を除く



出所: The Study on the improvement of Health and Medical Service in LAO P.D.R Draft Final Report Vol 2; "Trend in Government Health Expenditure" より作成

図 2-2 ラオス国家予算の推移



出所: The Study on the improvement of Health and Medical Service in LAO P.D.R Draft Final Report Vol 2; "Trend in Government Health Expenditure" より作成

図 2-3 保健省予算の推移

人的資源

現在 EPI 活動の推進のために母子保健センターのスタッフは、これまでに築き上げられた実施システムの中で、それぞれの業務を十分に把握し、また的確に業務を遂行する能力を身に付けている。例えば、現地で視察したワクチン管理状況に問題は見られず、また補充の際の申請にかかる一連の手続き、郡保健局への配布システム、相互の連絡体制等は所定の書式を用いながら十分に機能を果たしている。このことから、これまでの 14 年間に亘る協力の結果、中央レベルあるいは地方レベルにおける関連職員の計画立案能力、事務処理能力および問題発生時の対応能力は、確実に向上していると判断できる。

付属資料

他方、現在進められている保健セクター改革に伴い、これまで中央レベルで担っていた業務が徐々に地方へ移管される中で、地方レベルでの計画実施にかかるマネジメント能力を備えた職員は未だ不足している。今後は地方レベルの職員のトレーニングがさらに必要であり、その際、トレーニングにかかる費用の捻出が課題となっている点が指摘されている。

これらの点から、人的資源についての自立発展性は、これまでの中央集権型のラオス政府においては十分に認められるものの、今後セクター改革が進められる中では、さらに人的資源開発が求められることになるといえる。

(2)UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況

ラオス国における UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業は、1995 年から開始されたが、単年度のみでの供与にとどまっておリ、2001 年に再開された。供与資機材は 2002 年に調達されている。

ラオス国において、家族計画サービスは比較的新しい分野であり、1993 年に初めてカントリープログラムが策定されて以来、UNFPA は安全な避妊具（薬）の調達と普及を推進してきた。これら避妊具（薬）の需要増大とその供給のために、保健省および UNFPA は他ドナーからのより多くの援助を必要としている。このような背景の下、本協力事業では、避妊薬の供与を行っている他、プロジェクト方式技術協力⁸において医療特別機材供与が実施されている。しかしながら、経口避妊薬の調達は現地では困難であり、第三国調達を行うべく現在 JICA フランス事務所はその調達を依頼している。また、JICA 技術協力プロジェクトへの医療機材供与については、本邦調達によって医療特別機材（滅菌器、分娩台、避妊具挿入/除去キット等）が供与されている。

表 2-6 UNFPA 連携マルチ・バイ協力事業実績

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	合計
内 容	視聴覚機材、 自動四輪者、 検査試薬						滅菌器、 分娩台、 避妊具挿入/ 除去キット等	
供与額 (百万円)	20.4	-	-	-	-	-	29.2	49.6

出所：JICA 資料より作成

1. 理論

1.1 理論の妥当性

協力の意義・役割分担の明確化

マルチ・バイ協力によるリプロダクティブ・ヘルス分野への支援は、保健省をはじめ、UNFPA、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性の高さについては同様の見解を有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。

一方、本事業における各機関の果たす役割については、JICA、UNFPA の両者においてそれぞれの役割分担が明確でないという指摘があった。JICA 現地事務所では、本協力事業を最初から UNFPA に 1,000 万円、それと「JICA 事務所独自の人口家族計画としての母体保護と保健教育活動に、マルチ・バイ予算のうち 1,000 万円分の機材供与を行う」と捉えている。

JICA 現地事務所の開設は 1996 年 2 月であり、1995 年度の資機材供与に対しては十分な対応がなされていない。また、2001 年度の本件協力再開後に申請した資機材は本年 2002 度に到着したばかりであり、現地調査段階では全てのプロセスにおいて確認することはできなかった。2001 年の申請資機材が繰越されて 2002 年に供与されているが、これは役割分担の不明確さを原因とした遅滞ではなく、本邦調達に遅れが生じたためと考えられる。また、経口避妊薬に関しては、現地に代理店がないことから第三国調達を進めているが、これについても役割分担の

⁸ セタティラート病院強化プロジェクト(1999-2004)

不明確さから生じたものではないと考えられる。しかしながら、本協力事業においては JICA、UNFPA 双方の事務所において、それぞれの役割を明記した文書はなく、また本協力事業に対する認識の違いも見られ、将来的に配送やモニタリングの役割分担の不明確さによる問題が生じる危険性がある。

保健省に関しては本協力事業についての認知度は低い。また事業における役割は殆ど浸透していない状況にある。従って、供与資機材のモニタリングについて、保健省内部では実施されても、JICA および UNFPA への情報提供が滞る可能性が十分にある。

ヴィジビリティ

本事業対象は現在その半分が消耗品（経口避妊薬）であることから、調達後のヴィジビリティへの期待はかなり低い。他方、日本の技術協力プロジェクトに対して既に供与されている医療機材に関しては、ODA 若しくは JICA の援助であることが判るようにマークが貼付されていた。本プロジェクトとの併用もヴィジビリティの点で効果を高めており、日本の援助であることが良く認知されている。しかしながら、プロジェクトが実施されているセタティラート病院の関係者は、プロジェクトによる供与資機材なのか、マルチ・バイ協力による供与資機材なのかの区別はできない。

他スキームとの比較優位性

日本側関係機関は、現在のところマルチ・バイ協力の比較優位性を特に認めるに至っていない。むしろマルチ・バイ協力による効果をどのように測ったらよいかの明確になっていない状況にある。また現地調達資機材も多く、入札図書作成等の手間も多くかかることから特にその優位性が見出せていない。一方、UNFPA は本協力事業における優位性として、資機材や人的資源といった一般資源を両者で共有できる他、UNFPA と連携することで他ドナーを巻き込んだ効果的なプログラムの実施が可能になるとしている。日本側と UNFPA 側の比較優位性に対する考え方の相異は、既に述べた本協力事業に対する認識の違いから来していると推察される。

他方、保健省は本協力事業による資機材調達が遅延状況にあることを挙げ、現在のところはその比較優位性を認めていないが、人的資源開発（保健省職員へのトレーニング等）の効果的な実施に期待を寄せている。

各種開発計画・政策との整合性

ラオス国では保健政策の軸となる「2020年までの保健戦略（Health Strategy up to 2020）」が策定されており、その中期計画として「疾病予防と保健推進活動5カ年計画（Disease Prevention and Health Promotion Activities, 5 year Plan）2001-2005」がある。現在、妊産婦死亡率は650（出生10万対）（出所：The World Bank, World Development Indicators, 2000）と高く、母子保健サービスの質の改善が最優先課題となっていることから、本中期計画においては母子保健が最重要項目として挙げられており、リプロダクティブ・ヘルス計画はその最上位に位置付けられている。これらの点から、人口家族計画分野への本協力事業の適用は、ラオス国の保健政策に整合していると考えられる。また UNFPA のカントリープログラム（2002-2006）においては、まさにリプロダクティブ・ヘルスサービスの改善を目標として活動を実施しており、UNFPA のカントリープログラムにも合致していると判断できる。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

ラオス国では、最初に UNFPA と共同で現状調査、資機材のニーズ調査が行われる。11 月に行われるドナーを含めた年次会議においてその調査結果が全ての部署に提供されて、リプロダクティブ・ヘルスの計画が立てられる。その後作業管理委員会（ステアリング・コミッティ）でその計画の承認を得た後に各ドナーへの援助申請内容が検討されている。2001 年から開始された本協力事業も基本的に同じプロセスを経ており、ラオス国、日本および UNFPA の間で協議された上で、決定されていることから、策定過程は妥当であると判断できる。

JICA 事務所と UNFPA 事務所間では定期的な年次協議は実施していないが、必要に応じて協議が行われている。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、資機材の調達、配布、モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる（表 2-7 参照）。

要請

要請は前述の通り、ラオス国と他ドナー間での協議を経て、申請内容が検討、作成されている。他方、当初経口避妊薬の供与のみを希望していた UNFPA 側と、本協力事業の予算枠内でプロジェクト方式技術協力への機材供与を申請・調達を行っている JICA 側との間に意見の食い違いがあった。この件に関して JICA と UNFPA が協議を行って調整した経緯があるものの、UNFPA ではプロジェクト方式技術協力への供与資機材に関して、管理、モニタリングの責任を負うことが困難であるとの姿勢を示している。今後の要請過程については、再度ラオス国政府、日本関係機関、UNFPA の三者間で協議を行っておく必要がある。

資機材の調達

資機材調達に関しては JICA が全て行っており、JICA プロジェクト方式技術協力向けの供与資機材の多くは本邦調達で一部が現地調達機材である。資機材は 2001 年度申請分については 2002 年度に供与されている。本邦調達に関する通関手続きは保健省側で行っており、また特段調達の遅延は確認されなかった。一方で、経口避妊薬に関しては、現地調達を行う予定であったものの、UNFPA 側が希望する経口避妊薬の仕様の製品を扱う代理店がラオス国内にはなく、JICA による現地調達が実施できなかったことから 2001 年度中の手続きが間に合わず、2002 年度に第三国調達を実施することになっている。第三国調達は現在 JICA フランス事務所に依頼して手続きを進めている段階にある。以上の通り、本邦調達可能な資機材に関しては、それほど問題視されないが、現地調達資機材に関しては、入札図書準備や手配等の手続きが JICA ラオス事務所の大きな負担になっているという指摘もある他、今回のケースのように第三国調達が必要な場合には調達に大きな遅れを生じさせることがある。これらのことから、ラオス国では本邦調達はスムーズに実施されているが、現地調達は効率性、正確性の点で十分に適正であるとはいえない状況にある。

資機材の配布

付属資料

現状では本邦調達資機材に関しては JICA が空港到着までを担当する。通関手続きは保健省が担当している。その後資機材は、ヴィエンチャンにある保健省資機材倉庫（MPSC⁹）に一旦運ばれ、数量のチェックが行われる。倉庫内の資機材は出入状況が記録されており、その数量の収支は適正に管理されている。資機材は地方からの申請に基づいて配布・輸送が行われる。輸送は原則的に保健省が負担している。一部の地域は特に雨季にはアクセスが悪くなるため、定期的な配布が困難な状況にある。現段階では、JICA のプロジェクトに対して供与された資機材は、保健省、母子保健センターとの協議によって各機関への分配品目が決定される。プロジェクトでは近郊の 8 郡病院に配布している。本協力による供与資機材の配布は比較的近郊であるが、アクセスの悪さの問題を恒常的に抱えているラオス国では、地方への配送の機会が増大になるに従い、配布の遅延が予想される。

モニタリング

資機材の活用状況に関するモニタリングに関しては、資機材が今年度から供与が再開されたことから、現在はまだ行われていない。JICA のプロジェクト方式技術協力に対して供与された資機材については、今後の活用状況に関する報告はプロジェクトと保健省で行われるが、これらの資機材については UNFPA が本来希望していたものではないことから、UNFPA 側の支援は期待できない。

表 2-7 実施プロセスにおける役割の齟齬

JICA	規定上の役割		事業内容策定	本協力事業における実際の役割		
	UNFPA	保健省		JICA	UNFPA	保健省
			要請書作成・提出		(オ°-ト)	
			資機材調達			
	(オ°-ト)		資機材配送(空港-中央)			
	(オ°-ト)		資機材配送(中央-現地)			
	(オ°-ト)		(現地での)資機材配布			(県保健局)
	(オ°-ト)		資機材利用・保管			(県保健局)
	(オ°-ト)		モニタリング			(県保健局)

注) ○ : 役割がある/果たしている ; ◐ : あまり役割を果たしていない ; × : 役割を果たしていない ; □ : 役割がない

経口避妊薬のモニタリングに関しては、未だ供与が実現していないものの、UNFPA は保健省の行うモニタリングを支援する役割であることに理解を示している。しかしながら、保健省では本協力事業についての認知度が低いことから、これらの役割について今後十分に協議を行う必要がある。

⁹ 医療品配布センター (Medical Product and Supply Center)

2.3 投入の妥当性

本事業におけるこれまでの投入は、プロジェクト方式技術協力に対するものと UNFPA に対するものの 2 種類がある。プロジェクト方式技術協力に対する供与資機材は、保健省、母子保健センターおよび JICA (プロジェクト) の三者でその分配品目、数量が協議される。プロジェクト向けに分配された資機材は、地域の医療技術向上のために、セタティラート病院を中心とした周囲の 8 つの郡病院へ配布するものであり、投入内容は基本的に妥当であったと判断されるが、供与資機材に対して UNFPA の優位性を活かす場がないことに大きな問題がある。一方で、UNFPA に対する資機材については「リプロダクティブ・ヘルス関連製品の安定供給戦略 (Reproductive Health Commodities Security Strategy : RHCS)」に基づいて配布が行われる予定である。これらはともにリプロダクティブ・ヘルスシステムを推進するものであり、投入内容は基本的に妥当であったと判断される。

3. 効果

3.1 有効性

ラオス国における UNFPA との連携によるマルチ・パイ協力事業は、初回が 1995 年度の単年度供与であったことおよび再開後の資機材到着が 2002 年度であったことから、本事業の有効性を現時点で測ることは非常に困難である。また資機材の内容が、郡病院で必要とする基礎的な医療機材であることから、今後資機材から派生する効果を測定することは困難であろう。

本協力事業の実績については、冒頭の「概況」に示した (表 2-6) のとおり。

参考までに、避妊具 (薬) の必要計画数を表 2-8 に示す。

表 2-8 避妊具 (薬) の必要計画数

	2000	2005	2010
経口避妊薬 (ピル)	1,088.5	1,413.3	1,808.6
コンドーム	294.2	1,189.8	2,371.7
注射薬	74.5	94.9	120.1
IUD	7.7	11.9	17.3

単位：1,000 個

注) 15-49 歳の女性を対象

出所：UNFPA 資料

3.2 インパクト

インパクトについては、経口避妊薬については、出生間隔をコントロールすることによる出生率の変化、母子死亡率の低下の推移、母体の健康改善状況等から、ある程度その派生効果を測ることは可能であると考えられる。ただし、これも同様に現時点においては供与配布前であることからその効果を判断できる時期ではない。

このような状況ゆえに定量的な把握は今回の調査では困難であった。また、データも少なく、出所によっても数値が異なることから、ここでは参考までに、ラオス国の統計センターのデータから妊産婦死亡率と避妊実行率を表 2-9 に示すにとどめる。

表 2-9 妊産婦死亡率と避妊実行率

	1999	2000	2001
妊産婦死亡率（出生 10 万対）	-	530	-
避妊実行率	-	32.0	-

出所： National Statistics Centre, Lao Reproductive of Health Survey (LRHS 2000)

前述したように、本協力事業の供与資機材は一部が調達されたばかりであることから、そのインパクトを確認することはできなかった。

3.3 自立発展性

本協力事業はラオス国の人口家族計画分野における自立発展を促進する目的をもって、開始されたものである。事業が開始されて間もないこともあり、現時点においてその判断は困難であるが、想定される自立発展性を 政策立案能力、 予算、 人的資源における側面から以下に考察する。

政策立案能力

ラオス国では現在、ドナー間会合の後、現状分析の情報が各部署に提供されてリプロダクティブ・ヘルスの計画が策定される。またマルチ・バイ協力によって供与される経口避妊薬は「Reproductive Health Commodities Security Strategy (RHCS)」に基づいて申請されている。本機材供与により各部署の計画が実現可能となることで、保健省の関連職員の政策立案にかかるトレーニングを積むことができる。この点から本協力事業の継続によって政策立案能力の自立発展に役立つことが期待できる。

予算

現在ラオス国の保健省予算は UNICEF 連携マルチ・バイ協力でも述べたように増加傾向にある。一方でラオス国における避妊具（薬）の需要が高まっているにもかかわらず、予算は十分に確保できていない。UNFPA のカントリープログラムによれば 2002 年から 2006 年に必要な避妊具（薬）の見積り額は 600 万 US\$以上に及ぶ。その内訳は経口避妊薬が 250 万 US\$、避妊注射が 200 万 US\$、コンドームが 150 万 US\$、そして 20 万 US\$が IUD である。従って、避妊具（薬）の需要と供給の格差は未だ大きく、現状では、予算面での自立発展は困難であると判断できる。

人的資源

人口家族計画分野においては、ラオス国政府はリプロダクティブ・ヘルスサービスの質の改善を目的として、これまで郡レベルでの家族計画サービス提供者や村の医療ボランティアを対象としたトレーニングを実施している。現在本協力事業による資機材供与は開始されたばかりであるが、今後本協力事業を通じて、医療および家族計画サービス提供者たちのキャパシティ・ビルディングが行われることを期待する。

B. ヴィエトナム国

(1)UNICEF/WHO (WPRO) との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況

ヴィエトナム国における UNICEF との連携によるマルチ・バイ協力事業は、EPI (予防接種拡大計画) としては 1993 年から 5 年間、ポリオ根絶対策としては 1993 年から 1998 年までの 6 年間、さらに特定感染症対策として 1999 年から 2001 年まで実施されており、延べ 10 年間に亘っている。供与資機材の内容は、車輻や冷蔵庫などのコールドチェーン機材もあるが、その多くはポリオ、麻疹ワクチンおよび NIDs (全国一斉投与) 用ワクチンである他、BCG、麻疹の定期予防接種用のワクチンなどである。またワクチン生産用機材が含まれていることが特徴として挙げられる。ヴィエトナム国内では既にポリオ、三種混合ワクチンの製造が可能な状態にあるが、近年移設された三種混合ワクチン製造工場から届いたワクチンの保存状態が良くないまま調達された (凍っていた) ため使用できず、予定されていた調達数を確保できない事態が発生している。そのため現在では本協力期間は基本的に終了しているが、ヴィエトナム国政府は 2002 年にマルチ・バイ協力によって三種混合ワクチンの供与を受けている。現在 BCG、三種混合、破傷風ワクチンについてはヴィエトナム国内での調達が可能なこともあり、現在 90% を超える高い予防接種率を維持している。しかしながら、この高い接種率は他ドナーからの支援に支えられているものであり、ワクチン調達が完全に自立できるまでにはもうしばらくの時間を要する。

表 2-10 UNICEF/WHO (WPRO) 連携マルチ・バイ協力事業実績

		1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	計
EPI	内容	ポリオワクチン等	ポリオワクチン	ポリオワクチン	ポリオワクチン	麻疹ワクチン、車輻等					
	供与額百万円	55.0	34.0	40.0	48.0	53.0					230.0
ポリオ根絶	内容	EPI 用ワクチン等	EPI、NIDs 用ワクチン、ワクチン製造用機材	EPI、NIDs 用ワクチン	EPI、NIDs、HRRI 用ワクチン、ワクチン製造用機材	NIDs、HRRI 用ワクチン	HRRI 用ワクチン、ワクチンキャリア				
	供与額百万円	9.0	8.4	48.0	121.0	104.0	58.0	18.0			366.4
特定感染症	内容							麻疹ワクチン	麻疹ワクチン	麻疹ワクチン、ワクチンキャリア、冷蔵庫等	
	供与額百万円							35.6	40.0	41.1	116.7

出所：JICA 資料より作成

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

マルチ・バイ協力によるワクチン等の資機材供与は、ヴィエトナム国保健省をはじめ、UNICEF、WHO (WPRO)、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性の高さについて同一の見解を

有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。

一方で各機関の果たす役割については、これまでの10年間に亘る活動の中で固定化されており、実施のうえで役割分担の不明確さから生じる実施の遅延等の問題は見当たらなかった。しかしながら合意書にはWHO(WPRO)の果たすべき役割が記述されておらず、その位置付けは明確でないが、実際にはUNICEFとともに申請内容の協議やA4フォーム作成支援を行っている。通関手続きおよび配布は保健省が行うことになっている。現在のところ、本協力事業の各関係組織間のパートナーシップは良好である。しかし、現在の友好関係のもとに得られたそれぞれの役割についての共通認識を明記したものはない。他方、各関係機関相互の協議を通じた情報交換は行われていることから、本協力事業の理論の妥当性は認められると判断できる。

ヴィジビリティ

ヴィジビリティの観点では、日本とUNICEFが連携してワクチン接種活動を実施していることは全国一斉投与キャンペーンなどを通じてよく知られている。ただし、ワクチンの搬送時には、いわゆる日本のODAマークが梱包された箱に貼付されているものの、中央から地方への配送時にはワクチンは小分けにされ、ODAマーク等日本の供与資機材であることを示すものは貼付されていないままに配布されることから、特に末端のヘルスポストレベルでの日本の認知度は低い。コールドチェーン機材についてはODAマーク若しくは日本の国旗が添付されており、日本の供与によるものであることが識別できるようになっており、消耗品以外の機材では一定のヴィジビリティは認められる。

他スキームとの比較優位性

日本側関係機関は、ワクチン供与においては価格面、供給面における優位性を有するUNICEFと連携することで、経済的かつ効率的な調達が可能になるという点で日本独自のバイ協力では得られないメリットを享受していると考えている。

UNICEF側では、UNICEFはバイ協力、マルチ協力の両方を支援できる立場にあり、UNICEFと連携することは多様な種類を扱うワクチン市場において、サプライヤーとのネゴシエーションが容易に行える点で有益であると述べている。さらにバイ協力では十分な成果を挙げられない場合においても、ベトナム政府との協力体制が整っているUNICEFを利用することで、問題回避が容易でありかつ適切な技術支援が可能であると指摘している。

保健省では、UNICEF連携本協力事業を通じてワクチンを供与することで、EPIの質が高まっていること、疾病管理体制が改善されたこと、EPI実施の活力源であることを挙げている。またWHOによる医療技術指導や、A4フォーム作成上のアドバイスもマルチ・バイ協力実施上の大きな助力になっている。

各種開発計画・政策との整合性

ベトナム国においては、母子保健分野は保健政策の中でも重要な政策課題の一つとして取り上げられている。過去のベトナム政府とUNICEF間の協力プログラムでは特にプライマリーヘルスケアが中心となっている。1985年以前では保健医療インフラの整備が緊急課題であったと同時に、プライマリーヘルスケアサービスと必須医薬品の供給に焦点が当てられた。この時期UNICEFは様々な疾病軽減の緊急支援を行っている。また1985年から1990年には、

子供の生存と開発が保健政策の中心となっており、医療従事者の能力強化を含めたプライマリーヘルスケアのインフラ強化が行われている。1991年から1995年においては、プライマリーヘルスケアプログラムの具体的目標として新生児破傷風の排除、ポリオの根絶、麻疹の削減を挙げている他、プライマリーヘルスケアの自立発展を目的とした医薬品の回転基金、住民委員会の設置をうたっている。その中でEPIの強化にも大きな注意が払われている。1996年から2000年においてはプライマリーヘルスケアネットワークの強化、母親の健康、EPI、下痢症(CDD)、急性呼吸器感染症(ARI)の5つの項目に焦点が当てられている。

これらの点から、本協力事業によるワクチンやワクチン製造用機材、またはコールドチェーン機材の供与が、保健政策と十分に整合が取れていたといえる。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

予防接種にかかる計画策定は、保健省を主体とし、日本およびUNICEFやWHOも参加するICC(関係機関調整委員会)で協議される。年4回開催されるICC会合を通じて、計画の策定および調整が図られる。日本、保健省、UNICEFおよびWHOの4機関のみで本協力事業についての合同会議は行われていないものの、ICC会合では様々な情報交換が行われており、対話不足は特に見受けられなかった。

以上の点から本協力事業における計画策定の過程は、関係機関が十分な協議を行って計画策定を行っていることから、策定過程は、妥当なものと判断できる。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に要請、ワクチンおよび資機材の調達、配布、モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる(表2-11参照)。

要請

要請書作成過程は、ラオス国と酷似している。つまり次のような過程である。

ICC会合の場を通して枠組みが決められた後に、具体的な要請書が作成される。WHO、UNICEFの指導のもとに保健省のEPIユニットによって要請書のベースが作成された後、WHOはマニラのヘッドクォーター事務所に、UNICEFは駐日事務所にコピーを送付して内容をチェックしている。チェックが行われてからJICAに提出され、最終確認が行われる。その後、保健省から在ヴィエトナム日本大使館に要請書が提出される。

以上のように保健省がUNICEFおよびWHOのサポートを受け、要請書内容が十分にチェックされて提出されることから、要請書作成過程は効率的であると判断できる。

ワクチンおよび資機材の調達

ワクチンの調達については、UNICEF調達を通じてコペンハーゲンで国際競争入札が行われ、そこで決定された製薬会社から直接ヴィエトナム国に輸送される。ワクチンの調達はこれまで遅滞もなく適切に実施されている。また、その他の主な資機材に関しても、UNICEFが調達を担当している。これまで資機材到着の遅滞および調達量不足等の問題は発生していない。これらのことから調達については効率よく実施されているものと判断できる。

ワクチンおよび資機材の配布

資機材については、JICA が空港到着までの確認を行う役割を果たし、通関手続きは保健省が行う。その後ワクチンは配布先によって国内のワクチン保管設備を備えた 4 つの研究所¹⁰に搬送され、その他の資機材については保健省保管倉庫に搬送される。搬送は全て保健省が行っている。その際 JICA は検収調書を発行している。中央レベルまでの搬送に関しては滞りなく行われていると判断できる。

地方へのワクチンおよび資機材の配送については、中央から省レベルまでは保健省が保健省管轄下の公社 (MEDINSCO) に外注して行う。ただし、一部の地域はアクセスが悪く、定期的な配布が困難な場合もある。

省から県への配布に関しては、省保健局に資機材が到着した後に、県保健局が行う。省および県保健局には冷蔵庫が設置されており、ワクチンの保管、管理が行われている。期限が切れたワクチンについては、省保健局に返却される。コミューンレベルでは現在ワクチンを保管できる環境が十分に整っていないことから、ワクチンは予防接種時に県保健局からコールドボックスで運ばれている。

これらの点から、ワクチンの配布については中央レベルから県レベルまでは効率性が良いといえる。コミューンレベルでは、交通手段やワクチンの保管状況といった制約が大きく、効率性はそれほど高くない。

モニタリング

予防接種にかかるモニタリングは、ヴェトナム政府が主体となり UNICEF、WHO と共同で各省保健局を中心に実施されている。県レベルでのモニタリングは全ての県を対象にするのではなく、モニタリング対象の県を無作為に選定して実施している。現地視察ではハノイ国立疫学研究所の保冷库を視察したが、毎日保冷库内の温度のモニターを行っているとのことである。また、在庫数についても細かなチェックがなされていた。予防接種の状況はひな形に従い適正に管理表に記録されており、配布されたワクチンの在庫もストック数が常に把握されていた。ワクチンの補給に関しては、予防接種対象者数から最大および最小ストック数が決められており、最小ストック数を下回る場合に追加のワクチン要請を行っている。

このようにモニタリングのシステム自体は UNICEF、WHO の支援のもと、一定のレベルを満たしていると判断できる。

¹⁰ ハノイ国立疫学研究所 (NIHE)、ホーチミンパスツール研究所、中部パスツール研究所、高原予防衛生研究所

3. 効果

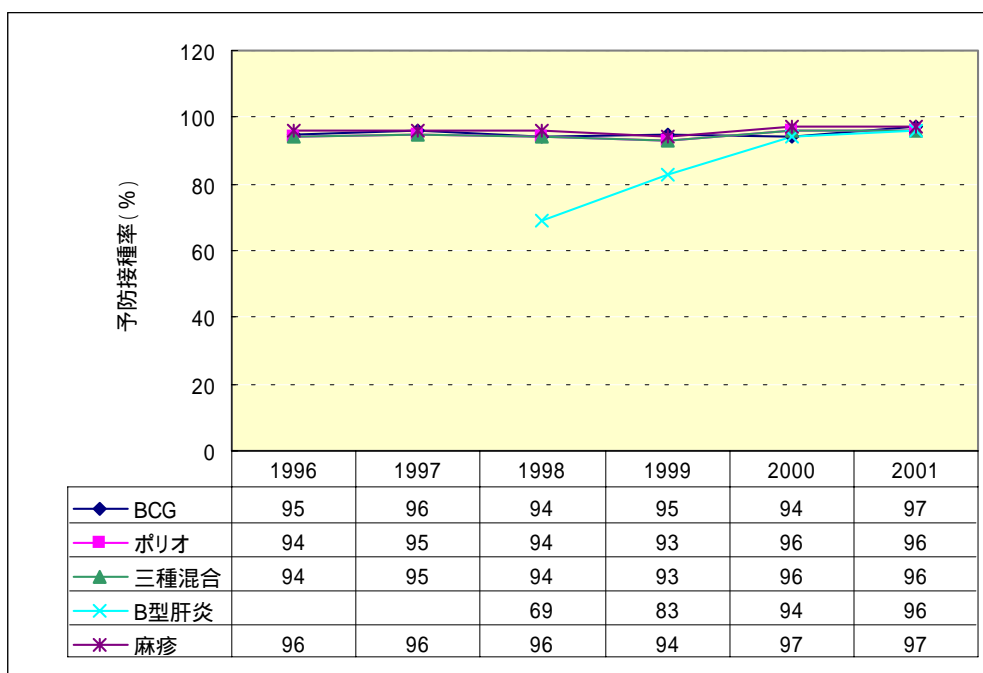
3.1 有効性

ベトナムに対するマルチ・バイ協力は 1993 年から実施されてきた。UNICEF 連携マルチバイ協力実績は表 2-10 に示すとおりである。

3.2 インパクト

ベトナム国でのマルチ・バイ協力の実績は 1993 年からであるが、近年は麻疹ワクチンが主な供与資機材である。図 2-4 に予防接種率をグラフに示した。ほぼ全てのワクチンについて 90%以上の高い予防接種率を維持しているのが判る。また乳児死亡率および 5 才未満児死亡率を表 2-12 に示した。緩やかではあるが、ともに減少傾向にある。いずれの数値も本件協力事業のみによって得られるものではないが、本件協力事業がその一端を担っていたということではできる。

供与資機材の活用状況については、90%以上の接種率が維持できているのは、末端レベルにおいても十分に供与資機材が活用されている結果であると推察される。



出所：WHO Country Report 2002

図 2-4 予防接種率最近 6 年間の推移

表 2-12 乳児死亡率・5 歳未満児死亡率の推移

	1995	1997	1999	2001
乳児死亡率(出生千対)	37	37	38	34
5才未満児死亡率(出生千対)	88	128	111	89
合計特殊出生率	3.69	2.97	2.60	2.25
避妊実行率(全ての方法)	65	65	75	75

出所：世界人口白書、UNFPA、1994-2000

また、本協力事業は10年にも及ぶ長期的なものであったことから、保健省のキャパシティ・ビルディングに間接的に、かつ徐々にではあったものの貢献したと考えられる。またキャンペーンによるワクチン一斉投与および定期予防接種用ワクチン供与により政府の財政面での負担軽減が図られたことから、その他の保健政策を推進できたと判断できる。さらに国内におけるワクチン製造が可能になったことによって、プライマリーヘルスケアの戦略が大きく変化し、ワクチン供与と併せて、ヴィエトナム国の保健政策の活性化を促すことができたと考えられる。また他の保健政策の実現により、政策策定、計画実施面で保健省職員のキャパシティ・ビルディングに貢献した点が指摘されている。

他方、注射針廃棄処理は現在、解決すべき大きな課題として取り上げられている。本協力事業で供与されているAD注射器は、リユーズブルの注射器利用において懸念される注射針による感染がない上、ワクチン一斉投与の際にはより多くの予防接種が可能となるが、AD注射器を安全に焼却処理することも併せて求められる。現在は既存の焼却場を利用している他、フランスの支援によって処分場の設置が行われている。現地調査において、焼却場の視察はできなかったが今後も継続して最終処分場の整備が必要と考えられる。

3.3 自立発展性

本協力事業はEPI分野におけるヴィエトナム国の自立を支援する目的をもって、これまで10年間に亘り継続されてきた。ヴィエトナム国の自立発展性については、政策立案能力、予算、人的資源における側面から考察することが可能である。

政策立案能力

EPI分野に関するヴィエトナム国の政策立案能力は、ICC会合をはじめとした各ドナーとの共同作業の過程で、比較的高いレベルの政策立案能力に到達していると判断される。これはUNICEF、WHOが医療技術、政策策定、プログラム実施においてアドバイザーの役割を十分に果たしていること、10年間に亘り繰り返しプログラム実施が実現できたこと、一部分ではあるものの国内でのワクチン製造、調達が可能になっていること等の点から判断されるものである。従って、マルチ・パイ協力によってEPI実施が推進したことにより、間接的ではあるものの、政策立案能力における自立発展性が向上したといえる。

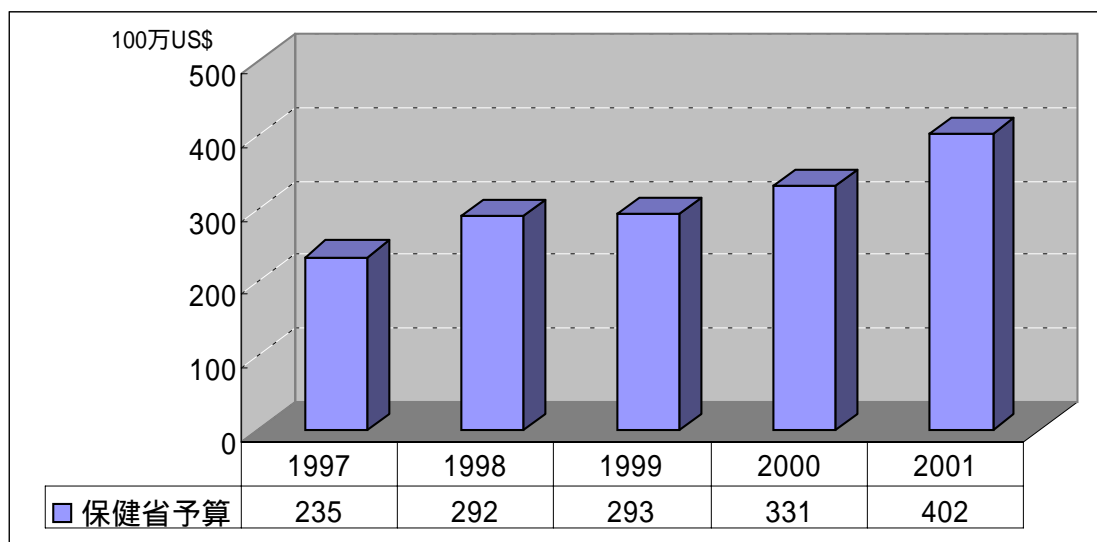
予算

ワクチン自立に関しては、ヴィエトナム国保健省の予算は年々増加傾向にあり、EPIに対する特別予算も1995年の40億VDN(約26万US\$)から2001年の70億VDN(約46万US\$)へと上昇している¹²。現在ワクチン自立に関する計画を策定中であるものの、未だにEPI予算の50%以上は日本の協力によるものである。90%を超える予防接種率は、他ドナーの支援によって支えられるものであり、ヴィエトナム国政府だけで維持していくのは財政的に難しい。今後もEPI活動をこれまでどおりに継続し、接種率を維持するためには、他ドナーの協力を依存せ

¹² National Institute of Hygiene and Epidemiology (NIHE), Ministry of Health

ざるを得ない状況にある。これらのことから、ヴェトナム国の財政的自立発展性は現時点では未だ十分でなく、ヴェトナム国の自立状況を考慮した支援がもうしばらくは必要であると考えられる。

ヴェトナム国保健省予算の推移を図 2-5 に示す。



出所：保健省提供資料より作成

図 2-5 保健省予算の推移

人的資源

現在 EPI 活動のスタッフは、これまで築き上げられてきた実施システムの中で、それぞれの業務を十分に把握しまた的確に業務を遂行する能力を身に付けている。現地で視察したワクチン管理状況や、補充の際の申請にかかる一連の手続き、郡保健局や村（コミューン）レベルへの配布システム、相互の連絡体制等、所定の書式を用いながら十分に機能を果たしている。このことから、これまでの 10 年に亘る本協力の結果、中央レベルあるいは地方レベルにおける関連職員の計画立案能力、事務処理能力および問題発生時の対応能力は、確実に向上していると判断できる。

これらの点から、人的資源についての自立発展性は、現在のヴェトナム国においては十分に認められるといえる。

(2)UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況

ヴィエトナム国では1989年から1999年にかけての平均人口増加率が1.7%であるが、合計特殊出生率は1989年の3.8人から1999年には2.3人に減少している。しかしながら、社会構造全体ではまだ若年層が多いことから、2010年までに年間1.0～1.1百万人の人口増加が予想されている¹³。ヴィエトナム国政府は国家人口戦略(2001-2010)における重点課題として、人口成長速度の漸減、人口や人口構成への組織的、積極的な対応、国民登録システムの設置を挙げている。またUNFPAでは、ヴィエトナム国の戦略に沿う形でリプロダクティブ・ヘルス戦略と人口開発戦略の2つのサブプログラムを掲げている。

ヴィエトナム国におけるUNFPAとの連携によるマルチ・バイ協力事業は、1998年から開始されており、教育用資機材、避妊具およびコミュニケーションヘルスセンター向け基礎的医療器具が供与されている。また1997年6月よりJICAのプロジェクト方式技術協力によるリプロダクティブ・ヘルス・プロジェクトの第1フェーズが実施されており、2000年9月から第2フェーズが開始されているが、本プロジェクトの中でマルチ・バイ協力の活用が開始された経緯がある。1998年に供与された教育用資機材は計9省に配布され、トレーニング用機材として活用されている。他方、避妊具(コンドーム)は2年間に亘り計22省に配布されている。

表 2-13 UNFPA 連携マルチ・バイ協力事業実績

	1998	1999	2000	2001	合計
内容	マグネルキット 教育教材 マギーエプロン	コンドーム	コンドーム	避妊具挿入/除去 キット 回診用ワゴン 滅菌器等	
供与額 (百万円)	15.2	22.9	20.0	22.0	80.1

出所：JICA 資料より作成

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

マルチ・バイ協力によるリプロダクティブ・ヘルス分野への支援は、保健省をはじめ、UNFPA、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性の高さについては同様の見解を有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。

ヴィエトナム国において人口家族計画は、保健政策上の重要課題の一つであり、1970年代後半よりヴィエトナム国でリプロダクティブ・ヘルスの分野において活動を展開しているUNFPAと連携協力することは、より効率的な協力を実施する上で非常に意義深いものと考えられる。

これまでの本協力実績に対し、1999年、2000年の供与資機材について評価がUNFPA負担で今年度実施された。1998年の供与資機材分についてはJICA側で評価を行うことになっている。しかしながら、これら調査は、今年になって始められたものであり、1994年に交わされた合意文書に従い計画的に行われたものではなく、本事業における各機関の果たす役割がJICA、ヴィ

¹³ National Population Strategy 2001-2010

エトナム国政府、UNFPA の三者において明確になっていないと考えられる。

UNFPA 連携マルチ・バイ協力は今年で最終年である 4 年目を迎えており、現在実施中の評価結果を踏まえた上で、次年度以降の協力について検討を行う予定である。

ヴィジビリティ

本事業対象はその約半分が機材（教材含む）、残り半分が消耗品（コンドーム）である。コンドームに関しては、調達後のヴィジビリティへの期待はかなり低い。他方、JICA プロジェクト対象省内にて既に供与され、郡の保健局等に配布されている医療教育用機材に関しては、ODA 若しくは JICA の援助であることが判るようにマークが貼付されていた。日本のプロジェクトとの併用がヴィジビリティをより高めており、日本の援助であることが良く認知されている。しかしながら、保健局側関係者には、プロジェクトによる供与資機材なのか、マルチ・バイ協力による供与資機材なのかの区別は難しい。

他スキームとの比較優位性

コンドームに関しては 2000 年と 2001 年に供与され、1,250 万個が国家人口家族委員会（NCPFP¹⁴）により計 22 省に配布されている。また 2002-2003 年には国家人口家族委員会を通じて 7,000 万個のコンドームの配布が UNFPA によって計画されている。このように日本からの供与資機材を UNFPA がヴィエトナム国政府と共同で配布を実施し、その評価結果を次回避妊具（薬）の配布計画に反映し、協力の成果を多方面に役立てることが可能であるなど、それぞれの機関が優位点を活かし、連携しながら計画を実施するという点において、バイ協力やマルチ協力だけでは得られない比較優位性があると判断できる。

各種開発計画・政策との整合性

ヴィエトナム国では ICPD（国際人口開発会議）、ICPD+5 での提案事項を踏まえ、2000 年に国家 10 年戦略として「National Population Strategy, 2001-2010」および「National Strategy on Reproductive Health Care, 2001-2010」を発表した。同戦略には、2010 年までに全ての成人男女に対して質の高いリプロダクティブ・ヘルスサービス・情報が提供されること、サービスへのアクセスおよび地域・人口集団間の質的格差を埋めることなどが盛り込まれている。これらの点から、本協力事業を通じて実施される人口家族計画分野の活動は、ヴィエトナム国の保健政策に合致していると判断できる。また UNFPA のカントリープログラム（2001-2005）においてもリプロダクティブ・ヘルス戦略と人口開発戦略の 2 つのサブプログラムを掲げており、リプロダクティブ・ヘルスケアの質の改善強化への貢献、IEC 機材の開発と普及への支援、人口とリプロダクティブ・ヘルス、ジェンダーの統合への貢献等が盛り込まれている。これらのことから本協力事業は、ヴィエトナム国の人口家族計画を支援することを目的とした UNFPA のカントリープログラムとも合致していると判断できる。

¹⁴ National Committee for Population and Family Planning、2002 年 7 月より CPFC (Committee for Population, Family and Children)に変更

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

ヴィエトナム国において 1998 年から開始された本協力事業の申請については、CPFC（人口家族子供委員会）が主体となって A4 フォームの作成を行っている。その後 UNFPA においてチェックが行われたあとに在ヴィエトナム国日本大使館、JICA に提出される。同時に計画投資省¹⁵にも提出される。

JICA 事務所と CPFC、UNFPA 事務所間では協議を行っており、申請内容に関する情報交換が行われていることから、策定過程については概ね妥当であると判断できる。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、 資機材の調達、 配布、 モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる（表 2-14 参照）。

要請

要請は前述のとおり、ヴィエトナム国 CPFC が主体となって A4 フォームを作成、UNFPA のチェックを経て要請に至る。資機材内容については基本的には NCPFP 側が提案するが、本協力事業の初年度である 1998 年については、日本の技術協力プロジェクトにおける活用を考慮して決められている。その後は NCPFP、UNFPA のプログラムに沿って申請内容が検討されている。これらのことから、要請に関しては現在特に問題は見られなかった。

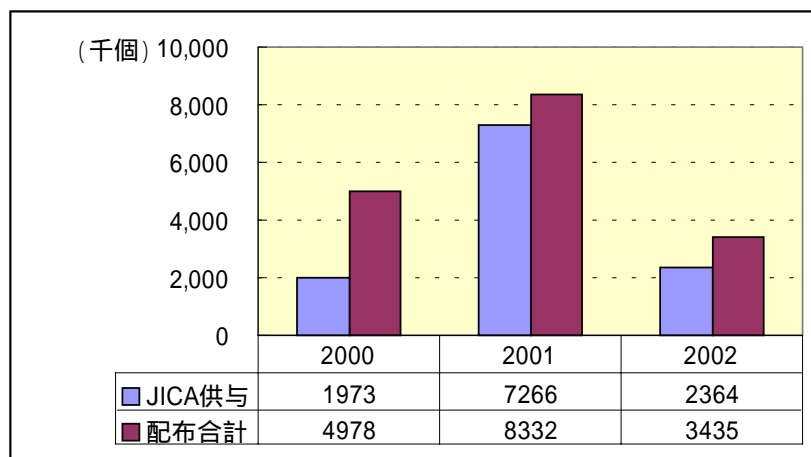
資機材の調達

資機材の調達に関しては、初年度の JICA 技術協力プロジェクト向け機材は本邦調達により供与されている。その後の資機材は全て現地調達で行われている。資機材の調達に関しては、初年度に、一部資機材（人体模型）が手違いにより通関手続き後の引渡しが遅れたことがあったものの、本邦調達に特に問題は見られなかった。また、現地調達に関しても、資機材調達は迅速に対応してもらっているとのコメントもあり、大きな問題は見られないことから、適切に行われていると判断できる。

資機材の配布

本邦調達資機材に関しては JICA が空港到着までの確認を行う役割を果たし、保健省が通関手続きを担当している。通関後は、ヴィエトナム国内の保健省倉庫に運ばれる。現地調達の場合は直接保健省倉庫へ納入される。これまでハノイ、ダナン、ホーチミンの 3 ヶ所の保健省倉庫が利用されている。中央倉庫から省若しくは郡への配布は年 1 回行われるが、地方レベルでは 1 回の配布で全ての資機材を保管するだけの十分な規模を持つ倉庫は少ないことが指摘されている。地方への配布は、倉庫容量を考慮して数回に分けて行うべきと思われる。また地方山岳部へのアクセスは道路未整備のため困難であり、郡レベルからであっても資機材の配布は容易ではない。

¹⁵ Ministry of Planning and Investment



注) 2002 年は 6 月までの数字

出所: The JICA sponsored, free-of-charge condom distribution programme
2000-2001 Evaluation Report

図 2-6 対象省全体のコンドーム配布状況

3. 効果

3.1 有効性

ヴィエトナム国における UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業では、資機材の供与のみを行っており、その有効性を測ることは困難である。

本協力事業での供与実績は冒頭の「概況」にある表 2-13 のとおりである。

参考までに、避妊具(薬)の必要計画数を表 2-15 に示す。

表 2-15 避妊具(薬)の必要計画数

単位: 1,000 個

	2000	2005	2010
経口避妊薬(ピル)	11,403.3	18,518.4	26,190.5
コンドーム	108,605.3	141,694.8	176,043.0
注射薬	296.8	1,281.6	2,374.2
IUD	1,640.9	1,617.3	1,551.5

注) 15-49 歳の女性を対象

出所: UNFPA 資料

3.2 インパクト

ヴィエトナム国における供与実績は 1998 年からであり、インパクトを測るにはあまりに期間が短い。参考までに合計特殊出生率、避妊実行率を表 2-16 に示す。

表 2-16 妊産婦死亡率、避妊実行率(参考)

	1995	1997	1999	2001
合計特殊出生率	3.69	2.97	2.60	2.25
避妊実行率(全ての方法)	65	65	75	75

出所: 世界人口白書、UNFPA、1994-2000

本協力事業の供与資機材は教材、消耗品、基礎的医療器具と多岐に亘っている。そのため、個々の供与資機材によるインパクトは一樣ではない。

資機材の配布先に日本のプロジェクト方式技術協力の対象地域が含まれており、プロジェクト内で行われている保健局スタッフへの技術研修にも教材が活用されている。現場視察訪問の際には郡保健局スタッフが供与された教材（マギーエプロン）を活用しながら開催している、地域住民の両親学級の様子を視察できた。プロジェクト対象地区内で本協力事業による供与資機材が有効に活用されていることが判った。

避妊具については消耗品であるため、教材と比較して他スキームの効果・効率の向上の点ではそれほどインパクトは認められないが、避妊具の配布はベトナム国の人口戦略上、大量に必要な日用品である。本協力事業で供与されたコンドームも対象省内で大量に配布されている（図 2-6）。戦略実施上で CPFC のモチベーションを高めたと同時に、STD（性感染症）/HIV の予防にも非常に有効であることが UNFPA より指摘されている。

3.3 自立発展性

本協力事業はベトナム国の人口家族計画分野における自立発展を促進する目的をもって、開始されたものである。本協力事業による自立発展性を 政策立案能力、 予算、 人的資源の側面から以下に考察する。

政策立案能力

ベトナム国では CPFC（前 NCFPP）主導で人口家族計画が策定される。現在「国家人口戦略（National Population Strategy, 2001-2010）」および「リプロダクティブ・ヘルスケア国家戦略（National Strategy on Reproductive Health Care, 2001-2010）」が策定され実施されている。

本協力事業の初年度の供与資機材に関しては、日本のプロジェクト専門家との協議によって、配布にかかる様々なアドバイス等支援を受ける機会にも恵まれることから、JICA のプロジェクト方式技術協力を活用することも、その効果を高める要因となりうると考えられる。また本機材供与により各部署の計画が実現可能となることで、保健省の関連職員の政策立案にかかるトレーニングを積むことができると考えられるが、彼らの政策立案能力の自立発展性が向上したかどうかについては確認できなかった。

予算

現在ベトナム国の保健省予算は既に UNICEF 連携の章で示したように増加傾向にある。国内における避妊具（薬）の需要が高まっている一方で、ベトナム国では既にコンドームの生産が行われており、国内調達が可能で体制が整いつつあると判断できる。また他の避妊具や基礎医療器具に関しては財政上、他ドナーの支援を得なければならない状況にあり、自立発展性は向上しているものの、十分な段階であるとはいえない。

人的資源

人口家族計画分野においては、ベトナム国政府はリプロダクティブ・ヘルスサービスの質の改善を目的として、IEC 機材の開発や普及を政策内に盛り込んでいる。日本のプロジェクト方式技術協力においては、保健局スタッフのトレーニングを実施しており、その技術向上に

本協力事業によって供与された資機材が有効活用されている。また、中等保健学校にも同様の機材が供与されており、実際に授業で用いられている様子を視察することができた。これらのことから、他の日本の技術協力と連携したり、教育機関に資機材供与することで人材育成を効果的に行うことが可能であると判断できる。また避妊具（コンドーム）については配布を実施する過程の中で、関係者の計画運営能力、事務能力のトレーニングに役立っていると考えられる。

C. カンボディア国

(1) UNICEF/WHO (WPRO) との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況

1980年代、カンボディア国の5才未満児死亡率（出生千対）は300以上であったといわれており¹⁶、破傷風、ジフテリア、百日咳、麻疹による死亡率は、その原因の30%以上であると見積もられている。また毎年少なくとも1,000人以上の子供がポリオに冒されていた。1981年、カンボディア国政府は、これらの疾病に対し、UNICEFの協力のもと、子供の予防接種のための戦略を採択し、EPI(予防接種拡大計画)を1986年10月に正式に開始した¹⁷。1998年の一般選挙以後は、軍事支出が削減され、社会セクターにおける支出が増加している。これに伴い、保健分野への国家予算の割当も増加している状況にある¹⁸。

カンボディア国におけるUNICEFとの連携によるマルチ・バイ協力事業は、EPIとしては1992年から現在までの11年間、ポリオ根絶対策としては1993年から1999年までの7年間、さらに特定感染症対策として2000年と2001年の2年間、母と子供のための健康対策では1999年から現在までの4年間実施されている。供与資機材の内容は、車輛や冷蔵庫などのコールドチェーン機材もあるが、そのほとんどはポリオ、麻疹といったワクチン、EPI、NIDs(全国一斉投与)用ワクチンの他、BCG、三種混合などの定期予防接種用のワクチン供与がその中心である。母と子供のための健康対策ではペニシリン系抗生物質、メベンダゾール等の必須医薬品が供与されている。

表 2-17 UNICEF/WHO (WPRO) 連携マルチ・バイ協力事業実績

		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	計
EPI	内容	BCG、麻疹ワクチン	ポリオ、麻疹ワクチン、冷蔵庫等	ポリオ、麻疹ワクチン等	ポリオ、麻疹ワクチン等	ポリオ、麻疹ワクチン等	BCG、麻疹ワクチン等	BCG、麻疹、破傷風ワクチン等	三種混合、破傷風、BCGワクチン等	ポリオ、三種混合、麻疹、TTワクチン等	BCG、三種混合、滅菌器等	
	供与額百万円	42.0	40.0	40.0	40.0	80.0	40.0	38.2	31.8	32.0	40.0	424.0
ポリオ根絶	内容		EPI用ワクチン等	EPI用ワクチン等	EPI、NIDs用ワクチン	EPI、NIDs、HRRRI用ワクチン	NIDs、HRRRI用ワクチン	HRRRI用ワクチン、コールドチェーン、車輛、麻疹ワクチン等	ポリオワクチン			
	供与額百万円		9.0	8.4	48.0	121.0	104.0	58.0	18.0			366.4
特定感染症	内容									ポリオ、破傷風、三種混合、麻疹ワクチン等	麻疹、経口ポリオワクチン等	
	供与額百万円									34.7	47.7	82.4
母子健康対策	内容							基礎的医薬品、HIV検査キット、車両等	抗生物質、経口補水塩等	ペニシリン系抗生物質等	クロキサリン、葉酸、メベンダゾール等	
	供与額百万円							16.0	47.9	29.9	20.0	113.8

注) EPI、ポリオ根絶、特定感染症対策は、UNICEF/WHO (WPRO) 連携、母子健康対策は UNICEF 連携
出所: JICA 資料より作成

¹⁶ WHO, Impact of JICA support for immunization programme in Cambodia
¹⁷ Impact of support for immunization programme in Cambodia; MOH
¹⁸ Master plan of operation, 2001-2005; Royal Government of Cambodia/UNICEF

カンボディア国での予防接種率は 1990 年には約 40-50%であったが、1999 年には約 65%に上昇し、BCG では 78%に至っており、またポリオは 1997 年初め以来、報告されたケースはなく 2000 年 10 月にはポリオ根絶宣言が行われている。

1998 年の調べでは、乳児死亡率 (出生千対) は 89 となっており、5 才未満児死亡率 (出生千対) は 115 となっている。

1 . 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

マルチ・バイ協力によるワクチン等の資機材供与は、カンボディア国保健省をはじめ、UNICEF、WHO (WPRO)、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性について同一の見解を有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。

一方で各機関の果たす役割については、これまでの 11 年間に亘る活動の中で固定化されており、実施のうえで役割分担の不明確さから生じる実施の遅延等の問題は見当たらなかった。しかしながら合意書には WHO (WPRO) の果たすべき役割が記述にされておらず、その位置付けは明確でないが、実際には UNICEF とともに申請内容の協議や A4 フォーム作成支援を行っている。通関手続きおよび配布は保健省が行う。本協力事業は要請段階から各関係組織の間で十分な協議を行っていることから、パートナーシップは良好である。他方、それぞれの役割を明記した文書等はないものの、各関係機関相互の協議を通じた情報交換は行われている。

ヴィジビリティ

ヴィジビリティの観点では、日本と UNICEF が連携してワクチン接種活動を支援していることは NIDs キャンペーンなどを通じてよく知られている。ただし、ワクチンの搬送時には、いわゆる日本の ODA マークが梱包された箱に貼付されているものの、中央から地方への配送時にはワクチンは小分けにされ、ODA マーク等日本の供与資機材であることを示すものはない。末端のヘルスポストレベルでの日本の認知度は低く、アウトリーチ活動視察の際にも、供与された車輛もしくはオートバイに貼付されたマーク以外に、日本の協力であることを示すものは見当たらなかった。コールドチェーン機材については ODA マーク若しくは日本の国旗のマークが添付されており、日本の供与によるものであることが識別できるようになっている。

以上のことから、一部の関係者には本協力事業を通じて行われた日本の協力は知られているが、全体的にはマルチ・バイ協力事業自体の認知度は低いと判断される。

他スキームとの比較優位性

日本側関係機関は、ワクチン供与においては価格面、供給面での比較優位性を有する UNICEF と連携することで、経済的かつ効率的な調達が可能になるという点で日本独自のバイ協力では得られないメリットを享受していると考えている。

UNICEF 現地事務所は、UNICEF がワクチン調達についての比較優位性を有していることに加え、JICA にとって有利な点として、UNICEF、WHO との連携によってカンボディア政府との政策協議や計画の調整が容易になること、またカンボディア政府への着実な支援が可能になることを挙げている。さらに MDGs (ミレニアム開発目標)、IDI (沖縄感染症対策イニシアティブ)

ブ)等を具体的に実現できる協力であると指摘している。

保健省では、JICAとUNICEFの連携でワクチン、コールドチェーン機材、車輛等が供与されたことにより、EPIの効率的な実施が可能になったとしている。またWHOによる医療技術指導や、A4フォーム作成上のアドバイスもマルチ・バイ協力によるEPI実施上の大きな助力になっている。

各種開発計画・政策との整合性

カンボディア国の現在の保健政策¹⁹には、13の基本的な項目が掲げられており、保健戦略計画の基礎となっている。13項目の中には「国民への基本保健サービスの提供」、「疾病予防と管理への優先的な取り組み」、「母と子供への質の高いケアに関する優先的な取り組み」等が含まれており、母子保健分野は保健政策の中でも重要な政策課題の一つとして取り上げられている。この保健戦略計画には20におよぶ戦略が盛り込まれているが、それらは全てこの13の項目に沿ったものとなっている²⁰。

カンボディア国とUNICEFのパートナーシップは1952年に遡り、UNICEFは国連による緊急支援(1979~1981年)の主要エージェンシーとなっている²¹。1989年以降は基本的な緊急活動から子供と女性の開発/保護のための安定したシステムの構築へとその活動の取り組みはシフトしている。1996-2000年には、カンボディア政府とUNICEFは共同で「オペレーション・プラン(Plan of Operation, 1996-2000; A Program for Children and Women in Cambodia)」を作成している。その中では子供と女性に関する現状分析および問題分析がなされ、様々なプログラムが描かれているほか、基本的項目としてEPIの強化、必須医薬品についても言及されている。

これらの点から、本協力事業によるワクチンやコールドチェーン機材供与および必須医薬品の供与は、保健政策またはUNICEFカントリープログラムと十分に整合が取れていたといえる。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

カンボディア国では、保健セクターにおけるドナーからの様々な支援を調整することを目的として、1990年代半ばにCOCOM(関係機関調整委員会)が設置された。COCOMは毎月開催されており、マルチ・バイ協力による申請資機材についてもCOCOMにおいて協議が行われる。具体的なワクチンの量や配布先等については、UNICEF、WHOと毎年協議を行い決定している。

以上のように本協力事業における計画策定の過程では、関係機関がCOCOMを通じて十分な協議を行うと共に、本協力事業によって供与される資機材の量、配布先もUNICEF/WHOのサポートのもと、保健省によって行われている。従って、計画策定過程の妥当性は高いと判断できる。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、 ワクチンおよび資機材の調達、 配布、 モニタリングの各プロセスに焦点を当てて考察を試みる(表 2-18 参照)。

¹⁹ Health Situation Analysis 1998 and Future Direction for Health Development 1999-2003

²⁰ Health Sector Strategic Plan, 2003-2007, MOH

²¹ Plan of Operation, 1996-2000, The Royal Government of Cambodia in cooperation with UNICEF

要請

要請策定過程は、カンボディア国においてもラオス国、ヴィエトナム国と同様の手順を踏んでいることが判った。

COCOM を通じて協議された枠組みに従い、保健省、UNICEF、WHO の三者間で具体的な要請内容が検討される。UNICEF、WHO のアドバイスを受けて保健省が作成した要請書のベースは、完成した時点で WHO のマニラヘッドクォーター事務所と UNICEF 駐日事務所にそのコピーが送られ、内容のチェックを受ける。チェックが行われた後、JICA 現地事務所で最終確認が行われて、最終的にカンボディア日本大使館に提出される。

このように、一貫した要請書策定システムの中で、要請書の十分なチェックが行われているため、要請書策定は効率的に行われていると判断できる。

ワクチンおよび資機材の調達

ワクチンの調達については、ラオス国、ヴィエトナム国同様、UNICEF 調達を通じたコペンハーゲンでの国際競争入札によって製薬会社が決定され、ワクチン輸送を担当している。今までに遅滞の問題が生じたことはない。また、今年度（2002 年度）供与されたワクチンに関しては三種混合ワクチンの保存状態が良くない状態（凍結していた）でカンボディア国に届き、使用できなかったため、現在製造元に問い合わせ中である。UNICEF は、空輸の際の保存状態が良くなかったためではないかと考えている。数量に関しては特に不足等の問題が発生したことはないとのことであった。これらのことから調達については、輸送の際にワクチンの質に関して一部問題が生じているものの効率よく実施されている。一方、その他の資機材に関しても、ワクチン同様にほとんどが UNICEF 調達を通じて行われている。しかし、2000 年度申請分の必須医薬品については、2001 年度に繰越すことになり、その結果、到着に 18 ヶ月の遅れが生じたことが指摘された。これは要請品目が多岐にわたっていたこと、カンボディア国内での調達が困難な品目があったため、複数の輸入業者より調達する必要があったこと、さらには調達価格が当初見積りより高くなり、再度内容の調整の必要が発生したこと等が原因と考えられる。

ワクチンおよび資機材の配布

JICA が供与資機材の空港到着までの確認を行う役割を果たし、その後は保健省が通関手続きを行う。またワクチンについては通関手続き後に中央倉庫（CMS）に搬入される。CMS はプノンペン市内と国際空港近郊に 2 ヶ所設置されており、梱包サイズが大きなものについては国際空港近郊の倉庫が利用されている。ワクチン保冷庫はプノンペン市内の倉庫にのみ設置されており、到着したワクチンは直接ここに搬送される。倉庫までの搬送については保健省が行っている。JICA は到着した資機材をチェックして検収調書を発行する。

地方へのワクチンおよび資機材の配送も保健省の担当である。現在 3 ヶ月ごとに県への配布を行っている。配布は昨年まで保健省が担当していたが、今年度からは配送業者を入札で決定して、配送業務を委託するシステムに変更になった。

地方への搬送ではワクチンは一旦州保健局に配布され、その後 Operational District²²（OD）保

²² 1994 年の保健セクター改革に伴い、住民に保健サービスを提供する行政単位として設置された。現在 24 州の下に計 73 の OD がある。

付属資料

健局に配布される。その後 OD 保健局からヘルスセンターに配布されるが、保冷庫を備えたヘルスセンターは、まだそれほど多くないことから、搬送にはコールドボックスが用いられることが多い。一部の OD 保健局は道路の未整備によりアクセスが悪く、定期的な配布が困難な状況にある。

これらの点から、ワクチンの配布については中央レベルから州レベルまでは効率性が十分認められる。一方、OD レベル以下のコミュニティレベルでは、交通手段やワクチンの保管状況といった制約が大きく、資機材配布を行う上での阻害要因となっている。

モニタリング

予防接種にかかるモニタリングは、カンボディア政府が主体となって行っており、UNICEF、WHO も参加している。必須医薬品についても OD 郡医薬品倉庫でのチェックを行っている。

ワクチンの管理状況については、ひな形に従い適正に管理表に記録されており、現地視察を行った州でもワクチンの在庫数が細かに記録されていた。ワクチンの在庫数は予防接種対象者数によって決められた最大および最小ストック数の間で常に確保されており、最小ストック数を下回る場合に追加のワクチンが申請される。また OD 医薬品倉庫でも必須医薬品について在庫数を記録しており、適正に管理されている様子が窺えた。

このようにモニタリングのシステム自体は UNICEF、WHO の支援のもと、一定のレベルを満たしていると判断できる。

表 2-18 実施プロセスにおける役割の範囲

規定上の役割				本協力事業における実際の役割			
JICA	UNICEF	WHO	保健省	JICA	UNICEF	WHO	保健省
(ハ°-ト)							
(ハ°-ト)							
(ハ°-ト)							(県保健局)
(ハ°-ト)						(ハ°-ト)	(県保健局)
(ハ°-ト)						(ハ°-ト)	(ハ°-ト)

注) ○ : 役割がある/果たしている ; ◐ : あまり役割を果たしていない ; × : 役割を果たしていない ; □ : 役割がない

2.3 投入の妥当性

本事業の感染症対策における投入は、コールドチェーン機材、車輛が一部含まれているが、ワクチンが主である。母と子供の健康対策では必須医薬品のみである。ポリオ根絶のためのワクチンおよび資機材（キャンペーン用）供与の結果、ポリオ野性株は1997年以降発見されおらず、2000年に根絶宣言がされている。また定期予防接種用ワクチンとしては BCG、三種混合

および麻疹ワクチンを供与している。

本協力事業はポリオ根絶に貢献したこと、継続的に定期予防接種用ワクチンを供与してきた点で高く評価されており、その妥当性は高い。

他方、投入期間については、本協力が開始された 1992 年時点では協力機関についての規定はなかったものの、翌年の 1993 年には原則 5 年間という協力期間が設定されている。この点からカンボディア国での供与は長期の協力を実施してきたといえる。しかしながら、紛争後復興開発の中では、保健医療分野での援助が必要不可欠であったこと、またポリオ根絶が達成され、予防接種率が 70% を超える一方で、予防接種率維持のためには未だその支援の多くを他国の援助で賄わなければならない点を考えれば、5 年間以上の協力期間が必要であったと考えられる。

またカンボディア国では国家医療予算の約 35% が必須医薬品に割り当てられている²³。国家必須医薬品政策が採択され、コミュニケーションヘルスセンターでの必須医薬品に対する必要性は高まっているものの、活動やサービス提供のシステムが十分でなく、供給面で十分に対応できていないのが実状である。このことから、「母と子供の健康対策」によって必須医薬品を供与したことは妥当であったと判断できる。ただし一部の医薬品に関しては、申請された薬品の一部が現地に到着した時点では緊急性を理由に別途手配済みだったために、必要ではなくなっていたという例もあり、医薬品目については、申請時に十分な検討が必要と考えられる。

3. 効果

3.1 有効性

カンボディア国では、1992 年から協力が継続されており、これまでの事業実績については「概況」に示した表 2-17 のとおりである。

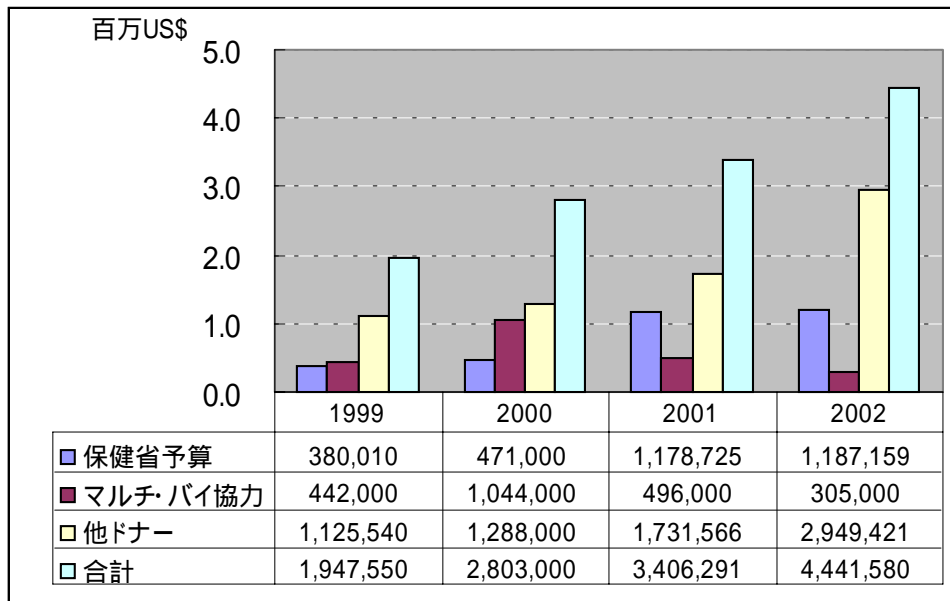
EPI に対する本協力事業の額を図 2-7 にみると、マルチ・バイ協力の比率が実施額全体と比較し、小さいことがわかる。また、年々 EPI 実施額が増加している反面、本協力事業費は低下している。

「母と子供の健康対策」では、全体の計画額に対して投入された額は、図 2-8 から判るとおり非常に小額である。

BCG に関しては、その廃棄率が 86% と報告されている。これは一つのバイアルの容量が 20 回分と大きいことに比し、農村で行われるアウトリーチ接種活動では 1 バイアルを消費できるほどの接種人数を確保できず、また BCG ワクチンは最後の使用から 6 時間経過後には廃棄する必要があるために、残ったワクチンを廃棄せざるを得ない結果であると説明された²⁴。バイアルのサイズを小さくすれば、理論上廃棄率は改善されるが、逆にコスト高になるという面がある他、世界的にワクチンの供給量が減っているため、現場のニーズに応えるためにはいかなるサイズのバイアルであっても調達可能なものを購入せざるを得ないのが現状である。この解決策として例えばアウトリーチ中心の活動からヘルスセンターでの定期接種を推進していくことが考えられる。

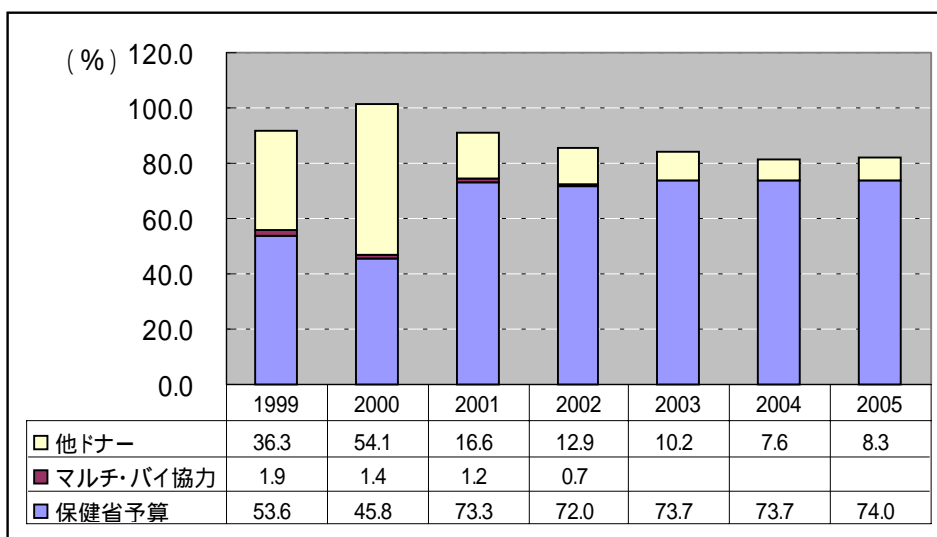
²³ Plan of Operation 1996-2000; A Program for Children and Women in Cambodia

²⁴ WHO では、一度バイアルを開けても、一定の条件下（期限切れでない、バイアルが浸水していない、次回使用時まで 4 週間を越えない等）で冷蔵庫に保管すれば、次回に使用可という方法を推進し始めているが、これはある特定のワクチン（経口ポリオ、三種混合、破傷風、ジフテリア、B 型肝炎など）のみ適用できるだけで、BCG や麻疹、黄熱病には適用できない。



出所：UNICEF 提供資料より作成

図 2-7 各機関の EPI 事業への援助



注) 各機関援助額を計画額に対する割合で示した。

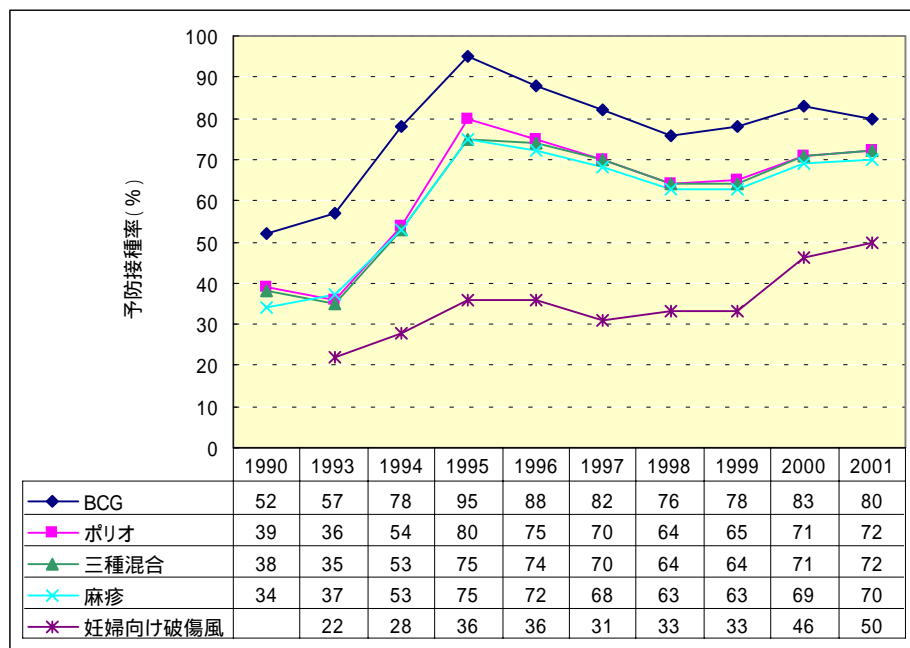
出所：UNICEF 提供資料より作成

図 2-8 必須医薬品への援助額

3.2 インパクト

インパクトについては予防接種率を図 2-9 に示す。カンボディア国でマルチ・バイ協力が開始された 1992 年以降、予防接種率は飛躍的に向上している。しかし、1995 年をピークにそれ以降はやや予防接種率は下落傾向にある。反面妊婦に対する破傷風予防接種率が近年伸びている。乳児死亡率と 5 歳未満児死亡率は緩やかではあるが低下の傾向にある（表 2-19）。

ワクチンおよび必須医薬品供与を実施してきた本協力事業がこれらの指標に与えるインパクトは、十分に認められると推察される。



出所：WHO Country Report 2002

図 2-9 予防接種最近 6 年間の推移

表 2-19 乳児死亡率・5 歳未満時死亡率の推移

	1995	1997	1999	2001
乳児死亡率(出生千対)	102	102	103	73
5才未満児死亡率(出生千対)	338	299	268	208
合計特殊出生率	5.06	4.50	4.60	4.77
避妊実行率(全ての方法)	-	-	13	24

出所：世界人口白書、UNFPA、1994-2000

マルチ・バイ協力事業は 11 年にも及ぶ長期的なものであったことから、保健省のキャパシティ・ビルディングに間接的に、かつ徐々にではあったものの貢献したと考えられる。またキャンペーンによるワクチン一斉投与および定期予防接種用ワクチン供与により政府の財政面での負担軽減が図られ、その他の保健政策の推進に貢献したと判断できる。コールドチェーン機材、車両等に関しては、これら機材の供与により広範囲のコミュニケーションレベルへのアウトリーチ活動が可能となり、より広範囲の予防接種を可能にただけでなく、住民の疾病予防知識の普及にも役立っている。

他方、注射針廃棄処理は現在、カンボディア国においても解決すべき大きな課題として取り上げられている。本協力事業で供与されている AD 注射器は、リユーズブルの注射器利用において懸念される注射針による感染が極めて少ない上、ワクチン一斉投与の際にはより多くの予防接種が可能であるが、AD 注射器を安全に焼却処理することも併せて求められる。現在 WHO が推奨している焼却炉(イタリア、SICIM 製)は全 24 州に対し、各州に一つずつ設置されたばかりで、OD が 73 あることを考えると、その数は全く足りていない。視察した焼却炉も設置さ

れて間もなく、まだ使用が開始されておらず、保健局では一般の廃棄物とともに注射器を焼却している状態であった。既設の焼却炉へは誰でも近寄ることができ、現時点では予防接種の拡大・進展が、同時に環境汚染、注射針からの感染等の危険性を高めるマイナスのインパクトを引き起こす可能性は否定できない。日本政府はこの問題の重要性を認識し、今後、専用の焼却炉の供与を検討する予定である。

3.3 自立発展性

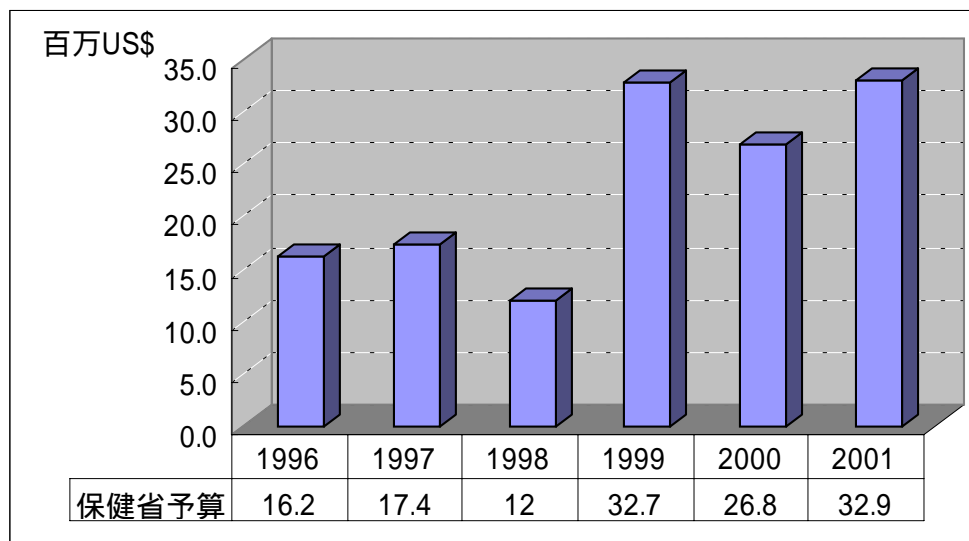
本協力事業は EPI 分野におけるカンボディア国の自立を支援する目的をもって、これまで 11 年間に亘り継続されてきた。カンボディア国の自立発展性については、政策立案能力、予算、人的資源における側面から考察することが可能である。

政策立案能力

EPI 分野に関するカンボディア国の政策立案能力は、COCOM をはじめとした各ドナーとの共同作業の過程で、比較的高いレベルの政策立案能力に到達していると判断される。これは UNICEF、WHO が医療技術、政策策定、プログラム実施においてアドバイザーの役割を十分に果たしていること、11 年間に亘り繰り返しプログラム実施が実現できたこと等の点から判断されるものである。従って、マルチ・パイ協力によりプログラム実施を推進することによって、間接的ではあるものの、政策立案能力における自立発展性が向上したといえる。

予算

ワクチン自立に関しては、カンボディア国保健省の予算は図 2-10 に示すように年々増加傾向にあり、1996 年の 1,620 万 US\$ から 2001 年には 3,290 万 US\$ と倍以上に上昇している。しかし、現在予防接種率は約 70% であるが、これは他ドナーの支援によって支えられるものである。保健省予算の予防接種への割当は約 3.5% であり、カンボディア国政府だけでこの予防接種率を維持していくのは財政的に難しい。今後も EPI 活動をこれまでどおりに継続、接種率を維持するためには、図 2-7 に示されるように、他ドナーの協力を依存せざるを得ない。他方、必須医薬品の保健省予算割当も毎年増加している。サービスの提供システムの整備、必須医薬品への需要の増加への対応、不法医薬品の蔓延の排除や質の高い医薬品の提供などの課題も多く残されており、保健省予算内で需要を満たすことは難しい。これらのことから、カンボディア国の財政的自立発展性は現時点では未だ十分でなく、カンボディア国の自立状況を考慮した支援がもうしばらくは必要であると考えられる。



出所： Ministry of Health expenditure report 2000

図 2-10 保健省予算の推移

人的資源

現在 EPI 活動を行っているスタッフは、実施システムの中で、それぞれの業務を十分に把握し、また的確に業務を遂行する能力を身に付けている。現地で視察したワクチン管理状況や、補充の際の申請にかかる一連の手続き、アウトリーチ活動には不可欠なヘルスセンターやコミュニティレベルまでの配布システム、相互の連絡体制等、所定の書式を用いながら十分に機能を果たしている。OD 保健局においてもアウトリーチ活動計画や実施手順、連絡体制に関して、理解ができています。このことから、これまでの 11 年に亘る本協力の結果、中央レベルあるいは地方レベルにおける関連職員の計画立案能力、事務処理能力および問題発生時の対応能力は、確実に向上していると判断できる。

必須医薬品に関しては、中央レベルでは地方での医薬品の消費状況把握と、在庫の管理が行われており、事務処理能力は向上していると考えられる。

(2)UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況

UNFPA のカンボディア国での活動は 1994 年に始まっており、当国における家族計画サービスは比較的新しい分野である。1962 年以降の人口センサスが UNFPA 出資、主導のもと、1998 年に行われており、ようやく信頼しうる国家全体の人口データを入手することができた。1994 年以降、JICA の他にアジア開発銀行や AusAID、KfW、DFID、GTZ、UNICEF、USAID、WHO、世銀といった様々なバイおよびマルチのドナーがリプロダクティブ・ヘルスの分野への支援を行っている。

1998 年の人口センサスによれば、15 歳未満の若者が人口全体の 42.5% を占め、高い人口増加率を示す一方で、合計特殊出生率は下がる傾向にある。現在の避妊実行率は 1995 年 6.9% から 16.1% に飛躍的に上昇している。

カンボディア国でのマルチ・バイ協力は 2000 年に開始されたばかりであり、その年に低用量避妊薬や必須医薬品、オートバイ等を申請しているが、資機材が到着したのが、2002 年になってからで、その調達が非常に遅れている。

表 2-20 UNFPA 連携マルチ・バイ協力事業実績

	2000	2001	合計
内容	低用量経口避妊薬 パラセタモール メベンダゾール オートバイ等	申請中	
供与額 (百万円)	18.2	-	18.2

出所：JICA 資料より作成

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

マルチ・バイ協力によるリプロダクティブ・ヘルス分野への支援は、保健省をはじめ、UNFPA、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性の高さについては同様の見解を有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。

一方、本事業における各機関の果たす役割については、事業が開始されて間もないこともあり、保健省、UNFPA の両者においてそれぞれの役割分担が明確でないという指摘があった。現段階では申請した資機材が本年度に到着したばかりであり、全てのプロセスにおいて確認することはできなかった。2000 年の申請資機材が 2002 年に到着しているが、これは役割分担の不明確さを原因とした遅滞ではなく、現地調達の過程で遅れが生じたためと考えられる。

保健省に関しては本協力事業についての認知度は高い。

ヴィジビリティ

今回のカンボディア国における調査では供与資機材のうちオートバイ、ヘルメットが引渡されたばかりで、機材のヴィジビリティの確認を行うには至らなかった。しかしながら、オートバイ以外は経口避妊薬、必須医薬品等であるため、今後も ODA マークの貼付によるヴィジビリティ

ティの確保はあまり期待できない。

他の協カスキームとの比較優位性

日本側関係機関は、機材が供与されて間もない本協力事業の比較優位性を特に認めるに至っていない。

UNFPA では本協力事業における優位性は、資機材や人的資源といった一般資源を両方で共有できる点にあるとしたが、現状では資機材の調達があまりに遅く、またそのことに対する日本側からの説明がないことがデメリットであるとの指摘があった。

他方、保健省は本スキームによる資機材調達が遅延状況にあることを挙げ、現在のところは、その比較優位性を認めていないが、人的資源開発（保健省職員へのトレーニング等）の効果的な実施に期待をしている。

各種開発計画・政策との整合性

カンボディア国の現在の保健政策²⁵には、13 の基本的な項目が掲げられており、保健戦略計画の基礎となっている。13 項目の中には「国民への基本保健サービスの提供」、「疾病予防と管理への優先的な取り組み」、「母と子供への質の高いケアに関する優先的な取り組み」等が含まれており、母子保健分野は保健政策の中でも重要な政策課題の一つとして取り上げられている。この保健戦略計画には 20 におよぶ戦略が盛り込まれているが、それらは全てこの 13 の項目に沿ったものとなっている。これらの点から、本協力事業を通じて実施される人口家族計画分野の活動は、カンボディア国の保健政策に整合していると考えられる。

1994 年に活動を開始している UNFPA は、RH/BS²⁶プロジェクトを実施し、出産間隔を伸ばす手法の適用増大に貢献した²⁷。また UNFPA はカントリープログラム（2001-2005）に従い、まさにリプロダクティブ・ヘルスサービスの改善を目標として活動を実施しており、本協力事業が UNFPA のカントリープログラムにも合致していると判断できる。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

カンボディア国では、保健セクターにおけるドナーからの様々な支援を調整することを目的として、1990 年代半ばに調整委員会（COCOM）が設置された。COCOM は毎月開催されている。マルチ・バイ協力についての具体的な政策対話は COCOM ではなされていないが、資機材の配布先等については、UNFPA 側と協議で決められる。現在保健省と UNFPA とのパートナーシップは良好である。本協力事業における計画策定の過程は、本協力事業関連機関（JICA、保健省、UNFPA）間の協議を通じて柔軟に対応できる点で、妥当なものと判断できる。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、 資機材の調達、 配布、 モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる（表 2-21 参照）。

²⁵ Health Situation Analysis 1998 and Future Direction for Health Development 1999-2003

²⁶ reproductive health/birth spacing project

²⁷ UNFPA カントリープログラム（2001-2005）

要請

申請機材内容については、保健省（国立母子保健センター）と UNFPA および JICA の三者間で協議が行われ、決定される。A4 フォームは母子保健センターで作成される。現在まで本協力事業の申請は 2 度行われたが、現在のところ要請過程に問題はないと考えられる。

資機材の調達

保健省、UNFPA 共に資機材調達の遅さを指摘している。保健省担当によれば、その遅れは 18 ヶ月である。この原因としては、2000 年度申請分の要請品目が多岐にわたっていたこと、国内調達が困難な品目があり、複数業者により調達する必要があること、さらには調達価格が当初見積りより高くなったため、申請内容を再度調整する必要があることが挙げられる。また 2001 年の申請分については 2000 年度分が繰越しになったために、新規要請が出されなかった経緯があるが、2001 年度分の要請が難しい旨、JICA 側から UNFPA に対して説明が行われているものの、保健省からこの件についての正式な問合せは出されていない。現在は 2002 年度分の機材を申請中とのことである。現状では調達があまりに遅く、非効率であり、今後そのような調達上の遅延がないように各段階の手続きを再度確認する必要がある。

資機材の配布

現在到着していると確認できたのは、30 台のオートバイ、ヘルメットと IUD 装着キットである。オートバイについては既に使用者を決定し、使用に関する合意書を取り交わしている。IUD 装着キットは教育者研修で十分にその使用方法を修得してから引渡されることになっている。地方から来ている教育者は研修終了後に各州に戻り、医療従事者への研修を行う。その後各州で研修を受けた医療従事者は計 50 のヘルスセンターで IUD 装着の普及にあたる。これらのことから、資機材の配布が計画的に実施されていることが判る。

モニタリング

モニタリングに関しては、資機材が今年ようやく届いたことから、現在はまだ行われていない。ただし、UNFPA でのインタビューでは、UNFPA がモニタリング調査を実施することは人的規模から見て困難だけでなく、政府がモニタリングを実施し、UNFPA が支援するべきであるとのコメントがあった。今後実施されることになるモニタリングについては関係者間で協議を行って、どのように実施するかを明確にしておく必要がある。

2.3 投入の妥当性

今回供与が確認された資機材は、IUD 装着キットとオートバイである。現在は国立母子保健センターにて教育者に対する研修を実施中であり、研修を終了した教育者による医療従事者研修が実施された後に各医療従事者にキットが引渡されることになっている。このようにリプロダクティブ・ヘルスの技術普及に用いられることから、その妥当性は高いと判断できる。

表 2-21 実施プロセスにおける役割の齟齬

JICA	規定上の役割		事業内容策定	本協力事業における実際の役割		
	UNFPA	保健省		JICA	UNFPA	保健省
			要請書作成・提出		(ナ ^o -ト)	
			資機材調達			
	(ナ ^o -ト)		資機材配送(空港-中央)			
	(ナ ^o -ト)		資機材配送(中央-現地)			
	(ナ ^o -ト)		(現地での)資機材配布			
	(ナ ^o -ト)		資機材利用・保管			(予定)
	(ナ ^o -ト)		モニタリング		(予定)	(予定)

注) : 役割がある/果たしている; : あまり役割を果たしていない; x : 役割を果たしていない; : 役割がない

3. 効果

3.1 有効性

カンボディア国における UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業は、初回の資機材供与が 2002 年度であり、引渡しもまだ終わっていない状況であったことから、その有効性を現時点で測ることはできない。

本協力事業による供与資機材は表 2-20 に示されるとおりである。参考までに、避妊具（薬）の必要計画数を表 2-22 に示す。

表 2-22 避妊具（薬）の必要計画数

	単位：1,000 個		
	2000	2005	2010
経口避妊薬（ピル）	3,122.2	3,610.1	4,117.2
コンドーム	3,979.5	6,876.3	10,290.4
注射薬	207.5	236.3	265.7
IUD	29.6	39.5	50.8

注) 15-49 歳の女性を対象

出所：UNFPA 資料

3.2 インパクト

現在引渡されることになっているオートバイおよび IUD 装着キットは、避妊法（IUD）の普及のために使用されることになっており、妊産婦死亡率の低減への貢献が期待できる。

カンボディア国のデータを表 2-23 に示す。

表 2-23 妊産婦死亡率、避妊実行率（参考）

	1995	1997	1999	2001
合計特殊出生率	3.69	2.97	2.60	2.25
避妊実行率(全ての方法)	65	65	75	75

出所：世界人口白書、UNFPA、1994-2000

前述したように、本協力事業の供与資機材は一部が調達されたばかりであることから、そのインパクトを確認することはできなかった。しかし母子保健センターで行われている研修を受講した医療従事者が避妊法の普及に努める事によって、医療サービスの改善、医療サービスへのアクセス増大が期待できる。

3.3 自立発展性

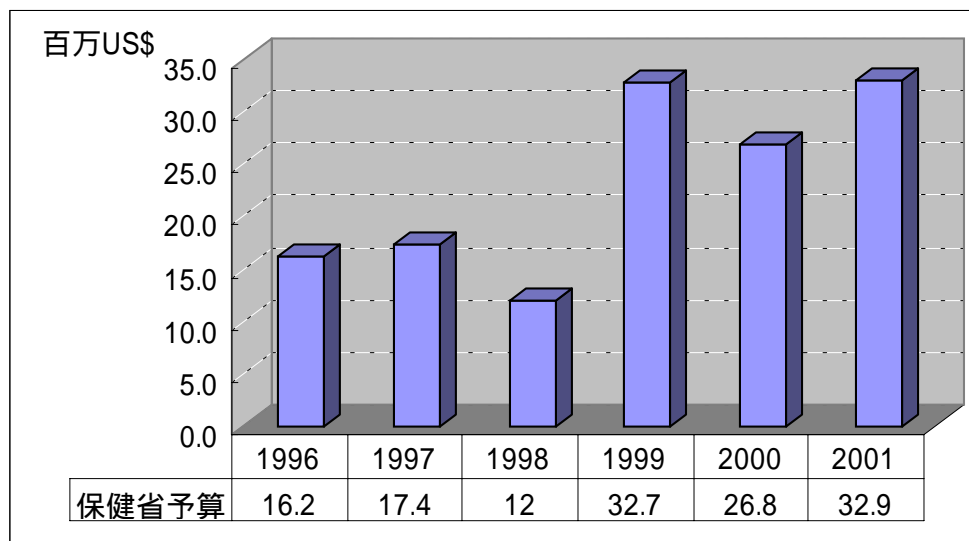
本協力事業はカンボディア国の人口家族計画分野における自立発展を促進する目的をもって、開始されたものである。事業が開始されて間もないこともあり、現時点においてその判断は困難であるが、想定される自立発展性を 政策立案能力、 予算、 人的資源における側面から以下に考察する。

政策立案能力

母子保健分野に関するカンボディア国の政策立案能力は、COCOM をはじめとした各ドナーとの共同作業の過程で、比較的高いレベルの政策立案能力に到達していると判断される。2003年より開始される新規の5ヵ年計画では、母子保健における医療サービスの充実がうたわれている。本協力事業による機材供与を通じて各計画の実施を支援することで、保健省の関連職員は、計画 実施 モニタリング 評価という一連のサイクルを通じ、政策立案にかかるトレーニングを積むことができる。この点から本協力事業の継続によって政策立案能力の自立発展に役立つことが期待できる。

予算

現在カンボディア国の保健省予算は図 2-11 に示すように増加傾向にある。資機材が未だ十分でないことから現地調査実施段階では予算面での自立発展については確認できなかった。



出所： Ministry of Health expenditure report 2000

図 2-11 カンボディア国保健省予算の推移

人的資源

人口家族計画分野においては、カンボディア国政府は医療（リプロダクティブ・ヘルス）サービスの質の改善を目的として、人材育成を行っている。本協力事業で供与される機材はこれらトレーニングを受けたスタッフの実際の活動に用いられる。トレーニングを受けたスタッフは、研修等で得た知識のみならず、本協力事業による供与資機材を活用しながら、住民に安全な避妊方法を実際に提供することができる。知識（ソフト）と資機材（ハード）を活用によってサービス提供の幅が広がり、スタッフのオン・ザ・ジョブ・トレーニングの機会が増えれば、人材育成がより確実なものとなることが期待できる。

D. タンザニア国

(1) レポート (UNICEF との連携によるマルチ・バイ協力事業)

概況

タンザニア国における UNICEF との連携によるマルチ・バイ協力事業は、1995 年から現在に至るまで、二つの分野において実施されてきている。一つは、UNICEF とのマルチ・バイ協力当初から進められている 感染症対策特別機材供与を通じた、ポリオの NIDs (全国一斉投与) によるポリオ根絶への協力、そしてもう一つは、1999 年度 (平成 11 年度) から開始された 母と子供のための健康対策特別機材供与に基づく、無線装置および基礎医療機器材の供与による母子死亡率改善をめざすプロジェクト協力である。

タンザニアでは、1996 年から 1998 年の 3 年間、ポリオの NIDs を実施している。1996 年に「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (GII)」の一環として実施されたプロジェクト形成調査団の際に、ポリオワクチン全国一斉投与への協力 (ワクチンとコールドチェーン関連機材の供与) が案件として形成され、1997-1998 年の NIDs ではワクチンの供与等は、日本の子供の健康無償協力で支援が行われている。その後、引き続いて、1999 年からは国境地域等の感染の危険が高い地域 (県) に対象を限った SNIDs が実施されてきており、日本の協力で、ワクチンが供与されている。ここ数年は野生株ポリオの発生がみられない状況ではあるが、タンザニア政府は、WHO の方針のもと、2002 年のポリオ根絶宣言達成の目標を 2005 年延期している。一方、母と子供の健康対策特別機材供与は、1999 年度から 5 ヶ年計画で進められており、2003 年度が最終年となっている。

表 2-24 UNICEF との連携によるマルチ・バイ協力事業

感染症対策特別機材供与 (ポリオ根絶)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	計
内容	ポリオワクチン	ポリオワクチン 冷凍冷蔵 庫等	ポリオワクチン 冷凍冷蔵 庫等		ポリオワクチン	ポリオワクチン 冷凍冷蔵 庫等	ポリオワクチン 冷凍冷蔵 庫等	ポリオワクチン 冷凍冷蔵 庫等	
供与額 百万円	30	36	53		45	44.1	65.5	30.8	938.4

母と子供のための健康対策特別機材供与

	1999	2000	2001	2002	計
内容	無線機、分娩台、他	分娩関連基礎機材、 急患搬送、処置補助 用通信機材、疫学デ ータ整備用機材	基礎的医療機材 (分 娩台、保健センター 基本器材等)	基礎的医療機材 (申 請予定、実施計画書 未定出)	
供与額 百万円	11.4	22.0	9.1	12.0	54.5

出所：JICA 資料より作成

< タンザニアにおける保健セクター改革およびセクター・ワイド・アプローチについて >

タンザニアでは、独立後、社会主義時代を通して保健医療サービスの整備に積極的に取り組んできた。その結果、1978 年時点で全住民の 93% がいずれかの公的施設から 10Km 圏内に住んでいる (5Km 以内では 72%) という状況にまで至り、平均余命や乳児死亡率も 1980 年代前半には改善がみられた。しかしながら、80 年代から 90 年代には、経済の低迷に伴い、構造調整政策の導入と市場経済への転換を余儀なくされ、政府の財政難を理由に保健に対する予算も削減された。

その結果、基礎的医療サービスは低下し、保健医療状況の改善が進まない状況にいたっている。

そうした背景のもと、1994年からタンザニア政府はドナーとの協議を通して、保健医療分野の包括的な開発計画をめざす「SWAPs(セクター・ワイド・アプローチ)」を導入し、政府全体の地方行政改革とリンクしつつ、保健セクター改革をすすめる。1999年には、「保健セクター改革作業計画(HSR-POW: Health Sector Reform – Programme of Work, July 1999 - June 2002)」が作成され、実施に移されている。これによって、保健省の役割は、保健政策の立案・調整、ガイドラインや基準・諸規定の策定などが中心となり、従来の保健サービスを地方政府(全国121の県、県議会 District Council)へ移管していくことになる。しかしながら、保健セクター改革は、県レベルのキャパシティや人的資源の不足などにより、その進捗は当初の計画より大幅に遅れている。保健セクター改革は、多分にドナー主導型の側面が強い。

SWAPsの進展の中で、保健セクター改革と連動して、「HSBF: Health Sector Basket Fund(保健セクター・バスケット・ファンド)」が一部ドナーとタンザニア政府との合意に基づいて1999年に導入されている。ほとんどのドナーは、保健セクター改革にあたってSWAPsを中心にすすめるということについては賛同している。その理由としては二点あり、一つはタンザニア政府側のカウンター予算の確保と準備をふくめて、援助の予測性を高めること、二つ目は、手続きの共通化による政府側の負担軽減である。すべてのドナーがHSBFに参加しているわけではない。また、バスケット・ドナーであっても援助の全額をHSBFに投入するのではなく、そのほとんどは平行的に従来型の個別プログラムやプロジェクトを実施している²⁸。

<SWAPs、援助協調の中での本協力事業推進について>

タンザニア保健省は、現在、中期事業計画(Plan of Work: 2002-2005)の策定および、1990年に策定された国家保健政策(National Health Policy)の改定も予定している。また、保健セクター改革・SWAPsの流れの中で、MTEF(Medium Term Expenditure Framework: 中期支出枠組書)では、各ドナーは向こう3年間の投入額の提示が要請されている。こうした中で、今後ますますドナー間の援助協調が重要となり、今後の本協力事業の特色の検討が必要となる。さらに、地方分権化により、今後の保健事業やサービスの提供の中で、地方自治体の役割の増大が見込まれ、地方自治体のキャパシティと人的資源への考慮とともに、計画段階からの地方自治体の巻き込みが今後の事業の策定・実施の大きな要因・前提条件となるという点に留意が必要である。

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

UNICEFとのマルチ・バイ協力案件に関しては、ポリオ根絶のためのワクチンやコールドチェーン関連機材等の供与、「母と子供の健康対策」のための機材供与の双方に関して、タンザニア国保健省、UNICEF、日本側関係機関(日本大使館・JICA等)いずれもタンザニアの保健医療分野の優先課題へ対応するものであるとして重要性を認めており、本協力事業の意義は関係者の間で認められていると考える。

²⁸ HSBFに参加しているバスケット・ドナーは現在、8つ(DANIDA、DfID、Irish Aid、NORAD、スイス、世銀、オランダ、ドイツ)。UNICEF、UNFPAや日本、米国は参加していない。参考資料: JICA、「タンザニア連合共和国、日米合同プロジェクト形成調査報告書(HIV/AIDS・感染症・人口・保健)、2001年12月。

実施にあたっての各機関の果たす役割については、2つの事業において、多少違いが見られる。ポリオ根絶に対するワクチン等の供与については、保健省・UNICEFを含むドナー関係機関が参加するICC（Inter-Agency Coordinating Committee）が設置されており、ICC会合を通して計画策定・援助調整等が進められているので、その枠の中で保健省・UNICEF・JICAの役割が位置付けられてきている。さらに、ポリオワクチンについては、調達にはUNICEF調達部を通して実施、通関手続きから引渡し・配送までタンザニア保健省でシステム化されてきていたため、順調に進められてきている。

一方、「母と子供の健康対策」については、保健省の強い要望により新しいスキームとして開始されたが、保健省、州および県、UNICEF、そしてJICAが案件形成に関わったにもかかわらず、実際には関係4者が覚書を取り交わすことなく事業開始されたため、関係機関間、また中央レベルから州・県レベルへの調整が必ずしもスムーズに進まず、実施の遅れにつながっている。また機材の調達は主にJICAによって実施され（現地および本邦調達）、ワクチンなどのUNICEF調達部を通じての実施とは異なり、従来のUNICEFの優位性を生かしたシステムとはならなかったこともプロセスの複雑化につながっていると考えられる。

ヴィジビリティ（日本の協力の認知度）

UNICEFでは、UNICEF調達部を通しての調達に際し、日本の協力による供与資機材に対しては、日本のODAマークをUNICEFコペンハーゲンからの搬送時に貼付するように配慮している。しかし、中央から地方への配送時には、小口のワクチンキャリアにまでは貼付されておらず、またワクチンという消耗品であるという特性もあり、末端の保健施設レベルで、UNICEFの協力という認識はあっても、日本の協力であるという存在感を示すことはむずかしいといえる。また、中央の保健省においては、日本がUNICEFとの連携によって、ポリオワクチン等が供与されている事実は把握しているものの、マルチ・バイ協力という支援形態についての認知度は低いといえる。「母と子供の健康対策」による機材供与（通信無線機・基礎医療機材供与）については、県レベル関係者では日本の支援であるという点では認知されている。特に、モロゴロ州では現行のプロジェクト方式技術協力「モロゴロ州保健サービス改善プロジェクト」との相乗効果も考えられる。マルチ機関の比較優位性を生かしつつ、日本側の支援としてのヴィジビリティを示すためには、違った形での戦略を検討（広報の仕方、日本の役割の明確化）が必要である。

他スキームとの比較優位性

ポリオ根絶に向けてのワクチン供与という面においては、日本側関係機関では、UNICEFが安価かつ品質保証されたワクチンの安定的な供給という面で優位性を有し（UNICEFはワクチンの約80%をWHOが保証する製造元から調達）また現地にいてワクチン供給から配布までのシステムも整備しているため、UNICEFとの連携によって日本独自のバイ協力では得られない大きなメリットが得られると認識している。現在、世界のワクチン生産はごく一部の会社によって行われていることから、今後の世界のワクチンの安定的生産・供給（ワクチン・セキュリティ）維持が課題となっており、UNICEFとの連携によるワクチンの供給の重要性も見逃せない。また、現在、保健省が中心となって策定している長期計画「国家予防接種プログラム - 財政的自立発展計画」（2005年以降）の中では、UNICEF、WHOとともにJICAの支援も期待され

ている。

一方、「母と子供の健康対策」については、従来の UNICEF の強みとする調達方法を通さずにすすめられてきたため、子供の健康という分野での UNICEF の認知度は高いながらも、実施において UNICEF の優位性が十分活かされていたとは言い難い面もみられる。

また、今後、タンザニア開発計画（Vision 2025）、タンザニア支援戦略書（TAS: Tanzania Assistance Strategy 2001）、PRSP（貧困削減戦略ペーパー）等の最近のタンザニア政府の国家政策に基づき、SWAPs の進展の中で、国レベルでのマルチ機関の優位性との連携のあり方の検討が必要となってくるものと考えられる。

各種開発計画・政策との整合性

タンザニア政府は、2025 年までの長期開発戦略である「タンザニア開発ビジョン 2025」を 2000 年 1 月に発表している。この中では、保健分野での課題として、1) 保健行政に関わる適正予算確保のための財源拡大、2) 予防および基礎的保健サービスへの更なる予算配分の増加、3) 貧困層への保健サービスの確保、4) 疾病などに対する住民の意識向上、5) 地方自治体の資源・運営能力改善、6) 予防医療への更なる注目などが掲げられている。また、上記の保健分野の課題への政策・戦略としては、1) 産業界、民間、コミュニティ間のパートナーシップ促進、2) 基礎的医療サービスへの貧困層のアクセス促進、3) 予防および基礎的保健サービスの強化、4) 疾病の原因等に対する住民の意識向上促進、5) 基礎的医療サービス提供のための地方自治体の能力強化、6) 保健サービスへの民間投資の促進、7) 家族計画の普及などが示されている。

本協力事業は、上記の開発戦略に合致している上、SWAPs の観点とともに、以後策定されている、PRSP（貧困削減戦略ペーパー）、TAS（タンザニア支援戦略書）、MTEF（中期支出枠組書）にも沿った優先課題分野である。

さらに、タンザニアは、外交上の重要性のみならず、一人当たりの GNP が極めて低く（一人当たり 210US\$）、開発課題の大きい国であるという面からも対アフリカ援助の重点国と位置付けられ、日本政府が掲げる「タンザニア国別援助計画」の 5 つの重点課題、イ) 農業、ロ) 基礎教育、ハ) 人口・エイズおよび子供の健康、ニ) 都市部の基礎的インフラ整備、ホ) 森林保全、においても、本協力事業はその一分野として重要な位置付けがなされている。

また、UNICEF においても、2002-2006 年カントリープログラムは、上記「タンザニア支援戦略書」および PRSP を考慮するとともに、「国連開発援助枠組み UNDAF: United Nations Development Assistance Framework」に基づき策定されており、予防接種プログラムは、5 つのプログラム分野の一つ、乳幼児期の子供の成長に関わる分野の中の重要な項目として位置付けられている²⁹。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

ポリオ根絶のための NIDs をふくむ予防接種プログラムの計画策定は、保健省が議長となり、

²⁹ UNICEF の 2002-2006 年の 5 ヵ年計画は、5 つのプログラム・セクター、基礎教育、乳幼児の子供の発達、地方分権と地域開発、緊急支援対応、ザンジバルプログラムに分けられ、共通分野として、分析・モニタリング・コミュニケーション・アドボカシー、セクター間事業が含まれる(総額 147.8 百万 US\$、通常予算からは 37.8 百万 US\$、その他の予算は 110 百万 US\$)。

ICC 会合において進められている。ICC 会合には UNICEF、JICA をはじめ他の関係ドナーも参加しており、その中で EPI（予防接種拡大計画）5 年計画および SNIDs の計画が策定され、この会合を通してそれぞれのドナーの投入が調整されていることから、策定過程は妥当なものであると判断できる。

策定過程に関しては、保健省に派遣されている JICA 保健計画専門家が、保健省、JICA、UNICEF 三者の間の協議や情報交換を通して計画策定を行っており、調整を進めるうえで大きな促進要因となっていると考えられる。

さらに、SWAPs により、ドナーをふくむ保健セクター会合が頻繁に開催されており、そうした会合を通して援助協調が進んでいる。

ICC 会合は、年 2 回、半期ごとに開催されているが、その他に、保健セクター・ドナー会合（保健政策・計画）会議は、半期のレビューの会合に加えて定期的な会合を持っているほか、サブセクター毎にワーキンググループがあり、ガイドラインの策定や情報交換を行っている。最近では HIV/AIDS グループが別途活発に会合を実施している。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、ワクチンおよび資機材の調達、配布、モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる（表 2-25 参照）。

要請

要請のプロセスは、まず上記の ICC 会合を通して、全体の枠組み・計画・ドナー間の調整に基づき、保健省においてワクチンのニーズの見通しを立てる。この際には、UNICEF 側からの見通しやスペックに関するアドバイスを受ける。その上で、JICA 側のスキームに照らしあわせて、予算のシーリングや具体的な内容に関して協議・アドバイスを受け、要請書を作成している。その上で、正式に財務省を通して申請するというプロセスをとっている。従って、保健省、JICA、UNICEF がそれぞれの役割をもって要請を行ってきているといえる。

「母と子供の健康対策」の方では、保健省からの積極的な無線機による安全な出産等への支援の要望に基づき、保健省、UNICEF の保健セクターの担当および JICA 保健協力計画専門家を通して協議を重ねて、地域の選定、供与資機材の選定を行い要請を行っている。また、案件形成においては、対象地域の県（モロゴロ州・コースト州）については、その対象地域選定・実施順位などは県医務官（DMO：District Medical Officer）を含む県保健関係者の参加を得て実施してきている。

ワクチンおよび資機材の調達

ワクチンの調達は、UNICEF コペンハーゲンを通して実施しており、既にシステムもできており、ポリオの SNIDs 一斉投与キャンペーンの日付に合わせて調達・輸送が進められ、問題なく進められている。また、UNICEF では JICA や保健省に対して調達・輸送状況についての報告を行っている。

しかし、「母と子供の健康対策」の方の機材に関しては、従来の UNICEF のワクチン調達システムに沿った調達は、供与資機材の特色により可能でなく、JICA による調達（本邦および現地調達）によって行われている。その分、調達のプロセスが煩雑となったことは否めないが、

特に問題は報告されていない。

ワクチンおよび資機材の配布

UNICEF コペンハーゲンを通して調達されたワクチンは、UNICEF が空港到着まで責任を負い、到着の確認を保健省と JICA に連絡する。保健省は MSD (Medical Stores Department 医療機具・薬品管理部) を通して、ワクチンの通関、中央保管庫への保管を行っている。UNICEF と保健省は、到着したワクチンの輸送のプロセスや冷蔵庫への貯蔵の状況をチェックし、ワクチン検収調書を行っている。このプロセスは、問題なく実施されている。

中央から地方への引渡しと配送については、保健省が担当している。各県の保健管理局は、州の保健管理局を通して、保健省 (EPI ユニット) に対して必要なワクチン量を申請し、承認をうる。その後、保健省の要請により、配布リストに基づき、MSD が県保健管理局 (CHMT) / 県医務官 (DMO : District Medical Officer) まで輸送・引渡しを行っている。DMO は輸送・引渡しにかかる経費は、保健省に請求しており、保健省では、中期支出枠組み (MTEF) にも反映させ、予算に組み込んでいる。保健セクター改革を通して、MSD も独立機関としてのマネジメント強化を図ってきており、保健施設の需要の推計や在庫管理への対応についてもコンピューター化の導入など運営能力強化が進められてきている。

県保健管理局から末端の保健施設 (保健センター、投薬所) への配布は、他の医薬品やサプライ同様に、DMO の監督のもと、県保健管理局 (CHMT) の責任となっている。末端の保健センターや投薬所では、定期予防接種のワクチン等に対しては、毎月、県保健管理局からのモニタリングを受けており、その際にはワクチンをはじめ、他の医薬品などの供給品目チェックと配布が行われている。しかし、在庫がなくなったり、不足したりした際には、保健センター側から CHMT まで出向いているとの報告があった³⁰。ポリオなどの一斉投与についてもワクチン等の保健センター等への配布は CHMT によって行われている。

従って、上記に見るように、ワクチンの配布のプロセスは、システム化されており、保健省側や UNICEF での説明でもあったが、EPI の重要性がかなり浸透してきていることから、ワクチンの中央から地方への配布は効率的に実施されていると考えられる。

一方、「母と子の健康対策」における供与資機材の中央から対象地域の CHMT および対象地区への配布は必ずしもスムーズに実施されたわけではない。役割分担に基づき、JICA は、物資の調達を行い、タンザニア側に到着とともに、JICA としての役割は終了し、保健省の依頼により、MSD を通して税関手続きを実施し、倉庫に保管されたが、その後の地方への輸送・引渡し、また無線機の設置に時間がかかり、プロジェクト開始から実際の配布終了・活動の開始までに 2 年近くの遅れが生じている。その理由としては、下記の点が指摘されている。

- ）プロジェクト開始以後、地方分権化がすすみ、当初の計画から、対象地域の選定および活動について再度、県保健管理局や関係者を巻き込んだ計画の練り直しが必要となった。
- ）無線機の設置については、その設置と活用のための保健スタッフへのトレーニングが必須であり、そのプロセスに時間を要した。
- ）調達物資 (医療機材等) が到着し、MSD の届けられた際には、バルクでまとめてと

³⁰ バガモヨ県、モロゴロ・ルーラル県視察に基づく。

どけられたため、それを各末端の保健施設ごとに振り分けパッケージ化することが煩雑で大きな作業となった。この基本医療機材やサプライを施設ごとにパッケージ化するという点では、MSD には専門性があるわけではなかった。

モニタリング

EPI は、タンザニアでは 1975 年に開始されており、EPI に関するモニタリングのシステムは、うまく機能しているといえる。州保健管理局また県保健管理局には、それぞれのレベルに母子保健担当官（MCH Coordinator）、コールドチェーン担当官（Cold Chain Coordinator）が配属されており、EPI に関するモニタリングを行っている。まず、各末端の施設では、毎日、冷蔵庫の温度をチェックし、記録ボードに記録している。毎月一回のレベルで、県レベルからは各保健施設へのモニタリング、また州からは各県保健管理局へのモニタリングが行われており、毎月のレポートとしてまとめられることになっている。交通手段（車両）が限られているため、県保健局ではモニタリングの実施プランを立てて実施している。実際の視察では、毎月のモニタリングは県保健局からチームで訪問し、機材やサプライのモニタリングとともに、センターの活動についての指導やサプライの配布も同時に行われるとのことであった。

UNICEF のプロジェクト・オフィサー（保健担当は 3 名）は、年に 3、4 回は、地方のモニタリングを実施している。特にポリオのような一斉投与の際には、毎回モニタリングを行っている。県レベルでは、四半期毎にレビュー会議が開かれている。必ずしも UNICEF の代表が参加しているとは限らないが、レポートは保健省と UNICEF に送られてくるため、システムが機能しているかどうかのチェックは可能であるとのことであった³¹。

県保健管理局からのワクチンの配布状況については、各センターで記録台帳をもとに管理されていたが、ワクチンの実際の使用状況に関しては、各センターからの年次報告でチェックを行うとともに、また MSD から出される毎月・四半期ごとの配布実績報告を通して、過剰利用のケースあるいは実施状況の悪いところなどについてチェックが行われているとのことであった。

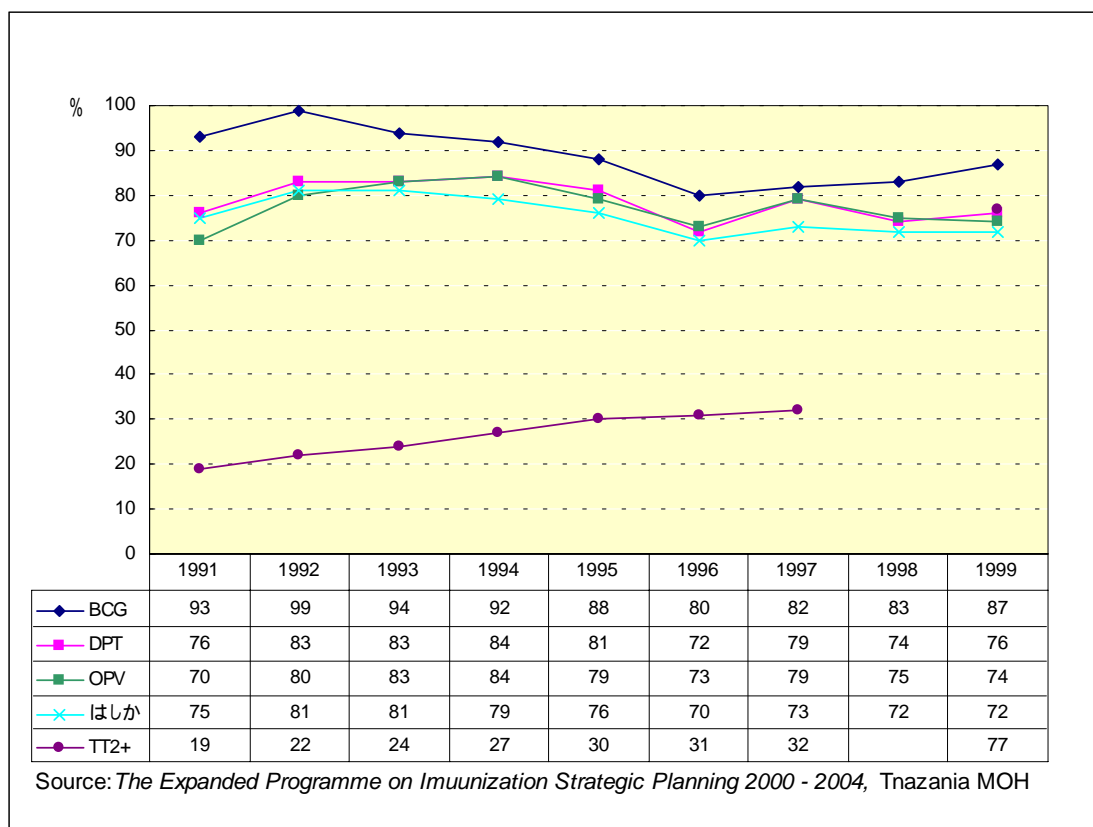
「母と子供の健康対策」に関しては、実際の活動はまだ始まったばかりである。無線機も最近とりつけられたばかりであり、従来どおり、県レベルから毎月のモニタリングが実施されているが、それ以外の特別な形では行われていない。

³¹ UNICEF のカントリープログラムでは、予防接種プログラムは、ビタミン A、ヨード塩促進と同様に全国展開。しかし、57 の強化地区、15 のモデル包括的重点地区があり、そこを中心にモニタリングを実施。しかし、強化・モデル地区以外でも問題がある場合は、指導・モニタリングを実施。

ポリオ根絶に向けてのポリオワクチン一斉投与キャンペーン (NIDs) は、1996年から実施されており、日本の支援は1999年から実施されており、1999年には必要量の80%、2001年には必要量の100%を占めている。

最終裨益者へサービスが届いているかどうかという点については、保健省提供のデータである予防接種の接種率(カバー率)を参考とした。タンザニアにおける定期予防接種の接種率の動向をみると、破傷風を除き、1991年からは70%以上の高いレベルで推移している。一方、ポリオのNIDsおよびSNIDsについては、90%以上の高いレベルとなっている³²。

さらに、2001年のSNIDsの結果では、第1回、第2回ともに100%の接種率を得ている。1996年8月から野生株ポリオの発生が起こっていないという状況は、このポリオ一斉投与の成果と考えられ、別途提供された子供の健康無償による支援(1997-1998年)とあわせて、本事業によるワクチンの供与が貢献したということが言えるのではないだろうか。しかし、国境を接する周辺国(例:コンゴ)などでは、まだポリオの発生がみられ、ザンビアでも今年になってアンゴラ難民を通して2002年1月にポリオが流入したというケースもあり、ポリオ根絶宣言を2005年まで延期している。

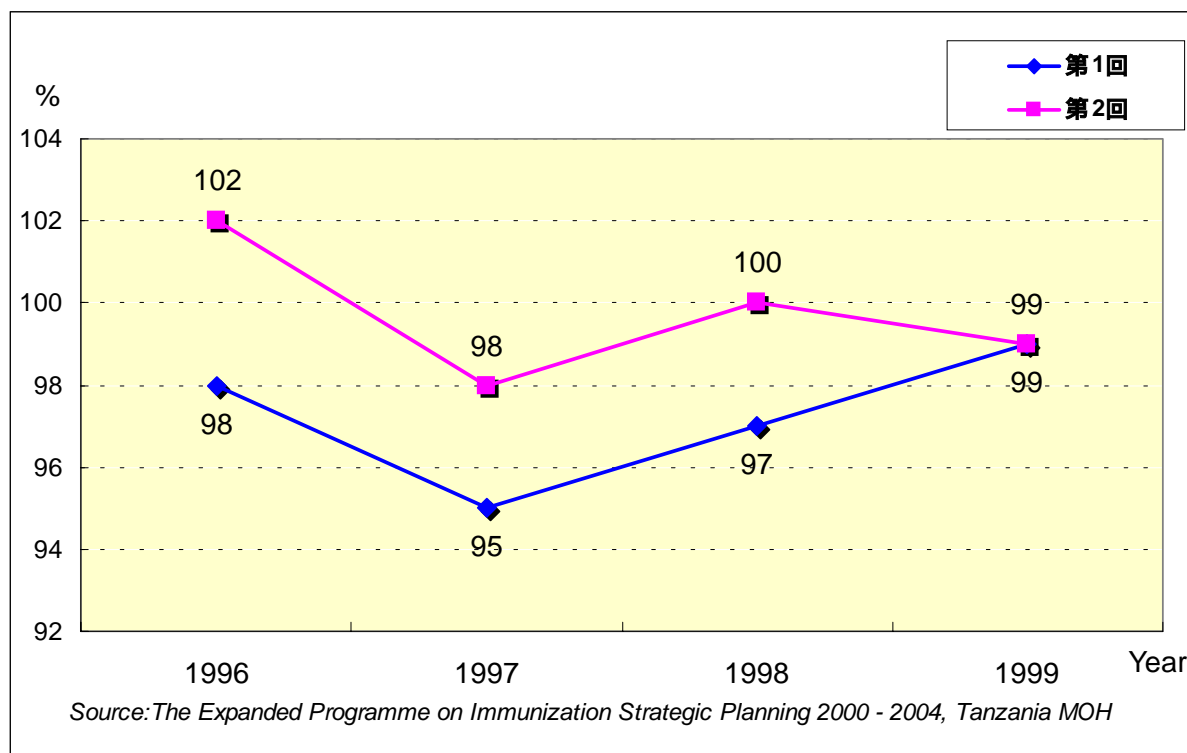


注) 1999年 TT2+は、妊産婦対象

出所: タンザニア保健省提供データ

図 2-12 タンザニアにおける予防接種の接種率の動向: 1991-1999

³² UNICEFをはじめドナーとの情報交換によれば、タンザニアの保健指標の整備は遅れており、信憑性の問題があるが、EPIの普及・接種率に関してはシステムができており比較的信頼に足るとのことであった。



出所：タンザニア保健省提供データ

図 2-13 ポリオ・一斉投与キャンペーン (NIDs) の予防接種率

一方、「母と子供の健康対策」分野への供与では、タンザニアの保健分野での課題である末端の保健施設での回避が可能な妊産婦死亡や乳幼児の死亡への緊急時の対応、特に無線を通してのコミュニケーション手段改善という面では関係者の関心は高い。UNICEF 側は、日本側の支援にあわせて、県保健管理局への救急車の配備や無線機の設置とスタッフに対するトレーニングをあわせて実施しており、UNICEF 側のインプットと日本側のインプットとがあわさって効果をあげているといえる。しかしながら対象地区の一つコースト州バガモヨ県では、無線機の設置は調査団が訪問した2ヶ月前であり、保健施設のスタッフの間また CHMT とのコミュニケーションの促進にはなっているが、具体的に緊急時への対応ケースは報告されておらず、具体的な効果については本調査では判断しかねる。

3.2 インパクト

プラスのインパクトとしては、ポリオ根絶に向けては、上述のごとく、一斉投与(NIDs/SNIDs)接種率は90%以上から100%と高い成果をあげていること、また、野生株ポリオの発生が1996年8月よりみられないという点では、本事業がもたらした効果と考えられる。また、高い予防接種の接種率をみると、一斉投与実施のプロセスをとおして、間接的に保健省のスタッフおよび地方保健管理局や末端保健施設のスタッフのキャパシティ・ビルディングにつながっていると考えられる。

また「母と子供の健康対策」分野では、無線機の供与を通して、保健省が考えている「CASCADE」システムに対して直接貢献することができたことが指摘できる。CASCADEとは、

コアの保健施設から蜘蛛の巣状の連絡・レファラル体制³³を構築する構想であり、無線機を供与した本協力では、特にモロゴロ州において、CASCADE システムによる遠隔地での医療体制のモデルづくりに貢献できたことは意義があり、また他のドナーもこのシステムに着目し始めたことはプラスのインパクトがあったと考えられる。

一方、マイナスのインパクトとしては、タンザニアのように SWAPs が進行している所での、既存の進め方による個別プロジェクト実施の効率の悪さが見られる点が上げられる。また本協力事業の形態、特に「母と子供の健康対策」については UNICEF にとっては同じマルチ・バイ協力の形態であっても、調達方法などが異なる新規の事業であり、予防接種のようにシステムができていたとは異なり、対応やプロセスが煩雑となり、遅れが生じる原因となったことが考えられる。

3.3 自立発展性

本協力事業はポリオの根絶および母性保護（Safe Motherhood Initiative）分野における緊急対応へのタンザニア国の自立を支援する目的をもって実施されてきている。この分野におけるタンザニアの自立発展性については、政策立案能力、予算、人的資源における側面から考察を試みた。

政策立案能力

タンザニアでは SWAPs の進行により、保健省が中期事業計画の策定・中期支出枠組み書の策定、さらに 1990 年の国家保健政策の改定を行った。ドナーの主導型という色合いは強く見られるものの、保健省の政策立案へのキャパシティ・ビルディング、オーナーシップは進んできていると考えられる。EPI およびポリオ一斉投与を含む予防接種プログラムの面では、特に保健省が中心となり ICC 会合において計画策定が進められており、予防接種の重要性への政府の認知は高く、中央および地方政府レベルにおいても政策立案・計画策定の面での能力は高いと考えられる。それは、ポリオの NIDs および SNIDs の予防接種の接種率や定期予防接種の予防接種率が他のアフリカ国と比較しても高いレベルで維持されてきている点をも判断できるものと考えられる。

しかしながら、計画策定・評価の基礎となる、末端の保健サービスの現状を把握するための保健指標の整備はまだ十分とは言えず、将来のワクチン需要の把握に関するキャパシティ・ビルディングが今後の課題である。」

さらに、セクター・ワイド・アプローチが過渡期にあるため、ドナーが参加する保健セクター会合が頻繁に開催されており、保健省の責任者や関係者が多大な時間や労力を費やしていることも事実である。そのため実際のサービスやプログラム面では、プロセスに時間がかかり実施面でマイナスの要因となっている面も否めない。

予算

現在、タンザニアの保健省では、ICC 会合を通して、「国家予防接種プログラム財政自立計画

³³ レファラル体制：患者発生時に重症度に応じて適切な医療施設へ搬送すること、および患者退院時に患者の住居に最も近い医療施設に必要な注意事項を申し渡すこと

(National Immunization Programme Financial Sustainability Plan)」を検討している。これは 2000-2001 年を基準として、2001-2002 年、そして 2005 年以降の予防接種に関わる財政計画の策定とドナーからの支援の見通しを検討するものである。財政面での検討の要因となっている点としては、() 新種のワクチンの導入 (例：2002 年から DPT-HB 「三種混合 - B 型肝炎」の導入、2005 年までに 90% のカバー率を期待、DPT-HB-Hib 「三種混合 - B 型肝炎 - ヘモフィルス インフルエンザ B 型」を 2005 年までに導入)、() AD 注射器の導入、() 2001-2002 年度から GAVI 基金の支援受領開始、2005-2006 年の 5 年間の予定。

2002-2003 年度には、現在、予防接種プログラムには、タンザニア政府、GAVI 基金、その他のドナーとして、UNICEF、WHO、JICA、DANIDA、Ireland Aid、USAID およびバスケット・ファンドが支援している。

2000-2001 年の実績でみると、総予防接種プログラムの支出に対するタンザニア政府の拠出の割合は、17.1%、ドナー支援が占める割合は 82.9%。これは、保健省の経常支出の 5.8% を占めている。GAVI 基金導入の始まった 2001-2002 年でみると、政府の拠出は、26.8%、また今年度でみると、21.2% となっている。

こうした政府の資金導入の動きは、貧困削減へのコミットメントの表れと見られており、まだかなりドナーの支援に依存し、かつドナーの支援の保証額によって左右される状況は変わらないとはいえ、自立への戦略に向けては前進として評価できる。

人的資源

保健セクター改革により、保健省の規模の縮小という計画は打ち出されていないが、保健省の役割はサービスの提供から政策立案、縦断型プログラムの調整、ガイドラインなどの策定などファシリテーター的な役割へと変わり、保健サービスの提供は地方政府 (県評議会や県保健管理局) へ移管され、計画策定から予算案策定、実施、モニタリングまで、その役割が重要となる。こうした過渡期の時期では、今後の自立発展性を考える上では、特に地方レベルでまだ保健行政運営管理面でのキャパシティ・ビルディングは十分とはいえず、また人材の不足が課題となっている。また、末端の保健施設では、スタッフの数は足りても十分なトレーニングを受け、能力を十分発揮できるところまで至っていないのが現状である。タンザニアでは、保健サービスの中で 3 割近くは、ミッション系団体や NGO によって担われており、サービスが十分でない地域などでは、官民の協力・連携の必要性もみられる。

(2) レポート (UNFPA との連携によるマルチ・パイ協力事業)

概況

タンザニア国における UNFPA との連携によるマルチ・パイ協力事業は、1997 年度から 2000 年度に至るまで 4 年間実施されている (終了は 2001 年度で 5 年間に亘る)。

本協力事業は、1996 年 6 月 24 日から 7 月 2 日に、当時の日本によって推進されていた「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(GII) の一環として実施されたプロジェクト形成調査団を契機として形成され、1997 年度に開始された案件であり、UNFPA とのマルチ・パイ協力を活用したタンザニア国 NGO (UMATI: タンザニア家族計画協会) と日本の NGO である(財)ジョイセフ (JOICFP: 家族計画国際協力財団) との協調案件として、UMATI、JOICFP を含む保健省、UNFPA、JICA の 5 者による覚書のもとに実施されてきたものである。本協力事業のねらいは、タンザニアにおいてニーズの高い課題として安全な妊娠と出産の確保という面を重視し、GII の観点によりリプロダクティブ・ヘルスの推進を人口直接分野の協力の一つとして位置付け、この分野のサービスの強化を図ることに置かれていた。

表 2-26 UNFPA との連携によるマルチ・パイ・協力事業

	1997	1998	1999	2000	計
内容	保健施設用基礎的医療機材 消耗品	保健施設用基礎的医療 資機材・消耗品、避 妊具 (サラムコンドーム、 IUD)、教材、家族計 画・保健推進員用資機 材	保健施設用基礎的医療 機材、消耗品、性感 染症検査機材・資材、 避妊具 (IUD)、教材、 寄生虫検査用活動資 材	保健施設用基礎的医 療機材、消耗品、家族 計画・保健推進員およ び TBA (伝統的助産 婦) 用資機材	
供与額 百万円	15.0	19.3	18.4	27.9	80.6

出所: JICA 資料より作成

本協力事業の具体的な内容は、JOICFP の協力により UMATI が 1984 年から推進している「家族計画・栄養改善・寄生虫予防インテグレーション・プロジェクト (IP)」の地域を対象として、末端保健施設 (保健センター・投薬所など) への基礎的医療資機材・医薬品などの供与を行うといったものである。そのコンセプトは、UMATI が地域レベルで養成している家族計画・保健推進員 (保健ボランティア) が住民に対する広報教育・カウンセリング活動を行い、保健施設のサービスの改善、住民のリプロダクティブ・ヘルスサービスへのアクセスの増加を図ろうというものである。

対象地域は、3 州 4 県、キリマンジャロ州 (ハイ県、モシ・ルーラル県)、モロゴロ州 (モロゴロ・ルーラル県)、ムワンザ州 (マグ県) である。供与資機材は、一部が本邦調達である以外は、主に現地調達である。その内容は次のとおり。

- 母子保健・家族計画を中心としたリプロダクティブ・ヘルス関連の基礎的な保健施設用の機材: 分娩用機材・器具、体重計、聴診器、血圧計、診断用ベッド、その他基礎的な医療器具、性感染症検査用ラボ資材・溶液など
- 視聴覚機材および教材: ポスター、リーフレット、フリップチャート、エプロン型リプロダクティブ・ヘルス教材など
- 消耗品: 必須医薬品や手袋・ガーゼ・包帯・縫合糸・注射器等、妊娠検査キット、避妊具 (IUD キット、コンドーム)

- 家族計画・保健推進員用資機材：レインコート・ブーツなどの活動着、自転車
- TBA（伝統的助産婦）用キット
- 学校集団寄生虫検査用資材など

<タンザニアにおける保健セクター改革およびセクター・ワイド・アプローチ、および、その中での本協力事業の推進について>³⁴

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

UNFPA とのマルチ・バイ協力案件に関しては、人口・家族計画分野への協力の一環として 1994 年 1 月（カイロで開催された国際人口開発会議に先駆けて）、外務省技術協力課と UNFPA 本部事務局次長によって取り交わされた合意文書によって開始されたものである。タンザニアにおいては、1996 年に実施された「人口・エイズ地球規模問題イニシアティブ」プロジェクト形成ミッションに際し、人口直接分野の支援という位置付けの中で、地域に根ざした妊産婦ケアの徹底・望まない妊娠の回避を促進し、安全な妊娠と出産を確保するという点を重視した案件として形成されるに至っている。この際に、タンザニアの家族計画分野における主要な NGO の一つである UMATI（タンザニア家族計画協会）の、日本の NGO である JOICFP との協力により展開されている「インテグレーション・プロジェクト(IP)」の地域に根ざした活動が注目され、UNFPA 連携マルチ・バイのスキームを活用した NGO との連携による草の根レベルの活動への支援という案件形成が進められた。本案件は、家族計画の普及のみならず、カイロの ICPD を受けて広くリプロダクティブ・ヘルス分野を重視しており、また 草の根レベルの活動を推進強化する他、NGO との連携のもとに実施されるという 3 点から、関係者の間（タンザニア国政府・保健省、UNFPA、外務省、日本大使館、JICA、UMATI、JOICFP など）で、タンザニアの保健医療分野の優先課題へ対応するものであるとして、その意義は認識されていたものであると考える。

具体的な案件の形成・実施に当たっては、各機関の果たす役割については、「覚書」が関係 5 者によって 1997 年前半に取り交わされており、その中で各機関の役割が明記されている。基本的には、下記のとおり。

表 2-27 タンザニア国 UNFPA 連携マルチ・バイ協力における各機関の役割

タンザニア政府保健省	全体の調整および要請書の日本政府への正式な提出、案件形成や実施運営・モニタリングへの支援（facilitation）
日本政府・JICA	要請書に基づいて機材・資材の供与。UMATI/JOICFP に対する案件形成支援（consultation and support） 供与資機材のモニタリング支援（provide guidance）
UNFPA	通関および国内輸送に関わる諸手続き・費用、UMATI/JOICFP に対する案件形成支援、供与資機材の使用状況のモニタリング支援
UMATI	要請書の作成、供与資機材のもとに IP 推進、モニタリングの実施および毎年結果を保健省に報告
JOICFP	案件形成、IP 推進、モニタリングへの技術支援、関係諸機関間での調整支援（facilitation）

³⁴ タンザニアにおける保健セクター改革およびセクター・ワイド・アプローチに関しては UNICEF の項を参照。

上記の覚書のある役割分担の明確化については、プロジェクト形成ミッションの際に協議され、覚書の形にまとめられたものである。JOICFP の協力により UMATI が実施している IP では中央レベルでの諮問機関として IP 中央運営委員会が設置されており、保健省はその一員であり、本協力事業開始の際にはその一環としての全体の調整と案件への支援を期待されていた。保健省では実際にはリプロダクティブ・ヘルス・子供の健康課（Reproductive and Child Health Unit：RCHU）が関与している。また、UNFPA に対しては、カントリープログラムの一環として本事業実施への支援が期待されていた（前カントリープログラムは、5 ヵ年計画 1997 - 2001 年）。

事業開始当初は、関係機関の役割は覚書にあるように明確に規定されていた。協力対象地域は、供与資機材を効果的に活用するために、人材養成や運営費等の負担が可能な UMATI/JOICFP の IP 地域に限定された。しかしながら、実質的には、主に JICA（特に保健省配属の保健協力計画専門家）の指導のもと、UMATI がリード機関となって進められてきたとあってよく、他の機関の関与は限られている。

UNFPA の場合は、結果的には本協力事業はカントリープログラムの中には含まれておらず、また対象地域もカントリープログラムの対象と異なっていたため、限られたスタッフの中で本事業の推進は優先度が低く、UNFPA にとっては追加の負担という形となり覚書にあるようには対応できていない。また、保健省では、会議等を通して本事業の状況は認知していても、積極的な関与はあまりみられない。特に、本事業開始時点から大きく変わったこととして、地方分権化の流れの中での地方政府（CHMT や DMO）の役割が重要となってきている。今後は、同様な事業では、中央よりも地方政府も巻き込んだ覚書等が肝要であると考えられる。

ヴィジビリティ（日本の協力の認知度）

供与資機材については、UMATI および県レベル関係者では日本の支援であるという点では認知されている。しかしながら、末端の保健施設のレベルでは、供与資機材は診断ベッドなどを除くと、小さな基礎的な医療器具や消耗品であり日本の提供であるというマークをつけることもむずかしく、また具体的な活動の面では UMATI が関与しているため、UMATI の役割の方が印象づけられている。マルチ機関の比較優位性を生かしつつ、日本側の支援としてのヴィジビリティを示すためには、違った形での戦略を検討（広報の仕方、日本の役割の明確化）が必要である。

他スキームとの比較優位性

日本側の関係者は、マルチ・バイ協力は、保健省の基本方針やプログラムと一致しており、かつマルチ側と組む場合の優位性があれば実施は意義があると考えている。UNFPA は従来、UNICEF と異なり、設立当初より基金・資金供与機関としての性格があり、現場の実施は、スタッフ体制からみても現地政府および NGO などの執行機関を通して実施支援協力を行っている。その点から考えると、UMATI という現地の NGO が関与することによって、彼らの草の根レベルでの家族計画・母子保健を含むリプロダクティブ・ヘルス分野での専門性や優位性を生かしながら現地のニーズに即し、草の根レベルへ裨益する支援を行うという面では、本事業は日本側にとっても現地側（中央・地方）にとっても意義があったと考えられる。しかし、マルチとの連携の優位性を考えるならば、カントリープログラムとの連動を検討する必要がある。

さらに、UNICEF との連携同様、SWAPs の流れの中で、今後タンザニア開発計画(Vision 2025)、タンザニア支援戦略書 (TAS: Tanzania Assistance Strategy 2001)、PRSP 等の国家政策を考慮しつつ、マルチ機関との連携のあり方を検討することが必要となってくるものと考えられる。

各種開発計画・政策との整合性

「タンザニア開発ビジョン 2025」の開発戦略、およびそれに即した保健分野の課題への政策・戦略では、基礎的医療サービスへの貧困層のアクセス、地方自治体の能力強化、家族計画の普及といった点を重視しており、本協力事業の内容は政府の基本方針に合致しているとともに、SWAPs の観点とともに、以後策定されている、PRSP (貧困削減戦略ペーパー)、TAS (タンザニア支援戦略書)、MTEF (中期支出枠組書) にもそった優先課題分野であるといえる。

日本政府の方針においても、タンザニアは「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(GII) における重点国の一つであったこともあり、本協力事業が重視されてきている。また最近では、日本政府が掲げる「タンザニア国別援助計画」の 5 つの重点課題の中で、本協力事業はその一分野(人口・エイズおよび子供の健康) として重要な位置付けがなされている。

さらに、本協力事業のこれまでの現状調査 (Situation Analysis 1999) や評価 (中間評価 2000、最終評価 2002) を見ても、他のスキームとの重複はみられない。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

本協力事業は、前述のとおり 1996 年に実施された GII プロジェクト形成調査団を契機として形成され、タンザニアにおいてニーズの高い課題として安全な妊娠と出産の確保という面を重視、人口直接分野への協力として策定されてきている。その点では、覚書の締結も含めて大枠の策定については関係者の協議の上でスタートしているが、マルチ・バイという観点から考えた場合、UNFPA のカントリープログラムに含まれていないという状況となってしまったことについては、今後同様な協力を進める上では検討が必要と考える。1997 年からカントリープログラムは開始されており、タイミングを踏まえての関係者の協議および案件形成も留意点の一つとして挙げられる。

一方、具体的な策定過程において、現場のニーズ調査については、実際には UMATI が進めている。また、保健省に派遣されている JICA 保健協力計画専門家が計画策定において、具体的な案件策定のための協議や情報交換、また助言も行っており、同専門家の果たした役割も大きい。本事業立ち上げの際の案件形成では、JOICFP も UMATI と情報交換しつつ助言を行っている。

初年次、および第 2 年次の案件形成では、IP 対象地域の県保健管理局 (CHMT)、県医務官 (DMO: District Medical Officer)、母子保健担当官および UMATI のフィールド・スタッフによって現場の保健施設のニーズ調査 (各施設からの申告に基づく) を行い、それをもとに要請内容を決定している。しかし、この進め方が必ずしも現場での状況調査 (Needs Assessment) に基づく案件形成になってはいないのではないかという問題意識のもと、1999 年には、JICA の支援 (専門家現地事業費・ジェンダー社会調査費) により、現状調査 (対象 78 施設) を実施している。これには、JICA 保健協力計画専門家が関わり、技術指導も行っており、1999 年度以降の要請については、この調査結果に基づいて要請書の作成が行われており、現状に基づいた妥当な要請となっていると考える。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、 資機材の調達、 配布、 モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる（表 2-28 参照）。

要請

要請は、上記に述べたように、UMATI が中心となり対象地域の県保健管理局や DMO と協議の上、JICA 専門家（保健協力計画）の助言をもとに作成し、保健省から大蔵省を通して日本大使館・JICA へ申請している。このプロセスでは、JICA 専門家が指導し、大きな役割を果たしており、UNFPA と保健省中央の関与はほとんどないようである。

資機材の調達

本事業では、JICA による調達（一部を除きほとんどが現地調達）によって行われている。毎年、要請から調達までかなり時間がかかっており、1997 年度から開始されたものの初年度資機材の到着は翌年秋、以後毎年度一年遅れで資機材到着・配布されている。要請資機材は多岐にわたり、2000 年度の申請リストをみると保健施設用の基礎的医療機材・消耗品で計 77 項目に渡っており、煩雑なプロセスを要し、現地での調達で行っているがかなり調達に時間を要したものと考えられる。

資機材の配布

資機材の配布についても、UMATI が大きな役割を果たしている。まず、各地方の施設に配送する前に、到着資機材の検証を UMATI と JICA が実施。配送は JICA による入札で民間配送会社を選定。配送先は 78 ヶ所。各施設ごとに配送リスト（Zonal Stores Issue Voucher）を作成し配送するとともに、受け取りを確認するシステムがつくられている。配送にかかる経費は、UNFPA が負担している。

配送の手順は、第 1 回目は、MSD を通して、DMO に対して配送し、DMO から各保健センター・投薬所に対して配布している。2 回目からは、民間配送会社により、UMATI の各ゾーン事務所（Zonal Office）まで配送し、UMATI が DMO と確認の上、母子保健担当官と協力しながら各施設への連絡・配布を行っている。第 3、4 回については、中央レベルで配送前に配送会社でリストに基づいて施設ごとにパッケージ化を行い、それを各ゾーン事務所まで配送し、配布という形をとっている。第 2 回目の配布の際には、UMATI スタッフによって各施設の現状調査（Situation Analysis Study）もあわせて実施されている。2 回目以降の配布では、受け取り先の各保健施設のオーナーシップ意識を喚起するべく、各施設から UMATI ゾーン事務所まで自分たちで輸送交通手段を手配し受け取りに来るような方法を採用しているとのことであった。配送リストは、UMATI 本部の CBS（Community-based Service）マネージャー、各ゾーン事務所、DMO、各施設に置かれていて、モニタリングの際のツールにもなっている。また TBA キット（伝統的助産婦への分娩キット）や家族計画・保健推進員の活動支援物資は、UMATI のトレーニングに合わせて提供されている。

上記のとおり、配送に関しては、UMATI が各県保健管理局との調整により通常の保健省の進め方と異なる方式で実施しており、細かい手配などかなりのスタッフ・労力を費やして実施し

てきている。UNFPA が関与する通常の配布では、調達後の通関・配布は MSD に依頼し、MSD から DMO へ、DMO から各施設へというパターンである。UNICEF の「母と子供の健康対策」のケースのように、各施設のニーズにあわせた供与物資については、施設ごとのパッケージ化が大変であるとの指摘があり、UMATI の方式は、その点では効率よく進められているといえる。

モニタリング

モニタリングにおいても、覚書のとおり、UMATI が従来の県保健管理局による通常のモニタリングに加えて実施している。ゾーン・マネージャーおよびサイト・スーパーバイザーによって年 2 回のモニタリングを行っており、モニタリング・フォームへの記入を行い、問題点の確認、未使用の資機材等の再配布・調整等も行っている。また各保健施設は、その地域で UMATI が養成した家族計画・保健推進員 (CBSPs³⁵) のレファラル施設となっており、CBSPs の活動の中でのフィードバックも重要な情報となっている。また、モロゴロ・ルーラル県の DMO は UMATI の協力を評価し、相互のモニタリング・プランを共有するなどの調整や情報交換を実施しているとのことであった。

しかしながら、供与を受けた保健施設はほとんど政府の機関であり、管理状況のチェックを UMATI で定期的に管理していくことはむずかしい。毎月のモニタリングは、県保健管理局からチームで訪問し、ワクチンやコールドチェーンも含めて機材やサプライのモニタリングが行われており、保健センターや投薬所での指導やサプライも同時に行われている。各施設には、機材・資材に関わる引き取りと使用について管理簿をもって管理にあたっており、また今回の訪問の際には、モニタリングの実施の記録も各施設の訪問記録に残されていることが確認された。ただ、診察用ベッドなど管理状況が悪い点も散見され、モニタリングの際のチェックや指導のあり方、フォローアップにはまだ改善の余地がみられる。

保健省中央担当部局と UNFPA から直接モニタリングがおこなわれたという報告はない。不定期ではあるが、本事業に関して中央レベルで行われていた協議を通して UMATI からの報告や中間評価・最終評価等を通して報告を得ていたと考える。UNFPA は、スタッフの人員に限りがあり³⁶、また本事業の対象地域が、UNFPA のカントリープログラムの対象地域とは異なっていたこともあり、UNFPA 自体によるモニタリングには対処できなかったと認識している。JICA との合同モニタリングは、JICA 保健協力計画専門家を通して Mwanza、Morogoro、Moshi に対して実施している。また JOICFP は、本事業実施期間中、独自の予算で、1998 年と 1999 年の 2 回、資機材供与を受けた保健施設へのモニタリングを実施している。また 2000 年 3 月にモシにおいて本事業の評価や今後の方向性に関するワークショップが JICA の支援で開催され、関係者間で協議が行われた。また、毎年 IP 全体の年次報告を通して、UMATI の活動全体の報告と併せ、事業の進捗状況が JICA に報告されている。

³⁵ CBSPs: Community-based Service Providers。以前は、CBDA – Community-based Distribution Agent といわれていたが、家族計画の普及員というだけでなく、ひろく地域での保健にかかわるサービスへと活動がひろがっている。

³⁶ 現在の人員構成は、Representative 一人、Deputy Representative 一人、Assistant Representative 一人、JPO 一人、National Project Professional Personnel (NPPP) 一人の計 5 人。来年 1 月からは NPPP を 3 人増員の予定。これまでは、UNFPA がカバーする地域、メインランド 26 県、ザンジバル 10 県、計 36 県に対し、半年の一度のモニタリング自体も難しい状況であった。

表 2-28 実施プロセスにおける役割の齟齬

規定上の役割				本協力事業における実際の役割			
JICA	UNFPA	UMATI	保健省	JICA	UNFP	UMATI	保健省
		I			A		
(株°-ト)	(株°-ト)		(株°-ト)		×		(県保健局)
(株°-ト)	(株°-ト)				×		(提出)
				(実施)			
	(負担)			(実施)			
	(負担)		(株°-ト)		(負担)		
	(負担)		(株°-ト)				(県保健局)
			(株°-ト)				(県保健局)
(株°-ト)	(株°-ト)		(株°-ト)	(株°-ト)			(県保健局)

注) ○：役割がある/果たしている； △：あまり役割を果たしていない； ×：役割を果たしていない； □：役割がない
 上記の表は、現地での役割をもとに作成し、JOICFP は含めていない。JOICFP の役割は、事業内容策定、モニタリングへのサポート、本事業実施（特に関連するプロジェクト活動、トレーニング等）に対する資金的・技術的支援。
 保健省とあるのは、覚書をもとに中央レベルをさすが、実際の実施では、県保健管理局の役割・関与の方が大きい。

評価

本事業に関しては、実施期間の4年間の間にいくつかの調査・評価を実施している。それを整理すると下記のとおりである。この評価等の実施に関しては、必ずしも事業開始の際に覚書に明記されていたということでも、UNFPA とのガイドラインや計画に入れられていた訳でもなく、事業の進展に伴い、JICA 専門家や関係者の提案を通して進められてきているが、事業の進捗や成果を図るうえで意義は大きいといえる。将来の同様な事業の実施においては、開始当初からの関係者間での協議の上、計画・予算化が必要と考える。

- ）現状調査（Situation Analysis）、1999年6月 - JICA 専門家現地業務費（ジェンダー社会調査費）により実施。本事業では、開始当初には基礎調査（Needs Assessment）は実施されておらず、そのため開始後2年目に現状調査を実施したもの。
- ）ワークショップ開催、2000年3月29、30日、モシにて JICA 専門家現地業務費により実施。UMATI および県関係者やフィールド代表による事業の進捗、課題、今後の方向性等についての協議。
- ）中間評価会議、2000年5月29日、UNFPA で実施。この会議に先立ち、UNFPA ではローカルコンサルタントを備上、中間評価用の進捗評価レポートをまとめている。
- ）最終評価の実施。最終評価は UNFPA が、ローカルコンサルタントを備上し2002年初めに実施、4月に JICA に報告書を提出。

JOICFP は、中間評価および最終評価については、現地での実施のため、現地にスタッフを派遣しての参加はしていない（急な実施要請のための参加できず）。

2.3 投入の妥当性

本協力事業における投入は、リプロダクティブ・ヘルスおよび子供の健康に関わるサービスの向上を目的として末端保健施設（保健センター・投薬所など）への基礎的医療資機材・医薬品などの供与を行ったものである。具体的な投入内容としては、上記で言及した現状調査報告や最終評価報告書でみるとおり基本的に妥当であると考えられる。しかし、下記の点について留意を要する。

初年度の供与については、ニーズ・アセスメントに基づくものでなく、各保健施設からの要請をもとに作成しているが、1999年に実施された調査で機材の重複や未使用のものが発見されており、その後、配布を再調整・再配布を実施している。またその調査に基づいて、実際のニーズに基づく案件形成・要請がなされている。

上記の状況調査において、保健省の末端の保健施設におけるそれぞれのレベルに応じた基本的な基礎的医療資機材・医薬品のガイドラインの必要性があげられている。これについては、JICA 保健協力計画専門家をとおして保健省で、スタンダードナリスト ガイドラインの作成を実施している旨、中間評価会議（2000年5月29日）において報告されている。しかし、その後の進捗については、本調査では確認されていない。

本協力事業においては、家族計画推進の一環として、コンドームの供与がなされている。プロジェクト形成ミッションの際には、将来のプログラムの自立発展性にも考慮し、ソーシャルマーケティングの導入の可能性も検討され、本事業においてその目的のためのコンドーム供与が実施されている。計画当初は日本製コンドームの導入の提案も出されているが、「持続性への配慮、現地での知名度、安価である」との理由からタンザニアのサラマ（SALMA）コンドーム（タンザニアでパッケージ化されたもの）の現地調達での供与が行われている。このソーシャルマーケティングについては、開始されたものの、必ずしもいい成果を生まずに在庫が一時残り、他の活動（若者に対するプログラムでの活用）の実施によって消化するに至っている。

本事業と連携した日本政府からの他の投入および他のドナーからの投入の重複はみられない。しかし、中央の保健省に配属されている JICA 専門家（保健協力計画）が、UMATI とともにかなりの技術的な支援をおこなっており、大きな役割を果たしている。

本事業の実施に当たっては、覚書にあるとおり JOICFP は UMATI が実施している「インテグレーション・プロジェクト IP」への協力支援の形で参加している。具体的な投入としては表面にはでてきていないが、IPPF（国際家族計画連盟）および JOICFP の資金・技術協力がこのプロジェクト実施には投入されており、資機材供与に関わるフィールド・スタッフや家族計画・保健推進員および TBA へのトレーニング実施費用、スタッフの人件費、モニタリング費、その他諸経費などが投入されている。また、UNFPA の資金協力によるアフリカ地域レベルでの各国でのプロジェクト推進のためのトレーニングには UMATI スタッフも参加している。

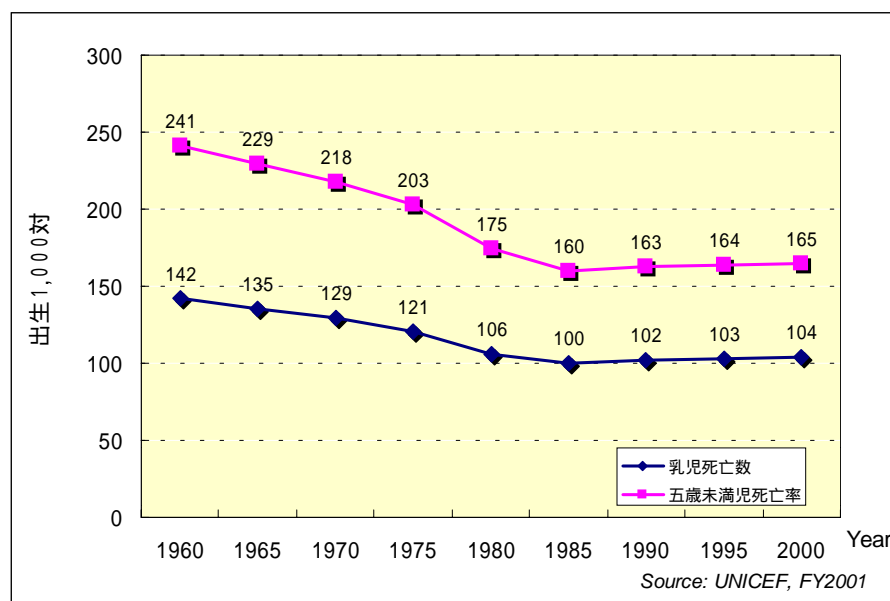
本事業実施にあたって、UMATI は、供与資機材・医薬品の申請書のとりまとめ、物資の配布、報告書の作成などの大きな役割を担っており、これの作業にかかる労力やコストは目に見える形ではでていないが、多大である。こうした一連の業務に関わる通信連絡費、管理費、交通費、人件費については本事業では全く考慮されていないが、実質的なコスト「Transaction Cost」はかなり投入されていると考える。

3. 効果

3.1 有効性

本協力事業は、タンザニアにおけるニーズの高い課題として、安全な妊娠と出産の確保という面を重視し、また、そのための地方特に農村地域でのリプロダクティブ・ヘルスおよび子供の健康に関わるサービスの向上を目的として末端保健施設への基礎的医療資機材・医薬品を供与するものである。案件形成の際には、JOICFPの協力によりUMATIが1984年から推進しているIPで行われる地域に根ざした活動の成果とNGOの役割に注目している。

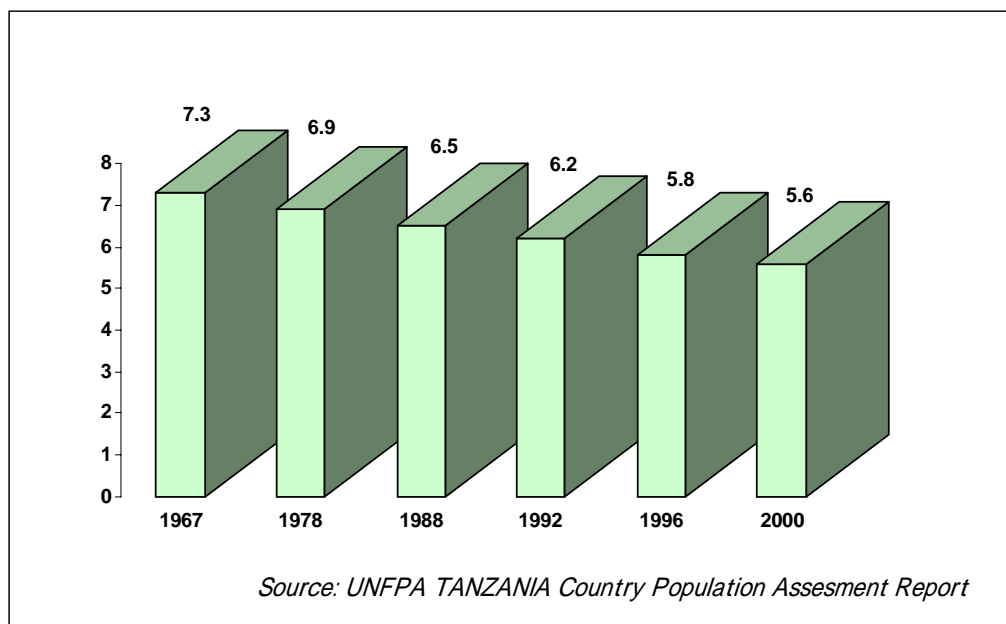
4年間の資機材投入の効果を測定することは難しい。UNFPAは新規カントリープログラム(2002年-2006年)のタンザニア国全体のリプロダクティブ・ヘルス分野の達成目標として、乳児死亡率(107から97へ)、妊産婦死亡率(529から450へ)の減少、避妊実行率および施設分娩率(35.8%から60%へ)と増加をかがけている。国全体のマクロ的な数字でみると、乳児死亡率・5歳未満児死亡率、また合計特殊出生率(図2-14、図2-15)では、合計特殊出生率は徐々に低減傾向にあるが、乳児死亡率、5歳未満児死亡率はここ5年ほどは改善がみられない。また、避妊実行率も1991-1992年の10%から1999年の24%とまだまだ低いレベルであり、妊産婦死亡率も530と非常に高い(1996年人口保健調査および1999年Reproductive and Child Health Survey: TRCHS)。このことは、この分野への投入が依然非常に重要であることを示しているが、具体的な本協力事業の効果の測定は4年間という期間では難しいといえる。



出所：UNICEF, Situation Analysis of Children in Tanzania, 2001

図 2-14 タンザニアの乳児死亡率および5歳未満児死亡率

具体的な最終裨益者への効果については、本事業の一環として実施された「1999年の現状調査」、「2000年の中間評価」、「2002年の最終評価」、またUMATIが提出しているIP事業の年次報告書を参考として分析を試みた。



出所：UNFPA, Tanzania Country Population Assessment Report, 2001

図 2-15 タンザニア合計特殊出生率：1967-2000

表 2-29 本協力事業により資機材の供与を受けた保健施設

District 県	施設数 政府系	施設数 民間	計	資機材供与施 設数	%	その他 (UMATI 他)	供与を受けた施 設合計
マグ	42	3	45	12	26.6	1	13
モロゴロ	60	15	75	11	14.7	2	13
モシ・ルーラル	32	34	66	15	18.2	-	15
ハイ	29	17	46	36	80.4	2	38
計	163	69	232	74	31.9	5	79

出所：県保健局資料および「現状調査」2000年3月

表 2-29 が示すとおり、本協力事業は、対象地域（4 県）の中で、特に UMATI の活動地域の政府および民間の保健施設のニーズにこたえて資機材を供与しているが、供与を受けた施設は全体の 31.9% を占め、74 施設、UMATI や都市部のセンターを含むと合計 79 施設に上っている。特に、注目に値するのは、ハイ県における 80.4% で、本事業の効果は大きいと考えられる。また、「1999 年の現状調査」によれば、各施設に供与された基礎的な医療機材では、32 項目のなかで、JICA 供与の占める割合は（全体の既存数の中で）、20%（バケツ）から 97%（スパーテル：医療用さじ・へら）までを占めていた。これをみても、日本側の貢献度をみることができる。

従って、具体的な現場のニーズ、特に末端の保健施設の、資機材の不足ギャップを埋めるといふ点と、そのニーズに細かく対応していくという点では大きな貢献をしていると判断できる。参考までに、避妊具（薬）の必要計画数を表 2-30 に示す。

表 2-30 避妊具（薬）の必要計画数

単位：1,000 個

	2000	2005	2010
経口避妊薬（ピル）	6,648.2	8,957.0	12,038.1
コンドーム	7,602.2	9,826.1	12,825.5
注射薬	1,342.1	1,681.2	2,143.3
IUD	18.5	50.1	90.2

注）15-49 歳の女性を対象

出所：UNFPA 資料

3.2 インパクト

本協力事業の成果・インパクトに関しては、短期間の実施ではあるが、「2000 年の中間評価」、
「2002 年の最終評価」、また UMATI が提出している IP 事業の年次報告書によると、いくつか
の定量的あるいは定性的なインパクトが報告されている。主なプラスのインパクトとしてあげ
られている点は下記のとおりである。プロジェクトが具体的に目標としていたのは、特にリプ
ロダクティブ・ヘルスサービスの向上であり、産前健診や産後健診の受診、避妊や性感染症予
防、施設分娩や乳幼児に関わるサービス（乳幼児の成長モニタリングなど）の受診の増加を目
指している。

本事業を通して、地域住民の間での保健施設でのサービスの利用度が一般に増加している。
表 2-31 は、産前健診および施設分娩に関する県保健管理局の報告によるもので、実際には、
マグ県自体では、供与された施設は全体の 26.6%、また人口で見ると、125 村中、20.5%を
占めているのみであるが、TBA や家族計画保健推進員のトレーニングとあわせて、こうし
たプラスの効果を生んでいるということも考えられる。また、評価の中では、資機材の供
与を通して、保健スタッフや UMATI のフィールド・スタッフの、モラルの向上につながると
同時に、これまで機材がなくてできなかった処置（マイナーな外科的処置）や治療薬や
検査機材・薬などの不足でできなかった治療ができるようになり、それが結果的には住民
からの保健施設への信頼となってあらわれてきているとの報告が出されている。また、
UMATI のフィールド・スタッフからの保健施設へのレファラルのシステムが改善されると
ともに、さらに、UMATI のクリニックでは性感染症など家族計画のみならずリプロダクテ
ィブ・ヘルス分野へのひろい取り組みが可能となっている。こうした変化に対する住民側
の反応については、今回の調査では、実際に現場で最終裨益者での面談等ではできなかった
のでこの点を検証することはできなかった。

こうした保健サービスの利用度が増加することを通して、結果的には疾病や死亡率の改善
につながっていくことが期待されるが、短い期間が対象であり、また具体的なデータもな
いため、今回の調査では判断することは難しい。

本事業を通して政府、特に地方自治体と民間（タンザニアの NGO：UMATI）の協力関係が
促進された。UMATI は元々、タンザニアでは家族計画分野のパイオニアであり、中央政府
との協力関係も強く、信頼も受けている団体である。現在進行しているセクター・ワイド・
アプローチおよび保健セクター改革と並行して、地方分権化が進んでおり、地方政府、県

評議会や県保健管理局の役割が強くなってきている。今後の NGO の地方政府との協力関係の強化という点では、本事業の効果は大きいと思われる。

表 2-31 マグ県における産前健診と施設分娩

	1998	1999	2000	2001	合計
産前健診（初回目）	16,478	14,358	16,318	16,991	64,145
産前健診（梅毒検査）	-	563	4,432	3,520	8,515
陽性ケース（率）	-	102 (18.1%)	350 (7.9%)	542 (15.4%)	994 (11.7%)
施設分娩	4,128	4,975	5,740	7,122	21,965

出所：「最終評価報告書」2002年4月

マイナスのインパクトとしては、本協力事業の実施に5機関が関連しており、その調整に多大な労力がかけられた点であると考えられる。連携事業は、うまくいく場合は、とても良いプラス効果を生むが、何か問題が生じたり、また役割を遂行できない場合が生じたりすると関連機関の間の良好な関係が損なわれることとなる。また、本事業では、地域住民に裨益することを目的として、こまかなニーズに応えるような案件となっており、そうした努力をすることによって、中心となったUMATIはもとより、関係機関の労力にかかる負担（Transaction Cost）がかなり大きかったこともマイナス面といえる。今後は、この点も含め、費用対効果も念頭にいられた本事業のあり方も検討が必要ではないかと考える。

3.3 自立発展性

本協力事業は、家族計画や母子保健を含むリプロダクティブ・ヘルス分野への支援であり、この分野におけるタンザニアの自立発展性については、政策立案能力、予算、人的資源における側面から考察を試みた。

政策立案能力

UNICEFの項で述べたとおり、タンザニアではSWAPsの進行により、保健省が中期事業計画の策定・中期支出枠組み書の策定、さらに1990年の国家保健政策の改定を行っている。ドナーの主導型という色合いは強く見られるものの、保健省の政策立案へのキャパシティ・ビルディング、オーナーシップは進んできていると考えられる。リプロダクティブ・ヘルス分野でのニーズについての保健省の認知は高く、また保健施設での質の高いサービスへの住民のアクセス、特に農村、貧困層での基本的な保健サービスへのアクセスの面での課題も十分認識されていると思われる。本事業の案件形成にあたっては、地方分権化の動きを受けて、開始当初と比べると現在は、地方政府の役割が大きくなっており、UMATIが地方政府（県評議会・県保健管理局）と連携しつつ計画策定、また現状調査やモニタリングを実施してきており、企画立案や実施の面での能力強化にはつながっていると判断できる。

地方分権化に伴い、地方政府改革プログラムが進んでおり、県政府は、保健センターや投薬所の運営責任を負っている。現在、本事業の対象地域の中で、モロゴロ・ルーラル県、ハイ県、マグ県の3つは地方政府改革の第1フェーズの改革37県に含まれており、それぞれの県保健計画を策定してきている。本事業の中間評価の中でも指摘されているが、今後、同様の事業の展開に対しては、県保健計画へ組み入れていくことが重要となると考える。

予算

人口、リプロダクティブ・ヘルス、家族計画分野への政府の財政投入だけを取り出すデータは入手できていないが、タンザニアでは政府の保健支出のうち、経常予算の3分の2までが職員の人件費であり、開発予算についてはほとんど海外の援助に依存しているといわれている。1999年度の例では、ドナー支援および政府支援をあわせても、人口一人あたり年間4US\$くらいで、必要とされている一人あたり9-12US\$からは程遠いのが現状である。また、保健セクター全体の歳入計画をみると、例えば、1999年度（総額:1億9,840万US\$）では、政府予算は全体の47%、ドナー資金51%、利用者負担2%となっているが、1999年度政府保健支出額は4,250万US\$で上記歳入計画の半分にも達していないことが報告されており、政府の保健セクターへの財政投入はまだ厳しい状況であるといえる³⁷。

地方政府は、乏しい地方財源の中で、保健省からの補助金も合わせて、医薬品や消耗品の調達、職員の給与やトレーニング、保健施設や設備の維持管理などの責任を負っている。そういう意味では本事業の支援は意義深い。しかし、現在、機材や医薬品の供与を受けたUMATIのクリニックでは、コスト・リカバリーを目指して、コスト・シェアリングを実施しており、コスト・シェアリングから得た資金を薬剤購入の回転資金として管理、活用しているが、政府系の保健センターや投薬所では、コスト・シェアリングはまだ十分導入されていない。医薬品や消耗品がなくなると、その後は県保健管理局が自分たちの予算で補充しているという話を視察訪問先では聞いたが、今後の医薬品の持続的な供給という面ではまだ課題が残る。また、最終評価では、今回の事業の推進では、さらに住民の参加と協力を促すことが必要であるとしている。いくつかの対象地域では、住民が自主的に協力して保健センターの改善や機材の管理に対して人的・資金的な支援をしているところもあり、今後は住民を計画の段階から巻き込み、参加・協力を促すことも肝要であろう。

地方政府改革の一環として、中央レベルでの保健セクター・バスケット・ファンドのほかに、地方政府改革バスケット・ファンドも設置されている。現在、前述のとおり、3つの県（モロゴロ・ルーラル、ハイ、メグ）は第1改革フェーズの改革対象37県に含まれており、既に県保健計画を策定しており、将来的には、資機材の調達や維持に関する予算もこうした地方政府の活動計画・予算に組み入れていくことが必要と考える。

本協力事業では、将来のプログラムの自立発展性に考慮し、コンドームの供与を通してソーシャルマーケティングが導入されている。計画当初は日本製コンドームを導入予定であったが、「持続性への配慮、現地での知名度、安価である」との理由により実際にはタンザニアで活用されているサラマ（SALMA）コンドームが現地調達によって供与されている。しかしながら、このコンドームのソーシャルマーケティングについては、売れ残りや在庫を抱えるという事態が起こっている³⁸。この主な理由としては、ソーシャルマーケティングは、PSIというNGOが既に広く展開してきており、キオスクや雑貨店などを通してコンドームが広く出回っていたこと、地域に対してコスト・シェアリングについて十分な説明もなく始められたため、住民の理

³⁷ 参考資料：JICA、「タンザニア連合共和国・日米合同プロジェクト形成調査報告書（HIV/AIDS/感染症・人口・保健）」、2001年12月、3-3項：保健財政参照。

³⁸ サラマ・コンドームのソーシャルマーケティングは、CBSP(家族計画・保健推進員)が1パッケージ(3個入り)50シリングで売るもの。CBSPの取り分は価格の10%で残りの90%は回転資金としてプロジェクトに還元されている。

解が不十分であったこと、また家族計画・保健推進員(CBSP)は、自分たちの本来業務において既に同じコンドームを無料で提供してきており、同一人物が有料と無料の2種類のコンドームを提供した(差別化ができていなかった)ため、CBSPによる売り上げが良くないという結果となったことが挙げられる。将来的には、コスト・シェアリングの考え方の理解促進、また戦略の検討が必要である。

人的資源

一般的に、タンザニアでは供与された資機材が十分活用されていないケースがみられることもあり、どのドナーにとっても機材供与は活用まで検討して実施することが肝要である(英国開発省担当官の弁)。従って、どのドナーにおいても資機材の供与では、それにあわせて輸送・引渡しから設置、活用のためのトレーニング、メンテナンス、スペアパーツまで一貫して検討することが必要となるといえる。特に、資機材を十分に活用していくためには、それに関わる人的資源の確保と十分な技術レベルの確保が重要となる。本協力事業では、UMATIの実施するIPを通して、CBSPやTBAのトレーニングが実施され、供与資機材の活用という点ではフィールドレベルで人的資源の確保と能力の向上が図られている。しかし、政府系の保健施設に関しては、本事業開始の際にはトレーニングの必要性に関するニーズ調査は実施されていない。現行の保健セクター改革では、地方自治体が保健施設の運営や人材の確保・トレーニングの実施には責任をもっており、この分野での計画策定や予算の確保が重要な要因となってくるものと考えられる。地方政府レベルでは、人材の不足・トレーニングの実施による能力向上が課題といえる。この分野でのNGOや民間機関の果たす役割も大きく、県保健計画策定などを通してNGOの参加・役割が重要であるといえる。

E. ザンビア国

(1) UNICEF との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況

ザンビア国における UNICEF との連携によるマルチ・バイ協力事業は、1989 年から 2001 年までの計 13 年間に亘って実施されてきた。協力事業は感染症対策特別機材供与における EPI (予防接種拡大計画) 対策のフレーム内で実施されたものであり、特に BCG とはしかの定期予防接種用のワクチン供与がその中心であった。1997 年からはザンビア国のワクチン自立体制を促す目的をもって、毎年 20% ずつのワクチン供与額の削減を行い、結果 2001 年をもって本マルチ・バイ協力事業は終了している。しかしながら、ザンビア国のワクチン自立体制は依然として整っておらず、2002 年は日本から供与されなくなったワクチンの不足分を UNICEF が自らの資金で供与する結果となっている。

表 2-32 UNICEF との連携によるマルチ・バイ協力事業

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	計
内容	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG 車両	BCG 車両	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG 麻疹	BCG	
供与額 百万円	50.0	73.0	51.0	45.0	43.0	27.0	24.0	27.0	22.0	18.8	13.1	12.0	10.0	415.9

出所：JICA 資料より作成

< ザンビア国の SWAPs (セクター・ワイド・アプローチ) について >

現在ザンビア国の保健セクターでは SWAPs (セクター・ワイド・アプローチ) が進展している。SWAPs の目標は、「ザンビア国政府とドナーが相互に協調しながら、セクター内での政策、投資および支出計画に一貫性をもって実施すること」としている。また SWAPs を実現するための手段として、バスケット・ファンドが設定されており、各郡の予算の大半はバスケット・ファンドに依存している状況である。SWAPs には数多くのドナーが賛同しているが、バスケット・ファンドについては賛同・参加していないドナーも多く、ドナーの足並みは必ずしも揃っていない³⁹。

< 本協力事業における前提条件について >

現在 SWAPs の過程において、急速な地方分権化が進展している。そのため中央の保健省は政策機関としての役割に集中することとなり、核となる部署/人材だけを残す大胆な人員削減を進めている。この急速な進展は本協力事業が開始された当初には予想しえなかった点であるとともに、本協力事業を継続するうえでの「前提条件 (事業を進めてゆく過程で保健省スタッフが継続的に業務を遂行すること)」は維持されてこなかった点をここに記しておく。

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

³⁹ 日本、UNICEF、UNFPA も SWAPs には基本的には賛同しているが、バスケットファンドには拠出していない。SWAPs 推進ドナーとしては、オランダ、スウェーデン、デンマーク、英国、アイルランド等。一方、日本、米国、カナダ、ドイツ、および国連機関は距離を置いている。

マルチ・バイ協力によるワクチン供与は、ザンビア国保健省をはじめ、UNICEF、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性の高さについて同一の見解を有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。

一方各機関の果たす役割については、これまで13年間の活動の中で固定化されており、実施の上で役割分担の不明確さから生じる実施の遅延等の問題は見当たらなかった。しかしながらUNICEFについては、本協力事業下での役割は本来通関手続き、および配送のサポートであったにも拘らず、13年の間にUNICEFがザンビア国政府に代わり通関手続きおよび配送(中央保管庫まで)を実施することでシステム化されてしまっており、本来の負担を超えた役割を果たしているとの認識を持っている。

ヴィジビリティ(日本の協力の認知度)

ヴィジビリティの観点からも、日本とUNICEFが連携してワクチン供与を実施していることは郡保健局レベルまではよく知られている。ただし、いわゆる日本のODAマークは、UNICEFコペンハーゲンからの搬送時には貼付されているものの、中央から地方への配送時にはワクチンであることの特殊性も関係するため貼付されていない。末端のヘルスポストレベルではJICAを含む各ドナーのロゴ入りエプロン、帽子をスタッフが着用しており、認知度の向上に努めている。

郡レベルの保健局のみならず中央の保健省においては、日本とUNICEFによってワクチンが供与されている事実は把握しているものの、各機関の役割についてまで把握しているスタッフはごく少数であり、スキーム自体の認知度は低いと判断される。

他スキームとの比較優位性

日本側関係機関は、ワクチン分野において価格面、供給面における圧倒的な優位性を有するUNICEFと連携することで、日本独自のバイ協力では得られないメリットを享受していると認識している。特に現在のように世界中のワクチン生産体制が限定化されている中で、UNICEFと連携することの優位性はむしろ増大していると認識している。また、バイ援助のスキームによって事業を実施するよりも、UNICEFと連携することで事業が迅速に進展することが可能と考えている。

一方UNICEFは、日本のザンビア国におけるプレゼンスが大きく、かつ援助実績が高く評価されていることから、UNICEFと日本が連携することによってUNICEF自体のイメージ向上にも繋がることを期待できるとしている。また、日本の業務実施における透明性、信頼性からも日本と連携することにメリットを認識している。さらには現在ザンビア国の保健セクターにおいてはバスケット・ファンドが進行しているため、ファンドに参加していないUNICEFと日本が協力体制を築いてゆくことも、UNICEFにとっては重要であると考えている。

保健省については、UNICEFがワクチンを安価に調達できるため、UNICEFが関わる本協力事業にはバイ援助に比較して優位性があると考えているが、日本が本協力事業に関連することの優位性は保健省にとって見えづらいのが現状である。

各種開発計画・政策との整合性

ザンビアにおいて、母子保健分野は重要な位置を占めており、本協力事業が促進している定

期予防接種用の BCG、はしかのワクチン供与は、ザンビア国の保健政策に整合している。また、UNICEF にとっても母子保健分野はザンビア国における五つの活動⁴⁰の柱の一つであり、UNICEF のカントリープログラムにも合致している。

またザンビア国では保健セクターにおけるセクター・ワイド・アプローチ (SWAPs) が進展しているが、SWAPs の観点からも調整が図られており、本協力事業は他ドナーとの重複なく実施されてきた。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

予防接種にかかる計画策定は、保健省主催の国際調整委員会 (Inter-Agency Coordination Committee: ICC) によって行われる。ICC 会合には日本および UNICEF も参加することから、保健省を含む 3 機関は他ドナーも含んだ上位レベルの本会合において、計画の策定および調整を図っている。また予防接種を含めた、より総合的な政策対話の場として各種の会合があり、全体的な基本方針の変化に比較的柔軟、かつ迅速に対応できる環境は整っていると考えられる。

表 2-33 ザンビア国保健セクター・ドナー会合

会合名	会合内容	会合頻度
Technical Meeting	会議のテーマはドナー保健担当官と保健省の間で決定	毎週金曜日
District Basket Steering Committee	ディストリクト・バスケット・ファンドの財政状況のレビューなど	四半期
Health Sector Committee Meeting	保健政策全体	四半期
Bi-annual Consulting Meeting	保健政策全体	半期
Working Groups/Informal Meeting	サブセクター毎にワーキンググループあり。ガイドラインの策定・情報交換など。	不定期

3 機関のみが合同で会議を持つ場は現在ないが、上記 (表 2-33) のような各種会合が設置されていることから、対話不足はないものと判断できる。また JICA 事務所と UNICEF 事務所の間では年次協議を実施しており、本協力事業のモニタリング状況を含めて、妥当な頻度での対話が行われてきたと判断できる。

以上の点から本協力事業における計画策定の過程は、関係機関が十分な対話の場を持ちながら柔軟に対応しており、妥当なものと判断できる。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、ワクチンおよび資機材の調達、配布、モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる (表 2-34 参照)。

⁴⁰ 2002-2006 年の UNICEF カントリープログラムは 母子保健および栄養改善(28%)、子供の保護(Child Protection)(25%)、教育(23%)、水、衛生、衛生教育(21%)、セクター横断的問題(3%)から成る。括弧内数値はプログラム内の予算割合である (合計 65.6 百万 US\$)。

要請

要請に関しては上記に述べた総合的な政策対話の場を通して、大きな枠組みが決められた後に、具体的な要請書が作成される。各年の要請書は保健省の EPI ユニットが作成しており、完成後直ちに JICA 側に提出されている。JICA は UNICEF に対して、要請書に記されている内容（ワクチン量）で適切か否かの再確認を要請するサイクルが機能している。これらの状況から要請段階のプロセスは、各機関がそれぞれの専門性を活かした役割を果たしており妥当なものと判断できる。

ワクチンおよび資機材の調達

調達は UNICEF コペンハーゲンを通じた調達を実施しており、遅滞なく適切に実施されている。なお、ザンビア国での協力事業はワクチン供与が主であるため、調達は非常にシンプルであり、遅滞および調達量不足等の問題が発生したことはないとのことであった。

ワクチンおよび資機材の配布

調達されたワクチンについては、JICA が空港到着までの確認を行う役割を果たし、UNICEF が通関手続き、および中央保管庫までの搬送を担当している。その際 JICA は検収調書を発行、かつ UNICEF も受領に関する書類を提出しており、中央レベルまでの搬送に関しては滞りなく行われている。

一方、ルサカの保管庫から地方へのワクチン配送は保健省が担当しており、JICA、UNICEF は一切関与していない⁴¹。現在の配布システムは、郡保健局が直接ルサカの保管庫までワクチンを取りに来る形態となっており、遠方の郡にとってはコスト、時間の両側面からも大きな負担になっている。保健省としては、州保健局が同州内郡保健局の代わりに一括してルサカに取りに来るシステムに移行したいとしているが、州保健局の、コールドチェーンのキャパシティの問題等から進展していないのが現状である⁴²。

さらに郡保健局から第一次ヘルスセンターレベルの配布は、遠路を自転車等でヘルスセンター・スタッフ自らが郡保健局まで取りに行く形態となっている。聞き取りおよび現場視察からは、そのためにワクチンが無駄になった等の情報はなかったが、現場の交通手段改善は大きな課題とされている。

これらの点から、ワクチンの配布については中央レベルでは効率性が認められるものの、中央から地方への配布は限られた郡財政、交通手段といった制約条件の中で、現場レベルのスタッフの努力によってかろうじて機能している状況にあり、効率性が高いとはいえない状態にある。

モニタリング⁴³

定期予防接種での予防接種にかかるモニタリングは、地方分権化が進展しているため郡ペー

⁴¹ キャンペーンの際には、UNICEF が中央から州保健局までの搬送を担当している。

⁴² 現在全国 9 州のうち、コールドチェーンの体制が整っている 3 州（Copper Belt, North Western, Luapla）のみ州保健局が一括して取りに来る体制をとっている。

⁴³ 本項は全てマザブカ郡における現場視察をベースとしている。

スで独自に実施されている。予防接種の状況は定型の雛形をもった管理表にのっとして適正に管理されており、ワクチンの在庫に関してもストック数が常に把握されていた。ワクチンの補給はヘルスセンターによってタイミングは異なるが、定期的に郡保健局に取りに行くシステムが浸透している。

一方、郡保健局は四半期ベースで予防接種状況のみならず、資機材管理状況を含む全ての分野を点検するため、各ヘルスセンター、ヘルスポストを訪問するシステムとなっている。現場視察では、当初予定していなかったヘルスセンターにもアットランダムに訪問したが、上記のようにワクチン、および資機材は適正に管理されていたことから、モニタリング体制は比較的良好と判断できる⁴⁴。

このようにモニタリングのシステム自体は一定のレベルを満たしているが、問題はむしろモニタリングによって認められた問題点や新たなニーズが、慢性的な物資不足を原因として放置されたままになっており、結果モニタリングを活かしきれていない点である。

表 2-34 実施プロセスにおける役割の齟齬

JICA	規定上の役割		事業内容策定	本協力事業における実際の役割		
	UNICEF	保健省		JICA	UNICEF	保健省
			要請書作成・提出			
			資機材調達			
	(サポ-ト)		資機材配送(空港-中央)		(実施)	×
	(サポ-ト)		資機材配送(中央-現地)			
	(サポ-ト)		(現地での)資機材配布			(郡保健局)
	(サポ-ト)		資機材利用・保管			(郡保健局)
	(サポ-ト)		モニタリング			(郡保健局)

注) ○ : 役割がある/果たしている ; △ : あまり役割を果たしていない ; × : 役割を果たしていない ; □ : 役割がない

2.3 投入の妥当性

本事業における投入は定期予防接種用の BCG、はしかのワクチンであった。キャンペーン用のワクチンは他ドナーによる散発的な支援が得やすい反面、定期予防接種用ワクチンは継続的支援を得ることが難しい面がある。この点から、本協力事業が継続的に定期予防接種用ワクチンを供与してきた点は高く評価されており、投入内容としては妥当であったと判断できる。

一方、投入量(期間)の妥当性の判断は困難である。本協力事業スキームは本来5年間の協力を設定しており、この点からザンビア国での供与は遥かに長期の協力を実施してきたといえる。しかしながら、13年間を経た現在、ザンビア国では、ワクチン自立体制の確立に向け改善が見られる分野もあるもののなお課題が多い点を考慮すれば、本協力事業は少なくとも5年間を超えた協力期間が必要であったと考えられる。年間あたりのワクチン投入量は妥当であったと判断できるが、13年間に及ぶ投入期間に関しては上記の理由により、判断しかねる状況であ

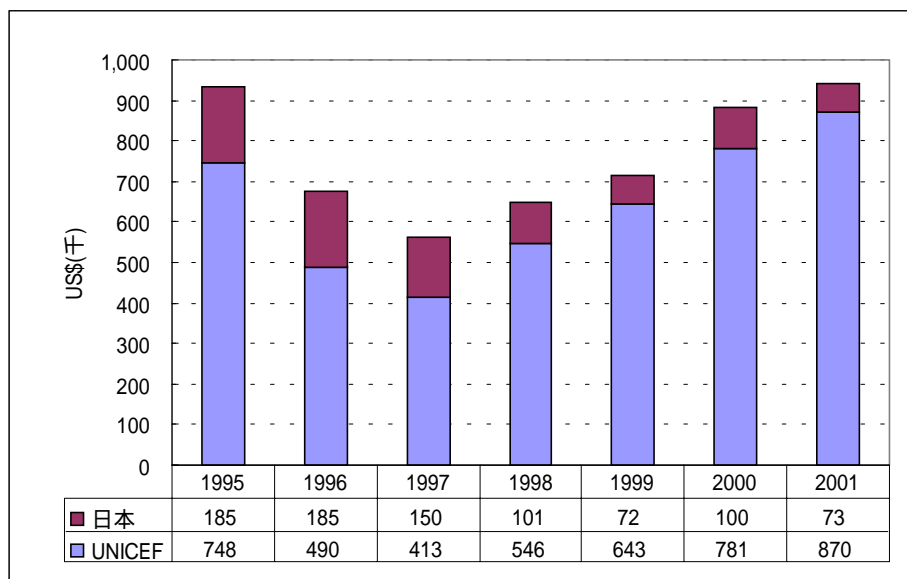
⁴⁴ ワクチン管理においては、先般日本の無償資金協力によって供給された冷蔵庫が、適正なワクチン管理を促進する大きな要因であったことを付記しておく。

る。なお本事業と連携したプロジェクト技術協力等の日本からの投入はなかった⁴⁵。

3. 効果

3.1 有効性

図 2-16 は本協力事業において日本から供与された定期予防接種用のワクチン額と UNICEF 独自のワクチン額との比較であり、日本が占めている割合が平均して約 2 割程度を占めていたことが分かる。なお、この間定期予防接種の BCG、はしかのワクチンは全て日本からの供与であった。



出所：UNICEF Zambia Office 資料から作成

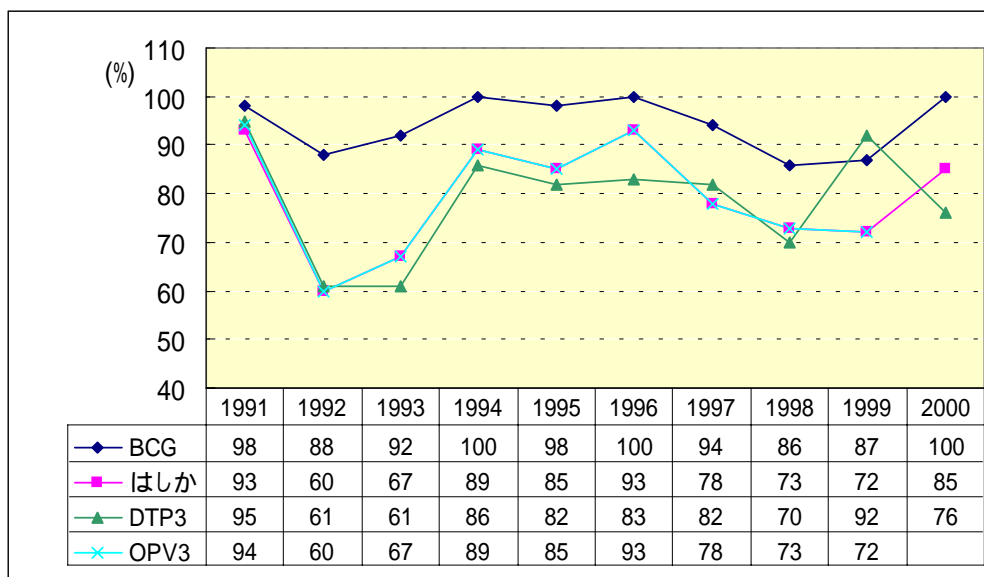
図 2-16 ワクチンおよびEPI 関連資機材供与額

一方、最終裨益者に対してサービスが届いているかとの点については、予防接種率から判断することが可能である。

ザンビア国では、予防接種の一斉投与（NIDs、SNIDs、ポリオと麻疹）による接種率が約 90% で推移している点に比較して、定期予防接種による接種率は横ばい、もしくは年・地域によっては減少している点が認められる。これは、はしかが未だ頻繁に大量発生することへの対処として部分的な一斉投与を実施せざるを得ないことに加えて、現場の職員が少ない給料に恒常的な不満を抱いているため、日当が支給される一斉投与を嗜好することも一斉投与増加の背景として考えられている。また地方分権化の中で、定期予防接種業務は郡財政によって運営されているため、定期予防接種業務が脆弱化していることも合わせて指摘されている。

しかしながら、このように定期予防接種での接種率はキャンペーンに比較して多少低い数値ではあるが、他のアフリカ諸国との比較においてはザンビアの定期予防接種による接種率は安定的に高い数値を維持している。統計数値の信頼性の問題も他方にはあるが、本事業による継続的なワクチン供給が一定の成果を残してきたと判断することは十分に可能であろう。

⁴⁵ ワクチンが中央から供与される場所の一つとして、プロジェクト技術協力「ザンビア・プライマリーヘルスケア・プロジェクト」の対象地も含まれているが、相互に連携した活動は行っていない。



出所：保健省データ（2000年データのみ WHO 資料）

図 2-17 定期予防接種による予防接種率

ただし一方で、接種率の向上が必ずしも乳児および5歳未満児死亡率減少を達成したとは言えない。表 2-35 から明らかなように、乳児死亡率および5歳未満児死亡率は1970年から1980年にかけては好転したものの、1980年からは再び悪化の一途を辿っている。本協力事業を実施していた期間においてもペースこそ緩やかになったものの、依然として死亡率は増加し続けた。これらの死亡率が予防接種とは関係なく、マラリアや下痢等を原因として増加したとする仮説もあるが、いずれにしても限られたデータからは原因の特定は不可能となっている。

表 2-35 乳児死亡率・5歳未満児死亡率の推移

	1970	1980	1990	1999
乳児死亡数（千人）	24	25	39	49
乳児死亡率（出生千対）	109	92	108	112
5歳未満児死亡数（千人）	39	41	69	89
5歳未満児死亡率（出生千対）	181	149	192	202

出所：UNICEF データ

3.2 インパクト

本協力事業は13年間にも及ぶ長期的なものであったことから、保健省のキャパシティ・ビルディングに間接的に、かつ徐々にではあったものの貢献したと考えられる。本協力事業の直接の対象は定期予防接種用ワクチンの供与であったが、これらの過程で修得した技術や効率的な予防接種体制は定期予防接種業務の範囲にとどまらず、予防接種一斉投与（NIDs、SNIDs）の効率的実施につながったことは確実であり、本協力事業がプラスのインパクトを与えたと判断できる。

一方、マイナスのインパクトとしては注射針廃棄の問題が挙げられる。本協力事業によって供与されたワクチンは有効に利用されていたが、多くのヘルスセンターには焼却炉等の廃棄施

設がないため、注射針は土中に直接捨てられていた。そのため本事業による予防接種の拡大・進展が、同時に環境汚染、注射針からの感染等の危険性を高めるマイナスのインパクトを引き起こす結果となっている。

他方、本協力事業の形態が日本側関係機関、UNICEF の事業実施スキームにインパクトを与えたかとの点については、本調査からは判断できなかった。

3.3 自立発展性

本協力事業は EPI 分野におけるザンビア国の自立を支援する目的をもって、これまで 13 年間に亘り継続されてきた。ザンビア国の自立発展性については、政策立案能力、予算、人的資源における側面から考察することが可能である。

政策立案能力

EPI 分野に関するザンビア国の政策立案能力は、ICC 会合をはじめとした各ドナーとの共同作業の過程で、一定レベルの政策立案能力に到達していると判断される。これは近隣諸国と比較して高い予防接種率を維持している点や、1996 年から 2001 年までポリオの発生がなかった点などの結果からも判断されるものである。また地方分権化の過程で、郡保健局の政策立案能力も高まっていることが年次計画書の作成状況から判断できる。ニーズ・アセスメントの側面においては中央、地方ともに改善すべき課題は残っているが、総じて着実な進歩を遂げており、政策立案能力における自立発展性は一定レベルに達しているといえる。

予算

現在ザンビア国では、各種ワクチンを自国資金で調達する Vaccine Independent Initiative (VII) 計画を打ち立てている。これは現在ワクチン調達の 100% を援助に依存している状況から、徐々に自国資金による調達に移行する計画である。しかしながら、若干の自国資金が投入されることとなっていた今年(2002年)も、結果的には予算がおりずに依然としてワクチンの全てをドナーに依存している状態となっている。このような VII 計画の進捗状況からも明らかとなり、資金面からの自立発展性は現時点では非常に困難な状況にあるといわざるを得ない。

人的資源

現在のザンビア国保健セクターにおいては、人的資源の側面から自立発展性を阻害する要因が見られる。一つは保健省で進められているリストラクチャリングのために、本協力事業を媒介として業務実施能力を向上させた保健省スタッフさえも、退職を余儀なくされる等の人員流出が起きている点である⁴⁶。またもう一点は、現在の急速な地方分権化の中で、郡予算がヘルススタッフのトレーニング費用を十分にカバーしきれないために、スタッフのトレーニング機会が不足している点である。またさらにヘルスセンターにおけるスタッフの絶対数が不足していることも強く指摘されている。これらの点から、人的資源の側面においては自立発展性を十分に有している状況ではないと判断される。

⁴⁶ 母子保健を管轄しているユニット(現在9名)も、更なる人員削減を迫られている状況(4名減)にある。

(2) UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業

概況⁴⁷

ザンビアにおける UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業は、2000 年から開始されており、2003 年までの 4 年間の予定で現在事業が進行中である。

本協力事業はアンゴラおよびコンゴとの国境に近いザンビア国北西州に位置するメヘバ難民居住区を対象として実施されている⁴⁸。同居住区は難民キャンプとして設立されて以来、既に 30 年が過ぎており、難民の多くは同区内に土地が与えられることとも相俟って定住化が進行している。UNFPA は本メヘバ難民居住区において、UNFPA カントリープログラムの一環として YMCA を執行機関として 1999 年からリプロダクティブ・ヘルスケアにかかる事業を展開していた。本協力事業では、主に現地調達と第三国調達を通して、広報教育教材（ポスター、ビラ、パンフレット、T シャツ等）と母子保健・家族計画関連の基礎的医療器材および消耗品（避妊具、避妊薬、性病薬、性病診断キット、体温計、分娩用器具、産科用医療機器等）が供与されている。

表 2-36 UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業

	2000	2001	2002	計
内容	IEC マテリアル（ポスター、ビラ、パンフレット） 母子保健・家族計画関連の基礎的医療器材および消耗品（避妊具、避妊薬、性病薬、性病診断キット、体温計、分娩用器具、産科用医療機器等）	IEC マテリアル（ポスター、T シャツ、パンフレット、ビラ、妊産婦ブック、ブックレット）	計画中	
供与額 百万円	20.0	2.5	-	22.5

注) 2001 年度は 2000 年度からの繰越金が生じている。

出所：JICA 資料より作成

1. 理論

1.1 理論の妥当性

マルチ・バイ協力の意義・役割分担の明確化

マルチ・バイ協力によるリプロダクティブ・ヘルス分野への支援は、保健省をはじめ、UNFPA、日本側関係機関のいずれの機関も、その重要性の高さについては同様の見解を有しており、本協力事業の意義は認知されていると考えられる。特に難民は感染症をはじめとした疫病をザンビア国内に持ち込む可能性が高いと考えられているため、難民居住区を対象とした本協力事業は重要と認識されている。

一方、本事業における各機関の果たす役割については、JICA、UNFPA の両者においては役割分担がされており、役割分担の不明確さを原因とした活動の遅滞等の問題は起きていない。しかしながら、本協力事業においては JICA、UNFPA 双方の事務所はアグリーメントを締結しておらず、双方の信義をベースとしながらこれまで事業が継続されてきた。本事業が開始されて以来 UNFPA 事務所の担当者が変わっていないため役割分担の認識が JICA、UNFPA 双方で共通しているが、将来的には双方の担当者変更にともない、役割分担の不明確さが生じる危険性は

⁴⁷ セクター・ワイド・アプローチ(SWAPs)、および本協力事業の前提条件については、UNICEF 連携の項を参照。

⁴⁸ 居住区面積：820 平方キロ、居住区人口：48,049 人（うちアンゴラ/41,839 人；ルワンダ/3,224 人；コンゴ/2,287 人；ブルンジ/645 人；その他/54 人）2002 年 10 月時。

存在している。

保健省に関しては本事業の低い認知度と同様に、事業における役割内容は殆ど浸透していない。そもそも本事業では郡保健局こそ現場で関わっているものの、中央の保健省については活動状況の事後報告を受けている程度の関与であるため、役割そのものも認知されていないものと考えられる。また郡保健局も難民居住区は担当地域内にあるものの、難民支援に対する予算は郡予算に計上されてこないため、活動を展開することが困難な環境にある。

ヴィジビリティ（日本の協力に対する認知度）

ヴィジビリティの観点からは本事業対象が難民居住区であるため保健省の関与が当初から低く、保健省内で本事業を認知しているスタッフは少ないといわざるを得ない。ただし居住区内に限っては、本事業で供与した T シャツ、ポスター等の広報教育機材による効果があるため、日本のヴィジビリティは非常に高い状況となっている。

他スキームとの比較優位性

日本側関係機関は、日本独自のバイ協力では難民支援を行うことが実質上困難であるとしている。そのため、UNFPA を通じて難民支援が実施できる本協力事業はバイ協力と比較して優位性があるものと位置付けている。

一方、UNFPA は本協力事業における優位性として、ザンビア国において非常に評判の良い日本というドナーと連携することで、UNFPA がプラスのイメージを発信できる点において本協力事業の優位性を見ている。

他方、保健省は本スキームへの関与が非常に薄いため、比較優位性を論じることができるスタッフが殆ど居ない状況である。

各種開発計画・政策との整合性

ザンビア国保健政策の根幹である「National Health Strategic Plan：2001-2005」において、「人口家族計画」、および「人口家族計画にかかる教育」は重点分野の一つとして位置付けられている。また、難民に対する支援は具体的には同政策の中では記載されていないが、「難民はポリオを持ち込む可能性が高いため、特にアンゴラ、コンゴ等の国境付近は注意が必要である」ことが母子保健分野の文脈で述べられている。これらの点から、本協力事業が促進している難民居住区での人口家族計画分野の活動は、ザンビア国の保健政策に整合していると考えられる。また、UNFPA にとってもメヘバ難民居住区での活動は 1999 年から実施してきた主要な活動の一つであり、UNFPA のカントリープログラムにも合致している。

なお、同居住区での活動は全体を UNHCR がコーディネートしているため、他ドナーとの重複の問題もなくこれまで実施されてきた。

2. プロセス

2.1 策定過程の妥当性

本協力事業は JICA 企画調査員が UNFPA 事務所に本スキームを紹介したことを契機として開始されている。UNFPA は 1999 年から難民居住区において活動を続けていたが、資金不足により広報教育教材の作成・配布、母子保健・家族計画推進のための基礎的医療機材および消耗品

の配布が出来ずに、一部の事業が滞っていた。このような背景から本協力事業が開始されたため、必要な資機材のリストアップをはじめ事業内容については UNFPA が中心となって作成し、保健省は事業の策定過程においては殆ど関与していない。

事業内容の調整については、総合的な政策対話の場として設けられている各種ドナー会合を利用するか、もしくは個別に UNFPA と保健省、JICA と保健省の協議を利用している様子であるが、基本的に事業内容の策定は開始当初と同様に UNFPA 主導で行われている。

JICA 事務所と UNFPA 事務所間では定期的な年次協議は実施しておらず、必要に応じて協議が行われている。ただし、JICA と UNFPA 間でのコミュニケーションは活発に行われており、相互のコミュニケーション不足の問題はないと判断される。

総じて、本事業の場合、前述したように開始の経緯が現地サイドでの JICA 企画調査員を通しての働きかけが契機となっていたことから UNFPA 主導による事業内容の策定は自然であると判断できるが、保健省の関与が殆どなかった点については改善の余地があったと考えられる。

2.2 実施の効率性

実施プロセスの効率性を見るにあたり、特に 要請、資機材の調達、配布、モニタリングの各プロセスに焦点を当てた考察を試みる（表 2-37 参照）。

要請

要請は上記に述べたように、UNFPA 主導で要請書の内容が検討、作成されている。要請書の提出自体は保健省を通っているものの、実際には JICA 企画調査員、もしくは JICA 専門家が要請書作成に関しては多大な役割を果たしており、保健省の関与は少ない様子である。

資機材の調達

本事業における調達は第三国調達を採用しており、オランダの IDA 社から調達を行っている。調達に際しては発注の前に、リスト化された多岐にわたる資機材の妥当性を検証する作業が JICA 事務所、UNFPA 事務所の双方に課せられており、双方にとっては大きな作業負担となっている。また、IDA 社からの調達資機材は予定よりも到着が遅れ、かつ資機材内容にも注射針とシリンジの調達数が合わなかったケース、到着した時点で薬品の使用期限が残り半年となっていたケースなどが散見されており、第三国調達は効率性、正確性の点からも必ずしも適正とは言えない側面が存在する⁴⁹。

資機材の配布

現状では JICA が空港到着までの確認を行う役割を果たし、UNFPA が税関手続きを担当している。税関手続き後、ルサカの保管庫からメヘバまでの配送は民間会社メディカル・ストア・リミテッドが実施している。税関手続きにかかる費用は UNFPA が負担し、中央からメヘバまでの配送費用は保健省が負担している。

現地では保管庫、およびプロジェクト事務所の空き部屋に資機材は保管されている。居住区

⁴⁹ 基本的に調達に関しては現地調達を優先的に考慮しているが、本協力事業の資機材が現地調達が不可能であったため、第三国調達を採用した経緯がある。T シャツ、ポスター、パンフレットについては現地調達を実施している。

内にある5つのクリニック、および3つのヘルスポストへの配送は、各クリニック/ヘルスポストが自ら保管庫に取りに来るシステムとなっているが、全て比較的至近にあることから配送の問題はほぼない状態である⁵⁰。

モニタリング

モニタリングは現地で活動している YMCA のプロジェクト・コーディネーターを中心として実施されている。プロジェクト・コーディネーターは在庫管理も含め、活動全体のモニタリングを担当しており、UNFPA 事務所に対しても定期的にモニタリング報告を行っている。

またクリニックレベルにおいても、在庫管理および資機材の利用状況は定型の管理表にのって管理されていることが確認できたことから、資機材管理に関するモニタリング状況は良好と判断できる。

なお、プロジェクト・コーディネーターからのモニタリング報告をもとに、UNFPA 事務所は「Feedback Report」を四半期ベースで作成し、JICA に対しても提出している。

表 2-37 実施プロセスにおける役割の齟齬

JICA	規定上の役割		事業内容策定	本協力事業における実際の役割		
	UNFPA	保健省		JICA	UNFPA	保健省
			要請書作成・提出			
			資機材調達			
	(サ ^o -ト)		資機材配送(空港-中央)		(実施)	
	(サ ^o -ト)		資機材配送(中央-現地)			
	(サ ^o -ト)		(現地での)資機材配布			(郡保健局)
	(サ ^o -ト)		資機材利用・保管			(郡保健局)
	(サ ^o -ト)		モニタリング			(郡保健局)

注) ○ : 役割がある/果たしている ; △ : あまり役割を果たしていない ; × : 役割を果たしていない ; □ : 役割がない

2.3 投入の妥当性

本事業における投入は、難民居住区内において必要とされていたリプロダクティブ・ヘルスケア促進のための IEC マテリアル、および基礎的医療機材・薬品であり、投入内容は基本的に妥当であったと判断される。ただし、基礎的医療機材・薬品の個別の妥当性までは本調査では確認できていない。また本事業では、難民居住区のみならずソルウェジのジェネラル・ホスピタルにも多くの資機材が配布されており、この件についての妥当性は本調査からは判断できていない。なお本事業と連携したプロジェクト技術協力等の日本からの投入は一切ないが、中央の保健省において JICA 専門家(政策アドバイザー)が適宜サポートを行っている。また本居住区内では、他の二国間ドナーの投入は行われていない。

⁵⁰ 本協力事業からの資機材は、居住区内にある8つのクリニックのうち、7つのクリニックを対象としている。残るクリニック、およびヘルスポストは NGO が担当。また、ソルウェジのジェネラル・ホスピタルにも本協力事業からの資機材が配布されている。

3. 効果

3.1 有効性

ザンビアにおける UNFPA との連携によるマルチ・バイ協力事業は、初回の資機材が到着した時期が 2001 年 4 月であることから、本事業の有効性を現時点で測ることは非常に困難である。また資機材の内容が、クリニックで必要とされた基礎的な医療機材や基礎的薬品等であることから、資機材から派生した効果を測定することは困難といえる。

ただし一方で、資機材のなかでも避妊具(薬)の効果は出生率等の数値の変化を見ることで、本協力事業の効果の測ることは可能と考えられる。ただし、これも同様に現時点においては本協力事業で配布された避妊具(薬)の効果を判断できる時期ではない⁵¹。

このような状況ゆえに定量的な把握は今般の調査では困難であったが、現場での聞き取りからはクリニックの資機材が充実したことで、人々のクリニックに対する信頼感が増した点を直接的な効果として挙げていた。また、ポスターをはじめとした教育関係資機材の効果も、ピア・エジュケーター(仲間教育実施者) コミュニティ・ヘルス・ワーカーらの行う啓蒙活動と関連して、少しずつプラスの変化も生まれている旨のコメントも挙げられた。参考までに、避妊具(薬)の必要計画数を表 2-38 に示す。

表 2-38 避妊具(薬)の必要計画数

単位：1,000 個

	2000	2005	2010
経口避妊薬(ピル)	1,966.7	2,600.3	3,438.7
コンドーム	10,135.8	10,892.4	11,885.6
注射薬	80.2	135.1	207.8
IUD	4.1	16.0	31.8

注) 15-49 歳の女性を対象

出所：UNFPA 資料

3.2 インパクト

難民居住区内では家族計画や HIV/AIDS 関連の教育を行う対象として、学校やコミュニティ内に「リプロダクティブ・ヘルス・クラブ」を設立している。最近ではコミュニティ内に新たなクラブの設立が続いており、この一因として本協力事業で調達した教育資機材の存在が考えられる。この点は本協力事業によってもたらされたプラスのインパクトとして位置付けることが出来る。

一方マイナスのインパクトとしては、難民居住区と難民居住区外の周辺コミュニティとの格差を僅かではあるものの拡大させた側面が挙げられる。難民居住区は長年に亘りドナーからのサポートを受けてきたために、現在では周辺地域よりも社会インフラおよび物資が豊富な状態となっており、その逆転現象ともいえる格差是正が問題となり始めている。このような状況が生まれているため、本協力事業は図らずもその格差の拡大を促した点において、マイナスのインパクトがあったと考えられる⁵²。

⁵¹ 本協力事業からのリプロダクティブ・ヘルス関連の資機材が、居住区全体量の約 90% を占めているとのことであった。詳細な数値は、複数の NGO が難民居住区内で活動を展開しているために居住区内の全体量把握は困難とのこと。

⁵² 現在、UNHCR を中心として難民居住区周辺への支援計画を立案しており、具体的な活動に取り掛かろうとしている。

3.3 自立発展性

本協力事業はザンビア国の人口家族計画分野における自立発展を促進する目的をもって、開始されたものである。事業が開始されて間もないが、現時点において判断される自立発展性を政策立案能力、 予算、 人的資源における側面から以下に考察する。

政策立案能力

現在、ザンビア国では国家レベルの保健政策立案は保健省が担当している⁵³。保健省はリプロダクティブ・ヘルス分野においては、UNFPA とともに「家族計画政策フレームワーク戦略およびガイドライン (Family Planning Policy Framework Strategies and Guidelines)」や「リプロダクティブ・ヘルス国家総合活動計画 (National Plan of Action for Integrated Policy)」を作成しており、国家レベルでの政策立案能力は一定のレベルに達していると判断できる。ただし、保健省内にはメディカル・ドクターのスタッフが殆ど居ないため (中央保健局に多数のメディカル・ドクターが移籍) 専門性を兼ね備えた政策立案が、保健省独自でどの程度出来るかは不透明である。

一方で郡レベルでの具体的な活動は郡保健局が策定している。郡保健局では近年の地方分権化の過程において計画策定能力は向上していると見られているが、人口家族計画分野は取り組み始めてからまだ日が浅いため、予防接種等の母子保健分野に比べると政策立案能力は多少劣っていると見られている。

予算

現在ザンビア国の国家予算は HIV/AIDS の問題が深刻化しているため、人口家族計画分野に比して HIV/AIDS 関連へ大きく配分された状態となっている。HIV/AIDS 関連においても、避妊具等において人口家族分野の活動とリンクする部分も多々あるものの、啓蒙活動などを柱とした人口家族分野への支出は全体として少ないと考えられている。

また人口家族計画にかかる活動では地域に根ざした草の根的な活動が多いため、郡保健局の資金状況がさらに重要となる。現在、郡の予算の過半が中央のバスケット・ファンドからのものであるため、近年の予算そのものは安定的ではあるが、ドナー依存の状態には変わりなく自立発展性の点からは程遠い状況にある⁵⁴。

人的資源

人口家族計画分野においては、啓蒙活動の重要性からピア・エジュケーターなどを対象としたトレーナーズ・トレーニングが必須のコンポーネントである。現在トレーナーズ・トレーニングを行える人材を育成すべく、政府は UNFPA 等と共に活動を展開しているが、郡レベルに行きわたるだけの人数は満たせない状況にある⁵⁵。

⁵³ 保健省は保健セクター改革の過程で政策立案に特化した機関へとスリム化をはかり、一方で実施機関の役割は中央保健局 (CBoH: Central Board of Health) が担うこととなった。現在、保健省は約 80 名程度のスタッフを抱えるのみである。

⁵⁴ ルサカ近郊のマザブカ郡では、保健セクターに関する予算の 90% がバスケットファンドからの資金である。

⁵⁵ 1999 年には UNFPA が中心となって、トレーニング内容に関するニーズ・アセスメントを実施している。またアドボカシー・トレーニングもルサカやコッパ・ベルト州などからの参加者を得て実施している。