

厚生労働科学研究費補助金

社会保障国際協力推進研究事業

多国間協力事業の進捗管理及び評価(Monitoring & Evaluation)手法の

あり方に関する研究

平成 15 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者	黒岩宙司	東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室
分担研究者	奥村順子	東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室
	駒澤牧子	(株)アース アンド ヒューマン コーポレーション
研究協力者	稲岡恵美	東京大学大学院医学系研究科国際地域保健学教室
	吉田友哉	米国国際開発庁(USAID)世界保健局
	相賀裕嗣	社団法人海外コンサルティング企業協会
	杉下智彦	東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室

平成16(2004)年3月

目 次

I 章 厚生労働科学研究費補助金(社会保障国際協力推進研究事業) 総括研究報告書.....	1
多国間協力事業の進捗管理及び評価(Monitoring & Evaluation)手法のあり方に関する研究.....	黒岩宙司 1
II 章 分担研究報告書.....	15
多国間協力形態の類型化とモニタリング・評価の潮流.....	駒澤牧子 15
III 章 分担研究報告書.....	23
モニタリング・評価の事例研究(国際家族計画連盟とネパールおよびラオスにおける事例から).....	奥村順子 23
IV 章 研究協力者報告書.....	29
進捗管理及び評価手法のあり方に関する研究: IPPF のエイズ対策日本信託基金の事例から.....	稲岡恵美 29
援助協調が進む中での日本の援助のあり方: USAID の仕組みから取り入れるべき課題.....	吉田友哉 33
多国間協力事業の M&E 手法の在り方の研究: 保健医療人材.....	相賀裕嗣 35
タンザニア共和国の保健セクターにおける開発援助協調の現状と展望.....	杉下智彦 39
<巻末資料>.....	55
1. 多国間協力の主な類型の概説.....	55
2. ラオス国予防接種計画(マルチ・バイ).....	67
3. ラオス国エイズ対策計画.....	70
4. WHO TAG 会議(1995)報告書目次.....	77
5. GFATM の Disbursement Request and Progress Update.....	78
6. GFATM のモニタリング・評価計画例.....	83
7. GFATM の進捗報告書.....	84
8. GAVI の進捗報告書(ドラフト).....	93

I 章

I 章 厚生労働科学研究費補助金(社会保障国際協力推進研究事業)

総括研究報告書

多国間協力事業の進捗管理及び評価(Monitoring & Evaluation)手法のあり方に関する研究

主任研究者:黒岩宙司 東京大学大学院 医学系研究科 国際保健計画学教室

研究要旨:

I 章では、年代を追って近年のグローバリゼーションを背景に変遷する国際保健政策と多国間協力を概説し、日本の外交方針との関連にも触れる。また、マルチとの技術、資金での多国間協力を行ったポリオ根絶の事例を中心に M&E の本質を分析した。II 章では、保健分野における多国間協力を整理し、多国間協力の形態と類型化を行いそれぞれの M&E を概説する。主に基金系、技術協力系、SWAP に沿って分析を深めていく。III 章では、M&E の事例研究を、英国のエイズ対策日本信託基金、ネパールにおける保健分野における日米パートナーシップ、ラオスの多国間援助である GFATM、GAVI の事例について行った。研究協力者報告書として、エイズ対策日本信託基金の英国本部元オフィサーからの M&E の事例、米国の USAID 日米連携アドバイザーからの米国の M&E から日本の援助に取り入れるべき課題、米国ジョージワシントン大学客員助教授からの保健医療人材についての考察、またタンザニア保健分野における SWAP の現場からの報告、を加えた。

分担研究者

奥村順子 東京大学大学院国際保健計画学教室
駒澤牧子 (株)アース アンド ヒューマン コーポレーション

研究協力者

稲岡恵美 東京大学大学院国際地域保健学教室
吉田友哉 米国国際開発庁(USAID)世界保健局
相賀裕嗣 社団法人海外コンサルティング企業協会
杉下智彦 東京大学大学院国際保健計画学教室

A. 研究の背景と目的

本稿では、次々と新しい援助様式が生じる多国間や複数の援助機関における連携を「多国間協力」と総称し、援助対象国の現場において各ドナーの活動が具体的に影響を受けるような、ドナー相互の連携関係としてとらえてみる。

国際連合は 1945 年に第二次世界大戦の戦後復興を目的に作られた。日本は 1951 年、日米安全保障条約の締結、米国の後押しにより 1952 年には世銀、IMF に加盟し、1956 年に国連加盟を果たした。日米同盟、国連中心主義、が戦後日本の外交政策の柱であり、日本の国際保健政策にも強い影響を与えて自立性を欠かしてきた。「多国間協力」は日本にとって避けることのできないスキームであろう。

しかし、冷戦終結後に急速に進んでいる「グローバリ

ゼーション」は世銀、IMF 主導のもとに世界中いたる分野に「経済重視」の政策をいきわたらせ、「貧困削減」のスローガンのもとに作成される野心的な目標は作作的に作られている観もあり、経済大国日本への資金要求は厳しい。また、戦勝国によって作られ戦後 60 年を経て未だに敗戦国を敵国条項の中に位置づける不平等な国連は、近年の混乱する世界情勢の中で改革もしくはそれに変わる組織が必要な時期にきているとの声も高い。さらに冷戦後次々に作られていくグローバル・スタンダードはアメリカン・スタンダードとも読み替えることが可能なほど唯一の超大国となった米国は、国連安保理を無視してイラク戦争を開始するなど一国主義的な行動に世界の不信は大きい。2001 年の 9.11 以降に増加している世界各地でのテロリストの活動は水面下で支持層を増やしているとも言われ、グローバリゼーションの背後にあるはずの正義は単純ではない。昨年 9 月のカンクン WTO 閣僚会議の決裂は、貿易の自由化が貧しい国々よりも富める国々に多くの恩恵をもたらしている一面を世界に示した。

経済支援を柱に二国間協力で頑張ってきた日本の ODA はアジアの奇跡の礎をつくるなど着実な成果を上げてきたものの、2003 年に Foreign policy 誌に発表された日本の国際貢献は最下位と評価は低かった。一方、近年の多国間協力事業を主導する欧米にしても旧植民地諸国の独立後の復興には失敗している。日本では今

年に入り自衛隊のイラク派遣を機に GHQ によって策定された憲法の改正、米国との関係が盛んに論じられ始められ、日本の外交方針が本質的に議論される時代になり、国際保健に対しても自分の声で世界へ発信する時代となりつつある。

世界の政治、経済に強い影響を受けている「多国間協力」のモニタリング・評価(M&E)は日本の資金が正当に使用されているかを知るのみならず、世界の恣意的な意図を読み解くことでもある。本研究では、多国間協力の M&E の類型化を行い(II 章)文献的考察および現地調査から(III 章)、M&E 手法の分析を行い、日本の国際保健援助の指針を探ることとする。さらに英国における JTF、米国の USAID、途上国の保健医療人材育成の評価、タンザニア保健分野の SWAP を現場の声として報告する。この I 章では、まず年代を追って国際保健政策と多国間協力の変遷を概説し、具体的に日本が国連と連携を行ったポリオ根絶事業を中心に M&E を分析した後に、他章(II、III、IV 章)の総括を行う。

B. 研究方法

- 1) 文献検索、関係者のインタビュー:駒澤、相賀ほか
- 2) 現地調査:ネパール 2003 年 5 月(奥村)。ラオス 2003 年 12 月(黒岩)
- 3) 現地からの報告:英国(稲岡)、米国(吉田)、タンザニア(杉下)
- 4) 研究期間:2003 年 7 月~2004 年 2 月

C. 研究結果・考察

1. 国際保健政策の変遷と多国間協力

国連の保健分野では、1946 年に UNICEF が設立され、1948 年に国際保健機構(WHO)が作られた。60 年代は経済復興に力が入れられ援助協調の必要性がマクロ経済政策のうえで初めて指摘されている¹⁾。また、民族解放や非同盟運動の動きが見られた。70 年代には、経済偏重の反省として、公正、参加型開発、固有文化という価値が尊重された。植民地時代の宗主国の体制を受け継いだ先進国型医療体制に替わる開発途上国の保健政策が出現し、それを反映するように 78 年、WHO と UNICEF がアルマ・アタ宣言で Primary Health Care の政策を出し「2000 年まですべての人々が健康に」、と理想的なスローガンを掲げた²⁾。この 70 年代に所得配分の研究やベーシック・ヒューマン・ニーズ論とし

て「貧困削減」という概念は、すでに援助の根底に位置づけられていたと言える。野心的な保健指数が掲げられた 2000 年の「ミレニアム開発目標」作成の根拠となった「貧困削減」は新しいものではなく、行きづまりを見せる市場経済の拡大と欧米諸国の雇用対策を目的に恣意的に作成された一面がある可能性も認識して、冷静に多国間協力を読み解くことが重要であろう。

1980 年代、世銀と IMF は支援対象国の途上国に変わってマクロ経済政策・全体的政策をすべての主要ドナーが尊重すべきという構造調整を開始したが、融資条件として、途上国の関与を制限し、自由化、民営化を推し進め、返済のための資金を作ることのできない保健、教育への公的支出が削減され、結果的に貧困層に打撃を与えることになり批判を浴びることになる。

1990 年代にはいと冷戦が終結し貧困国援助の外交的重要性が低下した。ドナーの財政悪化もあり、援助への批判や疑問が噴出し、多くの先進国が援助の抑制、削減を打ち出し、援助の効率化をめぐる議論がさかんになった。世銀と IMF の統合案、世銀分割案、世銀の必要性を認めずに廃止する案まで議論されるにいたり、世銀は生き残りをかけて「構造調整」という合言葉をやめて「貧困削減」という考えを前面に打ち出すようになる。1996 年には OECD の DAC(開発援助委員会)で「新開発報告」が採択され、ここに 2015 年までの貧困人口比率の半減など「ミレニアム開発目標(MDGs)」に盛り込まれた目標の多くがまとめられた。同年の世銀・IMF 総会では、重債務貧困国(HIPCs)の債務削減についての HIPC イニシアティブが採択、1999 年の総会の貧困削減戦略書(PRSP)などに発展し、最終的には 2000 年 9 月の国連総会で 149 カ国の国家元首の支持を得て MDGs として数値目標化された。1) 貧困撲滅、2) 初等教育の普及、3) ジェンダーの平等、4) 女性のエンパワーメントの達成、4) 子供の死亡率削減、5) 妊産婦の健康改善、6) HIV/エイズ、マラリア、などの予防、7) 持続可能な環境、8) グローバルな開発パートナーの構築、の 8 項目である。この世銀、IMF の世界開発に指導的な活動は、ソ連崩壊後、唯一の超大国となりグローバリゼーションを進める米国のそれと連動している。例えば、アフガニスタン、イラン戦争後、ただちに現場で世銀、IMF のスタッフとともに米国の民間会社が市場経済の伝道師として活動を行っている³⁾。世界一の借金国アメリカ(2004 年は 4770 億ドルの赤字、次期 10 年間の累積

赤字は 2.4 兆ドルと予想)⁴⁾はドルが米国へ還流することで経済の好調を偽装しており仮にドルの流れが止まれば米経済は直ちに破綻をきたす。市場経済システムの確保と安定は米国の死守すべき最優先課題であり、世界に市場経済の正当性を納得してもらうには、「貧困削減のために」とは分かりやすい言葉である。駒澤、吉田の報告には、米国は国別の成果に評価の視点をあて、現場でのプロジェクト(活動)の些少にはこだわらず「多国間協力」を懐深く受け入れていることが示唆されている。これは市場経済を維持し続けることが米国の富を維持することで、逆に市場原理が不要の世界では米国の国家としての存続が失われることを熟知しているためではなかろうか。

1990 年以後のグローバリゼーションに影響を受ける開発戦略は、世銀、IMF の影響力を強め、保健医療分野においても融資割合を増やし指導権を握って経済性を重視した国際保健戦略を正当化していく。1990 年に世銀の資金が WHO を上回り、93 年には世銀は「世界開発報告」⁵⁾を出し、人々の健康に対する経済投資について解説した。ここに至り、国際保健戦略は従来の人権を重んじた 78 年のアルマ・アタ宣言から経済重視に明確に方向転換したといえる。その報告書では、公共支出分配の改革、保険制度の確立、市場原理の導入が必要と提言された。97 年に世銀は「保健、栄養、人口分野における戦略書」⁶⁾を刊行し、貧困層対象、成果重視、持続性のある保健財政の確保を、自身の基本スタンスと述べた。世銀は国際保健政策で主導権を握り WHO の影響力は弱くなった⁷⁾。

このように資金が途上国支援のための基本であると明言する国際保健戦略の主役(銀行)にとって、各ドナーに資金を出させて政策を施行する「多国間援助」は効率的で理想的なシステムであろう。しかしながら、確かに経済効率は重要であるが、効率と公正が両立するとは思えない。同様の疑問を抱く者は国際保健に第一線に関わる日本の医療関係者のなかにも多い^{8) 9)}。歴史も文化も政治形態も違う途上国に欧米を規範とした一律のシステムが機能するには困難があると考えるのが自然であろう。現実には富裕者と貧困者の格差は広がり¹⁰⁾、サブサハラアフリカでは 5 歳未満児の死亡が増加し¹¹⁾、途上国の自立発展性をますます困難にしている側面もある。

1998 年、日本の中嶋に変わり、前ノルウェー首相の

ブルントラントが WHO 事務局長となり、バーバード大学出身の彼女は米国の民間セクターの国際保健参画を推進し、国際保健はさらに経済偏重に傾斜していく。また、莫大な資産を背景にしたゲーツ基金 (Bill & Melinda Gates Foundation) は 2002 年 9 月までに 28 億ドルを保健分野に寄付しており¹²⁾、最大の寄付は、WHO と UNICEF をテクニカル・アドバイザーに添えた GAVI(Global Alliance for Vaccines and Immunization) であり、新たなタイプの巨額な資金を背景にした民間セクターと国連の多国間事業が登場した。多くの報告は WHO が保健に関して唯一のプレーヤーではなくなり、他と協力しなくてはならなくなったことを指摘しており¹³⁾、WHO は単独では生き残れず多国間協力を必要とする時代になっている。実際、GAVI は WHO 以上に有能なスタッフをそろえ資金も無駄の多い国連システムに直接投入はしないという周到さである⁷⁾。著者は 2000 年、途上国の現場で WHO のスタッフがニューフェースの GAVI のやり方を憎憎しげに dictatorship と批判するのを何度も聞いた。途上国の保健分野で dictator であり続けた人達が新たな dictator の出現に戦々恐々としていた。この資金の潤沢な多国間協力も、見事なモニタリング体制を持ちながら、あまりに厳しい成果主義でありファンドが 3 年間しか保障されていないなど問題は多い。また、被援助国と GAVI の間にコミュニケーションの溝も深く、GAVI の局長は、「われわれは財政管理を基金から相手国政府とパートナーに移譲するマネジメントがいかにも複雑であるかを、事業の初めに甘く見ていた」と自戒している¹⁴⁾。

2002 年に多くの批判の中でブルントラントは去り、WHO は新たな事務局長を迎える。韓国のリー氏だが、2005 年までに 300 万人に抗レトロウイルス療法を受けさせようと HIV 対策に力をいれており、この分野では GFATM との連携(多国間協力)を積極的に行っている。また Primary health care の重要性が強調され、1978 年のアルマ・アタ宣言を思い出さずにはいられない復古的な保健政策は思いのほか評判がよい¹³⁾。世界の保健医療関係者から昨今の経済偏重の次々と新しい新戦略を繰り出す保健政策に疑問を抱き、従来の面倒だが既存の保健システムを大切にすべきという声が上がっている¹⁵⁾。歴史の流れの中で保健政策は本質的には「貧困削減」を基軸にさまざまなレトリックを繰り返しているかのようである。WHO がテクニカルな面で真価を発揮する

重要な「多国間協力」は、急増する世界規模の感染症に対するお家芸とも言えるサーベイランスであろう¹⁶⁾。特に2003年SARS、2004年鳥インフルエンザの流行がアジアを中心に起こり世界に不安を広げる感染症は世界各国の連携なくしては防ぐことができない。

2. 国際保健分野おもに感染症対策における多国間協力事業とモニタリング・評価

2-1. ポリオ根絶活動とM&E

厚生省(現厚生労働省)が関わり、WHOと連携した技術協力、UNICEFとのマルチ・バイ協力など「多国間協力」から多くの教訓を学んだ好例として、1988年にWHO総会のコミットメントを得てはじまったポリオ根絶活動がある。この事業は、研究を重ねて科学的根拠をもとに作成された指標を設定し、システムティックなM&Eを行い、かつ各国の政治的支援を受けて進展した。西太平洋地域においては2000年に根絶の目標を達成したが、ここで用いられたM&E、特にモニタリングは、基本的に感染症対策であるゲーツファンドのGAVI、エイズ・結核・マラリア対策基金のGFATMなどのそれと大差はない。

根絶とは、ウイルスを世界から消滅させることを目的とした感染症コントロールの究極である。仮に達成されたら理論上は二度と患者は発生せずワクチンも不要となり、それまで対策に使われていた資金を他の保健対策に転用できるという利点があり、患者がゼロになるという指標は人々に分かりやすく、世界の支持、つまりドナーを得やすい。人類史上最初の天然痘根絶は日本にとって「多国間協力事業」の好例であり、ウイルスを世界からゼロにするという明確な指標とシステムティックなM&Eがあった。根絶最終段階では厚生省から派遣された日本人がWHO本部で指揮を執った。国内では科学者の質の高いワクチン研究が根絶活動を支え副作用の少ないLC株のワクチン作成に成功し世界初のライセンスを獲得した。さらに青年海外協力隊がエチオピアでこの世界プログラムに参画し米国の平和部隊と連携した。1980年に3年間天然痘患者が生じないという根絶の条件が満たされ世界根絶が達成された。天然痘根絶の戦略と指標は1988年に始まったポリオ根絶に表に示すように受け継がれシンプルである。

ワクチン供与を主とした日本とユニセフとのマルチ・バイ協力はこの世界事業支援の為に1989年に始まり、多

国間協力事業の難形ともいえる。当初5年の計画であったが支援額を漸減しながら、13年目の現在も支援は続いている。これはポリオ根絶が日本を含む西太平洋地域で達成されたとはいえ未だ世界レベルでの根絶が達成されていないためであり、米国(責任機関はCDC)が強く関与しているWHOの世界感染症政策にいかんにかんがって日本の保健政策が影響を受けているかを物語っている。後述するように2002年12月に外務省によるマルチ・バイ協力の評価がなされた¹⁷⁾。

目標	指標
西暦2000年のポリオ根絶宣言	ポリオ・ゼロを3年間続ける
戦略	指標
1) ポリオワクチン高定期接種率	・ 90%程度の接種率
2) 全国ポリオワクチン一斉投与	・ 5歳未満児全員にワクチン歴に関わらずOPVを投与する
3) 質の高いAFPサーベイランス	・ 弛緩性麻痺を15歳未満児10万人に一人を報告する。

ラオスでは1992～1998年、マルチ(WHO)とバイ(JICA)のジョイント・プロジェクトの「WHO/JICA 公衆衛生プロジェクト」が開始され、著者は専門家として参加した。EPI(拡大予防接種計画)部門のポリオ根絶は主要な活動であり、EPI、ポリオ根絶に関してJICA専門家はWHO、UNICEFから多くのことを学ぶことができたが、プロジェクト後半には、サーベイランス(患者発見システム)に関してはむしろプロジェクトからWHOに情報を提供し提言するようになった。多国間協力事業のM&Eに関しては、以下の二点が特筆される。

第一に、UNICEFとのマルチ・バイ協力(ワクチン供与および予防接種関連機材の購入)の業務をJICA現地事務所と協力して、EPI活動を専門とするプロジェクトが行った。具体的には日本へ請求するワクチン量・機材選定をプロジェクト専門家が、ラオス側、UNICEF、WHO担当と検討した後に、JICA事務所、大使館の担当官を交えてラオス側、WHO、UNICEFが同席して最終確認の後に日本へ申請した。ワクチン量を算出するのだから、前年に使用された量、予防接種率、対象人口、在庫、などを確認することになり、UNICEFが当時一手に管理して譲らなかったロジスティクスをモニタリングすることとなった。プロジェクトが発見した1995年の麻疹ワクチンの中央倉庫における大量期限切れを契機

にラオスにて行われた、外務省・JICA・厚生省（現厚生労働省）合同調査の結果、UNICEF 駐日事務所の担当は JICA 本部における報告会で否を認めその後の改善に繋がった。UNICEF が独占していたロジは関係機関でオープンとなり算出方法も村単位から個人単位に変更され、日本からの供与も年一回から二回になるなどの改善が見られた。

第二に、ポリオ根絶、EPI 技術協力の M&E は定期的に行われ有用であった。ラオス側、UNICEF、WHO の EPI 関係者とプロジェクト専門家と毎月一回の会議を行い、進捗状況、問題点、次の月の計画を話しあった（ICC 会議：関係機関調整委員会、議長は副大臣）。年末には EPI 活動に関わる機関が集まり一年の活動の達成度と（後に報告書としてまとめられた）、次年度の活動、資金配分を協議し次年度の年間計画を作成した（巻末 2）。この手法は GAVI、GFATM の M&E でも基本的に同じである。サーベイランス部門ではラオス側スタッフと WHO と隔週で同様の会議を行った。さらに毎年一度、WHO 西太平洋地域国（東京、中国、ベトナム、カンボジア、オーストラリア、フィリピンなど）の持ちまわりでポリオ根絶に向けた EPI のアドバイザー会議（TAG 会議：Technically advisory group meeting on EPI & polio eradication）を開催し、巻末 4 のように地域に属する各国は進捗状況報告を行い、問題点は討論され建設的な M&E が行われた。この際、ロータリークラブ、JICA など大口ドナーも招かれ、プログラムに対するアカウンタビリティがなされるとともに、更なる支援のコミットメントを得、さらに日本の厚生省、外務省も招待され政治的なロビー活動も行われ TAG 会議は世界プログラムの進展に建設的な役割を果たした。1996 年のオーストラリアでの TAG 会議では保健大臣がスピーチを行い、豪州小児科学会がポリオの指標に関する研究成果を発表するなど積極的な動きがあった。つまり 2000 年の根絶宣言に射程をあわせ、オーストラリアの貢献をアピールする狙いがあったが、日本の貢献は大きく 2000 年の西太平洋地域の根絶宣言は京都でなされた。残念なことに、この建設的な会議も 2000 年の西太平洋地域根絶直前にマニラで開催された際に、地域事務局の WHO スタッフが根絶宣言に支障のある問題点はあまり発言しないようにとロビーで囁き、政治的な色彩が強くなった。

JICA の評価ではプロジェクト終了の近づいた 1996 年に、急速 PDM を作るように指示が出てプロジェクトの現

場は混乱したが、EPI 部門ではすでに WHO、UNICEF と連携をとり ICC、TAG 会議を通して M&E（主にモニタリング）を日常的に行っており動揺はなかった。

1998 年～2001 年は「ラオス小児感染症予防プロジェクト」が行われ、プロジェクト名には WHO というマルチの冠は外れたが、プロジェクト立ち上げのラオス側と日本側の会議では WHO 西太平洋地域事務局職員がマニラからラオスに駆けつけ、プロジェクトのステアリング・コミティーに WHO の名前を入れるように要請する一幕があった。日本の資金なしにはポリオ根絶を達成できないという WHO の苦しい台所事情が窺えるとともに、WHO の存在感を失いたくないという政治的な意志があった。WHO、UNICEF の絡んだ世界プログラムが成功の一要因であったことは否めないが、現場での活動で彼ら（マルチ）と比較した場合、JICA プロジェクトでは資金的な優位は前のプロジェクトと変わらないが、技術的にも勝るようになっていた。理由は、1) プロジェクト（著者はプロジェクトリーダー）は WHO の TAG 会議を通してポリオ根絶の経験が蓄積されポリオのみならず広く EPI 疾患の新情報を常に知ることができたこと、2) 国内に EPI・ポリオの研究班を持ち、国立国際医療センター、国立感染症研究所の支援を受け現場での研究を進め専門性が進化したこと、3) WHO、UNICEF の職員は医療職の肩書きは持つが役人で、ガイドラインに忠実で上からの指示に従うだけの仕事しか許されず、現場の活動に疑問を感じた場合に仮説を立てて検証することが許されなかったこと、などである。信頼性のあるデータを蓄積し科学的根拠を持つようになった JICA 専門家の意見は説得力を持ち、ICC 会議ではプロジェクトの発言は影響力を持った。プロジェクトの M&E は精度を上げ、逆に根絶事業のもたらす多くの問題点が見えてきたが¹⁸⁾、¹⁹⁾、²⁰⁾、²¹⁾、²²⁾マルチの現場では方針決定後は現場のデータに基づいて変更できる政策は取っておらず本部の指示に従わざるを得ない歯切れの悪さが目立つようになった。

例えば、上からの支持により（実は米国の CDC の影響）WHO はポリオ根絶が達成される前に麻疹根絶の準備にとりかかり、使い捨ての AD 注射器（ゲーツ基金の GAVI の方針）を使うことを考えていたが、これは現実的ではなく、感染性医療廃棄物を山野に広げる危険性を有していた。プロジェクトは観察研究の結果などにもとづく M&E を行い（現場の WHO、UNICEF は反論しな

った)日本側に報告を続けた。しかし残念なことに日本の JICA、外務省も現場からの報告(M&E)に対応する体制(専門性、人材、方針)が整っておらず、悪戯に担当者を苦しめる結果になった。日本の国連中心主義は絶対的なもので、いかに現場から問題ありと報告されても WHO で決まったことは逆らえず言われるままに資金を拠出するしかない。とくに外務省には日米同盟以外の外交は無く²³⁾、米国の CDC、民間セクターが背後にある野心的な麻疹根絶計画、AD 注射器導入に異を唱えることはありえなかった。加えて、周知の通り日本の援助機関は、すべてのプロジェクトは順調に進捗していることを前提としており、問題など起こってはならず、本部に問題をあげることは専門家の職務怠慢と判断される傾向がある。2000 年にラオスのプロジェクトの問題点を報告(モニタリング)した際に、JICA 本部からクレームがあったのもその一例である。また驚くべきことに、この時点で 1995 年の麻疹ワクチン大量期限切れ問題に関する経緯について、JICA 本部に認識がなく、組織としてモニタリングや評価の教訓が生かされていない実態も露呈した。

1992 年から 2001 年までラオスで実施された上述2つの技術協力は、WHO、UNICEF の協力を得て行われ、国内の支援体制も良く優れたプロジェクトであった。同時に M&E を完璧に行い改善点を明らかにしても、現在の援助の世界では完全に対応のできない現実も浮き彫りにした。2003 年の AD 注射器問題の研究^{26)、27)}におけるヒアリングでは、JICA 本部はマルチ・バイ協力が行われている他国では問題は報告されていないことを指摘したが、これはラオス以外のマルチ・バイに関わるプロジェクトが無かった国では正確なモニタリングが行われていないことを示唆する。国連も指標改善のために供与された機材がもたらす環境汚染問題には関心が薄く、期限切れの生ワクチンを熱処理することなく廃棄することも行われている²⁸⁾。このような成果重視の開発が続けば援助の引き起こす環境破壊がすすみ、それに日本の国民の税金が使われることにもなる。ODA は国際社会との協調に大きな意義があり、JICA で基本としている内部評価は著者も賛成である。しかし、プロジェクトを抽出して本当の問題点を知り、改善点に結びつける糸口を見出し、日本が世界に先駆けるようなアイデアを出せるようなタイプの評価を本気で確立しなければ、日本

の ODA は援助世界の下流にあり続けるだろう。

2002 年に外務省はラオスにおけるマルチ・バイ協力の評価調査を実施したが、その中で述べられているように¹⁹⁾、2000 年の地域での根絶を達成し、プロジェクトが評価された最大の秘訣は多国間協力にある。確かに巨大組織の国連は政治的でありすぎ、現場で問題点に直面した際に方向転換が出来ないという弱点もあったが、日本単独では達成できなかったことは明白で JICA 専門家も多くを国連から学んだ。日本、WHO、UNICEF が ICC を介して活動報告をすることで透明性とアカウンタビリティが向上し質の高いモニタリングができた。振り返れば UNICEF のワクチン請求量の手法も改善され、専門家の報告、研究論文からポリオ根絶活動、麻疹根絶、AD 注射器の現在の、そして今後起こる問題点を少なくとも日本は知ることになった。繰り返しになるが、問題の重要性、つまり問題があるからこそ改善案が生まれ世界に先駆けた日本のイニシアティブに成り得るという発想が、外務省をはじめとする援助機関にはないように思われる。

日本は今後どうすればいいのだろうか？プロジェクト総合報告書²⁸⁾も参考にすれば、途上国の適切な負荷を考慮した保健政策を提言すべきではなかろうか。多額の資金や外部者の参画がなければ継続できない野心的なプログラムは行うべきではない。ドルなくしては豊かな生活を望めないグローバリゼーションの世界において、途上国にはお金を運んでくれる案件を受け入れるしか選択の余地はない。日本は M&E を活用して欧米が主導している国際保健政策立案の上流にコミットする手法を研究すべきで、途上国に適切な援助様式の作成と日本政府に生の情報を送るシステム構築を目指したいが、その重要性を国民が認識することが第一である。さらに第三機関の大学や研究機関が英文研究論文を出して世界にアピールすることが、ODA の質を高め、アカウンタビリティの真の実現を可能にするのである。

2-2. 世界・エイズ・結核・マラリア対策基金：GFATM、と GAVI の M&E

III 章で奥村が詳細を述べるが、ここではポリオ根絶で見られた感染症対策の M&E を実際のフォーマットを比較して説明する。特徴的なのは各疾患に対する国家計画が作られて活動項目ごとに指標と資金提供源を記したフレームワークが作成されモニタリングとして使われ

る点である。ポリオ根絶計画では 1990 年にラオス国が参加表明を出すと、WHO のアメリカ地域の経験、研究をもとに作成されていた基本戦略をもとに、WHO スタッフとラオス側カウンターパートによってラオス国にふさわしい活動内容が検討され、その作業に 1992 年からは JICA プロジェクト専門家が加わり、1994 年からはポリオ根絶に反対だった UNICEF も方針転換し協力路線に変更、国家計画作成に加わった。活動は各国で多少の違いがあるが指標は世界的に統一された。巻末2のように、2000 年の EPI 国家計画ではマルチ・バイで日本が支出していたワクチンの費用が記載され、さらに JICA プロジェクトで負担した費用が記載されている。規定で経常経費は払えなかったが、広報、日本への研修、タイへの第三国研修なども資金源に記載されている。UNICEF は年間 3000 万円というオペレーショナル・コストを払って EPI 全般を支援した。資金が最も乏しかったのは WHO である。

巻末資料3がラオス国エイズ対策計画であるが、右の項の資金源が GFATM、ADB (JICA)、UNFPA、AusAID、WAF などである。この表を元に四半期ごとのモニタリングを行う。日本大使館ではラオス側から GFATM の話はなく、項目として資金援助の話があるとのことだ。ラオス側担当者によると GFATM が占める資金は約 10%程度ということなので、残りはバイなどのドナーからの支援をもらうということになる。ラオス側にしてみればバイからの拠出金をエイズ対策計画の項目に埋めればよいのだから、トップドナーで安定したバイを提供する日本への配慮として GFATM の話を故意に避けている可能性もある。また、現場では日本側に、このような基金ものの本質を見抜いている冷静さがあり、理論的に美しい協調と認めながらも、活動なくしては稼動しない点と、基金の持続性にも疑問を持ち、バイの重要性を指摘する声も聞かれた。

前述したように、1998 年に WHO の事務局長ブルントラントが登場し民間からの資金援助が盛んになる。ゲイツ基金の GAVI が好例だが、EPI が対象で、資金を国家計画の活動の項目ごとに振り分けるやり方はポリオ根絶のときと同じで同じである。活動ごとに指標の設定し、活動、会計に対する報告 (モニタリング) を 3ヵ月ごとに行い、ICC メンバー (WHO, UNICEF, JICA, Aus-AID など) を通して、保健大臣がチェアを行う Steering Committee に報告され、承認の後に GAVI 本部へ報告、

モニタリングが定期的に行われる。そして資金援助開始の 2 年後に評価を行うのだが、巻末8に示すように、2003 年 3、4 月に本部のスタッフが加わり評価が行われたものである。目標値の 80 には満たなかったため、あと一年の支援の後に再度評価が行われ、その際にスコアを満たさなければ援助は中止される。この点は世銀同様の厳しさがあり、自立発展を慮り途中で投げ出すことのない日本の援助形態とは一線を画している。

3. おわりに

最後に日本の ODA に触れたい。経済支援重視できた日本の ODA は 80 年代までは経済復興、貿易黒字還元でのそれなりの意義があったが、1991 年の湾岸戦争では資金援助に世界の評価を受けず、バブル崩壊後の経済低迷の現在は経済支援としての意義を失った。2003 年の Foreign Policy 誌に発表された CDI (開発コミットメント指標) を用いた開発貢献度では先進国 21 カ国の中で最下位との評価を受けた²⁴⁾。これは援助、移民、投資、貿易、平和維持、環境の 6 分野で得点をつけるのだが、日本はすべての分野で低得点である。日本の国際貢献の再考が必要で、それは日本の国際社会のなかでの生存を考えることであり、外交を熟慮することに他ならない。

今年は日本が国家の存亡をかけて戦った日露戦争から 100 年目の年で、日本を取り巻く環境が当時と似ているとも言われる。日本政府は人道復興支援を目的に自衛隊本隊をイラクに派遣し、米国追従論とそれを否定する意見とに世論は割れている。一方、これは CDI の評価分野の平和構築という国際貢献が PKO 法とは比較にならない強力な形で出現し、「一国平和主義」であった日本人には違和感もあるが、評価という観点からは高得点につながることを意味する。また、口にする事さえもタブーであった憲法改正も本質的に議論され始めた。経済の悪化を理由に国連への拠出金の削減が決まった²⁵⁾。日米同盟と国連中心主義を柱としてきた日本の外交方針に微妙な揺れが生じているようだ。急転する国の内外の動きに目を逸らすことなく、国民の一人一人が国際情勢を冷静にそして的確にとらえて自らの国の将来を考えるべきである。それができれば ODA の意義、評価の意義も自然に定まるはずだ。

4. 多国間協力形態の類型化と M&E の潮流(II 章)

4-1. 保健分野における多国間協力の形態

4-1-1. 多国間協力進展の背景

ODA の形態は従来 2 国間(バイ)協力が主体であったが、90 年代になり欧米ドナーの援助疲れや非効率さに対する反省から、援助協調が盛んになった。21 世紀に入り被援助国のオーナーシップと、被援助国とドナーのパートナーシップの重要性が強調され、開発パートナー(Development Partners:DPs)という言い方が好まれている。

保健分野で日本が最初に創設した多国間協カスキームは、1989 年の UNICEF とのマルチ・バイ協力であろう。1993 年に「日米コモンアジェンダ(地球的展望に立った協力のための共通課題)」で日米両国が人口とエイズ分野で連携した。1994 年「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ:GII」を出し、支援額の目標値を示し、米国と協力して案件発掘・実施に努めた。GII 終了後の 2000 年 7 月、日本政府は九州・沖縄サミットで「沖縄感染症対策イニシアティブ」を表明し、HIV/AIDS、結核、マラリア対策のために G8、途上国、国際機関、NGO や民間企業を含む市民社会のパートナーシップを構築することを提唱した。「世界・エイズ・結核・マラリア対策基金(GFATM)」の創設は同イニシアティブの延長線にある。他方、90 年代に世銀が主導する貧困削減ペーパー(PRSP)促進の手法は、重債務国においてセクター投資プログラムに起源を発する SWAP の導入を加速させている。

このようなグローバル化の流れと援助モダリティの変容により、保健分野における多国間協力の守備範囲は拡大されている。

4-1-2. 主な多国間協力の類型

(1) 基金系

国連に設置されている「人間の安全保障基金」、国際的 NGO である国際家族計画連盟(IPPF)にある「エイズ対策日本信託基金」がある。2002 年に設立された「GFATM」は各種国際機関・援助国・被援助国・民間基金・NGO・企業など、世界中のステークホルダーの参加を求めている点が新しい。

(2) 技術協力系

① マルチドナー系:代表的なものは UNAIDS で、HIV/AIDS に支援している国際機関、バイ援助国、

NGO などすべての DPs の相互調整機関として設立された。他に従来型では UNICEF、UNFPA、WEP がある。

② 日本政府と国際機関:実績があるのは 1989 年に開始したマルチ・バイ協力で、感染症対策のワクチンを供与してきた UNICEF との連携や、1994 年に開始した UNFPA との連携に実績がある。

③ 2 国間協力:米国 USAID の協力の他に、カナダ CIDA との連携も進んでいる。

(3) その他(SWAP)

1 国の 1 セクターにおける多数の DPs による新たな多国間協力アプローチである。特徴は、①パートナーシップ(被援助国の主導と大多数のドナーの参加)、②セクター全体を対象とした一貫の開発戦略、③政策と財政計画のリンク、④援助手続きの共通化、である。2002 年時点での実施は保健・教育・道路通信・農業の 4 部門。保健分野は 19 カ国で最も多く、タンザニア、ガーナ、ザンビアが進展を見せている(タンザニアの事例は、4 章杉下の研究協力報告書を参照のこと)。

4-2. 類型別モニタリング・評価(M&E)の現状

4-2-1. 基金系

基金系でもっとも注目されている類型が GFATM である。GFATM の活動は、①基金の確保、②資金の管理、③各被援助国のパフォーマンスのモニタリングで、M&E は重要な活動である。プロジェクト/プログラム予算の 5~7% を M&E に費やすことを目指している。各被援助国には国会調整機構(Country Coordinating Mechanism: CCM)が設置され管理を行っている。結果ベース支払い(Disbursement based on results)を原則とし、定期的な支払い状況の報告、目標値の達成状況を報告する義務がある。つまり予算の監査(民間委託)と、プロセス指標による実績・成果の把握という 2 つの手法から構成されている。これは案件ごとの事業評価であるが、基金全体での評価のあり方は検討が始まったところである。

他方、人間の安全保障基金などの国際機関への基金の拠出金は多額であるにも関わらず、日本政府としてその使途・実施プロセスの詳細をほとんど把握しておらず、日本の ODA ではアカウントビリティがもっとも低いスキームであろう。その中で、UNFPA を介して拠出されるエイズ対策日本信託基金(JTF)は M&E で参考になる。JTF の設置主体である国際家族計画連盟(IPPF)に対し

て、基金設置当初から日本人担当官を送ることで、日本政府との対話のなかで日本政府の意向を反映して、基金実施のガイドライン作成や M&E 方法を作成した。

4-2-2. 技術協力系

技術協力系では、UNAIDS を事例とするマルチドナー、日本政府と国際機関の連携であるマルチ・パイ、日本と米国を事例とする 2 国間連携を取り上げる。

UNAIDS にとって、すべての開発パートナー (DPs) が合意した明確なゴールに向けて、進捗をモニタリングすることが重要な任務である。「Guidelines on construction of core indicators」を作成し、進捗管理のための指標を提示している。世界レベルでの 5 つの指標、国家レベルでは 3 分野 (国家の関与と行動、国家プログラムと態度、インパクト) に分け計 13 項目の指標を設定している。

マルチ・パイ協力は、日本政府が機材・資材を相手国政府に供与し、国際機関が配布や活用の技術支援をするという日本独自のスキームで、UNICEF や UNFPA と長年の実績がある。しかし、M&E については日本としては国際機関が行うべきと認識、国際機関としては被援助国が行うべきものと認識するなど、一般に被援助国、国際機関、日本政府の 3 者の間で認識が異なる。まずは、役割分担の明確化が最も重要である。

日本と米国の 2 国間連携については、例えばネパールでは日米連携といってもプロジェクト形成調査を合同で実施、日本が資材供与、米国が技術供与という棲み分けがなされた程度で実施段階での連携がないなど、M&E 体制にいたるほどの連携は見られない。しかし USAID は高い技術力を持つ NGO へ事業を受託しており、現場の交流が深まれば日本側にとって学ぶことは多い。USAID は米国議会に対するアカウンタビリティを果たすために、M&E には定量的な指標をもとに管理するパフォーマンスメジャーメント手法を採用している。しかし、日本において同様の方法で世論に応えられるかは疑問である。また数値指標の管理のみでは、実施段階での本質的な問題や対処方法が見えにくい点も否定できない。

4-2-3. SWAP

SWAP における M&E の実態は、各国の財政支援の状況、SWAP の進展度合いによって異なる。一般にコンバケットを伴う SWAP 導入国では、事業効果やその実施改善に資する評価よりも、監査を含む財務評価、その用途の優先準備の妥当性などに比重が偏る傾向

がある。タンザニアがその例であり、添付の杉下の報告に詳しい。

4-3. 今後の M&E のあり方

4-3-1. 基金系

(1) 情報の公開

日本政府は基金系の M&E についてほとんど関与していない。基金の用途およびその内容を把握しこれを公表することは、まさに評価の第一歩と言える。

(2) 基金レベル

基金系においては、基金レベルにおける M&E と、各被援助国の案件レベルにおける M&E の、2本立ての体制が必要である。基金レベルの評価の最も大きな目標は、グローバルな観点からの開発課題、援助潮流、公平性などの横断的視点における基金の妥当性を高めることと、基金の運営管理におけるプロセスの改善である。また基金レベルではいくつかの類型間の比較なども有効な方法である。

(3) 案件レベル

現在、案件レベルのモニタリング制度については、ほとんどの基金で定式化され、事業計画の中にビルトインされているといえる。評価については、基本的なモニタリング情報をもとに特に改善が必要な案件や、特に成功しておりよい教訓が得られるような案件などを本部で抽出し、費用対効果を勘案して、選択的に実施するのが妥当であろう。この方法をとる場合は、質の高いモニタリング体制が確立していることが前提である。

4-3-2. 技術協力系

(1) マルチドナー

マルチドナーに関しては、おおむね妥当な M&E 体制が確立されており、特に UNAIDS は M&E の世界レベル・国家レベルのキャパシティビルディングに力を入れている。ただし、定量的な指標のみでは事業の改善は難しく、事情の背景・促進/阻害要因を丹念なプロセス評価で拾うことが重要で、他のマルチドナーがどのような方法論をとっているかを検証することは今後の研究課題である。また他ドナー間では合同評価の研究が進んでおり、日本も積極的な参加が求められる。

(2) 日本政府と国際機関/2 国間連携

(2)-1 実施国レベル

この 2 つの類型では事業実施国において日本側とカウンターパート機関の双方が、定型化したモニタリング

を実施し、その上で双方の視点を取り入れた合同評価が必要である。加えて、被援助国のオーナーシップの向上やキャパシティビルディングの観点からも、評価における被援助国の参加も重要な検討項目である。

(2)ー2 スキーム評価

スキームの妥当性の検証、プロセスの改善、相互の学習機会を得るために、スキーム自身の評価も必要である。二国間連携におけるスキーム評価では、2つの国における ODA カルチャーの差異を乗り越えるために、合同評価において、お互いの差異を知りお互いの利点を学び合うことが大きな目的となろう。日米間においても現場レベルの M&E 手法において相互に学ぶことがあろう。

4-3-3. SWAP

(1) 地球規模的社会保障としての ODA

SWAP は世銀、DIFID、北欧諸国等が推進し、今もっとも革新的な援助モダリティであるが、まだ実験段階といえる。バイ協力の限界から生まれたアプローチであるから、評価において協調の理念が優先されるべきである。SWAP や一般財政支援への流れが無視できない状況の中で、日本としてはまず ODA の目的・あり方を根本的に問い直し、国民的議論を深め、コンセンサスを得、M&E のあり方を検討すべきだ。

4-4. さいごに

現在、援助モダリティは急速な勢いで変貌している。適時にさまざまな多国間協カスキームを横断的に比較し、メリットやデメリットを整理し、日本としての取捨選択を行うためにも、包括的で横断的な評価が必要であろう。

5. モニタリング・評価の事例研究(国際家族計画連盟とネパールおよびラオスにおける事例から) III 章

5-1. エイズ対策日本信託基金 (JTF The Japan Trust Fund for HIV/AIDS)

これは日本政府が国際 NGO である国家家族計画連盟(IPPF: International Planned Parenthood Federation)に対し実施の委託したのものでその額は単年 100 万ドル(詳細は巻末、稲岡報告)。これまでのわが国の国際機関への拠出金は説明責任を果たすものが少なかったが、この JTF は M&E が行われた成功例である。理由は日本人担当官が、事業実施計画策定段階から援助実施

主体の IPPF 本部に派遣され、計画策定段階から評価にいたるプロセスで、日本外務省、在英日本大使館に積極的な参加をコーディネートし、日本政府との対話が円滑にすすんだことである。

5-2. ネパール保健分野における日米パートナーシップ

日米の連携は日米コモンアジェンダ、GII(Global Issue Initiative)に基づき保健分野の合同プロジェクトを実施してきた。2002 年 6 月「保健分野における日米パートナーシップ」が結ばれ、同年 7 月ネパールにおいても「母子保健・HIV/AIDS」分野で日米合同プロジェクト形成調査が実施されたが具体的合意にはいたらず、その後、補先行の米国でプロジェクトを補完する形でいくつかの支援が実施された。数々のプロジェクトが開始された。奥村の表を参照すると、日本は物、つまりハード、米国は人と技術を中心とするソフトを支援している。保健分野で長年資金援助を受けている米国の資金を日本が肩代わりしている観は否めず、日本のプレゼンスを示す機会を逸している。また SWAP 推進の流れの中で、日米パートナーシップという援助形態の必要性に疑問がある。教訓はプロジェクト形成段階から日本、米国、ネパールの3者が連携をとり、日本の得意分野を明らかにすることである。

5-3. ラオス保健分野における多国間援助

5-3-1. GFATM(Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)

2年間の供出金は、HIV/AIDS 対策プロジェクト、1,307,664ドル、マラリア対策、1,524,338ドル、結核対策、3,155,152ドルである。ラオス側のプロポーザルは5年間だが2年間の実績で継続を決められる(評価)。M&E に関しては手法は定型化している。財政管理面のモニタリングは被援助者(PR)であるラオス保健省自身の M&E に加え、KPMG という監査法人が任にあたり、ベトナム、カンボジアの会計監査も行っている。PR は KPMG を通して3ヶ月ごとに GFATM に報告している。

GFATM への多額の資金拠出国である日本は積極的に M&E に参加すべきであるが、実質的な実施・推進組織である CCM(Country Coordinating Mechanism)に日本は参加しておらず、その存在すら在ラオス日本大使館は知らされていなかった。二国間援助国では(拠出額の少ない)スウェーデンのみであった。日本が

GFATM へのドナー国、またラオスへの最大ドナーとしてエイズ、結核、マラリアの問題解決の事業にコメントするならば、CCM メンバーとなるべきで、そうすれば PR からあがってくる報告をチェックし効率的な M&E が可能である。GFATM では終了後の自立発展性は不透明で、日本とラオスの二国間援助の案件形成にも有用で CCM に担当官を送ることは重要である。

5-3-2. GAVI

米国の民間セクターでゲーツ基金が設立したもので President には基金専属の経験者を添え、WHO、UNICEF は単なるテクニカルアドバイザー、さらに資金は国連のチャンネルを通らない。ラオスには新型ワクチン(三種混合ワクチン+B 型肝炎ワクチン) 供与と AD 注射器を供与している。日本からマルチ・バイ協力で供与されていたワクチン(BCG、ポリオ、麻疹、三種混合)のうち結果的には三種混合が GAVI によってカバーされることになった。供与決定は強引で、ICC メンバーのコンセンサスが供与条件であるが JICA の同意なく始まり、使用済み AD 注射器の処理法の十分な議論はなく、また事業終了後の高価なワクチン、AD 注射器の供与をどこが行うかの議論もされなかった。(黒岩、加筆)

GAVI の M&E は厳しいが建設的である、とラオス側の感想である。予防接種活動の報告は3ヶ月に一回行われる Interagency Coordinating Committee (ICC) でなされ、その後、保健省のステアリング・コミティーを通り、民間の会計監査を経て GAVI 本部へ報告される。ICC はラオス保健省副大臣がチェアで、EPI(拡大予防接種活動)業務に携わるラオス側、WHO、UNICEF、JICA、Aus-AID、NGO など JICA がメンバーにあるのはマルチ・バイ供与で日本がワクチンを供与しているからで、発言力も大きい。GFATM との違いがここにあり、M&E の要の組織に日本人担当者が加われば、日本のプレゼンスも示すことができる。供与開始2年後の 2003 年3月、4月に、本部から人が来て評価が行われたが、目標スコアの80点を満たしていないためにあと1年の供与後、再度評価が行われスコアの改善が今回のスコアより低ければ援助は直ちに打ち切りになる。成果主義に重きを置くあまりに将来の自立発展性は配慮されておらず、援助打ち切りの際は日本への資金援助を求める思惑もラオス側にはあろう。

5-4. 評価のあり方に関する提言

GFATM や GAVI のように地上の感染症をコントロールすることを目的とした基金・事業は、広域かつ長期的展望が必要であり Global な視点に立った包括的な M&E が必要で、そのための人材育成が急務である。多額の拠出金を出しているわが国は M&E を通じて積極的に事業の実態を把握し、わが国の得意とする二国間技術協力と多国間協力事業との連携をはかりリーダーシップをとるべきである。連携によって援助効率が上がり、人材育成を促進し、自立発展も可能になるはずであり、国民の ODA への理解が深まるものと思われる。

6. 国際家族計画連盟へのエイズ対策日本信託基金の M&E (IV 章 稲岡)

拠出先機関や事業実施者の定める評価体制のなかでも、この事例のように、日本からの担当者が計画立案時から関わることで、日本政府の戦略の反映、および日本政府の評価への参加が可能である。これが、日本の顔や意思の表明に大きく貢献するもので、そのためには本省担当者・案件実施地域の日本大使館との円滑な連絡体制や参加が期待される。

7. 日本の援助へ USAID の仕組みから取り入れるべき課題(IV 章 吉田)

日本の M&E は投入と成果の因果関係だけを重視する観点と予算の適正な執行という観点からは有効かもしれないが、その案件が問題に対して最適な投入であったかを測定することはできない。MDG、マクロレベルでの成果を知るには米国のように、国レベル、セクターレベルでの成果を測定する必要がある。そのためには案件の計画段階、国別・セクター別の援助計画を作成する段階から問題分析を行い、他ドナーの投入、日本の比較優位性を総合的に検討したうえで計画、実施、モニタリングのサイクルを組み立てる必要がある。日本一国の投入でマクロな課題を解決することは難しいが、投入の成果の国レベルへの貢献が分かるように M&E を開発すべきである。

8. 保健医療人材に関する M&E (IV 章 相賀)

保健医療人材の量的な計測のみが行われ、人材の質を国際比較する指標は欠落しており、妥当性のある評価を行うことを阻害している。人材の質的な課題は、

随時、事例研究として取り上げられるが、それらの課題を集約して指標として纏め上げる努力は不十分であった。その反省をもとに、指標化の試みとして、継続専門教育(Continuing Professional Education あるいは、In-Service Training)へのアクセスの程度を示す研究も開発されている。

9. タンザニアの保健分野の SWAP (IV 章 杉下)

2003 年度の DAC 相互援助評価では SWAP に見られるような援助協調の動向が、援助国・被援助国双方にとって活性化の刺激になっているが、多くの問題を抱えていることも事実である。タンザニアにおいて開発援助協調の潮流は、特に財政拠出の統一化という点で進展しているが、タンザニア内外における批判的意見を含めて過渡期にあり、今後も SWAP という援助様式が存続するとは限らない。以下の 6 点が問題: 1) 会計体制を被援助国の統一した財政システムに投入した点が画期的であるが、会計システムのみでの評価では活動そのものの実態が不明確、2) 国連機関は SWAP 参加に慎重、3) 保健計画の地方移譲を目指しているが、地方レベルでの高度なマネージメントには限界がある、4) 国家全体計画との乖離、5) 援助国、被援助国の国民に対する説明責任の形成の困難さ、などがあり、SWAP における新たな援助様式も検討されている。

D. 結論

世銀、IMF と連動して米国が主導する「グローバリゼーション」は「貧困削減」をスローガンに「経済重視」の保健政策を恣意的に作っている観もあり WHO の影響力は落ちてきている。日米同盟、国連中心主義という日本の外交方針のもとでは「多国間協力」は日本にとって避けたいが、日本は WHO、UNICEF との多国間協力のポリオ根絶事業では ICC、TAG 会議などを介して質の高いモニタリングを行うことが可能になり目標の地域根絶を達成した。このモニタリングは感染症対策を目標とする GFATM、GAVI とも大差はない。また JICA プロジェクトは UNICEF とマルチ・バイ協力を通して厳密に M&E を行ったが、真面目にやりすぎて国連中心主義の日本の援助機関を WHO、UNICEF との板ばさみにして苦しめることになった。資金ばかりを拠出させられるという国家として恥すべき体質も明らかになった。

日本の保健分野における多国間協力は UNICEF と

のマルチ・バイ協力、日米コモンアジェンダ、GII、沖縄感染症イニシアティブ、世界的には GFATM、SWAP が有名であるが、基金系、技術協力系(マルチドナー系、日本政府と国際機関、2 国間協力)などに分けられる。GFATM は予算の 5~7% を M&E に費やし、資金の適正な配分と成果のアカウンタビリティを重要視している。しかし日本は多額の拠出をしながら基金系に対して把握をしていない。USAID は指標を設定して評価するパフォーマンスメジャーメント方式を採用し、成果重視とし、米国議会や国民へのアカウンタビリティを果たしているが、日本は ODA が何のために必要か、という本質的な議論、評価文化が未熟なため同様の方法で世論に答えられるかは疑問であり、また数値指標の進捗のみではプロセス段階での本質的な問題が見えない欠点もある。

エイズ対策日本信託基金 (JTF) は M&E が行われた成功例だが、日本人担当官が、事業実施計画策定段階から関わったことが大きな勝因である。ネパール保健分野における日米パートナーシップで、日本は物、つまりハード、米国は人と技術を中心とするソフトを支援し、米国の資金を日本が肩代わりしている観は否めず、日本の存在感は薄く、プロジェクト形成段階から日本、米国、ネパールの 3 者が連携をとり、日本の得意分野を明らかにするべきである。

ラオスの GFATM は M&E に関して手法は定型化し、財政管理面のモニタリングはラオス保健省自身の M&E に加え、KPMG という監査法人が任にあたり定期的に本部に報告している。多額の資金拠出国である日本は積極的に M&E に参加すべきであるが、実質的な実施・推進組織である CCM に日本は参加していない。GAVI の M&E は厳しいが建設的である。活動の報告は ICC を通り、保健省を経て民間の会計監査から本部へ報告される。ICC メンバーである JICA はポリオ根絶に関わり、マルチ・バイで日本がワクチンを供与しており、発言力も大きい。GFATM との違いがここにあり M&E の要の組織に日本人担当者が加われば日本のプレゼンスも示すことができる、さらにそこから得る情報をバイに活かし日本がリーダーシップを取ることも出来る。問題点は改善が見られなければ援助は打ち切りで、成果に重きを置くあまりに将来の自立発展性は配慮されていないことだ。このような地上の感染症をコントロールすることを目的とした基金・事業は、広域かつ長期的展望が必要であり

Globalな視点に立った包括的なM&Eが必要で人材育成が急務だ。また、途上国における保健関係者のトレーニングは量的に評価がされる傾向があり、質的研究を集約して客観性を高めることも重要である。

タンザニアの保健セクターのSWAPの分析は今後を占う意味でも重要である。開発援助協調の潮流は、特に財政拠出の統一化という点で進展しているが、タンザニア内外における批判的意見を含めて過渡期にあり、今後も多国間協力という援助様式が存続するとは限らないことが予想されている。

今後のM&Eのあり方として、基金系に関して日本政府にはM&Eの実態はほとんどない。基金自体の計画運営と個々の案件レベルでのM&Eの2本立てが必要で、グローバルな視点からの対象分野や国の妥当性、基金の運用方法の妥当性を高めることがM&Eの目標である。一般にモニタリング制度は定型化され事業計画にビルトインされ世銀は全案件の1/4の評価を行っている。この方式をとるには質の高いモニタリング体制の確立が前提で、ポリオ根絶では多国間協力でそれが極めてうまく機能したが、概して日本ODAではモニタリングが弱く評価の基礎材料が希薄である。技術系では、さまざまな多国間スキームを横断的に比較し、整理し、日本としての取捨選択を行う作業が必要だが、外務省の政策評価につながるがこの次元での評価はかつてない。米国の例からMDG、マクロレベルでの成果を知るために国レベル、セクターレベルでの成果を測定するM&Eも考慮すべきだ。また、プロジェクトを抽出して問題点を洗い出す評価も施行する必要がある。

現場の問題は改善案に繋がり、世界に先駆ける日本のイニシアティブになるという発想が外務省や援助機関に乏しく問題は隠蔽される傾向にある。第三機関の大学や研究機関が積極的に英文論文を書いて世界に発信することが重要だ。

E. 参考文献

- 1) Chenery B, Strout M. Foreign assistance and economic development. *American Economic Review* 1966;56 (4):part 1.
- 2) WHO, UNICEF. Report of the international conference on primary health care. Alma-Ata, USSR, Geneva, 1978
- 3) NHK スペシャル. 地上市場、富の攻防 第8回、復

興ビジネス、市場経済の伝道師. 2003年10月26日.

- 4) The Japan Times. A decade of bulging U.S. deficit forecast. Jan 28, 2004.p15.
- 5) World Bank. World development report 1993; Investing in health-world development indicators, New York; Oxford University Press, 1993.
- 6) World Bank. Health, nutrition, and population sector strategy paper, Washington, USA, 1997.
- 7) Yamey G. Why does the world still need WHO?. *BMJ* 2002; 325: 1294-1298.
- 8) 湯浅資之、建野正毅、若井晋. 国際保健戦略における政治性から経済性偏重への政策転換に関する考察. *日本公衆衛生学雑誌* 2003; 50(11): 1041-1049.
- 9) Wakai S. Primary health care project and social development. *Lancet* 1995; 345: 1241.
- 10) UNDP. Human development report 2003. New York; United Nation Development Program, 2003.
- 11) World Bank. World Bank Indicators 2001. Washington DC; World Bank, 2001.
- 12) Bill and Melinda Gates Foundation. <http://gatesfoundation.org/grants/degauld.asp>(accessed 19 Nov 2002)
- 13) Walt G. WHO's World health report 2003; Shaping the future depends on strengthening health systems. *BMJ* 2004;328:6.
- 14) GAVI. Immunization Focus, July 2003. Geneva, 2003.
- 15) Brugha R, Staring M, Walt G. GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund. *The Lancet* 2002;359:435-38.
- 16) Lee K, Collinson S, Walt G. Who should be doing what in international health: a confusion of mandates in the United Nations? *BMJ* 1996;312:302-7.
- 17) アースアンドヒューマンコーポレーション『外務省委託 技術協力事業におけるマルチ・バイ協力評価報告書』外務省.2003.
- 18) Kuroiwa C, Vongphrachnh P, Chosa T, Murakami H, Hashizume M, Wakai S, Tanaka M. Risk of Poliomyelitis importation and re-emergence in Laos. *The Lancet* 2000; 356: 1487-8.

- 19) Kuroiwa C, Vongphrachanh P, Xayyavong P, Southalack K, Hashizume M, Nakamura S. Measles epidemiology and outbreak investigation using IgM test in Laos. *J of Epidemiology* 2001; 11(6): 255-62.
- 20) Kuroiwa C. Reply of letter: "Measles epidemiology and outbreak investigation using IgM test in Laos. *J of Epidemiology* 2001; 11(6): 255-62" 2002.
- 21) Kuroiwa C, Xayyavong P, Vongphrachanh P, Khampapongpane B, Yamanama M, Nakamura S. Difficulties in measles elimination: prevalence of measles antibodies before and after mass vaccination campaign in Laos. *Vaccine* 2003; 21:479-484.
- 22) 黒岩宙司. 使い捨て注射器、途上国での環境汚染の危機. 2002年、10月12日. 朝日新聞、私の視点.
- 23) 天木直人. さらば外務省. 講談社 2004.
- 24) Foreign policy. Ranking the Rich, Who really helps the poor? <http://www.undp.org/oslocentre/docsoslo/events/Achieving%20the%20MDGs%20Strengthening%20Mutual%20Accountability/rankrich.pdf>
- 25) The Japan Times. Fiscal constraints mean smaller Japanese handouts for UN. Jan 22, 2003.p1.
- 26) 黒岩宙司、鈴木彰子、山路義生. 予防注射用AD(Auto-disable)注射器がもたらす途上国での感染の危機、ラオスからの報告. 第13回日本疫学会学術総会講演集 2003:89.
- 27) 黒岩宙司. 日本の保健政策策定におけるプロセス: 国連中心主義より現場の声を. 日本評価学会、第4回全国大会論文集 2003:118-23.
- 28) 黒岩宙司.. 総合報告書、ラオス小児感染症プロジェクト2001年9月28日. JICA 医療協力部 2001.

F. 研究発表

1. 発表学会

黒岩宙司、奥村順子、駒澤牧子、他. 国際協力事業の評価: 援助協調の流れの中で. 国際保健医療学会東日本地方会. 平成16年2月28日

II 章

II 章 分担研究報告書

多国間協力形態の類型化とモニタリング・評価の潮流

分担研究者: 駒澤牧子 (株)アース アンド ヒューマン コーポレーション

1 はじめに

90年代以降、開発協力の世界において、多国間協力や複数の援助機関による援助協調、パートナーシップの重要性が増し、さまざまな試みが行われてきている。わが国のODAにおいても、この世界的な流れを受けて、援助形態において多国間や複数の援助機関との連携の強化に取り組み、現在ではさまざまな援助モダリティが開発・実施されており、金額的にもかなりの比重を占めるに至っている。特に、貧困削減というグローバルイシューに対して重要な役割を担う保健分野において、この傾向は顕著であり、ますます援助のマルチドナー化は進むことが予想される。しかしながら、これまでマルチドナーによる新しい援助モダリティに関するモニタリングや評価方法について、日本国内で十分に議論されてきたとはいえない。

本稿では、次々と新しい潮流が生じる、多国間や複数の援助機関における連携を「多国間協力」と総称し、日本のODAの保健分野における動向を把握し、主な形態を類型化する。次に、それぞれの形態のモニタリング・評価(M&E)方法の現状を概観する。最後に、それらの状況を踏まえて、今後わが国が多国間協力を行う場合の、モニタリング・評価方法のあり方について考察する。

2 保健分野における多国間協力の形態

2-1 多国間協力進展の背景

ODAの歴史において従来は2国間(バイ)協力がほとんどであったが、90年代に入ると欧米ドナーの援助疲れや、1国に対して複数のドナーがなんら調整を伴わないまま援助を実施することの非効率性に対する反省、それぞれのドナーが有する特徴を生かして互いに補完しながら協力することのメリットなどから、援助協調が盛んになってきた。さらに21世紀に入って被援助国のオーナーシップと、被援助国とドナーのパートナーシップの重要性が強調され、この理念に基づき近年ではドナーという言い方に替わって開発パートナー(Development Partners: 以下DPs)という言い方が好まれている。

このような世界的潮流を受け、保健分野において日本が最初に創設した多国間協カスキームは1989年のマルチ・バイ協力(後述)であろう。その後1993年に「日米コモンアジェンド(地球的展望に立った協力のための共通課題)」を打ち出し、援助大国の日米両国が人口とエイズ分野で連携する取り決めを交わした。さらに日本政府は、翌年「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ:GII」を発表し、同分野における協力の強化を表明し、支援額の目標値を示すとともに、米国と協力して案件発掘・実施に努めた。GIIの終了を受けて、次に日本政府は2000年7月の九州・沖縄サミットで「沖縄感染症対策イニシアティブ」を表明し、HIV/AIDS、結核、マラリアの克服のために、G8、途上国、国際機関、NGOや民間企業を含む市民社会のパートナーシップを構築することを提唱し、援助コミュニティにおいて合意された。「世界・エイズ・結核・マラリア対策基金(GFATM)」の創設は、同イニシアティブの延長線上にある。このようにわが国の保健分野における多国間協力は、国際機関や2国間に始まり、次第によりグローバルな規模へと拡大している。

他方、90年代にDPsコミュニティ間で合意された貧困削減という世界的ゴールに向けて、世界銀行が主導する貧困削減ペーパー(PRSP)の促進という手法は、重債務国においてセクター投資プログラムに起源を発するセクターワイドアプローチ(SWAP)の導入を加速させている。

このような、保健分野におけるグローバル化の流れと援助モダリティの変容という2つの流れが相まって、日本の保健分野における多国間協力は急速に多様化している。

2-2 主な多国間協力の類型

保健分野における多国間協力の主な形態を類型化したものが表1である。本稿では、多国間協力を「基金系」、「技術協力系」、「その他(SWAP)」の3つに大別した。基金系には、各種の国際的基金が含まれる。その動向はあまり日本国内では知られていない。技術協力

系には、ほとんどのその他の類型が含まれる。この中には、純粋な技術協力と資機材の提供によるもの、その組み合わせ等が含まれる。その他として唯一あげたSWAPは、1つの被援助国における枠組みで、上記2つの形態の理念を統合したものともいえる。

(1) 基金系

基金系の主なものには、国連に設置されている「人間の安全保障基金」、国際的 NGO である国際家族計画連盟(IPPF)に設置されている「エイズ対策日本信託基金」がある。また、前述した沖縄感染症対策イニシアティブを受け、国連のアナン事務総長の後押しを得て、2002年に設立された「世界エイズ・結核・マラリア基金(GFATM)」は、各種国際機関・援助国・被援助国・民間基金・NGO・企業など、世界中のステークホルダーの参加を求めているところが、まったく新しいグローバルな基金である。

(2) 技術協力系

技術協力系では、まずマルチドナー型がある。この代表的なものは今日では UNAIDS であろう。UNAIDS は、HIV/AIDS に対する支援を行っている国際機関、パイ援助国、NGO などすべて DP の相互調整機構として設立され、理念的には1つの健康課題に対処する多国間協力の総合的で大規模な型といえることができる。このほ

か、従来のマルチドナー型としては、UNICEF、UNFPA、WFP などの連携がある。日本政府と国際機関が連携するタイプで、保健分野で有名なのはマルチ・パイ協力である。特に、主として感染症のワクチンを長年供与してきた UNICEF との連携や、1994年に開始された UNFPA との連携に実績がある。2 国間連携では、米国 USAID との協力がよく知られているが、今日はカナダ CIDA などとも連携を進めている。

(3) その他 (SWAP)

以上の、基金系、技術協力系の多国間協力がいざいざグローバルな枠組みの中で整理されるのに対して、SWAP は 1 国の1セクターにおける多数の DP による新たな多国間援助アプローチである。SWAP はその発展段階によって、また適用された被援助国によってさまざまに変容しているが、現在一般的に整理されている特徴としては、①パートナーシップ(被援助国の主導と大多数のドナーの参加)、②セクター全体を対象とした一貫した開発戦略、③政策と財政計画のリンク、④援助実施手続きの共通化、が挙げられる(三好他 2002 を基に③を改定)。2002年現在、SWAP が実施されているのは、保健・教育・道路通信・農業の4分野で、特に保健分野は 19 개국で最も多い(三好他 2002)。また保健セクターで SWAP がもっとも進展しているのは、タンザニア、ガーナ、ザンビアである。

表 1 保健分野における主な多国間協力の類型

	類型	主なタイプ(事例)	実施国例
基金系	国際的基金	世界エイズ・結核・マラリア基金(GFATM) 人間の安全保障基金 エイズ対策日本信託基金(JTF)	例えば、GFATM においては、すでに 31 개국 40 件実施中
技術協力系	マルチドナー	複数の国際機関による取り組み(UNICEF、UNFPA、WFP) UNAIDS を中心とした取り組み	多数
	日本政府と国際機関	マルチ・パイ協力(UNICEF、UNFPA、UNADIS との連携)	タンザニア、ラオス、ザンビア、ベトナム、カンボディア等
	2 国間連携	日本と米国 日本とカナダ	ネパール
その他	セクターワイド	SWAP	タンザニア、ガーナ、ザンビア等

3 類型別モニタリング・評価(M&E)の現状

本節では、表 1 に示した「基金系」、「技術協力系」、「SWAP」ごとに、主な類型のモニタリング・評価の現状を概観する。

3-1 基金系

(1) 世界エイズ・結核・マラリア基金(以下 GFATM)
基金系でもっとも注目される類型が、新しい国際的基金である「世界エイズ・結核・マラリア基金(以下